

〔講座〕

神 經 症 に つ い て

松 本 胖*

はじめに

神経症という言葉は一般社会において広く用いられているが、その用い方は千差万別の状態である。広くは、精神疾患の代表語として用いられ、狭くは不安焦躁感や抑うつ気分などの感情障害のみに対し、あるいは自律神経不安定状態のみに対して用いられ、あるいは身体的疾患に対する知識は一般的に高まっているにも拘らず、精神的な疾患に対する理解が不十分であることによるものと考えられる。

特に、臨床医は常に“病める人”を対象としているので、単に身体疾患の発見に努めるのみでなく、その人の精神的状態を把握し、精神的指導を行なうように心掛ける必要がある。

たとえ、身体疾患の場合にも、それが精神面への影響のないことはなく、また、精神的ストレスが身体症状をより増悪することもしばしばみられる。したがって、医師は常に患者の心身の関連を詳細に観察し、検討しなければならない。

クレッチマーの“神経症の理解は人間の理解に通ずる”という名言のごとく、これに関する知識はすべての臨床医の常識として欠くことのできないものと信じている。

神経症の概念

神経症 (Neurosis) という言葉を最初に用いたのはスコットランドの William Cullen (1776) で、当時は中枢神経系のすべての疾患を含む集合概念であった。19世紀後半になって、神経症は神経疾患に限定して用いられるようになったが、病理学の進歩とともに疾患を器質性と機能性に大別して考える傾向が強くなり、この考え方が取り入れられた結果、神経症は器質性変化の証明しえない機能的神経疾患に限られた。その後、Charcot,

Babinski, Freud らの研究から、神経症は精神的因子に関連して形成される病的状態で、心因反応の1種と考えられるようになった。

このように、本概念は、歴史的にみてもかなりの変遷があり、その範囲についても、症状形成に対する考え方も、状態像の理解の仕方についてもかなりの差異がみられる。これは人間理解の方法論や立場によって異なるもので、そこにある程度の共通点を求めることは可能である。これらを整理して共通した基本条件をあげれば次のごとくになると考える。

- (1) 神経症は集合概念である。
- (2) 神経症は器質性病変の認められない機能的精神身体障害である。
- (3) 神経症は主として心因性に発現する異常反応状態で、その心的過程の跡づけが了解できるものである。
- (4) 神経症は特有の状態像を呈する。
- (5) 神経症は特有の人格傾向と関連がある。

以上の各項についても全く一致しているとはいえないが、一般的には、神経症は(2)より(5)までの4条件を具備した集合概念であると考えて差支えないであろう。しかし、臨床医が常に対象としているのは神経症という疾患ではなくて、神経症者であることを忘れてはならない。従って、特有の素質や人格傾向、環境との関連などの諸因子の関与は当然であり、諸状態像との因果関係のあることも明白である。

人格傾向と環境との関係を見ると、性格因子の異常傾向が大きい場合には、些少の環境の影響によっても病的反応を現わし (性格神経症)、逆に環境の刺激が著しく大きい際には、性格的異常が軽度でも症状が形成される (環境神経症)。

その際、精神的原因となりやすいものは緊張、恐怖、不安、不満、葛藤などの情動、固着観念や暗示などの観念、期待、病気への逃避などの欲求、過度の内省や誤っ

*千葉大学医学部神経精神医学・教授

MATSUMOTO, YUTAKA: Neurosis.

Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Chiba University, Chiba.

Received for publication, August 14, 1970.

た心構えなどが挙げられるが、症状形成との関係を客観的に了解できることが重要な条件である。

状 態 像

神経症はきわめて多彩な症状を呈し、しかも主観的な病訴がはなはだ多く、客観的な裏づけを確認するのに困難のことが多い。異常な病感に基づく病訴は、むしろその結果として発呈する身体症状などが主となるため、その原因を発見することが容易ではない。したがって、症状を把握する場合には、症状の訴え方、病訴に対する態度、その基盤となる性格傾向などととも、環境との関連を詳細に検討する必要がある。

きわめて多彩な神経症の症状を単に羅列するのみでは、その病像の特徴を理解しがたいので、いくつかの状態像にわけて述べるが、その状態像も常に単一な形で現われることは少なく、むしろ混合する場合の方が多い。

1. 神経衰弱状態

主として持続的な精神緊張や心的葛藤などによって起きる疲労感を基盤として発呈する精神身体的異常状態である。

過度の勉強、多忙な職場など外見的には過労とみえる環境において、本状態を呈した症例について検討してみると、家庭内の感情のもつれや職場での葛藤などが長く続いていることがわかり、むしろ、それらの精神的因子の方が原因となる場合が多い。しかし、これも基礎人格との関連を考慮しないと判断を誤まることもある。性格としては、神経質 (Nervosität) や無力性格 (asthenischer Charakter) が関連が深い。

精神症状としては、精神的疲労感、注意散漫、記録および記憶減退感、不安感、焦躁感、思考散漫感、精神作業能力減退、興味減退、意欲減退、決断力減退、感情不安定などの自覚症状と客観的症狀がともにみられる。

身体症状としては、全身の疲労感および倦怠感、易疲労性、不眠ないし睡眠障害、脱力感、頭重、頭痛、めまい、多夢、眼精疲労、羞明、耳鳴り、感覚過敏、動悸、手指振戦、発汗、性欲減退、食欲不振、腱反射亢進などの自覚的および他覚的症狀がみられる。

2. 不安状態

不安は多くの人々に時々起こるものではあるが、その多くは無意識のうちに安定化工作あるいは適応機制が働いて解消するのが常である。しかし、これらの防衛機制が過度に働く病的状態を発呈する。

不安は精神的危機によって起こると考えられているが、身体的変化の場合にも生ずる。この不安は漠然とした浮動性のもので、自分では何が不安なのか、恐ろしいのかかわからないために、かえって不安が増すことも多い。時には不安が急に強くなって不安状態を呈することもあり、これを不安神経症という。

この状態では、不安・焦躁感、恐怖感、緊張感などの精神症状のみならず、動悸、めまい、呼吸促迫、嘔気、冷汗、口渇、振戦、頻尿、頭痛、腹痛、下痢、便秘などの自律神経症状をはじめ、血圧、血糖値の上昇、血中アドレナリン物質の増加など、種々の身体症状を発呈することが多い。この際、患者は結果として現われた身体症状に強い執着をもち、それが恐怖となり、心気症を呈し、心臓神経症や胃神経症と呼ばれる器官神経症、自律神経系の過敏状態としての植物神経症や心身症という病的状態を呈することもある。また、神経衰弱、精神衰弱、抑うつなどの状態を呈することもあるが、これらは性格傾向との関連が深い。

3. ヒステリー状態

身体の器質性病変が全くないのに運動麻痺、感覚脱失、痙攣発作、意識障害、記憶喪失などの精神および身体症状が突発的に起こり、これらが心的葛藤に関連しており、欲求の代償的な満足方法であったり、現実への適応を避けて疾病への逃避のためのものであることが古くからいわれている。欲求が満足されない時に、それが無意識のうちに形を変えて種々の症状として現われることを転換 (Conversion) といい、この転換症状をもつヒステリーを転換ヒステリーという。

一般にヒステリー状態を発呈しやすい性格は、自己の欲求を固執して、あくまでもその欲求や期待を満足させようとする傾向の強いものである。

本状態は多彩な症状を示すが、その多くは転換症状で、いずれも機能的なものばかりなので、痕跡もなく消失してしまうのが常である。

4. 強迫状態

自分の意志に反して、ある観念や思考が強く現われてきて、自分では不合理であることを認めつつも、それから離れることができないばかりでなく、それを打ち消そうとすればするほど強く意識の中に現われるために不快感がより強くなるような強迫症状を主とする状態である。この強迫症状が特定の対象に集中して固着した場合には恐怖症 (Phobie) という。

強迫状態には多数の臨床症状があるが、主なものをあ

げれば、疑惑症、穿さく症、赤面恐怖、不潔恐怖、高所恐怖、尖端恐怖、乗物恐怖、疾病恐怖、閉所恐怖、対人恐怖、接触恐怖などがある。

本状態は強迫性格がその基盤にある場合には、症状も顕著となり、持続的となり易い。

5. 抑うつ状態

誰でも心配なことが起きたり、不幸に会ったりすると気が沈んだり、意欲を失ったり、希望がもてなくなったり、劣等感をもったりするが、その際、短期間に自分で対策を立てたり、解決の糸口を見付けて、積極的に解消するのが常である。しかし、自ら解決をすることができない時には、抑うつ状態を持続するようになる。これは原因の種類や程度にもよるが、性格傾向との関連が深い。

本状態の症状は、抑うつ気分、悲哀感、劣等感、絶望感、罪業感、厭世感などが主となり、口数が減り、人に会うことを避け、時に自殺観念をもち自殺を計ることもある。しかし、意欲の減退はそれほど目立たず、日常生活に重大な支障をきたすことは少ない。ただ睡眠障害、頭重、頭痛、動悸、胸内苦悶、食欲減退、便秘、肩こり、眼精疲労などの身体的な訴えをもつものが多い。

6. 敏感状態

常に主観的な主張を固執して、客観的な判断のできにくい性格の人が、困難な事態に直面すると、周囲の状況を主観的に曲解し、勝手に事実とは異なる不合理な考えを作りあげてしまい、妄想的に発展することすらある。自分が秘密や劣等感などをもっている時には、常に不安があって感受性が高まっているため、周囲の出来ごとがすべて自分に関係づけて考えられるものであるが、特に、易感、顕示、狂信などの未熟な性格の人は、この考えを固執して確信にまで発展させてしまう。しかし、これは精神病にみられる妄想とは異なり、その原因とそれによる心理的な過程との関連が了解できるもので、妄想反応ともいわれる。

7. 心気状態

自分の健康状態に異常な関心をもつため、生理的現象までも病的なものとして誤認して、そのために悩む状態をいう。誰でも自己の健康には注意を向け、頭が重いか、疲労感があるなどと気にするが、多くは一過性で、その原因がわかれば症状へのこだわりは解消する。しかし、神経質、執着、敏感などの性格傾向をもつ人は不安を生じて慢性の心気状態へと発展することが多い。

症状は多彩であるが、比較的多くみられるのは頭重、

頭痛、肩こり、動悸、胸部圧迫感、眼精疲労、全身倦怠、口渇、不眠、のぼせ、めまい、耳鳴り、手足冷感、食欲不振、便秘、頻尿、性欲減退、胃痛、腹痛などの身体的病訴が多く、精神的には、体のことが気になって仕方がない、些細のことが気にかかる、頭の働きの鈍くなった感じがする、物事にあきやすく長続きしないなどの病訴が多い。

いずれも主観的な訴えのみで、その関連する基礎疾患を確認することができない。本状態は慢性の経過をとることが多いが、反応として二次的に発現したものは予後がよい。

基礎人格

神経症は心因によっておこる1種の人格反応と考えられるので、その症状形成には基礎人格が主要な役割りを演ずる。一般に、神経症を呈しやすい人格は、欲求不満をもち葛藤を生じやすく、それを自分では適正に処理しにくい傾向を示す。不満や葛藤を生じやすいのは理想主義、過度の良心的態度、内省癖、完全癖、形式主義、自己顕示欲、過敏、依存的などの傾向が多く、適応困難なのは情緒的に未熟で、安定性と柔軟性に乏しく、我侷、意地張り、主観的で怒りやすいなどの傾向が多い。これらのいわゆる神経症的人格に関連し、神経症を発呈しやすい主な性格類型をあげればつぎのごとくである。

1. **神経質**……常時著しい精神症状を持続的に示すことはないが、些細な心因によって神経衰弱状態を呈しやすい人格である。この特徴は、神経過敏で取越し苦労が多く、些細の刺激で緊張し、疲労しやすく、内気で抑制が強く、内省的で心氣的になりやすい傾向がある。

2. **ヒステリー性格**……自己をよりよく見てもらいたいという願望の著しく強いもので、自己顕示性格を中核とする。この特徴は、派手好き、負け嫌い、我侷、自己中心的、空想的で、嫉妬深く、依存的である。すなわち、人格が未熟で、感情が不安定なため、不満や葛藤を生じやすく、それを自身で処理する能力に乏しいので、異常反応を呈しやすい。

3. **強迫性格**……自信に乏しく、些細のことにこだわり、懷疑的になりやすく、小心、内気で決断力がなく、常に不完全感と不確実感をもち、自己抑制の強い性格である。葛藤を生じやすく、強迫状態、抑うつ状態、不安状態、心気状態などを発呈することがある。

4. **抑うつ性格**……常に劣等感をもち、内省的で、悲観的、厭世的、懷疑的となりやすく、明朗さや無邪気さに乏しく、常に良心的、几帳面で、こだわりやすく、妥

協性、柔軟性に乏しい性格で、抑うつ状態を呈しやすい。

5. 狂信性格……異常に強い感情を伴った一定の観念をもち続けて、他から誤りを指摘されても、自己の考えを固執して訂正しようともせず、常に主観的、独善的な解釈を主張し、頑固で柔軟性、協調性に乏しい性格である。多くは積極的、活動的で、闘争的になりやすく、時には妄想的な曲解に陥ることもあり、不満をもちやすく、環境への適応ができにくいので、しばしば異常な反応を示す。

神経症の類型

神経症は概念も明確でなく、範囲も広狭さまざまであり、考え方にもかなりの差異があるため、名称もはなはだ多く、類型も一定しない。しかし、これらをいくつかの条件によって分類してみると次のごとくなる。

1. 発生条件によって命名された類型

外傷性神経症、災害神経症、戦争神経症、環境神経症
拘禁神経症

2. 目的論的見地からの類型

賠償神経症、年金神経症、願望神経症、欲求神経症、
期待神経症、目的神経症

3. 主要症状による類型

1) 精神症状を主とする類型

不安神経症、強迫神経症、抑うつ神経症、心気神経
症、神経衰弱、精神衰弱

2) 身体症状を主とする類型

器官神経症、植物神経症、血管神経症、心臓神経
症、胃神経症、性的神経症、血管運動神経症

4. 反応という観点からの類型

神経症性反応、ヒステリー反応、心因反応、体験反
応、葛藤反応、環境反応、人格反応、原始反応

5. 性格傾向を主とする類型

神経質、性格神経症 神経症性体質、神経症性精神病
質、無力性精神病質、顕示性精神病質

6. 年齢による類型

児童神経症、更年期神経症、初老期神経症、老年期神
経症

以上のごとく、神経症は種々の観点から命名されるので著しい混乱を招いている。これらを大別すれば、環境による生物的反応を主とするもの、個体特有の人格反応を主とするもの、状態像に重点をおくものなどに分けられる。しかし、神経症は種々の症状が入り混じり、いくつかのタイプの混合が少なくないばかりか、経過によって

状態像も変化する場合が多いので、原因、成立機制、基礎人格などを考慮しつつ、現存の症状を中核として分類するのが合理的であろう。

診 断

神経症者の診断は、精神医学的および心理学的方法のみならず諸種の身体的検査を動員し、生活史や家族歴の検討をも加えて人格形成と症状発現との関連を把握する必要がある。

多くの場合、多彩な愁訴を熱心に述べ、言動に特有の傾向が感ぜられるので大まかな見当はつけやすい。しかし、その心理過程を理解するために、医師患者間のよりよい人間関係を作りあげることが重要であり、これによって適確な診断が可能となるばかりでなく、治療の第1歩が踏み出される。すなわち、診断即治療であることを銘記すべきである。

このような基盤の上に、(1)人格構造と状態像との関連、(2)心因と状態像との関連を正しく把握し、(3)器質性症状を除外することの3点に留意し、主として面接を繰り返すとともに、身体的および精神的の諸検査を必要に応じて実施し、診断を確立し、適正な治療計画を建てるのが望ましい。

治 療

本症は心因によって多彩な精神身体症状を示す病的状態であるが、患者は結果として現われた症状のみにとらわれ、心因には無関心のことが多い。治療に際しては、単にその症状の軽減を計るばかりでなく、心因を探求して患者が自らそれを解決し積極的に社会生活に適応する方法を体得するように導くことが重要である。すなわち、治療は精神療法を主とし、これの実施を容易にし、その効果を高めるために身体療法を併用する必要がある。

1. 身体療法……これには多くの方法があるが、主なものは薬物療法、持続睡眠療法、衝撃療法などで、これらを適正に併用する。

不安、緊張、焦躁、恐怖などには穏和トランキライザー (Chlordiazepoxide, Diazepam, Meprobamate など) を、それが高度の場合には強力トランキライザー (Chlorpromazine, Levomepromazine, Haloperidol, Fluphenazine, Thioridazine など) を用い、不眠の場合は催眠剤を併用する。

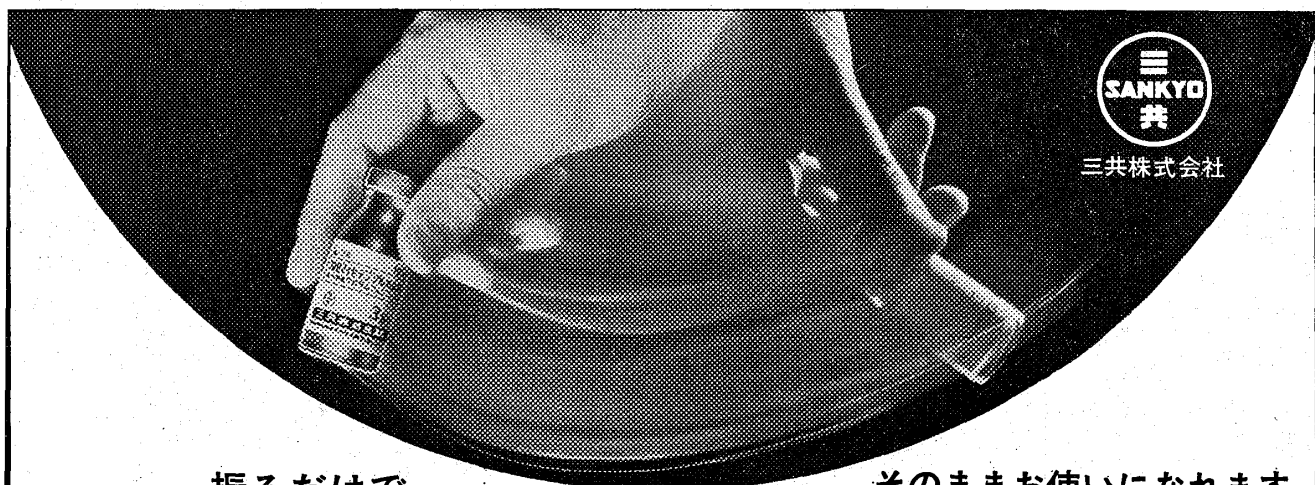
抑うつ傾向のみられる時には、感情調整剤 (Imipra-

mine, Amitriptyline, Chlorprothixene など)あるいは精神賦活剤 (Isocarboxazid, Phenelzine, Phenylisohydantion など)を用いる。

2. 精神療法……これは医師と患者との人間関係を基盤として行なわれるので、医師の態度が重要な役割を演ずる。治療方法はきわめて多いが、大別すると、経験を基盤とした非特異的精神療法と一定の理論体系をもつ特異的療法とに分けられる。前者には、患者の適応能力を他から支えて再適応に導く支持療法、自己の悩みや秘密を言語や態度に表現させることによって情緒的緊張を

解放させる表現療法、医師が客観的に判断して対処の方法を指導する説得療法、暗示を利用して症状を消失させる暗示療法などがあり、後者には、催眠療法、自律訓練法、精神分析療法、非指示的療法、森田療法、心理劇やソシオドラマなどを主とする集団療法、小児に対する遊戯療法などがある。

いずれの方法を選ぶかは患者の性格傾向や状態像によるが、医師と患者の人間関係のあり方にも関連するもので、最適の方法を広く用いる必要がある。



振るだけで……

そのままお使いになれます

健保適用

クロマイセチン

ゾル筋注用 / ゾル筋注用2号

ゾル筋注用(25%) 0.25g・0.5g各5管 1g・3g 各1瓶

ゾル筋注用2号(40%) 1g・3g・5g各1瓶