

## 第 105 回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

臨床における非定型精神病概念再考  
——診断基準作成に向けて——

須賀 英道（龍谷大学保健管理センター）

## 1. はじめに

最近の日本における精神科救急医療において、敏速な対処の必要性から行政面を主に体制の整備がなされてきたことは大きな前進といえる。急性期の精神障害患者に対して敏速に治療介入できる基盤が整備されたといえよう。こうした中で急性期の精神障害についての報告では、入院時の状態像として約7割にみられる精神運動興奮状態に対して付けられた診断のほとんどが「急性精神病」となっている。これは緊急入院後に鎮静化処置がはかられ、他の単科精神科病院などへ転院するといった精神科救急医療の過程がとられる上で、行政対処的には単純明快な診断名として意義あるものといえる。しかし、患者側の立場からみるとその治療的意義はあまりにも乏しいのではないか。これまで長年にわたって多くの精神科医によって培われてきた臨床医学的経験が何ら生かされていないといえる。急性期の患者に対しても状態像に加え、生活史、現病歴、家族歴などの把握による記述精神医学的診察を基本とすることでその患者の病状に応じた診断名が付けられ、患者やその家族に対して病状を説明し、その予後予測や再燃予防についての努力がなされてきたのである。こうした視点からの診断が最近あまりなされず、「急性精神病」としてひとまとめにされているのが実情である。この背景には、状態像と持続期間を診断基準とした操作的診断が主に用いられ、急性期の精神病エピソードに対して短期精神病性障害や統合失調様障害（DSM-IV-TR）、急性一過性精

神病性障害（ICD-10）など診断名にばらつきがあることが1つの要因といえる。元来こうした急性期の精神病エピソードを持つ患者には、精神運動性興奮を中心に思考面、感情面でも多彩な病像が示され、短期間で回復するものが多くみられる。そのためクレペリンによって2分された統合失調症と躁うつ病のいずれにも属さない中間型が多く、その診断名もこれまで数多く生み出された。その中には診断名に妥当性を追求するあまり原因論的カテゴリーに執着し、その結果消退した病名もある。その代表が非定型精神病であろう。本稿ではこうした非定型精神病概念について臨床的有用性を再考するとともに、非定型精神病的診断基準の必要性を提言するものである。

## 2. 急性精神病状態での診断のもつ意義

## 1) 症例提示

症例は精神保健福祉法第24条通報（以下、24条通報）によって診察となった42歳女性である。

【診察の経緯】X年3月Y日、女性が通りかかった家の軒下にある植木鉢を勝手に地面に投げつけて割っているところを住民に発見され、注意された際に興奮して怒鳴り住民の腕をつかむ行為があったため警察に通報された。警察官の質問にも大声を上げてわめき続けるため警察に保護された。警察署では、大声で怒鳴ったり、急に泣き始めたり、笑ったり、情動不穏が続いた。夜間も個室で過ごす、宙に向かってぶつぶつ独言を続けたり、急にうずくまって泣いて謝る仕草をみせたり、一

晩中、多動な状態が続いた。翌日は、わめいたりする多動な状態は減ったが、食事をとろうとせず、差し出す水を床にまき散らしたり、つばを吐き散らしたりする行為が続いた。2日後、24条通報から精神保健指定医の診察にて医療保護入院が必要とされ、A病院搬送の手続きがとられた。

【その後の経過】搬送されたA病院では、1週間ほど保護室にて隔離となり、隔離が解除されて数日後、B病院に転院となった。転院の際に書かれた診療情報提供書の診断は急性精神病であり、家族には入院後2週間の現時点ではまだ病名はわからないことや転院後の各種検査が必要との旨が説明されたという。

今回この症例を取り上げたのは、私が24条通報によって診察した際においても判断し得た臨床診断（典型的な非定型精神病の症例）とA病院でなされた診断（急性精神病）との間に、最近の急性精神病に対する診断のかかえる大きな問題点をみたからである。

この症例について、私の診察時に得られた情報を要約すると次のようになる。

【生活史】3人同胞末子。高卒後、事務員。27歳時職場結婚後、退職。2人の子供を産む。

【家族負因】母が躁うつ病で入院歴あり。

【現病歴】

初発は29歳。1子出産後、育児の悩みから不眠傾向。母親に言われたことを機に、言動にまとまりがなくなり、夫の発言や行動にも猜疑的となり、怒鳴ったり、泣き叫んだりと情動不穏となった。家事もしなくなり、夫が食事を作ったが、「毒をいれられた」と食事をとろうとしないため、C病院に医療保護入院となった。入院期間は28日間。その後数ヶ月は通院するが、以後受診せず。2回目は37歳。長男の小学校授業参観後、周囲の保護者が集まって自分のことを悪く言うといった被害念慮がみられた。夫に相談しても相手にされず、夫に猜疑的・攻撃的な言動、行動が徐々に著しくなり、情動不穏、不眠が続いた。夫が病院受診を勧めた際に、突然家を飛び出した。数時間後訳のわからないことをわめいている状態で発見

され、D病院に医療保護入院となった。入院期間は50日間。その後、外来通院にてリスペリドンなど抗精神病薬の服用が続いたが、40歳（2年前）から受診していない。夫の話では、育児、家事に問題はなく、この1年ほどは、スーパーでアルバイトをしているという。今回は42歳。この1ヶ月ほどアルバイトが忙しく、しんどそうにしていた（夫談）。警察に保護された当日は、店の当番のことで同僚とトラブルがあったらしい。

【警察署における診察時現症】

着席し対面すると、いきなり座ったまま椅子を後ろに下げたり戻したり、体幹を大きく上下に揺すったり、急に立ち上がって退出しようとしたり、診察者の胸元を掴もうとするなど多動な状態をみせた。表情は険しく、睨みつけたり、笑ったりし、大声で怒鳴りつける。質問には断片的に応じるがほとんど会話にならない。宙に向かってぶつぶつ独言を続けたり、時々つばを吐き散らしたりする行為もみられた。

## 2) 症例に対する診断

緊急入院を受けたA病院での診断は「急性精神病」であり、診断に関する不確定要素を抱えたままの転院という形がとられた。一方、指定医診察による措置不要および医療保護入院の必要性に関する書類のために行った私の診断では、ICD-10による「急性一過性精神病性障害」が用いられた。しかし、個人的臨床的見地からは典型的な「非定型精神病」と診断されたと思う。それによって治療方針を判断し、病状・予後などについての説明が本人・家族へ明確になされうからである。それでは、こうした急性期の症例に対してどのように診断するのが妥当なのか？

## 3) 精神科診断の必要性

まず、「急性精神病」という診断については、次のような長所・短所が考えられるだろう。

【長所】

1. 法律（精神保健福祉法など）の軸で使いやすいこと。

2. 行政的に緊急性（入院必要性）を示唆できること。
3. 異種性であっても一括できること。

#### 【短所】

1. 本人・家族に対して行政的意味での緊急性は高圧的であること。
2. 治療・転帰に有用な情報に乏しいこと（エビデンスの蓄積がない）。
3. 異種性が著しいこと。
4. 学術対象になりにくいこと。

「急性精神病」という診断は、こうした長・短所を理解した上で、使用目的に合った場所で用いることが望ましいといえる。

そもそも精神科診断は様々なレベルで使用目的が異なることを頭に入れておくべきである。まず、社会的行動レベルにおいては、患者本人の保護や治療介入する上での緊急性の評価がなされるが、これは措置・医療保護入院の必要性を判定するもので、「急性精神病」の診断で可能である。次に、症状エピソードを改善するといった治療レベルでは、薬物治療を中心とした治療選択にあたって、薬物有効性・副作用などについて蓄積されたエビデンスが求められるため、DSM-IV-TR や ICD-10 による操作的診断が適している。しかし、患者に対して人生のスパンから総括してとらえるといった、診断に縦断的意義を求めるためには、これまでの臨床精神科医が積み重ねてきた経験が大きい。これによって病気の転帰や再発予防の説明もでき、病気に対する患者の受け入れにまで広げられる。「非定型精神病」診断の有用性はここにあるといえよう。

### 3. 非定型精神病診断の臨床的有用性について

元来、非定型精神病概念はどのようにして生じたのか。周知のごとく、クレベリンが内因性精神病において境界付けとしてとった2分法は袋小路に陥った。その解決策が模索される中から非定型精神病概念が生み出されたのである。当時、2分法の間群への解釈が数多く出される中で、ウェルニッケやクライストは第3の独立疾患群として

の解釈をとっていたが、日本の満田もこうした独立性の立場から非定型精神病概念を唱えた。彼の独立性の立場は臨床遺伝学的解釈によるものであったが、その後は疾病論的カテゴリーの追究へと進められた。約20年間は、対照比較研究といった方法論に基づいて、非定型精神病の病因論的検討がなされ、さまざまな生物学的指標の探求も行われたが、非定型精神病に特異的な指標は明らかにされていない。この結果は、非定型精神病に限らず、統合失調症、気分障害といった従来の内因性精神病そのものに対してもみられている傾向といえる。こうしたことは、非定型精神病概念を疾病論的カテゴリーに求めることによって、自身を3分法による袋小路に陥らせたことを示している。そして、最近の生物学的理論でも連続モデルの解釈がなされてきている中で、異種性の問題点をも含むような非定型精神病概念に、その診断的意義は果たしてどこにあるのだろうか。

そもそも最近「非定型精神病」診断が使われなくなったのには、いくつかの理由が考えられる。最大の理由は、非定型精神病の診断が日本の診断概念であり、グローバル化されなかったことである。さらに、日本でも地域差が大きく、使われるのが関西圏に限られ、それ以外ではあまり広まらなかった。そんな中で、時代の流れがエビデンス精神医学へとシフトし、生物学的精神医学や精神薬理学などでは操作的診断が強く求められた。信頼性の向上から研究対象にしやすい診断名となると、操作的診断が使われる。そして、診療でも薬物効果判定・副作用などのエビデンスには操作的診断が必要となる。こうした精神科診断学の潮流の中で、「非定型精神病」には診断基準が作ることがなかったのである。妥当性の追究精神が診断基準を阻んだのであり、結局は孤立することになっていった。しかし、それでは非定型精神病の診断に全く意義がなくなったかという話は別である。臨床的有用性についての評価が全くなされていない。

これまでの臨床家の経験の中で非定型精神病の診断によって臨床的有用性が評価されているもの

に次のものがあげられる。

1. 初発時において、治療方針（治療薬の選択）が決定できること
2. 周期性経過において、その再発予防対策がとれること
3. 寛解時において、治療薬が削減できるか、さらには終了できるかという判断ができること
4. 長期予後の予測がある程度できること
5. 患者と家族に対して、病気の経過と予後がわかりやすく説明できること
6. 医療者間の情報伝達

こうした臨床的有用性をさらに高める手段として、明確な診断基準の作成が求められる。すなわち、診断基準の Cut-off を高く設定することで、偽陽性を下げ、確定診断とすることによって統合失調症や気分障害との重なりを減らすことができる。こうした診断基準に基づいた非定型精神病的診断によって、治療薬の反応性や転帰、再燃性などに関連した明確なエビエンスも今後蓄積しうる。そして、急性発症時や再発時の診察において、多彩で激しい病像を目前とした患者とその家族が悲嘆にくれている状況において、診断基準に基づいた非定型精神病的診断がなされることで、比較的早期に寛解することや治療薬の選択、寛解時における治療薬の減量あるいは中止、再燃予防対策など多くの情報提供が可能となるのである。

診断に何を求めるかは、これまで多くの精神科医がテーマにしてきたことである。診断に真理を求める姿勢に執着すると、診断によって「病氣」が一人歩きをしてしまう。元来、「病氣」に実存を求めることと、患者の抱えた「病氣」の治療とは次元が異なるのではないか。藤縄の振り子を借りると図のように示されよう。臨床家は病気を治すのではなく、病人を助けるのだと思う。助けるためのツールが診断であることを忘れてはならない。

#### 4. 非定型精神病診断基準作成に向けて

非定型精神病診断の臨床的有用性を求めて有志が集まり、平成 20 年 3 月に非定型精神病診断基

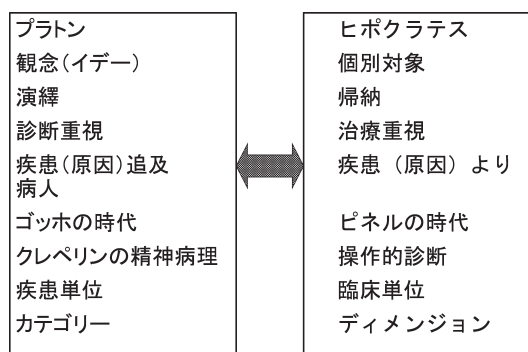


図 精神医学における振り子(藤縄より)

準準備委員会(付記)が発足し、非定型精神病診断基準作成に向けて検討が始まった。平成 20 年末の時点において試案が次のようにまとめられた。

#### 非定型精神病診断基準試案

- A: 精神的に健康な状態から、突然、精神病症状(B 症状)が発現し、顕在化(診断基準に該当すること)まで 2 週間以内であること  
 B 症状の発現前に前駆症状(不眠, 不安)が出現することがある
- B: 次の 3 つの項目のうち少なくとも 2 つの症状が同時に起こること
1. 情緒的混乱 a)
  2. 困惑, および記憶の錯乱 b)
  3. 緊張病性症状 c) または, 幻覚または, 妄想
- C: 障害のエピソードの持続期間は, 3 ヶ月未満で, 最終的には病前の機能レベルまでおよそ回復すること  
 3 ヶ月後に診断確定となるが, それまでは疑いとする
- D: 物質または一般身体疾患の直接的な生理学的作用による障害は除外とする

#### ■用語説明

- a) 情緒的混乱: 至福感や恍惚感, 著明な不安, 著明な易刺激性を特徴とするもの
- b) 困惑, および記憶の錯乱: 当惑, 困惑, 人物や場所の誤認, 思路の錯乱

エピソード後に健忘を残すことがある  
多形性に現れる

- c) 緊張病症状：以下の項目のうち少なくとも1つの症状がみられるもの
- 1) カタレプシーまたは昏迷として示される無動症
  - 2) 過度の運動活動性
  - 3) 極度の拒絶症あるいは無言症
  - 4) 常同姿勢，常同運動，顕著な佻奇症，顕著なしかめ面などとして示される自発運動の奇妙さ
  - 5) 反響言語または反響動作

#### ■下位項目の特定

該当すれば以下の項目を特定すること

1. 著明なストレス因子のあるもの または 著明なストレス因子のないもの
2. 遺伝負因のあるもの（第一級親族内） または 遺伝負因のないもの
3. 前駆症状のあるもの または 前駆症状のないもの

今後の診断基準に望まれること

上述した非定型精神病診断基準は，エピソード

診断において用いるのが主になっている。今後さらに望まれることとしては，非定型精神病診断に本来求められた患者の生涯診断といった縦断的意義にある。生涯診断を行う場合には，例えば再発の場合では診断基準を十分満たさなくても非定型精神病エピソードの既往の有無によって診断が可能になるといったことも含んでいる。今後の診断基準のさらなる改訂が望まれる。

#### 5. おわりに

今後は作成された明確な診断基準をもとに研究上のエビデンスを高めるとともに，ICD-11やDSM-Vへ編入されるよう積極的な働きかけが期待される場所である。

付記) 非定型精神病診断基準準備委員会（9名）  
阿部隆明，岩波明，兼本浩裕，康純，坂元薫，須賀英道，中山和彦，針間博彦，米田博（50音順，敬称略）

#### 文 献

- 1) 藤縄 昭：精神医学における診断図式序説；精神医学における診断の意味（土居健郎，藤縄 昭編）。東京大学出版会，東京，p.1-26, 1983