

講座 精神疾患の臨床

監修 松下正明
編集主幹 神庭重信

*Comprehensive Handbook
of Clinical Psychiatry*

5

神経認知障害群

編集 池田 学

Neurocognitive disorders
Dementia
Delirium Mild neurocognitive disorder
Amnesic disorder Schizoaffective disorder
Schizotypal disorder
Acute and transient psychotic disorder
Delusional disorder



中山書店

序

本書「神経認知障害群」は、【講座 精神疾患の臨床】5巻に位置づけられていたが、刊行順では本講座のしんがりをつとめることになった。これはひとえに、本書の編集担当である私の非力によるものであるが、ICD-11における認知症の分類において大きな論争が起こり、最終版が確定するギリギリまで調整作業が続いていたことも一因ではある。いずれにしても、出版が遅れたために良いこともあった。2019年には認知症施策推進大綱が策定され、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら共生と予防を車の両輪として施策が推進されること」となった。そして、認知症基本法の審議も2023年中に開始される可能性がある。さらには、2021年にアルツハイマー病の疾患修飾薬であるアデュカヌマブが米国で承認され、続いて2023年の年初には、抗アミロイドβ (Aβ) プロトフィブリル抗体のレカネマブが米国で承認され、日本や欧州でも承認申請が出されたところである。従ってこの前後数年間は、後世において認知症の研究や診療の大変革期と位置づけられる可能性が高いと思われる。ここでは、日本精神神経学雑誌のICD-11の解説シリーズで、私が担当した「神経認知症群」¹⁾の拙稿から一部を抜粋・加筆して、本書の序とさせていただきます。

2013年に出版されたDSM-5ではDementiaという用語が消え、認知症にほぼ相当するmajor neurocognitive disorders、軽度認知障害 (mild cognitive impairment: MCI) にほぼ相当するmild neurocognitive disordersが用いられるようになった。名称変更のきっかけの一つは、日本における痴呆 (症) から認知症への名称変更が奏功したことにあるといわれている。すなわち、差別的ニュアンスを含んだ痴呆 (症) から認知症に名称が変更されることにより、“認知症”は一般市民にとってより身近なものになり、ステイグマが減少し、早期受診にもつながるようになったと評価された。そのことに異論はないが、neurocognitive disordersへの変更においてより重要だったのは医学の進歩によって“認知症”を発症する前から、かなり正確に原因疾患が診断できるようになった点が大きいと考えられる。すなわち、MCIの段階でも近時記憶の障害が明らかで、進行性で緩徐な認知機能低下があり、他の病因が否定できればpossible mild neurocognitive disorders due to Alzheimer's diseaseと分類される。さらに、遺伝子検査または家族歴のいずれかで、アルツハイマー病の原因となる遺伝子変異の証拠があればprobable mild neurocognitive disorders due to Alzheimer's diseaseと分類されることになる。また、アミロイドPETが陽性ならば、症状がほとんどない段階 (preclinical期) から、ほぼ確実にアルツハイマー病理が背景にあると診断できるようになった。すなわち、認知症の主要な原因疾患では、精神疾患特有の症候学的分類から、他科の疾病分類と同様に生物学的 (病因に基づく) 分類が場合によってはMCIやpreclinicalの段

階から可能になってきたことを意味する。

そのことが、約30年ぶりに改訂されたICD-11における認知症分類で大きな論争を巻き起こすことになった。当初は、ICD-10分類の考え方を引き継ぎ、症候群としての認知症は第06章「精神、行動、又は神経発達の疾患群」に、アルツハイマー病やレビー小体病などの認知症の原因疾患は第08章「神経疾患」に配置する折衷案が考えられていた。その後、コードを付け、最終的な章をまとめる段階で、2016年末になって神経科（neurology）の側から認知症をすべて神経疾患に移動させる案が浮上し、日本精神神経学会をはじめ世界中の主要な精神医学会や老年精神医学会から反対意見がWHOに送られ、2017年早々に最終的には当初の折衷案で落ち着いた。

上述したように、バイオマーカーに基づく認知症診断の進歩は急速で、疾患修飾薬の開発に伴ってMCIの段階どころかpreclinicalの段階での超早期診断の可能性が模索されるようになってきている。たとえば、2017年に出版されたレビー小体型認知症の最新の臨床診断基準では、中核的特徴である注意や明晰さの著明な変化を伴う認知の変動、繰り返し出現する構築された具体的な幻視、レム睡眠行動異常症、特発性パーキンソニズムと並んで、SPECT/PETで示される基底核におけるドパミントランスポーターの取り込み低下、MIBG心筋シンチグラフィでの取り込み低下、睡眠ポリグラフ検査による筋緊張低下を伴わないレム睡眠の確認、が指標的バイオマーカーとして、ほぼ同等に扱われるようになった。また、最近出版され本書でも詳述されているprodromalレビー小体型認知症の研究用臨床診断基準によれば、MCIの段階でも、認知の変動、繰り返し幻視、レム睡眠行動異常症、パーキンソニズムのうち2つ以上、あるいは、これら1つと上記の基底核のドパミントランスポーターの取り込み低下などのバイオマーカーが陽性であれば、probable MCI with Lewy bodiesと診断される。そして、MCI-onset, delirium-onset, psychiatric-onsetの3つの初期臨床像が示された。

生物・心理・社会モデルのうち、このような生物領域での研究成果が、上述したICD-11の認知症分類で大きな論争を巻き起こすことになったが、当時日本精神神経学会の副理事長であった神庭重信が指摘しているように、認知症が精神（mental）の疾患か神経（nerves）の疾患かというこの問題は、はたして神経基盤で説明できない精神の病は存在するだろうかという問題に直結することになる²⁾。伝統的な精神医学が捉えてきたように、素直に精神神経疾患と考えれば、特に問題はなさそうでもあるのだが、神庭が指摘しているように、現時点でわれわれが担当している“精神疾患”を近い将来誰が治療することになるかという問題は、結局のところ誰が最もよい治療を提供できるのかという当事者や介護者、社会の判断によると思われる。したがって、認知症の診断と分類をめぐる問題は、最もよい認知症の治療者であるという信頼を誰が得られるかということに帰結するように思われる。現時点で最もニーズのある認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD）への対応や非薬物療法のみならず、本書でも多くの頁が割り当てられたバイオマーカーや疾患修飾薬の開発にも精神科医は積極的に関与すべきであろうし、認知症初期集中

支援チームなどの認知症施策にも精通し貢献することが期待されているであろうし、認知症者の人権や高齢者の虐待問題、意思決定支援などにこそ専門性をはっきりすべきであろう。

本書は最終章に「統合失調症以外の一次性精神症群」を包含している。これらの一次性精神症や4章「認知症の鑑別診断」で詳述されている老年期うつ病、老年期妄想症などは、認知症の鑑別診断として重要なことはいまでもないが、prodromalレビー小体型認知症の研究用臨床診断基準でも明らかなように認知症のpreclinical期の初期症状としても注目されてきており、老年期精神疾患の疾病分類そのものが、近い将来大きく変わる可能性もある。

認知症医療は、まさに多職種によるチーム医療である。本書の収められた現時点での最新の知見を精神科医だけでなく、認知症診療に関わっている他の診療科の医師や専門職の仲間達とも共有できれば幸甚である。

2023年4月

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

池田 学

引用文献

- 1) 池田学. ICD-11「精神, 行動, 神経発達の疾患」分類と病名の解説シリーズ 各論¹⁸ 神経認知障害—認知症診療は誰が担当するのか—. 精神経誌 2022; 124: 809-814.
 - 2) 神庭重信. 認知症の分類問題—そもそも精神疾患とはなにか—. 精神経誌 2017; 119: 381.
-

CONTENTS

本書で用いるICD-11の日本語病名・用語および診断ガイドラインの和訳について	神庭重信	xv
--	------	----

1章 概念・疫学

認知症の概念と分類の歴史.....	武田雅俊	2
疾病概念と分類の歴史		
せん妄.....	池田研二	15
軽度認知障害 (MCI).....	布村明彦	26
健忘症.....	三村 悠, 三村 将	40
老年精神医学における操作的診断基準の功罪.....	古茶大樹	50
認知症と軽度認知障害の疫学.....	小原知之, 二宮利治	60
若年性認知症の疫学と生活実態.....	粟田主一	70
Topics 急増する独居認知症—social isolationとlonelinessの視点もまじえて	末廣 聖, 池田 学	78

2章 認知症の診断

認知症の国際診断基準分類.....	數井裕光	84
ICD-11と国際診断基準		
アルツハイマー病による認知症.....	井原涼子, 岩坪 威	93
脳血管障害による認知症.....	伊井裕一郎, 冨本秀和	103
レビー小体病による認知症.....	藤城弘樹	113

前頭側頭型認知症	川勝 忍, 小林良太	123
バイオマーカー		
脳脊髄液・血液バイオマーカー	池内 健	134
形態画像バイオマーカー	松田博史	144
機能画像バイオマーカー	樋口真人	152
Topics DLBのバイオマーカー	笠貫浩史	160
Topics 認知症と炎症	門司 晃	165
Topics 認知症と神経伝播	長谷川成人	169

3章 認知症の症候学

アルツハイマー病による認知症	内山 信, 今村 徹	176
脳血管障害による認知症	森 悦朗	185
レビー小体病による認知症	橋本 衛	194
前頭側頭型認知症	品川俊一郎	206
精神作用物質 (医薬品を含む) による認知症	船山道隆	215
パーキンソン病による認知症 (PDD)	木村康義, 望月秀樹	221
進行性核上性麻痺 (PSP) による認知症と大脳皮質基底核変性症 (CBD) による認知症	石塚貴周, 中村雅之	231
ヒト免疫不全ウイルスによる認知症と神経梅毒による認知症	加藤賢嗣	239
頭部外傷による認知症	深津玲子	247
慢性硬膜下血腫とiNPH (特発性正常圧水頭症)	吉山顕次	253
Topics Diogenes症候群	埜本大喜, 池田 学	260

CONTENTS

4章 認知症の鑑別診断

認知症と老年期うつ病	前嶋 仁, 馬場 元	266
認知症と老年期幻覚・妄想症 (サイコース)	池田 学	275
認知症とてんかん	吉野相英	282
認知症と神経発達症	清水秀明, 堀内史枝	290
薬剤性認知機能低下	村岡寛之, 稲田 健	298
Topics 認知症と糖尿病	羽生春夫	304

5章 認知症の治療

認知症疾患診療ガイドライン	中島健二, 深田育代	310
作業療法	村井千賀, 北村 立	319
音楽療法	佐藤正之	329
Topics 認知症患者の家族介護者に対する心理療法	木下奈緒子	339
精神療法	繁田雅弘	345
IoT	東 晋二, 新井哲明	356
Topics 神経心理検査	鈴木麻希	362
薬物療法		
抗認知症薬	中村 祐	368
疾患修飾薬	栗原正典, 岩田 淳	375
Topics iPS細胞による抗認知症薬の開発	坂野晴彦, 奥宮太郎, 井上治久	386
抗精神病薬	新井平伊	391

Topics 遠隔医療	江口洋子, 岸本泰士郎	398
-------------	-------------	-----

6章 認知症と社会

認知症者と人権	齋藤正彦	404
老人偏見・差別 (Ageism) と老人虐待	松下正明	411
Topics 高齢者の意思決定	樋山雅美, 成本 迅	421
Topics 人生の最終段階における医療とケア		
—人工的水分・栄養補給法の問題を題材に	会田薫子	425
認知症施策	田中稔久	430
Topics 世界の認知症施策	石井伸弥	441
Topics 認知症疾患医療センターを中心とした認知症診療	内海久美子	447
Topics 認知症初期集中支援チーム	繁信和恵	454
Topics 認知症神戸モデル	長谷川典子	460
認知症と自動車運転	上村直人, 藤戸良子	464
介護負担感	小山明日香	471
Topics 若年性認知症の家族の会活動と役割	平野憲子	477
Topics DLB サポートネットワーク	内門大丈	482
Topics 認知症の啓発—地域の図書館利用	山川みやえ	486
Topics ブレインバンク	村山繁雄, 齊藤祐子	491
認知症の医療人類学—希望の再構築に向けて	北中淳子	495

7章 ICD-11における統合失調症以外の一次性精神症群

統合失調感情症	須賀英道	506
統合失調型症	忽滑谷和孝	514

CONTENTS

急性一過性精神症	針間博彦	524
妄想症	宮田 淳	532
物質誘発性精神症と他の医学的疾患による精神症群	糸川昌成	539
カタトニアの位置付け	針間博彦	548
索引		554

【読者の方々へ】

本書に記載されている診断法・治療法については、出版時の最新の情報に基づいて正確を期するよう最善の努力が払われていますが、医学・医療の進歩からみて、その内容が全て正確かつ完全であることを保証するものではありません。したがって読者ご自身の診療にそれらを応用される場合には、医薬品添付文書や機器の説明書など、常に最新の情報に当たり、十分な注意を払われることを要望いたします。

中山書店

1章 概念・疫学

認知症の概念と分類の歴史

はじめに

「認知症」は、2004年以降に「痴呆」に代わって使用されるようになった比較的新しい用語である。歴史的には、明治の終わりからDementia（英語）、あるいは、Demenz（ドイツ語）の訳語として「痴呆」が学術用語として用いられてきたが、「痴呆」の用語には差別的なニュアンスが含まれていることから、「認知症」の用語が提唱され広く一般にも使用されることとなった。

欧米においてもdementiaからneurocognitive disorderの用語への置き換えが進んでおり、本稿では歴史的な用語を解説する場合には「dementia」を訳出せずにそのまま使用し、2004年以後の認知症の用語が定着してからの記載については「認知症」の用語を用いる。

「Dementia」用語の歴史

Dementia 前史

Dementia（英語）・Demenz（ドイツ語）は、ラテン語のdemensを由来とする。語源としてはde-（無し、欠いた）+ment（精神、心）、すなわち「精神を失った、心を失った」という意味合いの用語であり、もともとは現在の認知症よりはるかに広い意味を持っていた。「気が狂う」という意味で、狂気や狂乱を表す一般的な用語として、不合理、非常識、異常、理解不能とみなされる行動や精神状態を指していた¹⁾。

古くから、老人になると知力崩壊（intellectual

decay）とメランコリー（melancholy）が起こることが知られており、古代エジプトのパピルスには老人の精神機能不全（耄碌？）についての記載が残されている。古代ギリシアのヒポクラテスは、血液・粘液・黄疽汁・黒胆汁の四体液による病気分類を考え、精神病もこの四体液のバランス異常によるとしたが、メランコリアを慢性精神衰弱状態とし、dementiaに相当する状態はメランコリアの中のひとつとして位置づけていた²⁾。

Dementiaの用語が記載されている最古の文書は、紀元前30年にアウルス・コルネリウス・ケルスス（Aulus Cornelius Celsus）がまとめた「De re Medicina（医学論）」であり、Lipowski³⁾によると、その中にdeliriumとdementiaの用語が最初に使用されたという。4世紀にはローマ皇帝ユリアヌスの侍医であったオリバシウス（Oribasius）が、医学者ガレノスによる著作からの抜粋集「医学集成（Collectiones medicae）」を著し、その中で知的障害と運動障害をきたした症例をmeiosis encephalon（cerebral atrophy：脳萎縮）として記載している⁴⁾。このように、18世紀まで、dementiaの用語は精神機能の低下や不可解な行動を呈する精神障害一般を表す用語として使用されていたものの正確には定義されていなかった。

精神障害者を鎖から解放したことで有名なフィリップ・ピネル（Philip Pinel）は、精神疾患をmania with delirium, mania without delirium, melancholia, dementia, idiotismの5つに

4章 認知症の鑑別診断

認知症と老年期幻覚・妄想症（サイコース）

はじめに

認知症の早期診断の進展と各種バイオマーカーの開発に伴って、認知症のprodromal期あるいはリスクファクターとしての精神症状が注目されている。たとえば、うつ病については、アルツハイマー病（Alzheimer disease: AD）やレビー小体病による認知症（dementia due to Lewy bodies: DLB）の初期状態（前駆状態）またはリスクファクターとしての知見が多く集積されている。一方で、高齢で発症し、明らかな原因が特定できない幻覚・妄想を伴う精神疾患（いわゆる老年期妄想症や遅発パラフレニー¹⁾）と診断される症例（DSM-5では、大部分が妄想性障害と診断されると思われる）と認知症との関係は、両者の鑑別に重きが置かれてきた²⁾。しかし、老年期の幻覚・妄想症（サイコース）の発症から短期間に認知症を呈する症例が報告され、最近のバイオマーカーや臨床症候学の進歩によって、老年期の幻覚・妄想症の一部は認知症のprodromal状態であることが明らかになってきた。そもそも、Alzheimerによって報告された最初のAD症例は、51歳頃から嫉妬妄想で発症し、徐々に記憶障害が顕在化したことはよく知られている³⁾。

老年期サイコース

老年期のサイコースについては、早発性の統合失調症の延長線上にある晩発性の統合失調症と考えるのか、認知症の初期症状と考えるの

か、あるいは独立した疾患単位として考えるのか、長年議論が繰り返されてきた²⁾。英国のRoth（1955）は、高齢者の非器質性（診断時の横断面での状態像から器質性疾患を一応否定）幻覚・妄想状態（特に体系化した妄想）に対して、遅発パラフレニー（late paraphrenia）概念を提唱し、認知症圏ならびに気分障害圏の疾患と区別した¹⁾。そして、女性、独身、社会からの孤立、難聴、脳の器質的病変、病前性格異常が危険因子として抽出された⁴⁾。Janzarik（1973）は、医療機関の受診に結びつきにくい保健所の相談を通じて浮かび上がってきた慢性精神病に注目し、発症に孤独の役割を重視し、女性に多い、性的内容を含む迫害妄想、居住境界をめぐる妄想（partition delusion）といった特徴を抽出した⁵⁾。2000年には、Howardらによる国際遅発性統合失調症の研究グループ（International Late-Onset Schizophrenia Group）が、40歳以前に発症する早発性統合失調症（early-onset schizophrenia: EOS）に対して、40歳以降発症の遅発性統合失調症（late-onset schizophrenia: LOS）、60歳以降発症の最遅発性統合失調症様精神病（very late-onset schizophrenia-like psychosis: VLOSLP）とする分類を提唱した⁶⁾。VLOSLPにおいても、女性、加齢、感覚障害、移民などが危険因子として指摘される一方、EOSとは異なり、遺伝的要因の関与は少なく（統合失調症の家族歴は乏しい）、感情の平板化や思考形式の障害は目立たず、社会から孤立しているものの基本的なADLが保たれているこ

5章 認知症の治療

精神療法

はじめに

アルツハイマー型認知症をはじめとした認知症の治療は、従来、認知機能低下の進行を遅らせることや日常生活活動（ADL）の維持、そして行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD）の軽減を中心に行われてきた。しかし近年、認知症の医療やケアが家族や介護者の負担軽減だけでなく本人の生活の質（QOL）を重視するようになった。その背景には、認知症の本人が講演や著作を通じて自らの想いや考えを発信するようになったことや、認知症の本人が主体となった当事者活動が行われるようになったこと、パーソンセンタードケアの普及や人間中心のケアが重視されるようになったことなどが関係している。行動・心理症状に関しても、抑うつや不安、困惑・混乱、焦燥感、自責感、被害感、疑念といった症状を、自覚症状という視点からもとらえるようになり、日課を含めたADLに関しても本人の達成感や幸福感、あるいはやりがいや生きがいといった側面からも検討されるようになった。こうした流れが精神・心理療法の試みを後押ししたのではないだろうか。認知症の精神・心理療法に関する体系的な研究はまだ不十分で、有用性を裏づけるエビデンスは十分ではない。年齢相応の認知機能を持つ高齢者に心理療法が推奨されることはあっても軽度認知障害や認知症の患者には当てはまらないといった指摘もある¹⁾。しかし過去十数年から二十数年の

間に、高齢者の精神・心理療法に対する悲観的な見方は徐々に減少し、さまざまな治療法が試みられるようになった。

精神療法の可能性

行動・心理症状へのアプローチ

介護者評価による調査で5.3年間で何らかの行動・心理症状を認めた認知症の人は97%に及ぶとする報告がある²⁾。さらにわれわれ医療・福祉職が本人と向き合い対話を重ねることで、観察ではわからなかった不安や恐れ、困惑、戸惑い、混乱、抑うつ、焦燥などのさまざまな感情面のBPSDが語られることを経験する。従来考えられてきたよりも多くの感情面のBPSDを認知症や軽度認知障害の患者が有していると推測される。

認知症の症状は器質的な病理として理解されることが多いが、それは障害全体の一側面にすぎず、多くの精神・心理症状は心理学的なモデルで理解することができる³⁾。認知症患者への心理療法の有用性を示した報告は、感情表現の対処に有効であるという直感的な信念を裏づけるものであるとの指摘もある⁴⁾。少なくともアルツハイマー病の初期段階は洞察力が保たれていることが多いため、未来の衰退に直面し心理的適応が困難になっている患者には、精神・心理療法的介入が有効と考えられる⁵⁾。実際に、行動療法やリアリティ・オリエンテーション、バリデーション、認知療法、多（重）感覚療法

6章 認知症と社会

老人偏見・差別 (Ageism) と老人虐待

はじめに

老人、特に超高齢の老人が激増している長寿社会において、政治、経済、社会、文化、環境、情報などあらゆる領域で老人や認知症老人が偏見に曝され、差別・虐待・排除、時には抹殺されている状況は、米国や日本を含めた先進諸国の現代社会における特徴であるといっても過言ではない。

本稿は、現代の長寿社会に根強くはびこる老人偏見・差別 (Ageism, 以下エイジズム)、老人虐待 (Elderly Abuse)、老人排除・抹殺 (Elderly Exclusion, Annihilation) (筆者は、英語の頭文字をとって、この三者を3A現象と称している)¹⁾の現状を認識し、自らの問題として、率先して3A現象の廃絶に向けて活動することが認知症医療や介護にたずさわる医師、看護師、心理師、社会福祉士、介護士の責務であるという立場から論じられている。

なお、本稿では、「高齢」「高齢者」「高齢期」という言葉は用いず、「古い」「老人」「老年」「老年期」で統一している。その理由については、本文の最後でふれる。

エイジズムにみる諸問題

エイジズム概念の誕生と発展

エイジズム概念は、1969年、米国において老年医学と精神医学を専門にし、後に米国国立衛生研究所 (NIH) に設置された国立老化研究所

(National Institute on Aging: NIA) の初代所長になったRN バトラー (Robert Neil Butler, 1927-2010)^{1,2)}によって、老人であるという理由だけで偏見や差別に曝される現象を指して、人種差別 (race-ism) や性差別 (sex-ism) に倣って、エイジズム (age-ism) と命名された³⁾。その年、ワシントンDCのコロンビア地区に貧困老人用のアパートを建設する計画を首都住宅局が提出するが、その計画の実施にあたって、地域住民、特に中高年層の住民たちからの猛反対にあうことになった。その主要な原因は、貧困化した老人への偏見と差別であった。その住民の頑迷固陋さ (bigotry) による偏見・差別をバトラーはエイジズムと表現したのである。

その後1975年、バトラーは、エイジズムの広汎な存在によって、米国社会に何が生じているのかという問題意識のもと、1960~70年代における老人に関する詳細なレポートを、著書“Why Survive? Being Old in America”⁴⁾として出版した。本書において、米国でみられた実態からみると、老人ステレオタイプと神話に基づくエイジズムから生み出された老人の貧困化が中心的課題で、その背景に、社会保険と公的年金の不備、働く権利の喪失 (雇用における差別、偏見による退職制度) が存在することが指摘された。さらに、貧困化の進行によって、老人が住む住宅の不足、老人の日常生活を支えるサービスの不足、必要とされる医療の不足、老人に対する精神衛生行政の不備などがみられ、また一方では、暴力や詐欺の犠牲者になる老人が増

7章 ICD-11における統合失調症以外の一次性精神症群

急性一過性精神症

はじめに

ICD-11¹⁾の「急性一過性精神症 (acute and transient psychotic disorder) は、ICD-10²⁾の「急性一過性精神病性障害」と英語病名は同じだが、日本語病名が変更されたものである。すなわち、ICD-11では“psychosis”の日本語訳が「精神病」から「精神症」に変更され、“psychotic disorder”もまた「精神病性障害」から「精神症」に訳語が変更される予定である³⁾。本カテゴリーに属する急性の障害は、19世紀末から各国でさまざまな用語・概念で呼ばれてきたが、それらの一過性の状態は統合失調症とは異なる群と考えられることから、ICD-10では「F23 急性一過性精神病性障害」として「F20 統合失調症」から分離され、ICD-11に引き継がれている。本稿では本カテゴリーに関連する歴史的概念についてふれたのち、「急性一過性精神症」の臨床特徴と診断について概説し、DSM-5における類似のカテゴリーとの異同についてもふれる。

歴史的概念

「急性一過性精神症」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 (bouffée délirante) (Magnan V)

この語は1886年、フランスのLegrainが最初に提唱し、Magnanが1895年に採用したものである⁴⁾。当初は変質者に生じると考えられてい

た急性精神病エピソードを指し (変質者の多形性急性錯乱 <bouffées délirantes polymorphes des dégénérés>), 臨床像として、突発性の発症、時に幻覚を伴う完全に形成されたさまざまな妄想、情動不安定を伴うある程度の意識混濁、身体徴候の欠如、急速な完全寛解という5つの主要な特徴が記述された。困惑と不安といった前駆症状が生じることがあるが、妄想が突然生じて患者の心的生活が中断される。

生じる妄想の主題は、誇大、被害、被影響、憑依、身体変化、現実感喪失、世界変容などさまざまなものであり、時間とともに変化し、組み合わせることもある。幻覚、錯覚、解釈、直観といった他のさまざまな症状を伴う。こうした妄想の結果、患者は気分変動と情動的混乱 (至福、恍惚、不安、刺激性など) を体験する。妄想的確信と情動の変化に伴い意識が変動し、時間の経過などに関する特有の失見当識が存在する⁴⁾。本概念における多形性という語は、1世紀を経てICD-10の中にF23の特徴のひとつとして取り入れられた。

類循環精神病 (zykloide Psychosen) (Kleist K, Leonhard K)

ドイツでは、早発性痴呆と躁うつ病というKraepelinの2分法に否定的であったWernickeを継いだKleistが、1920年代に類循環精神病の概念を提唱した⁵⁾。これは精神運動興奮と精神運動制止のいずれかを示す、あるいは両者が急速に交代して出現する、比較的短い (2~4週間