

精神科診断学

前田貴記

(2023年5月1日版)

“こころ”を扱う難しさ

“こころ”というものは、実体としてとらえることはできない。
そのような“こころ”に症状が現れてくる疾患について、いかに診断し、
研究すればよいのであろうか？

身体医学においては、身体という実体を客観的に扱うことができる
ため、**身体の病理性**については、自然科学に依拠して、また、
科学技術を駆使して診断し、研究することが可能である。

一方、精神医学においては、“**こころ**”の**病理性**については自然科学
では扱うことができないため、固有の方法論が必要であり、その
論拠となる方法論が「**精神病理学**」である。

「**神経心理学**」については、**脳との関連で“こころ”について考える**
精神病理学の中の一領域であるが、“こころ”のしくみを理解する
ために脳を参照するのであって、脳の研究が目的なのではない。

精神医学は
「**経験的心身二元論**」に依拠している。

こころと身体(脳)について、
それぞれ、精神病理学と自然科学という
二つの方法論によって研究を進めている。

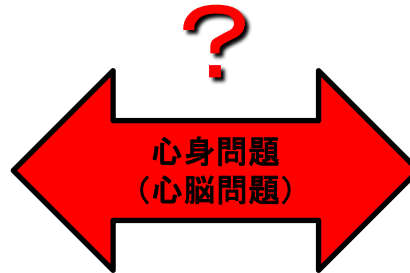
※LeibとSeeleの関係に関する形而上学的解釈に対し態度を
決定しているわけではない(Schneider)。

精神医学における二つの方法論

自然科学

“身体(脳)”という客観的な実体を扱う

- 脳損傷研究
- Imaging study
(MRI, fMRI, PET, NIRS etc.)
- Neurophysiology (ERP etc.)
- Neurochemistry
(dopamine, glutamate etc.)
- Molecular biology
- Genetics



精神病理学・神経心理学

“こころ”という主観的体験 (experience) を扱う

- 症状学によることばと行動の記述
- 心理実験
- 行動実験

安易な越境が目立つ。方法論的誤謬。

今日、脳科学の隆盛によって、精神医学において精神病理学と脳科学との断絶が深刻になりつつあり、さらに、**精神医学が脳一元論的な思想になってきていることが問題である。**

脳科学については、能力のある神経科学者に 大いに進めてもらいたく、我々精神科医を鼓舞していただきたい。神経科学者が精神科医との連繫において求めているのは、臨床における精緻な症状分析であって(特に内因性精神病の症状)、**脳の研究ではない。精神医学には、“こころ”に現れる症状の事実を、脳に繋げ得る言葉で適切に表現をすることが求められているのである。**

精神医学においても、自然科学は、一方法論として重要である。しかし、精神科医自らが、安直にも自然科学一辺倒になり、精神医学を草木も生えぬ焼け野原、すなわち、“こころを扱わぬ精神医学 (Psychiatrie ohne Psyche)” となってしまうようにしなければならない。

精神科医が、内因性精神病についてよく分からない、しっかりと診て関わったことがないという、悪い冗談のような事態になることを危惧している。不毛になりつつある森に、若木を植え、水遣りを続けても、再び巨樹の聳え立つ森へと再生させるには、長い時間を要するのである。

従来診断と操作的診断 の使い分け

- 従来診断（特にSchneiderの診断学）・・・カテゴリー診断
→ 治療方針を立てるために有用
- 操作的診断（DSM-5, ICD-11）・・・カテゴリー診断
→ 臨床・研究のために、診断の信頼性（reliability）
を高めるためのものにすぎない。
（妥当性（validity）が低いことが問題）
- 自然科学的診断の試み
→ RDoC (by NIMH) ...ディメンジョン診断

医学における カテゴリー診断とディメンジョン診断

- カテゴリー診断は質的差異の評価(不連続性)
ディメンジョン診断は量的差異の評価(連続性)
- 医学は、カテゴリー診断が基本。“**病理性**”について鑑別診断すること自体が質的差異の評価であり、カテゴリー診断である。
(ex.) 良性vs悪性の鑑別診断は、質的差異の評価。
- 身体医学の疾患カテゴリーと、精神医学の疾患カテゴリーは、“カテゴリー”の意味が異なる。
- 精神医学では、カテゴリー診断とディメンジョン診断が混在
- スペクトラム問題: DSM-5における“スペクトラム概念”の導入は妥当か？
統合失調症スペクトラム障害 (ICD-11ではスペクトラム概念は導入されず)
自閉症スペクトラム障害

疾患分類学(nosology)

① 心因性:知能・パーソナリティ・体験反応 (了解可能性 or 心的生の展開の意味連続性)

* 神経症 = ノイローゼ

(不安神経症、抑うつ神経症、心臓神経症、強迫神経症など)

* 不安障害

* 適応障害

* パニック障害

* 身体表現性障害

* 解離性障害・転換性障害

* 心身症

(摂食障害、胃潰瘍、気管支喘息、顎関節症、
アトピー性皮膚炎、過敏性腸症候群など)

② 身体的基盤が不明の精神病 = 内因性
(うつ病・躁病・躁うつ病・統合失調症)

③ 身体的基盤が明らかな精神病
= 外因性 (器質性・症状性精神障害)

} 疾患 (Krankheit)
= 精神病 (Psychose)

なぜ分類するのか？

なぜ病因論的に分類するのか？

原因によって治療方法の軸足の置き方が異なる

① こころへの介入

→ 精神療法・環境調整

② 身体(脳)への介入

→ 生物学的治療

薬物療法

電気けいれん療法

etc.

医学における精神医学の特殊性

- 身体医学：身体の“**病理性**”を客観的に扱う
 - ⇒ 自然科学が役に立つ
 - 病理学：pathology
 - 病態生理学：pathophysiology
- **精神医学**：自然科学だけで済めばよいが・・・
 - 主観的な“**こころ**”の“**病理性**”とは？
 - ⇒ **自然科学では扱うことができない**
 - ⇒ **精神病理学**:psycho-pathology

精神病理学

【英】psychopathology 【独】Psychopathologie

こころの異常性、特にその病理性を扱うための学。異常心理学とも言う。こころの異常には、こころのありようの偏りとしての異常（異常体験反応、異常パーソナリティーなど）と、疾患Krankheit＝精神病Psychoseとしての異常（統合失調症、躁うつ病、身体疾患による精神病など）がある。こころは実体として扱うことができないため、その異常性、病理性については当事者によって表現されたことばや行動という事実に基づいて評価するしかない。精神病理学は、精神医学において、こころを実証的に扱うための固有の方法論（Methodologie）であり、精神医学の基礎学といえ、身体医学における病理学、病態生理学に相当する。Kurt Schneiderによる精神病理学は、方法論として厳密であり、特に症状学、診断学においては、今日においてもゆるぎない基軸でありつづけている。

精神病理学

(psycho-pathology)

- 主観的な“こころ”を実証的に扱うための精神医学に固有の方法論
自然科学とは異なる方法論による“病理学(pathology)”
→ 精神症状学 → 精神科診断学 → 病態論 → 治療回復論
(精神病理学は臨床においても研究においても必須)
- 主観的な“こころ”を実証的に扱うことは方法論的に難しいが、精神病理学では、
表現(Ausdruck)された心的な事実、特に、表現された(語られた)「ことば」という事実
に基づいて、「疾患(精神病)」の“病理性”について評価する。
ことば以外の、行動などの表現も重要な事実。
- 精神医学においては、「ことば」が極めて重要。「ことば」を正確かつ適切に遣えるように
修練すること。

1800

1850

1900

1950

2000 2023

ゲーテ
(1749-1832)

ヘルムホルツ
(1821-1894)

ヴント
(1832-1920)

ディルタイ
(1833-1911)

ウェルニッケ
(1848-1905)

クレペリン
(1856-1926)

フロイト
(1856-1939)

ブロイラー
(1857-1939)

ヤスパーズ
(1883-1969)

シュナイダー
(1887-1967)

自然科学におけるゲーテ

精神科学(実験心理学)

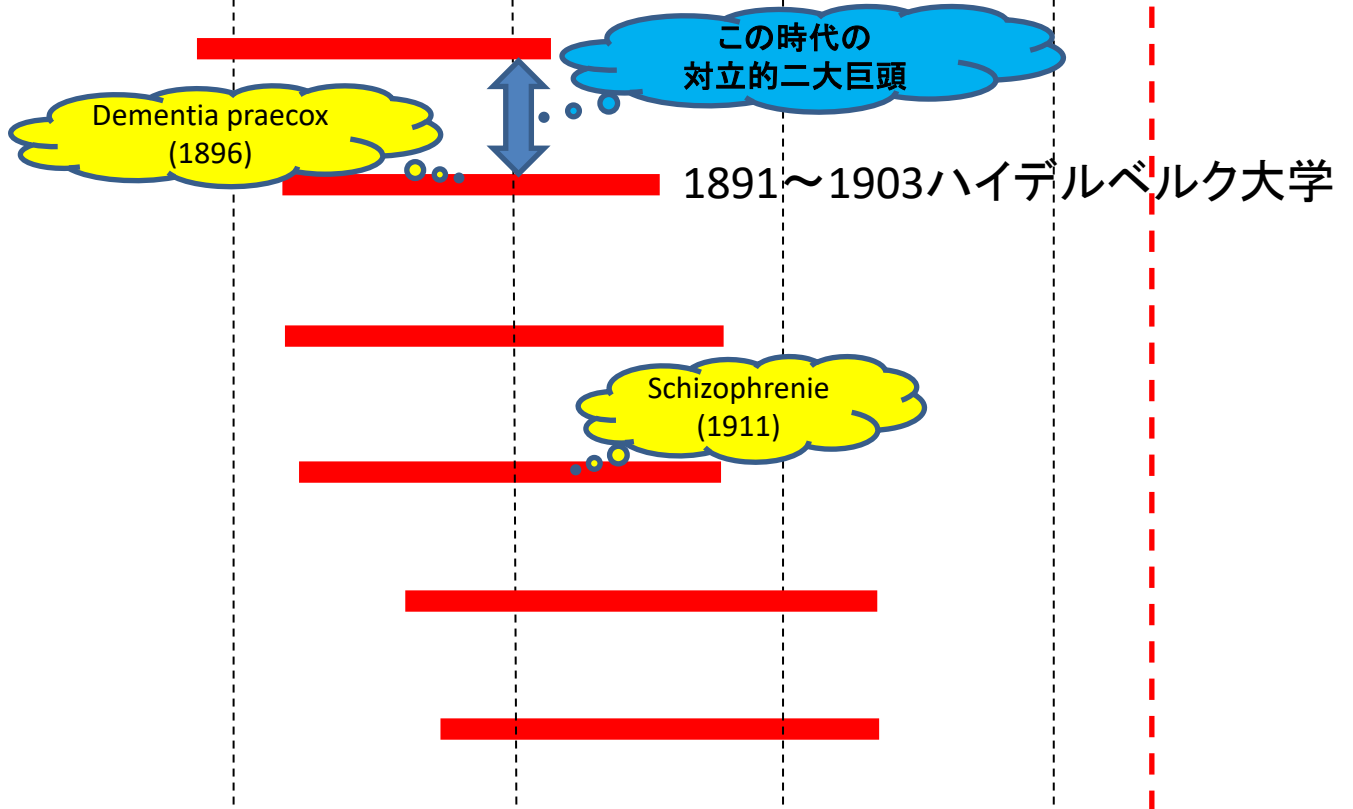
精神科学(生の哲学)

この時代の
対立的二大巨頭

Dementia praecox
(1896)

1891~1903ハイデルベルク大学

Schizophrenie
(1911)



精神医学の歴史はまだ浅く、
まだまだ分からないことばかりですので、
精神科医自身が、常に謙虚に
内省を怠らないように心がけておくことが大切です。

精神科診断学

今のところ、精神障害は原因・病態が不明であり、客観的に診断できるようなbiological markerは存在しない。



表現された(語られた)「ことば」という事実に基づいて精神症状をとらえ、その“**病理性**”について評価する。

症状の「横断面(状態像)」×「縦断面(経過)」から診断

「横断面(状態像)」

- 客観的所見 (sign)

: 患者の身体医学的側面 → 自然科学で扱いうる

- 主観的症狀 (symptom)

: 患者自身が体験している異常体験(体験症状)

(不安・恐怖、驚愕、抑うつ・躁気分、幻覚・妄想など)

→ 患者さんが語らない限り分からない。

表現された(語られた)「ことば」を、逐語で、ありのままに記述することが基本。

体験について 表現された(語られた)「ことば」という事実に基づく。

→ 異常体験の体験形式から診断する。cf. 体験内容

※そもそも、体験そのものは、ありのままに語り得ぬものである。

※異常体験について、正確に語れている保証はない。

※表情、行動など、ことば以外で表現された症状も、参考にする。

主観的症状をとらえることの難しさ

- 患者自身が、真に困っていることに気づいていないことがある。
（身体表現性障害・摂食障害などの心身症）
- 医者の間診（明示的および暗示的）による訴えの変化
- 不都合な事柄については語らない。
- 無言（猜疑心・警戒心・拒絶・緘黙）
- 解離
- 虚記憶
- 嘘をつく場合もある（空想虚言・詐病・匿病）
- 幻覚・妄想などの精神病症状については、当事者にとっても新奇の体験であり、当人が知っていることばを用いて、何とか表現しようと、苦慮している。
- 思考障害（支離滅裂）
- 病識欠如、即ち、不健康だと思ってない。

それでも精神症状については、
表現された(語られた)「ことば」という事実
に基づいてとらえるしかない。

とにかく、関心をもって、訴えをよく聴くこと。
診断のためではあるが、そのような姿勢は、
同時に治療的な営みとなっている。
(精神科面接は、診断面接かつ治療面接)

疾患分類学(nosology)

① 心因性: 知能・パーソナリティ・体験反応 (了解可能性 or 心的生の展開の意味連続性)

* 神経症 = ノイローゼ

(不安神経症、抑うつ神経症、心臓神経症、強迫神経症など)

* 不安障害

* 適応障害

* パニック障害

* 身体表現性障害

* 解離性障害・転換性障害

* 心身症

(摂食障害、胃潰瘍、気管支喘息、顎関節症、
アトピー性皮膚炎、過敏性腸症候群など)

② 身体的基盤が不明の精神病 = 内因性
(うつ病・躁病・躁うつ病・統合失調症)

③ 身体的基盤が明らかな精神病
= 外因性 (器質性・症状性精神障害)

} 疾患 (Krankheit)
= 精神病 (Psychose)

こころの“病理性”の鑑別診断のための方法論

emergent & treatableな器質因が除外できたのならば、
基本姿勢としては、まずは**正常心理**として、話をよく聴き、患者さんが**“体験”していること**について、表現された(語られた)「ことば」を理解するように努める。

- * 「了解可能性」(Jaspers)
- * 「心的生 (Seelenleben) の展開 (Lebensentwicklung) の意味連続性」 (Schneider)

を丹念に辿り、**“体験”の流れの、不連続点、を見極める。**
意味連続性を断つものが「疾患 (Krankheit) = 精神病 (Psychose)」。

ヤスパース

『精神病理学総論』第5版(1948)

- 心そのものは決して対象ではない。知覚されうる何ものかとして世界の中で現れることによって、はじめて心は対象となる。即ち身体的随伴現象として、了解し得る表現として、挙動として、行為として、更に言語による報告として現れることによって対象となる。
- 我々は「了解」という言葉を、心的なものを内からつかむ見方について使うことにする。外からだけ見られる客観的因果関連を知ることは、「説明」というのである。
- 我々は他者の心的なものを、肉体的なもののように直接に知覚することはできないので、心に描き出し、感情移入し、「了解」することによってしか取り扱うことができない。
- **了解不能**なものに行き当たることによって、因果的説明に拠る。
(身体的事象によって説明する。)

※ “我々は自然を「説明」し、心的生を「了解」する。” (ディルタイ)

シュナイダーによる「疾患（精神病）」の“病理性”の基準
: 心的生 (Seelenleben) の展開の意味連続性の切断

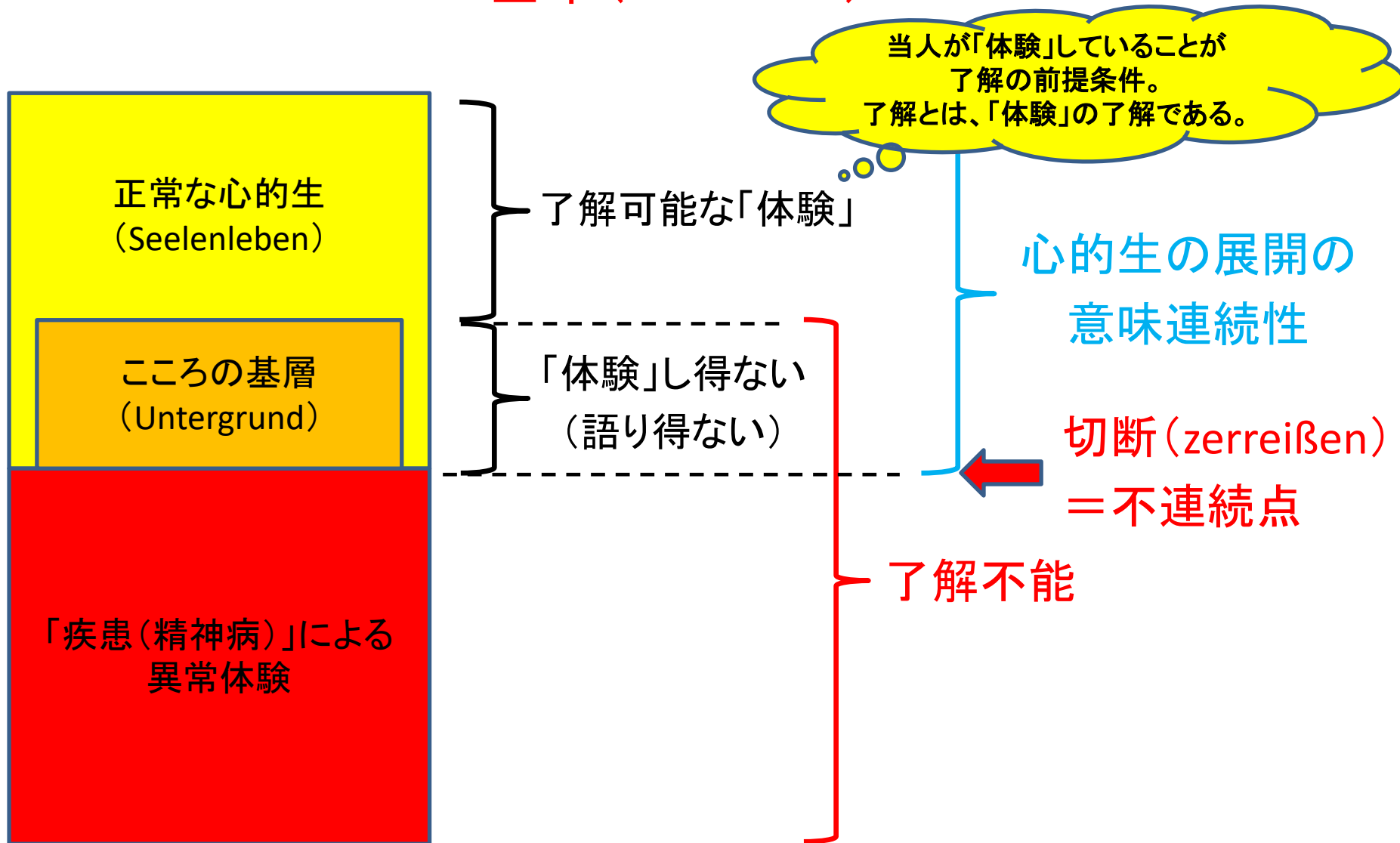
ヤスパースに敬意をはらいつつも
より厳密な基準 (Kriterium) を提唱

- ヤスパーズ の 了解/説明による鑑別診断学の方法では、「疾患＝精神病」の“病理性”の基準 (Kriterium) としては不十分であり、シュナイダーはそのまま継承することはしなかった。

(了解可能性は、感情移入による追体験が可能かどうかという基準)

- シュナイダーは、「心的生 (Seelenleben) の展開の意味連続性の切断」という基準 (Kriterium) を提唱。

「疾患(精神病)」の“病理性”の 基準(Kriterium)



「縦断面（経過）」

症状の現れ方が診断の参考になる

①現れる年齢

②現れる速さ

* 急性

* 亜急性

* 慢性

月単位？

年単位？

経過パターン

①一過性

②周期性

③進行性（急速・緩徐・段階状進行性など）

④固定

Kurt Schneider
『臨床精神病理学』
(平井・鹿子木訳)

精神病者の症状に対する数多くのばくぜんとした術語を鑑別し、確実に規定して、それを一層明確なものとし、これまでのような勝手な使用を少しでも防ぐように努力することは、精神病理学の課題である。しかし研究者は、自分の観察したことの記述を、軽々しくよそから借りてきた型にはめこむようなことは避け、豊富な生きた言葉をじゅうぶんに利用して、症状が目の前に浮かび上がるように記述すべきである。症状の分類にはめこむことや、できるだけ明白適確にきめられた術語に当てはめたりすることは、研究者にとってはこの次のことである。こういうことは無理なく行われなければならないし、割り切れないものはそのままにして、レッテルをはらずにおかななければならない。観察したことに対して、早まった術語を押しつけることこそ、多くの誤った診断の生まれる原因となるのである。

臨床における 「診断」と「診立て」 の違い

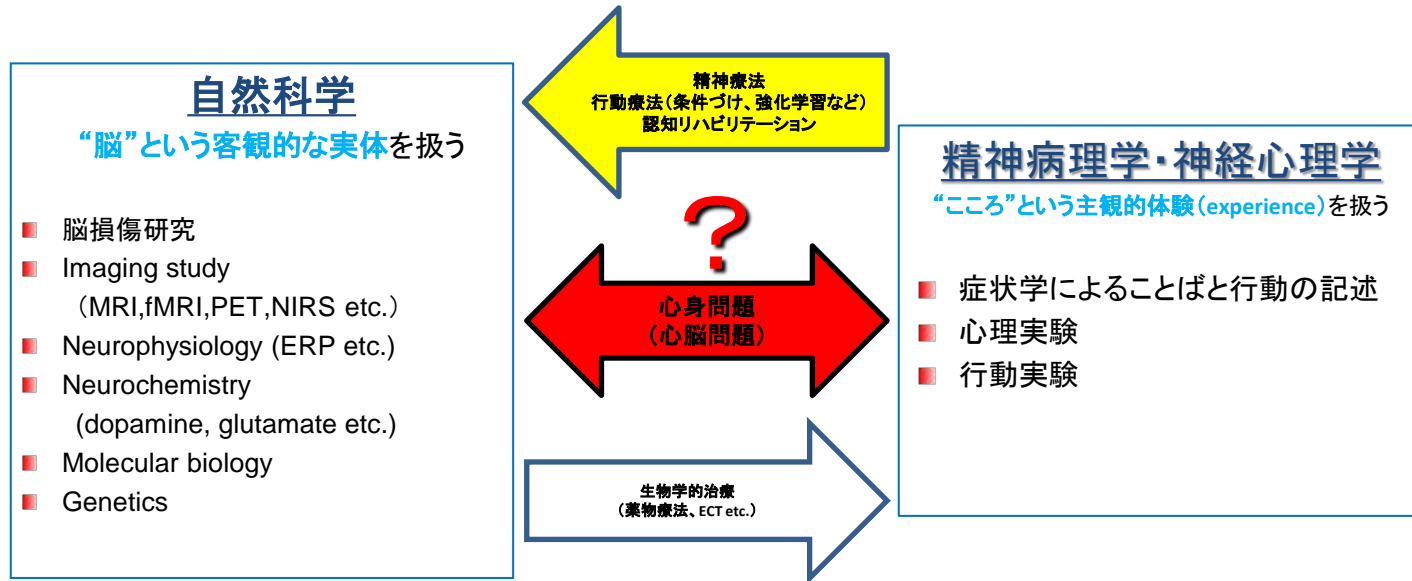
- 「診断」に際しては、**診断基準は厳しく明確に**。精緻な症状学を身につけておくこと。そのように心がけていないと、診断能力はいつまでも向上しない。
- しかしながら、実際の臨床では確定診断は難しい。常に暫定的な「**診立て＝暫定診断 (working diagnosis)**」に基づいて治療を進め、治療反応性・経過を見ながら、都度、見直していく。

精神科面接の二つの側面

- 「診断」は主に面接によって行われる。 → 診断面接
- 「治療」も主に面接によって行われる。 → 治療面接
- 初診では、診断面接が中心と考えがちであるが、
実のところ、治療面接も同時に進めている。
診断面接と治療面接は厳密には分けられず、同時に
進められるべきものである。
どちらを優先すべきかと言えば、治療面接の側面を優先
すべきである。（治療関係を作っていくことが最優先）

精神医学における治療論

“こころ”に介入して脳を調える方略？



“脳”に介入して“こころ”を調える方略？