

## 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——

「急性精神病」における多次元指向性  
——司法，行政，治療，患者の存在様式——

須賀 英道

「急性精神病」をとらえる立場には、医療の他に司法、教育、社会・行政など多面的評価があり、医療でも診断・治療・予防あるいは臨床・研究などの視点ではそれぞれの評価基準が異なっている。こうした中で各分野におけるその評価の専門性と重要性を認識しつつ、専門家同士が互いに敬意を払い、総合的なコンセプトを求めるような多次元指向性が現代社会の中では求められている。「急性精神病」という診断的枠付けには、3つの異なった視点がある。1つ目は社会的行動視点であり、司法・行政的要素が含まれ、措置・医療保護入院といった治療介入における有用性である。2つ目はエピソード改善での治療視点であり、DSM や ICD といった操作的診断を用いた場合に、薬物治療を中心とした治療有効性、副作用などのエビデンス蓄積の有用性である。3つ目は患者の人生視点であり、非定型精神病など縦断的指標の重視によって再発予防、心理教育、患者自身の病気の受け入れにつながることである。ここでは、最近、精神医学で問題となってきたカテゴリーとディメンジョンの視点に着目し、「急性精神病」に求められる多次元指向性からみた精神科診断の柔軟性について述べた。

<索引用語：急性精神病，多次元指向性，非定型精神病，診断基準>

## 1. 精神科診断はカテゴリーか？

## ディメンジョンか？

最近の精神医学診断の中で、カテゴリーとディメンジョンに白熱した議論がなされているのは、周知のことであろう。そして、ディメンジョン側の形勢がやや有利になっていることも、DSM-V へのバージョンアップの動きに汲み取れよう。診断基準に用いる精神症状の指標を内包規定から脱却し、純粋な外延規定によって再構築していく流れである。こうした流れはごく自然な流れであり、一方の流れに行き詰まりが生まれ、反対に戻り始めたのである。まさしく、振り子の流れといえる。振り子の流れについては、藤縄の「精神医学における診断図式的序説」<sup>1)</sup>に明解に記されており、拙者が引用するのははなはだ恥ずかしいが、カテゴリー vs ディメンジョンという視点で説明する

のにわかりやすく、若干触れてみたい。

図に示されるように、カテゴリー vs ディメンジョンの振り子は、ギリシャ時代の伝統的哲学の対立にまで遡る。プラトンによる普遍的理念（イデア）とヒポクラテスによる個々の対象や出来事（個別対象）である。この2つの基本姿勢が医学を含めてその後のあらゆる学問の取り組み姿勢になっている。演繹論か帰納論かという見方が最もわかりやすいかもしれない。最近の精神医学診断における内包規定か外延規定かの姿勢もまさにここに収斂する。医学の歴史においては、プラトン派とヒポクラテス派の交代がこれまでも繰り返されている。17, 18世紀にみられた疾患分類の追究と18, 19世紀の「疾患があるのでなく病人がいるだけだ」というルソーの言葉である。ここでは診断重視か治療重視かという姿勢がみられた。

カテゴリー	ディメンジョン
プラトン	ヒポクラテス
普遍的理念(イデア)	個別対象
演繹	帰納
内包規定	外延規定
疾患(原因)	病人
診断重視	治療重視
コッホ	ビネル
クレペリンの精神病理	操作的診断
疾患単位	臨床単位
不可知論	可知論
疾患論	症状論
質的偏倚	量的偏倚

図 精神医学におけるカテゴリー vs ディメンジョンの振り子 (藤縄より)

精神医学ではこの時期にビネルが個々の症例の重要性を指摘している。それが 19 世紀後半になると、コッホによる細菌学の進歩によって、原因論に大きく傾き、精神医学においてもクレペリンが疾患単位を唱えた。この頃のクレペリンの影響がいかに大きいかは、その後の精神医学診断にクレペリンの二分論がそのまま残ったことからうかがえる。20 世紀には原因論のカテゴリーが医学の本流となっていた。その中で精神医学では、一時、反精神医学による軽い揺れがみられたが、大きく傾きを変えたのはスピッツァーによる操作的診断概念の登場<sup>9)</sup>である。ここでは疾患単位は否定され、コミュニケーション、コントロール、理解を目的とする臨床単位の分類が行われた。振り子の流れが大きくプラトン派からヒポクラテス派に動いたのである。21 世紀に入りさらにこの動きは強くなっている。カテゴリー vs ディメンジョンではディメンジョン側の形勢が有利になったのもこの流れである。司法関連でも同じ動きがみられる。責任能力の判定の根拠となっていた不可知論による精神疾患の絶対的な位置づけが、可知論からの精神症状の評価による責任能力判定となってきた。疾患論から症状論への移行といえる。視点を変えると、質的偏倚から量的偏倚という 18、19 世紀にみられた姿勢が再びとられるようになってきたともいえる。最近の精神医学診断において、発達障害の解釈にスペクトラム理論が用いられていることはそのあらわれであろう。そして、

今回とりあげる急性精神病との関連では、カトニーの解釈にも同じ動きがみられる。カトニーの概念が、特定の疾患にみられる症状とするような「診断」という視点から、様々な原因においても生じうる「状態像」という視点に変わってきた<sup>9)</sup>。疾患論的解釈から症状論的解釈に変わってきたのである。振り子流れは、暫くディメンジョンの方向に向かうのは確かである。

## 2. 急性精神病における多次元指向性

### 1. 多次元指向性とは？

近年、各種分野にニーズに応じた多様性が求められている。ここでは利用者をコンセプトの主眼としてサービスが提供される構図にあり、サービス提供者は利用者の求めるニーズに応じて多種多様なサービスを提供する。こうした流れは医療分野でも主流となり、患者側から多様性が求められる時代となっている。これまで独立した医療部門のように構えていた精神医学においても例外ではない。主治医としての患者に対する治療介入が、1 人の精神科医のもつ診断・治療概念によって対応していくようなあり方に収斂する時代ではなくなった。患者のおかれた多様な状況の中では各種分野におけるスペシャリストが対応し、スペシャリスト間の連携にて患者の求める高いニーズを提供していく。薬物療法、精神療法、認知・行動療法をはじめ、各種モデル理論の中で治療・予防に有効なモデルがコンセプトを目指して適時使用されることになる。ここでのコンセプトとは、患者が生を受け死に至るまでの個々の人生を、それを受け入れる社会との関わりの中でいかにうまく適応させて行くかをサポートすることである。こうした個々の人生のサポートは精神医学的な医療視点でのみ充足されるものではない。それは医療に限らず、司法、行政、教育、職場、家庭、地域など様々な分野からのサポートも併行して求められる。各分野間のコラボレーションが必要不可欠な時代に入ってきたからである。こうした構図の中で用いられる診断・治療概念には、その目的に応じた柔軟なものが必要とされる。

精神医学における柔軟性は、20世紀に様々な診断・治療概念が華々しく唱えられる中でみられていたといえる。特に精神病理学においては哲学、社会学、司法、自然科学など視点を変えた解釈から多くのモデル論が提唱され、個々の人生サポートのみならず、家族関係や社会構造、究極には普遍的「生」にまでの解釈が応用されてきた。しかし、これらが21世紀に入って急速に消退してきているのである。

こうした流れは、各分野が連携するために高い信頼性が求められたことに端を発した。DSM-III以後、バージョンアップされる操作的診断は信頼性を求めて生み出されたが、信頼性を高めれば診断概念のもつ妥当性は下がる。この袋小路に嵌ると方向性は単純で明解な結果の産出に向かう。診断の利用目的がエビデンス指向性になってきたのである。操作的診断には元来疾病概念はなく、無機質的な分類といえる。そのため容易に分類ができ、信頼性も高いことから、各分野間のコラボレーションに用いる診断用語として高い共通性をもつことが評価される。しかし、この操作的診断における診断用語のもつ概念と過去のモデル理論によって蓄積された多くの精神科医の臨床経験との間に大きなギャップを生み出すこととなった。これは何ともパラドキシカルなものといえよう。個々の人生のサポートを広い視点ですすめるために求められた共通性が無機質的なものになり、実社会に応用するには今後のエビデンスの蓄積を待たねばならなくなったのである。

精神医学ではこのように診断に関する問題が棚上げされたままとなっているが、21世紀に入ると医療全体にみられる実践主義の流れに精神医学も乗ることになっていった。そして、各分野のスペシャリストとの連携を可能とするコーディネーターの役割が重視され、医療施設間に限らず、司法、行政、教育、職場、家庭、地域などのマクロな調整が求められるようになった。こうした治療的アプローチは多次元指向性であり、患者への対応が個人対応からチーム対応へと変遷しているのがわかる。周知のごとく、チーム医療の基本は医

療の中で外科部門において先進的に築き上げられた。手術という治療介入によって一分野として独立し、大きな発展を遂げてきたのである。精神医学においても精神科医単独でなくコメディカルを含めたチーム対応の重要性が高まってきている。リハビリや心理教育、発達障害対応など最近急速に必要な求められる分野で特にこの動きが高まっているといえる。

## 2. 多次元指向性でみた「急性精神病」とは？

急性期の精神障害患者に対して「急性精神病」として診断的に枠付けをすると、その時点から多くの分野において各種各様の問題が生じる。本来、ある事象に対して内包規定によって1つの枠付けを行うと、そこに必然的に利益と損失の2面性が付随する。これは診断においても同様であり、枠付けに用いられた基準の相違や、基準を用いる次元の問題によって、利益と損失のバランスは大きく異なってくる。さらにこの利益と損失という価値判断についてさえ、診断を利用する側の立場の違いによって反転する場合もある。医学において病理学は、19世紀から20世紀にかけて絶対的価値観として位置づけられた。精神医学においても、こうした病理学に基づいて、原因論に関連した疾患単位を探究することが正道であった。しかし、原因探究が進展しても疾患単位が確立しない状況が続くと、振り子の流れのごとく、診断的枠付けの目的が、原因論的カテゴリーに限定されず、多次元指向性をもつようになる。近年では、薬物の有効性に関連した治療指向性が診断目的に多くみられているのは1つのあらわれである。

「急性精神病」という診断によって生じる長所・短所には次のものが挙げられる。長所としては、異種性であっても一括できるため、精神保健福祉法や精神鑑定といった司法の次元で使いやすく、入院の必要性における緊急性の示唆を行政的に行うためにも使いやすい。短所としては、行政上の緊急性が優先し、本人・家族に対して高圧的であること、異種性が著しく学術対象になりにくいこと、エビデンスの蓄積につながりにくいこと、

そして治療・転帰に有用な情報が乏しいことなどが挙げられる。そのため「急性精神病」という診断を用いるには、長所・短所の利便性に基づいて使われているという了解が求められる。

診断的枠付けについて、多次元指向性を整理すると次のようになる。

#### ①社会的行動次元

急性精神病の状態にある患者に対して、保護や治療介入を行うための緊急評価として、精神保健福祉法といった司法的根拠に基づいて措置・医療保護入院の必要性が求められる。精神医学史をみると元来、精神科医は法廷において被告の責任能力についての見解を述べる立場にあり、その目的で診断的枠付けを用いた。責任能力の判定を基準とした次元において診断的枠付けが行われてきたといっても過言ではないだろう。この診断的枠付けが、行政における保護や医療・福祉を本人に提供するための診断にも移行したといえる。急性期の精神障害患者を「急性精神病」と一括する診断にも、こうした歴史にあるように、責任能力の判定の次元の色彩が強が残っているが、この次元での「急性精神病」の枠付けの利便性は高いといえる。

#### ②エピソードにおける治療次元

急性精神病では比較的早期に病前機能レベルへの回復を示すものが多く、症状出現から回復までの1つのエピソードに視点をおいた治療が中心となる。薬物治療を主とした治療の中で薬物有効性などのエビデンスを得るには、DSM-IV-TRやICD-10といった操作的診断が求められている。信頼性向上を主眼においた操作的診断ではエビデンス産出のための統計解析手法に最適であり、その結果、急性期における治療に対する多くのエビデンスが蓄積されてきた。しかし、この次元での診断的枠付けとして「急性精神病」を用いるのは、長期予後予測のような縦断的視点からの利便性はあまり高くない。それは、急性精神病のエピソード後には寛解するものと慢性化するものがあり、その判別のための情報を何ら与えていないからである。

#### ③患者の存在様式の次元

これは1回のエピソードの回復に限定せず縦断的視点を中心としたもので、長期経過の転帰<sup>6)</sup>や再発予防を見据えている。ここでは「急性精神病」を呈した患者が、「急性精神病」という病気を人生の一部分として受け入れ、家族や地域との共存に至るといったマクロ的枠付けの意味をもつ。この場合、「急性精神病」やDSM-IV-TRによる「短期精神病性障害」、ICD-10による「急性一過性精神病性障害」などの診断的枠付けではあまり利点はなく、「非定型精神病」といった枠付けによって患者の人生の視点に立った利便性が見出されるのである。

このような多次元指向性の視点から診断的枠付けが把握されていれば、急性期の精神障害患者に対して「急性精神病」という用語を用いることに問題はないが、実際の臨床現場においてはこうした認識に乏しいのが現状である。操作的診断(DSM)のもつ多軸診断の有用性をも十分に把握しきれていない精神科医が少なくないこともその1つのあらわれかもしれない。

### 3. 臨床単位としての「非定型精神病」 診断の有用性

非定型精神病概念についてはこれまでも多数論述されており、詳細は別稿<sup>2-4)</sup>を参照されたい。ここでは、「非定型精神病」という診断が最近用いられなくなった理由を考えてみたい。主な理由は、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。日本でも地域差が大きく、関西圏を中心としたごく一部の地域に限られ、それ以外ではあまり広まらなかったことも大きい。時代の流れは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」には診断基準を作る動きがなか

なか生まれなかった。こうして「非定型精神病」という診断が消退したといえる。しかし、これは非定型精神病的診断に全く意義がなくなった訳ではない。臨床的有用性についての評価がそもそもなされてこなかったからである。

これまでの精神科医の臨床経験の中で非定型精神病的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挙げられる。

- 1) 初発時において、治療方針（治療薬やECTの選択）が決定できる。
- 2) 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。
- 3) 寛解時において、治療薬を削減できるか、終了できるかという判断ができる。
- 4) 長期予後の予測がある程度できる。
- 5) 周期性経過において、その再発予防対策（心理教育）がとれる。
- 6) 医療者間において1) から5) に関する情報伝達が明解である。

こうした臨床的有用性をさらに高めるため、有志の精神科医によって明確な診断基準の作成が求められた。平成20年3月に非定型精神病診断基準委員会（付記）が発足し、非定型精神病診断基準の検討が始まった。当然のことながら、当初より非定型精神病的診断基準を作成することには賛否両論がみられた。既述したように、対象をある基準によって診断的枠付けをすることで利益と損失の二面性が必然的に生じ、この得失バランスの中で診断の使用者がどちらのサイドに立つかによって賛否が決まる。そこで臨床的有用性という明確な目的を委員会において方向付けたうえで、非定型精神病的診断基準（表）が作成<sup>7,8)</sup>された。ここでは、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。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。

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

表 非定型精神病診断基準

- 
- 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
- 

■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「親子・同胞」）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
  4. エピソードにおいて多形性（動揺性）のあるものまたは多形性（動揺性）のないもの

■経過の特定

1. 初発か再発か
2. 反復（周期性）の有無と過去のエピソードの同定

■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  
自分の考えがまとまらないことを自覚した戸惑い、人物や場所の誤認、思路の錯乱  
これらによって外界の認知や知的作業の低下が生じ思考や行動に混乱がみられる  
エピソード後に健忘を残すことがある  
多形性（動揺性）に現れることがある  
なお、次の精神医学用語はこの状態の一部を意味するものとする  
例) 夢幻様状態 (oneiroider Zustand), 意識変容 (Bewußtseinsveränderung), 思考散乱 (Inkohärenz), 急性錯乱 (akute Verwirrtheit)
- c) 緊張病症状  
緊張病性の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、顕著な銜奇症、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

れている状況において臨床精神科医がすべきことは、当事者に対して早急に安心と信頼感を提供することである。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りうる。こうした非定型精神病的診断基準の利用は精神科診断の多次元指向性の1つの指向性といえよう。

#### 4. おわりに

「急性精神病」という診断には多次元指向性が含まれる。そこには各次元における有用性を利用することで様々な分野でのコラボレーションに応用が可能となる。精神科診断には今後もこうした柔軟性が求められよう。

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, 兼本浩祐, 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

2) Hatotani, N.: The concept of 'atypical psychoses': Special reference to its development in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 50: 1-10, 1996

3) 林 拓二: 非定型精神病. 内因性精神病的分類と診断を考える (林 拓二編). 新興医学出版社, 東京, 2008

4) Mitsuda, H.: Problems in nosological classification. *Clinical Genetics in Psychiatry* (ed. by Mitsuda, H.). Igaku-Shoin, Tokyo, p.3-21, 1967

5) Spitzer, R.L., Williams, J.B.W.: Classification in psychiatry. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 3rd ed (ed. by Kaplan, H.I., et al.). Williams & Wilking, Baltimore/London, 1980

6) 須賀英道: 非定型精神病的長期経過・転帰研究—20年以上の経過観察より—。 *臨床精神医学*, 34: 1453-1461, 2005

7) 須賀英道: 急性精神病における非定型精神病概念再考—診断基準作成に向けて—。 *精神科診断学*, 3: 30-42, 2010

8) 須賀英道: 急性精神病における非定型精神病的再評価. *精神科治療学*, 25: 1161-1167, 2010

9) 須賀英道: 双極性障害とカタトニア症候群. *最新精神医学*, 16: 45-50, 2011

## Importance of Multi-dimensional Approach in the Diagnosis of Acute Psychosis

Hidemichi SUGA

*Ryukoku University, Health Service*

Treatment of acute psychosis should involve a multi-dimensional approach that includes factors such as administration of justice and education, societal factors, and other similar aspects, apart from the actual medical treatment. Medical treatment in turn has various aspects such as diagnosis, treatment, prevention, and clinical research. In a multi-dimen-

sional setting, each specialist recognizes the specialty of their peers and the importance of evaluation in each field, following which the integrated concept is pursued. The contemporary society demands a multi-dimensional approach towards acute psychosis. There are three different aspects in the diagnosis of this disorder. The first is a social-behavioral aspect, which includes the elements of justice and administration. This is useful for interventions such as involuntary hospitalization and protection hospitalization, along with medical treatment. The second is the actual treatment aspect for improving the psychotic episodes. Evidence obtained on using DSM or ICD for diagnostic purposes is useful for effective treatment and prevention of side effects of drug therapy. The third is the patients' quality of life aspect, which leads to relapse prevention and psychoeducation, and facilitates patients' acceptance of their condition by using longitudinal assessments such as those used in atypical psychosis. In this article, I aim to investigate the various recent topics of discussion regarding psychiatric illnesses, including their categories and dimensions. I described the flexibility of the psychiatric diagnosis from the standpoint of the multi-dimensional directivity requested in "acute psychosis".

<Author's abstract>

<**Key words** : acute psychosis, multi-dimensional directivity, atypical psychosis, diagnostic criteria>

---