談話室

気血概念による内因性精神病 の理解

The Understanding of Endogenous Psychoses based on “Ki-Ketsu” Conception

松橋 俊夫

Toshio MATSUHASHI

緒 論

内因性精神病の病像をみていくと、その多くは東洋医学の基礎概念の陰陽説にもとづく理解が可能である。すでに、陰陽説で把握できる内因性精神病を列挙して報告した¹⁾²⁾。例えば、緊張型分裂病における昏迷状態と興奮状態の対比、躁うつ病におけるうつ状態と躁状態の対比、非定型精神病を Leonhard³⁾にしたがって不安-至福精神病、錯乱精神病、運動精神病の3型に分類すると、不安-至福精神病⁴⁾における不安状態と至福状態の対比、錯乱精神病における昏迷状態と錯乱状態の対比、運動精神病における無動状態と多動状態の対比などがあげられる。今回は、内因性精神病の病像の両極性に関して、陰陽説とくに気血概念による病像理解を論点として報告したい。

症 例

1949年生まれの男性、陳旧性分裂病
年の離れた姉がいる。幼少時は内弁慶で、家ではやんちゃでも、外では気が小さかった。小学校からは対人関係も積極的となり、友人も多く、成績優秀で、クラスでもリーダーをよくつとめた。ただ運動神経は人一倍鈍く、コンプレックスをいっていたようである。中学時代も3学年とも学

年で一、二を争う成績であったが、2年生頃より学業にあせりがみられるようになり、背中の痛みを訴えたりしたが、身体的な異常はなかった。3年生になると、三階の教室の窓から下を見ると怖いと言ったり、友人との接触も消極的となりだした。

一流高校へ進学したが、2年生(1966年)になったころ、勉強が集中してやれないと言いだし、一学期の試験でいくつかの教科で0点を取り、イライラしたり、くやしがりたりした。なまけ癖ととった父親に精神修業のための道場へ行かされ、スパルタ訓練を受けたりしたが、ますます不調になった。勉強がついていけなくなり、その頃から家で興奮状態をきたし、ビール瓶などを投げたりするようになり、1967年4月から5カ月間の入院を余儀なくされた。退院後は登校を再開したが、途中で下校したり、登校や下校の途上で市電の停留所にうずくまっていたり、小学校時代の教師宅へ行こうとしたりした。家では障子の棧を折ったりした。口数はわりとあったが、頭痛をよく訴えていた。

2年生の単位が取れなく、学校のすすめもあったが、1968年4月からは私学の3年生に転入学した。そこでも試験の前は緊張し、頭痛を訴えたりしたが、大きな問題も起こらず、成績よく卒業

医、名古屋市立大学精神科、愛知

M. D. Department of Psychiatry, Nagoya City University Hospital, Aichi

し、同系列の大学の経済学部に入學した。1970年9月(大学2年)前期の試験前からイライラがはじまり、怒りっぽくなり、試験は受けられなくなった。同年10月、患者を溺愛していた同居の祖父が死亡、葬儀のとき不穏となった。その後、「怖い」などと口走り、家族に乱暴をはたらくようになり、同年11月に1カ月間入院した。退院後、母の実家に母と4日間寄寓するが、徐々に「怖い」「怖い」と訴えだし、帰りの車中でも「怖い」「怖い」「人が僕を切りにくる」などと言って、自ら希望して再入院となった。再入院時は多弁で刺激性興奮が強い状態であった。

3年間の入院治療の後、本人の強い希望で退院。この頃からだんだん口数が少なくなっていった。はじめの4年間は通院治療を受けながら、家でクラシック音楽を聞いたり、文学、哲学の本を読んで、ブラブラしていた。その後、2—3カ月に一度くらいの割合で父母の頭を叩いたり、ガラスを割ったり、襖を蹴破ったりするようになり、家族の制止もきかなくなり、タバコ量も増え、毎日深夜まで起きていて、午後2時頃覚醒し、食事時間も不規則で、夜中に食べ物や飲物を欲しがるといった生活になった。外出時は「怖い」「救急車がきて僕の頭を切るから防いでほしい」などと言って、母の付き添いを要求し、独語、空笑もひどくなり、神経遮断剤の増量も効果がなく、6年間の通院治療を経て、[] 再び入院となり、今日にいたっている。

なお1985年1月、父親が病死したが、家族が興奮状態になるのを心配して、しばらく患者には知らせなかった。何時迄も伏せておいても、家族と相談の上、主治医が父の死を伝えたが、「お父さん、亡くなったの?」と感情の起伏もなく淡々としていた。1979年の再入院時ころからだんだん痴呆化が進んできているようである。現在、興奮状態を来す回数もめっきり減ってきている。開放病棟での生活も一時は試みたが、日常生活がついていけず、結局、閉鎖病棟へ戻ることになった。普段は、空笑しながら詰所の前を行ったり来たりしている。診察時は、毎回きまって開口一番「三病棟(男子の閉鎖病棟のこと)から退院させて」

と言う。この言葉を述べた後は、すぐ「もう行っていていい?」と早々に面接から退散しようとする。いろいろ問いかけても「わからんもん」といった返答がかえってくる程度であるが、隔週の母との面接時には、かなり難しい文学書、思想書などを購入してくるよう要求する。それらの本の内容について質問しても、一読はしているものの、ごく簡単な答えしか返ってこない。

発病時期は中学2、3年頃と推定される。17歳から筆者が主治医となり、一時期の中断はあったが、約20年間、見続けている症例である。はじめは疎通性がよく、分裂病というよりも、ドイツ語圏でいう刺激性躁病 *gereizte Manie* とでも診断されるような状態であった。周期的に興奮状態をきたすが、普段は軽い抑うつ状態が続いているようであった。

上記の病歴からもわかるように、1970年10月、祖父の死亡後ころから「怖い」「人が僕を切りにくる」「救急車がきて僕の頭を切るから防いでほしい」などと口走り、分裂病特有の被害妄想などを体験するようになって来ていることがわかる。1979年12月ころからは独語、空笑もひどくなってきている。現在、痴呆化が進み、興奮状態をきたす回数はめっきり減っている。

診断学的には躁うつ病から分裂病へと移行したという考え方⁵⁾⁶⁾もできるし、最初から分裂病が発症していて、最初は分裂病ではあるが躁うつ状態であったということもできよう。東洋医学的な考え方をすれば、分裂病と躁うつ病の区別は必要ではないといえる⁷⁾。ただ、この症例を長年観察していると、興奮などをきたす陽性症状は短期間で、それに比べて陰性症状の時期はかなり長期間続いている。

なお漢方治療についてであるが、約10年間、種々なエキス剤の投与を試みたが、いまだ効果のある薬剤は見出していない。この症例にかぎらず、陳旧分裂病者の証はきわめて決めにくいのが筆者の印象である。ただ両側の腹直筋が張っている例が陳旧分裂病者には比較的多い。

内因性精神病について

最近、陰陽説とは直接の関連はないが、別途に、精神医学の領域においてクローズアップされてきた事柄として、分裂病の症状を陰性症状と陽性症状の2群に分けようとする学説^{9)~21)}があげられる。この陰性症状と陽性症状の区別が注目されてきた理由として以下のようなことがあげられよう。第一に、ここ四半世紀、精神医学領域で頻繁に使われてきた神経遮断剤が興奮や幻覚・妄想など急性期のみ有効であって、慢性期や陳旧例には有効ではないことがわかってきたこと、第二には、神経遮断剤に反応する症状には、ドーパミン伝達過程の異常が関与しているが、神経遮断剤に反応しない症状はドーパミン仮説では説明できないということ、さらに第三には、ここ約10年、CT スキャンによって陰性症状を呈している慢性例には、CT 像に脳室拡大や皮質萎縮がみられること等である。これらの研究が陰性症状と陽性症状という臨床的な症状の区別をうながしてきたといえよう。以上の3点に関する問題をとりあげると膨大になるし、本論の主旨からそれてしまうので省略し、ここではそれぞれの症状レベルの特徴を述べるにとどめたい。

分裂病の陽性症状とは、急性期に現出し異常機能を反映し、陽性 **positive**、豊富 **productive**、はなやか **florid** といった特徴をもつ。すなわち興奮性運動行動、思考形式の陽性障害（会話の減裂と的はずれ **incoherence and irrelevance of speech**）、幻覚・妄想などである。陽性症状は、慢性化した陰性症状に周期的、急性に重畳して現れることが多い。しかもこれは治療によって消失しやすいが、慢性化することもある。陰性症状は、慢性状態においてみられ、正常機能の欠如または量的不足を反映し、陰性 **negative**、貧困 **poverty**、思考の貧困 **alogia**、意欲喪失 **abolition**、快感喪失 **anhedonia**、感情平板化 **affective flattening**、感情鈍麻、無感動などを特徴とする。

この考え方はさらにすすんで、分裂病という疾病単位をも陰性分裂病 **negative schizophrenia**（従来の慢性分裂病、陳旧性分裂病、破瓜型分裂

病に該当）、陽性分裂病 **positive schizophrenia**（従来の急性分裂病、妄想型分裂病に該当）、混合分裂病 **mixed schizophrenia** の3つに分けようとする傾向²²⁾がみられる。

以上、分裂病における陰性症状と陽性症状の区別は、まさに東洋医学の基礎概念の陰陽に符号する。

躁うつ病の場合をみると、うつ状態と躁状態との関係が陰陽に当てはまる。病相からみると、躁状態はより短期間で、うつ状態はより長期間というように、経過期間に差がでてくること、また発病の仕方が躁状態はうつ状態に比べて急激であることが注目される。この関係は分裂病の陽性症状と陰性症状の関係に症状内容こそ違いが、発現の仕方が類似する。陽性の症状は急性期にみられ、より短期間であり、陰性の症状は慢性期にみられ、より長期に続く症状である。

この問題は、非定型精神病的の不安一至福精神病的の状態像を考えても、「至福精神病は不安精神病に比べてはるかにまれである……とはいってしまうものの本来の至福病相がなくても、不安は短い期間、場合によってはたったの1時間またはもっと短時間、至福状態によって中断される」と Leonhard²³⁾が記載しているように、至福精神病と不安精神病の関係も前者が後者よりも経過が短く、急性発症する。

このようにみえてくると、いずれの内因性精神病においても、緊張型分裂病や躁病などにおける陽性の急性症状を呈する場合は迅速に発病し経過がより短く、破瓜型分裂病やうつ病などのような陰性的な症状を呈してくる場合は、緩慢に発病し、慢性的で経過がより長い。内因性精神病における陽の状態像は比較的短期間で、陰の状態像は比較的長期間であるといえよう。この現象をどのように理解していけばよいかが本論でとりあげたい問題である。

陰陽説について

陰陽説は、古代以来の中国における自然哲学の思想概念で、元来、日光の向背（日向か日陰か）の対比にはじまって、あらゆる自然現象を対象と

して与えられた概念である。素問・陰陽応象大論篇第五の冒頭に「陰陽者、天地之道也。万物之綱紀，变化之父母，生殺之本始，神明之府也（陰陽は天地の道なり，万物の綱紀，变化の父母，生殺の本始，神明の府なり）」とあるように，陰陽は宇宙のあらゆる現象を理解する概念であることから，当然，人体や疾病を理解する基本的な尺度として，この陰陽説が東洋医学においても導入されてきた。現代医学がとっている疾病単位の方から照らしあわせてみると，陰陽の関係が最も端的に表出される疾病は，身体疾患よりはむしろ内因性精神病でないかと思われる。しかし，内因性精神病の多くが陰陽説で理解可能であることは，いままでほとんど指摘されたことがなかった。

内因性精神病理解に役立つ黄帝内経の陰陽解釈

黄帝内経は陰陽をいろいろな言葉で説明している。原点に戻って考えてみるという意味で，まず陰陽とはという問いに対して，内因性精神病の理解に役立つ条文を黄帝内経の素問・靈枢からひろってみよう。まず条文を列挙する。

素問・陰陽応象大論篇第五

「寒氣生濁熱氣生清」（寒氣は濁を生じ，熱氣は清を生ず）

「清陽上天濁陰歸地」（清陽は天に上り，濁陰は地に歸す）

「清陽為天濁陰為地」（清陽は天となり，濁陰は地となる）

「陰靜陽躁」（陰は静かに陽はさわがし）

「陰陽者血氣之男女也」（陰陽は血氣の男女なり）

靈枢・陰陽清濁第四十

「清者其氣滑濁者其氣澀」（清なる者は其の氣なめらかなり，濁なる者は其の氣とどこおる）

まず素問・陰陽応象大論篇第五の「寒氣生濁熱氣生清」の条文をみてみよう。寒氣は陰のつかさどるところで，濁（水底にへばりついて流れぬ土）を生ずる。つまり陰は下にとどこおって散じな

い。熱氣は陽のつかさどるところで，清（澄んだきれいな水）を生ずる。つまり陽は上昇発散してとどこおらない。次の条文「清陽上天濁陰歸地」「清陽為天濁陰為地」も靈枢・陰陽清濁第四十の「清者其氣滑濁者其氣澀」の条文も同じように，陰と陽の性質をあらわしている。つまり清陽は軽くて上昇し，天となり，濁陰は重くて下降し地となるという意味である。このような陰陽の性質を考えると，流動する速度が陽はより早く上昇しやすく，陰はより遅く下降しやすいといえよう。陰陽を氣の概念で理解していくと，「氣はそれ自体，目に見えない。凝集すれば形をなして，固定した，五官で感知できる物体と化す。だが拡散すれば形は消え，再び希薄な目に見えぬ存在となる。その過程には濃淡のさまざまな段階があり，それに応じた存在の様態があった」²⁶⁾とまとめることが出来よう。この陰陽の性質は「陰陽者血氣之男女也」の条文があるように，陰陽を血氣におきかえると，より理解しやすいようである。内因性精神病の両極性を理解するためには，『非定型精神病の漢方治療』²⁷⁾でもふれたように，陰陽を血氣と考えると了解しやすいのではないと思う。つまり「氣（比較的軽い）……血（比較的重い）……熱は陽に，寒は陰に属されるごときもので，これらは容易に理解できるため，各学派の意見は多く一致し，固定している」²⁸⁾というように異論のないところであらう。

内因性精神病に関しては，陰陽をより具体的な氣血概念で理解するのが相応しいのではないであろうか。つまり氣と血の関係をその性状からみて気体性と液体性の関係ととれるとすれば，氣と血は流動する速度が違い，内因性精神病における陽性症状と陰性症状を理解するのに極めて相応しいようである。すなわち陽性症状はより急激に発症し短期間，陰性症状はより緩慢で長期間であるということは，氣血概念の導入でわかりやすくなると思われる。

結 語

内因性精神病の多くは氣血概念で理解できるように思われる。つまり状態像によって，氣と血の

どちらの側面がより障害されているかを把握し、薬方選択に役立たすことが可能ではないだろうか。例えば、分裂病の場合、陽性症状を呈していれば気の障害が優位で、陰性症状を呈していれば血の障害が優位と考えられるし、躁うつ病の場合、躁状態は気の障害、うつ状態は血の障害、非定型精神病の場合も至福・興奮・多動の状態は気の障害、不安・昏迷・無動の状態は血の障害がそれぞれ優位であると把握できるのではないだろうか。このことから素問・陰陽応象大論篇第五「陰陽者血気之男女也（陰陽は血気の男女なり）」の条文を内因性精神病理解には特に重視したい。今回は気血の問題に焦点をあてて考察したが、さらに精神病の癲狂概念による把握⁷⁾および虚実が気血にどのように関係するかなどの問題も今後、考察していく必要がある。

なお本論の考察と関連する漢方医学における最近の論文として、杵渕らの『抵当丸の考察』²⁹⁾がある。「抵当湯・丸はいわゆる駆瘀血剤を考える上で重要な薬方である」として3例中2例の遷延性うつ病をあげている。陰の精神病であるうつ病を主として血の障害とみなす好例のように思われる。

文 献

- 1) 松橋俊夫：精神医学にみられる陰陽概念，日本東洋医学雑誌，35巻1号，p.29-34，1984
- 2) 松橋俊夫：精神医学と漢方，日本東洋医学雑誌，35巻4号，p.43 (291)-50 (298)，1985
- 3) Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen, 3. Aufl. Akademie-Verlag, Berlin, S. 87-129, 1966
- 4) 松橋俊夫：光彩と暗塊の人間構造，東京大学出版会，1986
- 5) Lewis, N. D. C., et al.: The Mechanisms and Prognostic Aspects of the Manic-depressive-Schizophrenic Combinations, Proc. A. Res. Nerv. & Ment. Dis., XI. p.539-608, 1931
- 6) Hoche, P., et al.: An Evaluation of Manic-depressive Psychosis in the Light of Follow-Up Studies, Am. J. Psychiat., XC VII, 831-843, 1941
- 7) 松橋俊夫：癲と狂——精神病の漢方薬選択，日本東洋医学雑誌，38巻1号，p.31-35，1987
- 8) Wing, J.K., et al.: Institutionalism and schizophrenia. Cambridge at the University Press, London, 1970
- 9) Strauss, J. S., et al.: The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome. Arch. Gen. Psychiatry, 27 : 739-746, 1972
- 10) Strauss, J.S., et al.: The diagnosis and understanding of schizophrenia Part III. speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. Schizophrenia Bull. Issue, 11 : 61-79, 1974
- 11) Carpenter, Jr. W. T., et al.: The diagnosis and understanding of schizophrenia Part I. use of signs and symptoms for the identification of schizophrenic patients. Schizophrenia Bull. Issue, 11 : 37-49, 1974
- 12) Johnstone, E. C., et al.: Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia. Lancet : 924-926, October 30, 1976
- 13) Carpenter, Jr. W. T., et al.: Signs and symptoms as predictor of outcome: A report from the international pilot study of schizophrenia, Am. J. Psychiatry, 135 : 940-944, 1978
- 14) Wing, J. K.: Clinical concepts of schizophrenia. In: Schizophrenia. Towards a New Synthesis (ed. by Wing, J. K.). Academic Press, London, Grune & Stratton, New York, p.1-30, 1978
- 15) Johnstone, E. C., et al.: Mechanism of the antipsychotic effect in the treatment of acute schizophrenia, Lancet : 848-851, April 22, 1978
- 16) Knight, R. A., et al.: Concurrent and predictive validity of thought disorder and affectivity : A 22- year follow-up of acute schizophrenics. Journal of Abnormal Psychology, 88 : 1-12, 1979
- 17) Crow, T. J.: Regular review: Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process, Brit. Med. Journal, 12 : 66-68, 1980
- 18) Crow, T. J.: Riposte: Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of Dopamine, Brit. J. Psychiat., 139 : 251-254, 1981
- 19) Crow, T. J.: Biological basis of mental disorders: the case for viral aetiology. in Namba, M., et al. (Eds) Psychobiology of Schizophrenia, Pergamon Press, New York, 249-263, 1982
- 20) 岡崎祐士・他：精神分裂病の陽性症状と陰性症状，臨床精神医学，11 : 1337-1350, 1982
- 21) 諏訪 望：内因性精神病と心因性障害—概念・病態・診断—，金剛出版，p.54-74，1987
- 22) Andreasen, N.C., et al.: Negative v positive schizophrenia: Definition and validation, Archives

of General Psychiatry, 39 : 789-794, 1982

23) 文献3のS. 88

24) 黄帝内経素問・陰陽応象大論篇第五

25) 黄帝内経霊枢・陰陽清濁第四十

26) 丸山敏秋：気——論語からニューサイエンスまで，東京美術，p.227, 1986

27) 松橋俊夫：非定型精神病の漢方治療，日本東洋医

学雑誌，36巻2号，p.47 (127)-50 (130), 1985

28) 龍伯堅：黄帝内経概論，上海科学技術出版社，1980 (丸山敏秋訳，黄帝内経概論，東洋学術出版社，p.94, 1985)

29) 杵渕 彰，他：抵当丸の考察，日本東洋医学雑誌，37巻1号，p.23-29, 1986

(1987年6月1日受付)