

医学における診断には、特徴的な症状と特徴的な検査所見、治療法の確立、経過と転帰の予測といったことがなければならない。それはすなわち疾患単位が確立していることである。疾患単位の基盤には症状を生み出す病態生理があるが、極端な場合病態生理に敏感な検査が確立されれば症状がなくとも診断できる。医学はこのような疾患単位の確立をめざして発展してきた。

医学の一分野である精神疾患も同様だが、現状ではほとんどの病気で疾患単位が確立されていない。特に統合失調症（本書では分裂病であるが、以下統合失調症と記載）では病態生理が依然不明で、特徴的な検査所見もない。いきおい診断は症状に頼らざるをえず、特徴的な症状とは何かという長年の論争が続いている。また症状だけで診断してよいのか、経過・転帰はどこまで重要か、診断を下すためのより本質的な方法はないのかといった議論も続いている。本書は以上のような問題が明確に論じられた論文である。

著者の木村 敏先生は、まず Kraepelin・Bleuler・Schneider のライン、すなわち古典精神医学における診断から通覧する。3者の違いは周知のように診断に経過・転帰を含めたかどうかで、Kraepelin による狭義の基準と Bleuler・Schneider による広義の基準でそれぞれの大学の患者割合（単純に大学が違い時代も異なるので一概にはいえないだろう）に反映しているという。たいへん興味深い。これは周知のように ICD-9 と DSM-III-R による差に通じている。3者により、特に Schneider により特徴的な症状が取り出されるが、最大の問題である統合失調症と躁うつ病の鑑別は次代に残された。

次いで、疾患体系の再構成のテーマで中間精神病・混合精神病、変質精神病、非定型精神病、Leonhard の体系、パラノイア問題、遅発性統合失調症、単一精神病と順に、たいへん丁寧に論じている。ここでは統合失調症から異種的な部分が少しずつ削られる過程、二大精神病の区分が細密になったり融合したりという過程がよく理解できる。

最後に現象学的視点からみた統合失調症の診断が論じられ、本論文の主眼である。まず Jaspers（了解不能性）にはじまり、現象学的直感診断の文脈で Binswanger（感覚診断）、Minkowski（洞察診断）、Wyrsh が、次いでプレコックス感の文脈で Rümke、Blankenburg、Müller-Suur の考えが丁寧に紹介される。そして、それらは「内的生活史」の概念につながっている。物語を読むがごときである。

この内的生活史の最後の部分で診断に関する著者の結論を出している。重視すべきは特徴的な症状でもなければ経過でもなく、著者がいうところの患者の内的生活史とそこからにじみ出てくる外的生活史であり、結論として、診断は直感診断や生活史的診断——内的生活史の本質的特徴（10項目）に着目した診断——の手段しかないとする。10項目とは、幼児期における自己表出ないし自己主張の弱さ、親に対する無力な従順さ、思春期におけるかなり無理をした自我確立の努力の挫折、対人関係における本能的不信あるいは逆に無警戒の全面的信頼等である。そして治療では、個々の臨床症状は非特異的な薬物療法で対

処することができるが、残される課題としていかに病者をその人生に復帰させるかが問題としている。

著者は、診断も含めて統合失調症問題への接近はあくまで病因論的であるべきとしている。この点で、問題の中核に迫る戦略は病因論的でなくて病態論的接近とする臺の見解（本書「5 精神分裂病問題の歴史と展望」参照）と対照的であり興味深い。

思えば筆者が研修医の頃は、ここで紹介されているような Leonhard の分類体系などが指導医のあいだで実感をもって語られていた。エビデンス重視の現在、これらの精神医学を次代に引き継ぐ作業は誰が行うのだろうか。

（井上新平）