

評価される³⁾。しかし、知能の異常の場合、それが生理学的な精神発達遅滞であって、脳の疾患による結果ではなくとも、彼らの刑事責任能力は知能指数の量的な高低によって評価される。すなわち、白痴と重症痴愚 (IQ で 50 以下) はおおむね心神喪失、軽症痴愚と軽愚 (IQ50-69) はおおむね心神耗弱と認定される。知能障害の程度がこれより軽い場合 (IQ が 70 以上) には、責任能力の減免は認められない。このように、同じく平均からの偏りであるにもかかわらず、精神発達遅滞には責任の大幅な減免を認め、精神病質においては認められないのは不合理であり、著しい精神病質には限定責任能力を認めるとする見解もまた存在する²⁰⁾。しかし、シュナイダーは、精神病質には責任能力を認める明快な立場であり、「われわれは愚か者に対してもっと賢くなれと要求することは出来ないが、危険な傾向を持つもの (精神病質者) にはその傾向を抑圧し、行動を抑制することを期待しなければならない」と述べている¹⁴⁾。すなわち、シュナイダーにとって、精神病質は社会を悩ませるという価値判断に大きな比重を置いているのであり、精神発達遅滞とは異なる刑事政策的な考えがみてとれる。しかし、同じハイデルベルグ学派のグルーレ⁷⁾は、精神病質概念に価値判断が入るのをあくまでも拒否し、偏倚の程度によっては精神病質にも限定責任能力を認め、シュナイダーの立場とは若干の相違を示している。

シュナイダーの原則によれば、精神病質では脳になんらの異常も見出されない。それゆえ、器質的な障害の既往や徴候のあるものは精神病質から除外され、「脳病質」 (Enzephalopathie) ないし「仮性精神病質」 (Pseudopsychopathie) という名称で、真の精神病質とは区別されてきた。しかし、従来から、気分変動者や爆発者では、てんかんの発作はなくても脳波異常が高率に出現するとされ、近年では精神生理学的検査や脳画像検査によって軽微ではあるが脳に異常所見が認められるものも少なくない。福島はこれらを「微細脳器質性格変化症候群」と呼び、伝統的なドイツ精神医学的観点では、性格の変異である精神病質と、脳病質・仮性精神病質との境界線上⁵⁾、あるいは脳病質・仮性精神病質の延長線上にあるとしている⁶⁾。ちなみに、このような異常所見は、重大犯罪者・殺人犯においてとりわけ極めて高率に発見されるとされ、福島は司法精神医学的な概念として、生物 - 心理 - 社会的要因を考慮に入れた「殺人者精神病」という類型を提唱している。今後、様々な診断機器が開発されてルーチンに使用されるようになると、これらの異常所見は更に高率に発見されるようになるかも知れない。しかし、このような所見は、正常とされる人にも少なからず見出されるものであり、現在までの司法判断によれば、その異常所見が是非善悪の認識能力や衝動制御能力の著しい低下をもたらしているという証明がないとして、刑事責任能力の減免は認められていない。今後は、このような所見の量的あるいは質的な差異を個々の症例で慎重に検討していくことが必要となるであろう。近年の画像診断の所見を見ていると、正常といわれている人たちがいかに多くの異常所見を示すかに驚かされる。その異常な (質的あるいは量的な) 所見を示す人たちもまた、とりわけ問題なく正常な社会生活を営んでいるのである。

伝統的精神医学は、1. 脳に変化がある、あるいは、変化があると推定される「疾病」と、2. 脳に変化のない「非疾病」とを厳格に峻別し、前者には刑事責任能力の減免を認め、一方で、心的な資質の偏倚に過ぎない後者には完全な責任能力があるとされてきた。すなわち、疾病分類と責任能力の判断とは表裏一体のものであると主張されてきたのであるが、近年の診断学的テクノロジーの発展によって、このような二分法の基盤が大きく揺すぶられようとしているのは確かである。シュナイダーの体系は極めて明快ではあるが、あくまでも「仮説」に基づいたものであって、いまだに証明されたものではない。

なお、人格障害に関しては、後述するアメリカの診断基準(DSM)による分類がある。それは、司法精神医学的観点(反社会性人格障害、回避性人格障害、依存性人格障害、強迫性人格障害)に加えて、統合失調症の気質・遺伝的研究(妄想性人格障害、精神病質人格障害、精神病型人格障害)、それに精神分析的観点(境界性人格障害、演技性人格障害、自己愛性人格障害)の3つの異なる視点から記述されたものであり、かなり雑多な寄せ集めと言っているものである。それ故、当然ながら、責任能力に関する議論を一括して行なうことは出来ないが、統合失調症との関連が疑われる3型と、境界性人格障害などは、責任能力の減免の可能性が検討されるべきかも知れない。

表3は、Huberによる伝統的精神医学の分類項目である。

III. DSM-IVによる分類体系

精神疾患の分類と診断の手引き(DSM)は、アメリカ精神医学会が自国の精神科臨床の指針として作成している精神障害の分類と診断基準のマニュアルである¹⁾。1952年に初版が発行されていたが、1980年になって全面的に改訂された第3版、すなわちDSM-IIIが発行されると、操作的診断基準、多軸分類などの斬新性から諸外国の精神医学界に強いインパクトを与え、ICD-10の作成に大きな影響を与えた。その後、1987年にDSM-III-Rとして小改訂がなされ、1994年に第4版であるDSM-IVが出版されているが、その基本的な思想は変わっていない。このDSM-III以降の主な特徴は、以下の3項にまとめられる。

1) 仮説の排除

分類や診断基準に、まだ実証されていない原因論を介在させず、現象論的な状態把握のみから、同質と思われるカテゴリーにまとめる努力がなされた。なお、原因が指定されるものは、器質性疾患、中毒性疾患、それにストレス障害(外傷後ストレス障害や適応障害)に限られている。

2) 操作的診断基準

診断基準は、列挙された診断基準をいくつ満たすか、病的な状態の持続期間、除外基準などを明確に示し、診断者の恣意的な判断や命名に制限を加えた。

3) 多軸分類

DSMは、操作的に定義された診断基準に加えて、他の重要な情報を捉えるために、多軸分類システムを用いている。患者は、5つの軸のおのおのについてコード化されるまで、完全に分類されたとはいえない(正式な診断に必要なのは最初の3軸である)。

- ・ 第1軸:臨床疾患。
- ・ 第2軸:人格障害または精神遅滞(まったくない場合もある)。
- ・ 第3軸:精神障害に関連のある一般身体疾患。
- ・ 第4軸:心理社会的、および環境的問題。
- ・ 第5軸:機能の全体的な評定。

DSM-IIIでは「病」や「症」という名称が減り、「障害」と呼ばれるものが多くなった。また、「躁うつ病」は感情障害(DSM-IVでは気分障害という名称に改訂される)の下位群となり、神経症という大カテゴリーは無くなった。

そもそも、DSM-III の作成が要請されたのは、精神科の診断が不明確で信頼性に乏しいとして長らく批判されてきたからである。たしかに、精神医学的診断は各国、各学派間で大きく異なり、日本の国内あるいは各大学の医局内でさえも、異なる学派による異なる診断が並存していた。このことが問題とされたのは、とりわけアメリカにおいてであった。DSM-II から DSM-III への転換の背景については丸田の総説¹³⁾に詳しいが、アメリカでは、精神分析学の影響があまりにも強く、力動的な心理社会的モデルを中心に精神医学が発展し、クレペリンによって代表される疾患分類にはほとんど関心が払われなかったという特殊な事情がある。そのため、向精神薬や抗うつ薬の開発、そしてリチウムが臨床へ導入されはじめたとき、アメリカとイギリスの入院患者の診断統計が大きく相違していることが判明し、診断基準を明確にした共通のマニュアルの作成により、診断の信頼性を高めていく必要性が求められた。このような状況から、ファイナーの基準²⁾や RDC¹⁹⁾(研究のための診断基準)を母体にして DSM-III が作成された。そこでは、客観的で信頼性のある診断基準を作成することにより、精神疾患の生物学的な研究を推しすすめ、病因の解明を可能にしようとする戦略がうかがわれる¹⁷⁾。そして、シュナイダーの精神症状学、クレッチマーの多次元的方法を取り入れ、最終的にはクレペリンが目指した疾患分類を構想しているかのようである。しかしながら、あらゆる仮説の放棄という極めてラジカルな方法を採用したために、目的地を定めることが出来ない航海を強いられているようにも見える。DSM-III が登場以来 20 年、DSM-III は、DSM-III-R から DSM-IV へと改訂に次ぐ改訂を重ね、今日では、この診断基準が世界の共通言語として全世界的に用いられてはいるものの、妥当性(診断が特異的な意味をもつ精神疾患に対応する)のある診断の完成への道のりはなお遠いといわざるを得ない。

表 4 に、DSM-IV の診断カテゴリーを列記しておく。

IV. ICD-10 による分類体系

国際疾患分類 (ICD) は、世界保健機関 (WHO) が 1900 年より医学各科で扱う疾患、疾病、死因について作成した分類案である。ほぼ 10 年ごとに改定されて、現行の ICD-10²²⁾ は 1990 年に WHO 総会で採択された 10 版 (1992) である。19 章ある各種傷病のうち、第 5 章 (F) が精神医学領域に充てられ、後述するアメリカ精神医学会による DSM-III に対応させた大幅な改訂が行われた。そこでは、DSM と同じく、操作的に項目をチェックする診断法が大幅に取り入れられ、精神医学用語を定義し、病的な状態の持続期間や除外基準などを明確に規定した。しかし、臨床記述と診断ガイドラインは伝統的なスタイルで解説され、その傷病の特徴が簡明に記載された。ICD-10 は、もともと世界各国からの専門家が討議して最大公約数的に診断基準が決められたために、診断は総花的で折衷的であるとの批判もあるが、伝統的診断に親しんでいるものにとっては使用しやすいものである。また、DSM にならって多軸記載も採用されたが、DSM のような 5 軸ではなく、3 軸 (臨床症候群、機能障害尺度、ストレス要因) を特定することになっている。

表 5 は、ICD-10 の診断項目である。

V. 伝統的診断と DSM による診断の相違

今日では、ほとんどの精神鑑定において精神障害の分類に DSM あるいは ICD が使用されている。このことは操作的診断が、明確な診断基準に基づいているために、いかなる医師が診察しても同じ診断が得られ、信頼性が極めて高いとされているからであり、また、精神医学的知識の乏しい法律関係者にとっても、その診断手順が明解で分かりやすく、診断の問題点なども容易に指摘出来るからであろう。そこで、精神鑑定の領域ではとりわけ操作的診断が歓迎されているようである。しかし、DSM の使用に関してはその長所とともにその限界をも知っておく必要がある。

まず注意しておくべきことは、DSM などの操作的診断で精神障害とされるのは症状群に近く、決して疾病ではないことである。これまで司法精神医学で論じられてきた責任能力の問題は、このドイツ精神医学における疾病論に依拠している。シュナイダーにとって、身体に基盤を持つ精神病と身体に基盤を持つと推測される精神病こそが「疾病」であって、その他は心的あり方の単なる偏倚に過ぎない。「疾病」であると考えられるからこそ、進行麻痺、統合失調症、躁うつ病、てんかんの例外状態などでは、どのような行為であれ責任無能力とされたのである⁷⁾。この点で、DSM は伝統的精神医学の持つ狭隘なドグマに陥ってはならず、司法精神医学的な判断もおおのずと異なったものとなる。DSM-IV は多くの病態を取り上げて記述しているが、「それらを精神疾患として分類するという臨床的および自然科学的発想は、個人の責任、無能力の決定、責任能力などを問題とする法的判断とは全く関係がない」と記載している¹⁾。

次に注意しておくべきは、DSM で用いる病名が、伝統的な診断と同じ病名であっても、その意味する概念が異なる場合があることである。たとえば、統合失調症の場合には、伝統的な診断によると、シュナイダーの一級症状が重視されており、これらの症状の一つが認められれば、身体的な所見が確認されないかぎり、統合失調症とされる。そのために、統合失調症は急性の精神病を含むかなり広い概念となっている。しかし、DSM-IV の診断基準によれば、シュナイダーの一級症状などが 1 ヶ月間いつも認められることが必要であるとともに、社会的なまたは職業的な機能の低下（いわゆる陰性症状）が少なくとも 6 ヶ月間持続することが要請され、さらに分裂感情障害や精神症状を伴う気分障害が除外されることから、統合失調症は極めて限定された狭い概念となっている。なお、ICD-10 の統合失調症は、6 ヶ月の陰性症状の規定がないために、統合失調症の概念は伝統的診断と DSM との中間的な位置にある。

DSM-III 以降、統合失調症の診断は厳しくなり、以前には統合失調症と診断された多くのケースが、現在では精神病症状を伴う気分障害や解離性障害に分類されている。これは、以前ほどシュナイダーの一級症状が診断に重視されなくなったため、一級症状が存在しても、統合失調症ではなくて他の診断が下されるからである。また、幻覚や妄想がほとんど見られないか、あるいは全く認められない破瓜型や単純型の統合失調症の場合や、統合失調症の症状がまだ揃っていない頓挫型などの寡症状性病型の場合でも、統合失調症とは診断されず、妄想性、分裂病型、分裂病質などの人格障害に分類されることも少なくない。

DSM は、いわば行動科学的な診断分類法でもあり、行動・病状・現象という表層の次元でラベルを貼っているに過ぎない。そこで、幼児期には「注意欠陥/多動性障害」(ADHD) と診断された子供が、児童思春期になると「行為障害」と診断され、その一部は成人後に

「反社会的人格障害」と呼ばれることとなる。あるいは幻覚や妄想が見られれば「統合失調症」の病名が追加される（反社会的人格障害は18歳未満では用いられない）。ここでは、それぞれの時期に、その時点で明確に現われた行動特徴が取り上げられ、それに基づいて分類されるために、診断は専門家ならずとも容易である。しかし、精神障害の分類と診断は単に患者にラベルを貼るだけに終わるのではない。ここで問題なのは、この症例の全体像をどのように捉えたらよいのかという視点がないことであろう。

さらに、DSM-IV以降顕著になってきた傾向は、同じ時期にいくつかの診断が併記されることである。このような傾向は、DSMの全領域にわたっており、様々な診断の間の合併の可能性が検討されている。DSM-IIIに多軸診断が導入され、2軸の人格障害や3軸の身体疾患が併記されるようになったことから、症例を立体的に捉えることが出来るようになり、精神病か人格障害か、あるいは内因性か症状性かという鑑別の悩みは軽減した。しかし、第1軸において「うつ病」か「パニック障害」か、あるいは「統合失調症」か「気分障害」かという極めて基本的な診断の作業も放棄されるようになると、各々の疾患の合併を容易に考える傾向が加速される。その結果、診断の作業があまりにも平易になるとともに、悪くいえば安易に流れてしまうとも言えるかも知れない。

実際の精神鑑定においてDSMの診断を用いると、往々にして、例えば「行為障害」、「性障害」、「解離性障害」という分類名の羅列になることがある。DSMが精神症状をあまりに多くの断片に分けすぎ、そして、あまりに多くの障害を用意したことによるためと思われるが、これらの3つの障害名を思い浮かべて、いかなる症例を想像することが出来るであろうか。このような場合には、ひとまず、伝統的な診断に戻って考えて見る必要があるであろう。そして、シュナイダーの枠組みで考えた場合はいかなる診断になるのかを検討し、あるいは、クレッチマーの多次元診断を試みた方がよい場合があるかも知れない。また、福島⁶⁾が言うように、一定の長さの文章によって説明する「文章診断」によって、症例全体のイメージを明らかにする方がよいときもあろう。そこで、精神鑑定においては、DSMによる診断だけではなく、伝統的診断を併用しながら、症例の全体像を浮かび上がらせ、可能な限り、病気の原因、成り立ち、予後、さらには犯行当時の精神状態や責任能力について考察することが必要である。

司法精神医学との関連を考慮しながら、精神疾患の分類と診断について解説した。

DSMは、その単純明快さからいつの間にか「バイブル」のごとく、絶対化して用いられるようになっている。しかし、伝統的な精神医学と同じく、DSMもまた単に「一つの思想」であって、「唯一の真理」ではない。DSMなどの操作的診断の長所は、診断の客観性・信頼性であり、精神鑑定における有用性に疑問の余地はない。しかし、DSMでは症例の全体をとらえることが出来ず、鑑定では、DSMとともに診断思想の異なる伝統的分類の結果を併記するべきであろう。

文献

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn. APA, Washington DC (1994)
2. Feighner JP, Robins E, Guze SB, et al: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry 26: 57-63 (1972)
3. 福島 章:精神鑑定、犯罪心理と責任能力. 有斐閣、東京(1985)
4. 福島 章:犯罪者の脳所見について微細脳器質性格症候群. 精神医学レビュー 19: 28-34 (1996)
5. 福島 章:覚醒剤関連精神障害. 風祭 元、山上 皓編、臨床精神医学講座 19 卷「司法精神医学・精神鑑定」 pp178-185、中山書店、東京(1998)
6. 福島 章:殺人という病、人格障害・脳・鑑定. 金剛出版、東京(2003)
7. Gruhle HW: Gutachtentechnik. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg (1955) - 中田修 (訳): 精神鑑定. 文光堂、東京 (1957)
8. 林 拓二、須賀英道、堀田典裕、他: 非定型精神病と操作的診断基準. 精神科治療学 15: 511-518 (2000)
9. Huber G: Psychiatrie. 5. Aufl. Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Schattauer, Stuttgart (1994)
10. Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie. 5 Aufl. Springer, Berlin (1948) - 内村祐之、西丸四方、島崎敏樹、岡田敬蔵(訳): 精神病理学総論. 岩波書店、東京(1953)
11. Kretschmer E: Der sensitive Beziehungs wahn. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, (1950) - 切替辰哉 (訳) 敏感関係妄想. 文光堂、東京 (1950)
12. Leonhard K: Classification of endogeneous psychoses and their differentiated etiology. Springer, Wien-Newyork (1999)-福田哲雄、岩波明、林拓二 (監訳): 内因性精神病的分類. 医学書院、東京 (2002)
13. 丸田俊彦:アメリカ精神医学における疾患概念と分類の歴史的概観. 浅井昌弘、小島卓也編、臨床精神医学講座1巻「精神症候と疾患分類・疫学」 pp406-415、中山書店、東京(1998)
14. 中田 修:異常性格と法律. 新井尚賢編、異常性格. pp.309-322. 医学書院、東京(1966)
15. 中安信夫:宮崎勤鑑定書別冊. 中安信夫鑑定人の意見. 星和書店、東京(2001)
16. 西山 詮:精神分裂病者の責任能力. 新興医学出版、東京(1996)
17. 大久保善朗:生物学的精神医学から見た疾患概念や分類の研究動向. 浅井昌弘、小島卓也編、臨床精神医学講座1巻「精神症候と疾患分類・疫学」 pp455-465、中山書店、東京(1998)
18. Schneider K: Klinische Psychopathologie. 6 Aufl, Thieme G, Stuuatgart(1962) - 平井静也、鹿子木敏範(訳):臨床精神病理学. 文光堂、東京(1965)
19. Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders. New York State Psychiatric Institute, Biometric Research, New York, (1975)
20. 内村祐之:精神鑑定、創元社、東京(1952)
21. 内村祐之:精神医学の基本問題. 医学書院、東京(1972)

22. World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva(1992)

表 1. ヤスパーズの分類¹⁰⁾

- 第一群 精神障害を伴う機知の身体疾患
 - 1. 脳疾患
 - 2. 症状性精神病を伴う身体疾患
 - 3. 中毒
- 第二群 三大精神病（内因性精神病）
 - 1. 真性てんかん
 - 2. 精神分裂病
 - 3. 躁うつ病
- 第三群 精神病質
 - 1. 異常反応（第一・第二群の疾患とは関係なく生じる）
 - 2. 神経症と神経症的症状群
 - 3. 異常人格とその発展

表 2. シュナイダーの分類¹⁸⁾

- I. 心的資質の異常変異
 - (1) 知能の異常素質
 - (2) 異常人格
 - (3) 異常体験反応

II. 疾患(および奇形)の結果

身体学（病因論）の系列

心理学（症状論）の系列

中毒
 進行麻痺
 他の感染性疾患
 内科疾患
 脳の奇形
 脳血管硬化症
 老人性脳疾患
 他の脳疾患
 真性てんかん
 ?
 ?

急性：意識障害
 慢性：人格解体（先天性では人格低格）
 痴呆

循環病(躁うつ病)
 統合失調症

表 3. 伝統的精神医学の分類 (Huber G の教科書⁹⁾による)

- I. 身体に基盤のある精神病
 - 1. 原発性の脳の疾患
 - 進行麻痺
 - 他の炎症性脳疾患
 - 脳外傷
 - 脳血管性障害
 - 老人性疾患
 - 系統性萎縮
 - 脳腫瘍
 - てんかん
 - 2. 脳に関わる内科疾患
- II. 内因性精神病
 - 精神分裂病
 - 躁うつ病
- III. 正常からの偏倚
 - 異常な人格 (性格異常)
 - 異常な体験反応と発展 (神経症)
 - 異常な知的な素質 (知的発達遅滞)
 - 異常な衝動 (性的偏倚)
 - 嗜癖 (アルコールや薬物依存)

表 4. DSM-IV による分類¹⁾

- 1. 通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害
 - 精神遅滞、広汎性発達障害、など
- 2. せん妄、痴呆、健忘および他の認知障害
- 3. 一般身体疾患による精神疾患
- 4. 物質関連障害
 - アルコール、アンフェタミン、大麻、幻覚剤、アヘン関連障害、など
- 5. 統合失調症および他の精神病性障害
- 6. 気分障害
 - うつ病性障害、双極性障害
- 7. 不安障害
- 8. 身体表現性障害
 - 疼痛製障害、心気症、身体醜形障害、など
- 9. 虚偽性障害

- 1 0. 解離性障害
 - 解離性同一性障害、離人症性障害、など
- 1 1. 性障害および性同一性障害
- 1 2. 摂食障害
- 1 3. 睡眠障害
- 1 4. 他のどこにも分類されない衝動制御の障害
 - 間欠性爆発性障害、窃盗癖、放火癖、など
- 1 5. 適応障害
- 1 6. 人格障害
- 1 7. 臨床的関与の対象となることのある他の障害

表 5. ICD-10 による分類

- F0. 症状性を含む器質性精神障害
- F1. 精神作用物質使用による精神および行動の障害
- F2. 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害
- F3. 気分（感情）障害
- F4. 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
- F5. 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
- F6. 成人の人格および行動の障害
- F7. 精神遅滞
- F8. 心理的発達の障害
- F9. 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害

今、非定型精神病を考える

林 拓二

今、非定型精神病を考える

林 拓二

Key words

atypical psychosis, schizophrenia, cycloid psychosis, unsystematic schizophrenia, diagnosis

要 約

非定型精神病に関するわれわれの研究を概略し、今後の研究の方向を考えてみた。

非定型精神病は分裂病の概念を解体しようとする試みである。分裂病性精神病はその病因の相違によって分類しなければならず、少なくとも定型分裂病と非定型精神病とに分けられる可能性がある。これらは、さらに幾つかの疾患に類別されると思われるが、その時にはじめて、精神分裂病と非定型精神病は新しい呼称によって置き換えられるに違いない。

はじめに

1980年に、アメリカ精神医学会がDSM-IIIという「精神障害の分類と診断の手引き」を著わしたとき、われわれはその操作的診断の明快さと多軸評定などの思想の斬新さに驚くとともに、他のどこにも分類されない精神病性障害として、分裂病様障害や短期反応精神病、それに分裂感情障害と並んで「非定型精神病 (atypical psychosis)」が記載され、どの特定の精神障害の診断基準にも当てはまらない症例のための残遺カテゴリーであるという説明がなされているのを見て、少なからず腹立たしい思いを感じたことは確かである。「非定型」精神病という名称は、

確かに何かを積極的に主張するものではなく、定型が存在するが故の「非定型」なのである。その意味で、われわれの主張するように、内因性精神病の中で病因的に独立したものと考えるのならば、他の適当な名称を選択すべきであったのかもしれない。日本において「非定型精神病」の概念を提唱してきた満田もまた、「非定型内科病」という名称を連想するような「途方もなく大胆な」名称を、とりあえず暫定的に使用していたに過ぎないと思われる。

しかしながら、われわれは「非定型精神病」という疾病学的概念を確立することによって、クレペリンによって打ち立てられた内因性精神病の体系、すなわち、躁うつ病かそれとも分裂病かという二分律の変更を迫ろうとし、その中で分裂病概念を解体しようとしてきたのであり、ドイツでもクライストやレオンハルトなどによって、同様な志向性から「非定型精神病 (atypische Psychosen)」の名称が使用されている。われわれの用いる「非定型精神病」が適切な表現であるかどうかはともかくとして、「非定型精神病」は明確に疾病学的立場に立つものであり、内因性精神病の全領域の自然な分類を目指すのである。DSM-IIIによる、どちらかと言えば症状学的な立場による「非定型精神病」とは、その理念において明確に異なる。

DSM-IIIの登場以降も、われわれは「非定型精

HAYASHI Takuji : Further Researches on Atypical Psychosis

京都大学大学院医学研究科精神医学：〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町

神病」の概念を臨床実践の中で、さらにデータを蓄積しながら確実なものにしようと努めてきた。近年では、精神分裂病の呼称変更が議論され、新しい名称が採用されたが、必要なのは精神分裂病概念自体の解体である。われわれは精神分裂病が、定型分裂病と「非定型精神病」に少なくとも2分されると考えるが、それらはさらにいくつかの疾患に細分されるに違いないと考えている。その時にはじめて、躁うつ病を含む内因性精神病は、まったく新しい呼称によって置き換えられるに違いない

本稿では、「今、非定型精神病を考える」と題し、非定型精神病の研究にかかわって来た私自身の個人的な経験を紹介しながら、非定型精神病の研究の今後の展開を考えたいと思う。

1. 非定型精神病との出会い

私は大学を卒業してすぐ精神病院の常勤医師として働いたが、入院している700名近くの患者のほとんどが精神分裂病であった。精神発達遅滞や躁うつ病とされた患者が少数見られ、他にアルコール中毒の患者が10名ほど入院していたに過ぎない。時々、先輩の医師によって急性発症の精神病に対し「非定型」とか「リアクチオン（心因反応）」、あるいは「デゲネラチオン・プシコーゼ（変質性精神病）」という診断が聞かれたが、分裂病病状の多様性にもかかわらず、ほとんどの患者が分裂病と診断されていることに疑いを持つことはなかった。学生時代には、精神科では分裂病と躁うつ病の2つしか病気がないので楽だという噂もあったため、私は極めて当然なこととして、この事実を自然に受け入れていた。しかし、それから数年後、週に2日間、勉強のために大阪医大に通うようになり、非定型精神病を提唱して分裂病性精神病の異種性を主張する満田の学問に触れるとともに、レオンハルトによる慢性分裂病の記載⁴⁾を知ったことから、私の分裂病性精神病に対する見方が大きく変わったのである。

私が参加した大阪医大の抄読会では、フェーデルンの「自我心理学」とともに、レオンハルトによる「内因性精神病の分類」が読まれていた。メランコリーや躁病、うつ病や多幸症などの記載から始まって、類循環性精神病、非系統性分裂病、系統性分裂病など、初めて耳にする診断名に戸惑いながらも、その症状の詳細な記載に驚き、私は、精神病院で受け持っている自分の患者に対応する者がいないかどうかを確かめるようになり、「感情負荷パラフレニー」では、それらしい患者の顔をすぐに思い浮かべることが出来た。幻覚とか妄想、あるいは自閉や感情鈍麻などという記載だけでは、個々の患者の差は明らかにされず、判然とはしない。しかし、医師・患者関係やその感情的反応を見たとき、確かにレオンハルトの記載した「感情負荷パラフレニー」は系統性分裂病とは異なる様相を示していた。

私はレオンハルトの分類に則って、自分が受け持っていた患者を新たに分類しなおした。そして、その数は多くはないにしても、非系統性分裂病とされる症例が独特な病像を示して存在することを確認し、周期性緊張病はもちろん、感情負荷パラフレニーやカタファジーが、定型的な（系統性）分裂病ではなく、異なる疾患であろうと考えるようになった。そしてまた、不安-恍惚性精神病、興奮-制止性錯乱精神病、多動-無動性運動精神病に3分される類循環精神病を、個々の病型を特定するのが困難であるにしても、比較的多く見出すことが出来た。これらの症例は、慢性の分裂病と区別しがたいものが多かったが、時に痙攣様発作を示したり、あるいはなんらかの意識の変容を示す錯乱状態を示すことがあり、病歴をさかのぼってみると、ある時点までは「非定型精神病」などの診断が付けられていたものもあった。このような症例は、長い治療歴の中で、次第にその病像の特徴が不鮮明となり、定型の分裂病とは区別し難くなっていったものであろう。この点で、精神病者がおかれた医療の環境や精神科薬物療法の影響など

は、病気の本質を覆い隠す可能性があり、いわゆる「施設化」が問題となっていたとも考えられる。

レオンハルトの分類は「過剰分類」と批判されるものの（満田もまた、そのように批判していたが）、非系統性分裂病などの詳細な症状記載は、慢性の分裂病者の臨床に携わっていたわれわれにとって大変役に立つものであった。当時、私は大雑把ではあるが分裂病性精神病の家族負因を調べてみたことがある。当初には、分裂病と非定型分裂病との間に家族負因の大きな差異は見出されなかった。しかし、レオンハルトの非系統性分裂病を非定型分裂病に含めたとき、満田が家族調査で明らかにしたように、非定型分裂病の方が定型分裂病よりも明らかに遺伝負因が多い結果となったのである。このような結果は、近年のフランツェクリの結果と相応している。すなわち、彼は非系統性分裂病の一級親族に多くの負因を認めている（50%）が、系統性分裂病には負因があまり認められない（13.6%）としているのである。

1970年代は、レインなどによる反精神医学がもてはやされていた。精神神経学会はクーパーやサスを招き、講演会が行なわれた。そのような中で、満田は「サスという反精神医学の旗手がいるが、彼はなかなかいい男でよく勉強している。彼の言い分はよくわかる」と言いながらも、「精神医学が彼らの批判を受けないためにも、分裂病の病因研究をもっと進めなければいけない。しかし、今までのように、Aという疾患もBという疾患も分裂病の中に含めてしまうと、データは平均化されて差が見られなくなってしまふ。これからの研究は病型をきちんと分けて、少なくとも臨床的に区別できる非定型精神病を、定型の分裂病から分離した上で、病因の研究に取り組むべきだ」と、しばしばわれわれに話されていた。この言葉は、今もなお、われわれの行動の指針となっている。原因がなお見出されていない分裂病の場合、分裂病が存在しないとする仮説も可能ではあるが、われわれは臨床

医として、また精神医学の研究者としても、まだ、分裂病の病因の探求をあきらめてはいけないただろう。反精神医学がはなやかなりし当時、時代の潮流に翻弄されて、多くの精神医学者が右往左往していた中で、満田は自らの立場を最も鮮明に主張していた研究者の一人であった。「変化するものよりも、動かないものに注目せよ」と言われたことがある。「流行りものはすぐに廃れる」。時代の流れとは異なるにしても、自らの信念に基づいて行動すれば、それが評価されるときが来るかも知れない。

2. 非定型精神病の研究

屑籠診断として atypical psychosis の名称を使用した DSM-III を、私はせいぜい5年ほどで廃れるであろうと思っていた。しかし、私が愛知医大に職を得た1984年になっても、DSM-III はますます隆盛となり、日本で非定型精神病の研究を続けるものなどはほとんど見かけなくなっていた。私はこの逆風の時期にこそ、黙々と実証的な研究を行い、データを積み重ね、「非定型精神病」が再評価される時を待つべきだと考え、愛知医大でとりあえず臨床統計的な仕事と同時に画像研究の準備を始めた。そして、満田の非定型精神病の概念を検証し、その生物学的基盤をさまざまな研究手段を用いて解明しようと努力した^{6,7)}。

われわれは1982年から1991年末までの10年間に愛知医大精神科に入院した全症例（976名）を調査し、精神分裂病140名と非定型精神病198名を取り出し、ICD-10を用いて再分類し、我々の診断との差異を検討した^{8,9,10)}。そして、分裂病症状が長期に持続するために分裂病とされる症例も、急性に発症して周期性ないし挿間性の経過を示す症例は、急性精神病の遷延型に過ぎないとして、非定型精神病と考えるべきであって、分裂病とは異なる疾患であることを明らかにしておいた。さらに、我々は、精神分裂病と非定型精神病との間にある明確な差違は意識変

容体験の有無であり、これらはICD-10においてはほとんど考慮されていない点を批判した⁷⁾。さらに、我々はこれらの調査結果に続いて、さらにあらたな調査を行ない、臨床症状の組み合わせによる特徴的な症状群を見出すために、精神分裂病と非定型精神病の幻聴構造の相違²⁾を検討した。そして、Semi-structured Interview for Auditory Hallucination (SIAH) という質問紙による半構造化面接をおこなって、統計的な手法による診断基準の作成に応用しようとしている。

我々が愛知医大で一貫して行なってきたのは、生物学的所見に基づく精神疾患の分類の可能性である。様々な手段を使って検討を行なったが、まず、我々が行なった研究はCTなどの画像を用いた研究である。定型の分裂病のCT所見は、フーバーが確認した気脳写による第3脳室の拡大所見のほか、前頭葉あるいは側頭葉の萎縮を思わせる所見が認められた。しかし、非定型精神病の脳には形態学的所見の著しいものは見られなかった。同様な結果は、多かれ少なかれ、SPECTやMRIでも認められている。さらに行なった事象関連電位や探索眼球運動による研究でも、非定型精神病と定型分裂病との間に有意の差が認められた^{3,6)}。たしかに、定型分裂病の生物学的検査では、正常対照群と比較すると、統計的に有意の差を示す所見が認められることが多い。しかしながら、定型分裂病の所見にはあまりにも幅があり、まったく所見のない分裂病も少なからず認められる。躁うつ病から非定型精神病へ、そして非定型精神病から分裂病へと滑らかに移行するのか、あるいは明確な断点があるのか否については、我々はなお明確なエビデンスによって断定することが出来ない⁵⁾。しかしながら、弱い所見ではあるものの、たくさん臨床所見や生物学的検査所見が積み重ねられつつあり、それらの所見を総合したとき、妥当性のある、新しい疾患分類の体系が姿を現すに違いないとわれわれは考えている。おそらく、そこに見えてくるのは、満田が描いたシェーマであり、中心に非定型精神病をおき、周辺にて

んかんと躁うつ病、それに分裂病を配した図となるかと思っている。

3. 非定型精神病の今後

DSM-IVやICD-10などの操作的診断基準によっては、精神分裂病の本質がとらえられていないことは、経験のある臨床精神科医ならば説明を要しないことであろう。分裂病の症状と経過の多様性からみて、精神分裂病はさらに細分され、いくつかの疾患に分類されるに違いない。我々はこれまでのデータに基づき、分裂病からまず非定型精神病を分離しなくてはならないと考えている。そして、その診断基準に関して、早急に明確な答えを用意するべきであろう。我々はこのような目的を持って研究を行なっているものであり、ICD-10やDSM-IVがさらに改訂される時には、我々の研究で得たデータが何がしかの寄与をするに違いないと思う。

今後の研究は、なお診断的に客観性に乏しいとされ、信頼性において批判されてきた非定型精神病の概念を明確にし、その客観的な診断法を確立することである。我々が行なってきた研究の中では、探索眼球運動によるデータが最も明確に非定型精神病と定型分裂病とを分離しえたが、事象関連電位(P300)を組み合わせたとき、両者の区分はさらに明確となっている。このような結果を踏まえ、我々はさらに複数の研究手段を組み合わせ、非定型精神病の客観的な診断を可能にしたいと考えている。

非定型精神病、あるいは類循環性精神病や非系統性分裂病の研究は、満田やレオンハルトの研究の流れを汲む研究者によって、DSMやICDが世界の主流となった現在でもなお、日本やドイツなどにおいて行なわれている。今後、このような研究がますます発展した時に、精神医学の体系が大きく変わるに違いないと確信する。

おわりに

非定型精神病は疾患として存在するのか？満田は、臨床遺伝学的研究によって、非定型精神病が疾患として存在する可能性を強く示唆し、われわれを含めた多くの精神科医が満田の主張を裏付けようと努力してきた。しかし、残念ながらお確固とした証拠を見いだしたとは言い得ない。「非定型精神病は存在せず、結局は分裂病の一型に過ぎない」とする立場もあろうし、そのような観点での研究も可能ではあろう。しかし、いずれにしても、この問題は分裂病研究の本質にかかわるものであり、今後もなお地道な臨床研究によって解決しなければならないものなのである。

文献

- 1) Franzek E & Beckmann H: Die genetische Heterogenität der Schizophrenie. *Nervenarzt* 67:583-594,1996
- 2) 深津尚史, 深津栄子, 安藤琢弥ほか: データマイニングによる非統合失調症性精神病群の幻聴所見の検討—満田の非定型精神病からの考察. *精神医学*, 46:1307-1315,2004
- 3) 深津尚史, 和田 信, 山岸 洋ほか: 探索眼球運動を用いた非定型精神病の臨床単位の検討—急性精神病遷延型の疾病分類について—*脳と精神の医学*, 14:41-50,2003
- 4) 福田哲雄・岩波 明・林 拓二監訳: 内因性精神病の分類 (H. Karl Leonhard: Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology). 医学書院, 東京,2002
- 5) 林 拓二訳: 精神病とは何か (G. Huber: Psychiatrie) 新曜社, 東京,2005
- 6) Hayashi T: Atypical psychoses and Schneiderian schizophrenia. *Neurol Psychiatr Brain Res* 10:59-66,2002
- 7) 林 拓二, 須賀英道, 堀田典裕ほか: 非定型精神病と操作的診断基準. *精神科治療学* 15 (5) :511-518,2000
- 8) 林 拓二, 安藤琢弥, 松岡尚子ほか: 分裂病と非定型精神病 (満田) の精神症状と経過について. *精神医学*, 38:27-35,1996
- 9) 林 拓二, 須賀英道, 安藤琢弥ほか: 分裂病と非定型精神病 (満田) の発症年齢と性差について. *精神医学*, 37:1255-1263,1995
- 10) 林 拓二, 安藤琢弥, 松岡尚子ほか: 分裂病と非定型精神病 (満田) の負因と誘因の相違について. *愛知医大誌*, 23:321-331,1995

林拓二

Takuji Hayashi

Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Kyoto University

1. はじめに

急性一過性精神病性障害 (ICD-10) は、非定型精神病(満田)に概ね一致するとしても、その基本的な概念は大きく異なる。非定型精神病は臨床遺伝学的研究から導かれた疾患概念であるのに対し、ICD-10による概念は症状と経過に基づく類型学的分類と言えよう。

2. 診断

急性一過性精神病性障害は、精神医学がいまだ解決し得ない精神分裂病 (あるいは統合失調症) の本質をめぐる難問の中から生じた分類である。精神分裂病が、急性に発症し、比較的短い経過を経て完全寛解し、良好な転帰をとることもあると規定すれば、このようなカテゴリーを設ける必要はない。しかしながら、多くの国々で、急性錯乱 (Buoffé délirante)、心因性精神病 (psychogenic psychosis)、反応性精神病 (reactive psychosis) 分裂病様精神病 (schizophreniform psychosis)、類循環性精神病 (zykloide Psychosen)、あるいは、非定型精神病 (atypische Psychosen) などの用語がこれまでも用いられ、分裂病とは本質的に異なる急性精神病の存在が主張されてきた。ICD-10では、本症をいまだ臨床的輪郭が定まらないカテゴリーであるとしながらも、このような精神病の一群を取り出そうとしている。その特徴として、急性発症、症状の多形性、そして急性のストレスが挙げられるが、他の分裂病性精神病と類別するために操作的な基準が用いられ、分裂病症状が1ヶ月持続すると精神分裂病とされ、妄想などの症状が3ヶ月持続した場合は持続性妄想性障害などの診断に変更されている。

言うまでもなく、精神医学的な疾患もまた、本質的な特徴によって分類されるべきである。しかしながら、ICD-10のこの分類は極めて人為的なものであって、持続期間の長短は疾患の本質的な差異を示すものではない。とはいえ、急性精神病の本質的な特徴が見出されえない現状では、とりあえず、このような分類を行なわざるを得ないのであろう。

本症は、さらにいくつかの亜型に分けられる。すなわち、急性多形性精神病性障害は分裂病症状を伴うものと伴わないものに分類される。これらは、フランスにおける急性錯乱や Kleist や Leonhart による類循環性精神病と類似する。満田の非定型精神病の中核群もまた、この群に包含されよう。この多形性の症状は、強度の恍惚、あるいは不安と過敏性を伴う情動の混乱であり、これらの症状が刻々と変化する。著者らの研究によれば、分裂病症状を伴わないものと比較して、分裂病症状を伴うものでは初回発症時の誘因は少なく、家族になんらかの精神病の負因が認められる場合が多い。亜型の一つである急性分裂病様精神病性障害では、初回発症時の誘因がとりわけ多く認められ、反応性あるいは心因性精神病とされるものと重なるのかも知れない。

満田は、非定型精神病と分裂病との間に、再発を繰り返しながらなんらかの欠陥状態に陥る「中間型」を置いていた。しかし、家族内精神病の研究から遺伝様式の類似が示され

たことから、「中間型」は非定型精神病の中に包含されるようになった。このような事情から、非定型精神病(満田)の概念では、必ずしも予後良好と言えるものではない。満田はさらに、臨床遺伝学的研究に基づいて、非定型精神病が躁うつ病(感情障害)やてんかんと関連していることを見出している。抗うつ剤や抗躁剤、あるいは抗てんかん剤が、非定型精神病などの急性精神病に使用されるのは、このような事実に基づいており、この研究の意義は大きい。当然ながら、分裂感情障害(ICD-10)もまた非定型精神病に包含される。

3. 治療

治療の原則は十分な睡眠と安静である。このような看護が家庭で行なわれるならば、少量の抗精神病薬による外来治療が可能な場合もある。しかし、多くの症例では、幻覚や妄想などによる奇異な行動や興奮が著しいため、入院治療が必要となる。精神科専門施設では、保護的な環境とし、刺激を出来る限り少なく、安静が保たれるようにする。そこでは、何よりも、看護の困難さにもかかわらず、あたたかく見守ることが出来る看護職員の存在が重要である。

本症は、基本的に比較的短期間の経過で寛解すると定義される。疾病の自然な経過に従えば、薬物療法を行なわなくとも完全寛解し、感情の平板化や意欲低下、思考障害などの残遺症状を認めない。しかしながら、急性期の症状を軽減して看護を容易にし、病相を短縮して早期の社会復帰を考えるならば、精神科薬物が必要となる。

急性期では、これまで Chlorpromazine、Perphenazine、Haloperidol などが使用され、興奮が著しい場合には、Zotepine や Levomepromazine が併用されてきた。しかし、近年では、新しく発売された非定型抗精神病薬が多く使用されている。しかし、その効果にはさほどの差異は無いようである。

本症に特異的に用いられ、再発予防などが期待される薬物としては、Carbamazepine や Sodium valproate などの抗てんかん剤、あるいは抗うつ薬や Lithium などがある。抗てんかん剤が本症にしばしば用いられるのは、日本のみならず世界的な傾向である。このことは、非定型精神病の概念の中にてんかんと密接な関係を考える日本の研究者の功績といえよう。電気けいれん療法もまた、本症にはきわめて有効な治療法である。とりわけ、症状が激しく、幻視や夢幻様体験、激しい不安や恍惚感、制止や興奮などによって意識のなんらかの病態が考えられる場合に、劇的な改善が期待される。

維持療法として Carbamazepine や Perphenazine を用いる。しかし、出来る限り少量にして、眠前に一回、Perphenazine (4mg) だけとすることもある。寛解後は投薬せずという研究者もいるが、著者は、再発の不安が無くなるまでの外来通院を勧めている。

4. 文献

- 1) 福田哲雄・岩波明・林拓二監訳：内因性精神病の分類、H. Karl Leonhard: Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology. 医学書院，東京，2002.
- 2) 林 拓二、須賀英道、堀田典裕、ほか：非定型精神病と操作的診断基準. 精神科治療学 15 (5): 511-518, 2000.
- 3) 林 拓二、堀田典裕、須賀英道、ほか：遷延性の経過を示す急性精神病について—ICD-10 による 3 症例の検討— . 臨床精神医学. 28 (9): 1147-1157, 1999.

統合失調症の情動認知障害の認知神経科学
——久留米大学における取り組みを中心に——

前田 久雄 森田 喜一郎

脳と精神の医学 15 巻 2 号別刷
日本生物学的精神医学会

特集：生物学的精神医学研究の現状と展望（2）

223-230

統合失調症の情動認知障害の認知神経科学
—— 久留米大学における取り組みを中心に ——前田 久雄^{1,2)} 森田 喜一郎^{1,2)}

Key words : affect recognition, facial expression, schizophrenia, P 300, exploratory eye movement, SPECT, fMRI

1. はじめに

統合失調症にみられる情動障害としては、すでに発病脆弱性として存在するものと発病後に新たに生じる症状としての二つの側面がある。前者の1例としては、Ciompi L (1989)¹⁾が、脆弱性の本質は、情動や認知がからんだ複雑な状況に適切に対処する能力の障害とストレスに対する感受性の亢進であると想定したものがあつた。後者は、古くは Bleuler E (1908) が統合失調症の基本症状の一つとして情動障害（平板化）を挙げて以来、陰性症状として臨床家に広く認知されているところである。さらには、典型的には関係妄想や肉親否認妄想などを想定して妄想知覚の生成過程を分析したり、自明性の喪失の背景となっているものを吟味すると、これらの現象の背後に、他者の感情や情動を正しく認知できていないことが大きな要因として存在することが容易に想定できる（例えば Phillips & David²⁾）。

情動を感覚・神経情報の入力・出力という視点でとらえると、環境刺激—知覚—評価—情動—行動の選択—行動という一連の心理過程からなっている¹²⁾。人が社会生活を送る上で最も重要な機能は適切な対人関係を築き維持することであるが、その基盤となるものが他者の表情や言葉から、そこに表出されている感情や情動を読み取る能力である。人の感情のうち、恐怖、驚き、怒り、悲しみ、不快、喜びなど動因としてのエネルギーの強いものを情動と呼ぶ¹⁵⁾。

人の表情写真や表情画から、そこに表出されている感情や情動を読み取り命名する機能を表情認知という（詳細は総説参照¹³⁾¹⁴⁾。統合失調症では顔貌認知にはほとんど障害は認められないものの表情認知が障害されているとする報告が数多くみられる¹³⁾¹⁴⁾。

この障害は急性期に顕著にみられ症状寛解とともに軽快する状態依存的（state dependent）な変動を示す²⁾⁴⁾一方、統合失調気質や統合失調型人格障害でも認められ素因依存的（trait depen-

Cognitive neuroscience of impairments of affect recognition in schizophrenia—a review with emphasis on studies in the Department of Neuropsychiatry, Kurume University School of Medicine—

1)久留米大学医学部精神神経科〔〒830-0011 久留米市旭町67〕 Hisao Maeda, Kiichiro Morita : Department of Neuropsychiatry, Kurume University School of Medicine. 67, Asahimachi, Kurume 830-0011, Japan

2)久留米大学高次脳疾患研究所 Cognitive and Molecular Research Institute of Brain diseases, Kurume University

【前田久雄 E-mail : maehisa@med.kurume-u.ac.jp】

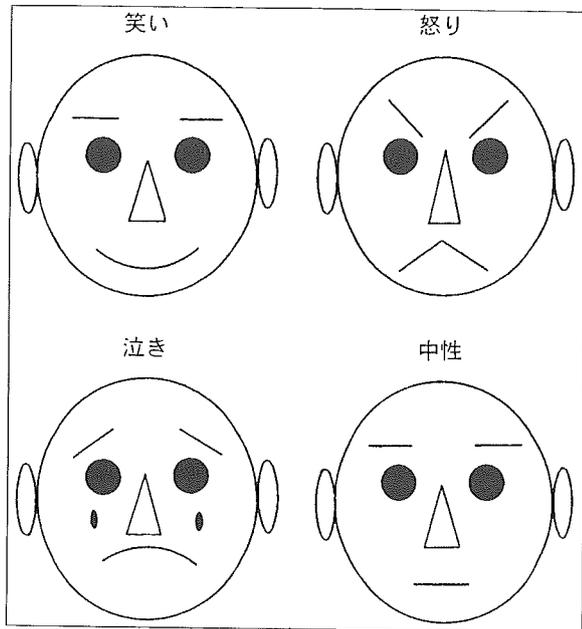


図1 聴覚 P 300 記録に際し注視するよう求められた表情画¹⁸⁾

dent) な所見でもあるとする報告もある¹⁹⁾²⁰⁾。病型では妄想型より非妄想型で障害が大き⁷⁾¹⁰⁾。恐怖や怒りなどの陰性感情と喜びの陽性感情との比較では一定の結果は得られていない。

これらの表情認知に関する知見は神経心理学検査で見いだされたものであり、その障害の本態を脳の機能と関連づけ生物学的に解明しようとしたものではない。さらに、表情認知に付随してどのような感情や情動が被験者に生じたかという観点にも欠けている。我々の研究室で行っている研究は、表情認知に際しての事象関連電位や探索眼球運動などの精神生理学的指標や SPECT, fMRI などの脳機能画像を捉えることで、統合失調症にみられる情動認知障害の本態を明らかにしようとするものである。

2. 事象関連電位

(Event-related potentials, ERPs)

ERPs は、oddball 課題などを課したときに現れる脳波で、通常、課題となる刺激をトリIGGERとして平均加算する方法が行われる。課題刺激の感覚モダリティにより聴覚 ERPs, 視覚 ERPs などと呼ばれる。各波形は入力情報の処理過程を反映するとされており⁶⁾、なかでも後期陽性成分の

一つである P 300 は、刺激の探知や認知・評価⁶⁾³¹⁾、あるいは認知文脈の更新³⁾に関連した電位であるとされている。さらに P 300 振幅は分配された注意資源量を反映するとされるが³⁰⁾、刺激の出現頻度、課題の難易度、課題遂行に伴う報酬の大きさ、動機付けの程度、覚醒度や注意水準、期待度なども影響することが知られており、その本態は一義的ではない。情動も影響するという報告もあり⁹⁾、我々はこの現象を確認するとともに情動認知の研究に应用している。繰り返し測定すると慣れも生じる¹⁷⁾。一方、P 300 潜時は、注意資源の分配速度³⁰⁾や刺激の評価に要する時間⁶⁾を反映するとされる。しかし、P 300 の発生源は明らかでなく多発生源説が有力である。統合失調症では P 300 振幅の低下が trait marker であるとされるが、開眼して記録した聴覚 P 300 振幅は急性期からの回復とともに増大し state marker としての性質ももっている¹⁶⁾。

被験者が表情画(図1)を注視した条件のもとで聴覚 ERPs を記録すると、P 300 に対する表情の影響をみることが出来る¹⁸⁾²¹⁾²²⁾。健常者では、すべての記録部位で表情間に有意差がみられ、「泣き」表情注視時の P 300 振幅は「中性」表情注視時の振幅とほとんど差がみられないのに対して、「怒り」さらには「笑い」表情注視時には前二者と比較して振幅が有意に低下していた(図2, A)。潜時は「泣き」で最長、「中性」で最短と、P 300 振幅の表情間の差を潜時の違いに帰することはできなかった。表情の識別率にも表情間に差は認められなかった。これらのことは、それぞれの表情によって被験者に誘起された情動の違いによって P 300 振幅に対する影響も異なっており、「笑い」によって引き起こされる情動(おそらく喜び)の P 300 振幅を低下させる力が最も大きいことを示している。

ところが統合失調症者(服薬中)では、表情によるこのような P 300 振幅への影響の相違はみられなかった(図2, B)。亜型別に検討してみると、妄想型(n=6)では健常者と同じく「笑い」で P 300 振幅が最も小さかったが、非妄想型(n=9)では「泣き」で最小と健常者とは逆であった。表情の識別率には、健常者、両亜型間に