
分裂感情病の疾病学的位置づけ

北村 俊則

精神科診断学 第2巻 第4号 別刷

(1992年1月)

日本評論社

〒170 東京都豊島区南大塚3-10-10
電話 03-3987-8611

分裂感情病の疾病学的位置づけ

北村 俊則*

要旨: 同一挿話中に精神病像と感情病像を示す病態を、英語圏では分裂感情病 schizoaffective disorder (SAD) と呼ぶことが多い。SAD の疾病単位としての独立性について、症状、家族歴、転帰、治療反応性、検査所見ごとに検討した。SAD の亜型の中で、躁型(双極型)、主として感情病性、非慢性のものが純粋な感情病に近く、抑うつ型、主として精神分裂病性、慢性のものはむしろ精神分裂病に近いと考えられる。しかし一致しない所見も多い。今後は、SAD を経過と横断面症状ごとに検討し、疾病分類学的に意味のある症状群の抽出が望まれる。

精神科診断学 2; 385-400, 1991

Key words: schizoaffective disorder, nosology, classification, validity

1. はじめに

いわゆる内因性精神病は精神分裂病と感情病(躁うつ病、循環病、感情障害、気分障害)に二分類されるのが精神科診断学の伝統ではあるが、同一の挿話中に精神分裂病に特徴的と考えられる症状と感情病に特徴的と考えられる症状が併存する症例がみられることが以前から指摘されていた(例えば、Koehler ら, 1970)。こうした症例にはさまざまな名称とさまざまな定義が与えられている。英語圏では分裂感情病 schizoaffective disorder (SAD) という用語が用いられており、これまでにいくつかの総説 (Braden, 1984; Brockington ら, 1979; Clayton, 1982; *Lancet*, 1980; Levinson ら, 1982; Levitt ら, 1988; Marneros ら, 1986; Meltzer, 1984; Meltzer ら, 1984; Pope ら, 1978; Procci, 1976; Tsuang, 1979; Tsuang ら, 1984) が発表されている。しかし日本においては従来から非定型精神病という診断名が用いられており、

これに関する報告は多いものの、SAD に関する展望はなされていない。現在作成中の国際疾病分類 International Classification of Diseases (ICD) の第 10 版 (ICD-10) においては、SAD に比較的重大な位置づけがなされており、今後 ICD-10 が日本に導入されることを考えると、SAD について現時点でまとめることは意味のあることと考えられる。

小論ではまず SAD の定義(診断基準)に触れ、ついで疾病単位としての独立性の指標として症状のクラスター、家族歴、転帰、検査所見のそれぞれについて SAD の研究を振り返り、さらに精神分裂病の経過中にみられる抑うつ状態について述べ、最後に SAD の疾病学的研究方法について私見を述べることにする。なお、後述するように、SAD の亜型はいくつかの指標ごとに区別される特徴を有しており、SAD をひとつの病態とみるよりも、異質な亜型の集まりと考えるほうが妥当であると思われる。そこで今回は、SAD 全体を他疾患と比較する研究についてはあまり触れず、SAD の亜型について論じた諸研究に限定して概観を試みることにする。

1990年10月29日受稿/1991年11月13日受理
Nosology of schizoaffective disorder: a review.

* 国立精神・神経センター精神保健研究所
〔〒272 市川市国府台1-7-3〕

Toshinori Kitamura: National Institute of Mental Health, 1-7-3 Konodai, Ichikawa, Chiba 272 Japan

表1 RDCによるSADの診断基準

分裂・感情病躁型

A項からE項までが病気のエピソードの診断にあたって必要。

- A. 高揚した、誇大的な、またはいらいらした気分が支配的な時期が、1回以上明確に存在する。この高揚した、誇大的な、またはいらいらした気分は、比較的持続的で、病気のある時期に支配的であるか、または頻回に認められる。それは抑うつ気分と交替してもよい。この気分の障害がアルコールや薬物の使用または離脱の時期にだけあらわれる時は、ここには含めない。
- B. もし気分が高揚または誇大的である時は、以下の症状のうち3つ以上がかなりの程度明確に認められることが必要である。もし気分がいらいらしているだけの時は4つ以上が必要である（過去のエピソードについては記憶の困難さがあるので1つ少なくともよい）。
- (1) ふだんより活動的——社会的に、工作上、家庭で、性的に、または身体的な落ちつきのなさのうちいずれか。
 - (2) ふだんより多弁、あるいはしゃべり続けたいという気持ちに駆りたてられている。
 - (3) 観念奔逸（このマニュアルに定義されている）、またはいろいろな考えが競合してかけめぐっているという主観的体験。
 - (4) ふくらんだ自尊心（誇大的、妄想的であつてもよい）。
 - (5) 睡眠欲求の減少。
 - (6) 注意の転導性、すなわち注意がきわめて簡単に、重要でないか無関係な外界の刺激によってそらされること。
 - (7) 悲惨な結果を招く可能性が高いことを考えもせずに、種々の活動にのめりこんでいくこと。たとえば、買いあさり、性的無分別、馬鹿げた商売への投資、無謀運転。
- C. 精神分裂病を示唆する以下の症状のうち少なくとも1つが病気の活動期に認められる。
- (1) 被支配（または被影響）妄想、思考伝播、思考吹入、または思考奪取（このマニュアルで定義されている）。
 - (2) 感情と調和しないあらゆる幻覚（このマニュアルに定義されている）が一日中ある日が数日続くか、または断続的に1週間続く。
 - (3) 1人の声が患者の行動や思考に対してひっきりなしに論評したり、あるいは2人以上の声がお互いに会話しあう幻聴。
 - (4) 病気の間に著しい躁または抑うつ症状を伴わずに妄想または幻覚がある時期が1週間以上ある。
 - (5) 病気の間に著しい躁症状を伴わずに顕著な思考形式の障害（このマニュアルで定義されている）を示すいくつかの証拠があり、それに感情の鈍麻または不自然さ、妄想、あらゆる形の幻覚、ひどく混乱した行動のいずれかを伴っているもの。
- D. 患者のふだんの状態とははっきり区別される変化が始まってから、病気の徴候が1週間以上続いている（現在の病気の徴候が今はA項、B項、またはC項の基準をみださず、感情障害、変わった思考または知覚の体験などの感情障害の残遺症状または精神分裂病の残遺症状だけを認めるものでもよい）。
- E. 感情病の症状群が時期的にある程度精神分裂病様症状（妄想、幻覚、目立った思考形式の障害、奇異な行動など）の活発な時期と重なっている。

分裂・感情病抑うつ型

A項からE項までがこの病相期の診断にあたり必要である。

- A. 不快な気分または興味や楽しさの著しい喪失を明らかに示す時期が1回以上ある。この気分の障害は、憂うつ、悲しい、気がめいる、絶望的、気が沈む、気がふさぐ、“もうこれ以上かまわないでほしい”、いらいらなどの症状で特徴づけられる。その障害は病気のいくつかの時期には臨床像の主要な部分をし

めるものであり、かつ比較的恒常的ないし頻繁に生ずるものでなければならない。それは必ずしも最も優勢な症状でなくてもよい。それはひとつの不快感から他の不快感への——たとえば、急性精神病錯乱状態でみられるような不安から抑うつへ、さらに怒りへという——短時間の移行は含まない。もしC項の症状がアルコールや薬物乱用または離脱の時期だけ生じる場合には、診断は特定不能の機能的な精神病とすべきである。

B. 次の症状のうち、確診には少なくとも5つ、疑診には少なくとも4つが必要（過去のエピソードについては、記憶がうすれていることがあるので1つ少なくてよい）。

- (1) 食欲不振または体重減少、あるいは食欲亢進または体重増加（減食療法もしないのに週あたり約0.45 kg（1ポンド）の体重変化が数週間続く、または1年間に約4.5 kg（10ポンド）の変化）。
- (2) 睡眠困難または過剰睡眠。
- (3) 気力喪失、易疲労感、倦怠感。
- (4) 精神運動抑制または興奮（単に主観的な落ちつきのなさや動作ののろさの感じだけではない）。
- (5) 社会的接触や性生活を含む日常生活における興味や楽しさの喪失（妄想や幻覚がある時期だけに限られる場合は除く）（その喪失は広範でなくてもよい）。
- (6) 自責感または過度で不自然な罪の意識（どちらも妄想的であってもよい）。
- (7) 思考渋滞や優柔不断などの思考力や集中力の減退の訴えがあったり、実際に認められる（明白な思考形式の障害または、妄想または幻覚にとらわれている場合は除く）。
- (8) 死や自殺について繰り返し考える。あるいは何らかの自殺行為。

C. 現在、以下のうち少なくとも1つが存在する。

- (1) 被支配妄想（または被影響妄想）、思考伝播、思考吹入、または思考奪取（いずれもこのマニュアルで定義されている）。
- (2) いかなる形であれ、感情と調和しない幻覚（このマニュアルに定義されている）が一日中ある日が数日間持続するか、または断続的であれ1週間ほぼ持続している。
- (3) 1人の声が患者の行動や思考に対してはっきりなしに論評したり、あるいは2人以上の声がお互いに会話しあう幻聴。
- (4) 病気の期間のある時期に、はっきりした躁または抑うつ症状を伴わずに妄想または幻覚が1カ月以上ある（ただし、罪業、罪責、貧困、虚無、または自責妄想のような典型的な抑うつ性妄想、あるいは同様の内容の幻覚は除く）。
- (5) 妄想や幻覚（罪業、罪責、貧困、虚無、または自責妄想のような典型的な抑うつ性妄想、あるいは同様の内容の幻覚以外のもの）に心を奪われて、他の症状や関心事をあまりかえりみなくなる。
- (6) 目立つ思考形式の障害（このマニュアルに定義されている）の確実な証拠があり、鈍麻した、または不自然な感情、どんな型であれ妄想や幻覚、またはひどく混乱した行動のいずれかを伴う。

D. 患者のふだんの状態とははっきり区別される変化が始まってから、病気の徴候が1週間以上持続している（診察時に病気の徴候が基準A項、B項、C項を満たさなくてもよく、感情障害、鈍麻したあるいは不自然な感情、極端な社会的引き込み、軽度の思考形式の障害、変わった思考あるいは知覚の体験などの感情障害の残遺症状や精神分裂病の残遺症状だけがある場合でもよい）。

E. 感情病症状群は、精神分裂病様症状（妄想、幻覚、思考障害、奇異な行動）の活動期と時期的にある程度重なって出現する。

Spitzerら（1978）より引用。

2. 定 義

SADなる用語は1933年のKasaninによるacute schizoaffective psychosesにはじまる。

Kasaninの症例はDSM-IIIに従えばschizophreniform disorderであると考えられる（Spitzerら、1981）。以降、SADに関してさまざまな定義がなされてきた（Brockingtonら、1979）。1970年頃までの主流は、SADを精神分裂病の亜型と考える

表2 RDCによるSADの亜型分類

経過

- (1) 急性分裂-感情病：A項からC項までが診断に必要
- A. 急性発症——病的徴候の出現から精神分裂病の中核症状(基準C項)の出現に至るまでの時期が3カ月以内。
 - B. 短期経過——精神分裂病のはっきりした徴候を持続的に示す時期が3カ月以内。
 - C. 以前のどのエピソードからも完全寛解。
- (2) 亜急性分裂-感情病：
この型は、経過は慢性分裂-感情病のそれに近い。
例：初回エピソードで、かなり急性な発症で5カ月間の持続。
例：初回挿話後完全治癒を示し、今回2回目の挿話で6カ月以上の発症期間(精神病理学的変化のあらわれはじめから精神分裂病の中核症状のうちいずれかの発現までの期間)を呈するもの。
- (3) 亜慢性分裂-感情病：
この型は、経過は急性分裂-感情病より慢性のそれに近い。
例：精神分裂病のはっきりした徴候がほぼ持続的に過去1年以上ある。
例：初回エピソードから完全寛解しないままの2回目のエピソード。
- (4) 慢性分裂-感情病：
精神分裂病のはっきりした徴候が、ほぼ持続的に過去2年以上ある。

特徴

- (1) 主に精神分裂病的：A項またはB項のいずれか。
- A. 躁または抑うつの特徴を伴わず分裂-感情病の基準C項にあげた精神分裂病中核症状が存在する期間が1週間以上ある。
 - B. 感情病的特徴の出現前に、精神分裂病でしばしば認める以下の特徴を示す：社会的引き込み、仕事の遂行上の障害、奇矯な行動、感情鈍麻、あるいは変わった思考または知覚の体験。
- (2) 主に感情病的：A項とB項が必要。
- A. 分裂-感情病の基準C項にあげた精神分裂病症状は、躁または抑うつ症状の出現と同時に発展するか、またはその後が続いてあらわれ、かつ躁または抑うつ症状を伴わずに出現する期間が1週間以上存在することは決してない。
 - B. 病前の社会的、職業的適応は良い。
- (3) その他：(1)または(2)の特徴に明確には適合しないもの。

発症

病気の最初の徴候があらわれてから基準C項にあげた精神分裂病中核症状が出現するに至るまでの期間(もし1回以上のエピソードがあれば、最近のもの)。

1. 2日未満, 2. 1週間未満, 3. 1カ月未満, 4. 2カ月未満, 5. 2カ月以上

Spitzerら(1978)より引用。

ものであった。SADを、精神分裂病からも感情病からも独立した単位として独自の基準を与えたもののなかでも特に有名なものが研究用診断基準 Research Diagnostic Criteria (RDC) (Spitzerら, 1978)による基準である(表1)。

RDCによるSADには、SAD躁型とSAD抑うつ型がある。両型とも、基準Aと基準Bが感情病

(定型うつ病もしくは躁病)の基準をそのまま移行し、基準Cに精神分裂病の基準を与えている。そして、基準Dは持続期間を、基準EはA・BとCの時間的一致を規定している。基準Cを詳細に見てみると、基準Cの項目は、自我障害(影響体験, 思考伝播, 思考吹入, 思考奪取), Schneiderが1級症状であるとした種類の幻声(会話性幻声,

注釈幻声), 思考形式の障害と妄想・幻覚・緊張病症状・情動鈍麻の組み合わせ (SAD 躁型の場合は躁気分が欠如している期間に限定しているのは, 躁気分に伴う多弁・転導性亢進等と思考形式の障害の区別が困難なためと思われる), 感情病の症状がない時点での妄想・幻覚の4種類から成り立っていることがわかる。

RDC では SAD は躁型・抑うつ型以外にも, その経過, 特徴, 発症による亜型分類が用意されている (表2)。したがって, SAD に対して総計120種の亜型が成立しうる。

従来の研究の多くは SAD をひとつの群として調査しているか, あるいは亜型を考慮したとしても1変数に関する亜型分類のみに終始するものが多い。

このように定義された SAD の疾病論的位置づけについては, いくつかの仮説が成り立つ。第1に, SAD は精神分裂病の1亜型であると考えられる。ICD-9 の分類はこれに該当する。第2に, SAD は感情病の1亜型であると考えられる (Pope ら, 1978; 1980)。第3に, SAD は精神分裂病からも感情病からも独立した第3の疾患であるとも考えられる。また, 精神分裂病と感情病が仮説上の連続線の両端に位置するものであり, SAD がこの連続線の中央に位置するとも考えられる (Crow, 1986; 1987; 1990)。

3. 症 状

精神分裂病の症状と感情病の症状をあわせ有する病態が SAD であると規定したとしても, 3者のなかでのさまざまな臨床症状の出現頻度が同一であるとは必ずしもいえず, これを比較することで SAD の疾病学的位置を考察することが可能である。

精神病症状を呈する抑うつ症状群を比較するため, Breslau ら (1988) は RDC に従って SAD 抑うつ型 ($N=34$), 双極性の精神病性定型うつ病 ($N=38$), 単極性の精神病性定型うつ病 ($N=39$) を比較し, Present State Examination (PSE) および Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) 追跡版で評価した症状項目では (精

神分裂病の症状を除けば) 3群間にその出現頻度の差を認めないと報告している。このことから Breslau らは SAD 抑うつ型と精神病性定型うつ病は症状では区別できないものであるとした。また, Mueser ら (1990) は精神分裂病と SAD の幻覚の種類 (幻聴・幻視・幻触等) を比較し, 両群間に差がないと報告している。しかし, RDC による SAD 抑うつ型 ($N=47$) と精神病性定型うつ病 ($N=29$) を SADS 評価で比べた Coryell ら (1986) は, 抑うつ感の質的变化, 食欲低下, 体重低下, 興味の喪失, 抑制, 日内変動午前悪化, 反応性欠如といったいわゆる内因性の症状が後者に有意に高得点であることを見いだしている。さらに Coryell ら (1986) は RDC 精神分裂病 ($N=21$) ととも比較し, 挿話の持続期間・適応水準・結婚歴等で表わされる「慢性度」において, SAD は精神分裂病と精神病性定型うつ病の中間に位置していると報告している。Breslau ら (1988) と Coryell ら (1986) は2変数の解析を行なったものであり, 上記のように一致した所見を得ていない。

多変数による接近を提案した Kendell ら (1980) は, 自らのデータについて判別関数分析を適用し, 精神分裂病, SAD, 感情病の関係を解明しようとしている。彼らは症状の量的変化を転帰等の外的基準の値と比較し, もし両者間に直線的関係があれば症状による分類は量的なものであり, したがって前節の第4の仮説を支持するものであり, またもし両者間に折れ線関係があれば症状による分類は質的区別がなされるものであり, 前節の第1~3の仮説のいずれかが支持されることになるとしている。

しかしこのような手法を用いた場合, 一方の軸にとる症状の組み合わせによって出現する所見が変化することが予想される。ある組み合わせの症状で評価すれば外的基準 external criteria との間に直線的関係が生じるものの, 別の組み合わせの症状で評価すれば外的基準との間の関係は折れ線状になることも十分ありうる。

Kendell ら (1980) の所見は, いくつかの転帰尺度を疾病単位の妥当性検定のための外的基準として3種類の機能的な精神障害を比較しても, 量的もしくは質的関係を決定できるほど明瞭な結果は得

られなかったといえる。また類似の研究として Fowlerら (1980 a) は、まず精神分裂病と感情病を症状の判別関数分析による予想式をつくり、これに非定型の病態を適用し、いわゆる SAD が両疾患のほぼ中間に位置することを見いだしている (Fowlerら, 1980 b)。抑うつ型・躁型という分け方以外の SAD 亜型分類について症状論的研究発表はみあたらない。今後の研究においては、転帰・生物学的指標等の変数を所属変数とし、SAD 診断に用いられているさまざまな臨床項目を独立変数とした多変量解析が必要になると考えられる。

4. 家族歴

家族歴を疾病単位の外的基準とする臨床研究では、家族内発症危険率、双生児一致率、養子研究が主たる手法である (Abrams, 1984)。

SAD の発端者の第 1 度親族中の精神障害の発症危険率 morbid risk (MR) についてはこれまでいくつかの発表がある (表 3)。一部の例外 (Claytonら, 1968) を除けば、そのほとんどは 1980 年代のものである。臨床遺伝学的調査方法は、可能なかぎり対象親族全員に対して直接面接を施行して家族歴を採集する family study method (FSM) と、発端者もしくは一部の親族を情報提供者とした間接情報によって家族歴を確認する family history method (FHM) に分かれる。家族歴の偽陰性は FSM より FHM に高く、MR は FSM の方が比較的高くなる傾向にある。表 3 では情報収集法について示してある。

SAD を、抑うつ型のみ単極性 unipolar (U) と経過中に躁型も認める双極性 bipolar (B) に分けると、発端者が単極性 SAD の場合は親族中の単極性 SAD の MR はほとんど高くなく、むしろ精神分裂病 (SCHZ) の MR が、発端者が精神分裂病である場合のそれと同等に上昇している。また単極性 SAD の発端者の親族中の単極性感情病 unipolar affective disorder (UAD) (単極性うつ病) の MR は 8~27% と高く、これは発端者が単極性感情病の場合のそれとほぼ匹敵する。

一方、双極性 SAD の発端者の親族をみると、単極性感情病と双極性感情病 bipolar affective dis-

order (BAD) の MR が、発端者が双極性感情病である場合のそれと同じくらいの高さである。双極性 SAD の発端者の親族中の精神分裂病および SAD の MR は低い。

Gershon らの 1988 年の発表は SAD の慢性型を U と B に分けている。この発表では親族中の精神分裂病の MR が、単極性発端者の親族のみならず双極性発端者の親族においても上昇している。後述するように慢性型 SAD は症候的には主として分裂病性のものが多いことから考え、この所見を双極性全体に一般化することは慎重でなければならないであろう。

次に、SAD を RDC の主として感情病的 mainly affective (A) と主として分裂病的 mainly schizophrenic (S) に分けて比較すると、前者の親族中には単極性および双極性感情病がよく見られ、後者の親族中には精神分裂病がよく見られる。親族中の SAD の MR について、SAD 発端者を A と S に分けて求めた研究はひとつしかないが (Baronら, 1982)、これでは主として感情病的 SAD の発端者の親族中に同型の SAD が比較的高く (MR が 3%) 出ている。

以上の所見をまとめると、SAD 自体の家族負因がみられるのは主として分裂病的 SAD 亜型であり、他は遺伝的には非均質性 heterogeneity が認められるとも解釈できよう。そして、単極性 SAD と主として分裂病的 SAD は遺伝的には精神分裂病に近く、双極性 SAD と主として感情病的 SAD は感情病に近いと思われる。

ところで、従来の研究者は、発端者をなんらかの診断体系で分類したうえで、その親族内の各疾患の MR を求めるという手法を用いてきた。しかし、上述のように SAD の遺伝性は亜型ごとに異なることが認められつつあり、さらに SAD 自体の定義が比較的恣意的・暫定的であることを考えあわせれば、今後の研究の方向は、疾患の遺伝性から症候群・症状の遺伝性に転換されるべきであろう。例えば、すでに DeLisiら (1987) は、精神分裂病もしくは SAD に該当する慢性患者について、同胞間の症状の一致率を調査し、有意に一致する症状は陽性症状でも陰性症状でもなく、抑うつ症状であることを報告している。また、Endicott

表3 SADの家族歴研究

研究者	調査法	診断基準	親族の診断		発端者の診断										
					SAD		SCHZ	UAD	BAD	Normal					
Baronら (1982)	FSM	RDC	SAD	A S	A	S	0	3	2	—					
					3	0									
					0	1									
					0	4									
					27	11									
Kendlerら (1986)	FSM	DSM-III	SCHZ	U	B	A	S	4	—	—	0				
												8	4	4	8
												12	13	12	13
												8	7	9	6
												4	4	6	1
Andreasenら (1987)	FSM	RDC	SAD	U B	U	B	—	0	0	—					
											0	1			
											3	1			
											21	25			
											0	4			
	FHM	RDC	SAD	U B	U	B	—	0	0	—					
											0	0			
											1	2			
											18	22			
											2	3			
Riceら (1987)	FSM+FHM	RDC	SAD	U B	U	B	—	0	0	—					
											0	1			
											3	1			
											22	23			
											0	4			
Coryellら (1988 b)	FSM	RDC	SAD	U B	U	B	0	1	—	2					
											3	—			
											2	—			
											23	—			
											2	—			
Gershonら (1988)	FSM	RDC	SAD	UAc UCh BAc BCh	U	B	5	1	0	0					
											0	0			
											2	2			
											0	0			
											0	0			
											2	0			
											2	3			
Kitamuraら (1989)	FHM	RDC	SAD	U B	U	B	0	0	0	—					
											2	0			
											0	0			
											2	0			
											0	3			

調査法：FSM, family study method; FHM, family history method; 診断：SAD, schizoaffective disorder; SCHZ, schizophrenia; UAD, unipolar affective disorder; BAD, bipolar affective disorder; NAP, non-affective psychoses; DEP, depressive disorder (depression); 亜型分類：A, mainly affective; S, mainly schizophrenic; U, unipolar; B, bipolar; Ac, acute; Ch, chronic

ら(1986)は、精神病像を伴わない定型うつ病者(N=235)に比べると、精神病像を伴う定型うつ病患者(N=40)および抑うつ型SAD患者(N=23)ともにその第1度親族中に精神病像を呈する者の率が高いと報告している。

5. 転 帰

SADの転帰については、1984年にHarrowらが総説を発表し、それまでの諸研究は用いる方法が異なっているものの、転帰に関してSADは精神分裂病と感情病の中間に位置すると結論している(Marnerosら, 1989b)。また、当初の挿話は精神分裂病や感情病であっても、後発の挿話ではじめてSADとされる例もあろう。しかし、Marnerosら(1988)は、長期経過を観察してSADとした症例のうち88%が、少なくとも2回目の挿話までにSADであると診断されていることを発表している。

以降の研究で特にRDCのSAD亜型の転帰を調査した研究者はIowaのCoryellらとNapoliのMajらがいるので、これら2グループの報告について多少詳しく触れようと思う。

まず、Maj(1985)はSAD躁型(N=17)、SAD抑うつ型(N=19)、躁病(N=16)、定型うつ病(N=23)について3年間追跡し、その転帰をDisability Assessment ScheduleとStraussによる転帰尺度により評価した。この結果、SAD躁型と躁病の転帰を比べると有意の差を見ないが、SAD抑うつ型と定型うつ病を比べると前者の方が転帰尺度の社会的接触と就業で有意に劣っていることが明らかとなった。したがってこの所見は、SADが転帰の視点から見ても均質な疾患ではなく、SAD躁型は感情病に含まれると考えられるもののSAD抑うつ型はそうではなく予後不良の一群を構成することを示唆している。

Iowa大学転帰調査データを用いたCoryellら(1985)は、DSM-IIIの大うつ病挿話の基準を満たす患者を、精神病像を伴わない大うつ病、気分と調和した精神病像を伴う大うつ病、気分と調和しない精神病像を伴う大うつ病、分裂病様障害、精神分裂病の5群に分けて、40年後の転帰を

Tsuangによる転帰尺度で比較したところ、この順に転帰が不良になってゆくことを見いだした。DSM-IIIにおける気分と調和しない精神病像を伴う大うつ病はRDCのSAD抑うつ型に近い(DSM-IIIとRDC等の比較については北村(1988)参照)ことから、この所見は上記のMajのそれと一致すると考えられる。また、Coryellら(1984)はRDC診断によるSAD抑うつ型(N=24)、精神病性定型うつ病(N=54)、非精神病性定型うつ病(N=274)の3群の6カ月転帰を比較し、SAD抑うつ型のそれが明らかに後2者より不良であることを見ている。

Brockingtonら(1982;1983)はLondon地区ですでに収集してあった症例とその転帰について、多診断基準的polydiagnosticな研究を行ない、RDC躁病とSAD躁型を比べると後者の方が社会転帰がやや不良で、また定型うつ病に比べるとSAD抑うつ型は明らかに転帰不良であることを発表している。SAD躁型と躁病を比較したPopeら(1980)は、転帰について両者間になんら有意の差を認めないと発表している。一方、SADを躁型、抑うつ型、双極性に分けたMcGlashanら(1987)は、3群の長期転帰に差がなかったとしている。

また、RDCに従って定型うつ病を精神病型と非精神病型に分けて調査したCoryellら(1987a)は、2年目の転帰は両群間に差がないとしている。

これらの転帰に関する諸研究をまとめると、およそSAD躁型は躁病に近似の病態であるが、SAD抑うつ型は定型うつ病とは明らかに区別され、後者と精神分裂病の中間に位置するものであ

表4 SAD各亜型ごとの回復率(%)

	S	A	その他	B	U	合計
非慢性	25	90	75	82	75	78
慢性	67	17	—	—	50	39
B	—	73	—	—	—	64
U	56	71	—	—	—	65
合計	50	72	60	64	65	65

Coryellら(1987b)より引用。例数が4以上の欄のみ表示。

亜型分類: A, mainly affective; S, mainly schizophrenic; U, unipolar; B, bipolar

ることが推察される。

ところで、RDCに従えばSADの亜型は躁型と抑うつ型のみではなくいくつかの亜型分類がある。もし、いくつかの亜型分類間になんらかの関連(例えば抑うつ型の方により慢性が多い等)があれば、上記の所見の解釈には慎重さが要求される。Coryellら(1987b)は米国精神衛生研究所主催のうつ病の心理生物学に関する多施設研究のデータを用い、RDCのSAD抑うつ型の患者40名の2年間にわたる追跡調査の結果を、SADの各亜型ごとに検討した(表4)。

この調査では、双極型(B)SADは単極型(U)SADに比べて主として感情病性(A)である率が高く(79%対54%)、非慢性である率も同様に高かった(89%対61%)。また、主として分裂病性でかつ双極型である症例は40例中1例のみであった。この結果から、SADの亜型分類のなかで、双極型-主として感情病性-非慢性という関連と、単極型-主として分裂病性-慢性という組み合わせが存在していることがうかがえる。

ではSADのRDCによる3種類の亜型分類のうちどの要因が転帰と関係しているのであろうか。Coryellら(1987b)の報告によれば(表4)、主として感情病性で非慢性が最も回復率が高く、主として分裂病性で非慢性の回復率が最も低いことが認められた。しかし、この報告は例数が40と比較的少なく、12通り(3×2×2)の組み合わせが可能なSADの亜型と回復率の関連を見るにはもっと多数例による検討が必要であろう。

Coryellら(1988b)は別の患者群で追試を行ない、SAD抑うつ型の転帰が現在挿話の持続週数よりむしろ「経過分類」に強い相関を示すことを見いだした。おそらくは、分裂病症状の持続が、SADの転帰に関与しているものと思われる。

同じグループのvan Eerdeweghら(1987)は、SAD躁型、SAD抑うつ型、双極病、反復性定型うつ病の4群の転帰を従属変数とし、人口統計学指標・エントリー以前の経過・エントリー時の諸指標を独立変数とした判別関数分析を行ない、その結果最も異質なカテゴリーがSAD抑うつ型であることを見いだした。

転帰を外的指標としてSADの独立性を見てみ

ると、SAD双極型は感情病に類似しているが、SAD抑うつ型は感情病と精神分裂病の中間に位置し、さらに主として感情病性のSADと主として分裂病性のSADも区別されると結論できる。

6. 治療反応性

精神障害の疾患単位の妥当性を支持する外的基準としての治療反応性は、前述の転帰と強い関連をもっている。しかし、転帰を外的基準として疾患単位の妥当性を見る場合には当該疾患の「自然経過」を暗黙のうちに認めているのに対し、治療反応性を用いる場合には、作用機転の異なる薬物(あるいはその他の治療法)に対する反応性を手がかりにして、問題となっている疾患の疾病論的位置づけを探る。Goodnickら(1984)はそれまでの研究を概観し、「治療研究からは分裂感情病は感情障害に近似」していると結論している。

独自の定義によるSAD患者に対してさまざまな薬物を投与したBrockingtonら(1978;1980a)は、まずSAD躁型に対してlithiumまたはchlorpromazineを二重盲検法で投与し、両者とも同様な治療効果を有することを見いだした。次に、SAD抑うつ型については同じく二重盲検法にてamitriptylineまたはchlorpromazineを投与し、治療反応性は全体に不良だが後者がややよいことを見た(Brockingtonら,1980b)。またSAD躁型に対してはhaloperidol単味よりhaloperidolとlithiumの併用が有効であるとも言われている(Biedermanら,1979)。

SADの再発予防に関するlithiumの有効性についてはMaj(1984)が、RDCのSAD躁型および抑うつ型の両者においてlithium投与後に再発挿話数が減少し、ことに前者に著明であることを報告している。さらにMaj(1988)はlithiumによる再発防止効果が、SADのうち主に感情病的亜型のみ認められ、主に精神分裂病的亜型には見られないことも見いだした。主に精神分裂病的亜型に対してはlithiumよりもfluphenazineの方が予防効果があることが示唆されている(Mattesら,1984)。

こうした報告をまとめると、SAD躁型および主

として感情病的亜型は純粋な感情病に近い治療反応性を示すが、抑うつ型および主として精神分裂病型亜型はむしろ精神分裂病に近いと推定される。今後の問題は、薬物と症状の対応であろう。例えば Johnstone ら (1988) は pimozone と lithium の二重盲検法による比較研究から、精神病患者が pimozone に、高揚気分が lithium に反応し、これは診断にかかわらず認められると発表している。薬効の症状特異性の研究から、SAD の新しい疾病分類が形成される可能性もあろう。

7. 検査所見

SAD の生物学的検査所見については Meltzer ら (1984) がまとめており、さまざまな生物学的指標に共通する SAD の特徴はないと結論している。

CT scan による脳室の拡大所見は、近年精神分裂病に比較的多く見られることが指摘されており、ことにその陰性症状、病前不適応、抗精神病薬への治療抵抗性と関連づけて検討されている。SAD の CT 所見を扱った研究としては、1982 年の Weinberger らのものがあるが、ここでは慢性の SAD が精神分裂病群とあわせて述べられており詳細は不明であった。精神分裂病 ($N=28$)、双極性障害 ($N=19$) と SAD ($N=15$) の CT 所見を比較した Rieder ら (1983) は 3 者間に脳室拡大に関する差を見いだしていない。

CT に比較すると、うつ病の生物学的指標として研究されることの多い dexamethasone suppression test (DST) は、SAD において頻回に測定されている。精神病像を呈した入院患者について DST を施行した Rothschild ら (1982) は、精神分裂病、精神病像を伴う双極性うつ病に比較すると、精神病像を伴う単極性うつ病 (DSM-III) の dexamethasone 負荷翌日の cortisol 値が有意に高いことを報告している。また Coccaro ら (1985) は精神病像を伴ううつ病、SAD 抑うつ型、非抑うつ性精神病における DST 非抑制(陽性)率がそれぞれ 90%、22%、17%であり、SAD が必ずしも感情障害と一致しないと発表している。Katona ら (1985) は SAD をさらに亜型に分けて検討し、例

数が少ないため有意差は見ないものの、主として分裂病性 SAD に比べると主として感情病性 SAD の方に非抑制率が高いとしている。SAD における DST 所見についても規模の大きな調査が必要と思われる。

ところで、SAD の診断は入院時点以降の病像の変化に従って変更される可能性が少なくない。入院時点の RDC 診断と 1 年後の追跡時点での RDC 診断を入院直後の DST 所見と比較した Coryell ら (1988 b) によれば、DST 陽性率が入院時点の RDC に従えば精神分裂病で 33%、SAD 抑うつ型で 41%、精神病像を伴う大うつ病で 54%であるのに対し、1 年後の RDC 診断に従えばそれぞれ 15%、43%、63%であった。入院時の RDC 診断では、3 群間の DST 所見に目立った差はないが、1 年間の経過を勘案して RDC の再診断をすると、DST 陽性率はうつ病が高く、精神分裂病で低く、その中間に SAD が位置していることが認められたのである。

8. 精神分裂病の経過中にみられる抑うつ

SAD という概念が疾病単位としては未だ未熟で、恣意的なものであるという批判を避けられない現状を考えれば、SAD 概念を固定するよりもむしろ近縁の諸概念との異同を検討することの方が生産的であろう。ここでは精神分裂病の経過中に発生する抑うつ状態、ことにいわゆる postpsychotic depression (PPD) に限定して、ごく簡単に触れてみたい。

精神分裂病の経過中に抑うつ状態が比較的高頻度に認められることは多くの研究者によって示唆されており (Curson ら, 1985; Elk ら, 1986; House ら, 1987; Knights ら, 1979; Siris ら, 1984 b; Strian ら, 1981), postpsychotic depression (PPD) と呼ばれることもある。こうした抑うつ状態は、再発の前兆であるとも考えられ (Johnson, 1988; Siris ら, 1986), また精神分裂病者の自殺の要因であるとも言われている (Cheng ら, 1990; Dassori ら, 1990; Roy, 1982; Roy ら, 1984)。精神分裂病経過中の抑うつ状態の成因については

akinesia (Siris, 1987) 等のごとく、抗精神病薬によるものであるとの推測もなされている (Craigら, 1985; De Alarconら, 1969; Mandelら, 1982) が、発病当初から抑うつ症状は存在すると主張する研究者もいる (Knightsら, 1981)。PPD に対する抗うつ薬の有効性については肯定的発表 (Sirisら, 1987, 1988; Prusoffら, 1979) よりも否定的発表 (Becker, 1983; Johnson, 1981) の方が有力である。

内分泌系の指標として DST を用いた研究 (Munroら, 1984; Sirisら, 1984 a) では、PPD における DST の陽性率は高くなかった。精神分裂病の DST 陽性率は、むしろ陰性症状群において高いという報告が見られる (島, 1990)。

また、16歳以前の両親との離別体験が抑うつを示す分裂病者に多く見られる (Roy, 1980, 1981) ことが発表されており、さらに精神分裂病者の自殺の要因として抑うつとは独立して hopelessness が関与しているという報告がある (Drakeら, 1986 a, 1986 b; Royら, 1983)。うつ病で見られる認知のゆがみが、精神分裂病経過中のうつ状態にも見られることは、この病態の発生基盤を考えるうえで参考になろう。また、自殺傾向のある分裂病者は、そうでない分裂病者に比べ、脳脊髄液中の 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) 濃度が低く、これはうつ病等により自殺傾向を示す患者のそれと一致するとの報告 (Ninanら, 1984) もあるが、これを否定する報告 (Royら, 1985) もある。

PPD を伴わない精神病患者の親族中の感情障害の MR は、PPD のそれと差がないと報告されている (Berriosら, 1987)。

9. SAD の疾病学的研究方法

これまで述べてきたように、SAD の疾病学的位置づけに関する結論はまだ出されていない。しかし、SAD を単純に精神分裂病の一部であるとしたり、あるいは精神病像を伴う感情病であるとするのも、上記のさまざまな所見を説明できるものでもない。今後の SAD 研究は、SAD の範囲を比較的広く規定し、そのなかで諸変数を分離したうえで測定することが必要となるであろう。

Majら (1985) は今後の SAD 研究に関し、以下のような症候論的接近法を提唱している。Majらの1型は、経過中に感情病の挿話と精神分裂病の挿話を示すものの、両者に同時点での重複がないものを指し、2型は両者が同時に認められるものを指す。1型はさらに、精神分裂病挿話で始まるものやがて再発性の感情病に移行する亜型 (感情病性亜型) と、当初は感情病だが次第に精神分裂病性の荒廃に至る亜型 (精神分裂病性亜型) に分けられる。2型については3軸で評価を行なう。第1軸は横断面上の症状 (抑うつ型と躁型)、第2軸は経過、第3軸はその他の要因を測定する。Majは特別な評価尺度や構造化面接を準備したわけではないが、こうした多軸評価の heuristic な価値は高い。

Majらの2型の第1軸は、1型のそれぞれの挿話についても適用でき、精神病理学的に詳細な検討が要求される部分である。従来のように「感情病性症状」や「精神分裂病性症状」のようにグループ化したり、RDCのように例えば1級症状を集めて1項目をたてるのではなく、各症状を個別のものとして扱う作業を行なうべきであろう。そうした作業の後に、ひとまとまりの症状群を抽出し、そこから新しい診断基準を作成してゆくことができるであろう。

これまでに小論では RDC に沿って SAD とその亜型について見てきた。しかし、例えば Marnerosら (1989 a) は、DSM-III の大うつ病の挿話を伴う精神分裂病はそうでない精神分裂病に比べて転帰における差がほとんどないが、DSM-III の melancholia に該当する大うつ病挿話を伴う精神分裂病は他に比して転帰が有意に良好であることを見ている。こういった症状の組み合わせが、疾病単位を構成するのに妥当なのかの検討が行なえる余地を残すことが今後の研究発展のためには不可欠である。

文 献

- Abrams, R. (1984). Genetic studies of the schizoaffective syndrome: a selective review. *Schizophrenia Bulletin* 10, 26-29.
- Andreasen, N. C., Rice, J., Endicott, J., Coryell, W.,

- Grove, W. N. & Reich, T. (1987). Familial rates of affective disorder: a report from the National Institute of Mental Health collaborative study. *Archives of General Psychiatry* 44, 461-469.
- Baron, M., Gruen, R., Asnis, L. & Kane, J. (1982). Schizoaffective illness, schizophrenia and affective disorders: morbidity risk and genetic transmission. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 65, 253-262.
- Becker, R. E. (1983). Implications of the efficacy of thiothixene and a chlorpromazine-imipramine combination for depression in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 140, 208-211.
- Berrios, G. E. & Bulbena, A. (1987). Post psychotic depression: the Fulbourn cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76, 89-93.
- Biederman, J., Lerner, Y. & Belmaker, R. H. (1979). Combination of lithium carbonate and haloperidol in schizoaffective disorder: a controlled study. *Archives of General Psychiatry* 36, 327-333.
- Braden, W. (1984). Vulnerability and schizoaffective psychosis: a two factor model. *Schizophrenia Bulletin* 10, 71-86.
- Breslau, N. & Meltzer, H. Y. (1988). Validity of subtyping psychotic depression: examination of phenomenology and demographic characteristics. *American Journal of Psychiatry* 145, 35-40.
- Brockington, I. F., Kendell, R. E., Kellett, J. M., Curry, S. H. & Wainwright, S. (1978). Trial of lithium, chlorpromazine and amitriptyline in schizoaffective patients. *British Journal of Psychiatry* 133, 162-168.
- Brockington, I. F. & Leff, J. P. (1979). Schizo-affective psychosis: definitions and incidence. *Psychological Medicine* 9, 91-99.
- Brockington, I. F., Wainwright, S. & Kendell, R. E. (1980a). Manic patients with schizophrenic or paranoid symptoms. *Psychological Medicine* 10, 79-83.
- Brockington, I. F., Kendell, R. E. & Wainwright, S. (1980b). Depressed patients with schizophrenic or paranoid symptoms. *Psychological Medicine* 10, 665-675.
- Brockington, I. F., Helzer, J. E., Hillier, V. F. & Francis, A. F. (1982). Definitions of depression: concordance and prediction of outcome. *American Journal of Psychiatry* 139, 1022-1027.
- Brockington, I. F., Hillier, V. F., Francis, A. F., Helzer, J. E. & Wainwright, S. (1983). Definition of mania: concordance and prediction of outcome. *American Journal of Psychiatry* 140, 435-439.
- Cheng, K. L., Leung, C. M., Lo, W. H. & Lam, T. H. (1990). Risk factors of suicide among schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 81, 220-224.
- Clayton, P. J. (1982). Schizoaffective disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 170, 646-650.
- Clayton, P. J., Rodin, L. & Winokur, G. (1968). Family history studies. III: schizoaffective disorder, clinical and genetic factors including a one to two year follow-up. *Comprehensive Psychiatry* 9, 31-49.
- Coccaro, E. F., Prudic, J., Rothpearl, A. & Nurnberg, H. G. (1985). The dexamethasone suppression test in depressive, non-depressive and schizoaffective psychosis. *Journal of Affective Disorders* 9, 107-113.
- Coryell, W., Endicott, J. & Keller, M. (1987a): The importance of psychotic features to major depression: course and outcome during a 2-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75, 78-85.
- Coryell, W., Grove, W., Van Eerdewegh, M., Keller, M. & Endicott, J. (1987b). Outcome in RDC schizoaffective depression: the importance of diagnostic subtyping. *Journal of Affective Disorders* 12, 47-56.
- Coryell, W., Lavori, P., Endicott, J., Keller, M. & Van Eerdewegh, M. (1984). Outcome in schizoaffective, psychotic, and nonpsychotic depression: course during a six- to 24-month follow-up. *Archives of General Psychiatry* 41, 787-791.
- Coryell, W. & Tsuang, M. T. (1985). Major depression with mood-congruent or mood-incongruent psychotic features: outcome after 40 years. *American Journal of Psychiatry* 142, 479-481.
- Coryell, W. & Zimmerman, M. (1986). Demographic, historical, and symptomatic features of the nonmanic psychoses. *Journal of Nervous and Mental Disease* 174, 485-592.
- Coryell, W. & Zimmerman, M. (1988a). The heritability of schizophrenia and schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry* 45, 323-327.
- Coryell, W., Zimmerman, M., Winokur, G. & Cadoret, R. (1988b). Baseline neuroendocrine function and diagnostic stability among patients with a nonmanic psychosis. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 237, 197-199.
- Craig, T. J., Richardson, M. A., Pass, R. & Bregman, Z.

- (1985). Measurement of mood and affect in schizophrenic inpatients. *American Journal of Psychiatry* 142, 1272-1277.
- Crow, T. J. (1986). The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. *British Journal of Psychiatry* 149, 419-429.
- Crow, T. J. (1987). Psychosis as a continuum and the virogene concept. *British Medical Bulletin* 43, 754-767.
- Crow, T. J. (1990). Nature of the genetic contribution to psychotic illness: a continuum viewpoint. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 81, 401-408.
- Curson, D. A., Barnes, T. R. E., Bamber, R. W., Piatt, S. D., Hirsch, S. R. & Duffy, J. C. (1985). Long-term depot maintenance of chronic schizophrenic outpatients: the seven year follow-up of the medical research council: fluphenazine/placebo trial II. The incidence of compliance problems, side-effects, neurotic symptoms and depression. *British Journal of Psychiatry* 146, 469-474.
- Dassori, A. M., Mezzich, J. E. & Keshavan, M. (1990). Suicidal indicators in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 81, 409-413.
- De Alarcon, R. & Carney, V. M. P. (1969). Severe depressive mood changes following slow release intra-muscular fluphenazine injection. *British Medical Journal* 1, 564-567.
- DeLisi, L. E., Goldin, L. R., Maxwell, M. E., Kazuba, D. M. & Gershon, E. S. (1987). Clinical features of illness in siblings with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry* 44, 891-896.
- Drake, R. E. & Cotton, P. G. (1986a). Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 148, 554-559.
- Drake, R. E., Gates, C. & Cotton, P. G. (1986b). Suicide among schizophrenics: a comparison of attempters and completed suicides. *British Journal of Psychiatry* 149, 784-787.
- Elk, R., Dickman, B. J., Teggin, A. F. (1986). Depression in schizophrenia: a study of prevalence and treatment. *British Journal of Psychiatry* 149, 228-229.
- Endicott, J., William, J. N., Keller, M., Andreasen, N. & Croughan, J. (1986). Schizoaffective, psychotic, and nonpsychotic depression: differential familial association. *Comprehensive Psychiatry* 27, 1-13.
- Fowler, R. C., Liskow, B. I., Tanna, V. L., Lytle, L. & Mezzich, J. (1980a). Schizophrenia-primary affective disorder discrimination. I. Development of a data-based diagnostic index. *Archives of General Psychiatry* 37, 811-814.
- Fowler, R. C., Mezzich, J., Liskow, B. I. & Van Valkenburg, C. (1980b). Schizophrenia-primary affective disorder discrimination. II. Where unclassified psychosis stands? *Archives of General Psychiatry* 37, 815-817.
- Gershon, E. S., DeLisi, L. E., Hamovit, J., Nurnberger, J. I., Maxwell, M. E., Schreiber, J., Dauphinais, D., Dingman, II. C. W. & Guroff, J. J. (1988). A controlled family study of chronic psychoses. *Archives of General Psychiatry* 45, 328-336.
- Goodnick, P. J., Meltzer, H. Y. (1984). Treatment of schizoaffective disorders. *Schizophrenia Bulletin* 10, 30-48.
- Harrow, M. & Grossman, L. S. (1984). Outcome in schizoaffective disorders: a critical review and reevaluation of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 10, 87-108.
- House, A., Bostock, J. & Cooper, J. (1987). Depressive syndromes in the year following onset of a first schizophrenic illness. *British Journal of Psychiatry* 151, 773-779.
- Johnson, D. A. W. (1981). Studies of depressive symptoms in schizophrenia: I. The prevalence of depression and its possible causes. II. A two-year longitudinal study of symptoms. III. A double-blind trial of nortriptyline for depression in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 139, 89-101.
- Johnson, D. A. W. (1988). The significance of depression in the prediction of relapse in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 152, 320-323.
- Johnstone, E. C., Crow, T. J., Frith, C. D. & Owens, D. G. (1988). The Northwick Park 'functional' psychosis study: diagnosis and treatment response. *Lancet* 2, 120-126.
- Kasanin, J. (1933). The acute schizoaffective psychoses. *American Journal of Psychiatry* 13, 97-126.
- Katona, C. L. E. & Roth, M. (1985). The dexamethasone suppression test in schizoaffective depression. *Journal of Affective Disorders* 8, 107-112.

- Kendell, R. E. & Brockington, I. F. (1980). The identification of disease and the relationship between schizophrenic and affective psychoses. *British Journal of Psychiatry* 137, 324-331.
- Kendler, K. S., Gruenberg, A. M. & Tsuang, M. T. (1986). A DSM-III family study of the nonschizophrenic psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry* 143, 1098-1105.
- 北村俊則(1988). 感情障害の診断基準. 現代精神医学大系年刊版 '88 B (懸田克躬, 島菌安雄, 大熊輝雄, 保崎秀夫, 高橋 良編) pp. 53-72, 中山書店: 東京.
- Kitamura, T., Takazawa, N. & Moridaira, J. (1989). Family history study of major psychiatric disorders and syndromes. *International Journal of Social Psychiatry* 35, 333-342.
- Knights, A., Okasha, M. S., Slih, M. A. & Hirsch, S. R. (1979). Depressive and extrapyramidal symptoms and clinical effects: a trial of fluphenazine versus fluphethixol in maintenance of schizophrenic outpatients. *British Journal of Psychiatry* 135, 515-523.
- Knights, A. & Hirsch, S. R. (1981). 'Revealed' depression and drug treatment for schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 38, 806-811.
- Koehler, K. & Seminario, I. (1979). Research diagnosable 'schizo-affective' disorder in Schneiderian 'first rank' schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 60, 347-354.
- Lancet* (1980). Schizoaffective psychosis: nosological enigma. *Lancet* 2, 1008-1009.
- Levinson, D. F. & Levitt, M. E. M. (1987). Schizoaffective mania reconsidered. *American Journal of Psychiatry* 144, 415-425.
- Levitt, J. J. & Tsuang, M. T. (1988). The heterogeneity of schizoaffective disorder: implications for treatment. *American Journal of Psychiatry* 145, 926-936.
- Maj, M. (1984). Effectiveness of lithium prophylaxis in schizoaffective psychoses: application of a polydiagnostic approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 70, 228-234.
- Maj, M. (1985). Clinical course and outcome of schizoaffective disorders: a three year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 72, 542-550.
- Maj, M. (1988). Lithium prophylaxis of schizoaffective disorder: a prospective study. *Journal of Affective Disorders* 14, 129-135.
- Maj, M. & Perris, C. (1985). An approach to the diagnosis and classification of schizoaffective disorders for research purposes. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 72, 405-413.
- Mandel, M. R., Severe, J. B., Schooler, N. R., Gelenberg, A. J. & Mieske, M. (1982). Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 39, 197-203.
- Marneros, A., Deister, A. & Rohde, A. (1988). Syndrome shift in the long-term course of schizoaffective disorders. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 238, 97-104.
- Marneros, A., Deister, A. & Rohde, A. (1989a). Quality of affective symptomatology and its importance for the definition of schizoaffective disorders. *Psychopathology* 22, 152-160.
- Marneros, A., Rohde, A. & Deister, A. (1989b). Unipolar and bipolar schizoaffective disorders: a comparative study. II. Long-term course. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 239, 158-163.
- Marneros, A. & Tsuang, M. T. (1986). *Schizoaffective Psychoses*. Springer-Verlag: Berlin.
- Mattes, J. A. & Nayak, D. (1984). Lithium versus fluphenazine for prophylaxis in mainly schizophrenic schizoaffectives. *Biological Psychiatry* 19, 445-449.
- McGlashan, T. H. & Williams, P. V. (1987). Schizoaffective psychosis: 2. manic, bipolar, and depressive subtypes. *Archives of General Psychiatry* 44, 138-139.
- Meltzer, H. Y. (1984). Schizoaffective disorder: Is the news of its nonexistence premature? Editor's introduction. *Schizophrenia Bulletin* 10, 11-13.
- Meltzer, H. Y., Arora, R. C. & Metz, J. (1984). Biological studies of schizoaffective disorders. *Schizophrenia Bulletin* 10, 49-70.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S. & Brady, E. U. (1990). Hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 82, 26-29.
- Munro, J. G., Hardiker, T. M. & Leonard, D. P. (1984). The dexamethasone suppression test in residual schizophrenia with depression. *American Journal of Psychiatry* 141, 250-252.

- Ninan, P. T., Kammen, D. P., van Scheinin, M., Linnoila, M., Bunney, W. E. & Goodwin, F. K. (1984). CSF 5-hydroxyindoleacetic acid level in suicidal schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry* 141, 566-569.
- Pope, H. G. & Lipinski, J. F. Jr. (1978). Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: a re-assessment of the specificity of 'schizophrenic' symptoms in the light of current research. *Archives of General Psychiatry* 35, 811-828.
- Pope, H. G., Lipinski, J. J., Cohen, B. M. & Axelrod, D. T. (1980). 'Schizoaffective disorder': an invalid diagnosis?: a comparison of schizoaffective disorder, schizophrenia, and affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 137, 921-927.
- Procci, W. R. (1976). Schizoaffective psychosis: fact or fiction? a survey of the literature. *Archives of General Psychiatry* 33, 1167-1175.
- Prusoff, B. A., Williams, D. H., Weissman, M. M. & Astrachan, B. M. (1979). Treatment of secondary depression in schizophrenia: a double-blind, placebo-controlled trial of amitriptyline added to perphenazine. *Archives of General Psychiatry* 36, 569-575.
- Rice, J., Reich, T., Andreasen, N. C., Endicott, J., Van Eerdewegh, M., Fishman, R., Hirschfeld, R. M. A. & Klerman, G. L. (1987). The family transmission of bipolar illness. *Archives of General Psychiatry* 44, 441-447.
- Rieder, R. O., Mann, L. S., Weinberger, D. R., van Kammen, D. P. & Post, R. M. (1983). Computed tomographic scans in patients with schizophrenia, schizoaffective, and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry* 40, 735-739.
- Rothschild, A. J., Schatzberg, A. F., Rosenbaum, A. H., Stahl, J. B. & Cole, J. O. (1982). The dexamethasone suppression test as a discriminator among subtype of psychotic patients. *British Journal of Psychiatry* 141, 471-474.
- Roy, A. (1980). Depression in chronic paranoid schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 137, 138-139.
- Roy, A. (1981). Depression in the course of chronic undifferentiated schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 38, 296-297.
- Roy, A. (1982). Suicide in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 141, 171-177.
- Roy, A., Thompson, R. & Kennedy, S. (1983). Depression in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 142, 465-470.
- Roy, A., Mazonson, A. & Pickar, D. (1984). Attempted suicide in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 144, 303-306.
- Roy, A., Ninan, P., Mazuson, A., Pickar, D., van Kammen, D., Linnoila, M. & Paul, S. M. (1985). CFS monoamine metabolites in chronic schizophrenic patients who attempt suicide. *Psychological Medicine* 15, 325-340.
- 島 悟(1990). 陰性症状と精神神経内分泌. 精神科診断学 1, 397-407.
- Siris, S. G. (1987). Akinesia and postpsychotic depression: a difficult differential diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry* 48, 240-243.
- Siris, S. G., Rifkin, A., Reardon, G. T., Doddi, S. R., Foster, P., Strahan, A. & Morgan, V. (1984a). The dexamethasone suppression test in patients with postpsychotic depressions. *Biological Psychiatry* 19, 1351-1356.
- Siris, S. G., Rifkin, A., Reardon, G. T., Endicott, J., Pereira, D. H., Hayes, R. & Casey, E. (1984b). Course-related depressive syndromes in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 141, 1254-1257.
- Siris, S. G., Rifkin, A., Reardon, G. T., Doddi, S. R., Strahan, A. & Hall, K. S. (1986). Stability of the postpsychotic depressive syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry* 47, 86-88.
- Siris, S. G., Morgan, V., Fagerstrom, R., Rifkin, A. & Cooper, T. B. (1987). Adjunctive imipramine in the treatment of postpsychotic depression: a controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 44, 533-539.
- Siris, S. G. & Strahan, A. (1988). Continuation and maintenance treatment trials of adjunctive imipramine therapy in patients with postpsychotic depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 49, 439-440.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, E. (1978). *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders (3rd ed.)*. Biometric Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York. (本多 裕, 岡崎祐士 (監訳), 安西信雄, 平松謙一, 亀山知道, 池淵恵美, 増

- 井寛治, 宮内 勝 (共訳) (1982), 精神医学研究用診断マニュアル. 国際医書出版, 東京.)
- Spitzer, R. L., Skodol, A. E., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1981). *DSM-III Case Book*. American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Strian, F., Heger, R. & Klicpera, C. (1981). The course of depression for different types of schizophrenia. *Psychiatric Clinics* 14, 205-214.
- Tsuang, M. T. (1979). Schizoaffective disorder: dead or alive? *Archives of General Psychiatry* 36, 633-634.
- Tsuang, M. T. & Simpson, J. C. (1984). Schizoaffective disorder: concept and reality. *Schizophrenia Bulletin* 10, 14-25.
- van Eerdewegh, M. M., van Eerdewegh, P., Clayton, P. J., Endicott, J., Koepke, J. & Rochberg, N. (1987). Schizo-affective disorders: bipolar-unipolar subtyping: Natural history variables: a discriminant analysis approach. *Journal of Affective Disorders* 12, 223-232.
- Weinberger, D. R., DeLisi, L. E., Perman, G. P., Targum, S. & Wyatt, R. J. (1982). Computed tomography in schizophreniform disorder and other acute psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry* 39, 778-783.

こころの科学

No.41

定価 1000円(税込)

特集

夢

山中康裕 編

序 文

夢と人間

PART1 夢の生理・夢の心理

夢とレム睡眠

左右の脳と夢

夢の心理

PART2

夢と創造・夢をめぐる周辺科学

夢と文学

夢と絵画

夢と音楽

夢と宗教

山中康裕

山中康裕

小鳥居 湛

坂野 登

西村洲衛男

柘植光彦

徳田良仁

高江洲義英

渡辺 学

夢と哲学

夢と科学

夢と犯罪

動物は夢を見るか

PART3

夢分析の先駆者たちの足跡

フロイト

ユング

ボス

ラカン

夢と日本人

金塚貞文

村上陽一郎

小田 晋

三上章充

馬場禮子

織田尚生

大原 貢

鈴木國文

河合隼雄



日本評論社

〒170 豊島区南大塚3-10-10 ☎3987-8621