

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

前駆状態のアセスメント——症候学的観点から——

小林 啓之^{1,2)}, 山澤 涼子²⁾, 根本 隆洋²⁾, 水野 雅文³⁾, 鹿島 晴雄²⁾

1) 精神医学研究所附属東京武蔵野病院, 2) 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室, 3) 東邦大学医学部精神神経医学講座

精神病早期あるいは前駆期における介入の際には、初回コンタクト時のアセスメントがその後の方向性を決定づける最も重要な根拠となる。ここでは社会的背景や受療動機に加えて、症候学的な見地からのアセスメント、すなわち症状の有無の検索と重症度の把握が必須である。だが精神病体験はその病期が早期であればあるほど、客観的にはより不明瞭で判別困難であるため、その正確な抽出は難しいとされてきた。まして早期の段階ではこうした体験が直接受療動機と結びついていないことも多く、訴えはしばしばとりとめない身体的な症状に終始するため、その背景にある病的体験の萌芽に気づかれないことも少なくない。こうした問題を解決するために多くの知見が積み重ねられた結果、現在では症候学的アセスメントの問題点は次の2点に集約されるに至っている。すなわち、①偽陰性をいかに少なくするか、②発症予測を含めた予後評価をどこまで正確におこなえるか、の2点である。

我々はこれまでに主に発症前の前駆期を対象とした構造化診断面接（前駆症状に対する構造化面接 Structured Interview for Prodromal Syndromes: SIPS）と、その前段階に行うべき自己記入式スクリーニング（「PRIME-J スクリーニング」）を作成し、その有用性を確認している。さらに 1024 名を対象とした妥当性調査によって、上記2点に対しても一定の成果を得たと考えている。今回はこの成果について発表し、早期介入を目的とするスクリーニングの有用性と問題点、さらに今後の可能性について幅広く議論をおこないたい。

<Key words : early intervention, psychosis, prevention, assessment, self-reported instrument>

はじめに

早期介入は主として精神医療サービスを初めて利用する若者に対して施されるケアであり、その対象に最も恩恵をもたらす介入戦略を採るべく、最適な判断が必要とされる。その判断の根拠として、初回コンタクト時のアセスメントが重要であることは論を待たない。初回コンタクト時においては生活状況や社会的背景、生育歴といった個々の生活の成り立ちから、受療に至った動機あるいは主訴といった、現状の自覚する問題点を確認することは言うまでもない。だがここではそれに加えて症候学的な見地からのアセスメント、すなわち症状の有無と重症度の把握が介入に際して重要

であることを強調したい。というのは、そうした症状の多くは自覚されることが少なかったり、あるいは軽視されていたりして、意識的にアセスメントされなければそのまま隠され続けていることが多いためである。

早期に支援・治療をおこなうに際の際のターゲットとして、抑うつや不安など自覚しやすい症状のみならず、微細な精神病体験を重視する必要がある。だが精神病体験はその病期が早期であればあるほど、客観的にはより不明瞭で判別困難であるため、その正確な抽出は難しい。さらに問題になるのは、客観的な判別というよりも、その体験の自覚あるいは言語化といった部分である。たとえば K.

表1 精神病前駆状態の診断基準¹⁶⁾

(A) 短期間の間歇的な精神病状態 (Brief Intermittent Psychotic Syndromes)
精神病的強度 (重症度評価において「重度かつ精神病的」) を備えた陽性症状が、過去3ヶ月以内に始まり、かつ少なくとも1ヶ月に1回の割合で1日に数分間以上存在する。
(B) 微弱な陽性症状 (Attenuated Positive Symptom Syndrome)
重症度評価において「中等度」レベル以上、「重度だが精神病的ではない」レベル以下の陽性症状を認める場合。またその症状は過去1年間の間に始まったか、あるいは1年前に比べ重症度評価でレベルの上昇を認め、さらにそれが過去1ヶ月の間に少なくとも平均週1回の割合で認めることが必要である。
(C) 遺伝的なリスクと機能低下 (Genetic Risk and Deterioration Syndrome)
第1親等家族に精神障害 (感情障害も含む) を認めるか、またはDSM-IVにおいて統合失調型人格障害の診断を満たす場合。さらに過去1ヶ月間のGAF 評点が1年前に比べ30%以上低下している場合。

Conrad は豊富な臨床実例から、精神病に至る過程をいくつかのステージに分類したが、その説明を従来の用語で表現することは困難と考え、自らいくつかの用語を考案し使用している⁴⁾。同様に Berrios は前妄想状態を、未分化で言い表せない体験、すなわち「言語を越えた」ものであると指摘している¹⁾。最近では Møller と Husby が、これらの初期体験について語ることの難しさを論じているが、それが限られた能力によるものではなく、また限られた意志 (例えば体験を隠そうとする積極的な意志) によるものでもないことを確認している¹⁴⁾。

こうした障壁、すなわち精神病体験を自覚的に発見し言語化していく難しさやそれを客観的に把握あるいは抽出していくことの難しさを乗り越えるためのひとつのツールとして、筆者らは自己記入式質問紙 (PRIME-J スクリーニング) と構造化面接 (SIPS) を採用し、結果的に一定の成果を得たと考える。本稿ではこの成果に触れながら、早期介入に際してのアセスメントの有用性と問題

点、さらに今後の可能性について議論したい。

前駆状態診断の妥当性

統合失調症発症以前のいわゆる「前駆期」のアセスメントの際に、自覚しづらい微細な精神病体験を重視するという姿勢は、さまざまな紆余曲折を経て今日強調されるに至っている。その背景には、前駆状態で出現する症状は、あくまで客観的には「抑うつ」「不安」「活動性の低下」「不眠」など特徴的とはいいがたいという事実、すなわち他の精神疾患あるいはその前駆状態と判別し得ないという問題点が指摘される¹⁶⁾。したがってこうした非特異的な症状をアセスメントの標的にすることは、多くの「偽陽性」を生み出しかねないとして、結果的に避けられるようになった¹⁶⁾。一方で前駆状態を緻密に観察した結果、特徴的と指摘された精神病理学的指標^{2,15)}などは、逆に客観性や再現性という点で問題が生じ、一定の妥当性を備えた診断ツールにまで発展することはなかった^{5,6)}。

現在では症候学的アセスメントの問題点は次の2点に集約されるに至っている。すなわち、①偽陰性をいかに少なくするか、②発症予測を含めた予後評価をどこまで正確におこなえるか、の2点である。アセスメントの段階で真の陽性者を陰性と判断する、いわゆる偽陰性に関しては、とくに早期介入を掲げる上では、最小限に抑えていかなければならない。一方でこの偽陰性の問題を重視するあまり、不必要な介入が広がってしまうことも回避していく必要がある。結果として、②でも指摘されるように、選択された対象が確かに一定の発症リスクを備えていて、かつそのリスクがどの程度か把握できることが、前駆状態でのアセスメントでは必要とされる。

このような事情を経て、前駆状態においては微細な精神病体験、具体的には主として閾値下の陽性症状を標的にすることによって、上記①②のいずれも満たしうるような診断基準が作成された¹⁶⁾ (表1)。以下、この診断をおこなうためのツールに関して、詳細を述べる。

前駆状態に対する構造化面接

— SIPS/SOPS —

米国 Yale 大学の McGlashan を中心とする PRIME (Prevention through Risk Identification, Management, Education) clinic のグループによって 1990 年代後半に開発された、「前駆症状に対する構造化面接 Structured Interview for Prodromal Syndromes」(以下 SIPS)⁹⁾ は、欧米で最も広く用いられている精神病の前駆症状評価面接の一つである。McGlashan らは早期介入をより構造的にかつ科学的に行うために、前駆症状の評価尺度 (Scale of Prodromal Symptoms; SOPS) を作成し前駆状態の重症度をスコア化することを試みた。SOPS は思考内容や知覚の異常といった陽性症状のみならず、意欲や発動性に関する陰性症状項目、奇異な思考や注意・集中の障害などの解体症状項目、睡眠障害や気分障害などの一般症状項目について評価をおこなうため、一般的な評価が可能である。現在第 4 版である SIPS は、この SOPS に加え、家族歴に関する質問票、統合失調型人格障害の診断基準、GAF を含む、包括的な構造化面接のための質問紙であり、最近北米でおこなわれた大規模調査によれば、SIPS で前駆状態と診断された場合、3 年以内の発症率は 41% に達するとされ、その妥当性の高さが確認されている³⁾。同時に構造化面接に関する評価者間の一致度も十分に高い水準を示しており¹²⁾、これについては筆者らの作成した日本語版でも検討を行い、その高い信頼性を確認した⁸⁾。

前駆状態のスクリーニング

— PRIME-J スクリーニング —

早期介入の対象がより早期に広まるにつれ、当然ながらより低コストで簡便なスクリーニング手法が求められるようになった。PRIME-Screen はそのような目的で開発された簡便な自己記入式スクリーニングシートの一つであり、SIPS と同様に Yale 大学の Miller らによって作成された¹¹⁾。質問項目は SIPS の陽性症状項目から特異性の高かった項目を選択し、0 (全くあてはまらない)

から 6 (とてもあてはまる) までの 7 段階で自己評価する。

筆者らは PRIME-Screen をもとに新たに「PRIME-J スクリーニング」(表 2) を作成し、その妥当性についての研究をおこなった⁷⁾。115 例の精神科診療所初診患者 (16~30 歳) に PRIME-Screen を施行した結果、46 例 (40%) が筆者らの作成したリスク状態の基準に該当し、うち 19 例が SIPS で前駆状態と判断された。PRIME-J スクリーニングで基準に満たない例では、全て SIPS でも陰性であった。SIPS で前駆状態と判断された 19 例で 6 ヶ月後の経過が追えたのは 16 例であり、うち 4 例 (25%) が精神病を発症したが、SIPS で陰性と判断された群では 6 ヶ月後での発症例は認めなかった。これらの結果より PRIME-J スクリーニングは特異度、感度ともに各々 100%、74% と高く、かつ SIPS の結果を比較的良く (43%) 予測しうることが確認された。すなわち最初に PRIME-J スクリーニングを施行し、その陽性群に対して SIPS をおこなうことによって、より効率的な操作的診断が可能となることが示唆される。実際にこのような手法は言語化しがたい主観的な体験を見えやすくし、隠された前駆症状を明らかにするうえでも重要といえよう。事実問診では明らかでなかった症状が、自己記入式スクリーニングによって発見されることも少なくない。

以上のように PRIME-J スクリーニングは、SIPS/SOPS によって診断されるような精神病前駆状態を抽出するのに有用であることが示唆される。PRIME-J スクリーニングが SIPS/SOPS を基礎に作成された経緯を考えれば、その的中率の高さは驚くにあたらないが、構造化面接に比べてはるかに簡便である点や、前述のように SIPS によって診断される前駆状態の妥当性が十分に高いことを考え併せると、スクリーニングテストとしての実用性の高さは十分確認できると考えている。

おわりに

閾値以下の微弱な精神病的体験を標的にするこ

表2 PRIME-J スクリーニング⁷⁾

記入の仕方： この1年以内の体験に基づいて、以下の各項目にどの程度あてはまるかを教えてください。 各々の質問を良く読んで、自分自身の体験を最も良く言い表している箇所に○をつけてください。 4, 5, 6 にあてはまる場合は、その期間を右欄に7, 8, 9 で答えてください。 すべての質問にお答えください。	0	1	2	3	4	5	6	左欄で4~6と答えた方は、それがどの程度続いているか (あてはまる期間に○をつけてください)		
	まったくあてはまらない	ほとんどあてはまらない	どちらかといえばあてはまらない	どちらともいえない	どちらかといえばあてはまる	かなりあてはまる	とてもあてはまる	1月以内	1月~1年	1年以上
a. 説明できないような奇妙で普通でない物事が自分の周りで起きていると感じることがある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
b. 将来を予見することができると感じている	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
c. 自分の考えや感情、行動が何かに干渉される、あるいは支配されるように感じることがある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
d. 迷信を信じて普段とは全く違う行動をとった経験がある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
e. 経験したり感じたりすることが現実なのか、空想や夢の一部なのかわからなくなって混乱することがある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
f. 他人に自分の考えが自然に伝わってしまったり、自分に他人の考えが自然に伝わってしまったりすることは起こりえることだと思う	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
g. 誰かが自分に危害を加えることを企(たくら)んでいたり、あるいは実際にされかねないと感じることがある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
h. 自分にはもって生まれた以上に特殊な才能や超自然的な能力があると信じている	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
i. 自分の心にいたずらされているように感じることがある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
j. 近くに誰もいないのに、誰かの発する音を聞いたり、誰かがぶつぶつ言っていたり喋っているのを聞いたりしたことがある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
k. 自分が考えていることを他の人に声に出して言われたように感じることがある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

とによって、精神病の発症危険状態を前もって同定しようとする試みは、早期介入の利点を知る臨床家や研究者の間で以前から重ねられてきたものでもある¹⁰⁾。最近の知見はこうした早期診断の試みが現実に実現可能なものであり、かつ実用性が高いことを示唆してきているといえよう^{6,13)}。その中で自己記入式スクリーニングは、閾値以下の客観化しづらい精神病的体験を言語化するレベルに導出できる可能性があり、早期診断ツールとして意義の高いものと考えられる。

精神病前駆期のスクリーニングツールであるPRIME-Jスクリーニングは、予備的な研究ながら感度・特異度も高い値を示しており、その有用性が示唆された。今後はさらにその妥当性を確認していく作業が必要であるが、構造化面接(SIPS)と併行してPRIME-Jスクリーニングを用いていくことは、早期介入を実現していくうえでも十分高い意義を備えているといえよう。

文 献

- 1) Berrios, G.E.: Delusions as "wrong beliefs": a conceptual history. *Br J Psychiatry Suppl*, (14); 6-13, 1991
- 2) Blankenburg, W.: *Der Verlust Der Natürlichen Selbstverständlichkeit: Ein Beitrag zur Psychopathologie Symptomarmer Schizophrenien*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1971 (木村 敏, 岡本 進, 島 弘嗣 訳: 自明性の喪失—分裂病の現象学—。みすず書房, 東京, 1978)
- 3) Cannon, T.D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., et al.: Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry*, 65; 28-37, 2008
- 4) Conrad, K.: *Die Beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. Thieme, Stuttgart, 1971 (山口直彦, 安 克昌, 中井久夫訳: 分裂病のはじまり。岩崎学術出版社, 東京, 1994)
- 5) 小林啓之, 水野雅文: 早期診断と治療の根拠。臨床精神医学, 36; 377-382, 2007
- 6) 小林啓之, 水野雅文: 早期診断と治療の実際。こころの科学, 377; 20-25, 2007
- 7) Kobayashi, H., Nemoto, T., Koshikawa, H., et al.: A self-reported instrument for prodromal symptoms of psychosis: Testing the clinical validity of the PRIME Screen-Revised (PS-R) in a Japanese population. *Schizophrenia Res*, 106; 356-362, 2008
- 8) 小林啓之, 野崎昭子, 水野雅文: 統合失調症前駆症状の構造化面接 (Structured Interview for Prodromal Syndromes: SIPS) 日本語版の信頼性の検討。日本社会精神医学雑誌, 15; 168-174, 2006
- 9) McGlashan T., Miller T., Woods S., et al.: *Structured Interview for Prodromal Syndromes, Ver. 4.0*. Yale School of Medicine, New Haven, 2003
- 10) McGorry, P., Jackson, E.: *The Recognition and Management of Early Psychosis. A Preventive Approach*. Cambridge University Press, Cambridge, 1999 (鹿島晴雄監修, 水野雅文, 村上雅昭, 藤井康男監訳: 精神疾患の早期発見・早期治療。金剛出版, 東京, 2001)
- 11) Miller, T., Cicchetti D., Markovich, P., et al.: The SIPS-Screen: a brief self-report screen to detect the schizophrenia prodrome. *Schizophr Res (Suppl.)*, 70; 78, 2004
- 12) Miller T., McGlashan, T., Rosen, J., et al.: Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the structured interview for prodromal syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *Am J Psychiatry*, 159; 863-865, 2002
- 13) 水野雅文: 1.5 次予防のメンタルヘルスケア 巻頭言。精神医学, 49; 4-5, 2007
- 14) Møller, P., Husby, R.: The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull*, 26; 217-32., 2000
- 15) 中安信夫: 初期分裂病。星和書店, 東京, 1990
- 16) Yung, A., Phillips, L., McGorry, P., et al.: The prediction of psychosis: a step towards indicated prevention. *Br J Psychiatry*, 172 (Suppl. 33); 14-20, 1998