

## ICD 分類の改訂に向けて ——ストレス関連障害の動向——

鈴木 友理子

国際疾病分類第10改訂版 (ICD-10) の F43 重度ストレス反応 [重度ストレスへの反応] および適応障害のカテゴリーは、診断ガイドラインに精神科的症状のほかに、ストレスラーなどの原因が含まれており、原因との関係で診断が下される点で、他の障害とは異なった定義となっている。ICD-10 における F43 は、急性ストレス反応 (F43.0)、心的外傷後ストレス障害 (F43.1)、適応障害 (F43.2)、他の重度ストレス反応等 (F43.8, F43.9) に分類されていた。今回の改訂では、この F4 の分類において大幅な変更が提案される方向で検討されている。急性ストレス反応を通常の反応とみなし、この F4 から除外し、心的外傷性障害として心的外傷後ストレス障害と複雑性心的外傷後ストレス障害、遷延性悲嘆、適応障害が位置づけられる見込みである。今後、フィールドテストを経て、最終的な修正が加わり、ICD-11 としてこれらの新分類は公開される予定である。操作的な疾病分類は、疾患概念や典型例の状態像、定式化の仕方が欧米の価値観に偏り、アジア圏では使いづらいといった指摘がある。今回の改訂において使用者からの様々なフィードバックの機会があり、我が国の精神保健医療従事者からの積極的な意見が求められる。

<索引用語：国際疾病分類第10版、ストレス関連障害、操作的定義>

### はじめに

世界保健機関 (WHO) は、2015 年の国際疾病分類 (International Classification of Diseases: ICD) の改訂に向けて、精神および行動の障害の記述に関する見直しを行っている。執筆時点 (2012 年 7 月) で、この改訂案は  $\beta$  バージョンとしてその概要などが発表された (<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>)。筆者は WHO の ICD-10 精神と行動の障害の改訂に関するストレス関連障害ワーキンググループに参加する機会を得て、この作成過程に関わっている。そこで、本稿ではワーキンググループにおける議論の要点などについて、紹介したい。以下では、① ICD-10 におけるストレス関連障害の位置づけ、② ICD-11 に向けてのワーキンググループからの提案、③ ICD-10 と ICD-11 における主要な変更

点、④課題と今後の見通しについて述べる。なお、特に言及していない限り、本稿での見解は、筆者個人のものであり、WHO、諮問機関、ワーキンググループの公式見解を示しているものではない。

### 1. ICD-10 におけるストレス関連障害の位置づけ

ICD-10 における F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害に分類されている主な障害を表 1 に示す。

ここでは、神経症性障害、ストレス関連障害、そして身体表現性障害と、非常に幅広い疾患概念が、F4 という 1 つのコードで分類されている。筆者がストレス関連障害のワーキンググループとして担当しているのは、この中で特に F43 重度ストレス反応 [重度ストレスへの反応] および適応

表 1 ICD-10: F4 神経症性障害, ストレス関連障害  
および身体表現性障害 (主な障害)

F40	恐怖症性不安障害
F40.0	広場恐怖 [症]
F40.1	社会恐怖 [症]
F41	他の不安障害
F41.0	パニック [恐慌性] 障害 (エピソード [挿 間] 性発作性不安)
F41.1	全般性不安障害
F41.2	混合性不安抑うつ障害
F42	強迫性障害 [強迫神経症]
F43	重度ストレス反応および適応障害
F43.0	急性ストレス反応
F43.1	心的外傷後ストレス障害
F43.2	適応障害
F44	解離性 (転換性) 障害
F44.0	解離性健忘
F44.1	解離性循走 [フーグ]
F44.2	解離性昏迷
F45	身体表現性障害
F45.0	身体化障害
F48	他の神経症性障害
F48.0	神経衰弱

障害の部分である。ICD-10 では、急性ストレス反応、心的外傷後ストレス障害、適応障害などがここに分類されている。参考までに、精神疾患の分類と診断の手引き第5版 (DSM-5) では、執筆時点 (2012年7月) のドラフトとしては、不安障害の分類の中に、急性ストレス障害、心的外傷後ストレス障害などが列記されており (<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/AnxietyDisorders.aspx>), 疾患の位置づけそのものがこれらの2つのシステムで異なっている。さらに、DSM-5では、原因という視点でクラスター化する試みも提案されており、生活上に遭遇する出来事 (life encounter) として、死別、適応障害、心的外傷後ストレス障害が1つのクラスターで示されている<sup>6)</sup>。(補記:その後、心的外傷およびストレス関連障害と分類された。)

WHO としては、ICD は、国連加盟国すべてにおいて、精神医療専門家だけではなく、プライマリーケア担当者の使用や、臨床の場面だけでなく、行政統計などの幅広い用途を想定している。DSM が、主に米国を中心に、精神医療専門家や医

療保険、臨床サービスの場面において用いられることと対比させることで、その異なる目的が明確になろう。このような目的のもとに、ICDの改訂では臨床的な有用性を可能な限り高めるということを目指して議論している。ワーキンググループは、Andreas Maercker (チューリッヒ大学) を座長として、トラウマ性疾患の治療・研究の第一人者、世界各地域における災害や紛争時のメンタルヘルス担当者、公衆衛生専門家などによって構成されている。

## II. ICD-11 に向けての ワーキンググループからの提案

ワーキンググループからは、改訂後のストレス関連障害は、「特にストレスと関連している障害 (disorders specifically associated with stress)」という新たなカテゴリーを創設し、内容を再編することを提案する見込みである。ライフイベントによるストレス、トラウマ体験、あるいは虐待や拷問などの持続的な逆境体験といった幅広いストレス体験がこれらの心理的反応に大きく影響を及ぼし、これらのストレス体験がその発症に大きく寄与しているような疾患あるいは障害を1つのグループとして独立させる。各障害は特有の臨床像を示すが、これらには連続性があるという前提で議論が重ねられている。

ICDの改訂に向けて提案されているストレス関連障害を表2に示す。なお、ICD-11に向けて提案されている障害名は暫定訳である。

「特にストレスと関連している障害」には、心的外傷性ストレス障害として、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) と複雑性心的外傷後ストレス障害がある。そして、遷延性悲嘆が新たな診断として創設される。そして適応障害を継続して位置づけることが提案されている。複雑性心的外傷後ストレス障害は新たな疾患概念ではなく、ICD-10においてパーソナリティの障害の1つとして位置づけられていた F62.0 の破局的体験後の持続的パーソナリティ障害を、トラウマ体験との関連を重視し、再編したものである。

表2 ICD ストレス関連障害ワーキンググループから提案されたストレス関連障害\*

改訂案	ICD-10 におけるコード	ICD-10 における用語
特にストレスと関連している障害	F43+F62.0 (+F94 の一部)	重度ストレス反応および適応障害
• 心的外傷性ストレス障害	F43.1+F62.0	新グループ
• 心的外傷後ストレス障害 (PTSD)	F43.1	心的外傷後ストレス障害
• 複雑性心的外傷後ストレス障害	F62.0	破局的体験後の持続的パーソナリティ障害
• 遷延性悲嘆	—	新カテゴリー
• 適応障害	F43.2	適応障害

\*このほか、児童・思春期 WG で、小児期の反応性愛着障害、脱抑制社会関係障害、施設化後の偽自閉症をここに含めることを提案、検討中。

他に、児童思春期のワーキンググループから、子どもにおけるストレスや長期間にわたり繰り返される過酷な状況（虐待など）の影響によって生じている愛着障害を、ストレス関連障害に含めるという提案があるが、これには現在も検討が加えられており、詳細が待たれる状況である。このため、本稿では、子どもに関する「特にストレスと関連している障害」の紹介は割愛する。

### Ⅲ. ICD-10 と ICD-11 における主要な変更点

#### 1. 急性ストレス反応のノーマライゼーション

ICD における急性ストレス反応 (acute stress reaction: ASR) は、DSM における急性ストレス障害 (acute stress disorder: ASD) とは全く異なる概念であるが、これらの用語の使用には混乱がみられる。ASR は、極度の精神的ストレスに反応して発現する一過性の重篤なストレス反応として定義されている。これは、大きなストレス体験後の急性反応のマネジメントを目的としており、原因は特にトラウマ体験に限定することなく、様々なライフイベントによる反応が含まれる。ICD の定義では、典型的には 48 時間程度で軽快する一過性の反応で、自然軽快が見込まれる急性反応である。機能レベルの障害については特に言及はないが、症状の持続、障害の固定は想定していない反応を指していると考えられる。

その一方で、DSM における ASD は、PTSD の早期発見、早期治療のための診断をつけることを目的として設けられた疾患概念であり、トラウマ

体験が発症の契機として重要であり、DSM における出来事基準 (A 基準) で規定されるものに限られる。PTSD の前状態という位置づけなので、持続時間は 1 ヶ月以内とされ、症状が遷延する場合には、PTSD の診断が考慮される。また、障害として、機能レベルの低下が診断上必須と定義されている。このような ASD の目的と操作的定義によって、PTSD への早期介入、予後の予測について実証的な研究が蓄積されてきた。しかし、これまでの研究結果からは、実際のところ、ASD は PTSD の発症を必ずしも予測しないと結論づけられている<sup>1)</sup>。その理由として、診断における解離症状の基準が指摘されており、急性期には解離症状を呈さない人でも、その後 PTSD を発症することが多く、急性期における ASD という診断は、その後の PTSD の予測に必ずしもつながらないと言われている。

他方、ASR も定義および使用上の問題を抱えている。診断ガイドラインでは困惑 (daze) や解離性昏迷、意識の狭窄と注意の狭小化、刺激への反応低下、見当識障害を伴った困惑、あるいはひきこもり、激越、過活動など多様な症状が記載されている。歴史的には、これらの特徴的な症状は、戦闘ストレス後の臨床像として報告されることが多かったが、近年の臨床場面では、一般住民においても軍隊場面においても、このような特徴的的症状はあまりみられないと言われている。さらに、数日以内に自然軽快するといった状態態に医療関係者が治療にあたることもあまりなく、臨床現場

では ASR はあまり使われていないという現状がある。また、近年では災害場面での心理的支援が一般化しているが、特に災害や紛争におけるストレス状況下での通常の心的反応が、過剰に病理化されるといった懸念もある。近年では、災害や紛争時における急性の心理的反応は人としての通常の反応とみなされ、治療的介入法よりも、サイコロジカル・ファースト・エイド・モデルのような人道的な初期対応が推奨されている。そこで、ストレス状況下で、過剰診断をすることなく、適切にケアを提供することを目的として、急性ストレス反応は F コード「精神および行動の障害」に位置づけず、Z コード「健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用」の活用を促すという提案がなされている。

## 2. 適応障害の再定義の試み

適応障害は、トラウマ的出来事やライフイベントを経験した後に、一定期間持続する、多様な病的症状（抑うつ状態、不安状態、これらの混合状態など）と機能障害を呈する状態である。これまではうつ病や、不安障害の基準を満たさないという除外診断によって、この診断がつけられたが、このような曖昧な定義によって、実際にはごみ箱的なカテゴリーとして使用されている現状がある。また、除外診断を中心に据える曖昧な定義によって、適応障害の実証的な研究や、妥当性の評価が進んでこなかったという問題がある。しかし、数は少ないが、通常反応から PTSD、遷延性悲嘆へと至る連続性の中に、適応障害は位置づけられるということも示唆されている<sup>5)</sup>。

このような背景から、ワーキンググループからは、これまでの除外診断を中心にした診断から、2つの主要症状、ストレスへのこだわり (pre-occupation) と適応への失敗を中心とした診断への移行を提案している。適応障害では、ストレスを受けてから1ヵ月以内に発症することが多く、ストレス因を過度に心配するといったこだわりと思い出し、これが家庭、社会生活への適応に問題が生じるほどの機能低下を来す状態と定義され

る。この他にも、情緒、行動、認知などに様々な症状として現れることがあるが、これらは他の精神疾患の診断を満たさないレベルであることで、除外診断を行う。ストレスがなくなれば、状態像は軽快する。ストレスの影響によっては、急性なストレス反応を呈し、医療的対応が必要な場合がある。この場合、今回の改訂においては、先の Z コードの急性ストレス反応ではなく、再定義された適応障害と診断されるだろう。適応障害の再定義は試みられているが、まだ整理すべき課題はあるように思われる。

## 3. 心的外傷性ストレス障害

トラウマ体験に基づく以下の2つの障害を含めている。1つは、ICD-10 でも定義されている心的外傷後ストレス障害 (PTSD) であり、診断ガイドラインに大幅な変更は加えられない見通しである。再体験症状、回避症状、過覚醒が中核症状であり、数週間持続し、機能障害を伴う状態像として定義される。

もう1つの複雑性心的外傷後ストレス障害 (複雑性 PTSD) は、イベントの性質として、持続性の、逃げるのが困難なストレス経験 (例：虐待、拷問) の後に、上記の PTSD の中核症状に加えて、以下の特徴的症狀を伴う状態像を指す。認知面の変化として、持続的な空虚感、無力感や無価値観、パーソナリティの変化として、人間関係上の困難 (不信感、孤立、ひきこもり、パラノイアなど)、感情制御上の困難 (怒りや暴力の爆発、危険行為や自傷行為など) といった症状を備えた場合に、複雑性 PTSD と診断することが提案されている。これは、ICD-10 では、破局的体験後の持続的パーソナリティ変化 (F62.0) として分類されていたものであるが、トラウマ体験や持続的な脅威といったストレス要因と症状の関係を明確にするために、ストレス関連障害に位置づけることが提案されている。

この複雑性 PTSD は、臨床では DSM-IV-TR における境界性パーソナリティ障害との鑑別が問題となってくる。境界性パーソナリティ障害では、

見捨てられ不安や、不安定な自己像といったアイデンティティの揺らぎ、そして自殺関連行動が臨床で大きな問題となる。それに対して、複雑性 PTSD では、まずトラウマ体験との関連で症状が現れること、3つの PTSD の中核症状がある点でトラウマ性障害であり、パーソナリティ障害との対比として、見捨てられ不安が主症状となることはなく、アイデンティティは不安定というよりも無価値観、無力感、空虚感といった否定的な認知が持続する点で異なる状態であると概念化されている。また、複雑性 PTSD でも自殺関連行動はみられるが、境界性パーソナリティ障害よりはその頻度は低く、治療の焦点となることが少ないという特徴があることが臨床経験から示唆されている。

#### 4. 遷延性悲嘆

死別反応は、ICD-10 では、人の通常の反応として疾患や障害とはみなされずに、「Z63.4 家族の失踪あるいは死亡」に位置づけられている。しかし、近年では、通常を超える程度、期間に及ぶ死別後の心理的な反応が臨床的な課題となっており、複雑性悲嘆、外傷性悲嘆、複雑性悲嘆障害などと呼ばれて、検討が重ねられている<sup>7)</sup>。死別反応を疾病や障害とみなすことは議論のわかれるところである<sup>2)</sup>。ICD においては、悲嘆の表現形は社会、文化、また個人によって多様であるが<sup>4)</sup>、悲嘆が長期化した場合には、社会、心理、医学、身体的に影響を及ぼし<sup>3)</sup>、死別体験から6ヵ月後にも続いている悲嘆反応は、その後の予後や社会機能を予測することが示唆されているため<sup>5)</sup>、このような状態像を定義して、支援につなげる方向で議論されている。なぜなら、このような遷延化した悲嘆反応には、通常の死別反応に対する注意深い経過観察や、うつ病に対する治療のアプローチとは異なる介入を検討する必要があるからである。たとえば、悲嘆の場合、抗うつ薬の SSRI やうつ病の認知行動療法 (CBT) はあまり効果がなく、悲嘆反応に特化した CBT では効果が認められている<sup>8)</sup>。

ICD-11 に向けて提案されている遷延性悲嘆と

は、親しい人との死別を経験した後に生じる、故人を追い求める渴望と情緒的苦痛として定義され、たとえば、その死別を受け入れることができない、自分の一部を失ってしまった感覚、死別に対する怒りや罪悪感といった認知的変化を示すが、うつ病の診断基準は満たさない状態である。そして、これらの症状によって生活機能低下が生じている状態を指している。このような状態が通常を超える程度の長期間続く場合、遷延性悲嘆と定義されるが、先の研究から1つの目安として約6ヵ月以上に及ぶものとして示されている。しかし、死別反応や喪の作業は、社会、文化、宗教的な文脈の中で行われていくものであるため、その人の信仰、文化的文脈を考慮したうえで、診断を下す必要があるということが明確に書き込まれている。

#### おわりに

##### — 課題と今後の見通し —

先述のように、ICD-11 におけるストレス関連障害の構成は、DSM-5 とは異なるものとなる見込みである。ICD と DSM は操作的定義の一覧とみなされることがあるが、しかし、ワーキンググループで強調されていたのは、ICD は精神科医らの臨床判断を支援するためのガイダンスという位置づけであり、チェックリストやアルゴリズムによる判断が精神科医の臨床診断に優先するような使用は意図していない点である。精神医学の2大診断分類が改訂されるにあたり、診断および操作的定義の位置づけについて、改めて理解を深め、使用する必要がある。

また、筆者らは、アジアの精神科医らを対象に ICD と DSM の使用頻度と臨床的有用性について検討したことがあるが、日本では ICD は臨床や行政資料で頻繁に使用されているが、ICD や DSM といった診断分類は疾患概念や典型例の状態像、定式化の仕方が欧米の価値観に偏り、アジア圏では使いづらいといった指摘もあった<sup>9)</sup>。今回の ICD の改訂において、ICD-11 の  $\beta$  バージョンの公表、パブリックコメントの募集、そしてフィー

ルドテストを経て、さらに検討を重ねていく予定である。我が国の精神科医からの積極的な関与も期待される。

#### 文 献

- 1) Bryant, R. A.: Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder : a systematic review. *J Clin Psychiatry*, 72 ; 233-239, 2011
- 2) Friedman, R. A.: Grief, depression, and the DSM-5. *N Engl J Med*, 366 ; 1855-1857, 2012
- 3) Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., Prigerson, H. G.: A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev*, 24 ; 637-662, 2004
- 4) Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., et al.: An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA*, 297 ; 716-723, 2007
- 5) Maercker, A., Forstmeier, S.,ENZLER, A., et al.:

Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age : findings from a community survey. *Compr Psychiatry*, 49 ; 113-120, 2008

- 6) McHugh, P. R., Slavney, P. R.: Mental illness—comprehensive evaluation or checklist? *N Engl J Med*, 366 ; 1853-1855, 2012
- 7) Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., et al.: Prolonged Grief Disorder : Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6 ; e1000121. doi : 10.1371/journal.pmed.1000121, 2009
- 8) Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., et al.: Treatment of complicated grief : a randomized controlled trial. *JAMA*, 93 ; 2601-2608, 2005
- 9) Suzuki, Y., Takahashi, T., Nagamine, M., et al.: Comparison of psychiatrists' views on classification of mental disorders in four East Asian countries/area. *Asian Journal of Psychiatry*, 3 ; 20-25, 2010

## Toward a Revision of ICD : Current Discussion on Stress-related Disorders

Yuriko SUZUKI

*Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health,  
National Center of Neurology and Psychiatry*

Under the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, reaction to severe stress and adjustment disorders (F43) is unique in that the disorders are defined by a stressor which caused the disorder, along with the specific psychiatric symptoms. Acute stress reactions (F43.0), post-traumatic stress disorder (PTSD) (F43.1), adjustment disorder (F43.2), and other reactions to severe stress are grouped into this category. Major conceptual change in F43 is discussed and will be proposed upon the next revision of the ICD. The proposal will include the removal of acute stress reactions from F43 to normalize such reactions, including PTSD and complex PTSD under traumatic stress disorder, introducing prolonged grief disorder, and a redefining of adjustment disorder.

Further discussion and field testing of this proposed definition will follow before the release of ICD-11. There are claims that the disorder concept, typical clinical features, and its way of formulation are based on Western views and, consequently, operational classification is difficult to use in Asian cultures and societies. There are multiple avenues to provide feedback during the process of the revision ; thus, more input from Japanese psychiatrists is awaited.

<Author's abstract>

<**Key words** : ICD-10 Classification, stress-related disorder, operational definition >

---