

不安または恐怖関連症群
強迫症
ストレス関連症群
パーソナリティ症

編集 三村 將

Anxiety or fear-related disorders
Obsessive-compulsive or related disorders
Disorders specifically associated with stress
Personality disorders and related traits
Factitious disorders

シリーズ刊行にあたって

【講座 精神疾患の臨床】のめざすところは、最新の臨床精神医学の精華と経験を集成し、その到達点を、実践的な講座として精神科臨床に携わる方々へお届けすることである。

本シリーズは、中山書店から1975～1990年に刊行された【現代精神医学大系】（懸田克躬ほか責任編集、全25巻56冊）を第一世代とするならば、そのほぼ20年後の1997～2001年に刊行された【臨床精神医学講座】（松下正明総編集、全36巻）が第二世代版であり、その後20年余が経過した今、これらの大系の上に積み重ねられる第三世代版の知のアーカイブスである。1990年に発表された国際疾病分類ICD-10が30年ぶりに改訂されたことを踏まえ、2019年公開のICD-11の疾病分類に則って内容を構成し、めまぐるしく変わる時代のなかで様々な進歩がみられる精神医学について時宜を逸することなく最新の情報を提供するために、臨床上ニーズの高い疾患を中心に編んだコンパクトなシリーズとなっている。

疾病構造は社会の変化とともに変わる。精神疾患の患者数が急増し、2011年には精神疾患が五大疾病の一つに位置づけられ、精神医学の重要性が広く認識されるようになった。また精神疾患の診断と治療においても、この20年の間に大きくその姿を変えてきた。DSM/ICDに基づいて世界中で行われた研究の成果が蓄積され、各疾患の概念と定義にも修正が加えられている。ゲーム行動症のように、治療が必要な対象として新たに定義されたものもある。

治療においても、新規薬物の導入やニューロモデュレーションの開発が進められており、臨床研究や治験の結果に基づいた薬物治療ガイドラインが国内外で多数作成されてきた。昨今の研究対象は予防や早期介入へも向けられつつある。また、精神療法や疾患教育にもさまざまな工夫が加えられ、その有効性が臨床試験で示されつつある。リハビリテーションは今や欠かすことのできない治療となり、地域医療のさらなる充実が図られようとしている。各疾患をみても、たとえば自閉スペクトラム症、うつ病、統合失調症のハイリスク状態、認知症、PTSDや強迫症、物質使用症や嗜癖行動症など、その病理の理解が進み、治療法も工夫され、幅が広がっている。この背景には脳科学の格段の進歩がある。ヒトや霊長類の脳の構造と作動原理の理解が深まるとともに、精神神経疾患の脳病態の解明に向けて様々なアプローチが可能となってきた。この流れは今後さらに加速するだろう。

当事者の権利擁護の動きも一段と進み、治療の「説明と同意」は当然のこととして、医療者が治療情報を当事者に提示して、当事者が治療方針を選べるように支援

する共有意思決定 (shared decision making) が実践されつつある。臨床の現場では、アドボカシーやピアサポートなど、当事者の視点を医療に反映させる試みが盛んになり、精神疾患の研究においても、研究の優先順位を当事者、市民、臨床医、研究者らが共同で決める方針 (patient and public involvement: PPI) など、新たな流れが起きてきた。

しかしながら、いまだに十分な回復が得られない患者さんも少なくないのが現実である。今日、精神疾患の多くは、内的要因と外的要因が複雑に関与する多因子疾患であると考えられており、その病態像は多様を極める。治療者は、複雑な病態をより適切に診たて、より精緻で丁寧な治療を進める必要があり、そのためには広く深い精神医学の知識と豊富な経験とを身につけることが要請される。

本シリーズが、精神科医はもちろんのこと、精神科医とチームを組む多職種の専門職の方々にも、臨床に生かせる知識と技を提供できることを編集者一同こころより願っている。

2020年5月

監 修 松下正明 東京大学名誉教授

編集主幹 神庭重信 九州大学名誉教授

序

本シリーズ【講座 精神疾患の臨床】は全巻を通じて、現時点で最も新しい精神疾患の分類体系である世界保健機関（WHO）の国際疾病分類第11版（International Classification of Diseases 11th Revision: ICD-11）に基づいている。本巻（3巻）はそのICD-11の「06：mental, behavioural or neurodevelopmental disorders（第6章 精神、行動または神経発達の疾患）」のうち、「anxiety or fear-related disorders（不安または恐怖関連症群）」（本巻では1章）、「obsessive-compulsive or related disorders（強迫症または関連症群）」（本巻では2章）、「disorders specifically associated with stress（ストレス関連症群）」（本巻では3章）、「personality disorders and related traits（パーソナリティ症および関連特性群）」（本巻では4章）、「factitious disorders（作為症群）」（本巻では4章に組み入れ）の部分を取り上げている。すでに先行して上梓されている本シリーズの「1巻 気分症群」や、「2巻 統合失調症」といった簡潔なタイトルに比べて、3巻は巻のタイトル自体が非常に長くなっている。というより、本巻では、ICD-11の第6章の中で異なるカテゴリーに分類されてはいるが、不安、恐怖、強迫、ストレス、パーソナリティをキーワードとしてまとめうる異種性の高い疾患群を包括している。そのため、本巻全体の構成、概念が若干わかりにくくなっていることはご容赦いただきたい。

一方、ICD-11の中で、本巻で取り上げている上述の疾患群と同様に、従来は一般に「神経症圏」「心因性」としてとらえられてきた疾患群、すなわち「dissociative disorders（解離症群）」「feeding or eating disorders（食行動症または摂食症群）」「disorders of bodily distress or bodily experience（身体的苦痛症群または身体的体験症群）」は4巻として別巻で取り扱うこととした。したがって、4巻の疾患群も異種性が高く、内容・構成は複雑になっている。

精神疾患の診断や分類の試みはいわば精神医学の歴史そのものといってもよい。そして、精神疾患の疾病構造や、臨床家・研究者あるいは当事者・家族の疾病に対する見方も時代とともに変化していく。ICDにしてもDSMにしても、さまざまに各疾患の定義や概念に修正を加え、その時代を反映することに努めてきた。したがって、最新のICD-11の疾患分類を考えることはとりもなおさず、これまでの診断や分類の歴史を振り返ることに他ならない。ICD-11に向けた精神疾患の再概念化の中で、診断および疾患単位の5クラスターモデルが提唱されてきた。すなわち、Neuro-cognitive（神経認知）、Neuro-developmental（神経発達）、Psychotic（精神病）、Internalizing（内在化）、Externalizing（外在化）である。しかし、本巻で取り上げる疾患概念はこれらの中に必ずしもうまくフィットしないものも多い。おそらくICD-11の中で、本巻の疾患群はそれ以前の診断基準、すなわちICD-10やDSM-5からもっともドラス

ティックに疾患分類や概念が変更を加えられた領域であろう。そのことは4章の「パーソナリティ症および関連特性群と作為症」に端的にみてとれるが、いまだに臨床家・研究者の間でも意見が一致せず、議論の余地があり、今後さらに変更が加えられていく可能性が高い。

以下、本巻の各章に関して、ごく簡単にICD-11のポイントを記載しておく。まず、1章の「不安または恐怖関連症群」の大分類はDSM-5の不安症（群）（anxiety disorders）とほぼ同様である。この中では全般不安症とパニック症、社交不安症が中核となっている。広場恐怖症については、DSM-5と同様、パニック症とは独立した同格の一つの疾患単位としてとらえられ、両者には併存もありうるという見解をとっている。また、もともとICD-10では分離不安症〈分離不安障害〉は「F93 小児〈児童〉期に特異的に発症する情緒障害」の中に、場面緘黙〈選択性緘黙〉は「F94 小児〈児童〉期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害」の中にそれぞれ分類されていたが、ICD-11では小児〈児童〉期に限定しない「不安または恐怖関連症群」に組み込まれている。

2章の「強迫症または関連症群」においては、もともと1990年代はじめにとらわれや繰り返し行為を特徴とする生物学的概念としてHollanderらが提唱した強迫スペクトラム障害（obsessive-compulsive spectrum disorders: OCSD）が注目されてきた¹⁾。さらに、DSM-5においては、他の不安障害から分離した強迫症を中心に、不安や認知的プロセスの介在を想定する醜形恐怖症／身体醜形障害やためこみ症、運動性の要素を持つ拔毛症や皮膚むしり症など、多彩な疾患群が強迫症および関連症群（obsessive-compulsive or related disorders: OCRD）として包含された。このOCRDの概念は基本的にICD-11に引き継がれ、さらに拡大されて、当初のOCSDの概念に近いものになっている。ICD-11のOCRDには、中核に位置する強迫症以外に、cognitive OCRDとして身体醜形症、心気症、自己臭関係付け症（自己臭症）、motoric OCRDとして向身体性反復行動症（拔毛症、皮膚むしり症）、さらにためこみ症が組み込まれている。なお、心気症はICD-10では身体表現性障害に分類され、DSM-5では身体症状症および関連症群の中の病気不安症に移行していたが、ICD-11ではさまざまな名称が検討されたうえで、より包括的な概念としての心気症に落ち着いている。

3章の「ストレス関連症群」において、注目すべきは心的外傷後ストレス症（post-traumatic stress disorder: PTSD）の診断基準が、DSM-5では4症状カテゴリー20項目に上っていたのに対し、ICD-11では3クラスター6症状項目に簡素化されたことであろう。その結果、さまざまな立場にある各国の臨床家が使いやすいものとなっているといえる。また、これまでDSM-IVやDSM-5でも関心対象となり、議論されながら公式診断としては採用されなかった複雑性心的外傷後ストレス症（complex PTSD: CPTSD）を正式に採用したことも注目される。ICD-11ではCPTSDを自己組織化の障害を伴うPTSDとして定義している。これはDSM-5では解離症状を伴うPTSDの下位分類（サブタイプ）に位置づけられる。したがって、ICD-11のCPTSDと

DSM-5のPTSD解離サブタイプのいずれの概念がより妥当性が高いのか、これからの検証が待たれるところである。

この3章の中で重要な位置を占めるのが適応反応症（adjustment disorder）である。DSM-IIIにおいて適応障害の名称で初めて登場し、ストレス因は必ずしもPTSDのような圧倒されるようなタイプのものとは限らず、就労環境や周囲との対人関係など、日常の普遍的なストレスが含まれる。ICD-11の日本語訳は適応反応症とされている。同じようなストレスを受けていても、症状を呈する人と、そうはならない人がいて、それはパーソナリティの脆弱さゆえではなく、主観的な体験の差異にあることは適応反応症の診断にとっては重要である²⁾。個体の環境への反応が鍵であるという視点からは筆者もこの日本語訳が適切のように思う。従来、その診断基準が明確ではないこと、他の疾患の基準を満たさない閾値下診断である場合が多いこと、他の疾患（特にうつ病やパーソナリティ症など）との異同が問題となることなどからこの診断は問題視されてきた³⁾。その一方で、日常臨床場面では、適応反応症と診断される患者は非常に多い。たとえばサイコオンコロジー領域で、癌患者に認める精神科診断として第一にあがるのは適応反応症である⁴⁾。また、最近では、就学・就労場面で環境不適応を生じて不登校・休学や休職に至った人の場合、自閉スペクトラム症や注意欠如多動症を背景として生じた場合の適応反応症という併存診断もよく目にする。ICD-11で示された適応反応症の診断基準は従来と比べて比較的限定的、明確であり、この診断に関する臨床的有用性が高まるとともに、この領域の研究の発展が期待されるところである。

4章の「パーソナリティ症および関連特性群と作為症」は、おそらくICD-10あるいはDSM-5からICD-11に改訂していくにあたり、もっとも議論を呼び、そしてもっとも大きな変革を生じた領域である。DSMではもともとディメンション評価の重要性が指摘されていたが、DSM-5ではそれがさらに進んだ。特に、DSM-5第III部「新しい尺度とモデル」では代替DSM-5モデルが収載され、カテゴリーモデルによる評価とディメンションモデルによる評価とを融合したハイブリッドモデルによる診断が提唱された。ICD-11ではディメンション評価・診断がさらに徹底してきている。ICD-11ではDSM-5で採用されていたカテゴリーモデルに基づく類型分類がボーダーラインパターン以外は行われないこととなった。ICD-11のパーソナリティ症の診断は、まず重症度評価がなされ、次に顕著なパーソナリティ特性の評価・診断が付加される。このような急速な診断基準の変革は現代のパーソナリティ研究にとって大きな一歩となることが期待される一方、研究者間でもまだ議論の余地のあるところであり、今後の動向が注目される。

なお、本巻の各章の中に2～3項目ずつ、【Topics】が挿入されている。列挙すると、1章では「パニック症の脳内機序」「パニック症と自閉スペクトラム症」「不安または恐怖関連症群に対する森田療法」、2章では「強迫症に対する脳深部刺激療法」「ためこみ症とsqualor症候群」、3章では「適応反応症と復職支援」「ストレス関連症に対す

るEMDR」，4章では「虐待とパーソナリティ症」「衝動的問題行動」「ボーダーラインパターンの方は減っている？」の10項目である。これらは各章の項目の中には概論的に盛り込めない内容を扱っているが，それぞれの疾患の病態を理解するうえでのトレンドや，最近の治療的話題，社会的視点などを考えるうえでの有用な情報である。

前述したように，精神疾患の分類体系が現在のICD-11に至るまでには多種多様な議論が行われてきた。本巻で記載されている疾患分類や記述は当然ながら今後また時代に応じて改訂されていく。その意味で，本巻の記載は今日の「clinical utility（臨床的有用性）」を最大限に反映したものである一方，あくまでも流動的でダイナミックなものであることは忘れてはならない。

2021年1月

慶應義塾大学医学部精神神経科学教室

三村 將

引用文献

- 1) Stein DJ, Hollander E. The spectrum of obsessive-compulsive spectrum disorders. In: Hollander E (ed). Obsessive-Compulsive Related Disorders. American Psychiatric Press; 1993.
 - 2) 平島奈津子. 適応障害の診断と治療. 精神神経学雑誌 2018; 120 (6): 514-520.
 - 3) Baumeister H, Kufner K. It is time to adjust the adjustment disorder category. Curr Opin Psychiatry 2009; 22 (4): 409-412.
 - 4) van Beek FE, et al. Prevalence of adjustment disorder among cancer patients, and the reach, effectiveness, cost-utility and budget impact of tailored psychological treatment: study protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychol 2019; 7 (1): 89.
-

CONTENTS

本書で用いるICD-11の日本語病名・用語および診断ガイドラインの和訳について

..... 神庭重信 xiii

1 章 不安または恐怖関連症群

不安または恐怖関連症群 総説.....	大川 翔, 清水栄司	2
全般不安症.....	荒井穂菜美, 清水栄司	12
パニック症.....	蔵満彩結実, 塩入俊樹	26
Topics パニック症の脳内機序.....	浅見 剛	39
Topics パニック症と自閉スペクトラム症.....	義村さや香, 十一元三	44
広場恐怖症.....	蔵満彩結実, 塩入俊樹	48
限局性恐怖症.....	宗 未来	62
社交不安症.....	永田利彦	74
分離不安症.....	岸本真希子, 引土達雄	84
場面緘黙.....	濱本 優, 金生由紀子	99
他の不安または恐怖関連症.....	大坪天平	109
Topics 不安または恐怖関連症群に対する森田療法.....	中村 敬	120

2 章 強迫症または関連症群

強迫症または関連症群 総説.....	松永寿人	128
強迫症.....	松永寿人	140

CONTENTS

Topics 強迫症に対する脳深部刺激療法	酒井雄希, 森下登史	155
身体醜形症	松井徳造, 松永寿人	163
自己臭関係付け症 (自己臭症)	向井馨一郎, 松永寿人	174
心気症	林田和久, 松永寿人	185
ためこみ症	中尾智博	192
Topics ためこみ症とsqualor症候群	黒瀬 心	204
向身体性反復行動症群	成瀬栄一	211
その他の強迫症または関連症群	村山桂太郎	223

3章 ストレス関連症群

ストレス関連症群 総説	金 吉晴	232
心的外傷後ストレス症	飛鳥井望	243
複雑性心的外傷後ストレス症	飛鳥井望	255
遷延性悲嘆症	中島聡美	261
適応反応症	大石 智, 田中克俊	275
Topics 適応反応症と復職支援	佐渡充洋	283
反応性アタッチメント症	濱村尚子, 友田明美	289
脱抑制性対人交流症	青木 豊	297
急性ストレス反応	大塚耕太郎	304
Topics ストレス関連症に対するEMDR	市井雅哉, 南川華奈	319

4章 パーソナリティ症および関連特性群と作為症群

パーソナリティ症および関連特性群 総説	林 直樹	326
現代のパーソナリティ症の捉え方	林 直樹	341
Topics 虐待とパーソナリティ症	緒方康介	352
Topics 衝動的・問題行動	原田知佳	357
顕著なパーソナリティ特性またはパターン	岡野憲一郎	364
ボーダーラインパターン	平島奈津子	371
Topics ボーダーラインパターンの人は減っている?	田中伸一郎	382
その他のパーソナリティ症群	白波瀬丈一郎	388
作為症群	平島奈津子	396
索引		405

【読者の方々へ】

本書に記載されている診断法・治療法については、出版時の最新の情報に基づいて正確を期するよう最善の努力が払われていますが、医学・医療の進歩からみて、その内容が全て正確かつ完全であることを保証するものではありません。したがって読者ご自身の診療にそれらを応用される場合には、医薬品添付文書や機器の説明書など、常に最新の情報に当たり、十分な注意を払われることを要望いたします。

中山書店

1章 不安または恐怖関連症群

パニック症

ICD-11

6B01 panic disorder

はじめに

パニック症（panic disorder: PD）とは、特定の刺激や状況に限定されず、突然起きる、動悸、窒息感、発汗等の身体症状と死への恐怖などの精神症状に特徴づけられるパニック発作（panic attack: PA）が繰り返され、そのため、“また、あの発作が起きたらどうしよう”と過度に心配となり（予期不安）、外出などの行動が極端に制限され、その結果、社会機能が著しく低下してしまう精神疾患である¹⁾。

本稿では、PDの歴史、典型的な症例、疫学、診断、鑑別診断、そして併存症・併発症（comorbidity）と経過・転帰について記載し、最後に病態と治療法についても述べる。

歴史

PDという病名が世に出たのは、今から40年ほど前の1980年、米国精神医学会（American Psychiatric Association: APA）の公式診断基準であるDSM-III²⁾によってである。しかし、その歴史は非常に古く、わが国では彦根藩の医師とされる蘆川桂洲による「驚悸（きょうき）」としての記載³⁾や、米国の軍医Da Costaによる「心臓興奮症（irritable heart）」（その後、彼の名をとって「Da Costa症候群」とも呼ばれる）⁴⁾など、さまざまな病名が付けられている。特に、1894年のFreudによる「不安神経症」の概念⁵⁾は有名である。詳細は成書⁶⁾を参照されたい。

症例

典型的な症例を以下に提示する（個人が特定されないように、内容を改変している）。

モデル症例

32歳の主婦、Aさん。これまで特に大きな病気はしたことがなく、健康に過ごしてきた。半年前、自宅で突然、動悸、呼吸困難、発汗が出現し、手足がしびれ出したため、「このままでは死ぬのではないか」「狂ってしまうのではないか」「この状態をコントロールできないのではないか」と思い、救急車を呼び、近くの総合病院救急外来を受診。しかしその発作は救急車で搬送中におさまり、救急外来受診時の心電図や血液検査では異常は見つからなかった。医師からは「ちょっと過呼吸気味ですね。でも問題ないで

しょう」と言われ、点滴をして帰宅（補液はPDの治療に不要であるが、ここではAさんの不安を軽減する目的で、あえて行ったものと推察される）。

その2日後、夜睡眠中に同様の発作が出現。再度救急外来を受診するも異常はなく、医師の対応も冷たかった。翌朝、「やはり病気に違いない」「またあの発作が起こったらどうしよう」と不安になり、今度は大学病院の内科を受診。心エコーなどの精密検査を受けるも異常所見はなく、Aさんの「同じ点滴をして下さい!」との

2章 強迫症または関連症群

強迫症

ICD-11

6B20 obsessive-compulsive disorder

はじめに

—OCDの診断的位置づけの変遷

強迫症 (obsessive-compulsive disorder: OCD) は、1980年のDSM-III¹⁾改訂以前、強迫神経症としてFreud Sによって確立された神経症概念に従い、精神力動論による成因理解がなされ、精神分析的、心理学的見地から研究や治療の対象とされてきた²⁾。彼の理論によれば、神経症は幼少時期の外傷体験を抑圧し、不快な記憶や感情を排除しようとするプロセスや発症メカニズムに基づくものであり、強迫神経症は、肛門サディズム期への退行、そしてこれに対する防衛として理解された。またこの背景には、頑固さや秩序を重んじるといった強迫性格があり、さらに超自我の役割も重視され、これが自我内部の葛藤を増大させ、反動形成、隔離、打消しなどの防衛機制を介し症状形成に関わるとした。

その後、1994年に改訂されたDSM-IV³⁾まで、OCDは不安を中核的病理とする不安障害の一型とされた。しかし強迫症状の出現に必ずしも不安が介在しないことや、生物学的メカニズムを中心にパニック症など他の不安症との相違が多角的に明らかとされ、次第にOCDを不安障害としてとらえることの矛盾や限界が指摘されるようになった⁴⁻⁶⁾。これを支持する知見が集積される中で、OCDを不安障害から分離させるという機運が高まり、大脳基底核、特に線条体におけるセロトニン (5-HT) 系、ドパミン (DA) 系機能異常を想定し、それに関連した認

知的、行動的抑制障害としての「とらわれ」や「繰り返し行為」を中核的にとらえる見解へと転換していった⁶⁻⁸⁾。この中で、1990年頃に提唱されこれらの症状を共通の臨床特徴とする障害群、すなわち強迫スペクトラム障害 (obsessive-compulsive spectrum disorder: OCSD) が注目されることとなり^{7,9)}、DSM-5の改訂作業の中で、独立した診断カテゴリーとしての妥当性検証が進められた⁸⁾。その結果、2013年に改訂されたDSM-5¹⁰⁾では、従来の不安障害の領域に大きな変更が加えられ、OCDはパニック症 (panic disorder) や社交不安症 (social anxiety disorder: SAD) などを含む不安症群から独立することとなった。そしてOCSDの疾患概念を基盤とし、「とらわれ」、あるいは「繰り返し行為」を特徴とする強迫症および関連症群 (obsessive-compulsive and related disorders: OCRD) という新たなカテゴリーの中心に位置づけられた。これはICD-11にも踏襲されており¹¹⁾、OCDはDSM-III以降の30年間で最も概念や診断的位置づけが変遷した精神疾患といえるであろう¹²⁾。

本稿ではOCDの疫学や病因・病態、臨床像や診断、併存症 (comorbidity)、そして治療などを含め、ICD-11の改訂にみる最近の理解や動向を中心に概説したい。

疫学・経過・予後

OCDは、一般人口中の生涯有病率は1~2%程度、男女比はほぼ同等で、米国における平均発症年齢は19.5歳とされ、男性のほうが女性よ

3章 ストレス関連症群

心的外傷後ストレス症

ICD-11

6B40 post-traumatic stress disorder

はじめに

心的外傷後ストレス症（心的外傷後ストレス障害）（post-traumatic stress disorder: PTSD）とは、生命や身体に脅威を及ぼし、強い恐怖感や無力感を伴い、精神的衝撃を与えるトラウマ（心的外傷）体験を契機として生じる特徴的なストレス症状群である。そのようなトラウマ体験としては、災害、暴力、性暴力、重度事故、戦闘、テロ、虐待などがある。疾患概念としてのPTSDが初めて登場したのは、米国精神医学会のDSM-III（1980年）においてであるが、その後改訂を重ね、現行の診断要件（診断基準）には、DSM-5¹⁾と世界保健機関（WHO）によるICD-11²⁾がある。

疫学

有病率

米国の15～54歳の一般人口を対象として1990～1992年にかけて実施された大規模疫学調査の結果では、PTSDの生涯有病率は7.8%（男性5.0%，女性10.4%）と女性のほうが高く³⁾、12か月有病率は3.5%であった⁴⁾。2007年にオーストラリアで実施された16～85歳の一般人口を対象とした大規模調査の結果では、PTSDの生涯有病率は7.2%（男性4.7%，女性9.7%）、12か月有病率は4.4%と米国の数値に近いものであった⁵⁾。

世界的に見ると、この2国のPTSD有病率が

最も高いようである。2017年に報告されたWHO世界精神保健調査では、26か国の18歳以上成人を対象として統合国際診断面接法（Composite International Diagnostic Interview: CIDI）を用いて、トラウマ曝露とPTSD有病率（30日、12か月および生涯）が調査された⁶⁾。その結果、一般的に高収益国のほうが中低収益国よりも有病率が高くなる傾向にあった。日本における本調査（ $N=1,682$ ）の結果は、生涯有病率1.2%、トラウマ体験者中の生涯有病率2.1%、同じく12か月有病率1.2%、30日有病率0.4%であった。トラウマ体験者中の生涯有病率で比較すると、高収益国の中では、オーストラリア9.6%、米国8.3%、ニュージーランド7.6%と比べ日本は低いが、ドイツ2.5%、イスラエル2.1%とは同程度であった。

PTSDの有病率は外傷的出来事の種類によって異なることが明らかにされている⁷⁾。米国での諸研究の結果をまとめると、自然災害や事故などに比べて犯罪被害によるPTSD生涯有病率は高く、性的暴力被害では被害の内容に応じて30～80%、身体的暴行被害では23～39%に上る。オーストラリアでの双生児大規模コホート研究⁸⁾によれば、外傷的出来事の種類によって、PTSD発症リスクが相対的に高いものと低いものに分かれており、目撃トラウマと比較したオッズ比はレイプ（6.74）が最も高く、災害（0.26）が最も低かった（表1）。

4 章 パーソナリティ症および関連特性群と作為症群

ボーダーラインパターン

ICD-11

6D11.5 borderline pattern

はじめに

「ボーダーラインパターン (borderline pattern)」は、世界保健機構 (WHO) が制定した国際疾病分類である「精神、行動または神経発達の疾患 臨床記述と診断ガイドライン第11版 (ICD-11)」¹⁾ に初めて登場した診断名である。しかし、その概要は、その前のバージョンである ICD-10²⁾ における「情動不安定性パーソナリティ障害 (emotionally unstable personality disorder) 境界型 (borderline type)」と同一とみなしてよいだろう。

2010年に ICD-11 の改訂作業が開始された当初から、「パーソナリティ症〈パーソナリティ障害〉 (personality disorder)」の診断分類では ICD-10 のそれに大きな変更が加えられる方針だったという³⁾。すなわち、それまでのカテゴリー診断を廃して、パーソナリティ特性を表記するディメンジョン診断が採用される予定だった。しかし、境界性パーソナリティ障害の研究者たちの、長年の臨床研究の知見を無駄にしない目的から起こった、「カテゴリー診断を残した、ディメンジョン診断とのハイブリッド診断分類」を望む声⁴⁾ におされるように、最終的には、パーソナリティ特性を表記する「顕著なパーソナリティ傾向あるいはパターン (prominent personality traits or pattern)」の下位領域 (domain) に「ボーダーラインパターン」として据え置かれることになった。

奇しくも、この事態は、ICD-9 から ICD-10

への改訂時のエピソードに酷似している。境界性パーソナリティ障害という診断名は、1980年に刊行されたアメリカ精神医学会による「精神疾患の診断・統計マニュアル第3版 (DSM-III)」に初めて登場したが、大野⁵⁾によると、その後の ICD-10 の編纂会議では、ヨーロッパの精神科医たちが「衝動的で激しい自己破壊的行動を繰り返す患者はほとんどいない」と主張して、ICD-10 に境界性パーソナリティ障害の診断名を組み込むことに反対したという。結局、前述したように、この病態は「情緒不安定性パーソナリティ障害」の下位分類の「境界型」に位置づけられるという妥協案に落ち着いた。

従来のカテゴリー診断は、パーソナリティ症に限らず、併存診断が多く、また、いずれの診断にも分類できない「特定不能 (not otherwise specified: NOS)」の診断が選択されやすいなどの問題が指摘されてきた。その改革の手始めとして、パーソナリティ症の診断分類に「ディメンジョン診断」というメスが入ったことは、驚くには当たらないように思う。なぜなら、従来、パーソナリティに関する研究は、類型論と特性論に大別されてきたからである。類型論の例としては、Kretschmer E, Freud S, Jung CG などの試みがあげられる。類型診断は個人の全体像を直感的に把握しやすい反面、個人差は評価しにくく、診断にはグレイゾーンが多く含まれる。一方、特性論は、Allport GW が因子分析によるパーソナリティ特性を抽出したことを端緒に、近年は McCrae RR と Costa PT, Jr による「Big