

精神医学とは

1 精神疾患の頻度

あまり知られていないが、精神疾患は実は頻度が高い。統合失調症は生涯有病率1%弱であり、0.5%程度の関節リウマチよりも頻度が高い。うつ病は生涯有病率10%前後であり糖尿病と同程度である。社交不安症、パニック症、強迫症なども合わせると10%を優に超える。幼少期からみられる発達障害や高齢期に発症する認知症の頻度も高い。実は精神疾患はよくある病気、いわゆる common disease なのである。精神科の病棟や外来だけでなく、臨床各科を受診することもよくある。医療に従事する者は誰でもある程度の知識と理解を持つ必要がある。

2 症状の特徴

身体疾患の症状は身体に現れるが、精神疾患の症状は心理、身体および行動に現れる。たとえば、うつ病では、抑うつ気分、意欲低下、悲観などの心理面の症状とともに、頭痛、動悸、倦怠感、食欲低下、体重減少などの身体面の症状も出現し、さらに出社拒否や過度の飲酒などの行動面にも症状が及ぶ。病歴聴取や現症の把握においては、このような精神疾患の特徴を理解しておくことが大切である。

身体疾患の症状は、原則的には人体の構造と機能の異常として理解できる。たとえば冠動脈が狭窄すると心筋に酸素と栄養を十分に補給することができなくなり、労作時の胸痛が発生し、閉塞すれば心筋の壊死が生じてその部分の機能が失われる。精神疾患においても、そのような理解が可能なものもある。たとえば脳の言語野が萎縮すればその機能が失われ失語症となるし、海

馬が萎縮すれば記銘障害が生じる。しかし、意欲、感情、思考などの障害を主とする統合失調症やうつ病や不安障害では、現在のところ脳の構造と機能の異常としてうまく理解することはできない。心理、身体および行動に現れる症状を患者の体験全体として把握しなくてはならない。

とくに、精神疾患に最も特徴的ともいえる心理面の症状は主観的体験であり、これには客観的な指標があるわけではなく、簡便な検査所見もない。まずは患者の身になって丁寧に訴えを傾聴することから診療は始まる。傾聴すると患者の心理が感情移入的に了解できることもあるが、了解できないこともある。たとえば頭の中に話しかけてくる声と会話するという幻聴体験は、ふつうは感情移入できない心理である。その際にもそのような体験にさらされていることをしっかり受け止める。

3 原因について

精神疾患の発症には多くの因子が関与していると推定されている。遺伝子要因、胎生期の環境、乳幼児期のさまざまな影響、幼児期から成人に至るまでの成育過程、形成された性格傾向、家族・職場・学校などの現在の環境、発症の契機、ストレス要因、脳器質的要因、脳の発達と加齢の影響、性周期・妊娠・出産の影響、疾病罹患や身体的条件など、さまざまな次元を異にする諸要因が関与している。診療に際してはこれらの要因を幅広く考慮しなければならぬが、個々の患者について原因を特定できることはむしろ少ない。

診療においては、わかる範囲の要因を生物学的要因、心理的要因、社会的要因の3つに分けて整理しておくのが実際的である。これらは、バイオサイコソーシャルモデルとよばれ、要因は重なって生じることが多い。心理的要因と社会的要因も重視するのは精神医学に特徴的である。

■ 生物学的要因

脳の構造や機能の変化は精神症状を発現する。脳血管障害によって特定脳部位に病変が生じるとその機能が障害されて失語症や記憶障害が生じ（脳器質性精神疾患）、甲状腺機能低下症や膠原病の影響が脳へ波及するとさまざまな症状が生じる（症状性精神疾患）。統合失調症や双極性障害などの疾患で

は、その詳細は不明であるが、何らかの脳機能変化が生じていると考えられている。徐々に解明は進んでいて、たとえば統合失調症ではドーパミン系機能亢進が関与していると推定されている（脳機能性精神疾患）。

■ 心理的要因

交友、家計、健康、家族、仕事などにおけるさまざまな出来事が直接間接の引き金となって症状が発現することがある。また、理想とは異なる現実に向き合っ、心のなかに葛藤や不安が生じ、それらがさまざまな症状発現の素地となることもある。生まれ持った特性と幼少期から青年期までのさまざまな体験を経て形成される性格傾向も重要な要因である。

■ 社会的要因

患者の家族、学校や職場などの集団、地域社会などは症状発現に影響を与える。また、非行、ひきこもり、アルコールや薬物乱用、ギャンブル依存などは社会背景を考慮すべき問題でもある。

4 精神医学の分類

■ 従来分類

ドイツ精神医学の影響を受けた分類であり、仮説的な原因に基づいて外因性、内因性、心因性と階層的に分類されていた。

- ① 外因性精神疾患は、脳器質性（脳血管障害など）、症状性（身体疾患の脳への波及）、および中毒性精神疾患（アルコールや薬物の脳への作用）に分けられる。たとえば認知症は脳構造変化が認められる脳器質性疾患である。
- ② 内因性精神疾患は、統合失調症と気分障害を含み、病気になりやすい遺伝的素因に胎生期から発症までに至る環境要因が加わって発症する。心理的要因は発症に関与することがあるが、症状の全体はそれのみでは理解できず、何らかの脳機能変調が想定されている。
- ③ 心因性精神疾患は、心理的要因によって生じる。心因反応とともに神経症性障害も心理的要因が大きいと考えられていた。ストレス関連疾患も

ここに入る。

この分類は、仮説的とはいえ原因に基づいているので、治療方針と結びつけて理解しやすいことが利点である。しかし、診断基準が明確ではないため、研究者間や国際間での診断のばらつきが大きく、施設間や国際間の有病率や治療法の比較ができなかった。

■ 症状に基づく分類

現在では原因は考慮せず、症状と経過を基に診断する方法が広まっている。これを最初に導入したのは、米国精神医学会が1980年に発表した Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) の第3版であり、診断に必要な症状を簡条書きにし、何項目あればその疾患と確定するという操作的方法を特徴とした。DSMは改訂を経て現在は第5版 (DSM-5, 2013年) が使用されている。一方、日本で臨床統計に用いる診断分類として採用しているのは、世界保健機関 (WHO) による International Classification of Diseases (ICD) の第10版 (ICD-10) である。WHOは2018年にその改訂第11版 (ICD-11) を公表しているが、DSM-5との共通性が高くなっている。現在、和訳が進んでおり、2～3年以内にICD-11が日本の臨床統計に用いる診断分類となる。ICD-11診断分類の枠組みを記しておく。

ICD-11 公益社団法人日本精神神経学会 2018年6月1日 日本語案

- 1 神経発達症群
- 2 統合失調症または他の一次性精神症群
- 3 気分症群
- 4 不安または恐怖関連症群
- 5 強迫症または関連症群
- 6 ストレス関連症群
- 7 解離症群
- 8 食行動症または摂食症群
- 9 排泄症群
- 10 身体的苦痛症群または身体的体験症群
- 11 物質使用症群または嗜癖行動症群

- 12 衝動制御症群
- 13 秩序破壊的または非社会的行動症群
- 14 パーソナリティ症群および関連特性
- 15 パラフィリア症群
- 16 作為症群
- 17 神経認知障害群
- 18 性の健康に関連する状態

5 精神医療, 精神医学の歴史

精神医学の歴史を大まかに概説しておく。古来より、精神疾患は悪霊、神の祟りとみなされ、呪術や儀式の対象とされた。しかし、すでに古代ギリシャのヒポクラテス(Hippocrates)は、現在の重症うつ病をメランコリーという名で適格に把握しており、ローマ時代に入るとガレノス(Galenos)は精神の機能は脳によると述べていた。しかし、その後の中世ヨーロッパでは、精神障害者は「魔女」や「悪霊憑き」として迫害されていた。

その後も精神障害者に対する処遇は変わらず、フランス革命のころになっても、隔離施設に収容され、手足を鎖でつながれ、悲惨な状況に置かれていた。1793年、フランスのピネル(Pinel, P.)は非人道的扱いを改善すべく、精神障害者を鎖から解放した。患者を人間として尊重するとともに、病人として治療を受ける権利があるとしたことは精神医療の歴史のなかで画期的であった。その後、フランス、ドイツを中心に精神医学は発展してきた。

そのなかでも、ドイツのクレペリン(Kraepelin, E.)は、それまで混沌としていた原因不明の精神障害を「早発性痴呆(現在の統合失調症)」と「躁うつ病(現在の双極性障害とうつ病)」とに大別した(1899年)。またブロイラー(Bleuler, E.)は「早発性痴呆」に対して「統合失調症」という呼称を提唱した。フロイト(Freud, S.)は精神分析を創始し、神経症性障害の治療に用いた。後に精神分析はアメリカで力動精神医学として発展した。

1917年、梅毒トレポネーマによる脳炎である進行麻痺に対してマラリア発熱療法が始まり、これが精神障害に対する初めての生物学的な治療法となった。1920～30年代には、持続睡眠療法、インスリンショック療法、ロボトミ