

特集 急性精神病の診断と治療における精神科医の立場——カテゴリーとディメンジョンの視点から——

操作的診断の視点から見た「急性精神病」における カテゴリー診断とディメンジョン診断

坂元 薫

「急性精神病」は、妄想・幻覚や情動の混乱を示す急性発症の精神疾患に対して暫定的に下される診断である。「急性精神病」を DSM-IV-TR や ICD-10 という操作的診断基準の観点からとらえ直し、検証を加えた。DSM-IV-TR で「急性精神病」に該当するものは、短期精神病性障害、統合失調様障害、統合失調感情障害、精神病性の特徴を伴う気分障害などである。短期精神病性障害は、DSM-IV-TR の「急性精神病」を代表するものであるが、その症状規定や持続期間設定などに関する妥当性を欠き、臨床の有用性に乏しい。対照的なのは、西欧で醸成されてきた「急性精神病」概念を十分に勘案した ICD-10 における急性一過性精神病性障害である。その中でも、急性多形性精神病性障害は、妄想突発や類循環精神病という伝統的概念を前提として作成された診断カテゴリーであり、病前適応が良好な人に多形性の精神病像が急性発症した場合に、比較的短期間のうちに完全回復することを予測させる有用な診断カテゴリーである。

現在進行している DSM-5 への改訂の最大の目玉は、疾患横断的なディメンジョン評価（診断）の採用とされている。不眠、抑うつ気分、不安以外にも、発症の急性性、「双極性 bipolarity」、妄想・幻覚の多形性といった症状レベルのドメインを治療経過に沿って評価することに加えて、病前適応レベル、ライフイベント、エピソード転帰などのドメインも評価することで、操作的診断の視点からも「急性精神病」の臨床をより豊かなものとする方策についても検討を加えた。

＜索引用語：急性精神病，DSM-IV-TR，ICD-10，DSM-5，カテゴリー診断，ディメンジョン診断＞

1. はじめに

「急性精神病」は、妄想・幻覚や情動の混乱を示す急性発症の精神疾患の総称で器質的所見が否定された場合に、暫定的に下されることが多い診断である。その「利便性」から、しばしば「急性精神病」診断を目にすることが多い。本稿では、「急性精神病」を DSM-IV-TR¹⁾ や ICD-10⁹⁾ という操作的診断基準の観点からとらえ直したうえで、そうした診断基準が規定するカテゴリー診断に加えて、ディメンジョン診断的観点を加味した検証を加えて行きたい。

2. DSM-IV-TR における「急性精神病」

「急性精神病」に該当する DSM-IV-TR の診断カテゴリーを表 1 にまとめた。主要なものに解説を加えて行く。

1. 短期精神病性障害

DSM-IV-TR の短期精神病性障害の診断基準を表 2 にあげた。症状としては妄想、幻覚、解体した会話（頻繁な脱線または滅裂）、ひどく解体したまたは緊張病性の行動の 1 つ以上が存在することとされている。妄想、幻覚の内容や質、程度に関する規定は全く設けられていない。解体した

表1 「急性精神病」のDSM-IV-TR診断

- ・短期精神病性障害
- ・統合失調様障害
- ・統合失調感情障害
- ・精神病性の特徴を伴う気分障害
- ・統合失調症（の急性発症あるいは急性増悪）
- ・特定不能の精神病性障害

会話や行動の定義も曖昧である。Kleist, Leonhard ら⁵⁾によって提唱され、ドイツ語圏において醸成されてきた非定型精神病概念である類循環精神病 *zykloide Psychose* (*cycloid psychoses*) の精緻な病像の描写を通して行われた症状既定の緻密さの片鱗もうかがうことはできない。

障害のエピソードの持続期間は、1日以上1カ月未満とされている。やや極端な例であるかもしれないが、心因反応的に妄想を突発させ、1~2日間で終息した場合であっても「精神病」との診断を受けてしまうことになる。そもそも1~2日で完全寛解する「精神病」が存在するのかという疑問もあろう。また他の診断カテゴリーで規定されている症状持続期間と同様に、1カ月未満という根拠は不明である。さらに大きな問題は、1カ月未満で完全回復するまでは、この診断は下せない点であり、精神科救急の最前線では臨床的有用性に乏しい診断カテゴリーであると言わざるを得ない。

なぜDSM-IV-TRでは、「急性精神病」の診断がこれほどまでに粗略に扱われているのであろうか？ DSM-IV-TRは、基本的にはKreapelin主義（二分法）に依拠しており、いわゆる中間領域の診断概念規定への関心が乏しいことがその大きな理由のひとつであろう。また他の理由として、DSM-IV-TRのテキストの以下の記載も見逃すわけにはいかない。「短期精神病性障害の症例は米国や他の先進国での臨床場面ではめったに見られない……」。

ところが、最近発表されたMcLean-Harvard International First Episode Projectの結果は、こうした記載の妥当性を否定するものであった。

表2 短期精神病性障害の診断基準（DSM-IV-TR）

- A. 以下の症状のうち1つ（またはそれ以上）が存在する
 - (1) 妄想
 - (2) 幻覚
 - (3) 解体した会話（例：頻繁な脱線または減裂）
 - (4) ひどく解体した、または緊張病性の行動
- B. 障害のエピソードの持続期間は少なくとも1日以上1カ月未満で、最終的には病前の機能レベルまで完全に回復すること
- C. この障害は「気分障害、精神病性の特徴を伴うもの」、失調感情障害または統合失調症ではうまく説明されず、物質や一般身体疾患によるものでもない

Salvatore ら⁶⁾は、生涯初の精神病性エピソードのため入院した517例の入院時と24カ月後のSCIDによるDSM-IV診断を検討している。それによると双極I型障害46.2%、大うつ病性障害15.4%、統合失調症9.6%、短期精神病性障害7.2%と報告されており、上記のDSM-IV-TRの記載がいかに臨床場面の現実にそぐわないものが明瞭となり、記載内容の訂正が望まれるところである。

2. 統合失調様障害

統合失調様障害は、統合失調症の診断基準のうちエピソードの持続期間以外のすべての基準を満たすものである。「病気の持続期間は、短期精神病性障害と統合失調症の間である（1~6カ月）」と規定されているが、「急性精神病」が明瞭な根拠なしに、恣意的に短期精神病性障害と統合失調様障害に二分されているとも言えよう。DSM-IV-TRの統合失調症様障害の診断基準で注目すべきは、「予後の良好な特徴を伴うもの」という特定用語が用意されていることである。4週間以内の急性発症、極期における錯乱・困惑、病前適応が良好、鈍麻・平板化した感情の欠如を満たすものが予後良好な特徴とされており、類循環精神病 *zykloide Psychose* の臨床的特徴を彷彿とさせる規定である。

表3 統合失調感情障害の診断基準 (DSM-IV-TR)

-
- ① 1つの病期中に気分障害エピソードの基準を満たす症状と統合失調症症状が同時に存在すること
 - ② 少なくとも2週間著明な気分症状を伴わず幻覚や妄想が存在すること
 - ③ 気分障害のエピソードの基準を満たす症状が疾患期間の大部分に存在すること
-

3. 統合失調感情障害

表3にDSM-IV-TRの統合失調感情障害の診断基準を示した。これまで統合失調感情障害概念は、米国のKasanin⁴⁾をはじめとして多くの研究者によってさまざまに提唱されてきたが^{6,7)}、DSM-IV-TRの統合失調感情障害は、それらの概念を下敷きとしたものではなく、診断システム内における他の診断カテゴリーとの整合性を保つため、あるいはそれらとの間隙を埋めるため、恣意的、人工的に設定された診断カテゴリーとも言えよう。

4. 精神病性の特徴を伴う気分障害

「急性精神病」が気分不一致な精神病性の特徴を伴う躁病エピソードや大うつ病エピソードに該当することもありうる。気分不一致な精神病性の特徴が明瞭であればあるほど、そちらに臨床家の関心が集中し、気分障害エピソードが見落とされないような細心の配慮が必要である。

また、気分不一致な精神病性の特徴を伴う気分障害エピソードにおいて、明瞭な躁病エピソードや大うつ病性エピソードがいつも前景に立つとは限らず、混合性エピソードに精神病性の特徴を伴うこともある。この際、留意すべきは、DSM-IV-TRに規定される混合性エピソードの診断基準の非現実性が諸家によって繰り返し指摘されていることであり、実地臨床では、躁病エピソードへの抑うつ症状の混入や大うつ病エピソードへの躁症状の混入あるいは軽うつと軽躁の混合を見逃さず混合状態ととらえ、それを治療に反映させることである。

2010年に発表されたDSM-5の草案 ([http://](http://www.dsm5.org)

www.dsm5.org)では、混合性エピソードを廃し、躁病エピソードや大うつ病エピソードに「混合性の特徴の特定用語」を設定することが提案されている。この「混合性の特徴の特定用語」の基準は、A) 躁病エピソードへの3個以上の抑うつ症状の混入、B) 大うつ病エピソードへの3個以上の躁症状の混入とされている。躁症状や抑うつ症状を3個以上とすることの妥当性はさらに検討が必要であろうが、現行の混合性エピソードに比べればはるかに実地臨床に沿った妥当な提案と言えよう。こうした改訂案に従い、気分不一致な精神病性の特徴を伴う気分障害をより早期に診断し、「急性精神病」の一部に対して早期から気分障害としての治療やその再発予防のための方策をとることが望まれよう。

5. 「急性精神病」診断をめぐるDSM-IV-TRの問題点

DSM-IV-TRのテキストには、上述のような短期精神病性障害の稀少性に関する記載以外にも、「(予後良好な)急性精神病は、発展途上国でしばしば見られるが、米国や他の先進国では稀である」という疫学的エビデンスに基づかない記載も見られる。こうした記載に首をかしげたくなくなるだけではなく、そもそもDSM-IV-TRが、統合失調症と気分障害の「中間領域」に関する診断基準カテゴリー設定を軽視し、西欧(ドイツ・フランス)や北欧で長年をかけて醸成されてきた種々の(予後良好な)「急性精神病」概念に配慮せず、それらの伝統的概念を無視する姿勢には疑問を抱かざるを得ない。

様々な精神障害を分類しているDSM-IV診断システムとICD-10診断システムの相違点のうち最大のもの、DSM-IV-TRが軽視している「急性精神病」領域において、ICD-10が種々の「急性精神病」概念を十分に勘案していることであろう。

3. ICD-10における「急性精神病」

「急性精神病」に該当するICD-10の診断カテ

表4 急性精神病の ICD-10 診断

- ・ F 23 急性一過性精神病性障害
- ・ F 25 統合失調感情障害
- ・ F 3 精神病性の症状を伴う気分障害
- ・ F 2 統合失調症

表6 急性一過性精神病性障害の診断カテゴリー

- ・ 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
- ・ F 23.8 他の急性一過性精神病性障害
- ・ F 23.9 特定不能の精神病性障害

ゴリーを表4にまとめた。その中でも「急性精神病」の中心に位置する疾患カテゴリーが急性一過性精神病性障害 (acute and transient psychotic disorders: ATPD) であろう。

1. 急性一過性精神病性障害 (ATPD)

表5に示したのが、ICD-10⁹⁾のATPDの診断基準である。2週間以内の妄想・幻覚・錯乱の急性発症と躁うつ病・うつ病の診断の除外がその診断の骨子となっている。ATPDは、さまざまな病態を包含する診断カテゴリーであり、表6のように下位分類されている。その中で「急性精神病」の最も中核をなすのが急性多形性精神病性障害であろう。

2. 急性多形性精神病性障害

表7に急性多形性精神病性障害の診断基準を示す。多彩な幻覚・妄想が急性発症し、症状は短時間で変動しやすく、強い情動的な混乱も見られるが、躁うつ病の診断を正当化するほどまとまった情動症状ではなく、不安・恍惚の両極の間を急速に動揺するものであり、障害の全期間が3カ月を超えないことと定義されている。フランス語圏の妄想突発 bouffées délirantes とドイツ語圏の類循環精神病 zyklische Psychose を熟知した精神科

表5 急性一過性精神病性障害の ICD-10 診断

- ・ F 23 急性一過性精神病性障害
- G 1 妄想, 幻覚, 理解しにくいまとまりのない会話, またこれらの組み合わせが急性に発症したものであること。精神病症状の初発から障害が完成されるまでの期間は2週間を超えないこと
- G 2 器質的せん妄を除外
- G 3 躁うつ病, うつ病のエピソードを除外診断
- G 4 薬物・アルコール依存・中毒を除外診断
- G 5 出産を除く代謝性障害による精神障害および他の器質性精神障害を除外

表7 急性多形性精神病性障害の診断基準 (ICD-10)

- A) 急性一過性精神病性障害の基準を満たすこと
- B) その症状の様式や重症度が日によってまたは1日のうちに急激に変化すること
- C) 発症後のいずれかの時期に、なんらかの幻覚または妄想が少なくとも数時間は認められること
- D) 次の項目のうち、少なくとも2つの症状が同時に起こること
 - A) 強度の至福感や恍惚感, 圧倒されるような不安, 著明な易刺激性を特徴とする情動的混乱
 - B) 困惑, または人物や場所の誤認
 - C) 著明な運動性の増大あるいは減退
- E) 統合失調症の症状があっても発症後のわずかな時期に限られること
- F) 障害の全期間が3カ月を超えないこと

医によって規定された診断カテゴリーであることがうかがわれる⁷⁾。

3. ATPD をめぐる問題

51例のATPDの1年転帰を調査した Jorgensen ら³⁾は、48%の症例において診断が変更され、その多くは気分障害 22%や統合失調症 15%であったことを報告している。また Castagnini, Berrios ら²⁾は、1993年から2007年の間に発表されたATPD関連のすべての研究をレビューした結果、ATPDは統合失調症よりは転帰は良好で再発しやすく、ATPDの半数は統合失調症や気分障害に診断変更されることを明らかにしている。このようにATPDの診断学的安定性の問題が指摘されているが、こうした問題は、これらの研究が表6のように多彩な病態を包含するATPD全

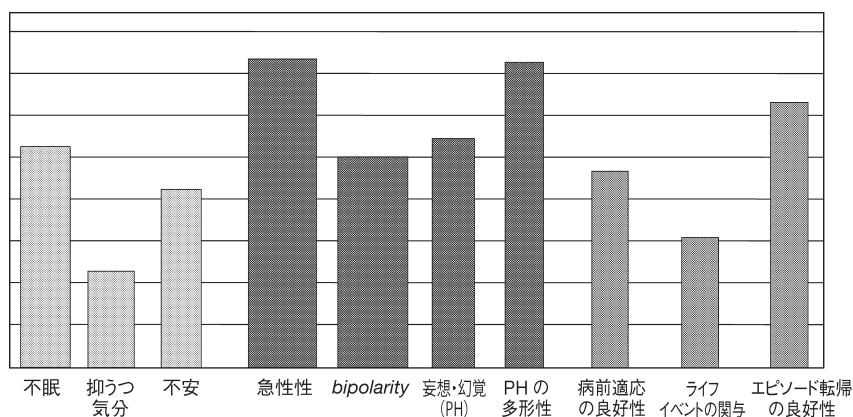


図1 急性精神病のディメンジョン評価
各ドメインの比重は経過中に様々に変化する

体を対象としたものであることに起因する可能性は否定できない。

4. 「急性精神病」のディメンジョン診断

現在進行している DSM-IV-TR から DSM-5 への改訂 (<http://www.dsm5.org>) の最大の目玉は、疾患横断的なディメンジョン評価 (診断) の採用とされている。そもそも気分障害と統合失調症の中間領域に位置づけられる「急性精神病」は、カテゴリー診断の枠にすんなりと収まりがたい性格を有するものである。

不眠、抑うつ気分、不安といった現時点で提唱されているドメイン以外にも、高揚気分、情動の不安定性といった症状ドメインやさらには、発症の急性性 (例えば数日以内の急性発症)、「双極性 bipolarity」、妄想・幻覚の多形性といった症状レベルのドメインをエピソード経過に沿って評価することは、いわゆる内因性精神病の精神病理の理解をより精緻なものとするであろう。さらには、病前適応レベル、ライフイベント、エピソード転帰などのドメインも評価することで、操作的診断の視点からも「急性精神病」の臨床をより豊かなものとするのが可能となろう。

上述してきたカテゴリー診断的観点から見た「急性精神病」は、疾患横断的なディメンジョン

評価 (診断) を援用すれば、図 1 に示したように表現できるのではないか。エピソードの経過中には、各ドメインの相対比重は変化するであろう。それは自然経過であることもあれば、気分安定薬や抗精神病薬の薬効の現れとみなすこともできよう。

上述のように ATPD の長期経過を体系的に検討した研究は多くはないが、それらの結果を概観してみると、ATPD は、15% は再発がなく、15% は ATPD を反復し、30% は双極性障害と診断変更され、15% は統合失調症と診断変更を受けるとまとめることができよう。そうしたカテゴリー診断の変遷も疾患横断的なディメンジョン評価 (診断) の変遷によって示すことも可能となる。

このような疾患横断的なディメンジョン評価 (診断) によれば、横断面的にも縦断的にも多彩な病像を呈する「急性精神病」をある 1 つの診断カテゴリーに無理やりに「閉じ込める」ことなく、臨床像を時々刻々と精緻に評価することを可能とするであろう。

しかし、一方で、ディメンジョン評価 (診断) のみでは、種々のドメインに関する多彩な情報を瞬時にして伝達することは容易ではなく、医療者同士の情報伝達がカテゴリー診断のように簡便に行われなくなる可能性がある。また心理教育の際

には、従来のようなカテゴリー診断に基づいた説明が援用しにくくなるという問題点もある。さらには、治療が各ドメインへの対応という形になり、症状ごとに異なる薬剤を使用するという多剤併用の悪弊の改善を遅延させる要因になりうるという危険性も等閑視できない。

5. おわりに

DSM-IV診断システムにおいて、「急性精神病」に該当する病態をそれぞれ検討した。いずれにしても「急性精神病」の診断は、DSM-IV-TRでは粗略に扱われていると言わざるを得ず、その理由も検討した。そうしたDSM-IV-TRとは対照的に、ICD-10が十分に勘案している種々の「急性精神病」概念を概観した。急性一過性精神病性障害のうち、急性多形性精神病性障害は、妄想突発や類循環精神病という西欧の伝統的概念を前提として作成された診断カテゴリーであることについて述べた。

この診断カテゴリーの最大の臨床的意義は、病前適応が良好な人に多形性の精神病像が急性発症した場合には、たとえ「周囲を驚かすような」著明な精神病状態に陥ったとしても、比較的短期間のうちに完全回復することが予測可能なことであり、精神科救急の場面にあっても有用な診断カテゴリーとなりうることである。今後は、ATPDの中でも急性多形性精神病性障害に焦点を当てて、その経過や転帰を調査し、この診断カテゴリーの妥当性を検証することが望まれよう。

一方、疾患横断的なディメンジョン評価（診断）を採用することで、操作的診断の視点からも「急性精神病」の臨床がより豊かなものとなる可能性を指摘すると同時に、疾患横断的なディメンジョン評価（診断）のみの重視は、医療者同士の

情報伝達や心理教育上の問題点や薬物療法の側面からも問題を孕んでいることを指摘した。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th ed, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002)
- 2) Castagnini, A., Berrios, G.E.: Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F 23): a review from a European perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259; 433-443, 2009
- 3) Jorgensen, P., Bennedsen, B., Christensen, J., et al.: Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 96; 150-154, 1997
- 4) Kasanin, J.: The acute schizo-affective psychoses. *Am J Psychiatry*, 13; 97-126, 1933
- 5) Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Akademie, Jena, 1957
- 6) Marneros, A., Tsuang, M.T.: Schizoaffective Psychoses. Springer, Berlin, Heidelberg, 1986
- 7) 坂元 薫: 欧米における非定型精神病概念. *精神科治療学*, 15; 473-481, 2000
- 8) Salvatore, P., Baldessarini, R.J., Tohen, M., et al.: McLean-Harvard international first-episode project: two-year stability of ICD-10s diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry*, 70; 458-466, 2009
- 9) WHO: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. WHO, Genève, 1993 (融 道男, 中根允文, 小見山 実ほか訳: ICD-10 精神および行動の障害: DCR 研究用診断基準. 医学書院, 東京, 1994)

Categorical and Dimensional Diagnostic Approach to Acute Psychosis in View of Operational Diagnostic Criteria

Kaoru SAKAMOTO

Department of Psychiatry, Tokyo Women's Medical University, School of Medicine

“Acute psychosis” is the tentative diagnosis made for the patients presenting acute onset of delusion, hallucination, confusion and emotional instability. “Acute psychosis” was focused in view of operational diagnostic criteria, ie, DSM-IV-TR and ICD-10. The diagnostic categories in the DSM-IV-TR corresponding to “acute psychosis” were brief psychotic disorder, schizophreniform disorder, schizo-affective disorder and mood disorder with psychotic features. Although brief psychotic disorder is representative of “acute psychosis” in the DSM-TR, it lacks in clinical usefulness, because its diagnostic criteria, based on no historical background, lack clinical validity in terms of symptom definition and duration (1 month>). On the other hand, in the ICD-10, a diagnostic category of acute transient psychotic disorder was based on the traditional “acute psychosis” concept that has been bred in the European Psychiatry. Among the acute transient psychotic disorders, acute polymorphic psychotic disorder is the diagnostic category made according to traditional concept of “bouffées délirantes” and cycloid psychosis. It is a clinically useful diagnostic category, because it could predict favorable episode outcome, if a person with fairly good premorbid social adaptation presents acute onset of polymorphic psychotic symptoms.

One of the most prominent points of the revision of DSM-IV-TR to DSM-5 is the adoption of dimensional approach evaluation (diagnosis) in a disorder-crossing fashion. In addition to insomnia, depressive mood and anxiety, symptomatic domain such as acute onset, bipolarity, polymorphism of psychotic symptoms, and furthermore such domain as premorbid social adaptation, life event and episode outcome should be evaluated in the course of treatment, contributing to the clinical practice of the patients with acute psychosis.

<Author's abstract>

<**Key words**: acute psychoses, DSM-IV-TR, ICD-10, DSM-5, categorical approach, dimensional approach>
