

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

杉原玄一，村井俊哉

日本統合失調症学会

DSM-5における「統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群」の構成

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)における「統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群」の章には，精神病性障害の特徴をもつ障害が含まれる²⁾。精神病性障害の特徴は，5つの領域，すなわち，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，のうち，1つかそれ以上の異常として定義される。

本稿では，まずDSM-5における本章とDSM-IV-TR¹⁾における該当する章「統合失調症および他の精神病性障害」との構成の違いについて述べる。各疾患における変更点は“本章に含まれる障害”で触れる。主な変更点は表にまとめた。最後に，DSM-5の臨床的意義，問題点について述べる。

DSM-IV-TRにおける該当する章では統合失調症が最初に記載されているのに対し，DSM-5における本章の障害は，統合失調型（パーソナリティ）障害から始まる。DSM-5では障害の配列に関し，以下のように記載されている。「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〔著者注；統合失調型（パーソナリティ）障害〕，あるいは精

神病理が単一の領域のみに限局している病態（著者注；妄想性障害および緊張病）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（著者注；短期精神病性障害および統合失調症様障害）を考慮しなければならない」とし，さらに「精神病をひき起こしうる他の疾患（著者注；物質・医薬品誘発性精神病性障害および他の医学的疾患による精神病性障害）を除外する必要がある」としている。DSM-5に則れば，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。DSM-IV-TRにおける構成（統合失調症とそれ以外の精神病性障害という区分）は，精神病性の特徴は統合失調症により定義され，精神病性の特徴をもつ患者はまず統合失調症の可能性を評価されるべきであるという印象を抱かせる³⁾。一方，DSM-5では，精神病性障害をもつ患者には，より包括的な横断的・縦断的評価がされるよう強調されている。

DSM-5における包括的な評価の重要性は，横断面で特に強調されている。DSM-5では，精神病症状をもつ患者を以下の8つの領域で評価するよう提案されている。すなわち，①幻覚，②妄想，③まとまりのない会話（物質・医薬品誘発性精神病性障害および他の医学的疾患による精神病性障害を除く），④異常な精神運動行動，⑤陰性症状，⑥抑うつ，⑦躁，⑧認知機能障害，である。①～⑤は精神病の主要症状であり，⑥と⑦は気分症状である。⑧に関しては，“臨床的意義，問題点”で

著者所属：京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座（精神医学）/日本統合失調症学会

注）DSM-5病名の訳語は日本精神神経学会・精神科病名検討連絡会のガイドライン（案）に従った。

表 精神病的障害群における DSM-IV-TR から DSM-5 への主な変更点

診断名	DSM-IV-TR	DSM-5
統合失調症型（パーソナリティ）障害	本章に記載なし（パーソナリティ障害の章に記載）	統合失調症スペクトラム障害の一部として本章に記載
妄想性障害	妄想は奇異でない内容	妄想の内容が奇異か否かは問わない
短期精神病的障害	「ひどくまとまりのない、または緊張病的の行動」のみでも診断される	「ひどくまとまりのない、または緊張病的の行動」のみでは診断されない〔少なくとも1つの“陽性症状”（妄想、幻覚、まとまりのない会話）を要する〕
統合失調症様障害	同上	同上
統合失調症	妄想型、解体型、緊張型、鑑別不能型、残遺型の病型の存在 「奇異な妄想」、「シュナイダーの一級症状の形をとる幻聴」の1つがあれば基準 A を満たす “陽性症状”（妄想、幻覚、まとまりのない会話）がなくても基準 A を満たす	病型の廃止 「奇異な妄想」、「シュナイダーの一級症状の形をとる幻聴」の1つのみでは基準 A を満たさない “陽性症状”（妄想、幻覚、まとまりのない会話）を要する
統合失調感情障害	気分障害がエピソードの大部分の期間に存在 “疾患の同一エピソード中に” 気分障害エピソードを伴わない妄想や幻覚が2週間以上存在	気分障害が疾病期間の半分以上に存在 “生涯持続期間中に” 気分障害エピソードを伴わない妄想や幻覚が2週間以上存在
物質・医薬品誘発性精神病的障害	病名が“物質誘発性精神病的障害”	病名の変更
他の医学的疾患による精神病的障害	病名が“一般身体疾患による精神病的障害”	病名の変更
他の精神疾患に関連する緊張病	統合失調症の緊張型、気分障害における緊張病的の特徴として記載 5つの症状のうち1つが必要	原疾患に加えて診断を併記 12の症状のうち3つが必要
他の医学的疾患による緊張病的障害	病名が“一般身体疾患による緊張病的障害”	同上 病名の変更
特定不能の緊張病	該当なし	12の症状のうち3つが必要
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的障害	一部は“特定不能の精神病的障害”として記載	共有精神病的障害（二人組精神病）の一部、減弱精神病症候群が含まれる
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的障害	一部は“特定不能の精神病的障害”として記載	

触れる。

DSM-5 では、妄想性障害、統合失調症、統合失調感情障害の3つの障害では、経過を特定するように指示されている。すなわち、エピソードが1回か、それ以上か、現在急性期のエピソードにあるか、部分寛解か、完全寛解か、持続性かなど

を、発症から1年後に特定できる。これらの一部は DSM-IV-TR においては気分障害に用いられていた（例：うつ病的障害の部分寛解）が、今回、精神病的障害の一部に導入されることとなった。

DSM-5 では3つの緊張病が本章で障害として記載されている。DSM-IV-TR においては、気分

障害における特定用語の1つとして「緊張病性の特徴を伴うもの」があり、また、統合失調症の病型の1つとして「緊張型」があった。さらに、一般身体疾患による緊張病性障害という診断も存在した。DSM-5においては、緊張病（性障害）は、精神障害（例：神経発達症、統合失調症、うつ病）や、身体疾患、その他不明の病態に伴う緊張病症状を、原疾患に加えてコード番号をつけるよう指示されている。すなわち、カテゴリー横断的に付加的に用いられることとなっている。

なお、DSM-5で「統合失調症スペクトラム障害」という用語が導入された。統合失調症スペクトラム障害とは本来、症候学のおよび生物学的に統合失調症に関連する障害をまとめた概念であるが、DSM-5の本章における障害のうち、どれがこのスペクトラムに含まれるのかは明示されていない。また、DSM-IV-TRにあった共有精神病性障害（二人組精神病）の診断はDSM-5では廃止されている。

本章に含まれる障害

1. 統合失調型（パーソナリティ）障害

本障害は、パーソナリティ障害の1つであるが、統合失調症スペクトラム障害の一部と考えられ、また、ICD-10では該当する節で統合失調型障害として記載されているため、DSM-5でもこの章に含まれることとなった。詳細な診断基準や解説は「パーソナリティ障害」の章に記載されている。

2. 妄想性障害

DSM-5における精神病性障害の特徴である5領域のうち1つのみの領域の異常（妄想）により定義される精神病性障害である。病型には、被害型、誇大型、嫉妬型、被害型、身体型、混合型、特定不能型がある。

診断基準やこれらの病型はDSM-IV-TRとほぼ同様である。異なる点は、DSM-IV-TRにおけ

る本障害の診断基準では、妄想は奇異でない内容とされていた一方、DSM-5では妄想の内容が奇異か否かは問わないことである。代わりに、DSM-5では妄想の内容が奇異と判断される場合、「奇異な内容を伴うもの」と特定するよう指示されている。

3. 短期精神病性障害、統合失調症様障害

この2つの精神病性障害は、経過の期間により定義される精神病性障害である。短期精神病性障害は1日以上続き、1ヵ月以内に寛解する。統合失調症様障害の特徴は、社会機能の低下を除けば、統合失調症のそれと同等であるが、症状の期間は6ヵ月未満である。本障害が6ヵ月を超えて続く場合は、統合失調症の診断に変更される。

DSM-5の短期精神病性障害の診断基準はDSM-IV-TRのそれとほぼ同様である。すなわち、①妄想、②幻覚、③まとまりのない会話、④ひどくまとまりのない、または緊張病性の行動のうち1つ（またはそれ以上）が存在することが求められる。しかし、DSM-5では症状が④のみでは本障害と診断されない。これがDSM-IV-TRと異なる点である。DSM-5の統合失調症様障害の診断基準もDSM-IV-TRのそれとほぼ同等であるが、ここでも同様に診断には少なくとも1つの“陽性症状”（すなわち、妄想、幻覚、まとまりのない会話）を要する。

4. 統合失調症

5つの精神病性症状のうち、2つかそれ以上が存在し、かつ、それが6ヵ月を超えて続く場合は、統合失調症と診断される。本障害と本章における他の精神病性障害とを区別する大きな特徴の1つは、統合失調症の診断にのみ社会的、職業的な機能の低下（基準B）が要求されていることである。

DSM-5における本障害の診断基準はDSM-IV-TRのそれから変更が複数ある。最も顕著な違いは、統合失調症の病型の廃止である。DSM-IV-TRには妄想型、解体型、緊張型、鑑別不能型、

残遺型の病型があったが、これらの病型はその診断の安定性、妥当性、信頼性の問題から、DSM-5では削除された⁴⁾。

統合失調症の診断基準 A にも2つの変更があった。1つは、奇異な妄想とシュナイダーの一級症状の形をとる幻聴の特別扱いの廃止である。DSM-IV-TR ではこれらの症状が1つあれば基準 A を満たすとされていた。しかし、奇異な妄想とそうでない妄想の区別の信頼性が乏しいこと、シュナイダーの一級症状の非特異性を理由に、DSM-5 では基準 A からこれらの記載が削除された。2つめは、少なくとも1つの“陽性症状”が本障害の診断に必要とされた点である。

5. 統合失調感情障害

本障害は、統合失調症の基準 A と気分障害エピソードの診断基準を、同一エピソード内に呈することで特徴づけられる。精神病的病像を伴う気分障害とは、精神病症状と気分症状の重なる期間で区別される。

DSM-5 では、気分障害エピソードが本障害の期間合計の半分以上の期間に存在することが基準 C となっている。一方、DSM-IV-TR では、大部分に存在する、という記載になっている。また、気分障害エピソードを伴わない妄想や幻覚が2週間以上存在する点に変更はないが、これが DSM-IV-TR では「疾患の同じ期間中に（著者注；同一エピソード中に）」となっているのに対し、DSM-5 では「生涯持続期間中に」となっている。これらの変更は、統合失調感情障害をより縦断的な診断にするため、そして、診断の信頼性、安定性、妥当性の向上のため、とされている⁴⁾。

6. 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

この2つの障害は、物質・医薬品もしくは他の医学的疾患によって引き起こされた幻覚、妄想を主徴とする。その物質・医薬品もしくは他の医学的疾患が精神病症状を引き起こしうること、それ

らと精神病症状との時間的前後関係が重視される。なお、せん妄の経過中の精神病症状のみでは、これらの診断はなされない。

DSM-5 におけるこれらの障害の診断基準は、DSM-IV-TR のそれから大きな変更はないが、精神病性障害を誘発する物質・医薬品の例は、ICD-10 に準拠している。

7. 他の精神疾患に関連する緊張病、他の医学的疾患による緊張病性障害、特定不能の緊張病

精神病性障害の5領域のうち1つのみの領域の異常（ひどくまとまりのない、または異常な運動行動）により定義される精神病性障害である。DSM-5 では原疾患に加えて緊張病（性障害）のコード番号をつけるよう指示されている。

DSM-IV-TR においては、統合失調症の緊張型や気分障害における緊張病性の特徴として、以下の5つのうち2つが、また、一般身体疾患による緊張病性障害では、5つのうち1つが要求されていた。すなわち、①無動症、②過剰な活動性、③極端な拒絶症または無言症、④奇異な自発運動、⑤反響言語または反響動作、である。DSM-5 における緊張病では、より詳細に記載された以下の12のうち3つが要求される。すなわち、①昏迷、②カタレプシー、③蠟屈症、④無言症、⑤拒絶症、⑥姿勢保持、⑦衞奇症、⑧常同症、⑨外的刺激の影響によらない興奮、⑩しかめ面、⑪反響言語、⑫反響動作である。

8. 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

精神病性障害に特徴的な症状が優勢ではあるが、他のどの精神病性障害の診断基準も完全には満たさない場合に用いられる。共有精神病性障害（二人組精神病）の状態にあるが妄想性障害などの診断基準を満たさない場合や閾値下にある精神病

様症状（減弱精神病症候群）などは「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」に含まれることになった。また、例えば救急治療室において、精神病症状はあるものの、診断基準に関する情報が不十分である場合などは、「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」に診断される。

臨床的意義、問題点

本章で扱われている障害に関しては、DSM-IV-TR から DSM-5 への改訂に伴い、臨床的、特段の配慮が必要となるような大きな変化はないと考える。例えば、統合失調症の診断基準から、奇異な妄想とシュナイダーの一般症状の形をとる幻聴の特別扱いが廃止となったが、これのみで同障害の基準 A を満たすとされてきたケースは少ないことが示されている⁵⁾。また、統合失調症の病型の妥当性、信頼性、安定性が確立されないのであれば、これらの病型は治療方針の決定や予後の推定といった点で臨床的に意義のある診断であったとはいえない。そもそも病型に特異的なエビデンスレベルの高い治療法はなかった。よって、今回の改訂によって、診断が変更となったり、治療方針が変更となったりするケースは少ないと予想される。

DSM-5 では上述したように 8 つの領域による評価が推奨されている。患者を精神病性障害の特徴だけでなく、包括的に評価する方針は、気分症状や認知機能障害も患者の社会機能や生活の質に大きな影響を与えることから、意義深い。しかし、認知機能障害の評価に関しては問題がある。患者の認知機能をどういった神経心理学的検査で評価するのか、さらに、正式な評価ができない場合はなにを根拠に評価するのかに関する詳細な記載がなく、評価がなされた場合、その信頼性には疑問が残る。加えて、領域の評価は予後の推定といっ

た臨床場面や病態解明を目的とした研究に役立つことが期待されているものの、その有用性は確立されていない。

身体疾患の除外に関する問題は残されたままである。他の医学的疾患による精神病性障害の節において、精神病症状をひき起こしうる身体疾患が挙げられているが、例えば、抗 NMDA 受容体自己免疫性脳炎を診療所の臨床現場で完全に除外することは困難である。どのレベルの医療機関でどの程度の身体疾患を除外すれば、例えば統合失調症の診断を下せるのか。これは本章だけの問題ではないが、診断を進める上で除外すべき身体疾患に関する指針を策定することは必要であろう。

DSM-5 では科学的エビデンスに基づいた改訂が目指された。しかし、DSM-5 における記載には定性的なものが多く、さらに、引用文献はない。DSM-5 でどのようなエビデンスがどのような根拠で採用されたのか、判断や検証が困難であり、これも問題である。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, D. C., London, 2013
- 3) Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., et al. : Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. Schizophr Res 150 ; 11-4, 2013
- 4) <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- 5) Shinn, A. K., Heckers, S., Ongur, D. : The special treatment of first rank auditory hallucinations and bizarre delusions in the diagnosis of schizophrenia. Schizophr Res, 146 ; 17-21, 2013