

直接検診による精神分裂病の長期予後について

金沢大学医学部神経精神医学教室(主任 島藺安雄教授)

山 田 国 雄

(昭和35年12月10日受付)

I 緒 言

精神分裂病の長期予後に関しては既に数多くの報告があるが、それにもかかわらず筆者が今回調査を行ったのは次のような理由にもとづくものである。

1) 従来の長期予後調査は、その大部分が照会状あるいは質問状に対する回答によつてなされている。この方法は多数の症例について大体の趨勢を知るためには有利であるが、他方調査対象の選択や、病状の経過、現在の状態を知る上には不十分な点が多い。そこでである一定の期間に入院した一定の地区の全患者について直接検診を行い、患者の現在の精神状態を正確に知ると共に、退院後10年以上に渉る経過や現在の生活状況を把握し、精神分裂病の長期予後の実態を確認したいと考えた。

2) 従来のくわしい長期予後調査は大部分がシヨツク療法施行前のもので、シヨツク療法施行例について、前のもとはほぼ似た標準に従い広範な調査を行つた報告は比較的少ない。そこで従来わが国で最も広汎な調査を行つた林・秋元(1938)¹⁸⁾の場合とほぼ同様の標準に従つてシヨツク療法施行例の長期予後をみることにより、調査方法に若干の相異はあるとしても、これらの療法の効果について検討を加えたいと考えた。

3) 精神分裂病の概念に関しては、Kraepelin²³⁾の「早発性痴呆」の提唱から E. Bleuler⁹⁾の精神分裂病の命名²⁰⁾、更に力動精神医学の影響を受けて、今日なお議論の多いところである⁷⁾¹⁰⁾²⁴⁾²⁷⁾。1957年の国際精神医学会においてもこの問題は種々論じられているし³⁾⁶⁾¹³⁾¹⁵⁾⁴²⁾⁵¹⁾⁵⁸⁾、現在われわれは日常の診察の場での患者を前にして、彼を分裂病とみなすべきかどうかということについて、ほとんど結論の出ない長時間の議論をくりかえすことが少なくない。そこで個々の患者の病前から発病初期、更にその後の長期の経過をくわしく検討することによつて、この点に何らかの示唆が得られないかと考えた。もちろん筆者のような方法

をもつてしても、患者の全経過を、その生活歴をも含めて知ることが極めて不十分にしかできないのであるが、従来の質問状によるものよりは、はるかに具体的に把握できると考えた。

調査にあつて、筆者は次項に述べるように、対象の選択にかなり慎重な吟味を行つた。得られた結果は、数字の上では従来の報告と著しい相違はないが、しかしこのような直接検診によつて、一層確実な実態を把握することができたと思われるし、また一般に精神分裂病と診断されているものの内容をより具体的に知り得たことによつて、分裂病の概念についても若干示唆を受けるところがあつたので、ここにその結果を報告する次第である。

II 調査方法

調査対象は金沢大学医学部附属病院神経精神科に精神分裂病の診断で初回入院し、退院後調査現在までに10年以上を経過した患者である。

それに該当するものとして、昭和18年1月1日から昭和25年6月30日までの入院患者のうち当時石川県に在住したものを選んだ。

その概要は第1表の如くである。

第1表 調査対象内訳

昭和18年1月1日より、同25年6月30日までの間に金沢大学医学部附属病院神経精神科に入院した精神分裂病患者中			
当時石川県在住者	250例		
そのうち、現在他府県に移転又は生死不明等	75例		
現在、石川県在住者で生死確認例	175例	{ 生存例(直接検診例) 137例 { 死亡例 38例	{ 初回入院 110例 { 除外例 27例

註：= 印のアンダーラインしたものが、現在の統計対象である。

すなわち上記期間中に分裂病の診断(退院時の最終

Extended Observation of Schizophrenic Patients by Direct Examination. Kunio Yamada, Department of Neuropsychiatry (Director: Prof. Y. Shimazono), School of Medicine, University of Kanazawa.

診断を基礎とした)ではじめて、金沢大学神経精神科へ入院したもののうち、入院時石川県内に現住所を有していた患者の数は250例である。

この250例中、市町村の戸籍簿を通じて昭和35年現在生死ならびに現住所を確認出来たものは175例である。あとの75例は、他府県へ移動したりして現住所が確認出来ず、生死の判明しないもので、現在の調査対象から除外した。

生死ならびに現住所を確認し得た175例中生存例は137例であり、死亡例が38例あった。予後について云々する場合、もちろん死亡例も問題とすべきであるが、本調査では直接検診により長期間の経過を調べること重点を置いたので、本報告からは除外した。

さて、現在生存している137例について直接検診を行ったところ、筆者の対象とした期間よりも以前に増悪期があり、当科や他の病院で入院加療を受けたものが20例あった。また、発病後初めての入院であつても、明らかに分裂病として問題点の多い非定型¹⁾²⁾²⁰⁾³⁰⁾⁴⁰⁾⁵⁰⁾⁵⁴⁾に属すると思われたもの、あるいは直接検診の結果、入院時の記載と事情の異なることが判明したものが7例あり、これらも調査の対象外とした。

このようにして、最後に残った110例に関し、以下に述べるところの検討を行った。

所で精神分裂病の予後調査にさいしては対象の蒐集方法につき慎重な検討が必要である。

Stenberg³⁰⁾は精神分裂病の予後に関する従来の諸家の結果が著しく不一致であるのはその蒐集方法に問題があるとして、各報告例につきそれぞれの欠陥を指摘している。M. Bleuler¹⁰⁾も同様の点に注目し、彼の予後調査を次の5つの条件にしたがって行つたと述べている。すなわち、1)最初の病勢増悪期の結果でなく、なるべく長期の経過について統計的に調べねばならない。2)診断基準が同一の材料であるものについて調査すべきである。3)統計的な整理にさいしては、最終的な状態と経過型を系統的に分類することが望ましい。4)最終的な状態の持続期間を考慮する必要がある。5)患者が入院中か否かということは種々の条件によつて左右されるから、患者の最終的な状態の判定は、臨床像について行うべきである、としている。

これらの点を筆者の症例についてみると、a)対象は入院後10年以上を経過したものであり、b)診断はすべて入院観察の結果、秋元前教授によつて一定の基準のもとになされたものであり、c)後に述べるように最終的な状態と経過型によつて症例を系統的に分類し、d)かつ現在の状態像の判定は患者の臨床像によつて行つたものであつて、Bleulerのあげた点は4)

を除いてほぼ完全に満たされている。ただ最終的な状態の持続期間については、症例中に比較的最近増悪期をくりかえしたのや、病状がなお変化し得ると思われるものも少数含まれており、観察時の患者の状態を十分に持続的な状態とにいきすることはできない。しかし後述の通り筆者の調査は単に調査時の状態についての横断的な観察ではなく縦断的な経過も知り得る限り調べたので、たまたま短期間の病勢増悪期にあつた患者を現在における最終的な状態と過まつて判定することはほぼ避け得たものと考ええる。

筆者の調査方法については以上のほかに、次のような若干の特徴をあげることができる。

e)一定の期間に当科に入院した石川県在住の全分裂病患者のうちから、市町村の戸籍簿によつて現在石川県内の在住が確認された全例を選び、その中から初回入院でないもの、状態像から見て明らかに非定型に属すると思われるものなどを除いたほぼ全例について調査を行つたから、調査方法のために分裂病の中の特殊なものが特に多く選ばれているという可能性は比較的少ない。f)調査対象を初回入院患者に限定し、以前に当科または他の病院で入院加療を受けたものは全部除外した。g)当科においては分裂病患者に対し外来で電撃療法その他の特殊療法を行うことは極めて稀であるから、治療によつて治りにくいもののみが入院し、調査対象となつたということは余り考えられない。しかし1~2回の外来受診のみで、あるいは外来にも来ないうちに、一過性に経過したような軽症のものが調査からもれている可能性はある。h)中には家族としか面接できなかつたものもあるが、大部分の例では患者に直接面接したので、書簡による調査にくらべて、現在の精神状態や退院後の経過をある程度正確に知ることができた。また家庭を直接訪れた場合が殆んどなので本人の病状以外に家庭の状況なども不十分ながら知ることができた。

以上に述べたような比較的厳密な対象の選択と調査方法は従来の多数の報告中にもほとんど例をみないので、今回の調査の特徴と考えられるものである。

III 転帰と経過について

転帰の分類を一般に行われているように、完全寛解、不全寛解、軽快、未治の4群とし、それぞれにA、B、C、Dの符号をつけて区分した。その判定規準は林・秋元¹⁰⁾の分類にほぼしたがつた。すなわち、

完全寛解(A): 分裂病診断の根拠となつた一切の病的症状が消褪し、病前の健全人格が再現して社会的適応性、職業能力を恢復し、家族ならびに周囲に健全で

あるとの印象を与え、以前の自分の罹患に対し十分な病識を有しているもの、

不全寛解(B): 著明な病的症状は消失し、かつ相当の社会的適応性を有するが、なおある程度の精神的能力の低下が認められ、また性格上に何らかの変化を示しているもの。

軽快(C): なお、多少にかかわらず分裂病症状の残存があり、能動欠乏や感情鈍麻が明らかに認められるが、その程度は日常の家庭生活を行い得る程度で、場合によつては比較的簡単な職に従うことも可能なもの。


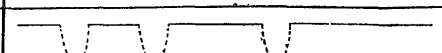
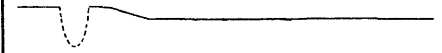
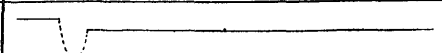
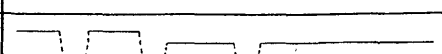
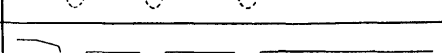
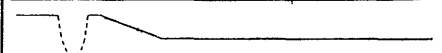
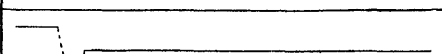
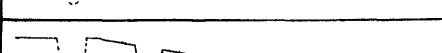


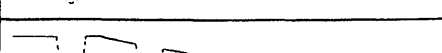
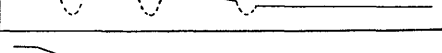
未治(D): 明瞭な分裂病症状を示し、殊に能動欠乏、感情鈍麻、思考障害などが顕著で病院、療養所などに生活し、家庭でも真の家族的生活は不能なもの、である。

なお、各症例をこの判定規準に準拠させる際には、

なかんづく a) 能動欠乏, b) 感情鈍麻, c) 思考障害, 殊に連合弛緩, d) 幻覚, 妄想などの自覚的体験, e) 職業能力欠除, f) 作業能力欠除, の有無の程度について検討し、判定を精確にしようとした。

更に上記の各群を発病以来の経過によつてそれぞれ2~4個の亜型に分類した。第2表はその図型化を試みたもので、実線は人格水準を、点線の切こみは病勢増悪期を示している。慢性的に経過する人格障害と病勢の一時的な増悪を実線と点線で区別したのは、この両者が互いに密接な関係にあるとしても、これを同一水準のものともみなすことにはなお問題があると考えたからである。ちなみに Zucker⁶⁰⁾ は過程分裂病(Prozessschizophrenie)と欠陥分裂病(Defektschizophrenie)における精神変化は本質的に異なることを実験的に証明し、Avenarius⁶¹⁾ も現存在分析の立場からこの考えを支持している。

第2表 転帰の分類

完全寛解(A)	単純型 A ₁		25例 (23%)	} 32例 (29%)
	波状型 A ₂		7例 (6%)	
不全寛解(B)	単純型 B _{1a}		2例 (2%)	} 17例 (16%)
	単純型 B _{1b}		7例 (6%)	
	波状型 B ₂		4例 (4%)	
	波状型 B ₃		4例 (4%)	
軽快(C)	単純型 C _{1a}		2例 (2%)	} 23例 (21%)
	単純型 C _{1b}		7例 (6%)	
	波状型 C ₂		6例 (6%)	
	波状型 C ₃		8例 (7%)	
未治(D)	単純型 D ₁		14例 (13%)	} 38例 (35%)
	波状型 D ₂		6例 (6%)	
	波状型 D ₃		18例 (16%)	

各群および各亜型の実数および百分率は第2表の右にあげた通りである。

各亜型について述べると:—

A₁: 完全寛解・単純型。

ただ1回の増悪期の後、完全寛解に達したもの(25例, 23%),

A₂: 完全寛解・波状型。

何回かの増悪期をみながら完全寛解にあるもの(7例, 6%),

B_{1a}: 不全寛解・単純型というべきもののうちで、1回の増悪期の後、一度は完全寛解に達したこともあるが、結局は不全寛解にとどまっているもの(2例, 2%),

B_{1b}: 不全寛解・単純型というべきもののうちで、ただ1回の増悪期の後、不全寛解に達したもの(7例, 6%),

B₂: 不全寛解・波状型というべきもののうちで、何回かの増悪期をくり返し、少なくとも一度は完全寛解に達しながら、結局は不全寛解にとどまっているもの(4例, 4%),

B₃: 不全寛解・波状型というべきもののうちで、何回かの増悪期を繰返し、そのうち一度も完全寛解に達することなく、現在不全寛解の状態にあるもの(4例, 4%),

C_{1a}: 軽快・単純型のうちで、た

だ1回の増悪期の後、1度は完全寛解に達したこともあるが、結局は軽快の状態にとどまっているもの(2例, 2%),

C_{1b}: 軽快・単純型のうちで、ただ1回の増悪期の後、持続的に軽快の域にあるもの(7例, 6%),

C₂: 軽快・波状型のうちで、何回かの増悪期を繰返すうち、少なくとも1度は完全寛解に達しながら、結局は軽快の域にとどまっているもの(6例, 6%),

C₃: 軽快・波状型のうちで、何回かの増悪期を繰返し、そのうち1度も完全寛解に達することなく、軽快の域にとどまっているもの(8例, 7%),

D₁: 未治・単純型.

ただ1回の増悪期の後、未治の状態にとどまっているもの(14例, 13%),

D₂: 未治・波状型のうちで何回かの増悪期を繰返すうち、少なくとも1度は完全寛解に達したこともあるが、結局は未治の状態におちいつたもの(6例, 6%),

D₃: 未治・波状型のうちで、何回かの増悪期を繰返し、そのうち1度も完全寛解に達することなく、未治に至つたもの(18例, 16%),
に分けられる.

この結果を従来の文献と対比して若干の考察を行つてみたい.

1) 治癒率について

筆者の例では完全寛解及び不全寛解をあわせた数は49例で、全生存例の45%に当っている。これを10年以上経過したものについての従来の報告と比較すると、Mayer-Gross (1932)²⁷⁾は16~17年を経た294例につき、一応健康で社会的に適應しているもの89例(30%)、働いてはいるが適應性に低下のみられるもの14例(5%)、家庭に在るが働くことができず、明らかに病的なもの10例(3%)、病院に在るもの56例(19%)、死亡125例(43%)という数字をあげている。すなわち一応寛解状態にあるもの(89例)は生存例(169例)の53%にあたり、これは筆者の結果より更に高率であるが、その主な原因は死亡例の1/2が病院内での死亡、または自殺によるものであることによると思われる。Schulz (1933)⁴⁰⁾は約20年を経た660例につき、寛解(G+LD)14.9%、未治(SD+DA+BI)52.5%、死亡24.1%という結果を得ている。またStenberg (1948)⁵⁰⁾は10年を経過した834例につき、男では寛解19.7%、軽快13.5%、未治66.8%、女では寛解15.6%、軽快12.1%、未治72.3%という結果を得ており、報告者によりかなり著しい差のあることがうかがわれる。

筆者の得た結果を林・秋元⁴⁸⁾が1939年に報告した予後調査のうちで発病後16~12年を経過したものについての成績と比較すると第3表の如くなる。これは林らの総数の128例のうち死亡例39例をのぞいた残りの89例についての実数と百分率を計算し、筆者の結果と対比したものである。

第3表 分裂病の長期予後
林・秋元統計との比較

	林・秋元	筆 者
	実数(%)	実数(%)
完全寛解(A)	29 (33)	32 (29)
不全寛解(B)	16 (16)	17 (16)
軽 快(C)	8 (9)	23 (21)
未 治(D)	37 (42)	38 (35)
計	89(100)	110(101)

完全寛解と不全寛解を含めた(A+B)群と軽快・未治を含めた(C+D)群の比較では両者の間に大きな差は認めがたく、極めてよく似通つた数字が出ている。対象および調査方法が異なるので厳密な比較はできないが、一方がシヨツク療法施行前で、他方がその後であるにもかかわらず、互いに近似した値が出ていることは興味ぶかい。一方、軽快例の比率は両者でかなり違つてはいるが、この理由については調査方法の相違や、シヨツク療法施行の有無が関与していることが想像される。

いずれにせよ、精神分裂病と診断されたものの寛解率が長期間経過後の直接検診によつても予想以上に高い値を示し、かつシヨツク療法施行前の統計とはほぼ似た結果が得られていることは興味ある点である。

2) 経過型について

分裂病の長期の経過を、筆者の如く細かく分類して調べた報告は従来これをみないが、ある程度類似した調査はM. Bleuler (1941)¹⁰⁾及びMüller (1951)³⁸⁾によつて行われているので、その結果と比較考察してみたい。

15年以上にわたる経過についてのBleulerの報告を筆者の所見と比較すると第4表のようになる。

Bleulerは患者の転帰を治癒(Heilung)、軽い欠陥(Leichter Defekt)、重い欠陥(Schwerer Defekt)、重い痴呆(Schwere Verblödung)の4段階に分けているが、これを筆者の判定規準と対比すると、治癒は(A+B)群、軽い欠陥はC群、重い痴呆はD群にほぼ対応する。

第4表 M. Bleuler との対象

M. Bleuler			筆 者	
Einfache Verläufe	1. Akut zu Verblödung.	5-10%	D ₁ 13%	21%
	2. Schleichend zu Verblödung.	10-20%		
	3. Akut zu Defekt.	5%以下		
	4. Schleichend zu Defekt.	5-10%		
		15-35%	25-50% 以下	C ₁ 8%
		35-45% 以下		
Wellen- förmige Verläufe	5. Wellenförmig zu Verblödung.	5%以下	D ₂ +D ₃ 22%	35%
	6. Wellenförmig zu Defekt.	30-40%	C ₂ +C ₃ 13%	
		35-45%以下		
7. Heilung		25-35%	A+B	45%

判定規準の問題などを考慮すれば両者間の細かい比較は困難で、殊に Bleuler の治癒例 (25~35%) と筆者の (A+B) 例 (45%) の数の差をもつて、治療の進歩による治癒率の向上と結論することは、先の林・秋元の調査結果との比較などからみて、なお慎重でなければならないと思われる。ただ単純な経過をとつたもの (すなわち Bleuler の 1~4 および筆者の D₁, C₁) と波状経過をとつたもの (すなわち Bleuler の 5~6 および筆者の D₂+D₃, C₂+C₃) との比較に若干の相違があることは注目を要する点で、これは病勢に変化を与えるショック療法の有無に關係のある可能性が大きいと思われる。

また Bleuler は、波状経過をとつたものは欠陥状態にとどまつて痴呆に到ることは少なくこれに反して単純な慢性型は多くのものが痴呆にまで達するとのべている。筆者の症例についてこれを見ると、C群における単純型 (C₁) と波状型 (C₂+C₃) の比は 9:14、D群では 14:24 で、C群とD群の間に明らかな差を認めることができなかつた。しかし上にも述べた如く筆者のD群の中には、Bleuler のいう「重い欠陥」と痴

呆 (Verblödung) の両者が含まれており、C群はほぼ「軽い欠陥」にのみ相当しているので、筆者の所見からただちに Bleuler の上記の結論を否定することはできないであらう。

Müller (1951)³³⁾ は 1917~1918年及び 1933年に初回入院した各 100 例についてその経過をしらべているが、彼の 200 例中、死亡例を除いた 194 例について各経過型の比率を計算し、筆者の結果と対比すると第 5 表の如くである。

ここでも転帰の判定規準が問題になるのであるが、彼が社会的治癒 (Soziale Heilung) または寛解 (Besserung) としたものは 34% で、筆者の (A+B) 群 (45%) に比してやや少ない。

経過型からみると、寛解例については、単純型に対す波状型の比率が、Müller の場合に、はるかに高率で、逆に彼が慢性状態 (Chronischer Zustand) に含めたものでは、波状型が筆者の場合に、はるかに高率となっている。後者の場合のくいちがいについては、不良な経過をとつた症例において、病状のどの程度の動きを一時的な病勢増悪期または寛解期とみなすかという

第5表 Müller との比較

V. Müller		筆 者	
1. Akut. subweis. Verlauf m. Ausgang in bisher dauer. sozial. Heil. od. Besser. x	16%	A ₁ +B ₁ : 31%	45%
2. Akut. subweis. Verlauf m. wiederhol. Rückfall., aber jedesmal. Ausgang in Heil. od. Besser. x	18%		
		34%	
3. Akut. subweis. Beginn m. spät. Ausgang in chron. Zust. anlässlich d. lte. Rückfall. x	12%	C ₃ +D ₃ : 23%	35%
4. Akut. subweis. Beginn m. Ausgang in spät. chron. Zust., nach wiederhol. u. zuerest. günst. verlauf. Rückfall. x	11%		
		23%	
5. Schleich. chron. Verlauf m. Besser. bis. z. Entlass. fähig. x	11%	C ₂ +D ₂ : 12%	56%
6. Schlech. chron. Verlauf u. dauer. Anstaltbedürft., od., nur ganz vorübergeh. Entlass. fähig. x	31%		
		42%	
		65%	
		C ₁ : 8%	21%
		D ₁ : 13%	

入院時の症状及び経過：被害念慮，滅裂，カタレプシー，幻視（人物誤認），独語，空笑等があり，ES 10回で急速に症状好転し，29日間で寛解退院した。

〔第3回目の入院〕

23歳の3月第2子（♂）を分娩した。妊娠中もその後も精神的に異常はなかつたが，産後約3カ月を経た頃，食事を摂らず多弁となる。睡眠障害，感情不安定で独語，空笑があり，「何を話しても涙も出さないから親とは思わない」と母に向つていつたりした。6月26日入院。生後100日になる乳児に哺乳したりは出来る。

入院時の症状及び経過：多弁，陽気，情動不安定，連合弛緩等の症状を認め，入院3日目に非定型躁病が疑われている。ES（9回）によく反応し，全経過24日で完全寛解退院した。その後25歳まで異常を認めていない。

〔第4回目の入院〕

25歳の春，第3子（♀）を分娩，8月25日睡眠障害が出てきた。9月1日実家へ帰つたが，多弁で人が自分の噂をしているとか，母親を実の母でないとか，妄想様のことを口にするので9月8日入院した。

入院時の症状及び経過：多弁，連合弛緩，軽度の錯乱状態で，睡眠障害が著明であつた。ES（6回）がよく奏効し，附添つていた母の希望で，入院後10日目，ESの影響が完全に消失しないうちに退院した。転帰は完全寛解である。

〔第5回目の入院〕

前回の退院後，別状なく農業に従事して来た。27歳の春，第4子（♀）を分娩。第2回目の入院以来，出産後に分裂病の増悪をみる傾向があるが，今度も8月中頃から多弁となり，9月に入つて誇大的なことをい出す。昂揚気分がみられたが，話の内容は支離滅裂で，睡眠障害もあらわれて来た。9月18日入院した。

入院時の症状及び経過：錯乱状態，多弁，冗舌，滅裂，落着きなく，動機無くして泣き出すこともある。ESを10回行つた。電撃痴呆状態から完全に回復するのを待たないで，家人の希望によつて入院後15日目に退院した。見当識がやや不十分であつたが，他に病的な点は認められず寛解状態であつた。

〔第6回目の入院〕

29歳の4月28日，第5子（♂）を分娩した。出産後も異常は認められず順調であつたが，8月15日頃から多弁となつて来た。自発性がなくなり，無感情で無為。辻褃の合わぬことを喋り，関係念慮，つきもの妄想，連合弛緩，幻聴を認めた。「他人の考えが皆わかるので馬鹿らしくなる。しかし自分の考えは他人にわ

からないので便利だ」などという。ESを9回施行し，その影響が残つていたが15日目家人に伴われ完解退院した。

本例は亜急性に発病した分裂病で，時に若干躁病の色彩を示したこともあるが，病像はほぼ緊張型といつてよいものであつた。病勢増悪期を7回繰返したが毎回ESがよく奏効し，短期間に完全寛解に達している。体型はやせ型で17歳に初潮をみた。はじめて精神的に異常を気づかれたのは17歳の結婚の直後で被害的，抑うつ的となつたが，最初は入院することもなく自然によくなつた。入院は6回で第2回目の入院以後は何れも分娩の2～4カ月後，授乳期中に発病している。何れも緊張病増悪型の型をとつているが，第1回目の入院は減動型の発病であつた。第2回目の入院後はすべて出産と関連しているが，17歳にはじめて異常を気づかれてからこの第2回目の入院までは，婚家の隣に住む友人が本人の批評をしたことを被害的に考へている。第3回目の入院以後はその友人が結婚して部落を去つており，友人についての関係念慮は認められない。第3回目の入院の折，非定型躁病がうたがわれているが，その後の精神運動興ふんの際にはほぼ定型的な緊張病の病像であつた。6回の入院の後，現在に至る4年間は完全寛解状態がつづいている。社会的には婦人会の会計を担当し，家業の農業に至極勤勉である。

分裂病の中で，周期的に増悪期をくりかえすものがあることは既に Kraepelin²³⁾によつても記載されており，彼は定型的な欠陥状態におちいつた500例の分裂病患者中，2%にこのようなものがみられたと述べている。Polonio (1954)⁴⁰⁾は，3回以上の増悪期を示した周期性精神病を492例の分裂病患者中75例（約20%）に認め，このような患者は肥満体型のものが多く，人格の欠陥は比較的軽く，また誘因が高率にみられると述べており，また F. W. Schneider (1955)⁴¹⁾は第2次大戦中の患者で，その後平均5～10年の経過を観察した45例中，7例が相期性（phasisch）の経過をとるものであつたと報告している。このような周期性の経過を示すものは，分裂病の特殊な経過型または混合精神病として従来，阿部¹²⁾，v. Angyal⁴⁾，Berlit⁸⁾，Diethelm¹⁴⁾，Müller³²⁾，Perelmutter³⁹⁾，Schwarz⁴⁷⁾，白石⁴⁹⁾，Wyrsh⁵⁷⁾その他多くの人々によつて記載され，v. Angyal⁴⁾は41年間に実に176回の病勢増悪期をくりかえした例を報告している。また Claude¹²⁾はこのように周期的な経過をとり，予後の特によいものを Schizomanie とし，彼のいう *démence précoce* と区別している。

このようなものにあつては、当然躁うつ病との関係を考慮せねばならないが、増悪期の病像に非定型的な色彩が少ない場合、経過型のみからただちに混合精神病としてしまうことには問題があるであろう。しかし比較的急性に増動または減動を示す病勢増悪期をくりかえすものと、これが1~2回で終わっているA型の中の一部のものを合わせた1群のものは、慢性的に人格崩壊を示す分裂病の中核群と種々の点でかなり異つているものと思われる。

IV 家系負因について

A, B, C, Dの4群について、その家系内——父母、叔父、叔母、祖父、祖母、曾祖父、曾祖母、同胞、甥、姪、従同胞の間——における広義の精神病負因の有無をしらべるとともに、尊族間の近親結婚の有無をも検討した。本調査は主として入院時の病歴の記載によつて行つたから、若干の記載もれがあることは否定できないが、概略はほぼ正確に知り得たと考える。

以下、負因関係の個々について述べる。

1) 分裂病負因 (Sch 負因と略称) を有するものについて。

総例数110例のうち27%に当る30例が Sch 負因を有していた。

各転帰別にみた Sch 負因の分布は第6表に示す通りである。

第6表 Sch 負因

転 帰	Sch 負因	
	例 数	実数 (%)
A	32	7 (23)
B	17	4 (13)
C	23	8 (27)
D	38	11 (37)
計	110	30 (100)

その家系内に明らかに分裂病患者を有する Sch 群の30例は、A群に23%、B群に13%、C群に27%、D群に37%と分布しており、更に予後の良否に大別して考えれば、予後良好であつた(A+B)群での分布は36%、予後不良であつた(C+D)群では64%の分布を示している。

この結果を全例の予後、すなわち(A+B)群45%、(C+D)群56%と比較すると、家系内に分裂病負因を有するものは、これを有しないものに比して寛解率がややわるい傾向がうかがわれるが、その差は有意のものとはいえない。

2) 明らかに躁うつ病負因 (MDI 負因と略称) を有するものについて。

総例数110例のうち4%弱の4例が MDI 負因を有していた。

MDI 負因の各転帰分布は第7表に示す通りである。

第7表 MDI 負因

転 帰	MDI 負因	
	例 数	実数 (%)
A	32	1 (25)
B	17	0 (0)
C	23	0 (0)
D	38	3 (75)
計	110	4 (100)

その家系内に明らかに躁うつ病患者を認めることの出来た4例のうち、1例がA群に、3例がD群に属している。これだけの成績では、MDI 負因と分裂病予後との関係を論じ難いが、いずれにしても分裂病の家系には MDI 負因が少ないということは云い得るであろう。

3) その他の精神病的負因 (Psy 負因と略称) を有するものについて。

これには Sch 負因、MDI 負因の項で述べた以外の精神病(たとえば進行麻痺)の他、診断の明らかでない精神病、更に犯罪者、自殺者、精神薄弱などを含まれた。

Psy 負因を有するものの転帰別分布は第8表の如くである。

第8表 Psy 負因

転 帰	Psy 負因	
	例 数	実数 (%)
A	32	12 (31)
B	17	6 (15)
C	23	7 (18)
D	38	14 (36)
計	110	39 (100)

その家系内に Psy 負因を有するものは、(A+B)群46%、(C+D)群54%でこの値は第3表に示した全例の予後とはほぼ同値である。すなわち分裂病と躁うつ病を除いた精神疾患の負因は予後とは何ら関係がないと思われる。

4) 近親結婚について

総数110例のうち、父母が「またいとこ」以内の血

縁関係にあるものを調査したところ全体の13%に当る14例が近親血婚による挙子であった。

その各転帰別分布は第9表にみる通りである。

第9表 近親結婚

転 帰	近 親 結 婚	
	例 数	実数 (%)
A	32	5 (36)
B	17	1 (7)
C	23	3 (21)
D	38	5 (36)
計	110	14 (100)

数が少ないので結論は避けねばならないが、この場合にもその分布は全体の予後(第3表)とほぼ類似し、有意の差を見出すことはできない。すなわち筆者の資料に関する限り近親結婚の有無と予後との間には特に関係が認められなかつた。

以上を総括すれば、分裂病と、躁うつ病以外の何らかの精神疾患の負因や近親結婚の有無と、分裂病の予後との間には明らかな関連性は認められず、また分裂病の負因についても、これのあるものにおいてやや予後が悪い傾向がうかがわれたが、その関係も有意のものとはいえない。

Yap (1957)⁵⁰⁾も南支那の分裂病患者についての調査において、婚姻関係や精神疾患の家族歴と予後との間に有意な関係を認めていない。一方 M. Bleuler⁴⁰⁾は、痴呆に到るものには家系負因のないものがやや多く、欠陥状態や社会的寛解に到るものには負因のあるものがやや多い傾向がみられること、急性に経過して痴呆に到るものは家系負因のあるものに多いことを述べているが、筆者はこれを確認するまでに到らなかつた。Leonhard²⁰⁾は彼のいう非定型分裂病において、良好な経過をとり欠陥の少ないものには強い遺伝的負因がみられ、不良な経過をとり重い欠陥におちいるものには負因が少ないと述べている。

金原(1933)²¹⁾は、遺伝的負因のあるものは、ないものに比し治癒率がやや劣り、殊に濃い負因のあるものには相当よい治癒を示すことはないといふ述べ、反対に、宮本(1959)²¹⁾は、遺伝負因のあるものはやや予後がよいと述べているが、これらは種々異なる精神疾患の負因を総合して論じているので、その意義は少ないものと思われる。

V 病前性格について

性格類型として、家族ないし本人の陳述から、大

ざつばに、外向性(Ex.)、内向性(In.)の2類型に分け、その何れとも定め難いものは不明(?)とし、各転帰と病前性格との関係をみると第10表の如くである。

第10表 転帰別病前性格分布

	A	B	C	D
	実数(%)	実数(%)	実数(%)	実数(%)
In	27 (84)	15 (88)	19 (83)	36 (95)
Ex	4 (13)	1 (6)	3 (13)	0 (0)
?	1 (3)	1 (6)	1 (4)	2 (5)
計	32 (100)	17 (100)	23 (100)	38 (100)

すなわち、何れの転帰群においても内向性性格を有するものが8~9割を占めており、総例数110のうち、88%に該当する97例が病前からIn.傾向を有している。

ここにおいて顕著なことは、D群に属するものには1例も明らかに外向性のものがみられなかつたということである。

Mauz²⁰⁾は、明らかに外向性の傾向をもち、開放的で現実的な性格の人は痴呆化の危険性が少なく、これに反して既に病前から内向的な傾向を有し、閉鎖的で敏感な性格の持主は痴呆化の危険性が多いと述べているが、この考えは、一部の反対を除いては(Kolle²²⁾)既に多くの人々によつて認められている²³⁾。

筆者の所見もこれとある程度一致するものである。

VI 性別について

総例数110を男女の2群に分ち、転帰別との関係をみると第11表の如くなる。

第11表 性別

	♂	♀	計
	実数(%)	実数(%)	
A	22 (31)	10 (26)	32
B	11 (16)	6 (15)	17
C	16 (22)	7 (18)	23
D	22 (31)	16 (41)	38
計	71 (100)	39 (100)	110

すなわち、男子71例のうち、A群は22例、31%であり、D群も同じく22例、31%であつた。一方女子では39例のうち、A群は10例、26%であり、D群は16例、41%であつた。すなわち女子においてD群がやや多い傾向がみられるが、有意の差とはいえない。

従来文献をみると、林・秋元¹⁸⁾、金原²¹⁾、Krae-

第12表 転帰別発病年齢分布

	A	B	C	D	計
	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
15歳以下	6 (19)	0 (0)	0 (0)	4 (11)	10 (9)
16 ~ 20	14 (44)	6 (35)	9 (39)	13 (34)	42 (38)
21 ~ 25	5 (16)	5 (29)	6 (26)	15 (39)	31 (28)
26 ~ 30	4 (12)	4 (24)	5 (22)	3 (8)	16 (15)
31 ~ 35	2 (6)	0 (0)	3 (13)	3 (8)	8 (7)
36歳以上	1 (3)	2 (12)	0 (0)	0 (0)	3 (3)
計	32 (100)	17 (100)	23 (100)	38 (100)	110 (100)

pelin²⁸⁾、宮本等³¹⁾、太田³⁸⁾及び Rennie⁴¹⁾等は男子に比し女子の寛解率が優れていると述べ、越智³⁴⁾や Stenberg (1948)⁵⁰⁾は逆に男子の寛解率が良いとしている。

また桜井、野田 (1938)⁴⁸⁾は性別による予後の差違を認めていないが、筆者の所見は桜井らの結果に近いといえる。

VII 発病年齢について

発病年齢を5歳毎に区分して、各転帰別の年齢分布をみると第12表の如くである。

総数110例については、16~20歳の発病が最も多く42例(38%)であり、次いで21~25歳31例(28%)、26~30歳16例(15%)、15歳以下10例(9%)となつている。すなわち30歳までの発病が殆んど大半で、総数の90%、99例であり、25歳以下に限つても75%、83例となる。宮本等 (1959)³¹⁾の5歳毎に区分した発病年齢分類でもその順位は、われわれの結果とほぼ一致している。

次に発病年齢と転帰との相関をみると、まずA群では16~20歳の発病が断然多く44%、すなわち32例中の14例を占め、次いで15歳以下の発病が19%、21~25歳16%である。B群およびC群でも16~20歳の発病が最も多くそれぞれ35%ないし39%を占めているが、次いで21~25歳の発病でそれぞれ29%、26%という値を示している。

これに反してD群では21~25歳の発病が最も多く39%、これに次いで16~20歳の発病が34%である。

以上の結果は、完全及び不全寛解例では16~20歳の発病が最も多く、未治群では21~25歳の発病が最も多いという宮本³¹⁾の報告とよく一致している。また林・秋元¹⁸⁾が「完全寛解に限り発病年齢の最高が16~20歳のところにある」と述べていることや、Tuczek⁵³⁾が、「第1回の病勢増悪後ほぼ寛解状態にあるものの

発病平均年齢は21歳、波状型をとるものでは19歳であるに反し、痴呆への傾向を示すものでは発病平均年齢が25歳である」と述べていることも、筆者の所見とほぼ同様の傾向を示したものであろう。しかしこれに反して Silva (1957)⁴⁹⁾の如く、初期症状が早く始まれば始まるほど治癒の可能性は疑わしくなると述べている者もある。

かかる発病年齢と予後との関係は、分裂病の病型と関連していると考えられる。たとえば奥田 (1937)³⁵⁾が破瓜型の発病率の頂点を23~25歳、緊張型の発病率の頂点を19~21歳と報告しているが、われわれも発病年齢と病型との関係をみたところ、第13表に示した如く頻発年齢は緊張型では22歳まで、破瓜型では28歳までであつた。妄想型では更に発病年齢が年長の方に偏つていた。

なお、36歳以上で発病した例のうち1例はA群に属し妄想型で48歳の発病、他の2例はB群に属し、1例は妄想型で発病年齢36歳、他の1例は緊張型で44歳であつた。

このように筆者の例では36歳以後の発病例が3例とも良好な予後を示したが、例数が少ないので勿論、結論的なことはいえない。ちなみに Stenberg⁵⁰⁾は30~50歳に急に発病した男の患者では36%が10年以内にわたつて持続的に寛解状態にあつたといひ、Müller³⁹⁾は年をとつてから始めて発病したものは特に予後が悪いと述べている。

筆者の例では15歳以下の発病例が10例みられたが、これらはいずれも14歳または15歳のもので、それより若いものは含まれていない。このうち6例はA群に、4例はD群に属していた。Stutte⁵²⁾は、児童の分裂病では40~50%が完全または社会的寛解を示し、14~17歳に発病したものでは予後はこれより若干悪いと述べているが、ともあれ、このように若く発病したものの予後は必ずしも悪くないように思われる。

第13表 発病年齢と発初病型

年 齢		14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	30	31	33	34	36	44	48	計
		実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
緊張型	3 (8)	4 (11)	4 (11)	2 (6)	5 (14)	4 (11)	1 (3)	2 (6)	3 (8)		2 (6)				2 (6)		1 (3)		1 (3)	1 (3)		1 (3)		36 (103)
破瓜型		2 (3)	10 (17)	1 (2)	7 (12)	3 (5)	4 (7)	3 (5)	3 (5)	4 (7)		6 (10)	4 (7)	1 (2)	4 (7)	3 (5)		3 (5)	1 (2)					59 (101)
妄想型	1 (7)		1 (7)						3 (20)				1 (7)	1 (7)		3 (20)	1 (7)	2 (14)			1 (7)		1 (7)	15 (103)

15歳以下の発病例と病型との関係を見ると、A群の6例はその初発病型がいずれも緊張型であり、またD群の4例においては2例までが破瓜型、1例が妄想型であった。

Ⅷ 初発病勢について

初発病勢を林・秋元¹⁸⁾にならつて、次の如く、急性、亜急性、緩慢に分け、転帰との関係を検討した。
急性：発病の日のほぼ明かなもの、
亜急性：発病の月のほぼ明かなもの、
緩慢：発病の季節又は発病年を知り得るにすぎないもの、である。

先ず転帰別に初発病勢の分布をみると第14表の如くである。

第14表 転帰別初発病勢分布

	A	B	C	D
	実数(%)	実数(%)	実数(%)	実数(%)
急性	14(44)	6(35)	2(9)	4(10)
亜急性	14(44)	4(24)	12(52)	12(32)
緩慢	4(12)	7(41)	9(39)	22(58)
計	32(100)	17(100)	23(100)	38(100)

すなわちA群では44%が急性に、また同じく44%が亜急性に発病している。つまりA群中大半の88%は急性又は亜急性の発病である。B群では35%が急性で、24%が亜急性、また41%が緩慢な発病であつて、病勢分布の上では比較的均等な分布を示している。C群では、亜急性の発病が最も多く52%を占め、次いで緩慢に発病したもの39%となつている。つまり91%が亜急性又は緩慢な発病である。D群では、緩慢な発病のもの

のが最も多く、58%を占め、次いで亜急性に発病したものの32%となつている。つまり90%が緩慢又は亜急性の発病である。

D群における分布をC群と比較すると、緩慢な発病のもの比率が遙かに高く、同じく欠陥をのこす予後不良例の中でも、発病が緩慢なものほど重い欠陥状態に陥る可能性が多いことがわかる。

次に初発病勢別に各転帰への分布をみると第15表の如くである。

第15表 初発病勢別転帰分布

	急性	亜急性	緩慢
	実数(%)	実数(%)	実数(%)
A	14 (54)	14 (33)	4 (10)
B	6 (23)	4 (9)	4 (17)
C	2 (8)	12 (29)	9 (21)
D	4 (15)	12 (29)	22 (52)
計	26 (100)	42 (100)	42 (100)

すなわち急性に発病したもののうちの過半数54%はA群に属し、次いで23%がB群に属し、計78%、すなわち約8割までが寛解状態に達している。これに反して、緩慢に発病したもののうちの過半数は52%は、D群に属し、次に21%がC群に属しており、計73%、すなわち7割以上が不良な予後を示している。

以上の結果は、急性例中47%は完全寛解を、緩慢に発病したもののうち62%が未治の転帰を示したという林らの報告¹⁸⁾とも極めて近似しているが、ただ彼らの急性例では30%が未治の転帰をとつているに対し、筆者の場合はその半数の15%であつて、急性例の予後は筆者の場合には一層良好であつた。いずれにしてもこ

これらの事実は、急性のもの程寛解率が高いという従来の考えを再確認するものであるが、その傾向はかなり顕著であるといえよう。

初発病勢の緩急は初発病型とも関連するので、それを表示すると第16表の如くなる。

第16表 初発病勢と初発病型

	急性	亜急性	緩慢
緊張型	20	14	2
破瓜型	5	21	33
妄想型	1	7	7
計	26	42	42

すなわち、急性に発病したものの26例中、20例つまり77%の初発病型が緊張型に属しており、慢性に発病したものの42例中、33例つまり79%の初発病型が破瓜型に属している。

IX 初発病型と転帰

第VII項および第VIII項においても若干初発病型について触れるところがあつたが、以下転帰との関係について考察してみたい。

症例の初発病型を明瞭に分類することはかなり困難な場合もあるが、初回入院時の最終診断に準拠し、通常分類される如く、緊張型 (K)、破瓜型 (H)、妄想型 (P) に大別し、このうち緊張型 (K) を更に K₁: 増動型, K₂: 減動型の 2 亜型に分類した。

すなわち、

K₁: 緊張型のうち精神運動興奮を主景として発病したもの、

K₂: 緊張型のうち、昏迷または意志発動の減退を主景として発病したものである。

なお破瓜型 (H) は、分裂病の中核症状である能動性の減退、感情の鈍麻が前景に出ているもの、

妄想型 (P) は幻覚妄想症状群が前景に出ているもの、である。

先ず各初発病型別に各転帰への分布をみると第17表の如くである。

第17表 初発病型別転帰分布

	K		H	P
	K ₁	K ₂		
	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
A	13 (36)	9 (25)	6 (10)	4 (27)
B	4 (11)	1 (3)	8 (14)	4 (27)
C	2 (6)	0 (0)	18 (30)	3 (20)
D	3 (8)	4 (11)	27 (46)	4 (27)
計	22 (61)	14 (39)	59 (100)	15 (101)
	36 (100)			

すなわち K 群の完全寛解率は61%で、P 群の27%、H 群の10%をはるかに凌駕している。また、K₁, K₂ の比較では完全寛解率はそれぞれ59%、64%、不全寛解までを含めると77%、72%で、両者はほぼ同率の寛解率を示している。これに反して、H 群は未治46%、軽快30%、不全寛解14%で完全寛解は10%にすぎない。

次に各転帰別に初発病型分布をみると第18表の如くである。

すなわち、A 群中、増動型 K₁ は41%、減動型 K₂ は28%で、併せて緊張型は69%と 7 割に近い率を占めている。これに反し C 群および D 群では破瓜型が78%ないし 71%と 7 割以上を占めているのが対照的である。

更にこの転帰の各群を第 2 表に述べた各亜型別に分類して、初発病型との関係を検討すると第19表の如くなる。

すなわち、緊張型で完全寛解を示すものの77%が単純型 (A₁)、すなわちただ 1 回の発病のみで以後健康状態を持続しており、一方破瓜型で軽快又は未治を示

第18表 転帰別初発病型分布

	A		B		C		D	
	実数	(%)	実数	(%)	実数	(%)	実数	(%)
K	13 9	22 (41) (28)	4 1	5 (30)	2 0	2 (9)	3 4	7 (18)
H	6	(19)	8	(47)	18	(78)	27	(71)
P	4	(12)	4	(23)	3	(13)	4	(11)
計	32	(100)	17	(100)	23	(100)	38	(100)

きはじめた。性欲が全くなく「キンヌキの馬と一緒にだ」などと言い、妻を避け、姿をかくしたりした。無為、茫然、不眠を認め、その後金大入院に至るまでの2年の間入浴していない。他人は勿論、家人と語ることもなかつた。30歳の6月、金大神経精神科に入院。

入院時の症状：かたい姿勢、仮面様でしかめ顔をし、疏通性がなく拒絶的で診察をこぼんだ。その他寡言、常同、空笑、無為、不活潑、不関、心気念慮、不眠、落着きなさを認めたが、発病以来の経過は破瓜型と考えられた。

入院後の経過：治療はES、17回。入院後1カ月で疏通性が出てき、話しかければ最少限度の返事をするようになった。しかし病識は全く無く、軽快の状態です退院。

退院後の経過：家にあても不関の状態は続き、31歳の時、妻の側からの申し出で離婚。37歳まで性欲は全くなかつたという。退院後家人は、本人に工場勤務を辞めさせ、農業に従事させるよう心がけた。38歳、完全寛解状態に到り再婚、社会適応も充分で農業経営にも積極的となる。家庭の処遇もよく、現在の妻自身再婚の身で、本人に対しよき理解者である。46歳、農業会評議員を委託された。現在47歳、生活は規則的で家計も自ら管理している。

本例は伯父に分裂病を思わせるものがあり、性格は内向性、発病は緩慢、ほぼ定型的な破瓜型であるが、入院時には緊張型の色彩もみられている。退院時転帰は不良であり、退院後完全寛解に到るまでに7～8年を要した例であるが、現在もなおおひきつき良好な状態を維持している。

症例 3 H.T. ♂ 32歳

家系負因：父系の祖父が大酒家で、父系の祖母の同胞に精神病1、精神病質者1があり、父もまた30歳の頃神経衰弱様となつたことがあり、その弟が31歳で自

殺している。また母系の従姉妹が分裂病である。

病前性格：幼時には快活でわんぱくであつた。小学校3年頃から寡言、内気となつてきた。

生活史：中学校に入り、1～2年の間、成績はすぐれていた。

発病以来の症状及び経過：16歳、飛行場建設の勤勞奉仕があり、栄養不良、下痢につづいて発病した。不眠、倦怠を覚え、心氣的となり内科医を訪れた。後約6カ月で小康を得、規則的に通学をつづけた。17歳、父が脳溢血で死亡したが、余り悲しむ様子もなかつた。4月、勤労働員で工場へ行つた。仕事の上のミスで引卒教師に叱責され、昏迷状態で友人に伴われて帰宅。夜は充分眠らず、便所へ行くといつては室内を徘徊する。「亡兄が生きていて、他の者はすべて死んでいる」と言つたり、見知らぬ人に「〇〇さんはどこですか」とたずねたり、他人の話に全く無関係な口出しをする。被害的内容の幻聴があり、物音を気にした。17歳の4月、金大神経精神科に入院。

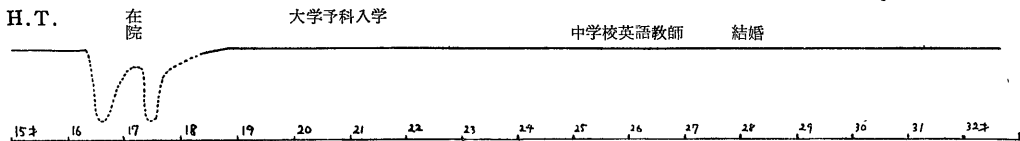
入院時の症状：幻聴、関係妄想、不合理思考、感情鈍麻、不活潑、不眠、連合弛緩、途絶、言語新作、記銘障害等がみられている。

入院後の経過：ES 29回施行で一時寛解したが再び悪化し、持続睡眠で寛解状態に到り3カ月で退院。

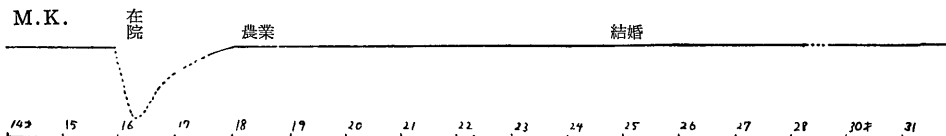
退院後の経過：退院後半年間自宅で静養し18歳で中学4年に復学、同年夏2～3日不眠のこともあつたが、その後完全寛解の状態が続いている。20歳、新制大学予科へ入学。25歳、大学本科を卒業。その後中学校の英語教師となり、28歳で結婚。30歳、男子をもうけ、現在32歳、K市の中学校で中堅教師として活躍している。

本例は栄養不良、下痢につづいて、いつとはなしに緩慢に発病、その後良い時期と悪い時期があり顕著な症状を発呈するに及んで入院したものである。この例

症例 3



症例 4



は入院前の経過では緩慢に発病した破瓜型を思わせるが、初診時（入院時）の記載は緊張型となっていたものである。

症例 4 M.K. ♂ 31歳

家系負因：父と母は「またいとこ」である。

病前性格：内向性。内気、陰気、温和、小心、やや短気。

生活史：農学校3年卒業。成績は優秀。

発病以来の症状及び経過：15歳の11月、寮に殴打事件があり寮長として煩悶、不眠があつた。12月の試験の答案を満足に書かなかつた。おこりつばい。1カ月程して徘徊、放歌等の行為もあつた。16歳の1月下旬落ち着きなく、児戯の爽快を示し他人の家へ行くが別に話もせず煙草がを要求したり、空笑がみられたりした。医師を訪れるようにうながすと「少し頭の具合がわるいが医者にみせるほどでないから神様にでも詣つて治す」などという。2月に入り黙坐し独語があつた。これからまた外出し勝ちとなり、不眠をきたした。16歳の2月入院。

入院時の症状：多弁、無関心、幻聴、多幸。

入院後の経過：2月末興奮し、衣服を破り、塗糞、連合弛緩、人物誤認(既視感)、でまかせ応答があつたがESを2クール(計45回施行)、発熱療法も行われた。ES終了後平静となり、4カ月で軽快退院した。

退院後の経過：18歳、完全寛解状態に達し、農耕、製炭に従つた。26歳結婚。30歳1子をもうけている。問題となるような症状は見当らず、社会適応も充分である。

本例は初診時「分裂病の初期」と診断され、既往歴からみても破瓜型の色彩が強いが、入院9日目の診察の時「躁病の病相期かも知れない」と書かれている。入院中貧血が認められた。亜急性にはじまっているが、発病時の病勢にかなりの動揺があつた。15歳の11月の殴打事件は大した動機とは考えられない。

症例 5 E.K. ♂ 32歳

家系負因：父の弟に若くして精神病となつたものがあるが、くわしいことはわからない。

病前性格：内向性。小心、内気、まじめ。

生活史：高等小学校を上位の成績で卒業後、工場に勤めていた。兄の死後頼りにする人がいなくなつた。

発病以来の症状及び経過：20歳の3月、工場の同僚が本人に唾をはきかけたといつて気にし、不眠、独語、放歌、幻視、幻聴等が出現した。4月に入りやや落ち着いたが独語、空笑は相変わらずであつた。口の中で何かつぶやく時々首を傾けている。会社は休み、ますます言葉が少なくなつた。家の前を通る人の話声を「自分の悪口だ」という。5月末入院。

入院時の症状：途絶、無関心、しかめ顔、寡言等。

入院後の経過：ES2回法、計16回施行後表情は生々してきたが、思考途絶を軽度にした。1カ月半で軽快退院。

退院後の経過：21歳、もとの工場へ勤務。22歳、結婚。24歳、長男出生。仕事に対して積極的であり、規則正しい生活を送っている。家庭生活は平和、ただ交友は余りない。工場へは11年間勤務している。

本例は発病が亜急性で既往歴の記載は破瓜型に比較的近いものであるが、初診時に「緊張病性興奮があつたようだ」と記されている。

症例 6 K.S. ♂ 31歳

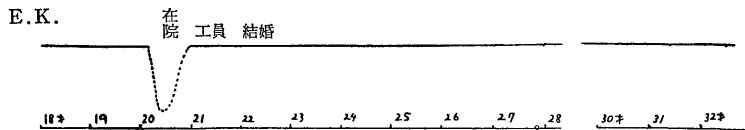
家系負因：父と母は「いとこ」。

病前性格：内向性。小心、温和、内気でつきあいは良い。

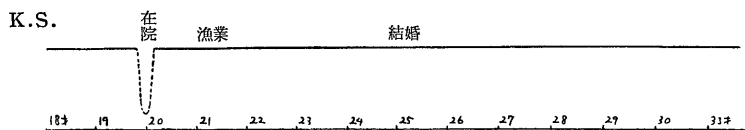
生活史：農学校を上位の成績で卒業。食糧営団で働いた。19歳漁業会事務員となる。なお既往には3歳の折脳膜炎で入院したことがあり、13歳肋膜炎で約1年間休養、全治している。内臓倒錯がある。

発病以来の病状及び経過：19歳の11月不眠があり、伯父の家の馬を故もなく「逃してやれ」といつたりし

症 例 5



症 例 6



た。11月下旬、漁業会の事務をとろうとせず、出勤しても「後はよろしく」とすぐ帰って行き、帰宅するが、さまなければ親類の家に上り込む。親類の人にはいきなり「ゴミが落ちている、箒を持って来い」と命じ掃除をはじめ。自分の身体や衣類の汚れが気になるのか手で何か払いのける動作を繰り返す。対談中に「頑張ろう！ そしたら何でも出来るから」という言葉が何度か出てくる。11月末煙草をむやみに吸うようになり、29日朝、多弁となり以前の下宿のおばさんのこと、自転車のこと、漁船のこと、結婚のことなどをとめどなく話す。雨だれの音が気になるから早くとめてくれという。11月29日入院したが、その朝は“good morning,” “very cold”と挨拶した。

入院時の症状：衝奇，カタレプシー，落ち着きなさ，放歌，興ふん，多弁，易泣，むやみに唾を吐き，児童的で幻視，幻聴がある。「人の顔が見える」「狐がコトコト音をさせる」とか，人物を誤認し「自分をだまそうとしている」という。連合弛緩が目立つ。

入院後の経過：減裂，興ふん，不眠が見られたがES 3回重積法8回，計24回施行。電撃痲呆より回復の後は思考障害もなくなり秩序立つて来て翌年1月完解退院した。

退院後の経過：漁業をやめ，家業の米穀販売の仕事に従う。21歳より漁業に従事。以後再発をみず，25歳で結婚，1子がある。現在31歳で全く正常である。

本例は病歴に「破瓜型の病像」と書いてあるが，全体を通読すると発病時にカタレプシーがみられ，衝奇的な所があり，多弁，減裂，多動で緊張型の色彩が強い。また若干意識の変容を疑わせる点もある。

症例 7 K.Y. ♂ 39歳

家系負因：母は40歳台に一時精神異常を来したことがある。

病前性格：内向性。内気で実直。

生活史：高等小学校を上位の成績で卒業後1年間実習学校の過程を了え，漆器を見習っていたが，兄の出征と共に家業の木材業を手伝った。20歳で兵役に服し，中国へ渡り憲兵になったが敗戦でシベリヤへ抑留され，使役中に左下肢に受傷し，シベリヤの病院で手術された。26歳の初秋帰国。直ちに国立病院外科に入

院し，根治手術が行われ左膝関節以下を切断された。入院約1カ年で27歳の9月退院。

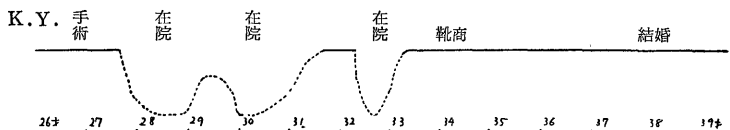
発病以来の症状及び経過：27歳の9月，退院とはほぼ期を同じくして時折奇矯な言動があつたが，周囲の人の目をひくほどでもなかつた。11月近所の未亡人の家へ遊びに行き，その家の娘との結婚の話が持上つたが，結局からかわれていたことがわかり，腹を立てて未亡人宅へ談判に行つたりした。この頃から夜になると「巡査が来る」とか，結婚の対象と思つていた娘が「泣いている」とか「娘が呼んでいる」などと云つてとび出そうとする。焦立たく動きまわる。12月の夜，警察へ単独で出かけ未亡人のことを訴えた。28歳の3月，仕事がまともならず起床もおそくなつた。不必要なものを買入れる。寡言となり人と交らない。独笑がある。7月に入り更に減裂となり，煙草の火を自分の腕におしついたり，不眠で終夜室内を徘徊し，キセルで物を叩き，食事に手を使用しないで口で食器をくわえ，犬の鳴き声をまねるなどの行為があり7月末入院した。

入院時の症状：拒絶，幻聴，思考化声，衝奇，独語，焦立ち，児童的などの症状が見られている。

入院後の経過：発熱療法とES計35回が施された。電撃痲呆から回復すると共に幻聴や衝奇はなくなり入院後約4カ月に軽快退院した。

退院後の経過：家人は退院後の約1年を自宅で静養させ，茶碗の絵付け，機業場の仕事，靴屋等をやらせた。靴屋は約半年で止め京都へ行つたりした。29歳の10月，再び無為，減裂思考，幻聴，被害妄想，空笑等がありM病院に入院した。ES 20回施行後，幻聴，妄想はなくなつたが，翌年に至るまで無為，単調な生活態度がつづいた。31歳ほぼ完全寛解の状態と同病院を退院し靴屋へ就職。32歳の4月仕事先では一通りの仕事を教えてはくれるが，年輩なので親切に面倒をみてくれぬと云つて実家へ帰つた。仕事をせず，やがて家をとび出したり，食事の折に冷たい飯と熱い飯を交互に食べ副食物を口にしなかつたり，日誌を紙に包み「お守りである」といつたりした。時には興ふんしてとめどなく喋りつづける。8月T園に入院した。入院時の症状は無為，連合弛緩，徘徊，衝動行為，衝奇等である。ES 10回施行，入院の翌月には積極性も出てき

症例 7



て作業療法に自ら参加した。入院後6カ月で症状軽快し退院した。

退院後は靴店を見習わせること約1カ年半、34歳の秋自分の店を持つようになった。数年間は母が半ば店の監督をしていた。33歳頃から病状は完全に回復し38歳で結婚した。現在39歳、完全寛解状態で靴商を営んでいる。

家庭の処遇はきわめて良い。母は最後まで本人の支えとなつてきたし、長兄もよき理解者であつた。妻も好人物であるという。

本例は幻覚妄想様の症状ではじまつたが、その後数年にわたつて多彩な症状を示し、奇矯な行為があり、慢性の人格障害の存在を疑わせたにもかかわらずその後完全に寛解した状態で6年を経過している。しかしこの症例はシベリヤでの受傷に続いて下腿の切断、それによる結婚の失敗、また義足では家業の木材業も出来ず将来の生活の見通しも立たないというような深刻な事態があり、このような心因的要素も無視することができないと思われる。

症例 8 F.M. ♀ 44歳

家系負因：特別なことはない。

病前性格：外向性。快活、気まま、勝気、多弁。

生活史：小学校を優秀な成績で卒業。子守奉公をしていて18歳で結婚後農業に従つてきた。

発病以来の症状及び経過：30歳の夏頃からまだ復員しない良人を案じ、祈禱師の所へ熱心に通つていた。大晦日の夜「天狗に殺される」といい出し、伯父が来たところ「殺してやる」と口走り、伯父が逃げ出すと鍵をかけてしまった。その後独語、空笑、幻覚があるらしい。31歳「人が私を馬鹿にする。覚えておれ」等といい母にも喰つてかかる。他人をねたみ色情的なことをいう。時折夕方や夜間に墓参するほか無為、怠惰で寝ていることが多い。2月良人の戦死公報があつたが、良人を恨み、良人の魂がのりうつつて自分を病氣

にしていると怒る。以後仏壇にムシロを被せて顧なくなり、また祈禱師の許からも足を断つた。結婚している姉妹を嫉んで来訪を許さない。父と母の間さえ嫉妬し口にするには色情的なことが多い。外出する時だけは際立つたメカシ様で映画の変る度に観に行く。尊大であるが、戦死した兄の妻にだけは親しみをもつている。その兄嫁に伴われて5月入院。

入院時の症状：抑制がなく嫉妬的、色情的で易怒、焦立ちを認めた。傲慢。

入院中の経過：無為、傲慢、独語、空笑があり、IS 29回を行つたが病像に著しい変化はなく3カ月間にESを67回施行、電撃痴呆より回復した後多弁な所もあつたが次第に従順となり完全寛解の状態で退院した。

退院後の経過：多少実家からの援助をうけつつ10年間女手ひとりて農業に従事していた。子女も成長し、それぞれ就職した。41歳のとき長女に養子をもらい、田圃を人に貸し、自らは捻糸工場に勤めた。職業（捻糸工）には勤勉で経済的にも不足はない。

本例は亜急性性に発病した妄想型の分裂病と診断されたが、未復員の良人を案じ祈禱などに熱中し、良人の戦死公報があつて後は嫉妬的、色情的な色彩が強く、精神的葛藤の存在も無視出来ないように思われる。入院時には刺戟性躁病様の病像も観察されている。

症例 9 Y.N. ♀ 40歳

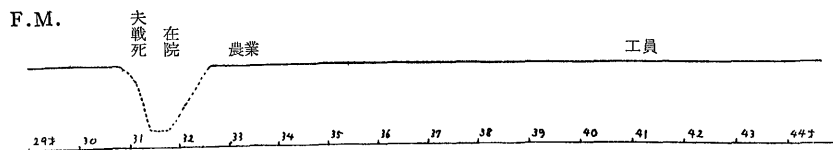
家系負因：特別なことはない。

病前性格：内向性？小心だが快活。

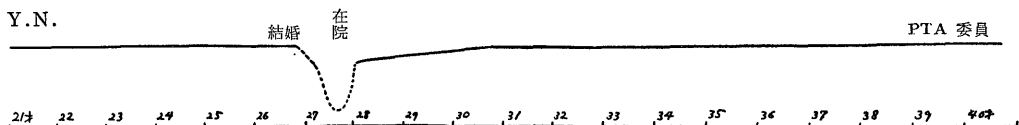
生活史：高等女学校を卒業、26歳の10月結婚。

発病以来の症状及び経過：結婚前には異常に気付かれていないが、結婚当初から同衾を拒む。理由は性病に罹っているからという。家事は普通にやつていた。27歳の3月、婦人科で異常がないといわれ一時安心したようであつたが、すぐに病気だといつて泣く。抑うつ的で心気妄想があり、自慰のため病気になつたといつたり、良人から性病をうつされたという。6月以降

症 例 8



症 例 9



自殺企図が3回あつた。8月実家へ帰つたが寡人、寡言、自閉的で8月下旬に入院した。

入院時の症状：拒絶的で寡言、易泣、罪業妄想、心気妄想、しかめ顔、幻聴。

入院後の経過：初診時うつ病が疑われた。ES 20回施行。電撃痴呆から回復すると共に諸症状が消え入院2カ月で完全寛解となり退院した。

退院後の経過：退院後1～2年は子供らしい点があり社交性もなかつたがその後次第に社交性も出てきた。2子をもうけ家事にも積極的で永続性があり、子供の養育に熱心である。現在PTA委員や町内会の仕事も頼まれ、極めて熱心である。

本例は結婚につづいて緩慢に発病した妄想型の分裂病であるが、初診時にはうつ病が疑われている。

症例10 S.A. ♀ 28歳

家系負因：母方の祖母の妹がヒステリー気味で刺激的な性格をもっている。同じく末弟が20歳頃兄嫁を殺して懲役12年の判決をうけている。

病前性格：外向性。明朗、爽快で交友は多く社交的である。

生活史：高等女学校を卒業、成績は中の上であつた。8年前母が死亡し、長女なので家事に専心していた。

発病以来の症状及び経過：16歳の5月末、父の着物を無断でモンペにしたのを気にして泣いたりした。抑うつであつたが、6月不眠で「誰か呼んでいる」といつて二階から木を伝つて降りようとしたり、ラジオが自分のことをいつているという。6月10日夜中、着物のまま川の中へ入つた。弟が行水に入つたからだという。同胞は兄2人、妹2人で弟はいない。幻視があつた。6月14日金大神経精神科受診、分裂病と診断され、はじめ外来でESクールを受けた。6月、7月、8～9月と繰返してESを施行された。はじめのうちは寛解傾向を認めたが、8～9月にはES3回重積法を

継続しても一向に効果を認められず9月中旬には閉居、同じ文字をとりとめもなく書き、夜中妙な身振りで踊る。外来で行われたESは計75回であつた。16歳の9月入院した。

入院時の症状：不眠、しかめ顔、独語、空笑、ひねくれ等。

入院後の経過：連日にわたつてES4回重積法8回、計32回を行つた。症状軽快せず、電撃痴呆から覚醒しても一時注意散乱し、睡眠障害の状態を認めた。その後自然に寛解状態となり約2カ月後退院した。

退院後の経過：退院後は時折刺激的、易怒的となるものがあつた。逆行健忘が著しく、覚えの悪い状態が約1年以上つづいた。17歳の春から洋裁学院へ通学、18歳より食糧事務所に勤めた。19歳結婚し、25歳長女をもうけたが姑が子供の面倒をみており、現在も勤務を続けている。職務には勤勉で人づき合いもよい。完全寛解状態である。

本例は幻覚妄想体験を主として亜急性に発病しているが、入院時の症状には緊張型の色彩がかなり強い。頻回の電撃療法もなかなか効を奏しなかつたが、その後漸次快方に向い、以後長年月に渉つて完全寛解の状態を保っている。

症例11 K.S. ♀ 67歳

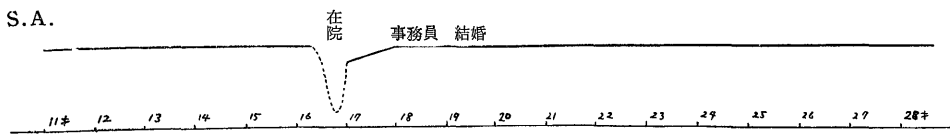
家系負因：特別なことはない。

病前性格：内向性。小心、内気だが負けずぎらい。

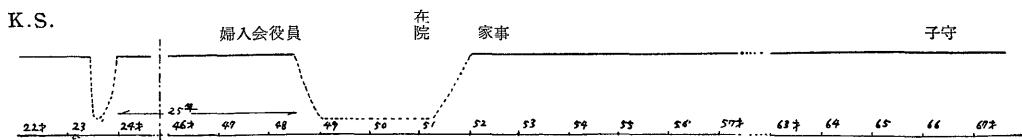
生活史：田舎なので学校へ行かなかつた。21歳結婚、23歳兄の死亡したとき精神の異常を来し、兄の死体にすがりついて泣きわめいた。頭髪を切り、着衣を裂き良人をなぐつたりしたが、この状態は湯治などで半年の間に全く正常に復し、48歳まで少しの異常も認めなかつた。既往には23歳で子宮内膜炎、26歳で蓄膿症を患つている。43歳閉経。

発病以来の症状及び経過：48歳の6月太平洋戦争中、国防婦人会で活躍していたが、本人に渡されるはずの

症例 10



症例 11



幹部辞令が役場の手違いで手渡されずそのままになってしまった。幹部達の悪口を云い、やがて興ふんし、滅裂、不眠、独語、空笑を見るようになった。精神症状は一進一退して、正常に復することなく49歳を迎えた。隣の工場の騒音ががまん出来ず、女工の声を被害的にとり、幻聴が現れて来た。3月隣の工場にどなり込み、隣人が押し出したところ転んで了つた。それから心気的な訴えが多くなり、身体中が痛むと云い出す。49歳の12月養女に養子を迎えたが養子との折合が悪く、養子を悪しざまにのしる。また「戦争は終わっているのに、だましてイクサをしている」「配給物資の少ないのは、誰かが横取りをしているのだ」という。50歳の10月入院した。

入院時の症状：病識欠如、自己中心的で、身体にまつわりついた心氣的訴えが多く、被害的な妄想解釈があつた。

入院後の経過：はじめ隔日にESを施行し11月上旬少し落着いたが、また多弁、易怒的となり、不平を並べたてる。再びESを連日続行し計29回行つた。電撃痴呆から回復して後も病像は不変。家人の希望で外泊のまま未治退院となつた。

退院後の経過：52歳、初孫をもうけた。その年に太平洋戦争が終つた。次第に正常な状態に立ち帰つて家事にも従うようになり、孫をよく可愛がる。56歳、58歳と相ついで孫が生れ、自らは孫達の手話をすることをもつぱらの仕事としていた。退院後一度も病勢増悪をみず現在67歳、完全寛解の状態である。生活は規則正しく養子夫婦との間も円満で平和な日々を送っている。経済的にも不自由なく暮している。孫が成長してからは遊んでいるのは勿体ないと、近所の子守をひきうけたりしている。

本例は、48歳のとき、婦人会の手ちがいを契機として亜急性に発病した妄想型の分裂病であるが、数年にわたる罹病期を終えて完全寛解に達し、今日に至っている。この発病の25年前に実兄の死につづいて急性にはじまつた精神興ふんをみているが、その詳細は不明である。

以上の10例（症例2～11）は、初発病型が破瓜型または妄想型と診断され、中には数年にわたる罹病を示しながらも、現在完全寛解の状態を持続しているものである。これらの各例を知り得る範囲で詳しく検討すると、一時緊張病様の症状や意識の変容を疑わせる症状がみられているもの（症例2, 3, 5, 6, 10）、初診時または途中で躁状態やうつ状態の色彩がみられたり、一時的にもせよその疑いをおかれているもの（症例4, 8, 9）や、何らかの身体的または精神的因子

がかなり大きく関与していると思われるもの（症例7, 8, 9）など、臨床像や症状形成に関与する要因について、種々の問題を含んでいるものが多い。このような傾向は、現在軽快（C群）や未治（D群）にとどまっている症例については余り顕著でなく、両者の間に若干の相違があるように思われる。

このような結果は、予後判定の統計的な観察のために、症例を初発時の病像に従つて、破瓜型、緊張型、妄想型などに一応分類することはやむを得ないものとしても、その個々の症例についてみると、病像の上で、また病状形成に関与する要因の上で、種々疑念のあるものが少なく、これらの点を無視して形式的な分類を行うことは、かえつて問題の核心を見のがす恐れがあることを考えさせる。今後、個々のくわしい検討を、しかも多数の症例について長期に行うことが必要であると考えられる。

X 初発症状との関係

前項で初発病型と予後に関して述べたが、更に初発病型を形成する初発症状と予後との関係を検討する必要があると思われる。特に初発症状から良好な転帰をとるか、不幸な転帰をとるかを推定することができるかどうかということに筆者は関心をもつた。そこで便宜的に完全寛解例（A）32例と未治例（D）32例とを選び、各例が示していた初発症状の一々を列举し、A、D両者の間に差違の相当大であつた症状を第21表に列举した。すなわち左側はA群に右側はD群に多く認められた症状を、症例数の多寡によつて上下に並べたものである。

これらの症状は入院時の病歴の記載によつて調べたものであるから、患者の有する症状に記載もれがあることはもちろん否定できない。したがつて僅かな数の違ひに対しては意味をつけ得ないが、大体の傾向はこのような比較によつて推定できるものと思われる。

初期に現われた各種の症状を総括的にみると、予後不良のD群において興ふん、錯乱、滅裂などはげしい陽性症状を示す率は少なく、逆に無為怠惰、不活潑、厭人孤独、自閉など、緩慢な情意の変化を疑わせる症状が圧倒的に多い。暴行もD群に多くみられるが、これは精神運動興奮と異り一見、動機と目的のある行動で、やはり緩徐な人格変化を背景としたものであると考えられる。

これと全く対照的に、A群では興ふん、多動、易泣、拒絶や滅裂などが目立つ。これらの中には錯乱状態や幻視、錯視、空想的思考などを示すものもあり、意識状態の変容を疑わせるものも少なくない。

第21表 初 発 症 状

	A (32例)	D (32例)
多動・落着き無さ	18	8
興ふん・錯乱状態	17	3
易 泣	14	4
拒絶・拒食	14	7
幻視・錯視	11	6
連合弛緩	9	5
罪業念慮	8	1
滅裂	7	2
不合理思想	5	1
空想的思考	5	1

	A (32例)	D (32例)
無 為 怠 惰	10	21
被 害 妄 想	10	15
寡 言	9	15
不 活 潑	5	14
し か め 顔	6	14
厭 人 ・ 孤 独	2	13
心 気 念 慮	3	10
自 閉	2	9
感 情 鈍 麻	4	8
暴 行	0	7

A群に多くみられるこれらの症状は、この群に緊張型が多いという前項の結果の裏づけをなすものであるが、ただこのように比較的急激に始まる興ふん状態が、すべてD群におけると同様の人格的な変化を背景としているものかどうかということについてはなお検討すべき余地が少なくないと思われる。すなわちこの種の症状は種々の原因による心理的变化によつて起り得る非特異的なもので、その意味で破瓜型にみられるような明らかな人格障害とはその発生機制をかなり異にしているものが含まれている可能性も考えられるであろう。Ey¹⁵⁾が精神疾患の症状分析において、「意識の病理」と「人格の病理」を区別し、感情異常(dys-thym)、幻覚妄想、誤妄などを主体とする急性の精神病は意識野の崩壊にもとづくもので、慢性精神病、精神神経症、欠陥状態などは人格の変容によるものであるとしていることは、この点からみて興味深いものである。

症状と予後の関係に関する従来の諸家の記載をみると、Langfeldt²⁴⁾は、定型的な分裂病性の感情鈍麻や自閉、離人症が顕著な例とこれが欠けているものとは予後に根本的な差があるとのべ、また、M. Bleuler¹¹⁾は予後良好な徴候として、情動性の亢進や意識混濁などをあげている。これらの点は筆者の所見とほぼ一致するものである。これに反して、Stenberg⁵⁰⁾が、緊張病症状は女性では予後のよいものに比較的多いが男性ではそのような差はなく、また妄想症状は男性では良性的な症状であるとのべていることや、Hoff et Arnold¹⁹⁾が予後のよいものと悪いものにおいてそれぞれ5つの特徴的な初期症状をあげている点に対しては、これを確認することができなかつた。すなわち慢性的な人格障害や急性の興ふん、意識変化の有無といったような比較的広い幅をもつた症状群については予

後との間に或程度の相関を想定することは可能であるが、Hoff et Arnoldのように個々の症状に予後との相関を求めることにはかなりの困難を伴うと思われる。これと同じ意味においてK. Schneider⁴⁶⁾が1. Rangeの症状としてあげている考想化声、幻聴、影響体験、思考奪取、思考干渉、考想伝播、妄想知覚、作為体験などの諸症状と予後との関係についても筆者は明確な結果を得ることができなかつた。

以上、初発病勢、初発病型及び初発症状と予後の関係を総合してみたとき、最も顕著なことは、急性に発病し、興ふんや昏迷を主症状とする病型では予後は極めて良好で、しかもその中の約80%が1回のみで以後完全寛解の状態を保っているのに反して、緩慢に発病し、無為・不活潑などを主症状とする破瓜型では約7割以上が単純または波状の経過を示しつつ明らかな欠陥状態(C群またはD群)に陥つているという事実である。また初期症状がいわゆる破瓜型または妄想型であつたもので現在完全寛解状態にあるものは初期の症状について何らかの意味で問題があるものが多く、明らかな人格障害を示すような破瓜型で後に完全寛解に達するものはむしろ例外に属するとすら思われる。

このことは、1回の精神運動興ふんや昏迷症状を主景とする発病のみで以後全く異常をみないような種類のもののすべてが、果して人格障害を主症状として慢性に経過する分裂病の中核群とその本態を同じくするものであるか否かということに多くの疑念をいだかせる。もちろん予後の上からただちに分裂病の本態を云々することはなほ危険であるが、このような見地からみると、Ruemke⁴²⁾が破瓜病と緊張病、妄想痴呆は同価値におくべきものではなく、本来の分裂病は「緊張病症状や妄想性の症状を示し得る」にすぎな

いと述べ、いわゆる分裂病群を真正のものとして偽性 (Pseudoschizophrenie) に分けていることは示唆に富むものである。

XI 治療との関係

全症例 110 例に対して行われた治療法は、電撃療法 (ES)、インシュリン衝撃療法 (IS)、カルジアゾールけいれん療法、精神外科の手術 (ロボトミー、L)、マラーリア発熱療法、持続睡眠療法、精神安定剤投与、作業療法、レクリエーション療法などであるが、この中で精神安定剤については、筆者の調査が 10 年から 15 年前に初回入院した患者を対象としているために、その使用例はわずかに 7 例にすぎない。また作業療法やレクリエーション療法については、その種類や程度がまちまちで、調査の対象とすることが困難であった。

今回対象とした症例が最も多く受けている治療は、ES、IS および L である。その内訳は、ES のみの治療例が最も多く 47 例で 43% を占め、次に ES と IS の併用 30 例 (27%)、ES、IS、L の 3 者の治療を受けたもの 16 例 (15%)、ES と L の併用 12 例 (11%) で、あとは IS と L の併用その他である。

これらの治療法と転帰の関係性を、転帰別にみると、第 22 表の如く、A 群のうち 23 例 (72%) が ES のみを施行されており、更にこのうち 17 例 (A 群の 53%) は、

1 回のみで発病で終わった A₁ 群に属している。また ES と IS の併用は A 群中 6 例 (19%) でこれまたすべて A₁ 群に属していた。すなわち完全寛解・単純型 (A₁) は 25 例であるが、そのうち 23 例 (すなわち A 群の 72%、A₁ 群中の 92%) が ES 単独または ES と IS の併用で寛解している。

一方、未治例 D 群では ES と IS の両治療を受けたものが最も多く 13 例 (34%)、ES、IS、L の 3 者の治療を受けたものが 12 例 (32%)、次いで ES 単独施行例が 7 例 (18%)、ES、L の併用 4 例 (10%)、IS、L の併用 1 例、その他 1 例と多種類の療法のこの D 群に対して施されていることがわかる。すなわち A、B、C、D 群の順に実施された療法の種類が多くなってくるという傾向がある。

この傾向は、各治療法の転帰への分布をみると (第 23 表) 更に明らかである。

第 23 表によれば ES のみ施行されたものの総数 47 例中、その約半数 23 例は A 群に属している。これに対し ES+IS+L と 3 種類の治療が実施されているものの総数 16 例中、その 75% にあたる 12 例が D 群に属している。

すなわち A 群と D 群を比較するとき、D 群の方にはるかに多種類の治療方法が行われていることがわかる。

第 22 表 転帰別治療分布

	A	B	C	D	計
	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
ES	23 (72)	7 (41)	10 (44)	7 (18)	47 (43)
ES+IS	6 (19)	5 (29)	6 (26)	13 (34)	30 (27)
ES+IS+L	0 (0)	1 (6)	3 (13)	12 (32)	16 (15)
ES+L	2 (6)	4 (24)	2 (9)	4 (10)	12 (11)
IS+L	0 (0)	0 (0)	1 (4)	1 (3)	2 (2)
その他	1 (3)	0 (0)	1 (4)	1 (3)	3 (3)
計	32 (100)	17 (100)	23 (100)	38 (100)	110 (101)

第 23 表 各治療別転帰分布

	ES	ES+IS	ES+IS+L	ES+L	IS+L	その他
	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
A	23 (49)	6 (20)	0 (0)	2 (17)	0 (0)	1 (33)
B	7 (15)	5 (17)	1 (6)	4 (33)	0 (0)	0 (0)
C	10 (21)	6 (20)	3 (19)	2 (17)	1 (50)	1 (33)
D	7 (15)	13 (43)	12 (75)	4 (33)	1 (50)	1 (33)
計	47 (100)	30 (100)	16 (100)	12 (100)	2 (100)	3 (99)

以上の結果は、一見すると、ES が他の治療法 (IS やL など) よりも著しく有効であるかのようにみえる。しかし、始めに ES を行い効果の不十分なものに IS その他の治療を行うわれわれの習慣を考慮すると、筆者の得た結果はそのような治療の順序を物語っているにすぎないものと思われる。

いいかえれば、よくなるものは ES 単独あるいはその他の少数の治療で既に寛解し、なかなかよくなるものに結局色々な治療がくり返し行われるという傾向がうかがわれるのである。これと同様の事実は宮本ら (1959)³⁰⁾ も認めている。

既に第三項で述べた如く、筆者の予後調査の成績は、1939年に林・秋元¹⁸⁾が報告したショック療法施行前の症例に関する結果と著しい相違がない。このことは、ES や IS などのショック療法や精神外科療法が分裂病の長期の予後に対して顕著な効果をもたないことを暗示する。またこれは、Langfeldt (1957)²⁴⁾ が「今日の治療法はある期間持続する寛解状態をもたらすことができても、分裂病の基礎障害を治すことはできない」といつていることや、竹村 (1958)⁵⁸⁾ が「最近20年間に分裂病の寛解率は大きく向上したと思われない」と述べていることとも撥を一にするものである。

しかし以上の事実からこの種の治療法が長期の予後に対して何の効果ももたないと断言することはなお早計と思われる。Freyham (1955)¹⁰⁾ は、1920年と1940年当時の入院患者の長期予後を比較し、後者においては退院患者が約2倍になっていることをあげて、治療の効果を高く評価しているが、筆者の症例についても、林らの場合とくらべて、未治群 (D群) に対する軽快群 (C群) の比率がかなり高くなっていることは、ショック療法のある程度の効果を予想させるものである。

種々の治療法の中で、特にロボットミーを受けた患者が今日如何なる状態にあるかということは興味深い問題である。これらの症例の転帰をみると、全30例中、A群2例 (7%)、B群5例 (17%)、C群6例 (20%)、D群17例 (57%) と、D群が圧倒的に多く、全患者の転帰とくらべてその予後は甚だ悪い。これはいうまでもなく、この治療が他の治療によつても効果のなかつ

た重症例に対して主として行われたことに基くものであるが、他面これが顕著な治療効果をもたないことを示すものである。しかし個々の症例についてみると、どのショック療法でも著しい持続的效果を示さなかつた慢性例でロボットミーの施行を契機として、それ以前よりも明らかによい状態が持続しているものも若干認められる。

症例12 K.T. ♀ 37歳

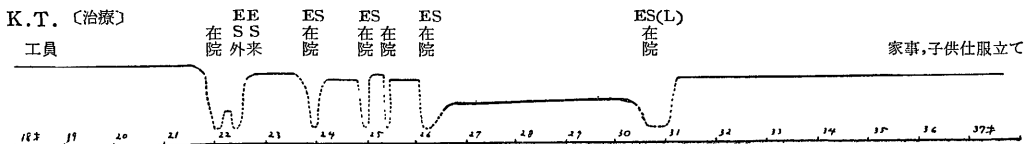
家系負因: 特別のことはない。

高等小学校を中の下の成績で卒業し、青年学校へ2年半行つた、後、裁縫を習い、18歳製麻会社の女子工員として勤務した。

21歳、副鼻腔炎の手術後、人と交わらず、流動食しか摂らない。空笑があり、拒絶的で、人との応待も不自然で12月金大神経精神科に入院した。無口、不気嫌で反抗的、傲慢な態度で無為消日していたが、経過を観察中、入院後1週間目に母親が来て連れて帰つた。1週間の入院中流動食だけをとつていたが、その理由は嘔むと両頬が痛むからであるという。

22歳の1月退院の後、不眠、独語、ひねくれなどの症状があらわれ、外来で ES を3回施行した。症状は一時好転したかに見えたが、6月、幻聴、独語、関係妄想が出て来た。外来で ES を3回施行し、寛解状態に達した。約1カ年半の間は殆んど正常と異なる所はなかつたが、23歳の10月、独語、空笑、罪業妄想が出現し、拒絶、ひねくれ、幻聴などもみられた。11月入院し ES 計30回が行われ、症状は一進一退した。結局家人の要請で未治のまま退院した。その後普通に家事に従うようになったが、24歳の12月になって、またもや被害妄想が現われ、興ふん、独語、不眠、ひねくれなどの症状をみた。入院し、今度も ES 19回が行われ、25歳の1月、寛解退院した。家に帰つてからは、気が向くと家事や洋裁の仕事を能率的にやつたが、むらがあつて、気が向かないとぶらぶらしていることもあつた。しかし家人としては、ずいぶんよくなつたとよろこんでいた。ところが25歳の5月、本人の着物を妹が汚したのをみて急に乱暴をはじめ、入院。約10日で特別治療も行わないままに寛解状態となり退院した。その翌年26歳の2月、急に食事をとらなくなつた。拒絶、独語、空笑、無為、無言の症状があつた。ES 3回

症 例 12



重積法計36回施行。未だ電撃痲呆の状態にあるとき、父親が家に連れ帰った。その後は家にいても以前のようには病像の改善を見ることはついになかった。独語、空笑があり、無為で臥褥している時が多かった。しかし家庭では、妹の病氣、母の死、さらに父の急死と続いて、経済的に余裕がなく本人の治療に専心出来なかった。30歳の9月被害妄想、幻聴がみられ、M病院へ入院した。ES 19回を行ったが奏効せず、10月下旬両側前頭葉切除術を行った。手術後3カ月で退院。退院して1カ月余はぼんやりしていたが3カ月目には、はつきりして来た。すなわち31歳の5月頃からは不全寛解の状態に達し、以後6年余りその状態を維持している。

本例は急性にはじまった破瓜型の分裂病であつて、はじめ傲慢、刺戟性、ひねくれなどが特徴的であり、わずかの刺戟で、興ふんしたりしており、当初の間はESがよく奏効し、何回かの病勢増悪も寛解の域にまで達していたが、26歳の再発後はESに対して全く反応を示さなくなり、永らく欠陥状態にとどまっていた。しかるに30歳、前頭葉切除術が行われたところ、術後6カ月で不全寛解に至り、病勢増悪を見ることなく、今日に至っている。現在、僅かに感情鈍麻を認めるのみで、子供服の仕立など、仕事に対する積極性も認められる。

XII 退院時転帰

退院当時と現在転帰との関係を見ると第24表の如くなる。

ここに退院時の転帰のうち、完全寛解をVR、不全寛解をR、軽快をGB、未治をUVと略称する。

退院時VRであつた25例中の56%にあたる14例は今もなおA群に属しており、しかもそのうちの13例はA₁に属し、のこりの1例のみが退院後ただ1回の病勢増悪を起したA₂に属している。退院時UVであつた25例中、その8%がA、12%がB、8%がCに分布し、その大半を占める72%の18例が依然としてDのま

までである。

すなわち、退院時完全寛解を示したもののうちの過半数(56%)は現在も同じ完全寛解状態を続け、一方、退院時、未治であつたもののうちの大半(72%)は今もなお未治のままにとどまっているわけである。

しかし、退院時完全寛解状態にあつたものでもその24%は種々の経過をとつて軽重様々の欠陥をのこし、また未治とせられたものでも今日完全寛解ないし不全寛解にまで到つたものが20%もあることは、退院時の状態がそのまま長期の予後を示すものでないことを物語っている。この事実は既に多くの人々によつて認められているところである。

XIII 家庭の経済的条件について

患者のおかれていた環境が分裂病の長期予後にどのような影響をおよぼしているかを知る一つの参考資料として、先ず患者の家庭の経済的条件が問題になると思われる。

患者の地域社会において占める経済条件によつて、

上：かなり余裕のあるもの、

中：贅沢は出来ないが、日常生活に事欠くことはないもの、

下：かなり切りつめた生活であるもの、

生保：生活保護家庭、

の4段階に分け、各転帰別に経済的環境分布をみたものが第25表である。

各群を通じてみると、その大半は中位の家庭に属していて、家庭の経済的条件と予後との間には有意な関係がないように思われる。

ただA群ではその97%の症例が上、中の家庭に属しているのに反し、D群ではその24%が下級または生活保護を受けている家庭に属しているが、これは後述の如くA群の症例の大部分は退院後安定した職業についているのに反し、D群では現在入院中であるとか、何回も病勢増悪を繰返したことによつて経済的破綻を来

第24表 退院時転帰

	VR		R		GB		UV		計
	実数	(%)	実数	(%)	実数	(%)	実数	(%)	
A	14	(56)	5	(24)	6	(32)	2	(8)	32
B	5	(20)	6	(15)	3	(16)	3	(12)	17
C	3	(12)	14	(34)	4	(21)	2	(8)	23
D	3	(12)	11	(27)	6	(32)	18	(72)	38
計	25	(100)	41	(100)	19	(100)	25	(100)	110

第25表 家庭の経済的条件

	A	B	C	D	計
	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
上	5 (16)	3 (18)	2 (9)	8 (21)	18 (16)
中	26 (81)	12 (71)	18 (78)	21 (55)	77 (70)
下	1 (3)	2 (12)	3 (13)	8 (21)	14 (13)
生保	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (1)
計	32 (100)	17 (101)	23 (100)	38 (100)	110 (100)

第26表 家庭の処遇

	A	B	C	D	計
	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
良	24 (75)	13 (77)	2 (9)	10 (26)	49 (45)
中	8 (25)	4 (23)	18 (78)	18 (47)	48 (44)
不良	0 (0)	0 (0)	3 (13)	10 (26)	13 (12)
計	32 (100)	17 (100)	23 (100)	38 (99)	110 (101)

し、しかも本人が職につくことができないという結果に由来するものと思われる。

すなわち今回の調査によつて得られた所見は、主として病気の転帰の結果、患者やその家族の経済が如何なる状態におかれているかを示したものであつて、病気の転帰を左右する条件としての経済状態を示すものではないと思われる。

XIV 家庭の処遇について

分裂病の長期予後に対する環境因子として、分裂病患者に対するその家庭の処遇が重要であると思われる。

家族が患者に対し、社会復帰への努力を忍耐をもつてつづけているか、また退院後、家庭内へ患者が帰ってくるのをあたたかい眼をもつて迎え入れようとしているか、または無関心であるか、更に邪魔者扱いをしてはいないか等から、患者に対する処遇の態度を大まかに

良、中、不良の3群に大別した。

第26表は各転帰別にみた処遇の分布である。

すなわち、A群およびB群では、家庭の処遇不良のものは全くなく家庭の処遇は大半良好であるが、C群、D群では家庭の処遇が、中程度のものが多く、特にD群では不良なものが26%もある。しかしここに得られた所見も前項にふれた如く、むしろ病気の転帰の結果とみられる要素が少なくなく、この数字からすぐ

に家族の処遇の不良なものほど予後が悪いと結論することはできない。しかし個々の症例についてみると、退院後の患者に対する家庭の処遇が、その後の経過にかなり影響していると思われるものも若干ある。この点については、更に個々の患者についてのくわしい検査が必要であろう。

XV 結婚について

第27表は調査の対象とした患者が結婚生活に關して、今日までにどのような経路を歩んでいるかを観察したものである。

結婚生活については

結婚中I：現在結婚中であつて、離婚の経験のないもの、

結婚中II：現在結婚中であるが、過去に一度離婚を経験しているもの、

未婚：未だに結婚していないもの、

離婚中I：一度結婚し現在離婚中のもの、

離婚中II：二度結婚し現在離婚中のもの、

離婚中III：三度結婚し離婚中のもの、

に区分した。

すなわち全例の半数(50%)が現在結婚生活を営んでいるが、そのうちわけをみると、A群では32例中27例にあたる84%が現在結婚しており、未婚や離婚の例数は少ない。B群でも78%が結婚生活を営んでおり、多少の欠陥はのこしていても、その程度が極めて軽いときには、著しい支障がないことを示している。一

第27表 結 婚

		A	B	C	D	計
		実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
結 婚 中	I	25 (78)	12 (71)	9 (39)	3 (8)	49 (45)
	II	2 (6)	1 (6)	2 (9)	0 (0)	5 (5)
未 婚		1 (3)	4 (24)	8 (35)	21 (55)	34 (31)
離 婚 中	I	4 (13)	0 (0)	3 (13)	11 (29)	18 (16)
	II	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (5)	2 (2)
	III	1 (0)	0 (0)	1 (4)	1 (3)	2 (2)
計		32 (100)	17 (101)	23 (100)	38 (100)	110 (101)

方, C, D群など予後が不良になると, 未婚並びに離婚の例数が著しく増加している。このことは発病によつて, あるいは何回かの増悪を繰返すうちに遂に結婚適令期をすぎ, 現在も症状不良のために結婚の対象とならないものや, 折角結婚生活をいとなんでも, 発病や増悪のために離婚のやむなきに至るものが多いことを物語っている。

しかしC群の患者でも23例中11例(48%), D群のものでも38例中3例(8%)が現在結婚しており, 内容的には満足な結婚生活ができなくても, 一応その形態をとつているものが若干いることは興味深い。

XVI 現在の職業について

分裂病患者が退院後10~15年を経た現在, その転帰に従つて, いかなる職業についているかを調査することは, その症例の現在の職業能力をうかがい得ると共に, 彼らの人生歴を知る上に興味がある。第28表は各転帰別に現在の就職状態の分布を実数で示したものである。

A群での教師1例は中学校の英語教師, 技師2例は国鉄技術員およびレントゲン技師, 官公吏1例は某官庁の係長, 工員5例は工場労働者でかなりの技術水準を有するものであり, 職人2例は手工業的職業および小企業の従業員である。農業(10例), 或いは商業に従うもの(5例)はいずれも男子では経営的能力を有しており, 漁業に従うものは四季を通じ近海または遠洋漁業に出かけている。家事の1例は主婦として家庭にあり, P.T.A. 役員として対外的にも活躍している。無職が1例あるが, これは老年で隠居しているための無職であつて, 農繁期など近所の人に依頼されて子守りを引受けたり, 小遣いなども家族に依存することなく, この点無職といつても, 後に述べるC, D群のそれとは内容的に異なつている。

B群では診療所主任をしている医師が1名おり, 官

第28表 職 業

	A	B	C	D
医 師		1		
教 師	1			
技 師	2			
商 業	5	3		
官公吏	1	1		
僧 侶			1	
琴教授	1			1
事務員				3
農 業	10	4	9	
漁 業	3			
店 員		2	1	
工 員	5	1	1	
行 商		1	2	
職 人	2			
人 夫		1		
家 事	1	3	1	1
その他			1	
無 職	1		5	15
入院中	0	0	2	18
計	37	17	23	38

公吏1例は郵便局長である。他の例については省略するが, B群では病前に期待出来た適性職業に比べて, 幾分質の低下した職業に従事していることは認められるが, 現在従つている職業の範囲内で大過なくやつているものが多い。

さて, C群になると, 職業に従つているとはいつてもその職の質の低下は著しく, 独立して生計を立てるには困難な場合が多い。しかも他人の指示または監督のもとに仕事に従事している場合が多いのである。その他として挙げた1例は, 兄の営む土建業をその監督のもとに手伝つているものである。入院中のものが2

例あり、無職が5例あるが、無職もA群にみた例と質を異にし、気ままに怠惰な日々を送っているものである。

次にD群のうちに事務員が1例みられるのであるが、これは父が農業協同組合の専務理事であつて、その庇護の下に耕地整理等の単純な事務を扱い若干の報酬を得ている。家庭の処遇も極めてよい。こうした特殊な例を除いて、D群38例中の殆んどが、入院(18例)、無職(15例)である。無職のうち当然入院を要すると思われるものが少なくない。それが入院していないのは、家庭の経済的事情による場合が殆んどで、中には家人が全く顧みず、放置されたままで悲惨な生活を送っているものもあつた。

以上を要約すれば、A、B群では、その大部分が現在相当の職業についており、第XIII項で述べた如く、A群の98%、B群の88%が中以上の経済的環境にあるのも、A、B群の大半が安定した職についているためと考えられる。

C群では、職業につくものはあつても自主独立と云い得るには程遠いものが多く、D群では真の職業能力を有するものは皆無であつて、現在無為の生活を送っているかまたは入院中(約半数)のものが大半をしめていることになる。

Harrisら(1956)¹⁷⁾はインシュリンショック療法を行つた126例の分裂病患者について5年間にわたる予後をしらべ、ほぼ1/4が疾病の徴候をなお有するにもかかわらず、自ら生計を営み、社会的に独立していたと報告しているが、筆者の症例ではより簡単に寛解したのも含まれているために、就職の状況は一層良好である。

XVII 総 括

精神分裂病の長期予後についてはすでに多数の報告があるが、対象の選択を慎重に吟味し、かつ患者や家族に直接面接し、現在の状態および退院後の経過を詳しく検討した研究は基だ少ないようである。

そこで筆者は、分裂病の診断のもとに、昭和18年1月から昭和25年6月までの間に金沢大学医学部附属病院神経精神科へ初回入院した当時石川県在住の全患者のうち、戸籍簿によつて現在生存ならびに現住所を確認し得た137例を直接検診し、なお初回入院の条件を満たすに充分でないもの20例と明らかに非定型と思われた7例を除いた110例について種々の角度から検討を行い、次の結果を得た。

1) 現在の精神状態にもとづいて、全症例を、完全寛解の状態にあるもの(A)、不全寛解の状態にあるも

の(B)、中等度の欠陥をのこしているもの(C)、重い欠陥をのこしているか、あるいは明らかに分裂病症状を有するもの(D)の4群に分け、更に各群を、発病以来の経過(単純型、波状型)によつてそれぞれ2~4個の小群に分類した。

2) 全症例の内訳は、A群32例(29%)、B群17例(16%)、C群23例(21%)、D群38例(35%)である。この結果は林・秋元¹⁸⁾が1939年に報告した予後調査のうち、発病後16~12年を経たものについての統計とかなり近似し、ただ未治例に対する軽快例の比率に差が認められるにすぎない。ショック療法施行例の所見がそれ以前のものと大差を示さないことは、注目すべき点と思われる。

3) 筆者の調査では、軽快及び未治群において単純型に対する波状型の比率が、M. BleulerやMüllerの報告よりも、かなり高い結果を得た。これはショック療法施行の有無に関係があると思われる。

4) 家系負因では分裂病、躁うつ病以外の何らかの精神疾患の負因や近親結婚の有無と、分裂病の予後との間には明らかな関連性は認められず、また分裂病の負因についても、これのあるものにおいてやや予後が悪い傾向がうかがわれたが、その関係も有意のものとはいひ難い程度であつた。

5) 病前性格では、いずれの転帰群においても、非社会的、内向的性格を有するものが8~9割をしめている。明らかに外向性のものは未治群中には1例もみられなかつた。

6) 性別と転帰との間には有意の差を認めなかつた。

7) 発病年齢については、A群では16~20歳の発病が最も多く、D群では21~25歳の間の発病が最も多かつた。

8) 発病時の病勢を急性、亜急性、緩慢の3種類とし、それと転帰との関係をみると、A群の9割近くが急性または亜急性の発病であるのに対し、C群の91%、D群の90%が亜急性または緩慢に発病している。また急性に発病したものの半数以上が現在完全寛解に達しており、他方緩慢に発病したものの半数以上が未治におわつている。すなわち急性例と緩慢な発病例の予後の差は極めて顕著である。

9) 初発病型と予後との関係をみると、A群では緊張型が圧倒的に多く(約7割)、これに反しC、D群では破瓜型が7割以上を占めている。緊張型で完全寛解を示すものの約8割は1回の発病のみ(A₁群)で終っているのに対し、破瓜型で軽快または未治を示すものでは過半数が波状型(C₂, C₃, D₂, D₃群)をとつて

いる。

初発時に破瓜型または妄想型と診断されているにもかかわらず、現在完全寛解の状態にあるもの(10例)の個々について検討すると、臨床像や症状形成に関与する要因について、種々問題を含んでいるものがかなり多い。このことは病像の分析と種々の要因に関するくわしい検討を、多数の症例について長期に行うことの必要性を示している。

10) 初発症状と予後との関係を見ると、A群では、急性の興ふん、多動、易泣などが目立ち、また意識の変容を疑わせるものもある。これに反してD群では無為怠惰、不活潑、厭人孤独などが目立ち、緩慢な情意の変化を疑わせる症状が圧倒的に多い。A群とD群との間における著しい差は、急性に始まる興ふん状態がすべてD群にみられる人格障害と同一の機制を背景として生ずるものでなく、中に特異的なものが含まれている可能性を暗示する。

11) 治療と転帰の関係を見ると、よくなるものは電撃療法単独あるいはその他の少数の治療ですぐに寛解し、なかなかよくならないものに結局色々な治療がくり返し行われるという傾向がうかがわれた。

頻回のショック療法施行にもかかわらず症状の不良なものにロボットミーを行つたところ、不全寛解状態に達し、これが持続している症例があつた。

12) 退院時転帰と現在の状態とはかなりのくいちがひがあり、退院時転帰不良のもの44例のうちにも現在社会的適応を得ている例が14例(32%)もあるということは、初回退院時の転帰をもつて、将来の予後を判定するには慎重であるべきことを物語るものである。

13) 家庭の経済状態と現在転帰の間には明らかな関係は認められない。ただA群の経済状態が他に比べて比較的良好であるが、これはその大部分が安定した職についているためであると思われる。

14) 患者に対する家庭の処遇状況と予後との関係を見ると、A、B群では家庭の処遇の良好なものが圧倒的に多く、一方、処遇の不良なものはD群に多かつた。しかしこれも病気の転帰の結果とみられる点が少ない。

15) 結婚と予後との関係を見ると、現在結婚生活を送っているものがC群に48%、D群にも8%いる。

16) 職業と予後との関係では、A群ではすべてそれ相当の職についているが、B群にも診療所の主任をしている医師や、郵便局長がいる。D群では約半数が現在入院中である。

稿を終るにあつて、終始御指導御鞭撻を蒙り、御校閲を賜つた島崗教授に感謝致します。また、本研究に種々御協力を戴いた山口講師、道下博士、矢後医学士並びに関係諸病院の各位に厚く感謝致します。

文 献

- 1) 阿部良男：精神経誌，48，135 (1944)。
- 2) 阿部良男：精神経誌，48，172 (1944)。
- 3) Alonso, A. M., Andrade, G., Solanes, V. J., Viedma, P. L., Frypchan, R. et y Betancourth, J. R. : Abst. II. Intern. Cong. Psychiat., 86 (1957).
- 4) Angyal, L. v. : Allg. Z. Psychiat., 102, 185 (1934).
- Leonhard, K. : Mschr. Psychiat. Neurol., 124, 169 (1952).
- 5) Avenarius, R. : Psych. Neurol., Basel, 139, 121 (1960).
- 6) Baruk, H. : Abst. II. Intern. Cong. Psychiat., 9 (1957).
- 7) Benedetti, G., Kind, H. und Mielke, F. : Fortschr. Neurol. Psychiat., 25, 101 (1957).
- 8) Berlit, B. : Allg. Z. Psychiat., 78, 308 (1922).
- 9) Bleuler, E. : Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, Aschaffenburg's Hb. d. Psychiatrie, Leipzig u. Wien, Franz Deuticke, 1911.
- 10) Bleuler, M. : Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen, Leipzig, Georg Thieme, 1941.
- 11) Bleuler, M. : Fortschr. Neurol. Psychiat., 19, 385 (1951).
- 12) Claude, H. : Psychiatrie, Medico-Légale, Paris, 1932.
- 13) Dalma, J. : Abst. II. Intern. Cong. Psychiat., 23 (1957).
- 14) Diethelm, O. : Abst. II. Intern. Cong. Psychiat., 34 (1957).
- 15) Ey, H. : Abst. II. Intern. Cong. Psychiat., 36 (1957).
- 16) Freyhan, F. A. : Amer. J. Psychiat., 112, 161 (1955).
- 17) Harris, A., Linker, I., Norris, V. and Shepherd, M. : Brit. J. Prev. Soc. Med., 10, 107 (1956).
- 18) 林 暉・秋元波留夫：精神経誌，43，705 (1939)。
- 19) Hoff, H. et Arnold, O. H. : Encéphale., 44, 1 (1955).
- 20) Israel, R. H. and Johnson, N. A. : Amer. J. Psychiat., 112, 903 (1956).
- 21) 金原種光：精神経誌，36，141 (1933)。
- 22) Kolle, K. : Arch. Psychiat. Nervenkr., 78, 93 (1926).
- 23) Kraepelin, E. : Psychiatrie., II. Bd., 8 Aufl., Leipzig, Johann Ambrosius, 19-

04. 24) Langfeldt, G. : Abst. II. Intern. Cong. Psychiat., 73 (1957). 25) Leonhard, K. : Mschr. Psychiat. Neurol., 124, 169, 192 (1952). 26) Mauz, F. : Die Prognostik der endogene Psychosen. Leipzig, Georg Thieme, 1930. 27) Mayer-Gross, W. : Hb. d. Geisteskrht. (O. Bumke), IX, 293, 1932. 28) Mechler, A. : Nervenarzt, 31, 67 (1960). 29) Meyer, E. : Allg. Z. Psychiat., 83, 279 (1926). 30) 満田久敏 : 精神経誌, 42, 788-797, 1942. 31) 宮本哲雄・寺島正吾・戸波宗徳 : 精神分裂病(中修三編), 13頁, 東京, 医学書院, 1959. 32) Müller, H. : Zbl. ges. Neur. u. Psych., 35, 150, (1924). 33) Müller, V. : Mschr. Psychiat. Neurol., 122, 257 (1951). 34) 越智和彦 : 脳神経, 11, 749 (1957). 35) 奥田三郎 : 精神経誌, 41, 885 (1937). 36) 奥田三郎・高橋角次郎 : 精神経誌, 42, 849 (1938). 37) 奥田三郎 : 精神経誌, 46, 657 (1942). 38) 太田清之 : 精神経誌, 39, 29 (1935). 39) Perelmuter : Sovremennaja psichonevrologiia., 2, 619 (1926). Zbl. ges. Neur. u. psch., 45, 371 (1927). による. 40) Polonio, P. : Mschr. Psychiat. Neurol., 128, 265 (1954). 41) Rennie, T. A. C. : Arch. Neur. & Psych., 46, 197 (1941). 42) Ruemke, H. C. : Abst. II. Intern. Cong. Psychiat., 119 (1957). 43) 桜井図南男・野田寿一郎 : 福岡医大誌, 31, 1744 (1948). 44) Schneider, F. W. : Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., 75, 227 (1955). 45) Schneider, K. : Fortschr. Neurol. Psychiat., 25, 487 (1957). 46) Schulz, B. : Z. Neur. u. Psych., 143, 175 (1933). 47) Schwarz, H. : Mschr. Psychiat. Neurol., 59, 50 (1952). 48) Silva, P. E. : Abst. II. Intern. Cong. Psychiat., 100 (1957). 49) 白石英雄 : 精神経誌, 61, 1889 (1959). 50) Stenberg, S. : Acta genet. et Statist. med., 1, 5 (1948). 51) Stroemgren, E. and Lunn, V. : Abst. II. Intern., Cong. Psychiat., 136 (1957). 52) Stutte, H. : Abst. II. Intern. Cong. Psychiat., 137 (1957). 53) 竹村堅次 : 精神経誌, 60, 788 (1958). 54) 竹村堅次 : 精神経誌, 61, 1087 (1959). 55) 竹村堅次 : 精神医学, 1, 31 (1959). 56) Tuczek, K. : 48 Jverslg. Südwestdtsch. Psychiatr. Tübingen, 1925 (1926). 32) による. 57) Wyrsh, J. : Zbl. ges. Neurol. u. Psychiat., 159, 668 (1937). 58) Wilczkowski, E. : Abst. II. Intern. Cong. Psychiat., 154 (1957). 59) Yap, P. M. : Abst. II. Intern. Cong. Psychiat., 158 (1957). 60) Zucker, K. : Arch. Psychiat. Nervenkr., 110, 465 (1939).

Abstract

The author chose the 110 patients receiving their first treatment for schizophrenia, in the Department of Neuropsychiatry of Kanazawa University Hospital between January 1943 and June 1950 whom the author could personally interviewed at the time of the research.

1) Classification: The cases were divided into four groups according to their mental conditions, at the time of the research. (A) Those in the state of complete remission, (B) Those in the state of partial remission, (C) Cases of medium deterioration, (D) Cases of high degree of deterioration.

Moreover, each group was subdivided into two to four smaller groups, according to the progress since the onset of schizophrenia (simple type, waved type).

2) The number of the cases in each group is as follows: Group A 32 cases (29%), group B 17 cases (16%), group C 23 cases (21%), group D 38 cases (35%).

These figures resemble the statistics published by Drs. Hayashi and Akimoto in 1939 about cases having 12 to 16 years' history after the onset. There is only a little difference in the ratio of (C) to (D).

It is worthy of notice that there is little difference between the cases to which the shock therapy was administered and the others.

3) According to the author's inquiry, the ratio of the cases of the waved type to those of the simple type in the group of the alleviated and the incurable cases was much higher than that in M. Bleuler's and Müller's reports.

4) Onset: Nearly 90% of group A had acute or subacute onset. The onset of 91% of group C and 90% of group D was subacute or chronic.

More than half of the patients who had acute onset are now in the state of complete remission. On the other hand, more than half of the patients who had chronic onset are in the incurable state.

5) Clinical types: An overwhelming majority (about 70%) of group A was of the catatonic type, while the hebephrenic type accounted for more than 70% of groups C & D. About 80% of the patients of the catatonic type reaching the state of complete remission had only one attack.

More than half of the patients remaining in the state of alleviation or the incurable state had repeated attacks.

Many atypical pictures at the onset were observed even in the cases that were in the state of complete remission when the reexamination was carried out among those who had been diagnosed as paranoid or hebephrenic at the time of first onset.

6) Initial symptoms: Acute excitement, restlessness and weeping were prominent in group A. Impairment of consciousness was also detected.

Apathy, abulia, dullness and solitude were prominent in group D and an overwhelming majority had emotional instability.

The remarkable difference between group A and group D seemed to indicate that the state of acute excitement might not always come from the obstruction of personality found in typical hebephrenia.

The author also studied the correlation between the course of the disease and the heredity, previous character, sex, age of onset, treatment, condition at the time of leaving hospital, financial conditions, family circumstances, marital status and occupation.
