

## DSM-5 分類 総論

黒木俊秀<sup>1)</sup>, 神庭重信<sup>2)</sup>

日本精神神経学会

### はじめに

米国精神医学会 (APA) は、2013 年 5 月に精神疾患の診断分類体系である Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) の改訂第 5 版 (DSM-5) を発表した。今回は、DSM-IV 以来、19 年ぶりの改訂となった<sup>1)</sup>。この間、実に 14 年間にも及ぶ長い歳月を改訂の準備と作業に費やしてきた。しかも当初、現代の精神医学に革命をもたらした DSM-III 以来の診断分類体系にパラダイム・シフトを迫る大きな変更が予告され、大きな注目を集めてきた。特に DSM-III 以来のカテゴリー (範疇) 的な診断分類に代わってディメンジョン (次元) 的アプローチを採用すべきであるという提言がなされてきた。

果たして公表された DSM-5 はどうであっただろうか。本稿では、刊行された DSM-5 の内容に基づき、今回の DSM-5 開発の背景と経緯、およびその全体的な変更点、特に精神疾患分類の構造的な改訂について概説したい。

### DSM-5 開発の背景と経緯

DSM-5 に向けた改訂の準備は、DSM-IV が発表されて 5 年後の 1999 年夏より始まった。中心になったのは、当時の米国精神保健研究所 (NIMH) と APA のリーダーたち、そして後に DSM-5 特別

委員会 (タスクフォース) の委員長に就任する Kupfer である。最初の段階は、2000 年に開催された DSM の新たな改訂作業の基本方針を確定するための研究計画会議であり、その成果は 2002 年に “A Research Agenda for DSM-V” として出版された<sup>3)</sup>。私たちは、そこに従来の DSM のカテゴリー的分類の妥当性に対する疑義が米国精神医学界の中核より強く提起されていることを知り、驚かされた。

その背景には、まず、依然として主要な精神疾患の病因・病態の解明が遅々として進まない現状に対する生物学的精神医学のジレンマがある。2000 年代までに著しく進んだ遺伝子と脳画像の両研究は、主要な精神疾患は相互に漸次的に移行し、自然境界線も空白に近い中間帯 (zone of rarity) も認められず、正常との間も同様らしいことを示唆し、従来の疾患単位仮説に重大な疑問を投げかける<sup>3)</sup>。

一方、臨床の現場における DSM-IV 使用の問題点として、異なるカテゴリーに属する精神疾患相互の併発が高頻度であること、「特定不能の (Not Other Specified : NOS)」の呼称を冠した診断名が頻繁に付けられること、および特にプライマリケアの外来患者では診断基準閾値下の複数の症候 (不安、抑うつ、身体化症状など) の混合状態が多いことが挙げられる<sup>5)</sup>。I 軸障害 (臨床疾患) と II 軸障害 (パーソナリティ障害) の境界も明瞭で

著者所属：1) 九州大学大学院人間環境学研究院実践臨床心理学専攻

2) 九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野

注) DSM-5 病名の訳語は日本精神神経学会・精神科病名検討連絡会のガイドライン (案) に従った。

はなく、両者の関係は連続体（スペクトラム）をなしていると考えほうが適切と考えられる。また、DSM-IVパーソナリティ障害の基本症状の大部分は正常人口のパーソナリティ特性の不適應的変異と解し得ることが明らかにされ、パーソナリティ特性の5因子モデル（Five Factor Model：FFM）によりパーソナリティ障害を表現することが可能になった<sup>3)</sup>。さらに、大規模集団の主要な精神障害（II軸障害を含む）の精神病理症状を確認的因子分析した結果、内在化（internalizing）と外在化（externalizing）の2因子による階層構造モデルが見出され、同じ上位のクラスターに属する精神疾患群が互いに併発しやすいことをよく説明する基礎と考えられるようになった<sup>2)</sup>。以上のことから、今後の精神疾患の診断分類は、従来のカテゴリー的モデルに代わってディメンジョン的モデルを導入するべきであり、特にパーソナリティ障害では、それを優先することが提案された。

2004年から2008年にかけて、米国保健研究所（NIH）の後援を受けてAPAが管轄する米国精神医学研究所（APIRE）とICD-10の改訂に着手した世界保健機関（WHO）の共催による研究計画会議が十数回にわたって開催された（DSM-5特別委員会副委員長になるRegierが指揮）。ここでは、個々の精神疾患の診断基準改訂のためのエビデンスとなるデータが集積され、APAとWHOの双方に提供された。2006年4月、KupferとRegierがDSM-5特別委員会の委員長、副委員長にそれぞれ就任し、翌年、他の特別委員会委員が任命され、各委員をリーダーとする13の作業部会（ワークグループ）が組織された（途中で利益相反を確認する必要が生じたため、作業部会メンバーの任命に非常に手間取った）。

2010年2月、APAのオンラインを通じてDSM-5のドラフト初版が公表された。果たして、それは、先の予告通り、ディメンジョン的アプローチへ一歩踏み出したものであった。いくつかの新しい

診断名は、臨床的な閾値下に焦点をあてていた。またパーソナリティ障害の診断基準には、ほぼ全面的にパーソナリティ特性による評価を採用していた。しかし、このドラフト初版の新機軸に対して批判が相次いだ。同時に臨床の現場による試行も開始されたが、そちらも期待したような結果を出せなかったようだ。翌年、ドラフト改訂版が公表されたが、初版よりもディメンジョン的モデルの採用は後退した印象を受けた。

DSM-5の最終案は、2012年12月、APA代議委員会の承認を経て、翌年5月に発表された。刊行されたマニュアルは、総頁数922頁に及び、価格は199米ドルと、これまでのDSMの諸版の中で最も分厚く、最も高価な1冊となった。

## DSM-5 全体の変更点

### 1. ディメンジョン的アプローチ

当初は、DSM-III以来のパラダイム・シフトとして改訂の目標に大きく掲げられたディメンジョン的モデルの導入であったが、蓋を開けてみると、さしものDSM-5特別委員会も同モデルの採用は時期尚早として見送らざるを得なかったようである。FFMに基づくパーソナリティ特性のディメンジョン（尺度）的診断基準の採用が確実視されていたパーソナリティ障害の診断基準（Section II）もDSM-IVとほとんど変わらず、2011年のドラフト版で提案されたカテゴリー的モデルとディメンジョン的モデルのハイブリッド・アプローチ（パーソナリティ機能の減損と病的パーソナリティ特性の評価に基づくDSM-IVのカテゴリー分類）はSection IIIに「パーソナリティ障害の代替モデル」として記載された。ドラフトの段階で提案されていたディメンジョン的診断概念〔例えば、減弱精神病症候群（attenuated psychosis syndrome）もSection IIIの「今後の研究のための病態」に記載されるにとどまった。以上の

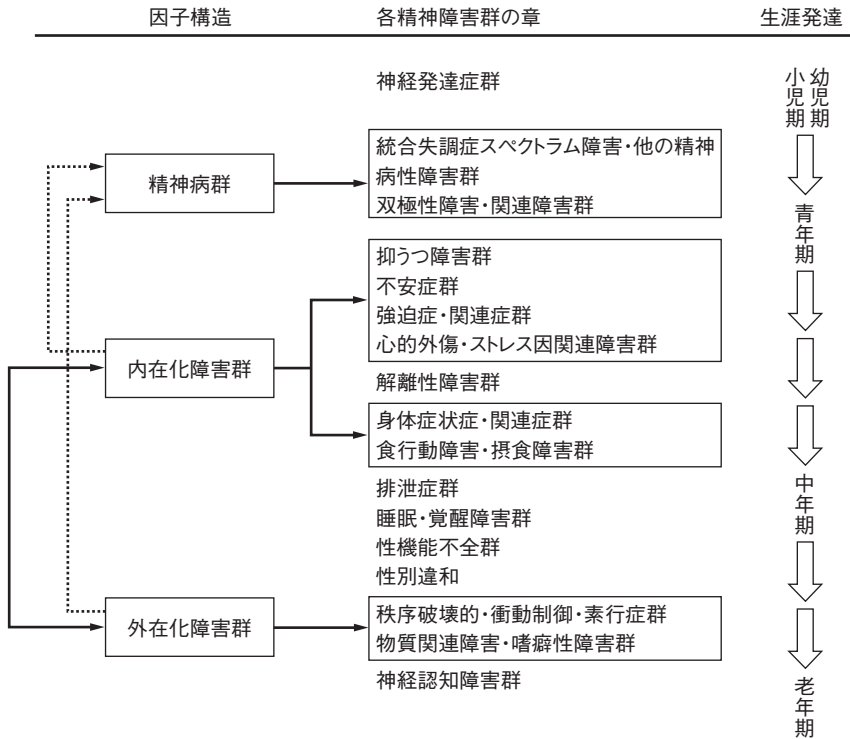


図 1 DSM-5 の構造

各精神障害群の章（チャプター）を生涯発達の軸に沿って配列するとともに、内在化-外在化の2因子モデルの構造に対応するように配置されており、近接する障害群同士はより上位のクラスターに属する可能性を示唆している。マニュアルでは、上記の章の後にパーソナリティ障害群、パラフィリア障害群、その他の精神障害群などの章が続く。

ように、個々の障害をみる限りはディメンジョン的アプローチの採用が断念されたように見えるが、次に述べるように DSM-5 では従来の障害群の章（チャプター）の構成を大きく刷新することにより、将来、ディメンジョン的モデルへ橋渡しすることを意図している。

2. 章構成の刷新

DSM-5 を、これまでの改訂版と比較した場合、最も大きく変わったのは、各精神障害群の章の配列である。DSM-IV の「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」や気分障害など、いくつかの章が解体されたが、次の2つのモデルに基づいて再構成されている（図 1）。

1) 生涯発達モデル

DSM-III から DSM-IV の章構成はほぼ共通しており、冒頭に幼児期・小児期・青年期に初発する精神障害が位置し、続いて器質性精神障害、物質関連障害、統合失調症・精神病性障害、気分障害、不安障害、…の順序であった。これに対して、DSM-5 では生涯発達（lifespans development）の軸に沿って各章を配列している。すなわち、発達過程との関連が推測される人生早期に出現する障害群（神経発達症群；neurodevelopmental disorders、統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群；schizophrenia spectrum and other psychotic disorders）を先頭に置き、その後、青年期と成人期早期に出現することの多い障害

群（双極性障害，抑うつ障害，不安症の各群）が続き，最後は老年期に関連する障害群（神経認知障害群；neurocognitive disorders）で終わる（以下にパーソナリティ障害群，パラフィリア障害群などが続く）。解体されたDSM-IVの「通常，幼年期，小児期または青年期に初めて診断される障害」の中の障害の一部は神経発達症群の章に含まれ，残りは成人にも発症する障害群の章に振り分けられた。これにより，各章にわたって一般の臨床家も診断の際に発達上の問題に注目することを期待している。このモデルは，小児期および青年期障害群作業部会委員長であるPine（NIMHの児童精神科医）らが提案した<sup>4)</sup>。

## 2) 内在化-外在化因子モデル

もう1つの章構成の軸は，精神病理症状の因子分析の構造に従うもので，内在化障害群（抑うつ，不安，身体症状を呈する精神疾患群）と外在化障害群（反社会性，素行症，嗜癖，衝動制御障害群）の2因子による階層構造モデルに対応するように配置されている。統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害群と双極性障害群は，因子分析の結果，精神病群クラスターに包括された。このモデルは，近接する章の障害群同士がより上位のクラスターに属する可能性を示唆している。

さらに，Section IIIのパーソナリティ障害代替モデルにおいて5つの病的パーソナリティ特性ドメインを設定したKrueger（ミネソタ大学の心理学者）らは，DSM-5 パーソナリティ調査票（Personality Inventory for DSM-5）を用いて一般の人口集団から得られたデータを探索的因子分析により解析した結果，病的パーソナリティ特性ドメインも上記の2因子モデルの構造に対応していることを見出している<sup>7)</sup>。すなわち，病的なパーソナリティ特性のディメンジョンと精神疾患との間には構造的な対応関係があり，複数の精神疾患の併発様式は，それらの障害の上位のクラスターに対応するパーソナリティ特性がリスク要因として作

表1 DSM-5 診断基準の妥当性検証項目

先行妥当性検証項目 (antecedent validators)	遺伝的マーカー* 家族性形質 気質 環境への暴露
現在妥当性検証項目 (concurrent validators)	神経基質（脳画像） 生体マーカー* 情動的・認知的処理 症状*
予測妥当性検証項目 (predictive validators)	臨床経過* 治療反応性*

\*Robins と Guze の基準<sup>6)</sup>

用している可能性が示唆される。

## 3. 精神疾患の定義

DSM-5では，精神疾患（mental disorder）の定義について，従来よりも踏み込んだ説明をしている。「精神疾患は，個人の認知，情動の調節，または行動の臨床的に重大な障害により特徴付けられる症候群であり，精神機能の基礎にある心理学的，生物学的，または発達の過程の機能不全を反映している」という定義自体は，DSM-IVの定義とほぼ同様であるが，精神疾患の診断は臨床的有用性（clinical utility）を有するべきであるとしている。ただし，精神障害の診断は，治療を要することと等価ではない。なぜなら，治療の必要性は様々な要素を考慮した複雑な臨床判断だからである。

さらに，個々の精神疾患カテゴリーの診断基準の妥当性を検討するために，10の妥当性検証項目（validator）を列挙している（表1）。これは，DSM-III以来のRobins と Guze の基準<sup>6)</sup>を拡大したものである。これらの妥当性検証項目は既存の診断の境界線を引くものであるが，DSM-5の章の中，または近接する章の間では，似通ってくる傾向にあるという（前項目を参照）。異論の余地なく特定の障害，または障害スペクトラムを妥当なものとする病因・病態が解明されるまでは，診断基準にとって最も重要なのは臨床的経過と治療反応性を予測するという臨床的有用性であるとしている。

#### 4. 多軸診断の廃止

DSM-III以来の多軸診断システムは廃止された。先に述べたようにI軸障害とII軸障害の境界が明瞭でなく、またIII軸(身体疾患)との境界も同様であるため、I軸、II軸、およびIII軸は統合された。DSM-5には、IV軸(心理社会的、および環境的問題)に対応する分類がないため、ICD-10-CMのZコード(第21章「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」、マニュアルの巻末にリストを掲載)の使用を推奨している。V軸の機能の全体的評定(GAF)尺度は、わが国でも広く用いられてきたが、症状と能力障害を一緒に評価している曖昧さが指摘されてきた。DSM-5では、GAFに代わって国際機能分類(ICF)に基づくWHO Disability Assessment Schedule (WHODAS)を能力障害の評価に用いることにする。これは、ICFの構成要素のうち、活動と参加について簡便に生活機能を把握できるツールであり、自己式36項目版(WHODAS2.0)がマニュアルのSection IIIに収載されている。

#### 考 察

改訂までのプロセスに長い期間を費やし、ディメンジョン的アプローチへの移行が注目された割には、結局、DSM-5はマイナーチェンジに終わった感がある。それゆえ、ディメンジョン的モデルの推進派、反対派のいずれからも批判を浴びやすい。とはいえ、生涯発達モデルと2因子モデルによって精神疾患分類の全体構造を根本的に改築して、より病態に基づく診断分類の仮説的モデルを提示している点は確実に新しい。Section IIIのパーソナリティ障害の代替モデルと併せて、将来のディメンジョン的モデルに基づく分類の設計図を示唆しているといえよう。今後、DSM-5.1, 5.2, …とバージョンアップする中で、次第にその細部が明らかになるかもしれない。

実は、今回の改訂で最も加筆修正が加えられたのは、マニュアルの解説(テキスト)部分である。各障害カテゴリー別の解説では、DSM-IV-TRの項目に、新たにリスクおよび予後予測要因、自殺リスク、機能的転帰などの項目が追加された。最新の知見を系統的、かつ詳細に網羅しており、実に優れた現代精神医学の教科書である。わが国の臨床家にも、簡易版の“Desk Reference”ではなく、ぜひ、分厚いマニュアルのほうを手に入れることを勧めたい。DSM-5を正しく理解し、日々の診療に役立てるためには、解説部分の精読が不可欠であろう。

#### 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). APA, Arlington, 2013
- 2) Andrews, G., Goldberg, D. P., Krueger, R. F., et al. : Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11 : could it improve utility and validity? *Psychol Med*, 39 ; 1993-2000, 2009
- 3) Kupfer, D. J., First, M. B., Regier, D. A. (eds) : A Research Agenda for DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 2002 (黒木俊秀, 松尾信一郎, 中井久夫訳 : DSM-V 研究行動計画. みすず書房, 東京, 2008)
- 4) Pine, D. S., Costello, E. J., Dahl, R., et al. : Increasing the developmental focus in DSM-5 : broad issues and specific potential applications in anxiety. *The Conceptual Evolution of DSM-5* (ed. by Regier, D. A., Narrow, W. E., et al.). American Psychiatric Publishing, Arlington, p.305-321, 2011
- 5) Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., et al. : The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry*, 166 ; 645-650, 2009
- 6) Robins, E., Guze, S. B. : Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness : Its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 126 ; 983-987, 1970
- 7) Wright, A. G., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., et al. : The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *J Abnorm Psychol*, 121 ; 951-957, 2012