



# 精神病症状の背景ないし基底としての受動的認知態勢：知覚変容発作における知覚変容の特性の検討から

岩井, 圭司

---

(Degree)

博士 (医学)

(Date of Degree)

1997-03-26

(Date of Publication)

2008-06-04

(Resource Type)

doctoral thesis

(Report Number)

乙2128

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.11501/3129891>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/D2002128>

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。



# 精神病症状の背景ないし基底としての 受動的認知態勢

— 知覚変容発作における知覚変容の特性の検討から —

岩井 圭司

兵庫県精神保健協会こころのケアセンター

神戸大学医学部精神神経科

---

[検索語 Key words]

精神分裂病 schizophrenia

知覚 perception

受動性 passivity

知覚変容発作 perceptual alteration attack

[要約]

知覚変容発作（山口）は、精神分裂病において知覚変容を主体として発作性に消長する症候群である。知覚変容発作の出現様式については既に詳細な記載がなされているが、そこにみられる知覚変容の内容と特性について正面から検討されたことはこれまでになかった。

本稿では、精神分裂病にみられる知覚変容発作における知覚変容体験の自験例36例を検討し、その特性として①知覚強度の増大、②知覚強度の非減衰性、③知覚の対象化困難、④自己対外界の関係の障害からなる「受動的認知態勢」を抽出した。受動的認知態勢は非発作性にも出現することが観察された。さらに、受動的認知態勢は、妄想知覚の前段階の形成に寄与していることを示した。

知覚変容発作をはじめとする超短期現象は、精神分裂病の長期経過あるいは全体的な症状構造に大きな意味を有していると考えられる。

## § 1・緒言

### 〔本稿の目的〕

本論文は、精神分裂病における知覚変容発作（山口<sup>1)</sup>）においてみられる”知覚変容”の内容と特性とを抽出し、精神病理学的な位置づけを与えようとするものである。その過程で、同様の知覚変容が非発作性にも出現し得ることを示し、さらに、幻覚や妄想知覚をも視野に入れつつ、分裂病をはじめとする精神病の陽性症状との関係を論議する。

### 〔知覚変容発作について〕

山口ら<sup>1, 2)</sup>によって提出された知覚潰乱発作（のちに知覚変容発作と改名）は、精神分裂病においてみられる、多彩な知覚変容を中心として発作性に反復消長する症候である。

知覚変容発作は、実際にはそれほど稀なものではない（分裂病患者の約10～20%[山口・岩井：未発表]）。かつ、そのもたらす苦痛が大きく患者本人の治療希求も強い。それにもかかわらず従来治療者からは見過ごされがちな症状であったこと、患者によって症状の出現にはそれぞれ一定の状況が関連しており、患者自身によって様々な方法で自己治療努力すなわち対処copingが行われていることが多いこと、抗不安薬が著効することなど、定型的な分裂病症状とはやや異質なものであったために知覚変容発作は特記すべきものとして注目を集めた。ちなみに、幻覚以外の知覚障害は分裂病ではみられないとする見解が従来は優勢であった。

山口らの発表以来10年余を経過する間に、知覚変容発作を扱った論考が数多く現れた（例えば<sup>3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)</sup>）が、その多くは、「分裂病に”発作性”に出現する症状」という視点からなされたものであった。筆者<sup>11)</sup>もパニック発作と本症候との関連を論じたことがあり、永田<sup>5)</sup>は、分裂病症状の中には疾病の全体経過の中で孤立的に出現し他の症状との相互干渉を欠いているものがあるとして、これらを包括的に「砂丘現象」と命名し、知覚変容発作や不安発作をこの一種であるとした。

やがて大勢は、「”発作性”に出現する分裂病症状」（の大半）は神経遮断薬に起因する錐体外路症状に関連した精神症状であるとする見解<sup>3, 4, 6, 7)</sup>に傾き、本症候に対する精神病理学的な関心は次第に薄れたかにみえる。しかし、知覚変容発作においてみられる知覚変容の内容と特性を正面切って論じることが絶無であったことは指摘しておかねばならない。

この流れとは別に、分裂病の症状論体系の中に知覚変容を位置づけようとしたのは山田<sup>8)</sup>である。彼は、Zutt<sup>12)</sup>の注察妄想論とMatussek<sup>13, 14)</sup>の妄想知覚論を援用しつつ、「（視）知覚変容は、視覚領域における幻聴の等価物である」と結論するに至った。このチャレンジを受けて筆者<sup>9)</sup>は、（視）知覚変容が幻聴の等価物であるとは認められないことを主張したが、知覚変容発作でみられる知覚変容自体はさらに検討されるべきものであると問題を先送りせざるを得なかった。本稿は、改めてこの問題に正面から取り組もうとするものである。

## § 2・知覚変容発作における知覚変容：典型例による予備的考察

山口<sup>1)</sup>によると知覚変容発作には、

- 1) 慢性期または回復期の分裂病患者に出現し、非妄想型に多くみられる
  - 2) 患者自らが「発作」と称し、発作の有無については明確に答える
  - 3) 発作は突然始まり、予期できない
  - 4) 持続は数分から数時間で、眠ってしまうと翌日まで持ち越さない
  - 5) 患者にとって自己違和的な体験であり、治療要求が強い
  - 6) きわめて多彩な体験を含むが、主な体験は、知覚の鋭敏化、外界の相貌化などを中心とする知覚変容体験である
  - 7) 発作は移行的状況（例えば夕刻、休日明けの午後、仕事中の小休止など）でおこりやすい
  - 8) 患者はそれぞれ対処法をもっていることが多い（横になる、その場を離れるなど）
  - 9) 抗不安薬が著効する
- などの特徴があるとされている。

すなわちつぎのような症例が典型例ということになる。

[症例 1] 51歳、男性。精神分裂病妄想型。

高卒後、工員として精勤していたが、35歳頃より「なにかしらばかばかしくなって」時に無断欠勤するようになっていた。42歳の時に、「社長が自分をやめさせようとして、子どもたちに自分の悪口を言わせている」として、公園で遊んでいる児童に投石したために初回入院となった。3ヶ月で寛解退院となったが、その後は通院しなかった。復職したが、45歳で社長に対する被害妄想が再燃し、弄火行為もたびたびみられたため再入院となった。退院後現在まで、通院服薬も規則的で陽性症状はほとんどみられない。病身の両親の世話をしながら、3人の年金でつましく生活している。

最近になって、「頭の中がピアピア、ピカーッとなる発作」（患者自身による表現）が出現するようになった。すなわち、特によく晴れた日の夕方（冬なら午後4時頃、夏なら6時頃）に多く、まず聴覚過敏を以て始まり、それに伴って「目が敏感になる」。壁のちょっとした染みや凹凸が気になって仕方なくなる。テレビを見てみても集中できない。「どうしてこんな些細なことが気になるのだろう」といふかしく思うが、この知覚変容は持続し、頭痛が加わる。なすすべなくじっとしていると、1～2時間たつとスッと治る。寝たきりでいる母親と話すと、少しは気がまぎれる。

Clozapam 1～2mgを頓用すると発作は30分程度で消褪する。頭痛がひどいときにはbromazepam 2～5mgを追加服用する。

[症例 2] 35歳、女性。精神分裂病鑑別不能型。

29歳で第一子出産後、しきりと涙ぐみ、家族が理由を尋ねても何も語らないということがあった。言動がまとまらず、無気力で茫洋として過ごすということが1～2ヶ月続いた後、約3年間は婚家の商店を手伝いながら家事育児をこなしていた。32歳時の冬から不眠がちとなっていたが、翌年の初夏には、幻聴に命じられるままにビルの屋上より投身自殺をはかった。幸いにして一命をとりとめたものの、骨盤を含む多発骨折のために整形外科で約半年の入院加療を要した。入院中は特に精神症状を認めなかったが、退院直前になって「追いつめられた」「つけられている」「生きていても仕方ない」などという独語が出現し一日中涙ぐむようになったために、精神科初診となった。

Haloperidol 12～15mgを中心とする薬物療法で上記症状は速やかに改善し、4週後には

笑顔も戻り、「実は29歳のときから断続的に幻聴があった」と主治医に話した。

ところが、初診から7週目に次のような訴えがなされた：

「先週になって幻聴が消えた頃から、急に頭が冴えてしんどくなることがある。午後3時か4時頃に店番をしていて客足の途絶えたときや、家事の手をふと休めたときに始まることが多い。一度始まると30分か1時間くらい続く。ふだんは気にならないもの、例えば机の上の小さな塵埃や壁の汚れが気になって仕方ない。一度気になると目が離せなくなる。かと思うと、視野の端が気になってそのために精神集中がほとんどできなくなる。耳も目も敏感になる。たとえば、戸外がやけに明るく騒々しく、また、周囲のものが自分に迫ってきて、自分を圧倒する。日常茶飯事を行うにもどうしていいかわからないという全面的な困惑があり、客に商品を渡すときにも、数ある同一の品物のうちから一つを選ぶことができない。じっとしているのはつらいことであるが、他に方法がないのでとにかくじっとしているとそのうち治まる。」

病気がふりかえしてきたのではないかと家族は心配していたが、患者自身によれば、「これは全く別の病気だと思う」とのことであった。また、「30歳頃によく似た体験をしたことがある」とも語った。

昼食後にcloxazolam 2mgを予防的に服用させると、この発作症状はほぼ完全に消失した。

症例1、2ともに前掲山口の基準1)～9)を満たす典型的な知覚変容発作をしめしている。

さて、知覚変容発作時の知覚変容の内容であるが、両症例において特徴的なことは、まずともに視聴覚における知覚過敏である。ことに、ふだんは気にもとまらないような些細な知覚刺激の強度が著しく増大して感じられていることである(知覚強度の増大)。また、発作は突発するだけでなくその終息も比較的急激である。したがって、発作が終わった時点がほぼ特定できる。つまり、発作中には知覚強度の増大に対する”慣れ(順応adaptation)”が生じない(知覚強度の非減衰性)。患者たちは、いったん些細な知覚対象が気になり出すと、それ以外のことに注意を向けられなくなる(知覚対象からの転導困難性)。その一方で知覚対象を特定化することもできないために、「ふだんは気にならないもの」が次から次へと「気になって仕方な」くなり、これらの結果として注意集中が不可能になる。このようにして、患者は外界知覚に圧倒され、無力化されて「仕方なくじっとしている」結果となるのである。

このように、知覚変容発作における知覚変容の特性を、知覚強度の増大、知覚強度の非減衰性、知覚の対象化あるいは知覚対象の随意的選択の困難性(知覚対象からの転導困難、知覚対象の焦点化の困難)、自己対外界の関係の障害(疎隔感、離現実感、被圧倒感)と抽出することができる。次に、これらを焦点として知覚変容を検討することにする。

### § 3・知覚変容発作自験例全36例の検討

#### 【対象と方法】

1989年7月から1996年9月までの間に兵庫県立光風病院および神戸大学医学部附属病院精神科神経科の外来または病棟において、筆者が診療にあたった精神分裂病および分裂感

情障害（いずれもDSM-N<sup>15)</sup>の基準を満たすもの）の症例うち、知覚変容発作の出現中に筆者が診察を為し得たもの、および診療場面における患者の愁訴のなかで知覚変容発作の存在が確認できたものを対象とした。治療的考慮を優先させるという基本的態度によって構造的面接法は用いず、また、治療者の方から発作の有無を患者に問い質すということ avoided。したがって、すべてが患者の自発的陳述である。

なお、ここでは以下の条件を満たすものを知覚変容発作とした。これは、以後の論旨の展開において循環論法を避けるためである。

- 1) 発作は突然始まり予期できない
- 2) 患者にとって自己違和的な体験であり、患者は発作に対して明確な病識をもっている
- 3) 発作は、外界または自己身体についての知覚、認知、あるいは意味づけの変容をとともなう
- 4) 単なる幻覚、妄想（妄想気分、妄想着想、妄想知覚）、体感異常（セネストパチー）、パニック発作は除く。但し、それらが随伴して現れる場合は除外しない。

## 【結果】

対象例は全部で36例あった。その概要を表1に示す。なお、山口<sup>1)</sup>の症例と本稿の対象例とにおける、知覚変容発作は症状論的にはほぼ完全に同一とみなしてよいものと筆者は判断する（後述）。

### ①対象例のプロフィール

36例中30例が男性であるが、これは筆者が主として男性病棟の担当医だったという事情による。DSM-Nによる病型は、精神分裂病妄想型3例（8%）、解体型12例（33%）、緊張型1例（3%）、鑑別不能型15例（42%）、残遺型3例（8%）、分裂感情障害2例（6%）であった。

現在の年齢は平均43.8歳（SD=11.1）、発症年齢は23.8歳（SD=7.12）、発作出現年齢は38.4歳（SD=6.85）であった。

### ②知覚変容のモダリティー

知覚変容発作中の知覚変容を知覚のモダリティー別にみると、視覚領域での知覚変容が33例（92%）、聴覚領域が17例（47%）、皮膚感覚領域が6例（17%）、体性知覚領域が7例（19%）にみられた。但し、「自分の体が小さくなってしまふ」「体のうごきがぎこちない」「周囲が重苦しく体のにしかかってくる」等の訴えは、体性知覚領域に含めた。

### ③知覚変容の内容（表2）

#### 1. 知覚強度の増大（知覚過敏）

「ふだんより目や耳が敏感である」「ふだんは気にもとめないような些細なものが目につく」「いつもより鮮明に見える」といった訴えである。30例（83%）で認められた。

#### 2. 知覚強度の非減衰性

「目が慣れない」「（知覚過敏が）ずっと続く」「～が気になって止まらない」「気になって仕方ない」といった訴えが16例（44%）にみられた。

#### 3. 知覚の対象化あるいは知覚対象の随意的選択の困難

15例（42%）にみられた。

「視点が固定する」「～が気になって逃れられない」「気になって仕方ない」「他のことが考えられない」などといった、知覚対象からの転導困難は6例（17%）に認められた。

「視点を固定することができない」「目がうわすべりする」「全てが気になる」「見たくないものまで見えてしまう」「目に入るものがいちいち気になって仕方ない」などといった、知覚対象の焦点化の困難は12例（33%）で認められた。

#### 4. 自己対外界の関係の障害

33例（92%）にみられた。

「囚われた様な」「囲い込まれた様な」「自分だけが周囲から切り離されている様な気分」「周囲がよそよしい」「風景に立体感がない」といった、疎隔感・離現実感の訴えが8例（22例）でなされた。

「どうしようもない」「仕方ない」「圧倒される」「逃れられない」「視界が迫ってくる」「おしつぶされそう」といった、無力感・被圧倒感を28例（78%）が訴えていた。

### §3・考察（1）：知覚変容から受動的認知態勢へ

#### 【知覚変容の特性について】

以上、知覚変容発作における知覚変容の特性として、知覚強度の増大、知覚強度の非減衰性、知覚の対象化あるいは知覚対象の随意的選択の困難（知覚対象からの転導困難、知覚対象の焦点化の困難）、自己対外界の関係の障害（疎隔感、離現実感、被圧倒感）を抽出した。

それでは、知覚変容発作における知覚変容体験においては、保たれているのは何であろうか。まず、外界事物の時空的な布置関係（位相関係）の認識は保たれている。自他境界は保たれているどころか却って先鋭化し、自-他の対立感が深まっているとさえみられる。こういった視点から、知覚変容の諸特性間の相互関係について考察してみることにする。

知覚変容発作における知覚過敏ないし知覚強度の増大においては、専ら、ふだんは気にならないような些細な知覚刺激、殊にその差異が増大して感じられる。たとえば、「壁のわずかな汚れや凹凸」（症例1、4、27）、「机のシミ」（症例6）、「畳の筋」（症例27）、「木々の葉の一枚一枚」（症例31）がくっきり際だって知覚されるのである。あらゆる事物に対する知覚がおしなべて増大しているわけではない。したがって、「あたりが暗く感じられる」という訴えすらある（症例7、21）。

まず、これを精神物理学(Fechner)的にみるならば、一定強度以下の微小な知覚刺激に対する弁別閾が低下する（弁別性が増大する）一方で、一定以上の強度を持つ知覚刺激に対する弁別閾は上昇している（S字曲線の左方偏倚による”早期飽和”、図1）ということである。そのために、外界の”背景化した”部分（あるいは図-地関係における地の部分）は不気味にのっぺりと重くよそよそしいものとなって（症例13、15、23、26、27ほか）患者めがけて迫ってくるのである。風景がのっぺらぼうになって「立体感を欠く」「書き割り」の様だ」と言う患者があった（症例13、34）。

また、発作時には比較的遠方からの知覚刺激が異様に増大した強度で知覚されると訴える症例がある（「遠くにある物が目に飛び込んでくる」（症例18）、「数メートル先の物が大きく感じられる」（症例25）など）。同様に、他者の意図によってコントロールされているもの（症例25の「人や車の動き」、症例28の「ベルトコンベア」、症例32の「他人の足音」など）の知覚も増大して感じられている。それに対して、自己存在

とその近傍はふだんより小さく弱々しいものとして、自己身体は思いの通りにならないものとして感じられている。たとえば、「自分の体が小さくなってしまふ」（症例8）、「体が縮む」（症例23）、「自分の体の動きがぎこちない」（症例32、36）、「体が固い」（症例36）等の訴えがそうである。

これらのために、患者の視覚世界は異様にデフォルメされた、サイケデリックな空間と化す。すなわち、遠方の事物が患者に膚接するかのように切迫し、その一方で自他を隔てる空間・距離もふだんの知覚よりも大きく感じられるのである。症例34は、患者自身がそのことに気付いて、「天井が大きく近くせに、部屋の空間がいつもより広く感じられる」と述べている。

知覚の対象化に関する患者の主観的体験も、一見逆説的である。すなわち、「～が気になって逃れられない」などという知覚対象からの転導困難と、「目に入るものがいちいち気になって仕方ない」などといった知覚対象の焦点化の困難とがみられる。しかし、これら一見正反対に見える体験は、知覚体験（知覚という行為）において知覚対象を能動的かつ随意的に選択することの障害として包括できる。

知覚は、感覚与件からの知覚刺激が主体の感覚器に到達することによって成立する。主体が知覚刺激自体を制御することは通常できないので、知覚というものは本来受動的なものである。しかし日常われわれは、環界の夥しい知覚刺激の中から、主体の意図によって、必要な知覚情報だけを随意的に取り出している（いわゆる”カクテル・パーティー効果”）。あるいは、たとえ意図的にではなくとも、本能や学習によって規定された過程に基づいて、知覚対象をいわば主体的・能動的に選択している。こうして、「星の発した光が私に届く」という現象は、「私は星を見る」あるいは「私の視線は星に届く」という知覚体験となり得る。

知覚行為に伴うこういった随意性、主体性、能動性が、知覚変容発作では後退しているのである（岩井<sup>9)</sup>）。そうして、患者を取り巻く感覚与件あるいは知覚刺激は、患者に向かって「押し寄せる」ものとなり（症例20、25、30など）、患者の主体にとって感覚刺激は「飛び込んでくる」（症例4、9）、「飛び出してきそう」（症例16）、「目を突き刺す」（症例17）ものと感じられる。

知覚はなんらかの運動を伴い、運動は知覚をもたらす。知覚と運動は、ひとつの円環をなしている（Weitzsäcker, V.<sup>16)</sup>）。たとえば、大きな立体の全体像を把握する（Husserl, E.のいう意味での超越Transzendenz）には、視点を移動させて別な角度から対象を眺める必要がある。不快な刺激から遠ざかるにも、運動が必要である。ところが、「自分の体の動きがぎこちない」「体が固い」ために、発作時には患者たちは「どうしようもない」「仕方ない」「逃れられない」と感じ、「じっとしている」。”されるがまま”に甘んじているのである（図2）。

最後に、自己対外界の関係という視点からみると、患者の自己は発作中には、環界の知覚刺激に翻弄される無力な存在となり果てる。自己存在とその近傍が、ふだんより小さく弱々しいものとして感じられる。これは既に述べたとおりであるが、そのみならず、自分だけが「取り残され」「周囲から切り離され」「囚われ」「囲い込まれ」「毘にはめられた様に」と、周囲から疎隔され孤立化されたように感じられる。

【受動的認知態勢の抽出】

前項で筆者は、知覚変容発作においてみられた知覚変容を検討する過程で、単なる知覚現象を越えて、患者自身の知覚変容体験に対する主観的判断や情動、あるいは知覚に先立つ患者の「態度（構え attitude）」といったものにまで踏み込むこととなった。これは、知覚 perceptionというより認知 cognitionという語であらわすのがよりふさわしい。

ここで、前項で考察したことをまとめるならば、まず、知覚変容発作における知覚変容の知覚心理学的な特性は知覚過敏であった。特に些細な刺激のもたらす知覚強度が増大し、しかも減衰しにくい（慣れが生じにくい、順応が起こりにくい）という特徴があった。これを知覚主体に即してみれば、知覚変容発作においては、知覚行為に伴う随意性、主体性、能動性が減退しており、自己存在は孤立して矮小化され無力化されているということになる。

知覚変容発作にみられたこのような知覚変容上の特性を、筆者は「受動的認知態勢」と命名する。これに対して、「私の視線は星に届く」という知覚体験を「能動的認知態勢」として対比的に示すと、表3のようになる。

この受動的認知態勢を構成する要因として、1) 知覚強度の増大、2) 知覚強度の非減衰性、3) 知覚の対象化困難（知覚対象からの転導困難、知覚対象の焦点化困難）、4) 自己对外界の関係の障害（疎隔感・離現実感、無力感・被圧倒感）の4点を考えることにする。

ここで、この4項目を全て満たすものを知覚変容発作-受動的認知態勢の「中核群」（自験例では症例1～7）とし、3項目以上を満たすものを「定型群」（症例1～19）、1～2項目を満たすものを「非定型群」（症例20～36）とする。

患者の現在の年齢、発症年齢、発作出現年齢、発症後発作出現までの期間を表4に示す。発症後発作出現までの期間は、中核群では非定型群よりも統計学的に有意に短いといえた ( $P < 0.05$ )。現在の年齢は、中核群では非定型群よりもより若年である傾向が見いだせた ( $P < 0.10$ )。つまり、典型的な受動的認知態勢は、発病後短期間しか経っていない比較的若年の分裂病患者の知覚変容発作でみられやすいということになる。

#### 〔知覚変容発作自験例の特徴〕

今回の対象例は、発症後長期経過を経た（平均で発症後20.0年経過）入院例が中心であるので、外来例中心の山口<sup>1)</sup>の症例（同じく12.6年）との比較をしておくことにしよう。

既述したように、山口は知覚変容発作の特徴として、患者自らの治療欲求が強く、患者はそれぞれ対処法を持っていることを強調している。

一方、筆者の自験例では、通常の面接中には発作を訴えない者も多かった。筆者が発作場面に実際に遭遇し得た症例が13例あった（症例3、5、8、9、11、17、19、20、22、23、26、32、33）が、それらの多くは当直帯での診療業務におけるものである。このうち症例20、26を除く11例は、筆者が当直医として発作の存在を確認するまでは、発作が出現するようになってからもそのことを主治医に訴えたことがなかった。

発症後長期間を経た入院例では、知覚変容発作に対する自己の無力感（「どうしようもない」「仕方ない」）が強いために、治療を希求することが少ない可能性がある。また、永田<sup>5)</sup>は、分裂病残遺期の挿話性病理現象の一般的な特質として、患者はこれらの病理現象にアンテ・フェストゥム（木村）的に巻き込まれることが少なく予期不安を形成しにく

いことを指摘し、これを「砂丘現象」と呼んで知覚変容発作を含めた。この慢性分裂病心性が、知覚変容発作に対する彼らの態度にも反映しているのかもしれない。山口・中井<sup>2)</sup>も、分裂病患者は知覚変容発作時にも”恐慌性”の反応を取ることがほとんどないことを既に指摘している。

これを安永<sup>17, 18)</sup>のファントム理論に照らせば、安永が慢性病態において指摘したように、正常状態においては知覚の能動性の根拠であるところのファントム機能が弱体化し（心的距離が短縮し）、そのことによって逆説的にもその根本的異常性の迫力を弱めつつ、なお分裂病において彼が抽出したその基本的受動性（自く他という”パターン逆転”）を示しているとみることできる。

なお、筆者は山口<sup>1)</sup>の症例と本稿の対象例との知覚変容発作は、症状論的にほぼ完全に同一なものであると述べたが、その根拠として山口の症例にみられた受動的認知態勢の構成要因を表5に示しておく。

#### § 4・非発作性に出現した受動的認知態勢

これまでに本稿では、知覚変容発作における知覚変容の特性として、受動的認知態勢を取り出した。しかし受動的認知態勢は発作的なものばかりであろうか。ここにおいてわれわれは、非発作性に出現する知覚変容を論じるための基盤を得た。

実際、知覚変容発作におけるのと同様の知覚変容は非発作性にも出現することがある。筆者は非発作性の知覚変容をこれまでに4例経験している（表6）。

まず、既出の症例15、21であるが、両症例とも患者自身によれば、体験内容は「発作の時と全く同じ」ということである。症例37、38は非発作性にのみ知覚変容を体験したと報告している。症例のいずれにおいても、受動的認知態勢は明白に看取される（表7）。

他方、4例とも非発作性・持続性の出現ではあるが、知覚変容が増悪するような状況がどういものであるかを自覚していた。すなわち、外出するとかテレビを見るなど知覚刺激が増大する状況に身をおいたときである。彼らは、知覚入力が増大に対処・順応できなかったということができる。ここでも、”カクテル・パーティー効果”の不在がみられる。雑多な刺激に対する、知覚的”フィルター機能”が不全状態を呈している。

Broen, W.<sup>19, 20)</sup>によれば、分裂病患者は雑多な刺激の中から重要度の高い刺激を選択することができず、常に「情報の過剰負荷状態 information overload」にさらされていることを、知覚心理学的な実験で示した。複雑な視覚刺激を与えられたときに分裂病患者たちが示す眼球運動による視覚走査は、対照群に比して優位に激しかった。Frith, C.<sup>21)</sup>は、これを、知覚過程というよりは視覚走査にさらに先立つ過程に起因する現象であろうとし、「情報処理という観点から知覚を論じようとするれば、知覚と記憶、認知との境界は曖昧化し、それらはもはや有効な準拠枠たりえない」と述べている。また、Wilson, G.<sup>22)</sup>は、分裂病者にみられる知覚的フィルターの機能不全、条件刺激の汎化傾向 generalisation、論理的過包摂 overinclusion はすべて同根の現象であると考えている。さらにBroen, W.<sup>19, 20)</sup>によると、慢性分裂病患者は情報の過剰状態に対して知覚対象の範囲を狭くすることで対処しようとするという。こういった知覚心理学的な知見は、微小な知覚刺激に対する知覚

強度の増大あるいはそこから転導困難といった受動的認知態勢の特性とよく一致する。

知覚変容発作は抗精神病薬による薬原性の症状であるとする意見<sup>3, 4, 6, 7)</sup>があるが、4例とも非発作性の知覚変容は不服薬期にも出現していた。とすれば、分裂病過程に由来する受動的認知態勢が薬原性の二次的的加工を受けて、発作性の出現をみるという可能性も今後は検討されなければならないだろう。既に中井・岩井<sup>23)</sup>は、慢性分裂病における危うい準平衡状態は状況によっても生理的にも薬理的にも乱されうるもので、これらは等価であると主張している。

## § 5・分裂病以外でみられる知覚変容発作

これまでに知覚変容発作は、専ら分裂病圏の病態について論じられてきた。これは決して故なきことではない。器質因性の精神疾患においてならば知覚変容が起こることは周知の事実だからである。

しかし、ここで分裂病の知覚変容発作における受動的認知態勢から、ふり返って器質性疾患を含む非分裂病性疾患における知覚変容発作-受動的認知態勢の再検討が必要であろう。知覚変容発作に類似したGlatzel<sup>24)</sup>の「発作性分裂病性症候群 paroxysmales schizophrenes Syndrom」はセネストパチーの範疇に属するとされているが、彼の既述によれば「器質性の症状であるとの印象を持たれやすい」とされているし、中井<sup>2)</sup>も知覚変容発作を「サイケデリック体験」の一種と呼んだことがある。

筆者はこれまでに、分裂病にみられるのと同じものと考えられる、非分裂病性の知覚変容発作を4例経験している(表8)が、表9にみるごとくここにおいても、受動的認知態勢の機制を見いだすことができる。

なお、症例39では、知覚変容発作に随伴して、「このままコントロールがきかなくなると、他人を傷つけてしまうのではないか」という加害念慮が生じた。症例41でも、「自分は特別な視線を発して他人を傷つけている」という加害妄想を伴った。また、両例とも漠然とした注察感を訴えた。別に症例42では、妄想気分が認められた。この3例では、知覚変容発作-受動的認知態勢がより持続的な妄想的な構えの契機となっている可能性がある。

## § 6・考察(2)：受動的認知態勢の特性と意義

Beringer, K.<sup>25)</sup>によれば、「独特な受動性」がメスカリン酩酊に固有なものとしてみられるという。メスカリンの酩酊状態では、患者は自分の思考、体験、振る舞いを自分自身で制御することから無力にも退却してしまい、“されるがまま”というか“なりゆきまかせ”になる。また、反省的分析力が減弱し、目的を志向した行動を為し得なくなることがあるという。

Beringerの一症例は、些細な知覚刺激の増大、それへのとらわれ感(知覚対象からの転導困難)、被圧倒感、随意的思考力・集中力の減退を報告している：

「B先生の服についた小さな糸くずが目にはいりました。その糸くずが……わたしの注意を全部ひきつけてしまいました。もはやわたしの眼ばかりか、わたしという人間の集中力

の全てが、その糸くずからそらせなくなりました。それはまるで、わたしの意識のなかにはただその糸くずだけがあって、それ以外のものはなにもなく、その糸くずがわたしの意識全体を満たしているかのようでした。」

Hermle, L.<sup>26)</sup>はこの現象を、「受動症候群 Passivitätssyndrom」と呼んでいる。酩酊の深さに伴って「受動性」が亢進すると、離現実感ないし離人体験が出現するとされている。

これは、筆者の言う受動的認知態勢に酷似している。とすれば、受動的認知態勢は、むしろ、器質性精神病と精神分裂病を含む機能性精神病（内因性精神病）との両者に共通して、陽性症状発現に先立つ基礎的な病理機制ではないかとも考えられる。筆者の分裂病自験例では、知覚変容発作-受動的認知態勢から陽性症状への傾斜は認められなかったが、非分裂病症例では、知覚変容発作が患者を妄想へと取り立てているように考えられる症例があった。また最近になって山口<sup>27)</sup>は、幻覚と連動した知覚変容発作を報告している。

受動的認知態勢は、妄想知覚を論じた文献に現れた症例にも数多く見いだすことができる。妄想知覚は古典的には「正常な知覚に妄想的な意味が付与されたもの」と定義されてきたが、Matussek, P.<sup>13, 14)</sup>以来、妄想知覚には知覚ないし認知上の変化に基づいたものがあるとされるようになってきている。Huber, G.ら<sup>28)</sup>は、「知覚変容 Wahrnehmungsveränderungen に基づいた妄想知覚」の症例を挙げている。そこには、「人々が非常に速く喋る」「人々は平生よりずっと大きい」「人々の言葉はいつもよりはるかにかん高い」「風景が強い色彩で、ゴッホの絵のように動き燃え上がるように見えた」など、知覚強度の増大と被圧倒感といった受動的認知態勢が読みとれる症例が収められている。これらは「パターン逆転（安永、前出）」の接近を予告する事態であるかのように思われる。

Matussek, P.<sup>13)</sup>は、「本質属性 Wesenseigenschaft の異常優位」によって妄想知覚の成立過程を解き明かそうとしているが、それに付随して知覚上の諸変化が関わっていると述べている。すなわち、「自然の知覚連関の弛緩」と「本質属性が”枠にはめられる”こと」である。前者の中には、知覚する姿勢がなすがまま nichterzungen であることが含まれている。後者は、特定の知覚対象物から逃れることができないこと Nicht-Loskommen-Können von bestimmten Wahrnehmungsobjekten である。これらはともに、繰り返しみてきたように、筆者の言う受動的認知態勢の構成要因をなすものである。

再びHuber<sup>26)</sup>によると、妄想知覚の前段階として、未だ自己関係づけを持たない「純粋な印象体験」というものがある（図3）。受動的認知態勢もしくは知覚変容は、通常知覚から「純粋な印象体験」を隔絶するようである。

以上のように、受動的認知態勢は、妄想知覚の前段階が準備されるのに大きな寄与をなしていると考えられる。

## < 結語 >

精神分裂病にみられる知覚変容発作における知覚変容体験の自験例を検討し、その特性として受動的認知態勢を抽出した。受動的認知態勢は非発作性にも出現することが観察された。さらに、受動的認知態勢は、妄想知覚の前段階の形成に寄与していることを示した。

[謝辞]

神戸大学医学部精神神経科教授中井先生の御指導と御校閲、および兵庫県立光風病院山口直彦先生の長年の御指導に深謝いたします。

[文献]

- 1)山口直彦：分裂病者の訴える知覚変容を主とする“発作”症状について。精神科治療学 1 :117-125,1986.
- 2)山口直彦, 中井久夫：分裂病者における「知覚潰乱発作」について, 分裂病の精神病理 1 4, 内沼幸雄編, 東京大学出版会, 東京,p.295-314, 1985.
- 3)樋口久, 清水徹男, 菱川泰夫：知覚変容を伴った反復性「発作症状」を示した精神分裂病の2症例－「発作症状」の特徴とbiperidenの効果－。精神医学,30:1213-1219,1988.
- 4)佐藤田実：精神分裂病における挿話性病理現象の症候学について。精神医学,31:955-964, 1989.
- 5)永田俊彦：分裂病性残遺状態における挿話性病理現象について－残遺状態への理解にむけて－, 分裂病の精神病理 1 6, 土居健郎 編, 東京大学出版会, 東京, p167-190, 1987.
- 6)渡辺憲：抗精神病薬使用中にみられる発作性の知覚変容を中心とする症候群 ②臨床および薬理学的側面から。精神科治療学,6:135-148, 1991.
- 7)渡辺憲：慢性期精神分裂病における眼球上転発作ならびに発作性知覚変容について。精神神経学雑誌,93:151-189, 1991.
- 8)山田幸彦, 五味淵満徳：精神分裂病における視知覚変容の現象学的研究。精神神経学雑誌,94:625-647, 1992.
- 9)岩井圭司：精神分裂病における知覚変容と妄想知覚。精神神経学雑誌,95:253-258, 1993.
- 10)山口直彦, 岩井圭司：抗精神病薬使用中にみられる発作性の知覚変容を中心とする症候群 ①臨床精神病理学的側面から。精神科治療学6:129-134,1991.
- 11)岩井圭司, 山口直彦：分裂病にみられたパニック・アタック。精神科治療学,7:1339-1351, 1992.
- 12)Zutt,J : Blick und Stimme--Beitrag zur Grundlegung einer Verstehenden Anthropologie. Zutt,J:Auf dem Weg zu einer anthropologischen Psychiatrie, Springer, Berlin,S.389-399, 1963.
- 13)Matussek,P. : Untersuchungen uber die Wahnwahrnehmung. 1.Mitteilung. Veranderungen der Wahrnehmungswelt bei beginnendem, primarem Wahn. Arch.f.Psychiat.u.Z.Neur.,189:279-319, 1952. (妄想知覚論とその周辺, 伊東昇太, 河合真, 仲谷誠訳, 金剛出版, 東京, p.11-72, 1983,)
- 14)Matussek,P. : Untersuchungen uber die Wahnwahrnehmung. 2.Mitteilung. Die auf einem abnormen Vorrang von Wesenseigenschaften beruhenden Eigentumlichkeit der Wahnwahrnehmung. Schweiz.Arch. Neur.,71:189-210,1953. (妄想知覚論とその周辺, 伊東昇太, 河合真, 仲谷誠訳, 金剛出版, 東京,p.73-105,1983.)
- 15)American Psychiatric Association : Quick reference to the diagnostic criteria from DSM- N , American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994. ( D S M - N 精神疾患の分類と診断の手引き, 高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳, 医学書院, 東京, 1995. )
- 16)Weitzsäcker,V. : Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnemen und Bewegen. 4.Aufl., Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1950.
- 17)安永浩：分裂病症状機構に関する一仮説－ファントム論について－, 分裂病の精神病理 1, 土居健郎編, 東京大学出版会, 東京,p187-218, 1972.

- 18)安永浩：分裂病症状機構に関する一仮説（その三）－慢性様態のファントム論－，分裂病の精神病理3，木村敏編，東京大学出版会，東京，p61-95p，1974.
- 19)Broen,W.E.：Response disorganisation and breadth of observation in schizophrenia. Psychol.Rev., 73:570-585, 1966.
- 20)Broen,W.E.：Schizophrenia:Research and theory. Academic Press, New York, 1969.
- 21)Frith,C.D.：Abnormalities of perception. Eysenck,H.J. ed. Handbook of abnormal psychology, Robert R. Knapp,Sandiego, p284-307, 1973.
- 22)Wilson,G.D.：Abnormalities of motivation. Eysenck,H.J. ed. Handbook of abnormal psychology, Robert R. Knapp, Sandiego, p362-389, 1973.
- 23)中井久夫，岩井圭司：分裂病の非特異的大局観的把握について－中医学的判定を援用しつつ慢性病態を考える－，分裂病の精神病理と治療3，中井久夫 編，星和書店，東京，p 229-269，1991.
- 24)Glatzel,J., Marneoc,A.：Paroxysmale schizophrene Syndrome – zur somatischen Metatropie chronischer Schizophrenien. Huber,G. hrg. Therapie Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrangen, F. K.Schattauer, Stuttgart, 1976.
- 25)Behringer,K.：Der Meskalinrausch. Seine Geschichte und Erscheinungsweise. Monograph. Neurol. Psychiatr. 49, Springer, Berlin, 1927.
- 26)Hermle,L., Spitzer,M., Borchardt,D., Gouzoulis,E.：Beziehungen der Modell- bzw. Drogenpsychosen zu schizophrenen Erkrangen, Fortscr.Neurol.Psychiat.60:383-392, 1992.
- 27)山口直彦：幻覚体験と連動した知覚変容発作，分裂病の精神病理と治療7 経過と予後，市橋秀夫 編，星和書店，東京，p.85-100，1985.
- 28)Huber,G.,Gross,G.：Wahn--Eine descriptiv-phenomenologische Untersuchung schizophrener Wahns. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1977.（妄想－分裂病妄想の記述現象学的研究－，木村定，池村義明訳，金剛出版，東京，1983.）

表1 知覚変容発作の自験例

No.	性別	病型*	年齢	発症年齢	発作出現年齢	発作の持続時間	入院歴	現在の社会適応	発作中の知覚変容体験	発作中のその他の体験(情動面、思考面を含む)	随伴する身体症状	発作の好発状況	発作への対処法	発作時の錘体外路症状	備考
1	男	R	51	42	51~	1~2時間	+	無職、未婚	壁のわずかな汚れや凹凸が次々と気になって止まらない、聴覚過敏	圧倒される	頭痛	晴れた日の夕方4~6時	じっとしている、家族と話す、cloxazolamやbromazepamを飲む	—	
2	女	U	35	29	33~	30分~1時間	—	家事手伝い、夫あり	小さなよごればかり目について仕方がない、視界が急に追ってくる、聴覚過敏	頭がさえてしんどい、選択的判断ができなくなる、どうしていいかわからない、集中できない、圧倒される		店舗を歩いていて客足が途絶えたとき、午後3時~4時	じっとしている、横になる、cloxazolamを飲む	—	
3	男	D	50	33	40歳頃~	1~2時間	+	回転床入院、無職、未婚	視点が固定する、壁のわずかな凹凸や天井のシミが気になって止まらない	囚われたような気分			じっとしている、夜間なら睡眠薬を飲む	—	
4	男	U	34	24	33~	数十分	+	警備員、未婚	いっぺんにいろんな情報(看板の文字など)が目に飛び込んでくる、視点を固定することができない、番号や人のざわめきが大きく感じられ壁内に入るまでずっと続く	自分だけが取り残されそうな恐怖感		繁華街に外出したとき	喫茶店にはいる、帰宅する	—	
5	男	D	36	15	30歳頃~	30分~3時間	+	長期入院例、未婚	目や耳が敏感になって止まらなくなる	どうしようもないという無力感		夕方~深夜	横になる	—	
6	男	U	28	20	27~	30分~2時間	+	無職、未婚	机のシミやほこりなど細かいことが気になって止まらない、透れられない	いらいらする		夕食後~就床時	じっとしている	—	入院中に発作初発、退院によって消失
7	男	U	35	25	33~	数分~2時間	+	無職、未婚	周囲が不気味に暗い、電灯ばかりが明るいのが気になって止まらない	圧倒される		日没後	じっとしている	—	
8	男	D	34	22	33~	2~3時間	+	無職、未婚	目と耳が止まらない、周囲の人の動きが早い、自分の体が小さくなってしまう	どうしていいかわからない、無力感、他人が怖い		夕方		—	
9	男	D	52	19	48(?)~	数分~数時間	+	長期入院例、未婚	物(視覚像)や音が飛び込んでくる、肌がひりひりするほど敏感	どうしていいかわからない、無力感	めまい、空気が薄い感じ(呼吸困難)	消灯の前夜	じっとしている	—	
10	女	U	35	28	33~	1~3時間	+	保育(パートタイム)、離婚後再婚、一子あり	耳が敏感、見えるもの聞こえるもの全てが気になる、気が散る	圧倒されてしまう、音の楽しかったことを思い出す		帰宅後から子どもが帰ってくるまで	じっとしている	—	
11	男	U	42	20	?	30分~3時間	+	長期入院例、未婚	壁が大きく開いて閉じない、まぶしい、見たくないものまで見えてしまう			排便後、または早朝夕方の薄明時	じっとしている、cloxazolamをもらう	—	
12	男	U	33	20	26~29	1~3時間	+	アルバイト、未婚	テレビの音が大きくなって仕方がない、目に入るもの(新聞、本、チラシ類など)がいちいち気になって集中できない		頭痛	正午すぎ~夕食前	cloxazolamを飲む	—	
13	男	D	48	22	45~	30分~2時間	+	長期入院例、未婚	風景に立体感がなく書き割りの様、周囲が追ってくる、遠くの音がやけに近い	圧倒される、透れられない		消灯時	布団をかぶってうずくまる。入眠するまで待つ。	—	
14	男	D	27	20	25~	数十分~数時間	+	無職、未婚	人々の顔に表情がない、耳が敏感で抑えられない、人の顔に表情がない、時計の針の動きが早い	どうなってもいいやというげやりの気分、他人が怖い		夕方~消灯時	じっとしている、やけ食いする	—	入院中に発作初発、退院によって消失
15	男	U	58	28	55~57	数十分	+	回転床入院、無職、未婚	視界がまぶしい、目が慣れない、空気が重く体へのしがる	どうしようもない気分		夕食後~就床時	じっとしている	—	parakinesia(Kleist)
16	男	C	36	15	30(?)~	数十分	+	アルバイト、同棲中	視野の辺縁に見える物が飛び出してきそうになる、視点を移しても止まらない	怖い			目をつぶって横になる	—	
17	男	D	57	21	40歳頃~	数分~30分	+	長期入院例、未婚	電灯がやけにまぶしく目を突き刺す様に感じられる、気になって止まらない	考案化声		室内照明が必要な時刻	じっとしている	+	(眼球上転)
18	女	U	37	19	33~34	数分~1時間	+	家庭内閉居、未婚(婚約者あり)	遠くにある物が目に飛び込んでくる、色が異様に鮮明で目に痛いくらい、つらいが止まらない		軽度落涙	昼間戸外にいるとき	室内にもどる	—	
19	男	P	62	34	58(?)	30分~1時間	+	長期入院例、未婚	わけもなく急にまぶしくなる、かすかな音が大きく聞こえる	神経がたがぶがどうしようもない		午後6~7時頃	早めに眼薬をもらう	—	
20	女	U	38	17	36(?)~	30分~3時間	+	無職、未婚	まぶしくて目がチカチカする、周囲がおしよせてきて押しつぶされそう、戸外の音が大きい		軽い眩暈感	夕方	目を閉じて横になる、cloxazolamを服用する	—	
21	男	A	41	24	24~26	数十分~半日	+	無職、未婚、独居	あたりが急に暗くなって追ってくる、暗いのにつもり鮮明に見える	幽い込まれたような気にはまったような気分		バイクに乗っていて止まったとき	バイクを降りて座る	—	schizoaffective

22	男	R	72	20	?	数分~30分	+	長期入院例、未婚	他人の動きがスローモーションの様に細部までわかる	何もできなくなる				+(眼球上転)	ロボミー施行例、青輪ろう 様歩行
23	男	D	45	20	40歳頃~	30分~2時間	+	長期入院例、未婚	周囲の人の表情がお面の様、体が縮む、耳がやけに遠くに届く	自分だけ周囲から切り離されているような気分		午後、とくに夕食の前 後		—	潜在性甲状腺機能低下症
24	男	U	37	20	35~	1~2時間	+	アルバイト、36歳で結婚	目に映るもの全てがストップモーションになった様で細部まで手に取るようにわかる、空気がどんより重い	「つかまった」ような気分、抜けられない		室内照明が必要な時刻	ずっとしている	—	
25	女	U	44	24	42-43	2~3時間	+	家店手伝い、夫あり	数m先のものが大きく感じられる、人や車の動きが遅い、自分に向かって押し寄せてくる、			夕方店番をしていて客が途絶えたとき	じっとしている	—	
26	男	P	46	36	46?	1時間前後	+	施設入所、未婚	空気が重く冷たくよそよそしい、遠くの灯りがまぶしい、聴覚過敏	包囲されたような気分		夕方	おやつを食べる、水を飲む	—	いわゆるパラフレニー例 achondroplasia
27	男	A	52	46	46~	1~2時間	+	工員、妻子あり	部屋がやけに広い、空気が冷たくよそよそしい、壁の凹凸や量の筋がくっきり見える		頭痛	就寝時	入眠できるまで待つ、睡眠薬を多めに飲む	—	schizoaffective
28	男	U	47	22	44~	数十分~2時間	+	工員、未婚、独居	ベルトコンベアが急に早く動き出したように感じる、周囲においてある物や同僚が気になって仕方なくなる	ついていけない感じ		勤務中の午後		—	
29	男	D	39	21	38	数十分	+	無職、未婚	感覚がずれる、目が固定できない、うわずべりする、周囲が押し寄せてくる、音が響く	何かがおこりそうな気分、他のことが考えられない		夕食後		—	
30	女	U	41	22	22~	30分~2時間	—	無職、未婚	天井や壁ののしかかってくるような感じで胸苦しい	適切な身動きがとれない	頭痛、動悸		母親に付いていてもらう	—	
31	男	D	42	29	40~	数十分~数時間	+	無職、未婚、独居	木々の葉の一枚一枚がくっきり見える、指のくりに強烈な立体感、緑がやけに鮮やか	“目覚めた”ような爽快感と身体的疲労感が同居		薄暗い自室から屋外をみているとき	部屋の電灯をつける	—	
32	男	D	56	23	55(?)~	2~3時間	+	長期入院例、未婚	他人の足音がやけに大きい、肌がひりひりと敏感、自分の体の動きがぎこちなく感じる			午後、とくに夕食後から消灯までの間	丸くなって寝る	—	
33	男	R	69	19	65(?)~66(?)	数分~2時間	+	長期入院例、未婚	目と耳が同時に湧えてきて体がふんわり軽くなる	落ち着かない		夕食後テレビを見ているとき	横になる	—	
34	男	U	42	16	35歳頃~	数分~3時間	+	長期入院例、未婚	天井が大きく近い、そのくせ空間が広い、視覚に立体感がない、袋のような物で包み込まれたような感じがする			夕方~深夜	じっとしている、不眠時頓用薬を飲む	—	
35	男	D	25	25	25~	1~2時間	+	無職、未婚	部屋が迫ってきて押しつぶされそう		水平性眼蓋	夕方	うつぶせになって寝る	—	
36	男	P	52	16	50歳頃~	数分~数十分	+	長期入院例、未婚	周囲がよそよそしい、自分の体が重い、自分の動きがぎこちない	どうしようもない気分		夕食後~就寝時		—	

\* P:妄想型、D:解体型、C:緊張型、U:鑑別不能型、R:残遺型、A:分裂感情障害

表2 知覚変容発作における知覚変容の内容

No.	知覚変容のモダリティ				知覚変容の特性					
	視覚	聴覚	皮膚感覚	体性知覚	知覚強度の増大	知覚強度の減衰・非	知覚の対象化の困難		自己対外界の関係の障害	
							知覚の転導・対象から困難	焦点知覚の対象の障害	疎隔感・現実感離	無力感・圧迫感・被
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
24	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
27	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
28	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
30				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					
32		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
34	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>
36				<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

表3 能動的認知態勢と受動的認知態勢

受動的認知態勢		能動的認知態勢
知覚刺激 > 自己	知覚における "主導権"	知覚刺激 < 自己
"感知"	知覚の様相	"探知"
現実認識	主体の時間軸 上の志向性	未来の予測
受苦的	主体の反応	対処的
(現実)恐怖	親和的な症状	妄想(気分)

表4 知覚変容発作症例の年齢、発症年齢、発作出現年齢

	年齢	発症年齢	発作出現年齢	発症後発作出現までの期間(年)
定型群(n=19): 症例1~19	40.5±9.4	23.1±6.7	36.1±8.6	12.9±7.8
中核群(n=7): 症例1~7	38.4±8.7	26.9±8.9	35.2±8.0	8.4±3.4
非定型群(n=17): 症例20~36	47.5±12.0	24.6±7.7	41.6±12.0	16.8±13.4
全例(n=36)	43.8±11.1	23.8±7.1	38.4±6.9	14.4±3.1

\*:P<0.05, (\*):P<0.10



表6 非発作性知覚変容症例(1)

No.	性別	病型	年齢	発症年齢	知覚変容の出現年齢	出現時期	入院歴	現在の社会適応	発作中の知覚変容体験	随伴するその他の体験(情動面、思考面を含む)	随伴する身体症状	増悪状況	備考
15		U	58	28	28、50歳頃	発症前後、寡症状期。いずれも服薬(-)	+	回転入院、無職、未婚	視界がまぶしい、目が慣れない、車や人が自分めがけて突進してくるかの様、空気が重く体へのしかかる	どうしようもない気分	-	外出時	parakinesia(Kleist)
21		A	41	24	24~26	発症後2年間、数日単位で断続的に	+	無職、未婚、独居	あたりが急に暗くなって追ってくる、動くものが見えなくなり自分に向かってくる様、暗いのについてより鮮明に見える	困り込まれたような畏れにまっただような気分	-	外出時	schizoaffective
37		C	26	21	21	発症から初回入院まで(約2週間)	+	家事手伝い、未婚	聴覚過敏、音や光が自分めがけて集中してくる	周囲から自分だけが切り離されたかのよう	-	外出時	
38		D	42	16	?	発症から現在まで断続的に	+	長期入院例、未婚	耳と目がさっと敏感になってくる	見たり聞いたりそのまま何も考えられない	-	外出時、TVを見ているとき。特に午後	

表7 非発作性知覚変容症例(2)

No.	知覚変容のモダリティー				知覚変容の特性					
	視覚	聴覚	皮膚感覚	体性知覚	知覚強度の増大	知覚強度の非減衰性	知覚の対象化の困難		自己対外界の関係の障害	
							知覚対象からの転導困難	知覚対象の焦点化の障害	疎隔感・現実感離	無力感・圧倒感被
15	○			○	○					○
21	○				○				○	○
37	○	○			○			○	○	○
38	○	○			○					○

表 8 非分裂病性の受動的認知態勢の症例(1)

No.	性別	年齢	発症年齢	発作出現年齢	発作の持続時間	入院歴	現在の社会適応	発作中の知覚変容体験	発作中のその他の体験 (情動面、思考面を含む)	随伴する 身体症状	発作の好発 状況	発作への対処法	発作時の錐体 外路症状	備考
39	男	28	20	23-24	数分~数時間	+	アルバイト、未婚	あらゆる方向から視覚像が自分の目をめがけて飛び込んでくる	加害意識、注察感		外出時	ベンチに腰をおろす	—	重症強迫症?
40	男	44	17	17-		+	無職、長期閉居、未婚	電車や車が自分めがけて突進してくるようになる			外出時	しゃがみ込む、帰宅する	—	頭部外傷後遺症
41	男	22	21	21	数十分~数時間	+	無職、未婚	他人の顔が夜叉面のように見える、人の動きが早い、耳が敏感	自分だけが取り残されたような恐怖感、加害妄想、注察感	貧血感	週末外泊時の夕食前~就寝時	じっと立っている	—	有機溶剤依存
42	男	19	15	15?	数時間	—	無職、未婚	周囲の様子がよそよそしい、物はふだんより遠くにあるように感じられるのに音は近い	囲まれたような感じ、何かが起こりそう(妄想気分)	"空えずき"			—	精神発達遅滞の長期閉居例。換姓分裂病?

表 9 非分裂病性の受動的認知態勢の症例（2）

No.	知覚変容のモダリティー				知覚変容の特性					
	視覚	聴覚	皮膚感覚	体性知覚	知覚強度の 大增	知覚強度の 減衰の 非	知覚の対象化 の困難		自己対外界の 関係の障害	
							知覚の 対象 から の 困難	焦点知覚 の対象 の 障害	疎 隔 感 現 実 感 離	無 力 感 圧 倒 感 被
39	○				○			○		○
40	○				○					○
41	○	○			○				○	○
42	○	○			○				○	

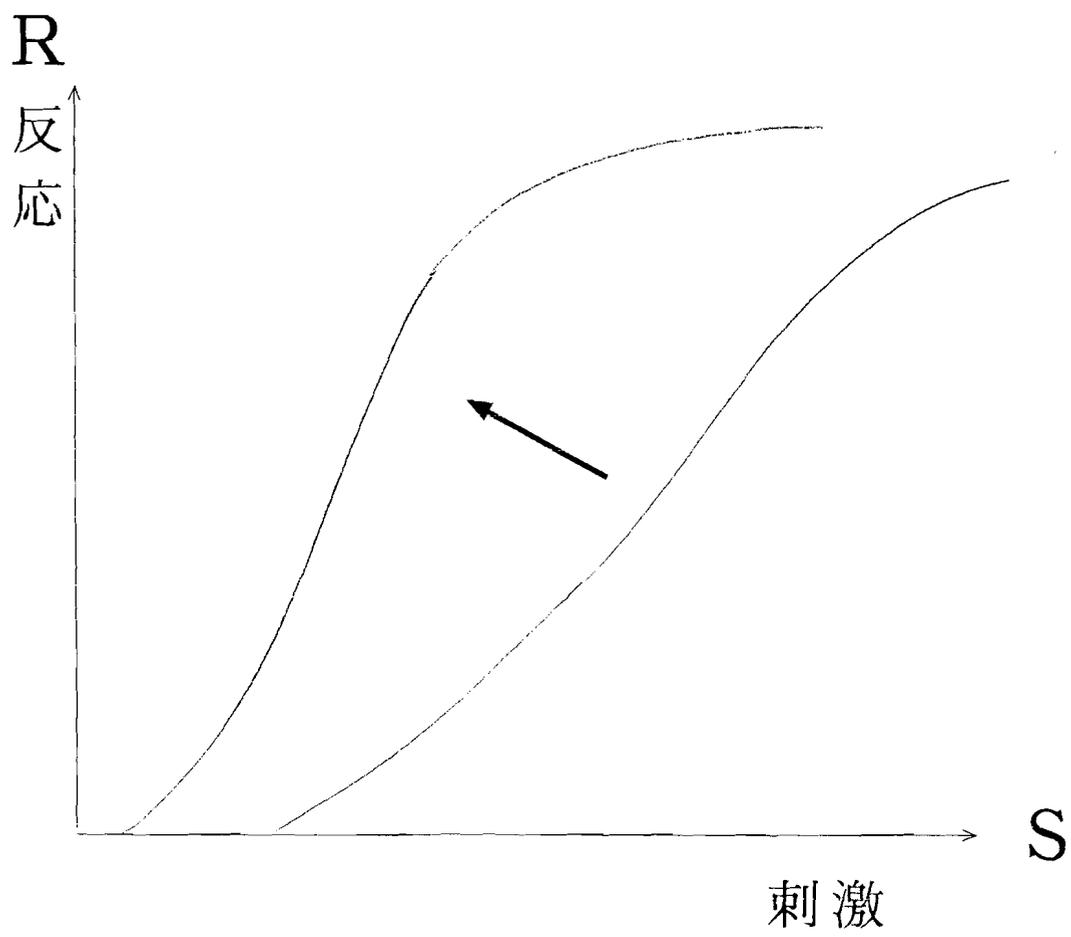


図 1 S - R 曲線の左方偏倚

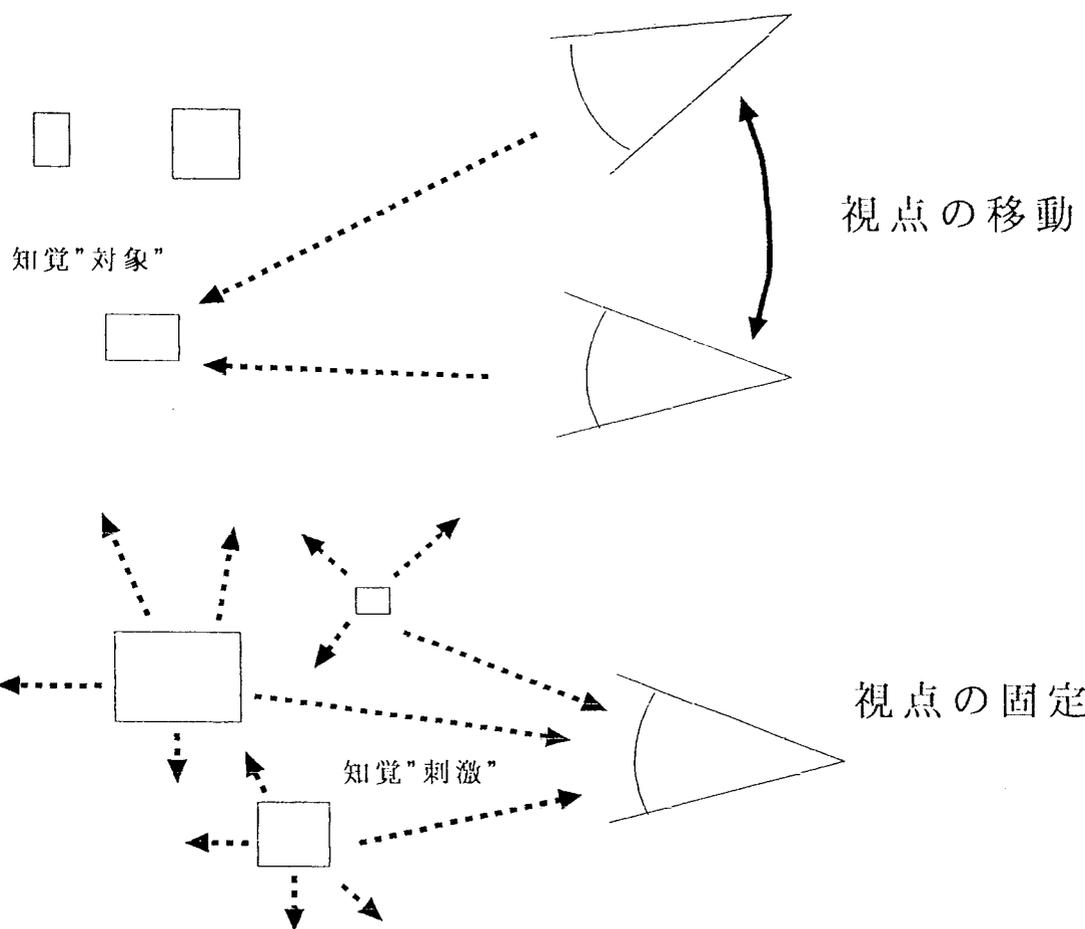


図 2 運動と知覚

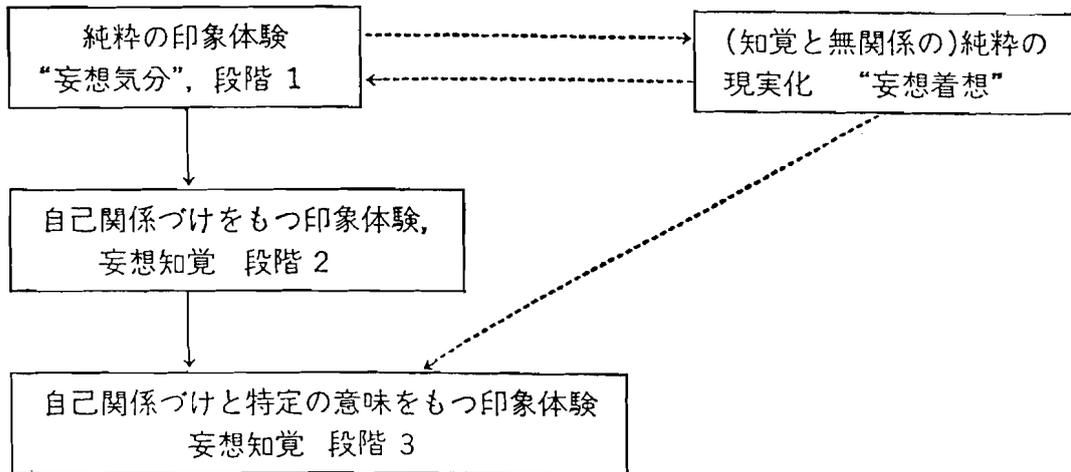


図 3 妄想知覚の段階的形成 (Huber<sup>28)</sup>)

( 英題 )

Characteristic passivity in perception  
as the basis of psychotic symptoms.

Keiji Iwai

Disaster Victim Assistance Program,

Hyogo Organization of Mental Health.

Department of Psychiatry and Neurology,

Kobe University School of Medicine.

[ABSTRACT]

Perceptual alteration attack in schizophrenia

(Yamaguchi, 1985) is a paroxysmal and recurrent syndrome distinguished by characteristic perceptual changes. Over the past ten years, the syndrome's onset and predisposing factors have been well described in the psychiatric literature. However, its psychopathological nature and the content of the associated perceptual changes have not been thoroughly discussed. Here I present 36 cases of schizophrenia with perceptual alteration attack, and I propose the concept of "cognitively passive attitude" to describe their common features. Cognitively passive attitude is also seen in a non-paroxysmal way, in schizophrenic patients and in patients with organic mental disorders. I suggested that cognitively passive attitude might underlie delusional symptoms, especially delusional perception.