

Table 4  
Correlations Among Average Clinician Distance Matrices by International Field Study Center

	Brazil	China	India	Japan	Mexico	Nigeria	Spain
China	.911						
India	.943	.962					
Japan	.921	.960	.956				
Mexico	.963	.911	.959	.920			
Nigeria	.943	.951	.977	.946	.968		
Spain	.945	.943	.968	.951	.962	.966	
USA	.963	.901	.939	.917	.959	.944	.939

Table 5  
Correlations Among Average Clinician Distance Matrices by Diagnostic System Currently Used

	Use ICD only	Use DSM only	Use both
Use DSM only	.980		
Use both	.991	.987	
Use neither	.982	.966	.979

While cluster analysis provides an overall picture of how participating clinicians considered the mental disorders should be grouped together, it does not describe the relative cohesion of the groups of disorders that were created. In other words, some groups might be very tightly knit, having low in-group distances relative to larger out-group distances. Others might be loose, having in-group distance values similar to out-group distance values. At the extreme end, the members of a group might be no closer to one another than they are to disorders outside the group. To examine this effect, we calculated a "cohesion index" for each *group* of disorders by dividing the average distance among disorders within the group by the average distance from disorders not in the group. The cohesion index was calculated for individual *disorders* by dividing the average difference between that disorder and other disorders within the group by its average distance from disorders outside the group. Low values on the cohesion index (closer to 0) indicate strong group cohesion. High values (near to 1) indicate poor group cohesion. Cohesion index values for each observed grouping and for each individual disorder are shown in Table 3. If a particular grouping is not cohesive based on a relatively high cohesion index value shown in Table 3, or a particular disorder is not cohesive with the other disorders in the observed grouping, then it is possible to see which other disorders the grouping overlaps by examining Figure 1.

As noted, substance-related disorders was the most cohesive grouping (cohesion index = .36). The mood disorders grouping was also quite cohesive (.38), as was personality disorders (.41), with little variability among their members. The grouping called schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders was also fairly cohesive (.47), with schizotypal disorder and schizoaffective disorder less tightly attached to the group than the other members. The grouping of anxiety, obsessive-compulsive, and stress-related disorders and the grouping of dissociative and somatoform disorders had only moderate cohesion (.60 and .55, respectively), primarily due to their substantial overlap with each other and with mood disorders.

Not surprisingly, the group labeled other bodily disorders evidenced the poorest internal cohesion. A cohesion index of .86 indicates that the disorders within the group were only slightly closer to one another than they were to disorders outside the group, as can also be seen in Figure 1. This group of disorders combines several distinct areas in current diagnostic schemes, and no disorders that would be more commonly paired with members of this group (e.g., bulimia nervosa with anorexia nervosa) were included in the study, making it impossible for separate groups to emerge. Thus, this grouping is likely a methodological artefact of including a limited number of stimuli. Similarly, pathological gambling and intermittent explosive disorder

Disorder Cluster Group		Neurocognitive and 'organic'	Substance-related	Schizophrenia and psychotic	Mood
Disorder Cluster Group	Diagnostic Category	Alzheimer's dementia Vascular dementia Amnesic disorder (organic) Delirium Mood disorder due to a medical condition	Alcohol dependence Opioid dependence Cocaine dependence Cannabinoid abuse Abuse of volatile solvents (inhalants) Tobacco (nicotine) dependence Substance-induced psychotic disorder Abuse of non-dependence producing substances	Schizophrenia Schizotypal disorder Delusional disorder Acute and transient (brief) psychotic disorder Schizoaffective disorder	Bipolar I disorder Bipolar II disorder Depressive disorder (major) Cyclothymia Dysthymia
Neurocognitive and 'organic'	Alzheimer's dementia	83 70 39	1 1 1 4 1	1 1	1
	Vascular dementia	82 71 39	1 1 1 4 1	1	1
	Amnesic disorder (organic)	83 82 78 46	1 1 1 1 1 1 6 1	1 1 1	1 1 1 1
	Delirium	70 71 78 43	1 1 1 1 1 1 10 1	4 3 4 5 3	1 1 1 1
	Mood disorder due to a medical condition	39 39 46 43	1 1 1 1 1 1 9 1	1 1 1 1 4	33 33 37 32 34
Substance-related	Alcohol dependence	1 1 1 1	54 87		
	Opioid dependence	1 1 1 1	53 85		
	Cocaine dependence	1 1 1 1	54 87		
	Cannabinoid abuse	1 1 1 1	53 90		
	Abuse of volatile solvents (inhalants)	1 1 1 1	54 90		
	Tobacco (nicotine) dependence	1 1 1 1	53 86		
	Substance-induced psychotic disorder	4 4 6 10 9	54 53 54 53 53	29 20 28 30 22	2 2 1 1
	Abuse of non-dependence producing substances	1 1 1 1 1	87 88 87 90 80 86	49	
Schizophrenia and psychotic	Schizophrenia	4 1	28	66 83 79 77	7 6 3 3 1
	Schizotypal disorder	3 1	20	66 60 58 59	6 5 3 4 2
	Delusional disorder	1 1 1 4 1	28	83 80 78 87	5 5 3 3 1
	Acute and transient (brief) psychotic disorder	1 5 1	30	79 56 78 54	5 5 3 4 1
	Schizoaffective disorder	1 3 4	22	77 59 87 84	18 17 11 13 9
Mood	Bipolar I disorder	1 33	2	7 6 5 5 18	74 83 88
	Bipolar II disorder	1 33	2	6 5 5 5 17	75 83 88
	Depressive disorder (major)	1 1 1 37	1	3 3 3 3 11	74 75 74 83
	Cyclothymia	1 32	1	3 4 3 4 13	83 83 74 79
	Dysthymia	1 34		1 2 1 1 9	66 66 88 79
Anxiety, obsessive-compulsive, and stress-related	Panic disorder	1 1 4		1 1 1 2 1	5 5 9 7 12
	Social phobia	1 3		1 1 2 1 1	4 4 7 6 10
	Generalized anxiety disorder	5		1 1 1 1 1	6 7 12 9 15
	Mixed anxiety and depressive disorder	1 1 23		1 1 1 1 6	38 38 50 44 53
	Obsessive-compulsive disorder	1 3	1 1 1 1 1 1	2 4 3 2 2	5 5 6 6 9
	Posttraumatic stress disorder	1 1 1 4		1 3 1	5 5 7 7 10
	Adjustment disorders	7		1 3 1	10 10 14 13 17
Dissociative and somatoform	Dissociative disorders	1 1 2 2 1	1	6 6 6 6 4	2 2 2 4 5
	Conversion disorders	1 1		1 4 3 2 1	2 1 2 3 5
	Somatization disorder	1 1 3		1 1 2 1 1	2 2 3 3 5
	Hypochondriacal disorder	1 2	1 1 1 1 1 2 1	2 4 4 2 2	3 3 4 4 6
	Persistent somatoform pain disorder	1 1 2		1 1 2 1 1	2 2 3 3 5
	Factitious disorder	1 1 2		1 3 2 2 1	1 1 2 3
Other bodily	Body dysmorphic disorder	1 1 1	3 2	9 8 13 10 7	2 2 2 3 3
	Anorexia nervosa	1 1	1 1 1 1 1 1 1 3	1 2 2 2 1	2 2 2 2 3
	Primary (nonorganic) insomnia	1 1 2 2 4	1 1	1 1 1	3 3 5 4 6
Personality	Paranoid personality disorder	2 1	7	17 45 20 15 17	3 3 1 3 2
	Antisocial (dissocial) personality disorder	1 1	1	1 27 2 1 3	1 1 1 2 2
	Borderline personality disorder	1 1	2 1	2 30 4 3 5	3 4 2 4 4
	Dependent personality disorder	1 1	2 2 2 2 2 2 2 3	1 27 2 2 3	1 1 2 3 4
Impulse control	Pathological gambling	1 1	34 33 34 33 33 34 14 31	3 1 1 1	1 1 1 1 1
	Intermittent explosive disorder	1 1 2 1 3	1 1 1 1 2 1 1 2	2 11 3 5 2	4 5 5 4 4
Sexual	Sexual dysfunction	1 1 1	1 1	1 1 1	1 1 2 2 3
	Paraphilias	1 1	2 1 1 2 1 1	1 2 2 1 1	1 2 1
	Gender identity disorder		1	3 1 1	1 1
Neurodevelopmental	Intellectual disability (mental retardation)	8 8 8 7 5	1		
	Specific devel. disorders of speech & language	1 1 1 1 1			
	Specific devel. disorders of scholastic skills	1 1 1 1 1			
	Autistic disorder	2 2 2 2 2		2 2 2 2 2	
	Asperger's syndrome	5 5 5 5 3		1 2 1 1 1	1 1
	ADHD (hyperkinetic disorder)	1 1 1 1 1		1 1	1
Other childhood	Conduct disorder	1	1	1 5 1 1 1	1 1 1 1 1
	Oppositional defiant disorder			4 1 1 1	1 1 1 1 1
	Childhood separation anxiety disorder	1		1 1	2 2 3 2 3
	Reactive attachment disorder			1 1	1 1 1 2
	Tic disorders	5 5 6 6 6	1 1 1 1 1 1 2 1	1 1 1 1 1	1 1 3 2 2
	Nonorganic enuresis	1		1	1 1 1

Cell shading: 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%  
 Percentage of participants: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Figure 1. Percentage of participants (n = 517) grouping each disorder pairing in their most differentiated grouping.

Anxiety, obsessive-compulsive, and stress-related	Dissociative and somatoform	Other bodily	Personality	Impulse control	Sexual	Neurodevelopmental	Other childhood
Paranic disorder							
Social phobia							
Generalized anxiety disorder							
Mixed anxiety and depressive disorder							
Obsessive-compulsive disorder							
Posttraumatic stress disorder							
Adjustment disorders							
Dissociative disorders							
Conversion disorders							
Somatization disorder							
Hypochondriacal disorder							
Persistent somatoform pain disorder							
Facilities disorder							
Body dysmorphic disorder							
Anorexia nervosa							
Primary (nonorganic) insomnia							
Paranoid personality disorder							
Antisocial (dissocial) personality disorder							
Borderline personality disorder							
Dependent personality disorder							
Pathological gambling							
Intermittent explosive disorder							
Sexual dysfunction							
Paraphilias							
Gender identity disorder							
Intellectual disability (mental retardation)							
Specific devel. disorders of speech & language							
Specific devel. disorders of scholastic skills							
Autistic disorder							
Asperger's syndrome							
ADHD (hyperkinetic disorder)							
Conduct disorder							
Oppositional defiant disorder							
Childhood separation anxiety disorder							
Reactive attachment disorder							
Tic disorders							
Nonorganic enuresis							

Figure 1. Continued

were classificatory misfits, in that they were only slightly closer to each other than they were to any other disorder (.78). In fact, Figure 1 shows that participants more commonly grouped pathological gambling with substance-related disorders. The grouping of other childhood disorders was more cohesive than these two, but less cohesive than any of the other groupings (.69), showing overlap not only with neurodevelopmental disorders but also to a lesser degree with a diffuse set of conditions in other groupings (see Figure 1).

### Discussion

This study revealed a “natural taxonomy” of mental disorders held by global mental health professionals that was strikingly consistent, with correlation coefficients higher than .90 across countries (Table 4), languages, classification system used (Table 5), and professional discipline. In the context of considerable discussion about the lack of reliability among clinicians (e.g., Garb, 2005; Regier et al., 2013), these results are compelling. Clinicians interact with people with mental and behavioral disorders on a daily basis and form implicit (or sometimes explicit) views of the relationships among disorders (Egli et al., 2006; Flanagan et al., 2008; Roberts et al., 2012). At the same time, clinicians’ perspectives are obviously shaped by training and theoretical and practical knowledge about the nature of psychopathology, which is increasingly shared throughout the world. The ways in which this clinician-generated classification structure deviates from current classification systems are neither random nor idiosyncratic, but they are strongly shared across countries, languages, and the professional disciplines of psychiatry and psychology. Although the classification structure generated by clinicians through this task has clear similarities to both ICD-10 and DSM-IV, it is distinct from either of these systems (see Table 3 and Figure 1). Clinicians were not simply parroting back the classification systems they had been taught.

A major purpose of this study was to consider how clinicians’ organizations of mental disorders might be used to inform revisions of ICD, and several characteristics of clinicians’ groupings as compared to ICD-10 and proposals for ICD-11 seem particularly relevant. Global clinicians’ groupings of neurocognitive and “organic” disorders, substance-related disorders, schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders, and mood disorders corresponded quite closely to disorder groupings in ICD-10 (F0, F1, F2, and F3), which will essentially be retained in ICD-11. Clinicians included schizotypal disorder in the schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders grouping, as in ICD-10 and as proposed for ICD-11, and not with the personality disorders as in DSM-IV. The groupings of neurodevelopmental disorders and other childhood disorders correspond in essence to the F8 and F9 grouping in ICD-10, with the category corresponding to mental retardation<sup>4</sup> (F7) in ICD-10 absorbed into clinicians’ neurodevelopmental disorders grouping. The neurodevelopmental disorders grouping generated by clinicians is nearly identical to the neurodevelopmental disorders grouping proposed for ICD-11. Interestingly, attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) was included in this grouping. One difference is that the current ICD-11 proposal also includes tic disorders in the neurodevelopmental grouping. While clinicians placed tic disorder in the other childhood disorders grouping, it was paired with the categories in neurodevelopmental disorders with approximately the same frequency (see Figure 1). The recommendation has been made *not* to include a grouping of other childhood disorders in ICD-11, but rather to group these with the corresponding “adult” disorders to provide a more developmental perspective (Rutter, 2011).

Three of the major groupings in ICD-10 are very broad and quite heterogeneous. These include: F4, neurotic, stress-related, and somatoform Disorders; F5, behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors; and F6, disorders of adult personality and behaviour. In the present study, clinicians divided the categories in these groupings into a larger number of more narrowly defined groups. This finding is consistent with proposals for ICD-11. Global clinicians grouped mixed anxiety-depressive disorder with anxiety disorders, as in ICD-10, although they placed it with mood disorders with approximately the same

<sup>4</sup>In the current study, the category was labeled “Intellectual disability (mental retardation).” The proposed category name for ICD-11 is “Disorders of intellectual development.”

frequency (see Figure 1), as has been proposed for ICD-11. Only 4.2% of clinicians said that mixed anxiety-depressive disorder should not be included in a classification of mental and behavioral disorders (see Table 1).

There is little evidence based on these data that clinicians conceptualize a grouping of obsessive-compulsive and related disorders, as has been proposed for ICD-11. Of possible candidates for such a grouping, obsessive-compulsive disorder was paired with hypochondriacal disorder by 27.9% of participants, with body dysmorphic disorder by 22.6% and tic disorders by 22.0%, while having much higher co-occurrence with anxiety disorders.

Any classification system of mental disorders serves the dual roles of representing the science of psychopathology as accurately as possible given the current state of knowledge (i.e., validity) while also maintaining utility for the clinicians who implement it on a daily basis. A scientifically valid classification that is unusable in real-world health care settings will not lead to better implementation of standardized classification in clinical settings, nor will it lead to improved quality of health encounter data for the variety of purposes for which it is used. The current study represents an attempt to systematize clinicians' collective experience with psychopathological conditions and their relationship to one another *as one possible source* of information that will be useful in making decisions about how to structure the ICD-11 classification.

An obvious question arising from these results concerns the relationship between clinicians' implicit classification and patient-level phenomena. Clinicians' implicit classifications may represent an accurate reflection of some patient variables, and a distortion or misinterpretation of others. The consistency of the implicit classification found in this study across clinicians suggests that it is at least accurate enough to be reliably reproduced across countries, languages, and professions. It implies that disorders are real and accurately perceived, provided that clinicians have the necessary information. This is likely to vary across individual patients and individual clinicians based on clinician expertise, the adequacy of the assessment or observation of relevant diagnostic symptoms, and the extent to which relevant diagnostic symptoms for particular disorders are observable.

We are not suggesting that the conceptualizations of clinicians should override other forms of evidence. In those cases in which compelling and dispositive data are available, the classification should be structured according to the scientific evidence. But, even then, understanding clinicians' cognitive structures for mental disorders classification can be important because it will aid substantially in identifying those places of substantial divergence that should be a particular target of educational efforts at the time the new classification is implemented. In the absence of evidence that contradicts clinicians' natural taxonomies, however, the extent to which alternative organizations facilitate the use of the classification in clinical settings should be among the factors that are weighed in decisions about the final structure.

Understanding clinicians' working taxonomies is of practical importance because these are the same individuals who will be asked to apply a standardized system for identifying and treating mental disorders, often under extreme pressure and with very little time for detailed diagnostic interviewing. As noted above, many of the changes already being countenanced for the ICD-11 are consistent with the clinician-generated structure. It is reasonable to assume—and a testable hypothesis—that the more compatible the organization of the classification is with clinicians' implicit structures of mental and behavioral disorders categories, the easier and more intuitive it will be for them to use the system.

Some implications may also be drawn from this study regarding the general characteristics of a classification that clinicians might prefer. Clinicians in this study preferred a flatter organizational structure for grouping mental disorders, with a relatively large number of groups. The average number of groups clinicians generated on the first sorting trial, which could be seen as reflecting their most spontaneous or natural organization, was nearly 14. Moreover, clinicians did not create deeply hierarchical structures even within the limits set by the study methodology. Nearly half the participants overall (47.6%) did not take full advantage of the hierarchical structure available to them and refused at least one sorting, despite prompts and encouragement by the experimenter. Participants were more resistant to hierarchical aggregation than disaggregation, with nearly all of the refused sortings occurring when participants were being asked to combine groups into larger, higher order groups. Of participants who did use the fully available three-level

hierarchy, the number of groups they created at the highest order (most aggregated) level was about seven (see Table 1), while their most detailed, lowest order level of organization contained approximately 16 groups. There is certainly no evidence that clinicians conceptualize the sort of radical collapsing of “emotional” and “externalizing” disorders, proposed by Andrews and colleagues (Andrews et al., 2009; Goldberg, Krueger, Andrews, & Hobbs, 2009; Krueger & South, 2009).

The wide range of experienced clinicians participating in this study—working in different contexts in different countries and participating in different languages—is one of its major strengths. Participants had an average of nearly 6 years of training and 12 years of professional experience posttraining. Participants were practitioners, with an average of almost 27 hours of patient contact per week. Participants were not randomly selected for participation, but the 517 clinicians who participated in this study can be conceptualized as an alternative (and large) international panel of experts, supplementing the nonrandom panels collected by WHO and the American Psychiatric Association to develop their respective classifications. The emphasis in this study on the direct participation of clinicians from non-Anglophone countries outside North America and Western Europe provides a basis for examining the cross-cultural applicability of disorder concepts that have been considered “Western.”

There are also some limitations that should be considered in interpreting the study’s results. The most important one relates to the relatively limited set of disorder stimuli, which likely limited the number of groups that emerged in the clinician sortings. It seems likely that had some additional disorders been included (e.g., bulimia nervosa), additional groupings might have emerged. In addition, the placement of some disorders may have been related to clinicians’ lack of knowledge about them. For example, 47.1% of participants reported never having seen someone with reactive attachment disorder in clinical practice, and 38.6% had never encountered a patient with intermittent explosive disorder (which is not a separate category in the ICD-10), though only 11% and 13%, respectively, admitted that they were not familiar enough with these categories to be able to sort them.

Further, it is not entirely possible to separate participant’s “natural” taxonomies of mental disorders from their own training in particular systems of classification (ICD or DSM). These formal classification systems likely act as a baseline for clinicians’ “natural” classifications. The similarity between clinicians’ classifications and those of diagnostic manuals is doubtless in part due to their training and not just because this is what they have learned through their own experience. On the other hand, mental disorders classifications began as attempts to systematize clinicians’ observations and therefore likely have some degree of naturalistic validity such that when clinicians agree with the system, it is in part a reflection of this validity and not just a result of rote training. In the present study, what is perhaps most important features of the data are the points of departure observed in clinicians’ taxonomies from existing classification systems, and the consistency of these deviations across countries, languages, and professions, regardless of which classification system they used in daily practice.

### *Conclusions*

The most striking feature of this study of the natural taxonomy of mental disorders among 517 mental health professionals from around the world was the consistency and robustness of the clinician-generated model. Despite all the myriad ways in which individual clinicians might differ, they constructed a classification of mental disorders that was virtually identical across psychiatrists and psychologists in Brazil, China, India, Japan, Mexico, Nigeria, Spain, and the United States, whether they were asked in Chinese, English, Japanese, Portuguese or Spanish. This commonality suggests a communal understanding of mental disorders among clinicians that appears to transcend cultural or professional differences. We are not suggesting that there are no cultural differences in the expression of psychopathology or that there are no meaningful distinctions among professions. Rather, we wish to highlight that the common organization of mental disorders obtained in this study may be relevant to the development of classifications of mental and behavioral disorders because it can be used to improve the interface between health information systems and clinical practice, so that (a) practice is more usefully guided by standard

concepts and definitions, (b) data generated in health encounters reflect clinical experience more accurately, and (c) aggregated health encounter data are more valid and reliable for decision making and policy setting by health systems and governments. Attention to these issues will help to make the ICD-11 a more effective tool for identifying people who need mental health treatment and reducing the burden of mental disorders throughout the world.

In particular, research is needed to address the enormous unmet mental health needs of low- and middle-income countries (e.g., WHO, 2012). Science, in its quest to accomplish valid generalizations about nature, is inherently global. Researchers from all parts of the world should, desirably, contribute to new knowledge about mental health and mental illness. Mental health research from low- and middle-income countries is needed for acceptance of classification systems in these countries. A steady stream of information about mental health issues in these countries will contribute to a greater international and multicultural understanding of mental disorders and of mental health.

### References

- Aldenderfer, M. S., & Blashfield, R. K. (1984). *Cluster Analysis*. Newbury Park, CA: Sage.
- Andrews, G., Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Carpenter, W. T. Jr., Hyman, S. E., Sachdev, P., & Pine, D. S. (2009). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: Could it improve utility and validity? *Psychological Medicine*, 39, 1993–2000.
- Berlin, B. (1992). *Ethnobiological classification*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Blashfield, R. K., Keeley, J., & Burgess, D. (2009). Classification. In P. Blaney & T. Millon (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology* (2nd ed., pp. 35–57). New York: Oxford University Press.
- Cantor, N., Smith E. E., French, R., & Mezzich, J. (1980). Psychiatric diagnosis as prototype categorization. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 181–193.
- Chinese Society of Psychiatry. (2001). *Chinese classification of mental disorders* (3rd ed., CCMD-3). Shandong, China: Shandong Publishing House of Science and Technology.
- Egli, S., Schlatter, K., Streule, R., & Läge, D. (2006). A structure-based expert model of the ICD-10 mental disorders. *Psychopathology*, 39, 1–9.
- Egli, S., Streule, R., & Läge, D. (2008). The structure-based expert model of the mental disorders: A validation study. *Psychopathology*, 41, 286–293.
- First, M. B. (2009). Reorganizing the diagnostic groupings in DSM-V and ICD-11: A cost/benefit analysis. *Psychological Medicine*, 39, 2091–2097.
- First, M. B. (2010). Clinical utility in the revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 465–473.
- First, M. B., Pincus, H. A., Levine, J. B., Williams, J. B. W., Ustun, B., & Peale, R. (2004). Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 161, 946–954.
- Flanagan, E. H., & Blashfield, R. K. (2006). Do clinicians see Axis I and Axis II as different kinds of disorders? *Comprehensive Psychiatry*, 47, 496–502.
- Flanagan, E. H., & Blashfield, R. K. (2007). Clinicians' folk taxonomies of mental disorders. *Journal of Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 14, 249–269.
- Flanagan, E. H., Keeley, J., & Blashfield, R. K. (2008). An alternative hierarchical organization of the mental disorders of DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 693–698.
- Flanagan, E. H., Keeley, J., & Blashfield, R. K. (2012). Do clinicians conceptualize DSM-IV disorders hierarchically? *Journal of Clinical Psychology*, 68, 620–630.
- Garb, H. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167–195.
- Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Andrews, G., & Hobbs, M. J. (2009). Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39, 2043–2059.
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155–179.
- International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 10, 86–92.
- Jablensky, A. (2009). A meta-commentary on the proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39, 2099–2103.

- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4–12.
- Krueger, R. F., & South, S. C. (2009). Externalizing disorders: Cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 29, 2061–2070.
- Medin, D. L., Lynch, E. B., Coley, J. D., & Atran, S. (1997). Categorization and reasoning among tree experts: Do all roads lead to Rome? *Cognitive Psychology*, 32, 49–96.
- Mullins-Sweatt, S. N., & Widiger, T. A. (2009). Clinical utility and DSM-V. *Psychological Assessment*, 21, 302–312.
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 457–464.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 170, 59–70.
- Roberts, M. C., Reed, G. M., Medina-Mora, M. E., Keeley, J. W., Sharan, P., Johnson, D. K., . . . & Saxena, S. (2012). A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: Analysing meta-structure to enhance clinical utility. *International Review of Psychiatry*, 24, 578–590.
- Rutter, M. (2011). Child psychiatric diagnosis and classification: Concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 647–660.
- Wittchen, H.-U., Beesdo, K., & Gloster, A. T. (2009). A new meta-structure of mental disorders: A helpful step into the future or a harmful step back to the past? *Psychological Medicine*, 39, 2083–2089.
- World Health Organization. (1992). *International classification of diseases and related health problems (10th rev., ICD-10)*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2012). *World Health Assembly Resolution 65.4: Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. Geneva, Switzerland: Author.



Copyright of Journal of Clinical Psychology is the property of John Wiley & Sons, Inc. and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

日本医師会雑誌 第142巻 特別号(2)  
平成25年10月15日発行

生涯教育シリーズ — 85

# 神経・精神疾患診療マニュアル

別刷

日本医師会

# パーソナリティ障害（境界性／自己愛性）

Personality disorders (borderline/narcissistic)

杉山 雅夫 Toshimasa Maruta / 松本 哉典 Yoshinori Matsumoto / 石川 純 Jun Ishikawa

## 概念

パーソナリティ障害の定義としては、シュナイダーの「その性格のために自ら悩むか、他人を害する」という定義がその後も踏襲され、世界保健機関の「第10回国際疾病分類(ICD-10)」やアメリカ精神医学会の「診断と統計のためのマニュアル第5版(DSM-5)」でも次のように定義されている。

### ■ パーソナリティ障害 (ICD-10)

粗大な脳の損傷や疾病、あるいはほかの精神科的障害に直接起因しない状態で、以下のような基準を満たす。

①きわめて調和を欠いた態度と行動を示し、通常いくつかの機能領域、たとえば感情性、興奮喚起性、衝動制御、知覚と思考の様式、および他人との関係の仕方などにわたる。

②異常行動パターンは持続し、長く存続するもので、精神疾患のエピソード中に限って起こるものではない。

③異常行動パターンは広汎にわたり、個人的および社会的状況の広い範囲で適応不全が明らかである。

④上記の症状発現は、常に小児期あるいは青年期に始まり、成人期に入っても持続する。

⑤この障害は個人的な苦痛を少なからず引き起こすが、それが明らかになるのはかなり経過した後からである。

⑥この障害は通常、しかしいつもではないが、職業的および社会的行動能力の重大な障害を伴っている。

### ■ パーソナリティ障害 (DSM-5)

A：その人の属する文化から期待されるものより、著しく隔たった、内的体験および行動の持続の様式。この様式は次の領域の2つ（またはそれ以上）の領域に現れる。

①認知（すなわち、自己、他者、および出来事を知覚し解釈する仕方）

②感情性（すなわち、情動反応の範囲、強さ、不安定性、および適切さ）

③対人関係機能

④衝動の制御

B：その持続の様式は柔軟性がなく、個人的および社会的状況の幅広い範囲に広がっている。

C：その持続様式が、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、またはほかの重要な領域における機能の障害を起こしている。

D：その様式は安定し、長期間続いており、その始まりは少なくとも青年期または成人期早期にまでさかのぼることができる。

E：その持続様式は、ほかの精神疾患の表れ、またはその結果ではうまく説明されない。

F：その持続様式は、物質（例：乱用薬物、投薬）または一般身体疾患（例：頭部外傷など）の直接的な生理学的作用によるものではない。

DSM-5では、10のパーソナリティ障害が、A群（奇妙で風変わりな特徴を主体）、B群（ドラマティック、情動のおよび不安定な特徴を主体）およびC群（不安および恐怖な特徴を主体）の3群に大別されている。本稿で概説する境界性および自己愛性パーソナリティ障害はいずれもB群に属する。

## 診断

境界性パーソナリティ障害は、ICD-10では情緒不安定性人格障害の亜型の一つとされ、また、自己愛性パーソナリティ障害は独立したカテゴリーは与えられていない。このような背景もあり、わが国の日常臨床では、これらの両パーソナリティ障害の診断をくだす際にDSM-5がよく用いられる。

### ■ 境界性パーソナリティ障害の診断基準 (DSM-5)

対人関係、自己像、感情などの不安定およ

VI

よくみられる精神疾患

び著しい衝動性の広範な様式で、成人期早期までに始まり、種々の状況で明らかになる。次のうち5つ（またはそれ以上）によって示される。

①現実、または想像の中で見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力。

②理想化と脱価値化との両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる不安定で激しい対人関係様式。

③同一性障害：著明で持続的な不安定な自己像や自己観。

④自己を傷つける可能性のある衝動性で、少なくとも2つの領域にわたるもの（浪費、性行為、物質濫用、無謀な運転、むちゃ食いなど）。

⑤自殺の行為、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し。

⑥顕著な気分反応性による感情不安定性（例：通常は2～3時間持続し、2～3日以上持続することはまれな強い気分変動、いらいら、または不安）。

⑦慢性的な空虚感。

⑧不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難（例：しばしばかんしゃくを起こす、いつも怒っている、取っ組み合いのけんかを繰り返す）。

⑨一過性のストレス関連性の妄想様観念、または重篤な解離性症状。

#### ■ 自己愛性パーソナリティ障害(DSM-5)

誇大性（空想または行動における）、賞賛されたいという欲求、共感の欠如の広範な様式で、成人期早期に始まり、種々の状況で明らかになる。

次のうち5つ（またはそれ以上）によって示される。

①自己の重要性に関する誇大な感覚（例：業績や才能を誇張する、十分な業績がないにもかかわらず優れていると認められることを期待する）。

②限りない成功、権力、才気、美しさ、あるいは理想的な愛の空想にとらわれている。

③自分が特別であり、独特であり、ほかの特別なまたは地位の高い人達に（または施設で）しか理解されない、または関係があるべきだ、と信じている。

④過剰な賞賛を求める。

⑤特権意識、つまり特別有利な取り計らい、または自分の期待に自動的に従うことを理由なく期待する。

⑥対人関係で相手を不当に利用する、つまり自分自身の目的を達成するために他人を利用する。

⑦共感の欠如：他人の気持ちおよび欲求を認識しようとしな、またはそれに気づこうとしない。

⑧しばしば他人に嫉妬する、または他人が自分に嫉妬していると思込む。

⑨尊大で傲慢な行動または態度。

#### ▶ 経過および予後

境界性パーソナリティ障害で最も注意しなければならないのは自殺である。衝動性や対人関係の激しさは生涯にわたり続くこともあるが、治療的介入を受けた人はそれらが1年以内から改善し始めることもしばしばある。また、年齢を重ねると衝動性や対人関係の激しさは軽減するという報告もある。

自己愛性パーソナリティ障害の経過や予後に関しては、定まった見解が得られていない。

#### ▶ 治療

境界性パーソナリティ障害には認知行動療法の一つである、弁証法的行動療法（DBT）が有効であるといわれているが、自己愛性パーソナリティ障害については確立した治療法がない。これらのパーソナリティ障害にうつ病やパニック障害などの障害が合併することもあり、そうした場合には薬物療法も試みるべきである。

## ● 発達障害とは何か

## DSM, ICD における発達障害診断の新分類について

\* 東京医科大学 精神医学講座 \*\* 同 准教授 \*\*\* 同 主任教授

松本 ちひろ\* 丸田 敏雅\*\* 飯森 真喜雄\*\*\*

## 要 旨

我が国を含め世界的に広く用いられている診断分類システムが、改訂の時期を迎えている。『国際疾病分類』(ICD), 『精神疾患の診断・統計マニュアル』(DSM) が扱う精神障害は多岐にわたるが、発達障害は近年特に著しく理解が進んだ分野であり、これを反映して大幅な改変が試みられている。本稿では、注意欠陥多動性障害 (ADHD) と自閉症スペクトラム障害に関して、主に DSM-5 における大分類の再編成に伴う発達障害の再概念化や診断基準の具体的な変更点について紹介し、教育や行政への影響について考察した。

## は し め に

2013年5月に『精神疾患の診断・統計マニュアル』(DSM) 第5版 (DSM-5)<sup>1)</sup> が発刊を迎え、『国際疾病分類』(ICD) は2015年の第11版 (ICD-11) 完成を目指し改訂作業が進められている。DSM 第4版新訂版 (DSM-IV-TR)<sup>2)</sup>, ICD 第10版<sup>3)</sup> 作成当時と比較し、発達障害に対する注目度は近年非常に高まっている。また同時に、発達障害は、診断概念や治療における発展が比較的著しい領域でもある。本稿では、発達障害診断における新分類の概要を紹介する。

キーワード：発達障害, DSM-5, ICD-11

### 新たな診断分類システムについて

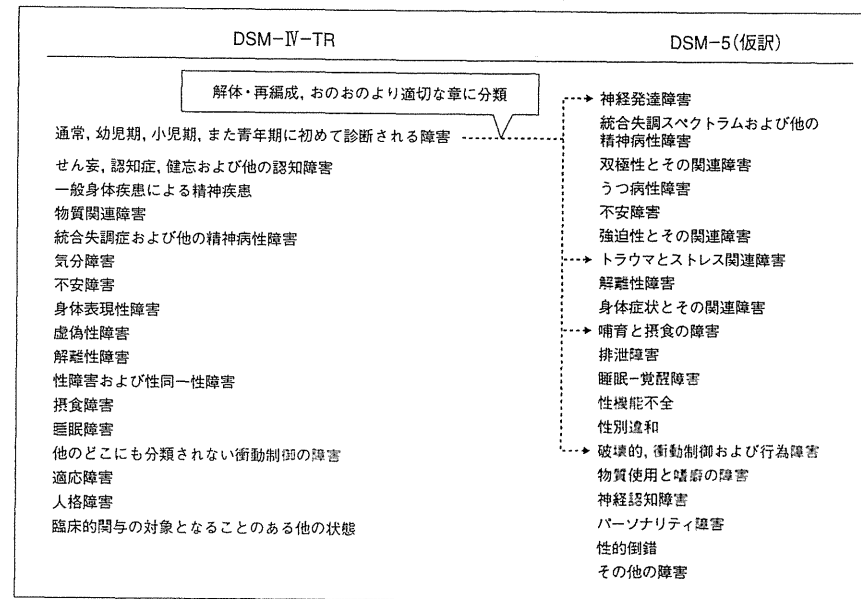
発達障害の診断分類の前に、DSM-5 および ICD-11 のタイムラインについて述べる。DSM は米国精神医学会により作成されており、ICD の改訂は世界保健機関が行っている。今回この2つの診断分類システム改訂の時期が大幅に重なり、両者間においてハーモナイゼーションに向けた努力が試みられた。しかし、ハーモナイゼーションはあくまでも協調できる範囲のことであり、これらのシステムが全く同一のものとなるとは考えにくい。

本稿執筆時点（2013年6月）において、DSM-5 は完成しているのに対し、ICD-11 は大分類の概要がある程度まとまった段階で、今後細部の変更が十分考えられる。したがって、本稿において決定事項として紹介できるのは DSM-5 における新分類である。また、我が国においては DSM が学術分野において広く用いられている一方、医療や行政では ICD の影響力が大きいため、今後の ICD-11 の動向にも注視が必要であることをここで述べておく。

### “神経発達障害”の大分類

DSM-IV-TR から DSM-5 への改訂にあたり、大分類が大幅に再編成された（図1）。DSM-IV-TR においては知的障害、学習障害、運動能力障害、コミュニケーション障害、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害（ADHD）に加え、破壊的行動障害、哺育・摂食障害、排泄障害、愛着障害なども、“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”にひとまとめに分類されていた。これに対し、DSM-5 において“神経発達障害”の章に含まれるのは、知的障害、コミュニケーション障害、自閉症スペクトラム障害（ASD）、ADHD、学習障害、運動能力障害のみとなっており、ほかの障害はおのおのより適切と考えられる、ほかの章に分類されることとなった（例：反応性愛着障害は“トラウマとストレス関連障害”の章、異食症は“哺育と摂食の障害”の章、反抗挑戦性障害は“破壊的、衝動制御および行為障害”の章にて分類）。本稿では、本誌の主眼とされている ADHD と ASD についてふれるものとする。

図1 DSM-IV-TR と DSM-5 の大分類の比較（文献<sup>9</sup>より引用改変）



### 注意欠陥多動性障害（ADHD）について

DSM-5 における ADHD について、特筆すべき点は2つある。まず、DSM-IV-TR から大きく変わった点として、素行や衝動制御の問題と明確に区別されたこと、次に児童期以降における ADHD について明確な診断基準が示されたことである。

### 衝動制御の問題との明確な区別

DSM-IV-TR において、ADHD は行為障害、反抗挑戦性障害とひとまとめに“注意欠陥および破壊的行動障害”に分類されていた。しかし、ADHD は先天的な注意と多動の問題を主症状とするのに対し、ADHD を除く上述の2つの精神障害は、素行と、ケースによってはパーソナリティの問題と見なされるものであり、これら2群の精神障害における臨床像はかなり異なるものである。今回の改訂過程においても、症状が外在的に観察されるという観点から ADHD を素行と衝

動制御の問題と同じ章内で扱おうとする動きがあったが、最終的に、ADHDは素行と衝動制御の問題よりも神経発達の問題に分類すべき、との結論に至ったようである。

その是非はともかくとして、行為障害は児童思春期における、反社会性パーソナリティ障害としばしば見なされる診断名である。ADHDがこれらの障害とは質的に別のものであると見なされたことで、ADHDに対する偏見の緩和が期待できるかも知れない。また、ADHDは、先に述べた障害の症状に似た苛立ち、かんしゃくなど、二次的な症状ないし問題につながるものが少なからずあるが、それら二次的な問題のみに焦点を当てた対応は根本的解決にはつながらず、むしろ主症状である注意と多動の問題への対処を考えることが、長期的に見て治療上有効かも知れない。

#### 児童期以降における注意欠陥多動性障害 (ADHD) の診断

前述のとおり、ADHDはDSM-IV-TRまで“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”の大分類に含まれており、ADHDが認知され始めた当初は“子どもの障害”のイメージが強かった。しかし近年、成人期におけるADHDがメディアなどでしばしば取り上げられているとおり、成人におけるADHDは、児童期のそれと比較し症状表出は変化するものの、成人となってもADHDが完治するわけではない実態が明らかとなってきた。このような知見の蓄積を踏まえ、DSM-5においては、児童後期以降におけるADHDの明確な診断基準が新たに設定された。

表1はDSM-IV-TRとDSM-5におけるADHD診断基準を比較したものである。DSM-IV-TRは、7歳以前に症状が生活に支障を来していることが基準となっていたが、DSM-5では、症状の発現時期が12歳までに引き上げられ、また症状のもたらす機能障害への言及が、緩やかになっていることが分かる。

#### 広汎性発達障害から自閉症スペクトラム障害 (ASD) へ

DSM-IV-TRでは、自閉症障害、レット障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害が広汎性発達障害とし

表1 DSM-IV-TRとDSM-5における注意欠陥多動性障害 (ADHD) 診断の比較

	DSM-IV-TR	DSM-5
症状表出時の年齢への言及	症状の幾つかが7歳以前に存在	症状の幾つかが12歳以前に存在
青年・成人における診断への言及	なし	17歳以上における診断基準を新設(不注意、多動性/衝動性の各領域において、16歳以下よりも1つ少ない5つの症状が見られれば診断基準を満たす)
機能障害への言及	社会的、学業的、または職業的機能において、著しい障害が存在	社会的、学業的、または職業的機能における妨げ、または質の低下が見られる

て扱われていた。これらの診断名はDSM-5においては個々の障害として扱われなくなり、ほとんどのケースは“ASD”として扱われることとなる。これは、今回の改訂において、近年蓄積された知見を踏まえ、全面的な見直しを試みられた領域であり、新たな診断基準から行政などの社会的な影響までを含め、包括的に変更点を紹介する。

#### 自閉症スペクトラム障害 (ASD) とは

ASDは、コミュニケーションと限局的興味・関心と反復的行動の、2つの領域において障害が見られる場合に診断される障害とされている。DSM-IV-TRによれば、自閉症、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害の診断を受ける個人の大半が、DSM-5においては自閉症スペクトラム障害に相当し、上述の3つの診断の診断名は、個々の疾患単位ではなくなる。

“ASD”の呼称が診断分類システムに導入されるのはDSM-5が初めてであるが、発達障害の専門家間で、発達障害全般をスペクトラムととらえる考え方は長く支持されてきた。後に詳述するアスペルガー障害に関しても、スペクトラム上において、ある特徴的な発達の偏りを見せる一群の患者を指すものと表現されることとなる。

#### 消えるアスペルガー障害の診断名

アスペルガー障害という診断名は国内で認知度が近年急激に高まっ

ており、それが新診断分類システムにおいて姿を消すことについてのとまどいの声が散見される。しかし、この診断に関しては、疾患単位としての妥当性に対し疑問を呈する声が少なからずあった。言い換えれば、アスペルガー障害ないし症候群の診断名は、特定の症状を示す一群の患者の臨床像の記述に有用である点から用いられ、また認知度を高めてきたものとも言える。DSM-5 作成に際し、アスペルガー障害の疾患単位としての妥当性が見直され、結果的に、ほかの病態と比較した際の独立性が十分でない<sup>9)</sup>として、アスペルガー障害は ASD に吸収されるかたちとなった。

#### 診断の対象となる個人は減るのか

DSM-5 は 2010 年から草案をウェブサイト上で公開しており、新たに提唱された基準による診断が行われた際、診断の閾値を満たす患者数が大幅に減るとの報告があった<sup>9)</sup>。この調査結果は、学術誌にとどまらず一般にも広く報道され、DSM-IV-TR から DSM-5 への移行に際し、これまで受けられていた必要なサービスが受けられなくなる個人が多数出るのでは、との懸念につながった。

DSM-5 実行委員会はこの報道により広まった動揺への対応に追われ、DSM-IV-TR において、広汎性発達障害の診断を受けている個人が、DSM-5 への移行に際し、診断の対象からはずれることはない<sup>10)</sup>と繰り返し強調した。

実際、診断基準そのものを比較してみると、DSM-5 における ASD の診断基準は、DSM-IV-TR の広汎性発達障害のそれと比較し、感度が向上している面もある (表 2)。

#### 行政面への影響

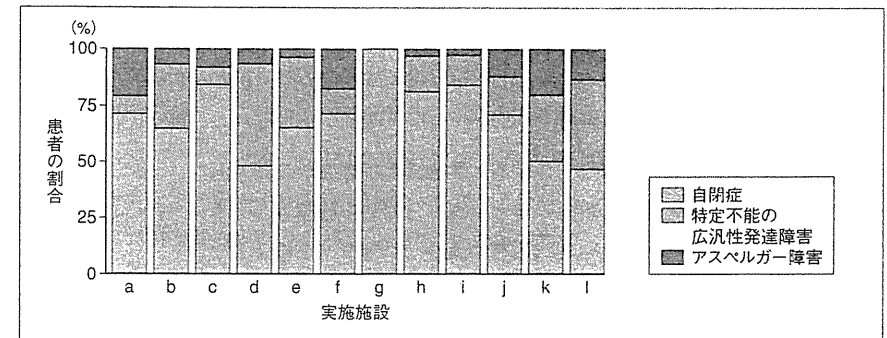
発達障害の診断基準は、教育や行政に直接的な影響を及ぼす。行政にとって発達障害の診断分類は、限られたリソースをどの範囲までの個人を対象にどのように配分するかを判断する際の大きな指標となる。発達の問題が見られる子どもの保護者にとっては、今後も我が子が教育的支援やサービスの対象となるのか、動向を注視せざるをえない。

しかし、診断分類が教育や行政に及ぼす影響は一時的なものである

表 2 DSM-IV-TR における広汎性発達障害と DSM-5 における自閉症スペクトラム障害 (ASD) の感度の比較の例

項目の例	具体的な記述
対人場面での症状の記述	DSM-IV-TR：“発達水準に相応した仲間関係を作ることの失敗”に限定 DSM-5：“さまざまな対人場面において適切な行動がとれない”を含む高次の対人場面での困難全般を想定 → 同年齢の児童との交流がなくても判断が可能に
症状表出の時期への言及	DSM-IV-TR：症状表出は 3 歳以前 DSM-5：“発達早期”“社会的要求が能力を超えて初めて症状が顕在化する”ケースも想定 → 3 歳以前の状態の把握が困難な場合でも診断可能に

図 2 多施設間の自閉症スペクトラム障害 (ASD) 診断基準を満たす患者のカテゴリ別最良推定診断の割合比較 (文献<sup>9)</sup>より引用改変)



うか。図 2 は、米国において、ASD に含まれる患者のカテゴリ別診断名の割合を、実施箇所別に示したものである。一般的有病率と比較的近い割合で、アスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害の診断がつけられている地域もあるのに対し、ほぼ全員が自閉症の診断を受けている地域もある。これは明らかに、診断基準の信頼性の問題ではない。本調査の結果について DSM-5 のワーキンググループは、各施設のある地域ごとの、発達障害に対する行政サービスの差と関連づけて考察している。つまり、自閉症以外の診断名の児童に対しても教育サービスが提供される州では診断基準を遵守したかたちでの診断が、自閉症以外の診断名ではサービスの提供対象とならない地域では、当該児童の利益のため、実際はほかにより適切な診断名があっても、



自閉症と診断名を付けざるをえなかったのであろう、との推察である。

実際に、この研究結果は DSM-5 作成の際におおいに援用された。DSM-5 が自閉症、アスペルガー障害などの疾患単位の垣根を取り払い、1つのスペクトラムとしてとらえる手段を採用した背景には、各児童の発達の状態における多角的評価を推奨する目的に加え、教育的配慮や補助が必要な児童が行政サービスから抜け落ちてしまわないように、との目的もある。

#### おわりに

先に述べたとおり、発達障害の診断分類とその臨床における適用の関係は、単純なものではない。また、日本国内では、国家統計、保険診療および行政的なサービスなど、公的に用いられる診断分類システムは ICD-11 であり、新たな診断分類による実際の影響が見られるのは数年後であろう。ただし現段階において、ICD-11 の基本方針は DSM-5 と大筋で似たものとなることが予想される（例：広汎性発達障害を ASD として再概念化および再編成）。

おわりに、ICD-11 の完成、翻訳、および国内での正式な適応などを考えると、今後の発達障害のある児童への対応が我が国でどのようなべきかについての十分な議論が、今から行われることを期待して閉筆したい。

#### 文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, Arlington VA, 2013.
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
- 3) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
- 4) Lord C, et al: A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. Arch Gen Psychiatry 69 (3): 306-313, 2012.
- 5) McPartland J.C, et al: Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. J Am Acad Child Adolesc

Psychiatry 1 (4): 368-383, 2012.

6) 松本ちひろ, 他: DSM-5 作成の最新動向. 臨精医 41 (5): 527-533, 2012.

---

#### New Diagnostic Classification of Developmental Disorders in DSM and ICD

Chihiro Matsumoto, Toshinasa Maruta, Makio Iimori

Department of Psychiatry, Tokyo Medical University

## 特集 ICD-11 と DSM-5 の最新動向と国際的な診断基準の問題点

## ICD-11 の直近の動向

## —線形構造 (Linear Structure) 草案を中心に—

丸田 敏雅

今回、ICD-11 の 2013 年 5 月 22 日現在の線形構造 (Linear Structure) 草案が発表されたので、それについて概説した。この線形構造草案での大きな変更点は、「睡眠障害」と「性関連障害」は「精神および行動の障害」には含まれないことになった点である。つまり、WHO は「睡眠障害」と「性関連障害」を精神障害と見なさないことになった。また、認知症も症状はこの線形構造草案には分類されているが、アルツハイマーや脳血管性などの認知症そのものの分類は「精神および行動の障害」には含まれないことになった。線形構造草案の大分類で分類されているのは、神経発達障害、会話と言語の障害、統合失調スペクトラムおよび他の一次性的精神病性障害、カタルニア、双極性および関連障害、抑うつ性障害、不安および恐怖関連障害、強迫性および関連障害、05 I ストレスと特に関連する障害、05 J 解離性障害、05 K 身体苦惱性障害、および他のどこにも分類されない障害や疾病と関連する心理的および行動的な因子、05 L 哺育および摂食障害、05 M 排泄障害、05 N 物質中毒、05 O 物質の有害な使用、05 P 物質依存、05 Q 物質離脱症候群、05 R 物質誘発性精神および行動の障害、05 S 衝動制御の障害、05 T 破壊的行動および非社会的障害、05 U パーソナリティの障害、05 V パラフィリア、05 W 虚偽性障害、05 X 神経認知障害、および他のどこにも分類されない障害や疾病で精神および行動の障害に関連するものの 25 の上位カテゴリーである。また、WHO は臨床実践グローバルネットワーク (GCPN) というネットワークを構築し現在作業を進めているが、これについても紹介した。

<索引用語: ICD-11, 診断分類, 診断基準>

## はじめに

第 11 回国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision: ICD-11) の作業がようやくわが国の精神科医にも目に見える形で進みつつある。今回の「精神および行動の障害」の改訂では、① WHO 加入国の精神および行動の障害の疾病負荷の軽減、② clinical utility に焦点を絞る: 世界中の最前線で活動しているヘルスワーカーの診断と治療を促進、③ 様々な分野の stakeholder と協力、④ 改訂作業からの製薬会社および商業的関与の排除、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

clinical utility を改善する好機と捉えている<sup>6)</sup>。

## I. 線形構造 (Linear-Structure) 草案

今回、WHO から ICD-11 の 2013 年 5 月 22 日現在の線形構造 (Linear-Structure) 草案が発表されたので、それについて概説する。ここでいう線形構造とは、精神障害の大分類 (第 10 回国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision: ICD-10)<sup>7)</sup>での F0~F9 に相当) とそれらに含まれる各障害の大枠のことである。表 1 に線形構造草案の大分類を示す。

線形構造草案での大きな変更点は、「睡眠障害」

表 1 ICD-11 線形構造草案の大分類

05 A	神経発達障害
05 B	会話と言語の障害
05 C	統合失調スペクトラムおよび他の一次性的精神病性障害
05 D	カタルニア
05 E	双極性および関連障害
05 F	抑うつ性障害
05 G	不安および恐怖関連障害
05 H	強迫性および関連障害
05 I	ストレスと特に関連する障害
05 J	解離性障害
05 K	身体苦惱性障害、および他のどこにも分類されない障害や疾病と関連する心理的および行動的な因子
05 L	哺育および摂食障害
05 M	排泄障害
05 N	物質中毒
05 O	物質の有害な使用
05 P	物質依存
05 Q	物質離脱症候群
05 R	物質誘発性精神および行動の障害
05 S	衝動制御の障害
05 T	破壊的行動および非社会的障害
05 U	パーソナリティの障害
05 V	パラフィリア
05 W	虚偽性障害
05 X	神経認知障害
05 Y	他のどこにも分類されない障害や疾患で精神および行動の障害に関連するもの

注: これらの日本語訳は仮訳である

と「性関連障害」は「精神および行動の障害」には含まれないことになった点である。つまり、WHO は「睡眠障害」と「性関連障害」を精神障害と見なさないことになった。

また、認知症も症状はこの線形構造草案には分類されているが、アルツハイマーや脳血管性などの認知症そのものの分類は「精神および行動の障害」には含まれないことになった。

## II. ICD-11 の構造

ICD-11 は紙媒体での提供のみならずデジタル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 個の枠組みにとられる必要

がなくなった。ICD-10 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「05」というコードがまず与えられた (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)。各障害のコードがその次に 00~99 までコードが準備され (第 3 レベル)、重型分類や現在の状態にも同様に 00~99 までコードが準備され (第 4 レベル)、さらに下位分類が必要であれば第 5 レベルが用意されている (図 1)。

## III. 個別のカテゴリーについて

## 1. 05 A 神経発達障害 (Neurodevelopmental disorders)

ここには、知的発達の障害、自閉症スペクトラムおよび関連障害、特異的学習障害、発達的運動調整障害、チック障害、注意欠陥障害、常同運動障害、親のアルコール暴露による神経発達の障害および他のどこにも分類されない神経発達の障害および疾患などが含まれている。しかし、詳細については現在も協議が続いている。

## 2. 05 B 会話と言語の障害 (Disorders of speech and language)

ここには、会話音声障害 (Speech sound disorder)、音声障害 (Voice disorder)、会話流暢性障害 (Speech fluency disorder)、表現性/受容性言語障害、表現性言語障害、社交コミュニケーション障害などが含まれている。しかし、詳細については現在も協議が続いている。

## 3. 05 C 統合失調症スペクトラムおよび他の一次性的精神病性障害 (Schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders)

ここには、統合失調症、統合失調感情障害、統合失調症型障害、急性および一過性精神病性障害、妄想性障害、他のどこにも分類されない障害や疾患による精神病性障害、物質誘発性精神病性

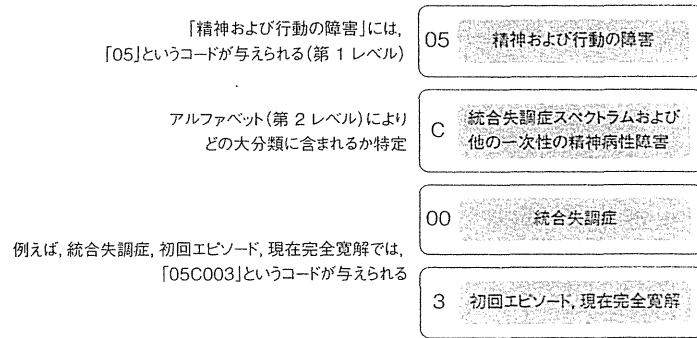


図 1 ICD-11 の階層的構造

障害が含まれる。感応性妄想性障害は有病率が非常に低く、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は与えられず、妄想性障害の中に含まれることになった。米国精神医学会による診断と統計のためのマニュアル、第 5 版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition : DSM-5)<sup>11)</sup>の Section III の Conditions for further study に含まれている Attenuated psychosis syndrome については ICD-11 では採用されないこととなった<sup>2)</sup>。

また、伝統的に用いられてきた統合失調症の妄想型、破瓜型、緊張型の亜型についてはこれらは採用されず、第 4 レベルで、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、潜在性発症、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、第 5 レベルで陽性症状を伴う、陰性症状を伴う、うつ症状を伴う、躁症状を伴う、精神運動症状を伴うおよび認知症状を伴う、というように分類される。

#### 4. 05 D カタトニア (Catatonia)

カタトニアはうつ病など他の障害でも認められる病態であるという見解から、「カタトニア」とし

て分類することになった。ここでは、他の精神障害と関連するカタトニアおよび他のどこにも分類されない障害や疾患によるカタトニアが分類されている。

#### 5. 05 E 双極および関連障害 (Bipolar and related disorders)

当初、統合失調症と双極性障害を精神病性障害として、1つの群にすることも検討されたが、分子遺伝学的にこの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、また、うつ病とは薬物療法をはじめとする治療法が異なるという意見が多数を占めた。この結果、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 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あてる分類が採用される予定である。

ここでは、双極 I 型障害、双極 II 型障害、気分循環症、躁症状や混合症状を伴う他のどこにも分類されない障害や疾患による気分障害および躁症状や混合症状を伴う物質誘発性気分障害が分類された。

#### 6. 05 F 抑うつ性障害 (Depressive disorders)

ここでは、うつ病エピソード、反復性うつ病性

障害、気分変動症、混合抑うつ不安障害、月経前不機嫌障害 (Premenstrual dysphoric disorder : PMDD)、うつ症状を伴う他のどこにも分類されない障害や疾患による気分障害およびうつ症状を伴う物質誘発性気分障害が分類された。PMDD は長年疾患単位として認知するかどうか議論がなされてきたが、今回の改訂ではカテゴリーが与えられた。DSM-5 では1つのカテゴリーを与えられた不機嫌を伴う破壊的気分失調障害 (Disruptive mood dysregulation disorder : DMDI) については今回の草案では取り上げられていない。

#### 7. 05 G 不安および恐怖関連障害 (Anxiety and fear-related disorders)

ここでは、全般性不安障害、パニック障害、広場恐怖、特異的恐怖症、社交不安 (社会不安障害)、分離不安障害、選択的緘黙、他のどこにも分類されない障害や疾患による不安障害および物質誘発性不安障害が含まれる。分離不安障害や選択的緘黙は、今まで幼児期、小児期および思春期の障害に含まれていたが、今回からは不安および恐怖関連障害の中に分類されることになった。

#### 8. 05 H 強迫性および関連障害 (Obsessive-compulsive and related disorders)

ここでは、強迫性障害、身体醜形性障害、Olfactory reference disorder、心気症 (疾病不安障害)、トゥレット障害、一次性あるいは特発性慢性運動性/音声チック、溜め込み障害 (Hoarding disorder)、身体焦点性反復性運動障害、他のどこにも分類されない障害や疾患による強迫性障害が分類された。心気症 (Hypochondriasis) という呼称には 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が、心気症は、後述する「05 K 身体苦悩性障害、および他のどこにも分類されない障害や疾患と関連する心理的および行動的な因子」にも分類されており、これをどこに分類するかについては現在協議中である。

また、トゥレット障害、一次性あるいは特発性

慢性運動性/音声チックは今まで、幼児期、小児期および思春期の障害に含まれていたが、今回からここに分類された点も大きな変更点である。

#### 9. 05 I ストレスと特に関連する障害 (Disorders specifically associated with stress)

ここでは、外傷後ストレス障害、複雑外傷後ストレス障害、遅延性悲嘆障害、適応障害、反応性アタッチメント障害および脱抑制社会エンゲージメント障害が含まれる。DSM-5 には、複雑外傷後ストレス障害というカテゴリーはなく、一方、急性ストレス障害は存続した。

急性ストレス反応で認められる症状は、時に薬物療法が使用されるかもしれないが疾病というよりは正常な反応であるという意見が多く、今回疾病コードは与えられなかった。また、複雑心的外傷後ストレス障害は、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加わった病態であり、今回このような名称が与えられた<sup>3)</sup>。

#### 10. 05 J 解離性障害 (Dissociative disorders)

ここでは、運動や感覚の解離性障害、認知解離性障害、混合性解離性障害および他のどこにも分類されない障害や疾患による解離性障害が分類された。

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、どこに位置づけられるのか協議されている模様である。

#### 11. 05 K 身体苦悩性障害、および他のどこにも分類されない障害や疾患と関連する心理的および行動的な因子 (Bodily distress disorders, and psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere)

ここでは、身体苦悩障害、重症身体苦悩障害、心気症 (疾病不安障害)、および他のどこにも分類されない障害や疾患と関連する心理的および行動的な因子が分類された。

ICD-10 の身体表現性障害が身体苦悩障害

(bodily distress disorder) と呼称変更された。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、今回の草案では「身体表現性 (somatoform)」や「身体化 (somatization)」などの用語は見あたらない。

一方、DSM-5では、このカテゴリーに該当するものは、「身体症状および関連障害 (Somatic symptom and related disorders)」となっており、そこに転換性障害も含まれている<sup>4)</sup>。

#### 12. 05 L 哺育および摂食障害 (Feeding and eating disorders)

ここには、神経性無食欲症、神経性大食症、むちゃ食い障害、回避的/制限的食物摂取障害 (avoidant/restrictive food intake disorder)、異食症、反芻障害 (regurgitation disorder) などが含まれる。むちゃ食い障害は長年疾患単位として認知するかどうか議論がなされてきたが、今回の改訂ではカテゴリーが与えられた。

#### 13. 05 M 排泄障害 (Elimination disorders)

ここには、遺尿症および遺糞症が含まれることになる。遺尿症には、夜間の遺尿症 (夜尿)、日中の遺尿症、夜間と日中の遺尿症の下位分類があり、遺糞症には、腸のコントロールの欠乏、汚れを伴った便秘、糞便の不適切な配置などが下位分類された。

#### 14. 05 N 物質中毒 (Substance intoxication)

物質としては、アルコール、オピオイド、大麻、鎮静剤、睡眠剤あるいは抗不安薬、コカイン、アンフェタミンおよび他の精神刺激剤、カフェイン、幻覚剤、ニコチン、揮発性吸入剤、MDMA (エクスタシー) あるいは関連物質、ケタミン、PCP あるいは他の解離性薬物、他の特定された精神作用物質による、不明の物質などを特定するようになっている。第4レベルでは、外傷を伴う、

意図的な自己破壊を伴う、せん妄を伴う、発作を伴う、認知的欠陥を伴う、明らかな躁、うつあるいは混合状態を伴う、他の精神病症状を伴う、昏睡を伴う、他の医学的愁訴を伴う、臨床的に有意な他害に起因する物質誘発性の行動を伴うなどを特定するような構造になっている。

#### 15. 05 O 物質の有害な使用 (Harmful use of substances)

物質としては、05 N 物質中毒と同じものが挙げられている。第4レベルでは、エピソード性のもの、反復性のもの、持続性のものを特定する構造になり、第5レベルで、外傷を伴った、意図的な自己破壊を伴う、他の身体的健康を害するものを伴う、メンタルヘルスを害するものを伴う、臨床的に有意な他害に起因する物質誘発性の行動を伴うなどを特定するような構造になっている。

#### 16. 05 P 物質依存 (Substance dependence)

物質としては、05 N 物質中毒と同じものが挙げられている。第4レベルで、持続的使用、初期の部分寛解、初期の完全寛解、持続性の (Sustained) 部分寛解、持続性の (Sustained) 完全寛解を特定し、第5レベルでアゴニストあるいはアゴニスト/アンタゴニストによる持続療法中、アンタゴニストあるいは嫌悪薬物による治療中、他の治療中、コントロールされた環境に置かれているなどを特定するようになっている。

#### 17. 05 Q 物質離脱症候群 (Substance withdrawal syndrome)

物質としては、05 N 物質中毒の中で幻覚剤、MDMA (エクスタシー) あるいは関連物質、ケタミン、PCP あるいは他の解離性薬物以外のものが挙げられている。

#### 18. 05 R 物質誘発性精神および行動の障害 (Substance-induced mental and behavioural disorders)

ここはまだ詳細が決まっていないが、第3レベ

ルで、せん妄、精神病的障害、気分障害、不安障害、性機能不全などが特定され、第4レベルで物質を特定するような構造になっている。この物質にはニコチンは含まれていない。

#### 19. 05 S 衝動制御の障害 (Impulse control disorders)

ここには、病的賭博、病的放火 (放火癖)、病的窃盗 (窃盗癖)、強迫的性行動障害および間欠性爆発性障害などが含まれる。

#### 20. 05 T 破壊的行動および非社会的障害 (Disruptive behaviour and dissocial disorders)

ここには、反抗挑戦性障害、素行/非社会的障害などが含まれる。これらは今までは、小児期または思春期の障害の中で分類されていたが、今回の改訂ではそこから抜け出た。

#### 21. 05 U パーソナリティの障害 (Disorders of personality)

ここでは、第3レベルで軽度、中等度および重度を分類することになり、第4レベルで否定的な感情のドメインの傾向を伴うもの、非社会的なドメインの傾向を伴うもの、抑制的ドメインの傾向を伴うもの、強迫的ドメインの傾向を伴うもの、DETACHEDのドメインの傾向を伴うものを特定する構造になっている。DSM-5ではDSM-IV-TRがそのまま踏襲されたので、今後変更が加えられるかもしれない。

#### 22. 05 V パラフィリア (Paraphilic disorders)

ここには、露出性障害、窃視性障害、小児性愛性障害、強制的 (Coercive) サディスティック障害、窃触性障害などが含まれる。

#### 23. 05 W 虚偽性障害 (Factitious disorders)

ここには、自己を課する虚偽性障害と他者に課する虚偽性障害が含まれる。

#### 24. 05 X 神経認知障害 (Neurocognitive disorders)

ここでは第3レベルで、せん妄、持続性健忘症候群、軽度認知障害、認知症候群、脳震盪後症候群が特定され、第4レベルで、軽度、中等度および重度が分類される構造になっている。先にも述べたが、アルツハイマーや脳血管性などの認知症そのものの分類は「精神および行動の障害」には含まれないことになった。

#### 25. 05 Y 他のどこにも分類されない障害や疾患で精神および行動の障害に関するもの (Mental behavioural disorders associated with disorders or diseases classified elsewhere)

ここには、「どこにも分類されない障害や疾患で精神および行動の障害に関するもの」が分類されることになる。

#### IV. 日本精神神経学会の取り組み

現在、日本精神神経学会はICD-11委員会を中心にICDの改訂作業に取り組んでいる<sup>5)</sup>。WHOは臨床実践グローバルネットワーク (Global Clinical Practice Network: GCPN) というネットワークを構築し現在作業を進めている。このGCPNのネットワークはWHOの6つの公用語の他、日本語とドイツ語で行われている。このため、WHOは日本からの貢献を大いに期待している。日本精神神経学会のホームページからこのネットワークへの参加が可能である。現在まで、「ストレスと特に関連する障害」のアンケート調査が行われており、今後も個別のカテゴリーについて引き続き行われる予定である。

WHOはICD-11のフィールド・トライアルを以下の3段階で行う予定である。① GCPNに登録した協力者にアンケートを送付、② 事例を用いてフィールド・トライアル (初期の診断基準を実際の患者に施行するには負担が重すぎるため)、③ 診断基準を改定し、実際の患者様に協力いただくフィールド・トライアル、である。