

症例2、女性、19歳、接客業

父親が働かず、昼間から酒を飲み、時に暴力を振るうこともあったとのこと。代わりに母親が昼も夜も働き、本人を養った。9歳時、父親が酩酊状態で交通事故に遭い死去。母子家庭となった。中学校へ入ると親のいない寂しさもあり、不良仲間に加わるようになった。酒を飲み、タバコを吸い、髪を染め、彼氏の運転するバイクの後部座席にまたがった。定時制高校へ進学するも3ヶ月で退学、上京し、友だちに誘われるまま夜の街で働きだした。はじめに新宿のキャバクラで、見習いである「ヘルプ」として働いた。

3年目からより高い時給とステイタスを求め、銀座のクラブへ転身した。しかしレギュラーで働き続けるには、高額を消費する固定客をキープしておかなければならず、勤務前後の「同伴」も連日となった。24時の閉店後、カラオケなどのお付き合いが終わると、帰宅するのは3-4時を回った。さらに飲酒しても眠れず、近所の内科で睡眠薬をもらった。1錠では足りず、2-3錠を酒と一緒に服用した。店では「ママ」の厳しい管理のもと女子同士の競争も激しく、いつも監視されているような気分だった。次第に批判されたり悪口を言われたりするように聴こえるようになった。このため、夕刻、出勤時、睡眠薬を大量服薬してもうろうとしているところを同僚に発見され、当院へ抱きかかえられるように受診した。救急対応を要する症例であり、救急車を呼び搬送していただくことにした。

退院後、当院通院。これから夜間の飲食接客業を続けるべきか、どのような仕事をするべきか、どのような人生を送るべきか、戸惑う心境を、幼少期から生い立ちを振り返りつつ、涙を流しながら吐露した。

アルコール依存症の父親、不良な養育環境、そして夜間の飲食接客業、アルコール・薬物乱用から被害的な幻聴など精神病症状を呈し、大量服薬に至った症例である。境界性パーソナリティ障害の病歴とも共通し、ともすると治療現場では心理療法へ傾斜したり、逆に問題行動を過剰警戒したりしがちである。しかし精神病症状を呈しており、本人の心性を十分理解しつつも、ARMSとして包括的な治療を提供していくべき症例である。

症例3、男性、24歳、無職

母も母方伯母も夜間の飲食接待業、父の顔は知らない、自ら命を絶ったという話を聞いたことがある。母方祖母に育てられた。このことで小学校の頃はいじめられ、肩身の狭い思いをした。中学校の途中から学校へ通わなくなった。友人は少なく孤立的な性格になった。定時制高校へ進学するも中退、暴走族へ入るもグループに馴染めず脱退。日雇い労働を転々とした。工事現場では高所から転落し、骨折したことを機に生活保護となり、都営住宅で单身生活を送ることになった。18歳時、ひきこもり、昼夜逆転、眠れないことを主訴に社会福祉事務所のケースワーカーより紹介され当院受診した。

本人の話を時間かけ聞いていると、思春期から世の中に対して「いつも外されている」という漠とした被害念慮を抱き続けていることが分かった。それは日増しに強まっており、いつか社会に対して「復讐してやりたい」という敵意や攻撃心が高まり、頭から離れないようになっていた。

これは幼少期から自分だけ不当に扱われてきたことに起因しているが、被害念慮や攻撃心は精神病的な水準に達していると考えられた。そこで、本人へ理解と共感を示しつつ、ケースワーカーとも相談し、精神病の治療として、少量の抗精神病薬およびデイケア・生活訓練などの包括的な支援計画を検討した。

症例4、女性、24歳、会社員

兄28歳が統合失調症で自宅にひきこもり、昼夜逆転、過食・肥満が著しい。通院は不定期で両親が代わりに行くことが多い。本人は兄から数年前に暴力を受けたことがあり、できる限り関わりたくないと思っていた。会社の上司からセクハラを受けたことを誘因に不眠、不安、抑うつなど出現。インターネットで「心療内科、銀座」と検索し、当院を受診した。受診当初はセクハラから不眠になったと説明していたが、家族歴・生活歴を丁寧に聞いていくうちに、「実は」と兄の病気を話しはじめた。そして、「上司や男性からまたセクハラをされるのではないかと考えてしまう、満員電車やエレベーターに乗るのも怖い、これは精神病のはじまりなのか、だとしたら兄のようになってしまうのか」と主訴もさることながら、精神病を発病することへの不安を訴えた。

不安障害やうつ病で受診される患者の中に遺伝素因を有する者も少なくない。そのことを自覚している者もいれば否認している者もいる。後者の場合、「自分は決して精神病の類ではなく、単に眠れない、落ち着かないだけ」と言い、『心療内科を受診している』と思っていることも多い。それを無理に否定したり修正したりすると治療の抵抗や中断を招く。これはある種「セルフステイグマ」に対する防衛機制であるため、そのように否認せざるをえない経過をたどってきたことに思いをはせ、受容・共感的に接していくことが大事である。

症例5、男性、26歳、会社員

父方叔父が精神科へ長期入院しているとのこと。子どもの頃から大人しく一人遊びが好きだった。友人は多くないが何人かいて、いじめられることも、不登校もなく、地元の国立大学工学部を無事卒業した。そして東京の大手通信会社へシステムエンジニアとして入社した。ところが、上司からの叱責や客先からの要望との板ばさみに合い、「人生はじめての逆境」に陥った。このため、夜は眠れず、朝は起きられず、食事は咽喉を通らなくなった。自宅にいても上司や顧客から怒鳴られているような気持ちにさいなまされ、会社へ行けなくなった。一人暮らしであったため、「このままではまずい」と思い、近医を受診した。しかし短時間の診療で睡眠薬を処方されたのみ、病状は十分改善しなかった。そこで改めて当院をインターネットで検索して受診した。「上司や顧客から怒鳴られているような気持ち」は「気持ち」であり、実際に声が聴こえているわけではなかった。ただし、表情や発語、さらに視線の動きに乏しかった。診断は中等症のうつ病として、抗うつ薬を処方の上、休職療養を要する診断書を発行した。

症例4と同様にARMSの診断基準は満たさない。しかし遺伝素因を有し、被害念慮を生じているところは典型的なうつ病とは異なる。休職療養に至っており、社会機能の低下を来しているため注意深い観察が必要である。初診からARMSと診断される症例は少なく、不安障害やうつ病と診断していた症例が途中で、精神病症状を呈し、「事例化」することがむしろ多い。このような症例は単独で受診しており、客観的な情報が少ない。後から家族や友人、職場の同僚などの情報を得て、確定診断に至るものである。

また、都心のクリニックでは他院を経て2ヵ所目3ヵ所目という例も少なくない。前医で適切な診断・治療が行われていた場合もあれば、そうでない場合もある。行われていても医師の説明や態度に問題あり、信頼関係を築けていない場合もある。従って、ARMSや精神病の可能性は常に念頭におきつつも、目の前の患者の訴えに耳を傾け、少しでも苦痛を和らげようとする治療者の態度が重要である。

以上、銀座泰明クリニックを受診したARMS 3症例、診断基準は満たさないけれど可能性ある2症例、計5症例を提示した。症例1は養護教諭が、症例3はケースワーカーが当院と以前から連携していたことによる紹介であった。症例2は銀座の最寄りということで同僚に抱えられるように受診した。症例1と2は診療所では治療できず、それぞれ大学病院と精神科病院へと紹介した。いずれも診療所が「ゲートキーパー」となり「トリアージ」した形となった。このような精神科診療所を要とした患者の流れを図式化した(図5)。

症例4と5は自らの意思でインターネット検索して受診した。ARMSとは診断できないが、両者とも遺伝素因を有し、被害念慮を生じており、その可能性も考慮して経過観察すべき症例である。さらに症例4は自分も精神病を発病するのではないかという不安を覚え、症例5は前医で適切とは言えない治療を受けていた。このため患者・医師間の信頼関係を構築するためには通常に増して配慮を要する。

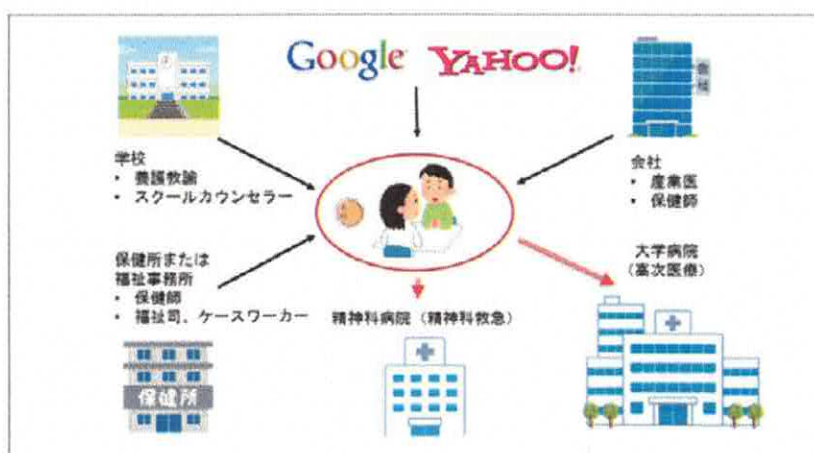


図5: 精神科診療所への紹介元(受診経路)と紹介先

【精神科診療所におけるARMS診療】

精神科診療所は地域や精神科医により特徴は異なるが、筆者は銀座泰明クリニックの理念を、「都心で忙しく過ごす人々が、プライバシーを十分配慮された環境で、気軽に受診できること」と定めている。患者の大半は不眠・不安・うつ症状を主訴とした気分障害、不安障害であるが、ARMSと考えられる症例も時に認められる。患者の多くは「自分の感じていること、考えていることは多分おかしいのだと思う、でもどのようにおかしいのかはよく分からない」というレベルの「病感」を抱いている。

一方、治療者に対し「分かって欲しい」という神経症的な欲求や「どうせ分かりっこない」といううつ病的な心理、「すでに分かれている」という精神病的な妄想とが混在していることが多い。このため治療者は患者のアンビバレンツな心理を理解し、時間をかけ受容していく必要がある。

他方、精神病が疑われつつも、どうしてもその診断を受け容れられない患者・家族に関しては大学病院の専門外来を紹介し、各種検査のもと、疾患受容をうながしていただいている。希死念慮や精神運動興奮を呈する患者など、隔離・抑制を要する患者は事前に精神科病院へ連絡し、入院治療の手配を行っている。そのためには日ごろから大学病院や精神科病院との「病診連携」を高めるため、学会や

研究会などへ積極的に参加し、お互い顔の見える関係を構築・維持することが望まれる。

特に東京のような都市部においては、困難な事例に対して、一つの医療機関で完結する必要はなく、いくつもの医療機関で協力しあい、お互いの長所と短所を補いながら解決していくのがよいだろう。郊外や地方においては地域密着・ネットワーク重視で、救急時には往診を行い、入院直前まで対応している精神科診療所の精神科医もいらっしゃる(原田, 2015)。

地域により精神医療に多少の差異が生ずるのはやむを得ない。近接する大学病院、精神科病院の有無、受け入れ状況などにより、可能な治療は左右される。また地域住民の家族歴・生活歴などにより、精神疾患に対する知識は異なり、精神医療に対する態度も異なる。このため、全国に6000を超えと言われる精神科診療所において、ARMSの診断と治療について共通した認識が得られているとはいえない。拙稿がその一助となれば幸いである。

【おわりに】

精神科診療所は精神医療の「ゲートキーパー」としてARMS診療、早期発見・早期治療に寄与できる。夜間・土日、駅前・街中など、いつでもどこでも気軽に受診できるのは診療所の強みである。高次医療や救急医療を求められる場合は大学病院や精神科病院へ紹介し、うまく連携を取っていくのが望ましい。

最後に、精神科医として最も大事なことは「診断」という「ラベリング」のみではなく、苦痛を訴える患者に寄り添い、できる限り「援助」を提供していこうとする、「治療者」の「マインド」である。

本論文に開示すべき利益相反はありません。

ご多忙中にもかかわらずご指導いただきました東邦大学医学部精神医学講座、水野雅文教授・辻野尚久講師へ心より御礼を申し上げます。

【文 献】

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2013.
- 2) Amminger GP, Schafer MR, Papageougiou K, et al : Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders : a randomized, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry 67 : 146-154, 2010.
- 3) 茅野分, 水野雅文, 長谷川千絵ほか : インターネットを利用した精神障害の早期発見・早期治療 - DUI (duration of untreated illness, 疾病の未治療期間) を短縮するために -. 精神科治療学 23 : 579-586, 2008.
- 4) 茅野分, 藤井千代, 村上雅昭ほか : 精神科クリニックの空間デザインー現代都市における最適な診療環境ー. 精神科臨床サービス 10 : 211-214, 2010.
- 5) 原田誠一編集 : メンタルクリニックが切り拓く新しい臨床ー外来精神科診療の多様な実践ー. 中山書店, 2015a.
- 6) 原田誠一編集 : メンタルクリニック運営の実際ー設立と経営, おもてなしの工夫ー. 中山書店, 2015b.
- 7) 水野雅文, 山澤涼子 : 初回エピソード分裂病の未治療期間 (DUP) と治療予後. Schizophrenia

- Frontier 3: 35-39, 2003.
- 8) 水野雅文：統合失調症の早期診断と早期介入，専門医のための精神科臨床リミエール5，中山書店，2009.
 - 9) 水野雅文，鈴木道雄，岩田仲生監訳：早期精神病の診断と治療．医学書院，2010.
 - 10) 松本和紀，國分恭子，砂川恵美ほか：ARMSに対する心理社会的アプローチの現状と課題．日本社会精神医学会雑誌24 (4)：340-408, 2015.
 - 11) 根本隆洋：早期介入研究の現状と今後について．日本社会精神医学会雑誌24 (4)：395-399, 2015.
 - 12) 高橋努：精神病発症危険群における脳画像研究．日本社会精神医学会雑誌24 (4)：415 - 420, 2015.
 - 13) 多田真理子，永井達哉，切原賢治ほか：早期精神病および精神リスク群における神経生理学的研究～認知機能と社会機能の理解．日本社会精神医学会雑誌24 (4)：409-414,2015.
 - 14) 辻野尚久，根本隆洋，水野雅文：精神科・わたしの診療手順 早期精神病—精神病発症危険状態 at-risk mental state (ARMS)—．臨床精神医学 40：149-152, 2011.
 - 15) 辻野尚久（水野雅文編集）：早期段階の治療と対応．精神科臨床エキスパート重症化させないための精神疾患の診方と対応：93-101．医学書院，東京，2014.

別表

Attenuated Psychosis Syndrome. APS (減弱精神病症候群)

- A. 以下の症状のうち少なくとも1つが弱い形で存在し、現実検討は比較的保たれており、臨床的関与に値する程度の重症度または頻度を有している。(1)妄想(2)幻覚(3)まとまりのない発語
- B. 上記の(1つまたは複数の)症状は、過去1ヶ月間少なくとも週1回存在していなければならない
- C. 上記の(1つまたは複数の)症状は、過去1年間の間に始まったか、あるいはその間に、あるいはその間に増悪していなければならない。
- D. 上記の(1つまたは複数の)症状は、臨床的関与に値するほど苦痛を与え、能力を低下させている。
- E. 上記の(1つまたは複数の)症状は、精神病性の特徴を伴う抑うつ障害または双極性障害を含む他の精神疾患によってうまく説明されるものではなく、物質または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。
- F. どの精神病性障害の基準も満たされない。

(American Psychiatric Association. 2013)

【英文抄録】

“At-Risk Mental State, ARMS” is the term given to the psychotic-onset risk state. It seems to be mild and is difficult to distinguish from common depression without careful observation. Many patients visit a mental clinic complaining of insomnia, anxiety and depression. The concrete medical care regarding ARMS are not prevailed in over 6000 mental clinics in Japan. Then we present three patients of ARMS and two patients who do not meet the criteria of ARMS from Ginza Taimei Clinic. Mental clinics are “gate-keepers” of psychiatric medicine. They can contribute to ARMS treatment and early intervention. Mental clinics can initiate medical care even at night or on holidays, near the station or far away in town. In case of need of advanced or

emergency care, psychiatrists refer patients to university or specialty hospitals. For remaining updated on the latest, the clinic staff attend academic conferences and build relationships with the staff of university and specialty hospitals. The most important role of a psychiatrist is not diagnosis, or "labeling", but assistance, or "empathy."