

精神科診断

筑波大学 精神神経科 診療講師

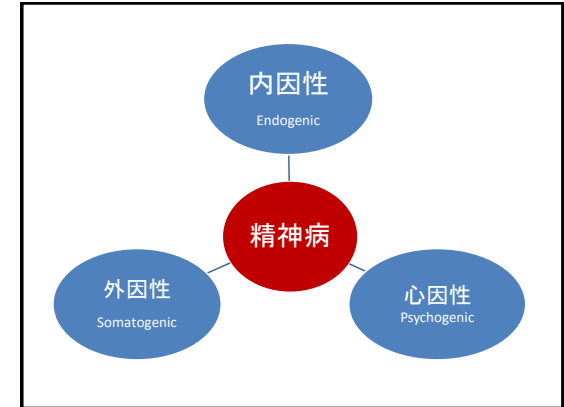
松崎 朝樹 あさき

つかみどころがない心を
精神医学でつかめ。

心の治療を必要とする人を見つけ出す作業

精神科診断

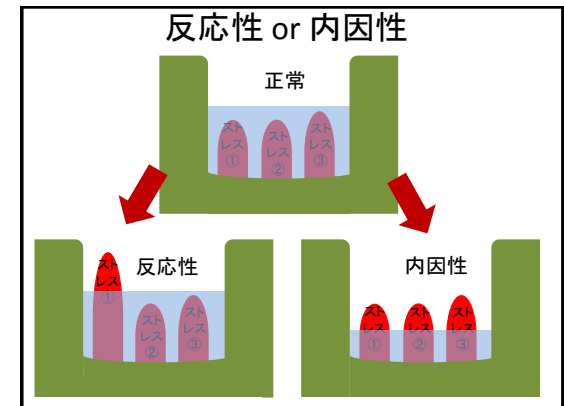
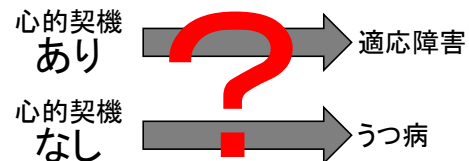
その考え方は様々



病的な不安や抑うつと
反応としての不安や抑うつ

見分けられるのか？

ありがちな診断根拠

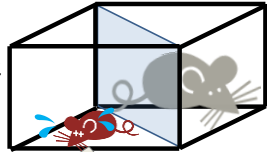


社会的敗北ストレス Socially Defeated Stress

大きなネズミ(マウス・ラット)に同一のケージで10分間暴露

大きなネズミに仕切り越しに24時間暴露

大きなネズミに仕切り越しに1回/日、14日間、暴露



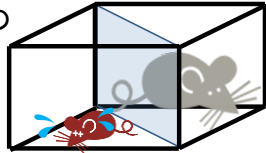
アンヘドニア
社会的接触の回避
認知機能低下 T-maze task

KUDRYAVTSEVA, Pharmacology Biochemist D, & Behavior., 1991

社会的敗北ストレスの抑うつ状態

↓

イミプラミンで改善



J.C. Von Frijtag, Psychopharmacology, 2002

精神障害

どんな症状？

- 様々な精神症状

何が起きてる？

- 脳の中での変化
- 心理的な状況

画像検査

- 脳出血や脳梗塞、脳腫瘍
→よくわかる
- 脳の萎縮、脳血流の異常
→特異度は不明

一部の障害の診断の参考

脳の中の生化学的変化

研究レベルでは、分かってる。
実臨床で使えるものは乏しい。

例)

デキサメサゾン抑制テスト: うつ病の半分で異常
うつ病のモノアミン欠乏: 生きてる間は測定不能
統合失調症のドーパミン過剰: 生きてる間は測定不能
アルツハイマー病のアミロイドβ: 生きてる間は測定不能

従来診断

原因の推定に基づく疾患概念の診断

→ 疾患の理解が深い。ただし、曖昧。
→ 臨床場面では、概念の解釈が医師次第であり、患者をどう解釈するかも医師次第であり、その解釈次第で変わりがち。


操作的診断


客観的な症状をもとにしたアルゴリズムに基づく診断


→ 医師による変動が少ない。


診断基準	DSM-5	ICD-10
発行機関	米国精神医学会 APA	世界保健機関 WHO
目的	臨床医学 臨床研究	公衆衛生の統計
対象	精神科領域	全領域

精神科の臨床医が使うべきは？

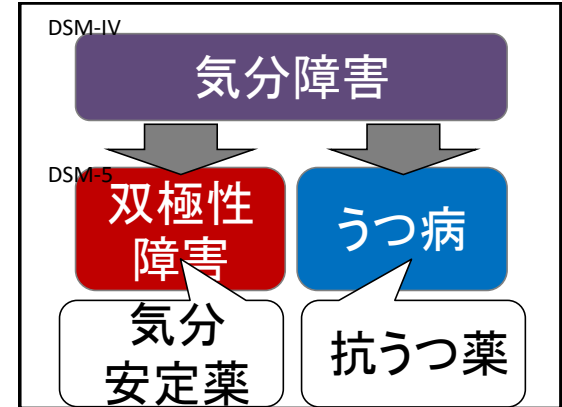
咳をしたら 咳止め 

痛みがあったら 痛み止め 

胃が痛んだら 胃薬 

下痢をしたら 下痢止め 

→医学は対症療法から始まった



双極 I 型では、躁／軽躁の3.5倍の期間、抑うつを経験する。 Judd et al., Arch Gen Psychiatry, 2002

双極 II 型では、軽躁の38倍の期間、抑うつを経験する。 Judd et al., Arch Gen Psychiatry, 2003

じゃあ、双極性障害も抗うつ薬で治療したらいいじゃんよ

抗うつ薬で双極性障害を治療すると

- 躁転
- 無効
- 効いたように見えでもすぐ効果喪失

のどれか。

症状ではなく病を治せ
William Osler (1849-1919)

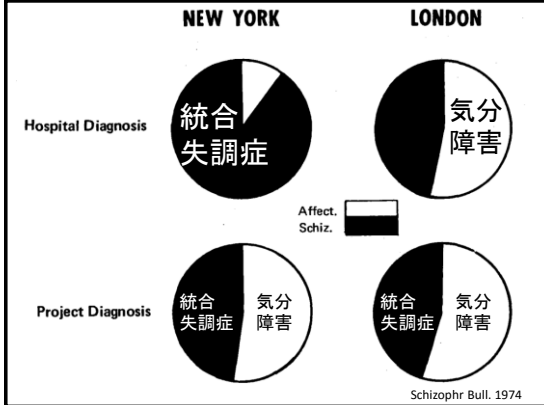
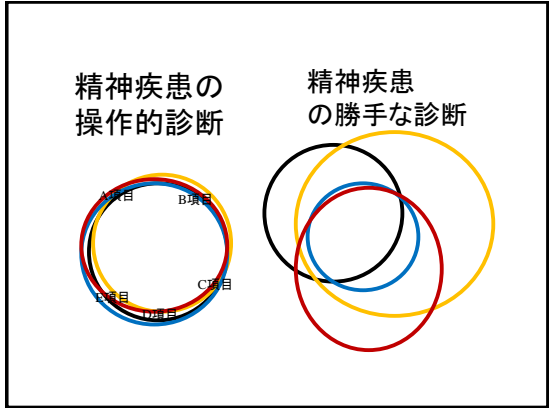
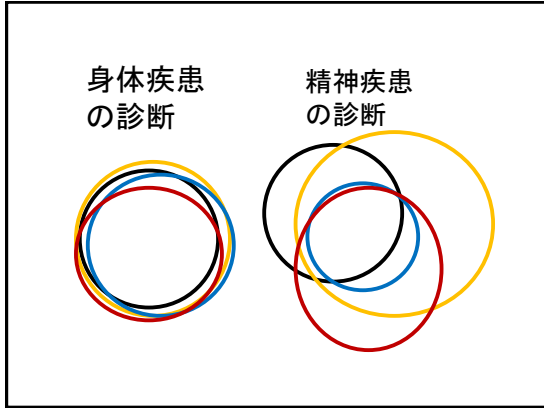
↓

診断の重要性

精神科医がよく言われる一言

「精神科って難しそうですね。だって、目に見えないじゃないですか」

癌は画像に写り、狭窄は造影でき、感染は培養でき、肝臓は血液で検査できる。しかし.....
精神医学は原因に直結する検査がない。



DSM-I	1952	} 従来診断
DSM-II	1968	
DSM-III	1980	
DSM-IV	1994	} 操作的診断
DSM-5	2013	

DSM-I Schizophrenic Reactions 1952年

これは、感情・行動・知性の障害が様々な程度で混在して伴う、**現実の関係性の障害と基本的な概念の構成の障害**で特徴づけられた、精神病性障害の一群を示す。

その障害は、**現実離れ**する強い傾向、**感情**の不協和、予測のつかない**思路**の障害、**退行**した行動、そして、人によっては**悪化**の傾向で示される。

訳：松崎朝樹

DSM-II Schizophrenia 1968年

この大きなカテゴリには、思考・気分・行動の特徴的な障害として表れる一群の障害が含まれる。思考の障害は、**現実の誤認**、ときには**妄想や幻覚**、を引き起こすような、それはしばしば心理的な自己防衛として現れる、概念の構成の変化で示される。**気分の変化**は、両価的な、制約された、そして不適切な感情の反応、そして、他者への共感の欠如が含まれる。**行為**には、引きこもり・退行・奇妙なものがありうる。

統合失調症は、基本的に**思考障害**によって生じる精神状態であり、気分疾患は気分障害を主としている点で鑑別される。妄想状態は、現実の歪曲が小さく他の精神病症状を欠いている点で統合失調症として鑑別される。

訳：松崎朝樹

反精神医学

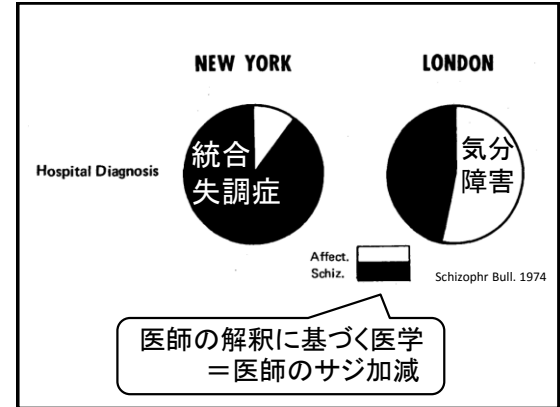
1960年頃～

Anti-Psychiatry

精神医学に懐疑の目が向けられた。

- 精神医療の名のもとの人権侵害
- 精神医学という名の非科学

医師の解釈に基づく医学
= 医師のサジ加減

**統合失調症のセントルイス基準 (Feighner基準)**

1972年

- A. 下記の両方
- 1) 6ヶ月以上
 - 2) 感情障害が無い
- B. 下記の1つ以上
- 1) 妄想か幻覚
 - 2) 論理か理解しうる構成の欠如によるコミュニケーションの困難をきたす言語産出
- C. 下記の3つで確定。2つで疑い
- 1) 独身
 - 2) 病前の社会適応か職歴の不良
 - 3) 統合失調症の家族歴
 - 4) 発症1年以内にアルコール依存や薬物乱用が無い
 - 5) 40歳未満の発生

DSM-III 精神分裂病 1980年

A: 以下のうち1つ

- 1) 作為体験／思考伝播／思考吹入／思考奪取などの奇妙な妄想
- 2) 身体的／誇大的／宗教的／虚無的／その他の妄想
- 3) 幻覚を伴う被害妄想／嫉妬妄想
- 4) 行動や考えを逐一説明する幻聴／二つ以上の声が互いに会話する幻聴
- 5) 抑うつ・高揚と無関係の1-2語より多い反復する幻聴
- 6) 著しい連合弛緩／著しい非論理的思考／貧困な内容の会話か、a-cの1つ以上に伴う。
 - a) 感情鈍麻／平板な感情／不適切な感情
 - b) 妄想／幻覚
 - c) 緊張病性の行動／ひどく解体した行動

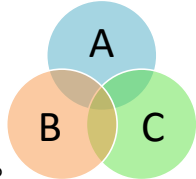
DSM-IVとDSM-5の統合失調症

A基準

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
5. 陰性症状 (例: 感情表出の減少や意欲欠如)

原因を扱うことを保留し
DSMは

病気 ≡ 症候群
とみなすことにした。

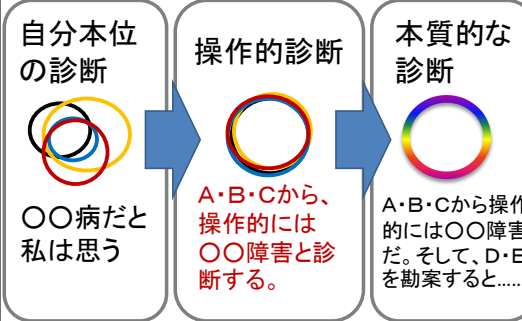


操作的診断は途中計算式に過ぎない浅はかなもの。
そして
操作的診断を経ない診断は桁違いに浅はかだ。


自分本位の診断
〇〇病だと私は思う

操作的診断
A・B・Cから、操作的には〇〇障害と診断する。

本質的な診断
A・B・Cから操作的には〇〇障害だ。そして、D・Eを勘案すると……



- 新しい精神障害
- 診断基準の拡大
- 精神科医の関心の高まり
- 診断の乱用



【注意！】
本質的に病気が増えたわけではない。これまで正常と見なしていたものを、障害と扱うことにしたものばかり。

精神医学の拡大

- 新しい精神障害
- 診断基準の拡大
- 精神科医の関心の高まり
- 診断の乱用

ADHDの基準の変更

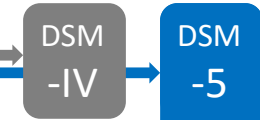
- 7歳以降の発症では駄目 → **12歳**以後の発症では駄目
- 症状6つが条件だが、**成人は症状5つ**で診断可能になった。
- DSM-IVで禁止だった**自閉性障害と併存**がDSM-5ではOKになった。

神経性やせ症の基準の変更

- **無月経**は不要
- 本人が肥満恐怖を否定しても、**客観的な体重増加の拒絶**で診断可能。

フェティシズムの基準の変更

非生物、例えば
下着フェチ



性的でない体の部位
例えば脚フェチ

感覚刺激
例えば臭いフェチ



うつ病

2ヶ月待たずに「死別反応」か否かを臨床医が判断するようになった。

強迫性障害

不合理性の自覚が無くても診断可能。

変換症 = 転換性障害

明確なストレスが無くても診断可能。

基準が厳しくなったものはわずか。
多くは基準が緩められている。

自閉症スペクトラムの診断が
2年間で30%増加

Centers for Disease Control and Prevention, March 2014.

基準の変更以外の要素のはず

IQのディスレパ
ンシーあるし
発達障害だね

視線を合わせないから
発達障害っぽい

こだわり強いし発達障害

友達いないのは発達障害

あのコンタクトは
発達障害だよ


空気を読めないし
発達障害だろ

どれも特異的ではない

安易かつ不正確な
診断の横行は、
その概念を
無価値化させる

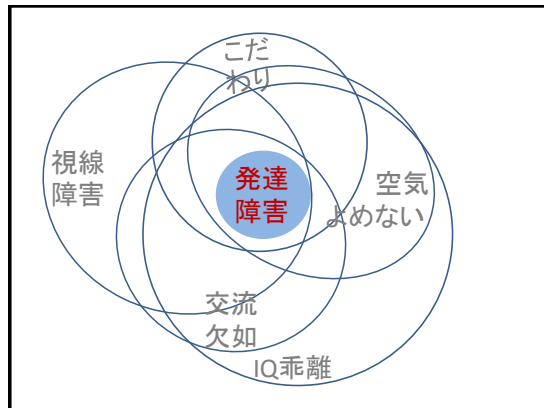
- 概念への注目
+
- 基準上の拡大
+
- **安易な診断**

コミュニケーションが
不器用だからASD



- 概念への注目
+
- 基準上の拡大
+
- **根拠ある診断**

より多くの人を救うための診断



自閉症スペクトラム障害 Autism Spectrum Disorder

<p>A 以下全て</p> <p>非言語 コミュニケーション</p> <p>仲間 づくり</p> <p>交流</p> <p>.....の欠陥</p>	<p>B 2つ以上</p> <p>興味の狭さ</p> <p>感覚の異常</p> <p>儀式・ルーチン</p> <p>常同・反復行為</p>
---	---

診断基準を活用するには

・診断基準を覚える


誇り高く馬鹿でいるより
馬鹿な手段を使ってでも
賢くなれ

自閉症スペクトラム障害 Autism Spectrum Disorder

A 以下全て
非言語 コミュニケーション
仲間づくり
交流
の欠陥

(覚え方)
非現実の仲間と交流


もしもし、
アンパンマン?



自閉症スペクトラム障害 Autism Spectrum Disorder

(覚え方)
 2人の教官
 ギシギシ 反復行為

B 2つ以上
興味の狭さ
感覚の異常
儀式・ルーチン
常同・反復行為



自閉症スペクトラム障害 Autism Spectrum Disorder

非現実の仲間と交流
 2人の教官、ギシギシ反復行為

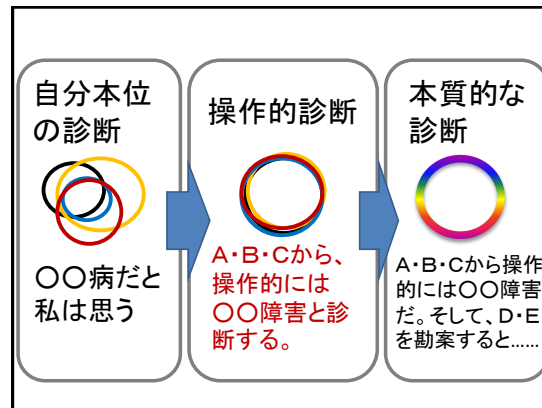
A 以下全て
非言語 コミュニケーション
仲間づくり
交流
の欠陥

B 2つ以上
興味の狭さ
感覚の異常
儀式・ルーチン
常同・反復行為

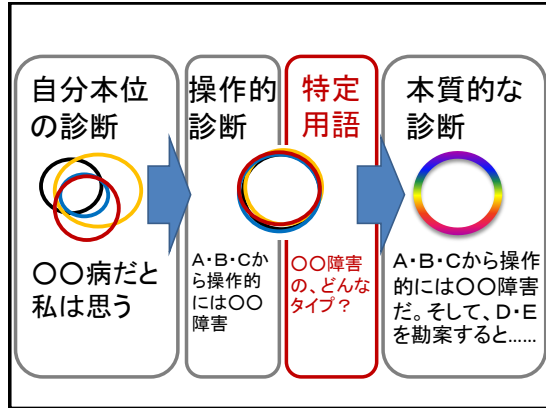
【広告】

『語呂で覚える！DSM-5』
 メディカルサイエンスインターナショナル

DSM-5を始めとした、精神医学で重要な概念の多くを語呂合わせにして、医療に携わる人たちの脳にお届けします！

DSM-5でうつ病と診断したところで、それは本当にひとつの病気なの？



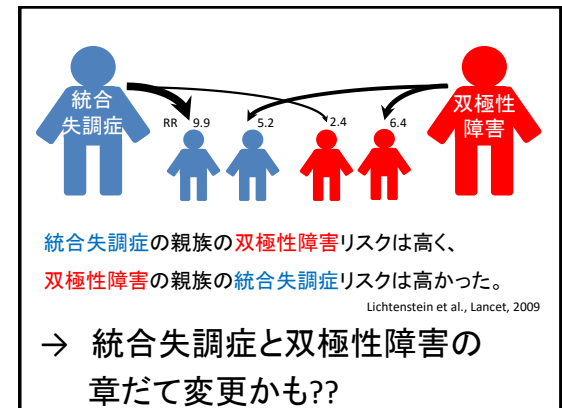
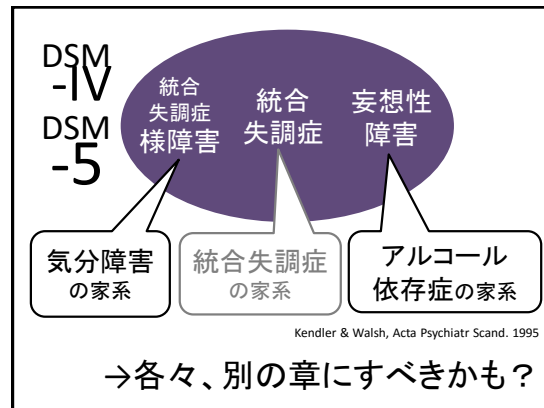
「うつ病」とは
「抑うつ状態が生じる病気」
の意味でしかない。

うつ病

「うつ病」の中の何なのか。
それを知る道具が特定用語。
ツール
Specifier

今後も
カテゴリー再編の
試みは続くだろう。

例えば.....



双極性障害と統合失調症、遺伝的に境が無い。

→両者を分けずに多次元的理解
ディメンショナル



それでも各々は存在している →カテゴリーを維持

「精神科って難しそうですね。
だって、目に見えないじゃないですか」

精神疾患は原因に直結した検査がない。

しかし、検査につき
研究が進み.....

DSM-5は検査をあてにし始めた。

基準に検査が含まれる障害

睡眠関連障害

- ナルコレプシー: オレキシン、ポリソムノグラフィ
- 閉塞性睡眠時無呼吸低呼吸: ポリソムノグラフィ
- 中枢性睡眠時無呼吸: ポリソムノグラフィ
- レム睡眠行動異常: ポリソムノグラフィ

認知症／軽度認知障害

- アルツハイマー病による: 遺伝子検査か家族歴
- 前頭側頭型: 遺伝子検査か家族歴、画像
- 血管性: 画像
- ハンチントン病: 遺伝学的検査か家族歴

DSM-5のアルゴリズムに基づく診断
検査結果や状況、症状などを解釈した診断



まとめ

- 「症状ではなく病気を治せ」だから診断は重要
- 医療者が共通の疾患概念を持つための具体性を持たせるために、操作的診断が必要
- 再現性のある診断をするために、操作的診断が必要