

表 4 パーソナリティ特徴の領域およびその下位項目

パーソナリティ特徴の領域	下位項目	仮の和訳; 説明
• antagonism	callousness aggression manipulativeness hostility deceitfulness narcissism oppositonality	冷酷さ 攻撃性 操作的であること 敵意, 敵対心 不正直 自己愛 反抗性
• disinhibition	irresponsibility recklessness impulsivity	責任感の欠如 無謀さ 衝動性
• negative emotionality	anxiousness separation insecurity pessimism low self-esteem guilt/shame emotional lability self-harm depressivity suspiciousness	不安 分離不安 悲観主義 自尊心の低さ 罪悪感/恥意識 情緒不安定 自傷 抑うつ傾向 猜疑心
• introversion	intimacy avoidance social withdrawal restricted affectivity anhedonia social detachment	親密さの回避 社会的ひきこもり 限定された感情 快楽喪失 社会的孤立
• compulsivity	risk aversion perfectionism rigidity orderliness perversion	リスクの回避 完璧主義 頑固さ 順序に対する執着 曲解, 倒錯
• schizotypy	dissociation proneness eccentricity cognitive dysregulation unusual perceptions unusual beliefs	解離のしやすさ 奇抜であること 認知統制の機能不全 一般的でない知覚 一般的でない信念

1) パーソナリティ障害の診断に際してのパーソナリティ特徴の評価

現在の DSM において, パーソナリティ障害は A, B, C 群に分けられているものの, あくまでもそれぞれ独立したものとして扱われ, 互いの関係性は明らかでない部分も多くみられた。この点を踏まえ, 今回の改訂では, 病的水準にかかわらずパーソナリティ特徴をとらえたうえで, それが機能不全を来しているかの判断がなされるよう

ある。

そこでまず, パーソナリティ特徴として大きく 6 つの領域に分ける案が出されており, 各領域には 3~9 つの下位項目が設けられている (表 4)。

上述のパーソナリティ特徴は, それ自体は必ずしも病的でない。特定のパーソナリティ特徴が組み合わさって機能不全を来した時点で, 初めてパーソナリティ障害と診断されるのである。

DSM-5 において提案されているパーソナリテ

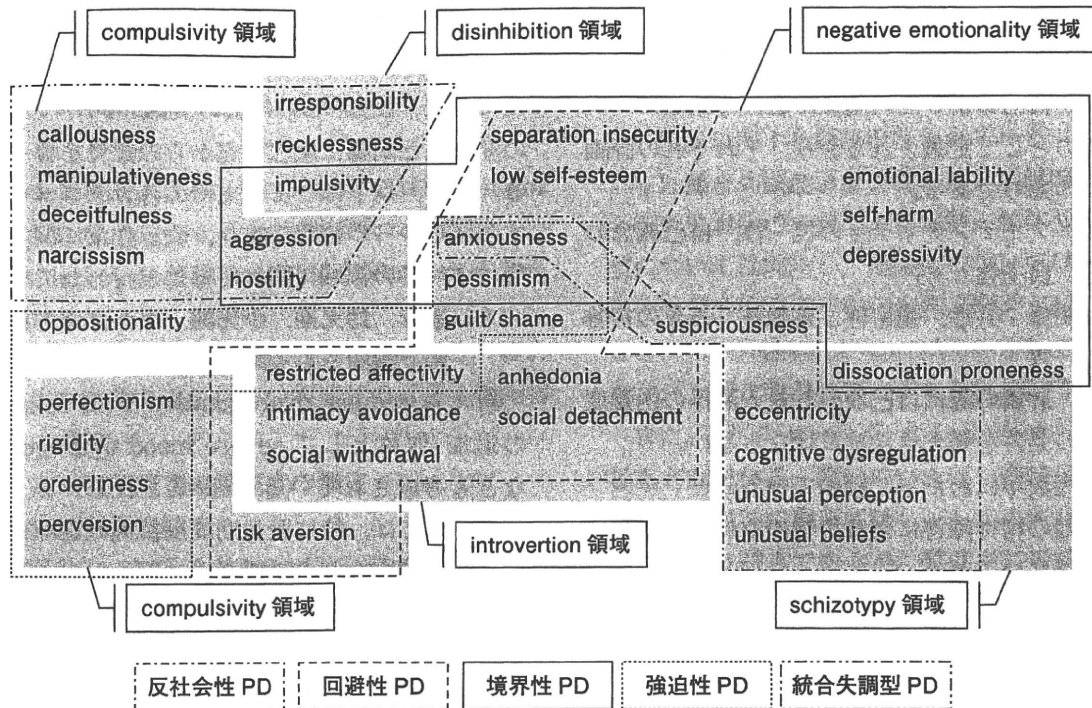


図 1 パーソナリティ障害とその特徴の相互関連性

障害は、以下の 5 つである。

- ・反社会性パーソナリティ障害
- ・回避性パーソナリティ障害
- ・境界性パーソナリティ障害
- ・強迫性パーソナリティ障害
- ・統合失調型パーソナリティ障害

これらのパーソナリティ障害はすべて DSM-IV において既存のものであり、概念に関する大きな変更点は特にはない。表 4 に示したパーソナリティ特徴およびその下位項目の位置関係は、図 1 の通りである。

これまで、パーソナリティ障害に関連する comorbidity の高さが指摘されてきたが、今回のパーソナリティ特徴の再概念化においては、その背景やプロセスに迫ろうという試みをうかがい知ることができる。ただし、不安傾向が反社会性障害以外の 4 つのパーソナリティ障害すべての要素とみなされているのに対し、抑うつ傾向は境界性パーソナリティ障害のみに含まれているなど、既存のパーソナリティ障害に関する概念からみて

議論を呼ぶ可能性は十分に予測される。上記のようなパーソナリティ特徴とパーソナリティ障害の合致がはたして適当であるかの議論に加え、図 1 で提示されるようなパーソナリティの構造がそもそも妥当であるのかという点についても議論が必要であろう。

また今回提示されたモデルでは、DSM-IV にはあった 5 つものパーソナリティ障害(妄想性、統合失調質、演技性、自己愛性、依存性)が削除されている。これらは個々のパーソナリティ障害のタイプというよりも、特定のパーソナリティ特徴が不適応なかたちで強く表出した場合と見なされ、従来これらの診断名に該当していた病態が今後どのように扱われるのかに関しては不透明である。もちろん、然るべき議論を経たうえでの結論と推測されるが、この 5 つの障害を診断分類システムから全く除外してしまうことに対しては激しい反論が予想される。

2) パーソナリティ機能の評価

パーソナリティ障害の種類にかかわらず、今回

の改訂では、パーソナリティ機能全体の評価が診断に盛り込まれることとなる。パーソナリティ機能とは、自己および対人関係における領域にかかわるものとして定義されており、それぞれの詳細は以下の通りである。

自己：アイデンティティの統一性、自己概念の統一性、自主性

対人関係：共感、親密性と協調性、表象の複雑性と統一性

なお、評価の際は自己ないし対人関係の困難度が以下の条件を満たさなければならない。

- A) 複数年にわたって続いていること
- B) 他の精神障害による影響のみによるものではないこと
- C) 物質または一般の薬品の直接的影響のみによるものではないこと
- D) 文化的背景と照らし合わせ予測される範囲を逸脱していること

5段階評定において、各評定は以下の通りである。

0：機能不全はみられない

1：軽度の機能不全

2：中程度の機能不全

3：重度の機能不全

4：極度の機能不全

以上をまとめると、DSM-5によってパーソナリティの評価は以下の3点から行われることになる。

- ・パーソナリティ機能(およびその不全)：5段階評定
- ・パーソナリティ障害のタイプ：5タイプ
- ・パーソナリティ特徴：6領域、その下位領域34(各領域に対し3~9)

なお上記の項目中、何から評定を行うのが妥当であるかなどについてはいまだ結論に至っていない部分もあり、具体的な評価法に関してはフィールドトライアルが行われている。

3. 精神障害の各領域に関する変更点

DSM改訂作業においては、上記のような包括的観点からの変更点に加え、特定の精神障害に関

する変更点も提案が出されている。これらは各領域におけるワーキンググループから提案されたものであり、DSM-5最終稿の完成に向けて、上述の変更点と同様に幅広い層からの意見を募っている。なお、以下はウェブ上での各カテゴリーに関する記述からの抜粋であり、改訂作業に関する意見はすべての領域に関して募集が行われている。

1) 通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害

新たに temper dysregulation with dysphoria の追加(仮称として severe mood dysregulation なども考慮されている)が提案されている。この背景としては、特に児童期に反抗挑戦性障害や小児双極性障害などの診断を受けたものの、後に誤診が疑われるケースが少なくないことが挙げられる。したがって、反抗挑戦性障害や小児双極性障害では、両障害の鑑別に関して現在慎重な協議が重ねられている。

また、行為障害に関して callous/unemotional (冷酷/非感情的)を基準に含める提案がなされているが、いうまでもなく、採用された場合には、本障害に関するスティグマが増大することが十分予想される。加えて、臨床的有用性にも疑問が残るため、この提案に関してはいまだ慎重な議論が展開されている。

現行では、広汎性発達障害の中には自閉症性障害とアスペルガー障害がおのおの独立して存在するが、これらを autism spectrum disorder (ASD; 自閉性スペクトラム障害)としてとらえようとする動きがある。従来、アスペルガー障害は自閉症とは別の障害であるとみなされてきたが、近年これらは明確に区別できるものではなく、むしろ自閉症的症状の表出や重篤度によってスペクトラム上に存在するものとみる動きがあり、ASDはこのような流れを反映したものである。

2) せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害

本カテゴリーに関しては、現在の分類方法を根本的に見直したうえで、delirium, major neuro-

cognitive disorder, minor neurocognitive disorder への分類が検討されている。主な変更点で特にコメントが求められているのは以下の通りである。

- ・ dementia (認知症) の診断名を廃し, major neurocognitive disorders の新たな追加
- ・ minor neurodevelopmental disorders の新たな追加
- ・ neurocognitive disorders に関連する, 特に精神病的および抑うつ症状の行動上の障害の分類
- ・ 認知機能障害の重篤度の測定

3) 物質関連障害

DSM-5 における本カテゴリーには, 物質使用以外にも, 中毒ないし乱用と思われる行動を障害に含める提案がなされている。Gambling disorder を本カテゴリーに含めることがすでに提案されており (これまでは「他のどこにも分類されない衝動制御の障害」に含まれていた), またインターネット中毒 (internet addiction) などのカテゴリーも新たに加えられる可能性がある。「物質使用」を本カテゴリーの定義から外すことで, 社会のおよび環境的要因をどこまで加味するのか, またどこで個人の健全な範囲での趣味や性癖と線引きを行うのかなど, 難しい判断が必要となっている。

上記に関連して, 物質関連以外の障害も含めることから, カテゴリーのタイトル自体を addiction and related disorder と変更する提案が出ているが, addiction という用語の採用に関してはまだ結論が出ていない。衝動的でコントロール不可能な薬物使用状態を「依存 (dependence)」と呼ぶことに関して, これまでさまざまな問題が指摘されている。その一方で, ごく標準的な耐性や離脱症状を呈する患者を中毒者 (addicts) と呼ぶのかといった議論もなされている。現在, 依存 (dependence) は, 身体的依存のみに関する使用に限定されており, 処方薬による耐性や中断 (離脱) 症状の有無は依存に含まれないことになっている。しかしインターネット中毒にみられるよう

に, 精神作用物質がほぼ関連していないにもかかわらず, 中毒が診断名の一部として使われる可能性もあり, 社会的影響 (特にスティグマ) に配慮しつつ用語に関する議論が行われている。

4) 統合失調症および他の精神病性障害

統合失調症の妄想型, 緊張型, 解体型などの亜型については廃止し, 緊張型については精神病性障害や気分障害でも緊張病性の特徴が認められることから, 「catatonic specifier」としてまとめるなど, 大幅な改訂の提案がなされている。

また, 新たに psychosis risk syndrome の追加が提案されている。端的に言えば, 精神病発症以前の状態も精神障害と認識し, しかも治療の対象とするという試みであるが, 発症以前の段階を精神障害に含めることに対する抵抗も大きい。本カテゴリーにかかわらず, 精神障害の閾値に関する意見はさまざまあるが, 閾値を下げるのが一概に精神医療サービス向上につながらないのは周知であるし, 特に精神病の場合であれば, 単なるレッテル貼りやスティグマ増大にもつながりかねない。広く議論が求められる問題であり, また多数の反論意見が予想される案件でもある。

5) 気分障害

現在, 「特定不能のうつ病性障害」とされている状態 (disorder=障害) を depressive conditions not elsewhere classified (condition=状態) とする提案が出されている。これもまた臨床閾値を下げる試みであるといえ, 背後には治療を必要とする層を幅広く医療の対象にする意図がある。しかし一方で, 抑うつ感を主訴とする患者に対するサービスは現状でも十分といえず, いたずらに医療の対象となる者を増やすことで, 緊急度および重篤度の高い層に対するケアやサービスが低下する危険もはらんでおり, 最終調整の難航が予想される。

本稿の冒頭で述べたディメンション評価が, 気分障害に関しては特に重点的に活用される予定である。障害の特性と照らし合わせ, 特に活用の可能性の高いものとして以下が挙げられている。

- ・ 不安

- ・自殺の危険性
- ・物質乱用(詳細については検討中)

本カテゴリーに新たに加えられる可能性があるのは、premenstrual dysphoric disorder (PMDD), temper dysregulation disorder with dysphoria, non-suicidal self injury, non-suicidal self injury NOS である。このうち PMDD を除く 3 つは、従来は通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害のカテゴリーに含まれていたが、今回の改訂に際し、再度どのカテゴリーに含めることが妥当であるのかという議論がなされている。

6) 不安障害, 身体表現性障害, 適応障害および虚偽性障害

以下の障害は、従来は他のカテゴリーに分類されてきたが、今回の改訂に際しては、不安障害の観点からも検討が重ねられている。

- ・分離不安障害
- ・チック障害(一般身体疾患による)
- ・情動性運動障害
- ・トゥレット障害
- ・慢性運動性または音声チック障害
- ・一過性チック障害
- ・他に分類されないチック障害

また、新たに不安障害の観点から再分類が検討されているものとして、身体醜形障害(現在は身体表現性障害に分類)や抜毛癖(現在は衝動制御の障害に分類)が挙げられる。

その他の大きな変更点として、広場恐怖を「伴う」「伴わない」で分けていたパニック障害を、「パニック障害」だけとする。ただし、DSM-IV ではコード化できなかった広場恐怖をコード化できるようにするなど、ICD-10 のパニック障害および広場恐怖の診断分類に近い分類が提案されている。

また、hoarding disorder, olfactory reference disorder (おそらく付録), skin picking disorder (おそらく付録)などの新規のカテゴリーの追加などが提案された。

大項目の身体表現性障害 (somatoform disor-

ders)については、混乱が多く、身体症状の表出や身体疾患にかかわっているものが多いなどの理由から、somatic symptom disorders と呼称変更することが提案されている。また、身体化障害 (somatization disorder) も complex somatic symptom disorder と呼称変更する。心気症や疼痛性障害もこれに含めるが、転換性障害は残存させる。DSM-IV まで大項目としてあった虚偽性障害を somatic symptom disorders の中で再分類する。

さらに、適応障害も大項目として存在してきたが、急性ストレス障害や心的外傷後ストレス障害などとともに trauma and stress-related disorders として再概念化するなどの提案もみられる。

7) 摂食障害

本カテゴリーにおいては、独立した精神障害として、binge eating disorder が提案されている(従来は診断分類では「むちゃ食い障害」と仮称があったが、特定不能の摂食障害として分類)。Binge eating が疫学的に決して少数でないことはこれまでに指摘されてきており、NOS 診断ではない診断名が必要との意見が多数を占めたため、これを受けたものとみられる。

また、本カテゴリーの新たな名称として、eating disorders に代わり eating and feeding disorders が提案されている。自発的な摂食行動を暗に示す eating に限らず、幼児期における摂食行動 (feeding) も含めたカテゴリーであることを明示する意図とみられる。

8) 実行委員会外部から追加の提案を受けた病態

これまで述べてきたものはすべて DSM 実行委員会内のワーキンググループによって内容を吟味された提案であるが、以下は外部から追加を提案された障害である。最終的な DSM-5 における位置づけはまだ議論を要するところとされている。なお、これらは現在の診断分類において正式な定訳がないため、定訳があるものは定訳を、ないものに関しては暫定的ではあるが筆者らによる和訳をカッコ内に示した。

- ・ apathy syndrome (無気力症候群)
- ・ body integrity identity disorder (身体統合同一性障害)
- ・ complicated grief disorder (複雑悲嘆障害)
- ・ developmental trauma disorder (発達性トラウマ障害)
- ・ disorders of extreme stress not otherwise specified (他に分類されない極度のストレス障害)
- ・ fetal alcohol syndrome (胎児性アルコール症候群)
- ・ internet addiction (インターネット中毒)
- ・ male-to-eunuch gender identity disorder (去勢に関連する性同一性障害)
- ・ melancholia (メランコリー)
- ・ parental alienation disorder (親との別離による障害)
- ・ seasonal affective disorder (季節性感情障害)
- ・ sensory processing disorder (感覚処理障害)

ランス状態など)でもない

- D) 心理的な機能不全が背後にある
- E) 社会規範からの逸脱もしくは社会との衝突とは異なるものである

その他:

- F) 診断をつけるにあたり、妥当性があるものである(予後、心理生物学的な障害、治療反応性がある程度共通している)
- G) 臨床的有用性(診断の概念化、アセスメントもしくは治療に貢献する)
- H) 身体疾患と精神障害は明確に区別されるものではない
- I) 診断上の validator と臨床的有用性は診断の鑑別に貢献するものでなければならない
- J) 新たな障害名の追加または削除を検討する際、最終的に考えられる利益(よりよいケア、将来の研究の可能性)が損失(特定の個人への不利益、乱用の危険性)を上まわらなければならない

定義自体は、従来の診断分類システムにおける精神障害の定義と大差はない。この定義に照らし合わせ、今回提案されている変更点の妥当性について以下検討したい。

DSM-5 草案に対し寄せられた意見・反論・批判

1. 精神障害の定義に関して

DSM-5 草案の潜在的問題点を探る前に、そもそも精神障害がどのように DSM-5 において定義されるのか、確認しておく必要があるだろう。以下、DSM-5 のウェブ上に公表されている情報からの抜粋をしておく。

特徴:

- A) 個人に起こる行動面もしくは心理面の症候群もしくはパターン
- B) その結果が臨床的に苦痛(痛みの症状)もしくは障害(1つ以上の領域で支障を来している)となっている
- C) 通常みられるストレスラーや喪失体験(愛する人との別れなど)などに対して予想される範囲の反応を超えており、また特定の出来事ないし状況に対して文化的背景から予測される反応(宗教上の儀式におけるト

2. 懸念されている問題点

ウェブ上での草案公開以降、すでに意見や反論、批判が出始めている²⁾。以下は、主に指摘されている問題点の要約である。ただし、ここに述べる内容は、あくまでも草案の公開およびパブリック・コメントの募集と並行して他のソースから発表されたもののみであり、最終的に DSM タスクフォースに寄せられるパブリック・コメントを代表するものではないことを一言添えておきたい。今回公表された草案に対する反響の全容が明らかになるのは今しばらく時間を要するだろう。

現在、審議されている変更点は、主に、

- ・新しい障害の追加
- ・対象患者層の拡大(特に臨床閾値の低下)

と要約できるであろう。そして、これらに付随して起こる状況として懸念されているのは、

- ・法的問題

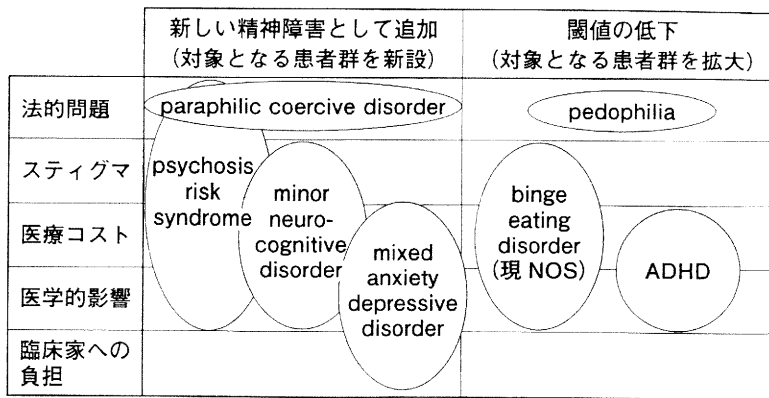


図 2 診断分類システムへの修正・変更による影響

- ・ スティグマ
 - ・ 医療コスト
 - ・ 医学的影響
 - ・ 臨床家への負担
- の 5 点に集約できる。

以下に、現在提案されている DSM-5 草案が実際に施行されたと仮定した場合に起こり得る状況についてまとめてみた(特に影響が懸念される精神障害の 1 例に関しては図 2 参照)。

1) 法的問題

新たに「精神障害」に含める診断名を増やし、また臨床閾値を低く設定することは、「患者」の絶対数を増やすことに他ならない。仮に、temper dysregulation disorder with dysphoria(前述参照)や paraphilic coercive disorder(倒錯的側面の強い強姦)などが新たに精神障害として認められた場合、責任能力の有無などについての法的判断に大きな影響が及ぶのは必至である。また、小児性愛を例にとれば、性的興味の対象年齢を上げる(=幼児だけでなく児童も含める)案が出ている。採用されれば該当する「患者」が増えることになり、ひいては犯罪が起きた際の法的責任の所在があいまいになりかねない。Psychosis risk syndrome など、一見犯罪性とつながりがないようなものも、責任能力が問われた場合には法的判断にかなりの影響を及ぼし得る。

2) スティグマ

現在の診断分類では、精神障害と見なされない

状態を新たに精神障害と位置づけるにあたり危惧されるのが、スティグマの問題である。その顕著な例が binge eating disorder, minor neurocognitive disorder, psychosis risk syndrome であろう。前者 2 つに関しては、状態としては非常に高い出現率が容易に予想でき、また通常の生活習慣および加齢に伴う変化との区別は容易ではない。これらを「精神障害」と位置づける妥当性は慎重に協議される必要がある。また、psychosis risk syndrome に関していえば、「精神病」という用語に対するスティグマが非常に高いのは周知の事実であり、発症以前の段階であるにもかかわらず精神病と直接関連づけるような診断を下されることになれば、精神病同様のスティグマの対象となるであろうことは想像に難くない。

3) 医療コスト

精神障害と診断されれば、なんらかの薬物治療が開始されるケースが大半であろう。したがって、患者の層の拡大に伴う医療コストの増大も懸念すべき事項である。仮に、mixed anxiety depressive disorder や depressive conditions not elsewhere classified が採用されたとしよう。薬物治療が選択肢の 1 つであることは当然であるが、一方で中程度の精神障害においてはプラセボ的反応がよくみられることも指摘されている。費用対効果を加味した場合、果たしてどのような薬剤がどの程度必要であるのかという難しい判断を迫られる患者層が増えることが予想される。また

minor neurocognitive disorder に関しては、平易な言い方をすれば、加齢による認知的衰えを抑制する、いわば「魔法の薬」が必要な「障害」になりかねない。この障害に対し求められる医療コストも、費用対効果を考えた際に必ずしも有益であるかどうか容易に判断が下せるものではない。

4) 医学的影響

上記の医療コストの項目とも関連し、薬物治療において懸念されるのが副作用である。特に抗精神病薬に関しては、急速かつ大幅な体重増加を招くものが多く、さらに余命の短縮につながるという指摘もある。Psychosis risk syndrome が採用されれば、おそらく薬物治療が第一選択肢の1つとなるだろうが、薬物治療の開始以前に十分にそのリスクを考慮することが必要であることはいうまでもない。また、これまで精神障害として治療されてこなかった状態が新たに精神障害と認められた場合、確立された治療法がないまま、なんらかの治療が開始されることになる。DSM-5への採用が決定される精神障害については、DSM-5の最終稿完成に向けた活動と並行し、具体的な治療に関する情報収集ならびに関連研究も行われるべきであろう。

5) 臨床家への負担

本稿冒頭で紹介したディメンショナル評価導入およびパーソナリティ障害診断の変革に伴い、臨床家への負担増大が懸念されている。両者ともに、それら自体が新しい概念であり、浸透・普及に時間がかかることは十分に予想できる。特にディメンショナル評価に関しては、これまで症状の有無、最終的には特定の診断名がつくつかつかないかといった、いわばオール・オア・ナッシング的発想を主に求められてきた者にとっては全く新しい診断分類システムである。評価者間信頼性の観点からも、適切な運用のためには、十分な教育およびトレーニングが不可欠であろう。

さらに、新たに追加を検討されている精神障害

(特に気分障害関連)診断に際し、ディメンショナル評価が義務づけられた場合、臨床家への負担は何重にも増えることになる。実現可能性に関する十分な検討が求められる。

おわりに

DSM-5の草稿が完成し、広く意見・提言を求めるべくウェブ上に公開された。2010年4月10日までのパブリック・コメント募集に引き続き、現在はフィールド・トライアルへの参加を募っている。今後もDSM実行委員会が各方面から積極的に意見や協力を求めることは十分に予想される。

引き続きDSM改訂作業の動向を注視していき、また機を改めてその後の動向を報告させていただきたい。

文献

- 1) DSM-5 : The Future of Psychiatric Diagnosis [http://www.dsm5.org (cited on March 16, 2010)]
- 2) Frances A : The first draft of DSM-V. BMJ 340 : c1168, 2010
- 3) Hyman S : Can neuroscience be integrated into the DSM-V? Nat Rev Neurosci 8 : 725-732, 2007
- 4) Kupfer D, First M, Regier D : Introduction, A research agenda for DSM-V, Kupfer D, First M, Regier D, eds. p xv-xxiii, American Psychiatric Association, New York, 2002
- 5) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11「精神および行動の障害」作成の動向—これまでの経緯とDSM-5作成の活動状況. 精神科診断学 2 : 3-27, 2009
- 6) Psychiatric Times [http://www.psychiatric-times.com (cited on March 16, 2010)]
- 7) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992
- 8) Yan J : APA Announces DSM-5 Task Force Members. Psychiatric News 42 : 10, 2007

カレント・トピックス

DSM-5 草稿（ドラフト）の概要

松本ちひろ* 丸田 敏雅* 飯森真喜雄*

1. 序論

世界保健機関（World Health Organization）作成の国際疾病分類（International Classification of Diseases）とならび精神保健の分野において広く使用されてきた DSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）が、第5版作成に向け改訂の時期を迎えている。本稿においては、今年2月初旬に公開が始まった草稿（ドラフト）の概要を、今後の動向および課題も含め紹介したい。

2. 経緯

DSM は米国精神医学会が作成している診断分類システムであり、全世界における公衆衛生への貢献を主眼とする ICD とは対照的にアメリカ合衆国国内のみにおける使用を目的として作成された。しかし近年では ICD とならび、本国を含め世界各地で使用されている。

DSM 第5版に向けた活動は2003年に始まり、2008年5月正式に DSM-5 実行委員会およびその下位組織である13のワーキンググループのメンバーが発表された。ちなみにこの人選には、外部の利益団体からの影響を極力避け、また近年の米国外における DSM 普及を考慮し米国以外からの参加者を積極的に募るとの配慮がなされた。

現在 DSM-5 実行委員会としては2012～2013年

の DSM-5 完成を目指している。今回紹介する草稿は、いわば完成版の叩き台にあたる位置づけであり、ウェブ上における公開より2ヵ月以上にわたり（4月20日締め切り）幅広くコメントが求められた。またパブリックコメント募集締め切りに続き、フィールドトライアル案についてもウェブ上にて公募する試み（5月7日締め切り）も行われており、改訂プロセスをより広く開かれたものとする意欲が強く感じられる。

3. 草稿の概要

草稿の概要を紹介するにあたり、まず全体に関わる変更点、次に精神障害の各診断および領域に関わる変更点について述べていきたい。

1) 全体について

i) デイメンショナル評価の導入：DSM-IV からの大きな変更点として、まずデイメンショナル評価の導入が挙げられる。具体的には、最終的な診断名にかかわらず診察の段階から病態の様々な側面（以下は現在検討されている項目）に対し5段階で評価を行うものである。

- ・抑うつ傾向
- ・不安
- ・自殺の危険性
- ・物質の使用
- ・睡眠

上記項目をデイメンショナル評価として導入することには、2つの利点が挙げられる。

まず1つには、診断名に関わらず当面どのようなケアないしマネジメントが必要かつ有効であるかを検討する際に非常に役立つということである。特に自殺に関するリスクなどは、対応の緊急

The draft of DSM-5 : Its overview.

*東京医科大学精神医学講座

〔〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1〕

Chihiro Matsumoto, M.A., Toshimasa Maruta, M.D., Ph.D., Makio Iimori, M.D., Ph.D.: Department of Psychiatry, Tokyo Medical University, 6-7-1, Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo, 160-0023 Japan.

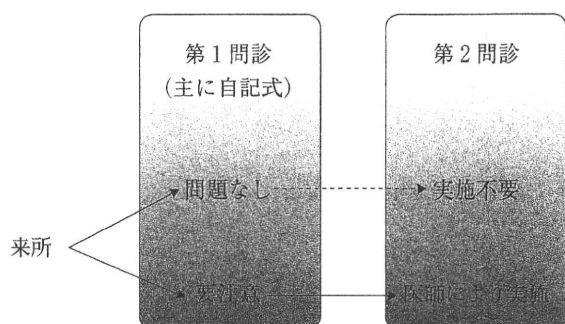


図1 デイメンショナル評価の実際 (DSM-5ドラフトのホームページから得られた情報をもとに作成)

度に直結する要因であり、最終的な診断名に至る前の段階であっても必ず評価が必要となる。

次に、診断名に加え臨床像を大きく捉える評価尺度を導入する利点として、病態の経過が観察しやすくなる点が挙げられる。同一の診断名がついても患者間で臨床像が大きく異なる場合は多々あり、診断名のみでなく臨床像全体が治療方針や予後に深く関与するのは自明である。診断名に対し補完的役割を果たす状態像診断や病状のモニタリングのツールとしても、デイメンショナル評価は十分に活用される。

デイメンショナル評価の実際の施行法に関しては、まず自記式を前提としていることが革新的である。デイメンショナル評価をすべて医師およびそれに準ずる専門家が行えば負担の増大に繋がりがねないが、スクリーニングに近似した本デイメンショナル評価の性格上、第一段階はやむを得ない場合を除き、患者本人もしくは同伴者によって回答され、この段階で基準値を超えた項目がある場合のみ医師による第二段階の評価が行われる予定である (図1)。

ii) 第I軸と第II軸の統合：現行のDSMでは、パーソナリティ障害と知的障害が第II軸、それ以外の精神障害が第I軸というように明確に区別されているが、DSM-5においてはこれらを統合し、1つの軸に統合する案が検討されている。診断分類学において、第I軸障害と第II軸障害は全く異質のものとする見方が広く普及して久しい。これはDSMにおける他軸評定法の影響が大きいですが、DSM-5はその妥当性にあらためて正面

から取り組む姿勢を示したと言えるだろう。

DSM-5におけるパーソナリティ障害診断は、「健常」なパーソナリティと「病的」なパーソナリティの連続性を強調し、正常と異常の境界 (ie. 臨床閾値) の曖昧さを不必要に定義しないかたちで評価がなされる見通しである。パーソナリティおよびパーソナリティ障害のDSM-5での位置づけに関し、次項でより詳細に説明したい。

iii) パーソナリティ障害の診断とパーソナリティ特徴の評価：自明ではあるが、パーソナリティ障害の有無にかかわらず、誰にもパーソナリティ特徴は存在する。パーソナリティ障害はパーソナリティ特徴が機能ないし適応不全をきたす水準に至ったものとの見識はDSM-IVでも示されているが、DSM-5ではこの点がより明確に示される見通しである。

回避性パーソナリティ障害を例にとると、図2のように示される (図2は模式図であるため6項目における評定で示されているが、実際に回避性パーソナリティ障害に含まれる特徴は11にのぼる；また、模式図であるためパーソナリティ障害の診断に至る基準値は示されていない)。回避性パーソナリティ障害に見られる不安や分離不安、親密さの回避といった特徴は、パーソナリティ障害の診断に至らない者でもパーソナリティの一部として充分にありうる。例えばパーソナリティ全体としてAとBは似通っているが、Aの方がその程度は明らかに高く、日常での適応に困難をきたすであろうことが容易に想像される。それに対しBは、回避的な特徴がややあるもののAほどではない。臨床閾値下のパーソナリティ特徴の把握が日常臨床において生かされる可能性は十分に考えられ、またパーソナリティ障害をパーソナリティ全体の連続性において再概念化する試みは、これまでのパーソナリティ研究および臨床に大きな影響を与えうる。なお、パーソナリティ障害の診断に至るには機能の低下が必要条件であると明記されており、詳細は以下の通りである。

パーソナリティ機能による障害が以下2つの領域にわたり見られること：

自己：アイデンティティの統一性、自己概念の統一性、自主性

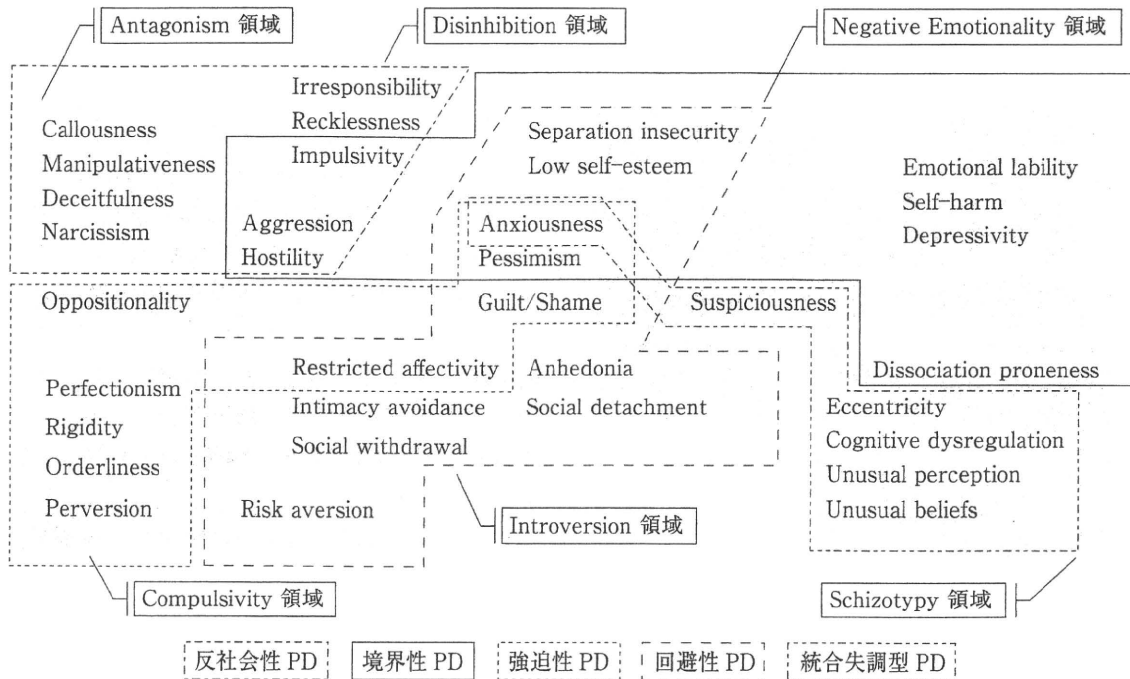


図2 DSM-5におけるパーソナリティ障害とその領域
(DSM-5 ドラフトのホームページから得られた情報をもとに作成)

対人関係：共感，親密性と協調性，表象の複雑性と統一性

なお，評価の際は自己ないし対人関係の困難度が以下の条件を満たさなければならない。

- A) 複数年にわたって続いていること
- B) 他の精神障害による影響のみによるものではないこと
- C) 物質または一般の薬物の直接的影響のみによるものではないこと
- D) 文化的背景と照らし合わせ予測される範囲を逸脱していること

また DSM-IV では，パーソナリティ障害は A, B, C の三群に大別されていた。互いの関係性は明示されず，あくまでも各々独立したものとして扱われてきた。DSM-5はこのグルーピングを廃し，パーソナリティ障害間の関連性をより積極的に扱うものとなるようである。

まず，パーソナリティ特徴を大きく6つの領域 (Antagonism, Disinhibition, Negative Emotionality, Introversion, Compulsivity and Schizotypy) で捉える案が出されており，さらに各領域

には3から10の下位項目が設けられることとなる (e.g. Disinhibition 領域には責任感の欠如，無謀さ，衝動性の3項目)⁴⁾。これらパーソナリティ特徴は，それ自体は必ずしも病的なものではなく，すべての人のパーソナリティに関連するものである。

DSM-5において提案されているパーソナリティ障害は以下5つである。

- ・反社会性パーソナリティ障害
- ・回避性パーソナリティ障害
- ・境界性パーソナリティ障害
- ・強迫性パーソナリティ障害
- ・統合失調型パーソナリティ障害

これらはすべて現行の DSM において既存のものであり，概念に関する大きな変更点はない。また，これらの相対的な関係は図3に示す通りとなっている。

今回提示されたパーソナリティ障害モデルでは，DSM-IVと比較し5つものパーソナリティ障害 (妄想性，統合失調質，演技性，自己愛性，依存性) が扱われなくなっている。パーソナリティ

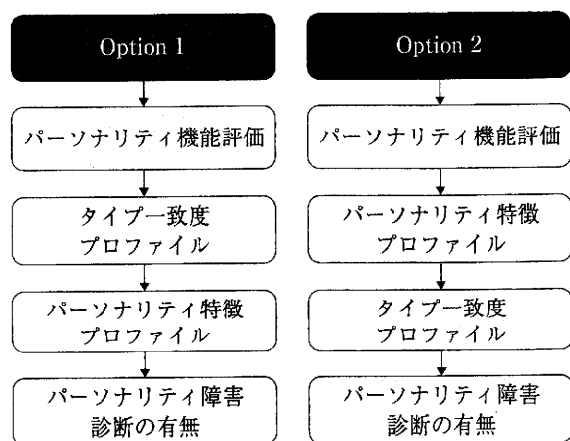


図3 DSM-5において提案されているパーソナリティ障害の相対的な関係 (DSM-5ドラフトのホームページから得られた情報をもとに作成)

パーソナリティ機能評価：機能障害の度合いを0（機能不全なし）から4（極度の機能不全あり）まで5段階評価，タイプ一致度プロフィール：本文に挙げられているパーソナリティ障害5つについて、それぞれに関する一致度を1（まったく一致しない）から5（非常に一致する）の5段階で評価，パーソナリティ特徴プロフィール：図2に挙げられている6つの特徴のうち、非常にあてはまるもの、かなりあてはまるものをそれぞれ列挙，パーソナリティ障害診断の有無：一般的なパーソナリティ障害の基準を満たすか否か（ie. 長期間の持続および安定、物質や一般の身体疾患の作用によらない、など）

障害担当のワークグループの見解によれば、これらは個々の障害のタイプというよりも「特定のパーソナリティ特徴が不適応な形で強く表出した場合」と見なされるようであり、従来これらの診断名で扱われていた病態が今後具体的にどのように扱われるのかきわめて不透明である。

2) 精神障害の各領域に関する変更点

DSM改訂作業においては、上記のような包括的観点からの変更点に加え、精神障害の各領域における変更点が発表されている。ウェブ上での草稿発表に続き、寄せられたパブリックコメントをもとに修正を加えられた点（e.g. 神経性無食欲症における「通常体重の85%以下」との診断基準を廃し、「著しく低い体重」と記述を変更¹¹⁾）も公開が始まっている。今後もフィールドトライアル等を経て修正が随時行われるものと見られるが、本

稿では現在の最新情報を主だったものを中心にまとめていきたい。

i) 通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害：まず、本カテゴリーには新たに temper dysregulation with dysphoria の追加（仮称として severe mood dysregulation 等も考慮されている）が提案されている。内容としては、かんしゃくをたびたび起こし、またそのようなエピソード間における気分は怒り、苛立ちや悲しみなどが顕著であることが挙げられる。この診断名の提案の背景には、幼児期における小児双極性障害などの診断が後に誤診と疑われるケースが少なくない実態がある。

次に行為障害に関して、冷酷ないし非感情的との項目を診断基準に含める提案が出されている。現在の診断基準はすべて観察可能な行動面に関する項目だけとなっており、パーソナリティ面まで踏みこんだ基準を加えることに慎重な意見も多い。また仮に採用されれば、スティグマや実際の臨床的有用性の問題が充分予想される。

発達障害に関しては、現在自閉症性障害やアスペルガー障害などとして独立して存在する診断名を、スペクトラム上で捉えようという動きがある。すなわちこれまでの個々の診断名を廃し、自閉症的症状の表出や重篤度により自閉症性スペクトラム障害（autism spectrum disorder: ASD）内で診断を完結させようとの動きである。近年、アスペルガー障害は特に自閉症とは別個の障害であると見なされたが、実際にはこれらは明確に区別できるものでなく、様々な要因を取り入れつつ1つの連続性（スペクトラム）で捉えるのが妥当であるとの見解をDSM-5草案は示したと言える。

ii) せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害：本カテゴリーに関しては、まず名称が神経認知障害（neurocognitive disorders）と変更され、含まれる診断名は3群に大別されることとなる。せん妄はせん妄として残し、認知症を中心とする障害を major neurocognitive disorders に、それよりも重症度が低いものを minor neurocognitive disorders に分類する方針である。

詳細については後述するが、今回公開された草案は全体として臨床閾値を下げる方向にある。

Minor neurocognitive disorders に関しては、minor という言葉からわかる通り、これまで障害とはされてこなかった機能の低下した状況が今後障害として扱われる可能性を示唆している。

iii) 物質関連障害：本カテゴリーに関しても、カテゴリー名の改称が提案されていることをまず述べておきたい。これまで本カテゴリーに分類されるものは厳密に物質使用に関するものであったが、今回の改訂では賭博に関する障害も新たに含まれており、中毒とその関連障害 (addiction and related disorders) というタイトルが暫定的に提案されている (物質使用に関する言及はない)。

物質使用に関連する障害に関し大きな変更は現在提案されておらず、本カテゴリーの改訂に際し注目を集めているのは診断の対象となる行動である。賭博に加え、今後インターネット中毒なども新たに診断名として加えられる可能性がある。

「物質使用」をカテゴリーの定義から外すことで、社会的および環境的要因をどこまで加味するのか、またどこで個人の健常な範囲での趣味とどのように線引きを行うかなど、難しい判断が必要となるだろう。また厳密な意味で物質乱用を伴わない障害に対しては自ずと治療法も異なり、新たに設立される診断名に対しはたして有効な治療法が明示されるのかに関して疑問が残る。

iv) 統合失調症および他の精神病性障害：本カテゴリーにおいてまず大きな変更点は、統合失調症の妄想型、緊張型、解体型などの亜型の廃止が挙げられるだろう。これらの亜型分類は完全に廃止される方向にあり、それを補う手段として以下の項目に関する5段階評価の導入が提案されている。

- ・幻覚
- ・妄想
- ・解体
- ・異常な精神運動行動
- ・限られた感情表出
- ・意欲の低下
- ・認知機能の低下
- ・抑うつ
- ・躁

一口に統合失調症 (広義では精神病性障害) と言ってもその症状、治療反応性および予後はケースによって様々であることは事実であり、上述の5段階評価は亜型分類よりもさらに臨床や研究において有用性の高いアプローチであるとされている²⁾。

また、新たに追加が提案されている attenuated psychotic symptoms syndrome も実用に関しては疑問が残る。これは草稿公開当初 psychosis risk syndrome として提案されていたものであるが、内容としては大差なく、その名称からわかるように、完全な精神病性障害に至らない程度の精神病学的なエピソードの発症が主な診断基準である。ただし精神病性障害に関する臨床閾値の低下という本質は変わっておらず、実際に採用された場合に有用な診断カテゴリーとなりうるのか疑問が残る。

v) 気分障害：今回の改訂における気分障害に関する特徴は、不安とうつ病性障害が非常に近いものとして扱われている点にあると言えるだろう。不安と抑うつを同一クラスター内で扱う5クラスターモデル³⁾は結局採用されなかったが、臨床において不安と抑うつは厳密に区別されない傾向にあると言える。今回の草稿では、mixed anxiety depression が独立した診断カテゴリーとして提案されている。

またこれも今回の改訂の流れを汲んだものと言えるが、現在「特定不能のうつ病性障害」とされている状態を、新たに depressive conditions not elsewhere classified と定義し直す提案が出ている。言い換えれば、「障害」に加え「状態 (conditions)」も診断の対象とする試みであり、結果的には臨床閾値を下げることになるだろう。

最後に、本カテゴリーに新たに加えられる可能性がある診断名について補足しておきたい。Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) は広く現象として近年認知度が高まっている病態であり、今回診断カテゴリーの1つとして採用することが提案されている。また、temper dysregulation disorder with dysphoria, non-suicidal self injury, non-suicidal self injury NOS については、通常幼児期、小児期、または青年期に初めて診断

される障害のカテゴリーに含まれる予定であるが、気分障害として扱う可能性についても検討が重ねられている。

vi) 不安障害, 身体表現性障害, 適応障害および虚偽性障害: まず不安障害に関して, 上述のように不安の要素の一部が抑うつと厳密に区別されない形で扱われる診断カテゴリーが提案されていることはすでに述べた。

次に, うつ病性障害以外にも不安の観点から検討が重ねられている障害を以下に列挙した。

- ・分離不安障害
- ・チック障害 (一般身体疾患による)
- ・情動性運動障害
- ・トゥレット障害
- ・慢性運動性または音声チック障害
- ・一過性チック障害
- ・他に分類されないチック障害

主に小児および児童期における障害であるが, これらの障害の要因に不安が深く関わっていることが示唆される。また, 新たに不安障害の観点から再分類が検討されているものとして, 身体醜形障害 (現在は身体表現性障害に分類) や抜毛癖 (現在は衝動制御の障害に分類) が挙げられる。

その他の大きな変更点として, 広場恐怖を「伴う」「伴わない」で分けていたパニック障害を, 「パニック障害」だけとする提案が挙げられる。DSM-IVではコード化できなかった広場恐怖をコード化できるようにするなど, ICD-10のパニック障害および広場恐怖の診断分類に近い分類が提案されている。

大項目の身体表現性障害 (somatoform disorders) については, 混乱が多く, 身体症状の表出や身体疾患に関わっているものが多いなどの理由から, somatic symptom disorders と呼称変更することが提案されている。また, 身体化障害 (somatization disorder) も complex somatic symptom disorder と呼称変更する。心気症や疼痛性障害もこれに含めるが, 転換性障害は存続させる方針である。DSM-IVまで大項目としてあった虚偽性障害を somatic symptom disorders の中で再分類する。

さらに, 適応障害も大項目として存在してきた

が, 急性ストレス障害や心的外傷後ストレス障害などととも, ストレス要因による影響を考慮し, trauma and stress-related disorders として再概念化するなどの提案も出されている。

vii) 摂食障害: 本カテゴリーに関し大きな変更点は特になく, 従来特定不能の摂食障害の一種であったむちゃ食い障害の独立が提案されている。むちゃ食いが疫学的に決して少数でないことはこれまでに指摘されてきた経緯を受けたものと見られる。

また, 本カテゴリーの新たな名称として eating disorders に代わり eating and feeding disorders が提案されている。自発的な摂食行動を暗に示す eating に限らず, 幼児期における摂食行動 (feeding) も含めたカテゴリーであることを明示する意図と見られる。

viii) 実行委員会外部から追加の提案を受けた病態: これまで述べてきたものはすべて DSM 実行委員会内のワーキンググループによって内容を吟味された提案であるが, 以下は外部から追加を提案された障害である。最終的な DSM-5における位置づけはまだ議論を要するところとされている。なお, これらは現在の診断分類において正式な定訳がないため, 定訳があるものは定訳を, ないものに関しては暫定的ではあるが筆者らによる和訳をカッコ内に示した。

- ・Apathy syndrome (無気力症候群)
- ・Body integrity identity disorder (身体統合同一性障害)
- ・Complicated grief disorder (複雑悲嘆障害)
- ・Developmental trauma disorder (発達性トラウマ障害)
- ・Disorders of extreme stress not otherwise specified (他に分類されない極度のストレス障害)
- ・Fetal alcohol syndrome (胎児性アルコール症候群)
- ・Internet addiction (インターネット中毒)
- ・Male-to-Eunuch gender identity disorder (去勢に関連する性同一性障害)
- ・Melancholia (メランコリー)
- ・Parental alienation disorder (親との別離によ

る障害)

- ・ Seasonal affective disorder (季節性感情障害)
- ・ Sensory processing disorder (感覚処理障害)

4. 結語

DSM-5に寄せられたパブリックコメントは現在DSM-5実行委員会により吟味され、また同時にフィールドトライアルに向けた計画が進めている。これまでDSM-5実行委員会は開かれた改訂プロセスを一貫してアピールしており、今後も各方面から積極的に意見や協力を求めることは十分に予想される。

引き続きDSM改訂作業の動向を注視していき、また機をあらためてその後の動向を報告させていただきたい。

文 献

- 1) APA (<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=24#>) (Last retrieved 4 June 2010)
- 2) APA (<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=411#>) (Last retrieved 4 June 2010)
- 3) Krueger, R.F. and South, S.C.: Externalizing disorders: cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol. Med.*, 39; 2061-2070, 2009.
- 4) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森真喜雄: DSM-5の動向. *精神医学*, 52; 634-645, 2010.

機能性疾患の再編成

—ユーザーのための診断分類システムへ—

松本 ちひろ*

現在、精神医学において国内外で広く用いられてきた DSM および ICD が改訂の時期を迎えている。現行の診断分類システムには、細分類を除外しても数百を優に越える診断名が掲載されており、必然的にそれらの再編成が検討されている^{2,3,4)}。本稿では、なかでも特に機能性、つまり器質性の病変が見られないものに焦点を絞り、現状および今後の展望について論じたい。

問題点

まず、現行のシステム運用において最も問題となっているのは、以下の comorbidity と utility である。

Comorbidity とは、偶発的に複数の疾患を同時に発症した状態（たとえば骨折と脳梗塞）を指すのではなく、何らかの関連が疑われる特定の疾患同士が同時に発症した状態（高血圧と脳梗塞）を指す。具体的には、抑うつ関連の精神疾患は特に不安を主訴とする精神疾患を、境界性パーソナリティ障害は抑うつ、不安、物質関連の障害を頻繁に併発することが知られており、特に精神医学における comorbidity の割合は非常に高い⁵⁾。このようなケースには、個々の疾患への対応に加え、それらが comorbid であることにも注意を向け、

患者の全体像を視野に入れた診断および治療が臨床上望ましいとされている。

しかし、現行の診断分類システム上では個々の疾患に対する診断基準のみ設けられており、comorbid な状態を反映できるような仕組みにはなっていない。Comorbidity をどう概念化し、また臨床における実践に生かすにあたりどのように提示してゆくべきかについては問題点が多く、今も DSM および ICD の改訂を前に審議が重ねられている。

次に utility とは、いわゆる「使いやすさ」と言い換えてよいだろう。現在広く用いられている診断分類システムは、細密な診断が求められ、またそれに応じるだけの時間的、人的資源がある程度確保されているような状況を想定したものとなっている。しかしこれは裏を返せば、精神医学に特化しておらず、大まかな診断が求められる程度の環境においては、過剰に複雑で使いにくいものとなりうるのである。このような背景から、精神医学における専門的知識がない者でも、「臨床的感覚」を生かして用いることのできるような診断分類システムを目指し協議が重ねられている。診断分類システムを使用する側からみた utility が高まれば、システム自体の信頼性、ひいては医療の質の向上が期待できる。

* 東京医科大学精神医学講座
[〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1]
Chihiro Matsumoto, M.A. : Department of Psychiatry, Tokyo Medical University, 6-7-1 Nishishinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo, 160-0023 Japan.

代替モデル

上記の問題を解決すべく、DSM 実行委員会に

クラスター抽出に用いられた11の判断基準

- ・遺伝的なリスクファクター
- ・家族間での関連
- ・環境面でのリスクファクター
- ・神経系の特徴
- ・生物学的指標
- ・前駆的に見られる気質
- ・認知や感情の異常
- ・症状の近似性
- ・Comorbidityの割合
- ・障害の経過および予後
- ・治療への反応

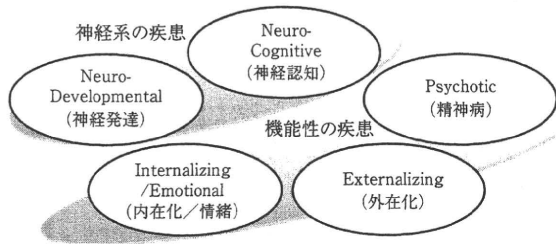


図1 DSM実行委員会による5クラスターモデル

より現行の診断分類システムに含まれる疾患を5つの群 (= クラスター) に編成し直す試みがなされた⁴⁾。これはDSMやICDにおける軸やカテゴリーといった既存の枠組みにとらわれず、生物学、疫学等様々な分野からのアプローチを総合し、11の基準から抽出した結果である(図1参照)。この5群中、神経系の異常を主とする器質的疾患が認められるものが2群、いわゆる機能性とされるものが3群ある。本稿では機能性とされる3群のみについて、具体的内容を紹介した上で更に有用性についての検討を加えたい。

Internalizing (内在化) クラスター

ここでは内在化障害として紹介するが、emotional (情緒に関する) グループと称されることもある。

〈含まれる主な精神障害〉

全般性不安障害、うつ病、パニック障害、恐怖性不安障害、強迫性障害、気分変調症、PTSD、身体表現性障害

〈特徴〉

不安、抑うつ感、恐怖感、身体化症状が顕著である。いずれも症状が不安感、抑うつ感といった内的要因に見られるのが共通項といえよう。ただし厳密に症状表出の様態に言及すると、身体表現性障害など一概に「内的」と言い難いものもあり、前述のとおり“emotional”と称されることもあ

る。

〈従来の診断分類システムとの比較〉

特筆すべきは、不安障害とうつ病が同クラスター内に分類されていることである。DSM、ICDの別にかかわらず、従来これらは個々のカテゴリーに分類されていた。しかし今回、共通項の多さから、双極性感情障害を除き(後述のpsychoticクラスター参照)、不安障害、感情障害および身体表現性障害が1クラスターにまとめられている。

Externalizing (外在化) クラスター

〈含まれる主な精神障害〉

薬物関連障害、反社会性パーソナリティ障害、行為障害、衝動性障害

〈特徴〉

衝動・欲求に対する抑制の不全が顕著である。また、抑制不全から生ずる行動ないし症状が外的に表出する、また当事者以外の他者(個人ないし集団)に及ぶことも本クラスターの重要な特徴である。

〈従来の診断分類システムとの比較〉

本診断分類基準においては、従来の薬物関連障害、行動面における障害、パーソナリティ障害といった区別がなされていない。結果、薬物依存、反社会性パーソナリティ障害、行為障害といったこれまで独立して扱われていた精神障害が、幅広く本クラスターに含められることとなった。

Psychotic (精神病) クラスター

〈含まれる主な精神障害〉

統合失調症、統合失調感情障害、統合失調症様障害、妄想性障害、統合失調症型パーソナリティ障害、双極性感情障害

〈特徴〉

本クラスターに分類される精神障害の臨床的特徴は“reality distortion (知覚および認知の異常)”にある。幻覚および妄想が従来の精神病の最大の特徴として位置づけられてきたが、今回本クラスターへの分類が新たに検討されている統合失調症型パーソナリティ障害や双極性感情障害に

関しては、必ずしも明白な幻覚や妄想を伴うエピソードが現れるわけではない。また、前述のとおり従来の診断分類の枠組み（DSMにおける軸分類など）がないため、通常パーソナリティ障害と分類されるものも本クラスターに含められている。

〈従来の診断分類システムとの比較〉

従来の DSM および ICD、さらには現在まで提唱されてきた診断分類モデルは様々であるが、“psychotic（精神病）”とは現実検討能力が失われた、もしくは著しく低下した状態（妄想や幻覚の非現実と現実の区別ができない）のみを指すのが大半であった。しかし、本分類においてはあくまでも認知の異常が条件であるため、現実検討能力がある程度保たれているものも含まれている。

本モデルの課題

現行の診断分類システムの問題点への対応策として示された本モデルであるが、これも完璧ではなく、課題も多く残されている。

まずクラスターの帰属がはっきりと示されたものに関して、その帰属を疑問視する声があるものと思われる。たとえば双極性感情障害が psychotic に分類されることに対し抵抗感を持たれる読者も少なくないだろう。双極性感情障害はうつ病や不安障害と比較し、圧倒的に遺伝的要素が大きいことはこれまで示されており、また遺伝的側面に関して統合失調症と近いことも本クラスター抽出の際に示されている⁴⁾。しかし認知能力および現実検討能力の面で、はたして統合失調症と同様に扱われるべきかについては意見が分かれるところであろう。帰属を巡っては、うつ病と不安障害を含むこととなった internalizing クラスターも同様の課題を抱えている。

また、5クラスターモデルを採用した際に分類すべきクラスターが不明な精神障害も少なくない。1例は注意欠陥多動性障害（Attention-Deficit Hyperactivity Disorder；ADHD）である。多動および衝動性の強い側面ゆえに externalizing クラスターへの分類が一旦は考慮されたものの、注

意欠陥に関しては疑問が残るため見送られた。境界性パーソナリティ障害も同様に、衝動的側面も見られるものの気分の変調はむしろ internalizing クラスターと共通するものがあり⁵⁾、さらにアイデンティティに関わる問題が顕著なケースにおいては、現在提案されているどのクラスターの特徴にも合致しない。

今回紹介した診断分類は必ずしも DSM 第5版、ICD 第11版への採用が決まったわけではなく、むしろ今後の議論のベースとなるものとして紹介されたものと捉えるのが妥当であろう。

今後の精神疾患の大別

現行の診断分類システムは細密さを追求した感が否めず、結果的にこのような診断分類の十分かつ確かな活用に至っていない臨床現場も少なくないと思われる。では診断分類システムを「活用」するとは、具体的に何を意味するのであろうか。臨床においては、診断、治療、また情報の共有の利用がまず考えられる。

しかし日常的な臨床実践からさらに踏み込めば、多様なデータの収集および蓄積にも診断分類システムは不可欠であり、これには個々の臨床像を反映する必要がある。Comorbidity に着眼点を得た本稿の5クラスターモデルはそのような試みのひとつの結果であろう。

さらに、「わかりやすい」「使いやすい」診断分類システムが導入されれば、現在精神衛生面でのサービスが不十分な地域における初期介入の向上が特に期待できる。メンタルヘルスが問題視されている現代であるからこそ、精神医学が医療の一環として捉えられれば、予防、初期介入、適切な専門機関への紹介、治療といった一連の流れに加わる機関が増え、メンタルヘルス全体の向上にも繋がるだろう。

ひたすらに「正しさ」「精密さ」を追求した現行の診断分類システムから、現場で実際に「使える」診断分類システムへと、大きな発想の転換が図られようとしている。もちろん簡略化がやみく

もに進められるわけではない。あくまでも最終目標は正確さと実用性の両立であり、実際に本稿で紹介したもの以外にもこれまで多くのモデルが発表、提唱されてきた。これまで診断分類とは研究を中心とした一種の特殊分野とされてきた節があるが、今こそ臨床に携わるすべての領域における専門家の声が求められている。

文 献

- 1) James, J.M. & Taylor, J.: Revisiting the structure of mental disorders: Borderline personality disorders and the internalizing / externalizing spectra. *British Journal of Clinical Psychology*, 47; 361-380, 2008.
- 2) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11 作成の動き. *精神神経学雑誌*, 110; 813-818, 2008.
- 3) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11 作成に向けて. *精神科*, 14; 1-11, 2009.
- 4) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11 「精神及び行動の障害」作成の動向—これまでの経緯と DSM-V 作成の活動状況—. *精神科診断学*, 2; 3-27, 2009.
- 5) Wittchen, H.U.: Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 30 (suppl.); 9-16, 1996.

■ 会 告 ■

公開講座「ひきこもりを考える」

主 催：内閣府

日 時：平成 22 年 2 月 13 日（土） 13:00～17:00

場 所：東京大学 安田講堂

地下鉄 東京メトロ丸の内線または都営地下鉄大江戸線「本郷三丁目」駅下車

東京メトロ南北線「東大前」駅下車

バ ス JR 中央線お茶の水駅前（西口）発都営バス終点「東大構内」下車

主な対象者：行政、医療、心理、教育などの分野において、ひきこもり問題に取り組む方、当事者やその保護者、さらに大学生など若い世代を広く対象とします。

第 1 部 シンポジウム「社会に訴える～社会はひきこもりをどう理解し、どう支援すべきか～」

伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部長）

川上 憲人（東京大学大学院医学系研究科教授）

齊藤万比古（国立国際医療センター国府台病院第二病棟部長）

高塚 雄介（明星大学人文学部教授）

第 2 部 ディスカッション「支援の現場から～診断、訪問、社会参加・就労支援～」

近藤 直司（山梨県立精神保健福祉センター／山梨県中央児童相談所）

新村 順子（東京都精神医学総合研究所）

榎原 聡（名古屋市精神保健福祉センターこころほ）

応募方法：・医師、保健師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士などの専門職や行政職員は、①氏名、②所属先、③パネリストへの要望（任意）について事前登録をお願いします。（申込み先 seishonen.kouza@cao.go.jp）

・上記以外の方は事前登録は必要なく当日自由に参加できますが、会場整理の都合上、①居住する都道府県名、②性別をお知らせいただければ幸いです。また、パネリストへの要望も受け付けます。（申込み先 seishonen.kouza@cao.go.jp）

参加費：無料

問い合わせ先：〒100-8970 東京都千代田区霞が関 3-1-1 中央合同庁舎第 4 号館

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）付 青少年支援担当 林、山本

電話：03-3581-1191

ICD-10 における内因性精神病的診断とわが国における非定型精神病概念

針間 博彦 岡田 直大 崎川 典子 五十嵐 雅 白井 有美

要旨：ICD-10 の Kraepelin 的二分法には、非定型の病像・経過という中間領域に関する従来の臨床概念が十分に反映されておらず、本来は近接した概念である F23 と F25 が分断されている。DSM-V では現行のカテゴリ－的分類を補完するものとして次元方式の併用が検討されているが、これは中間領域に対する1つの解決法という点で非定型精神病概念と共通している。次元方式の利点に横断的病像と経過・予後との関連を示すことがあるが、非定型精神病はすでにこれらを含めた概念である。統合失調症、気分障害、他の精神病性障害を含む早期精神病概念に関しても、非定型精神病に関する知見が役立つ可能性がある。

Key words: ICD-10, psychoses, Kraepelinian dichotomy, atypical psychosis, early psychosis

1. はじめに

わが国独自の概念である非定型精神病に関する知見が ICD の改訂の動向の中でいかなる意義をもちうるか検討するため、ICD-10 による内因性精神病的分類、非定型精神病概念の歴史的意義、ICD-10 における非定型精神病、DSM-V、ICD-11 における Kraepelin 的二分法の再考、非定型精神病と早期精神病の関連について論じる。

(2007) の診断学は、明言していないものの、この階層原則に基づいており、たとえば、1級症状が存在し、身体的基礎疾患を見いだすことができない場合に統合失調症と呼ぶという基準は、このことを示している。この Schneider による包含基準（1級症状の存在）と除外基準（身体的基礎疾患を見いだすことができないこと）による統合失調症診断は、操作的診断学の第一歩となり、ICD-10 にも大きな影響を与えている。

2. ICD-10 による内因性精神病的分類

A. ICD-10 と階層原則

ICD-10 の F カテゴリ－の2析目は、伝統的な Jaspers (1946) の階層原則に従った階層構造を有している。すなわち、脳器質性障害 (F0,F1)、統合失調症および関連障害 (F2)、気分障害 (F3)、神経症性障害 (F4) の順に並べられている。Jaspers の階層原則とは、さまざまな精神症状が同時あるいは継時的に出現する場合、精神病質性および神経症性、躁うつ病性、統合失調症性、精神器質性という順で、経過中に最も深く到達したものが診断にとって決定的である、というものである。Schneider

B. ICD-10 による内因性精神病的診断

ICD-10 による内因性精神病的診断の特徴と問題点として、次のことが指摘される。1) 診断基準によるカテゴリ－的分類である、2) 診断基準は特徴的症狀とその持続期間による包含基準および除外基準による、3) 統合失調症および関連障害 (F2) と気分障害 (F3) という Kraepelin 的二分法である、4) 統合失調症診断では精神病症状、とくに Schneider の1級症状を重視している、5) 気分障害が統合失調症に優先される場合がある、6) 持続期間は考慮されるが転帰はほとんど考慮されない、7) 中間領域である F23、F25、精神病症状を伴う F3x. が別々のカテゴリ－とされており、それらの