Bellak の精神分裂病の概念（その3）

杉　原　　方

次はＥＣＴである。この療法は1938年 Cerletti & Bini により始められた。50～65サイクル，110～125ボルトの電流を頭部に流して痙攣発作を誘導するものである。この時100～800ミリアンペアの電流が流れていると考えられる。

施行前，心疾患，結核等の患者を除外するため，胸部Ｘ線撮影，心電図等が望ましいとされるほか脊椎等のＸ線撮影がすすめられる。

施行は仰臥位であるが，側臥位を推す人もみられ，痙攣による種々の障害を避ける工夫がなされている。

禁忌としては心臓血管系障害が問題になる。また骨，関節の疾患，脳の疾病も考えられる。しかし研究者により意見がことなる。

生理学的研究：痙攣後，徐脈，不整脈等がみられ，赤血球数の減少，リンパ球増加，コレステロールや糖の増加がある。痙攣後に錐体路徴候が一時的にみられ，把握反射もでることが諸家により認められている。

髄液は変化をみないという報告もあるが，pHの低下，乳酸，糖，燐酸塩の増加，細胞の増加，蛋白の増加の所見もある。

合併症として，呼吸停止はよくみられるが人工呼吸，酸素吸入，強心剤注射等の施置ができる用意が肝要である。小発作のあと痙攣がきたり，痙攣のない場合が危険であるという人もいる。

骨折及び脱臼は欧米人に多いようである。

精神医学面の合併症，器質性精神症状として意識混濁，失見当識，感情失禁，幻覚，記憶障害，集中困難，知的障害，疲憊傾向，保続が治療の5回までにみられると Kalinowsky は報告し，Heuyer et al も記憶障害（一過性の健忘）をみている。

続発現象はいわゆるショック後興奮が多くみられ，頭痛，錯乱，痴呆，体重増加，月経異常，痙攣，片麻痺，健忘等がある。

病理学的所見として，脳膜や脳の小出血，細胞の変化をいう人もある反面，まったく変化をみないという報告も二三にとどまらない。

死亡率は Kolb & Vogel によると0.5%，Impastato & Almansi は0.8％（ＩＣＴでは0.5～1.29％，ＭＣＴでは0.3～0.29%としている）Kalinowsky は0（2000例）という。

変法としていわゆる電気麻酔について諸家の研究があげられている。

効果：治療回数は15～20回が限度とされる。急性の方が効果がよく，60～80%の治癒率があるとみられる。緊張型によいという人が多い。しかし効果判定の時期が問題となり慎重を期す必要を主張する研究者もみられる。

第11章は混合ショック療法の研究であるＩＣＴの低血糖の患者にＭＣＴあるいはＥＣＴが施行され有効であると述べられている。またＩＣＴ，ＭＣＴ，ＥＣＴの優劣，病型の適応等について述べた報告があげられている。

作用機点の研究としては低酸素症が一番問題とされているようである。その他は自律神経系，体液，代謝等が論ぜられている。

生理学的研究は実際に治療を行った時の人の所見と動物実験によるものがみられ低血糖の生長，痙攣との関係がしらべられている。

心理学的研究では恐怖の効果，治療前後のテスト所見，記憶障害等の研究がある。

病理学的研究では皮質に変化をみる場合もあることをしめしている。

第12章ではショック療法の問題点と題して Bellak はわざわざ一章をさいて自己の意見を述べている。

1．計画性がない。勤務の片手間にされる研究が多い。
2．対照群がつかわれていない。
3．統計学の採用の必要性。

4．診断基準の問題。
5．標準化（各研究者の比較のため）
6．治癒の客観的基準。
7．治癒の判定を第3者に委ねること（実験者の bias の除去）
8．追跡研究（時間経過の問題）
9．再発数，疾病期間。
10．療法の形式。病型との関連。
11．治療したために生じた障害。
12．療法の作用機点。
13．共同研究の必要性。

以上 Bellak のいうところは単にショック療法のみならず，広く精神医学の研究一般に通じる点を含んでいる。とりわけ診断基準，治癒の基準等は20年を経た今日でさえ充分解決されていると思われないし今尚，統計的手続を怠たった少くとも自然科学的研究といえぬ報告がみられる。さらに統計的処理は施されていても，実験者の意図がありありとみえすいていて，公平なる立場からの判断から下されたと思われぬ判定をもとにしている研究も少くはない。もっとも人間を対象として，実験をするよりも，治療をしなければならぬ臨床医の立場からでは多大の困難があることは言をまたない。

第13章は身体療法の種々なるものがあげられている。アンモニウム塩，窒素吸入等による痙攣を行うショック療法の変法，アセチールヒヨリン等による脈管系に変化をおこす療法，硫黄等による発熱療法，持続睡眠療法，カフェイン，覚醒剤等による刺激療法，抗網赤血球毒素，ホルモン，ビタミン，輸血，自家血清等々による治療の試みがある。前頭葉白質切截法についてはやや詳細に述べられている。これは Moniz により 1935年始めて試行さたた。Freeman & Watts によるとすでに 50年前，Burckhardt が精神症状除去の目的で破壊的な脳手術を行ったとのことであるが，当時の脳生理学，解剖学の知識よりして彼の手術は治療というには程遠いものであったとみている。しかるに Moniz は精神障害は脳細胞の機能的組合せが固定したものとし，手術はこれをやぶるものと考えたのである。彼の手術のあと症状の消失，また軽減をみ，いわゆるプロセス分裂病がよくなり，特に妄想型に成功するといった。Bellak は諸家の経験を紹介し，いずれもよい成績を得たという。ついでアメリカで最初に前頭葉切截術を行い，1942 年〝精神外科〟を著した Freeman & Watts の業績を中心に章をすすめている。すなわち，両側の手術に多くの成功をみ，疾病初期の方がよく，手術の適応は患者の感情反応を基にして，年令，性別，知能，疾病期間，身体状態は無視してよいと考えた。興奮，抵抗，昏迷，破壊行為，斗争は手術に適し，従順，空虚，感情鈍麻は禁忌とした。また手術の成功を即座に知るものとしては失見当識，無応答，失禁をあげ，上機嫌，多弁，独立への欲望や能力がすぐもどることは再発の先行者であると信じた。

手術後 2 ケ月で積極性が獲得されるのはよい徴候であるとみた。1946年 彼等は 331例の報告をなしたがほぼ半数が職につき，¼が在宅，¼が死亡か在院している。10%に痙攣発作の招来をみた。Sargant & Slater は術後の痙攣発作やてんかん重積症の研究をし，脳波や家系調査より，てんかんの傾向あるものを手術不適応とした。

Bellak は最後に精神医学における外科療法はなお議論の余地があるが慢性例によいようであり初期のものには結果のいかんにかかわらず不適切であるとみている。初期のものは特種の療法を施されなくとも予後は良好であり，外科手術による破壊的非可逆的手段を正当とするものはみあたらないと結んでいる。

精神外科はわが国においても戦後直に導入され，精神分裂病に対する新しい療法として前頭葉切截法が行われた。外科手術を施行するための厳重で，慎重な準備と注意，生命の危険，術後の看護の繁雑さ，外科医または外科手術の経験のある医師及び熟練した看護婦を必要とすること，病院または外来の日常業務として容易に施行し難いこと等にもかかわらずショック療法に無反応の患者や慢性例に極めて良い結果をしめしたとして盛んに施行された。精神分裂病の治療法の主流となってショック療法にとって代るのではないかと思われた。実に多年，病院に沈積している多数の，特に慢性の患者に対する救いの希望が大いにいだかれたものである。しかし，治療法の評価はまことに困難をきわめる。精神外科手術の効果判定のための推計学的計画はむずかしいし，動物実験のよ

うに，治療効果のないと思われる手術侵襲を人間の脳にあたえることは出来ない。諸変数に応じて対照群が巧妙にとられたとしても結果の判定の問題がのこる。手術群はそれであると何人にもわかるし，その結果また手術後の看護の必要性のため，対照群と異なる扱いをうける可能性が生じ，判定に影響をあたえる。全く第三者である判定者を用いても判定基準が問題になる。さらに時間的要因が入り込み，自然治癒，再発，再調査の時期が効果を云々する場合にみのがすことはできない。

現在，精神外科は精神分裂病の治療として殆ど世界で行なわれていないといってよく，精神安定剤による薬物療法が盛んななかで，1949年の生理学及び医学部門のノーベル賞受賞者 A.C. de Abreu Freu Egas Moniz (1874—1955) の栄誉が残光を放つのみである。

14章 精神療法は5頁がさかれているに過ぎない。Bellak は精神療法を，指示—，非指示—，表現—精神療法にわけ，精神分裂病の療法もこの3方向に副うとし，古典精神分析が精神分裂病を自己愛神経症と考えて，対人接触の面より，精神分析に向かないとした点が精神分裂病の精神療法が盛んにならなかった原因とみている。

しかし最近精神分析を含む精神療法が精神分裂病に施行されるようになり，そのうちの主な研究者の見解を略述している。

独自の自我心理学をもつ Federn の自我境界に強調をもつ療法，Fromm-Reichmann の精神分裂病患者に転位の欠如があるのではなく，分析者はこの重要性を理解し適切に扱うべきであるという見解，その他 Tidd. Essler. Knight. Kubie の技法，Milici の Graphocatharsis, Krains の指示療法，Ernst の表示の問題，Boss の治療原理，Wyrsch や Betz の療法，Auten の亜急性例の外来治療，Fischer の精神ショック療法，があげられている。

次章は予後について述べられている。もともと本疾患が疾病単位であるのか，症候群であるのかの決定がみられないところでこの問題を論ずるのはむつかしい。また治癒及びその程度について判定基準が研究者各々によりまちまちで，比較検討が困難である。さらに治療が予後にいかに影響をあたえるかも問題となる。

Bellak は自然治癒，追跡調査，一般，身体，遺伝的基準，ショック療法の予後に関する研究を多数あげたあと，次のごとく要約した。ショック療法非施行例の予後について，各研究者間に診断及び判定基準の変動があり，客観性を欠き，疾病期間，病型，再調査時期に一致はみないが，全般として22～53.6%の軽快率がみられ，病型別にして下限と上限の差はあまりない。治癒の段階は研究者によりことなり，結果は違ってくる。調査基準，事例の選択，退院後の環境，年令，体型，知能等に予後は左右される。一年後の再調査は好結果をしめす。発病後すぐ入院したものの予後はよい。以上のごとく述べたあと次の若干の基準をあげ個人症例の予想に役立てようとしている。

(1) 家系中に遺伝負因があるとわるい。
(2) 病前性格が狭窄あるいは分裂気質はわるい。
(3) 突然の発病はよい。
(4) 発病年令が思春期前及び40才以上はわるい。
(5) 促進要因のはっきりしている場合はよい。
(6) 以前に侵襲のみられたものはわるい。よいという人もあり，3回目がよいという人もいる。
(7) 緊張型はよい。
(8) 錯乱をしめすものはよい。
(9) 感情が保持されているものは比較的よい。
(10) アミタール面接で反応のよいものはよい。
(11) 高いＩＱは回復に助けとなる。
(12) 1年内の疾病期間のものはよい。

ショック療法施行例の予後に関して，特別の療法を施行するしないに拘らず良好な予後をしめす因子は一致しているものが多いと述べている。また，病前性格が分裂気質でなく，発病が潜行性でなく，明瞭な意識状態で発病せず，促進要因があり，症状が精神力学から理解され，予後の良好である群を古典的な精神分裂病の反対の極に位置させ，ある症状をしめす症例はこの両極線上のどこか一点を占めるのであると考えている。さらに身体因子の最低の事例も必ずしも予後が良好といえぬことをみ，本疾患を耐えがたい事態への反応と解するならば，事態の重篤さと事態に対応すべき能力が問題となる。疾病を問題解決の形ととらえて，これに関し知能，妄想型緊張型の関係を論じ，最後に予後を決定するための客観的基準確立

の希望を棄ててはならぬとし，心理学並びに生理学的検査群による測定が助けとなるべきとしている。

合併症に関する章では Loewenstein の結核の罹病率及び結核による死亡率の諸家の研究があげられている。その他てんかん，神経病，出血等の合併症が紹介されている。

予防に関して残念ながら僅かに2頁が割かれるのみである。この傾向は後に発行された2冊の本においてもみられ，精神分裂病研究の目標がいかに遠い所にあるかを端的に物語っている。

精神分裂病の病因が不明であることが予防面で大いに遅れをとる原因の主なものである。

しかし促進要因の重要性を認識し，優生学から心理学に亘る広範囲のなかで予防が考えられねばならない。

Malzberg は一般に精神病特に精神分裂病は生活の複雑化に伴う挫折，不安定の増加とともにますと考え，予防としては安定をあたえることであるとした。心理的なもののみならず社会経済的安定が必要であると考えている。

社会衛生の試みのなかで教育は変えられねばならぬと Fenichel は考え，Wittman & Huffman は親と教師の教育の重要性を強調する。

素質を重視する立場として Millici は結婚問題に着目し，児童相談所や早期診断のための施設の増加をすすめている。さらにはげしい態度で臨むのは Kallmann であって本病を劣性遺伝疾患と考え，優生学的手段以外に減少せしめる方法はないと考えている。

18章は小児期の精神分裂病について6頁がついやされている。後の2冊の本と比べると，この主題についての頁の配分は非常に僅少である。この時期に広範囲に亘り研究をなしたものとして Bradly がここではあげられている。

発生率：Bradley によると精神分裂病の全年令症例の1％が小児期の精神分裂病である。Luris et al はシンシナティの児童相談所事例無選択千例中1.3％がそうであるというが，問題児症例中よりみる発生率であって，もとより一般人口に当てはまるものではない。その他 Falstein は1000例中20人を精神分裂病と診断した。

症状：Bradley は周期激越型（寛解と再発をくり返す急性の発病）と第2型（遅速潜行の発病）をいい，接枝分裂病を第3型と考え，また Bowen と共に14人の患者（7～11才）についてしらべ，刺激性，白日夢，奇異行動，個人的興味の減退，全般的退行を主症状とした。Despert は正常児と精神分裂病児の思考の比較について研究し，正常児は空想の表現には環境に対する積極的な統制をとどめるに反し，病児は感情的興味を現実から引きこめてしまうとした。さらに29人の1～6.5年の追跡調査で7例が急性，16例が潜行性，7例は潜行後急性の興奮か無言症の挿間状態があった。潜行性の発病のものには重い遺伝負因がみられ，19人に母が攻撃的，父が受動的の傾向が認められ，12例に言語障害があったという。

Kanner によると緊張病症状が一番多く，次に破瓜型であって妄想型は殆どなく，dementia infantilis と称されるものは成人の単純痴呆型にあたると考えている。

Lutz は10才以下の20例より，症状は年令に応じて特長があるが成人ほど分化されていないという。精神分裂病の1％以下が10才前に発病すると考え，前述の Bradley の2型を認める。診断については時間的要素が大切であるとし，人間関係，感情，連合における，いつも存する，回得の見込みのない遅れを見つけるのが肝要だといい，さらに精神病が早期に発病するほど予後は悪く，現行の治療法のみではある程度の成功しか得られないと述べる。

児童の症状と成人の症状とは大差がないと Langfeldt は述べているが，被影響，被動，非現実感の判然とした症状をもつ進行性の精神病はおこらないとする。緊張型の多いことに同意し，10才以下の14例に接触-，言語-，感情障害がみられたという。

その他，長期観察の1例報告，器質性脳疾患とみられる症例，心因性とみなすに足る機制等の研究の紹介がある。

診断：症状学が確定されぬためむつかしく知的障害が分裂病思考と間違えられやすい。ロールシャッハ・テストでは Piotrowski によると精神分裂病は一般的印象で答え，精神薄弱は考えを発展，混合するよう試みるという。また，知能テストでは精神分裂病は作業テストより言語テストの

スコアーがよいとする。

Binswanger は精神分裂病の多形体を論じ，Freud の Wolf-man 症例が多形体の原型であり，早期の神経症性発現は後の精神分裂病の小児型に導くという。

治療：心因性をとるならば本人及び親に対する精神療法が適切とされる。ここでは Cottington により施行されたＭＣＴの治療結果が紹介されているにすぎない。

予後：一般に不良とみられている。Lay は文献を総合して，19%が軽快するが再発例があるため，14.4%のみが軽快を保ち，66%が未治であるとした。

Lourie et al は20例よりＩＱが70以上ならば予後はよく，無言症をしめし，言語テストに非協力で，会話に入らぬものは予後不良である。ロールシャッハ・テストで協力できるものは予後がよい。脳波検査は助けとならないという。

19章は今までの章に入らない主題のものや特異な研究または症例報告があつめられている。法医学方面ではドイツの文献が多く，精神分裂病を遺伝性退行疾患とするナチ時代の見地を踏襲し，離婚，優生手術等の問題が論じられている。

犯罪面より精神分裂病は危険であり，殺人が多いとする人が諸家にみられ，初期が危険であり，また少年非行者に本疾患々者が存すともいう。

軍隊にみられる精神分裂病について，急性の発病，短期の経過，早い終末は諸家に一致をみている。

Caldwell は100名の陸軍の事故兵を調べ，病前性格として分裂気質が多く，次いで同調気質，精神病質，神経症であり，半数は妄想型でまた半数に性的異常をみ，軍隊環境が関係するという。

多くの研究者は軍隊における精神分裂病の発生率は一般人口より大ではないとしている。

これより本疾患が心因性でないとか環境に左右されないとするのは早計であって，すでに軍隊では選択された者が入っている。精神分裂病様の症状は軍隊生活という環境的外傷と無関係でないと Bellak は考えている。

その他の研究では境界線分裂病，分裂気質に類似のパーソナリティ，病者の詩，絵画，アルコール中毒により精神分裂病が頓挫した例，異物穿孔による腹膜炎で死亡30分前まで何の症状をしめさなかった症例，３人兄弟が軍隊が発病した例，妄想型の色彩のある緊張型の男子で死因が発見されぬのに強い希死願望のうちに死亡した例，精神分裂病者は同胞の死亡を経験するものが多いという報告（356例中39%），ナルコプシーから発病した精神分裂病の症例等がある。

終章は要約と結論である。精神分裂病は社会的にも大きい問題をもち，あらゆる面からしても最も重要な精神障害であるのみならず，その発生率罹患した個人の悲惨な状態，社会のかかわりあいからみてあらゆる疾病のなかでも一番重視すべきものの一つであると述べている。

病因として呈示された諸種の成績からみると，われわれが精神分裂病といっている臨床像は多くの病因が関連している症状群あるいは反応型であると信じると述べ，精神分裂病の疾病単位であることを否定している。

病因は器質因性と心因性の連続の線上にあると考える。身体的素因，社会心理的素因，心理的促進要因，身体的促進要因と考えるのが診断の助けとなるとする。

精神分裂病と早発痴呆をわけようとしているようであり，精神分裂病では身体的素因が最少で心理的促進要因が最大のものであるとみ，早発痴呆ではその逆であるとする。これは予後の研究からしても区別の正しいことが言証されるとし，病前性格の良好なこと，急性の発病，促進要因の存在，症状に錯乱，緊張病症状，感情障害の存在が予後の良好なことを更に示し，特別の治療が施行されるかされざるにかかわらず予後はよいのである。

生理学的研究ではそのデータが病因と認められるのか，広範な疾病の一つなのか，感情障害の結果なのか，きめるのは容易でない。重要なことは本疾患より得られたデータは変異の幅が正常より大であるということである。ある研究は本疾患は刺激に対して効果的に適応することができないことを暗示しているが精神分裂病と早発痴呆にはっきり区別できるようになればと望まれるという。

心理学的研究は２群どちらにも，診断，予後，治療の点より重要であって，特に精神分析は疾病の理解，治療効果の予想，疾病の調整に助けとな

る。

現在最も論議の多い事柄の一つである治療法について詳細に述べられている。ショック療法の長期間に及ぶ価値については，未だ明確な結論はあたえられていない。しかしショック療法はよい結果をもたらすようである。

結論として Bellak の述べていることは次のものである。即ち精神分裂病に関する研究は日常多忙な臨床医の副産物であるようなものが多く，研究団の構成が必要と思われ，共同研究が望ましく，情報交換所或いは中央情報局の如きものが要請されるべきである。統計学的に疑義のない実験計画が肝要であり，診断基準の標準化，客観的基準の制定が推進されるべきである。（心理テスト或いは生理学的検査の適正な使用），最後に診断カテゴリーの変化が暗示されている。心因性の優位な，良性の経過をとる精神分裂病と古典的な，素質のつよい早発痴呆を分けるべきであり，更に第3のカテゴリーとして精神分裂病様精神病—急性，短い経過，良性，ヒステリーを思わすような症状が優位で夢幻様，錯乱状態—が考えられる。

最後の頁に病因となり得るものの表示がある。

解剖学的要因

循環器の形成不全，網内系の障害，人類学的体質的要因，肝臓の中心性脂肪変性，毛細管の欠損，中枢神経系の異常

生化学的要因

炭水化物—類脂体代謝障害，異好性抗原に対する敏感性，脳における炭酸脱水素酵素の分布状態解毒機能障害，身体化学物質の変質，コレステロール　レベルの障害，イミダゾール

内分泌要因

内分泌器管の発育不良，副腎—性腺症候，甲状腺—脳下垂体機制

遺伝的要因

一卵性双生児の問題，家族傾向

伝染病

結核，ロイマチス性脳病，インフルエンザビールス性脳炎，腸内細菌

生理学的要因

自律神経系不安定，間脳の弱体，てんかん様律動異常，腸肝性毒素，脳内血流，神経性不統合

心理学的要因

精神分析理論，解離，事態要因，感情後疲憊，精神エネルギー低下

その他の要因

生れ月，文化的要因，外傷

以上で Bellak の精神分裂病に関する総説3冊の第一部である Dementia Praecox, The Past Decade's Work and Present Status: A Review and Evaluation について簡単にふれてきたわけであるが Bellak が文献を世界中より求めようとしても，アメリカの文献が大部分を占めていることは否めない。

この労作が総合的というよりむしろ網羅的であって，一つの業績のなかの個々の成績が異なる題目のなかに顔を出していて，一人の研究者の統合された見解がみあたらぬ場合もある。しかし限られた場所で成果の紹介と評価をなすのは困難であり，研究目録のような形で利用するにはこの方式の方があるいは便宜であるといえよう。

注目すべきは精神分裂病の疾病単位と病因に関する Bellak の考えである。彼は本疾患を色々の原因から生起し得る症状群であるとし，病因は器質因性から心理因性にわたる素質と器質性促進要因から心理—環境的促進要因にいたるものを認める。

この本ではいわれていないが所謂，〝精神分裂病の多要因—精神，身体仮説〟(multiple-factor, psychosomatic theory of schizophrenia) である。しかし彼は又，精神分裂病，早発痴呆，更には夢幻，錯乱状態を発生状況，予後等よりわけて考えようとしているが，たとえ同一の原因で3つのカテゴリーの症状が発現し得るものとしても，疾病単位とせず症状群として精神分裂病をみる見地からすると余計なことのような感じがする。もし別々の原因で生じ，はっきりとした疾病単位が認められるなら当然，精神分裂病から除外して考慮すべきものであろう。

Schizophrenia, a review of the syndrome は前書 Dementia Praecox に続くもので，1958年発行され，出版は Logos Press, New York とかわっている。Bellak は協力者，Paul K. Benedict とともに編者としてある以外に，序言及び本文に3つの章の著者，或いは共同執筆者として貢

献している。序文において彼は，絶えず増加する文献に応接する暇は少く，個人で処理し得る仕事としてはあまりにも大きすぎる故に，多くの人々の協力を求めたのであると述べている。多数の人の参加は編者の個人的様式の維持を困難にし，人それぞれの関心が異なるため焦点が一定しないきらいが生じてくる。

文献は約4,000があげられ，1946—1956年のものが主となっているが，それ以前のものも含まれるが外国文献のすべてが網羅しつくしたとはいえぬとしている。

本書では Bellak は精神分裂病は単一疾患でなく，種々の原因により生ず症状群であり発展，発達の失敗である退行の結果とみなす。自我機能の欠損は色々の手段でおぎない，軽減さすことはできる。そして患者は臨床症状からみるとよくなっていても対象関係，現実吟味，思考等の良好な水準に達しはしない。この水準に達するには治療或いは更生が必要であって，梅毒や結核に特効的に用いられる様な〝魔法の銃弾〟の存在は論理的に可能であると信じられない。いつか精神分裂病の発生を防ぐことができるかも知れぬが一たび発生すると広義の精神療法が他の療法よりも主役をとると思うと述べている。

患者の環境要因は病因の大きい一つの要因であって，特に教育，育児が本疾患予防の一つの接近とみなされる。しかしこの実施にあたっては個人の自由の侵害もおかすおそれがあるが Bellak は重い病の親を強制して精神療法をうけさせるとか，子供を治療におくるのを義務づけるとか，離婚等に精神医学者の参加を日常業務とし，健康な感情の環境を用意せしめる，或いは医学や社会学の科学者のチームにより陪審様の母体をつくり，精神の健康を守るため働くことを考えている。特に犯罪者の場合に，恐らく多くの人格障害は転位しないし，夢想的な感傷は社会を守ると同時に，個人の幸福の最大の機会をあたえる現実的なやり方の代用とはなり得ぬことが理解されねばならぬと述べ，精神分裂病の問題からはなれたようであるが個人，社会の問題は同じ一つの問題であり，この本が本疾病によりよい理解を寄与し，我々の治療の可能性が実現に近づくようになるのを希望している。

前書 "Dementia Praecox" と本書の違いは前述のもののほかに，まず第一章において Bellak が精神分裂病を自我機能の障害として捉えていることが目につく。この自我機能障害が多様の病因又は病因群といかに関係し，診断，治療，予後とどのようなかかわりあいをもつかについて詳述している。次に診断及び症状論がかなりの分量で述べられている。第3に精神分析が心理学的研究から独立した章で言及され，精神療法に関する事項は前書とは比較にならぬほど大量に入っている。ICT，ECT については前書とあまり変化はみられぬが，精神安定剤と精神外科がそれぞれの章をもっている。更に小児分裂病は非常に増して139頁も占めるにいたっている。

本書では文献は巻末に各章毎にあつめられてあり，序言と文献をのぞく本文は753頁になる。尚編者の一人である Benedict は精神医学者であり，人類学者でもあって，その方面の業績として「未開社会の精神病」（I. Jacks と共著）をはじめ，東南アジアの言語や文化に関するものがあるが，本書では精神分裂病の社会—文化要因と精神分裂病の特殊領域の2つの章を受けもっている。

Bellak は David Beres により自我の機能を現実との関係，衝動の調整と統御，対象関係，思考過程，防衛機能，自律機能，合成機能と大別してそれぞれにおける障害を含めて説明を加え，各機能の発達と精神分裂病との関連について述べている。更にこの自我機能障害の度合の捉え方を論じ心理テストや生活歴聴取よりする把握の可能性を述べ，病状の評価の問題を提出している。臨床上，精神分裂病という症状をあらわすこの自我機能障害は心因性にても，体因性にても生じ得ることを述べ，特に児童精神医学からの知見を引いては，早期の母子関係が身心共に強い影響をあたえることやＬＳＤ精神病や知覚奪取(感覚隔離)の実験結果をあげては同一体験が毒物からでも，心理学的過程からでも生じ得ることをもって Bellak 自身の多要因仮説の援用をしている。多様の原因で発生する疾患とみなしても，臨床上この疾病は自我機能の障害としてあらわれ，今，或る一人の人が本疾病に罹患しているか否かの診断は自我機能の障害の度合いを基にしてなすことができる。平面図であらわすと一方の端に正常群があり，反

対の端に精神分裂病があるとする。ときにある広がりをもっているとみなす。

精神分裂病とかさなりあって，そううつ病が正常の方にのびてあり，その上に三重にかさなり，正常群ともかさなる部分をもつものに神経症，性格障害その他があると考えている。又境界線—，初期—，潜在—，潜伏—精神分裂病の鑑別診断について短い言及がある。

最後に治療と予後の面における自我機能障害としての精神分裂病について僅な記述があるが，いずれにせよ自我機能障害の度合いの客観的な評価が標準化されぬ限り如何ともなしがたい問題のように思われる。以上が Bellak 自らが受けもった第一章「精神分裂症状群」のあらましである。本疾病を自我機能障害として把握する彼の考えは第三冊目の本である "Schizophrenic Syndrome" に更に展開されて述べられているのでここでは簡単にしてとどめておく。

第二章は生体統計であって Paul V. Lemkau と Guido M. Crocetti が記述している。統計の材料となるものに入院を要す重症例が多いことと精神分裂病の定義が時代とともに変遷することをまず問題としている。次いで西欧社会外の発生率について考察し，人種，事態の如何に拘わらず発生率は同じとされたことを支持する事実も少なく，さりとて未開社会では低い発生率であることを証する資料もないという。しかし本疾患は人類のあらゆる文化内にみられ，たとえ西欧型社会以外での発生率や有病率の信頼性は少ないとしても，注意深い研究の結果は本疾患がどこででも同じ発生率をしめすであろうと述べている。診断が研究者によりまちまちであり，統計資料の基礎に入院患者数を用いているが，西欧型社会における本疾患の発生率を諸家の研究をもとにして，人口10万人につき50～250人が1年間に発病し，1,000人の新生児のうち10人が本病にかかると算定している。有病率は慢性例の扱い如何により発生率より妥当性に欠けるところがあるが人口10万人につき約290人が本疾患にかかり，そのうち147人が入院しているとする（いずれも Lemkau et al 1943)。

アメリカでは本疾患は精神病院の病床の約半数をしめ，平均在院年数は13年とされているが，多くの病院で在院期間の短縮がみられはじめているという。年令の若い層ほど早期退院の率が高く，下位の社会経済的集団で精神分裂病が，上位ではそううつ病が比較的多いとみられる。移動集団では発生率が高いが前分裂病状態であるため移動しやすいのか，異なる文化への移動が stress となるのか不明であるという。

第三章では病因，病原，病理が Winfred Oberholser と Sidney L. Werkman により述べられている。神経病理学に関して，1946年来，白質切截法標本についての研究が多く報告されているがその結果は Wolf & Cowen の述べているところにつきていると思われる，即ち〝精神病患者の脳の生検標本について通常の神経組織学の技術は何ら恒常的な或いは特異性のある病理変化をあきらかにしない。補助となる組織化学その他の技術の応用がない限り病因因子の解明は困難である。文献にみられる病理変化は脳の各所における神経細胞の欠損から多様の細胞の変性に及んでいるが，これらは非特異性であり，対照群にもみられるし，標本採取時に生ず人工産物とも考えられる。〟といっている。その他顕微鏡的異常というものは正常変異の幅のとりちがえ，人工産物の解釈のあやまり，無批判な結論に帰するとまでいっている。しかし精神分裂病をはじめ病因不明の精神病の器質的基礎を否定するものではなく，少くとも現在ではそのための信頼性のある組織学上の証拠はないのであると述べている。その他には視路，胸腺，手，睾丸，心臓，消化管等における病理学的変化の報告がある。

生化学的研究では緊張型の毒素病因説，炭水化物の附燐反応欠損，アセチルコリン欠乏，stress に対する副腎皮質の応答の不足，大脳血流中の酸素の欠乏，髄液中の鉄の量と症状の関係等がみられる。Eaton & Muntz によると血液生化学的指標の値は精神分裂病では正常範囲内に広く散らばっているという。Protopopov は蛋白質代謝の先天性欠損を強調する。又，幻覚発現剤の研究より，このような物質が代謝障害の結果体内に生じたものが精神分裂病であるという見解をとる人々がいる。しかし幻覚発現剤による精神障害は精神分裂病そのものの症状に類似するところが少ないという研究者もいる。

神経生理学では新皮質，辺縁系，間脳の関係が

注目されているが決定的な結果の報告はない。

心理学的研究について最近の文献では器質的，代謝レベルのものが多くて，過去に精神力動的起原を強く主張した人々の声は静であるといっている。しかし Spitz や Bowlby を引いて生後早期の心理的外傷は本病の病因たることを支持し得ると考えている。

家族研究：Gerard & Siegel は71人の男子精神分裂病者の家族背景をしらべ，この疾患は家族関係と態度の発展であるとの仮説をたて，親は成人としての婚姻関係になく，自己の不安定を子供に投出する。母の過保護と父の不在又は不適当がみられるという。Richard & Tillman は76％に支配的な母，13％に顕在の拒否，63％に潜在の拒否でしかも過保護をみ，Lidz & Lidz, Lidz et al は50人の患者のうち20人は19才までに死亡或いは別離により親を失う。20人は互いに性が合わない親をもち，18人は変った環境で成人し，ただ5人だけが安定した家庭を持っていた。患者の父はその役割りをみたさず，家族や子供の育成に重い影響をあたえたと述べている。Nuffield は32人の患者の母に過保護，息づませる態度，拒否をみる。Tietze は25人の母に心配性，強迫，支配，抑制をみる。患者は攻撃的衝動のはけ口を奪われているという。しかし Oltman et al によれば親の剝奪と破壊家庭の発生率は精神病と常人では同じで，神経症と精神病質より精神分裂病は低い。精神障害の発生率は親を失ったものとあるものとの群間に差はみられないとし，遺伝的素質因子の生物学的重要性を支持するようである。Myerson は遺伝の重要性を受けいれるが，社会事態にあらわれる不安の変形をのべる。Bonner は促進要因として有害な家庭環境，決定的生活事態，婚姻の軋轢をあげ，Milice は素質的妄想型のパーソナリティをもつ人の現実への適応の失敗の結果であるといい，Murakami, Murphy, Guntrip, Jenkins はそれぞれ，くりかえし生ず欲求不満を重視し，Warren は精神障害をおこした青年では早期幼児期に感情障害の発生率が高いという。Bonnon は発病における情動の重要性をあげ，Freeman は妊娠を促進要因と考える。Brew & Seidenberg は出産した妊娠に関連する103例の精神障害に潜在同性愛，妄想傾向，嬰児拒否をみている。Rosen & Kiene は軍隊での外傷性生活体験が問題となるとし，Szalita-Pemow は不安を強調し，Pious は生後一ケ月の母子関係を重視する。Bateson et al は有名な〝二重拘束〟事態を提示し，Perry はユング派より緊張病について退行概念をもって説明している。

同性愛：Kempf は両性同一視の葛藤と錯乱より精神障害が発生するとし，自己愛空想のレベルへの退行が生ずという。Marcondes は本疾患は同性愛に対する防衛ではなくて性関係の受動的役割に対する防衛であるという。Klein & Horwitz は男女各40人の精神分裂病患者をしらべ，妄想機制は同性愛葛藤で説明されないという。

ここでの研究では，対照群の用いられていないものもあり，研究者の bias も問題にはなるがしかし，例えば Lidz や Bateson のように今日の成書にその仮説が記載されている著者がみられるのは興味深い。