

行為とみなされがちであった歴史的背景もある。しかし現実的に、自傷行為をする者は必ずしもBPDではなく<sup>6,7,12,16)</sup>、また自殺念慮から傷害行為に及ぶのでもないケースが厳として存在することから、BPDとも自殺念慮ないし自殺企図とも違う自傷行為に関する単独のカテゴリーが適切であるとの判断に至ったようである。

## 2. そのほか新設が検討されている障害の紹介

自殺を目的としない自傷行為の障害を除き、以下に挙げる新設予定の障害は主だったところで以下のものが挙げられる。該当の章において改めて紹介されるであろうことから、詳細はここでは割愛する。

- ・ Catatonic disorder associated with GMC
- ・ Catatonic specifier
- ・ Attenuated psychosis syndrome (DSM 本 体もしくは付録)
- ・ Disruptive mood dysregulation disorder
- ・ Premenstrual dysphoric disorder

## 5 そのほか大規模な変更が検討される章の紹介

以下、本稿では詳しく触れないものの大規模な変更が検討されている章を簡潔に概観する。

統合失調症関連障害の章では、前項で触れたAPSの新設に加え、統合失調症の臨床亜型の廃止、緊張型のSpecifierとしての診断横断的な応用(i.e. 統合失調のみでなくほかの障害でも「緊張型」とすることができる)、シュナイダーの一級症状の診断基準における低格化が主だったところで検討されている。臨床亜型に関しては、縦断的に複数の亜型にまたがるケースがあるなどの理由から廃止が提案されたようである。またDSM-IV-TRでは一級症状を満たせばすなわち統合失調症と診断であったが、診断特異性に関するエビデンスが十分でないとの理由から、DSM-5では一級症状をほかの症状と同様に扱う方針である。亜型分類、シュナイダーの一級症状はどれも臨床的有用性の観点からは非常に重用されてきた概念であり、今後の扱いに関する動向が注視される。

認知症関連では、Dementiaという呼称が姿を消し、神経認知障害(Neurocognitive disorders)

に置き換えられたことがまず変更点として挙げられる。これは従来“Dementia”とくくられていた障害が、実は多様な病態を呈する障害群であることを反映したものであろう。これに関連し、記憶障害が必須症状でなくなる見直しについても記述したい。記憶障害は従来認知障害の診断に必須であったが、認知機能の領域として挙げられた6つの領域(complex attention, executive ability, learning and memory, language, visuoconstructional-perceptual ability)のうち一つ以上に障害が認められれば、DSM-5では神経認知障害として診断されることになる。神経認知障害はMajorとMinorの大きく二段階に分けて診断される様子であり、Mildに関しては軽度認知機能障害(MCI)として近年認識されてきた病態とほぼ一致する。MCIはDSM-IV-TRでは特定不能の認知障害として扱うしかなかったが、DSM-5では疾患単位として認められることとなる。

パーソナリティ障害に関しても変更点が多い。従来のカテゴリカルなパーソナリティ障害診断から大きく方向転換し、パーソナリティそのものをドメインおよびその下位概念であるファセットで体系的に示し、そのうえで個人個人のパーソナリティをディメンショナルに評価したうえで診断を行うモデルがDSM-5では提案されている。パーソナリティ障害でなくパーソナリティそのものをまず体系的に示すという試みはDSM-IV-TRまでには全くみられなかったものであり、またパーソナリティ特性を細やかに評価する手法もDSM-IV-TRまでの診断方法と大きく異なる。また、DSM-IV-TRでは特定の疾患単位として10個のパーソナリティ障害が掲載されていたが、診断の柔軟性向上に伴い、DSM-5で個別の疾患単位とされるのは統合失調型、反社会性、境界性、自己愛性、回避性、強迫性の6つに絞られる予定である<sup>14)</sup>。

以上、統合失調症とその関連障害、認知症、パーソナリティ障害について予定されている変更点をまとめた。変更に至るまでの経緯や背景、また今後の臨床への影響などについては、本特集号の各論(統合失調症関連はp.543-553; 認知症関連はp.665-668; パーソナリティ障害関連p.669-680)を是非参照されたい。

## 6 まとめ

以上DSM-5草稿について、現在公式のウェブサイトから得られる情報をもとに概観をまとめた。各論については、冒頭で述べた通り本特集号の各疾患別の筆者の章を参照いただきたい。

今回の改訂では、本稿で述べた章の再編成のほか、ディメンショナル評価の導入、I軸とII軸の区別廃止なども改訂作業の過程で議論され、またその様子が途中経過としてウェブサイトには掲載されていた。しかし現在閲覧できる範囲では確定的な情報がなく、本稿では言及を控えざるを得ない。

DSM-5は2013年の米国精神医学会年次総会にて承認を受ける見通しであるが、今後、検討および変更の余地を残している点も多い。本稿は章立ての再編成を主眼にまとめたが、上述のディメンショナル評価や他軸評定のあり方の見直しなど、ほかにも大きな変更点に関する情報は今後出てくるであろう。

現在ウェブサイトに掲載されている情報は最終版ではなく、今後もフィールドトライアル、パブリックコメントなどのインプットを経て変更の可能性があることが明言されている。また2012年春には、パブリックコメント募集の最終回が予定されている。

以上、現時点でのDSM-5の最新動向について概説した。最終的にどのような形になるのか不明な点も多々あるが、本稿がDSM-5の動向に興味を抱いておられる方々に少しでも有益な情報を提供できたならば幸いである。

### 文献

- 1) American Psychiatric Association, www.dsm5.org, cited March 1, 2012
- 2) Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ et al : Neurodevelopmental disorders: Cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 39 : 2013–2023, 2009
- 3) Carpenter Jr WT, Bustillo JR, Thaker GK et al : The psychoses: Cluster 3 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 39 : 2025–1042, 2009
- 4) Craddock N, Owen MJ : The beginning of the end for the Kraepelin dichotomy. *Br J Psychiatry* 186 : 364–366, 2005
- 5) Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MH : Where should bipolar disorder appear in the meta-structure? *Psychol Med* 39 : 2071–2081, 2009
- 6) Herpertz S : Self-injurious behavior: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 91 : 57–68, 1995
- 7) Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL et al : Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol* 37 : 363–375, 2008
- 8) Krueger RF, South SC : Externalizing disorders: Cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 39 : 2061–2070, 2009
- 9) Lichtenstein P, Yip BH, Bjork C et al : Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based survey. *Lancet* 373 : 234–239, 2009
- 10) Moller HJ : Bipolar disorder and schizophrenia: distinct illnesses or a continuum? *J Clin Psychiatry* 64 (Suppl 6) : 23–27, 2003
- 11) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森眞喜雄 : DSM-5 後の動向—パーソナリティ障害に関して. *精神医学* 54 : 7–19, 2012
- 12) Nock M, Joiner TE, Gordon KH et al : Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 144 : 65–67, 2006
- 13) O'Donovan MC, Craddock N, Norton N et al : Identification of loci associated with schizophrenia by genome-wide association and follow-up. *Nat Genet* 40 : 1053–1055, 2008
- 14) Sachdev P, Andrews G, Hobbs MJ et al : Neurocognitive disorders: Cluster 1 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 39 : 2001–2012, 2009
- 15) Strain JJ, Friedman MJ : Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5. *Depress Anxiety* 28 : 818–823, 2011
- 16) Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M : Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 187 : 296–301, 1999

# 心と社会

43巻4号

特集

第62回精神保健シンポジウム（相模原）  
精神科の薬の適切な使い方

*jamh* 日本精神衛生会

日本精神衛生会

2012

150

## 精神医学診断の最新の動向

丸田敏雅、松本ちひろ、飯森眞喜雄

東京医科大学精神医学講座

### はじめに

精神医学診断を巡る環境が動きつつある。世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は第11回国際疾病分類 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision : ICD-11) を2015年に発表する予定であり、一方、米国精神医学会 (American Psychiatric Association : APA) は精神疾患の分類と診断の手引き、第5版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition : DSM-5) を2013年に発表の予定である。これら2つの診断分類は臨床、研究および行政に大きな影響を及ぼすので、これらの進捗状況には目が離せない。

本稿では、これら2つの診断分類の現時点で情報がある主な変更点について概説する。

### 今回の改訂の主眼

ICD-11およびDSM-5ともに改訂の主眼として、“臨床的有益性 (clinical utility)” をあげている。この背景にはこれら2つの診断分類の使い勝手が悪いことが挙げられている。また、第10回国際疾病分類 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision : ICD-10)<sup>1)</sup> と精神疾患の分類と診断の手引き、第4版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text revision : DSM-IV-TR)<sup>2)</sup> が出版されてから、バイオマーカーなどの確立した生物学的診断指標が発見されていないことなども“臨床的有益性 (clinical utility)” の向上を後押しする形になっている。

そしてWHOとAPAともに2つの診断分類が全く異なったものであることは混乱を招くという点で一致し、大

枠では調整するという点で合意されている。

### ICD-11の動向

周知のようにICDは我が国の国家統計として用いられているので、まず、ICD-11「精神および行動の障害」の変更点から述べたい (公表が許されたもののみ)。尚、(新) と表現されたものはICD-11で新しく採用される予定のカテゴリーである。

#### 1) 神経発達障害

この章には、知的発達障害、自閉症スペクトラム障害、発達コミュニケーション障害、学習障害、発達性協調運動障害、チック障害、注意欠陥多動障害、注意欠陥障害 (多動のない)、常同運動障害、神経発達様の行動上の顕著な他のどこにも分類されない障害などが含まれる予定であるが、協議が難航している。

#### 2) 統合失調性スペクトラムおよび一次性精神病

この章には、統合失調症、統合失調感情障害、急性および一過性精神病性障害、統合失調症型障害、妄想性障

害、その他の一次性精神病性障害、特定不能の一次性精神病性障害が含まれる。感応性妄想性障害は有病率が非常に稀であり、妄想性障害との鑑別が困難ということから独立したカテゴリーとしては採用されなくなった。

伝統的に用いられてきた統合失調症の妄想型、破瓜型、緊張型については採用されず、エピソードの特性によって下位分類されることとなった。

#### 3) 双極性および関連障害

うつ病と双極性障害を気分 (感情) 障害とを一つの疾患群であるとするICD-10までの分類が見直され、よりclinical utilityを重視した、うつ病と双極性障害に独立した章を割り当てる分類が採用される予定である。この背景にはうつ病と双極性障害は薬物療法が異なり、また、分子遺伝学的な視点を研究から見てもこれらは異なった疾患群であるという主張が加味された結果と思われる。

この章には、双極I型障害、双極II型障害 (bipolar type II disorder) (新)、気分循環症が含まれる予定であり、混合状態をどのように位置づけるかが問題となっている。

#### 4) うつ病性障害

この章には、うつ病エピソード、反復性うつ病性障害、気分変調症、月経前不機嫌障害 (premenstrual dysphoric disorder) (新)、児童および思春期のワーキンググループから提案されている不機嫌を伴う破壊的気分失調障害 (disruptive mood dysregulation with dysphoria disorder) (新)、および混合性抑うつ不安 (閾値下) が含まれる予定である。

また、死別反応をどのように扱うのが問題になっている。

#### 5) 不安および恐怖関連障害

この章には、全般性不安障害、パニック障害、広場恐怖、特定の恐怖症、社交恐怖、疾病不安障害 (illness anxiety disorder)、分離不安障害、および児童および思春期のワーキンググループから提案されている選択的緘黙が含まれる。

伝統的に用いられてきた心気症 (hypochondriasis) という診断名には stigma をはらんでいるという理由から、疾病不安障害 (Illness anxiety disorder) という呼称に変更される予定である。

#### 6) 特にストレスと関連した障害

この章には、外傷性ストレス障害、遷延性悲嘆障害 (prolonged grief disorder) (新)、適応障害、児童および思春期のワーキンググループから提案されている反応性愛着障害、脱抑制 social engagement 障害および Quasi-autism following profound institutional deprivation などが含まれる。

急性ストレス反応は、正常な反応であるという意見が多く、疾病コードは与えられない模様である。また、外傷性ストレス障害には、心的外傷後ストレス障害と破局的体験後の持続的パーソナリティ変化が複雑心的外傷後ストレス障害に呼称変更されたものが分類された。

#### 7) 強迫および関連障害

この章には、強迫性障害、貯め込み障害 (hoarding disorder) (新)、毛抜き障害 (抜毛癖)、皮膚ほじくり障害 (skin picking disorder) (新)、その他の反復的習慣性障害 (新)、身体醜形性障害 (新、ICD-10 では F45.2 心気障害に用語が含まれていた) などが含まれる。

#### 8) 解離性障害

この章には、知覚運動性解離性障害 (sensorimotor dissociative disorder) (新)、認知情動性解離性障害 (cognitive-emotional dissociative disorder) (新)、混合性解離障害 (mixed dissociative disorder) (新) などが含まれる。転換性障害については、どのように位置づけるのか協議されている模様である。

#### 9) 身体的苦悩障害

ICD-10 の身体表現性障害が身体的苦悩障害 (bodily distress disorder) と呼称変更された。軽度、中等度および重度の重症度を用いた亜型分類がなされている。ICD-11 では「身体表現性 (somatoform)」や「身体化 (somatization)」などの用語は採用されない予定である。

#### 10) 哺育および摂食障害

この章には、神経性無食欲症、神経性大食症、複合型神経性無食欲および大食症 (combined anorexia and bulimia nervosa) (新)、むちゃ食い障害 (binge eating disorder) (新)、回避的 / 制限的食物摂取障害 (avoidant/re-

strictive food intake disorder) (新)、異食症、および反芻障害 (regurgitation disorder) (新) などが含まれる。

#### 11) 排泄障害

この章には、遺尿症や遺糞症などを含む排尿 (wetting) と排便による汚し (faecal soiling) (新) が含まれる。

#### 12) 破壊的、衝動制御および行為 (素行) / 反社会障害

この章には、反抗挑戦性障害、行為および反社会障害、間欠性爆発性障害 (ICD-10 では F63.8 他の習慣および衝動の障害に用語が含まれている) (新)、病的放火 (放火癖)、および病的窃盗 (窃盗癖) などが含まれる。

#### 13) 物質使用による障害

病態水準として、急性物質中毒、物質の有害な使用、物質依存、物質からの離脱症候群、物質誘発障害などに別けられ、原因物質として、アルコール、アヘン類、大麻、鎮静薬、睡眠薬および抗不安薬、コカイン、アンフェタミンあるいは他の精神刺激物質、カフェイン、ニコチン、揮発性溶剤、その他の精神作用物質などが挙げられて

いる。

#### 14) 行動上のアディクション

この章には、賭博障害およびその他の行動上の嗜癖(新)が挙げられている。しかし、これらは、上記の物質使用による障害に包含される可能性はある。

#### 15) その他の章について

パーソナリティ障害、性障害、神経認知学的障害および睡眠障害については現在も議論が続いている。

### DSM-5の動向

DSM-5の動向についてはつい最近までwebサイトで閲覧できた。しかし、発刊が来年5月に迫ってきたため、混乱を招くという理由で現時点ではwebサイトから情報を得ることはできない。

図1および図2にICD-11およびDSM-5の大分類を示した。大分類ではそれほど大きな差異はないが、ICD-11で従来の身体表現性障害が身体苦痛性障害(body distress disorders)という名称が与えられ、DSM-5では身体症状障害(somatic symptoms disorder)

という名称が与えられており、紙幅の関係で詳細は言及できないが、これらの下位分類にも変化が認められている。

また、ICDおよびDSMの改訂の度に問題となってきたパーソナリティ障害はICD-11では協議が難航しており草案すら出ていない状況である。一方、DSM-5では、現在の10の下位分類のうち、統合失調症型、反社会性、境界性、自己愛性、強迫性および回避性の6つが下位分類として残存ことになり、統合失調症質、妄想性、演技性および依存性は、Personality Disorder Trait Specified (PDS)として、特性が特定されるパーソナリティ障害になる予定である<sup>3)</sup>。

他にも心的外傷後ストレス障害(PTSD)はICD-11とDSM-5では概念に相当な差異が認められるようである。

### おわりに

以上のように、ICD-11およびDSM-5とも作業が進んでいる。DSM-5は来年の5月のAPA学術総会で公表される予定であり、学術総会のプログラムを見るとDSM-5関連のシンポジウ

日本語(仮訳)	原文
神経発達障害	Neurodevelopmental disorders
統合失調症スペクトラム および他の原発性精神病的障害	Schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders
双極性障害とその関連障害	Bipolar and related disorders
うつ病性障害	Depressive disorders
不安と恐怖関連障害	Anxiety and fear-related disorders
特定のストレスと関連する障害	Disorders specifically associated with stress
強迫性障害とその関連障害	Obsessive-compulsive and related disorders
解離性障害	Dissociative disorders
身体的苦痛障害	Bodily distress disorders
哺育と摂食障害	Feeding and eating disorders
排泄障害	Elimination disorders
破壊的、衝動制御および行為/非社会性障害	Disruptive, impulse control, and conduct/dissocial disorders
物質使用による障害	Disorders due to substance use
行動面での嗜癖	Behavioral addictions
睡眠障害	Sleep disorders
性機能不全	Sexual dysfunctions
神経認知障害	Neurocognitive disorders
パーソナリティ障害	Personality disorders
性的倒錯	Paraphilias
虚偽性障害	Factitious disorders
他の精神および行動の障害	Other mental and behavioral disorders

図1 ICD-11における大分類(仮)

ムや教育コースが相当目立つ。

ICD-10やDSM-IV-TRに慣れ親しんできたものにとっては、ICD-11やDSM-5は当初は相当に目新しい分類に

なるかもしれない。しかし、精神疾患の分類と診断の手引き、第3版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition :

日本語(仮訳)	原文
神経発達障害	Neurodevelopmental disorders
統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害	Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders
双極性障害とその関連障害	Bipolar and related disorders
うつ病性障害	Depressive disorders
不安障害	Anxiety disorders
強迫性障害とその関連障害	Obsessive-compulsive and related disorders
トラウマとストレス関連障害	Trauma and stressor related disorders
解離性障害	Dissociative disorders
身体症状障害	Somatic symptom disorders
哺育と摂食障害	Feeding and eating disorders
排泄障害	Elimination disorders
睡眠-覚醒障害	Sleep-wake disorders
性功能不全	Sexual dysfunctions
性の身体違和感	Gender dysphoria
破壊的、衝動制御および行為障害	Disruptive, impulse control, and conduct disorders
物質使用と嗜癖の障害	Substance use and addictive disorders
神経認知障害	Neurocognitive disorders
パーソナリティ障害	Personality disorders
性的倒錯	Paraphilias
その他の障害	Other disorders

図2 DSM-5における大分類

DSM-III)<sup>4)</sup>が最初に我が国に上陸したときにも相当に抵抗があったことは事実であり、これらは早晩我が国の精神医療現場に普及するものと思われる。しかし、これらの導入により精神医学

の研究の促進や精神医療のサービスの向上がもたらされること願ってやまない。

#### 引用文献

1) World Health Organization : In-

ternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Geneva : World Health Organization, 1992.

2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revised, Washington DC, 2000.

3) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森眞喜雄 : DSM-5作成 その後の動向—パーソナリティ障害に関して. 精神医学, 54 (1) : 7-19, 2012.

4) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Washington DC, 1980.

特集◀  
精神科診断分類の  
改訂にむけて  
—DSM-5の動向—

総論 精神科診断分類の改訂にむけて

## 8. ICD-11作成の最新動向

丸田 敏雅<sup>1)</sup> 松本 ちひろ<sup>1,2)</sup> 飯森 眞喜雄<sup>1)</sup>

Key words: ICD-11, diagnosis, classification

### 1 はじめに

世界保健機関(World Health Organization; WHO)が作業をすすめている第11回国際疾病分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision; ICD-11)の大枠がようやく決まりつつある。予定では2012年5月に草案がweb上で公開される予定である。本稿では、2012年3月8, 9日の両日にWHO本部で開催された「ICD-10精神および行動の障害改訂のための国際アドバイザリーグループ(The International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorder; 以下AGとする)」会議の情報のうち開示が許されているものから情報を提供したいと思う。

### 2 「精神および行動の障害」改訂の目的および理念

今回の「精神および行動の障害」の改訂では、①WHO加入国の精神および行動の障害の疾病負荷の軽減、②臨床的有用性(clinical utility)に焦点を絞る。つまり世界中の最前線で活動している医療従事者の診断と治療を促進させる、③さまざまな

分野のステークホルダーと協力、④改訂作業からの製薬会社および商業的影響の排除、などが目的および理念として挙げられている。そして、WHOは今回の改訂が臨床的有用性(clinical utility)を改善する好機と捉えている。

### 3 ICD-11のための改訂組織

ICD-11改訂のためのWHOの組織については筆者らがすでに報告しているように、WHOの「分類と用語部」が中心となり、WHO国際分類ファミリー・ネットワーク(WHO-FIC)の分類改訂委員会(Update & Revision Committee)のもと改訂運営委員会(Revision Steering Group)が設けられ、その分科会として、精神、外因、腫瘍、内科などの分野別専門委員会(Topical Advisory Group; TAG)が設置されている<sup>6,7)</sup>。

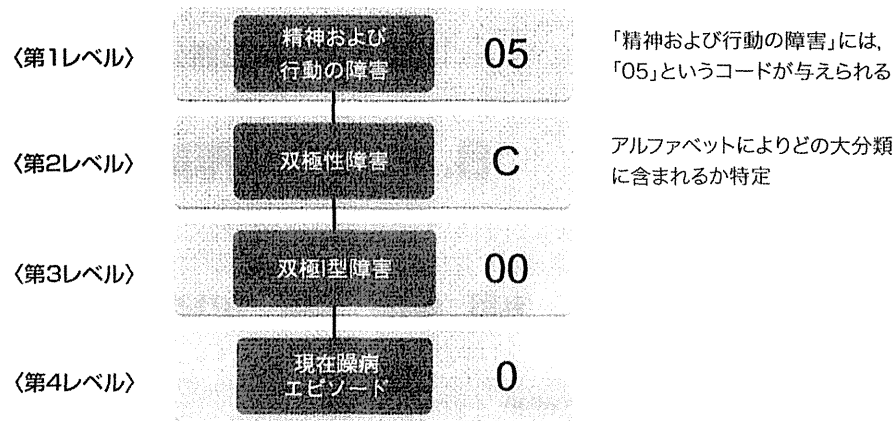
精神分野のTAGは上記のAGであり、AGが精神および行動の障害の最高意志決定機関である。このAGの下に、14のワーキンググループが設置されている。各ワーキンググループとそれらの座長を下記に示す。プライマリケア(David Goldberg)、児童および思春期(Michael Rutter)、知的および発達障害(Luis Salvador)、精神病性障害(Wolfgang Gaebel)、気分および不安障害(Mario

Latest developments of the ICD-11

<sup>1)</sup> MARUTA Toshimasa, MATSUMOTO Chihiro and IIMORI Makio 東京医科大学精神医学講座 [〒160-8402 東京都新宿区西新宿6-1-1]

<sup>2)</sup> 上智大学総合人間科学研究科心理学専攻





例えば、双極Ⅰ型障害、現在精神病症状のない躁病エピソードでは、「05 C 00 0」というコードが与えられる

図1 ICD-11の階層的構造 (WHO 資料を改変)

Maj), ストレス関連障害(Andreas Maercker), 強迫および関連障害(Dan Stein), 身体的苦悩および解離性障害(Oye Gureje), 物質関連および嗜癮障害(Rajat Ray), 神経認知障害(Ennapadam Krishnamoorthy), パーソナリティ障害(Peter Tyrer), 性的障害およびセクシャルヘルス(Jane Cottingham), 哺育および摂食障害(Angelica Claudino), および老年期(Armin von Gunten)である。これらのワーキンググループには、専門性はもちろんのこと、地政学的や男女比なども配慮され10数名の委員が任命されている。大部分のワーキンググループは2010年より活動を開始し、概念的な協議からはじまり後述するContent Formの作成まで行っている。

例えば、精神病性障害のワーキンググループでは、2010年にこのグループに属する疾患に関する協議や問題点、2011年に各カテゴリーの概略、2012年に各カテゴリーを割り当てられたメンバーがContent Formを記述したうえでそれに対する協議といった3回の対面会議が行われている。

#### 4 ICD-11の構造

ICD-11は紙媒体での提供のみならず電子媒体

での提供が中心となること改訂の早期から決定されていた。したがって、今までのように各分野別の障害が10個の枠組みにとらわれる必要がなくなった。第10回国際疾病分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; ICD-10)<sup>11)</sup>では「精神および行動の障害」は、第V章ということで、ICD-11ではまず「05」というコードが与えられた(第1レベル、ICD-10のFコードに該当)。次いでアルファベットが精神および行動の障害の大分類に使用されることとなった(第2レベル)。その次に各障害のコードが00～99まで準備され(第3レベル)、亜型分類や現在の状態にも同様に00～99までのコードが準備されている(第4レベル)(図1)。

#### 5 Content Form

ICD-11ではICD-11本体とは別に、臨床記述と診断ガイドライン(Clinical Description and Diagnostic Guidelines; CDDG)、プライマリケア版および研究用診断基準(Research Diagnostic Criteria; RDC)の3版が発刊される予定である。このうち、RDCはCDDGとプライマリケア版が発刊された後に発刊される予定である。精神および

び行動の障害ではCDDGが核となる分類であるため、まず、これの作成から着手されている。上述したようにICD-11は電子媒体としても提供されるため、さまざまなインターフェースを有する必要がある。このため、Content Formと呼ばれるフォーマットに各カテゴリーのエビデンスに基づいた特徴あるいは情報を記載/入力する作業が各ワーキンググループで行われている。

Content Formは、I.名称、II. ICD-10との関連、III. プライマリな“親”カテゴリー、IV. 2番目の“親”カテゴリー、V. “子供”および構成するカテゴリー、VI. 同義語、VII. 定義、VIII. 診断ガイドライン、IX. 機能的特質、X. 時間的要因、XI. 重症度関連要因、XII. 鑑別診断、XIII. 正常からの相違、XIV. 発達の表現、XV. 経過、XVI. 関連病像およびcomorbidity、XVII. 文化関連病像、XVIII. 性差関連病像、XIX. 評価に関する問題の19の要素から構成されている。

## 6 個別の章

ICD-11「精神および行動の障害」の大分類を表1に示す。すべての章が改訂作業を終結しておらず、公表が許されたもののみ下記に記す。なお、(新)と表現したものはICD-11で新しく採用される予定のカテゴリーである。

### 1. 05 A 神経発達障害

この章には、知的発達障害、自閉症スペクトラム障害、発達コミュニケーション障害、学習障害、発達性協調運動障害、チック障害、注意欠陥多動障害、注意欠陥障害(多動のない)、常同運動障害、神経発達様の行動上の顕著な他のどこにも分類されない障害などが含まれる予定であるが、現在も協議が続いている。

### 2. 05 B 統合失調性スペクトラムおよび一次性精神病

この章には、統合失調症、統合失調感情障害、急性および一過性精神病性障害、統合失調症型障害、妄想性障害、その他の一次性精神病性障害、特定不能の一次性精神病性障害が含まれる。感応性妄想性障害は有病率が低く、非常に稀な障害であり、妄想性障害との鑑別が困難ということ

表1 ICD-11「精神および行動の障害」の大分類(案)

05 A	神経発達障害
05 B	統合失調性スペクトラムおよび一次性精神病
05 C	双極性および関連障害
05 D	抑うつ性障害
05 E	不安および恐怖関連障害
05 F	特にストレスと関連した障害
05 G	強迫および関連障害
05 H	解離性障害
05 I	—
05 J	身体的苦悩障害
05 K	哺育および摂食障害
05 L	排泄障害
05 M	破壊的、衝動制御および行為/反社会障害
05 N	物質使用による障害
05 O	—
05 P	行動上の嗜癖

から独立したカテゴリーとしては存在しなくなる。また、DSM-5<sup>1)</sup>で議論されているAttenuated psychosis syndromeについてはICD-11では採用されない予定である。

伝統的に用いられてきた統合失調症の妄想型、破瓜型、緊張型についてはこれらは採用されず、初回エピソード、現在急性エピソード、急性発症、初回エピソード、現在急性エピソード、潜行性発症、初回エピソード、現在部分寛解、初回エピソード、完全寛解、多重エピソード、現在急性エピソード、多重エピソード、現在部分寛解、多重エピソード、現在完全寛解、持続性の経過、特定不能という経過分類を用いる予定である。

DSM-5で議論になっているCatatonic specifierについては、うつ病でも近似した病態が認められることによりどのように扱うのか今後の課題とされた。

### 3. 05 C 双極性および関連障害

AGの初期の会議においては、精神障害を5つの群に再構築する案(5クラスターモデル：精神障害を神経発達のクラスター、神経認知的クラスター、精神病クラスター、情動性クラスター、内在化あるいは内面化クラスターに分けるモデル)<sup>2,3,5,9)</sup>も検討され、統合失調症と双極性障害をひとつの群とすることも検討されたが、分子遺伝学的にはこの2つの障害は近似しているという研

究はあるものの、日常臨床では分子遺伝学的な視点を検討して診療している実態がないという反論があり、同時にうつ病とは薬物療法が異なるという意見も提案された。このため、うつ病と双極性障害を気分(感情)障害と一括りにするICD-10までの分類が見直され、より臨床的有用性(clinical utility)を重視した、うつ病と双極性障害に独立した章を割り当てる分類が採用される予定である。

この章には、双極Ⅰ型障害、双極Ⅱ型障害(bipolar type II disorder)(新)、気分循環症が含まれる予定であり、混合状態をどのように位置づけるかが問題となっている。

#### 4. 05 D うつ病性障害

この章には、うつ病エピソード、反復性うつ病性障害、気分変動症、月経前不機嫌障害(premenstrual dysphoric disorder)(新)、児童および思春期のワーキンググループから提案されている不機嫌を伴う破壊的気分失調障害(disruptive mood dysregulation with dysphoria disorder)(新)、および混合性抑うつ不安(閾値下)が含まれる予定である。

この章では、死別反応をどのように扱うのが問題になっている。実際に、ICD-10プライマリケア版では、死別反応が1つの疾病として掲載されており、臨床現場ではうつ病との鑑別が非常に難しいとの意見も多い。

#### 5. 05 E 不安および恐怖関連障害

この章には、全般性不安障害、パニック障害、広場恐怖、特定の恐怖症、社交恐怖、疾病不安障害(illness anxiety disorder)、分離不安障害、および児童および思春期のワーキンググループから提案されている選択的緘黙が含まれる。

伝統的に用いられてきた心気症(hypochondriasis)という診断名にはスティグマをはらんでいるという理由から、疾病不安障害(illness anxiety disorder)という呼称に変更される予定である。

#### 6. 05 F 特にストレスと関連した障害

この章には、外傷性ストレス障害、遷延性悲嘆障害(prolonged grief disorder)(新)、適応障害、児童および思春期のワーキンググループから提案されている反応性愛着障害、Disinhibited social engagement disorderおよびQuasi-autism follow-

ing profound institutional deprivation(新)などが含まれる。

急性ストレス反応は、例外的に強い身体的および精神的ストレスが加わったときに認められる反応であるが、時に薬物療法が使用されるかもしれないものの疾病というよりは正常な反応であるという意見が多く、疾病コードは与えられなかったようである。また、外傷性ストレス障害には、心的外傷後ストレス障害と破局的体験後の持続的パーソナリティ変化が複雑心的外傷後ストレス障害に呼称変更されたものが分類された。

#### 7. 05 G 強迫および関連障害

この章には、強迫性障害、買いだめ障害(hoarding disorder)(新)、毛抜き障害(抜毛癖)、皮膚ほじくり障害(skin picking disorder)(新)、その他の反復的習慣性障害(新)、身体醜形性障害(新、ICD-10ではF45.2心気障害に用語が含まれていた)などが含まれる。

#### 8. 05 H 解離性障害

この章には、知覚運動性解離性障害(sensorimotor dissociative disorder)(新)、認知情動性解離障害(cognitive-emotional dissociative disorder)(新)、混合性解離障害(mixed dissociative disorder)(新)などが含まれる。

ICD-10では解離性(転換性)障害とカッコ書きされていた転換性障害については、どのように位置づけるのか協議されている。

#### 9. 05 J 身体的苦悩障害

ICD-10の身体表現性障害は身体的苦悩障害(bodily distress disorder)と呼称変更された。軽度、中等度および重度の重症度を用いた亜型分類がなされている。ICD-10の身体表現性障害には、身体化障害、鑑別不能型身体表現性障害、心気障害、身体表現性自律神経機能不全、持続性身体表現性疼痛障害、他の身体表現性障害および身体表現性障害、特定不能などが分類されていたが、ICD-11では「身体表現性(somatoform)」や「身体化(somatization)」などの用語は採用されないようである。

#### 10. 05 K 哺育および摂食障害

この章には、神経性無食欲症、神経性大食症、複合型神経性無食欲および大食症(combined an-

orexia and bulimia nervosa) (新), むちゃ食い障害(binge eating disorder) (新), 回避的/制限的食物摂取障害(avoidant/restrictive food intake disorder) (新), 異食症, および反芻障害(regurgitation disorder) (新)などが含まれる。

#### 11. 05 L 排泄障害

この章には, 遺尿症や遺糞症などを含む排尿(wetting)と排便による汚し(faecal soiling) (新)が含まれる。

#### 12. 05 M 破壊的, 衝動制御および行為(素行) / 反社会障害

この章には, 反抗挑戦性障害, 行為および反社会障害, 間欠性爆発性障害(ICD-10ではF63.8他の習慣および衝動の障害に用語が含まれている) (新), 病的放火(放火癖), および病的窃盗(窃盗癖)などが含まれる。

#### 13. 05 N 物質使用による障害

病態としては, 急性物質中毒, 物質の有害な使用, 物質依存, 物質からの離脱症候群, 物質誘発障害などに分けられ, 原因物質として, アルコール, アヘン類, 大麻, 鎮静薬, 睡眠薬および抗不安薬, コカイン, アンフェタミンあるいは他の精神刺激物質, カフェイン, ニコチン, 揮発性溶剤, その他の精神作用物質などが挙げられている。

また, MDMA(エクスタシー)あるいは関連薬物やKetamine, PCPあるいは他の解離性薬物なども依存物質に挙げられ, 疾病コードが与えられる予定である。

#### 14. 05 P 行動上の嗜癖

この章には, 賭博障害およびその他の行動上の嗜癖(新)が挙げられている。しかし, これらは, 上記の物質使用による障害に包含される可能性もある。

#### 15. その他の章

今回公表されたのは上記の章のみであるが, パーソナリティ障害, 性障害, 神経認知的障害および睡眠障害については公表されなかった。これらのうち, 神経認知的障害および睡眠障害は, 神経疾患のTAGが担当しておりどのような形で精神障害の章(05)に含めるのか今後検討される。なお, dementiaという用語についてはスティグマをはらんでいるという意見も多く呼称変更さ

れる可能性がある。

最も難渋しているのはパーソナリティ障害の診断分類である。2010年4月に開催されたAGにおいては, 情動不安定(emotionally instability), 受動回避(passive avoidant), 強迫(obsessiveness), 社会的引きこもり(social withdrawal), 反社会的自己中心性(antisocial egocentricity), 協議中のもう一つのドメイン(軽薄さや犯罪親和性を中心とする)の6つのドメインが提案されていたが<sup>10)</sup>, 今回のAGでは公表されなかった。

パーソナリティ障害についてはICD改訂のたびに診断分類が問題となっている。ICD-8, 9, およびDSM-III(-R), IVを経てパーソナリティ障害の診断分類で残存してきたカテゴリーは, 妄想性, 強迫性および演技性だけである<sup>4)</sup>。DSM-5のパーソナリティ障害の診断分類も大幅に変更される予定であり<sup>8)</sup>, 最終的にどのような形になるのか非常に興味深いところである。

## 7 今後の予定と期待

WHOが呈示している予定ではICD-11は, 2014年に世界保健総会で批准され, 翌年2015年に発行される予定となっている。精神分野は他の分野に比し比較的作業が進んでいるが, かなり作業が遅れている分野もあり, この行程通りに進捗するかは困難な可能性もある。

精神分野に限れば, AGの配下にある調整グループであるFormative Field Study Coordinating Group (FFSCG)が中心となり今後フィールドトライアルを行う予定である。FFSCGには, スペイン, フランス, ナイジェリア, インド, 中国, 米国, ブラジルおよび日本が含まれており, 今後, わが国でもICD-11のフィールドトライアルが行われる予定である。

最後に, この場をかりて, 今後行われるICD-11「精神および行動の障害」のフィールドトライアルへのご参加とご協力を是非ともお願いしたい。

## 文献

- 1) American Psychiatric Association, www.dsm5.org. cited March 1, 2012
- 2) Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ et al : Neurodevelopmental disorders: Cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. Psychol Med 39 : 2013–2023, 2009
- 3) Carpenter Jr WT, Bustillo JR, Thaker GK et al : The psychoses: Cluster 3 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. Psychol Med 39 : 2025–2042, 2009
- 4) Kato M : Issues on diagnosing and classifying personality disorders. In Mezzich JE, von Cranach M (Eds): International classification in psychiatry, Unity and diversity. Cambridge University Press, New York, pp166–172, 1988
- 5) Krueger RF, South SC : Externalizing disorders: Cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. Psychol Med 39 : 2061–2070, 2009
- 6) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森真喜雄 : ICD-11 作成の動き. 精神経誌 110 : 813–818, 2008
- 7) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森真喜雄 : ICD-11 作成の動向. 精神経誌 113 : 309–332, 2011
- 8) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森真喜雄 : DSM-5 その後の動向—パーソナリティ障害に関して. 精神医学 54 : 7–19, 2012
- 9) Sachdev P, Andrews G, Hobbs MJ et al : Neurocognitive disorders: Cluster 1 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. Psychol Med 39 : 2001–2012, 2009
- 10) Tyrer P, Crawford M, Mulder R; ICD-11 Working Group for the Revision of Classification of Personality Disorders : Reclassifying personality disorders. Lancet 377 : 1814–1815, 2011
- 11) World Health Organization : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. WHO, Geneva, 1992

\*

\*

\*



# DSM-5 作成 その後の動向\*

パーソナリティ障害に関して

松本ちひろ<sup>1,2)</sup> 丸田敏雅<sup>1)</sup> 飯森真喜雄

## Key words

DSM-5, Personality disorders, Classification, Diagnosis

## 序論

DSM-5 改訂作業が始まって数年が経過しており、2010年2月9日に草案が公開された。これ以降、パブリックコメントの受け付けやフィールドトライアル、会議での検討が重ねられ、現在では公開当初と比較し、かなり改変された改訂案となっている。この最初の草稿の概要は日本でもすでに報告されており<sup>20)</sup>、本稿では特に議論の多いパーソナリティ障害(PD)について、その後の動向を報告する。

## 現在までに計画されている変化の概要

本稿では便宜上、2010年2月に公開されたものを仮に第1草案、2011年8月現在DSM-5の方向性として公開されているものを第2草案と

したい。

DSM公式ウェブサイトは随時最新の情報に更新されている。しかしその半面、過去に出た案やモデルは削除されており、現在の改訂案に至るまでの情報がわずかしか提供されていない。つまり、現在ウェブ上で確認できるのは第2草案だけであり、第1草案に関する情報の大半は得られなくなっているのである。今後、DSMがどのようなかたちで完成形を迎えるのかを考える上で、この経過に関する情報は非常に興味深いものであり、第1草案発表から第2草案発表までに交わされた議論もまじえながら紹介したい。

### 1. パーソナリティの図式化、ディメンショナル評価の導入

PDをめぐる改訂活動を考える上で特筆すべきは、パーソナリティをPDタイプにとらわれず体系化する試みであろう。DSM-IV-TRまで、PDはあくまでもタイプ別に分類されており、各障害の枠を越えパーソナリティのあり方そのものに関する言及はみられなかった。第2草案では、6つのPDタイプがまだ残されてはいるが、プロトタイプありきのカテゴリー別診断的発想からの脱却を目指す姿勢がうかがえる。この背景には、パーソナリティ研究の領域において「もはやタイプ別の発想は古い」という認識があるように思われる。実際、昨今のパーソナリティ障害の研究に関

\* The Draft of DSM-5: Recent Development in Personality Disorders

- 1) 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), MATSUMOTO Chihiro, MARUTA Toshimasa, IIMORI Makio: Department of Psychiatry, Tokyo Medical University, Tokyo, Japan
- 2) 上智大学総合人間科学研究科心理学部, Department of Psychology, Graduate School of Human Sciences, Sophia University, Tokyo Japan

し、DSM 式のタイプ別 (e.g. 演技性 PD) 診断に関する研究は明らかな衰退・縮小傾向にある<sup>4)</sup>。対照的に、DSM 式の〇〇診断といったタイプ別診断に縛られず、パーソナリティ特性をディメンショナルに評価する (e.g. Five Factor Model ; FFM<sup>注1)</sup>) 発想をベースとする研究の台頭は著しい<sup>36, 38)</sup>。また、プロトタイプのないし「純粹」な PD が実在するかのような発想の DSM 的 PD 診断への傾倒は行き過ぎた essentialism であるとの指摘もある<sup>17)</sup>。Essentialism とは、純粹 (= essential) なプロトタイプの存在を前提とする主義であり、現実にもみられる現象をこのプロトタイプにあてはめ、説明しようというあり方を指す。Anh ら<sup>1)</sup>は性別を例に挙げ、表面的特徴から人間には男性、女性の 2 つの性しかないかのような長年の essentialism が、染色体の研究が進んで初めて覆され、性の実態への理解—ひいては明瞭に男性、女性と区別されない存在の認知—が実現した歴史を精神障害になぞらえた。また Livesley<sup>17)</sup>は、「純粹」な〇〇障害の存在を想定するのは机上の空論であり、そのプロトタイプを念頭に置くことでさまざまな認知バイアス (e.g. プロトタイプに合致する特徴ばかりが目につく選択的注意) が生じること、また想定するプロトタイプから外れる患者群の情報が臨床の場で集約されなければ精神医学の発展も長期的には妨げられることなどを理由に、タイプ別ないしカテゴリカ

注 1) パーソナリティにおける 5 因子モデル (Five Factor Model ; FFM) : パーソナリティを、神経症傾向 (Neuroticism), 外向性 (Extraversion), 開放性 (Openness to experience), 調和性 (Agreeableness), 勤勉性 (Conscientiousness) の 5 因子から説明するモデル。日常においてパーソナリティの記述に用いられる語句から因子を抽出する研究に端を発する<sup>2)</sup>。複数の研究者・グループが類似したモデルに結果的に行きついているが、近年 Five Factor Model といえば Costa と McCrae により発表されたモデルを指す<sup>9, 21, 22, 23)</sup>。彼らの提唱する 5 因子にはさらに各 6 つの下位因子が設けられており、図 1 におけるドメイン—特性の関係は、FFM における因子—下位因子の関係に準じたものと考えられる。

ルな PD 診断分類からの一刻も早い脱却を説いている。

このような背景から、総じて PD の診断分類に関しては、カテゴリカルな診断分類に固執してきたことへの反省が大きいように見受けられる。またその反動から、よりエビデンスの確立されているディメンショナルなアプローチへと傾倒していると表現しても過言ではないだろう。

上記の経緯から、第 1 草案では、パーソナリティを 6 ドメインと 37 特性<sup>注2)</sup>で構成するモデルが発表された (図)。この経緯に関しては、PD ワーキンググループの中心にあり本モデルを支持する立場にある Skodol ら<sup>31)</sup>により詳細に記述されている。この 6 ドメインモデルは、パーソナリティ研究において、近年その妥当性および信頼性から確立されたモデルとして認識されている FFM に大きく依拠したものである。このモデル作成にあたり、FFM に加え他のモデルも検討した様子が Krueger ら<sup>14)</sup>により詳細に記述されているが、検討に加えられたモデルも FFM と共通する部分は多く、用語などの違いこそあれ、発想としては事実上 FFM に非常に近いモデルとなっている。

ドメインや特性の細かな扱いに関する第 1 草案への批判は多数発表されたが、FFM の DSM への事実上の採用自体に関して、パーソナリティ研究の識者はおおむね好意的に受け止めているとあってよいだろう<sup>36)</sup>。DSM-IV における 3 クラスター分類と FFM を直接的に比較した研究として構造方程式モデリングを用いた Bastiaansen ら<sup>3)</sup>が、DSM の PD 診断そのものと FFM における特性の経時安定性を比較した研究としては Widiger ら<sup>35, 36)</sup>が挙げられる。また、前述のカテゴリカル診断からの脱却とも関連し、PD のプロトタイプのケースは FFM を用いても評価可能であ

注 2) パーソナリティを特性論的観点から捉える場合、パーソナリティはいくつかの大まかな因子から構成され、それらはさらに細かい下位因子から構成されるものと想定されている。DSM-5 においては、大まかな因子が「ドメイン」、その下位に位置づけられる細かい因子が「特性」と表現されている。

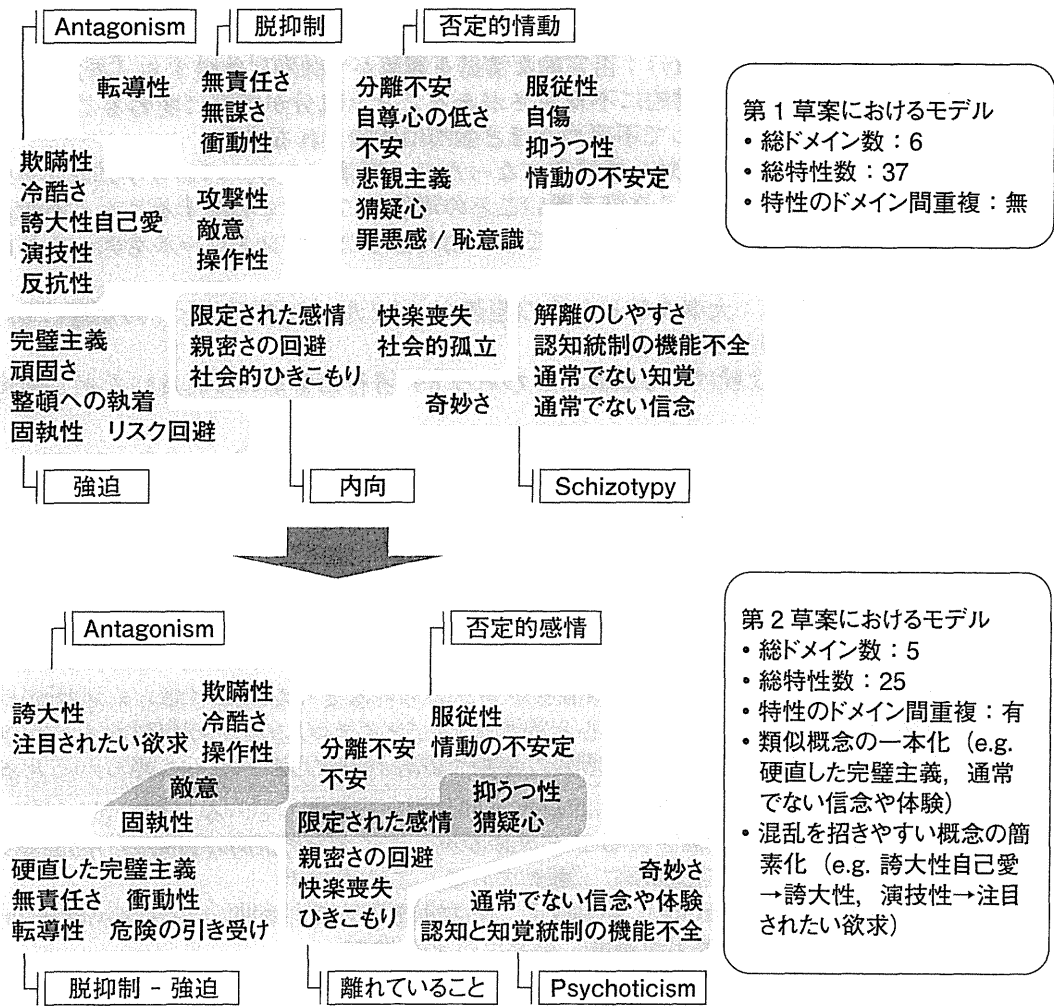


図 第 1 草案と第 2 草案におけるパーソナリティモデルの比較

www.dsms.org より抜粋, 仮訳。適切な仮訳が当てられないものは一部英語のまま残した。グレーの領域各々はドメインを, 領域内に含まれる語句は特性を示す。

り, FFM のスコアから DSM-IV における PD は復元可能であるとの研究もある<sup>29)</sup>。

第 1 草案への批判を受けて作成されたとみられる新モデルが, 第 2 草案におけるモデルである (図, 表 1, 2)。第 1 草案が 6 ドメイン, 37 特性から構成されていたのと比較し, 第 2 草案では 5 ドメイン, 25 特性とかなり簡素化されている。なお, 第 1 草案から第 2 草案までの経緯についてはまとまった発表が公になされていない。

## 2. PD タイプの削減と PDTS の設置

次に, 独立した PD タイプの削減と, それに伴い設置される Personality Disorder Trait Specified (PDTS) について触れたい。

PD そのものの種類が現行の 10 からの大幅な

削減が提案されている。より具体的には, 既存の PD のうち 6 つ (反社会性, 回避性, 境界性, 強迫性, 統合失調型, 自己愛性) が独立した PD (独立 PD) の診断名として残り, 残りの 4 つはそれぞれの特性を示しながらも「Personality Disorder Trait Specified (PD, 特性が特定されるもの)」とのみ示されるようである。これは主に comorbidity の出現を抑えるために提案された策であり, 確かに障害数そのものを減らしてしまえば comorbidity 出現の減少は理論上ある程度期待できる。しかしこの急進的ともいえる提案は草稿の公開以来さまざまな議論を呼ぶこととなった。

ディメンショナルモデルを採用する方針は DSM-5 改訂の活動開始当時より明確であり, そ



表 1 第 2 草案におけるドメインと特性とその定義

否定的感情 (Negative affectivity) : 否定的な情動を頻繁かつ強烈に体験する「否定的感情」
情動の不安定 (Emotional lability) : 情動的に不安定さがあることと気分が頻繁に変わること ; 刺激されやすい, 激しいおよび/または出来事に対して不適當なほど強烈に体験される情動
不安 (Anxiousness) : さまざまな状況に対し神経質になったり, 緊張したり, パニックになったりする ; 過去の不快な体験の悪影響や将来に起こり得る悪いことの可能性について心配すること ; 不確定要素に怯えたり, 懸念したり, 脅かされているように感じる ; 崩れ落ちたりコントロールを失ったり恥ずかしい思いをするのではないかと恐怖
分離不安 (Separation insecurity) : 大事なひとからの拒否かつ/または大事なひととの別離に関する恐怖で, 依存し過ぎや自立性を失う恐怖とも関連する
固執性 (Perseveration) : それ以上続けても無駄だとわかっている行動を止められないこと ; 何度失敗しても同じ行動を繰り返すこと
服従性 (Submissiveness) : 他者の利益や望みに合わせ自分の行動を変えること
敵意 (Hostility) : 持続性があり頻繁な怒りの感情 ; 些細な軽蔑や侮辱に対する怒りや苛立ち ; 卑劣でたちの悪い, 復讐心に燃えた行動
抑うつ性 (Depressivity) : 落ち込み, みじめさ, 希望のなさを頻繁に感じる ; 前述のような気分から立ち直る難しさ ; 将来に関する悲観 ; 常に恥意識を持っている ; 劣等感 ; 自殺観念と自殺行動
猜疑心 (Suspiciousness) : 他者は自分を害そうとしているとの前提ないし自分への加害に対する過敏さ ; 他者の忠義や忠誠への猜疑心 ; 迫害されている意識
限定された感情(-) (Restricted affectivity) : 感情をかきたてられるような場面でほとんど反応を見せないこと ; 抑制された情緒的体験および表出 ; 無関心と冷たさ (- (マイナス) とはその特性がみられない, ないしその真逆が見られることを示す。この場合は感情の体験や表出が過度に豊かないし激しいことを指す)
離れていること (Detachment) : 他者および社会的交流から退却している「離れていること」 ( <i>Detachment</i> は「孤立」などと訳されることがあるが, ここでは否定的な意味合いは含まれず, 単に記述的に「離れている」ことを示す)
限定された感情(+) (Restricted affectivity) : 重複項目 ; 否定的感情の項目参照 (+ とはその特性がみられることを示す。この場合は感情の体験や表出が過度に少ないことを指す)
抑うつ性 (Depressivity) : 重複項目 ; 否定的感情の項目参照
猜疑心 (Suspiciousness) : 重複項目 ; 否定的感情の項目参照
ひきこもり (Withdrawal) : 他者といるよりもひとりであることを好むこと ; 社会的な状況において寡黙なこと ; 社会的交流や活動の回避 ; 社会的交流を自ら進んで行わないこと
快楽喪失 (Anhedonia) : 生きていく上での体験から得られる喜び, その体験への従事, またはその体験に向けたエネルギーの欠如 ; 物事に喜びを見出したり物事に興味を持つ素質の欠陥
親密さの回避 (Intimacy avoidance) : 近いまたは恋愛関係, 対人間の愛着, 親密な性的関係の回避
Antagonism (仮訳未定) (Antagonism) : 本人を周囲と不和にさせるような行動を伴う「Antagonism」 ( <i>Antagonism</i> は「敵対」と訳されることが多いが, ここでは相手に対する敵対心という意味は含まれず, その態度ないし行動により結果的に本人が周囲と不和に陥ることを示す)
操作性 (Manipulativeness) : 他者を影響またはコントロールするために頻繁にごまかしを使うこと ; 目標を達成するために誘惑, 魅力, 口達者, 媚などを用いること
欺瞞性 (Deceitfulness) : 不正直と欺瞞 ; 自己を偽ってみること ; 他者と関わるイベントにおいて自分を飾り立て, 偽ること
誇大性 (Grandiosity) : 明に暗に, 自分にはあらゆることをする資格があるのだという意識 ; 自己中心であること ; 自分は他者よりも優れていると堅く信じていること ; 他人を卑下して扱うような態度 (第 1 草案における <i>Grandiose narcissism</i> = 誇大性自己愛に対応するものと推定)
注目されたい欲求 (Attention-seeking) : 他者の注意をひき, またその場の注目の的であるための過剰な努力 ; ひとに称賛されようとする (第 1 草案における <i>Histrionic style</i> = 演技性に対応するものと推定)
冷酷さ (Callousness) : 他者の気持ちや問題を全く意に介さないこと ; 自分が他人に与えた損害や危害に関し, 罪や後悔の意識を全く持たないこと
敵意 (Hostility) : 重複項目 ; 否定的感情の項目参照

(表 1 つづき)

**脱抑制—強迫 (Dishinhibition-compulsivity) :**

結果を顧みない衝動的な行動を特徴とする「脱抑制」と、その対極にある「強迫」

- 無責任さ (Irresponsibility) :** 金銭的およびその他の義務の軽視ないし無視; 同意や約束を軽んじたり守らなかったりすること
- 衝動性 (Impulsivity) :** 外的な刺激に対しとっさに行動すること; 後々の結果を顧みず行動すること; 計画を立てたりその計画に従って物事を進めることに対する困難; 情緒面でストレスを抱えた際, 追いつめられたように感じたり自傷行動に及んだりする傾向
- 転導性 (Distractivity) :** 1 つのタスクに集中することに対する困難; 外的刺激によって注意が容易に逸らされてしまうこと; 目標に向かって行動し続けることに対する困難
- 向こう見ずに危険を引き受けること (Risk-taking) :** 危険であるまたは危険かもしれない行動に必要性もなくまた結果を顧みずに従事すること; 退屈しやすかつ退屈しのぎに考えもなく行動を始めること; 自分の限度・限界を考えず自己に及びうる危険を否定すること (第 1 草案における *Recklessness* = 無謀さに対応するものと推定)
- 硬直した完璧主義 (±) (Rigid perfectionism) :** 物事や自他問わずパフォーマンスについて欠点 1 つなく完璧であらねばならないと強固に固執すること; 細かな点まで正そうとするあまり期限を守らないこと; 何かを行うにあたり正しいやり方は 1 つしかない信じ込むこと, 発想や観点を転換することに対する困難, 詳細・構成・順序ばかりに気を取られていること。(−(マイナス)とはその特性がみられない, ないしその真逆がみられることを示す。この場合は, 脱抑制の特徴が強く, 全く物事やパフォーマンスに関して質の良し悪しに構わない態度を指す。第 1 草案における *Rigidity* = 頑固さと *Perfectionism* = 完璧主義を一本化したものと推定)

**Psychoticism (仮訳未定) (Psychoticism) :** 通常でなく奇異な体験がみられる「Psychoticism」

- 通常でない信念や体験 (Unusual beliefs & experiences) :** 他人からみると奇異なことを考えていたり, 現実の体験の仕方が風変わり通常でないこと
- 奇妙さ (Eccentricity) :** 奇異もしくは奇抜な行動や外見; 通常ではないもしくは不適切な発言をすること
- 認知と知覚統制の機能不全 (Cognitive & perceptual dysregulation) :** 奇異または通常でない思考の過程; 曖昧さ, その場の状況による変化, 比喩性, 過剰な入念さまたはステレオタイプの特徴を伴った思考や発話; 知覚や認知の仕方が奇異であること

www.dsm5.org より抜粋, 仮訳。適切な仮訳が当てられないものは一部英語のまま残した。

注: 斜体部は筆者の加筆・補足。

のために, タイプ別 PD の位置づけはワーキンググループ内でも特に議論されたもようである。極論をいえば, 完全なディメンショナルモデルにおいては, パーソナリティのあり方は常に特性の顕著度のみによって評価でき, そもそもタイプ別の PD 診断は不要となるはずだからである。しかし, この流れはいうまでもなく既存のタイプ別 PD の発想と真っ向から対立するものであり, 現場での混乱や新システムへの移行の多大な抵抗が予想される。独立 PD タイプの削減はいわばカテゴリカル対ディメンショナルな発想の折衷案であるともいえよう。また, カテゴリカル対ディメンショナルモデルの衝突は具体的な診断方法にも影響を及ぼしており, これについては次項で詳述する。

第 1 草案においては, 自己愛性 PD も PDTS とされる予定で, PDTS にいわば「格下げ」される PD は妄想性, 統合失調質, 演技性, 依存性を合わせ 5 つにも上った。しかし第 1 草案から第 2 草案への経緯で, 表 2 にあるように自己愛性 PD が独立 PD として復活している。自己愛性 PD を含む上記 5 つの PD の PDTS への「格下げ」に関する妥当性については, Skodol ら<sup>31)</sup>が有病率の低さ, その障害に関する研究の少なさ, 生活の質への影響の少なさなどを根拠に第 1 草案作成時点での持論を展開しており, どのような経緯を経て独立 PD として扱うことが決定されたのか興味深いところである。なお, 自己愛性 PD の独立 PD としての妥当性については, Ronningstam<sup>27)</sup>をはじめとして第 1 草案以来主張されてきた。

表 2 第 1 草案と第 2 草案の比較：各 PD タイプの該当する特性とドメイン一覧

DSM-IV-TR における PD	PD タイプ	第 1 草案における 該当する特性 (ドメイン)	PD タイプ	第 2 草案における 該当する特性 (ドメイン)
妄想性	PDTS	猜疑心 (否定的情動) 敵意 (Antagonism) 通常でない信念 (Schizotypy) 親密さの回避 (内向)	PDTS	猜疑心 (否定的感情/離れていること) 敵意 (Antagonism/否定的感情) 通常でない信念や体験 (Psychoticism) 親密さの回避 (離れていること)
統合失調質	PDTS	社会的ひきこもり (内向) 社会的孤立 (内向) 親密さの回避 (内向) 限定された感情 (内向) 快楽喪失 (内向)	PDTS	ひきこもり (離れていること) 親密さの回避 (離れていること) 限定された感情 (否定的感情/離れていること)
統合失調型	統合失調型	奇妙さ (Schizotypy) 認知統制の機能不全 (Schizotypy) 通常でない知覚 (Schizotypy) 通常でない信念 (Schizotypy) 社会的ひきこもり (内向) 限定された感情 (内向) 親密さの回避 (内向) 猜疑心 (否定的情動) 不安 (否定的情動)	統合失調型	奇妙さ (Psychoticism) 認知統制の機能不全 (Psychoticism) 通常でない信念や体験 (Psychoticism) 限定された感情 (否定的感情/離れていること) ひきこもり (離れていること) 猜疑心 (否定的感情/離れていること)
反社会性	反社会性	冷酷さ (Antagonism) 攻撃性 (Antagonism) 操作性 (Antagonism) 敵意 (Antagonism) 欺瞞性 (Antagonism) 誇大自己愛 (Antagonism) 反抗性 (Antagonism) 無責任さ (脱抑制) 無謀さ (脱抑制) 衝動性 (脱抑制)	反社会性	操作性 (Antagonism) 欺瞞性 (Antagonism) 冷酷さ (Antagonism) 敵意 (Antagonism/否定的感情) 無責任さ (脱抑制—強迫) 衝動性 (脱抑制—強迫) 向こう見ずな危険の引き受け (脱抑制—強迫)
境界性	境界性	情動の不安定 (否定的情動) 自傷 (否定的情動) 分離不安 (否定的情動) 服従性 (否定的情動) 不安 (否定的情動) 自尊心の低さ (否定的情動) 抑うつ性 (否定的情動) 猜疑心 (否定的情動) 敵意 (Antagonism) 攻撃性 (Antagonism) 衝動性 (脱抑制) 無謀さ (脱抑制) 解離のしやすさ (Schizotypy) 認知統制の機能不全 (Schizotypy)	境界性	情動の不安定 (否定的感情) 不安 (否定的感情) 分離不安 (否定的感情) 抑うつ性 (否定的感情/離れていること) 衝動性 (脱抑制—強迫) 向こう見ずな危険の引き受け (脱抑制—強迫) 敵意 (Antagonism/否定的感情)
演技性	PDTS	情動の不安定 (否定的情動) 操作性 (Antagonism) 演技性 (Antagonism)	PDTS	情動の不安定 (否定的感情) 操作性 (Antagonism) 注目されたい欲求 (Antagonism)

〈表 2 つづき〉

DSM-IV-TR における PD	PD タイプ	第 1 草案における 該当する特性(ドメイン)	PD タイプ	第 2 草案における 該当する特性(ドメイン)
自己愛性	PDTS	誇大的自己愛 (Antagonism) 操作性 (Antagonism) 演技性 (Antagonism) 冷酷さ (Antagonism)	自己愛性	誇大性 (Antagonism) 注目の探求 (Antagonism)
回避性	回避性	不安 (否定的情動) 分離不安 (否定的情動) 悲観主義 (否定的情動) 罪悪感/恥意識 (否定的情動) 親密さの回避 (内向) 社会的ひきこもり (内向) 限定された感情 (内向) 快楽喪失 (内向) リスク回避 (強迫) 完璧主義 (強迫)	回避性	ひきこもり (離れていること) 親密さの回避 (離れていること) 快楽喪失 (離れていること) 不安 (否定的感情)
依存性	PDTS	服従性 (否定的情動) 不安 (否定的情動) 分離不安 (否定的情動)	PDTS	服従性 (否定的感情) 不安 (否定的感情) 分離不安 (否定的感情)
強迫性	強迫性	完璧主義 (強迫) 頑固さ (強迫) 整頓への執着 (強迫) 固執性 (強迫) 不安 (否定的情動) 悲観主義 (否定的情動) 罪悪感/恥意識 (否定的情動) 自尊心の低さ (否定的情動) 限定された感情 (内向) 反抗性 (Antagonism) 操作性 (Antagonism)	強迫性	硬直した完璧主義 (脱抑制—強迫) 固執性 (否定的感情)

www.dsm5.org より抜粋，仮訳。適切な仮訳が当てられないものは一部英語のまま残した。

### 3. 診断方法の変遷——チェック項目からプロトタイプへ，さらに特性評価へ

診断方法については，DSM-IV-TR，DSM-5 第 1 草案，第 2 草案とそれぞれ異なる手法が展開されており，非常に興味深い。

DSM-IV-TR は周知の通り，診断項目のチェックリストで構成されている。また各項目を見ていくと，「堅苦しさと頑固さを示す(強迫性 PD 第 9 項目)」のようにパーソナリティ特性ないし特徴そのものといった項目から，「自殺の行動，そぶり，脅し，または自傷行為の繰り返し(境界性 PD 第 6 項目)」のように，パーソナリティの特性というよりも，より症状に近い項目まで幅広く

含まれていることがわかる。

これに対し第 1 草案で提示された診断方法は，意外にもプロトタイプ記述との合致度評価であった。PD のうち独立 PD タイプと認められた 5 つ(第 1 草案の時点では自己愛性 PD を除く 5 つであった)にはプロトタイプ記述が与えられ，この記述と患者の臨床像との合致度が診断の基準とされたのである。この選択の根拠については，臨床ではプロトタイプの発想が広く普及しており，プロトタイプ式診断でも診断の信頼性は低下しないことが PD ワーキンググループにより主張された<sup>28,32)</sup>。またその一方で，PDTS に関しては，単にパーソナリティ特性の評価(e.g.「衝動的」と