

シュナイダー精神病理学の DSM における継承と変容

接続法第 II 式・妄想知覚・幻覚定義をめぐって

*Rezeption und Transformation der Schneiderschen Psychopathologie im DSM
Konjunktiv II, Wahnwahrnehmung und die DSM-5-Halluzinationsdefinition*

松石 竹志

Takeshi Matsuishi, M.D., Ph.D.

横浜基礎研究所

v37・MMXXVI

元村 宏先生に捧ぐ

本発表の構成

シュナイダー一級症状の系譜と、その DSM における運命

序論	Moritz et al. 2024 専門家調査 — 何が問われているか
第一節	接続法第 II 式の方法論的機能
第二節	形式論の系譜的背景 — 内容主義から形式主義への一世紀
第三節	妄想の三形式とその診断的階層 — Wahnwahrnehmung の特権
第四節	Huber / Gross による正統的継承 — 1976 → 2005
第五節	DSM-III から DSM-5 への径路 — 形式論の三つの変容
第六節	信頼性優先パラダイム再考 — 偽の二者択一
第七節	論証の総合 — Parnas・Sass・Andreasen と Moritz 2024
結論	症状リストではなく、診断行為の方法論として

シュナイダー一級症状は DSM においていかに変容したか

I

Konjunktiv II

接続法的留保の喪失

シュナイダーは一級症状リストに接続法第 II 式を用い、症状から診断への一方向的推論を文法の水準で禁じた。DSM はこの留保を剥奪し、一級症状を絶対的指標へと変えた。

一級症状リスト全体への方法論的態度（原理）

II

Wahnwahrnehmung

妄想知覚の全 DSM 版からの欠落

妄想三形式のうち唯一、直説法「immer」による断言を許された最重要症状が、DSM-III から DSM-5 までいかなる診断基準項目にも一度も現れなかった。

個別症状の運命 — 形式論を最も典型的に体现

III

Halluzination

幻覚定義への知覚強度要件の付加

DSM-5 の「正常知覚と同等の生々しさと強度」という定義は、「とても小さい声」をも一級症状と認めたシュナイダー＝Huber 的伝統から逸脱する。

DSM-5 の個別・技術的改訂事項

三点は厳密には同一次元に属さないが、いずれも「シュナイダー一級症状が DSM においていかに変容したか」という共通の問いの異なる側面を照らす。

0

序論

現代の国際的専門家共同体が下した判断 — Moritz et al. 2024

Introductio

「DSM-6 に向けて」— 専門家 136 名への国際調査

誰が問うたか

S. Moritz Hamburg-Eppendorf 大学医療センター精神科

Th. Fuchs Heidelberg 大学 — ドイツ語圏現象学的精神病理学の最重要論者

A. Heinz Berlin Charité 大学医学部

Humboldt 主義的学術伝統を継承するドイツ三大学のグループ。

調査の構成

対象 Schizophrenia Bulletin / Schizophrenia Research 編集委員 + International Consortium for Hallucination Research 会員

標本数 計 136 名の国際的専門家（うち検証済み専門家 n = 53）

時期 2023 年 11 月 — 2024 年 1 月、オンライン調査

掲載 *Schizophrenia Bulletin*, sbae061, 2024

Moritz, S., Borgmann, L., Heinz, A., Fuchs, T., & Gallinat, J. (2024) “Towards the DSM-6...”, *Schizophrenia Bulletin* sbae061.

調査結果・四つの数字

専門家共同体は、現行 DSM に明確な異議を表明している

49.3%

が DSM-6 への一級症状の再導入を支持

（反対 34.6%）DSM-IV と同様の特別な比重を

79.7%

が DSM-5 の幻覚定義に異議

「正常知覚と同等の生々しさと強度」は必ずしも当てはまらない

83.9%

が「確信あれば」幻覚に含めるべきと回答

正常知覚と同等の強度を持たない内的事象でも

66.1%

が現行 DSM-5 幻覚定義の維持に反対

検証済み専門家（n=53）では数値はさらに高い

本稿はこの事態の構造的理由を、シュナイダー『臨床精神病理学』第 14 版の独語原典に立ち戻って問う。

問い——なぜ、いま専門家たちはこれを求めるのか

約半数が一級症状の再導入を、約 8 割が幻覚定義の改訂を求めた。本稿は、その回復が求められているものの核心を、ある文法形式に見いだす。

Konjunktiv II —— 接続法第 II 式という文法的標識こそ、DSM が三十余年で失った核心であり、専門家共同体が回復を求めているものである。

論証の道筋

- 1-4 接続法的留保の文法的機能 → 「内容よりも形式」の系譜 → 妄想三形式の階層 → Huber/Gross による正統的継承
- 5 DSM-III から DSM-5 に至る三つの形式論的変容の径路
- 6 代替の存在 —— 訓練された現象学的判断
- 7 全論証の総合 —— Parnas・Sass・Andreasen と Moritz 2024 の照合

1

接続法第 II 式の 方法論的機能

症状から診断への一方向的推論を、文法の水準で禁じる

Sectio I

断定を避け、含みを持たせる文法装置

ドイツ語の接続法第 II 式 (Konjunktiv II) は、現実とは異なる仮定、控えめで断定を避ける主張、事実として確定しきれない事柄を表現する。英語の仮定法にほぼ相当するが、ドイツ語では日常的な言語使用において、断定を回避し含みを持たせる場面で広く用いられる。

なぜシュナイダーはこの構文を選んだか

一級症状は統合失調症において典型的に観察されるが、それのみに固有の絶対的指標ではない。それゆえ「一級症状があるから直ちに統合失調症である」と断言することは臨床的に許されない —— この方法論的留保を、シュナイダーは接続法第 II 式によって示した。

一級症状的現象は、ここにも現れうる

abnorme Erlebnisreaktion	異体験反応 — 現 ICD-11 のストレス関連症群にほぼ相当
organische Psychose	器質性精神病
medikamentöse Psychose	薬物性の精神症状

ゆえに、症状の存在から診断を演繹してはならない —— と同時に、これらが診断の有力な手がかりであることも否定しない。

一級症状の存在は、診断の必要条件ではない

*Die Symptome 1. Ranges **müssen** für die Diagnose der Schizophrenie **nicht da sein**; zum mindesten sind sie nicht stets sichtbar.*

〔一級症状は統合失調症診断のために存在していなければならないというものではなく、少なくとも常に視認可能なものではない。〕

Schneider, *Klinische Psychopathologie*, 14. Aufl., S. 65

Wir sind oft genötigt, die Diagnose der Schizophrenie auf Symptome 2. Ranges, vielleicht ausnahmsweise sogar einmal auf bloße Ausdruckssymptome [...] zu gründen.

〔一級症状の不在時には、第二級症状あるいは表出症状 (Ausdruckssymptome) に基づいて診断を下す臨床的必要をしばしば認める。〕

ibid., S. 65

接続法的留保は単なる修辞ではなく、**診断実践における具体的方針**である。

Konjunktiv II は、臨床家の判断が介在する場所を標識する

○ 手がかりとして用いる

一級症状 → 統合失調症を「考える」 — 診断的考慮を要請する有力な手がかり

× 指標から診断を演繹する

一級症状あり ⇒ 統合失調症である — 一方向的・決定論的推論は文法の水準で禁じられる

診断とは、観察された症状から疾患を実体的に推論する作業ではなく、患者の体験世界を内側から追体験し（*Verstehen*）、その動機関連が了解可能か否かを臨床家が判断する作業である。

Wie（いかに＝形式） > Was（何を＝内容）

シュナイダー「Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie」（1956） — 形式優位の原則の概念的宣言

なお Hoenig & Hamilton 英訳（1959）において Konjunktiv II はすでに弱化しており、DSM-III の操作化はその鈍化をさらに推し進めた過程として理解できる。

2

形式論の系譜的背景

内容主義から形式主義へ — 19 世紀半ば以降の一世紀

Sectio II

妄想を、内容で分けるか、形式で捉えるか

内容主義 — フランス系の妄想分類

Pinel — Esquirol

エスキロールは 1819 年、「エロトマニア」「ニンフォマニア」など多数のモノマニア（部分的狂気）を列挙した。これらは妄想の対象内容（恋愛・性・宗教・迫害…）に基づく分類であり、妄想を妄想たらしめる形式的構造への問いは背景に退いていた。

「あたかも別個の病気であるかのように」記述する方式（Shorter）。19 世紀フランス精神医学の主流。

Shorter, E. (2015) *What Psychiatry Left Out of the DSM-5*, ch. 2 “Disease Designing”.

形式主義 — ドイツ語圏の到達点

Richarz — Falret — Jaspers — Schneider

妄想を妄想たらしめるのは、対象内容の種別ではなく、確信が成立するその形式的構造である。シュナイダーの形式論は孤立した立場ではなく、19 世紀半ば以降のドイツ語圏精神病理学に続く「内容よりも形式」の伝統の到達点であった。

Shorter (2015) はこの系譜を、フランス内容主義への反措定として描き出している。

「内容よりも形式」—— 一世紀にわたる到達

1819	1848	1864	1913	—
Esquirol	Richarz	J.-P. Falret	Jaspers	K. Schneider
モノマニアの列挙 — 内容主義の起点	形式の優位を早くから明示	部分的狂気概念全体を退ける	形式優位の原則の一つの頂点	ヤスパース的形式論を診断学的に精緻化
妄想を対象内容で分類する方式	「精神病の基本的な形態に集中する必要がある」	「反科学的であり、しばしば偶発的な二次現象に基づく」	「形の方に大きな関心がある。内容はより偶発的に見える」	「Wie / Was」の区別を方法論の鍵概念に

シュナイダーの形式論は、Richarz 1848 → Falret 1864 → Jaspers 1913 を経た一世紀以上の伝統の到達点に位置する。

各論者の原典は Shorter (2015) 第 2 章より。Richarz 1848、Falret, *Des maladies mentales* 1864、Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie* 1913。

DSM の操作化が失ったのは、一個人の遺産ではない

Spitzer 以後の DSM が放棄したのは、19 世紀半ば以降の一世紀以上にわたって築き上げられた、**ドイツ系精神病理学の中核的伝統そのものであった。**

—— しかもそれは、フランス系内容主義への退行のなかで、である。

この系譜的背景を踏まえてはじめて、DSM が何を失ったかが明確になる。次節は、その形式論のなかにさらに見いだされた診断的階層を扱う。

3

妄想の三形式と その診断的階層

Wahnstimmung・Wahneinfall・Wahnwahrnehmung

Sectio III

三形式すべてが「形式論」、だが一級はただ一つ

一級症状	Wahnwahrnehmung 妄想知覚 現実の知覚という外的アンカー + 異常な意味付与の二段階構造
二級症状	Wahneinfall 妄想着想 「ohne Anlaß」を共有するが、知覚的アンカーを欠き、思考の内部から発生する
診断階層の外	Wahnstimmung 妄想気分 ヤスパース現象学の中核。だが診断的鑑別力を欠き、抑うつ・不安・異常体験反応にも出現

これは単なる「形式論」ではなく、形式のなかにさらに鑑別力の階層を見いだした「形式論的選別」である。

妄想気分の除外 —— ヤスパースからの決定的転回

ヤスパースにおいて — 中心

世界が漠然と異様に変容して感じられ、何か不気味な意味が迫っているように感じられる。しかしまだ具体的な内容を持たない —— この前妄想的雰囲気は、妄想形成の出発点として、ヤスパース現象学の中核的記述の一つであった。

シュナイダーにおいて — 除外

Wahnstimmung は統合失調症に固有のものではなく、抑うつや不安状態においても、また異常体験反応においても出現しうる。形式的記述としての価値は否定されないが、診断指標としての特異性は乏しい。

形式論の継承者でありながら、形式のなかでさらに鑑別力の高い形式を選別した。

ヤスパース現象学から、シュナイダー診断学への決定的な転回点。

妄想着想 ―― 知覚的アンカーを欠くがゆえに

「ohne Anlaß（了解可能な動機なくして）」突如として確信が成立する点で *Wahnwahrnehmung* と形式を共有するが、知覚という外的アンカーを持たず、純粹に思考の内部から発生する。

So erlebten wir einmal, daß ein Mädchen in einem Erbgesundheitsverfahren als paranoid schizophren diagnostiziert wurde, weil es angegeben hatte, ein Fürst kümmere sich um sie [...]. Tatsächlich war es aber wirklich so, daß ein Fürst, mit dem sie zusammen aufgewachsen war und von dem sie mit 18 Jahren ein Kind empfangen hatte, sich für ihr weiteres Leben interessierte [...].

〔遺伝健康手続きの場で、ある娘が「ある王子が自分を気にかけている」と申し立てたため妄想性分裂病と診断された。だが実際には、彼女はその王子と共に育ち、18 歳で王子の子を産んでおり、王子は彼女とその子の消息を繰り返し尋ねていた。〕

Schneider, 14. Aufl., S. 52–53（王女の症例）

Man hüte sich, alle Einfälle, die einen befremden und seltsam anmuten, gleich als Wahn zu nehmen. Nach Möglichkeit gehe man der Sache nach.

〔奇妙に思える着想を即座に妄想と見なすことを慎まねばならない。可能な限り、その事柄を調べ尽くすべきである。〕

ibid., S. 53

妄想知覚の定義 ―― 動機の欠如と、了解可能性

*Man spricht mit Jaspers und Gruhle von Wahnwahrnehmung, wenn wirklichen Wahrnehmungen **ohne verstandesmäßig (rational) oder gefühlsmäßig (emotional) verständlichen Anlaß** eine abnorme Bedeutung, meist in der Richtung der Eigenbeziehung, beigelegt wird.*

〔ヤスパースおよびグルーレに従って妄想知覚と呼ぶのは、合理的にも情動的にも了解可能な動機なくして（ohne verständlichen Anlaß）、現実の知覚に異常な意味が与えられ、その意味は大半の場合、自己関係の意味である現象である。〕

Schneider, 14. Aufl., S. 51

ohne Anlaß

動機の欠如が、形式的標識として置かれている

verständlich

了解可能性 ―― ヤスパース流のキーワードが定義そのものに組み込まれている

両者は分かちがたく結びつく ― 「了解可能でない」と判定するには、臨床家が体験を内側から追体験し判断する行為が必要であり、その判断行為そのものが定義の構成要素となる。

唯一、直説法「immer」による断言を支えた症状

*Hier liegt eine der absoluten Grenzen zwischen schizophrener Psychose und abnormer Erlebnisreaktion. Wo Wahnwahrnehmungen sind, handelt es sich **immer** um eine schizophrene Psychose, nie um eine Erlebnisreaktion. Das darf man aber nicht umkehren.*

〔ここに統合失調症の精神病と異常体験反応との絶対的境界の一つがある。妄想知覚があるところでは常に統合失調症の精神病であり、決して体験反応ではない。しかしこれを逆転してはならない。〕

Schneider, 14. Aufl., S. 52

一級症状リスト全体には

Konjunktiv II による留保

「müssen ... nicht da sein」― 断定を避ける

Wahnwahrnehmung だけは

Indikativ 「immer」による断言

二段階構造ゆえに、現象学的記述と診断的鑑別を最高水準で
両立

内容は正常、異常なのは意味付与の形式そのもの

Ein Hund auf der Treppe eines katholischen Schwesternhauses lauerte mir in aufrechtsitzender Stellung auf, sah mich ernst an und hob eine Vorderpfote hoch [...]. Zufällig ging einige Meter vor mir eine andere männliche Person des Weges, die ich eiligst einholte und schnell kontrollierte, ob der Hund vor ihm auch präsentiert hätte. Ein staunendes Nein von diesem setzte mich nun in die Gewißheit, daß ich es hier mit einer deutlichen Offenbarung zu tun hatte.

〔修道院の階段で、犬が直立姿勢で私を待ち伏せ、真剣に見つめ前足を高く挙げた。たまたま数メートル前を歩く男性に急いで追いつき、犬が彼の前でも同じように振る舞ったか確認した。彼の驚いた「いいえ」が、私を、明白な啓示に出会っているという確信に至らしめた。〕

Schneider, 14. Aufl., S. 51

第一段階 ― 知覚

犬が階段に座っている。他者にも観察可能であり、何ら奇異な内容を含まない ― 完全に正常な知覚。

第二段階 ― 意味付与

「明白な啓示に出会っている」という自己関係の意味が、何ら了解可能な動機なくして付与される。異常なのは、この付与の形式そのものである。

シュナイダーが一級症状の根拠としたのは、内容の奇異さではなく、**この形式の異常性**である。

最重要例が、操作的継承から完全に欠落している

内容においては奇妙さを欠くがゆえに、犬の症例 (*Wahnwahrnehmung*) は内容基準に基づくいかなる操作化によっても捕捉されえない。

シュナイダー本人が一級症状の最重要例として挙げ、直説法「immer」の断言を許した症例が、その操作的継承を自任した診断体系から**完全に欠落している**。

DSM は第一版 (1980) から最新版 (DSM-5, 2013) まで、*Wahnwahrnehmung* を統合失調症診断基準のいかなる項目にも一度も含めてこなかった。

—— この逆説こそが、形式から内容への変質の決定的な徴候である。

4

Huber / Gross による 正統的継承

1976 年版 (第 2 版) から 2005 年版 (第 7 版・最終版) に至る一貫性

Sectio IV

妄想の階層づけは、半世紀を通じて厳密に継承された

1976

第2版・S. 158, Tab. 14

Symptome 1. und 2. Ranges bei Schizophrenie —
「abnorme Erlebnisweisen（異常体験様式）」という上位
カテゴリーのもとに再整理

2005

第7版（最終版）・S. 307, Tab. 22

その継承形。Huber は第14版（1992 Thieme）に編注者と
して補注を付し、正統的伝達者の位置にある

「Wahn」の項 — 第1ランクは *Wahnwahrnehmung* ただ一つ。Wahneinfall は einfache Eigenbeziehung とともに第2ランクに降格。

一級たらしめるのは内容の奇異さではなく、「現実の知覚に動機なく異常な意味が付与される」という二段階構造そのものである。

Huber, G. & Gross, G. *Psychiatrie*, 2. Aufl. 1976 / 7. Aufl. 2005, Schattauer. ボン研究：一級症状は統合失調症症例の78%に確認（S. 311）。

診断的に決定的なのは、知覚の強度ではなく対話の形式

dialogische Stimmen

対話形式の声

kommentierende Stimmen

注釈する声

Gedankenlautwerden

思考化声

「夕方静寂のなかで、私について話し合っている知人たちの声が聞こえる。家庭医と牧師の声がはっきり聞き分けられる
—— 声はとても小さいけれども」

Huber/Gross 2005, S. 307（典型例）

imperative Stimmen の追加

Huber は命令的な声を「doch nicht K. SCHNEIDER」の留
保付きで一級症状に算入。同一の形式論の原則のより包括的
な適用。

Bezugsunwahrscheinlichkeit

判定基準を技術用語化（S. 309）。「Methode des
genetischen Verstehens」では把握不能 —— 了解心理学的
判断の不可分な介在。

Huber は半世紀後、接続法的留保を直説法で再確認した

*Die Symptome 1. Ranges sind **nicht in jedem Fall** und Stadium einer Schizophrenie vorhanden; sie sind **nicht obligat** für die Diagnose.*

〔第 1 級症状はあらゆる症例・あらゆる病期に存在するわけではない。診断のための義務的要件ではない。〕

Huber/Gross 2005, S. 312（二級症状節の冒頭）

Schneider 1980

接続法第 II 式による方法論的慎重さ —— 「müssen ... nicht da sein」

Huber 2005

同じ留保を直説法で継承 —— 「nicht obligat für die Diagnose」。ドイツ語圏の正統は、これを 21 世紀初頭まで保持し続けた。

「Rede und Gegenrede」をめぐる訳語と、直接の照会

平井静也・鹿子木敏範 訳	「話しかけと応答の形の声」 — 当時の本邦臨床経験（幻声への患者の応答）と相互に共鳴
原著第 6 版 1962 を底本	
DSM-III（Spitzer 主導）	「two or more voices conversing with each other」 — 第三者同士が患者について語り合う声、と理解されるべきものに。本邦に混乱が生じる
1980	
鹿子木 → Blankenburg 照会	当初の訳でよいとの回答。録音資料が残されたが、両氏の他界により原資料確認は困難。本稿筆者は鹿子木氏より直接伺った
Marburg 大学	
針間博彦 訳 → Huber 照会	「言い合う形の声」。Huber に直接照会し、原典は dialogische Stimmen（対話性の声）の意との回答を得た（訳註に記載）
原著第 15 版 2007 を底本	
Heidelberg のシュナイダー学派直接の継承者 Huber と、Marburg で独自に展開した Blankenburg とは、シュナイダー本人との関係において立場を異にする。	

5

DSM-III から DSM-5 への径路

形式論の三つの変容 —— 信頼性優先パラダイムの構造的帰結

Sectio V

第五節 ・ 設計の構造

「観察可能・チェック可能」が、了解判断を構造的に排除した

Cooper et al. 1972

米英診断比較研究

→

Rosenhan 1973

「狂気の場所で正気であること」→ 信頼性の危機・国際的疑義

→

Spitzer

κ 係数の向上を至上命題に

「観察可能・チェック可能」な項目のみを採用する設計は、ヤスパース的了解心理学を要する項目を構造的に排除する。

判断を比較的要しない項目（思考干渉・受動性体験・対話形式の声・注釈する声）を採用 / 判断を本質的に要する Wahnwahrnehmung を排除。

中継地 — C. S. Mellor 1970

一級症状をオペレーショナルな指標として記述し直す。Wahnwahrnehmung は「a normal perception to which a delusional interpretation is given」として二段階構造を一応保存したが、すでに Konjunktiv II の留保が脱落していた。

八項目の再編は、三層構造をとる

第一層

明示的継承

患者本人が言語的に報告可能な症状 —— 思考干渉・思考伝播・対話形式の声・注釈する声

第二層

圧縮継承

身体的被影響体験・作為体験が「delusions of being controlled」に一括圧縮され、現象学的区別を失う

第三層

完全脱落

思考化声 (Gedankenlautwerden) と妄想知覚 (Wahnwahrnehmung)

「bizarre delusions」の核心は「内容の不条理性」という DSM 独自の規定にあり、シュナイダー由来の症状は「such as (たとえば)」による例示にとどまる。シュナイダー自身はこれらを「奇異な」とは呼んでいなかった。

シュナイダー一級症状八項目の DSM における継承と変容

シュナイダー一級症状 (S. 65)	DSM-III (1980)	DSM-IV (1994)	DSM-5 (2013)
(i) 思考化声 <i>Gedankenlautwerden</i>	完全脱落	完全脱落	完全脱落
(ii) 対話形式の声 <i>Rede u. Gegenrede</i>	項目 (4) 幻聴に明示「two or more voices converse」	幻覚下に保存・Note 規定で単独充足	幻覚に統合・Note の特権廃止
(iii) 注釈する声 <i>begleitende Bemerkungen</i>	項目 (4) 幻聴「running commentary」	幻覚下に保存・Note 規定で単独充足	幻覚に統合・Note の特権廃止
(iv) 身体的被影響体験 <i>leibl. Beeinflussung</i>	妄想下に圧縮「delusions of being controlled」	「loss of control...」として bizarre の例示	妄想に統合・特権廃止
(v) 思考奪取・干渉 <i>Gedankenentzug</i>	妄想に明示「thought insertion/withdrawal」	bizarre の例示・Note で単独充足	妄想に統合・特権廃止
(vi) 思考伝播 <i>Gedankenausbreitung</i>	妄想に明示「thought broadcasting」	bizarre の例示・Note で単独充足	妄想に統合・特権廃止
(vii) 妄想知覚 <i>Wahnwahrnehmung</i>	完全脱落	完全脱落	完全脱落
(viii) 作為体験 <i>gemachte Gefühle/Wille</i>	妄想下に圧縮「delusions of being controlled」	bizarre の例示	妄想に統合・特権廃止

Gedankenlautwerden と Wahnwahrnehmung —— シュナイダーが内省的核心と直説法「immer」を認めた二症状は、DSM 三代代を通じ一度も診断基準項目に登場しなかった。

DSM-IV は特権を保持し、DSM-5 はそれを取り去った

DSM-IV (1994) — Note 規定

「妄想が奇異であるか、または幻聴が実況する声・対話する声から成る場合は、A 基準の症状は一項目のみで足りる」
シュナイダー一級症状の症候群への特権的地位を、A 基準の核心に保持。

→ Moritz 調査で DSM-IV への部分的回帰が 49.3% の支持を集めた理由

DSM-5 (2013) — 二重の操作

- ① 特権的地位を撤廃 (Note・bizarre/nonbizarre の区別を A 基準から廃止)
- ② 幻覚を再定義 — 「vivid and clear, with the full force and impact of normal perceptions, and not under voluntary control」

これが本稿の第三の論点 — DSM-5 において新たに導入された変容である。

DSM-5 の幻覚定義は、独語原典と正面から背反する

DSM-5 *vivid and clear, with the full force and impact of normal perceptions*

Es muß sich dabei um Sinnestäuschungen handeln, d.h. es wird etwas sinnlich, empfindungsmäßig, nicht nur gedanklich erlebt, was nicht da ist. Das „nicht da“ ist objektiv, vom Beobachter aus festgestellt, nicht vom Erlebenden.

〔それは感覚錯誤でなければならない — 実在しないものが感覚的・感性的に体験される。この「実在しない」は、観察者の側から客観的に確定される。〕

Schneider, 14. Aufl., S. 47 — 定義の核心は感覚性と「不在」の客観的確定。知覚的強度や正常知覚との比較可能性への言及は完全に不在。

*Das liegt übrigens auch daran, daß die Sinnestäuschungen an sinnlichem Gehalt sehr verschieden und **oft nicht der normalen Wahrnehmung vergleichbar** sind.*

〔感覚錯誤は感覚的内容においてきわめて多様であり、しばしば正常知覚と比較不能 (nicht vergleichbar) である。〕
S. 47

「あらゆる慎みをもって」—— 一級症状的現象の遍在

Wo derartige Erlebnisweisen einwandfrei vorliegen [...] sprechen wir klinisch **in aller Bescheidenheit** von Schizophrenie. Man muß nämlich wissen, daß sie wohl alle auch einmal bei psychotischen Zuständen auf dem Boden einer faßbaren Grundkrankheit vorkommen können: bei den Alkoholpsychosen, im epileptischen Dämmerzustand, bei anämischen und anderen symptomatischen Psychosen, bei den verschiedensten Hirnprozessen.

〔そうした体験様式が明白に現存するとき、われわれはあらゆる慎みをもって統合失調症と呼ぶ。なぜなら、これらはおそらく全て、把握可能な基礎疾患を背景とする精神病性状態 —— アルコール精神病、てんかんの夢幻状態、症状的精神病、各種の脳過程 —— においても出現しうるからである。〕

Schneider, 14. Aufl., S. 65

循環病もまた、S. 65 に並んで、本章の主題である一級症状的現象が出現しうる領域である。重い抑うつ相の現象が深い抑うつ気分から了解可能と判断されるなら、それは一級症状として認定されない。

Wahrnehmung 定義の「ohne verständlichen Anlaß」は固有の属性ではなく、一級症状全体の認定に貫徹する了解心理学的原理の、最も明示的な形式的表現にすぎない。

特異性批判が踏み外した、診断学の核心

51%

統合失調症

23%

感情障害

9%

神経症・性格障害

IPSS データ。Carpenter らは、一級症状が感情障害患者にも観察される事実をもって、特異性（pathognomonicity）への経験的疑問を提起した。

だが、その方法論的前提 —— 一級症状を観察可能な記述項目として外的に同定し、頻度差を統計的に検定する前提 —— そのものが、診断学の核心を踏み外している。

シュナイダーにおいて一級症状とは観察項目ではなく**診断的判定**。報告された感情障害患者の 23% のうち少なからぬ部分は、現象が感情状態から了解可能と判断され、そもそも一級症状として認定されない事例である。

Carpenter は後に DSM-5 Psychotic Disorders 章編集責任者として、この 1973 年論文を一級症状特権規定撤廃の正当化の中心に据えた。その勝利は、核心を把握し損ねた論争の勝利である。

6

信頼性優先パラダイム 再考

偽の二者択一と、訓練された現象学的判断

Sectio VI

第六節・偽の二者択一

暴露されたのは「現象学の失敗」ではなく「現象学の不在」

現象学への回帰は DSM-III 以前の診断混乱への退行を意味しないか —— という臨床的懸念に対して。

ニューヨーク

≈ 2×

ロンドンの二倍以上の頻度で統合失調症と診断 (Cooper et al. 1972)。当時の米国精神医学は、シュナイダー＝ヤスパー的伝統の規律から大きく乖離していた。

ロンドン

相対的に高い一致率。英国精神医学が当時なお、モーズレイ伝統のもとで現象学的記述の規律を保持していたため。

→ 診断不一致は「現象学的訓練の欠如と非構造化面接の蔓延」から生じた

Spitzer が想定した二者択一 —— 現象学的判断（信頼性を下げる）対 即物的観察基準（信頼性を担保する） —— は、この歴史的事実を視野から外すことによるのみ成立する偽の対立であった。

訓練された現象学的面接は、信頼性と妥当性を両立する

コペンハーゲン学派

Møller & Husby 2000	前駆症状の現象学的記述の信頼性研究
Parnas et al. 2005 — EASE	自我障害の評価に良好な評定者間信頼性
Nordgaard et al. 2012	訓練された半構造化面接が妥当性と信頼性を両立
Nordgaard, Sass & Parnas 2013	信頼性は評定者の訓練による。チェックリスト的精緻化は見せかけの信頼性を生む

ドイツ基底症状学派

BSABS 1987	Gross・Huber・Klosterkötter・Linz — 基底症状を臨床的に評価可能な形式へ翻訳
SPI-A / SPI-CY	Schultze-Lutter・Klosterkötter — 訓練された臨床家のあいだで良好な信頼性。国際的前駆期研究の標準尺度
EASE と方法論的基盤を共有	ドイツ語圏の正統は「チェックリストか現象学か」の二者択一を拒否し、第三の道を経験的に開拓した

信頼性は方法論的設計の問題ではなく評定者の訓練の問題。現象学への回帰は混乱への退行ではなく、その根本原因への根絶的対応である。

7

論証の総合

Parnas・Sass・Andreasen と Moritz et al. 2024

Sectio VII

「米国における現象学の死」—— 当事者の回顧的告白

DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences

DSM-IV 統合失調症作業部会議長を務めた Nancy C. Andreasen は 2007 年、DSM-III の操作主義が米国精神医学から現象学的訓練の伝統を失わせたと告白した。

Andreasen, N. C. (2007) *Schizophrenia Bulletin*, 33(1)

その核心の喪失こそ、**Konjunktiv II** による形式論的留保の喪失であった。

EASE の minimal self

= シュナイダーが S. 65 で定式化した「Durchlässigkeit der Ich-Umwelt-Schranke」（自我・環境境界の透過性）の臨床評価への翻訳

Sass の hyperreflexivity

シュナイダー的形式論の現代的継承。Nordgaard らは操作化された診断面接の信頼性が訓練の問題であることを実証した。コペンハーゲン学派は 20 年にわたり、DSM の操作化が統合失調症の現象学的核心を捕捉できないことを指摘してきた。

調査が捉えたのは、三論点のうち第三の論点のみ

① 論点 I・II に対応する質問項目がない

Konjunktiv II の喪失と Wahnwahrnehmung の欠落は、調査の質問項目に直接対応するものを持たない。直接捉えられたのは第三の論点（幻覚定義）のみ。

③ 「確信度」基準は操作化の枠内

提案される conviction 基準は DSM 的操作化の枠内に留まり、了解心理学的判断の回復にはならない。

② Wahnwahrnehmung の回復を構造的に除外

「DSM-IV と同様の特権を回復すべきか」と問うため、そもそも DSM に一度も入っていない Wahnwahrnehmung の回復という問いを構造的に排除している。

④ Carpenter 的方法論的限界を継承

一級症状を観察項目として外的に同定する前提（Carpenter 1973・Nordgaard 2008）を踏襲し、診断的判定として扱う事実を把握していない。

論文の構成そのものが、継承の構造を示している

W. T. Carpenter

1973 年論文の主著者 + DSM-5 Psychotic Disorders 章編集責任者 + Moritz et al. 2023 共著者

幻覚定義の変容（論点 III）には部分的に距離を置く。

一級症状特異性批判（論点 I・II の正当化）については「Carpenter and others were convincing...」と自らの起源を肯定し続ける。

構造的に自己整合的な位置

Thomas Fuchs

ヤスパース記念講座教授 + Moritz et al. 共著者

独立には、Wahnwahrnehmung の現象学的分析を発表し（2005）、Stanghellini との共編書（OUP 2013）でも DSM-IV が自我障害を内容概念に還元したことを批判していた。

Moritz との共著ではこの批判を展開しなかった —— 英語圏主要誌への掲載という制度的制約による。

•

結論

症状リストとしてではなく、診断行為の方法論として

Conclusio

論証の到達点

- I シュナイダーの形式論は、Richarz 1848 → Falret 1864 → Jaspers 1913 を経た一世紀以上の伝統の到達点である。「Wie / Was」の区別は、Konjunktiv II の文法的標識と相補的な、概念的水準の同一原則の表現。
- II 妄想三形式の階層づけは「形式論的選別」である。Wahnwahrnehmung の一級たる根拠は、現実の知覚という外的アンカーと二段階構造。Huber 2005 の「nicht obligat für die Diagnose」が、留保の 21 世紀初頭までの保持を確証する。
- III DSM-III → DSM-5 で診断学的構造は三つの局面で変容した —— 接続法的留保の剥奪、Wahnwahrnehmung の完全排除、幻覚定義への知覚強度要件の付加。いずれも信頼性優先パラダイムの設計原理からの帰結。
- IV コペンハーゲン学派とドイツ基底症状学派の経験的データは、訓練された現象学的面接が信頼性と妥当性を両立しうることを実証し、Spitzer の二者択一が偽であったことを示す。
- V Moritz 調査の対応関係は対等でない。論点 I・II に直接対応する質問項目を共同体は未だ持たない。論点 III には表 3 の 5 項目が対応し、結果は際立って明確（79.7% / 83.9% / 66.1%、検証済み専門家ではさらに高い）。

シュナイダー精神病理学の核心は、症状リストとしてではなく、診断行為そのものの方法論として読まれるべきである。

Konjunktiv II はその文法を最も鋭く標識する装置であり、翻訳と操作化の二段階の過程で最も失われやすい次元でもあった。Parnas・Sass・Nordgaard・Andreasen らによる現象学的伝統の回復は、その方法論的遺産の再構成にほかならない。

本邦におけるシュナイダー研究もまた、この国際的再検討の文脈のなかで、独自の貢献をなしうる。

主要参考文献

原典	Schneider, K. <i>Klinische Psychopathologie</i> , 14. Aufl. Stuttgart: Thieme, 1980.
正統的継承	Huber, G. & Gross, G. <i>Psychiatrie</i> , 2. Aufl. 1976 / 7. Aufl. 2005. Stuttgart: Schattauer.
起点となる調査	Moritz, S. et al. “Towards the DSM-6...”, <i>Schizophrenia Bulletin</i> sbae061, 2024. Moritz, S., Carpenter, W. T., Fuchs, T. et al. “What Kurt Schneider Really Said...”, <i>Schiz. Bull.</i> 50(1): 22–31, 2024.
特異性論争	Carpenter, W. T., Strauss, J. S. & Muleh, S. <i>Archives of General Psychiatry</i> 28(6):847–852, 1973.
妄想知覚	Nielsen, K. M., Nordgaard, J. & Henriksen, M. G. “Delusional Perception Revisited”, <i>Psychopathology</i> 55(6), 2022. / Nordgaard, J. et al. <i>World Psychiatry</i> 11(3), 2012.
現象学的回復	Parnas, J. et al. “EASE”, <i>Psychopathology</i> 38(5), 2005. Andreasen, N. C. “DSM and the death of phenomenology in America”, <i>Schiz. Bull.</i> 33(1):108–112, 2007.
系譜	Shorter, E. <i>What Psychiatry Left Out of the DSM-5</i> . New York: Routledge, 2015.

引用スタイル：本文中は上付き角括弧番号 [N]、参考文献欄には各文献末尾に（引用箇所：○章）を明記。

元村 宏先生に捧ぐ

Merci

シュナイダー精神病理学の DSM における継承と変容

松石竹志 Takeshi Matsuishi, M.D., Ph.D.

横浜基礎研究所 ・ v37 ・ MMXXVI