

Bellak の精神分裂病の概念 (その6)

杉 原 方

9, 10, 11 章は Paul H. Hoch と Harry H. Pennes により, それぞれインシュリン, ショック療法 (ICT), 電気ショック療法 (ECT), メトラゾール, ショック療法 (MCT) を含むその他の身体療法について記述されている。ICT の臨床面では個人差, 低血糖への過程外のものの相互作用, 「昏睡」の定義, インシュリン耐性が論述されている。技法と治療結果の相関について意見の一致はみられていないが, 10~15回の昏睡にて軽快が始まるもの, 施術後の平静期が早く出現するもの, 20~25回の昏睡までに症状のあともどりのないもの, 体重増加, 無月経期の延長が治療結果の良好と関係するとみている。

死亡率はかなりの変動をみこして, 一般には 0.0~1.29%とされる。その主要因は医薬に対する特異反応, 栄養不良, ビタミン欠乏症, 自律神経の不均衡, 治療に対する恐怖であるとする。

(Schefflen et al)

死因の第1位は不可逆性昏睡で, 次いで心血管及び肺の併発症である。

葡萄糖耐性の低下が治療後に復帰することや血糖レベルと低血糖の臨床徴候との直接の関係のないことが認められている。その他内分泌, 自律神経系, 血液化学に関する治療効果の研究がある。脳の病理変化は種々の原因でおこるが, インシュリン量と直接の関連がなく, 昏睡の深さと時間が重要であるといわれる。(Tyler & Ziskind)

心理テストによれば, 知的能力, ゲシタルト, 分類作業の障害が ECT より軽度ながらみられる。ICT による臨床的改善は MMPI, ロールシャッハ, テストその他にみられる。“objective test psychoticism” (Eysenk) による治療前の障害の度と ICT の効果の間に関連がないという。(Ke-ehn) ロールシャッハ, テストの知的退行のサインや評価法による不安, 緊張, 敏感のみられぬもの及び分類作業成績のよいもの, 外に向う敵意が評価法でみられるものは治療効果がよいと推定さ

れる。

治療結果について多数の学者は ICT が他の療法に比して優れているとするも, なお少数の反対意見もあり, 確定したことは述べられない。これには本疾患の疾病単位の問題, 自然寛解の存在, 統制群のない研究, 比較研究の困難ないし不可能なること, 更に患者数, 診断基準, 前治療及び入院の期間, 病院の型, 技法, 評価方法, 併用治療, 再調査法及び期間, 併発した身体変化, 社会経済的要因が問題となるであろう。

ICT のみならず, すべての治療法の評価の判定の基礎になる自然寛解率は 29.3%, $29 \pm 10\%$, 25%, 30~40%などと提示されている。しかしこれとても患者の状態, 入院期間, 再調査期間など考慮に入れてみてゆかねばならない。

かつて ICT の好結果を得た著者の多くは発病 6 カ月内のもので 70~80%, 急性及び慢性例で 40~50%の治癒率を報告している。これは多少とも標準とみられ, 自然寛解より ICT がよいと思われる。

統制群のある研究の総合したものでは Alexander は 9483 例に 61.3% (統制群の 2.1 倍), Appel et al は 16 の研究群より, $44 \pm 11\%$ (統制群は $29 \pm 10\%$), Standt & Zubin は 12 の研究群より 58% (統制群の 2.3 倍) の治癒率をあげている。

再調査期間が長くなるにつれて治癒率の低下することは多くの研究にみられ, 1 例では 12 年後の再調査で 26% とおいた自然寛解率と同じになったという。(West et al)

長期間の寛解は無理であっても入院期間の短縮 (3.3~3.8 カ月) 経費の軽減, 死亡率の減少などが ICT の利点といえよう。

ICT において好結果をもたらすものとして, 急性の発病, 反応性-心因性の症状, 病前性格が分裂気質でないこと, 挿話性過程の傾向, 疾患期間の短いことがあげられる。例えば発病 6 カ月以内

では60～90%の治癒率が算定されている。

病型に関してみれば、妄想型、緊張型、非定型に対して治癒率はよいと多くの人は認めている。妄想、幻覚、緊張病性両価性は悪い徴候とみられず、感情及び知的荒廃のあまり進行していない幼児性退行のもの、若年者の急性反応性妄想挿話、そううつ病傾向のものはよく、ひそかに進んだ中年の妄想型または仮性神経症性分裂病は不良である。

年令との関係は明確にされていない。良好な病前性格は治療結果はよいが知能との関連は僅少とみられる。

再発率は高く、治療後3～4, 5年で30～50%の再発率をみるというのが大体の意見である。

現在はもとよりこの時期でさえ、向精神薬及びECTの普及、技法のむずかしさ、煩瑣、危険性、予後の不良などより使用例数の減少がICTにみられる。

次いでECTに関して、標準或いは古典的技法の臨床面が述べられ、大発作が臨床上有用であると認めているが、経攣発作自体が治癒と直接に関与せず、中枢性の要因があるだろうという。更に電流の直接作用も除外できない。ECTによる器質性精神変化が治療に必要な否かは意見が2つに分かれている。

治療に対する不安は無知からくる恐怖、錯乱、失見当識や記憶欠損を自覚することから生ず心配、技法のまずさによる屯座性経攣の不快な想起がその源泉であるとみている。

治癒への臨床的関連症候として体重増加、無月経があげられる。

死亡率は諸家の集計によると極めて低い。死因の第1位は心血管障害である。また筋弛緩剤を施されたものに死亡率が高いという報告もみられる。禁忌であると従来からされていたものに施行した報告も多い、例えば大動脈瘤、肺結核、妊娠などである。

変法として、化学的変法、電気的変法があげられ、その外電気麻酔、焦点刺激療法、非経攣電気刺激療法などが記述されている。

身体組織との関係では、血圧は強直初期に低下し、間代期に著しく上昇し経攣後しばらくして低下し、20～30分でもとにもどる。(Brown et al)

心筋の酸素欠乏症をおこす機制も注目すべきであるとしている。

Kety et alは脳の酸素消費が中等度おち、脳血流が著しく減ずというのがWilson et alは変化なしとしている。内分泌はICTと同様の変化をみる。血液の葡萄糖、蛋白質、ナトリウム、塩化物カルシウム、炭酸ガスは増加する。リン球とエオジン嗜好細胞に変動がみられる。髄液では核酸分解酵素及び脱アミノ酵素の増加がみられた。脳波は経攣後、 α 平版化、し次いで徐波が両側にみられ、呼吸が常態にもどるにつれて、やや早い波が優勢となり、意識がもどる少し前に α 波が出現する。経攣後5～30分で正常となり、治療後みられる異常波はやがて消失するという。

心理学方面では間隙性の記憶欠損がみられるが機能性と考えられる(Fabing)また経攣後直には学習能力が強く侵かされるが可逆性とみている。その他、MMPIやロールシャハテストなどによる効果判定の研究がある。

治療効果の判定の困難さはICTと同じであるが、治療価値についての意見の相違はICT以上に大きい。一般にECTはうつ病によりよい効果をあげるとされている。Staudt & Zubinは治癒率52% (コントロール, 25～40%), Alexanderは49.1% (自然寛解率29.3%), Appel et alは32±10%をあげている。種々の要因の相違のため統計による比較はできないけれど、Gottlieb & Hustonは精神療法、ECT、ICTに治癒率の差はないとしているが、60%以上の好成績をあげた報告があり、治療回数の多いほど成績がよいようである。

再調査についてみれば、治療後5年後は自然寛解や α 非特殊療法 α の治癒率と変りがなくなるとみられる。

病型からみると、緊張型、興奮性、急性、錯乱性、 α 症状 α 精神分裂病状態、非定型、夢幻精神病の治癒率がよく、破瓜型、人格の保持されている者、偽神経症性分裂病はよくない。

多くの研究者はECTはICTより精神分裂病に対する治療効果は低いことを認めている。

次いで、ショック療法一般の作用起点について2～3の仮説を紹介している。間脳特に視床下部(Roth)、精神作用、睡眠リズム、体重、水分貯

留、食欲などの変化と治療との関連が主張されている。しかし Spiegel は脳全体の反応を云々し、Gellhorn は視床下部の中枢性刺激による交感副腎の機能減退をいうが、Brill et al の指摘する如く自律神経中枢の効果と臨床的改善の間に恒常の相関がしめされていないようである。

Alexander, L. は強いコリン性刺激が治療効果をもたらすとする要因の多様性のため自律神経の均衡の評価は困難である。その他 Selye の適応症候群の立場からの解釈もあるが ACTH やコルティゾンが無効であることの説明がつきにくいと思われる。

Himwich は脳の酸素欠乏症が2つの療法の共通因子であると考えているが、ECT の経率中の脳の酸素消費量を測定する手段がなく、臨床的改善と酸素消費量の変化と関連がないという成績や酸素欠乏療法の有効ならざることより結論は得られぬようである。

Roth はECT の非特異性の作用を主張し、ECT は新たに獲得された行動パターンを減じ、病前の人格の再現をつくるものであって、病的行動パターンと病前行動パターンの間がはっきりしているほど治療効果が大であり、従って神経症、潜行性の精神分裂病、病前人格の劣等のもの、破瓜型、長期罹病のものには ECT の効果は少いという。しかし非特異性の作用の説明が充分であると思われる。

その他 Meduna のてんかんと精神分裂病との生物学拮抗の考え方もある。

更にショック療法は自然寛解を促進せしめるにすぎないという意見もある。

心理学方面からは、依存的、助けのない患者の位置、罪、恐怖、死の脅威、累積された破壊エネルギーの放出、自我防衛の増強、葛藤体験の同化、昏睡そのものの精神力動の効果、健忘症の効果などが論ぜられている。

1つの仮説であらゆる臨床的現象の説明は不可能であり、比較研究のため統計上疑義をもたれない実験計画の設定はみられず作用機序の解明は近い将来には得られぬようである。

次章では MCT 及びその変法、ICT との混合療法、光ショック療法などの文献紹介がまずあげられ、その他身体刺激法、脳刺激法、冷凍法、気

脳術など略述されている。

また、外来 ICT やその変法、混合療法が述べられている。

薬物療法ではバルビツール酸塩、覚醒剤、アセチルコリン、ヒスタミン、二酸化炭素、アトロピン、メスカリン、LSD による治療まで言及され、その他ホルモン療法、持続睡眠療法、発熱療法などが述べられている。

次に種々のショック療法と向精神薬の効果の比較、向精神薬とショック療法の混用の効果などが述べられている。

最後に身体療法と心理療法の関係について記述されている。ICT がややすぐれているという報告はあるが統計的に満足出来る実験計画は非常に困難であるので確認にいたる道程はかなり難澁するものと思われる。

臨床上の印象からすると、心理療法はショック療法のよい結果を保持するための必須の附属物と考えられるし、また高度の心理療法は必要とされないといえる。心理療法のみと心理療法+ICT のそれぞれの治療率は評価法によって分けられた医師群により異なって報告されたという研究もみられる。

著者らの考えによると、外来或いは潜伏性^①性格神経症、“acting out”^②衝動障害、分類されぬ分裂病、Kretschmer の分裂質、仮性精神病質、偽神経症、低級の妄想のあるもの及び緊張型は心理療法によく、古典的の4病型、急性錯乱、非定型或いは未分化、うつ性、分裂情動精神病はショック療法によいとしている。特にショック療法後の心理療法は病型や症状にあわせて適用を考えるべきだとし、偽神経症には心理療法の外に覚醒剤、向精神薬、軽度の ICT、非経攣電気刺激を、古典的の4病型には ICT 或いは ECT を、破瓜型単純型には強力な ICT を、急性の緊張型や非定型の興奮には ECT を、緊張型には ICT と ECT の混合法を、急性と抑うつ^③の妄想型には ECT、それ以外の妄想型には ICT を適当としている。ICT 或いは ECT と向精神薬の混用はさけるべきとし、慢性例には向精神薬が好んで用いられ、再発には ECT 或いは ICT の繰り返えしまたは他の療法への転換がよいとのべている。

第12章は Harry Freeman により向精神薬の記

述がみられる。向精神薬が多量の効果をしめし、他の身体療法を駆逐し、病院の雰囲気を変え、病院治療そのものの変革に及んでいったのはこの時期からである。

向精神薬の主なものレセルピンとクロルプロマジンである。レセルピンは脳の全般的な代謝障害をおこさないとみられる。(Hafkenschiel et al, Le Vine et al) Bein は交感神経調節中枢の作用減退(多くは中枢性)、Schneider らは求心インパルスの遮断或いは抑制、Rinaldi & Himwich は一次性的視床下部抑制と中～間脳賦活系の刺激を作用機序としている。このような作用は例えばセロトニンのような化学的仲介物を通してなされるであろう。レセルピンはセロトニンの主代謝物(5-hydroxyindoleacetic acid)の尿への排泄を増加せしめ、脳組織より消滅したあとでもその薬理作用と脳セロトニンの変化は長く存続するという。(Shore et al)

精神病に対する神経、内分泌所見の関係はみつけられていないし、精神病との直接の関連も提示されていない。

クロルプロマジンは脳血流、酸化に影響をあたえない。脳幹の中～間脳レベルへの直接の抑制をしめす。自律神経機能の効果は一部末梢性である。アドレナリン遮断の中程度効果を持ち、少量では網様体賦活系をおさえ、大量では刺激に働く。レセルピンと異なりセロトニン・レベルに何の影響もあたえない。

二重盲検査の15の研究より、Beecher は偽薬効果を35.2%と算出している。著者によりまとめられた20の文献からみると、薬の分量、投与期間、偽薬の投与法もことなり、患者は大部分慢性分裂病であるが他の疾病も含まれている。レセルピンによる3群を除き薬剤群と偽薬群に有意の差があり、薬剤投与の患者の%と偽薬投与の患者%は投与後なんらかの行動上の改善がみられたという。

投与量は症状に応じ、改善のみられるまで増量され、そのまま維持されるか減量される。

治療期間は非経口では30～60分で効果がみられ、経口投与では数日～1週間、1～2週間に変化がみえぬと増量する。Parkinsonism の出現が望まれる量ということになる。

入院期間は改善の度合と関連すると考える人も

否定する人もいる。一般に発病1年内のものの治療はよい(43～87%)。

臨床結果をみると、クロルプロマジンでは社会寛解以上の治癒率は38%(23の文献, 2,718人)レセルピンは25%(12の文献, 1,269人)である。Alexdnder のレビューでは慣行的支持療法19%, ECT29% ICT 48%をあげている。

妄想型と緊張型によいとされるが統計的検定を経ていない報告が多い。

行動上の改善効果は一般に認められるが精神内過程に対する影響について一致して認められるものは少い。社会寛解以上に治癒をみた患者には病前人格の再構成が認められるが、攻撃或いは敵対行動のなくなっただけの患者については幻覚、妄想、断片思考の存在が疑がわれてよい。幻覚や妄想の消褪については研究者間の一致はみられない。

治療効果の持続は患者の精神状態、薬剤の生理学的効果、患者の経済状態などに左右され、効果が一時性か永続性かの結論はでていない。

薬に対する抵抗は一般にみられぬようで症状改善後減量したまま改善の度合は維持される。

合併症としてねむけ、Parkinsonism 経率などあげられている。

第13章は Norman L. Panl と Milton Greenblatt により精神外科と精神分裂病という題目で記述されている。1935年 Moniz & Lima にはじめられ、1936年 Freeman & Watts がアメリカで施行した精神外科の種々の技法について述べ、解剖学、生理学、心理学などよりの接近を略述し、臨床的效果、術後の人格変化、理論仮説を考察している。

第14章は Paul E. Huston と Max C. Pepernik により予後について述べられている。予後の決定に問題となるものとして、信頼性、妥当性を得ることの困難さ、疾病概念にとりまとう諸種の難問病型、治療経過の記載、結果、再調査期間、対照群、時間経過とともに顕著に変化する症状、統計的計画をあげている。一般に治癒率は13～70%と幅広い変動がある。早発痴呆症の時代では Kraepelin の患者は13%治癒し、精神分裂病の時代では予後はよくなり、Bellak の1947年までの総説では22～54%としており、1952年、APA の診断及

び統計の手引きにより、新しく病型が加えられ、更に予後はよくなっている。

全般的統計では特殊療法により予後率が上昇したことがいろいろの国で多くの人により再調査の結果認められている。

遺伝関係では Sheldon の体型と病型及び予後の関連をいう業跡があるが (Kline et al) Bellak et al はこれについて否定的である。また Kretschmer の体型と予後の関係についての研究もみられる (Lewis)。

社会的要因では社会的地位と発病率の面からの研究がまずあげられる。(Hollingshead et al. Redlich et al) 最低の地位では最上の2倍の発病をみ、慢性例が多く、退院率が低い。上位2つのクラスは早期入院で医療施設を経由して入院する。家族研究から多くの興味ある議論が出されているが直接、予後と関係はなく追検査で確証もされていない。その他軍隊、社会適応などと予後の関連を求める研究がみられる。Pascal et al は予後と相関する変数のうち婚姻状態のみが社会的要因であったとし独身、離婚、別居は予後に好ましくないという。

パーソナリティと予後の関係は云々できぬという研究もあるが、関係を主張する人は内向型を問題にしているようである。

年齢は予後に関連するようであるが、治療もこれに関係してくる。一般に心因性や外因性の促進要因のみられるもの、急性のもの、錯乱、感情の保存、高い IQ、緊張型などは予後はよいとされている。その他種々の心理テスト結果と予後の関連をみた研究がある。

生理学的研究としては Funkenstein による7型と予後の研究やメコリルに対する反応より予後を判定する研究がある。

最後に著者らは良好な予後と結びつくものとして年齢の若いこと、望ましいパーソナリティ構造、高い知能、外的促進要因、急性の発症、感情の保持をあげているが、これらが独立変数として妥当性があるかという点については確信をもっていない。精神分裂病の概念そのものが問題であり診断基準がまちまちであり、治療結果の評価方法がかけ、再調査法及び期間に一致がみられない。たとえ以上の事項が明確に規定されたとしても、

対照群のとり方や治療期間、発病の型、病前性格、治療の方法やその施行の場所、職員などの因子が問題になるとしている。更につけ加えると研究者の bias が大きい要因となると思われる。

15章は合併症、続発症、末期状態について Kenneth E. Appel, J. Martin Myers, Harold H. Morris が編している。合併症、続発症では急性疲憊死、急性致死緊張病などの症状や原因、結核、神経疾患、妊娠中毒、アレルギー、精神身体病、循環障害などの合併症についての研究の紹介がなされ、特にてんかんについて Meduna の極性性を疑がわしいものとして退ぞけている。

末期状態については Arieti の研究を略述している。末期には突然の運動増加がみられることがあり、食餌習慣、食欲の顕著な変化があらわれる。次の段階では「何でも口にする」があり、危険なものの呑みこみに注意がいる。また食糞症もでてくる。更に進むと感覚が失なわれると信じられている。しかし不快な嗅覚刺激には反応をしめず。Arieti は末期患者が実際に痛覚や温覚を失なっているとは考えていない。

16章は小児分裂病及び類縁状態として約150頁の記述がある。編者は Rudolf Ekstein, Keith Bryant, Seymour W. Friedman である。彼等は序説で1936~1946年とくらべて1946~1956年は小児分裂病に関する文献の増加があり、特に治療に関する文献の急増を指摘している。その反面、小児分裂病の概念の拡大傾向に注意をうながしている。

病因について、小児分裂病の存在に関する過去の文献を回顧し、まず生物学的基盤を重視する Bender の概念をのべている。即ち彼女は脳疾患に似た器質性の機能障害にもとづく、パーソナリティのあらゆる機能面にみられる特長ある行動障害をもつ、よく認知される症候群であるとみている。胎児レベルの熟成障害が遺伝的に決定された賦活され、分裂病の臨床像をつくる防御機制を必要とする。これらは多くの臨床経験や行動パターンの研究より支持されるとしている。パーソナリティの熟成と発達の生物学的過程を小児分裂病の病因として重視する人々にはその他に Freedman や Caplan がいる。精神分析理論にもとづく生物学的考慮をしめすものに Bergman & Es-

calona があり、異常な敏感性を主張する。Sackler et al は内分泌の均衡障害が脳損傷に導びかれるとし発病の早期なること、小児分裂病に男子が多いこと、その母に甲状腺障害のあること、患者に内分泌障害や代謝偏異その他の器質性機能障害がみられることをあげて自説の根拠あることを主張している。脳の器質性病態を病因と想定するものに Marcus や Anderson がいる。次に反論に対する Bender の脳病理の決定に関する意見をあげ、更に脳の器質性所見の考え方、発症の時期の決定の方法、症状の把握の方法を論じ、一つの病因に限定されるものではないが、現在の知識では一つの病因論をもって研究する方が各方面の研究者に対する影響も大きく、実際面での興味を強くひくものであるとて議論を進めている。子供の自我発達に影響を及ぼす環境要因特に親～子関係が考えられる。既に Bender et al は患者の人種、宗教、文化、社会、感情の背景について記述し、家族のこれらに特別の型はみられないが遺伝が病因と考えられる可能性をいっており、Kanner も彼の Early Infantile Autism (早期幼児自閉症) における家族布置を考慮し、両親のパーソナリティ及び子に対する特異な態度に恒常の型があり、子の病理状態の形成の基礎になると結論した。その他多くの観察者は親の態度と外界に対する自閉児の接近に相似性をみている。母のパーソナリティについては子の発達障害に遺伝的素質的役割をも重視する Rank の考えが述べられている。即ち未熟な自己愛の母が乳児の自我の形成と分化に良い環境をあたえず発達障害に導くとし色々の外傷要因も考えている。Despert は親の性に対する態度から論じ、Ribble は Federn の「完全な母」の概念によって、病態の形成される過程をみている。

母との離別は多くの人により注目されている。死別、疾病特にうつ病による分離、相容れぬ両親、極度に不安定な親など重視され、母の拒否はよく観察されている。一方母の過保護も重要といわれる。

「分裂病をつくる親」(Schizophrenogenic parent) の概念のもとでは、小児分裂病について、Hajdu-Gimes の文献が紹介されている。彼女は冷たい、残虐的に攻撃的な母と柔弱な、無力な、

消極的な父と外傷との3つの要因が重要であるといい、3つの明確な親のカテゴリーを詳述している。子供のパーソナリティ発達の結果を決定するものは母の態度のみでなく、相互関係が重要であるとの意見を Despert et al は述べている。Szurek は不安な親によりおこされた不安は子の生物学的傾性を偏異させ、感情の統合に向う機能に障害をあたえるという。

その他に、主なる病的態度として母の恒常性の欠如があげられる。

一方親特に母の病因としての役割は過大評価をうけているという人々も多い。家族力動に特別の型がない、(Peck, Rabinovitch & Cramer) 生まれつきの一次性障害である、(Rabinovitch) 子供側の反応に対する母の反応である (Erickson, Escalona, Weil) という反論があり、治療面より病因としない人々 (Betz, Bettelheim) や分裂病過程の本質的部分としても原因とはみない人 (Beck) などがいる。

古典的精神分析の立場では Katan の如く、精神分裂病は小児期に生じ得ないという議論もあるが自我心理学の発達から生物学的仮説と精神分析学的仮説の橋渡しがみられる (Hartmann, Modell, Beres) ここでは自我の自律機能や衝動エネルギーの中性化が問題となる。Bergman & Escalona は未熟な自我形成、Anna Freud は母の拒否による対象関係の損傷よりこれらの見地に肯定をあたえているようである。

Klein 学派では対象関係は生まれた時よりあるとし、その立場より Bychowski は早期自我分裂を指摘する。

知覚系統の基本的欠損をいうものに Eissler (知覚の障壁としての自我) Bak (温覚) Modell, Hendrick, Hoffer (対象関係の先駆) などがいる。同じ観点より Jacobson は自己同一視の過程の欠損、Wexler や Pious は超自我の病態を重視している。Monoly は分裂病自我の分裂を自己権威と母により代表される権威の内在化した像とみ、Benedek も同じ線から信頼の欠如を述べている。

最後に Mahler の「共生」関係について詳述しこれを支持する Starr を紹介し、Weil の自我発達の遅延、Federn の自我境界、Schilder の身体像などからの接近に軽くふれてこの項を終っている。

る。

次項は診断についてであるが、成人の精神分裂病の診断で遭遇するような疾病単位などの問題の外に、児童に本病が存在するかどうか1つの難問としてあらわれ、成人よりも児童にあっては感情の健康と疾患をきめる適当な診断基準ははるかに乏しいことが診断上の困難に拍車をかけている。かつては小児分裂病の発病率は低くかったが、近年増加がみられ、それと同時に拡大診断の傾向があるようである。診断のむつかしさは児童に重い精神障害があることを否定しようとするわれわれの心理的な欲求、症状の個人性、流動性、まともなさ、病歴の非信頼性、最初の症候のつかみがたいこと、重篤さや突然の急変についての適切な基準のないこと、心身発達と深くかかわっていることなどによると考えられている。診断名も研究者により一定していない。Hirschberg & Bryant は7つの臨床群があるとまで主張する。即ち核分裂病 (Bender) , 早期幼児自閉症 (Kanner) 共生精神病 (Mahler) , 異常な感応性をもつ重度障害児の群 (Bergman & Escalona) , 器質性脳障害及び現実に対する器質性に偏異した知覚、同化、融合に反応する精神分裂様適応の児童 (Fuller) , 境界精神病児童 (Ekstein) , 偽精神分裂病児童 (Rank & Kaplan) である。

系統的に症状を記述している研究者のなかより主な人々の業跡がやや詳細にのべられている。

Bender et al は前述の如く生物学の枠組にあって、11才前の児童にみられる臨床単位であるとしている。あらゆる場面の行動及びあらゆるレベルの中樞神経系の機能内の統合或いは型づけの病態をあらわす。恐らく脳疾患にもとづくパーソナリティ全体の欠損があり、発達障害をきたし、それに対して特異な神経症反応を生ずとする。更に最近、成熟と可塑性の概念が入れられ、胎児レベルの成熟のおくれが論ぜられ、いろいろの系に生じた基本的な発達障害を成熟により正常な型にもどす長期抗戦が試みられるとみている。

血管植物性機能の障害として赤面、発汗、皮膚の色の变化、四肢の冷感、病気の時の予期しない発熱、睡眠、摂食、排泄のリズムのくずれ、成長のくいちがいや内分泌障害を、運動ではぎこちない動作、四肢のコントロールのまずさ、発達の不

均衡、新しい運動をするのに不安定をみせること、口唇の銜奇、跳躍、首ふり、くるくるまい、などをあげている。他人と接触に特異なものがみられる。

知覚、思考、言語の方面では成熟、抽象、具体、退行、加速の早い型やおそい型の同時的存在がある。心理方面では同一性、身体像、身体機能の問題、対象及び対人関係の問題、時空間の見当識、自分の言葉の意味、不安の問題に深く専念することである。また不安に対してとる防衛機制より偽欠損 (自閉、遅滞、禁止) 児童、偽神経症児童、偽精神病質児童の3型をわけている。

Bradley は不適応とパーソナリティの崩潰を強調し、年齢により2つの群にわけ、2才前の不適応は他人への関心欠如、言語発達のおくれ或いは欠如、重い摂食問題、多動にみられ、4才以後は隠とん、いらだち、白日夢、奇異な行動、自身への関心の減退、退行性の自身への関心、批判に対する敏感性、不活発にみられるという。

Despert はサインとしての言葉の異常な分離となつてあらわれる感情の分離を診断上重要と考えている。彼女は主な3群、即ち、急性、潜行性、急性後の潜行性にわけている。急性の症状は亢奮、不眠、昏迷、退行、錯乱、多動、パニック、不安、無言症などである。潜行性の症状は感情や知的発達の方面にあらわれる。種々の感情と言語の分離、極端な母への依存が奇異な行動でしめされること、重度のかんしゃく発作、強迫行為などがみられる。7才以下では強迫症状が優位に出現する。感情の症状としては隠とん、けんか、親へのあからさまな憎しみ、非行、洗手強迫、強迫的な信心、接触強迫があげられ、不安は強度でそれが消失すると自閉や社会的接触の貧困をしめす。時には7~13才では幻覚、妄想がみられる。

第3の群では不安、亢奮、饒舌、不適切なことば、無言症、非行、関心の減退などがあらわれる。年長児には妄想や幻覚がよくみられる。重い不安は成人の場合とちがい予後は不良であるという。

Kanner は早期幼児自閉症を小児分裂病のなかに持ちこんだのであるが、彼はこれを感情接触の生まれつきの自閉障害の純文化的標本からなる児童の群と結論している。親子関係を重要視し、

親の特異な型に着目している。すべての対人関係における機械的態度と感情生活の顕著な冷酷さである。再調査研究より、基礎は児童自身の心理学的構造にあり、生まれつきの要因が親子関係の力動とからみあうとみている。彼は生後6カ月から2年にみられる他人との接触からの強い庶断、現状維持の強い欲求、ものとのうまい関係づけ、知能レベルが低いにもかかわらず、知的な、思いに沈む顔つきをすること、言語機能の重度障害を主な症状としてあげている。その後彼は診断基準に1次群と2次群をもうけた。

言葉の症状は人間関係の障害としてみられ、自閉は異常な無感情と人の接近に失敗した反応であり、自閉をさまたげる試みは極度の噴怒や更につよい自閉をもたらし、ものとの関係は全体よりも部分に特色ある関係をもつ、無言症や私よりも3人称を使用することのような特異な症状もある。知能レベルが低いのにすばらしい記憶や豊富な語彙や百科辞典的知識がみられる。妄想や幻覚のないことに注目し、生活の機械的様式とパーソナリティ発達の非人間的性質がこの疾患の特色と彼は考えている。

児童精神病の全群のなかに占める早期幼児自閉症の位置の重要性は多くの研究者からよせられている。

共生精神の提唱者である Mahler は共生精神病と自閉精神病とに明確に二分する。彼女らは共生精神病を3群にわけた。1群はパニック反応、亢奮と快の予期できぬ暴発、自他の融合、生物と無生物の区別ができぬこと、成人への強い偽である非特異性のからみつく接触、自閉的思考、感情、行為である。2群は精神病性防衛機制と自己統合の試みである。回転現象、模倣、対象物の擬人化や幻覚、運動、知覚、思考の自閉的表現、身体部分にリビドーを集中すること、機械的同一化、隠とん、関心の消失、激しいかんしやく発作、自我の部分的な早熟や不適切な発達が症状としてみられる。3群は神経症に似た防衛機制がみられる。リビドーや攻撃の自他への方向の交代、とり入れと投映の交代、否定、空想形成、同一化、抑圧、孤立、取消し反応形成、おきかえなどである。

Rank, Putnam その他は発達の非定型からみて

自我の非統合、他人との伝達の欠如、現実との接触欠如を主なものとし、顕著な臨床症状として、庶断、空想、無言症、奇異な姿態、無感情、不安と噴怒の暴発、無生物や動物との同一化、衝動の極端な抑制或いは極端な表出をあげている。

同じような方面から、空想に注目するものに Hirschberg & Bryant があり、Geleerd や Weil は特に万能の空想について論じている。Ekstein et al は境界線或いは分裂病様児童として彼等の臨床群をあつかっており、自我構造に焦点を向けている。自我構造の著しい、頻繁に生ずる変動と敏感性及び流動性を強調している。

Szurek は小児分裂病に豊富に矛盾性がみられることを指摘している。

次いで編者は自閉について Kanner を引いてその広い概念を説明し、更に Norman の感情飢餓行動に言及している。言語について Kanner の自閉言語や Goldfarb et al の言語パターンの研究また Jackson の無言症に関する見解、Kanner & Eisenberg による言語発達の予後指標、Sherwin の音楽に対する反応が述べられている。知覚については Goldfarb の異常な選択的知覚パターン Norman の退行の見地がしめされている。

脳波については Kennard は80%に異常があるという、Bender の可塑性の支持をしている。Tatterka & Katz はパーソナリティ障害と脳波の異常に原因関係はないとするが脳の構造の発達遅滞による機能損失を暗示する要因とは相関がみられるとしている。

心理テストによる診断に関する業跡は色々あるが主なものの紹介としては Des Lauriers & Halpern の知能検査によるもので、Stanford-Binet と Bellevue-Wechsler では児童分裂病に単独のパターンはないとしている。ロールシャッハ・テストでは Piotrowski が色彩ショックの欠如、普通反応%の低下、新規反応%の高率、精神的創造は象徴的でなく、細部をみて内容にかまわず入念な仕上げをすることを特長としてあげている。Des Lauriers & Halpern は本テストで2群に分できるとしている。

TAT では Leitch & Schafer は思考構造と知覚及び感情機能に特色をみている。

人物画テストでは自己の身体像の偏った、平板

な、無意味の、空虚な姿を反映し、Bender の視一運動ゲスタルト・テストでは奇異な形、形の分裂、運動の増加をあらわし、Vigotsky テストでは自分の思考に現実を一致させて変えようとするさまがみられ、自由絵画では錯乱と精神構造破壊をしめす空間関係の障害、身体の延長、つきだし勝手な省略、四肢の強調、蝸牛運動の投映、転位像の表出などがみられる。

鑑別診断に関してまず正常な発達過程と児童分裂病の鑑別の問題があらわれるが、Mahler は束縛されない、勝手に漂よう不安と散漫反応は分裂病を疑がってよいとし、Weil は全体像が問題になるといい、全体の偏った形成と病歴、自我発達の遅滞、散漫な不安により区別するとする。Sargent は不適当な自我概念、非論理的な太古思考、不適当な現実吟味はあまり重要な傾向でないとする。しかし Putnam は将来精神病にならなかった子供の早期によくみられる傾向や事件でも非定型の発達の危険信号であるとみている。固型食の拒否、見知らぬ人を見ると泣きわめくこと、重い睡眠障害、母に抱かれるのをこばむこと、常同行為にふけること、人よりも物に関係するのを好むことがそれだとあげている。

Weil もまた、落ちつきなさ、集中困難、睡眠障害、心氣的訴え、強迫的慣習、強迫思考などの神経症の行動のあらわれが小児分裂病にみられることに同意するが彼女は強さの度合いが分裂病と神経症の区別になるという。

児童と成人の精神病の差異は多くの著者により論じられてきた。

成人では急性のパニックの退行、適応行動をとる獲得されたレベルの崩潰、原始的、太古的、感情的行動への退行の結果であり、小児ではパーソナリティ発達が不充充分断片的であるので、精神病は自我発達の停止や欠陥その他に関係してくるとみられている。とくに18カ月前の幼児では運動や感情の変化であらわれ (Spitz), Bender の “soft neurological signs” の見方と一致する。Despert は感情分離を重視し、自我合成の障害をいう。Bakwin は発達歴より、各年令レベルにおける器質的障害の警戒信号としての価値を論じている。

思春期分裂病について Neubauer & Steinert は小児分裂病が思春期に強勢されたものと区別し、

Beres も小児分裂病の続きであるとしている。

神経症の自我障害と精神病のそれとの差について、自我心理学より Bychowski は偽神経症の子供は離人症、強度の疎外感、妄想になるほど強い投映機制などの豊富さ、多様さ、交換性がみられ、神経症の子供は衝動障害、精神構造の貧弱な型づけがみられるとしている。Weil は神経症では恐怖、強迫、不安という顕著な自我障害の同時的存在がなく、衝動の調整にその差があるとする。Hartmann は中性化の過程を重視し、Kris は芸術的創造における自我退行から論じ、Ekstein & Wallerstein は自我の変動、Jacobson は同一化、Beres は発達段階と現実との関係、Modell は摂取対象の構造的代償不全を考えている。

次に下位群の分類に関して主として Bender と Kanner の分け方をのべている。

神経症と精神病の要素の鑑別について Weil, Kestenberg, Sperling, Rank & Kaplan らの主に症例報告からの見解を述べている。強迫現象との関係について Despert は同じ症状でも神経症と分裂病ではそこに至る過程が異なり、その背景に存するパーソナリティの障害に差があるとし、Mahler はあらわれる時と対象関係、防衛方法の差からみている。そううつ病はまれであり、あまり鑑別上こまるところがないというのが一般の考えである。Spitz の依存うつ病が加えて述べられている。精神病質性行動障害と Bender はいり、Goldfarb も特異な自我障害を認め分裂病と区別しているものにパーソナリティの障害がある。早期幼児自閉症の鑑別に Bakwin は精神遅滞、聾、失認症、言語の発達遅滞、幼年痴呆 (Heller), 他の精神分裂病をあげ、Kanner は先天的感覚性失語症、先天的知能欠損との鑑別を重視し、Salfeld は無言症を分類して小児分裂病との区別をのべている。身体要因或いは器質性疾患としては最早発痴 (De Sanctis) 幼年痴呆、外傷、脳炎、精神薄弱が鑑別を要する疾患としてあげられる。

次項は治療と予後である。身体療法について編者は前の Bellak の本ではメトラゾールと電気ショック療法のみが紹介されたにすぎぬがその後10年間で色々の療法が使用されてきていることに注目するとともに身体療法を治療の中心とする人と第2の選択とする人のあることを述べている。前

者は本疾患に生物学原因を求める人々である。薬物療法では向精神薬の使用が多くみられ、運動障害に効果があるようである。抗ヒスタミン剤も同様の結果があるという人もあるが、偽薬と差なしという報告もある。覚醒剤や抗経攣剤の使用もみられる。Bender は薬物療法を重視し、不安、無感情、行動障害、均衡を失したホメオスターシスをもと通りにし、とくに急性障害に有効であって、この療法のもとで更に積極的な治療プログラムへの参加が可能になるとしている。ICT, ECT も用いられ、ECT は Bender によれば本質は不明であって分裂病過程には2次的に影響し、知能の発達にはかかわらず、あまり長期の効果は期待出来ないが、合併症は少く、予後はよく、成人より耐性があるとされている。再調査でもよい成績を得たという。しかし Robinson のように効果判定に疑問をもつ研究者もあり、効果そのものが無いという人もいる。少数ながら精神外科の報告があるが効果は不定である。精神療法は前回殆どなかった文献が90に達していることからみて盛んにはなったが、すべて精神分析理論から出ているものでなく、治療者の本病の把握の仕方と治療技術が関連し、事例研究が多く、研究者間の交流も少く、治療に合理性をあたえる仮説の出現もない状態である。Bender は本病の本態を器質性と考えているが、精神分析理論に副う精神療法を行い、治療者は積極的に働く。2～3の外來療法の報告や集団療法、また親の集団療法の報告もある。Szurek et al は治療の失敗する場合は児童が思春期前に始めて診察を受ける時、病勢が極度に重い時、患者の年齢が高い時、治療者と家族の接触前に患者が家から離れている時、治療者が代る時などであると述べている。分裂病というより「非定型」とみる Rank は感情遮断にあるとし、母は未熟、自己愛、不安定な社会接触をもつが多いといい、彼女は子供との関係をつくること、よい環境、一時的な母の代理を用いて、母を助けることを治療の眼目としている。その他教育、芸術、遊戯、条件反射などによる治療が紹介されている。

居住治療に関する文献ではその施設、スタッフ治療方法などについて色々とみることが出来る。その他入所の必要性や条件、治療環境、退所計画について論述されている。

最後に編者はこの10年間は前のとは対照的に精神病としての小児分裂病の存在をみとめ、種々の方面にその病因を求め、精神力動問題と分裂病パーソナリティの自我の精神機能の特異な形を理解しようとしているとのべ、治療については熱狂的開拓の努力が報告にみうけられるとするが、そのなかにある楽天主義の指摘も忘れていないのである。

この章についての編者の苦心は多大であることは認められるが、序述が繁雑な事項に及び整理された事実を読者にあたえるに欠けるところがあるようである。

第17章は Paul K. Benedict により社会文化的要因が述べられている。記述研究としてアフリカ、ラテン・アメリカ、アメリカ・インディアン、エスキモー、ハワイ、ニュージーランド、フィジー、ミクロネシア、オーストラリア、台湾の原住民にみられる精神病の統計、精神病理などに関する諸家の業跡の紹介がある。編者は病院統計による発病率の推定に慎重であるよう注意している。診断上の問題として、ラタ、アモック、ウインディゴ、北極ヒステリー、などを精神分裂病の範疇にいれる著者らの研究がある。移動、移民の影響がみられるものとする戦後の移民民族に発生した精神病の研究やアメリカに居住するイタリア人とアイルランド人の比較、少数民族間の疾病状況、魔術や降神術を含めた宗教的背景の検討などがみられる。

一般研究として社会成層との関係、人種差、都市に於ける分布、社会的孤立、その他の社会的要因が紹介され、社会精神医学や精神医学の人類学の立場からの研究が述べられている。

Benedict が Jacks と共著で、原始社会における精神分裂病及び他の精神病に関する文献の詳細な綜説を出したので、これを以って要約に代えるとして、

1. 原始社会には精神分裂病はおこらないという初期の文献は多くみられるが、どの社会にも主要な機能性精神病はみられる。

2. 「土着」の人はヨーロッパ人より入院することは少い。しかし入院率は真の発病率を必ずしも反映しない。原始社会で発病率は実際に低い、そして複雑な文化や文明化に含まれる異常なスト

レスが病因となるのか、或いは単純な環境にある患者は表面的な適応が出来るのかの2つが考えられる。特に精神分裂病では原始社会の魔術的呪術の世界ではまぎれてしまっていて発見されにくい。

3. うっ傾向は比較的まれである。世界観や文化的態度から説明されよう。

4. 原始社会の本疾病はヨーロッパの疾病分類学上うまくあてはまらない。報告の症例は中核型のものである。(判然と診断された症例であり、従って例数が僅となる) 他方急性亢奮錯乱型が多くみられるようで、躁病まともちがえられやすい。この型の攻撃について精神力動からの若干の説明をあたえている。次いで文化と精神病の関係について討論し、西欧文化が精神病者の適応を困難ならしめていることを認め、発病の普遍性は何か特別の病因仮説をしめさないことを指摘して、素質対環境或いは力動(文化)要因という対立を著者らはさせているようである。

18章も同じ編者によって、精神分裂病の特殊面について述べられている。まず軍隊との関係であるが、精神分裂病の発病は急性錯乱型が多く、妄想型が優位である。予後はおおむね良いようである。その他の研究は捕虜にみられる精神障害であって、多くは精神分裂病またはその類縁精神病であり、発病に促進要因の存在を認めている研究者もいる。

法律との関係について、犯罪者の精神病のなかで精神分裂病が多いこと、病型と犯罪に関連性があるかがわれること、鑑別診断上の問題として偽精神病質性分裂病の概念の検討などがあげられている。更にガンサー症状 (S.J.M. Ganser (1853—1931) により1898年記載された) について詐病、ヒステリー、急性幻覚性錯乱(器質性)、精神分裂病、更年期後のうっ病とする文献を紹介している。また詐病に関する若干の研究をあげている。精神力動的観点からは Karpman の研究(精神分裂病はあらゆる犯罪をなし得、パラノイド要素の侵入が危険性をます、犯罪と精神病の逆の相関関係)や Richard & Tillman (精神分裂病に対する防衛としての殺人と自殺)や Lunsky (殺人の acting out) の研究がのべられている。パラノイアと犯罪、二人組精神病、全家族にうつった妄想、同時精神病の文献があげられ、最後に責任能力の

問題を論じ、マックノートン法にまつわる種々の問題から精神病そのものの概念にわたる論義の紹介がなされている。

哲学との関係については実存主義を中心として、Binswanger, Storch, Frankl, Abély, Duss, Hutter, Piron, Basaglia の短い紹介がある。またそれに近いアメリカの研究者として Rogg があげられている。

芸術との関係は指画を含めて精神分裂病者の絵画の特色。予後の価値などの研究がある。また Morselli はストリンドベルヒ、スーデンボルク、ゴッホ、ヘルダーリンについて精神病は無意識のエネルギーを自由にしたと考え、Fromm-Reichmann はシューマンの精神障害は世界が豊になったという事実について責任があり、ニジンスキーではダンスと本病と特殊な関係があるとしている。非具象芸術との関連の有無、造形芸術との関係、精神分析理論による把握、音楽や詩との関係についての文献紹介がある。

最後に雑多な方面における研究では、手書き、生まれ月、偽装、発明、ケース・ヒストリーや自伝についての文献がある。

以上で Bellak の第2の精神分裂病に関する編集書(Schizophrenia: a review of the syndrome)についての概観は終わった。この書物に含まれる1945～1955年の文献からみられることは次の如きものであろう。

1. 精神分裂病の病因は未だに不明である。従って疾病単位の問題が診断、鑑別診断、治療効果、予後などの事項にまつについて、確認できる結論を述べる事が出来ない。

2. 生物学的、心理学的、社会学的研究より色々の結果は出されているが、本病に特殊性をもたらす客観的数値は乏しい。

3. 自我心理学の見地から本疾患の疾病形成や病因への接近が試みられた。(次の本で更に詳しく述べられている) (Schizophrenic syndrome 1955—1966)

4. 治療について種々のものがみられるがその効果判定の方法に科学的検定に耐えられるものを取り入れたものは少い。

5. 精神分析を主とする療法や集団精神療法の試みは以前より多くなっている。

6. 小児分裂病の記述に多くをさかれているが、各研究者の一致点を見出すことは困難である。

7. 前の本は Bellak 1 人の編集のものであるに反し、今回のものは編者が 2 人になり、各章の著者はそれぞれことなる場合があり、叙述の方法主題のとらえ方、文献に対す好みなどから今一步

まとまりがない様に思われる。

8. 中間にあるものの常であろうが、前の本にみられる覇気も感ぜられず、次の本の様なまとまりもなく、3 冊のなかではどっちつかずのものでぬきんでているといえぬものであろう。4 冊目がでると、3 冊目はまたかすむ運命にあるだろうけれども。