

# DSM はどこに向かうのか

石原孝二

東京大学大学院総合文化研究科

アメリカ精神医学会(APA)の診断・統計マニュアル DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)は第 3 版(DSM-III, 1980)以降、精神障害の捉え方に多大な影響を与えてきた。本提題では、DSM が影響力を及ぼしてきた背景と今回の改訂(DSM-5, 2013)の概要について紹介するとともに、今回の改訂がもつ意義について検討することにした。

前回の第 4 版(DSM-IV, 1994, 現行のマニュアルは DSM-IV-TR, 2000)での改訂が基本的には第 3 版の考え方や構造を踏襲したものであったのに対して、DSM-5 では基本的な構造や障害名・障害分類に関して少し踏み込んだ変更が行われることが予想される。(本要旨執筆時点では、DSM-5 はまだ刊行されていない。以下は APA のウェブで公開されていた DSM-5 のドラフトに基づく。) DSM-5 ドラフトにおける大きな変更としては、障害分類の再編とディメンジョン的アプローチの導入を挙げることができる。(ほかに多軸診断の見直しとそれに伴うパーソナリティ障害の位置づけの変化も挙げられるだろう。加藤 2012)

障害分類に関しては、DSM-5 ドラフトでは、より体系的で生物学的な視点にもとづいた分類が試みられている。DSM-IV では精神障害は 16 の章に分けられ、たとえば最初の章は「通常、幼児期・小児期または青年期に診断される障害群」(disorders をここでは「障害群」と訳す)となっていて、広汎性発達障害群や注意欠陥多動性障害などが含まれていた。これに対して DSM-5 ドラフトの最初の章は「神経発達障害群」(Neurodevelopmental Disorders)と名づけられ、生物学的な病因と発達プロセスを強調するものとなっている。また、DSM-IV では気分障害群の章に入れられていた双極性障害が独立の章(「双極性障害および関連する障害群」となり、「統合失調症スペクトラムおよび関連する精神病性障害群」の章のすぐ後に配置されたのは、双極性障害とうつ病性障害との異質性、統合失調症との親近性に関する生物学的な研究成果を背景にしているものと思われる (Cf. 松本ほか 2012)。

他方ディメンジョン的アプローチは(少なくとも理念的には) DSM-III と DSM-IV で採用されていた方法に対置されるものである。DSM-III と DSM-IV は「カテゴリー的アプローチ」、すなわち、精神障害を明確な診断基準に基づいて分類する(APA2000: xxxi)という方法を採用していた。しかし DSM-III と DSM-IV でも指摘されているように、精神障害は「離散的な実体」ではなく、ある障害と他の障害、そしてまた健常と障害は連続的につながっている。ディメンジョン的アプローチは、そうした連続性を反映するものとされ、DSM-IV の作成の段階でも一応検討されたが、時期尚早ということで導入が見送られていた。DSM-5 ドラフトでは、このディメンジョン的アプローチが導入されることになったが、他方でまた、カテゴリー的アプローチの基本的な

枠組みも残され、折衷的なものとなっている（石原 2013）。

個々の障害名に関しても、いくつか重要な変更が行われる予定である。恐らく最も話題になったのは、アスペルガー障害の削除と自閉症スペクトラム障害の導入であろう。DSM-IV では、「広汎性発達障害群」のなかに、「自閉症障害」や「アスペルガー障害」が配置されていたが、DSM-5 ではこうしたサブタイプが廃止され、「自閉症スペクトラム障害」に統一されている。このほかに、「性同一性障害」(Gender Identity Disorder)から「性違和感」(Gender Dysphoria)への変更や「認知症アルツハイマー型」の「アルツハイマー疾患による神経認知障害」への変更など、一般にも馴染みがある障害名の変更が予定されている。また、最も批判の対象になったものは、「精神病リスクシンドローム」(Psychosis Risk Syndrome)の導入の試みであろう。このカテゴリーはDSM-IVの作成責任者であったAllen Francesやアメリカ内外の他の学会から強い批判を受け、結局は、導入を見送られ、Attenuated Psychosis Syndrome（軽度精神病シンドローム）という名前で付録へと追いやられることとなった（石原・佐藤 2012）。

今回の改訂は、DSMの今後を占う上で重要な意味をもつものとなるだろう。DSM-IIIは病因・病理生理学にもとづく障害分類と診断基準を一旦あきらめ、「記述的アプローチ」を導入することによって信頼性を高め、広く使われるものとなったが、診断基準や障害分類の妥当性に対する批判がつきまとってきたし、その後のDSMの改訂にあたる専門家たちもその問題を意識してきた。DSM-5は病因・病理生理学にもとづく診断体系へと移行し、「医学モデル」を導入する一つのステップとして考えられていたはずだが、その改訂は折衷的なものにとどまっている。

本提題ではDSM-5の確定版を参照しながら、DSM（および精神医学）への医学モデルの導入の成否について検討を進めるとともに、DSM-5の障害名の変更が専門家や非専門家による精神障害の捉え方にどのような影響を与えるのかについて議論していくことにしたい。

\*本研究はJSPS 科研費(24300293)の助成を受けたものである。

（文献）

- 石原孝二(2013).『精神障害の診断・統計マニュアル』(DSM)と医学モデル.中山剛史・信原幸弘編『精神医学と哲学の出会い』玉川大学出版部: 209-226.
- 石原孝二、佐藤亮司(2012). 統合失調症の早期介入と予防における倫理的問題. 社会と倫理 27:135-51.
- 加藤敏(2012). DSM-5 ドラフトにみるパーソナリティ機能の正常と異常（特集：精神科診断分類の改定に向けて—DSM-5の動向—）. 臨床精神医学 41(5): 473-481.
- APA(2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed., text revision (DSM-IV-TR), Washington, DC, American Psychiatric Association. [『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版』高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳、医学書院、2002年]
- 松本ちひろ、丸太敏雅、飯森眞喜雄(2012). DSM-5 作成の最新動向（特集：精神科診断分類の改定に向けて—DSM-5の動向—）. 臨床精神医学 41(5): 527-533.