

# 老年期神経症の臨床像およびその治療に関する研究

丸山 晋 藍沢 鎮雄 片山 義郎  
清水 信 加藤 政利 斎藤 和子  
北村 俊則 大塚 俊男

## 老年期神経症の臨床像およびその治療に関する研究

丸山 晋 (国立精神衛生研究所社会復帰相談部)

藍沢 鎮雄 (浜松医科大精神神経科)

片山 義郎 (慶応義塾大学医学部精神神経科)

清水 信 (東京慈恵会医科大学精神神経科)

加藤 政利 (浜松医科大学精神神経科)

斎藤 和子 (国立精神衛生研究所老人精神衛生部)

北村 俊則 (国立精神衛生研究所老人精神衛生部)

大塚 俊男 (国立精神衛生研究所老人精神衛生部)

### Study on Neurosis in Old Age

#### — Characteristics of Clinical Features and Treatment —

Susumu Maruyama (Division of Psychorehabilitation, NIMH)

Shizuo Aizawa (Department of Neuropsychiatry, Hamamatsu Medical College)

Yoshiro Katayama (Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio University)

Makoto Shimizu (Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Jikei University)

Masatoshi Kato (Department of Neuropsychiatry, Hamamatsu Medical College)

Kazuko Saito (Division of Psychogeriatrics, NIMH)

Toshinori Kitamura (Division of Psychogeriatrics, NIMH)

Toshio Otsuka (Division of Psychogeriatrics, NIMH)

Clinical features of 45 cases of neurosis in old age were examined. Bergman's study (1975) was confirmed. Furthermore, it was found that, as in "actual neurosis", conflicts and defence mechanism were not very complicated; that in treatment combination of brief psychotherapy and medication is essential; and that outcome is relatively good if treated properly.

**Key words:** *elderly, neurosis*

#### はじめに

老年期は各種精神障害の好発年齢にあたっている。老化性痴呆は云うにおよばず、老年期のうつ病や神経症は非常にポピュラーな病態である。そのなかで神経症は、表1に示すとおり疫学的にも比較的多い疾患で、Simon(1980)<sup>1)</sup>は5~10%、周辺の性格障害を加えれば8~17%と在宅の有病率を推定している。我が国においては十分な資料はないが、柄澤<sup>2)</sup>は、老人の機能性精神障害の出現率を2~7%とふんでいる。

また、精神科外来における老人神経症の初診患者の統計は、清水のレビューによれば、Starker(1962):15%、竹山ら(1964):21.5%、新福(1956):16.9%、伊藤(1957):3.4%といった数値が示されている。これらの数値は、個々の研究者によりバラつきはあるが、それは、神経症のクライテリアのとり方および調査方法の違いによるものである。老齢人口が増加し、老人の生活が増々シビアなものになってゆく時代にあつては、神経症の数は、こうした数値を少くとも下まわることはないものと思われる。

こうした少なからざる数の病態があるにもかかわらず、老人の神経症に関して、今まで十分実証的な研究がなされていない。神経症の問題は時代を映す鏡であり、人間性についての洞察を得る好個の材料であるという観点からしても、もっと研究がなされてしかるべきものであり、

特に、人生の終末期を含む、老年期のそれに関しては、とりわけ重要なものがある。

本稿で目指すところは、老年期神経症の臨床像を構造的に把握し、その特徴たる諸傾向をマクロな視座からとらえることにある。

表1 Neurosis in the Aged: A Summary of Nine Community Studies

	SHELDON (1948) N=369 ENGLAND	BREMER (1951) N=119 NORWAY	ESSEN MOLLER (1956) N=443 SWEDEN	PRIMROSE (1962) N=222 SCOTLAND	JENSEN (1963) N=546 DENMARK	NIELSEN (1962) N=978 DENMARK	KAY et al (1964 a,b) N=297 ENGLAND	PARSONS (1965) N=228 ENGLAND	BOLLERUP (1975) N=626 DENMARK
Neuroses	9.4%	5.0%	1.4%	10.4%	1.4%	4.0%	8.9%	4.8%	4.2%
Character disorders	3.2	12.6	10.6	2.2	—	4.7	3.6	—	3.2
Neuroses + Character disorders	12.6	17.6	12.0	12.6	—	8.7	12.5	—	7.4

(Simon, A 1980)

## I 対象および方法

対象は昭和57年1月から昭和58年6月までの間に、浜松医大病院、慶応病院、慈恵医大病院、および国立国府台病院精神神経科を受診し、老年期の神経症と診断され、治療をうけたケースである。方法は、治療を完了した手持ちのケースをアトランダムに選択し、附表の如き質問事項に沿って、主治医により記載されたものを整理し、分析した。

## II 結果

### 1) 対象の総数および性別

今回集録しえた対象の総数は、45例であった。その性別は、男子12例(26.67%)、女子33例(73.33%)であった。

### 2) 年齢階層

年齢階層はつぎのようなものであった。60~64歳10例(22.22%)、65~69歳13例(28.89%)、70~74歳15例(33.33%)、75~79歳5例(11.11%)、80~84歳2例(4.44%)。

### 3) 教育程度

教育程度をみると、未就学1例(2.22%)、尋常小学校卒7例(15.56%)、高等小学校卒18例(40.00%)、旧制中学卒9例(20.00%)、旧制

高校・専門学校・大学卒10例(22.22%)であった。

### 4) 現在の職業

現在の職業はつぎの如くであった。無職32例(71.11%、このうち女性は28例を占め、主婦またはそれに準ずる家事に従事していると想定された。)有職者の内容は、卸小売業3、管理・専門的職業3、製造業2、漁業・事務的職業・販売業・技能熟練労働各1、その他(茶道の師匠)1であった。

### 5) 青壮年期の職業

青壮年期の職業の内容は、主婦19例(42.22%)、農業6例(13.34%)、管理・専門的職業5例(11.11%)、製造業4例(8.89%)、事務的職業3例(6.67%)、技能熟練労働3例(6.67%)、卸・小売業2例(4.44%)、販売業2例(4.44%)、その他1例(2.22%)であった。

### 6) 社会経済的階層

この項目についての同定は難かしかったが、大要つぎの結果を得た。裕福12例(26.66%)、かなり裕福13例(28.89%)、まずまず14例(31.11%)、少し不如意3例(6.67%)、全く不如意3例(6.67%)。

### 7) 住居

一戸建住宅38例(84.44%)、マンション4例

(8.90%), アパート 1 例 (2.22%), 施設 1 例 (2.22%), その他 1 例 (2.22%)。

8) 配偶者

全てが既婚者であった。そして配偶者は、有 31 例 (68.89%), 無 14 例 (31.11%) であった。この 14 例のうち、離婚者は 4 例 (28.57%) であり、死別の時期は、10 数年前 8 例 (57.14%), 数年前 2 例 (14.29%) であった。

9) 家族形態

家族形態は、3 世代家族が 22 例 (48.90%), 2 世代家族 6 例 (13.33%), 夫婦のみ 11 例 (24.44%), 単身 6 例 (13.33%) であった。

10) 病前性格

病前性格を外向・内向にわけてみると、前者が 21 例 (46.67%), 後者が 24 例 (53.33%) であった。また別のカテゴリーである、同調性・顕示性・執着性・粘着性・内閉性・神経質性についてみると、複数チェックによる分布では、神経質性 35 (44.31%), 執着性 23 (29.11%), 顕示性 9 (11.39%), 同調性 7 (8.86%), 内閉性 3 (3.80%), 粘着性 2 (2.53%) の順であった。

11) 既往歴

既往歴についてみると、無しと答えるもの 6 例 (13.33%), 有りとしたもの 39 例 (86.67%) であった。既往症についての内分けは、重複回答を含め、高血圧症 7, 腎盂炎・腎炎 6, 肋膜炎 5, 胃潰瘍 4, 変形性脊椎症 4, 子宮筋腫 3, 膝関節症 (炎) 3, 腸チフス・前立腺肥大・卵巣腫瘍・膀胱炎・坐骨神経痛・肝炎・胆石・不整脈・マラリア各 2, 胃下垂・網膜剝離・狭心症・斜頸・甲状腺機能低下・甲状腺機能亢進・心臓弁膜症・白内障・胃ポリープ・糖尿病・胃症・脳卒中・骨粗鬆症・貧血・十二指腸憩室・尿管結石・乳癌・一酸化炭素中毒各 1 で、のべ 68 例であった。疾病は、ほぼ全身に及び、疾病の種類は 35, 平均 1.7 の既往症があった。

12) 来院経路

来院経路は、直接受診してきたもの 21 例 (46.67%), 他科からの依頼もしくは紹介 11 例 (24.44%), (その内分けは、内科から 7 例, 整形外科

から 3 例, ケース・ワーカーから 1 例), 他の医療施設から 7 例 (15.56%), (その内分けは、内科から 4 例, 整形外科から 3 例), 他病院の精神神経科から 5 例 (11.11%), その他 (保健所より) 1 例 (2.22%) の順であった。

13) モメントより発症までの期間

モメントより発症までの期間は、1 年から数年のもの 21 例 (46.67%), 6 か月から 1 年のもの 7 例 (15.56%), 3 か月から 6 か月のもの 7 例 (15.56%), 1 か月から 3 か月のもの 6 例 (13.33%), 1 か月以内のもの 4 例 (8.88%) であった。

14) 初発・再発

初発か再発かについては、初発例が 29 例 (64.44%) を占め、再発例は 16 例 (35.56%) であった。

15) 主訴

複数回答であるが、主訴を多いものの順に列記するとつぎのようであった。

心気 32 例 (16.79%), 不眠 27 例 (17.41%), 不安 26 例 (16.77%), 抑うつ感 18 例 (11.61%), 焦躁・不穏 14 例 (9.03%), 恐怖 12 例 (7.74%), 孤独・虚無感 11 例 (7.1%), 易怒 4 例 (2.58%), 強迫観念・行為 2 例 (1.29%), 自殺念慮 2 例 (1.29%), 猜疑・ひねくれ 2 例 (1.29%), 自罰・罪責感 1 例 (0.65%), 離人感 1 例 (0.65%), その他 3 例 (1.94%)。のべ数は 155 例で、主訴の項目は 14 項目であった。

16) 病型

病型についての観察では、抑うつ神経症 17 例 (37.78%), 心気症 14 例 (31.11%), 不安神経症 9 例 (20.00%), 恐怖症・神経衰弱各 2 例 (4.44%), ヒステリー 1 例 (2.22%) の順で、強迫神経症例や離人神経症例は含まれなかった。

17) 発症誘因

発症誘因については、同定できるもの 38 例 (84.44%), 同定できないもの 7 例 (15.56%) であった。同定できた誘因の内容は、多い順に、身体疾患 14 例 (26.42%), 精神的問題 8 例 (15.09%), 環境問題 7 例 (13.21%), 職業上の問題 6 例 (11.32%), 対人関係 6 例 (11.32%), 体力

的問題 6 例(11.32%)、経済問題 2 例(3.77%)、近隣社会との問題 2 例(3.77%)、生活上の問題 1 例(1.89%)、性的問題 1 例(1.89%)であった。

#### 18) 直接心因

心因について同定できるものとできないものとの割合は、32例(71.11%)対13例(38.89%)であった。同定できた場合の内容は、身体の病気が不治性である、愁訴があっても診断が未確定である、検診で新たな疾患が発見された、嫁姑のおりあいの悪さ、家人の病気など24項目が観察されたが、それをカテゴリー別にみると、対人関係18例、身体条件16例、悲嘆的出来事8例、孤独8例、絶望5例、経済問題4例、体力的問題4例、罪業感2例、性的問題1例の計38例となり、この中には若干の重複例が含まれている。

#### 19) 心的葛藤

心的葛藤を、輪郭・内容・性質・構造・発症との関連という4項目について観察し、その組みあわせよりパターン分類を試みた。内容については、内容が明確なものとそうでないものとの割合は、31例(91.18%)対3例(8.82%)であった。葛藤内容を現実的か非現実的に分けると、前者は26例(76.47%)、後者は8例(23.53%)であった。葛藤の性質が執拗かそうでないかでみると、執拗なもの26例(76.47%)そうでないもの8例(23.53%)であった。葛藤の構造を複雑か、単純かでみると、複雑なもの5例(14.71%)、単純なもの29例(85.29%)となった。また発症との関係をみると、関係ありが33例(97.06%)、関係なしが1例(2.94%)となった。葛藤の輪郭が鮮明な34例について、内容が①現実的か、②非現実的か、性質が③執拗か、④あっさりしているか、構造が⑤複雑か、⑥単純か、発症との関連が⑦あるか、⑧ないかにわけて、パターン化してみると、①—③—⑥—⑦のタイプが19例(55.88%)で圧倒的に多く、ついで、①—④—⑥—⑦が6例(17.65%)、①—③—⑤—⑦が5例(14.71%)、ついで②—③—⑥—⑦が2

例(5.88%)、②—④—⑥—⑦および①—④—⑥—⑧が各1例(2.94%)となった。

#### 20) 心的メカニズム

症状形成にあづかる心的メカニズムが同定できたものは、19例(42.22%)で、できないものは26例(57.78%)であった。同定できたものの内分けは、重複回答を認め、整理すると退行10例(30.30%)、固着6例(18.18%)、置換6例(18.18%)、拒否4例(12.12%)、投影3例(9.09%)、理想化3例(9.09%)その他1例(3.03%)となった。

#### 21) 治療

治療についてみると、単独の療法によるものは4例(8.89%)で、その内分けは、緩和安定剤のみのもの2例、短期精神療法のみのも2例であった。残り41例(91.11%)は、複合的な治療が採用されていた。そのうち29例は2種併用、11例は3種併用、1例は4種併用であった。2種併用例の内分けは、緩和安定剤+短期精神療法10例、緩和安定剤+その他の精神療法9例、緩和安定剤+抗うつ剤4例、緩和安定剤+その他の薬物療法(抗うつ剤、抗精神病薬を除く)3例、その他の薬物療法+短期精神療法2例、抗うつ剤+その他の薬物療法1例であった。また3種併用例の内容は、緩和安定剤+抗うつ剤+その他の精神療法4例、緩和安定剤+その他の薬物療法+短期精神療法3例、緩和安定剤+抗うつ剤+短期精神療法2例、緩和安定剤+自律訓練+催眠療法1例、緩和安定剤+強力安定剤+短期精神療法1例であった。4種併用例は、緩和安定剤+抗うつ剤+その他の薬物療法+短期精神療法という組みあわせのものが1例であった。

#### 22) 治療の予後

予後をみると、非常に良好なもの8例(17.78%)、かなり良好なもの11例(24.45%)、良好例20(44.44%)、これらの合計は39例(86.67%)で、状態不変のもの6例(13.33%)、悪化例なしという結果であった。

### III 考 察

老年期の神経症については、従来よりすぐれた概論<sup>4)5)6)7)8)</sup>はいくつか散見される。しかし、十分な実証的な研究がなされているかといえ、未だしの観が深い。今回、われわれは、現場の臨床家として、把握しえた症例を丹念に分析することを通じ、老年期の神経症を全体的かつ構造的にとらえ、その一般的傾向を明らかにしようとして試みた。以下、上述の結果をもとに考察を加えたい。

年齢構成・性別・学歴・職業についての観察では、とくにコントロール・グループを設けていないが、特徴的な傾向はないようである。むしろ、こうしたバック・グラウンドには、老年期の神経症に特異的なファクターが入り込む余地が少ないことを示しているといえそうである。ただし、現在の職業についての項で、無職であるものが45例中32例(71.11%)を占め、“dis-engagement”が、神経症と何らかのかかわりがあることが唆される。また Bergman が女性に dominant な神経症のタイプのあることを認めている<sup>1)</sup>ように、性差の可能性が推測される。

社会経済階層的については、Mayer-Gross<sup>4)</sup>は、低所得者層に多いことをあげ、新福・長谷川<sup>9)</sup>は養護、特別養護、軽費老人ホームおよび老人病院など施設老人の調査で、機能性精神障害の中の過半数に神経症と性格偏倚をみとめており、当然、社会階層の低さと神経症発生との相関性も考慮されうるが、一方で Busse<sup>10)</sup>は、十分に社会に適応した生活を営んでいる老人の中にならかなり高率に神経症的な例をみており、一概にどうとはいえないが、われわれの症例では比較的裕福なものが多かった。

配偶者の有無、家族構成の面からみても、特徴的なことはみとめられていない。つまり配偶者のないことや、単身や老人夫婦生活者であることが特別に不利ではないということでもある。

病前性格については、内向性・外向性という2分法では差は殆んどみられていない。しかし、

若年の症例では圧倒的に内向性が多いようにおもわれるのと比較すれば、このことは一つの特徴といえないこともない。ただし、下位分類でみると、神経質性と、執着性が圧倒的に多く病前性格としてこの2傾向が著しいことがわかる。

既往歴・既往疾患については、既往歴のあるものの多いことは、老年者にとっては当然のことであるが、こうした要因と心身の減弱や抵抗力の減少が、あいまって老年期の神経症を発症しやすくすることは、若年の場合に比べ、特徴的といえなくもない。新福<sup>11)</sup>は老年者の心身機能の基本的事実として、抵抗性の減弱、適応性の減弱、情動反応の拡大、心理的不安定性をあげているが、これらの事実を、既往症の存在は、そのまま示している。

来院経路は、他科紹介は、それほど多くはなく、この場合、他科とは、内科と整形外科であったが、ごく軽い症例は、各科でそのまま治療されている場合が多いようである。

モメントから発症までの時間的経過をみると、1年から数年のものが46.67%と最も多く、6か月から1年のもの15.56%を合わせると、72.23%が、慢性例であることがわかる。

また初発か再発かについては、初発例が64.44%と多かった。しかしこのことは、老人の神経症は再発しにくいことを意味しない。

主訴についてみると、上位5項目は、心気(16.79%)、不眠(17.41%)、不安(16.77%)、抑うつ感(11.61%)、焦躁・不穏(9.03%)で占められ、このことは、病型とよい対応をなしている。もちろん全くパラレルではあり得ないわけで、実際の病型は、抑うつ神経症(37.78%)、心気症31.11%、不安神経症20.00%、恐怖症4.44%、神経衰弱4.44%、ヒステリー2.22%で、強迫神経症例や離人神経症例はなかった。つまり病型としては、抑うつ神経症、心気症、不安神経症が“ビッグ3”であり、このことは、多くの著者<sup>1)4)8)</sup>において指摘されてきたことである。

誘因および心因については、大半の症例において同定でき、一般に老年期の神経症は輪郭が不

鮮明なものが多い<sup>14)</sup>という指摘もあるが、ケースを丁寧にみてゆけば、かなり明確にポイントをおさえることができる。しかしこのことは、もちろん老年期の神経症は非定形なものが多いということの反証にはなり得ない。また清水<sup>3)</sup>によると「Clow と Allen の資料では発病要因として身体的・環境的要因の比重が強く、性格的な偏りの比重が少ないと判定された症例は、老年期に初発した群に圧倒的に多い」とあるが、われわれの症例もこの記述によく一致した。

葛藤のあり方、心的メカニズムについて。

葛藤の輪郭は、誘因および心因においてと同様、明確なものが多く(75.56%)、内容・性質・構造・発症との関連から、内容は現実的で、性質は執拗、構造は単純、発症との関連はあるというパターンが代表的なものであり、精神分析における古典的分類にある、精神神経症と現実神経症という2分法に従えば、明らかに現実神経症の部類に入るものである。しかし心的メカニズムの同定では、可能なもの42.22%に対して不可能なもの57.78%と不可能なもの割合が高く、精神力動的なコンテクストで老人神経症をみることの難かしさが暗示されている。このことは Butler<sup>5)</sup>らの指摘と一致する。

治療については、薬物療法と精神療法が2大支柱であるが、そのうちどちらかという単独例は意外に少なく(8.89%)、大半が、2者または3者の併用であった。そしてその組みあわせも多数類で、症例により、臨機応変に対応される必要性のあることが示されていた。精神療法は、短期精神療法の適用が多く、薬剤は、緩和安定剤ばかりでなく抗うつ剤も多く使用されていることが判明した。このことは、ごく当然のこととはいえ、老年期神経症の特徴をふまえて導かれた、治療上の特徴である。Mayer-Gross<sup>4)</sup>も、治療の要諦は、簡単な精神療法と適切な薬物と、いいきっており、大原<sup>12)</sup>や著者ら<sup>13)</sup>も同様の指摘をした。

予後は86.67%が良好であるとみなされ、本症が治療よろしきを得れば、殆どのものが治癒

可能であるといえる。

老年期の神経症の特徴を Bergman<sup>13)</sup>は、つぎのように整理している。(1)比較的安定した若い時代をもっている(必ずしも神経症的でなかった)(2)後年に入り、身体的疾患をもつものが多い(特に心血管系の疾患)(3)症状が華々しくてもあまり苦しみにみうけられる(4)精神症状よりも、孤独や生活自立の困難さや愉しみの欠如に悩むことが多い(5)また症状は、抑うつと不安が混合したものが多い(6)身体疾患のため活動の制限を予儀なくされたとき恐怖症状がおきやすい(7)社会生活がうまくゆかなくなったり、生活内容の質が低下することにより顕性化するというおこり方をとりやすい。われわれの症例でもこれの条項は逐一確認できることであるが、著者らはさらにつぎの条項をつけ加えたい。(8)心的葛藤は複雑でなく、心的メカニズムも比較的単純である(9)治療は、薬物と短期精神療法のコンビネーションが奏効するものが多い(10)予後は比較的良好なものが多い。

## まとめ

老年期神経症の症例45例について、背景および現症そして治療の面から構造的に分析しその特徴を明らかにしようと試みた。その結果 Bergman の7項目に加え3項目、計10項目の特徴が確認しえた。

## 文献

- 1) Simon, Alexander: The Neuroses, personality disorders, alcoholism, drug use and misuse, and crime in the aged, 654-655, Handbook of mental health and aging, Prentice-Hall, Inc. Englewood cliffs, N. J., 1980
- 2) 柄澤秀昭: 老人のほけの臨床, 43-44, 医学書院, 1981.
- 3) 清水信: 老年精神医学(展望), 精神医学, 454, 19, 5, 1977.
- 4) Mayer-Gross, Slater and Roth: Clinical psychiatry (3rd ed), 576-579, The Williams and

- Wilkins Company, Baltimore, 1969.
- 5) Butler, R. N., Lewis. M. L.: Aging and mental health, 55-74, The C. V. Mosby Company, 1983.
- 6) 市丸精一・島田修：老年期の精神医学—神経症その他, 123-141, 黒丸・新福・保崎編：老年精神医学, 広川書店, 1975.
- 7) 池見酉次郎・松本建一：老人の神経症—精神身体医学の立場から, 402-414, 加藤・長谷川編, 老年精神医学, 医学書院, 1973.
- 8) 伊藤正昭：老人の神経症, 臨床精神医学, 201-205: 2, 2, 1973.
- 9) 新福尚武, 長谷川和夫：施設老人と精神障害, 日本老年医学雑誌, 7: 224, 1970
- 10) Busse, E. W. et al: Psychoneurotic reactions of the aged, *Geriatrics*, 15: 97, 1960.
- 11) 新福尚武：老年と心身症, 治療—60. 3. 1978.
- 12) 大原健士郎他：老人患者の精神療法, 精神医学, 19-25: 15. 1. 1973.
- 12) 丸山晋他：老年期の心気症, 臨床精神医学, 59-64, 7, 10, 1978.
- 13) Bergman, K, Neurosis and personality disorder in old age. In, A. D. Isaacs and F. Post (eds.), *Studies in Geriatric Psychiatry*, 41-75, Chichester, New York, Brisbane, Toronto: John Wiley, 1978.



## (附 表)

## 老人神経症調査票(医師用)

記入年月日 年 月 日

記入者氏名 \_\_\_\_\_

氏名	性 1. 男 2. 女	年齢	歳	1. 55~59	5. 75~79
				2. 60~64	6. 80~84
				3. 65~69	7. 85以上
				4. 70~74	

- 1 最終学歴 1. 不就学 2. 尋小卒 3. 高小卒 4. 中学卒 5. 高校・専門学校卒 6. 大学卒  
7. その他( )
- 2 現在の職業 1. 無 2. 有 (1. 農業 2. 漁業 3. 製造業 4. 卸小売業 5. サービス業  
6. 行商 7. 管理・専門的職業 8. 事務的職業 9. 販売業 10. 技能熟練労働  
11. 主婦 12. 分類不能 13. その他( )
- 3 青壮年期の職業 1~13
- 4 社会階層 1. 裕福(年収1000万円以上) 2. かなり裕福(年収1000万~500万)  
3. まずまず(年収250~500万) 4. 少し不如意(年収100~250万)  
5. 全く不如意(100万以下)
- 5 住居 1. 一戸建住宅 2. マンション 3. アパート 4. 施設 5. その他( )
- 6 配遇者 1. 有 2. 無(死別の時期 1. 1数年前 1. 数年前 3. 数カ月前 4. その他)
- 7 家族構成 1. 単身 2. 老人夫婦 3. 2世代家族 4. 3世代家族
- 8 病前性格 1. 外向的 2. 内向的 3. 不明

1.	同調性……1. 朗らか 2. 明かるい 3. 楽天的 4. あっさり 5. 交際が広い 6. 親しみやすい 7. 世話ずき 8. 現実的
2.	顕示性……1. あきやすい 2. 派手ずき 3. 人目になつのがすき 4. 大げさ 5. すき嫌が多い 6. やきもち 7. わがまま 8. まげずぎらい
3.	執着性……1. 几帳面 2. 仕事熱心 3. こり性 4. ねばり強い 5. 強い責任感 6. 徹底的 7. 堅い 8. 妥協はいや
4.	粘性性……1. 物事に動じない 2. 礼儀正しい 3. 話がくどい 4. 頑固 5. 短気 6. 綿密 7. 整理ずき 8. 潔べき
5.	内閉性……1. 感じ易い 2. 疑い深い 3. 無口 4. 非現実的 5. 交際がせまい 6. あいそがない 7. 気むずかしい 8. 融通がきかない
6.	神経質性……1. 遠慮深い 2. 自信がない 3. 苦労性 4. 自分の事を気にしやすい 5. 内弁慶 6. 努力家 7. おく病 8. 人にとけこめない

- 9 既往症 ① ② ③  
 1. 呼吸器系 2. 消化器系 3. 循環器系 4. 筋骨格系 5. 造血管系 6. 泌尿器  
 7. 生殖器 8. 内分泌系 9. 脳神経系 10. 精神障害 [いずれかに○印(Ⓐ) S.  
 Ⓑ) MD Ⓒ) Ep Ⓓ) N Ⓔ) PSD] 11. その他 ( )
- 10 来院経路  
 1. 直接 2. 他科から( )科 3. 他病院の精神科から  
 4. 他の病院の他科から
- 11 モメントより発症までの期間  
 1. 1年～数年 2. 6ヶ月～1年 3. 3ヶ月～6ヶ月 4. 1ヶ月～3ヶ月  
 5. 1ヶ月以内
- 12 発症の時期 年 月頃
- 13 初発/再発  
 1. 初発 2. 再発
- 14 主 訴 ① ② ③  
 1. 不安 2. 恐怖 3. 強迫観念・行為 4. 不眠 5. 性的問題 6. 自罰・罪責感  
 7. 離人感 8. 孤独・虚無感 9. 抑うつ感 10. 心気 11. 焦躁・不穏 12. 易怒  
 13. 自殺念慮 14. 躁症状 15. 猜疑・ひねくれ 16. 錯乱 17. 幻覚 18. 妄想  
 19. 痴呆 20. その他( )
- 15 病 型  
 1. 不安神経症 2. ヒステリー 3. 恐怖症 4. 強迫神経症 5. 抑うつ神経症  
 6. 神経衰弱 7. 離人神経症 8. 心気症 9. その他( )
- 16 発症誘因  
 1. 同定できる 2. 同定できない  
 1. の場合その種類  
 1. 生活上の問題(衣・食) 2. 環境問題(住) 3. 経済問題 4. 性的問題  
 5. 職業上の問題 6. 精神的問題 7. 対人関係 8. 体的問題 9. 身体疾患  
 10. 近隣社会との問題
- 17 直接心因  
 1. 同定できる 2. 同定できない  
 1. の場合その内容・テーマ ① ②  
 1. 対人関係 { a家庭内—a親子間 b同胞間 c嫁姑間 dその他 近親知人  
 B家庭外—f職場 g社会の場 h結婚・恋愛  
 2. 就業問題 3. 経済問題 4. 性問題 5. 身体条件 6. 宗教 7. 悲嘆  
 8. 罪業感 9. 孤独 10. 不能感 11. 絶望感
- 18 葛藤(輪郭)  
 (内容) 1. 内容が明確(内容: ) 2. 不明確  
 (性質) 1. 現実的 2. 非現実的(観念的・空想的)  
 (構造) 1. 執拗 2. あっさりしている  
 (発病との関連) 1. 複雑 2. 単純  
 1. あり 7. なし 3. どちらともいえない
- 19 症状形成にあづかる心的メカニズム  
 (防衛機制) 1. 同定できる 2. 同定できない  
 1. の場合  
 1. 拒否 2. 投影 3. 固着 4. 退行 5. 置換 6. 対抗強迫 7. 理想化  
 8. その他( )
- 20 治 療  
 1. 緩和安定剤 2. 強力安定剤 3. 抗うつ剤  
 4. その他の薬物療法 5. 短期精神療法(カウンセリングを含む)

6. 行動療法 7. 自律訓練・催眠療法 8. 精神分析療法  
9. その他の精神療法 10. ES 11. その他 ( )

21 治療への反応

1. 非常に良好 2. かなり良好 3. 良好 4. 不変 5. 悪化

22 本症例の特徴