3 | 転換性障害 Conversion Disorder

渡辺俊之*

Toshiyuki Watanabe

Key words : ヒステリー／運動障害／感覚障害／診断／疾病利得

要旨

転換性障害は、心理的葛藤、喪失体験、過剰なストレス、トラウマといった心理的要因に伴う情動が身体症状に転換される疾患である。身体には原因を探ることができない随意運動機能障害や感覚機能の異常が生ずる。転換性障害患者は、麻痺や感覚異常のような症状をもつことで何らかの「利」を得ることがある。これが疾病利得と呼ばれる。なぜ身体症状をもたねばならなかったのか？身体症状を持続させている外的要因は何か？こうした心理的背景の理解がリハビリテーション科医には必要になる。こうした心理的背景を理解したうえで、患者と一緒に「未来」を語る必要がある。運動療法を続け歩けるようになれば、充実した生活が待っているという感覚になれば、症状は改善していくに違いない。

はじめに

転換性障害は、かつては転換型ヒステリーあるいはヒステリーと呼ばれていた精神疾患であり、精神分析の文脈で理解するにはもってこいの患者であった。葛藤や感情を無意識に閉じ込める「抑圧」という防衛機制を使って発病を説明できるからである。

ヒステリーには、意識化できないつらい体験を無意識に抑圧し、激しい痛みを経験している患者がいる。性的欲求を抑圧し麻痺を生じさせている患者もいる。フロイトの症例の O. アンナ嬢はこのタイプであり、彼女の分析でヒステリーのメカニズムが研究され、精神分析理論の構築へとつながった。

私が研修医だった 30 年前、ヒステリー患者は精神科に何人もいたが、今ではリハビリテーション科

に通うようになっていくと聞く。精神科医の診療が薬物療法に傾き、薬では簡単には治らないヒステリー患者は安住の地を他科に求めたといっても過言ではない。以前は「心の問題です」と内科医からいわれると精神科に紹介されてきたが、今は、他院に転医して詳細な検査を求めるようになっていく。しかし、治療となると運動療法が行われることが多く、リハビリテーション科医をはじめ理学療法士などのリハビリテーションスタッフは転換性障害について詳細に理解しておく必要がある。

転換性障害の現在の精神医学における位置づけ

転換性障害は、心理的葛藤、喪失体験、過剰なストレス、トラウマといった心理的要因に伴う情動が身体症状に転換される疾患である。身体には原因を探ることができない随意運動機能障害や感覚機能の異常が生ずる。

転換性障害の分類や関連症状群は 2014 年の DSM-5 で分類が変更になり¹⁾、身体症状および

* 渡辺医院/高崎西口精神療法研修室
(〒370-0849 群馬県高崎市八島町 17
イシビル 3 階)
E-mail : tosi4318@gmail.com

関連症群のカテゴリーの中の変換症/転換性障害（機能的神経症状症）と再分類された。

古典的ヒステリーは、転換型ヒステリー、転換性障害、変換症と名前を変更したが、その症状の中心は運動障害と感覚障害である。

運動障害は随意運動機能に障害が出る。身体の姿勢を保てない、立てない、歩けない、声を出すことができない、手が動かないなどと訴え、検査を要求したりするが、身体的異常は発見できない。

感覚障害は、視覚、聴覚、嗅覚、味覚、触覚、どの領域にも生ずる。目が見えなくなった、耳が聞こえなくなった、においや味がわからない、触っても熱い冷たいがわからない（しかし実際に火傷などはしないことが多い）といった感覚消失の場合と、異臭がする、変な味がする、誰かに触られている気がするなどの特別な感覚症状が伴う場合もある。

診断について

歩行障害や移動障害を呈している転換性障害がリハビリテーション科に依頼されてくる。運動障害の治療を担っているため運動療法を患者本人も望むし、精神疾患と認めたくない患者は、精神科は拒否していてもリハビリテーション科への依頼には応じる。日原²⁾が行った全国のリハビリテーション科専門医へのアンケート調査によれば、回答した105名の医師のうち81名が運動障害のあるヒステリー患者を経験していた。転換性障害は、単に運動障害のみの場合は少ない。四肢の疼痛、頭痛、めまい、耳鳴、胃部不快感、過敏性腸症候群のような便通異常、腹痛などを合併していることもある。今日では失立失歩に代表される典型的な運動障害を単一症状として発病するものは少なくなり、過呼吸発作、悪心、嘔吐、めまい、頻脈、心悸亢進、腹痛、下痢、発熱などの自律神経症状を併せて訴えてくる患者が多くなっている。日原⁴⁾はリハビリテーション科医が転換型ヒステリーを診断するた

めの留意点について以下のように述べている。

1. 運動症状

歩行障害の重さのわりには筋力低下が軽度であり、麻痺肢にも筋萎縮を認めない場合が多い。ある筋の収縮を命じると拮抗筋の筋収縮が起こる逆説的筋収縮（ある動作をする際に動作筋と拮抗筋が同時収縮してその動作を阻害する現象）は麻痺症状を呈する患者にみられやすい。筋力低下や麻痺症状に比べて腱反射は正常で、病的反射も出現しない。失立失歩では、よろめくような歩行や体幹や下肢に不随意的動揺や振戦がみられることがあるものの周囲の者が注目していない場面ではめったに転倒することはない。

2. 感覚症状

知覚低下や消失、異常知覚などさまざまな感覚障害がみられるが、中枢神経系や末梢神経の解剖学的理論と一致しないことが特徴である。また、観察時期が異なると感覚障害の領域や程度にばらつきがみられたりもする。

3. 診断補助検査

CTやMRIなどの画像検査、脳波、誘発電位、筋電図などの電気生理検査などが用いられるが、症状を裏づけるに足る異常所見は得られない。

以上のような諸検査により器質的疾患が除外された場合、精神科に依頼して心理的要因の存在を探索することが重要になるが、転換性障害患者は、精神科への受診に消極的であり、単なる「歩けない患者」としてリハビリテーション科を訪れ訓練を受けることも少なくない。そこで、リハビリテーション科スタッフは身体的かわわりと同時に心理的背景についての探索が必要になる。

疾病利得について

患者が症状を固定させているのは、それによって何か恩恵を受けるからである。疾病への逃避がなぜ生ずるかを理解して対応する必要がある。病気や障害に逃避する心理についてフロイトは、疾病利得 (gain) と呼んだ。それは第一次疾病利得 (primary gain) と第二次疾病利得 (secondary gain) に分類される。第一次疾病利得とは、病気の状態が、本人の現実では満たされぬ願望を無意識的に満足させていて、病気が精神的安定の手段になっている場合をいう。第二次疾病利得は、病気や障害をもつことにより、家族、社会、医療スタッフ、ときには保険会社から得られる二次的な利益をいう。転換性障害患者には疾病利得が機能しているのである。何が疾病利得を固定しているかを理解することが、リハビリテーション科スタッフには必要になる。願望、葛藤、思い出、感情が無意識に抑圧され、身体症状に転換して病気や障害を引き起こすのが第一次疾病利得であり、その病状により、嫌な職場や学校に行かなくて済んだり、家族や友人からいたわってもらえたり、注目されたり、ときには保険会社からお金が出ることに満足するのが二次的の疾病利得である。リハビリテーション医療の現場が、温かく保護された環境であり、それに本人が満足してしまえば二次的の疾病利得は固定する。疾病利得は、患者の意図的・意識的な産物ではない。つまり「わざとそのようなようにしている」のではない。無意識的に作り出された症状なので、患者は実際に困っていることを忘れてはならない。意図的・作為的に症状や病気が作り出されるのは「詐病」である。医療スタッフが、本人が意図的にそうやっているようにみながら、仮病扱いして責めたりすると、患者とスタッフの関係はこじれ、患者はより症状を増強させることもある。

事例

1. A 子, 24 歳, 女性, 看護師

A 子は Z 県の看護学部を卒業し、大学病院に勤務するが両足に麻痺が出現し、整形外科と神経内科で診察を受けたが原因は不明であった。精神科受診を勧められたが、今度は右手の麻痺が併発し再び整形外科を受診した。A 子は、東京の大学病院に紹介されたが、そこでも原因はわからなかった。その大学病院の医師の紹介で、当時私の勤務していた大学病院の整形外科に紹介された。リハビリテーション科と精神科が同時にかかわることになった。リハビリテーション治療ではバイオフィードバック療法が施行され、下肢筋肉にも収縮があることを認知させるように対応した。患者は精神科受診には消極的であったが、主治医に促され、しぶしぶと私の外来を訪れた。A 子は魅力的な女性であった。ヒステリー患者に特有な誇張した表現や依存性によって多くの男性医師たちが一生懸命かかわってきたことも理解できた。私の前で A 子は執拗に自分の身体症状を訴えて、「自分に麻痺がなければ今頃大学病院で仕事をしているはず」と述べた。

私は「来たいときに外来に来てください」と伝えた。A 子の意思を尊重してかかわるようにしたのである。看護師の前で見せる A 子の態度と医師に向ける A 子の態度が明らかに違っていて、病棟カンファレンスでは問題になった。病棟のルールを守らないで夜遅くまで起きており、好きな物しか食べない A 子の態度に対して、多くの看護師はよい感情をもっていなかった。そんな A 子の行動に目をつむって叱らない主治医の態度にもよい感情はもっていなかった。1 カ月後、A 子が病歴を長々とつづった手記を携え、私の外来を訪れた。私はそれを読んだ。同時に A 子の性愛化傾向の背後にある「寂しさ」のような感情が私の意識に上がった。

私が「本当は寂しかったんじゃないのかな」と伝え
ると A 子はコクリと首を縦に振った。それから、A
子は私の外来に来るようになった。ラポール（医師
と患者の信頼関係）が形成されたのである。リハ
ビリテーションの効果もこの頃から始まった。A
子は自力で歩行することが可能になった。

2. A 子の心理的背景

A 子はアルコール依存症の父親と母親、そして
弟の4人家族で育った。父親は酔っては母親に暴
力と暴言を吐き、A 子は幼い頃に怯えて育った。
自分が叩かれたこともあった。幼い A 子にとって、
近くに住む B 君の家が心の休まる場所であった。
B 君の家は開業医をしていた。A 子が行くと B 君
の母親が優しく接してくれたりして、ときには B 君
の父親（医師）と夕食を食べることもあった。B 君
の家は A 子にとって避難場所になったのである。
看護師を志したのもその影響があったことを彼女
自身が語った。看護学部を卒業して看護師になっ
たが、仕事は過酷であった。医師からの指示を忘
れてしまい、医師からひどく叱責されたあとに麻痺
が出現したのである（第一次疾病利得）。A 子は無
意識では「医師に好かれたかった」のである（医師
への性愛的な欲求を抑圧）。転換性障害による症
状を維持することは、彼女の無意識的願望を満た
した。多くの男性医師たちが彼女に気を使ってく
れるのである。ストレスのある看護の仕事もしく
て済む（第二次疾病利得）。

A 子は私に対して愛着と依存を向けるようにな
った。私を理想化し「先生といくと安心できる」
「先生のためなら歩いてみせる」といい始めたので
ある。私は歩いて外来に来ることを目標にした。
A 子の歩行障害は改善した。3カ月経った頃、A
子はセッションの中で父親からの性的虐待があっ
たことを語り、泣き崩れた（無意識の意識化）。私
は洞察型の精神分析的精神療法への移行を進めた

が、身体症状が改善した A 子は「地元に戻って看
護師としてやり直してみる」といって Z 県に帰っ
ていった。

3. リハビリテーションの役割

当時の私はリハビリテーション科のコンサルタン
ト医師としてかわりをもっていたので、A 子の心
理的背景を伝えるようにした。そして徐々に転移
（注：幼い頃に世話になった人に向けた感情や態度
を医療スタッフに向けること）の対象が整形外科
主治医から私に移行していることを伝えた。

リハビリテーション科スタッフは「自力歩行で精
神科外来まで通う」という目標を共有し、支持的に
彼女にかかわった。転換性障害患者が、リハビリ
テーション科スタッフに引き起こしやすい無力感や
役割不全感についてもカンファレンスで明確にし
た。また、相手によって態度が異なるために、チ
ームで常に情報交換することを促進した。チームの
統一感は、患者には安心感と安定感を提供する。
日原⁴⁾はリハビリテーション医療の「精神科への橋
渡し機能」について言及している。神経内科や整
形外科などの身体科の患者となり、リハビリテ
ーション訓練を受ける患者として疾病利得を得て
いる患者に対して、精神科受診への動機づけを導
いていくのもリハビリテーション治療の一環なので
ある。説得されてしぶしぶ精神科を形式的に受診さ
せても意味がない。精神科に受診したから自分た
ちの役割は終わりといった医療者の態度は、無意
識に保護と依存を求めた患者に見捨てられ感や医
療者への不信をつのらせる結果となり、その後の
治療にもネガティブな影響を与えかねないと言
告している。

疾病利得を外す

転換性障害の中心には疾病利得が存在する。そ
れを外すためには、疾病利得を維持している環境

への配慮が必要である。簡単にいえば、病気から治ったほうが楽しいし、生活の質も向上すると思えないといけない。小此木⁵⁾は疾病利得に対する適切な対応として、①患者が、なぜ疾病利得にしがみつかなければならないのか、なぜそれをつくり出さねばならなかったのかを理解する。つまり、その理由となった現実の社会的・家族的・個人的なストレスは何なのかを理解することが大切としている。疾病利得への逃避によって対決を避けていた葛藤や疾病利得によってしか満たすことのできなかった願望そのものを、本人が洞察し主体的に解決できるような方向に、心理的援助を与えることが大切だという。第二次疾病利得については、医療スタッフ、家族、その他周囲の人々が、それによって支配されぬような態勢をつくり、第二次疾病利得を無効化する方向に協力する。しかしその場合にも、それによって得たり、得ようとしていた心理的・社会的・経済的要求について、断念すべきもの、別の合理的な形で獲得すべきものなどについて、適切な判断と助言を与えることが大切としている。

家族への対応は、患者が家族に抱いている思いを言語化させることが大切である。また、家族が患者の病者役割を助長している場合（病気の子どもとして母親が支配欲を満足、母娘連合の強化など）の場合は、家族に病気が治ったときのイメージを語ってもらい、障害となっている退行促進的な態度へ介入することも必要であろう。仕事への配慮は難しい。簡単な配置転換を行い、希望した職場への配置転換が決まった途端に疾病利得が外れる場合もある。しかし、転換性障害患者の多くは仕事に戻りたくないのである。失業保険の存在が疾病利得を助長していることも多々ある。そうした場合でも「仕事の喜び」「外での生活の楽しさ」について語ってみることも大切であろう。

運動療法で転換性障害にかかわるスタッフは、症状の改善という狭小化した視点ではなく、症状

が改善したときにどんな世界が待っているのか、何が変わるのかを患者と一緒に話し合うことが大切である。つまり、未来について語り合うことが重要になる。

おわりに

男性治療者にとって女性の転換性障害者は魅力的に映る。彼女たちはそういうふうに見せる人格特性を生来的にもっているからである。ヒステリー患者（転換性障害）である O. アンナの最初の治療者ブローイアーは、患者から激しい恋愛感情を向けられ、妻との間に葛藤が生じて治療中断している。

依存的で美しいヒステリー患者の態度に刺激されると、男性スタッフは「何かをやってあげたくなり」「要求に応えたくなり」「仲良くしたくなる」、逆に女性スタッフは「嘘つき」「色仕掛け」「先生の前だけではよい子」とネガティブな感情をもちやすい。

スタッフは、己の感情を自覚して心理的距離をとることは大切であろう。しかし「距離をとる」とは「近づかない」「無視すること」とは違う。自分と患者の関係性、あるいは自分に生じている感情、さらには患者の症状の背後にある隠れた苦悩や孤独を感じ取れるように内省的になることが必要である。そのためには同僚や先輩の意見を聞き、自分と患者との間に生じている現象を客観的に理解することが大切だと思う。

文献

- 1) American Psychiatric Association 著、日本精神神経学会 日本語版用語監修：DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き。医学書院、東京、2014
- 2) 日原信彦：転換性障害患者のリハビリテーション治療に関する実態調査—入院治療の形態と経過について。リハ医学 1996；33：940
- 3) 西園昌久：ヒステリーの臨床。臨床精神医学 1980；9：1145-1156
- 4) 日原信彦：転換型ヒステリー患者。リハビリテーション患者の心理とケア（渡辺俊之、本田哲三 編）。医学書院、東京、2000
- 5) 小此木啓吾：疾病利得と自己破壊行動の心理。新・医療心理学読本。日本評論社、東京、1989