精神科診断学

慶應義塾大学医学部精神神経科
前田貴記

（2026年4月14日版）

医学的（病因論的）診断と操作的診断の使い分け

- 医学的（病因論的）診断（特にSchneiderの診断学）
  ・・・カテゴリー診断
  → 病因に基づく。治療方針を立てるための論拠。
- 操作的診断（DSM-5, ICD-11） ・・・カテゴリー診断
  → 実用の必要性から、診断の信頼性（reliability）を高めるために作成された。
  （妥当性（validity）が低いことが問題）
- 自然科学的診断の試み（研究用）
  → RDoC (by NIMH) ・・・ディメンジョン評価

精神医学における
カテゴリー診断とディメンション評価

- カテゴリー診断は、質的差異の評価（不連続）
  ディメンション評価は、量的差異の評価（連続）

- 精神医学では、病因論的＆操作的カテゴリー診断とディメンション評価が混在

- 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（不連続）、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。

- 医学の疾患カテゴリーは病因論的カテゴリーであるべきだが、
  精神医学の操作的カテゴリーは、単なる合理的な約束事。

- 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

人間を対象とする「医学」において こころ（精神現象）を扱う難しさ

身体医学においては、人間の身体という実体を物理現象として客観的に扱うことができるため、**身体（物理現象）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**biological marker**に基づいて診断することが可能。

病理学：pathology

病態生理学：pathophysiology

精神現象（こころ）は主観的体験であり、実体としてとらえることはできないため、**こころ（精神現象）の病理性**については自然科学では扱うことができない。**biological marker**がない。

そこで、固有の方法論が必要となるが、その論拠となる方法論が、**「精神病理学:psycho-pathology」**である。

人間を対象とする「医学」の方法論

身体医学

身体（物理現象）

病理学・病態生理学

“身体”（脳を含む）という客観的な実体（substance）を扱う

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

心身問題
（心脳問題）

こころ（精神現象）

精神病理学

主観的体験（experience）と行動（behaviour）を扱う

- 体験症状（ことばによる記述）
- 表現症状（ことばによる記述）
  行動、表情など
- 心理検査
- 神経心理学的検査
- 行動実験

精神医学

精神病理学

（psycho-pathology）

- 精神現象（こころ）、特に主観的体験を実証的に扱うための精神医学の**基礎学**

  → 自然科学に拠らない固有の“病理学（pathology）”

  → 精神科診断学

  （精神病理学は臨床においても研究においても必須）

- 主観的体験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、“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。

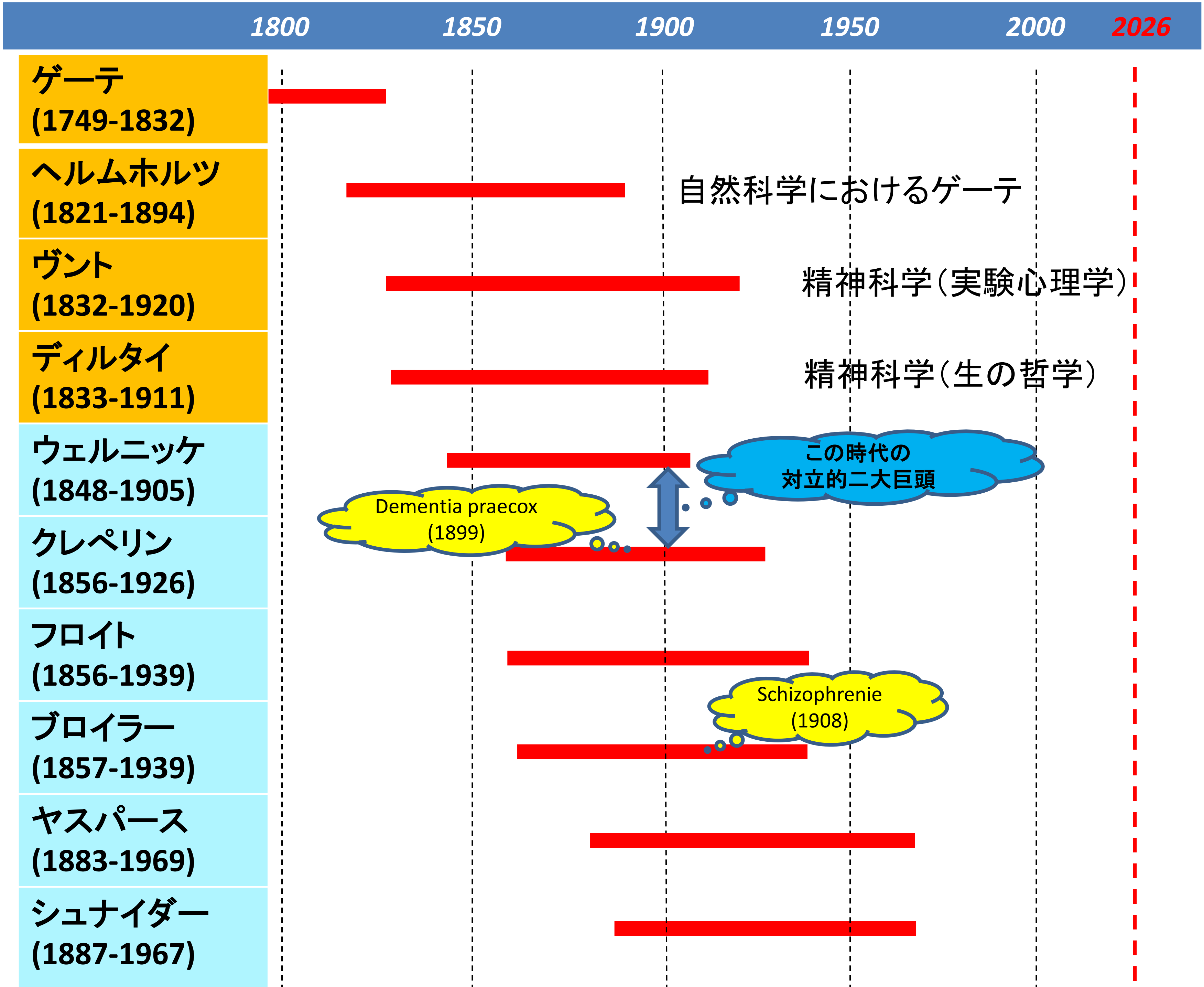
  「ことば」がraw dataということ。

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。

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、研究者にとっては二の次のことである。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。


1800
1850
1900
1950
2000
2026
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)
ヤスパース (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
(1899)
Schizophrenie
(1908)

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、常に謙虚であること、
自己欺瞞に陥らぬよう内省を怠らないように
心がけておくことが大切。

残念ながら
誤った診立て、誤診も、なかなかに多い。

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）
（本当の病気）

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 <u>こころへの介入</u>

→　精神療法・環境調整

② <u>身体（脳）への介入</u>

→　生物学的治療

薬物療法

電気けいれん療法

etc.

診断面接の進め方

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”について診断する。

「横断面（状態像）」×「縦断面（経過）」
によって診断

「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

- 主観的症状（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）
- 医者の問診（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・制止・昏迷）
- 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、当事者にとっても経験したことのない新奇の体験であり、当人が知っていることばを用いての近似的な表現となる。
- 思考障害（連合弛緩、途絶、支離滅裂）
- 病識欠如、即ち、当人は不健康とは感じていない。

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）

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(体験反応)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。診断には体験症状が重要。

＊「了解可能性」(Jaspers)

＊「心的生(Seelenleben)の展開(Lebensentwicklung)の意味連続性(Sinnkontinuität)」(Schneider)

を丹念に辿る。

“体験”の繋がりの意味連続性を断つものが、「疾患(Krankheit)＝精神病(Psychose)」である。

→ **「“体験”の不連続点」を見極める。**

※身近な例としては、飲酒による酩酊(一時的で可逆的な「疾患(精神病)」といえる)。

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、単に心に描き出し、感情移入し、「了解」するしか取り扱えない。
- 了解不能なものに行き当たることによって、因果的説明に至る。（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断裂

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

- ヤスパースの了解/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、「心的生の展開の意味連続性の断裂」という基準を提唱。

「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

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（診断の解像度を高くすること）。

- 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）

診断面接を治療的に行うということ！