



心的外傷との関連からみた精神分裂病患者の解離症状

宋, 建華
福島, 春子
胡桃澤, 伸
田中, 究

(Citation)

神戸大学医学部紀要, 61(4):145-177

(Issue Date)

2001-03

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/00044707>



心的外傷との関連からみた精神分裂病患者の解離症状

宋 建 華, 福 島 春 子, 胡 桃 澤 伸, 田 中 究

神戸大学医学部精神神経科学講座
(指導: 前田 潔教授)

連絡先:
神戸大学医学部精神神経科
650-0017 神戸市中央区楠町7丁目5-2
TEL: (078)382-6065

(平成13年2月1日受付)

要 約

精神分裂病患者で成育歴に心的外傷体験を持つものは少なくないが, このような患者には精神分裂病固有の症状に加え, 心的外傷に起源をもつと考えられる症状を認めることがある。著者らは, 神戸大学精神神経科外来に通院する90名の精神分裂病患者に対して, 解離症状質問票 (Dissociation Questionnaire; DIS-Q) および解離体験尺度 (Dissociative Experience Scale; DES) を用いて, 心的外傷に関連した症状とその頻度を調査し, 検討した。さらに簡易精神症状評価尺度 (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) を用いて解離と精神症状の関連について調査した。

この結果, 精神分裂病患者においても, 健常群や他疾患群と同様に解離傾性を認めた。高解離群では精神分裂病の発症年齢が有意に低く, 心的外傷後ストレス障害にみられる症状を認めた。また, 心的外傷を有する群は解離傾性が高く, 心的外傷のない群より, 離人感, 現実感喪失および行動, 思考, 感情の制御不全が生じやすく, 心的外傷のない群では情動の平板化, 感情緊張の低下, 感受性や興味, 関心の欠如といったいわゆる陰性症状が優位に見られた。

また, DESとDIS-Qは強い相関を認め, 精神分裂病の解離傾性を解析するのにDIS-QはDESと同様, 有用な検査法であることが示された。

現象的に精神分裂病症状の中に心的外傷起源の幻聴 (解離性フラッシュバック) が含まれ, 言語的あるいは非言語的な刺激, 特定の状況, それにとまなう感情を想起したときに, 思路障害が生じる場合があることを示し, 精神病理学的な検討を試み, 心的外傷を考慮

した精神分裂病治療が必要であることを述べた。

緒 言

解離dissociationとは, 「意識, 記憶, 同一性, または環境の知覚といった通常は統合されている機能の破綻」と定義され¹⁾ (DSM-IV), 解離性障害の病理機制とされている。

もっとも, すべての解離現象が病的ではなく, 例えば, 高速道路催眠や白昼夢, スポーツやロック・コンサートの観衆の熱狂状態, 催眠や瞑想におけるトランス様体験など, 非病者の日常生活にも解離現象は認められる。Ludwig²⁾は解離について, (1)ある行動を自動化する, (2)努力を効果的, 効率的にする, (3)妥協できない葛藤を解消する, (4)現実の強制力から逃れる, (5)破局的な体験を切り離す, (6)ある種の感情をカタルシス的に減圧する, (7)群衆感覚を増強する (例えば, 個人の自我を集団のアイデンティティやより大きな被暗示性などの中に埋没させる) などの機能があると述べている。

こうした非病的な正常範囲の解離から病的な解離症状には連続性があり, 通常解離機能が失調し, 量的質的に重症化した場合に精神症状として捉えられると考えられてきた。しかし, 数学的な解析を通して通常解離と病的解離には質的な不連続があるという見方も出されている³⁾。通常解離は没入・想像によって, 病的解離は離人感, 非現実感, 同一性変容によって特徴づけられており, 解離傾性の高い例においてもこれが区別されるという。

一方, 解離しやすさ (解離傾性) に性差, 年齢差, 個人差があることから, なんらかの素因によってもた

キーワード: dissociative symptoms, psychic trauma, schizophrenia, Dissociative Experience Scale (DES), Dissociation Questionnaire (DIS-Q), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

らされる可能性が示唆されているが、現在のところ決定的な知見はない。また、解離は心的外傷によってもたらされるとも考えられている。心的外傷を受けた人は解離を引き起こしやすい、すなわち解離傾性が高い。解離性障害とりわけ解離性同一性障害患者の病歴の多くに、たいいてい重大な心的外傷もしくは葛藤が認められることは、多くの研究者達が報告している^{4,5)}。患者は、解離機能を発動して、心的外傷を切り離し、自己を守ろうとすると考えられているのである。

心的外傷による解離現象は、解離性障害患者のみならず心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、身体表現性障害、転換性障害、境界性人格障害などに罹患した患者にもしばしば観察されることである。加えて、心的外傷による精神症状である、再体験症状、回避・(精神的) マヒ症状、過覚醒症状なども患者らは併せ持っている。こうした症状がくみ合わさっていることが、患者らの訴えを複雑にしている。

ところで、解離症状は多くの点で精神分裂病症状と似ている。精神分裂病患者の示す精神病状態は、解離症状の一つである侵入症状を持つ解離性障害患者の示す困惑・混乱状態に似ている。観察者にとって、どちらの状態も場の状況や前後の脈絡から逸脱している点で奇妙な状態に映る。Van der Kolk⁶⁾ は、学童期に500人以上が亡くなった大火災に遭ったことがあり、死に瀕している父親の看病に当たって精神病状態に陥り入院した中年女性の一例を報告している。彼女は入院中に「何人助けたの」と尋ねてまわり、火災報知器を鳴らして他患を院外につれ出したのである。これは心的外傷の再体験症状であった。また、再体験症状としての聴覚性フラッシュバックは精神分裂病性の幻聴と鑑別されにくい。精神分裂病患者の示すいわゆる陰性症状は、回避・マヒ症状に似ている。解離性同一性障害が「私の中に別の誰かがいる」といえば、精神分裂病患者の憑依妄想となり、人格交代現象は精神分裂病患者のそれと区別されない。精神分裂病患者においても、臨床場面で深刻な心的外傷が語られることは臨床家の広く知るところである。Steinberg M.^{7,8)} は、解離現象を1)健忘amnesia, 2)離人症depersonalization, 3)非現実感derealization, 4)同一性混乱identity confusion, 5)同一性変容identity alterationの5つの中核症状に分けて記述している。これらはいずれも精神分裂病においてしばしば認められ、鑑別診断の必要なことは彼女自身も述べている。

一般に解離性障害は心的外傷に由来する心因性の病態であると理解され、精神分裂病は精神生物学的要因が想定されている。両者に現れる症状は起源が全く異なるのにも関わらず、一見、同じ症状を呈し、熟練し

た臨床家でも鑑別は困難であり、治療方法が異なる。精神分裂病患者が心的外傷によって解離症状を呈することはないのであるか。あるとすれば、どの様な症状であろうか。

本論では、精神分裂病患者における解離症状の出現しやすさ、すなわち解離傾性と症状内容を調査し、それらが患者の成育歴や心的外傷、あるいは精神分裂病症状とどのように関連しているかを検討する。

また、解離症状の評価尺度として日本語版として用いられているのはBernstein E. M.⁹⁾ の作成した解離体験尺度 (Dissociative Experience Scale; DES) だけである。臨床場面で多角的に解離症状を評価することの必要性を、われわれは感じていたため、Vanderlinden J.¹⁰⁾ らが作成した解離症状質問票 (Dissociation Questionnaire; DIS-Q) に注目し、今回、原著者の許可を得て日本語版を著者らが作成した。DIS-Qの精神分裂病患者におけるDESとの相関についても検討を加える。

対 象

対象は、1999年12月の一カ月間 (診療実日数 19日) に神戸大学医学部附属病院精神科外来を受診した全精神分裂病患者で、そのうち同意が得られたのは99名であった。このうち、同意を撤回したもの5名、検査の中断したもの3名、分裂感情障害とあらためて診断された1名を除き、最後まで検査を終了したものの90名 (男44名 平均年齢 39.9 ± 14.0 才 (17~67才), 女46名 平均年齢 37.8 ± 13.0 才 (19~63才)) を分析の対象とした。精神分裂病の診断は、国際疾病分類第10版¹¹⁾ (ICD-10) によった。診断は精神科臨床経験8年以上の、精神保健指定医がおこなった。なお、分裂感情障害は除外し、脳器質性疾患や重篤な身体疾患を合併するものはいなかった。

対象の平均罹患期間は 13.1 ± 10.8 年 (11カ月~38年)、入院回数は0回から17回まであり、平均入院回数は2.0回である。対象の年齢は、31-40歳が26人 (28.9%) と最も多く、次いで21-30歳が23人 (25.6%)、41-50歳が14人 (15.6%) である。結婚状況は、未婚が62人 (68.9%) と最も多く、既婚は22人 (22.4%)、離婚は4人 (4.44%) であった。教育レベルは、高校卒業が28人 (31.1%) と最も多く、次いで短大卒業が17人 (18.9%)、4年制大学卒業が11人 (12.2%) である (表1)。

ICD-10に従って分類した精神分裂病の病型は、妄想型 (F20.0) が30人 (33.3%)、残遺型 (F20.5) が20人 (22.2%)、破瓜型 (F20.1) が17人 (18.9%)、鑑

表1 対象者の年齢, 結婚状況, 教育レベル

人口学的状況		人数				
年齢	10-20	7	(7.8%)			
	21-30	23	(25.6%)			
	31-40	26	(28.9%)			
	41-50	14	(15.6%)			
	51-60	11	(12.2%)			
	61歳以上	9	(10.0%)			
結婚状況	未婚	62	(68.9%)			
	既婚	22	(24.4%)			
	同棲	2	(2.2%)			
	離婚	4	(4.4%)			
	死別	0	(0%)			
教育レベル	中学校卒業	4	(4.4%)	中学校中退	1	(1.1%)
	高校卒業	28	(31.1%)	高校中退	5	(5.6%)
	専門学校卒業	7	(7.8%)	専門学校中退	1	(1.1%)
	短大卒業	17	(18.9%)	短大中退	2	(2.2%)
	4年制大学卒業	11	(12.2%)	4年制大学中退	7	(7.8%)
	大学院卒業	3	(3.3%)	大学院中退	0	(0%)
	その他	4	(4.4%)			

表2 精神分裂病の病型分類

病型	人数
F20.0 (妄想型)	30 (33.3%)
F20.1 (破瓜型)	17 (18.9%)
F20.2 (緊張型)	8 (8.9%)
F20.3 (鑑別不能型)	14 (15.6%)
F20.4 (分裂病後抑うつ)	0 (0%)
F20.5 (残遺型)	20 (22.2%)
F20.6 (単純型)	0 (0%)
F20.8 (他の精神分裂病)	0 (0%)
F20.9 (精神分裂病、特定不能のもの)	1 (1.1%)

別不能型 (F20.3) が14人 (15.6%), 緊張型 (F20.2) が8人 (8.9%) である (表2)。対象の簡易精神症状評価尺度¹²⁾ (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) 平均得点は, 2.19 ± 0.68 (1.17~4.22) であった。

方 法

被験者に, 解離症状を評価する2つの質問表, 解離体験尺度 (Dissociative Experience Scale; DES)

と解離症状質問票 (Dissociation Questionnaire; DIS-Q) を渡し, 外来診察室で記入させた。被験者の主治医が, 精神分裂病の症状を評価する目的で簡易精神症状評価尺度 (BPRS) を記入した。

DESは解離症状を評価するためにBernstein E. M. ら⁹⁾ が作成した28項目からなる自己記入式質問表である。被験者は, 各項目にある特異的な解離ないし離人体験が生じる頻度についての設問に対して, 左端を0, 右端を100とした100ミリメートルの直線のアナログ・スケールの上に印を付けるという方法で答えるように求められる。左端からその印までの長さ (ミリメートル) をもって, その項目の得点し, 28項目の平均点をDES総得点として評価する。従って, 得点は0~100の間に分布することになる。このスケールは検査-再検査の信頼性が高く, 正常か異常かを大きく二分するさいの信頼性に優れ, 診断基準とも高い相関を示す。日本語版も作成されており, 解離性障害における信頼性, 妥当性が確認されている。

また, DESの下位項目として, 特異な解離の特性を評価できるようになっており, 研究者によって若干その選択が異なるが, 標準的には, 心因性健忘を項目3,

4, 5, 8, 25, 26で, 離人感・非現実感を項目7, 11, 12, 13, 27, 28で, 没入を項目2, 14, 15, 17, 18, 20の各平均点で評価できるようになっている。

DIS-QはVanderlinden J. ら¹⁰⁾が作成した自己記入式質問表であり, 今回原著者の許可を得て日本語版を著者らが作成した。(資料) これには63項目の解離体験に関する質問に加え, 心的外傷の体験の有無, 種類についての項目が含まれている。この63項目にはその体験について, 1=全くなし, 2=少し, 3=中くらい, 4=かなり, 5=非常から選んで回答するように作成されており, その総得点の平均を評価点とするものである。従って, 得点は0~5の間に分布することになる。DIS-Qも下位項目によって, 同一性混乱・分裂, コントロール喪失, 健忘, 没頭といった特異な解離の特性を評価できるようになっている。(各下位項目については資料の末頁参照)

精神分裂病患者の呈する精神症状について, 客観的な症状評価尺度として, 簡易精神症状評価尺度BPRSを用いた。BPRS原版はOverallとGorham¹³⁾によって作成され, 1995年に日本語版¹²⁾が作成された。これは, 18項目の精神症状についての質問票であり, 各項目についてその重症度を, 1=なし, から7=最重度までを治療者が評価することになっている。従って, 得点は0~126の間に分布することになる。精神科臨床場面でひろく使われ, 精神分裂病患者の症状評価にもよく用いられ, 精神症状全般を評価することが可能で, その信頼性も確認されている。

なお, 本検査に施行するにあたり, 本検査の趣旨と方法について文書を用いて被験者に説明し, 同意を得た。

結 果

1. 解離傾性

対象のDESの平均総得点は, 14.5 ± 14.4 (0~55.3)であった。DESの総得点は, 解離性障害のスクリーニングに用いられるが, 個々の項目の平均得点に過ぎ

ず症状評価には適さない^{9,14)}。そのため, PutnamはDESの各質問項目を心因性健忘, 離人感・非現実感, 没入の3つの下位尺度に分け, 解離症状の特徴を分析している。われわれも同様の下位尺度において分析した。

下位尺度1(心因性健忘)は 10.3 ± 13.9 , 下位尺度2(離人感・非現実感)は 14.3 ± 17.6 , 下位尺度3(没入)は 19.8 ± 18.5 であった。Wilcoxon検定を行った結果, 下位尺度3は, 下位尺度2と較べて有意($z=4.21, p<0.0005$)に, また下位尺度1と較べても有意($z=6.16, p<0.0005$)に高得点であった。下位尺度2は, 下位尺度1の得点よりも有意($z=2.87, p<0.05$)に高得点であった。一般に解離傾性は幼児期から高くなり8~12歳をピークとして低下すると考えられている。このため, 各下位尺度の得点と被験者の年齢との相関を検討したが, 有意な相関を認めなかった。さらに各下位尺度の得点は, 発症年齢・罹患期間との相関も認めなかった。

次に, 対象のDIS-Qの平均得点は, 1.83 ± 0.69 (1~4.43)であった。下位項目分類のDIS-Q1(同一性混乱・分類)の得点は 1.81 ± 0.77 , DIS-Q2(コントロール喪失)の得点は 1.94 ± 0.75 , DIS-Q3(健忘)の得点は 1.73 ± 0.65 , DIS-Q4(没頭)の得点は 1.86 ± 0.72 であった。DIS-Qの各得点は, 罹患期間と有意($\gamma=0.22, P<0.05$)に相関していたが, 年齢・発症年齢との相関は認められなかった。

DESとDIS-Qの総得点の得点分布を図1に示す。DESの総得点は, DIS-Qの得点と有意($\gamma=0.69, P<0.01$)に相関しており, さらにDESとDIS-Qの各下位項目間においてもそれぞれ高い相関が見られている(表3)

次にDESの得点が20以上のものを高解離群1(N=21)とし, 26以上を高解離群2(N=15)とした。一方, DIS-Qの得点が2.5以上のものは高解離群3(N=11)とし, これらを比較検討した。これは多くの研究者がDESでの解離性障害スクリーニングのカットオフ値を20⁹⁾ 25¹⁵⁾と報告しており, DIS-Q(原

表3 DESとDIS-Qにおける相関(Pearson γ)

	全 DIS-Q	DIS-Q1	DIS-Q2	DIS-Q3	DIS-Q4
全 DES	0.69*	0.65*	0.65*	0.69*	0.55*
DES 健忘	0.54*	0.49	0.52*	0.59*	0.36*
DES 離人感・現実感喪失	0.66*	0.66	0.59*	0.66*	0.50*
DES 没入	0.69*	0.63	0.66*	0.65*	0.63*

DIS-Q1=同一性混乱・分裂, DIS-Q2=コントロール喪失, DIS-Q3=健忘, DIS-Q4=没入
*相関係数は, 1%水準で有意(両側)

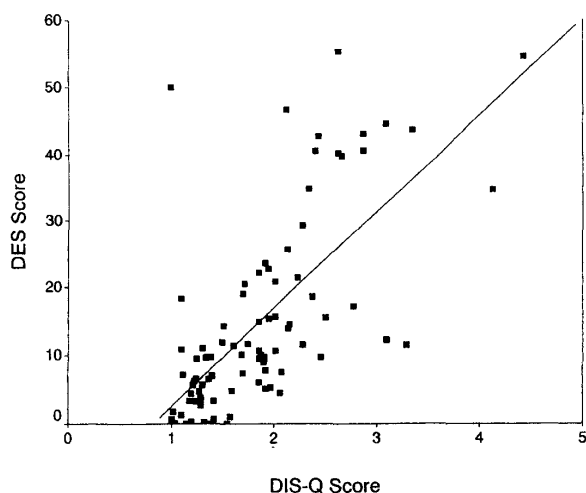


図1 DESとDIS-Qの相関（平均総得点）
 $(\gamma=0.69, p<0.01 \text{ Pearson } \gamma)$

版)のカットオフ値を2.5¹⁶⁾としていることによる。

まず、高解離群1 (N=21)を、DESの得点が低い方から抽出した21名(低解離群1)と比較した(表4)。

高解離群1のDESは 37.0 ± 11.0 であり、低解離群1のDESは 1.38 ± 1.45 であった。DIS-Q総得点は、高解離群1が 2.53 ± 0.78 、低解離群1が 1.24 ± 0.17 で、高解離群1が低解離群1よりも有意 ($t=7.45, p<0.0005$) に高値を示していた。年齢・発症年齢に有意差は認められなかった。高解離群1と低解離群1との間で、BPRS総得点には有意差は認められなかったが、各下位項目では項目15(不自然な思考内容)が高解離群1で有意 ($t=2.12, p<0.05$) に高値を示した。

次に、高解離群2 (N=15)を、DESの得点が低い方から抽出した15名(低解離群2)と比較した(表5)。高解離群2のDESは、 42.7 ± 7.04 であり、低解離群2のDESは 0.59 ± 0.80 であった。DIS-Q総得点は、高解離群2が 2.75 ± 0.82 、低解離群2が 1.22 ± 0.20 で、高解離群2が低解離群2よりも有意 ($t=7.08, p<0.0005$) に高値を示していた。発症年齢は低解離群2の方が有意 ($t=2.13, p<0.05$) に高かった。年齢に有意差は認められなかった。BPRSは総得点で有意差はなかったが、各下位項目では項目4(概念の統

表4 DESが20以上であった21人の患者(高解離群1)を、得点が低い方から抽出した21人の患者(低解離群1)と比較したもの

	高解離群1 (N=21)	低解離群1 (N=21)	統計的有意差
DES (平均総得点)	37.0 ± 11.0	1.4 ± 1.5	—
女性(人)	10	12	—
年齢(歳)	37.2 ± 13.1	38.1 ± 13.1	N.S.
発症年齢(歳)	24.6 ± 7.1	25.5 ± 6.05	N.S.
DIS-Q (平均総得点)	2.53 ± 0.78	1.24 ± 0.17	$df=22.0, t=7.45, p<.0005$
全BPRS	2.25 ± 0.73	2.06 ± 0.54	N.S.
(項目15)	2.95 ± 1.56	2.00 ± 1.34	$df=40, t=2.12, p<.05$

表5 DESが26以上であった15人の患者(高解離群2)を、得点が低い方から抽出した15人の患者(低解離群2)と比較したもの

	高解離群2 N=15)	低解離群2 (N=15)	統計的有意差
DES (平均総得点)	42.7 ± 7.0	0.59 ± 0.80	—
女性(人)	7	10	—
年齢(歳)	37.7 ± 13.7	39.2 ± 12.7	N.S.
発症年齢(歳)	22.7 ± 5.3	27.0 ± 5.7	$df=28, t=-2.13, p<.05$
DIS-Q (平均総得点)	2.75 ± 0.82	1.22 ± 0.20	$df=15.7, t=7.08, p<.0005$
全BPRS	2.32 ± 0.78	1.94 ± 0.47	N.S.
(項目4)	3.40 ± 1.84	2.13 ± 1.25	$df=28, t=2.20, p<.05$
(項目15)	3.13 ± 1.64	1.80 ± 1.08	$df=28, t=2.63, p<.05$

表6 DIS-Qが2.5以上であった11人の患者（高解離群3）を、得点が低い方から抽出した11人の患者（低解離群3）と比較したもの

	高解離群3 (N=11)	低解離群3 (N=11)	統計的有意差
DIS-Q (平均総得点)	3.16±0.61	1.05±0.05	—
女性 (人)	6	3	—
年齢 (歳)	39.1±13.9	38.5±12.6	N.S.
発症年齢 (歳)	21.7±4.9	27.0±4.9	df=20, t=-2.52, p<.05
DES (平均総得点)	38.7±13.5	8.2±15.1	df=20, t=4.99, p<.0005
全 BPRS	2.45±0.83	1.67±0.41	df=14.7, t=2.83, p<.05
(項目1)	2.81±1.08	2.00±0.63	df=20, t=2.17, p<.05
(項目2)	3.45±1.29	2.27±0.65	df=20, t=2.71, p<.01
(項目4)	3.82±2.04	1.73±1.00	df=14.6, t=3.05, p<.01
(項目10)	1.73±0.79	1.09±0.30	df=12.9, t=2.51, p<.05
(項目11)	3.09±1.87	1.36±1.21	df=20, t=2.58, p<.05
(項目12)	2.73±1.74	1.36±0.92	df=15.2, t=2.30, p<.05
(項目15)	3.64±1.69	1.27±0.47	df=11.5, t=4.47, p<.001

合障害)と項目15(不自然な思考内容)で、高解離群2が有意($t=2.20, p<0.05, t=2.03, p<0.05$)に高値を示した。

最後に、高解離群3(N=11)を、DIS-Qの得点が低い方から抽出した11名(低解離群3)と比較した(表6)。高解離群3のDIS-Q総得点は 3.16 ± 0.61 であり、低解離群3のDIS-Q総得点は 1.05 ± 0.05 であった。高解離群3のDES総得点は 38.7 ± 13.5 、低解離群3で 8.2 ± 15.1 で、高解離群3のほうが低解離群3よりも有意($t=4.99, p<0.0005$)に高値を示していた。発症年齢は低解離群3の方が有意($t=-2.52, p<0.05$)に高値であった。年齢に有意差は認めなかった。BPRSは総得点で有意($t=2.83, p<0.05$)に高解離群3が高値であった。BPRS下位項目においても有意差を認め、項目1(心気症; $t=2.17, p<0.05$)・項目2(不安; $t=2.71, p<0.01$)・項目4(概念の総合障害; $t=3.05, p<0.01$)・項目10(敵意; $t=2.51, p<0.05$)・項目11(猜疑心; $t=2.58, p<0.05$)・項目12(幻覚による行動; $t=2.30, p<0.05$)・項目15(不自然な

思考内容; $t=4.47, p<0.001$)でそれぞれ高解離群3が高値を示した。

2. 外傷体験

DIS-QはDESと異なり心的外傷についての設問があることが特徴の一つである。設問は、大きな身体のけが・身体的虐待・戦争・家族からの性的虐待・他人(家族以外)からの性的虐待・心が傷つけられるような育て方・その他、の7項目からなっている。対象90名において、心的外傷を有すると回答した者は54名、有しないと回答した者は36名であった。表7から表9において、心的外傷体験の有無とDES・DIS-Q・BPRSの得点との相関を検討した。

DES総得点では、心的外傷を有する群が、有しない群よりも有意($t=2.17, p<0.05$)に高値を示していた(表7)。DES下位尺度では離人感・非現実感の項目尺度で有意差($t=2.84, p<0.01$)が認められ、健忘、没入の2つの項目尺度では有意差はなかった。

DIS-Q総得点においても、心的外傷を有する群が有しない群よりも有意($t=2.19, p<0.05$)に高値を示

表7 DESの3つの下位分類と、心的外傷体験の有無との比較

	外傷あり (N=54)	外傷なし (N=36)	統計的有意差
全 DES	17.2±15.2	10.6±12.2	df=88, t=2.17, p<.05
DES 健忘	11.9±14.6	7.91±12.6	N.S.
DES 離人感・現実感喪失	18.1±19.7	8.65±11.9	df=87.3, t=2.84, p<.01
DES 没入	22.9±15.3	15.3±17.4	N.S.

表8 DIS-Qと4つの下位分類と、外傷体験の有無との比較

	外傷あり (N=54)	外傷なし (N=36)	統計的有意差
全 DIS-Q	1.96±.74	1.64±.56	df=88, t=2.19, p<.05
DIS-Q1 (同一性混乱・分裂)	1.95±.83	1.59±.64	df=88, t=2.22, p<.05
DIS-Q2 (コントロール喪失)	2.08±.79	1.74±.64	df=88, t=2.16, p<.05
DIS-Q3 (健忘)	1.84±.76	1.57±.50	N.S.
DIS-Q4 (没頭)	1.95±.72	1.73±.70	N.S.

表9 BPRSで外傷体験の有無を比較したもの

	外傷あり (N=54)	外傷なし (N=36)	統計的有意差
BPRS	2.20±.73	2.18±.60	N.S.
(項目 16)	2.54±1.04	3.11±1.17	df=88, t=-2.44, p<.05

していた(表8)。下位項目分類では、DIS-Q1(同一性混乱・分裂)、DIS-Q2(コントロール喪失)の項目で、心的外傷を有する群が有意($t=2.22$, $p<0.05$, $t=2.16$, $p<0.05$)に高値となった。

BPRS平均総得点では両群に有意差を認めなかった(表9)。BPRSの各下位項目では、項目16(情動の平板化)において心的外傷を有しない群が有意($t=-2.44$, $p<0.05$)に高値となった。

もっとも、すべての高解離群において心的外傷があるのではなく、また低解離群で心的外傷がないのではないが、 χ^2 検定を行なった結果表10に示したように高解離群には心的外傷を受けた割合が有意に多く、低解離群には少ないといえることができる。

3. 病型分類と心的外傷

最後にICD-10による精神分裂病の病型分類と、心的外傷の有無とおよび各病型におけるDES, DIS-Qの平均総得点を表11, 12に示す。心的外傷を有する群、心的外傷のない群の両群において、病型によるDES,

DIS-Qの総得点に有意差を認めなかった。また各病型において、心的外傷のある群とない群にDES, DIS-Qの総得点に有意差を認めなかった。すなわち、心的外傷の有無、解離傾性と、精神分裂病の病型との相関は認められなかった。

表10 解離群と外傷体験

	外傷あり (%)	外傷なし (%)	
高解離群 1 (N=21)	15 (72)	6 (18)	$\chi^2=7.71$ P<.05
低解離群 1 (N=21)	6 (28)	15 (72)	
高解離群 2 (N=15)	12 (80)	3 (20)	$\chi^2=5.4$ P<.05
低解離群 2 (N=15)	3 (20)	12 (80)	
高解離群 3 (N=11)	8 (73)	3 (27)	N.S.
低解離群 3 (N=11)	4 (36)	7 (64)	

高解離群1, 2では心的外傷を受けた割合が多く、低解離群1, 2には少なかった。高解離群3と低解離群には心的外傷の有無に有意差はみられなかった。

表11 DES得点を，精神分裂病の病型と外傷体験で分類したもの

病型	総数 (人数)	外傷あり (人数)	外傷なし (人数)
F20.0 (妄想型)	15.2±14.8 (30)	17.2±14.8 (21)	10.6±14.7 (9)
F20.1 (破瓜型)	15.8±15.6 (17)	19.2±17.7 (11)	9.54±8.75 (6)
F20.2 (緊張型)	18.4±16.1 (8)	19.3±18.5 (6)	15.9±9.00 (2)
F20.3 (鑑別不能型)	13.1±12.9 (14)	15.6±11.8 (6)	11.2±14.2 (8)
F20.4 (分裂病後抑うつ)	— (0)	— (0)	— (0)
F20.5 (残遺型)	12.0±14.2 (20)	14.9±16.5 (9)	9.66±12.3 (11)
F20.6 (単純型)	— (0)	— (0)	— (0)
F20.8 (他の精神分裂病)	— (0)	— (0)	— (0)
F20.9 (精神分裂病、 特定不能のもの)	11.0 (1)	11.0 (1)	— (0)

各病型において，外傷あり群と外傷なし群との間の統計的有意差はない。また，外傷あり群と外傷なし群において病型間での有意差も認められなかった。

表12 DIS-Q得点を，精神分裂病の病型と外傷体験で分類したもの

病型	総数 (人数)	外傷あり (人数)	外傷なし (人数)
F20.0 (妄想型)	1.91±0.69 (30)	2.00±0.65 (21)	1.70±0.78 (9)
F20.1 (破瓜型)	1.93±0.54 (17)	2.07±0.59 (11)	1.67±0.36 (6)
F20.2 (緊張型)	1.93±1.04 (8)	1.96±1.23 (6)	1.86±0.00 (2)
F20.3 (鑑別不能型)	1.61±0.57 (14)	1.67±0.56 (6)	1.56±0.62 (8)
F20.4 (分裂病後抑うつ)	— (0)	— (0)	— (0)
F20.5 (残遺型)	1.78±0.74 (20)	2.00±0.93 (9)	1.60±0.52 (11)
F20.6 (単純型)	— (0)	— (0)	— (0)
F20.8 (他の精神分裂病)	— (0)	— (0)	— (0)
F20.9 (精神分裂病、 特定不能のもの)	1.30 (1)	1.30 (1)	— (0)

各病型において，外傷あり群と外傷なし群との間の統計的有意差はない。また，外傷あり群と外傷なし群において病型間での有意差も認められなかった。

考 察

1. 精神分裂病と解離傾性

本研究では精神分裂病患者90名に対して、DES、DIS-Qという二種類の解離症状の質問票を用いた。精神分裂病患者のDES得点についてはBernstein E. M. ら⁹⁾の調査でDES平均総得点は20.63 (N=20)、Carlson E. B. ら¹⁷⁾の多施設研究で20前後 (N=59)、Ross C. A. ら¹⁸⁾で14.34 (N=83)、Putnam F. W. ら¹⁹⁾で17.6±16.0あり、今回の結果14.5±14.4とほぼ一致している。本研究と同様に、日本語版DESをもちいたUmesue M. ら²⁰⁾では9±7 (N=16) で本研究よりやや低値である。これは対象数が少なく、確定診断以前の、初診患者を対象にしていることによるかもしれない。Vanderlinden J. ら¹⁰⁾は精神分裂病患者におけるDIS-Qの平均総得点は2.0±0.6 (N=31) と報告しており、今回の結果1.83±0.69とほぼ一致している。

また、結果で示したようにDESとDIS-Qとの間には高い相関が見られた。これは、DIS-Qの原著者であるVanderlinden J. ら¹⁰⁾の結果とほぼ一致している。彼らの調査対象は、一般人口を含まない精神科患者であるが、疾病構成は明らかにされておらず、われわれの対象は精神分裂病患者のみである。従って、他疾患の患者、一般人口に適用であるかどうかは進行中の研究の結果を待たねばならない。しかし、少なくとも本研究での対象である精神分裂病患者の解離傾性を解析するのにDIS-QおよびDESともに有用な検査法であることは明らかである。

さらに、図2に示したように精神分裂病における解

離症状の分布は、健常群と疾患群をあわせてDESの分布を示したBernstein E. M. ら⁹⁾の研究と同様に、多数の低解離群と少数の高解離群の2群に分類できると考えることができる。これは、一般人口中に見られる分布パターンとほぼ一致している。対象群の高解離群の割合は、DESのカットオフ値を20とすると24%、25とすると17%となり、DIS-Qでは12%となる。精神分裂病における高解離群の割合についての先行研究はないが、一般人口における高解離群はDESを用いた研究で3～10%、DIS-Qを用いた研究では1～3%にみられるとされており、精神分裂病患者の中には高解離群が存在し、一般人口における割合より大きいことが推測される。

DESの下位尺度についての結果は、没入 (19.8±18.5) > 離人感・非現実感 (14.3±17.6) > 健忘 (10.3±13.9) となっている。Ross C. A. ら²¹⁾の一般人口 (N=1055) に対するDESの下位尺度分析でも同様である。また、Goff D. C. ら²²⁾の強迫性障害患者 (N=100) での解析では、没入 (12.8±11.5) > 離人感・非現実感 (8.9±9.9) > 健忘 (7.6±10.8) となっている。また、Dubester K. A. ら²³⁾は、解離性障害病棟に入院している多重人格障害 (MPD)、特定不能の解離性障害 (DDNOS)、および解離症状を有するうつ病・不安障害・パニック障害・摂食障害・境界性及び自己愛性人格障害・物質乱用障害・虚偽性障害の患者など78名に対してDESの下位尺度分析を行っている。これによれば没入 (54±25) > 離人感・非現実感 (48±27) > 健忘 (38±30) であったという。これらの結果から、精神分裂病患者のDES下位尺度の順位は、一般人口、他疾患と同じく没入 > 離人感・非現実感 > 健

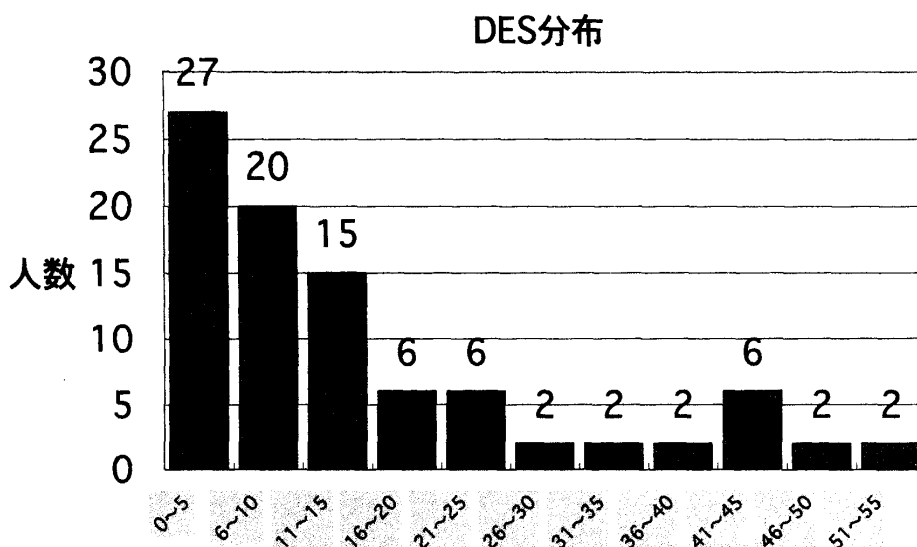


図2 精神分裂病患者90人のDES得点分布
DES総得点
一般人口や他の精神疾患と同様、多数の低解離群と少数の高解離群とに分布している。

忘となっており、精神分裂病に特異なパターンは存在しないと考えられる。ただ、これら下位尺度の値は、強迫性障害患者よりも高く、解離性障害群よりも低いといえる。今回の対象となった精神分裂病患者と一般人口との比較では、Ross C. A.ら²⁰⁾の報告がDESの下位項目の選択が他研究と一致しないので単純比較はできないが、没入がほぼ同じ水準にあって、離人感・非現実感、健忘がやや高値であると推測される。

DIS-Qの下位項目分類についての検討は、Vanderlinden J.ら²⁴⁾が、解離性同一性障害、特定不能の解離性障害、境界性人格障害、心的外傷後ストレス障害、摂食障害、強迫性障害、正常群との比較検討のなかで取り上げているに過ぎない。その中で精神分裂病患者のDIS-Qの下位項目分類の各得点はDIS-Q 1 (同一性混乱・分類) 2.0 ± 0.7 , DIS-Q 2 (コントロール喪失) 2.1 ± 0.6 , DIS-Q 3 (健忘) 1.9 ± 0.6 , DIS-Q 4 (没頭) 2.5 ± 0.8 と報告している。本研究との比較は単純にはできないが、本研究の方が全般的にやや低値で、とくに没頭において顕著であるといえよう。今回、われわれが新たに作成したDIS-Q (日本語版)の特性に基づくのか、対照群の特性によるものか本研究の範囲では不明であった。現在進行中の、健常群、他疾患との比較検討を通して信頼性、妥当性検定の結果を待たねばならない。

また、彼は、これらの下位項目について、DIS-Q 1 (同一性混乱・分裂)は非現実感および離人体験と関連し、DIS-Q 2 (コントロール喪失)は行動、思考、感情の制御がうまくいかない状況と関連しており、また、DIS-Q 4 (没頭)は過度に心がとらわれ集中している状態、催眠において重要な役割があると述べている。従って、DESの没入とDIS-Q 4 (没頭)、DESの離人感・非現実感とDIS-Q 1 (同一性混乱・分裂)、DESの健忘とDIS-Q 3 (健忘)とはほぼ同じ内容を意味している。

本研究において、DIS-Qの下位尺度が、DIS-Q 2 (コントロール喪失) > DIS-Q 4 (没頭) > DIS-Q 1 (同一性混乱・分裂) > DIS-Q 3 (健忘)となっており、単純な比較はできないものの、DESにないコントロール喪失の項目を除けば、DESと同様の結果であった。このことから、精神分裂病患者においてDESとDIS-Qは下位尺度においても、ほぼ一致しており、DIS-QはDESと同様に解離傾性の解析に有用であるといえる。

小括

○精神分裂病患者のDES平均総得点は先行研究とほぼ同様であった。

○精神分裂病患者においても、健常群や他疾患群と

同様に解離傾性を認め、解離傾性の分布は小数の高解離群と多数の低解離群によって形成されている。

○精神分裂病患者における高解離群の割合は一般人口よりも高いと推測される。

○DESの下位尺度のパターンらは精神分裂病に特異性は存在しないが、その値は、強迫性障害患者よりも高く、解離性障害よりも低く、また一般人口よりもやや高値であると推定される。

○精神分裂病においてDESとDIS-Qには強い相関があり、精神分裂病患者の解離性を解析するのにDESと同様にDIS-Qは有用な検査法である。

2. 解離傾性と精神症状の関連についての検討

前章で述べたように、精神分裂病患者にも他の精神疾患、一般人口と同様に低解離群と高解離群をみとめた。精神分裂病患者において、これらの群を決定している因子はどのようなものであろうか。精神分裂病患者の呈する精神症状との関連について検討する。

低解離群と高解離群についての明瞭な定義はない。しかし、多くの研究者は解離性障害を他の精神障害から鑑別するためのDESのカットオフ値を $20^{9)}$ $25^{15)}$ としており、解離性障害の中でも特に解離性同一性障害との鑑別のためのカットオフ値を $30^{17)}$ としている。このことから、本研究では高解離群をDES総得点が20以上のものを高解離群1 (N=21)、26以上を高解離群2 (N=15)とした。一方、Vanderlinden J.ら¹⁶⁾はDIS-Q (原版)での解離性障害のカットオフ値を2.5 (敏感度91%・特異度97%)としているため、本研究でも2.5以上のものを高解離群3 (N=11)とした。また、高解離群それぞれに対応し、得点の低いものから同数のサンプルをとり、これを低解離群1、低解離群2、低解離群3とした。

これらの各高解離群-低解離群のセットについて、内部整合性を確認するために、その各群の特性を、DIS-QあるいはDESで検討した。高解離群1-低解離群1でDIS-Qは高解離群1が有意に高値であり、高解離群2-低解離群2でもDIS-Qは高解離群2が有意に高値であった。また、高解離群3-低解離群3ではDESで高解離群3が有意に高値であった。これによって、各群の内部整合性が保たれていると判断した。

次に、各高解離群-低解離群について、精神分裂病患者の精神症状との関連を検討した。精神分裂病患者の呈する精神症状について、客観的な症状評価尺度として、簡易精神症状評価尺度BPRSを用いた。

全ての高解離群-低解離群のセットで、BPRSの総得点には有意差は見られなかった。しかし、BPRSの各項目について検討すると、全てのセットで項目15に

有意差がみられた(表4)。この項目は不自然な思考内容を評価する項目である。「通常では見られない、奇妙、奇怪な思考内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、全ての妄想」の存在、と同時に妄想性および非妄想性のものを含め離人症状を評価することになっている。従って、精神症状全般では差異を認めなくとも、離人症状あるいは何らかの固定的な妄想的確信が、高解離群では認められやすいと言える。

さらに、高解離群2-低解離群2では、BPRSの項目15に加えて、項目4で有意差を認めた(表5)。この項目4は概念の統合障害を評価するもので、思考形式の障害、思考の集中が可能かどうか、注意散漫、迂遠、連合弛緩などの程度を評価している。

また、高解離群3-低解離群3では、BPRSの項目4,15に加えて、項目1,2,10,11,12が高解離群が低解離群に比べて有意に得点が高かった(表6)。項目1は心気的な訴えについて評価する。項目2は不安、過度の懸念、恐怖といった主観的体験、言語的訴えについて評価するが、その中には些細な事柄への過度の懸念や特定の状況に関連した不安を含んでいる。項目10は他者に対する敵意、軽蔑、面接場面外のイライラ、攻撃的行為を評価する。項目11では他者からの悪意や妨害的、差別的待遇の存在への確信から妄想気分までを含め評価し、項目12は幻覚を評価することになっている。

ここで述べた、BPRSの諸症状は精神分裂病患者にはしばしば認められる症状ではあるが、同時に心的外傷後ストレス障害にもみられる症状である。項目2の不安、恐怖、些細な事柄への過度の懸念や特定の状況に関連した不安、項目12の幻覚は再体験症状として、項目4の概念の統合障害、項目11の他者からの悪意や妨害的、差別的待遇の存在への確信、項目15の離人症状などは回避・マヒ症状として、項目1の心気症状、項目10の他者への敵意、イライラ、攻撃的行為は過覚醒症状としてとらえることが可能である。もちろん、これらの下位項目の症状すべてが心的外傷に由来するだけではなく、精神分裂病性のもも含まれているであろう。しかし、低解離群よりも高解離群にこうした心的外傷に由来することのある症状が有意に多いことは注目に値する。

また、高解離群2-低解離群2および高解離群3-低解離群3のセットにおいて、各高解離群では対応する各低解離群に比べて、発症年齢が有意に低くなっている。一般に解離傾性は8から12歳でピークに達することが知られている。解離は心的外傷から自己を防御する、一種の防御機制である。高解離群は、素因によ

て解離傾性が高く維持されているとみられるのみならず、発達上のピークを過ぎても、この防御機制を持続的に持ち続ける必要のある群すなわち心的外傷を受傷しやすいあるいは心的外傷を持続的に保持している群であると考えられることもできる。こうした、心理的、物理的ストレスが精神分裂病の脆弱性を強化するといわれているが²⁵⁾、この心的外傷が精神分裂病の発症準備性を高め、一方解離傾性が弱体化しはじめる比較的若い年齢で発症を招くのかもしれない。あるいは、若年者に優位な解離という防御機制が成長に伴って弱体化し破綻するとき、次なる防御戦略としての精神分裂病を発症するといえる²⁶⁾のかもしれない。

小括

○高解離群ではBPRSの項目15、項目4など、心的外傷後ストレス障害に認められるような症状において高値を示す。

○高解離群では発症年齢が有意に低い。

3. 精神分裂病と心的外傷について

前章までの議論をふまえて、精神分裂病と心的外傷について検討する。

DIS-Qの心的外傷についての設問から、心的外傷の有無を検討できる。結果に述べたように、DES総得点、DIS-Q総得点においても、心的外傷を有する群が、有しない群よりも有意に高値を示しており(表7,8)、DES下位尺度では離人感・非現実感の項目尺度で有意差が認められ、DIS-Q下位項目分類では、DIS-Q1(同一性混乱・分裂)、DIS-Q2(コントロール喪失)の項目で、心的外傷を有する群が有意に高値となった。また、BPRSの各下位項目では、項目16(情動の平板化)において心的外傷を有しない群が有意に高値となった。精神分裂病患者においても、心的外傷を有する患者は解離傾性が高いと判断できる。これは、Ross C. A. ら¹⁸⁾が精神分裂病患者のうち、児童期に身体的あるいは性的な虐待を受けた患者にDES得点が高いと報告したことに一致している。また一般人口において、心的外傷のある群に解離傾性の高く²⁷⁾、他の精神疾患においても心的外傷と解離傾性との相関は認められており、精神分裂病においても同様に考えることができよう。

もっとも、心的外傷のある全ての患者が高解離群ではない。高解離群の中に心的外傷のないと答えたものもいるし、心的外傷があると答えたもの(N=54)のうちで、低解離群に分類されるものも少なくはあるが存在する(表10)。従って、心的外傷だけが高い解離傾性をもたらすのではなく、他の要素の関与も考えられる。とはいえ、心的外傷の関与の解離傾性への関与

が否定されるものではない。

また、心的外傷のある群でDES下位項目の離人感・非現実感項目およびこれに相当するDIS-Q1（同一性混乱・分裂）が有意に高値であったことは、高解離群1, 2, 3において離人症状を評価するBPRSの項目15が低解離群よりも高値であったことと同一の現象であろう。また、心的外傷のある群でDIS-Q2（コントロール喪失）すなわち、行動、思考、感情の制御不全についての下位尺度が有意に高値であったが、このことと高解離群2, 3で概念の統合障害、思考形式の障害、思考の集中などを評価するBPRSの項目4が高値であったのとはほぼ同一の現象を示していると考えられる。

ところで、心的外傷のある群をない群とのBPRSの下位項目で有意差を認めたのは、心的外傷のない群における項目16、すなわち情動の平板化であった。この項目は、感情緊張の低下、あるいは感受性や興味、関心の欠如、自発性の低下、無関心、状況や思考内容に不適切な感情表現、すなわち一般的には陰性症状と表現される症状を評価するものである。対象とした精神分裂病患者のうち心的外傷のない群ではある群に比較して、陰性症状が有意にみられるということができよう。Ross C. A.ら¹⁸⁾は、児童期に身体的あるいは性的な虐待を受けた精神分裂病患者では、うけなかった患者よりもシュナイダーの一級症状の出現率が高く、陽性・陰性症状評価尺度²⁸⁾ (Positive and Negative Symptoms Scale; PANSS)における陽性症状のスコアが有意に高いと報告している。今回、われわれはPANSSを用いてはおらず、単純比較はできないが、彼らの論文では虐待を受けなかった群で陰性症状が有意に高値であることも報告しており、われわれの結果と一致していると考えられる。

小括

○精神分裂病患者においても、心的外傷を有する患者は解離傾性が高い

○精神分裂病患者の中で心的外傷のある群では心的外傷のない群より、離人感、非現実感および行動、思考、感情の制御不全が生じやすい。

○精神分裂病患者の中で心的外傷のない群では心的外傷のある群より、情動の平板化、感情緊張の低下、感受性や興味、関心の欠如などいわゆる陰性症状が生じやすい。

4. 精神分裂病における解離症状の精神病理学的考察

さて、臨床場面で、精神分裂病患者にみられる精神分裂病症状と解離症状を鑑別することはその現象学的記述からだけでは鑑別が困難なことが多く²⁹⁾、その症状発現の契機や状況、縦断的な経過、成育歴などを考

慮して鑑別にいたることがしばしばある。

本研究では精神分裂病症状の現象学的記述ではなく、BPRSによる客観的評価を用いたが、ここで対象症例の中にみられた解離症状を検討する。

a. 離人症状と非現実感

本研究で、高解離群の中には、離人症状あるいは何らかの固定的な妄想的確信が、また、心的外傷を受けた群にも離人症状あるいは非現実感を有意に認めることが明らかとなった。

離人症状は古典的には、「身体についての離人症」、「外界に対する離人症」、「自己感覚についての離人症」に大別されるが、米国精神医学では、この中の「身体についての離人症」「自己感覚についての離人症」を合わせて離人症といい「自分が自分の精神過程または身体から離れて外部の観察者になったかのような自己の知覚または体験の変化」(DSM-IV)と定義し、これとは別に「外界にたいする離人症」を、非現実感といい「外的世界の知覚または体験が変化して、それが奇妙に、または非現実的に見えること」(DSM-IV)と定義している。こうした離人症状は、精神分裂病にかぎらず、解離性障害、うつ病、PTSD、心気症、薬物乱用、パニック障害または側頭葉てんかんなどの疾患や、健常者にも一過的に認められる。ありふれた症状である上、訴えの表現が多岐にわたり、見逃されやすい。

離人症状は思春期にはじまる精神分裂病の前駆期にしばしばみられ、離人症状の消退とともに精神分裂病の発症に到ることが知られており、自我の精神分裂病性崩壊の防波堤として機能していることが認められている。一方、強い心的外傷の受傷に際して、離人症状が認められることもよく知られている。すなわち、精神分裂病性にせよ心的外傷性にせよ、離人症状は外界の刺激による自我の損傷に対する一種の防衛機制である。しかし、重症・病的な離人症に対しては、患者は苦悶を感じ、日常生活機能が障害される。そのため、離人症においても自傷行為や自殺企図がしばしば随伴する。

症例 S.H (症例番号20)

初診時15歳の男性で、本研究時19歳であった。DES=55.3 (健忘=19.5, 離人感・非現実感=81.2, 没入=45.7), DIS-Q=2.63 (DIS-Q1=2.48, DIS-Q2=3.17, DIS-Q3=2.50, DIS-Q4=2.50)で高解離群に分類された。初診時の主訴は「自分の考えが他人に、以心伝心で伝わってしまう」「眠れない」というものであった。

父親は寡黙で、熟練機械工であり、3歳年長の姉がいる。母親は社交的な人であったらしいが、患者が9歳の時に男性

と出奔し、離婚した。それ以後、時折衣服などを郵送してきたが、連絡先はわからなかった。

父親は朝早く出勤し、帰りも遅かったので、日常生活はほとんど自分で行っていた。食事は学校給食と市販の弁当や総菜ですませ、中卒後就労した姉は徐々に家に帰らなくなった。洗濯はあまりせず、衣服も同じものを来ていることが多く、家の中はほとんど掃除されていなかった。中学卒業後、定時制高校に進学、就労したが長続きしなかった。次第に自宅に引きこもり、登校しなくなって、心配した担任教諭が自宅訪問しうずくまっている患者を発見し、言動がおかしいので一緒に来院した。

精神分裂病と診断し、父親を呼び説明し、入院加療した。少量のhaloperidolで以心伝心は消退し、約1カ月で退院し、外来通院となった。入院中より、「自分がしていることが、本当に自分がしているのか、よくわからない」「時々、以前にお父さんが怒鳴っていた声が聞こえる」と離人感、幻聴を訴えたが、薬物に反応はなかった。

18歳時、姉の独立とともに同級生との関係が悪くなり大量服薬した。このため入院し「生きている感じがわからない。自分の時間と周りの時間の流れが違って、周りから自分だけが浮き上がっているように感じて、寂しくて怖かった」と苦悶して離人感が強まったことを語り、「お父さんの昔の声が耳に何度もきこえて苦しかった」ので薬を飲んだと語った。

患者との治療面接では、母親の出奔や離婚、その後の生活困難が話題になることはあまりなかったが、DIS-Qの「心が傷つけられるような育てられ方」の項目にチェックを入れていた。

幻聴体験は、要素的で、常に同じ内容で、心理的にやや追いつめられたときにふと突然に侵入してくるものであった。Steinberg M.⁸⁾は、フラッシュバックを非現実感に含めている。フラッシュバックは、過去の外傷が断片的要素的に意識に侵入する症状であるが、これを体験しているときには、外界の認知や時間感覚が歪められることが多い。Kluft R. P.³⁰⁾はフラッシュバックを1)外傷的なできごとの生々しい夢あるいは悪夢、2)目覚めてもまだその夢の影響下において、現実に戻るのが困難なほど生々しい夢、3)現実との接触が失われる場合も、失われない場合もあるが、様々な様式の生々しい幻覚を伴う侵入的な回想を経験する意識しうるフラッシュバック、4)外傷的なできごとの再生あるいは反復につながるような、突発的、断続的な経験の無意識的なフラッシュバックに分類しているが、この内の3)、4)に合致した聴覚性フラッシュバックと考えられた。

中井³¹⁾は、分裂病の経過中にみられる幻聴について論述し、分裂病性幻聴のなかに、これとは異質なPTS

Dなどにみられるような聴覚性フラッシュバックが混在し、その起源が入院時の乱暴な対応であったことが明らかになっての症例について述べている。精神分裂病性の幻聴についての議論は多々あるが、ここでは、梶谷³²⁾のまとめにとどめておく。すなわち、精神分裂病性幻聴の特徴は、対話という形式であっても、意思の疎通は一方通行で、幻聴の他者に病者の内面が常に見透かされており、感覚性が漠然としていても意味内容がはっきりしており、人の声に似ているが声ではない何かであり、際立った確信性に支えられており、他の病的体験との関連が密接である。すなわち、精神分裂病者の幻聴の現象学的特徴は、その形式的側面では、幻聴の他者は分裂病者の考えを見抜き、一切の秘密を持たせない、一方通行的関係にあって、相互的な対話的關係をもてないのといわれている。症例の幻聴体験は、要素的で、意味性よりも感覚性が明瞭であり、幻聴の他者は父親に定位されて動かないことなどから、精神分裂病性幻聴というよりは、聴覚性フラッシュバックと考えられる。

b. 概念の統合障害、あるいは行動、思考、感情の制御不全

本研究では、心的外傷のある群で、行動、思考、感情の制御不全が有意にみられ、また高解離群2、3で概念の統合障害、思考形式の障害、思考の集中などを評価するBPRSの項目4が高値であった。

このBPRSの項目4は、連合弛緩、滅裂思考、思考途絶など精神分裂病に特異的な症状として理解されている思路障害を評価するが、加えて思考の集中、あるいは思路の乱れなども同時に評価する。すなわち、必ずしも精神分裂病のみならず、感情障害、神経症圏内の疾患あるいは脳器質性疾患などに認められる症状をも評価するものである。たとえば、心的外傷後ストレス障害で過覚醒症状のために集中困難が生じ、思路障害が生じたり、特定の話題になると会話の統合性が下がったり、会話がとぎれたりすることはしばしば認められることである。

Braun B. G.³³⁾は解離する要素を行動behavior、感情affect、感覚sensation、記憶knowledgeの4つにわけ、この要素のすべてあるいはそのいくつかが統合を失った状態として解離症状を説明した。(BASK model)例えば、感覚の統合性の歪みでは離人感あるいは非現実感という症状が生じ、感情・感覚・行動・記憶を含む解離では、解離性健忘、解離性遁走、あるいは交代人格現象が生じるとする。思考は感情、感覚、記憶の総体としてなされるものであるから、解離症状としての思路障害が生じうるのである。

ちなみに、解離されたものはいつまでも解離されたままではなく、様々な契機で主体に回帰する。それがフラッシュバックであり、外傷後ストレス障害の侵入症状や、幻聴である。主体への回帰はこの4つの要素のうちの一つである場合も複数の組み合わせの場合もある。前項で検討した症例の聴覚性のフラッシュバックはこのモデルにしたがえば、感覚と記憶が回帰したものととらえられる。

症例 O.K (症例番号51)

初発18歳の女性で、本研究時39歳であった。DES=39.9 (健忘=36.8, 離人感・非現実感=30.5, 没入=61.8), DIS-Q=2.67 (DIS-Q 1=2.64, DIS-Q 2=2.61, DIS-Q 3=2.71, DIS-Q 4=3.33) で高解離群に分類された。心的外傷項目には記載がなく、心的外傷のある群には分類されなかったが、高校時代の執拗ないじめ体験、強迫性障害の妹からの攻撃、発病後の入院生活での患者間の諍いなどが治療面接の中で話されている。

初発時、中部地方にある4年生大学の学生であったが、入学後、集中困難、幻聴、被害関係妄想のために大学病院受診し精神分裂病と診断され、入院加療を受けた。大学は2年次に退学し、その後2-3カ月から1-2年の入退院を6回繰り返していた。

36歳時、前病院を退院して3カ月目に転居のために当院を初診となった。紹介状には精神分裂病の診断とともに、基底気分の不安定について注記があった。患者は、対人緊張が強く俯いて歩行し、視線を合わせず会話する。家人や治療者以外には関係がとりにくい。37歳時、地域デイケアへの参加を試みたが、うまく参加できなかった。その後、来院してデイケアの様子を語りだしたが、「集団の中に入るとすごく緊張する」といったきり黙り込み、ぼんやりして様子でいたが、突然、以前入院した病院での入院患者間や看護者間の諍いの話題に飛び、涙を流しはじめたかと思うと、次には高校時代に級友に取り囲まれてものがいえなくてなじられた体験をまともなく語りはじめた。

この外来面接のあと、基底気分が不安定となり、軽躁と軽鬱の混合状態となり、対人緊張、恐怖感、不眠を呈し、3カ月間の入院治療となった。気分が安定化した頃に、昔のことを思い出すと頭の中が混乱して、今と昔を混同してしまうことが語られた。

こうした、ある体験の想起やある言葉をきっかけに落ちていた精神分裂病患者の精神症状が悪化することを、新海ら³⁴⁾は賦活再燃現象として記述しているが、この症例でみられたことも同様の現象であろう。彼らは心的外傷をその概念の中に取り入れてはいないが、本症例に見られるように現在の集団の体験が、以

前の集団の体験を連想させ、同時に当時の感情体験を想起させ、それがさらに過去の体験の想起を連鎖的に引き起こすことは、類似の心的外傷を繰り返し体験した心的外傷後ストレス障害の患者にはしばしばみられることである。過去の体験の想起によって、思路の統合障害、感情の易変性が生じるのは必ずしも精神分裂病だけによるものではなく、心的外傷による解離症状によって生じている可能性がある。しかし、そこで生じた精神運動興奮が一時的ではなく持続的となるのは、こうした心的外傷の想起による刺激や興奮が、精神分裂病の再燃再発過程を発動させるのかもしれない。

c. その他の解離症状

i. 健忘、遁走

本研究の対象となった患者には見られなかったが、健忘や遁走が精神分裂病に見られることがある。例えば急性期の精神運動興奮状態を経過してきた場合、そのエピソードが健忘されていることは希ではない。しかし、精神分裂病患者ではそれが急性期エピソードの期間に限定されることが多く、軽度の意識障害によるものとされており、解離症状としての健忘が存在するかは疑わしい。本研究においても、二つの解離傾性の質問紙票の下位分類で健忘は常に低得点であった。

また、永田²⁹⁾は分裂病者に解離が重畳し、遁走を呈した例を報告し、神経症者が遁走からの回復後、困惑状態を示し心的加工するのに対し、分裂病者では遁走終息後にも「平然」としている印象があると述べている。

ii. 交代人格現象について

本研究の対象となった患者には見られなかったが、解離性同一性障害(多重人格障害)にみられる交代人格現象が、精神分裂病患者においてもしばしば報告されている。

古典的な定義に従えば、人は知覚、思考、感情、意思が能動的に自身から発するものとして体験され、外界から独立した存在であり、自己は単一であり、時間軸において同一であるという自我意識を持つ。そうした自我意識によって、人は一つの自我同一性を保ち、時間的、空間的、社会的な内容を伴った存在として自分自身を認識することができる。通常的人格は、一つの自己同一性、すなわち一人の「私」からなる。複数の自己同一性をもち、すなわち複数の「私」が全体として一つの人格を構成しているのが解離性同一性障害である³⁵⁾。

こうした複数の人格の一つ一つを交代人格という。Putnam F. W.³⁶⁾は「交代人格とは、ある優位感情と身体イメージを含む自己感覚をめぐって組織された

意識が高度に分立しているが、各々の行動の種類は限られており、その状態に結び付いた記憶を持っている状態」と定義している。Kluft R. P.³⁷⁾は「持続的で堅固な自己感覚を持ち、刺激に反応する際の行動と感覚に一貫した特徴的パターンを示すようなものである。交代人格は、機能と感情的反応、およびその人格が存在する根拠となる生活史を必ず持っている」と述べている。すなわち、それぞれの交代人格はそれぞれの成育史をもち、特定の機能を発達させ、特定の状況への行動や感情反応は一定しており、真の交代人格は、時間を通して、また広範囲の状況にわたって驚くほど一貫性のある持続的な存在であるというPutnam F. W.³⁸⁾。

一方、精神分裂病における人格交代現象は憑依妄想であることが多い。自我同一性は保たれながら自己とは異なる他者がとりついているという妄想である。解離性では精神分裂病性とは異なり自我同一性が失われ健忘を残すことが多い。また、精神分裂病性では対象との間になんらかの関係妄想が存在し、妄想対象との同一化、取り入れがみられることがある。時にみられる二重見当識は、一つの対象に対して妄想的意味づけと現実の正確な認識が併存している状況であり、自己の擬複数化と考えることができよう。すなわち、精神分裂病患者の体験する世界の亀裂が深刻化し自己の解体、断片化が進行したときに、その世界の矛盾を埋めるような別の擬人格状態が存在することになる。こうした別人格は分裂病性の妄想的世界を持つが、その人格の一貫した生育歴や機能などはもたず、出自の状況や理由を尋ねても曖昧であったり非現実的で妄想的なものである。

三田ら³⁹⁾は分裂病にみられた多重人格の病理として、とくにその「声変わり」現象を取り上げ、そこに言語装置の自動性、衝動性をみとめ、その顕現化の要因としての他者所属感に相当する現象、すなわち幻聴や人格交代現象などを合わせ持つ概念として、Clerambeaultの精神自動症をあげている。

また、安永³⁹⁾は分裂病の一部にみられる一見憑依現象のような症状について考察している。かれは分裂病の障害が体験空間の対象極側にあられるタイプ(A-f-F型)と自極側にあられる(E-eB型)の二大系統があることを前提として、E-eB型では本来自極(A)において、体験空間において一致していたはずの現象学的自極(e)と自我図式(E)が分裂し、eの上手にEが滑り出る「Eの背方化」と呼ぶ現象が生じるとする。自極に近いところで主体の行動を規定している自我図式をさらに極自我(Epol)、アイデンティティ自我(Eidt)、役割自我(Erol)、象徴自我(Esym)の層

に分解し、分裂病型偏位に程度にしたがってこの順序で自我図式が偏位し、eの背方に滑り出る。ファントム機能障害によって自極と下手図式との一致の「仮に」性が失われると、下手図式がそのまま自極になったに等しい事態「表象の擬自極化」が生じる。こうした中でEpol-Eedtが背方化しErolが擬自極化したときに、実質的な「人格的存在」によるさせられ、のっとられる機能様相になり、その背後の人格は他者性を帯びるので他自我図式イメージに融合、交流する。この背方空間の中にeははめ込まれたかのように存在する。ここに擬憑依の生成をみることができるといふ。

安永は「擬憑依」を、一過性で、集中性の乏しい、形態的にぼんやりしているとその特徴のべているが、酒井ら⁴⁰⁾は憑依状態の性質がこれとは異なり、さらに心因的存在、ロールシャッハテストの結果からヒステリー性病態を呈した分裂病症例を示し、ヒステリー現象と分裂病現象の「ない交ぜ」²⁹⁾、すなわち安永³⁹⁾のいう分裂病型意識型と意識障害ないし催眠意識型との「直角に交叉」した交叉点で出現した「中間物」⁴¹⁾とみなしている。

さらに中井ら⁴²⁾は二重人格が稀有であるのは、人格の統合性を維持したままの可逆的移行が困難で、そうした移行が解体の危機であることから、より容易な部分的な人格派出現象あるいは解離されたものの寄生体化としての、多重人格-憑依-妄想-固定観念という連続的な移行系列を想定している。この系列は人格解体への防衛機制である。憑依体は憑依される人格ほど、人格としての全体性を備えておらず人格寄生体とでもいふべきで、より部分的な寄生体を求めれば妄想であり固定観念であるとする。この系列を上手、全体性へと遡ったところに多重人格を措定している。

また、Adekola O. A.ら⁴³⁾は、精神分裂病と解離性同一性障害の合併例について報告しており、精神運動興奮や思考解体などが明らかな分裂病症状が薬物療法によって鎮静したあと、交代人格現象が見られた症例を報告し、comorbidityについて述べている。

5. 精神分裂病症状の起源としての心的外傷について

心的外傷はそもそも、患者の主観に属する出来事である。ある出来事が心的外傷であるかどうかを判断する客観的基準はない。本研究でも、患者への質問紙票で調査された心的外傷は、患者の主観に基づいている。それが、客観的な事実によって、裏づけされるものも、されないものもあった。臨床的に、われわれは精神分裂病患者に外傷的な生活史を見出し、患者から成育過程で起きた深刻な心的外傷が語られることもしばしば経験している。精神分裂病の発病自体も強い心的外傷で

ありうる。一方、面接で語られた生活史が深刻なものであっても、本人にとって心的外傷として捉えられていないこともある。勿論、こうした場合にも、外傷的記憶が解離されている可能性はある。

本研究でこれまで検討してきたように、精神症状とこのような心的外傷とに相関を認めた。精神分裂病の症状の中に心的外傷を起源をもつと考えられるものが少なくない。しかし、精神分裂病の症状のなかに心的外傷の結果としての症状が含まれるかもしれないという観点で精神分裂病患者をみることは少なかったと思われる。

心的外傷に起源を持つ解離性フラッシュバックとしての幻聴体験は話者が特定できるほどに生々しく、持続時間が短く、心的緊張の高まった時期に生じることが多く、自我違和的な体験であり、しばしば恐怖体験となりうる。これは慣れを生じることが少なく、その強度は繰り返しのよって低下することがなく、しかも薬物の効果が薄い。一方、精神分裂病性の幻聴は知覚性より意味性が優位であり、幻聴の話者は抽象に傾き、一般に声が平板で個性がない。急性期を過ぎた患者の精神分裂病性幻聴は、むしろ自我親和的で、幻聴が遠のくと寂しいと訴える患者もいる。これらは幻聴体験としては同一にみなされがちだが、質的には異なる現象なのである。

また、言語的あるいは非言語的な刺激、あるいは特定の状況、それにもなう感情を想起したときに、思路障害が生じる場合がある。新海らが再燃刺激とよんだ刺激は、心的外傷論に立てば、リマインダー (reminders) すなわち外傷を連想させる刺激ということになる。こうした刺激によって、精神分裂病の再発過程が解離され精神分裂病症状が賦活再燃するかもしれない。一方、解離症状が誘発されて思考、感情、行動の統合が緩み精神分裂病症状とは異質な連合の障害を呈するのかもしれない。おそらく、その双方が同時に起こっているのであろう。あるいは、一次的には解離症状としての連合の障害が生じ、健康者であれば次第に緩んでいく心理的緊張が緩むことがなく、精神運動興奮が持続する中で、他の精神分裂病性症状が再燃していくのかもしれない。ともあれ、一人の患者に精神分裂病症状と解離症状が混在することもあるのだろう。

われわれは、精神分裂病患者の精神症状の起源に心的外傷と精神分裂病固有のもの、あるいは双方が関連しているものとを区別することが可能である。そのためには、十分には語られない患者の生活史への関心を持続し、患者の内界への注意深い観察を行い、心的外傷についての理解がなくてはならない。臨床家の精神

症状の起源への関心が、患者固有の精神症状再燃に対する「よわみ」³⁴⁾「脆弱性」⁴⁴⁾に繋がっているが、心的外傷の視点を加えることも必要であろう。

Ross C. A.ら¹⁸⁾は、児童虐待を受けた精神分裂病患者に陽性症状が有意に多いことを明らかにした研究を通して、彼⁴⁵⁾は、精神分裂病を二群に分類し、内因性に陽性症状はもたらされるが陰性症状が強いものと、小児期の心的社会的な外傷によってもたらされ陰性症状に乏しいものに分類し、後者に解離型分裂病の概念を提唱している。分裂病過程はあったとしても彼らの主たる病態、陽性症状は児童虐待を含む外傷性のもので、その点において精神療法的な接近が必要であると彼は主張している。本研究は、精神症状の現象的なレベルでは、この論がある意味で正当なものであることを明らかにしたものである。しかしながら、たとえば心的外傷後ストレス障害にみられる回避。マヒ症状としての抑うつ状態や引きこもり、対人接触困難などは感情の平板化といった陰性症状と混同されるように、陰性症状の中にも心的外傷を起源とするものがあろうし、また陽性症状がすべて心的外傷を起源とするとはいえない。依然として、精神分裂病の固有の症状があるのかどうか、もし固有のものがあるとするればその本質は何かという古典的な議論が待っている。

とはいえ、精神分裂病症状に心的外傷を起源とするものがあるという視点は、治療論を展開していく上に重要であろう。新海のいう賦活再燃現象に対する添え木療法、社会技能訓練 (Social Skill Training; SST) における対処行動の処方には、その背景に十分な患者の観察と、患者の精神内界への共感的理解があってなし得る治療技法である。しかし本研究で認められたように、一件分裂病症状の再燃のようにみえながら、心的外傷を起源とする症状もあり、患者のかかえる心的外傷への共感と治療的接近によって精神分裂病治療が一層充実したものになるとわれわれは考える。

結 語

1. 解離体験尺度 (Dissociative Experience Scale; DES) とわれわれが原著者の許可を得て作成した解離症状質問票 (Dissociation Questionnaire; DIS-Q) を用いて、精神分裂病患者の解離傾性について検討した結果、精神分裂病患者においても、健常群や他疾患群と同様に解離傾性を認め、解離傾性の分布は少数の高解離群と多数の低解離群によって形成されていた。また、精神分裂病患者における高解離群の割合は一般人口よりも高いと推測された。
2. DESの下位尺度のパターンは没入>離人感・非

現実感>健忘となっており、健常群や他疾患群と同様で、精神分裂病に特異性は存在しないが、各下位尺度の値は、強迫性障害患者よりも高く、解離性障害群よりも低く、また一般人口よりもやや高値であると推定された。

3. 精神分裂病においてDESとDIS-Qには強い相関があり、精神分裂病患者の解離傾性を解析するのにDESと同様にDIS-Qは有用な検査法である。

4. 高解離群ではBPRSの不自然な思考内容を評価する項目である項目15（不自然な思考内容）、項目4（概念の統合障害）において高値を示した。これは項目15が心的外傷後ストレス障害にみられる思考の集中困難、注意散漫、迂遠、連合弛緩などを項目4が離人症状を含めて評価することになっていることによると考えられた。

5. 高解離群では精神分裂病の発症年齢が有意に低い。これは高解離群が素因によって解離傾性が高く維持されているのみならず、発達上のピークを過ぎても、この防衛機制を持続的に持ち続ける必要のある群すなわち心的外傷を受傷しやすいあるいは心的外傷を持続的に保持している群であると考えことができ、この心的外傷が精神分裂病の発病準備性を高め、一方解離傾性が弱体化しはじめる比較的若い年齢で発症を招くのかかもしれないと仮説を述べた。

6. 精神分裂病患者においても、心的外傷を有する患者は解離傾性が高い。また、精神分裂病患者の中で心的外傷のある群では心的外傷のない群より、離人感、非現実感および行動、思考、感情の制御不全が生じやすい。

7. 精神分裂病患者の中で心的外傷のない群では心的外傷のある群より、情動の平板化、感情緊張の低下、感受性や興味、関心の欠如などいわゆる陰性症状が生じやすい。

8. 精神分裂病症状の中に心的外傷起源のものが含まれることを示し、精神病理学的な検討を行い、精神分裂病の治療に際してその症状評価に心的外傷の視点が有用であることを述べた。

謝 辞

本研究の研究デザインを作成した故・安克昌先生、研究を御指導いただいた神戸大学医学部精神神経科学講座教授前田潔先生、精神病理学的な視点で御助言をいただいた神戸大学名誉教授中井久夫先生に深く感謝いたします。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition. APA, Washington, DC, 1994. (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 1996.)
- 2) Ludwig, A. M.: The psychobiological functions of dissociation. *Am J Clin Hypn* 26:93-99, 1983.
- 3) Waller, N. G., Putnam, F. W., Carlson, E. V.: Types of Dissociation and Dissociative Types: A Taxometric Analysis of Dissociative Experiences. *Psychological Methods* 1:300-321, 1996.
- 4) Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., Post R. M.: The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *J. Clin Psychiatry* 47:285-293, 1986.
- 5) 安 克昌: 解離性同一性障害の成因—解離と心的外傷—, *精神科治療学* 12:1017-1024, 1997.
- 6) Van der Kolk: Amnesia, dissociation, and the return of the repressed. In *Psychological Trauma*, Vander Kolk ed, American Psychiatry Press, 173-190, 1987.
- 7) Steinberg, M.: Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) — Revised. American Psychiatric Press, 1994.
- 8) Steinberg, M.: Handbook for the assessment of dissociation: a clinical guide. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1995.
- 9) Bernstein, E. M., Putnam, F. W.: Development, reliability, and validity of a dissociation Scale. *J Nerv Ment Dis* 174:727-735, 1986.
- 10) Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vander eycken, W., Vertommen, H., Jan, Verkes R.: The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and Characteristics of a new Self-Report Questionnaire: *Clinical Psychology and Psychiatry* 1:21-27, 1993.

- 11) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992.
- 12) 住山孝寛, 北山俊則: BPRS改訂版, 下位尺度, 信頼性と妥当性. 精神科診断学 6:203-218, 1995.
- 13) Overall, J. E., Gorham, D. R.: The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports 10, 799-812, 1962.
- 14) Demitrack, M. A., Putnam, F. W., Brewerton, T. D., Brandt, H. A., Gold, P. W.: Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders.: Am J Psychiatry 147:1184-8, 1990.
- 15) Steinberg, M., Rounsaville, B. J., Cicchetti, D. V.: Detection of Dissociative Disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview: Am J Psychiatry 148:1050-1054, 1991.
- 16) Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertomen, H.: Dissociative Experiences in the Netherlands and Belgium: A Study With the Dissociative Questionnaire (DIS-Q). Dissociation 4:180-184, 1991.
- 17) Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., Loewenstein, R. J., Braun, B. G.: Validity of the Dissociative Experience Scale in Screening for Multiple Personality Disorder: A multicenter Study. Am J Psychiatry 150:1030-1036, 1993.
- 18) Ross, C. A., Anderson, G., Clark, P.: Childhood Abuse and the Positive Symptoms of Schizophrenia. Hosp Community Psychiatry 45:489-491, 1994.
- 19) Putnam, F. W., Carlson, E. B., Ross, C. A., Andersin, G., Clark, P., Torem, M., Bowman, E. S., Coons, P., Chu, J. A., Dill, D. L., Loewenstein, R. J., Braun, B. G.: Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. J Nerv Ment Dis 184:673-679, 1996.
- 20) Umese, M., Matsuo, T., Iwata, N., Tashiro, N.: Dissociative Disorders in Japan: A Pilot Study with the Dissociative Experience Scale and A Semi-Structured Interview. Dissociation 6:182-189, 1996.
- 21) Ross, C. A., Joshi, S., Currie, R.: Dissociative Experiences in the General Population: A Factor Analysis. Hosp Community Psychiatry 42:297-301, 1991.
- 22) Goff, D. C., Olin, J. A., Jenike, M. A., Baer, L., Buttolph, M. L.: Dissociative Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. J Nerv Ment Dis 180:332-337, 1992.
- 23) Dubester, K. A., Braun, B. G.: Psychometric properties of the Dissociative Experiences Scale. J Nerv Ment Dis 183:231-235, 1995.
- 24) Vanderlinden, J., Van der Hart, O., Varga, K.: European Studies of Dissociation. In Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives, Michelson L. K., Ray W. J. eds. Plenum Press, New York, P25-49, 1996.
- 25) Zubin, J., Steinhauer, S. R., Condray, R.: Vulnerability to relapse in schizophrenia. Br J Psychiatry Suppl 18:13-18, 1992.
- 26) 中井久夫: 共著者のノート, 多重人格性障害 その診断と治療, 安 克昌, 中井久夫訳. 岩崎学術出版, P445-446, 東京, 2000
- 27) Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen H.: Dissociation and Traumatic Experiences in the General Population of the Netherlands. Hosp Community Psychiatry 44:786-788, 1993.
- 28) Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A.: The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. Schizophr Bull 13:261-276, 1987.
- 29) 永田俊彦, 酒井充, 島崎正次: 分裂病と解離ヒステリー—その重畳と精神病理—. 精神科治療学 4:361-368, 1989.
- 30) Kluft, R. P.: The clinical approaches to the integration of personalities. In Clinical perspectives on Multiple

- Personality Disorder, Kluft, R. P., Fine, C. G. ed. American Psychiatric Press, Washington, DC, P101-133, 1993,
- Treatment of Multiple Personality: John Wiley & Sons, New York, 1996.
- 31) 中井久夫 (私信)
- 32) 梶谷哲男: 分裂性幻聴に対する病者の構え, 高橋良, 宮本忠雄, 宮坂松衛編: 幻覚の基礎と臨床. 医学書院, 東京, 98-112, 1970.
- 33) Braun, B. G.: The Bask Model of Dissociation. *Dissociation* 1:4-23, 1988.
- 34) 新海安彦: 分裂症の精神療法としての「賦活再燃正気づけ療法」-回顧と現況-. *精神科治療学* 1:595-604, 1986.
- 35) 安 克昌: 解離性 (転換性) 障害診断と治療, 神経症性障害・ストレス関連障害・松下正明編, 中山書店, 東京, P443-470, 1997.
- 36) Putnam, F. W.: *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. The Guilford Press, New York, 1989. (多重人格性障害 その診断と治療, 安 克昌, 中井久夫訳, 岩崎学術出版, P445-446, 東京, 2000.)
- 37) Kluft, R. P.: An introduction to multiple personality disorder. *Psychiatric Annals* 14:19-24, 1984.
- 38) 三田俊夫, 岡本康太郎, 酒井明夫ら: 分裂病にみられた多重人格の2症例, *精神医学* 26:825-831, 1984.
- 39) 安永 浩: 分裂病と自我図式偏位-擬遊戯 (演技) 性. 擬憑依, 幻聴-, 藤縄 昭編: 分裂病の精神病理10. 東京大学出版会, 東京, 135-174, 1981.
- 40) 酒井充, 伊藤匡, 永田俊彦: 分裂病と解離ヒステリー-補遺-全生活史健忘を示した2症例-. *精神科治療学* 5(5):665-672, 1990.
- 41) 大原貢: 分裂病とヒステリーの関係-その歴史的概観と状態像の考察を中心として-. *精神医学* 19:1021-1029, 1977.
- 42) 中井久夫, 山口直彦: 二重人格はなぜありにくいのか. 高橋俊彦編: 分裂病の精神病理 15. 東京大学出版会, 東京, 81-96, 1986.
- 43) Alao, A. O., Tyrrell, C., Yolles, J. C., Armenta, W.: Dissociation and Schizophrenia: A Case Report. *J Trauma and Dissociation* 1:91-98, 2000.
- 44) Liberman, R. P. 編, 安西信雄, 池淵恵美訳: リバーマン 実践的精神科リハビリテーション, 創造出版, 東京, 1993.
- 45) Ross, C. A.: *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical feature, and*

DIS-Q 日本語版

**Johan Vanderlinden, Richard Van Dyck, Walter Vandereycken
Hans Vertommen, & Robert Jan Verkes**

(日本語版)

福島 春子, 胡桃澤 伸, 田中 究, 安 克昌

DISSOCIATION QUESTIONNAIRE
(DIS-Q)

by

Johan Vanderlinden, Richard Van Dyck, Walter Vandereycken
Hans Vertommen, & Robert Jan Verkes

(日本語版)

福島 春子, 胡桃澤 伸, 田中 究, 安 克昌

神戸大学医学部精神神経科

〒650-0017 神戸市中央区楠町7-5-1

TEL. 078-382-5111 FAX. 078-382-6079

English Edition
Clinical Psychology & Psychotherapy, Vol. 1 (1), 21-27 (1993)

この質問票は、2つの部分に分かれています。まず、あなたの経歴について大雑把にいくつかお尋ねします。つぎに、ここでお示した経験がどの程度あなたに当てはまるかを答えて頂きます。質問票に書かれている経験は、アルコールや薬物の影響によって起こるかもしれません。そういったものの影響がない状態を想定して、質問に答えて下さい。答え方は、当てはまる番号に丸をつけます。御自身の気持ちを表している限り、どれでも結構です。どうぞ、すべての質問に答えて下さい。

例： 次の質問は、どの程度あなたに当てはまりますか

決心するのが難しいと思うときがある 1 2 3 4 5

質問があなたに当てはまるかどうかは、番号にひとつ丸をつけてもらうことで示して頂きます。上にあげた例で、「中くらい」当てはまるのであれば、3に丸をつけてください。各質問につき、最も当てはまるものに印をつけて下さい。

1 = 全く当てはまらない

2 = 少し当てはまる

3 = 中くらい当てはまる

4 = かなり当てはまる

5 = 非常に当てはまる

Part 1

名前： _____

日付： _____

空欄に記入し、適当と思われるところをチェックして下さい

あなたの年齢は： _____ 歳

あなたの性別は： 男性 女性あなたの結婚状況は： 未婚 既婚 同棲 離婚 死別あなたの学歴は： 中学校卒業 中学校中退 高校卒業 高校中退 専門学校卒業 専門学校中退 短大卒業 短大中退 4年制大学卒業 4年制大学中退 大学院卒業 大学院中退 その他 (

)

あなたは、とてもショックな出来事や、命の危険を感じた出来事、心の傷になるような出来事を体験したことがありますか

いいえ

はい （複数回答でも構いません）

大きな身体のがが

身体的虐待

戦争

家族からの性的虐待

他人（家族以外）からの性的虐待

心が傷つけられるような育てられ方

その他：具体的に

Part 2

1 = 全くなし 2 = 少し 3 = 中くらい 4 = かなり 5 = 非常に

1	夢を見ているような感覚になることがある	1 2 3 4 5
2	すべてに現実感がなくなることがある	1 2 3 4 5
3	自分の体が自分のものでないようなときがある	1 2 3 4 5
4	そうしようと思っていないのに、満腹になるまで食べてしまうことがある	1 2 3 4 5
5	車や自転車に乗っている最中、途中の事を思い出せないのに突然気づくことがある	1 2 3 4 5
6	わけもなく、そうするつもりもないのに、突然笑い出したり、泣き出したりすることがある	1 2 3 4 5
7	自分が別人であるように感じることもある	1 2 3 4 5
8	話を聞いている最中に、その話の一部または全部を聞いていなかったことに突然気づくことがある	1 2 3 4 5
9	疲れているとき、外からの不思議な力に支配され、やるべきことを決められているように感じることもある	1 2 3 4 5
10	自分では望んでもいない状況に向かっていくことがある	1 2 3 4 5

11	自分自身が、自分の考えや行動から遠く離れているように感じることもある	1 2 3 4 5
12	自分は、実際のところ誰だろうと思うことがある	1 2 3 4 5
13	自分の持ち物のなかに、買った覚えのない物を見つけることがある	1 2 3 4 5
14	お腹がすいていなくても、何かを食べたくて仕方がなくなることがある	1 2 3 4 5
15	怒りたくないのに、怒ってしまうことがある	1 2 3 4 5
16	何かをやろうと決めたのに、体はそれとは全く違うことをしてしまうことがある	1 2 3 4 5
17	混乱した感じがすることがある	1 2 3 4 5
18	その日（あるいはその数日間）、どこにいたか思い出せないことがある	1 2 3 4 5
19	友人や家族のことが、誰だかわからないような態度をとると人に言われることがある	1 2 3 4 5
20	自分の人格が分裂しているように感じることもある	1 2 3 4 5

21	生活上の重要な出来事（最近の試験や結婚記念日）を全く思い出せないことがある	1	2	3	4	5
22	何かを言おうとしたのに、全く違う言葉が口から出てしまうことがある	1	2	3	4	5
23	突然、気分が全く変わってしまうことがある	1	2	3	4	5
24	思ってもみないことをすることがある	1	2	3	4	5
25	言われたことを、すぐに忘れてしまうことがある	1	2	3	4	5
26	何かをしている最中に、突然意識が途切れることがある	1	2	3	4	5
27	鏡に映った自分が、自分だとわからないことがある	1	2	3	4	5
28	自分の体に変化したように感じることもある	1	2	3	4	5
29	まわりの人達や物、世界が、現実のものではないように感じることもある	1	2	3	4	5
30	自分の体が自分のものである、という実感がないことがある	1	2	3	4	5

31	テレビを見ているとき、まわりで起きていることに気づかないことがある	1	2	3	4	5
32	ある期間の記憶が全く抜け落ちていて、そのとき何をしたかを思い出せないことがある	1	2	3	4	5
33	以前の出来事を鮮明に思い出し、まるで今それを再体験している感じがすることがある	1	2	3	4	5
34	私の中の誰かが、私のすることを決めているようなときがある	1	2	3	4	5
35	自分がある行動をしたことに気づいたが、そのことについて全く思い出せないことがある	1	2	3	4	5
36	どうやってあることから自分の身を守っているのだろうと思うことがある	1	2	3	4	5
37	知らない所に自分がいることに突然気づくが、どうやって来たのか思い出せないことがある	1	2	3	4	5
38	ある記憶が本当に起こったことなのか、それともただそれを夢に見たのか、確信できないことがある	1	2	3	4	5
39	よく知っている場所が、見知らぬ奇妙な場所のように感じられることがある	1	2	3	4	5
40	理由もわからずにあることをしていると感ずることがある	1	2	3	4	5

41	全く自分らしくないやり方で自分の意に反する考えや行動をとることがある	1	2	3	4	5
42	自分の行動のすべてを近くで見ているのに気づくことがある	1	2	3	4	5
43	空想や白昼夢に浸りすぎて、それが現実に起こっているような気がすることがある	1	2	3	4	5
44	ぼんやりと何かを見つめていて、何も考えていないことがある	1	2	3	4	5
45	何も考えていない状態になることがある	1	2	3	4	5
46	悪い習慣をやめようとしてもやめられないことがある	1	2	3	4	5
47	物をどこに置いたか、忘れることがある	1	2	3	4	5
48	食べていると意識せずに何かを食べていることがある	1	2	3	4	5
49	白昼夢に耽ることがある	1	2	3	4	5
50	自分をもっとコントロールしたいと思うことがある	1	2	3	4	5

51	一歩一歩を意識して歩いていることがある	1 2 3 4 5
52	あること（例えばスポーツ、仕事、人間関係）が簡単にできる場合があるのに、他の場面ではそれがとても難しく感じられることがある	1 2 3 4 5
53	ひと噛みひと噛みを意識して食べていることがある	1 2 3 4 5
54	時間感覚を全く失っていることがある	1 2 3 4 5
55	あることを実際にやったのか、それとも考えただけなのか思い出せないことがある	1 2 3 4 5
56	2つのことを同時にやろうとして、どちらをするべきか自分自身と争っているのに気づくことがある	1 2 3 4 5
57	自分の心が分離しているように感じることもある	1 2 3 4 5
58	自分の持ち物の中に、書いた覚えのないメモや絵や書き込みを見つけることがある	1 2 3 4 5
59	私はふたり（またはそれ以上）の人から出来上がっているという感じがすることがある	1 2 3 4 5
60	それについての考えなしに何かをすることがある	1 2 3 4 5

61	何かを命令したり、私のしていることにコメントする声が頭の中に聞こえることがある	1 2 3 4 5
62	私は、自分が思っているのとは違うふうに他の人から見られていることがある	1 2 3 4 5
63	まるで霧をとおして世界を見るように、私のまわりの人や物が遠くにあるように、あるいはぼんやりしているように感じることもある	1 2 3 4 5

合計得点	
------	--

DIS-Q 得点表

DIS-Q1		DIS-Q2		DIS-Q3		DIS-Q4	
同一性混乱・分裂		コントロール喪失		健忘		没頭	
番号	点数	番号	点数	番号	点数	番号	点数
2		1		13		33	
3		4		18		42	
7		5		19		51	
9		6		21		52	
10		8		25		53	
11		14		26		56	
12		15		31			
16		17		32			
20		23		35			
22		24		37			
27		38		45			
28		43		47			
29		44		55			
30		46		58			
34		48					
36		49					
39		54					
40		60					
41							
50							
57							
59							
61							
62							
63							
合計得点＝		合計得点＝		合計得点＝		合計得点＝	
平均得点＝ (合計得点/25)		平均得点＝ (合計得点/18)		平均得点＝ (合計得点/14)		平均得点＝ (合計得点/6)	

DIS-Q 総合得点	
DIS-Q 総合平均得点 (総合得点/63)	

Trauma-related Dissociative symptoms of Patients with Schizophrenia

Jian Hua Song¹⁾, Haruko Fukushima M.D.²⁾,
Shin Kurumizawa M.D.¹⁾, Kiwamu Tanaka M.D.¹⁾

¹⁾ Department of Psychiatry and Neurology, Kobe University School of Medicine;

²⁾ Kofu hospital of Hyogo prefecture

(Director : Prof. Kiyoshi Maeda)

ABSTRACT

In the histories of patients with schizophrenia, we often find psychic trauma, which seems to have a relationship with their symptoms. This study investigates that patients with schizophrenia have proness of dissociation as normal population and people with other mental diseases by the Dissociative Experience Scale (DES) Japanese version and the Dissociation Questionnaire (DIS-Q) Japanese version of 90 outpatients. Low dissociators as a majority and high dissociators as a minority are identified. Especially depersonalization and derealization, disturbance of concentration and attention are found in high dissociation group. High dissociators are found more in traumatized patients than in not-traumatized patients.

Through the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the traumatized patients with schizophrenia have improved that they have high scores in the abnormality of contents of thinking (item No. 4), which seems to be affected by the deparsonalization and derealization, and the disturbance of integration of thinking (item No.15), which is seemed to be based on the dissociation of consciousness, memories, identities and conception. As both items are considered to evaluate symptoms of post traumatic stress disorder, their symptoms might be regard as a results of psychic trauma. On the contrary, patients without trauma have high scores in flattening of affect and/or inappropriate affect (item No.16) as negative syptoms.

Compared with low dissociators, the age of onset of schizophrenia is earlier in high dissociators. As they might be vulnerable to some kind of stress as psychic trauma, or in chronic and continuous trauma, it might be that they need to maintain dissociation as a defense mechanism. It is considered that after the period of natural high dissociation (8-12 year-old), weakened defense mechanism cause vulnerable people schizoprenia.

In advance of this study, we translate DIS-Q into Japanese under the permission of the author, Vanderlinden, J. Correlation is found between the DES and the DIS-Q, so the DIS-Q might be helpful in the assessment of dissociative symptoms in patients with schizophrenia.

Key Words : dissociative symptoms, psychic trauma, schizoprenia, Dissociative Experience Scale (DES), Dissociation Question naire (DIS-Q), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)