

I

統合失調症のみかた

1 診断

太古の昔からずっと人類に存在していたであろう統合失調症につき、疾患としての概念が提唱されるにいたったのは、青年期に発症し最終的に荒廃に至る進行性の経過から 1893 年に Emil Kraepelin が「早発性痴呆 dementia praecox」を提唱したことに始まる。そして、「痴呆」と呼ばれていてもそれが、必ずしも認知症と同等の状態に至るわけではないことから 1911 年には Eugen Bleuler が Schizophrenia という用語を提唱するに至った。

これらは年老いたヤクザが人に煙草をせびるところを想像しながら「ボケたヤクザが『クレ』と言う（痴呆 1893 クレペリン）」、そして、天秤にヒヨコとニワトリを乗せたらニワトリの方が下がるだろうことを想像しながら「シーソーで低い位置はプロイラー（Schizo. 1911 プロイラー）」と覚えておくといいだろう。専門家であれば、そのぐらいの知識は教養として知っておくべきだし、歴史を知ると見えてくるものもある。

さて、この本を手にする読者を最初から驚かせてしまったかもしれない。この本を書くにあたってひとつの方針を決めている。小難しい概念はしばしば頭を素通りしがちだが、それでは書いた私は残念だし、読む側も得るものがなく、患者も救われない。積極的に語呂合わせの類の覚え方を盛り込むことにしている。語呂合わせなどという下らぬものは肌に合わない読者もいるかもしれない。ただ、私自身、誇り高く馬鹿であるよりも、馬鹿げた方法を使ってでも賢くなることこそ患者のためだと信じている。暗記より理解の方が大切だという主張はよく耳にするが、その2つの比較はナンセンスだ。理解は知識に意味を与え、知識は理解を深めるものとなる。ただ、語呂合わせの類にアレルギーが出る人もいるかもしれない。そんな人は、そつとその個所を見なかったことにして読み進めていただきたい。

本題に戻ろう……そんな統合失調症について、論じようとするれば「幻

聴や妄想が出る病気」というわかりやすい話もあれば、「自我の障害」という精神病理に基づいた解釈もあれば、「認知機能の障害」という理解もあり、ひと言では語りきれない。精神医療にたずさわる医療者は皆が各々、統合失調症に対して何らかの考えを持っているのではないだろうか。内科医が肺炎を語るときに、外科医が肝がんを語るときに、皮膚科医が白癬を語るときに、同じことが起こるようには思えないが、統合失調症については様々な立場の人が様々なとらえ方で見ているのが実状である。それほど統合失調症とは、不明確であり複雑でもある病気なのだ。どこまでが正常でどこからが統合失調症なのかの線引きは曖昧であり、少し変わったことを言う人もいれば、ときおり妄想っぽいことを言う人もいれば、明らかな妄想を確信し続ける人もいる。正常と異常を区分する線はどこにも存在しない。

脳の中で起きていることから論じようとしても、ドパミン神経系の異常が起きていることまではわかっているが、それ以上のこととなると簡単に論じられたものではない。そもそも統合失調症という名称で呼ばれるそれらは、どうもひとつの疾患ではないと思われ、脳で起きていることには様々なものがありうる。我々が統合失調症と呼んでいるものについて「原因は様々であっても、似たような症状をもたらす、抗精神病薬による継続的な治療が不可欠な一群」と理解しておくのが実用的な理解と言えよう。

統合失調症について、血液検査や生理学的検査、脳画像検査について様々な検査が試みられており、研究レベルでは診断につながる検査の可能性が見え始めている。ただ、実際の臨床で参考のできる検査はまったくない。精神障害の多くがそうであるように統合失調症も、悪性腫瘍や感染症などの一般的な身体疾患とは違い具体的な病原を特定しがたい疾患のひとつなのだ。もちろん、病原をまだ特定できていないだけであり、病原が存在しないわけではない。しかし、それは精神医学に否定的な考えを持つ「反精神医学」と呼ばれる人たちなどからは「統合失調症など存在しない」と批判を浴びる理由にもなっている。現時点では検査に頼れない統合失調症。その診断にあたり、感覚に頼った精神科医のさじ加減で下される診断ではならず（それこそ反精神医学などによる、社

会的な批判の対象となるものだ), 基準に従った診断を基本とすべきであらう。

それには DSM の基準が参考になる。DSM-5 をここでは取り扱おう。確認すべきは、「症状」と「期間」と「除外診断」である。統合失調症は、重度の精神障害の中で最も多く、人生に対する影響が最も大きいもののひとつであり、精神医療にたずさわるのであれば、その診断基準くらいは頭に入れておくべきだ。

●● 症状

基準にある以下の 5 つの症状を覚えておきたい。

- ① 妄想
- ② 幻覚
- ③ まとまらない発言
- ④ まとまらない行動, または緊張病性の行動
- ⑤ 陰性症状

覚えるのが面倒と言うべきではない。認知症を疑う老人に 5 つの物品を覚えさせて認知機能を試す我々が、日常的に業務で使う 5 つの症状くらい覚えていなければ怠慢であらう。それも 5 つだと思っていると覚えづらいが、①と②の「幻覚と妄想」、③と④の「奇妙な言動」、⑤の「陰性症状」の 3 つに分割すれば簡単に覚えられるはずだ。

統合失調症の診断にはこれら 5 つのうちのひとつだけではなく、2 つ以上の存在が条件とされている。患者に妄想があると聞くやいなや統合失調症の診断に飛びつく医療者がいるのはなぜかわしい。患者が発熱しているのを聞いただけで風邪と診断する内科医がいてはならないし、腹痛と聞いただけで虫垂炎だと決めつけて手術の準備を始める外科医がいるはずがない。しかし、妄想と聞いただけで統合失調症だと診断する精神科医は、残念ながら存在する。5 つのうち 2 つあれば必ず統合失調症なのかには疑問の余地はあるが、統合失調症であれば妄想だけでは済まないのが普通と考えるべきであらう。

では、妄想だけであればどうなるだろうか……気分障害や認知症など、妄想の原因が他の精神障害などになれば、その診断は妄想性障害

Delusional Disorder になる。統合失調症に準じた状態として抗精神病薬を試みることになるかもしれないが、必ずしも統合失調症と同等とは言えず、慎重な対応をすべきであろう。

また、④と⑤の2つだけでは不十分とされていることには注意が必要だ。振る舞いがいくらか変で、友達が少なく活動的でないだけで統合失調症の診断を下してはいけないということだ。基準に挙げられた5つの症状それぞれについては、改めて解説することにしよう。

●● 期間

期間は、全体の経過が6か月以上、基準に挙げられた症状が1か月以上とされている。症状の持続期間が1か月以上であっても、全体の経過が6か月未満であれば統合失調症様障害 Schizophreniform Disorder、症状の持続期間が1か月未満であれば短期精神病性障害 Brief Psychotic Disorder と診断することになる。そして、期間内に薬物治療が奏功して症状が消退したのであれば、この期間の基準は問われず統合失調症と診断することが可能とされている。ただ、治療が効いたのか、病状そのものが回復する時期にあったのか、その判断は難しいことが少なくなく、その明確な答えを私も持ち合わせていない。ほっといてもすぐに消えたかもしれない幻覚や妄想に、慢性進行性を前提とする統合失調症の診断を下しかねないことには注意が必要だ。また、統合失調症様障害の家系には気分障害、妄想性障害の家系にはアルコール依存症が多かったとする報告もあり (Kendler & Walsh, 1995)、妄想が生じる点で共通する統合失調症と統合失調症様障害と妄想性障害の3つ、根本的には別物である可能性もある。

●● 除外診断

もちろん、それらが他の精神障害や身体疾患によるものでもなければ、医薬品や違法薬物などの物質の作用によるものでもないことは言うまでもない。もし、身体疾患によるものであれば「〇〇による精神病性障害」、物質の作用によるものであれば物質・医薬品誘発性精神病性障害に該当し「〇〇誘発性精神病性障害」の診断が下されるべきものであ