

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)

吉原 真由美

松本 幸典

石川 崇

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。

1 パーソナリティ障害 (ICD-10)

粗大な大脳の損傷や疾病、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。

2 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的様式。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

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現実に、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いう、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いつく。

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。

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の精神病性障害、カタトニア、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、ストレスと特に関連する障害、解離性障害、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、哺育および摂食障害、排泄障害、物質中毒、物質の有害な使用、物質依存、物質離脱症候群、物質誘発性精神および行動の障害、衝動制御の障害、破壊的行動および非社会的障害、パーソナリティの障害、パラフィリア、虚偽性障害、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⁶⁾。

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)⁷⁾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の精神病性障害
05 D	カトニア
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	身体苦悩性障害、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係するもの

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が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。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）、亜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、発達の運動調整障害、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の精神病性障害 (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

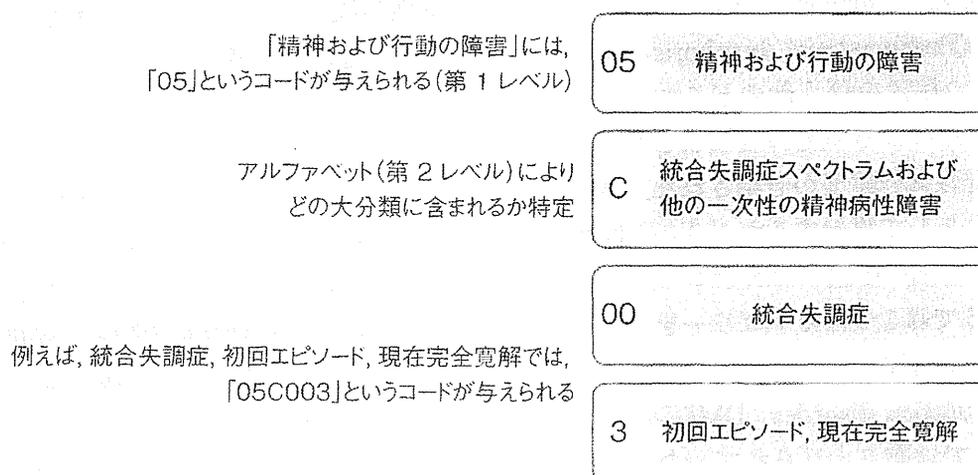


図 1 ICD-11 の階層的構造

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)¹⁾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²⁾。

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、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。ここには、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。

ここには、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)

ここには、うつ病エピソード、反復性うつ病性

障害、気分変調症、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 : DMDD) 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)

ここには、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)

ここには、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 身体苦惱性障害、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)

ここには、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³⁾。

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

ここには、運動や感覚の解離性障害、認知解離性障害、混合性解離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 身体苦惱性障害、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)

ここには、身体苦惱障害、重症身体苦惱障害、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惱障害

(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⁴⁾。

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が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、精神病性障害、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、デタッチド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係するもの (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係するもの」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⁵⁾。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。

おわりに

ICD はわが国の国家統計として採用されており、わが国の精神科医にも日々の臨床業務、司法分野および行政分野で幅広く使用されている。わが国の精神科医や精神医療の現場で働く人々の知見を得て、ICD-11 がよりわが国で有益に使用されるために上記の GCPN には多くの方が参加していただきたいものである。

注：本稿での線形構造の中での大分類名およびそれらに含まれる各障害名の日本語訳は仮訳である。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, London, Washington, D. C., 2013
- 2) Gaebel, W. : Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull*, 38 ; 895-898, 2012
- 3) Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., et al. : Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381 (9878) ; 1683-1685, 2013
- 4) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11 および DSM-5 における身体表現性障害の動向. *こころの科学*, 167 (1) ; 19-22, 2012
- 5) Maruta, T., Matsumoto, C., Kanba, S. : Towards the ICD-11 : Initiatives taken by the Japanese Society for Psychiatry and Neurology to address needs of patients and clinicians. *Psychiatry Clin Neurosci*, 67 ; 283-284, 2013
- 6) Reed, G. M., Mendonça Correia, J., Esparza, P., et al. : The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry*, 10 ; 118-131, 2011
- 7) World Health Organization : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. World Health Organization, Geneva, 1992

Recent Development of the ICD-11 Focusing on the Draft of Its Linear Structure

Toshimasa MARUTA

Department of Psychiatry, Tokyo Medical University

I overviewed the draft of the linear structure (22nd May, 2013) of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision.

In this draft, sleep and sexual disorders were not included in mental and behavioural disorders. The World Health Organization decided not to regard them as mental disorders. The primary classification of neurocognitive disorders was also not included in mental and behavioural disorders.

In the draft of the linear structure, 25 major categories were classified : neurodevelopmental disorders, disorders of speech and language, schizophrenia and other primary psychotic disorders, catatonia, bipolar and related disorders, depressive disorders, anxiety and fear-related disorders, obsessive-compulsive and related disorders, disorders specifically associated with stress, dissociative disorders, bodily distress disorders, and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere, feeding and eating disorders, elimination disorders, substance intoxication, harmful use of substances, substance dependence, substance withdrawal syndrome, substance-induced mental and behavioural disorders, impulse control disorders, disruptive behaviour and dissocial disorders, disorders of personality, paraphilic disorders, factitious disorders, neurocognitive disorders, and mental and behavioural disorders associated with disorders or diseases classified elsewhere.

I also introduced the Global Clinical Practice Network (GCPN), which is now being organized by the WHO to carry out field studies for the ICD-11. Over 700 members of the Japanese Society for Psychiatry and Neurology (JSPN) have registered in the GCPN. The ICD-11 committee of the JSPN is very actively building the GCPN and revising the ICD.

<Author's abstract>

<Keywords : ICD-11, diagnostic classification, diagnostic criteria>

DSM-5 の最新動向

松本 ちひろ

2013年5月に第166回米国精神医学会議が開催され、発刊を迎えたDSM-5に関し多数のセミナーやシンポジウムが開催された。本稿では、わが国においても広く用いられてきたDSM-5の前身にあたるDSM-IV-TRからの変更点を中心にDSM-5に関する最新情報を紹介した。DSM-IV-TRからの大きな変更点として、統合失調症の亜型分類廃止、双極性障害における特定用語の対象となる臨床症状の増加、抑うつ性障害における死別基準の除外基準の削除、広汎性発達障害の再概念化などを紹介した。またこれらの変更点から、カテゴリカルからディメンショナルな診断への移行、それに伴う特定用語 (Specifier) の多用、医師の裁量拡大が全体の傾向として挙げられた。また、DSM-5作成に際し寄せられた批判を紹介するとともに、今後診断分類システムに求められるあり方について考察した。

<索引用語：DSM-5, 分類, 診断基準>

はじめに

2013年5月18日から22日にかけて、第166回米国精神医学会議 (以下、APA総会) がサンフランシスコにおいて開催された。2008年より改訂活動が本格的に行われてきたDiagnostic and Statistical for Mental Disordersの第5版 (以下、DSM-5^{2,3)}) が本学会において発表され、それに発刊に際し、その前身であるDSM-IV-TR¹⁾からの変更点や改訂作業のプロセスについて多数のセミナーやシンポジウムが開催された。筆者は第109回精神神経学会総会開催直前に、このAPA総会に参加しており、DSM-5に関する最新情報を紹介した。

I. 全体の構成

周知のとおりDSM-IV-TRまでDSMは多軸診断を採用しており、それに沿った形での構成となっていたが、DSM-5はこの多軸診断を採用しない方向性を以前より表明していた。DSM-5発刊まで代替案となる構成は具体的に示されておら

表1 DSM-5の構成

セクション	内容
Section I	DSM-5の基本的情報
Section II	「本体」; DSM-IV-TRのI軸, II軸に相当
Section III	“Emerging measures and models” <ul style="list-style-type: none"> 今後さらに研究が必要な病態 (IVではAppendixに収録) パーソナリティ障害診断の新モデル
Appendix	旧コードとの比較, 索引

ず、その全体像はAPA総会において初めて紹介された (表1)。これはSection I～IIIに加え、AppendixとIndexからなるものであり、各Sectionの役割はDSM-IV-TRにおける軸のそれと大きく異なる。

まず、Section IはDSM-5に関する基本的情報にふれる部分である。Section IIはDSM-5の本体部分にあたるものであり、DSM-IV-TRの第1軸、第2軸となっていた部分に相当する。疾患単位として扱う定義や診断基準が収録されている。

Section IIIはEmerging Measures and Models

表2 DSM-5の大分類

原文	日本語（注：仮訳）
A. Neurodevelopmental disorders	神経発達障害
B. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害
C. Bipolar and related disorders	双極性障害とその関連障害
D. Depressive disorders	抑うつ性障害
E. Anxiety disorders	不安障害
F. Obsessive-compulsive and related disorders	強迫性障害とその関連障害
G. Trauma and stressor related disorders	トラウマとストレス関連障害
H. Dissociative disorders	解離性障害
J. Somatic symptom and related disorders	身体症状とその関連障害
K. Feeding and eating disorders	哺育と摂食の障害
L. Elimination disorders	排泄障害
M. Sleep-wake disorders	睡眠-覚醒障害
N. Sexual dysfunctions	性機能不全
P. Gender dysphoria	性別違和（性同一性障害）
Q. Disruptive, impulse control, and conduct disorders	破壊的、衝動制御および行為障害
R. Substance-related and addictive disorders	物質関連と嗜癖の障害
S. Neurocognitive disorders	神経認知障害
T. Personality disorders	パーソナリティ障害
U. Paraphilic disorders	性的倒錯
V. Other disorders	その他の障害

と題されており、DSM-IV-TR までの「今後の研究のための基準案と軸（Appendix B）」に相当する部分と表現できるかもしれない。Section IIIは、タイトルが示すとおり、Section IIには収録しなかったものの、今後のさらなる DSM 発展に向けた展望が記述されている箇所である。内容は多岐にわたる。従来の「今後さらに研究が必要な状態（例：APS, 自傷行為）」に加え、パーソナリティ障害診断の代替モデル（詳細後述）、GAFに代わる機能評価尺度も Section IIIで紹介されている。なお、この Section IIIは、Desk Reference（簡易版）には収録されておらず、今後の DSM のあり方を考える上で興味深い一方、日常臨床の際参照にされるのは Desk Reference となりがちな現状を考えると、一般の精神科医にどの程度この取り組みが認知されるのかは未知数である。

II. 各 論

DSM-5の大分類は表2に示したとおりであるが、本稿では紙面の都合上、表中に太字で示した章に絞り詳細を紹介する。なお、診断名および章

名の日本語訳については、日本精神神経学会に2012年に発足した病名検討連絡会内で検討が重ねられている。草案の公開やパブリックコメントの募集を経て、共通して使用すべき日本語訳のガイドラインが作成される見通しであり、本稿では旧表記や各分野で慣習的に使用されてきた表記を使用した。また、日本語訳が難渋している一部の診断名（e.g. APS, DMDD）については、原語表記のままとした。

1. 統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害について

統合失調症においては、まず亜型の廃止が大きな変更点として挙げられる。また緊張病は、精神病性障害に限らず広くみられることから独立した疾患単位となり、統合失調症に伴って症状がみられる場合には特定用語（Specifier）として記述されるようになった。診断基準に関しては、エビデンスが十分でないとの根拠からシュナイダーの1級症状が低格化された。早期発見と早期治療のメリットから診断カテゴリーへの採用が検討されて

いた Attenuated Psychosis Syndrome は、今回の改訂では Section III への収録が決定した。統合失調感情障害に関しては、DSM-IV-TR 作成時と比較し、より縦断的な視点を重視する姿勢が示されており、あくまでも横断的な診断を重視する ICD-10 と、将来的には ICD-11 との概念的整合性に注視が必要となる。

2. 双極性障害とその関連障害について

今回の改訂で、双極性障害は、気分障害の枠を離れて独立した章となった。今回の改訂では双極性障害に限らず特定用語の多様が目立ち、I 型については使用可能な特定用語は 10 にものぼる (例: with anxious distress, with mixed features, with rapid cycling, etc.)。また混合性の特徴が特定用語となったことで、I 型、混合性エピソードの診断はなくなった。

3. 抑うつ性障害について

抑うつ性障害に関しては、まず診断カテゴリーが 3 つ新設された。Disruptive mood dysregulation disorder, 持続性抑うつ性障害, 月経前不快感気分障害である。Disruptive mood dysregulation disorder は児童思春期における双極性障害の過剰診断への懸念から、かんしゃくと抑うつ気分を臨床症状とする病態を扱う疾患単位として新設された。持続性抑うつ性障害は、カテゴリーとしては新設であるが、DSM-IV までの慢性大うつ病性障害と気分変調症に相当する病態を扱うものである。月経前不安障害は DSM-IV-TR まで今後さらに研究を要する病態として扱われていたが、今回の改訂で独立した疾患単位となった。

新設されたカテゴリーの他に大きな変更点としては、死別体験の除外基準の削除が挙げられる。健全な死別体験後の悲嘆反応が精神障害で扱われるかのような解釈から多数批判があったが、これは抑うつ状態に合致する悲嘆反応をすべて抑うつエピソードとするわけではなく、医師の判断により抑うつ状態がみられ治療の必要がみとめられる個人を対象とすることが注意書きとして明記された。

4. 不安障害について

不安障害の章は、強迫性障害や PTSD が他の章に移ったことで、従来よりもコンパクトになった。診断基準に関連する部分では、恐怖症 (特定のもの、社交場面ともに) の患者が体験する恐怖の程度が DSM-IV-TR までは患者自身が過剰であると自覚している必要があったが、DSM-5 では、その恐怖ないし不安は実際に状況から想定しうる程度を超えているとの医師の判断をもって診断されることとなった。

5. 強迫性障害とその関連障害について

上述の恐怖症患者がもつ不安ないし恐怖への自覚と関連し、強迫性障害とその関連障害において、Insight に関する特定用語が設けられた。これは、自らの強迫観念や、それに基づく行為が、どの程度非現実的ないし非合理的であるかを三段階 (Good, Poor, Absent/Delusional) で示すものである。この特定用語は、予後との関連性の強さから設けられた。

強迫性障害の章には、DSM-IV-TR まで身体表現性障害として扱われていた身体醜形障害が分類されることになったのに加え、Skin picking disorder とためこみ障害が障害カテゴリーとして新設された。

6. 身体症状とその関連障害について

この章は、DSM-IV-TR までの身体表現性障害に該当する。含まれる障害カテゴリーの数も、概念的に重複していた部分が見直され、より簡略となった。具体的には、身体表現性障害として扱われていた身体化障害、鑑別不能型身体表現性障害、疼痛性障害と一部の心気症が一本化され、身体面での症状が主訴であれば身体症状性障害として扱われることとなった。ただし、簡略とはいえ、この障害の対象となる患者の多様性を加味し、疼痛、症状の持続期間などの特定用語の活用により細やかな臨床上の記述を可能なものとした。従来の心気症で身体面での症状がなく、健康への不安が主訴である場合には、この身体症状性

障害は適用されず、Illness anxiety disorder と診断される。

7. 哺育と摂食の障害について

「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」の章が解体され、発症時の年齢ではなく臨床症状によりの確な章への再編成が行われたことで、従来からの摂食障害が、より低年齢期の哺育の障害と同じ章内で扱われるようになった。DSM-IV-TR では本体に収載されていなかったむちゃ食い障害は、DSM-5 で診断カテゴリーとなった。診断カテゴリーへの採用にあたり、いわゆる食べ過ぎがちな人、自棄食いに走りがちな人が過剰に診断されるのではとの懸念があったが、DSM-5 実行委員会としては、厳密に診断基準が適用された場合有病率は1パーセント前後との見込みを発表した。

8. 神経認知障害について

認知機能障害の診断分類が、DSM-5 では大きく変わる。基本的アプローチとしては、まず臨床像で Major と Minor の二段階評価、考えられる病因の特定（例：アルツハイマー病、レビー小体病）、そして病因特定の確度の二段階評価（「○○病によるものの疑いあり」もしくは「おそらく○○病による」）から診断がなされることとなる。従来認知症と診断されてきた病態は、呼称が変わり Major Neurocognitive Disorder となる。軽度認知機能障害（Mild Cognitive Impairment：MCI）は近年概念として定着しつつも診断分類システムにおいて操作的診断基準が設けられていなかったが、今回の改訂に際し概念的な整理が行われ、Minor Neurocognitive Disorder として扱われることになった。またコーディングの対象となる主な病因も、血管性とアルツハイマー型の2種から大幅に増え、前頭側頭葉変性症、レビー小体型、プリオン病、パーキンソン病、ハンチントン病なども加えられることとなった。これら病因の特定に際しては、認知機能の低下がさほど進行していない Minor Neurocognitive Disorder も診断に加

わったことから、暫定的に病因が特定される場合は認知機能障害がその病因により引き起こされている可能性を Possible と、画像所見などからより確度が高く特定できる場合には Probable と診断することになる。

9. 神経発達障害について

従来自閉症、アスペルガー障害、広汎性発達障害 NOS など複数の疾患単位に分かれていたものが、自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder：ASD）として扱われることとなった。これらはそれぞれ独立した疾患単位ではなくなり、上述の診断をこれまで受けていたほとんどの個人は、今後 ASD と診断されることになる。「自閉症スペクトラム障害」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捉える考え方は長く支持されてきた。スペクトラムの語が示すとおり、ASD の診断を受ける患者はさらに、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つの領域における評価で、臨床像の記述がなされる。

アスペルガー障害は、近年国内でも認知度が高まってきた診断名である。これは、一部の患者の臨床像を記述する際の有用性から多用されるようになり、結果的に認知度が高まってきた疾患単位であった。しかし言語性 IQ を統制して他の病態と比較した際の独立性が十分でないとの理由から、今回の改訂では ASD に吸収される形になった。

複数の診断名を ASD に一本化するにあたり、精神障害の診断の閾値を満たす患者数が大幅に減るのではないかと懸念が、米国で大きな話題となった。DSM 実行委員会はこの懸念に対し、DSM-5 における ASD 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点を強調していた。具体的な例としては、DSM-IV-TR が3歳以前に症状表出を基準としているのに対し、DSM-5 では年齢への言及がなく「発達早期」との記述になっており、3歳以前の患

者の状態の把握が困難な場合でも診断可能な点が挙げられる。他の章の傾向とも共通し、医師の判断の裁量が拡大され、より柔軟な診断が可能となっている。

10. パーソナリティ障害について

最終的な見通しが昨年 APA 総会でも不透明であり、動向が注目されていたパーソナリティ障害であるが、結果としては DSM-5 におけるパーソナリティ障害は、DSM-IV-TR から一切の変更が加えられていない。しかし DSM-5 への収載を目標に構築され、これまで提唱されてきたパーソナリティの機能と特性の評価からなる診断モデルは、完全に否定されたわけではない。ワーキンググループは、DSM-5 発刊までにフィールドスタディの実施が叶わなかったため、Section II ではなく Section III への掲載となった経緯を明かした。

III. 全体の傾向

今回の学会で印象的であったのは、多数の演者が語った DSM-5.1 への展望、つまり次回改訂の際に一気に DSM-6 に向かうのではなく、DSM-5.1、DSM-5.2 とマイナーチェンジを重ねる構想である。これまで米国精神医学会は、米国の精神医学において絶大な影響力を誇っており、作成者の意図ではないにしろ DSM は精神医学における聖書であるかのように称されることも多々あった。この点は、今回 DSM の改訂にあたった実行委員会の誰もが自覚していたことであろう。この風潮を DSM 作成者自らが否定し、今後もさらなる発展が期待される“living document”の、1つの区切りがついた形としての DSM-5 を強調していた、と表現できる。

全体の傾向としては、最終的には保守的な判断がなされた傾向にも触れておきたい。いずれ主流となる見込みが十分にある案でも、エビデンスが不十分であれば Section II への採用は見送られ Section III に収載された。結果、Section II に時期尚早と思われる案はほぼ採用されなかった。期待したほど革新的でなかった、との批判があるかも

しれないが、過剰診断や過剰治療が危惧された Attenuated Psychosis Syndrome などが疾患単位とされなかった例などを考慮すると、改訂による悪影響を最小限に抑える判断がなされたといえる。

聖書としての DSM からの脱却という視点では、“clinical judgment (臨床医の判断)”という表現が多用されていた点にも着目したい。操作的診断基準を提供するという DSM の目的上、DSM-IV-TR までの診断基準は、可能な限り客観的な事実や指標が診断の根拠となるよう作成されていた。死別体験を経たという事実がうつ病性障害の診断除外基準であったこと、神経性無食欲症において BMI が厳密に規定されていたことなどが例に挙げられる。それらが今回の改訂ではやや緩和され、最終的な判断は臨床医の裁量に任せられることとなった。臨床実践における診断基準の独り歩きが見直されたという点は、評価されてもよいのではないだろうか。

IV. 今後の診断分類システムのあり方について

Living document としての DSM-5 を評価すべきと前項では述べたが、その反面、使用者により異なる解釈を許容するのは研究への使用上不都合であるとの批判もある。では、研究の分野において、どのような診断分類システムが望まれるのであろうか。

米国精神衛生研究所 (NIMH) は現在、分子遺伝学的観点からの診断分類を目指すプロジェクトである Research Domain Criteria (RDoC) に取り組んでおり、NIMH の代表である Insel 氏が 4 月下旬に DSM-5 を真っ向から否定するかのような発言を公的に行ったことが話題になった⁴⁾。臨床症状のみに依拠する診断方法には限界があり、まず DSM による診断分類ありきの研究の対象患者の選別や評価を否定したのである。

RDoC が目指すのはバイオマーカーによる精神障害の分類である。実現すれば、使用者の主観に左右されない診断分類が可能となり、今後の研究において望まれる診断分類システムのあり方に対する 1 つの回答ともなろう。また研究のみならず、

すべての精神障害が分子遺伝学的に説明される時代が到来すれば、RDoCが臨床においても用いられる診断分類システムとなるかもしれない。

おわりに

RDoC, もしくはそれに準ずる純然たるバイオマーカーベースの診断分類システムが確立されるまで, 精神障害の診断分類システムとは, それ自身が矛盾をはらむものである。臨床症状の操作的診断基準を中核とする診断分類システムは, 臨床において医師の判断を制約することになりかねず, 反対に診断基準が主観性を許容するものとなると, 研究での使用にあたり支障が生じる。前述のDSM-5全体の傾向とも関連し, DSM-5作成者がDSM-5を診断分類システムの完成形と捉えていない旨は先に述べた。DSM-5はそれ自体が聖書はおろか教科書でもなく, 的確な使用には前提条件として臨床的トレーニングと経験が必要であると明記されている。DSM-5に対し批判的意見を展開するのは容易であるが, ICD-11作成に向けた努力がまだ続けられている今日において, どの

ういった目的のためにどのような診断分類システムが適切であり, その達成のために何が必要であるか, 活発かつ建設的な意見交換が今後期待される。

なお, 本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 2000
- 2) American Psychiatric Association : Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5. American Psychiatric Association, Arlington, 2013
- 3) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, Arlington, 2013
- 4) Insel, T. : Transforming Diagnosis. Retrieved July 29, from : <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>

Latest Update on DSM-5

Chihiro MATSUMOTO

*Department of Psychiatry, Tokyo Medical University
Graduate School of Human Sciences, Sophia University*

The 166th annual meeting of the American Psychiatric Association was held in May 2013, where the long-awaited DSM-5 was released with a number of seminars and symposia organized. This review primarily focused on changes in DSM-5 from its predecessor, DSM-IV-TR. Examples of such changes include the removal of subtypes from schizophrenia, an increase in clinical presentations that are described by specifiers for bipolar disorders, the removal of exclusion criteria of bereavement from depressive disorders, and reconceptualization of pervasive developmental disorders. These changes seemed to collectively point to a transition from categorical to dimensional conceptualization of mental disorders, an increase in the use of specifiers, and increased reliance on clinical judgment. Criticism of DSM-5 was also introduced, followed by discussion on how diagnostic classification systems are expected to evolve.

< Author's abstract >

< **Keywords** : DSM-5, classification, diagnostic criteria >

紹介

DSM-5 発刊前の最新動向

フィールドトライアルの結果を中心に

松本ちひろ 丸田 敏雅 飯森眞喜雄

精 神 医 学

第55巻 第2号 別刷

2013年2月15日 発行

医学書院



DSM-5 発刊前の最新動向*

ーフィールドトライアルの結果を中心に

松本ちひろ^{1,2)} 丸田敏雅¹⁾ 飯森真喜雄

抄録

DSM は 2013 年における第 5 版の完成・出版に向け、改定作業が最終段階を迎えている。2012 年 5 月の第 165 回米国精神医学会議において DSM-5 最終草案に関するマラソンシンポジウムが開催され、最終草案に至るまでの経緯に加えフィールドトライアルの結果が発表された。信頼性に関する結果はおおむね DSM-III、DSM-IV 作成時を大きく下回る数値であり、これは米国内外において懸念の声を招く結果となった。本稿はフィールドトライアルの結果のみにとどまらず、DSM-IV と DSM-5 作成時におけるフィールドトライアルの実施条件を比較検討するものであり、ひいては診断分類システムにおける信頼性の果たすべき役割について問うものである。

Key words

DSM-5, Diagnostic classification, Reliability

はじめに

第 165 回米国精神医学会 (American Psychiatric Association ; APA) 総会が 2012 年 5 月 5 日から 9 日までフィラデルフィアで開催された。この間、現在改訂中である診断と分類マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual ; DSM) に関するマラソンシンポジウムが開催された。DSM は米国における利用を元来の目的として作成されたが、今日のわが国の精神科医療において、世界保健機関 (World Health Organization ; WHO) の国際疾病分類 (International Classification of Diseases and Related Health Problems ; ICD)¹²⁾ と

ともに非常に大きな影響を与えている診断分類システムであり、2013 年にはその第 5 版 (DSM-5) の完成および発表が予定されている。

国内においても DSM 改訂への関心は高く、その進捗状況に関するレビューと専門的知見からの批判を中心に、これまでに多数特集が組まれてきた^{6,10)}。診断と分類マニュアル第 4 版、テキスト改訂版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revised : DSM-IV-TR)³⁾ から DSM-5 への改変点については順次公式ウェブサイト上⁴⁾ でアップデートが提供されているが、筆者らは今回の APA 総会に出席し、これら改変点に加え、フィールドトライア

* Latest Developments in DSM-5 : Preliminary results of field trials

- 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, IMORI 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専攻, Department of Psychology, Integrated Human Science, Sophia University