

第106回日本精神神経学会総会

教育講演

統合失調症の診断を考える
——分子生物学および精神病理学の見地から——

加藤 敏 (自治医科大学精神医学教室)

はじめに

精神科においても病名告知がルーチンに行われようになってきた現在、統合失調症の診断が安易に下されている観を禁じない。(DSMの規定に従い)1ヶ月続く幻覚、妄想などが2つ、あるいは「奇異な妄想」が1つ認められ、6ヶ月続く社会機能障害が認められれば、すぐさま統合失調症と診断する傾向が増長しているように思う。そこには操作的診断への悪しき偏重がある。もっとも、DSMないしICDの診断分類体系の全体を周到に目配りして鑑別診断を慎重に行うなら、適切な正しい診断が導かれる事例も多数あるはずである。それはともかくとして、統合失調症に関するDSM、ICDの定める診断クライテリアが曖昧さを多分に残すため、統合失調症が過剰診断されてしまうという原理的な問題がある。

例えば、「奇異な妄想」という時の「奇異さ」についての質的な規定はないので、これは医師の主観的な判断に委ねられ、拡大解釈されてしまう可能性がある。また社会機能低下は精神障害が慢性化すれば必発といってよい病態である点からして、統合失調症における社会機能低下に関する質的な規定が必要と考えられるが、これがないため拡大解釈される可能性がある。Kurt Schneider³²⁾

は統合失調症の診断に関し、たとえ一級症状が認められた場合でも「ごく控え目に」すべきであるという留保をつけていた。今日、この控え目さがなくなってしまったのは遺憾である。

臨床現場ではこうした過剰診断、あるいは誤診は患者、家族に対し不当な侵襲を与えてしまうことは必至で、倫理的に重大な事態である。もっとも担当医が統合失調症の診断を迅速に行おうする背景には、治療のための投与薬についての説明で診断を伝えることが必要になる、また患者、ないし家族から診断を教えてほしいという要望が出されることや、加えて精神障害者手帳を申請し障害者支援プログラムに早く組み入れる、という社会支援の動向もひかえていることも付け加えておかなければならない。

また研究現場では、生物学的研究であれ、社会精神医学の研究であれ、DSMやICDに準拠し過剰診断された事例を対象にして進められた研究が発表されていることが少なくない。こちらも由々しき事態である。

本稿ではこうした問題意識のもとに、最近の英米圏の生物学的精神医学の動向に目をやり、次いで、精神病理学の見地から統合失調症の診断について論じてみたい。

第106回日本精神神経学会総会=会期：2010年5月20～22日、会場：広島国際会議場・アステールプラザ

総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合

教育講演 統合失調症の診断を考える——分子生物学および精神病理学の見地から—— 座長：豊嶋 良一 (埼玉医科大学病院精神科・心療内科)

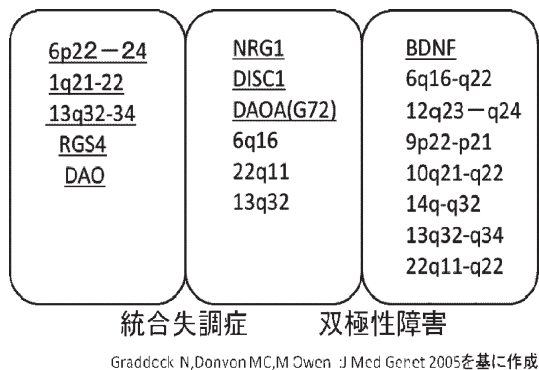


図1 統合失調症と双極性障害の感受性遺伝子

I. 遺伝子解析を含む生物学的精神医学の 知見をふまえた新たな動き

1) Kraepelinによる二分法 (dichotomy) の 終焉の主張

2001年に本格的に始められたヒトゲノム解析プロジェクトに連動する形で、統合失調症や双極性障害などの精神障害の分子遺伝研究がさまざまな研究施設や大学で、精力的に進められてきた。その知見で注目すべきことは、統合失調症と双極性障害の双方に関わる共通の感受性遺伝子、ないし遺伝子異常のかなりの数が同定されたことである。

この方面の遺伝子研究をふまえて、イギリスの Graddock, Owenらは診断分類に関し踏み込んだ考え方を精力的に提出している。彼らは2005年のイギリス精神医学雑誌のエディトリアルにて、「Kraepelinの二分法の終焉の始まり」⁷⁾と題して、最近の分子遺伝学的知見に加え、同一家系に統合失調症と双極性障害、あるいは統合失調感情障害が発生する例が少なくないといった疫学的知見などを根拠に、Kraepelinの二分法はもはや有効期限が切れていることを説いた。また、「精神病を再考する：二分法の分類の欠点は今や利点より多い」⁸⁾と題した論考で、世界中から報告されている統合失調症と双極性障害に関する遺伝子研究の結果を慎重に吟味した。そこでは、統合失調症、双極性障害に特異的と思われる部位もあるという知見にも言及しながら、少なからぬ部位に共通の

感受性遺伝子が同定されていることを重視する。そして、現在、統合失調症、双極性障害のそれぞれの感受性遺伝子と考えられているものの中には、今後研究を進めていくなかで、一方(例えば、統合失調症)の感受性遺伝子と考えられていたものが、他方(例えば、双極性障害)の感受性遺伝子でもあることを示す知見が出ていることも指摘されている。彼らによる展望をもとに統合失調症および双極性障害に関する感受性遺伝子の分布図を作成すると図1のようになる。

はっきりしていることは、遺伝子解析の結果、統合失調症と気分障害にそれぞれ1対1の対応をする特異的な遺伝子異常は見つかっていないこと、逆に両者に共通の感受性遺伝子が多数見つかったことである。こうした知見をふまえ、GraddockとOwenは統合失調症と気分障害の二分法に固執することは、「研究、また治療の自由の発展を妨げる」と明言している。イギリス学派は、反精神医学の動きに示されたようにもともと統合失調症の疾患単位に懐疑的な伝統があったように思う。この伝統が分子遺伝学の知見に後押しされて再び浮上しているとみることも不可能ではない。

続いて彼らのごく最近、「Kraepelinの二分法——終わる、終わる、しかしまだ終わっていない」⁹⁾と題した論考を発表した。最近の遺伝子研究の結果、統合失調症と気分障害の二分法は不適切であるという考えが一層強まっている、というのが主たる論旨である。他方でGraddockとOwenは、統合失調症、双極性障害におけるリスク遺伝子の性状に違いがあることも指摘する。つまり、統合失調症のリスク遺伝子は、例えば塩基の欠失といったより重大な遺伝子構造変異が多く、双極性障害のリスク遺伝子ではこのような知見はない。統合失調症には神経発達障害の要素が認められ、この点で、双極性障害よりもむしろ自閉症、知的障害に近づくという大胆な考えさえ提出している。このような見方は、統合失調症と双極性障害の間に病態の重なりと差異を認めるものといえる。

これに類似の見解は、やはりイギリスの学者で

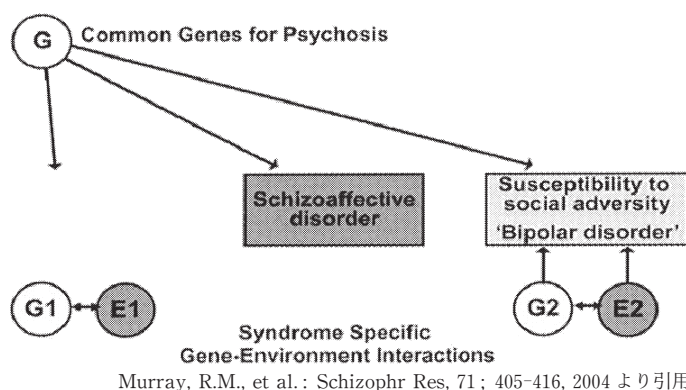


図2

ある Murray³⁰⁾ によって出されている。彼は、統合失調症と双極性障害、統合失調感情障害をそれぞれ精神病の症候群と捉え、これらの症候群のすべてに通底する「精神病を促進する共通遺伝子」を想定する一方、各症候群に特異な遺伝子-環境相互作用が加わり、神経発達性の障害である統合失調症、社会的な不利が引き金となる双極性障害の発症をみると考える大胆な考え方を提出している (図2)。

認知機能の研究でも、興味深い知見が出されている。これまで、認知障害というと統合失調症に特異的という見方が支配的な観があった。ところが比較的最近、双極性障害の患者に対して認知機能の研究を行い、認知障害があることを示す知見が報告されるようになってきた。例えば、Glahn⁶⁾ は、統合失調症患者 15 名、統合失調感情障害患者 15 名、精神病性双極性障害患者 11 名、非精神病性双極性障害患者 15 名、健常者 32 名を対象に digit span test を行った。その結果、診断と関係なしに、精神病性障害の既往のある症例 (つまり、統合失調症、統合失調感情障害、精神病性双極性障害) で、ワーキングメモリーの障害があることが明らかになった。健常者、また非精神病性の双極性障害の患者ではそのような障害は認められなかった。考察において、digit span test によって示唆されたワーキングメモリーの障害はエンドフェノタイプの指標となると推論されている。

この論稿は、統合失調症だけでなく精神病性の

双極性障害において、ともに認知障害があることを示し、この結果を基に、これまで統合失調症に関してもっぱら問題にされたエンドフェノタイプが精神病性双極性障害でも認められると主張している点で注目に値する。つまり、統合失調症と精神病性双極性障害は連続的な病態であることを示唆する観点が打ち出されているのである。

さらに脳画像でも興味深い研究が報告されている。例えば McDonald²⁶⁾ は、統合失調症患者 25 名、その家族 (健常な一等親) 36 名、精神病性双極 I 型障害患者 37 名、その家族 (健常な一等親) 50 名を対象に頭部 MRI を施行した。その結果、統合失調症と精神病性双極性障害に共通の遺伝的リスクとして左前頭、左側頭・頭頂領域の白質減少があげられ、これらは統合失調症、双極性障害に共通なエンドフェノタイプの指標であると推論されている。

現時点での生物学的精神医学の研究で注目すべきなのは、世界にあまねく導入された DSM および ICD の精神障害の分類に疑問を投げかけ、これを覆す知見が出されていることである。DSM-IV において声高に提唱されたネオクレペリニズムは衰退の機運にあるのである。このようにして、少なくとも現在の生物学的研究の成果は、DSM と ICD の診断分類を新たに組み直すことを要請している。

2) 双極性障害を大幅に拡大する主張

最近イギリス学派のお株を奪う形で、統合失調症を感情障害に包摂しようとする大胆な考えがアメリカから出されている。「統合失調症は重篤な感情障害である」、「統合失調症と双極性障害、統合失調感情障害は単一疾患 (single disease) である」とする Lake²⁴⁾ の学説がその好例である。Lake と Hurwitz は、2006 年に雑誌 *Psychiatry Research* において長文の依頼論文を執筆し、そこで双極性障害でも認知障害や脳室拡大が認められるという生物学的知見、あわせて、統合失調症と双極性障害は、発症年齢、生涯有病率、経過、自殺率、遺伝子感受性において類似しているという疫学的知見をふまえ、統合失調症と双極性障害、統合失調感情障害は「単一疾患であり、いずれも感情障害で、「統合失調症は重篤な感情障害である」と主張した。そして、統合失調症の診断に関し、大胆な組み替えを提案した。すなわち、緊張型、妄想型、分類不能型、解体型、および躁病型、うつ病型、ないし混合性の統合失調感情障害を双極 I 型障害、あるいは双極 II 型障害に組み入れる。その際、慢性の経過をたどる双極性障害も考えられている。そして、「明らかな気分障害を呈さない精神病事例」は「特定不能の精神病性障害」と診断する。

この提案は、統合失調症のなかでなんらかの躁病性、ないしうつ病性の病態が認められる事例は、双極性障害とみなそうという趣旨と受け取れ、双極性障害の概念の大幅な拡大をしようとする試みである。彼らがいう双極性障害は、Griesinger の意味でのマニー、メランコリーからなる一次性感情障害 (Primäre Affective Störung) と重なるところが大きいと考えられる (p. 211-321)¹⁰⁾。それは、急性期に注目した診断分類といえる。病相性、あるいは広義の気分障害を呈さない病態だけが別にされて、「特定不能の精神病性障害」とされる。Lake らは統合失調症の診断名を廃止する方向で、感情の病理を最重視した診断分類を構想している様子を窺うことができる。

Lake²⁵⁾ はその 2 年後の論文で、統合失調症に

おける思考障害は躁病による選択機能の障害から説明できるという考えを述べ、統合失調症の幻覚、妄想を躁病の病態から捉える観点を強調した。そこでいう躁病は Griesinger が継承し集大成した古典的な広義のマニー概念を念頭においていると考えると、この主張はよく理解できるものである。

この論文のなかで Lake は、統合失調症の診断をめぐる困った問題に言及する。つまり、幻覚、妄想の存在をもって統合失調症と診断された多くの症例は誤診で、「重篤な双極性障害」と診断される。統合失調症を双極性障害と誤診することによる患者、家族が蒙る害は稀であるのにひきかえ、双極性障害を統合失調症と誤診すると、統合失調症は多大なスティグマを負った概念だけに、患者の将来全体に大きな影響を及ぼす。奇しくも、ここで彼が述べている統合失調症の診断を下すことの侵襲性をふくむ諸問題は冒頭で筆者が指摘したことにはほかならない。

Lake が統合失調症の臨床単位を組み替え、この概念を廃止することに執拗にこだわる理由が、この論考を読んでわかったような気がする。つまり、アメリカでも、統合失調症をめぐるスティグマが根強く残っていることが推し量られる。しかも統合失調症の誤診が多いこと、統合失調症の診断が患者、家族に及ぼす負の影響力において事情はアメリカでも同じであることは印象深い。ここでついでに、わが国では呼称変更がなされたことにより、病名告知がしやすくなり、その分、誤診や過剰診断がふえた可能性があることもつけ加えておきたい。統合失調症の概念を脱構築する抜本的な変更がなされない限り、事態は変わらないことが示唆される場所である。

統合失調症を双極性障害に組み入れる動きの背景には、2000 年前後から統合失調症の病態変遷に一層の拍車がかかり、感情障害 (様) 化する事例が増えているという病態変遷と無関係ではなく、Lake の提案はそうした変化に呼応したものであるとみることもできるだろう。筆者¹⁸⁾ も比較的最近、進化論に注目しながら、統合失調症の病勢が弱まってきており、それにひきかえ、気分障害

の病勢が強くなっていることを指摘した。気分障害と診断されている事例のなかには、精神病理学的に厳密にみると病態の基本は統合失調症と捉えるべきものが一部あるはずである。

DSMの推進者であり、またネオクレペリニズムの提唱者の1人である（現在は「あったというべきかもしれない）Nancy Andreasen³⁾は、2007年のSchizophrenia Bulletinにて、「DSMとアメリカにおける精神病理学の死：意図しなかった諸結果の1例」と題した論文において、「DSMでは、信頼性（reliability）を達成するために、妥当性（validity）が犠牲にされた。妥当性が欠如しているので、DSM診断は研究には役立たない（DSM diagnoses are not useful for research）」という激しい批判を述べた。精神障害の臨床単位自体について再検討をせまるこのAndreasenの批判は、今いくつか挙げた生物学的研究の結果に基づいていることは間違いない。

さて、遺伝子解析の結果は、現行の診断分類に対し、異議申し立てをしていると受け取ることもできることを附言しておかねばならない。要するに、統合失調症、双極性障害についての現行の診断指標自体に問題があり、診断の精密さを欠くため、感受性遺伝子では峻別ができなかったという解釈も成りたつのである。この意味でこそ「DSMは研究に役立たない」というAndreasenの批判の言葉を受け取るべきである。

確かにDSMならびにICDにおける統合失調症と双極性障害の診断基準はあまりに広く、統合失調症と双極性障害のいずれについても過剰診断となってしまう可能性がある。そこには、DSMとICDいずれにおいても、誰でも同じように「正しく」診断できるよう作成されていることも関係して、症状・病態の独特な質への配慮が欠落しているという問題があることも忘れてはならないだろう。

II. ネオクレペリニズムから ネオグリーンガリズムへ

GraddockとOwenは、遺伝子解析の知見を基

に「Kraepelinの二分法の終焉」、つまりネオクレペリニズムの終焉を強調する。しかし、生物学的精神医学は統合失調症と双極性障害の間に病態の重なりがあることを示しただけでなく、質的な差異があるという知見も提出している。このように統合失調症と双極性障害の病態において、共通性と差異があるという事態を単に「Kraepelinの二分法の終焉」と捉えるのは厳密性を欠く。

筆者は構造力動論の見地からドイツの精神病理学者Janzarikの構想をLacanの構造論的精神分析の視点も引き入れて敷衍し、統合失調症と双極性障害は生命力動においては連続し、人格構造においては段差があるという考え方を提出した^{16,17)}。ネオグリーンガリズムがその暫定的な呼称である。生物学的精神医学によって示された知見は、少なくとも結論だけからすると、くしくもネオグリーンガリズムを支持するものであることを指摘したい。生命力動において統合失調症と双極性障害が連続しているという考え方は、Griesingerが精神障害の急性期をマニーとメランコリーからなる一次性感情障害にその源を求めることができる¹⁰⁾。つまり筆者としては、生物学的精神医学の知見は、まずKraepelinの精神疾患分類の代わりにGriesingerの精神疾患分類を再評価することを要請していると考ええる。「精神病を脱構築する」(Deconstructing Psychoses)と名付けられたDSM-5作業委員会²⁾は、統合失調症、統合失調感情障害、妄想性障害、短期精神病性障害、気分障害、精神病性うつ病などを包括するディメンジョン「全般性精神病症候群」(General Psychosis Syndrome)を提唱している。この概念は、生命力動においては統合失調症と双極性障害などが連続的な病態であると考えられるなら、一定の妥当性を持つと見ることが出来る。統合失調症と双極性障害に対し、ともに同じ抗精神病薬が奏効するという薬物反応はなによりの生物学的傍証となるだろう。付け加えれば、olanzapineやquetiapine, aripiprazoleなどの新規抗精神病薬がlithium, valproateと同様の気分安定薬としても効力をもつことは、統合失調症と双極性障害

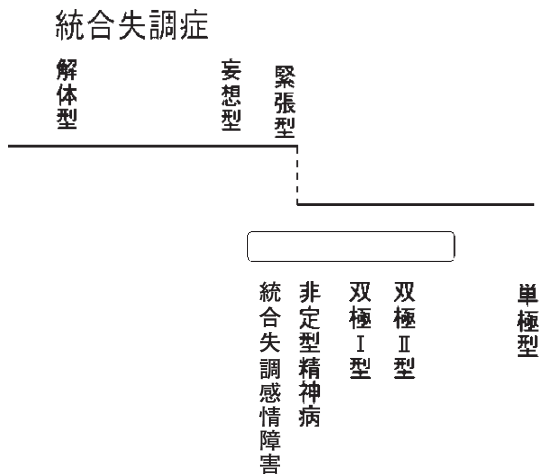


図3 統合失調症-双極性障害の段差と連続性と段差

が連続的な病態であるという考え方を後押ししているように思う。

このように生命力動レベルの連続性を認めたくて、筆者は、まず病前のパーソナリティ構造において統合失調症と双極性障害は質的に違いがあることに注意を向けたい。双極性障害と診断される症例のなかには、パーソナリティ構造において Kretschmer のいう循環気質、循環病質に加えて、統合失調気質、ないし統合失調病質の場合があることになり、パーソナリティ構造においては質を異にすると見るべきである。この点では Kretschmer による類型論を再評価する必要があると考える²²⁾。すなわち、統合失調症の患者は、井戸端会議が苦手である半面、一人で難解な本を好んで読むという例から察せられるように、俗世間への参入能力、つまり社会生活技能 (social skill)、ひいては俗世間で生きていくための自然な自明性に難点があるのとは裏腹に、真・善・美への「自然な自明性」、無限なるものに対するすぐれた感性をもつ。逆に、双極性障害の患者はテレビで悲しい場面を見ると涙を流して感動をあらわにし、他人との感情的な共感性に卓越したものを持っていることから察せられるように、俗世間への自然な共鳴的参入の能力にたけている。

いましがた言及した「統合失調症と双極性障害、

統合失調感情障害は単一疾患である」と主張する感情障害一元論ともいべき Lake ら²⁴⁾の論調は、生物学的精神医学一辺倒で精神病理学不在の土壌から生まれていると思われる。Kraepalin はディメンチアプレコクスの概念の導出にあたり症状・病態の記述として「独特な (eigenartig)」, 「特有な (eigenthümlich)」といった言葉を何度も使っている²¹⁾。例えば、訂正不能な妄想をもつ患者につき、「特有な態度」と記述され、また統合失調言語症 (Schizophasie) につき、言語表出の「独特な」ありようなどと記述がなされている。この点は、ディメンチアプレコクスの疾患単位の導出にあたり、Kraepelin は患者の振舞いや言語表出を前にして独特の質に注意を払ったことを意味する。その記述の仕方は、Jaspers¹³⁾が精神医学総論で定式化した現象学的記述を先取りしたものとといえる。この作業を通じ Kraepalin は、統合失調症と双極性障害の間には大きな質的隔たりがあると見てとったと考えられる。つまり、現象学的観点および構造論的精神分析の観点に立つと、統合失調症と双極性障害には、人格構造と連動する形で病態・症状レベルでも明らかな質の違いが浮かび上がってくるのである (図3)。

III. 精神病理学からする統合失調症の診断の標識

精神病理学からする統合失調症の診断の標識をいくつか例示したい。

Jaspers の記述は今日でも有効性をもっている。Jaspers による論考「実体的意識性 (感覚性錯誤) について——一つの精神病理学的要素症状」(Über leibhaftige Bewußtheiten (Bewußtheitäushungen), Ein psychopathologisches Elementarsymptom) と題した論文で、Jaspers¹²⁾は統合失調症における病的実体的意識性について「誰かが自分のそばや背後に、自分の上にいることを確かに感じている患者がいる。この誰かは決して感覚的に知覚されていないが、患者にまぎれもなく現に誰かがいるということを直接的に体験している」(p. 361)「この著しく強烈な現実性は圧倒的であった」(p. 366)と記述し、

この体験は「何も知覚されていないので」「妄覚とも違う」「妄想的に評価されるある何かが直接・無媒介に体験されるから」「妄想観念とも区別される」(p. 361) という点から、他に還元不能な体験という意味で「要素的 (elementar)」な症状と規定した。宮本²⁷⁾ は人間学-現象学の観点から Jaspers の記述した病的実体性を、そこから幻覚、および妄想が発展することをふまえ、統合失調症の病態における中核的な症状と位置づけた。

また Jaspers が同時期に記述した一次妄想体験も統合失調症の特徴的な症状として重要である。「一次的妄想体験はすべて意味体験 (Erleben von Bedeutungen) である」「動機なしに、精神生活の関連のなかへ (意味が) 侵入して、意味が現れる」(p. 157)¹³⁾ というのがその規定である。妄想知覚の第1段階にあたり、その内容は不明だが、何らかの意味が自分に差し向けられているという揺るぎなき体験である。この意味体験 (Bedeutugserlebnisse) は患者に動機関連なしに押し付けられる謎の出来事の性状を帯び、統合失調症の診断において重要な位置をもつ。Lacan²³⁾ は意味不明なシニフィアン (音の連鎖) が主体に押し付けられる出来事を精神病の病態において重視する。意味体験はこれと重なるもので、無媒介に了解関連の外部で生じる出来事で、気分変動に二次的に出現するものではない。

統合失調症における他に還元不能な症状、つまり要素症状 (elementar Symptom) あるいは要素現象 (phénomène élémentaire, Lacan) の特性は以下のように規定できるだろう¹⁵⁾。1) 了解関連の外部で、2) 他性を帯びて押し付けられる決定的な異質性・力を持ち、3) 無媒介に、4) 謎めいた気配 (Anmutungsqualität, Janzarik) を帯びた形で、患者にたち現れ、5) 出来事性を帯びる。Müller = Suur²⁹⁾ は「出来事としての統合失調性」(Das Schizophrene als Ereignis) について、「人生の意味を電光石化のごとく根底から変化させる」他者と「共約不能」な出来事という要を得た規定を与える。これは統合失調症の症状

の特徴を一言で言い表わした見事な定式といえる。統合失調症の固有病態を強度 (intensité) に求める花村¹¹⁾ の論点もこれに連なるものといえるだろう。

ここで、Schneider³²⁾ の代表的な一級症状とされている対話性幻聴「話かけと応答の形の声」(Hören von Stimmen in der Form von Reden und Gegenreden) について述べたい。「話かけと応答の形の声」は解釈が別れ、ICD では、この対話性幻聴を「患者のことを (複数の人が) 話しあう幻声」(括弧内筆者補足) と解している。このタイプの幻聴は、統合失調症でも出現をみるが、心因性精神障害、気分障害、アルコール幻覚症においても出現をみることは少なくない。ドイツの精神医学事典 (Lexikon der Psychiatrie)²⁸⁾ にあたると、この対話性幻聴を「一部の事例で、患者と声と間の会話が生じる」(p. 229) と説明し、これが統合失調症に特徴的であるとする Schneider の一級症状についての説を紹介している。

統合失調症では急性期、慢性期を問わず、独語がしばしば観察される。それは、言葉がこういってよければ主体性と自律性を獲得し、勝手に喋る現象である。独語が (文化的・宗教的) 脈絡なしに自動的な仕方でも出現するのは、統合失調症以外にはないとみて過言ではない。その中には声にならないで、唇だけ動く言語性精神運動幻覚 (Ségla, J.)³³⁾ も認められる。また、この種の言語性精神運動幻覚の亜型と位置づけられる、少なくとも実際は外部からは聞こえないが「独り言がでてしまう」と患者が確信的に述べる「独語幻覚」(小林)²⁰⁾ もある。統合失調症の重要な病態をすぐれた意味で言語の病理に求めることができ、それを言語の自動症と特徴づけることもできる。このような観点から筆者としては、統合失調症に特異的な対話性幻聴は、声が聞こえ、これに対して、こだまのように機械的かのように即座に独語する振る舞いとみることができると考える。

独語する主体は、厳密には患者自身ではなく、言語というべきである。また、声が聞こえるとい

う現象でも、その声の主体は言語というべきである。その意味では患者にとって異質な他なる声同士が話していることになるのだが、その際独語という身体運動を伴うのは統合失調症に特異的だと考えられる。声は患者を圧倒する圧力、力をそなえ、その力に呼応して、自動的に独語が出る。Reden (話す) の語と一対になった Gegenreden (言い返す) という Schneider の術語は、もともと売言葉に対する買言葉の意味をもっており、話しかけに即座に応答する発語のありかたを示す言葉で、このような言語病理をよく言い表すといえる。

別の一級症状である身体被影響体験³²⁾についても、言及しておきたい。これは、元を正せば、意味不明な謎の力が無媒介に自己身体にかかる出来事で、体感幻覚に通じる面がある。患者の身体は他者に所有され、弄ばれる。そこに苦痛を伴う快楽としての享楽 (jouissance) をみとることもできる (p. 66-69)¹⁵⁾。解離性障害 (解離性同一性障害) またヒステリー性精神病でも、他者が自分に憑いて体を動かすなどというように身体被影響体験に類似の体験が生じることがあるが、統合失調症の身体被影響体験はその体験強度、他性においてこれとは質的に一線を画す。

考想伝播、思考奪取についていえば、自分の考えが無媒介に他者につつまけになっているという「つつめけ体験」(長井)³¹⁾の特性を帯びていたら、統合失調性の症状とみてまず間違いはないだろう。

妄想知覚について言えば、既にその第1段階である意味体験と特異性について言及した。妄想知覚は英米圏でうつ病や躁病でも出現すると主張する論調もあるようだが、これは意味充実がなされた関係妄想レベルの妄想知覚について論じていると理解すれば納得がいく。しかし、たとえ関係妄想レベルの妄想知覚でも統合失調症と気分障害の場合では質を異にする。つまり統合失調症における妄想知覚では、外界の事物や人との出会い自体に、例えば事物が一方的に患者を眼差し、魅惑するようになるといったように、決定的な変容がきたされている。

一級症状に記載されていない、統合失調症に特異的な症状、そのありかたをいくつか述べておこう。この方面では、わが国の精神病理学が大きな貢献をしている。木村¹⁹⁾が提唱した「自他の逆対応」はその好例である。

「僕はサイコ機械です…… (中略) ……サイコ機械は M 先生です。 (中略) ……サイコ機械は僕のなかに入って、こうやって僕の手を使って連絡してくるのです。それは僕なのです。トポロジー的な場の転位なのです」という患者の言葉は、統合失調症における無媒介な自己と他者の逆転、つまりトポロジーの様態にある自他転換の事態を雄弁に語っている。

また筆者は、統合失調症の患者に特異的な数表現の一例として、「天井一面から超音波が来る」「5万4000人の人に追いかけてられている」などにみてとれる、過充満-莫大な数表現をあげている。これは統合失調症患者が、とりわけ急性期に意味不明な力の過充満と特徴づけられる場におかれていることによる。この謎の力は患者の身体に直接かかる圧力としても現れる。「耳鳴りがする」と述べ、耳鼻科を受診する患者が時々いるが、これは幻聴が文字通り身体に直接かかる圧力として患者にたち現れていることを示す (p. 34-72)¹⁶⁾。

構造論的精神分析 (Lacan, J.) からみる統合失調症特異的な症状について、少し述べる。Schneider の対話性幻聴について述べた際、統合失調症の病態を言語の自動症とみる観点をだした。これは実は構造論的精神分析から出されたものである。言語の自動症はシニフィアンの自動症とも言い換えることができ、抗しがたい主体関連性をもった謎めいた意味不明な言葉、つまりシニフィアンが聞こえる現象などそのよい例である。ネオロギスム (言語新作) が聞こえ、これが妄想の核となることもある。ネオロギスムなどもシニフィアンの最たるものである (p. 87-92)¹⁶⁾。

症例シュレーバーにみられた女性になるといった女性化 (féminisation) の主題も統合失調症に特徴的である。それは、「ホモになる」「男娼になる」といった内容で述べられることもある (p.

55-56)¹⁶⁾。

統合失調症の患者のなかには、「あの時から病気になる」などと発病の出来事にこだわり、この出来事を後になって繰り返し想起する患者がいる。この「発病期の核心点の反復的想起」(清水)³⁴⁾の現象も統合失調症にかなり特異的と思われる。この現象は、統合失調症の発病という出来事が強い主体関連性を持つことを示す。Freudは「精神病患者は妄想を自分のように愛する」と述べたが、この事柄は統合失調症の発病の出来事にもあてはまるように思われる。実際、一部には「あの時に戻りたい」「また、あの時のようになりたい」「あの頃は刺激があつてよかつた」と述べる患者さえいる。そこでFreudの言葉を敷衍して、統合失調症者は発病の出来事を「自分のように愛する」と言うこともできる。発病の出来事は、患者にとって一種の快、正確には享楽 (jouissance) として刻印されていることが窺われる。

医師はこの患者の語りに耳を傾けるなかで、患者は急性期から首尾良く脱し、良好な寛解状態を保持できる事例もあることを付け加えておかなければならない (p. 81-84)¹⁷⁾。

統合失調症を単なる脳の障害、これと並び単なる認知障害とみる観点が優勢になっている昨今、統合失調症の症状が患者主体にとって持つ固有な意味について思いをいたすことが減ってきているように思う。認知障害という一つの観点で統合失調症の病態をすべて理解しようとするなら、これは Andreasen³⁾が件の論文でDSM精神医学について憂慮した「非人間化作用」を及ぼすといわざるを得ない。統合失調症の諸症状はFreudの意味での神経症とは質を異にする形で強い主体関連性を持っているあり方をしていることも特徴である。

IV. 鑑別診断を考える視座

最後に、統合失調症と診断しやすい病態について急性期と慢性期に分けていくつか例をあげて少し述べたい。

統合失調症急性期は躁病との鑑別がなかなか難

しい事例が少なくない。一方で躁病と診断すべきなのに統合失調症と診断される事例がある。Lakeら²⁴⁾が統合失調症の診断の脱構築を図ったのはこの種の事例が出発点にあったと思われる。従来から、ドイツ語圏では幻覚や、妄想に錯乱性病像が加わる躁病を錯乱性躁病 (verworene Manie) と呼んだ。またフランス語圏では、多弁、多動に加え、譫妄様状態を呈するなどの非定型病像を呈する躁病を非定型躁病 (manies atypiques) と呼び、なかでも幻覚、非影響妄想などが出現する非定型躁病 (manies atypiques) を妄想幻覚性躁病 (manies délirantes et hallucinatoires) と呼んだ⁵⁾。錯乱性躁病や妄想幻覚性躁病は、思考障害と判断される支離滅裂な言動、あるいは奇異な内容の幻覚・妄想のため統合失調症の診断が下される可能性があるので注意を要する。この種の病像は、DSMに準拠すると、双極I型障害、精神病性の特徴を伴うものと診断されるものが多いだろう。

他方、統合失調症のなかで急性期に躁病と診断されることもある。病像の前景に出るのは、躁病性の精神運動興奮であるためである。よく聞いてみると、その基底に統合失調症に特異的な幻覚や妄想の存在が明らかになる事例がこれにあたる。ドイツ語圏では躁病型統合失調症 (manieforme Schizophrenie) という躁病の形をとる統合失調症を指す術語があつた。躁病型統合失調症はこのような病像の統合失調症を指すと思われる。筆者は先にふれたネオグリーンガリズムの観点から、こうした病態は生命力動の視座からは、躁病と連続している、したがってDSM、ICDでは生命力動のレベルでの診断という条件つきで双極性障害と診断可能である。しかし、人格構造の視座からは統合失調スペクトラム (加藤) に属し、病態は総体として躁病とは一線を画すとみる (p. 227-232)¹⁷⁾。

急性期病像が躁病性の生命力動の拡張 (Janzarik)¹⁴⁾によって特徴づけられる事例では、急性期消退時に精神病後抑うつを呈しやすい。そして、精神病後抑うつが首尾よく締めくくられては

じめて良好な寛解に入ることが多い。この推移は生命力動の視座からすると、生命力動の高揚にひき続き、生命力動の低迷が病相性に生じていると把握できる。高揚病相と低迷病相の一对は統合失調症における双極性 (bipolarity) にほかならない (p. 78-82)¹⁶⁾。Akiskal ら¹⁷⁾は、統合失調症で双極性障害の要素をもつ事例を双極 1/2 統合失調感情障害 (bipolar 1/2 Schizobipolar) と呼び、双極性障害に組み入れる構想を打ち出している。これは Lake の見方に近いものといえる。いずれにしても、筆者の見地からすれば、この種の統合失調症は、統合失調症-双極性障害中間領域の統合失調症に近い位置にプロットとされる。

統合失調症で発症した事例で、妄想型にしばしば見られることだが、中年期に入り再燃した際、症状面からはうつ病、ないし、躁病としか診断できない、病態変遷が見られることもある。患者の病歴を知らず、「統合失調症の躁うつ病様化」(加藤)した状態しかみていない精神科医は、この横断的な病像だけでは統合失調症の診断は思いつかないことが多い。しかし、薬物療法、精神療法的対応においては、統合失調症を念頭において行わないとうまくいかない。こうした「躁うつ病様化した統合失調症」の事例を正しく診断するためには、精神科医の質の高い職人的な臨床技量が必要とされると思われる (p. 175-203)¹⁶⁾。

また、双極性障害を基盤にした周期性妄想、幻覚の事例は、統合失調症の診断を受けやすい。ある 70 歳代の主婦は 30 歳代から、働きすぎ、過労が重なると、軽い抑うつ of the 時期の後に突然、「夫に女性がいる」という嫉妬妄想や亡くなった義理の兄が自分の名前を呼ぶ声がするなどの幻聴などの症状が出現し、興奮状態になるといった幻覚妄想状態を 10 度以上繰り返しており、統合失調症の診断を下されていた。性格は熱中性で社交性があり、感情面では自然な共鳴性が豊かで、主婦としてなんでも一生懸命にこなしていた。人格面でもなんらほころびはなく、70 歳代に入っても、家事を行い、孫の面倒をみていた。病相時の妄想や幻覚には統合失調症特異的なものはなく、自我

障害もなかった。この種の症例は女性に多いと思われる。DSM, ICD でも、よく検討すれば統合失調感情障害の診断が妥当と考えられる。

最後に、統合失調症慢性期の鑑別診断について一言だけ述べておこう。

かつてドイツの精神医学者 Ernst⁴⁾は、神経症が長期間続き、遷延化すると人格面の変化をきたす残遺状態が生じると述べた。双極性障害 (気分障害) が慢性化した場合も、人格面の不全状態をきたすことは知られている。慢性化した PTSD の事例でも同様のことがあてはまり、就労ができないままの状態が続き、他人との交流が乏しくなり、自発性が低下し、感情面で不安定になったり感情表出に障害をきたす事態が生じる。

こうした社会機能の低下をとまなうことが多い人格の変化は、ICD では人格障害の項目のなかに「精神科的疾病後の持続的人格変化」(ICD, F62.1) というカテゴリーが設けられ市民権を与えられている。疾患横断的なこの病態は、歴史的には W, Griesinger が種々の急性疾患に続発する「精神的衰弱状態」(Die psychischen Schwächestände) (p. 322-351)¹⁰⁾と呼んだ病態にあたる。ところが Kraepelin によってディメンチアプレコクスの疾患単位が提出されてから、精神疾患発症後に人格変化をきたすのは統合失調症の専売特許であるかのような印象を与える風潮がつけられてしまった観がある。そのため、社会機能の低下をきたす人格変化が生じると、わが国では統合失調症と診断されやすい傾向があるように思う。

特に注意を要するのは、人 (例えば元夫、父親) から激しい暴力を何度も受けるなどというトラウマを出発点として始まった外傷性精神障害で、フラッシュバックの形での幻覚が続いている一方で、情動的に不安定な人格不全状態が出現しているような事例である。症状だけをみれば、DSM, ICD による操作診断に基づく統合失調症の診断も誤りではない。しかし、精神分析を加味した精神病理学の見地からすれば、外傷性精神障害と診断すべきである。

文 献

- 1) Akiskal, H.S., Pinto, O.: The evolving bipolar spectrum prototypes I, II, III and IV. *The Psychiatric Clinics of North America*, 22; 517-534, 1999
- 2) American Psychiatric Association: DSM-5 Deconstructing Psychosis (prepared by First, M.B.) (<http://dsm5.org/conference5.cfm>)
- 3) Andreasen, N.: DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull*, 33; 108-112, 2007
- 4) Ernst, K.: Neurotische und endogene Residualzustände. *Arch. Psychiat. Nervenkr*, 203; 61-84, 1962
- 5) Ey, H.: *Etudes Psychiatriques III. Desclée de Brouwer*, Paris, p. 99, 1954
- 6) Glahn, D.C., Bearden, C.E., Cakir, S., et al.: Differential working memory impairment in bipolar disorder and schizophrenia: effects of lifetime history of psychosis. *Bipolar Disord*, 8; 117-123, 2006
- 7) Graddock, N., Owen, M.J.: The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *Br J Psychiatry*, 186; 364-366, 2005
- 8) Graddock, N., Owen, M.J.: Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry*, 6; 84-91, 2007
- 9) Graddock, N., Owen, M.J.: The Kraepelinian dichotomy-going, going...but still not gone. *Br J Psychiatry*, 196; 92-95, 2010
- 10) Griesinger, W.: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende*. Vierte Auflage, Verlag von Friedrich Wreden, Braunschweig, 1876
- 11) 花村誠一: カオスの精神病理学への序文. *臨床精神病理*, 13; 17-28, 1992
- 12) Jaspers, K. (藤森英之訳): 実体的意識性(意識性錯誤)について. *精神病理学的要素症状*. *精神病理学研究* 2. みすず書房, 東京, p. 359-374, 1971
- 13) Jaspers, K. (内村裕之, 西丸四方, 島崎敏樹ほか訳): *精神病理学総論*, 上巻. 岩波書店, 東京, 1953
- 14) Janzarik, W. (岩井一正, 古城慶子, 西村勝治訳): *精神医学の構造力動論*. 学樹書院, 東京, 1996
- 15) 加藤 敏: *構造論的精神病理学*. 弘文堂, 東京, 1995
- 16) 加藤 敏: 分裂病の構造力動論—統合的治療にむけて. 金剛出版, 東京, 1999
- 17) 加藤 敏: 統合失調症の語りと傾聴—EBMからNBMへ. 金剛出版, 東京, 2005
- 18) 加藤 敏: 統合失調症の現在 進化論に注目して. *精神経誌*, 111; 335-346, 2009
- 19) 木村 敏: 分裂病の現象学. 弘文堂, 東京, p. 202-203, 1975
- 20) 小林聡幸, 加藤 敏: 独語幻覚の精神病理学的検討. *精神経誌*, 100; 225-240, 1998
- 21) Kraepelin, E.: *Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. 6Auf. Bdl, II. Verlag von Johann Ambrosius, Barth, Leipzig, 1899
- 22) Kretschmer, E. (相場 均訳): 体格と性格. 体質の問題および気質の学説によせる研究. 文光堂, 東京, 1981
- 23) Lacan, J. (小出浩之, 鈴木國文, 川津芳照ほか訳): *精神病*, 上巻. 岩波書店, 1987
- 24) Lake, C.R., Hurwitz, N.: Invited review: Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders; there are no schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*, 143; 255-287, 2006
- 25) Lake, C.R.: Disorders of thought are severe mood disorders: the selective attention deficit in mania challenges the kraepelinian dichotomy—A review. *Schizophr Bull*, 34; 109-117, 2008
- 26) McDonald, C., Bullmore, E.T., Sham, P.C., et al.: Association of genetic risks for schizophrenia and bipolar disorder with specific and genetic brain structural endphenotypes. *Arch Gen Psychiatry*, 61; 974-984, 2004
- 27) 宮本忠雄: 実体的意識性について—精神分裂病における他者の現象学. *精神経誌*, 61; 1316-1339, 1957
- 28) Müller, C. (Hrsg): *Lexikon der Psychiatrie*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, p. 229, 1973
- 29) Müller=Suur, H.: Das Schizophrene als Ereignis. *Psychiatrie Heute* (Kranz H, Hrsg). Geog Thieme, Stuttgart, p. 81-93, 1962
- 30) Murray, R.M., Sham, P., Van Os, J., et al.: A developmental model for similarities and dissimilarities between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res*, 71; 405-416, 2004
- 31) 長井真理: 「つつぬけ体験」について. *臨床精神病理*, 2; 157-172, 1981

32) Schneider, K. (平井静也, 鹿子木敏範訳): 臨床精神病理学. 文光堂, 東京, p. 148-149, 1950

33) Séglas, J.: Des troubles du langage chez des aliénés. Rueff, Paris, 1892

34) 清水光恵, 加藤 敏: 『発病期の核心点』の反復的想起について—統合失調症に関する自伝的記憶の精神病理学的考察. 精神経誌, 104; 758-80, 2003
