616.891.:616.895.8

いわゆる境界例についての臨床的研究

岡山大学医学部神経精神医学教室（主任：奥村二吉教授）

庄　盛　敦　子

〔昭和43年11月28日受稿〕

はじめに

神経症あるいは異常性格と精神分裂病のいずれとも診断のつけ難い症例が存在する事は Bleuler, E. がすでに指摘しているところであるが，精神分析学派においては，これらのいわゆる境界例の特異な精神力動に早くから注目し，それらへの精神療法的接近を通じて，さらには精神分裂病そのものの構造の解明をも企てている．

ところで現在，精神分裂病あるいは神経症の概念についても，またそれらが疾患単位であるか症候群にすぎないのか，という点においても，立場によりさまざまな見解がもたれ，その診断基準にも統一したものがないのは周知の事である．

したがつて，精神分裂病と神経症が，病因的に全く異つた疾患であるとし，そのいずれかに帰属せしめ得ぬような症例の存在を否定する立場および，両者は臨床的にも，病因的にも連続的な移行関係にあるとし，両疾患の独立性を認めない立場にあつては，いずれも境界例という概念は意味をなさないと考えられる．また，病因的にはともかく，臨床的に両疾患の境界状態にある症例の存在を積極的，あるいは消極的に認める立場においても，どこまでを境界例とするかという点で，その内容はさらに多様なものとなる．

したがつて，一般にいわゆる境界例とされている症例は，その状態像や精神力動，治療に対する反応や経過においても異つたものが包括されていると考えられ，現在の疾病概念のこれ以上の混乱を避ける為にも，まずこれらに該当する症例の具体的な記載のつみ重ねが必要とされる段階にあると考えられる．

本論文においては，現在までの，いわゆる境界例に相当すると考えられる症例に対する諸家の概念および症候論についてのべ，つぎに境界例として，精神分裂病あるいは神経症の定型と考える病像より逸脱し，そのいずれとも診断しがたい症例を対象とし，それらを状態像により分類し，それぞれの精神分裂病あるいは神経症の中核的なものに対する位置づけを試みた．

文献的展望

1. 境界例の概念

Kraepelin, E. が多くの複雑な精神病理学的症状を，一般身体医学の概念をモデルとして，その状態像及び経過から分類し，早発性痴呆という疾患単位を提唱し，Bleuler, E.[4] がその心理的側面を考察して精神分裂病と称したわけであるが，彼はその中で simple schizophrenia をひとつの亜型とし，そこでさらに latent schizophrenia につき言及している．

それによると分裂病の manifest type におけると同様の症状が subclinial に患者の言動にみられ，一般に過敏，奇矯，不機嫌，逃避的，または過度な几帳面さを示す人々の中に，この latent schizophrenia の疑いをもたせる症例がかなり多いという事であるが，それらのあるものは過去においてシューブを経過しながら，いわゆる欠陥を残していないものや，晩年になつて症状が顕在化するものも含まれているようである．

さらに彼は，神経症症状のもとに，長期間あるいは永久に mild schizophrenia が隠されていて診断困難な例もあるとのべ，分裂病には，神経症あるいは異常性格と鑑別困難な症例の存在する事をすでに認めている．

一方精神分析学派においは，まず Freud, S.[9] が，神経症の中には，いわゆる早発性痴呆の前駆段階に該当すると思われる症例があるとのべ，分析治療の前に審査期間をおく事を警告しており，Federn, P.[7] は，自由連想法の実施によつて，神経症と思われていた症例が精神病に転化したり，潜伏していた精神病が顕在化したとみなされる症例を観察し，潜伏性精神病と名付けている．

ところで Richmann, J.[38] は，神経症が精神病を

mask しているような症例について一般に云われもし，彼もそうした概念を用いてはきたが，mask という言葉は適当でないとのべ，Glover, E.[10] も，一般に使われている borderline とか pre-psychotic という言葉は適当でないと批判している．

そしてもし精神病的なものが少しでもあるならば Psychotic とはつきり云うべきであり，もし単にその可能性を疑わせるような症例であれば potentially clinical psychosis と呼ぶべきであるとのべている．

以上の人々は，その立場は異つているが，いずれも神経症症状を呈しているか異常性格の如くみえて分裂病を疑われるような症例を，分裂病の subclinical なものか pre-psychotic なものとみなしており，境界という言葉を避けている．また，分裂病機制と神経症機制の両方を同一人がもつていて，普通は現実との接触を失わないが，好ましくない状況のもとでは精神病的となるような神経症的な人々がある，とする Fenichel, O.[8] のような見解もある．

つぎに，分裂病概念を拡張する事により，古典的な分裂病像を呈していないそれらの症例も，分裂病の亜型として分類できると考える人々もいる．

すなわち，Zilboorg, G.[46][47] は，「Kraepelin をはじめとして多くの人々は分裂病の進行した状態にのみ目を向けているが，分裂病には初期のものや，軽症のものなどある筈で，一般に，borderline case, incipient schizophrenia, schizoid personality などと呼ばれているものがそれに相当する」とのべ，それらを「入院する迄には至らぬ」分裂病という意味で ambulatory schizophrenia と称している．同じく Blau, A.[3] も，「腫瘍を悪性，良性と区別するように，分裂病の中でも自我の退行が軽度な分裂病という意味で，そうした症例を benign schizophrenia とよんでよい」と云つている．

また pseudoneurotic schizophrenia の概念を提唱した Hoch, P.[11] は，「神経症として診断され，治療されてきた症例で，分裂病に似た症状も示し，神経症とは異つた臨床像ならびに力動的側面をもつものが，borderline case とよばれてきているが，これらの症例の基本症状は，分裂病のそれと酷似しており，他にもはつきりした独自の症候をもつているので，これらは神経症と分裂病の間の transitional state などというあいまいなものではなく，はつきりと分裂病の中に入れられるべきである」と強調している．

さらに，分裂病を疾患の面からのみでなくそれに罹患している分裂病者の人格という面から取上げようとするのは最近の一般的傾向であるが，Kinross-Wright, V.[23] は，「分裂病人格がまさにあらわにみられるのは simple schizophrenia であり，これこそ分裂病といわれる病像の母基をなすものである．そして，ambulatory schizophrenia などと称されているものもすべて，この simple schizophrenia の中に入ると考えられる」とのべている．

これらに対して，Schmideberg, M.[39] は境界状態をひとつの臨床類型とみなしており，「正常，神経症，精神病質，あるいは分裂病のいずれとも診断がつけ難く，それらの境界にある，borderline patient は，それらのいずれとも質的に異るひとつの clinical entity をなしている」とのべ，その理由として，「彼等は一生を通じて神経症あるいは分裂病などのいずれになる事もなく，同じ状態にとどまり，unstabilty の中での stability を保つている」ことを挙げている．

我国においては，井村[14]がいわゆる境界例の概念を紹介し，それらの症候論には，神経症症状と分裂病的傾向の共存という点以外には境界例としての固有の症状は殆んど見当らぬと批判している．

ついで梶谷[19]が，これらの症例は状態像のみでなく，発生的にも分裂病と神経症の境界にあるのではないかとのべているが，三浦，小此木ら[31][33][34]は境界例への精神療法的接近を試み，その中で，これらの症例を，pre-psychotic, transitional state, clinical entity, abortive psychotic, 人格障害，思春期危機などのさまざまな観点からみる事が可能であるとしている．

また，満田[30]，井上[16]，小林[26]らは遺伝生物学的には，これらの境界例は，定型分裂病の不全型または subclinical manifestation とみなしうる事を，家系研究あるいは双生児研究により立証しようとしている．

ところで，Knight, R.[24] は，「borderline state というラベルが診断として用いられる場合には，患者の状態を伝えるよりも，診断した者の確信のなさの方をより多く物語つている」と批判しているが，歴史的にみて，精神疾患の概念規定の方法そのものにも色々と問題がある為に[15][27]，従来の疾病概念にあてはまらぬ症例が，このようにさまざまの観点をもつて問題にされるようになつたのは，或る程度必然的な事と思われる．

2. 症 候 論

いわゆる境界例についての抽象的な概念，力動，治療などの論文は多いが，具体的な内容についての記述は少い．

症候論の主なものは，Hoch, P.[12] ら，および Schmideberg, M.[39] のものがみられるが，両者の病像にはかなりの相違があり，それは両者の精神疾患に対する見解の相違と共に，その取扱つた対象の違いにもよると考えられる．

Schmideberg, M. は borderline patient という概念を臨床類型として挙げ，その特徴を重篤な人格の障害であるとし，社会生活でのあらゆる面における障害がみられるとのべている．

すなわち，彼等は対人関係，意欲や感情の統制，適切に享楽し仕事をする事，人生の理想や価値観の持ち方などにおいて欠陥があり，対象関係は表面的で弱く，他人に対する共感とか配慮に欠けている点が目立つという．

さらに感情の喪失に悩む患者の中には，離人症や行動化を示すものもあるが，その本質は反社会的というより非社会的であるとしている．

また思考面では，判断や記憶，他人の理解，原因結果を結びつける事や結果を予測する事などに障害があり，とりわけ常識に欠けている点をあげている．

そして，その診断は，特別な症状や行動特性によるよりも，対人場面での感情的接触性の乏しさや，うつろい易さ，表情の乏しさ，感情の欠如などの全体の印象から得られるとしている．

これと類似の状態像を挙げているのほ，Bleuler, E.[5]，Zilboorg, G.[46]，Fenichel, O.[8] などである．

すなわち彼等は不機嫌で，奇矯，逃避的，あるいは過度に几帳面な人として通つていたり（Bleuler, E.: latent schizophrenia），犯罪者や性的錯倒者，無能な人として，simple schizophrenia との鑑別がつき難い点もあるが，入院する迄には至らず，現実との接触を保つている．

(Zilboorg, G.: ambulatory schizophrenia)

また Fenichel, O. によれば，彼等は精神病質，偏執傾向をもつた人，あるいは類破爪病的人間であり，わずかな状況の変化によつて，現実との接触を部分的または一過性に失つて，白昼夢から幻覚へ，また強迫観念から妄想への移行状態を示したり，そのいずれともきめ難い症状を呈するという．

つぎに Hoch, P. らは，彼等の仮性神経症型分裂病の基本症状は，Bleuler, E. のあげている分裂病の基本症状のいくつかがうかがわれる事であるとし，pan-anxiety, pan-neurosis, chaotic sexuality を二次症状としており，古典的分裂病にみられる，幻覚妄想などの二次症状はみられぬとしている．

しかし一過性に幻覚妄想様状態を呈する事はあり（micro-psychosis），その場合には，心気症状，関係念慮，離人症がしばしばみられるという．

その診断には，分裂病の基本症状のいくつかの存在が必要であり，autistic & dereistic life approach はすべての症例に微妙にうかがわれるが，それを臨床的，客観的に示す方法はなく，診断する側の主観的なものが入るとのべている．

Federn, P. のいう潜伏性精神病については，小此木[35][36]は，精神分析療法そのものが心理的誘因となつて一時的に生じた精神病的反応であるとみなしているが，精神分析的操作をうける前の状態は，1）患者が種々の神経症になつた時期をその生活史の中に持ち，2）早期幼児期に精神病的時期を有した事があり，3）しばしば分裂性格や犯罪的な精神病質の背後に隠されている，という程度で，それ以上の詳しい状態像の記載はない．

また Knight, R.[25] は，borderline state について，「ヒステリー，恐怖症状，強迫症状および精神身体症状が著しく，概念構成，統合，判断，現実に即した計画性，環境への適応などの面で障害があり，その場に不適応な感情の動きや社会生活における障害や苦境に対する無関心さがみられる」点をあげている．

以上の如く，境界例に相当する症例の状態像は多岐にわたつている為に，これらを更に分類しようとする試みもなされている．

まず武田[43]は32例の境界例について，1）早期分裂病にみられる如き，神経症的な臨床症状を示す仮性神経症型，2）慢性的な妄想状態を示すが，その他の点では比較的損われぬ人格を有する妄想反応型，3）両者の中間型，の3型に分類している．

その後三浦ら[22]はこれらの症例に対しての精神療法的接近，ロールシャッハテストの知見などから，その多様性を問題とし，これらを 1）破爪病様人格障害を示す症例群，2）いわゆる心気症的合理づけを主とする症例群，3）敏感関係妄想を中心とする症例群，4）対人恐怖症様の妄想的な確信を中心とする症例群，の4群に分類している．

これに対し神田橋[20]は，1）汎神経症的傾向の著しい群，2）性格の偏りが前面に出ている群，3）単一の神経症症状と，それに対する偏つた意味づけを主体とする群，の3群をあげ，三浦らの分類による，敏感関係妄想を中心とする妄想反応型に相当する症例については，かなり長期間にわたり現実検討を失つているとの理由で境界例から除外している．

ここで，三浦らの分類による第2群の，いわゆる心気症的合理づけを中心とする症例群と第4群の，対人恐怖症様の妄想的確信を中心とする症例群を比較してみると，第2群の主症状は，「頭の中の流れの為に，人が鼻をすする」，「自分の吐く息が臭い為に人が避ける」などの，セネストパチーあるいは幻嗅に近い心気妄想様観念であり，第4群では，「顔がこわばる，ニヤニヤしそうで人がみられない」などの自己表情異常感，対人恐怖症状に近いもので，いずれも対人恐怖症様の心的機制を一面においてもち，それらが強迫症状から妄想様観念への移行を示し，他方これらの訴えを理由として対人的不適応や不安を合理化したり（第2群），対人恐怖症の為に対人場面を回避しているようにみえるが，むしろその様なひきこもりを問題としている点（第4群），両群には共通性がみられる．

これと類似した症例については，既にさまざまな位置づけがなされており，境界例とみなしているものの他，単一症候性の疾患単位とするものもあるが[41]，むしろ神経症的なものとする見方が多いようである．

すなわち Dietrich, H.[6]によると Dysmorphophobie の患者は彼等の胸や鼻や性器の「形が異常」であるのを人々のまなざしやささやきによつて確信するのであるが，彼等は自己の「醜形」を恐れるというより，人々の嘲笑をかうのを恐れているのであり，その結果として，自己の身体の形にとらわれ，2次的に身体幻覚や妄想傾向を示したり，人を避けようとするにすぎないと解釈している．

また Videbech, Th.[44] は，幻嗅あるいは「自分の体から嫌な匂いが出ている」事を確信しているような症例を chronic olfactory paranoid syndromes と称しているが，彼等の病前性格が易感性あるいは強迫的である点をあげ，幼児からの劣等感のつみ重ねが，「自己の発する匂いの為に人に迷惑をかけている」という表現をとつたのであつて，「醜い形の為に，人に嫌な感じを与えている」事を恐れる醜形恐怖症者と同様に，他人にうけ入れられない，という感情を反映している，とのべている．

その位置づけはともかくとして，これらの症候群においては，症状発現が家族や親しい人の間においてみられず，特定の対人場面に限られている事は一般に認められているところであり，その点から Walter, K.[45] はこれらの症候群をまとめて das phobische Beziehungssyndrom と称している．

ここで諸家によりあげられた，いわゆる境界例の分類および，その位置づけは異るが，境界例に相当する症候群を対比してみると図の如く整理できると考える．

表 1 いわゆる境界例の分類

主症状		武田	三浦，河合他	神田橋
多彩な神経症症状 汎性の不安	Pseudoneurotic Schizophrenia (Hoch, P.)	仮性神経症型	破爪病様人格障害を中心とする症例群	汎神経症群
社会適応，行動の障害 症状はあいまい	Borderline Patient (Schmideberg, M.)			性格偏異群
幻嗅，セネストパチーに近い心気妄想様観念	Chronic Olfactory Paranoid Syndromes (Videbech, Th.) Phobishe Beziehungssyndrom (Walter, K.)		心気症的合理づけを中心とする症例群	単一症状群
自己表情異常感 醜形恐怖	Dysmorphophobie (Dietrich, H.)		対人恐怖症様の妄想的確信を中心とする症例群	
妄想様観念に近い強迫症状				
分裂病水準に近い敏感関係妄想	Sensitive Beziehungswahn の一部 (Kretschmer, E.)	中間型 妄想反応型	いわゆる敏感関係妄想を中心とする症例群	

表 2　症　例

	症例	性	職業	学歴	年令	発病年令	経過年数	初診年令	入院期間	体型	遺伝歴	主症状
仮性神経症型	I—1 森○	♂	商	大学中退	28	15	13	23	9カ月	闘士	父抑うつ的で自殺	抑うつ症状 離人症状
	I—2 上○	♂		高校生	18	14	4	17	2カ月	細長	なし	強迫症状 パレイドリア
	I—3 徳○	♀		高校生	18	15	3	16	5カ月	肥満	なし	強迫症状 セネストパチー
	I—4 延○	♀	無職	高校卒	25	18	7	24	4カ月	細長	父方いとこ異常性格	強迫症状 食生活の異常
	I—5 三○	♂	農	高校卒	31	25	6	25	7カ月	闘士	なし	恐怖症状 一過性体感異常
性格変異型	II—1 山○	♀	無職	短大中退	23	18	5	21	5カ月	闘士	なし	神経衰弱症状
	II—2 小○	♀		高校生	18	13	5	16	4カ月	細長	なし	食生活の異常
	II—3 藪○	♂	銀行員	大学卒	30	24	6	27	4カ月	闘士	なし	関係注察念慮 能動性の減退
	II—4 松○	♂	公務員	高校卒	25	23	2	23	4カ月	闘士	なし	能動性の減退
	II—5 岡○	♂	会社員	高校卒	28	26	2	26	5カ月	闘士	父 小心 行方不明	罪業念慮
	II—6 矢○	♂		大学生	26	22	4	25	2カ月	細長	なし	神経衰弱症状
	II—7 高○	♂	会社員	中学卒	23	21	2	21	7カ月	細長	父酒精中毒死亡	希死念慮
単一症状型	III—1 河○	♂	会社員	高校卒	24	18	6	19	4カ月	細長	父 神経症	自己表情異常感
	III—2 豊○	♀		高校生	19	14	5	17	4カ月	細長	なし	「口の中に唾がたまる」
	III—3 鴨○	♂		高校生	19	16	3	18	1カ月	細長	なし	醜形恐怖
	III—4 榊○	♂		高校生	18	16	2	17	4カ月	細長	父 小心 神経症的	醜形恐怖
	III—5 三○	♀	工員	中学卒	20	17	3	17	13カ月	細長	なし	匂いに関する妄想様観念

症　例

境界例として，精神分裂病と神経症の鑑別を要するような症例で，その状態像および経過，感情的疎通性の有無，精神療法過程における反応，病識，症状に対する態度などの他に患者の病前性格や生活史，誘因と現在の症状との関連性などの諸点から，そのいずれとも診断しがたいものを対象とした．

患者は昭和41年1月より43年1月迄の2年間に，岡山大学精神科に入院した事のあるもので，男11例，女6例の計17例である．

年令は18才より31才にわたり，平均年令23才，発病年令は13才より26才で，発病以来の経過年数は2年より15年にわたり，平均4年半経過している．

初診時の年令は16才より27才で，平均20才，外来，入院をあわせ，経過観察期間は2年より13年にわたり，平均2年半である．

入院期間は1ケ月より1年余にわたつているが，その平均入院期間は7ケ月にすぎず，それ以外の期間は，一応不完全ながらも社会生活あるいは家庭生活が可能であつた．

既往歴および現在の身体的所見には特記すべきものはなく，知能は平均あるいはそれ以上のものばかりである．

体型は Kretschmer, E. の分類で，細長型が10例，闘士型が6例，肥満型が1例であり，病前性格については後述するが，体型と性格および状態像とのはつきりした相関はみられない．

遺伝歴には，直系傍系に分裂病などの精神病はみられず，異常性格あるいは神経症的傾向のあるものがみられた例が17例中6例である．

武田は32例の境界例の家系を調査し，そのうち10例の家系に分裂病を，14例に神経症がみられたと報告しているが，著者の症例では例数も少く，遺伝生

物学的に検討を加えるには適当でないと考える.

治療は，向精神薬と精神療法を併用しており，精神療法は，一般的支持療法および，森田療法的色彩をもつた精神療法で，さらに依存的薬物精神療法も一例に施行している.

ここで症例を，その臨床症状，対人関係における特徴から次の3型に分類した.

1) 仮性神経症型

Hoch の仮性神経症型分裂病の病像に近いものであり，前景にみられるのは，多彩な神経症症状で，強迫症状，恐怖症状，抑うつ症状，いわゆる神経衰弱症状の他に離人症状，セネストパチーなども一過性にみられる.

関係注察念慮や幻覚妄想様状態を呈する事もあるが，幻覚は白昼夢との移行状態にあり，妄想も，心気症状や強迫観念と区別し難い，妄想様観念である事が多い.

対人関係においては，一応表面的な交わりはあるが真の感情的接触性は不充分であり，思考における障害と共に，分裂病の自閉につながるものがうかがわれる.

2) 性格偏異型

Schmideberg の borderline patient の観点に近いもので，異常性格や軽症の simple schizophrenia との鑑別が困難である様な人格障害を特徴とする.

症状はあいまいな心気症状，神経衰弱症状あるいは関係注察念慮などであり，はつきりとした症状形成はみられない.

また一過性に不安亢奮状態となつたり，希死念慮，罪業念慮，対人場面における不安を訴えたりするが，それはあくまで表面的であり，対人関係における一方的な自己中心性，行動や社会生活の障害に対する平然さが問題となる.

3) 単一症状型

元来対人関係において過敏であり，漠然とした対人恐怖，注察関係念慮を抱いていたものが，何らかのきつかけで，他人の何気ない言動などから，自己表情異常感，醜形恐怖，匂いに関する妄想様観念などを訴えるようになり，以後それを理由として長期間社会生活が障害されているものである.

客観的には，醜形，表情異常などは全くみられぬか，ごくわずかなものにすぎないが，それに対するとらわれが執拗で確信にみちたものである点，妄想との関連性が強いが，対人場面においては感情的疎通性は失われておらず，主観的な訴えに比して，対人関係はより正常に近い状態を示す.

I 仮性神経症型

症例 I－1 28才男

幼児の頃実父は抑うつ的となり自殺し，母と祖母に育てられた.

祖母は口うるさく干渉し，母はしつかりした理性的タイプで，本人が中学3年の年に勉学の為に祖母をつけて上京させている.

発病はその前後であり，級友から体臭がひどいと云われた様な気がしたり，友人がピンと来ぬと離人症状を訴え，抑うつ的となつている.

17才頃より勉学に疑問を抱いたという事で勉強に意欲が湧かず，何をみても楽しくない状態が続いた.

やむなく故郷に帰り，そこの高校を卒業し大学に入つた為再び上京したが，殆んど登校せず，一過性幻聴，離人症状，抑うつ状態が続いていた.

23才の時都内の大学病院に2ケ月入院し，ついで岡大に第1回目の入院をしている.

主訴は離人症状であつたが，不安が強く，一過性の妄想気分や関係念慮が出没し，能動性も減退していたが，それらが軽快すると共に精神病恐怖，将来に対する不安を訴えるようになつた.

その後2年間は家業の商売を手伝い一応外来通院していたが，26才の時，「心の底から湧いてくる感情がない．自分の新車が被害を受けたが腹も立たず，まるで他人事のようだつた」と離人症状を訴えて再入院している.

離人症状は短期間で消失し，かわつて集中困難，対人関係への不安を訴え，「人と心からつき合えない，社会性やユーモアがない」とのべていたが，その訴え方に論理の混乱，概念の置き換え，独りよがりな抽象的な用語の乱用など，分裂病的思考に近い思考障害がうかがわれた.

＜ロールシャッハテスト＞

TR＝68，P＝2，F＋％＝30％，BRS＝－13，△％＝15％

体験型＝外拡型

きわめて反応数は多いが，平凡反応に乏しく，形態水準の低いものが多く，把握様式も一貫性を欠き，全体と部分との混乱した継起型を示す.

分裂病的傾向は反応内容の奇妙さや明細化の方法にうかがわれ，「子供の時代によく観察したから，これは正真正明の蛾です．蛾がチョウを喰べてい

る．チョウがこんなところに居るわけがなく，蛾はチョウより大きく強いから……」などの他，「下つているから胃下垂の胃，どす黒い血，内臓」などの荒廃色彩反応様のものも散見される．

症例Ⅰ－2　18才男

祖父は大酒家で口うるさく，父が多忙であつた為に，父代りのような役割を果していた．

幼時より神経質で，3才頃からよくカンシャクを起して頭をかきむしつていた．

14才の頃友人から神経質だと云われ，また神経質がこうじると精神病になると聞いた為に精神病恐怖を抱くようになり，精神病という言葉を聞くと，どきりとして人前で話が出来ず人を避けるようにしていた．

またその頃強迫行為もあり，首をチックの様に振つたり，家の中で何回もとび上る動作をくり返したりしていた．

17才頃より精神病恐怖，強迫症状が著しくなり，眼前に嫌いな人の顔がチラチラ浮ぶようで，雑念が多く勉強に集中できず，自ら希望して入院してきた．

当時不安感が著しく，強迫観念，関係念慮，離人症状を訴える他，「天井のしみが全部人の顔のようにみえる」，「たえず波のようなものが目のまわりにゆらゆら流れているような気がする」と，パレイドリア，幻視の如き訴えや，「本を読んでいても，嫌いな人間に関連した字をさけて読まないと，その字に自分の感情が吸いとられそうだ．人が歩いていると，読んでいる本の内容がその人の方に尾を引いていつてとられるようだ」などと，思考奪取や作為体験をうかがわせる訴えもみられた．

行動にも奇嬌，衒奇的な面がみられ，「死という言葉，嫌いな人間の事が頭から離れないのでそれを除こう」とカナヅチで頭を叩いたり，極端な白日夢を好み，人を避けて独笑したりするが，一方自分から進んで治療者に接近し，自分の状態が異常であるとの病感も強い．

「自分はベートーベンやナポレオンにあこがれている．そして自分だけ偉いように思い周囲の人をけいべつしたり，逆にひどく劣等感に悩まされたりする」といつた，思春期一般の心性に通じる様な訴えも多く，思春期危機との鑑別も問題となる．

＜ロールシャッハテスト＞

TR＝65，P＝2.5，F＋％＝28％，BRS＝0，Δ％＝23％体験型＝内核型

反応数は非常に多く，さまざまな観念が浮んできて反応と反応の区切りがない．

しかも一般的枠組からはずれた特有の反応様式を示し，本人はそれが不自然であるとの感情を示さない．

カードⅠ「コウモリとカブト虫とが交つて鬼みたいな感じがする」，カードⅢ「カッパみたいな友人が，人間のシャレコウベのあげた様なものを持つている」，カードⅧ「怪物がいます．その中から人間の内臓が外にたれ下つている」，カードⅥ「人間の顔がみえてきました．1人2人3人……10人，20人います」と人間の顔をよく認め，edging もみられ，全体として分裂病に近い印象が強い．

症例Ⅰ－3　18才女

5人姉妹の末子として甘やかされて育つたが，特に家庭内における問題はなかつたようである．友人は多かつたという．

14才頃，針の先や机の角などの尖つた物が恐ろしかつた事があつたがそのうち治つた．

15才の時，好意を寄せていた大学生に自分の成績を誇張していつた事があつたが，以後その事が気になり，その人にいつもみつめられ，批判されているような感じが続くようにつた．

その頃一時頭痛があつたが，その後より頭の中で大きな重い鉛の塊りのようなものが左右にゆらりゆらりとゆれ動いたり，皮膚の上をナメクジがはいまわるような感じ，体の中を糸のようなものがチリチリと上から下へと走つたりするような体感異常を訴えるようになつた．

また胸の中に手があつてあやつられるような感じがした事も一時あつたという．

その後は2年余りセネストパチーが続き，その為に抑うつ的，自殺念慮を抱き，殆んど高校にも登校していない．

17才の時岡大に入院したが，セネストパチーの方はあまり訴えなくなり，かわつて，「便所のタイルや血だらけのネヅミをを急になめたい衝動に駆られたり，人に水をぶつかけたくなつて困る．自分でも異常だと思い，死にたくてナイフを胸に抱えて寝る」と強迫症状を訴える様になつた．

不安感も強く，「水道の音，カエルの鳴声，スリッパのパタパタという音が，自分の考えている内容のように，たとえばコマル，コマルと聞えてくるよ

うに思われる」と，思考化声の如き症状も一過性にみられた．

多弁でクラスメートにはしきりと手紙を書き，積極的に症状を訴えるが，感情的接触は非常に表面的であり，行動面ではやや軽卒で落付きを欠き，退院後も登校しても一時間位で帰つてしまつている．

なお気脳写その他の検査で異常は認められていない．

<ロールシャッハテスト>

TR＝15，P＝3，F＋%＝25%，BRS＝－14，Δ%＝31%

体験型＝やや外拡的，共貧型

反応数少く形態水準も不良で，反応内容も異常なものが散見される．

現実吟味能力は低く，生産的反応は認められない．

「おそいかかつてくる」など被害感を示すような内容や，「私の頭の中みたい．無茶苦茶にいろんなものが外から中に入つてくる」，「ガイコツに見えます．さつき撮つた私の頭のレントゲン」など現実との距離の喪失を示すような反応が多くみられた．

症例Ⅰ－4　25才女

母は病身で，父や弟に対して気を使い，本人にはいらいらと叱言を云う事が多かつた為本人は母に対して反感を抱き，幼時より母のようになりたくない，結婚もしたくない，と考えていたという．

同胞は姉と弟で本人は次女である．

高校卒業前アルバイトに行つたが，その時めまい，嘔吐があつたのを契機として，以後殆んど毎日嘔吐するようになつた．

内科で神経性胃炎と云われ，何回も入院治療をうけたが軽快せず，空腹時にも嘔吐し，その為非常に小食であつた．

ところが19才頃より家計に構わず大量の間食を買求めて多食しては嘔吐をくり返すようになつた．

その後数年間同様の状態が続き，皆に笑われるようだと家の中にとじこもり，特に何もする事もなく夜ふかししては昼寝るという生活を続けていた．

24才の時家族の要請で入院してきたが，「家族がバラバラで淋しかつたから買い喰いしただけだ．それよりも人生の目的を知りたい」とのべ，相変らず主食はとらず，間食を大量食べては1日数回嘔吐し，食生活の異常を改善したいという意欲はみられず，むしろ無関心にみえた．

「人に会うのが恐ろしい．特に男の人は何を考えているのか分らないからこわい」と人を避け，5回以上すすがぬと気が済まない，と手を真赤にして一日中殆んど洗濯をしており，その他にも強迫観念や行為がみられた．

無口であり．自分から積極的に何か訴えるという事は少いが，絶えず主治医に手紙を書き，「何の為に生きているのか，何を信じたら良いのか，何も彼も無意味に思われ面倒くさい」とくり返し書き，疎通性が悪く，自閉的傾向がうかがわれた．

月経は殆んどなく，それをさつぱりとしてよい，と考えており，女性的なものに対する嫌悪は強いが，やせはなく，青春期やせ症とはつきり診断は出来ないが，石川[18]ののべている，神経性無食欲症のうち，仮性分裂病状態を呈した非典型的な特殊例に近いものと考えられる．

症例Ⅰ－5　31才男

25才頃誘因なく，人前に出ると顔が青くなり，頭重，めまいを感じるようになり，森田式精神療法を受け軽快し，以後3年間は調子よく農業に従事し，結婚もしている．

28才頃より農閑期に時々，近くの寺に座禅に行つていたという．

30才の時交通事故を目撃し，気持が動揺したのでいつもの如く座禅に行つたが，その間急激に不安亢奮状態となり，「胸から口にかけて何かゴボッとこみあげてきたが，あれは魂を吐き出しかけていたのだ」とか「どうも人の魂を呑み込んだような気がする」と，体感異常とも妄想ともつかぬ訴えがあつたが，約10日間で一応落付いた．

その後も一過性に「自分の体液が流れ出るような感じがする．体がゾウリムシのようにのびちぢみしているようだ」などと，体感異常を訴えているが，むしろ精神病恐怖，視線恐怖などの症状が前景に出てきており，病識も不確実であり，家でも補助的に農業を手伝つているにすぎない．

Ⅱ　性格偏異型

症例Ⅱ－1　23才女

幼時より人に会う事を嫌い，親類などにも行きたがらなかつたという．

そして人から悪く思われているのではないか，人が自分を嫌つて離れてゆくのではないかといつも気にし，劣等感が強かつた．

高校時代はその為か食べる事に専念し，大食して胃が悪く，常に膨満感があつた．

18才頃より頭重感，熱感，全身倦怠感などの神経衰弱症状を訴え，それを理由に短大を中退し，洋裁を習いかけたり，書店に勤務してみたが長続きせず，その後2年余り何をするともなく家でぶらぶらしていた．

21才の時上記の症状を主訴として入院してきたが，頭重感，熱感などの他胃の不調，帯下，月経異常などのさまざまの症状を執拗に訴え，諸検査で異常が認められぬと告げられると，あからさまに辛いと云い，なおさまざまの症状を長々と手紙に書き主治医に手渡していた．

また対人場面において特異な歪みが目立ち主治医に対しては，極端な依存と不信の両極的な態度を示し，主治医を追いまわして自己の症状や他患の動静などにつきのべて，それに対する主治医の反応が自分の思い通りでないと主治医をかえてくれと他の医師に頼みに行つたり，他患を診察していると必ず割り込んで自分の症状を訴えるなどするが，精神療法に対しては全く反応を示さず，他人の動静を極端に気にするが他人の感情には全く鈍感であるという自己中心的な面が著しかつた．

＜ロールシャッハテスト＞

TR＝17，P＝1.5，F＋％＝40％，BRS＝－32，

Δ％＝17％

体験型＝共貧型でやや外向的

「これでいいのですか」，「ただ何となく……のかんじです」など自信なくあいまいで明細化がない．

形態水準は低く，外界への感受性は貧困である．「頭の下だから服がある」，「ガケの下は海でしよう」などの位置反応が散見され，平凡反応は少く，most disliked card として普通とり上げられるカードⅣを「さらつとして好きだ」というなど分裂病的傾向を示すが，荒廃した色彩反応はみられない．

症例Ⅱ－2　18才女

5才の時顔面神経麻痺にかかり，医師よりビタミン不足にならぬように注意されたという事で，母は果物ばかり欲しがるだけ与え，わがままに甘やかして育てた．

小学校に行く頃より食生活の異常が目立つようになり，一度に魚だけ5，6匹も食べたりする事もあつた．

13才の時姉が高校に入学したが，それを妬み，姉に対しことごとく意地悪し，姉に負けぬようにと猛勉強をはじめた．

食事より勉強の方が面白いと云い殆んど食事をしなくなり，やせもひどく，頭髪が抜け落ちる位で，14才より15才にかけては青春期やせ症の症像を呈していた．

15才頃より自分でもやせのひどいのを気にして間食を無闇にとるようになつたが，気分が非常に不安定で怒りつぽく，夜間に竹やぶを走りまわるなど変つた行動がみられた．

17才の時姉が大学に合格したが，その知らせをきいて，「自分の人生は終つた，体を無茶苦茶にしてやる」とバナナなどの果物を多食し，その後ところかまわず嘔吐し，「家族は皆バラバラで誰も自分を相手にしてくれず，学校に行つても勉強はむずかしすぎるし，友人も全く居ない．母が甘やかしすぎて私をこんなにしてしまつた」と孤独感と家族への恨みをのべるようになつた．

入院中は相変らず主食はとらず間食を大食しては嘔吐し，隠した吐物を掃除したり，主食を食べるように注意したりすると，物を投げたりして怒つた．他方人の居らぬのをみすましてゴミ箱からパン屑や柿の皮を拾つてきて食べたり，動物用の餌までつまみ喰いするという dysorexia がみられた．

また入院前に一度ささいな事で一日ばかり家出をして警察に保護されており，入院中は脱院して見知らぬ家にゆき借金を申し込んだり，見舞いに来た母がよそ見をしている間にお金を盗み取つたりするなどの異常行動がみられた．

しかもこれに対して反省する様子は全くなく，その事に触れても薄笑いを浮べるだけで感情的接触性に乏しく，青春期やせ症の如き病像を呈しているが，むしろ中核となるのはこのような異常行動や対人場面からうかがわれる，精神病質に近い人格障害であると考えられる．

症例Ⅱ－3　30才男

大学卒行後銀行に勤務していたが，金銭の事で自分が疑われているように曲解した事が契機となり，以後理由なく人が自分を除け者にし，嫌味やあてつけを云うように思い，友人も減つていつた．

仕事も能率が上らぬようになり，頭重感，集中困難，不眠，関係注察念慮を訴えて銀行も休みがちとなつた．

27才の時1ケ月入院しているが，ばくぜんとした

神経衰弱症状を訴え，能動性は減退し感情は不活潑で，分裂病を疑われている．

退院後は銀行に勤務するも，関係念慮の為長続きせず，再び3ケ月入院したが，以前と同様に神経衰弱症状，関係念慮あり，疎通性も不充分で，長期間にわたる社会生活の障害に対する不安感も少く simple schizophrenia あるいは異常性格との鑑別が問題となるような人格障害を示している例である．

＜ロールシャッハテスト＞

TR＝15，P＝5，F＋％＝100％，BRS＝＋5，Δ％＝10％

体験型＝両向型

反応数は少く，反応内容も乏しく平凡反応に終始している．

しかし「チューリップの花弁」とか「カボチャのめしべ」など暖い現実との接触は保たれている．

disliked card として mother card とよばれるカードⅦをあげた点や，反応数の少なさなどに問題がある．

症例Ⅱ－4　25才男

幼時より人と接するのは嫌であつたという．

23才の時鼻疾患で医師の診察を受けた際に鼻の恰好が悪いと云われ，以後その事が気になり，人に対してもひけ目を感じ，人前で赤くなるようになり，森田式精神療法をうけて軽快した．

しかしながらその後より「人から段々遠ざかつてゆくようで，何をしても実感が湧かない」と離人症状を訴え，将来に対する不安も強く，24才と25才の時，それぞれ数カ月づつ入院している．

自己に対する劣等感や不全感が強く，関係注察念慮を訴えて，対人関係に不安があると云うが実感に乏しく，漠然とした自閉や能動性の減退がうかがわれ，症例Ⅱ－3と同様な人格障害を示すと考えられる．

＜ロールシャッハテスト＞

TR＝17，P＝2.5，F＋％＝58％，BRS＝－25，Δ％＝4％

体験型＝やや外拡的

運動反応，色彩反応共に乏しく，現実生活への積極的な関心が薄い．

感受性は鈍く，杓子定規な傾向を持ち，精神内界は貧しい．

内的な想像活動も外的な刺激に対する反応性も共に抑えられ，自我を制限して現実に応じてゆこうとする傾向がみられる．

従つて良好な統制というよりも自己内部の緊張の高い，不安定な統制傾向を示している．

症例Ⅱ－5　28才男

父は善良であつたが小心で，仕事に失敗した後，患者が幼児の頃行方不明となつた．

本人は高校卒業後会社に勤め，7年間会社の寮にいたが，会社で部下が辞職した事件につき自分が責任があると思いこむようになり26才頃から会社の仕事をせず，哲学書や大学受験の本など読み耽るようになつた．

また自分達を見捨てたとして父を今さらのように恨み，「自分の性格はダメである．自分は人をふみつけにして胡魔化した人生を送つてきた．弱さは悪であるというが，何が善で何が悪か分らぬ」と，抽象的に自己不全感，罪業念慮を訴えて，自殺したいと母にもらしたりした．

入院時一過性に不安亢奮が強く，客観性のない抽象的な言葉を常同的にメモしたり，論理の乱れがみられたが，約2週間で落付き，思考内容も一応まとまりをみせてきた．

しかし感情は不活潑で，だらしなく，看護者をからかつたり，その訴える罪業念慮とはかけ離れた不真面目な態度が目立つた．

＜ロールシャッハテスト＞

TR＝14，P＝4.5，F＋％＝62％，BRS＝－8，Δ％＝7％

体験型＝共貧型

反応数少く生産力も低い．

反応の仕方には批判的，懐疑的傾向がみられると共に，想像力も外界の刺激に対する反応性も低下している．

しかし平凡反応は相当数みられ，社会的な思考様式を維持している．

症例Ⅱ－6　26才男

女ばかりの同胞の長男であつた為に父に溺愛されたが，父は小心で神経症的タイプである．

高校時代から自己の健康に関して医学的知識をふりまわしていたが，22才頃から理由なくやせが目立つようになり，体力にも自信がなくなり，大学でもあまり勉強しなくなつた．

以後頭部圧迫感，倦怠感などの神経衰弱症状を理由にぶらぶらしていたが，25才頃から夕方になると

発作的に胸部苦悶感を訴えるようになつた.

入院時も発作的に不安が強くなると,「苦しくて狂い死にしそうだ. 不治の病にかかつているのではないか」と泣き叫び, 物を投げ「殺してくれ」とガラスに頭を打ちつけるなど, やや衒奇的, 演劇的な態度を取り, 脱院を企てたりしたが, 短期間で落付き2ケ月で退院している.

以後はばくぜんとした神経衰弱症状, 疾病恐怖などの他には特に症状はみられぬが, 入学以来8年になるも大学を卒業できず, それを神経衰弱症状で合理化している点に問題があり, 平素はそれに対する不安も少いが, いく分かの洞察を生じた際に, 極端な不安亢奮状態に陥つたものと考えられる.

症例Ⅱ—7　23才男

中学卒である事や, 体格が貧弱である事などから劣等感がつよかつたが, 18才で失恋し自殺企図をして以来, 虚無感, 希死念慮を抱くようになつた.

21才の時頭重感を訴え内科に入院したが, 治療を拒んだり, 不必要な浪費をするなどの行動があつた為に精神科に紹介されてきた.

「自分はいらぬ者である. 体臭がある. 人が自分を阿呆, 気狂いと云つてじろじろ見る」と訴え, タオルで首を締めかけたり, 電気のコードを首にまいたり, 死に場所を探しているのだと云つて屋上を徘徊したり, 何回となく自殺企図がみられた.

自分でも「自分の知らぬ間に自殺しそうで夜も眠れない. 発作的に死にたい衝動にかられる」と云つており, 死ということが一種の強迫的なものとなつている点がうかがわれた.

被害念慮やばくぜんとした心気症状があり, 一過性に不安が強くなると病室のドアを叩いたりするが, 抑うつ感情は余りみられず, 大量の向精神薬, 精神療法にも反応が余りない.

対人的配慮は全くなく, 治療場面でも専ら自分自身の訴えに終始し, かたくなに希死念慮を訴えつづけている.

<ロールシャッハテスト>

TR=23, P=8, F+%=45%, BRS=−30, Δ%=8%

体験型=共貧型

形態水準は低く, また反応は形態に限られ運動色彩に関するものはなく, 外界に対する共感性に乏しい.

統制は抑圧的で, ただ抑圧する事で場面を胡魔化そうとする傾向がある.

反応内容からは心気症的傾向と, 不安感の存在がうかがわれる.

発達的には未熟で, 即行的, 衝動的な傾向がみられる.

Ⅲ　単一症状型

症状Ⅲ—1　24才男

性格は内向的, 小心で, どちらかと云えば他人の容貌が気になる方であつたという.

18才の時修学旅行に行つていて友人とささいなけんかをしたが, それ以後その友人ばかりでなく, 皆が自分に対していたずらやいやがらせをするような気がしはじめた.

例えば, ズボンがピカピカひかるのをみれば, 誰かが自分の椅子にピカピカする粉を塗つたのではないかと思い, 臭気がするように思えば誰かに大便をつけられたのだと考えたりした.

そのために抑うつ的となり, 心にわだかまりが出来たようで, それが表情や目つきにあらわれて, 鋭く嫌な目付きになり, 笑顔も泣き顔のようにみえるようになつた, と訴えるようになつた.

さらに, それを友人達がみて嫌な顔をして目をそらすので人を正視できなくなつたとものべている.

19才で事務系の仕事に就職したが, 女事務員が自分の噂をしているように思い, 他人の視線におびえて退職している.

その後3年余り, 何回か就職したが, いつも注察関係念慮, 視線恐怖, 自己表情異常感のため長続きせず, 休んで家にひきこもる生活をくり返していた.

22才の時入院したが,「人がみて心の底から笑つていると思うような笑い顔ができない.

これではいけないと鏡の前で笑う練習をしたが, 顔つきは悪くなる一方で, 笑わぬ時の顔まで鋭くにらみつけている様になつた.

こんな事はどうでもよい事だと思いたいのだが5年以上も念頭から離れず, 今でも人が近くに居ると想像しただけでも恐しく, 動物はよいが, 赤ん坊でも傍にいると恐しい」と云い, 医師に対してもうつむいて話し, 病室内でも対人接触をさけていた.

しかしながら疎通性はあり, その他には思考および感情の障害もみられず, 病前性格ならびに発病の状況などからも, 対人恐怖症とその心的機制は連続性があると思われる.

症例Ⅲ－2　19才女

末娘でわがままに育てられたが，放任されたとして本人は家族を恨んでいる．

14才頃から理由なく学校で人にみつめられているような気がしはじめ，一週間位風呂に入らなかつたり，不潔でだらしなくなつてきた．

17才頃からは学校も休みがちとなり，遂には全く登校しなくなり，終日家にひきこもつて夜間テレビなどをみて慢然と過すようになつてきた．

さらに，「人がみると口の中に唾がたまる．以前は授業中だけ唾がたまつて困つたが，今は人中にいるといつもたまる．それが人に知られている．態度には出さないが心で笑つている」と訴えつづけ，「人がじろじろ見なくてもすむように整形手術したい．鼻は低く，目は細く，醜くなれば学校に行ける」といつているが，病室でも他患をさけてひきこもつていることが多かつた．

この例では症例Ⅲ－1に比べ対人場面での不安や敏感さが少く，むしろこのような訴えを理由として登校拒否し，ひきこもつている事により問題があると考えられる．

症例Ⅲ－3　19才男

幼時より兄が社交的で要領の良いのに劣等感を抱いていたという．

本人は人中に出ると頭に血が上つたようで涙が出てきて，顔を前にあげて歩く事も出来ない位であつた為に，極力人づき合いを良くしようとして下品な言葉をわざと使つたりしてみたが，かえつて空しくそらぞらしい気持に襲われたという．

顔について最初に意識したのは小学校6年の時で，アルバムをみていてアゴが張つていると思つたというが，そのまま忘れていた．

高校に入学したが，それが志望した学校でなかつたと力を落し，同時に頭重感，倦怠感を訴えて1年目に20日，2年目には70日も欠席するようになつた．

さらに欠師の理由として，アゴが少し大きすぎるのが気になると云い，整形外科を転々としているが無視されており，それでもアゴは是非治さねばならぬと思いこむようになつた．

入院時には，「自分は小さい時から人との応待が下手で，劣等感を抱いてきた．こうした現実の自分から，何かもつと次元の異つた世界へ逃避したい」とのべ，アゴについての醜形恐怖が現実逃避の為の単なる口実にすぎないような口ぶりであつた．

しかしながら病室での行動をみてみると，人が行くとあわてて顔を隠すようにしたり，壁の方を向いたり，廊下を通る時は必ずアゴのあたりを手で隠したり，アゴの形に関する妄想様確信はかなり強固なものである事がうかがわれた．

しかしそれ以外の点では異常はみられず，疎通性もあり，顔をそむけてではあるが特定の患者とは熱心に話しあつたり，本人の訴えにみられるよりもより正常な対人関係がみられた．

症例Ⅲ－4　18才男

生来小心で几帳面であり，成績は非常に良かつたが友人が少く，自己の性格についても劣等感が強かつた．

中学時代に少しどもつていたが，どもるのを人に知られるのが嫌で無口だつたという．

また人前に出ると足が震えたり声が出なかつたりした事も度々あつた．

中学2年の時女生徒に腰が大きいと云われ，また体操の時間にトレーニングパンツをはいていて，友人に腰の事を云われた事もあつて，以後その事が気になつてきた．

高校2年の時病気で10日ばかり休んだが，その後も登校しようとせず，「とにかく行きたくない．人の視線が気になるし，悪口を云つているようだ」と家族に云い，家から外に出ようともせず，風呂にも入らなくなつた．

入院後はじめて，登校拒否の理由は，腰が大きい事であると主治医に打明けている．

そして，「腰の大きいのを見るのが嫌で，風呂にも入らなかつた．腰は絶対的に大きいというのではないが，体全体のプロポーションからみてアンバランスである」とのべていたが，精神療法を受けるにつれ，「腰の事などささいな馬鹿らしい事と思う．性格についての劣等感や，将来への不安も考えすぎであつた」と反省し，やや余裕をみせてきたが，退院し登校しはじめると再び腰の事が気になると休み出した．

そして「こんなつまらぬ事にこだわつている自分に対し絶望した．勉強も自信なく，友人も少く，将来も大したものになれそうもない」とのべ，腰の事について人に云われはしないかという不安も強く，自分でも腰の事になかば強迫的にとらわれている事を認めている．

実際に患者の腰は大きいと云える程ではないが，男性が体のプロポーションを気にするなどという，きわめて現代的な風潮から，従来赤面恐怖とか視線恐怖としてみられたものが，醜形恐怖のようなあらわれ方をしたものとも考えられる．

しかしそのとらわれ方が異常に執拗であり，それを理由として順調に進学し，成績も非常に良かつた学校生活を拒み，入院をくり返さざるを得なかつた点が，神経症的なものとして了解しうるかどうか問題になる．

<ロールシャッハテスト>

TR＝15，P＝3，F＋％＝44％，BRS＝－21，

Δ％＝7％

体験型＝共貧型でやや外向的

内外の刺激に対する反応性に乏しく，想像活動も余りみられず，反応数は少い．

反応内容は，動物，人間，事物の他ハニワ，竜宮城などの多岐にわたつており，その点では経験内容の豊富さがうかがえる．

しかし全反応の形態水準は低く，明細化の乏しい漠然としたものである．

また一般的な考え方からは理解できない図形の把握の仕方がみられ，大部分純粋形態反応で常同的な傾向を持つ点，分裂病的傾向を否定は出来ない．

症例Ⅲ－5　20才女

中学を卒業後ミシン工場の工員として2年余り真面目に働き，皆から可愛がられた．

17才頃より，職場の原反の匂いが気になりはじめ，また洗つた下着など身につける時，匂うな，と思う事もあつたという．

その頃寮の風呂に行つたところ，先に入つていた同僚が出がけに「くさい」と云つているのが聞えた．

それを自分の事について云われたのだと気になり，とうとう惜しまれ乍らも退職した．

その後別のミシン工場で働いたが，匂いに過敏となり，原反，ゴムノリ，車のガソリンの匂いなどが気になり，我慢していると頭痛がするようになつた．

また退職し，今度は外に出ると匂いが気になると家にひきこもるようになつた．

第1回目の入院時，匂いに関する過敏さが続き，また自分の体臭や口臭が人に匂うのではないかと気になりはじめていた．

しかしこれらの症状は比較的早く消え，かわつて，「自分が居る為に，あたりの匂いを皆に強く感じさせ，迷惑をかけている．人々はそれを態度で示すので分る．口を押えたり鼻をくんくんさせたり，さつと逃げたりする」と訴え，時により強度の差はあるが，ほぼ3年間同様の訴えのために仕事も長続きせず，第2回目の入院をしている．

性格は易感性であり，素直で，病院内での対人関係にも特に目立つ異常さはなく，年令相応の人なつこさを持つている．

しかし，「自分が存在している為に，まわりの匂いを人に強く感じさせている」という妄想様確信は非常に強固で，それを皆の態度から分つたという点，妄想知覚に非常に近いが，発病の状況や病前性格などからみると，全く了解不能の発想とも考えられない．

レボメプロマジンを用いた依存的薬物精神療法により，症状に幾分か動きがみえてきているが，やはり「自分がこれ程悩んでいるのに分つてもらえない」という感情は残つているようである．

この症例は，幻嗅を訴えたり，足立[1]の「私は嫌な匂いを発散させている」患者とはやや症状のあらわれ方が異るが，その心的機制には相通じるものがあると考えられる．

<ロールシャッハテスト>

TR＝17，F＋％＝71％，　体験型＝共貧型

反応数少く，想像力，独創性に劣り，人との共感性を欠き，内面的安定性は不良である．

外界の刺激に対しては，情緒的安定を欠き外的統制は不良である．

また現実場面を適応的に構成する事ができず，自己中心的で，自己の概念に合致するように現実場面を主観的に色づけする傾向がある．

しかしその傾向は幼児的であつて，精神発達の未分化または退行がうかがわれる．

病前性格

Kretschmer, E.[28]は分裂病者の病前性格を観察し，その性格特徴を3群に分類している．

すなわち，1）非社交的，物静か，控え目，生真面目，変屈の中間型の他に，2）憶病，はにかみや，敏感，神経質，自然や書を友とする過敏型，3）従順，廉直，無頓着，ぼんやりの鈍感型をあげ，分裂気質では，これらがさまざまの比率でみられるとの

表3 発病状況

			主養育者	同胞順位	家族内対人関係		性格傾向	誘因
					養育態度	家族への感情		
仮性神経症型	I—1	♂	祖母 母(父自殺)	長男	過保護干渉	嫌悪 恨み	過敏 抑うつ的	不詳
	I—2	♂	祖母 母(父多忙)	長男	干渉	祖父に反感	神経質 内向的	友人の批判
	I—3	♀	両親	末子	甘やかし	依存的	外向的 軽卒	虚栄的言辞
	I—4	♀	両親	次女	干渉的	母への嫌悪	内向的 強迫的	身体症状(嘔吐)
	I—5	♂	両親	長男	過保護	依存的	神経質 小心	事故の目撃
性格偏異型	II—1	♀	両親	長女		父に反抗的	独善的わがまま	身体症状(胃症状)
	II—2	♀	両親	次女	甘やかし	姉に嫉妬	短気 わがまま 内向的	姉の入学
	II—3	♂	両親	末子		依存的	内向的 小心	職場内対人関係
	II—4	♂	母(父病死)	長男		母と不和	内向的抑うつ的	身体症状(鼻疾患)
	II—5	♂	母(父行方不明)	長男		母に反抗的 父に恨み	内向的 過敏	職場内対人関係
	II—6	♂	両親	長男	父が溺愛	依存的	神経質	身体症状(やせ)
	II—7	♂	母(父病死)	末子	兄干渉的 母過保護	兄に劣等感	内向的	失恋
単一症状型	III—1	♂	両親	長男	甘やかし	両親不和に不満	内向的 小心	友人とのけんか
	III—2	♀	両親	末子	甘やかし	家族全員に反感	わがまま内向的	不詳
	III—3	♂	両親	次男	過保護	兄に劣等感	神経質 強迫的	志望校への不合格
	III—4	♂	両親	長男	過保護	依存的	小心 強迫的	女生徒の批判
	III—5	♀	両親	次女	放任	一体感薄い	素直 易感性	同僚の会話

べている．症例の中で，その病前性格が分裂気質と考えられるものは，それらの性格特徴のうち，特に目立つものを取上げ，それぞれ中間型，過敏型，鈍感型とした．

それによると，17例中12例が分裂気質と考えられ，仮性神経型，単一症状型のものは過敏型が多く，性格変異型においては鈍感型が多いと云える．

つぎに，Schneider, K.[40] の精神病質人格類型のうち，「自ら悩む」傾向の強い，すなわち神経症と関連が深いと考えられる，抑うつ型，無力型，自己不確実型は，分裂気質の中の過敏型とも共通した点を多く持つが，それらの性格特徴を持つものは17例中14例で，これに自己顕示型と考えられる2例も加えれば，殆んどの症例が神経症的傾向を持つと考えられる．

性格テストは全例に施行し得ていないが，矢田部—ギルフォード性格検査では，情緒不安定で協調性なく，内向的という傾向が強く出ている．

ところで Kretschmer, E. の分裂気質については，1つの性格類型の中にあまりにも種々の性格特徴を含みすぎているという一般の批判もあり，さらに分裂病者のすべてがこのような分裂気質を持つているとは限らぬ事は，諸家の指摘しているところであり，分裂病と分裂気質との関係についてもさまざまな見解が持たれているわけであるが，一応分裂病と分裂気質が関係の深いものであるとすれば，症例のうち11例は分裂病とも神経症とも関連のある性格特徴を持つていると云えるが，病型による特徴はない．

家庭環境

両親健在であるものが17例中13例であり，父が死亡あるいは行方不明のものが4例ある．

主たる養育者は両親が多く12例で，その他の例でも母が直接養育していない例はない．

なお全例が発病当時未婚者であり，15例が両親ま

表4　性格傾向

	症例		Kretschmer, E. による分裂気質			Schneider, K. による精神病質類型			
			中間型	過敏型	鈍感型	抑うつ性	無力性	自信欠乏性	顕揚性
仮性神経症型	I－1	男		○		○			
	I－2	男		○				○	
	I－3	女							○
	I－4	女		○				○	
	I－5	男		○			○		
性格偏異型	II－1	女				○	○		
	II－2	女	○						
	II－3	男			○		○		
	II－4	男			○	○	○		
	II－5	男			○			○	
	II－6	男					○	○	
	II－7	男				○	○		
単一症状型	III－1	男		○				○	
	III－2	女			○				○
	III－3	男		○				○	
	III－4	男		○				○	
	III－5	女						○	

たは母と同居しており，2例が会社や工場の寮に住んでいる．

同胞順位は男11名中長男が8名，次男1名，末子2名で，女6名中長女は1名で次女3名，末子2名となつており，男性では長男，女性では次女が多いと云える．

生活水準は一般に普通であり，17例中15例が高校あるいはそれ以上の学歴を持ち，同胞もほぼ同様の教育を受けている．

つぎに幼時からの家庭内対人関係であるが，養育態度で，過保護，干渉，甘やかしというのが17例中12例にみられ，放任は1例で，あからさまな拒否的態度を持つて養育されている者はない．

これに対して患者は肉親に対して，あらわな敵意，憎悪，恨みの感情を抱いているものが5例もあり，症例I－1では，母に対して殺意を抱く事があると日誌に書いており，症例I－4，II－1，II－2では何れも女性であるが，両親が他の同胞と自分を差別し，除け者にしたり，うるさく干渉すると恨みをのべている．

同胞に対しては，自分より社交的であるとか，学業その他で優れているとして劣等感や競争意識の強いものが多く，全体として家族に対しては依存的ではあるが，近親感や一体感が稀薄な傾向がある．

各病型ごとの特徴はあまりなく，強いて云えば，仮性神経症型と単一症状型においては過保護，干渉的な養育態度が目立つ事，性格変異型では父が死亡あるいは行方不明のものが3例もある事，また単一症状型の3例の男性の父はいずれも非常に小心で神経症的傾向が強く母が主導権を持つている点などである．

発病状況

誘因となつたものは，対人的体験に関連したものが多く，7例は友人や同僚の何気ない言動や自己のちよつとした言辞が他人に与えたであろう影響について思い悩むといつた状態が続いて発病しており，他の2例では，失恋，姉が入試に合格した事が契機となつている．

また別の2例では，事故の目撃，志望校への不合格にひきつづいて症状を発現しているが，それ以前より対人恐怖症的傾向を持つており，出来事はそれを触発したにすぎないと考えられる．

その他の誘因としては，やせ，嘔吐，胃腸症状などの身体症状を契機としたものは4例あり，誘因のはつきりしないものが2例ある．

これを病型ごとにみると，仮性神経症型では，その誘因に，対人的体験に関したもの，身体症状，不詳のものとさまざまであり，性格変異型では，身体症状によるもの3例，その他の4例では，いずれも対人的体験に関したものとなつている．

単一症状型では，直接に対人場面に関連しているものが3例で，他の1例は志望校への不合格を契機とし，別の1例では誘因ははつきりしないが，いずれも病状発現のかなり前より，対人関係について過敏な状態であつた点が共通している．

ロールシャッハテスト

ロールシャッハテストを行った10例のうち反応数が20より30の間にあるものは1例にすぎず（II－7），仮性神経症型の2例では反応数は65と98で非常に多く（I－1，I－2），その他はすべて14と17の間で，反応数はかなり低いが反応拒否はない．

平凡反応は，4以上のものは3例で（II－3，II－5，II－7），その他はいずれも3以下である．

体験型は，大塚ら[37]によると，神経症では内向型が，また分裂病および汎神経症では外拡型が多いという事であるが，ここでは共貧型，ついで外拡型が多かつた．

つぎに形態水準ならびに異常言語表現であるが，仮性神経症型の3例では，他の病型に比して，いずれも分裂病に近い所見を示しており，F＋%は30%以下であり，Δ%は15%より31%にわたつている．

その他の症例では，症例II－1を除き，Δ%は10以下であるが，形態水準はII－3，III－5を除いた他はあまり良好とは云えない．

BRSについては，－30以下のものは2例で（II－1，II－7），その他はそれより高価を示している．

以上の如く，仮性神経症型においては，分裂病のうちでも精神病理学的症状が活潑であるような病像にあらわれる如きロールシャッハテストの知見が得られている．

これに対し，性格変異型および単一症状型では，反応数が少く，平凡反応も少いか，多くても反応数が少いため，その内容が紋切型で平板なものであり，運動反応や色彩反応にも乏しく，言語発現もあいまいで，生産性の低下，精神内界の貧困さを反映している．

三浦ら[32]は，simple schizophrenia，欠陥状態，社会寛解状態における分裂病の人格障害は，ロールシャッハテスト上，反応性の低下，不活潑，停滞，言語表現のあいまいさなどとして現れるとのべ，Schmideberg の borderline patient の概念でとらえられるような境界例不活潑型でこのようなロールシャッハ知見が得られているところから，これらはいずれも分裂病に共通した人格障害の可能性をもつものである事を示唆している．

この観点からみれば，性格変異型および単一症状型では，消極的に分裂病的傾向を示していると考えられ，臨床症状と関連づけてみると，単一症状型では，ロールシャッハテストと臨床症状のずれが著しい．

この点に関して馬場[2]は，症候学的に境界例と診断される状態は，ロールシャッハテスト上でも同様に境界性を示してはいるが，その病態の水準は異つており，テスト上においては，病態による精神機能の解体または進行のより進んだ状態が表現される傾向にあるとのべており，このテスト知見が，その後の病態の動きを予測しうる可能性についても言及している．

したがつて10例のロールシャッハテストにおいて，それぞれ程度の違いはあるが，臨床症状とテスト上の知見とのずれがみられた事は，臨床症状からはつきりとらえ得なかつた病的側面が露呈されたものとして興味あるものと考えられる．

考　　察

1

まず仮性神経症型とした5例においては，前景にみられるのは，抑うつ，強迫，恐怖，神経衰弱症状などの神経症症状および汎性の不安であり，症例により一過性に幻覚妄想様状態を呈したもの（I－1，I－5），仮性幻聴のみられたもの（I－2，I－3），体感異常が長期間あるいは一過性に出没したもの（I－3，I－5），パレイドリア（I－2），離人症状（I－1）などがあるが，患者はそれが異常体験であるとの病感を強く持ち治療を求めてきており，一過性の幻覚妄想様体験も，強迫症状や白昼夢との移行状態にあるようなもので，真性の幻覚妄想ではない．

Bleuler, E. のいう精神分裂病の基本症状については，観念連合の障害に近いといえるもの（I－1），（I－2），あるいは感情的接触性が不十分で自閉的であるもの（I－4），はあるが，症例I－3，I－5においては一応きわ立つた思考障害もみられず，対人接触も表面的であるという点にとどまる．

一般に分裂病の基本症状としてあげられる思考や感情の障害，あるいは自我障害などは必ずしも分裂病のみにみられるわけでなく，症候性精神病などの，いわゆる分裂病様症状としてもあらわれるものであり，それらと分裂病との根本的な差異，つまり分裂病固有の特徴となる一次的なものは，Bleuler, E. の自閉，あるいはMinkowski, E.[29]により「生ける現実との接触の消失」と表現されているものの中にあると考えられる．

そしてこの分裂病特有の障害は主として，対人的接触や思考の面において著しくみられるが，さらにあらゆる心的機能や行動にも具体的に表現されうると考えるので，その診断には綜合的，多面的な検討が必要である．

ここで対人場面（家庭内，友人関係，治療的状況）における特徴をみると，一応人との交わりはあり，治療者に対しても積極的に症状を訴えたりするが，感情的接触は表面的で治療場面においてもそれ以上の深いかかわり合いを持とうとはしない点が

目立つ.

加藤[21]らは，いわゆる境界例においては最初からきわめて多彩な感情転移を示すが，同時に分裂病者特有の両価性を定型的な分裂病よりもあらわにみせており，真の疎通性は分裂病と同様に得られぬといつているが，このような対人接触のみられたのは，主として性格偏異型に多く，仮性神経症型ではむしろ分裂病者の日常生活的なコンタクトに近い印象を受けた.

病前性格は，分裂気質と共に，Kretschmer の無力，抑うつ，自信欠乏型などの神経症的傾向を持つものがほとんどで，これらの性格傾向や幼時からの家庭環境，発病時の状況などと現在の病像の間にはつきりした意味関連があるとは考えられず，神経症症状を発現するに至つた人格内部の葛藤についてもあきらかにする事はできなかつた.

これを心理テストの面からみると，ロールシャッハテストでは，精神病理学的所見が活潑である分裂病にみられるような知見が得られており，馬場[2]も，これに相当するような症例のテスト結果について，分裂病と殆んど区別し難い点が多くみられたとのべている.

また分裂病者の思考障害を物語りテストにより研究している日大の石田ら[17]は，仮性神経症型分裂病においては，定型分裂病とほとんど同様のテスト結果が得られたと報告している.

経過については，著者の症例は発病より3年から13年にわたり，平均6年半仮性神経症型の病像を示している.

Hoch, P.[13] らは109例の仮性神経症型分裂病の5年から20年後の予後調査を行つており，それによると，そのうち10%が調査時に定型的分裂病像を呈しており，他の10%は調査迄の期間に定型的な分裂病像を呈した時期を有しているが，その後寛解しているという.

ここで定型的な分裂病像を呈したり，それを経過したものについてみると，Hoch の見解からすれば，分裂病の中の仮性神経症型より他の亜型へ移行したと考えられよう.

武田の報告した32例の境界例につき，三浦ら[33][34]は7年後に予後調査を行つているが，そのうち仮性神経症型とされた15例では，4例が破爪病欠陥状態にあるという事であり，それについては境界例とされたものが clinical entity および pre-psychotic などの諸点からとらえられる事を示唆するとのべている.

経過については，さらに今後の観察が必要であるが，一応現時点で以上の諸点を検討すると，仮性神経症型の症例は，臨床的には神経症症状が前景にみられるが，その本質は，現在分裂病といわれている病態にきわめて近いと考えられる.

しかしながら Hoch らの如く，これをはつきり分裂病の一亜型であるとする根拠は今のところ不十分であり，症例により分裂病の亜型とみなしてもよいものから，単に汎神経症を示すものとして，分裂病あるいは神経症のいずれにも帰属せしめ得ぬものなど，さまざまの段階にあるものが包括されていると考える.

2

性格偏異型の症例につき，まずその訴える症状をみると，いわゆる神経衰弱症状，自己不全感，注察関係念慮などの他，罪業念慮，（II－6，II－7），希死念慮（II－7），離人症状（II－4）などであるが，いずれもそれらの訴えは漠然としたあいまいなものであり，訴えに反して不安感が少く，社会的な不適応をそうした訴えにより合理化している傾向が明らかである.

また対人場面においては，依存と敵意や不信の両価性を示し，精神療法でも真の感情的接触が不十分なもの（II－1，II－6），罪業念慮や自己不全感を訴えるが療養態度が不真面目で治癒意欲の余りみられないもの（II－2，II－5），自閉的傾向もうかがわれ，疎通性の不十分なもの（II－3，II－4）などが目立ち，全例に共通しているのは，他者配慮的なものがほとんどなく，他人の感情の動きに鈍感であり，一方通行的，自己中心的な態度である.

家庭環境および発病の状況をみると，父が死亡または行方不明のものが3例あり，家族に対して恨みや憎悪の感情を潜在的に，あるいはあからさまに抱いているものが5例もあり，全般に家庭内対人関係の歪みが目立つ.

発病のきつかけとなつたものは，身体疾患，職場内対人関係，失恋，同胞に対する敵意などさまざまであるが，これは単なる誘因にすぎず，現在の病像に対しては，幼少期よりの性格偏異にねざしたものが主因をなしていると考えられる.

ロールシャッハテストは5例に施行しているが，全体に反応数が少く，その内容も平板なものが多く，運動反応，色彩反応ともに乏しく，言語表現はあいまいで，分裂病のうちでも精神病理学的症状の

不活潑なものや，欠陥状態における知見と共通した点がみられる．

ところで分裂病と異常性格の鑑別困難である症例の存在する事は Bleuler 自身が既に述べているが，これについて Minkowski[29] は，「Bleuler が分裂病の範囲を著しく拡大した為に，分裂病は精神病の限界を越えて異常性格の領域にまで侵入し，latent schizophrenia の少くとも一部は Kretschmer の分裂性格である」と批判している．

特に症例Ⅱ－3，Ⅱ－4では能動性の減退や自閉傾向がうかがわれ，simple schizophrenia あるいは Kretschmer の分類による無力型精神病質人格との鑑別が問題となると思われる．

またその他の症例においても，対人接触や現実に即さない行動などから，精神分裂病的傾向は否定できない面もあるが，積極的に分裂病の基本症状といつたものはみられず，中核となるのは，各症例によりさまざまなあらわれ方をした異常行動からうかがわれる，高度の性格偏異であるといえよう．

Schmideberg, M. の症候論はかなり抽象的で総括的であり，それがひとつの臨床類型とみなし得る程の独自の病像が示されているとは云えず，それらは更にさまざまな成因を持つものが包括されていると考えられるが，一応性格偏異を中核とし，あいまいな自閉や漠然とした症状を示すような症例は，Schmideberg の borderline patient の概念で示されるような，性格偏異型として分類されうると考える．

3

単一症状型として分類した5例は，自己表情異常感，醜形恐怖，匂いに関する妄想様観念などを主訴とし，それを理由として，登校拒否や退職をくり返すなど，長期間にわたつて社会生活が障害されているものである．

これらの症例に共通している事は，Walter, K.[45] が das phobische Beziehungssyndrom と称しているように，症状発現がある特殊な状況——対人場面に結びついている事であり，それは高橋がコムニケーション理論の立場から論じている対人恐怖症の病理に通じるものである．

すなわち高橋[42]によると，目つきがにらむようになるとか，頬骨が大きすぎると訴えるような，赤面恐怖のアナロジーとみられる症例では，顔付きや声の調子，表情の微妙な変化など，元来家族や親しい人との人間関係においてのみ重大な意味をもつていた非言語的側面が，一般の人間関係においても捨象されずに過度の注意をもつて強調されているとしているが，そうした側面からみると，これらの5例はいずれも対人恐怖症と連続した心的機制をもつていると考えられる．

ところで症例Ⅲ－1，Ⅲ－2の場合には，自分が嫌な目付きをしているとして人が目をそらすので赤ん坊でも恐しいとか，理由なく人がみつめるなど，注察念慮や視線恐怖を訴えているが，それは自己に対する劣等感とか不全感あるいは罪責感としてよりも被害的傾向としてあらわれている．

これに対して，症例Ⅲ－3，Ⅲ－4では，幼時より小心であつて人前で赤くなつたり体が震えるなど対人恐怖症的傾向を持ち，そのような性格傾向について強い劣等感を抱いていたものが，ふとしたきつかけにより自己の「醜形」に過度にとらわれるようになつている．

これが症例Ⅲ－5になるとさらに罪責感が強くみられ，「自分が存在する為にまわりの人々に迷惑をかけている」と自殺念慮を抱く程悩んでいる．

足立[1] は，「私は嫌な匂いを発している」と訴える患者のうちでも罪責感の強いもの程独特な人あたりの良さを持ち，被害的傾向の強い程冷たさが目立つとのべているが，著者の症例においても同様の傾向がみられ，また被害的傾向の強い程，症状形成に至る心的過もあいまいである．

しかしながら，単一症状型とした5例を他の仮性神経症型および性格偏異型の症例と比較した場合，その人格障害の程度は最も軽度であり，「対人関係がうまくゆかない」と訴えているにも拘ず，客観的にみた対人場面の反応は，最も正常に近く，また症状の発現についても，病前性格や発病の状況などから，了解できる面が少くない．

したがつてこれらの症例を対人恐怖症の周辺領域にあるものとして，神経病的傾向の強いものとみなす事ができるが，ここで一応境界例としたのは次の点からである．

すなわち客観的にはごくささいなものか全くみられない「醜形」や「イヤな目つき」に対するとらわれが異常に強固で執拗であり，これを理由として，一応順調に進学したり，仕事に熟練し，仲間からも親しまれていたような社会生活ないし学校生活を犠牲にしてまで入院生活をくり返さざるを得なかつた点に神経症とは異質の，むしろパラノイアに通ずる側面がうかがわれる事と，そうした訴えを理由として対人場面からひきこもり，長期間にわたり社会生

活が障害されているその事自体の中に，自閉的な分裂病的人格障害につながるものがある事を否定できないと考えたからである．

これを裏付けるひとつの資料として，ロールシャッハテストを行つた2例では，いずれも反応数が少く，形態水準も低く，症例Ⅲ—4では純粋形態反応が多く常同的な傾向がみられ，また症例Ⅲ—5では現実場面と主観的に色づけする傾向がみられるなど，分裂病的傾向は否定できず，しかも神経症的な不安葛藤はみられなかつた点など，臨床症状とのずれが著しい．

馬場も同様の症例のロールシャッハテストについて，「対人恐怖症と共通する特徴も認められるが，過度に不統制な衝動性の突出，外的自我境界の崩解などみられ，神経症とは質的に異ると考えられる点もみられる」点をあげている．

しかしこれらの症例についての長期的予後についての報告はまだなされておらず，今後の経過の観察が必要であると考えられる．

総　　括

分裂病あるいは神経症などの精神疾患の定型そのものについての概念に微妙な差異のみられる現時点において，それらのいずれとも診断困難な，いわゆる境界例については，その概念および内容，位置づけなどにつきさまざまな観点があるのは避けられない事である．

本論文では，まずこれらの境界例に相当すると考えられる症例に対する諸家の概念および具体的な症候論につきのべた．

つぎに対象として，昭和41年1月より昭和43年1月の2年間に岡山大学精神科に入院歴をもつ患者のうち，神経症と分裂病，あるいは異常性格との鑑別が困難であるような17例をとりあげ，その臨床症状あるいは対人場面における反応の特徴などより，次の如く3型に分類し，それぞれの疾病学的位置づけを試みた．

1. 仮性神経症型

不安，恐怖，強迫症状あるいは神経衰弱症状などの多彩な神経症症状が前景を占めているが，これらの症状を形成するに至つた人格内部の葛藤はあきらかでなく，対人場面での表面的な感情的接触あるいは思考障害，ロールシャッハテストの知見などから，その本質は分裂病に近いものと考えられる．

しかしながら症例により，分裂病的人格障害としての自閉のあきらかでないものもみられ，Hoch. P. の如くこれらをすべて分裂病の亜型とする根拠は不十分である．

2. 性格偏異型

訴える症状は，あいまいな神経衰弱症状や関係注察念慮などであるが，さまざまなあらわれ方をした異常行動から，中核となるのは simple schizophrenia あるいは精神病質的人格などとの鑑別が問題となるような高度の性格偏異であると考えられた．

3. 単一症状型

自己表現異常感，醜形恐怖，匂いに関する妄想様観念など長期間にわたり，単一症状的にみられるもので，他の2型に較べると，人格障害の程度も軽度で，症状発現が特定の対人場面と結びついている点より，対人恐怖症の周辺領域にあるものと考えられる．

しかし症例により，症状形成に至る心的過程のあいまいなものもみられ，症状に対するとらわれが執拗であつて妄想との関連も否定できず，ロールシャッハテストにおいても神経症的葛藤のみられぬ点などから，これらを一応境界例としたが，3型のうちでは最も神経症に近いものと考えられる．

稿を終えるにあたり，御指導，御校閲を賜わつた奥村二吉教授，大月三郎講師，岡大教育学部薄井省吾助教授に厚く御礼申し上げます．

また症例につき御協力いただいた教室員の方々および心理テストを行つていただいた沢田丞司氏に心から感謝いたします．

（本論文の要旨の一部は第20回中四国精神神経学会において発表した）．

文　　献

1) 足立 博：「私は嫌なにおいを発散させている」という患者について．順天堂医学雑誌，7，901，1961.

2) 馬場礼子：境界例とその周辺領域——ロールシャッハテストによる精神力学的研究．精神分析研究，11，2 1965.

3) Blau, A.: Benign Schizophrenia. Arch. Neurol. Psychiat., 78, 605, 1957.

4) Bleuler, E.: Dementia Praecox oder Gruppen der Schizophrenien. Hdb. d. Psychiatrie, Aschaffenburg 1911.
5) Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin-Göttingen-Heiderberg 1955.
6) Dietrich, H.: Über Dysmorphophobie (Missgestaltfurcht). Arch. Psychiat. Nervenkr., 203, 511, 1962.
7) Federn, P.: Principles of Psychotherapy in Latent Schizophrenia. Amer. J. Psychother., 1, 129, 1947.
8) Fenichel, O.: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. W. W. Norton & Company Inc., N. Y. 1945.
9) Freud, S.: 分析治療の開始について．古沢平作訳，フロイド選集15，日本教文社，東京，1958.
10) Glover, E.: A Psychoanalytical Approach to the Classification of Mental Disorders. J. Ment. Sc., 78, 819, 1932.
11) Hoch, P. & Polatin, P.: Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. Psychiat. Quart., 23, 248, 1949.
12) Hoch, P. & Cattell, J.: The Diagnosis of Pseudoneurotic Schizophrenia. Psychiat. Quart., 33, 17, 1959.
13) Hoch, P., Cattell, J., Strahl, M., Pennis, H.: The Course and Outcome of Pseudoneurotic Schizophrenia. Amer. J. Psychiat., 119, 106, 1962.
14) 井村恒郎：いわゆる境界例について．日大医学雑誌，15, 1085, 1956.
15) 井村恒郎，高臣武史：神経症の概念について．最新医学，11, 1268, 1956.
16) 井上英二：精神分裂病の異種性と境界例について．精神医学，9, 13, 1967.
17) 石田隆子，矢野鎮夫，山口隆，布施雄一郎，浅川和夫，野上芳美：物語テストによるいわゆる境界例の検討．精神経誌，70, 173, 1968.
18) 石川清，岩田由子，平野源一：Anorexia Nervosa の症状と成因について．精神経誌，62, 1203, 1960.
19) 梶谷敬二：いわゆる境界例の研究．精神経誌，59, 332, 1957.
20) 神田橋條治：薬物精神療法よりみた，いわゆる境界例状態の構造について．九州神経精神医学，12, 190, 1966.
21) 加藤清，笠原嘉：精神分裂病者とのコンタクトについて．精神医学，4, 75, 1962.
22) 河合洋：境界例の力動精神病理学的研究．精神分析研究，12, 19, 1965.
23) Kinross-Wright, V. & Kahn, E.: Of Schizophrenia and Schizophrenic. Amer. J. Psychiat., 114, 703, 1958.
24) Knight, R.: Borderline States. Bull. Menninger Clinic, 17, 1, 1953.
25) Knight, R.: Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient. Bull. Menninger Clinic, 17, 139, 1953.
26) 小林淳鏡：神経症および境界域の臨床遺伝学．綜合臨床，11, 567, 1962.
27) 越賀一雄：分裂病概念の混乱について．精神医学，5, 603, 1963.
28) Kretschmer. E.: 体格と性格．相場均訳，文光堂，東京，1955.
29) Minkowski, E.: 精神分裂病．村上仁訳，みすず書房，東京，1954.
30) 満田久敏：内因性精神病の遺伝臨床的研究．精神経誌，55, 195, 1953.
31) 三浦岱栄，小此木啓吾，鈴木寿治，河合洋，岩崎徹也，玉井幸子：いわゆる境界例の精神療法的研究．精神医学，5, 521, 5, 609, 1963.
32) 三浦岱栄，小此木啓吾，馬場礼子，鈴木竜一：分裂病領域における人格障害の研究．精神医学，7, 235. 1965.
33) 三浦岱栄，小此木啓吾，延島信也，河合洋，岩崎徹也，北田穣之介，武田専，鈴木寿治，鹿野達男：Pre-schizophrenic State としての境界状態．精神医学，8, 17, 1966.
34) 三浦岱栄，小此木啓吾，延島信也，河合洋，岩崎徹也，北田穣之介，武田専，鈴木寿治，鹿野達男：Clinical Entity としての境界患者．精神医学，8, 129, 1966.
35) 小此木啓吾：Paul Federn 博士紹介（その四）．精神分析研究，3, 2, 1956.
36) 小此木啓吾，岩崎徹也：いわゆる潜伏性精神病の研究．精神医学，5, 989, 1963.
37) 大塚文雄，木津雅晴，隠岐忠彦：汎神経症のロールシャッハ研究．精神医学，3, 193, 1961.
38) Richmann, J.: The Developement of Psycho-

analytical Theory of the Psychoses. Read before the Medical Section of the British Psychological Society. 1924.

39) Schmideberg, M.: Borderline Patient. American Handbook of Psychiatry. Vol. 1, Basic Book, N. Y. 1959.

40) Schneider, K.: 精神病質人格. 懸田克躬, 鰭崎轍訳, みすず書房, 東京, 1954.

41) 鹿野達男, 大塚俊男, 本荘暢子：慢性幻嗅患者の臨床的研究. 精神医学, 2, 37, 1960.

42) 高橋徹：対人恐怖の精神病理. 精神経誌, 68, 699, 1966.

43) 武田專：境界線症例. 日本精神分析学会, 東京, 1958.

44) Videbech, Th.: Chronic Olfactory Paranoid Syndromes. Acta Psychiat. Scand., 42, 183, 1966.

45) Walter, K.: Über das "Phobische Beziehungssyndrom". Nervenarzt, 36, 7, 1965.

46) Zilboorg, G.: Ambulatory Schizophrenia. Psychiatry, 4, 149, 1941.

47) Zilboorg, G.: The Problem of Ambulatory Schizophrenia. Amer. J. Psychiat, 113, 519, 1957.

A Clinical Study of Borderline Case

By

Atsuko SHOHMORI, M. D.

Department of Neuro-Psychiatry Okayama University Medical School
(Director: Prof. Nikichi Okumura)

A clinical name of "Borderline Case" is generally used for such a case which is very difficult to diagnose as schizophrenia or neurosis.

It is inevitable that the various cases with different genesis and symptomatology are classified in the borderline case, as the concept and the diagnostic standpoint of schizophrenia or neurosis are not uniform.

Although there are many papers on the psychodynamic structure of the borderline case, the clinical pictures of this case are not the same.

The author feels that the further clinical observation and the classification are also necessary as well as the psychodynamics of the borderline case.

17 cases are observed and classified into 3 types, who had been the in-patient during two years, from Jan. 1961 to Jan. 1963, at the Dep. of Neuro-Psychiatry, Okayama University Hospital.

1. Pseudoneurotic Type

Various neurotic symptoms such as anxiety, phobia, obsession and neurasthenic symptom are flourish.

Thought disorder or the superficial emotional contact are prominent in most cases, but autism, the primary schizophrenic disorder is not remarkable in some of these cases, although Hoch, P. insisted that pseudoneurotic schizophrenia is not the borderline case, but a sub-type of schizophrenia.

2. Type of Character Deviation

Symptoms are vague and transient, and the disorders of the social life due to the various abnormal behavior and the distortion of the inter-personal relationship are characteristic.

Severe disorder of the personality which is difficult to differentiate from psychopath or simple schizophrenia is cardinal in this type.

3. Mono-symptomatic Type

Delusional interpretation about his shape, expression or smell persists for a long period.

The appearance of the symptom is closely related with the special situation, the presence of other peoples, and the disorder of the personality is minimum.

In these cases, the neurotic picture is more evident than in the other types.