

第104回日本精神神経学会総会

教育講演

私の統合失調症診断とその治療

武正 建一（杏林大学名誉教授）

はじめに

1980年代以降実用化され、それなりの成果をあげてきたDSMにはじまる操作診断、診断基準もここにきて単にマニュアルによるレッテル貼りにすぎないのではないかといった声が聞かれるようになってきている。筆者のような古い世代の精神科医は、といってもそれは一部であるのかもしれないが、統合失調症の診療に際して現行の診断基準を使用することにあい変らず矛盾と違和感を抱いたままであるのを否定できない。

DSM-IIIの導入以降、精神医学の諸症状も身体医学と同等のレベルのものとするという方向性からか、明確な症状による診断基準をもとに対象を設定し、目標に向かって診療と研究をすすめることで成果を期待するというものであったが、この客観性と明証性を求めながらの30年の経過をみても、はたしてこの方向が精神医学の実状に合ったものであるのかどうか、問題点はどこにあるのかなどについて再検討する時期がきているのではないかとも思われる。

統合失調症の診断

以前、「精神分裂病の診断」と題して短い文章を書いたことがあるが(1982)、その中で筆者は次のようなことを述べている。「精神科に入局してまだ間もない時期のことであったと思うが“現実との生ける接触の喪失”(Minkowski, E.)とか“プレコックス感”(Rümke, H.C.)といった

精神分裂病を特徴づける魅惑的な表現を前にして、この未知の分野に対する興味をかきたてられたことがある。その後、何年か臨床にたずさわるうちに次第にこうした直観によって得られるものに近い現象には不確定の要素が多く、できる限り客観化し得る標識への努力が必要であるように感じられてきた。したがって、分裂病の重要な症状は何であるかという学生たちへの質問にたいして若い人たちから“現実との生ける接触の喪失”などという言葉が返ってくると、なかば感心しながらも実際にはそれを診断上どのように応用できるのかと反論してみたりすることもあった……」とあり、操作診断、診断基準への方向を示唆する内容になっているが、後段には「……さまざまな特徴的の症状をただ羅列的に評価するのではなく、それらの背後にあるもの、各症状の結びつきを含む全体的印象ないし全体的把握といったものがある程度経験を有する臨床家の診断過程に自ずから働いている……」とも述べ全体的な見方を欠かせないのではないかといった内容になっている。

いうまでもなく、上記Minkowskiの表現はブローラー概念をフランスに紹介した頃の、ベルグソン哲学、人間-現象学的な影響を受けた提示、統合失調症概念の提示であったし、Rümkeのプレコックス感は、真正(echt)の統合失調症者に相対した人に生ずる特異な感じをさす概念であった。今思うと、村上仁先生(京大)によって翻訳されたMinkowskiの「精神分裂病」(昭和29年、

1954) は、この本を学生時代に手にしたことが思いがけずも精神科の道を歩むことになった一因になったとも、また後年統合失調症という病態にとりくむ素地になったとも考えられなくもない。また後者については、1966年の第63回日本精神神経学会総会(秋元波留夫会長)のシンポジウムにおいて「精神分裂病の診断基準、とくに Praecoxgefühl について」というテーマでとりあげられ熱心に討論されたこともある。

生物学的精神医学への強い潮流は、操作診断、診断基準の導入とあいまって精神医学における新たな転回点として期待されてきたが、かならずしも原因究明についてもまた治療においても明確な成果をあげるまでには至っていないように思われる。こうした現状をみると、先に述べたような不確実であるとして切りすてられてしまった観点も遠い過去の忘れられた物事としてかたづけてよいのかどうかを再考してみる必要があるのではあるまいか。それは、産出性の妄想や幻覚などの症状に加えて、全体的な把握によって得られる統合失調症の本質に目を向ける姿勢である。

先に述べた Rümke のプレコックス感が日本精神神経学会のシンポジウムでとりあげられるきっかけになったように記憶しているのが Fortschritt Neurol Psychiat (1961) に掲載された Müller-Suur, H. の「Das sogenannte Praecoxgefühl」であるが、同じ雑誌に「精神分裂病症状と精神分裂病者の印象」(1958)と題してあらまじ次のように述べている。「精神分裂病の診断は、もちろんこれに結びつけられたり、定義づけられたりしている臨床症状の確認なくしては成り立たないが(ここには診断基準が存立しうる)、それだけでは不十分であり、それらに加えてこのような体験を通して変化している人そのもの、内部的な存在の本質、直観的な印象、人間学的-現象学的要素を重ね合わせることによって完成するのだ……」と。

ところで、本稿では統合失調症の病名と精神分裂病という記載を混合して使用していることをお許しいただきたいが、それは概念の由来や背景を

考慮したためである。なおまた、統合失調症の診断をテーマにしていることでもあるので、ここで用語の変更についても一言ふれておきたい。

統合失調症という日本語病名はすでに公の文書にも使用されており、定着しつつあるのはいうまでもない。しかしながら、筆者自身はこの用語の変更に賛成の立場をとっていなかった。その理由は、自然科学において日常語のあいまいさを排し、思考と記述とを厳密にするために欠かせないのが学術用語であり、それによって同じ概念が継承され継続的な研究が行われ得るからである。これは、その後の「痴呆」から「認知症」への病名変更についても同様であり、この場合は近年無限定に用いられている「認知」という語自体にも問題があるが、ここではそれについてこれ以上ふれない。

いうまでもなく日本語の病名であった「精神分裂病」の変更には十分な理由、この語の持つ差別感や偏見をなくするためという理由があった。筆者も統合失調症が提案される前までは、必要書類などに記載する場合にできるだけ「精神分裂病」という表現を避け、神経衰弱あるいは精神衰弱といった語を使用していた。そのような面からみれば、確かに2002年以來の病名変更は有用、有効であったというべきであろう。しかし、日本語の表記が統合失調症になったからといって Schizophrenie, schizophrenia が変わるわけではない。もちろん、欧米でもこの病態に対して差別や偏見のあるのは日本と同様であるが、schizophrenia という用語そのものをあまり問題にしないのは何故であろうか。

学術用語というものへの姿勢の違いはともかくとして、ここで考えられる理由の一つに日本語が持つ特性ということがあるのではないだろうか。欧米では、このギリシャ語に由来する schizophrenia という表現は専門家を除く特に近現代の一般人には意味不明の記号と受けとられるのに対して、日本においてはその訳語を中学初等程度の知識があれば精神が分裂する障害とすぐに理解するであろう。それは、Anthropology (人類学)、Pithecanthrope (猿人) の例をあげるまでもな

いことである。ここに表音、表記を併用する日本語の優れた点があり、高級単語の意味を専門家と一般の人が共有できるということである。ところがそのことが、一方では本来医学専門用語である「精神分裂病」という単語の意味を一般の人たちも容易に理解できるがために、これに対して強い忌避の念を抱くことになるということでもあろう。「精神分裂病」という表現にこだわり、名称変更に至ったのは、一つにはきわめて日本的な事情があったのだということもできそうである。

統合失調症は Schizophrenie の適切な訳語ではないが、ここで問題にしている障害の本質、病態を考えると統合失調症という表現が必ずしも当たっていないとも言えない。かつて三浦岱栄先生（慶大）は、「Spaltung というよりも全体的な discordance（不調和，不統一）ですよ」と話していたが、これは Chaslin, P. の folies discordantes (1912) を指していたと記憶している。もっとも、これも元をただせば Bleuler の Spaltung (1911) に由来する、あるいはそれを参考にして出された概念であったようである。というわけで、障害の本質を表す言葉としてあなたがち不適當というわけではなさそうである。

統合失調症の実態と治療

近年統合失調症の軽症化あるいは寡症状性ということが言われるようになってきたが、それと同時にさまざまな手段による治療の成果、特に薬物療法による成果をやや過大視し、治癒に至るものが多くなってきたということも耳にすることもある。もちろん、早期発見と治療的介入という努力が、産出性症状の抑止と軽症化、社会復帰へと成果を上げていることは確かであるが、日常の臨床に接し、時にはほとんど無症状ながらなお外来を訪れる方々を診ていると少なくとも真の意味での治癒が増加しているということについては疑問視せざるを得ない。

父である Bleuler, E. のあとを受け、経過研究をライフワークとした Bleuler, M. の研究成果は大著「schizophrenen Geistesstörungen」(1972)

となって刊行されているが、終末状態 Endzustand としてあげている中の Heilung (recovery) についてはあらまし次のように記載されている。「社会や家庭にあって病前の生活に戻りもはや精神病とは言えず、短時間の面接では病的な症状も見られない状態であるが、注意深い診察ではなお妄想の残遺や病識不十分で、ひねくれや興味の狭さが認められるもので、社会寛解もこれに含める……」と、病態が回復してもなおなんらかのかたちで残るもののあることを示している。最近では統合失調症をエピソード的にみて、この病態の本質にある慢性経過という見方を軽視したり否定したりする傾向があるが、これについても以前に比べてさほど事態が変わってきたようには思われない。

ところで、本来統合失調症というのはその精神症状のために即座に入院などの対応や処置を要する症例ばかりではなく、全体を概観すればむしろそのような例は稀であると言ってもよいであろう。現今のような治療時代以前においても、もちろんさまざまな労苦や困難があったことは確かであるが、社会の中で多数の病者が生活していたことはそれを物語っていると考えてよいであろう。こうした事情を知るための一つの方法として、20世紀の日本、第2次大戦前から戦後にいたる長い間、行政や医療、看護そして時には監置といったかたちで病者に対応してきた経過をとりあげてみたい。

もちろん、20世紀初頭から精神障害に関する正確な全国的調査が行われていたわけではないが、それでも明治38年(1905)、大正6年(1917)、昭和6年(1931)には調査が行われており、そのあらましを知ることができる。しかし、本当の意味で全国的規模の詳細な調査が行われたのは、昭和25年(1950)に精神衛生法が成立したあとの昭和29年(1954)そして昭和38年(1963)であり、これによって日本の全人口中の精神障害者数や各疾病が占める比率を確認することができたといつてよい。ちなみに、昭和38年(1963)の全国調査、精神衛生実態調査では、当時の人口96156000人中の精神障害者数は1240000人で、

うち統合失調症は220000となっている。しかしながら、この全国的規模の詳細な調査が、種々の理由で1963年以後中断されたままになっているのは大変残念なことである。調査が中断されてから現在までは、各病院の受診者の資料は別にして、精神障害の実態は昭和38年の調査結果を基に各年度の人口から推定値を求めているのが実状である。

ここにとりあげた戦前戦後20世紀の日本における統合失調症への対応についても、この昭和38年の調査結果を基礎に推計したものである。先に述べた20世紀に入ってからの精神障害者の数値を見ると、明治38年(1905)では精神障害者数23931と諸外国に比べ極端に低い数値が出ているが、これは不十分な調査結果を示すものであろう。そこで、当時の日本の人口46620000から推定すると、精神障害者数は601400であり、うち統合失調症患者は107050となる。だが、上記の通り実際に調査上明らかにされた精神障害者数は23931であることから、当時の行政や医療の面で把握されていた統合失調症は4260で、その存在が推定される病者の3.98%、1/25の人達だけであったということになる。同様に、大正6年(1917)には統合失調症患者の7%、1/11が何らかの対応や医療および看護の対象として明らかにされていたということであり、昭和6年(1931)の調査ではそれが8.73%、2/25で、ようやく戦後の昭和29年詳細な調査が行われ1300000人の精神障害者中203000人の統合失調症の実数が明らかにされた。そして、9年後の昭和38年(1963)にその数は220000になっている。ちなみに昭和29年、昭和38年の人口は、それぞれ88293000、96156000である。

もちろん、20世紀前半の日本における各精神疾患の比率が、戦後の1963年調査時のそれ(統合失調症17.8%)と同じとするわけにもいかないであろう。ただし、これは入院患者についてであるが、1935年に調査されている全国の精神病床在院者の疾病別比率は、麻痺性痴呆の12.35%が目目されるが、早発痴呆63.06%で2005年の

精神科病院推計患者数(在院)のうち統合失調症群63.7%とさほどの相違はない(平成17年度患者調査、厚生労働省)。なお、戦前から戦後への入院外も含む疾病比率の変動を想定した上での、当時対象になっていた人達の推計値にも変わりはない。

以上のような数値から、凡そではあるが、明治、大正、昭和初期の日本における統合失調症の動態を考えると、人間関係はいうまでもなく社会そのものに対応することの難しさ、生活面での困難など筆舌に尽くしがたいものがあつたと想像されるが、なんら医療、行政面の対象になっていない96%(1905)、93%(1917)、91.3%(1931)の統合失調症の人達が家庭そして社会の中で生活していたという事実(見方を変えれば病者に対する看護や医療面での対応が全くと言ってもいいほどなされていなかったということでもある)は、統合失調症という病態の持つ深刻さと同時に、にもかかわらず社会への適応可能性の大きいこと、そしてその広がりや物語っているのではないだろうか。そしてまたこのような矛盾した側面こそが統合失調症という病態の本質をも現しているのではないかと考える。

何らかのかたちでの残遺を伴う経過をみせている統合失調症者の治療も上に述べたように十分にその可能性のある社会的能力を時間をかけて育成し、確実なものにして行くことである。産出性の症状抑止のために薬物療法という基盤を欠かすことはできないが、それとともに長い年月の中で病者の社会適応をいわば醸成してゆく姿勢が肝要である。そのためには何よりも信頼に基づく治療関係をつくり上げることであり、言葉を越えた相互の信頼と交流において病者の根底にある対人関係の破綻を根気よく繕って行くことであろう。

おわりに

かつて統合失調症の中心的課題であるとして熱心に論じられながらも、医学的な明証性に欠けるとして忘れ去られつつある概念をとりあげ、現在なお有用であることを述べるとともに、この病態

の本質の一つがやはり慢性の経過にあるとする見方から、治療は相互信頼を基本にした息の長い治療的支援ないし援助である点に言及した。

文 献

- 1) Bleuler, M.: Die Schizophrenen Geistesstörungen. G. Thieme, Stuttgart, 1972
- 2) Minkowski, E.: La Schizophrénie, Psychopathologie des Schizoïdes et des Schizophrènes. Desclée de Brouwer, Paris, 1953 (村上 仁訳：精神分裂病。みすず書房，東京，1954)
- 3) Müller-Suur, H.: Die schizophrene Symptome und der Eindruck des Schizophrenen. Fortschr Neurol

Psychiat, 26; 140-150, 1958

- 4) Müller-Suur, H.: Das sogenannte Praecoxgefühl. Fortschr Neurol Psychiat, 29; 145-153, 1961
 - 5) 岡田靖雄：戦前の日本における精神病院・精神科臨床の発達。日医史誌，31；93-107, 1985
 - 6) 岡田靖男：日本精神科医療史。医学書院，東京，2002
 - 7) Pichot, P.: 仏米独における機能的精神病の分類とそのステレオタイプの比較。日仏医学，12；38-52, 1969
 - 8) 武正建一：精神分裂病の診断。生命の科学9〈生涯教育シリーズ〉。中山書店，東京，p. 5-6, 1982
-