

身体的苦痛症群
解離症群
心身症
食行動症または摂食症群

編集 久住一郎

Disorders of bodily distress
or bodily experience
Dissociative disorders
Factitious disorders
Feeding or eating 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

古くはヒステリーにまで遡ることができる、いわゆる「神経症」概念は、米国精神医学会による「精神疾患の診断・統計マニュアル第III版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition: DSM-III) によって解体が始まり、DSM-5では生物学的原因論を重視する方向性の中、疫学的エビデンスに基づいて、ますます細分化され、再分類されるに至っている。また、世界保健機構 (World Health Organization: WHO) による国際疾病分類 (International Classification of Diseases, 10th revision: ICD-10) では、「神経症性障害」という分類がころうじて残されていたが、ついにICD-11では、その痕跡も消えてしまった。神経症としての大枠がなくなったことにより、対象の総括的な把握や検討が困難になってしまった感は拭えない。その是非については賛否両論があるところであろう。神経症概念の消失後に、どのような軸を基に再構築が進んでいくのか、今後注目したい。

一方、心身症は、生物-心理-社会モデルが適用されて、その病態が理解されてきた、精神医学の中の重要な領域の一つである。にもかかわらず、最近のDSM-5やICD-11では、診断の明確な位置付けが与えられていない。このことにより、この領域への精神科医の関心が薄れていくことを危惧するのは筆者だけではないであろう。

本巻では、他の領域にも増して疾患概念や診断基準の変化が著しい身体的苦痛症群または身体的体験症群、解離症群、食行動症または摂食症群 (ICD-11) に心身症も加え、これらの疾患群について再度整理し直し、それぞれの全体像を浮き彫りにすることを目指して、各方面の第一人者に執筆を依頼した。また、それぞれの治療においても、洗練されたさまざまな精神療法・心理社会的アプローチが近年、可能になってきていることから、最新の治療論についても整理することを試みた。

時代とともに疾患概念が大きく変遷してきた本領域では、当然のことながら、各疾患の表現型や病態もその時代の社会文化的背景の影響を色濃く受けている。そのような興味深い話題を各章のトピックスとして取り上げた。さらに、消化器系心身症における「腸内細菌と脳腸相関」のように、全く新しい観点からの病態説明が進展している分野もあり、併せてトピックスとして取り上げた。

本巻は、身体的苦痛症群または身体的体験症群、解離症群、心身症、食行動症または摂食症群の診断・治療にかかわる精神科医あるいは精神医療関係者に、有用かつ最新の臨床精神医学・医療の成果と経験を提供するためのバイブルとなることを目指して編集されている。各関係者にとって診療・研究・教育のいずれにおいても有益なものとなることを願ってやまない。

2021年6月

北海道大学大学院医学研究院精神医学教室

久住一郎

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	xi
--	------	----

はじめに

「神経症」概念の変遷.....	久住一郎	2
-----------------	------	---

1章 身体的苦痛症群または身体的体験症群

身体的苦痛症群または身体的体験症群 総論.....	山田和男	6
身体的苦痛症 総論.....	山田和男	10
Topics 身体的苦痛症と作為症.....	村松太郎	19
身体的苦痛症と慢性疼痛.....	富永敏行	25
EXPERT COMMENT ICD-11における慢性疼痛と身体的苦痛症の鑑別... 針間博彦		36
Topics 歯科領域の身体的苦痛症.....	宮地英雄	37
身体的苦痛症の治療 総論.....	名越泰秀, 小川奈保	43
身体的苦痛症の薬物療法.....	名越泰秀	48
Topics 身体的苦痛症の漢方治療.....	田 亮介	57
身体的苦痛症の認知行動療法.....	田口佳代子, 中村英輝, 清水栄司	62
身体完全性違和.....	美馬達哉	75

2章 解離症群

解離症群 総論	岡野憲一郎	88
解離症に関する諸理論	野間俊一	92
Topics いわゆる「ヒステリー」概念との関連	江口重幸	100
解離性神経学的症状症	田中 究	103
解離性健忘と解離性遁走—全生活史健忘の臨床	大矢 大	114
解離性同一性症	柴山雅俊	125
離人感・現実感喪失症	大饗広之, 立花昌子	133
解離症の鑑別診断	岩井圭司	142
Topics 種々の尺度	田辺 肇	150
解離症の治療論	野間俊一	154
Topics 自我状態療法	福井義一	165

3章 心身症

心身症 総論	須藤信行	170
Topics ecological momentary assessment (EMA)	吉内一浩	176
消化器系の心身症	福土 審	183
Topics 腸内細菌と脳腸相関	須藤信行	192
心血管系の心身症	中尾睦宏	199
Topics たこつぼ心筋障害 (たこつぼ心筋症)	高倉 修	207
呼吸器系の心身症	丸岡秀一郎	214
神経・筋肉系の心身症	金光芳郎	223
Topics イップス/イップス・スペクトラム症	八木孝彦	229

CONTENTS

内分泌・代謝系の心身症	野崎剛弘, 小牧 元, 須藤信行	233
歯科口腔領域の心身症	豊福 明	250
皮膚科領域の心身症	羽白 誠	256
耳鼻咽喉科領域の心身症	五島史行	262
眼科の心身医学	気賀沢一輝	267

4章 食行動症または摂食症群

食行動症または摂食症群の疫学	安藤哲也	278
摂食症の病態生理	福土 審	293
Topics 物質使用症と摂食症群	松本俊彦	303
神経性やせ症*	賀古勇輝	309
神経性過食症	西園マーハ文	326
むちゃ食い症	岡本百合	337
回避・制限性食物摂取症, 異食症, 反芻・吐き戻し症	作田亮一	343
食行動症または摂食症群と精神・身体合併症	田中 聡	355
Topics 矯正医療の視点から見た食行動症または摂食症群	瀧井正人	364
食行動症または摂食症群の治療		
精神療法	永田利彦	369
身体医学的管理と治療(身体治療)	鈴木(堀田)眞理	380
リハビリテーションとソーシャルサポート	野間俊一	391
Topics 食行動症または摂食症群の当事者活動	林 利香	400

*の付いた項目に関連する参考文献を中山書店HPの「Learning More on the Web [らんもあ]」でご覧いただけます
<https://www.nakayamashoten.jp/lmw/>



児童・思春期領域における食行動症または摂食症群	中里道子	404
Topics 低出生体重児の増加とその影響	鶴見晴子	414
Topics 欧米における「やせすぎモデル規制法」の動き	山田 恒	421
索引		427

【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

はじめに

「神経症」概念の変遷

序

本巻では、世界保健機関（World Health Organization: WHO）の国際疾病分類第11版（International Classification of Diseases, 11th revision: ICD-11）に基づく身体的苦痛症群または身体的体験症群、解離症群、食行動症または摂食症群と、いわゆる心身症を扱っている。いずれも、かつては「神経症」概念に含ままたは深く関連する疾患あるいは病態としてとらえられてきたが、本概念は米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition: DSM-III）において解体が始まり、DSM-5やICD-11に至っては、その痕跡も消えて、細分化されてしまった。その是非についての議論はひとまず棚上げにすとしても、少なくとも「神経症」という概念自体が疫学的なエビデンスを重視した科学的疾患分類には馴染まないということかもしれない。各疾患における最近のDSMおよびICD改訂に伴う分類の変遷や診断基準の変更については、この後の各論で詳細に解説されると思われるので、本稿では、「神経症」概念の歴史の変遷を大まかに振り返るとともに、「神経症」や心身症が初期段階の操作的診断分類にどのように取り込まれたかについてもごく簡単に触れておきたい。これらの主題に関しては、すでに多くの優れた総説が存在するので¹⁻⁵⁾、詳細はそれらを参照いただきたい。

神経症、特にヒステリー概念の歴史の変遷

疾患概念が時代とともに変遷することはそれほどまれではないが、神経症概念ほど医学史の中で劇的に変遷を遂げてきたものはないであろう。ヒステリーに関する記載は古代エジプトのパピルスや古代ギリシアのHippocratesの著書にまで遡るが、中世にはヒステリー患者が「魔女狩り」の犠牲になるという暗黒の時代を迎えた³⁾。近世になって、Cullenが「疾病学」の著作の中で「神経性疾患」という、非特異的で一般的な神経疾患を分類するための新項目を設定したのが神経症概念の起源ともいわれる。その後、Briquetは多数のヒステリー患者の診察を基に、その臨床的特徴をまとめたが、これは100年後に再評価されてBriquet症候群と命名された。この後の流れは、神経性疾患の中から現象的に特異な病像を呈するものとしてヒステリーが取り上げられ、その成立機制を解明するために心理学的手法が用いられる過程で、器質性神経疾患と器質的な基盤を有する精神病が除かれ、機能的障害としての神経症が残ったともいえる¹⁾。

催眠術と関連してヒステリー研究を発展させたのは、神経病理学で有名なCharcotやBabinskiを中心とする学派であり、さらに神経症における心理的機制を探究し、神経症理論の基礎を築いたのは、JanetとFreudである¹⁾。Janetは神経症を機能的疾患とみなし、進化の観点を取り入

1章 身体的苦痛症群または身体的体験症群

身体的苦痛症 総論

ICD-11

6C20 bodily distress disorder

“身体的苦痛症”とは？

“身体的苦痛症 (bodily distress disorder)”は、ICD-11¹⁾において初めて採用された診断名であり、ICD-11「精神、行動または神経発達の疾患」のうちの“身体的苦痛症群または身体的体験症群 (disorders of bodily distress or bodily experience)”の下位診断名のひとつである。ICD-11の身体的苦痛症群または身体的体験症群は、患者の身体面における障害を経験することによって特徴づけられる疾患カテゴリーであり、本稿で概説する身体的苦痛症と身体完全性違和という2つの主要な下位疾患から成る (表1)。

ICD-11によれば、身体的苦痛症は、患者が苦痛を感じ、過度の注意が向けられる身体症状を伴うという特徴を持つ疾患であると定義づけられている。

身体的苦痛症は、かつての身体表現性障害とオーバーラップしている部分が多い。この点においては、身体的苦痛症は身体表現性障害の後継病名 (診断名) ともいえよう。しかし、後述するように、身体的苦痛症と身体表現性障害の疾患概念はまったく異なるものである。それゆえ、身体的苦痛症イコール身体表現性障害ではないという認識が必要となる。

身体表現性障害の旧病名と考えられる、不定愁訴、自律神経失調症、神経症などと診断されていた患者の多くも、ICD-11では身体的苦痛症と診断されると考えられる。心身症と誤診された身体表現性障害 (本来、心身症は「ストレ

ス要因によって発症・増悪した身体疾患」を指すが、非専門医の間では、身体表現性障害を心身症と混同して誤診していることが多い) もまた、これに含まれるであろう。

一部に議論があるところではあるが、慢性疲労症候群、線維筋痛症、慢性疼痛、HPV ワクチン関連神経免疫異常症候群 (HPV vaccination associated neuro-immunopathic syndrome: HANS) などの疾患も、身体的苦痛症と診断される可能性がある。

ICD-11の身体的苦痛症の診断ガイドライン

前述のように、ICD-11¹⁾によれば、身体的苦痛症は、患者が苦痛を感じ、過度の注意が向けられる身体症状を伴うという特徴を持つ疾患である。

ICD-11の診断ガイドラインによれば、身体的苦痛症の診断に必須の特徴としては、本人にとって苦痛に感じられる複数 (典型的) または単一 (痛み、疲労が多い) の身体症状が出現していること、過度の注意がその症状に向けられていること、その注意は適切な検索や医療者による保証によっても軽減されないこと、身体症状が持続すること (たとえば3か月以上) があげられている (表2)。

過度の注意には、症状の重症度やそれらの否定的な結果への固執を含み、医療的に必要とみなされる範囲をはるかに超えて、身体症状に関連する医療機関を何度も受診をする行為に表れ

2章 解離症群

解離性同一性症

ICD-11

6B64 dissociative identity disorder

はじめに

かつて解離やヒステリーと呼ばれてきた病態は、これまで正統派精神医学によっていわば際物扱いされ、周辺領域へと追いやられてきたところがある。しかし、解離やヒステリーは無意識への扉を開き、精神療法の土台を作り上げてきたことも事実である。近年解離の症例が少なくなったと指摘され、「解離は一時的な流行であったにすぎない」といわれることがある。しかし20世紀末からわが国でも増加した解離性同一性症（解離性同一症）（dissociative identity disorder: DID）の出現は、精神医学の診断、症候学および治療の土台を再構築するための重要な役割を果たすように思われる。

診断

ICD-11¹⁾は解離性同一性症について、表1のように診断要件をあげている²⁾。他者や周囲環境と相互作用する際には、少なくとも2つのはっきりと区別されるパーソナリティ状態が個人の意識と機能を反復して実行制御することが必要とされている。解離症にはもう1つ似たよ

うな解離症として部分的解離性同一性症（partial dissociative identity disorder）¹⁾があり、区別されている。

ちなみにDSM-5の解離性同一症の診断基準³⁾はICD-11のそれとほぼ同じであるが、DSM-5では憑依体験を解離性同一症に含め、ICD-11ではそれを憑依トランス症（possession trance disorder）として別に分類している。一般的に解離性同一性症でみられるパーソナリティ状態の出現は目立たないことが多いが、憑依トランス症ではパーソナリティ状態の出現が目立つという違いがある。

臨床像

解離性同一性症の重要な症状は、2つ以上のパーソナリティ状態（解離性同一性）が存在するという同一性の破綻であり、またそれによって生じる不連続である。前者はパーソナリティ状態が2つ以上に分離して存在するという意味で空間性の病理²⁾（「切り離し」）であり、後者はそれらの侵入や交代などが生じるという意味で時間性の病理³⁾（「切り替わり」）である。

ちなみにDSM-5では、解離症状は以下の形

¹⁾ 個人の意識と機能を反復して実行制御する優位のパーソナリティ状態が、（解離性同一性症のように少なくとも2つではなく）1つしか存在しない場合に、この診断名が割り当てられる。非優位のパーソナリティ状態は設定が精緻ではなく、その侵入症状はもっぱら子どものアイデンティティやトラウマ記憶と関連し、優位のパーソナリティ状態の機能を妨げるように体験される。健忘も短期間であることが多い。

²⁾ 「空間的変容」^{4,5)}のこと。パーソナリティ状態の分離によって生じる病理であり、離人感や現実感消失、体外離脱体験、さらには気配過敏や対人過敏などの過敏症状が含まれる。

³⁾ 「時間的変容」^{4,5)}のこと。分断されたパーソナリティ状態が交代することで不連続が生じる病理であり、健忘やパーソナリティの交代などが含まれる。

3章 心身症

心血管系の心身症

はじめに

心血管系の心身症とは、「心理社会的ストレスによって心血管系に器質的・機能的な障害を生じ、心身医学的アプローチが必要となる病態全般」を指す。具体的には、表1のような疾患が含まれる。心理社会的ストレスの原因としては、健康問題、金銭を含む経済的な問題、対人関係を含む家庭・職場などの環境問題が代表的で¹⁾、多くの場合はそれらが重なり合って心身にダメージを与える。ちなみに心血管系の心身症は、循環器心身症と呼ばれることも多いが、意味が若干異なる²⁾。

ヒトはストレスを感じると、さまざまな感情が生じる。その感情が急速に引き起こされた場合は情動と呼ばれ、心悸亢進や血圧上昇といった心血管系の身体反応を引き起こす。さまざま

Keyword

循環器心身症 (psychosomatic illness of circulatory organ)

循環器心身症と一言でいっても、脳血管疾患と心疾患を区別せずに議論している場合と、心疾患に限定して議論している場合があるので、注意したい。たとえば日本循環器心身医学会 (Japanese Society of Psychosomatic Cardiology) では、心疾患を指す英訳となっている。

情動 (emotion)

驚愕、激怒、喜悦、恍惚、憎悪など、反応性に急激に生じ身体的随伴症状を伴う一過性の強い感情のことで、身体的変化として客観的にとらえることができる。感情や行動の変化のほか、発汗や心悸亢進、血圧上昇、呼吸数の増加、頻尿、下痢など、自律神経系をはじめ生体機能への影響がみられる。

な疫学研究³⁾により、こうした怒り、うつ、不安などの否定的な情動の積み重ねによって、不整脈、高血圧症、狭心症、心筋梗塞といった心血管系疾患に罹患するリスクが増加することが明らかになっている。こうした特有の身体疾患が明らかでなくても、心血管系の変調に苦しんで心療内科を受診する患者は多い。本シリーズは精神科臨床の解説書であるので、心血管系の身体不調を訴えている患者をどのように診療すべきか、わかりやすく実践的にまとめる。

心血管系の愁訴を鑑別する基本診療

心血管系に関連する身体症状としては、胸痛、息切れ、動悸、ふらつき、立ちくらみ、脚などのむくみ、疲労感などがあげられる。こうした身体症状を訴えた患者に対しては、まずは診察を含む医療面接を行う。面接のポイントとしては、いつ (突発性か?)、どこで (誘因はないか?)、どのくらい (程度と持続期間は?) 症状が起きたか明らかにする。できる限り完全な病歴をとり、心肺の聴・打診、神経学的検査、甲状腺の触診などを行う⁴⁾。

急性例の場合は、胸痛の鑑別を中心に、特に気をつけて面接をする。あくまで目安であるが、持続時間を含めてポイントをまとめる。心筋虚血による胸痛は、痛みというより圧迫感に近く、部位は胸部の正中から心窩部にかけて多く、時に左腕 (あるいは両腕) や頸部に放散する。狭心症の胸痛は、5分以内のことが多く、長くても20分以内である。急性心筋梗塞の場合は、狭

4章 食行動症または摂食症群

神経性過食症

ICD-11

6B81 bulimia nervosa

はじめに

神経性過食症 (bulimia nervosa) とは、過食と、自己誘発性嘔吐や下剤乱用などの排出行動を主とする摂食症 (摂食障害) のひとつの病型である。若年女性を中心に有病率が高く、学業、就労、育児などにも影響を及ぼす疾患である。本人は受診をためらうことが多く、また、周囲からも気づかれずに長期化することがまれでない。過食や排出行動は、習慣化すると改善に時間がかかり、身体合併症も増えるため、早期に適切な治療を開始することが重要である。

神経性過食症の歴史と、疾患の位置づけ

歴史

神経性過食症という診断名は、1979年に英国のRussellが発表した論文“Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa”¹⁾中で初めて用いられたものである。この論文では、タイトルの通り、神経性過食症は、神経性やせ症のvariantすなわち、亜型あるいは異型という位置づけであった。論文にあげられた事例には、過

Keyword

ガイドドセルフヘルプ

指導付きのセルフヘルプという意味で、本人が症状記録をしながら生活リズムを整え、症状に対応するのを援助者が援助する方法である。ワークブックなどが用いられる³⁾。認知行動療法の考え方を応用した簡易的な治療である。

食や排出行動に加え、抑うつ症状や希死念慮、対人関係の問題などが記述されている。その後、神経性過食症の発生は神経性やせ症以上に多くなり、異型から、1つの疾患単位へと概念が変化した。それと共に、治療についても、大きな変化がみられた。Russellの論文では、治療の基本は入院とし、心理面について、看護師の手厚い看護を受けることが勧められている。現在では、外来治療が基本であり、海外では、研究のための実践を除き、入院治療が勧められることはまれである。英国のNational Institute for Health and Care Excellence (NICE) ガイドライン²⁾では、まず外来での第一段階の治療として、ガイドドセルフヘルプを勧め、それで変化がない場合に、認知行動療法 (cognitive behavioral therapy: CBT) その他の心理療法を実施することが勧められている。神経性過食症の有病率が非常に増えたことにより、神経性過食症の中にも、軽症から重症、また他の精神症状を伴うものまで多様性がみられるようになり、段階的な治療が必要になっているといえる。

周辺疾患との関連

神経性過食症は1つの疾患単位にはなかったが、神経性やせ症の病歴を持つものもある。現在の診断法では、過食嘔吐があっても、低体重であれば、神経性やせ症過食・排出型という診断となる。しかし、ある時期は神経性やせ症の摂食制限型あるいは過食・排出型で、数年後に神経性過食症という診断になるような事例はまれで