

World Psychiatry 日本語翻訳のご紹介

Volume 23, Number 3, October 2024

日本若手精神科医の会(JYPO)のボランティアが翻訳し、秋山剛先生が監訳しました。World Psychiatry に掲載されているすべての論文を網羅するものではありません。多くの記事において、抄録のみが翻訳されています。また、FORUM については、9 本の Commentaries のうち 2 本のみを掲載しています。

World Psychiatry articles were translated by the volunteers of the Japan Young Psychiatrists Organization and Dr. Tsuyoshi Akiyama. Due to the limitation, a selection of articles is available. For many articles, only the abstract is translated. For the Forum, only two of the nine commentaries are included.

SPECIAL ARTICLES

■J. HOLT-LUNSTAD. Social connection as a critical factor for mental and physical health: evidence, trends, challenges, and future implications. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 312-332.

[Social connection as a critical factor for mental and physical health: evidence, trends, challenges, and future implications](#)

精神的・身体的健康における重要な規定因子としての社会的つながり:エビデンス、動向、課題、および今後の展望

<要旨>

社会的つながりは精神的・身体的健康および死亡率の独立した予測因子である。社会的孤立および孤独感への懸念は高まっているものの、それらが健康に及ぼすリスクは依然として過小評価されている。著者は、これらの対処として標準化された用語の確立、多因子的なリスク評価、有効な対策が必要であると提言している。

<抄録>

世界的に社会的孤立および孤独感への懸念が高まる中で、それらが精神的および身体的健康に及ぼす影響について、より深い理解の必要性が強調されている。社会的つながりに関する諸要因が、精神的および身体的健康の独立した予測因子であることが強固なエビデンスによって示されている。特に死亡率に関してこれは顕著である。データの大部分は観察研究に基づくものであるが、社会的つながりとその後の健康アウトカムとの関連について、因果の方向性、想定される作用経路が示唆されており、場合によっては因果関係の存在を支持するエビデンスも認められる。複数の指標に基づく社会的動向は、社会的つながりを欠く人々の割合が

増加していること、ならびに人口の相当部分が孤独感を自覚していることを示している。社会的孤立および孤独感に関する科学研究は、過去 20 年間で大きく拡大し、特に 2020 年以降に顕著な進展を示している。しかしながら、健康および死亡率との関連性については、一般社会では依然として十分に認識されていない。エビデンスの蓄積は広範に及んでいるものの、なお複数の課題が残されている。すなわち、学術分野で用いられている関連用語の多様性を統合するための共通言語の確立、リスク評価のための一貫した多因子的な測定手法の整備、ならびにリスクを予防・軽減するための効果的な対策の開発である。将来の健康への影響を踏まえると、その重要性はさらに高まっている。COVID-19 パンデミックがもたらし得る長期的影響、ならびに社会的変容におけるデジタル技術の役割によって強調されており、これらは社会的・精神的・身体的健康のさらなる低下に寄与する可能性がある。こうした動向の是正と課題に対する対策を目的として、理解のギャップを包括的に解消し、社会的つながりを強化するとともに、社会的孤立および孤独感に対処するための提言を行う。

〔翻訳:遠藤 晃太〕

■G. MICHELINI, C.O. CARLISI, N.R. EATON ET AL. Where do neurodevelopmental conditions fit in transdiagnostic psychiatric frameworks? Incorporating a new neurodevelopmental spectrum. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 333-357.

[Where do neurodevelopmental conditions fit in transdiagnostic psychiatric frameworks? Incorporating a new neurodevelopmental spectrum](#)

神経発達症は精神医学の診断横断的枠組みにおいてどのように位置づけられるのか？—新たな神経発達スペクトラムの導入—

<要旨>

本論文は自閉スペクトラム症や ADHD などの神経発達症群を「神経発達スペクトラム」として捉えることの妥当性を示した論文であり、筆者らはこのスペクトラムを診断横断的な次元のアプローチの一要素として位置づけることを提案し、これにより個別の特性を踏まえた理解や予後予測の向上に役立つ可能性があることを述べている。

<抄録>

自閉スペクトラム症、注意欠如多動症、学習症、知的発達症、およびコミュニケーション症群・運動症群の特徴は通常幼少期から出現し、非定型的な神経発達と関連している。これらの「神経発達症群」は、共通する特徴を反映するために DSM-5 および ICD-11 において同一の診断群として分類されている。しかし、カテゴリー診断への依存は、研究および臨床の両面において重大な課題をもたらしている(例: 高い併存率、恣意的な診断境界、疾患内の高い異質性)。これらの限界に対応する上で、診断横断的な次元のアプローチは有用な代替手段となる。このアプローチは、神経発達症群に共通する基盤的要因を考慮しつつ、他の精神疾患との併存や発達の連続性を特徴づけることを可能にする。これまで神経発達に関する特徴は、研究や臨床の実践において大きな影響を与えるにもかかわらず、精神医学における診断横断的枠組みにおいて十分に考慮されてこなかった。しかし、神経発達症とその他の精神疾患の全体像に関する研究から得られる知見が増加し、神経発達症の特徴は互いにまとまりを形成し定型的な特性から機能障害を伴う特性までを含めて「神経発達スペクトラム」として捉えられるべきである。

ラム」として定義できることを示唆している。共通の遺伝的基盤や認知・神経的特徴、類似した発達の経過や支援/治療戦略の有効性に関する研究は、この神経発達スペクトラムの妥当性を裏付けている。さらに、このスペクトラムを他の精神医学的次元(dimension)と併せて特徴づけることには、高い臨床的有用性があり、個人のニーズと強みをより包括的に捉え、診断カテゴリーよりも高い予後予測能をもたらす。こうした説得力のあるエビデンスの蓄積に基づき、新たな神経発達スペクトラムを診断横断的枠組みに組み込むことが、神経発達症およびその他の精神疾患に関する理解、分類、評価、臨床的実践を変革する大きな可能性を有している。

〔翻訳: 中村 理乃〕

PERSPECTIVES

■M. MAJ. Scientific validation of the ICD-11 CDDR. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 358-359.

Scientific validation of the ICD-11 CDDR

ICD-11 CDDR の科学的妥当性の検証

<要旨>

ICD-11 臨床的説明と診断要件(ICD-11 CDDR)の科学的妥当性が 10 年以上にわたり検証されてきた。従来のプロセスとは異なり、ガイドライン発行前に実施されたフィールドトライアルをもとに検証・修正が重ねられ、主要な精神疾患のみならず、遷延性悲嘆症や複雑性 PTSD など新しい疾患カテゴリーに対しても臨床現場における有用性・妥当性が確認された。今後は、多言語に翻訳して ICD-11 CDDR の普及を進め、臨床現場における成果を積み重ねることで 更なる科学的妥当性の検証を進めることが必要であり、そのための取り組みが計画されている。

<全文>

ICD-11「精神疾患のための臨床的記述および診断要件(CDDR)」の科学的妥当性を検証するプロセスは、10 年以上にわたり実施されてきた。このプロセスには、世界中のあらゆる地域から何百人もの臨床医や研究者が参加し、非常に包括的でインクルーシブであり、かつ真に国際的な取り組みとなっている。ICD-11 CDDR のフィールドトライアルは、ICD-10 臨床的記述と診断ガイドライン(CDDG)や DSM-5 の診断基準のフィールドトライアルとは異なり、「総括的」あるいは「評価的」というよりも、真に「開発志向的」な性質を持つものである。すなわち、これらは関連する基準やガイドラインの最終化“前”に実施されており、それによって提案文書に含まれる概念的・用語的な問題点の発見、文書の修正、そして修正版のさらなる検証が可能になっている。これは、関連する基準やガイドラインの最終化“後”に研究が実施または完了し、製品から何が期待できるかについて臨床医に情報を提供するだけにとどまる場合とは対照的である。ご覧のとおり、CDDR にはこの設計の結果として実際にいくつかの改正が加えられた。CDDR のフィールドトライアルは、大きく 2 つのグループに分類できる。a) インターネットを用いたトライアル: 臨床・実践グローバルネットワーク(当時は 150 か国以上から 1 万 5000 人を超える精神保健およびプライマリケアの専門家が参加)を通じて実施され、

ケース・ビネット(症例小話)を用いた方法で、CDDR と ICD-10 CDDG の具体的な相違が参加者の臨床判断に与える影響を評価する。b) 実臨床環境下トライアル: 実際の臨床現場において、CDDR の信頼性と臨床的有用性を評価するトライアル。臨床現場を基盤としたトライアルは、DSM-5 のフィールドトライアルとは異なり、再検査法(2 人の臨床家が異なる時点で各患者に別々に面接を行う方法)ではなく、共同評価法(2 人の臨床家が共同で同じ患者に面接を行う方法)を用いて実施された。この方式により、情報のばらつきが統制され、(精神科診断全般の信頼性を広く評価するのではなく)提案されたガイドラインそのものの信頼性をより直接的に検証することが可能となった。インターネットを用いた CDDR のフィールドトライアルの中でも、特に関心が寄せられているのは、ストレスに特異的に関連する疾患を対象としたトライアルや、摂食障害・食行動症を対象としたトライアルである。76 か国から参加した 1,738 名のメンタルヘルス専門家を対象に、ストレス関連症群を対象とした症例対照型フィールドトライアルが実施された。その結果、複雑性心的外傷後ストレス障害(complex PTSD)や遷延性悲嘆症の追加を含む ICD-11 に導入されたいくつかの変更によって、診断の判断が有意に改善されることが明らかになった。しかし、このトライアルでは提案された CDDR テキストの問題点もいくつか明らかになった(PTSD 診断における「再体験」基準の解釈の難しさや、遷延性悲嘆症を通常の喪失反応と区別することの難しさなど)。これらの点を受けて、テキストは改訂され、さらなる妥当性検証が行われた。同様に、全世界の地域を代表する 2,288 名のメンタルヘルス専門家を対象に実施された摂食障害に関する症例対照型のフィールドトライアルでは、ICD-11 CDDR に導入された変更点が、ICD-10 CDDG と比較して診断精度と臨床的有用性を向上させたことが明らかになった。しかし本トライアルでは、神経性やせ症(AN)と診断された人が回復したかどうかを判断することの難しさや、過食エピソードを特定する際の問題点も明らかになった。その結果、神経性やせ症における回復の定義がより精緻化され、過食については、摂取量が客観的に多くない場合であっても、「食行動に対するコントロール喪失の主観的体験」と「それに伴う苦痛」が過食の病徴的特徴であると明確に示された。臨床現場を拠点とした CDDR の現場トライアルの中で、最大規模のものは 13 か国で 1,806 人の患者を対象に実施され、世界の疾病負荷において最も大きな割合を占める精神疾患(統合失調症およびその他の一次性精神病性障害、気分障害、不安・恐怖関連障害、ストレスに特異的に関連する障害)に焦点を当てた研究である。この研究では、診断における級内 κ 係数は、0.45(持続性抑うつ障害)から 0.88(社交不安障害)の範囲であり、すべての診断において中程度からほぼ完全と考えられるものだった。また、全体的な信頼性は ICD-10 CDDG と比較して CDDR の方が優れていた。同じトライアルでは、CDDR は使いやすいと認識され、患者の症状に正確に対応しており、明確で理解しやすく、適切な詳細レベルを提供し、通常の臨床実践と同程度かそれ以下の時間で使用でき、各障害を正常状態や他の障害と区別する際の有用な指針を提供することも示された。最初の草稿の作成から CDDR の最終化までにかかなりの時間が経過したことにより、ICD-11 で新たに導入されたいくつかのカテゴリーについて、広範かつ詳細な検証を行うことが可能となった。この点で象徴的なのは、新しいカテゴリーである「遷延性悲嘆症(prolonged grief disorder)」および「複雑性 PTSD(complex PTSD)」の検証である。2024 年 2 月 8 日に PubMed で検索を行ったところ、2013 年以降に発表された遷延性悲嘆症(prolonged grief disorder)に関する原著論文は 57 件であった。全体として、彼らは新しいカテゴリーの構成概念妥当性、そのほかの障害(例: うつ病や PTSD)との識別性、顕著な機能障害との関連(併存障害の影響を超えたもの)を示し、縦断的研究における遷延性悲嘆症のパターンとの整合性が、DSM-5 の「遷延性複雑性悲嘆症」と比較してより高いことを報告した。この証拠により、遷延性悲嘆症(prolonged grief disorder)が DSM-5-TR に含まれることになった。同じ日に行った PubMed 検索では、2013 年以降に発表された複雑性 PTSD に関するオリジナルデータを含む論文が 199 件見つかった。全体として、彼らは新しいカテゴリーの妥当性を裏付け、子どもや青年だけでなく成人におい

ても、またさまざまな文化や複数のトラウマ経験者集団において、PTSD との区別が可能であることを示した。本研究は、CDDR の草案の回覧を契機として、新たに開発・検証された特定の評価ツールである『国際トラウマ質問票 (International Trauma Questionnaire) 』によって促進された。国際的に検証されている ICD-11 CDDR と DSM-5 の診断基準のもう一つの重要な違いは、子どもや青年における重度の易刺激性 (irritability) の分類に関する点である。48 か国の 196 人の臨床医を対象に行われた研究によると、CDDR で提案された診断の定式化 (反抗挑戦性障害の診断において「慢性的な易怒性・怒り」を指定子として使用する方法) は、重度の易怒性のより正確な同定と、境界的な症状とのより良い識別をもたらすことがわかった。この結果は、新たに重篤気分調節症のカテゴリーを導入した DSM-5 の方法や、ICD-10 における「反抗挑戦性障害」をいくつかの行為障害の一つとして列挙するだけで易怒性には注目していない分類と比べて優れていた。DSM-5 を使用している参加者は、本来診断すべき場合でも重篤気分調節症 (DMDD) の診断を適用できないことが多かった一方で、発達段階と比較すると正常範囲に含まれる苛立ちに対して、精神科的診断をより適用していた。ICD-11 CDDR の妥当性検証プロセスにおけるもう一つの革新的な側面は、当事者経験を有する専門家を体系的に関与させたことである。これは、インド、イギリス、アメリカで実施された国際研究 (INCLUDE) によって行われた。この研究では、抑うつエピソード、全般性不安障害、統合失調症、双極性障害 I 型、パーソナリティ障害の 5 つの診断について、利用者からの意見が収集された。全体として、CDDR は多くの場合有用であり、当事者経験に関連していると認識された。もちろん、CDDR の科学的妥当性を検証する上で現在欠けている重要な要素は、日常診療における実際の運用成績である。これらをできるだけ多くの言語に翻訳し、広く普及させ、各国政府による承認と実施を加速させる取り組みは、この点で極めて重要であり、その基礎のもとで行われる定期的な本文の更新 (2 年ごと) も、すでに計画されている。

〔翻訳: 川竹 絢子〕

■I. GALYNKER, S. BLOCH-ELKOUBY, L.J. COHEN. Suicide crisis syndrome: a specific diagnosis to aid suicide prevention. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 362-363.

[Suicide crisis syndrome: a specific diagnosis to aid suicide prevention](#)

自殺危機症候群: 自殺予防に資する特異的診断概念

<要旨>

自殺危機症候群 (Suicide Crisis Syndrome; SCS) は、自殺念慮や自殺意図の自己申告に依存せずに切迫した自殺リスクを捉えることのできる診断概念である。SCS は切迫した絶望感を中核とし、その他 4 症状領域から構成される操作的診断基準から構成され、DSM への収載が検討されている。本稿では SCS の導入が臨床意思決定を支援することで、自殺予防の強化に寄与する可能性があることが示唆されている。

<全文>

自殺は世界的な公衆衛生上の課題であり、世界中で年間 70 万人以上の命を奪っている。介入する機会は十分に存在する。自殺既遂者の半数は、死亡の 1 か月以内に医療機関を受診していたためである。こうした受診時における自殺リスク評価は、患者の自殺意図の自己申告と、過去の自殺企図や精神疾患の既往歴といった慢性的なリスク因子に基づいて行われる。しかし、自殺で死亡した者の最大 75% が、医療専門家との最後の

面談時に自殺意図を明確に否定しており、自殺未遂者の 20%近くは診断可能な精神疾患を有していない。さらに、過去の自殺企図や精神疾患の既往といった従来のリスク因子は、短期的な自殺リスクを信頼性高く予測することはできない。過去 10 年間で、複数の独立した研究チームにより自殺行動の出現に関連する特定の急性精神状態の存在が報告されてきた。しかし、DSM も ICD もこれまでこれらの状態を指す診断項目を設けたことはない。自殺危機症候群(SCS)は、精神医学的分類におけるこの空白を埋めることを目的としており、DSM への収載が現在検討されている。本診断は、自己申告による自殺意図に依存することなく、切迫した自殺リスクを伴う精神障害を認識し治療するための体系的なツールを提供するものである。SCS は自殺のナラティブ危機モデル(NCM)における最終段階、かつ最も急性の段階である。慢性的なリスク因子から切迫した自殺リスクへの進行を反映し、自殺過程の 4 段階それぞれを特異的に対象とする治療戦略の設計・実施のための包括的枠組みを提供する。実証に基づいた SCS の基準は 15 年間にわたり、繰り返し発展してきた。これらの基準は、5 つのデータで裏打ちされたドメインが組み込まれており、それらをまとめて単次元的な症候群として構成されている。自殺念慮は切迫した自殺行動の指標として信頼性が低いことが実証されているため、含まれていない。SCS の最初のドメインである基準 A は、持続的かつ激しい焦燥を伴う絶望感を特徴とする。これは個人が耐え難く、かつ逃れられない状況に閉じ込められたと感じる状態である。基準 B は、以下の 4 つの特異的な症状ディメンションから構成される: B1 情動の著しい変調、B2 認知制御の喪失、B3 過覚醒、B4 社会的引きこもり B1 情動障害は以下の形で現れることがある: 1) 感情的苦痛、2) 抑うつ動揺、3) 異常な身体感覚を伴う極度の不安、4) 急性アンヘドニア(快楽喪失)。B2 認知制御の喪失には以下が含まれる: 1) 反芻思考、2) 認知的硬直性、3) 思考抑制の失敗、4) 反芻的思考の氾濫(頭痛や頭部圧迫感を伴う、思考の制御が不能な状態)。B3 過覚醒には以下が含まれる: 1) 焦燥感・落ち着きのなさ、2) 過度の警戒心(感覚入力に対する強度で過剰な反応性)、3) 易刺激性、4) 不眠。最後に、B4 社会的引きこもりには、社会的交流の回避および他者との回避的コミュニケーションが含まれる。SCS の診断には基準 A を満たし、かつ基準 B1~B4 の各項目から 1 つ以上の症状を有している必要がある。多様な集団で使用可能な複数の SCS 評価尺度が開発されている。最新の妥当性が検証された自記式尺度には、改訂版自殺危機インベントリー(SCI-2)および自殺危機インベントリー短縮版(SCI-SF)がある。全 61 項目の SCI-2 は SCS の 5 つのドメインを反映しており、各項目は 5 段階リッカート尺度で評価される。一方で医療者評価尺度には、代理評価指標によって妥当性が検証される 14 項目版 SCS チェックリスト(SCS-C)、および臨床現場で実施されている 5 項目版 SCS チェックリスト(A-SCS-C)がある。後者は 5 つの症状ドメインを反映した 5 項目からなるチェックリストである。いずれのチェックリストも、SCS の有無のみを判定する。SCS は米国および国際的なサンプルにおいて、5 つの症状ドメイン内およびドメイン間で優れた内部一貫性を示した。米国での複数の研究に加え、インド、韓国、台湾、ロシア、ブラジルで行われた研究においても、SCS が一次元性を有し 5 因子構造からなることが支持された。SCI および SCI-2 のスコアはいずれも、同時期(過去 1 か月)および生涯における自殺念慮・自殺行動と関連しており、抑うつ、不安、精神病性症状に対し判別的妥当性を示した。これまでに 15 件以上の研究で、切迫した自殺念慮、準備行動、自殺企図に対する SCS の予測的妥当性が示されている。さらに、同時期や過去の自殺念慮や自殺企図と比較した場合、SCI および SCI-2 によって評価された SCS は、自殺企図の唯一の有意な予測因子であった。あるいは 1 ヶ月後の追跡調査において、SCS は自殺念慮や自殺行動への増分的な予測的妥当性を示した。自殺行動の予測精度は、SCS の 5 つの構成要素すべてを考慮した場合に最も高かった。SCS はカテゴリー別の客観的診断法として、救急外来・入院病棟・外来診療において高リスク患者を扱う現場の臨床医に実用的な情報を提供し、臨床意思決定の簡略化に寄与する可能性がある。最も重要な点は、SCS の臨床応用により、臨床医による高い臨床有用性の認識が得られたことに加え、入

院/退院判断における実際の臨床有用性も確認されたことである(SCS 陽性/陰性判定との一致率は 91%)。さらに、SCS と診断された患者は診断されなかった患者と比較して、退院後の一般救急外来および自殺関連救急外来への再受診率が 75%低かった。SCS の心理測定の妥当性と臨床的有用性を踏まえ、世界中の臨床現場(特にイスラエル、ハンガリー、ノルウェー、台湾、チリ、トルコ、スペイン)で、SCS 診断ツールが診療ワークフローに導入される動きが拡大している。この目的のもと、SCI-2 および SCS-C は、4 大陸 16 カ国で 14 言語に翻訳されている。国際自殺予防評価研究協力(International Suicide Prevention Assessment Research Collaboration)のデータを用いた現在進行中の研究によると、SCS が同時点における自殺行動の優れた異文化横断的予測因子となることが示唆されており、ROC 曲線下面積は 0.83 ~0.95 である。SCS 評価が臨床ツールとして急速に普及し、自殺特異的診断として DSM への収載が提案されたことにより、以下の重要な研究課題が明らかになっている。第一に、SCS と他の DSM 診断との鑑別的妥当性に関するエビデンスを強化する必要がある。SCS は抑うつ、敵意、恐怖症、対人関係問題といった次元の尺度に対しては弁別的妥当性を認めるが、大うつ病性障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害などの診断との鑑別的妥当性については現在研究中である。第二に、SCS の持続期間の明確化が必要である。また、繰り返す SCS エピソードと自殺行動リスクの関連性の解明も求められる。第三に、多様な外来・入院・救急医療現場において、SCS 評価を臨床意思決定ツールとして用いることの臨床的有用性に対する、さらなる国際的検証が求められる。最後に、SCS に対する薬物療法および精神療法の有効性を評価する臨床試験が必要である。これらの課題はすべて、我々の研究グループおよび世界中の何十もの研究者によって現在研究が進められている。DSM(あるいは ICD)コード化された SCS 診断により、自殺念慮や自殺意図を否定する高リスク患者においても、切迫した自殺リスクを評価・低減するための体系的手段を臨床医に提供することが可能になる。同時に、自殺念慮を自己申告しているものの自殺行動のリスクが低い患者を鑑別することも可能となる。さらに、SCS の概念的・操作的明確性により、自殺リスクの高い患者への対応に対する臨床医の不安感が軽減され、結果として効果的な治療同盟の構築を促進する可能性が高い。最後に、DSM に基づく SCS 診断を用いた自殺リスク評価の明確化は、医療訴訟の減少、教育の促進、新規治療法開発に向けた研究の活性化をもたらすと考えられる。これらはいずれも、自殺予防の強化と最大化に不可欠である。

〔翻訳:遠藤 晃太〕

FORUM – ETHICAL CHALLENGES IN CONTEMPORARY PSYCHIATRY

■S. GALDERISI, P.S. APPELBAUM, N. GILL ET AL. Ethical challenges in contemporary psychiatry: an overview and an appraisal of possible strategies and research needs. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 364-386.

[Ethical challenges in contemporary psychiatry: an overview and an appraisal of possible strategies and research needs](#)

<要旨>

本論文は、精神医学における倫理的状況の変遷を概観し、パターンリズムから国連障害者権利条約(CRPD)を基軸とした人権尊重および意思決定支援の枠組みへの移行を論じている。非自発的治療、デジタル精神医学、早期介入、終末期の意思決定といった現代的課題を扱い、社会価値の変化や共有意思決定の進展、および善行原則と自律尊重原則という原則間の対立が生む緊張関係を浮き彫りにしている。著者らは、既存の倫理的ギャップを埋め、公平かつ健全なケアを実現するために、専門家、政策立案者、当事者ら全てのステークホルダーによる政策・倫理綱領の抜本的な再考と協働が不可欠であると提唱している。

<抄録>

精神医学は、倫理的問題の大部分を他の医学分野と共有しているが、特有の課題にも直面している。世界精神医学会の倫理綱領は指針を提供しているが、多くのメンタルヘルス専門家は、その綱領やそれが支持する原則を認識していない。さらに、倫理綱領に従うだけでは、原則間の衝突や、知識・文化・態度・社会経済的状況の継続的な変化から生じる倫理的ジレンマに対処するには必ずしも十分ではない。本論文では、現代精神医学において困難な倫理的課題を提起し、臨床実務、教育、研究活動に重大な影響を及ぼす可能性があり、かつ専門職の倫理綱領の改訂を必要とする可能性のあるトピックを特定する。これらには、人権とメンタルヘルスケア・研究・研修の関係、人権と精神保健法規、デジタル精神医学、精神医学における早期介入、精神疾患を有する者による終末期の意思決定、臨床・研修・研究における利益相反、そしてメンタルヘルスケア・政策・研究・研修の議題形成における当事者や家族・身近な支援者の役割が含まれる。各トピックについて、倫理的懸念を明らかにし、それらに対処するための戦略を提案し、それらの戦略が伴うリスクに注意を促すとともに、今後の研究によって埋めるべきギャップを強調する。結論として、精神医学における現在の倫理的課題に効果的に対処するためには、多様なステークホルダーからの意見、柔軟で寛容な議論、新しいケアモデル、そして日常的な臨床現場・研修・研究において実装を普及・展開するための適切な組織的能力とともに、政策、サービス、研修、態度、研究方法、および倫理綱領を再考する必要がある。

〔翻訳：清水 俊宏〕

Commentaries

■N. MARTINEZ-MARTIN. A broader approach to ethical challenges in digital mental health. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 394-395.

[A broader approach to ethical challenges in digital mental health](#)

デジタルメンタルヘルスの倫理的課題に対するより包括的なアプローチ

<要旨>

本論文は、精神医療におけるデジタルツールの倫理的課題を論じている。デジタル医療ツールは診断・治療の質向上やメンタルヘルス支援の拡大に寄与し得る一方、データ利用やバイアスによる不公平性など、既存の社会的不平等を反映する側面も持つ。著者らは、ツールが使用されるシステム全体の評価や、多様な当事者の関与を通じた公平性確保の必要性を指摘している。

＜全文＞

Galderisi らは「デジタル精神医療」がもたらす課題を含む、精神医学における現在の倫理的課題についての概説を提供しており、また、概説とともにこれらの倫理的課題に対処するための提言も述べている。彼らが述べているように、「デジタル精神医療」は多様なデジタルツールを包含しており、メンタルヘルスアプリ、チャットボット、遠隔医療プラットフォーム、人工知能(AI)などがこれにあたる。これらのツールによって診断と治療の質を改善し、また社会的弱者層のメンタルヘルスサービスへのアクセスを促進できる可能性がある。特にデジタルメンタルヘルスツールは、低中所得国におけるメンタルヘルスのサポートの拡大に寄与し得る。著者らがデジタルツールの使用について指摘している倫理的課題の多くは、より広い社会における不平等や課題を反映している。例えば米国では、精神医療の保険が不足していることや医学研究において人種的マイノリティが反映されにくいことが、デジタル精神医療におけるアクセスと公平性に困難を生じさせている。多くの点で、デジタル精神医療がもたらす倫理的課題は、精神医療の恩恵を受ける者と受けられない者に関する、これまで長い間指摘されてきた懸念を反映している。Galderisi らが提唱する一連の先見的な提言が示しているのは、これらの倫理的課題は、精神医学における公平性と包摂性を一層推進するための機会と捉えることもできるということである。デジタルヘルスの倫理に関する議論は、社会的コンテクストを含むように問題の範囲を広げることにより意味のあるものとなる。Galderisi らは、精神医療の研究・開発・アクセスにおける不平等、また、患者の声が過小評価され見過ごされてきたという精神医学における歴史的な権力の不均衡に言及している。デジタルヘルス技術に関連する倫理的課題へのより幅広いアプローチは、こうした技術をめぐる問題が、技術が開発・適用される社会制度との相互作用によって生じることが多い、という点を認識するものである。例えば、デジタル精神医療ツールのプライバシーと安全性は、それらが使用される特定の規制環境やインフラ(例:ブロードバンド、ハードウェア)の文脈の中で理解されなければならない。デジタルヘルスツールや医療 AI は費用対効果の向上を目的に推進されることが多いが、こうしたビジネス志向の強調は、低所得層に対して質の低いサービスが許容されるかどうかなど、どの程度のコストのトレードオフが許容されるかという議論を見えづらくする可能性がある。医療機器を規制する機関は、ソフトウェアや AI を扱う際にしばしば苦慮するが、利用者や患者もまた、自身のニーズに適した効果的なデジタル精神医療ツールを選択するための情報を入手するのに困難を抱えている。これまで、効果的なデジタルメンタルヘルスツールの評価を支援する先駆的な取り組みが行われてきた。例えば米国精神医学会(APA)のメンタルヘルスアプリ評価ツールなどである。しかし、依然として、臨床医や患者がメンタルヘルスケアツールと現実的にどのように関わるかも含めて評価する新たな評価モデルが必要とされている。例えば、規制当局や保険会社がデジタルメンタルヘルスツールの評価・承認に使用する指標の一部は、利用者や患者の視点から見て生活の質を実質的にどのように向上させるかという側面を捉えきれていない可能性がある。また、デジタル医療ツールの効果を意味ある形で評価するには、ツールそのものという視点を超え、そのツールが特定のシステム内で使用される際の有効性を評価する必要があるという認識も高まっており、デジタル精神医療ツールの開発過程において、多様なコミュニティや当事者経験を持つ人々の関与をさらに強めることが、これらのツールを改善するために不可欠である。残念ながら、デジタルメンタルヘルスをめぐる誇大宣伝は、未だ検証されていない技術の急速な導入と表裏一体であることが多い。例え

ば、大規模言語モデル(LLM)や生成 AI は、精神医学を含む医療分野で急速に採用が進んでいる。これらのデジタルツールは、実際の使用目的にどの程度対応できるかが十分に判断される前に、費用対効果の高い時間節約ツールとして受け入れられている。医療分野における生成 AI の潜在的問題は、情報に含まれる可能性のある差別的バイアスから、個人データの収集・開示リスクまで、次々と明らかになっている。明確な目的に対する評価と指針を示すまでの時間を確保するためにも、精神医学分野における新たなデジタルツールの導入には、より慎重な対応が求められる。デジタル精神医療において、プライバシーは依然として重大な懸念事項である。デジタルメンタルヘルスツールは、位置情報など、精神科医や患者が認識していない情報を収集することが多い。こうした情報は些細に見えるかもしれないが、ユーザーの行動分析を通じて、機微な情報や予測情報を推測する可能性を秘めている。現代のデータ環境では、個人データの売買・仲介は数十億ドル規模の利益を生む。こうしたデータ利用の実態は、患者が予期し得ない影響を及ぼす可能性がある。匿名化されたデータでさえ再識別される可能性が高まっており、こうしたデータから構築されたユーザープロフィールは、詐欺的なマーケティング手法の標的として利用されたり、雇用や教育の機会への二次的な影響を招いたりする恐れがある。さらに米国など、多くの人々にとってメンタルヘルスクエアが経済的に利用しづらい国では、人々は事実上、医療へのアクセスと引き換えに個人情報を提供せざるを得ない状況に置かれる可能性がある。公平性とバイアスの問題から、デジタルツールや AI ツールが実際にどの程度多様な集団に効果を発揮するかという現実的な疑問も生じている。バイアスの一般的な原因の一つは、デジタルツールの訓練・開発に使用されるデータが対象集団を十分に反映していない可能性がある点である。例えば、多様な人種・性別や障害を持つ参加者などが含まれていない場合が挙げられる。バイアスの可能性は、アルゴリズムバイアスの問題だけでなく、ツール自体が異なる集団に対して効果的に機能しない設計である場合や、特定の状況下での使用が不公平な結果を招く場合も含まれる。公平性の問題に対応するためには、多様なバックグラウンドを持つ研究者や臨床医をデジタル精神医療ツールの開発・設計に参画させることが必要となる。Galderisi らが指摘するように、精神医学の学問体系と手法は、刑事司法制度や教育制度などにおける社会的統制のために利用されてきた長い歴史を持つ。デジタル精神医療ツールは、弱い立場や少数派の集団を政府機関による懲罰的介入の対象として特に高いリスクに晒す形で適用される可能性がある。したがって、精神医学の専門家は、社会の他の領域においてデジタル精神医療ツールの使用がもたらす社会的・法的影響を予測し対処するために、慎重な取り組みを行うことが重要である。デジタル精神医療ツールの開発には、倫理的課題を認識することだけでなく、これらのツールが創り出すシステムと世界について熟考し構想する時間も必要である。Galderisi らは一連の行動指針を提示しており、それらを総合的に捉えることで、より公平で包摂的な精神医療の未来像が浮かび上がる。今こそ新たな精神医療の枠組みとシステムを構築する好機であり、デジタルツールが人間の共感と創造性を支え、心の健康が育まれる環境を実現すべき時である。

〔翻訳: 中村 理乃〕

■S. TYANO. Ethics from the lens of the social dimension of psychiatry. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 396-397.

[Ethics from the lens of the social dimension of psychiatry](#)

精神医学の社会的側面からみた倫理

＜要旨＞

エンゲルは生物・心理・社会モデルを歴史的な観点から提唱したが、近年では、精神医学を主に社会的側面から理解するための努力が行われている。精神医学の倫理もこうした動きと無関係ではなく、例えば、エビデミック、災害、戦争などの外的事象と精神医学の関わり、精神疾患や精神科スタッフに対するスティグマ、反精神医学運動、行動制限、安楽死、児童青年期の医療などの問題が、倫理に関わる社会的な側面として挙げられる。我々は現在、社会と精神医学のあいだの相互作用について総じて以前よりもよく理解しているといえるだろうが、各国の倫理委員会や国際的な倫理委員会では、患者の権利と精神科医の義務や権利とのあいだの「対話」を考慮する必要がある。また、診断および治療プロセスの透明性を高めることで、精神疾患や精神科スタッフに対するスティグマを減らすことができるだろう。

＜全文＞

歴史的な観点から、エンゲルは精神病理学を生物、心理および社会の 3 つの要素による相互作用の結果として概念化した。20 世紀前半には主に精神疾患の心理学的な構成要素の概念化が行われ、20 世紀後半には生物学的な要素の理解が行われた。我々は現在、21 世紀にあるが、ここでは精神病理学に対する治療アプローチや精神科医-患者関係に影響を与えるような社会的プロセスをよりよく理解するための努力が絶え間なく行われている。精神医学は他の医療領域以上に、エビデミック、自然災害、戦争といった社会を蝕む外的事象の影響を受けやすい。こうした出来事の際は、トリアージのように倫理的に相反する可能性のある状況（例：誰を先に治療するか決めるなど）で医師の義務および権利を決定できるような倫理委員会の存在がしばしば必要となる。COVID-19 パンデミックでは、精神疾患の疫学およびメンタルヘルスサービスへのアクセスがいかに社会的要因と身体的健康の両方と分かちがたく結びついているかが明らかになった。ここでは悲嘆、孤立、収入の喪失および恐怖により既存のメンタルヘルスの問題が悪化したり、新しい問題が生じたりした。パンデミックによって、医学と公衆衛生において生物学的な側面と社会的な側面が密接に絡み合っていることが明らかになったのだ。トランスジェンダーの個人に対する医学的処置の合法化や、安楽死の法制化といった社会の価値観や規範に対する大きな変化が起こった際は、医療スタッフ内の精神科医の立場も再定義されることとなり、また患者と医師両方に関わるさまざまな感情的、宗教的、思想的側面を考慮した上で倫理ガイドラインを制定する必要性が生じる。Galderisi らの論文は、こうした変わりゆく社会のシナリオを広範に反映して論じたものである。ここでは、著者らの論点のうち 3 つを取り上げる。1 つ目は社会全般の精神疾患に対するスティグマ、そして特に医療界におけるスティグマである。精神病理の発症における社会/環境要素の重要性を示す研究や、身体疾患と情動の状態が密接な関係にあることを示す研究によって、こうしたスティグマを減らすことができる。また、一般病院に精神科病棟を導入することは、こうした変革の結果として起こることでもあり、また変革をさらに推し進める際に決定的な役割を果たすものでもある。関連して、精神科医が領域横断的な医療チームや病院倫理委員会などに参加することの重要性もまた、以前より明確になってきている。さらに、身体医学と精神医学の倫理コードがかなりの部分、特に治療者-患者関係の点で似通っていることも徐々に明らかになってきた。次に私が強調したいのは、精神科医と、患者家族団体との関係が変わりつつあることだ。我々はつい最近、元入院患者やその家族、人権団体らによる反精神医学運動を目撃したばかりだ。社会レベルでの関わりによって、我々のあり方は父権主義的なものから、より傾聴的で平等主義的なものに変化した。我々は活動家に「立場を越えて対話の場に参加してもらおう」よう促しはじめた。つまり、彼らが我々の会議に参加して彼ら自身の視点を共有し、我々とともに生活の質、患者の権利、治療の有効性と副作用の兼ね合い、強制治療が必要な状況などのジレンマについて、互いの尊重をベースに話し合えるよう促しはじめたのである。今日では多くの国で、精

神疾患の患者代表がこうした問題を話し合い、研究リソースを配分するための会議に招かれて参加している。こうした協働は我々の考えや活動のやり方の透明性を向上させ、精神医学にまつわるスティグマを減らすのにも貢献している。以上のような我々のあり方の変化は WPA Code of Ethics にも明確に反映されている。未だ議論が残り、精神医学に関わる職業へのスティグマにもつながっているのは、強制的介入 (coercive measure) の問題だ。これは患者の自律権を否定しているように思える。そして自律権は、善行、無危害、正義とともに医療にかかわる倫理コードの 4 原則を占めるものだ。自律 (autonomy) という語は、患者が治療を拒否する権利を表している。ただし、精神病症状を有する患者における自律の定義は非常に複雑である。なぜなら、患者の「自由」意思それ自体が精神症状や病識の欠如により影響を受けているからだ。行動制限に限らず、精神科治療の目的は、患者が独立して機能するのに必要な判断能力を回復させることである。こうした問題への関心の高まりによって、すでに多くの国で強制入院や物理的行動制限の件数は減少しており、それに代わってクライシス・ユニットや「バランシング・ハウス」を地域コミュニティ内に設けるといった治療方法が、入院の代替として用いられることが増えている。患者の自律権に関するもう一つの問題は、安楽死だ。患者が長寿よりも生活の質を優先することを自由に選べるとき、人生を終わらせたいという彼らの望みを満たすプロセスにおいて、精神科医の役割がもしあるとすれば、どんなものになるだろうか？ 有名な外科医である C. Bernard はこう述べている。「私は、自分の何年にもわたる経験から、死は必ずしも敵ではないと学んだ。死が適切な治療となる場合もある。しばしば、医療が提供できなくなってしまったものを死が成し遂げることがある。それは、苦しみを終わらせることである。」私は、精神科医はこの点について 2 つの役割を担うことができると思う。1 つは、患者の望みが「明晰な精神状態」のもとでなされているかを確認することで、もう 1 つは患者の死にたいという意思が、精神病理学的な状態から二次的に生じたものではないことを確かめることだ。ただし残念なことに、こうした評価を真に信頼できるものとして行うためのツールは現在のところ存在しない。安楽死に関して最近起こった進歩は、精神科医が自らの道徳的および宗教的観点に従って行動すること、そして (必須ではないが) 場合により、患者の望みを精査する医療チームの一部として行動することに同意してくれる同僚に、この判断を委ねることが、倫理的に正当化されるようになったことだ。また、医学生やレジデントが職業上の訓練を受ける際にこうした問題をよく話し合うことも重要である。残念なことに、精神医学においても他の医学領域においても、倫理教育は職業カリキュラム上で十分な位置を占めるに至っていない。また、独自の倫理コードを定めている各国の精神医学協会の数も非常に少ない。これはおそらく、倫理コードを定めることで、臨床家の行動の自由が制限されるのではないかという感覚のためだろう。我々は、ガイドラインの策定により個々の精神科医が自らの価値観や専門性を生かす際に受けられる道徳的、法的な保護などの、倫理コードがもたらすメリットについて強調していく必要がある。こうした道徳的、法的保護は非常に重要なものであり、患者にとっての最善の利益が明らかでない場合や、患者の最善の利益が職業上の最善の実践と衝突する場合に特に大切となる。精神医学や他の医療スタッフに特に見逃されているのは、児童青年期の臨床マネジメントにおける倫理だ。例えば、精神科医は誰に対して一番誠実であるべきだろうか？ 子どもか、保護者か、家族全体か、紹介元の医療機関か、自分が給料をもらっている医療機関か？ 子どもから同意を得ることは临床上必要だが、法的に必須なわけではない。それでもなお、精神科医は子どもが治療のプロセスをよく理解できるよう、年齢や認知面、情動面の発達に応じた支援に努める必要がある。結論として、我々は現在、社会と精神医学のあいだの相互作用について以前よりもよく理解しているといえるだろう。各国の倫理委員会や国際的な倫理委員会では、患者の権利と精神科医の義務や権利とのあいだの「対話」を考慮しなければならない。診断および治療プロセスの透明性を高めることで、精神疾患や精神科スタッフに対するスティグマの部分的な (しかし非常に有意義な) 減少をもたらすことができるだろう。

RESEARCH REPORTS

■S. HARTMANN, D. DWYER, B. CAVVE ET AL. Development and temporal validation of a clinical prediction model of transition to psychosis in individuals at ultra-high risk in the UHR 1000+ cohort. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 400-410.

Development and temporal validation of a clinical prediction model of transition to psychosis in individuals at ultra-high risk in the UHR 1000+ cohort

UHR1000+コホートにおける精神病移行超高リスク者を対象とした精神病移行予測モデルの開発と経時的妥当性の検証

<要旨>

精神症へ移行する超高リスク群(UHR)のうち精神症へ移行するリスク因子をコホート研究で調査し、またその予測モデルを作成、検証した。リスク因子の調査では、CAARMS の滅裂な発言の重症度スコア、CAARMS の思路障害の重症度スコア SANS 合計スコア、SOFAS スコア、発病から治療開始の時間が有意に精神症への移行のリスクを上昇させた。また BLIPS(1 週間以内に自然に消退する診断閾値の精神病症状を経験した個人)はその他の超高リスク群と比較して有意に発症のリスクが高くなった。予測モデルの内部検証では、経時的な予測モデルの性能の低下が認められた。結論として、今後も大規模データを用いた予測リスクモデルの作成が求められるが、経時的な予測精度の低下への注意、およびその評価が必要である。

<抄録>

精神症の超高リスク(Ultra-High Risk: UHR)という概念は、数十年にわたり精神医学研究の最前線に位置しており、その最終的な目的は、リスクが高い個人における精神病性障害の発症を予防することである。オーストラリア・メルボルンに拠点を置く Orygen は、この臨床集団を対象として、観察研究および介入研究を数多く主導してきた。これらのデータセットは現在、UHR 1000+ コホートとして統合されており、1,245 名の UHR の個人から構成され、追跡期間は 1 年から最長 16.7 年に及んでいる。本論文では、このコホートの概要を記述するとともに、当該コホートにおける精神症への移行を予測する臨床予測モデルを提示し、さらに UHR サンプルが時間とともに変化することがモデルの予測性能にどのような影響を及ぼすかを検討する。精神症発病への移行を、Cox 比例ハザードモデルを用いて解析した。精神症発病への移行を予測する臨床的因子は、多重代入法および Rubin のルールを用いて、コホート全体において検討した。経時的な予測性能の低下を評価するため、1995 年から 2016 年までのデータを用いて初期モデルを構築し、その後、2017 年から 2020 年のデータを用いてモデルの検証を行った。追跡期間中、220 例(17.7%)が精神病性障害を発症した。統合されたハザード比(HR)の推定結果から、以下の因子が精神症への移行を予測することが示された。・ CAARMS (精神疾患リスク状態包括的評価)の「支離滅裂な発語」下位尺度の重症度スコア(HR=1.12、95%信頼区間

[CI]:1.02–1.24、 $p=0.024$)・CAARMSの「特異な思考内容」下位尺度の重症度スコア(HR=1.13、95% CI:1.03–1.24、 $p=0.009$)・SANS(陰性症状評価尺度)の総得点(HR=1.02、95% CI:1.00–1.03、 $p=0.022$)・SOFAS(社会的・職業的機能評価尺度)スコア(HR=0.98、95% CI:0.97–1.00、 $p=0.036$)・症状発症からUHRサービスへの受診までの期間(対数変換)(HR=1.10、95% CI:1.02–1.19、 $p=0.013$)また、短期間限定間欠性精神病症状(BLIPS)の基準を満たしたUHR個人は、減弱した精神病症状(APS)の基準を満たした者(HR=0.48、95% CI:0.32–0.73、 $p=0.001$)や、特性リスク基準(第一度近親者に精神病的障害の既往がある、または統合失調型パーソナリティ障害を有し、かつ過去1年間に有意な機能低下を認める)を満たした者(HR=0.43、95% CI:0.22–0.83、 $p=0.013$)と比較して、精神症へ移行するリスクが高かった。1995年から2016年のデータに基づいて構築されたモデルは、モデル構築時には良好なキャリブレーションを示していたが、2017年から2020年のデータで検証した際には、20.2~35.4%のキャリブレーションドリフトが認められた。UHR 1000+ コホートのような大規模な縦断データは、正確な精神症への移行の精神病学予測モデルを開発するために不可欠である。また、時間の経過とともに臨床的有用性を低下させうる時間的ドリフトについて、既存および将来のリスク計算ツールを評価することが極めて重要である。

〔翻訳:阿瀬 斐〕

■L. SCHUMACHER, J.P. KLEIN, M. HAUTZINGER ET AL. Predicting the outcome of psychotherapy for chronic depression by person-specific symptom networks. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 411-420.

[Predicting the outcome of psychotherapy for chronic depression by person-specific symptom networks](#)

個人特異的な症状ネットワークによる慢性うつ病に対する心理療法のアウトカムの予測

<要旨>

慢性うつ病患者における個人特異的な症状ネットワークの構造が、心理療法後の評価者評価によるうつ病重症度を予測できるかどうか検証した。検証の結果、個々人の症状ネットワークにおける症状の関連性ならびに症状の中心性指標が、治療終了時ならびに終了1~2年後のうつ病重症度を予測する優れた予測因子であることが明らかになり、慢性うつ病の個別化治療につながると期待される。

<抄録>

うつ病の治療において心理療法は有効ではあるものの、その効果量は中程度にとどまる。治療の個別化によって、より良い結果が得られることが期待される。精神病理学のネットワーク理論は、個人特異的な症状ネットワークに見られる症状同士の相互作用が、その患者に対する治療計画の立案を導く手がかりになり得るという新しいアプローチを提示している。48週間にわたり疾患特異的または非特異的な心理療法を実施した254名の慢性うつ病患者を対象に、治療終了時および治療終了1・2年後の観察者評価によるうつ病重症度を、個人特異的な症状ネットワークが予測するかどうかを検討した。患者が自己評価した症状データに対して、時変マルチレベルベクトル自己回帰モデルに基づき、個人特異的な症状ネットワークを構築した。これらの個人特異的なネットワークの構造を記述する統計的パラメーターを用いて、治療効果を予測した。まず、症状の中心

性(centrality)パラメータを予測因子として用いた。次に、症状間の二項関係の強さを示すパラメータを選択するために、機械学習アプローチを用いた。私たちは、個人特異的な症状ネットワークに関する情報が、治療終了時の評価者評価による抑うつ重症度の予測精度を、ベースラインで収集された通常の共変量と比較して大幅に向上させることを見出した。このことは、1 年後および 2 年後の追跡調査における評価者評価による抑うつ重症度予測についても示された。症状間の二項関係は、治療終了時および 1 年後のうつ症状の重症度を予測する上で、症状の中心性パラメータよりも優れた予測因子であった。個別のネットワークを臨床現場で信頼して利用できるようになる前に、我々の研究結果の再現および外部検証、方法論の開発、そして臨床実装の方法に関する検討が必要である。それでも、我々の結果は、個人特異的な症状ネットワークの構造が、慢性うつ病の治療の個別化に有益な情報を提供し得ることを示している。

〔翻訳:川竹 絢子〕

■N.C. MOMEN, S.D. ØSTERGAARD, U. HEIDE-JORGENSEN ET AL. Associations between physical diseases and subsequent mental disorders: a longitudinal study in a population-based cohort. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 421-431.

[Associations between physical diseases and subsequent mental disorders: a longitudinal study in a population-based cohort](#)

身体疾患とその後の精神疾患との関連:住民ベースコホートによる縦断的研究

<要旨>

本研究では、デンマークの住民ベースのコホートデータを使い、9つの広範な身体疾患カテゴリーと精神疾患発症のリスクとの関連を網羅的に調査した。その結果、がんを除く全ての身体疾患で何らかの精神疾患の発症リスクが上昇していることが明らかになり、身体疾患の治療においても二次的な精神疾患の発症に留意する必要性を示唆している。

<抄録>

身体疾患患者は、その後の精神疾患リスクが高いと報告されている。しかし、これまでの研究は、ごくわずかな条件の組み合わせしか検討していないか、あるいは相対リスクしか報告していなかった。本研究では、身体疾患とその後の精神疾患との関連を体系的に検討することを目的とした。2000 年から 2021 年の間にデンマークに住んでいた 7,673,978 人を対象とした住民ベースのコホートを調査し、合計で 1 億 1,930 万人年にわたって追跡した。本研究では、9 つの広範な身体疾患カテゴリー(心血管系、内分泌系、呼吸器系、消化器系、泌尿生殖器系、筋骨格系、血液系および神経系の疾患、ならびにがん)に含まれる 31 の特定の疾患と、その後の精神障害と診断されるリスク(ICD-10 の 10 診断群に基づく:器質性(症候性を含む)精神疾患、精神作用物質使用による精神疾患、統合失調症および関連疾患、気分症、不安・ストレス関連・身体表現性疾患、摂食障害、パーソナリティ障害、知的発達症、広汎性発達症、小児期・青年期に発症する行動・情動障害)との関連を評価した。ポアソン回帰を用いて、身体疾患と精神疾患の組み合わせに対する全体および時間依存的な発生率比(IRR)を、年齢、性別、暦時間を調整して算出した。絶対リスクは Aalen-Johansen 推定量を用いて算出された。追跡期間中に、合計で 646,171 人(8.4%)が何らかの精神疾患を有すると特定された。がんを

除くすべての身体疾患は、いずれかの精神疾患のリスク上昇と関連していた。身体疾患と精神疾患の 9 つの身体疾患カテゴリーと精神疾患との組み合わせにおける IRR の中央値は 1.51 だった(範囲:0.99~1.84、四分位範囲:1.29~1.59)。IRR(発生率比)は、がんの後では 0.99(95%信頼区間:0.98~1.01)、筋骨格系疾患の後では 1.84(95%信頼区間:1.83~1.85)と幅があった。身体疾患の診断後のリスクは、時間とともに変化した。身体疾患の診断から 15 年以内の累積的な精神疾患の発症率は、がんでは 3.73%(95%信頼区間:3.67~3.80)であったのに対し、呼吸器疾患では 10.19%(95%信頼区間:10.13~10.25)であった。これらのデータは、ほとんどの身体疾患が、その後の精神疾患のリスク上昇と関連していることを示している。身体疾患を治療する臨床医は、二次的な精神疾患の発症の可能性に常に注意を払うべきである。

〔翻訳:川竹 絢子〕

■C. HEALY, U. LÅNG, K. O'HARE ET AL. Sensitivity of the familial high-risk approach for the prediction of future psychosis: a total population study. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 432-437.

Sensitivity of the familial high-risk approach for the prediction of future psychosis: a total population study

将来の精神病発症予測における家族性ハイリスクアプローチの感度:全人口研究

<要旨>

親が精神病性障害を有する場合、子の精神病的発症リスクが高くなるが、精神病的家族性ハイリスク(FHR-P: familial high-risk for psychosis)アプローチが集団中の全精神病的症例のうちどの程度の割合を把握できているかは現在、明らかになっていない。我々は 1987 年 1 月 1 日から 1992 年 12 月 30 日までにフィンランドで出生したすべての個人を対象として前向きコホート研究を実施し、FHR-P アプローチおよび診断横断的家族性リスクアプローチ(TDFR-P: transdiagnostic familial risk approach)の対象となった症例における精神病的絶対リスクおよびそれらが精神病的症例全体に占める割合を調査した。結果として、FHR-P と TDFR-P の感度およびそれぞれの対象症例が精神病的症例全体に占める割合は、FHR-P/TDFR-P の判定が行われた年齢によって特筆すべき差異を認めしたが、精神病的絶対リスクは比較的、時期による差異が小さかった。以上の分析結果は、実践的な意思決定が必要な精神病的リスクに対する介入戦略に必須の情報を提供するものである。

<抄録>

親が精神病性障害を有する場合、その子は精神病的発症リスクが上昇するが、精神病的家族性ハイリスク(FHR-P: familial high-risk for psychosis)アプローチが集団中の全精神病的症例のうちどの程度の割合を把握できているかは現在、明らかになっていない。この情報があれば、有用な介入が行われた場合にハイリスクアプローチがどの程度の精神病的症例を予防しうるかを知ることができるため、この情報は予防研究および保健サービス計画において必須である。我々は 1987 年 1 月 1 日から 1992 年 12 月 31 日までにフィンランドで出生したすべての個人を対象として前向きコホート研究を実施し、FHR-P アプローチおよび、親の精神疾患による入院情報に基づいた診断横断的家族性リスクアプローチ(TDFR-P: transdiagnostic familial risk approach)の対象となった症例において、精神病的絶対リスクおよびそれらが精神病的症例全体に占める割合について調査した。分析対象となる子供集団(index children)について、非情動性精神病(non-affective

psychosis, ICD-10: F20-F29)および統合失調症(ICD-10: F20)の結果を 2016 年 12 月 31 日まで集計した。index children (N=368,937)のうち、1.5% (N=5,544)が FHR-P 基準に合致し、10.3% (N=38,040)が TDFR-P 基準に合致した。研究エンドポイントの時点で、index children のうち 1.9% (N=6,966)が非情動性精神病、0.5% (N=1,846)が統合失調症と診断されていた。感度については、index children におけるすべての非情動性精神病症例のうち 5.2% (N=355)が FHR-P によって把握されており、20.6% (N=1,413)が TDFR-P によって把握されていた。非情動性精神病的絶対リスクは FHR-P の対象集団で 6.4%、TDFR-P の対象集団で 3.7%であった。FHR-P と TDFR-P の感度およびそれぞれの対象症例が精神病症例全体に占める割合は、FHR-P/TDFR-P の判定が行われた年齢によって特筆すべき差異を認めた。その一方で、精神病的絶対リスクは比較的、時期による差異が小さかった。以上の分析結果は、実践的な意志決定が必要な精神病的リスクに対する介入戦略に必須の情報を提供するものである。

〔翻訳:宮本 紘子〕

INSIGHTS

■M. BERKING. Emotion regulation and mental health: current evidence and beyond. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 438-439.

[Emotion regulation and mental health: current evidence and beyond](#)

情動制御と精神衛生における最新のエビデンスと今後の展望

<要旨>

情動制御の不得手さ、不適切な対処がすべての精神疾患の発症、維持に影響を与えるとされている。不適切な情動への対処行動は即時的な効果をもたらすが不適切な対処行動の強化を促すことにつながるため、適切な対処行動を習得する必要がある。疾患横断的に作用が期待されることから、さらなる研究が期待される。

<全文>

情動制御(emotion regulation: ER)という概念は、精神疾患およびその治療に関する研究において大きな注目を集めている。この概念が広く支持されている背景には、「望ましくない感情に対して適応的に反応できないことが、ほとんどの精神病理の発症および維持に寄与する」という前提がある。この点は、主に望ましくない感情が過剰になることによって定義される精神疾患(例: 不安障害や気分障害)を考えれば明らかである。これらの疾患では、ほぼ定義上、望ましくない感情が持続または増幅すること自体が、個人がそれらを適切に制御できないことに起因するといえる。しかし、他の精神疾患における多くの行動・認知面の症状も、情動を制御するための対処が機能不全を起こしている、と概念化できることを考えると、この枠組みの適用範囲はさらに広がる。例としては、不安を軽減するために回避が用いられる場合、孤独感を麻痺させるためにアルコールが摂取される場合、感情的苦痛から注意をそらすために過食が行われる場合、あるいは問題解決へのプレッシャーを下げたり、さらなる失望から自分を守るために、状況を「制御不能で希望がない」と評価する場合などが挙げられ

る。これらすべての場面において、行動あるいは認知面での対処は、望ましくない感情を一時的に和らげる効果をもたらす。しかし、こうした不適応的な対処の即時的な緩和効果はその使用を強化してしまうため、個人は次第にそれら対処への依存を強め、最終的には不安障害、アルコール使用障害、摂食障害、気分障害などの診断基準を満たすに至る。重要な点として、このような経過は、個人が不適応的な対処の中期的・長期的な負の影響に気づき、望ましくない感情に対処するより適応的な方法へと転換できれば、防ぐことが可能である。しかし、そのような転換は、効果的な情動制御が不得手である限りは成功しない。すべての精神疾患はおそらくネガティブな感情を即座に軽減させる行動や認知によって維持されていると考えられ、また、苦痛を抱える個人は、より適応的な代替手段が存在しない場合、それらの対処を用いる可能性が高い。したがって、すべての精神疾患は、かなりの程度において情動制御の不得手さによって維持されていると仮定することができる。この枠組みに基づけば、精神疾患を有する患者は、効果的な情動制御の方法を体系的に高める治療から恩恵を受けるはずである。Adaptive Coping with Emotions Modelのようなエビデンスに基づく情動制御モデルでは、望ましくない感情の強度や持続時間を修正する能力、ならびに修正が不可能な場合にそれらを受容し耐える能力を育成することが重要であるとされている。さらに、こうした治療は、修正および受容に向かう情動制御の方法を効果的に活用するための、いわゆる「準備的情動制御スキル」も育成すべきである。これには、自身の感情に気づく能力、感情を適切に識別し言語化する能力、そして現在の感情がどのように維持されているかを説明する心的モデルを構築する能力などが含まれる。これらは、自らの体験を正当なものとして理解し、スティグマを軽減しながら、変化や受容を促進する具体的な手段を提示する形で構築されることが望ましい。最後に注目すべき点として、これまでに検討されてきたすべての適応的な情動制御の方法は、最初のうちは好ましくない影響を一時的に増加させる可能性がある。そのため、情動制御に焦点を当てた治療では、初期の情動面での悪化にもかかわらず適応的な方法を継続的に取り組むことを可能にする自己支援スキルを強化する必要がある。これらの理論的前提に対する実証的根拠として、さまざまな精神疾患において顕著な情動制御のスキル不足が報告されている。さらに、多くの縦断研究および実験研究により、この関連は精神症状が情動制御を障害するという一方向的な関係ではなく、情動制御の欠如が精神健康に影響を及ぼすことによるものである可能性が示唆されている。特定の情動制御スキルの重要性に関しては、認知的再評価、受容、セルフ・コンパッションの有効性を支持する十分な根拠が存在する。さらに、情動制御のスキルの向上に明示的に焦点を当てた治療(例: 弁証法的行動療法)が、幅広い精神疾患の治療に有効であることが示されている。加えて、情動制御の技術の強化のみに焦点を当てた介入(例: 情動制御療法、感情制御療法)が、いくつかの疾患に対して有効であるという、より直接的な証拠も存在する。さらに、これらの研究において観察された有意な媒介効果は、情動制御のスキルの改善が症状の重症度の低下をもたらす主な要因であることを示唆している。しかし、これらの知見には期待が持てるものの、精神病理学の文脈における情動制御の研究には、いくつかの課題が残されている。まず、情動という用語自体の定義が十分に明確でない点が挙げられる。情動はさまざまな感情状態を指して用いられているが、より厳密な定義も提案されている(すなわち、情動は明確な誘因を持つ比較的短時間の体験、気分はより持続的で誘因が曖昧、ストレスは目標達成を阻害する脅威への非特異的反応、衝動は動機づけ的衝動、気持ちは情動状態の主観的体験、感情はこれらすべてを包含する上位概念である)。同様に、「制御(regulation)」という用語にも曖昧さが存在する。この語は感情を変化させるために何らかの行動を取ることを含意するが、場合によっては、情動を制御しようと意図的に介入せず、単に観察し自然な経過に委ねることが、最も適応的な反応となることもある。そのため、概念の明確さが重要な場合には、「望ましくない感情に対する適応的／不適応的反応」といった用語が有用な代替となり得る。もう一つの課題は、最も効果的な情動制御の方法を特定することが難しいことである。すべての状況においてすべての望ましくない感情を

調整できる万能な方法は存在しない。特定の方法の効果を左右する調整因子は非常に多く、あらゆる条件を網羅的に比較することは不可能である。それでもなお、「感情を変えられる可能性が低い場合は受容を用いる」「恐怖には曝露、怒りには気晴らしを用いる」といった実用的な経験則を開発・検証することは求められる。関連する課題として、単一の情動制御の方法よりも、複数の方法の組み合わせの方が有効である可能性が挙げられる。例えば、認知的再評価を行う前にセルフ・コンパッションを実践することで、認知的再評価の効果が高まることが示されている。今後の研究では、効果的な戦略の組み合わせを明らかにする必要がある。さらに、現在の研究は比較的広範な技術の枠組みに焦点を当てがちである。例えば、認知的再評価という一般的な情動制御の方法の有効性は多くの研究で示されているが、認知的再評価の方法には多様な形があり、それぞれが望ましくない感情に与える影響は大きく異なる可能性がある。したがって、同一技術の領域内における異なる適用方法の効果を比較する研究も必要である。介入研究に関しては、情動制御の技術の強化のみに焦点を当てた治療は、これまで比較的限られた精神疾患に対してしか検証されていない。今後は、より幅広い精神疾患に対する有効性を評価する必要がある。予備的根拠によれば、情動制御に対する介入の効果量は疾患特異的な治療と同程度に匹敵する可能性があるため、研究者は特に、情動制御に着目した治療では診断を横断した介入が可能になるという、特有の実践的・経済的利点を活かした治療形式の評価を優先すべきである。より具体的には、疾患特異的な個人療法に、情動制御スキルの向上に特化した、診断を横断するグループ介入を追加した場合の追加的効果を検討することが考えられる。このような組み合わせは、疾患特異的な維持因子への的確な介入を確保しつつ、診断が多様な患者に対するグループ療法の運営が容易になるという利点を同時に活用することを可能にする。

〔翻訳:阿瀬 斐〕

LETTERS TO THE EDITOR

■Peter J. Tyrer, Roger T. Mulder. The problem with borderline personality disorder. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 445-446.

[The problem with borderline personality disorder](#)

境界性パーソナリティ障害の問題

<要旨>

パーソナリティ障害という診断カテゴリーが過去に不適切と判断されながらも漫然と使用され続けている背景に触れた上で、パーソナリティ障害は特定のパーソナリティ特性と関連しておらず、過度に包括的であり、構造化された臨床的ケアを超える特異的な治療につながらない、むしろスティグマ化もつながっているという問題点を具体的に指摘し、この疾患名の廃止を訴えている。

<全文>

1980 年代後半、ICD-10 のパーソナリティ障害ワーキンググループは判断の根拠となる十分な証拠をほとん

ど持っていなかったため、やむを得ないことだが、資金力があり広く普及していた DSM 第 3 版以降の動向に倣っていた。ワーキンググループが個々のパーソナリティ障害というセンシティブな問題に取り組んだ際、「境界性パーソナリティ障害」については、その根拠となる証拠が不十分であり、含めるには至らないことが分かった。しかし、支持者たちのロビー活動によりそれは認められず、最終的に「情緒不安定パーソナリティ障害」(F60.3)という項目の下に、2 つの追加のパーソナリティ障害群が含まれることになった。1 つ目は「衝動型」(F60.30)であり、「予測不能な行動傾向」や「口論的な振る舞い」、そして「不安定で気まぐれな気分」を特徴とする。2 つ目は「境界型」(F60.31)で、不確かな自己イメージ、不安定な対人関係、見捨てられまいとする努力、反復的な自傷を特徴とする。衝動型(F60.30)が実際に使用されているという証拠は、まだあまり見られていない。一方で、境界性タイプは人格障害の診断の中で最も一般的に用いられており、「情緒不安定パーソナリティ障害」を二つの型に分けた本来の区別は、すっかり忘れ去られてしまっている。ICD-11 改訂グループは、20 年以上を経た後も同じ結論に至った。すなわち、境界性パーソナリティ障害は採用に適した診断とは見なされず、他のすべてのパーソナリティ障害のカテゴリーと同様に、新しい次元的システムでは無視されたのである。しかし、ICD-10 の場合と同様に、境界性パーソナリティ障害の診断は改定グループ以外の人々から無視されることはなかった。境界性パーソナリティ障害の省略については全般的に不満があり、何らかの形で含めるべきだという強い要望があった。そのため、折衷案として「境界性パターン指定子(borderline pattern specifier)」が追加された。2 つの改訂委員会がこの疾患を不適切として除外する決定を下したにもかかわらず、なぜ境界性パーソナリティ障害は診断名として存続し続けているのか、ということをとどのように説明できるのか。標準的な説明としては、臨床現場で有用であり、広く使用されていて、他のパーソナリティ障害と異なり治療の選択肢を提示してくれるから、というものである。しかし、1870 年から 1990 年にかけての神経衰弱の診断についても、ほとんど同じことが言える。神経衰弱は ICD-10 においても申し訳程度に掲載されたが、その定義が曖昧で、あまりに広く用いられたために鑑別能力を欠き、批判やスティグマによって有害なものとなったために、不必要であると現在では認識されている。これらと同じ懸念は、境界性パーソナリティ障害にも当てはまる。それは、あらゆるパーソナリティ障害を覆う巨大な気泡緩衝材のようなもので、表面からは簡単に見て取れる一方で、その下に潜む障害を覆い隠してしまう。パーソナリティの異常は、通常のパーソナリティ特性と同様に、持続的な特性によって判別することができる。しかし、境界性パーソナリティ障害の特徴は特性ではなく、症状や変動する行動であり、他の多くの症状性の状態と同様に、時間の経過とともに徐々に改善していく。境界性の症状を因子分析研究で検討すると、それらは多様なパーソナリティ要因や他の精神的障害にまたがって分散しており、特異性が認められない。境界性パーソナリティの特性を見つけようとするすべての試みは失敗している。境界性の症状は単独で検討すると一貫しているように見えるが、他のパーソナリティ障害の症状とともにモデル化すると、一般的なパーソナリティ障害因子へと吸収されてしまう。境界性パーソナリティ障害の症状は、他のすべてのパーソナリティ障害の症状と強く一致しており、境界性パーソナリティ障害の診断は、より一般的な中等度から重度のパーソナリティ病理として概念化する方が適切である。ガンダーソンとリヨンズ＝ルースが、境界性病理の核心を「対人過敏性」と特定したとき、彼らは重要な点を捉えていたのかもしれない。この症状・行動の複合体は、ほとんどのパーソナリティ障害に存在している。不十分な診断は、不完全な治療につながる。境界性パーソナリティ障害には多くの治療法があるように見えるが、分析してみるとその価値は消えてしまう。これらの治療法は複雑で、多くの場合時間がかかり、よく構築されているものの、——三文字の略語が流行している現代では「SCM(構造化臨床管理)」や「GPM(一般精神科管理)」と呼ばれている——良質な精神科的ケア以上に効果的というわけではない。誰が SCM や GPM を受けるべきで、誰がより複雑な治療(弁証法的行動療法[DBT]、メンタライゼーションに基づく治療[MBT]、転移焦点化精神療法[TFT]、認知

行動療法〔CBT〕、認知分析療法〔CAT〕を必要とするのかについては混乱がある。段階的ケア (stepped care) を解決策として持ち出すのは一見よく聞こえるが、診断自体が不十分であるため、段階的ケアをどこから開始すべきか誰にも分からないのである。境界性パーソナリティ障害という診断への批判には妥当な点があるものの、この用語は臨床家に広く知られており、中等度から重度のパーソナリティ病理の同義語として理解され、構造化された心理療法による適切な治療につながり得る、という主張が成り立つかもしれない。しかし、この議論の問題点は、この用語自体が大きなスティグマ(偏見)の源となっていることである。境界性パーソナリティ障害と診断された患者は、同じ行動を示していても、そのラベルのない他の患者より扱いにくいとみなされることがある。また、注意欠如・多動症、物質使用障害、気分障害などの他の精神疾患、さらには身体疾患に対する治療へのアクセスも困難になる可能性がある。「境界性パーソナリティ障害」というラベルは、他のすべての症状の価値を低下させ、それらがより容易に無視されてしまう状況を生み出す。その結果、すでにパーソナリティの問題を抱える多くの患者が感じている疎外感がさらに強まってしまう。私たちは、境界性パーソナリティ障害という診断を廃止し、パーソナリティ病理をより明確に記述するシステムに置き換えることが解決策であると主張する。境界性パーソナリティ障害の診断は、全般的な中等度から重度のパーソナリティ障害と強く関連しているため、まずは患者の機能不全の重症度を評価することが第一歩となる。多くの中等度から重度のパーソナリティ障害の患者には、情緒不安定性、対人関係における過敏さ、衝動的行動といった、現在「境界性」と呼ばれる特徴がみられるが、すべての人に当てはまるわけではない。中には、顕著な社会的・情緒的な疎遠さを示す人もいれば、完璧主義や頑固さ、あるいは自己中心性や共感の欠如を示す人もいる。何世紀にもわたって記述されてきたこうしたパーソナリティ特性をもつ患者たちは、いわゆる境界性の特徴に焦点を当てたパーソナリティ障害の治療において、ほとんど無視されてしまっている。新しい ICD-11 のパーソナリティ障害分類では、より幅広い評価が可能になっている。重症度の次元的分類(パーソナリティの困難、軽度・中等度・重度のパーソナリティ障害に区分)は、臨床家が特定の症状や行動に注目する前に、まず全体的な重症度を評価することを推奨している。また、5つの領域(陰性情動性、脱愛着、非社会性、脱抑制、強迫性)は、正常のパーソナリティ研究におけるビッグファイブに類似しており、これらの症状や行動をより詳細かつ微妙に描写することを可能にしている。これは、境界性パーソナリティ障害に含まれる特徴を超えるものであり、特に脱愛着と強迫性の領域で顕著である。臨床医は、境界性パーソナリティ障害の診断基準が満たされた時点で関心を失うのではなく、患者におけるパーソナリティ病理の全体的なスペクトラムを考慮すべきである。洗練された見立てによって、誰に対しても一律に行われるプロトコル主導の治療ではなく、多様な介入が可能になることが期待される。また、境界性以外のパーソナリティ障害の症状や特性を持つ人々に対する治療研究が促進される可能性もある。結論として、境界性パーソナリティ障害は、中等度から重度のパーソナリティ障害に苦しむ患者に注意を向けさせ、構造化された心理療法の検証を促した移行的な診断として捉えるのが最も適切かもしれない。しかし現在では、この診断は特定のパーソナリティ特性と関連しておらず、過度に包括的であり、構造化された臨床的ケアを超える特異的な治療につながらないことが明らかになっている。この診断が領域内で支配的な位置を占めているために、他のパーソナリティ病理の評価や治療が阻害され、パーソナリティ機能障害という概念そのものがスティグマ化されている。境界性パーソナリティ障害という診断は、もはや退場すべき時に来ている。

〔翻訳:川竹 絢子〕

Weiser, Hagit Cohen. Impact of pre-trauma recreational drug use on mental health outcomes among survivors of the Israeli Nova Festival terrorist attack. World Psychiatry. 2024 Oct; 23(3): 452-454.

Impact of pre-trauma recreational drug use on mental health outcomes among survivors of the Israeli Nova Festival terrorist attack

イスラエルのノヴァフェスティバルで発生したテロ攻撃の生存者間における、トラウマ以前の娯楽目的での薬物使用歴の精神衛生の転帰への影響

<要旨>

イスラエルのフェスティバルで起きたテロの被害者に精神作用のある物質を使用者が多数いた。トラウマ体験以前に精神作用物質を使用することで精神面への影響が出るのかが後方視的に調べられた。予想とは反して大麻やLSD、MDMAはリスクの有意差がなく、アルコール摂取(単独または他の薬物との併用)のみが、周トラウマ期解離、不安、抑うつ、ASD 症状のリスクを有意に高めていることが明らかとなった。アルコールは社会的にも広く用いられる物質で、研究も進んでいるため今後トラウマとの関連がさらに研究されることが期待される。

<全文>

2023 年 10 月 7 日、イスラエル南部で開催されていた野外音楽フェスティバル「ノヴァ」に参加していた約 4,000 人の民間人が、突如として発生したテロ攻撃の被害に遭った。彼らは命を守るため、長時間にわたり走って逃げたり、身を隠したりするなど、迅速な対応を迫られた。攻撃当時、参加者の相当数がさまざまな娯楽目的の薬物の影響下にあった。我々は、トラウマ体験前に精神刺激剤あるいは幻覚剤を使用していたことが、周トラウマ期解離、不安、抑うつ、ならびに急性ストレス障害(ASD)症状の重症度と有意に関連する、という仮説を立てた。232 名の生存者がハイム・シェバ医療センターを受診し、臨床評価を受けた。本研究の対象とされたのは、重度の身体的外傷がないこと、攻撃によって一親等の家族を失っていないこと、PTSD を含む精神疾患の既往がないこと、という条件を満たした者である。232 名のうち 126 名が上記の基準を満たし、研究参加へのインフォームド・コンセントを提供した。しかしトラウマ体験前に、マジックマッシュルームを使用していた 2 名とケタミンを使用していた 1 名は、該当薬物のサンプル数が少なかったため解析から除外され、最終的な解析対象は 123 名となった。平均年齢は 28.4±0.7 歳で、75 名(60.9%)が男性であった。68.9%は未婚、68.2%は高校卒業または同等の学歴を有していた。このうち 71 名(57.7%)がフェスティバル中に精神作用のある薬物を使用していた。内訳は、アルコールのみが 12 名、リゼルグ酸ジエチルアミド(LSD)のみが 9 名、3,4-メチレンジオキシメタンフェタミン(MDMA)のみが 7 名、大麻のみが 6 名、メチルメトカチノン(MMC)のみが 3 名、アルコールを含む複数薬物併用者 15 名、アルコールを含まない複数薬物併用者が 19 名であった。すべての参加者は、周トラウマ期解離(周外傷期解離体験質問票:PDEQ)、トラウマ後不安(一般化不安障害尺度:GAD-7、および不安の視覚的アナログ尺度:VAS-A)、抑うつ(患者健康質問票:PHQ-9)、および ASD 症状(心的外傷診断尺度:PDS-5)を評価する複数の質問票に回答した。GAD-7 得点および PDS-5 の過覚醒スコアは、薬物使用群で非使用群よりも有意に高かった(それぞれ $p<0.05$ 、 $p<0.008$)。多くの参加者が臨床的カットオフ値を上回っており(GAD-7 では 70.4%が 10 点超、PDS-5 では 81.3%が 28 点超)、両群ともに不安および過覚醒関連症状が非常に高い水準にあることが示された。PDEQ および PHQ-9 得点も薬物使

用群で高かったが、有意差は認められなかった。VAS-A、PDS-5 総得点および下位尺度については、群間差は認められなかった。なお、VAS-A では参加者の 51.9%が臨床的カットオフである 6 点を超えていた。薬物使用、性別、年齢に関連する 9 つの独立変数群を用い、PDEQ、PHQ-9、GAD-7、PDS-5(総得点および下位尺度)、VAS-A を従属変数とした重回帰分析を実施した。PDEQ 得点における回帰モデルは有意であった($p=0.018$)。また周トラウマ期解離の重症度は、トラウマ以前のアルコール摂取と有意に関連していた($\beta=0.25$, $p<0.008$)¹が、他の薬物摂取とは関連していなかった。アルコール摂取者は、他の薬物使用者と比べて、周トラウマ期解離を経験するリスクが有意に高かった(PDEQ 得点: 24.8 ± 2.0 対 19.3 ± 1.0 , $p<0.015$)²。PHQ-9 得点のモデルも有意であった($p=0.02$)³。抑うつ症状の重症度は、トラウマ以前のアルコール摂取と有意に関連していた($\beta=0.32$, $p<0.001$)⁴が、他の薬物とは関連していなかった。アルコール摂取者は、他の薬物使用者と比べて抑うつ症状が有意に強かった(PHQ-9 得点: 18.7 ± 1.8 対 13.8 ± 0.6 , $p<0.0015$)⁵。GAD-7 得点のモデルも有意であった($p=0.04$)⁶。不安症状の重症度は、トラウマ以前のアルコール摂取と有意に関連していた($\beta=0.29$, $p<0.002$)⁷。アルコール摂取者は、他の薬物使用者と比べて不安症状が有意に強かった(GAD-7 得点: 16.3 ± 1.0 対 12.7 ± 0.6 , $p<0.004$)⁸。他の薬物はいずれも不安症状に有意な影響を及ぼさなかった。PDS-5 の覚醒・過活動スコアに対するモデルも有意であった($p=0.03$)⁹。覚醒および過活動症状の重症度は、アルコール($\beta=0.24$, $p<0.011$)および MMC($\beta=0.24$, $p<0.011$)の摂取と有意に関連していた。アルコールおよび MMC はいずれも、他の薬物と比較して、覚醒・過活動症状のリスクを有意に高めていた。VAS-A、GAD-7、PHQ-9、PDS-5 下位尺度、性別および年齢を含めた PDEQ 解離スコアの重回帰分析は有意であった($p=0.0001$)¹⁰。周トラウマ期解離は、VAS-A 得点($\beta=0.31$, $p<0.02$)および PDS-5 の気分スコア($\beta=0.28$, $p<0.045$)と有意に関連していた。媒介分析の結果、トラウマ以前のアルコール摂取から、PDS-5 の気分($\beta=0.15$, $p=0.03$)¹¹、覚醒($\beta=0.16$, $p=0.015$)¹²、侵入症状($\beta=0.23$, $p=0.001$)¹³、GAD-7 の不安($\beta=0.20$, $p=0.0015$)¹⁴、PHQ-9 の抑うつ($\beta=0.24$, $p=0.00025$)¹⁵、および PDEQ 周トラウマ期解離($\beta=0.20$, $p=0.01$)¹⁶が有意な正の相関を示した。モデルに周トラウマ期解離を媒介変数として導入すると、アルコール摂取と PDS-5 の気分、侵入症状、不安、抑うつとの関連は弱まった(それぞれ $p<0.04$, $p<0.015$, $p<0.015$, $p<0.02$)¹⁷。これは、周トラウマ期解離が、アルコール摂取と気分、侵入、不安、抑うつ症状との関連を部分的に媒介していることを示唆する。以上より、当初の予想とは対照的に、トラウマ以前のアルコール摂取(単独または他の薬物との併用)のみが、周トラウマ期解離、不安、抑うつ、ASD 症状のリスクを有意に高めていることが明らかとなった。アルコール摂取は、不安の軽減や軽度の脱抑制から、鎮静、運動失調、記憶および情動処理の変容に至るまで、脳機能と行動に多様な影響を及ぼす。そのためトラウマ前のアルコール摂取は、トラウマ体験に対処するために必要な認知的・情動的・生理的過程を妨げた可能性がある。トラウマ以前のアルコール使用がトラウマ以後の症状の発症に及ぼす影響についての先行研究の結果は、一貫していなかった。重要な点として、この外傷体験は長時間に及んでおり(参加者は救出されるまで 8~20 時間にわたり逃走・潜伏を強いられた)、そのため、生存者は二日酔いを経験していた可能性があり、それが不安や外傷性ストレスを増大させた可能性がある。また、周トラウマ期解離は、アルコールを摂取していた参加者において、その後の不安および気分症状のリスクを有意に高めていた。周トラウマ期解離は、トラウマ記憶の処理や統合を阻害し、記憶が断片化され未処理のまま残存することで、回復を妨げ、心的外傷後障害を発症する確率を高める可能性がある。ノヴァ虐殺事件は、トラウマ以前の薬物使用がトラウマ以後の精神衛生の転帰にどのような影響を及ぼすかを検討する、極めて貴重な機会を提供している。しかし本研究にも限界がある。第一に、自然観察研究であるためサンプルサイズが制約されている点がある。また第二に、薬物使用については参加者の自己報告のみに依存しており、血中濃度や実際の摂取量の測定が行われていないため、より詳細な関連性の理解が制限される点

があげられる。それでも本研究は、トラウマ以前のアルコール摂取が、周トラウマ期解離、不安、抑うつ、ASD 症状への脆弱性を高めるという新たな知見を示している。アルコール摂取は社交的場面で広く行われており、性的暴行、身体的暴行、交通事故の増加という社会的背景を考えると、本研究の知見は社会的・臨床的に重要である。また、アルコールは薬理作用と作用機序が比較的良好に解明された物質であるため、トラウマ体験に対する生物学的反応の理解にも寄与する可能性がある。

〔翻訳:阿瀬 斐〕

翻訳協力者一覧;

【監訳】	秋山 剛	六番町メンタルクリニック
【翻訳】	認定 NPO 法人 日本若手精神科医の会(JYPO)会員 https://jypo.or.jp/	
	阿瀬 斐	埼玉県立精神医療センター
	遠藤 晃太	福島県立医科大学 医学部
	川竹 絢子	マウントサイナイ医科大学
	清水 俊宏	埼玉県立精神医療センター
	中村 理乃	京都府立洛南病院
	宮本 紘子	美原病院