



ICD-11 における自閉スペクトラム症と パーソナリティ症——共通性と違い——

加藤 敏

ICD-11 は、パーソナリティ症と自閉スペクトラム症のいずれにおいてもストレス・状況関連性があり、一定の負荷の状況で症状が初めて出現するといった広義の状況論的・力動的視点を鮮明に打ち出している。さらに ICD-11 は、パーソナリティ症を自己機能と対人関係の 2 つの軸から捉える明解な包括的視点を提出している。自閉スペクトラム症の診断指標においては、対人関係のあり方が最重要となっているのでパーソナリティ症と重なる面があり、おのずと自閉スペクトラム症の診断に際してはパーソナリティ症との鑑別の必要性が出てくる機会が増えてくることだろう。こうした問題意識から、ICD-11 におけるパーソナリティ症と自閉スペクトラム症の重なりと違いについて論じたい。

索引用語

パーソナリティ症、自閉スペクトラム症、対人関係機能、生涯縦断的アプローチ、ストレス

はじめに

2013 年に DSM-5²⁾によって包括的な臨床単位の形をとった「自閉スペクトラム症」(autism spectrum disorder)が提唱されるに及んで、耳障りがよく誰にでもわかりやすい ASD が流行語になり、先行するアスペルガー障害の場合に輪をかけるように ASD と診断される事例の増加には著しいものがある。そこには過剰診断の傾向さえあるのではないか。診断学的にみると、言語機能が著しく低下している重篤な病態をもつ自閉症と、言語機能が豊かで知的にも問題がないアスペルガー障害を 1 つの連続体をなす病態と診るのは、かなり大胆である。他者を前に自身のことを「自分・僕（私）」などと発話できるまでのパーソナリティ

形成に至っていない重症の疾患レベルの病理と、小学校といった公的な場で（曲がりなりにも）「自分・僕（私）」の言語使用ができるまでのパーソナリティ形成がなされているパーソナリティ障害レベルの病理を同じ傘の中に入れ、異質な病理を一緒にしてしまった自閉スペクトラム症の臨床単位は、医療実践に従事する側の見地からして、また精神病理学の見地からして大きな問題をはらんでいると個人的に考える。

こうした問題を検討するうえで、2024 年 3 月に WHO から発表された『ICD-11 精神、行動又は神経発達 の疾患群のための臨床記述と診断要件』(Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements : CDDR)¹⁰⁾は、大いに参考になる。

実際 ICD-11 は、パーソナリティ症を自己機能と対人関

著者所属：小山富士見台病院/自治医科大学

編 注：本特集は第 120 回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに針間博彦（東京都立松沢病院）を代表として企画された。

受 付 日：2024 年 12 月 23 日

受 理 日：2025 年 6 月 17 日

doi：10.57369/pnj.25-124

係の2つの軸から捉える明解な包括的視点を提出しており、精神病理学的にも意味深い。自閉スペクトラム症については、DSM-5の自閉スペクトラム症概念を継承しながら、病態の出現につき踏み込んだ精神病理学的理解を行っている⁷⁾。自閉スペクトラム症の診断指標においては、対人関係のあり方が最重要となっているのでパーソナリティ症と重なる面があり、おのずと自閉スペクトラム症の診断に際してはパーソナリティ症との鑑別の必要性が出てくる機会が増えてくることだろう。そこで本稿では、『ICD-11精神、行動又は神経発達疾患群のための臨床記述と診断要件』において自閉スペクトラム症とパーソナリティ症がそれぞれいかに位置づけられているのか、その違いと重なりに注目して、DSM-5²⁾、および筆者が提唱している「精神科臨床の基本視座」⁸⁾も必要に応じ参照しながら論じたい。

I. ICD-11 が打ち出す精神疾患を捉える基本的視点

まず、ICD-11が精神疾患を捉える基本的視点を2つ述べたい。いずれも、とりわけ自閉スペクトラム症とパーソナリティ症の病理の特徴をより明確にする意義をもち評価に値する。

1. 発達段階での出現様式

ICD-11は、気分症や統合失調症をはじめとした個別の精神障害について、児童・思春期から成人期、さらには高齢期までを視野のうちに含める生涯縦断的アプローチを試み、特に児童・思春期における発達段階での出現様式を記述する方式をとっている。乳幼児・児童精神医学と成人精神医学をつなぐ画期的な取り組みである。

2. ストレス、状況因の重視

ICD-11は、従来の心的外傷後ストレス症(PTSD)などに加え、〔(1) 幼児期の虐待などを要因とする〕複雑性PTSDと〔(2) 親しい人が亡くなった後、抑うつが長期に続く〕遷延性悲嘆症などを新設して、「ストレス特異的関連症群(disorders specifically associated with stress)」の臨床単位を提唱した。ここからも窺われるように、精神障害を最終的に事例化させる引き金として生活上のライフイベント、つまりストレスを重視する構えを鮮明にしている。このようにして、児童・青年・成人などライフステー

ジにおける「発達段階での表出様式」の項によって、精神障害を事例化させる準備因子として特に児童、青年が直面する対人・社会状況を重視する構えを打ち出しているのである。そこには、各種精神障害は多かれ少なかれストレス・状況関連性があり、一定の負荷の状況で症状はじめて出現するといった広義の状況論的・力動的視点が通底しているとみることができる⁸⁾(p.29~52)。

II. 自閉スペクトラム症

ICD-11における自閉スペクトラム症の診断の基本は、DSM-5を踏襲し、まずもって(DSM-5のA基準)(1)「対人的・情動的相互関係の障害」、次いで(B基準)(2)「行動、興味、活動の限定された反復的な様式」に求められる¹⁰⁾(p.124)。生涯縦断診断の視点から、新たに乳幼児期から成人期、ならびに初老期までの各発達段階に入ってはじめて自閉スペクトラム症と診断される際の個人の言語発達や行動様式がかなり詳しく提示されている。しかも自らの対人関係能力の弱点を補う「代償戦略」によってどの程度、直面した状況に適応できるのか、否かという状況適応・破綻の作業仮説をふまえ精神病理学的な論述もなされている。

1. 幼児期(infancy)

幼児期に自閉スペクトラム症の診断がつく事例につき、「自閉スペクトラム症の診断は、多く、4歳以上の学校に行く前の間に、特に全般性の発達の遅れにより診断がつく」と明記され、小学校に入る前に診断される事例が多いことを述べている。「全般性の発達の遅れ」は、対人関係障害だけでなく言語障害および知的障害があることを指し、古典的なカナー型自閉症にあてはまる一群が念頭におかれていると思われる。このカナー型自閉症において、「1歳から2歳の間に、初期の言葉の喪失と社会的応答性の喪失、つまり真の退行(regression)は稀だが、しかし意味深い」と、生まれた当初、言語発達を遂げ、家族などと交流の面でも成長をみていたのが、3歳になる前のある時から喋らなくなり、対人交流もなくなってしまう一群があることに注目し、児が生後獲得した技量が失われてしまうという「退行」事例が幼児期の自閉スペクトラム症に特徴的とする(下線筆者)。具体的には、認知能力、言語・社会技能の退行だけでなく、おむつへの逆戻り、失禁など身体機能の退行も挙げられ、そうした事例については、特定術語「以前

に獲得した技量の喪失を伴う」を使用することが指示されている¹⁰⁾(p.129)。一見類似の経過をとるレット症候群は、遺伝子疾患であることが判明し、自閉スペクトラム症から外されており、少なくとも現在のところ自閉スペクトラム症の病因につき、統合失調症や双極性障害と同じく決定的な特定の遺伝子の関与はないとされている。

「以前に獲得した技量の喪失を伴う」自閉スペクトラム症事例が、自閉スペクトラム症の病態にとって「意味深い」とするICD-11の指摘は評価に値する。「以前に獲得した技量の喪失を伴う」病的変化は、言い換えれば幼児期の心身の発達・成長に著しい屈曲が生じることを指す。Tellenbach, H.は『メランコリー』⁹⁾のなかで内因性の疾患は、人間の成熟過程における思春期や更年期など心身両面にわたる大きな組み換えを要請されるいくつかの危機をはらむ転機(Krise)に発症することに注意を促す⁹⁾(p.69)。内因性(Endogenität)は、人間の人生行路における成熟の事象を可能にする心身の区別を超えた領域である。そうすると、生後しばらく言語発達と社会性が順調に進んだにもかかわらず、ある時期から急速に児の存在の包括的な変化が生じ、まるで人が変わってしまう。

幼児期顕在発症の自閉スペクトラム症は、内因性の病態と捉えることが適切で、ICD-11もこの見解に近づいているように思える。

2. 就学前期 (preschool)

4, 5歳頃の就学前の子どもでは、自閉スペクトラム症の主要症状として他人との交流面では「仲間との社会的交流の欠如」「他人とのアイコンタクトの回避」「ひきこもり」だけでなく、他人から自分の体を触られることや、自分から他人の身体に触れることをいやがる身体面での他人との相互交流への抵抗も挙げられる。言語面では「言語の遅れ」に加え、「早熟だが社会的交流に使用されない」と記載される。確かに他の子どもに比べ大人の言葉を知っていて「早熟」なのだが、その言葉を他人には発さない自閉スペクトラム症児がいる。また、「社会的な想像的遊びの欠如」も挙げられる。これは、誰かが鬼になって遊ぶ「鬼遊び」が良い例だが、幼稚園などで仲間と一緒にの遊戲に参加しない自閉スペクトラム症児によく観察される特徴だろう。

「強迫的こだわり」に加えて、「すべての音や食べ物に対する感覚過敏がある」と感覚過敏も挙げられる。さらに感覚過敏が「根底にある社会的交流欠如を隠蔽することもある」という指摘もなされる。確かに、元来、社会的交流欠

如が根底にあるのに、感覚過敏が前景にでてしまうため、他人との交流障害がそれとして認められない事例が存在することだろう。

3. 学童期 (middle childhood)

学童期の項では、「知的障害を伴わない自閉スペクトラム症」が取りあげられ、「多く入学までは、ないし思春期では社会交流の問題によって仲間からの孤立が生じるまで、自宅以外での適応の障害は認められない」と、小学校に入学して新しい生活が始まり、顕在化する一群の事例があることに言及がなされる。顕在化の契機・過程として「慣れない経験に対し抵抗したり、日常の些細な変化に対して反応することが特徴的」、あるいは「細部にこだわり、柔軟性がない行動が目立つ」と、小学校入学といった「慣れない経験」が契機となり、対人関係の障害や強迫的行動が露呈してくる道筋が提示される。「この発達段階では、不安症状が明らかになる」とも記述される。「知的障害を伴わない自閉スペクトラム症」は、言語能力も目立った低下はない自閉スペクトラム症が多いと思われる。対人関係が不良となり、ひきこもりが前景に出てくる例が多いと思われる。

学校という集団行動を課される状況は、患者に新たな社会化を迫る負荷的な課題である。中学・高校生活が始まる思春期に入り事例化する自閉スペクトラム症についても同様である。従来の臨床単位に立ち戻るなら、いずれもアスペルガー障害にあたる事例だといえる。後に述べるICD-11でのパーソナリティ症の診断に基づくなら、「(人々と疎遠になる) 離隔を伴うパーソナリティ症」「制縛性を伴うパーソナリティ症」などと特徴づけられることだろう。

この発達段階では、不安症状が明らかになるという指摘は、自分の将来を案じ、また他人との相克関係に目覚め、不安な感情が生じることを述べているわけで、そこには集団・仲間を前にし、それとは区別された一つの主体・パーソナリティとして個の意識が曲がりなりにも成立していることが前提になっていることだろう。学童期に初めて顕在化する自閉スペクトラム症は、個人が年齢があがるなか、学校という新しい社会状況に適応することを課され、その課題解決がうまくいかず挫折した結果といえる。裂開相/内閉相⁵⁾という発病状況論の視座からするなら、学校という新たな公的な場に身をさらす裂開相において、自閉スペクトラム症が事例化し、ひきこもりという内閉相が著しくなると捉えられる。

4. 青年期 (adolescence), 成人期 (adulthood)

青年期において自閉スペクトラム症がはじめて事例化する顕在発症状況として、「仲間との関係性において社会的複雑性が増大することに対処する能力が、学業上の期待が増えた時に追いつかない」と論じる。つまり、学校に行く、学校の仲間と交流するなどの社会的課題をこなすうえで個人の能力が要請されることをふまえ、青年期に顕在化する事例では、学童期までは広義の社会的課題はなんとかこなしていたのが、青年期に高校、大学に入学する課題、一般に社会において青年として認められるための自律した個人として自己確立する課題など自己の社会化課題のレベルが上昇し、個人の対処能力を超え、代償不全に陥り、自閉スペクトラム症が事例化するとみる。これは立派な人間学的な発病状況論である。

「一部の人では、共存する精神行動障害により根底にある社会的交流障害 (social communication deficits) が隠蔽されることがある」とし、共存する精神行動障害として、抑うつ性障害が代表的であると述べる¹⁰⁾ (p.129)。実際、うつ病の診断で治療されている青年期の自閉スペクトラム症、また従来のアスペルガー障害の事例は多いはずである。「共存する精神行動障害が前面に出て、根底にある社会的交流障害が隠蔽される」という状況論的な見方は治療抵抗性のうつ病の治療にとり重要である。精神障害の病態に対し人格構造と生命力動の双方から病態に光をあてる構造力動論^{3,9)}からすれば、うつ病の診断は生命力動の視座からの診たてである一方、自閉スペクトラム症、またアスペルガー障害は人格構造の視座からの診たてといえる。なお、青年期に不安症と診断される事例で、うつ病と同様、青年期顕在化の自閉スペクトラム症が根底にある事例も少なくないだろう。「根底にある」といわれる「社会的交流障害」は、ICD-11 が自閉スペクトラム症の基本病理とする対人関係能力の障害にほかならないが、その要は自分が生まれた社会において自己を首尾よく社会化していく能力に乏しい病理を指すと理解してよいだろう。

青年期にはじめて顕在化する事例の症状について、「青年において登場する問題は、社会的孤立に対する反応、ないし不適切な行動の結果」とであると論じる。例えば、入社してまもなく、職場の仲間と一緒に仕事を進めていく課題についていけず、孤立してしまい、そこから抑うつ状態やパニック発作に陥ったり、あるいは解離発作や自傷行動といった病理が出現する、さらに会社に行けずゲーム依存が前景に出るといった異常を指しているだろう。

次の成人期の項では、成人期にはじめて顕在化する自閉スペクトラム症の病理について、ICD-11 は「代償戦略は2者関係 (dyadic relationships) では維持できている」、しかし3人以上から構成される「社会集団 (social groups) においては、不適切となる」という踏み込んだ精神病理学的見解も説く¹⁰⁾ (下線筆者, p.129)。このことは青年期にもあてはまると思われる。2者関係と3人以上から構成される社会集団の術語でもって自閉スペクトラム症の病理を理解するなかなか鋭い指摘である。

繰り返しを承知で述べると、青年期に問題が明らかになるまでは「代償戦略 (compensation strategies) は2者関係で維持できている」ところが「社会集団においては、不適切となる」との見解は、青年期自閉スペクトラム症では、自身と本人を支える補助自我となってくれる人物 (例えば母親) との「2者関係」で何とか仮の自我が保たれ社会生活が送れている。ところが、いざ一人で会社で上司の命令のもと、顧客を相手に営業の仕事をするといった、父性的他者が暗黙の裡に介在する「社会集団」のなかで一個の社会人として仕事を課されると、2者関係では通用しなくなり、破綻をきたす事態を説いている。

2者関係を基礎にした代償戦略によって曲がりなりに生活しているなか、3者関係を構築する社会化の課題で挫折するという理解の仕方は、人間学的精神病理学ないし精神分析的な発病状況論⁴⁾に通じる見解と考えられる。精神病理学の領域では、すでに統合失調症の顕在発症過程について、入社や婚約・結婚など、主体性を問われる状況におかれて、双数的関係で形成される想像的自我が代償不全をきたし精神病性の破綻をきたすというように、理論の骨格としてはほとんど同型の機制が提出されていたことを付け加えておきたい。

成人期に顕在化する自閉スペクトラム症についても、「成人において、社会的関係に対処する能力が試練にさらされることが増える」と、青年期の場合と基本的に同じ状況論的な理解が示される。例えば会社で仕事をする40歳の成人は、仕事課題の複雑さは増し、個人の能力を超えてしまい、成人期において自閉スペクトラム症の顕在発症をみるということだろう。仕事課題の複雑さが急上昇している現代の高度産業社会において、この種の自閉スペクトラム症は増えることが予測されるところである。青年期自閉スペクトラム症の顕在化促進因子に関し、「青年期に最初に診断を下されることは、自宅や仕事での挫折によって促進される」と仕事に加え、自宅も挙げている。自宅での

自閉スペクトラム症顕在化は、父親から母親との癒合的關係から脱し、自立化するよう厳しく論される、補助的自我だった母親などが死亡し、当人の支えだった二者關係が失われるなどの家庭生活面での変化が挙げられるのではない。

また、青年期、成人期に自閉スペクトラム症が顕在化することを防ぐ側面として、「特別な興味をもっていること、また何か集中するものをもっていると、学校や仕事において患者に症状を出させない、有利」だと述べる。当人を集中させる「興味」「何か」は、仕事でも当人が研究心をもって生きがいであるかのように仕事に打ち込むならば、仕事が当人に支えになり、仕事自体が補助自我の役割を担っているといえる。楽器演奏や絵画作成などの趣味をもつことも同断である。これらは、広義には強迫的な反復行動の性状をもっていることを確認しておきたい。

成人期自閉スペクトラム症の最後のところで、「作業環境は、個々の能力に合わせて調整する必要があるかもしれない」という指摘もなされている¹⁰⁾(p.129)。青年期、成人期の自閉スペクトラム症は、個人の弱点を考慮して職場また学校といった環境を調整することで、発病予防、再発予防が可能とみるこの見解はなかなか思い切った提言である。ICD-11は、仕事負荷が増えたことによる労働者の心身疲労を「職場の現象」としての燃え尽きと捉え重視している。燃え尽きの予備軍として、自閉スペクトラム症の特性をもつ個人を入れていることが考えられる。

5. 青年期、成人期自閉スペクトラム症の診断要件

以上のように、青年期、成人期の自閉スペクトラム症については顕在化機制にも考察がおよび周知な記述がなされている。ただし、青年期、成人期の自閉スペクトラム症について、次のような診断要件を求めている。DSM-5の「症状は発達早期に存在していなければならない」²⁾(p.49)と規定するC基準にあたる項目につき、ICD-11の自閉スペクトラム症では、「いつも児童期において社会的交流と関係性に問題がある。しかし、これは後で振り返ってはじめて明らかになるかもしれない」¹⁰⁾(下線筆者、p.129)と述べている。このことから、ICD-11において、自閉スペクトラム症は原則、乳幼児期に発症する精神障害であると位置づけていることがわかる。ただし、代償の機制により乳幼児期には診断基準を満たすだけの障害は認められず、青年期に対人関係障害また強迫的反復行動が目立ち、自閉スペクトラム症の顕在化する事例があることを認めている

のである。言語能力と知能が保たれている従来のアスペルガー障害は、これにあたりと考えられる。したがって、ICD-11でアスペルガー障害つまり高機能自閉スペクトラム症と診断するには、乳幼児期の何らかの対人関係障害あるいは強迫があることを診断の必要条件としている。

この点は、DSM-5でも同様であることを付け加えておく。次の文言はなかなか強い。

「乳幼児期を通じて通常の持続的な相互的友情関係や良好な非言語的コミュニケーション技能をもっていたという報告(両親または他の親類による)があれば、自閉スペクトラム症の診断は除外されるだろう」²⁾(p.55)。

DSM-5はこのような除外規定を明示したうえで、自閉スペクトラム症は原則、乳幼児期発症の精神障害であるという見方を堅持しているのである。そこでは、「社会的要求が能力の限界を超えるまでは症状は完全に明らかにならないかもしれない」²⁾(p.49)という文言も加わり、乳幼児期に代償がなされ、症状がわずかにはあるものの、診断基準を満たすほどの明らかな問題を呈していない事例もあることを認めている。いずれにせよ、乳幼児期に「通常の持続的な相互的友情関係や良好な非言語的コミュニケーション技能をもっていた」「全く問題ない」事例は含まないとみる。自閉スペクトラム症は基本的に乳幼児期に発症する病いであるとする見解は、精神病理学的に正当で、人間がこの世に生まれて最初の課題達成の挫折形態こそ、乳幼児期発症の自閉スペクトラム症である。

乳幼児期発症事例を自閉スペクトラム症の中核と据える姿勢は重要である。日本では、そうした問題意識が希薄であるように思う。メンタルクリニックなどで青年を自閉スペクトラム症、あるいはアスペルガー障害と診断する際、この発病時期の規定を満たしていない事例が多いのではないか。この推論的診断も、わが国における自閉スペクトラム症の著しい増加の一因になっているように思う。

6. 代償能力

ICD-11は、「一部の自閉スペクトラム症患者は多くの社会脈絡で例外的な努力をして問題なく活動できる、それゆえ、障害は他人にわからないこともある」と、自閉スペクトラム症の代償能力に注目している¹⁰⁾。また、DSM-5でも周囲の支援を要する程度を表す重症度の特定にあたっての注意事項を述べる際、自閉スペクトラム症において「重症度は状況によって変化し時間とともに変動する場合がある」という認識をもつ」必要が説かれている²⁾(p.50)。そし

て、自閉スペクトラム症の「症状の発展と経過」の項で、次のように明言される。「変性疾患ではなく、生涯を通して学習や代償をし続けることが一般的である」²⁾(p.55)。これは障害を跳ね返すレジリエンスの力があることの指摘である。もっとも、ICD-11、DSM-5 がともに自閉スペクトラム症について強調する代償能力は何も自閉スペクトラム症の特性ではなく、創作活動といったレジリエンスの過程により事例化しない統合失調症や神経症が稀ではないことから明らかなように、他の精神障害にも認められることを指摘しておかねばならない。

それはともかく、たえざる動きのなかで広義の力動的視点から自閉スペクトラム症を把握する姿勢は大いに評価に値する。このような柔軟な考え方は、環境調整また治療介入によって改善の見込みが大きいことを表明しており、好感がもてる。そこには、中核自閉症の段階からパーソナリティ障害レベルの段階へと著明改善をみる事例も念頭におかれていることだろう。あわせてすでに論じたように ICD-11 では、小学・中学・大学・就職といった一連の社会化課題を契機に自閉スペクトラム症が顕在化すると、状況論的な発症理解を強調する。要するに ICD-11 は、自閉スペクトラム症を状況論的な観点とレジリエンスの観点の双方から理解する姿勢を示しているのである。こうした把握は ICD-10 または DSM-IV-TR¹⁾ までの広汎性発達障害にはなかったことで大きな進歩である。そもそも、病態が患者のおかれた状況の影響を受ける、病態が人と人との相互作用のなかにあるという精神疾患の状況相関性・依存性は、原理的には、統合失調症、双極症、うつ病など多くの精神疾患に認められることも付言しておきたい。

さて、もしも青年期また成人期に横断的に自閉スペクトラム症の診断基準を満たすものの、乳幼児期には全く問題がなかった事例はどのような診断が妥当になるのだろうか。その場合に、パーソナリティ症の診断が検討されてよいと思われる。そこで次に、パーソナリティ症について簡単に述べる。

Ⅲ. パーソナリティ症

「パーソナリティ症及び関連特性群」と銘打たれた ICD-11 のパーソナリティ症では、きわめて大胆な新しい機軸が打ち出されている¹⁰⁾(p.553~569)。DSM-5 との関連でいえば、第3部で従来のパーソナリティ症分類を補足する形で提示されていたパーソナリティ症群の代替

DSM-5 モデル（以下、代替 DSM-5 モデル^{2,6)}）の全般的把握の仕方を継承しつつ、新たに生涯縦断的視点や状況論的・力動的視点を提示し、高い理論水準へと練り上げられている。このように装いを一変させた広義の「精神病理学総論」的な問題枠からのパーソナリティ症の臨床記述は、これまでなされてこなかったように思う。訳語は、本学会の ICD-11 委員会が採用している（現段階での）訳に準じている。

1. パーソナリティ症の診断指標

1) 「自己機能障害」と「対人関係機能障害」

パーソナリティ症は、「自己」と「対人関係」の2つの側面から、それぞれの機能障害、つまり「自己機能 (self-functioning) 障害」と「対人関係機能 (interpersonal functioning) 障害」によって定義される。そこには正常なパーソナリティを、i) 自分の拠り所をもった「アイデンティティ」をもつ、ii) 自分の存在に肯定的な価値を見いだす、iii) 将来へ向けた「自己志向性」をもつといった「自己機能」を保持し、他者と親密な関係を確立できる、他者の観点を理解できる、他者との対立に首尾よく対処できるといった「対人関係機能」を保持できることを求めるという前提がみてとれる。

ICD-11 におけるパーソナリティ症の診断の必須条件は、i) 自己機能の問題および/または対人関係機能不全を特徴とする長期にわたる異常、ii) 異常は、長期にわたり持続している（たとえば、2年以上）、iii) 「異常は、認知、情動体験、情動表出、および行動の非適応的な（たとえば、柔軟性を欠く、または統制が不十分な）パターンに表れる。ただし、そのようなパターンの表出は、特定の種類の状況により一貫して生じうる一方、他の状況では生じないこともある」¹⁰⁾（下線筆者、p.554~555）などである。

パーソナリティ症は、従来、青年期または成人期早期から現れ、社会に適応不全をきたす柔軟性を欠く行動パターンの持続と定義され、本人がおかれた状況は診断学的にはあまり顧慮されていなかったように思う。ICD-11 では、「そのようなパターンの表出は、特定の種類の状況により一貫して生じうる一方、他の状況では生じないこともある」と明記している点に特徴がある。確かに、本人にとって負荷がかからない状況では、自己機能や対人関係機能の障害が露呈しないこともある。

また、生育者からの虐待など逆境体験に遭った場合に、パーソナリティ症が事例化するという視点が主張されてい

る。これは評価に値する。だとすると、パーソナリティ症は生れてからの養育環境に始まる発達過程での自己の社会化に不全をきたしているパーソナリティ病理と位置づける姿勢がみてとれるように思える。パーソナリティの発達には、生物学的素因とともに、心理的要因が重要となるわけで、精神分析が明らかにした首尾よい対象関係のなかでの自己・対人関係機能の確立というあり方が1つのモデルだろう。発達過程での病理が、多忙な職場に入って顕在化したり、あるいは異性との関係のなかで顕在化することもあるだろう。

パーソナリティ機能の障害は発現する領域が、「個人生活、家族生活、社会生活、学業、職業」などと明細化されている点も特徴的である。どの社会状況で問題になるかに注意する姿勢は、パーソナリティ症の内実を知るうえで有益だと思われる。

2. 軽度・中等度・重度パーソナリティ症、状況論的・動的視点

パーソナリティ症は自己機能ないし対人関係機能の障害の重症度に応じ、軽度、中等度、重度に区別される。

例えば軽度パーソナリティ症では、以下のように診断に必要な特徴が挙げられる。

「自己機能のいくつかの領域でみられるが、すべて障害されているわけではない」(たとえば、自己志向性の問題はあるが、アイデンティティや自己価値については安定性と一貫性があり、問題ない)「または、障害による影響がすべての領域でみられるが重症度は軽度であり、状況によっては表面化しない場合もある」。「対人関係の多く、または期待される職業上あるいは社会的な役割を果たすうえで問題があるが、維持できている関係がある、および/または遂行できている役割がある」。「軽度パーソナリティ症は、個人生活、家族生活、社会生活、学業、職業または他の重要な機能領域において著しい苦痛または機能障害と関連しうるが、それは特定の領域に限定されるか(たとえば、交際関係、雇用)、あるいはより多くの領域でみられるがより軽度である」¹⁰⁾(p.556)。

これをふまえ、軽度パーソナリティ症の具体例がいくつか提示される。例えば「自己肯定感を傷つけられると回復が困難である」「ほんの些細なつまずきにも対処が困難である」、他者と「途切れてしまう関係もあるが、より一般的には間欠的あるいは頻繁なマイナーな衝突が特徴である」「ストレス下では状況や対人関係の把握にいくらか歪みが

生じることがあるが、現実検討は保たれる」¹⁰⁾(下線筆者、p.556)など。

以上の具体例から窺われるように、ICD-11の軽度パーソナリティ症は、個人とその人がおかれた状況との関係に注目し、自傷や他害までの逸脱行動には至らず、人間としての最低限の掟は守れるレベルである。そして(負荷がかからない)「状況においては表面化しない場合もある」一方、「ストレス下」といった特定の状況、特定の生活領域で初めて自己機能や対人関係機能の障害が露呈するといったように、個人がおかれた状況との関係性に注目した柔軟性をもつ動的理解をする姿勢を示している。そこには、個人のパーソナリティのパターンは、生物学的素因をもった個人と家庭・学校・職場といった種々の環境とのあいだの絶えざる相互作用のなかで生成するという考えが根本に控えているように思われる。

中等度パーソナリティ症においても、状況論的・動的な視点が明確にみられる。「危機に陥ると、自己感は整合性を欠くことがある」「つまずきがあると、情動を統制できなくなり、しばしば非常に感情的になり、簡単に諦めてしまう」「ストレス下では状況や対人関係の把握に大きな歪みが生じることがある」、つまり「軽度の解離状態あるいは精神病様の思い込みや知覚(たとえば、被害観念)が生じることがある」などの具体例がそれである¹⁰⁾(下線筆者、p.557)。

3. パーソナリティ特性領域およびボーダーラインパターン

パーソナリティ症の診断に際し、またパーソナリティ困難と判断する際、「否定的感情(negative affectivity)」「離隔(detachment)」「非社会性(dissociality)」「脱抑制(disinhibition)」「制縛性(anankastia)」からなる5つの「パーソナリティ特性領域」を提唱している。そこでは、「否定的感情」「離隔」「非社会性」「脱抑制」「制縛性」などのパーソナリティ特性は正常者にも認められ、潜在的なパーソナリティの構造であるというなかなか踏み込んだ論点が打ち出されている¹⁰⁾(p.559)。

さらに5つのパーソナリティ特性とは別に、「ボーダーラインパターン」を特定用語に加える。これらによって、パーソナリティ症の特徴を浮き彫りにすることが意図されている。こうして、パーソナリティ症は従来の特定の下位分類の代わりに、「パーソナリティ症、軽度、否定的感情および制縛性を伴う」、あるいは「パーソナリティ症、重度、非社会性および脱抑制を伴う」、また「パーソナリティ症、

中等度、否定的感情、非社会性、および脱抑制を伴う、ボーダーラインパターン」などと記述される。

IV. 自閉スペクトラム症 vs パーソナリティ症

ここまでみてくると、最初に論じた自閉スペクトラム症についていえば、そのパーソナリティ機能を評価するなら、パーソナリティ症の診断がつく自閉スペクトラム症はかなりあるはずである。そのため、とりわけ青年期や成人になって顕在発症する高機能自閉スペクトラム症の事例については、パーソナリティ症との鑑別をめぐる議論を呼ぶことが考えられる。

そもそも病態の基本的な把握の仕方からして、自閉スペクトラム症とパーソナリティ症には共通性が多い。まず、ともに対人関係機能のあり方に注目するので、人格構造に焦点をあてることで共通している。次いで、顕在発症の状況を自閉スペクトラム症では学校などに入学する「慣れない経験」や「危機」に直面すると言ひ表し、パーソナリティ症では「ストレス下」と述べ、顕在化を導く発病状況論が適用される点でも共通している。

軽度パーソナリティ症の具体例を再び引用するなら、ある状況で、例えば職場で上司に注意されて「自己肯定感を傷つけられると回復が困難である」、職場でのミスといった「ほんの些細なつまずきにも対処が困難である」、職場の仲間と「途切れてしまう関係もあるが、より一般的には間欠的あるいは頻繁なマイナーな衝突が特徴である」¹⁰⁾（下線筆者，p.556）といった対人関係、これに代償的な性状をもつゲーム依存などの反復的行動や過剰な確認などの強迫的行動が加わると、青年期あるいは成人期自閉スペクトラム症の診断を考慮する必要がある。また、中等度パーソナリティ症について提示される、「危機に陥ると、自己感の整合性を欠くことがある」「つまずきがあると、情動を統制できなくなり、しばしば非常に感情的になり、簡単に諦めてしまう」「ストレス下では状況や対人関係の把握に大きな歪みが生じることがある」¹⁰⁾（下線筆者，p.557）といった自己機能の不全が加わる対人関係不良も、これに反復的行動ないし強迫的行動が加わると、青年期自閉スペクトラム症あるいは成人期自閉スペクトラム症の診断を考慮する必要がある。さらに「個人が自身、他者および周囲について体験したり考えたりする様式における少なくとも2年間にわたる困難」「社会、職業、および対人関係で顕著な断絶を引き起こすほどには重度でないか、あるいは

は特定の関係性または状況に限定される」対人関係不全は、青年期自閉スペクトラム症でも認められることもあるだろう。

自閉スペクトラム症をパーソナリティ症から区別する決定的と思われる鑑別の肝は、先に述べた「幼小児期を通じて通常の持続的な相互的友情関係や良好な非言語的コミュニケーション技能をもっていたという報告（両親または他の親類による）があれば、自閉スペクトラム症の診断は除外されるだろう」²⁾（p.55）というDSM-5の除外規定と符節を合わせ、「いつも児童期において社会的交流と関係性に問題がある」「これは後で振り返って初めて明らかになるかもしれない」¹⁰⁾（下線筆者，p.129）とICD-11が強調しているように、自閉スペクトラム症の病理が児童期に認められることを条件としている点である。そこでもしも、この規定を厳密に適用するなら、学童期や青年期に対人関係不全が病態の前景に出ており、反復的・強迫的行動が多少とも加わっている事例で、児童期において異常を認めない事例は、自閉スペクトラム症と診断できず、むしろパーソナリティ症の診断が妥当となることだろう。ICD-10におけるアスペルガー障害では小児期の異常は診断要件としておらず、思春期の異常だけで診断ができた。この場合のアスペルガー障害はICD-11ではパーソナリティ症と診断することになるのではないか。大きな診断の変更である。この改変は、精神病理学の見地からするなら、自閉スペクトラム症の過剰な診断に歯止めをかける正当な見解だと思う。そうすると、自閉スペクトラム症過剰診断の一部は、「離隔の特性をもつ/制縛性の特性をもつ軽度、ないし中等度パーソナリティ症、中等度、離隔、および制縛性を伴う」と診断されることだろう。

興味深いことにICD-11では、生涯縦断的な問題意識からパーソナリティ症の前兆が幼児期に出現することも認めている。青年期前の子どもでも「顕著な不適応的な特性が観察されることはあり」、これが「青年期および成人期のパーソナリティ症の前兆」とみなされる事例もある。例えば、「共感性の欠落（非社会性の一側面）や完璧主義（制縛性の一側面）が、非常に幼い子どもにもみられることがある」という見解も表明されている¹⁰⁾（p.566）。もしも「共感性の欠落（非社会性の一側面）や完璧主義（制縛性の一側面）が幼児期に現れるなら、DSM-5に照らせばさまざまな自閉スペクトラム症の診断が下されることだろう。しかし、ICD-11は「パーソナリティ症の前兆」と診る見地もあることを表明しているのである。この種の幼児期事

例について、自閉スペクトラム症とパーソナリティ症の診断が重なることは、2つの臨床単位が病態として強い近縁性をもって構想されていることは明らかだろう。

ICD-11における自閉スペクトラム症とパーソナリティ症の鑑別に関し、自閉スペクトラム症の項では、「一部の自閉スペクトラム症を持つ患者に認められる、社会的交流、また社会的相互性の技能が制限されているため、自己の関係を築き、維持することが困難なのは、一部のパーソナリティ症の困難に類似するかもしれない」としつつ、「しかし、パーソナリティ症は、自閉スペクトラム症とは違い、反復的で制限された行動パターンは特徴的ではない」¹⁰⁾ (p.133) と述べている。つまり、対人関係障害では自閉スペクトラム症とパーソナリティ症は共通し、区別がつかないことがあることを認めつつ、反復的で制限された行動パターンはパーソナリティ症に「特徴的ではない」ことを鑑別点に挙げている。しかしながら、パーソナリティ症の特徴づけでは、「制縛性の特徴を持つパーソナリティ症」が挙げられていることから、ICD-11 が説いている自閉スペクトラム症とパーソナリティ症の鑑別はなかなか微妙であることが推察される。

ICD-11 は自閉スペクトラム症の発症時期をあれだけ強調して児童期に求めていることからして、これをパーソナリティ症との鑑別点に挙げてよさそうに思うのだが、この指摘はない。それは、パーソナリティ症でも児童期に前兆が認められる事例があることを斟酌してのことだと思われる。このように厳密に突き詰めていくと、自閉スペクトラム症とパーソナリティ症の境界線は不明瞭になってしまう。パーソナリティ症について ICD-11 は、正常者との連続スペクトラムを構想する構えをみせている。自閉スペクトラム症についても正常者との連続スペクトラムを仮定することは理論的に十分可能である。自閉スペクトラム症とパーソナリティ症の境界を論じるうえで最も問題となるパーソナリティ症は、ICD-11 では「離隔を伴うパーソナリティ症」と特徴づけられるもので、従来のシゾイドパーソナリティ障害である。

DSM-5 で自閉スペクトラム症とシゾイドパーソナリティ障害の鑑別の項を読むと、非常に微妙な言い方がなされていることを付言しておきたい。シゾイドパーソナリティ障害の項目において、「シゾイドパーソナリティ障害をもつ人を自閉スペクトラム症の軽症型と区別するのは非常に困難であるかもしれない。自閉スペクトラム症の軽症型は、より強く障害された社会的交流および常同的な行動

や興味によって区別されるかもしれない」²⁾ (下線筆者、p.645) と述べられ、シゾイドパーソナリティ障害と自閉スペクトラム症両者の区別に関し断言的な表現がなくなり、両者を区別することは必ずしも容易ではないという表現がみられる。

さらに、シゾイドパーソナリティ障害が顕在化する時期として「小児期や青年期に明らかになる」²⁾ (p.644) と明記され、小児期において対人交流や感情表出の乏しさのため、「変わっているとみなされていじめにあうことがある」など例示している。この記述も発現時期が鑑別点にならないことを認めている論拠となるだろう。だとすると、自閉スペクトラム症とシゾイドパーソナリティ障害は幼児期からして明確な区別が難しい事例が少なくないことを示唆する。

おわりに

これまでの精神科診断分類では、暗黙裡に正常性が想定されるだけで、正常なパーソナリティに関する規定が正面から定義されることはなかった。地球規模で文字どおりのグローバル化が進む今日、他者と共生をして持続可能な世界をめざす以上、人間はより高い正常規範を遵守することが課される局面に入ったように思う。

こうした時代動向と符節を合わせ、ICD-11 は「将来へ向けた自己志向性」と「他者の観点を理解できる」ことなどを正常規範に掲げ、人々に高い正常性を求める布置をもっているのである。そこでは、個々人がいかに人々の役に立つ社会人となるのかという有用性の原理が支配している。ICD-11 のパーソナリティ症だけでなく、(特に青年期、成人期の) 自閉スペクトラム症も、高められた正常性と有用性の原理を規範にして診断指標が構想されている面が少なくないのではないか。その結果、パーソナリティ症と自閉スペクトラム症の隔たりが減り、相重なる面が増えることになったように思える。

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, 4th ed, Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, 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)
- 2) 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, p.755-774, 2014)
- 3) Janzarik, W. 著, 岩井一正, 古城慶子, 西村勝治訳: 精神医学の構造力動的基礎. 学樹書院, 東京, 1996
- 4) 加藤 敏: 分裂病の構造力動論—統合的治療にむけて—. 金剛出版, 東京, p.204-215, 1999
- 5) 加藤 敏: 統合失調症の語りと傾聴—EBM から NBM へ—. 金剛出版, 東京, p.102-135, 2005
- 6) 加藤 敏: 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. 精神経誌, 117 (2); 146-151, 2015
- 7) 加藤 敏: パーソナリティ症および関連特性群—正常なパーソナリティ機能とパーソナリティ症, パーソナリティ特性—. 精神経誌, 124 (4); 252-260, 2022
- 8) 加藤 敏: グローバル化時代の精神病理学—精神科臨床の基本視座—. 金剛出版, 東京, 2024
- 9) Tellenbach, H.: Melancholie: Problemgeschichte Endogenität Typologie Pathogenese Klinik. Springer, Berlin, Heiderberg, 1961 (木村 敏訳: メランコリー. みすず書房, 東京, 1978)
- 10) World Health Organization: Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders (CDDR) (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>) (参照 2025-04-14)

Autism Spectrum Disorder and Personality Disorder in Accordance with ICD-11: Commonality and Differences

Satoshi KATO

Oyamafujimidai Hospital
Jichi Medical University

ICD-11 vividly articulates situational and dynamic perspective in broad sense, in a way that both personality disorders and autism spectrum disorder first appear in certain burdensome situations.

In addition, ICD-11 provides a clear and comprehensive view of personality disorders from the two axes of self-functioning and interpersonal function.

Since interpersonal relationships are the most important diagnostic indicators for autism spectrum disorder, there might be an overlap with personality disorders, and there will naturally be more opportunities for the need to differentiate from personality disorders when diagnosing autism spectrum disorders.

With this in mind, the author would like to discuss the overlap and differences between personality disorder and autism spectrum disorder in accordance with ICD-11.

Author's abstract

Keywords personality disorders, autism spectrum disorder, interpersonal function, lifespan approach, stress