

晩発性精神分裂病の臨床補遺

森 莊 祐

弘前大学医学部神経精神医学教室（主任：佐藤時治郎教授）

I. まえがき—歴史的展望

我々は、日常臨床の場で、中高年期に分裂病様状態を呈する症例に、しばしば遭遇する。それらの症例には脳の器質的な疾患群に属するものが多く、その原因疾患としては、脳動脈硬化性精神病、老年痴呆、進行麻痺等数多くのものが挙げられる。この時期には、身体的側面では、内分泌学的にも変化が生じ、血管系では動脈硬化が進行し、心理学的なレベルでは精神老化が始まり、生き生きした未来を望み得ずに諸々の心的軌轍が生じ易く、青春期にも比すべき危機が訪ずれる。さて、器質的変化の過程を示し、痴呆化の道をたどる疾患群の他に、この時期に初発しても痴呆化に至らぬ内因性疾患があることは、現在まで諸家により問題とされて来たところである。こうした時期の分裂病様状態から、特別の疾患類型を区分する意図は、Gaup⁶⁾に始まり、StranskyのDementia tarda⁴⁴⁾、KraepelinのParaphrenie²¹⁾、Medowのerstarrende Rückbildungs-depression²⁸⁾、AlbrechtのPräsenile Paraphrenie²⁾、KleistのInvolutionsparanoia²⁰⁾等に引継がれ、その後M. Bleuler⁴⁾、Klages¹⁷⁾、Schimmelpennig³⁹⁾等が発展させている。

この間、そのような症例を、疾病分類学的に疾患単位として確立しようとする立場²¹⁾、所謂晩発性精神分裂病が早発性痴呆を中心とする中核群とは異質なものであるとする立場²⁷⁾、またその単なる遅発型とする立場⁴²⁾、脳器質的疾患へ還元させる立場²⁸⁾、躁うつ病との関連で考察する立場等種々の立場があった。また、どのような立場をとるにしても、それぞれが方法論的にも混乱しており極めて複雑な様相を呈する領域であったと言えよう。この中で、M. Bleulerは1943年に概念操作の上で、40才以後に初発すること、その症候学が若年令者のものと殆んど相違しないこと、脳病理学的障害に還元されないことの3点を守って、選ばれた130例について報告している。この研究によると、これらの症例は症候学的には2群に分類される。すなわち、早発性精神分裂病と症候学的に差異ないとされる一群と、晩発性精神分裂病として特徴ある一群がそれである。この労作が基礎となり、Klages¹⁷⁾の研究が発展した。すなわち、彼は1961年、M. Bleulerの概念に従って症例を選択し、多元的診断法を応用して考察を加え、病前に分裂気質があつて予後不良なる少数群と、循環気質の特徴が著明である予後良好なる多数群とにまとめられると述べている。この後で、SchimmelpennigはKennzeichen der Prozeßhaftigkeit³⁹⁾を有している晩発性精神分裂病群と、分裂型精神病群の2群に分けて記述している。この他、Greger⁸⁾とStahl¹³⁾は退行期の妄想性精神病の経過研究から、循環・妄想型及び妄想・幻覚型の2群を分類し、またJanzarik¹³⁾は縦断的観察の下での高年令者の分裂性精神病を論じている。

中高年期に初発する場合の病像として、しばしば躁うつ病的な色彩が混合することが認められることから、すでにMedow²⁸⁾は前述の如くerstarrende Rückbildungs-depression³⁶⁾を提唱したが、これを引継いで、Petrilowitsch⁷⁾が1959年臨床経過確認のための研究を通して循環気質との関連を示唆した。本邦における報告をみると、後藤⁷⁾は、更年期に初発するうつ状態の中には、人格欠損の殆んど認められぬI群と、著明な欠損を示すII群があり、後者は分裂病圏と密接な関連を有していることを記述している。斎藤³⁷⁾は1954年に記述現象学的立場から、縦断的に

晩発性精神分裂病の臨床的研究をまとめたが、この中で、所謂、晩発性精神分裂病は精神分裂病の遅発型であるとし、ほゞ M. Bleuler らの報告と類似せる結果を示した。竹村⁴⁷⁾は1958年非定型分裂病について記載し、老年期に初発して分裂病様病像を呈し、おおむね急性一過性に寛解に至る症例こそ、真の晩発性非定型分裂病と言ってよいのではないかと述べている。さて、中高年期には、精神疾患の病像が種々の因子によって影響を受けるであろうことは想像に難くない。すなわち、器質的には老年性脳萎縮、脳動脈硬化などを始めとする退行性変化が始まり、心理的には、この時期特有の変化があり、さらに家庭的、社会的環境因子を含めた状況全てが病像形成的に影響し、錯綜した問題¹⁵⁾が生じてくるであろう。従ってこの時期に発病する精神疾患の研究には、方法論的に多元的診断法が要請され、疾患の経過、予後を正確に把握するために、横断的観察のみならず、縦断的観察の必要性が強調される。この研究目的は、Paulikhoff らの行なったように、晩発性精神分裂病を、その発病、症状、経過、状況、人格などの多くの側面から分析して、臨床的に、初発の時点から出来るだけ速かに、患者の将来を予測しようとする立場に寄与する所におかれている。

II. 対象と方法

1. 概念と制限

研究対象を選択するにあたって、M. Bleuler⁴⁾を始めとする諸家の概念を参照しつつ、診断基準を次のように定めた。

(i) 40才以上の初発

M. Bleuler⁴⁾、Klages¹⁷⁾、斎藤³⁷⁾等の見解に従って、研究対象とする症例は以下に述べるような基準を充たし、かつその初発年齢を40才以上のものに限定した。

(ii) 精神分裂病症状を示すこと

分裂病概念の混乱している現状では、診断基準を明確にすることは困難であるが、この研究を始めるに当たっては、まず、さしあたって E. Bleuler³⁾の分裂病概念が普遍化されて以来の諸家による広義の分裂病概念に従って、症例を選択した。従って選ばれた症例は、次に述べる規準の制約を受けながらも、かなり広範囲にわたる診断学上の分布を示したと言える。

(iii) 痴呆化の過程を取らないこと

さしあたって、症例を選択した時点で明らかに脳器質的な病変を有すると考えられる症例や、脳動脈硬化の著明な症例は出来るだけ除外した。また、観察期間中にも次第に脳器質的疾患が著明となり、精神分裂病の診断が疑わしいものとなった症例も除外した。

以上の様な臨床概念の制限の下に、発病状態、病像、経過、再発、欠陥、転帰、予後等の関連性を検討した。

2. 研究方法

本研究における症例把握に際して、横断的には現象学的記述と多元的診断の立場をとり、縦断的には、同じ立場からカタムネーゼによって追究した。

3. 研究対象、観察期間、発現頻度

研究対象は主として弘前大学神経精神医学教室の関連病院で診療を受けた総計41例である。調査方法は、まず各病院にアンケートを送り、調査項目を記入する様に依頼し、そのアンケートの解答に従って該当すると思われる症例には、著者が直接面接を繰返し、さらに関連病院の主治医とも討議し正確を期する様に努めた。観察期間は最短3ヶ月から最長15年であり、平均3年5ヶ月である。本研究の調査を開始した昭和42年2月現在の各病院に受診中の分裂病患者総

数は、約2,000人であり、従って、本研究の対象となった症例の発現頻度は約2%であった。

III. 研究結果

1. 性別と初発年齢

図1、表1の如く、性別は男子17例、女子24例であり、男女比は約3:4である。また初発年齢は40才台が男女合計24例で、50才台14例、60才台3例であり、表1で他の研究者の成績と比較してあるが、45~49才の所に軽度の差異が認められた他はおよそ類似した結果である。

2. 遺伝歴

近親者から聞出し得た4親等以内の範囲では、表2の如き結果が出た。すなわち遺伝負因は男子5例、女子9例に認められた。その中で精神分裂病負因は、男子3例、女子5例であり、計8例、19.5%に認められた。1親等に分裂病負因を有するものは女子のみ4例、2親等に分裂病負因を有するものは男子3例、女子1例である。したがって分裂病負因の1親等及び2親等内出現率は各々9.8%である。

3. 発病状態

急性発病は2週以内、亜急性は2週から4週まで、4週以後は慢性として分類したところ、表3に示す如く、急性発病を示したものは男女計15例、亜急性発病を示したものは12例、慢性発病を示したものは14例である。

4. 経過

3.に準じて4週以内の経過を急性として、それ以後を慢性とすると、表4の如く、急性に経過する症例は男子8例、女子10例の計18例、慢性に経過する症例は男子9例、女子14例の計23例である。

5. 欠陥状態

ここでいう欠陥とは、M. Bleuler などの定義を参考にしたもので、人格や情意面の障害を示すものとした。欠陥をさらに、表5の如く、高度欠陥と軽度欠陥に分類し、高度欠陥男子8例、女子14例の計22例、欠陥の全く認められないもの或いは軽度の欠陥のあるもの男子9例、女子10例で計19例となった。なお、合併症で発病後しばらくして死亡した2名の内男子1例は生前寛解状態を示し、欠陥が殆んど認められぬ例に含まれている。また女子の1例は高度欠陥に含まれている症例である。

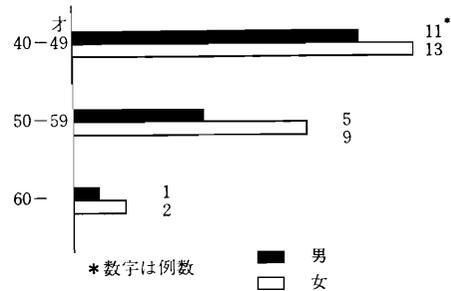


図1 初発年齢と性別

表1 初発年齢の比較

調査群 (Study Group)	初発年齢 (Onset Age)			
	40-44	45-49	50-54	55-60
自験例 (Present Study)	32.0% (13)	26.8% (11)	26.8% (11)	14.6% (6)*
M. Bleuler 晩発性分裂病 (M. Bleuler Late-onset Schizophrenia)	35.0% (44)	33.0% (42)	16.0% (20)	12.0% (15)
W. Klages 晩発性分裂病 (W. Klages Late-onset Schizophrenia)	30.2% (16)	32.1% (17)	24.5% (13)	13.2% (7)

* 60才以上を含む
括弧内は例数

表2 遺伝歴 (4親等以内)

負因内訳 (Causative Factor)	性別 (Gender)		計 (Total)	
	男 (Male)	女 (Female)		
有 (Present)	精神分裂病 (Schizophrenia)	3	5	8
	神経症 (Neurosis)	0	2	2
	その他 (Others)	2	2	4
無 (Absent)	12	15	27	
計 (Total)	17	24	41	

数字は例数

表3 発病状態

発病状態	性別	男	女	計
	急	性	6	9
亜急	性	5	7	12
慢	性	6	8	14
計		17	24	41

数字は例数

表4 経過

経過	性別	男	女	計
	急性経過型		8	10
慢性経過型		9	14	23
計		17	24	41

数字は例数

表5 欠陥状態

欠陥状態	性別	男	女	計
	高度		8	14
軽度		9	10	19
計		17	24	41

(欠陥の殆んどないものは軽度を含む)

数字は例数

表9 心因の内容

内容	性別	家族内葛藤	自己の疾病	配偶者の疾病	家族との離別	配偶者の死亡	その他	計
		男	1	0	0	0	1	4
女	2	4	1	1	1	2	11	
計		3	4	1	1	2	6	17

数字は例数

6. 再発

表6の如く、再発1回が最も多く、全体で24例あり、以下2回11例、3回以上3例である。

7. 転帰

表7の如く、最初の発病以来再発も含めて寛解に達したものが男子7例、女子11例、計18例であり、軽快例は男女で計10例、未治11例、死亡2例である。死因は男子が心不全、女子が自殺である。

8. 心因との関係

表8の如く、発病に直接関係あると思われる心理的葛藤の顕著なものは、男子6例、女子11例で、合計17例である。これは全症例の約41%にあたっている。

表6 再発

性別	回数	0	1	2	3～	計
	男		0	10	5	2
女		3	14	6	1	24
計		3	24	11	3	41

数字は例数

表7 転帰

転帰	性別	男	女	計
	寛解		7	11
軽快		5	5	10
未治		4	7	11
殆亡		1	1	2
計		17	24	41

数字は例数

表8 心因との関係

心因	性別	男	女	計
	有		6	11
無		11	13	24
計		17	24	41

数字は例数

表 10 初発時及び再発時症状

症状群	男			女			男女合計		
	初発	再発 1回目	再発 2回目	初発	再発 1回目	再発 2回目	初発	再発 1回目	再発 2回目
幻覚	1	1	/	/	/	/	1	1	/
妄想	2	1	2	6	1	1	8	2	3
妄想, 幻覚	5	5	3	11	6	2	16	11	5
妄想, 興奮	1	/	1	/	1	2	1	1	3
妄想, 幻覚, 興奮	3	3	/	3	3	/	6	6	/
妄想, 幻覚, 昏迷	1	/	/	/	1	/	1	1	/
妄想, 幻覚, 抑うつ	1	1	/	/	1	1	1	2	1
妄想, 幻覚, 抑うつ, 興奮	1	/	/	1	1	/	2	1	/
妄想, 幻覚, 神経衰弱, 興奮	/	/	/	1	/	/	1	/	/
妄想, 抑うつ	/	/	/	1	1	/	1	1	/
妄想, 抑うつ, 神経衰弱	1	/	/	/	/	/	1	/	/
妄想, 抑うつ, 興奮	1	/	/	1	/	/	2	/	/
計	17	11	6	24	15	6	41	26	12

数字は例数

9. 心因の内容

表9の如く、心因の内容としては、家族内葛藤が男子1例、女子2例、自己の疾病に対する不安、絶望感などが女子のみ4例、配偶者の疾病が女子1例、家族との離別が女子1例、配偶者の死亡が男女各々1例となっている。その他の心因は男子4例、女子2例である。全体として心因が女子に多く認められた。

10. 初発時症状及び再発時症状

初発時及び再発時の主要症状を示したのが表10である。初発時に妄想を主体とするものは男子2例、女子6例で計8例、19.5%であり、妄想・幻覚状態を示した例は、男子5例、女子11例で計16例、39%である。妄想・幻覚に興奮（緊張病様及び躁病様）の加わったものは男子3例、女子3例で計6例、14.6%にあたる。以下昏迷、抑うつ、神経衰弱等の症状がそれぞれ加味されていた。再発1回目でも妄想・幻覚状態が男女11例に認められ最も多く、同様の傾向は再発2回目でも認められた。妄想内容は、被害・関係妄想が多く、幻覚では幻聴が大部分を占めていた。幻聴は、対話形式が多く、内容は命令や脅迫や非難が主であり、その被害的な意味を多くが含んでいた。他に、初発時幻視が3例、幻嗅1例、身体幻覚1例があった。

11. 症状変遷について

表11の如く、症例によっては1回の罹患中にもある症状群から他の症状群に変遷する症例があり、また縦断的に個々の再発経過をまとめてみると、そこにも症状群の変遷の認められる症例があった。初発時についてこれを見ると、症状群に変化のあった症例は男子4例、女子4例で、合計8例に認められた。内容は抑うつが出現するものが6例、興奮の出現するものが5例となっている。これらの症例の症状変遷について見ると、抑うつや神経衰弱状態は徐々に始ま

表 11 症 状 変 遷 に つ い て

症例	病期	初 発	再 発 1 回	再 発 2 回	再 発 3 回
Y. N. ♂		幻覚・妄想	幻覚・妄想→緊張病様興奮		
K. S. ♂		幻覚	幻覚・妄想	妄想・躁病様興奮	
T. K. ♂		抑うつ→多動・興奮 →幻覚妄想			
M. S. ♂		神経衰弱→抑うつ→ 妄想 (心因：縁談のもつれ)			
A. W. ♂		幻覚・妄想, 緊張病 様昏迷	幻覚・妄想, 緊張病 様興奮		
J. Y. ♂		幻覚・妄想・興奮	幻覚・妄想	妄想	
T. I. ♂		抑うつ・妄想→緊張 病様興奮			
I. S. ♂		抑うつ→幻覚・妄想 (心因：選挙の不正に まきこまれる)	初発にほゞ同様		
T. S. ♂		幻覚・妄想	幻覚・妄想	幻覚・妄想	幻覚, 緊張病様興奮
S. K. ♀		抑うつ→緊張病様興 奮→幻覚・妄想 (心因：自己の疾病で 入院中)			
T. T. ♀		緊張病様興奮→幻覚 ・妄想			
T. K. ♀		妄想	幻覚・妄想→緊張病 様昏迷		
S. I. ♀		神経衰弱→幻覚妄想 →減動→興奮			
H. A. ♀		抑うつ→幻覚・妄想 (心因：高血圧症の夫 を看病していた)			
Y. M. ♀		幻覚・妄想	幻覚・妄想, 緊張病 様興奮	緊張病様興奮	
T. S. ♀		幻覚・妄想	幻覚・妄想, 緊張病 様興奮		
K. M. ♀		幻覚・妄想	幻覚・妄想, 抑うつ		
N. O. ♀		幻覚・妄想	幻覚・妄想, 躁病様 興奮	幻覚・妄想	減動→幻覚・妄想
I. O. ♀		妄想	抑うつ→幻覚妄想→ 興奮 (心因：夫の疾病)	緊張病様興奮	

表12-a 体 型

体 型	性 別		計
	男	女	
細 長 型	7	11	18
肥 満 型	5	11	16
鬪 士 型	4	1	5
形 成 異 常 型	1	1	2
計	17	24	41

数字は例数

表12-b 病 前 性 格

性別病前	性 格		計
	男	女	
分 裂 気 質 群	6	14	20
循 環 気 質 群	4	5	9
執 着 群 (下田)	1	3	4
神 經 質 群	2	1	3
そ の 他	4	1	5
計	17	24	41

数字は例数

り、1例を除いては、抑うつや興奮や幻覚妄想状態を経過する期間は、最短2ヶ月以上最長は年余に渡っている。8例中半分の4例に、縁談のもつれや配偶者の疾病など心因が認められ、状況の影響が考えられた。再発1回目では、症状変遷のあった症例は3例である。2回目はなく、3回目に1例認められている。次に縦断的に見た場合、初発と各再発間に病像の変化のあった症例は男子5例、女子6例で、計11例である。以上の点からみて症状変遷には一定の法則性はないと言える。

12. 体型と性格

Kretschmer²²⁾の分類に従って、体型別に分類したのが表12-aである。混合型は主要体型と思われる体型へ組入れた。結果は細長型が男子7例、女子11例で計18例、43.9%であり、肥満型は男子5例、女子11例の計16例、39%、闘士型は男子4例、女子1例の計5例、12.2%であり、形成異常型は男女各々1例で4.8%である。

病前性格は表12-bの如くであるが、分裂気質群男子6例、女子14例、計20例で48.7%、循環気質群は男子4例、女子5例で計9例、22%、以下、下田の執着気質群男女計4例、9.7%、神経質群男女計3例、7.2%、その他は男女計5例、12.2%となっている。

13. 身体的合併症

表13の如くであるが、合併症を有する症例は男子7例、女子16例の計23例である。血管系障害は、高血圧症が男子2例、女子3例の計5例、脳動脈硬化症が男子2例、女子3例の計5例、低血圧症が男女各々1例の計2例で、心疾患は女子のみ2例である。ただし、ここで言う脳動脈硬化症とは、文部省科学研究班の診断基準の「比較的确实」以上を取りあげたが、これらの症例は、何れも分裂病発病後に合併したものを意味している。したがって当初から脳動脈硬化症を有する紛らわしい症例を含んでいる訳ではない。

14. 脳波所見

脳波検査を施行したものは、男女計18例であり、正常10例、軽度異常4例、異常4例となっている。なお軽度異常とは汎発性アルファ波や8サイクルのおそいアルファ波が認められるものであり、異常とは6-8サイクルのシータ波や局所異常波などの所見が認められるものである。

15. 症例

(i) 症例 1

N. O. ♀ (大正9年7月7日生)

病前性格：勝気、活発、利己的、理屈っぽい。

体型：肥満型

遺伝歴：妹が精神分裂病で入院したことがある。

生活歴：小学校卒業後農業に従事し、18才で結婚、7人の子供を育て、夫と共に農業を営み、夫婦仲は円満であった。昭和28年、子供の死に会い日蓮宗に入信した。

表13 身体的合併症

合併症	性別		計
	男	女	
高血圧	2	3	5
脳動脈硬化	2	3	5
心疾患	0	2	2
低血圧	1	1	2
胃腸疾患	1	1	2
喘息	0	1	1
子宮筋腫	0	2	2
血液梅毒	0	1	1
難聴	0	1	1
アビタミノーゼ	0	1	1
糖尿病	1	0	1
計	7	16	23

数字は例数

発病と経過

40才の頃、家計の手助けのため働きに出たが、勤めている内、特に誘因なく、「この主人が自分を愛している。」という被愛妄想を抱く様になり、奇妙な厚化粧をしては徘徊し、また同時に被害・関係妄想と幻聴を示すようになり、「悪口を言うな」と近所の人に談判に行くといった行動が認められたが、放置したまま自然に落ち着いた。その後は人格変化もなく家庭生活を順調に送っていた。43才時再び何等の誘因なく、幻聴、多動、多弁、滅裂思考、誇大妄想等の症状が出現し、入院した。電撃療法により幻覚・妄想状態は比較的急速に改善したが、軽度の自発性減退があり、Perphenazine 投与と作業療法により寛解状態となり、入院期間約9ヶ月で退院した。45才の時、夫に対して理由もなく嫉妬妄想を抱く様になり、疑惑的となり、徘徊、不眠、独語、空笑等の症状が出現し、ヒモや鎖類を首にまき、さらに小麦粉を顔にぬるといふ奇妙な化粧をする様になり、「500万円の宝くじがあたった」など言い出し、幻聴、嫉妬妄想、被害・関係妄想等の症状が増強して再入院した。この時も電撃療法と向精神薬療法で寛解に達し、約6ヶ月後に退院した。47才の時、再び緘黙、無為、独語、空笑、徘徊等の症状が出現し、「神様が自分についている。宝くじがあたったと教えて来る。何百万円も政府からおりてくるはずだ」等と言い出し、第2回目の入院時と同様、奇妙な装飾物を帯びて化粧をするという症状がみられたため、第3回目の入院となった。向精神薬療法のみで静穏となり、約3ヶ月後に寛解状態に達して退院した。

(ii) 症例 II

T. N. ♀ (大正7年3月16日生)

病前性格：内気、素直、おとなしい。

体型：肥満型

遺伝歴：特記すべきものなし。

生活歴：小学校卒業後家事手伝いをしていたが、17才で結婚した。夫は身持ちが悪く、7人の子供を育てるのには苦勞の絶え間がなかった。夫は大酒家の上、女好きであり、時々行方不明となることもあった。患者は夫の行動には余り口を出さず、耐え忍んでいることが多かったという。

発病と経過

40才頃乳癌の手術を受け、その頃から祈禱師に頻繁に通う様になり、45才の頃、家人に内緒で大阪の祈禱師の所へ行ったこともある。大阪から帰省してから、家事をする位で無為な日々を送っていた。47才時、理由もなく夫に対して被害的となり、独語、空笑、不眠、幻聴、作為体験が著明となり、入院した。電撃療法、向精神薬療法等を受け、軽快の状態で約1年3ヶ月後に退院し、家事に従事する程度で自宅療養をしていた。この頃、夫は他の女の所に寄食する様になり、行方不明となった。49才の時、再び独語、空笑、幻聴、被害妄想等の症状が出現し、再入院した。入院後、向精神薬を中心に治療を加えたが、情意鈍麻、自発性の減退が目立ち、「心の親が味方しているので、他人の考えが解る」という体験が持続し、また時に被害妄想が増悪し、分裂性異常体験に支配された生活様式が認められた。

16. 症例 I 及び II のロールシャッハテスト

症例 I と症例 II の所見は表15の如くである。

症例 I では第1回目には反応数も少なく、平凡

表14 脳波所見

所見	性別		計
	男	女	
正 常	3	7	10
軽 度 異 常	2	2	4
異 常	3	1	4
計	8	10	18

数字は例数

表 15 ロールシャットテスト所見

症 例 回数	I		II	
	1	2	1	2
反 応 数	13	35	11	12
失 敗 ・ 拒 否 数	1	0	1	1
全 体 W : 部 分 D	5 : 8.5	5 : 29	6 : 3	6 : 2
良 形 F + 態 水 準 %	85	83	83	50
人 間 運 動 反 応 M	0	0.5	0	0
色 彩 反 応 FC : CF + C	1.5 : 0	1 : 1	0 : 0	0 : 0
体 験 型 ΣC : M	0.75 : 0	1.5 : 0.5	0 : 0	0 : 0
平 凡 反 応 P	2	6	3	1
分 裂 病 予 後 指 標 R S S	-13.68	+34.34	-23.27	-53.61
分 裂 病 予 後 指 標 S P S	0	+4	+1	-3

表 16 発病状態・経過・欠陥・再発・転帰・心因・脳波所見間の関連

項 目	発病状態	経 過	欠 陥	再 発	転 帰	心 因	脳 波 所 見				
	急性～亜急性	急 性	軽 度	1回有	寛 解	有	正常	軽度異常	異常	計	
I 群	男	10	8	9	6	7	4	3	1	1	5
	女	16	10	10	9	10	7	4	2	0	6
	小 計	26	18	19	15	17	11	7	3	1	11
II 群	男	7	9	8	5	0	2	0	1	2	3
	女	8	14	14	6	1	4	3	0	1	4
	小 計	15	23	22	11	1	6	3	1	3	7
合 計	41	41	41	26	18	17	10	4	4	18	

数字は例数

反応も少ない。また分裂病指標や分裂病予後指標も低い。第2回目には回復して、全ての因子において急激な改善が見られた。これに対して症例IIでは、第1回目も第2回目もほぼ類似しており、良形態水準、平凡反応、分裂病指標、分裂病予後指標は第2回目の方が悪化していた。

17. 小括

以上の結果を総合的に示したのが表16である。表に示したI群とは、発病状態が急性乃至亜急性で欠陥も軽度で、寛解傾向の顕著な症例群である。II群とは比較的慢性に発病し、欠陥も高度で、寛解に至る傾向が極めて少ない症例群である。I群においては、再発が多く、心因も比較的濃厚であり、脳波は正常所見のものが多いという結果を示している。II群では再発がI群に比較して少なく、心因もI群に比べ明らかでなく、脳波は異常所見を示す場合がやや多い

という結果を示した。

症例Ⅰは、発病以来3回の再発を繰返し、その周期性、多彩な病像、病期毎の病像変遷が著明なこと等が特徴的である。発病は急性で、経過も急速かつ容易に寛解に達するものであり、症状の寛解後欠陥像も殆んど認められず、脳波も正常所見を示した。ロールシャッハテスト¹⁶⁾に示された所見では、想像力が豊かであり、分析力、現実吟味力も比較的确实で、感情面ではやや柔軟性に欠ける点が認められるものの、体験型は比較的豊富で、常識もあり、予後良好な結果が示された。異常体験の消退に従って急速な改善が示された例である。これらの諸点を考え合わせると、症例ⅠはⅠ群に所属するものと考えることが出来る。

症例Ⅱは、41才以後に慢性潜行的に発病し、経過も慢性であり、夫との長期の持続的葛藤が発病に心因的に働いたと推定される症例である。情意鈍麻、人格欠陥等の残遺症状も著明であり、自発性減退もあり、いわば、若年者における分裂病中核群に相当する例であり、著者の分類ではⅡ群に属するものと考えられる。ロールシャッハテストでは、想像力及び現実吟味力に乏しく、感情は冷たく硬い、体験型は貧弱であり、客観性に乏しいという結果が示されている。

IV. 考 察

1. 中高年期の社会・文化的評価と心理的特徴

中高年期は、身体の退行変化が始まり、精神身体的衰弱・退行が徐々に増強する時期である。すなわち、精神面の変化は、身体面の衰退を相携えて進行し、青年期とは明らかに異なる要素から成立している。全般的な欲動減退¹⁷⁾が認められ、運動欲、食欲、性欲等は低下する。しかもなお生命に対する執着は一層強い。ここにおいて、注意は自己の身体ならびに疾患や死へと向けられ、不安が生まれる。その結果、心気・不安状態⁴³⁾が多く認められる。性格的にも変化が始まり、その変化方向は極めて複雑である。しばしば抑うつ状態が惹起され、また猜疑傾向の増大は妄想状態へと発展しやすい。知能面での低下も始まり、年令と共に漸時増強して、記銘力、計算力は特に衰え易くなる。さらに記銘力や記憶力に、高度な脱落が来ると、痴呆が生じ、人格的にも変化が著明となる。社会的側面では、中高年期には種々の軋轢が生ずる一方、家庭的、社会的な孤独化が始まる。すなわち、家庭的には、新しい世代との意見の対立が深まり、子供たちの結婚問題や同居問題など困難な課題が多くなって来る。経済的には比較的恵まれていても、対人関係の障害の場にさらされることが多く、世代間の価値観を調整するといった様な、難渋する事柄に対処すべき責任ある立場が要求され、担うべき心理的荷重は増大する。その後には、定年、隠居、自己の疾病、配偶者の死等の生きがいの喪失が待っており、孤独と不安は益々深められてゆく。かくて抑うつ傾向が増大して自殺に到る危険性は大きくなる。この年代は要するに負担多き、豊かな未来を望み得ない困難な年代と言えよう。

2. 研究結果の考察

研究結果につき、考察を加えてみると、まず発現頻度では、著者のものは約2%であり、斎藤³⁷⁾5.24%、Kraepelin²¹⁾5.8%、M. Bleuler⁴⁾14.8%よりは低い。これは調査法がアンケート様式で各病院に問合わせた結果、症例洩れが生じたことや、また分裂病発現頻度¹⁾に関して問題があったことなども原因と推察される。と言うものの、それ以上ははっきりした考察を加えることは出来ない様に思われる。

性別については、著者の症例では男：女比が17：24であるのに対して、M. Bleuler⁴⁾では32：62、W. Klages¹⁷⁾では15：38となり、著者例では性差が最も低い値に出ているが、これとてもそ

の理由を明確にすることは出来ないと考えられる。

初発年齢では、M. Bleuler や W. Klages と比較して、45—49才を除いては大差ない結果が示された。40才台が最も多く、以下漸減する傾向は、若年者の分裂病発病年齢が20才前後にピークを有し、以後の年齢増加につれて減少するという傾向と一致していると考えられる。

遺伝歴においては、分裂病負因について、1親等出現率10%、2親等出現率10%であり、H. Luxenburger の遺伝予後⁴⁵⁾の中の各々の出現率、16.4%と10.8%よりは低い。遺伝歴は外来で聴取した範囲のものであるが、前述の分裂病発現頻度の問題とも関連する事実であるが、調査地域が農村から中小都市であり、文化・社会的に精神障害者に対する偏見が強く、遺伝負因を強く否定する傾向がある。このような影響が今回の資料にも現われていると考えられる。³²⁾

発病状態については、急性発病37%、亜急性発病30%、慢性発病34%であり、宮本・寺島等の一般分裂病統計による急性発病37.9%、亜急性発病34.5%、慢性発病25.3%と比較すると、慢性発病の群で差が見出される。これは一見、後に述べる寛解傾向とは逆説的な結果であるが、慢性に発病しても寛解に至る症例もあり、一概に差異ある結果とは言いきれないことを示すと思われる。

次に経過についてみると、急性経過型44%、慢性経過型56%であり、宮本・寺島等の結果より若干急性が多く、寛解傾向の一側面が示唆されていると考えられる。

欠陥状態については、E. Bleuler³⁾の定義以来、種々の論議のある所であり、Leonhard²⁵⁾、奥田³⁴⁾、Huber¹¹⁾等の概念を参考にして、欠陥状態を人格・情意面の障害と定義した。すなわち、人格面で不自然、まとまり悪く、孤独、貧困、接触が表面的で浅い、感情面で鈍く、硬く、不関的といったものが明瞭に認められる場合を高度とし、こうした状態の軽微なものを軽度と分類したが、高度54%、軽度46%であった。しかし欠陥状態は、若年令者とは異なる性質を示しており、高度欠陥と言っても、自発性減退が若年令者ほど著明ではなく、奥田の言う経験的人格がある程度保持され、形式的、表面的な生活様式が認められる点が相違している。

再発については、1回59%、2回27%、3回以上が7%であり、全体の93%と極めて再発率が高いという特徴的な結果が示された。これは周期性の目立つ非定型群の一要素をこれらの症例が含んでいるものと考えられる。

転帰においては、寛解44%、軽快24%、未治27%、死亡5%という結果であり、林、秋元等の寛解31.7%、軽快7.1%、未治30.6%、死亡30.6%よりは予後の良い結果が示されており、寛解傾向を示す非定型群が高率に混在する事実がここでもまた示唆されているものと考えられる。⁹⁾

心因については、Ⅰ群とⅡ群では差異があり、Ⅰ群に心因が多く、両群の心因の内訳をみると、中高年期の文化・社会的なまた心理的な特色が示されているように思われる。すなわち、《家族内葛藤》は家庭内の力動関係の変化に他ならぬし、《自己の疾病》には死の不安をとまなう一層強化された生命への執着が認められ、《配偶者の死亡》には長年連れ添った対話者の喪失という生きがいの喪失があり、その他の理由の中にも、倫理感の問題や、社会的に難渋した立場の問題が多く認められた。

初発時の主要症状を細別すると、妄想群20%、妄想・幻覚群39%、妄想・幻覚・興奮群15%、以下は抑うつ、昏迷、神経衰弱状態等が主要症状に加味された群が認められ、極めて多彩な病像が示されたが、この傾向は非定型群において顕著であった。これらの非定型群に所属すると推定される症状群の結合形態は、妄想ならびに妄想・幻覚が中心となっている点が特徴的であり、青年期の非定型群とは臨床的に若干差異があると考えられた。つまり幻覚や妄想の形態はより具体化された内容から成立しており、この年代特有の状況から著しい影響を受けて

いることである。なお多彩な病像、寛解傾向、周期性の点から、内因性周期性精神病⁴⁹⁾との関連も窺えるものと考えられる。なお、妄想を示す症例が圧倒的に多かったが、大部分は被害・関係妄想であり、内容的にみても分裂病心性と共に中高年期の心理と状況からの影響が濃厚に反映されているように思われる。なお調査時点では、Klages の言う Körpermibempfindung なる概念から、幻覚体験を分析しなかったが、その後の調査症例には、明らかに認められるものもあり、この観点からの分析が今後のカタムネーゼ調査には必要であると考えられる。

一方、経過による症状変化を見る時、初発時に症状群の変化のあった症例は、20%認められ、その内容においては、症状群として一時期に抑うつが出現した症例が15%、同じく興奮が出現した症例が12%認められた。また縦断的にみて初発時と個々の再発時との間に症状群の変遷のあった症例は、全例の中27%であった。

脳波所見においては、Ⅰ群では正常所見を示すものが多かったが、Ⅱ群では軽度異常あるいは異常所見を示すものが過半数にみられた。なお軽度異常と異常の判定基準には、脳動脈硬化症の脳波像が参考とされた。軽度異常とは汎発性アルファ波や8サイクルのおそいアルファ波が認められるもので、異常とは6—8サイクル³⁸⁾のシータ波や局所異常波が認められるものである。軽度異常は18例中5例で、佐藤の言う非定型精神病脳波の特徴としての基礎律動の徐波化を認めた。しかし、この脳波所見が示す脳の機能低下は、その原因として、脳動脈硬化症に帰せられてよいか、他のものに帰せられてよいか、ここでは判然としない。一応、脳波所見からは、Ⅰ群には機能的な要素が濃厚で、Ⅱ群には多少の脳器質的要素が介在していると考えられよう。

身体的合併症は、血管系疾患が多いが、高血圧症は最高血圧 160 mmHg 以上又は最低血圧 90 mmHg 以上を定常的に維持しているものであり、脳動脈硬化症は文部省科学研究班の診断基準³³⁾を採用して、比較的确实なものを取りあげた。著者の概念と制限に対して矛盾しているかの如くであるが、高血圧症及び脳動脈硬化症の合併例は、研究結果の中で述べている様に、分裂病発病後に器質的所見が出現した症例であり、精神的病像が本質的な影響を受けているとは判断し得ない症例である。

体型と病前性格は、Kretschmer の分類に従ったが、まず体型では、細長型44%、肥満型39%、闘士型12%、形成異常型5%であり、一方 Kretschmer の分類にある分裂病患者では、細長型50.3%、肥満型13.7%、闘士型16.9%、形成異常型10.5%となっており、著者のものとは差異がある。このような体型の分布は、一般日本人の体型分布に比較して、例えば、細長型7.5%、肥満型4%、闘士型7.5%、これ以外はいわゆる混合型又は不定型であると提唱した太田の成績とも差異が示されている。Klages は、細長型28.3%、肥満型26.4%、肥満・闘士型17%、闘士型13.2%、形成異常型5.5%としており、これらを比較すると、Klages の肥満型に肥満・闘士型を加えた43.4%と、著者の肥満型39%とは余り差異のない成績であり、全体的にも近似している。いずれにしても体型的な特徴としては肥満型の占める割合が多いと考えられる。この傾向は、満田³¹⁾の非定型分裂病群の細長型40.6%、肥満型35.1%、闘士型24.3%という結果に対しても、闘士型を除けば類似している成績である。

病前性格では、分裂気質群49%、循環気質群22%、下田の言う執着性気質、つまり感情の過度緊張があり、仕事熱心、癡り性、徹底的、几帳面、責任感強いといった気質群¹⁰⁾が10%、神経質群7%であり、斎藤の分裂性72.5%、循環性15.2%とは差異があり、満田の非定型群³¹⁾での分裂性37.8%、循環性28.4%という成績にむしろ近い値である。なおⅠ群とⅡ群では体型分布には殆んど差異が認められず、体型及び病前性格からは、非定型群に近似した分布が示されており、非定型性がこの点でも示唆されていると考える。すなわち、肥満型と循環気質は予後的な

側面に良性に影響しており、寛解傾向の要素を形成していると考えられるのである。このような予後に対する体型と気質の関連性は、Mauz も指摘している。なお、Klages¹⁷⁾ は、病前性格を3群に分類し、晩発性分裂病群、分裂気質圏群、循環気質圏群を挙げているが、晩発性分裂病群にはこれに相当する特徴的な気質背景が欠如しており、一般に sthenisch であるが、明朗でかつ静観的な調子やユーモア及び内的暖かさが欠如している性格であると述べている。しかし、著者の症例においてはかかる性格特徴は認められなかった。

さて、すでに小括で述べたが、急性発病し、経過も急性で、寛解傾向を有し、再発の多い点、欠陥状態が軽度で、発病に際しての心因の存在が比較的濃厚というⅠ群こそは、類型学的には分裂病非定型群に相当するものと思われる。一方、発病・経過が慢性で、再発の少ないこと、欠陥状態が高度で、心因の存在が比較的稀薄なⅡ群は、分裂病定型群に相当するものと思われる。

症例のロールシャッハテストにもⅠ群とⅡ群の差異が示され、Ⅰ群では病的体験の消褪に従いが、テスト内容の急速な改善が認められている。しかしⅡ群ではテスト内容は貧困で、患者の空虚な内的世界が示されていた。分裂病指標と分裂病予後指標においても明確な差異があり、定型性と非定型性の一側面がここにも示されていると考えられる。

Ⅰ群すなわち非定型群は全体の約40%という高い数値で認められ、竹村の分裂病全体に対する非定型群20%程度と比較しても、2倍の値である。この点に中高年期に初発する分裂病様状態の特異性があると考えられる。なおⅠ群はその病像が多彩である点が、青年期の分裂病非定型群とは若干異なっている点はすでに述べたが、Ⅱ群も青年期の分裂病定型群、早発性痴呆を中心とした分裂病中核群とは差異がある。すなわち、経過診断的に見るならば、意欲障害や感情障害などの点で共通性は認められたが、横断面的には、妄想や妄想・幻覚を主としており、症状の面で明瞭な差異が示されている。

定型・非定型の問題については、すでに、Jaspers⁴⁶⁾ が疾患単位の理念を否定して類型的立場を主張しているが、一般的な臨床の場における中間例の取扱い方に関しては、K. Schneider⁴⁰⁾ がその注意を述べている。

非定型分裂病についても、現在極めて概念の混乱している部門であり、一方には Schröder⁴¹⁾ と Kleist¹⁸⁾¹⁹⁾ 等のいわゆる変質精神病の概念があり、臨床遺伝の立場からこれを詳細に分類整理発展させた Leonhard²⁵⁾²⁶⁾ の見解がまず顧慮されなければならないであろう。本邦では、満田の²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾ 詳細な臨床遺伝学的な研究がある。彼は中核群(定型群)と周辺群(非定型群)では病像、経過、予後などのみではなく、遺伝形式も違い、従って少なくとも非定型群を定型群から分離して考えることが必要であると示唆している。このような非定型精神病を独立単位として認めようとする立場は、黒沢ら²³⁾²⁴⁾ においても同様に認められた。竹村は⁴⁷⁾⁴⁸⁾ 非定型分裂病の臨床を追究し、「周期性定型分裂病および周辺群は遺伝的には同一圏内にあり、優性遺伝の傾向が強く、満田の非定型分裂病に一致する。」と述べている。これに対して、類型学的な立場は、周知のごとく Hoche⁴⁾ の単一精神病概念に端を発し、Jaspers⁴⁰⁾ や K. Schneider⁴⁰⁾ を中心とした学派から出発し、最近に至っては、Pauleikhoff³⁵⁾ によってさらに発展し、Conrad, Weitbrecht, Janzarik⁵⁾⁴⁹⁾¹²⁾ らによって受継がれていると言えよう。かかる分裂病概念の潮流の中であって、著者は中高年期に初発する分裂病様状態を類型学の立場から多元診断的に考察し、定型群と非定型群の存在を認めたのであるが、このことの意味は最近 Pauleikhoff らの行う如く、精神疾患をその発病、病像、経過、状況、予後、人格等々多くの側面から分析し、臨床的初発時点から、出来るだけ速かに患者の将来を予測しようとする立場、さらに精神療法的アプローチを試みる部分にも、それが症例の純化に役立つとする教室の市川らの主張を支持するものである。

また疾病分類学的立場に関してはすでにまえがきの所で述べたが、それらを総合してみると、中高年期に初発する分裂病様状態の症例の中には、所謂、晩発性精神分裂病として考察されるべき範疇に属する症例群が存在することを認めることが出来る。Schimmelpennig³⁹⁾は、Kennzeichen der Prozesshaftigkeitを有し、潜行的な発病で始まり、慢性欠陥的な経過予後を示す晩発性分裂病群と、分裂型精神病の2群に分類した。後者をさらに、急性発病で、前景に幻聴があり、妄想現象の後退した、Kipp-Rezidivを示す挿間的かつ周期的な経過を示す型と、慢性発病と幻覚・妄想で始まる慢性経過型の2型に分類し、両者はともに脳血管の病的過程と関係していると述べた。著者の分類した非定型群はSchimmelpennigの周期性経過型に、定型群は慢性経過型と晩発性分裂病群に相当するものとして考えるのが妥当であろう。しかし、Schimmelpennigが述べている脳血管過程との関連や、進行性の痴呆的人格崩壊に関しては、著者の症例では認められなかった。斎藤は、「所謂晩発性精神分裂病は精神分裂病の遅発型であることを確認する。本病像は非定型的な不純性を多分に包蔵するが、今日分類系統学の立場からの疾病概念よりすれば、明らかに精神分裂病圏に含まれるものと見做すべきである。」と述べているが、著者は、中高年期に初発する精神分裂病像の中には、若年期精神分裂病の単なる遅発型とみなされる症例のみでなく、いわゆる非定型精神病の遅発型とでも言うべき一群が包含されていると考える。

V. 結 論

中高年期に分裂病様状態を初発した症例について臨床の立場から追究し、多面的な考察を加えた結果、次の如き結論を得た。

- ①中高年期に初発した分裂病様状態には、疾病分類学的に晩発性精神分裂病という範疇に相当する症例群を認めることが出来る。
- ②これらの症例群は定型群と非定型群に分類される。
- ③定型群に比べて非定型群がより高率に存在した。(約40%)
- ④症候学的には次の3点が認められた。
 - (i)急性発病と急性経過、多彩な病像、寛解傾向、頻繁な再発、軽度の欠陥、予後良好等の臨床像を示す一群すなわち非定型群と、慢性発病と慢性経過、単調な病像、高度の欠陥、予後不良等の臨床像を示す一群すなわち定型群が認められた。
 - (ii)妄想ないし妄想・幻覚を主症状とするものが過半数を占め、残りは妄想・幻覚に興奮、昏迷、抑うつ、神経衰弱状態等が加味された形態が多かった。
 - (iii)発病時心因の存在したものは非定型群に多く、内容的には、分裂病心性と共に、中高年期の文化・社会的心理側面を濃厚に反映しているものが多かった。
- ⑤体型では肥満型が39%と多く、病前性格でも循環気質群が22%であり、予後的な面に影響していると推定された。
- ⑥性別では女子に多く、初発年齢では40才台が最も多かった。

稿を終えるにあたり、御指導いただいた弘前大学神経精神科佐藤時治郎教授、布施病院布施清一院長に謹んで感謝の意を表します。御校閲いただいた市立函館病院旭岡分院精神科市川潤医長に深謝致します。また本研究に御協力いただいた弘前大学神経精神科医局の関連病院の諸先生方に深謝致します。

なお誌上发表の甚だしい遅延を心から陳謝致します。

主 要 文 献

- 1) 秋元波留夫他：地方小都市に於ける民勢学的及び精神医学的調査。精神経誌, **47** : 351-374, 1943.
- 2) Albrecht, H. : Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters. Z. Neur., **22** : 306, 1914.
- 3) Bleuler, E. : Dementia präcox oder Gruppe der Schizophrenien. Deuticke, Leipzig u. Wien, 1911.
- 4) Bleuler, M. : Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. Fortschr. Neurol. Psychiat., **15** : 259-290, 1943.
- 5) Conrad, K. : Das Problem der "nosologischen Einheit" in der Psychiatrie. Nervenarzt, **30** : 488-494, 1959.
- 6) Gaup, R. : Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. Med. Wschr., **1905** : 1931.
- 7) 後藤彰夫：更年期ないし初老期に初発する抑うつ状態について, 更年期をめぐって。精神医学, **7** : 797-804, 1965.
- 8) Greger, J. und Stahl, J. : Verlaufsuntersuchungen bei paranoiden Psychosen des Rückbildungsalters. Arch. Psychiat. Zeitschr. Neurol., **209** : 186-209, 1967.
- 9) 林 暲, 秋元波留夫：精神分裂病の予後および治療。精神経誌, **43** : 705, 1939.
- 10) 平沢 一：軽症うつ病の臨床と予後。医学書院, 東京, 1966.
- 11) Huber, G. : Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat., **34** : 409-426, 1966.
- 12) Janzarik, W. : Die Typologie schizophrener Psychosen im Lichte der Verlaufsbeobachtung. Arch. Psychiat. Nervenkr., **202** : 140-159, 1961.
- 13) Janzarik, W. : Zur Problematik schizophrener Psychosen im höheren Lebensalter. Nervenarzt, **28** : 535-541, 1957.
- 14) Jaspers, K. : Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin u. Heidelberg. 5. Aufl. 1948.
- 15) 金子仁郎：老年期精神病, 日本精神医学全書 (秋元ら編), 第4巻, II, 金原出版, 東京, 1966, p.p. 428.
- 16) 片口安史：心理診断法詳説 (ロールシャッハテスト)。牧書店, 東京, 1963.
- 17) Klages, W. : Die Spätschizophrenie. Biographie und Klinik schizophrener Ersterkrankungen des mittleren Lebensalters. Stuttgart, 1961.
- 18) Kleist, K. : Autochthone Degenerationspsychosen. Z. Neur., **69** : 1-11, 1921.
- 19) Kleist, K. : Über zyklische, paranoide und epileptische Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., **23** : 3-37, 1928.
- 20) Kleist, K. : Die Involutionsschizophrenie. Allg. Z. Psychiat., **70** : 1, 1913.
- 21) Kraepelin, E. : Psychiatrie. 8. Aufl. III. Bd. 1913.
- 22) Kretschmer, E. : Körperbau und Charakter. 23. u. 24. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1961.
- 23) 黒沢良介：非定型精神病の概念と臨床, 精神医学, **3** : 959-965, 1961.
- 24) 黒沢良介：非定型精神病の概念と臨床, 精神経誌, **64** : 17-23, 1962.
- 25) Leonhard, K. : Atypische endogene Psychosen im Lichte der Familienforschung. Z. Neur., **149** : 520-562, 1934.
- 26) Leonhard, K. : Die atypischen Psychosen und Kleists Lehre von den endogenen Psychosen. Psychiatrie der Gegenwart. II. Springer, Berlin, Göttingen u. Heidelberg, 1960.
- 27) Mayer-Gross, W. : Die Schizophrenie. In Habd. d. Geisteskrankh. v. Bumke, Bd. IX, Berlin, 1932.
- 28) Medow, W. : Eine Gruppe von depressiven Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose. Arch. Psychiat., **64** : 480, 1921.
- 29) 満田久敏：内因性精神病の遺伝臨床的研究。精神経誌, **55** : 195-216, 1953.
- 30) 満田久敏：非定型精神病の概念, 臨床遺伝学の立場から。精神医学, **3** : 967-969, 1961.
- 31) 満田久敏：精神分裂病の遺伝臨床的研究。精神経誌, **46** : 298-362, 1942.
- 32) 宮本哲雄他：精神分裂病の予後に関する諸問題。精神分裂病 (中ら編), 医学書院, 東京, 1959, p.p. 13.
- 33) 王丸 勇：脳動脈硬化症, 日本精神医学全書 (秋元ら編) 第4巻, II, 金原出版, 東京, 1966, p.p. 125.
- 34) 奥田三郎：精神分裂病の欠陥像に就いて。精神経誌, **46** : 657-735, 1942.

- 35) Pauleikhoff, B. : Atypische Psychosen. Krager, Basel u. New York, 1957.
- 36) Petrilowitsch, N. : Zur Klinik und nosologischen Stellung der "erstarrenden Rückbildungsdepression". Ein Beitrag zur mehrdimensionalen Diagnostik präseniler Psychosen. Arch. Psychiat. Zeitschr. Neurol., **198** : 506-522, 1959.
- 37) 齊藤茂太 : 晩発性精神分裂病の臨床的研究. 植松名誉教授就任記念論文集, 慶大神經科学教室, 東京, 1954, p.p. 152-190.
- 38) 佐藤時治郎 : 非定型内因性精神病の病態生理. 精神経誌, **64** : 54-79, 1962.
- 39) Schimmelpennig, G. W. : Die paranoiden Psychosen der Zweiten Lebenshälfte. Bibliotheca Psychiatrica et Neurologica, Fasc., 128, 1966.
- 40) Schneider, K. : Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart, 4. Aufl. 1955.
(平井他訳 : 臨床精神病理学, 文光堂, 東京)
- 41) Schröder, P. : Degeneratives Irresein und Degenerationspsychose. Z. Neur., **60** : 119-126, 1920.
- 42) Seelert, H. : Paranoide Psychosen im höheren Lebensalter. Arch. Psychiat. Nervenkr., **55** : 1, 1914.
- 43) 新福尚武 : 老年期の異常心理. 異常心理学講座 (井村ら編), 第4巻, みすず書房, 東京, 1967, p.p. 130.
- 44) Stransky, E. : Dementia tarda. Mschr. Psychiatr., 18, Erg. Heft 1, 1913.
- 45) 諏訪 望 : 最新精神医学, 南江堂, 東京, 1961, p.p. 225.
- 46) 諏訪 望 : 非定型分裂病. 精神分裂病 (猪瀬ら編), 医学書院, 東京, 1966, p.p. 293.
- 47) 竹村堅次 : 非定型分裂病の臨床的研究. 精神経誌, **61** : 1087-1117, 1959.
- 48) 竹村堅次 : 非定型精神病の概念と臨床について. 精神医学, **3** : 971-976, 1961.
- 49) Weitbrecht, H. J. : Endogene phasische Psychosen. Symptombilder und Verläufe. Fortsch. Neurol. Psychiat., **29** : 129-144, 1961.