

統合失調症概念の独仏比較

ドイツの系譜からフランスの精神病論へ、そして ICD-11 の評価

*A Comparative Study of German and French Traditions in Schizophrenia Theory
From the German Lineage to French Psychosis Theory, and an Evaluation of ICD-11*

松石 竹志 Takeshi Matsuishi, M.D., Ph.D.

Editio tertia · Augustus MMXXVI

Editio tertia（2026年8月30日）：ピネルの主著の書名を原題表記に改めた——紀要全体の術語方針（*aliéné*・*aliénation mentale* を訳さず原語のまま用いる）に合わせたものである。

本稿のプロイラー理解は、本紀要所収の「アンリ・エーとオイゲン・プロイラー」および「プロイラー『魂の自然史』解題」に基づく。

Editio altera（2026年8月）：合評会の示唆を受け、仮想症例（IV 節・症例 6）と四体系対照表（V-2b 節）を追加した。

要旨

今日の精神科臨床において、DSM-5 と ICD-11 は診断の共通言語となっている。しかしその背後には、異なる伝統に基づく精神病論が存在する。本論では、ドイツの現代精神科教科書（Hasan・Lieb 編著）に即してドイツの統合失調症概念を概観したうえで、フランスの精神科教科書（Kapsambelis 編著）が描く精神病論との比較を試みる。ドイツの伝統は Kraepelin・Bleuler・Schneider の系譜において「広義の統合失調症」を構築し、急性精神病や慢性系統性妄想を統合失調症概念の内部に包摂しながらも、その辺縁部に配置した。フランスの伝統は急性精神病（*bouffée délirante aiguë*）と慢性系統性妄想（*délires chroniques systématisés*）を独立した臨床的実在として維持し、統合失調症を発症期・確立期・長期経過という縦断的な枠組みで記述してきた。また、*délire* という語が妄想とせん妄の両義を担うフランス語の特性と、Ey の器質力動論に基づく急性精神病・錯乱状態の連続的把握についても論ずる。ICD-10 はフランスの疾患単位を詳細に取り込んだが、ICD-11 はこれを簡略化した。筆者は、この簡略化を国際分類の普遍性と診断信頼性の観点から妥当と評価する一方、フランスの伝統が培った臨床的・精神病理学的知見は、精神病の記述・鑑別診断・長期経過の把握において今なお実践的価値を保つと考える。さらに、同一の仮想症例が四体系——伝統的フランス・伝統的ドイツ・ICD-11・DSM-5——においてどのように診断されるかを示す症例呈示と、急性精神病・妄

想症をめぐる四体系の対照表を通じて、ICD-11 の急性一過性精神症（6A23）が急性発症・症状の急速な変動・陰性症状の欠如という質的要件を保持していることを示す。

キーワード：統合失調症、精神病、*bouffée délirante*、*délires chroniques systématisés*、器質力動論、ICD-11、DSM-5

ABSTRACT

Today, DSM-5 and ICD-11 serve as the shared diagnostic language of psychiatric practice. Behind this common framework, however, lie distinct theoretical traditions in the conceptualisation of psychotic illness. The present paper first outlines the German conception of schizophrenia as it is represented in a contemporary German textbook (Hasan & Lieb), and then undertakes a systematic comparison with the French tradition as set forth in a French textbook (Kapsambelis, ed.). The German tradition, running from Kraepelin through Bleuler to Schneider, constructed a broad concept of schizophrenia that includes acute psychoses and

chronic delusional disorders within its nosographic boundaries, while assigning them a marginal position at its periphery rather than placing them at its diagnostic core. The French tradition, by contrast, has consistently maintained *bouffée délirante aiguë* (acute polymorphic delusional episode) and the *délires chroniques systématisés* (chronic systematised delusional psychoses) as clinically independent entities, and has described schizophrenia within a longitudinal framework articulated across the phases of onset, full development, and long-term evolution. The paper also examines the dual semantic range of the French term *délire* — encompassing both delirium and delusion — and Henri Ey's organo-dynamic model (*organo-dynamisme*), which provides the theoretical basis for treating acute psychosis and confusional states as points on a continuous spectrum of psychic dissolution. Finally, the paper critiques ICD-10's detailed incorporation of these French clinical entities and validates the subsequent simplification carried out by ICD-11. The author judges this simplification to

be well-founded in light of the universality and diagnostic reliability required of an international classification, while arguing that the clinical and psychopathological insights developed within the French tradition retain their practical value for the description, differential diagnosis, and long-term management of psychotic disorders. A hypothetical case vignette further illustrates how one and the same clinical picture would be diagnosed under the traditional French and German frameworks, under ICD-11, and under DSM-5; comparative tables contrast the four systems' handling of acute psychosis and of delusional disorder, including the divergent duration criteria of ICD-11 and DSM-5, and it is argued that ICD-11's acute and transient psychotic disorder (6A23) preserves the core qualitative structure of the *bouffée délirante* — acute onset, rapidly fluctuating symptomatology and absence of negative symptoms — more clearly than its DSM-5 counterpart.

Keywords: schizophrenia, psychosis, *bouffée délirante*, *délires chroniques systématisés*, organo-dynamic theory, ICD-11, DSM-5

目次 — CONCEPTUS

I. はじめに	3
II. ドイツの伝統: Kraepelin・Bleuler・Schneider から Lieb へ	4
1. 歴史的概観——「広義の統合失調症」への道	4
2. 症候学——横断的記述の体系	5
2b. Schneider 一級・二級症状の体系的保存——伝統的系譜の継承	5
3. 診断基準の操作化——ICD-10 から ICD-11 へ	6
3b. Manfred Bleuler の経過類型——「治癒型」とフランス的対照	6
4. 「広義の統合失調症」の構造——急性精神病と妄想性障害の位置づけ	7
4b. Schneider の診断学的命題——横断診断の認識論的根拠	8

5. 病因論——脆弱性ストレスモデルから神経発達障害仮説へ	8
III. フランスの伝統: Kapsambelis の精神病論	8
1. 精神病 (psychose) 概念の独自性——Ch. 23	9
2. 急性精神病—— <i>bouffée délirante aiguë</i> の独立——Ch. 24	10
3. 錯乱状態 (confusion mentale) —— <i>délire</i> の二面性と器質力動論——Ch. 25	10
4. 統合失調症の時間軸的記述——Ch. 26・27・28	11
5. 慢性系統性妄想疾患の精緻な分類学——Ch. 29	11
6. 精神病理学的アプローチ——フランス精神医学のもうひとつの次元	12
IV. 症例呈示——臨床的対比	12

症例 1: ICD-10 妄想型統合失調症 (F20.0) ——Lieb より	13
症例 2: 急性多形性妄想発作 (bouffée délirante aiguë) ——Kapsambelis Ch.24 より	13
症例 3: 確立期の妄想型統合失調症——Kapsambelis Ch. 27 より	13
症例 4: 歴史的事例——Jean-Jacques Rousseau の解釈型 妄想——Kapsambelis Ch.23 より	13
症例 4 補論: 現代 Rousseau 研究と Schneider 的了解可能 性の観点から	14
症例 5: 解釈型妄想 (paranoïa) ——Kapsambelis Ch.29 より	15

症例 6: 仮想症例——同一の臨床像は四つの体系でどう診断 されるか	15
---	----

V. 分類学的考察——ICD-10・ICD-11 と両伝統	16
1. ICD-10 のフランス的側面	16
2. ICD-11 の簡略化——筆者の評価	17
2b. 四体系の対照——伝統的フランス・伝統的ドイツ・ ICD-11・DSM-5	17
3. 両伝統が示す認識論的差異	19
VI. おわりに	20
参考文献 References	

◆ I. はじめに

ICD-11 が 2022 年に発効し、DSM-5 の普及とあわせて、今日の精神科医は操作的診断基準を習得することで臨床に携わることができる。診断基準は多施設・多文化にわたる研究の共通言語として、またエビデンスに基づく治療選択の枠組みとして、疑いようのない実用的価値をもつ。

しかしながら、診断基準の背後には百五十年以上にわたる精神病論の蓄積がある。Kraepelin の *Dementia praecox* (1899 年) に始まり、Bleuler の統合失調症概念 (1911 年)、Schneider の一級症状 (第 14 版, 1992 年) を経て ICD・DSM に流れ込むドイツの系譜は、今日なお精神科教育の主流をなしている^[1]。一方、フランスの精神医学は独自の疾病分類学と症候記述の伝統を保持し、急性精神病、錯乱状態、慢性系統性妄想疾患を統合失調症とは区別される独立した臨床的実在として位置づけてきた^[5]。

本論は、統合失調症の診断原理が、ドイツでは横断的で包括的な広義概念として構成され、急性精神病や慢性妄想性障害を内部に包摂するのに対し、フランスでは人格変化を基盤とした縦断的・狭義の疾患として構成され、急性精神病と慢性系統性妄想を独立の疾患単位として外部に分節化するという、両伝統の根本的差異を明らかにすることを目的とする。ドイツ側の文献としては現代ドイツの代表的精神科教科書である Hasan・Lieb 編著 (以下 Lieb) の第 5 章を、フランス側としては Kapsambelis 編著 (以下 Kapsambelis) の第 23～29 章を主要資料とする^{[1][5]}。Lieb の教科書、すなわち Klaus Lieb (マインツ大学医学部精神医学・精神療法学講座主任教授、2007 年～) 編

『Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie』

(Elsevier、第 10 版 2023 年、約 600 ページ) は、ドイツ語圏精神医学・精神療法学の代表的標準教科書として広く用いられている大著である。本書は ICD 体系に依拠した疾患記述を骨格としつつ、クレペリン・プロイラー・シュナイダーの古典的系譜——とりわけ Schneider 一級症状 (Tab. 5.2 として保存) と Ich 障害の体系——を意識的に継承する編集方針をとり、ドイツ語圏精神科教育の公式な知識基盤を代表する。医師国家試験 (*Ärztliche Prüfung*) および精神科専門医試験 (*Facharztprüfung*) の標準的準備書としても用いられるが、その性格は試験対策に限定されるものではなく、ドイツ精神医学の現代的標準を体系的に提示する参照書である。

なお、ドイツ側の文献としては、これと並ぶもう一つの大著である Ludger Tebartz van Elst (フライブルク大学)・Elisabeth Schramm・Mathias Berger 編『*Psychiatrie und Psychotherapie: Klinik und Therapie von psychischen Erkrankungen*』(Elsevier、第 7 版 2024 年、1176 ページ。通称『Berger』)^[19]も併せて参照した。同書は ICD-11 準拠に章立てを再編した網羅的参照書として高い評価を得ているが、統合失調症記述に関しては、Schneider 一級症状の体系的な位置づけが Lieb ほど明確ではなく、Ich 障害も DSM 的「奇妙な妄想 (*bizarre delusions*)」の例示としては前景化されず、思考吹入・思考奪取等の個別症状への散発的言及にとどまっている。ドイツ古典的精神病論の系譜との構造的対比という本論の目的に照らして、Schneider 一級症状の体系を意識的に保存した Lieb 第 5 章を主資料として採用した。

一方、Kapsambelis 編著は Presses Universitaires de France (PUF) の「Quadrige」叢書から刊行された約 1200 ページの大著（初版 2012 年、第 3 版 2018 年）であり、フランス精神医学界の臨床家・精神分析家・心理学者・心理療法家による共同執筆編纂物（*ouvrage collectif*）である。編者 Vassilis Kapsambelis は精神科専門医・精神分析家であり、パリ精神分析協会（*Société psychanalytique de Paris*）会員、フランスにおける地域精神医療（*psychiatrie de secteur*）の発祥地であるパリ 13 区精神保健協会（ASM 13）の前事務総長を務めた人物である。本書は Henri Ey・Paul Bernard・Charles Brisset 編『*Manuel de psychiatrie*』（Masson, 初版 1960 年）^[8]の理論的枠組み——とりわけ器質力動論および古典的フランス症候学の精緻な記述——を中核において継承しつつ、現代の国際分類（DSM・CIM）および生物医学的研究の知見を統合する立場をとる。Henri Ey 協会（*Association pour une Fondation Henri Ey*）名誉会長 Jean Garrabé は、本書の刊行に際して「新しい精神医学マニュアル（*Un nouveau manuel de psychiatrie*）」と題する書評を、Ey 自身の主要発表媒体であった *L'Évolution psychiatrique* 誌（2013 年）に発表し、Ey・Bernard・Brisset マニュアルの正統な後継たる位置づけを公式に与えている^[17]。すなわち、ドイツの Lieb が ICD 体系と操作的・神経科学的記述を骨格としつつドイツ古典の症候学（とくに Schneider 一級症状）の系譜を意識的に保存する標準教科書であるのに対し、Kapsambelis は臨床的観察と精神病理学的省察の体系的提示を企図する、フランス精神医学固有の参照書として位置づけられる。

なお、現代フランスにはもうひとつの主要な精神科教科書として、Julien-Daniel Guelfi・Frédéric Rouillon・Luc Mallet 編『*Manuel de psychiatrie*』（Elsevier Masson, 第 4 版 2021 年、約 1040 ページ、執筆者 195 名）が存在する^[18]。編者 Guelfi は 1983 年の DSM-III 仏訳以来、DSM-III-R・DSM-IV・DSM-IV-TR・DSM-5 にいたる一連のフランス語版翻訳の総監修を一貫して務めた人物であり、本書は DSM-5 および CIM-11 の操作的・次元的疾患分類を骨格として、欧米精神医学の国際標準的記述を網羅的に提示することを企図する。「Schizophrénie et troubles psychotiques」を単一章にまとめる構成からも明らかのように、*bouffée délirante aiguë, délires chroniques systématisés*、Ey の器質力動論といったフランス古典的精神病論の概念は、独立した臨床単位としては

前景化されない。本論が独仏比較の主資料として Kapsambelis を採用したのは、フランス古典的精神病論の独自性をドイツ的枠組みと対比するという論題の性格に照らした選択であり、フランスにおける DSM/CIM 互換型の網羅的標準教科書としては Guelfi 編著が並存していることを付記しておく。

論述の順序として、ドイツの系譜を先に提示するのには理由がある。ICD・DSM の系譜はドイツ精神医学を色濃く受け継いでいるため、フランスの精神病論の独自性はドイツとの対比においてこそ際立つからである。そして ICD-11 の分類上の選択を最後に評価することで、両伝統の現代的意義を示したい。

◆ II. ドイツの伝統：Kraepelin・Bleuler・Schneider から Lieb へ

1. 歴史的概観——「広義の統合失調症」への道

近代精神医学における統合失調症概念の形成は Emil Kraepelin (1856–1926) に始まる。Kraepelin は 1899 年の教科書第 6 版において、それまで別個の疾患とされていた破瓜病（Hecker, 1871）、緊張病（Kahlbaum, 1874）、偏執性認知症を「早発性認知症（*Dementia praecox*）」として統合した。この統合を正当化したのは横断面的症状の共通性ではなく、縦断的な経過と転帰であった——慢性的進行、認知的荒廃、予後不良という点である。Lieb は Kraepelin の立場を次のように要約する^[1]。

“Kognitive Störungen waren somit für Kraepelin neben Wahn, Halluzinationen, psychomotorischen Auffälligkeiten und sozialem Rückzug ein kennzeichnendes Symptom der Erkrankung. Während für Kraepelin damit Verlauf und Ausgang der Erkrankung entscheidende Charakteristika waren...”

〔筆者訳〕「認知障害は Kraepelin にとって、妄想、幻覚、精神運動異常、社会的引きこもりとならんで、この疾患を特徴づける症状であった。Kraepelin にとっては経過と転帰こそが疾患の決定的特徴であった……」（Lieb, S. 173）

Eugen Bleuler (1857–1939) は 1911 年に「統合失調症（*Schizophrenie*）」の語を導入し、Kraepelin の疾患概

念を再定義した。経過と転帰に代わって横断的症状が診断の中心となった^[2]。

“Ich nenne die Dementia praecox Schizophrenie, weil, wie ich zu zeigen hoffe, die Spaltung der verschiedenartigsten psychischen Funktionen eines ihrer wichtigsten Merkmale ist.” (Bleuler, 1911)

〔筆者訳〕「私が早発性認知症を統合失調症と呼ぶのは、さまざまな精神機能の分裂がその最も重要な特徴のひとつだからである。」(Bleuler, 1911; Lieb, S.173 より引用)

Bleuler は統合失調症の症候を基本症状 (*Grundsymptome*) と副症状 (*akzessorische Symptome*) に区別した。四大基本症状（「四大 A」）——連合弛緩・感情障害・自閉・両価性——のみが統合失調症に特異的であり、幻覚・妄想はむしろ副症状であって他の精神病にも生じうるとされた。

Kurt Schneider (1887–1967) は診断的操作化の要請から、統合失調症に特徴的な「異常体験様式 (*abnorme Erlebnisweisen*)」として一級・二級症状を定式化した^[4]。

“Störungen, die das Empfinden und Wahrnehmen, Vorstellungen und Denken, Fühlen und Werten, Streben und Wollen sowie das Ich-Erlebnis betreffen.”

〔筆者訳〕「感受と知覚、表象と思考、感じることと価値評価、志向と意志、そして Ich 体験に関わる障害。」(Lieb, S.173; Schneider の定義による)

Schneider の一級症状（思考化声、対話性幻聴、命令性幻聴、身体的被影響体験、思考奪取・伝播・吹入、作為体験、妄想知覚）は、ICD-10 における診断基準の核をなし、現代ドイツ精神医学の臨床的枠組みを規定してきた。

2. 症候学——横断的記述の体系

Lieb は症候学を横断的・症状記述的に展開する。陽性症状と陰性症状の区別 (Crow, 1980) はそれぞれ幻覚・妄想・Ich 障害・解体行動・形式的思考障害、および感情平板化・言語貧困・無意欲・無快楽・注意障害・社会的引きこもりとして整理される。

形式的思考障害の記述も精緻で、概念崩壊

(*Begriffszersfall*) ・概念移動

(*Begriffsverschiebung*) ・汚染 (*Kontamination*) ・

象徴思考 (*Symboldenken*) ・反響言語

(*Verbigeration*) ・新造語 (*Neologismen*) が分類される。

幻聴については四形態が区別される——対話性幻声、評釈性幻声、命令性幻声、思考化声。このうち最初の三者と身体被影響体験・Ich 障害（思考吹入・奪取・伝播・作為体験）が Schneider 一級症状として診断的に重視される^{[1][4]}。

2b. Schneider 一級・二級症状の体系的保存——伝統的系譜の継承

ICD-11 が Schneider 一級症状の特権的診断地位を後退させたにもかかわらず、Lieb は一級・二級症状を正式な対照表 (Tab. 5.2) として詳細に掲載し、ドイツ精神病理学の伝統的系譜を意識的に保存している。Lieb はこの点を明示する^[1]。

“Schneider prägte den Begriff der abnormen schizophrenen Erlebnisweisen, zu denen die Erst- und Zweitrangsymptome der Schizophrenie gerechnet werden (Tab. 5.2), die in der Tradition der deutschen Psychopathologie und in der ICD-10 eine wesentliche Rolle spielen. In der ICD-11 wurde die Bedeutung der Erstrangsymptome für die Diagnosestellung allerdings etwas abgeschwächt.”

〔筆者訳〕「Schneider は統合失調症の特異な異常体験様式 (*abnorme Erlebnisweisen*) という概念を確立し、一級・二級症状 (表 5.2) がこれに分類される。これらはドイツ精神病理学の伝統と ICD-10 において本質的な役割を果たしてきた。ICD-11 では診断確定における一級症状の意義はやや後退した。」(Lieb, S.177)

とりわけ注目されるのが Ich 障害 (*Ich-Störungen*) の詳細な記述である。Lieb は「*Meinhaftigkeit* (私のもの性) の障害」として Ich 障害を定式化し、思考吹入・思考奪取・思考伝播・作為体験を一級症状として体系的に記述する^[1]。

“Ich-Störungen oder Störungen der Meinhaftigkeit gehören nach K. Schneider zu den Erstrangsymptomen. Betreffen sie das Denken, spricht man von Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung. Erlebt der Betroffene seine Handlungen als von außen

gemacht oder gelenkt, spricht man von Willensbeeinflussung."

〔筆者訳〕「Ich 障害すなわち *Meinhaftigkeit* (私のものの) の障害は、K. Schneider によれば一級症状に属する。これが思考に関わるとき、思考吹入・思考奪取・思考伝播と呼ばれる。患者が自らの行為を外部から『させられている』または『操られている』と体験する場合、作為体験と呼ばれる。」 (Lieb, S.179)

ICD-11 後退後もこの体系が保存される理由は三重である。第一に、ICD-10 (F20) はドイツ語圏の臨床現場で依然並行参照され、一級症状に基づく診断実践が完全には置換されていない。第二に、Schneider 一級症状は「十分条件」としての特権的地位を失ったとしても、異常体験の現象学的質の記述という精神病理学的機能を保持しており、鑑別診断の臨床語彙として有用である。第三として、医師国家試験・専門医試験の出題範囲にこの体系が継続して含まれており、ドイツ語圏標準教科書の編集方針上も省略しえない。

この点はフランスのアプローチとの本質的対比をなす。Kapsambelis においては分裂 (*dissociation*; Bleuler) と不調和 (*discordance*; Chaslin) が症候論の前景に立ち、Schneider 一級症状は副次的位置にとどまる^[5]。ドイツ的伝統が「今ここでの Ich 体験の特定の歪み」を診断的核心とするのに対し、フランス的伝統は「人格の統一性の崩壊 (*dissociation / discordance*) 」という縦断的・構造的基準を優先する。この差異は、統合失調症の「本質」をめぐる根本的な精神病理学的問いへの異なる答えを体現している。

3. 診断基準の操作化——ICD-10 から ICD-11 へ

現代の診断基準は ICD-10 (1992 年) から ICD-11 (2019 年) への展開において、二つの顕著な変化を示した。

第一は亜型の廃止である。ICD-10 では F20.0 (妄想型) ・ F20.1 (破瓜型) ・ F20.2 (緊張型) 等の亜型が設けられていたが、ICD-11 では「6A20 統合失調症」一語に統合された^{[13][14]}。その理由としてLiebは「サブタイプの診断信頼性の欠如と、経過における時間的安定性の乏しさ」を挙げている。

第二は Schneider 一級症状の後退である。ICD-10 では F20 の診断基準第 1 群に思考吹入・思考化声・対話性幻声・命令性幻声・身体被影響体験・妄想知覚が一級症状と

して明示され、これらのうち一つで診断が確定しようと規定していた。ICD-11 では診断に必要な症状リストから一級症状の特権的地位は削除され、持続性妄想・持続性幻覚・形式的思考障害・被影響体験・陰性症状・解体行動・緊張病症状の七カテゴリーから二症状以上（少なくとも一つは最初の四カテゴリーから）が一ヶ月以上持続することが基準とされた^[13]。

第三の変化として、症状特定子 (*symptom qualifiers*) と経過特定子 (*course qualifiers*) の導入がある。前者は陽性・陰性・抑うつ・躁・精神運動・認知の六次元で現在の症状像を記述し、後者は初回エピソード・多回エピソード・持続性という経過と、現在の症状の強さを組み合わせて表記する。

3b. Manfred Bleuler の経過類型——「治癒型」とフランス的対照

ドイツ的統合失調症理解がいかに縦断的経過を射程に収めているかを示すうえで、Lieb が第 5.2.3 節「経過と予後」において参照する Manfred Bleuler (1972) の長期追跡研究は重要な論点を提供する。Lieb はこれを次のように導入する^[1]。

"Die wohl bekannteste Studie zur Erforschung von Verlaufsformen stammt von M. Bleuler (1972), der die in Abb. 5.1 dargestellte Typologie schizophrener Krankheitsverläufe konzipierte. Dieser Langzeitbeobachtung liegen Daten von 208 Patienten zugrunde."

〔筆者訳〕「経過類型の解明に関する最もよく知られた研究は M. Bleuler (1972) によるものであり、図 5.1 に示された統合失調症の経過類型論を構想した。この長期観察は 208 名の患者データに基づく。」 (Lieb, S.181)

M. Bleuler の七類型 (Abb. 5.1) は単純経過 (*Einfache Verläufe*) と波状経過 (*Wellenförmige Verläufe*) に大別される。実践的要約として提示される三分の一則 (*Drittelregel*) は次のように述べる^[1]。

"Rund ein Drittel der Erkrankungen führt nach einer oder mehreren Krankheitsepisoden zur Heilung oder zu leichten Residualzuständen."

〔筆者訳〕「全症例の約三分の一は、一回または数回の病的エピソードの後に治癒、あるいは軽度の残遺状態に至る。」 (Lieb, S.181)

七類型のうち最大の比率を占めるのが第 II-7 型「波状経過後の治癒 (*Heilung nach wellenförmigem Verlauf*)」(35~40%)である。Lieb の表はその軌跡を「*Wellig* → *Remission*」という記号で示す。このカテゴリーは、一回ないし数回の急性精神病エピソードを経たのちに完全寛解に達し、永続的な人格水準の低下を示さない症例群を包含する。

ここに独仏両伝統の根本的差異が凝縮される。M. Bleuler の類型論においてこれらの治癒型症例は、あくまでも統合失調症の経過類型の一つとして記述される——広義の統合失調症概念の内部に包摂されながらも、その辺縁部に位置する例として扱われる。フランス精神医学が同じ臨床像の多くに付与するのは「統合失調症の経過亜型」という地位ではなく、*bouffée délirante aiguë* という独立した疾患単位としての固有の名称である。突発的発症・多形的妄想・急速な完全寛解・人格水準の保持という臨床的特徴において、M. Bleuler 第 II-7 型症例の一部と *bouffée délirante* は臨床的に重なりあう^[5]。

Lieb は診断コードとしては ICD-11「6A23 急性一過性精神病 (*Akute und vorübergehende psychotische Störungen*)」を設けているが、本論が依拠する標準教科書 (Lieb) の系譜には、フランスの *bouffée délirante* に相当するドイツ固有の精神病理学的概念は見当たらない^[23]。この命名上の非対称性そのものが、両伝統の疾病分類学的原理の差異を体现している——ドイツは同一の現象を広義の統合失調症スペクトラム内部の経過亜型として包摂し、フランスはそれを独立疾患単位として統合失調症の外部に分節化する。

補注——ドイツ語圏内部の例外と国際的並行

ただし、ドイツ語圏内部にも急性精神病を統合失調症から独立した疾患群として扱う系譜が存在したことは付言を要する。Wernicke の不安精神病・運動精神病に発し、Kleist が「類循環精神病 (*zykloide Psychosen*)」と命名し、Leonhard が不安・恍惚精神病／運動精神病／錯乱精神病の三型に整理したいわゆる Wernicke-Kleist-Leonhard 学派は、相性の経過・残遺症状を残さない完全寛解・両極性 (*antagonistisch*) を指標として、これらを統合失調症と画然と区別した。Leonhard は「類循環精神病はいかなる相においても完全に治癒する」とまで断言している。注目すべきは、この学派が Kraepelin の二分法には反旗を翻しながらも、疾病分類学の方法論においてはむしろ厳格に Kraepelin 的 (各疾患を固有の症候・遺伝・経過をもつ独立実体とみなす Linné 的立場) であった点である。もっともこの学派は

Kraepelin-Bleuler 主流に対する少数派にとどまり、本論が依拠する標準教科書の系譜には継承されなかった。

同種の問題意識は国外にも独自の形で現れた。北欧では反応性 (心因性) 精神病の概念が (Wimmer 1916、のち Strömberg・Faergeman によって) 発展し、日本では満田久敏が非定型精神病 (1941) を提唱した。これらの国民的伝統は、いずれも急性・寛解性の精神病を「慢性に荒廃する統合失調症」から分節化しようとする点で *bouffée délirante* と問題関心を共有しており、最終的に ICD-10「急性一過性精神症 (F23)」の多国間合意の母胎となった^[23]。本論の独仏二項対立は、あくまで両国の標準的・主流的伝統の対比であって、これらの少数派・国外系譜を排除するものではない。

4. 「広義の統合失調症」の構造——急性精神病と妄想性障害の位置づけ

Lieb において急性精神病と妄想性障害がいかに位置づけられているかを確認することは、フランスの立場との対比において決定的に重要である。

「急性一過性精神病性障害 (*Akute vorübergehende psychotische Störungen*, F23)」は Lieb 第 5 章の「5.3 他の精神病性障害」節 (5.3.3) に短く言及されるのみである。「妄想性障害 (*Wahnhafte Störung*, F22, ICD-11: 6A24)」も「5.3.2」に一節が割かれるのみで、フランス精神医学が妄想性障害の内部に展開してきた豊かな下位分類——解釈型妄想・感作型関係妄想・恋愛妄想・嫉妬妄想・慢性幻覚精神病——との対照は著しい^[1]。

ここにドイツ的統合失調症概念の構造的特徴が見える。急性精神病と慢性妄想性障害は、広義の統合失調症的精神病概念の内部に包摂されながらも、その辺縁部に配置される——「他の精神病性障害 (5.3 節)」として括られる位置がそれを示している。重要なのは、これらがドイツの枠組みの外部に排除されるのではなく、あくまでも統合失調症概念の傘の下に留まるということである。フランス精神医学はこれと同じ臨床像の多くを——*bouffée délirante* や慢性系統性妄想疾患として——統合失調症概念の外部に独立した疾患単位として分節化する。急性精神病のみならず慢性妄想性障害においても、この分節化の原理は一貫して働いている。フランス精神医学が百年以上にわたって蓄積してきた急性精神病の症候学と慢性系統性妄想的分類学は、ドイツ的枠組みのなかでほとんど視界に入らない。

4b. Schneider の診断学的命題——横断診断の認識論的根拠

Schneider が一級症状を定式化した背後には、診断学についての明確な哲学的立場があった。*Klinische Psychopathologie* (第14版, 1992) において彼は、診断とは経過を知ってから下すものではなく、経過を予測するものでなければならない、と述べている^[4]。すなわち、一定の症状プロファイルが確認された時点で、その後の経過・転帰について予測的な言明が可能であることが診断の要件である。

この命題は重要な帰結をもつ。Schneider の一級症状はすべて、単一の診察時点において（清明な意識下で）確認可能な現象として選ばれている。経過を待つ必要はなく、今ここの体験の質が診断を決定する。これは近代医学が診断に求める要件——再現可能な所見に基づく予後予測——に整合的である。

この観点からフランスの縦断的診断を評価すると、その性格が明確になる。*bouffée délirante* が統合失調症に移行するかどうかは、経過を観察しなければわからない。慢性系統性妄想疾患と統合失調症の鑑別においても、「長期間保たれた社会的適応」「人格の連続性」という縦断的要因が本質的判断基準となる^[5]。これはどちらが優れているかという問いではない。Schneider の横断的アプローチは治療の即時的根拠を与えるが、将来の経過についての情報を犠牲にする。ICD-11 が採用した「横断的診断基準+経過特定子」という形式は、両者の折衷として理解できる。

5. 病因論——脆弱性ストレスモデルから神経発達障害仮説へ

Lieb の病因論 (5.2.6 節) は「多因子性の成立 (*multifaktorielle Genese*)」を前提とし、遺伝因子が約60~80%、非遺伝因子が約20~40%と推定する。統合的モデルとして、Zubin・Spring (1977) の脆弱性ストレスモデル (*Vulnerabilitäts-Stress-Modell*) が中心概念として置かれる^[1]。

神経伝達物質仮説として、ドパミン仮説 (Snyder・Carlsson, 1970年代) が基盤に置かれる。辺縁系のドパミン過活動が陽性症状を、前頭葉のドパミン低活動が陰性症状をもたらすという地域特異性理論が現在の主流であり、グルタミン酸仮説・GABA系仮説が補完的に論じられる。

神経発達障害仮説は「*Dementia praecox* は神経変性ではなく神経再生の障害である」という今日的理解を支持する。

これらの病因論はほぼすべてが生物学的・神経科学的記述であることに注目される。Lieb の5.2.6 節に「精神病理学」「精神分析」という語は登場しない。これはフランスの教科書との最も根本的な対照点のひとつである。

◆ III. フランスの伝統：Kapsambelis の精神病論

Nota de vocabulis — 訳語について

本章以下で扱うフランス語の四語は、日本語では互いに紛れやすい。以下のように訳し分ける。

dissociation は「分裂」と訳す。これはプロイラーの *Spaltung* のフランス語訳であり、1911年の標題文——「私が早発性痴呆を統合失調症と呼ぶのは、さまざまな心的機能の分裂がその最も重要な特徴の一つだからである」——の *Spaltung* にそのまま対応する。分裂するのは人格が複数になることではなく、諸機能のあいだの噛み合いである。「精神分裂病」の語を想起させる訳語をあえて用いるのは、ここで訳されているのがまさにその語だからである。

discordance は「不調和」と訳す。Chaslin に由来し、観念・情動・運動が互いに噛み合わないという事態を、観察者の側から記述した語である。*dissociation* とは、同一の事態の機構の側の名と症候の側の名にあたる。Kapsambelis がこの二語を並置するのは重複ではない。

désagrégation は「解離」と訳し、この語は Janet の系譜にのみ用いる。フランス精神医学はこれを *dissociation* と意識的に区別しており、日本語の「解離（解離性障害）」が対応するのはこちらである。本稿で「解離」の語が *dissociation* の訳として現れることはない。

ICD および英語圏の **disorganised** / **Desorganisation** は「解体」と訳す。これは操作的診断の系譜に属する記述語であり、右の三語とは出自を異にする。

dissociation が機構として何を指しているかについては、プロイラー『魂の自然史』（1921）における切替緊張 (*Schaltspannung*) の議論が最も明瞭である。緩むのは連合そのものではなく、連合を選択する力である。詳細は別稿「プロイラー『魂の自然史』解題」を参照されたい。

1. 精神病（*psychose*）概念の独自性——Ch. 23

Kapsambelis の第 23 章「精神病病理学入門」は、ドイツの系譜にはない発想から出発する。フランス精神医学の独自性はまず、「精神病（*psychose*）」という概念そのものの把握の仕方に現れる。その背景を理解するために、「疎外主義（*aliénisme*）」という語の精神医学的内実をまず確認しておく必要がある。

Aliéner はラテン語 *alienare*（よそのものにする、本来の持ち主から切り離す）に由来し、*aliénation mentale*（精神的疎外）は Philippe Pinel が 1801 年の主著『*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*』において確立した中心概念である^[5]。その核心的意味は精神内容の水準における疎外にある。すなわち、患者の精神的生——思考・知覚・意志——が本来「自分のもの（*propre à soi*）」であるはずなのに、自己にとって異質なものの（*aliéné, étranger à soi*）と化してしまう。この「精神的自己疎外」の状態が *l'aliéné*（疎外された者＝精神病患者）を定義した。

この概念の射程は重要である。19 世紀フランスの *aliénistes* は、精神疾患を「精神の自己喪失」という現象学的事態として把握することで、妄想（*délire*）を症状の羅列としてではなく、自己と現実との関係が歪曲・断絶した体験様式として記述する伝統を形成した。この伝統が Henri Ey の器質力動論において「意識の脱構造化（*déstructuration de la conscience*）」という精緻な概念に継承されたことは、フランス精神医学の理論的連続性を示している。この概念と Schneider の Ich 障害論との現象学的接点については Section V.3 で改めて論ずる。

フランスの疎外主義（*aliénisme*）は、ドイツとは異なる方向に進んだ。疎外主義の精神科医たちは妄想念慮（*idées délirantes*）を精緻に分類し、Kraepelin による「*Dementia praecox*」への統合という力に抗して、慢性系統性妄想疾患を独立した臨床の実在として維持し続けた^[5]。

Kapsambelis は第 23.3.2 節において、「統合失調症対慢性系統性妄想疾患（*psychoses chroniques systématisées*）」という対比軸を示す（Tableau 23.1）。このテーブルはドイツの教科書には存在しないものである^[5]。

Tableau 23.1（Kapsambelis Ch.23）——統合失調症と慢性系統性妄想疾患の比較（フランス臨床的分類）

項目	統合失調症	慢性系統性妄想疾患
発症年齢	15～30 歳	40 歳代以降
感情・情動	平板化および/または不調和、過度・侵入的な情動	保たれ、一貫している。妄想テーマへの情熱的参与による爆発
意志・行動力	不一致、不安定、無為（ <i>apragmatisme</i> ）	保たれ、本人の関心と一貫
社会的・職業的適応	重篤に障害	長期間保たれる
自我の様相	解体・「人格の脱臼」・断絶（ <i>rupture</i> ）	自我の凝集性・統一性の保持。病前人格との連続性
妄想テーマ	多彩（被害・誇大・性的・宗教・身体変容）。二～三テーマが交代・共存	各臨床単位ごとに単一テーマ
妄想機制	解釈・幻覚・精神的自動症が同一患者に二～三種類共存	各臨床単位ごとに一種の機制が優勢
系統化の程度	不良——分裂・不調和を反映した曖昧・非一貫な妄想	良好——「小説」として構築された妄想
確信の程度	変動性——経過の時期によって異なる	「揺るぎない確信（ <i>conviction inébranlable</i> ）」
感情的関与	逆説的（妄想内容と不調和）または欠如（感情平板化）	強烈で妄想内容と一致

項目	統合失調症	慢性系統性妄想疾患
行動障害	無秩序・逆説的・衝動的・予測不可能・「不調和」	頻発・予測可能・妄想内容と一貫。危険ポテンシャル

Kapsambelis はこの二分法の理論的基盤を次のように述べる^[5]。

« *L'école française reste attachée à cette dichotomie, qui est basée sur le travail princeps de Bleuler (1911) sur la schizophrénie et la dissociation, telle que celles-ci ont été élaborées par Henri Ey, en utilisant à la fois le travail de classification des aliénistes du XIX^e siècle, la description spécifique de la paranoïa, et les développements de Chaslin sur la discordance.* »

〔筆者訳〕「フランスの学派はこの二分法に固執している。それは Bleuler (1911) の統合失調症と分裂に関する先駆的研究——Henri Ey によって精緻化された——に基づいており、19 世紀の疎外主義者の分類、妄想症 (*paranoïa*) の特異的記述、Chaslin による不調和 (*discordance*) 概念の展開と組み合わせられている。」 (Ch.23, § 23.3.2)

この疾患概念はドイツ精神医学においてほとんど認知されなかった。Kapsambelis は明示的に次のように述べる^[5]。

« *En Allemagne, le destin de la psychose délirante aiguë suivra un chemin quelque peu différent : ignorée aussi bien par Kraepelin dans les différentes éditions de son Traité que par Bleuler (le premier la rapprochant de la crise maniaque et mélancolique, le second de la schizophrénie), elle sera intégrée dans le champ de la nosographie psychiatrique avec les travaux de Jaspers (1913) sous la forme d'expérience délirante primaire.* »

〔筆者訳〕「ドイツでは、急性妄想精神病はいくぶん異なる道を歩んだ。Kraepelin の教科書の各版でも、Bleuler によっても無視され（前者は躁うつ発作に近づけ、後者は統合失調症に近づけた）、Jaspers (1913) の研究によって「原発性妄想体験」として精神医学的疾病分類学に組み込まれるに至った。」 (Ch.24)

2. 急性精神病——*bouffée délirante aiguë* の独立——Ch. 24

フランス精神医学とドイツ精神医学の分岐がもっとも鮮明に現れるのが急性精神病の位置づけである。「急性多形性妄想発作 (*bouffée délirante aiguë polymorphe*)」は、Valentin Magnan (1890 年代) が「後遺症のない妄想 (*un délire sans conséquences, sinon sans lendemain*)」として提唱したことに始まる^[9]。

« *Les psychoses aiguës, ou psychoses délirantes aiguës, ou bouffées délirantes aiguës polymorphes, constituent un groupe syndromique défini par une éclosion brutale de symptômes non spécifiques, délire polymorphe de thèmes et de mécanismes, avec un risque d'évolution vers une schizophrénie ou une maladie maniaco-dépressive.* »

〔筆者訳〕「急性精神病、あるいは急性妄想精神病、あるいは急性多形性妄想発作は、非特異的症状の突発——テーマと機制の多形性をもつ妄想——を特徴とし、統合失調症または躁うつ病への移行リスクを伴うひとつの症候群的グループを構成する。」 (Kapsambelis, Ch.24)

Lieb 教科書では「急性一過性精神病性障害」は「他の精神病性障害」節に一段落が割かれるのみである。これに対し Kapsambelis は第 24 章を急性精神病に完全に当て、発症様式・症候・鑑別診断・経過・精神病理・治療を詳細に論ずる。臨床的発症については「晴天の霹靂 (*coup de tonnerre dans un ciel serein*)」という古典的表現が引用される。経過の三様式として、(1) 生涯一回のエピソード (約三分の一)、(2) 同様のエピソードの再発、(3) 統合失調症または双極性障害への移行が示される^[5]。

3. 錯乱状態 (*confusion mentale*) ——*délire* の二面性と器質力動論——Ch. 25

Kapsambelis の教科書で第 25 章を「錯乱状態 (*confusion mentale*) とアルコール振戦せん妄 (*delirium tremens*)」に充てていることは、ドイツあるいは ICD-11・DSM の観点からは奇妙に映るかもしれない。DSM-5 と ICD-11 においてせん妄は神経認知障害の章に分類され、精神症とは峻別されている。Lieb の教科書でも「錯乱」は精神病性障害の章には登場しない。

しかしフランス精神医学がこの配置を選ぶのには、理論的根拠がある。その核心にあるのが Henri Ey (1900–1977) の器質力動論 (*organo-dynamisme*) である^{[7][8]}。Ey にとって精神疾患は「意識の解体 (*déstructuration de la conscience*)」であり、その解体に器質的次元と心理的次元は連続している。錯乱状態 (器質性) と急性精神病 (機能性) は原因こそ異なるが、「意識の解体」という現象学的水準において同一の解体過程を示す。その共通の表現型が夢幻様体験 (*onirisme*) である。Kapsambelis の第 25 章結語はこれを明示する^[5]。

« En même temps, elles représentent un modèle d'état psychotique aigu, qu'il est intéressant de mettre en parallèle avec les autres pathologies du même type, leurs similitudes et différences psychopathologiques étant riches en enseignements sur les fonctionnements psychotiques. »

〔筆者訳〕「同時に錯乱状態は、急性精神病状態の原型 (modèle) を体現するものであり、同種の他の病態と並列して考察することが興味深い。その精神病理学的類似と差異は、精神病的機能についての豊かな示唆を含んでいる。」 (Ch.25, Conclusion)

さらに根本的な問題として、フランス語の「*délire*」という語そのものが、英語の「*delirium*」(せん妄)と

「*delusion*」(妄想)の両義を担っている。ドイツ語では *Delir* (意識混濁を伴う急性器質性状態) と *Wahn* (清明な意識のもとでの妄想体験) は Jaspers が哲学的に峻別した別概念であり、この区別が DSM・ICD-11 の分類に受け継がれた^[3]。フランスがこの峻別をあえてしないのは概念的未整理ではなく、Ey 的な「意識の解体連続体」という理論的立場の言語的体现である。第 24 章でも、*bouffée délirante* の鑑別診断において最初に挙げられるのが *confusion mentale* であることは注目に値する^[5]。

筆者は Ey の器質力動論の基本的発想——精神的健康と病理を連続体として捉え、器質的次元と心理的次元の相互規定を強調する立場——に共鳴するものであり、これが Kapsambelis の精神病理学的記述への親近感の根拠でもある。

4. 統合失調症の時間軸的記述——Ch. 26・27・28

フランス精神医学の統合失調症論のもうひとつの際立った特徴は、疾患を時間軸に沿って記述する枠組みである。

Kapsambelis は統合失調症を三つの章——発症期 (Ch.26 「統合失調症の初発期」)・確立期 (Ch.27 「状態期の統合失調症」)・長期経過 (Ch.28 「終末型」)——に分けて論ずる。これは Lieb の横断的・症状操作的記述とは根本的に異なるアプローチである^[5]。

(1) 発症期 (*Schizophrénies débutantes*, Ch.26)

では、今日的な脆弱性・前駆期・Ultra-High Risk (UHR) 状態という概念が、20 世紀初頭の「素因 (*prédisposition*)」「前統合失調症 (*préschizophrénie*)」との概念的連続性において論じられる。初発患者への治療的アプローチが「関係の構築」を中心に記述され、精神分析的心理療法の適用が明示的に論じられる点が Lieb と異なる。

(2) 確立期 (*Schizophrénies en période d'état*, Ch.27)

が Kapsambelis 統合失調症論の中心をなす。症候学は ICD-10・DSM-5 の基準を参照しながらも、Bleuler の分裂 (*dissociation*) と Chaslin の不調和 (*discordance*) という概念的枠組みが前景に立つ。とりわけ注目されるのが、治療論において精神分析の治療 (*traitements psychanalytiques*) を明示的に論じ、個人療法・集団療法・制度的精神療法 (*psychothérapie institutionnelle*) の適用が記述されていることである^[5]。

(3) 長期経過 (*Évolution terminale*, Ch.28)

は、今日では「回復 (*Recovery*)」概念の台頭によって「終末 (*terminale*)」という用語そのものが問い直されつつあることを認めながらも、重症残遺状態・中等度残遺状態・良好な経過の三類型を示す。Kapsambelis が長期経過を独立した章に展開することには、縦断的・経過論的アプローチへの強いコミットメントが示されている。

5. 慢性系統性妄想疾患の精緻な分類学——Ch. 29

フランス精神医学の最も独自な貢献のひとつが慢性系統性妄想疾患 (*psychoses chroniques systématisées*、または *délires chroniques*) の精緻な分類学である。ICD-11・DSM-5 では「妄想症 (*delusional disorder*; ICD-11: 6A24)」一語で括られる疾患群を、フランスは以下の独立した臨床単位として区別してきた^{[5][10][11]}。

臨床単位（フランス）	主な妄想メカニズム	ICD-11 での帰属
解釈型妄想 (<i>délires d'interprétation</i>) Sérieux & Capgras, 1909	解釈 (<i>interprétation</i>) —— 現実知覚を誤って意味付ける	6A24 妄想症
感作型関係妄想 (<i>déire de relation des sensitifs</i>) Kretschmer, 1918	解釈 (内向的パーソナリティの特性と交差)	6A24 妄想症
熱情性妄想 (<i>psychoses passionnelles</i>) —— 恋愛妄想 (<i>erotomanie</i>) —— 嫉妬妄想 (<i>déire de jalousie</i>) —— 訴訟妄想 (<i>déire de revendication</i>)	熱情 (<i>passion</i>) —— 確信と行動の直結	6A24 妄想症
慢性幻覚精神病 (<i>psychose hallucinatoire chronique</i> , PHC) Gilbert Ballet, 1911	精神的自動症 (<i>automatisme mental</i>) —— 幻覚の多形性	6A20 統合失調症 (または 6A24)
パラノイア (<i>paraphrénie</i>) Kraepelin (フランスで継続採用)	想像性 (<i>imagination</i>) —— 体系的でファンタジーに富む妄想	6A20 統合失調症

慢性幻覚精神病について Kapsambelis は次のように述べる [5]。

« Cette entité typique de la nosographie française, individualisée par Gilbert Ballet (1911), se présente en fait comme une schizophrénie sans désorganisation... »

〔筆者訳〕「フランスの疾病分類学に典型的なこの臨床単位は、Gilbert Ballet (1911) によって個別化され、実質的には解体を伴わない統合失調症として提示される……」
(Ch.29, § 29.3.3)

この記述は重要な問題を提起する。慢性幻覚精神病は Schneider 一級症状 (思考化声・体験干渉・Ich 障害) を多く示すが、人格の解体・不調和がない。ドイツの基準 (ICD-10) では統合失調症に分類される可能性が高く、ICD-11 でも 6A20 に帰属しうる。しかしフランスは疾患の「本質」を解体 (*dissociation*) の有無に置くため、これを統合失調症とは別の独立した単位とみなす。この点にフランスとドイツの分類原理の根本的差異が凝縮されている。

6. 精神病理学的アプローチ——フランス精神医学のもうひとつの次元

Kapsambelis の各章は「歴史 (*Histoire*)」「疫学・生物医学的知見 (*Données biomédicales*)」「臨床 (*Clinique*)」「症例 (*Cas cliniques*)」「精神病理学 (*Psychopathologie*)」「治療 (*Thérapeutique*)」と

いう六部構成をとる。Lieb の教科書には相当する節がないのが「精神病理学」節である [1][5]。

Kapsambelis は Ch.24・25 の参考文献に「*le 'délirer' en tant qu'activité psychique* (délire することを精神的活動として)」と題する自身の論考 (2006) を掲げており、これが彼の立場を端的に表す——*délire* を症状として記述するだけでなく、主体の活動 (*activité*) として捉えるという視点である [12]。

この精神分析的・精神病理学的次元の詳細な検討は本論の主題の外にあり、別稿に委ねる。ただし上記の枠組みの存在——Lieb にはなく、Kapsambelis にはある——が、独仏比較において無視できない構造的差異であることを記しておく。

◆ IV. 症例呈示——臨床的対比

以下に六症例を提示する。症例 1～5 は Lieb および Kapsambelis の教科書からの症例であり、それぞれが独仏の精神病論の特徴を臨床的に例示する。症例 6 は、同一の臨床像が四つの診断体系——伝統的フランス・伝統的ドイツ・ICD-11・DSM-5——においてどのように読まれるかを交差的に示すために筆者が構成した架空の仮想症例である。

症例 1：ICD-10 妄想型統合失調症（F20.0）—— Lieb より

KASUISTIK — LIEB, S.186

A、25 歳男性。高校卒業後、銀行員研修を始めたが中断し、社会福祉の専攻へ進んだが単位取得に困難。クリニック受診の約 8 週前から同級生が自分のことを笑っていると感じ始めた。彼らが自分の話をしているという確信が生じ、隠しカメラで監視されているとの妄想が形成された。テレビキャスターが自分の行動に言及する、命令する、批判する幻声が出現。自室から出られなくなり、自殺念慮が出現。友人に連れられ緊急入院。入院後、幻覚（聴覚・Ich 障害）、妄想に対して抗精神病薬と抗不安薬が投与され、5 週後に陽性症状が寛解。開放病棟に転棟。

診断：妄想型統合失調症（ICD-10: F20.0）。本症例は統合失調症の典型的発症形態を示す。Schneider 一級症状——思考吹入、命令性幻声、評釈性幻声——が確認される。ドイツ的・ICD-10 の診断基準に整合的。[1]

症例 2：急性多形性妄想発作（*bouffée délirante aiguë*）——Kapsambelis Ch.24 より

CAS CLINIQUE — KAPSAMBELIS, CH.24, §24.4.4

R、20 歳女性。数週間前から変容した存在様式（*être transformée*）を体験し始め、急性入院。入院時、言語的接触が取れず、多形的な妄想状態。数日後に対話が可能になり、自分のアイデンティティに関する突然の疑念が侵入し、完全に圧倒されたと語る。生育歴の聴取から、家族内の緊張した雰囲気は明らかになった。経過は急速に良好で、5 週後に退院。抗精神病薬投与は 6～18 ヶ月継続の方針。その後も外来での定期面談が行われ、精神的機能に対する内省的取り組みが目指された。

本症例は *bouffée délirante* の典型。突発的発症、多形性、急速な回復という特徴を示す。統合失調症とも双極性障害とも診断されないこの疾患単位はドイツの教科書にはほぼ登場しない。[5]

症例 3：確立期の妄想型統合失調症——Kapsambelis Ch.27 より

CAS CLINIQUE — KAPSAMBELIS, CH.27, §27.4.1 — M. S.

M. S.、42 歳男性。精神科外来（CMP）が追跡中。2 週間ごとの持効性注射薬（Risperdal Consta 50 mg）の投与が途絶え、デイホスピタルにも来なくなった。20 年来の患者。思春

期末期に典型的な発症——思考奪取の感覚、迫害的な断続的幻覚体験、対人関係の唐突さと奇異さ、学業中断。21～29 歳に多数回の強制入院。複数の薬物で陽性症状の改善は部分的にとどまり、精神的自動症が持続。過去 10 年で若干の改善。往診訪問の後、激しく抗議しながらも翌日自ら CMP に注射に来た。精神科医はあえてその場で注射せず 24～48 時間考える時間を与え、受療に主体性を残した。「また一回転、始まり」と担当看護師。

本症例は「確立期の統合失調症」の縦断的記述の例。20 年間にわたるケアの継続性、精神的自動症（*automatisme mental*）の持続、療法的関係の質への注目——これらは Lieb の Kasuistik にない要素である。[5]

症例 4：歴史的事例——Jean-Jacques Rousseau の解釈型妄想——Kapsambelis Ch.23 より

Kapsambelis 第 23 章 § 23.4.2 は、文学的・歴史的な精神病体験の証言として、Jean-Jacques Rousseau（1712–1778）の晩年の著作『ルソー、ジャン＝ジャックを裁く——対話（*Rousseau juge de Jean-Jacques: Dialogues*, 1772–1776）』第三対話からの長文を引用している[5][6]。

« Vingt ans d'expérience m'avaient appris quelle droiture et quelle fidélité je pouvais attendre de ceux qui m'entouraient sous le nom d'amis. [...] Leur confier mon manuscrit n'était autre chose que vouloir le remettre moi-même à mes persécuteurs. [...] Dans cette situation, trompé dans tous mes choix, et ne trouvant plus que perfidie et fausseté parmi les hommes, mon âme, exaltée par le sentiment de son innocence et par celui de leur iniquité, s'éleva par un élan jusqu'au siège de tout ordre et de toute vérité, pour y chercher les ressources que je n'avais plus ici-bas. [...] J'imaginai pour cela de faire une copie au net de cet écrit, et de la déposer dans une église sur un autel. [...] En entrant, mes yeux furent frappés d'une grille que je n'avais jamais remarquée. [...] Au moment où j'aperçus cette grille, je fus saisi d'un vertige comme un homme qui tombe en apoplexie [...] je crus, dans mon premier transport, voir concourir le ciel même à l'œuvre d'iniquité des hommes. »

〔筆者訳〕「二十年の経験が教えてくれたのは、友人と称して私の周りにいる人々に、どれほどの誠実さと忠実さを期待できるかということだった。……原稿を彼らに預ける

ことは、みずから迫害者に手渡すも同然だった。……あらゆる選択で裏切られ、人々のなかにもはや背信と欺瞞しか見出せないなかで、自らの無実の感覚と彼らの不正への憤りに高揚した私の魂は、あらゆる秩序と真実の座へと一気に舞い上がり、もはやこの地上には見出せなくなった資源をそこに求めた。……そこで私はこの著作の清書を作り、教会の祭壇に奉献しようと思い立った。……入ると、かつて見たことのない格子が目に入った。……その格子を目にした瞬間、私は脳卒中で倒れる人のような眩暈に捉われた。……私は最初の衝動のなかで、天もまた人間の不正の業に加担しているのを見たと思った。」(Rousseau, *Dialogues*, 1772-1776; Kapsambelis Ch.23, § 23.4.2 より引用。訳文は筆者による。)

CAS HISTORIQUE — JEAN-JACQUES ROUSSEAU (1712-1778)

この証言には解釈型妄想 (*délire d'interprétation*) の特徴がすべて揃っている。周囲の人間すべてが迫害の共謀者であるという揺るぎない確信、日常的知覚 (門が閉まっていた) への妄想的意味付け (妄想知覚——天までもが加担している証拠)、体系的な対策 (神への直接奉納による人間の裏切りの迂回)、そして人格の保存された統一性 (文章は完全に論理的であり、雄弁さを保っている)。

Kapsambelis の Tableau 23.1 における慢性系統性妄想疾患のプロファイル——単一テーマ、良好な系統化、揺るぎない確信、長期にわたる社会的適応、人格の連続性——に完全に一致する。ルソーの後期著作『告白』『夢想する孤独な散歩者の夢想』とあわせて読むと、この妄想体験が晩年の数年間にわたって一貫したテーマを保ちながら展開し、人格の著しい解体がなかったことが確認できる。

ICD-11 では妄想症 (6A24) に分類される。[5][6][13]

症例 4 補論：現代 Rousseau 研究と Schneider 的理解可能性の観点から

Kapsambelis のこの症例引用は、Paul Julius Möbius『Rousseau』(1889)に始まり、Sérieux & Capgras『Les Folies raisonnantes』(1909)^[10]、Génil-Perrin『Les paranoïaques』(1926)、そして Lacan による「天才的パラノイア患者 (*paranoïaque de génie*)」という形容 (1946) に至る、フランス精神医学が約一世紀にわたって維持してきた制度化された範型の直接的継承である。しかし 1990 年代以降の Rousseau 研究は、この範型を批判的に乗り越える方向で展開している。Claude Wacjman『Fous de Rousseau: Le cas Rousseau dans

l'histoire de la psychopathologie』(L'Harmattan, 1992) および『Les Jugements de la critique sur la "folie" de J.-J. Rousseau, représentations et interprétations, 1760-1990』(Voltaire Foundation, *SVEC*, vol. 337, 1996)^[20]、Dena Goodman『The Hume-Rousseau Affair: from Private Querelle to Public Procès』(*Eighteenth-Century Studies*, 25(2), 1991-92)^[21]、Yves Citton『Fabrique de l'opinion et folie de la dissidence: Le 'complot' dans Rousseau juge de Jean-Jacques』(Presses de l'Université d'Ottawa, 1998)^[22]がその代表的研究である。Citton は次のように定式化している——「『陰謀』をめぐる問題は多すぎる墨を流してきた。空想から偏執病的妄想への不可逆的転落か、それとも一連の現実の迫害 (*persécutions réelles*) に対する自然な反応か——この還元的二者択一から自由になることを、われわれはここ数十年で学んできた」。

Rousseau の迫害体験には、客観的に確証された大規模な現実的基盤があった。『エミール』(1762 年 5 月刊) はパリ高等法院・ソルボンヌ神学部・ジュネーヴ評議会・ベルン評議会で次々に断罪・焚書とされ、Rousseau に逮捕状が発せられ、フランス・ジュネーヴ・スイス諸都市から相次いで追放された。1765 年 9 月 6 日にはモチエ村で地元牧師に煽動された住民による投石事件 (*lapidation de Môtiers*) に遭遇し、深夜にビエンヌ湖中のサン＝ピエール島へ避難を強いられている。Voltaire は『新エロイズ書簡』(1761)、『正直者の教義問答』(1763、Rousseau の名を勝手に冠した偽書)、『市民の感情』(1764、Rousseau が五人の子を孤児院に遺棄した事実を匿名で暴露した最も破壊的な攻撃)、『パンソフ博士宛書簡』(1766)、『ジュネーヴ内乱』など、組織的な匿名中傷キャンペーンを継続的に展開した。Hume はイングランドでの保護役から先制的中傷者へ転じ、156 頁の『M. Hume と M. Rousseau との間に生じた論争についての簡明な陳述』(1766) をパリで公開した (Goodman の研究は、これが Hume 側の能動的な中傷工作であったことを実証している)。Diderot、d'Alembert、Grimm、Madame d'Épinay、Madame de Boufflers ら旧友・哲学者サークル (*coterie holbachique*) が組織的に彼に敵対した。

『エミール』が引き起こした反応は、宗教的・政治的・社会的に多層であった。表向きには第 4 巻「サヴォアの助任司祭の信仰告白」が説く自然宗教の異端性と、同時刊行の『社会契約論』の人民主権論が、宗教的・政治的に問題視

された。Rousseau 自身は『告白』第 11-12 巻において、迫害がイエズス会・ジャンセニスト・哲学者サークルの三方から織りなされた「陰謀 (complot)」であったと記している。近代史研究は、パリ高等法院の『エミール』断罪が、間近に迫っていたイエズス会追放 (1764 年) に先立って正統信仰擁護の実績を示す政治的必要から行われたという conjuncture を解明している。社会的次元では、当時の世論形成に決定的な影響を持っていた貴族的サロン文化のなかで、Madame de Boufflers (コンティ大公の愛人、サロン主催者)、Madame d'Épinay、Madame d'Houdetot ら特定の女性たちとの関係破綻を通じて、Rousseau は組織的に孤立させられた——『告白』第 9-10 巻における彼自身の証言と、近代史研究の両者がこれを裏付ける。なお、現代の Rousseau 教育思想研究は構造的観点として、Locke 以来の伝統的教育論が貴族の子を既定の社会的地位に向けて準備するものであったのに対し、Rousseau の教育論が「社会的地位に関わりなく人類の一員としての人間を形成する」ことを目指していたという対比を提示している。Rousseau 自身も『エミール』第 3 巻において「我々は危機の状態と革命の世紀に近づいている (*nous approchons de l'état de crise et du siècle des révolutions*)」と記し、その直後に「自然は王侯も富者も大領主も作らない (*la nature ne fait ni princes, ni riches, ni grands seigneurs*)」と続けており、教育論の普遍主義が旧体制の社会的階層秩序と緊張関係にあったことの自覚を示している。ただし、これを「旧貴族階級そのものとの直接的対立」と読むのは構造的解釈の延長であり、Rousseau 自身が『告白』で主敵として名指したのはあくまで宗教的・知的勢力であった点を付記しておく。

Schneider が了解可能性 (*Verstehbarkeit*) の概念によって診断学的に区別したのは、原発妄想 (*primärer Wahn*) と妄想反応 (*Wahnreaktion*) あるいは妄想様体験 (*wahnähnliche Erlebnisse*) である。Rousseau の迫害体験はその中核において了解可能な状況の根拠を持っており、Schneider 的観点からは妄想反応・妄想様体験として再記述しうる余地がある。教会の祭壇への奉献を妨げた格子の知覚 (妄想知覚と擬される箇所) も、二十年以上にわたる現実的迫害の累積後に生じた一回的エピソードであり、Jaspers の言う「了解的連関 (*verständlicher Zusammenhang*)」の枠内に位置づける余地を残す。

したがって本症例は、Sérieux & Capgras の伝統に従う Kapsambelis の症候学的記述としては優れた価値——単一

テーマ、良好な系統化、揺るぎない確信、長期にわたる人格の連続性という解釈型妄想の範型的特徴を見事に凝縮した文学的証言として——を有しつつも、現代 Rousseau 研究と Schneider 的了解可能性の観点からは、慢性系統性妄想疾患と「現実の迫害に対する長期的人格反応」の境界事例として位置づけるべき性格を帯びる。本論ではこの症例の精緻な記述的価値を維持しつつ、診断的位置づけには重要な留保を要することを付記しておく。

症例 5：解釈型妄想 (*paranoïa*) —— Kapsambelis Ch.29 より

CAS CLINIQUE — KAPSAMBELIS, CH.29, §29.4.1 — M. M.

M. M.、37 歳男性。妻への脅迫 (殺すと宣言) 後、警察介入により強制入院。「何年も正義のために戦ってきたが、もう耐えられない」と崩れ落ちた。大企業の幹部職。3 年前、上司の業務報告メールが誤送信されてきたのを読み、自分への陰謀の証拠と確信 (「偶然ではない」)。その後、自分への陰謀を遮断するためにパスワードを毎日変更、携帯電話を頻繁に変えた。上司の昇進が「共謀の証明」となり、家族を巻き込む脅迫に至った。2 ヶ月入院 (olanzapine 20 mg/日)。退院後、隔週→月 1 回の診察継続。退職し転職。1 年半後、薬物中止。2 年後、患者自ら「以前と同じ感じがする」として服薬再開を求め、2~3 週間の服薬を自発的に繰り返す。5 年後も同じ職場に勤め、追跡継続中。

本症例は解釈型妄想 (*paranoïa*) の典型。単一テーマ、「解釈」機制の独占、揺るぎない確信、社会的適応の長期保持、人格の連続性——これらは Tableau 23.1 の慢性系統性妄想疾患のプロファイルに一致し、統合失調症とは明確に区別される。ICD-11 では「妄想症 (6A24)」に分類される。[5][13]

症例 6：仮想症例——同一の臨床像は四つの体系でどう診断されるか

最後に、独仏両伝統と ICD-11・DSM-5 の分類原理の差異を単一の臨床像のうえで交差させるために、仮想症例を提示する。以下は実在の患者ではなく、Kapsambelis 第 24 章の症例記述の構造——発症状況・多形性・急速寛解——を参照して筆者が本論のために構成した架空の教育用症例である [5]。

CASUS FICTUS — 仮想症例

A、21 歳女性、文学部の大学生。試験とレポート提出の重なった数週間、睡眠が浅くなり、家族には「少し疲れている」と話

していたが、日常生活は保たれていた。発症の3日前からほぼ完全な不眠が続き、対象の定まらない強い不安が急速に高まった。翌朝、「自分の考えが外に漏れている」「部屋の空気が変わってしまった」と訴え、家族の制止を振り切って友人宅へ移った。友人は「急に別人のようになった」と述べている。同日午後、急激な錯乱状態に陥った。「誰かに見られている」

（被害）、「世界がひっくり返った」（世界変容）、「体が別の形になった気がする」（身体変容）——テーマと機制が数時間単位で交代する多形性の妄想がほぼ突発的に立ち上がり、断続的な幻聴、当惑、高揚と恐怖の交代、夢のなかにいるかのような現実感の変容（夢幻様体験）を伴った。精神科に入院。身体疾患・物質使用・薬剤性は除外された。入院後も数日間は妄想テーマが急速に変転し続けたが、約2週で急速に消滅し、3週後にはほぼ完全に寛解、病識も回復した。病前性格は社交的で、病前適応は良好。退院後、大学生活に復帰した。抗精神病薬は漸減のうえ数ヶ月で中止され、外来での経過観察が継続された。

架空症例。ストレス（試験期）は誘因として先行するが、症状内容はストレス因に拘束されず、発症は突発的な錯乱状態として立ち上がる——急性ストレス反応・適応障害との鑑別が構造上明確になるように構成した。

この同一の臨床像に、四つの体系は異なる名前を与える。

フランス（Kapsambelis の系譜）にとって本症例は *bouffée délirante aiguë* の完全な典型である。「晴天の霹靂」的な突発、テーマと機制の多形性、夢幻様体験、数週での急速な完全寛解、病前適応の良好——第24章の挙げる特徴のすべてが揃っている。診断は当初から統合失調症ではない。治療は急性期の薬物療法と危機介入が中心となり、寛解後は統合失調症・双極性障害への移行の監視を続けながらも、疾患単位としての独立性が予後の楽観を支える^[5]。

ドイツ（Lieb の系譜）はこの臨床像に固有の疾患名をもたない。診断コードとしては「急性一過性精神病性障害」が登録されるが、臨床的思考の枠組みにおいては、広義の統合失調症スペクトラムの初発エピソードである可能性が前景に立つ。M. Bleuler 経過類型の観点からは、本症例は「波状経過後の治癒」型の書き出しの一例とも、統合失調症の第一波とも読みうる——どちらであるかは経過のみが教える。したがって再発予防と長期フォローが重視され、抗精神病薬の継続期間の判断もより慎重な側に傾く^[1]。

ICD-11 では、本症例は 6A23 「急性一過性精神病」の必須要件——前駆期なしに2週以内に精神病水準に達する急性

発症、症状の性質と強度の急速な変動（日内でも変動する）、陰性症状の欠如、3か月以下の持続——をすべて満たす^[24]。注目すべきは CDDR の境界規定である。妄想・幻覚が1か月以上持続して統合失調症の症状要件を同時に満たす場合でも、統合失調症の既往がなく 6A23 の要件（急性発症・症状の変動・3か月未満の持続）を満たすかぎり、統合失調症ではなく 6A23 を診断すべきことが明文で規定されている^[24]。

DSM-5 では、症状が1日以上1か月未満で消滅し病前機能へ完全に回復した本症例は「短期精神病（*brief psychotic disorder*）」に該当し、「著しいストレス因を伴う」特定子が付される^{[15][25]}。ただし、仮に本症例の寛解が6週間を要していたならば、DSM-5 の診断は「統合失調様症（*schizophreniform disorder*）」へ移る一方、ICD-11 では依然として 6A23 にとどまる。同一の経過に対する両分類のこの分岐に、次章 V-2b 節で論じる設計差が凝縮されている。

四つの名前の差は、治療と予告告知に直接降りてくる。フランス的診断は「完全寛解を本態とする疾患」を、ドイツ的把握は「統合失調症かもしれない初発」を患者と家族に告げる。抗精神病薬を何ヶ月継続するか、就学・就労への復帰をどう見積もるか、再発をどう位置づけるか——概念の差異は、分類表のうえの問題ではなく、診察室の問題である。

◆ V. 分類学的考察——ICD-10・ICD-11 と両伝統

1. ICD-10 のフランス的側面

ICD-10（1992年）はフランス精神医学の一定の影響のもとに成立した分類体系であった。急性一過性精神病性障害（F23）の下位分類——F23.0「急性多形性精神病性障害（統合失調症症状なし）」・F23.1「急性多形性精神病性障害（統合失調症症状あり）」・F23.2「急性統合失調症様精神病性障害」——は明らかに *bouffée délirante* の概念を国際分類に組み込む試みであった^[14]。「多形性（*polymorphe*）」「急速発症」「一過性」という記述はフランス的疾患概念の直接の反映である。図 5.1 は ICD-10 から ICD-11 への急性精神病性障害・妄想性障害の分類変更を示す^[16]。

Kommentar (Hölzel & Berger, 2024)

「妄想性障害」の分類は ICD-11 において、ICD-10 と比較してエビデンスに基づく明確な簡略化を経た。とりわけ、障害カテゴリー数が 6 から 3 へと削減されたことが挙げられる。急性多形性精神病性障害の解体、特に「統合失調症症状あり」というカテゴリーの廃止は、将来的に統合失調症との境界をより妥当な形で確定できる可能性がある。

ICD-10		ICD-11
急性多形性精神病性障害 統合失調症症状なし（F23.0）	→	急性一過性精神症 6A23
急性多形性精神病性障害 統合失調症症状あり（F23.1）	↘	その他の特定された統合失調症 または原発性精神症 6A2Y
急性統合失調症様精神病性障害 （F23.2）	↗	
その他の急性主として妄想性精神病性障害 （F23.3）	↘	妄想症 6A24
持続性妄想性障害 （F22.x）	→	
感応性妄想性障害 （F24）	↗	

図 5.1 ICD-11 における急性精神症および妄想症の分類変更
(出典：Hölzel LP, Berger M (Hrsg.), *ICD-11 – Psychische Störungen: Innovationen und ihre Bewertung*. Berlin, Heidelberg, Springer, 2024, S.94, Abb. 5.1 より翻訳・改変。)

2. ICD-11 の簡略化——筆者の評価

ICD-11（2019 年）はこの詳細な下位分類を大幅に簡略化した。統合失調症の亜型は廃止され、F23 の多形的下位分類も「6A23 急性一過性精神症」一つにまとめられた^[13]。

この簡略化を、筆者は基本的に妥当な判断と評価する。その理由は以下の通りである。

第一に、ICD-10 で採用されたフランス的疾患単位の詳細な下位分類——とりわけ F23 の多形的細分類——は、診断信頼性の面で問題があった。「多形性（*polymorphe*）」という概念自体が臨床的多義性をはらんでおり、国際的な多施設研究における再現性に疑問があった。第二に、ICD-11 が目指す世界的普遍性という観点からは、特定の文化的・歴史的伝統に依拠した疾患単位の詳細な取り込みは適切でない。国際分類は文化横断的に妥当する最小限の枠組みを提供すべきであり、ICD-11 の 6A23「急性一過性精神症」

という括りはこの要請に込んでいる。第三に、DSM-5 との整合性という実用的観点も無視できない^[15]。

ただしこの評価は「ICD-11 が完全に正しい」ということを意味しない。フランス精神医学が百年にわたって培ってきた急性精神病の症候学、慢性系統性妄想疾患の内部分類学は、ICD-11 の分類コードには収まらないが、臨床的洞察として依然として有効である。診断コードと臨床記述は区別されるべきであり、後者においてフランス的記述は生きている。

2b. 四体系の対照——伝統的フランス・伝統的ドイツ・ICD-11・DSM-5

ここまでの議論を、急性精神病と慢性妄想（妄想症）という二つの領域について、伝統的フランス・伝統的ドイツ・ICD-11・DSM-5 の四体系の対照表として整理する。ICD-11 の記載は WHO の診断要件書（CDDR, 2024）の

6A23・6A24 の必須要件に、DSM-5 の記載は DSM-5-TR（2022）に拠る^{[24][25]}。

表 V.1—急性精神病の四体系対照

項目	フランス伝統 <i>bouffée délirante aiguë</i>	ドイツ伝統 (Kraepelin-Bleuler-Schneider の主流)	ICD-11 6A23 急性一過性精神症	DSM-5 短期精神症
概念的地位	独立した疾患単位 (Magnan 以来)	固有の疾患名なし——広義統合失調症の辺縁に経過亜型として包摂	独立した診断カテゴリー	独立した診断カテゴリー
発症様式	「晴天の霹靂」——突発的錯乱	規定せず（初発エピソードとして把握）	前駆期なしに 2 週以内に精神病水準へ（必須要件）	急性であることは要件ではない
症状の質	多形性（テーマ・機制の交代）と夢幻様体験が診断の核心	非特異的的症状とみなす	症状の性質・強度の急速な変動が必須要件（日内でも変動）。夢幻様体験は不採用	妄想・幻覚・解体した発語・ひどく解体した又は緊張病性の行動から 1 つ以上（少なくとも 1 つは前三者）。変動性は要件ではない
陰性症状	概念上想定されない	ありうる（広義統合失調症の一部として）	欠如が必須要件	基準症状に含まれない
持続期間	数日～数週間で急速な完全寛解	規定せず（長期経過を重視）	3 か月以下（通常数日～1 か月）	1 日以上 1 か月未満。最終的に病前機能へ完全回復
1 か月を超える遷延	統合失調症等への移行として再把握	統合失調症	既往がなく 6A23 の要件を満たすかぎり、3 か月まで 6A23 を優先（境界規定に明文）	1～6 か月は統合失調様症、6 か月以上で統合失調症
ストレス誘因	誘因はありうるが症状内容を拘束しない	——	先行する急性ストレスは「よくある」が診断要件ではない	「著しいストレス因を伴う」特定子として痕跡的に保持

表 V.2—慢性妄想（妄想症）の四体系対照

項目	フランス伝統 <i>délires chroniques systématisés</i>	ドイツ伝統	ICD-11 6A24 妄想症	DSM-5 妄想症
下位分類	解釈型・感作型関係妄想・熱情性（恋愛・嫉妬・訴訟）・慢性幻覚精神病・ <i>paraphrénie</i>	Kraepelin のパラノイアは維持されたが、広義統合失調症概念に吸収されやすい	単一カテゴリー（被害・身体・誇大・嫉妬・被愛等のテーマを記述的に列挙）	単一カテゴリー＋テーマ別特定子（被愛型・誇大型・嫉妬型・被害型・身体型・混合型）
持続期間の要件	慢性（年余）が概念の前提	経過による	通常 3 か月以上、しばしばそれよりはるかに長い	1 か月以上
幻覚の扱い	慢性幻覚精神病では精神的自動症に基づく幻覚が中心	一級症状としての幻聴があれば統合失調症へ	明瞭で持続的な幻覚の欠如が要件（妄想内容に関連する限局的幻覚は許容）	ほぼ同様（妄想テーマに関連する幻覚は顕著でなければ許容）

項目	フランス伝統 <i>délires chroniques systématisés</i>	ドイツ伝統	ICD-11 6A24 妄想症	DSM-5 妄想症
人格・社会機能	凝集性・病前人格との連続性・ 長期の社会適応の保持が本質的 基準	予後・人格変化を重視	妄想体系の外では感情・発語・行動は典型的には保たれる	機能は著しく障害されず、行動は明白に奇異でない
統合失調症との 区別原理	分裂（ <i>dissociation</i> ）の有無	横断的症状（一級症状） と経過	幻覚・思考障害・被影響体験・陰性症状の欠如と持続期間	統合失調症の基準 A を満たさないことと持続期間

この対照表から読み取れる第一の点は、ICD-11 と DSM-5 のあいだにも無視できない定義差が存在することである。第一に統合失調症の持続期間要件——ICD-11 は症状 1 か月以上で診断可能とするのに対し、DSM-5 は 1 か月以上の活動期症状を含む 6 か月以上の持続を要求し、その間隙を「統合失調様症」（1～6 か月）という ICD-11 に対応物がない中間カテゴリーで埋める。第二に急性精神病——ICD-11 の 6A23 は 3 か月まで、DSM-5 の短期精神症は 1 か月未満までであり、同一の 6 週間の精神病エピソードが ICD-11 では急性一過性精神症、DSM-5 では統合失調様症となる。第三に妄想症——ICD-11（6A24）は「通常 3 か月以上」、DSM-5 は「1 か月以上」であり、ICD-11 のほうが妄想症をより慢性側に位置づける。国際共同研究や疫学統計において両分類のコードを相互変換する際、これらの不一致は実務上の問題となりうる^{[24][25]}。なお、DSM の病名の日本語表記は、日本精神神経学会監修による DSM-5-TR 日本語版（2023 年）に従い、短期精神症（*brief psychotic disorder*）・統合失調様症（*schizophreniform disorder*）・妄想症（*delusional disorder*）とした。DSM の妄想症と ICD-11 の妄想症（6A24）は同語となるが、本論では体系名の明示とコードの併記によって区別する。ICD-10 およびドイツ語文献の文脈における「妄想性障害」（*Wahnhafte Störung*, F22）は、当該分類の歴史的な文脈の訳語としてそのまま残した。

第二の点は本論の主題にとってより重要である。DSM-5 の短期精神症が症状の質をほとんど問わず、持続期間（1 日以上 1 か月未満）によってほぼ全面的に定義されるのに対し、ICD-11 の 6A23 は、前駆期を欠く急性発症（2 週以内）、症状の性質と強度の急速な変動、陰性症状の欠如という質的要件を必須のものとして保持している。CDDR はさらに、正常との境界を論じる文脈で症状像の「多形性（*polymorphic*）」という語そのものを保存している^[24]。すなわち ICD-10 の F23 下位分類（「多形性」による細分）は廃止されたが、多形性・急速な交代・完全寛解とい

う *bouffée délirante* の中核構造は、6A23 の必須要件そのものへと蒸留されて存続しているのである。この意味で、フランスの伝統の痕跡は ICD-11 において DSM-5 におけるよりも明瞭であり、「簡略化」は「消去」と同義ではない——前節で示した筆者の肯定的評価は、この保存の事実によっても支えられる。ただし、夢幻様体験（*onirisme*）が採用されなかったこと、当惑・錯乱が必須要件ではなく付随的臨床特徴にとどめられていることは、Ey 的な「意識の解体」の次元が国際分類の語彙から脱落し続けていることを示しており、フランス的記述の実践的価値（前節末尾）は、まさにこの欠落を補う位置にある。

3. 両伝統が示す認識論的差異

独仏の差異は単なる疾患分類の問題にとどまらない。より根本的な認識論的差異が背後にある。

ドイツ的アプローチは基本的に横断的（*Querschnitt*）である。特定の時点における症状プロファイルが診断を決定し、症状の操作的定義が診断信頼性を担保する。これは Kraepelin が経過重視から始めながらも、Bleuler の横断的症候学、Schneider の一級症状、そして操作的診断基準へと流れた歴史的経路の帰結である。

フランス的アプローチは基本的に縦断的（*longitudinal*）かつ人格論的である。疾患は時間のなかで展開する人格の変容として把握され、発症期から確立期・長期経過という時間軸的記述が重視される。診断はある時点での症状切片ではなく、「断絶（*rupture*）」と「連続性（*continuité*）」という人格の歴史のなかでの出来事として位置づけられる。

ICD-11 は両者の間に位置しようとしているが、本質的にはドイツ・英米的な横断的・操作的アプローチを受け継いでいる。フランス的縦断性の痕跡は経過特定子（*course*

qualifiers）として一部採り入れられているが、疾患論の中心軸は症状横断的定義に置かれている^[13]。

なおここで、両伝統の根底にある共通の現象学的問題を指摘しておきたい。Schneider が Ich 障害として定式化した「思考・意志が自分のものでなくなる体験（*Störung der Meinhaftigkeit*）」と、Pinel に始まる *aliénation mentale* の現象学的核心——精神的生が「自分のもの（*propre à soi*）」でなくなるという事態——とは、用語も理論的枠組みも異なりながら、共通の臨床的現実を指向している。ただし、この共通の体験は、先に述べた横断・縦断という対比には整然と重ならないことを断っておかねばならない。*aliénation* は必ずしも縦断的観察を要する概念ではない。Pinel・Esquirol の臨床において *aliéné* は、目の前の患者がいま置かれている状態（*état*）を指す横断的な語としても用いられていた。Ich 障害と *aliénation* は、精神的生が自己に疎遠なものと化するという同一類型の体験を指す、同類の概念とみるべきである。両者を分かつののはむしろ外延である——*aliénation mentale* が精神障害の全体を覆う類概念であったのに対し、Schneider の Ich 障害は統合失調症に特異的な徴候（一級症状）に限定される。同じ自己疎外の体験を、フランスは疾患一般を定義する類概念へと上げ、ドイツは特定疾患の診断的指標へと絞込んだ——認識論的分岐の深部にあるのは、この概念の外延をめぐる選択である。

◆ VI. おわりに

本論では、統合失調症概念をめぐる独仏の対比を、Lieb 編著と Kapsambelis 編著という二つの現代精神科教科書に即して論じた^{[1][5]}。

ドイツの伝統は Kraepelin・Bleuler・Schneider の系譜において「広義の統合失調症」概念を構築し、急性精神病と慢性系統性妄想疾患を統合失調症概念の内部に包摂しながらも、その辺縁部に配置した。症候論は横断的・操作的であり、今日では ICD-11 の症状特定子・経過特定子という形で精緻化されている。Lieb は ICD-11 によって特権的地位を後退させられた Schneider 一級症状の体系を Tab. 5.2 として保存し、Ich 障害の詳述を維持している——これはドイ

ツ語圏精神医学の標準教科書としての性格を示すとともに、ドイツ伝統的診断学の系譜の意識的継承を示す。病因論は神経科学的であり、脆弱性ストレスモデル・ドパミン仮説・神経発達障害仮説が主軸を占める。

フランスの伝統はこれと根本的に異なる精神病論の枠組みを維持してきた。*bouffée délirante aiguë* は統合失調症とは別の独立した臨床的実在として確立されており、慢性系統性妄想疾患（解釈型妄想・熱情性妄想・PHC・パラノイア（*paraphrénie*））の精緻な分類学が展開されている。統合失調症は発症期・確立期・長期経過という縦断的枠組みで論じられ、人格の「断絶（*rupture*）」と「連続性（*continuité*）」という概念が診断の核をなす。また *délire* という語の二面性（妄想とせん妄）と、Ey の器質力動論に基づく急性精神病・錯乱状態の現象学的連続性は、フランス精神医学固有の理論的立場を体現している。

ICD-11 は ICD-10 が採用したフランス的疾患単位の詳細な下位分類を簡略化した。筆者はこの方向性を、国際分類の普遍性・診断信頼性という観点から妥当と評価する。同時に、6A23 が急性発症・症状の急速な変動・陰性症状の欠如という質的要件を保持し、DSM-5 の短期精神症よりも *bouffée délirante* の中核構造を明瞭に残していることは、V-2b 節の対照表が示すとおりであり、「簡略化」が「消去」を意味しないことの証左である。

しかし、診断コードの簡略化は臨床的洞察の廃棄を意味しない。*bouffée délirante* の症候学は今日の「急性一過性精神症」の臨床的記述に不可欠であり、解釈型妄想・慢性幻覚精神病の区別は治療的アプローチ——とりわけ長期の関係形成と心理療法的アプローチ——において実践的意義をもつ。統合失調症の時間軸的記述——発症期・確立期・長期経過——は、ICD-11 の経過特定子が部分的に採り入れられているが、その豊かな臨床的内容はフランスの記述のなかにある。

本論が目指したのは、ICD-11 という共通言語を真に使いこなすための背景的理解の提供である。診断基準の背後には百年以上にわたる臨床的観察と概念的格闘の蓄積がある。それを知ることが、診断基準に精通することとは別の、しかし補完的な意味をもつ精神科的素養である。

REFERENCES

参考文献

- [1] Lieb K. (Hrsg.): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 10. Aufl., Kapitel 5: Schizophrenien und andere psychotische Störungen, Katatonie, S. 173–

208. Elsevier, 2023. [本論で「Lieb」と略称] (引用箇所：II 節全体、IV 節症例 1) ⇐ [a](#)[b](#)[c](#)[d](#)[e](#)[f](#)[g](#)[h](#)[i](#)[j](#)[k](#)[l](#)[m](#)[n](#)
- [2] Bleuler E.: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Deuticke, 1911. [仏語訳： *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies*. Paris, Épel/GREC, 1993] (引用箇所：II-1 節)
- [3] Jaspers K.: *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin, Springer, 1913. [日本語訳：西丸四方訳『精神病理学総論』みすず書房、1971 年] (引用箇所：III-3 節)
- [4] Schneider K.: *Klinische Psychopathologie*, 14. Aufl., hrsg. v. G. Huber und G. Gross. Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1992. (引用箇所：II-1 節、II-4b 節) ⇐ [a](#)[b](#)[c](#)
- [5] Kapsambelis V. (dir.): *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, 3^e éd. Paris, Presses Universitaires de France, 2018. — Chapitres 23–29. [本論で「Kapsambelis」と略称] (引用箇所：III 節全体、IV 節症例 2–5) ⇐ [a](#)[b](#)[c](#)[d](#)[e](#)[f](#)[g](#)[h](#)[i](#)[j](#)[k](#)[l](#)[m](#)[n](#)[o](#)[p](#)[q](#)[r](#)[s](#)[t](#)[u](#)[v](#)[w](#)[x](#)[y](#)[z](#)
- [6] Rousseau J.-J.: *Rousseau juge de Jean-Jacques: Dialogues* (1776–1782). In: *Œuvres complètes*, t. I. Paris, Gallimard (Bibliothèque de la Pléiade), 1959. [邦訳：小西嘉幸他訳「ルソー、ジャン＝ジャックを裁く——対話」『ルソー全集』第 3 巻、白水社、1979 年；原好男訳『ルソー、ジャン＝ジャックを裁く』上下、現代思潮社、1969 年。本論中の訳文は筆者による。] (引用箇所：IV 節症例 4) ⇐ [a](#)[b](#)
- [7] Ey H.: *Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*, Étude n° 23. *Études psychiatriques*, t. III. Paris, Desclée de Brouwer, 1954. (引用箇所：III-3 節)
- [8] Ey H., Bernard P., Brisset C.: *Manuel de psychiatrie*, 6^e éd. Paris, Masson, 1989. (引用箇所：III-3 節) ⇐ [a](#)[b](#)
- [9] Magnan V.: *Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne)*. Paris, Louis Bataille, 1893. (引用箇所：III-2 節)
- [10] Sérieux P., Capgras J.: *Les Folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*. Paris, Alcan, 1909. (引用箇所：III-5 節) ⇐ [a](#)[b](#)
- [11] Ballet G.: *La Psychose hallucinatoire chronique. Encyclopédie scientifique*. Paris, Doin, 1911. (引用箇所：III-5 節)
- [12] Kapsambelis V.: Le « déliirer » en tant qu'activité psychique. *Psychanalyse et psychose*, 6, p. 153–168, 2006. (引用箇所：III-6 節)
- [13] World Health Organization: *International Classification of Diseases*, 11th Revision (ICD-11). Geneva, WHO, 2019. (引用箇所：II-3 節、III-2 節、V 節全体) ⇐ [a](#)[b](#)[c](#)[d](#)[e](#)[f](#)
- [14] World Health Organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva, WHO, 1992. (引用箇所：II-3 節、V-1 節) ⇐ [a](#)[b](#)
- [15] American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5). Washington, APA, 2013. (引用箇所：V-2 節) ⇐ [a](#)[b](#)
- [16] Hölzel LP, Berger M (Hrsg.): *ICD-11 – Psychische Störungen: Innovationen und ihre Bewertung*. Berlin, Heidelberg, Springer, 2024. (引用箇所：V-1 節 図 5.1)
- [17] Garrabé J.: Un nouveau manuel de psychiatrie. À propos de... « Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique ». Sous la direction de Vassilis Kapsambelis. *L'Évolution psychiatrique*, 78(3), p.557–563, 2013. (引用箇所：I 節)
- [18] Guelfi J.-D., Rouillon F., Mallet L. (dir.): *Manuel de psychiatrie*, 4^e éd. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2021. (引用箇所：I 節)
- [19] Tebartz van Elst L., Schramm E., Berger M. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie: Klinik und Therapie von psychischen Erkrankungen*, 7. Aufl. München, Urban & Fischer/Elsevier, 2024. [通称『Berger』] (引用箇所：I 節)
- [20] Wacjman C.: *Les Jugements de la critique sur la « folie » de J.-J. Rousseau : représentations et interprétations, 1760–1990*. Oxford, Voltaire Foundation (*Studies on Voltaire and the Eighteenth Century*, vol. 337), 1996. [本論で引用するもう一つの著作：Wacjman C.: *Fous de Rousseau. Le cas Rousseau dans l'histoire de la psychopathologie*. Paris, L'Harmattan, 1992] (引用箇所：IV 節症例 4 補論)
- [21] Goodman D.: The Hume-Rousseau Affair: from Private Querelle to Public Procès. *Eighteenth-Century Studies*, 25(2), p.171–201, 1991–92. (引用箇所：IV 節症例 4 補論)
- [22] Citton Y.: Fabrique de l'opinion et folie de la dissidence : Le « complot » dans *Rousseau juge de Jean-Jacques*. In: *Rousseau juge de Jean-Jacques. Études sur les Dialogues*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, p.101–114, 1998. (引用箇所：IV 節症例 4 補論)

- [23] Pillmann F., Marneros A.: Brief and acute psychoses: the development of concepts. *History of Psychiatry*, 14(2), p.161–177, 2003.（引用箇所：II-3b 節 補注）↪ [a](#) [b](#)
- [24] World Health Organization: *Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders (CDDR)*. Geneva, WHO, 2024. — 6A20, 6A23, 6A24.（引用箇所：IV 節症例 6、V-2b 節）↪ [a](#) [b](#) [c](#) [d](#) [e](#)
- [25] American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, APA, 2022.（引用箇所：IV 節症例 6、V-2b 節）↪ [a](#) [b](#) [c](#)

※ ※ ※