

思春期青年期における精神病発症危機段階の同定法についての検討

奈良県立医科大学 精神医学講座

岸本 直子

1. 諸言

日本における精神疾患の生涯有病率は約 25%と報告されており、そのうちの 75%の人は 25 歳以下に発症すると言われている。今般、令和 4 年度から高等学校学習指導要領が改訂され、保健体育の科目の中に「精神疾患の予防と回復」が加えられたことから、児童思春期における心の健康の問題の重要性が示されている。精神疾患の中でも、統合失調症は思春期が好発年齢であり、発症後は多くの患者が慢性的な経過をたどることが多い疾患である。近年、数々の研究から統合失調症の治療臨界期が提唱されるようになり、発症予防や早期介入の重要性が指摘されている。疫学的には、幻覚や妄想などの明らかな陽性症状が出現する数年前から、認知機能の低下や社会機能の低下、陰性症状を前景とした発病前にみられる「前駆状態」と呼ばれる期間が存在することがわかっており、前駆期の前方視的な概念として精神病発症危機状態 (At-Risk Mental State : 以下 ARMS) の存在が提唱されている。ARMS の段階から専門的な介入を行うことで統合失調症への移行を予防しうる、あるいは、たとえ発症したとしても重症化させないことはできうると考える。しかしながら、ARMS の評価には、現在のところ、CAARMS (Comprehensive Assessment of ARMS) あるいは SIPS/SOPS (Structured Interview for Psychosis-risk Syndrome / Scale of Psychosis-risk Symptoms) といった半構造化面接による評価が用いられているが、本人の訴えによるため、客観的な評価法が求められている。ロールシャッハ・テストは、精神科臨床場面で広く用いられる投影法の心理検査の 1 つである。古くから精神病、すなわち統合失調症の鑑別においても、その役割は大きいと考えられてきた。よって、ロールシャッハ・テストは ARMS 患者の同定に役立つと考えられる。

2. 方法

対象は、奈良県立医科大学附属病院精神科を受診した 15 歳以上 30 歳未満の患者のうち、McGlashan ら¹⁾によって開発された標準的な対面式の評価手法の一つである SIPS/SOPS (Structured Interview for Prodromal Symptoms/ Scale of Prodromal Symptoms) によって ARMS 患者と同定された者を対象とし、文書による参加同意を得た者とする。対象となる患者の

リクルートは、通院中の患者および初診の患者に対して通常診療の中で行う。過去の診療録から患者背景を詳細に調査し、精神病の症状評価に用いられる PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)、認知機能評価に用いられる統合失調症認知機能評価尺度日本語版を SIPS/SOPS 評価に加えて評定する。ARMS と判断された患者 20 例のうち、精神病を発症した者 (Psychosis) と発症していない者 (ARMS) のロールシャッハ・テストのスコアの比較を行う。変数については統計処理を行い、等分散性の認められた変数には t 検定を行い、等分散の認められなかった変数には、U 検定を行った。本研究は、奈良県立医科大学医の倫理委員会の承認を得ている。

3.結果

表 1. 対象者について

	ARMS(n=17)		Psychosis(n=3)		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
Age(year)	17.82	2.87	17.33	2.36	0.92
Male/female	6/11		1/2		0.95
FIQ	84.47	12.62	76.67	4.99	0.33
Diagnosis					
Social anxiety disorder	4				
Dissociative disorder	3				

表 2. ロールシャッハ・テストのスコアの比較

	ARMS (n = 17)		Psychosis(n =3)		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
R	22.65	9.11	19.00	6.55	0.67
Zf	10.05	5.70	9.33	3.21	0.84
Zsum	32.01	19.73	26.83	8.81	0.76
Zest	31.29	20.16	28.67	11.25	0.84
W	8.88	4.20	9.33	3.21	0.87
D	9.88	7.52	5.67	4.04	0.34
Dd	3.88	3.10	0.67	1.15	0.04
S	2.71	2.54	0.33	0.58	0.04
FQo	12.59	5.00	11.33	4.16	0.70
FQu	6.76	4.25	3.33	4.93	0.22
FQ-	3.29	2.65	1.00	1.00	0.09
DQ+	3.47	2.57	2.67	3.06	0.64
DQo	17.71	8.01	11.00	4.36	0.09
DQv/+	0.29	0.75	0	0	0.69
DQv	1.18	2.20	2.00	1.00	0.09
M	3.53	3.05	1.67	1.53	0.34
FM	2.65	2.99	0.67	0.58	0.18
m	1.06	1.31	0.33	0.58	0.39
FC	1.59	1.31	0.33	0.58	0.30
CF	0.82	0.86	1.67	2.08	0.54
C	0.06	0.24	0	0	0.67
FC'	1.29	1.27	1.33	1.53	0.96
C'F	0	0	0	0	n.s.
C'	0	0	0	0	n.s.
FT	0.53	1.46	0	0	0.54
TF	0	0	0	0	n.s.
T	0	0	0	0	n.s.
FV	0.18	0.71	0	0	0.67
VF	0	0	0	0	n.s.
V	0	0	0	0	n.s.
FY	0.06	0.24	0	0	0.67
YF	0.12	0.47	0	0	0.67
Y	0	0	0	0	n.s.
Fr	0.29	0.75	0	0	0.44
rF	0	0	0	0	n.s.
FD	0.29	0.57	0.33	0.58	0.78
F	11.82	5.07	8.00	6.08	0.39
Popular	3.18	2.43	2.33	0.58	0.83
Pair	5.12	3.78	2.00	2.00	0.20
All H	5.41	3.82	3.67	2.08	0.47
COP	0.24	0.55	0	0	0.44
AG	0.59	0.91	0	0	0.24
active	4.82	3.63	1.00	1.00	0.10
passive	2.47	2.23	1.67	1.53	0.71
PureH	2.76	2.41	3.00	3.00	0.89
PER	0.76	2.12	0	0	0.36
GHR	3.18	2.38	3.33	3.51	0.92
PHR	3.35	2.25	0.67	1.15	0.07
Blends	1.65	2.06	0	0	0.09

4.考察

ARMSのうち、精神病を発症した者（発症群）と比較して、発症していないARMS（非発症群）で有意にDd（特殊部分反応）およびS（空白反応）が多い。Ddは課題解決にあたって情報を取り入れる時、通常と異なるアプローチをする傾向を表している。Ddが多い場合、問題への異なるアプローチをとろうとする可塑的な努力を示す。発症群と比較して、非発症群のほうが柔軟性があると考えられる。また、Sは周囲への怒りや反発心など、物事を否定的にとらえる態度を持つ者に生じやすい。発症群と比較して、非発症群のほうが怒りなどの感情が触発されやすいと考えられる。このことは、顕在発症する前に社会機能の低下や陰性症状を認めるなどの臨床症状と考え併せると、発症群のほうが感情の動きが鈍磨であるからかもしれない。

発症群の3例について、ロールシャッハ・テストの反応内容をみると、「花」や「臓器」、「炎」といったように色彩の影響を受け、漠然と反応したものがみられる。発症群では漠然とした反応を知覚しやすいために、特殊な一部分を知覚するDd反応は少なかったのかもしれない。また、花や炎は情緒に対する統制の効きにくさ、内臓反応は破壊衝動の存在を示唆している。

5.結語

ARMSについて、発症群と非発症群を比較すると、DdおよびSで有意差を認めた。ARMSの状態経過をたどる場合、情動的な動きを認め、感情がやや過敏になっているのかもしれない。一方、発症した群では、感情の動きが鈍磨になり、漠然とした知覚を示す可能性が示唆された。ARMS患者の多くは、1～2年の短期間では精神病性障害への移行をしない³⁾。ARMSは、精神病に移行しない場合であっても、長期的に問題が持続する例も多いため、介入においては、単に精神病性障害への移行を予防するだけでなく、症状や機能面にも幅広く焦点を当てる必要がある⁴⁾。より早期にARMSと同定し、継続的なフォローへつなげることが重要であり、さらにはロールシャッハ・テストなどの客観的な評価法を用いて精神病発症のリスクについても評価することができれば、治療法の確立にもつなげられる可能性がある。

6.文献

- 1) McGlashan TH. The DSM-IV version of schizophrenia may be harmful to patients' health. *Early Intervention in Psychiatry*. 2007; 1(4);289-293.
- 2) 高橋雅春, 高橋依子, 西尾博行. ロールシャッハ・テスト解釈法. 金剛出版; 2007.
- 3) Morrison AP, et al. Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multisite randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2012;344:e2233.

4) 桂雅宏他. 精神病アットリスク状態 (ARMS) に対する早期介入. 臨床精神医学. 2012; 41(10): 1413-1419.

7.成果発表

第 117 回日本精神神経学会学術総会シンポジウムにて報告

「思春期アットリスク精神状態の評価・判定の向上を多面的に試みる」思春期アットリスク精神状態に対する心理学的評価について.