

初期研修医に伝えたい精神病理学

玉田 有[✉]

本稿では精神病理学を「患者の主観的な体験を明らかにする学問」と規定し、初期研修医の精神科研修において役立つ基本概念を解説した。精神科臨床では、身体医学と異なり、患者の主観的な体験に基づく症状把握すなわち了解心理学を用いた方法が必要となる。また、症状・状態像・類型診断の区別や、器質因・内因・心因の区別とその階層原則は、厚生労働省が提示する到達目標と研修医のニーズを満たすために有用である。さらに身体症状症のような心因性精神障害の臨床では力動的精神医学の視点を取り入れること、そして患者の内にある「治療に対する抵抗」という心性を理解することが重要である。精神病理学は精神科臨床の基盤であり、研修医が将来どの診療科を選ぶ場合でも必要な枠組みといえる。

索引用語

了解, 内因, 状態像, 階層原則, 抵抗

はじめに

本稿のテーマは臨床研修医（いわゆる初期研修医）の精神科研修において、精神病理学をどのように役立てるかというものである。精神病理学と聞くと、哲学を援用した難しい議論をイメージする人がいるかもしれない。他方、現代の英語圏精神医学では psychopathology という用語が単に症状（symptom）の同義語として使われることが多い¹²⁾。このように、現代においては「精神病理学」という用語がさまざまな意味をもっている¹³⁾が、本稿では精神病理学を「患者の主観的な体験をできるだけ明らかにしようとする学問」と規定しておきたい。精神科が治療の対象と

するのは患者の主観的な体験であり、それを扱おうとするといきおい身体医学とは異なる方法論が必要になる。つまり症状を記述し、名づけて、分類する記述精神病理学と、その方法論としての了解心理学を念頭においている。そして症状の発生メカニズムを考えるために器質因・内因・心因の概念を採用し、さらに心因性精神障害の臨床を考えるために力動精神医学の視点を少しだけ含んでいる。

著者は15年以上にわたり初期研修の教育に従事しているが、その大半の期間を虎の門病院という急性期医療を中心とした総合病院で過ごしてきた。本稿の内容もそこでの個人的な経験にもとづいていることをあらかじめお断りしておく。虎の門病院の精神科は一般病床のベッドをもっており、初期研修医はコンサルテーション・リエゾン診療、

著者所属：東京医科大学精神医学分野

編 注：本特集は第120回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに熊崎 努（東京農工大学保健管理センター、国家公務員共済連合会虎の門病院精神科）を代表として企画された。

✉ E mail：y-tmd@umin.ac.jp

受 付 日：2024年12月12日

受 理 日：2025年4月23日

doi：10.57369/pnj.25-089

外来診療とともに比較的軽症の入院患者の診療を経験することができる。しかし、残念ながらというべきか著者はついに虎の門病院で精神科を志望する初期研修医に出会うことがなかった。当然のことだが、ほとんどの初期研修医は精神科医にならない。全国的にみても専攻医登録者のうち精神科を選択するのは6%程度だという⁹⁾。そのような研修医たちに「どの専門科に進んでも役立つ、1ヵ月で習得できる精神科の経験」をしてもらうにはどうすればよいのか、と著者も試行錯誤を繰り返してきたつもりだが、厚生労働省が提示する到達目標⁸⁾や研修医のニーズを満たすためには精神病理学の概念的枠組みが必要であるという考えに至っている。

I. 「到達目標」と研修医のニーズ

厚生労働省が提示する「臨床研修の到達目標」⁸⁾の「II. 経験目標」のうち、精神科に関係する項目を表に示した。これを見ると、まず精神症状の捉え方の基本を身につけることが要請されており、経験すべき症状として「不安・抑うつ」が挙げられている。不安と抑うつには正常レベルの感情も含まれる。したがって、この項目は正常と異常の境目がある程度は判断できるようになることを意味している。また「経験が求められる疾患・病態」のリストには、従来診断における器質因性、内因性、心因性の精神障害が並んでいる。後述するように、この3つの枠組みでは概念モデルや治療についての原則的な考え方が異なるため、初期研修医に対しても成因別の枠組みを知ってもらう必要がある。

一方、著者の経験では研修医は「睡眠薬、頓服の指示の出し方など向精神薬の使い方を知りたい」「せん妄の診療ができるようになりたい」「精神科に依頼すべきタイミングを判断できるようになりたい」といった要望をもっていることが多い。

これらの目標やニーズに応えるために、どのように精神病理学を活かせばよいのか。以下に著者がふだん初期研修医に伝えている内容を紹介し、ご批判を乞う次第である。

II. 精神症状の捉え方

精神科治療の対象は患者の主観的な体験である。したがって、直接見たり計測したりできる身体の症候とは把握の方法が異なる。主観的体験の異常は身体検査で所見が出

表 厚生労働省の提示する臨床研修の到達目標（抜粋）

II. 経験目標	
A. 経験すべき診察法・検査・手技	
(2) 基本的な身体診察法	9) 精神面の診察ができ、記載できる。
B. 経験すべき症状・病態・疾患	
1. 頻度の高い症状	
2) 不眠	
35) 不安・抑うつ	
2. 緊急を要する症状・病態	
17) 精神科領域の救急	
3. 経験が求められる疾患・病態	
(13) 精神・神経系疾患	
[1] 症状精神病	
[2] 認知症（血管性認知症を含む。）	
[3] アルコール依存症	
[4] 気分障害（うつ病、躁うつ病を含む。）	
[5] 統合失調症	
[6] 不安障害（パニック障害）	
[7] 身体表現性障害、ストレス関連障害	
C. 特定の医療現場の経験	
(5) 精神保健・医療	
精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、	
1) 精神症状の捉え方の基本を身につける。	
2) 精神疾患に対する初期的対応と治療の実践を学ぶ。	
3) デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。	

（文献 8 より抜粋して作成）

ないため、精神科ではこの症状把握が非常に重要である。

〈気分が落ち込みますか？〉「はい」というような短い会話や質問紙で「抑うつ気分あり」と判断する「チェックリスト精神医学」⁴⁾でもある程度は患者の体験を把握することができる。しかし、これだけではどうしても情報量は落ちる。患者の表情の動きや服装、動作や返事が返ってくるスピードなどの表出にも十分に注意を払わなければいけない。そして患者を目の前にしたときの直観的・全体的な印象を大事にする。個別的なメルクマールは、それに先立つ全体認識なしには取り出せないはずである⁵⁾。さらに主訴が生じた理由やきっかけを患者に問い、患者が語るストーリーを、患者の立場を想像しながら（感情移入しながら）聞いていく。その際に「ああ、こういう理由があったのなら、今の状態になるのも当然だな」という腑に落ちる感覚が聞き手に生じるかどうかを重視してほしい。これが精神科診断において重要な「了解」という方法^{*1)}であり、患者の訴えやストーリーを聞いたり表出を観察したりして自然と腑に落ちれば「了解できる」と判断する。「話を聞いて

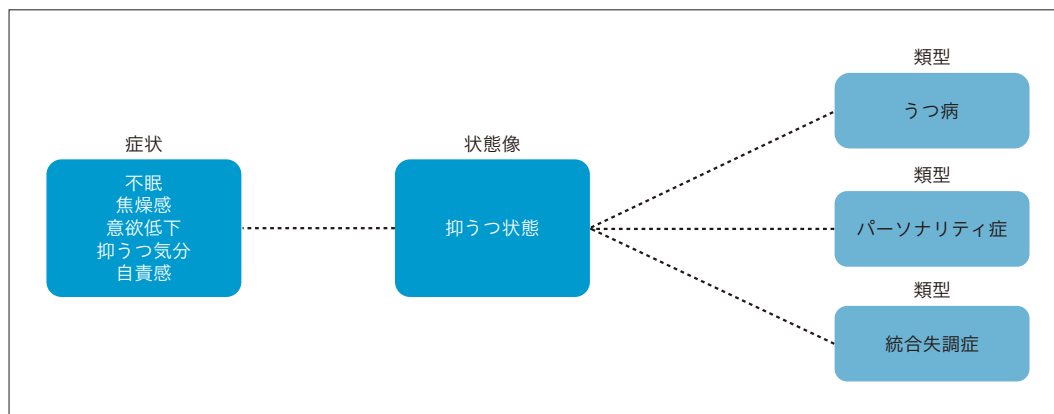


図1 症状・状態像・類型の対応関係

も何でこのような状態になるのか心理的な理由が見あたらない、腑に落ちない」という感覚が生じるときは「理解できない」と判断する。

理解できるときには、患者の感じている気持ちが聞き手にも自分自身の体験としてしみじみと感じられるはずである。医学教育で強調される「共感」とは、本来このような状態を指すのではないだろうか。チェックリストで「抑うつ気分あり」としただけで「大変でしたね」と言ってみても言葉が上滑りするだけである。真の共感が生じたときには、たとえ聞き手が沈黙していても「聞いてもらえた」というある種の手応えが患者に生じているものである。このとき、すでに精神療法が起動している⁷⁾。精神科では症状把握のための診察が同時に治療的（あるいは反治療的）にも働くという特徴がある^{10,17)}。

一方、「理解できない」という感覚は、ぎょっとするような驚きを伴う体験であることが多い。例えば入院中の女性にステロイドパルス療法を行ったところ、昨日までは上品な物腰だったのに今朝ベッドサイドのカーテンを開けてみたら目をギラギラさせて笑っており病衣がはだけけていても気にしない様子だったとか、今までは元気に部活にも行っていた高校生が急に部屋にこもり夜間にぶつぶつと誰かと会話しているような独り言を言うようになって家族がびっくりした、というような場面である。

また、ここまで強く「了解不能」といえなくても、精神科の診察では〈なんか変だな〉〈よくわからないな〉という感覚に鋭敏になっておきたい¹⁾。そこに患者の病理を考える鍵が潜んでいることが多いからである。したがって、何か気づいたことがあれば些細なことでもカルテに記録しておくに役に立つ。また、理解できるかどうかを判断するためには、患者がどのような人生を歩んできたのか、もとも

とどのような人柄だったのかを知ることが大事になる。患者のストーリーを聞くことによって、症状だけでなく、家族や社会、文化のなかで生きる人間としての患者像が浮かび上がってくるのである。このような面接によって、患者の体験についての豊富な情報が得られ、症状の個別的なニュアンスが把握できるようになる。

III. 症状・状態像・類型

症状を同定し、病気の診断を導くときに、精神科では「状態像」の診断が重視される^{2,10)}。状態像とは、表出や体験、行動を含めた全体像、患者の全体的な印象である。個々の症状の組み合わせについてはDSMの診断基準を参照してほしいが、それだけでなく動作が遅く声が小さい、なんとなく覇気がない、しきりに額の汗を拭っている、髪の毛の根元2 cm 分だけ白髪染めができておらず白くなっている、といった全体的な印象を加味して「抑うつ状態」という状態像診断を行うのである。そしてさらに発症の仕方などの経過、家族歴、学校や職場への適応状況、身体検査の結果なども加えて「双極症」などの類型診断に至る。

精神科では、図1のように症状と状態像、類型診断が一对一で対応していない。精神科における薬物療法では、症状や状態像に応じて薬物を選択することが多い。これを理解することによって研修医は向精神薬の使い方について一定のイメージをもつことができ、「なぜパーソナリティ症なのに抗精神病薬が処方されているのか」「なぜ統合失調症なのに抗うつ薬が処方されているのか」という疑問に答えを見出すことができる。ただし、このような処方適外処方となるため、患者に対して十分に説明し同意を得ること、副作用のモニタリングなどを慎重に行うことも研修

病気の座	原因・理由	治療	症状の階層原則	例	発症のストーリーを聞いて
身体	【器質因】 身体的原因が検査でわかる	身体的治療が中心	器質因性 + 内因性 + 心因性の症状	脳出血による 精神障害	理解できない (心理的な理由が見あたらない)
	【内因】 今の医学レベルでは、検査 で何も出ないが、身体的原因 があるに違いない	身体的治療が中心 (薬・ECT)	内因性 + 心因性の症状	統合失調症 双極症 うつ病	
心	【心因】 心理的な理由がある	心理療法・環境調整 が中心	心因性の症状	適応反応症 身体症状症	理解できる

図2 器質因・内因・心因の区別と階層原則

医に伝える。

また、「うつ」という用語は症状でも状態像でも類型診断でも使われるため、混乱をきたすことがある。症状としての抑うつ気分なのか、状態像としての抑うつ状態なのか、類型診断としてのうつ病なのかを区別しながら用語を運用しなければならない。

IV. 精神科の病気を考えるための原則

1. 器質因・内因・心因

DSMの診断基準は、評価者によって診断結果が変動しないことをめざして（信頼性を重視して）作られているため、実際に目の前にあらわれる症候を中心に構成されている。しかし、治療方針を決める際には、その症候がなぜ生じたのかという成因を考えなければならない。精神障害の要因は多因子であり、個人と環境の相互作用によって発症する。臨床現場では身体的な要因のほか、養育環境や発達・パーソナリティの特性、ライフイベントの影響などを評価して治療方針を立てることになるが、どの要因の影響が大きいのか、あるいはどの治療方針を優先的に採用すればよいのかについては判断に迷うことが少なくない。

このとき、伝統的な精神病理学における器質因・内因・心因の参照枠^{3,11)}が役に立つ。これは端的に言えば、目の前の患者を「理解できるかどうか」に基づいて、病態の要因がおもに身体と心のどちらにあるのかを推測する方法である。この方法には後述するように限界があるが、臨床現場における大まかな参照枠として用いる価値はある。

この考え方では、精神障害の要因を器質因・内因・心因の3つに大別する（図2）。研修医がなじんでいる身体疾患

と同じ「疾患モデル」¹⁶⁾で理解できるのは器質因性の精神障害である。これは脳出血や甲状腺ホルモン異常など身体検査で検出できる原因があり、それによって精神症状をきたしているパターンである。心理的な要因や環境要因によって多少の症状の変動はあるかもしれないが、身体疾患が原因であり、心理的な発症理由は見あたらない（理解できない）。したがって、治療方針も身体疾患に対する治療が中心で、心理療法は補助的なものとなる。

次にわかりやすいのは、心因性の精神障害である。こちらは心理的な理由によって生じた病態であり、患者の語るストーリーを聞いていると、なぜ今のような状態に陥っているのか腑に落ちる、すなわち理解できるパターンである。つまり健常者が抱く感情の延長線上にある心理状態であり、その程度が強くなったもの（量的な問題）と考えることができる。例えば、もともと不安を感じやすい人が上司から叱責を受けた後、抑うつ状態に陥ったケースなどである。心の領域の病気であり、治療は患者に対する心理療法とともに環境の調整が中心となる。薬物療法を行うこともあるが、あくまで補助的なものである。

そして器質因でもなく心因でもない、一番わかりにくいのが内因性の精神障害である。これは今の医学のレベルでは身体検査で異常を見つけれないが、身体的原因があるに違いないと考えられる病態である。なぜ身体的原因があるに違いない、といえるのかというと、遺伝の影響があることや、薬物や電気けいれん療法といった身体的な治療が奏効すること、あるいは（批判の余地はあるのだが）発症のきっかけや症状の性質を「理解できないこと」がその根拠となっている。統合失調症や双極症が該当し、その精神症状は健常者の体験とは質的に異なる部分があると考えら

れる。身体的な原因が考えられるため、治療も薬物治療や電気けいれん療法といった身体的な治療が中心となる。器質因性精神障害と同じく、心理療法だけで治すことは難しい。

ここで、うつ病が内因性と心因性の両方にまたがっていることに注意してほしい。うつ病には内因性のうつ病と心因性の抑うつがあり、治療方針が異なるため鑑別が重要である。症候のパターンや重症度、そして発症のきっかけや症候の特徴を「了解できるかどうか」で判断するが、鑑別が難しい症例もある。症候パターンでは、抑うつ性の妄想や制止・焦燥といった運動面の徴候、気分の非反応性、朝に悪い日内変動、身体の異常感覚などがみられると内因性うつ病の可能性が高くなる¹⁴⁾。医師国家試験の勉強で「うつ病患者を励ましてはいけない」という格言が出てきたと思うが、うつ病患者全員にあてはまるわけではない。急性期を脱して制止症状が改善し、気分の反応性がみられるようになれば、少しずつ行動範囲を広げるように患者の背中を押すことが治療的に働く。

もちろん、この器質因・内因・心因の枠組みには限界がある。器質因が優勢とされる認知症やせん妄であっても心理学的アプローチは有用であるし、かつては心因性とされた強迫症やパニック症でも、現代では生物学的な要因が示唆されており薬物療法が効果を発揮する。この枠組みの心因性精神障害には適応反応症やうつ病の一部、身体症状症の一部などがよくあてはまるだろう。「器質因・内因性精神障害だから心理療法は不要である」「心因性精神障害だから薬物療法は効かない」と硬直的に決めつけることは慎まなければいけないが、そのつどの臨床的判断の拠りどころとして、この伝統的な枠組みは今なお有用である。

また、研修医が知りたがっている精神科に依頼するタイミングについても、了解可能/不能が判断の1つの目安となるだろう。器質因性精神障害と内因性精神障害の場合、つまり了解不能な症状が出現しているときは精神科の専門治療が必要と考えてほしい。一方、十分に了解可能な症状の場合、つまり「患者がおかれた状況を考えると自然な反応だよな」と腑に落ちる場合は特に精神科にコンサルトせずに常識的なケアを進めてよいだろう。もちろん了解可能な場合でも、症状が重いつきや患者本人が精神科受診を求めるとき、あるいは希死念慮がみられるときや、研修医が判断に迷う場合などは遠慮なく精神科に依頼してほしい。

2. 階層原則

症状の階層原則⁶⁾も知っておくと役に立つ(図2)。原則的に、器質因性精神障害では内因性と心因性精神障害の症状もみられる可能性がある。内因性精神障害では心因性精神障害の症状はみられるが、器質因性精神障害の症状(例えば意識障害)は生じない。また、心因性精神障害で内因性と器質因性精神障害の症状がみられることはない*2。つまり身体的な原因がある場合は、そちらを優先させて診断するということである。この原則を適用することによって、次のような症例の病態を理解できるようになる。なお、症例はすべて架空症例である。

【症例 A】悪性腫瘍で化学療法を受けている70歳代男性。夕方から夜にかけて不安が高じて「もう死にたい」と言うようになった。抗がん剤の副作用で吐き気を強く訴えていたため、研修医は心因性の病態と考えた。しかし、昼間は落ち着いており、昨夜「死にたい」と言ったことを覚えていなかった。指導医はせん妄と診断し、抗精神病薬でせん妄の治療を開始したところ、不安や希死念慮は目立たなくなった。

【症例 B】うつ病の既往歴がある60歳代女性。腎臓疾患で入院していたが、経過中に意識混濁をきたした。血液検査や画像検査で意識障害の原因となる所見はなく、研修医は「意識障害の鑑別で習ったAIUEOTIPSのPは精神疾患だから、うつ病で意識障害が生じたのではないかと考え、精神科にコンサルトした。しかし、精神科医からは「うつ病で意識混濁が生じることはほとんどないので身体的な原因をさらに検索してほしい」と言われた。

V. 心因性の精神障害における力動的視点

心因性の精神障害は身体疾患と同じモデルでは理解できない。特に身体症状症では、人生や生活上の悩みごとが「症状」に転換されて医療の問題として表れている、という力動精神医学的な視点が必要であり、「疾患モデル」で治療しようとしてもうまくいかない。例えば次のような症例である。

【症例 C】50歳代女性。腹部や手足の痛みを訴えて内科を訪れた。内視鏡や画像検査が行われたが、異常所見は見あたらない。それでも患者はつらそうな表情で治療を求めてくる。医師は仕方なく鎮痛薬や胃薬を処方するが、症状は一向に良くならない。次第に多剤併用の処方になっていく。それだけでなく、患者は指示通りに薬を飲まなかった

り、「薬のせいでさらに症状が悪化した」と訴えたりするので、医師の側にこの患者に対する苛立ちが生じ、「もう内科でやることもないし、次の予約を取りたくないな」という気持ちが湧いてきた。

このような症例では、ひょっとしたら背景に心理的な問題があるのではないかと、早い段階で考えておく必要がある。ここで研修医に知っておいてほしいのは、患者のなかにあるかもしれない「治療に対する抵抗」という心性である。患者は容易に解決できない仕事や家庭、人生の問題を抱えているのかもしれない。それらの抜き差しならない問題に直面するよりは、身体の問題を訴えて病院を受診したほうが、まだ誰かにケアをしてもらえる余地がある。もちろん患者はわざとそうしているわけではないのだが、患者のなかに「病気が治ってしまって、また人生の問題に直面するのが怖い」「病人でいるのもつらいが、病人のままではいたほうがまだ不安は少ない」「治りたくない」という心の動きが深いところで生じることがある。このような抵抗が、薬の自己中断や、診療に対する苦情として表れて医療者の陰性感情を刺激する。研修医は「治りたくない」という気持ちを抱えながら病院を受診する患者がいることなど想像したこともない。このような患者に対して「疾患モデル」のみで治療を続けようとしても、医師患者関係がこじれたり、場合によっては手術などの侵襲性の大きな治療が行われて合併症などが重なり、さらに複雑な病態を呈したりするおそれもある。余計なトラブルを増やさないためにも、背景に心理的な要因が疑われるケースについては、早めに精神科医や心理士、ソーシャルワーカーなどに相談することが有用である。ただし、精神科への受診を勧める際は、うまく患者に受け入れてもらえるように工夫してほしい。「内科ではもうやることがないので、次から精神科に行ってください」という紹介の仕方では、患者の不安や怒りが増大することがある。「内科でも診療を続けますので、一度、専門の先生のところに行って意見を聞いてみてはいかがでしょうか」と、しばらくは身体科でも診療を継続する方針をとってもらったほうが患者の不安は少なくなるだろう。

おわりに

何人かの初期研修医から「精神科は心因性の精神障害だけを診療しているのかと思っていましたが、身体のことまで考えないといけないのですね」と言われたことがある。こ

れは重要な気づきである。精神医学は心の病気を扱うために心理学的なアプローチも行うが、医学である以上つねに身体が射程に入っている。「異常な主観性の科学」¹³⁾である精神病理学は、身体医学の方法論とともに了解心理学という2つの方法論を相互補完的に駆使しなければならない。これは精神科臨床の基本でもある。いわゆる「チェックリスト精神医学」だけでもなんとなく診療できてしまう場面もあるが、さらに一步理解を深めようとするれば精神病理学が必要になる。DSMの症状学も深掘りすればドイツの記述精神病理学に突き当たり、より深い理解がもたらされるのである¹⁵⁾。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

注

*1 本稿では、静的了解と発生的了解の区別³⁾をせず「了解」という用語を用いている。

*2 あくまでも原則であり例外はある。例えば、急性一過性精神症の急性増悪時に意識障害をきたすことはあるし、心因性にカトニアが生じることもある。

文献

- 1) 土居健郎：新訂 方法としての面接—臨床家のために—。医学書院、東京、1992
- 2) 原田憲一：精神症状の把握と理解。中山書店、東京、2008
- 3) Jaspers, K. : Allgemeine Psychopathologie : Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen. Verlag von Julius Springer, Berlin, 1913 (西丸四方訳：精神病理学原論。みすず書房、東京、1971)
- 4) 笠原 嘉：予診・初診・初期治療、改訂版。診療新社、大阪、1997
- 5) 笠原 嘉：「全体の科学」のために。「全体の科学」のために—笠原嘉臨床論集—。みすず書房、東京、p.3-23, 2013
- 6) 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 (1); 7-17, 2010
- 7) 古茶大樹：精神病理学と精神療法—臨床精神病理学的な精神療法—。臨床精神病理, 37 (2); 161-168, 2016
- 8) 厚生労働省：別添 臨床研修の到達目標。2016 (<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818b.html>) (参照 2024-12-03)
- 9) 松坂雄亮：初期研修医プログラムにおける精神科を充実したものにするためには。精神科治療学, 39 (10); 1089-1094, 2024
- 10) 中安信夫：精神科臨床を始める人のために—精神科臨床診断の方法—。星和書店、東京、2007
- 11) Schneider, K. : Klinische Psychopathologie, 6. Aufl. Thieme, Stuttgart, 1962 (針間博彦訳：新版 臨床精神病理学原著第15版。文光堂、東京、2007)
- 12) Stanghellini, G. : The meanings of psychopathology. Curr Opin Psychiatry, 22 (6); 559-564, 2009
- 13) Stanghellini, G., Broome, M.R., Fernandez, A.V., et al. : Intro-

duction. The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology (ed by Stanghellini, G., Broome, M. R., et al.). Oxford University Press, Oxford, p.1-8, 2019

- 14) 玉田 有：内因性うつ病を「実証的に」考える. 精神経誌, 123 (12); 816-823, 2021
15) 玉田 有：「はっきり他と区別できる性質の抑うつ気分」をどの

ように区別するのか. 臨床精神病理, 45 (2); 231-237, 2024

- 16) Tyrer, P., Steinberg, D. : Models for Mental Disorder : Conceptual Models in Psychiatry, 4th ed. John Wiley, Chichester, 2005 (堀 弘明訳：モデルで考える精神疾患. 星和書店, 東京, 2012)
17) 内海 健：増補版 精神科臨床とは何か―「私」のゆくえ―. 春秋社, 東京, 2024

Essential Concepts of Psychopathology for Junior Residents

Yu TAMADA

Department of Psychiatry, Tokyo Medical University

This paper defines psychopathology as a discipline aimed at elucidating patients' subjective experiences and explains its fundamental concepts applicable in junior residents' psychiatry training. Unlike somatic medicine, psychiatry requires methods based on understanding patients' subjective experiences, employing the approach of "understanding" (Verstehen). The distinctions between symptoms, clinical states (Zustandsbild), and diagnostic categories, as well as the differentiation of organic, endogenous, and psychogenic factors and their hierarchical principles, are valuable for addressing the training objectives outlined by the Ministry of Health, Labour and Welfare as well as the practical needs of residents. Furthermore, managing psychogenic disorders, such as somatic symptom disorder, requires a psychodynamic perspective and an understanding of the psychological mechanism of "resistance to treatment," which is often inherent in patients. Psychopathology serves as a cornerstone of psychiatric practice and provides a framework that remains essential for junior residents, regardless of the medical specialty they ultimately pursue.

Author's abstract

Keywords

understanding, endogenous factor, clinical state, hierarchical principles, resistance