

「診たて（成因論的仮説）」には、どんな臨床精神病理学が必要か？

広沢 正孝

精神疾患の成因論的分類は、歴史的に外因・内因・心因に基づいて行われてきた。精神病理学が、成因論的理解や診断の診たてに貢献してきたのは、このうち主に心因と内因である。しかし操作的診断では、内因・心因性精神疾患に関してもエビデンスが重視され、臨床診断体系の再構築が進んだ。それに伴って、精神医学における精神病理学的な診たての重要性が薄れつつある。しかし精神医学においては、精神疾患とともに生きる一人の人間を診たてることが重要であり、精神病理学はその視点に立って成因から病態、症状に至るまでを了解するための知見を蓄積してきた。そこから導かれる疾患の各理念型は臨床医で共有され、各自の臨床に合わせた「臨床モデル」の構築を育んできた。このモデルは、患者との信頼関係の樹立にも威力を発揮する。ただ従来の精神病理学の方法論は、完成された特定の自己像およびその確立に向けた精神の統合機能の存在を前提にしたものであり、そこに人々の価値観が入り込む。したがって、「臨床モデル」の使用に際しては、適用をある程度限定する必要がある。それが有用性をもつのは、自己の確立と維持に関連した病態であり、しかも人々のめざすべき自己像が比較的明確であるという条件下においてである。一方で、自己の統合機能そのものが生来的に発揮しにくい発達障害者や、それが慢性的に低下している精神疾患患者では、従来の精神病理学的手法では理念型が作られにくい。さらには、現代のような自己像が曖昧な文化のもとでは、従来の「臨床モデル」もまた見直しを迫られる。それを受けて本稿では、発達の原点にまで遡った新たな精神病理学的診たて（発達精神病理学的見地）の試みについてふれた。

<索引用語：精神病理学，DSM-5，診たて，発達>

はじめに

現在の精神科診療における診たての姿勢を概観すると、多分に DSM-5 に代表される操作的診断作業が重視されているように思われる。たしかにこの診たて方は、一定のエビデンスに基づいたものであり、自然科学の一角に位置する精神医学には必要なものである。しかし実際の臨床現場に目を向けると、この作業のみでは、診たてに対する不満や不安の声が聞かれ、それは「ちっとも診てもらえなかった」「ちっとも話を聞いてもらえなかった」といった患者の声に象徴される。このことは、たとえそれが自然科学的に妥当な手法で

あったとしても、それだけでは十分といえないことを意味する。精神医療では、疾患や障害とともに、それを「病む患者」の（一人の人間としての）診たてが重要なのであり、ここに精神病理学の存在価値が再浮上してくる。

しかし現代の精神医学において、精神病理学的な診たてを確かなものとするには、まずエビデンススペースの操作的診断作業との手法の異同を把握し、そのうえで、精神病理学的手法による診たてが有用な対象や状況を明確にしておく必要がある。

I. 精神病理学の基本的な手法 ——操作的診断手法との異同——

精神病理学の、診たてにおける手法の基本を著者なりにまとめると、以下のようになろう。

まず精神病理学では、患者のこころ（精神現象）を捉えるにあたり、病む患者の全体像を重視する。すなわち自己や意識といった概念が、体系の中核に据えられる。ここで問題となるのが、自己や意識における標準の設定であるが、その際に用いられてきたのが「価値基準」という考え方である。つまり精神病理学では、「ある自己や意識の機能様態」が、生存するうえで都合がよいか不都合か、あるいは本人や周囲の人が苦痛を感じるか否かに注目し、それに基づいて正常と異常を判断してきたのである。また、それとともに異常な精神現象の形態、そこでみられる自己・意識の構造や機能様態の特徴、さらにはそれが生じた心理的メカニズム（成因）などの了解¹⁸⁾が試みられ、理論が構築される。当然このような手法は、時代や文化の影響を受け、生物学的精神医学が依拠しているEBM (evidence based medicine) の考え方からすれば普遍性に欠けることになる¹⁰⁾。

一方、生物学的精神医学の手法では、積み重ねられた個々のデータをもとに、正常ないし健康の基準を設定し、さらにそれに基づいて基準からの逸脱をきたすような現象や生物学的なメカニズムを追究する。操作的診断基準においても基本的にこの方法がとられ、価値基準が反映される概念は極力避けられる。自己や意識といった概念が、とくにDSM¹⁾において消失して久しいことは、周知の通りである。

II. 精神病理学と類型診断 ——精神病理学をベースにした診たて方——

さて、自己や意識といった概念を中核に据え、「病む患者」の全体像を了解しようとする精神病理学は、診たてにあたっていくつかの類型（理念型）を作り、そのうえで個々の症状や状態像のもつ意味を議論してきた。また精神病理学が精神医学の中核に位置していた時代では、臨床医は経験を積

むなかで、各類型（理念型）における典型例象、すなわちそれぞれの臨床フィールドで有効性を発揮する、実践的な「臨床モデル」¹²⁾を自身のなかに育んできたものと思われる。本邦の臨床医の「臨床モデル」の代表例と思われるうつ病と統合失調症（急性期）の例を以下に挙げてみる。

まず内因性のうつ病の場合、おそらく多くのベテラン臨床医が育んできた「臨床モデル」とは、その中軸にメランコリー親和型性格³⁰⁾をおいたものであろう。モデルでは、その性格特性から導かれる生活状況や対人環境（手を抜けない仕事ぶり、他者への気遣い、環境への過剰適応など）を念頭において発症に至る誘因と精神的エネルギーの消耗のプロセスが思い描かれる。そして最終的な帰結としての思考・行動の制止（「いくら考えたり行動したりしようとしてもこれ以上先に進まない」）、罪責感や貧困感（「もうこれ以上期待に応えられない」「築きあげてきた地位や信頼を失ってしまう」）の出現が了解的に把握される¹²⁾。

また急性期の統合失調症の場合であると、おそらく多くのベテラン臨床医が育んできた「臨床モデル」^{8,12)}は、その中軸にKretschmer, E.²³⁾の統合失調気質をおいたものとなろう。モデルでは、その性格特性から推察される幼少時からの受動的な対人関係や、思春期になって遭遇する自己の成立をめぐる諸問題（思春期危機）を念頭において、発症に至るプロセスが思い描かれる。そのプロセスに関してはConrad, K.⁵⁾や中井²⁷⁾による発症過程論が援用され、同時に木村²²⁾のいう人間学的な病理である「自己の成立不全」に至る筋道、さらには最終的な帰結としての妄想世界の成立までもが了解的に把握されよう。

以上の2例からいえることは、精神病理学的な診たてにおいては、その類型化（理念型の抽出および各医師の「臨床モデル」の創造）において、成因から経過、そして病態、症状に至るまで、全人的、統合的に了解しようとする姿勢がみられる点である。うつ病の診たての場合、臨床医は患者の生き方のなかにメランコリー親和型性格の特徴、同時に発症の誘因、現在の症状の統合的な確

認作業を行う。もちろん症状の確認においては、今日では操作的診断基準との照合もなされるであろうが、それでも一人の「うつ病者」としての生き方と現症とを了解しようとする姿勢が優位に立つ。統合失調症の場合も同様に、性格-自己の成立をめぐる思春期危機-発症前後の言動-症状の統合的な確認作業が行われる。そこでも一人の「統合失調症青年」としての生き方と現症とを、了解しようという姿勢が優位に立つ。

このような精神病理学的な「臨床モデル」を念頭においた診たてのメリットとして、第一に患者の安心感、安全感が得られやすい点が挙げられる。患者を一人の人間として捉え、そのうえで現在の症状や状態を患者とともに確認する視点は、医師-患者の信頼関係を育み、患者に「理解してもらえた」という実感を育む。第二に、このような診たては、誤診を防ぐ役割をもつ。なぜなら操作的診断基準を一見満たすような症例であっても、上述の「臨床モデル」から大きくイメージが外れる場合、診断を見直すための注意が喚起されるからである。たとえば、内因性のうつ病であれば、双極Ⅱ型障害や離人症に随伴する抑うつ状態などがその対象となる。両者ともに DSM-5 のうつ病（大うつ病性障害）の診断基準を満たす場合が多いにもかかわらず、成因も病態も治療方法も異なる¹²⁾。統合失調症であれば統合失調感情障害（非定型精神病）や自閉スペクトラム症（autism spectrum disorder：ASD）の幻覚妄想状態が対象となろう¹²⁾。

Ⅲ. 「臨床モデル」の限界

著者はここまで精神病理学的「臨床モデル」の有用性を述べてきたが、それには限界も存在する。

精神病理学が自己構造・機能の異常性を論じる学問である以上、該当する疾患の対象は限られてくる。すなわち自己構造・機能の構築や維持に直接まつわる病態を呈する、心因性や内因性の疾患に絞られ、前節で例示した（内因性）うつ病や統合失調症の急性期のほか、かつての神経症に含まれていた疾患群が主な対象となろう。一方で脳機

能が直接的に影響を与える外因性の精神疾患に関しては、心理的了解が及びにくく、精神病理学的視点からの理念型、および実践的な「臨床モデル」は作りにくい。

また、自己構造・機能の構築や維持にまつわる病態であっても、理念型ないし「臨床モデル」の有用性が発揮されるのは、求められる自己像ないしは健全な自己イメージが、文化のなかで広く共有されているときである。換言すれば、既存の精神病理学的な理念型は、求められるしかるべき自己像が明確な時代に構築されたものであり、また例示した「臨床モデル」も規範となる自己像を臨床医がもっていた時代¹¹⁾のものである。

ここで確認する必要があるのが、従来の精神病理学が暗黙裡に依拠してきた、しかるべき自己像とはいかなるものであったのかということである。精神病理学の歴史を振り返って、特に重視されるのは、当学問の黎明期、西欧人に要請されていた「近代西欧型自己」¹⁰⁾であろう。これは理性を軸に高度に統合された「鉄壁な」自己であり、Jaspers, K.¹⁸⁾の自己意識に象徴されるように、能動性の意識、単一性の意識、同一性の意識、外界や他者からの隔絶の意識の成立を機能として備えたものといえる。また Jung, C.G.¹⁹⁾が注目したマンダラ図のように、放射+同心円状の構造、つまり一点を中心に統合性をもった構図として描かれ得るものでもあろう⁹⁾。これまでの精神病理学体系は、まさに「近代西欧型自己」像を基準に構築され¹⁵⁾、その代表が神経症や統合失調症の理念型といえよう。

もう1つ、本邦の精神科臨床で、取り上げる必要があるのがメランコリー親和型性格³⁰⁾である。従来、個の成立よりも人の和を重視する本邦では、必ずしも「近代西欧型自己」が健全の標準とはならず、むしろメランコリー親和型性格が尊重されてきた歴史をもつ²⁹⁾。先述のうつ病の「臨床モデル」も、このような自己像が広く共有されてきた本邦だからこそ、その意味を発揮してきたといえる。

いずれにしても、このような自己構造の基準

(規範)があつて、精神病理学の理念型も個々の臨床医が育む「臨床モデル」も、成因から病態まで妥当性をもち得るのである。

Ⅳ. 近年の精神科臨床と精神病理学の問題点

近年の精神科臨床では、実は上述の前提がかなり曖昧になってきている。例えば「近頃、典型的な統合失調症が減ってきた」「近頃の青年のうつ病はうつ病とはいえない」といった臨床医の印象は、まさに上述の精神病理学の理念型の意味が消失し、また臨床現場でも精神病理学的「臨床モデル」が成立しにくくなってきたことを示唆する。

たしかに近年、インターネットの急速な普及、世界規模でのグローバル化の加速、エビデンス重視の価値感の蔓延化が進み、それに伴って特定の自己像が求められる傾向が失われてきた¹¹⁾。学校や家庭における教育でも、しかるべき自己の発達をめざしたしつけが影を潜め、長年心理学の重要な位置を占めてきた発達課題論⁷⁾自体が形骸化しつつある。その結果「非定型な」発達過程²⁰⁾を歩む人たちが増加し、とくに2000年以降は、自己の確立に向けた統合志向性自体が、青年たちの間で減弱してきたようである（「近代西欧型自己」にしる、メラニコリー親和型性格にしる、その確立や維持には高度な統合志向性が必要とされる^{10,11)}）。発達障害の増加が、このような時代背景と密に関連していることは容易にうなずけよう。

いずれにしても、現代という時代を考えると、従来の理念型の有用性の再考と「臨床モデル」の見直しが必要となる。

Ⅴ. 精神病理学的「臨床モデル」と発達障害

——生物学的精神医学との視点の共有——

現代の時代背景から、まず精神病理学が対応しなければならないのは、発達障害者の適切な理解であろう。とくに成人のASD者では、精神病理学が健常とみなした自己像をもとに了解することが困難である。ASD者は、定型発達者と異なる心理的発達の過程をたどりながら成人期を迎え¹³⁾、その結果として彼ら特有の自己像を育てているか

らである。

以前に著者⁹⁾は、ASD者が最終的に構築しやすい自己像が、核をもたない格子型構造であり、本来的に高度な統合機能を発揮しにくいことを述べた（「ASD型自己」）。それは「タッチパネル」にもたとえられる機能様態を示し、彼らに展開する自己-世界は、あたかもタッチパネルを操作しているときのように、多くは1つのウィンドウのなかでのみ展開される。「ASD型自己」では、たとえば（パネル全体の）統合志向性が働いたとしても、それは恣意的な作業になる。したがって、常に精神の統合機能を要求され、その統合機能をいかになく発揮して（一人の人間として）臨機応変な対人関係を営むことを求められると、彼らは苦境に立たされる。

ちなみに、これまで精神病理学が依拠してきた健常な自己像は、先述のように1つの核をもった放射型構図を基本としている。したがって、そのような自己像を基準に「ASD型自己」の機能様態をみると、どうしてもそこには「期待される自己機能の障害」と、「格子型自己特有の機能様態」とが顕在化してくることになる⁹⁾。DSM-5に倣えば、前者が診断項目A、後者が診断項目Bで記述されている「病理」にほぼ相当する¹²⁾。

以上からいえることは、少なくともASDの「臨床モデル」は、従来とは異なった格子型自己像を想定し、精神病理学的考察もその機能様態に則って行う必要が生じてくることである。換言すれば、従来の精神病理学のような「近代西欧型自己」や「メラニコリー親和型自己」ありきの視点では、発達障害圏の人々の精神病理は論じられないことになる。一方で「ASD型自己」の形成においては、多分に彼らの脳機能の発達様態の影響を受けている^{4,10)}。またASDに限らず、人の精神の機能が、右脳と左脳の機能の発展と両者の統合作用から成立することを考えれば、脳の発達様態を考慮に入れた新たな精神病理学的手法を開拓する必要性が示唆される。

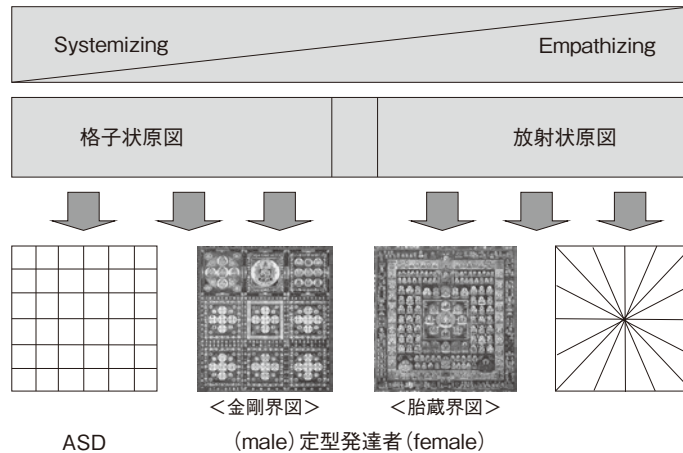


図1 人の精神の発達モデル

VI. 発達精神病理学的視点

ASDの精神病理学的「臨床モデル」をめぐる、著者は格子型自己構造にふれたが、実はこの構造は、現代青年においては珍しいものでなく^{11,21)}、その意味で格子は人が自己を構築するにあたり、より広く利用できる基本構図であるといえそうである。さらにいえば人には、発達の過程のなかで、核をもった放射型構図と核のない格子型構図をもとに自己像を構築していく可能性も存在する。そこで以前に著者は、Baron-Cohen, S. らのES理論^{2,3)}をも考慮に入れて、「人の精神の発達モデル」の構築を試みた^{10,12)}。

図1はそれを図示したものである。すなわち人の脳には、生来的な機能としてsystemizing, empathizingの2様の動因があり、しかもその比率には個体差が存在し、それを反映したスペクトラムが想定される(図1の最上部)^{2,3)}。一方、構造面でみれば、人は生来的に格子・放射の両基本構図を利用する素質をもち、どちらの構図に親和性があるかには個体差がある。おそらくsystemizing優位の者は格子を基本構図とし、そこに放射の要素を取り入れて精神構造を完成させていく(これを象徴的に図示したものが、図1最下段にある金剛界マンダラ図であり、歴史的に男性性や左脳機能との関連が示唆されてきた自己-世界イ

メージである)^{25,31)}。反対にempathizing優位の者は、放射を基本構図とし、そこに格子の要素を取り入れて精神構造を完成させる(これを象徴的に図示したものが、図1最下段にある胎蔵界マンダラ図であり、歴史的に女性性や右脳機能との関連が示唆されてきた自己-世界イメージである)^{25,31)}。なお上述のスペクトラムにおいて、極端にsystemizing優位の者(左端に位置する者)は放射構図を取り入れにくく、純粋な格子型自己を発展させ、なかには高度なタッチパネル構造を育む者もいると推察される(「ASD型自己」)。

いずれにしても、生来的な精神構造から人は、核をもついわば放射型人間と、核をもたない格子型人間とに大別され、本来であれば、それぞれの精神構造-機能様態に基づいた疾患の理念型および「臨床モデル」が必要であったこと、ないしは従来の理念型を念頭においたとしても、それが放射型人間と格子型人間のいずれに親和性をもったものであるのか、ないしはそれぞれ症状に対する姿勢がどのように異なるのかを視野に入れて「臨床モデル」を考える必要があったことが示唆される。

この考え方は、従来の精神病理学のように、価値基準が反映された特定の自己概念を出発点としたものではなく、生物学的素因を基盤に据え、

各々が社会の価値基準といかに折り合い、そのなかでいかなる精神現象が生じ得るかをみようとする手法である。換言すれば、精神発達の原点に立ち戻ったうえで、現在の精神現象を了解的に理解しようとする精神病理学（いわば「発達精神病理学」的視点といえるもの）であり、その意味で生物学的精神医学と齟齬をきたすものではないと思われる。

Ⅶ. 「発達精神病理学」的視点の応用と「臨床モデル」の方向性

以上のような発達精神病理学的見地に立って、精神疾患の診たてを再考してみると、以下の課題がみえてくる。

1. 従来の精神病理学的「臨床モデル」の有用性とその適用の再考

まず、いくら時代が変化しても、従来の精神病理学的見地に立った理念型および「臨床モデル」の有用性がすぐには失われないことを確認しておく。例えばメランコリー親和型は、今なお日本文化に根付いており²⁸⁾、特定の生活環境ではその生き方が強く要請されている。「近代西欧型自己」の確立もまた、青年にとって重要な意味をもつ状況が存在する（例えば大学生の就職活動では、その確立が強く求められたりする¹¹⁾）。このような環境下では、先述の「内因性うつ病の臨床モデル」「統合失調症（急性期）の臨床モデル」がかなりの有用性をもつ。

ただそれでも、全般的に自己の統合志向性が強く求められなくなった現代社会のなかでは、従来のモデルがそのままでは有用性を示しにくくなった面もある。そこで従来のモデルに改訂を加えた「現代版の臨床モデル」を構築する必要がある。詳細は拙書に記載したので参照されたい^{11,12)}。

2. いわゆる陰性症状の再検討——慢性疾患の臨床モデルの構築——

陰性症状に関しては、慢性期の統合失調症を述べる際に欠かせないが、従来の精神病理学ではこ

れが積極的に論じられることが少なかった。しかし、統合失調症の軽症化が叫ばれて久しい今日では、精神医療の枠から離れてしまい、社会のなかで生活しながら何らかの契機で事例化するケースも少なくない。既往歴が不明であれば、彼らには初診患者としての診たてが必要となる。ここで問題となるのが、同じ陰性症状を共通の aspekto としてもつといわれている ASD 者¹⁶⁾との異同であろう。

実は、発達精神病理学的見地に立つと、陰性症状をもつ各疾患患者の了解と、それに基づいた各疾患の「臨床モデル」の確立も行いやすくなると思われる。陰性症状とは、「期待される社会機能の低下」を意味し、その背景に自己の統合に必要なエネルギー（Janet, P.¹⁷⁾のいう心理エネルギーないし Conrad, K.⁵⁾のいうエネルギーポテンシャル）の低下が推察される。ここでは、エネルギーの低下の結果、露呈してくる精神の基本構図が目される。つまり格子型人間であれば（純然たる）格子、放射型人間であれば（純然たる）放射構図である。これらの基本的な機能様態の発動を理解することで、慢性期統合失調症患者の種々の精神行動特性⁸⁾も理解でき、了解可能な「臨床モデル」の構築も可能となろう。

ところで、格子型人間の純系ともいえる ASD との鑑別が必要な慢性期統合失調症患者は、破瓜型であると思われる。なぜなら性差、発症年齢、臨床像、さらには芸術療法の知見⁶⁾を総合すると、破瓜型統合失調症患者は格子型人間、妄想型統合失調症患者は放射型人間である可能性が高いからである¹⁰⁾。ASD との見分けは、破瓜型統合失調症患者の場合、多くは慢性期に至ってもなお「近代西欧型自己」への執着がみられる点、同時に全般的なエネルギーポテンシャルの低下⁵⁾と、Minkowski, E.²⁴⁾のいう「貧しい自閉」が認められる点にあると思われる。なおその診たての詳細もまた、拙書^{10,12)}を参照されたい。

3. 高齢者の診たて

陰性症状の診たてをさらに広げると、高齢者の

認知機能障害にも敷衍できるとされる。たしかに臨床現場では、高齢者の精神科診断は予想以上に困難なことがあり、とりわけ「期待される社会機能の低下」が前景に出た場合、認知症（軽度認知障害）、潜在発症の統合失調症、そして近年では高齢者の ASD²⁶⁾との鑑別に悩まされる。歴史的にこの3疾患は認知-知能-社会機能の低下（つまり「陰性症状」）を同源とした概念とみることもでき¹⁴⁾、やはり「陰性症状」の理解をもとにした精神病理学的な理念型と各臨床医の「臨床モデル」の確立が期待される¹⁵⁾。

おわりに

以上著者は、「診たて（成因論的仮説）」には、どんな臨床精神病理学が必要か、という点をめぐって、著者なりの考えと今後の展望を述べた。精神病理学の知見から導かれる「臨床モデル」は、患者の診たてに極めて有用なものであるが、今日の文化のもとでは、従来の手法に変更を加える必要があることもまた確認された。本稿で新たに提案した、発達精神病理的視点は、生物学的手法とも齟齬をきたさない。著者としては、この種の議論が今後深められることを期待したい。

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, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
- 2) Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., et al. : The Systemizing quotient (SQ) : An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism and normal sex differences. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 358 ; 361-374, 2003
- 3) Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. : The empathy quotient : An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disord*, 34 ; 163-175, 2004
- 4) Baron-Cohen, S., Knickmeyer, R. C., Belmonte, M. K. : Sex differences in the brain : Implications for explaining autism. *Science*, 310 ; 819-823, 2005
- 5) Conrad, K. : Die beginnende Schizophrenie : Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. George Thieme, Stuttgart, 1958 (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) 花房 香, 青木省三, 中野善行ほか : たまり場的絵画療法の経験—座標軸を用いての位置づけ—. *日本芸術療法学会誌*, 24 ; 102-116, 1993
- 7) Havighurst, R. J. : Developmental Tasks and Education, 3rd ed. David McKay, New York, 1972 (児玉憲典, 飯塚裕子訳 : ハヴィグアーストの発達課題と教育—生涯発達と人間形成—. 川島書店, 東京, 1997)
- 8) 広沢正孝 : 統合失調症を理解する—彼らの生きる世界と精神科リハビリテーション—. 医学書院, 東京, 2006
- 9) 広沢正孝 : 成人の高機能広汎性発達障害とアスペルガー症候群—社会に生きる彼らの精神行動特性—. 医学書院, 東京, 2010
- 10) 広沢正孝 : 「こころの構造」からみた精神病理—広汎性発達障害と統合失調症をめぐって—. 岩崎学術出版社, 東京, 2013
- 11) 広沢正孝 : 学生相談室からみた「こころの構造」—〈格子型/放射型人間〉と 21 世紀の精神病理—. 岩崎学術出版社, 東京, 2015
- 12) 広沢正孝 : DSM 時代における精神療法のエッセンス—こころと生活を見つめる視点と臨床モデルの確立に向けて—. 医学書院, 東京, 2016
- 13) 広沢正孝 : 成人の自閉スペクトラム症とライフステージの課題—特集にあたって—. *精神医学*, 58 ; 365, 2016
- 14) 広沢正孝 : Kanner と Asperger の自閉は Bleuler, E. のそれをプロトタイプとしている. *精神科治療学*, 31 ; 763-769, 2016
- 15) 広沢正孝 : 自閉スペクトラム症の精神病理—統合失調症との類似性と異種性—. *臨床精神医学*, 46 ; 733-739, 2017
- 16) 石井 卓 : アスペルガー症候群—統合失調症との鑑別—. *精神科治療学*, 19 ; 1069-1075, 2004
- 17) Janet, P. : *Les Névroses*. Flammarion, Paris, 1909 (高橋 徹訳 : 神経症. 医学書院, 東京, 1974)

- 18) Jaspers, K. : Allgemeine Psychopathologie, Aufl. 5. Springer, Berlin, 1948 (西丸四方訳：精神病理学原論. みすず書房, 東京, 1971)
- 19) Jung, C.G. : Gestaltungen des Unbewussten. Rascher, Zürich, 1950 (林 道義訳：個性化過程の経験について. マンダラシンボルについて. 個性化とマンダラ. みすず書房, 東京, p.71-148, p.149-221, 1991)
- 20) 河合俊雄, 田中康裕編：発達の非定型化と心理療法. 創元社, 大阪, 2016
- 21) 河合俊雄：発達障害の増加と発達の「非定型化」. 発達の非定型化と心理療法 (河合俊雄, 田中康裕編). 創元社, 大阪, p.4-24, 2016
- 22) 木村 敏：分裂病の現象学. 弘文堂, 東京, 1975
- 23) Kretschmer, E. : Körperbau und Charakter, Aufl. 8. Springer, Berlin, 1955 (相場 均訳：体格と性格. 文光堂, 東京, 1960)
- 24) Minkowski, E. : La Schizophrénie. Brower, Paris, 1953 (村上 仁訳：精神分裂病. みすず書房, 東京, 1954)
- 25) 宮坂宥勝, 梅原 猛：生命の海 (空海) (仏教の思想 9). 角川書店, 東京, 1978
- 26) 村上伸治, 高橋 優, 和辻健太ほか：初老期の自閉スペクトラム症者. 精神医学, 58 ; 407-414, 2016
- 27) 中井久夫：精神分裂病の発病過程とその転導. 分裂病の精神病理 3 (木村 敏編). 東京大学出版会, 東京, p.1-60, 1974
- 28) 芝伸太郎：タテ社会の崩壊とうつ病. 精神科治療学, 15 ; 1145-1149, 2000
- 29) 高木俊介：現代家族の変容と思春期例の家族支援. 精神科治療学, 26 ; 595-601, 2011
- 30) Tellenbach, H. : Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Tzypologie, Pathogenese, Klinik. Aufl. 3, Springer, Berlin, 1976 (木村 敏訳：メランコリー. みすず書房, 東京, 1978)
- 31) Ueda, Y. : Mandala : Its contrast with left and right brain hemispheres. J Int Soc Life Info Sci, 23 (1) ; 57, 2005
-

Developmental Viewpoint in Psychopathology

Masataka HIROSAWA

Graduate School of Sports and Health Science, Juntendo University

Today, younger psychiatrists preferably use Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5, when they diagnose patients. This may provide them with satisfaction that they are fulfilling the policy of evidence-based medicine ; however, it may not satisfy their patients. In the clinical field, we should understand the importance of the psychopathological way of diagnosing. Psychopathology has empirically established prototypes (ideal types) of each psychiatric disease using the method of understanding the total experience of patients (“*verstehen*” by Jaspers, K.), which makes it easy to establish beliefs between psychiatrists and patients.

However, we should note that psychopathological prototypes are especially useful to “*verstehen*” diseases concerned with self-structure and/or self-function, such as neurotic disorders, schizophrenia, and mood disorders. On the other hand, diseases caused by biological conditions, such as organic psychosis and developmental disorders, are difficult to “*verstehen*.” We should also note that psychopathological prototypes are useful only under the social condition in which people widely share an “*ideal-self*” image. Under the condition that people do not have a certain image of the “*ideal-self*,” just like today, psychiatric patients do not show the typical symptoms described in prototypes. Today, atypical symptoms connected with atypical self-structures, as observed in patients with developmental disorders, are increasing.

In this paper, the author presents an original vision of “*developmental psychopathology*” that may enable us to “*verstehen*” a wider range of psychiatric diseases, including developmental disorders, even under today’s social conditions. In “*developmental psychopathology*,” the author makes much of the innate trait that people select the geometrical form in order to build up self-structure, and divided people into two types : “*grid-typed person*” and “*radiation-typed person*.” For example, patients with Autism Spectrum Disorder (ASD), we can “*verstehen*” them as a purely regarding “*grid-typed person*,” and they build up a tach panel like self-structure and live with the feeling that they operate the panel system. Reconsidering the prototypes from the viewpoint of two innate traits, we will also become able to “*verstehen*” various psychopathologies seen under today’s social conditions.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : psychopathology, DSM-5, psychiatric diagnosis, psychological development >
