



## ICD-11 の適応反応症

本村 啓介

ストレス因に対する不適応的な反応であり、他の診断を下せないことを診断の条件とされていた適応反応症は、ICD-11では症状による診断がはじめて可能になった。新しい診断基準が成立する過程で、かつて「うつ病の蔭に隠され続けている」と言っていたこの診断カテゴリーは、心的外傷後ストレス症に隣接するものとして再概念化され、ともにDSM-5とはかなり明確な違いをみせることになった。正常なストレス反応とも隣接するこの病態について、新たな診断基準のもとで急激に研究報告が増えつつある。

### 索引用語

不適応反応、心的外傷、ストレス因、侵入思考、とらわれ

### はじめに

1980年のDSM-IIIで成立した診断カテゴリーである適応障害は、その後、ICD-10でおおよそ同一のものが採用されて、長らく用いられてきたが、ICD-11で実質的にはじめて改訂され、DSM-5（およびDSM-5-TR）とは顕著な違いをみせることになった。本稿では、診断カテゴリー成立の過程を振り返り、今回の改訂の内容について紹介する。

本題に入る前に「適応反応症」という訳語について説明しておきたい。ICD-11の翻訳を契機に、“disorder”的を「障害」から「症」に変更することが、日本精神神経学会のICD-11委員会および精神科用語検討委員会によって決定された。しかし、adjustment disorderを「適応症」と訳してしまうと、医薬品が規制当局から許可された治療用途を指す用語と同一になってしまふ。「適応不全症」という訳語も検討されたが、適応への努力が不十分であるかの

ような印象を与えかねないという意見もあったことから、「適応反応症」と訳すこととなった。診断カテゴリーの前身がICD-9では「不適応反応」（adjustment reaction）と名付けられていたこと、DSM-IIIおよびICD-11の本文中に“maladaptive reaction”という表現が使用されていることからも、訳語は妥当であると考える。ただし、本稿では適応反応症の前身であるさまざまなカテゴリーから現在までの変遷をたどるため、過去の診断名については（「適応障害」などの）当時の訳語で記す（ICD-8および9の訳語は加藤<sup>14)</sup>に拠った）。また、英語“disorder”は「障害」と訳しても「疾患」と訳してもそれぞれ問題があり、ここでは現行の基準に従って「疾患」と訳したが、既存の訳文がある場合には「障害」のまま記した箇所もある。

なお著者はこれまで、主に気分症群の分類や診断基準の歴史を調べてきたが、適応反応症については一般臨床を通じて経験する程度であり、また心的外傷後ストレス症（posttraumatic stress disorder: PTSD）については専門外であることをお断りしておく。

著者所属：国立病院機構肥前精神医療センター臨床研究部

編　　注：本特集は第120回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに針間博彦（東京都立松沢病院）を代表として企画された。

受付日：2024年12月23日

受理日：2025年6月12日

doi: 10.57369/pnj.25-126

## I. 適応障害の成立まで

### 1. ICD-6 から ICD-9 まで

1900 年に制定され改訂を重ねてきた国際死因分類は、1948 年に改訂された ICD-6 から疾病分類となり、精神疾患もその時点から本格的に組み入れられるようになった。ICD-6 と 7 の精神科疾患分類は実質的に同一であったが、そこにはすでに「一過性状況不適応」(acute situational maladjustment) という診断カテゴリーが記されていた。この時点では、ICD の精神疾患分類は病名の羅列に過ぎず、各診断カテゴリーに何が含まれ、何が含まれないかについて詳しくは説明されていなかった<sup>19)</sup>。

1960 年代半ばに ICD-8 が制定されると、まず英国国内で、ICD-8 の精神医学的病名のリストに付け加えるかたちで用語解説 (glossary) が執筆され、それをもとに WHO での協議を経て承認されたものが、1974 年に正規の用語解説として出版されるに至った<sup>20)</sup>。ICD-8 の「一過性状況性障害」(transient situational disturbance) には、次のような解説が記されている。

明確な精神疾患を持っていなかった個人に生じる、さまざまな重症度および性質の、一過性の疾患 (disorder) が含まれる。これは、例外的な身体的あるいは心理的ストレスを伴う状況への反応であり、通常数時間から数日でおさまる。含まれるもの 不適応反応、青年期の状況反応、成人の状況反応、ストレスへの反応における自殺企図、消耗せん妄、戦闘疲労、ガンザー症候群 (精神病とも神経症とも特定できない場合)、粗大ストレス反応、例外的ストレスへの一過性反応

1970 年代半ばに制定された ICD-9 の精神疾患分類では、はじめて制定当初から用語解説が付記された。そして ICD-8 の「一過性状況性障害」は二分され、「急性ストレス反応」(acute reaction to stress; 自然界の破局的現象や戦闘のような例外的なストレスへの反応として生じ、通常は数時間ないし数日以内に鎮静するもの) と「不適応反応」(adjustment reaction; 死別、移転、分離のようなストレスと関連があることが多い、軽度または一過性の障害で、通常は 2~3 カ月続くが可逆的) に分けられた (当時、慢性的に続くストレス反応という概念はなかった)。ICD-9 における精神疾患分類は、(1) 精神病 (器質精神病状態とそ

の他の精神病), (2) 神経症、人格異常およびその他の非精神病性精神障害, (3) 精神薄弱、の三群に分けられ、急性ストレス反応および不適応反応は第二群に含まれていたものの、他の神経症群とは離れた位置におかれていた<sup>14)</sup>。DSM-III から DSM-IV-TR までの、適応障害の独特の (孤立した) 位置づけは、ICD-9 に由来する。

当時、世界精神医学会の「命名と分類」専門委員会、および WHO の「精神医学的診断・分類・統計会議」の双方で委員を務めていた加藤正明は、「日本の精神医学はドイツ精神医学の影響を最も強く受けており、アングロ・サクソン系の影響の強い WHO の ICD にはかなり抵抗がある」と述べたうえで、「一過性状況性障害について多くの反論があったが、今度はこれが『急性ストレス反応』と比較的長く続く『不適応反応』とに分けられた。両者の分類にも多くの問題があり、わが国では前記の psychogenic psychotic reaction を含めて、心因反応という項があれば足り、混乱がないように思われる。両者の小分類にも問題が多い」と、違和感とともに解説している<sup>14)</sup>。

### 2. DSM-III から ICD-10 まで

1970 年代前半の米国で、当時社会問題となっていたベトナム戦争復員兵の支援にあたっていた少数の専門家が、DSM-III の作成チームに接近し、「ポスト・ベトナム症候群」について検討するよう願い出た。当初は却下されたものの、請願者たちが次第に勢力を拡大していったために無視できない存在となり、新設されたワーキンググループにて診断基準が検討された。当然ながら先行研究は乏しく、エビデンスの出どころは、災害後の臨床症状を記述した単行本と雑誌論文、ベトナム戦争帰還兵から直接得た個々の病歴、臨床家が送ってくる症例報告、ストレス研究の権威の理論づけといったものであった<sup>22)</sup>。恐怖症、うつ病、パーソナリティ障害など、既存の診断の組み合わせで説明できる、といった批判もあったが、それでも新しい診断カテゴリーがつくられることになった<sup>18)</sup>。

1980 年に公表された DSM-III<sup>1)</sup>は、精神医学の歴史において画期を成すものであった。そこではじめて採用されたのが「心的外傷後ストレス障害」(PTSD) である。診断基準には、はじめに「基本的な特徴は、通常人間が経験する範囲を超えた、心理的な外傷的出来事に引き続いて、特徴的な症状が生じることである」と書かれており、そのうえで、再体験、反応性の麻痺、過覚醒その他の症状を 1 カ月以上経験していることが必要とされた。

一方、ICD-9 の不適応反応は、DSM-IIIでは適応障害として定義されることになったが、診断基準は以下のとおりである。「A. 特定可能な心理社会的ストレス因に対する不適応反応であり、ストレス因の作用開始後、3カ月以内に生じる。B. 反応の不適応的な特性は、以下のいずれかによって示される。(1) 対人的あるいは職業的機能の障害、(2) 症状はそのストレス因への反応として正常で予想できる範囲を超えている。〈中略〉D. ストレス因が終結するか、持続している場合、新たなレベルの適応に到達されたら、その障害は終わる。E. その障害は他の特定の精神障害や正常な悲嘆の診断基準を満たさない」。

また、内因性と神経症性とに分けられていたうつ病は、DSM-IIIから「大うつ病性障害」(major depressive disorder) という単一の診断カテゴリーにまとめられることになった。それまでの神経症性うつ病は大うつ病のほかに、気分変調性障害および適応障害へと分割されることになったが、その後、大うつ病性障害はほとんど修正されることのないまま、DSM-5-TR の「うつ病」まで存続している。ICD-10<sup>21)</sup>でも、旧来多数に分けられていた病態が「うつ病エピソード」(depressive episode) として統合され、DSM-IIIとはわずかに基準が異なるものの、おおよそ同一の概念として今日まで用いられてきた。他の精神障害の基準を満たさないという基準に特徴づけられた適応障害概念が、DSM-IIIにおいて、PTSD および大うつ病性障害とともに成立したという事実は、その後の影響関係を理解するうえで重要である。

1987年のDSM-III-R<sup>2)</sup>では、PTSDと診断できるまでの1カ月間を埋めるようにして、「急性ストレス障害」が導入された。適応障害のほうは、症状の持続期間について、「不適応的反応は6カ月を超えて持続しない」と明記された。1994年のDSM-IV<sup>3)</sup>では、適応障害の診断基準に実質的な変更はなかったが、慢性のもの、という亜型が追加された。(身体疾患のように) ストレス因自体が持続的であれば、本来は一過性の反応であるはずの適応障害が慢性化することもありうる、という考えに基づいた改訂である。

1992年には、DSM-IVと「ハーモナイズ」するかたちで、ICD-10<sup>21)</sup>が制定され公表された。ICD-10ではF43「重度ストレス反応および適応障害」のなかに、急性ストレス反応、PTSD、適応障害が含まれることになり、(用語解説からの発展である)『臨床記述と診断ガイドライン』において、PTSDは「ほとんど誰にでも大きな苦悩を引き起こすような、例外的に著しく脅威を与えたり破局的な性質

をもった、ストレス性の出来事あるいは状況に対する遅延したおよび/または遷延した反応として生ずる」ものとされた。それに対して適応障害は「主観的な苦悩と情緒障害の状態であり、通常社会的な機能と行為を妨げ、重大な生活の変化に対して、あるいはストレス性の生活上の出来事(重篤な身体疾患の存在あるいはその可能性を含む)の結果に対して順応が生ずる時期に発生する。ストレス因は(死別、分離体験によって)個人の人間関係網が乱されたり、あるいは社会的援助や価値のより広汎な体系を侵したり(移住、亡命)することがある」「個人的素質あるいは脆弱性はF43.-の他のカテゴリーにおけるよりも、適応障害の発症の危険性と症状の形成に大きな役割を演じている。しかしながら、ストレス因がなければこの状態は起こらなかっただろうと考えられる」「いずれの症状もそれ自身では、より特異的診断を正当化するほど重症であったり顕著ではない」「発症は通常ストレス性の出来事、あるいは生活の変化が生じてから1カ月以内であり、症状の持続は遷延性抑うつ反応(F43.21)の場合を除いて通常6カ月を超えない」とされた。診断内の亜型として、短期抑うつ反応、遷延性抑うつ反応、混合性不安抑うつ反応、主として他の情緒の障害を伴うもの、主として行為の障害を伴うもの、情緒および行為の混合性障害を伴うもの、といったものが採用されたが、これらはおおよそICD-9から持ち越されたものである。

## II. 適応障害概念への批判

DSM-IIIからICD-10に至る流れのなかで完成された現代の適応障害の概念に対する批判として、ここではCasey, P. ら (2001)<sup>11)</sup>, Baumeister, H. ら (2009)<sup>8)</sup>, Casey と Doherty, A. (2012)<sup>12)</sup>の総説から要点を抽出し、統合して紹介する。

適応障害は的確に定義されていない。大半の精神疾患は横断面の症状によって定義されているのに対し、適応障害のほうは、ストレス因に引き続いて起り、ストレス因解消後6カ月以内に消失する、という経過の特徴のみに基づいて診断され、他の精神疾患の診断基準を満たさない、という「臨床閾値下の地位」(subclinical status) における。多くの疫学研究でも研究対象から外されてきた結果、2001年までの25年間で、適応障害のみに焦点をあてた研究報告は30本にも満たない。臨床家が適応障害と診断した症例も、構造化面接を行うと、かなりの割合で大う

つ病性障害と診断されてしまうことが報告されているが、これは上記のような診断上の制約があること、そして大うつ病性障害の診断閾値が低すぎることによる。このような事情により、臨床家が大うつ病性障害と診断する症例のなかにも、本来は適応障害と診断すべき症例が相当に混入して、必要なない薬物療法が行われている可能性がある。これは従来「内因性うつ病」と「反応性うつ病」の境界で起きていた問題に似ているが、両者が大うつ病性障害として統合されたことに影響されて、問題が移動したのかもしれない。適応障害の抑うつ気分は、ストレス因の認知と関連したものであり、気分反応性は失われていないが、このような文脈の影響は、現代の診断基準では評価から漏れてしまう。適応障害はいわば、大うつ病性障害の蔭に隠れてしまっているのである (adjustment disorder is being eclipsed by major depression)。また、「臨床閾値下の地位」にあるために、症状も軽いかのような印象をもたれているが、自殺関連行動との結びつきが強いという報告もある。さらに現在の基準では、正常なストレス反応との区別も困難であるようにみえる。このような問題を解決するために、ストレス因と症状との関連に注目することにより、適応障害を症状によって定義して、残遺カテゴリーから完全な症候群のカテゴリー (full syndromal category) へと昇格させることが必要である。

以上が批判の要旨である。

### III. 心的外傷後ストレス障害と適応障害

#### 1. 心的外傷後ストレス障害概念の展開

ここでPTSDの診断基準の変遷を振り返ってみたい。後述する通り、これは適応反応症の概念にも影響したと考えられるからである。

先述の通り、DSM-III (1980)<sup>1)</sup>のA基準では、PTSDと診断されるためには「ほとんどの人に有意な苦痛の症状を生じさせるような、はっきり認められるストレス因の存在」が必要であるとされた。説明文中では、それは「通常人間が体験する範囲を超えた、心理的な外傷的出来事」であり、強制性交や暴行のように単独で経験されるものもあれば、戦闘のように集団で経験されるものもあり、ストレス因には自然災害（洪水、地震）、偶発的人災（重傷を伴う自動車事故、航空事故、大火災）あるいは意図的人災（爆撃、絶滅収容所）も含まれるとされた。続いてDSM-III-R (1987)<sup>2)</sup>では、自身が直接的に危険にさらされることに加

えて、家族や友人が同様の危険にさらされるのを目撃すること、もしくはそのような事実を知ることも、心的外傷的出来事とみなされるようになった。DSM-IV (1994)<sup>3)</sup>では、心的外傷的出来事が「通常人間が体験する範囲を超えた」ものであるという要件が削除された。また、B-D基準として挙げられた症状は、再体験5症状（1つ以上）、回避および麻痺7症状（3つ以上）、過覚醒5症状（2つ以上）であった。このような定義に基づいて行われた疫学調査の結果、デトロイトの成人のうち89.6%が1つ以上の心的外傷的出来事を体験しており、しかもPTSDを生じたのは9.2%であること、DSMの改訂によって心的外傷的出来事が6割近くも増加したことが明らかになった<sup>9)</sup>。また、研究が進むにつれて、A基準を満たす出来事を経験しても症状がPTSDには至らない症例、逆にA基準を満たさない出来事を経験してPTSDの症状基準を満たす症例も多いことが明らかとなり（以下、本稿ではこれらを合わせて「閾値下PTSD」と呼ぶことにする）、PTSDの発症には、出来事の深刻さだけでなく、個人側の脆弱性が果たす役割も大きいと考えられるようになった<sup>18)</sup>。

19年後に改訂されたDSM-5 (2013)<sup>5)</sup>では、PTSDは不安症群とは別の「心的外傷およびストレス因関連障害群」の代表的診断カテゴリーとして位置づけられることになった。DSM-5におけるPTSDのA基準を決定する過程で交わされた議論を、作成責任者であったFriedman, M. J.の論文<sup>13)</sup>から抜粋して紹介する。性犯罪被害や拷問など極度の体験に関しては異論はないものの、どこまでを心的外傷的出来事とするかに関して合意するのは容易ではなく、また極度の体験を経てもPTSDにならない者も多いなど、個人側の要因も大きく影響することが明らかとなり、A基準の決定は一層困難になった。このように困難な状況で、PTSDの専門家からもA基準の廃止を訴える主張があつた<sup>10)</sup>。これはさまざまな意味で魅力的な解決策のようにみえたため、ワークグループではこの案が真剣に検討された。しかしながら、心的外傷的出来事は当事者にとって人生を変えるほどの分水嶺なのであって、その記憶は他の症状を理解するために必要な核心をなしていると考えられたことから、A基準は維持されることになり、次のように記載された。「実際にまたは危うく死ぬ、重傷を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の形による曝露：(1) 心的外傷的出来事を直接体験する。(2) 他人に起こった出来事を直に目撃する。(3) 近親者または親しい友人に起こった心的外傷的出来事を耳

にする。家族または友人が実際に死んだ出来事または危うく死にそうになった出来事の場合、それは暴力的なものまたは偶発的なものでなくてはならない。(4) 心的外傷的出来事の強い不快感を抱く細部に、繰り返しまたは極端に曝露される体験をする」。また、症状基準については、症状クラスターは3つから4つに、基準症状数は17から20に増やされた。追加された症状クラスターであるD基準に含まれるのは、否定的な認知や気分であるが、これは(ICD-11で登場する)複雑性PTSDで顕著となる症状であった。

米国と欧州の専門家は、微妙な対立をみせるようになっていた。A基準の廃止を求める論文<sup>10)</sup>の5人の著者たちのうち、2人は英国、1人はスイスの大学に所属していた。ICD-11の「ストレス特異的関連症群」の責任者であるMaercker, A.(チューリヒ大学)は、DSM-5の公表後、PTSDおよび関連疾患の診断基準について、ICD-11で準備されている案のほうが、平明で使いやすいはずであると述べているが<sup>17)</sup>、ICD-11でのPTSDのA基準相当部分は以下のように書かれており、DSM-5よりも主観的にみえる。「極度の脅威や恐怖を伴う(短期または長期の)出来事や状況への曝露。このような出来事には、自然災害、人為災害、戦闘、重大事故、拷問、性暴力、テロリズム、暴行、急性の生命を脅かす疾患(心臓発作など)を直接体験すること、突然の、予期しない、または暴力的な、他人の負傷や死亡、またはその脅威を目撃すること、愛する者の突然の、予期しない、または暴力的な死について知ることなどが含まれるが、これらに限定されるわけではない(下線引用者)。また症状クラスターは再体験、回避、過覚醒の3つである。精神疾患分類におけるDSMとICDとの関係は疾患群によって多様であるが、PTSDという米国生まれの診断概念をめぐって、両者の対立が顕在化してきたことは興味深い。さらに、複雑性PTSDや遷延性悲嘆症の採用も含め、ICD-11の「ストレス特異的関連症群」全体で、DSM-5の対応部分との対照が鮮明となったが(遷延性悲嘆症についてはDSM-5-TRで採用され、DSMのほうがハーモナイズした)、そのような流れのなかで、適応反応症の新しい診断基準も提案されることになった。

## 2. 2つのストレス反応の関係

PTSDと適応障害の関係について、DSM-III<sup>11)</sup>およびDSM-III-R<sup>2)</sup>には次のように書かれていた。「適応障害では、ストレス因はより深刻でないものであり、通常の体験の範囲内にある。そして心的外傷の再体験のような、

PTSDに特徴的な症状を欠いている」。つまりこの時点では、2つの診断カテゴリーはまったく異なるものとみなされていた。けれどもその後の研究により、閾値下PTSDの広範な存在が知られるようになると、適応障害はそのような症例のための受け皿とみなされるようになり、DSM-IV<sup>3)</sup>およびDSM-IV-TR<sup>4)</sup>では次のように書かれた。「PTSDでは、ストレス因は非常に強い性質の(すなわち、生命を脅かす)ものでなくてはならない。これとは対照的に、適応障害では、ストレス因の強さはいろいろである。極端なストレス因に対する反応が、PTSDの(または他の特定の精神疾患の)基準を満たしていない場合、および、極端ではないストレス因(例:配偶者が家を出ること、解雇されること)に反応してPTSDの症状様式が起こっている場合には、適応障害と診断するのが適切である」。

適応障害の症状が6ヵ月を超えて遷延した場合について、DSM-IV<sup>3)</sup>およびDSM-IV-TR<sup>4)</sup>には「他の精神疾患、通常は適切な特定不能カテゴリーに診断を変更するべきである」と書かれていたが、DSM-5-TR<sup>6)</sup>では閾値下PTSDが6ヵ月以上続いた場合について、「心的外傷およびストレス因関連症、他の特定される」と診断するよう記載された。もっともDSM-5-TRでは次のようにも書かれている。「定義によると、適応反応症はストレス因またはその結果の終結から6ヵ月以内に解決されなければならない。しかし、持続的なストレス因(例:慢性的な障害となる他の医学的状態)または永続的な結果をもたらすストレス因(例:離婚に伴う経済的および感情的困難)に反応して症状が発生する場合は、症状が長期間(すなわち、6ヵ月より長く)持続する可能性がある」。つまり「永続的な結果をもたらすストレス因」という表現の受け取りによつては、適応反応症はより慢性の病態にも診断しうるようである。

## IV. ICD-11の適応反応症へ

PTSDを取り巻くこのような状況のなかで、適応障害概念の刷新に挑んだのが、先述のMaerckerである。旧東ドイツ出身の心理学者であり、PTSDや悲嘆に関して多くの研究を行っていたMaerckerは、共同研究者とともに2007年、適応障害の新しい診断基準を提案した<sup>15)</sup>。これは、PTSDのために開発されたストレス反応理論、および自身が行った高齢者の適応障害に関する研究に基づいたものであり、診断基準症状は侵入症状、回避、適応の失敗という

3つの群からなっていた。侵入思考 intrusions は、不随意的、反復的で苦痛な記憶であり、PTSD でみられるものと類似しているとされた。さらに、Adjustment Disorder New Module という自記式の質問紙が作成されて、その結果から診断が行えるようになると、その後の多くの研究に使用されて、Maercker らによる適応障害の新しい概念が定着していった<sup>7)</sup>。2013年にICD-11の草稿が公表されたときには、ICD-11の適応反応症は（作成責任者でもある）Maercker の提案をもとにしたものになっており<sup>16)</sup>、大きな変更のなかつた DSM-5 とは著しい相違を示すことになった。

図に示したのは現在インターネットで公開されている、ICD-11の適応反応症に関する診断要件である（一部を略している）。「侵入思考」intrusions は「とらわれ」preoccupation と書き改められ、その例として、ストレス因についての過度の心配や反復的で苦痛に満ちた思考、その影響についての絶え間ない反芻思考が挙げられる一方、回避は付加的特徴として記述されている。また亜型は削除された。「症状は、他の精神疾患ではよりうまく説明できない」という要件もあるが、「他の精神疾患の診断基準を満たさない」という従来の基準からは、微妙ながら変化がみられる。

鑑別診断については、PTSDとの境界と、それ以外の精神疾患との境界に分けて書かれている。PTSDとの境界については、（上記III-2で述べた）DSM-IV以降と同様に、閾値下 PTSD は適応反応症とみなすよう書かれている。「極度に脅威的または恐ろしい出来事を体験した人の多くは、後に心的外傷後ストレス症ではなく適応反応症を生じる」という一文は、両者の関係を理解するうえで重要であろう。他の精神疾患との境界については、次のように書かれている。「精神の疾患が、ストレスを生じる生活体験をきっかけとして生じることや、それによって増悪することはよく見られる。さらに、多くの精神の疾患は、ストレス因に対する非適応的反応、ストレス因へのとらわれ、過度の心配または反芻思考、適応不全を症状として伴う。これらの症状を説明しうる他の精神の疾患が存在する場合（たとえば、一次性精神症、気分症、他のストレス特異的関連症、パーソナリティ症、強迫症又は関連症、全般不安症、分離不安症、自閉スペクトラム症）、ストレスを生じる生活上の出来事や状況の変化が症状の増悪をもたらしていくも、適応反応症という別の診断は一般につけるべきでない。しかし、適応反応症とは相當に重ならない症状を有し、

## 6B43 適応反応症

### 診断要件

#### 必須の（要件となる）特徴

- ・ 単一の確認可能な心理社会的ストレス因または複数のストレス因（たとえば、ストレスを生じる单一の出来事、進行中の心理社会的困難、ストレスを生じる複数の生活状況の組み合わせ）に対する非適応的反応が診断の要件である。通常、ストレス因の1ヶ月以内に出現する、ストレス因の例として、離婚または人間関係の喪失、失職、疾病的診断、機能障害の最近の発症、家庭や職場での対立がある。
- ・ ストレス因に対する反応は、ストレス因やその結果に対するとらわれによって特徴づけられる。そうしたとらわれには、過度の心配、ストレス因に関して繰り返されて苦痛を生じる思考、ストレス因の意味するところについての絶え間ない反芻思考などがある。
- ・ 症状は他の精神の疾患（たとえば、気分症、他のストレス特異的関連症）によってより適切に説明されない。
- ・ ストレス因とその結果が終わると、症状は6ヶ月以内に消退する。
- ・ ストレス因に適応できることにより、個人生活、家族生活、社会生活、学業、職業または他の重要な領域における有意な機能障害が生じている。機能が維持されている場合、それは有意な付加的努力によるものにすぎない。

### 付加的な臨床特徴

- ・ とらわれの症状はストレス因の想起刺激によって悪化することがあるため、とらわれや苦痛を防ぐために、ストレス因に関連する刺激、思考、感情または話し合いの回避が生じる。
- ・ 適応反応症の付加的な心理的症状には、抑うつまたは不安症状、衝動的な「外在化」症状、特にタバコ、アルコールまたは他の物質使用の増加などがある。
- ・ ストレス因が取り除かれる、十分な支援が行われる、またはその人が付加的な対処機序や方策を身につけると、適応反応症の症状は通常軽減する。

### 経過の特徴

- ・ 適応反応症の発症は、通常、ストレスを生じる生活上の出来事（たとえば、疾病、婚姻生活における苦痛）への曝露後1ヶ月以内に生じる。しかし、それよりも遅れて発症することもある（たとえば、曝露後3ヶ月）。
- ・ 急性で重度のストレスを生じる生活上の出来事は（たとえば、突然の失職）、同じように急激に発症する症状を生じるのが典型的であり、その症状の持続期間は比較的短い傾向がある。他方、より持続性の、ストレスを生じる生活上の出来事は（たとえば、進行中の結婚生活上の苦痛）、発症が遅く持続期間がより長い症状を生じるのが典型的である。
- ・ 適応反応症の強度と持続期間には大きな幅がある。

### 発達段階別の病像

- ・ 児童では、ストレス因やその結果に対するとらわれや、ストレス因に関する絶え間ない反芻思考という特徴的症状は、しばしば直接に表現されるのではなく、身体症状（たとえば、胃痛、頭痛）、破壊的または反抗的行動、過活動、かんしゃく発作、集中力の問題、易刺激性、しがみつきの増加として表れる。退行、夜尿、睡眠の障害など、ストレス因に対する他の反応も、持続性である場合は（たとえば、約1ヶ月間続いている），適応反応症の症状のことがある。
- ・ 青年では、適応反応症の行動症状には、物質使用やさまざまな形態の行動化または危険行動がありうる。
- ・ 児童と青年はストレスを生じる出来事と自分自身の症状および行動との関連を明確に言語化しないことがあるので、適応反応症の診断を下す際は、ストレス因と症状発症との時間的関係、また以前の機能からの変化の程度を考慮することが重要である。
- ・ 高齢者では、身体的愁訴へのとらわれが、ストレス因に関連する苦痛の微候としてよく見られる。適応反応症を有する高齢者は、自分の健康について強い不安を表明し、有意なデモラリゼーションを報告し、しばしば心理的症状の持続的な身体化を示す傾向がある。

### 図 適応反応症（ICD-11）の臨床記述と診断要件（抜粋）

（文献 23 より、日本精神神経学会和訳案）

適応反応症の症状を十分に説明しない他の精神の疾患が存在する場合（たとえば、限局性恐怖症、パニック症、身体的苦痛症）、2つの疾患の経過が区別可能であり、それぞれの診断要件を完全に満たす限り、適応反応症の診断をつけてよい。ストレス因が終わった後に症状が6カ月を超えて持続する場合は、診断を別の精神の疾患に変更するのが一般に適切である」。

## おわりに

ICD-11で「ストレス特異的関連症群」に含められた適応反応症は、ストレス因への「とらわれ」を中心とする基準症状を明示することにより、従来の「臨床閾値下の地位」から「完全な症候群のカテゴリー」へと、多少なりとも近づいたようにみえる。かつて「うつ病の蔭に隠されていた」この診断カテゴリーは、いまや閾値下 PTSDに乗っ取られてしまったともみえるのであるが、そのことが今後の日常臨床にどのような影響を与えることになるのか、私たちのまなざしをどのように変えていくことになるのかは、まだよくわからない。また「とらわれ」が診断要件として明示されたことが、言語表現の困難な児童や知的発達症者の臨床に与える影響についても懸念されるところである（「発達段階別の病像 developmental presentations」の項に注記されてはいるが）。DSM-5-TRとICD-11とが大きく異なる診断基準を示すことになったため、この領域では当分活発な議論が交わされるのであろうが、この機会に、正常な反応と精神疾患を分かつものは何であるのか、そのような領域で精神医療従事者はどのような治療ないし支援を提供すべきであるのかについて、わが国でも議論が高まることを期待したい。

本稿は、2024年6月22日に札幌コンベンションセンターで行われた第120回日本精神神経学会学術総会における委員会企画シンポジウム23「ICD-11における鑑別診断：診断要件と臨床的判断」のなかの講演「ICD-11における適応反応症」の内容をもとに、加筆修正したものである。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

## 文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed (DSM-III). American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1980
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed, Revised (DSM-III-R). American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1987 (高橋三郎訳：DSM-III-R 精神障害の診断・統計マニュアル。医学書院、東京, 1988)
- 3) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1994 (高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳：DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、東京, 1995)
- 4) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, D. C., 2000 (高橋三郎、大野 裕、染矢俊幸訳：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、東京, 2002)
- 5) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修、高橋三郎、大野 裕監訳：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、東京, 2014)
- 6) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2022 (日本精神神経学会 日本語版用語監修、高橋三郎、大野 裕監訳：DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、東京, 2023)
- 7) Bachem, R., Casey, P. : Adjustment disorder : a diagnosis whose time has come. *J Affect Disord*, 227 ; 243-253, 2018
- 8) Baumeister, H., Maercker, A., Casey, P. : Adjustment disorder with depressed mood : a critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualisations and recommendations for the future. *Psychopathology*, 42 (3) ; 139-147, 2009
- 9) Breslau, N., Kessler, R. C. : The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder : an empirical investigation. *Biol Psychiatry*, 50 (9) ; 699-704, 2001
- 10) Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., et al. : Reformulating PTSD for DSM-V : life after criterion A. *J Traum Stress*, 22 (5) ; 366-373, 2009
- 11) Casey, P., Dowrick, C., Wilkinson, G. : Adjustment disorders : fault line in the psychiatric glossary. *Br J Psychiatry*, 179 ; 479-481, 2001
- 12) Casey, P., Doherty, A. : Adjustment disorder : implications for ICD-11 and DSM-5. *Br J Psychiatry*, 201 ; 90-92, 2012
- 13) Friedman, M. J. : Finalizing PTSD in DSM-5 : getting here from there and where to go next. *J Traum Stress*, 26 (5) ; 548-556, 2013
- 14) 加藤正明：精神疾患の命名と分類。現代精神医学体系第1巻B2、精神医学総論IIb（懸田克躬、大熊輝雄、島薗安雄ほか責任編集）。中山書店、東京, 1980
- 15) Maercker, A., Einsle, F., Köllner, V. : Adjustment disorders as stress response syndromes : a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40 (3) ; 135-146, 2007

- 16) Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., et al. : Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress : proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12 (3) ; 198-206, 2013
- 17) Maercker, A., Perkonigg, A. : Applying an international perspective in defining PTSD and related disorders : comment on Friedman (2013). *J Traum Stress*, 26 (5) ; 560-562, 2013
- 18) McNally, R. J. : Conceptual Problems With the DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder. *Posttraumatic Stress Disorder : Issues and Controversies* (ed by Rosen, G. M.). John Wiley & Sons, New York, 2004
- 19) Stengel, E. : Classification of mental disorders. *Bull World Health Organ*, 21 (4-5) ; 601-663, 1959
- 20) World Health Organization : Glossary of mental disorders and guide to their classification : for use in conjunction with the International Classification of Diseases, 8th Revision. World Health Organization, Geneva, 1974
- 21) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992 (融道男, 中根充文ほか監訳 : ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993)
- 22) Young, A. : The Harmony of Illusions. Princeton University Press, Princeton, 1995 (中井久夫, 大月康義, 下地朋友ほか訳 : PTSD の医療人類学. みすず書房, 東京, 2001)
- 23) World Health Organization : ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics 2024-01 (<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#264310751>) (参照 2025-09-08)

---

## Adjustment Disorder in ICD-11

Keisuke MOTOMURA

NHO Hizen Psychiatric Medical Center

In ICD-11, adjustment disorder, defined as a maladaptive response to a stressor, can now be diagnosed based on its own characteristic symptoms. In the process of establishing the new diagnostic criteria, the disorder, which was previously described as having been “eclipsed by major depression”, was reconceptualized as being adjacent to post-traumatic stress disorder, with both showing notable differences from the DSM-5 criteria. Attention should be paid to the rapid increase in research reports based on these new criteria.

### Author's abstract

**Keywords** maladaptive reaction, trauma, stressor, intrusion, preoccupation