

もうパラダイムシフトは要らない！

——精神科診断学の現在——

黒木 俊秀✉

21世紀を迎える頃からDSM-III以来の精神疾患のカテゴリー（範疇）的診断モデルは強く批判されるようになった。精神疾患の分子遺伝学の所見、大規模な疫学研究が明らかにした併存症問題、パーソナリティ心理学におけるBig Five理論の確立、さらにはタキソメトリックによる精神疾患の潜在構造の分析などから、カテゴリー的診断モデルは、精神疾患の実体に合っておらず、むしろ、特定の精神機能や行動上の特性について正常範囲から最重症の病態までを連続性に捉えるディメンション（次元）的診断モデルのほうが妥当とする見解が強まったのである。一方、DSM-IIIが導入した操作的診断基準は、小児のコホート研究を促し、種々のリスク要因を負った小児の発達軌道においてさまざまな精神疾患が連続的に出現することを明らかにした。なかでもDunedin市の大規模な出生コホート研究では、連続的併存症問題に対する解答として、内在化群、外在化群、および精神症体験群の3因子による階層構造モデルと超高次因子として精神病理学的一般因子（ p factor）が提言されている。以上のようなカテゴリーからディメンションへの精神科診断学のパラダイムシフトに対して、科学哲学における多元主義の立場から慎重な意見もある。精神疾患の診断は、カテゴリーか、ディメンションかのどちらか一択ではなく、多様な選択肢を許容することによってこそ、精神医学の真の発展が約束されるのかもしれない。

索引用語

ディメンション、カテゴリー、連続的併存、精神病理学的一般因子、多元主義

はじめに

DSM-IIIに登場した操作的診断基準は、大規模な一般人口集団における精神疾患の疫学という新しい領域を切り拓いた。特に小児に成人の精神疾患の診断基準を適用するこ

とで、その発達における軌道（trajectory）を追跡するというコホート研究を可能にし、この診断基準は発達精神病理学の発展に寄与した¹³⁾。また、成人期における神経発達症と種々の精神疾患が高率に併存（comorbidity）することも明らかになってきた¹⁷⁾。こうして、発達の視点が小児思春期のみならず、成人期全般にわたって重視されるように

著者所属：中村学園大学教育学部

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柏木宏子（国立精神・神経医療研究センター病院司法精神診療部）を代表として企画された。

✉ E mail：kuroki.toshihide.570@m.kyushu-u.ac.jp

受 付 日：2024年11月29日

受 理 日：2025年7月14日

doi：10.57369/pnj.26-004

なったが、皮肉なことに DSM-III以降のカテゴリー（範疇）的診断の妥当性が疑問視されるようになった。

なかでも小児期になんらかの精神疾患を発症した者は、思春期青年期を経て成人期に至る軌道上にさまざまな精神疾患を多発することが明らかになり、その連続的な併存症問題への解答として精神疾患全体のメタ構造におけるディメンション（次元）的モデルが提唱されるに至った¹⁵⁾。こうしたパラダイムシフトは、ICD-11（2022年発効）の一部にすでに反映されており、今後の精神科臨床のみならず、多くの関連分野への影響は予断を許さない。

ここでは、以上のような、精神疾患診断のパラダイムシフトの背景とその現在地点について概説したい。

1. なぜディメンション的モデルが提起されたのか

1980年に発表された DSM-IIIは、20世紀後半における精神医学の革命とまで称された¹⁴⁾。アメリカ国内では、操作的診断基準という精神科診断学のパラダイムシフトが精神医学の再医学化として歓迎され、1970年代までの精神分析学一辺倒であった学界が方向転換する大きな転機となった。さらに DSM は、メンタルヘルスの専門職のみならず、一般の医療、行政機関、保険会社、司法関連など、関連するさまざまな分野で活用されるようになった。単にメンタルヘルス関係者の共通言語としてだけでなく、それ以上のコミュニケーション・ツールとして広汎に使用されるようになったのである。その結果、行政当局の政策決定や製薬企業のマーケット戦略など、社会的にも大きな影響力をもつようになったことは、DSM-IIIの開発にたずさわった人々でさえ予期し得なかった顛末であった。同時に、超大国アメリカの覇権を背景にして DSM は国際的にも普及し、世界保健機関（WHO）の国際疾病分類 ICD を超えて世界標準の診断分類体系として地歩を固めてきた。

ところが、21世紀を迎える頃から DSM 診断の妥当性に対する疑義が噴出してきたのである。その主な理由は、次のようにまとめることができるだろう。

1. 生物学的精神医学の新たな展開

1980年代は、操作的診断基準により診断の信頼性が担保されたことで、精神疾患の神経生物学的基盤が解明される日も近いと期待されていた。折しも脳神経科学が隆盛を迎え、精神疾患の研究にも基礎医学の研究者が多数参入す

るようになった。ところが、さまざまな神経難病の病因遺伝子が次々に解明されたこととは裏腹に、精神疾患に関しては際立った成果をなんら上げられなかった。さらにショッキングであったのは、21世紀初頭までに著しく発展したゲノム研究の結果、統合失調症や双極症、うつ病、自閉スペクトラム症などの主要な精神疾患に共通する病因関連遺伝子の存在が明らかになり、精神疾患の生物学的基礎は、そのカテゴリー的診断と必ずしも一致していないことが示唆されたことであった。DSM-IVの改訂作業が始まろうとする頃、生物学的精神医学の研究者たちのなかには、現行の DSM 診断が実は精神疾患の病因解明を阻んでいる元凶ではないのかと疑う者さえ現れた¹³⁾。その後、数万人単位の大規模なゲノムワイド関連解析（genome-wide association study：GWAS）が行われ、統合失調症や双極症において数十～数百に及ぶ関連遺伝子座が同定されたが、それらの遺伝子は複数の精神疾患に関与するものが多い^{24,28)}。さらに、稀な頻度ながら影響力の大きい遺伝子変異（レアバリエーション）の全エクソーム解析（whole-exome sequencing：WES）やコピー数多型（copy number variant：CNV）解析により、統合失調症では20以上の変異が見つかっている²⁷⁾。これらの所見は、精神疾患の発症にかかる複雑な多遺伝的要因の新たな理解をもたらすとともに、各疾患の定義の再検討を促している。

2. 併存症問題

操作的診断基準を用いて実施された一般人口集団を対象とする大規模な疫学調査は、多くの精神疾患の有病率が非常に高いことを示し、正常と異常の境界設定が疑問視された¹⁴⁾。

また、DSM-III-R以降、精神疾患同士の併存が認められるようになると、有病率の高い精神疾患の大部分が併存していることが明らかになった²¹⁾。特に全般不安症とうつ病の併存率は高い。さらにプライマリケアでは、診断基準の閾値下の不安、抑うつ、および身体化症状が混合した病態が最も多い（しかし、機能障害は重い）ことも知られてきた。

1990年代末、心理学者の Krueger, R. F. は、約8,000名余を対象とした大規模な疫学調査のデータを用いて DSM-III-R の精神疾患の併存パターンを確認的因子分析により解析した結果、2因子による階層構造モデルが最もよく適合することを見出した¹¹⁾。1つの因子は、その下位にうつ病や全般不安症、恐怖症、パニック症などが属した

ことから内在化 (internalizing) と命名され、もう 1 つの因子は、アルコール・薬物乱用や素行症、反社会性行動が含まれたことから外在化 (externalizing) と呼ばれた。この 2 因子モデルは、同じ上位の因子に属する精神疾患群が互いに併存しやすいことをよく説明した。また、I 軸 (精神疾患) と II 軸 (パーソナリティ症) がそれぞれ独立した因子を作らない点も注目された。2 因子モデルは、その後、追試され、双極症は統合失調症と共通の因子に含まれることも見出された。DSM-5 と ICD-11 では、こうした因子構造を各精神疾患群のカテゴリーの配列に反映させている^{1,30)}。

3. パーソナリティ特性の Big Five

1990 年代初頭、パーソナリティ特性の主要 5 因子理論 (Big Five) が確立すると、双生児研究において Big Five のディメンションが遺伝と環境の双方に等しく影響を受けていることが明らかになり、パーソナリティの生物学的研究が盛んになった⁴⁾。こうしたパーソナリティ心理学の進歩に呼応して、パーソナリティ症の基本症状は正常なパーソナリティ特性の不適応的変異と考えられるようになった¹³⁾。パーソナリティ症患者と一般の健常者、双生児から構成される大規模な集団を対象としたパーソナリティ症の表現型と遺伝構造との比較研究において、パーソナリティ症群と非パーソナリティ症群にまたがるパーソナリティ特性が、安定した構造を有し、パーソナリティ症のディメンション的な表現に一致していることも見出された¹⁸⁾。それゆえ、従来、カテゴリー的に分類されてきたパーソナリティ症も Big Five によってディメンション的に捉えるほうが妥当であると考えられるようになった。

4. 精神疾患の潜在構造の連続性

近年、タキソメトリック (Taxometrics) と呼ばれる統計学的分析法が開発され、さまざまな精神疾患の潜在構造を直接検証することが可能になった⁹⁾。その結果、うつ病にはかつて想定されていた内因性-非内因性的のように質的に異なる非連続的な潜在構造は存在せず、連続的であることが明らかになった²⁰⁾。さらに、不安症や双極症、精神症など、精神疾患の大部分とパーソナリティ症、および正常なパーソナリティに至るまで、連続的な潜在構造を有することが示唆された⁵⁾。パーソナリティのみならず、行動スタイルやジェンダー、性的指向など、人々の心理現象の個人差の大部分は潜在的に連続しているものであり、それは精

神疾患においても例外ではないとされる。潜在構造のレベルでは正常と異常の区別はなく、正常なパーソナリティと病的なパーソナリティ、そして精神疾患は、共通する因子構造を有している可能性がある。

以上のように、従来、異なる疾患単位 (disease entity) と考えられてきた精神疾患同士の間には、かつてイギリス精神医学の重鎮であった Kendell, R. E. が提唱した「自然の境界」も「希少域」も認められず⁷⁾、両者は漸次移行する可能性があるのではないか、おそらくは正常と異常の境界も同様ではないかと考えられる¹³⁾。したがって、DSM-III 以来のカテゴリー的診断モデルよりも特定の精神機能や行動上の特性について正常範囲から最重症の病態までを連続的に捉えるディメンション的診断モデルのほうが妥当とみなされるようになったのである。

パーソナリティ症のディメンション的診断モデルは、DSM-5 の開発段階で提唱され、ICD-11 に初めて採用された。すなわち、パーソナリティ機能の障害の重症度という単一のディメンションに基づき、軽度、中等度、および重症度の 3 段階に分類し、また重症度の特定用語として顕著なパーソナリティ特性である 5 つの特性領域が設けられた²⁹⁾。

II. 発達軌道における連続的併存

操作的診断基準の登場により最も光があたるようになった領域の 1 つに、児童精神医学が挙げられる^{13,15)}。というのも、成人の気分症や不安症の診断基準を小児に適用することで、その発達の軌道を追跡できるようになったからである。それらの研究は、精神科診断学に発達の視点をもたらした。例えば、神経発達症の軌道には質と量においてさまざまなバリエーションがあることがわかり、縦断的研究の重要性が改めて認識された。

近年の小児のコホート研究は、さまざまなリスク要因を負っている小児では、その発達軌道において複数の精神疾患が連続的に出現することを示している。22q11.2 欠失症候群では、年齢が上がるにしたがって、注意欠如多動症、自閉スペクトラム症、不安症、気分症、統合失調症などが好発してくる⁶⁾。小児期に劣悪な環境で養育されたルーマニア孤児の追跡研究も、年齢に応じて認知能力 (知的) 障害や自閉症、脱抑制型アタッチメント症、注意欠如多動症などに関連する症状が変化することを示しており、成人期を迎える頃になると抑うつや不安などのメンタルヘルスの問題も目立つという²³⁾。小児期の外在化症 (注意欠如多動

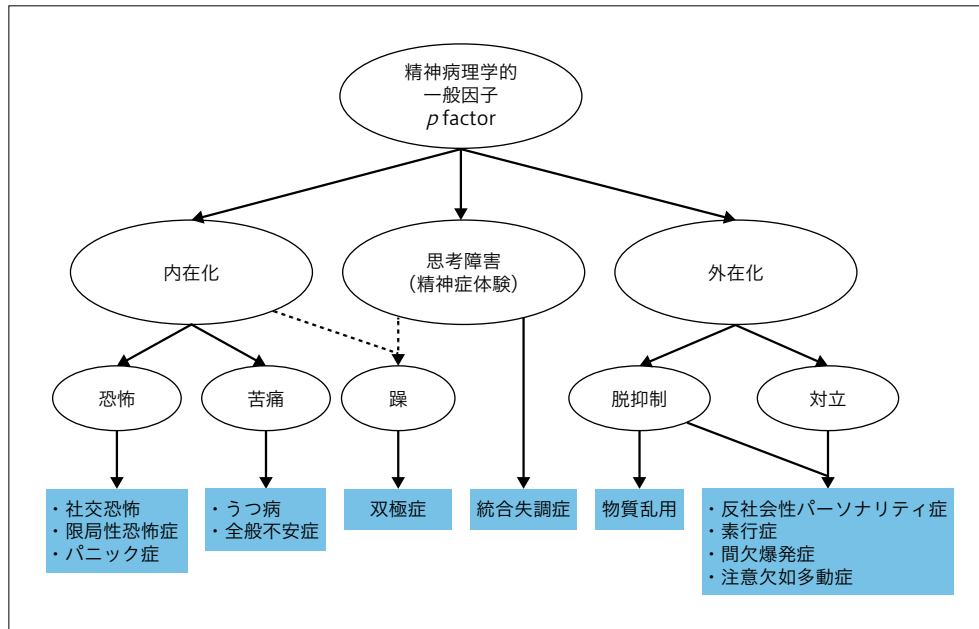


図 精神疾患群の高次因子構造
(文献 2, 10 を参考に著者作成)

症，反抗挑発症，素行症など）と成人期のうつ病発症の関連を示唆するコホート研究も少なくない¹⁹⁾。

ニュージーランドのDunedin市では，1972年度に出生した1,037名の小児全員を長期的に追跡調査するという大規模な出生コホート研究が行われてきた。11歳以降は，市外に居住している者であっても，数年おきに帰郷し，各種の精神医学的評価を受ける。1980年代より同研究にかかわってきたCaspi, A. とMoffitt, T. E. は，研究対象者には異なるカテゴリーに属する精神疾患同士の併存や精神症状の重複がきわめて多いと報告している^{2,3)}。11歳から36歳まで25年間にわたり数年おきに繰り返し診断面接が実施された結果，生涯に1つの精神疾患の診断基準を満たした者は66%が2つ目の疾患の基準を満たし，その53%が3つ目の疾患の基準を満たし，さらにその41%が4つ目の疾患の基準を満たしたという。思春期になんらかの精神疾患に罹患した者は，後年の面接ではさらに多くの精神疾患を併存していた。

先にも述べたように，大規模な疫学調査から成人においても主要な精神疾患の大部分は併存しやすいことがわかっている。Kruegerが示した2因子モデルは，こうした併存症問題に対する解答であり，精神疾患群全体のメタ構造を示唆したのであった¹¹⁾。

Kruegerは，CaspiとともにDunedin研究の診断面接データを用いて10種類の精神疾患について確認的因子分

析を行った結果，内在化群（うつ病，気分変調症，全般不安症，恐怖症，強迫症）と外在化群（素行症，大麻依存，アルコール依存）の2因子モデルが最も適することを見出した¹⁰⁾。このモデルも，やはり上位の同一の因子に含まれる精神疾患同士が高率に併存することをよく説明していた。

さらに，内在化群と外在化群の各因子に属する精神病理学的症候群に加えて，小児期における精神症体験が従来考えられてきたよりも比較的高率に存在することがわかってきた^{2,3)}。大部分は一過性のものであるが，一部は持続し，臨床的に重大な機能障害に至る可能性がある。精神症体験の因子は，幻覚や妄想の他，解体した思考形式，異常な信念，空想，解離などの症状にも対応している。

以上のように，精神疾患の併存症問題の解として内在化群，外在化群，および精神症体験群の3つの因子による高次構造（図）が提案されたが，これらの高次の因子でさえない程度で重複していた^{2,15)}。各因子は互いに高い相関を示しており，併存のパターンは必ずしも同一の因子に限定されず，診断横断的な広がり認められる。加えて，縦断的研究は，小児期における精神疾患の発症は，将来における同一因子の，あるいは他の因子に含まれる精神疾患の発症を予測することを示した。すなわち，不安症（内在化群）の小児が青年期以降はうつ病（内在化群）を発症することもあれば，薬物依存症（外在化群）に陥こともある。注意欠如多動症（外在化群）の小児が長じて統合失調

症（精神症体験群）を発症する場合もあるのである。これを Caspi たちは連続的併存（sequential comorbidity）と呼んでいる²⁾。また、親世代の精神疾患の罹患は、その子世代が精神疾患を発症するリスクを高めるが、同一の疾患を発症するというような特異的な影響はほとんどないという。

以上のように、多くの精神疾患の表出には大きな分散があることが共通してみられる。それも生涯を通してのみならず、世代を超えても認められる。この現象を説明するために、Caspi たちは「あらゆる形態の精神病理学的症候群を発症する個人の特性を総括する高次の 1 つの因子が存在するのではないか」と考えたのであった。

III. 精神病理学的一般因子 (p)

現在、認知能力（知能）は、階層性の因子構造をなすという理論が有力である。すなわち、細分化された多数の認知能力をとりまとめた広範な能力領域（流動性知能、結晶性知能、短期記憶、長期記憶・想起など）が上位に並び、さらに最上位にすべての能力を集約した一般知能（ g ）があるという三層モデル（Cattell-Horn-Carroll：CHC 理論）である。同様に、非認知能力であるパーソナリティのメタ構造にも階層モデルがあてはまると考えられており、Big Five の尺度間相関により上位の 2 因子（Big Two）が認められている。さらに、Rushton, J. P. と Irwing, P. は、その超高次因子として一般パーソナリティ因子（general factor of personality：GFP）を提唱している²²⁾。GFP は、因子分析により導かれる構成概念であり、その妥当性をめぐってはなお異論もあるが、Rushton らは、それが対人的なスキルや職業上の成果と相関することから、高水準の GFP は良好な社会適応に影響を与える可能性を示唆している。

Caspi らは、GFP に対応する精神病理学的一般因子（ p factor）が存在し、それは多様な連続的併存を説明するという仮説を提唱している^{2,15)}。彼らの仮説によれば、多くの子どもたちは広汎にさまざまな情緒的な障害や問題行動を示すが、短期間の精神疾患のエピソードを呈する者は比較的少なく、うち持続性の内在化もしくは外在化症群を発症する者はさらに少なく、ごく少数の者のみが p 因子の著しい負荷とともに重篤な精神疾患（精神症など）を思春期後半から若年成人期にかけて発症するという。こうした発達の進行には連続的併存が必ずみられ、さまざまな精神疾患の発症が連続し、次第に重症化してゆく可能性がある。

注目すべき所見として、成人期に至ってより重篤な精神病理症状を呈した一群のデータを幼児期にさかのぼって調べてみると、認知機能や言語、運動機能などの発達が遅く、衝動性が高かった^{2,15)}。多くの場合、精神疾患の家族歴があり、貧困のなかで育ち、虐待を受けていた。思春期ではトラウマ体験を受けやすく、薬物乱用や非行に走る者も少なくない。さらに炎症所見や脳の老化の兆候さえみられるという。

以上のように、 p 因子とは、生得的な素因に加えて小児期の有害な体験など、確かに精神機能の発達にネガティブな影響を与える要因の総体のようにみえる。したがって、Caspi らの仮説に対しては、多くの賞賛とともに批判も少なくない。

批判の代表的なものは、GFP と同様に p 因子にも対応する明らかな実体はなく、「ダークマター」や「見えない力」のような仮想の構成概念に過ぎないというものである^{2,15)}。例えば、統計解析上の人工産物（アーチファクト）ではないのかという疑問が根強くある。あるいは、数年おきの調査の際に自分自身について否定的（あるいは肯定的な）報告を行う研究対象者の個人差を反映しているのではないかと、一元的な原因ではなく、一元的な不幸な結果を p 因子が示しているのではないかという批判もある。

一方、Krueger らは、 p 因子を最上位の次元とし、その下位に内在化や外在化、思考障害（精神症体験）などのスペクトラムを配置するというような階層的構造モデルによる、従来のカテゴリー的分類にとらわれない新しい精神病理学的症候群の分類（HiTOP）を提唱している¹²⁾。彼らは、従来のカテゴリー的な診断基準のように専門家の合意や経験的判断に頼るのではなく、実地に得られた数量的データに基づいて各症候群を統計学的に決定することを提言している。したがって、精神科診断学におけるカテゴリーからディメンションへのパラダイムシフトを最も先鋭化させたものが、今のところ、HiTOP といえよう。

IV. パラダイムシフトと多元主義

ICD-11 のパーソナリティ症分類改訂作業部会は、ディメンション的診断モデルの採用にあたって、ボーダーラインパーソナリティ症のカテゴリーを例外的に「ボーダーラインパターン」という特定用語として残すという政治的妥協を飲まざるを得なかった²⁹⁾。ボーダーラインパーソナリティ症の臨床家や研究者、すなわち、カテゴリー支持派か

らディメンションの提案の撤回を強く求められたためである。

カテゴリー的診断モデルの限界を認めつつも、ディメンション的診断モデルに性急に傾倒することに慎重な識者は、他にもいる。Stein, D. J. らは、精神疾患の診断分類以外にも精神療法をはじめとするメンタルヘルス分野の斬新な試みの数々を包括的にレビューし、一連の新しい視点は将来への希望を抱かせるものの、なおパラダイムシフトを約束させるほどの十分な根拠がないという²⁵⁾。そのうえで、精神医学的なアセスメントと介入の改善は、急進的なパラダイムシフトではなく、少しずつ前進と統合を繰り返すことにより達成されるだろうと結論している。Stein らはまた、現代の精神医学が直面しているさまざまな課題を考えるうえで、科学哲学の思想を動員し、「精神医学の哲学 (philosophy of psychiatry)」として多元的な視点に開かれることを推奨している²⁶⁾。

DSM-5 開発における思想的中心人物であった Kendler, K. S. も精神医学における科学哲学の必要性を訴えている⁸⁾。彼が推奨するのは、科学哲学者の Cartwright, N. や Mitchell, S. D. が提唱した説明的多元主義 (explanatory pluralism) であり、それが生物学的還元主義よりも適切であるとしている。説明的多元主義は、すべての現象を科学的に説明できる単一の統一理論やモデルは存在しないという前提に立ち、自然界のさまざまな側面について、複数の多様な説明を受け入れようとするものである¹⁶⁾。世界を説明するために構築されるさまざまな理論やモデルの間には「つぎはぎ」のような関係があると考え、すなわち、異なる科学理論やモデルが現実の多様な側面を理解するために有用なものであり、統一されたフレームワークをめざすのではなく、そのような多様性を受け入れることにこそ価値があるというのである。

精神疾患の概念を説明するためのフレームワークとして説明的多元主義が優れている例として、Kendler はうつ病を挙げる^{8,16)}。うつ病の病態を説明するアプローチとその所見としては、遺伝学 (5-HTT 多型)、生理学 (前帯状回皮質膝前部の機能異常)、内分泌学 (グルココルチコイドとストレス反応)、免疫学 (マイクログリア)、学習心理学 (学習性無力感)、社会心理学 (回避行動) など、さまざまな水準がある。しかし、すべてのアプローチの所見を統一的に説明する理論を構築することは困難である以上、Kendler は、説明的多元主義のもとに『部分的統合』を目指して、『まだら状の還元主義』に取り組むべきである⁸⁾と

主張している。

Kendler の主張は、いかにもアメリカ特有のプラグマティズムの思想的文脈に則っている印象を受ける。DSM 改訂作業の開始と同期するように精神医学の哲学が強調され始めた点は興味深い、単に心理学者が中心になって推進しようとしているディメンション的モデルを牽制するのが目的ではないだろう。おそらく、精神疾患の診断はカテゴリーか、ディメンションかのどちらか一択ではなく、多様な選択肢を許容することによってこそ、精神医学の真の発展が約束されるという確信があるのではないだろうか。

おわりに

実は、DSM-III が発表される 5 年も前に、Kendell は、カテゴリーとディメンションのいずれを選択するかは、より微妙なバランスの取れた状態にとどまるだろうと、今日の論争を予見していた⁷⁾。「疾患のディメンション的な表現の支持者の多くは理論家である。臨床家はカテゴリーを好み続けるだろう。このように臨床家と理論家の意見が異なるべきではないという理由もない⁷⁾」という彼の慧眼には恐れ入る。

いまなお、精神疾患の概念や診断をめぐるさまざまな見解があることは、精神医学の混沌や停滞ではなく、むしろ人間の多様なあり方に開かれた豊かさなのかもしれない。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞

本論文の執筆に要した調査は、JSPS 科研費 JP24K06525 の助成を受けた。

文献

- 1) 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)
- 2) Caspi, A., Moffitt, T. E. : All for one and one for all : mental disorders in one dimension. *Am J Psychiatry*, 175 (9) : 831-844, 2018
- 3) Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., et al. : Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Netw Open*, 3 (4) : e203221, 2020

- 4) Goldberg, L. R. : The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychol Assess*, 4 (1) ; 26-42, 1992
- 5) Haslam, N., McGrath, M. J., Viechtbauer, W., et al. : Dimensions over categories : a meta-analysis of taxometric research. *Psychol Med*, 50 (9) ; 1418-1432, 2020
- 6) Jonas, R. K., Montoyo, C. A., Bearden, C. E. : The 22q11.2 deletion syndrome as a window into complex neuropsychiatric disorders over the lifespan. *Biol Psychiatry*, 75 (5) ; 351-360, 2014
- 7) Kendell, R. E. : The Role of Diagnosis in Psychiatry. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1975
- 8) Kendler, K. S. : Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry*, 162 (3) ; 433-440, 2005
- 9) 北村俊則 : 精神に疾患は存在するか. 星和書店, 東京, 2017
- 10) Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., et al. : The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R) : a longitudinal-epidemiological study. *J Abnorm Psychol*, 107 (2) ; 216-227, 1998
- 11) Krueger, R. F. : The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 56 (10) ; 921-926, 1999
- 12) Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., et al. : Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*, 17 (3) ; 282-293, 2018
- 13) Kupfer, D. J., First, M. B., Regier, D. A. : A Research Agenda for DSM-V. 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)
- 14) 黒木俊秀, 神庭重信 : DSM-5 時代の精神科診断. DSM-5 を読み解く 1—神経発達症群, 食行動障害および摂食障害群, 排泄症群, 秩序破壊的・衝動制御・素行症群, 自殺関連— (神庭重信, 神尾陽子編). 中山書店, 東京, p.1-22, 2014
- 15) 黒木俊秀 : 発達の視点に基づく精神科診断学の最前線. *そだちの科学*, 42 ; 2-8, 2024
- 16) 黒木俊秀 : 臨床心理学における多元主義とは? —特集にあたって—. *臨床心理学*, 24 (3) ; 265-269, 2024
- 17) Lai, M. C., Kasse, C., Besney, R., et al. : Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population : a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 6 (10) ; 819-829, 2019
- 18) Livesley, W. J., Jang, K. L., Vernon, P. A. : Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 55 (10) ; 941-948, 1998
- 19) Loth, A. K., Drabick, D. A. G., Leibenluft, E., et al. : Do childhood externalizing disorders predict adult depression? A meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol*, 42 (7) ; 1103-1113, 2014
- 20) 奥村泰之, 坂本真士 : 抑うつとの連続性議論—より質の高い研究に向けての提言—. *心理学評論*, 52 (4) ; 504-518, 2009
- 21) Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., et al. : The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry*, 166 (6) ; 645-650, 2009
- 22) Rushton, J. P., Irwing, P. : The General Factor of Personality : Normal and Abnormal. Wiley-Blackwell Handbook of Individual Differences (ed by Chamorro-Premuzic, T., von Stumm, S., et al.). Blackwell Publishing, Hoboken, p.132-161, 2011
- 23) Sonuga-Barke, E. J. S., Kennedy, M., Kumsta, R., et al. : Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation : the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian adoptees study. *Lancet*, 389 (10078) ; 1539-1548, 2017
- 24) Stahl, E. A., Breen, G., Forstner, A. J., et al. : Genome-wide association study identifies 30 loci associated with bipolar disorder. *Nat Genet*, 51 (5) ; 793-803, 2019
- 25) Stein, D. J., Shoptaw, S. J., Vigo, D. V., et al. : Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century : paradigm shifts versus incremental integration. *World Psychiatry*, 21 (3) ; 393-414, 2022
- 26) Stein, D. J., Nielsen, K., Hartford, A., et al. : Philosophy of psychiatry : theoretical advances and clinical implications. *World Psychiatry*, 23 (2) ; 215-232, 2024
- 27) Sullivan, P. F., Yao, S., Hjerling-Leffler, J. : Schizophrenia genomics : genetic complexity and functional insights. *Nat Rev Neurosci*, 25 (9) ; 611-624, 2024
- 28) Trubetskoy, V., Pardiñas, A. F., Qi, T., et al. : Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia. *Nature*, 604 (7906) ; 502-508, 2022
- 29) Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., et al. : The development of the ICD-11 classification of personality disorders : an amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annu Rev Clin Psychol*, 15 ; 481-502, 2019
- 30) World Health Organization : Personality disorders and related traits. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (2025-01) (<https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#37291724>) (参照 2025-09-29)

No More Paradigm Shift :

An Overview of the Current State of Psychiatric Diagnosis

Toshihide KUROKI

Faculty of Education, Nakamura Gakuen University

Since the beginning of the 21st century, the categorical model of diagnosing mental disorders that has been used since DSM-III has come under criticism. Findings in molecular genetics of mental disorders, insights into comorbidity from large-scale epidemiological studies, the establishment of the Big Five theory in personality psychology, and analyses of the latent structure of mental disorders using taxometrics and similar techniques suggest that the categorical diagnostic model inadequately represents the reality of mental disorders. Instead, a dimensional diagnostic model, which captures the continuum from normal functioning to severe psychopathology in terms of specific mental functions and behavioral characteristics, appears to be more appropriate.

The introduction of operational diagnostic criteria in DSM-III has encouraged cohort studies of children. Such studies have shown that different mental disorders appear on a continuum in the developmental trajectories of children with high risk factors. In particular, the Dunedin Birth Cohort Study proposed a hierarchical structural model with three factors (internalizing, externalizing, and psychotic experience) and a superordinate factor (the psychopathological general factor) as a solution to the problem of comorbidity.

Cautious perspectives from the standpoint of pluralism in the philosophy of science highlight concerns with the paradigm shift in psychiatric diagnostics from categorical to dimensional models. The development of psychiatry may be enhanced by incorporating diverse perspectives and methods rather than adhering strictly to one model.

Author's abstract

Keywords

dimension, category, sequential comorbidity, psychopathological general factor, pluralism