

パーソナリティ障害および パーソナリティ障害代替モデル

加藤 敏

I 軸, II 軸の区別の撤廃

1980 年の DSM-III において臨床疾患の診断にかかわる I 軸とパーソナリティ障害（および知的障害）の診断にかかわる II 軸が創設され、以後ずっと多軸評定が踏襲されてきた。これは精神医学の歴史において画期的な英断であった。その理論的背景には、パーソナリティ障害は、明らかな精神疾患とは一線を画し、かつ正常なパーソナリティからははっきりした偏りを呈する変異、つまり正常なあり方と明らかな精神疾患との間の中間的位置を占める病態と理解する Kurt Schneider⁸⁾ に代表される見解が下支えになっていたと思われる。

ところが、DSM-5 では、I 軸障害と II 軸障害の区別が撤廃され、パーソナリティ障害は統合失調症や不安障害などと同じ臨床単位のレベルに引き上げられ、同列に分類されることになった。その理由として、一部のパーソナリティ障害において生物学的な異常があるという知見、また、薬物療法が効果的であったり、また種々の精神療法や心理社会療法によって社会機能を高められる事例が少なくないといった知見が出されたことなどが挙げられる。

いずれにせよ、これはきわめて大胆なパラダイ

ム・チェンジである。臨床疾患の軸とパーソナリティの軸の双方からすべての精神科事例に光をあてる構成は病態把握において理に適っており、臨床現場での治療において、また病態解明を進める研究においても捨てがたいと考える臨床家は少なくないと思う。

パーソナリティ障害の下位分類自体は、奇妙、ないし風変わりな傾向をもつ A 群、演技的ないし情動的で規範逸脱的な傾向をもつ B 群、不安ないし恐怖感を抱く傾向をもつ C 群の 3 つに大別された、計 10 のパーソナリティ障害からなり、DSM-IV (-TR) での分類がそのまま踏襲されている。ただし、DSM-5 では従来分類を補完するものであると位置づけられている「パーソナリティ障害代替モデル」（後述）が作成され、こちらも参照し、臨床実践また研究に役立てるよう注意がなされている。代替モデルは、新たな構想のもとにパーソナリティ障害を一貫して正常なパーソナリティとも連続するディメンジョンの視点で分類している点で注目に値する。

振り返ってみると DSM-IV (-TR) (1994, 2000) では、パーソナリティ障害についての総論において臨床閾値に達していない、多少とも逸脱傾向のあるパーソナリティ特性への慎重な配慮がなされ、「パーソナリティ障害の閾値に達していない

著者所属：自治医科大学精神医学教室

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に従った。

著者自身は「障害」の表記が適切と考えるが、シリーズ連載であることを考慮して、本稿の表記は「障害」とした。

特定の不適応的パーソナリティ特性 (traits) も II 軸にあげておいてもよい¹⁾という指示がなされていた。この文言に、パーソナリティ特性とパーソナリティ障害を連続したものとして捉える姿勢を垣間見ることができる。つまり、DSM-IV (-TR) は基本的にはカテゴリーの視点に立った分類であるのだが、ディメンジョンの視点も一部付帯的に入れられていたのである。

DSM-5 では、II 軸の撤廃に伴いこの文言は消えた。こうして正規の形で採用されたパーソナリティ障害では、ディメンジョンの視点がなくなり、この視点は代替モデルに委ねるという一種の分業的な構成がなされたとみることができる。各パーソナリティ障害の大枠は DSM-IV (-TR) とは変わらないものの、別な箇所での変更に伴い鑑別診断などであらたな問題がでてきている部分もある。統合失調症圏のパーソナリティ障害に焦点をあてて述べる。

統合失調症圏のパーソナリティ障害の位置

DSM-5 では、統合失調症圏の障害を束ねる高位の臨床単位「統合失調症スペクトラム障害 (schizophrenia spectrum disorder)」が案出され、その最初に統合失調症関連のパーソナリティ障害が配置された。パーソナリティを括弧に入れて表記された統合失調型 (パーソナリティ) 障害 [schizotypal (personality) disorder] がそれで、統合失調症 (F20) の次に統合失調型障害 (schizotypal disorder, F21) を配置した ICD-10 に近いものになっている。統合失調型 (パーソナリティ) 障害 [schizotypal (personality) disorder] は同時に、A 群パーソナリティ障害の中の統合失調型パーソナリティ障害としても記載されており、特別な扱いをされている。

このような分類は、統合失調病質 (分裂病質) と統合失調症が類縁の病態であることを主張した

Kretschmer⁷⁾の考え方を受け入れたものという見方も可能である。事実、「統合失調型パーソナリティ障害は統合失調症スペクトラム障害 (schizophrenia spectrum disorder) に属すと考えられる²⁾ (p.89, 頁は邦訳に従っている、以下同様) と明記されている。

ついでに述べると、DSM-5 では自閉症スペクトラム障害、注意欠如・多動性障害 (ADHD)、コミュニケーション障害などを包括した高位の臨床単位として「神経発達障害群」(neurodevelopmental disorders) が新設され、これが精神疾患分類の最初に置かれ、そのすぐ次に統合失調症スペクトラム障害が配置されている。これら2つが基本病態において近接していると考えられる姿勢が打ち出されていると思いたくなる構成である。

事実、小児期から出現すると明記される統合失調型パーソナリティ障害の鑑別疾患の項目において、「統合失調型パーソナリティ障害をもつ子どもを、著明な社会的孤立、風変わりさまたは特有の言葉を行動の特徴とする孤立した子ども達の不均一な集団から区別することは非常に困難なことがある²⁾ (p.648-649) と指摘し、その中に (言語コミュニケーション障害に加え) 自閉症スペクトラム障害軽症型が挙げられている。鑑別点は、自閉症スペクトラム障害軽症型では「社会的な認識と相互の情動的交流がさらにひどく欠如しており、行動と興味の常同性を示すことによって区別される²⁾ (p.649) と明示されているが、はたしてこの「指標」が実際の臨床において有効なのかどうか疑問である。

さらに、自閉症スペクトラム障害と並んで神経発達障害に分類されたコミュニケーション障害群 (communication disorders) が鑑別に挙げられる。コミュニケーション障害群は、①言語の獲得、使用に障害をきたす言語障害 (language disorder)、②言葉の発声に障害をきたす語音障害 (speech sound disorder)、③吃音が目立つ小児期発症流暢

障害 (吃音) [childhood-onset fluency disorder (stuttering)], ④人と一緒にいる場面で適切な言語の使用に障害をきたす社会的(語用論的)コミュニケーション障害 [social (pragmatic) communication disorder] からなる²⁾ (p.40-48). 社会的(語用論的) コミュニケーション障害は DSM-5 であらたに新設されたカテゴリーで, これがコミュニケーション障害群の中でもっとも統合失調型パーソナリティ障害との鑑別が問題になることだろう. コミュニケーション障害群は, 言語の障害が一次的で重篤であることから鑑別されるとする.

児童期に始まるこれらの病態の分類において, かなり錯綜した部分が残っているように思われる.

パーソナリティ障害代替モデル

2010年2月にアメリカ精神医学会のホームページで DSM-5 ドラフトがはじめて公開された. いくつかの事項でかなり大胆かつ大幅な変更が提唱されていた. なかでも, パーソナリティ障害の項目が目をひき, パーソナリティについての明確な理論的な考え方のもとに, カテゴリーモデルに代えてディメンジョンモデルの視点からパーソナリティ障害を分類することを企てるものであった^{3,4)}.

いざふたをあけてみると, DSM-5 におけるパーソナリティ障害分類は, 基本的に従来ものが踏襲されていた. ドラフトで提案されていたものは, 「パーソナリティ障害代替 DSM-5 モデル」として, 実践運用に向けた変更が加えられ, 第III部において単独に提示された²⁾ (p.755-774). これは例外的な扱いである. その背景に関しては次のように述べられている.

①DSM-5 に両方のモデルを含めることは, 現行の臨床実践との連続性を保つという米国精神医学評議員会の決定を反映している²⁾ (p.755).

②現行のパーソナリティ障害の研究方法の多くの

欠点に答えることを目指した新しい研究方法を導入している²⁾ (p.755).

この説明から, パーソナリティ障害の分類めぐり DSM-5 の作業委員会でかなり激しい議論がたたかわされたことが察せられる. 「代替モデル」という言葉は, 代替分類と既存の分類は相補的なものであることを意味する. そこには, 臨床実践において, また研究において正規, 代替双方のパーソナリティ障害分類を参照してほしいという希望が表明されているとみることができる.

筆者には, パーソナリティ障害のドラフトをみて大いに評価すべき斬新な視点が打ち出されており魅力的な試みであると思えた⁴⁾. しかし, パーソナリティ障害に対し抜本的な分類変更をすることは疫学調査をする際, 縦断的な比較ができなくなってしまうので大きな支障をきたすことは間違いない. その意味で, 今回の措置は穏当なものといえるだろう. ドラフトで提案されていた分類が代替分類として公的な形で認められたことは大きな意義がある.

『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』²⁾ は脳科学の時代にふさわしい精神医学教科書といつてよい意欲的な著作である. 新たな知見を盛り込みながら新機軸を打ち出しており, 大きな影響力を及ぼすことは間違いない. 全体として精神分析学をふくむ精神病理学を締め出し, 脳科学のパラダイムでもって精神疾患を記述し, 理解しようとする姿勢が目立つ. この認識にたち筆者は, DSM-5 が精神病理学による補完を必要としていると指摘した⁶⁾. 代替モデルではパーソナリティの評価, パーソナリティ障害の診断をする際, パーソナリティについて精神病理学的観点からの根本的な規定が盛り込まれている. この規定はパーソナリティ障害にとどまらず, 自閉症スペクトラム障害や統合失調症スペクトラム障害をはじめ, すべての臨床単位を理解する上でも重要な役割を果たす射程をそなえている.

「パーソナリティ障害 DSM-5 代替モデル」の新たな分類の構想と骨子を述べる。

1. パーソナリティ機能 (personality functioning)

なによりも注目に値するのは、パーソナリティ機能 (personality functioning) の概念の提唱で、これを鍵言葉に正常なパーソナリティのあり方が明示され、それに基づいてパーソナリティ機能の障害、ひいてはパーソナリティ障害が規定されている。同時に、種々の「病的パーソナリティ特性」(pathological personality traits) が第2の鍵言葉に据えられ、こちらにもあわせて目を配ることが指示されている。

「DSM-5 代替モデルにおいて、パーソナリティ障害群は、パーソナリティ機能 (personality functioning) の障害および病的なパーソナリティ特性 (pathological personality traits) によって特徴づけられる」²⁾(p.755)

これが「パーソナリティ障害 DSM-5 代替モデル」におけるパーソナリティ障害の定義である。従来の、また今回の正規分類では、パーソナリティ障害は文化・社会から期待される行動パターンから逸脱した行動パターンが持続する病態といたったように、社会への適応に強調点がおかれている。代替モデルでは、まず社会への適応の根底にある個々人のパーソナリティ機能のありように焦点があてられる。次いで種々の病的なパーソナリティ特性の有無に焦点をあてる手順になっている。

代替分類では、これまで (正規分類でもそうだが) 10 種類あったパーソナリティ障害は、反社会性パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害、自己愛性パーソナリティ障害、強迫性パーソナリティ障害、統合失調型パーソナリティ障害の6つにしばられた。つまり、演技性パーソナリティ障害、依存性パーソナリティ障害、妄想性パーソナリティ障害、ス

キゾイドパーソナリティ障害が独立したパーソナリティ障害としては、消滅したことになる。そうした背景には、これまでしばしば問題にのぼっていたパーソナリティ障害同士の重複診断があまりに多いという現象をできるだけ避けるという意図が込められている。

そして、パーソナリティ機能では障害はあると判断されるものの、今回の6つ選ばれた代表的なパーソナリティ障害には分類されないものについて、パーソナリティ特性に注目すると明らかに一定の逸脱がある事例を「パーソナリティ障害、特性が特定されるもの (personality disorder-trait specified: PD-TS)」と診断することが指示されている。

精神医学にとって正常/異常の問題は、精神医学が科学としての厳密な学問として成立するための必須の事項となっている。しかし、少なくとも現段階の分子遺伝子学には正常/異常に関し決定的な判別を行う知をもたない。むしろ、正常/異常の間の境界は不鮮明で、両者には移行があることを示唆する知見が優勢である。そうした考えをふまえ、代替モデルでは、「人の傾向と同じように、パーソナリティ機能は1つの連続体上に分布している」²⁾(p.771) と正常と異常の間には連続性があることを認めつつ、パーソナリティ機能は次の5つの段階に分けられる。

0=機能障害はほとんどない、または全くない
(little or no impairment)

1=いくらかの機能障害 (some impairment)

2=中等度の機能障害 (moderate impairment)

3=重度の機能障害 (severe impairment)

4=最重度の機能障害 (extreme impairment)

この判定のために、パーソナリティ機能レベルスケール (Level of Personality Scale: LPFS) が作成されている²⁾(p.775-778)。

2. パーソナリティ障害の診断

パーソナリティ障害と診断するには、パーソナ

リティ機能が中等度障害以上であることが要求されると明確な診断基準が述べられている。このように閾値を定めたのは、「中等度レベルの障害によって、臨床家はパーソナリティ障害の病理を最も正確かつ効率的に同定できるという経験的証拠に基づいている」と付記がなされている²⁾(p.756)。この説明から、パーソナリティ障害の診断閾値を決めるにあたっては、パーソナリティ障害があると診断する上でパーソナリティ機能の「いくらかの障害」の基準では多数の精神科医の間で一致度が低く、「中等度障害」の基準で診断一致度がきわめて高くなったという調査結果がもとになっていることがわかる。要するに、パーソナリティ障害の診断基準の確定にあたり実践的有用性の視点が入っていることがわかる。

正常なパーソナリティと病的なパーソナリティの区別に関し Schneider は、①そうあることが望まれる理想的なあり方を正常なパーソナリティに求める価値規範と②多くの人々の平均的なあり方を正常とする平均規範の2つの観点があることを指摘した⁸⁾。そして彼が精神病質の術語で述べる病的なパーソナリティは価値規範と平均規範の双方の観点かふまえられていると考えられることを述べた。

この価値規範と平均規範の概念に立ち返って、代替モデルで提出されるパーソナリティ機能における「正常」を考えてみると、障害が「ほとんどない、全くない」あり方は理想的な価値としての正常なあり方を示したものと考えられる。したがって、もしもパーソナリティ障害をパーソナリティ機能の「いくらかの障害」で診断するとなると、それは価値規範からなされた診断といえる。他方で、パーソナリティ障害をパーソナリティ機能の「中等度障害」が認められることによって始めて診断するなら、それは価値規範の支配を受けつつ、平均規範からなされた診断ということになる。その場合、パーソナリティ機能において「い

くらかの障害」をもつことは平均的な人々のあり方であり、少なくとも結果的には、これも正常、ないし健常(群)に含めるという見方が暗黙の裡に容認されているということができよう。このように、DSM-5代替モデルにおけるパーソナリティ障害の規定の仕方には Schneider が精神病質を規定したのと類似した手続きが認められるのである⁵⁾。

いずれにせよ、パーソナリティ障害はパーソナリティ機能が「いくらかの障害」(some impairment)の段階では診断しないという指示には、パーソナリティ障害の診断を慎重にしようという姿勢が見て取れる。これは、一部で過剰な医学化とも思える臨床単位(例えば「軽度認知障害(Mild Neurocognitive Disorder)」や「注意欠如・多動性障害」)の規定がなされたことと比べると、かなり抑制がきいており好感のもてる見解といえるだろう。もっとも代替モデルには、パーソナリティ機能の「いくらかの障害」レベルをパーソナリティ障害とみる見地を残しており、今後、閾値を下げた基準が採択され、「軽度パーソナリティ障害」といった臨床単位が提出される可能性もあることを付け加えておかなければならない。

なお、本論文に関連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, DSM-IV-TR. American Psychiatric Publishing, Washington, D. C., 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, p.653, 2002)
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, DSM-5. American Psychiatric Publishing, Washington, D. C., 2013 (高橋三郎, 大野 裕監訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2014)
- 3) 井上弘寿: DSM-5ドラフト「パーソナリティとパーソナリティ障害」の試訳, 栃本精神医学, 30; 40-65,

2010

- 4) 井上弘寿, 加藤 敏: DSM-5 ドラフトにおける「パーソナリティとパーソナリティ障害」, 精神科治療学, 25; 1041-1050, 2010
 - 5) 加藤 敏: 現代精神医学における正常/異常概念の検討, 精神医学の思想 (神庭重信, 松下正明編, 専門医のための精神科臨床リュミエール 30), 中山書店, 東京, p.28-47, 2012
 - 6) 加藤 敏: 精神病理学による補完を必要とする DSM-5, 臨床精神医学, 43 (増); 32-39, 2014
 - 7) Kretschmer, E. (相場 均訳): 体格と性格 体質の問題および気質の学説によせる研究, 文光堂, 東京, 1981
 - 8) Schneider, K. (懸田克躬, 鱈崎 轍訳): 精神病質人格, みすず書房, 東京, 1954
-