

特集 急性精神病的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——

ディメンジョン診断からみた「急性精神病」の診断と治療

針間 博彦

「急性精神病」という診断は精神科急性期医療、とくに精神科救急の現場において、特定のカテゴリー診断を与えうるだけの情報がまだ得られていない場合、暫定的にこの診断が与えられる。この診断には急性発症の精神病状態、経過が不明の精神病状態、体験症状が不明の急性行動障害などが含まれる。こうした暫定診断はおよそカテゴリーとは呼び得ないものであり、治療方針を決定するためには、妄想、幻覚、解体、気分/感情、緊張病症状、意識障害といったディメンジョン的の症状評価が必要となる。カテゴリー的な確定診断もまたこれらの症状の程度と持続期間に基づいて行われる。統合失調症と気分障害という二分法の中での診断的位置付けが定まらない「急性精神病」に関しては、診断基準に加えて急性錯乱、類循環精神病、反応性精神病といった伝統的な類型診断に照らし合わせることも臨床上有用である。また、暫定診断としての「急性精神病」には適応障害やパーソナリティ障害などの非精神病性障害も混入するため、これらの非ディメンジョン的な鑑別を行うには診断基準だけでなく、発生的了解という視点が役立つ。

<索引用語：急性精神病，急性一過性精神病性障害，ディメンジョン診断，カテゴリー診断，発生的了解>

1. 暫定診断としての「急性精神病」

「急性精神病」という診断は精神科急性期医療、とくに精神科救急の現場において多用されている。たとえば、平成21年に松沢病院に救急入院した462例の入院時診断の集計では、急性精神病が90例（19.5%）と、統合失調症（184例：39.8%）についで多かった。こうした初診時の「急性精神病」診断は暫定診断であり、カテゴリー診断を与えうるだけの情報（症状、経過など）がまだ得られていないことが少なくない。

急性精神病（acute psychosis）とは本来、急性発症（acute）の精神病状態（psychosis）との意味であり、精神科救急受診時にこの診断が用いられる場合、発症直後の暫定診断としては本来の意味での急性精神病である。ICD-10の「F23 急性一過性精神病性障害」はこうした暫定診断として用いることが認められている（DSM-IV-Rで

は暫定的に「特定不能の精神病性障害」と診断される）。この狭義の急性精神病状態を特定するには、発症様式と精神病症状という2つのディメンジョンの評価が必要である。

だが精神科救急の現場においては、これらの2つのディメンジョンが明らかでないことも多く、急性精神病という診断がより広くない曖昧な意味で用いられることがある。たとえば、平成18年および19年に松沢病院精神科救急を受診し、初診時に「急性精神病」ないしそれに準じる診断（急性錯乱、非定型精神病など）が下された入院患者139例（他院に転送した例は除く）の退院時診断は、F2：91例（65.5%）の他、F0：7例（5.0%）、F1：13例（9.4%）、F3：9例（6.5%）、F4：9例（6.5%）、F6：6例（4.3%）、F7：3例（2.2%）、F9：1例（0.7%）であった。F2の内訳はF20：51例（36.7%）、F23：34例

表1 入院時「急性精神病」診断例の群別

	ディメンジョン		
	発症様式	精神病症状	
1) 急性の精神病状態 (本来の意味)	急性発症	体験症状 表出症状	72 例 (51.8%)
2) 病歴不詳の精神病状態	不詳	主に表出症状体験 症状はしばしば不詳	49 例 (35.3%)
3) 急性の行動障害	急性発症	不明ないしなし	18 例 (12.9%)

(24.5%), F25:3 例 (2.2%), F21, F22, F28 がそれぞれ 1 例 (0.7%) であった²⁾。

こうした F23 急性一過性精神病性障害に限らないさまざまな退院時診断は、初診時の「急性精神病」診断が必ずしも上の狭い意味で用いられていないことを示唆している。すなわち、病歴が不詳で発症様式が不明である場合や、行動障害が急性に出現したが精神病症状が不明である場合も、「急性精神病」と診断された可能性がある。そこでわれわれは上記の 139 例について、「急性精神病」の診断根拠を初診時の診療録から調査することにより、1) 急性の精神病状態、2) 病歴不詳の精神病状態、3) 急性の行動障害という 3 群に分け (表 1)、その臨床特徴について検討した³⁾。

その結果、第 1 の急性の精神病状態群、すなわち発症様式が急性発症であり、入院時の状態像に明らかな精神病症状 (幻覚, 妄想, 自我障害といった体験症状や解体, 緊張病症状といった表出症状) を認める群には、72 例 (51.8%) が該当した。この群の退院時診断は F2 が 59 例 (81.9%) と大多数であり、他に F0 が 2 例 (2.8%), F1 が 3 例 (4.2%), F3 が 7 例 (9.7%) などであった。F2 の内訳は「F20 統合失調症」が 27 例 (第 1 群全体の 37.5%), 「F23 急性一過性精神病性障害」が 29 例 (同 40.3%), 「F25 統合失調感情障害」が 3 例 (同 4.2%) であり、入院後の経過において短期に寛解し F23 と診断される例と、以前からの精神病症状が確認される、あるいは治療経過の中で精神病持続期間が規定を超えるため、F20 と診断される例がほぼ同じ割合で認められた。

第 2 の病歴不詳の精神病状態群、すなわち状態像に明らかな精神病症状を認めるが、それが主に著しい興奮や解体であるため、病歴や体験症状の十分な聴取が行えず、発症様式が不明の群には、49 例 (35.3%) が該当した。入院後は諸検査、症状聴取、情報の収集による診断検討が必要である。退院時診断は F2 が 31 例 (63.3%) と過半を占め、統合失調症の急性増悪が多かったが、他に F0 が 4 例 (8.2%), F1 が 10 例 (20.5%), F3 が 2 例 (4.1%) などであった。F2 の内訳は F20 が 24 例 (第 2 群全体の 49.0%) であり、F23 は 5 例 (同 10.2%) にすぎなかった。

第 3 の急性の行動障害群、すなわち暴れ、自殺企図、暴行といった著しい行動障害が突発的に出現して救急受診に至るが、精神病性の体験症状や表出症状を認めず、そうした行動が精神病性のものであるか不明の群には、18 例 (12.9%) が該当した。退院時診断は F4 が 7 例 (38.9%), F6 が 6 例 (33.3%), F7 が 2 例 (11.1%) と非精神病性の障害が大多数であった。この群は生活歴に不適応や問題行動が認められることが多く、退院時に適応障害 (心因反応), パーソナリティ障害と診断される例がほとんどであった。

2. ディメンジョン評価による急性精神病のカテゴリ分類

1. 急性精神病という中間領域の問題

急性精神病は統合失調症と気分障害 (躁うつ病) というカテゴリ的二分法では診断困難な領域である。だが精神病症状も気分症状もみられ、

またそれらの経過が明らかでない場合、暫定的に、また確定診断としても、急性精神病と診断せざるを得ない例が存在する。これは統合失調感情障害（これ自体は症状と経過の明らかな場合に下される確定診断である）とは別の意味での中間領域である。この診断上の困難に対処する方法として、1つには伝統的な臨床類型を用いること、またもう1つには操作的にカテゴリー診断を行うことが挙げられる。

2. 急性精神病に関する臨床類型

急性精神病に関連する従来の臨床類型には、急性錯乱、類循環精神病、反応性精神病、非定型精神病などがある。急性錯乱は突発性の発症、ときに幻覚を伴いさまざまな主題を有する妄想、さまざまな情動状態とある程度の意識混濁、急速な完全寛解という特徴を示す急性精神病性エピソードとして記述された。類循環精神病は精神運動性興奮と精神運動性抑制のいずれかを示す、あるいは両者が急速に交代して出現する比較的短い急性精神病性障害であり、興奮-抑制、多動-無動、不安-恍惚という3つの形態が指摘された。反応性精神病は先行する外部の出来事、たとえば喪失や死別、外傷、自然災害と因果関係のある短期の精神病状態群を指す。こうした類型は、症例に対する見方を示すものであり、「当てはまるか否か」が問題となるカテゴリー診断とは異なり、症例がそれに「どの程度当てはまるのか」が問題になる¹⁾。

3. 臨床類型からカテゴリー診断へ

ICD-10では、これらの臨床類型が取り上げた特徴を別々のディメンジョンとして採用した診断基準を設けることにより、F23 急性一過性精神病性障害のカテゴリー分類を可能にしている。そのディメンジョンとは、発症様式（急性発症）、症候群（多形性、統合失調症状）および関連する急性ストレスである。

a. 急性発症

これはF23の群全体を規定する特徴である。

急性発症とは2週間以内に、精神病的不な状態から明らかに異常な精神病状態に変化することと定義されている。これは上に挙げた臨床類型に共通の特徴である。

b. 多形性

これは急速に変化する可変的な状態を示し、急性錯乱の特徴の1つとして古くから記述されていたものである。不安-恍惚、興奮-抑制、多動-無動という類循環精神病の特徴も、多形性の特徴として取り入れられている。

c. 統合失調症状

これは統合失調症（F20.0-F20.3）の全般基準として挙げられた症状であるが、これと多形性の有無が第4桁の数字によって特定される。

d. 関連する急性ストレス

関連する急性ストレスが精神病症状発現前の2週間以内に存在するか否かが、第5桁目の数字によって特定される。こうした急性ストレスとの関連は反応性精神病の概念を取り入れたものだが、F23の診断に必須の基準ではない。

このように、F23は精神病症状の急性発症というディメンジョンによって定義され、さらに多形性、統合失調症状、関連する急性ストレスというディメンジョンによって下位カテゴリーに分類される（表2）。ディメンジョン評価に基づいてカテゴリー診断が行われるという、2つのアプローチの組み合わせによる診断基準は、ICD-10の他の項目にも、またDSM-IVにも広く認められる。

もっとも、急性精神病に関してこうしたカテゴリー診断が妥当であるかについては異論もある。たとえばMarnerosら⁴⁾は、急性多形性精神病性障害を統合失調症状の有無で下位分類することは、正当な理由がなく不要であると主張している。われわれ²⁾の調査でも精神科救急における急性一過性精神病性障害においてはSchneiderの1級症状は確認されない、ないしはできないことが多い。

4. ディメンジョン評価に基づく治療

すでに述べたように、とくに精神科救急においては、急性精神病という診断が同質な一群を示し

表2 F 23 急性一過性精神病性障害を下位分類する3つのディメンジョン

1. 多形性
2. 統合失調症状

		多形性	
		+	-
統合失調症状	- (半分以下の時期)	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 23.3 妄想を主とする他の急性精神病性障害
	+ (過半の時期)	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

3. 関連する急性ストレス
 - F 23.x0 関連する急性ストレスを伴わない
 - F 23.x1 関連する急性ストレスを伴う

ていないため、薬物選択だけでなく心理社会的対応も含め治療は一律なものにはなりえず、上記のディメンジョンのほか気分/感情、緊張病症状、意識障害といったディメンジョンの評価を考慮に入れ、個別の症例ごとに決定する必要がある。その際、次に述べる了解概念による疾患と非疾患の非ディメンジョン的区別も不可欠である。

3. 了解概念による疾患と非疾患の非ディメンジョン的区別

1. 了解概念と疾患・非疾患 (変異)

Jaspers-Schneider の伝統的な考え方に従えば、精神障害は疾患の結果としての精神病と、疾患ではない「心のあり方の異常変種」に分けられる⁹⁾。疾患には身体的原因が明らかなものと不明なものがあり、後者は従来、内因性精神病と呼ばれたものである。ICD-10 の配列はこの考え方に従っており、身体的原因の明らかな精神病が F0, F1, 内因性精神病が F2, F3 に相当し、F4 以下はすべて疾患でない精神障害である。この非疾患群は正常から境界なく移行し、その差は基本的に程度の差にすぎない。こうした疾患群と非疾患群の区別が臨床上重要であるのは、前者では薬物治療を含む身体治療が、後者では精神療法が治療の主体となるからである¹⁾。

非特徴的な症状しかみられない場合、症状面だけからでは両者の区別は困難である。この場合、内因性精神病を非疾患群から鑑別するには、発生

的了解の観点から「生活発展の意味連続性の中断」⁹⁾を見出すことにより、体験反応ではないことを示す必要がある¹⁾。逆に、患者のパーソナリティ、生活史、生活状況といった文脈から症状の発生的了解が完全に可能であれば、それは疾患ではない。

2. 急性精神病における了解概念

初診時に急性精神病と診断される場合、特に精神運動興奮といった非特徴的な所見しか同定しない場合、上に述べたように適応障害やパーソナリティ障害などの疾患によらない非精神病性の障害も混入する。そのため、これらを鑑別するためには、症状の形式・内容の確認だけでなく、発生的了解という視点をを用いることが役立つ。いかなる精神症状もその内容は患者のパーソナリティや体験から多少とも了解可能であり、とくに関連するストレスがある場合、精神病症状の内容は多少とも了解できることが多い。したがって、「ある程度了解可能」だからといって疾患 (精神病) は否定されず、そうした症状の出現が究極的に了解できない場合にはじめて、それが疾患 (精神病) であるとみなされる。このように、了解可能性は「どの程度可能か」ではなく「完全に可能か否か」という、基本的に非ディメンジョン的なものである。

3. 急性精神病における疾患・非疾患の区別の必要性

初診時において急性精神病と診断される場合、こうした疾患か否かの判断は臨床上最も必要とされる。とくに精神科救急においては、自傷他害行為を行った者に対し、治療の対象とするか、あるいは家族による見守りや警察による司法対応の対象とするか、という選択を迫られる。疾患か否かという判断はこうした決定を直接に左右する。また治療においても、まずこうした判断に従って抗精神病薬の投与の有無や心理的対応の方法を決定すべきであると思われる。

初診時に急性精神病と診断された例の治療にあたっては、それがカテゴリー診断とは呼び得ないものであることに留意し、上記のディメンジョン毎の評価を行うとともに、了解可能性に基づく非ディメンジョン的鑑別にも努めるべきである。

文 献

- 1) 古茶大樹, 針間博彦: 病の「種」と「類型」, 「階層原則」—精神障害の分類の原則について. 臨床精神病理, 31; 7-17, 2010
- 2) 針間博彦, 小池純子, 白井有美: 精神科救急における急性精神病診断の現状. 精神経誌, 112 (4); 377-384, 2010
- 3) 針間博彦, 高橋克昌, 反町佳穂子ほか: 精神科救急における急性精神病の診断と治療の現状. 精神科治療学, 25; 1153-1160, 2010
- 4) Marneros, M., Pillmann, F.: Acute and transient psychoses. Cambridge University Press, Cambridge, 2004
- 5) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. 15. Aufl. mit einem aktualisierten und erweiterten Kommentar von Huber G und Gross G. Thieme, Stuttgart, 2007 (針間博彦訳: クルト・シュナイダー 新版 臨床精神病理学. 文光堂, 東京, 2007)

Diagnosis and Treatment of “Acute Psychosis” from the Dimensional Perspective

Hirohiko HARIMA

Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

The term “acute psychosis” is commonly used as a provisional diagnosis in psychiatric acute settings, especially in emergency, when there is not sufficient information available to give a specific categorical diagnosis. The provisional diagnosis “acute psychosis” involves psychotic conditions with acute onset, psychotic conditions with unknown course and acute behavioural disorders with unknown subjective experiences. Because this provisional diagnosis is not a proper category, dimensional assessment of psychopathology including delusions, hallucinations, disorganization, mood/affect, catatonia and disorder of consciousness is required to start specific treatment. As “acute psychosis” is nosologically ill defined in the dichotomy of schizophrenia and mood disorder, traditional types such as bouffée délirante, cycloid psychoses and reactive psychosis are useful in practice as frames of reference. Because the provisional diagnosis of “acute psychosis” involves non-psychotic disorders such

as adjustment disorders and personality disorders, the perspective of genetic understanding is helpful in making a non-dimensional differential diagnosis.

<Author's abstract>
