

## 伝統的精神医学と DSM ——共通点、違い、診断、長所と短所——

古茶 大樹

「あらゆる精神障害は疾患か」という問いがある。この問いにどう答えるかで、その先に広がる精神医学の世界には大きな違いがある。伝統的精神医学は、「精神障害には疾患であるものと、そうでないものがある」という立場を堅持する。一方、脳科学者は「あらゆる精神障害は脳の疾患である」と主張するかもしれない。DSM においては、「この問いにはあえて答えない」という立場をとる。この出発点の違いが、伝統的精神医学と DSM の特徴、診断の方法、長所・短所となって現れている。2つの分類体系は本来対立するものではなく、目的に応じて使い分けるべきものである。日常診療の場面では伝統的精神医学の思想がより優れているが、多くの標本を必要とする調査・研究では DSM が必要である。

<索引用語：ハイデルベルク学派、伝統的精神医学、DSM、理念型>

### はじめに

ここでいう伝統的精神医学とは、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (1980)<sup>1)</sup>(以下、DSM-III以降を一括して DSM と略す)登場以前、わが国における主流であったドイツ精神医学、とくに Jaspers, K.<sup>8)</sup>, Schneider, K.<sup>15)</sup>に代表されるハイデルベルク学派の思想を指している。著者はかねてから臨床精神医学にとっては DSM よりも伝統的精神医学の方が有用ではないかと考え、これを支持してきた<sup>10,11)</sup>。正確に表現するなら、両者は使う目的によって、一長一短があり、目的に応じて使い分けるべきと考えている。伝統的精神医学と DSM の共通点、違い、診断、長所と短所について論じた。

### I. あらゆる精神障害は疾患か

ここに「あらゆる精神障害は疾患か」という問いがある。非常にシンプルな問いだが、これにど

う答えるかによって、その先に広がる精神医学の世界は大きく違って見えるだろう。精神医学をめぐるさまざまな問題は、突き詰めて考えると、どこかでこの問いと結びついていて、さらにその先に進もうとすると、この問いにどう答えるのか、自分の態度を明らかにしなければならなくなる。さてこの問いに対する答えは、基本的には次の2つである。

A：精神障害には疾患であるものと、そうでないものがある

B：あらゆる精神障害は疾患である

多くの臨床家は直感的に A を支持するだろう。例えばアルツハイマー型認知症やループス脳症、統合失調症などは「疾患である精神障害」であるし、適応障害やパーソナリティ障害、あるいは従来の神経症は「疾患ではない精神障害」であると

考える。伝統的精神医学もこの立場をとり、それゆえ「疾患であるか、否か」の鑑別にこだわる。Aを前提とすると、「精神医学における疾患とは何か」という問い、つまり疾患の定義を明らかにしなければならない。

一方、脳科学者は心は脳の機能・作用であると考へ、Bを支持する。その場合、「精神障害とは何か」という問いに答えれば事足り、Aとは違って疾患をわざわざ定義する必要はない。しかし、Bを支持するには、「精神的な異常は、脳にも異常として、われわれが把握できる形で現れている」というさらなる前提が必要となる。

AかBか、はたしてどちらが正しいのか。Schneiderは、(どちらが正しいのではなく)どちらを信じているのかという信仰告白のようなものと述べている<sup>15)</sup>。DSMを含む現代精神医学は、どちらを支持しているのかといえば、「この問いにはあえて答えない」と態度を保留している。精神医学において「疾患とは何か」を定義することがいかに難しいのか、その難問を回避するために、ひとまず障害 (disorder) という水準で分類全体をまとめているのがDSMである。

## II. 精神医学の分類の特徴 (とくに身体医学との違いに注目して) ——両者の共通点——

伝統的精神医学とDSMの違いを論ずる前に、両者は精神障害の分類という意味では多くの共通点がある。身体医学との比較という観点からこれを表1にまとめた。ほとんどすべての身体疾患は、診断に必要な身体的基盤が明らかになっている。その身体的基盤を明らかにすることによって診断がつくといってもよい。それがあつか、ないかによって疾患の境界(この境界には疾患同士の鑑別だけでなく、正常と疾患との鑑別も含まれる)が明瞭になるものを疾患単位 (disease entity) と呼ぶ。もちろん、身体医学にも疾患単位には至らない、症状の構成だけで定義される症候群 (syndrome)・類型 (type) として提唱されているものもあるが、全体に占めるその割合は少ない。身体医学における疾患分類は、基本的には疾患単位に

表1 精神医学の分類の特徴 (とくに身体医学と比較して)

1. 身体医学の分類は、ほとんどが疾患単位だが、 <u>精神医学の分類は、疾患単位と類型 (症候群) が混在</u> していて、主要な精神障害は類型である
2. 身体医学の疾患単位・類型はすべてが <u>形而下</u> にあるが、精神障害の類型は <u>形而上</u> の水準で定義されたものである
3. 精神医学におけるさまざまな類型は、社会科学で使われている <u>理念型</u> (Weber, M.) である
4. <u>一部の精神障害の類型は、社会的な価値と結びついており、本質的に自然科学ではないものがある</u>

よるものであるのに対して、精神医学の分類は疾患単位と類型 (症候群) が混在し、しかも主要な精神障害は類型であるという大きな違いがある<sup>10)</sup>。器質性・症状性・中毒性精神障害は、その身体的基盤によって分類されており、それは身体医学と同じ疾患単位による分類であるが、それ以外の精神障害はみな類型である。

少し違う角度でみるなら、身体医学における疾患単位・類型の対象は身体的事象であり、時間・空間的形式でその存在が確認できる (形而下にある)。これに対して精神障害の類型は、精神症状によって構成されるものであるから、時間的・空間的には把握できない、形而上の水準で定義されたものである。対象とするものが形而下にあるのか、形而上にあるのかの違いは、精神医学の領域だけが科学的技術発展の恩恵に与りにくいことと大いに関係がある<sup>11)</sup>。精神医学におけるさまざまな類型は、社会科学で使われている Weber, M. のいう理念型 (ideal type)<sup>17)</sup>であることもまた重要な違いである。精神医学は医学である以上、自然科学に根ざしたものであるはずだが、その対象を捉えるために社会科学的方法論をとらざるを得なかったことも、身体医学との大きな違いである。詳しくは文献12)を参照してほしい。

反社会性パーソナリティ障害、窃盗癖・放火癖といった一部の精神障害の類型は、人は法律を順守すべきであるといった社会的な価値と結びついている。精神障害の類型には、本質的に自然科学

表2 伝統的精神医学の特徴

1. 精神障害には疾患であるものと、疾患ではないものがあるという前提に立っている
2. 精神医学の疾患の定義は、1つは身体医学と共通する存在概念をあて、それがあてはまらない場合には精神医学固有の了解概念(生活発展の意味連続性)による
3. 精神障害は大きく分けて3つの領域がある
A. 疾患ではない精神障害(心のあり方の異常変種)
B. 疾患である精神障害
a. 身体的基盤が明らかなもの(器質性・症状性・中毒性精神病)
b. 身体的基盤が要請されているもの(内因性精神病)

表3 伝統的精神医学で使われている診断について

1. 疾患(精神病)であるか、否かの鑑別「診断」は生活発展の意味連続性を吟味する
2. 精神病については、身体的基盤が明らかなのか(器質性・症状性・中毒性精神病)、明らかでないのか(内因性精神病)
①器質性・症状性・中毒性精神病については身体領域における鑑別診断
②内因性精神病領域については鑑別類型学(理念型)
3. 疾患ではない精神障害については単なる類型学(理念型)

ではないものがあるという認識も重要である。

### Ⅲ. 伝統的精神医学(ハイデルベルク学派)

ここからは伝統的精神医学の特徴、診断、長所と短所についてまとめておく。

#### 1. 特徴

表2は伝統的精神医学の特徴(ないしは前提となっている事柄)である。紙幅の都合でここでは詳しく述べないが、疾患の定義を2つ必要としていること、とくに精神医学固有の了解概念を採用しているところに伝統的精神医学の大きな特徴がある。文献10)を参照してほしい。

#### 2. 診断について

「診断をする(diagnose)」という言葉も、注意して使いたい。身体医学との比較がここでも役に立つ。身体医学における診断とは、疾患の存在を確認することにほかならない。そうだとすると、精神医学で診断できるのは身体的基盤が明らか精神障害だけということになる。それでは、精神障害における診断にはどのようなものがあるのだろうか。

伝統的精神医学における診断には、4つの異なる診断——鑑別「診断」、鑑別診断、鑑別類型学、類型学——がある(表3)<sup>10)</sup>。伝統的精神医学を特徴づけているのは、鑑別「診断」で、それは「疾

患である精神障害」と「疾患でない精神障害」との鑑別にかかわっている。両者の鑑別は、実際の臨床場面では容易ではない。生活発展の意味連続性を吟味するためには、患者の物事の捉え方・考え方・行動のしかたを、十分に知っておかなければならない。発病の前後で意味連続性の断裂、つまり精神生活の縦断的側面において、意味ある反応や発展とはみなすことのできない質的な変化が生じていることを明らかにすることが精神病の診断である。いつでもそれを明らかにすることができるとは限らず、結論を出すことが難しいケースには、疑い診断(例えば内因性精神病の疑い)をつけることで対応する。

鑑別診断は器質性・症状性・中毒性精神病の領域での鑑別を指すもので、(精神状態ではなく)身体的水準で異常の有無がはっきりとする。これは身体医学で使われているのと同じ意味である。

内因性精神病と「疾患でない精神障害」の類型は、すべて理念型である。内因性精神病領域については、例えば躁うつ病と統合失調症のように、その違いを対比することによって鑑別すべき類型が提唱されており、鑑別類型学である。一方、パーソナリティ障害の分類については、個々の類型は他の類型との鑑別という視点はなく、特徴を列挙しただけの単なる類型学でしかない。したがって、いくつでも重複がありうるものである。

#### 3. 長所と短所

DSMと比較した長所と短所を表4にまとめた。

表 4 伝統的精神医学の長所と短所

長所	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 横断面の状態像だけでなく、縦断的経過も重視する</li> <li>2. カテゴリーには病像や経過の描写があり、イメージが把握しやすくなりやすい</li> <li>3. 統計学的な実証を必要とせず、新たな概念を提唱しやすい           <ul style="list-style-type: none"> <li>・グローバル・スタンダードではなく、文化や民族に合わせた分類体系を作ることもできる</li> </ul> </li> <li>4. 症例にさまざまな角度から光をあてる、さまざまな理論を使うことができる</li> <li>5. 了解的関連を吟味する過程そのものが精神療法的である</li> </ol>
短所	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 診断がつくのに時間がかかる、何回も面接する必要がある</li> <li>2. どのようなカテゴリーを採用するのか明確な基準がない</li> <li>3. エビデンスの蓄積がない</li> <li>4. 同じ症例を観察しても診断の一致率が低い</li> <li>5. カテゴリーごとの境界がはっきりしない</li> </ol>

生活発達の意味連続性を検討すること（鑑別「診断」）とは、精神生活を時間軸に沿って縦断的に評価する作業である。横断面の症状構成だけでなく、縦断的側面を組み合わせて診断をつけるので、一長一短がある。長所としては、より多くの情報を集めることで患者をよく知ることができる。現病歴だけでなく、生活史についても丁寧に聴取しなければ評価することができない。そのような診断をつけるための作業そのものが、自己価値の低下している患者にとって精神療法的に作用するだろう。患者に感情移入して温かな人間的な関心を向けること、人間的な態度をとり続けることを、伝統的精神医学は求めている。しかし、この作業には当然のことながら時間を要するし、結論が出にくいという短所もある。時には情報が集まれば集まるほどわからなくなる、患者をいろいろな角度から知れば知るほど、診断をつけるのが難しいと感ずる（患者を1つの病名だけで表現することに抵抗感感ずる）こともあるだろう。それは精神生活の多様さ・複雑さの表れであり、それを他者が限られた言葉で評価することの難しさでもある。

精神障害の類型は理念型<sup>12)</sup>であるのだが、それぞれの理念型には提唱者が徹底的に観察したモデル症例がある。例えば Blankenburg, W.<sup>3)</sup>の『自明性の喪失』には症例アンネ・ラウが、Conrad, K.<sup>5)</sup>の『分裂病の始まり』には症例ライナーといった、実在するモデル症例がある。Kraepelin, E.<sup>13)</sup>の早

発性痴呆にも、Bleuler, E.<sup>4)</sup>の統合失調症にも彼らがよく観察したモデル症例があるはずである。精神医学における理念型とは、実在するモデル症例の臨床観察から、提唱者がなかば直感的にその特徴を抽出して作り上げられた概念（実在ではなく、観念的虚構）である。長所の3と4、短所の2、4、5は理念型の性質から導かれる。

伝統的精神医学は個別のケースを扱う臨床場面で、その力を発揮するように思う。しかし、一連の短所は、疫学調査や自然科学的研究を進めるうえで致命的欠点である。1970年代以降、科学技術の進歩とともに、心そのものから脳へとわれわれの関心は移り始め、生物学的精神医学の時代が訪れる。社会科学にも立脚している伝統的精神医学の、本質的に抱えていた自然科学的側面からみた問題点がより明らかになり、その修正が必要になった。精神医学をより自然科学に近づけようとした試みがDSM-IIIであったと思う。それは調査・研究場面で力を発揮するように考えられた分類であった。少なくともその当初は、伝統的精神医学とDSMは対立しているものではなくむしろ補完する関係にあつて、前者は臨床場面で有用であり、後者は調査・研究目的に必要であつたといふべきだろう。そしてDSM-III登場により、精神医学の牽引役は、ヨーロッパ（ドイツ、フランス）から、圧倒的な科学力を誇る米国へとバトンが渡されたのである。

表5 DSMの特徴

1. 精神医学における疾患の定義を棚上げにして全体を精神障害 (disorder) という水準でまとめている
2. 横断面の状態像・症状構成を重視
3. 無理論 (atheoretical) (特定の理論に与しない, 中立的) であることをモットーとしている
4. カテゴリー間に明確な境界線を引いている (操作的診断)
5. Monothetic (すべての項目を満たすことを条件とする) ではなく polythetic な診断基準を採用し臨床の実態との整合性は高まる
6. 了解概念 (了解的関連) はごく一部の精神障害 (外傷性およびストレス関連障害) にしか採用されていない
7. その改訂過程からは, カテゴリーによる疾患単位論が暗黙の前提となっているようにみえる

IV. DSM

1. 特徴

ここでいう DSM とは, 1980 年に発表された DSM-III以降のものである。DSM-IIIは DSM-II から導かれたものではなく, その出発点は1970年の Robins & Guze に遡る<sup>14)</sup>。そして St Louis Criteria<sup>6)</sup>, Research Diagnostic Criteria<sup>16)</sup>と発展してきたものである。DSM を伝統的精神医学と比較した特徴が表5である。前述したように, DSM は, 精神医学上の疾患定義を棚上げにして, 全体を精神障害としてまとめている。したがって「疾患であるか, 否か」の鑑別は必要なく, 了解概念を採用していない。そして伝統的精神医学の短所を補うべく, いくつかのポリシーを明確にしている。横断面の状態像・症状構成を重視することは, 特定の理論に与しないこととも関係があるのだが, そこに探すべき疾患が現れているはずという期待も込められている。大きな特徴は操作的診断で, 各カテゴリー間に明確な境界線を引く。この境界線策定について注意すべきことは, 起点となった DSM-IIIにおいてはエビデンスの蓄積がなく, 任意に設定されたということだろう。各カテゴリーはあくまで作業仮説で, 当初の構想では, この作業仮説を使って, さまざまな研究が行われ, エビデンスが集積され, それによって診断基

表6 DSMを使った診断

1. 横断面の状態像 (現在の症状構成) を重視する
2. 患者の問診から, 現在認められる症状の種類, その程度, 必要があればその持続期間, 日常生活への影響を評価する
3. 認められる症状を数え挙げて, 診断基準の各項目に照らし合わせる
4. 複数の障害の診断基準を満たす場合は, 併存症として記載する
5. 診断を厳密にする場合は, 構造化面接や評価尺度を使う

準そのものの妥当性が評価され, より適切な新たな診断基準が作り上げられる。このプロセスを繰り返すことで, いずれはめざす疾患の表現型と目される均一なグループを抽出することができると想定していたのであろう。この発想は, ある1つの疾患は, 疾患の原因, 症状, 転帰, 治療が同一であるという Kraepelin の疾患単位論に近いもので, St Louis 学派が新クレペリン主義とも呼ばれていたわけである。

均一な標本を集めることを目標とするなら, 診断基準はすべての項目を満たすことを条件とする (monothetic) に限るのだが, そうすると疫学調査でも条件のいくつかを欠く症例が多数出てきてしまう。そのような不都合を避けるために, すべての項目を満たすのではなく, いくつか項目を満たせば診断ができるように, カテゴリーの範囲に幅をもたせるように工夫されている。

2. 診断

診断も伝統的精神医学とは違う (表6)。医師は, 感情移入しながら患者に何が起きているのかを把握するというよりも, 少し距離をおいて医師主導の問診から, いわば外側から観察する。縦断的なストーリーよりも, 現在の症状構成の把握を第一義とする。どの程度厳密に行うかは別として, 原則的にはあらゆる症状の有無をチェックする。あとは診断基準と照らし合わせるのだが, 診断が導かれるアルゴリズムも用意されている。「客観性」に重きがおかれているので, 質問の文言

表7 DSMの長所と短所

長所	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 診断基準はある程度のエビデンスに基づいている</li> <li>2. どこかのカテゴリー (NOSを含む) に分類することができる</li> <li>3. 1回の問診で診断をつけることができる</li> <li>4. 診断の信頼性 (評価者間の診断一致率) が検討されている</li> <li>5. グローバルに通用する診断分類</li> <li>6. 治療の有効性などのエビデンスの蓄積がある</li> </ol>
短所	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. カテゴリーの妥当性が保証されていない (妥当性問題)</li> <li>2. Polythetic (monotheticではない) な診断基準を採用しているため、カテゴリーそのものは異種混合</li> <li>3. カテゴリーごとにエビデンスの多寡がある</li> <li>4. 1つのカテゴリーだけを改訂することができない</li> <li>5. 臨床家: 病名, それぞれの診断基準, 診断アルゴリズムを記憶することが簡単ではない, DSMが要求するような厳密な診断は必要ない</li> <li>6. 研究面: 厳密に診断基準をあてはめると診断基準を満たすことができない症例が少なくない, 併存症が多くエントリーできない</li> <li>7. 診察態度が非人間的になる傾向がある</li> </ol>

が決められた構造化面接や、統計的な処理ができるような評価尺度もある。ただし、ここでいう「客観性」はあくまで括弧付きでしかない。形而下にある身体的事象に備わる自然科学的な客観性ではなく、形而上の主観的体験 (精神症状) を客観的に扱えるように工夫しているのである。症状すべてをチェックすると複数の精神障害が診断されること〔併存症 (comorbidity)〕が少なくないことも、操作的診断を採用しているこのシステムの特徴である。

### 3. 長所と短所

表7に長所と短所をまとめた。DSMでは患者を診察し、所見がとれれば必ず診断名がつく。どこかに必ず分類することができるので、診断に迷うということが少ない。1回だけの問診でも診断可能であることも利便性が高い。加えて診断の信頼性が検討されていることも、調査・研究に重要である。出発点であったDSM-IIIは違うが、その後の分類・診断基準の改訂はある程度のエビデンスに基づいている。結果的に、DSMは今やグローバルに通用する診断分類となっており、多くの研究や調査がこれに則っている。

しかし、この体系にも短所がある。カテゴリー

そのものの妥当性 (validity) がたびたび疑問視されてきたこと (妥当性問題) は、何よりも深刻である<sup>9)</sup>。カテゴリーに妥当性があるという前提があつたのエビデンスである。もし、カテゴリーの妥当性が危うくなれば長所そのものの根底が揺らぐ。精神症候学によって規定されるカテゴリーが妥当であるという証拠は、生物学的精神医学の成果からもたらされることが期待されてきた。しかし、DSM-IIIからすでに四半世紀以上が経過している今日、主要な精神障害の身体的基盤はいまだ解明されない状況が続いている。1970年当初のRobins & Guzeの構想<sup>14)</sup>のようには、歴史は展開しなかったのである。Kraepelin以来すでに100年を経過しているわけだが、われわれは精神症候学によって規定される疾患単位の確立に一度も成功していない。その事実を30年以上の年月をかけて改めて確認したといえるかもしれない。業を煮やした米国National Institute of Mental Healthは、DSM-5とは別の新たな精神障害の分類体系Research Domain Criteria (RDoC)を提唱した<sup>7)</sup>。今や米国精神医学は臨床と疫学統計調査を目的とするDSM-5と生物学的研究用RDoCという、2つのまったく異なる分類体系が並行する異常事態、カオスに陥っている。

妥当性問題以外の短所についても簡単に説明を加えておく。カテゴリーにある程度の幅をもたせようとして工夫された多形質的な (polythetic) 診断基準であるが、それは同時にカテゴリーそのものが症状学的に異種混合 (heterogenous) となってしまうという、表裏一体の短所がある。診断基準の改訂はエビデンスに基づいていると述べたが、例えば major depressive disorder と dysthymia とでは蓄積されたエビデンス量に雲泥の差がある。ひとたび診断基準が改訂されてしまえば、それ以前の研究との比較はできなくなってしまう。有効な改訂をするためには、各カテゴリーに十分な研究が行われることが理想なのだが、カテゴリーごとの研究成果の多寡はいかんともしがたい。あまり気づかれていないが、DSMはあるカテゴリー1つだけの診断基準を変更することができない。各カテゴリーには周辺カテゴリーとの境界があるので、1つを変更すると全体に波及する可能性がある。臨床家にとって、多くのカテゴリーの診断基準を暗記することは簡単ではない。そもそも作業仮説でしかない (いつかは改訂される) なら、日常診療で厳密に適用する意義があるのだろうか、忙しい臨床家は思うかもしれない。研究面でもプラスばかりではない。研究対象として適切だと思った患者が、厳密に診断基準をあてはめると基準を満たさなかったり、併存症ではねられたりということもある。Andreasen, N. C.<sup>2)</sup>は DSM 導入後の予期せぬ結果として、精神科医の診察態度から人間性が失われつつあるという懸念を表明している。そして「学生は過去の偉大な精神病理学者から (精神病理の) 複雑性を学ぶより DSM を記憶するように教えられるようになった。米国においては、2005 年までに現象学の死と表現されるくらいに、その衰退は深刻である」と嘆いている。

### おわりに

著者はあらゆる側面において、伝統的精神医学が優れていると主張するつもりはない。伝統的精神医学による分類、DSM 分類、それぞれに特徴が

あり、長所・短所がある。両者は本来対立するものではなく、目的に応じて使い分けられるべきものである。目の前にいる一人の患者を対象とする臨床場面では、伝統的精神医学の方が、患者についてより深い理解が得られ、診断プロセスそのものが治療的 (精神療法的) で、一日の長があると思う。臨床場面でも、治療薬の選択には DSM に基づいたエビデンスが参考になる。集団を対象とする統計疫学調査には、グローバル・スタンダードとして通用する DSM (あるいは ICD-10) を使うのがよいだろう。

精神障害の身体的基盤を究明するためにも使われていた DSM だが、今後、その役目は、まだ産声をあげたばかりの RDoC が担うのだろうか。多くの精神障害の身体的基盤が明らかになった暁には、精神科治療学は大きな変貌を遂げているかもしれない。ただそれには相当の時間が必要だろう。「待ったなし」の臨床精神医学は目の前にいる一人の患者のためにまず役に立つものでなくてはならない。たとえ不十分ではあっても、現時点でわれわれが使える診断技術や治療についての知見を最大限に活かすためには、伝統的精神医学の視点は有用であると著者は信じている。すでに紙幅が尽きたが、Westen, D.<sup>18)</sup>の提唱するプロトタイプ診断 (prototype diagnosis) は、伝統的精神医学に近い思想で、米国でも著者と同じような主張があることを付け加えておく。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

### 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). APA, Washington, D.C., 1980 (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄 昭訳 : DSM-III 精神障害の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1982)
- 2) Andreasen, N. C. : DSM and the death of phenomenology in America : An example of unintended consequences. *Schizophr Bull*, 33 ; 108-112, 2007
- 3) Blankenburg, W. : Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit : Eine Beitrag zur psychopatholo-

gie symptomarmer Schizophrenien, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1971 (木村 敏, 岡本 進, 島 弘嗣訳: 自明性の喪失, みすず書房, 東京, 1978)

4) Bleuler, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Frany Deuticke, Leipzig, 1911

5) Conrad, K.: Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. George Thieme Verlag, Stuttgart, 1966 (山口直彦, 安 克昌, 中井久夫訳: 分裂病のはじまり—妄想のゲシュタルト分析の試み—. 岩崎学術出版社, 東京, 1994)

6) Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., et al.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry, 26; 57-63, 1972

7) Insel, T. R.: Transforming Diagnosis. 2013 (<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>) (参照 2017-08-17)

8) Jaspers, K.: Allgemeine Psychiatrie. Springer, Berlin, 1913 (西丸四方訳: 精神病理学原論. みすず書房, 東京, 1971)

9) Kendell, R., Jablensky, A.: Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry, 160; 4-12, 2003

10) 古茶大樹, 針間博彦: 病の「種」と「類型」, 「階層原則」—精神障害の分類の原則について—. 臨床精神病理, 31; 7-17, 2010

11) 古茶大樹, 針間博彦, 三村 将: 現代精神医学の

ジレンマ, 精神医学, 54; 325-332, 2012

12) 古茶大樹: 精神医学における理念型の役割, こころと文化, 15; 144-150, 2016

13) Kraepelin, E.: Psychiatrie Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Achten Auflage, Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1913

14) Robins, E., Guze, S. B.: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatry, 126; 983-987, 1970

15) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. Mit einem aktualisierten und erweiterten Kommentar von Gerd Huber und Gisela Gross. 15. Auflage. Georg Thieme, Stuttgart, 2007 [針間博彦訳: 新版 臨床精神病理学 (解説: ゲルト・フーバー, ギセラ・グロス). 文光堂, 東京, 2007]

16) Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E.: Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry, 35; 773-782, 1978

17) Weber, M.: Die "Objektivität" sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik, 19; 22-87, 1904 (富永祐治, 立野保男訳: 社会科学と社会政策にかかわる認識の「客観性」. 岩波書店, 東京, 1998)

18) Westen, D.: Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. World Psychiatry, 11; 16-21, 2012



**Traditional Psychiatry and DSM :  
Common Points, Differences, Diagnosis, Advantages, and Disadvantages**

Hiroki KOCHA

*Department of Neuropsychiatry, St. Marianna University School of Medicine*

Here's a question : "Are all mental disorders diseases?" Each school of psychiatry looks totally differently at how to answer this question. Traditional psychiatry (Heidelberg school) sticks stance that some mental disorders are diseases and some are not. On the other hand, brain scientists may insist that all mental disorders are brain diseases. DSM leaves this question open and sidesteps the controversial issue of the definition of "disease" in psychiatry. Differences in diagnostic methods and classification between the two systems and the advantages and disadvantages of each are discussed. Traditional psychiatry and DSM are not essentially conflicting but complement each other. We should use each system according to the intended use. When with a patient in a daily clinical setting, the thoughts of the Heidelberg school are more useful than DSM, but DSM has a marked effect on research and studies where many patients need to be included.

< Author's abstract >

< **Keywords** : Heidelberg school, traditional psychiatry, DSM, ideal type >

---