

解離症と統合失調症

柴山 雅俊✉

近年、神経症と精神病といったカテゴリーが従来ほど自明ではなくなった。こうした時代の変遷とともに、統合失調症の症状は軽症化し、解離症もまたその精神病様体験に精神科医の注意を向けられるようになった。そのため、解離症と統合失調症の鑑別が困難なケースに遭遇することも臨床では稀ではなくなった。本論稿では解離症と統合失調症の鑑別診断の際に指標となる症候や構造について取り上げる。まず解離症と統合失調症の精神病理学的差異について、シュナイダーの一級症状を中心に比較し、検討した。解離症では他者は身近な他者として現れるが、統合失調症では他者は超越性を獲得している。次に、人格交代や健忘など明らかな解離症状を呈する統合失調症（つまり解離型統合失調症）を診断する際の指標として「他の先行性」を提示した。「他の先行性」とは、自分が何らかの行動ないしは認識をしたとき、それを見透かす、それに先行する、あるいは先回りするという形で、他なるものが体験される構造である。内空間においてはさせられ体験がその代表であり、外空間においては妄想知覚が典型であり、自極から対象極まで幅広くみられる統合失調症に共通した症状産出の基盤となっている。

索引用語

解離症，統合失調症，精神病様症状，鑑別診断，精神病理学

はじめに

かつて解離型ヒステリーといえば、人目を惹きつける人格交代や健忘がその代表として語られてきた。このことと関連して疾病利得や詐病的側面が強調されることもあった。しかし、近年トラウマの観点から見直されるとともに、その症候学もしいだいに変化してきたように思われる。

臨床上の大きな変化の1つは、1980年にDSM-III¹⁾が離人症を解離に取り入れたことである。離人症はかつて統合

失調症との関係で議論されたり、覚醒度の高さを思わせる強迫的病態として論じられたりすることが多かったが、近年、臨床で出会う離人症の多くが「夢のような」現実感のなさを訴える。

その他、現代の解離症の病像をいくつか挙げると、程度の軽い短時間の人格交代、健忘、遁走などが目立つことであり、かつてのような派手な人格交代や全生活史健忘などが少なくなったように思われる。転換症状については慢性的な麻痺や脱力（失立失歩）などはあまりみられず、一時的で程度の軽い失声や四肢の違和感が散見される。ただ、

著者所属：株式会社商船三井健康管理推進センターメンタルヘルス部門

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針間博彦（東京都立松沢病院）を代表として企画された。

✉ E mail：shibayama-psy@lab.twcu.ac.jp

受 付 日：2024年12月23日

受 理 日：2025年6月12日

doi：10.57369/pnj.25-127

神経学的症状との鑑別が困難な心因性非てんかん性発作や慢性疼痛などの病態は減少していない印象がある。

神経症と精神病といったカテゴリーが従来ほど自明ではなくなった現在、統合失調症が軽症化し、解離症もまた精神病様症状に注意を向けられ、経験豊富な精神科医でも両者の鑑別に悩むようなケースが増えたように思われる。ここでは解離症と統合失調症の鑑別診断の際に指標となる症候や構造について取り上げる。

なお本論稿中で提示する患者の語りは、臨床経験を参考にした架空の患者の語りである。

I. 解離の症候学

解離の症候は空間的変容、時間的変容、精神病様症状の3つに分けられる^{7,8)}。空間的変容というのは、分離した「私」の間に空間的な距離を感じる体験である。例えば「眼差しとしての私」は、「いま・ここ」の「存在者としての私」を背後から他人事のように眺める。このように「いま・ここ」から離れた場所に主体が引き寄せられた状態を離隔といい、離人感や現実感消失に相当する。離隔には離脱、融合、拡散の三類型がある⁸⁾。離脱では「いま・ここ」から離れた場所に「眼差しとしての私」が位置付けられ、そこから世界に眼差しを向けている。融合では、「いま・ここ」から離れるとともに、目の前の対象との境界が曖昧化し、自他の区別が困難になる。融合には人間を対象とする同調と非人間を対象とする同化がある。拡散は、「いま・ここ」から離れて、周囲世界との境界がなくなり、大気の中に自分が粒子のようになって拡散する体験である。

こうした離隔に対して周囲が自分に迫ってくるように感じられ、周囲の刺激に敏感な状態になることがある。背後に人がいる気配がして、そこから誰かに見られていると感じる。思考やイメージが統制を欠いて「いま・ここ」に湧き上がる。こうした体験を過敏という。「存在者としての私」が「いま・ここ」に縛られている状態である。過敏には思考促迫、知覚過敏、気配過敏、対人過敏、フラッシュバックなどがある。離隔と過敏は表裏あるいは両極の関係にあり、ともに解離性の意識変容に含めることができる。

時間的変容とは健忘、遁走、人格交代など自己状態が変化し、そこに時間的不連続性がみられることである。人格交代では、主体が「現実空間」（「いま・ここ」を中心とした意識される空間）と「隠蔽空間」（交代人格が位置付けられる意識されない空間）という2つの分断された場所を交

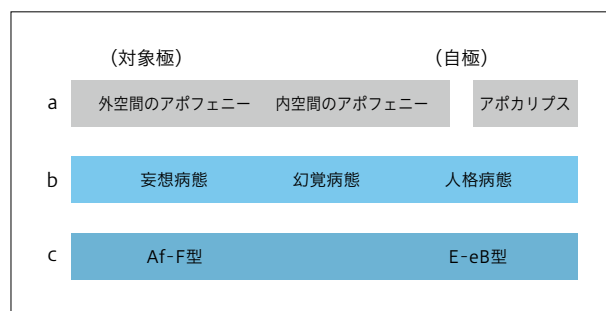


図1 統合失調症の類型論

代する。「隠蔽空間」はあくまで内界であり、現実世界につながることではない。隠蔽空間が現実世界につながっていれば、妄想が発生する可能性を有することになり、統合失調症との鑑別は不可欠である。

これら空間的変容と時間的変容を背景として、精神病様症状（幻聴、幻視、一級症状に類似した体験）などがみられるが、そうした症例の多くは解離性同一性症（dissociative identity disorder：DID）である。

II. 思考形式の障害と陰性症状

ICD-11は、DIDでみられない統合失調症の症状として、思考形式の障害（formal thought disorder）、陰性症状、妄想を挙げている¹⁸⁾。ここでは思考形式の障害について主に取り上げる。思考形式の障害とは統合失調症特有な思考のまとまりのなさを指しており、連合弛緩や支離滅裂、言葉のサラダ、言語新作などが含まれる¹⁸⁾。

Conrad, K. (図1のa)は統合失調症の経過について、外空間のアポフェニーと内空間のアポフェニーに類型化し、病態が前者から後者へと進行することを示した³⁾。アポフェニーでは連続体としての対象世界が存在するが、次のアポカリプス段階では患者との接触を可能にしていた状況関連が寸断され、思考関連の秩序が失われ、言語解体に至る。村上 (図1のb) もまた、妄想病態（妄想知覚の段階）、幻覚病態（幻聴、作為体験の段階）、人格病態（独語、滅裂思考の段階）に類型化し、妄想病態から幻覚病態、さらに人格病態へと発展すると指摘している⁶⁾。人格病態では亀裂が自己自身に及び、自己はその同一性、連続性、統一性を奪われ、滅裂思考が生じるとする。

このように、思考形式の障害は病態が進行して対象世界や人格の統合が失われた段階で顕在化する。したがって、軽症あるいは初期の（連合弛緩が挿間的に出現する）段階

においてはこうした症状の成因論的特異性が減じ、解離症や物質乱用などによる意識変容との鑑別が困難となる。概念的には意識障害の有無によって支離滅裂（Zerfahrenheit）や思考散乱（Inkohärenz）に分けられているが、その症候学的差異は曖昧である。したがって、診断に際しては、状態が少し落ち着いて、自分の体験を言語で伝えることが可能になってから、例えば、シュナイダーの一級症状などを参考に総合的に判断することになる。陰性症状も思考形式の障害と同様に、ある程度病態が進行した慢性期にみられることが通常であり、初期や軽症の段階では鑑別の指標にすることはできない。

Ⅲ. 解離症における一級症状

近年、シュナイダーの一級症状は統合失調症に特有ではなく、それ以外の病態においてもみられると報告されるようになった。症候学が成因論的制約から解き放たれることで症候の原義が微妙に変化し、時に拡大して論議されることはしばしばみられる。ここでは一級症状を広義に取る立場から、解離症と統合失調症の一級症状を詳細に比較検討してみよう。

Kluft, R. P. は、「多重人格障害」と診断された 30 症例にシュナイダーの 11 の一級症状のうち、行為にコメントする幻声（30%）、言い合う形の幻声（33%）、身体的被影響体験（37%）、考想吹入（43%）、考想奪取（47%）、させられ衝動（47%）、させられ意志（47%）、させられ感情（77%）の 8 つを見出し、それらを受動・影響体験（passive-influence experiences）と名づけた⁵⁾。考想化声、考想伝播、妄想知覚などはみられなかった。Putnam, F. W. もまた考想化声、考想伝播、妄想知覚などは稀であるとしている¹³⁾。

一般に対象極優位（外空間、知覚、対象意識）に出現する症候と自極優位（内空間、表象、自我意識）に出現する症候に分けると、統合失調症の症候は対象極から自極に至る広い範囲にわたってみられる。

図 2 は Kluft が見出した「多重人格障害」の 30 の症例にみられた一級症状をその割合によって 3 群に分けたものである。妄想知覚、考想伝播、考想化声など対象極周辺の症候が 0% であり、させられ体験、考想吹入、考想奪取など自極周辺の体験が 43~77%、両極の中間領域には幻声や身体的被影響体験が位置づけられる。このことは自極周辺の症状では鑑別が難しく、対象極周辺の症候に有無に注意

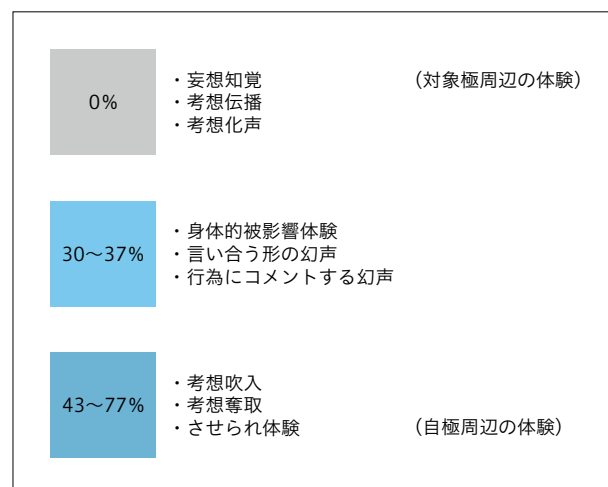


図 2 「多重人格障害」にみられた一級症状
(文献 5 より引用)

を払うべきであることを示唆している。以下、それぞれの症候について鑑別のポイントを述べる。

1. 妄想知覚、考想伝播、考想化声

一般的に妄想知覚では、正常に知覚された対象に、理由を欠いた、多くは自己関係づけという新たな意味が付与される。Conrad によれば³⁾、統合失調症の異常な意味づけであるアポフェニーは外空間の知覚された対象から始まり、同時に、時にはさらに一歩進行してから、内空間の表象内容へと向かう。外空間のアポフェニーである妄想知覚においては、世界の背景から浮かび上がった図が「私」との機能連関をつけられ、外界が独特な形で内面に作用を及ぼしてくる（自己関係づけ）。このような構造を有する妄想知覚が解離症でみられることはない。

考想伝播も解離症では比較的少ないが、鑑別において注意すべき症候である。「自分が考えていることが人に知られている」という体験は、一過性であれば、健常者の幼児期、対人恐怖、解離症、神経発達症でもしばしばみられる。

電車に乗っていると、自分が考えていることが垂れ流しになって、他人に知られていると感じる。自分の考えていることが声になって、周りの人も聞いているんじゃないかと思う。自分が人に隠していること、恥や不安が伝わる。そういうことはずっと前から、小さいときからあった。(20 歳代女性、DID)

DID の症例である。解離症では、同じ車両に乗り合わせた他人、家族や友人、職場の人など、場を同じくする身近

で具体的な他者に、自分の不安や恥、思考や感情などが知られている、伝わってしまうと報告することがある。こうした漏洩の一方で、次の症例のように目の前の他者の考えや感情、情報が直接的に自分に流れてくると感じることもある。

相手の目が自分の目になってしまう。相手と自分の境界のはっきりしなくなる。自分の中身が出て行って相手に憑依する。自分が嫌なときに抜けちゃう。物にもなれる。葉っぱになって、そこから見える景色を感じる。相手の感情や動機がわかる感じがする。相手の目で自分を見る。相手の考えとかが自分に伝わることもある。横断歩道に立っている向こうのお兄さんの人生がわかってしまう。物語が見えてしまう。見たくないけど見えてしまう。ドラマを見ている感じ。(30歳代女性, DID)

こうした自他の境界の曖昧化は、空間的変容にみられる同調⁸⁾の亢進した状態と考えられ、統合失調症と区別する必要がある。統合失調症の考想伝播(内空間のアポフェニー)では、思考の背景から浮かび上がった図が世界に対する機能連関をつけられ、内部も独特な形で外部に向かって自らを開く³⁾。漠然とした思考が、気づいたときには、無媒介的に、見知らぬ不特定の他者にすでに知られていると確信する。ここにおいて他者は超越性を獲得しているといえよう(「超越的他者」⁶⁾)。

考想化声(Gedankenlautwerden)とは自分の思考が反響して聴こえると体験されることであり、幻覚性と妄想性に分けることができる¹²⁾。幻覚性考想化声では、他者が自分の思考を知っていることにはあまりこだわらず、ただ自分の声が聴こえてくる、頭に響くと感じている。こうした体験は解離症でしばしばみられる。誰が言っているかと問うと、「誰か私でない人」「もう一人の私」「友人」などと答える。これに対して妄想性考想化声では、他の人々の発言から、彼の思考がおおびらに漏れて、他の人によってそれが聴かれると確信している。そこには自分の思考内容を知っている他者の唐突な出現とそれに対する戸惑いがある。当然、統合失調症に多い。

2. 幻覚

解離症の幻覚は閉じられた内界(表象空間、主観空間；「頭の中」と表現される)に生じることが多く(偽幻覚)、外界(知覚空間、客観空間；「頭の外」と表現される)に

生じることは少ない。しかし、時に内界は身体を取り巻く数メートルの近位空間(peripersonal space)へと投影され、そこに幻覚や気配が生じる¹⁰⁾。例えば、幻声は耳元や肩の辺り、背後から聴こえ、その内容ははっきりしていることもあれば、ぼそぼそと何を言っているのかわからないこともある。人影や気配もまた背後、視野の端、目の前に立ち現れる。近位空間は内的な思いが映し出されやすい外部空間であり、空想と現実、内界と外界、表象と知覚が混じり合うあいだの空間である。こうした体験は夕方から夜にかけて多く、意識変容との関連が示唆される。幻覚対象の性別や年齢、幻聴の内容、意図、感情が人格としてのまとまりを有しており、把握しやすいことが多い。声は交代人格や「もう一人の私」、記憶表象、空想上の友人から自分に向けられた批判、攻撃、助言など身近な他者の声であり、自分の思考や感情との連続性が窺え、後から認知は修正されやすい。とりわけ「頭の中から聞こえる」声は交代人格由来であることが多い。

それに対して統合失調症では、微かな自分の動きが生じたときそれを妨げるかのように、外部の遠くの他者から知覚が押し付けられる。統合失調症の症例を提示する。

将来のことを考えると嫌な言葉が入ってくる。雑念が入ってくる。自分が絶対に考えないようなこと、自分の考えとまったく違う考えがでてくる。人とすれ違う時やテレビで保護犬を観ているとき、「死んでしまえ」などという声が浮かぶ。自分の思考が邪魔される。ボーッとしているときにはないが、自分の夢や目標など、何か考えようとしたときにそういうことが起きる。(30歳代前半女性)

ここにみられるのは自己の動きにつきまとう他者の侵入である。それは身近な他者に対する恥や恐怖とは異質な、超越性を獲得した他者の出現である。

3. させられ体験

解離症では、交代人格の声や考えが吹き込まれるとか、交代人格に何かさせられるなどと感じられることがあり、考想吹入やさせられ体験など自極周辺の一級症状は一般的に鑑別が困難である。実際、安永(図1のc)は統合失調症の類型化を論じるなかで、自極周辺に障害が現れるE-eB系列に(一見憑依現象に似た)擬憑依がみられるとしている¹⁶⁾。現象的差異を確認しておこう。

解離症のさせられ体験は、現実世界の中で行動している「存在者としての私」と、それを前方に意識しながら背後上方から俯瞰して見ている「眼差しとしての私」という「私」の二重意識から始まる。さらに進むと交代人格が「存在者としての私」の位置を奪い、勝手に行動するようになる。「眼差しとしての私」は、さらに背後へと引き寄せられ、なす術もなく事態を傍観しているか、眠りに落ちて意識を失ってしまう。後者の場合、させられ体験といっても「いつの間にか入れ替わって、結果的にさせられている」というのが実感であろう。DIDの症例を提示する。

幼少時から自分が自分の体をロボットのように操縦している感覚がときどきあった。そうなるたびにしばらく母に抱きついていて、それが高校生頃から操縦桿を他の人格に持っていかれて、自分を操作されるようになった。自分のなかで3、4人の自分が操縦席を争うようになった。自分が操縦桿から離されると、イメージの空間にある窓から外の世界が見える。自分が暴れているのをその窓からぼんやりとなす術もなく見ている。彼らがいなくなると、私が操縦桿を取り戻す。(20歳代前半女性)

統合失調症では解離症にみられるような交代時の意識消失や入眠などはなく、健忘などもみられない。自分の意志による行動でありながら、それに先んじて不可解な他者によってその意志そのものが操られていると体験しており、「自分がさせられている」という意識は保たれている。安永は、心因性憑依体験では「自分の中に、他者が入ってくる」のに対し、統合失調症のさせられ体験では「他者の中に自分が入ってしまう」と指摘している¹⁴⁾。簡にして要を得た表現である。

IV. 解離型統合失調症

これまで一級症状について解離症と統合失調症の体験を比較して述べてきたが、次に両者の併存を取り上げることで統合失調症により特異的な症状について検討する。

人格交代や健忘、転換症状など明らかな解離症状を呈しながら、それでも統合失調症と診断し、積極的に抗精神病薬を使用すべき病態を、ここでは解離型統合失調症と呼ぶ。こうした症例は稀ではあるが、解離症の経過のなかで統合失調症が発症するという形をとることもあり、注意が必要である。

1. 他の先行性

解離型統合失調症の診断は統合失調症に特有の症状を見いだすことでなされる²⁾。その際、重要な指標となるのが「他の先行性」である。解離型統合失調症の症例を提示する。

摂食障害から始まり、健忘や人格交代のため何度も入院を繰り返した症例である。発症して数年後から次のように訴えるようになった。歩いている人に自分の考えを知られ、先回りされる。「この店に寄ってみよう」と思うと「いまからここに行くんだろう」という声が頭の後ろから聞こえる。カフェでお客さんが全員私のことを見て、何か言っている。私がトイレに行こうとすると、先に行かれることもある。先回りして邪魔される。自分がしようと思っていたことがすべて先回りされて終わっている。(30歳代前半女性)

「他の先行性」とは、自分が何らかの行動ないしは認識をしたとき、それを見透かす、それに先行する、あるいは先回りするという形で、他なるものが体験される構造である。内空間においてはさせられ体験がその代表であり、外空間においては妄想知覚が典型であり、自極から対象極まで幅広くみられる統合失調症に共通した症状産出の基盤となっている。Conrad³⁾によれば、患者は外空間すなわち知覚空間の構成分であってアポフェニー的に体験されるものすべてに対して「仕組まれている (gestellt)」という表現をし、内空間すなわち表象空間においてアポフェニー的な特性をもっているものすべてに対して、「させられる (gemacht)」という言葉を使う。「他の先行性」を空間的に表現すれば、超越的な他(者)の動きはつねに自己や具体的他者の背後にあって対象化されることがない、また時間面に注目すれば、超越的な他(者)は自己や具体的他者につねに先回りして、すでに過ぎ去っている。

著者自身、これまでこうした構造について「他者の先行性」という言葉を使用してきた^{9,11)}。しかし、統合失調症の初期あるいは軽症の段階では他者としてのまとまりが生じているとは言い難いため、この際「他の先行性」に改めることにした。「他の先行性」については、すでに安永のパターン逆転やファントム理論によって精緻に検討されている(「予期せざる先在性」「被予定性」「事後性」など)^{14,16)}。

木村⁴⁾もまた類似の体験について「他者の先行性」という言葉を使用している。木村は、パターン逆転は深い宗教

体験（道元や西田）や美的体験など非日常的な場面において、さらには通常の日常生活の随所にみられるとしているが、そこで提示されている例はパターン逆転にあてはまらないように思われる。こういった誤解は彼の集団と個体、生と死に関する考察などにもみられる。

ちなみに木村は、日常的な経験においてふつうにみられる「自>他」のパターンは実生活の利便のために脳が生み出した有用な錯覚であり、統合失調症ではより基礎的な障害のためにこの「健全な錯覚」を構成できないでいるとしている。それに対して安永は、最も原始の体験世界はIとWeの分化以前の主観の遍在であるとし、それが整理され、消去されて生じてきたのが、成人の成熟した、はっきり物を“物”と見なすところの意識であると論じている¹⁷⁾。パターン逆転はあくまでそうした意識を基盤とし、そこに病的な生理学的変化が生じることでみられる「錯覚」である。両者の違いは明らかであろう¹¹⁾。

2. 偶然を超えた偶然

解離症では離人感とともに既視感がみられることは珍しくないし、それは統合失調症でも変わらない。ただ「不思議な偶然を経験したことがありますか」と聞くと、解離症と統合失調症ではその返答に違いがみられるように思われる。まず解離症の「あり得る偶然」についてみてみよう。

レストランにいたとき、この光景は前に経験したことがあると感じた。別の日に友達のことをぼんやり考えていたら、その友達から電話がきたりする。こういうことはよくある。予知夢も子どものときからよくある。(30歳代前半女性)

解離症では、この症例のように偶然にまつわる出来事の多くは既視感と予知感の範囲内の「あり得る偶然」である。基本は体験の反復生起であり、フラッシュバックや予知夢と同じ系列の体験である。偶然の体験は他者や外部に帰因するのではなく、自分の内なる予知（能力）によるものとされる。次に統合失調症における「偶然を超えた偶然」についてみてみよう。

鼻をかみたいと思うと周りの人がティッシュペーパーを出す。テレビドラマで自分と同じように音楽をやっている人が、自分のソファと同じ製品を使用していたのでギョッとすることがある。あまりにも偶然が続くから単

なる偶然とは思えない。(30歳代男性)

統合失調症の「偶然を超えた偶然」では「あり得る偶然」の自明性が失われ、そこに考想伝播を背景とした世界と自分（外界と内界）の関連付けが生じる。偶然は外部から、他者から、現実を超えたところから、自分の予知を超えたところからやってくる。そのためつねに、多かれ少なかれ、予想を裏切るズレや衝撃（「ギョッとした」）を伴うことが多い。これもまた「他の先行性」に通じる統合失調症に特有の構造である。

その他特異性は低いが目すべき体験として、文脈を欠いた表出・行動、増殖する空想への没入、服薬拒否傾向などいくつかあるが、ここでは指摘するにとどめる。

おわりに

解離症と統合失調症の症候学的差異について、シュナイダーの一級症状を中心に比較検討した。さらに解離型統合失調症の指標として、「他の先行性」や「偶然を超えた偶然」を提示した。重要なことは解離症の体験世界について理解しておくことであり、また統合失調症特有の構造について、とりわけその他者のあり方について把握しておくことである。解離症において他者は身近な他者として現れ、統合失調症において他者は超越性を獲得している。まさに解離症は（意識障害のように）「外に在っても自分の如く」であり、統合失調症は「内に在っても他者の如く」である¹⁵⁾。しかし、臨床では鑑別困難な症例も多々あり、そうした場合はさまざまな診断可能性を保ったまま柔軟に対応するのがよい。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

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) Bleuler, E., Aschaffenburg, G. : Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1911 (飯田 真, 下坂幸三, 保崎秀夫ほか訳 : 早発性痴呆または精神分裂病群. 医学書院, 東京, 1974)
- 3) Conrad, K. : Die beginnende Schizophrenie : Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. George Thieme, Stuttgart, 1958 (山口直彦, 安 克昌, 中井久夫訳 : 分裂病のはじまり—妄想のゲ

- シユタルト分析の試みー. 岩崎学術出版社, 東京, 1994)
- 4) 木村 敏: あいだと生命ー臨床哲学論文集ー. 創元社, 東京, 2014
 - 5) Kluft, R. P.: First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry*, 144 (3); 293-298, 1987
 - 6) 村上靖彦: 自己と他者の病理学ー思春期妄想症と分裂病ー. 分裂病の精神病理 7 (湯浅修一編). 東京大学出版会, 東京, p.71-97, 1982
 - 7) 柴山雅俊: 解離の構造ー私の変容と〈むすび〉の治療論ー. 岩崎学術出版社, 東京, 2010
 - 8) 柴山雅俊: 解離の舞台ー症状構造と治療ー. 金剛出版, 東京, 2017
 - 9) 柴山雅俊: 解離症と精神病様症状. *精神療法*, 47 (1); 28-32, 2021
 - 10) 柴山雅俊: 見逃されやすい解離症の幻覚. *精神科治療学*, 38 (4); 411-414, 2023
 - 11) 柴山雅俊: 解離から自我障害を再考する. *臨床精神病理*, 44 (2); 201-206, 2023
 - 12) Peters, U. H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 3. Auflage. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1984
 - 13) Putnam, F. W.: Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective. Guilford Press, New York, London, 1997 (中井久夫訳: 解離ー若年期における病理と治療ー. みすず書房, 東京, 2001)
 - 14) 安永 浩: 分裂病の論理学的精神病理ー「ファントム空間」論ー. 医学書院, 東京, 1977
 - 15) 安永 浩: 分裂病症状の辺縁領域 (その 1) 一意識障害総論と神秘体験ー. 分裂病の精神病理 7 (湯浅修一編). 東京大学出版会, 東京, p.275-316, 1978
 - 16) 安永 浩: 分裂病と自我図式偏位ー擬遊戯 (演技) 性, 擬憑依, 幻聴ー. 分裂病の精神病理 10 (藤縄 昭編). 東京大学出版会, 東京, p.135-174, 1981
 - 17) 安永 浩: 精神医学の方法論. 金剛出版, 東京, 1986
 - 18) World Health Organization: Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 Mental Behavioural and Neurodevelopmental Disorders (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375767/9789240077263-eng.pdf>) (参照 2024-11-01)

Dissociative Disorders and Schizophrenia

Masatoshi SHIBAYAMA

Mitsui O. S. K. Lines, Ltd. Mental Health Dept. Health Administration Center

In recent years, the categorization of disorders, such as neurosis and psychosis, are no longer as self-evident as they once were. With the changes in contemporary understanding, the symptoms of schizophrenia have become milder, leading psychiatrists to place greater emphasis on the psychotic experiences associated with dissociative disorders. As a result, it is not uncommon in clinical practice to encounter cases in which it is difficult to distinguish between dissociative disorders and schizophrenia. In this paper, we discuss the symptoms and structures that serve as indicators for the differential diagnosis of dissociative disorders and schizophrenia. We investigate the psychopathological differences between dissociative disorders and schizophrenia, focusing on Schneider's first-rank symptoms. In dissociative disorders, the other appears as a familiar other ; however, in schizophrenia, the other has acquired transcendence. Furthermore, Schneider presented "the precedence of the other" as an indicator for diagnosing schizophrenia that exhibits clear dissociative symptoms such as personality change and amnesia (i.e. dissociative schizophrenia). "The precedence of the other" refers to an experience or structure in which an individual feels that when they perform an action or recognize something, another person has already preceded them and exerted some form of influence. This symptom structure is widely recognized in schizophrenia, not only in relation to the self pole but also in relation to the object pole. Further research by Yasunaga examined this structure in detail in terms of pattern reversal and phantom space theory.

Author's abstract

Keywords dissociative disorders, schizophrenia, psychotic symptoms, differential diagnosis, psychopathology