

第Ⅱ部 精神保健と精神疾患

1 精神保健(メンタルヘルス)の新たな課題

1) 自殺予防

我が国における自殺死亡数は、厚生労働省の人口動態統計によると、1997年(平成9年)には年間23,494人(死亡率は18.8/人口10万対)あったが、翌1998年(平成10年)には31,755人(死亡率は25.4)と飛躍的な増加がみられ、その後も3万人前後の高い水準で推移しており、2007年(平成18年)は29,921人(死亡率は23.7)であった。これは、自殺死亡率では、欧米の先進諸国に比べても突出して高い状態になっている。

また、1998年以降の自殺死亡者の急増の原因は、主として、中年男性の自殺死亡数の増加であるが、この背景として、長引く不況による社会経済的要因が指摘されているが、さらには、家庭や地域・職場における人間関係の変化や情報の氾濫、価値観の多様性などによるストレス社会の進展、個人レベルでの「生きる不安」や「孤独」の状況も存在していると思われる。

年齢階層別自殺死亡の特徴としては、例年、中年男性と高齢者の自殺が際だって多い。中年男性においては、働き盛りの年代でもあり社会的にも、またその家庭においてもその影響は大きい。高齢者においては、従来から多く、今後高齢化の進行とともに、ますます懸念される問題となっている。また、最近では、他の年代に比べ数としては多くはないものの、児童青年期の自殺も目立ち、社会的な問題となっている。

このように、現在、自殺問題は、社会においても個人的においても極めて憂慮すべき状況にあり、これに対する速やかな対策の実施が求められている。

これに対し、これまでの国の取組についてまとめてみると次のようになる。

1998年(平成10年)以降の自殺者の増加を受けて、2002年(平成14年)に「自殺防止対策有識者懇談会」が開催され、「自殺予防に向けての提言」がとりまとめられた。この中で、当面行われるべき対策として「うつ病対策」と「こころの健康に関する普及啓発」が示された。2003年(平成15年)には、「地域におけるうつ病対策検討会」「こころの健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」が開催され、また、都道府県・市町村向け、保健医療従事者向けの二つの「うつ」への対応マニュアルが作成され配布された。2005年(平成17年)には、参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされ、また、政府が一体となって自殺対策を総合的に推進するための「自殺対策関係省庁連絡会議」も設置され、「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」をとりまとめた。さらに、2006年(平成18年)には、議員立法により提出された「自殺対策基本法」が成立し、同年10月28日施行された。同法では、国の自殺対策の大綱策定が示された。また、それに先立ち、同年10月1日、国立精神・神経センター精神保健研究所に「自殺予防総合対策センター」が設置されて、自殺問題に関する総合的な情報を発信している。

次に、これらの自殺問題(自殺予防対策)に関し、「自殺とは何か」といった「自殺」への理解に

ついて触れてみたい。

自殺という言葉は日常的によく用いられているが、意味することは曖昧な面も多く、その定義は案外難しい。つまり、自殺を定義する場合、自殺を図ろうとしている人物自身の死の意図(自殺意図)と、自らの行為がもたらす結果をどのように予測しているか(結果予測性、予測能力)の2点が問題となる。厳密に定義すれば、「自殺とは、成熟した人格を持つ人間が、自らの意志に基づいて死を求め、自己の生命を絶つ目的をもった行動をとること」となるが、実際は、必ずしもそのようではない場合も多い。ある種の精神障害の自殺や、大人と異なる死の概念をもつ子供の自殺、自傷行為のように致命的な結果をもたらすとは思えない自己破壊行動などはその例といえる。しかし、厳密な自殺の定義を持ち出し、これらのものを自殺問題から排除することは現実的ではない。どんな心理状態であれ、人が絶望的状况に置かれて取る行動が実質的に死につながる危険性が高いと判断されたり、一見死に至る危険が低いと思われる行為でも死への希求が強ければ、私たちはそれを未然に防ぐことが必要だからである。そこで、これらのことを考慮すれば、「自ら自己の生命を絶とうとする行為を自殺行為(自殺企図)とし、結果として死に至ったものを自殺既遂(または自殺)、死に至らなかったものを自殺未遂」とする理解が適当と思われる。

また、自殺の原因を考える場合も注意が必要である。自殺が起こったとき、多くの人々は何よりもまず、その引き金となった「直接動機」を重視しがちである。警察庁の自殺統計に示された原因・動機は、この直接動機に相当するものが多いと思われる。しかし、自殺が起こる場合、その行為に至る前に形成された「自殺の準備状態(自殺傾向)」があることがほとんどであり、それに「直接動機」が加わって自殺が決行されるという形が認められる。このため、自殺問題を考える場合はこの「自殺の準備状態」を見逃してはならない。

なお、「自殺の準備状態」の形成には次のような要因が関係してくると考えられる。まず社会環境的要因では、社会経済的変動、季節の変化、自然災害などの環境の激変などが、生物学的要因では、うつ病などの精神障害、アルコールや薬物依存などがある。また、心理学的要因では、対人関係、特に家庭や職場・学校における人間関係の歪みや希薄な人間関係、その人自身の性格傾向などがある。

また、自殺者に見られる心理について述べると、人が自殺に至るまでには、さまざまな背景と複雑な心理的過程がある。しかし、自殺者共通して認められる心理的特徴として、まず第一に「心理的孤独」がある。物理的には家族とともに生活し、職場や学校では仲間と共に行っても、おしなべて心理的には孤独である。第二に、自殺者の心理には<死にたい>願望と、<助けられたい><苦しい気持ちを解ってもらいたい>という二つの願望が共存していることである。<助けられたい>願望は自殺の予告兆候として表れる。つまり、自殺者は自由意思に基づいて自殺を選んだというよりは、追いつめられ、行き場を失い、唯一の解決策として自殺を選択する、いわば「追い込まれての死」であると考えられる。また、このような過程でうつ病を発症し、正常な判断ができなくなることも多い。このような状態に追い込まれる前に周囲の人に相談できれば、また、追い込まれても、<もう死んでしまいたい>という本人のサインに周囲の人が気づくことができれば、自殺に至ることを回避することができると思われる。さらに、自殺は、他の人への影響として心理的に伝染するこ

とがあり、後追い自殺や群発自殺などが問題となることも忘れてはならない。

次に自殺対策における、うつ状態・うつ病と自殺の関係について述べる。欧米における自殺の心理学的剖検研究では、自殺既遂者の90%以上が自殺時に精神障害を有し、その中でも特にうつ病性障害(うつ状態・うつ病)の有病率が高いことが示されている。我が国でも、病院の救命救急センター収容の自殺者を対象とした心理学的剖検研究や、病院の救命救急センター収容の自殺未遂者からの一般自殺者における精神障害の有病率の推計において、類似の結果が得られている。このように、自殺の要因として精神障害、特にうつ病の関与が認められることから、うつ病の発見と治療は、自殺予防対策の主要なテーマの一つになっている。

国連と世界保健機関では、自殺予防対策として、うつ病患者など自殺のリスクが高い人々の早発見と早期介入、及びその後の長期フォローアップのための適切な治療提供体制の確立、またプライマリーケア医に対する自殺予防や精神疾患に関する教育の必要性を指摘している。

うつ病予防については、一般開業医に対してうつ病の原因や治療方法に関する包括的な教育を実施することにより、自殺率を減少させることに成功したスウェーデンの研究が有名である。我が国では、高齢者の自殺予防を目的として1986年(昭和61年)から開始され、介入効果を実証された新潟県東頸城郡松之山町の取り組みがある。このように、効果的なうつ病対策は、自殺対策の大きな課題といえる。

以上のような事柄を踏まえ、現在考えられている自殺対策について列記すると次のようになる。

(1) 普及啓発

うつ病等の心の健康問題やそれに起因する自殺の問題は、誰もが抱え得る身近な問題であり、こうした点をタブー視することなく、住民一人ひとりが自分の問題として認識することは、自殺予防にとって重要なことである。そのために、心の健康に関する普及啓発を積極的に進めていく必要があり、かつ、これは自殺予防対策の出発点といえる。

(2) 相談体制の整備

心の健康づくりや心の悩みに関する相談、あるいはうつ病などでの精神科医療機関への受診は、自殺予防を図る上で重要なことである。相談あるいは受診の遅れが重大な結果を招く場合が少なくないからである。そのために、効果的な活用が図られる相談体制の整備が必要である。

(3) 介入

a) うつ病等対策

自殺の危険性(リスク)が高い人を早期に発見し危機介入する取組(ハイリスクアプローチ)は、目に見える効果が期待できると考えられる。自殺死亡者にうつ病患者が多いこと、うつ病の治療法が確立されていること、一部の地域ではこれらの対策が自殺予防に一定の効果をあげていることから、うつ病等への対策は重要である。

b) 自殺未遂者への対応: 救急医療と精神科医療の連携

近年、自殺企図により救急救命センターなどの救急医療施設に搬入される自殺未遂者も少なく

ないが、精神科的問題を抱えながらも精神科受診につながらず、問題が繰り返される事例も少なくないといわれている。そのため、救急医療と精神科医療の連携が必要である。

(4) 事後対応(自殺既遂者・未遂者の周囲者への支援)

自殺死亡や自殺未遂が起こった場合、それに遭遇した家族・友人などの周囲の人々の衝撃や悲しみは測り知れない。特に家族や特に親しい友人などは悩み苦しみ、これを機に心の健康を損なったり、後を追って自殺したりする場合がある。このため、自殺死亡者の家族・友人などに対する相談・支援の充実が必要である。

(5) 継続的な自殺問題の実態の把握

自殺が起こる背景は複雑であり、効果的に自殺予防対策を講じるためには、継続して多角的に自殺の実態を把握することが必要不可欠である。

また、自殺の実態把握の特異的な方法として、自殺者の「心理学的剖検」という専門的な調査方法がある。この方法は、得られる調査結果の質、プライバシーの確保、調査対象者となる自殺者の家族や周囲の者の負担等があり、慎重に実施する必要があるが、我が国でも、2006年(平成18年)より調査研究として実施されている。

(6) 地域特性に応じた自殺予防対策

自殺の統計にもみられるように、自殺問題はそれぞれの地域により異なり、その対策もその地域特性に応じて進めていくことが必要である。

(7) 社会全体による自殺予防対策の推進

自殺は、社会状況にも大きく影響を受けることから、社会の様々な領域において、実態に応じた対策を実施することが重要である。経済政策などや、さらには、自殺手段、自殺場所・空間を考慮した自殺防止対策も必要である。

(8) 報道・メディアに望まれること

ある人の自殺が生じた結果、それに影響を受けた複数の人々の自殺が誘発される場合(群発自殺)があり、これは、マスメディアの報道などが誘発している場合がある。また、表面的には自殺予防意識を啓発するために、いわゆる自殺の名所などに関する報道は、さらに新たな自殺の発生を招く場合があるとの指摘もある。このような観点から、報道・メディアにおいては、自殺予防のための建設的な情報を報道するなど、自殺予防などを十分考慮した自殺報道のあり方が求められる。さらに、最近では、インターネット上の自殺関連サイトは、自殺を促す内容から自殺予防の内容に至るまで様々であり、インターネット上における自殺関連情報にも留意が必要である。

最後に、参考までに、「自殺を予防する自殺事例報道のあり方について」のWHO勧告(2000年)について紹介する。(反町吉秀氏/現・青森県東地方健康福祉子どもセンター保健部東地方保健所 保健医長/による)

○「自殺を予防する自殺事例報道のあり方について」のWHO勧告(2000年)

①やるべきこと

ア)自殺に代わる手段(altemative)を強調する。

イ)ヘルプラインや地域の支援機関を紹介する。

ろ)自殺が未遂に終わった場合の身体的ダメージ(脳障害、麻痺等)について記述する。

②避けるべきこと

ア)写真や遺書を公表しない。

イ)使用された自殺手段の詳細を報道しない。

ウ)自殺の理由を単純化して報道しない。

エ)自殺の美化やセンセーショナルな報道を避ける。

オ)宗教的、文化的固定観念を用いて報道しない。

2)ひきこもり

全国に100万人いるともいわれ、今や大きな社会問題とされている「ひきこもり」。その実態は十分明らかになっているとはいえないが、国によると、1999年(平成14年)の一年間に全国の保健所や精神保健福祉センターに寄せられた相談は1万件(電話相談も含む)を越えている。そのうち、21歳以上が6割近くあり、10年以上長期にわたって自宅や自室にひきこもる例も多く見られたという。

それでは、「ひきこもり」とは何かということであるが、まず確認しておかなければならないこととして、「ひきこもり」は病気ではないということである。つまり、病名や診断名ではなく、一つの状態像をしめす言葉である。齋藤環は、この「ひきこもり」を「20代後半までに問題化し、6ヶ月以上自宅にひきこもって社会参加しない状態が持続しており、ほかの精神障害が第一の原因とは考えにくいもの」と定義している(1998年)。また、「社会参加」とは、「就学、就労、家族以外の親密な対人関係」としている。なお、氏は、DSM-IV(米国精神医学会)からの言葉の引用として、「社会的ひきこもり」という言葉を使用している。

また、近藤直司は、「ひきこもりケースの家族援助」(2001、金剛出版)の中で、「ひきこもり」を「青年期に相応の社会参加や対人関係を持つとしない」ないしは「できない人たち」であり「その背景として、神経症性の要因やパーソナリティ形成の問題、あるいは社会的・文化的要因まで深く関わっているものと考えられ、統合失調症の陰性症状や、広汎性発達障害に特徴的な対人相互交流の質的異常、あるいは精神遅滞の症状を背景にしないもの」としている。

近年、「ニート」という言葉が繁用されているが、「ニート」においては就労、就学はしないものの、友人などとの親密な交流をもっていたり、自分なりに遊びなどでは自宅を出て活動している例も少なくなく、「ひきこもり」とは同義でないことに留意する必要がある。

冒頭述べたように、「ひきこもり」の実態は不明な点も多いが、参考までに、まず、「ひきこもり」に関する現状(データ)を示す。これは、2002年(平成14年、1月～12月)における全国の保健所・精神保健福祉センターへの調査結果(国立精神神経センター精神保健研究所:伊藤順一郎 他)である。

① 引きこもり本人性別(n=3293):男性(76.4%) 女性(22.9%) 不明(0.6%)

② 最初の問題発症年齢(n=3293)

12歳未満(6.7%) 13-15歳(19.2%) 16-18歳(20.8%) 19-24歳(29.1%)
 25-29歳(10.7%) 30-34歳(5.9%) 35歳以上(4.7%) 欠損値(2.9%)

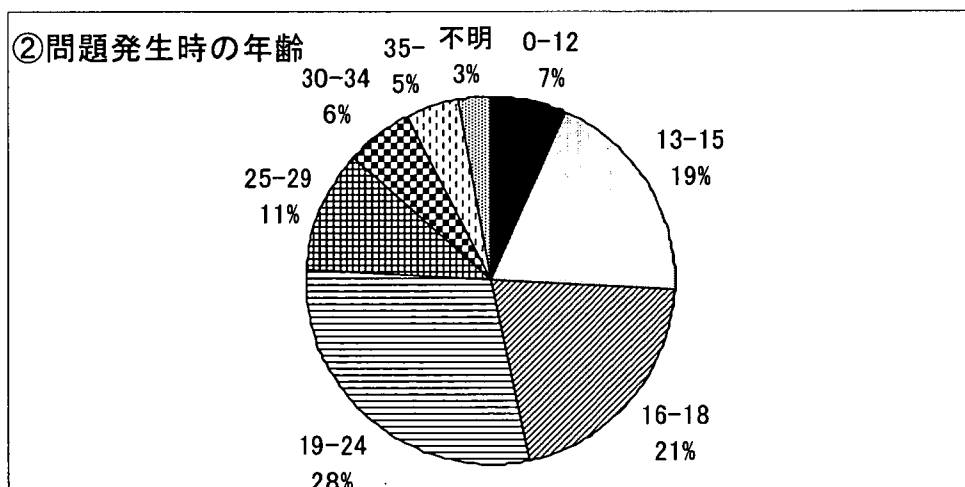
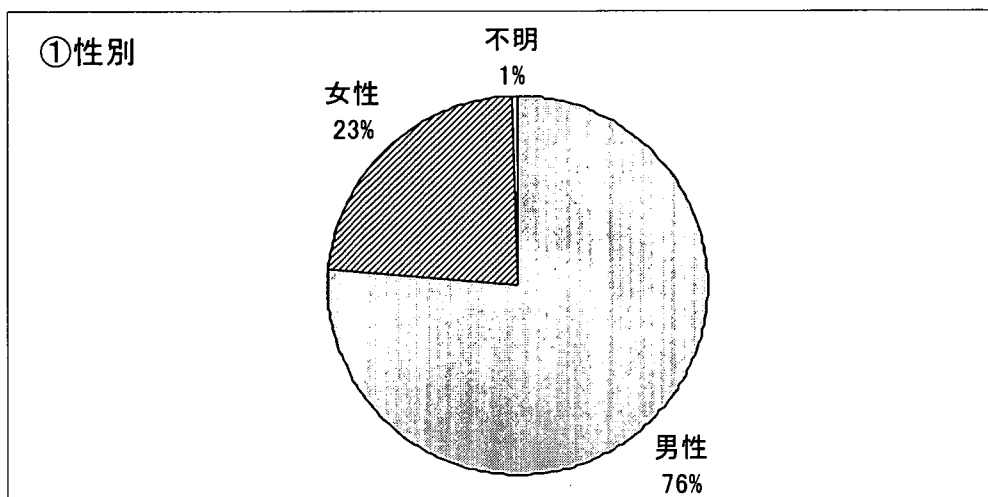
③ 経過年数(n=3293)

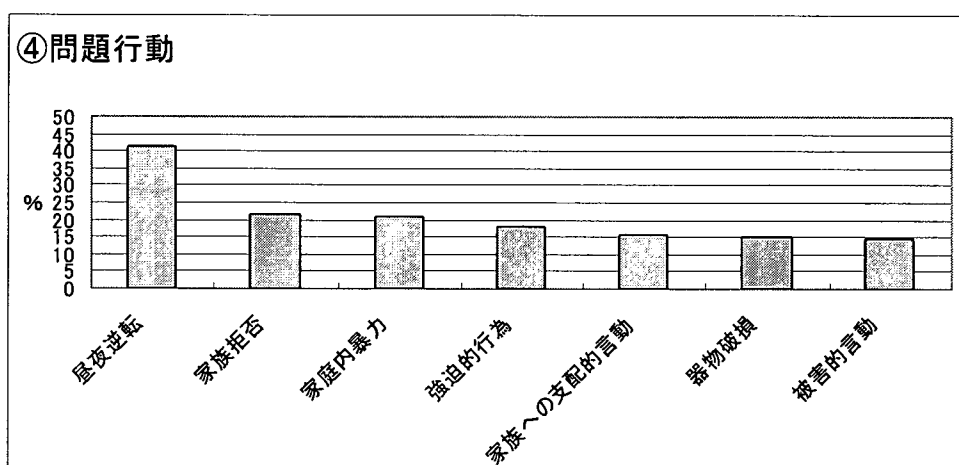
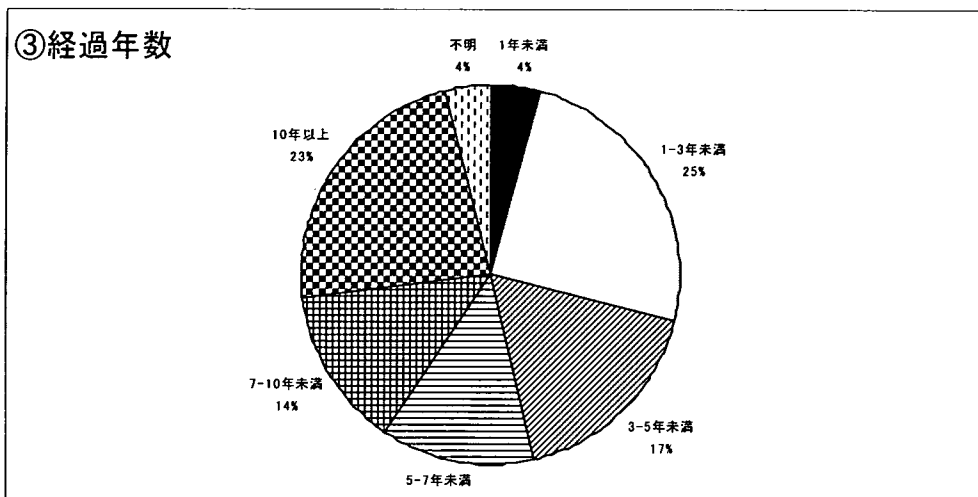
1年未満(4.1%) 1-3年未満(24.9%) 3-5年未満(17.3%)
 5-7年未満(13.3%) 7-10年未満(13.6%) 10年以上(23.1%) 欠損値(3.8%)

④ 問題行動(n=3293)

昼夜逆転(41.1%)、家庭内暴力(20.8%)、器物破損(15.1%)、家族への拒否(21.4%)、
 家族への支配的言動(15.7%)、強迫的な行為(17.1%)、被害的な言動(14.7%)
 その他、食行動異常、薬物問題、飲酒問題、IT・電話の過度な使用、近隣への迷惑行為、
 性的逸脱行為、いじめ・校内暴力、自傷行為、自殺企図 等

⑤ その他: 小中高での不登校経験 約4割 就労経験 約3割





次に、以上のような現状にある「ひきこもり」のおこる原因(要因)は何かということについて述べると、今のところは、様々なものが絡み合っていると考えられる。日本に特有の社会システムや家族関係のあり方が関係していると指摘するものもある。本人の性格傾向を指摘する人もいる。また、よく「ひきこもり」のきっかけとして挙げられるものとして、学業不振、仕事上の失敗、友人の裏切りや失恋、いじめなどの一種の挫折体験がある。いずれにしても、様々なストレスに対する一種の反応として「ひきこもり」という状態を起こす人は少なくない。それに、何らかの要因が重なり、狭義の精神疾患の有無に関わらず長期化するのである。その、なぜ長期化するのかが、この「ひきこもり」の大きな問題であり、原因として考えるべきことと思われる。2001年(平成13年)に厚生労働省が全国に配布した『『社会的ひきこもり』への対応ガイドライン(暫定版)』には、「ひきこもりは誰にでも起こりうる事態であること」「なまけや反抗でないこと」「過保護や放任など過去の家族の問題が原因とは決めつけないこと」と示されている。

そして、「ひきこもり」という状態が、不登校、高校中退、入社拒否、職場不適応、外出拒否、自室閉居などにより強く示唆されても、すぐにはその原因となる要因や対応方法が明らかになるとは限らず、本人の詳しい状況や心理状態が分からぬままに、親をはじめとする周囲のものは放置できず何らかの対応を迫られるのが現状である。また、「ひきこもり」の問題解決は、家族だけの対応では難しい場合も多く、家族以外の支援が必須であり、また、家族自身への支援も重要である。

現在のところの、家族や本人(ほとんどの場合は、まず家族が相談に訪れる)が相談できる機関・団体等の概要は次のようである。

公的機関では、保健所、精神保健福祉センターがある。支援内容は機関によって異なるが、精神保健福祉相談、情報提供、関係機関との連携などに取り組んでいるところが多い。本人ミーティングや家族ミーティングに積極的に取り組んでいるところもある。費用は基本的に無料である。最寄の保健所、精神保健福祉センターに問い合わせれば、地域の支援機関や団体の状況についての情報が得られる。

一方民間の場合は、多種多様であり、電話・メール相談から、カウンセリング、訪問相談(メンタルフレンド等の派遣)、フリースペースや宿泊施設での対応も行っている所もある。その、組織形態も、民間ボランティア、NPO、営利事業体(会社など)、親の会や当事者グループなど様々である。費用はさまざまで、高額な費用を要するところもある。

また、医療機関の対応はさまざまで、数多くの相談や診療に応じている医師もいれば、病気でないことの原因で、あるいは本人不在の家族だけの相談であるとの理由で、対応ができない場合もある。

以上のように、不十分ながらも、「ひきこもり」に対して、現在は様々な対応・支援がなされているが、一般的に、問題解決のために「ひきこもり」への対応・支援として心得ておくべきことについてまとめると、次のようなことがある。

- ① 「なまけ」「甘え」ではない。
- ② 本人も悩み、葛藤しており、ひきこもらざるを得ない状況がある。
(本人に対し、なんらかの形で、「ひきこもり」が役立っている可能性がある)
- ③ 回復には時間を要することも多く、年単位で考えることも必要である。
- ④ 問題の原因を一元的に求めない。原因の決めつけは、しばしば問題解決をこじらせる。
- ⑤ 本人への支援は大事だが、当初は困難なことも多く、本人への関わりに時間を要することも多い。
- ⑥ 家族自身も支援対象であり、まず家族への支援から始まり、それを通して本人の回復が図られることも多い。家族教室などで他の家族との交流・情報交換等も有用である。とにかく、無理をせず、家族ができることから始める。また、家族は本人に振り回されずに、家族自身が普通に生活を営むことが大事である。
- ⑦ 問題の解決は、本人自身の人間としての成長による場合が少なくない。
- ⑧ 「ひきこもり」は病気ではないといいつながりながらも、神経症圏やパーソナリティ障害圏の「心のクセ」による場合もあり、薬物療法が役立つ場合もある。

最後に、地域の人々に対する期待として、「ひきこもり」に対して正しい理解をもってもらい、回復のために地域で行われている様々な活動に対しても協力してもらいたいということである。現在、

「ひきこもり」は「ありふれて見られる現象」であり、決して「親の育て方が悪かった結果」（こういう偏見が多々見られる）などではないことを理解して欲しいと思う。この状態に対し、本人だけでなく家族も「悩んでいる」「地域に対し引け目を感じている」のである。現在地域で展開されている、あるいはこれから展開されるであろう支援活動（フリースペース等の施設や自助グループ活動、地域の様々な行事や活動への参加など）に対して理解をもち、地域として受け入れ、支援が求められている。

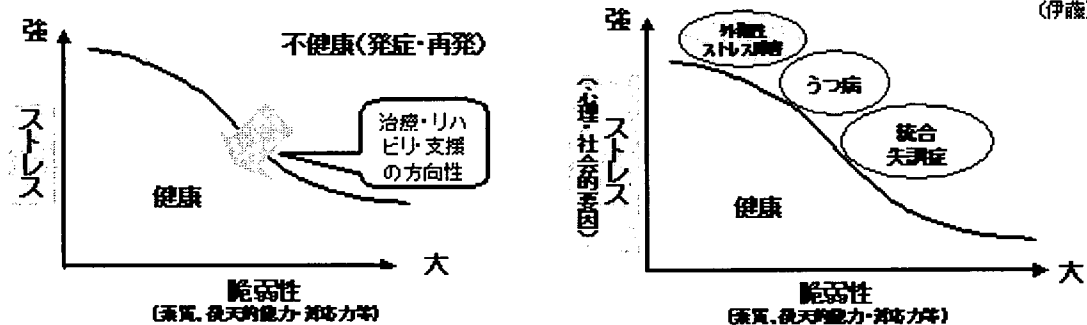
3 ストレスと精神疾患

平成9年の厚生白書においても既に指摘されているように、現代社会は、統合失調症などの精神病性障害だけでなく、神経症やうつ病、心身症のほか、睡眠障害、アルコール依存症、摂食障害など様々な形で「心の不健康」あるいは「精神疾患」と呼ばれるような状況がみられる。その要因は一様ではないが、現代が高度化・複雑化する中で、ストレスが高まっていることも見逃せない要因の一つである。このように、現代においては、精神疾患は、誰でもかかりうる可能性のある病気であるといえる。

それでは、精神疾患は、ストレス等との関係においてどのように発生してくるのか。これについては、現在、以下のように考えられている。

精神疾患の発生については、病気になりやすいかどうかの「脆弱性(もろさ)」と、病気の発症を促す「ストレス」の組合せによって示されるストレス脆弱性モデル(図1)を使用して説明すると理解しやすい。

図1 ストレス脆弱性モデル (Zubin J, et al) 図2 ストレス脆弱性モデルによる疾患の理解 (伊藤)



モデルの横軸の「脆弱性」はその人の病気へのなりやすさを示す。これには、その人の生まれ持った素質(先天的な要素)と学習・訓練などによる生まれてからの能力やストレスへの対応力(後天的な要素)が関連するといわれている。一般的には脆弱である人は、気まじめでやさしい人が多いという。縦軸はストレスの強さを示す。何をストレスと感じるかは人によって異なるが、家庭内のことであったり、人間関係であったり、仕事上の関係であったりする。また、戦争、大災害、親族の死など非常に強い外的な要因が発症を促すこともある。この2つの軸のバランスで精神疾患は発症すると考えられる。

図1にあるように、同じストレスが加わっても人によって対応力が異なる。同じストレスの強さでも、

脆弱性が大きい(脆弱性軸で右方に行く)ほど発症しやすくなる。このモデルの縦軸のストレスを下げるためには、できる限り早期の治療・リハビリ・支援などによりストレスを避ける工夫、ストレスに強くなる工夫、脆弱性を小さくする工夫(薬を飲むなど)が役に立つ。

図1にあるように、同じストレスが加わっても人によって対応力が異なる。同じストレスの強さでも、脆弱性が大きくなる(脆弱性軸で右方に行く)ほど発症しやすくなる。このモデルの縦軸のストレスを下げるためには、できる限り早期の治療・リハビリ・支援などによりストレスを避ける工夫、ストレスに強くなる工夫、脆弱性を小さくする工夫(薬を飲むなど)が役に立つ。

図2にあるように、大規模な災害被災や犯罪被害のように非常に強いストレスが加わった際には、脆弱性が小さい、ストレスに強いといわれているような人々でも、多くの人が心的外傷後ストレス障害(PTSD)にかかりやすくなる。うつ病も、急激なストレスや日常生活の中にある慢性的なストレス状況の中で生じる病気である。統合失調症は、図2のように上記二つの病気に比べれば一般的には脆弱性の寄与がやや大きいと考えられ、比較的弱いストレスであっても発症するが、他の疾患と同様にストレスと脆弱性の相互関係の中で発症や再発がある病気である。客観的に見れば「たいしたことではない」と思われがちなことでも、本人にとっては大変な負担となりうるものが、モデルからも理解できる。

いずれにせよ、精神疾患は、早期に発見し、正しく治療・支援を行い、ストレスを和らげる環境を作ることにより症状を和らげることができるのである。正しく対応すれば、たとえ、精神疾患に起因する幻覚や妄想による自傷や他害行為があったとしても、症状が改善し、回復への一步を踏み出すことができるのである。

このような精神疾患の発生要因や対処方法について、国民各層の理解を深めることが、今後の取組の出発点である。

4 精神疾患、精神障害の理解

1) 精神疾患の診断について

一般的に精神疾患の診断は本人への問診や家族等からの情報に加えて、必要に応じ血液検査、頭部 CT、MRI、脳波検査、心理検査などによって行われる。すなわち、本人の訴え、表情、話し方、態度、これまでの病歴等に加えて、家族や周囲の人からの情報などから総合的に判断されることになる。検査なども行われるが、器質的な異常がなければ補助的な意味はあるものの、内科疾患のように診断の根拠にはなりにくい。

したがって、診断には丁寧な問診等が欠かせないこととなるが、典型的な場合には診断の異なることはまれであるが、症状や訴えがはっきりしない場合や典型的でない場合には診断する医師によって見立てが変わることも起こりうることになる。客観的な検査データなどがないだけに、診断の決め手を欠く場合があるのも事実である。

裁判等で複数の精神鑑定が行われたもののそれぞれ診断が異なることがあるが、このような場合の多くは、典型的な症状を欠くことが多いためであり、現段階において精神科診断そのものが持つ一つの限界とも言える。

このような状況を踏まえ、世界的に共通の診断ガイドラインとするために世界保健機関（WHO）が作成しているのが ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際分類第10版）と言われるもので、世界的に使われている。精神疾患においては、それぞれの疾患ごとに症状が記述され一定の条件を満たしたときにその診断が適用される。なお、米国精神医学会の作成した DSM-IV（精神障害の診断と統計の手引第4版）は米国だけでなく日本においてもしばしば用いられている。

2) 統合失調症

統合失調症は、一般人口の発現頻度は約 0.8%と高く、精神科領域における代表的な精神疾患の一つであるが、これまでは一般の人々からは多くの誤解をもって理解されてきた精神疾患でもある。我が国では以前より長い間「精神分裂病」と呼ばれてきたが、この呼称も誤解を生む要因の一つであったと思われる。そこで、日本精神神経学会は 2002 年（平成 14 年）8 月、「精神分裂病」という病名呼称を「統合失調症」に変更することに決め、現在は名実ともに「統合失調症」と呼ばれるに至っている。

この、呼称変更は、1993 年（平成 5 年）に全国精神障害者家族連合会が日本精神神経学会にその変更を要望したのが契機となった。「精神分裂病」という病名は「精神が分裂する病気」というのはあまりに人格否定的であって本人にも告げにくく、また、「精神分裂病」という病名自体が当事者の社会参加を阻んでおり、変えて欲しいという主旨であった。これをうけ日本精神神経学会は呼称変更を検討する小委員会を設け、その侵襲性と病名変更の必要性について調査を開始し、学会員、評議員と当事者へのアンケート調査、シンポジウム、ワークショップなどを実施し、委員会では新しい呼称候補を 3 つに絞った。2000 年（平成 12 年）には、呼称変更のための特別委員会と拡大特別委員会を設置し、家族会アンケート、一般市民からの意見募集、公聴会などを経て、「統合失調症」への呼称変更について 2002 年（平成 14 年）8 月に同学会総会で正式に決定した。それに伴い、厚生労働省は精神保健福祉法に関わる公的文書や診療報酬のレセプト病名に「統合失調症」を使用することを認め、メディアや出版業界など多くの領域で「精神分裂病」を「統合失調症」に変更する作業が進められ、2006 年（平成 18 年）10 月の精神保健福祉法一部改正にともない、正式に法令用語としても「統合失調症」と変更された。なお、この呼称変更は、「Schizophrenia」の訳語をそれまでの「精神分裂病」から「統合失調症」に変更するという形で行われたものである。

(疾患概念)

さて、統合失調症の疾患概念であるが、未だに多くの成書（一般書においては特に顕著）においても古く誤った疾患概念を引き継いでいることは否めない。本症はこれまで、一般的には、「主として青年期に発病し、多彩な症状を示しながら、多くは慢性の経過をとり次第に人格の低下をきたし、一部は精神荒廃に至る」とされてきた。しかし、今では、統合失調症は人格荒廃に至る重症、予後不良の疾患であるという古い疾患概念規定はすでに否定されている。

長期予後でも過半数が回復し、重度障害は20%以下とされている。最近は軽症化が指摘されており、さらに社会生活機能を損なうような副作用が少ない新世代の抗精神病薬が登場した。2001年のWHO精神保健レポートにも、適切な薬物療法と心理社会的なケアを受ければ、初発患者の過半数は完全かつ長期にわたる回復を期待できると明記されている。また、完全に回復しても服薬中断によって頻回に再発したり、家族や周囲の人のネガティブな感情表出で再発しやすいことから、適切な服薬継続と心理社会的なケアがこの病気の長期転帰を大きく左右することも確認されている。このように、古い疾病概念を修正し、近年のアップデートな疾病概念をどのようにして一般に普及していくかは現在の大きな課題である。

(病因)

次に病因であるが、まず「単一疾病」というよりは「症候群」と考えられている。また、その発症原因については、いくつかの仮説はあるが未だに確定されていない。明らかな身体的異常も確定しておらず、機能性精神病として分類されている。そのような中でも近年は、すでにその個体の脳の発症脆弱性が存在し、それらに有害なライフイベント（ストレス）が直面して発症するとする病因説（ストレス脆弱仮説）が有力視されている。さらに、最近の神経画像解析や神経伝達系機能の解析、遺伝分子生物学的な研究成果によりその病態はかなり解明されており、脳ドーパミン神経系の過剰反応を主とし、前頭前皮質における興奮性アミノ酸神経系の機能低下や視床・大脳辺縁系の病態を伴うことが明らかにされている。

疫学的には、生涯罹患率は約0.8%であり、その70~80%は16~30歳での発症であり、性差は認められない。発症の家族集積性は希で、多くは孤発例であり、優性遺伝形式の病因は否定してよい。

(症状)

臨床症状は多彩で、一般には①陽性症状：幻聴（周囲の人が悪口を言っている）、妄想（盗聴器が仕掛けられていてうわさされている）、被害念慮（私を陥れようとしている）、滅裂思考（考えがまとまらない）、精神運動興奮（落ち着かない、興奮する）など②陰性症状：無為自閉（無気力で人とのかわわりを避ける）、感情の平板化（生き生きとした感情がわからない）、思考の貧困など③対人関係の偏狭さ（人づきあいが苦手）や極端な過敏さなどが認められる。診断に当たっては、近年は、ICD-10（国際疾病分類第10版、WHO）、あるいはDSM-IV（米国精神医学会）などの操作的診断基準が採用されている。ICD-10では、上記の精神症状が明瞭形で1ヶ月以上続いていることの確認を求めている。その他、シュナイダー（1887~1967、ドイツの精神医学者）の唱えた「第一級症状」は、現在も統合失調症の診断および臨床症状を理解する上で有用である。具体的にシュナイダーは第一級症状として、「思考化声（自分の考えていることが声となって聞こえてくる）」「被害的幻聴」「被影響的体験（誰かに影響を受けて身体の活動や思考が進む）」「思考奪取（考えていることを誰かに奪われてしまう）」「思考干渉（考えていることを誰かに干渉される）」「思考伝播（考えていることが、人に伝わってしまいます）」「妄想知覚（知覚された対象に特有の奇妙な意味づけを行う）」をあげている。

(治療)

次に、治療は抗精神病薬による薬物療法と心理社会的治療（精神療法、認知行動療法、家族心理教育、社会生活技能訓練、地域リハビリテーションなど）がある。

薬物療法は、強力精神安定薬（メジャーランキライザー）、あるいは神経遮断薬とも呼ばれる抗精神病薬が中心となる。1950年代に抗精神病薬のはしりとされるクロルプロマジンが発見され、それらの使用の普及は統合失調症の治療を一変させる画期的なものであった。抗精神病薬は、強力な抗幻覚妄想作用と鎮静作用有し、急性期患者をはじめとして多くの患者の症状の改善に寄与し、それまで半ば諦められていた退院あるいは社会復帰を可能とした。一方、抗精神病薬は陽性症状の改善には十分な効果を発揮したが、陰性症状の改善や病気の進行の抑制に期待した程の効果は見られなかった。加えて、副作用として服用中に現れる錐体外路症状（パーキンソンソ症候群、眼球上転、斜頸、正座不能症など）や抗コリン作用（便秘、口渇、尿閉など）、起立性低血圧、乳汁分泌・無月経、過鎮静、まれに悪性症候群（高熱、筋緊張亢進、錯乱、自律神経症状など）などは、時として少なからず患者自身を苦しめる場合があった。そこで、近年は、副作用軽減等を目標に開発された「非定型抗精神病薬」が登場し急速に普及している。この非定型抗精神病薬は、錐体外路症状、抗コリン作用、過鎮静などの患者に不快な副作用が少なく、患者のQOL（生活の質）を改善するとされている。また、陰性症状の改善と認知機能障害の改善にも期待できるとされている。

心理社会的治療では、精神療法（支持的）は、あらゆる段階の統合失調症患者にも重要であり、認知行動療法は持続する妄想や幻覚に対処するうえで有用である。家族心理教育は、患者の再発に関連するとされる家族の批判的感情や情緒的巻き込まれすぎの感情（高いEE：EEとは「感情表出」のこと）について、家族の態度の変化通して再発防止を目指す。社会性生活技能訓練（SST）は、他者とのコミュニケーションや社会的役割遂行のうえで必要とされる「生活技能」を、認知と行動の改善に働きかける系統的な練習により向上させる。

地域リハビリテーションでは、症状軽減だけでなく、生活の場である地域において障害者（統合失調症患者）が生活や人生の回復を目指す活動である。精神障害のその障害特性は、他の障害（身体障害、知的障害）と違い、疾病と障害（「精神疾患 mental disorder」と「精神の障害 mental disability」）を併せ持っている点にある。よって、そのリハビリテーション活動は、いわゆる機能障害、能力障害、社会的不利を包含した「精神障害」を対象としている。障害者自身やその家族、その活動に携わる専門家、一般住民がともに力を結集し、法制度や社会資源を駆使し、社会環境を整備し、障害者（統合失調症患者）自身が地域の中で目標と希望を持ち、自立と社会参加を目指すものである。その際、一般住民の精神障害者（統合失調症患者）に対する正しい理解（偏見の除去）の普及は不可欠といえる。

（予後）

予後に関する疾病概念も一般には十分認知されているとはいえない。前述したように、統合失調症は人格荒廃に至る重症、予後不良の疾患であるという古い疾患概念規定はすでに否定されている。先にも触れたが、長期予後では、重度障害は20%以下とされ、過半数は回復し、残りも地域における適切な支援があれば通常の生活が可能と考えられている。よって、以

前に比べ、その予後は、かなり明るいものとなっているといえる。

最後に、私たちが肝に銘じておかなければならない事実として、この 100 年の精神障害者(統合失調者)への処遇の歴史がある。まず、その処遇の始まりとして1900年(明治33年)の精神病者監護法があり、その 50 年後の 1950 年(昭和 25 年)には、多くの精神障害者が長期間の精神病院での入院生活を余儀なくされた(入院中心主義へと導いた)精神衛生法がある。そしてさらにその約 50 年後の 2002 年(平成 14 年)に、地域住民の身近な福祉サービスの担い手としての役割をもつ市町村が、精神障害者の地域生活の支援の主体となった。このように、約1世紀(100 年)の歳月を費やし、やっと精神障害者は地域住民として認知された事実を私たちは忘れてはならない。

3) 気分障害

気分障害の基本的障害は、気分や感情、あるいは欲動の変化が、通常の範囲を越え、かつ一定期間持続した状態であり、一般には、抑うつに変化した抑うつ状態、あるいは高揚に変化した躁状態がある。この障害の病型としては、現在は通常、躁とうつの両病相をもつ「双極性感情障害(躁うつ病)」と、うつ病だけを示す「うつ病性障害」の2型に分けて考えられている。希ではあるが躁病相のみ示す躁病は、「双極性感情障害(躁うつ病)」に含め、以前の抑うつ神経症に相当する「気分変調症」は、「うつ病性障害」の亜型として考えられている。

従来は、統合失調症とともに内因性二大精神病の一つとされた「躁うつ病」は、感情と欲動の障害が周期性(循環性)に経過し、感情精神病あるいは循環精神病ともいわれた。そして、その病型は、躁状態とうつ状態を繰り返す「(双極型)躁うつ病」と、躁状態あるいはうつ状態の一方だけを繰り返す「単極型躁うつ病(躁病あるいはうつ病)」の3型に分類されていた。よって、「うつ病」も精神病性障害と考えられていたが、近年増加傾向にある「うつ病」の多くは、内因性精神病の病像(幻覚や妄想、昏迷とよばれる重度の意志発動性の障害など)を示さないため、非精神病性障害として扱うことが多く、精神病性障害である「(双極性)躁うつ病」とは切り離して考えられるようになっていく。

以上の経過を踏まえ、本稿では、「双極性感情障害(躁うつ病)」と「うつ病性障害」について説明する。

(1) 双極性感情障害(躁うつ病)

(疾患概念)

この障害では、気分と活動性の変化が上下に繰り返され、躁とうつの病相(状態)を形成する。一般には、各病相期の間は正常な状態に回復する。

初発年齢は、20 歳代～40 歳代が多く、一般人口における発現頻度は 0.3～0.5%されている。

病因としては、遺伝的素因と環境要因の関連が知られている。つまり、家族集積性の発症も希でなく、遺伝的関与が示唆される。躁病相うつ病相も、強いストレスとなる生活上の出来事や他の心理的ストレスに引き続いて発症することがしばしばあるが、そのようなストレスの有無は診断にとって本質的でない。

躁病相は、普通突然に始まり、2週間から4、5ヶ月間持続する。うつ病相はより長く続く傾向がある(平均は約6ヶ月)。両病相の頻度および寛解と再発のパターンは様々であるが、寛解期は年がたつにつれて短くなり、中年期以降になるとうつ病相(うつ病)が起りやすく、長引く傾向がある。

躁病相では、意欲の障害として欲動の亢進があり、多弁・多動で常に何かしようとする行為心迫がみられ、性的逸脱や過剰な飲酒、浪費にも走りやすい。感情の障害としては、生氣感情の亢進、爽快気分、自我感情の亢進し、無遠慮で自信過剰となる。欲求が妨げられると怒るが、注意の集中ができないため情動はすぐに変わる。また、思考障害としては、観念奔逸がある。観念(考え)が次々に湧きだし、話は脱線しまとまりなく、多弁で注意や関心が次々に変わる。思考は誇大的で自尊心が肥大し、自分の能力や財産、地位などについて誇大的に吹聴する。高じれば誇大妄想に至る。時に興奮が激しくなり、一過性に妄想・幻覚が生じることもある。睡眠時間が少なくなり早朝覚醒がみられ、疲労感が減弱し食欲は亢進する。しかし、活動量が増える一方で休息を取らないため身体は衰弱しやすくなる。

典型的な躁状態は上記のような症状を呈するが、躁状態が軽い程度で経過する軽躁状態もあり、この場合は、かろうじて社会生活を維持している例もある。

うつ病相(うつ状態)については、「うつ病性障害」の項でまとめて説明することとする。

(治療)

治療については、その基本は薬物療法であるが、長期の関わりも予想され、精神療法も必要不可欠である。急性期の躁状態では、しばしば入院治療が必要である。多くは、入院に対する本人の同意は得られず、精神保健福祉法による医療保護入院(まれに措置入院)が必要になる。また、うつ状態でも、自殺の危険がある場合など状況に応じて入院が必要になる。

各病相期における薬物療法は、単発であれば、躁病相では抗精神病薬と抗躁薬(炭酸リチウム)、うつ病相では抗うつ薬であるが、病相の変化や長期的予後の観点から、これらの薬物の調整には十分な配慮が必要である。抗精神病薬は、躁状態の急性期の興奮や多動のコントロールには効果が期待できる。炭酸リチウムは、急性期の抗躁薬としては期待できるが、即効性の面で劣る。抗うつ薬は、うつ状態の改善には十分効果があるが、漫然とした投与はその副作用として躁転を招く場合があるので注意を要する。

(予後)

予後については、比較的良好であると理解されているが、必ずしも楽観できるものでない場合も少なくない。病相が長引いたり反復が多い場合もあり、そのために慢性的経過をたどるものもある。そのような場合、長期間の入院生活を余儀なくされたり、統合失調症者への援助と同等の社会復帰援助が必要な者もいることも事実である。また、中には、年に4回以上の病相交代を繰り返す「急速交代型双極性障害」に移行する例もある。

(2)うつ病性障害

(疾患概念)

うつ病性障害とは、一般には「うつ病」と呼ばれているものであり、気分を調整する脳機能の障害

で起こると考えられている気分障害の一型であり、その基本的特徴は、広範な気分の落ち込み、喜びの喪失、悲観的思考などを呈する「うつ状態(抑うつ状態)」である。

一般には、「うつ状態」は様々な原因(状況)により生じ、以前より、心因性うつ病(神経症性うつ病あるいは抑うつ神経症、反応性うつ病、疲弊性うつ病)、内因性うつ病(単極性うつ病、退行期うつ病)、身体因性うつ病(症状性うつ病、脳器質性うつ病)などと分類されていた。特に、単に「うつ病」と呼ぶ場合は「内因性うつ病」を指し、精神病性障害を意味していた(狭義の「うつ病」)。ところが、近年は、上記の様々な原因で起こる「うつ状態」を総称して「うつ病」と呼ぶようになり、結果として「うつ病」の範囲は大幅に広がり、精神病性障害から非精神病性障害のものまでも包含する疾病概念(広義の「うつ病」)となっていることに、まず注意する必要がある。よって、「うつ病」の病因や疫学、症状、治療、予後等を一言で論じるのは難しくなっている。

近年、巷間では「うつ病は増えた」と一般にいわれているが、その増加のほとんどは「心因性うつ病(神経症性うつ病/ストレスが関与したうつ病)」であり、また軽症のうつ病である。定型的な「内因性うつ病」の頻度に大きな変化はないと考えられている。そこで、本稿では、定型的なうつ病を中心に話を進める。

(頻度)

まず、うつ病の頻度であるが、WHO は、世界のうつ病の有病率(特定時点における頻度)は3～5%とし、我が国にこの数字を当てはめると 360 万人～600 万人と推定される。また、生涯罹患率は 15%前後であり、性差は女性は男性の約2倍多いとされている。さらに、うつ病の自殺率は高く、10～15%といわれている。

(病因)

病因については、確定的なことは未だ明らかにはされていない。個体の何らかの素因に心理社会的要因としてライフイベントなどがストレスとして作用し、起こってくると思われる。また、以前よりうつ病になりやすい性格も指摘されており、その代表的なものとして、「執着気質(下田光造/仕事熱心、凝り性、徹底的、正直、几帳面、正義感、責任感など)」や「メランコリー親和型(テンパッハ/他者との調和を重んずる、誠実、奉仕的)などがある。何れにしても、様々な要因が重なり、その病態として、何らかの原因により脳内の神経伝達物質であるセロトニンとノルアドレナリン等の物質の働きが低下した結果として発症してくると思われる。

(症状)

次に、うつ病の臨床症状であるが、その基本的特徴は、身体も含めた心身の全生命機能の低下である。「うつ病」という病名は、その精神症状に由来していると思われるが、精神症状だけでなく身体症状も多く見られることもまず忘れてはならない。

精神症状としては、通常、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、及び活力の減退による疲労感の増大や活動性の減少が見られる。定型的には、これらの症状が朝方に悪く、午後以降改善傾向がみられる「日内変動」が見られることも少なくない。不安や焦燥感が抑うつ気分より前景になる場合もあり、診断に苦慮することもある(激越うつ病)。身体症状が前面に出て来ることあり、仮面うつ病と呼ばれている。その他、(1)集中力と注意力の減退 (2)自己評価と自信の低下 (3)罪責感と

無価値感 (4) 将来に対する希望のない悲観的な見方 (5) 自傷あるいは自殺の観念や行為 (6) 睡眠障害 (7) 食欲不振 などが見られる。睡眠障害は、早朝覚醒、中途覚醒の形をとることが多いが、神経症性うつ病では、不安に関連して入眠障害もみられる。また、うつ病では、精神活動および運動が低下する状態(抑制症状)がよくみられ、重症の場合は、意識が清明なのに意志の表出や行動が全く行われない状態(昏迷)が見られたりする。抑うつ感を紛らわすために過度の飲酒もよく見られる。

また、うつ病では、時に精神病症状を呈することがある。一般に、妄想と幻覚は「気分と一致して見られる」ものであり、妄想は典型的には病気や死に関連する。しかし以前より、罪業妄想、貧困妄想、心気妄想はうつ病に見られる3大妄想といわれている。幻覚は比較的まれである。

自殺は、うつ病の最も注意しなければならない行動である。前述のごとく、うつ病患者の 10～15%に自殺がみられるともいわれている。うつ病の苦悩は、我々の想像を絶し、「死んで楽になりたい」「逃れる道は死以外にない」「生きてると迷惑をかける」「自分には生きる価値がない」など絶望感、無力感、無価値感、罪業感などから自殺が実行される。自殺は、病初期や回復期に多いともいわれ、焦燥感・激越が強いとき、高齢者、妄想を持つとき、心理的に孤独な状態に置かれたときなどが危険といわれている。

一方、身体症状としては、様々な症状が見られるが、その出現しやすい部位としては、順に頭部、頸部、腹部、胸部である。具体的には、疲労感・脱力感、悪心、不眠、頭痛、めまい、食欲不振、吐き気、嘔吐、口渇、便秘、胸部圧迫感、動悸などがある。このように、うつ病でも身体症状は多く、当初は患者自身がうつ病であることに気づかず、内科、婦人科などの一般診療科を受診することも少なくない。内科受診の5%はうつ病患者であるともいわれている。

なお、特殊なうつ病として、季節性うつ病(秋、冬など特定の時期にうつ状態を呈する)、産後うつ病(産後2週以降に始まるうつ状態で、マタニティーブルーとは異なる)、仮面うつ病(身体症状が前面に立ち、精神症状が目立たない)などがある。

(治療)

治療のポイントは、休養と薬物療法である。この2つが全てに優先すると考えてもよい。通常、患者には病気であることを説明し休養が必要であることを説明するが、本人自身が休養を拒否することも珍しくなく、十分な説明・説得に加え、時に医療保護入院などの本人の意志によらない入院を取ることもある。なお、休養に加え入院治療が必要となる状態としては次のような場合がある。

(1) 自殺企図がある場合 (2) 身体の衰弱や身体合併症(特に心臓疾患、肝疾患)を伴う場合 (3) 十分な休養が保証されない家庭環境 (4) 重症うつ病で病識に欠ける場合等で外来治療が困難な場合 (5) 難治うつ病などで診断や治療の見直しや治療環境の変更などを行う場合 (6) その他、本人が希望する場合など。

薬物療法は、特に近年、SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)と呼ばれる副作用の少ない抗うつ薬が登場し、その様相が変化してきた。それまでは、使用する抗うつ薬の主流は三環系あるいは四環系抗うつ薬であった。三環系抗うつ薬は、古典的で効果も優れているが、口渇、便

秘、眠気、身体違和感などの副作用も出現しやすく、使いにくい面も多々みられた。その点、SSRIは、その特性として副作用が少なく、効果も十分期待できるため、軽症から中等症のうつ病や高齢者への投与に適しており、また、早期治療の意義が高めた点で優れている。そのため、現在は、うつ病の薬物治療の第一選択薬の地位を築いている。現在我が国では、3種類のSSRIが市販されているが、具体的には、フルボキサミン（商品名：デプロメール、ルボックス）、パロキセチン（商品名：パキシル）、サートラリン（商品名：ジェイゾロフト）がある。その他、SSRIと同様の抗うつ薬としてSNRI（選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）があり、我が国では、ミルナシプラン（商品名：トレドミン）の1種類のみが市販されている。

その他、薬物療法としては、抗うつ薬との併用として、必要により睡眠導入剤、抗不安薬が使用されている。

その他、うつ病の治療としては、うつ病の重症例において、特に、自殺念慮が強い場合や妄想や抑制症状が際だっている場合などに、ECT（電気けいれん療法）が行われる。

また、精神療法（認知行動療法、対人関係療法、問題解決型心理療法）は、非精神病性うつ病では抗うつ薬と同程度の有効性があり、特に認知行動療法では予防的効果も期待できる。

（予後）

予後についてであるが、通常、患者自身には「うつ病は治る病気」と説明することも多く、事実、治る（寛解する）患者も多い。しかし、慢性化したり、再発のみられる例も少なくなく、予断を許さない面もある。

通常言われていることとして、うつ病は未治療の場合その状態は6～13ヶ月持続（この間に自殺などで亡くなる場合もある）し、治療によりその病相は平均約4ヶ月に短縮される。また、約20%は2年以上抑うつ状態が持続する。約50%で再発がみられ、この再発率は重症例では80%に達する。再発を繰り返すと寛解期が短くなり次第に重症化するため、予防的治療が必要である。

うつ病患者の2/3は自殺願望をもち、15～30%に自殺企図がみられる。生涯自殺率は10～15%であるが、軽症例での自殺死亡率はずっと低い。これらの点からも、うつ病の早期発見、早期治療はさらに重要と思われる。

4) 神経症性障害

「神経症（ノイローゼ）」は、ドイツ語の「Neurose」の訳語であるが、日常用語としても「ノイローゼ」という言葉は使用されており、この場合はかなり広い意味で（時には精神疾患全般を意味して）用いられていることが多く、医学用語のそれとは区別しなければならない。しかし、医学用語としての「神経症」自体もその概念は必ずしも明確ではなく、一言で定義するのは難しい。

歴史的には、18世紀末にスコットランドのW.カレンにより、神経疾患、および精神病も含めた精神疾患をあわせて「神経症」と呼んだのが始まりとされている。その後、神経疾患や精神病が除かれ、心因性障害を中心とした概念としての「神経症」ができあがり、さらに、S.フロイトの精神分析

学を中心に、神経症の概念、分類、神経症理論などが確立されるに至った。

また、S. フロイトは、「(精神)神経症」という用語を、「現実検討障害をもたない個人に現れた苦痛な症状」という症状の記述的な意味と、「無意識の葛藤が不安を生じさせ、防衛機制(欲求不満状態を解消するために働く心的メカニズム)の誤った使用へと導き、これが症状を形成する」という病因論的意味の二重の意味に用いていた。

以上のような歴史を経て、神経症の今日的な理解は、一般的には、「神経症とは、心理的原因(心因:具体的には心理的ストレス、葛藤、欲求不満など)によって生ずるある程度持続的な心身の機能障害であり、精神病でないものいう」とされている。そして、その病状は、単なる不安が中心のものから、様々な心身の機能障害重なり病状が重いものまで、その範囲は広く、発症頻度としても最も多い精神疾患といえる。その病型分類としては、発現する症状による分類が一般的である(例:不安神経症、恐怖症、強迫神経症、心気症、ヒステリー、抑うつ神経症、離人神経症など)。

しかし、近年は、ICD-10 (国際疾病分類第10版、WHO)、あるいはDSM-IV (米国精神医学会)などの操作的診断基準に見られるように、疾病分類として「神経症」という病名は使用されなくなっている。これは、これらの診断基準においては、一部を除いて、病因論的(仮説)な意味を持つ病名をなるべく使用せず、現に症状として現れている病状を手がかりとして診断していく手順を重視した疾病分類になっているためである。よって、ICD-10、DSM-IVでは、神経症の用語は用いられず、これらの各病型は、抑うつ神経症を除き、代わりに「神経症性障害」という概念の括りに分類されている。

そこで、本稿では、神経症での病型分類に対応する、ICD-10、あるいはDSM-IVにある病型に沿って話を進めることとする。

(1) 恐怖症性不安障害

神経症での恐怖症に相応する障害である。この障害は、通常は大して危険でも脅威でもない対象や状況に対し、不相応な激しい不安感や恐怖感を覚え、その結果としてその対象や状況を回避しようとする状態である。この恐怖症性不安障害(恐怖症)には実に様々なものがある。

「広場恐怖」は、戸外の広々とした場所や雑踏中にいるときに起こる恐怖で、外出できなかつたり、街路や広場を歩けなかつたりする。

「社会恐怖」は、これまで「対人恐怖」ともいわれてきたもので、対人場面において極度の羞恥と困惑により、人から注視されることを恐れる状態で、人前での食事や発言、異性との対面などで、赤面、手や体の震え、吐き気、頻回の尿意などが現れる。これは羞恥の病理現象であることと関連して、恥の文化とされる我が国に多いといわれている。

その他、「動物恐怖(特定の動物)」「疾病恐怖(性病など)」「高所恐怖」「閉所恐怖」「先鋭恐怖(はさみやナイフなど)」「不潔恐怖」「縁起恐怖」など様々なものがある。

一般には、これらの恐怖は、日常生活にさほど支障にない範囲で持っている人も多いが、日常生活に相当の支障をきたすことにより受診へつながる。

治療としては、薬物療法もある程度効果が期待できるが、精神分析的な精神療法、脱感作行動療法が有効とされている。

(2)パニック障害と全般性不安障害

この両者は、神経症では「不安神経症」と呼ばれていたものである。

「パニック障害」は、反復する重症パニック(不安)発作であり、「何時、何処でも」不意に生じて、特定の状況には限定されない。主たる症状は、一定時間持続する強い恐怖、迫りくる死に対する恐怖や不快感で、身体的には、動悸、頻脈、呼吸困難、窒息感、胸部苦悶感、吐き気、めまいなどがある。非現実感、離人感(自分が自分でない感じ)、自己制御を喪失する恐れなども伴う。多くは、持続時間は数分である。発作のないときは、予期不安により、公共の場所に一人にいるとか、一人で外出しようとしなくなる。一般人口の約 0.8%にみられ、女性は男性より多い。治療は、薬物療法の他、認知行動療法、暴露療法などがある。

「全般性不安障害」とは、日常生活における種々の出来事についての過度の不安や心配が6ヶ月以上続いている状態で、通常この不安は自分ではコントロールできない。症状は、これらの不安感の他、落ち着きなさ、不眠、緊張、自律神経症状(頻脈、呼吸数増加、など)がある。一般人口の2~4%にみられる。治療は、薬物療法の他、一般的なカウンセリング(支持、保証)や精神療法が行われるが、特殊なものとして認知行動療法、精神分析的アプローチ、リラクゼーションなどが行われる。

(3)強迫性障害

神経症では「強迫神経症」に相応するものである。この障害は、「強迫観念(思考)」あるいは「強迫行為」が反復され、本人自身も大変深刻な苦痛を経験する状態である。

「強迫観念」は自分は望んでいないが持続し繰り返される思考やイメージであり、その内容は本人自身も自覚しているが、無意味で不快である。よく見られる強迫観念は、不敬な言葉、死、性、暴力、汚染、数、疑いに関する思考である。

「強迫行為」は、繰り返す、外見上意味のない行動であり、本人は不本意ながらその行動をとっている。常に同じ方法で規則的に行われ、不快で恐ろしい事柄を回避するためと思われていることが多い。よく見られる強迫行為は、手を洗う、清掃する、数を数える、確認する、物に接触する、整理整頓するなどがある。

大多数の強迫性障害の患者は、強迫観念と強迫行為の両者の要素をもつ。強迫観念や強迫行為に対して抵抗を試みると、強迫行為がなされるまで、通常不安が増強される。強迫行為に相当の時間を費やせば、相応に日常生活に支障をきたすことになる。なお、この強迫症状は他の精神疾患にも合併する場合もあり、また、人格傾向としてその性格を有するものもある。また、一般人口中に、軽度の強迫観念や強迫行動はよく見られる。

治療は、伝統的には、(認知)行動療法が中心であったが、近年は薬物療法が重要になっている。