

「DSM」世代の精神科医には、 どんな「伝統的精神医学の知恵」が求められるのか

須賀 英道

精神医学において、エビデンス根拠に基づいたヒエラルキーモデルによって研究レベルが評価されるようになって久しい。臨床研究でも、メタアナリシス・システマティックレビューがレベル1で最も高く、症例報告がレベル5といった高低の評価差が生まれることも、統計学的手法を基盤としたバイオリジカルな研究分野では必然といえる。しかし、こうしたエビデンス視点が常識化されてくると、エビデンスデータベースにある診断・治療を用いた診療姿勢をベストとし、データベースにないこれまでの先人たちの臨床経験が過小評価されていくことも否めない。特に、症例報告の評価レベルが低くなると、学術見解を求められる精神科医にとって、症例に対する診療経験への優先順位はますます低くなることが懸念される。一人の患者にみられる病態とその意味づけを求めている、記述的精神医学を基本とした伝統的精神医学の姿勢とは大きくかけ離れてきている。こうした傾向をさらに後押ししているのがDSM診断である。DSMの当初のコンセプトは、操作的診断による疾患概念の放棄であり、伝統的精神医学診断のもつ意味づけ（妥当性）が失われていても、信頼性の向上によって予防・治療という実践に利用できるといった簡明な方向性があった。そのときの精神科医の多くは、利用目的によって道具を使い分けるといったポストモダニズムの認識によってDSM診断を行っていた。しかし、研究対象を中心に用いられたDSMが、エビデンスデータベース志向と還元によって、臨床現場でも使われるようになると、DSM診断のコンセプトが独り歩きを始める。DSM-5では、操作的診断であったDSM診断の意味づけが求められ、疾患カテゴリーの視点で捉えるような物象化傾向がみられているのがその現れといえる。個別症例の診療経験から得られる見識とその蓄積がいかに重要であるか、いま一度精神医学の基本から考えなおしてみたい。

<索引用語：伝統的精神医学，DSM-5，エビデンス精神医学，精神科診断>

はじめに

タイトルの「DSM」世代とは、精神科医が患者の診察において精神科診断をする際に、DSM診断を行っている世代のことである。現在の若手精神科医はほとんどあてはまるかもしれない。本特集では、こうした「DSM」世代の精神科臨床の方向性に「ちょっと待った」の一声をかける好機を得た。賛否両論あろうが、精神科臨床を再考する時機として私見をお許しいただきたい。

最近の日本の精神科医療で主流になっているのがエビデンス精神医学であろう。研究分野にとどまらず、診断や治療に直接かかわる臨床の場でもその影響力がとてつもないものになっている。現代の情報社会のなかではエビデンス情報が溢れてきているが、精神科医療もまさにこの情報の大海のなかにあるといえる。この大海のなかからエビデンス情報をいかに多く知り活用するか、このことに精神科医が精神医学の王道を求めている感がある。

エビデンス情報を多く知ることとは、いわゆる科学的根拠のある知識を豊富にもつことである。しかし、いくらこれを高めても、知識のレベルにとどまる。精神科医として求められるのは豊富な知識ではなく、「知恵」を身につけ、臨床や研究に応用できることであろう。知恵とは何か。広辞苑によると、物事の道理や筋道をわきまえ、正しく判断する心のはたらきであり、単なる学問的知識でなく、人生経験や人格の完成を俟って初めて得られる人生の目的・物事の相にかかわる深い知識とされる。

精神科医がこの知恵を取得できる格好の場は、それぞれの臨床経験であり、人生経験である。さらにそこでのつまずきや、行き詰まりにおける解決のヒントが、先人たちの臨床経験や人生経験の記録に埋もれている。これが数世紀にわたって先人たちの築き上げた伝統的精神医学といえる。

著者が精神科医になって最初に手にした本の1つに、内村祐之の「精神医学の基本問題」¹¹⁾がある。その第1章のなかに知恵を示唆する最適な言葉がある。

このような混乱の渦中であって、研究者たちが正しく己れを処する道は、ただいたずらに時流を追うことではない。むしろ冷静に己れを保って、すぐれた研究者たちがこの基本問題をいかに考えたかに耳を傾けることだと思う。するとこれらの中に多くの示唆に富む思想を発見することができるし、また今日の新しい思想と思われるものの萌芽をすでに古い時代の人々の中に見出すことができるであろう。過去の著明な研究者の思想を知って、その長所を取り入れることによってのみ、将来の進歩は約束されるのだと私は思う。

すでに40年以上経った今であっても、現代の時流に対する何とも意を得た言葉ではないか。

I. DSM-5 診断による最近の精神科臨床の状況

30年前、精神科臨床のなかで用いられていたの

は、伝統的精神医学のなかで模索されてきたカテゴリー概念の精神科診断、いわゆる従来診断であった。そこに DSM-III-R (1987)¹⁾の出現したことに、多くの精神科医は驚きの声を隠せなかった。それは、診断に疾病概念が放棄され、疾患共存、多軸的診断が提唱されたこと、いわゆる操作的診断の導入である。しかし、当時の精神科医の多くは、原因論的に未解決な精神疾患に対する精神科診断については、その多様性をすでに認めており、DSM 診断も診断ツールの1つとして容認していた。同時に WHO でも ICD-10 (1990)¹²⁾に改訂されたこともあり、臨床・研究どちらの場においても、従来診断と ICD-10 や DSM 診断の併用が行われていた。いわゆるマルチタスクといえよう。

その後、DSM-IV (1994)²⁾、DSM-IV-TR (2000)³⁾へと改訂が進むにつれ、研究分野では大きく DSM 診断へのシフトへと傾き、臨床においてもそれに追随するかたちとなっていった。それが2013年の DSM-5⁴⁾の出現によって、一気に DSM 診断へとシフトした感がある。DSM-5によってこれまでの DSM から根本的に概念が変わったわけでもない。どちらかというところ、ディメンジョナルな方向性から後退し、中庸性の色彩を帯びたとみえる。それがなぜ大きく DSM-5に傾いたのか。

グローバル化の動きが精神科診断に対しても及んでおり、その時流の真つ盛りのなかで DSM-5が出てきたからといえよう。現在、WHO で ICD-11も考案されているが、内容は DSM-5に同調化している。どちらもグローバル化の流れに乗っている。こうしたグローバル化の流れは、学術面にとどまらず臨床面へも拡大している。従来の経験主義（アート手法も含む）による臨床的視点が、サイエンスを基盤とした学術面からの視点によって統制されてきているようにも感じる。実際、学会にとどまらず、地方での研究会などでも、エビデンス報告が重要視され、症例報告や専門分野からの個人的見解が影を潜めた感である。

こうした傾向のなかで精神科臨床の現状をみる

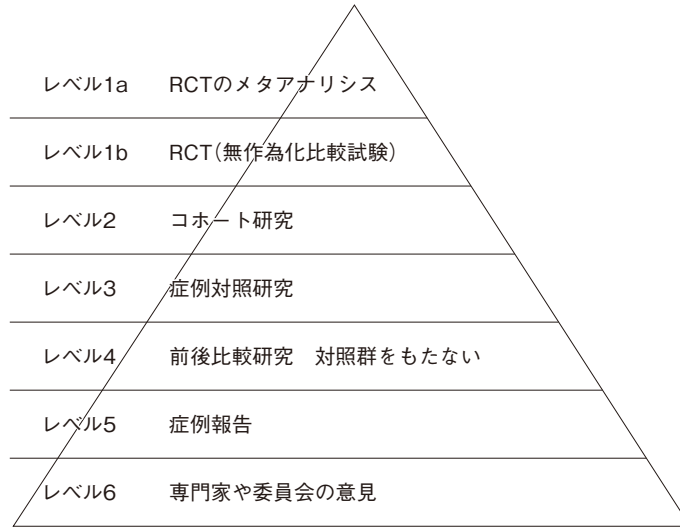


図1 臨床研究におけるエビデンスのヒエラルキー構造

と、DSM-5によって診断が確定すると、その時点で精神科診断は終了となり、その後の経過観察による診断の見直しという精神科診療の本質がなおざりにされているようにもみえる。DSM-5によって診断を行い、その診断名に対して治療効果の高いエビデンスの示された薬物治療やCBTなどを割りあてることに、精神科診療における診断・治療の最適化が求められているからである。ここでは、一般論からのエビデンスが重要視され、個別症例へのかかわりについて、なぜそのような病態に至ったのかといった、性格や家族背景、発症状況や原因、その経過などへの経験論的解釈に基づく議論があまりされなくなっている。

こうした経験論的解釈から扱われる症例検討会や症例報告への関心が低くなった理由には、次のエビデンスのヒエラルキー構造(図1)があるだろう。現代社会において、サイエンスに支えられたEBMは臨床研究における最強の武器といえる。その金字塔がヒエラルキー構造である。研究結果のなかで最も信頼性が高く評価されるのが、無作為化比較試験(RCT)のメタアナリシスである。次に、単独のRCT、コホート研究、症例対照研究、前後比較研究と続く。症例報告や専門家の意見は下位評価となっている。

RCTのメタアナリシスで行われているのは、複数の研究報告に提示されたデータを統合し、統計解析の結果、指標についての有意差の有無を示す手法である。ここでは多くの研究結果が1つの物差しで再評価され、信頼性が高まるのは意義が大きい。一方、症例報告はただ1つの結果報告にすぎず、信頼性は低いとされる。エビデンス評価でみると、この優劣は歴然としている。しかし、症例報告では患者と対面し、そこでのかかわりのなかで検査・治療介入とその経過から、経験論的に仮説が推測されているのに対して、RCTのメタアナリシスでは、患者との触れ合いではなく、データの解析で結論を出している。どんな患者であるか、顔を見ることもなく判断することにもなる。臨床研究、何と「臨床」と名のつく分野のなかで、最も評価が高いのが患者と触れ合うこととかけ離れた手法になるとは、何ともパラドキシカルなことではないか。

このことに関連してかつて精神病理学のなかで経験主義と実証主義はどちらに軍配が上がるかといった議論があったが、現実的には実証主義に傾いた。患者のもつある指標に対するデータとその統計解析から導かれるエビデンスが、診断、治療、予防などすべての視点において最重要であると

いった認識，エビデンス医学が医学全般に敷衍したからである。しかし，そこには常にメリットとデメリットがあることを忘れてはならない。原因論的視点での精神疾患の原因究明や，治療の視点からの薬物治療やCBTなどの効果判定には実証主義が重要であっても，症例に対する記述的精神医学が軽視されると，ケース・バイ・ケースの求められる臨床的対処力が低下することになりうる。

一例を挙げたい。2週間前から急に不眠と不安となった20代の男子。診察では、「まったく眠れない」「不安が強くて死にそう」と訴えていたが，そのうちに落ち着きがなくなり，きよろきよろと周囲を見回しては頭を抱えてうずくまる行為が繰り返された。元来，熱中型の性格で家族負因があること，人前で揶揄されたことを誘因とし，不安，不眠の前駆症状，猜疑的発言，困惑表情・姿勢がみられることから，急性精神病（非定型精神病）の発症が危惧された。近くの精神科病院Aに入院希望の紹介としたが，担当医（30代）はDSM-5の不安障害であり，入院適応なしと判断し，患者は帰宅となった。その夜，自宅（1人暮らし）で大声を上げて叫ぶなど興奮状態があり，隣人が通報。当番病院Bに応急入院となった。B病院でも不安症状以外には目立たず，DSM-5の不安障害との判断で翌日退院し，当院の外来受診となった。本人は当初より精神病症状を否定していたが，不眠，不安の訴えを落ち着きない仕草で困惑とともに常同性に繰り返すような初診時の状態が持続しており，入院の必要性からC病院に紹介となった。入院後，幻覚，妄想，被影響体験が多彩に出現する夢幻様状態がしばらく続いたが，約1ヵ月で精神病症状は消退し，退院となった。

急性精神病の発症前駆状況においては，DSM-5による診断からの判断に限定されていると，こうしたケースも起こりうる。それはDSM診断が横断時の精神症状とその期間を操作的に規定した診断だからであり，縦断的視点においては弱点があることを踏まえておかなければならない。症例によっては，病前性格や家族背景，発症状況，縦断的視点を捉えた従来診断（非定型精神病）の活

用も必要といえる。

II. 歴史とともに変わる精神科診断

次に，精神科診断の歴史的变化をみてみたい。精神科診断の変化は，歴史的にみるとカテゴリーvsディメンジョンの振り子のなかでの動きのようにみえる。振り子の流れについては，藤縄の「精神医学における診断図式的序説」⁵⁾に明解に記されているが，ここでも少し紹介させていただきたい。カテゴリーvsディメンジョンの振り子は，プラトンによる普遍的理念（イデー）とヒポクラテスによる個々の対象や出来事（個別対象）が両軸である。この2つの基本軸が医学を含めてその後のあらゆる学問の取り組み姿勢になっている。演繹論か帰納論かという軸でもある。内包規定か外延規定かという，最近の精神科診断の姿勢もまさにここに収斂する。医学の歴史においては，こうしたプラトン派とヒポクラテス派の交代が繰り返されている。

17, 18世紀にはプラトン派が主流であり，シデナムやリンネのように「種」の概念からの疾患単位の追究がみられた。18, 19世紀にはヒポクラテス派へと傾き，「疾患があるのでなく病人がいるだけだ」というルソーの言葉にみられるように，疾患と正常の規程が質的偏倚でなく量的偏倚とみなされ，診断よりむしろ厳密な事実観察がウィルヒョーやピネルによって求められた。これらの振り子の動きは診断重視か治療重視かという両軸姿勢で捉えられる。

それが19世紀後半になると，コッホによる細菌学の進歩のように原因論に大きく傾き，精神医学ではカールバウムが精神病における「経過」指標の重視から疾患単位への方向性を導いた。これを受け継いだのがクレペリンであり，疾患単位理念を築いた。当時，グリーンガーの単一精神病論やホッへの症候群理論などもあったが，この頃のクレペリンの影響がいかに大きいかは，その後の精神科診断にクレペリンの2分論が残り，現在に至っていることからうかがえる。

20世紀には原因論的カテゴリーが医学の本流

となっていた。そのなかで精神医学では、ヤスパースがこうしたプラトンの指向への限界性を次のように指摘⁷⁾している。「疾患単位の理念が精神医学各論の研究にとって効果的な目標点であるという点において正しく、実際には存在していないという点において正当である」。彼のこの言葉は、精神科診断を1つの暫定的目標点とするものであり、原因論的に未解決な分野での立場として、最も射を射ているといえよう。

当時はさまざまな解釈が流行し、レインの反精神医学の立場もその1つである。しかし、大きく傾きを変えたのはスピッツァーによる操作的診断概念の登場⁹⁾である。ここでは疾患単位を棚上げにし、①信頼性向上を主眼においたコミュニケーション、②予防と治療目的、③理解しやすさという3点を明確な目的とした臨床単位の分類が行われた。振り子の流れが大きくプラトン派からヒポクラテス派に動いたのである。21世紀に入りさらにこの動きは強くなり、カテゴリー vs デイメンジョンではデイメンジョン側の形勢が有利となった。司法精神医学でも同じ動きがみられる。責任能力の判定の根拠となっていた不可知論による精神疾患の絶対的な位置づけが、可知論からの精神症状の量的評価による責任能力判定となってきた。疾患論から症状論への移行といえる。視点を変えると、質的偏倚から量的偏倚という18、19世紀にみられた姿勢が再びとられるようになってきたともいえる。

量的偏倚の解釈は最近の基本的な流れであるが、ヤンツァーリックや岩井らも、構造力動論のなかで単一精神病的連続体という概念⁶⁾を唱えている。この連続体という概念は拡大し、最近の精神科診断ではスペクトラム理論に発展している。スペクトラム理論が何も新しい概念でないことは、ピネルにみられた18、19世紀の量的偏倚解釈、レインの狂気と正気連続性の解釈、ヤンツァーリックの単一精神病的連続体など、振り子の流れから遡ればわかりやすい。最近では、スペクトラム理論は発達障害や強迫性障害などに限定されず、DSM-5での統合失調症の範疇にも用いられ

ている。DSM-5の出現は、こうしたカテゴリー vs デイメンジョンの振り子の動きの1つなのである。

III. DSM-5 診断の方向性

DSM-IV-TR から DSM-5 の改訂にあたって当初、デイメンジョン的な方向性が一気に進み、カテゴリーによる診断クラスターが遂に消失するのかもしれないが、結果はデイメンジョン的な方向からやや後退した。振り子が大きく振れて、戻ってきている。DSM-5では、多くの意見が取り入れられ、グローバリゼーションされたことによって、診断の信頼性を重視するという当初の主目的から、信頼性、安定性、妥当性の3点すべての向上にシフトが変えられた。元来、信頼性と妥当性は診断学的に相容れない方向性である。その結果、DSM-5では、ICDと同じくカテゴリー概念を引き継いだ中庸な診断となった。すなわち、振り子が後退したといえるのである。

DSM 診断がカテゴリー概念を帯びるとどのようなことになるのか。そもそも操作的診断は疾患概念を放棄し、コミュニケーション、コントロール、理解といった実践利用を目的とした類型診断だったはずである。その理念を理解したうえでの操作的診断の有用性はとても大きい。それが改訂によって類型診断にカテゴリー概念が組み入れられると、操作的に規定された類型診断そのものが物象化していく。こうしたリスクについては、すでにヤスパースが指摘⁷⁾していることであるが、DSM-5の診断基準に生物学的指標の使用も意図されていることをみると、元来の類型診断が疾患概念診断に移行しているともいえるのである。

こうした精神科診断の流れは、今後の再考の機会を与えているだろう。

IV. いつの時代もバランス感覚が必要とされる

最近では、健康という概念について、病気にならないということに限らず、病気であっても元気な生活ができるといった要素も組み入れられている。こうしたバランス感覚が、現代社会では医師にも求められる。

物事に対する評価・解釈（物差し）が複数あるのは何ら不思議なことではない。そうしたなかで、バランス感覚とは物差しを状況や用途に応じていかにもうまく使い分けていくかである。ある状況を1つの物差しで評価したとき、その結果にメリットとデメリットが生じるのは必然である。メリットをいかにもうまく引き出し活用するかが知恵ともいえる。現代の社会現象の多様化のなかで、どの業界・分野にも発想や対処の柔軟性が要求される。こうした柔軟性は、状況や用途に応じての物差しの使い分けであり、多次元の指向性である。精神科における多次元の指向性については、以前¹⁰⁾に私も取り上げた。リオタールの言うように、「大きな物語」の追求よりも「小さな物語」の共存の解釈が求められるといったポストモダニズムといえる⁸⁾。

著しく多様化する現代社会のなかで、精神医学のみに単一の指向性を求めることには無理を感じる。DSM-5の改訂において、診断の信頼性、安定性、妥当性の3点すべてに向上が求められるというグローバル化の動きは、まさに「小さな物語」に充足できず、「大きな物語」が追究されたことでもある。そこにはリスクも伴うことを心得ておかねばならない。そして、1つの診断体系ですべての用途に対応できるようなグローバル性を追求することよりも、目的に応じた個別診断の妥当性を利用することが現実的であろう。

精神科臨床のなかでは、DSM診断と伝統的精神医学、そしてエビデンス主義と経験主義はどちらも有用である。そのなかで、状況や用途においてバランスよく使い分けられることこそが求められる。さらに、視点が一方に偏っていく方向性のなかに、反省の兆しの時機を推し量るといった振り子の見方で全体的に捉えられることが必要なのである。

おわりに

——今後の精神科医のありかた——

このまま続くと、精神科医がAIに代わる時代が来るかもしれないという危惧が思い浮かぶ。患

者の状態を、自己評価を含めた質問紙法などでマニュアル評価すること、画像検査や脳波検査、血液検査などを判読すること、DSM-5診断を行うこと、DSM-5診断名に最適な治療薬を選択すること、CBTなどマニュアル化された治療を実行することなど。これらはいずれもエビデンスの蓄積された診断・治療手法のなかから最適なものを選択する作業過程である。こうして膨大な情報のなかから間違いなく適正なものを取り出すという作業はAIの最も得意なことである。今後は、この領域でのAI化が加速的に進むであろう。確かに、誤診をなくし、的確な診断・治療を施行するためにはこの方向性は必要である。しかし、この方向性は最近の「DSM」世代の精神科医自身が行っている精神科医療でもある。このままでは精神科医の医療がAIに代わっていくことになる。

元来、臨床精神科医は、患者の話をしっかり聞き、症状の裏にあるその人としての物語を聞くことが診療の原点である。こうした手技は、簡易に身につくものではなく、経験と先輩からの指導が大きい。まさに、経験主義が重要視され、アートの視点も入りうる分野であり、AIには難しいともいえる。

一方、この分野は今後増える公認心理師の得意とするところでもある。このことは、AIと公認心理師が活動する臨床の場では、うっかりしていると臨床精神科医の社会的必要性がなくなるかもしれないということで、極論でもないであろう。

さまざまな患者に対する診療において、先人の築き上げた臨床経験を最大の武器として、自らの精神科医としての人生経験をもとに、患者自身に「生きる意味」を気づかせること、こうした精神科医の真の役割について気づくことが、これからの「DSM」世代の精神科医に求められるのではないだろうか。

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, Third Edition Revised (DSM-III-R). APA, Washington, D.C., 1987 (高橋三郎訳: DSM-III-R 精神障害の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 1988)

2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV). APA, Washington, D. C., 1994 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 1995)

3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, text revision (DSM-IV-TR). APA, Washington, D. C., 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2002)

4) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 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)

5) 藤縄 昭: 精神医学における診断図式序説. 精神医学における診断の意味 (土居健郎, 藤縄 昭編). 東京大学出版会, 東京, p.1-26, 1983

6) Janzarik, W.: Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 1988 (岩井一正, 古城慶子, 西谷勝治訳: 精神医学の構造力動的基礎, 学樹書院, 東京, 1996)

7) Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 1948

8) Lyotard, J. F. (小林康夫訳): ポストモダンの条件—知・社会・言語ゲーム—. 水声社, 東京, 1986

9) Spitzer, R. L., Williams, J. B. W.: Classification in psychiatry. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 3rd ed (ed. by Kaplan, H. L., Sadock, B.J.). Williams & Wilking, Baltimore/London, 1980

10) 須賀英道: 「急性精神病」における多次元指向性—司法, 行政, 治療, 患者の存在様式—. 精神経誌, 113; 1241-1247, 2011

11) 内村祐之: 精神医学の基本問題—精神病と神経症の構造論の展望—. 医学書院, 東京, 1972

12) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文ほか監訳: ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン 新訂版, 医学書院, 東京, 2005)

What do Psychiatrists Using DSM-5 Need to Know of Wisdom of Traditional Psychiatry?

Hidemichi SUGA

Ryukoku University Junior College

In psychiatry, the level of research has been increasingly evaluated based on the hierarchy model which classifies evidence into different levels in recent years. Even in clinical research, systematic reviews and meta-analyses receive the highest regard, classified as Level 1, and case reports the lowest, classified as Level 5. This evidence-centered sense of value naturally grants priority to evidence-based clinical practice, which in turn can lead to under-evaluation of clinical experiences accumulated by our predecessors. With the value assigned to case reports lowered, practicing clinicians in academia can also find clinical experiences with real patients less interesting, which is concerning. Clinicians used to see individual patients, their pathology and the meaning behind it, which constitutes the essence of descriptive psychiatry, which provides basis for the traditional psychiatry ; this attitude is increasingly rare to find in psychiatrists today. This climate in psychiatry has been reinforced by DSM-based diagnosis. The initial objective of DSM was to abandon the concept of disease and adopt operational diagnosis instead, and its clear goal was to provide improved reliability and thereby to provide practical utility in prevention and treatment, even at the expense of finding meaning in the sense of traditional psychiatry, i.e. validity. In those days many of the psychiatrists chose to use appropriate instrument depending on the purpose, including DSM, which was supported by post-modernism. However, once DSM, which was originally used mainly for research, walked in to the realm of clinical settings, demanding more focus on evidence, the concept of DSM started to be diffusive : this is most notable in DSM asking its users to find a meaning in the DSM-based diagnosis, which is operationalized, and further asking to see the clinical phenomenon in a categorical manner. I propose that we reconsider the basis of psychiatric diagnosis with an emphasis on gaining and accumulating knowledge from individual cases.

<Author's abstract>

<**Keywords** : traditional psychiatry, DSM-5, evidence-based psychiatry, psychiatric diagnosis>
