

## DSM-5 の最新動向

松本 ちひろ

2013年5月に第166回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<sup>2,3)</sup>) 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-TR<sup>1)</sup>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回国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"> <li>今後さらに研究が必要な病態 (IVではAppendixに収録)</li> <li>パーソナリティ障害診断の新モデル</li> </ul>
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一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、簡略とはいっても、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。従来的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か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では本体に記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の人、自棄食いに走りがちの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の 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 への取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 に取載された。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<sup>4)</sup>。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, それ自体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

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>

---