

研究と報告

精神分裂病における挿話性病理現象の症候学*

佐藤田 實**

抄録 発作性挿話性の現象を呈する多数の症例を基にして、この現象の症候学的特徴とその概念規定について検討して、考察を加えた。症例収集の際は、症状が発作性に出現し、患者が自己違和的な構えを取ることを条件とした。対象は分裂病65症例、非分裂病4症例であった。発作の精神症状の中では、知覚性症状が一番多いが、その他狭義の思考障害、陽性・産出性症状、感情性症状などがあり、多様であった、また、発作に急性錐体外路症状が随伴した症例は42%あった。そして、発作性挿話現象は、抗精神病薬の減量により、症状内容には関わりなく、消退した。

精神症状に伴う錐体外路症状が見逃されやすいこと、本現象の全貌を把握する症候概念が従来なかったこと、本症候の定義は、症状内容よりも発作性、自己違和性を条件にすべきであること、本現象は分裂病に特異とはいえず一つの症候群であることを考察し、最後に、本現象の成因論などについて述べた。

精神医学31;955-964,1989

Key words Paroxysmal episode, Symptomatology of schizophrenia, Acute extrapyramidal symptom, Anti-psychotic drug

はじめに

精神分裂病の薬物療法の際に、知覚変容発作と呼ばれる発作性挿話症状が出現することがある。山口・中井¹⁷⁾、山口¹⁸⁾は、この症状を分裂病における移行期現象として位置づけた。また山田¹⁹⁾は、同様の症状を呈する2症例を報告しゲシュタルト危機の観点から理解を試みた。永田⁹⁾は、本症状に神経症様症状を加えて症候論的亜型分類を試みた。また、本症候を分裂病の再燃現象として位置づけた。以上はいずれも精神病理学的な研究である。他方佐藤¹²⁾はこの発作性、挿話性症状には急性の錐体外路症状や自律神経症状が伴うことを指摘した。また投与中の抗精神病薬の減量によって発作が消退した例を報告した。そして本症状は抗精神病薬と関連していることを指摘した。

ところで我々の自験例を吟味してみると、発作性、挿話性症状の体験内容は単に知覚の変容のみからなっているのではない。知覚変容体験の他にも、思考障害、幻覚妄想を始めとする分裂病性症状、感情性症状などもあって極めて多彩である。さらには、錐体外路症状、自律神経症状が随伴する例もある。このように多様な現象を包括する症候概念はこれまでなかった。

またいずれの研究でも、発作性、挿話性現象の概念規定について十分な吟味は行っていない。そこで症例を多数収集して、本現象の概念規定を症候学的観点から検討することにした。併せて、本現象が精神分裂病の病態や経過とどのような関係にあるのかも調べてみることにした。

この現象は、本来の分裂病性症状であるのかそれとも抗精神病薬の作用も関与する症状であるのか、こうした観点からの吟味もまた薬物療法時代の精神医学にとって重要なことである。

対象と方法

いわゆる知覚変容発作の症例を集める前に、収集条件の設定作業を行った。まず自験例6例について発作性症状の共通特徴を抽出して、次の2つの条件にまとめた。第一の基準は、患者はこれを「症状」として自覚し苦痛に思いあるいは病気と見なすこと。また、この症状に対して様々の対処行動(coping behavior)をとること。端的に言えば、患者はこれを例外状態として体験して、自己違和的な構えをとることとした。第二の条件は、症状の出現形式の特徴にある。発作の出現しやすい状況があって、何らかの心身の活動ないしは疲労や興奮が契機となる。また、発作は急に始まって緩徐に終わる挿間性の経過をたどり、持続時間は数十分から数時間のことが多い。調査の方法としては、担当医師が上記2つの条件を満たすと判定した症例の力

1988年10月14日受理

* A Symptomatologic Study of Paroxysmal Episodes in Schizophrenic Patients

** 東北大学医学部精神医学教室(主任:佐藤光源教授), Tanomi Sato: Department of Psychiatry, Tohoku University School of Medicine (Director: Prof. M. Sato)

表 1 11 施設の対象患者数

A	14	G	4
B	10	H	3
C	8	I	2
D	7*	J	1
E	7	K	6
F	7*	計	69

* 非分裂病症例を含む

注) アルファベットで標示した施設及び担当医師の名称(敬称略)。

A: 国見台病院寺田仁, 伊藤智子, 千葉英明。B: 宮城県立名取病院小泉酒, 島村三重子。C: 二本松会山形病院江口敬志, 有海晴彦, 三浦玄三。小原病院小原正久。D: 清水病院角田達也, 田中勝正。E: 国立仙台病院白橋宏一郎, 北脇雅之。F: 岩手県立南光病院西條稔。G: 三峰病院山本昌夫。H: 台原高柳病院遠藤康。I: 二本松会山形病院飛沢壮介。J: 東北会病院高階憲司, 小田代恵美子。K: 東北大学・精神科大平常元, 粟田圭一, 岡崎伸郎, 山崎英樹。

ルテを参照した上で, 担当医師から症状の説明を受けた。多施設の多数の患者について, 発作性, 挿話性症状を効率良く調査するにはこの方法が良いと判断したからである。ただし自験例以外に, 14名の患者については直接面接の機会を持った。症状が条件を満たすか否かについては, 担当医師と討議して合意の得られた症例のみを採用した。また随伴する錐体外路症状の有無を判定する場合にも, 同様の方法をとった。こうして判断に特定のバイアスがかからないようにした。分裂病その他の病名診断は伝統的な方法に従い, やはり討議の上で決めた。

調査は昭和62年10月に行った。その結果, 分析の対象となる症例は11施設の69例となった(表1)。施設名及び医師名については表1注)を参照。

結果

1. 精神疾患

表2にみるように分裂病以外にも非定型精神病2=例, 躁うつ病1例, 人格障害1例に発作性現象が出現した。

2. 性差

男性例対女性例の比は2.5:1で男性例が優位であった(表2)。

3. 外来入院例

外来例46に対し入院は23で, 2対1の割合で外来例が多い。もっともこれら外来例の全てに過去に1度以上の入院歴があった。

表 2 疾患別症例数及び性差

精神分裂病	65
非定型精神病	2
躁うつ病	1
人格障害	1
合計	69
男:女	2.5:1

4. 分裂病症例の調査時年齢

65例の年齢分布は23歳から58歳の間であり, 平均39.7歳であった。

5. 分裂病発病年齢

65例は13歳から39歳の間分布し, 平均19歳であった。

6. 分裂病罹病期間

4年から30年にわたっており, 平均17.2年であった。

7. 発作初発時の年齢

15歳から56歳までの広い年齢にわたるが, 症例の8割弱は.20歳代と30歳代に分布している。

8. 発病から発作出現までの期間

図に表したように, 症例は, 1年未満から20年を超えるものまであって, 広範な分布となっている。この発作性症候は, 年単位の時間尺度でみた場合, 分裂病経過の早期からいずれの時期にも出現することを示している。

9. 症例の出現頻度

この発作症状を有する分裂病症例の出現頻度については, 各担当医師が診療している分裂病者の概数を基にして推定すると, 数%である。10%は超えないだろうという印象であった。

10. 発作性, 挿話性症状の体験内容

以下A~Fの項で, 発作の際に出現した精神症状の内容について述べてみたい。個々の発作は単一症状であることは稀で, 多くの場合複数の症状からなっている。本報告では, 発作を構成する要素的症状をみることも目的の一つであるので, 以下のように分類整理した。患者の訴えはなるべくそのまま記載した。術語に敢えて置き換えると, この症状の性質を伝えにくくなるからである。症状の分類, ことに思考障害と自我障害との分け方については, 安永¹⁶⁾を参考にした。

A. 感覚の異常

a. 視覚性症 状発作に伴う精神症状の中で最も多く, 69例中の61例に出現した。以下にその内訳を列

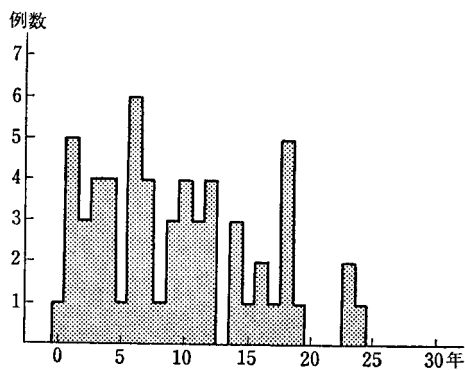


図 分裂病発病から発作出現までの期間

記し、多く出現したものについては()の中にその症例数を示した。

目がチラチラ、チカチカする(19)。鮮明に、ギラギラ見える(16)。ぼんやりする、見えなくなる(10)。ゴミ、シミ、シワや細かな物が気になる。物の形が歪む、くずれて行く(7)。巨視症、微視症。物や地面が動いて、揺れて、うねって見える。自分と物との距離が近づく、遠のく。家具、壁、天井が迫る、迫って圧倒される(9)。光、色が見える。幻視(線、図形、模様、文字、風景、建物、動物、幽霊、人影、顔(10例)。思考化視(5)。物が不気味に、生物のように、意味を持ったものに見えてくる(5)。見ている物の意味が解らなくなる。視野の拡大、狭小化。視線の固定(一点凝視)、不定。自分の顔が変になる、色が変わる、こわばる、歪む、人相悪くなる、目が細くなる、鏡を見るとゾッとする(9)。

幻視に登場する人物、動物、建物、風景、情景などは、患者にとって見覚えのあるもの、身近なものであることが多い。超俗的、超自然的のものはなかった。この項であげた視線、表情の変化に関する訴えは、「感覚自体の異常」ではなくて、錐体外路症状としての「筋緊張異常」の正常な知覚の場合がありうる。また、表情の変化については、患者自身鏡を見て正しく知覚していることもありうる。

b. 聴覚性症状 全例の半数弱の31例に出現した。物音が気になる、大きく響く、周囲が騒ぐ、ザワザワする(13)。思考化声。単語や声がかかる感じがする、何か言われている気がする(11)。自分のことを噂されている感じがする(8)。声で命令してくる気がする(3)。

c. 身体感覚・運動感覚・身体像の障害及びセネステージ 15例に出現した。

頭痛(4)。身体感覚の喪失。身体が大きくなる、膨れる、小さくなる。手や足が伸びたり縮んだりする。腹が揺れる。身体がフワフワする、宙に浮く。局部がどこにあるか解らなくなる。頭と体がとけてしまう。自分の目から細ヒモが出て相手の目にからむ。動作が鈍くなる、体が

動かなくなる(11)。頭の後が引きつる、締め付けられる(9)。背中が圧迫される、胸が締め付けられる感じ。頬が張る、喋れなくなる。

この項の、動作が鈍くなる云々以降の訴えは、前述の視覚性症状と一部同様、「感覚自体の異常」ではなくて、錐体外路症状としての「筋緊張異常」の正常な知覚の場合がありうる。

以上、視覚や聴覚を始めとする感覚ないしは知覚の障害には、単なる感覚過敏の様態に始まり、感覚体験のいわば骨格を構成するところの感覚空間構造の混乱、仮性幻覚、知覚の相貌化、さらには被影響性の体験に至るまでの、様々の様態の異常体験があった。知覚とも思考とも区別しがたい様態もあった。

B. 思考の障害

ここでは、狭義の思考障害に該当するものだけをあげる。41例もの症例に出現した。

頭がボンヤリする、モヤッとする(11)。頭の回転が鈍る、考えられなくなる、集中できなくなる、整理がつかなくなる(9)。無我夢中になる、わけが解らなくなる(10)。様々の考えが浮かぶ、環末なことで頭がいっぱいになる。変なことばかり考える、仕事を間違えないか気になる、人にどう思われるか心配だ、してはいけないことを何かしてしまうのではないかと不安になる。入を見ると個体発生のことを考え卵割のことが頭に浮かんできて止まらなくなる、人の話を聞くと言葉をローマ字化して繰り返してしまう。

以上思考力低下、思考制止あるいは途絶、思考促進、強迫思考などの様態がある。いずれも不安や焦燥感を伴う苦痛な体験である。ここにあげた思考の障害は、精神機能の全般にわたる混乱状態の一側面にすぎない。

C. 自我の障害

該当する症例は14例あった。

周りがよそよそしく感じられる、やること成すこと自分がしているという実感が無い。自分と物との境がなくなる、融合する。もう一人の自分が家にいるのが見える、自分が二人いる感じがする。自分のことが解られている感じ、自分の考えていることが筒抜けに聞き取られている、放送している(8)。人間が一人一人自分から出ていって自分が抜き取られる気がする、自分の柱が失われてもぬけの殻になる(4)。自分がなくなって操られる感じがする(3)。体に命令を書き込まれる、喋らされる、つぶやかされる(4)。震える(体が)のは放送局で電波を使ってやっている。

離人感に始まり、自我境界の喪失・融合感、さらには二重身体験を経て、思考伝播及び思考察知、そして作為体験、被影響性体験に至る様々の様態の自我の障害が認められる。自我障害症状を含む発

表3 発作を構成する諸症状

	症例数
知覚症状—変容, 幻覚	
視覚	61
聴覚	33
体感症, 身体異常感覚	11
思考障害—形式性, 強迫性	41
自我障害	14
妄想	23
不安	14
抑うつ感	9
自殺傾向—一念慮, 行為	7
自傷行為	2
攻撃傾向	10
錐体外路症状	29
自律神経症状	10

作は, それを含まないものに比べると, 発作を構成する症状の種類は約2倍多い。発作性体験に対する妄想的加工, 説明とみなせる場合もある。

D. 妄想

23例に認めた。

何か起こりそうな感じがする, 戦争が起きそうな感じがする。足元がくずれる感じ, 世界が終わった感じがする(3)。周囲から見られている感じがする(10)。何か言われている感じがする, 自分のことみたい(6)。入が馬鹿にしてけなしている感じ, 意地悪しているように感じる(3)。毒を盛られている, 8ミリで撮られている。

妄想では, 注察妄想と他者の会話を自己に関係付けるものが主体となっている。この他に, 妄想的とみれなくもない症状があったが, 分類の都合上, それらは他の症状項目に入れた。

E. 不安, 抑うつなどの感情症状

単に不安のみを訴えるもの, また他の発作症状についての不安を訴えるもの合わせて, 14例に認めた。また気が滅入る, 憂うつになる, 虚しくなるなどの症状を9例に認めた。その他に, 恥かしくなる, 嬉しくなる, 笑いたくなるなどの訴えがあった。

F. 自殺傾向, 攻撃破壊衝動

両者併せて14例に認めた。

生きていても仕方がない, 死んだほうが良い, 殺してほしい, なんの役にも立たず死んだほうが良い, 飛び下りたくなる, 電車に飛び込みそうで怖い(6)。顔を無意識的に物にぶっつける。自殺未遂。怒りっぽくなる, 怒鳴りたくなる。乱暴したくなる(5)。暴力行為, 器物破壊。

これら症状や行動は, 発作症状が引き起こす苦痛に対する反応として生じることも, また発作それ自体から一次的に生じることもある。同じことは, 不安や抑うつ症状の場合にもあてはまる。

表4 急性錐体外路症状の発作随伴率

	症例数	%
随伴の確かな症例	29	42
随伴の疑いの症例	18	26
両者合計	47	68
随伴していない症例	22	32

表5 発作に随伴した急性の錐体外路系ならびに自律神経系の症状内容

	症例数
眼球上転発作	15
瞬目発作	5
傾性斜頸	3
四肢の振戦	4
足踏み	4
身体硬直, 緩徐動作	9
焦燥状態	22
吐気, 脂漏, 発汗, 流涎, 尿閉, 動悸, 高血圧	10

また動機のはっきりしない衝動的な自殺企図や暴力行為が, 後の患者の陳述から, 発作の状態で行われたことが判明した症例が数例あった。以上にあげた精神症状を表3にまとめた。

11. 錐体外路症状及び自律神経症状

各症例を治療開始の時点まで遡って調べて, 発作性精神症状に急性の錐体外路症状が1度以上随伴したことが確認できた症例は, 42%であった(表4)。両者が出現していても, 同時ではなかったものと錐体外路症状を欠くものとを併せると, 32%あった。Aのaとcの項の後半にあげた訴えやその他錐体外路症状の可能性のある体験を訴える症例は, 26%あった。精神症状に随伴した急性の錐体外路症状の内訳は表5に示した。自律神経症状が随伴した症例は10例あった。

12. 発作性, 挿話性症状への患者の態度

a. この発作性現象を体験している患者の中には, これを病気と見なして自ら名前をつけた入がいた。いくつか例をあげると, 「発作」, 「聞き取られる症状」, 「つぶやかされる症状」, 「シコウテイ」(思考力停止の意味だという), 「破滅感」などである。

b. 病勢が急性期から回復期に入りかけたばかりの頃で, まだ急性期体験が続きまた思路の弛緩も加わって, 会話がまとまらない状態のことがある。こうした場合, 発作体験に焦点を絞ることは比較的難しかった。ところが, 患者自身はこの発作性体験を通常の分裂病性体験とは区別して, 「それとは違う」と明言したことがあった。

c. 一また, 欠陥症状強く疎通に難点のある患者

の場合でも、この発作体験に話題が及ぶと、疎通が改善した例があった。それまでのいわばずれた接触が一瞬回復して、アカシジアとか身体疾患を患う人のそれと変わらぬ態度に変化した。

d. 発作になると一般に患者は、外見的には静かに身を横たえて休み寡動になった。

e. 逆に多動になることもあって、焦燥状態、衝動的な暴力行動、自殺企図などを呈するので要注意であった。

13. 発作出現の状況など

a. 発作の起きやすい状況としては、仕事、レクリエーション等の活動の最中あるいは疲労時、外に出て陽光を浴びるとか人混みに入るなどの外界の刺激が増大した時、テレビを見て感激してなどがあった。

b. 発作の起こる時間帯は、午後の2時、3時から夕方にかけてのことが圧倒的に多く、午前とか夜遅くのは少ない。

c. 発作の持続時間は30分から1時間ほどのことがやはり圧倒的に多く、半日、1日と長く続くものはむしろ稀であった。

d. 月の単位で分裂病経過をみた場合、発作症状が出現し始めるのは一般にSchubからの回復期であった。分裂病再発の初期あるいは増悪期に、発作を呈した症例は確認できなかった。

e. また発作は1回目のSchub(初発)から出現することは稀であり、2,3度目以降から出現し始めるのが通例であった。

14. その他発作性、挿話性症状に関する事

a. 発作が長年にわたって出現し続けている症例の場合に、同じ症状が反復して変わらない例があった。他方、発作を繰り返すうちに症状内容が変遷し、また多彩化する例もあった。なお、発作症状に自我障害症状が含まれていると、経過につれて症状内容は多彩化する傾向があった。

b. 一部の症例では、分裂病性体験と発作性体験とが、混在混交の様相を呈するものがあった。このことは、Schubからの回復期でまだ急性期体験が残っている場合がそうであるし、また残遺状態にあっても持続性の病的体験が続いている場合にもそうであった。たとえば、発作が、夕方の時間帯に好発している時に、挿話性というほどにはまとまりをなさぬ現れ方で、日中にも似たような症状が出現する例があった。この場合、これは急性期から引き続く症状なのか、それと

も発作の不全型なのか、判別困難であった。

15. 患者の就労状況、入退院の事情

a. 患者の就労や対人関係の能力についてみると、自営や自立から家事家業の手伝いが出来ている例が多く、疎通もおおむね良い。両者ともに良くなく欠陥症状の目立つ例は、入院外来合わせて10例ぐらいであった。また、自我障害症状(結果1 C)を呈する患者の就労状態及び対人関係は、概して良くなかった。

b. 発作症状を除いて考えれば、寛解といえる状態にありながら、この発作症状が妨げとなって、仕事に就くのを控えるとか、仕事を辞めた例が各々幾つかあった。また同様の状態にあって、この発作症状を病気と見なして入院したものが、数例あった。また入院患者で、この発作性症状が続くために退院をためらっている例が、やはり数例あった。

16. 発作性、挿話性症状の治療について

a. 知覚異常に限らず精神症状を呈する例では、cloxazolamなどの抗不安薬が著効を示すことが多かった。その他、clonazepamでも良い効果をあげた例もあった。

b. 強い錐体外路症状を伴う例では、抗不安薬では十分な効果はなく、biperidenなどの抗パ剤の注射で治まった例があった。

症例 分裂病女50歳。夕方になると手足口頬に著明な振戦出現。同時に両眼球が上転し、顔面蒼白となる。"いても立ってもいられない、苦しい殺してください。胸がドキドキする、目がチラチラする。男の人の声で自分の思っていることを言えと聴えてくる"と訴える。diazepam10mg静注では効果はごくわずかであった。biperiden5mgの筋注で間もなく回復し、錐体外路症状だけでなく発作性の精神症状も、共に消退した。

c. 上記症例もそうであるが、投与中の抗精神病薬自体を減量するか、あるいは他剤に置き換えて、発作症状が完全に消えた例は、10例に及んだ。その中には、単に知覚変容症状だけの発作、また陽性・産出性の症状を伴う発作、そして両者に錐体外路症状が随伴するもの、いずれもが含まれていた。

d. 電撃療法を試みた例があったが、効果はなかった。

考察

1. 発作性、挿話性現象の概念規定

薬物療法下の分裂病が呈する症状の中から、発作性と自己違和性の二つの条件を充たすものを集めた。表3のまとめをみると、この現象は、きわめて多様な症候から構成されていることがわかる。

a. 過去の文献をみると、精神分裂病で発作性、挿話性に出現するこれら個々の症候を、部分的に報告するものはある。例えば、知覚性症状については、Chapman²⁾, Gross&Huber⁵⁾, Huber⁷⁾, 山口と中井¹⁷⁾, 山口¹⁸⁾らが既に報告している。いずれの研究者も、視覚をはじめとする多彩な知覚変容症状を挙げている。そして共通して、体感症やその他身体感覚異常が随伴することを指摘する。幻視、幻聴、その他の陽性・産出性症状は除外する点でも共通している。陽性・産出性症状については、Glatze⁴⁾が、Paroxysmaleschizophrenesyndromefür発作性分裂病症候群という題で報告した。発作は、体感症で始まり、世界没落感を経て、幻聴などの分裂病性体験に移行するという。もし世界没落感は欠いてもよいのであれば、発作性分裂病症候群は珍しいものではない。調査対象の中にいくつもある。運動性症状については、Chapman²⁾一人が指摘した。Huber⁷⁾は、認知性の行為及び運動障害を挙げるが、運動性症状それ自体は扱わない。なお、自律神経症状にも注意を払っているのは、Huber⁷⁾一人である。思考障害についてはChapman²⁾, Huber⁷⁾, 永田⁹⁾らが指摘している。発作性精神症状に眼球上転発作などの錐体外路症状が伴うことを明言したものに、樋口⁶⁾, 仲本¹⁰⁾の1例報告がある。発作性と自己違和性の二つの条件を充たす症状を集めて得た結果は、以上の諸家が報告する様々の症候を包含する。発作の精神症状は、あまりにも多様多彩に過ぎて、既成の精神病理学的方法によったのでは、そこに何らかの症候的共通項を見出すのは困難である。その上、錐体外路症状も随伴するのである。そこをあえて整理しようとするれば、これら諸家のように部分的にまとめ、かつ錐体外路症状は除外することになると思う。

b. 調査によれば(結果17c.), 知覚変容症状も、陽性・産出性症状も、錐体外路症状も症状内容とは関わりなく、抗精神病薬の減量変更によって、いずれも消失した。従って、発作性、挿話性現象の概念を定義する際には、体験内容の精神病理学的特徴よりも、発作性と自己違和性の二つの基準をやはり重視すべきであると考えらる。

2. 発作に伴う急性錐体外路症

状調査の結果では、発作性、挿話性現象にはかなりの頻度で錐体外路症状が随伴する。他方、過去の報告には、分裂病で精神症状と錐体外路症状とが同時に出現することを一般的に論じたものはない。

そこで、この差が生じる理由について考察してみる。

a. 我々はこれまで固定概念にとらわれて来たように思う。入はひとたび発作を分裂病性症状だと見なすと、錐体外路症状を目にしてもそれとして認めないか、あるいは精神運動性興奮などの分裂病性異常運動と見なす。または逆に、錐体外路症状と認めてもそれを抗精神病薬の副作用だと思えば、精神症状には注意を払わない。要するに、発作性の精神症状に錐体外路症状が伴うという症候概念がないがために、見逃し続けて来たのである。しかし、他にもこの現象に特有の見逃ししやすい理由がある。

b. 発作好発の時間帯は午後遅くや夕方であるので、診察時間帯とはずれが生じやすい。そのため医師が発作を直接観察する機会はむしろ少なく、錐体外路症状が伴っていても観察から逃れることがある。

c. また発作について聴くのは、多くの場合事後の報告を通してである。前にも触れたように、発作の際身体症状を呈し得ることが念頭にないと、錐体外路症状が十分に疑い得る訴えも注意から逸れることもある。また、心的体験の異常と見なして認知や知覚の障害に還元することもある。

d. 顕在的な錐体外路症状があっても、患者が自覚を欠くか記憶に残らないかして、事後の報告では洩れることもある。

e. 顕在化しないので他覚的にはわからなくとも、潜在的には錐体外路障害があって、患者はそれを感知することが出来る場合もあるであろう。上記と同様知覚性の異常に取られやすい。錐体外路症状が随伴するという事実は、この発作性障害の本態を解明する上でも重要である。

3. 発作現象と非分裂病性疾患

発作性、挿話性現象は、分裂病以外の疾患にも出現する。かつて脳炎後のパーキンソン状態で観察されていた。眼球上転発作に伴って同時に精神症状が出現することを報告した人

に、Ewald³⁾, Pasche¹¹⁾, Wimmer¹⁵⁾, Stem¹³⁾, Beringer¹⁾がいる。いずれも、1920年代から30年代にかけての報告である。1958年にはわが国から立津¹⁴⁾が、錐体外路症状と自律神経症状の急性亢進ないし新生に伴って出現する精神症状を詳細に報告し、この現象を「精神神経発作」と名付けた。更には、脳炎以外の疾患でも本現象は出現する。Leigh⁸⁾はてんかんの例を報告している。またこの調査では、

人格障害,躁うつ病,非定型精神病などの例があった。どの例も抗精神病薬投与中のものである。

従って本現象は,分裂病以外の精神障害でも出現し,分裂病に特有のものともいえないのである。分裂病の場合でも,本現象を有する患者の割合は数%であり,分裂病に頻繁に出現する症候でもない。分裂病長期経過に照らしてみても,本現象が初めて出現する時期には,経過における時期特異性はない。以上の事実を鑑みれば,発作性,挿話性現象に非分裂病性疾患における同種の現象をも含めて考え,この現象はむしろ分裂病には非特異的な一つの症候群と想定することも不可能ではない。

4. 発作性,挿話性症候の特徴

本症候の特徴を幾つかの角度から検討する。まず,分裂病の急性期症状と対比してみる。

a. 本現象には,急性期症状との対比でみると,視覚性症状の出現頻度が圧倒的に高い。次いで狭義の思考障害に分類した症状も頻度が高い。視覚性症状や思考障害が多いことは,本現象の特徴のように思う。

各発作の症状は,毎回同形の症状布置を単調に繰り返して変化に乏しい。発作症状から幻覚や妄想が発展,体系化することはない。発作体験の内容は,患者の生活史との連続性が乏しい。急性期体験のように,そこに死と再生の主題を垣間見るといったこともない。

発作で出現する精神症状は,急性期でも出現するのかどうか。少なくとも視覚性症状については,両者を比較してみても急性期(初期・増悪期)には出現してはいなかった例が多く,関連はない。発作で幻聴を呈するものは,急性期でもあるという印象がある。ともあれ,発作性の体験は,回復期の陽性・産出性の体験からは孤立したあたかも離れ島のような印象を与える。自己違和的であることでも孤立している。

また発作がいく種類かの症状から構成されている場合,それら症状間には精神病理学的に了解可能な意味関連は認めがたい(例えば,知覚変容症状,眼球上転,考察察知体験が同一発作に出現する例)。発作性障害の本質は,分裂病性体験を呈するなど症状がきわめて多彩であるにもかかわらず,結局その共通項は,精神的上部構造というよりもむしろ下部の身体的感覚的な領域にあるように思われる。患者が体験する苦痛もまたそうした領域にある。

b. 発作の契機としては結果(13a.)に記載した内容のものがある。これら契機はむしろ身体的感覚的レベルで誘因となっているふしがあり,発作の体験内容との間の心理的意味関連性は乏しい。患者は,発作回避の手立てを試みることは出来る。しかし発作がひとたび始まれば,患者自身その過程を頓挫させるのは難しく,多くは寡動になり終わるのを持つ。焦燥状態を呈する場合は治療を求めてくるが,その際に被暗示性の亢進を認めることがある。例えば,注射針は刺しても薬液の注入はまだしないうちに,よくなりましたと安心して安心する類の,単純な性質のものである。治療者の人格や個性は問題にはならない。

c. 発作体験に対する患者の構えを一言でいえば,自己違和的である。結果(12a. ~ c.)に述べたように,患者が発作に自ら名前を付けるのは珍しいことではない。名前を付けるという心的行為が可能なのは,体験に対して距離をとって対象化する能力を保持しているからである。また,通常の病的体験とは識別して,発作体験を例外状態とみる例もある。あるいは,自分だけが他者とは異なっていると単に感じている例もある。

発作の際の陽性・産出性症状は,発作性,自己違和性という条件を外してその内容をみると,急性期のそれとの区別は紛らわしい。ただしそれを訴える患者の表現は,「のような気がする,のような感じがする」と,判で押ししたような決まった様式を取ることが多い。これも自己違和性の反映であると考え。

発作から陽性・産出性症状のみを取り出して切り離してみれば,病識が十分とはいえないこともある。ここでそうした症例の一つあげ,併せてこの論文で述べる自己違和性という概念の一端を明確にしたい。

"頭の後ろの方締め付けられるみたいになる,そして自分の考えていることが筒抜けに聞き取られる"と訴えた患者がいた。この「聞き取られる」体験の内容は,"コーヒーを自分が飲む時はミルクをいっぱい入れて,人にやる時は少なく入れるとか,高価なタバコを喫っている"というものである。聞き取られると思う理由について,患者は次のように説明した。"周りの人の言葉遣いや態度,雰囲気でわかる。上の者から脅迫されるみたいに浮かんてくる。脅迫的に思われる。幻聴は外から聴えてくる。受け身。私の場合は能動的に自分のほうから発信している"。

この患者の考察察知体験のみを抜き出してみれば,病識は十分ではない。しかし全く欠いているわ

けでもない。ここで、この陽性・産出性症状を再び発作体験の中に戻し、発作全体に対する患者の態度に注目する。「頭の後が締め付けられるみたいになる」と共に、「聴き取られる」ことも、一体の出来事として患者自身とらえている。この体験全体を「聴き取られる症状」と自ら名前を付けて、体験に対して距離を取り対決している。このように、発作全体に対する患者の態度に注目して自己違和性をみる。

5. 発作現象は再燃の初期兆候か

次の成因論に移る前に、ここで指摘しておきたいことがある。この発作性、挿話性現象が、分裂病再燃の初期兆候となることかどうかなどという問題である。永田⁹⁾はこうした症例を三つあげた(症例1,4,6)。挿話性の不安あるいは心気症状から数日ないし1週間でいずれも急性の精神運動性興奮に陥ったという。中井¹⁷⁾の報告にも、知覚潰乱発作が始まってから2週間以内に再発して緊張病を呈した1例が載っている(第3例)。この度の調査ではこうした例を確認することは出来なかった(結果13d.)。永田の例でも中井の例でも、「再発」の病像は急性の精神運動性興奮や緊張病である。いずれも運動性異常を主体とする状態であるのは興味深い。これは偶然の一致なのか、それともこの現象と何か関係があるのだろうか。仲本¹⁰⁾や樋口⁶⁾の報告などに照らして考えると一層興味深い。この現象を分裂病再燃と考えるか否かは成因論を考える上でも大切な論点となる。

6. 発作性、挿話性現象の成因論

a. 分裂病に出現する本現象は本来分裂病由来のものであって抗精神病薬とは無関係と考えるのが、大方の趨勢である。Chapman²⁾は抗精神病薬との関連は念頭になかったらしく全く触れていない。中井¹⁷⁾、山口¹⁸⁾、山田¹⁹⁾は関連がないという立場である。いずれも、患者が服薬を中断したりあるいは薬を減らすなどしても、発作が消えなかったことをその根拠にしている。永田⁹⁾は、本発作に錐体外路症状が伴い得ることを認めたが、これと薬物の副作用による錐体外路症状とは区別する考えである。やはり抗精神病薬との関連は否定する。

b. Glatze¹⁴⁾とHuber⁷⁾は共に、抗精神病薬療法以前の時代からこうした症状があり、薬物はその出現を促進するが、それを新たに創りだすはしないという。しかし、十分な実証的研究を基にして述べたわけではなく、出現促進論(薬物因否定論)は十分に

に証明されたとはいえない。

c. 発作性現象には、分裂病由来のものとは異なるという、両因併存的な考えもある。例えば、錐体外路症状を伴う発作が薬物因性であり、陽性・産出性症状や知覚変容症状を呈するものは分裂病由来であると考えやすい。ところが、考察1b.で指摘したように、薬の減量や他剤への変更で発作が消退した例を見ると、これら症状の内容とは関わりがなかった。ともかく、分裂病由来と薬物由来とを区別するなんらかの臨床的兆候を明確にしなければ、両因併存論は立証困難である。以上に指摘したように、分裂病因論(薬物因否定論、出現促進論)、両因併存論には幾つかの不備、短所がある。そうは言っても、これら欠点が単純な薬物因論ないしは副作用論を直ちに有利にするとも思えない。ここで次のような事実に注目してみよう。前にも指摘したが、発作が出現し始めるのはSchubからの回復期に多い。またSchub様式の経過をとらない症例、例えば単純型分裂病や体感症性分裂病の症例では、haloperidolなどのような高力価薬投与を契機にして、発作症状が出現し始めるのを経験することがある。この場合、分裂病性過程は急性期の幻覚妄想状態ではなく、寛解状態でもなく、いわば両者の移行状態あるいは中間状態にある。こうしてみると、分裂病における本現象の出現には、やはりある種の分裂病性過程が関与するように思われる。それ故、この現象は分裂病性過程と抗精神病薬作用とのアマルガムであるとの仮定も成立しうる。なお今度の調査では、この現象には性差があり男性優位であった。厳密な調査によってもやはり性差が確認されれば、成因として考慮に入れねばならない。

V. おわりに

今日我々は、主として精神分裂病で挿話性現象を稀ならず観察するようになった。この現象は神経症様症状、知覚変容症状、幻覚妄想症状、抑うつ感、不安焦燥などの身体感情症状、自律神経症状、錐体外路性の筋緊張及び運動症状など多彩多様な症状を含んでいる。そして、精神症状と身体症状とが密接に相関するという点でも興味深い現象である。本現象と抗精神病薬との関連は深い。その関連を調べた結果、これら症状を従来のように部分的に捉えるのではなく、総体として捉える新たな観点が必要となった。今後は、この現象全体に適切な

名称を与え、精神医学総論あるいは症候論に載せて伝えて行くのがよいと思う。また抗精神病薬との関わりがあるという事実は、単に本症状の治療にとってのみ大切であるのではなくて、本現象の成因を検討するための重要な出発点にもなっている。この検討を通して、「分裂病者が呈する分裂病性精神症状は無条件に分裂病由来である」と見なす態度は、一度疑問に付され試練を受けねばならない。この作業は、抗精神病薬療法の時代に活動する我々こそが担うべき課題であると思う。

本論文の要旨は、精神病理懇話会・日光'87抄録に発表し、また精神薬療基金研究年報第19集で報告した。本稿をまとめる際には、東北大学保健管理センター福田一彦助教授と討議し助言もいただいた。

文献

- 1) Beringer K: Uber ein ungewonliches Anfalls-syndrome bei post encephalitischem Parkinsonismus. Z gesamt Neurol Psychiatr 136; 259, 1936.
- 2) Chapman J: The early symptoms of schizophrenia. Br J Psychiatry 112; 225, 1966.
- 3) Ewald G: Schaubauanfalle als post encephalitisches Störung. (Zugleich ein Beitrag zur Frage psychischer Störungen bei postencephalitischen Zuständen.) Monatschr Psychiatr Neurol 25; 222, 1925.
- 4) Glatzel J, Mameros A: Paroxysmale schizophräne Syndrome zur somatischen Metatrophie chronischer Schizophrenien. In: Theorie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen, hrsg. von Huber G, F.K. Schattauer, Stuttgart, p. 63, 1976.
- 5) Gross G, Huber G: Sensorische Störungen bei Schizophrenien. Arch Psychiatr Nervenkr 216; 119, 1972.
- 6) 樋口久, 清水徹男, 菱川泰夫: 眼球上転を伴う発作性の精神症状を示した精神分裂病の1症例. 精神神経誌 89; 374, 1987.
- 7) Huber G: Psychiatrische Aspekte des Basisstrukturkonzeptes. In: Schizophrene Basisstrukturkonzepte, von Stillwold L, Huber G, Springer. Verlag, Berlin, p. 39, 1986.
- 8) Leigh RJ, Foley JM, Remler BF, et al: Oculogyric crisis: A syndrome of thought disorder. Ann Neurol 22; 13, 1987.
- 9) 永田俊彦: 分裂病性残遺状態における挿話性病理解現象について - 残遺状態の理解に向けて. 土居健郎編; 分裂病の精神病理 16, 東京大学出版会, 東京, p. 167, 1987.
- 10) 仲本春男, 池間玲子, 小椋力: 精神分裂病にみられた oculogyric crisis. 第90回日本神経学会九州地方会抄録, p. 1217, 1987.
- 11) Pascheff C: La coincidence du tic ou syndrome de la deviation periodique des yeux en haut avec des pseudohallucinations visuelles dans l'encephalite lethargique epidemique. Rev gen de l'oph 40; 333, 1926.
- 12) 佐藤田實: 精神分裂病者に出現する発作性知覚変容体験について. 精神神経誌 88; 808, 1986.
- 13) Stem F: Uber psychische Zwangsvorgänge und ihre Entstehung bei encephalitischen Blickkrämpfen, mit Bemerkungen über die Genese der encephalitischen Blickkrämpfe. Arch Psychiatr 81; 523, 1927.
- 14) 立津政順: 黒核障害の臨床, とくに精神構造. 神経進歩 2; 741, 1958.
- 15) Wimmer A: Tonic eye fits in chronic epidemic encephalitis. Acta psych et neuro 11; 173, 1926.
- 16) 安永浩: 分裂病の症状論. 金剛出版, 東京, p. 9, 1987.
- 17) 山口直彦, 中井久夫: 分裂病者における知覚潰乱発作について. 内沼幸雄編; 分裂病の精神病理 14, 東京大学出版会, 東京, p. 295, 1985.
- 18) 山口直彦: 分裂病者の訴える知覚変容を主とする発作症状について. 精神科治療学 1; 117, 1986.
- 19) 山田幸彦, 齊藤伸: 注察妄想を主訴とする分裂症の一例のゲシュタルト危機について. 季刊精神療法 13; 59, 1978.