

DSM-5を 読み解く

伝統的精神病理, DSM-IV, ICD-10を
ふまえた新時代の精神科診断

2

統合失調症スペクトラム障害
および他の精神病性障害群,
物質関連障害および嗜癖性障害群

総編集

神庭重信

編集

村井俊哉／宮田久嗣

中山書店

序

DSM-5 (2013) が発表された直後に、「DSM-5 は、そのカテゴリーに妥当性がない、バイブルではなく辞書（ラベルづけ）に過ぎない。しかも評価者間一致度が低い」と批判したのは米国 NIMH 所長の T.R. Insel である。これに対して、DSM-5 のチームを率いた D.J. Kupfer は以下のように反論した。「我々は、生物・遺伝マーカーを何十年も待ったが、道はほど遠い。我々は、毎日苦しむ患者に対処しなければならない。いつの日にか起こる何かを待つわけにはいかない」。この T.R. Insel と D.J. Kupfer の応酬のなかに、DSM-5 がもつ基本的な問題は議論しつくされているように思う。

かつて英国の精神医学者 R.E. Kendell (1988) は、DSM-III の登場を受けて以下のように述べた。「DSM-III の最も重要な達成は、精神障害の 200 ものカテゴリーに操作的定義を与えた点にある。これらの定義の多くは完全に恣意的であり、他の案と比較したうえで採用されたものではない。それらは少数の人たちによって転用されたり創り出されたりしたものにすぎない。しかし、どこかでスタートが切られなければならなかったのである」。この言葉は、DSM 診断体系とはそもそも何だったのかを的確に指摘していると思う。そしてスタートは切られ、操作的用語で定義されたカテゴリーを対象として、実証的な研究が世界中で行われ、膨大な量の研究成果が蓄積された。そうすると、DSM の改訂は実証的根拠と議論に基づいて初めて可能となる。実際 DSM-5 には、随所に実証的研究が反映された改訂の跡が見てとれる。

蛇足かもしれないが、DSM 診断を用いる場合に重要なことを挙げておきたい。一つは、症状・症候をより正しく見極める力である。そのためには、精神科面接の力と精神病理学の基本、なかでも記述精神病理学を身に付けていることが前提となる。さらに、伝統的診断であれ DSM/ICD 診断であれ、これらはあくまで「病」の診断のためのものであることを忘れてはならない。「病」の診断は、「病をもつ人」を知ろうとする精神科医の尽きることない試みの一部にすぎない。「病をもつ人」への関心、共感、尊敬のない診断は、統計のための情報でしかなく、臨床医の診断ではない。

本シリーズの目的は、精神科診断学を歴史的に俯瞰しつつ、DSM-5 を理解することである。さかのぼって、伝統的な精神医学が精神疾患をどのように概念化してきたのか、それは DSM/ICD の診断体系にどのような影響を与え、DSM-III/IV はどのような議論を経て作られたのか。そして DSM-5 では、何が変わり、何が変わらなかったのか。そしてそれはどうしてなのか。これらの精神科診断学の歴史をふまえて初めて、DSM-5 を今日の臨床のなかに適切に位置づけることができると思う。そしてこの目的は、各領域の専門家の執筆によって、十分に達成されていると思う。

本シリーズを手にする読者は必ず、豊穡な精神科診断学の世界と出会い、診断学という精神医学の基幹知識を身につけていただけると思う。

2014 年 8 月

総編集 神庭 重信

目次

I. 統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群

統合失調症と関連障害 — DSM-5 の一般的コンセプト	深尾憲二朗	2
精神病性障害の概念		2
統合失調症スペクトラム障害の概念		3
「統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群」の構成		4
統合失調症の亜型分類の廃止と緊張病の新しい概念		5
Schneider の一級症状の消滅		6
陰性症状の精密化		7
統合失調型パーソナリティ障害の位置づけ		8
共有精神病性障害の格下げ		9
診断概念の変遷 — DSM-III 導入前まで	山岸 洋	12
統合失調症の誕生		12
緊張病の転帰		12
症状論の体系化・階層化		13
思考障害の記述		14
非過程性の精神病		15
統合失調症性の妄想？		16
妄想発生における感情の役割と自己関係づけの傾向		16
自我障害論		17
一級症状論		18
診断概念の変遷 — DSM-III 以降	福田正人, 青山義之	20
DSM における統合失調症の診断基準の変遷		20
カテゴリー概念とディメンション概念		22
医学における診断のあり方		23
症状に基づく診断の意義		25
脳機能に基づく精神症状学・精神疾患診断学		26

妄想性障害	宮田 淳	30
妄想性障害の成立		30
DSM-IV-TR と DSM-5 の比較		31
DSM-5 妄想性障害診断基準を用いてどのように診断を進めるか		33
短期精神病性障害，統合失調症様障害	針間博彦	35
短期精神病性障害		35
統合失調症様障害		41
統合失調症	村井俊哉, 杉原玄一	47
DSM-5 での精神病性障害の一般的定義		47
章内での配列		47
精神病性障害の特徴の種類と数		48
持続期間		48
原因疾患の有無		48
気分エピソード重畳の有無と経過		48
精神病性障害群外の診断との重複の可否		49
社会機能の低下		49
統合失調感情障害—DSM-5 による統合失調感情障害の診断的位置づけ	須賀英道	51
DSM-5 による統合失調感情障害		52
DSM における統合失調感情障害の位置づけの変遷		54
中間群の診断モデルについての解釈		55
今後の展望		57
物質・医薬品誘発性精神病性障害，他の医学的疾患による精神病性障害	船山道隆	59
物質・医薬品誘発性精神病性障害		59
他の医学的疾患による精神病性障害		62
亜型分類の削除，緊張病の扱いについて	古茶大樹	65
亜型分類の削除について		65
緊張病の位置づけについて		68

第Ⅲ部 新しい尺度とモデル

評価尺度

重症度ディメンションについて(PANSS を含む)	高橋克昌	73
重症度ディメンションのあらまし		73
カテゴリー診断の見直し		73
これまでのディメンション研究		75
ディメンション尺度の作成		78
重症度ディメンションの構成概念の検討		79
今後の方向性		81
疑問点		81

今後の研究のための病態

減弱精神病症候群(準精神病症候群)	松岡洋夫	84
精神病の早期介入研究における APS の位置づけ		84
DSM-5 における APS の診断概要		86
APS をめぐる DSM-5 での議論の背景		87
APS をわが国で導入する際の留意点		88

Ⅱ. 物質関連障害および嗜癖性障害群

DSM-5 のコンセプト	宮田久嗣	92
DSM-5 の変更点 — DSM-IV-TR と比較して		92
使用障害という診断基準から DSM-5 のコンセプトを考える		94
DSM の診断基準の変遷から「嗜癖」, 「依存」, 「使用障害」を考える		98
それぞれの物質関連障害における変更点		101
その他のカテゴリーから DSM-5 のコンセプトを考える		103
診断概念の歴史	松本俊彦	107
嗜癖から依存症へ		107
依存症から再び嗜癖へ		113
おわりに — 一人はなぜ嗜癖するのか		118

物質関連障害群

物質誘発性障害群—中毒, 離脱, 物質・医薬品誘発性精神障害 和田 清 121

カテゴリーとして取り上げられている物質	121
「中毒」について	124
「離脱」について	125
物質の分類と物質誘発性精神疾患群との関係	125
わが国の概念との齟齬について	126

アルコール関連障害群 宮田久嗣, 齋藤利和 129

アルコールの依存, 乱用から使用障害への変更を考える	130
アルコール中毒	134
アルコール離脱	135
他のアルコール誘発性障害群	136
特定不能のアルコール関連障害	137

カフェイン関連障害群 高田孝二 138

カフェインの薬理作用	138
DSM-5 における改訂点	140
カフェイン中毒	140
カフェイン離脱(退薬)	142

大麻関連障害群 武藤岳夫 145

DSM-5 と DSM-IV-TR の相違点について	145
大麻使用障害	145
大麻中毒	148
大麻離脱	148
他の大麻誘発性障害	150
特定不能の大麻関連障害	150

幻覚薬関連障害群	船田正彦 152
幻覚薬の分類	152
DSM-IV から DSM-5 へ	153
フェンシクリジン使用障害, 他の幻覚薬使用障害	153
フェンシクリジン中毒, 他の幻覚薬中毒	154
幻覚薬持続性知覚障害	156
他のフェンシクリジン誘発性障害群, 他の幻覚薬誘発性障害群	156
特定不能のフェンシクリジン関連障害, 特定不能の幻覚薬関連障害	156
吸入剤関連障害群	西村伊三男, 福居顯二 158
有機溶剤乱用の状況	158
吸入剤使用障害	159
吸入剤中毒	162
他の吸入剤誘発性障害群	163
オピオイド(アヘン類)関連障害群	妹尾栄一 166
DSM-5 におけるオピオイド(アヘン類)使用障害診断基準	166
オピオイド(アヘン類)の分類	167
オピオイド(アヘン類)の薬理作用特性	169
オピオイド(アヘン類)の分子薬理学	170
オピオイド(アヘン類)中毒の診断基準	171
オピオイド(アヘン類)離脱の診断基準	171
各種維持治療について	172
まとめに代えて	173
鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬関連障害群	成瀬暢也 175
DSM-5 による鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬関連障害群	175
鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害	176
鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬中毒	178
鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬離脱	179
他の鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬誘発性障害群	180
DSM-5 による鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害診断の手順	180
DSM-5 による診断に際しての留意点	180

精神刺激薬関連障害群	小林桜児	183
DSM-5 における精神刺激薬		183
DSM-5 における精神刺激薬関連障害の診断体系		183
精神刺激薬使用障害		185
精神刺激薬中毒		188
精神刺激薬離脱		188
他の精神刺激薬誘発性障害群		189
タバコ関連障害群	廣中直行	191
タバコ関連障害群の特徴		192
診断のポイント		195
DSM-5 と喫煙問題		200
非物質関連障害群		
ギャンブル障害	佐藤 拓	202
主な変更点		202
本文の概略と内容への考察		204
第 III 部 新しい尺度とモデル		
今後の研究のための病態		
カフェイン使用障害, インターネットゲーム障害, 出生前のアルコール曝露に関連する神経行動障害	中山秀紀, 樋口 進	208
カフェイン使用障害		208
インターネットゲーム障害		210
出生前のアルコール曝露に関連する神経行動障害		213
索引		219

統合失調症 Schizophrenia

295.90 (F20.9)

「統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群」全体の概念は、統合失調症という中核的診断とその周辺の診断群というコンセプトのもとで、歴史的に発展してきた。そのため、DSM-5における統合失調症の診断概念も、本書の「診断概念の変遷」、「統合失調症と関連障害—DSM-5の一般的コンセプト」、「亜型分類の削除、緊張病の扱いについて」、「重症度ディメンションについて」などの諸項ですでに十分にふれられている。したがって、本項は、障害群内での統合失調症の位置づけに論点を絞った簡潔なものにとどめたい。その際、一点のみ立ち入って考えてみたいことは、「統合失調症はこの障害群のなかで、診断基準の構成上、特別な地位を与えられているか」という点である。

DSM-5 での精神病性障害の一般的定義

DSM-5の「統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群」の章では、冒頭で、この障害群全体に通じる精神病性障害の一般的特徴の定義が与えられている。すなわち、それは以下の5領域から構成される。①妄想、②幻覚、③まとまりのない思考（会話）、④ひどくまとまりのない、または異常な運動行動（緊張病を含む）、⑤陰性症状である¹⁾。精神病の特徴がこれらの5領域に収斂してくる経緯は、本書の「診断概念の変遷」および「重症度評定について」に関する項を参照していただきたいが、本章に含められる診断は、原則として、この精神病性障害の特徴を示す障害群ということになる。

章内での配列

DSM-IV-TR²⁾では「統合失調症および他の精神病性障害」の名称が、この障害群にあてられていたが、統合失調症が章の最初に記載され、続いて関連する諸障害が記載されていた。すなわち、DSM-IV-TRにおける構成は、診断において精神病性障害が考慮される場合には、まずその中核にある統合失調症を意識し、統合失調症の診断基準を満たさない場合は、続いてそれ以外の診断名を顧慮すべきであるという暗黙の想定がある³⁾。

一方、DSM-5では障害の配列に関し、以下のような根拠があげられている。「本章では、各障害がその精神病理に応じて段階的に配置されるように構成されている」。そして、「まず、精神病性障害の診断基準を満たさない病態、または精神病理が単一の領域のみに限局している病態を考慮しなければならない」としている。次いで「一時的な病態を考慮しなければならない」とし、さらに「精神病を引き起しうる他の疾患を除外する必要がある」と記載されている。DSM-5によれば、こうした評価を行った後に、統合失調症または統合失調感情障害の診断を下すことになる。すなわち、精神病性障害の5領域を確認、その種類と数、持続期間、原因となる医学的病態の有無、気分エピソードの存在を順に確認していけば、精神病性障害群のなかでのいずれかの診断名に落ち着くという図式になってお

り、統合失調症が中核的診断として位置づけられていないところが特徴的である。以下、精神病性障害群のなかで統合失調症の診断を決めていく境界について順に確認していく。

III 精神病性障害の特徴の種類と数

精神病性障害の特徴の5領域のうち、2つかそれ以上が存在することが精神病性障害のなかで統合失調症と特定する際の必要条件となる。そのうちの少なくとも1つは、①妄想、②幻覚、③まとまりのない会話、である必要がある（基準A）¹⁾。この状態の持続期間が「活動期」として定義される。この章の診断群のなかで、精神病性障害の特徴を1つも満たさないものは、統合失調型パーソナリティ障害である。また上述の①の妄想のみが該当する場合は、妄想性障害の診断が考慮されることになる。また、④ひどくまとまりのない、または異常な運動行動のみ、あるいは④かつ⑤陰性症状、のみが該当する場合は、緊張病の臨床特徴に再度照合したうえで、「他の精神疾患に関連する緊張病」として、本章以外の診断も含むさまざまな診断に伴う特定用語（specifier）としての記録が考慮されることになる。それ以外の場合、すなわち、②、③、④の精神病性の特徴が単独で認められる場合には、章内の他の診断基準に該当しないことを明記したいときは「他の特定される統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害」の診断が考慮され、情報不十分などの理由で明記を避けたいときは「特定不能の統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害」が考慮される。

III 持続期間

徴候が6か月を超えて続くことが統合失調症の診断の必要条件である（基準C）。この基準によって、短期精神病性障害および統合失調症様障害と区別される。ただし基準Aを満たす活動期の持続は1か月以上で十分であり、残る期間は前駆期あるいは残遺期でもよい。前駆期あるいは残遺期とは、精神病性障害の5特徴のうちの⑤、すなわち陰性症状のみが存在する場合、あるいは、2つ以上の特徴が減弱型（attenuated form）で存在することと定義される。

III 原因疾患の有無

その状態が物質や医薬品、あるいは、なんらかの医学的疾患によって生じていると考えられる場合には、「物質・医薬品誘発性精神病性障害」あるいは「他の医学的疾患による精神病性障害」を考慮し、統合失調症の診断は除外される（基準E）。

III 気分エピソード重畳の有無と経過

気分エピソードが精神病性障害に重なる場合、双極性障害群あるいは抑うつ障害群との

境界が問題となる。ただし、この境界領域には、中間的診断として、統合失調感情障害という診断が精神病性障害群の内部に設定されているため、統合失調症の診断に関しては、統合失調感情障害との境界がより大きな問題となる。統合失調症の診断には、「(精神病性障害の)活動期の症状と同時に、抑うつエピソード、躁病エピソードが発症していない」か、「活動期の症状中に気分エピソードが発症していた場合、その持続期間の合計は疾病の活動期および残遺期の持続期間の合計の半分に満たない」¹⁾ が必要となる(基準D)。

精神病性障害群外の診断との重複の可否

精神病性障害の外部の診断との関係について、統合失調症の診断基準の側で特記されているのは、自閉スペクトラム症・コミュニケーション症群との関連についてであり、重複診断に制限を加える記述が統合失調症の診断基準にあげられている(基準F)。逆に、本章以外の診断基準の側では、統合失調症との重複診断に制限を加える記載(統合失調症によってよりよく説明されない〈not better explained by schizophrenia〉)を設けている診断基準と設けていない診断基準がある。

社会機能の低下

上記に加えて顕著な社会機能の低下が統合失調症診断の必要条件とされる(基準B)。本章内で、社会機能の低下の診断基準としての位置づけは、診断ごとに異なっている。統合失調型パーソナリティ障害、短期精神病性障害、統合失調症様障害、統合失調感情障害では、社会機能の低下は、診断基準に含まれていない。物質・医薬品誘発性精神病性障害、他の医学的疾患による精神病性障害、他の医学的疾患による緊張病性障害、特定不能の緊張病、他の特定される統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害、特定不能の統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害では、臨床的に重篤な苦痛、または社会機能の障害の存在が必要条件とされている。さらに、妄想性障害では、社会機能の障害が顕著でないことがむしろ診断基準にあげられている。

すなわち、社会機能の低下の要件が、精神病性障害群のなかで、統合失調症の診断において特に強調されているといえる。

DSM-IV-TR から DSM-5 への統合失調症診断基準の変更は、配列の変更という点において、この障害群のなかでの統合失調症の位置づけを他の障害と同列においたような体裁を一見とっている。実際、症候学的特徴、持続期間、原疾患の有無、気分エピソードの重畳の確認のところまでは、診断のフローチャートが明快に描け、統合失調症はこのフローチャートのうえのある一つの区域に相当するにすぎない。ところが、このようなフローチャートのコンセプトとはまったく異なる観点から、DSM-5 では社会機能低下の要件で統合失調症に特別な位置づけが与えられている。結果として、理論的には、診断基準上どこに記載してよいのか診断基準の記述のみからは判断不能な場合がいくつも生じてくるよ

中山書店の出版物に関する情報は、小社サポートページを
御覧ください。
[http://www.nakayamashoten.co.jp/bookss/define/
support/support.html](http://www.nakayamashoten.co.jp/bookss/define/support/support.html)



DSM-5 を読み解く

でんとうてきせいしんびょうり しんじだい せいしんかしんだん
伝統的精神病理, DSM-IV, ICD-10 をふまえた新時代の精神科診断

2 統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性 障害群, 物質関連障害および嗜癖性障害群

2014 年 10 月 10 日 初版第 1 刷発行 ©

〔検印省略〕

総編集 かんぼしげのぶ
神庭重信
編集 むらいとしや みやたひさつぐ
村井俊哉, 宮田久嗣
発行者 平田 直
発行所 株式会社 中山書店
〒113-8666 東京都文京区白山 1-25-14
TEL 03-3813-1100 (代表)
振替 00130-5-196565
<http://www.nakayamashoten.co.jp/>

装丁 花本浩一 (麒麟三隻館)
印刷・製本 株式会社 真興社

Published by Nakayama Shoten Co., Ltd.

ISBN 978-4-521-73974-8

Printed in Japan

落丁・乱丁の場合はお取り替え致します。

-
- ・本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権 (送信可能化権を含む) は株式会社中山書店が保有します。

- ・**JCOPY** (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社) 出版者著作権管理機構 (電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外 (『私的使用のための複製』など) を除き著作権法違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して使用する本人以外の者が上記の行為を行うことは違法です。
