

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、Schneider¹⁸⁾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Huber⁹⁾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), 1953¹⁰⁾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), 1965¹⁰⁾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³⁾。

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⁴⁾ 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法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粋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、純粋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¹⁰⁾。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⁹⁾。

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⁹⁾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ものではなく、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⁶⁾、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。

Schneider¹⁸⁾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とで社会が悩み、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、多元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、多元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 (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²⁰⁾。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¹⁴⁾。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とれる。しかし、同じハイデルベルク学派のGruhle²⁾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⁴⁾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³⁾、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。

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

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, 1994⁹⁾より)

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、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¹⁷⁾。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ようなのである。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-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、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⁷⁾。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, 1994¹⁾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、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、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⁹⁾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きている。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)—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)

(2) SPECT を用いた精神疾患の研究

林拓二

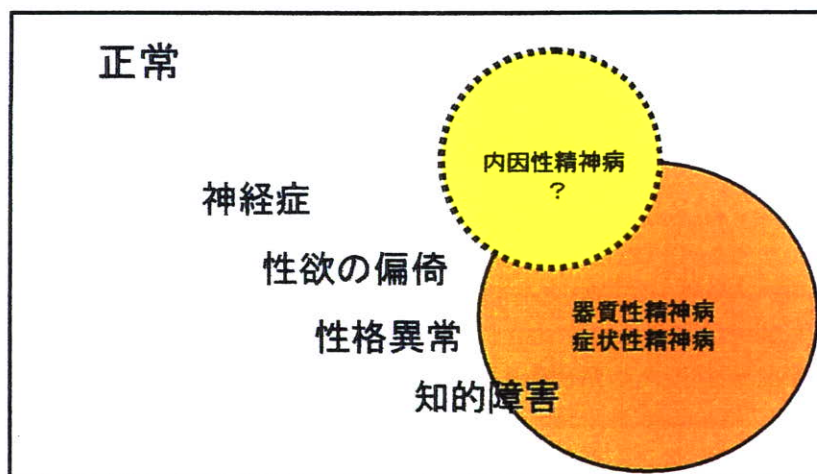
はじめに

京都大学精神科の林でございます。過分なご紹介有り難う御座いました。

ただいまご紹介いただきましたように、私はこれまで、内因性精神病の分類の問題に取り組み、CTやMRI、それにSPECTなどを用いた脳の画像研究、それに探索眼球運動や事象関連電位P300などの神経生理学的研究を行ってまいりました。このようなSPECTの研究会には、私が名古屋でおりました時に、何度か出席させていただきました。その頃は、精神疾患の診断にSPECTをどのように利用することが出来るか、核医学をご専門にされる先生方のご意見をお聞きしながら、研究を進めようとしておりました。本日は、私がこれまでに行ったSPECTの研究を中心にして、精神医学全体の分類と診断の問題をお話できればと思っております。

ここにいらっしゃる先生方の中にも、精神科を専門にされておられる方も多いかとは思いますが、簡単に、精神医学の体系についてまとめておきたいと思っております。

古典的な精神医学の理解



この図は、精神医学の古典的な理解をあらわしたものです。現在でもなお、大多数の精神科医が、このような理解をしているかと思っております。

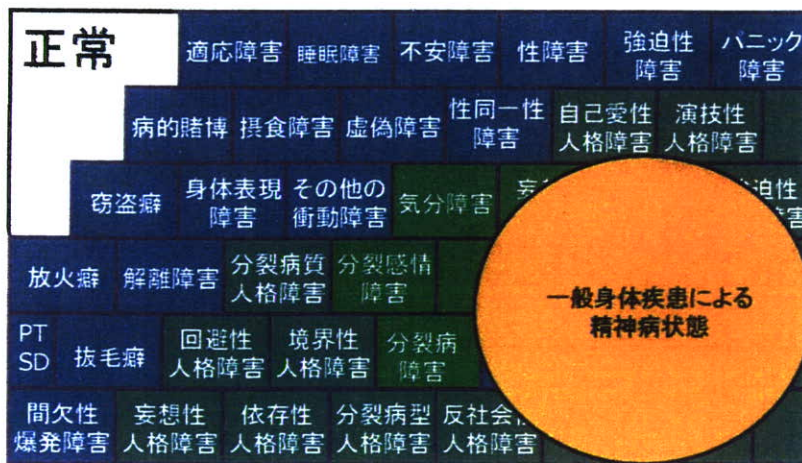
ここで大事なことは、器質性精神病や症状性精神病など、明確に脳や他の身体に異常な所見が認められる精神疾患と、何らかの身体所見が存在すると考えられる内因性精神病を除いて、神経症や性欲の偏倚、異常性格や知的障害などは、正常からの量的偏倚、すなわち正常からの偏りと考えられ、医学的な意味での疾患とは考えられていないということです。

しかし、問題はそのように簡単ではありません。知的障害には正常からの偏倚としての知的障害と、病理的な知的障害が存在することは皆様もよくご存知のことだと思います。そして、最近では、さまざまな検査法が使用されることによって、神経症や性格異常とされる者の中にもまれ

ならず脳の微細な異常所見が発見されるようになってきました。そこで、この図においては、器質性精神病の枠の中に、性格異常や知的障害の一部を重ねて記載しておきました。

言うまでも無く、精神医学の体系の中で最も重要なものは、分裂病と躁うつ病を代表とする内因性精神病の位置づけです。内因性という言葉は、そもそも原因がわかっていないということであり、内因性精神病は、基盤となる身体所見が仮定され、脳の器質性あるいは機能性のそれらしい所見が散見されるようになってきたものの、いまだに明確な所見は確認されるに至っておりません。そこで、このスライドにおいては、内因性精神病の下にクエスチョン・マークをつけておきました。

操作的診断による精神医学の理解



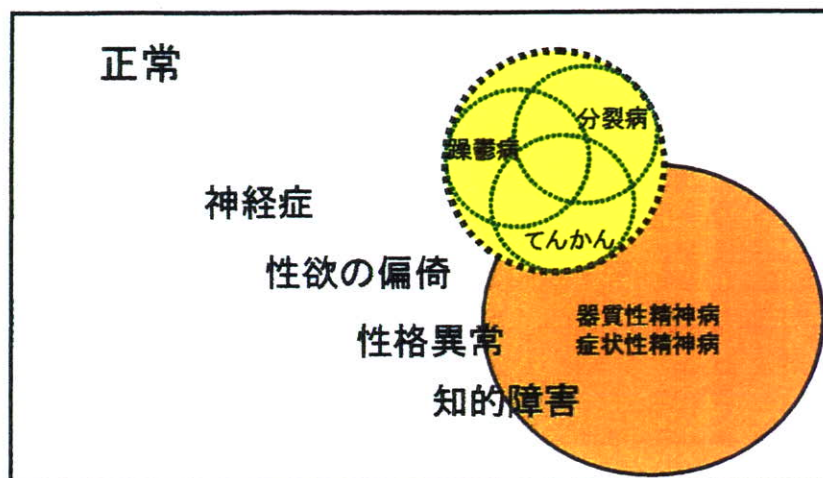
一方、現在、最もよく用いられている精神医学的分類、すなわち、アメリカの精神医学会が作成した診断基準（DSM の3版）の概略を、少し乱暴ですが、上の図のようにまとめてみました。これは、診断基準とは称しているものの、実際は分類の基準であり、器質性精神病や症状性精神病などの**身体に基盤のある精神病**を除いて、精神障害を原因に基づいて診断しようとはせず、ただ症状によって精神障害を分類しようとしているに過ぎません。最近、マスコミを賑わしている適応障害や行為障害などのように、そこに含まれる内容はさまざまであり、これらの診断によって、精神医学はかえって混乱を招いているようにも思われます。

この DSM では、分裂病障害、気分障害、分裂感情障害から始まって、性障害、睡眠障害、それに病的賭博などの障害が次々に分類され、あらゆる人が何らかの障害を有するという事態になっています。ここでは、正常な人というのは、極めてまれな「病的な状態」といってもよいのかも知れません。

我々の立場は、あくまでも精神障害を原因に基づいて診断しようとするものであり、生物学的な研究によって、精神疾患を確定しようとする試みといえます。ここでは、再度、われわれが考える精神疾患の理解を示しておきます。ここに図示しましたように、内因性精神病は代表的な3つの疾患、すなわち、分裂病と躁うつ病、それにてんかんに分けておきました。これらは明確な境界によって分類できるものではありませんが、今後、さらに分類され、明確な境界が求められ

なければならぬと考えられます。

我々が考える精神医学の理解



我々は、このような研究の手段の一つとして、SPECT を使用しておりますが、まず始めに 3 例の症例を報告し、SPECT による精神疾患の分類について検討したいと思います。

症例呈示—性格の異常

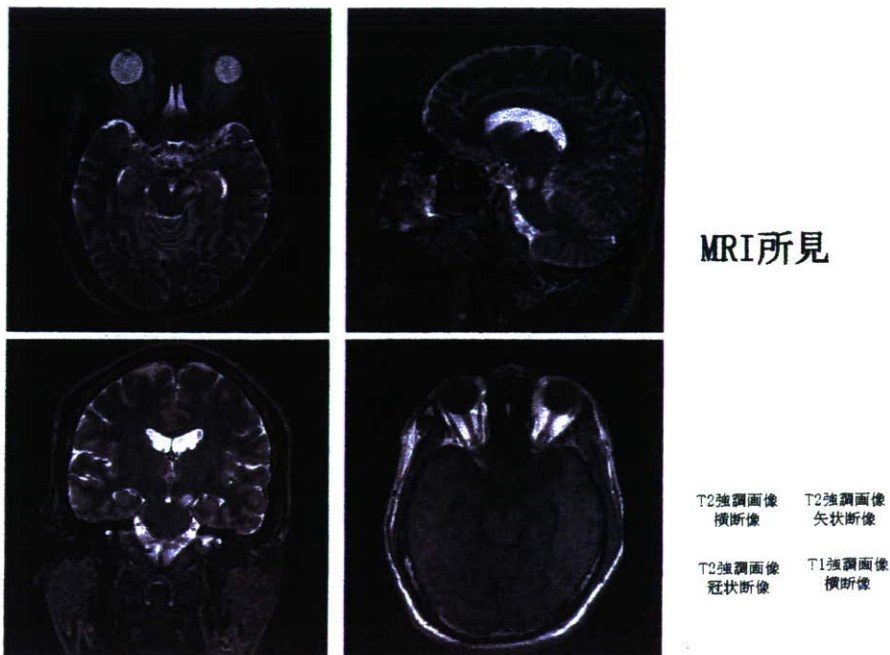
最初の症例は、性格異常、すなわち性格の偏りと考えられているものです。このような症例の身体的な基盤は存在するのでしょうか。

この症例は私が精神鑑定をしたもので、京大病院で SPECT と PET を施行しました。

症例は、小学校時より問題行動が見られ、窃盗、乱暴、虚言、弱いものいじめがあり、協調性はなく、自己中心的な言動が顕著でした。高校 2 年時には、強姦により退学となり、仕事にはついたものの、まもなく青少年保護条例違反により解雇されています。さらに、その後も、強姦・傷害・器物損壊などの粗暴な犯罪を重ねました。そして、自分の損得のみを考えた行動は、他者の痛みを感じる事が出来ないかのようなようでした。

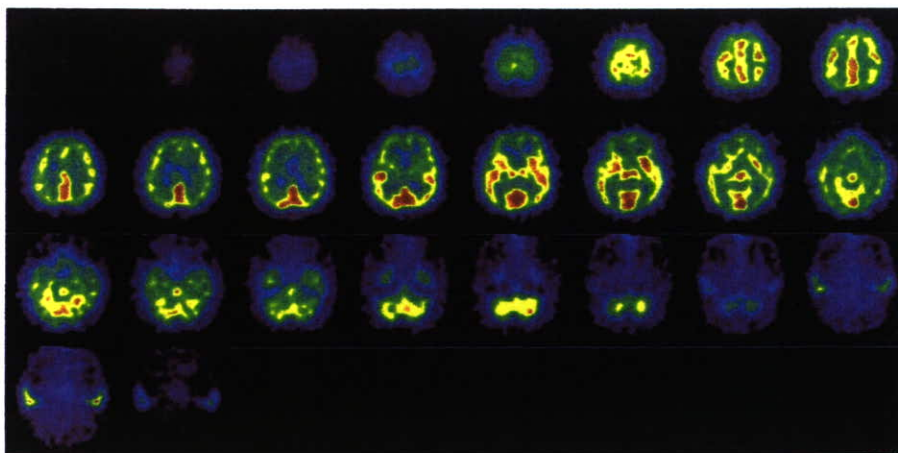
この症例は、ある時期には軽い気分の波があり、軽躁と軽うつが存在したかもしれませんが。特異的な症状としては、「不愉快なことが繰り返し頭に浮かぶ」という強迫思考、「じろじろ見られる」と訴える視線への過敏さがあり、これらの体験が傷害事件などの原因になったかと考えられます。

この症例の MRI 所見です。中脳左外側部に（赤核・黒質の下部）低悪性度の星状細胞腫が認められました。



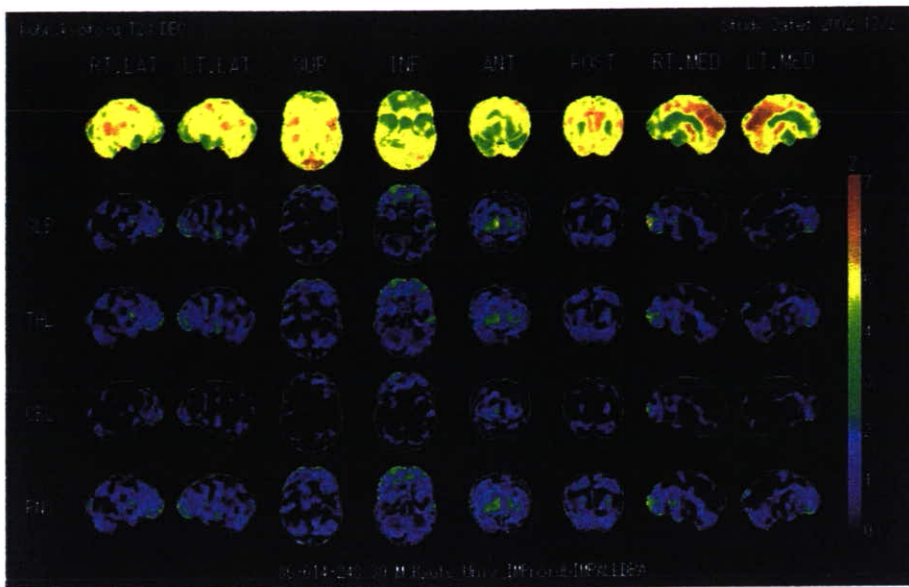
SPECT では、後頭葉と基底核に強い IMP 集積増加が見られ、これを基準に考えますと他の大脳皮質には広範な集積低下があると考えられます。とりわけ、両側前頭葉の集積低下が顕著に見られます。

SPECT所見



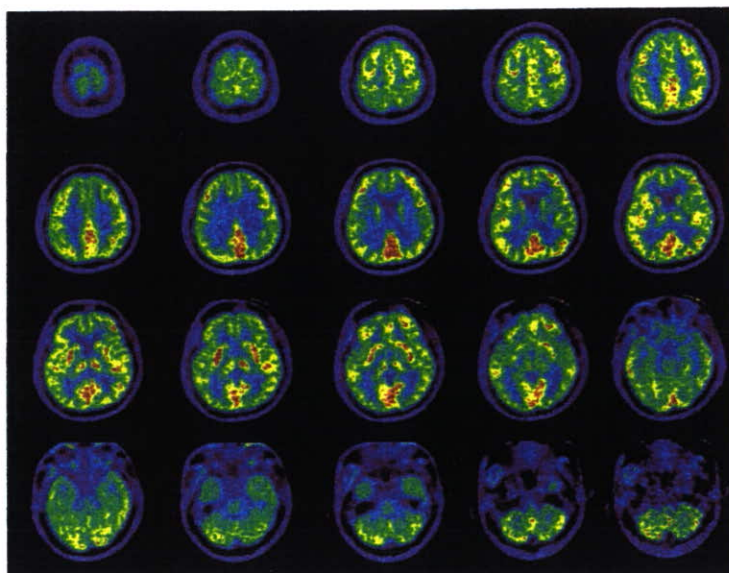
3D-SSP の解析によりますと、両側前頭葉の先端と下部（眼窩面）に顕著な血流低下が認められます。MRI で認められた中脳の所見は、この部位から線条体や大脳皮質に向かう神経線維が存在し、脳に何らかの影響を及ぼす可能性は考えられます。しかし、病変は左側に局在しており、

影響があるとすれば左側に偏倚するはずなのですが、この SPECT 所見には左右差は認められません。このことは、中脳の病変が大脳に影響している可能性を否定するものと考えられます。



FDG-PET の所見では、軽微ではあるものの、両側前頭葉の血流の低下があるかと判断されます。

FDG-PET所見



ここで、これらの所見をまとめてみます。この症例では、中脳左外側部に低悪性度の星状細胞腫が存在します。そして、MRI では前頭葉/全脳の比の低値が認められました。IMP-SPECT では前頭葉血流の低下がみられ、FDG-PET でも、微妙ではありますが前頭葉血流の低下所見を認めました。そのほかの所見として、脳波所見では両側前方優位の徐波群発が認められ、ウィスコ

ンシン・カード・ソーティング・テストでは顕著な得点の低下が認められました。これは、前頭葉の機能低下を疑う所見であり、画像の所見に対応していると考えられました。

前頭葉障害と精神症状との関係が注目されるようになったのは、19世紀の半ば(1848)に、HarlowがPhineas P. Gageの報告をして以来のことです。このHarlowの症例は、爆発事故で鉄の棒が左側のあごに突き刺さり、前頭部を貫いて頭頂部に突き出たものです。彼はこの事故のあとも12年間生存しましたが、性格がすっかり変わりました。すなわち、事故前は有能な指導者であったのですが、事故の後には礼儀をわきまえなくなり、がさつで他人の忠告に耳を傾けることなく、頑固で気分のむらがあり、計画を立ててもすぐに放棄するようになったということです。

その後、前頭葉症状の研究が進むにつれて、これらの症状は前額脳と眼窩脳との症状に区別されるようになりまして、前額脳の主症状は発動性の減弱、眼窩脳の主症状は情動障害やさまざまな人格障害であるとされるようになりました。そして、眼窩脳の症状として、人間らしい品性や細やかな道徳的感情、それに他人に対する思いやりや美的感情がなくなり、利己的な衝動に支配され、感情の抑制が出来ず、反社会的行動を行うとされています。

このような記載を見ますと、本症例の性格との著しい類似に驚かされます。生後まもなくして、前頭葉の損傷をきたした症例も、最近数例が報告されておりますが、社会的・道徳的な感情の欠落が見られるとされ、社会的慣習や道徳というルールを受け入れることが難しかったとされております。このような性格特徴もまた、本症例に認められる点であり、本症例が前頭葉機能に何らかの障害を有するかもしれないと考える有力な証拠になるかもしれません。

しかし、本例は外傷などによって前頭葉に明らかな障害をきたし、脳に器質的な異常を生じているものではありません。この点で、器質性精神病や症状性精神病のような、身体に基盤のある精神疾患と見なすことは出来ません。このような症例は、近年の検査技術の発展、とりわけ、脳の画像検査の進歩によって、少なからず見出されるようになりました。伝統的な精神医学では、器質的な徴候を持つ性格異常の一群として「脳病質(Enzephalopathie)」と呼ばれてきたものに近縁であり、最近では、「微細脳器質-性格変化症候群(Micro Brain Organic Character Change Syndrome)」と呼ばれているものにおおむね一致すると考えられます。

このような所見は、重大犯罪者において、しばしば発見されるとされています。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ません。しかし、このような所見は、正常とされる人達にも少なからず見出されるものであって、近年の画像診断の所見を見ていますと、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ます。そして、そのような異常所見を示す人達もまた、なんら問題なく正常な社会生活を営んでいることが多いのであり、脳の画像のみによって精神科診断を語ることはなお多くの問題が残っていると思われまます。

症例呈示—全生活史健忘

次に呈示する2つ目の症例は、全生活史健忘をきたした症例です。いわゆる心因性と考えられるもので、一般的には身体的な所見はないとされています。一例目は社会を悩ますものとされる性格異常でしたが、本例は自ら悩むものであって、どちらかといえば神経症に分類されるべきものと考えられます。

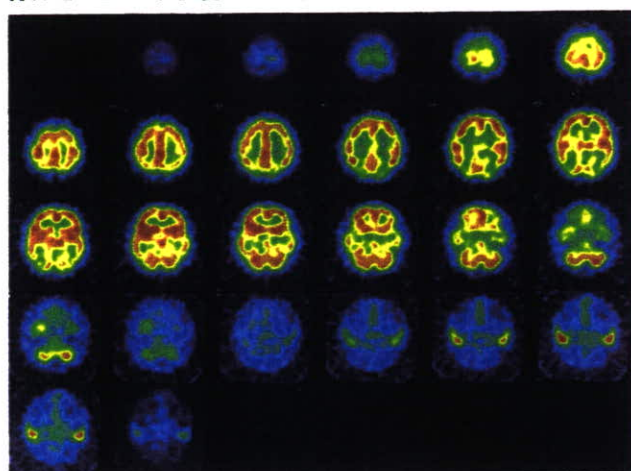
このような心因性健忘の症例に、脳の機能的な変化が認められないのでしょうか。我々は、このような症例を経験するたびに、SPECTなどの画像を用いて、このような病態を解明したいと考えてまいりました。

まず、この症例の経過を簡単に説明しておきます。

症例は、ある年の9月3日、山中で意識を回復したものの、自分の姓名を想起しえず、警察に保護してもらい、9月5日にわれわれの病院に入院しました。下鴨署にて保護されたものですから、とりあえず下鴨太郎と命名し、経過を観察致しました。現場の状況からは、自殺企図の後に発症した全生活史健忘と考えられ、CT・脳波などを検査しましたが、異常所見は認められませんでした。

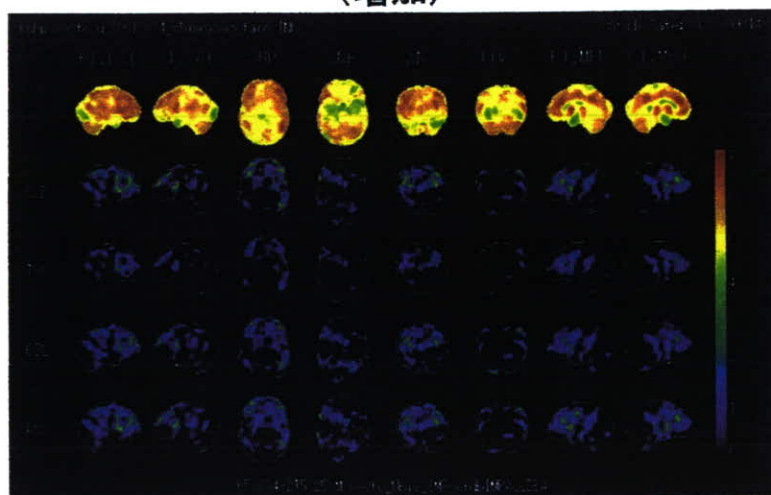
これは9月14日に撮ったSPECTです。両側の前頭葉と基底核に強い取り込みが見られ、両側の側頭 - 後頭葉と小脳の取り込みが低下しています。

- 9月14日のSPECT。両側前頭葉、基底核の相対的血流増加が見られた。



3D-SSP 所見では、有意に増加している部位が明るくなっております。

SPECTの3D-SSP所見 (増加)

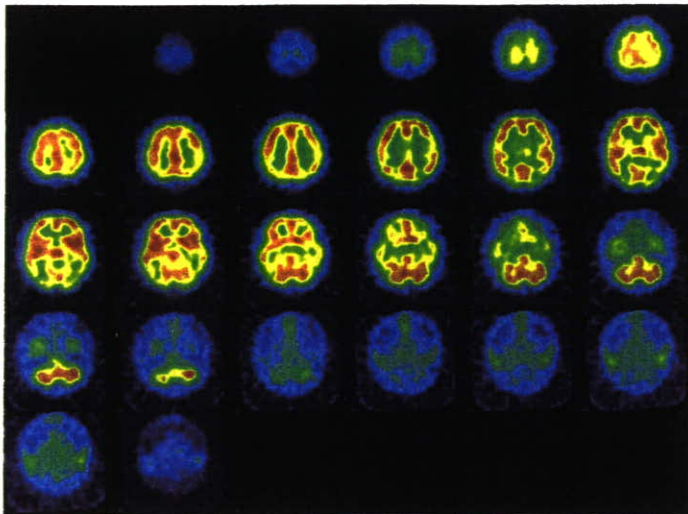


この症例は、記憶の回復が不完全なまま退院したのですが、翌年の7月28日、昔の仲間と飲

んでいたときに突然、気分が悪くなり、一挙に健忘が回復したとのこと。しかし、その記憶は思い出したくなかったものであったため、その後は精神的に不安定となり、休息のために再入院いたしました。そこで、SPECTの再検査を行ないました。

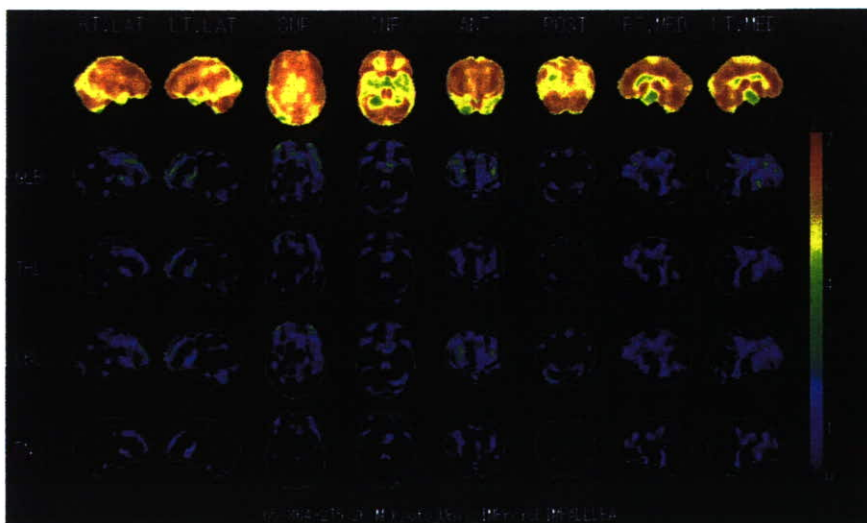
このスライドは、SPECTの再検査所見ですが、前回に認められた両側の前頭葉と基底核の高集積や、小脳の取り込み低下の改善傾向が認められます。

- 翌年7月28日より健忘が回復。8月8日にSPECTを再検査する。



3D-SSPの所見では、前回の所見と比較しましても、改善の傾向が認められます。

SPECTの3D-SSP所見 (増加)



全生活史健忘の状態は、一般的には、心因性の健忘として器質的、あるいは機能的な所見はな