

特集

精神分裂病の“治療”とは何か

第1回 日本精神病理・精神療学会シンポジウム

(1964 年 11 月 10 日 於東医健保会館)

■はじめに■

司会 諏訪 望

「精神分裂病の治療とは何か」という題をご覧になって、皆様あるいは意表をつかれたというような気持ち、またはどぎもを抜かれたというような感じをもたれたのではないかと思います。私もこの司会を仰せつかり、このようなむずかしいテーマについて、はたしてまとめられるかどうか、まったく自信がありませんが、本日の演者ならびに討論者の方々は、あらためてご紹介するまでもなく、その道のベテランぞろいですから、おのずから結論

めいたものが出ることを予期しているわけであります。見たによつては、こういうテーマをシンポジウムで扱うのは、非常に大胆なところみです。いうまでもなく、分裂病の原因というものが不明であり、また分裂病に関する見解が、こんにちまだ一致していないという状況で



ありますので、分裂病の治療ということについて議論することは、ある意味においては不可能といつてもさしつかえないかもしれません。

本日のシンポジウムは、このようなことを前提として行なわれるということ、われわれは最初に確認しておく必要があるのではないかと思います。確認ということ、よつと大げさですが、それにはやはり1つの理由があります。つまり何かの形式で話の場というか、枠というものを決めてないと、シンポジウムを行なうことは不可能になるからです。

ところで現在われわれに与えられている枠はごく平凡なことでありまして、3つあるのではないかと思います。まずきょうのシンポジウムでは、分裂病の治療とは何かということについて最終的な結論を出すということは、誰も考えていないということが1つ。第2は、分裂病を自分がなおせるんだという自信をもつて人は誰もいないということ。第3は、しかしこの分裂病の治療ということは、われわれが精神科医であるかぎり、誰でもそれに取り組んでいこうという、積極的な意図をもっているということでもあります。

このような3つの枠がありますが、これはけつしてわれわれ一人々々の立場とか考えかたを束縛するものではありません。むしろこのような制約があるからこそ、その枠のなかで、きわめて自由なまた弾力性のある議論が可能になるのではないかと考えます。

本日のシンポジウムは、昨日の精神療法に関するシンポジウムと、少し性格が異なっています。抄録をすでにお読みのことと思いますが、お話しくださる各演者の立場、あるいは考えかたのくい違いがかなりはつきりしております。それでシンポジウムの進めかたについても、多少趣を変えなければならないのではないかと、司会者として感ずるわけであります。それで演者の方々と相談いたし、講演の順序を一応決めさせていただきました。

第1番に三浦先生にお願いし、分裂病の概念に関する基本的なご考察にもとづく総括的なお話をうかがい、それに対して金子先生に討論していただきます。第2は加藤先生で、人間学的な立場からのご考察を願い、それに対して安永先生に討論をお願いします。第3番目には、臨床精神病理学的な、それだけではないのですが、主としてそういう立場から石川先生にお話いただき、藤縄先生に討論をいただきます。第4番目は、病院精神医学の立場から竹村先生に、そして岡田先生の討論をお願いします。それから最後に、少し立場が違いますが、生活臨床という新しい概念を使つた行動科学的な観点から、この

講演者

司 会 北海道大学神経科教授 諏訪 望
 演 者 慶応大学神経科教授 三浦 岱栄
 京都大学精神科助教授 加藤 清
 東京大学精神科講師 石川 清
 昭和大学付属烏山病院 竹村 堅次
 群馬大学精神科教授 台 弘

討論者 大阪大学神経科教授 金子 仁郎
 東大分院精神科講師 安永 浩
 京都大学精神科 藤縄 昭
 都立松沢病院 岡田 靖雄
 東京医歯大神経科教授 島崎 敏樹

問題をとりあげようという野心的な意図をおもちの台先生にお願いし、この台先生に対して島崎先生に討論を願ひ、また最終的なご意見もうかがえれば幸いだというふうに思っているわけでありまふ。だいたいこのような進めかたで、このシンポジウムを始めたいと思ひます。

一般概念ととくにロールシャッハ・テストからみた人格障害の持続について

慶応大学教授

三 浦 岱 栄

この興味津々たる、そしてまた精神医学者にとつておそらく永遠に最大の関心事としてとどまるであろうと思われるテーマを選ばれたことに對し、プログラム・コミティの諸君に敬意を表するとともに、本シンポジウムの参加者として指名されたことに對し強い責任と榮譽を感じるしだいである。発表時間に制限があるので、極度に圧縮し、抽象化した結論しか申しあげられないのは残念であるが、ご了解のいただけない点はディスカッションを通じて補つていきたいと考えている。

最初に“分裂病”の概念そのものが明確化されねばならぬのだが、われわれはこんにちまではたして真剣にこの点についてすら討議し合つたことがあるだろうか。その原因もパトゲネーゼも限界の問題もすべてがいぜんとして混沌のなかにあるこんにち、分裂病をめぐるあらゆるディスカッションは、つねに一種の循環論に終始するおそれなしとしないのである。

分裂病というコトバないし概念の前身である“早発性痴呆”においては、“治癒”というコトバが使用されなかつたのは周知である。それは、この早発性痴呆という疾患単位がいかなる経緯で生まれたかを知ればただちに理解される。慢性的に人格の荒廃と痴呆状態（広い意味での）を示して、昔の“狂人病院”に生涯監禁されていたもののなかから、器質的脳疾患によるものをのぞいた残りの患者群に對して与えられた名称、すなわち旧いフランス病院精神医学で用いられた *démence vésanique* にだいたい匹敵する。その結果は“早発性痴呆は慢性不治の精神病である”という觀念あるいは実践を生んだ。しかしつぎの段階は、このような *démence vésanique* に終るような患者は、はたしていつ発病し、またその発病当時の症状が何であつたかと



いう研究に向かわせたのは当然であり、これを行なつたのがクレペリンである。その結果“早発性痴呆”という術語が生まれ、破瓜・緊張・妄想などの各型が分けられることになる。そして診断が発病の初期につけられるようになる。これまた単に科学の本質に従っている研究操作であるのみでなく、医学という実践的の応用科学の立場から見ても——早期診断、早期治療は医術の理想である——当然のことである。

ところで、今度はこの手続きで早発性痴呆という診断をくだすとき、そのなかからかなり病状の回復するもの、時には一見完全に治癒したと思われるものが観察されたことも事実である。当時は