

Bellak の精神分裂病の概念 (その8)

杉 原 方

第10章は Bellak 自ら L. Loeb とともに精神分析、精神療法、一般精神力動的の研究について、比較的短くまとめている。この分野の刊行物の減少したことをこの方面の考え方が一般に使用され、広くうけいれられているという事実の反映とみる態度や力動的治療の範囲に関して、理解の進むにつれて、重要性がたかまり、応用が広がるという見方には、臨床家としての立場をとる現実在即した研究者の姿がみられて興味深いものである。集団精神療法の必要度の増大を述べると同時に、向精神薬については精神療法は逆に助けられているという言い方をして、向精神薬の進出を歓迎しているようでもある。更に **Community Mental Health** に関する種々の努力は精神療法を利用したり、これにとって代ったりするとして、精神療法のみでこだわる立場にないことを表明している。最後に自我或いは自己の問題を各方面からながめ、精神分裂病の自我の障害を再び強調しているようである。

特種研究の紹介では、古典的分析治療法を施した20年の経験をもつ Boyer と Giovacchini をあげ、精神分裂病、境界精神病、精神病質のなかに共通基地の存在の示唆をあたえる。次に Secheyahay (1, 接触, 2, 欲求の象徴的満足のとりあげ, 3, 接木転位, 4, 自己愛の回復の技術の4段階), Bychowski (精神病的芯), Rosenfeld (Melanie Klein 説のなかでの精神分裂病の精神分析の第一人者, 精神分裂病をつくる母説を支持せず, 素質の存在を信じる), Arieti (精神療法の総括, 治療の初期段階, 生活型の4段階=不安, 敵意の家庭事態, 対象関係の防衛機制, 防衛の無効, 精神分裂病恐慌), Fromm-Reichmann (集中的精神療法), Azima (口愛性の強調), Searles (前両立力働性共生段階の強調), Lidz et al (家族研究), Laing (実存主義的分析, 反精神医学), Betz (治療結果と治療者のパーソナリティの関係), Rosen (直接分析), Jacobson (精神分裂病のうつ状態と

そううつ病のうつ状態のちがいを、精神療法の批判)をはじめとして多くの著者たちの見解や経験を紹介している。なかで興味があったのは症状からも結論は得られなかったけれど, Mead & Rollins の洗脳の方法を慢性分裂病に施した報告である。また Laing にふれ、ひろい系統化されぬ一般化や明らかな概念化は過去の興味以上のものを証明しそうもないと手きびしく感想を述べている。

討論と摘要では、精神分裂病をどうみるかにより精神療法の方向がかわるから、ちがった人にちがったやり方があるとしつつも、すべての学派の基底にある一つのものは、患者と医師の関係の重要性であるとする。関係の確立は治療自体外のものも参加する。精神分析については古典学派、クライン派、サリバン派は似たところが多いという見地をとっている。実存学派については或る種の魅力を感じ、離人症の理解に対する貢献をみとめるものの、神秘的宗教的な哲学的一般化は進歩よりも退歩をあらわしているだろうとのべている。

治療についてどこまで治療が及ぶか、精神分裂病は治癒するものであるか、即ち可逆的の症状をしめし、常態に復したものを安定に保てるかなどの点をあげて討論している。

第11章は児童精神病と題して M. W. Laufer と D. S. Gair が受けもっている。著者は前書とかわっているが、かなりの量の頁がこれにさかれている。誕生より思春期までに人や環境に対する関係や反応、成熟の均衡、知覚、運動、あるいは知能それらの総合されされた機能が常態より逸脱したのがみられる。生後直ちに逸脱をみせるものや、児童後期まで異常行動をしめさぬものや、はじめ発育が正常であってあとになり異常行動をみせるものや、8—12才まで僅かの障害しかないものが、成人にみられるごとき精神分裂病の症状を呈するものなどあり、促進因子の明確な例も、不明な例もある。これらのなかでどれが児童精神分裂病といわれるかは、研究者によりちがった考

え方がみられる。

診断体系の 1 例をあげると、

a, 包括的用語 (0—12才の発病)

1, 児童精神分裂病, 2, 児童精神病, 3, 非定型発達, 4, 精神分裂病症状 (児童期)

b, 児童期の特殊診断単位 (0—12才の発病)

1, 児童精神分裂病

c, 6才前の発病の特殊臨床像或いは診断単位。

1, 早期幼児自閉症 (1 次性, 器質因子による 2 次性) 2, 早期発病の児童精神分裂病。3, 共生精神病, 4, 幼児精神病, 5, 発達精神病 (6, 精神病を伴う慢性脳症状) 7, *Protophrenia*。(8, 接枝分裂病) (9, 偽遅滞) (10, 偽精神分裂病)

d, 6—12才の発病の特殊臨床像或いは診断単位。

1, 児童精神分裂病, 偽神経症, 偽精神病質, 偽身体症, 2, 静穏な児童精神病 3, 児童期の精神分裂病様精神病, (4, 接枝分裂病) 5, 境界精神病, 6, 精神病性格, (7, 偽精神分裂病) (8, 精神病を伴う慢性脳症状)

であるが, 1955年後にでたものは c の 4, 5, 7 と d の 6 である。

児童精神分裂病は精神医学的に障害のある児童のひろい群, そのなかの 1 群, 基盤に病因過程のあるもの, などいろいろの意味をもつようである。これには客観的基準の欠如, 症状の多様性, 病因の不明によるものであろうが, 分類を詳細にすることが病因や治療の評価に価値があると多くの著者は信じている。

一般に児童期の精神病は 1) 早期発病の精神病, a) 幼児自閉症, b) *Mahler* の自閉精神病, c) 共生精神病, 2) 児童精神分裂病, 3) 境界精神病, 4) 器質脳疾患を伴う精神病 (精神薄弱を含む) と分類されるが, 自閉は行動叙述の言葉であるが精神分裂病と同義に使用されたり, 発生時期をしめすものとして使われている。

脳損傷或いは精神薄弱を除いた特殊カテゴリーとして *GAP* (*Group for Advancement of Psychiatry*) が以下のものを出している。

a) 幼児および早期児童の精神病

1) 早期幼児自閉症 (2 次性を除く, 発病生後

1 年内)

2) 相互作用の精神障害 (共生精神病および類似のものを含む, 発病 2—5 才)

3) 他の精神病 (非定型発達或いは幼児精神病と同じ)

b) 後期児童の精神病

1) 精神分裂病様精神障害 (発病 6—13才)

2) 他の精神病

その他病因よりみた 5 の連続体を考える *Anthony*, 4 型をおく *Fish*, 鑑別診断の面よりなす *Gold & Vaughan*, 7 段階をいう *Settlag* などがある。

児童精神分裂病は児童精神病と同義であり, 疾病単位と認めず使用しない研究者も多く, 児童中期, 或いは前思春期に発症したものにかぎって使用されているが, *Bender* その他の研究者は疾病単位と考えている。*Blau* は児童精神分裂病と多少なりとも同義であるものとして多くの疾患をあげ, *Pollack* は精神病を伴う慢性脳症状と同じと考えている。

症状および診断基準について: 多くの研究者により診断基準が提示されているが, 症状の多様性のため十分満足するものはない。自我必理学, 心理テスト, 観察法, *EEG* などの方面からの努力はあるが実を結んでいない。

児童精神分裂病は児童精神病でないとする *Bender* の立場について詳述されているが彼女は神経病学的発達の異常にみられる成熟へのおくれを強調する。

その他児童精神分裂病を特殊な診断用語として使用する研究者らの個々の立場にふれている。

発病が 6 才以後のものや境界精神病は早期に比してくわしく研究されていないが, 思春期に近づくにつれ症状は或人の形を思わすようになる。鑑別診断としてあげられたものは聾, 失語症, 脳障害, *Heller* の幼年痴呆であって, 特に *Heller* の疾病の描写は昔, 児童精神分裂病についてなされたものと一致している点, 興味がある。

病因: 成人の精神分裂病でも曖昧な概念であるのに児童にもってくるのは更に混乱するのであるが一応病因をみると, 遺伝要因は早期幼児自閉症の家族に精神分裂病の発生は低いという報告や児童精神分裂病は成人の場合と変らぬ遺伝負因があ

るという研究があり、明確な結論に至っていない。素質要因は多くの研究者により認められており、その他神経生理学的、代謝、器質要因も考えられている。

心因をとる研究者のなかにはこれを1次性とするものとそうでないものがある。親または子との関係が問題になるとして、親の感受性、母のうつ状態、親の葛藤、親子の精神力動的平行状態、親の情緒生活、母のパーソナリティ(敵対—拒否的、強情、恐怖)家族間の相互関係、難産と短期の母乳授乳、母との接触などが観察、面接、心理テストからあげられている。しかし確証されないものや必要十分条件でないものがあって定説にいたっていない。

心理学的研究ではロールシャッハ・テストによるものと、知能検査によるものがテスト関係では目につく。生理学的方面では知覚特に視覚に障害を想定する研究をはじめ、発達、神経学的研究がみられ、脳波による研究も盛んである。代謝異常も考えられ、種々の方面よりの接近がみられるが、異常代謝産物が原因なのか、疾病の結果なのか判定がつきにくいと思われる。

言語特にその発達に関する研究も数多くみられる。

精神力動や精神病理の方面も多くの研究がそれぞれの立場からされ、素質を考慮したり同一化機能、母との接触の再獲得の努力、不安、抹殺の恐怖、防御としての共生、対象関係、抑圧、自我欠損とその発達、外界刺激、家庭関係、幻覚、妄想などに関する研究がある。

治療では精神療法、インシュリン、電気ショック療法、薬剤療法、行動療法、教育療法、家族療法などが施行され、特に向精神薬が多く用いられ、療法の施行の方法として外来、集団療法、デイ・ホスピタルなどがあげられている。まだコントロールした対象群との比較研究は少ないようである。

追跡調査では基準がまちまちで比較でき難い点を考慮にいれて20~30%の社会的寛解をみている。これはいわゆる児童精神分裂病についてであり、100例以上の症例をもつ数編の研究から大体一致している。またいわゆる早期幼児自閉症や6才前発病の精神病については60以上の症例をもつ

たものは少いが、それらは約半数が治療後に社会生活をなしうるとしている。予後について早期の発病、年長の両親、家庭外にいたもの、治療の変更を含む種々の変化、IQの低劣、身体障害、神経学的異常、精神障害の親、3才以後の引きこもり、遊びのできないこと、すべてに対して外に攻撃を爆発させることなどが予後不良としている。予防については後代の研究をまつ以外に手段はないと悲観的結論をもっておわっている。疾病単位の問題はおくとして、分類について発症の年令からみることは比較的容易であろうと考えられる。8才前後で区切ってみる著者らの考慮もうなずけるが、どの行動型をとって症状とするのかが問題として残るであろう。児童の精神病を早期児童自閉症、成人型精神分裂病、そううつ病に分類するのであることを添えておく。(Rutter et al 1969)。

次章の12章はこの本の編者の1人、L. Loebが書いている。思春期分裂病という表題が初めてでできた。著者のいうようにアメリカの全人口の半数は25才以下である事実の他に思春期は各面で負い目や希望をもつ平衡のとれない時期であり、更に最近思春期延長がいわれるようになり、重要な問題となっている。

Loeb は思春期分裂病の発症前に特異な時期の存在を認め、自我心理学の立場より Beres の機能分類に従って、3期に分けた思春期における自我発達を詳述した。病前の状態がいわゆる分裂病質と関係があるのか、または前分裂病的状態というべきものが存在するのか問題は提出されたところであるにすぎない。

診断上問題になるのは思春期の疾風怒濤の行動であるのは言をまたない。その他鑑別診断で注意すべき疾患は脳障害、精神薄弱、神経症などである。Loeb は思春期分裂病の臨床的表示に関する意見は研究者間に一致はみないとしながらも、自分では成人のものと基本的な差はないと感じている。しかしこの時期にあらわれる特異な精神分裂病の1形として偽精神病質形をあげている。Bender もこれに6の群分けをなしている。その他の立場のなかには器質因子を考える人がある。

経過については文献に乏しいが、30~50%は十分な社会生活をしていないようであるが発病年令も関係があるようである。

治療では多くの報告は精神療法によっている。わずかに薬物療法による好結果をみたものがあるが、治療一般について、十分な対照群との比較をもったものが少いため、結論は将来にもちこされる。

13章は J. O. Cole と J. M. Davis により向精神薬について詳細に述べられている。

療法の効果判定には対照群、偽薬効果、薬量、判定方法、判定者、対象群の症状など問題になるものが多い。著者らは本章では対照群のある研究の数値のみを扱い、あるものは、はじめの統計の計算のやりなおしの数値をつかうほど慎重を期している。レセルピンやフェノチアゼンは偽薬より有効であり、前者より後者が有効でフェノチアゼンのなかの種々の薬のうち特に優れて効果のあるものはない。フェノチアゼンは有効であっても投薬を中止すると再発がみられることは多くの臨床家にみとめられている。しかし10～15年のコントロールされた、2重盲研究の効果判定はないようである。投薬中止後1年内の再発患者の割合は73% (Freedman, 1973) ～95.4% (Ban, 1973) である。

フェノチアゼインのなかのいろいろの薬をまぜたり、またフェノチアゼンに抗うつ剤をプラスしたりするといろいろの効果がでることが知られている。

インシュリン療法とはやや同じ効果、電気ショック療法とは早期の場合、同じかやすぐれているとされるが、コントロールされた研究はない。しかしインシュリン療法は準備・施行に慎重さが更に要求され、多くの専門家が必要であり、費用もかかり、危険究も高いことはたしかである。

近年、いわゆる社会療法や集団療法がより広く使用されるようになったのは向精神薬の賜物であり、それらの効果が一層あがっているのがみられる。

フェノチアゼンがどんな症状の改善に期待をもってよいかという問題は症状というものが孤立したものでないことや評価方法、適量に対する考慮がからみあって、ともすれば、病前適応にわるいものによいか、或いは病前適応のよいものに有効だとか、引きこもり次元によく、妄想次元に反応しないとか、シェナイダーの第1級症状がコン

トロールされるのだとあって、向精神薬と症状の関係は過大視されがちであるが、どの症状に特に有効という結果は出されていない。即ちうつ病に対する抗うつ剤ほどに的症狀の考えからは遠くにあると思われる。

フェノチアゼンの作用は単なる鎮静でなくバルビタールとは異なるものであり、抗精神病剤としての作用があるようである。

用量としては大量の使用がみられるが、適量があるはずであるし、個人差は大いに考慮せねばならず、無効のときは薬の変更や混合が必要となる。

副作用はパーキンソン、運動障害、着座不能症のごとき中枢神経系にみられるものの外に心臓血管系、自律神経系、眼、皮膚、血液、肝臓、内分泌系にある。

このあと著者らは非フェノチアゼン系の薬や新しいフェノチアゼンを紹介したあと摘要として、フェノチアゼンの多くのものは急性及び慢性の精神分裂病の治療に真の臨床価値をもつことがコントロールされた研究でしめされたと確言し、入院患者数の減退、新しい患者の看護の進歩に貢献したと述べている。しかしながら向精神薬の生化学的根底にたつ治療メカニズムに関する仮説はふれられていない。

14章は向精神薬以外の身体治療について L. Alexander が10頁あまり書いている。向精神薬の導入は精神病院の入院率の激変につながったが、なおインシュリン、ショック療法、電気ショック療法の利点を認めて、効果期間の延長、治癒率の高いこと、重症によいことなどを強調している。著者の経験よりインシュリン、ショック療法の施行を詳述し、次いで非可逆昏睡の治療や遷延昏睡の治療と予防、電気ショック療法、内分泌療法、前頭葉白質切截法、精神療法との統合療法について述べている。

15章は H. E. Schniewind, Jr., M. Day, E. V. Semrad, により1956～1966年の集団精神療法の文献の評論がなされている。それによれば著者らは分析方法と統合的方法に分けて考えているが、実験方式の多様性、患者の選択などにより比較はむづかしいとしている。また Bellak ですら1936年には集団療法を精神分裂病の主な治療法と

して注目しておらず、次の10年間に大いに活用すべきであると変っていったことを指摘している。ついで諸家の集団精神療法の文献の評論や精神分裂病における集団精神療法の利点、施行要領など叙述している。一般理論的考察として精神分裂病者のパーソナリティのため特別の注意のいることや、現実探索の重要性、スタッフの選択、異質集団の有利性、多様転移の可能性など、精神分析の立場からのもののほかに社会心理学、条件反射、メラニー・クライン学派からの諸説がみられる。

技術の進歩の項では、治療者は積極的な指導者であってはならないとする人や、権威的環境を排斥する人のある一方、積極的、指示的、カリスマ的、操作的であるべきだという人や、自我が原始的であればあるほど指示的でなければならないとか、急性の場合に指示的なやり方を推す人がいる。集団内に2つの権威像を要求するやり方、また治療者に攻撃的役割をすすめて症状や依存を打ちやぶる方法、集団療法と個人療法を混合する技術、集団療法の計画と評価への患者の参加が有効であると述べられている。抑圧より転移と投出が精神分裂病では重要であるため、抵抗を打破するため、家族と親を代表する患者の2群を構成したり、あらゆる敵意の表出を許したりする反面、放任主義に対照的に妄想の現実性を否定する積極的接近もある。

臨床体験から20～25人の集団は扱い易く成功するといいい、神経症患者の集団内に沈黙の精神分裂病患者が含まれるのは有効とする報告がある。患者の言語行動をコントロールする可能性が治療者の役割と考える研究者がみられる。効果判定の実験的研究で、病室の医師と精神医学者が独立に判定し、治療者の報告、印象、心理テスト所見をノンパラメトリック統計計算して、かなりの価値を認めている。その他異質群、同質群の優劣、治療者の積極的参加者と積極的解説者の役割の比較、問題解決行為による引きこもりから協調への移動、自殺による集団指導者をなくした治療集団の研究、集団療法により理想自我と自己像の増幅したくいちがい、患者管理の集団療法の経験、治療開始6カ月に他の成員や治療者が重症群の夢にあらわれ、転移や集団の関係をしめすこと、療法への出席状態の研究、などいろいろのものがみられ

る。その多くは対象を入院慢性精神分裂病患者にとっており、興味ある経験もあるがコントロール群をもつ統計上比較検討できる研究業跡は少く、臨床経験上の1報告に終わっているのが多い。

集団精神療法における社会的・文化的要因に関する研究も種々みられる。例えばプエルト・リコの伝統的育児型が集団過程に関連することや、ドイツ語圏の文献より南の非工業地帯では分析的、北の工業地帯は統合的の集団療法が多いということや、治療者と患者の人種差の問題、社会クラスの差、分析と統合の技法のあわせもの、フランスの社会的責任の強調、州立病院の患者の自主管理、ドイツの病院新聞、チェス・グループ、討論集団の価値の認識、投出的集団療法、活動集団療法、ソビエトの精神力動を排した労働療法の重視などがみられる。

児童を対象とする場合の集団精神療法は自閉、共生傾向をとりのぞくに有効であり、治療集団の会合に親を出席させる技法もみられる。精神病の子供の親に対する集団療法の研究もあり、集団精神療法に自伝や手紙を援用する方法もみうけられる。短期の集団療法は単独または大きいプログラムのなかで使用され、症状軽減や次の治療への準備として有効である。精神分裂病の病因として家族の病理性が問題となるのに呼応して、家族療法が注目されてきた。このなかで家族力動、家族役割構造、二重結合、偽相互性などが問題になる。その他集団療法としての労働療法、サイコドラマとの組合せ、絵画、音楽などをとり入れた療法の紹介が述べられている。特殊状況として陸軍、海軍や復員軍人病院の経験があげられている。集団療法の治療者についてその知識、性格、指導性、対人関係上の責任性などが論述されている。境界分裂病のための集団について1項がもうけられ、単独または複合で用いられた集団精神療法の有効性をうたっている。

環境集団プログラムと題された項には、患者の自主管理にかかわる指導性、患者との直接の治療接触、対人関係の形成、分析的指向の集団討論の利用、治療社会の概念、環境の構成分子、病室における討論、統合的手法、治療者の指導性、スタッフの技量、態度、パーソナリティ、役割、品格、看護婦の参加、集団の大小の得失、身体活動の利

用、診断カテゴリーを混合した集団、集団分け、キャンプや週末プログラムなどを論じた文献が紹介されている。

家族関係の病理性のため、精神分裂病行動の型が保持されるという仮説より、家庭環境を改善するため、精神分裂病者の血縁や連れあひに対する集団精神療法がある。このなかに患者は含まれぬので家族療法からわけられる。数編の研究の紹介があるが、治療よりもその家族の特色をみんとしたものが多い。

集団プログラムの特別の補助として、映画、音楽、作業療法、集団活動などがある。薬物療法との併用は有効であると多くの文献に示されている。

集団精神療法と社会復帰の項では主として統合的集団療法の文献がとりあげられ、実験的比較、患者の症状と治療効果、プログラムの手法、接近の技法などがみられる。

成果としてプラスの面をのべているものには、コミュニケーションの訓練、社会化体験、対人関係機能の増進、社会へのよりよき適応、早期実習行動型の変更、環境との伝達の改善、自我統合レベルの上昇、作業適応の増進、恐慌と疑惑の減退などがあがっている。しかし総合的治療が必要であるし、比較のための基準の確定も欠くことができない。著者らも集団精神療法は精神分裂病に有効であるという一般的印象はもつが、どの型に、どんな患者に、どんな場面で、どのゴールによいかという問題が残っていて、長期の追跡調査をもつよくコントロールされた比較研究が望ましいと摘要に述べて章を終っている。

第16章は、病院およびコミュニティ精神医学研究接近と題して M. E. Perkins と H. Bluestone が筆をとっている。この方面における1958年からの10年のトピックとして、精神医学の実践における決定因子としての社会経済的要因の関心の復活を背景とした治療の環境の研究と向精神薬の投与、開放管理制に転向する精神病院をあげている。精神分裂病の出現は公衆衛生の責任にあることを歴史的にみて、特に英・米国の法律制定の変遷より community mental health への道をたどっている。

精神病院の新しい方向として Schwartz & Sc-

hwartz は、(1)看護および治療の個人化、(2)病院とコミュニティの垣をとり払うこと、(3)治療環境の発展、(a)病院の大きさを減ずること、(b)同質の院室や看護は除くこと、(c)患者と医師の直接の接触をつくること、(d)患者と職員間の関係に更に深さと幅をもたすことをあげている。

病院の大きさは中央集中化を排し、小ユニットをつくってゆくことにより、ニューヨークの州精神健康計画では、州立精神病院のベッド数を1000以下としている。T. Kirkbride は1880年に250ベッドを望ましいユニットとすでに考えている。病院とコミュニティの垣をとり払う試みに開放管理制が大きい働きをなしつつあることは言をまたない。同質の院室や看護を除外することはいろいろの方面に問題があり、変化に対す職員の抵抗もあるが、治療コミュニティという立場から見なければならぬであろう。患者と医師との接触も大きい問題であり、接触がさまたげられる場合もしばしばみられる。次いで環境療法やコミュニティ・ケアに関する文献が紹介されている。

精神科をもつ一般病院は、新しい病院として英米およびカナダで発達したが、これらの予防、社会復帰などの役割の重視、それに併う設備、人員、研究、都市発展の計量との関係等が述べられている。

更に一般病院における精神医学という項をもうけて、種々の一般病院の精神科の模様を述べたい。いろいろの著者の報告を紹介している。1956年にすでに、Benett et al は一般病院の精神科の増加を唱導している。1965年の国立精神健康研究所(NIMH)とアメリカ精神病院協会の調査では、1046の一般病院は診療のため入院治療を行っており、そのうち467は別の精神医学の入院ユニットをもち、579は昔どおりのやり方で治療のため入院させている。一般病院で精神分裂病を治療する利点は、病院と地域社会の差を最少にすることであると、病院の所在、解放管理制、訪問しやすさ、短期入院、治療の強調により達せられるとしている。

Bronx-Lebanon Center のディホスピタルの経験が述べられているので略述すると(1)小型であること、最大35人、スタッフが患者をよく知ることができ(2)異質の患者構成、あらゆる診断、男

女年令を問わないが、あまり小さい子供は除かれる。症状の重さは自殺企図のないかぎりこばまらない。(3)スタッフへの近ずきやすさ、部屋のドアは何時もあけておく、(4)ユニットへの接近が自由であること、(5)地域社会との接触、スタッフは家庭訪問をする。

このディ・ホスピタルの成功は、向精神薬の対症療法的効果により助けられた。90%は家庭復帰(外来治療を要す)を得た。

West は(1)迅速に診断や看護をうける必要のあるもの、(2)連続治療を要するもの、(3)ディあるいはナイト・サービスを要すもの、(4)情動障害児の入院を要すもの、が一般病院の精神科サービスを受けるものといっている。

Kaufman はニューヨーク市の Mt. Sinai 病院のなかの精神科が1946年にベッド22からはじまり、18年後多くの病院と連繋のとれる、市に支持された施設となった過程を述べている。このような精神科で扱われた患者は2~3の報告からみると、神経症が多いようである。

その他イギリスの各地での経験の報告がのべられているが、一般病院の精神科が慢性分裂病の社会復帰に最善とみなない著者のいるのは興味がある。

外来救急ケアについて Schwartz & Schwartz は救急の即刻性、地域社会の外来サービスの延長、救助の概念拡大の3つの主題をあげ、また精神医学の限界を指摘し、社会クラブ、特殊グループ〔Synanon (麻薬中毒者の治療社会集団) A. A. (断酒会) の如きもの〕活動療法、社会化療法、環境の葛藤の再認識にもとづく個人療法、精神分析療法をすすめる、家庭訪問や移動救急ユニットの利用を推している。

情動の救急処置の考えは、1958年すでに Bellak により出されている。Fisch et al の経験では15~44才が半数を占め、精神分裂病が多く、394例中177で女性の方が多い。自殺企図、狂言自殺、暴行、異常行動、急性錯乱、振戦せん妄などが問題である。New Heaven の例でも1130例の26.7%が精神分裂病であり、Baltimore でも精神分裂病と麻薬中毒が多いとしている。

地域精神医学は Bellak の Handbook of Community Psychiatry and Community Mental

Health のなかで彼により 精神医学の第3革命といわれている。

地域精神医学と社会精神医学の概念は曖昧であるが、Redlich らは前者は地域社会レベルの応用実践と評価を、後者は理論や研究に強調をおいたものとしている。

次に地域精神健康センターの状況が報告され、最後に精神分裂病が公衆衛生が担うべき責任のなかにあるものとしてとらえることを強調し、病因はのぞいても精神分裂病は慢性の経過をとり、いろいろの治療を必要とする状態の集団を敘述する用語であるという認識をもって種々の計画にとりくまねばならないとしている。

第17章は予後について H. Kind が受けもっているが冒頭より、精神分裂病とよばれている疾病単位でない、診断基準のはっきりしない疾患の経過予測に関する進歩は、過去10年間にみられなかったと言いきっている。しかしこの問題への接近として、一般的予後の研究と個々の症例または症例群の予後の基準の研究に分けられるとして、過去の研究のあとをたどっている。一般に1920~30年代と1940~50年代の入院患者の動静は各国で検索されているが、後の時代の方が慢性症例となったものが少ない。精神分裂病の一般予後は過去30~40年の間によくなったといえる。けれども新しい治療法によるのか、治療環境の変化によるのか、疾病過程の変化によるのか、解答は出されていない。

薬物療法施行前後の変化も見られ、在院期間の短縮、再入院の増加がみとめられる。

良性の過程と悪性の過程と2分する考え方は直接予後に関係している。特にスカンジナビア諸国の精神医学はこれを採用している。ドイツでは Leonhard の一派は良性の経過をとるものを精神分裂病からわけて独立の型としている。

症状に基づく基準はいろいろあり、追跡調査をし、信頼性も確かめられている。例えば Vaillant は急性の発病、促進要因、うつ病、分裂病質でない病前適応、錯乱、死に対する専念、そううつ病の遺伝的負因をあげてはいるが、個別的要因は重要でないとしている。Stephens & Astrup は予後不良の指標として分裂病質、近親の慢性精神分裂病者の存在、貧弱な社会活動及び性適応、潜行性の

発病、症状の長期持続、促進要因の欠如、精神病に心理的理由を患者がつけられぬこと、精神病症状と過去の葛藤とのむすびつきのないこと、感情鈍麻、一次性妄想、奇異な空想型の妄想等で、良好な予後をしめすものはプロセス傾向の欠如、外向性格、人格変化の欠如、仕事が病前によくできたこと、良好な社会的、性的適応等である。その他言語機能、結婚、遺伝などを云々した報告がみられる。ソビエトの学者は一過性の症状に予後をみている。すなわち軽躁や夢幻状態はよく、破瓜型は不良としている。

育った環境や育てた人との精神力動と関係する。特に家族との関係の性質や社会経済的圧力の度合いが影響することは、多少とも一般の一致をみている。病前性格が予後決定因子だとする一方に、患者の社会的地位が性格から離れて重要であるとする研究者もいる。

生理学的方法に基づくものとして、いわゆる **Funkenstein test** およびその変法、脳波、爪皸、髪の毛細管叢、有毒物質が研究対象となっている。体型について肥満、闘士型はよいとされている。

臨床型について、発病が早期である方が予後はわるい。**Hoch et al** は神経症の症状のあった精神分裂病の追跡調査より20%は顕在の分裂病症状をもち、通常の方法で無効であり、従って予後は不良であったと述べている。一般に単純型は予後不良とされているが、**Cornu** の研究ではそれほどわるくはない。

著者は摘要でもこの10年間予後に関する新しい寄与はないとし、本疾患の原因と病原が明らかにされるまでまたなければならぬと考えている。治療者の患者にあたえる影響が疾患の長期間にわたる経過に大に関係あることを銘記して章を終っている。

18章は **B. J. Black** と **C. Benney** により社会復帰が述べられている。社会復帰は **Rehabilitation** の訳であるが、時に更生、療育指導とも訳され、心身の障害に関するもので医学的、社会的、教育的、職業的な多岐にわたる側面がある。著者らは精神分裂病の社会復帰を障害者がなしうる最高の機能に達するのを助けるため、専門的技量に地域社会の資源のもらもろのものを利用を含む、あらゆる総力を結集した力動的な過程と考えてい

る。**Pinel, Rush, Dix** の時代の“道徳療法”から立法に支持された現代のアメリカの社会復帰への道程に簡単にふれ、再社会化および再動機づけの項では **Schwartz** 夫妻の病棟開放制、一般病院の精神科病棟、**Freeman** らの慢性分症病者の再社会化の環境療法の試み、**Sanders & Weiman** のフィラデルフィア州立病院で行なわれた3つの異なるユニットの経験、**Fairweather** のVA病院の患者管理のテスト群の経験などが述べられている。

病院における環境的社会復帰として、**Meyers** の9つの特性を紹介して比較的新しい用語の説明に援用している。ディ・ケアについて **Hyde** らの著書を紹介しているが、多種多様の施設が用いられ、患者のパーソナリティ構造と態度の変化をもたらす基として対人接触が重視されている。患者のパーソナリティとスタッフのそれとうまくあわせて対人関係をつくる試みは興味深い。

中間施設については特に **Fountain House** と **Horizon House** がとりあげられている。前者は男女500人の成員がいろいろの社会的、レクリエーション活動のプログラム、作業場、住居設備をもち、多くのスタッフ、ボランティアがついている。後者はディ・センター・プログラムと共同し、学生と一緒に生活するのが特色である。更に患者の高い期待をもつ施設の代表として **Overing Apartments** をあげている。

仕事による社会復帰を精神分裂病者にもとめる歴史は長いが、創造性の価値が認められるようになったのは近世であり“道徳療法”の一部となり、一時期に流行をみたが病院の発達とともに、医学指向の治療に道をゆずり、“作業療法”は1次世界大戦にはじまり、2次の大戦を通じ現代にいたっている。精神障害者であった人の地域社会にもとづく工場の最も古いものはロンドン郊外の **Thermega** といわれている。

作業療法の歴史、目的と規模、構造などについて述べ、治療的観点から作業療法について専門家の一致をみられるものは次の諸点であろうといっている。

(a) 作業は創造性のある仕事で、実際のもので経済の枠組内にあるものである。

(b) 作業の雰囲気は圧力の低いもの、時間を急

がせてはならない。

(c) ありきたりの仕事ばかりでなく、複雑なものの、多様性をもたねばならない。

(d) 仲間の多様性が必要。いろいろの障害のある人、常人がまじっていること。

(e) 支払いは正常のレベルでされること。

最後に社会復帰の概念が確立されかかっている現在でも、どの要素が有効で、どの資源との共同が、どんな患者に最善であるか、まだ述べることはできないとしている。

予防が終章である。J. R. Ewalt と J. T. Mallasperger が執筆している。予防精神医学では地域社会においてあらゆる型の精神異常の発生を減らすことを第1次予防といい、それでもなお起こる精神異常のうち、多くのものの罹患期間を短縮することを第2次予防といい、それらの精神異常から生ずる障害を軽減することを第3次予防という。第1次予防はその疾病の病因、発生状況についての深い理解なしで遂行されがたい。精神分裂病は多くの病因をもつものとしても、それについてほとんど知るところはない。病因に関係すると考えられる事項についてみると、遺伝は昔ほど強く主張されない。疾病そのものの遺伝は否定され、ある種の素質(分裂病質)が遺伝するようであるが、精神分裂病の発病には環境その他の要因が必要とされるようである。よって優生学的プログラムで予防を考慮することは問題であることはあきらかである。更にフェニルケトン尿症がモデルとなるような代謝異常を来す遺伝性の1つの酵素の欠損も本疾患では考えられない。

生化学的研究も著者らはあまりみのあるものとみていないようで Kety の総括を援用し、本疾患で見つけられた生化学的異常物質は、病院の感染疾患、食物、薬剤、ストレスに対する生理的反応によるものと誤認されていることを強調し、セルロプラスミン、セロトニン、ノルエピネフリン、タラクセイン、アミノ酸などに関する研究にふれ、否定的態度をみせている。それに反して社会環境に関するものは直接病因にかかわらなくとも予防として操作しやすいものであり、著者らはフロイトから説きおこし、小児分裂病や小児の発達過程に及ぼす環境要因、特に母と子の関係、更には家族一体として Lidz の家族関係の異常性、Bateson

の2重結合、Wynne の偽相互性に言反している。これらを基にした予防プログラムはいろいろと考えられるが、大衆教育の方法は困難なものと考えられる。

第2次予防として早期発見、早期治療がいわれるが、確実な診断を要し、適切な療法の指示が必要で、いたずらに人員、時間を浪費すべきでないと力説している。

第3次予防については、前世紀の管理的色彩の強い大規模の病院に向けるべきであろうとしている。

結語として Bellak は(1)疫学的重要性(在院期間および在院患者の減少が認められた)(2)遺伝、生物、心理学的研究および症状や予後の研究は詳細な分野に入り、方法にも発展がみられるものの、本質的な進歩はなかったこと。(3)向精神薬の評価(症状軽快、在院期間の短縮、院内外の看護の変化)(4)精神療法の技術の進歩及びコミュニティ・メンタル・ヘルスの発達。(5)病因に環境が1つの要因であることを強調し、予想としてコミュニティ・メンタル・ヘルスの役割の増加、よりよき向精神薬の出現、よき疫学的数値の獲得をあげ、困難な予想として自己の偏りの入るのをことわりながら、(1)生物学的原因是精神分裂病のすべてのものに基本であるという発見はない。ある種の生物学的要因はある種の精神分裂病をつくる。(2)遺伝的要因は約25%のものに顕著な役割をする。(3)幼児期に生じた器質性障害も代謝、生化学的要因も発症に一役かうであろう。(4)心理学的要因はほぼ50%の病因に、1次的役割を演ずる。(5)精神分裂病の精神病理は自我の障害とみられるであろう。(6)以上の事項より、病因と直接する予防と治療があとを追って出てくるであろうと述べて筆をおいている。

Bellak の著編書である *Dementia Praecox* (1948), *Schizophrenia* (1958), *Schizophrenic Syndrome* (1969) を通覧して、30年間の主としてアメリカにおける精神分裂病の研究を概観してきた。Bellak は自我心理学の立場より症状の説明をなし、多要因の病因論をたてている。近年、向精神薬の治療効果についての評価は増大しているものの精神分裂病の疾病単位の問題が解決されないかぎり次の進展は望まれえない。精神分裂病

の現在ある偏異或いは症状が疾病をおこしたものの
 のか、疾病の結果であるのかの判定もむづかし
 い問題ではあるが決定してゆかねばならない。こ
 の場合、数量化がより可能であり、より操作しや
 すく、より客観性のある生物学的研究の方が接近
 がより容易であろうと思われる。Bellak は向精
 神薬の価値を認めつつも、心理学的研究の成果の
 方に目を注ぐ傾きがあるが、精神分裂病の病因に
 関して、ドーパミン仮説、モノアミン酸化酵素の
 効果、ヒスタミン抵抗、トリプトファン代謝物質
 の作用、幻覚発現剤の影響、モデル精神病との対
 比等の生化学的研究の成果にも注目しなければな
 らないと考えられる。とまれこの2〜3年のうち
 には、次の10年間の研究の総説がまたシリーズに
 あらわれることを期待してこの稿を閉じる。

文 献

- 1) Arieti, S. : American Handbook of Psychiatry. Vol. I-VI Basic Books. Inc. 1974.
- 2) Arieti, S. & Chrzanowski, G. : New Dimensions in Psychiatry, John Wiley & Sons. Inc. 1977.
- 3) Baker, A. A. : Comprehensive Psychiatric Care. Blackwell Scientific Publications, 1976.
- 4) Baldwin, J. A. : Aspects of the Epidemiology of Mental Illness. Little, Brown and Company, 1971.
- 5) Ban, T. A. : Schizophrenia. Charles C Thomas, 1972.
- 6) Bellak, L. : Dementia Praecox. Grune & Stratton, 1948.
- 7) " : Schizophrenia. Logos Press, Inc. 1958.
- 8) " : Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health. Grune & Stratton, 1964.
- 9) " : Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy. Grune & Stratton. 1965.
- 10) Bellak, L. & Loeb, L. : The Schizophrenic Syndrome. Grune & Stratton. 1969.
- 11) Bellak, L. Hurvich, M & Gediman, H. K. : Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals. John Wiley & Sons. 1973.
- 12) Bellak, L. : A Concise Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health. Grune & Stratton. 1974.
- 13) Berner, P. : Das paranoische Syndrom. Springer-Verlag. 1965.
- 14) Blanck, G & Blanck, R. : Ego Psychology. Columbia University Press. 1974.
- 15) Blatt, S. J. & Wild, C. M. : Schizophrenia. Academic Press Inc. 1976.
- 16) Bleuler, E. : Lehrbuch der Psychiatrie. Deuticke, 1911.
- 17) Bleuler. M. : Die schizophränen Geistesstörungen. Georg Thieme Verlag. 1972.
- 18) Bridges. P. K. : Psychiatric Emergencies. Charles C Thomas. 1971.
- 19) Broen, W. : Schizophrenia. Academic Press. 1968.
- 20) Cancro, R, Fox, N. & Shapiro, L. : Strategic Intervention in Schizophrenia. Behavioral Publications. 1974.
- 21) Collins, R. T. : Occupational Psychiatry. Little, Brown and Company. 1969.
- 22) Cooper, J. R. Bloom, F. E. & Roth, R. H. : The Biochemical Basis of Neuropharmacology. Oxford University Press, 1974.
- 23) Detre, T. P. & Jarecki, H. G. : Modern Psychiatric Treatment. J. B. Lippincott Company. 1971.
- 24) Feer, H. : Zwang und Schizophrenie. S. Karger. 1973.
- 25) Feibleman, J. K. : Biosocial Factors in Mental Illness. Charles C Thomas. 1962.
- 26) Fieve, R. R. Rosenthal, D. & Brill, : Genetic Research in Psychiatry. The Johns Hopkins University Press. 1975.
- 27) Forrest, A. : Companion to Psychiatric Studies. Vol. I, II. Churchill Livingstone. 1973.
- 28) Forrest. A & Affleck, J. : New Perspectives in Schizophrenia. Churchill Livingstone. 1975.
- 29) Freedman, A. M. & Kaplan, H. I. : Comprehensive Textbook of Psychiatry. The Williams & Wilkins Company. 1967.
- 30) Freedman, D. X. : Biology of the Major Psychoses. Raven Press. 1975.
- 31) Freeman, H. : Progress in Mental Health. J. & A. Churchill LTD. 1969.
- 32) Gazzaniga, M. S. & Blakemore, C. : Handbook of Psychobiology. Academic Press, Inc. 1975.
- 33) Golann, S. E. & Eisdorfer, C. : Handbook of Community Mental Health. Appleton-Century-Crofts. 1972.
- 34) Gottesman, I. I. & Shields, J. : Schizophrenia & Genetics. Academic Press. 1972.
- 35) Granville-Grossman, K. : Recent Advances in Clinical Psychiatry. J. & A. Churchill, 1971.
- 36) Grinspoon, L. Ewalt, J. R. & Shader, R. I. : Schizophrenia. The Williams & Wilkins Company. 1972.
- 37) the Group for the Advancement of Psychiatry : Pharmacotherapy and Psychotherapy. 1975.
- 38) Hare, E. & Wing, J. K. : Psychiatric Epidemiology. Oxford University Press. 1970.
- 39) Hartmann, H. (transl. by D. Rapaport) : Ego Psychology and the Problem of Adaptation. International Universities Press. 1961.
- 40) Himwich, H. E. : Biochemistry, Schizophrenias and Affective Illnesses. Williams & Wilkins Co. 1970.
- 41) Howells, J. G. : World History of Psychiatry, Brunner/Mazel, Inc. 1975.

- 42) Huber, G. : Ätiologie der Schizophrenien. F. K. Schattauer Verlag. 1971.
- 43) Ingle, D. J. & Shein, H. M. : Model Systems in Biological Psychiatry. The MIT Press. 1975.
- 44) Janzarik, W. : Schizophrene Verläufe. Springer-Verlag. 1968.
- 45) Jones, M. : Social Psychiatry, Charles C Thomas. 1972.
- 46) Kantor, R. E. & Herron, W. G. : Reactive & Process Schizophrenia. Science and Behavioral Books, Inc. 1966.
- 47) Kaplan, A. R. : Genetic Factors in "Schizophrenia". Charles C. Thomas. 1972.
- 48) Kemali, D. Bartholini G. & Richter, D. : Schizophrenia Today. Pergamon Press. 1976.
- 49) Kräpelin, E. : Lehrbuch der Psychiatrie. Barth. 1896.
- 50) Lidz, T. : The Origin & Treatment of Schizophrenic Disorders. Basic Books, Inc. 1973.
- 51) Mack, J. E. : Borderline States in Psychiatry. Grune & Stratton. 1975.
- 52) Masserman, J. H. & Schwab, J. J. : Social Psychiatry. Vol. I. II. Grune & Stratton. 1974.
- 53) May, P. R. : Treatment of Schizophrenia. Science House. 1968.
- 54) Mendels, J. : Biological Psychiatry. John Wiley & Sons, Inc. 1973.
- 55) Pfeiffer, W. M. : Transkulturelle Psychiatrie. Georg Thieme Verlag. 1971.
- 56) Redlich, F. C. : Social Psychiatry. The Williams & Wilkins Company. 1969.
- 57) Rosenthal, D. & Kety, S. S. : The Transmission of Schizophrenia. Pergamon Press. 1968.
- 58) Salzinger, K. : Schizophrenia. John Wiley & Sons, Inc. 1973.
- 59) Sankar, D. V. S. : Schizophrenia, PJD Publications Ltd. 1969.
- 60) Searles, H. F. : Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. International Universities Press. 1965.
- 61) Segal, D. Yager, J. & Sullivan, J. L. : Foundations of Biochemical Psychiatry. Butterworths. 1976.
- 62) Siegel, R. K. & West, L. L. : Hallucinations. John Wiley & Sons, Inc. 1975.
- 63) Swanson, D. W. Bohnert, P. J. & Smith, J. A. : The Paranoid. Little, Brown and Company. 1970.
- 64) Tourney, G. & Gottlieb, J. S. : Lafayette Clinic Studies on Schizophrenia. Wayne State University Press. 1971.
- 65) West, L. J. & Flinn, D. E. : Treatment of Schizophrenia. Grune & Stratton. 1976.
- 66) Whitehorn, J. C. & Betz, B. : Effective Psychotherapy with the Schizophrenic Patient. Jason Aronson. 1975.
- 67) Wolf, S. & Berle, B. B. : The Biology of the Schizophrenic Process. Plenum Press. 1976.
- 68) World Health Organization : Advances in the Drug therapy of Mental Illness, World Health Organization. 1976.