

精神分裂病症状群(3)

— L. Bellak の見地 —

杉 原 方

7 章は L.C.Wynne, M.L.Toohy, J.Doane によって家族研究の回顧と過去10年間の研究傾向が述べられている。彼等は1968年を精神分裂病の家族研究の批判の時とみて、業績の評価、認識、初期の業績の限界、新しい方向、戦術、方法への年と考えている。ここでは児童精神病の家族は診断その他の問題があるので除外している。

Mishler 及び Waxler, Riskin 及び Faunce, Hirsh 及び Leff, Jacob, Doane, Goldstein 及び Rodnick, Leff らの論評をレビューしている。これらのなかにみられるものは仮説についての特別の系統的検索の必要性、家族関係を評価する“葛藤”や“優位”などの概念のあいまいさ、精神分裂病を焦点としない家族の相互関係の研究で得られた知識の利用のまずさ等の指摘であり、また事例研究にもとづく臨床研究、質問紙法による研究、小集団相互作用の研究、心理テストによる異常な思考過程の研究、コミュニケーション及び言語の異常性の研究に文献を分けて論評している。或いは1973年末の直接観察の研究のみをあつめ、精神分裂病、精神分裂病でない精神病、“正常”の家族の相互関係を比較した論評もある。ここにも評価に用いられた概念に問題がある。その他診断の問題、更には年令、性別、病前の機能、家族の発達段階、社会経済状態などの変数が比較研究を阻害する。また家族研究の精神分裂病の原因への貢献については精神分裂病の家族は他の障害のある家族とはっきりと異なる。初期の生活体験が発達に重大な衝撃をあたえる。障害された家族関係は精神分裂病の発達に必要なが十分でない状態であるとする3つの仮定をあげている。そして高危険の長期追跡の必要性を強調している。経過に関する家族の影響についてのレビューもある。

1968—78年の傾向：家族療法の出現。家族療法

も他の療法とだんだん強く融合してきた。問題志向や危機志向の傾向になり、家族の教育、患者の社会能力の創成に強調がおかれだした。治療の場での研究はむつかしいものである。治療と研究の両側で仕事を試みようとする人は少い。診断は治療者に研究されることが少く、研究者は治療評価を問題としない。この方面に貢献したものとして Lidz (自己中心性), Stierlin (脱線した代理過程), Wynne (素質或いは易損性と発達) Scott 及び Ashworth (遺伝或いは家族コミュニケーション過程) Scott (祖先の影) をあげている。なお二重拘束仮説にふれ、研究の困難さ、他の精神病家族への適用に言及し、現在のより広いコミュニケーション仮説に伸展すると述べている。

サンプリング：コミュニケーション偏倚 (C.D) 注意の焦点をわかちあい、外の刺激から意味をひきだす学習過程が問題である。Singer らは C.D の32のカテゴリーをロールシャッハ・テストから得て、神経症や常人の親と有意の差があるとしたが、境界線級の被検者の親の成績からみると精神分裂病の親に特有とはいえない。また C.D スコアは対象者の子孫では非精神分裂病の親より低くあらわれる。これは偏倚が親から子孫へ向うことをしめし、精神分裂病者のコミュニケーションの障害が親のコミュニケーションの偏倚を導くとする一般の仮説に反する。

Hirsch 及び Leff は Wynne その他の追試をなしているが、被検者の分類、病態、追跡の有無がこととなるので比較しがたい。

Wynne 一派の Jones は TAT により非精神分裂病の親を精神分裂病の親から C.D スコアで辨别している。ロールシャッハ・テストよりは精度はおちるが、父と母のスコアをひとまとめにすると最良になる。

UCLA の危険研究プログラムでも C.D の TAT の使用が 5 年間追跡された。親がはじめてテストされた時は精神分裂病でなかった子孫に精神分裂病又は精神分裂病スペクトルが後に発生する場合を予言できるという、C.D は他の変数例えば思春期行動や家族関係の型とよく相互作用する。

感情表現 (E.E) 研究：精神分裂病の再発の親や判侶の予言として研究される。血族が高い EE をもつ患者は逆の患者より再発が多い。特に親や伴侶の場合は批判や適意の評価値は入院 9 ヶ月後の再発の予言となる。

Niskanen は家族感情相互作用の cross-cultural 研究の必要性をいい、面接研究より家族の好ましくない態度は即時の入院または長期施設入所をきたすという一般の仮説に組しない。

C.D と EE の概念の関係はまだ研究されていない、同じ家族が双方の方法でしらべられていない。

家族関係テスト：種々の研究者により、テストが案出され、いろいろの概念が用いられている。特に対人知覚が強調されている。

家族間の直接コミュニケーションの研究：面接やテストを用いなくて、観察による方法をとる。これは方法的にむづかしいが、できるだけ “natural” なやり方で、自由に不快をあたえぬ作業を用意する。研究者が現場に居ない方がよい。質問紙法の答から個人の見方の差をみつけるやり方、ロールシャッハ・テストや TAT カードをつかって家族が達する意見の一致又は特別の話題の討議、ビデオで自分の行動をみて述べる方法、問題解決に家族が協力するのを求める方法などがある。研究の多くは小数標本であり、また予備的研究でもあって時間、費用がかかりすぎる。しかしこの方面のコントロールされた 2-3 の研究が紹介されている。

家族の型と因果関係：多くの家族研究者は過去 10 年間に次のことで一致している。即ち精神分裂病の家族と他の家族との差の研究は家族変数を同定する重要な出発点であった。しかし因果関係の連続のなかに家族変数がどこに位置するかは答えられないと。

危険研究のはじまる前より、Mishler 及び Waxley により、“病因” 解釈 (精神分裂病の発

展に先立って家族の型が存在する) “反応” 解釈 (病気のあとに適応とみられる家族行動がある) “事態” 解釈 (病院、研究者、研究状況に対する家族の種々の志向に左右される) が出されている。transactional point of view をとったり縦断的研究へ向う前に単純な、一方方向の因果関係モデルを経験的に研究すべきであり、前向きの縦断的研究は時間、費用、むづかしさの問題が残っているから現時点の家族研究から出来るだけ多くを学ぶ努力をすべきだとしている。

Waxler 及び Mishler は患者を含む家族相互関係の型は常人と異なり、疾病発生前すでに存するのだという “病因” 仮説によっている。精神分裂病とコントロール群で有意の差をみているが、他の組合せでは恒常の結果を得ていない。彼等は精神分裂病者の親によるコミュニケーションの病因対反応解釈をこの所見は明らかにしていないと結論した。

Waxler はすでに発病をみた “artificial families” で実験し、精神分裂病者の作業は適切な状況のもとでは “正常” となるという。

Liem は artificial family 研究でテープレコーダーを用いて精神分裂病の息子はどちらの親にも理解されがたいとみている。病因の長期発展の如き問題をこのような実験で云々するのは適切とは考えにくいとする。精神分裂病者の親はよその息子よりも自分の息子とともとうまくコミュニケーションすることがみられ、これは家族内に transactional or reciprocal learning がおこるという見地を支持するけれど、精神分裂病の前駆状況について明らかにするものではない。

Wild 及び Shapiro は個人と家族の単位で概念作業を課し、問題解決効果と概念レベルをみた。精神分裂病の息子は個人の時の方がよく、その父は家族の作業を支配し、他の家族から出された問題解決のやり方を顧慮せず、討論切りをする。

Schopler 及び Liftin、児童精神病のグループで面接や心理テストを用い、概念障害をみて、精神病集団間に差はないとするが、用いられた心理テストに問題があるようである。

Wynne et al は正常群と非精神分裂病の入院患者をもつ親の群をしらべ、後者は境界線級や精神分裂病者をもつ親と同じほど事態に不安をもつと

いう。

ロールシャッハ・テストによるものに、Wynne, Singer 及び Toohey が①後に精神分裂病になった子を養子にして育てた親, ②精神分裂病者を育てた生物学上の親, ③正常者を育てた養父母(コントロール)にした研究がある。テスト結果をブラインドで評価して①と②は区別できず①+②と③は完全に区別できるという。

Wender et al は養子研究を追試した。3 群の差はでないという。

養子家族研究は病因対反応の問いには明確な答えをあたえない。発病に先行する長い年月の間の患者と養父母の相互の関係は縦断的研究なしに、おいそれと早急に結論はでない。横断的研究は無理がみられるようだから、高危険研究による前向きの方向にかわってきて、このなかで家族関係とくに家族コミュニティ変数を把握する工夫がなされようとしている。その成果は将来にまたなければならない。

家族研究において小数例の症例から仮説をたてる時代はすぎさったと思われる。過去のデータによる偏りをさけるため、未来に向ってみてゆく高危険の研究と似た研究方法がとられることになろう。他の研究者の資料との比較や総合のために、家族の状況を表現する概念の統一が必要である。資料採取の方法としてロールシャッハ・テストや TAT だけにたよるのは不十分であり、更に良質の検査法の考案もまたれる。次の10年間にどれほどの進歩がこの研究にもたらされるかについてはあまり楽観的態度はとれないと思う。

以上の章までで研究の部はおわり、次章より臨床の部に入る。第8章は精神分裂病の診断の問題について、William T. Carpenter, Jr 及び John S. Strauss が執筆している。

診断は臨床の研究、実践にとって重要な問題であるのみならず、疾病、病因などとも深いかわりがある。適切な客観的情報蒐集の手段に乏しい現状で、診断を主観的な精神病理学によらざるを得ない研究者には見すごすことのできぬ課題である。

著者らは序章で Kraepelin, Bleuler の疾病概念よりはじめ、精神分裂病なる用語の確立をみとめている。ただ思考障害を強調する一派があって、適正な診断基準の決定に一致点をみつけにくいとしている。また彼等は精神分裂病は単一の疾病と考える理由は少く、“精神分裂病の群”はかなりのコミュニティの価値と妥当性をもち、これに属す患者は文化を超えた相似性をもち、異なった精神病の挿話を超えた精神病理学表出の患者内恒常性があるとみている。遺伝の寄与はある下位集団には存し、またある集団は経過と結末に均一性があることを認めている。

次項は精神分裂病概念の史的回顧であって、Kraepelin の Dementia Praecox, Bleuler の Group of Schizophrenia, Jaspers の“了解不能”, K. Schneider の FRS¹⁾にふれ、特に Bleuler モデルと Schneider モデルの接点に離離思考をもってきている。最近の発展の項では精神医学は病因、発病、治療の点で他の医学領域におくれをとっており、特に治療については薬物療法のかんりの抬頭がみられるも病因論から招来したものではないという弱味がみられる。臨床上よく使用され有用な概念、例へば自閉や両立力価などでも人により意味するところがことなり、また逆に作為体験などはよく一致するといわれる。構造面接技術の発展上にある診断方法はプラグマティックな枠内で用いるによいとしている。そして最近の研究の結果として WHO の IPSS²⁾をあげ9ヶ国でなされた研究結果は異なる文化のもとにある異なる人に信頼性ある評価が可能であり、文化を超えて精神分裂病の同定が出来、多数例にも応用され得ることをしめしたとする。病型については IPSS は6型の鑑別には失敗している。問題は慢性例の妄想型と破瓜型、及び分裂-情動精神病にあるようである。

更に著者らは最近の発達について記述的精神医学への科学的方法の応用、精神病理の表出の鑑別機能のすぐれていることを自讃し、患者の均一性の向上、治療方針への寄与を考え、多軸診断接近を提唱している。著者らは主として Schneider の

1) FRS: First-rank Symptoms

2) IPSS: International Pilot Study of Schizophrenia

診断モデルを借りた精神病理学による症状を9の変数にしぼった診断モデルを独自の偏りや経過を通して合成されたものだと控え目に述べてはいるけれども、精神分裂病に対する治療の虚無主義的構えにもかかわらず、適正な治療をなす前に診断は必要な接近とみるべきであると強調している。診断以前の問題として rapport, 病識, 患者や家族が臨床家の症状に対する関心や態度をみる許容であるとしている。精神病理学にもとづく診断は行動観察の基礎としては不適切であり、また微妙な人格障害の評価にも不適當であると認めている。診断にとって望ましい data は血族にみられる疾病の型、過去、現在の疾病表出、挿話中及びその間にみられる微かな関係因子、病前の身体的、精神-社会的発達、精神社会性及び器質性促進要因、薬理学的反応の型その他であるとしている。

著者のいう通り、診断は data をコンピューター処理して出せるものではなく、data そのもののとり方が問題であり、どの様に規定されようとも主観的な data は限度があり、客観的な、誰がどこでとっても同じ値がでる data がない限り、現状の如く臨床的プラグマチックな方法で不本意ながら満足せねばならない。また著者らのいう多くの中軸を用いるやり方に賛意をもつがそのなかに生物学的 data も加味すべきでなかろうかと思われる。

薬物治療について M.A.Lipton と G.B.Burnett が次章で記述している。序章では精神医学における治療一般の歴史的発展を簡潔に述べ、精神療法、リチウム、抗うつ剤、向精神薬に言及し、精神分裂病に有効な向精神薬の研究がドパミン仮説を生むにいたった道をあとづけている。

次項ではフェノチアジン系の薬物についてその効力、持続性、副作用など若干の説明と化学構造について述べ、向精神薬の個々の特有の目標症状はなさそうであるとしている。

治療の実施について著者らは診断の必要性を強調し、診断の章にでもふさわしい診断に必要な項目を詳述しているほどである。

病的興奮の治療は経口又は注射により適切な向

精神薬をあたえ、効果が期待される。しかし直立性血圧降下が反応性にあらわれることもあるし、その他の副作用は頻脈、声門痙攣、錐体外路系反応である。

急性精神分裂病にはクロールプロマジン1日4mg以上が有効であり、多動、興奮、不眠は2～3週間、感情症状は2～5週間、幻覚、妄想、思考障害は6～8週間が消退するのにかかる。各個人によりどの量が適当であるか、どの薬に反応するかは試行錯誤でみるより方法がなく、血液レベルも当てにならない。

維持療法として、症状改善を目的とした夜間1回投与の方法が、協力態度の前進、錐体外路症状の減退、経済的負担の軽減のためにすすめられている。コミュニティにもどると再発しない程度の量が継続してあたえられる。何か月も外来、又は昼間病院や外来診療所でみねばならぬし、初診の医師により follow up されねばならない。症状により増量又は休日がもうけられる。再発の機会は社会環境に左右される。

長期間作用の向精神薬について、初期の報告による再発防止はあやしくなり、治療効果の期待が乏しくなるばかりか、無動症、自殺への感情変化があらわれることもあるという。しかし将来、利点の多いすぐれた薬剤が現れるかもしれない。

次項では臨床上有効なアドレナリン作動剤について述べ、コントロールされた成績では向精神薬との混合は単体の向精神薬より有効であることを紹介している。ただ心不全が促進され、喘息患者には危険であり、低血糖、低血圧、時に高血圧、失調、幻視のおそれがある。

アルコールに誘発されて精神分裂病患者が攻撃や再発をおこすのがみられる。これは運動性不穏や上きげんがアルコールによるカテコラミン合成の増加と関係して誘発されるという人及び動物実験からうなずけるとしている。

(アルコール中毒のカテコラミン仮説³⁾)

この上きげんはアルファ・メチルパラチロシンやニコチンアミドで防止される。しかしこれらの薬物は精神分裂病そのものに無効である。

3) アセトアルデヒドはカテコラミンと縮合してモルヒネ様アルカロイドをつくる。

Devis, V. E and Walsh, M. J. : Alcohol, amines, and alkaloids : A possible biochemical basis for alcohol addiction. Science, 167. 1005 (1970).

薬物の副作用としてパーキンソン、着座不能症、その他錐体外路系の運動障害がみられ、記憶欠損、過高温、せん妄、興奮、低血圧、痙攣、体温下降、心性不整脈もある。まれに突然の死亡があるが病因は不明である。無顆粒球症の危険もまれにある。ある種の薬で網膜の色素沈着があり失明にいたる。よく使用されるクロルプロマジンも大量になると皮膚の色素沈着、角膜やレンズの混濁、感光性がみうけられ、射精障害もある種の薬と結びつくと考えられる。

更に錐体外路性終末欠陥症状群について一項をもうけている。これは向精神薬を長く使っていると、のまなくても錐体外路系の障害がおこることで、特に老人に多い。長期に亘り向精神薬を使っている人のすべてがおかされない。何かの素因があるのかもわからぬが現在不明である。薬の種類によりおこり方に差があり、抗コリン、抗パーキンソン剤との混用もおこしやすい。この治療はむずかしく、予防として薬物の減量、連用をさけることである。脳の病理組織は中脳のグリア増殖と黒質の細胞変性が認められている。

効果の定まらぬ最近の療法としてビタミン大量療法を紹介している。理論的根拠も薄弱であり、精神分裂病患者にビタミン欠乏が証明されていない。コントロールされた追試が望まれるが、大量ビタミンを必要とする精神分裂病の下位群も知られていない。

その他の身体療法で効果の定まらぬものとしてコムギの麩素 (gluten) の除去 (摂取すると精神分裂病を増悪さす。このなかにモルヒネ様の断片があり、胃でときはなれたエンドルフィンが脳の受容体と結びつく。) アレルゲンを食物から除去すること、血液透折 (ロイシン、エンドルフィンをのぞく) をあげ、新しい療法の開発に際して生ずる倫理、経済問題にふれている。

薬物と精神社会的治療の組みあわせの項では薬物のみ、精神療法のみ、その他環境療法のみ、それらの組みあわせの治療を試みてその結果を比較した研究をあげている。薬物のみを投与するだけで十分な治療効果が得られないのは当然であるが、予後の決定には薬物が最も有力とみられる。しかし精神療法を行う人の質、効果判定の方法に問題がのこる。この反面、すべての急性例に向精

神薬の無投与で約1/3が改善したという成績があげられている。但し環境が優秀であり、病前性格が良好でわずかに妄想性人格がみらるにすぎないものについてである。もしも薬物なしに、いろいろの精神社会的療法に反応せしめることができるならば、何が必要なのかと著者らは問い、それは熱心な、高度に動機づけられた治療者に要約されるだろうと答へて、Bellak のいう「熱心な非専門の人或いは素人は精神分裂病者にとって有力な治療者となる」との示唆を引用している。

結論として向精神薬は精神分裂病を“治療”しないとみる。ここでいう“治療”は病因因子の除去、健康の復帰である。しかし一般医学に於いても症状が消褪し、疾病の進行がとどめられるか、遅滞せしめるだけで治療への前進として満足している場合が多い。厳密にいうと精神分裂病は薬物により完全に治療しないと見える。しかし薬物は有効で症状の多くを消失せしめる。けれどもある者はまったく反応しないし、再発もよくある。その再発は薬物により少くはなるが、社会的要因も働いているとみななければならない。また外来患者として偽薬の投与をうけていた者のうち、70%は1年間に再発したという報告がある。つまり30%は再発しない。これらは維持治療の要がないことをしめしている。もしこれらに薬物を連続あたえたと、医因性の危険を大きくする。2～3回の再発は社会的経済的危険が大きい。だから治療期間の決定には病歴、社会的に適合できる薬の量、社会的支持組織の質などの考慮が必要である。更に新入院、中流階級、十分な教育、専門家の観察があることにより危険は好転する。Lehmann によれば新患は2～3年の維持療法、2回目の人は5年、3回以上の人は不定、おそらく一生維持療法が必要であるという。

費用の問題はあっても、精神社会的療法をうける前処置として薬物は必要と思われる。ここにより薬に対する反応のちがいについての研究が求められるのである。

終りに現行の向精神薬はドパミン神経伝達系を阻害する共通の性質をもっていることを強調している。この阻害は中脳一辺縁系のみならず線状体及び隆起下垂体のドパミン系を抑制する。後者の抑制の結果が望ましくない錐体外路及び神経内分

泌の副作用に導く。これらのことから、逆に精神分裂病の病因を推論するのは正しくなく、一次の病巣はどこかにあり、結果としてドパミン過剰活動がみられるのであって、従ってまったく新しい治療が出現する可能性があろうと結論している。

最近の向精神薬は精神分裂病の positive 症状（幻覚、妄想、思考障害）には有効であるが negative 症状（感情平板、言語の貧困、衝動の欠乏）には有効でないという示唆についてふれていない。⁴⁾

次章は電気ショック療法及びその他の身体療法について M. Fink が記述している。

精神分裂病に於ける電気ショック療法(E S T)の研究に問題になるのは診断であり、効果判定の基準である。効果についての研究には比較群の欠いだものや追跡調査のないものもある。急性例で向精神薬と比較すると、E S T 単独或は E S T + 向精神薬がより有効とされる。

慢性例では E S T、環境療法、向精神薬、インシュリン療法の間に効力の差はわずかである。治療回数は多いほど結果がよい。維持療法としての E S T は研究が少く結論は得られない。E S T の合併症は死亡、脳損傷、記憶障害、痙攣が主なもので他に骨折、恐怖、恐慌、頭痛がある。1956年後、E S T 後の脳の病理検索はされていないので永続する脳損傷を招来するという証拠に欠けている。著者は討論の項で E S T が視床下部機能を刺激する役割は精神分裂病では何であるのかと問い、1度に数回の痙攣をおこす方法がやゝよいのは何故であるかといい、E S T の有用性の再評価する時が来ているという。結論として E S T は急性例では薬物療法と同じ位有効であり、慢性例ではやゝおとる。コントロールされた比較評価ではすぐれた療法であるとしている。

第11章は個人精神療法と題して、J. G. Gunderson が記載している。史的発展として Bleuler のもとでなされた Jung の精神分裂病患者に対する面接療法からはじめ、Freud の精神分裂病に対する精神療法の悲観的結論に及び、アメリカにおいては Meyer の育てた風土のなかで、Sullivan が

開花し、Fromm-Reichmann, Rosen の接近が注目されるに至る。その後精神分析の主流と精神医学の主流により第3の時代が招来したとし、Searles と Will に僅かにふれておわっている。

結末研究：コントロールされた研究から精神療法の有効であるとも無効であるとも結論されていない。むしろ短期間で治療する場合には薬物の有効性を証明している。たゞ治療者の技倆、経験、治療の型などが考慮されなければならぬし、コントロール群の設定には何時も倫理問題がつきまわっている。

事例報告は天賦の才のある治療者によるものが多いが、このような名人芸に限ったものでないという報告2つが紹介されている。しかし現在のところ個人精神療法は精神分裂病患者の多くに対して、劇的な成功はみられぬようである。

結末の測定として自我機能、自一他の識別レベル、追跡面接時のチェックの変数などがあるが将来の問題であろうとしている。

精神療法の条件として環境(病院、外来、診療所、短期—長期)以外に患者の選択がある。これには多くの場合、入院歴のないこと、症状表出がないこと、突然の発病、促進要因のわかっていること、精神病が患者自身の理想や自分の概念と適合していないこと、苦痛や抑うつをあらわすこと、仕事や学業がうまくいっていることが望ましい事例とされる。精神療法にいれにくいものは重い慢性妄想症と重い最近の反社会行動のある患者であり、引きこもり、孤立、幻覚のある患者は精神療法に引き入れやすい。Strong の職業興味テストによるタイプのちがいで精神療法の効果に差があるという報告もある。

治療者の資質：一般にはあまりにも強い全能感や救助空想のあるのは望ましくなく、パーソナリティにその信念がうまく融合されてなければならない。痛ましい生活体験をもった人がよいと強調するむきもある。罪を荷なう人を気の毒がる傾向、完全主義者、柔軟性のない人は不適格としている。病態と治療者の適合については、不安—自制的、抱擁力のある人。好戦—おばあさん型(脅しがな

4) Henn. F.A & Nasrallah. H. A. (Ed) Schizophrenia As A Brain Disease (1982. Oxford Univ. Press) Crow T. J. et al : Two Syndromes in Schizophrenia and Their Pathogenesis.

い)、或いは支配的、独裁的の人。魅惑的な人—おじいさん型。抑うつ—抑うつ体験者で理解している人。予後不良の燃えつきた患者—楽天的、誇大的、カリスマ的の人はわるくて、悲観論的の人でよい。また治療者の変更も患者のパーソナリティと治療者のそれとの相似や差異から考慮されなければならない。薬物は不安を減ず役割がみつめられ、個人精神療法の拡大に貢献しているが、向精神薬は学習又は認識機能のある種のものを妨害するともいわれ、短期入院には薬が試みられるべきであるとする人もいる。

精神療法の過程：内容について、過去：促進要因をもつ環境を現実にも向け、終局的には自己を知る方向に向けるような治療者との相互関係の重要性を強調する。未来：患者の自律性の支持、能力発達の支持を用意する重要性を強調する。各接近はそれぞれに適する患者がある。夢、空想：現実との差異を想起させるのが治療者の役目である。感情：精神分裂病の崩壊は耐えがたい感情からの退行反応とみられる。精神病的內容：幻覚、妄想の內容の解明は治療上価値がある。技法：探究対関係：探究の過程は患者のジレンマの原因をさぐり理解する患者—治療者相互の努力とされ、病識に関係するとみられる。関係は患者と治療者の間に発展するものであって、他の患者よりも精神分裂病患者では価値が少いと思う人がいる。解釈対支持：解釈は伝統的に用いられる道具であり、過去の体験の自覚を拒否する材料をとりのぞくものであって続いて病識と学習が生れる。支持はいろいろの形式をとる。葛藤が完全に言語にのぼっても支持は後の関係に必要なであると多くの人は認めている。しかし支持は時に患者の力を過小評価したり、幼児扱いしたりして能力を制限するものとみられる。“能動性”対“受動性”：“能動性”は不安をほりおこし、自己を定義させ防禦に立ち向い、仮説を追求し、支持をあたえ、ヒストリーをとり、焦点をえらぶ治療者の役目に関係する。葛藤の表現の自由さがそこなわれる。“受動性”は治療者の押しつけのないことと関係する。未熟の危険がさけられるとするも、投出をすすめ、孤立をまし、自我支持の準備が十分でないといわれる。

退行：退行をみつめ許す立場の治療者は自我の

統合の高いレベルに達するための幼児障害の再生とみて、この共生関係から真の自律に発展するという。退行に積極的に介入する治療者は患者の用いる自我の強さを信じている。

治療過程：病識：精神分裂病における病識の発達の目標のあるものは、精神分析をうける普通の他の患者のそれとはことなる (Stanton)

同一化：治療者の内在化をいい、積極的な治療者は攻撃的な同一化を、支持的な治療者は自我理想同一化をそれぞれ助長する。まったく受動的な治療者は投出の同一化に向かわず。

自律：過去に少なくとも自ら決定したことがあるという事実の受け入れ、治療者が患者の認めること、失敗を許容することによりもたらされる。

親密性：精神療法体験を分かちあうもので病識と関係しない自己改革と関係する。

この項のおわりに著者は精神分裂病の精神療法の実践における幾分か狭さ、治療者間の差、治療技法の混合の存在を強調し、よくみられる傾向として治療の初期には“関係”“支持”“能動性”が有用とされ、経過とともに“能動性”でなくなり、より解釈、より説明的の形をとるとみている。また治療者のパーソナリティが治療形体に関係しているとみている。

フロイト仮説の派生物

精神分裂病を欠損の障害とみるか、防衛の障害とみるか両方ともフロイトにさかのぼる。防衛の障害とみる人はフロイトの初期の考えに組じ、精神分裂病は対象世界の脱カセクシスと対象リビドーの自我への投資、即ち一次自己愛の状態が生じ、これと同時に発生的一次思考の出現が防衛過程であると信じパラノイアの投出と精神分裂病の幻覚は再獲得した対象世界との接触により恢復へ向う努力であるとする。

欠損の障害とする人はフロイトの後期の考えに拠っており、精神分裂病の特性は現実否定からくる自我と現実の葛藤であることを強調する。

フロイトの初期の考えは地形モデルと精神内エネルギーの変動を強調し、後期の考えは構造要肢や対象関係における精神内構造の依存性を強調する。

欠損仮説：精神分裂病は内的対象の欠損に易損性をもっているという仮説である。知覚、中枢構

造、学習能力の欠損の故に前精神分裂病の子供は幼時の親との体験から安定した自我を正常に内在化できない。後年のストレスでこわれやすい内在化はなくなってしまい、この圧倒的な体験が妄想、幻覚その他の臨床症状をもってあともどりはかる。中枢構造の欠損が中心であり、器質性と思われる。これに対する批判は1. 欠損の性質が特定されていない。2. 母以外の家族成員或いは家族以外の環境の役割が考慮されていない。3. 内的対象表象の定義がないか或いは人によりまちまちに定義されている。4. 段階的発病の説明ができないなどである。この仮説による人々はArieti (内在化の欠損)、Federn (非可逆の自我のカセクシスの弱体) Rado (遺伝的に決定される“Schizotype”人格) Kessler (遺伝的に決定される“禁止防衛”の増加) Aronson (動物実験の成績から Wexler 説を修正する) Searles (治療者の解決し得ない逆転位は欠損に責任がある)

防衛仮説：対象関係、自我欠損、感情不耐性の3つの型にわけられる。

対象関係：Melanie Klein, Segal, Rosenfeldら。

乳幼時期の内一外、良一悪、部分一対象の重要性の強調，“schizoid position”又は“paranoid position”の仮定、易損性をもつ人の防衛過程をとる。しかし潜行性の発病型の説明には役にたわず、後年の環境の衝撃を比較的無視している。

自我の欠損：精神病は退行を含む努力の欠損であり、攻撃の衝動との内外葛藤より生ずる不安の出現をさける防衛努力とする。Arlow and Brenner, Semradら。

感情の不耐性：主として怒りに対しての病的防衛をいう。病因をさぐるというより叙述的といえる。

調和仮説：欲求一恐怖のジレンマを強調する。Burnham et al, Mahler (共生関係), 対人、家庭内外傷の度合の過小視、攻撃の役割の過小視の批判がある。

交流仮説：Wynne (心理的交流の障害) Stierlin (自他の分化)

組織仮説：Grinker (発達における遺伝、家族のコミュニケーション、外傷、等の障害からくる組織とみる)非心理性要因の寄与をかなり認める。

以上の新しい仮説に対する批判を著者は次のようにまとめている。1. 臨床の現象から知られているものを含まねばならぬ。2. 乳児期の情報の確認。3. 薬物、コミュニティー、家族に対する反応を含ませねばならぬ。4. あるものには素質或いは生物学的要因の役割を許容せねばならぬ。5. 非二個群の相互作用 (社会環境、自然寛解など)からの要因を含まねばならない。

また精神分析の立場から高危険の子供の研究が望まれよう。

現状について著者は方法論の論争もなく、新しいカリスマのスポークスマンの群もなく、経験からでてくる新説の証拠もわずかであると悲観的な見方をしている。1. 訓練プログラムに於ける精神分析の指導者の重要性の減退、2. 短期間入院の傾向、3. これの効果についての一般の悲観論などを理由としてあげている。問題点として効果判断の困難、患者の選択、治療者の適合、技術の狭さ、精神分裂病概念をあげて章をとじている。

次は集団一、家族一、環境一コミュニティー支持組織一療法について、L. R. Mosher と G. Grunderson が記述している。

集団精神療法、著者らは史的回顧のなかで初期にいだかれた集団精神療法に対する楽天的見地は変更され、これははっきりした禁厄と限界があり、費用もかさみ、むずかしくきびしい療法とし、個人精神療法の代用でなく、特種の患者、特種の問題により有効な技法であるとみている。

入院患者の研究：他の通常の病院治療プログラムとの比較：コントロール群のある6つの報告があげられている。技法もことなり、研究デザインもちがう成績からではあるが、特に集団精神療法がすぐれているとはいえない。

他の精神社会的介入と組みあわせた集団精神療法：各研究方法に均一性はみられないが、結果も定められず、何をもって有効とするかもそれぞれのことになっている。測定の助けとしてロールシャッハテスト、MMP I などを用いている。

薬物との組合せは単独の療法よりよいという成績がある。(例えば組合せでは妄想が61%の人に減り、薬物のみでは14%減る)。ビデオテープフィードバックを組合せた群の方がよい結果に向う傾向をしめす。

アフターケア治療としての集団精神療法は再入院率をさげる強い証拠はもっていない。しかしそれぞれ相反しているが有効例もあり、外来集団精神療法が精神分裂病に無用とは結論できない。臨床上の指針として著者らは O'Brien よりかりて、集団プロセスの発達を得るための十分な時間のないことをあげ、急性の崩壊のある患者には集団療法は用うべきでないとしている。社会性の向上や適正な服薬など退院後の治療に向って集団療法は価値があるようである。患者の選択には十分な考慮が必要である。集団の構成は患者の特性のバランスが望まれ、年齢は問われず、男女同数がよい。よく話す、自己主張の成員は多くを要しない。非常に障害の甚しい者は他人からの学習がむずかしい、社会病質者は除かれる。文化的背景や価値観からみて比較的均一な集団がよい。治療者は補助者を含めたチームがよい。しかし役割と位置をはっきり定める必要がある。経験、未経験は精神分裂病の場合、結果と関係がなさそうである。治療者の心理学的特性はかなりの文献がある。“よい治療者”は自我が強く、自信があり、根気がある、感情面では暖かく、共感的、敏感であり、耐性、流動性、心が広く、断定的でないといわれる。尤も効果との関係は十分確められていない。

集団は10—12人以上でなく、週1回（1時間）では治療効果の期待は出来ない。長さや回数は治療者の自由裁量にまかされてよい。非言語並びに言語介入について主に対象者の関係からこまかい指針をあたえている。

集団活動について集団外の社会的接触はすすめられるが、電話すること、車に便乗すること、デートすることなどは治療者の許可が必要であることをあきらかにすべきであり、反面それが社会化の妨害と感じさせてもならない。

支持と関係創成に向って治療者は指導者から積極的に集団の成員となり、またある場合は指導者としてとどまる。

家族療法.

こゝでは家庭問題に焦点をつけた、治療者と2人以上の家族成員の会合をいう。

効果：家族療法の定義や精神分裂病の診断から効果についてはっきりいえない。コントロールされた研究、コントロールされていない研究、追跡家族面接の研究などからみて効果判定はむずかしい。方法：分析技法に注意がいるし、小数標本、情報の不足（例つば投棄の有無）の問題が存す。

新しい試みとしてネットワーク治療（家族から集団を友人や縁者にまでひろげる）集団生活治療環境（家庭に似た環境をつくる）などが紹介されている。

臨床上の指針とし著者らは急性精神分裂病は禁忌であるとしている。

1. 参加者をまごつかせている問題についての情報を探ぐる。

2. 意味が全員にゆきわたるまで特別の話題に注意を焦点づける。

3. よりあきらかな前後関係の枠組をつくる。

4. 成員内の偏奇、あやまった言及、投出、否定をあつめる。

5. 合意された家庭“現実”を定義し、確認を試みる。

6. 家庭と個人の現実が一致するまで、反対の期待への留意はとどめておく。

以上の接近を著者らは推している。

環境療法は遠く、イタリアの Chiarugi, イギリスの Tuke, フランスの Pinel にさかのぼれる。現在は行動療法の手法も加えられ、また薬物使用は拒否されてはいないが、精神分裂病の治療としては多くを加えるものでないとみられている。

慢性患者の環境療法：薬物治療をうけた方が効果があるようであるが薬物の影響のみられない成績もあり、向精神薬が学習を妨害するという動物実験が思いおこされる。

token economy⁵⁾ の導入も慢性患者の作業の増進、症状減退、退院率の向上に資するといわれている。

非慢性患者の環境療法は薬物が必要でないという報告がある。環境はそれぞれちがっているが、比較的小さい単位、スタッフ对患者の割合が大きいこと、研究場面であること、3～5ヶ月の研究

5) token economy : オペラント行動療法の一変形。報酬として代用硬貨を用いる。それにより入院患者は例えば外出許可を得る。

期間であること、スタッフ側に効果があるという期待があったこと、スタッフと患者が意志決定に加わっていること、対人過程は向精神薬より効果があるという信念などが共通しているとみている。

過程について、患者とスタッフの交流、分担の度合が問題になる。

新しい発展の一つとしては訓練された非専門家の活動がある。又薬との関係もはっきりした結論のだせる研究がまたれる。出たり入ったりする“回転ドア”現象は病理学の過小視と結びついているが自殺或いは事故死の危険の増大も無視できない。慢性例では、オペラント条件づけの原理で社会的学習プログラムをこなすようにつかわれている。token economyの方法はそこから解放された患者はしばしば再発するともいわれ、病院外での中間施設などで行動変容の原理が応用される方がよいとされる。急性例には有用でないともいわれるし、軽症や治癒した患者には多くの統制をあたえることになる。このあとに治療環境デザインと精神分裂病者の精神病理症状の適合の問題が論じられている。環境療法が有害とされる刺激の強さはあるにしても、病院で放置される場合より果

して結果はどうであろうかと思われる。

臨床上の指針として著者らがそれぞれの患者に最適の環境療法をあたえるため、実際の経験から明確性(順序,構成,コミュニケーションの必要),希望(極端は有害),関係形成,柔軟性をあげている。

集約として著者らは急性患者には受容的,支持的,刺激軽減環境,慢性患者には構成された特別の行動や行動変容を期待される環境が必要であり,小集団,スタッフ側のいい意味の期待,プロセスやデザインにスタッフが含まれていること。現実世界にもどる問題解決指向が患者を長くコミュニティにとどめるものであると述べている。

コミュニティ支持組織:これらは精神社会復帰センターや中間施設などを含む。

著者らはIPSSの5年の追跡調査結果をひき,発展途上国の患者の結果のよいのは支持をあたえるその家族構成にあるとみている。

あまり研究されていないが非病院のコミュニティにもとづく支持組織は精神分裂病の治療に有用であろうという。