

中医学からみた精神分裂病の心身相関
—— 表裏弁証を援用して ——

兵庫県立光風病院
岩井圭司

日本東洋心身医学研究会誌 1991 Vol. 6 No. 1

〔平成3年11月25日発行〕

中医学からみた精神分裂病の心身相関

— 表裏弁証を援用して —

岩井 圭司*

要約： 精神分裂病の入院治療例を対象として、経過中に見られた症状変遷を身体症状を中心に、中医学の表裏弁証の立場と心身相関の視点から回復過程と慢性過程を比較検討した。

身体症状は分裂病の急性期には乏しいが、回復時臨界期以降の回復過程ではむしろ頻繁に観察され、しかも裏証から表証へという階層制・方向性をもって推移していた。一方、慢性過程ではそのような階層制は破綻しており、身体症状は分散的に出現し、回復時臨界期の出現が機構的にも困難であると考えられた。さらに、生体の身体化機構は分裂病急性期精神症状の発現に対して保護的に働いているという、精神—身体の関係についての東洋心身医学的モデル（S→Pモデル）を提出した。分裂病の湯液治療についても言及した。

I. はじめに

本来、東洋医学は多岐にわたる立場の違いを内包しつつも、一致して“心身一如”の標語のもとに精神症状と身体症状を統一的に扱ってきた長い伝統と知見の蓄積を有する。わが国においても多くの先達の苦心によって、漢方医学的治療は精神身体医学領域および精神医学領域で既に大きな成果を挙げている。

中医学では経時的視点、すなわち病態の進展過程と生体回復過程を経時的にとらえることにも特に力点をおいて治療を行うが、それは、精神分裂病のように多彩な症状が長期にわたり消長し、われわれがともすれば“導きの糸”を失いがちな疾患の治療にあたる際には、“道しるべ”ともなるべきものである。

一方で精神身体医学は、従来ともすれば精神疾

1991年8月31日受稿

*兵庫県立光風病院（岩井圭司：〒651-12 神戸市北区山田町上谷上登尾3）

患を議論の対象として扱ってこなかったきらいをなしとはしない。

そこで本稿では、精神疾患における身体症状の変遷を中医学の概念と方法を援用して論じ、心身相関の立場から精神疾患を眺めてみることにしたい。

II. 対象と方法

筆者の勤務する公立精神病院で、入院治療を行った精神分裂病（以下分裂病）自験例（59例、すべて男性）を対象として、中医学の表裏弁証の立場と心身相関の視点から回復過程と慢性過程にある症例の経過を比較検討する。

特に4症例をやや詳細に呈示し、表裏弁証によってその身体症状をダイアグラム化して考察に供

Key words (キーワード) schizophrenia (精神分裂病), remission (寛解), psychosomatic medicine (精神身体医学), traditional chinese medicine (中医学), surface-inner theory (表裏弁証)

する。

III. 理論的背景

〈表裏弁証について〉

中医学の診断—治療の体系である弁証論治の基本の一つが八綱弁証である。八綱弁証とは生体のあらゆる状態を、表—裏，寒—熱，虚—実，陰—陽の4対8項目の基本的な症候とそれらの兼証に帰納し，その分類に従って治療を選択・適用するという思想である^{4,5)}。

表裏とは生体の内外の部位の区分を意味し，生体の表面が病邪に侵されると表証が出現し，病邪が生体の内部に及ぶと裏証が出現するとされている。具体的には，表証とは主に感冒様症状としてとらえられる諸症状である。これに対して，裏証とは便通や排尿の異常や様々な精神症状を含む状態である。両者の移行として，いわゆる半表半裏があり，これは小柴胡湯関連処方の適応としてよく知られているものである。

中医学や漢方医学でいう傷寒を初めとする外感熱病では，通常，“外邪”はまず表を侵してから裏にいたり，回復はその逆をたどることが多いといわれている。“内邪”によって起こり，病初に表証を欠く疾患や，持続的に裏証を呈する慢性疾患でも，回復期には表証を生じ易いことは，われわれが日常よく経験することである。また，これとは

別に，慢性疾患の回復期に発汗を含む分泌物の増加や発疹をみることがあり，俗に“病が表に出る”と呼ばれている。これは厳密にいうと表証であるとは限らないが，ここでは便宜上，表証に準じて扱うことにする。

表証—裏証をごく簡潔に表1¹⁾にまとめておいた。本稿では表裏弁証の厳密な運用が目的ではないので，以下の症例の検討にあたっては表1をそのまま適用することにする。

ここでは，精神症状は概ね裏証に分類される^{2,5,9)}ということに留意しておきたい。

〈分裂病の経過と回復過程〉

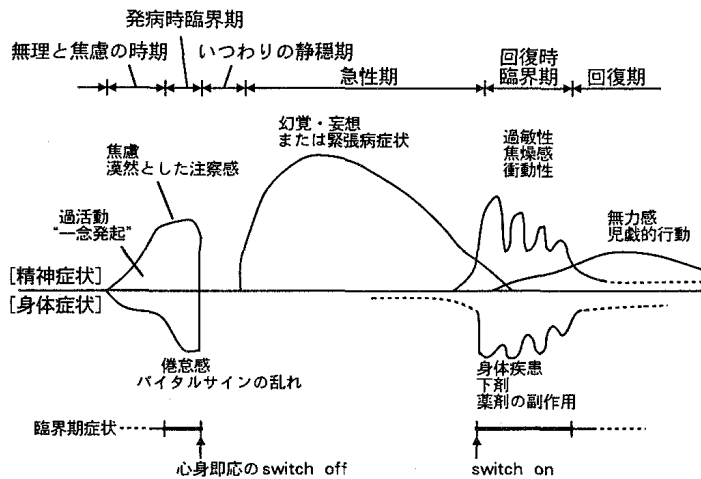
図1は，従来より中井⁹⁾が展開してきた精神分裂病の発病課程と回復過程の経過論を，ごくおおざっぱに図式化してみたものである。この経過論では，特に身体症状に重要な意味を見いだしている。精神分裂病の治療に実際に携わったことのある臨床家には既に周知のように，精神病と言ってもその経過中には実に多彩な身体症状が出没する。

さて，分裂病の急性期とは幻覚・妄想の活発な時期であり，この時期には自覚症状であると他覚症状であるとを問わず一般に身体症状は乏しい。便秘と口渇だけがその例外であろうが，これらは専ら薬物療法の副作用として考えられるものである。

〈表1〉 表証と裏証^{1,3)}

	消化器症状	その他の身体症状	精神症状
(表)	(乏しい)	頭痛 関節痛 鼻汁 多汗	(乏しい)
(半表半裏)	嘔吐 悪心 食欲不振 上腹部不快感	咳嗽 口渇	不安
(裏)	下痢 便秘	尿量の異常	抑うつ 易怒性 興奮または無力感 (多彩)

※寒熱，虚実の別はあえて無視し，簡略化をはかった。



〈図1〉 精神分裂病の発病・回復過程 (中井 1974他)

やがて治療が奏効して、幻覚や妄想が消褪してくるようになると、様々な身体症状が一過性にめまぐるしく出現する時期が来る。急激な下痢の出現によって気付かれることが多いが、下痢と便秘の急激な交替、感冒様症状、悪心・嘔吐の出現、持病 (例えば糖尿病や結核) の悪化、向精神薬の副作用の突発 (特に錐体外路性症状と過鎮静)、急性感染症への罹患などが観察される。これが回復時臨界期と名付けられている病期である。この時期には、精神症状面では焦躁感と無力感が混在し、しばしば衝動行為に発展する。これらは分裂病症状の悪化と見まちがわれることもあるが、この時期の焦躁感や衝動行為は、幻覚・妄想との関連性に乏しく、概ね一過性であることが特徴である。

この回復時臨界期を、われわれは分裂病的過程の後退による「自律神経系の警告システムの再開」として理解してきた^{1,6,8)}。急性期には精神的変調が身体にはほとんど反映されなかったのが、この時期には精神-身体の対偶性が回復されて、様々な身体症状が入れ代わり出現し得るようになると考えられるのである。いわば、急性期にはバラバラだった精神と身体が再開通するのであり、それはスイッチを入れたときの蛍光灯の明滅にもたとえられよう。

この時期を経過して、精神分裂病の患者は回復期に入る。

次に、実際の症例にあたりながら、この臨界期の身体症状の推移を見てみることにしたい。

IV. 症 例

最初に、比較的順調な回復過程をたどった症例を呈示する。

〈症例1〉 24歳の男性分裂病患者

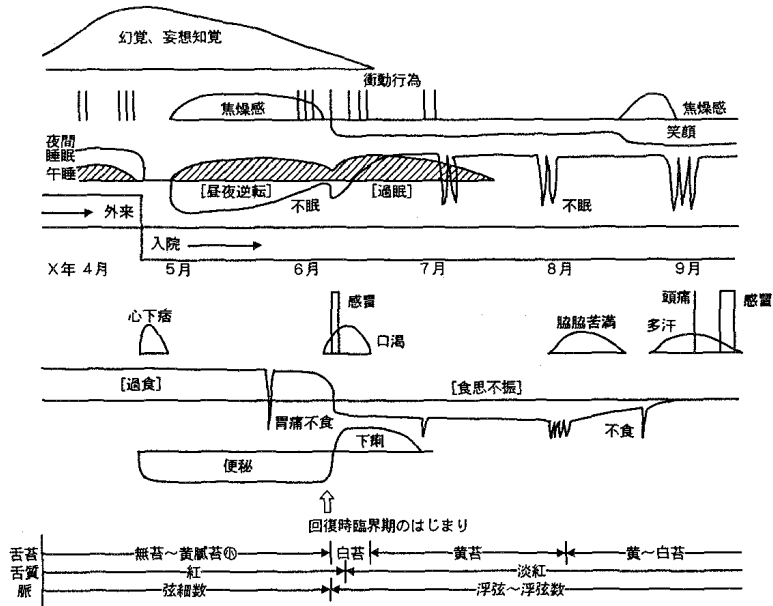
入院経過における精神症状と身体症状をダイアグラムにして図2に掲げる。

様々な症状が複雑に消長しているが、6月初旬に一つの変曲点があることがみてとれよう。すなわち、幻覚・妄想といった分裂病急性期の精神症状が消褪していく過程で、それまでの頑固な便秘が急に下痢に転じ、同時に過食は食思不振へと、睡眠状態は昼夜逆転から過眠へと症状転換が起きている。それを鋭く画期するように感冒様症状が出現し、時を同じくして、脈および舌苔にも変化が生じている。

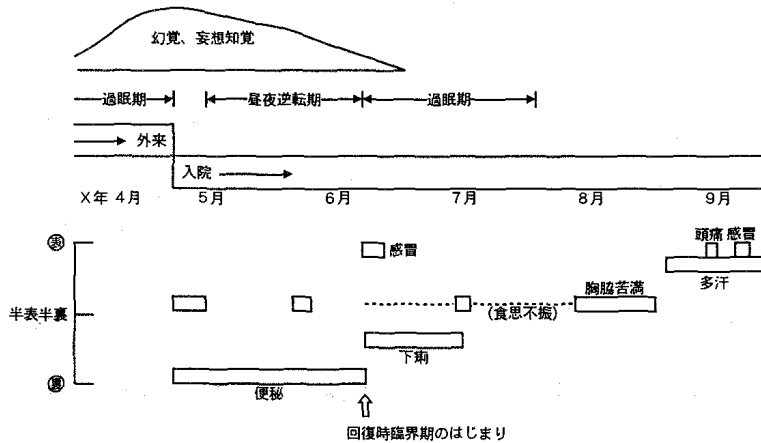
これを表裏弁証から眺めなおしてみる (図3)。

6月初旬の感冒の発現から以後、次第に裏証から表証へと身体症状が推移していき、その変化は精神症状や睡眠の変化とも平行している。表裏弁証によって、複雑にみえていた諸症状の消長が、実はある階層制のもとに出現していたことがわかる。

〈症例2〉 33歳の男性分裂病患者 (図4)



〈図2〉 症例1 24歳, X-4年に発症, 4回目の入院



〈図3〉 症例1

この症例でも、幻聴の消褪に一致して出現した感冒様症状を契機として、次第に裏証から表証へと身体症状が推移していっている。X年12月中旬からの3度におよぶ原因不明の失神発作（循環無力症？）の出現によって、臨界期症状と考えられる様々な身体症状は“ふるい”にでもかけられたかの様に裏証、半表半裏の順で消失していっている。図中、鼻出血は“病が表に出た”症状として、表証方向の矢印で表してある。

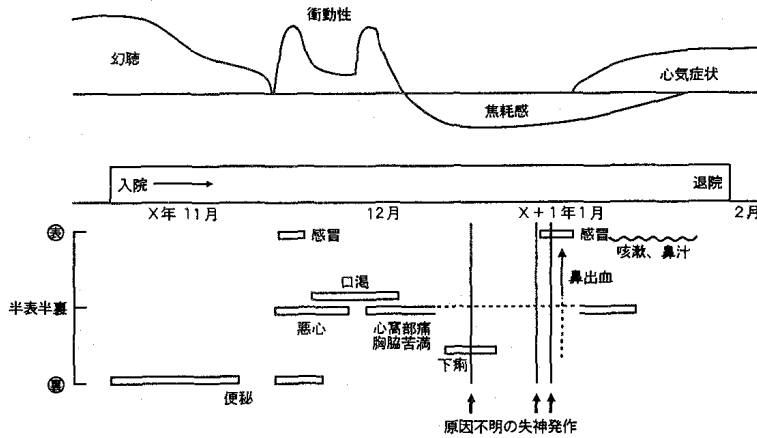
次に、まだ回復過程に導入できていない慢性分

裂病の症例について検討する。

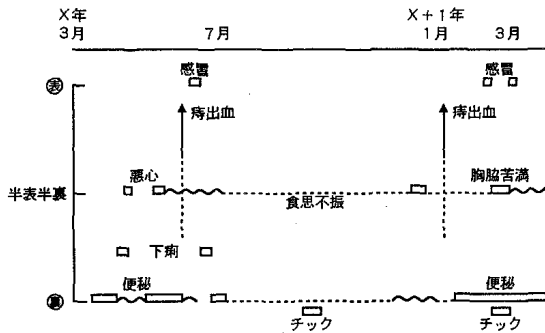
〈症例3〉 40歳の男性分裂病患者（図5）

14年間にわたって長期入院中の症例の最近1年間の経過を示した。

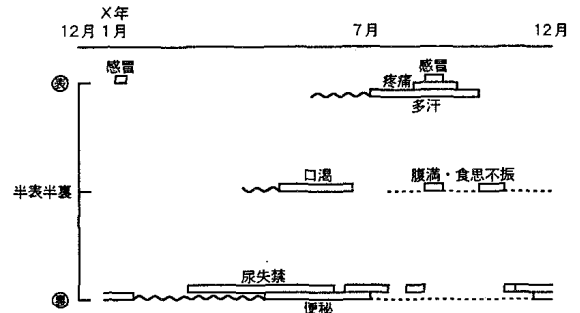
この症例でも、比較的体症状の多い時期と乏しい時期を認めるし、同じような経過で2度にわたって裏証から表証へと推移したように見えるが、先の2例とは違ってこの間に精神症状のはっきりした変化を認めていない。つまり、身体症状と精神症状との間での対偶性ないし呼応性を欠い



〈図4〉 症例2 33歳, 男性X-13年に発症, 3回目の入院



〈図5〉 症例3 40歳, 男性, 14年間入院中解体した言動



〈図6〉 症例4 34歳, 男性, 5年間入院中慢性恒常性の幻覚妄想状態

ている。せっかく表証化が起こっても、また裏証に逆戻りしてしまっているわけである。

〈症例4〉 34歳の男性分裂病患者 (図6)

難治例であり、最近5年間を継続して入院中で、慢性恒常性の幻覚妄想状態にある。

一見して裏証が頑固に持続している。夏季には一時表証がみられたが、それも裏証を残しつつ出現する傾向がある。また、この症例の便秘では下剤に対する耐性が強く、桃核承気湯エキスに防風通聖散エキスそれぞれ7.5grを合方したうえでも、プルゼニド4ないし6錠を適宜併用しなければならなかった。

精神症状では幻聴、独語、空笑が慢性・恒常性に持続し、その内容・強度ともにほとんど変化を認めなかった。

V. 考 察

〈表裏弁証と症状の階層制 (性)〉

症例1, 症例2でみられたように、分裂病の回復過程では、特にその回復時臨界期において、身体症状は逐次的に裏証から表証へと推移する。つまり、分裂病の経過において、その症状変遷には症状の階層制があり、それは中医学において表裏弁証と言われているものの構造をもっていると言える。

ここでもう一度、精神症状は伝統的に裏証ととらえられてきたことに注意したい。精神症状が活発で身体症状に乏しい分裂病急性期は、裏証のいわば“極まった”状態なのである。

良好な経過をとる症例では、裏証の“極”からの脱出時 (回復時臨界期) に表証が突発し、半表

半裏証と裏証を兼証して全身を巻き込む激しい身体症状を起し—ときにそれは麻薬依存からの離脱時にみられる“自律神経嵐”にさえ比肩し得るものである—、それにもかかわらず幻覚妄想を中心とする急性期精神症状は消褪していく。次いで、身体症状は、裏証、半表半裏証、表証の順で消失していくのである。

2年半（1988年7月～1990年12月）の筆者の自験例では、寛解退院例（30例）の4割強（13例）に臨界期身体症状の出現をみており、その約半数（7例）で裏証から表証へという方向性をもった症状変遷がみられている。印象としては、このような症状変遷が明確にみられた症例ほど安定した寛解に至った様に思われる。一方、継続入院例（29例）では、この間に臨界期症状に導入できたものと導入しつつかあると考えられるものを併せて3例に過ぎない。

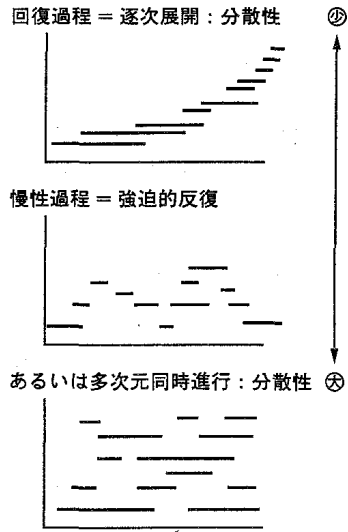
なお、自験例は筆者の勤務形態のためにすべて男性例である。女性では性周期の影響のために、ダイアグラム上もう少し複雑な経過となるかも知れない。

分裂病の回復過程が、裏証から表証への階層に沿った逐次展開過程であるとするなら、慢性過程とはそういった階層制が破綻したものとしてとらえられる。症例3では身体症状の変遷が表裏弁証上の階層制において強迫的復復に陥っていた。症例4では表裏弁証の各レベルの同時進行が見られた。これは、従来より中井⁷⁾が、分裂病慢性過程における症状の分散性の増大として記載してきたことと同一の現象であると考えられる（図7）。

〈臨界期への入口：ポテンシャルの壁〉

急性期から回復期への移行への途上、臨界期という全身を深く巻き込んだ病期を経過し、それが表証化傾向をもつものであることは既に述べた。この時期を経過すると、短期に急性期精神症状が再燃することは稀である。この「激越に経過し後戻りにくい」性質は、分裂病回復過程論の立場から“ポテンシャルの壁”と呼ばれている⁸⁾。

分裂病の慢性過程では、表証化ないし表証の出



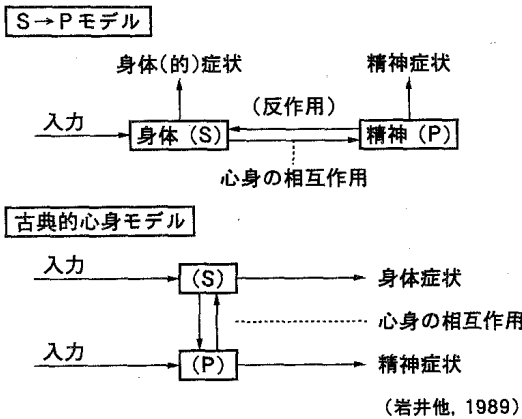
（中井他，1991）

〈図7〉 分裂病の経過と症状の分散性

現の際にもこの“ポテンシャルの壁”が認められないことが、症例3、症例4からも見て取れる。これも“階層制の破綻”に随伴した現象と言える。慢性期には、たとえ急性期精神症状が（症例4のように）持続していようと、それは単に急性期の遷延ではなく、慢性期に特有の病的過程が関与していることの証左であろう。また、呈示した症例にも見られるとおり、慢性期分裂病は急性期に比して身体症状はより頻繁に出現する。そこでは急性期と違ってある種の身体化機構が回復しながらも、臨界期（としての身体症状）を発現させることが構造的に困難な状態であると言ってよいだろう。“ポテンシャルの壁”と慢性過程の関係については、以前にも別の視点から論じたことがある¹⁾。

〈精神—身体という階層：S→Pモデル〉

以前にわれわれは、精神分裂病における心身相関のモデルとして“S→Pモデル”というものを提唱したことがある¹⁾。すなわち、精神と身体は単純な平行関係にあるのではなく、入力（＝起病力）を身体化して処理できているうちは幻覚や妄想といった精神病レベルの精神症状は出現しにくく、身体化機構が入力を支え切れなくなって初めて精神病の症状が出現するという仮説である（図8）。



〈図8〉 精神—身体の相関モデル

このままでは、「あまりに心身二元論的である」とのそしりを免れ得ないかもしれないが、身体と精神を「不可分でありながら分節化・階層化された一つの実体」と考えて、図中の「身体」を“表”，「身体的症状」を“表証”，「精神」を“裏”，「精神症状」を“精神症状をも含めた裏証”を意味していると考えれば、これを東洋心身医学的モデルと呼んで差し支えないかと思う。

このモデルで、入力を表証化する力が衰えたときにいきなり裏証が出現するのが、いわゆる“直中”であるということになる。また慢性（難治）分裂病症例における“多次元同時進行型（図7）”の症状出現は、症状の階層制の破綻（または“局地化戦略”の失敗）であると同時に、出力を分散して重篤な単一の症状（分裂病の場合には精神症状か）を少しでも軽減させようという、人体の合目的戦略であると言えるのかも知れない³⁾。

“局地化戦略”ということについては、外来因子と自律神経系の相互作用によって起こる疾患を思い浮かべてみるとよい。例えば気管支喘息である。もし、発作時に気管支の平滑筋に起こるような攣縮が全身性に起これば致死的であり得る。だからこそ“局地化戦略”が働くのだ、と言える。しかし、気管支の狭窄があまりに高度であれば、それは単独でも致死的である。そのような場合に症状は全身に分散されて、いわゆる“アレルギー・マーチ”が起こってくるとは考えられないだろう

か^{3,10)}。

〈臨界期の湯液治療〉

われわれの精神分裂病における方剤選択については、以前にやや詳しく論じたことがある²⁾ので、ここではごく簡単に触れる。

まず急性期であるが、やはりこの時期には抗精神病薬が主役を演じ、漢方処方はその補佐にとどまる。方剤選択は精神症状を重視して、徹底的な清熱瀉下をはかる（精神運動興奮や幻覚妄想の多くは実熱証の反映と考えられる）。“ぎりぎりまで下す”のを旨とする。その上で、湿熱と血瘀を考慮する（抗精神病薬ならびにその錐体外路性の副作用を抑える目的で多用される抗コリン性抗パーキンソンニズム剤は、便秘を起こしやすいうえに湿熱と血瘀を招来しやすいからである）。

臨界期への対処は臨機応変を要求されるが、ある意味で漢方処方が非常に有効な時期でもある。症状を押え込むのではなく、“無難に経過させる”のをモットーとして、瀉下と同時に解表をはかるという意味で防風通聖散を多用している。

慢性期その他については前稿²⁾に譲る。

VI. まとめ

分裂病の経過を回復過程と慢性過程について、中医学の表裏弁証と心身相関の立場から検討し、次の知見を得た。

- 1) 分裂病の回復過程においては、回復時臨界期の開始とともに、出現する身体症状は概ね裏証から表証へという階層性・方向性をもって推移する。
- 2) 回復時臨界期以前の急性期には、身体症状の出現はまれである。
- 3) 慢性期分裂病症例では、上述のような症状出現の特徴は見られず、特有の慢性過程の存在が示唆された。

さらに、分裂病の経過論における臨界期症状の意義と位置付けについて若干の考察を行い、精神—身体の関係についての東洋心身医学的モデルを提出し、分裂病の湯液治療についても言及した。

この小論が、従来あまり顧みられることのなか

った精神疾患の精神身体医学的研究と、わが国の漢方医学と中医学のさらなる対話へのささやかな一助となることを、借越を承知で祈りつつ稿を終えることとする。

謝辞

最後になりましたが、日頃から精神医学のご指導をいただき、さらに小生に中医学を学ぶ機会を与えて下さいました、神戸大学精神科神経科教授中井久夫先生と、労を厭わず小生に初歩から中医学の手ほどきをして下さった、廣州中医学院講師徐志偉先生に深謝いたします。

文献

- 1) 岩井圭司, 徐志偉, 中井久夫: 身体像の歪みと精神-身体の対偶性—精神分裂病における身体の動態平衡障害の, 指圧法を用いた把握—。湯浅修一編: 分裂病の精神病理と治療 2. 星和書店, 東京, 1989. (中井久夫著作集別巻 2 中井久夫共著論文集, 岩崎学術出版社, 1991. に再録)
- 2) 岩井圭司, 徐志偉: 分裂病の中医学的漢方療法—分裂病の経過におけるその治療的特性と戦略—。精神科治療学 5 (2): 145-161, 1990.
- 3) 岩井圭司, 中井久夫: 分裂病難症例における精神-身体症状—『階層制』の破綻と『分散性』の増大—。飯田真(編): 分裂病の精神病理と治療 4. 星和書店, 東京, (近刊).
- 4) 上海中医学院(編)(神戸中医学研究会訳): 中医学基礎, 療原書店, 東京, 1977.
- 5) 邓鉄涛主(編): 中医診断学, 上海科学技术出版社, 上海(中国), 1984.
- 6) 中井久夫: 精神分裂病状態からの寛解過程—描画を使用せる精神療法をとおしてみた縦断的観察—。宮本忠雄編: 分裂病の精神病理 2. 東京大学出版会, 東京, 1974. (中井久夫著作集第一巻, 岩崎学術出版社, 1984. に再録)
- 7) 中井久夫: 分裂病の慢性化問題と慢性分裂病状態からの離脱可能性. 笠原嘉(編): 分裂病の精神病理 5. 東京大学出版会, 東京, 1976. (中井久夫著作集第 1 巻, 岩崎学術出版社, 1984. に再録)
- 8) 中井久夫: 抗精神病薬の治療戦略試論. 精神科治療学 1 (1): 5-22, 1986.
- 9) 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—。中井久夫(編): 分裂病の精神病理と治療 3. 星和書店, 東京, 1991.
- 10) 中井久夫: 私信.

Schizophrenia and Traditional Chinese Medicine : A Psychosomatic Point of View from the Surface-inner Theory

Keiji Iwai*

Abstract

Here I discuss the remission process of schizophrenia by contrasting it with its chronic course, referring to the "surface-inner theory" of traditional chinese medicine, and from a psychosomatic point of view.

In traditional chinese medicine, there is a diagnosis-therapeutics system called "ba gang bianzhengfa (system of eight principal syndromes)", which can be applied to any physical state, either physical or pathological. "Biao (surface or exterior)" and "Li (inner or interior)" are two of those eight syndromes, and make a pair. They are symptom-complexes thought to stand for the depth of the invaded part of human body. The "surface" level symptoms mainly consist of those of common cold, and the "inner" level ones include various physical and mental symptoms. Most of "external" causes of pathological processes first invade the "surface" and then proceed to the "inner", and vice versa in the course of recovery.

Somatic (physical) symptoms are rarely found in the acute period of schizophrenia, but are quite often recognized in the course of remission process and in the chronic course of this disease. The acute period, which features marked hallucinations, delusions, and psychomotor excitement, is followed by the "critical period" if the remission process is to be provoked. The "critical period" begins with sudden onset or worsening of various physical symptoms by turns, including those of underlying physical disorders and adverse reactions of neuroleptics. Sometimes infectious diseases might be detected, and common cold can quite often be seen. Of course mental symptoms also accompany, but in this period they hardly related to hallucinations and delusions.

In the "critical period", various physical symptoms tend to shift from the "inner" level to the "surface" level as the remission process advances, but such a tendency cannot be found in consistently chronic cases. I therefore think the concept of 'he "surface-inner" axis to be the symptom order system which schizophrenia is also subject to, but this system itself has been broken down in patients with consistently chronic schizophrenia.

And from a psychosomatic point of view, psychotic symptoms (such as hallucinations or delusions) and physical symptoms are thought to be mutually exclusive. In other words, the psychosomatic interrelationship between the "psychic entity" and the "somatic entity" of a human being is absent in the acute period of schizophrenia, and it emerges again in the "critical period". The transient and unstable character of symptoms in the critical period can be compared to a voltage fluctuation of a "switch- on phenomenon" in an electrical circuit. "S-P model" is offered as a scheme for it.

Received for publication, August 31, 1991.

* Kofu Hospital of Hyogo Prefecture

Address Kenji Iwai : Kofu Hospital of Hyogo Prefecture, 3 Noborio, Kami-tanigami, Yamada-cho, Kita-ku, Kobe, 651-12 Japan.