

クレペリンによる早発性痴呆概念の成立とブロイラーによる統合失調症概念

Dementia Praecox (Kraepelin) und Schizophrenie (Bleuler)

高橋俊彦* 中西俊夫**

Toshihiko TAKAHASHI*, Toshio NAKANISHI**

はじめに

精神分裂病という呼称は、その当人および家族に対する社会的偏見を助長するという意見は以前から患者家族会、医療従事者の中であり、こうした意見を受けた多数の精神科医が属している日本精神神経学会が検討を重ねた上、2002年の8月より、従来の精神分裂病を日本では統合失調症に呼称を変更するということになった。したがってドイツ語の Schizophrenie、英語の Schizophrenia は従来「精神分裂病」と訳していたが、それを「統合失調症」と訳し変えることになる。つまり概念自体が根本的に新しい概念に変わった訳ではないため、将来もっと好ましい呼称に変更される可能性ないとはいえない。

ところでこの統合失調症は、今なお原因がはっきりせず、いわば症状論的分類の域を出ないため、異種のものが混在している可能性は否定できない。つまり身体医学上の分類のように原因、症状、経過、転帰、病理所見等により確立されたものではない。

しかしながら単に便宜的に分けられた訳ではなく、多くの研究者がその本質を探究して、紆余曲折を経ながら、今日の統合失調症にたどり着いたのである。

こうした事情もあるので、この機会に統合失調症の前身であるクレペリン Kraepelin, E. の打ち出した早発性痴呆の成立過程を大まかにみておくこと、およびブロイラー Bleuler, E. がこれを土台にして統合失調概念を提唱した事情をみておくことは、統合失調症の理解、あるいは今後の考え方を発展させる上で意義はある。

1 自然科学的思考の発展

ピネル Pinel, P. に代表されるようにフランスが先行していたヨーロッパの近代精神医学のなかでドイツが、その存在を示したのは、19世紀半ばであり、なかでも「もろもろの精神症状は脳機能の諸作用の乱れによるものであり、精神疾患は脳の疾患である」というグリーゼンガー Griesinger, W. (1817–1868) の考えは、ヨーロッパでは脚光を浴びたといわれている¹³⁾。彼はまた单一精神病学説に傾き、精神病の種々の状態像はただ一つの疾患過程がたどる諸段階に過ぎず、この疾患過程は脳疾患に由来するものであると考えた。もちろんこの考え方は、当時医学の各分野において、より具体的物質的なものに還元するという点で一段と発展しつつあった自然科学的思考の、精神医学における流れの現れであった。Griesinger, W. はその流れを推し進めた第一人者であり、その点で後の Kraepelin, E. (1856–1926) の精神病概念の確立に、相当の影響を与えた。

ただし Griesinger, W. は、脳病理学の進歩により、それらが解明されるまでは、症状の共通性や特徴によって疾患群を区別するのにとどめるべきである、という考えであった。

2 カールバウム Kahlbaum, K. L. の緊張病とヘッカー Hecker, E. の破瓜病

早発性痴呆の概念を整備するにあたり、Kraepelin, E. が影響を受けたのは、Griesinger, W. ばかりではなく、

* 名古屋大学総合保健体育科学センター

** 加茂病院精神心療科

* Research Center of Health, Physical Fitness and Sports, Nagoya University

** Department of Psychiatry, Kamo Hospital

彼はマニヤン Magnan, V. J. J. や後述するモレル Morel, B. A. (1809–1873)、さらには、Kahlbaum, K. L. や Hecker, E の考え方を大幅に取り入れている。

Kahlbaum, K. L.^① は、後述する Kraepelin, E の「疾患単位」という考え方の先駆けとなった「病型」という考え方をうちだした。病型とは疾患単位とは異なり、精神疾患の病因やその都度の状態像すなわち症状群 (Symptomenkomplex) の疾患特異性を追求するところまでは行かず、状態像の経過とその経過の法則を発見し、転帰を見定め、それらに基づいて精神疾患を類型化するときに見出される一つの「型」である。現代流にいえば、「臨床単位」に近い。

この「臨床単位」ということばは種々につかわれているが、ここではとりあえず、疾患単位ほど原因や病理解剖の確定あるいは予測に縛られることなく、症状や経過などの臨床的特徴に共通性のある一群という程度に理解しておけばよいであろう。

Griesinger, W. が原因としての大脳の病変が発見されるまでは、臨床的な症状群の観察だけに止めておくという控え目な態度をとったのに対して、Kahlbaum, K. L. は病型という概念を提唱することによって、たとえ原因が解明されなくても單に症状群の把握だけに止まらず臨床的な意味での疾病概念を積極的に打ち出そうとしたのである。すなわち原因についての仮説を打ち立てるなどを差し控えつつ臨床的経験に基づいて疾患形態の輪郭づけを行なったのである。

Kahlbaum, K. L. の取り出した病型の一つである緊張病は、次のように規定されている。

「緊張病は循環性に変遷する経過をたどる大脳疾患である。これは精神的な諸症状として、メランコリー、マニー、昏迷、錯乱そして最終的な精神荒廃という一連の病像を順次呈するが、その際、精神病像全体のなかでひとつ、あるいはいくつかの病像が欠けることもある。そして、本疾患においては、精神的な諸症状と並んで、けいれんという一般的な特性を伴った運動性神経系における諸事象が本質的な症状として出現していく」^④。

ここでいう「けいれん」というのは、てんかんのけいれん発作ではなく、昏迷の際の身体的硬直あるいはろう症のような現象その他を意味するのである。

やはり Kahlbaum, K. L. が、名付けた破瓜病という病型 (Typus) を Hecker, E^⑤ が病型とほぼ同義の「疾患形態 (Krankheitsform)」という言葉を用いて、まとめている。彼による破瓜病の標識は以下のとくである

「思春期に引き続いて発病すること。さまざまな状態型 (メランコリー、マニー、そして錯乱) が順を追って、また交代して出現すること。精神的衰弱状態への

著しくすみやかな転帰。そしてこの終末的精神荒廃 (Terminalblödsinn) の独特な形式であり、その徵候は疾患の最初の段階にすでに認められているということである」^⑥。

この破瓜病と前記の Kahlbaum, K. L. による緊張病はまた別の「妄想性痴呆」と共に、後に Kraepelin, E の早発性痴呆の重要な内実となった。妄想性痴呆とは妄想や幻覚が中心症状であるがついには破瓜病のように人格水準が低下するという病態である。

Kahlbaum, K. L. や Hecker, E は病因論については慎重な姿勢を保った^⑦が、Kraepelin, E.^{⑧⑨}はそれを一步進めて、同一の原因、同一の症状、同一の経過、同一の転帰、同一の病理組織変化をもつ病態を一つの「疾患単位」という概念でまとめ、早発性痴呆を一つの「疾患単位」とした。ただし、病理所見の特異的変化は確認されておらず、その意味ではあくまで想定された「疾患単位」である。

Pinel, P. にとっての分類は、原因を追究するものではなく症状論的分類であり、患者を処遇する上でも必要であったとすれば、Kraepelin の分類は疾病的自然科学的原因を含む本態を求めながらのものであった。

3 Kraepelin, E. の精神科教科書における早発性痴呆概念

Kraepelin, E. による精神科教科書は、現在われわれが使用している疾患分類の基礎となっている。その成立過程を概観することはそれなりの意味はある。

以下、おおかたは高野^⑩の論文に記されているが、それをかいづまんで紹介するような形になる。詳しくは原典を参照されたい。

その記述によれば、Kraepelin, E. が 9 版に至るまで生涯にわたって改訂を重ねた『精神医学教科書』の第 1 版ともいすべきコペンディウム・デル・ブシキアトリー (『精神医学提要』) という本を書くことにしたのは、助手の地位も得られず、奨学資金と親戚からの僅かな援助をあてにして学者の道を進んだため、自分の置かれている状況が大変不安定であることを考え、友人の紹介してくれた出版社の申し出を受けてのことであった。当時 Kraepelin, E. はできれば犯罪心理学についての研究を進めたかったので、この仕事にはあまり気乗りのしないまま 1883 年、27 歳のときに書き終えた、という^⑪。その仕事が、100 年以上を経た現代においてもなお精神医学、および精神医療の中心を占める「統合失調症」の前身である「早発性痴呆」という概念をうみだす端緒となったことを思えば、人間の運命とは皮肉なものである。

そこに書かれた疾病分類は、次のようにある。

- I 抑うつ状態—単純な抑うつ、妄想のある抑うつ
- II もうろう状態—病的睡眠状態、てんかんとヒステリー、昏迷—恍惚、急性デメンチア、
- III 興奮状態—興奮性抑うつ、躁病、譫妄性興奮状態、
- IV 周期性精神病—周期性躁病、周期性うつ病、循環性精神病、
- V 一次性偏執狂（後のパラノイア）
- VI 麻痺性痴呆、
- VII 精神的薄弱状態—発達異常、道徳性精神病、神経衰弱状態、老人性痴呆、二次性薄弱状態

Kraepelin, E. の精神医学教科書各版に共通していることは、症状を患者個人の性格、生活史、本人を取り巻く状況などから切り離して、内容にしたがって分類し、記述している点である。第3版までは、症状の分類記載が中心であった。

1893年の第4版で、Kahlbaum, K. L. と Hecker, E. の主張を取り入れ、荒廃化する傾向のある症例を「精神的変性過程」という章を設け、その中に早発性痴呆、緊張病、妄想性痴呆 (Dementia paranoides) の3群を包括した。早発性痴呆という用語は、Morel, B. A. (1809-1873) が、精神病を、

- 1 遺伝性精神病、
- 2 中毒性精神病、
- 3 ある種の神経変化によって規定された精神病（ヒステリー性、心気的、てんかん性精神病）
- 4 特発性精神病、
- 5 症候性精神病、
- 6 痴呆

の6群に分類し、1の遺伝性疾患の中に、予後の面で早発性の痴呆へと進行するものが稀ならず存在することを指摘しており、その「早発性痴呆」という名称を Kraepelin, E. が精神的変性過程の1型を示す分類用語として採用したものである。

またこの第4版では、妄想観念の成立の仕方が特徴的な偏執狂の大グループをパラノイアとしてまとめている。このころから単なる症状の記載に満足せず、症状の奥にある「疾病」へと次第に関心が向いている。

1896年の第5版は次のように分類されている。

A. 後天性精神病障害

- I 疲弊状態
- II 中毒
- III 代謝疾患
 - a) 粘液水腫
 - b) クレチニスムス
 - c) 荒廃過程（早発性痴呆、緊張病、妄想性痴

呆）

d) 麻痺性痴呆

IV 脳疾患の際の精神病

V 退行期精神病

B. 病的素質による精神障害

I 体質性精神障害

a) 周期性精神病

b) 偏執狂（パラノイア）

II 全般性神経症（てんかん、ヒステリー）

III 精神病質性状態（変質精神病、神経衰弱、強迫、衝動性精神病、反対性感覚）

IV 発達障害

この第5版においては、荒廃過程 (Verblödungsprozesse) の中に、早発性痴呆、緊張病、妄想痴呆が同列に並べて含められ、三型を包括する概念である荒廃過程は今日でいえば統合失調症にあたるが、粘液水腫やクレチニスムスと同列の代謝疾患の中へと位置付けられた。なお麻痺性痴呆（進行麻痺）もこの代謝疾患に並べられていたが、これは10年後にスピロヘータ・パリーダが原因であるということになった。

この版では、「荒廃過程」が後天性の精神障害の中に入れられているのにたいして、のちの「躁うつ病」の前身ともいべき「周期性精神病」は、パラノイア、てんかん、ヒステリーその他とともに病的素質による精神障害のなかに分類されている。

第6版では、第5版において荒廃過程の1型に過ぎなかった早発性痴呆が、疾患単位へと格上げされ、それまでの早発性痴呆の座には「破瓜型」が据えられた。つまり破瓜型、緊張型、妄想型の3型の総称として早発性痴呆が用いられ、これが前記のように後の Bleuler, E. による「統合失調症」概念の母体となった。

早発性痴呆が代謝障害の中に分類されたのは、第5版のときだけであるが、Kraepelin, E. はやはり早発性痴呆の原因として、身体因とくに自家中毒を最も有力であると仮定していたと言われており、第6版と第7版においては、早発性痴呆の項は、甲状腺精神病と麻痺性痴呆（進行麻痺）の項の間ににおいている。

なお第6版においては、早発性痴呆と躁うつ病といういわゆる二大精神病の疾患単位が成立した。

1909-1913年の第8版においては、パラノイアの概念は残ったが以前ならばパラノイアといわれた症例の大部分が早発性痴呆に吸収されたことは注目すべきである。そして荒廃過程の中には早発性痴呆と共にパラフレニーが並んでいる。

第8版の分類の項目は以下のようになっている。

I 脳外傷の際の精神病、

- II 脳病の際の精神病
- III 中毒
- IV 感染症性精神病
- V 脳梅毒
- VI 麻痺性痴呆
- VII 老年、初老期精神病
- VIII 甲状腺性精神病
- IX 内因性荒廃過程
 - a) 早発性痴呆
 - b) パラフレニー
- X てんかん性精神病
- XI 躁うつ病
- XII 心因性疾患
- XIII ヒステリー
- XIV 偏執狂（パラノイア）
- XV 生得性病的状態（神経質、強迫神経症、衝動狂、性的倒錯など）
- XVI 精神病質性人格
- XVII 全般性精神発達抑制

彼は早発性痴呆の症状を意志減弱あるいは意志障害によって、統一的に把握しようとした。ここでいう意志とは知情意と並列される場合の意ではなく、生の方向を決定する意志でありながら「感情の直接的動搖を抑える一方で、内的状態に適度の緊張と興奮を持続的に与えて、外界に対する情緒的関係に統一をもたらす、より高次の持続的感情の力であり、一般意志、一般感情とも言いうるもの」である¹¹⁾。

4 Kraepelin, E. に対する評価

上記のように結局 Kraepelin, E. は脳の病変が発見されているわけでもなくまた心因性ともいえない、未だ原因の定かではないいわゆる内因性精神病を早発性痴呆と躁うつ病の2つに分けた。後者については躁状態あるいはうつ状態というように気分が周期的に変化するけれども原則としてその都度もとの正常な状態にもどる病気であるとした。

一方、前者の早発性痴呆については、青年期に発病することが多く、幻覚、妄想、感情の交流のもてなさその他特有の症状を示し、これが徐々に進行し、あるいは急性に悪化しながら結局は精神荒廃にいたる疾患単位を構成しているという説を唱えた。こうした説がこの病気の予後に悲観的なイメージを与え、ひいては病者の処遇にも隔離収容という悪い影響を与えたという理由と次第に強まっていった彼の社交嫌いも手伝って、後の人々の評判はよくない。

ただし当の Kraepelin, E. は、高野¹¹⁾の紹介にもあるごとく早発性痴呆の早期入院治療をすすめたが、入院の目的を自傷自殺の予防、睡眠と食餌摂取の確保、便秘や不潔からの保護においている。無理な暴力的な治療には、終始反対し、家族関係がよければ、患者をできるだけ早期に家族に戻すことが良く、長期の入院は患者の理解力、意志力を弱め、感情を鈍麻させる、と注意を与えている。発病の予防には、身体の全般的発達を促進し、偏ったしつけをするのを避けることが良いと考え、早期からの名誉心を煽りたてる教育ではなく、田園での素朴な養育をすすめていた。また良い環境においては、早発性痴呆患者の人格の再構成もある程度可能であると信じていた、ということは、注目に値する。

彼はまたまた「アルコール中毒」の蔓延を防ごうと啓発活動に尽力し、自らもかたくなに断酒を守り続け、それを取り沙汰されることを嫌い、宴席への出席も拒みがちになり、変人視されていたらしい。クリスマスの夜（大晦日という紹介もある⁶⁾）みんなを家に招いた折、アルコール抜きの飲み物を出し、寒いのにもかかわらず、教会の鐘の音を聞き落とさないためにと、窓を開けたままでいた、という逸話は有名である。

Kraepelin, E. の生涯にわたる疾病分類には、単なる分類に止まらず、その分類作業を通して各疾患の本態を究めようとする並々ならぬ熱意が認められる。それは最後まで完成せず、Kraepelin, E. がもっと長く生きておれば、分類もおそらくさらに変更されたであろう、といわれている。種々の批判はあるが、混沌とした精神の病の分類にそれらの原因をにらみながら大枠を与え、体系付けた点で高い評価が与えられてしかるべきである。

第8版における早発性痴呆は、10類型、妄想型の重症、軽症の2種類に分けられたを数えれば、11もの類型に分けて論じているが、これは渡辺¹³⁾によれば、Kraepelin, E. の早発性痴呆概念が破綻し始めた徵候であり、「Kraepelin, E. の苦悩、すなわち疾患単位としての早発性痴呆の内的組織の著しい混乱」を示している。基本的には、症状、経過、予後などの差異よりも早発性痴呆という疾患単位により大きく括り過ぎたため、彼の打ち立てた疾患単位そのものが果たして单一の疾患単位であるのか、という疑問は繰り返し提出されてはいる。

しかし逆にブロイラー Bleuler, E. は、Kraepelin, E. の第8版の完成をまたず、7版の早発性痴呆概念を基盤としてさらに広い範囲に拡大して、「統合失調症群」と呼ぶことを提唱した。現在ではこの統合失調症概念が早発性痴呆に代って使われている。

5 早発性痴呆から統合失調症へ

Bleuler, E. は、Kraepelin, E. の早発性痴呆概念を母体にして「統合失調症」という概念を創ったことは、上記の通りである。

以下、特別に断らないところも Bleuler, E. の『早発性痴呆または精神分裂病群』(飯田、下坂、保崎、安永訳)¹⁾ から多くを引用した。

彼¹⁾は、Kraepelin, E. が早発性痴呆という疾患単位にまとめた業績をほぼ全面的に認めている。もっとも彼が統合失調症概念を提唱したのは Kraepelin, E. の教科書の第 8 版ではなく、第 7 版がモデルになっている。彼のいうには、Kraepelin, E. が緊張病、破瓜病に加えて幻覚性パラノイアあるいは空想性パラノイアといわれた一群も妄想型として早発性痴呆の概念の中に含め、痴呆化する精神病群を包括したことは、それ以外の疾患の概念の形成を促した。その中で躁うつ病概念が生まれ、その結果、早発性痴呆は鮮明な対極を獲得し、その限界はそれ自体から一方的に決められるのではなく、外部からも確定されるようになった。

Bleuler, E.¹⁾は統合失調症の定義のところで次のように述べている。「われわれは、慢性化したり、病勢推進シユーブを繰り返したり、それぞれの段階で停止したり、そこに戻ったりするが、おそらく完全に元通りに回復することはないような精神病群を早発性痴呆あるいは統合失調症という名称で表現する。この精神病群を特徴づけるのは思考や感情や外界に対する関係の特異な変化であって、この病気以外では出現することはない」。

ただ症候学的には「早発性痴呆」に含まれながら痴呆におちいらない例が多数あることと、もう一つ必ずしも早発性ではなく中年期になって発生するものもあることなどのため、「早発性痴呆」という名称は正しくないという批判に耐えられない上に、「すべての症例に多少の差はある精神機能の明白な『分裂』が存在し、疾患が顕著になると人格はその統一を失い、そのときどきの精神的コンプレクスが個人を代表することになる」ことから早発性痴呆を「統合失調症」と呼ぶことにする、と Bleuler, E. は述べている。

同時に「統合失調症」と单数に用いたが、この疾患群はおそらくかなりの数の疾患を包括するものであろう、と最初から認めている。

つまり Bleuler, E. は Kraepelin, E. のいう「疾患単位」という概念に固執しなかったことになる。

また Bleuler, E. によれば、痴呆という概念がいかに不明瞭かは、パラノイアの場合にもっともよく示され

る。ある者は妄想患者を、妄想をもつこと自体によって痴呆である、とみなす。一方また別のある者は、妄想をもつといえどもかれらにとって職業生活が可能である点に注目してかれらを痴呆とはみなさないからである。

しかし彼によれば、パラノイアは妄想体系を除いては、感情と、「連合」の障害はない点で一応統合失調症と区別される。また痴呆化もない。しかしパラノイアの妄想形成の機制は、統合失調症のそれと同じであり、したがってパラノイアはまったく慢性に経過する統合失調症であるともいい得る、とも述べ、結局彼はパラノイアと統合失調症の間の境界がはっきり決められない、という意見になる。

ここでいう「連合」とは、観念、感覚、運動などの要素的経験がある法則にしたがって結びついたり、このような要素的経験のあるものがほかのものを継続的にまたは同時に呼び起したりする事実あるいはその関係のことである⁵⁾。

たとえば、ある不安神経症の患者が次ぎのようにいった。「心臓は一生休まず動き続けるときいたが、心臓がドキドキすると、急に不安になり、心臓が止まってしまうのではないか。乗り心地のよい自動車だって故障することもある。地球が太陽の回りを回っているが軌道から外れることはないのか。そういうことを考えていると不安がたかまってじっとしておれなくなる」。

心臓の拍動から宇宙規模の異変まで考えるに至るが、その経過は「故障」「死」などの連想でつながっているので、この例の場合は「連合の障害」はないといえる。

6 統合失調症の基本症状と副次症状

Bleuler, E. は統合失調症に特異的持続症状あるいは基本症状として連合機能の障害 (Assoziationsstörung)、情動性の障害 (Affektsstörung)、両価性 (Ambivalenz)、自閉 (Autismus) などをあげている。前 2 者を、各々連合弛緩 (Assoziationslockerung)、感情の硬化 (Affekt Rigidität) とする人もあるがいずれにしても、頭文字をとって 4 A といわれている。

これらにたいして他の疾患にも現われ得る症状は、副次的症状としており、妄想、幻覚、緊張病症状などはその代表である。しかし後者に含まれるものの中でも、もっと正確にみれば、症状発現あるいは原因についての統合失調症特異性が見出されるものがあり得る、と考えた。

1) 基本症状

連合障害。この中心となるものは、思考の連鎖の弛緩である。思考がその時々の筋道から逸脱する、まとまりを欠く、あるいは観念と観念が通常と異なったつながりをもつその他、いわゆる観念連合のまとまりなさとしてあらわれる。

たとえば、ある慢性化した男性の統合失調症患者は外来診察時、次のように述べた。

——生きている以上は考える。考えるからには何かに突き当るわけですね。その何かが客体なのです。それを主体といわず客体というのです。その客体があるから自由ではないことになりますね。そこで「気分転換して自由になる、ということをしてもいいですか」「つまり気分転換や気紛れをしてもいいですか」という質問なんです。これは相当難しいことですね。用意周到というか、完全緻密な世の中だ、ということです。そこで中途半端にするのがいいですね。自立でしょう？自由でしょう？つまり後へもたれれば背もたれがあるから、そう難しく考えなくてもいいわけですから。社会があるわけですから。だから自殺するとまでは考え過ぎないほうがいいですよね。これは相当難しいことで、二度と同じことは言えませんよ……。

情動性の障害。感情の表出の不自然さとしてあらわれる。自分および周囲に対する関心の減弱または無関心という形であらわれたり、過敏になったりする。

病状の進んだ患者は、家族の死を知らせても、なんの悲しみも見せずすぐ別のささいな頼みごとへと話題を変えたりする。あるいは廊下を無表情に徘徊しながら、他の患者が「おはよう」と、挨拶しても無視する患者もある。

両価性。まったく正反対の感情、意志、などの精神現象が同時に存在する精神状態である。

情動面の両価性をあげると、たとえば「ある人物を愛しながら憎む」。そのように言うと通常の人々にもあることのように聞えるが、統合失調症の両価性のばあいは、単なる葛藤ではなく、その相反する両感情が互いに何の緊張もないかのごとく同時に現われるのである。

意志の両価性の例。たとえばある患者は廊下でぼんやりと立っていたので、理由を尋ねたら、「右へ回ろうとすると同時に左へもまた回ろうとする」と答えた。ある統合失調症患者は、病棟で散歩に出るとき、行くかどうかの希望をきいたところ、「行きます。いやです」と答えた。どちらですか、と確かめたところ、「行くという気持ちと、行かないと言う気持ちとがあります」とケロッとした表情で答えた。

自閉。内面生活の相対的、絶対的優位をともなう現実からの遊離のことを、ブロイラーは自閉と呼んでい

る。外界との接触をできるかぎり制限し、自分だけの世界に閉じこもることである。自閉といつても必ずしも自分ひとりひっそりと部屋の片隅にとじこもっているなど目に見えることばかりを指すのではない。

ある統合失調症患者は、「インスタント・ラーメンの特許を先生にあげますから、それで会社をたてて下さい。何百億円も儲かりますよ」といつて、紙切れを1日に何度も渡しにきた。こうした行為は、一見積極的にみえるが、自分ひとりの妄想的世界が優勢になっており、現実の世界である外界との接触を無視し自分だけの観念に閉じこもっているからできることであるので、自閉的といえる。

自閉についてミンコフスキー Minkowski, E.^⑨ は彼独自の自閉理論を展開しているが、別の機会に取り上げることにする。

2) 副次症状

副次症状としては、前記のように幻覚、妄想、緊張病症状、その他があげられ、これらは軽視されるべきではなく精神病を顕在化し、精神医学的援助を求めるきっかけとなりうる、とされている。これらの副次症状とされる症状の中には、基本症状よりもその存在が確認されやすいため、臨床の実際においてはむしろ基本症状とされるものよりも、患者の状態を把握する糸口となり得るものも多い。

なお、Schneider, K.^⑩ は、統合失調症の診断基準としては、連合の障害とか自閉などより幻覚、妄想などを重視している。

Schneider, K. については稿を改めて紹介するつもりである。

7 一次症状と二次症状

Bleuler, E. は、疾患特異性による基本症状、副次症状の区別とは違った意味で、一次症状、二次症状を区別している。すなわち疾患過程から直接に生じてくる症状である「一次症状」と、疾患過程に対して、患者の心性が二次的に反応して生じる症状である「二次症状」とである。

身体疾患のたとえでいえば、骨軟化症のような疾患の場合、骨の脱灰などを含む化学的および生理学的過程が「疾患過程」である。骨の抵抗力弱化は骨変化の直接結果（一次症状）である。しかし骨の弯曲や骨折は、外力が作用して初めて生じる（二次症状）。このように考えたうえで、彼は、統合失調症性脳障害の一次症状として確実なものは何も知らない、と述べている。

Bleuler, E. も Kraepelin, E. と同様、統合失調症の主たる病因として身体因を考えていたが、その身体因の解明がまったく進んでいない状況にあっては当然のことではある。

ただし、一次症状らしきものとして、連合の障害 (Assoziationsstörungen) の一部があるという。基本症状といえども自閉も両価性も感情障害も二次症状である。

健康な場合の連合においては、経験によって道筋を示された結合や抑制が機能するのであるが、統合失調症の場合連合が「経験によって予示された経路」にしたがわず、その道筋を失ったかのようである。このような「連合の弛緩」は一次的症狀であり、程度の差は種々であるが、思考や行動のまとまりが失われるという形で現われる。

「連合の弛緩は、一方において経験からへだたった、正しくない思考の経路を選ばせるように作用し、他方において思考の断片で操作しなければならないように作用する。前者の異常からは分裂 (Spaltung) が、後者の異常からは移動 (置き換え)、濃縮 (圧縮)、交換、一般化、音韻連合による離れた概念の結びつけ、滅裂や正しくない論理操作などが生じる」。

健康な場合は、連合の自然な結びつき、すなわち連合の親和性が保たれるため、概念間の相違やつながりも明白である。ところが、分裂の進んだ場合はその連合の緊密性に弛みが生じ、概念間の相違というものが意味をなさない状態となるのである。

ある患者は旧家の長男であるが、「僕の家は、A市では知られた昔からの金持です。B家（財閥の名前）もC家（やはり財閥の名前）も僕の家からでたので、僕の家なのです」と述べた。一種の妄想であるが、彼は、金持で有名であるという属性が共通しているということで財閥の家と自分の家とを簡単に結びつけてしまった。

次に、通常の概念とか思考の代わりに、その断片が、あるいはそうした断片の通常とは違って結合したかたまりが、思考を導いている例をあげよう。

ある慢性の統合失調症患者は、「せいり」が破壊されたり閉じ込められたりする、と述べた。「せいり」とはどういう意味かと尋ねたところ、「せいり」は「生理」と書き、「生理」だけではなく「性格」も含まれる。「摂理」のことでもあるのです、とのべた。その「せいり」が破壊されると、自分がなりたたなくなり、自分が回っていかない。だからじっとして何もやらないので、と説明した。

必ずしも誤った語の使い方とは言えないかも知れないが、この患者の場合は「せいり」のなかに種々の思

いが込められていて、一種の「圧縮」であるとみることもできる。

概念と概念との間の連合弛緩ばかりではなく、概念そのものの成立の過程ですでに概念そのものの意味の混乱がみられる場合もある。それらの場合においても病的現象が生じる前提条件として「分裂」という事態が存在する、と Bleuler, E. は考えた。

「分裂」が存在する場合は当然、論理的機能は弱化し、感情が相対的重要性を増すことになる。不快をともなう連合はその発生と同時にさえつけられ途絶を招いたり、明確なつながりを絶たれたりする。そういうことをくりかえし論理的まとまりを欠くようになる。「それらを通じて心の断裂が、なによりもまず感情的に強調されたコンプレクスの方向へ向けて作用する」というのである。

「コンプレクス」とは連合の比較的固定した集りのことをいうが、要するに本人の感情を深く動かした過去の経験のかたまりのことである。

感情強調されたコンプレクスは、他の適切な連合路を見失い、他のコンプレクスと容易にきりはなされ、独立肥大化していく。（心的機能の「分裂」）

このように、一次的には本来の連合障害を通じて、二次性にはコンプレクスの孤立肥大化などにより、通常では相容れないはずのいくつかのコンプレクスが同時に同じ心の中で無関係に機能し、同時には成立しないはずの考えが並行して存在することもあり得るようになる。

ブロイラーは彼のいう「一次症状」と思われる連合の障害から二次症状である諸々の病態を説明するにあたり、前記の圧縮、置き換え、コンプレクスなどという用語を使用し、疾病的単なる外的標識の特徴を抽出するに止まらず、その病的状態を「内的」、力動的に解釈する視点をもっている。こうした点などにフロイト Freud, S. の影響をみることができ、Bleuler, E. 自身もそれを認めている。

なおここでは詳述しないが Bleuler, E. の「分裂」は、Freud, S. を始めとするいわゆる精神分析学派の人々の使用する「分裂」とはその意味内容が少し異なっている。

8 統合失調症概念の拡がり

Kraepelin, E. の早発性痴呆の概念が、疾病の最終段階は痴呆であることに主眼をおいたものであり、当然縦断的予後予想的観点に立つことになるが、前記のごとく Bleuler, E. の統合失調症概念は精神機能の「分裂」に重点を置き横断的現病態分析的観点に立っている。

また統合失調症患者の呈する諸症状の外的標識を見る以外に、内面を「力動的に」理解する姿勢を取り入れることにより Bleuler, E. はその後の統合失調症理解に寄与するところ大であった。

前記のように Bleuler, E. は、痴呆の概念が不明瞭であることを指摘したが、彼のいう「精神機能の明白な分裂」という概念は具体的症例に当てはめようとする場合、もっと境界が不明瞭である。ある者は幻覚あるいは妄想があればそこに「精神機能の分裂」を容易にみてとり、またある者はそれに慎重である。

Bleuler, E. は Kraepelin, E. の第 7 版に基づいて、統合失調症の亜型である妄想型、破瓜病、緊張病の三型に、新しく「単純統合失調症」を加え、4 型の下位群に分類した。「患者たちは、ただ、情動的、知的におとろえ、意志力を喪失する。仕事をし、自らを保護する能力が減退する。馬鹿のようにみえ、ついには、著明な痴呆の像をしめす」(クラウストン) というような、幻覚、妄想その他の副次症状が欠けている症例を Bleuler, E. は単純型統合失調症としたのである。

Bleuler, E. は、このように精神機能の分裂が表面にあらわれない潜在的なタイプを統合失調症の中に取り入れ、クレッチャー Kretschmer, E. でいえば分裂病質レベルの症例も一部含まれることとなり、また前記のようにパラノイアとの境界を設定することができないことを認めたりしたため、従来よりも広範な病態が統合失調症概念に含まれ得ることとなった。

上にみたように Bleuler, E. はその病気の本質が精神機能の分裂にあると理解し、「統合失調症」概念を確立した。その後幾多の研究者により批判が繰り返されたが、今日のおいてもその概念の根本がくつがえされるには至っていない。

ミンコフスキ Minkowski, E.⁹⁾ によれば、Bleuler, E. の最大の功績は、統合失調症概念を提唱したことにある。それまで病者たちは痴呆に至るものと決めつけられていたところを、この統合失調症概念の登場により、必ずしも痴呆に至るとは限らず、治る可能性が期待できるようになり、当然治療する者の態度が変わったのである。

もう一つ彼の功績は、統合失調症者の内面の理解への道を切り開いたということである。統合失調症者のいうことに耳を傾け、その訴えんとするところを理解する姿勢を治療者がもつきっかけとなったことは事実である。

おわりに

Kraepelin, E. の早発性痴呆という概念を土台にして、

Bleuler, E. によって提出された統合失調症という概念は今まで続いているが、早発性痴呆によって括られた範囲を超えて多くの症例を抱え込むこととなり、疾患単位という概念からは、遠ざかったという見方もある。

統合失調症は、従来の身体的疾病概念では理解しきることができない複雑な病態であるのか、それとも今後生物学的研究が進歩し、その一部が解明されて新たな病名へと変更され、本体から少しずつ切り崩されて行くことになるのか、あるいは、将来生物学的研究により統合失調症といわれる症例の大部分が原因究明されるのか、この問題は精神科領域に限らず、医学全体からみても今後に残された難問中の難問である。

参考文献

- 1) Bleuler, E.: Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1911. (飯田真、下坂幸三、保崎秀夫、安永浩訳) 「早発性痴呆または精神分裂病」医学書院、東京、1974.
- 2) Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie 15.Auflage, neubearbeitet von Manfred Breuer, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1983. (切替辰哉訳:精神医学総論、中央洋書出版、東京、1988.)
- 3) Hecker, E.: Die Hebephrenie — Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie — . Virchow's Archiv. pathol. Anat. physiol. 52.1871. (渡辺哲夫訳:ヘッカー, E. クレペリン E. 破瓜病. 星和書店、東京、1978.)
- 4) Kahlbaum, K. L.: Die Katatonie oder das Spannungssyndrom, Eine klinische Form psychischer Krankheit.Verlag von August Hirschwald, Berlin, 1874 (渡辺哲夫訳:カールバウム. K. L. 緊張病. 星和書店、東京、1979.)
- 5) 加藤正明・保崎秀夫・笠原嘉・宮本忠雄・小此木啓吾他編:精神医学事典(増補版). 弘文堂、東京、1985.
- 6) Kolle, K.: EMIL KRAEPELIN.In:Kolle , K.(hrsg)GROSSE NERVENARZTE.Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1956. (岡不二太郎、山鼻康弘訳編:エーミール・クレペリン精神医学百年史一人文史への寄与一、付 E. クレペリン評伝. 金剛出版、東京、p. 152-174, 1977.)
- 7) Kraepelin, E., Lange, J.: クレペリン、E. パラノイア論(内沼幸雄、松下昌雄訳:医学書院、東京、1976.)
- 8) Kraepelin, E.: Psychiatrie 8 Aufl.Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1923. (西丸四方、西丸甫夫訳:精神分裂病、みすず書房、東京、1986.)
- 9) Minkowski, E.: La Schizophrénie — Psychopathologie des Schizoides et des Schizophrènes — Nouvelle édition. Desclée de Brower, Paris, 1953. : (村上仁訳) 精神分裂病一分裂性格者及び精神分裂病者の精神病理学. みすず書房、東京、1954.
- 10) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie.Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1950.6.Aufl.1962. (平井静也、鹿子木敏範訳) 臨床精神病理学. 文光堂、1989.
- 11) 高野良英: クレペリンと早発性痴呆論. 飯田真編: 分裂病の精神病理13. 東京大学出版会、東京、p. 131—

クレペリンによる早発性痴呆概念の成立とブロイラーによる統合失調症概念

185, 1984.

東京大学出版会、1975.

- 12) 内沼幸雄：クレペリンのパラノイア論—精神医学基本問題の形成—、台弘・土居健郎編：精神医学と疾病概念。

- 13) 渡辺哲夫：³⁾ の解説より

(2002年12月4日受付)

