

慢性精神分裂病の予後に関する研究

——特に再発問題を中心に——

Prognostisches Studium über chronische Schizophrenie.

——besonders über das Rezidiv——

工 藤 信 夫

Kudo Nobuo

弘前大学医学部神経精神医学教室（主任：佐藤時治郎教授）

Aus der neuro-psychiatrischen Abteilung der Universität Hirosaki

(Direktor : Prof. T. Sato)

I. 序 論

精神分裂病（以下分裂病という）の長期予後に関し、これまで幾多の研究がなされてきた。精神分裂病の予後研究は、依然として原因・病態について不明の部分が多く、未だ統一的な見解が得られていない現状において、その本態に迫るという点でも極めて重要である。すなわち、予後研究は疾患概念、疾患過程をより明確なものにするためにも重要な資料を提供するものである。

Kraepelin³²⁾ (1893年) は、思春期に発病し、慢性進行性に人格解体の過程をたどり、遂には、荒廃状態に陥る精神障害を統一して、早発性痴呆 (Dementia Praecox) と命名した。これに対して、Bleuler, E. (1911年) は早発性痴呆の基礎障害についての心理学的理解から、Gruppe der schizophrenien⁶⁾ なる疾病概念を提示した。このように、Kraepelin³²⁾ によって経過診断的観点から一疾患単位としてまとめられた早発性痴呆は、Bleuler, E. によって心理学 (精神病理学) 的特徴に診断基準をおく分裂病概念へと改変され、その診断名は今日まで広く用いられるに至っている。しかし、この分裂病概念は症状群としての含みをもつものであったために、疾病概念を中心とした諸問題について様々な異論が提出され、論議的となってきた。すなわち、Rümke⁵¹⁾ の echte Schizophrenie と Pseudo-schizophrenie、Kisker³⁰⁾ の Kernschizophrenie と Egopathie、黒沢³⁷⁾ の Prozess-schizophrenie と reaktive Schizophrenie²⁵⁾ などがそれである。さらに、臨床遺伝学的立場から、満田は中核群、周辺群に分け、井上は慢性進行型と再発型を挙げるなど、類型化の様々な試みがなされており、そこに分裂病概念の内包する問題の多様性を見る思いがする。しかし、こうした現状にあるものの、分裂病研究の歴史的動向の中から、「慢性進行性」という症状経過をたどる Kraepelin 型を分裂病の中心にすえ、これを中核群とする考え方が大勢を占めているといえる。

一方、この流れの中では、分裂病の経過・予後を、荒廃に向かう器質的過程の当然の帰結として捉える傾向があった。従って、症状の再燃・再発も、進行経過における疾患自体の推進力の表現として、また、内因性疾患自体が内蔵する自律性・自己法則性に規定されるものと見なされがちであった。そこでは、経過に影響を与える疾患それ自体の特質を見い出そうとする考え方が支配的であり、しばしば予後を決定する因子の検討がなされた。かかる規定因子とし

て、性別、誘因の有無、意識障害、初発病勢、初発病像、病型、病前性格、体型、遺伝負因、⁶⁶⁾発病年齢、知能程度等がとりあげられてきた。この種の研究を行った研究者として、Vaillant,²⁸⁾ Kant,⁵⁾ Astrup,²²⁾ Huber 等をあげることができる。

ところが、第二次大戦後、わが国の分裂病研究は、人間学的精神医学、力動的精神医学、さらには、社会精神医学の影響を受けて、従来の静態的な現象学的方向から病態発生論や治療論、状況論あるいは構造論的観点に重点が移されてきた。さらに、分裂病患者に対する精神療法的接近、薬物療法、作業療法等の導入、社会復帰やリハビリテーション活動の推進、地域精神医学の台頭等、主として治療体系が拡大された結果、分裂病の病像に変化がもたらされたばかりでなく、予後も必ずしも悲観的なものではないことが次第に明らかにされてきた。この新しい立場は、分裂病の内因性それ自体が内蔵すると思われる自律性を認めながらも、分裂病の経過予後に環境的・心理的因子ならびに状況因子が密接に関与する点に注目し、かかる観点からの接近を重視するところに特徴がある。ともすれば、一旦発病すると対症の治療以外になす術がなく、生ける屍として精神病院の片隅で一生を送らねばならないものと、宿命論的に考えられてきた分裂病の予後に、僅かながら期待を抱かせる状況が展開されつつある。

わが国における分裂病の予後研究を展望すると、1937年に報告された林・秋元¹⁹⁾の研究によれば、分裂病の完全寛解率は22.1%、不完全寛解率9.6%であった。島園⁵⁷⁾ら(1968年)は、薬物療法が分裂病治療の主体になった時期の予後研究を行い、林・秋元らの結果と対照比較して、完全寛解率には著しい差がないが、不完全寛解率は薬物療法によって著明に変化したことを強調している。西園⁴⁶⁾(1967年)の調査では、社会的寛解率は60%前後であるが、治療に一向に反応しない難治例は年ごとに減少し、向精神薬が導入されてまもなくの頃は、無効例は70%前後であったのが、1965年では6%に減少したという。すなわち90%以上の分裂病患者が、一旦は社会に復帰できる可能性がでてきたと言っている状況になったと考えられる。

しかし、退院率の増加と共に新たに再発の問題が取りあげられてきた。西園⁴³⁾⁴⁶⁾(1967, 1974年)の調査によると、退院患者の65%が少くとも1回以上再入院しているといい、大熊⁴⁷⁾ら(1970年)の報告によれば、完全寛解例の41.6%、社会的寛解例の69.6%が再発しており、Wing⁷⁰⁾(1964年)は43%、Waters⁶⁸⁾(1965年)では71%である(表1参照)。さらに、江熊¹¹⁾、桜田⁵²⁾らによれば、再発・再入院してくる患者の70~80%は退院後1年以内のものであるという。

こうした再発の増加は世界的な傾向と言える。Freyhan¹³⁾は1900~1950年の間に入院した患者について年代別転帰調査を行ない、1940年以後では2回以上退院をくり返す患者が増加していることを明らかにしている。

このように分裂病の多くが、自然寛解例を除いて、慢性・進行性の経過をたどるにせよ欠陥治癒状態にとどまるにせよ、分裂病過程を継時的に観察すると、再発をくり返す可能性の高いことが予想される。分裂病が従来言われてきているように、再発をくり返すことによって次第に荒廃化をたどるものであるならば、以上のような諸研究のもたらした結果は、再発と予後との関連を示す重要な問題を提示する。また、こうした意味で、分裂病の再発問題は予後改善という立場からも極めて重要であり、かかる研究の発展は、分裂病の基本精神構造の解明ならびに発病状況論、治療論に至る広い分野の研究の端緒を開くものとも思われる。

著者は今回、分裂病の予後を再発という観点から概観し、主に再発の要因について考察を加えようとしたが、それは以下のような動機にもとづいたものである。

1) 精神病院の“回転ドア”化と呼ばれているように、薬物療法の時代になって退院率は確かに高くなったが、同時に再入院率、再退院率のいずれも高くなっている(Peterson, 1967年)⁴⁸⁾。すなわち、退院が可能な状態に短期間で達する反面、適応に失敗して早期に再入院して

表 1 これまでの主なる予後研究—再入院率について

研究者	入院・治療年代	追跡期間	症例数	再入院率	備考
Brown ら (1958)	1949—56年	1 年	156例	32%	慢性例が多い
Clark ら (1963)	1949—54年	3 年	74例	74%	
Wing ら (1964)	1959—60年	1 年	111例	43%	慢性例が多い
Wotter ら (1965)	1959年	2 年	42例	71%	
Achte ら (1967)	1950—52年 (ショック療法) 1957—59年 (薬物療法)	3～5年	275例	39%	初回入院例
		3～5年	285例	47%	〃
Schooler ら (1967)		1 年	299例	41%	
Herzanic ら (1963)	1963—64年	2 年	238例	37%	慢性例
大熊ら (1970)	1961—65年 1963—66年	4～8年	56例	59%	鳥大例 倉吉病院例
		3～6年	61例	87%	
村田ら (1973)	1956—68年	2 年	148例	43%	初回入院例 再入院例
			44例	52%	

(村田⁴³⁾ 1974による)

くるケースが極めて多くなってきているということである。ちなみに、今回の事前調査にあたって対象となった、昭和49年度の本院外来通院患者で、再発歴、再入院歴を有するものは、調査対象220例の中で169例(77%)に及んでいる。このことは目前の分裂病治療の対象の殆んどが、実は再発患者であることを意味している。したがって、いかにして分裂病者の直面する社会再適応の破綻を防止し症状の再発を阻止するかという事は、臨床の実際場面においては極めて切実な問題といえる。そこで、その誘因となっている諸要因を分析し再発の実態を知ることは重要なことと考えられる。

2) 我が国におけるこれまでの予後調査は、その殆んどが退院後の経過をアンケート方式によって追求する形をとっている(林・秋元¹⁹⁾、桜井・野田⁵³⁾)。しかし、これは患者の経過および現在の状態を正確に把握するには不十分であり、しかも、回答者の主観的な判断にもとづくため、事実と相異なる危険性を孕んでいる。この欠点を補うものとしては、山田⁷⁴⁾、島蘭⁵⁷⁾、大熊⁴⁷⁾、村田⁴³⁾らの直接検診による方法が挙げられるが、いずれも調査時点における横断的な観察であり、発病後の継時的な症状の推移、経過を縦断的に追ったものではない。また、これ迄、再発という観点から特に論じた報告は見当たらない現状にある。

3) 精神分裂病の概念に関しては、Kraepelin³²⁾の「早発性痴呆」の提唱から Bleuler, E.⁶⁾の「精神分裂病」の命名を経て、今日に至るまでなお論議の絶えないところである。このような分裂病概念の混迷に対しても、個々の患者の病前から発病初期を経て長期経過を詳しく検討することによって、何らかの示唆が得られるのではないかと考えた。

今日、再発の問題は、前述したような予後研究の趨勢を受けて、遺伝生物学的な命題としてよりも、患者をとりまく状況や環境要因の中で把握される傾向にあるが、分裂病を遺伝的疾患としての観点からのみ捕えようとするのも、すべて心因性反応に還元してしまうことも、共に一面的・図式的な謬りをまぬがれないであろう。⁸⁾

そこで著者は、まず分裂病の経過、再発を生物学的要因と環境的要因の双方から検討を加えて再発要因の究明を試み、ついで治療的働きかけに対して考察を進めてみた。ここで述べる再

発という概念は、より正確に言うならば再入院のことである。再発という言葉は一旦、治癒状態に達したものが再び発病してくる場合を意味するとすれば、情意鈍麻などの慢性、進行性と考えられる症状による再入院を、再発と区別して再燃と呼ぶべきとする議論もあり¹⁸⁾、また再入院なるものが必ずしも厳密な意味での再燃・再発を意味していないという見方も考慮されなければならない。すなわち病識を有しない患者に、強制措置・同意入院が適用された場合、分裂病既往者の言動が地域社会や家族自身の偏見によって曲解され、再発・再入院となる危険性があるからである。そのため分裂病の予後に関しては、従来から再入院率ではなく再発率が問題とされてきた。しかし、この点に関しては、病歴の記載、入院経過を詳細に吟味したので、その危険は一応まぬがれ得たと考える。ここでは多数例について考察を加える便宜上、再入院の状況にあることを再発として考えることにした。

II. 研究 方 法

A. 対 象

これまでになされた多くの分裂病予後調査の結果に著しい不一致が見られるのは、主として方法論上の問題によると宮本は指摘している。Bleuler, M. は、予後調査の基準に関しては、1) 最初の病勢増悪期だけの結果でなく、できるだけ長期の経過について統計的に調べなければならない。2) 診断基準が同一である症例について調査すべきである。3) 統計的な整理に際しては、最終的な状態と経過型とを継続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、等の諸点を挙げている。

かかる点を配慮し、本研究の対象を「分裂病の診断のもとに昭和49年（1974年）の調査時点で、初回の退院後から10年以上、継時的に経過観察し得た外来通院中の症例」と規定した。発病後10年以上経過したものに限り対象者としたのは、次のような2つの理由に拠る。その一つは、再発の要因を論ずるにあたって方法論としては、一定期間の観察例について再発したものと再発しないものとを比較し、再発の要因を明らかにすべきであると考えたからである。もう一つの理由は、分裂病概念の昏迷の多い今日、状態像と共に経過が重要な診断基準になっており、考察を深めるためには、詳細な経過の経時的観察がなされた症例を対象にすることが望ましいと思われるからである。正確を期するために、分裂病の診断基準の設定に関しては、Kraepelin, E.³²⁾ Bleuler, E.⁶⁾ に従って症例毎の再診断を加えた。これは、診断基準の相違による偏りを少なくするための配慮である。

その結果、分裂病と一応診断されているが、分裂病としては問題があり、むしろ非定型精神病に属すると思われるものや、反応性精神病、接枝性分裂病などは対象から除外した。対象者を外来通院者の中から取りあげたのは、再発の実態を社会心理的、環境的、状況的な立場から力動的にとらえ、生物学的病理過程と対比させて考察することが可能と考えたからである。

更に、継続的な観察をもって10年間の入退院の経過を追跡する必要上、経過途中で他の医療機関で加療を受け、その動態が不詳なものは、研究対象から除外した。分裂病固有の経過を追求する意味から Lobotomie を施行されているもの（3例）を除いた。

調査対象の内訳は表2のごとくであり、本研

表2 調査対象の内訳

昭和49年9月～12月までの間弘前精神病院に精神分裂病の診断の下に外来通院していた患者総数		220例
除外症例 内 訳	{ 発病後10年未満のもの	78例
	{ 資料不足あるいは経過不詳	13例
	{ 再診断の結果除外	15例
	{ Lobotomie 被施行	3例
本研究の対象者数		111例

表 3 本研究対象者の年齢、性別、罹病期間

罹病期間	性別	現在年齢					計
		20代	30代	40代	50代	60代	
10～20年	男 女	7 4} 11例	30 20} 50例	9 10} 19例	5 5} 10例	0 1} 1例	91例
20～30	男 女	0	3 3} 6	4 1} 5	5 2} 7	0 1} 1	19
30～	男 女	0	0	0 1} 1	0	0	1
計		11	56	25	17	2	111

究該当例は111例であった。その概要を知るため、対象者の性別、年齢、罹病期間を表3に掲げる。

B. 調査方法

調査期日は、昭和50年1月から50年6月までである。調査方法は、外来・入院病歴により10年間の継時的な病像経過を追い、現在の状態像は、患者一人一人の面接による直接検診を行なった。職場への適応状況や家庭状況の変化については、ソーシャルワーカーの情報をも参考にした。また、昭和49年度の外来患者であったが、調査期日間に再入院となった症例については、入院期日をさかのぼる数カ月間の患者の状態から総合的に評価した。

C. 調査内容

対象例について、まず、Ⅰ) 調査対象例の全般的な予後を概観し、次にⅡ) 再発回数を患者の有する種々の因子と統計学的な相関を見ることによって、再発に及ぼす影響要因を分析した。調査項目は以下述べるようなものである。検定方法は χ^2 検定による。

<調査項目>

(Ⅰ) 全般的予後

(Ⅱ) 再発と予後および再発に関する要因

(A) 遺伝生物学的な要因

性別、発病年齢、遺伝負因、病前性格

(B) 社会心理学的な要因

家族の患者への態度、保護義務者、費用区分、社会に対する患者の態度、同胞順位、学歴、婚姻状態、職業

(C) 発病状況、経過、治療に関する要因

退院後の外来通院、服薬状況、入院期間、再発誘発因子の有無、発病の仕方、入院までの期間、入院時の病像および症状の経過、退院時の状態

III. 結 果

I) 予後の全般的状況

本調査の対象となった111例について、直接検診の結果得られた予後¹⁹⁾を、林・秋元、村田・西園⁴³⁾の分類基準に準拠して次の3段階に分けた。すなわち

1) 社会適応度Ⅰ：特に病的な精神症状は認められず、欠陥状態は軽度である。職業能力を有

し、社会的自立生活を営んでいるもの。

2) 社会適応度Ⅱ：人格変化および欠陥状態がやや強く、適応のレベルは低いが、一応、独立した社会生活を送り得ているもの。

3) 社会適応度Ⅲ：幻覚、妄想などの病的な精神症状が認められるか、人格欠陥が著明であるため、社会的自立は困難であるが、外来での治療、あるいは家族の支持により、どうか院外生活を送っているもの。

この分類基準にもとづき、本調査時の対象の適応状況を見ると、表4に示す如くである。また、これまで報告された内外の文献比較を表5に示す。これによると追跡調査時点で一応、社会的に良好な適応（社会適応度Ⅰ）を示していたと見なされるものは、111例中41例（37%）であったが、52例（46%）は何らかの精神症状を有し、かろうじて社会生活している状況（社会適応度Ⅲ）であった。

表4 調査時における転帰

社会適応度	例数	百分率
社会適応度Ⅰ	41例	37%
社会適応度Ⅱ	18	16
社会適応度Ⅲ	52	47
計	111	100

Ⅱ) 再発の実態と予後

調査例111例の発病後10年間における再発回数分布および分類区分を表7に示した。全体を3つに分け、再発回数が2回までであるものをA群（再発寡少群）、5回までをB群（中間

表5 10年以上経過した分裂病の予後

研究者	報告年度	症例数	追跡期間	寛解率	備考
Mayer-Gross	1929年	294例	16~17年	35.0%	分裂病一般死亡42.5%
Janke	1935年	255例	12~17年	34.0%	分裂病一般死亡20.6%
Kleist, Dreist	1937年	146例	12~16年	24.0%	完全寛解のみ Katatonieのみ
林・秋元ら	1939年	89例	13~15年	22.7%	Shizophrenia
Langfeld	1956年	200例	6~10年	23.0%	〃
Holmboe	1959年	147例	6~18年	37.0%	〃
島 蘭 ら	1967年	108例	3~10年	28.6%	初回入院例
村 田 ら	1973年	148例	10~17年	28.4%	〃

(村田⁴³⁾ 林ら¹⁹⁾による)

表6 10年以上経過した分裂病の予後（生存例について）

転 帰	報告者(年度)	林・秋元(1939年) 実数(%)	山 田(1961) 実数(%)	著 者(1975) 実数(%)
完全寛解		29例(33%)	32例(29%)	41例(37%)
不完全寛解		15例(16%)	17例(15%)	18例(16%)
軽 快		8例(9%)	23例(21%)	52例(47%)
未 治		37例(42%)	38例(35%)	
計		89例(100%)	110例(100%)	111例(100%)

表 7 10年間にみられる再発回数と区分

区分		再発回数	例数	百分率	
再発寡少群	A 群	0～1回	15例	43	37%
		2	28		
中間群	B 群	3～4	26	41	39
		5	15		
再発頻回群	C 群	6～7	17	27	24
		8～	10		
計			111		100

表 8 再発回数と予後

再発回数	予後	社会適応度Ⅰ	社会適応度Ⅱ	社会適応度Ⅲ	計
再発寡少群		25*例	5例	13例	43例
中間群		10	7	24	41
再発頻回群		6*	6	15	27
		41	18	52	111

*一*間に有意差あり (P<0.01)

群), 6回以上をC群(再発頻回群)としてみると, 各々, 37%, 39%, 24%という割合を占める。つまり, 10年間に6回以上の再発を示したものの割合は対象の約1/4であり, 他は5回以内であった。そこで, 再発頻度と調査時点での予後との関係を見ると, 表8に示すように, 社会適応度Ⅰに属するものは, 再発寡少群43例中25例(58%), 再発頻回群27例中6例(22%)であり, 両群に $P<0.01$ で有意差を認めた。すなわち, 適応度の良い群には再発の頻度が少ないものが多い, という傾向が認められる。

次に再発に影響を与えると予想される因子各々について, 再発寡少群, 中間群, 再発頻回群との間の有意差を検討した。その結果は表9に見るように, 再発との間に関連性を有すると認められた項目は, 外来通院・服薬等7項目であり, 有意差の認められなかった項目は, 性別等11項目であった。

Ⅲ) 再発との間に有意差を認めた因子について

1) 外来通院・服薬状況と再発

退院後の通院・服薬状況と再発との関連性を見るために, 症例毎に全経過を通じて, 退院後2年以上通院したことのあるものを規則的, 通院が6カ月以上2カ年未満のものを不規則, 退院後ただちに中断あるいは通院が6カ月未満のものを中断として, 対象を3群に分類し, 再発回数との比較を試みた。その判定規準を表10に掲げ, 結果を表11に示した。

通院基準を6カ月と2年にしたのは, 症状の再燃・再発が退院後, あるいは服薬中止後3～6カ月以内に多いという報告が多数みられること, 再発をくり返す患者の服薬は1～3年継続するの⁶⁰⁾が妥当であるとされていることなどによる。また, 通院・服薬に対する規則性については, 病歴を参考にし, さらに症例毎に問診をして確認した。

その結果, 全般的に見て規則的に通院・服薬しているものは37例(33%)で, 中断および不

表 9 諸因子と再発との関係 (χ^2 検定による)

諸 因 子	寡 少 群 頻 回 群
外来通院・服薬状況 (規則的/中断)	P<0.01
患者に対する家族の態度 (理解/冷淡)	P<0.01
社会に対する患者の態度 (現実的/批判的)	P<0.01
保 護 義 務 者 (両親/同胞)	P<0.05
保 険 区 分 (社会保険/生保)	P<0.01
入 院 期 間 (1年未満/1年以上)	P<0.01
誘 発 因 子 (なし/あり)	P<0.05
性 別 (男/女)	N S
初 発 年 齢 (20才未満/20才以上)	N S
病 前 性 格 (内向/外向)	N S
遺 伝 負 因 (あり/なし)	N S
同 胞 順 位 (第一子/末子)	N S
学 歴 (高校・短大/小, 中学校)	N S
婚 姻 状 況 (結婚/離婚)	N S
入院までの期間 (1年以上/1年以内)	N S
発 病 の 仕 方 (急性/慢性)	N S
入院時病像および経過型	N S

P<0.01 危険率1%で有意差あり
P<0.05 危険率5%で有意差あり
N S : 有意差を認めない

表 10 外来通院・服薬状況判定基準

規則的な通院・服薬：退院後規則的に外来通院・服薬を続けその期間が2年以上に及ぶもの (規則的)
不規則的な通院服薬：退院後の外来通院・服薬の持続期間が6ヵ月以上であるが2年未満 (不規則的)
中断したもの (中断) : 退院後すぐに通院・服薬をやめたり怠業に陥ったもの、および通院・服薬の期間が6ヵ月未満で中断したもの

表 11 外来通院・服薬状況と再発

再発回数	通院・服薬			計
	規 則 的	不 規 則 的	中 断	
再 発 寡 少 群	23*例	4例	16例	43例
中 間 群	11	8	22	41
再 発 頻 回 群	3*	8	16	27
	37	20	54	111

*→*間に有意差あり (P<0.01)

表 12 入院期間と再発

再発回数	入院期間	3 ヲ月以內	3 ヲ月ー1年	1 年以 上	計
再 発 寡 少 群		11例	26例	6*例	43例
再 発 多 回 群		9	40	19*例	68例
		20	66	25	111

*一*間に有意差あり (P<0.01)

規則な通院・服薬例は74例 (67%) であった。中断するものはいずれの群でも多いことが注目されるが、各群毎に見ると、寡少群は43例中16例 (37%)、中間群41例中22例 (53%)、頻回群は27例中16例 (59%) であり、再発回数の多くなるほど中断するものが多くなる傾向が認められる。不規則な通院・服薬例も同様な傾向を有する。また、再発寡少群と再発頻回群とを比べると、規則的に通院・服薬するものに有意の差を認めた (P<0.01)。すなわち、規則的に服薬していることが、再発に対し阻止的に作用していると考えられる。

しかし、再発寡少群でも中断する者が多く、規則的に通院・服薬しても再発するものが少なくないという事実は、通院・服薬は再発回数を少なくする上で有利に働くが、それだけをもって再発を防ぐとは言い得ないことを意味していると思われる。

2) 入院期間と再発

調査例を再発寡少群 (A群) と再発多回群 (BC群) の2つに大別して、入院期間を3カ月以内、3カ月～1年以内、および1年以上に分けて比較してみた (表12)。ここでいう入院期間は、全入院期間を総計し入院回数で割って平均を取ったものである。

再発寡少群では入院期間が3カ月以内のものが全体の43例中11例 (26%) を占め、再発多回群では68例中9例 (13%) であり寡少群に多くなっている。逆に1年以上入院しているものは多回群に多くなっており、14%に対して28%と両群に有意差を認める (P<0.01)。また、1年以上と1年以内に分けて考えると、1年以内のものは再発寡少群が37例 (86%)、再発多回群49例 (72%) で、入院期間は再発回数の増加とともに長引く傾向にある。

3) 家族の態度と再発

本調査では患者に対する家族の態度を、受容的、拒否的であるか、さらに治療状況において協力的、依存的であるか等によって過保護、放任・冷淡、保護・抑制、理解・協力の4つに大別した。

まず表13に示した判定基準によって分類し、各群と家族の態度との関連をみると表14のようになる。再発寡少群と再発頻回群についてみると、家族が理解・協力的な態度を示すもの、冷淡視するものとの間に有意差を認めた (P<0.01)。再発寡少群は家族から理解・協力的態度で迎えられていることが多く、再発頻回群では放任・冷淡視されていることが多い。こうした家族の患者に対する態度は、再発との間に関連が深いと思われた。また、ここで家族の保護・抑制的な態度が再発寡少群、中間群においてより多く認められ、再発頻回群との間に有意差を認め得た (P<0.01)。中間群においては、保護・抑制的なものと、放任・冷淡視するものとは同率であったが、再発寡少群と再発頻回群とに注目すると、本調査の結果からは、再発寡少群に家族の理解・協力的な態度が多くみられるのに対して、再発頻回群には家族の冷淡な態度がより多くみられる。

4) 保護義務者と再発

調査時点での保護義務者を調べることによって、慢性の経過をたどる分裂病者の継時的な家

表 13 患者に対する家族の態度

○過保護的な態度をとるもの（過保護）	: 患者の示す些細な変化にも過度に反応し警戒的である。患者の要求に支配されやすく家族としての主体性を欠く。頻回の面会を求めたり治療に干渉を加えたりすることがある。
○放任、冷淡な態度をとるもの（放任・冷淡）	: 患者の理解に乏しく異質なものとして退ける傾向がある。感情的な交流を欠く。治療は病院に任せっきりで、非協力的である。中には退院に拒否的態度を示すものがある。
○保護・抑制的な態度をとるもの（保護・抑制）	: 概して患者の示す変化に受容的であるが、患者に対して主導的な立場を保ち、生活に支持を与えたり、行動に制限を加える。
○理解・協力的な態度をとるもの（理解・協力）	: 患者に対する理解を有しながら、特別な扱いをせず正当な場を与え受け入れているもの、患者は家族の一成員として同化している。治療に協力的である。

表 14 患者に対する家族の態度と再発

再発回数	家族態度	過保護	放任・冷淡	理解・協力	保護・抑制	計
再発寡少群		3例	2*例	24**例	14***例	43例
中間群		5	13	10	13	41
再発頻回群		4	16*	3**	4***	27
		12	31	37	31	111

—
— 間それぞれに有意差あり (P<0.01)
—

表 15 保護義務者と再発

再発回数	保護義務者	親(父・母)	配偶者(夫・妻)	同胞その他	計
再発寡少群		24例	14例	5*例	43例
中間群		17	13	11	41
再発頻回群		10	7	10*	27
		51	34	26	111

*—*間に有意差あり (P<0.05)

族内力動の変遷を推定し、それが再発に対しいかなる意義を持つかを考察した。

調査結果は表15に示したが、この区分は調査時点におけるものであって、同胞その他とあるのは、保護義務者が、同胞か、もしくは遠戚に当るもの、あるいは市町村長である場合を言い、内容としては死別、離婚その他の事情によって親や配偶者以外の者を保護者とするようになったものである。その中には、保護義務者の選任をめぐって法律的な係争を経てきたものも含まれており、背景に複雑な家族関係が予想されるものである。

その結果によると、保護義務者が親であるものは再発寡少群、再発頻回群において、それぞれ56%、37%であり、両者の間に有意の差を見ないが、同胞その他を保護義務者とするものは、再発頻回群に多いことが認められる。再発寡少群は12%、再発頻回群は37%でありP<0.05で両群の間に有意差を認める。また、現在、配偶者を保護義務者としているものは、いずれの群においてもほぼ似通った比率を示している。

表 16 保険区分と再発

再発回数	保 険	国民健康保険	社 会 保 険	生 活 保 護 法 精 神 衛 生 法	計
再 発 寡 少 群		19例	19*例	5 例	43例
中 間 群		19	7	11	41
再 発 頻 回 群		14	7* **	10**	27
		52	33	26	111

— 間に有意差あり (P<0.01)
—

5) 保険区分と再発

分裂病患者のおかれている社会、経済的な状態の概要を知るために、初回入院時の保険区分を足がかりに再発との関連性を調べてみたのが表16である。表中、精神衛生法の適用による入院を、生活保護法の入院に含めて集計した理由は、元来、措置入院は自傷・他害といった反社会的・非社会的行為に基づく社会防衛的な見地から判定される性格を有する一方、地域における精神病院においては、経済措置と言われるように、患者の家庭の経済状態も加味されて措置入院が適用されることも少なくないからである。ところで、7例の初回措置入院者の経過・予後をみると、再発後、生活保護法の適用になったものが実に7例中5例にみられた。そこで、生活保護法と精神衛生法とを同じ区分の中に入れて扱った結果をみると、いずれの群においても、国民健康保険による入院が多く、全体の47%を占めている。

再発寡少群には社会保険で入院しているものが44%と多く、再発頻回群では反対に19%と少なくなっている。両群の間にはP<0.01で、有意の差を認める。また、生活保護法、精神衛生法で入院しているものは中間群と再発寡少群とで有意差を認め、再発が多いものほど生保・精神衛生法の適用が多くなる傾向にあると言える。

6) 対社会的態度と再発

患者自身のもつ病理性を考える上で、患者の社会に対する態度を行動様式から、積極・批判

表 17 患者の社会に対する態度

積極・批判的：不平不満を生じやすく葛藤に対するトランスが低いため短絡的な行動が見られる 円滑な対人関係を欠くことが多く、頻回の転職歴を有するものが少なくない。
現実・協調的：現実的な認識力、適切な判断力を有し協調的な社会生活を送る。
消極・自閉的：与えられた立場を従順に守るタイプで、自ら進んで方向を定め、実現することは不向きである者及び自発性減退が一層強くなり、適切な支持者の存在に依存して寄生的な社会生活を送るもの。

表 18 患者の対社会的態度と再発

再発回数	対社会的	積極・批判的	現実・協調的	消極・自閉的	計
再 発 寡 少 群		3*例	21例	19例	43例
中 間 群		11	4	26	41
再 発 頻 回 群		9*	6	12	27
		23	31	57	111

*—*間に有意差あり (P<0.01)

的、現実・協力的、消極・自閉的の3つに区分し、再発との関連性を探ってみた。判定基準は表17により、結果を表18に示した。全体として、消極・自閉的な対社会的態度を有するものが57例(51%)と過半数を占めていることがまず注目される。これは、分裂病の中核症状である能動性の低下、自閉、無為といった状態像が患者に消極・自閉的な社会的態度をとらせているものと思われる。また再発寡少群に現実・協力的な態度のものが多い。再発頻回群は再発寡少群に比べて、積極・批判的な態度を示すものが多く、再発寡少群では43例中3例(7%)であるのに対して、再発頻回群では27例中9例(33%)で、両者の間に $P < 0.01$ で有意の差を認める。

7) 誘発因子・状況と再発

再発に先立って、何らかの外的状況の変化、誘因が認められ、それが再発と密接な関係を有すると判断された症例を、各群毎にとりあげてみた(表19)。誘因の認められない項目には不詳なものも含めた。

全体として誘因の認められたものは111例中24例で、21.6%を占める。ついで各群毎に見ると、寡少群が43例中3例(7%)で、中間群は41例中14例(34%)、頻回群は27例中7例(26%)であり、再発回数が多くなるほど誘因の認められる傾向にある。再発寡少群と中間群、再発寡少群と再発頻回群との間に、各々 $P < 0.01$, $P < 0.05$ で有意差を認める。

ついで、分裂病者の人格構造に何らかの示唆を得る目的で、症例毎に再発に関与している状況因子を検討した。その結果、表20に示したように、家族内および職場内の対人関係が最も多く、次いで、出稼ぎ、恋愛・結婚問題などが再発前状況として多く認められた。

表19 誘因と再発

再発回数	誘因あり	誘因不明	計
再発寡少群	3*例	40例	43例
中間群	14	27	41
再発頻回群	7*	20	27
	24	87	111

*一*間に有意差あり ($P < 0.05$)

表20 再発に関与した誘因

誘発状況	件数
家庭内、職場内の葛藤	11件
出 稼 ぎ	7
恋 愛、結 婚	5
近 親 者 の 死 亡	3
生 活 苦、経済問題	3
入 信、宗 教 関 係	2
妊 娠、出 産	2
手 術	1
過 労	1
計	35

IV. 考 察

以上、得られた結果から分裂病の予後と再発の問題について考察を加えてみたい。

A) 全般的予後について

分裂病概念には学派による相違があり、調査対象の内容の構成、分裂病の判定規準、さらには、精神病理所見に重きを置くか社会適応度に重きを置くか等観点の違いによって統計の結果が異なってくるので、厳密な意味では、従来の統計相互間の比較検討は難かしいと思われるが、表5に見るように10年以上経過した分裂病の寛解率は、おおそ30%前後とみて大きな誤りはないように思われる。

本調査は、10年以上経過した生存例についての予後調査であるため、従来の報告とは死亡例を除いた数字について対比する必要がある。ここでは、我国の分裂病予後研究の規範となって

いる林・秋元¹⁹⁾の調査結果に修正を加えたものをショック療法前の統計として、山田⁷⁴⁾の報告をショック療法以後のものとして掲げる(表6)。著者の結果は表3に見るように、罹病期間が10年以上のものが111例であり、その大半が薬物療法中心となった時期のものである。その結果は、完全寛解率37%で林等¹⁹⁾の結果より幾分高率であり、不完全寛解率は殆んど同じである。また、軽快、未治を合計したものは46%でむしろ低くなっている。山田⁷⁴⁾は、完全寛解と不完全寛解を含めた群と、軽快、未治を含めた群との比較で、林等¹⁹⁾の統計結果と大差を認めなかったが、軽快例の比率に相違があるのは、ショック療法の施行の有無が関与しているのではないかと推定している。

著者の調査結果および諸家の報告結果の概観から、分裂病の全般的な予後に関して次のようなまとめが可能と思われる。すなわち、今なお完全寛解率に著しい改善を認めない事実は、諸種の治療にもかかわらずそれに抵抗する機制、分裂病過程が存在し、分裂病療法が未だ対症療法の域を出ていないことを意味しているものと考えられる。しかし、軽快、未治の比率が減少していること、調査対象の内容が外来通院者であることを考慮すると、ショック療法、薬物療法、作業療法および社会復帰活動などの後療法により、在院患者は次第に減少し、軽快、未治患者に通院の可能性が開けて来ており、予後改善が認められる傾向にあるものと思われる。

B) 再発と予後

著者の予後判定基準に従って再発と予後との関係を見ると(表8)社会適応度Ⅰに属し満足すべき適応状態にあると思われるものが、再発寡少群では43例中25例、再発頻回群では27例中6例で、両群の間には、 $P < 0.01$ で有意差を認める。また、“かろうじての適応(社会適応度Ⅲ)”に属するものは、寡少群、中間群、頻回群で各々30%、58%、56%であり、頻回群になる程予後が悪くなる傾向が認められた。以上の結果から、再発は予後と関連性を有し、再発をくり返すことによって予後は悪化する傾向にあると言える。これは、再発をくり返すごとに予後が悪化し、結局、痴呆化に至るとする従来の考え方を支持する結果である。

C) 再発との間に有意差を認めた諸要因について

1) 外来通院、服薬と再発

薬物療法が分裂病の治療に及ぼした影響については、これ迄様々な意見が述べられているが、その概要は以下に述べるようなものである。

- ①薬物療法によって入院期間が短縮され、早期社会復帰が可能になった。
- ②症状の慢性化を防ぎ、末期的な荒廃状態に陥るものを著しく減少させた。
- ③向精神薬は症状再燃への防止および不安状態の鎮静化に有用であり、症状の平坦化がみられる。

また、島園⁵⁷⁾が述べているごとく、服薬を予後改善の要因とみる考え方もある。

そこで、退院後の薬物服用の必要性について考察してみると、適切な薬物療法で著しく再入院率を低下させることができると評価している Wortis⁷³⁾、Pollack⁴⁹⁾ 等に対して、Achte^{1,2)}、Herzanic²⁰⁾ 等は否定的な意見をもっている。Wolf⁷³⁾ は退院後の向精神薬の持続的服用は、対照群と比較して再入院予防や社会適応に有意の差を示さず、退院後のアフターケアには薬物以外の手段の方が、効果的に働くようだと言っている。今回の調査結果では、規則的な通院服薬は再発を減少せしめる上で有効であるとの結論を得たが、これは桜田⁵²⁾、蜂矢¹⁸⁾の報告結果と同様の結論である。桜田⁵²⁾は服薬期間の長いもの程、再発率は低いと述べている。また、蜂矢¹⁸⁾は512例の分裂病者の予後を年度別に調査し、1963年度退院者の1年後の再入院率は、通院群21.9%、非通院群

66.9%となっており、外来通院、服薬によって再入院はかなり予防されるとした。

著者の調査では、服薬の中断が症状増悪の誘因となり、再発をきたしたと考えられた症例が3例認められた。いずれも初回入院後10年以上、規則的に来院し服薬をしてきたが、入信、周囲の勧め、自己の判断によって服薬を中断後6カ月以内に再燃、再入院を来たした例である。

岩佐等²⁷⁾は退院患者に対しクロルプロマジンの維持量投与で、分裂病症状の再発増悪を防止することを試み、その経過・予後に好影響を与えることができた⁷¹⁾と報告している。

これと同様に服薬中断⁷¹⁾が再発の誘因になったと考えられる報告は、Winkelman⁷¹⁾にみることができる。Winkelman⁷¹⁾によれば200例の分裂病患者に10年半にわたってクロルプロマジンを投与、観察したところ、服薬を中断したものの2/3に症状の再燃をみたが、再び服薬させると殆んど⁷¹⁾の症例の症状が消失したという。

また、今回の調査結果から、中断するものがいずれの群においても多いということが指摘され、継続的な通院・服薬の困難さが伺われた。国友の報告³⁴⁾では、1年間の外来通院持続率が29%であるという。直接検診によって病歴をたどってみると、初回退院後、10年以上規則的に通院しているものも少なくなかったが、殆んどは2回、3回と再発をくり返した後に、通院・服薬の必要を痛感して中断の態度を改めるといったものであった。上述した、蜂矢¹⁸⁾、桜田⁵²⁾、Winkelman⁷¹⁾等の報告と合わせ考えてみると、持続的な服薬への努力が再発防止に役立ちうると考えられる。

2) 入院期間について

現在、分裂病研究の動向の中に病因論、疾病論さらには治療論もとり入れられ、大学精神医学に対する病院精神医学の立場からの研究が盛んになり、それにつれて社会復帰活動が盛んになされるようになり、長期の病院収容の是非が激しく論じられるようになってきた。藤縄¹³⁾(1962年)は病院内寛解の問題を呈示し、長期入院の弊害を説いた。これによると、若干の精神症状が残っているからといって、徒らに入院を継続することは分裂病患者の社会化を妨げるばかりか、病院に依存させ、いわゆる hospitalization を来たすという。その結果、精神症状は改善され病院内の生活には十分適応できても、社会に復帰するとすぐに再発してしまふ状態がつくり出されるという。Frendenberg, R. K.¹⁴⁾は hospitalization の発生因として、1) 家族や地域社会との接触の喪失が、患者の孤立化を助長すること。2) 自ら決定することのない病院生活が、依存性を助長し生存競争力を弱める等の理由を挙げている。

本調査の結果からは、1年以上の長期入院患者は再発しやすい傾向にあることがうかがわれた。その理由については、藤縄¹³⁾の言う病院内寛解が考えられる他に、長期入院患者を病状の面から見ると、人格水準の低下をきたしているものが少なくなく、これが社会適応能力の減弱をきたし長期入院を余儀なくさせていることも同時に考えられる。また経済的な影響の関与も無視できない。退院は患者の精神症状が改善され、家族側の受け入れ態勢が整えられた時になされるのが当然であるが、実際的には、家族が患者を厄介者として引き取りたがらなかったり、就職の見通しが確実につくまでの間、漫然と病院に置かれたりする場面がしばしばある。特に、経済的な意味での措置入院の場合にはこうした事情が反映される傾向が強く、これが患者の病院への依存性をさらに強め、一方では社会適応力を弱める結果となり、かろうじて退院はさせても短期間で再入院に追い込まれる原因になると思われる。また、再発頻回群には家族内葛藤の見られる例が少なくなく、家庭における受け入れ態勢の不備が長期入院を多くしている場合も考えられる。

3) 家族内力動——家族の態度と再発

臨床的にみて、分裂病のみならずその家族、近親者に著しい性格偏奇を認めたり、その家庭

内の人間関係に情緒的な葛藤・歪曲が認められることが少なくない。その病理性は、遺伝生物学的な立場からばかりでなく、生活史的な発展の中で分裂病の病因を形成する因子の一つとして捉えられてきた。

今日の分裂病の家族研究は、家族内力動なくなく緊張や抗争が分裂病の経過に大きな影響を持つことを明らかにしている。Willi⁶⁹⁾は、子供の病気に対する親の反応が、その子の分裂病の経過に著しい影響を与えていることを指摘し、Wing⁷⁰⁾は、患者の刺激性、攻撃性に対して家族の寛容度が低く、患者と家族との間に緊張が高まることによって適応の破綻がもたらされると述べている。

また、分裂病の治療、社会復帰の立場から家族療法という言葉が使われるようになってきたが、患者家族の精神障害者に対する正しい認識、理解および協力が要請され、その良し悪しが家族内の力動を変革し分裂病の経過にも影響を及ぼすと考えられている。

著者は家族の患者に対する態度を4つに大別し、再発との関連性を調べたところ、再発寡少群は再発頻回群に比べて理解・協力的な態度で処遇される者が多いという、きわめて当然な結果を得た。再発寡少群は、寛解状態にあるものや欠陥状態が軽度にとどまり、宇野のいう静止期に達して比較的安定した状態にあり、比較的適応性を有していることによるものと思われる。また、再発頻回群が家族から冷淡視される環境にあるのは、その家庭が藤縄¹⁶⁾のいわゆる家族類型の散乱型にあたる場合が多く、家族内力動の対立、葛藤状況の中に置かれているためと考えられる。これが、前述したように、再発をくり返した結果このような態度を招来したのか、家族の態度が初めから成因的に働いたのか、一方的な因果関係によっては説明できない。しかし、再発頻回群が不運な家庭状況に置かれていることは確かであり、保護者に変動が多いこと、低い経済層に属することなどの他の要因と共にいわば再発準備状況にあることが推測される。次に、家族の態度が保護・抑制的であるものが、再発頻回群より再発寡少群において有意に多いことが注目された。

地域社会においては精神障害者を有する家系はその事実を隠蔽する傾向にあり、対社会的には消極的になりやすいことは日常経験するところであるが、退院後の治療法が整備されていないばかりでなく、精神障害者に対する偏見から復職の場を失う心配を懸念しなければならない社会情勢の中では、家族は保護・抑制的にならざるを得ない。同時に患者自身の有する病態として、情意鈍麻、意欲減退、能動性低下、自閉、無為といった分裂病の中核症状が、家族に保護的態度を要請するという見方もできる。Christensen¹⁰⁾は、126例の分裂病者を5年間追跡調査し、保護的環境で生活したものに再入院が少ないことを認めている。また、江熊¹¹⁾等の提唱した生活臨床の立場からは、自分から生活の変化、拡大を求めない受動型の分裂病では、周囲が病者の精神機能のレベル低下を受容する保護的環境であるならば、再発を防止できる方向に作用するという結論に導かれている。ここで、追試の意味で江熊¹¹⁾の基準に従い、調査例の中で、家族が保護・抑制的な態度であったもののうち患者が受動的な場合を検討してみると、寡少群では14例(33%)、頻回群では4例(15%)に認められた。このことは、受動型の分裂病患者には保護的、支持的な周囲のかかわりあいの方がやはり有効であることを意味していると考えてよいであろう。

4) 保護義務者との関係

患者の社会復帰・社会適応を進める際、その生活の基盤となるものは保護義務者とのつながりである。退院後の患者の帰属する場がどこであるかが、その後の経過に重要な意味を持つ事実が知らされている。

Malamud³⁹⁾(1949年)は、患者の戻る家庭が患者にとって良い条件を備えている場合に、良

9)
好な結果をきたすと報告した。Brown (1958年)は退院後1年間の再入院率が高いのは、退院後の患者が母親と二人暮らしの生活をするようになった場合であり、同胞や下宿に戻った群では最も低率であったと報告した。その意味づけとして、母親と二人暮らしの患者は、自己の自立を促し、適応の力をつけるのに好ましくない家庭条件に置かれるためであるとしている。

43)
西園 (1965年)は分裂病の追跡調査において家族の構造、家族関係との関連を検討し、母1人子1人、大家族、兄弟のみ、といった環境では、患者に対する家族の過保護と拒否とが見られ、予後が悪いのに対し、配偶者や子供を有して核家族を構成し、同一性を保持できる場合は予後良好であると報告している。それは、核家族の形態がもっとも心理的に安定しており家庭内で患者に与えられる役割が現実性を成長させるためであるとした。

今回の調査結果からは、再発頻回群に同胞その他を保護義務者とする者が多く、また、有意差を見ないまでも再発寡少群に親を保護者とするものが多かった。このことは、再発頻回群が家族内力動において、むしろ変動を余儀なくされる事態を経てきているため、家族的な庇護感の喪失やそれに伴う葛藤・緊張が、再発に影響を与えているのではないかと考えられる。また、地域的な家庭状況のあり方とも関係があるように思われる。

5) 医療保険区分と再発

保険区分を介して再発分裂病者の社会的、経済的な背景を探ってみようとしてみた。

社会保険は概して安定した社会、経済階級に該当し、生活保護法、日雇いなどの国民健康保険は不安定かつ低水準の社会、経済階層に属すると予想される。

調査結果は、再発寡少群に社会保険で加療するものが多く、再発頻回群では生活保護法の適用を受けているものが多かった。これは、再発寡少群が社会、経済的に安定している階層に帰属するものが多いということを意味しており、かかる経済状態が病気の経過に有利に働いたと判断される。また同時に、その病状をみると寛解状態⁶⁵⁾を長く保ち、社会適応性を良好に保っていることを意味していると思われる。再発頻回群に生活保護適用者が多かったことは、低経済状態や失職状態、不安定な社会的立場といったものが分裂病の経過に負荷的に働くことを意味しているものと思われる。

従来、分裂病は低社会階層、低経済層と関連があるという社会精神医学の立場からの報告が多いが、しばしばこの分野で引用される Hollingshead, Redlich²¹⁾の調査によれば、未熟練ないしその程度の労務者で教育も初等程度以下で貧困者の多い地区、いわゆるスラム街居住者が多いということが報告されている。

しかし、なぜ最下層²¹⁾の住民に分裂病が多いかという疑問についての明確な説明はなく、Hollingshead は、幼少期の自我形成における脆弱性を、Faris と Dumhan¹²⁾は社会的孤立をあげているが、一般に社会の最下層に属する人達には解体した人間関係等、精神衛生上の問題が多いためであろうと推定されているにすぎない。恐らく、同様な事情が分裂病の経過にも影響を与え、再発しやすい準備状態を醸成しているのではないと思われる。

6) 対社会的態度と再発

個々の症例の検索を進めていくと、一方では頻繁な職業歴を有するものもあれば、他方では自宅にこもって容易に社会生活の中に足を踏み出そうとしないものもある。また、人づき合いが良く円滑な対人関係を有するものがあるかと思うと、融通性に欠け行く先々で対立・抗争を惹起する例も少なくないなど、患者の生活反応のパターンに差異のあることが気づかれる。また家族内力動の歪みや葛藤が存在しても、ある症例では再発の要因になり得るが他の症例では積極的な意味を持ちえない場合がある。そうした周囲への対処の仕方を考える場合、問題となるのは患者の持つ人格構造であり、その病理性である。

群馬大学における田島らの分裂病予後改善計画は、再発を患者の有する人格特性と環境との間に生じる適応の困難性にあるとして、患者の生活の中に現われやすい反応傾向、生活特性、行動特性に注目し、それに見合った後療法を施すことによって持続的な社会適応を得ようとした。そして、再発をくり返す患者について患者自らの洞察を学習させることによって、再発状態を回避させようというものである。いわば生活の成熟 (Reifung)・発展を患者に期待するものであると言えよう。

湯浅の生活臨床の立場によれば、自分から生活に変化と拡大を作り出そうとする能動型は適応困難を起こしやすく、再発しやすいという。

本調査の結果では、再発頻回群には社会に対して批判的な態度をとるものが多く、江熊等の結果と一致している。この中でよくみられるのは現実の吟味や認識が貧困であり、絶えず生活圏の拡大を求めるタイプである。こうした患者は再三の生活失敗や入院のくり返しにかかわらず、治療者、家族の意見に謙虚に同調しようとせず、あくまで攻撃的な態度を変えようとしない。こうした態度はしばしば精神病質を疑わせる程に治療困難なものであるが、かかる患者の態度が再発に対する何らかの促進的な影響を与えているものと思われる。また能動性、自発性の減退の度合いが強く、寄生的、依存的な生活態度をとるものがいずれの群にも多かったということは、経過の上での再発の多寡にかかわらず、10年余という歳月の後に分裂病固有の能動性の退化、人格の平板化が顕現し、いわゆる欠陥状態 defektzustand、あるいは荒廃状態といわれる状況が支配的となっていることを意味しているものと思われる。

7) 誘発因子、誘発状況と再発

分裂病の発病に何らかの契機が先行することは古くから良く知られており、Kretschmer, E.³³⁾は、分裂病者は驚愕・飢餓・寒冷・疼痛など生存にかかわる脅威にはむしろ敏感でないが、妊娠・分娩・産褥などの生殖過程、権威的なものへの両面的葛藤、色情的情動、宗教的体験は誘発的に働くとした。

また Bleuler, E.⁸⁾は心的外傷が分裂病の成立に重要な役割を演ずることは往々あるにしても、分裂病に特有な外傷的体験は見出されていないと述べている。そして今日、分裂病の発病前体験については、発病契機に何らかの意味を付与すべきであるとの見方と、偶然の配列にすぎないとする見方とがあるが、概して慎重な立場をとるものが多いようである。しかし、ある種の契機が誘発的に働くことは広く認められている臨床的事実である。この場合、身体的要因よりも心理的・精神的要因がより重大な契機になると言われている。また、状況因論の立場から、再発前状況に関して、Mauz⁴⁰⁾等は性的・宗教的体験、Zutt⁷⁶⁾等は住居・現存・秩序の喪失を、Allers (1920)⁴⁾は異国への旅行、留学、移住などをあげており、さらに、Huber²³⁾は幼児における無視、冷遇体験、社会的孤立、対人的結びつきの喪失、住居秩序、庇護感の危機、人間の出会いの失敗などが、分裂病の発病、症状形成および再発に影響を及ぼすという。

井村²⁴⁾は、分裂病の心因論の中で、発病状況として自立・独立・責任といった成人の資格が要求される状況—家族からの離別、進学・職業・結婚の失敗、交友・恋愛の破綻、性的体験、思弁的体験—をあげている。

西園⁴⁵⁾は社会における自己実現の場を失うような体験、すなわち進学問題、恋愛問題などの本人の価値あるいは欲望がかなえられないことによって自尊心が傷つく場合が問題であるという。また疾病の過程の中から再発と誘因の関係を論じたとみられるものがあり、石川²⁶⁾は状況の変化に敏感に反応して異常状態に移行する、いわば再発の危機に対する易反応性が認められ、かかる傾向性の介在によって妄想気分、妄想・幻覚状態が再発するという。

また加藤²⁹⁾は、shub²⁹⁾には何らかの誘因の存在することが多いが、些細な事柄のため見逃がさ

れやすく、正常人では反応しないような些細なことがらにも分裂病者は過大に反応する事実があるとして、これを“落し穴現象”と名づけている。

著者の調査結果では、誘因の認められたものは22%である。分裂病の誘因については、前述した加藤²⁹⁾の落し穴現象のように見逃されやすい契機があることを思うと、判断が困難な場合が多く、統計的な処理に無理があるようにも思われるが、従来、誘因の存在は20~30%の範囲とされている。また、再発が多くなるほど誘因が認められやすいということは、中間群、再発頻回群に属するものが誘因に対し反応的に応じやすい人格構造を有し、かつまた、かかる外的変化にさらされやすい状況の中にあるものと推定される。

ここで、症例に認められた状況を分析し、再発に促進的に働いたと思われる再発前状況を列挙すると表20のようになる。全体として精神的な誘因が多く、身体因は少ないと言えよう。前述の発病前状況としてあげられた対人関係の障害・移住孤立・恋愛・宗教体験などが再発状況としても認められる。勿論、発病後病者の人格は多少なりとも非可逆的な変化をこうむると考えられるので、再発前状況を発病前状況と同列に扱うことはできないが、発病に伴う状況は、再発に際しても何らかの病因的な意味を有して働くものと考えられる。

この中で、家庭内および職場内の対人関係の障害が、再発前状況として最も多く見られる点が注目される。その内容は、家族・同僚・上司との折合いが悪い、兄嫁への遠慮、舅・姑との対立等であった。このことは、同じ内因性精神病でも、誘因として親しい人間の死、昇進、転任、転居、責任の増大、責任よりの解放などが挙げられている躁うつ病の場合と異なっており、分裂病が対人反応の障害であるといわれている所似であるが、それだけに一層、対人関係や環境的要因を考慮した、精神療法をはじめとする諸種の患者への働きかけが重要であることを示すものと思われる。

Schulte³⁵⁾は再発を、病的過程によって硬化し、狭隘化した人格変化の上起こる異常体験反応と考えており、また、江熊¹¹⁾⁸¹⁾のいわゆる生活臨床が、病者の人格、行動特性に見合った働きかけを行って効果をみていることなどを考えあわせると、再発防止の方策には今後さらに改善の余地があるものと考えられる。

D) 再発との間に有意差を認めなかった諸要因について

1) 性別

文献上、分裂病の予後に関して女性に寛解率が高いとする報告¹⁹⁾があり、その理由として女性は男性に比べて月経、妊娠、出産など、生理的・体質的要因が深刻であること、男性が多様な職業生活を要求されるのに対して家事を主体とすること、生物学的あるいは社会的条件の違い等が挙げられている。再発問題においてもこうした点との関連を考慮し、検討したが、今回の調査では性別による差異を認めなかった。

2) 初発年齢と再発

発病年代を5歳毎に区切って再発回数との関連をみたが、いずれの群においても統計学的な有意差を認めなかった。これまでの予後研究の多くも、発病年齢によって予後は支配されないと述べている。

傾向としては20歳前に発病したものの方に、再発寡少群が多かった。43例中17例(39.5%)であり、再発頻回群は27例中6例(22.2%)であった。これは病型として破瓜型がこの時期に発病しやすく、かつ患者の周囲の者が、人格の解体に向かう予後を察知して保護的環境を整えるためかと思われる。晩発性の分裂病は荒廃に至るものが概して少なく、人格が比較的保持され、社会的疎通性を比較的有するとされているが、調査例においては30歳以後の発病者におい

表21 遺伝負因と再発

再発回数	負因		
	あり	なし	計
再発寡少群	17例	26例	43例
中間群	14	27	41
再発頻回群	11	16	27
	42	69	111

表22 病前性格と再発

再発回数	性格		
	内向的	外向的	計
再発寡少群	30例	13例	43例
中間群	29	12	41
再発頻回群	15	12	27
	74	37	111

て、むしろ再発が多く認められる傾向にあった。すなわち、再発寡少群が、43例中7例(16%)なのに対し、頻回群では27例中7例(26%)であった。このことは妄想型分裂病の再発傾向が高いことと共に、既に成立している社会的立場や家庭状況の中に、発病によって持ちこまれた力動的変化が不適応状態をつくり出しやすいためと考えられる。

3) 遺伝と再発

A, B, Cの各群についてその家系内(父母, 叔父・叔母, 祖父母, 同胞, 甥・姪, 従同胞)における広義の精神病質因の有無を調べた。遺伝負因の認められたものは42例で、全体の38%を占めていた。

各群への分布状態は表21に示したが、統計学的な有意差は認められなかった。例数が少ないので結論は避けなければならないが、今回の調査資料に関する限り遺伝負因の有無と再発との間には、直接的な関係は認められなかった。

遺伝負因を細分すると分裂病負因は13例に認められ、寡少群4例, 中間群3例, 頻回群6例であり、躁うつ病負因は6例で、寡少群4例, 中間群2例であった。遺伝生物学の立場から満田⁴¹⁾は、非定型分裂病では定型分裂病に比較して有負因のものが多いいことを認めている(定型群7.7%, 非定型群37.8%)。

また井上²⁶⁾は、その経過の上で、短期間に寛解、再発をくり返す「再発型」(満田⁴¹⁾の周辺群に相当する)は、もっとも遺伝規定性の強い病型であると述べている。

著者の場合は、調査対象の中から、予め周辺群、再発型、慢性軽症または一過性の分裂病を除外して、Kraepelin型の中核群を資料としたため、直接比較対照することはできないものの、今回の調査結果からは、再発の多寡が遺伝負因と相関性が低いという点で、分裂病の経過中の再発に関しては、遺伝負因よりむしろ他の要因を考慮しなければならないことを示唆しているものと考えられる。

4) 病前性格と再発

病前性格を内気, 小心, 無口, 非社交的, 几帳面, 敏感, 心配性などの内向性と、陽気, 明朗, 多弁, 社交的, 勝気などの外向性の2つに大別し各群との比較を試みた。(表22)

この結果をみると、全例111例中74例(67%)が内向的な性格傾向を有していることが分かる。また再発頻回群についてみると、内向的性格と外向的性格に分類されるものとの間には、他群ほど大きい差が見られない。

各群間の相関を見てみると外向的な性格は、再発寡少群43例の中13例(30%)であり、再発頻回群では27例中12例(44%)で、統計学的な有意差を認めないが、再発頻回群では外向的な性格を有しているものが多いように思われる。

予後研究の立場からは、病前性格が外向性の傾向を持ち現実的な性格を有する人は痴呆化の危険が少ないと言われているが、それだけにまた、外向的な性格傾向の患者は、能動的に対社会的な問題に対処することが多く、再発の機会を多くしていると考えられる。

調査症例の中には著しい性格偏奇あるいは精神病質的傾向を有すると考えられたものが17例あり、自己中心的で他を顧みることのないもの7例、協調性を欠くもの5例、融通性を欠くもの3例、自信欠乏・過敏なもの2例であり、いずれも再発頻回群に含まれていた。再発に関しては、かかる病前性格の問題よりも、むしろ発病後に見られる人格低下、あるいは性格変化といった経過上の問題がより留意されるべきであると考えられる。

5) 同胞順位と再発

分裂病研究において同胞順位が取りあげられるようになったのは、主として近年の家族研究に由来し、生活史の中に見られる家族力動の中に病理性を見い出そうとする接近の仕方であったといえる。

長子が独りで放任されていることが多いのに対し、末子は社会的、外向的となる家族的基盤があるという Adler³⁾ の見解に基づいて、Wahl⁶⁷⁾ は、長子が末子に比べて分裂病になりやすいかどうか、568例の分裂病患者について統計的に調査したが、有意の結果を得ていない。一方、末子や同胞順位の低い者に、入院率が高いということについて Schachter⁵⁴⁾ は不安に対する対処の相違から説明が可能であるとした。第1子あるいは1人子は不安を引き起こすような状況で他人との関連を持とうとするが、後で生まれた子供は不安に際して他の人々と共に居たいとは思わない。分裂病者は、その適応困難を社会的手段によって処理しようとする存在であるから、同胞順位の下の者に多くなることが予想されたとした。

今回の調査では統計学的な有意差を認めなかったが、頻回群では6例(14%)、寡少群では8例(29%)を占め、末子で再発回数がより多いように思われた(表23)。このことは、Schachter⁵⁴⁾ 等のいう人格構造の問題の他に、長子は後継者あるいは労働力の担い手として家族から期待されるのに反し、末子は寄生的な存在として依存的立場をとることが多く、発病によって早期に病院に送られ、そのまま長く据え置かれやすいといった状況も関与しているように思われる。

黒川は、若年分裂病者の葛藤処理の失敗は、過保護に基づく母・息子結合において、患者の葛藤を母が代わって解決することが多いために、患者自身の葛藤処理能力の発展が阻害されるためであるとしている。末子と第1子の再発準備状態の違いをこうした家族史的な精神力動の面からも考慮する必要があると考える。

6) 退院時転帰と再発

初回退院時、転帰と再発との関連性をみたが、いずれの群においても統計学的な有意差を認めなかった。

完全寛解で退院したものは再発寡少群22例(51%)、再発頻回群18例(42%)で幾分、再発頻回群に多くなっている。これは、一つには緊張型のように寛解しやすいが、再発もしやすい病型が含まれていることもあるが、軽快・未治で退院したものでむしろ再入院が多くなっている。

表 23 同 胞 順 位 と 再 発

再発回数	同胞順位	第 1 子	末 子	そ の 他	計
再 発 寡 少 群		5例	8例	30例	43例
中 間 群		9	9	23	41
再 発 頻 回 群		2	6	19	27
		16	23	72	111

表 24 学 歴 と 再 発

再発回数	学 歴			計
	小 中 学 校	高校・短大・大学	高等女学校・その他	
再 発 寡 少 群	19例	23例	1例	43例
中 間 群	25	11	5	41
再 発 頻 回 群	11	9	7	27
	55	43	13	111

表 25 婚 姻 歴 と 再 発

再発回数	婚 姻 歴			結 婚 歴		離 婚 歴	
	あ り	あ り	な し	あ り	な し	あ り	な し
再 発 寡 少 群	15例	8例	28例	5例	10例	5例	10例
中 間 群	24	10	17	12	12	12	12
再 発 頻 回 群	13	4	14	6	7	6	7
	52	22	59	23	29	23	29

る事実（再発寡少群：17%，再発頻回群：11%）と考え合わせると、退院後の環境的諸要因が再発に関与している可能性がより高いと考えられる。

以上の結果は、桜井、西園の報告に似ている。西園によると退院時、寛解状態にあったものの中で再入院は64%，軽快状態にあったものは61%で、ほぼ同様の結果を得ている。

また、退院時の転帰は軽快・未治に分類されるが、精神病理学的所見に基づいた医師の判断ではなく、医師の反対を押し切って退院したり、経済的な理由あるいは労働力とするため治療を中断して退院するなど、退院時に問題のあった症例（16例）はいずれも中間群、再発頻回群に属していた。かかる家族側の問題点は、後療法における著しい障害を作り出すばかりでなく、病状の再発に誘因的に作用するものであると考えられる。

7) 学歴と再発

全症例における学歴と再発との関連を検討したが（表24）、小・中学校修了の学歴を有するものが半数（111例中55例）を占めている。また旧制高等女学校の卒業者が13例みられた。これは調査対象者が比較時高齢の者を含んでいるという時代的背景を考慮しなければならない点である。

結論として、高校、短大、大学といった学歴を有するものでは再発が少ない傾向がうかがわれた。予後研究において、平均以上の知能を有するものは予後が良いとされているが、これは同時に再発を減少させる要因とも親和性を有していると考えられる。それらの患者の知的レベルが、葛藤処理能力や適応能力を高めていることおよび進学を可能とする経済的、社会的安定度が反映していることが考えられるからである。

8) 婚姻歴と再発

全症例 111 例における結婚および離婚歴の有無と再発との関連をみたところ、52例（47%）が結婚していた（表25）。これは山田⁷⁴⁾の報告（110例中52例）にほぼ相当する数値である。52例の中で離婚歴を有するものは23例（44%）である。下山⁵⁸⁾は分裂病者に51.9%の離婚率をみている。

表 26 職業と再発

職業	再発回数	再発寡少群		中間群		再発頻回群	
		現在	発病時	現在	発病時	現在	発病時
農業		4例	12例	2例	8例	2例	8例
日雇・労務者		3	1	4	0	5	2
専門技術職		1	0	0	0	0	0
公務員・会社員		6	8	3	1	3	4
主婦		2	4	4	0	1	2
家事手伝・無職		22	11	18	20	14	3
事務・店員・サービス		3	2	8	5	2	4
職人・自営業		2	0	2	0	0	2
例数合計		43	38	41	34	27	25

次に、各群別にみると再発寡少群が43例中15例（35％）とやや少ないが、中間群、再発頻回群共に約半数近くが結婚歴を有している。再発寡少群に少ないのは破瓜型など再発の少ないものが含まれていて、発病が早く、結婚の可能性を閉ざしてしまっている場合が少なくないという状況によるものと思われる。

次に、結婚歴のあるものについて結婚が発病前であったかどうかをみると、寡少群では15例中8例で、再発頻回群の13例中4例と比べて多くなっている。離婚歴を有するものでは、逆に再発頻回群6例に対して再発寡少群5例で再発頻回群が多くなっている。これは発病前に結婚していたものでは再発が少ないことを意味し、発病前の状態が結婚生活を可能とする高い人格水準にあったためと推定される。そして同時にこれが離婚を少なくしている要因になっていると考えられる。

これに対して再発頻回群では、発病後、結婚したものが多く、しかも、離婚するものも多いという結果であり、結婚生活を持続するために円滑さを欠く何らかの分裂病性人格変化あるいは人格水準低下が存在し、夫婦間の交情を薄くし、度重なる入・退院のくり返しが家族内葛藤を惹起し、離婚を多くさせているものと考えられる。

9) 職業と再発

分裂病者が現在いかなる職業に従事しているかを知ることは、退院後の社会的地位、ならびに社会適応状態を知る意味で重要なことである（表26）。

現在の職業を見ると、無職であるものおよび簡単な家事労働の手伝いなどをして非生産的な状態にとどまっているものが、111例中54例（49％）で約半数を占めている。これを発病前の状況である111例中34例（31％）と比べてみると、かなり増加していることが分かる。これは、全体としてみると、分裂病の罹患の経過と共に就業能力のレベルが低下することを示す所見と考えられる。勿論、多数の症例の中には現在、医師として働いているもの、有能な教師として活躍しているもの、経営的能力を有し海産物業を営んでいるものもある。

次に、農業従事者が減少し（111例中28例から8例に減少している）、日雇い労務者が増加していることが注目される。しかし、これは過疎地帯にみられる離農、出稼ぎの増加といった社会的変動の趨勢の影響と考えられる面もあるので、ただちに社会能力低下と結びつけることは

できないであろう。

さらに、店員、サービス業などに従事しているものに再発が多い傾向がみられるが、これに対し公務員、会社員、事務員などでは再発が少ないことが分かる。村田⁴³⁾は、職業と社会適応状態の関係の中で、専門技術員、管理職者に再入院が少ないという同様な結果を報告している。これは、通院後もなおかかる地位に就業可能な人格水準および社会的成熟レベルが保持されていたこと、ならびに就業の場が約束されていて安定した立場にあったことなどが反映しているものと思われる。

これに対して無職の者に再発が多いのは、病状の不安定性ならびに就業先の欠如が影響しているものと予想される。

発病前および現在の職業のいずれについても無職、家事手伝い等に再発者が多いが、これらの群の中で誘因を認めたものは9例で、誘因の中で最も多いのは対人関係の障害であった。無職、家事手伝いを主とするものでは当然の事ながら、家族との接触⁵²⁾の機会が多く、そこに生ずる軋轢、葛藤が再発に病因性として働くものと考えられる。桜田は、再入院時の問題症状は、家庭環境を主とした対人関係の障害より発呈する事が多いと報告している。

10) その他の因子

発病様式を、発病の日時が明確に把握でき急性に発症したものを急性群、潜在性で季節や年を推定できるものを慢性群として、両者における再発の多寡を見たが、有意の差を見出し得なかった。次に、初回発病後、入院までの期間を、6カ月以内、1年以上の2つに分けて再発との関連性をみたが、同様に有意の関連を見出し得なかった。

さらに、初期病像には内にひそむ病因が反映されているという Langfeld³³⁾等の主張を確認するために、初期病像を、興奮・錯乱を中心とするもの、幻覚・妄想を中心とするもの、欲動・情意の障害を中心とするもの、思考障害・妄想・自我障害などが加わったもの、の4群に分けて再発の経過を見たが、有意差を認めることができなかった。すなわち、再発の経過を規定するものは、初期病像や発病の仕方、入院までの期間といった発病初期の状態によるのではなく、発病後の患者をとりまく環境状況に見い出されるべきことが示唆された。

E) 本調査から得られた結果に基づく分裂病理解について

本研究の主題は、初めに、分裂病の予後面に対して再発がいかなるかわりをもつかを検討し、ついで、再発の実態を把握することによって再発の多寡にかかわっている諸因子を明らかにすることにあった。そして、これらの結果をもとに、混迷の多い分裂病概念に考察を加えることにあった。

その結果、分裂病の長期予後は、完全寛解率についてなお著しい改善は認めず、依然として困難な分裂病機制が存在することが示された。

しかし、不完全寛解率の改善を強調した島藤⁵⁷⁾、未治例の減少を報告した山田⁷⁴⁾の研究、さらに、軽快・未治の比率が減少していることを示した著者等の結果から、身体療法、薬物療法、社会復帰活動などの後療法が、分裂病の経過に有意な影響を及ぼしていることが明らかにされた。これは、いわば動きのとれないものとして生物学的な過程にゆだねられがちだった分裂病の予後に、新しい見解を要請するものである。

ついで、予後と再発の関連が検討され、再発のくり返しが予後の悪化をきたすことにつながると考えられた。従って、予後改善のために、再発問題の重要性が指摘された。そこで、再発に対して有意に作用する諸因子を検討したところ、外来・通院状況、入院期間、患者に対する家族の態度、保護義務者、保険区分、社会に対する患者の態度、誘発因子など7つの因子を認

めえた。それぞれに検討を加えてみると、治療状況にかかわるものとしては、継続的な服薬、通院の必要性、病院内寛解にとどめてしまい、ついには社会適応能力を弱める結果となる長期入院の弊害、患者の有する精神病質的人格構造・病理性に対する精神療法的接近の必要性が指摘された。

また、患者をとりまく環境状況として、家族の理解・協力的な態度が経過に影響を及ぼすことが明らかにされ、また、保護義務者や保険区分と再発との関連から、家族内葛藤・緊張などの精神力動が、再発に重要な意味を有すると考えられた。さらに、再発誘発状況の検討から、対人関係や環境的要因を考慮した精神療法をはじめとする諸種の働きかけの重要性が認められた。

次に、再発に対し有意の差を認めえなかった諸因子を検討したところ、分裂病の再発に際しては、性別、遺伝負因の有無、病前性格、初発年齢など、従来、分裂病の病因、経過に関しとりあげられてきた遺伝・生物学的要因の関与が少ないことが明らかにされた。

以上、本調査の結果から、著者は再発の要因に関しては、遺伝・生物学的な因子よりもむしろ、患者を取り巻く環境および社会心理的要因を主体に考えるべきことを結論づけたい。

再発について Mauz⁴⁰⁾等は、早くからその原因をすべて内因に帰することの誤りを警告してきたが、今日の状況は、Kraepelin³²⁾の概念づけた Dementia praecox の中に分裂病の原型を求めようとする研究者達ですら、環境因子を無視できないとする動向にあると思われる。疾病論の立場から分裂病の二分主義が行なわれ、従来、Kraepelin³²⁾の定義にそった中核(定型)群は、Bleuler, E.のいう周辺(非定型)群に比べて、環境因子に影響されないとする考え方が支配的であった。しかし、黒沢³⁷⁾は、Prozeßschizophrenieについても環境因子に左右されないとは言えないと述べ、これらの症例でも周囲への依存性が極めて高いものがあり、周囲の人達が患者を支持・支援するか否かによって、症状の推移に大きな影響がみられることを報告している。

また後藤¹⁷⁾は、今日、分裂病治療の中心となっている薬物療法が、分裂病の病像変遷と経過に対して、波状起伏の不安定性を与えると共に心理的接近の可能性を増したと結論している。

社会復帰の立場から関口⁵⁶⁾、小西³¹⁾は、企業内における再発防止に関しては、患者とのつながりを推進することが重要だとしている。また、山村⁷⁵⁾は、ナイトホスピタルを実施した分裂病患者の予後調査から、職場の環境、管理者の配慮・理解が症状、経過を良好にすると述べている。

こうした所見は、分裂病を従来のように動きのとれない宿命的なものとしてみなすのではなく、機能的な障害としても捉え、周囲より働きかける必要性のあることを示唆しているものと思われる。このことは、やゝもすれば遺伝生物学的な疾病概念が支配的であった分裂病理解に、環境的・心理的側面の接近を要請するものである。

V. ま と め

再発問題の臨床的研究は、分裂病の予後改善に資する可能性を有するという意味からも重要視されるが、さらに分裂病の疾病概念のみならず、状況論等にも種々の示唆を与えるものと思われる。なかんずく頻回の入退院をくり返している分裂病患者の診療について参考となる点が大きいと考えられる。

以上の見地から、著者は、分裂病の再発の実情を調査し、以下述べるような再発に影響する諸因子について検討した。

対象は、発病後10年を経過し、その経過を継時的に追跡できた111例である。

1. 調査対象全般の予後は、社会適応度Ⅰに属するもの41例(37%)、社会適応度Ⅱを示すもの18例(16%)、社会適応度Ⅲに分類されるものは52例(46%)であり、罹病して10年以上過ぎた分裂病者を対象とする従来の予後調査と大差ない結果を得た。一方、かろうじての適応(社会適応度Ⅲ)を示すものでも外来通院を続けているという事実は、分裂病者の社会復帰が次第に可能となりつつある趨勢を示すものと思われた。

2. 次に、対象を再発回数によって再発寡少群、中間群、再発頻回群に大別し、再発と予後、ならびに再発に関与すると思われる諸因子との相関を検索した。

1) 再発と予後との関係は、再発をくり返すことによって予後が一般に不良となる傾向が伺われた。

2) 再発に影響を与える因子について、有意の差をもって相関の見られたものは、通院、服薬状況、入院期間、患者に対する家族の態度、保護義務者、保険区分、患者の対社会的態度、誘発因子であった。有意の差が認められなかったものは、性別、初発年齢、遺伝負因、病前性格、同胞順位、退院時転帰、学歴、婚姻歴、職業、入院までの期間、発病の仕方、初期病像、経過型であった。

3) 有意の要因について

a. 通院、服薬について

一般に、通院、服薬の持続が困難であるように思われたが、その中でも比較的規則的に通院、服薬しているものに再発が少なく、規則的服薬は再発防止に有利に働いていると考えられた。

b. 入院期間が1年以上にわたるものに再発が多かった。治療の困難性の他に長期の入院生活が患者の社会適応性を低下せしめる要因の一つになっていると考えられる。

c. 家族の態度

患者に対し、放任、冷淡な態度をとる家庭環境は再発促進的に、保護・抑制的な態度をとる場合は再発抑制的に作用していると思われる。

d. 保護義務者

親、配偶者以外の同胞等を保護義務者とする場合には再発が多く、複雑な家族内力動が経過に影響を及ぼすものと推定される。

e. 生活保護法の適用を受け、社会的・経済的に低い階層に属するものに再発が多く、社会保険適用者には少ない。社会的な成熟度、安定性が関連していると思われた。

f. 患者の態度

現実吟味が乏しく、周囲に対して終始生活圏の拡大を図り、批判的・攻撃的な患者では再発が多く、発病前の精神病質的な性格偏奇が問題視される。

g. 誘因の認められるものに再発が多く、家族内・職場内の抗争、葛藤など対人関係の障害が多く認められた。

4) 統計上、有意差の認められなかった諸因子についても検討と考察を加えた。

3. その結果、本調査からは、分裂病の再発について、遺伝生物学的な因子よりも社会的、心理的因子の関連性の大きいことが強調される。このことは、再発を疾患それ自体の自律性として一面的に捕えるのではなく、むしろ再発に関与する因子が多因子であることを確認するものである。したがって、家族問題を含む多面的な環境調査、人格構造に基づく精神療法的接近、アフターケアを含む社会復帰活動などの分裂病患者への働きかけの有効性が支持されるものである。

参 考 文 献

- 1) Achte, K. A. : On prognosis and rehabilitation in schizophrenia and paranoid psychosis. *Acta Psychiat. Scand.*, **43** : Supple 196, 1967.
- 2) Achte, K. A. and Apo, M. : Schizophrenic patients in 1950-1952 and 1957-1959. *Psychiat. Quart.*, **41** : 422-441, 1967.
- 3) Adler, L. M. : Patients of a state mental hospital, the outcome of their hospitalization. In : (Ed) Rose, A. M., *Mental health and mental disorder*, Routedledge Kegan, London, 1955.
- 4) Allers, R. : Über psychogene Störungen in Sprachfremder Umgebung. *Z. Neur.*, **60** : 281, 1920.
- 5) Astrup, C. : The prognostic importance of genetic factor in functional psychoses. *Brit. J. psychiat.*, **112**, 1293-1297, 1966.
- 6) Bleuler, E. : *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig und Wien 1911. (飯田, 下坂, 保坂, 安永訳: 早発性痴呆または精神分裂病群, 医学書院, 1974)
- 7) Bleuler, M. : *Krankheitsverlant, Persönlichkeit und verwandschaft Schizophrenen und ihre genesseitigen*, Leipzig, Georg Thieme, 1941.
- 8) Bleuler, M. und Benedetti, G. : *Forschungen und Begriffswandlungen der Schizophrenielehre 1941-1950*. *Fortshr. Neurol. Psychiat.*, **19** : 386-452, 1951. (関野訳: 1941-1950年間の精神分裂病学説における研究と概念変遷, 脳神経, **7** : 358-364, 1950. **8** : 433-438, 1951)
- 9) Brown, G. W., Castsins, G. M. and Topping, G. : Posthospital adjustment of the mental patient, *Lancet*, **2**(7048) : 685-689, 1958.
- 10) Christensen, J. K. : A 5 year follow-up study of male schizophrenics : evaluation of factors influencing success and failure in the community. *Acta Psychiat. Scand.*, **50** : 60-72, 1974.
- 11) 江熊要一 : 精神分裂病寛解者の社会的適応の破綻をいかに防止するか. *精神経誌*, **64** : 921-927, 1962.
- 12) Faris, R. E. L., and Dumhan, H. W. : *Mental disorders in Urban Arens*, Chicago, University of Chicago Press, 1937.
- 13) Freyhan, F. A. : Eugen Bleuler's concept of the group of schizohprenia at mid-century. *Am. J. Psychiatry*, **114** : 769-779, 1958.
- 14) Freudenberg, R. K. : *Das Anstaltssymdrom und seine Überwindung*. *Nervenarzt*. **3** : 165-172, 1962.
- 15) 藤縄 昭 : 病院内寛解について. *精神医学*, **4** : 95-101, 1962.
- 16) 藤縄 昭 : 精神分裂病者の家族の臨時的類型化のこころみ. *精神医学*, **8** : 272-276, 1966.
- 17) 後藤彰夫 : 長期観察による精神分裂病の病像変遷と経過の研究2). *精神医学*, **13** : 329-334, 1971.
- 18) 蜂矢英彦, 新井俊一 : 精神分裂病の薬物療法——第3部 退院患者の予後調査とその治療. *精神経誌*, **68** : 1089-1110, 1966.
- 19) 林 暲, 秋元波留夫 : 精神分裂病の予後及び治療. *精神経誌*, **43** : 705-742, 1939.
- 20) Herzanic, M., Hales, R. C. and Stewart, A. : Does it play to discharge the chronic patients? *Acta Psychiat. Scand.*, **45** : 53-61, 1969.
- 21) Hollingshead, A. B. and Redlich, F. : Schizophrenia and social structure. *Am. J. Psychiatry*, **110** : 695-701, 1954.
- 22) Huber, G., Gross, G. and Schüttler, R. : A long-term follow-up study of schizophrenia : Psychiatric course of illness and prgonosis. *Acta psychiat. Scand.*, **52** : 49-57, 1957.
- 23) Huber, G. : Zur Frage der Reversibilität im Verlanf von Psychosen. In : *Situation und Persönlichkeit* (Hrsg, v. B. Pauleikhoff), Karger, Basel 1968.
- 24) 井村恒郎 : *精神医学研究 I*. みすず書房, 東京, 1967.
- 25) 井上英二 : 分裂病に関する最近の臨床遺伝学的研究. *精神医学*, **5** : 3-18, 1963.
- 26) 石川 清 : 精神分裂病の「治癒」の精神病理的基準について. *精神医学*, **7** : 773-778, 1965.
- 27) 岩佐金次郎, 他 : 精神分裂病の再燃に対する chlorpromazine の効果. *精神医学*, **2** : 451-462, 1966.
- 28) Kant, O. A. : Comparative study of recovered and deteriorated schizophrenic patients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, **93** : 613-624, 1941.
- 29) 加藤伸勝 : 慢性分裂病者の社会復帰の試み——その可能性と限界——. *精神経誌*, **64** : 913-920, 1962.
- 30) Kisker, K. P. : *Kernschizophrenie und Egopathie*. *Nervenarzt*, **35** : 286-294, 1964.

- 31) 小西輝夫：職場における精神衛生—とくに精神障害者の復職をめぐる—。精神医学, **14** : 1143-1151, 1972.
- 32) Kraepelin, E. : Lehrbuch der Psychiatrie. 4. Aufl., Barth, Leipzig, 1893.
- 33) Kretschmer, E. : Psychotherapeutische Studeien. Thieme, Stuttgart, 1949.
(新海訳：精神療法。岩崎書店，東京，1958.)
- 34) 国友貞夫，他：精神分裂病者の社会適応経過。精神医学, **10** : 609-612, 1968.
- 35) 黒川篤民：若年分裂病の家族史的研究。精神経誌, **68** : 1138-1155, 1966.
- 36) 黒沢良介：非定型精神病の概念と臨床。精神経誌, **64** : 17-23, 1962.
- 37) 黒沢良介：症状と経過からみた分裂病の類型。精神医学, **9** : 22-30, 1967.
- 38) Langfeld, G. : The prognosis in schizophrenia and the factors in influencing the course of the disease. Acta Psychiat. Neurol. Scand., **13** : 1967.
- 39) Malamud, W., Sands, S. L., Malamud, I. and Power, P. J. P. : The involuntal psychoses : A socio-psychiatric follow-up study. Am. J. Psychiatry. **105** : 567-572, 1949.
- 40) Mauz, F. : Die Prognostik der endogenen Psychosen. Thieme, Stuttgart, 1930.
- 41) 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.
- 42) 宮本哲雄：精神分裂の予後。中修三教授還歴記念論文集。医学書院，東京，1960.
- 43) 村田豊久，西園昌久：精神分裂病の予後に関する研究。精神経誌, **75** : 607-644, 1973.
- 44) 西園昌久：薬物療法。精神経誌, **69** : 978-980, 1967.
- 45) 西園昌久：精神医学的家族研究の総括。精神経誌, **76** : 156-163, 1974.
- 46) 西園昌久：いわゆる「再発」と再発研究の問題点。臨床精神医学, **3** : 891-900, 1974.
- 47) 大熊輝雄，他：精神分裂病の再発に関する一実態調査。精神医学, **12** : 949-958, 1970.
- 48) Peterson, O. and Olson, G. W. : First admitted schizophrenics in drug era. Arch. Gen. Psychiat., **11** : 137-144, 1967.
- 49) Pollack, M. : A three year post-hospital follow-up of adolescent and adult schizophrenics. Amer. J. Orthopsychiat., **38** : 94-109, 1968.
- 50) Redlich, F., Hollingshead, A., Robers, B., Robinson H., Freedman, L. and Myers, J. : Social structure and psychiatric disorders. Am. J. Psychiatry, **109** : 729-734, 1953.
- 51) Rümke, H. C. : Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. Nervenarzt, **29** : 49-53, 1958.
- 52) 桜田 高，他：向精神薬の治療体系に於ける意義（第一報）精神分裂病者の after-care に於ける実態。精神経誌, **66** : 258, 1964.
- 53) 桜井区南男，野田寿一郎：早発性痴呆，予後二関スル考察。福岡医大誌, **31** : 1744-1762, 1948.
- 54) Schachter, S. : The psychology of affiliation. Stanford Univ. Press. Stanford, California, 1959.
- 55) Schulte, W. : Studien zur heutigen Psychotherapie. Meyer, Heidelberg, 1964.
(飯田、中井訳：精神療法研究。医学書院，東京，1969.)
- 56) 関口憲一：再発防止，精神科リハビリテーション（江副勉監修）。医歯薬出版，東京，1971.
- 57) 島蘭安雄：薬物療法の登場によって精神分裂病の予後はどの程度改善されたか。精神医学, **10** : 157-162, 1968.
- 58) 下山敦士，他：分裂病者の結婚について。精神医学, **15** : 1177-1184, 1973.
- 59) Stephens, J. H., Astrup, C. and Mangrum, J. C. : Prognostic factors in recovered and deteriorated schizophrenics. Am. J. Psychiatry, **122** : 1116-1121, 1966.
- 60) 諏訪 望，森田昭之助，山下 格：向精神薬の臨床。金原出版，東京，1963.
- 61) 田島 昭，加藤友之，湯浅修一，江熊要一：社会生活の中での分裂病者に対する働きかけ——職業生活場面を中心にして（精神分裂病の生活臨床，第2報）——。精神経誌, **69** : 323-351, 1966.
- 62) 高橋隆夫：分裂病再発の危機状況について。精神医学, **17** : 43-49, 1975.
- 63) 竹村堅次：「非定型精神病の概念と臨床」に対する付議。精神経誌, **64** : 26-29, 1962.
- 64) 湯浅修一：生活臨床からみた精神分裂病者。分裂病の精神病理（I）（土居編），東大出版会，東京，1972.
- 65) 宇野昌人：精神分裂病長期経過に関する研究。精神経誌, **73** : 183-220, 1971.
- 66) Vaillant, G. E. : The prediction of recovery in schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis., 534-543, 1968.
- 67) Wahl, G. W. : Some antecedent factors in the family histories of 568 male schizophrenics of the United States Navy. Am. J. Psychiatry, **113** : 201-210, 1956.
- 68) Waters, M. A. and Mathover, J. : Rehabilitated longstay schizophrenics in the community. Brit. J. Psychiat., **111** : 258-267, 1965.

- 69) Willi, J. : Die Schizophrenie in ihrer Auswirkung auf die Eltern. Schweiz. Arch. Neurochir. Psychiat., **89** : 426-463, 1962.
- 70) Wing, J. K., Monck, E., Brown, G. W. and Carstairs, G. M. : Mobidity in the community of schizophrenic patients discharged from London mental hospitals in 1957. Brit. J. Psychiat., **110** : 10-21, 1964.
- 71) Winkelman, N. W. : A clinical and sociocultural study of 200 psychiatric patients, started on chlorpromazine 10 1/2 years ago. Am. J. Psychiatry, **120** : 861-869, 1964.
- 72) Wolff, R. J. and Claction, D. M. : A preliminary report on the continued post-hospital use of tranquilizing drugs. Am. J. Psychiatry, **118** : 499-503, 1961.
- 73) Wortis, J. : Psychopharmacology and physiological treatment. Am. J. Psychiatry, **121** : 648-652, 1965.
- 74) 山田国雄 : 直接検診による精神分裂病の長期予後について. 金沢大十全医誌, **67** : 212-240, 1961.
- 75) 山村道雄, 他 : ナイトホスピタルを実施した精神分裂病者の予後について. 精神医学, **8** : 746-750, 1966.
- 76) Zutt, J. : Auf dem Wege einer anthropologischen Psychiatrie. Springer, Berlin, 1963.