

## 精神病とは何か (G. Huber 著、林拓二訳、新曜社)

### 解説

林拓二

ゲルト・フーバー教授が 80 歳の誕生日を迎えたのを記念するシンポジウムが、平成 14 年の秋、ラインの流れに面したボンの静かで落ち着いた雰囲気のあるホテルで開催された。このワイセナウ・シンポジウムの基本テーマは、「精神病理学、それは枯渇した鉱脈なのか?」というものであり、私もまた「非定型精神病とシュナイダーの分裂病」という演題での講演を依頼されて参加し、我々がこれまで行なってきた非定型精神病に関する研究とともに、シュナイダーの分裂病概念との相違を報告した。

本書は、フーバーによる「精神医学 - 学生と医師のための体系的教科書 (Psychiatrie - Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte)」第 3 版の抄訳である。私は、本書出版直後の 1982 年から 1983 年にかけてフーバーが主宰するボン大学精神科に在籍した。その間、本書を少しずつ訳出し、ほぼ全体を訳し終わっていたが、出版には至らなかった。その理由としては、1980 年に登場したアメリカ精神医学会による DSM-III が国際標準となり、日本もまたその影響を免れなかったことと、さらに、医師国家試験重視の教育体制が全国の大学に広がり、精神医学にも「正しい標準」を教育することが求められ、自由の学問とされた精神医学もまた、自由が束縛される傾向を強めてきたことがあげられる。それが、本書のような、どちらかといえば個性的な教科書の出版を躊躇させた理由である。

本書の初版は 1974 年に、著者が 52 歳の頃に出版され、続いて改訂 2 版が、そして、この第 3 版が 1981 年に出版された。その後も改訂を重ねながら、1994 年には第 5 版が出版されている。フーバーは 80 歳を過ぎた現在もなお活発な執筆活動を続けており、第 6 版を準備中であると聞く。このように、本書はドイツ語圏の読者に広く受け入れられ、学生のみならず精神科医師のための代表的な教科書の一つとなっている。この間、世界的な潮流である操作的診断基準を無視することは出来なかったようで、改訂を重ねることによって ICD-10 (WHO による国際分類) を大幅に取り入れてはいる。しかし、教科書とはいえ、内因性精神病の記載はフーバー独自の見解に基づくものであり、その基本的な方針に変わりはない。前駆症、前哨症状群、純粹欠陥などの概念から発展させた基底症状や基底状態の概念は、決して派手なものではないが、粘り強く精緻な長期の経過研究に裏付けられた成果であり、基底状態から産出性 - 精神病性症状の発症を考える彼の構想は、立場を異にする研究者にも多くの刺激を与え、ドイツ精神病理学の方の旗頭として、多くの研究者の注目を集めてきた。しかし、彼はあくまでもシュナイダーとヤスパースに準拠した記述現象学を堅持しており、ハイデルベルグ学派の正統を受け継ぐものである。本書は約 500 ページに及ぶ大冊でもあることから、本訳書では、精神医学の基本的立場と内因性精神病の部分を訳出しておいた。この部分こそが、フーバーの真髄といえるものであり、50 年にわたるフーバーの臨床経験をコンパクトに要約したものと言えるからである。本書は、彼自身の分裂病研究の全貌を知るのにも最適なモノグラフと言ってもいいだろう。

なお、本書第5版は、800ページに近い大著であり、大幅な増補がなされているが、内因性精神病の項に追加されたものは、ボン大学基底症状評価尺度（Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms: BSABS）の詳細と、分裂感情障害への言及、それに、ボーダーラインや頓挫型に対するフーバー自身の見解である。第5版の追加部分については、大幅な引用を行ないながら、解説をしておきたい。

## 1) BSABS - 基底障害構想の背景

精神分裂病（統合失調症とも呼ばれる）は、今なお謎の多いものであり、その存在さえ、まだ結論の出ない未解決の問題とあってよい。しかし、シュナイダーは明確に、身体に基盤のある精神病（外因性精神病）と同じく、分裂病や循環病などの内因性精神病もまた、疾患による結果であると仮定する。「精神医学の3分体系（Das triadische System der Psychiatrie）」の図に示すように、これらは、原因がなお不明ではあるものの、心的資質の異常な変異（正常からの偏倚）とは異なり、正常と較べても明らかな質的相違を示すとされる。このシュナイダーの仮説（Hypothese）は、臨床の現場の多くの精神科医が共有するものではあったが、遺伝学、生化学、生理学、さらには脳画像を用いた研究によっても、明確な証拠を明らかにすることは出来なかった。CTが出現する時代のはるか前、1957年にすでにフーバーは気脳写（脳室に空気を注入してX線で撮像）を用い、脳脊髄液腔、とりわけ第三脳室の拡大（すなわち基底核領域の萎縮を疑う）を伴う「体感症性分裂病」を分裂病の第4の亜型として提唱していた。1968年にはさらに同僚のペニンとともに分裂病者の特定の臨床像（妄想気分などを示す基底状態）と非特異的な脳波所見（パーレンリトミー）との相関について報告するなど、一貫して分裂病の身体因を解明しようと試みていた。このような文脈の中で、シュナイダーの弟子であり、精神病理学者でもあるフーバーは、分裂病性欠陥状態の精緻な観察から、脳の実質と関係の深い（substratnahe）基底症状を見出そうと努力している。1966年に発表された論文、「内因性精神病の純粋欠陥症状群と基底状態」（Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen）は、シュナイダーの仮説を補強し、それを確認しようとする試みであった。

私は大学を卒業後、10数年間、私立の精神病院を臨床の拠点としながら、慢性分裂病の治療に取り組んでいたが、当時、読んだ論文で興味深かったのは、レオンハルトによる欠陥分裂病の記載であり、このフーバーの論文であった。私は、この論文を忠実に訳して、ある個人的な研究会で報告したことがあり、今なおその草稿は手元に残している。時代は、反精神医学の潮流が全世界的な勢いで広がり、精神医学における生物学的研究は片隅に追い遣られ、脳を扱い遺伝を云々することにはかなり大きな覚悟を必要としていた。しかし、臨床の現場で、目の前の患者のために何をなすべきかの議論とともに、病気の本態に迫り、その根本的な治療の可能性をさぐることも、我々精神科医の果たすべき課題であるはずだった。

フーバーは、分裂病が進行したとき、脳疾患とは明確に区別される特異的な変化を生じるとするM・ブローラーの学説に疑いを挟むことから研究を始めている。そして、多くの患者において、幻覚や妄想、シュナイダーの一級症状や二級症状、さらには分裂病性の自閉やプレコックス感でさえも疾病の経過中に消褪するが、衝動性、生気性、統合能力の減弱、目的志向性や目標設定の障害、情動や志向性の制御の障害、負荷に対する耐性の欠如、脱抑制、対人関係の能力の不足などは、分裂病性の症状というよりも、器質性の脳疾患の際に見られる精神的な減弱状態に対応するものと考

えた。このような本質的には不可逆性で分裂病特異性のない欠陥状態を、彼は純粹欠陥(reiner Defekt)と呼び、産出性 - 精神病性の症状形成の基盤をなすと考えている。フーバーが基底状態と呼んでいるものは、このように特徴的な分裂病症状を発症させる基盤となる状態であり、そこでは、脳の器質性疾患に見られる症状ときわめて近縁の症状が認められるとするものである。フーバーによる「生物学的」精神病理学は、純粹欠陥や基底状態の概念から始まっており、これがフーバーの精神医学の原点と言ってよいだろう。

純粹欠陥の状態にある患者は、人格の中心には決して本質的な影響をうけておらず、人格変化はわずかであって、欠損症状を自ら知覚している。そして、時間がたつにつれて、批判的に距離をおく力を身につけ、社会的な刺激による危険や、干渉的でわずらわしい影響への抵抗力のなさを考慮し、自らを遮蔽する。ここに、非可逆性とされるものの、環境からの影響を受けやすく、患者に残された固有の活動性を治療によって掘り起こす可能性が残されている。そこで、精神科リハビリテーションや社会復帰活動の効果が期待できるとされる。このように、分裂病に特徴的な症状は乏しいが、患者がその欠損を自覚することは、純粹欠陥のほかにも、精神病後の可逆性残遺状態や、発症に先立つ前精神病状態（前哨症状群と前駆症に分けられる）の際に認められる。そこで、この3つの状態はそこに現われる現象が重なっていることから、いずれも基底状態（広義の）と呼ばれるようになっている。

この基底症状（現象領域）と、神経化学や精神生理学的な身体的基盤（前現象 - 身体領域）との間の領域（超現象領域）に仮定されたのが、「習慣性ヒエラルヒーの喪失」の概念であり、いわゆる情報処理の障害が考えられている。本書でも記載されているように、ここでは、長期記憶から動員された情報システムが非経済的に拡大し、あまり重要ではなく、状況にもふさわしくない瑣事なものが《過剰に取り込》まれ、その状況に一番ふさわしい反応がもはや選択されることなく、競合する反応傾向が抑えられる。そして、流入する情報を分析、比較し、構成する複雑な処理や、記憶素材の評価を調整する脳のなんらかの過程が障害された結果として、反応と解釈に混乱が生じ、最も蓋然性が高い解釈を選択することが出来なくなる。そこで、自己関係付けの傾向が強まり、プロトマイオスの態度、すなわち、世界の中心に自分がいるとする、独善的態度に陥るとされる。

基底状態にある多数の症例から得られた様々な自覚症状は、基底症状として BSABS（ボン大学基底状態評価尺度）にまとめられた。表1は、BSABSの主要カテゴリーの一覧である。

表1. BSABSの主要カテゴリーの一覧

- 
- |     |                         |
|-----|-------------------------|
| A.  | 直接的マイナス症状を伴う力動欠損（DMS）   |
| A.1 | 疲弊感や疲労感の亢進              |
| A.2 | 睡眠欲求の亢進                 |
| A.3 | 緊張力、エネルギー、根気、《我慢強さ》、の減弱 |
| A.4 | 意欲、活動性、活力、生氣、自発性、の減弱    |
| A.5 | 決断力の不足、決断力の弱体化、決断不能     |
| A.6 | 情動の変化                   |
| A.7 | 疎通性、症状発現の障害             |

A. 8	特定のストレスに対する、精神的な付加能力の減弱
B	間接的マイナス症状を伴う力動欠損（IMS）
B. 1	特定のストレスに対する、精神的な付加能力の減弱
B. 2	感動しやすさの亢進、興奮しやすさの亢進
B. 3	反応性の亢進、強迫、恐怖、自己精神性離人症
C	認知性思考、知覚、行動（運動）障害
C. 1	認知性思考障害
C. 2	認知性知覚障害
C. 3	認知性行動（運動）障害
D	体感症（セネステジー）
E	中枢性 - 自律神経障害、不眠や、特定の物質に対する抵抗力の欠如を含む
E. 1	中枢性 - 自律神経障害
E. 2	不眠
E. 3	アルコール、カフェイン、ニコチンや他の物質に対する抵抗力の欠如
F	克服の試み（付加カテゴリー）

このような基底症状は、原則的に以下の順序で発展するとされている。すなわち、まず非特徴的な基底症状（段階 1）が現れ、ついで、ある程度独特な表現形式の訴えが見られ（段階 2）、さらに何年か後に、心理反应的に媒介（基底症状と人間学的マトリックスとの融合）されて、分裂病に典型的な精神病症状（段階 3）が出現する。陰性症状が出現するのは、その後とされる。精神病症状を 3 段階に分けて考える構想は、フーバーの精神医学においては、基底症状の他にも、体感症や妄想知覚において見られる。非特徴的な症状から特徴的な症状へ、そして明らかに産出性 - 精神病性症状への発展を考えるのであるが、体感症の場合は、心気症（段階 1）から始まり、狭義の体感症（段階 2）へ、そして作為の色彩を持った身体幻覚（段階 3）を考える。また妄想知覚においても同様であり、妄想気分（段階 1）から、自己関係付けの妄想（段階 2）へ、そして狭義の妄想知覚（段階 3）に発展する。この段階 3 はいずれの症状にしても、すでにシュナイダーが一級症状と考えたものであり、分裂病に特有なものである。

BSABSの原形は、ハイデルベルク大学精神科で用いていたハイデルベルク・チェックリストである。その後、フーバーらによる「ボン研究」の対象となった202名の患者の所見をもとに、1987年に103項目におよぶ症状チェック・リストを完成させた。そこでは各基底症状が一定の標識を用いて定義されている。表 1 から表 7 に示したのは、第 5 版に掲載されているボン大学の基底症状評価尺度の各項目である。

BSABS と類似の尺度として、1982 年にアンドリアセンが作成した SANS（陰性症状評価尺度）がある。これは診察者による患者の行動観察と家族の報告を主な情報源とする点で BSABS とは異なり、陰性症状を単純に基底症状と対応させることも出来ない。SANS は DSM - III の分裂病を、陽性分裂病と陰性分裂病に分けようとし、陰性分裂病を言語貧困化と感情平板化などを主徴とする従来の荒廃状態に近いものと考えているが、フーバーによると、疾病の経過における病状変遷と横断面での異種混合状態が無視されているとし、陰性分裂病から陽性分裂病へは滑らかな移行があり、陰性分裂病と陽性分裂病との間には固定的な区別は出来ないとされる。BSABS の基底状態は、

疾患の最初の徴候であり、この基底状態を基盤にして産出性 - 精神病性の陽性症状が発展する。そして、陽性症状が消褪したあとに再び、基底状態が見出されるとされる。フーバーの基底状態は、もっぱら主観的なものであり、患者の自己描写によって見出すことが出来るものである。このように、基底症状と陰性症状と全く同じものではなく、「基底症状は、発生期の、いわば産出性の小さな陽性症状」と考えられると本書には記載されている。

表 2. 直接的マイナス症状を伴う力動欠損 [BSABS の主要カテゴリーA]

BSABS	直接的マイナス症状を伴う力動欠損
A. 1. 1	疲弊感、疲労感、全般性衰弱と疲弊、弱々しさ、能力不全 (IMS はない)
A. 1. 2	疲弊感、疲労感 (IMS を伴う)
A. 2	睡眠欲求の亢進
A. 3. 1	緊張力とエネルギーの減弱
A. 3. 2	根気と《我慢強さ》の減弱
A. 4	意欲、活動性、活力、生氣、自発性の減弱
A. 5	決断力の不足、決断力の弱体化、決断不能
A. 6. 1	基本気分と情動の共感能力の変化
A. 6. 2	様々な感情の質を類別する能力の欠如
A. 6. 3	他人の価値感情の肯定や共感感情の弱体化
A. 6. 4	接触を望む気持ちの減弱
A. 6. 5	病相性の抑うつ性気分変調
A. 7. 1	接触を望む気持ちがあるものの、接触する能力は減弱する
A. 7. 2	症状出現の障害
A. 8. 1	異常で予期し得ない、特殊な新しい要求に対する精神的な負荷能力の減弱
A. 8. 2	特定の日常的な、一次性の、感情とは中立的な社会的刺激に対する、 精神的な負荷能力の減弱
A. 8. 3	仕事や時間の圧迫、あるいは急に変わる様々な要求に対する精神的な 負荷能力の減弱
A. 8. 4	注意を割く能力がない
IMS: 間接的マイナス症状 (indirekte Minussymptome)	

表 3. 間接的マイナス症状を伴う力動欠損 [BSABS の主要カテゴリーB]

BSABS	間接的マイナス症状を伴う力動欠損
B. 1. 1	身体的あるいは精神的な職業上の要求に対する、精神的な負荷能力の減弱
B. 1. 2	異常で予期し得ない、特殊な新しい要求に対する、精神的な負荷能力の減弱
B. 1. 3	特定の日常的な、一次性の、感情とは中立的な社会的刺激に対する、 精神的な負荷能力の減弱

- B. 1. 4 仕事や時間の圧迫、あるいは急に変わる様々な要求に対する、精神的な負荷能力の減弱
  - B. 1. 5 天候の影響に対する、精神的な負荷能力の減弱
  - B. 1. 6 体感症の形で、必ず、通常はもっぱらIMS伴なって、情動が影響を及ぼす事件に対する精神的な負荷能力の減弱
  - B. 2. 1 感動しやすさの亢進、興奮しやすさの亢進
  - B. 2. 2 日常の事件によって、心を動かされやすくなる
  - B. 2. 3 他人の苦しみにによって、心を動かされやすくなる
  - B. 2. 4 興奮性、易刺激性の亢進
  - B. 3. 1 反応性の亢進、素朴さ、無頓着さ、こだわりの無さがなくなる
  - B. 3. 2 強迫症状
  - B. 3. 3 恐怖症
  - B. 3. 4 自己精神性離人症
- 

## 2) 分裂感情病について

クレペリンが、内因性精神病を早発性痴呆と躁うつ病に分類した時から、両者のいずれにも分類しがたい症例が多数あることに気づかれていた。シュナイダーもまた「中間例」と呼び、クレッチマーは「混合精神病」と記載し、我々は「非定型精神病」と呼称してきたが、一般には、「分裂感情性精神病」という名称が用いられてきた。このような中間型について、フーバーは教科書第5版で、新たに分裂感情性中間領域の章が設けて記載している。ここではまず、ICD-10 (F25)の定義が紹介される。すなわち、「同時に(あるいは数日もせず)分裂病性症状と躁うつ病症状が同じエピソードで発現する場合であり、異なるエピソードにおいて、分裂病症状と感情病症状が認められる時には、この名称は使わない。」

フーバーは、これらの中間領域の症例が、多くの著者によって内因性精神病の独立した型とみなされていることを述べたあとで、自らの見解を次のように記載している。

「近代的な診断体系では分裂病の一部に、DSM-III-Rや、ICD-10では、2桁のカテゴリー、F2《分裂病、分裂病型、そして妄想性障害》の中に分裂感情障害(F25)として分類されている。これらの名称の中には長い間、感情性精神病と分裂病性精神病との間の中間型あるいは《中間例》(シュナイダー)が含まれてきた。とりわけ、カザーニンによる分裂感情性精神病、レオンハルドやペリスによる類循環精神病、あるいはスカンジナビア精神医学における分裂病様精神病も、そのようなものである。このような、分裂感情性中間領域の精神病がそもそも《自然な境界》を持った疾患単位であるかどうかの疑問は、シュナイダーに従って、我々は否定されるべきであると考えている。分裂病性精神病と感情病性精神病との間に《断点》はなく、非連続性は証明されていない。

精神病理学的症状学や経過は、むしろ特発性精神症状群の連続性仮説に有利と思われ、分裂病と循環病の間には如何なる鑑別診断学も存在せず、ただ鑑別類型学があるに過ぎない、とするシュナイダーの言葉には説得力がある。

分裂感情病性精神病は、分裂病よりも予後は良好であり、感情病性精神病よりも予後は不良である。このことは、多診断による比較を可能にするために、それぞれの著者によって診断基準が明確に定義された病型や病態で認められている。」

ここで、フーバーはボン研究のデータに基づき、分裂感情性精神病の経過について言及する。

「シュナイダーの基準による分裂病のボン研究の全症例から、カザーニン、スピッツァーら（RDC）、アングストラの基準による《分裂感情性》精神病、レオンハルドやペリスによる《類循環精神病》の4つの型の精神病が取り出された。

この分裂感情性中間領域の4つの精神病のタイプは、それぞれ、不良な転帰（典型的な分裂病性欠陥症状群）の割合が極めて少ない。完全寛解の割合は、ボンの分裂病研究の全症例と比べ、有意に高い。しかし、ここではまた、約1/3に精神病理学的な完全寛解が、そして2/3に持続性欠陥症状群が見られる。すなわち、稀な典型的欠陥状態（16%）と並んで、主として軽度の純粋欠陥症状群が52%に見られる。

この純粋欠陥症状群を形成する力動性 - 認知性の基底症状が、分裂感情障害（それはシュナイダーによると、おそらく分裂病と循環病の間の連続した中間に位置している）にも、分裂病の場合と同様に、常に証明される。この所見は、特発性の精神症状群の連続仮説を支持するものである。」

フーバーは繰り返し、「分裂病と循環病の間には如何なる鑑別診断学も存在せず、ただ鑑別類型学があるに過ぎない」と、シュナイダーの言葉を引用する。彼は両者の境界は明確でなく、基底症状もまた循環病に認められることから、両者の連続的移行を考えており、言うなれば、単一精神病（Einheitspsychose）の概念に大きく傾いているように思われる。分裂感情性精神病の独立を多くの研究者に納得させるデータは、現在のところまだ乏しいと言わざるを得ないのは確かであろう。

「この4つの分裂感情性精神病に使用されるクライテリアは、ボン研究によればほぼ長期予後にとって良いメルクマールである。

1. 最急性の発症
2. 接触性の良い一次性人格
3. 内因性の形の抑うつ症状
4. 精神 - 反応性の誘発

分裂感情精神病の場合、長期の経過にとって都合の良い指標が多くなると、シュナイダーの分裂病よりも長期予後は有意に良くなる。シュナイダーの分裂病では良い指標はまれであり、悪い指標が頻繁に認められるのである。

分裂病と循環病とを識別する特定の基底欠陥が、基底症状の範囲内で証明されるとき、典型的な内因性うつ病（純粋なタイプの循環病）の際の基底症状の存在もまた、連続仮説と一致する。産出性の分裂病性精神病への移行に関係がある基底症状として、認知、知覚、行動の障害と狭義の体感症は、分裂病の場合には、循環病の場合よりも頻繁に認められる。

ここで述べられた所見、それにクレペリンの法則の相対化（長らく考えられていたよりも、分裂病の経過はずっと良く、感情性精神病の経過はずっと悪い）、さらに分裂病と分裂

感情性精神病に長い間先行する前駆症状群の、精神病理学的な指標としての認知性基底症状の証明もまた、一般的には《不連続性の欠如》であり、その上さらに、遺伝性の所見もまた特発性の精神症状群の連続性概念を支持することが出来るかも知れない。

分裂病の場合と類似して、カザーニン以来、多くの著者によって修正されてきた分裂感情精神病の概念に関しても、さまざまな定義があって一致することは少ない。他の根拠からも、たとえば、一級親族と双生児による家族研究や双生児研究の場合、極めてまれにしか長期の疾患経過が考慮されず、生涯にわたる疾患経過が考慮されていないために、遺伝研究の結果において、同じ診断概念が適用されたにしても、結果はさまざまであって一致が見られない。遺伝研究が指摘するのは、分裂感情病の発端者の親族では、分裂感情性精神病と同じく分裂病も、そして単極性や双極性の感情病もまた存在することであり、分裂病に近い患者と感情病に近い患者とを分離してみたとき、親族での同型表現 (Homotypie) の傾向自体は強くない。分裂感情精神病の、病的におそらく異種と考えられる遺伝規定性の病型は、いまだに見出されていない。」

フーバーは分裂感情病に関してこのように締めくくっているが、分裂感情病と類似の概念である非定型精神病の独立性を主張する我々としては、ここで一言、言及することを許していただきたいと思う。

周知のように、非定型精神病は満田の臨床遺伝学的調査研究によってその基礎づけられ、その後多くの研究者によって、日本で発展してきた概念であり、分裂病と躁うつ病の間（てんかんを含めると、3つの疾患圏の間）に、独立した非定型精神病という疾患群を考えるものである。

非定型精神病の独立性を明確に示したデータは、満田による家族内精神病の調査結果であるが、非定型精神病の親族の精神病は、63名中41名が非定型精神病であり、12名の躁うつ病と3名のてんかんが見いだされたが、定型分裂病の患者は全く認められなかった。一方、定型分裂病の家族内精神病は、69名のうち66名が分裂病であり、非定型精神病は全く見出せなかった。このように、家族内精神病には、いわゆる同型表現 (Homotypie) の傾向が認められ、非定型精神病と非定型精神病とは、遺伝的に異なった背景を持つことが示唆されている。この結果はきわめて綺麗なデータではあるが、現在の基準から見れば、非定型精神病の診断基準が曖昧であるとの批判は避けがたく、参考文献として掲載はされるものの、本書の文中での記載はなされていない。

我々はこの20数年間、満田の非定型精神病の概念を検証し、その生物学的基盤をさまざまな研究手段を用いて解明しようと努力して来た。

ここで、我々が呼ぶ非定型精神病は、急性に発症し、挿間性ないし周期性の経過をとり、予後は一般に良好であるとされるものであり、とりわけ、その病像は、躁うつ病にみられるような情動障害がまれならず前景を占め、活発な幻覚や妄想体験をともなった錯乱ないし夢幻様状態が見られ、なんらかの意識障害が疑われることが多いものである。一方、定型的精神分裂病と考えられるものは、概ね慢性かつ推進性に経過し、思考、感情、意欲など人格全般の障害を示し、症状は単調で変化に乏しく自閉的な生活態度を示し、その基盤には人格の退行過程が考えられる。このように、我々は、非定型精神病の背後に意識の病理を見て、精神分裂病の背後に人格の病理を考え、これが両疾患の基本的な差であると



考えている。この分類において常に問題となるのは、再発と寛解を繰り返しながら、ある種の欠陥像を呈する症例が少なからず認められることであり、病像と疾病を見れば非定型精神病に類似するも、その転帰を見れば従来の精神医学では問題なく分裂病と診断される。しかしながら、遺伝負因などの家族内背景の調査では、これらの症例は典型的な非定型精神病と類似した所見を示し、我々はこれらを非定型精神病の一型と考えている。我々がひとまず「急性精神病の遷延型」と呼んだこのような病型は、生物学的所見からも我々の推論を支持するデータが示されている。すなわち、我々が行った探索眼球運動の検査結果では、定型分裂病よりも非定型精神病に近い値を示して、我々はこれらの症例を分裂病ではなく、非定型精神病の一型とするのが妥当であるとしている。シュナイダーは、「ここには、鑑別診断学は存在せず、あるのは鑑別類型学であるに過ぎない」と述べるが、それにもかかわらず、我々は単なる類型学的な分類(Typology)ではなく、疾病学的な診断、すなわち疾病学(Nosology)を目指しているのであって、精神症状の詳細な分析から、疾患の分類を志向している。この点で、我々はフーバーとは対立する立場に位置すると言えるが、精神症状の基本に生物学的基盤を考え、精神症状の総合的な理解を迫るフーバーに、我々は常に知的な刺激を受けながら、疾患分類のための「自然な境界」を求める我々の立場を主張してきた。

フーバーは、躁性あるいは抑うつ性精神病的病相は確かに消退するが、病相後の人格水準が再び以前の状態に回復しない経過を示す場合が存在することを記載している。そして、そのような転帰の場合、彼は《循環病性シュープ》と呼び、分裂病性疾患の非特徴的な残遺（純粹欠陥）とは精神病理学的に区別することが出来ないと主張している。そこで、分裂病と循環病との間には明らかな境界はないとするのだが、病因によってこれらを分類する可能性がないわけではない。このような立場から研究を続ける我々としては、今後の研究にかかっているとしか言えない。

我々が一貫して行なっているのは、生物学的所見に基づく精神疾患の分類の可能性である。これまで様々な検討を行なってきたが、まず、我々が行なった研究はCTなどの画像を用いた研究である。定型の分裂病のCT所見は、フーバーが確認した気脳写による第3脳室の拡大所見のほか、前頭葉あるいは側頭葉の萎縮を思わせる所見が認められた。しかし、非定型精神病の脳には形態学的所見の著しいものは見られなかった。同様な結果は、多かれ少なかれ、SPECTやMRIでも認められている。さらに行なった事象関連電位や探索眼球運動による研究でも、非定型精神病と定型分裂病との間に有意の差が認められた。たしかに、定型分裂病の生物学的検査では、正常対照群と比較すると、統計的に有意の差を示す所見が認められることが多い。しかしながら、定型分裂病の所見にはあまりにも幅があり、まったく所見のない分裂病も少なからず認められる。躁うつ病（循環病）から分裂病へ至る滑らかな移行、すなわち連続仮説に対し、我々が得た所見はエビデンスとして弱いものが多いことを認めざるを得ず、いまだ有効な反論を出せてはいない。しかしながら、弱い所見ではあるものの、たくさんの臨床所見や生物学的検査所見が積み重ねられつつあり、それらの所見を総合したとき、妥当性のある、新しい疾患分類の体系が姿を現すことになるかも知れない。おそらくそこに見えてくるのは、満田が描いたシェーマであり、中心に非定型精神病をおき、周辺にてんかんと躁うつ病、それに分裂病を配した図となるかと思われる。

### 3) ボーダーラインや頓挫型は、どのように理解されるか？

分裂感情病に関する記載とならんで、フーバーの教科書第5版で追加された項目は、いわゆるボーダーライン(borderline)と頓挫型(Formes frustes)である。

「ボーダーラインの概念は、通常、ボーダーライン障害やボーダーライン症状群の同意語として使用されているが、分裂病や感情障害などの内因性精神病と、精神病質性あるいは神経症性人格障害との間の中間領域、あるいは境界領域を意味している。いわゆるボーダーライン - 神経症は、既に1938年に、《古典的な精神分析にとって、あまりにも病的》であり、既に精神病の疑いを抱かせる患者として定義されている(シュテルン)。このボーダーラインの概念と、さまざまなボーダーラインの構想に関する歴史は、我々の世紀の開始にまでさかのぼり、ストーンによって記載されている(ワイセナウ・シンポジウムでの発表)。」

ボーダーラインについては、正常からの偏倚として考えうるのか、あるいは分裂病の頓挫型と考えるべきなのか、多くの研究者間あるいは学派間でも議論の多いものである。フーバーは、基底状態との関係で詳しい論述を行なっている。

以下に、フーバーの記載を引用する。まず、最初には、ボーダーラインの2つの見方を概略している。

「精神分析的に解釈された人格障害。それは独立した診断学的単位とみなされている。ここには、ボーダーライン人格構造(カーンバーグ:1967の《ボーダーライン性人格機構》)が含まれ、精神病と人格障害ないし神経症の間に存在し、特徴的な自我構造によって明らかになる。持続性の性格特性として理解される症状は、とりわけ、とりとめのない、浮動性の不安、恐怖、ヒステリー性もうろうろ状態、心気症、転換症状(身体幻覚!にまで達する)、強迫症状、それに特定の倒錯である。

精神病性障害 - たとえば身体幻覚あるいは妄想思考 - は、一過性に生じるか、あるいは転移の状況においてのみ出現する。このタイプは、現実検討能力の保持されている(このことは基底状態の分裂病患者でもまた存在する)ことから、分裂病と区別される。さらに、グリーンカーやグンダーソンの意味でのボーダーライン人格障害がここに含められる。DSM-III-Rは、ボーダーライン人格障害と分裂病型人格障害とに分類する。

特発性の分裂病や感情性精神病との境界領域。分裂病の場合、症状が乏しい疾患か発病時の疾患が問題になる。それは、ほかの診断クライテリアによって、分裂病性精神病とすることが出来なかったものである。ボーダーラインのこのような局面は、分裂病性(そして感情病性)精神病の、スペクトラムの存在が前提となる。それは、疑う余地のない中核の病型や、より軽くてあまり目立たず、確認するのが難しいか、あるいは全く出来ない周辺型から成り立っている。それは、さまざまな名称で、また、ボーダーラインとしても記載されている。ケティらや、そして後には、エンディコットやスピッツァーのグループは、ボーダーライン分裂病(Boderline-Schizophrenie)と定義し、ストーンやアキスカルは情動性精神病のボーダーライン偏倚(Borderline-Varianten der affektiven Psychosen)と呼んでいる。古

いボーダーラインの概念の場合、基準となるのが特徴のはっきりした分裂病であった。一方、その後（1950年以來）情動性精神病との関連がより強くなり、この点では、DSM-III-Rの気分失調性障害との関連が強調されている。この分裂病型人格障害は、おそらく分裂病との遺伝的な関連が認められ、サスとケーラーによって定義されたクライテリアによって、神経症と人格障害から区分されるボーダーライン分裂病とほとんど同じである。」

次に、ボーダーラインとの関連で、ICD-10の記載である「分裂病型障害（F21）」や「特定の人格障害（F60）」が紹介される。

「分裂病型人格障害とボーダーライン分裂病は、ICD-10では《分裂病型障害》として分類される。このカテゴリーは、（我々の考えでは、当然）一般的な使用を薦められない。なぜならば、（単純型）分裂病との - また、分裂病質性（妄想性）人格障害との - いかなる顕著な境界も存在しないからである。8つのメルクマールのうち3 - 4個の指標は、《少なくとも2年続き、持続的に、あるいはエピソード的に》証明されるべきである。冷たい、しばしば楽しみへの欠如と関係のある情動。奇矯な行動、社会的でない関係。《関係年慮、妄想性念慮、あるいは奇妙な、空想的な確信と自閉的な沈潜、しかしそれは、本来の妄想表象にまでは達しない》。内的な抵抗がない強迫的詮索、しばしば、醜貌恐怖、性的内容や攻撃的な内容を伴う。《時には身体感情障害や離人症や現実感喪失体験》（BSABSの主要カテゴリーのDやC.2.11に対応する）。思考と言語は曖昧、迂遠、隠喩的、わざとらしく、しばしば常同的である。錯覚、幻聴や他の幻覚を伴った《一過性で、ほぼ精神病性のエピソード》が時折り見られる。この分裂病型障害は、また、我々の考えでは、分裂病の遺伝的な《スペクトラム》に属する。

ICD-10で、《特定の人格障害》の項に分類された《情緒不安定性人格障害、ボーダーライン型》は、DSM-III-Rのボーダーライン人格障害に対応していて、K・シュナイダーの気分不安定性の人格障害にも概ね相応する。これらの患者の特徴は、ICD-10によれば、情動の不安定性と並んで、患者自身の自己像、目的、それに強いが気まぐれな関係性の傾向を持った（性的でもある）《内的な選択》の不明確さと混乱であり、これらは、自殺脅迫あるいは自傷性の行動を伴って、繰り返し情動的なクリーゼとして現われる。」

ここから、フーバーは自らの研究結果を踏まえ、ボーダーライン症状群の一部が分裂病の頓挫型と考えられると主張し、分裂病性疾患の基底状態と理解できると、と自説を展開する。

「ボーダーラインの概念やボーダーライン障害から、潜伏性や頓挫型の分裂病、いわゆる頓挫型との多種多様な関連が生じる。その議論は、同時に科学的精神医学の始まりにまで遡り、分裂病性疾患の基底状態にまで広がる。経過研究は次のことを示している。すなわち、いわゆるボーダーライン症状群の一部は頓挫型として、あるいは分裂病性疾患の基底状態として理解され得る、と。いわゆるボーダーライン障害は、なお完全には発展していない、あるいはもはや発展しない前精神病性の基底状態、精神病後の基底状態や、分裂病性疾患の頓挫性の亜型と、広範な症状学的一致が存在する。頓挫型仮説は、分裂病性疾患の基底状態との関連に基づいて、特定のボーダーライン障害を分裂病の症状形成のほぼ中心に引き寄せる。

伝統的精神医学では、既に次のことが明らかである。すなわち、診断学的範疇があまりにも粗くて、多くの分類されない症例が残されていること、そして、あまりにも狭い分裂病概念を訂正するために、《境界症例の診断》が必要であること、である。

主として遺伝に規定された他の疾患の場合のように、分裂病の場合にもまた、次のことを考えに入れるべきである。すなわち、明らかな分裂病性精神病の家族に、頓挫型が存在すること、そしてその頓挫型は、分裂病に属すると考えるのは困難であるか、あるいは全く考えられないものである。このことは、産出性 - 精神病性の分裂病性エピソードによって診断が確認される分裂病についても、前精神病性および精神病後の多かれ少なかれ非特徴的な経過期に当てはまる。この非特徴的な状態は、他の分裂病概念を用いても横断像で決して捉えられないのであり、この数 10 年の間に、そこで見られる基底症状に基づいて、広義の基底状態として記載されるようになったのである。

長期研究の成果、すなわち、古典的および現代的な分裂病概念によって診断したこれらの症状は、ただ一過性 - エピソード性の症状として出現し、患者の多くは、ほとんどの間、診断に重要である分裂病の典型的な症状が欠け、むしろ多かれ少なかれ非特徴的であり、分裂病とはみなされない病像を示すというものであるが、そのような成果は、長い間、精神病研究に真剣に取り上げられることはなかった。

分裂病の大多数は、ほとんどの期間、典型的な分裂病性の状態を示さない。たとえ、長期の経過を考慮しても、である。

主として病相性あるいはシュープ性に経過するボン研究の分裂病は、平均して 4, 4 回の産出性 - 精神病性の症状発現を示し、それは、中間値として 14 ヶ月持続した。このことは、22 年間の経過観察の平均的な期間の場合、患者は約 5 年間のみ産出性 - 精神病性、残りの 17 年間は精神病ではなく、多かれ少なかれ非特徴的な、 - いずれにせよ、典型的な分裂病性のものではなく - 力動的な認知性の基底欠損に罹っている（もし、彼らが精神病理学的に完全寛解していない場合であるが）。

診断の統一と合意の目的のため、2 - 3 の確かな症状、典型的な分裂病と見なされている症状が、まさに今までの慣例に従って固定されたことから、疾患の症状学における臨床的で科学的な本質が議論されなくなってしまった。

頓挫性分裂病の患者、あるいは前精神病性や精神病後の基底状態の患者によって、力動性や認知性の欠損として知覚され、記述された基底症状は、段階 1 の基底症状として、 - また段階 2 の基底症状としても - 長い経過期間中、非精神病や神経症の領域とは区別されない。それ故に、たとえば、難なく認められる質的に独特な一級症状とは異なって、信頼性をもってそれらを診断するのがきわめて困難である。この経過観察は、ボーダーラインないし神経症性障害として診断された多くの患者が、分裂病性疾患の前精神病性や精神病後の基底状態であること、神経症とみなされる内因性精神病の基底状態が、典型的な疾患像とは異なっていることを示している。それは、症状の重心が変化し、よく見られる精神病理学的現象が後退し、その他のあまり知られていない、診断的にも重要でない現象が見られるようになっているからである。」

分裂病の一級症状のように派手な症状と異なり、非特徴的な基底症状の把握にはかなりの困難がつきまとう。ここで、フーバーは基底症状について詳しく説明し、その評価尺度

である「ボン大学基底症状評価尺度」について言及する。

「十分に長い経過観察と基底症状の現象学の知識によって、この識別が可能となるのは、精神病性と非精神病性症状の部分的な共通表出にもかかわらず、経過中に、ある程度特徴的な段階2の基底症状が、すなわち、特定の認知性の思考、知覚、そして行動障害、あるいは狭義の体感症が見られ、最後に、産出性 - 精神病性の一級の体験様式が出現する時である。

精神病後の可逆性や非可逆性の基底状態と前精神病性の前駆症や前哨症状群との間に、大幅な現象学的一致が見られる。そこで、我々はまず、基底症状を記録する研究の手段を得るため、ボン研究で非可逆性の基底状態〔純粹欠損症状群〕を示した202名の患者から出発した。ボン大学評価尺度は、他者による評価方法であり、フランクフルト症状質問表（Frankfurter Beschwerde-Fragebogen: FBF）とは異なっているが、しかし、FBFのように、もっぱら、患者による自己描写に基づいていて、いわゆる陰性症状を理解するための尺度〔SANS〕とは区別される。SANSの情報源は、まず、診察者による患者の観察である。

このように、基底障害の構想は、陰性症状の概念と一致するものでない。DSM-IIIによる分裂病の陽性分裂病と陰性分裂病への分類は、陰性分裂病が陽性分裂病に移行し、逆もまたありうることが考慮されていない。しかしまた、横断的な症状群だけが考慮されると、陰性分裂病のクライテリアによって、均質でない状態が見出される。すなわち、分類不明な純粹残遺と混合性残遺、一部の典型的分裂病性欠陥精神病、それに施設病（Institutionalismus）の症例である。

分裂病性疾患の基底状態における基底症状は、主として主観的なものであり、患者の自己描写によって見出すことが出来るに過ぎない。

患者は、いわゆる陰性分裂病とは異なり、批判的な距離をとり、洞察、議論、防衛、代償、自己実現への能力を有する。彼らは、以前の様に「もはやそうすることが出来ない」ことを知覚し、現実コントロールが失われていることを嘆くのである。

現実検討の乏しさ（poor reality testing）は、ボーダーライン障害の定義では除外基準とされているが、分裂病性疾患の基底状態においても見られない。この状態では、患者の基底欠損は欠損として知覚され、共有され、患者はほとんどの時間、自己知覚や自己想起が出来る状態にあるので、彼らは、また克服と自助の戦略をとることが出来る。」

フーバーは、基底症状が状況因性にも強く変動することから、リハビリテーションや社会復帰活動の可能性に言及している。社会的な付合いや仕事に関して、いかに負担を感じるかを学び、症状が出現して状態が悪化する状況を避ける。彼らの自閉は、しばしば二次的なものであるとされる。

「治療とリハビリテーションにとって重要であるのは、基底症状が、症状の発現や顕在化に関し、単に内因性ではなくて、状況因性にも強く変動することである。

ある危機的な状態での基底症状の出現は、仕事の負荷がある場合や、特定の日常の状況（病気によって減退した情報処理能力を、過大に要求する）や、あるいは、情動に刺激されて《最小限度の契機》がある場合に、自己を知覚する能力を保持して、患者がどのようにして、特定の状況を避けることにより症状の誘発と強化を防ぐのか、そして、どのようにして彼らは、特定の行動様式やテクニックによって、障害を代償し、その影響の下で障

害を軽減することが出来るのかを学ぶことが出来る。患者は、そのような克服、遮蔽、そして回避の行動（BSABSのカテゴリー・F）を、比較的過剰な刺激がある不利な状況で発展させるのである。

患者は、社会的な付き合いや仕事に関して、いかに負担を感じるかを学び、症状が出現して状態が悪化する状況を避ける。彼らの自閉は、しばしば二次的である。臨床に役立てるための推論や、適切な心理学的ならびに薬物精神医学的な治療構想の発展は、ジュールボールド、フーバー、そしてグロスらによって行なわれた。

分裂病性疾患の、あまり明らかなでない基底状態（たとえば、最小残遺、軽度の純粹残遺）は、しばしば《能力低下の傾向》であり、良好な環境との関係で大幅に代償されうる。基底症状は、経過中、明確に個人内で、内因性のみでなく状況因でも変化するので、しばしば発作性、あるいは病相性に生じ、基底状態の構想は素質 - ストレスモデル、あるいは脆弱性モデルとほとんど同じである。

基底状態と基底症状は、これらが、もっぱら分裂病に見られるという意味で、決して特異的なものではない。循環病性うつ病や脳疾患の場合にも、部分的には観察される。しかし、一般には段階2であり、段階3への移行は、健常者の場合や、疑いなく精神反応性の障害とされる場合には見られない。

このことは、精神的な症状と脳器質性に規定された症状、非精神病性の症状と精神病性の症状の間の現象学的な交錯が見られる領域において、一般的な限定のもとで当てはまる。この部分的な共通表出が見過ごされ、基底状態と我々の臨床的な眼では段階1である基底症状が、非精神病の患者の類似の障害と区別されないということが気付かれなければ、基底症状は精神的な障害のある人間の共通なメルクマールであり、一般的な認知性障害の表現であるという考えが生じる。何故なら、我々が特殊化し識別する能力は、ここでは充分でないからである。それは、同じように、同じ頻度で、いわゆる神経症や非精神病性の人格障害の場合に、分裂病と同じように生じるのである。

さらに詳しい分析と経過の観察から、特定の認知性基底症状（BSABSの主要カテゴリーのC、D）は、産出性 - 精神病性の、分裂病を証明する一級症状との関連や移行があることが示されている。この基底症状に関しては、それらがこの移行症状を介して、診断学的に重要な古典的分裂病症状と結びついていることが証明される。ボーダーライン症状群として診断される状態の多くは、特発性の分裂病性精神病や分裂感情精神病の前駆症、あるいは精神病後の基底状態と理解される。

これに関して、我々の考えでは、ボーダーラインの基本構造が仮定される（ヒステリー性の基本構造の転換神経症症状は問題とならない）時、精神身体的な研究をしている医師たちの経験が役に立つ。彼らは、精神身体障害、たとえば機能的な心臓症状や胃腸症状、あるいは不安症状群の場合に、抗精神病薬の服用を薦めている。精神療法と精神薬物療法を同時に行なう場合、しばしばかなり費用のかかる精神療法や、それは、特発性の精神病の基底状態の場合にも必要とされる支持的精神療法の限度を越えているが、あるいは抗精神病薬による治療の効果があるかどうか、あるとすればどこまでかは、当然ながら留保しておかなければならない。我々が最近20年間に行った経験によれば、ボーダーラインとして理解された症状群の場合、しばしば、既に早くから、あるいはその後の経過で、産出性 - 精神病性の分裂病性発症が観察されている患者が問題となる。すなわち、それは内

因性精神病の前駆症であり、あるいは精神病後の基底状態である。

我々が、*内因性精神病の基底状態*と《ボーダーライン》のテーマを、潜伏性、偽神経症性、外来性、偽精神病質性、仮面性の分裂病概念を超えて、体感異常型や前精神病性や精神病後の状態にまで辿ってみると、基底症状概念と頓挫型概念は、《ボーダーライン》や、あるいは人格障害、身体化障害、気分失調症、そして不安障害として分類される症状群の幅広い領域で利用可能であることが示される。」

ここで、基底症状に基づいて特発性の精神症状群の早期発見を目指す、体系的な前向き研究が紹介される。ボンの研究のBSABSが使用され、神経症あるいは精神病質性の人格障害のように見えるグループから、後で分裂病性精神病が発展する危険性が高い一群が見出されたとする報告が記載されている。

「分裂病と関連精神病の早期発見。最初の診察で神経症や精神病質として理解された96名のうち、-分裂病の一級症状と二級症状、それに分裂病性表出症状（シュナイダーによる）、それに加え、いわゆる陽性症状と陰性症状が欠けていたので-DSM-III-Rによれば、身体表現性障害、気分変調性障害、不安障害、そして人格障害であると分類されねばならない患者は、平均7年の病後歴で、34%が一級症状を持つ分裂病性精神病（グループ1）に、さらに23%が分裂病性二級症状と表出症状のある精神病（グループ2）に移行し、一方、残りの42%（グループ3）は、最初の診察とその後の診察の間でいかなる分裂病性体験あるいは表出症状も出現しなかった。すべての患者で、診察にボンの研究のBSABSが使用された。この3つのグループを比較すると、一級症状に移行する患者のグループ1は、最初の診察時に有意に高い頻度の認知性思考、知覚、行動障害、とりわけ思考干渉、思考促進、主観的な遮断現象、言語の表出・受容の障害、それに一連の認知性知覚と行動の障害（たとえば自動性喪失）を示した。顕著な相違は、二級症状を有する精神病への移行があるグループ2と、移行がない患者グループとを比較した場合に見られる。

カテゴリーC.1、C.2とC.3の特定の認知性基底症状は、しばしば何年も持続する前精神病性の前駆症状群で見られるが、従来概念に従って分裂病とされる症状が見られるようになるずっと前に、分裂病性疾患を*早期発見*するのに適したものである。基底症状の把握には、ボンの研究の手法を用いて、特定の認知性基底現象により神経症あるいは精神病質性の人格障害のように見えるグループから、後で分裂病性精神病が発展する危険性が高い一群を見出すのに成功している。

この前精神病性基底状態の認知性基底現象は、精神病理学的な脆弱性マーカーであり、既に分裂病と名付けられた疾患の症状である。それは、長年、精神病発症の前駆症として、あるいは前哨症状群として先行することがある。しかしまた、ある一定の時点において始めて現われる。

最初に精神病があるのではなく、その基盤になる基底症状が既にあるのである。それは、我々の考えでは、遺伝的-神経化学的に規定された前提要因の仮説によって説明される。誤って神経症やボーダーライン症状群とされ、BSABSのクライテリアによって限定された一部のものは、明らかな精神病に先行して現われる分裂病性精神病の基底状態と理解される。」

表 4 . 認知性思考障害 [BSABS の主要カテゴリーC. 1]

BSABS	認知性思考障害
C. 1. 1	思考干渉
C. 1. 2	特定の思考内容の強迫的保続
C. 1. 3	思考促迫、思考疾駆
C. 1. 4	思考の途絶
C. 1. 5	集中力の障害
C. 1. 6	受容言語の障害
C. 1. 7	表出言語の障害
C. 1. 8	超短期記憶の障害によって引き起こされる計算能力の障害を含む (超短期記憶の)即時保持の障害
C. 1. 9	短期記憶の障害
C. 1. 10	長期記憶の特殊な構造的障害
C. 1. 11	分類不能な記憶障害
C. 1. 12	思考過程の緩除化・困難化
C. 1. 13	思考自発性「思考エネルギー」の障害
C. 1. 14	再視覚化の障害
C. 1. 15	表象と知覚、あるいは空想表象と記憶表象の弁別障害
C. 1. 16	象徴把握の障害(具象化傾向)
C. 1. 17	《主体中心性》 - 自己関係付けの傾向

表 5 . 認知性知覚障害 [BSABS の主要カテゴリーC. 2]

BSABS	認知性思考障害
C. 2. 1	ぼんやりと曇って見えること、一過性の盲、部分視
C. 2. 2	光過敏、ある刺激に対する過敏、光視症
C. 2. 3	他の視覚性知覚障害
C. 2. 4	音過敏、要素幻聴
C. 2. 5	聴覚性知覚の変容
C. 2. 6	嗅覚、味覚、感覚(触覚)領域の知覚変化
C. 2. 7	知覚の意味理解の障害(即時判断の障害)
C. 2. 8	感覚性過覚醒
C. 2. 9	知覚の細部への固着(呪縛)
C. 2. 10	自らの行為の知覚の連続性の障害
C. 2. 11	現実感喪失



表 6 . 認知性知覚障害 . BSABS の他の視覚性知覚障害 C. 2. 3 の亜型 .

C. 2. 3	他の視覚性知覚障害
1	後退視症と Nachsehen
2	小視症と巨視症
3	変形視症
4	色彩視の変化、多色視
5	他の者の顔や姿の知覚変化
6	自分の顔の知覚変化(いわゆる鏡像現象)
7	知覚対象の偽運動感
8	複視、斜視、逆転視
9	距離の評価の障害、対象の大きさの評価の障害
10	対象の輪郭の解消
11	変形巨視
12	異常に長く視覚刺激を保持する、以前に実際見たものを数分から数時間後に、後から見る事

最後に、基底症状と陰性症状との関係が述べられる。クレペリンが考えたように、精神病の過程で精神病症状の結果として欠陥状態が見られるのではなく、また、陽性症状から陰性症状に発展するのではない。基底症状は、一般的に、陽性症状や陰性症状よりも先行して出現する。その点で、基底症状は、陰性症状ではなくて陽性症状であるとも考えられると言う。

「いわゆる陰性分裂病から陽性分裂病へは滑らかな移行があり、陰性分裂病と陽性分裂病(アンドリアセン)との間、タイプ I 分裂病とタイプ II 分裂病(クロウ)との間の区別は固定的なものではないという以前からの確認は、まさに、陰性症状と基底症状とが同じではないという限りにおいて、補足され、明確にされるべきである。いわゆる陰性症状から陽性症状への移行は、基底症状から産出性 - 分裂病性の一級症状への発展である。基底症状は、発生期(in statu nascendi)の、いわば《小さな産出性の》陽性症状である。

このように、我々は基底症状、陽性症状、そして陰性症状を、同じ疾患から生じた状態として区別しなければならない。それは、分裂病の場合に、この時間的な一連の結果の中で発展することが多い。基底状態は疾患の最初の徴候である。そこから陽性症状が発展する [クレペリンの経過モデルのように、逆に、陽性症状から陰性症状に発展するのではおそくない]。

もちろん、比較的少数(約 10%)に予後不良な、欠損を自ら想起する能力(基底症状に特徴的である)に欠けていて、最初から病態失認を伴う陰性分裂病のグループがある。ここでは真の洞察がなく、変化に対して克服と自助の戦略の発展を保持する能力もない。ここでは根深い本態変化を表して、能力欠損はあまり示さない。

我々は、以下のことを確認している。分裂病の場合、基底症状は、一次性的陰性病態失

認性分裂病の少数の下位グループを別にして、一般的に、陽性症状や陰性症状よりも先行して出現する。

たしかに非特徴的で、経過観察によって初めて基底症状として証明される症状と障害〔潜在性の基底症状、あるいは段階1の基底症状〕は、神経症性 - 精神病質性障害の場合の訴えと精神病理学的に区別出来ないが、これらの患者の場合、既にある程度特徴的な段階2の基底症状と、最終的には産出性 - 精神病性の一級症状への移行が証明できるために、基本的に（《部分的な共通表出》にもかかわらず）、精神病性と非精神病性、脳因性と心因性の現象を鑑別診断的に区別することが可能であると考えている。そもそも一次性的な人格異常が存在する限り、正常からの偏倚と精神病との間にある境界、すなわち、一方では、病前的人格障害と、他方では、既に存在する《分裂病》という疾患の、現象的な認知 - 情動性の指標としての前駆症性の基底欠損との間の境界はなくなってしまう。

古い所見も新しい所見も、どちらかといえば、（我々は考えでは）神経症性 - 精神病質性人格障害への連続仮説の拡張に反対し、クレッチマーの構想である心理学的 - 精神病理学的な、分裂気質 - 分裂病 - 次元を仮定する連続モデルにも反対するものである。基底症状に基づいた特発性の精神症状群の早期発見の問題にとって、そして、そもそもの基底症状構想にとって、ヘフナーとマウラーによる体系的研究の成果は重要である。それは、分裂病の実際の経過モデルであり、すなわち、クレペリン、クロー、アンドリアセン、そして我々の研究グループとの比較が、とりわけ、分裂病の発症のレトロスペクティブな評価のための手段の助けを借りてなされている。その後、基底症状構想の本質的な仮定は確かめられたが、クロー、アンドリアセン、そしてクレペリンの構想は支持されていない。

患者の全体験と行動を識別し規定する基底状態と基底症状についての最近の知識は、患者を理解するための前提であり、それによって、彼らの体験と反応の特徴を洞察できるようになる。それは、我々の考えでは、実際に患者との適切な治療的つきあいを可能にし、さらに多様で十分な心理学的治療手段、さらに薬物による治療手段を可能にしている。」

以上が、第5版における、ボーダーラインと頓挫型に関する記載である。多少長くなったが、ほぼそのまま引用しておいた。

本書の冒頭に掲げた「精神医学の3分体系」は、今なお、極めて大胆な仮説である。そして、先人が多くの努力をしたにもかかわらず、この仮説を証明することはまだ出来ない。

現代の精神医学は、シュナイダーのこの仮説が、正しいか否かを検証することから始まっている。シュナイダーは「ここには、鑑別診断学は存在せず、あるのは鑑別類型学であるに過ぎない」と言うが、我々にとってこの言葉のもつ意味は重い。我々はなお、臨床の現場で患者から得た情報を吟味し、それを総合し、自然な分類を目指す、地道な努力を必要としている。この過程を経なければ、疾病学的な分類も、遺伝学的な研究も成果は期待できず、確実な改善が可能となる治療手段を手にすることは出来ないであろう。現在、全国の大学では、内因性精神病の遺伝子を探し出す努力が続けられているが、これらの試みによって病因解明に立ちはだかる壁が一気に突破されるのであろうか？我々はまだ、その時代を視界に入れることが出来ない。

本書は精神医学の教科書として書かれている。そこで、学生、研修医、あるいは精神科の専門医を目指す方が必要と思われる専門用語を、日本語訳とともに原語の併記をしておいた。多少の読みづらさをご容赦いただきたい。なお、精神分裂病は、近年統合失調症と呼称されることが多いが、本書は精神医学の書であって、精神医療の書ではないことから、従来どおりの呼称を使用した。私自身の感想を言えば、分裂病の存在が大きいからこそ、その疾病に罹患する患者の処遇、治療への努力、そして病因の解明にこの数十年間、情熱を傾けてきたのである。学問の世界に多数決の取り決めは馴染まない。

本書が、精神医学の基本を理解し、今なお謎の多い内因性精神病の臨床に少しでも役立つことが出来ればと願う。



## Characteristics of cognitive function in patients with Parkinson's disease: a comparison with healthy subjects

K. Morita<sup>a,\*</sup>, H. Shoji<sup>b</sup>, H. Yamamoto<sup>c</sup>, S. Nishiura<sup>c</sup>, Y. Shoji<sup>a,c</sup>,  
T. Matuoka<sup>c</sup>, H. Maeda<sup>c</sup>

<sup>a</sup>*Cognitive and Molecular Research Institute of Brain Diseases, Kurume University 67, Asahi-Machi, Kurume-City 830-0011, Japan*

<sup>b</sup>*Department of Internal Medicine, Kurume University, Japan*

<sup>c</sup>*Department of Neuropsychiatry, Kurume University, Japan*

---

**Abstract.** The object of the present study was to evaluate the visual event-related potentials (ERPs) and the effects of emotion in patients with Parkinson disease without dementia. Visual ERPs were recorded using an oddball paradigm in 18 patients and 18 age-matched healthy subjects. The P300 amplitude and latency, as well as the subject's reaction time were recorded. There was no difference in the P300 amplitude between patients and controls when viewing a smiling baby or viewing a crying baby. The P300 amplitude when viewing a smiling baby was smaller than that when viewing a crying baby for the both patients and the healthy controls. The P300 amplitude was significantly larger in the stage 3 group than in the stage 4 group as classified by Hoehn and Yahr. The P300 latency in patients was significantly longer both in group 3 and group 4 patients than that in the healthy controls, in response to both the facial stimuli. These results indicate that patients with Parkinson diseases are likely to have cognitive dysfunction and that ERPs are biological markers useful for the evaluation of patients. These results also suggest that the P300 is influenced by affective facial expressions and that the effects for patients are essentially similar to healthy controls. © 2004 Elsevier B.V. All rights reserved.

*Keywords:* Event-related potentials; P300; Affection; Cognitive function; Parkinson's disease

---

---

\* Corresponding author. Tel.: +81 942 31 7564; fax: +81 942 31 7911.

E-mail address: kiichiro@med.kurume-u.ac.jp (K. Morita).