

反応性から捉え直す，大人の精神科臨床 ——素朴な心因論の復権を——

青木 省三✉

著者の若いころ，精神医学の初期教育においては，症状や行動を 2 つの視点で捉えることが重視されていた。観察によって客観的に捉え「診断」しようとする視点と，主観的な体験を「理解」しようとする視点である。だが，DSM-III（1980 年）の登場を機に操作的診断基準が普及するにつれ，精神症状を客観的に捉え「診断」するという方向に重心が移り，患者の主観的な体験に目を向け「理解」することが少なくなってしまうように思う。「反応性」という言葉は，おそらく 50 歳代以降の精神科医には馴染みがあるだろう。著者も「反応性に精神症状が出現することがある」と教わったし，「心因反応」という臨床診断もよく使われていた。だが，「反応性」という言葉はしだいに用いられなくなり，最近の専攻医は，「反応性」という言葉に馴染みがないと言う。しかし近年，発達やトラウマの問題を抱えた人が，環境の負担に耐えかねて精神症状を出現させる例を診る機会が増えるにつれて，著者は改めて，主観的体験や環境変化の「理解」も大切だと考えるようになった。状態を「反応性」に捉えることが，より適切な治療や支援（精神療法や環境調整）の指針となる場合が少なくないと改めて提起したい。

索引用語

診断，理解，反応性，発達症，トラウマ

はじめに

「反応性」という言葉は，おそらく 50 歳代以降の精神科医には馴染みがあるだろう。「反応性に精神症状が出現することがある」と教わったし，「心因反応」という臨床診断もよく使われていた。だが，「反応性」という言葉は，1980 年の Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)¹⁾以降，しだいに用いられ

なくなった。最近は『反応性』という言葉聞いたことがありますか」と専攻医に尋ねると，「国家試験の勉強には『反応性』という言葉は出てこなかったですね」などという返事が返ってくる。Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) (2013 年)²⁾は，基本的には現症で診断される。「反応性」を扱うのは，ICD-10 では F43「重度ストレス反応および適応障害」などで，しかも「適応障害」*¹⁾は他の診断が優先される。そのため，DSM や International Classification of Diseases

著者所属：公益財団法人慈圭会精神医学研究所

✉ E mail：shozo.aoki@zikei.or.jp

受付日：2025 年 12 月 22 日

受理日：2026 年 3 月 6 日

doi：10.57369/pnj.26-128

(ICD)などの診断基準を出発点として学んでいると、「『反応性』とはいったい何だろう」という感想が湧いてくるに違いない。精神科医の世代間格差とでもいうものがあるように思う。おそらく「統合失調症」や「双極性障害(躁うつ病)」などの病名についても、世代によって「典型例」とイメージされるものは、ずいぶんと異なっているのだろう。

本稿では、改めて「反応性ではないか」と考えてみることを提案したい。そのように見ることが、治療や支援にも役立つ場合があると考えからである。それも一昔前に戻ろうというのではなく、かつてとは少し違った視点からの「反応性」の提案である。

なお、本稿は、著者の考えを示すために、架空の症例を提示しながら論を進めていきたいと思う。

I. 患者さんが変わった!?

著者は1977年に精神科医となり、岡山大学と川崎医科大学の病院を経て、2018年より単科精神科病院に勤務している。50年ほど前には学生や常勤医として、教科書に記されていた慢性統合失調症の典型的な症状を病棟で見ただが、現在は蠟屈症や常同行動などといわれるものを見ることは少なくなった。中井が示した寛解過程¹⁰⁾を歩む患者は少なくなり、入院直後に症状が改善する例などもあり、病像と経過が変わってきたという印象がある。古典的な統合失調症・うつ病が減少し、非典型・非定型な病像と経過が増加し、基盤に発達とトラウマの問題をもつ病態が増加しているのではないだろうか^{3,7)}。

それには、精神疾患の知識が普及したこと、精神科受診のハードルが下がったこと、精神科医療や精神科病院の質の向上、社会・経済および文化的状況の変化など、おそらく多くの要因が関係しているであろう。

II. 「誤診」しやすい例から

1. 症例「周囲の人が悪口を言う」と訴えた男子高校生 A

症例 A は男子高校生、入学後 6 月頃から、「周囲の同級生がヒソヒソと悪口を言う」と学校に行かなくなり、親に連れられて思春期外来を受診した。表情は硬く口数も少なく、著者は「初発の統合失調症ではないか」と考えた。

抗精神病薬を少量処方したが改善せず、診察室では寡黙な状態が続いた。ある日の診察で風景構成法⁹⁾を試みた。

短時間でサラサラと描いた A の絵には構成の歪みなどはなく、「統合失調症の患者さんの絵とは異なる」と感じた。その後、2、3 ヶ月に一回、絵を描いてもらったが、自分のこれからの進路、親の期待などのプレッシャー、強い自己破壊衝動などを、言葉よりも絵のほうがしっかりと伝えていた。その後、絵を介してやりとりしながら A が自分の道を歩んでいけるようにと支援し、大学入学資格検定試験に合格し、進学のために上京していった。

当時は「分裂気質の青年の不適應反応か」などと考えていたが、A は、Wing, L. の言う「アスペルガー症候群」(1981 年)¹¹⁾であり、進学高校の同級生に馴染めず孤立し、話し声や笑い声に反応して被害妄想が生まれていたと考えられる。これは架空症例だが、40 年ほど前からベースに軽い発達やトラウマの問題をもち、被害妄想を訴える青年に会うことが増えていったのである⁵⁾。

III. 「困ったことがあった(ある)のではないかと考えてみる

症例 A のような患者を多く診るようになって、診療に際しては、「統合失調症」などの、主として脳に原因がある「疾患」を疑うだけでなく、「現実に関何か困ったことに反応した『病態』ではないか」と、心理や環境を考えることも大切ではないかと、著者は改めて強く思うようになった。少し例を挙げてみよう。

1. 症例 50 歳代の男性 B 講義ノートを見たときに困ったことがわかった例

B は教員として工芸を教えていた。実技が得意で、大きな美術展で賞をもらうほどの腕前だった。だが、口下手で学生に言葉で説明するのは苦手であった。対人関係も苦手一人でいることを好んだ。1 年ほど前に、工芸を専攻する学生が減り芸術理論を教えることとなり、実技指導が極端に減った頃から抑うつ的なようになった。芸術理論の本を何冊も読もうとしたが、頭に入らないと言う。精神科クリニックで、うつ病として薬物療法を受けてきたが、改善せず著者の外来に紹介されてきた。

診察時、B の話はまとまりが悪く、的外れの返答が返ってきて著者の言葉が B にうまく伝わらなかった。診察での会話がうまくいかず、B の考えを著者は受け止められず、診察時間は長くかかるが、診察後に残るのはわずかな情報だけだった。

2. 何がしんどのかわからなかった

うつ病というには、抑うつ気分が自覚されていない。「気分が落ちこむ？」と尋ねても「うーん……」,「ゆううつ？」と尋ねても「うーん……」と、言葉がうまく通じなかった。Bは、「とにかく、しんどいんです」と言うのだが、自分の状態を表現できなかった。「図で自分の状態の変化を描いてもらう」ように依頼すると、時間単位で激しく揺れ動き、良いのか悪いのかわからない。表情と雰囲気はうつ病らしくなかったが、「頭も体もまったく動かない」と話した。

Bは講義の準備ができないというのだが、何をどのようにはできないのかがよくわからなかった。その際の、Bとのやりとりである。

B : 講義の準備が大変でした。

著者：慣れない課目で準備が大変？

B : 資料を準備しないと。

著者：あまり専門じゃないから？

B : うまくできないんです。

著者：一度、講義ノートを見せてもらえますか？

B : (細かい字でびっしりと書き込まれた分厚い講義ノートと資料を持参)

著者：これだけ準備しようと思ったら、時間も集中力も大変でしょう！(「困ったこと」をキャッチしたことを伝えた)

B : 途中から、頭も体も動かなくなりました。徹夜することもあります。でも徹夜してもできない……。

著者：もっと、準備を減らすことはできないですかね？

B : それができないんです。あれもこれもと、やりだしたらキリがないんです……。

著者：しんどかったですねー(「共感」を伝える)。

B : はい……。

3. 著者はどう考えたか

実技指導から芸術理論という講義内容の変更は、確かにコミュニケーションが苦手なBには大きな負荷になった。だが、言葉でうまく伝えられない部分を、詳細な資料で伝えようと講義ノートを準備しようとした。それがBの代わりに負荷をかけ、処理する情報量がBのキャパシティを超えて、頭も体も動かなくなりダウンした。そう考えると、Bが疲弊し抑うつ状態になったのがよく理解できるように思えた。

Bの場合、言葉でのコミュニケーションが苦手という特性と、実技指導から芸術理論へという講義内容の変化と、膨大で詳細なBの講義ノートとをつないだとき、はじめて抑うつ状態への道筋が見えてくる。治療と支援としては、抗うつ薬はあまり奏効せず、それよりも、講義ノートを準備しなくてもよい実技指導に戻してもらい、段階的な復職プログラムを組んでもらうことが、役立つように思えた。Bのような症例は「反応性の要素の強いうつ病」で、講義内容の変更やそれに伴う講義準備などの「困ったこと」への対策が、薬物療法よりも重要だと思われる。

IV. 「反応性」と考えるとはどういうことか

1. 反応性の精神症状

著者は、反応性の精神症状とは、次のようなものと考えている。

発達やトラウマの問題など(このような問題のない例もある)に、心理社会的な負荷が加わり、反応性に精神症状が出現したと、素朴に常識的に考える。「こんな特性やトラウマをもちながら、こんな状況におかれていて、その上にこんなことがあったら困ってしまっただろうなあ、その結果、こんな精神症状に至ったのではないかと素朴に考えるのである。患者さんの日常生活(出来事や人間関係など)のなか、「何か困ったことがあったのではないかと考え、そんなことがいくつか続いたら(重なったら)、こんな精神症状も起こってくるのではないかと考える^{3,4,6,7)}。

2. 2つの視点・軸で考える

かつて精神医学の初期教育においては、症状や行動を2つの視点で捉えることが重視されていた(表)。観察によって客観的に精神症状を捉え診断しようとする視点と、主観的な体験を理解していこうという視点^{*2)}である。だが、DSM-III(1980年)の登場を機に操作的診断基準が普及するにつれ、精神症状を客観的に捉え診断するという方向に重心が移り、患者の主観的な体験に目を向け理解することが少なくなってしまったように思う。しかし近年、患者のなかに発達やトラウマの問題があることに気づき、反応性に精神症状が出現するのを診る機会が増えるにつれて、著者は改めて主観的体験や環境変化の理解も大切だと考えるようになった^{3,7)}。

臨床においては、客観的観察と主観的体験、両方が大切である。実際には、主観的体験の内容を、客観的観察に

表 診断と理解の対比

ICD-11 と DSM-5-TR で診断する	主観的体験を理解する
診断	理解
客観的に症状を評価する	生活と生活史から主観的な体験を想像する
症状に基づいて「説明」する	反応性の症状と「了解」する
人と文化に共通する病気がある	その人に固有の病い（病気）がある
生物学的要因を見落とさない（脳の病気）	心理社会的要因を見落とさない（心の反応）
エビデンスに基づいて考える	経験を通して考える
病気と健康とは異なるものである	病気と健康は連続したものである
情報を絞ると、病気が見えてくる	情報が増え、その人が見えてくる
多職種・他領域との共通語となる	個別性を理解するヒントになる
治療	支援
cure を考える	care を考える
その人の脳や身体に働きかける	その人の心や生活に働きかける
精神症状の軽減・消失を図る	その人の悩みや苦しみに共感する
薬物療法の指針となる	精神療法と環境調整の指針となる
健康な治療者が病気の患者を治療する	程度の軽い人が程度の重い人を支援する
冷静な治療者として接する	知人・隣人的な支援者として接する
距離を比較的、遠くに保つ	距離を比較的、近くに保つ

（文献 7 より）

よって確認することが多い。すなわち、患者が話している悩みや苦しみは精神症状として把握できるのか、さらには精神疾患の症状としていいのかと考えるのである。それだけでなく、客観的観察を、主観的体験の理解によって点検することも必要である。一見すると精神症状や精神疾患と見えるものに、実は患者の悩みや苦悩が表れているのではないかと考えてみることも大切で、この両者の視点は相補的なものなのである^{3,7)}。

V. 現病歴を読み直す

以下に示す症例は治療抵抗性の統合失調症と考えられ、修正型電気けいれん療法（modified electroconvulsive therapy：mECT）や clozapine による治療を薦められて転院してきた患者の架空の紹介状である。

1. 紹介状に記された現病歴 1（客観的に捉えた精神症状を中心としたもの）

診断名：統合失調症

現病歴 1

C は大学 1 年の秋に幻覚妄想が出現し、D 精神科クリニックを受診。幻聴、被害妄想、注察妄想、思考伝播などを認め統合失調症（DSM-5）と診断された。薬剤（1）が処方され、その後、薬剤（2）が追加され、飲み忘れが多いために、持効性注射薬〔薬剤（3）〕が導入された。その後はまずまず安定して過ごしていた。卒業し就職した秋に再び混乱し妄想的発言が認められ、E 精神科病院に短期間入院した。退院後すぐに希死念慮が出現し、抗精神病薬や市販薬を大量服薬し E 精神科病院に医療保護入院となった。薬剤（4）、薬剤（5）を試し、薬剤（6）を併用して落ち着いた。その後、資格をとろうと専門学校に入学したが 1 ヶ月ほどして、同級生に「うざい」「死ね」と言われるという幻聴が出現し、薬剤（7）を投与された。その後も泣き叫ぶ、何かを手で追いかうような仕草をする、などの奇異行動があり、F 精神

科病院に入院となった。「食事を食べるな」「話をするな」「死ね」などと命令性の幻聴が聞こえ衝動的な行動も認められ、薬剤（8）、薬剤（9）、薬剤（10）、薬剤（11）を処方したが精神症状は安定せず、CP換算で900mgを超え、抗精神病薬への反応が不良と考え、mECTやclozapineの適応ではないかと考えた。

この紹介状を読むと、精神症状を把握し診断がなされ、薬物ガイドライン・アルゴリズムに沿って薬剤が変薬・増薬されているのがわかる。精神症状は薬剤の選択に対応して改善しているように見えた時期もあるが、基本的に薬剤はあまり効果を発揮しておらず、薬剤は変更され投与量も次第に増えていった。そのためにさらなる治療をということで、mECTとclozapineが考えられたという、難治性の統合失調症のように思われる経過である。

2. 「何か困ったことがあったのではないか」という点に注目して経過を尋ねてみる

まず、「大学1年の時に、何か困ったことや大変なことはなかったですか」と尋ねてみた。Cは「大学1年の後半から座って聞く授業が減り、グループで話し合って意見をまとめるような授業が増えてきました。でも、自分の意見を話さないと言われても、私はうまくしゃべれず黙ってしまった。そんなことが続いたら、みんなが私の意見を聞かず、私の順番を飛ばしていくようになったんです。みんなから無視され、自分はダメな人間のように思えてきました。実習が怖くなり、今日は実習があると思うとそれだけでしんどくなるようになったんです」と話した。その頃から、同級生の目が気になり、みんながコソコソと「あの人、ダメだね」とCの悪口を言うのが聞こえるようになったと言う。

就職後のことを尋ねると、「職場の（小さな）不正に気づき上司に改善を求めるように直訴したら、みんなから『裏切り者』と言われ、孤立ししんどくなりました。私は話すのは苦手だけど、不正は絶対に許せなくて……」と話した。その頃から、「辞めろ」「死ね」などと聞こえてくるようになった。専門学校に入学してからも、同様のことがあったと言う。幻聴について「はっきりと言ってくるのですか？ それとも言っているような気がするのですか？」と尋ねると、「よくわからない……。でも学校や職場を出ると聞こえなかった」と話した。

「小学校や中学校の頃は同級生とはどうだったのです

か？」と生活歴を尋ねると、「1クラスしかない小さな学校だったので、みんなをよく知っていた。自分から声をかけるのは苦手だったけど、勉強がよくできたのでみんなが話しかけてくれました」などと話した。

3. もう1つの現病歴2（主観的な体験を想像したもの）

このような資質と生活史上の出来事や変化、そしてその反応などから考えてみると、Cの主観的な体験の流れは、次のように捉えることもできる。

理解：反応性の（要素の強い）幻覚妄想状態（疑）

現病歴2

Cは元々、口数は少なく集団のなかに入るのは苦手だったが、小学校・中学校は小規模校であり、高等学校までは保育園の頃からの友人もそばにいて大きな問題なく過ごしていた。大学に進学し、初対面の人ばかりで馴染めずにいたところに、グループ実習が増え、自分の考えを言葉で話すことができず困ってしまった。グループの同級生に無視され孤立し、次第に周囲の人の目や言葉が気になるようになり、実習が怖くなり、やがて同級生が自分のことを話しているように感じるようになった。ヒソヒソと話しているのを見ると、「あの方はダメだね」「大学を辞めたほうがいいんじゃない」と言っているような気がしてきた。

その後、学年が上がるとともに座学が増えて少し楽になったが、就職したとき、些細な職場の不正が許せず上司に訴えて、同僚から「裏切り者」と言われて孤立し、再び周囲の人の目や言葉が気になるようになった。その頃から同僚の声で、「辞めろ」「死ね」などと聞こえてくるようになり辞めた。その後、専門学校に進学したときも、同様に孤立し、「辞めろ」「死ね」と聞こえてきた。精神科病院に入院すると、「安全」と感じ、ほっとするが、学校や職場でよく知らない人のなかに入ると、みんなのなかにうまく入れず怖くなる。

このように考えると、これまでの幻覚妄想を主体とする精神症状は、人付き合いや集団が苦手、言葉でのコミュニケーションが苦手、不正を許せない、臨機応変に行動するのが苦手、こだわりが強いなどという、自閉スペクトラム症の資質のうえに、大学のグループ実習や職場での孤立などの負荷が加わり、反応性に幻覚妄想などの精神症状が出

現したと考えることもできた（あくまでも1つの仮説である）。

ここでは、現病歴1と現病歴2のどちらが正しいか、ということではなく、現病歴1と現病歴2の2つの見方ができると考えてみたい。そして、そこから薬物療法や精神療法や環境調整などの治療や支援を考えてみようというのが、著者の考えである⁷⁾。

VI. 現病歴を読み直すと 治療・支援が変わってくる

現病歴1で考えると、薬物療法をはじめとする生物学的治療が選択されやすく、現病歴2で考えると、Cの資質に負荷のかからない環境（学校や職場）を探したり、Cの得意なことを伸ばしたり、Cが自身の苦手に気付いてカバーしていくというような、心理社会的治療が大切と考えるだろう。少なくともCの場合は、薬物療法を行いながらもそれを深追いすることはいったん中止し、あらためてCに合った居場所や職場を探すという環境調整を行うのが現実的には妥当ではないかと考えた。

もちろん実際には、そんなに単純にはいかない。急に治療方針が変わることに不安を感じ、有効性を説明されたmECTやclozapineを希望する患者がいる。実際にそれを行うと精神症状が改善することもある。しかし、長期的にはどうだろうか。再び幻覚妄想が出現し、そのときは、それに対する新たな生物学的な治療手段がないということは考えられないだろうか。

現病歴2を考慮して、発達特性に配慮した居場所や職場探しを行うことや、不適応の結果生じた自信喪失や自己肯定感の喪失をいかに改善していくかということは、使える生物学的な治療手段を取り崩さないためにも大切な課題である。

少し別の例の話をしてみよう。著者は日常臨床においては、薬を処方しながら心理社会的アプローチを行うことが多いが、時に薬を処方しないことを選択する場合もある。あるとき、専攻医から入院中の幻覚妄想の活発な患者について、「患者が薬を拒絶する。どうしたらよいのだろうか」と相談を受けた。Cと同様に、統合失調症か反応性の（要素の強い）幻覚妄想状態かよくわからない例であり、服薬を拒否するという。本人の同意を得ないまま服薬を強いたりすると、治療関係が悪化するのではないかと、でもこのまま薬を飲まずに様子を見てもよいのだろうか、と判断に

迷ったのである。

著者は、「薬は中止したままで様子をみてみよう。しばらくは患者が安心できるように働きかけを続けてみたらどうだろうか。そして1週間間隔で経過を評価してみよう」と助言した。「もし統合失調症であれば、薬を中止することで症状が増悪してくる可能性がある。そのときは、薬をもう一度考えよう。もし反応性の要素の強いものであれば、病棟の安心できる雰囲気の中で改善していく可能性がある。そのときは、薬は補助的なものと考えて、よくなってから少量の薬を提案してみよう。前回の入院では入院後1ヵ月ほどで回復していたようだから」と話した。その後、患者は薬を飲まないまま回復した。そして、退院前には硬い態度も和らぎ、主治医の勧めを受け入れて、ごく少量の抗精神病薬を服用し退院していった。少量の抗精神病薬を服用していたほうが、患者の敏感さを和らげ、再発を防ぐように感じたからである。

誤解がないように付記しておきたいが、ほとんどのガイドラインやアルゴリズムには、まず最初に生活環境などを把握し心理社会的治療について検討することが記されている。だが現実には、生活環境などの心理社会的側面を迅速に把握することは困難で、精神症状を把握して診断し、薬物療法を開始するということになりやすい。今後、地域医療の分野が発展し、担当医が自宅に訪問するというのが日常診療の一環となり、また、地域の支援者との連携が密になると、現病歴2が見えやすくなるのではないと思う。閉じられた診察室の中で限られた時間で診察していると、どうしても現病歴1のように見えてきやすい。だが、診療には、現病歴1と現病歴2の両者が求められているのである⁷⁾。

おわりに

ここまで読んでいただいておりますように、著者は目の前の病態がすべて「反応性のものである」と言おうとしているのではない。「反応性ではないか」という視点ももって診てみたらどうか、そのほうがより適切な治療と支援につながることもある、という提案である。

著者は、病棟や医局で若い精神科医と話をするのが好きだ。彼らの治療には熱意と勢いがある。それは治療や支援を進めていく大きな原動力である。彼らの見ていること経験していることを通して、著者のほうが教えてもらうことも多い。しかし、若い精神科医の目が「疾患」「診断」（現

病歴 1) のほうに向きすぎて、「理解」(現病歴 2) が手薄になり、「次の薬は？ 薬量は？ mECT は？」と生物学的な治療へグイグイと進んでいくことに心配になることがある。「理解」(現病歴 2) を念頭において、いくらかの見通しと助言を伝え、環境を整えるだけで、しんどい時期を乗り越えていく患者は少なくない。

「何か困ったことがあった(ある)んじゃないか」「反応性と理解できないか」という視点が薄くなると、精神科臨床を真に活きたものにする、患者のいたみ(痛み・傷み)や苦悩に対する共感が薄らいでしまう。笠原が言う、「彼らへの『愛』ないしは『尊敬』、もっといえば『畏敬』とでもいうべきもの」⁸⁾も失われてしまいやすい。だから、絶えず「反応性ではないかと理解しよう」とする姿勢が臨床には求められていると、著者は研修中の若い精神科医たちに伝えたいのである⁷⁾。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

注

*1 「適応障害」は、直近の DSM-5-TR および ICD-11 においては「適応反応症」という呼称に変更された。

*2 本稿における「主観的な体験を理解していこうという視点」は、精神療法の治療計画を立てる際の「ケース・フォーミュレーション(症例の定式化)」と広い意味では考えることもできる。ただし、精神療法の諸理論からの理解ではなく、持って生まれた資質と生活史と生活から、「何か困ったことがあったのではないかと、素朴に精神状態を理解しようとするものである。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed (DSM-III). American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1980
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013
- 3) 青木省三：こころの病を診るということ—私の伝えたい精神科診療の基本—. 医学書院，東京，2017
- 4) 青木省三：反応性からみた成人期の自閉スペクトラム症，発達障害の精神病理Ⅱ（内海 健，清水光恵ほか編），星和書店，東京，p.2-28, 2020
- 5) 青木省三：思春期の心の臨床—日常診療における精神療法—，第3版，金剛出版，東京，2020
- 6) 青木省三：精神科医という仕事—日常臨床の精神療法—，金剛出版，東京，2023
- 7) 青木省三：発達とトラウマから診る精神科臨床，医学書院，東京，2025
- 8) 笠原 嘉：「小」精神療法のすすめ，精神療法，44（4）；525-527, 2018
- 9) 中井久夫：精神分裂病者の精神療法における描画の使用—とくに技法の開発によって作られた知見について—，芸術療法，2；77-90, 1970
- 10) 中井久夫：精神分裂病状態からの寛解過程—描画を併用せる精神療法をとおしてみた縦断的観察—，分裂病の精神病理2（宮本忠雄編），東京大学出版会，東京，p.157-217, 1974
- 11) Wing, L. : Asperger's syndrome : a clinical account. Psychol Med, 11（1）；115-129, 1981

Reconsidering Adult Clinical Psychiatry Through the Lens of “Reactivity” : For the Restoration of Naive Psychogenic Theory

Shozo AOKI

Zikei Institute of Psychiatry

In the early stages of the author’s psychiatric training, emphasis was placed on understanding symptoms and behaviors from two distinct perspectives : the objective “diagnosis” based on observation and the empathetic “understanding” of subjective experiences. However, following the introduction of DSM-III in 1980, clinical practice has increasingly shifted toward objective diagnosis. Consequently, it appears that the practice of “understanding” patients’ subjective experiences appears to have diminished in clinical settings.

The term “reactivity” is likely familiar to psychiatrists trained several decades ago. During their training, it was commonly taught that psychiatric symptoms could emerge reactively, and clinical diagnoses such as psychogenic reaction were frequently used. However, the term “reactivity” has gradually fallen out of use, and recent residents often report being unfamiliar with the concept.

In recent years, the author has encountered an increasing number of individuals with developmental vulnerabilities or trauma-related difficulties who develop psychiatric symptoms in response to overwhelming environmental stressors. This trend has led the author to reconsider the clinical importance of “understanding” both subjective experiences and environmental changes. This paper proposes that conceptualizing psychiatric states through the lens of “reactivity” frequently provides a more appropriate guide for treatment and support, including psychotherapy and environmental adjustment.

Author’s abstract

Keywords

diagnosis, understanding, reactivity, developmental disorder, trauma