

◆解説◆

不安障害（神経症性障害）、 パーソナリティ障害

朝倉 聡

北海道大学保健管理センター講師

一 はじめに

現在、わが国において精神科診断は、伝統的な従来診断に加え、世界保健機関（World Health Organization: WHO）の *International Classification of Diseases* 第十版（ICD-10）あるい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IV版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition: DSM-IV）を参考になされることが多くなってきている。

本稿では、大学生年代においてもみられ修学上、日常生活

上あるいは対人関係上で問題となることが多い不安障害（神経症性障害）、パーソナリティ障害について解説する。

かつて神経症とされていた病態については、その多くが近年、不安障害に分類されている（表1）。また、治療的対応についても精神療法、薬物療法ともに研究が進んできている。不安障害の中でも発症率が高く、不登校などにつながることも多い社交不安障害（Social Anxiety Disorder: SAD）については、実際の例も含めて述べてみたい。青年期または成人早期に始まり、苦痛や障害を引き起こす著しく偏った持続的な体験や行動様式をとるパーソナリティ障害については、現在一〇の特定のパーソナリティ障害が

表1 古典的神経症と不安障害

古典的神経症	DSM-IV 分類	
不安神経症	パニック障害、全般性不安障害	不安障害
恐怖神経症	広場恐怖、特定の恐怖症、 社会恐怖（社交不安障害）	
強迫神経症	強迫性障害 心的外傷後ストレス障害、 急性ストレス障害	
抑うつ神経症	気分変調性障害	
ヒステリー（解離）	解離性障害	解離性障害
ヒステリー（転換）	転換性障害	身体表現性障害
心気神経症	心気症	

定義されることが多い。それらは大きく三群に分けて考えられている（表2）。それぞれのパーソナリティ障害の特徴についても概説してみたい。

二 不安障害（神経症性障害）

近年、国際的にも大規模な疫学研究がおこなわれるようになり、不安障害は頻度が高く、慢性的で、能力低下をもたらし、費用がかかることが指摘されるようになってきている。米国においては、不安障害がすべての精神疾患にかかる費用の三分の一を占めることが指摘されており、その額は年間数百億円にもぼるとされている。このような費用は、直接的なコスト（医療費など）よりも、主に間接的なコスト（職業的および社会機能への影響など）とされる。わが国においても、不安障害の早期発見と適切な治療の介入が必要とされていると考えられる。

治療については、以前は精神療法的には精神分析的原理に基づく介入がおこなわれることが多く、薬物療法としてはベンゾジアゼピン系抗不安薬が使用されることが多かった。近年では、精神療法的には主に行動療法的介入や認知療法的介入の有効性が指摘されるようになってきてい

る。また、薬物療法としてはベンゾジアゼピン系抗不安薬が短期的に使用されているが、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI) の有効性や認容性が確認されてきており、不安障害に対しては第一選択薬となってきた。不安障害の薬物療法については、早期の薬物減量により再発しやすいことが指摘されていることから、一～二年間は継続することが推奨されており、この点、治療を受けている学生に対する対応としては途中で治療中断してしまわないような配慮が必要かもしれない。現在、推奨される不安障害に対する治療原則を表3に示す。

以下、社交不安障害 (SAD)、強迫性障害 (Obsessive Compulsive Disorder: OCD)、パニック障害と広場恐怖、全般性不安障害 (Generalized Anxiety Disorder: GAD)、心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) と急性ストレス障害 (Acute Stress Disorder: ASD) のそれぞれの不安障害について概説したい。

(二) 社交不安障害 (SAD)

わが国においては、対人交流場面、社会的な場面で強い不安や精神的緊張が生じ、日常生活に支障が生じる病態に

表3 不安障害の治療原則

DSM-IV などの診断基準からどのような不安障害かを決定する (詳細に精神医学的病歴を調べる)。

不安の背景にある一般的な身体疾患を除外する (病歴を調べ、検査を行う)。

併存症、機能障害および症状の重症度を評価する (標準化された評価尺度が有用)。

患者自身の症状について説明になるモデルを理解し、情報を共有し、その共有したモデルや治療計画について相談する。

治療計画に家族を交えることを考慮に入れる (とくに家族が不安が生じる状況避けることを助長している場合)。

SSRI を考慮に入れる。(とくにパニック障害の場合は) 低用量から始め、(とくに強迫性障害の場合は) 最終的に用量を増やす。10～12週間は試用期間とし、最低1年は続ける。

自分で症状を把握し、不安感が起こった時に生じる「もうだめだ」という考えに対する反証を探すこと、徐々に不安感が生じる状況に接することを増やし、その状況を避けないでいることを奨励する。

(ダン・J・スタイン編著：不安障害臨床マニュアルより改変引用)

については、「対人恐怖」として一九三〇年代から多くの研究や治療の介入がなされてきた。このような病態については、わが国の自己主張よりは他者への気遣いが、論理的説明よりも感情的親密さが、契約と法律よりも人間的信頼関係が優先されるような社会文化的背景が影響して生じることが多い文化結合症候群と考えられることもあった。「対人恐怖」という言葉は精神医学用語としてのみならず、一般社会でも使用されている。一方、一九八〇年に米國精神医学会によるDSM-IIIにおいて、わが国の対人恐怖と類似的の病態が「社会恐怖 (Social Phobia)」として記載されて以降、大規模な疫学研究が行われるようになり、わが国のみならず欧米においても、このような病態の発症率が高いことが知られるようになってきた。DSM-IVからは「社会不安障害 (SAD)」との記載が追加され、二〇〇八年の日本精神神経学会用語集からは、日本語表記は「社交不安障害」とされるようになった。

症状の特徴は、人から注目を浴びるかもしれない社会的状況で顕著で持続的な恐怖が存在していること。恐怖している社会的状況では、ほとんど必ず不安反応が誘発されること。恐怖している社会的状況は回避されるか、強い不安や苦痛を感じながら耐え忍ばれていること。恐怖している

社会的状況の回避、不安を伴う予期、苦痛のために日常生活が障害されていることとされる。一つあるいは二つ程度の社会的状況のみに恐怖を感じる非全般性と、ほとんどの社会的状況に恐怖を感じる全般性の亜型が指摘されている。

発症年齢が若年(典型的には一〇代頃)のため、不登校となり学業上困難をきたすことも多い。また、学校生活を送れても就業が難しいこともある。不安や恐怖感の出現あるいは回避の対象となる状況としては、人前での会話や書字、公共の場所での飲食、あまりよく知らない人との面談などがあげられる。不安に伴う生理的反応が現れやすく、紅潮、動悸、振戦、声の震え、発汗、胃腸の不快感、下痢などがみられやすい。不安反応は状況依存性または状況誘発性のパニック発作のかたちをとることもある。不安感を緩和するためにアルコールを使用するようになるとアルコール依存症となったり、経過中うつ病を併発することもある。大学生年代では、大講堂での講義は後ろの方で受け、なんとか単位を修得していける場合もあるが、研究室に配属され少人数でのゼミなどがはじまると、出席することに困難をきたす学生もみられる。また、就職時の面接などは大変苦痛なため、なかなか就業できない場合もある。

以下、社交不安障害(SAD)の学生の治療経過を示し

たい。記載については匿名性が保たれるように配慮した。

【症例】二〇歳、男性

人から話しかけられると不安になるため、人と話することを避けてしまうことを主訴に保健管理センターを受診した例である。性格的には心配性、几帳面、潔癖などがある。幼少期は近所の同年代の子どもと遊ぶことはあったが、小学五年時に転校し、クラスメートからたたかかれるなど、いじめられたと感じることがあったという。この頃より、人と話をするのが苦手だと思うようになり、友人はほとんどいなくなった。誰かが話しかけようとしてもそれを避けてしまうため友人はほとんどできなかつた。人前で発表をすることも不安で、できる限り避けていたという。進級時にクラス替えがあり、いじめられたと感じていたクラスメートと離れてもこの状態は持続した。しかし、不登校となることはなく苦痛に耐えて通学はしていた。高校入学時にも転居となったが、高校でも友人はできず、学校ではほとんど誰とも話すことなく卒業となった。大学に進学し学生会館で生活するようになったが、ここでも話をする人はいなかつた。家族とであれば自然に話ができるという。大学の講義も人と話をしなくてよいように朝早く行って端

に座って聴いている。このままでは、卒業、就職などできないのではないかと考え、大学二年時に受診となった。

初診時は、緊張した表情で、視線を合わせないようにしていた。質問には、少し間をおいて短く答えることが多かった。緊張して頭が真っ白になってしまふことがあるため少し時間をおいて考えなくてはいけなくなると述べていた。今後、大学を卒業するためには少人数のグループでの発表などもしなければならず、このままでは就職もできないのではないかと不安になると述べていた。小学校高学年から中学、高校と学校ではほとんど話をすることなく対人交流を避けており、大学入学後もその状態は変わらなかった。睡眠、食欲は保たれ、興味関心の低下もみられず、幻覚妄想も認めなかつた。しかし、家族以外の人との交流はほとんどない状態であった。治療方針として外来通院で、社交不安障害（SAD）に有効とされるSSRIであるフルボキサミンによる薬物療法をおこない、不安感が軽減してゆく程度にあわせ対人交流を試みて拡大してゆくように対応することとした。

小学校高学年より不安感が強い中、不登校とならずに苦痛に耐えてきたことに対し共感を持って傾聴した。一ヶ月目頃より不安感が減少してきたとのことで、昨年は参加し

なかった大学祭にも参加できるようになった。二ヶ月目頃には一〇人程度の演習にも参加できるようになり、少し話しくい感じはあるが発表などもできるようになってきた。また、この頃より自ら日記風にノートをつけるようになったので、受診時には不安を伴う状況に対してどう対応したか、どう考えようと少しうまくいきそうか、そうすると不安感は減少するかなどノートの内容をもとに検討した。二ヶ月目頃には自動車学校に通い始めるようになった。高校のときのクラスメートに会ったが、さほど緊張せず話ができるようになったという。徐々に対人交流が拡大してゆき、新しいことをはじめられることに對しては肯定的感情がもてるように、できるだけ賞賛する対応をした。約一年後には、ほとんど心配なく大学生生活を送れるようになった。大学三年の夏休みには、海外に語学研修に出かけ外国の人と話をするのも楽しかったというようになっていく。現在も本人の希望があり薬物療法は継続している。

この例のように、治療により症状が改善すると順調に学業が継続できるようになることもみられるが、適切な介入がなされなければ、長期間引きこもったままの生活になってしまう例もみられる。

社交不安障害（SAD）についてさらに知っておいた方がよい点は、自分の視線や臭い、容姿などが周囲の人に嫌な思いをさせているのではないかと悩み、これを確信し社会的状況を避ける例があることが、わが国の対人恐怖研究から指摘されていることと考えられる。これらは、自己視線恐怖、自己臭恐怖、醜形恐怖などと身体的欠点の確信部位により分類されて呼ばれていたが、近年、まとめて確信型対人恐怖と呼ばれるようになってきている。確信型対人恐怖と社交不安障害（SAD）の異同については、現在、議論がなされている途上であるが、このような例もあることを知っておくことは重要と思われる。

（二）強迫性障害（OCD）

強迫性障害の症状は強迫観念と強迫行為に特徴づけられる。強迫観念とは不安を増大させる侵人的な考えのことで、よくみられるものとしては「汚れてしまったのではないか」「病気になるってしまったのではないか」「上下、左右など対称になっていないのではないか」「他人に危害を加えてしまったのではないか」などである。これらの強迫観念が生じて不安が増大した時に、その不安を和らげるために、「手洗いなどの洗浄」「確認やお祈りをする」「順番に並べ替え

たり、数を数えたりする」「ものを貯め込む」などの強迫行為がおこなわれ、これらに時間がかかり、日常生活に支障をきたすようになる。強迫性障害（OCD）はすべての医学的疾患の中で一〇番目に能力障害が大きいことが指摘されている。強迫性障害（OCD）に罹患していても長期間誰にも打ち明けずにいることも多く、学業が遂行できなくなったり、不登校になったりしてはじめて明らかになることもある。大学生年代では、手洗いや確認などに長時間かかり、研究室に來ても実験などが進められなかったり、重症例では外出が難しくなるため不登校になることもみられる。幼少期から青年期にかけては男性の方が発症率は高く、成年期ではやや女性が多くなる傾向が報告されている。

（三）パニック障害と広場恐怖

パニック障害は、予期できないパニック発作が繰り返しおこり、またパニック発作が起こるのではないかという心配が持続したり、この心配のために必要な行動をとれなくなってしまうなど行動上に変化が見られてくることを特徴とする。パニック発作とは突然出現する強い恐怖、心配、不快感で、通常一〇分以内にその頂点に達することが多い。この時、動悸、息切れ感、このまま死んでしまうのではない

いかという恐怖感などを伴うことが多いとされる。パニック障害には、四分の三程度に広場恐怖を伴うとされる。広場恐怖とは逃げるに逃げられず助けが得られない状況を恐れ、その状況を避けることである。広場恐怖の状況は以前にパニック発作を経験した時の状況や公共の交通機関に乗ったり、列に並んだり、橋の上をわたったりなど多岐に及ぶ。このため引きこもり状態になってしまうこともみられる。

パニック障害は男性よりも女性に多いとされ、その割合は広場恐怖を呈するものでは三対一程度、広場恐怖を呈しないものでは二対一程度とされる。

大学においても講義中や実習中にパニック発作を起こし過換気となり教職員に伴われて保健管理センターを受診する学生もみられると思われる。

（四）全般性不安障害（GAD）

全般性不安障害（GAD）は、多くの事柄について自分ではコントロールできない、現実離れた心配を特徴とする。さらに筋肉の緊張、睡眠障害、疲労感、落ち着きのなさや集中困難といった症状を伴いこれらが六ヶ月以上、起こる日の方が起こらない日よりも多いというように持続す

る。心配はさまざまであり、「今日地震が起こったらどうしようか」「約束の時間に間に合わなかったらどうしようか」「信号無視の車が歩道に乗り上げてきたらどうしようか」などと考えてしまう。

全般性不安障害（GAD）の人は、幼少期からずっと神経質だったということが多いが、二〇歳以降に発症することもまれではないとされる。また、男性よりも女性がやや多いとされる。

（五）心的外傷後ストレス障害（PTSD）と急性ストレス障害（ASD）

危うく死を招きかねない出来事を体験したり目撃したりし、強い恐怖感や無力感、戦慄などを伴うことをトラウマ的体験という。これは、交通事故、家庭内暴力、犯罪性暴行、強姦や自然災害などで起こることがある。その後、このトラウマ的体験がイメージや夢などで繰り返し思い出され、トラウマ的体験に関連する状況などを避け続け、睡眠障害、集中困難、イライラした気持ちなどが持続してしまふことがある。このようなことが一ヶ月以上続いた場合、心的外傷後ストレス障害（PTSD）を考慮する必要がある。同様なトラウマ的体験をしても心的外傷後ストレス障

害（PTSD）を発症する人とならない人がおり、複数の発症脆弱要因が推定されている。心的外傷後ストレス障害（PTSD）は比較的長い間、異常な出来事に対する正常な反応と考えられることが多かったが、近年はトラウマ的出来事に対する病的な反応で強い苦痛と機能的障害を特徴とするものと考えられるようになってきている。心的外傷後ストレス障害（PTSD）の症状が三ヶ月以上続く場合は慢性、三ヶ月未満の場合は急性と呼ぶことが多い。また、トラウマ的体験の後に六ヶ月以上経過してから心的外傷後ストレス障害（PTSD）の症状が起こってくる発症遅延型もあることから、少なくとも半年以上は注意して経過を見る必要がある。

大学内では、欠席が続いた学生のところを教員や友人の学生が心配して訪問し、自殺の第一発見者になることも時に起こる。教員にとっては指導していた学生が、友人の学生にとっては少し前まで一緒に研究をしたり遊んだりしていた人が、首を吊ってぶら下がっているところを目撃することなどは、トラウマ的体験になることがある。

トラウマ的体験の後に、感情がわかない感じ、ぼうつとして周囲に対する注意力が減退した感じ、現実感が無くなってしまった感じ、トラウマ的体験の一部が思い出せなく

なる感じなどが起こることがある。これらとともに心的外傷後ストレス障害（PTSD）類似の症状が起こってくることもある。これが、一ヶ月程度のときは急性ストレス障害（ASD）とされる。急性ストレス障害（ASD）は、以前は心的外傷後ストレス障害（PTSD）発症の予測因子として考えられていたこともあるが、急性ストレス障害（ASD）を呈さずに心的外傷後ストレス障害（PTSD）を発症することも多くみられることが指摘されるようになり、あまり予測因子として重要視はされなくなってきた。

三 パーソナリティ障害

パーソナリティ障害については、以前は「人格障害」との日本語訳がなされることが多かったが、偏見となりやすいことなどから、パーソナリティ障害と表記されるようになってきている。

パーソナリティ傾向とは、周囲の環境や自分自身について、それらを知覚し、それらと関係を持ち、それらについて考える持続的な様式で、広範囲の社会的、個人的状況において示されるものとされる。このパーソナリティ傾向に

表2 パーソナリティ障害

A 群パーソナリティ障害

妄想性パーソナリティ障害	(他人の言動を悪意のあるものと解釈するといった、不信と疑い深さ)
シゾイドパーソナリティ障害	(社会的関係からの遊離、感情表現の限定)
失調型パーソナリティ障害	(親密な関係で急に不快になる、奇妙な行動)

B 群パーソナリティ障害

反社会性パーソナリティ障害	(他人の権利を無視し、それを侵害)
境界性パーソナリティ障害	(対人関係、自己像、感情の不安定さ、著しい衝動性)
演技性パーソナリティ障害	(過度に人の気を引こうとする)
自己愛性パーソナリティ障害	(誇大性、賞賛されたい欲求、共感性の欠如)

C 群パーソナリティ障害

回避性パーソナリティ障害	(社会的制止、不全感、否定的評価に対する過敏性)
依存性パーソナリティ障害	(世話をされたい過剰な欲求、従属的にしがみつく)
強迫性パーソナリティ障害	(秩序、完全主義、統制にとらわれる)

(米国精神医学会：DSM-IV-TR より改変引用)

柔軟性がなく、非適応的で、著しい機能的障害や苦痛が引き起こされる場合がパーソナリティ障害ということになる。パーソナリティ障害の診断には、その人の長期間にわたる行動や機能様式の評価が必要で、特定の状況的ストレスに対する反応やうつ病などの気分障害や不安障害の症状として現れる特徴からは区別される。現在、パーソナリティ障害は三群に分けて考えられることが多い。A群は、妄想性、シゾイド、失調型パーソナリティ障害とされ、これらのパーソナリティ障害をもつ人は、奇妙で風変わりに見えることが多い。これらは、統合失調症との関連も指摘されていることから、精神病性疾患の予防的観点からも注意が必要である。B群は、反社会性、境界性、演技性、自己愛性パーソナリティ障害とされ、これらのパーソナリティ障害をもつ人は、演技的で移り気に見えることが多い。これらでは、周囲の人達が巻き込まれ対応に苦慮することも多い。C群は、回避性、依存性、強迫性パーソナリティ障害とされ、これらのパーソナリティ障害をもつ人は、不安感、恐怖感を抱きやすいように見えることが多い。これらは、不登校となったり、学業を順調に遂行していくことに困難をきたすこともみられるので注意が必要である。

以下、それぞれのパーソナリティ障害について概観する。

(一) A群パーソナリティ障害

① 妄想性パーソナリティ障害

妄想性パーソナリティ障害では、他人の言動を悪意のあるものと解釈することが多く、広く不信感を抱き疑い深くなることを特徴とする。たとえ予想を支持する根拠がなくとも、他人が自分を利用している、危害を加えようとしている、自分をだまそうとしているなどと考える。一般に、人と仲良くすることが難しく、親密な関係になると問題が生じることが多くなる。他人には批判的で、協力することが出来ないが、自分自身に対する批判はなかなか受け入れられない。好訴的であり、法律問題になることも多くなる。世界の単純形式化に関心が強く、時に妄想信念体型を共有する人達と強く結ばれカルト集団を形成することもある。また、ストレスに反応して、短時間の幻覚妄想状態になることもある。

② シゾイドパーソナリティ障害

シゾイドパーソナリティ障害では、人と親密になりたいとは思わず社会関係から孤立し、対人的な経験から喜びの体験をすることが少ないことを特徴とする。人に対して怒

りを表現することも少なく、感情が欠如しているという印象を周囲の人に与えることも多い。コンピュータや数理的なゲームのような機械的、抽象的なことを好み、友人をほとんど作らず、結婚もしないことが多いとされる。職業的には対人関係の関わりが必要とされる場合は難しいが、一人で孤立した状況で働く時にはうまくいくこともある。また、ストレスに反応して、短時間の幻覚妄想状態になることもある。

③ 失調型パーソナリティ障害

失調型パーソナリティ障害では、普段の偶然の出来事を特に対人関係において普通ではない意味付けをし、親しくなるにつれてどんどん疑い深くなり、迷信的、魔術的な方法で物事を解決しようとすることを特徴とする。同級生と一緒にあって自分にこっそりと意地悪をしてくるのではないかなどと疑い深くなりこともある。また、自分には、ある出来事が起こる前にそれを感じたり、他人の考えを読み取ったりするような特別な力を持っていると感じることもある。悪い結果を避けるためにあるものを三回またぐなど儀式的な行動をとったり、呪文のようなものを唱えるなど周囲からみて特異な言動をすることがある。話は、曖昧で

あったり、まわりくどかったり、抽象的であったり、細部にこだわりすぎたりすることが多いが、全く減裂になつてしまうことはあまりない。汚れたサイズのあわない服を着ていたり、会話の時に全く視線を合わせなかったり、社会的習慣に対する注意をはらわないことが多い。不安感、抑うつ感などを訴えて治療を求めていることもある。また、ストレスに反応して、短時間の幻覚妄想状態になることもある。

(二) B群パーソナリティ障害

① 反社会性パーソナリティ障害

反社会性パーソナリティ障害では、人に対する共感性を欠き、他人の感情や権利に対して冷淡で、自説に固執し、他人の権利を侵害することの特徴とする。自分の個人的な利益や快楽のために人を困らせたり、嘘をついたり、ものを盗んだり、時に暴力的になることもみられる。表面的には、言葉巧みで、人を操作することもある。深く考えずに物事を決めることが多く、その結果について顧みることも少ないため、友人関係、仕事、住居など長続きすることは少ないとされる。また、無責任な傾向が強いため非合法な

行動をとることもみられる。通常、一八歳以下には反社会性パーソナリティ障害の診断は下さないことになっていく。女性より男性に多くみられるとされる。

② 境界性パーソナリティ障害

境界性パーソナリティ障害では、人から見捨てられると感じることに対して強い恐怖や怒りを感じ、不安定で激しい対人関係をとることを特徴とする。事情があつて約束を延期したり、数分遅れたりするだけでも激怒し、見捨てられることを避けようと手首を傷つけるなどの自傷行為や自殺をしようとするなどの衝動的行為がみられることがある。自分の面倒を見てくれる可能性のある人を理想化し、長時間一緒にいてくれることを要求することもある。自分の要求が満たされないと、突然攻撃してくるなど対人関係のとりかたが極端に変化する。衝動性が強く、過食、物質乱用、危険な性行為、自殺のそぶり、脅し、自傷行為を繰り返すこともある。実際に八〇％の人は自殺を既遂してしまつともされている。気分も著しく変わり不安定であることが多い。慢性的な空虚感に苛まれ、一方で飽きっぽく、いつも何かすることを探しているということもある。ストレスがかかると一過性に幻覚妄想状態になることもある。

る。境界性パーソナリティ障害は、女性に多くみられ有病率は二％程度とされる。

時に複数の男子学生や学生指導に熱心な教職員が、境界性パーソナリティ障害の女子学生に巻き込まれてしまうこともみられる。手首自傷や大量服薬などの問題行動が頻回にみられ、「いつも一緒にいてくれなければ自殺する」などとと言われるため、疲れ切つて巻き込まれた男子学生や教職員が保健管理センターに相談に来ることもみられる。

③ 演技性パーソナリティ障害

演技性パーソナリティ障害では、自分が注目的になつていないと認めてもらつていないと感じ、自分に注意を引きつけるために作り話をしたり、騒動を引き起こしたり何か劇的なことをすることを特徴とする。外見的、性的にも他者の注目を得るため挑発的となることが多い。過度に印象的だが具体性を欠く話し方をし、感情演出は浅薄ですぐに変化する。自分が注目的になつていないと気分の落ち込みを訴えることも多い。目新しいものや刺激、興奮を渴望して日常生活にはすぐに退屈する傾向も見られる。熱心に計画を始めることもあるが、その興味はすぐにしぼんでしまうことも多い。有病率は男女同等とされる。

④ 自己愛性パーソナリティ障害

自己愛性パーソナリティ障害では、自分の能力を過大評価し他の人から賞賛されたいと思う一方、他の人に対する共感性は欠如し、他の人はもっぱら自分の幸福だけを気遣っていると思いつまむことを特徴とする。自分が期待しているように賞賛されないと驚き、自分には特別な才能があると信じ、他の人が自分の手伝いをしないといら立つ。自分の特別な権利を主張し、他の人の多大な献身を要求し、酷使することもみられる。一方で、批判や挫折に対しては敏感で傷つきやすい。このような状況に対しては、激怒したりすることもありますが、社会的に引きこもり、誇大化した自尊心を守ろうとすることもみられる。自己愛性パーソナリティ障害は男性にみられることが多い。

(三) C群パーソナリティ障害

① 回避性パーソナリティ障害

回避性パーソナリティ障害では、批判されたり拒絶されたりすることに対する恐怖が強く、このために社会生活を避けてしまうことを特徴とする。他の人との親密な関係になることを望んではいないが、自分が批判なしで受け入れて

もらえないと関係は維持できない。同僚から批判を受けるかもしれないと思い、昇進を断ったり、恥ずかしい思いをするかもしれないと恐れて就職の面接を受けにいけないかたりすることもある。周囲の人からは、内気、臆病、孤立しているとみられることが多い。回避性パーソナリティ障害は男女同程度にみられるとされる。また、回避性パーソナリティ障害は、社交不安障害(SAD)と重複して診断されることが多く、社交不安障害(SAD)の症状が治療により改善すると回避性パーソナリティ障害の問題も軽減していくことがみられる。

② 依存性パーソナリティ障害

依存性パーソナリティ障害では、他の人から多くの助言と保証がなければ日常のことも決められず、間違っていることでも援助を失うかもしれないと思うと同意し、疎外されることを恐れることを特徴とする。依存する人は親か配偶者が多いとされる。何を着ていくか、誰と友達になるか、どここの学校に進学するかなどすべて依存する人に決めてもらう。そして、依存する人にすべて責任を取ってもらおうとする。独立して計画を立てたり、物事をおこなったりすることは困難で、いつも自信がなく、他の人が自分の問題

を処理してくれることを当てにし、依存し続けようとする。また、他の人から世話や支持を得るために不快な仕事でも進んですることもある。たとえ不合理な要求だとしても自分を犠牲にすることもある。依存する人との関係が損なわれると、必死に別の依存できる人を探し求める。対人関係は自分が依存する少数の人に限られることが多い。男女ともに同程度にみられる。

③ 強迫性パーソナリティ障害

強迫性パーソナリティ障害では、規則や手順、予定や形式にとらわれすぎるため物事に柔軟に対応できず妥協をかくなく拒むことを特徴とする。過度に注意深く、細部にわたり確認し、繰り返しが多くなるため時間がかかり計画が終了できないことも多くなる。他の人にも自分の原理に従わせようとする。すべて自分のやり方でおこない、自分のやり方には従うべきだと信じているため、仕事を人に任せることが出来なくなることもある。余暇や友人関係などを犠牲にしても仕事や勉強にのめり込むこともある。柔軟に対応することが必要な新しい状況に直面すると困難や苦痛が増大することが多い。男性に多くみられる。

四 おわりに

不安障害（神経症性障害）、パーソナリティ障害について概観した。一般教職員の方が、日常学生に接している中でも理解したい学生の言動に遭遇することはよくあるのではないかと推測される。その背景として不安障害による場合も多く、治療により改善していく可能性もあるため、学内外の精神科医療機関との連携も必要になると思われる。また、不安障害の治療は年単位の期間を要することが多いため、その間の支援も重要である。パーソナリティ傾向については、種々の傾向が種々の割合で組み合わさっている場合が一般的と思われるが、これが大きく偏っており、全く柔軟性がみられず、パーソナリティ障害として対応を考えた方がよい学生も存在すると考えられる。このため、主要なパーソナリティ障害についても知っておくことは重要と思われる。特に境界性パーソナリティ障害では、周囲の人が巻き込まれ疲弊していくことも多いので注意が必要である。

文献

- 一) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC: APA, 一九九四.
- 二) Asakura S, Tajima O, Koyama T. Fluvoxamine treatment of generalized social anxiety disorder in Japan : a randomized double-blind, placebo-controlled study. Int J Neuropsychopharmacol 2007; 10 : 263-274.
- 三) ダン・J・スタイン (編著) 島悟、高野知樹、荒武優 (監訳) . 不安障害臨床マニュアル. 東京 : 日本評論社 : 二〇〇七.