

自殺特異的診断カテゴリー： 自殺行動症・自殺危機症候群・ 急性自殺感情障害を中心に

齊尾 武郎*

フジ虎ノ門整形外科病院内科・精神科

Suicide-specific diagnostic categories: Focusing on suicidal behavior disorder, suicide crisis syndrome, and acute suicidal affective disturbance

Takeo Saio *

Department of Internal Medicine and Psychiatry, Fuji Toranomom Orthopedic Hospital

Abstract

Background : Though suicide itself has not been classified as an independent mental disorder until today, introducing the suicide-specific diagnostic categories as new mental disorders might contribute to suicide prevention.

Purpose : To summarize suicide-specific diagnostic categories, particularly on suicidal behavior disorder (SBD), suicide crisis syndrome (SCS), and acute suicidal affective disturbance (ASAD).

Method : Narrative non-systematic review on suicide-specific diagnostic categories.

Results : SBD deals mainly on up to 2 years risk of suicide compared to relatively short-term risk (supposedly 30 to 60 days long from the point of clinical evaluation) of suicide with SCS and ASAD. From clinical demands of imminent suicide risk management, establishment of acute suicide risk syndrome (ASRS) including SCS and ASAD as a mental disorder might be recommended. But as noted by a systematic review, clinical instruments for suicidal behavior have only limited positive predictive values which indicates the suicide-specific diagnostic categories might also have rather poor predictive merits in suicide prevention. With the eligibility criteria on a proposed clinical state as a diagnostic entity known as Blashfield's criteria, three of all SBD, SCS, and ASAD are not justified as introducing new clinical-diagnostic entities.

Conclusion : Though a critical appraisal of suicide-specific diagnostic categories in this article suggests only limited clinical utility of them at best, the needs for research of ASRS for the development of suicide preventive interventions are increasing because of high number of suicides.

Key words

suicide risk, eligibility criteria, suicide-specific diagnosis, acute suicidal state

Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation). 2024 ; 52 (2) : 287-300.

* K&S産業精神保健コンサルティング (K&S Consulting Office for Occupational Mental Health)

1. はじめに：

精神疾患としての急性自殺リスク

精神医学では従来、自殺はそれ自体は精神疾患ではなく、各精神疾患に付随する症状と考えられてきた。例えば、自殺念慮は「精神疾患の診断・統計マニュアル 第5版テキスト改訂」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition : DSM-5-TR)¹⁾や「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 第11版」(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th revision : ICD-11)などの国際的に用いられる操作的診断基準のうつ病の診断基準の中に入っている。DSM-5-TRの境界性パーソナリティ症の診断基準には、自殺行動が含まれている。だが、今もDSMには、自殺特異的診断カテゴリー (suicide-specific diagnostic category) (自殺特異的症候群 (suicide-specific syndrome), 自殺特異的診断 (suicide-specific diagnosis) ともいう) は含まれておらず、自殺自体は疾患とは見做されていない。ICD-11では、自殺行動は第6章「精神、行動もしくは神経発達 of 疾患」(Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders)には含まれておらず、自殺や自傷行為 (self-mutilation) は意図的傷害、自傷 (self-harm) として、第23章「合併症もしくは死亡の外因」(External causes of morbidity or mortality)に挙げられている。非自殺的自傷、自殺企図、自殺行動も第6章「精神、行動もしくは神経発達 of 疾患」には含まれておらず、第21章「症状、徴候、もしくは臨床所見、他には分類されない」(Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified)に挙げられている²⁾。

もちろん、自殺は精神疾患がなければ起きないというものではない。例えば、日本の自殺既遂者における精神疾患の既往の割合は、救急救命センターおよび東京都監察医務院の調査によると、30～40%であり、裏を返せば、日本の自殺既遂者の60～70%には精神疾患の既往がない³⁾。一方、

日本の心理学的剖検研究によると、自殺直前には90%弱が何らかの精神疾患に罹患した状態であったとされている⁴⁾。この救急や不審死での自殺既遂者の精神疾患の既往の割合と、自殺直前の自殺者の心理状態の推定による自殺既遂時点での精神疾患の割合の解離は、未診断の精神疾患の早期発見・早期治療による自殺予防の必要性を物語る。そして精神疾患の中でも自殺リスクの高い疾患の人々 (自殺リスクの高い精神疾患の既往のある人およびそうした精神疾患を治療中の人) に対する持続的な自殺対策が重要であると同時に、自殺リスクの高い精神疾患の既往のない人 (自殺リスクの高い精神疾患に罹患しているものの未診断の人、そのような精神疾患に罹患していない人、そのような精神疾患とは診断できないが精神的に苦境にある人) を含め、自殺リスクが短期的に急激に増加した状態の人を遅滞なく発見し、自殺予防のために緊急介入することが重要であることを示唆する (ただし、その際の介入手段が向精神薬療法や心理療法などの精神医学的方法であるべきか否かは、今後の検討に俟つところである)。また、自殺特異的診断カテゴリーは、診断の第一の指標が行動である疾病概念であり、自殺特異的診断カテゴリーに該当することを当事者・患者に伝えることにより、当事者・患者自らが自殺行動を自制することにつながり、さらに治療者・支援者が一般社会に働きかけて、自殺傾向を助長しかねない社会環境を改善することにより、自殺特異的診断カテゴリーの有病率 (社会の自殺リスク) を低下させることも可能なのではなかろうか。

ここにおいて、自殺を自殺リスクの高い各種の慢性的な精神疾患に付随する症状であると考えのではなく、自殺という現象自体を独立した一個の急性精神疾患と見做すこと (精神疾患としての急性自殺リスク、あるいは「自殺の精神疾患としての医学化」(medicalization of suicide as a mental disorder)) も可能であり⁵⁾、自殺を主題とした急性精神疾患を他の精神疾患と重複診断可能かつそれ単独でも診断可能な診断横断的なカテゴリー (trans-diagnostic category) として新たに創設す

ること（むしろ自殺を主題とした急性精神疾患を設けることに対する批判もある⁶⁾）で、自殺対策が進む可能性があると考えられる。ただし、自殺を精神疾患という医学の文脈から解釈することは、自殺の数ある要因を精神疾患という自殺の一部の要因に過ぎないものに帰するものとして、自殺を矮小化する医学帝国主義（medical imperialism）であるとの批判が昔からある⁷⁾。

そこで本稿では、自殺特異的診断カテゴリーに該当する3つの疾患概念⁸⁾（自殺行動症、自殺危機症候群、急性自殺感情障害）をまとめ、その問題点と今後の展望を検討する。

2. 自殺行動症

自殺行動症（suicidal behavior disorder：SBD）は、DSM-5およびDSM-5-TR（2022年3月版）で「今後の研究のための病態」（Conditions for further study）に位置付けられた精神疾患である。その概要をDSM-5-TR（2022年3月版）よりTable 1にまとめた。

ただし、DSM-5-TRは2022年3月に刊行されたが、その後、2022年9月に改訂されており、その際にSBDはSection IIIの「今後の研究のための病態」から削除された。ただし、DSM-5-TR（2022年3月版）の段階で、すでにSection IIの「臨床的関与の対象となることのある他の状態」

（Other conditions that may be a focus of clinical attention）（すなわち、「臨床的関与の対象となる、または、そうならない場合でも患者の精神疾患の診断、経過、予後、または治療に影響を及ぼすかもしれない状態や心理的・環境的問題」）に「精神疾患ではない」ものとして、「自殺行動と非自殺自傷」が挙げられている。したがって、本稿でSBDを論じてはいるが、すでにDSMの最新版ではSBDは精神疾患候補としての位置付けを失っている（筆者はこれまでDSM-5-TRが2022年3月に刊行された時の英文原著を参照しており、SBDが最新版から削除されていることに気づかなかった。鋭く本件を指摘した査読子に感謝する）。なお、DSM-5（2013年5月）では、Section IIの「臨床的関与の対象となることのある他の状態」には「自殺行動と非自殺自傷」は挙げられていない。Section IIの「臨床的関与の対象となることのある他の状態」に「自殺行動と非自殺自傷」が挙げられるに至ったのが、DSM-5-TR（2022年3月版）からなのか、それともDSM-5が2013年5月に刊行されてからDSM-5-TRが刊行される2022年3月までの間のいずれかの時点で、DSM-5が随時改訂されて「自殺行動と非自殺自傷」が挙げられるに至ったのかを調べたが、不明であった。

SBDがDSM-5-TRに当初は収載されていたにも関わらず、刊行後半年ほどで削除された理由として、①自殺にはさまざまな要因がある上、SBD

Table 1 Suicidal behavior disorder (SBD)

診断基準案の概要 ●過去2年間に自殺企図があること。 ➢ただし、その自殺企図は、非自殺的自傷（nonsuicidal self-injury）の基準を満たさないこと。 ➢その自殺企図は、せん妄や錯乱状態の時に行われたものではないこと。 ➢その自殺企図は、政治や宗教的な目的でのみ行われたものではないこと。 ●自殺念慮や自殺の準備行為に対しては、この診断は行わない。 ●最後に自殺企図が行われてから12ヶ月以内の場合は現在の自殺行動症、12ヶ月から24ヶ月の場合は早期寛解の自殺行動症と特定する。
併存症 ●双極症、うつ病、統合失調症、統合失調感情症、不安症（特に破局的内容を伴うパニック症やPTSDのフラッシュバック）、物質使用症（特にアルコール使用症）、境界性パーソナリティ症、反社会性パーソナリティ症、適応反応症

は精神疾患としての基準を満たさないこと、②過去2年間に自殺企図があることというSBDの診断基準案にある項目が、当該人物の現在の自殺リスクを反映していないため、SBDの臨床的有用性に限界があること、③SBDで自殺行動の既往を診断のラベルとして用いることは差別につながる可能性があること、④SBDを「今後の研究のための病態」に置かずとも、すでに自殺性 (suicidality) については研究活動が活発であること、などが挙げられている⁹⁾。したがって、本稿で論じるSBDは、すでに過去のものとなつてはいるが、自殺特異的診断カテゴリーに該当する他の2つの疾患概念 (自殺危機症候群、急性自殺感情障害) とSBDとを比較対照し、自殺特異的診断カテゴリーというものを検討するためにSBDは重要であるため、本稿ではSBDについても概説する。それは、SBDが精神疾患候補として2022年3月のDSM-5のテキスト改訂刊行時に削除されず、その後半年経過してから削除されたことが、自殺特異的診断カテゴリーの創設の難しさを物語っており、診断基準の本質を考える上で教訓的だからでもある。

DSM-5-TRは本稿執筆時点の2024年10月までの間に、2022年9月、2023年9月、2024年9月の計3回改訂されている¹⁰⁾。このことはDSM-5-TRを参照する際に、その最新版の内容を確認するためには、これらの改訂に留意しなければならないことを示唆している。例えば、DSM-5-TRの邦訳は、2023年6月に医学書院より刊行されているが¹¹⁾、原著の2023年9月改訂¹²⁾ および2024年9月改訂¹³⁾ は反映されていない。この原著の2024年9月改訂には、例えば、適応反応症 (adjustment disorder) の診断基準の改訂も含まれている。したがって、DSM-5-TRの邦訳の活用の際には、医学書院の商品解説ページ¹⁴⁾ にて更新情報をチェックしたり (ただし、2024年11月2日現在、更新情報はアップロードされていない)、米国精神医学会の「DSM診断基準、テキスト、ICD-10コード更新」(Updates to DSM Criteria, Text and ICD-10 Codes) ページ¹⁵⁾ を参照するな

どの注意が必要であろう。これは診療現場で頻用されている、一般に“Mini-D”と呼ばれる「DSM-5-TR 精神疾患の分類と診断の手引」(Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5-TR) を参照する際にも重要である。

さて、SBDの診断基準案をみると、自殺企図の後、2年間は自殺リスクが高いものと考えられていることが分かる。自殺企図の後、1年経過して無事であれば一安心、2年経過すればとりあえず自殺リスクの高い時期を乗り切ったということになる。また、SBDの併存症をみると、先に述べたようにうつ病や境界性パーソナリティ症では診断基準に自殺念慮や自殺行動が含まれているものの、ここにSBDの併存症として挙げられている、その他の精神疾患の「診断基準」には自殺念慮や自殺行動は含まれていない。自殺リスクの観点からは併存症として挙げられている疾患に対する自殺予防策は重要なのだが、こうした疾患の「診断」では自殺は中心的な関心事ではない¹⁶⁾。とはいえ、DSM-5-TR (2022年3月版) には、本文に「自殺の考えもしくは行動との関連」(Association with suicidal thoughts or behavior) という項目 (DSM-5では自殺リスク (suicide risk) という項目であった) を持つ精神疾患が70個あるので、自殺は各精神疾患の診断のために必須ではないにせよ、各精神疾患にとって重要な問題なのである。

自殺リスクには、最近の自殺企図の既往以外にもさまざまなものがあり、例えばDSM-5-TR (2022年3月版) のSBDの「リスクと予後因子」の項にはうつ病との遺伝的な関連性が記載されている他、「文化関連の診断的問題」の項では、自殺や自殺行動に対する態度は、歴史・環境・経済・政治・法律・社会・文化・道徳・宗教などの影響を受けるとしている。また、やや古典的な自殺リスク因子の階層的分類^{17, 18)} (Table 2) でも、生物医学的自殺リスク因子の下に、心理社会的自殺リスク因子や人口学的自殺リスク因子があり、自殺リスクは多様である。しかし、これらの自殺リスク因子では、自殺リスクが短期的に急激に増加した状態は入っていない。

Table 2 Hierarchical classification of suicide risk factors

一次的自殺リスク因子 (生物医学的リスク因子) ●精神疾患 (感情障害, 統合失調症, 物質使用症, パーソナリティ症など), 重篤な身体疾患, 自殺企図の既往, 自殺念慮・自殺意図, 自殺の家族歴, 中枢神経セロトニン作動系の不全など
二次的自殺リスク因子 (心理社会的リスク因子) ●幼少期のネガティブな出来事, 孤独, 失業・借金, 最近のネガティブな出来事など
三次的自殺リスク因子 (人口学的リスク因子) ●男性, 思春期, 高齢, 春季, 月経前, 社会的マイノリティーなど

* 文献17, 18を参考に筆者にて作成.

したがって, SBDでは, 自殺リスクは直近2年間の自殺企図のみが診断基準に挙げられているものの, 本来は自殺リスクはより複合的で多彩なものであり, それだけで急性に自殺リスクの昂じた状態を網羅することができるかどうかは疑わしい.

SBDを診断するだけでは, 初回の自殺行動で自殺を完遂してしまう人や, 最後の自殺企図から2年以上経過してから急に自殺行動をする人を発見し自殺予防することはできない. 例えば, 患者は自殺の意図や計画をしばしば秘匿するものであり, 臨床的には, そうした患者においても, 「何か様子がおかしいので, この人は自殺するのではないか」という臨床家や患者の周囲の人々の直感を裏付けるような, 患者の表出や行動を簡便かつ分析的に把握できるツールが必要である. 前述した通り, すでにSBDは2022年9月にDSM-5-TRから削除されてはいるが, 本稿で自殺特異的診断カテゴリーを検討しているように, SBDを臨床的有用性や妥当性が高まるように修正・洗練したり, 他の自殺特異的診断カテゴリーをDSMやICDに設けたりすることで, 自殺に関連する諸精神疾患の治療のみならず, 自殺行動自体を標的にした治療的介入に関する研究が進む可能性はある¹⁹⁾.

3. 自殺危機症候群

自殺危機症候群 (suicide crisis syndrome :

SCS)^{20, 21)} は, 自殺の短期的リスクに関する1990年のRush-Presbyterian-St. Luke's Medical Centerの精神医学部門, Jan Fawcettらの先駆的な業績²²⁾ (すなわち, それまでは自殺リスクは長期的な展望から研究されていたが, この疫学研究により, 短期的な自殺リスクの重要性が認識された) をもとに, Suicide Prevention International兼New York Medical College精神医学部門のHerbert Hendinらの「自殺危機」(suicide risk) 論²³⁾ を経て, Mount Sinai Beth Israel病院精神医学部門のZimri S. YaseenらによりSCSとして定式化されたものである²¹⁾. Table 3にその概要をまとめた.

前項で説明した自殺行動症 (SBD) が自殺リスクの高い期間を自殺企図から2年間と考えて診断基準案が作られているのと異なり, SCSは患者の評価時点での自殺リスクを患者の言動から拾い上げるものである. この診断基準案をさらに要約すれば, 本人が耐えがたいほど苦しい状況にあると感じており, 感情に障害があり, ネガティブ思考をコントロールできず, 覚醒の障害があり, 引きこもっている場合は, 自殺リスクが高いということになる. これは自殺のリスクの高い人に対する「何か様子がおかしいので, この人は自殺するのではないか」という臨床家や患者の周囲の人々の直感的印象に沿うものである. A基準の「捕捉」は, これに該当するか否かを判定するために用いられる自殺危機調査票 (Suicide Crisis Inventory : SCI)²⁴⁾ の項目から考えると, 耐え難い苦境にある患者に人生の先行きが不透明で行き詰まったと

Table 3 Suicide crisis syndrome (SCS)

診断基準案の概要

下記のA基準とB基準の両方を満たす時、自殺危機症候群と診断する。

- A. 捕捉 (entrapment) :** 逃避、回避または忍耐することが不可能であると感じ容認できない生活状況を逃避または回避する、持続的もしくは再発的な切迫した感覚がある。
- B. 関連する障害 (以下の (a) ~ (d) のすべてを満たす)**
- (a) 感情の障害 (以下のうち1つ以上がある)
- (1) 情緒的痛み
 - (2) 否定的感情の急激な昂まり、または極端な気分の動揺
 - (3) 解離または感覚の障害を伴うことのある極度の不安
 - (4) 急性アンヘドニア (例えば、興味や喜びを経験または予期できていたことができなくなる、あるいはそうしたことができなくなることが増えるなど)
- (b) 認知的制御の喪失 (以下のうち1つ以上がある)
- (1) 自身の苦悩と苦悩をもたらした生活上の出来事についての、強いもしくは持続的な反芻
 - (2) 反復性の否定的な思考パターンから逸脱することができないこと (認知的硬直性)
 - (3) 情報を処理したり、決断したりする能力を損なう、否定的な思考の圧倒的に大量の経験 (反芻の氾濫/認知的過負荷)
 - (4) 否定的または動揺させるような思考を抑制しようとすることに繰り返し失敗すること
- (c) 覚醒の障害 (disturbance in arousal) (以下のうち1つ以上がある)
- (1) 激越
 - (2) 過警戒
 - (3) 易刺激性
 - (4) 全体的不眠 (global insomnia)
- (d) 社会的引きこもり (以下のうち1つ以上がある)
- (1) 社会活動からの撤退または社会活動の範囲の減少
 - (2) 身近な他者との交流の回避

* 各項目は、自殺危機調査票 (Suicide Crisis Inventory : SCI)、簡易症状調査票 (Brief Symptom Inventory : BSI)、ベック抑うつ調査票 (Beck Depression Inventory : BDI)、感情強度評価尺度 (Affective Intensity Rating Scale : AIRS) などを用いて、それぞれに該当するか否かについての基準が設けられている (B基準(b)項の(2)、(d)項の(2)を除く)。

* 文献21より筆者にて要約。

いう認識があることを指す。この「捕捉」を患者から診察で聞き出せば、自殺念慮を患者が告白 (communicated suicide ideation) しなくてもA基準を満たす。すなわち、自殺念慮の存在を患者との会話で確認するという、考えようによってはデリカシーを欠く無遠慮な対応をせずに済む。B基準は該当する異常な言動が多岐にわたり、感情の障害・認知的制御の喪失・覚醒の障害・社会的引きこもりという4つの大項目のすべてに該当しなければならないが、では、これら4つの大項目の一部だけを満たす場合は、自殺リスクが高くはないと判断できるであろうか。常識的には臨床家であれば、B基準の小項目14個の多くが当てはまれば、例え4つの大項目のうち、基準を満たさぬものがあっても、自殺リスクは高いものとする

であろう。また、A基準・B基準とも各項目は、そのほとんどが種々の質問票・評価尺度を用いて該当するか否かについて判断するよう細かく規定されており、臨床現場で実際に使用するにはやや難があると考えられる。

4. 急性自殺感情障害

急性自殺感情障害 (acute suicidal affective disturbance : ASAD)²⁵⁾ は、Florida State University の Megan L. Rogers らが提唱したもので、診断基準案にある各症候が前項で紹介した自殺危機症候群 (SCS) と類似している。しかし、ASAD と SCS が同一のものかどうかを検討した実証研究²⁶⁾ によると、両者の症状は類似しているものの、

Table 4 Acute suicidal affective disturbance (ASAD)

診断基準案の概要

以下の4つのすべてを満たすこと。

- (a) 数週間から数ヶ月間ではなく、数時間から数日間での自殺意図の幾何学的増加
- (b) 下記のうち、1つ以上
 - 著しい社会的疎外（重度の社会的引きこもり、他者嫌悪、自分が他人の重荷になっているという認識など）
 - 著しい自己疎外（自己嫌悪、自身の心理的疼痛が重荷であるという認識など）
- (c) 前述のことは、絶望的に改善し難いという認識
- (d) 2つ以上の過覚醒徴候（激越、不眠、悪夢、易刺激性など）

*気分症や物質使用症の悪化の直接的結果であってはならない。

疾患としては独立していると考えられる。ASADは自殺意図の増加、疎外（他者・自己）、絶望、過覚醒のすべてを持つ場合に診断し、SCSは現時点で耐え難い苦境にある人が人生の先行きが不透明で行き詰まったという認識を持ち、感情の障害・認知的制御の喪失・覚醒の障害・社会的引きこもりという4つの大項目のすべてに該当する場合に診断することを提唱されている。両者の違いはどのようなものかと言えば、まず、ASADには自殺意図を含むが、SCSには自殺意図を含まない。また、ASADは自殺の意図の急激な昂まりが基本症状であり、SCSの基本症状は「捕捉」である²⁷⁾。Table 4にASADの概要をまとめた。

5. 新たな診断カテゴリーとすべきか

University of Florida精神科のRoger K. BlashfieldらがDSM-IVに新たな精神疾患診断カテゴリーを作るための適格基準（選択基準5つ、除外基準4つ）（以下、Blashfield基準）を示した（Table 5）²⁸⁾。これに沿って、自殺行動症（SBD）、自殺危機症候群（SCS）、急性自殺感情障害（ASAD）がこの適格基準に合致するか否かを検討したが（Table 6）、いずれの疾患も新たに診断カテゴリーとしてDSMに追加することは、現時点では正当化されなかった。ただし、本稿での検討では、文献検索にPubMedとGoogle Scholarを用いており、両者に収載されていない学術誌を網羅しておらず、適格基準の各項目について、PubMedやGoogle

Scholarに収載されていない文献に該当する研究が存在する可能性はある。

Blashfield基準は、論文の刊行された1990年当時の試論であり、Task Force on DSM-IVや各DSM-IV Work GroupがDSM-IV作成のために採用した方法ではない（むろん、DSM-5 Task Forceや各DSM-5 Work GroupがDSM-5作成のために採用した方法（Kendler-Kupfer criteria）でもない）。したがって、各種の精神疾患はBlashfield基準に合致しなくともDSMに新たな診断カテゴリーとして採用されうる。本稿でBlashfield基準をSBD、SCS、ASADの各診断基準の適格基準（本稿では、選択基準と除外基準を合わせて適格基準と呼ぶ）として選択したのは、Washington UniversityのRobins and Guze基準の流れを汲む診断カテゴリーの選択基準とは異なり、Blashfield基準には選択基準のみならず、除外基準も明確に示されており、新たな診断カテゴリーの妥当性を批判的に論じるに相応しいと考えたからである。

上述したようにBlashfield基準から判断すると新たな精神疾患診断カテゴリーとしてSBD、SCS、ASADを設けることは正当化されないが、SBD、SCS、ASADに精神疾患という位置付けを与えなくとも、これらを急性～亜急性に自殺リスクの昂じた状態での自殺リスクを評価するためのツールとして用いることは可能である。しかし、精神疾患を有する人の自殺予防のために考案された種々の自殺行動の予測ツールに関するメタ分析²⁹⁾によると、そうしたツールの統合陽性的中率

Table 5 Eligibility criteria on a proposed clinical state as a diagnostic entity

選択基準 (inclusion criteria) : すべてを満たすこと ①文献 (literature) : 提案された診断カテゴリーについて、過去10年間に50報以上の文献があること。このうち25報以上は実証研究であること。 ②診断基準 (diagnostic criteria) : 当該の障害の診断基準一式が文献で提示されていること。さらに評価方法 (構造化面接、自己報告尺度、評価尺度) が存在すること。 ③信頼性 (reliability) : 臨床家間一致レベルのκ値が0.7以上であることを示す実証研究が、2つ以上の独立した研究グループで行われていること。 ④症候群 (syndrome) : 当該の障害の診断基準の項目を1つ満たした場合に、診断基準のその他の項目のいずれかを満たす可能性が0.5以上であることを示す実証研究が2つ以上存在すること。 ⑤弁別 (differentiation) : 提案されたカテゴリーが、類似する他のカテゴリーとは別のものとして弁別できることが少なくとも2つの独立した実証研究で証明されていること。
除外基準 (exclusion criteria) : いずれかがあれば、削除を検討すること ①文献 (literature) : 過去10年間に当該カテゴリーを主眼とする文献が20個に満たない場合。 ②範囲 (coverage) : 少なくとも5つの独立した研究で、当該診断カテゴリーがその属する分類の一般表題の5%に満たない患者を指す場合。 ③診断バイアス (diagnostic bias) : 少なくとも5つの独立した実証研究の大多数で、患者の人種またはジェンダーに関係する有意な診断バイアスが存在することが証明されている場合 (患者の人種またはジェンダーがその障害の有病率に影響を与える理由が、1つの尤もらしい症例でデータとともに提示しうる場合を除く)。 ④疾患 (disease) : 上記の3つの基準はいずれも、当該カテゴリーが、(a) 神経系の病態生理学的変化と相関していることが証明されており、そして/または、(b) 明確に証明しうる病因的基盤を有する場合には、当該カテゴリーを診断カテゴリーから除き得ない。

* 古典的には Washington University School of Medicine 精神医学部門の Eli Robins と Samuel B. Guze が 1970 年に精神疾患の診断妥当性基準として示した 5 項目 (①臨床的記述、②実験研究 (生化学・生理学・放射線学・解剖学)、③他の障害との境界、④追跡研究、⑤家族研究) が各精神疾患を精神医学的診断カテゴリーとして確立するための基準 (validity criteria) として有名である (Robins and Guze 基準もしくは Robins and Guze validators)³⁰⁾。この基準は論文として示された時は Robins と Guze の 2 名が著者であったが、Edwin F. Gildea 率いる Washington University School of Medicine 精神医学部門には、Robins と Guze の他、John Feighner、George Winokur らの俊英が集い、当時圧倒的優勢だった精神分析に対し、米国内で唯一、精神医学的診断基準の作成を中心に研究していた。それが後の 1972 年の Feighner 基準³¹⁾ につながり、これがさらに New York State Psychiatric Institute の Robert Spitzer が主導した 1978 年の研究診断基準 (Research Diagnostic Criteria : RDC) 策定の礎となり、1980 年に DSM-III が登場するきっかけとなった³²⁾。

** 文献 16 には、DSM-5 に入れるべき診断カテゴリーの特徴を論じた white paper に、a) 個人に起きる行動・心理学的な症候群・パターンであり、b) 臨床的に重要な苦悩・障害を扱っており、c) 診断的に妥当であり (予後の重要性、治療への反応など)、d) 臨床的に有用で (評価・治療を強化する)、e) 基底にある心理生物学的障害を反映している、といった特徴を持つことが要請されているとの記載があるが、文献 16 には参考文献である当該 white paper の書誌情報は示されていない。この white paper は 2009 年の Kendler-Kupfer 基準³³⁾ を指すものと考えられ、これは概ね Robins and Guze 基準からの伝統を踏襲し、精神医学における新たな診断カテゴリーの選択基準を示すものである (除外基準についての記載は比較的乏しい)。DSM-5 はこの基準に沿って作成されるはずであったが、早々に問題が発生し、その限界が露呈した³⁴⁾。こうした新たな診断カテゴリーを設ける際の基準は、その時々の DSM 改訂作業の方針 (DSM-III では研究に役立つ診断基準であること、DSM-III-R や DSM-IV では臨床的有用性のあること、DSM-5 では病因や神経生物学的知見を盛り込むこと) に影響を受けている³⁵⁾。なお、DSM-IV に入れるべき診断カテゴリーに関する適格基準を論じた文献は Blashfield 基準以外には発見できなかった。

* 文献 28 を参考に筆者にて作成。

(pooled positive predictive value : pooled PPV) は自殺で 5.5% (95%CI 3.9-7.9%)、自傷行為で 26.3% (95%CI 21.8-31.3%)、自傷行為プラス自殺で 35.9% (95%CI 25.8-47.4%) 程度でしかない (精神疾患患者においても、自殺や自傷行為の事前確率はそう高いものではないため、陽性的中率が低いのは当然のことである)。今後の研究で、SBD、

SCS、ASAD を精神疾患を有する人の自殺リスクの評価ツールとして用いた場合の陽性的中率が、このメタ分析に示された値よりも高くなければ、SBD、SCS、ASAD の臨床的有用性が従来の自殺リスク評価ツールよりも有意に高いとはいえない。

Table 6 Evaluation of SBD, SCS, and ASAD as diagnostic categories

適格基準	自殺行動症 (SBD)	自殺危機症候群 (SCS)	急性自殺的感情障害 (ASAD)
選択基準			
①文献	× (最近10年間に付き, PubMedで7報, Google Scholarで14報, 重複を除き14報. すべての期間につき, PubMedで7報, Google Scholarで15報, 重複を除き15報.)	× (最近10年間に付き, PubMedで26報, Google Scholarで39報, 重複を除き39報. すべての期間につき, PubMedで26報, Google Scholarで40報, 重複を除き40報.)	× (最近10年間に付き, PubMedで15報, Google Scholarで18報, 重複を除き18報. すべての期間につき, PubMedで15報, Google Scholarで20報, 重複を除き20報.)
②診断基準	△ (診断基準案はあるが, 評価方法は提示されていない)	○ (診断基準案に評価尺度が提示されている)	△ (診断基準案はあるが, 評価方法は提示されていない)
③信頼性	× (該当する実証研究は行われていない)	× (該当する実証研究は行われていない)	× (該当する実証研究は行われていない)
④症候群	× (該当する実証研究は行われていない)	× (該当する実証研究は行われていない)	× (該当する実証研究は行われていない)
⑤弁別	× (該当する実証研究は行われていない)	× (該当する実証研究は行われていない)	× (該当する実証研究は1報のみ)
除外基準			
①文献	○ (10年間で14報)	× (10年間で39報)	○ (10年間で18報)
②範囲	× (どの診断カテゴリーの下位分類となるのか不明である)	× (どの診断カテゴリーの下位分類となるのか不明である)	× (どの診断カテゴリーの下位分類となるのか不明である)
③診断バイアス	× (該当する実証研究は行われていない)	× (該当する実証研究は行われていない)	× (該当する実証研究は行われていない)
④疾患	× (該当する研究は行われていない)	× (該当する研究は行われていない)	× (該当する研究は行われていない)

* 文献はPubMedの自然語検索で表題中にそれぞれの検索語を含むもの、およびGoogle Scholar検索で表題中にそれぞれの検索語を含むもののみを対象とした (2024年10月12日現在)。

6. まとめ

6.1 ここまでの総括

以上、自殺特異的診断カテゴリーに該当する3つの疾患概念 (自殺行動症 (SBD)、自殺危機症候群 (SCS)、急性自殺感情障害 (ASAD)) をまとめた。SBDはDSM-5およびDSM-5-TR (2022年3月版) で「今後の研究のための病態」に位置付けられていたが、2022年9月にDSM-5-TRより削除された。その理由の一つに、過去2年間に自殺企図があることというSBDの診断基準案にある項目が、当該人物の現在の自殺リスクを反映していないため、SBDの臨床的有用性に限界があることが挙げられており、SBDが喫緊の自殺リスクを評価するものではないことが問題である。その一方でSCSとASADはいずれも、診断時点で

の切迫した自殺リスクを評価するものであり、臨床家の眼前の患者に差し迫った自殺リスクがあるかどうかを知るために有用な指標となりうる。両者の症状は類似しているが同一の疾患ではない。両者の違いは、ASADには自殺意図を含むが、SCSには自殺意図を含まない。また、ASADは自殺の意図の急激な昂まりが基本症状であり、SCSの基本症状は「捕捉」である。

SBD、SCS、ASADの3つを、DSMに新たな精神疾患診断カテゴリーを作るための適格基準として知られているもののうち最も厳しいBlashfield基準で評価すると、いずれも全く適格基準を満たさず、3つの疾患概念を新たに精神疾患として採用しても自殺予防に寄与するかどうかは微妙である。Blashfield基準の新たな精神疾患診断カテゴリーを作るための適格基準としてのハードルは高く、候補となる疾患に相当数の研究が行われ、疫

学データが積み上がっており、該当する患者が相応に多くなければ、新たな診断カテゴリーとして提案できないことになる。しかし、DSMは伝統的にRobins and Guze基準の流れを汲み、除外基準よりも選択基準を重視しているため、Blashfield基準よりも適格基準は緩い。DSM-5作成で用いられたKendler-Kupfer基準に照合すると、SBD、SCS、ASADの3つはDSMに新たな精神疾患診断カテゴリーとして設けても差し支えない³⁶⁾。だが、これらを精神疾患として採用しても、それが既存の自殺行動の予測ツール以上の臨床の有用性を有するかどうかは不明である。

以下に自殺特異的診断カテゴリーに関するこの他の考察を述べる。

6.2 急性自殺リスク症候群における高自殺リスク期間

SBDは自殺企図2年以内に自殺リスクが高いことが中核的概念であり、他の2つはこれよりも遥かに短期間に急性に自殺リスクの昂じた状態（自殺前精神状態（presuicidal mental states）もしくは急性自殺状態（acute suicidal state））を扱っている。そして、この2つを以て、包括的に急性自殺リスク症候群（acute suicide risk syndrome：ASRS）と呼ぶ場合もある²¹⁾。むろん、自殺特異的診断カテゴリーに該当する疾患概念は、現状ではここに示した3つだけであり、今後、このカテゴリーに該当する疾患概念が追加される可能性はある。同じく急性自殺リスク症候群に該当する疾患概念もここに示した2つだけではなく、今後、この症候群の下位疾患概念が追加される可能性はある。

さて、どの程度の期間を急性に自殺リスクの昂じた状態として自殺企図に注意を要する期間（高自殺リスク期間）であると考えべきなのであろうか。さまざまな意見があるが、ここではJohns Hopkins University School of Medicine精神医学・行動科学部門のAlan L. Bermanらが自殺特異的診断について総括した際の見解³⁷⁾が検索した範囲では、最も包括的で徹底しているため、これに

従うと、自殺リスクの評価時点より30日間（せいぜい60日間まで）が急性にリスクの昂じた要注意期間であると考えられる。

本来はSCSやASADのような急性自殺リスク症候群（ASRS）を自殺特異的診断カテゴリーとして設ける場合、急性に自殺リスクの昂じる期間、すなわち、自殺企図に十分な注意が必要な期間についても明示しなければ、必要以上に長期間にわたり要注意状態として観察しなければならない（しかし、SCSにもASADにも、急性に自殺リスクの昂じた状態がどの程度続くのかについての目安は示されていない）。前項に示したように精神疾患を有する人の自殺予防のために考案された種々の自殺行動の予測ツールの統合陽性的中率がさほど高くはないことを考えると、急性自殺リスク症候群においても自殺・自傷行為の陽性的中率が相当に高くなければ、過剰な医学的管理による医療資源の配分や患者の人権尊重に関し大きな課題を残し、自殺リスクが高いと判断した場合に訴訟リスクとの関連で複雑な問題を生じる^{38, 39)}。SBDでは自殺リスクの高い期間を2年間と明示しており、SCSやASRSについても、自殺リスクの高い期間を明示することが必要である。

6.3 自殺症候群

自殺特異的診断カテゴリーの病態を広く自殺症候群（suicidal syndrome）と名付け、その中核症状を「自殺の考えと行動」（suicidal thoughts and behavior：STB）であるとし、診断基準を設けるという提案もある⁴⁰⁾。うつ病や境界性パーソナリティ症、心的外傷後ストレス症の診断基準にはSTBがあるが、自殺症候群では、STB以外の特有の症状（耐えがたい精神的疼痛や過覚醒など、関連する認知・感情・行動の特徴）があるため、そうした症状を自殺症候群の診断基準に盛り込むことで、うつ病や境界性パーソナリティ症、心的外傷後ストレス症とは別個の独立した診断カテゴリーを設けることができるとしている。しかし、DSM-5-TRの心的外傷後ストレス症の診断基準

には、STBに相当する症状は記載されておらず（2024年9月の最新版のE基準に「無謀または自己破壊的な行動」(Reckless or self-destructive behavior)との記載はある）、また、うつ病や境界性パーソナリティ症、心的外傷後ストレス症でも、耐えがたい精神的疼痛や過覚醒は生ずることがあるなど、この提案には難がある。

この自殺症候群には、自殺特異的診断カテゴリーに該当する疾患概念である自殺行動症(SBD)、自殺危機症候群(SCS)、急性自殺感情障害(ASAD)の3つが含まれている。しかし、SBDという2年間までの中長期的自殺リスクを要する疾患と、SCSやASADというおそらくは2ヶ月までの短期の自殺リスクが混在する疾患とを自殺特異的診断カテゴリーとして総合的に研究するよりも、本稿の「1. はじめに：精神疾患としての急性自殺リスク」で述べたように、自殺を主題とした急性精神疾患を他の精神疾患と重複診断可能かつそれ単独でも診断可能な診断横断的なカテゴリー(trans-diagnostic category)として新たに創設することのほうが、臨床的な必要性に適っているのではなかろうか。すなわち、まだ十分に概念化されていないが、短期間に急性に自殺リスクの昂じた状態を包括する疾患概念である急性自殺リスク症候群(ASRS)の研究を推進することのほうが自殺症候群の研究よりも優先されるべきであろう。

7. 最後に

本稿では、自殺特異的診断カテゴリーに該当する3つの疾患概念(自殺行動症(SBD)、自殺危機症候群(SCS)、急性自殺感情障害(ASAD))を総覧し、その問題点と今後の展望を提示した。これら3つの疾患概念を振り返ると、いずれも自殺という現象の一部の側面を取り上げているに過ぎないのではないかとの感が拭えない。自殺は生物・心理・社会その他の因子が複雑に絡まり合って起きる現象である。主な自殺の心理学的モデル(Table 7)だけでも9個はあり、それぞれに自殺

という現象の心理的な機序をさまざまな形で解き明かしている。

これら9個の主な自殺の心理学的モデルで、自殺特異的診断カテゴリーに該当する3つの疾患概念(SBD, SCS, ASAD)の診断基準案をどのように理解できるかを考えてみると、SBDには病因論的な基準はなく、いずれにも該当しない。SCSはIgor Galynker and Zimri S Yaseenの「自殺危機症候群」そのものであり、他のいくつかのモデルと異なり、個々人の自殺に対する素因を扱っていない。ASADもまた、SCSとの異同が論じられるほどであるから、個々人の自殺に対する素因は関係しない。

個々人の自殺に対する素因として考えられるものの例としては、本稿の「2. 自殺行動症」で説明した自殺リスク因子の階層的分類(Table 2)がある。これには、生物医学的な自殺リスク因子の下に、心理社会的自殺リスク因子や人口学的自殺リスク因子があるが、自殺特異的診断カテゴリーに該当する3つの疾患概念(SBD, SCS, ASAD)のいずれもが、これらの因子をごく一部しか取り込んでいない。SBDは生物医学的自殺リスク因子のうち自殺企図の既往のみを扱っている。SCSとASADはいずれの因子とも関係なく、患者のその時点での認知・感情などの障害を評価しているだけである。そもそも自殺リスク因子の階層的分類での各因子は、自殺リスクが短期的に急激に増加した状態は入っていない。このように、短期的・長期的な自殺リスクを自殺特異的診断カテゴリーに該当する3つの疾患概念で予測できるのかは疑問である。

以上、自殺特異的診断カテゴリーに該当する3つの疾患概念を批判的に吟味した。今後の検討が俟たれるところである。

利益相反

本稿の内容に関し、申告すべき利益相反はない。

Table 7 Psychological models of suicide

モデル	概要
Edwin S. Shneidmanの「精神的苦悩理論」(psychache theory) (1993年)	死ぬこと以外の方法では緩和されることのない耐え難い情緒的苦悩への解決策として自殺するとするもの (suicide as a problem solvent).
Roy F. Baumeisterの「自己からの逃走理論」(escape from self theory) (1990年)	嫌悪すべき人生の状況から逃走し、耐え難い精神的な苦悩を緩和するために自殺すると考えるもの。自分の人生に対する非現実的な期待に始まり、理想の自分と現実の自分とのギャップに苦しみ、さらに認知的脱構築が生じ、その結果として行動の脱抑制が生じて自殺するという、自殺を段階的過程として理解するもの。
Igor Galynker and Zimri S Yaseenの「自殺危機症候群」(suicide crisis syndrome) (2010～2014年)*	急激な強くネガティブな感情が自殺の引き金になるというHerbert Hendinの自殺危機理論 (2001年) などにに基づき、自殺企図の前には認知や感情などの調節不全が生じるとするもの。自殺危機症候群には、激しい絶望 (frantic hopelessness)、反芻的氾濫 (ruminative flooding)、近精神病的身体化 (near-psychic somatization) など、感情・認知・身体経験という3つの要素に障害がある。
J. Mark G. Williams and Leslie R. Pollockの「痛みの叫び (cry on pain) / 引き止められた飛行モデル」(arrested flight model) (2001年)	注意・記憶・判断という3つの領域の大きな変化が自殺行動の3つの構成要素 (敗北のシグナルに対する過感受性、閉じ込められたという認知、その状況からの救済はないという認知) に関連しているとするもの。人は敗北したと思うと、事態が行き詰まったと感じるようになり、解決策が思い浮かばず、自殺するのだという考え方。
David E. Schotte and George A. Clumの「認知脆弱性モデル」(cognitive vulnerability model) (1987年)	ストレスと自殺行動の関連が認知的硬直性で説明できるとする自殺性に関するストレス素因モデル (とはいえ、問題解決能力の低下は内因性の特徴ではなく、状況依存性であるとしている)。人生の困難に直面した時、それを解決できないと感じてしまうと、なかなか良い解決策が思い浮かばないということ。
M. David Ruddの「流動体脆弱理論」(fluid vulnerability theory) (2006年)	自殺エピソードは期限限定的であり、時間の推移で変化する因子や個人の精神状態で誘発されると考えるもの。人には自殺に寄与する主たる3つの因子 (認知的罹患性、生物学的罹患性、行動的罹患性) を持つ基礎的脆弱性があるとしており、これら罹患性因子 (susceptibility factor) の程度が自殺の長期的リスクを決定する。一方、短期的な自殺リスクは、個人が認知・感情・行動などを通じて解釈する一群の内在的・外在的刺激で規定され、「自殺モード」を形成する。
Amy Wenzel and Aaron T. Beckの「素因-ストレスモデル」(diathesis-stress model)	素質的脆弱因子 (素因) と自殺危機を特徴付ける歪んだ認知過程とを分離することにより、長期の自殺リスクと短期の自殺リスクとを区別する試みに基づく自殺行動の認知モデル。
Mannの「ストレス-素因モデル」(stress-diathesis model) (2005年)	Alan Apterの衝動的攻撃性 (1991年) という臨床的現象に基づき、生活ストレス源 (life stressor) が脆弱性と結び付くと自殺につながるとするもの。
Thomas E. Joinerの「人間関係理論」(interpersonal theory) (2005年)	自殺行動が起きるには、所属感の減弱と負担感の認識で構成される自殺願望と、その願望を実行できる後天的な能力との結び付きが必要であるとするもの。

* 文献41ではsuicide crisis syndromeと記載されているが、本稿で論じているsuicidal crisis syndromeと同じものである。

* 文献41⁴¹⁾を参考に筆者にて作成。

文 献

1) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*,

Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.

2) Sisti D, Mann JJ, Oquendo MA. Toward a Distinct Mental Disorder-Suicidal Behavior. *JAMA Psychiatry*. 2020 ; 77 (7) : 661-2.

- 3) 瀧澤 透, 反町吉秀. 自殺における精神疾患の実態把握について—死因究明制度に関連して. 八戸学院大学紀要. 2014 ; 48 : 43-50.
- 4) 高橋祥友 (研究分担者). 自殺の精神医学的背景に関する研究 (「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」(平成21年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 分担研究報告書)); 平成22 (2010) 年3月 [Cited 2024 Sep 26]. pp. 183-94. Available from : <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2009/093151/200935007A/200935007A0010.pdf>
- 5) Satapathy S, Mohanty M. Role of mental health in understanding and preventing suicide. *Medico-legal Update*. 2021 ; 21 (1) : 979-83.
- 6) Marques C. Some issues concerning the concept of mental illness. *Studies in Social Sciences Review*. 2022 ; 2 (3) : 186-94.
- 7) Petrov K. The art of dying as an art of living: historical contemplations on the paradoxes of suicide and the possibilities of reflexive suicide prevention. *Journal of Medical Humanities*. 2013 ; 34 : 347-68.
- 8) Calati R, Nemeroff CB, Lopez-Castroman J, Cohen LJ, Galynker I. Candidate biomarkers of suicide crisis syndrome: what to test next? a concept paper. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2020 ; 23 (3) : 192-205.
- 9) American Psychiatric Association. DSM-5-TR™ Update: Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision ; September 2022 [cited 2024 Nov 2]. Available from: <https://www.psychiatry.org/getmedia/304e9a98-ca5c-4e04-97d7-30b4756705eb/APA-DSM5TR-Update-September-2022.pdf>
- 10) American Psychiatric Association. Updates to DSM-5-TR Criteria and Text [cited 2024 Nov 2]. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/updates-to-dsm/updates-to-dsm-5-tr-criteria-text>
- 11) 高橋三郎, 大野 裕, 監訳. DSM-5-TR™ 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京 : 医学書院 ; 2023.
- 12) American Psychiatric Association. DSM-5-TR™ Update: Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision ; September 2023 [cited 2024 Nov 2]. Available from: <https://www.psychiatry.org/getmedia/eecccf8e-91de-4171-b7ba-8d6c1aae3d11/APA-DSM5TR-Update-September-2023.pdf>
- 13) American Psychiatric Association. DSM-5-TR® Update: Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision ; September 2024 [cited 2024 Nov 2]. Available from: <https://www.psychiatry.org/getmedia/2ed086b0-ec88-42ec-aa0e-f442e4af74e6/APA-DSM5TR-Update-September-2024.pdf>
- 14) 医学書院. DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル [cited 2024 Nov 2]. Available from : <https://www.igaku-shoin.co.jp/book/detail/112206>
- 15) American Psychiatric Association. Updates to DSM Criteria, Text and ICD-10 Codes [Cited 2024 Nov 2]. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/updates-to-dsm>
- 16) Oquendo MA, Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*. 2014 ; 13 (2) : 128-30.
- 17) Rihmer Z. Strategies of suicide prevention: focus on health care. *J Affect Disord*. 1996 ; 39 (2) : 83-91.
- 18) Breznoščáková D. Bipolar disorder and suicide. In: Jarrett Barnhill J. ed. *Bipolar disorder: a portrait of a complex mood disorder*. Croatia: InTech; 2012. p. 121-42.
- 19) Oliogu E, Ruocco AC. DSM-5 suicidal behavior disorder: a systematic review of research on clinical utility, diagnostic boundaries, measures, pathophysiology and interventions. *Front Psychiatry*. 2024 ; 15 : 1278230. doi: 10.3389/fpsy.2024.1278230.
- 20) Galynker I, Yaseen ZS, Cohen A, Benhamou O, Hawes M, Briggs J. Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: the suicide crisis inventory. *Depress Anxiety*. 2017 ; 34 (2) : 147-58.
- 21) Yaseen ZS, Hawes M, Barzilay S, Galynker I. Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the suicide crisis syndrome: an acute presuicidal state. *Suicide Life Threat Behav*. 2019 ; 49 (4) : 1124-35.
- 22) Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, Gibbons R. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry*. 1990 ; 147 (9) : 1189-94.

- 23) Hendin H, Maltzberger JT, Szanto K. The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *J Nerv Ment Dis.* 2007 ; 195 (5) : 363-8.
- 24) Peper-Nascimento J, Rogers ML, Richards JA, Diaz AP, Ceretta LB, Keller GS, Quevedo J, Galynker I, Valvassori SS. The Revised Suicide Crisis Inventory (SCI-2): factor structure, internal consistency, and validity in a Brazilian sample. *Braz J Psychiatry.* 2024 ; 46 : e20233366.
- 25) Rogers ML, Chiurliza B, Hagan CR, Tzoneva M, Hames JL, Michaels MS, Hitschfeld MJ, Palmer BA, Lineberry TW, Jobes DA, Joiner TE. Acute suicidal affective disturbance: factorial structure and initial validation across psychiatric outpatient and inpatient samples. *J Affect Disord.* 2017 ; 211 : 1-11.
- 26) Rogers ML, Jeon ME, Zheng S, Richards JA, Joiner TE, Galynker I. Two sides of the same coin? empirical examination of two proposed characterizations of acute suicidal crises: Suicide crisis syndrome and acute suicidal affective disturbance. *J Psychiatr Res.* 2023 ; 162 : 123-31.
- 27) Rogers ML, Galynker I, Yaseen Z, DeFazio K, Joiner TE. An overview and comparison of two proposed suicide-specific diagnoses: acute suicidal affective disturbance and suicide crisis syndrome. *Psychiatr Ann.* 2017 ; 47 (8) : 416-20.
- 28) Blashfield RK, Sprock J, Fuller AK. Suggested guidelines for including or excluding categories in the DSM-IV. *Compr Psychiatry.* 1990 ; 31 (1) : 15-9.
- 29) Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *Br J Psychiatry.* 2017 ; 210 (6) : 387-95.
- 30) Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1970 ; 126 (7) : 983-7.
- 31) Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry.* 1972 ; 26 (1) : 57-63.
- 32) Kendler KS, Muñoz RA, Murphy G. The development of the Feighner criteria: a historical perspective. *Am J Psychiatry.* 2010 ; 167 (2) : 134-42.
- 33) Kendler K, Kupfer D, Narrow W, Phillips K, Fawcett J. Supplementary appendix I: Guidelines for making changes to DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2009 [cited 2024 Oct 9]. Available from: <https://static.cambridge.org/content/id/urn:cambridge.org:id:article:S0033291713001578/resource/name/S0033291713001578sup001.doc>
- 34) Zachar P, Krueger RF, Kendler KS. Personality disorder in DSM-5: an oral history. *Psychol Med.* 2016 ; 46 (1) : 1-10.
- 35) Surís A, Holliday R, North CS. The evolution of the classification of psychiatric disorders. *Behav Sci.* 2016 ; 6 (1) : 5. doi: 10.3390/bs6010005.
- 36) Fehling KB, Selby EA. Suicide in DSM-5: Current evidence for the proposed Suicide Behavior Disorder and other possible improvements. *Front Psychiatry.* 2021 Feb 4 ; 11 : 499980. doi: 10.3389/fpsyt.2020.499980.
- 37) Berman AL, Silverman MM. A suicide-specific diagnosis - the case against. *Crisis.* 2023 ; 44 (3) : 183-8.
- 38) Joiner TE, Simpson S, Rogers ML, Stanley IH, Galynker II. Whether called Acute Suicidal Affective Disturbance or Suicide Crisis Syndrome, a suicide-specific diagnosis would enhance clinical care, increase patient safety, and mitigate clinician liability. *J Psychiatr Pract.* 2018 ; 24 (4) : 274-8.
- 39) Silverman MM, Berman AL. Feeling ill at ease with a new disease: labeling suicide-related behaviors as a DSM-5 diagnosis. *Crisis.* 2020 ; 41 (4) : 241-7.
- 40) Obegi JH. Is suicidality a mental disorder? Applying DSM-5 guidelines for new diagnoses. *Death Stud.* 2021 ; 45 (8) : 638-50.
- 41) Barzilay S, Cohen A. Psychological models of suicide. In: Galynker I. ed. *The suicidal crisis: clinical guide to the assessment of imminent suicide risk.* NY: Oxford University Press; 2017. p. 10-27.

(投稿日：2024年10月12日)

(受理日：2024年11月17日)