

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

早期精神病 (early psychosis) における診断と症候学

針間 博彦 (都立松沢病院)

I. 早期精神病に関する諸概念

A. 精神病 (状態) psychosis とは

精神病未治療期間 (DUP) の短縮と発症早期 (「臨界期」) の治療を重視する精神病早期介入という視点からは, 初回エピソード統合失調症 (first-episode schizophrenia : FES) に代えて初回エピソード精神病 (first-episode psychosis : FEP) という言葉が使われる。患者が ICD-10 や DSM-IV-TR による統合失調症の診断基準を満たすようになる前に, 精神病状態 psychosis に対する時宜を得た治療的対応を行うことが主眼とされるからである。初回エピソード精神病は精神病状態 psychosis の初回発現を指し, 経過の中で統合失調症の診断基準を満たしたものは初回エピソード統合失調症と呼ばれる。初回エピソード精神病には統合失調症の基準を満たさない精神病性障害だけでなく, 精神病症状を伴う重度の気分障害, 物質使用による精神病性障害なども含まれる。

すなわち, ここでの精神病状態 psychosis とは成因を問わない状態像診断であり, 精神病症状を呈する状態を広く包括したものである (英語の depression が多くの場合「うつ病」ではなく「うつ状態」を示すのと同様である)。この psychosis を「精神病」と訳すと疾患ないし疾患単位と誤解されるおそれがあるが, 「精神病状態」という言葉は「精神病」が意味する事態の重大さを本人と家族に伝えるとともに, それが「状態」を示しているにすぎないという点でスティグマが少なく, 予後に関する楽観を伝えうると考えられる。

Psychosis という言葉は早期介入のために「診断的不確定性を受け入れる」, すなわち診断確定を待たないという観点から好んで用いられる。早期精神病 early psychosis³⁾ という言葉は通常, 前駆期および初回エピソード精神病発現後の 5 年間 (臨界期 critical period) を指して用いられる。

B. 前駆期と発症危険精神状態 (ARMS)

1. 前駆期

統合失調症ないし精神病性障害の前駆期 prodrome とは疾病の始まり (onset of illness) から精神病状態の発現 (onset of psychosis) までの期間を示す。これは retrospective な概念であり, 統合失調症ないし精神病性障害を発症した例での事後認定である。

2. 発症危険精神状態

それに対し, 発症危険精神状態 (at risk mental state : ARMS) とは素因要因と状態要因の組み合わせによって超ハイリスク (UHR) 群を操作的に同定したものである。これは prospective な概念であり, 経過はさまざまであって統合失調症ないし精神病性障害を発症するとは限らない。この ARMS に関する操作的診断基準はいくつかのものが提案されている (後述)。

II. ICD-10, DSM-IV-TR における

早期精神病の診断

A. ICD-10

ICD-10 (DCR)⁷⁾ による統合失調症は統合失調症状 (F20.0-F20.3 の基準 G1. (1) (a) から (2) (c)

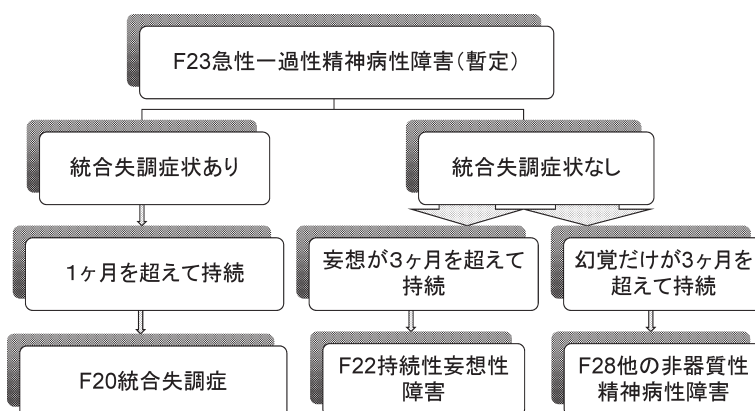


図1 ICD-10による急性一過性精神病性障害，統合失調症，持続性妄想性障害の診断図式

表1 DSM-IV-TRによる統合失調症の特徴的症状 vs. CAARMS および SIPS/SOPS の症状項目

症状の次元	DSM-IV-TR 統合失調症の特徴的症状	CAARMS	SIPS/SOPS
妄想 delusions	* 奇異な妄想	1.1 普通でない思考内容	P.1 普通でない思考内容
	(1)妄想	1.2 奇異でない観念	P.1 妄想観念 P.2 猜疑心/被害観念 P.3 誇大観念
幻覚 hallucinations	(2)幻覚	1.3 知覚異常	P.4 知覚異常/幻覚
解体 (まとまりのなさ) disorganisation	(3)まとまりのない会話	1.4 まとまりのない会話	P.5 まとまりのないコミュニケーション
	(4)ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動	5.3 まとまりのない/変わった/ステイグマを与える行動	D. 解体症状
陰性 negative	(5)陰性症状	3 情動障害 4 陰性症状	N. 陰性症状

太字は CAARMS, SIPS/SOPS の基準となる精神病症状の項目

まで)が1ヶ月を超えて持続することが要件である。統合失調症状がない、あるいはその持続が1ヶ月未満であるが寛解していない精神病性障害は暫定的に急性一過性精神病性障害に分類され、その後の症状と持続期間によって統合失調症、持続性妄想性障害、他の非器質性精神病性障害などに診断が変更される(図1)。統合失調症状に気分障害が先行している場合は気分障害あるいは統合失調感情障害と診断される。急性一過性精神病

性障害は統合失調症状と多形性の有無によって下位分類される。統合失調症は精神病エピソードの状態像によって妄想型、破瓜型、緊張型、鑑別不能型に下位分類される。

B. DSM-IV-TR

DSM-IV-TR²⁾による統合失調症の診断基準は特徴的症状(基準A, 表1)が1ヶ月以上続き(活動期), かつ前駆期, 残遺期を含む疾病の持続

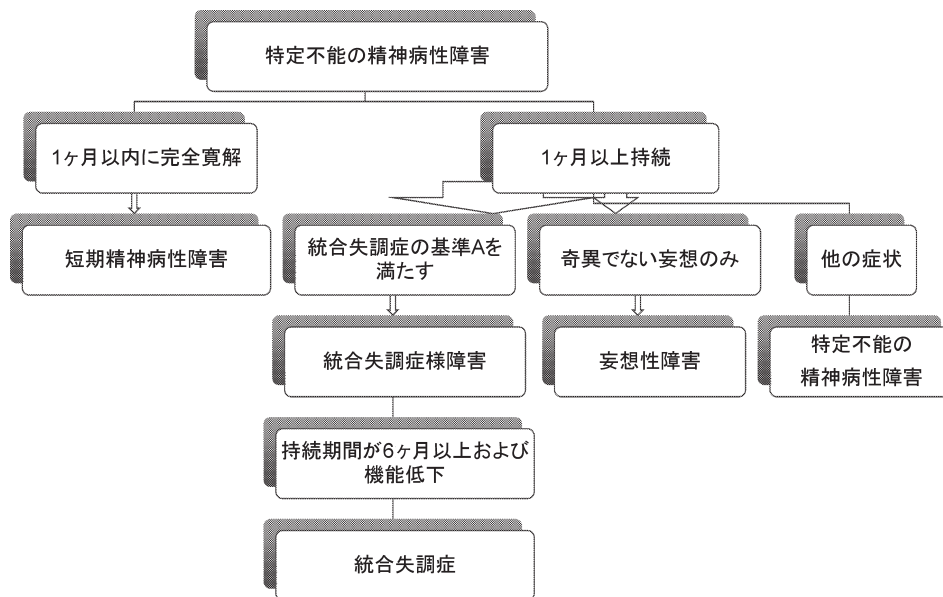


図2 DSM-IV-TRによる統合失調症および他の精神病性障害の診断図式

期間が6ヶ月以上（基準C）であることのほか、病前からの機能低下（基準B）が要件になっている。この特徴的症狀の(1)から(4)までは、DSM-IV-TRに定義される「精神病症状」、すなわち「妄想、なんらかの顕著な幻覚、まとまりのない会話、まとまりのないまたは緊張病性の行動」と同じである。なお、このうち「まとまりのない会話」はICD-10による「精神病症状」の定義には含まれていない。

統合失調症の基準のうち6ヶ月以上という持続期間の基準を満たさない場合は統合失調症様障害と診断され、A特徴的症狀の(1)から(4)までが1ヶ月未満存在している場合、完全寛解していれば短期精神病性障害と診断され、いまだ完全寛解していない場合は特定不能の精神病性障害と診断される（図2）。

DSM-IV-TRによる診断基準には、統合失調症の包含基準だけに「機能低下」という項目があり、他の精神病性障害には「精神病症状」しかない。McGlashan⁴⁾は端的に「DSM-IVによる統合失調症は患者の健康にとって有害である」と題さ

れた論説のなかで、機能低下と持続期間という基準が統合失調症診断の遅れをもたらし、長期のDUPを助長していると主張している。これらの基準のために発症後まもない統合失調症の診断が排除され、代わって短期精神病性障害、統合失調症様障害、特定不能の精神病性障害などと診断されるため、十分な関心と注意が払われず、十分な治療が行われないからである。McGlashanは、これらの前駆的な「障害」が「これは統合失調症か」という重要な問題の先延ばしを助長していることから、それらは統合失調症の基準B（機能低下）、C（持続期間）もろとも削除されるべきであると主張している。

III. CAARMS, SIPS/SOPS における精神病状態の基準

ここではARMSに関する操作的診断基準である豪州のCAARMS (Comprehensive Assessment of At Risk Mental States: 発症危険精神病状態包括評価)⁸⁾と米国のSIPS (Structured Interview for Prodromal Syndrome: 前駆症候

表2 CAARMS——精神病状態 psychosis の
閾値/抗精神病薬治療の閾値

以下の3つの基準をすべて満たすこと。

- 重症度尺度の得点 (「明らかな精神病症状」
「普通でない思考内容」の下位尺度が6点, 「奇異で
はない観念」の下位尺度が6点, 「知覚異常」の下
位尺度が5点あるいは6点, および/あるいは「ま
とまりのない会話」の下位尺度が6点。
- 頻度尺度の得点
「普通でない思考内容」「奇異ではない観念」「知覚
異常」および/あるいは「まとまりのない会話」の
下位尺度が4点以上 (週に3回以上—1回につき1
時間を超える。あるいは, 毎日)
- 持続期間
症状は1週間を超えて存在している

群構造化面接)/SOPS: Scale of Prodromal
Symptoms (前駆症状尺度)⁵⁾を取り上げる。

A. CAARMS

CAARMSは「超ハイリスク」状態(発症危険
精神病状態: ARMS)の基準を満たしているか決
定すること, および急性精神病状態を除外する,
あるいはその基準を満たしていることを確認する
ことを目的とした評価尺度であり, 「1. 陽性症状,
2. 認知的変化-注意/集中力, 3. 情動の障害, 4.
陰性症状, 5. 行動上の変化, 6. 運動面の変化/
身体的変化, 7. 一般精神病症状」の症状カテゴ
リ-に分類されている。「超ハイリスク」状態の基
準とともに「精神病状態の閾値/抗精神病薬によ
る治療の閾値」が操作的に定義されており, 後者
は「1. 陽性症状」の下位項目である「1.1 普通
でない思考内容」「1.2 奇異でない観念」「1.3 知
覚異常」「1.4 まとまりのない会話」(これらは
DSM-IV-TRの統合失調症の特徴的的症状Aのう
ち(1)から(3)の次元分類に合致している: 表1)
のいずれかにおいて, 重症度(精神病性), 頻度
(週の過半), 持続期間(1週間以上)という3つ
の基準をすべて満たす, というものである(表
2)。制作者の1人であるYung⁶⁾は, ARMSから
閾値を満たす精神病状態への移行が明確なもので
はなく, この閾値の定義が恣意的なものであるこ

とを認めている。

症状分類別に重症度の基準をみると, 「普通で
ない思考内容」と「奇異でない観念」(ここで
「観念 ideas」は確信を伴わない念慮と確信を伴
う妄想を合わせた総称として用いられている)で
は, 症状の重症度(0から6まで)のうち, 妄想的
確信を伴う「6 精神病性かつ重度」が閾値を
満たす「明らかな精神病症状 frank psychotic
symptoms」とされ, それに満たないものは閾下
である「弱い精神病症状 attenuated psychotic
symptoms」とされる。「普通でない思考内容」
の下位項目である「奇異な観念」はすべて狭義の
自我障害である。「知覚異常」では感覚領域別
に変容, 錯覚, 幻覚があげられ, 「5 精神病性だが
重度でない」および「6 精神病性かつ重度」に
相当する真正幻覚が「明らかな精神病症状」とさ
れる。「まとまりのない会話」については主観的
変化とともに第3者による客観的評価のための質
問があげられている。その重症度が「6 精神病
性 支離滅裂, 理解不能な会話, 思考の流れを追
うことが著しく困難. 会話における連合弛緩」で
ある場合, 「明らかな精神病症状」とされる。

まとめると, 妄想, 自我障害, 真正幻覚および
まとまりのない会話が, 閾値を満たす「明らかな
精神病症状」とされる。これはDSM-IV-TRに
おける統合失調症の診断基準A(1)(2)(3)に相当
する。

B. SIPS/SOPS

SIPS/SOPSでも精神病状態発現の操作的定義
である「精神病症候群の存在 Presence of
Psychotic Syndrome (POPS)」が示されている
(表3)。この定義は, 妄想, 幻覚, まとまりのな
い会話という陽性症状を要件としている点は
DSM-IV-TR, CAARMSと同じであるが(表
1), 持続時間に関して二通りの基準を設けている
点異なる。すなわち, 陽性症状が精神病性の強
度であっても問題を生じるものでなければ, 1ヶ
月以上という持続期間が適用されるが, 症状が重
大な機能の解体あるいは危険を伴う場合, ただち

表3 SIPS/SOPS——精神病状態 psychosis 発症の定義 (POPS)

以下の A と B を両方を満たすこと

- A) 精神病水準の強度を有する陽性症状 (SOPS での最高得点)
- ・妄想的確信を有する普通でない思考内容, 猜疑心/被害性あるいは誇大性, および/または
 - ・幻覚性強度を有する知覚異常, および/または
 - ・理解不能な会話
- B) 基準 A のいずれかの症状が十分な頻度および持続期間, あるいは緊急性
- ・基準 A のうち少なくとも 1 つの症状が 1 日のうち少なくとも 1 時間, 平均週 4 日以上頻度で 1 ヶ月出現した
 - ・症状が重大な解体を生じている, あるいは危険である

に精神病状態への転換とみなされ, 持続期間の基準は適用されない. 作成者の 1 人である McGlashan によれば, 危険とは自傷他害のおそれだけでなく, 生活環境の中で患者にスティグマを与えかねない奇異な行動が新たに出現することも含むという. これは患者の人的安全だけでなく, 患者の信用の安全にも気を配ったものである. こうした危険に関する判断は操作的基準には不向きかもしれないが, 臨床上不可欠なものであり, いわば仏に魂を入れたものとなっている.

IV. 超ハイリスク群の基準

A. 超ハイリスク (UHR) 群の基準

CAARMS では超ハイリスク群は 3 群に分けられる. 第 1 の脆弱性 vulnerability 群は, 素因リスク因子 (第 1 度親族に精神病の家族歴あるいは患者に統合失調型パーソナリティ障害 [DSM-IV-TR] が存在すること) と, 精神状態および/あるいは機能の重大な悪化の組み合わせによって同定される. 第 2 の弱い精神病状態 attenuated psychosis 群は, 閾下の精神病候群によって同定される. すなわち, 強度 (重症度) が閾下である (症状が十分に重症でない) ために精神病状態の閾値水準に達していない症状 (「弱い精神病症状」), あるいは精神病症状を有するがその頻度が

閾下である (症状が十分な頻度で生じない) ことによって同定される. 第 3 の短期限定間欠性精神病症状 (BLIPS) 群は, 明らかな精神病症状が 1 週間以内に自然に (抗精神病薬による治療なし) 消褪したという最近の病歴によって同定される. SIPS/SOPS の前駆症候群もほぼ同様の 3 群からなる.

B. 「弱い精神病症状」とは何か

「弱い精神病症状」とは, CAARMS の重症度尺度によれば, 「1.1 普通でない思考障害」のうち妄想的確信に至っていないもの, すなわち「困惑, 関係念慮, 独自で高度に非蓋然的だが疑念を伴う思考」, 「1.2 奇異でない観念」のうち妄想的確信に至っていないもの, すなわち「変わった思考, 特異な確信, 独自で高度に非蓋然的だが疑念を伴う思考」, 「1.3 知覚異常」のうち真正幻覚でないもの, すなわち「強い知覚変容や錯覚, 離人症/現実感喪失, 要素幻聴」, および「1.4 まとまりのない会話」のうち滅裂/連合弛緩に至っていない「会話の迂遠さ, 接線性, まとまりのなさ」である. SIPS/SOPS においてもほぼ同様である.

これらの「弱い精神病症状」は決して新しいものではなく, 表 4 に示したようにすでに DSM-III¹⁾ から DSM-IV-TR にかけて統合失調症の前駆症状あるいは残遺症状, および統合失調パーソナリティ障害の特徴として記載されており, ICD-10 の統合失調型障害にも引き継がれている. ただし, 「弱い attenuated」という表現が登場したのは DSM-IV であり, 「統合失調症の前駆期・残遺期には変わった確信, 普通でない知覚体験など基準 A の症状の弱い形 attenuated form がみられる」と記載されている.

CAARMS や SIPS/SOPS の特徴は「弱い精神病症状」と「明らかな精神病症状」を症状の次元別に同じ連続体上に考える次元的アプローチを採用したことであり, 個々の「弱い精神病症状」自体は DSM-IV-TR の統合失調型パーソナリティ障害や ICD-10 の統合失調型障害の症状項目によ

表4 DSMの統合失調型パーソナリティ障害および統合失調症の前駆症状と
ICD-10 (DCR) : F 21 統合失調型障害にみられる「弱い精神病症状」

DSM-III, DSM-III-R 統合失調症性障害の前駆 あるいは残遺症状	DSM-III 統合失調型 パーソナリティ障害	DSM-III-R 統合失調型 パーソナリティ障害	DSM-IV 統合失調型 パーソナリティ障害	ICD-10 (DCR) F 21 統合失調型障害
(7)変わった確信あるい は魔術的思考	(1) (魔術的思考のみ)	(3)	(2)	(4)
(7)関係念慮	(2)	(1)	(1)	
(1)社会からの孤立 あるいはひきこもり	(3)社会からの孤立	(6)第1度親族以外に親 しい友人がいない	(8)	(3)ラポールの不良 社会からのひきこもり
(8)普通でない知覚体験 反復性の錯覚 存在の感知	(4)反復性の錯覚 存在の感知 離人症 現実感喪失	(4)普通でない知覚体験 反復性の錯覚 存在の感知	(3)普通でない知覚体験 身体性錯覚	(7)普通でない知覚体験 身体感覚性(身体性)錯覚 離人症 現実感喪失
(6)変わった会話	(5)	(7)	(4)変わった思考と会話	(8)
(5)狭小化あるいは不適 切な感情	(6)	(8)	(6)	(1)
	(7)猜疑心あるいはパラ ノイド観念	(9)	(5)	(5)
	(8)不当な社会不安あるい は批判に対する過敏性	(2)過度の社会不安	(9)	
(2)社会機能の低下				
(3)奇妙な行動			(7)奇妙な行動や外見	(2)
(4)個人衛生や身だしな みの障害				
(6)会話あるいは会話内容 の貧困 (DSM-III-R)				
(9)発動性, 関心, エネルギ ーの欠如 (DSM-III-R)				
				(6)反芻
				(9)一過性精神病様エピ ソード

下線の項目は「弱い精神病症状」に相当するもの

ってほぼ網羅されるものである (表5)。

V. おわりに

最後に、精神病症状の持続期間からみた ICD-10 (DCR), DSM-IV-TR, CAARMS, SIPS/SOPS の診断基準の差異をまとめた (表6)。診断基準によって精神病性障害ないし精神病状態 psychosis と判断する時期が異なることに注意が必要である。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1980
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision. American Psychiatry Association, Washington, D.C., 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳. DSM-IV-TR 精神障害の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002)

表5 ICD-10 (DCR) : F 21 統合失調型障害と CAARMS の項目の対応関係

ICD-10 (DCR) : F 21 統合失調型障害	CAARMS
(1)不適切な、あるいは狭小化した感情のため、患者は冷淡で近寄りたく見える	3.2 観察される感情鈍麻 3.3 観察される不適切な感情
(2)変わった、奇矯な、あるいは奇抜な行動あるいは外見	5.3 まとまりのない/変わった/スティグマを与える行動
(3)他者とのラポールが不良であること、および社会からの引きこもりの傾向	5.1 社会からの孤立
(4)行動に影響を与え、下位文化的基準に矛盾する、変わった確信あるいは魔術的思考	1.1 普通でない思考内容の「弱い精神病症状」
(5)猜疑心あるいはパラノイド観念	1.2 奇異でない観念の「弱い精神病症状」
(6)醜形恐怖的、性的、あるいは攻撃的内容をしばしば伴う、内的抵抗のない反芻	—
(7)身体感覚性(身体性)錯覚あるいは他の錯覚、離人症あるいは現実感喪失などの異常知覚体験	1.3 知覚異常の「弱い精神病症状」
(8)曖昧な、迂遠な、隠喩的な、凝りすぎた、あるいはしばしば常同的な思考。これは変わった会話として現れるか、あるいは他の現れ方をするが、著しい減裂を伴わない	1.4 まとまりのない会話の「弱い精神病症状」
(9)時折の一過性精神病様エピソード。これは強度の錯覚、幻聴あるいは他の幻覚、妄想様観念を伴い、通常、外的誘発なしに生じる	BLIPS (短期限定間欠性精神病症状)

表6 精神病症状の持続期間からみた診断基準の比較

持続期間	1 週	1 ヶ月	3 ヶ月	6 ヶ月
ICD-10	F 23.1, F 23.2 (確定または暫定) =統合失調症状が1ヶ月未満	統合失調症 =統合失調症状が1ヶ月以上		
	F 23.0, F 23.3 (確定または暫定) =統合失調症状を伴わない精神病症状が3ヶ月未満			F 22 持続性妄想性障害 =妄想が3ヶ月以上 F 28 他の非器質性精神病性障害 =幻覚が3ヶ月以上
DSM-IV-TR	特定不能の精神病性障害 (暫定) =精神病症状が1ヶ月未満かつ未寛解 短期精神病性障害 (確定) =精神病症状が1ヶ月未満かつ寛解		統合失調症様障害 (暫定または確定) =統合失調症状が1ヶ月以上 (治療が成功した場合はより短い) かつ 前駆期・残遺期を含み6ヶ月未満	統合失調症 =統合失調症状が1ヶ月以上 (治療が成功した場合はより短い) かつ 前駆期・残遺期を含み6ヶ月以上
			妄想性障害 =奇異でない妄想が1ヶ月以上	
CAARMS	BLIPS =精神病症状が1週未満	精神病状態 (psychosis) =精神病症状が1週以上		
SIPS/SOPS	精神病状態 (psychosis) =精神病症状が存在 かつ 重大な解体あるいは危険が生じている			
	BIPS =精神病症状が1ヶ月未満 かつ 重大な解体や危険が生じていない		精神病状態 (psychosis) =精神病症状が1ヶ月以上	

F 23.0=統合失調症状を伴わない急性多形性精神病性障害, F 23.1=統合失調症状を伴う急性多形性精神病性障害

F 23.2=急性統合失調症様精神病性障害, F 23.3=妄想を主とする他の急性精神病性障害

BLIPS=短期限定間欠性精神病症状

BIPS (Brief Intermittent Psychotic Syndrome)=短期間欠性精神症候群

3) EPPIC: Case Management in Early Psychosis: a Handbook. EPPIC, Melbourne, 2001

4) McGlashan, T.H.: The DSM-IV version of schizophrenia may be harmful to patients' health. *Early Intervention in Psychiatry*, 1; 289-293, 2007

5) Miller, T.J., McGlashan, T.H., Rosen, J.L., et al.: Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr Bull*, 29; 703-15, 2003

6) Nelson, B., Yung, A.R., Bechdolf, A., et al.:

The Phenomenological Critique and Self-disturbance: Implications for Ultra-High Risk ('Prodrome'). *Schizophrenia Bulletin*, 34 (2): 381-392, 2008

7) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders; Diagnostic Criteria for Research. 1993 (中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子ほか訳: ICD-10 精神および行動の障害—DCR 研究用診断基準, 新訂版. 医学書院, 東京, 2008)

8) Yung, A.R., Yuen, H.P., McGorry, P.D., et al.: Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry*, 39; 964-971, 2005
