

Bellak の精神分裂病の概念 (その 7)

杉 原 方

1956—1966年の10年間の研究をまとめた第3番目の本は“*The Schizophrenic Syndrome*”と題され、Bellak と Laurence Loeb により編集されている。第1章で Bellak は緒言として簡単な総括と精神分裂病研究特にその病因に関する私見を述べ、単一疾患の概念を排した *Schizophrenic syndrome* (精神分裂病症状群) の使用を提言している。なおここで彼は自己の経歴を回顧しつつ、今までの研究のなかから精神分析学の寄与、向精神薬の働きに言及し、更に病因に関して Tienari, Rosenthal, Kringlen などの遺伝学的研究の結果とそれに対する批判より、従来の Bellak の多要因仮説は存続するとし、将来、科学的検証に耐えられる研究はどの方面にも通じ、反論のない総合的なものでなければならぬことを強調している。そしてその1つのモデルとして NIMH の精神分裂病研究センターを紹介している。

第2章は自我機能類型の研究として Bellak が 1958年の本でみせた自我機能の仮説の発展を記している。精神分裂病症状群が生物学的要因、心理学的要因、社会学的要因などいろいろの要因又はその相互作用により生じ、これらの要因が自我機能に影響するものとみる。そして自我機能のリストをあげているが Beres のオリジナルに Bellak が手をいれたものであって、1958年の本にあるのと多少変更がある。これらは現実吟味、判断、現実感、衝動調整、対象関係、思考過程、適応した退行、防衛機能、刺激閾、自律機能、合成機能、適格性の12であり、Bellak 自身も多少の混乱、重複を認めている。自我機能の評価について面接による評価尺度と心理検査が用意されている。16名(精神分裂病5、神経症5、常人6)の被験者による予備実験で検者間のかなりの一致をみているが、将来の問題として検者チームの変更、多数の被験者、更に有力な評価の方法、いかなる病相に

も応じられる方法、生理学的検査による研究をあげる。次いで治療面より各自我機能を論じ、最後に自己機能プロフィールを提示して図式表示を試みている。(この章の発展は *Ego Functions In Schizophrenics, Neurotics, and Normals* (L. Bellak, M. Hurvich, H. Gediman) 1973. にみられる)

まだ完成には程遠いと思われるが病理学上の用語でいう症状を自我心理学の面でとらえるということは興味ある試みである。プロフィールに示めすことは機械的、且、簡略化であることは著者のいう通りではあるが、初学者にとっては理解しやすい表示と思われる。

第3章は S. Yolles と M. Kramer による統計である。有病率は診断及び分類基準と方法、多様な疾病の定義、症例発見方法、人口の選択、人口学的特性、人口の構造の差に左右される。1929年よりの各国の研究より、有病率は1,000人に少なくとも1人(1.0~9.5/1,000)としている。発病率も問題となる点是有病率と同じである。発症と最初の医療機関との接触の時期はずれがあるとみられるが殆んど入院の時期から発病率の算定をなしている。各国の統計をあげているが、アメリカでは1960年に生れた人の2%は生涯のいつれかの時に精神分裂病に罹患するとしている。(多くみつめると6%)アメリカでは公立精神病院の入院患者の半数、全入院患者の32%、私立精神病院入院患者の20%は精神分裂病患者である。公立精神病院への入院は1950—1961年間に10万人のうち約20名である。年令では25~44才が多くを占める。非白人の男子、女子が多く、住居は都市が多く、移民に高率であり、既婚者は他より低率である。各国々の初入院の差は発病率の差ではなく、病床の利用度、初入院の定義、入院を決定する社会的要因、診断基準の差などによるものとみられ

る。

在院期間は減じていることは確実とみられ向精神薬の直接、間接の影響とみられる。

再入院では退院3カ月内は7～9%，6カ月内は15%程度とみられる。

年令の若い層の精神分裂病の入院は増えている。以上が第3章の要約の主なものである。

第4章は N. Q. Brill による一般生物学的の研究である。まず精神分裂病に限定された研究ではないが、ストレスに対する反応傾向性は個人差があり、乳児期に観察されたものがかなり存続することが紹介されている。又免疫学的見地よりする生来性の劣性にもふれている。次に反応性の障害として身体性ひきこもりと精神分裂病の心的ひきこもりを対比させ、種々の刺激に対する反応の障害をみている。

病理学では脳の研究は古くからあり、その病変は1次性が偶発性、死後の変化、老年による変化であるか、議論の多いところである。最近の研究では例数も少く、コントロール症例のないものもあるが、原形質内の変化、脳底神経節、視床け視床下部の細胞変化が報告され、緊張型にのみみられる変化もいわれている。

Ferraro は組織病理学的変化が精神分裂病に存することを説明する3つの可能性をあげている。即ち(1)複雑な2次性器質的過程、(2)精神分裂病症状群を促進さすかもわからぬ1次性脳病、(3)体と心の相互依存から結果する心身の相互関係。

Wolf & Cowen は文献の総括をなし、顕微鏡下の変化は正常範囲の逸脱の誤判、人工物の誤解、偶然の所見に特別な意義を無批判に帰着させることであるときめつけている。

精神分裂病者の指紋に特色がみられ遺伝的生物学的意味をあたえた研究がある。

心血管系の研究としては1939年の Olkon による毛細血管の変化が有名であり、その後多くの研究者により追試され、大体確認されている。

内分泌では甲状腺機能、性ホルモン、副腎皮質などに関する研究がみられる。

肝臓その他内臓の変化との関連をのべる研究がある。

血液では赤血球の弱体、リンパ球の組成の差がいわれるが、1次性か2次性か意見がわかれてい

る。

代謝・食餌では Cade はオーストラリアの都市の精神分裂病の発病率の低いことを家庭菜園に果樹の豊富にあることに求めている。

早熟と小児分裂病の直接の関係は否定されている。

感染では結核がかつて精神分裂病の原因と目されたが現在これに賛成する人はいない。

特殊の連鎖球菌やビールスを病因とする研究もあるが、追試の結果は否定的である。

薬剤は発病の引きがねとしてみられるとい報告は多い。臭素剤、アテブリンその他で分裂病症状がみられる。

毒素・精神分裂病者の体液に毒物があるという考えで、そのうちの1つはおたまじやくしの変態の速度を遅らせる毒素が血液や尿に含まれるというものである。又クモの引きこもりや不完全な巣づくり、ネズミのつなほりの能力の阻害を来す毒素が病者の血清から得られたという報告はあるが確証されていない。

Kretschmer や Sheldon の人類学的研究に入るものは Moore & Hsü の研究で妄想型は別のカテゴリーに入るものとし、Barry は出生時体重と精神病の関係を考察し、Bellak & Holt は精神分裂病と進行麻痺は身体型分散に差を認めず、Sheldon の仮説に一致しないという。Kleine & Tenney は455名の新入院分裂病患者より、中胚葉形成型は予後はよく、妄想型の傾向があり、外胚葉形成型は破瓜型の傾向があるとのべている。

幻覚発現剤については、これと類似の物質が代謝の異常の結果、体内に生じ精神分裂病という疾患を発症さすのであるという仮説がみられる。Hoffer & Osmond はアドレノクロームが問題の物質と考えているが、生体内の存在は証明されていない。Fabing は精神分裂病又は精神分裂病様状態をつくる幻覚発現剤について次の4つの可能性を述べている。(1)体内におけるトリプタミン形成。(2)プフォテンニンへのセロトニンの代謝。(3)アドレノクロームへのアドレナリン酸化。(4)ポルフィリンの異常代謝。

モデル精神病については LSD や覚醒剤による研究がみられるが、これらによりおこるモデル精神病が精神分裂病と相似はあっても同一とは断定

しがたい。

遺伝要因は精神分裂病の唯一の病因とはみられない。Rosanoff et al は双生児の一致率を1卵性で68.3%, 2卵性で14.9%とし, Kallmann は同じく86.2%, 16.4%と算定し, 1人の精神分裂病の親よりは16.4%, 2人の病気の親よりは16.4%の精神分裂病の子供が生れる期待値をだしている。しかし疾病そのものが遺伝するとはせず素質が伝わり, 環境の影響で発病するものとしている。なお Kringle も広い研究のあと, 1卵性双生児での一致率 28% 2, 卵性双生児の一致率 7% をだし, Tienari は厳格な診断による精神分裂病の1卵性双生児の一致率を0としている。(0/16)

かかる研究では双生児の鑑別, 疾病の診断, 標本採取の偏りがデータを右左することになる。その他家族にみられる疾病などの研究があり, 何らかの形の遺伝はみられるがその役割は従来と比べて軽くなっているようである。

遺伝因子については優性, 劣性, 又1優性因子などが考えられているが定説はない。

その他染色体異常をみた2~3の研究がある。

生れ月と発病を関係づける研究が未だに続けられている。否定の報告もあるが, 理論づけがむづかしく, 標本のとり方にも問題がある。

生れる順序では末っ子, 長子, 次子, 1人子などが多いという報告がみられるが, 上述の研究と同じ批判をうけなければならない。

第5章は S. S. Kety が生化学の仮説と研究と題して簡潔にまとめている。

緒言に化学要因が精神分裂病に働くという見地を支持する多くの論究があると述べ, 遺伝要因と精神分裂病に似た症状をつくる内外の化学物質の存在を援用している。多くの研究があり, 多くの化学的異常所見が報告されているにもかかわらず独立して確められたものは僅かであり, 一般の一致はみられない。多くの生化学研究の対象は入院患者にとっていることは肝炎, 腸内菌相, 不十分な食餌と身体活動など化学的变化をおこし得る事項を含んでいる。

情動ストレスや身体活動は内分泌機能, 水の排出, 電解質, エピレナミンなどに変化をあたえる。

又, 薬物治療の継続している患者では服用された薬物の代謝産物を持ちやすい。

以上の様に化学的研究の結果をあやまらせるものが多いから, 研究のデザインを厳格にせねばならないと注意を喚起している。

エネルギー代謝では基礎代謝の低下, チロキシン調節の障害, 炭水化物代謝の欠損など云々されるが, エネルギー代謝の一般的欠損が精神分裂病の独得な傾性に責任があるとは信じられないという。

蛋白質では Gjessig は周期性緊張病の精神変化に関する窒素バランスの変化をみつけているが, 精神分裂病に蛋白質代謝の変化をしめす証拠は存しない。精神分裂病者の血清分層を注射すると症状がでるという報告 (Heath et al. 1958年)以来異常蛋白質 (Taraxein) の研究が多いがコントロールされた2重盲検査では確認されず, 現在のところ, 物理化学的技術により精神分裂病の蛋白質の異常を結論づけるものはないとしている。精神分裂病者の血漿が動物の行動に影響をあたえたり, 生物学的効果を有するという報告があるが確認はないという。

アミノ酸及びアミンについて確認されたものはなく, クロマトグラフィー法 (色層分析法) は敏感性, 非特異性, 食餌や薬による影響をうけやすいことのため, 特別の代謝産物を同定するには最大の注意が必要であると警告している。

メスカリンその他の多くの精神異常発現薬が正常の代謝産物にメチル基を添加したものであるため, 病的なメチル基転位が精神分裂病におこっているのかも知れないという考へから, 種々の実験が試みられている。例へば, メチオニンの大量附加による精神分裂病症状の昂進がみられること。

Dimethoxyphenylethylamine (DMPEA) は dopamine の誘導体でメスカリンに近い物質であるが, 1962年 Friedhoff & van Winkle が初期の精神分裂病者の尿にみつけて以来, 多くの研究者により追試確認が試みられた。精神分裂病の尿にはみられるものの常人にみられることもあり, 薬剤療法や食餌とも無関係であると言いがたく, DMPEA の精神分裂病の責任についての確認はまだみられない。

セロトニン代謝の障害 (インドール核のあるもの例へばトリプタミンが問題となる) やエピネフリンの異常代謝物が精神分裂病の症状に責任があ

るという考えに基づき研究がみられるが、肯定的な結果は得られていない。

章を終るにあたり Kety は単 1—遺伝因子—単 1—酵素概念を遺伝学研究の資料をもとにして論じ、また 1 つの化学物質が覚醒、知覚、認識、感情に障害をおこすが、もっと複雑な神経化学、神経生理学、心理学的相互作用が精神分裂病の生物学的基質を形成する可能性を心にとどめておくべきだとも述べている。

第 6 章は神経生理学的研究であって、C. Shagass が受け持っている。

脳波研究では精神分裂病者に異常波が多くみられるという所見が昔よりある。コントロールの有無、年齢、薬剤、ECT 療法の影響などが問題となる。

覚醒脳波型では治療でよくなった患者にはデルタ波が少なく、治療されていない患者にはデルタ波の出現を多くみる。その他“choppy”型の出現をいくつかの報告もあるが臨床的意義について一致はない。

てんかん型の脳波が精神分裂病にみられるという報告がある。しかし両者の関係を結論づけるには標本が小さすぎるようである。

視床や視床下部のてんかんの証拠と考えられ、攻撃性、感情の衝動性、衝動行動と関係があるとされている 14 and 6 per sec spiking が精神分裂病者にみられている。

年齢に関係して脳波所見が精神障害者では変化がみられるとする報告がある一方、精神分裂病者では特別の偏りは年齢によってあらわれなとする報告もある。

精神分裂病の経過と脳波の関係は主としてヨーロッパで研究されている。正常の脳波をしめすものは予後はよくなく、律動障害をしめすものは治療に敏感である。同様のことは 2—3 の研究にもみられる。

注意と脳波の関係は α 波遮断においてみられるが精神分裂病の反応時間の障害がこの方面からも研究されている。

睡眠脳波では Gibbs & Gibbs は“B”mitten が精神分裂病の 37% にみられるという。精神分裂病症状と夢見の関係を REM より証明することは出来ないようである。その他 REM 遮断の報告など

あるが例数に問題があるようである。

薬剤などの脳波の影響は多くの研究により認められている。

種々の刺激による誘発反応も精神分裂病では非特异性である。

直接脳波記録の研究から精神病行動は色々な脳の領域特に中隔領域の電気性放電と関係していることを示唆する。これは精神分裂病と分類される特別の状態というよりむしろ、重い行動障害に関連するものであると述べている。

第 7 章には心理学的研究が A. I. Rabin と C. L. Winder によって述べられている。この方面の研究は連綿と続けられているが、近年ではアカデミック心理学の方からも多くの報告があることを告げている。

知的機能に関してはテスト構成分子の型の分析は永く研究されているが、テスト—リテスト法による縦断研究も盛んである。病前と病後の比較では精神分裂病の発症は知能の機能低下を生ずるが可逆的のものであるとしめされる。将来精神分裂病になる子供はそうでない子供より、知能がすでに低いことも報告されている。WAIS により 6 年と 17 年の間隔でなされたテストでは言語と動作テストの変化はしめされていない。

器質性疾患との鑑別はテストでは失敗に終わっている。

知覚の研究は感覚入力 of 構造に焦点が向けられている。精神分裂病では視聴覚刺激に対する反応で逸脱がみとめられる(形、残像、単眼距離知覚、恒常性等)。これらの研究を基礎にして精神分裂病のある事例やある部面は生物—生理—生化学的の偏異あるいは欠陥からできていると考えている研究者も多い。各病型間の差もみられるが病型そのものの概念が問題となる。知覚研究の実験施行のなかには注意、構え、動機、実験者の影響が入ってくるので結論は早急にされがたい。更に精神分裂病者間の個人差(内閉、プロセス—反応性、病前の状態、急性—慢性等)により実験結果が大きく左右される。

精神運動機能では緩慢、変異の幅が大きく、やや複雑なやり方には適応がわるいといえる。しかし他病群との差や精神分裂病者の個人差がからみあい説明はむづかしい。

言語および認識過程では退行或いは抽象—具体仮説があるがこれは経験的分析からは漠然とした概念であると多くの研究がしめしている。語彙テスト、ことわざの解釈、分類テスト、更に Cameron の “Overinclusion” を支持する報告等があるが、精神分裂病にのみみられる認識機能障害は何も証せられない。常人にも他病群にも同じ性質の障害があらわれる。

学習・本病に対する古典的条件反射の研究は少い。オペラント条件反射の研究は多く、この原理の治療への貢献は将来性があるものとみている。問題は学習された反応の治療事態の外へ及ぶ範囲と強化なしの恒存である。潜在性反応形成能力、反応性禁止の役割、非定型刺激の凡化、種々の強化の連続が将来の研究課題であろうとしている。

パーソナリティについては研究の方法に関する関心は少いとみている。

知覚自我と理想自我の食違いは入院の妄想型に少い、或いは自我像スケールによると上下2方向への拡りをしめし、又自己満足は大で、特に女性患者では抱負と実際の作業との食違いは大きいとしている。精神分析の仮説を心理学で証明しようとする試みもみられる。例へば口唇性と自己愛、精神—性発達段階に関するものがある。性別の役割の混乱についていろいろの報告がみられる。暗示性、言語行動の食違い、役割能力、動機、職業適性テスト(クダーとストロングの2方法)を用いた研究などの報告がある。

対人関係について社会心理学の立場からの研究は多いのであるが、対象となっている精神分裂病の病状、病型、治療状態などがまちまちであって、まとまったものは将来にまたねばならないであろうと思われる。

家族の態度と関係について “精神分裂病をつくる母親” の研究が Parental Attitude Research Instrument (PARI) を用いて多くなされ、病者の母に権威主義傾向をみる報告が多くある。他の質問紙法を用いたものにも、精神分裂病者の母に特性がみられている。精神分裂病者に13才—14才を回顧させ、親の態度を75項目につけた結果は親は支配的で、過保護でも拒否的でもないとしている。しかし精神分裂病者と身体病患者についての強力な研究では “精神分裂病をつくる母親” の仮

説は確証されなかった。単1の環境、遮断、外傷は精神分裂病の病因と証せられなかった。この種の研究は1人の親より両親や家族相互関係のものに移っている。

将来精神分裂病になる人の家庭は一般的に敵意の雰囲気が存すると質問紙法や家族間相互関係の分析などよりいわれている。面接研究により家族内葛藤の存在が報告されている。男性の病者の家族に、両親間の葛藤が多くみられ、葛藤事態への参加は女性に多いとしている。他の研究グループは男性患者では父が “乱れ、役立たず、母が “まきこみ” の家庭であることが多く、女性患者では妄想性の、人をひきつける父と冷たい母に支配されているという。Wolman は101人のケース・ヒストリーをもとに親は自分の親であるように相手に期待し、子供に親の情動欲求の満足の実現を期待し、子供がなし得ぬ大人の役割をおしつけているとしている。患者の親の病的行動、患者の子供に対する態度、出生順位などに関する報告がみられる。

精神分裂病者の家族の多くの報告の結果は互いに矛盾している。全家族布置を考える要があり、回顧の報告はうたがわしい。質問紙法にどんな親の態度がでて、それが子供が精神分裂病になるのに重要であった時期に、その態度が存したという保証は何もない。更に他病との比較が必要であると編者は述べている。

方法では MMPI で精神分裂病者を同じような症状をもつ他の病気と区別する特別のスケールが考えられている。ロールシャツハ法では本病のインデックス、予後判定、妥当性の研究がある。その他 Hand test, ベンダー、ゲシタルト・テスト、Object Relations Test, ことわざテストの研究やテスト群による鑑別診断、強制言語連想、自由連想テストの研究がみられる。その他夢見、長期断眠、スピードテスト、病前の社会—性適応、などの研究がある。

第8章は社会—文化的方面であって、著者は V. D. Sanua である。まず社会精神医学、比較文化精神医学、文化精神医学、超文化精神医学、地域精神医学、民族精神医学などが精神医学の用語に多くあらわれていることを指摘し、新しい用語の氾濫は Srole のいう “バベル症状群” だとい

っている。ついで Rennie や Srole により社会精神医学の範囲や機能を考察し、この方面の研究の発表された出版機関を紹介している。文化精神医学や社会精神医学の一般的研究の著者をあげ、更に精神障害の病因としての社会—文化的要因をいう多くの著者の見解を簡単に述べている。

貧困、経済的移動と予後について。精神分裂病は貧困階級に多くみられる。その解釈はいろいろであり、原因と結果の関係に立てられる仮説は何もないと信じる者もいる。上流階級の患者が統計からみられる可能性もあり、貧困は下位の階級には大きいストレスとはなっても精神分裂病と貧困は直接の関係は認められない。経済的落ち込みが精神分裂病者の経歴にみられるが、その解釈は問題である。経済的落ち込みからくるフラストレーションが精神分裂病を生ずという者やこれに先行するパーソナリティが責任を負うとする者がある。

Hollingshead & Redlich は New Haven での調査から下位の階級に多くの精神分裂病を有す傾向、退院率の低いこと、91%の患者はその父と同じ社会階級にとどまることがみられるとしている。経済的落ち込み仮説の証拠は少ないとする報告もある。多くの著者がいろいろの土地で下位の階級に精神病院への入院の多いことをみている。しかし Stein によればロンドンでは精神病院への入院は貧困な地域に少ないという。またメリーランドの1都市の社会経済的レベルと精神分裂病の入院率の間に関係が認められなかった報告もある。(Clausen & Kohn) 予後に関して下位の階級は長期在院が多いことがみられている。しかし退院は僅かであっても、退院10年後の社会適応は他の階級の退院患者よりもより良好であるという報告もある。

教育の不十分な人や非専門職をもつ人に精神障害が多いということを確認した研究はない。

しかしこの問題には民族や少数民族群がからまってくる。また性別も問題になる。上位の階級は心因性、下位の階級は社会因性の疾病をおこす傾向があり、下位の社会階級状態は社会的孤立や分裂傾向性を触発するという。

イギリスを除き低教育、非専門職の人の精神分裂病の高発生率はしめされていない。逆にイタリアやノルウェーでは専門職に多いという報告があ

る。

第2次大戦後、大きい民族移動が処々にみられ、精神障害の発生があったが、新しい環境がストレスとなるのか、精神疾患になりやすいものが移民する傾向があるのか問題である。移民にみられる精神障害に妄想型が多いと報告されている。社会的地位、教育、職業をコントロールした調査でも、非白人移民は非白人原住民よりわずかに高い入院率をしめしている。しかし矛盾する所見もあって、例へばテキサスでは移民の3群より原住民の男性に精神分裂病の高発病率をみている。(Jaco. 女性では反対になる) また Hollingshead & Redlich, Srole et al, Leighton et al の大規模の3つの研究からは、外国生れのもの、移民、土地生れのものと精神障害の発生に関係はないことがみられる。スカンディナヴィヤ諸国の成績は略々逆である。

同一国内の移動はアメリカでは有害に働き、スカンディナヴィヤでは精神健康と関係する。

同一都市内では精神分裂病者は同じ住居レベルにとどまる傾向がみられる。

移動について次の事項が考慮されるとしている。即ち(1)素質があり、どこにいても発生していた。(2)社会的孤立やストレスをおこす文化の葛藤が関係する。(3)移民の場合、受け入れ側に問題点がある。アメリカやオーストラリアは文化変容が強調され、カナダは許容的で、同一性の維持が容易であり、イスラエルでは移民の方が数が多く、スカンディナヴィヤでは移動できる人は能力や資源が豊かである証拠とみなされるといふ有様である。

アメリカ及びカナダの精神分裂病について疫学的研究では Malzberg のニューヨーク州の精神障害者の入院の研究が紹介されている。ここではニグロとプエルトリコが最高の発生率をもっている。Kleiner et al によればメソジストやバプテストは他より精神分裂病の発生が多いといい、Levine & Delman は再入院はプロテスタントよりカソリックが多いという。ユダヤ教は低率ともいわれる。これは発生そのものと入院とは異なるものであることをしめす事柄であると主張する人もある。(Srole et al)

非白人の高率の入院はアメリカ各州にみられ

る。(多くはニグロ)。

ハワイでは原住民と日本人に高率の入院がみられる。

カナダでは **Murphy** によれば 地域社会状況が精神分裂病の発生と経過に影響するという。

臨床並びに叙述的研究では、アイルランド人の精神分裂病者は罪と不適合の感情に苦しめられ、妄想になやむ。イタリア人はうつ病或いは制禦できぬ昂揚気分になやむ。(Opler)

南イタリアの精神分裂病者は孤立よりも家族と密接な同一化に向う傾向がある。(Parsons)

ドイツ人は敵対的で、加虐一被虐嗜愛、妄想傾向であり、ポーランド人は不安、消極的依存性、緊張型をあらわす。(Piedmont)

その他アメリカ各地の精神分裂病の症状の特色をあげた報告が多く紹介されている。特にニグロ精神分裂病の特徴として **Brody** は妄想体系の欠如、困惑や錯乱の多いこと、身体への関心をあげている。

プエルトリコの精神分裂病は **Rogler & Hollingshead** によると役割の逆転をもたらすという。男性はおとなしくなり、女性は敵対的、偏狭、暴力的になる。

ラテンアメリカ及びカリブ海の島々では、**Weinstein** はバアジン島では緊張型が普通で妄想型はまれだというのが、ハイチでは妄想型が多く、しかもブズーに関するものがみられる。ラテンアメリカの精神病の多くは精神分裂病であるとみられる。

ヨーロッパの研究では **Parsons** はイタリアとアメリカの精神分裂病の比較から、強い家族のきずなは精神分裂病症状の経過を変えるという。スイスで働く南イタリアの労働者は悪魔にとりつかれたという妄想をもつ。(Risso & Boker)

Aronson はアメリカとソビエットの精神分裂病のあつかいを論じ、**Field** はソビエットの精神分裂病の療法、発生数、病因の傾向を述べその他 **Kolb, Ziferstein, Klein et al.** がソビエットの精神分裂病に関する記述をなしている。その他諸家によるチェコスロバキヤ、ポーランド、アイルランド、ユーゴスラビア、ギリシアなどの報告が紹介されている。

アジアではイスラエルが世界の人口の混合がみ

られるので実験室とみなされるとし、精神分裂病の発病率はイスラエル生れが最高で、東欧より移民したユダヤ人が最低である。この説明はいろいろいわれている。

Murphy et al はアジアでは単純型と緊張型が多く、妄想型は少ないとしたが、中流階級の都市地域に妄想型は多いという。インドの精神分裂病の研究では早期発病、家族内葛藤、宗教の影響などが目につく。タイでは精神分裂病は多いが、妄想型は非常にまれである。ビルマでは他と異なり、単純型、緊張型がまれで妄想型が多く、面白いことにボストンの妄想型の家族の型とよく似ていて、親の完全な支配がみられることである。ヒリッピンも妄想型が衝動を行為に発現する傾向がみられる。インドネシアの中国人はマレー人より精神病院への入院が多い。中国の精神分裂病の46%は妄想型で、11%は緊張型であるという。(Cerny) **Korea** では非罪障感生まれ、上機嫌の妄想は被害のものより多いという報告がある。(Song)

日本に関するものは事実はともかく、その解釈には同意し難いものが多くみられる。

アフリカ及び中近東の諸国に関する報告も多くみられるが、特に西歐化と精神分裂病の関係は将来の研究にまたなければならぬ。

その他“**exotic psychosis**”として知られている **Koro, Kuru, Windigo, Pibloktoq, Susto,** 日本の憑きもの、**moth sickness** などと本疾患の関係についての報告がある。(Koro=東南アジアにみられる性器の埋没により死に到るという不安を伴う妄想。Kuru=ニューギニアにみられる魔法にかけられたという妄想、歩行不能となり50%は死亡するという。Windigo=北西カナダのインディアンにみられ人肉を食べる Windigo になったという妄想。Pibloktoq=極地エスキモーにみられる運動増進一攻撃性例外状態。Susto=ペルーなどの高地インディアンにみられる魂がぬすまれて存しないという妄想。moth sickness=ナバホにみられる蛾のようにぐるぐるまい、最後に火の中にとびこむ。)

第9章は **T. Freeman** により症状、診断、経過が述べられている。

症状について対象関係、注意、言語、思考、知覚及び自己洞察、記憶の障害、精神運動現象、感

覚—運動現象、感情反応、幻覚、妄想の各項に分けて記述されている。対象関係の障害は5の型に分けられている。第1型は精神医が患者の妄想にまきこまれ、迫害者とされるもので、錯視と結びつかない。第2型は接触のある人を誤認するものである。第3型は自他の識別の障害に入るものである。これには自己同一性の残っているものと自己同一性のそこなわれた2つの亜型がみられる。第4型は対象への同化であって、精神的肉体的自我の変化を訴へ、不安、苦痛と結びつき、よくうつ、無力感、自殺企図に導びかれる。第5型は拒絶症と両価性である。

注意の障害は選択的不注意にみられ、領識のない陳述や答えになったり、反響現象や散漫と結びつく。消極性幻覚の形で主観的体験が記述される。否認も妄想観念と関連してみられる。固執も注意の障害のあらわれの1つである。注意散漫の1つの型は自他識別の障害や反響現象と結びついたものであり、他の型は自他識別は障害されず、妄想観念に集中するため、他に注意が及ばざるものである。

言語障害は思考障害との相違が問題とはなるが、言語象徴の破壊のため言語障害がおこる、しかし直接思考障害に関連しないと主張する人もいる。錯語や失文法がみられ、固執や反響現象も形式的側面に障害をあたえる。言語の表出には障害のみられぬものから、断片や崩壊をしめすものにわたっている。精神分裂病の言語障害に3つのカテゴリーをみる。第1は認識機能の破壊と言語崩壊が平行するもの、第2は言語量は適当であってもその内容は了解できず、ジャルゴン様言語で文法を無視する。思考障害はわずかで適応行動をさまたげない。第3は同様な型であるが孤独で、話したがらず、接触をさけるものである。また言語障害の流動性について注意を喚起している。

思考障害は1つの特別の型でいわれないし、患者にとって恒常的でもない。特徴の1つは思考が知覚、運動、感情から分化されず、抽象化の原始形の表現に導びかれ、文法構造の崩壊、言語の不適切な使用、造語、錯語、断片化、全体と部分の不適切な関係、具体化などがみられる。他の1つは伝達には論理的、一貫性があるが思考の構成が自己中心性、全能なることである。感情障害と関

連し、即座の知覚体験や衝動と結びあう。そして妄想に導びくこともあり得る。

知覚の障害は視覚、身体知覚、自己知覚の方面に多くの研究があり、対象関係の障害と密接に関連しているという。最も要素的な障害は不注意と同じものである。環境の知覚は欲求により条件づけられる。知覚の恒常性の障害、形と地の分化の欠損、共感覚がみられる。精神分裂病の意識の変化の存在を認める立場はすべての人はとっていない。身体知覚の情報は体験の報告が検査によらねばならぬのでその妥当性の判定は困難である。また臨床所見の解釈にも注意が必要である。

記憶の障害は知覚の障害より侵襲が少ない。しかし想起のよじれや体験していないものの回想が多くは対人関係の内容をもってあらわれる。

精神運動現象としては途絶、両価傾向、保統、カタレプシー、自動症、常同症、反響症状、などがみられる。

感覚—運動現象として筋緊張亢進及び減退、腱反射の亢進及び左右の不同、痛覚脱失などのほかに反応の大きい変異性がみられる。

感情反応として発揚、よくうつ、不安、恐怖は発病時によくみられる。本病の特色とみられるものは情動性の欠如と不適切な情動反応である。

幻覚についてその対象の位置は患者の情動の変化と結びついて動き、内容は患者の思考、空想、願望、判断、記憶からなるという報告が幻聴に関して出されている。

幻覚の内容について忠告、叱責、迫害、注察、誇大、よくうつなどの分け方でなく、(1)患者の葛藤のある対象、或いは失った現実の対象と結びついている幻覚、(2)妄想の1部であり、現在の生活事態の現実の対象と明確な関係をもたないもの、という2つのカテゴリーを紹介している。

妄想は本疾患で誇大、迫害、よくうつなどがみられ、複雑な妄想体系は認識、情動、意志があまり重くおかされていない状態と結びついていることは一般に受けいれられている。妄想思考の操作上の要因として、病的自己中心性、全能、信念の信頼性をそこなう事実に対する積極的な否認の3点をあげている。また迫害妄想を2つに大別して(1)可能性のあるもの…周囲の人との接触は残っている。(2)太古性、幼児性のものとしている。患者

の存在する環境が妄想のあらわれ方をきめるとい
う事実が認められてきている。

診断についてはまず鑑別診断上問題になる疾患
をあげている。覚醒剤精神病は迫害妄想, 幻聴,
不安などがあり, 覚醒剤中毒が精神分裂病そのも
のの発症に導くので鑑別困難であるが, 尿中の覚
醒剤の存在の証明で診断できる。アルコールの場
合もよく似た問題を提示するが, 病歴, 幻覚体験
の特色, 意志障害や認識欠損のないこと, 周囲と
の接触の保存などにより鑑別ができる。てんかん
も精神分裂病を思わず症状をあらわす。病歴, 痙
攣発作, 脳波で鑑別される。脳の病態ではまれな
疾病である **Schilder** 氏病 (瀰漫性白質脳炎) が
精神分裂病と診断された2つの報告を紹介してい
る。代謝疾患ではポルフィリン症の精神症状に注
意することをいう。

問題はほかの所謂, 機能精神病との鑑別であっ
て, 臨床所見の多くは患者の主観的体験の陳述よ
りなることで, その信頼性が問われる。更に診断
は精神分裂病の概念そのものが問題になることは
あきらかで, 国と国, 病院と病院, 研究者と研究
者などに診断基準の一致はみられない。最近,
Bleuler の概念に対する反動, 数種の分裂病を認
める立場, などがみられる。**Langfeld** は(1)パー
ソナリティ発達途上の衰退, (2)緊張病の昏迷とい
は興奮, (3)離人症や現実感喪失, (被動体験) (4)
1次妄想の4つの診断基準を提示している。**K.**
Schneider は着想化声や思考聴取, 意見や答弁の
形の幻聴, 患者の行動を述べる幻聴 (実況放送の
幻聴), 思考吹入, 思考奪取, 着想伝播, 身体
の被動体験, 妄想知覚, 感情, 衝動, 意志行為が他
人によってなされているという体験 (作為体験)
を第1級症状といい, 残余の感情の変化, 言語障
害, 運動症状, その他の妄想及び幻覚を第2級症
状とし, 第1級症状は他の機能精神病と区別する
もので, 身体病が存しない時は精神分裂病と診断
してよく, 第2級症状のみでは診断を下せぬとし
ている。**Fish** によれば **Schneider** の基準もうま
くいかないようである。

一方, 精神分裂病の概念をせばめる試みもみ
られる。例へば **Leonhard** の類循環精神病 (**Zy-
kloide Psychose**) の導入がある。

心因性精神病も問題であり, 1例をあげれば

Faergeman が16年前に心因性精神病と診断され
た170例をしらべ, 半数に診断の変更を求めている。
妄想群は精神分裂病になり, 心因性精神病は
減ずる。

Henderson & Gilleppie による精神分裂病よ
り妄想症状をとりのぞく試みや **Batchelor** による
精神分裂病と妄想精神病を分ける試みなどがある。

いろいろと議論があり, 討論がくり返えされる
が, 精神分裂病の概念の決定には程遠いものがある
といわねばならない。特に精神分裂病様精神病,
仮性神経症分裂病, 非定型そううつ精神病,
分裂情動精神病, 中核分裂病などの名称の存在は
診断の困難さを反映しているといっている。

経過については予後を含めて, 多くの文献があ
る。再調査の期間は1~15年である。多くの患者
は退院後, 再入院をしないが, 地域社会にある患
者の適応は乏しく, 制限があり, 家族はかなりの
ストレス下にあることを追跡調査は物語っている。
しかし追跡調査では診断カテゴリーにかなり
考慮が払われているものの本疾患の概念が問題に
なることは言をまたない。在院期間の短縮, 病院
の寛解への良好な状態が調査からうかがわれ, 入
院が患者にとって悪く, 社会への早期復帰が治癒
をすすめるという信念が出現しはじめている。と
ころがこの信念を正当化する結果はあらわれてい
ない。治療や処置の新しい発展にもかかわらず, 古
典的症状のみみられる患者群が存在し, **Kraepelin**
のいう終末状態と量的に異なるにすぎないもので
あり, 常同症, 運動自動症, 衝動症などは僅かしか
なくとも, 終末状態の前ぶれがないとはいわれ
ず, 初期の患者にもかかる症状の存することが認め
られ, かような患者群に注目することを強調し
ている。

病型について, 初期には判然としないことが最
近いわれるが, 概念決定が当然問題となる。

短期間存在してまた消滅する病識に注目され,
Katan は非精神病層, **Bion** は非精神病部分,
Davie & Freeman は非精神病残遺といっている。
対人接触の場と激しい怒りの場合に出没する
のがみられる。この非精神病過程の存在は疾患が
患者の精神生活のすべてを含むものでないことを
示めし, 症状と共に変動するもので, 患者の状態

の判定に重要であるとしている。

経過はもとより治療をはずして考えられない。治療は必ずしも良好な経過をとると限ぎらず、症状は特に引きこもり、感情障害、精神運動症状、妄想などがのこる。しかし薬剤療法、集団療法、精神療法、入院処置などは症状発展を食いとめるものと考へられるとしている。

Freeman の精神病理学にあまりとらわれない、

しかも精神力動にかたよらない症状に関する考察は興味深いものである。しかしながら経験的な臨床所見の類型化や精神力動の仮説に依る体系化の試みは或程度成功するかも知れないが、患者の主観的な精神内の体験や行動を基にした材料より症状が定められる点が問題であって、その客観性、行動の見方、観察者の偏倚など注目されねばならない。