

# AAPL Forensic Psychiatry Review Course

## FACULTY

**Phillip J. Resnick, M.D., Course Director**  
*Professor of Psychiatry  
 Case Western Reserve University School of Medicine  
 Director of Forensic Psychiatry  
 University Hospitals of Cleveland*

**Thomas G. Guthel, M.D.**  
*Professor of Psychiatry  
 Harvard University School of Medicine  
 Co-Director, Program in Psychiatry and the Law,  
 Massachusetts Mental Health Center*

**Debra A. Pinals, M.D.**

*Director, Forensic Psychiatry Fellowship and  
 Training  
 Associate Professor of Psychiatry  
 Law and Psychiatry Program  
 University of Massachusetts Medical School*


**Charles L. Scott, M.D.**

*Clinical Associate Professor of Psychiatry  
 Forensic Psychiatry Training Director  
 Chief, Division of Psychiatry and the Law  
 University of California, Davis*

**Course Objectives:** This intensive, three-day course in forensic psychiatry will provide an in-depth review of selected topics and relevant landmark cases. Basic concepts will be reviewed along with the latest case law. At the conclusion of the course, participants will: (1) have a good understanding of the major topics in forensic psychiatry; (2) understand the landmark mental health law cases; (3) be able to write more effective forensic reports; (4) be able to assess competency and sanity in defendants; and (5) be able to detect malingered mental illness.

(Continued on back panel . . .)

## Monday, October 24, 2005

7:00-8:00 a.m. Registration Continental Breakfast 

8:00-9:15 Basic Law for Psychiatrists  
 Phillip Resnick, M.D.

9:25-10:20 Death Penalty  
 Charles Scott, M.D.

10:30-11:50 Violence Risk Assessment  
 Phillip Resnick, M.D.

11:50-12:50 Lunch (on your own)


12:50-1:50 p.m. Report Writing  
 Phillip Resnick, M.D.

2:00-3:25 Detection of Malingering  
 Phillip Resnick, M.D.

3:35-5:00 Civil Competencies  
 Phillip Resnick, M.D.

5:30-7:00 Cocktail Reception

## Tuesday, October 25, 2005

7:15-8:00 a.m. Continental Breakfast 

**TRACK I**

8:00-8:50 Correctional Psychiatry I  
 Charles Scott, M.D.

9:00-9:50 Correctional Psychiatry II  
 Charles Scott, M.D.

10:00-10:50 Forensic Ethics  
 Thomas Guthel, M.D.

11:00-12:00 Child Abuse/Child Witness  
 Charles Scott, M.D.

12:00-1:00 p.m. Lunch (on your own)

1:00-1:50 Psychiatric Disability  
 Thomas Guthel, M.D.

2:00-2:50 Child Custody  
 Charles Scott, M.D.

3:00-3:40 Selected Landmark Case  
 Thomas Guthel, M.D.

3:50-5:00 Juvenile Court & Minors' Rights  
 Charles Scott, M.D.

## TRACK II

8:00-8:50 a.m. Sexual Harassment  
 Thomas Guthel, M.D.

9:00-9:50 Civil Commitment  
 Phillip Resnick, M.D.

10:00-10:25 Managed Care  
 Debra Pinals, M.D.

10:25-10:50 Right to Treatment  
 Charles Scott, M.D.

11:00-12:00 Criminal Competencies  
 Debra Pinals, M.D.


12:00-1:00 p.m. Lunch (on your own)

1:00-1:50 Insanity Defense I  
 Phillip Resnick, M.D.

2:00-2:50 Insanity Defense II  
 Phillip Resnick, M.D.

3:00-5:00 Insanity Report Writing Exercise  
 Phillip Resnick, M.D.

## Wednesday, October 26, 2005

7:15-8:00 a.m. Continental Breakfast 

8:00-9:00 Right to Refuse Treatment  
 Phillip Resnick, M.D.

9:10-10:30 Sexual Offenders & the Law  
 Charles Scott, M.D.

10:40-12:00 Psychiatric Malpractice  
 Phillip Resnick, M.D.

12:00-1:00 p.m. Lunch (on your own)

1:00-2:20 Psychic Harm and Workers' Comp  
 Phillip Resnick, M.D.

2:30-3:30 Confidentiality and Tarasoff  
 Thomas Guthel, M.D.

3:40-5:00 Expert Witness Testimony  
 Phillip Resnick, M.D.

**Comments:** "This course is superb for forensic psychiatrists who want to reinforce and update their knowledge. The outstanding faculty give challenging case examples that help even experienced forensic psychiatrists improve their ability to do forensic evaluations." (Renée Binder, M.D.)  
 "This course, using state of the art teaching technology, is as refreshing for the experienced forensic psychiatrist as it is enlightening for the novice. Updated information is beautifully presented." (Bob Sadoff, M.D.)

## AAPL Forensic Psychiatry Review Course October 24, 25 and 26, 2005

**The Centre Sheraton Montreal Hotel**

Room rate: \$239 (CAN) single  
 \$259 (CAN) double

Please see the "Accommodations" section for detailed instructions regarding hotel registration.

If registering by phone, be sure to indicate that you are attending the AAPL Forensic Psychiatry Review Course to obtain the special meeting rate.

Credit card: \_\_\_\_\_ AF \_\_\_\_\_ Visa \_\_\_\_\_ MC \_\_\_\_\_ Diners Club \_\_\_\_\_

Card # \_\_\_\_\_ Expiration Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Arrival date/time \_\_\_\_\_ Departure date/time \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

If you have a disability that requires special assistance or accommodations, please indicate here \_\_\_\_\_

If sharing a room, name of other person(s) in room \_\_\_\_\_

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
林拓二	精神疾患の分類と診断-司法精神医学のために	松下正明	司法精神医学	中山書店	東京	2006	19-32
清水徹男	各種精神疾患と刑事精神鑑定-睡眠障害	山内俊雄、山上 皓、中谷陽二	司法精神医学第2巻、刑事事件と精神鑑定	中山書店	東京	2006	236-239
中谷陽二	(単書)	中谷陽二	司法精神医学と犯罪病理	金剛出版	東京	2005	(単書)
中谷陽二	刑事責任能力鑑定	松下正明、山内俊雄、山上皓、中谷陽二	司法精神医学5、司法精神医療	中山書店	東京	2006	164-168
中谷陽二	刑事精神鑑定の歴史と現状—争点と課題	松下正明、山内俊雄、山上皓、中谷陽二	司法精神医学2、刑事事件と精神鑑定	中山書店	東京	2006	2-10
中谷陽二	イタリア—保安処分と精神鑑定	松下正明、山内俊雄、山上皓、中谷陽二	司法精神医学2、刑事事件と精神鑑定	中山書店	東京	2006	291-297
伊豫雅臣、藤崎美久、羽間京子		伊豫雅臣	第一回千葉司法精神保健研究会—鑑定入院について—		千葉	2006	
伊豫雅臣、橋本謙二、藤崎美久、小松尚也、岡田真一	脳器質的検査	松下正明	II刑事精神鑑定の実際 脳器質的検査；司法精神医学2	中山書店	東京	2006	88-99
伊勢田堯、長谷川慶一、粥川裕平	統合失調症の再発予測と再発防止		新世紀の精神科治療 10	中山書店	東京	2004	237-256
粥川裕平 監訳、木村哲也訳	(単書)		統合失調症を正しく理解するために	萌文社		2005	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Fukui H, Murai T, Fukuyama H, Hayashi T, Hanakawa T	Functional activity related to risk anticipation during performance of the Iowa Gambling Task	Neuroimage	24	253-259	2005
林拓二	司法精神医療の人材養成と地域ネットワークの構築に向けて	臨床精神医学	35	321-324	2006
Hiroki Fukui, Toshiya Murai, Jun Shinozaki, Toshihiko Aso, Hidenao Fukuyama, Takuji Hayashi, Takashi Hanakawa	The Neural Basis of Social Tactics: An fMRI Study	Neuroimage		in press	2006
福井裕輝、並木千尋、山田真希子、村井俊哉	反社会性人格障害/サイコパシー - 人格の病理と情動 -	精神科治療学	20巻4号	363-371	2005
Ito M	Increased and Decreased Cortical Reactivities in Novelty Seeking and Persistence: A Multichannel Near-Infrared Spectroscopy Study in Healthy Subjects.	Neuropsychobiology	52	45-54	2005
Kameyama M	Frontal lobe function in bipolar disorder: A multichannel near-infrared spectroscopy study.	Neuroimage	29	172-184	2006
小島秀吾、橋爪きょう子、和田久美子、蓑下成子、森田展彰、中谷陽二	刑事責任能力に関するアンケート調査	精神神経学雑誌	107巻5号	437-455	2005
鈴木志保、安齋順子、中谷陽二	解離性同一性障害との関わりが問題となったインターネット犯罪 - 精神鑑定例から	臨床精神病理	26巻2号	139-146	2005
中谷陽二	医療観察法の本質を問う - 折衷モデルの行方	日本精神科病院協会雑誌	25巻2号	100-104	2006
中谷陽二	統合失調症と司法精神医学	Schizophrenia Frontier	7巻1号	7-12	2006

橋爪きょう子、小西聖子、柑本美和、中谷陽二	司法に関連する外傷後ストレス障害(PTSD)ー類型化の試みー	トラウマティック・ストレス	4巻1号	31-37	2006
藤崎美久、伊豫雅臣、橋本謙二	千葉県における精神鑑定、措置入院治療等の実態に関する調査研究	千葉医学雑誌	未定	未定	2006
Takahashi T, Suzuki M, Zhou S-Y, Tanino R, Hagino H, Kawasaki Y, Matsui M, Seto H, Kurachi M	Morphologic alterations of the parcellated superior temporal gyrus in schizophrenia spectrum	Schizophrenia Research	(in press)		2006
倉知正佳	統合失調症：自己意識の障害と社会性関連回路	神経進歩	50 (1)	142-152	2006
Suzuki M, Zhou S-Y, Takahashi T, Hagino H, Kawasaki Y, Niu L, Matsui M, Seto H, Kurachi M	Differential contributions of prefrontal and temporolimbic pathology to mechanisms of psychosis	Brain	128	2109-2122	2005
Suzuki M, Zhou S-Y, Hagino H, Niu L, Takahashi T, Kawasaki Y, Matsui M, Seto H, Ono T, Kurachi M	Morphological brain changes associated with Schneider's first-rank symptoms in Schizophrenia: a MRI study	Psychological Medicine	35	549-560	2005
Takahashi T, Suzuki M, Zhou S-Y, Hagino H, Tanino R, Kawasaki Y, Nohara S, Yamashita I, Seto H, Kurachi M	Volumetric MRI study of the short and long insular cortices in Schizophrenia spectrum disorders	Psychiatry Research Neuroimaging	138	209-220	2005
倉知正佳	平成17年と日本の司法精神医学	北陸司法精神医学懇話会会報	9	1	2005

## I 精神医学と法

## 精神疾患の分類と診断——司法精神医学のために

## 1 精神疾患の分類体系

司法精神医学の領域では、鑑定時の精神医学的診断の不一致がまれならず問題となる。典型的な精神病患者の場合には診断が相違することはほとんどないが、近年発生した重大殺人事件の多くで、複数の鑑定の診断が大きく相違したことは、マスコミでもしばしば報道されたとおりである<sup>19)</sup>。たしかに、従来の概念では理解しがたい病像を示す症例が近年増えており、診断が困難な場合が多くなっているとはよくいわれることである<sup>20)</sup>。病像は時代を反映し、これまで日本ではさほどみられなかった多重人格などの解離症状を示す症例もまれではない。最近では、精神障害に関する書物が世に氾濫し、精神症状に関する知識は一般的となり、精神障害者が罪を軽減され、あるいは罪を免れうることもまたよく知られるところとなっている。そこでは、意識的か無意識的かはともかく、精神障害が装われることも少なくない。

伝統的な精神医学は、統合失調症（精神分裂病）や躁うつ病などの内因性精神病を主体として、精神科病院での経験をもとに発展してきたが、今日の精神医療は、境界例、摂食障害、そして軽症うつ病や睡眠障害などに守備範囲を拡大し、今や、多くの悩みを訴えて外来に溢れる患者への対応を迫られている。そして、司法精神医学の領域では、人格障害か精神病かに迷う症例も多く、Asperger 障害<sup>\*1</sup>などの広汎性発達障害を考えるべき症

例に遭遇する機会も多くなっている。さらに、近年の脳画像診断の所見は、統合失調症のみならず、ある種の人格障害においても異常所見が見いだされることもまれではない。このような状況のなかで、精神医学もまた、時代に即応した変化を必要としている。

わが国のみならず、多くの国において精神疾患の分類に大きな影響を与えてきたのは、Kraepelin, Jaspers, そして, Schneider によって代表されるドイツ精神医学である。ただし、フランスでは Pinel や Esquirol 以来の自国の伝統を重んじて Kraepelin を採用しなかったし、アメリカでも Meyer の精神生物学と Freud の精神分析の影響が強く、それ以外の研究には目を向けることが少なかった。わが国では、日本の精神医学の設立者ともいえるべき呉秀三が、ハイデルベルクの Kraepelin のもとにも留学し、その学説を紹介したこともあり、その後はドイツ精神医学の大きな影響を受けることとなる<sup>21)</sup>。

精神疾患の分類における Kraepelin の功績はきわめて大きい。いうまでもなく、Kraepelin は原因・症状・経過・転帰、脳病理所見によって区別される疾患単位を求めて努力し、経過と転帰に疾患の本質が現れるとして分類の標識として重視した。そして、厳密な症例観察に基づいて早発性痴呆と躁うつ病とが区別されるとしたものの、改訂に改訂を重ねた「精神医学」教科書にみられるように、彼の目指す疾患単位に基づく分類はついに完成に至ることはなかった。

その後、Jaspers や Schneider によって代表

\*1 近年、司法精神医学領域でもしばしば登場する広汎性発達障害の一型。自閉的精神病質とも呼ばれていた。知能は良いにもかかわらず、状況の把握ができず、周囲とのずれや誤解が生じやすい。強迫的なこだわりと固執が特徴的であり、真症状性の精神病との鑑別がしばしば困難である。

されるハイデルベルク学派は、疾患単位の確立を目指しながらも、なお多くの精神障害の原因が不明であるために、疾患単位を仮定してとりあえず分類しておこうとする立場をとっている。そこでは、身体に基盤のある精神病（外因性精神病）、統合失調症や躁うつ病などの内因性精神病、そして、心的資質の異常な変異（正常からの偏倚）という三分体系が考えられ、その明快さとともに、それが臨床経験ともうまく合致していたことから、今日でもなお多くの臨床精神科医によって支持され、使用されている。

このような分類の基本的考えには、脳機能の解体の深さによって疾患が階層をなしているとの仮定がある。すなわち、器質性の疾患が最も深い病態であって、意識障害や痴呆に限らずあらゆる症状が出現するが、解体の程度が軽くなるに従って、精神病（統合失調症）症状、感情病（躁うつ病）症状、神経症症状が出現する。そして、深い病態ではそれより浅い病態の症状が出現するが、浅い病態ではそれより深い病態の症状は出現しない。すなわち、意識障害があれば身体に基盤がある精神病であり、統合失調症ではありえない。また、Schneiderによって統合失調症に特異的であるとされる一級症状\*2は、脳器質性疾患には出現するが、躁うつ病や人格障害には出現しない。このような階層理論は、現実の臨床の診断場面で何の疑いもなく適用され、暗黙の了解となっているが、個々の症例を検討した際、いかなる証拠も妥当性があるとも思われない。しかし、このような仮定によって、原因がなお不明である精神疾患の体系的な分類が、暫定的であるにしても可能となっているのである。

今日、わが国で伝統的精神医学といえ、Schneiderらのハイデルベルク学派の精神医学を指している。しかし、精神疾患の分類に

関して特異な立場にある、あるいはなお大きな影響をもつ2つの学派をここで取り上げておく。一つは、Wernicke, Kleist, Leonhardとつながるフランクフルト学派の精神医学である。彼らは、脳の局在論を下敷きに内因性精神病を脳の疾患と考え、臨床遺伝学的な調査と臨床症状の詳細な分析によって、内因性精神病を多数の疾患に分類し記載している<sup>10)</sup>。しかし、彼らの主張は今後の研究によってなお検証されねばならないものである。他の一つは、Kretschmerを代表とするチュービンゲン学派である。彼らは、Schneiderのように正常と精神病とのあいだの断絶を認めず、正常の範囲にある統合失調性気質と統合失調症という疾病とのあいだに、中間的な精神病質（人格異常）をおき、これらのあいだの連続性を考えている。この点で、Schneiderの立場とは根本的に相違している。彼らはまた、統合失調症と躁うつ病との中間に「混合精神病」をおき、両疾患の素因の混合によって生じると考え、さらに、疾患の成立に関与するあらゆる因子、すなわち脳器質因子、性格因子、環境因子、それに体験因子などを詳細に検討して診断するという多次元診断を主張している<sup>11)</sup>。後述するアメリカの診断基準（DSM）が多軸診断を取り入れ、複数の障害の合併をも認めているが、ここにKretschmerの影響をみてとることができるかもしれない。

表1と表2に、JaspersとSchneiderの分類を示す。

Schneiderによる伝統的な分類に対し、古典的な疾病論を放棄し、原因のはっきりしている病気以外は主として症状群や状態像で分類しようとする立場が、WHOによる国際疾病分類<sup>22)</sup>（ICD-10）とアメリカ精神医学会（APA）が1980年に作成した「診断と統計用のマニュアル<sup>1)</sup>（DSM-III）」である。そこ

\*2 統合失調症に特異的な症状として K. Schneider が臨床経験から取りあげた症状。妄想知覚、幻声（対話性、批判性幻声、思考化声）、統合失調症性自我障害（身体幻覚などの作為体験）の3グループにまとめられる。

では、それぞれに操作的な診断基準が作成され、現在、国際的に広く使用されている。

以下に、伝統的な分類体系を詳述し、次にDSM-IVやICD-10の特徴と相違を述べ、司法精神医学において問題となる事項について説明を加えたい。

## 2 伝統的精神医学の体系

近代的な精神医学は学問として100年の歴史を経てきたが、いかなる体系もなお暫定的な性格をもっているにすぎない。Kraepelinに限らず、精神医学に携わる多くの研究者が、共通な病因と病理解剖学的所見をもち、同一あるいは類似の精神病理学的な症状と経過を示す疾患単位を求めてきた。しかしながら、このような試みは、進行麻痺（梅毒）において成果を上げたものの、精神医学における中心的な疾患であり、病因となる物質が存在するにちがいないと予測されている内因性精神病の場合においては、それらしい所見が時に報告されることはあるものの、確固とした証拠はなお見いだせず、疾患か否かという精神医学の根本問題が、今なお議論されるのが現状である。

このような状況から、Schneider<sup>18)</sup>は、精神障害を、(I) 心的資質の異常変異と、(II) 疾病の結果、という2つのグループに分類したが、(II)の疾病の結果のなかに、身体的な原因が判明しているものと、なお不明なものとを区別していた。

Schneiderの弟子であるHuber<sup>9)</sup>は、Schneiderの分類をわかりやすく改変し、3つのグループに分類している。すなわち、(I) 身体に基盤のあるもの（器質性精神病や症状性精神病）、(II) 身体に基盤があると推定されるもの（循環病（躁うつ病）と統合失調症）、それに(III) 心的・精神的資質の

表1 ● Jaspers の分類

第一群	精神障害を伴う既知の身体疾患
	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

(Jaspers K (内村祐之ほか訳), 1953<sup>10)</sup>より)

表2 ● Schneider の分類

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. 疾病（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		
進行まひ		
他の感染症		
他の内科疾患		急性：意識障害
脳奇形		慢性：人格解体（先天性では人格低格）
脳外傷		
脳動脈硬化		痴呆
老人性脳疾患		
他の脳疾患		
真性てんかん		
?		循環病（躁うつ病）
?		精神分裂病

(Schneider K (平井静也ほか訳), 1965<sup>18)</sup>より)

正常からの偏倚（人格障害や神経症）の3グループである。

ここでは、病因による分類が仮定されていて、おおむね外因、内因、心因の3分類と対応している。司法精神医学的な観点からみれば、(I)のグループは脳に変化があるもの、(II)は脳に変化があると推定されるもの、(III)のグループは脳に変化はないものという分類になり、前の2グループは脳の病変に基づく疾病の結果として、刑事責任能

力が減免され、後者には原則として完全な責任能力があるとされる。もちろん、このような「疾患」と責任能力とを一義的に対応させるドイツ司法精神医学界の慣例 (Konvention) に対し、わが国の法律家のあいだには批判が多く、精神科医のあいだにも異論が多い。そこで、実地上では多くの例外が認められる<sup>3)</sup>。

### a. 身体に基盤のある精神障害のグループ

ここには、一次的な脳の疾患により生じる場合 (器質性精神病) と、二次的に身体的疾患が脳に関与する場合 (症状性精神病) とが含まれる。前者には、炎症性疾患 (たとえば脳梅毒, 多発性硬化症), 変性疾患 (たとえば, Parkinson 病, Alzheimer 病), 血管性障害 (脳血管硬化症), 外傷性障害 (脳挫傷), 脳腫瘍, てんかんなどがあり, 後者には, 中毒性疾患 (アルコール, 薬物), 感染症 (腸チフス, 肺炎), 内臓疾患, 全身疾患や代謝疾患 (尿毒症, 糖尿, 子癇, 内分泌症, 失血など) による精神障害が含まれる。

この場合の精神症状は, ① 知能の低下 (痴呆化), ② 人格変化, ③ 意識障害を伴う精神症状, が主たるものである。知能低下あるいは人格変化のみがみられる場合は, その変化の程度に応じて責任能力の減免が考慮される。もちろん, 意識障害などの精神症状がみられれば心神喪失と判断されることが多い。

ここに分類される中毒性疾患は, 司法精神医学的には他の疾患とは異なる特異な位置にある。すなわち, 中毒によって生じる意識障害や精神症状は, 薬物が二次的に脳に影響して生じるものであり, 他の疾患と同様に理解されるが, アルコールなどの場合のように, 自らの自由な意思による飲酒によって生じた

結果 (自招性精神障害) であって, 他の障害の場合のように意図せずに陥った病的状態ではない。そこで, 通常の酩酊 (単純酩酊) では刑事責任が減免されることはなく, 複雑酩酊や病的酩酊などの異常酩酊時のみにおいて, 刑の減免が考慮される。覚醒剤中毒の場合, 問題はさらに複雑である。覚醒剤による犯行は, 急性の幻覚-妄想状態による興奮・錯乱などによって引き起こされ, 逮捕後には健忘を残すことが多く, 明らかな意識障害の存在が推定される。しかし, ここでは酩酊の場合と同様な責任能力論が援用され, 必ずしも心神喪失とはならない。終戦直後の昭和 20 年代には, 覚醒剤中毒による幻覚妄想状態には心神喪失とすることが多かったが, 現在ではその多くが刑事責任能力は十分に, あるいはある程度残されていると判断される。それは, 刑事政策的な理由もあろうが, 覚醒剤中毒の精神病理学的研究によって, 統合失調症の幻覚や妄想との相違が認められ, 「不安状況反応」と呼ばれる中毒性精神病と心因反応との中間領域<sup>3)</sup> が考えられるようになったためでもある。たとえば, 自ら覚醒剤乱用という非合法的な行動を選択した結果, 警官や暴力団関係者にも追われるという不安な状況で幻覚や妄想状態に陥るものの, 現実適応能力は保たれ, 対人関係も失われず, 人格は保持されている。そこで, これらは心神喪失とは判断されず, 限定的な責任が認められている。このような覚醒剤精神病では, 元来の性格, 規範意識, 生活状況, 現実の心理的葛藤などが複雑に絡んでおり, これらがこの異常な精神状態の主役を演じていることが多い。この異常な精神状態は, 単に薬物の作用のみで解釈できるものではなく, ここでは Kretschmer が提唱したような多次元的な考察が必要とされる。そして, いかなる要因がどのような程度, この病的な精神状態に関与しているかが



詳細に検討されねばならない。

## b. 身体に基盤があると推定されるもの（統合失調症と躁うつ病）

ここには、身体に基盤のある精神病でもなく、正常からの偏倚でもない、いわゆる内因性精神病とされる統合失調症と躁うつ病とが含まれる。身体に基盤のある精神病との区別は、病的な身体的基盤、すなわち、その基礎になっている神経組織学的に一致する脳疾患や身体疾患が、今日に至るまでいまだに証明されていないことである。

躁うつ病の基本症状は感情の変化であり、感情面の高揚と爽快な気分がみられる病相と抑うつ性の気分のもとに思考や意欲・行動の異常がみられる病相が交替し、両病相の繰り返されることが特徴的である。ここでは、睡眠障害や食欲の変化、それに身体の倦怠感や頭重感、便秘、性欲の減退などの身体症状や自律神経障害が認められるが、今日でもなお、診断はほとんどが感情障害を主にした純粹な精神病理学的特徴に基づいている。

統合失調症の診断もまた、純粹な精神病理学的特徴に基づいて行われている。Schneiderは、特異的な幻声や妄想知覚、それに作為体験などの自我障害（いわゆる一級症状）があって、身体に基盤のある精神病でなければ、これらを「統合失調症」と控えめに呼ぶことにしようという<sup>10)</sup>。このように、Schneiderの意味での統合失調症は、臨床症状に基づいた「約束事」による合意であり、それは一つの疾患を表しているのではなく、症状と経過が類似する一つのまとまりのあるグループを表現しているにすぎない。統合失調症と躁うつ病の2つのグループ間の区別は、精神病理学的状態像と経過に基づいている。Schneiderによれば、一級症状があれば、統合失調症ではあっても、躁うつ病ではありえ

ない。ここには明確な階層構造的思考が存在する。Kraepelinは、統合失調症性の状態像が予後不良を意味し、それに対して、躁うつ病は欠陥を示さずに完全に治癒する傾向を示すことを見いだした。このKraepelinの原則は、たしかに多くの例外があるものの、多くの症例で確認されている。しかしながら、Schneiderの一級症状を用いても、統合失調症と躁うつ病との境界はさほど明確ではない。この点に比べれば、内因性精神病と正常からの偏倚のグループとのあいだには、はるかに明確な区別が存在する。

多くの患者を、統合失調症と躁うつ病とに分類することは、さほど困難なことではない。しかし、精神病理学的な症状が把握しえない錯乱性の患者や、欲動が低下してうつ病と見分けがたいもの、また、緊張病性の興奮や躁病性の興奮を見分けることはなお難しく、厳密な分類が困難な症例は少なからず存在する。そこでは、統合失調症と躁うつ病のどちらにも分類できず、中間の場所に分類せざるをえない（中間例）か、あるいは、とりあえず統合失調症の側に分類するか、あるいは躁うつ病の側に分類するかで対応するしかない。それゆえ、統合失調症と躁うつ病とのあいだには、いかなる鑑別診断学も存在せず、ただ鑑別類型学があるにすぎないとされる<sup>9)</sup>。

ここで、精神鑑定においても少なからず登場する非定型精神病<sup>8)</sup>について若干ふれておく。Schneiderもまた、統合失調症にも躁うつ病にも分類できない症例の存在を認め、中間例というグループを両者の中間に残したが、ここに第三の疾患グループとして仮定されたのが非定型精神病である。この概念は、満田の臨床遺伝学を中心にして日本で独自に発展したものであるが、Schneiderの診断が類型学にとどまっているのをさらに発展さ

せ、病因的な診断の可能性を追究したものである。多くの研究者が、脳波、内分泌、画像、事象関連電位や探索眼球運動検査を用いて、急性発症で周期性の経過を示し、何らかの意識障害を示す予後良好なグループを取り上げ、慢性経過で何らかの欠陥状態を示すグループから区別しようとしたが、両者を明確に類別する証拠はなお乏しいといわざるをえず、今後も、引き続き多くの研究を必要としている。

内因性精神病の場合、犯行時に精神病の病相期であれば心神喪失と判断される。しかし、内因性精神病では病相は変化し、寛解状態が持続することも多い。躁うつ病や非定型精神病では、病相の間欠期には完全責任能力が存在すると判断されるが、統合失調症の場合では、その病初期、潜伏期、あるいは寛解期における責任能力の判断についてはなお議論がある。1984年の最高裁第三小法廷の決定では、

「被告人が犯行当時精神分裂病に罹患していたからといって、そのことだけで直ちに被告人が心神喪失の状態にあったとされるのではなく、その責任能力の有無・程度は、被告人の犯行当時の病状、犯行前の生活状態、犯行の動機・態様等を総合して判定すべきである」

とされ<sup>16)</sup>、これまで「慣例」とされてきた「病名」によって責任能力が決まるのではなく、問題なのは「病状」であることが示されている。すなわち、従来から異論のあった「慣例」が、時代の変化によって変更を迫られてきたのであり、その背景として近年の精神医療の発展に伴う変化が考えられる。それは、統合失調症者が寛解あるいは軽快して社会生活を営む機会が多くなったことと、社会での参加を求める精神障害者に刑事責任を負わないでよいということには、社会感情の面

で問題があるということに拠るであろう。

### c. 正常からの偏倚

これらは、脳に原因がある精神障害や、脳に原因があると推定される内因性精神病とは大きく異なっている。ここに含まれるのは、素質、発達、反応の異常であり、

- ① 人格の偏倚としての、異常性格あるいは精神病質、
  - ② 状況や体験に規定された行動や反応の偏倚としての、異常体験反応や神経症、
  - ③ 知能の偏倚としての、精神発達遅滞あるいは精神薄弱、
  - ④ 欲動素因の偏倚としての、性的行動障害、そして、
  - ⑤ 嗜癖、
- が分類されよう。

これらは、正常からの量的な異常であって、質的な差異は認められないというのが、正常からの偏倚として分類される基本的な前提である。

Schneider<sup>18)</sup>は、平均概念の範囲からの逸脱を示す場合に異常性格と呼んでいて、その異常性に悩み、あるいはその異常性のもので社会が悩み、それゆえに、精神科医を訪れる人たちを取り出して精神病質と呼んでいる。すなわち、精神病質の定義は、きわめて相対的な社会的価値判断に拠っていて、疾病や奇形の結果であると推測する根拠は全くないとされる。彼は、経験的にしばしば遭遇する最も顕著な性格傾向を拾い上げ、類型化することによって、① 発揚者、② 抑うつ者、③ 自信欠如者、④ 熱狂者、⑤ 自己顕示者、⑥ 気分変動者、⑦ 爆発者、⑧ 情性欠如者、⑨ 意志欠如者、⑩ 無力者、の10の類型を取り出したが、このうち、②、③、⑩の3類型を除くものが、主として社会を悩ませるものであり、犯罪学的に重要なものとされよう。

この Schneider の定義はきわめて明快である。正常からの偏倚であり、かつ社会的な価値規範から逸脱する精神病質は、疾患の結果と考えられる内因性精神病とは明確に区別される。このことは、人格障害を、「正常とはいえないが精神病ではない」中間的な状態と考える Kretschmer らのチュービンゲン学派やアメリカの診断基準 (DSM) との根本的な相違である。

異常性格 (精神病質) と、異常体験反応とを厳格に区別することはできない。なぜなら、人間の素因と環境とは、相互密接な関係にあるからである。精神病質性的人格構造は、しばしば精神反応性障害や神経症の成立のための条件を形成している。精神反応性の障害は、遺伝性的人格偏倚の基盤のうえに生じると考える研究者も存在する。たしかに、これらの多くは性格因性で、人格に規定された体験反応であり、それとともに環境に規定された体験反応がある。この点で、異常な体験反応は、体験を処理する潜在的な能力の偏倚によるものと表現してもよいのかもしれない。

神経症の大部分は、原因となる体験状況やその症状と障害との関係が無意識のなかに抑圧されているが、その多くは性格因性のものと考えられる。神経症は、異常体験反応の特殊型である。このように、異常性格や異常体験反応の領域では、診断は類型学的に行われ、多角的な考察が必要とされる。しかし、これらの病型のあいだに明快な境界を引くのは不可能である。

精神発達遅滞は、大きく2つに分けられる。ここに分類されるものは、生理的精神発達遅滞と呼ばれるものであり、疾患の結果として、脳に明らかな変化が認められる病理的な精神発達遅滞はここから除外される。後者は、身体に基盤のある精神病のグループに分

類される。

性に関する障害は、従来、性的倒錯として性の対象の異常と性目的の異常とに分けられ、前者には、同性愛、近親相姦、小児性愛、動物性愛、死体性愛、フェティシズムがあり、後者には露出症、窃視症、サディズム、マゾヒズムなどがあるとされている。しかし、性に対する態度は、時代や文化によってさまざまに異なり、「異常」の基準も一概に決めることは困難である。現在では同性愛などは精神障害に含めなくなっている。近年では、本人や相手に不満や障害をもたらさなければ異常とはしないが、時に刑法に抵触して犯罪を構成することもある。小児性愛などを伴って、殺人などの重大な犯罪が引き起こされることも時にみられる。

嗜癖もまた異常な人格構造や、あるいは人格発展の表現としてみるべきである。薬物、麻薬、アルコールの慢性使用の結果として慢性中毒が生じ、器質性的人格変化を認めるならば、嗜癖の結果として、身体に基盤のある精神病に含められる。これらの状態には、多角的な観察と診断が必要となってくる。

ここに含まれるグループは、基本的に脳の病気ではないため、原則的には完全責任能力があると評価される<sup>3)</sup>。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 (IQ 50~69) 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

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<sup>20)</sup>。しかし、Schneider 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できないが、危険な傾向をもつもの（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<sup>14)</sup>。すなわち、Schneider 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おいているのであり、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、同じハイデルベルク学派の Gruhle<sup>21)</sup> 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、Schneider の立場とは若干の相違を示している。

Schneider の原則によれば、精神病質では脳に何らの異常も見いだされない。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と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<sup>4)</sup> 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<sup>5)</sup>、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<sup>6)</sup>。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きわ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、さまざま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さらに高率に発見されるようになるかもしれない。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いだされるものであり、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みていると、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す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さぶられようとしているのは確かである。Schneider の体系はきわ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っていいものである。それゆえ、当然ながら、責任能力に関する議論を一括して行うことはできないが、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ものかもしれない。

表3は、Huberによる伝統的精神医学の分類項目である。

表3 ● 伝統的精神医学の分類 (Huber)

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. 脳にかかわる内科疾患
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)

(Huber G, 1994<sup>9)</sup>より)

### 3 DSM-IVによる分類体系

精神障害の分類と診断の手引 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; DSM) は、アメリカ精神医学会 (APA) 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<sup>1)</sup>。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、他の重要な情報をとらえるために、多軸分類システムを用いている。患者は、5つの軸の各々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 (全くない場合もある)
- ・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なくなった。

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<sup>13)</sup>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、Kraepelin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、Feighnerの基準<sup>2)</sup>やRDC<sup>19)</sup>（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進め、病因の解明を可能にしようとする戦略がうかがわれる<sup>17)</sup>。そして、Schneiderの精神症状学、Kretschmerの多次元的方法を取り入れ、最終的には

Kraepelinが目指した疾患分類を構想しているかのである。しかしながら、あらゆる仮説の放棄というきわ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できない航海を強いられているようにもみえる。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）のある診断を完成させる道のりはなお遠いといわざるをえない。

表4に、DSM-IVの診断カテゴリーを列記しておく。

## 4 | ICD-10による分類体系

国際疾病分類（International Classification of Diseases ; 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年ごとに改訂されて、現行のICD-10<sup>22)</sup>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、前述したアメリカ精神医学会によるDSM-IIIに対応させ、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、その疾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。

## 5 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、信頼性がきわ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わかりやすく、診断の問題点なども容易に指摘できるからであろう。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。Schneiderにとって、身体に基盤をもつ精神病と身体に基盤をも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すぎない。「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<sup>7)</sup>。この点で、DSMは伝統的精神医学のも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のずと異なったものとなる。DSM-IVは

表4 ● DSM-IVによる分類

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  
疼痛性障害、心気症、身体醜形障害、など
9. 虚偽性障害
10. 解離性障害  
解離性同一性障害、離人症性障害、など
11. 性障害および性同一性障害
12. 摂食障害
13. 睡眠障害
14. 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
15. 適応障害
16. 人格障害
17. 臨床的関与の対象となることのある他の障害

(American Psychiatric Association, 1994<sup>1)</sup>より)

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. 統合失調症、統合失調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

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<sup>1)</sup>。

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、Schneider 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限り、統合失調症とされる。そのため、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、Schneider の一級症状などが1か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か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、統合失調症はきわ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か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 Schneider 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みられないか、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そろ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、統合失調型、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すぎない。そこで、幼児期には「注意欠陥 多動性障害」(attention-deficit hyperactivity disorder; ADHD) と診断された子どもが、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「反社会性人格障害」と呼ばれることとなる。あるいは幻覚や妄想がみられれば「統合失調症」の病名が追加される（反社会性人格障害は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とらえたらよい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、さまざまな診断のあいだ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、症例を立体的にとらえることができるようになり、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」かというきわ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いえるかもしれない。

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、たとえば「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できるであろうか。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みる必要があるであろう。そして、Schneider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、Kretschmerの多次元診断を試みたほうがよい場合があるかもしれない。また、福島<sup>6)</sup>がいうように、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ほうがよいときもある。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まにか「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く。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できず、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。

(林 拓二)

## 文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, 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—微細脳器質性格変化症候群 (MiBOCCS). 山上 皓編, 精神医学レビュー 19, 精神鑑定, pp 28-34, ライフ・サイエンス, 東京 (1996)
- 5) 福島 章 : 覚醒剤関連精神障害. 風祭 元ほか編, 臨床精神医学講座 19, 司法精神医学・精神鑑定, pp 178-185, 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, 堀田典裕ほか : 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. Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 3 Aufl, Schattauer, Stuttgart (1981)—林 拓二 (訳) : 精神病とは何か, 新曜社, 東京 (2005)
- 10) Jaspers K : Allgemeine Psychopathologie, 5 Aufl, Springer, Berlin (1948)—内村祐之ほか (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)—一切 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-New York (1999)—福田哲雄ほか (監訳) : 内因性精神病の分類, 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. 浅井昌弘ほか編, 臨床精神医学講座 1, 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, pp309-322, 医学書院, 東京 (1966)
- 15) 中安信夫 : 宮崎勤精神鑑定書別冊—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. 浅井昌弘ほか編, 臨床精神医学講座 1, 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, Stuttgart (1962)—平井静也ほか (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)

## III 各種精神疾患と刑事精神鑑定

### 睡眠障害

睡眠障害が刑事事件に関係するとはにわかには信じがたいかもしれない。しかし、カナダでは夢中遊行症に絡む殺人事件につき、専門家の鑑定結果に従って最高裁判所において被告の無罪が確定したところである (sane automatism)<sup>8)</sup>。一方、わが国では筆者が調べ得た限りでは睡眠障害による刑事事件の鑑定例はないようである。

ここでは暴行に結びつきうる代表的な睡眠障害の特徴について解説する。

#### 1 暴行を引き起こしうる睡眠障害

睡眠中の、あるいは睡眠から生じる異常行動は睡眠時随伴症 (パラソムニア (parasomnia)) と呼ばれる<sup>9)</sup>。アメリカの Schenck らは、夜間の自傷・他害行為を繰り返すことを主訴として睡眠障害センターを受診した連続 100 例の成人について、その原因を報告した<sup>7)</sup>。その報告によると、暴力的な行動の原因は、夢中遊行症ないしは夜驚症 (54 例)、REM 睡眠行動障害 (36 例)、解離状態 (7 例)、てんかん (2 例) であった。そこで以下に頻度の高かった夢中遊行症、REM 睡眠行動障害およびそれらと鑑別を要する解離状態の三者について解説を加える。

#### 2 夢中遊行症 (睡眠時遊行症)

夢中遊行症 (somnambulism, sleepwalking) とは、深い睡眠状態から急激でしかも不完全な覚醒過程が現れ、その際に異常行動を呈す

るものである<sup>9)</sup>。開眼して単に歩き回る程度のことが多いが、時にはドアを開けて部屋を出て階下に降りるといったかなり複雑な行動をとるものもある。通常は小児にみられ、睡眠の前 1/3 の時期の深い NREM 睡眠から生じる。目覚めさせても何らの内省も得られないか、漠然とした映像 (例：クモ) の記憶しか得られない。

発症は 5 歳前後が多く、健康な小児の 15~30% に少なくとも 1 回以上の夢中遊行のエピソードがみられ、3~4% の小児では頻回にエピソードがみられる。家族歴があることが多い。通常は成人に達するまでに消退するが、成人に達しても改善しない、あるいは再び発症するものが 1% くらい存在するものと推測されている<sup>9)</sup>。

成人例では深い NREM 睡眠のみではなく、すべての NREM 睡眠の段階から生じる。また、夢中遊行の際に運転するなどの複雑な行動や、ナイフを手にとって振り回す、家具を持ち上げて投げ飛ばす、配偶者の首を絞める、殴りかかるなどの凶暴な行動を呈する場合が少なくない<sup>7,9,10)</sup>。小児例と同様に、行動中の記憶を欠くもの、一部を記憶するもの、かなり鮮明な記憶をもつものなど、成人の夢中遊行症の際の記憶には個人差が大きい。

以下に、カナダ最高裁で争われた殺人例<sup>8)</sup>を簡単に紹介する。

## 事例① 夢中遊行により妻の母親を殺害したカナダでの例

症例 PK, 23 歳, 男性, 既婚, 店員. 夢中遊行, 夜驚, 夜尿の濃厚な家族歴をもつ. 11 歳まで夜尿あり. 幼児期より今に至るまで, 寝言と夢中遊行がある.

事件当時 PK は経済的悩みをかかえ不眠が続いていた. 事件当夜, PK はテレビを見ながら長椅子に座ったまま午前 1 時 30 分ごろに寝ついた模様である. 次に彼が気づいたときには絶命している妻の母の顔を見下ろしているところであった. それ以前の記憶は全くなく, それ以降の記憶も断片的であった. 階下に下りて車に乗り, そこで手にナイフを持っていることに気づいてナイフを振り落とし, 警察署に助けを求めにいった (午前 4 時 30 分ごろ). 警官に「どうやら人を殺してしまった, 手が……」と語った. 手の腱が何本も切れていたのに, そのとき初めて疼痛を感じたという. 後に本人の記憶が欠落している部分を警察が再現したものが下記である.

PK は長椅子から降り, 靴を履いて上着をはおり, 施錠しないで屋外に出た. その後, 23 km 離れた妻の両親の家まで自家用車を運転し, 屋内に侵入した. 義父の首を絞めて昏倒させ, 2 階に上がって義母をナイフで何度も突き刺して殺した.

PK の鑑定で鑑別の対象となった病態を表 1 に示す<sup>9)</sup>. てんかんなどの神経学的疾患は医学的診察と脳波検査, 脳 CT 検査で否定された. 解離状態 (後述) は, 今までに解離状態を示唆する病歴がないこと, 子ども時代の虐待の既往がないこと, 精神科的診察, 心理テストなどの結果により否定された. 詐病の可能性は, 本人と妻の両親との関係が良好で, 殺人の動機がないこと, 事件後の患者の精神症状などにより否定された. ささまざまな睡眠障害のうち, 後述の REM 睡眠行動障害は異常な

表 1 ● 夢中遊行と鑑別を要する疾患と病態

1. 神経疾患
  - 1) てんかん (発作, 発作後もうろう状態)
  - 2) 血管障害 (一過性全健忘)
  - 3) せん妄状態
  - 4) 占拠性病変 (深部正中, 脳圧亢進)
  - 5) 頭部外傷
  - 6) 感染 (脳炎, 特に辺縁脳炎)
  - 7) 中毒・代謝・内分泌障害
  - 8) 薬物 (中毒と離脱)
2. 解離状態
  - 1) 心因性健忘
  - 2) 解離性同一性障害
  - 3) 解離性遁走
3. 詐病
4. 睡眠時随伴症
  - 1) REM 睡眠行動障害
  - 2) 睡眠酩酊
  - 3) 夜驚症
  - 4) 夢中遊行

(Schenck CH, et al, 1989<sup>9)</sup>より改変)

REM 睡眠がみられないことで否定され, 睡眠酩酊と夜驚症はその持続の違い (せいぜい数分しか続かない) により否定された. 最終的に夢中遊行による犯行とされた根拠は以下のとおりである.

本人の陳述が夢中遊行の際の行動や内省に合致すること, 夢中遊行・夜驚などの睡眠時随伴症についての濃厚な家族歴, 収監中にも夢中遊行と寝言が同房者により観察されたこと, 睡眠ポリグラフ検査で深い NREM 睡眠からの急激な覚醒反応が繰り返し観察されたこと, 深い NREM 睡眠が多いこと, その時期の過同期徐波の出現など夢中遊行を示唆する所見であること, などである.

本例と同様に, 夢中遊行の際に車を運転したという症例についてはほかにも報告があり, また, 夢中遊行の際には粗暴な行動をとることがまれではないことが報告されている<sup>7,9,10)</sup>. したがって, 夜間に生じた刑事事件のうち被疑者の犯行についての記憶が不十分で, 動機が不明な場合には夢中遊行による事