

# セネストパチーの臨床精神医学的研究

岡山大学医学部神経精神医学教室（主任：大月三郎教授）

下山 敦 士

（昭和53年1月26日受稿）

## I. はじめに

“奇妙な、定義づけられないような、苦しい”、独特の体感異常を単一症候的に示す慢性精神疾患に対し Dupré ら<sup>2)</sup>によりセネストパチーという疾患単位概念が提唱されて以来、すでに久しい。爾来、多くのそれに関連した論文が出されている。<sup>1)3)5)6)7)8)9)10)11)12)13)16)19)24)25)26)27)</sup>

しかし、体感異常という概念が難解であいまいであり、体感幻覚ならびに心気症状と厳密に区別できにくい面を持っていること<sup>19)</sup>もあいまち、症候論的、疾病分類学的立場に混乱が今だにある。<sup>21)</sup>この疾病分類学的な混乱は、フランス流のモノマニー (monomanie) の概念に基き、体感の幻覚症様のものとして、セネストパチーを独立疾患としてとりあげる立場<sup>2)16)6)11)</sup>と、体感異常を種々の精神疾患の部分症状として広くみていく立場と、Huber<sup>7)8)</sup>の分裂病の一型とみなし、体感症性分裂病 (coenästhetische Schizophrenie) という概念で器質的異常と結びつけていく立場の三つの流れがあるためと思われる。

筆者はこの混乱を整理するため、セネストパチーの状態像をなるべく純粋に示す症例をとり出し、これの類型分類を行い、どのようなものを典型的なセネストパチーとするかを主に論じたい。

## II. 文献的考察

まず体感 (セネステジー) という概念に関して Dupré ら<sup>2)</sup>及び小見山<sup>19)</sup>によれば、正常の状態ではいかなる特殊な性格においても我々の注意をひくことはない内的感覚であり、障害されて初めて意識にのぼるもので、意識の下層にあって我々の人格の原始的な基礎を構成しているという。吉松<sup>27)</sup>は体感とは視、聴、嗅、味、触のいわゆる五感に属さず、身体

の状態を感受する感覚で、正常な状態ではこれを意識することはなく、先の五感が一般に自己以外の外界からの刺激に対する感覚であるのに対し、体感是自己身体の内部にその起源があり、感情や気分と密接な関係があるとされ、この異常は相当深い自我機能の障害と結びついている可能性がある、と述べている。

セネストパチー (体感症) という疾患概念は Dupré ら<sup>2)</sup>が1907年に初めて提出したものである。彼らは体感異常を主症状とする6例を報告し、このような病態は神経衰弱、ヒステリー、疼痛性疾患、うつ状態、心気症などと混同されているが、特殊な独立した症候群であるとして、*coenästhetische* (体感症) とよぶことを提唱した。その記載によれば、体感症の原発性障害とされるものは体感の障害であり、患者達は異質で、定義づけられぬような、痛みというより苦しみである不快で奇妙な感覚を身体のさまざまな部位に経験し、その部位は動かさず、その執ような持続と異常な性質に苦しめられ、不安にさらされる。臨床的にはこの原発性障害の二次反応として、各個人に特徴的なさまざまな反応が出現し、それが激しいときは一次症状をおおいかくし、不安、強迫、心気、さらに妄想などの外観を与える。しかし、彼らは自己の体感異常の病的な性質をよく認識している。そして本症を変質者のグループの中で心気症者に隣接してはいるが、異なった一群に分類されるべきであり、その変質は感覚の領域のみに及んでいるものであって、決して妄想でないというモノマニーの考えで結んでいる。

一方、臨床に於てこのような異常体感とは種々の精神疾患、ことに精神分裂病、うつ病などによく出現することが知られており、異常体感とは一つの症候論的構成要素であるという考えより、セネストパチーという疾患単位を否定するドイツ精神医学の流れを

くむ立場があり、現在に於ても結論は出されていないようである<sup>13)</sup>

力動的観点より Ladee<sup>14)</sup>は Dupré らが述べたセネストパチーを Ladee 自身が名付けた心気症候群 (hypochondriac syndrome) と関連づけて考えており、体感異常を心氣的に体験された身体感覚として理解し、セネストパチーとして注目されている一連の症例は離人心気状態として説明できるとした。

Schilder<sup>20)</sup>を始めとする分析的観点では体感異常という言葉を使わず、心氣的に体験された身体感覚という言葉でとらえ、同じくセネストパチーといわれている状態像を心気症状としてとらえているため Dupré らのいうセネストパチーという概念でとらえた論文は精神分析学の分野では見出されない。

極端な例では Huber が coenästhetische Schizophrenie<sup>71)</sup> というものを提唱し、セネストパチーを分裂病圏のものとしてとらえ、気脳写で脳室拡大を示すものが多いとし、器質障害と結びつけて考えている。

我国で発表されたセネストパチーに関する論文のほとんどは現象学的立場に立ったものである。それらを以下列記してみる。

三浦<sup>15)</sup>は我国に初めて Dupré らの述べたセネストパチーの概念を紹介し、自ら40才男子の一例報告をし、精神病的症状を何らともなわないで、ほとんど単独にセネストパチーが存在するが、その縦断面でいかなる経過をたどるかは重要な保留であるとし、治療は困難であったと述べている。

さらに保崎<sup>16)</sup>は広義のセネストパチーと狭義のセネストパチーを区別してとらえ、体感異常のみを単一症候とする狭義のセネストパチーとしか診断のつけようのない患者は確かに存在し、狭義のセネストパチーは体感の Halluzinose に近いものであり、異常体感は明らかに本人自身が身体的に体験したそのものの表現であるとし、単なる健康や身体に関する多訴性とか、比喩とか、心気性のもとは異なるとして、また異常体感とは錯覚か、幻覚か、妄想様解釈であるかの問題は、体感そのものの定義があいまいである以上、いずれといってもよいであろうし、論ずるのは無意味であると言っており、身体的自己がその統一を失い、外界の感覚と同様な性質をおびて自覚されていることを示しているとした。さらにセネストパチーという症候群(あるいは疾患単位といいきってよいとも思うと述べている)が確かに存在し、その診断のついているものの、ごく小部分が何年か

後に分裂病という診断がついたという事実以外によくわかっていないと述べた。

その後、小池<sup>9)</sup>は異常体感を長期間主訴として訴える患者を広くとりあげ検討したが、Dupré らの言う純粋なセネストパチーは見ることができなかつたとし、後に小池ら<sup>10)11)</sup>は一種の症候群とみることができるとしながら、その精神病理を検討している。すなわち、自己の病に対する態度を通して、ヒポコンドリーや分裂病と対照して述べ、セネストパチーの患者は異常体験を正確に述べようと表現に苦しむと同時に驚き、当惑といった情動反応を伴っており、病気については自分では見当がつかない、自己の存在に確信がもてないが、医師に対しては治療への強い要求があるとしている。さらに、セネストパチーの患者は当初、激しいセネステジーの障害を訴えるが、徐々に消失の方向に、あるいは外界に拡散され、また離人症を含めた自我意識障害の方向に拡散されると述べている。

吉松<sup>24)25)26)27)</sup>はセネストパチーの患者は分裂病の心性を示しており、やはり症候群としてとらえ、セネストパチーを離人症や強迫病と同じ次元で扱うことを提言し、セネストパチーにもいたって神経症的といえる段階から分裂病的な段階にまで様々な程度があるように思われるので、どの程度の病像をセネストパチーの典型と考えるかに大きな問題がある、としている。さらに、セネストパチー患者の性格的特徴については研究者により、それぞれいくつかの傾向があげられているが、今のところ全体を通して一律にいえるものはなさそうであり、一般的な神経症的性格傾向が見出される程度であり、時々挙げられる固執傾向については今後の検討を要すると述べている。

さらに遠藤ら<sup>3)</sup>が Dupré らの原典にさかのぼって検討を加え、自験例を2例紹介しているが、神経症的機制とみなしうるメカニズムが、発症に密接に関連して存在していたということとどまると述べている。

大月ら<sup>19)</sup>は6例のセネストパチーを調査し、多くの例で各種の治療にもかかわらず、数年ないし数十年の経過をとっていることを報告している。

以上のごとく現象学的な立場よりセネストパチーが独立疾患であるか、症状群であるかという結論のいまだでいていない種々の論議が出されている。

その他の立場として麻生と秋本<sup>1)</sup>はロールシャッハ研究を行い、セネストパチー患者は分裂病患者とは明

らかにことなる反応を示しており、自我意識障害に乏しく、体感の異常に対して病感を持ち、比較的皮膚に近い部に体感異常があるとし、視覚的身体境界によって自我境界を防いでいるとした。

人間学的立場より小見山<sup>19)</sup>はセネストパチーを出会いの一つの欠如態であるとし、心気症者の執拗な態度と違って、深味がなく表面的であり、治療関係が深まることは少ない、と述べている。

さて、以上のように概観してみると、体感症という名称のもとに発表されている症例は種々の状態像を示しており、吉松が述べたごとく、ドイツ的な疾病分類学に従うとすれば、どのような程度のもを典型的な体感症と呼ぶかに問題があるといえる。

### Ⅲ. 研究の対象と方法

対象となる症例は岡山大学医学部附属病院神経精神科、岡山労災病院神経科その他の病院で治療を受け、詳しく検討し得たもので、奇異な体感異常を主症状として、それを長期間訴えている症例を選びだし、明らかに器質障害をもつと思われるものや明白な精神分裂病と思われるもの、及びうつ病例は除外した22例である。

その22例について詳しく臨床的観察を行い、経過を調べ、予後調査を行った。それに従い、各症例の臨床的特徴について症候学的記載を行い、予後調査を考慮に入れながら従来の疾患との異同を論じつつ、類型分類を行った。さらに、吉松並びに保崎が提唱した狭義のセネストパチーがどのような位置にあるかを明らかにし、筆者がどのようなものを狭義のセネストパチーとしたいかということ論じる。

## Ⅳ. 結 果

### 1. 臨床的統計的所見

この研究の対象として選んだ症例は第1表の通りである。計22例で、その内訳は男子14名、女子8名である。症例数が少なく、対象の選び方に多少問題があり、厳密な統計的処理は困難であるが、ある程度の傾向は見出されると思う。

体感異常が始まった年齢は15才より59才にまで及んでいる。その年齢分布は次の通りである。15才～19才：男2名、女3名、計5名。20才～29才：男6名、女1名、計7名。30才～39才：男2名、女0名、計2名。40才～49才：男3名、女1名、計4名。50才～59才：男1名、女3名、計4名。以上各年齢層にはほぼ平均的にちらばっており、20才台の男性がや

や多いという傾向が認められる程度である。

体感異常が訴えられる部位は、頭部8例(男6例、女2例)、顔4例(男2例、女2例)、口腔咽頭部1例(男1例)、腹・軀幹部6例(男3例、女3例)、体全体3例(男2例、女1例)となっており、頭部の訴えが多いという傾向がある。

発症より現在までの経過年数は3年より19年の間であり、平均9年である。初診よりの経過年数は平均約7年である。

予後調査によれば、体感異常が軽快したもの：7例(男4例、女3例)で全体の32%。やや軽快したもの：4例(男2例、女2例)で全体の18%。不変のもの：11例(男8例、女3例)で全体の50%。以上のごとく70%近くに長期間症状が継続している。男女差はない。発症年齢によって予後がどうかということに関しては、軽快群平均30才、やや軽快群29才、不変群34才であり、発症年齢と予後との関係ははっきりしない。および、発症より現在まで症状が不変のままの症例の症状継続平均年数は7年、やや軽快したものの場合は11年であり、合わせると平均8年である。軽快したものは1年半より10年の間に症状の消失が見られる。

気脳写が行われたのは7例で、そのうち1例に第三脳室の軽度拡大が認められた程度で、その他の6例は正常範囲であり、Huber<sup>7)</sup>が述べたような結果は得られていない。脳波は22例全例において検査され、3例に異常所見が認められた。すなわち症例7で徐波成分が多いという所見があり、症例14では不規則θ波が多く混入しているパターンであり、症例17では4～5 Hz 100～150μVのθburstが散発している。しかし、明らかな脳器質障害を思わせるものはなかった。

### 2. 症例と類型分類

対象とした22例を病前性格、発症前の状況、精神症状の特徴、体感異常の内容・それに対する態度、二次的な反応、生活状況、予後について詳細に調べた。各症例の臨床像を国際疾病分類(ICD-8)<sup>20)</sup>にあてはめて類型分類を試みた。その結果、大多数の症例はこれによって分類可能であり、神経症群5例、境界例より経過をたどっているうちに分裂病に移行したものの5例、妄想反応1例、境界例4例となったが、これらのいずれにも分類しがたい群が7例あった。これを狭義のセネストパチーとした。なお国際疾病分類では境界例はなく、分裂病の一番型として潜伏分裂病に包含されているが、本編では便宜上、

第1表 (患者一覽表)

分類	症例番号	症例名	性	発症年齢	初診年齢	現在年齢	経過過年数	主 症 状 (体感異常の内容)	部位	その他の症状	PEG	EBC	予 後	遺伝歴	
I 群 (種痘証明群)	1	N. S.	女	58	60→68		10	腰がはかるとかと思うと、サーと水をかけるように冷える	腰	焦痺感、抑うつ気分、不眠		正常	変	—	
	2	O. K.	男	44	44→47		3	上腕骨がこわばって固まっている。骨と一緒に肉が凝縮するような	腕	歯きしり。意欲低下		正常	変	—	
	3	M. J.	女	22	23→25		3	左胸部の内部から肩にかけて、煮えくりかえるような感じがする	胸	左手指不随意運動	正常	正常	軽快	—	
	4	S. S.	女	59	59→66		7	腰の中が振うち、響き、ねじられるようで、かきませるようにならつきあがる	腰	心気的	正常	正常	軽快	—	
	5	O. T.	男	21	25→34		13	頭の中にしこりがある。それが大きくなったり、小さくなったりする	頭	心気的	正常	正常	変	—	
	6	Y. M.	女	16	16→28		12	顔の右側がだるく、ふくれている。鼻の上がつっぱってびくびくする	顔	離人感	正常	正常	軽快	—	
	7	H. S.	男	22	22→27		5	左の頭の感じが悪い。右と左の感じが違う	全身	離人感	正常	正常	変	—	
	8	U. N.	男	19	19→22		3	限局した側頭部痛。針が入っている。安全ピンで縫われている	頭	不潔恐怖。自閉	正常	正常	変	—	
	9	T. I.	男	26	30→35		9	太い神経が頭の右より左下肢に走っている。食物が背中へ落ちこむ	全身	無 為	正常	正常	変	—	
	10	T. Y.	女	19	19→34		15	頭の中が右や左に動く	頭	離人感	正常	正常	変	—	
II 群 (分娩異常例より移行)	11	F. T.	男	41	41→45		4	頭の中を出血した血がどろどろと流れるのがわかる	頭	心気念慮。抑うつ感		正常	寛解	—	
	12	H. T.	男	21	31→40		19	喉に何かかかっている。軟らかくなり寝ができ、ものが言えなくなる	咽頭	伝染恐怖。強迫症状		正常	軽快。症状は残る	?	
	13	K. K.	男	22	23→32		10	後頭部に膜がはっている。そしてひきしまつて膨れてくるよう	頭	離人感。注察念慮		正常	変	—	
	14	T. M.	女	15	17→27		12	頭の中が波うったり、頭・口の中を針金のようなものが動く	頭	多弁。不安定な感情		異常	軽快	—	
III 群 (産界例)	15	Y. M.	男	17	17→25		8	背骨の中を酸が下っている。ねじれている	頭	対人不安	正常	正常	変	—	
	16	O. T.	女	42	43→45		3	顔面の皮膚の下を水滴のようなどろどろしたもの動く	頭	強迫行為(皮膚をこする)		正常	軽快	—	
	17	O. Y.	男	40	40→50		10	体内に紐のようなものが肩から腰にかけて走っているのが感じられる	頸幹	W-R(+) 強迫行為(皮膚をこする)	異常	異常	軽快	—	
IV 群 (疫義のセネズパチ)	18	M. Y.	男	33	34→42		9	頭がどろどろとする。頭の中心へ脳・舌・歯がひっぱられる	頭	不眠。易怒的	正常	正常	変	—	
	19	S. M.	男	59	61→66		7	鼻の穴から水のような線維が顔全体に出ている	頭	強迫行為(顔をふきとる)		正常	変	—	
	20	K. I.	男	26	27→39		13	全身がゴムの縮むようにひっぱられる	頸幹	苦悶感以外になし		正常	軽快	—	
	21	O. N.	男	32	35→46		14	腸を砂の上に出して、引っばられる感じがする	腹	開腹手術		正常	正常	軽快	—
	22	S. S.	女	51	53→54		3	すじや肉が骨の間にいくこむ	全身	くいてむのをはずそうと皮膚をかきむしる		正常	正常	軽快	—

境界例として分類した。

以下、症例をあげ、分類の根拠を述べていく。

#### a) 第I群

神経症の概念に含まれるもの。

症例1 N. S. 初診時60才(以下各症例の冒頭にあげる年齢は初診時年齢を示すことにする)寡婦

主訴:腰がほかかるかと思うと、サーと水をかけるように冷える。

生活歴・現病歴・その他:遺伝負因に特記すべきものはない。同胞6人中第1子として生まれ、もともと内向的な性格であった。母は患者が16才時に死亡している。24才で結婚したが、主人は肝硬変で3年後に死亡し、その後実家に帰っていたが、40才の時再婚した。再婚した夫は気が短く、肉体労働の手伝いを患者にさせ、患者は苦労の連続であった。53才時、夫が脳軟化症で倒れ、生活保護を受けながら看病を続けた。心配と夜ふかしが続いた頃、肩こり、頭痛、胃炎等が起り、内科で加療するようになっていく。7年後に夫は死亡し、以後泣きの涙という調子で一人で暮らしていたところ、そのうち、「腰がほかかるかと思うと、サーと水をかけるように冷える。にわか雨が降るみたい。口がすっぱい」という症状が現われ、本人を苦しめるようになり、同時に頭痛、不眠、焦躁感、孤独感にとらわれるようになり、昭和44年より岡山労災病院神経科で治療を受けるようになった。

#### [治療状況のまとめ]

治療者に対してはあまり共感性を示さず、自己中心的な態度をとり、一方的な訴え方をし、患者は体感異常に対して、「普通の冷え症とは違う。梅毒じゃないかと思う」と訴えることもあり、器質的な病気を考え、苦痛を執拗に訴え続け、生命に対する不安を述べている。

発症に前駆して、身体的・心理的負担状態が続いており、ひき続き対象喪失に伴い、頼りなさ、望みのなさ、孤独感、悲哀感等が発生しているが、その心理的不安全感の投影とも言うべき体感異常が起っていると理解され、その体感異常はさして奇異なものではなく、妄想様の色彩はなく、追体験可能なものである。全体として深刻味はなく、罪業感・自殺念慮・抑制症状等はなく、うつ病のニュアンスは少なかった。一応、心気神経症の範ちゅうに入るものである。

上記症状は6年間ほぼ不変であり、現在も治療中である。愁訴は体感異常に集約され、その他の症状

は不眠程度である。

この群に属する症例を以下に簡単に示す。

#### 症例2 O. K. 44才 男 教師

頭痛を初発とし、その後焦躁感が強くなり仕事に出られず、寝たきりとなり入院したが、不安・不眠・焦躁感といった症状が薄らぐとともに、「上顎骨がこわばって、固まっているような、皮膚というよりも骨がそのようになり、とても不愉快。骨を周囲の肉が押えて、骨と一緒に肉が凝縮するような」という体感異常が現われ、同時に歯ぎしりを常に伴い、心氣的であり、疾病逃避の傾向が認められた。3年後の現在も他の精神科に入院中である。心気神経症に属する。

#### 症例3 M. J. 23才 女 会社員

22才時、動脈管開存症のため心臓手術を受け、その後動悸が続いていたが、まもなく動悸を伴う不安発作とともに左胸部の内部から肩にかけてモヤモヤとした煮えくりかえるような感じがし、側胸内部臓器が左の外側へ寄っていくように感じられた。以後一年間この体感異常が続くので、精神科へ入院した。身体的異常のないことは納得できたが、心理面に関する話しになると口を閉ざし、発症に至るまでに種々の葛藤があったことをほのめかすが、その内容は黙して語らず、治療者にうちとけなかった。アンビバレントであり、心氣的で未熟な性格がうかがわれた。心気神経症と考えられたが、Haloperidol 投与で軽快した。

#### 症例4 S. S. 59才 寡婦

55才頃より時々めまい、頭痛が起るようになり、内科・脳外科医より精密検査を勧められたところ、検査への不安から途中で退院している。59才頃より腹の中を風船が飛ぶような感じがし、次第に右側腹部でフワフワともものが動く感じがし、やがて背中から腰へとキリキリとかきむしられる感じがするようになってきている。61才時精神科へ入院してきたが、腹の中がトントンと脈打ち響き、ねじられるようで、それが背中から頭につきあがるという感覚は一貫して続いた。内科的にはまったく異常なしということであった。不変のまま現在に至っている。心気神経症と考えられる。

#### 症例5 O. T. 25才 男 会社員

同胞4人で3番目として生まれた。子供の頃より物事にこだわり、いつまでも気にかけることがあり、自己主張ができず、欲求不満に陥りやすく両親によく反発していた。そして自分の思い通りになるまで

頑張っていたが、我ままと言われることもあり、次第に表面は積極的に見えるが、内心はびくびくし、他人からはよく思われたいと期待するようになり、対人不安が強い性格となってきた。高校卒業後テレビ放送会社に就職している。21才時本社転勤後より対人緊張が強くなり、上司に叱られたのを契機に対人恐怖があらわとなり、仕事がうまくできず、焦躁感が起ってきた。夢にまで上司の怒った顔が浮んできている。半年後、後頭部より頸部にかけて痛みが起り、ついで頭重感と頭の中に固まりがあるのを感じるようになった。23才時上司と口論し、配置転換になり、新しい機械を次々と操作する必要に迫られ、勉強をしなければならず、追いたてられるようになった。本を読むことに集中できず、焦躁感が強くなり、周囲にうちとけこめず、次第に離人感を感じるようになり、25才時岡山大学神経精神科に入院してきた。

#### 治療状況のまとめ

患者は「頭頂部の中にしこりができて、大きくなったり小さくなったりする」と訴え、それが大きくなると頭に余裕がなくなり、苦しく、頭重感が起ると訴え、固まりができるのは脳にくせができていてのではないか、宿命的なもので一生つきまとうのではないかという不安を述べている。その固まりというものを詳細に図解して奇異な説明を書き加え、非現実的思考へと発展する傾向が認められ、同時に軽い離人感も存在しているのがうかがわれた。対人関係は配慮的であり、のびのびした行動がとれにくく、強迫の性格が認められ、心気離人状態と考えられた。

Imipramine, Perphenazine 投与により自覚症状はすっかりとれ、2ヶ月後に退院した。以後8年間通院治療を行っているが、良い適応状態にある。

I群に属する5例を総括的に述べると、発症年齢は21, 22, 44, 58, 59才と散らばっている。遺伝歴には問題はない。既往歴及び生活歴でわかることは、根底は神経症的人格であり、いずれも種々の精神的葛藤をかかえており神経症の状態にあると言ってよいが、離別体験、不安発作、対人緊張の高まり等をきっかけに体感異常が発生し、それ以後は単一症候的に体感異常に悩んでいる。

体感異常に関する訴えは奇異な感じは少く、それに対する苦悶感をあれこれ表現するが、妄想様解釈と思われるニュアンスはない。そしてその表現は熱感・冷感・凝縮感・異物膨脹感・運動感であり、体感異常に何らかの象徴の意味が見つけれやすい。

同時に見られる他の精神症状は心氣的態度、生命に対する不安、寮病逃避といった程度のもので、自我障害を思わす離人症状はあったとしても軽度である。また他の群と同様に異常感を強く意識し、執拗に治療を求める。症状の持続期間は1年より10年までであり、予後調査では2例がそれぞれ2ヶ月、1年後に軽快し、3例が3年から10年後の現在もまったく不変のままである。

#### b) 第II群

いわゆる境界例、或いは latent schizophrenia より後に精神分裂病に移行した症例である。

#### 症例6 Y. M. 20才 女学生

主訴：顔の右側がだるく、ふくれている。鼻の上がつっぱってびくびくする。鼻の形がかわった。

家族歴：母の弟が分裂病

既往歴：特記すべきものはない。

生活歴：同胞2人の2番目として生まれ、両親に溺愛されて育った。学校の成績は良く、生来無口で生真面目であり、親に口答えしたことがないほど柔順であり、心配事があっても顔に出さず、誰にでも好かれる方であった。しかし反面、内向的で凝り性であり、融通がきかず強情な面があった。

現病歴：当然合格すると思っていた県立高校入試に失敗し、二流校に行かざるをえなくなり、優等生としてみなされていた患者にはショックであった。高校1年時、にきびをつぶすため毎日鏡とにらめっこの状態であったが、ある日右眼下鼻側部あたりがつっぱった感じがし、触ったら細胞がバラバラになり、顔が曲った感じがし、触ったため鼻が変形した感じがしたのでびっくりしてしまった。以後その異常感を家人に訴え続けていたが、大学入試で2校合格し、その選択を迫られたとき上記症状が強くなり、一日中泣き続け、「大学へはいかない。何もかもおしまい。こんな顔なんか切ってしまいたい」と醜形恐怖をあらわにしている。そこで家人が岡山大学神経精神科に入院させたが、体感異常、醜形恐怖に対し確信的な態度をとり、誰も信じてくれないと言って興奮し、泣くことが多く、不変のまま半月後に退院し、大学に通学するようになった。1年半後帰郷した際、以前とまったく同じ状態であるので再び家人が岡山大学神経精神科へ入院させた。

#### 〔治療状況のまとめ〕

顔面ににきびを認め、表情は笑顔を浮べているが硬い感じを受け、口数少く、抑うつ的であり、自殺念慮を認めた。体感異常、醜形恐怖は深刻であり、

鼻は曲っていないという保証を与えてもまったくうけつけず、執拗に「何とか治さないといけない。手術をしてほしい。これさえよくなれば何でもできる」と一方的に訴え続けた。対人関係は表面的であり、感情閉鎖的かと思うと、子供っぽく無遠慮になり、自己流の考えで医師との接触を求め、働きかけに対しては頑固な態度で防衛しようとした。感情問題を取りあげようすると、何も感じないと離人感を訴えるかと思うと stormy となって、さまざまな行動化を起した。5ヶ月後、体感異常は続いているが、「しようがない。それはそれとして生きていく」という心境になり退院した。その後ほぼ寛解の状態になり結婚をし、それを契機に5年目に服薬を中止した。ところがまもなく支離滅裂で緊張病性興奮状態となり、精神病院に入院した。数回のシュープの後寛解に至り、2年前より公務員として勤め、現在は体感異常や醜形恐怖は消失している。

以下この群に属する症例を略述する。

#### 症例7 H. S. 22才 男

工業高校で製図がうまくできず、劣等感を強めていくうち、「体の右と左の感じが違う。左の頭に感じがなく、左がぼさとした感じ。頭のてっぺんより痙攣が起きるような感じがする」という体感異常が起り、同時に「左手が思うように動かない。歩くとき意識して左足を前へ出さないといけない」という強迫症状も伴い加療したものである。脳外科手術を要求し、無為となり破爪病様の状態を一時経過したが軽快し4年前より服薬を中断している。そしてここ3年間自衛隊に所属しているが、破綻をきたしていない。体感異常はまったく不変である。

#### 症例8 U. N. 19才 男

大学受験失敗後より、「両側頭部に針が入っているようで、つばる感じと痛みがあり、安全ピンで縫われている感じがする」という体感異常があらわれ、受験勉強にも身が入らず、そのうち自閉、孤立の傾向がみられ、良好な対人関係が保てず、不運をなげく生活を送っている。治療によっても不変であり、2年後の現在も同様状態である。

#### 症例9 T. I. 26才 男 無職

自衛隊でしごかれてより、「神経が身体より一本一本抜けていく感じがする。太い神経が頭の右半分より体を下に走り、左下肢に走っている。身体の方々がびくびくする。食事をするとき、呑みこんだ食物が胸や背中の方へ行っているような感じがする」という体感異常が始まり、その後自分の秘密が隣人につ

つぬけになっているという異常体験が一時表われ、次第に無為となった。体感異常は明らかな体感幻覚へと移行し、単一症候的に10年経過しているが、まったく不変である。

#### 症例10 T. Y. 19才 女

もともと明朗、活発で、細かなことによく気づき、人から好かれる性格であった。他の会社から転職を勧められ、その気になったが当時勤務していた商店主に慰留され、結局断念したが、その後より罪責念慮、自信喪失をきたし、次第に離人感が強くなり受診してきた。治療により離人感が薄らぐと共に、「頭が重く、しっかりして充実したようだが、洗濯をした際、頭の中が動いたように感じ、右と左が違って来たような。仕事をしていたら頭の中が固くなり、上へあがったように思われる。脳が左右に動く。頭半分が軽くなった」という体感異常を訴え始め、以後持続している。19年後の現在、無為な状態となり、人格の崩れがみられ、精神病院に入院している。

II群のいわゆる境界例よりはっきりとした分裂病に移行した症例の場合、いつ頃より分裂病となったかという時期ははっきりしないが、1年より5年の経過後のようなものである。この群の症例の体感異常は後述するIV群(境界例)のものと大差はない。しかし、身体的自我の不全感の投影或いは障害された身体像の絶望的表現として考えられる体感異常に対する合理的な批判能力は境界例の場合よりさらに障害されてくるが、はっきりとした身体的被影響体験の色彩を帯びるのは少い。そして訴えの内容は変化しないが、体感異常に対して確信的態度がめだち、手術を執拗に要求したり、自分の運命をのろったり、あきらめたりといった態度をみせる。経過を追っているうち、自閉、無為、apathy、滅裂思考が出現してくる。

予後調査では1例が約10年後には寛解状態に至っており、4例が3年から15年後の現在も寛解に至らず、症状が持続している。

#### C) 第III群

妄想反応と考えられる症例である。

#### 症例11 F. T. 41才 男 会社員

8人兄弟の7番目として生まれ、著患をしらず、内気、生真面目、気が小さいという性格であった。3人の子供がいるが、発病半年前に妻が死亡している。昭和48年11月会社で宿直中、ちんぴら風の酔っぱらいに戸外からどなられ、起きていくと胸元をつかまれ、恐怖のため心臓が踊りあがり、頭をつきぬ

け、頭の中を血が流れるのを感じた。その後、不安焦躁感がとれず、抑うつ気分と共に自殺念慮も現われ、仕事を休み、「頭の中を出血した血がドロドロと流れる感じがする。脳の神経が麻痺している」という体感異常が続くようになった。体感異常に対しては確信的であり、心気妄想のニュアンスが強かったが、抗うつ剤が効果をみせ、入院4ヶ月後にすべての症状は消失した。3年後の現在も症状はまったくない。このIII群は比較的経過が短く、体感異常は心気妄想の要素が強い。心因反応としての特徴を有している。

#### d) 第IV群

境界例あるいは latent schizophrenia に属するものである。

##### 症例12 H. T. 31才 男 会社員

主訴：喉に何かがつまり、貼りついているようで、ものが言にくい。喉が柔らかくなり、袋ができており、何とも言えない苦しい感じがする。

家族歴：父及び母方祖父が慢性酒精中毒。母は10年以上にわたり、多量の鎮痛剤を常用している。

病前性格：神経質で陰気、几張面。

生活歴及び現病歴：同胞6人の1番目として生まれ、幼小児期、思春期はとりたててということなく経過し、某私立大学へ入学した。大学4年のとき、話す際喉に何かがつまり、ものが言えないようになり、さらに喉が軟らかくなり、何とも言えない感じがするようになったため某大学病院耳鼻科を受診した。慢性咽頭炎と言われ、扁桃摘出術を受けたが好転せず、病状が喉から声帯へと進む感じがし、喉に何か張りついたようで、胸をえぐるような心臓をひき裂くような感じがした。徐々にひどくなるようで、このままでは絶対死んでしまうという悲愴な気持ちになり、ペニシリン注射を900～1500万単位(30万単位が1cc)を連日自分で打ち、3年間続けた。その後はあと少しという感じであった。就職した後より喉の病気が飛沫感染するという確信が現われ、本人の唾液のついた食物を猫や犬に与えて実験してみると、鳴き声がかすれ、すすりあげるような咳をするので、その場で殺してしまったという。家族にも感染させたと思い、話すときには飛沫がとばないよう気をつけるようになった。内科や耳鼻科で相手にしてもらえず、発症10年後に岡山大学神経精神科に入院してきた。

#### 〔治療状況のまとめ〕

両上肢、両大腿部にるいとした注射後の硬結が広範に認められた。治療に対しては能動的であり、

痰を出すことに執着し、ビールスによるものではないかとこだわりを見せ、身体に関する強い不安と強迫的でサディスティックとも思える側面がうかがわれた。喉の袋の状態を図示して奇異な説明を加え、主観的確信をもち、かたよった意味づけをし、容易に修正できないほどの頑なさもち、体感異常は二次的に明白な妄想に発展している。対人関係は配慮的でありながら感情閉鎖的であった。3ヶ月の入院治療で体感異常はほぼ軽快したが、他人に感染するという妄想は不変であった。19年後の今日、まったく同様状態であるが、結婚してサラリーマンとして働いている。

以下この群に属する症例を略述する。

##### 症例13 K. K. 23才 男 会社員

22才頃より他人と視線があうと額の方がひきしまるようで、後へ伝わって痛くなり、頭全体がひろがり、ポーとふくらむ感じがし、後頭部に膜がはっているように感じるようになった。その頃より離人感も現われ、自殺未遂で入院したが、体感異常はまったく変化なく、10年後の現在も不変である。

##### 症例14 T. M. 17才 女 学生

15才頃、自分が好意を抱いていた男子学生に自分の成績を誇張して話したことから、彼に対し注察・罪責念慮を抱くようになり、その後まもなく「頭の中に塊があって動く。頭の中でナメクジがこのような感じがする」と言うようになり、就床がちとなった。16才時加療して一時良かったが、再び頭の中、舌の先、左足に細い物が動く感じが強くなり、苦痛の為自殺念慮を抱くにいたり再入院している。自殺未遂があったが、その危機をのりこえた後はやや多弁で、感情が不安定ながら疎通性は充分保たれ、異常体感をあれこれ表現を変えながら終始訴えるようになり、感情的反応が強まった時は訂正不能ほど批判力が乏しくなり、妄想発展が見られるが、平静な時は良好な批判力を有している。体感異常は軽度軽快した状態で退院したが、その後再び自殺未遂があり、12年後の今日同様状態が続き、独身で就労中である。

##### 症例15 Y. M. 17才 男 高校生

高校1年時、同級生に何か言われているようなという関係念慮を抱いたが、その頃寒気と共に嘔吐をした際、脳の一部を残して尾骨のあたりまで落ちこんだ感じがし、その後もそのままになり、物事に熱中すると下った脳が登ってくる、しかし集中できないということで治療を受けることになった。治療意欲は強く、挙動はまとまり、体感異常に関しては、



「脳が変なはまり方をしてねじれている。ねじれて神経が動く」という奇異な表現をし、もう絶対に治らないと悲観的であった。対人緊張が強く、頭皮をピクピクと動かせるという強迫症状を伴い、孤独な様子であった。以後8年間加療中であるが、まったく不変であり、はっきりとした分裂病へは移行していない。現在某製鉄所で就労中である。

Ⅳ群に属する4例を総括的に述べると、発症年齢は15才より22才で平均19才であり、若年である。遺伝負因ははっきりしたものはない。既往歴にも特記すべきものはない。

病前性格、生活歴、及び病歴を概観すると、多くは内向的で配慮的であると同時に感情閉鎖的、自閉的な対人関係であり、ささいな身体的異和感、対人不安の破綻などを契機として発症している。体感異常に関する訴えは異物の運動感、緊迫感、変質したという感じなどであり、奇異な体験で体感幻覚に近いものから単なる身体像の変化を表現したものまである。さらに体感異常に対する苦悶感を述べるが、強い病感を持ち、宿命的なものと考えたり、死の不安を感じるとか、自殺を考えるとかのさまさまな反応を見せており、妄想発展が多くに見られ、体感異常に対し偏った意味づけをし、独特の解釈と自己主張をもって治療を求める。

したがって自己流の解釈にしがみついたため、治療関係は表面的となりやすく、安定した治療同盟ができにくい。無理に心氣的傾向や妄想をあからさまにとりあげると感情が不安定となり、stormyとなりやすい。しかし、幻聴、作為体験、被影響体験、人格の崩れなどは全期間を通じて見られない。症状の持続期間は4年から19年である。

予後調査では1例が19年後に症状はほとんど消失している状態になり、3例は8年から10年後の現在も不変である。しかし社会適応状態はかなり良好である。

#### e) 第Ⅴ群

最後に残された一群であり、既述のいずれの群にも属させることは困難な症例で、筆者が狭義のセネストパチーとしてとりあげたいと思うものである。発症時の様子より2型に分類を試みた。

#### 〔Aタイプ〕

症例16 O. T. 43才 女

主訴：顔面の皮膚の下を水滴のようなどろどろとしたものが動く。

家族歴：特記すべきものはない。

病前性格：虚栄的、凝り性、独善的、自己中心的。善悪の区別に神経質。

生活歴及び現病歴：患者は同胞7人の1番目として生まれた。家庭で一番の権力を持っていた別棟に住んでいる祖父の要求により、両親が健在ながら生後まもなく祖父母にあずけられ、甘やかされて育ったという特異な生育歴を持ち、hystericalでアンビバレントな傾向が強く、未熟な性格の持主である。恋愛結婚をした夫の長年にわたるあからさまな浮気につぐ7年後の離婚、その後いやいやながらも同棲していた男性の冷たい仕打等により最初の結婚以来20数年間安定した夫婦生活を保つことができず、ここ10年間は攻撃衝動をあらわにすることが多く、頭痛、軟便、動悸をきたし、性交渉のあとは必ずじん麻疹が現われるという神経症的葛藤のあらわれと思われる症状が続いていた。

42才時、同棲していた男性より決定的な侮辱を受け、忍耐の限界に達していた頃、内科医より投薬された薬を服薬した後より突然に後頭部がシーソーを動かすようにペコペコ動く感じがし、頭皮の下がピストンのように動く感じがするとともに、顔面の皮膚の下を水滴のようなどろどろとしたものが動くのが終日感じられるようになった。頭の中が混線状態になったと表現し、当初離人感も伴っていた。その後眼球の後に冷たいものが流れ、眼球が肉離れを起した感じも起り、この体感異常をとり除こうと必死に頭皮や顔面をこすり続けているうち、頭皮より何かパチパチと音をたてて出るようになった。その音を体感異常と結びつけて考え、顔面のドロドロと動くものが擦ることによりパチパチと音をたてて出っていると妄想様解釈がなされ、動きが止まると顔全体が重くなり苦しくなるが、擦って出すと楽になるということで皮膚を擦るということは強迫行為へと発展し、その行為で精神的安定を保とうとした。この苦しみに満ちた、ありありとした体感幻覚のニュアンスを含んだ体感異常は消えさることはなく、就床がちとなり、無為な生活を送るようになり、43才時筆者のもとで治療を受けるようになった。

#### 〔治療状況のまとめ〕

患者は強い病感を持ち、自分の症状の病的な面をよく了解しているが、なぜ起ったかということは説明できなかった。治療者に対しては常にひかえめで配慮的な態度で訴えたが、愛情問題に対しては強い関心をもって話し続けた。現時点の状態にとらわれ、将来への見通しはかけるが、生命にかかわるもので

はないかといった恐れは述べられなかった。

IQは98であり、自閉的な面はうかがわれず、生産的な生活を送ることは可能であり、対人関係にぎこちなさはなく、普通の入院生活をおくることができた。離人感はなく、はっきりとした妄想発展もなく被影響体験とか他の幻覚も認められず、分裂病症状は認められなかった。しかし体感異常は執拗に持続し、運動しているときのみ感じられず、それがひどいときは横になり、1時間以上も頬部をこすり続けるため、時に頬部に擦過傷を作ることもあった。半年の入院加療により体感異常はあまり変化をみせなかったが、3年後には右頬部の直径1cmほどの部分に限局されるようになり、その後、Bromazepam 12mg投与後より消失していった。

このタイプに属する症例を以下略述する。

#### 症例17 O. Y. 40才 男

もともと消極的で自己不確実な性格である。29才時養子にいき、農業や出かせぎをしているが、39才頃トラックの運転中、対向車のクラクションにびっくりするようになり、動悸がし、体が浮くようで失神しそうな感じが起った。その後も農作業中今にも倒れるのではないかという不安発作を起すようになり、内科に数度入院している。ところが入院中、静脈注射を受けた後より右腕が他人の手のような感じがし、薄い板のようなものが心臓より上へ押し上げてくるように感じ、夏であるのに暑さを感じなかったという。種々の検査の結果異常なしということで退院したが、その後食事をすると食物が胃におりた後、腹を数回まわって再び喉の方へ登っていく感じがするようになり、同時に体に紐のようなものが感じられ、それを皮膚の上よりひきおろそうとすると喉のつかえがなくなったという。その後、胸に2本の紐が横に走っており、それらの紐が右側腹部を通り下腹部に及んでおり、肩や腹が張るが、それらをたぐって下にひきおろすことができ、そうすると気分が良くなるという右側腹部の皮膚をこすり、6~7ヵ所擦過傷を作っている。この体感異常は一度も消失することがなく、発症半年後に岡山大学神経精神科に入院してきた。患者は治療に協力的であり、熱心に奇異な愁訴を述べ、その体感異常のあり方をくわしく図示することができ、ありありとした体験をしていることがうかがわれたが心気妄想的ニュアンスがあり、体感幻覚であるかどうかははっきりしなかった。病室では良く適応し、対人関係は良好であり、作為体験をはじめとする分裂病症状及び

うつ病の症状はまったくうかがわれなかった。I. O. は75であり、気脳写で第三脳室の軽度拡大が認められ、脳波所見では4~5 Hz、100~150 $\mu$ Vの $\theta$ burstが散発し軽度異常が認められた。

Phenothiazine 200mgの投与により自覚症状はとれ、2ヵ月半後に退院し、10年後の予後調査では心情的な面はなく、愁訴はまったくなく元気で農業に従事している。何故あのように悩んだか今ではわからない、気が狂っていたようだったと述べている。

#### 症例18 M. Y. 34才 男 会社員

32才頃、一時期不安感にとらわれることがあったが、33才時灸を項部にすえたあと頭が重たく、ドロドロした感じがし、舌がひっぱられるという妙な感じがした。その後不眠が起り、頭の中心部へ脳、舌、歯が引っぱられる感じが続き、運動をしている間だけないといった状態で入院した。体感異常に固執し、自分の病気は難治のものであることは覚悟していると言い、「もう一生治らない」と悲観的であった。まったく不変のまま退院し、8年後の現在も同様状態であるが、交通事故で入院中である。

#### [Bタイプ]

#### 症例19 S. M. 61才 男

主訴：鼻を中心として、鼻の穴から水のような線維が顔全体及び身体全体に出ている。

家族歴：遺伝要因はなく、特記すべきものはない。

既往歴：4才及び9才時に筋炎(股、肩)。21才時に脚気、梅毒に罹患。51才時に右大腿骨が腐骨状態となり手術を受け、梅毒性筋炎と診断され、ペニシリンクールを計5回受けている。60才時、狭心症。飲酒は毎日2合。

生活歴：同胞4人の3番目として生れた。もともときれい好きで、頑固な面が強かった。商業高校卒。28才で結婚。51才頃までは蘭草の仲買いの商売をしてきたが、手術後は身体障害者となり、妻が会社の経営の手助けをして生計をたてている。家庭内での対人関係は円満な方であった。

現病歴：59才頃、薄い霧のような湿気のあるようなものを手と顔に感じたが、そのままにしておいた。眼にも感じ、タオルで眼をふくと良く見えたので、何故こうなるのかという事はばかり考えていた。歯科を受診したとき腰掛けに手をあてると手がべとつくように感じ、これはおかしいと思い、息を手に吹きつけると手にも霧のようなものを感じとった。1年後の60才時、鼻から線維状のものが出てくるのを確認できるようになり、透明体のようなものなので第

3者にはわからないが、患者はひげのように線維をつかむことができるという、線維の出る場所は鼻に限られている。鼻をかんでも次々と出てくるのでよくわかるという。線維は一日中絶えず出て、口や肛門に入ってくるので食事がうまくできなくなったり、眼がかすむので絶えず線維を指で除かねばならなくなっている。なお、線維で覆われた皮膚では刺すような感じがあるため、タオルで時々線維を拭きとるようになっている。上記の症状がとれないため、発症後2年目に岡山大学神経精神科に入院した。

#### 〔治療状況のまとめ〕

病室や診察室での対人接触は自然であり、疎通性は良いが、異常体感については奇妙なことをまざまざと語り、追体験は困難である。それについて異様な説明を加え、確信的な態度を示し、体感幻覚であろうと了解された。診察中にも何度となく額、頬部を指ではじき、前額部に擦過傷を作っている。また拭いたあとのタオルを何枚となくごみ捨ての中に入れていた。心氣的合理化の機制がめだち、異常体感を妄想発展させる傾向があり、いつもすべての関心が体感異常に向っている様相を帯びた。医師の説明に対しては表面的な態度であり、タオルで拭くことを禁止すると強迫的に隠れた場所で行うといった状態であった。2ヵ月間の入院加療で錯覚かもしれないと述べるようになっていたが、不変のまま退院し、5年後の現在も不変である。なお髄液の梅毒反応(-)であったが、梅毒性脳器質障害の存在も否定されえなかった。

このタイプに属する症例を以下略記する。

#### 症例20 K. I. 27才 男 農業

几張面、明郎、素直、まじめといった性格の持主である。26才時の10月農作業のあと疲れて、何ということなく不安な気持で一人昼食を摂っていたとき、眼前に猫が急に飛び出し、びっくりしたと同時に食べかけていた食事が喉につまりそうになり、あわてて呑みこんだ。この時、胃が動いたように感じ、さらに驚いた瞬間に左手から三本のスジのようなものが頭の中にとびこみ、次第に身体が縮んでいくように感じられた。その後は絶えず、「全身がゴムが縮むようにズズッと縮み、次々とじゅずつなぎになり、体が身体を中心へ引っぱられる」という感じがするようになり、次第に農作業ができなくなり、就床がちとなった。同時に頭頂部がさがるような膜を張った感じがするようになり、内科通院を続けたがまったく良くなり、1年後に入院してきた。

苦悶状で、左腹部をかばうような姿態を示し、奇異な体感異常を述べ、このようなことは身体現象としては不合理である点を自分で認めながら、なお生々しく苦痛を訴え、熱心に治療を求め、治療者にこの苦しみを何とかしてほしいと泣いて訴えることもあった。入院後一週間は殆んど就床していたが、その後 Chlorpromazine を漸増すると共に (60mg→150mg) 作業療法に従事させていったところ、愁訴は徐々に消失して退院していった。その後しばらくは良かったが、数年後再び同様状態となり再入院したことがあるが、13年後の現在は某精神科外来でやや軽快した状態で通院中である。症状の変化はない。なお全経過中、分裂病を疑わせるような人格崩解の徴候、作為体験等は出現していない。

#### 症例21 O. N. 35才 男 運転手

32才時、1ヵ月間他家に寄宿した際、刺激性的朝鮮料理を連日のごとく摂った後より腹部膨満感、食欲低下を来し、1日8～9回の下痢と共に背部から腰部にかけて筋肉にピクピクと引張るような不快感が生じ、それ以後腸を砂の上に出して引張られるような不快感が持続するようになった。内科医のもとで2年間治療したが不変で、34才時胆のう摘除術も受けたが良ならず、35才時入院してきた。顔貌は苦悶状であり、確信的口調で「右下腹より右上腹部→左上腹部→左下腹部と時計の進行方向と一致して、腸の中を梅干大のものが10～30分の速さでぐるぐる廻っている感じがし、時々強い痛みを感じる」と述べ、食事や精神的誘因により変化しない。諸検査はすべて正常であり、対人関係は協調的であった。まったく不変のまま退院したが、10年後の現在やや軽快していたが、事故にあい脊髄損傷で入院中である。

#### 症例22 S. S. 54才 寡婦

51才時左肩甲部を捻挫したようなので、背中一面に膏薬を貼ったところ、背中・胸部がしめつけられるようで気分が悪くなり、左骨盤がひっぱるようで、触れてみると「ペチャンコ」になっているのを感じた。その後動悸と嘔気が続いた。内科で静注された際、「腹がペチャンコになって内臓がどこへ行っただかわからなくなった。身体をゆすると出てくる。全身のすじが縮こまって身体が小さくなったように思った」というように不安発作にひき続き、身体像の変化と共に体感異常が出現した。次いで全身に肉かすじかわからないものが骨の間にくいとむので、離そうとしてかきむしり、皮膚に傷をつけるに至っている。発症後2年目に入院治療を受け Proprietaryazine が効

果を見せ軽快した。

上記のごとくV群の症例は他のいずれの群(疾患)にも属させることは困難な独特の一群であり、セネストパチーという呼称が最もふさわしい状態像を呈している。保崎の言う狭義のセネストパチーに相当するものと考えてよい。このV群は発病当初の状況より、さらに2つのタイプに分類される。

A型：神経症的な状態にあり、その防衛に破綻を来し、psychoticなニュアンスのある体感異常のみが前景に出現しており、予後調査においても決して分裂病的breakdownを起していないことがわかっている。症例16, 17, 18がそれである。

B型：発症前の状況で問題となるような特別な精神症状は表面上ないもので、身体的異和感を感じているときか、疲労状態にあるとき、何らかの誘因(物理的・生理的なもの)で突然に奇異な体感異常のみが発生したもの。症例19, 20, 21, 22がこれに相等する。

しかし、いずれのタイプの場合も体感異常が発生した後は、体感異常に対する二次的な反応としての精神症状は見られるが、単一症候的に体感異常のみが表面にたち、長期間患者を苦しめている。

さてこのV群に属する7例を総括的に述べると、発症年齢は26才より59才までであり、平均45才で、多くは中年に発症している。男5例、女2例となっている。遺伝歴では1例のみ負因が認められている。病前性格は保崎が述べたごとく共通した特徴はなく、一般的な神経症的傾向が認められる程度である。しかし約半数に固執的傾向が認められている。既往歴及び生活歴では、A型に於ては詳しくみると発病前の状況は精神的葛藤が多く、神経症様の状況にあったことがうかがわれる。B型に於ては神経症的傾向ははっきりしない。誘因の考えられるものはほぼ全例に認められる。

体感異常に関する訴えはすべて奇異であり、I群の神経症群と違う点は、体感異常の性状がより体感幻覚あるいは心気妄想としての色彩が強力ということである。そしてその奇異さ、及び追体験可能かどうかの程度はI群と精神分裂病の中間にあるというニュアンスを帯び、IV群の境界例の症例とほぼ同程度のものである。そしてその表現は身体部分の運動感、緊迫感、牽引感に類似した非常に苦痛な感覚である。

同時に見られる二次的な精神症状は不安感、強迫症状(時に自傷にまでいたる)、心氣的態度などであ

り、離人感にとらわれたり、無為な生活を送る時期があり、psychoticな反応が一時期見られる。I群ではpsychoticとならないことより区別される。しかし、作為体験、被影響体験、自閉、その他の幻覚体験などは認められず、分裂病の色彩は帯びない。

病識の点では異常感を強く意識し、執拗に治療を求め、治療同盟は比較的できやすく、説明により心理的な病いであることを表面状は納得できるが、現時点の状態にとらわれて将来への見通しに欠けている。しかし生命にかかわるものではないかという恐れは述べられない。そして症状はあっても家庭生活は一応可能であり、症状の持続期間は1年より13年である。

予後調査では1例が発症1年後に治癒し、10年後も良い状態である。4例が3年から13年の間にやや軽快状態になっており、2例が5～9年たった現在、まったく不変のままである。

## V 考察及び総括

### (1) 体感異常について

従来述べられてきたセネストパチーとしての症状をできるだけ純粋に示している症例ということ、奇異な体感異常を単一症候的に長期間訴えているものを選び出し、明らかに器質的障害を持つものや明白な分裂病及びうつ病例は除外して22例をとりあげた。病前性格、発症の状況、体感異常のあり方及びそれに対する態度や二次的反応、背景をなしている精神症状、予後調査等を検討したところ、何ら精神医学的問題なく発症したと認められる症例はなく、体感異常が発生する前の状況は多かれ少なかれ精神的・身体的な問題があり、多くの症例では背景に神経症的傾向が認められ、葛藤状況や身体的疲労状況に於て二次的に体感異常が出現したと考えられる症例であった。しかし、一度体感異常が起ると、諸家が述べているごとく、体感異常は異様で今まで経験しなかったような苦悶感に満ちたものであるため、或いは何らかの機制によりそのように受けとられるため今まで前景に出ていた他の精神症状は背景に退き、以後は体感異常の苦しさを単一症候的に訴え、それに伴う各個人特有の反応が出現し、その体験の異様さがうかがわれる。

さて、一般に体感というものは健康状態が障害されて初めて感じられる内的な感覚の体験であると言われ、体感異常の内容に関しては身体の異和感の単なる表現や痛み等と同列に考えられる一般的感覚に

近いものから幻覚妄想の要素が明らかなものまで広い範囲にわたっている。その区別は感官内容が多種多様をきわめ、妄想様解釈まで入ることがあり、どの程度のものかを第三者が判断するのは困難なことが多い。K. Schneider<sup>21)</sup>が五感の妄覚と錯誤知覚を区別するのは困難なことが多く、単なる比較や比喩を妄覚や身体被影響体験とみちがえる場合もあり、また逆の場合もあると述べているごとく、まして体感異常の内容に関しては保崎<sup>2)</sup>が指摘しているごとく、体感そのものの定義があいまいであることがあいまち、錯覚か幻覚か妄想様解釈であるかを区別するのは困難である。したがって、体感異常を広くとる立場の場合の体感異常は種々の疾患(神経症より分裂病・うつ病・器質的疾患まで含まれる)の際に見られる一般的な一つの症候論的要素と考えられる。一方、体感異常を精神病的な狭い意味、すなわち幻覚としての要素を濃く含んだものだけをとりあげると、分裂病を代表とする精神病の症状の一要素と見られよう。さらにセネストパチーの記述で出てくる「奇異な体感異常」という言葉の「奇異な」という表現の定義が困難で、各人の受けとり方に大きな差異があると思われる。

Dupré はセネストパチーを感覚の領域の変質を一次的なものとして考え、その他の思考・感情障害を二次的なものとして考えているが、これは体感異常ということに力点を置きすぎた意見のようにも思われる。実際、筆者が経験した多くの症例(但しV群のB型は除く)は種々の葛藤状況の中で、体感異常と思考・感情障害のどちらが先に現われたかということは判然としないことが多く、どちらが二次的なものか断定できにくい。また、Huber<sup>2)</sup>がDupréらのセネストパチーの疾患概念はKraepelinの分裂病の概念なくして提言されたものと言っているが、近年になって境界例、latent schizophreniaといった概念なども提出されており、Dupréらの言うセネストパチーが現在では疾患としてどのような位置にあるかが問題となる。実際のところ、表面状は体感異常のみが目立つ症例は広い疾患群にまたがって観察されているのは明らかであり、現時点では原典を重視して、奇異な体感異常のみを特定の部位に単一症候的に長期間現わしている症例に従前通りに体感症(セネストパチー)という疾患名を名付けたならば、セネストパチーは種々の疾患群を含んでいる可能性があり、まとまりがつかなくなる。この混乱を収拾するために、狭義のセネストパチー(保崎、吉松)が現在の疾

患分類ではどの位置を占めるかを明らかにし、筆者はどの程度のもを狭義のセネストパチーとしたいかを述べていきたい。

#### 1) 心気症との関連について

ここで筆者が前項で述べた観察に基づき、いわゆる心気症的訴えとセネストパチー(一応V群を指すことにする)の体感異常との異同を論じておかねばならない。それに先立ち、心気症という筆者の概念をはっきりさせておこう。吉松<sup>22)</sup>Ladee<sup>23)</sup>らが述べているごとく、心気症を現在もなお一疾患単位としてみる立場と、性格傾向や各種精神障害に現われる一症状とみる立場が併存しているが、疾患単位としてはあまりにもあいまいな概念であり、他の状態と重なりあう面が多く、疾患単位として用いるのは困難であり、広義の心気症は一応状態像或いは症候群とみなしておきたい。したがって心気症的という形容詞として用いることとし、不安状とか抑うつとかいう用語を用いるのと同じようなレベルで扱いたい。そして西園<sup>24)</sup>が述べるごとく、心気症の概念をせばめ、心氣的態度、すなわちLaughlin<sup>25)</sup>の言う自分自身の健康状態に対する過度の心配(overconcern with health)といった症状が前景にあらわれ、転換症状の認められない神経症を心気神経症として用いたい。

Laughlin<sup>25)</sup>は心気状態には心身の不調に対する異常なこだわりがあるが、この場合客観的に認められる心身の不調とそれに対する主観的憂慮とのあいだに不釣り合いがあることが欠くべからざる条件であり、医師の保証などによっても簡単に解消しえない病的ともいえる執拗なこだわりがあると述べているが、まさに客観的所見と主観的愁訴の間のへだたりはセネストパチーの場合にも同じようなことが言え、現在の段階では現象学的に事実をあるがままに認めるのみで、身体的基礎を探究する方向はまだ試論の域を出ない。<sup>27)</sup>推論を進めると、セネストパチーの体感異常はそれに対する患者の態度はまさに病的なこだわりがあり、自分の身体状況への過度の関心の固着が認められ、心氣的に悩むという点では心気症的側面を持っていると言ってよいが、セネストパチーの体感異常は心気神経症にみられるような単なる身体異感の抽象的・象徴的な表現であるというわけにはいかない。彼等は「……のような感じ」という表現をかりて述べているが、訴えの焦点が定まり、異様な内容を持ち、かつてなかったようなありありとした体験であり、一次的か二次的かはわからないが何らかの身体内部の知覚異常が生じ、そのために

こそ訂正不能な訴えが長く持続されると想像される。

#### ロ) 離人症状との関係について

Ladee<sup>14)</sup>は心気症候群における離人症を認めることが重要であると述べ、心氣的訴えの中に離人症の体験が入りこんでいるとし、心気症と離人症は境界を接し、ときには越えられることがあると述べている。同じように体感異常を訴える患者の中にはしばしば離人症状を認めることがあるが、筆者の述べたV群のセネストパチーの場合は離人症状に陰のごとくつきまわっている自我空虚感、自己所属感の消失、感情の疎遠感、非現実感等を表現している訴えはあまり認められず、しばしば見逃されがちなほどに程度の弱いことが多い。したがってこの場合の奇異な体感異常は離人症状そのものの表現であるとはいえない。むしろこの離人症状は体感異常が引き起された不安と苦痛に満ちた状況への防衛とも考えられる。

しかし、体感異常が始まる前後に離人感が現われることより、体感異常が発生する状況は精神的・身体的負担が持続し、それとの葛藤が人格の奥深い所まで障害を与えていることが想像される。

#### ハ) 強迫症状との関連について

同じようにセネストパチーの多くの症例に二次的に強迫症状が伴っている。患者は手やタオルで皮膚をこすり続けるわけであるが、そうすると楽になる、あるいは楽になるような感じがするのでという理由で行っているが、その程度は激しいものであり、こすりすぎて擦過傷をつくることもあり、その行為に対する合理的批判能力に乏しく masochistic ともいえるものである。これは体感異常が患者にとって非常に苦痛なものであり、いかにそれにとらわれているかということの傍証であると同時に、「こする」という行為により体感異常が再確認され、その存在が確信的体験にいたり、ゆるぎないものとなっている。

#### ニ) 器質的基盤に関して

Huber<sup>7)8)</sup>は coenästhetische Schizophrenie の場合、気脳写で高率に異常を認め、体感異常と関係づけて考えている。それに対する諸家の異論が多くあるようであるが、筆者が調査しえた範囲では、気脳写の行われた7例のうち1例に軽度異常が認められ、脳波は22例中3例に異常所見が認められた程度であり、これをもって体感異常を説明することは現段階では困難と思われた。その他、既往歴に梅毒性疾患が認められた症例が1例あるが、その病型・経過よりみて梅毒性脳障害による体感異常という判断

はできなかった。

#### (2) 狭義のセネストパチーに関して

筆者は22例の症例を予後調査をふまえて疾病分類学的立場で検討していったところ、前項で述べたごとく5群に分類できることがわかった。そして第V群を狭義のセネストパチーとして提言したいわけであるが、V群の状態像を明確に浮びあがらせるために、近縁な他の群の特徴をここで再び比較し、他の研究者の意見と対照してみたい。(第2表参照)

I群は明らかな神経症群であり、他に何らかの神経症症状を伴う。体感異常に関する訴えは奇異な感じは少なく、幻覚としての性質はほとんど感じられないもので、妄想様解釈は少なく、psychotic な色彩はうすい。そして体感異常の基盤となっている神経症症状との間に何らかの関連があり、体感異常を心理的或いは感情的反応の結果として理解でき、象徴的な意味が見つけられやすい。したがってI群は特別にセネストパチーという名称を与える必要性はあまりなく、「体感異常を主症状とした神経症」と呼ぶべきであろう。

II群の境界例より分裂病に移行した症例ではIV群の特徴が重なりあう面が多い。体感異常に対する合理的な批判能力はさらに障害されるが、身体的被影響体験の色彩を帯びるものは案外少い。長い経過のうち、より退行的な生活状態となる。この群も同じく、セネストパチーというより、「奇異な体感異常を前景とした分裂病」(cenesthopathic schizophrenia) と言ってよい。

III群は妄想反応に属するものであり、体感異常の内容は心気妄想的要素が明らかなもので、心因反応としての発病状況、その他の精神症状を勘案すれば他群と区別されうる。

さて、最後に残るIV、V群は明確な臨床診断を下すことが困難なものである。この2群とも Dupré が述べたような定型的な単一症候のセネストパチーの臨床像を呈しているが、この2群とII群の分裂病例とを合わせたような範囲の症例を吉松<sup>24)</sup>はセネストパチーとして提出しており、分裂病心性を示しているものうちV群に近い状態を呈しているものを典型例としているといってもさしつかえがないと思う。筆者は体感異常のあり方とそれに対する反応、人格障害などの程度によりIV、V群に分けたが、IV群は時に分裂病的色彩をもち、いわゆる境界例といわれているものに相等している。

IV群の場合、発症はすべて若年で思春期より青年

第2表 (類型特徴)

I 群 (神経症)	各年齢層	一般的神経症 的性格傾向	発症前の状況 離別・悲哀体験・不安発 作・対人緊張の持続	誘 因 ささいな身体症状	体 感 異 常 の 奇 異 さ (幻覚妄想としての性質)	体感異常に対する態度 附随する精神症状	治療関係 執拗に治療を求める	経過 psychotic となら ない。
II 群 (境界例 —分裂病)	思春期より 青年期にか けて	内向的	記慮的・感情閉鎖的・自 閉的対人関係 身体への 関心の高まり	自尊心が傷つけられる 身体への不安	+	確信的態度、運命をのろ ったり、あきらめたり	手術を要求。 自己流の解釈に頑固に執 着	自閉、無為、無欲 状態の出現
III 群 (妄想反応)		特になし	特になし	驚 愕	+	確信的態度 抑うつ気分	良 好	症状の消長がある
IV 群 (境界例)	思春期より 青年期にか けて	内向的 孤 独	記慮的・感情閉鎖的・自 閉的対人関係 身体への 関心の高まり	ささいな身体異知感 対人関係の破綻	+	苦悶感・主観的確信 妄想発展 自殺を考える	自己流の解釈にしがみつ き、表面的な治療関係	一時激しい反応を みせるが、その後 は不変状態で安定
V 群 (袋蓋のセネ —スチーパー)	中 年	一般的神経症 的傾向	a. 神経症的憂鬱状態 b. 特になし	物理的生理的侵襲体験	++ ~ ++	苦悶感、固執的であるが 批判力は保たれている。 強迫症状、心気症状	切実に治療を求めるが配 慮的で淡々としたもの	psychotic な色彩 を一時帯びる

期にみられる。発症前の状況は内向的、自閉的な対人関係であり、ささいなきっかけより発症している。このことはV群と大きく違う点である。体感異常は奇異なものであるが、体感幻覚に近いものからI群にみられる程度のものであり、それに対する苦悶感を述べるが、宿命的なものとか死の不安を感じるとか述べたり、自殺を図ろうとしたりするが、その苦痛を masochistic な方法で防衛しようとする傾向がある。そして不合理な独特の自己流の確信に満ちた奇妙な解釈と自己主張が目立ち、治療関係は一見できやすいが安定せず、自己流の考えで治療を一方的に求め、心理的な病いであることに強く抵抗を示す。防衛を崩そうとすると psychotic となることがあり、分裂病的色彩が出てくることがある。すなわち、V群と較べ自我障害が人生のより早期に起り、より程度が深刻であるという面を持つ。

植元ら<sup>2)</sup>、村上ら<sup>1)</sup>は青年期に好発する病態として自己の視線、体臭、表情、容姿などを主題とする関係妄想やそれへの妄想的こだわりを示す確信的体験を伴う一群の病態を思春期妄想症及び妄想様固定観念などと仮称してとりあげ、これらの症例の多くは境界例と診断され、分裂病とは異なった傾向を見出しているとした。そしてその核心を体感異常と関係妄想に求め、体感異常が体験の中心となっているものを妄想様固定観念とみなし、自分の不快な状態のためにまわりの人が自分を避けているという忌避妄想と仮称し検討している。筆者がとりあげたIV群の場合、周囲の人が自分を忌避しているという心性はあまり認められず、宿命と考えたり、絶望的とか、死の不安を感じるとかいう反応をみせることが多く、その意味では対人恐怖という要素は主題とならず、妄想的こだわりは自己の状態のみにとどまり、不安は他者に投影されていない。

さて最後のV群は中年に発症することが特徴的である。病前性格は全体を通していえる特徴的なものはなく、固執的性格或いは強迫的性格は約半数にみられる程度であり、葛藤状況では破綻を来しやすい神経症的傾向があると言える。しかし、奇異な体感異常が発現したあとは全例に症状に対する固執的態度が二次的にあらわとなっている。これは症状そのものが苦しさで満ちたものであることと、それが容易に消失しないための患者の反応と治療者側のあせりとかいらだちといった感情が含まれた表現であろう。体感異常の発生状況は既述のごとく2つの独特な様式がある。体感異常は強いといえば幻覚として

の性質を帯びており、まったく新奇な異物感の体験である。訴えの奇異さ、追体験ができるかどうかの程度はIV群の境界例の場合とほぼ同程度のものであるが、より奇異で何らかの身体的ベースがあるのではないかという印象さえ持つ。さらに境界例と違う点は、体感異常に対し偏った意味づけをすとか独特の自己主張をするということが少なく、自己の状態に対する批判力はある程度は保たれており、何とか正確に述べようと苦労している様子がかかわれる。このことは人格の成熟度とも関係しているものと思われる。また治療途中で境界例のように stormy な psychotic な反応を見せることはなく、分裂病症状は出現しないが、体感異常を取り去ろうと皮膚を病的にとでもいえる程度にこすって傷を作ることがあるといった強迫的態度が多く出現したり、一時期寝こんでしまうという無為な状態に陥ることがあり、psychotic な色彩をもつことがある。同時に心気症状、離人症状、強迫症状を伴うことがあるが、自我障害の程度はIV群より軽いという印象をもつ。彼等は切実に治療を求めてくるが、治療者に対しては配慮的な態度をとりやすく、治療関係は淡々として、あまり深まらないことが多い。予後は他群と変らない。しかし長年の間に執着する態度が徐々にうすれ、体感異常は消失する方向に向っている例もある。

要するにこのV群は、神経症的存在より自我の防衛の破綻が起り、その結果奇異な体感異常が発生し一時期 psychotic な反応が出現することがあるが、それが鎮まった後でも、体感異常に対する苦悶感が完全に防衛しきれないまま強迫等の二次的防衛機制が発動され、病状が固定された状態と言えよう。そして分裂病の基本症状は全く認められないものに限定される。この状態像を呈しているものを筆者は狭義のセネストパチーとして提言したい。

最後に、筆者が狭義のセネストパチーとして提言した症例と Dupré らの症例とを比較してみると、体感異常の様相は Dupré らの特徴づけた体感異常とほぼ同一のものであるが、後者の疾患概念は症状をもって診断名とするフランス的な命名に基づいているため、疾患分類学的には神経症より分裂病まで広いスペクトルを持っているため、現在ではそれらをすべてひっくるめてセネストパチーと呼ぶのは混乱を招くことになる。したがって単一疾患としての名称を生かすためには除外診断をした上で、それでもなおセネストパチーという以外に診断のつけようがないもののみを言うべきであろう。その意味では



I, II, III, IV群に属するものは、「体感異常を主症状とした」神経症・分裂病・妄想反応・境界例などと呼ぶべきであろう。

## VI ま と め

奇異な体感異常を単一症候的に長期間、同一部位に訴えている症例(従来言われてきたセネストパチーとしての症状をできるだけ純粋に示しているもの)を選び出し、明らかに器質的障害を持つものや、明白な分裂病及びうつ病例は除外し、予後調査ができた22の症例につき臨床的観察を行い、現象学的記述と類型分類を行い、次の知見を得た。

1) 22例の発症年齢は15才より59才までであり、各年齢層に散らばっている。体感異常が訴えられる部位は頭部に多いという傾向がある。気脳写の行われた7例のうち1例に軽度異常が認められ、脳波は22例中3例に軽度異常所見が認められた。3年より19年後(平均9年後)の予後調査では約70%近くに症状が継続している。発症年齢と予後との相関ははっきりしなかった。

2) 病前性格、発症前の状況、体感異常の内容及びそれに対する態度、二次的な反応、生活状況、予後について詳細に調べた。各症例の臨床像を国際疾病分類(ICD-8)にあてはめて類型分類を試みた。その結果、大多数の症例はこれにより分類可能でありI~V群まで類型分類ができた。

I群は神経症群であり、訴えは奇異な感じは少く幻覚としての色彩はほとんど感じられず、妄想様解釈は少い。体感異常は心理的反応の結果として理解されやすい。

II群は境界例より分裂病に移行したものである。

III群は妄想反応に属するものである。

IV群は境界例に属するもので、発症は青年~思春期の若年であり、訴えの奇異さはII群と同程度であるが、附随する症状が独特のものを示している。すなわち、体感異常に対する苦悶感を述べるさい、宿命的とか死の不安を感ずるとか述べ、自殺を図ろう

としたりするが、その苦悶を masochistic な方法で取り去ろうとする。不合理な独特の解釈と自己主張がめだち、治療関係は安定せず、psychotic な状態となることがあり、分裂病的色彩が出ることもある。V群と較べると自我障害が人生のより早期に起り、程度がより深刻である。

V群は既存の疾病分類に入れることが困難であり強いていえばICDではparanoid states, othersに入れられるものであるが、狭義のセネストパチーとしか言いようがないものである。発症は中年であり、神経症の状況より防衛の破綻を来し発症している場合と、疲労状況等に何らかの物理的・生理的誘因で突然に発症している2つの場合がある。身体部分の運動感、緊迫感、牽引感等の体感幻覚の要素を含んだ奇異な体感異常を訴えるが、自己の状態に対する批判力はある程度保たれており、対人関係も良好である。一時期psychoticな反応が出現することがあるが、それが鎮まった後でも体感異常に対する苦悶感が完全に防衛しきれないまま強迫等の二次的防衛機制が発動され、病状が固定されている。そして分裂病の基本症状は全く認められない。

上記の如くであり、I, II, III, IV群はセネストパチーと呼ばず、それぞれ「体感異常を主症状とした」神経症・分裂病・妄想反応・境界例などと呼ぶべきであること、及びV群を狭義のセネストパチーとして提言したいことを論じた。

3) 体感異常に関し、心気症状、離人症状、強迫症状、器質的障害などと関連してその精神病理を若干論じた。

おわりに御指導と御校閲いただいた大月三郎教授に厚く御礼申し上げます。また終始暖かい御指導をいただいた洲脇寛博士に深謝の意を表します。また御助言とお励しをいただいた岡山労災病院神経科部長黒田邦彦博士並びに川崎医大横山茂生助教授に御礼申し上げます。

なおこの論文の要旨は第27回中国、四国精神神経学会に於て発表した。

## 文献

- 1) 麻生和友, 秋本辰雄: 体感異常の研究. 精神医学, 10: 443—447, 1968.
- 2) Dupré, E. et Camus, P.: Le Cenesthopathies. L' Encephale, 2: 616—631, 1907.
- 3) 遠藤俊吉, 山本裕水, 中西昭憲, 岩崎靖雄, 広瀬貞雄: セネストパチーに対する一考察—自験例2例の多次元的解析を中心として. 精神医学, 17: 475—484, 1975.
- 4) Glatzel, J. u. Huber, G.: Zur Phenomenologie eines Typus endogener juvenil-asthenischer Ver-sagenssyndrome. Psychiat. Clin., 1: 15—31, 1968.
- 5) 保崎秀夫, 高橋芳和, 中村希明, 開沢茂雄: 慢性体感幻覚症について. 精神医学, 1: 391—396, 1959.
- 6) 保崎秀夫: セネストパチーとその周辺. 精神医学, 2: 325—332, 1960.
- 7) Huber, G.: Die coenästhetische Schizophrenie. Neurologie, 33: 491—520, 1960.
- 8) Huber, G.: Die coenästhetische Schizophrenie als ein Prägnanztyp schizophrener Erkrankungen. Acta Psychiat. Scand., 47: 349—362, 1971.
- 9) 小池淳: セネストパチーについて. 精神医学, 6: 667—672, 1964.
- 10) 小池淳, 工藤義雄: セネストパチーについて—自己の病に対する態度. 精神医学, 10: 1009—1012, 1968.
- 11) 小池淳, 工藤義雄: セネストパチーについて—長期観察例から. 精神医学, 11: 358—361, 1969.
- 12) 小見山実: セネストパチーにおける身体の病態. 高橋良, 宮本忠雄, 宮坂衛編: 幻覚の基礎と臨床, 医学書院, 東京, 1970.
- 13) 小見山実: セネストパチーと体感幻覚. 臨床精神医学, 5: 1683—1689, 1976.
- 14) Ladee, G. A.: Hypochondriacal Syndromes. Elsevier, Amsterdam, 1966.  
藤田千尋, 近藤喬一訳: 心気症候群. 医学書院, 東京, 1970.
- 15) Laughlin, H. P.: The neuroses in clinical practice. Saunders, Philadelphia, 1956.
- 16) 三浦岱栄: 精神医学者の世界. 岩崎学術出版社, 東京, 271—277, 1967.
- 17) 村上靖彦, 大磯英雄, 青木勝, 高橋俊彦: 青年期に好発する異常な確信的体験. 精神医学, 12: 573—578, 1970.
- 18) 西園昌久: 精神分析の理論と実際〈神経症編〉. 金剛出版, 東京, 179—190, 1975.
- 19) 大月三郎, 横山茂生, 洲脇寛: セネストパチーの6例. 精神経誌, 70: 252, 1968.
- 20) Schilder, P.: The image and appearance of the human body. New York (1935)  
Repr.: Int. Univ. Press, New York, 1965.
- 21) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1962.  
平井静也, 鹿子木敏範共訳: 臨床精神病理学. 文光堂, 東京, 1968.
- 22) 植元行男, 村上靖彦, 藤田早苗, 小笠原俊夫, 鈴木恒裕, 青木勝, 土川隆史, 大磯英雄: 思春期における異常な確信的体験について(そのI)—いわゆる思春期妄想症について—(そのIII) 妄想観念の成立, 固執について, 児童精神医学とその近接領域, (そのI), 8: 155—167, (そのIII), 8: 179—186, 1967.
- 23) World Health Organization: Glossary of Mental Disorders and Guide to their Classification for use in conjunction with the International Classification of Diseases, 8th Revision, Geneva, 1974.
- 24) 吉松和哉: セネストパチーの精神病理. 精神経誌, 68: 872—890, 1966.
- 25) 吉松和哉: 行動と精神症状変化との関連性—セネストパチーの症例をととして. 精神医学, 11: 366—370, 1969.
- 26) 吉松和哉: セネストパチーの一例. 季刊精神療法, 1: 210—217, 1975.
- 27) 吉松和哉: セネストパチーをめぐって. 精神医学, 18: 112—129, 1976.
- 28) 吉松和哉: 心気・不安. 大橋博司, 保崎秀夫編: 現代精神医学大系, 第3巻B〈精神症状学II〉, 中山書店, 東京, 1976.

**Clinical and follow-up study of cenesthopathic patients**

by

**Atsushi SHIMOYAMA**

Department of Neuropsychiatry, Okayama University Medical School, Okayama

(Director : Prof. Saburo Otsuki)

In order to clarify the confused conception about so-called cenesthopathy, a precise clinical and follow-up study was made on 22 patients who presented peculiar cenesthopathic complaints during long terms. Such cases as organic diseases, apparent schizophrenia and depression were excluded.

The author could classify them into 5 groups. The 1st group is neurotic cases. The 2nd group is schizophrenic cases shifted from so-called borderline cases. The 3rd group is the cases of paranoid reaction. The 4th group is borderline cases in adolescence. The last 5th group is the cases unable to be classified into any groups above mentioned, and shows most characteristic symptoms.

The distinguishing traits of 5th group were as follows. They developed symptoms in middle ages after being affected psychologically or physically. The persistent abnormal cenesthesia full of agony was rather tinged with hallucination, and it was some experience of moving, tense or pulling sensations, or of utterly new strange foreign sensations. Despite the peculiar strange complaints, they did not make pathological interpretations and their insight into their morbid states was preserved to some extent. But, pathological obsessive attitudes (such as skin-rubbing) and temporary abulic states often appeared, so that in their course they wore temporarily psychotic feature. Despite the chronic course, schizophrenic tendency did not appear.

The author discussed the psychopathology of cenesthopathy and concluded that the 5th group should be diagnosed as typical cenesthopathia.