

## Bellak の精神分裂病の概念 (その1)

杉 原 方

Dr. Leopold Bellak は1948年に *Dementia Praecox, The Past Decade's Work and Present Status: A Review and Evaluation* を著し、1958年に *Schizophrenia: A Review of the Syndrome* を Benedict. P の協力のもとに編纂し、1968年に Loeb. L と共に *The Schizophrenic Syndrome* を編集した。

これらの著書はいづれも、それぞれ過去10年間の精神分裂病に関する研究結果を適切な題目のもとにまとめられており、更に近い将来に結実するであろう研究分野の努力を示唆している。“*Dementia Praecox*” は Bellak 単独にて綜説として書かれたものであるが、彼自身が述べているように、精神分裂病に限ぎらず精神医学の多方面にわたる研究の多様性と夥しい文献の数の故に、このような問題について到底1人の力の及ぶところではなく、あとの2冊については編集に協力者をいれ、執筆には多数の研究者を求めている。しかし重要な項目については Bellak 自ら述べており、この3冊を通して過去30年間の精神分裂病に関する綜説として一つの形を損なっているとは思われない。

この Bellak の3冊の書物をもとにして Bellak の精神分裂病に関する、特にその疾病単位としての不承認、多様の病因、自我心理学よりする症候の解釈等に関して彼の見解を知るとともに、過去30年間の主としてアメリカに於ける精神分裂病の研究の動向並びに将来の方向を見ることは興味深いと思われる。

精神分裂病の概念の発達をここで述べるつもりはないが、1948年の本は *Dementia Praecox* となっており、あとの2冊には *Schizophrenia. Schizophrenic Syndrome* となっていることについて一言しなければならぬだろう。

Lewis. N によれば現在、我々が精神分裂病といている症状の記載は B.C. 1400年位のインドの *Ayur-Veda* の断片のなかにみられるという。精神の機能は色々の靈に帰せられてはいたけれど

も、大食できたなく、裸でぎこちなく歩きまわり記憶をうしなう……という叙述は精神分裂病者のそれと思われ、毒物や酒による中毒性の錯乱や躁うつ病の亢奮状態からは区別されているとする。

近代では Harms. E によると Reil. J (1759—1813) が1803年に精神分裂病を記載したのではないかとっている。(Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethoden auf Geistes-Zerrüttung)

しかしこの疾病を統合し、分類体系に組み入れたのは Kraepelin, E (1856—1926) である、これより先、Bernard. C の親友であった Morel. B (1809—1873) が1860年に次の症例に *démence précoce* と名づけ、彼の *Stupidite* の1型とした。即ち13—14才の少年、背が低いことを恥かしがり、他人の中にいるとはずかしめられる気がした。だんだんと事物に興味を失い、うっとおしく無口となり、周囲と遮断する状態を呈し、更に病状は悪化し、父を憎み殺そうと思ったとある。治療するため病院に送られたが、身体的によくはしたものの精神的には憎悪の一途をたどり絶望となったという。Morel はこれを遺伝性精神疾患と考へた。(患者の母は“精神病”で、祖母は変人であった)(これより彼は“退行、或いは“変性、(degeneration) を考へるのであるが本題よりはずれるので略す)

1871年 Hecker. E (1843—1903) は思春期にみられる1精神異常に対して彼が *Hebephrenie* と名づけた疾患をわけた。

1874年 Kahlbaum. K (1828 - 1899) は *Katatonie* と名付けた運動障害のある精神疾患をのべた。

さて、Kraepelin はこれら *Hebephrenie*, *Katatonie* を含め、上述の Morel の *démence précoce* の名称を借りて一群の症状をもつ疾患を *dementia praecox* と名付けた。*dementia*—痴呆—器質性の知的能力の非可逆的過程、*praecox* 若年に発生する、即ち早発性痴呆である、Kraepelin は幻覚、妄想、感情表出の障害、注意の障害、拒

絶症、常同症、運動減退、判断の障害、思考過程の荒廃が比較的明瞭な意識状態、記憶のよいこと、知覚の明確なことと結びついている症候をあげた。そしてこの疾患は予後不良であり、代謝異常の存在を予想される内因性精神病にいった。彼の教科書第6版(1899)に疾病分類が大体完成され、I. infektiöses Irresein. II. Erschöpfung-sirresein. III. Vergiftungen. IV. thyreogenes Irresein. V. dementia praecox. VI. dementia paralytica. VII. Irresein bei Hirnerkrankungen. VIII. Irresein des Rückbildungsalters. IX. manisch-depressives Irresein. X. Verrücktheit(Paranoia) XI. allgemeine Neurosen. XII. psychopatische Zustände (Entartungsirresein), XIII. psychische Entwicklungshemmungen の分類項目の1つを占めている。

ところが1911年、Bleuler. E (1857—1939) は Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien を著らわし、この疾患の予後が必ずしも不良でないこと、及び発病が青年期に限らないことより、Kraepelin の Dementia praecox (早発痴呆) は不適當であるとして、精神病像に標識を求め、心の分裂を意味する Schizophrenie (精神分裂病) なる名称を用いることをすすめた。Bleuler は基本症状として、連合弛緩、感情の不適切、両立力価、自閉をあげ (Rado や Meehl は更に anhedonia と social aversiveness の2つを加えている) 二次症状として、幻覚、妄想、拒絶症、常同症、昏迷、その他精神運動障害等をいう。

彼は精神分裂病を非常に不規則な経過をとり、不快な生活体験に無関係に発展する身体病—中毒による脳細胞の疾患と一応考えたけれども、現在の精神病像に標識をおき、疾病経過を標識からはずしているため Kraepelin の dementia praecox よりも Bleuler の Schizophrenie の方が疾病概念の範囲が拡大している。更に精神分裂病は1つの疾病単位ではなく、症状群あるいは状態像である可能性の方が大であると考えられ、Bleuler 自身もすでに Schizophrenien と複数形の Gruppe としている。

現在、一般にこの疾患に対する名称としては、Kraepelin の dementia praecox をとらず、

Bleuler の提唱した、Schizophrenia 精神分裂病を用いている。

Bleuler. E の精神病像に標識をおくという考へを受け入れる立場にあらうとなかろうと、精神分裂病、が使用されているのである。

精神分裂病を疾病過程よりもむしろ、体験に対する異常反応として、とらえたのは Meyer. A (1866—1950) であろう。彼は精神生物学の立場より反応として風変りな、奇矯な、不合理な行動や思考を Parergasia (Parergastic reaction type) として精神分裂病をさしている。

精神分裂病の症状の標識として、例へば1957年の Report of World Health organization study group on schizophrenia ではパーソナリティの変化、自閉、思考障害、情動障害、知覚障害、行動異常をあげている。要約すれば、

パーソナリティの変化—パーソナリティのまぎれもない変化、或いは他人との接触を少くしたり自己の体験の理解をそこなう所謂 分裂気質、(Schizoid) といわれているパーソナリティの傾向。

自閉—特異な思考、行動で永続的、或いは間歇的にあらわれる社会的遮断の状態

思考障害—奇態な言説、異常な統語、文法の使用、途絶その他の思路の保持の故障、他人に理解できぬ個人的象徴

感情障害—他人との関係の障害、感情狭窄、刺戟と表出の不一致、強烈な感情表出

知覚障害—幻聴その他の幻覚、錯覚、偽幻覚、妄想 (外界よりの影響をうける)

行動異常—姿勢、表情、行為の異様性。

この6つの標識も一般に広く受けいれられているとは思われない。

現在においてすら、精神分裂病なる名称のある人は同一の単一の原因より起り、同一の経過をたどり、同一の心身の所見をもち同一の結末にいたる、疾病単位として、ある人は種々なる原因からくる症状群として、ある人は Kraepelin の dementia praecox の概念そのものとして、使用し、ある人は広く、潜伏性とか、頓座性とかのものをある人は身体的に原因が存すもののみを、ある人は遺伝の認められるもののみを、ある人は心因のみを、ある人は心因のみを含む疾患を意味している。

精神分裂病の概念はカオスにあり、研究者間のべていることは、Bleuler. M (Bleuler. E の息子) によるとバベルの塔の状況に比せられるほどである。この問題は精神分裂病に限らず、とりもなおさず、精神医学のカテゴリー、一般に関する均質性、信頼性、妥当性の問題に帰せられるものである。明確な概念をもたない対象について、その統計資料、生理学、化学的所見、心学的所見、或いは病因等を論究しても或いは実りのないものかも知れない、しかしながら我々はまったく無であるものをつかんでいるわけではなく、種々論議の余地があったにしても臨床的に、ほぼ一定の精神症状をもったものを精神分裂病としてとらえ、治療し、たとえ再発率が大きであってもある期間は社会復帰を可能となしている。

このような意味で、精神分裂病を Bellak もおそらくあつかっているように思われる。

ここで何故 1948 年の本にことさら Dementia Praecox という旧い名をつけたかということであるが、Bellak は予後不良の青年期に発生する精神疾患という限定された Kraepelin のいう意味で使用しているのではなく、精神分裂病とほぼ同義語としてつかっている。ただ 1936 年、Lewis, N が Research in Dementia Praecox を出版したが、それと同じく Scottish Rite Foundation より助成をうけているので又、それにつづく綜説であることをしめすため Dementia Praecox と名付け、1936 年より 10 年間の文献をとりいれたのである。

Bllak は医学と精神分析をはじめウィーンにて (1935 年 1 年間 Wagner-Jauregg Pötzl Psychiatric Clinic ですごしている) 後ニューヨークで学んだ。彼はアメリカで看護人、心理学者、検査室技術員として精神病患者、特に精神分裂病者に学ぶところが深かったと述懐しており、看護人としての殆んど 2 年間に精神分裂病について臨床的に最も深く学んだといっばかるところがないという。拒食、自動症、奇妙な儀式、奇態な観念をもった患者と一緒に生活したことが最も教訓的であったといっている。その後ボストン大学、ハーバード大学にて graduate study をやり、St. Elizabeth's Hospital にて精神医学の訓練を受けた。又、ニューヨーク精神分析研究所にて修学し

た。ニューヨーク大学、ニューヨーク医学校、ニューヨーク市立大学等で、精神医学と心理学を教へ 1947 年から 1965 年の間 Altro Health and Rehabilitation Services の主任顧問精神医学者であった。結核、癩、精神病の患者の社会復帰に関心をもった。1958 年より 1964 年までニューヨーク市の Elmhurst 市立病院の精神科部長であった。そこでは Trouble Shooting Clinic (24 時間サービス) その他の Community mental health services の発展に力をかけた。また投影法、リハビリテーション、精神分析の研究、薬物療法 Community Psychiatry に興味をもち、特に精神分裂病に関心がたかい。

数多くの学会の会員や Fellow である外に Westchester Psychoanalytic Society の会長や Society for Projective Techniques and Rorschach Institute の会長を歴任した。

また、National Institute of Mental Health (NIMH) の特別顧問でもあった。彼は 100 以上の論文を書き、十数冊の本を著作又は編纂した。

また子供用の TAT として動物を擬人的にかいた絵をつかってテストする CAT の創始者である。

最近ニューヨーク大学、コロンビア大学の Visiting Clinical Professor であり Westchester Mental Health Association の顧問、ウエストポイント陸軍大学の精神医学の顧問、NIMH の助成をうける精神分裂病の主要研究員である。

彼の経歴において、看護人または精神医学者として拘束衣やベットに拘束される患者の扱い、身体療法の経験、インシュリン療法、電撃療法、ロボットミーの助手の経験等が生まれ、30 年も在院している慢性患者や戦時の急性患者の診療、州立病院退院の慢性の患者に対するリハビリテーション、ambulatory schizophrenics に対する精神分析療法、大病院での多数の精神分裂病に対する診療の機会をもっている。

以上の如く彼の精神医学、心理学、特に臨床心理学、精神分析学における深い造詣と業績、広範囲に亘る臨床における体験、更に精神分裂病の予防、撲滅への情熱はこの様な長期に及んで継続されるべき綜説の著編者としてまことにふさわしいと思われる。

“Dementia Praecox” (Grune & Stratton, 1948年) 456頁、彼が resident として精神医学の訓練を受け、宿直の夜この本のため文献を整理していた St. Elizabeths Hospital の院長である、Overholser, W. の緒言を得ている。それによれば Bellak の資質からも、以前に受けた心理学及び臨床精神医学の訓練からも、ヨーロッパの言葉になれていることから、戦争の終わった段階における精神分裂病の研究の綜説をなすのに最も適しているとしている。

この本は1936~1946年の Index Medicus に含まれる文献を主とした約3200のレビューである。更に、これこれの仕事が何をしたかをしめすのみならず、どこに示唆されるものがあるのか、何が省略され、何が重複し、つけ加へるべき情報は何かをせしめようとしている。脚光を浴びて再登場するまで、重要な事項が何十年も文献の片隅みでひそんでいたという事実は科学の歴史にたびたびしめされているから、どのような考へや仮説でも提示するよう心掛けられている。

1つの文献が多岐にわたり、1つの項目内におさまらぬ点と戦時の制約により外国文献の数の少い点を遺憾としている。

次に各章毎に要約を試みよう。

第1章は「定義と叙述」である、ごく短い導入部であり、Katzenelbogen, S. によって、精神分裂病の概念が Kraepelin より始り、Bleuler, E. により改更されたことや精神生物学の立場での Meyer の見地に及んでいる。ついで Hinsie & Shatzky の「精神医学辞典」を援用して、精神分裂病及びその病型(下部類型)の緊張型、破瓜型、妄想型、単一型の叙述をかかげている。

第2章は「生体統計」である。精神分裂病の概念が研究者により、まちまちであり、診断標識の定まらぬ現在、問題は残るであろうが、罹病率について、多くは特定地域における精神病院への入院数より算定している。0.25—0.3%というところである。ヨーロッパ、カナダにおいてもほぼ同じという成績もある。Malzberg によればニューヨーク州では精神分裂病の罹病率の毎年の増加、又退院率の増加をいっている。罹病率は入院を目安とするかぎり、限界線級の疾患がぬけること、入院しない事例の存すこと(現在では入院せずに

治療を受ける患者が増加しているから尚のことである)より院外患者の発生を想定すれば、かかるやり方で得られた罹病率は内輪のもののみならばならない。初入院時の年齢については20才より30才に頂点があり、男子は女子より若いところに多い、又40才以後は女子が多いことは大体一致している。初入院患者の全入院患者に対す割合は大体20%と諸家の一致をみる。再入院のパーセントは全患者の40%に及ぶという成績と男子25%、女子27.7%という成績がだされている。病院入口の45~50%は精神分裂病患者であることは一致してみられる。在院期間はある報告は19.3年とし、死亡の平均年齢は55.8才といい、1913年に死亡したのものより1944年に死亡したものは7年長く生ていたという。(Landis) 又Page & Landis によるとよい結果をもって退院した患者の在院期間の中位数は9.3ヶ月であった(1944年)。家族内発生率は Kallmann et al. によれば一般人口より大であり、遺伝の項で再論される。社会—経済及び教育—知能の面では Malzberg は不熟練労働者に、Tietze et al. は社会—経済的低級の群に最高の発生があるという。Kallmann の Berlin の統計では労働者、召使いが全例の41.4%、職人、商売人が26.4%、無職が15.8%、その他5%を占めるという。

Malzberg によるとアメリカ生れの文盲の白人とニグロに最高にでるという。

精神分裂病患者は発病前、学業はわるいが教育の欠如が発病の原因でなく、病前パーソナリティが学習能力を低下さすというのが大方の一致した意見である。

地理的、人種的、文化的面では、移民した人種に高率であることは一般にみられる。

都市は田舎の大体倍である。これは都市のストレスの増加、安定の減少のためと考へられるが、この数値は入院例をもととしているから、田舎では多少病的な人でも生活しやすい点や、大都市では即時の入院が要求されることを考慮しなければならない。又 Malzberg は既婚者は最低、独身は最高という。

第3章は「原因、病理成因及び病理」であって最も重要な章である、Bellak はこの章のまとめで自分の精神分裂病についての仮説的概念をあきらかにしている。

解剖学的因子, 循環系, 発達障害, 特に心臓の小さいこと, 皮下毛細血管の数の減少, 血流の早さの異常 (早いかおそい) 毛細管出血の多いこと疾患の重さと毛細管の変化との関連, また若年者 (24~29才) の動脈硬化性の変化をみ中毒→血管の変化→精神分裂病と発生を考へる。その他一般に循環系の異常, 或いは網膜血管の異常像, 又血管壁細胞増殖と毛細管消失。網内系の素質的・遺伝的, 或いは中毒性因子による發育不良や障害。肝障害の存在よりする中毒因子の想定。

中枢神経系の異常をいうものは, 脳の形態的異常, 脳の神経細胞の組織病理学的変化 (死後のものにも, 死後の変化を除くためにされた生体においても), その他ロボトミーの創始者, Freeman & Watts は前頭葉に自我意識の座をみており, 明確な器質的脳病理が精神分裂病にあるとする。又脱髄疾患が精神分裂病の臨床像を呈す事例の報告があり, なかに脱髄疾患になる前より何年も精神分裂病の挿間状態がみられたものもある。

人体測定的研究, Kretschmer の研究は有名であるが, この10年間に Kretschmer と一致した成績を出した人がいる。Sheldon その他によれば彼の外胚葉形成型と精神分裂病は相関が高いのであるが Bellak & Holt は外胚葉形成型と精神分裂病に Sheldon が得た以上に高い相関をみたが, コントロールとして用いた進行麻痺患者にも同様の相関をみている。

Gray & Ayres は男子精神分裂病患者に種々の測定を行い, 20才~40才と40才~60才の群間に大きい差をみた。

Betz は193人の女子精神分裂病患者とコントロールとして32人の看護婦, 更に文献のデータにもとづき, 14の測定をなして次の結論を得た。(1)精神分裂病患者は座高, 体格, 胸骨の長さ, 手の握りが小さい。(2)変異の度の範囲が広い。(3)細長型が多い。(4)細長型ものは病前性格として同調型をとることが一番少く, 荒廃に到るのが一番多い。肥満型のもは同調型と分裂型を一番多くしめすが荒廃は一番少い。中間型は分裂型をしめすことが一番少くまた荒廃になることも少い。発病は細長型では30才前, 肥満型では30才後が多い。この報告を Bellak は統計的処理や方法的に細部に行きとどいている点, 注目を要すといっている。

る。

その他男子では体型は疾病と相関するが, 女子ではそれほど判然としないという報告がある。

又 Kretschmer と Viola の測定の研究。アルプスの東の人種とアルプス人との比較。指の型に正常と差なしとするもの。血液型で差なしとするもの。妄想型にA型が多しとするものがある。以上解剖学的因子について, 研究はコントロール群をもうけたものもあるが多くはなくなかには一例報告もあり, 原因として一般に確認されたものはない。

生理学的因子, 炭水化物代謝の異常, 特に葡萄糖耐性の異常をいう人々がある。しかし精神分裂病と恒常的な関連が認められないと信ずるもの, 疾患の基礎に炭水化物の異常代謝があるというもの, 感情の動きで糖がますとするもの等意見の一致はない。又緊張病では甲状腺機能昂進, 荒廃したものは下垂体機能低下を思わすともいわれる。Meduna の抗 insulin 因子は有名であり, そううつ病にもみられるが糖代謝障害が根底にあり, 病前性格に病理形成的影響をあたえ, 疾病決定をすると考へている。その他糖耐性の常人の緊張状態の所見より, 肝機能障害を疾患に責任ありとする人もある。

酸化過程の一般的低下, 脳の神経細胞内の鉄の欠乏, 酸化と血流の関係, 酵素の問題等についての報告があり又血中リポイド量を云々する人々があるが日により人により異なり信頼性が確認されていない。Katzenbogen その他はある精神分裂病には脳内炭水化物代謝低下を, 又脳内酸化低下を, 又血中カリウムの軽度上昇等をみているが精神分裂病では常人より変量の幅が大であるという以外は確言されない。

毒素説では伝染病の菌の毒素からブローム, アルコール, 未知のものまでいろいろいわれ, 脱毒素を阻害する肝臓の障害を強調する人もいる。

内分泌に関しては性ホルモンの異常, 甲状腺機能低下或いは昂進 (精神分裂病に特有でないという人もいる。甲状腺ホルモンの投与で病状の変化をみない)。その他副腎, 下垂体を問題にしている報告もあるが病因との関係は認められ難い。

脳波の研究, てんかんに似た脳波をいう人もいるが Davis & Davis は常人と区別できぬもの(1)。

てんかんを思わすもの(2)。器質性疾患を思わすもの(3)。があるという。Bellak は(1)は心理学レベル、(2)は生理学、生物学レベル、(3)は組織学レベルにて病理的であり、精神分裂病の多様の病理性を暗示するものとしている。

精神身体的見地をとり、脳波の研究より間脳に素質的欠陥を認めつつも精神療法の可能性を否定しない人がある。

その他、自律神経系、脳内血流量、毛細管の透過性、アルブミン凝固因子に病因を求める報告がある。

髄液の毒性について嘗っていわれたが、これを否定する報告と認める報告がある。

又 Nagel は総合的な生理化学的研究をした。

変わった研究では大腸の緊張状態等についてのものがある。また前庭器管障害をいうものもある。

心理学的要因：Fenichel は精神分裂病に現実吟味の崩壊と自我の解体をみて退行よりの復帰の試みの失敗と解している。Hajdu-Gimes は口唇期への固着と自己愛型のパーソナリティを強調し乳児期の外傷体験が精神分裂病パーソナリティの主傾向を決定すると信じ、少くとも女子患者にあっては、冷たい、かたい、残酷、攻撃的な母と柔和、無関心受動的な父という布置があるという。Weigert-Vowinckel は特に緊張病の Automatism を論じ、Jung. C.G は abaissement を精神分裂病の病根と考へ、解離は非流動性非可逆性であるとした。

その他 Janet の説により乳幼児期の長期心的圧力によるとするもの、*「事態分裂病、感情ショック或いは外傷による“Post-emotional Schizophrenia”*、心的外傷、心理的促進要因をいうものがある。また軍隊にてみられる疾病について種々の病因と考へらる項目をあげたもの、同性愛の抑圧をいうクラシックな報告、知的労働の過剰。緊張型を心因性とし、破瓜型を体因性、単一型を器質とする研究がみられる。

Bychowski は生理学—心理学的に思考過程を考究し、皮質下中枢が症状に関係をもつという。

その他 Sullivan の対人関係にもとづく人格発達よりする精神分裂病の概念が簡単に披露されている。

Bellak は心理学的要因に目立ったものではなく、精神力動が明らかで神経症の場合よりはっきりしめされることがあるが、それ以上にすることはなく、また事態により典型的な精神分裂病の症状を呈し、すぐ恢復をみる事例があるがこれとて精神分裂病全体の問題の答とはしないであろうと述べている。

伝染病因子：リウマチ、流感、流行性脳炎、ワクチン接種後症状、マルタ熱、腸チフス等諸家により病因と考えられたが、有名なのは Loewenstein の結核説である。彼の研究室では精神分裂病患者の髄液より、結核菌の塗末標本及び培養による証明はみられたが、多くの人により否定され少くとも原因ではなく結果の一つであるとされた。

遺伝因子：Kallmann & Barrera は1人の精神分裂病の親の子は一般人口の罹病率より19倍、孫や従兄弟は5倍高いといい、Sheldon の外胚葉形成は荒廃したものに多い、また単純な劣性遺伝を想定する。遺伝因子をもつものが発現する要因は多元的であるとする。

Weinberg & Lobsteinn は(1)従兄弟結婚よりでる精神分裂病の出現は高い(2)周期性または寛解に向うものはそううつ病の遺伝を荷う(3)病前性格が分裂気質でないものは血族に発生が少い。(4)妄想型は他型より血族に精神分裂病が少い、という。

Kallmann はまた遺伝負因をもつ Schizophrenia とそれのない臨床像をあらわす Schizoform を区別した。また精神分裂病と精神薄弱の病因的関連のないことを双生児法で証明した。

Galatschjan は214の精神分裂病の家族6,030人より、(1)精神分裂病は分裂気質よりくると想定できない。(2)病前性格は家族の基本的特性で左右される。(3)てんかんの病前性格傾向はてんかんの遺伝に関係しないで分裂気質の変異の一つをあらわすにすぎないとした。

Bleuler. M は精神分裂病の病因として遺伝が主張される証拠も、されぬ証拠も存しないと述べた。

Ziehen は精神分裂病の劣性遺伝の見地を支持しない。Koller も同じ。

Schwab は緊張型の血族に精神分裂病またはそれに近い精神障害の多くをみ、典型的緊張型の遺

伝は劣性、非定型では優性の遺伝であるという。その他兄弟(双生児をふくみ)の事例で症状の等しいことの報告或いは症状が等しく、予後のかわったもの等の報告がある。

Pollack & Malzberg は精神分裂病でもそううつ病でも単純なメンデルの法則に適合するものではない。しかし統計上家族的に発病する率が高い。けれども発病のために他の要因が必要であり、よい環境、心理学的要因が存すれば遺伝負因があっても発病にいたらぬと信じ、環境因子と遺伝因子は対立のものでなく、両者の混合で発病するという。

Smith は男86人、女114人の精神分裂病者の直接の血族3,560人の研究より一般に高い罹病率をみた。同胞の罹病率は3.3—4.1% (Rüdin 5.35% Wimmer 5.1%, Bleuler 4.8—6.4%) 両親では1.25—2.25% (Rüdin 2.5—4%, Hoffman 4% Weinberg 1.83—4.63%) Pollack & Malzberg 1.75%) である。

Barahal は劣性遺伝と考へ、診断単位の一致、一般人口における精神分裂病の分布、精神分裂病の血族の種々なる群における罹病率、等の必要をいい、一般人口での罹病率を0.5—1.5%とし、血族のそれは大であることを強調する。そして血族の罹病率は通例過少備されること、Kallmann の劣性説に組すること、種々の治療法、精神衛生の効果が認められること、血族は少くとも精神分裂病者との間の子供を持つべきでないこと、去勢は全例の1—3%しか予防できぬから効力のないことを主張する。

Bellak はある家族に多くの病者の出現をみても必ずしも遺伝的伝播とはいえない、親が精神的障害にあるならば、悪影響をあたえる環境をつくりだし次の世代にもちこされる、といい嘗て遺伝とみられた結核が接触伝染にすぎず、伝播する例をひいて、この二つの疾患に共通である社会的因子を注目すべきであるとしている。

その他種々なる因子：冬に生れる者に多い、一番少いのは6月であるという報告がある。Devereux は複雑な文化またはその変化が原因であると社会学的に考究している。

頭部外傷を主張する諸家の報告があるが、特に Feuchtwanger & Mayer-Gross は外傷より発病

する精神分裂病の罹病率は一般人口より多くなく、脳の一定部位に一定症状をおく Kleist の説にも同意しがたく、脳外傷により精神分裂病の発病することはみられぬとする。(外傷でんかんと密接に関連する精神分裂病を除いて)

外傷は促進因子たり得、時に頭部外傷は精神分裂病様症状をあらわすがこれも Bellak によると彼の多元的因子説の都合のよい例といわざるを得ない。

集約として Bellak が述べていることは次のものである。

(A) 精神分裂病は疾病単位でなくて、症状群乃至反応型である。症状群の公分母は欠損反応である。これは人間の不適切な機能の典型である。

(B) 病因としては全く心理学的のものから全く器質的のものまでの連続のうちにある。前者には、精神分析的に外傷性性格形成と乳幼児期の環境の符合のあるもの。性格形成が力動的に適応障害の形と理解出来るもの、疾病の発端が心理的外傷と関連してあらわれるもの、多くのあらわれが心理学的に理解され、予測され、制御されるものを考える。後者としては心理学背景のない、発病の急激な心理的因子と無関係のもので症状と連関する器質性病理解状態をしめす臨床的、検査室、または死後の資料と結びついたものを考える。

(C) 身体的或いは社会心理的素因と心理的から器質的の連続上にある促進因子との相互作用と理解する。

- (D) 1. 身体的素因
2. 社会心理的素因
3. 心理的促進因子
4. 身体的促進因子

で考えることを示唆している。そしてこれらの因子が3,5, 或いは7点評価でしるされるといい、多元的病因説をとっている。

第4章は診断及び症状である。冒頭に精神分裂病の概念が各国によりまちまちであり、病型の割合が各研究者により、各病院により変動が大きいことに言及し、更に戦時に於いて非定型の病態の多くがみられたことに注目している。

臨床標識：この問題についての研究は多い。Cameron は非特異初期症状として心配、気づかい、懸念の如き hyperactive pattern と白日夢、

興味の喪失の如き *hypoactive pattern* をあげ、特異性のもとして自分のことを話されている、注視されている、ごまかされている気がするという観念的なものと、ぼうとする、めまい、身体に関する漠然とした注意等の体験的なものとわけている。*Polatin & Hoch* は初期診断について家族内の精神分裂病者や分裂気質者の存在、本人の内向性格、気分の変動、定着しない不安傾向を注目すべきものとしてあげ、更に精神疲労、心配、心気観念、ぼうとする感じ、汎神経症症状をいい、患者が神経症症状をあつかうやり方を問題としている。*Mayer-Gross* は全例の4%は15~25才に発病し、軽度うつ状態、多くの心気観念、現実からの遮断、人格の変化をいう。病前性格の発見に生活歴の重視をいったり、分裂気質を強調する諸家もある。逆に *Bellak & Parcell* は海軍の精神分裂病の事故兵について典型的な病前分裂気質を発見せず、内向、外向、混合の型は一般人口のそれに近いとみている。*Caldwell* は陸軍の患者で25%が1月~5年の神経症症状が先行し、40%に家庭結合が強いとし、病前性格は分裂気質、同調型、精神病質、神経症性格の順に多いという。また促進因子の50%に性異常をみている。*Bosch* は *Kleist* 学派の症状を論じ、病型の規定をなし、精神分裂病を神経症、精神病、痴呆の形であらわれる素質性の症状群であるとする。そして単一型は精神分裂病に属せしめず、病態生理的中毒的伝染病的過程により症状が特色づけられ、神経、内分泌、臓器、代謝の障害をあらわし、予後、診断治療を左右するという、その他初期症状の標識として、刺戟に対する不関性、象徴困難 (“*Dyssymbolie*”), 鏡徴候 (*mirror syndrome*) 等が諸家によりあげられている。

末期症状について *Wildermuth* や *Kant* ものべているがここで特に *Arieti* のものをのべる。彼によると前末期では皮膚をひっぱたり、毛髪を抜いたりするリズムカルな運動、つまらぬものを貯える。自分を奇態にかざりたてる。発病後7~40年経過しておこる末期は静止期であり幻覚、妄想の影響はなく、言葉少く、時に衝動的に暴力、破壊行為をみる。掌握運動、何でも、ものを口に運ぶ行為、食物のひったくり、迅速な摂食、特に疼痛に対す不感覚があらわれる。

その他発熱、また、小人幻覚をいう人々がいる。*(lilliputian hallucination)*……振戦せん妄によくみられる幻視)

生理学的標識：特にドイツ精神医学に盛んである。*Lehmann-Facius* の髄液の免疫学的検査は精神分裂病に90%以上の陽性率を誇ったがその後の諸家の追試の結果、確証なされていない。その他髄液のコロイド反応、血清の凝固、脂肪代謝、抗インシュリン効果、血管壁の緊張等を用いる検査はあるがいづれも、精神分裂病の診断に特有の反応をあたえると認められていない。

心理学的標識：心理テストを用いる方法であるが徐々に文献が増加している。*Piotrowski* は *Rorschach* テスト、*Rapaport* は *BWIS*、*Babcock*、種々の分別テスト、*Rorschach* テスト、理想検査 *TAT* の所謂テスト、バッテリーを用いて研究している。*Rapaport* によると各テストでは *BWIS* が一番有効であるが、諸テストの総合判定が確実な診断に到達するという。

その他の標識：人類学的、遺伝的等諸種みられるが確実なものはない。

鑑別診断：ここでも当然精神分裂病の概念が問題となる。アメリカの精神医学は概ね、広い概念をもっているが鑑別診断の対象として次のものがあげられよう。

精神分裂病様精神病 (*Schizophrenia-like Psychoses* 或いは *Schizophrenoid Psychoses*)

“*Oneiro phrenia*”: *Meduna* のいうもので意識のにごり、夢幻様錯乱状態の如き意識障害が前景にあらわれる。発病は急性で予後は良好、メトラゾール或いは電気ショック療法でよくなる。

戦時精神病：兵士に多くの発生がみられ、精神分裂病と殆んど変らぬ臨床像を呈し、予後が極めて良好なるものをいい、精神力動的に問題解決の試みのよみとれる事例もあり、多くは急激に短い経過をとり急激に終る。新しい疾患でもなく軍隊という特殊環境に特発するものでないとのべる人もいる。

神経症：神経症より精神分裂病への発展はないというが、精神生物学派の見地は病前性格が典型的に表現されず、神経症その他の適応の方法が失敗した後、最後の形として精神分裂病がでてくるという (*Miller*)



神経症と精神病の差は量的にすぎぬとは精神分析学派の伝統的立場である。これは精神分裂病に対する精神療法の試みに関係する (Sullivan, Federn, Fromm-Reichmann 等)

精神分裂病と精神衰弱やヒステリー等の関係を諸家は論じている。

そううつ病：混合型、或いは schizo-affective disorder とアメリカでいっているものとの鑑別、緊張病の亢奮とそう病の亢奮の区別が問題になる。Bonner & Kent はそう病と緊張病のそれぞれ 100 例ずつの亢奮状態をしらべ、2 例の確実なそう病患者に蠟屈症、途絶 (これらは緊張病にみられるのが通例である) 精神分裂病患者の 1/3 に観念奔逸、注意散乱、衝動、(これらはそう病に通例よくみられる) 多くに多動や社交性がみられた

という。

産褥精神病：精神分裂病の発現が出産前後にみられることは諸家の注意するところである。

退行期精神病：この疾患の概念も曖昧であり、精神分裂病とするか、他のものなのかは診断者の選択にまかせられる状態である。

器質性精神病：進行麻痺、脳腫瘍、脳萎縮、脳炎後症状、ウイルソン病、クッシング、てんか病、アルコール幻覚症、ブロマイド中毒後症状等が精神分裂病とまぎらわしい症状をあらわした事例が諸家によりのべられている。

精神薄弱：接木性精神分裂病が問題になる外、緊張病と診断された患者の 23.9% に精神薄弱の精神病、症状精神病があったという報告がある。

(続く)