



[著] 鈴木慎吾

千葉中央メディカルセンター内科 部長

脳のしくみから考える
内科外来での精神疾患と器質疾患の診断



まえがき

「psyche(プシュケー)」は古代ギリシャの言葉で人間の靈魂を意味し、サイコの語源である¹⁾。そして「プシコ」は精神病を意味するドイツ語の「psychose(プシコーズ)」に由来するとされ、言葉自体に差別的意味はない²⁾。しかし、実臨床では俗語として「プシコ」が用いられ、その意味合いは使用者によって様々なのが実状である。

本書では「プシコ」を「人間の非合理的な知覚や思考・行動(≒認知バイアス)」と定義し、精神疾患やパーソナリティ症は「プシコ」の中に含まれるものとした(図)。よって本書のタイトルから「患者を差別している」などの思い込みが生じたならば、それは本書の定義する「プシコ」に該当する。つまり「プシコ」は誰もが有する性質であり、当然ながら筆者の知覚や思考・行動にも「プシコ」は多数存在する。

なぜ敢えて誤解を生みやすい「プシコ」の語を用いたかという点、精神疾患を別世界に位置づけるのではなく、「健常者」の偏った知覚・思考・行動との連続性を含めて「プシコ」と表現したいと考えたためだ。その背景には、一部の医療関係者や報道・出版機関が営利目的あるいは妄想的な思想で不安を煽るような活動をしていること、加えてそれを盲目的に信じて誤った行動をとるような「健常者」も「異常」ではないかと感じたことがある³⁾*1。さらに脳の仕組みや認知バイアスを学習すると、各精神疾患の基盤となる人間の性質が存在するように思えたため、正常と異常の不明瞭な境界を探ることで精神疾患の理解につながるのではないかと考えた。

*1

筆者の考えが「正常」だという主張ではない。クリント・イーストウッドが「過激主義とは簡単なものだ。自分の意見を決めたら、それで終わり。あまり考える必要がない」、バートランド・ラッセルが「情熱的に支持される意見には、きまっぴりまともな根拠は存在しないものである」と批判したように³⁾、科学的・論理的な考察をせずに安易な結論を出し、周囲に悪影響を及ぼすような行動が「異常」だと感じている。

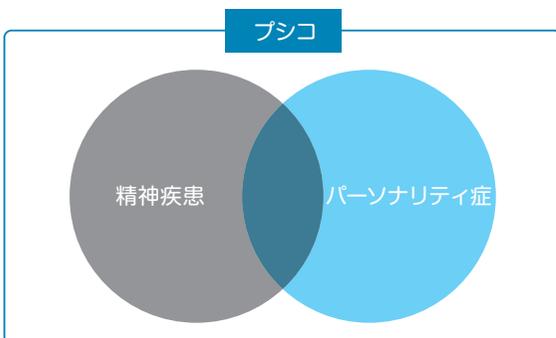


図 「プシコ」と精神疾患・パーソナリティ症の関係性

本書では「プシコ」を「人間の非合理的な知覚や思考・行動(≒認知バイアス)」と定義し、精神疾患やパーソナリティ症はその中に含めた。

『論語』には「本音が建てまえを超えると、むき出しで野卑。建てまえが本音以上であると、定型的で無味乾燥。内容(本音)と形式(建てまえ)がほどよくともに備わって、はじめて教養人である(一部改変)」⁴⁾と記されている。筆者の診療の目標は「各種制限の中で、患者本人のためになる医療を施すこと」⁵⁾で間違いないが、どんな患者をも快く受け入れられるほど高尚な人間ではない。かといってすべての「プシコ」に陰性感情が湧くわけでもなく、その間のどこかに位置する一般臨床医の一人である。つらく理不尽な出来事が少なくない医療現場で「プシコ」の用語が消えてなくなることはないだろう。しかし「プシコ」と発したときに、人間の性質や患者の背景、自己のプシコに思いを馳せ、診断や治療をもう一歩進める姿勢をともに築いていけたら筆者として幸甚の至りである。

●文献●

- 1) 佐藤 優, 中村うさぎ: 死を語る. PHP研究所, 2017, p186.
- 2) 加藤 温: 診察室の陰性感情. 金芳堂, 2021, p82.
- 3) スティーブン・スローマン, フィリップ・ファーンバック, 著, 土方奈美, 訳: 知ってるつもり—無知の科学—. 早川書房, 2021, p188-211.
- 4) 加地伸行: 論語 ビギナーズ・クラシックス 中国の古典. 角川学芸出版, 2004, p171-9.
- 5) 鈴木慎吾: 外来診療の型 同じ主訴には同じ診断アプローチ! メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2020, p2-3.

2025年2月

千葉中央メディカルセンター内科 部長

鈴木慎吾

本書の目的と構成

本書の目標は、器質疾患と精神疾患の相違点を理解し、適切な臨床評価につなげることであり、以下の3部構成とした。

- 第1章 内科医が精神疾患を学ぶ意義と脳の性質 (正常と異常の狭間)
- 第2章 器質疾患と精神疾患の臨床像の相違点、および代表的な精神疾患の特徴
- 第3章 30症例の例題をもとに on the job training

精神疾患の評価では、診断基準に忠実に従うのではなく、各疾患の中核症状との照合(検証)を重視した。なぜなら精神疾患の診断はチェックリストやマニュアルで即断できるものではなく、疾患特異性に乏しい各種情報からそれぞれの精神疾患のパターン(病気らしさ)を見抜くことが重要だからである¹⁾。また代表的な診断基準である『精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM)』において、DSM-IV-TRからDSM-5への改訂で「身体表現性障害」が「身体症状症」へと病名・疾患概念が大きく変更されたように、精神疾患群の定義・境界・分類はゆらぎ続けていることも背景にある。

他にも、同じ状態でも視点によって診断名が変わりうること²⁾、精神疾患は連続スペクトラムで各疾患の境界は不明確であること、複数疾患の併存により明確な線引きが困難な症例が少なくないことなどが挙げられる。

本書には治療についての記載も少ないため、詳細な診断基準や細分類、治療法を学習するには『精神診療プラチナマニュアル(第3版)』³⁾などを参照いただきたい。各精神疾患やパーソナリティ症のイメージをつかむには、実在・空想を問わずに有名人物を考察する『キャラクターが来る精神科外来』⁴⁾を推奨する。特定の精神疾患を「除外する根拠」を記しているため、各疾患の境界がより明瞭化するだろう。

●文献●

- 1) 春日武彦: あなたの隣の精神疾患. 集英社インターナショナル, 2021, p3-8.
- 2) 東 徹: 誰でもわかる精神医学入門. 日経BP, 2023, p186-94.
- 3) 松崎朝樹: 精神診療プラチナマニュアル. 第3版. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2024.
- 4) 須田史朗, 小林聡幸: キャラクターが来る精神科外来. 金原出版, 2022.

2 | 精神疾患に対する負のイメージ

精神疾患を学ぶ意義を理解しても、実際には抵抗を感じてしまうことが多い。まずは現実を直視するため、その理由と対処法を考えてみる。

▶ ① 診察に時間がかかる

▶ ② 検査で診断できない

精神疾患に特異的な検査は存在せず、診断は問診によって決定される。具体的にはbio-psycho-social model(生物・心理・社会モデル)に基づいて評価するため、一定の時間を要してしまう。

- ▶ 本書では考えるべき精神疾患を限定し、同じ順序で考える方式とした(☞第2章参照)。例題も実臨床の時間的制約に即して、必ずしも初診で完結させず、再診を利用しながら疾患を特定する流れを示した(☞第3章参照)。

▶ ③ 病気ではないように思える

明らかな器質疾患がないと「病気ではない」と思えて時間の無駄と感じてしまう。

- ▶ 心因性疼痛*¹を例にとると、痛みを自覚した時の脳活動は身体的疼痛のそれと同様であることが判明しており、患者は実際に苦痛を感じていることがわかる(☞第1章3⑤参照)。ヒトは自己の常識に反する事実を受け入れない傾向があるため(ゼンメルヴェイス反射, Semmelweis reflex)¹⁾、**精神疾患を学習することで、ひいては偏見やスティグマと向き合い、日々の診療を少しだけポジティブに変えられる可能性がある**。そもそも正常と異常の境界は曖昧であり²⁾、「本人または周囲が困って」、「個人の機能不全により文化的・社会的に逸脱している」ならば精神疾患と判断される。「精神疾患」を識ることで自身のプシコも見えてくるはずである。

*1

本書では精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインなどを包括して「心因性疼痛」と表記する。

④ パーソナリティ症が多い

精神疾患ではパーソナリティ症の併存が多く、医師は精神的・物理的攻撃を受けるリスクがある。

➡ パーソナリティ症に確立された治療法はなく、距離を置いて関係を持たないようにするのが無難だが^{3, 4)}、臨床に携わる限り避けて通ることはできない。それならば**パーソナリティ症の特徴とその対応法を学習し、患者の“爆発”を避けつつ自身の安全を確保すれば win-win の関係を保ちやすい** (☞ **第2章5参照**)。

● 文 献 ●

- 1) Kleinmuntz B: Formal Representation of Human Judgment. John Wiley & Sons, 1968.
- 2) 池谷裕二, 中村うさぎ: 脳はみんな病んでいる. 新潮社, 2019, p1-5.
- 3) 中野信子: サイコパス. 文藝春秋. 2016.
- 4) 佐藤 優, 中村うさぎ: 死を語る. PHP研究所, 2017, p69-72.

コラム 過去に使われていた病名

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) は改訂ごとに用語が変化し混乱しやすいため、簡単に説明を加える。

神経症

1968年に出版されたDSM- IIでは、病因論をもとに内因性の「精神病」と心因性の「神経症」とに大別されていた。操作的診断法を取り入れたDSM- III (1980年出版) から「神経症」の記載がなくなったが、性格や気質の評価、治療法の検討のために現在でも使われることが少なくない¹⁾。

→ 下位分類の一例 (括弧内はDSM-5-TRで概念に近い病名)

- 不安神経症, 恐怖神経症 (→不安症群)
- ヒステリー神経症 (→変換症, 解離症群)
- 強迫神経症 (→強迫症)
- 抑うつ神経症 (→適応反応症)

身体表現性障害

DSM- IIIから採用された病名で、DSM-IV-TR (2000年出版) では下記のような下位分類であった。DSM-5 (2013年出版) で疾患概念が大幅に変更されたため、それに伴いDSM-5-TR (2022年出版) では「身体症状症及び関連症群」のカテゴリーとなっている。

→ 下位分類の一例 (括弧内はDSM-5-TRで概念に近い病名)

- 身体化障害 (→身体症状症)
- 疼痛性障害 (→身体症状症)
- 転換性障害 (→変換症)
- 心気症 (→身体症状症, 病気不安症)^{*1}

虚偽性障害

身体表現性障害とは独立した分類であったが、DSM-5から「身体症状症及び関連症群」の下位分類となり、「作為症」の病名となった。

適応障害

適応障害は「適応反応症」に名称変更された。「新型うつ病」は適応反応症と同義と考えて良いが²⁾、本人が「うつ病」と思い込むと無意識に逃げ場・言い訳の手段として機能してしまうことがあるため³⁾、筆者は「新型うつ病」の用語を使用しない。

*1

身体症状を訴えずに疾患の存在を過剰に心配するのが病気不安症。

● 文献 ●

- 1) 春日武彦: あなたの隣の精神疾患. 集英社インターナショナル, 2021, p125-50.
- 2) 東 徹: 誰でもわかる精神医学入門. 日経BP, 2023, p139-47.
- 3) 春日武彦: あなたの隣の精神疾患. 集英社インターナショナル, 2021, p57-65.

④ 不安症群*1

キーワード

恐怖, 不安*2



図4 不安症の臨床像

*1

本書では全般不安症に限定せず、大きな枠組みとして不安症と表記する(発作性のパニック症を除く)。

*2

恐怖とは現在の脅威に対する情動反応、不安とは将来の脅威に対する予期を示す。

主な身体症状

- 緊張・交感神経の興奮 (例: 動悸, 発汗, 悪心, 下痢, 筋緊張・筋肉痛・緊張型頭痛, 動揺感)

特定法

- 解釈モデル(過剰な恐怖・不安), 対処行動(生活への支障)
緊張・興奮・疲労(例:易怒性, 筋緊張, 不眠, 疲労)
警戒行動, 回避行動。
- 参考: 不安の程度を評価するには, GAD (Generalized Anxiety Disorder)-7などの自己記入式質問票も有用。

セットで考える精神疾患

- **強迫症**: 洗浄や規則的配列などの強迫観念(思考・衝動)と強迫行為(強迫観念の苦痛を和らげるための実行)がみられる。不安症やうつ病の併存が多い。
- **適応反応症**: ストレスの特定が鍵。ストレスから予測される以上の苦痛・機能障害を呈するが, ストレスから離れば改善する。
- **統合失調症**: 陽性症状(幻覚・妄想)が明確化する前に, 不安症様の症状が出現することあり(特に若年者で鑑別)。

※病気不安症: 身体症状症及び関連症群に含まれ, 器質疾患の存在を過剰に心配する疾患。しかし身体症状を訴えないことが原則であり, 本書では鑑別に含めていない。