

第 112 回日本精神神経学会学術総会

**先 達 に 聴 く**

## 統合失調症の陰性症状について

計見 一雄

(千葉県精神科医療センター/公德会佐藤病院)

現在わが国の精神科医の間で優勢な精神医学用語では、陰性症状とはスキゾフレニアの経過中の後期に出現するものと考えられており、一種の後遺症状であると見なされているようである。この考え方は DSM-III以降の精神医学界で優勢となったもので、それ以前のわが国や欧米で主流となっていたものとはほぼ逆転している。この見解に異議を唱えた本学会での議論の代表的なものとしては諏訪望の講演・論文があり、議論の出発点としてはこれが適当であろうと思われるので、その要旨を紹介することから始めたい。ついで、現在主流となっている考え方についてのプラスとマイナスを論じ、さらに今後発展しそうな脳科学からの情報をも視野に入れてこの概念の再検討を求めらる。

<索引用語：スキゾフレニア，陰性症状，DSM-III以降の症状記載，知覚の変容，運動の困難>

## はじめに

諏訪論文を要約すると、以下のようになる<sup>7)</sup>。

陰性症状とは臨床的に記述される陽性症状の背後にあつて、しかも臨床的記述レベルの症状論的な言葉では規定されない概念と解さざるをえない。そしてこの方向にそつて考えをさらに進めていくと、精神病(分裂病に限らない)の陰性構造こそ精神病の本態であるという命題が成立し、その本態にいかにして迫っていくかという最も困難な方法論上の問題に当面せざるをえない。

いずれにしても、Jackson 理論による分裂病の陰性症状が、もしも臨床レベルで生物学的事象との関連で解明されるとすれば、それは分裂

病という精神医学の最大の謎を解くいとぐちになるのであり…(略)。

著者は 50 年以上にわたる精神科医としての遍歴において、この記述を起点としてスキゾフレニア問題を考えてきた。諏訪教授は著者からみればはるかに遠望するような存在だったが、著者が勝手に「その後は、私がやります」と思い込んでしまったのだ。それに、この講演論文の末尾を受け継いだ論文や議論というものほとんどまったく存在していないという事実を考えると「今語らずして」という思いにも駆られる。

第 112 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2016 年 6 月 2～4 日，会場＝幕張メッセ，アパホテル&リゾート東京ベイ幕張  
総会基本テーマ：まっすぐ・ところに届く・精神医学

先達に聴く：統合失調症の陰性症状について 座長：伊豫 雅臣（千葉大学大学院医学研究院精神医学/千葉大学社会精神保健教育研究センター）

## I. 現在流布しているスキゾフレニアに関する「陰性」と「陽性」の意味

この陰性・陽性なる用語は、上掲論文にも述べられている通り、J.H. Jackson に由来し、周知の通り中枢神経系の損傷において、運動系上位中枢の機能欠損による弛緩性麻痺を陰性と、それに伴う下位中枢の自動的発火による運動失調、例えば不随意運動の出現を陽性と呼ぶ。主要な機能低下ないし欠損による症状が陰性だから、病変としてはこの方が主役であるが、今日流布している用法ではこれが逆転している。陽性症状とは疾患を特徴づける異常体験（幻覚や妄想の類い）を指し、陰性症状は疾患の後期に残る意欲減退や感情表現の低下をいうことになっており、疾患の後遺症状とも見なされているようである。

この変更が十分議論された結果であるとは思えないが、それでもこうなったいきさつのようなものについては著者なりに理解できその有用性を否定するものでもない。この変更に関する著者の理解は以下のようなものである。

伝統的な用語が変わったきっかけは、1970 年に出版された J. K. Wing らの書物 “Institutionalism and Schizophrenia”<sup>9)</sup> であろうと考える。この書物は英国の 3 つの精神病院に関する調査の結果から得られた所見を述べたもので、デインスティテューションナリゼーション（脱施設化）という精神医療改革運動の嚆矢ともなったものである。内容の詳述はここではできないが、それぞれの病院の患者処遇の閉鎖性を、病院外社会との接触、所持品の多寡、病院内での移動距離などの指標を用いて数値化して比較し、それらが入院患者の行動面にどう影響しているかを調査したものである。その行動を評価する際に用いた指標が「陰性症状」なることばでまとめられた。感情表出・言語表現の貧困化、動作の緩慢さなど、今日流通している用語とほぼ同一のものである。

この報告の前半部分ではこの症状群を poverty symptoms と表記しているのが、後半以後で negative symptoms に変わっていて、中間では混在している。何回か読み直したが、この変更に関

する説明は見あたらない。環境的な貧困、病院外社会との接触の少なさなどの程度に応じて「陰性症状」が増強するということが、統計学的に証明されているものの、それが疾病固有のものなのか環境の産物なのかについては、慎重に結論を避けている。

その後の理論的・臨床的検証に関する総説的な論文では、Crow, Andreasen ら<sup>1,2)</sup>のものがあるが、いずれも陰性症状を生物学的な、つまり脳の病変に基盤をもつものと理解しているようだ。Crow は陽性症状には薬物の効果があり、陰性症状にはリハビリテーション的な社会環境の改善が期待されるとも述べている。

Wing の書物では、むしろ環境的要因が重視されていた陰性症状概念がやや反転したかのようでもある。

## II. わかりやすくなった精神医学用語

著者は上の逆転めいた変化をかならずしも批判するものではない。陰性といえば正常の水準から低下したマイナスと、陽性ならなにかの異常現象が付加されたプラスとして理解されやすいという利点もあるから。

デインスティテューションナリゼーションの進行に伴って、患者の治療場面が病院内から外の社会へと転換し、そこに従事するスタッフも医師・看護師など専門性の高い職種から、精神保健福祉士 (PSW) など社会参加に有用な職種、さらには例えばアパートの家主・近所の住民へと広がった。この新たに精神医療活動に参加した人々にわかりやすく平易な症状記載が必要であるという事情が推定される。以前の伝統的精神医学である程度妥当と見なされていた疾患概念は、必ずしも平易な言葉使いでは書かれていなかった。

その他にも、疾患統計などの数値処理にもやや曖昧でアモルファスな旧診断名ではコンピューター処理に不便であるという事情も考慮され、ある意味では、プラグマティックなやり方として評価してもいいと考える。

では、これのマイナス面も考える必要はないだ

ろうか？

DSM-Ⅲの冒頭にははっきり記載されていることだが、「この診断・統計マニュアルはカテゴリカルな分類であり、生物の分類体系が採っているものと同じだ」とある。だから科学的だという主張であろうが、著者はここでちょっと待ってくれと言いたくなる。生物分類においては、それぞれの種は遺伝的に隔離されており、その証拠は異種間交配不可能だという点にある。近縁種では交配可能だから、馬と驢馬の交配で騾馬ができ、エドヒガンとオオシマザクラの交配種がソメイヨシノである。日本中の桜の大半はこの一代雑種であり、したがって結実しないから全部接ぎ木でしか増えない<sup>4)</sup>。

スキゾフレニアと例えば感情障害とはこれら生物分類と同じ程度に別種の疾患であるかという問いをたてることができる。こういうことを言うとき「単一精神病仮説」を信奉するのかと反問されることがある。著者はそんな主張をしているつもりはないが。

精神病の遺伝研究について著者はほとんど無知ではあるが、経験的に血縁間結婚の多い地域で、かなり濃厚に精神疾患が観察されることは事実である。しかし、その系譜の疾患群をみると、はっきりしているのは感情障害と見なされる人々が多いことで、それでいてスキゾフレニアと診断される症例も少なからず見受けられる。

### Ⅲ. 臨床場面で困ること

遺伝というややデリケートな話題よりも日常臨床レベルで著者が問題だと感じることもある。精神科救急病院を作って20年間病院長として働いてきた経験で「これは困る」という感触を得たことである。思春期、特に早期思春期に発病して病院に入院した少年・少女たちはもっと年上の人々よりも激しい精神症状を示すことが多い。精神運動興奮、幻覚妄想の存在がきわめて疑わしい患者たちで、多くは隔離室から治療が開始される。この人々がしばしばスキゾフレニアと診断される。DSM式クライテリアではそうなり、この診断基

準を信じきっている医者はしばしばそう診断し、薬物使用のアルゴリズムなるものに依拠して定式化された薬物治療を開始する。

この患者たちの入院直後の精神・運動興奮状態にハロペリドールを投与することは間違いではない。しかし、それ以降も使い続けるとどうなるか？ 無気力・運動の制止・不活発な動作など、まさにいうところの陰性症状が固定してしまったような病像を示し、長期収容型病院から転院してくる患者では、そのまま何年も固定した病状で経過してしまう例が目立った。

カテゴリカルな分類の弱点は、時間経過が記述しにくいことであり、症状の消長、徐々に始まるのか急に発症するのかなどを追うことが難しくなる。疾患の観察では、ある程度時間を止めてみることは重要な観点ではあるが、それだけでは十分とはいえない。暫定診断なる用語も近時すたれているように見える。精神疾患の病態を、脳という可塑性に富む器官から考える際に、ある時点で固定せざるをえない分類は、生命の原理である動的平衡<sup>4)</sup>をつかまえるには不便である。

### Ⅳ. はじめから存在し、 基底にひそむ陰性症状

後遺障害として陰性症状を捉えるなら、諏訪が指摘する、この疾患の基底に存在しかつ病期の初期から進行していると想定される、真の陰性症状なる捉え方は真実ではないことになる。

著者が新人のころには、スキゾフレニアにおける「基底欠損」なる言い回しが伝えられていたものである。当時のスキゾフレニア観はKraepelin, Bleulerの伝統を受け継いでいるから、ここでの陰性症状とは、生来もって生まれた疾患への準備をなすような遺伝素因によるものだという、暗黙の了解を伴うものである。上記Wingなどの書物はこれとは異なって病院の閉鎖性（病院外社会との交流の多寡）との関係で陰性症状に軽重が出るという見解を述べたものだが、断定的な結論は避けている。

仮に疾病の初期からあったものとしても、治療

施設の構造や外部社会に向けた治療的努力によって有意の差が生じることを実証的に示したもので、必ずしも精神病理学的にこの疾患の成り立ちを論じたものではない。

#### V. 知覚の病的変容か、それとも運動的な困難か？ 他の者には聞こえない「声」を聞くから病気？

精神病状態にあるか否かを判定する基準として、精神科医が準拠しがちなのは、知覚の病的変容の有無である。ごく単純化してしまえば「あんたは、聞こえると主張するが俺には聞こえない」という断定である。しかし、患者にとっては「ハッキリ聞こえているじゃないか！」であるから、この会話からはほとんどなにものも生まれないだろう。聴覚領の自動的発火が起きているに違いない。客観的という言葉の使い方次第だが、この自動発火は脳科学の先端技術を使えば「客観的」に証明されるに違いない。

それに、内心の声に耳を澄まさない人というのが、いったい存在するのかという気もする。世界史のなかの聖人・哲学者などで「神の声」やデーモンの声を聞いていた人々は少なくない。この人々を病気扱いして、人間の歴史から排除してしまったら、人類史はまことに貧寒なものになってしまうだろう。

聖人マザー・テレサは宗教的発心の当初には聞こえていたイエス・キリストの声がある時期から消えてしまい終生苦しんだ。ソクラテスは今で言う昏迷状態にしばしば陥って「デーモンの声を聞いていたのだ」と語ったという<sup>8)</sup>。

視覚と聴覚について詳述する紙数はないので、簡潔にまとめると、視覚は現在を見、聴覚は時間を聞くといってもいいだろうか。目の前を電車が通過するのを見る、遠くから近づいてくるのを聞くというありふれた情景で理解できる。聴覚は、目の前の状況に解釈をあたえる機能だともいえそうである。

#### VI. 病前・病中・病後の

##### 異常な体験・時間の経過のなかで…

現在の症状記載は、ある時点での特徴を捉えることには威力を発揮するものの、疾病の時間的経過、症状の推移という動的な変化を理解するには不十分だという難点がある。発病前、始まりかけ、やまいの極期、回復期、病後に残る症状という時間に伴う変化が、ある時点での決定というカテゴリカルな分類の制約によって、固定されてしまう。どんな疾患でも「経過」というものを無視することは許されない。

著者はスキゾフレニアの陰性症状とは、上述諏訪論文にもあるように、病気の根底にひそむ病理を示すものと考え、それは病前にも潜在しているものではないかと考えてきた。やまいの根ともいふべき思考の癖といってもいいだろうか。

77歳の今日まで、たくさんのスキゾフレニア患者を診療してきて、この十年ほどの間に徐々に気がつき、段々どうもこれじゃないかという確信とまではいかないが、そう思って患者の話を聴くと、ほぼ当たっているような言表があり「私には、考えてはいけないことがあるんです」というのがそれである。

考えてはいけないこと、つまり禁忌とされている言葉・想念とは、悪意・不道徳・道に外れたことの類いである。例えば、差別語の類いを想像してくればよいであろう。身体障害の人、在日外国人などを罵って言うことばがその例になる。「私は反差別の思想をもち、そういう運動にも参加してきた人間なのに、町でそういう人々に会うと、とんでもない悪罵が浮かぶんです」と泣きながら訴えた元活動家がその実例だった。そこから先には「これは私の考えではない、外部から注入されているのだ、そういう装置をどこかに埋めこまれたのだ」に至る。

「考えてはいけないこと」とは俗に言うケシカラヌことである。いわば道徳教の信者である。女性を見て「口説いてみよう」、憎い奴を「殴ってやろう」などと考えるはならない！

人にこういう言葉を内心に抱かせるのは、感情

であり、感情の由来はヒトがもって生まれた衝動的なものであろう。この衝動的なものについてはじめに考察を加えたのがFreudであり、リビドーと死の本能と名づけた。その後、精神分析的自我心理学では死の本能を攻撃性と言い換えた。

衝動的なものとは、ヒトを動かすエネルギーを指すと理解してもいい。

上述「考えてはいけないこと」とは、つまりは攻撃的な感情と性愛的な感情であろう。

本稿では、攻撃的衝動に焦点を置いて述べる。禁止される衝動的なもので、ヒトを運動へと駆り立てるものの原資を考えると、攻撃性の方がわかりやすいから。

「精神病理学は自由の病理学である」とはフランスの精神病理学者 H. Ey が喝破したところである<sup>3)</sup>。攻撃的な思考を発生から止めてしまうのだから、検閲なる表現の自由の抑圧よりはるかにたちが悪い。

## Ⅶ. 「考えてはいけない」から「動けない」へ

この病気の始まる前、始まりかけに出現するのは、運動に関する違和感である。思ったように動けない、以前のやり方を踏襲しても成果が上がらないという自覚的な違和感に始まり、計画通りに仕事が進まない、日々の動作もままならないという事態から、昏迷状態に陥ってしまう。この運動不如意の状況の進行とともに、知覚的な違和感が出現する。離人感・現実の変容感などがそれで、これが強まると「離人感・非現実感」なる症状と記載され、さらに知覚過敏、錯聴などが強度をまし、やがて幻聴などの異常体験の出現をみるに至る。

今日流布している診断体系はこの病気に関する運動系の機能的不具合～不能状態への臨床的記載が不十分ではないかと著者は考える。回復したが、まだ十分ではない患者が著者に語ったことがある。いわく、やろうと計画し準備して取りかかれたはずなのに、その計画がしばらくすると、薄くなって消えてしまう。あすの出勤に備えて前の晩準備していたのに、朝起きると薄くなったり消

えてしまうのが困る。

日常会話でも、話そうと頭のなかで準備しておいた言葉が消えてしまうので、患者は言葉の推敲ができないのだと訴える。この人はかなり知的水準の高い人であるが、そうでもない人々でも同様の訴えをきくことが多い。行為に伴う脳内の準備作業のようなものが動かなくなっているようだ。これが脳内のどこで遂行されるかについては、ほぼ定説があり大脳皮質前頭前野がその責任部位であるとされ、そこで作成される行動に関する準備的活動をワーキング・メモリと呼ぶことが定着している<sup>5,6)</sup>。

スキゾフレニア発症後にまもなく自殺したケースでの剖検所見では、この部位の微少な容積減少があり、減少しているのはニューロン間物質（ニューロピル）であるという報告もある<sup>5)</sup>。近時、画像診断技術の普及により以前は見ることのかなわなかった各種の精神疾患の大脳皮質の所見を得る機会が増えたが、スキゾフレニアと感情障害や老年性認知障害を比較すると、脳萎縮が著明なのは後者であり、前者での変化は比較的軽微であるという印象を受ける。

## Ⅷ. 私の陰性症状論、知覚の異常か 行為企画の減弱か

結論からいえば、陰性症状とは病の初期から存在し、この疾患の全過程を通じて存在し続けるもので、それ自体に症状的消長があり、治療的介入や病院生活の閉鎖性の程度にも左右されるものであると考える。

自閉・無為・人格の荒廃などと症状記載され続け、この疾患の運命的悲慘の根源をなすと見なされてきた精神医学的記述用語である。

陰性症状こそ、精神科医が臨床場面でも、研究分野でも取り組まなくてはならない課題であると医師としての生涯を通じて著者は想定してきた。

著者自身の経験だが、上述の離人感・非現実感が生じたときに、手を動かすとか1, 2歩歩くことでそれが解消したのを思い出す。高校生時代にこれを経験した後にも後年同様の現実感変容が出現

したことがあり、いずれもそれまでのやり方が通用しない場面であった。

主観的には知覚の変容だが、それが発生する状況は、「いつものやり方が通用しない」環境に置かれたという共通の特徴がある。行為・運動に関するやり方の変換ないしイノベーションを求められる状況である。

スキゾフレニアが多発する年齢の少年・少女の症例の多くで、勉強が行き詰まったときに共通してみられる現象に、強迫的な学習への執着があり、夜も寝ないで中学時代の学習から小学校での勉強の「やり直し」に没頭する。行為や行動のイノベーションが必要なのに旧来のやり方への執着から逃れられない。多くの場合、旬日を待たずして発病する。この行動的な禁忌ないし束縛の源泉が、上述「考えてはいけない」という思考禁止であろうことは、推定できそうである。

### おわりに

普通の人には聞こえない声を聞くから病気だという精神病理学の伝統思考から、運動の困難とその制止・昏迷へと発展する病気の経過にもっと注意を払ってもらいたいというのが、著者の願うところである。

著者には理解できない主張をするから病気だという決めつけから出発するなら、「おかしい」「いや、おかしくない」という堂々めぐりに陥って、治療の手がかりが失われ、共同してやまいに立ち向かうことが困難になる。

「思っていることが実行できないんですね」と語れば、協力して難局に立ち向かう道筋がみえてくるだろう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

### 文 献

- 1) Andreasen, N. C., Roy, M.-A., Flaum, M. : Positive and negative symptoms. Handbook of Schizophrenia (ed. by Hirsch, S. R., Weinberger, D.). Basil Blackwell Scientific Publications, Oxford, p.28-45, 1995
- 2) Crow, T. J. : The two-syndrome concept : origins and current status. Schizophr Bull, 11 (3) ; 471-485, 1985
- 3) Ey, H. : Études Psychiatriques. Desclée de Brouwer, Paris, 1952
- 4) 福岡伸一 : 生物と無生物の間(講談社現代新書). 講談社, 東京, 2007
- 5) Libet, B. : Unconscious cerebral initiative and the role of unconscious will in voluntary action. Behavioral and Brain Sciences, 8 ; 529-566, 1985
- 6) Selemon, L. D., Goldman-Rakic, P. S. : The reduced neuropil hypothesis : a circuit based model of schizophrenia. Biol Psychiatry, 45 ; 17-25, 1999
- 7) 諏訪 望 : 精神分裂病の症状構成—陰性および陽性症状をめぐって—. 精神経誌, 87 (11) ; 787-798, 1985
- 8) The Secret Life of Mother Teresa. TIME, 170(9), 2007
- 9) Wing, J. K., Brown, G. W. : Institutionalism and Schizophrenia : A Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960-1968. Cambridge University Press, Cambridge, 1970

## On the Negative Symptoms of Schizophrenia

Kazuo KENMI

*Chiba Prefectural Medical Center  
Koutokukai Satou Byouin*

Determining the true nature of negative symptoms has been a key theme of traditional psychiatric research. Before the introduction of DSM-III, the negative symptoms in schizophrenic episodes were postulated to be dysfunctions observed throughout the course of this disease. Nowadays, this terminology is understood to appear in the later phase of this illness, in the form of residual symptoms.

At the conference of this society (JSPN) in 1985, Prof. Nozomi Suwa argued against this understanding. He claimed that the underlying cause of negative symptoms is basic dysfunction of the CNS and that they manifest throughout this illness. In this discourse, I would like to follow this understanding of the negative symptoms of schizophrenia, clarify the true nature of negative symptoms, and introduce other aspects about the symptomatology of this disease, namely the difficulties of initiating motion.

Prior to the onset of illness, patients experience difficulties in innovative thinking, such as how to deal with new situations. As an origin of these difficulties, I had found common traits in these patients, namely that they were inhibited in thinking about improper things, such as abusive or denigrating words. They are not able to express their internal aggressive drive because of this inhibition. This inability to act leads to a standstill of action and thinking, and these symptoms are traditionally called “catatonic stupor”.

<Author’s abstract>

<**Keywords** : schizophrenia, negative symptoms, symptomatology after DSM-III,  
failure of the perception, difficulty in the motion>

---