

いう特性の顕著さの度合い)のみが求められた。

独立 PD, PDTS の区別にかかわらず、すべての PD はドメイン—特性モデルにより説明可能であり、プロトタイプ式診断案は単に臨床的有用性向上のためであるとの主張が、PD ワーキンググループ内では展開されてきた。しかしプロトタイプ式診断の採用は、暗に独立 PD の特異な病理性、言い換えれば健常なパーソナリティとの非連続性を強調するような印象を与えるものであった。

第 1 草案発表直後から、プロトタイプの記述内容¹¹⁾、またその手法そのもの^{17, 39)}に至るまでさまざまな批判が寄せられた。これら批判を踏まえてか、第 2 草案において提案された診断方法は、ドメイン—特性モデルのみに依拠した各 PD に対応するパーソナリティ特性の評価であった。ディメンショナルな PD 診断を進めるという方向性がこれで非常に明確となったのは確かであるが、その半面、一度は採用が考慮されたプロトタイプ式診断がなぜ廃案となったのか、現時点では明確にされていない。

カテゴリーカルな発想をベースとした診断方法がプロトタイプ記述との合致度に関する評価だとすれば、その対極にあるディメンショナルな発想は個々のパーソナリティ特性評価といえるだろう。第 1 草案から第 2 草案完成までに、ワーキンググループ内における方向性が 1 つの極からもう 1 つの極へと転換してきたことになる。第 2 草案は表面上ディメンショナルなアプローチで統一されているように見えるが、一方で診断方法に差がなくなったように見受けられる独立 PD と PDTS の差を今後どのように示していくのかについては課題が残る。

4. 健常群—臨床群との連続性の強調, I 軸と II 軸の区別の廃止, パーソナリティ評価対象の拡大

DSM-IV-TR まで、PD といわゆる I 軸障害とは厳密に区別されてきた。これは、PD は健常群と比較し質的に異なるパーソナリティであるかのように扱われてきたことと無関係ではないだろう。しかし今回の改訂活動に際し、健常群と臨床

群との間で、パーソナリティ構造、パーソナリティ特性などさまざまな点において、その差は質的なものでなく量的なものであるとする研究の引用が多く見受けられる^{18, 24, 25, 26)}。また、これらの研究は総じて、前述の FFM の事実上の DSM-5 への採用に絡め、健常群、臨床群を問わず、パーソナリティの構造は FFM と共通もしくは非常に近しいかたちで表現されるとしている。これらの知見から、今回の改訂では、パーソナリティ領域における健常群—臨床群の連続性が強調されたものとなっており、結果的に I 軸と II 軸の区別は廃止される見通しである。PD を II 軸という別枠で扱うのではなく、誰もが持つパーソナリティの偏りの極端なかたちとして扱うという流れが、パーソナリティの専門家の間では広がっているとみなしてもよいだろう。この流れを受け、PD は他の精神障害と同じ次元で扱われる見込みである。

しかし、パーソナリティそのもの(病的であるなしにかかわらず)の評価を重要視するという方向性は、より明確化されるもようである¹⁵⁾。パーソナリティの評価とはつまり、従来の PD 診断が該当するかどうかの判断にとどまらず、パーソナリティ全体のあり方について評価を行うことである。従来の PD 診断であれば、たとえば強迫性 PD であればパーソナリティの強迫的側面のみを考慮して診断がつけられていた。これに対し、全人的なパーソナリティ評価においては、直接的に不適応や機能不全を引き起こしている側面だけでなく、他の側面も含め総合的に評価できるアプローチが求められる。

すべての患者に対し全人的パーソナリティの評価を行うことから得られる利益については、専門家のなかで一定のコンセンサスが得られているとみてよいだろう。特に、適応的なパーソナリティ特徴を治療やマネジメントに活かすことはすでに論じられている^{7, 12)}。その一方で、DSM-III 以降、II 軸内における全人的なパーソナリティ評価がすべての患者を対象に行われることになってきたにもかかわらず、一部の患者(i.e. 機能不全が PD のレベルまで顕在化している群)にしか行わ

れてこなかった背景もある。具体的にどの程度精緻な評価が臨床現場において求められ、またどの程度が実現可能であるかについては、フィールドトライアルの結果を待つところである。

5. 重症度評価の導入

PD の予後において最も有力な予測因子は重症度であることは以前から主張されており³⁴⁾、また治療やマネジメントなど臨床の場においても必要不可欠な情報であるのが重症度である。重症度評価の重要性に関しては PD 研究領域でも意見が一致するところであり、DSM-5 でも重症度評価の導入に非常に積極的な姿勢を示している。これまでの知見を総合し、最近では Bornstein ら⁷⁾が重症度、PD プロトタイプ (今後の診断分類システムにもタイプ別 PD が残るという前提で) との一致度、適応的なパーソナリティ特性を合わせた総合評価を、Hopwood ら¹²⁾が重症度、症状表出、パーソナリティ特性全般の評価の三本柱での評価を、DSM-5 を見据えた新たな PD 診断、およびパーソナリティ評価のあり方として提唱している。

草案への批判と PD 研究の本質的な困難

DSM-5 に向けなされてきた提案を紹介してきたが、ここからはその草案に寄せられている批判をまとめていきたい。なお、ここで紹介する批判的論点の数々は DSM 改訂のみに関わることでなく、パーソナリティ研究が内包する本質的な難しさとも通じる部分があるように思われる。

1. パーソナリティ研究における自記式実施法への依拠

まず、これまでのパーソナリティ研究は自記式の質問紙を用いた研究に大きく依拠していることを指摘しておくべきだろう。そもそも、I 軸に分類されるような精神障害はおしなべて本人にとって苦痛であると感じられるものである (i.e. ego-dystonic) が、パーソナリティとは本人にとってわざわざ意識するようなものではない (i.e. ego-syntonic) ことをまず念頭に置いておきたい⁵⁾。自らのパーソナリティを客観的に把握できていな

い可能性、故意に歪めて示そうとしている可能性、行動上や人間関係における問題の自覚がないもしくは薄い可能性など、自記式によるパーソナリティ評価の信頼性の低さは諸所で指摘されている^{10, 13, 33)}。特に回答者が PD レベルのパーソナリティの持ち主である場合はなおさらである。たとえば、「自分は働き過ぎだと思いませんか」との問いかけに対し「いいえ」と答える人物が、実際に 1 日 8 時間労働で満足する人物なのか、16 時間労働かねば気がすまないのか、自記式の回答から推し量りようがない。回答者に 16 時間が働き過ぎという認識が欠けていれば、客観的な事実に触れることはできないのである。

実際に、パーソナリティ評価において自己評価と他者評価とが必ずしも合致しないこと¹⁰⁾、自記式と投影式で評価が必ずしも合致しないこと⁶⁾はこれまで示されている。エビデンスに基づく改訂案を大々的に掲げて来た DSM 実行委員会だが、そのエビデンスの根拠となる研究の手法まで踏み込んだ検討は十分とは言いがたい。また、DSM-5 の臨床現場での運用を考えた際、I 軸障害に対応可能な自記式のツールが PD に有用とは限らない³⁷⁾ことから、自記式ないし自己申告に依拠したかたちでの診断方法とは別の情報収集手段 (i.e. 親族をはじめとする周囲からの情報提供) の確保の重要性を十分に念頭に置いておくべきだろう。

2. abnormal personality と disordered personality の区別

パーソナリティとその障害を考える上で、abnormal personality と disordered personality とは似て非なるものであり、今回の改訂案ではその区別をより明確にすべきとの批判もある。パーソナリティ特性が健常 (normal) — 異常 (abnormal) の同一線上に位置する者との認識は、パーソナリティ研究における識者間で一定のコンセンサスが生まれつつある^{18, 24, 25, 26)}。しかし、統計における正規分布の両極に位置する層を PD とするのは安易な考えであり、異常ないし極端な (i.e. abnormal) パーソナリティと、障害とみなすべき (i.e. disordered) パーソナリティのあり様は厳密に区

別されるべきとの主張がある¹⁹⁾。

今回の改訂において、第 2 草案がそのまま採用されれば、診断基準は事実上パーソナリティ特性が列挙されているのみである。DSM-IV-TR に掲載されている PD の診断基準に比較的具体的なものが多いのに対し (e.g. 「配偶者または性的伴侶の定説に対して、繰り返し道理に合わない疑念を持つ」、妄想性パーソナリティ障害の診断項目 (7) より)、今回のパーソナリティ特性の列挙は、あくまでも概念的、一般的 (e.g. 「猜疑的」という概念) といえる。具体的と概念的・一般的、どちらが診断法として正しいのかという議論は一概にはいかないが、現在提案されている PD 診断の概略は、極端なパーソナリティの偏りと PD との区別となる明確な指標を欠いているとはいえないだろうか。

上述の問題への回答の一例として、Livesley と Jang¹⁹⁾ は成人期の要所要所におけるライフタスクの失敗を指標として提示し、パーソナリティの元々の偏りに加え、適応機能が損なわれていることを条件に挙げている。また類似研究に、パーソナリティの偏りにより現実に起こり得る適応・不適応の具体的な問題行動を探り、診断マニュアルとして使用できるかたちのものを提示したものもある²³⁾。

3. clinical utility の観点から

ここからはより实际的に、DSM の描く PD 診断のあり方が臨床現場においてどのように展開していくのか検討したい。今回の改訂においてことあるごとに強調されてきたエビデンスであるが、ここから述べる問題点の多くは、このエビデンスを重んじるあまりに生じているような側面があるように思われる。先に述べたように、今回の改訂案作成に関し引用されているエビデンスの多くが、実は自記式による手法によるデータに基づくものであり、その信頼性に疑問を投げかける声は多い^{5, 10, 13, 34)}。今回の改訂案はエビデンス重視を謳うあまり、入手可能なエビデンスのみに依拠し、容易にはデータ化できない PD の側面を取りこぼしている危険性をはらんでいるのである。

1) clinical utility : PDTS について

まず臨床現場において最も影響が考えられるのが、PDTS の扱いであろう。近年パーソナリティ研究において、PD をタイプ別にみるよりも特性モデル (e.g. FFM) を用いて説明するのが主流となりつつある^{4, 36)}のは先に述べた通りである。

冒頭で述べた通り、DSM-5 草案では PD タイプの大幅な削減とそれに伴う PDTS という診断カテゴリーの新設が計画されている。DSM-5 に残す PD タイプと PDTS 扱いにするものの検討は Skodol ら³¹⁾が詳しく述べているが、DSM によると選択の基準は、その PD に関して行われた研究の量を主な指標とする疾患単位としての妥当性と、有病率を主な指標とする疾患単位としての臨床的有用性を基準に行われた。なお、そもそもこの基準の設け方に対する批判、すなわち特定の障害に関する研究量や有病率は疾患単位としての妥当性や臨床における重要性と必ずしも比例しないとの指摘は草案公開以来なされており²⁴⁾、実際に第 1 草案では PDTS への移行が検討されていた自己愛性 PD はこのような指摘を受け従来通り診断カテゴリーとして残ることとなった。

また、カテゴリーカルな PD 診断からディメンショナルな診断への方向転換がおおむね好意的に受け止められているなか、臨床におけるタイプ別診断を簡単に廃してよいものか疑問の声もある。ディメンショナルな診断を推進する側からすれば、PD タイプとはこれまでエビデンスなしに独り歩きをしてきただけであり、DSM に依拠した教育を受けてきた臨床家が長年にわたり信仰してきた虚像である¹⁷⁾。しかし、PD タイプを疾患単位として成立させ得るエビデンスが不足しているからといって、PD タイプが疾患単位として成立し得ないということにはならない。タイプ別に PD を診断分類する手法は昨今のエビデンスの観点からは支持されないものの、臨床的感覚として共有されてきた概念であることからすると、DSM-5 に継続採用される可能性はある。その是非はともかく、これまで〇〇障害という言い方が臨床現場にまで普及・定着してきたことは事実であり、臨床

的有用性を考える上でそれを将来的に廃してしまうことによる不利益を指摘する識者もいる^{8,16)}。

PD タイプの大幅な削減と PDTS の新設が臨床業務に与える影響は、少なくとも DSM-5 出版直後は比較的小規模に抑えられるかもしれない。「神経症圏」「精神病圏」「心因性」「内因性」などの概念が DSM から消えても臨床業務においていまだに活用されているように、臨床上有用な概念は DSM における扱いにかかわらず使用され続けられるものである。しかし長期的にみて、教育への影響は計り知れない。DSM を単なる診断分類システムではなく教科書や聖書であるかのように扱う近年の教育が今後も展開されれば、今後精神医学を志す者が従来の PD 診断に触れる機会が事実上失われるのは想像にかたくない。

2) clinical utility : 実際の運用に際し、臨床医は各特性をどう評価するのか

今回の改訂案が実現すれば、臨床家は個々の患者に関しパーソナリティ特性の評価という作業を求められることになる。臨床業務への影響はこちらのほうがはるかに大きいだろう。

従来の診断法から今回の改訂案通りの診断法への移行は、診断する側に対し幾重にも発想の転換を迫ることになる。従来の診断方法は、まず PD タイプが設けられており、各 PD に対し診断基準となる項目が設けられていた。先に述べたように、この診断基準の項目はパーソナリティ特性の列挙よりも具体性が高く、その妥当性はともかく操作的診断基準の役割には非常に合理的であったように思われる。一方で、臨床現場においてはこの診断基準が顧みられることは実は少なく、診断にあたる者の持つプロトタイプのイメージと患者の臨床像の一致度から診断が行われていた³⁰⁾との報告も少なからずみられる。つまり、これまでの PD 診断は、操作的診断基準から各自プロトタイプのイメージをかたちづくり、そのイメージと患者の実際像を照らし合わせるといった流れで診断が行われてきたものといえる。

これに対し今回の改訂案では、基準となるモデル中の 5 ドメイン、25 特性が、表 1 に示すよう

に定義されている。患者一人ひとりのパーソナリティ特性を評価するという、これまでの流れと全く異なる作業が求められるのである。

パーソナリティ特性を PD 診断に用いる上で生じる困難は、一般的なパーソナリティ評価と PD 診断において必要な情報が、質的に異なるからではないだろうか。PD 診断において、パーソナリティ特性そのものに加え、適応面での障害を大きく取り上げる方針を DSM は明確にしているが、それには評価対象となるパーソナリティ特性が顕在化する状況設定を想定することが不可欠となるはずである。たとえば、通常時には従順とされる依存性 PD 患者が、見捨てられ不安に駆られるときには従順というよりむしろ脅迫的、攻撃的態度に出ることも十分考えられる。パーソナリティ特性の評価時に状況要因を加味することの重要性は再三指摘されており¹³⁾、今後 DSM-5 完成に向けてこの課題がどう扱われるのか注視すべきだろう。

また、パーソナリティの問題が初診時に必ずしも顕在化しないであろうことも指摘しておきたい。患者が不適応を起ししやすい状況と診察時の状況とは、むしろ異なる場合が多いであろうことは十分に予想でき、その場でどの程度臨床医が患者のパーソナリティの特徴まで踏み込んだアセスメントを行えるか疑問である。上述の状況要因の問題とも関連し、パーソナリティ特性評価をベースとした PD 診断法が採用されるならば、どのタイミングで、どの程度のパーソナリティ評価が臨床において現実的であるのかを DSM は示していく必要があるだろう。

結語

第 1 草案から第 2 草案への変遷は非常に興味深い。第 1 草案作成に向け DSM-5 草案作成側としては十分なエビデンスを収集したものと思われるが、その骨格たる部分が少なからず第 2 草案においては翻されてしまっているように見受けられるからである。これは取りも直さず、PD (より広義にはパーソナリティ) の全貌に関する理解は

現在の研究において未熟であることを示してはいないだろうか。科学的検証により PD 関連のエビデンスは集積されてきた。しかし、その一つひとつはあくまでも全貌の一端を切り取ったものであり、単独で PD の全貌を語るものではない。語弊を恐れずに言えば、今回の PD に関する DSM 改訂案の変遷から窺い知れるのはエビデンス偏重主義ではないだろうか。アクセスが比較的容易な対象から比較的施行が容易な方法をもってエビデンスを収集すれば、量だけは集積されていく。一方、エビデンスが容易に得られない類の情報は顧みられず、議論の場から排されるのみである。

PD に限らず、精神障害ないし精神疾患を成り立たせているのは目に見えるかたちで得られる情報からばかりでないことは自明である。完成すれば早晩わが国にも有形無形に導入されるであろう DSM-5 がどのような経緯を経てできてくるのかを、PD に関する議論の変遷を通して概観してみたが、それが使い手各々の臨床的感覚に合致するものなのかを含め、批判的視点を持って注視していく重要性を最後に強調しておきたい。

謝辞

本論文に貴重なご意見を賜りました上智大学総合人間科学研究科心理学部の藤山直樹先生に御礼申し上げます。

文献

- 1) Ahn W, Flanagan EH, Marsh JK, et al : Beliefs about essences and the reality of mental disorders. *Psychological Science* 17 : 759-766, 2006
- 2) Allport GW, Odbert HS : Trait-names. A psycho-lexical study. *Psychol Monogr* 47 : 211, 1936
- 3) Bastiaansen L, Rossi G, Schotte C, et al : The structure of personality disorders : comparing the DSM-IV-TR Axis II Classification with the Five-Factor Model framework using structural equation modeling. *J Personal Disord* 25 : 378-396, 2011
- 4) Blashfield RK, Intoccia V : Growth of the literature on the topic of personality disorders. *Am J Psychiatry* 157 : 472-473, 2000
- 5) Bornstein RF : The rocky road from Axis I to Axis II : Extending the network model of diagnostic comorbidity to personality pathology. *Behav Brain Sci* 33 : 151-152, 2010
- 6) Bornstein RF : A process dissociation approach to objective-projective test score interrelationships. *J Pers Assess* 78 : 47-68, 2002
- 7) Bornstein RF, Huprich SK : Beyond dysfunction and threshold-based classification : A multidimensional model of personality disorder diagnosis. *J Personal Disord* 25 : 331-337, 2011
- 8) Clarkin JF, Huprich SK : Do DSM-5 personality disorder proposals meet criteria for clinical utility? *J Personal Disord* 25 : 192-205, 2011
- 9) Costa PT, McCrae RR : Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI) professional manual. Assessment resources, Odessa, 1992
- 10) Ganellen RJ : Assessing normal and abnormal personality functioning : Strengths and weakness of self-report, observer, performance-based methods. *J Pers Assess* 89 : 30-40, 2007
- 11) Gunderson JG : Revising the borderline diagnosis for DSM-V : An alternative proposal. *J Personal Disord* 24 : 694-708, 2010
- 12) Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB, et al : Personality assessment in DSM-5 : Empirical support for rating severity, style, and traits. *J Personal Disord* 25 : 305-320, 2011
- 13) Huprich SK, Bornstein RF : An overview of issues related to categorical and dimensional models of personality disorder assessment. *J Pers Assess* 89 : 3-15, 2007
- 14) Krueger RF, Eaton NR, Clark LA, et al : Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *J Personal Disord* 25 : 170-191, 2011
- 15) Krueger RF, Skodol AE, Livesley WJ, et al : Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders : Refining the research agenda for DSM-V Axis II. *Int J Methods Psychiatr Res* 16 Suppl 1 : S65-S73, 2007
- 16) Links PS : Personality and psychopathology : the dangers of premature closure. *World Psychiatry* 10 : 109-110, 2011
- 17) Livesley WJ : The current state of personal-

- ity disorder classification : Introduction to the special feature on the classification. *J Personal Disord* 25 : 269-278, 2011
- 18) Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML : Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *J Abnorm Psychol* 101 : 432-440, 1992
- 19) Livesley WJ, Jang KL : Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *Europ J Pers* 19 : 257-268, 2005
- 20) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森眞喜雄 : DSM-5 の動向. *精神医学* 52 : 634-645, 2010
- 21) McCrae RR, Costa PT : Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol* 52 : 81-90, 1987
- 22) McCrae RR, John OP : An introduction to the five-factor model and its applications. *J Pers* 60 : 175-215, 1992
- 23) McCrae RR, Löckenhoff CE, Costa J, et al : A step toward DSM-V : Cataloguing personality-related problems in living. *Europ J Pers* 19 : 269-286, 2005
- 24) Mulder RT, Newton-Howes G, Crawford MJ, et al : The central domains of personality pathology in psychiatric patients. *J Personal Disord* 25 : 364-377, 2011
- 25) O' Connor BP : A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *J Clin Psychol* 61 : 323-345, 2005
- 26) O' Connor BP : A quantitative review of the comprehensiveness of the five-factor model in relation to popular personality inventories. *Assessment* 9 : 188-203, 2002
- 27) Ronningstam E : Narcissistic personality disorder in DSM-V-In support of retaining a significant diagnosis. *J Pers Disord* 25 : 248-259, 2011
- 28) Rottman BM, Ahn WK, Sanislow CA, et al : Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases? *Am J Psychiatry* 166 : 427-433, 2009
- 29) Samuel DB, Widiger TA : Clinicians' personality descriptions of prototypic personality disorders. *J Personal Disord* 18 : 286-308, 2004
- 30) Shedler J, Westen D : Refining personality disorder diagnosis : Integrating science and practice. *Am J Psychiatry* 161 : 1350-1365, 2004
- 31) Skodol AE, Bender DS, Morey LC, et al : Personality disorder types proposed for DSM-5. *J Personal Disord* 25 : 136-169, 2011
- 32) Spitzer RL, First MB, Shedler J, et al : Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis : a "consumer preference" study. *J Nerv Ment Dis* 196 : 356-374, 2008
- 33) Trull JT : Challenges in the study of personality and psychopathology. *World Psychiatry* 10 : 113-115, 2011
- 34) Tyrer P, Merson S, Onyett S, et al : The effect of personality disorder on clinical outcome, social networks and adjustment : A controlled clinical trial of psychiatric emergencies. *Psychol Med* 24 : 731-740, 1994
- 35) Widiger TA : Integrating normal and abnormal personality structure : A proposal for DSM-V. *J Personal Disord* 25 : 338-363, 2011
- 36) Widiger TA, Costa PT, McCrae RR : A proposal for Axis II : Diagnosing personality disorders using the five-factor model. 431-456, 2002
- 37) Widiger TA, Samuel DB : Evidence-based assessment of personality disorders. *Psychol Assess* 17 : 278-287, 2005
- 38) Widiger TA : The DSM-5 dimensional model of personality disorder : rationale and empirical support. *J Pers Disord* 25 : 222-234, 2011
- 39) Zimmerman M : A critique of the proposed prototype rating system for personality disorders in DSM-5. *J Pers Disord* 25 : 206-221, 2011

**ICD-11 プライマリヘルスケア版
提案された各カテゴリの記述 草案
(2012年2月現在)**

訳

研究分担者 丸田 敏雅 (東京医科大学 精神医学講座)
研究協力者 中根 秀之 (長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科)
研究協力者 松本 ちひろ (東京医科大学 精神医学講座)

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業)
「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
分担研究:国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

1. 知的発達障害

表面化している問題:

潜在する障害や能力低下の重症度により、症状は様々である。

出生時または新生児期:

- 家族または医療従事者からみて「普通でない」
- 特徴的な外観 例)ダウン症候群
- 成長障害、哺乳不良や運動不良(発育が同年齢の児の標準値を大幅に下回っている。哺乳不良、筋組織の機能不良/不全)
- 年齢や発達段階に応じて通常みられるはずの発達の遅れ

小児期:

- 発達の遅れ(歩く、話す、トイレトレーニング)
- 学習障害による学業における困難、または他の児童との関係における困難/学習障害のため、学業や他の児童との関係がうまくいかない
- 行動上の問題 例)無機物を食べる、おもちゃで遊ばない、非建設的行動の反復、自傷、他の児童を無視する、命令に反応しない、反抗的
- 当該児童は社会的に孤立し、仲間はずれ、いじめやスティグマの対象となる可能性がある

青年期:

- 同輩との関係における困難
- 不適切な性行動
- 成人期への移行における困難
- 社会的、雇用面および性的な搾取の犠牲者となりうる

成人期:

- 日常生活における機能障害 例)料理、掃除
- 通常の社会的発達における問題 例)就労、対人関係、子育て
- 行動上の問題 例)攻撃的な行動、ひきこもり、反社会的行動

発達の遅れは、窒素バランス(NB)栄養不良や極度の社会的困窮により引き起こされることがある。

臨床記述:

- 精神的発達の遅れまたは不全は、知的能力全体に影響するスキル(例:認知、言語、運動および社会的能力)の機能障害に繋がる。通常、著しい学習困難や社会適応における問題と関連する。
- 該当児童の精神年齢が実年齢の半分に達しない場合、つまり年齢が半分の他の児童ができるはずのことを該当児童ができない場合、能力低下の程度は重度であるとされる。が移動児童の精神年齢が実年齢の4分の3に達しない場合、能力低下の程度は軽度または中等度とされる。

重度の場合

通常 2 歳前に診断される;日常生活に介助を要し、ごく単純な会話しかできない。

中等度の場合

通常 3 歳から 5 歳で診断される;日常での活動に指導や見守りを要する。

軽度または学習障害と診断する閾値前後の場合

学業成績に限界はあるかもしれないが、一人暮らしや単純作業を行う仕事に就くことはできる。

関連症状:

- 潜在する障害の症状(例:胎児アルコール症候群やダウン症にみられる顔の特徴)がみられることがある。
- 身体症状および身体疾患、また他の精神障害の有病率の増加と関連する。

身体疾患:

- てんかん
- 聴覚機能障害
- 視覚機能障害
- 排便および排尿のコントロール困難/排便および排尿における失禁の可能性
- (鉛中毒による)甲状腺機能低下症、鉛中毒および他の代謝の先天性異常(例:フェニケルトン尿症)
- 心臓の異常(特にダウン症候群において)

精神および行動の障害:

- 関連する他の障害の有病率増加(例:不快気分障害)
- 依存、社会的ひきこもり、周期的な興奮、攻撃的または反社会的行動

鑑別診断:

- 特定の学習困難
- 注意欠陥障害
- 運動障害(例:脳性麻痺)
- 知覚の問題(例:難聴)
- 自閉症スペクトラム障害

2. 自閉症スペクトラム障害

表面化している問題:

- 親から見て、子どもが「(ほかの子どもと)違う」「自分自身の世界の中で生きている」と懸念
- 言語および社会的発達の遅れ (例:生後 16 カ月になっても話さない)
- 他者に反応しない - アイコンタクトが乏しい
- 身体的に不器用。関心の向く範囲が限定されている。

臨床記述:

スペクトラムをなす神経発達障害の一群であり、社交およびコミュニケーションにおける機能障害、限局的な関心、反復行動の特徴がみられる。通常 2 歳以前に症状は出現するが、症状が軽度であれば、その後も気付かれないことがある。アスペルガー症候群においては、症状は発達後期により顕在化する。

診断に必要な症状:

以下のうち少なくとも 1 つに、3 歳までの時点で機能の遅れや異常がみられる。

1. 社会的交流における機能障害(以下のうち少なくとも 2 つ)
 - 社会的交流を営むうえで、多様な非言語的行動の利用における著しい機能障害(=他者との関わりにおいて必要な非言語的コミュニケーションの能力が著しく損なわれている)
 - 同輩との関係を、発達段階に相応なかたちで築くことができない
 - 喜び、関心、達成感を自発的に他者と共有しようとしめない
 - 社会的または情緒的な相互性の欠如(=社会的または情緒的なやりとりができない、してもらったことを感じ取り、それに対してお返しをすることができない)
2. コミュニケーションにおける機能障害(以下のうち少なくとも 2 つ)
 - 口頭言語における発達の遅れまたは完全な欠如(ジェスチャーやマイムなど、別のコミュニケーション手段を用いて補おうとする様子がない)
 - 他者との会話を始めたり継続したりしようとする能力の機能障害
 - 常同的あるいは反復的な言葉の使い方、または奇異な言葉の使い方
 - 発達段階に相応な、多様で自発的な空想、または複数名でのごっこ遊びを行わない
3. 行動、関心および活動における限局反復的および常同的なパターン(以下のうち少なくとも 1 つ)
 - 1 つ以上の常同的および限局的な関心のパターンへの執着
 - 特定の決まりきった習慣や儀式について融通が効かないようである
 - 常同的かつ反復的な運動の癖(例:手や指をばたばたさせる)
 - ものの全体もしくは一部に対する執拗なこだわり

関連症状:

知的発達障害も同時に存在する可能性がある。これはスペクトラム障害であり、軽度のケースでは、上述した領域のいくつかあるいは全てにおいて、著しい能力低下が認められる。高レベルの知的機能を保っている者は、アスペルガー障害として分類されてきた。

重度のケースでは社会的交流からの極度のひきこもりや、言語などでの発達における著しい遅れがみられることがある(一生を通して言葉を発さない者もいる)。情緒面での統制が難しく、未熟に見える行動をとることもある。他には、破壊的かつ物理的に攻撃的な行動もみられることがある。通常の会話にみられるいわゆるギブ・アンド・テイク(会話のキャッチボール、やりとり)が難しく、会話を文字通りにしか解釈できないことがしばしばある。思考や行動はしばしば柔軟性を欠く。異常感覚の問題—感覚刺激(熱、冷たさ、痛み)への敏感度の過剰もしくは緩慢。多くのケースに知的障害がみられ、発作やてんかんも珍しくない(20-30%)。

不安や抑うつ症状を伴う場合もある。

鑑別診断:

- 注意欠陥多動性障害
- 言語または学習の特異的発達障害

結節性硬化症、レット症候群、脆弱 X 症候群を発症している場合は専門家への紹介を要する。

3. 特異的学習障害

表面化している問題:

児童・生徒が学業をこなすうえで特定の分野における困難を示し、親や教師が懸念につながる。児童・生徒はその分野における特定のタイプの課題やスキルに対し困難を示す。最もよくみられる学習障害には、読字障害が挙げられる。

臨床記述:

- 読み、書き、推論または数学的な能力の習得および使用に、著しい困難がある。知的レベルの低下はみられず、発達全体の遅れもみられない。
- インプットにおける困難、情報の統合における困難、情報の保存における困難、情報のアウトプットにおける困難)の種類によって行われる。

診断に必要な症状:

- 年齢や現地の状況(教育水準、活用可能なリソースなど)を考慮したうえで、以下の項目のうち 1 つ以上の領域における能力低下および困難。
- 学習の様子を評価するうえで、複数の情報源から情報を得ること。

読字障害(失読症) — 学習障害の 70 から 80%を占める。読む作業のいずれかの部分に関連する(単語の認識、デコーディング、読む速さ、理解)

書字障害 — 文字を手で書くこと、つづり、考えをまとめること、および作文における機能障害。

算数能力障害 — 概念(例:量、桁の値、時間など)の学習、定理や方程式の暗記、数字の構成および計算式の構成の理解における困難。

関連症状:

多くの国において、これらのスキルにおける障害は、学業や就労における困難につながる。障害に起因するストレスのせいで(外的要因、環境因などへの)対処は困難となりがちで、結果的に不安症状を生じることもある。

鑑別診断:

- 学習における困難が、視覚や聴覚の障害など既知の要因によるものである場合
- 知的障害
- 注意欠陥多動性障害
- 教育する側の要因(指導不足、リソース不足など)または不登校による学習障害

4. 注意欠陥多動性障害

表面化している症状:

児童の行動が年齢を加味した場合に問題であるとの懸念が親や教師からあがる。児童は気が散りやすい、集中できない、指示に従わない、といった行動を示す。児童が落ち着かず衝動的に行動するため、家族は疲弊してしまう。

臨床記述:

注意欠陥、落ち着きのなさ、衝動性、多動性といった症状はしばしば同時に起こり、各々が単独で起こることはむしろまれである。多くの場合、症状は7歳以前に始まる。児童はじっと座っていられず、ひとを待ったり、言われることに耳を傾けたりすることができない。

診断に必要な症状:

注意欠陥、多動、衝動性の典型的な症状があらゆる状況(家庭、学校、遊び)においてみられる。

- 重度の注意欠陥(ひとつのことに注意を向けていられる時間が短い、次から次へとやることを変える)
- 異常な身体的落ち着きのなさ、数分以上じっと座ってられない(特に授業中や食事中に顕著)、社会的規範に従って行動できない(落ち着きのなさを抑えられない)
- 衝動性(自分の順番がまわってくるまで待てない、何も考えずに行動する)

関連症状:

しつけの問題、学業不振、事故の頻発がありうる。ADHDは長期化することもあり、30-50%において成人期まで症状の持続がみとめられる。関連症状および合併する障害には行動障害やそれに付随して起こる症状が含まれる。青年期にADHDとして適切に診断・管理が行われない場合、後々に混沌としたライフスタイルに陥ったり、薬物やアルコールに依存したりする場合がある。

除外事項:

活動性が高くても、それが異常といえるほどのレベルでなければADHDとは診断しない。また、過活動が明らかに親のコントロール不足によるものである場合についてもADHDとは診断しない。不安を感じると注意力の低下がより著しくなる児童がいるので、これに関しても注意が必要である。

鑑別診断:

身体疾患:

- てんかん
- 胎児期アルコール症候群
- 甲状腺疾患
- 貧血
- 睡眠時間が足りない、または熟睡できていない

上述の身体面に関して挙げた状態はすべて多動と併存する可能性がある。加えて、てんかんもADHDに間違えられる可能性がある。

精神障害:

患者が他の精神障害の基準も満たしている場合には、そちらの治療を優先すべきである。以下は、ADHD と併発しうる障害である。

- 不快感障害(不安と抑うつ感を訴える)、特定の不安障害、特に慢性的な分離不安障害
- 自閉症スペクトラム障害(社会的/言語的な機能障害および常同的な行動)
- 後遺障害(患者は破壊的な行動をとるが、注意力の低下はみとめられない)
- 知的障害もしくは特異的学習障害

5. 行為障害(反抗挑戦性障害を含む)

表面化している問題:

子どもの行動が破壊的であり、親、家族、近隣住民ないし親が懸念を示す。

若年小児期: 激しいかんしゃく、反抗、けんか、およびいじめ。

年長小児期および青年期: 窃盗、器物損壊、暴行などの深刻な反社会的行動。当該児童・生徒は退学となることもあり、他の大人や生徒・児童と常に衝突する。

問題行動は生活全般において顕著であることが多いが、学校や家庭のみに限局的であるケースもある。

[注意: どの子どもにも「行儀が悪い」時期はあるし、青年期に大人のルールや思惑に反抗的になることは(健康な子どもにも)しばしばある。問題となっている行動の重症度や期間の長さを加味した上で、診断を行うべきである。]

臨床記述:

反社会的(器物損壊、窃盗、放火)、攻撃的(暴力行為、いじめ)もしくは反抗的な行動がみとめられる。その行動は、持続的かつ過剰であり、また6か月以上の期間にわたる。

診断に必要な症状:

診断の対象となる行動が、児童の発達段階、同輩グループの規範、および文化的背景に照らし合わせて、逸脱している。

以下のうち、一つ以上の項目に該当する:

- 人や動物に対する言語的または物理的な攻撃。例: いじめ、身体的、言語的あるいは情緒的に残虐な言葉や、他者に反社会的な活動を強制。
- 器物損壊。建物やその他の器物の意図的な破壊。
- 詐欺または窃盗。明白な窃盗行為、または他人からものを取ったり軽犯罪をごまかしたりするための虚偽。

ルールや規則への違反。家庭や学校からの逃避。結果として、社会的、学術的ないし職業的に、臨床レベルで著しい機能障害を引き起こす。

関連症状:

若年小児期(8歳まで)においては、反抗挑戦性の態度に特徴があり、具体的には、突発的な怒り、かんしゃく、指示やルールの拒否、破壊性や叩く様子がみとめられる。重症度には幅がある。軽度のケースでは他者への被害は少ないが(例: 不登校)、深刻なケースでは他者に多大な被害をもたらす(例: 被害者と直面したかたちでの窃盗、武器の使用)。

高頻度で併存する診断名:

- 注意欠陥多動性障害
- 特異的言語障害

- 知的発達障害
- 自閉症スペクトラム障害
- 特定のトラウマ体験に対する適応反応(例:両親の離婚、虐待)
- 青年期における抑うつ

鑑別診断:

- 器質性疾患もしくはけが(例:潜在的な感染症/腫瘍/外傷性脳損傷)
- てんかん
- 青年期における抑うつ
- 後期青年期における双極性障害など、一般的でない病態の可能性も考慮に含めること

6. 膀胱・直腸のコントロールの問題

表面化している問題:

通常、児童が衣服や寝具に尿や糞を繰り返してつけてしまい、親が懸念して来院に至る。来院時点で、患者である児童は、排泄機能のコントロールが見込まれる年齢を過ぎている。

遺尿症

臨床記述

排尿コントロール能力の発達の遅れで、夜間と昼間のどちらかに起こる場合もあり、また昼夜問わず症状がみられることもある。不随意に起こることが一般的であるが、まれに、意図的に不適切な排尿をすることもある。出生時から症状が継続している場合(原発性)と、コントロールができていた一定の期間を経て症状が現れる場合(二次性)がある。

○ 原発性遺尿症(PNE) —最も一般的な遺尿症で、平均して1週間に2回以上の夜尿がみられる。夜尿せず朝までひとりで眠れる期間が長く続かない、または誰かに夜中にトイレに連れて行ってもらえないと夜尿してしまう。症状は3か月以上継続してみられる。女兒よりも男児に多くみられる

関連症状:

原発性と同じように二次性遺尿症の患者も、他の情緒的または行動面での症状を伴うことがある。これらの症状は何かストレス因もしくはトラウマとなる体験(例:身体的もしくは性的虐待)、またはより軽度のトラウマとなる体験(例:慣れないベッドで眠る)の後に起こることがある。遺尿症はADHDなど特定の障害の間でより有病率が高い。

注:精神年齢5歳までの夜尿は正常である。ほとんどの女兒の場合6歳までに、男児の場合7歳までに、夜尿は起こらなくなる。

鑑別診断:

○ ほとんどの夜尿症は単独で起こる発達の遅れであり、情緒的問題や身体面での疾病ではない。他の特定の疾患により起こる夜尿のケースは、ごく一部である(5-10%)。

身体疾患:

- 構造的な身体異常(例:膀胱の容量が小さい)
- 逆流性陣営に伴う反復性尿路感染症
- 抗利尿ホルモン(ADH)の生産量の不足
- 便秘
- 睡眠時無呼吸

精神障害:

遺尿症が心理的または精神心理学的な障害により引き起こされている場合、遺尿症は主となる障害の症状の一環とみなすべきである。

- 小児期苦痛障害(Childhood Distress Disorder) 一夜尿再発の原因はストレスであることがわかっている(例:引っ越しや転校、両親の不和や離婚、大切なひとやペットとの死別)
- 知的障害
- 注意欠陥多動性障害(ADHD)

遺糞症

表面化している症状:

不適切での排便または糞便の汚しによる懸念から、児童は医療従事者へと連れてこられる。

臨床記述:

その児童の固有の社会および文化的背景に照らし合わせて不適切な場所(例:衣服、床、ベッド)で、随意的あるいは不随意的に、反復して排泄すること。

便は正常または正常に近い硬さである。排便のコントロールを一度も習得することがなかった場合もあれば、習得した後に失禁が再発する場合もある。通常4歳未満においては診断されない。一時的な大便失禁とは区別され、女兒よりも男児に多くみられる。関連する様々な精神症状を伴う場合が考えられ、また便を(自分や周囲に)なすりつける行為を伴うこともある。

除外事項: 症状が、物質(例:下剤)の身体への影響や身体疾患のみに由来するものである場合は、この診断には該当しない。ただし、身体疾患のなかでも便秘に関連する場合は、診断の対象から除外しない。

関連症状:

- 便秘や溢流性尿失禁が関連する場合も関連しない場合も想定しうる。便秘と関係ないケースでは、便が目立つ場所に排泄されることがあり、この行為は社会的規範に順応することへの難色、抵抗または失敗と関連している可能性がある。さらに、排便トレーニングの際の問題に由来する生理学的な便停滞、または排便に係るストレスによって起こる可能性がある。
- 遺糞症の児童は、自尊心が低下したり、この問題に関して同輩から非難されたりすることがあるかもしれない。定期的な排便習慣が身につかない場合、慢性的な便秘につながることもある。

鑑別診断:

身体疾患:

- 腸内感染
- 二分脊椎
- 神経質欠損性巨大結腸
- 身体疾患に起因する便秘

精神障害:

- 反抗挑戦性障害および行為障害
- トイレ恐怖症
- 知的障害

7. 急性精神病性障害

表面化している症状:

患者には突然の錯乱がみられ、奇異な思い込みや著しく異常な行動が特徴的である。患者は恐れ、混乱し、あるいは極めて疑い深くなっている可能性がある。急性精神病は概して一過性のものであり、数時間から数日、または数週間続く。通常、完全に回復する。

診断における特徴:

急性精神病性障害では、明らかに異常な症状が突然始まり、通常数日か数週間続く。錯乱の程度はひどいことが多い。完全に回復する場合がほとんどであるが、患者のうち少数は同様の症状を再発することもある。

普通でない体験、異常な思い込みおよび行動。以下が含まれる:

診断に必要な症状:

- 妄想(奇異な思い込みの具体例:誰かに迫害されている、毒を盛られる、特別な力がある、配偶者が不貞行為をおよんでいる、見知らぬ人が自分をコントロールしている、もしくは自分の噂話をしている、などがある)
- 幻覚(幻聴―声が聞こえる、幻視―ないものが見える)

他の一般的な症状:

- ひきこもり
- 興奮
- 落ち着きのなさ、またはまとまりのない行動
- 思考の混乱
- まとまりのない(解体した)、もしくは的外れな発話
- 情緒不安定

小児期における発症:

急性精神病は、後期青年期に発症する可能性がある。

鑑別診断:

- 双極性障害―躁状態や、(重度の)うつにみられる精神病性症状との鑑別は難しい。また反対に、後々に典型的な躁やうつの症状を呈したり、慢性的な双極性障害またはうつ病性障害へと病態が変化したりすることもありえる。後者の場合には、診断名を変更する必要がある。
- 慢性的な精神病が(急激に)悪化した場合とも鑑別が必要である。なお、慢性的な精神病とは、罹患期間が3か月以上の場合を指す。

せん妄に似た身体疾患:

- 全身または脳の感染症
- てんかん
- 薬物や物質による中毒もしくは離脱症状

これらの症状がある場合、診断および治療が必要である。

8. 持続性精神病性障害

表面化している症状と訴え:

異常な思い込み、幻聴もしくは幻視があり、他にも異常な行動がみられることもある。また、日常生活における家事を行うエネルギーの欠如、労働への意欲の欠如、集中力の低下、無気力、家族や友人、同僚との接触からの引きこもりなどの症状として考えられる。

診断における特徴:

急性期には、以下の症状を呈することがある:

- 妄想(奇異な思い込みの具体例:誰かに迫害されている、毒を盛られる、特別な力がある、配偶者が不貞行為におよんでいる、見知らぬ人が自分をコントロールしている、もしくは自分の噂話をしている、などがある)
- 幻覚(幻聴—声が聞こえる、幻視—ないものが見える)
- 落ち着きのなさや興奮
- 著しく異常な行動

慢性的に、以下が問題となることがある:

- 日常生活における家事や労働に対するエネルギーや意欲の低下
- 無気力や社会的ひきこもり
- 奇異で異常な発話
- 身だしなみや清潔さに関して、ほとんど、もしくは全く気につけない

鑑別診断:

- 双極性障害—躁状態と似た特徴が多数みとめられる
- 精神病は身体疾患と関連して起こることもある(例:脳の感染症や腫瘍、頭部損傷、てんかん、甲状腺障害)
- 認知症—器質性精神病(例:認知症)と似た特徴がみとめられることがある
- 物質使用—(例:アルコール、大麻、オピオイド類など)