

信頼性から妥当性へ——DSM 改訂に関する一論争

山崎真也 (Shinya YAMAZAKI)

大阪府立大学大学院人間社会学研究科

我々は日常会話で（そして医者同士の会話や診断において）、「AさんとBさんは統合失調症で入院した」などと言う。この時、我々はAさんやBさん、あるいはその他の人たちが「同じ」「一つの」統合失調症という疾患に罹患したのだと前提している。このように自然な境界 *natural boundaries* によって他疾患と区別される病気の単位を「疾患単位 (*Krankheitseinheiten, disease entities*)」学説といい、精神医学では 19 世紀の *Kahlbaum* に淵源し、前期・中期 *Kraepelin* が、進行麻痺をモデルに、「原因—症状—経過—転帰—脳病理所見」という五つの条件を満たす一定の単位として定式化した。

だが統合失調症は今日でも原因不明である。「統合失調症」特異的な脳病理所見は、*dementia praecox* 概念が *Kraepelin* によって提出されて以降、常に探索され続けてきたが、結局は見出されずに終わっている。また、単一の「統合失調症」といっても症候学的・経過論的観点、および *Kraepelin* が重視した予後の観点からも個人差が大きく、多様な症例をいかなる根拠を持って単一の概念の下に包摂しうるかは決して自明ではない。実際に、*Kraepelin* 以来の躁うつ病—統合失調症の二大精神病説は、*Leonhard* の「病相性精神病／類循環性精神病／体系性統合失調症／非体系性統合失調症」区分説や、満田の「非定型精神病」論、*Kasanin* の「急性統合失調感情精神病」概念（DSM の同名の概念は似て異なるもの）等に見るように、躁うつ病（気分障害）と統合失調症、及びてんかんと関連が示唆される意識障害を伴う精神病との境界画定をめぐる様々な議論に曝され続けてきた。他方、*Conrad*、*Janzarick*、千谷などは、疾患単位概念を拒絶し、表面の多彩な精神病像を同一疾患の時期的・個性的な現象形態とする所謂「単一精神病学説」を提唱してきた。昨今の遺伝子研究では統合失調症と躁うつ病の関連遺伝子にオーバーラップが見られるという所見が提出されており、精神病の境界画定（可能性）をめぐる問題は、近年に至り、解明の曙を見るよりは寧ろいよいよ混迷の度合いを深めたように思われる。今般の DSM-5 改訂過程では、躁うつ病、統合失調症、急性多型性精神病等を包括する「全般性精神病性障害」概念が提唱されたが、完成版では基本的に旧来の分類図式が踏襲される模様である。

では、特定の原因も症状も経過も持たない実に多様な人々を、即ちかなりの異種混濁性 *heterogeneity* を持つ人々を、我々は一体何を根拠にして一つの「統合失調症」という見出しの下に分類・包括しているのだろうか。ある疾患の同質性 *homogeneity* とは何なのか。

米国精神医学会の診断マニュアル DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) は、こうした精神医学の根本問題に対する一つの回答として読み解くことが出来る。そこでは、注意深く（「統合失調症」といった）診断カテゴリーが暫定的なもので、「実体 *entity*」ではなく、概念を物化 *reification* しないようにと戒められている。だが *Andreasen* が（自己）批判し、*Schwarz* 等も指摘したように、現在精神医学的な研究を企

図する際、DSM の概念図式は採用が強制される「法律」(加藤忠史)として機能している。

1980 年の DSM-III 改訂過程では、「信頼性 reliability 問題」のタイトルの下、診断者の診断不一致の問題に焦点が当てられていた。即ち、DSM-III 改訂作業委員会委員長 Spitzer は、論争の火種となる仮説的な病因論(特に精神分析理論)を排去し、公共的観察可能性を持つ症状・徴候及びその必要項目数を明示的に定義した「(操作的)診断基準」、即ち診断のための「規則」を与えるなら、万人が同一規則に従って診断するから、診断不一致の問題(信頼性問題)は解消し、特定の症状・徴候を共有する「相対的に等質なグループ relatively homogenous groups」(RDC, 1974 年)が確保できる。そして、最終的にはそうしたグループに関する臨床家や研究者の「コミュニケーション」(研究や情報交換)を促進しうると考えて DSM に「操作的診断基準」を導入した(「共通言語」としての DSM)。

だが、手続き上全ての診断者が一定の明確な基準を採用し、「相対的に同質なグループ」を確保しえたところで、それは名目的定義に従っているに過ぎない。その分類自体に一体何の合理的根拠があるのだろうか。2002 年に DSM-5 改訂作業委員長の Kupfer らが出版した *A Research Agenda for DSM-V* (共同発表者の黒木氏が訳された『DSM-V 研究行動計画』がみすず書房から出版されている)では、この点が批判された。即ち、DSM-III 以来、信頼性を持って特定の症候群が確保されるようになったが、DSM に定義された症候群はそれぞれの諸病因 etiologies を反映しておらず、各症候群特異的な生化学的マーカーは一つとして発見されていない。また、DSM で定義された症候群は comorbidity (併存)も高く治療薬の疾患特異性もない。いや寧ろ、研究者が DSM の定義を「奴隸的に slavish 採用する」(p. xix)ことで、DSM が足枷になって病因の発見が阻害されているのではないか。要するに、これまでの DSM で定義された症候群は、特定病因や病態成立機序との相関関係を示し得ず、合理的根拠即ち「妥当性 validity」を欠いているというのである。

このように DSM-III から-5 において企図された「パラダイムシフト」は、信頼性から(病因論的同質性に基づく)妥当性への転換という標語に要約される。然るに、前述のように精神病の症候学的・経過論的布置は混沌としており、特定の病因を関連付けるのに最適な概念図式がどれかは未知である(Kraepelin 流より Leonhard 的分類の方が適切かもしれない)。更に、Kupfer らは専ら「病因病態生理学的妥当性」に着目して批判したが、妥当性確認因子 validator は、それだけではない。症状や経過論的类型や家族内集積性等も各々妥当性確認因子である(Robins と Guze)。この場合、Kendler が指摘したように、各妥当性確認因子間の整合性はア・プリオリに保証されているわけではなく、ある分類図式が家族内集積性と症状論的観点からは同質性を示し得ても、長期予後と病態生理的観点からは多様性を示すこともありうる。それ故、例えば長期予後と症状論的同質性のどれを重視すべきかは一種の「価値判断」を含む(Goodman の類似性批判が想起される)。そもそも遺伝子と臨床症状と認知機能特性が直線的関係を有するかは自明ではない。特定病因という妥当性確認因子を基準に分類した場合でも、成員は症候学的に多様でありうる。だがその場合翻って、症候学的多様性を説明できない病因論とは何だろうか。本発表では、一方で Spitzer らが主張する妥当性に対する信頼性の優越論を顧慮しつつ、他方で Kendell の妥当性と有用性の区別、Zachar のプラグマティズム、Schaffner の妥当性概念の科学哲学的分析にも言及しながら、ある診断図式の妥当性を問うことの意味をメタレベルで考察し、特定の診断図式によって「同質的」な集団を分類・析出することの意味を吟味したい。