

## 精神分裂病症状群(4)

—L. Bellak の見地—

杉 原 方

コミュニティ精神医学療法という章が I. Zwerling により記載されている。

序章にて著者はコミュニティ精神健康運動は過去20年におけるアメリカ精神医学の顕著な傾向であると認め、Barton & Sanborn (1977) の本の Musto らの章は歴史についての見事なレビューであるという。アメリカでは1970年代に入院患者数は激減している。しかし精神分裂病の有病率や発生率は減じていない。コミュニティにある患者はどこで、どうしているのかの答がこの章であるという。

その前に問題となる事項について精神分裂病の病因における器質対精神社会的要因、均一性、(予後、急性—慢性)について論じている。

コミュニティ治療プログラム。一般に退院や施設を離れたあとの追跡調査は対象者の数やタイプ、追跡期間がまちまちであり、退院後計画の有無の区別がない、成功の基準として再入院のないことと就職に限っているのは難点であるとみている。入院を決めるには病気の重さ以外に、以前の入院回数、使用可能のベッド数、社会階級、異常行動に対する家族やコミュニティの耐性度などがある。就職状況も信頼性がうすく、労働市場にいない者は回復の基準にならぬし、一般経済状況で変化するものである。

一般研究として伝統的薬物療法+精神療法をうけたものと特別の社会復帰プログラムをうけたものを再入院と就職よりみると、入院中の療法のタイプは関係せず、特別の入院治療プログラム (Total Push Therapy を含め) は入院中の行動には有効であったが、コミュニティ適応には効果を見せなかったという Anthony et al の研究と1955~1969年の間、ニューヨーク州では、慢性患者はわずかに減り、慢性化する入院患者は28%か

ら9%におち、病院は最適の治療をするところできなくなり、コミュニティで治療できるように症状をしずめるだけのものとなる。その反面、病院に残った患者はますます退院がむつかしくなり、退院の大部分は以前に1回以上短い入院をしたもので占められると報告した Weinstein & Patton の研究を紹介している。

薬物の役割：偽薬よりは薬を用いた方がよいという成績がある一方、変りなしとする報告もある。著者は1. 再入院率からみると薬物はないものよりよい、2. 薬物をつかってもつかわなくても、コミュニティへの適応の質に差はない、3. 薬物使用に注意深いあとづけがいる。薬物使用群の1/2は再入院する、4. 薬物療法のあとづけ、副作用、薬をつかわぬものより適応のわるいものもある。をあげている。

家族療法の役割：有効とする傾向がみられるが追跡調査ではあまり明確にあらわれない。

家族交流の指標として感情表出 (expressed emotion) EE が用いられる。EE が高いほど家族は患者と感情的にかかわりあいが高く、敵意があらわになり、患者に対する批難が多くなる。入院時 EE の高いものは再発率高く、薬物に反応するという成績がある。

コミュニティ支持プログラム

コミュニティにて生活している精神分裂病患者は15~40% (または5~10%) しか適応の平均レベルに達していないといわれる。

居住プログラム、多くの患者は家庭をもたず、あっても見捨てられ、血族も受け入れを拒否する、家庭はあってももどるとストレスをうけ早期再入院となる。そこで公的に居住があたえられるが、住宅と病院の往復がみられる。家主の積極的役割を記した研究もある。

社会・レクリエーション・プログラム：精神分裂病者は社会的技能が貧弱であるからこれは社会的・レクリエーションの能力や実践を促進するのを目標とする。Parros により報告された Lounge ははじめは投薬のクリニックであったが投薬をまつ間、ゲーム、クラフト、音楽観賞をするようになり、社会センターになった。非構成、非圧力、非計画で、入院・外来患者に開放され、スタッフのスーパーヴィジョンで実施されている。このようなものが所々にみられる。

職業リハビリテーション：精神分裂病者がコミュニティに適応しそんじるのは就職率の低下にみられる。職業の資格取得などのための中間施設も数多くみられる。フィラデルフィアの Horizon House は規模大きく、設備もいろいろととのつて有名である。

治療プログラム：治療を何時、どこで、どんな形でうけるか、患者が施設に近ずきやすいか、患者の欲求にプログラムが適しているかななどが問題となる。

最後に著者は若干の結論をのべている。

1. 精神分裂病者をコミュニティに統合さす技術があるだろう。
2. 精神健康の非合理的な野望の存在。
3. 精神分裂病のコミュニティ治療の不たしかな、予期せざる生物—精神—社会的結末。をあげている。

次章は J. S. Strauss. & W. T. Carpenter. jr. による予後についてである。著者らははじめに予後についての我々の知見の乏しいことをいい、前書と同じく、10年たった現在でも、明確に結末をいうことはできぬとしつつも、予後の過程の複雑さやその型についての研究が進んでいることをいう。

方法の発達：過去にさかのぼる研究は多くのあやまりや偏りのもとになるので、将来に向う研究（高危険の研究の如きやり方）がとられた文献が多くみられる。

評価法として構成面接や症状評価尺度のような手法が工夫され、信頼性をたかめ、比較を可能にする。更に種々の分析をする統計的接近の発達が予後の研究に役立っている。

精神分裂病の予後は単純に記述されるものでな

く、精神分裂病が同一の予後をもつ、単純な病理単位でなく、従って多くの病状発生因子をもち、予後の範囲のひろい症状群であるという認識は予後の複雑性の認識につながる。

著者らの精神分裂病の予後に関する見解はそれが確率的性質を帯びるということで、ふるくは Kraepelin が早発痴呆は予後不良とし、また一方自然寛解の事例を認めるという、矛盾した立場をとったことからみても、精神分裂病の可能な結末の範囲のどこに個人例が位置するかを云々すべきであるという。

精神分裂病の結末状態を在院期間、症状の重篤さ、社会関係機能のレベル、労働機能のレベルなどの比較的独立の特性で考えることを推している。なお結末のうち死亡も精神分裂病で見のがしてはならず、早期の死亡は他のものより多くて自殺を考慮しなければならぬという。

診断基準により結末の範囲は変る（例つば疾病期間を診断基準に入れるか否かで（DSM-III））。きびしい診断基準は診断の信頼性は高めても、予後の確定に役に立たぬことが知られている。

過去には経過を評価するのに入院の型を基準にしてきたが、社会機能や精神内変数を含まぬから研究の解釈には注意がいる。M. Bleuler の40年間の208人の患者の研究では5年で結末が定まるとするが、個人例についてはそれをこのままうけ入れることはできない。最近の研究傾向は経過の長期評価に向いている。短期研究では代償不全と寛解の過程（特に病後のよくうつ）寛解のスタイル（誘発反応型、統合型、閉じ込め型）に向けられている。

他の精神病との比較は注意深くされなければならぬが、IPSS の研究の一端にみられる如く精神分裂病の予後は他に比してわるいとされる。病型では昔より緊張型はよりよいとされているが、これを支持するものは病前のヒストリーの特徴が結果を決める主な要因であるとし、よい予後をもたぬとする研究者は精神医学事例登録からの診断を利用している。また Leonhard の分類によると各々は均等の予後をもつとも示唆されるが、叙式的下位群を用いる場合の複雑さがある。

結末を予報するものは症状変数よりも病前及び発病変数である。発病までのきざしの期間の長さ、

社会関係能力は恒常の予報能力がある、その他労働機能のあること急性の発病、錯乱の存在、躁うつ病が家系にみられること、よくうつ、促進要因、死への関心、婚姻状態の良好、IQの高いこと、感情鈍麻のないことは予後の良いことをしめす。一定の症状のものとの予後の比較には病状が予報となることもある。

その他ははっきりしないものには思考障害、低IQがある。低社会階層は予後がわるいというがこれは人為産物だとしめされている。

生物学的及び精神生理学的予報として反応時間、覚醒と異常脳波、眼球追跡、血小板モノアミン酸化酵素などが試験的にとりあげられている。

環境要因も当然予後にかかわる。病院を含め施設は発病後の生活事態として結末に衝撃をあたえる。診断のラベルをはる過程自体が医学関係者だけでなく、家族や雇用者などに期待や行動のパターンをとらせる。しかしこれが直に慢性や痴呆に関係するかどうかは不確実であるが回復の妨害と慢性化の触発にかかわる、環境因子の多くのなかの一つではあろうと著者らはみている。家庭環境は再入院の促進因子であることはよくいわれるがコントロールされた研究では独り暮らしの患者は再発しにくく、感情表出(家族の批判的態度、敵意、過剰庇護など)は高い再入院率と関連するとしめされ、向精神薬の使用—不使用にかかわらぬようである。精神分裂病の挿話のあと、あまりにも少い刺激状態におかれると、引きこもり、無感情のような欠損症状をおこし、あまりにも多い刺激(とくに有害な)は精神病の再発をきたすといえる。

治療の役割を考慮せずに予後は語れない。新しい向精神薬による治療が予後にどう影響をあたえたかは簡単に接近を許さぬ問題である。NIMH Goup (Goldstein et al) は治療の効果と病前状態は分離できぬと証し、Leff & Wing は予後からみて中間にある精神分裂病者では向精神薬の効果は最もよいとしている。いずれ予後と治療の変数についての多くの研究が必要であることは明かであるという。

予後を決定する要因の相互作用が重要だとし、まず最初に適応の病前のレベル、向精神薬、挿話後の環境ストレスのレベルがあげられた。また追跡調査で社会関係機能の病前レベルは追跡時

の職業機能の最上の前兆であり、入院前のきざしの期間は調査時の入院の最良の予言であるとされている。その他社会階層、年齢、性別などの相互作用或いは治療、生物学的特質との相互作用の研究が将来にまたれるという。

また文化要因についていえば強力な予後因子は特種の文化環境を超えて働くことを証している(例えばIPSSでアメリカの社会関係機能、職業機能は台湾でも予後因子として働く)。

精神分裂病で予後因子として働くものは他の診断群では予後を予報しないという報告がある。一方精神分裂病で予後に有意な変数は神経症、境界線級その他の疾病で重要であるともしている。予後因子が診断カテゴリーを超えるかどうかの問題はのこっている。

結論として著者らは次のように要約している。

1. 精神分裂病の予後はよいか或いはわるいではなく、広い幅をもつ。
2. 予期される結末はだまかな状態ではなく、症状の重篤さ、社会関係機能のレベル、労働機能のレベル、入院の必要性などを含む、多少とも独立の分野から成りたつ。
3. 寛解から荒廃にいたるひろい予後がある。しかしこの疾患は不均一の集団からなる症状群である。
4. 長期観察は系統的にはじめられたばかりであるが、精神病後よくうつ、統合、封じ込め、寛解、治療の諸段階などは価値ある情報をもたらすであろう。
5. 診断のためには疾病期間(多くの疾患で1年以上の罹患は予後不良とされる)を入れなければならぬ。

最後に数年のうちに患者の評価、標本選択、資料分析の精緻がきわめられ、結末を予知する能力の増加がみられ、精神医学者、発達心理学者、神経病学者、社会学者の協同が顕著になるであろうと述べて章を閉じている。

第15章はE. J. Anthonyにより予防について述べられている。予防は一次(発病前)、二次(ごく初期)、三次(進んだ状態、もどるのが困難)と常識的に分けられるが、三次を予防に含めるには問題がある。一次予防は有用な虚構とみる人と操作上の事実とする人と二派の立場がある。特別

の人口のなかの特別の行為の形と認識する人は①目標の障害に向けられた特殊な予防の手段、②生活を質的に向上させ、健康の一般レベルを増進させる一般健康の助成に分けられる。

予防について懐疑をもち、幻想や魔術と片づける人も存す。しかし精神分裂病の予防の合理的デザインには現在以上の知識は必要とするものの予防は可能として試みるべきであろう。

精神分裂病の定義はヨーロッパとアメリカの2つをとっても尚一致していない現在、真の精神病として他の疾患からわけられるものでなく、重い自我障害を共通の特性とするものとみるべきである。分離一独自の過程を妨げる思考と行動の反合理的様式が浸透している家庭の雰囲気強調がなければならない。生活歴研究は予防の余地のあることをしめし、遺伝研究は希望を奪う要素をあたえるが、双生児研究の一致率の過評価をみのがしても、まだ遺伝仮説をとるか、環境仮説をとるのか議論がのこる。

高危険にある子供で、創造性の高いものがあることは数多の報告があり、著しく有害な家庭環境にあっても子供の結末は不変でなく、むしろ反易損性の存在すら仮定され、この疾病に反する免疫をあらわす人が疾病の攻撃に対して生き残るために必要な技術の予防の戦術になるのではないかとさえ思われている。

精神分裂病の“自然史”に多くの他の要因が影響するとして著者はBleulerの例をひいている(50%は支配的、強直的、冷い、抑制的父をもち、子供は幼児のやり方で感情的に親と結びつく交流様式がある)また病前分裂気質傾向と家族関係障害の結びつきをいい、Meehlの“schizotaxia”やKety & Rosenthalの“schizophrenic diatesis”にふれている。

高危険の研究で何が言えるかを9つの項目であげ、将来に向う研究が予防に情報をあたえることを希望している。

自我の予防機能の項では、ストレス下の子供や高危険の子供は予防の自我の能力を発達させるようであるとし、自我は外傷に抵抗することを学習し、防衛機制、闘う技術、問題解決技法、自己回復能力、良好な現実探索、対人技術、組織能力をもつにいたるとする。

予防様式としてCaplan & Grunebaum(環境を改変し、精神障害の新事例を減ずるため、事態に対処する個人の能力を強める。)Bowerモデル(主要統合社会組織)危険一易損性モデル(6つの区域で評価する)免疫モデル(公衆衛生の見地からでてくる)、変化因の使用にもとづくモデル(反精神病的要因を用いる)、予防による予防モデル(精神分裂病の親からの分離、親代理、養父母など、分離障害がでることもある)、深遠救助モデル(難解な宗教体験)をあげている。

結論として著者は精神分裂病ができあがるのには三世代がかかるのは自明のことになりかかっていることと述べ、これに介入する時間はたつぷりあるが、遺伝と環境両方の伝達過程の知識の必要なことをよく強調している。一次予防の最良の接近は高危険の研究を通して出てくると思っているが、この集団が精神分裂病全体からみると比較的少数派にある点に注意をあたえている。また子孫の診断が親の診断にブラインドでされたかどうか問題になるにしても家族内の要因はあらわれてくる病状の重篤さをまし、非遺伝要因が決定的であってこのところに予防の手が入る余地があるとする。

ここで精神分裂病の親をもつ子供はMurphy & Moriartyの環境に対するものと内的統合に対するものの2つの対処する型を学び、予防できる自我機能をもてるように助けられる。

また子供のうちには自己防衛の手だて或いは問題処理の代償的方法をつくってゆくものがある。これの助成も必要である。

易損群に対する予防プログラムは非易損群から得られたものを学ばすことにある。

第16章は小児分裂病と自閉症：選択的論評と題してP. F. Kernbergが記述している。

このvolumeでは他のシリーズのものに比べて多くの頁をさいている

はじめに小児分裂病と自閉症の決定因子として社会心理学要因よりも遺伝、生化学素質要因が尚一層優位だと考えられてきていると述べ、Rosenthal et alの成果をひいている。

小児分裂病と自閉症の関連について、著者は小児分裂病は成人の精神分裂病と連続性をもち、自閉症はおそらく別の症状群であるという見地にた

っている。この見方はICD-9, DSM-Ⅲとほぼ同じものである。

小児分裂病：比較的まれな疾患である。疫学的数値は診断カテゴリーに入れない事例があり、およそのものと思わねばならない。Clarizoによれば1般人口で1万人の子供のうち4～4.5%の発病率、外来クリニックで1万人の少年の8～9%、1万人の少女の3%と算定している。

臨床主徴、Ekstinからひいて、現実との破端、現実探索の重い障害、思考障害(幻覚、妄想、言語障害を含める)解離状態にたえずもどる、一時性の完全な自閉などをあげている。病前の状態について、多くの研究から、精神分裂病になる人は普通の外傷体験に対して心理学的、生理学的に易損性高く、より敏感であり、健康な同胞よりも社会的、独立的でない。感染疾患にかかりやすく、身体障害(とくに聴覚欠損)をもちやすく、しばしば軽度の神経病学的徴候をしめす、反社会的行動も前駆症状であるとまとめている。

心理テスト：人物画、WISC、CATが施行された成績(Bakwin & Bakwin)がひかれている。人物画では空間関係の異常(延長、突出、省略)四肢の特異な強調、すかし(X線像)などがみられる。IQはひくくなく、言語テスト成績が高い。しかしブロック・デザインは行為テストの平均以上である。困難なものに成功し、やさしいものに失敗する。答えに異様な不適切な感情をまじえる。一般知識や語彙のテストに無頓着な、考えのいたらぬ答えがでる。CATでは画と関連がみられない、主題は生、死、神、悪魔の起源であり、画と自己に関係づける。病因論は自閉症と1所にして論じられている。多くの研究者は小児分裂病は均一の集団とみていないことと、生物学のパラメーター(生体内アミン、尿所見、血清因子、染色体異常、内分泌変化、その他の代謝因子)は病因に関係があると証明されていないことを加えている。

小児自閉症：Ornitz & Ritvoに従ってKannerのinfantile autism, 一次性自閉症、共生精神病、を含むものとしている。

一般発病率は以前考えられたほどまれではなく、Ritro et alの報告では、Lotterがイギリスで8～10才の1万人中4.5%、Treffertがアメリカで1970年に1万人中6.7%とあげている。著者

はかなり低い見つもりとみている。

分類：いろいろの見地から分類され、症状のチェック・リストも種々案出されている。とくにDe Meyer et alの分類(準正常、非精神病、一般或いは特殊学習障害：高自閉症：中自閉症：低自閉症)が紹介されている。

臨床主徴：生後1年で母は子供の異常に気づく、かたことをいわず、声の抑揚が欠ける、ほほえみがなく、凝視嫌悪があり、視線でおわず、手をさしのばすのが少い、指示ゼスチャーを用いない、eye contactがない、人見知りをしめさず、分離不安もない、母の腕に入りこもうとしない、運動の急な変化、常同症、生後1週間の乳児にみられる成人の言語に対するリズムのある反応性はない、食事をよろこばず、転位運動をよろこぶとして以下各項の症状をみている。

発達率の障害。運動と言語、社会交流の面で早まり、おくれ、偏りがちぐはぐになる。

知覚障害。感覚インプットの調整の欠如とみられ、敏感であったり、無感覚であったりする。遠くからの刺激(聴、視)よりも、身近かの刺激(触、臭、味)を好む傾向があるという人もある。

運動障害。衝動や特異な型、とくに手、腕にみられる。ボール遊びには無器用であり、他人の身体の動きや表現がまねられない。両手利きの頻度が高い(自閉症59%、非自閉症20%、Cambell)

関係の障害。eye contactの貧弱又はかたより、social smileの遅滞或いは欠如、だかれることへの期待の遅滞或いは欠如、身体の接触に嫌悪をしめす、人全体としての関係にかける。見知らぬ人に対する反応の遅滞或いは欠如、或いは法外な不安をおこす。玩具を機能或いはシンボルとして扱わず、単にものとしてはじいたり、まわしたりする傾向がある。環境全体として同一性の保続を求める。

言語障害。完全欠損は58%にみられるという。非言語コミュニケーションの発達はわるく、言語の代用としてゼスチャーを用いない。言語に伴う運動、ゼスチャーがみられない。非言語コミュニケーションの理解も障害される。言語発達もおそく、反響語は正常児にもあり、一時的であって2～1.5年以上続かないものだが、自閉症児では意味なしに、いつていることに興味をしめさず反響

する。文法の発達について自閉症児は奇妙な文法のつかい方をし、文法の規則を得たものも常同やくりかえしで答える。言語の理解は極度に低く、ユーモアは解されない。内的言語の欠損は重要な特性である。玩具は想像の遊びの用具ではなく、IQの高い青年の将来の計画或いは成人の現実社会への関心をしめさない。

知能検査結果。IQの測定は可能である。IQの値はまちまちで言語テストの方がよい。

身体所見。神経病的検査でははっきりした結果はない。脳波は未熟児と似たものがみられる。また部分や全体の棘波、徐波、特発性棘徐波複合がみられる。

聴覚誘発電位の研究では、コントロールはREM sleepで右半球に誘発反応をしめたが自閉症児では恒常の差はなかった(Tanguay)。

経過及び予後：精神遅滞として分類されるものが多い。特別の器質性脳機能不全、認識欠損、低IQ、痙攣、5才までのコミュニケーション言語及びよびおもちゃ遊びの発達欠陥は予後はわるい。

比較的正常の認識及び運動発達をし、5才までにコミュニケーションの言語の発達をみたものは予後がややことなり、多くは分裂性人格異常と分類され、独力で生活し、職を得た自閉症も認識障害をもつ。このよい予後は2～5%以下といわれる。

鑑別診断：小児分裂病；連続性ありとする人はBender（3才までの発病は発達の遅れが自閉症をつくり、3才後は小児分裂病をつくる）、Fish、Goldfarbらである。

連続性なしとするのはRutter、Kolvinらであり、3才までに出現する別の疾患とみる。

自閉症には精神分裂におこる寛解、再発はない。成人しても幻覚、妄想をもたない。出産時の故障やてんかんがよくある（精神分裂病でてんかんの時は側頭葉てんかんであってこれは自閉症にはない）。早期発病の子供の親や同胞に精神分裂病はまれである。しかし5～7才の発病の精神分裂病の親は10%の精神分裂病の発達がある。自閉症の親は平均知能より高く、社会経済的地位も高い。5～7才に発病した精神分裂病の親は一般人口と同じ背景をもつ。精神遅滞は早期発病の精神病によくみられる。自閉症の男女比は4：1であるに

反し精神分裂病は同率である。

もともと自閉症がはっきりした単位であるという考えはKannerにはじまる。極端な孤立、伝達可能の言語の欠如、同一性の保持の欲求、ものにひかれる、2才前に始まるものと記述した。De Myerは3才前の人からの感情離脱コミュニケーションのための言語の欠如、ものの機能を無視したくりかえしの使用、独りや他の子供との役割遊戯に入れないの4つの基準をあげている。しかし症状からみるとかなり両者の重なりあいが見られる。生物学的目的として、血小板のセロトニン流出物、モノアミン酸化酵素や血液容積が考えられている。

感覚欠損との関係：視、聴覚の欠損が問題になる。自閉症とちがって環境に興味をもち外からの刺激をもとめ、ものより人を好む、これらの感覚障害の原因の一つとして風疹が重視されている。

発達失語症との関係：音に対する異常反応、言語獲得のおくれ、構音障害、関係障害は共通にある、しかし自閉症は特異な障害がある、例えば反響語などである。

精神遅滞との関係：かなりの重なりあいがある(66～75%、De Myer et al)。

Darbyの自閉症33例の剖見で3例にSchilder病、1例にHeller病、1例に脳脂質症、1例にフェニルケトン尿症があった。

痙攣との関係：自閉症に痙攣は共存する。

精神剝奪は自閉症の症状をおこさず、発達遅滞は一樣である。アテトーゼ様運動はあっても、自閉症にみられるくりかえしの拍手、ぐるぐるまい、つまさき歩き、突進運動はない。又同じような運動があっても精神剝奪はそれに干渉できる。玩具のあつかいも両者はことなり、精神剝奪はeye contactをしめすが自閉症は凝視嫌悪をしめす。精神剝奪はおそくとも遊戯に興味をもって来る。言語発達は遅滞するが反響語やさかさまの発語はない。

依存うつとの関係：生後6ヶ月後の適切な母子関係の中絶により、2～3週のうちに精神身体遅滞、言語発達ののおくれ、体重減退、泣きつづけがでて、2～3ヶ月後に、しずかなすすり泣き、表情硬化、ねむけ、無感情といれかわる。しかし知覚障害、言語障害、運動障害はしめさず、気分は

かなしみ、或いはさびしさにみちている。自閉症は無関心、冷淡、孤独である。

非定型発達との関係：運動能力の発達はおそく社会関係は未熟といえる。

#### 病因仮説

或る者は自閉症を独専的に語り、他は精神分裂病の範囲内に含める。ために仮説の幅はひろく、原因を親とするもの、シンボルの問題とするものから神経生理学、生化学的因子を強調するものまでである。

親一子関係：精神分析的見地、成熟へのおぎない或いは組織としての母を利用する能力の欠如或いは喪失とする。現実と内的世界の指向をなくし自我の統合、合成、組織機能の障害となる。

親の精神病理、問題の多くは母にあって、不安、身体症状、人格障害をもつ。高危険の研究から共生関係、低又は平均知能、病気の親との密接な関係、暗示性亢進、物体の如き受動性従順、親の精神病の表れにつよくまきこまれることなどあげられている。

家族関係：精神分裂病の主な決定因子とみる人は多い、家庭崩壊の型、親同志のコミュニケーションの偏りなど問題にされている。

家庭背景と自閉症については自閉症の親は人に関心をもたず、感情的に冷たく、困惑、伝達の明確さに欠けるといわれるが、これに同意できぬという人もいる (Cox et al)。親の混乱も初生児に自閉症が多いことと結びつく。

自閉症と社会階層とは無関係であるとされるが、親は知能がよくて、教育程度が高いことが確認されている。

#### 遺伝仮説

自閉児の双生児でない同胞に、精神分裂病の発生率のたかいことや自閉症の既往歴のあることはしめされていない。双生児では一卵性では一致、二卵性では不一致がみられる。

#### 素質仮説

神経病的徴候が多く、中枢神経系の障害が自閉症にあると想定され、風疹、トキソプラズマ、梅毒、水晶体後線維増殖、小児脂肪便症などと関係づけられる。

妊娠並びに出産合併症：高危険の研究より主張されている。自閉症は早産と有意の関係はなく、

3～6ヶ月の間の出血が問題となろうといわれる。

#### 神経生理学及よび生物学的仮説

知覚障害がもとになり、関係の障害もここから出るという。

脳幹障害：を重視する。窒息がこれをもたらすとし動物実験結果を引用している。

中枢神経系の成熟の欠損、網様体賦活系の過剰活動、中枢認識欠損などがみられる。また一時的にパターン化した視覚材料に感じないし、身体運動の続きを再生できない。或いは左半球の機能に障害があるとみられる。

アミン代謝：血小板のセロトニン流出物は自閉症でましている。homovanillic acid (HVA, ドパミンの代謝物) や 5-hydroxy indole acetic acid (5HIAA, セロトニンの代謝物) は増加している。自閉症と早期発病の精神病 (重い非定型発達+小児分裂病) では自閉症は髄液の5-HIAAのレベルは低い。自閉症の下位群にとくに高いHVAのレベルをもつものがあり、常同症、くりかえし運動をしめた。

#### 一次予防

Fish は精神分裂病前の児童に運動発達の規則的遅滞と身体イメージの障害を記し、一次介入の目標は運動能力の障害、不適切な身体イメージ、知覚の貧弱な統合、型づくりの欠如、覚醒の異常状態、感情や社会的機能の発達障害であるとした。一次予防と早期診断は親一子のきづなを確立し、自閉行動に対抗するものであるという。

#### 治療

向精神薬：攻撃性、睡眠障害、過動につかわれてよいが鎮静作用がつよいという難点がある。子供は血清アルブミンの統合作用が成人とちがいが、子供の血液中には統合されぬ活性のある薬が多くある。子供の肝臓の代謝の早さは成人の2倍である。子供の脂肪 compartment は成人より低い。薬の過量は成人より危険である。分割してあたえるのがよい。

副作用は成人と同じである。ふらつきを感じる起立性の高血圧、めまい、たちくらみ、鼻づまり、便秘、目のくもり、体重増加、月経不順、黄疸、白血球減少、尋麻疹、視差、色素沈着、遅発性ジスキネジア (子供では上肢の失調と舞踏病運動が

多い) がみられる。

抗パーキンソン薬は子供にすすめられない。

抗うつ剤は自閉症によくないとされる。リチウムも特によいという報告はない。

薬剤療法は治療計画全体の一部とみるべきであって、目標症状を改善させ、環境教育や精神療法への接近を許すものである。

居住療法：Goldfarb の Ithleson Center の成果を紹介している。児童のおのおのの自我欲求にあわされた人間環境から適応欠損を匡正するのを目的としている。接近行動、自我調整、注意、維持、視一聴覚刺激への接近、知覚、見当識、学業、言語、コミュニケーションの改善のために個人精神療法、環境療法、集団療法、家族療法、教育がつかわれる。知覚の反応、概念行動、見当識、伝達能力、精神運動能力、運動の強さ、神経病的機能などのレベルで成長し、学業や社会的能力の面で改善がみられた。3年後の追跡調査では群として有意の改善をみたけれども、筋肉の緊張度、活動レベル、聴覚による驚愕、聴覚フィードバックの遅滞、二重同時刺激には改善をみなかった。インプットをうけたあとの行動の偏りがあるようである。

教育的接近：一対一、又は一対二で児童に接し、それぞれに適した行動修正技法を用い発達段階を通過させる工夫がとられる。

行動改変：外来でも、入院でも行なわれ、オペラント条件づけの技法がとり入れられ、親や兄弟に訓練される。これに加えて精神力動の見地を治療者にあえた方がよいという人もいる。

精神療法的接近：親に対するケース・ワーク。Schopler をひいて主要問題となる親の混乱、あやまった期待、親と治療者の相反する社会的役割について述べられている。

精神分析療法：母と子の関係の改善にむけられる。分離一独立の問題をとくことが試みられる。強い混乱の場合、薬物療法と行動療法は補助として用いられる。IQ 50以上の子供には精神療法が適した方法と思われる。

特殊な不安：母との分離は精神病の子供に身体の連続の破端、断絶、断片化として体験される。また転落の恐怖、身体境界喪失の恐怖などからの防衛手段として異様な行動が解される。

エディパス構造：自閉症児もねじれた形でエディパス葛藤をあらわす。

幻覚：治療中にあらわれると、想像や回想の思考と幻覚をとりかえようとする過程にあるのだとみている。

防衛機制：Mahler による deanimation にふれている。危険からまもるため人の世界は生のないものと体験されるという。

精神分析技法：自閉の障壁をとりのぞくことが一つの目標である。治療場面の道具だては恒常でなければならず、治療は規則正しいスケジュールに従わねばならない。週に少くとも2回、望ましくは4回がよい。患者の所有物を入れ保管する箱や場所をあたえねばならず、治療者はたえない注意が必要で、部屋を出たり、急に動いてはならぬ、解釈は短くすぐにできるようにする。時に言葉はかたい物体として患者を侵犯するものと体験される。治療者は原始的体験を想像で再構成できる能力がなければならない、治療者は生きものとしてみられていない、遊戯その他により子供の一部となるようもってくる。その他教育と重りあうが認識機能発達のため、ゲームを用いる。原始的幻想の解消、自我の強化の線をすすめる。

結論として著者は選択的論評であることを強調し、小児分裂病や自閉症の理解の進歩について述べたとしている。精神薬理学的、教育的、精神療法的接近はこれらの子供を治療できる約束をあたえるであろうといい、次の10年間には小児分裂病、自閉症のなかの下位群があきらかになり、早期介入や多方面の専門の治療接近のプログラムの再評価がもたらされるであろうと結んでいる。

最後の17章は A. A. Stone により法及び倫理の進歩と題して、司法医学の問題、特に強制収容について述べられている。入院患者の大多数が精神分裂病者である現状からみて、当然精神分裂病者に大きくかかわる問題である。著者はここで Donaldson の事例を中心としている。Donaldson は慢性精神分裂病、妄想型の患者でフロリダ州立病院 (Chatahoochee) に14年間、強制収容されていた。妄想 (被毒) はあったようであるが大きい自我の不統合或いは大きい障害をしめすものではなく、自他に対する身体的侵襲をあたえる証拠もなかった。彼はクリスチャン、サイエンスの信奉



者で、身体療法を拒否した。14年間の収容中、退院をいろいろの法廷に繰り返し申し立て、すべて無視又は拒否された。院長の Dr. O'Connor は Donaldson は慢性妄想症患者であって、拘留看護が必要とされる、もんちやくをおこす人であるとして退院を許可しなかった。院長が変り、Donaldson は退院したが、治療の権利を奪ったとして医師を告発した。

著者は慢性精神分裂病、妄想型という診断は強制収容を正当とするか否かの問を投げかけ、否と自ら答え、患者が精神病患者である以外に、自他に對し危険であり、重く障害され、治療の必要があることをあげ、多くは家族の便宜のため、適切な資源を欠く社会の便宜のために入院させられ、医学的立場から収容はなされない。もんちやくをおこすことは危険なのか、障害は何をいうのか、また危険の予知はできないから、有害な行為がおこるのをまつか、予防拘留への道をたどるのか等種々検討を加え、強制収容されている人々は便宜主義、拘留看護の道をふみはずした伝統、適切な資源の用意のない社会の失敗の犠牲者であるときめつけている。

治療を拒否する権利について、宗教上の反対、自律、合理性を論じ、法的能力と承諾の組みあわせを考慮し、法的能力なく拒否するものを定める検定の項目をほのめかし、重篤な、高い信頼性をもって診断された精神疾患で、法的能力なく、拒否的態度をとり、適正な施設の治療が道理にかなう期待がある場合、強制収容と治療が道徳的、法的正当性をあたえる本質的材料であると著者は主張する。しかしこれらの基準も精神分裂病と奇癖、政治、宗教、イデオロギーなどとのあいまいな境界について論議がおこることを予想している。

著者は治療をうける権利の項で数個の判決例をあげて説明し、この権利が憲法上正当とされるかどうかの問題、治療なき収容は懲罰とみなされること、治療への法の介入、効果ある治療状況を州はつくれるかどうか、施設外の治療がよしとされるならば収容は続けるべきでないことなどを論じている。

さて Donaldson の訴訟にもどるが、Chat-

dhoochee のおそろしい状態を証拠だてる多くの他の証言にもとずいて、Dr. O'Connor や他の医師を有罪とし補償として38,500弗の支払いを法は命じた。この裁定は連邦最高裁に上告され、治療をうける権利を承認し、すべての州に治療を改善すべきことを必要であると認めさせるのではないかと希望がもたれたが、フロリダ州法廷にさしもどされ、調停として O'Connor に10,000弗の支払いを命じた。罪の認知なしで、著者は大山鳴動ぬずみ一匹で終わったと表現しているが、新しい法律が治療をうける権利をもってつくられなかったことを遺憾としているようである。そのあと治療をうける権利訴訟の効果として、法廷のしめす諸種の改善の履行が困難であることとそれが国庫の危機になりかねないことを述べている。また大部分が慢性精神分裂病患者であって強制収容している St. Elizabeths Hospital (連邦病院) をあげて、District of Columbia も決して適切な Community 施設をあたえなかったと NIMH\* の頭脳の所産である Community mental health を皮肉っている。

最も拘束性の少い施設の増成が望まれるとするが、その施設自身に法的問題があるとしている。

結論として過去10年間の司法の進歩は精神分裂病患者への重大な衝撃をもつ。これらの患者は強制して収容されることは少く、在院期間も短く、治療として身体療法を拒否する権利が重要な法律問題となりつつある。治療をうける権利訴訟と共に、このような進歩は古い州立病院組織の終焉をせきたてる。州立病院では精神分裂病患者は不幸であり、家族は便宜のため入院させている。しかしこの方式は終りを迎えようとしている。けれどもこれらの改革には費用が大いにかかるかと結んでいる。

エピローグには、科学者にもどるまでに臨床家は何をすることができるのかという副題を置いて今までの業跡が個人の精神分裂病患者の理解と看護にどれほど役立ったものがあつたかを Bellak 自からに問いかけている。

患者個人の人格とその問題に特定して寄与するとみられるものは何でも臨床家は注意せねばならない。特に患者を個人として、或いは全体の構造のなかに、相互関係のからまる要因の形態である

\*NIMH : National Institute of Mental Health アメリカの国立精神衛生研究所

人間とみて理解することに強調がおかれる。このため徹底した個人及び家族のヒストリーを注意深く、偏見なくとらねばならない。特に発達要因について、患者をつくるすべての入力について知るようにならなければならない。社会的、文化的、経済的、生物学的、精神力動的のいろいろの面からの組織的接近のなかで患者の個人的な面を忘れてはならない。身体の素質は乳児の早期の体験により劇的に影響されるという Spitz の示唆と先天性の活動型は防衛の選択を決定するという Fries & Woolf の示唆〔積極性活動型は環境変容防衛（幻覚、妄想）、消極性は自己変容防衛（隠退、感情の平板）〕をふまえて、人格は予後と治療への反応性の指示となるだろうと思っている。遺伝要因は精神分裂病の一部の下位群には、少くともある役割をすると認めている。

また子供や青年についての彼の臨床体験から、衝動抑制が精神病理に特に問題であるとみ、更に神経病学的要因の研究の必要をいっている。

或る患者は悲痛な個人歴をもち、精神分裂病でない人も同じような個人歴をもつこともある。しかしこのような個人歴をもつ精神分裂病者はそれにより、すべての障害の存在が説明されるようであり、精神療法が役立ち、かえって Phenothiazine により離人症や現実感喪失がみられることがあると認める。

更に微細脳障害が共存する下位群があると信じている。

診断は有用であり重要であるとしつつも診断概念の使用には柔軟な態度をとるべきとしている。ラベルをはることは、紋切り型、自己満足、社会的悪用になることはみとめながら、これを出来るかぎり最小にする努力をするべきだとしている。そして彼の“精神分裂病症状群”のラベルは自分の意志で用いコミュニケーションのために使用されてよく、病因より分けられる群を区別し、更に自我機能評価による所見を加えると述べている。

かかる診断のもとに患者に対し少くとも一週間の服薬なしの観察を示唆している。

注意深い診断と予後判定は“回転ドア”現象を減じ、収容看護を必要とする患者を社会に送るのは人道主義でも、よい社会経済感覚でもなく、一方病院の退行的状況からはなれてよくなる患者は

適切なコミュニティ施設に送るべきことは認めている。

精神療法は適応障害過程を再構成する入力のみな形とみて適切であるとする。その他の非身体的療法や薬物療法及び身体療法は正確な指示のもとで用いられなければならぬとする。

最後に現在なし得る多くがある。しかしなにもなされていない。病因、病態形成、治療関係についてもっと特別の仮説をもって研究者がなす時、我々は多くの実りを得、10年後この Volume でかような進歩を報告できるだろうと望むと終っている。

結び：Bellak がこのシリーズの最初の著書で示した、精神分裂病の病因についての彼の見地、すなわち、a) 身体素質、b) 社会心理素因、c) 心理学的促進要因、d) 身体的促進要因—はとどめられているように思われる。しかし、最近の器質性志向の研究の趨勢より、遺伝要因や神経生理学的要因に強調をおき、下位群を想定することは特に治療に関して有用としているようである。

個人の評価について自我機能評価を示唆している。彼は第二集で自我心理学にもとづく構想をしめし、別の著書でも評価技法を述べている。まだ入手していないが、The Broad Scope of Ego Function Assessment (Bellak, L & L. A. Goldsmith (eds)) が出版されており、更に発展した彼の考えがわかると思われる。

診断のラベルはあくまでも臨床上有用であるために使用すべきであるという立場は堅持されている。

治療に関して精神療法に重点をおき、薬剤に対して消極的態度をとっているようである。

次のシリーズの著書、5冊目がそろそろである。過去半世紀の研究成果の発展がどのようであるのか、また10年間に Bellak の考え方が変容をみせたか、どうか、大いに期待されるころである。

## 文 献

- 1) Ader, R. (cd); Psychoneuroimmunology. Academic Press. 1981.
- 2) Arieti, S. & Chrzanowski, G.: New dimensions in psychiatry. John Wiley & Sons Inc. 1977.
- 3) Ban, T. A.: Schizophrenia. Charles C. Tomas.

- 1972.
- 4) Baxter, C. F. & Melnechuk, T. (eds); Perspectives in schizophrenia research. Raven Press. 1980.
  - 5) Bellak, L.; Dementia praecox. Grune & Stratton. 1948.
  - 6) Bellak, L. (ed); Schizophrenia. Logos Press. 1958.
  - 7) Bellak, L. & Loeb, L. (eds); The schizophrenic syndrome. Grune & Stratton. 1969.
  - 8) Bellak, L. Hurvich, M. & Gediman, H.; Ego functions in schizophrenics, neurotics, and normals. John Wiley & Sons. 1973.
  - 9) Bellak, L. (ed); Disorder of the schizophrenic syndrome. Basic Books. 1979.
  - 10) Berner, P.; Das paranoische Syndrom. Springer Verlag. 1965.
  - 11) Beumont, P. J. V. & Burrows, G. D. (eds) Handbook of psychiatry and endocrinology. Elsevier Biomedical Press. 1982.
  - 12) Blanck, G & Blanck, R.; Ego psychology. Columbia University Press I(1974) II(1979).
  - 13) Blatt, S. J. & Wild, C. M.; Schizophrenia. Academic Press. 1976.
  - 14) Bleuler, E.; Lehrbuch der Psychiatrie. Deuticke. 1911.
  - 15) Bleuler, M.; Die schizophrenea Geistesstörungen. Georg Verlag. 1972.
  - 16) Broen, W.; Schizophrenia. Academic Press. 1968.
  - 17) Cancro, R. Fox, N. & Shapiro, L. (eds); Strategic intervention in schizophrenia. Behavioral Publications. 1974.
  - 18) Cancro, R. Shapiro, L. & Kesselman, M. (eds); Progress in functional psychoses. Spectrum Publications. 1979.
  - 19) Cooper, J. R. Bloom, F. E. & Roth, R. H.; Biochemical basis of neuropharmacology. Oxford University Press. 1970.
  - 20) Crider, A.; Schizophrenia, a biopsychological perspective. Lawrence Erlbaum Associates. 1979.
  - 21) Denber, H. C. B.; Schizophrenia. Marcel Dekker. 1978.
  - 22) Detre, T. P. & Jarecki, H. C.; Modern psychiatric treatment. J. B. Lippincott Company. 1971.
  - 23) Emrich, H. M. (ed); The role of endorphins in neuropsychiatry. S. Karger. 1981.
  - 24) Fann, W. E. Karacan, I. Pokorny, A. D. & Williams, R. L.; Phenomenology and treatment of schizophrenia. Spectrum Publications. 1978.
  - 25) Feer, H.; Zwang und Schizophrenie. S. Karger. 1973.
  - 26) Feibleman, J. K.; Biosocial factors in mental illness. Charles C. Thomas. 1962.
  - 27) Fieve, R. R. Rosenthal, D. & Brill, H.; Genetic research in psychiatry. Johns Hopkins University Press. 1975.
  - 28) Flor-Henry, P.; Cerebral basis of psychopathology. John Wright. PSG. 1983.
  - 29) Forrest, A. (ed); Companion to psychiatric studies. Vol. I. II. Churchill Livingstone. 1973.
  - 30) Forrest, A. & Affleck, J.; New perspectives in schizophrenia. Churchill Livingstone. 1975.
  - 31) Freedman, A. M. & Kaplan, H. (eds); Comprehensive textbook of psychiatry. Willidms & Wikins Company. 1967.
  - 32) Freedman, D. X. (ed); Biology of the major psychoses. Raven Press. 1975.
  - 33) Gazzaniga, M. S. & Blakemore, C. (eds); Handbook of psychobiology, Academic Press. 1975.
  - 34) Gershon, E. S. Belmaker, R. H. Ketty S. S. & Rosenbaum, M. (eds); The impact of biology on modern psychiatry. Plenum Press. 1977.
  - 35) Golann, S. E. & Eisdorfer, C. (eds); Handbook of community health. Applton-Century-Crofts. 1972.
  - 36) Gottesman, I. I. & Shields, J.; Schizophrenia and genetics. Academic Press. 1972.
  - 37) Gottesman, I. I. & Shields, J.; Schizophrenia, the epigenetic puzzle. Cambridge University Press. 1982.
  - 38) Granville-Grossman, K. (ed); Recent advances in clinical psychiatry. J. & A. Churchill. 1971.
  - 39) Grinspoon, L. Ewalt, J. R. & Shader, R. I.; Schizophrenia. Williams & Wilkins Company. 1972.
  - 40) Group for the Advancement of Psychiatry; Pharmacotherapy and psychotherapy. 1975.
  - 41) Hare, E. & Wing, J. K. (eds); Psychiatric epidemiology. Oxford University Press. 1970.
  - 42) Hartmann, H. (translated by Rapaport, D.); Ego psychology and the problem of adaptation. International University Press. 1961.
  - 43) Hemmings, G. (ed); Biochemistry of schizophrenia and addiction. MTP. Press. 1980.
  - 44) Henn, F. A. & Nasrallah (eds); Schizophrenia as a brain disease. Oxford University Press. 1982.
  - 45) Himwich, H. E. (ed); Biochemistry, schizophrenia and affective illness. Williams & Wilkins Company. 1970.
  - 46) Ho, B. T. Schoolar, J. C. & Usdin, E(eds); Serotonin in biological psychiatry. Raven Press Books. 1982.
  - 47) Howells, J. G. (ed); World history of psychiatry.

- Brunner/Mazel. 1975.
- 48) Huber, G. (ed); Ätiologie der Schizophrenien. F. K. Schattauer Verlag. 1971.
  - 49) Huber, G. Gross, G. & Schüttler, R.; Schizophrenie. Springer-Verlag. 1979.
  - 50) Huber, G. (ed); Schizophrenie. F. K. Schattauer Verlag. 1981.
  - 51) Ingle, D. J. & Schin, H. M. (eds); Model systems in biological psychiatry. MIT. Press. 1975.
  - 52) Janzarik, W.; Schizophrene Verläufe. Springer-Verlag. 1968.
  - 53) Jones, M.; Social psychiatry. Charles C. Thomas. 1972.
  - 54) Kantor, R. E. & Herron, W. G.; Reactive and process schizophrenia. Science and Behavioral Books. 1966.
  - 55) Kaplan, A. R. (ed); Genetic factors in "schizophrenia". Charles C. Thomas. 1972.
  - 56) Kemali, D. Bartholini, G. & Richter, D.; Schizophrenia today. Pergamon Press. 1976.
  - 57) Kräpelin, E.; Lehrbuch der Psychiatrie. Barth. 1896.
  - 58) Legg, N. J. (ed); Neurotransmitter systems and their clinical disorders. Academic Press. 1978.
  - 59) Lidz, T.; The origin and treatment of schizophrenic disorders. Basic Books. 1973.
  - 60) Mack, J. E. (ed); Borderline states in Psychiatry. Grune & Stratton. 1975.
  - 61) Magaro, P. A.; Cognition in schizophrenia and paranoia. Lawrence Erlbaum Associates. 1980.
  - 62) Maher, B. A. (ed); Contributions to the psychopathology of schizophrenia. Academic Press. 1977.
  - 63) Martin, J. B. Reichlin, S. & Bick, K. L. (eds); Neurosecretion and brain peptides. Raven Press. 1981.
  - 64) Massermann, J. H. & Schwab, J. J. (eds); Social psychiatry. Vol. I. II. Grune & Stratton. 1974.
  - 65) Matthyse, S. (ed); Psychiatry and the biology of the human brain. Elsevier North Holland. 1981.
  - 66) May, P. P.; Treatment of schizophrenia. Science House. 1968.
  - 67) Mendels, J.; Biological psychiatry. John Wiley & Sons, 1973.
  - 68) Morozov, P. V. (ed); Research on the viral hypothesis of mental disorders. S. Karger. 1983.
  - 69) Müller, E. E. & Agnoli, A. (eds); Neuroendocrine correlates in neurology and psychiatry, Elsevier/North-Holland Biomedical Press. 1979.
  - 70) Namba, M. & Kaiya, H. (eds); Psychobiology of schizophrenia. Pergamon Press. 1982.
  - 71) Neale, J. M. & Oltmanns, T. F.; Schizophrenia. John Wiley & Sons. 1980.
  - 72) Obiols, J. Ballús, C. Gonzáles, E. & Pujol, J. (eds); Biological psychiatry today. Vol. A. B. Elsevier/North-Holland Biomedical Press. 1979.
  - 73) Pao, P. N.; Schizophrenic disorder. International Universities Press. 1979.
  - 74) Perris, C. Kemali, D. & Koukkou-Lehmann, M. (eds); Neurophysiological correlates of normal cognition and psychopathology. S. Karger. 1983.
  - 75) Pfeiffer, W. M.; Transkulturelle Psychiatrie. Georg Thime Verlag. 1971.
  - 76) Praag, H. M. v.; Depression and schizophrenia. Spectrum Publications. 1977.
  - 77) Praag, H. M. v. Lader, M. H. Rafaelsen, O. J. & Sachar, E. J. (eds); Handbook of biological psychiatry. Part I - VI. Marcel Dekker. 1981.
  - 78) Rifkin, A. (ed); Schizophrenia and affective disorders. John Wright. PSG. 1983.
  - 79) Rose, F. C. (ed); Metabolic disorders of the nervous system. Pitman Books. 1981.
  - 80) Rosenthal, D. & Kety, S. S. (eds); The transmission of schizophrenia. Pergamon Press. 1968.
  - 81) Salzinger, K.; Schizophrenia. John Wiley & Sons. 1973.
  - 82) Sanker, D. V. S.; Schizophrenia. PJD Publications. 1969.
  - 83) Sarbin, T. R. & Mancuso, J. C.; Schizophrenia, medical diagnosis or moral verdict? Pergamon Press. 1980.
  - 84) Schefflen, A. E.; Levels of schizophrenia. Brunner/Mazel. 1981.
  - 85) Searles, H. F.; Collected papers on schizophrenia and related subjects. International Universities Press. 1965.
  - 86) Segal, D. Yager, J. & Sullivan, J. L. (eds); Foundations of biochemical psychiatry. Butterworths. 1976.
  - 87) Shapiro, S. A. Contemporary theories of schizophrenia. McGraw-Hill Book Company. 1981.
  - 88) Shaw, D. Kellaw, A. M. P. & Mottram, R. F. (eds); Brain science in psychiatry. Butterworth & Co. 1982.
  - 89) Shershow, J. C. (ed); Schizophrenia. Harvard University Press. 1978.
  - 90) Siegel, R. K. & West, L. L. (eds); Hallucinations. John Wiley & Sons. 1975.
  - 91) Snyder, S. H.; Biological aspects of mental disorder. Oxford University Press. 1980.
  - 92) Strauss, J. S. Carpenter, Jr. W. T. Schizophrenia. Plenum Publishing. 1981.

- 93) Swanson, D. W. Bohnert, P. J. & Smith, J. A.:  
The paranoid. Little, Brown and Company. 1970.
- 94) Tournay, G. & Gottlieb, J. S. (eds); Lafayette clinic studies on schizophrenia. Wayne State University Press. 1971.
- 95) Usdin, E. & Mandell, A. J. (eds); Biochemistry of mental disorders. Marcel Dekker. 1978.
- 96) Usdin, E. Bunney, Jr. W. E. & Kline, N. S. (eds); Endorphins in mental health research. Macmillan Press. 1979.
- 97) West, L. J. & Flinn, D. E. (eds); Treatment of schizophrenia. Grune & Stratton. 1976.
- 97) Whitehorn, J. C. & Betz, B.; Effective psychotherapy with schizophrenic patient. Jason Aronson. 1975.
- 99) Wing, J. K. (ed); Schizophrenia. Academic Press. 1978.
- 100) Wolf, S. & Berle, B. B. (eds); The biology of the schizophrenic process. Plenum Press. 1976.
- 101) World Health Organization; Advances in the drug therapy of mental illness. WHO. 1976.
- 102) World Health Organization; Schizophrenia. John Wiley & Sons. 1979.
- 103) Wynne, L. C. Cromwell, R. L. & Matthyse, S. (eds); The nature of schizophrenia. John Wiley & Sons. 1979.
- 104) Zales, M. R. (ed); Affective and schizophrenic disorders. Brunner/Mazel. 1983.