

■ 編集だより

編集後記

米国の診断基準の改訂版 DSM-5 が話題になっている。1981 年卒業の筆者は、1980 年の DSM-III の登場から昨年の DSM-5 の導入に至るまで、繰り返される改版と改訂を横目で見ながら精神科医として仕事をしてきた世代である。

最初に DSM の存在を知ったのは、精神科の研修を始めたばかりの 1981 年のこと、本誌 83 巻に掲載された「米国の新しい診断基準 DSM-III をめぐって」と題する笠原嘉氏のその年の総会の会長講演の記録論文だった。その意義を理解できるはずもなかったが、神経症という病名の廃止など、何やら新しい動きがある気配を漠然と感知したものだ。

その翌年から市立札幌病院の精神科分院で 2 年間を過ごした。あるとき医局購入図書に DSM-III を要望したら、先輩たちのお叱りを受けた。「諏訪望先生の教科書をしっかり読み込みなさい。アメリカごときにかぶれる必要はない」という、もっともな忠告であった。医局の検討会では、内因、心因、器質因あるいは了解、意味関連性、疎通性、プレコックス感、などの用語は出てきても、DSM の診断基準が話題になることはたぶん一度としてなかった。

80 年代の後半には米国クリーブランドの大学に留学し、もっぱら実験室で薬理生化学的な研究に従事した。そこで扱う患者サンプルには DSM-III による診断名が付与されているのを見て、なるほどと思った。しかし、合間を縫って参加した 3~4 年目のレジデントの症例検討会では、意外にもほとんど DSM-III が話題にのぼることはなく、議論が拡散したときに指導教官が、「では DSM-III ではどうなるか」と論点整理のための質問を挿んだことがまれにあったくらいであった。

筆者の狭い見聞からみると、研究領域における共通言語としてはすぐさま使用されるようになったものの、日本ではもとより、米国においても臨床現場に一気に浸透したわけではなさそうであった。

それが改訂と改版を重ねるにつれて、その影響力はまさに燎原の火のごとく広がっていった。米国では少しばかり行き過ぎたという声もある。Andreasen 氏は、診断分類の“best effort”として作成された DSM が、いつのまにか“ground truth”に成り替わり、あたかも絶対的な権威をもつかのごとくとなったと言っている。同氏の憂慮するように、生活史や経過を丁寧に聴取せず、また患者の心理をありありと思い浮かべる努力もせず、DSM の基準症状を唯一のチェックリストとして診断するのでは、診断学は地に落ちる。日本でも、学生向けの教科書は次第に DSM 準拠となっていることから推察できるように、その影響力はじわじわと広がっている。

はたして DSM は改訂のたびに“ground truth”に近づいているのか、これは単純には論じられない大問題だ。だが、当代の“best effort”ではあるから、少なくとも共通言語として学んでおく必要はある。臨床エビデンスも研究論文もこの基準なしでは語れない。本誌に連載中の「DSM-5 を理解するための基礎知識」のシリーズは、最新改訂版の理解のためのよい道案内となっている。

目の前の患者の治療に直結するかは、また別の問題である。筆者の恩師の山下格北大名誉教授の至言にいわく、「診断とは必要なあらゆることを知り尽くそうとする終わりのない努力」であり、DSM-5 の基準をもってその作業が完了するわけではないのである。

大森哲郎