慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	統合失調症における視覚表象の形成と経過に関する精神病理学的研究
Sub Title	Psychopathological Study of Visual Representation in Schizophrenia
Author	森本, 陽子(Morimoto, Yoko)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2004
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.81, No.1 (2004. 3)
JaLC DOI	
Abstract	Visual representations in 35 schizophrenic patients are discussed. The subjects were 21 men and 14 women, 18-79 years of age (mean 35.0±13.6), who met the ICD-10 diagnostic criteria for schizophrenia. Their 70 episodes of visual representations had various duralions and 16subjects (45 .7%) experienced the onset of visual representations before the diagnosis ofschizophrenia was made. The episodes were divided into 3 tages;autochthonous experience. obsession, and fantasy. Four subjects (11.4%)experienced only the first stage.7 (20.0%) experienced the second,1 (2.9%) experienced the third, and 23(65.7%) had plural stages during the course of schizophrenia. The shift patterns among stages showed a tendency from the first to the second, and to the third such as changes in verbal hallucinations, in accordance with the process of ego disorder. Visual representations in schizophrenia are regarded as pseudo-hallucination and might be one of the symptoms contributing to the earlier diagnosis of schizophrenia.
Notes	原著
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20040300-0031

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

慶應医学・81(1)：31～47，2004

原　著

統合失調症における視覚表象の形成と経過に関する精神病理学的研究

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
（指導：鹿島晴雄教授）
森本陽子

（平成15年9月11日受付）

ABSTRACT

Psychopathological Study of Visual Representation in Schizophrenia

Yoko Morimoto

Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio University

Visual representations in 35 schizophrenic patients are discussed. The subjects were 21 men and 14 women, 18-79 years of age (mean 35.0±13.6), who met the ICD-10 diagnostic criteria for schizophrenia. Their 70 episodes of visual representations had various durations and 16 subjects (45.7%) experienced the onset of visual representations before the diagnosis of schizophrenia was made. The episodes were divided into 3 stages ; autochthonous experience, obsession, and fantasy. Four subjects (11.4%) experienced only the first stage, 7 (20.0%) experienced the second, 1 (2.9%) experienced the third, and 23 (65.7%) had plural stages during the course of schizophrenia. The shift patterns among stages showed a tendency from the first to the second, and to the third such as changes in verbal hallucinations, in accordance with the process of ego disorder. Visual representations in schizophrenia are regarded as pseudo-hallucination and might be one of the symptoms contributing to the earlier diagnosis of schizophrenia.

Key Word： visual representation, visual hallucination, pseudo-hallucination, ego disorder, schizophrenia

頭の中に映像が浮かぶこと，すなわち視覚表象が，統合失調症（あるいは精神分裂病）の経過中に見られることは従来から知られている．しかし，WHO の ICD-10[1]やアメリカ精神医学会の DSM-Ⅳ[2]による統合失調症の診断基準にも採用されておらず，報告も少ないため，その臨床的意義は十分明らかにされていない．本研究は，統合失調症の視覚表象を臨床的に調査し，形成と経過，他の症状との関連を精神病理学的な立場から検討することにより，その症候学的な意義を明らかにするとともに，統合失調症の診断と治療に寄与することを目的に行われたものである．

対象と方法

研究の対象は，経過中に視覚表象を示し，脳器質疾患や視覚器異常がなく，薬物精神病，症状精神病，てんかんも否定され，平成15年4月あるいは著者の経過追跡中断時に ICD-10 の統合失調症の診断基準を満たしていた35症例（男性21例，女性14例）である．これらは，平成9年5月から平成15年4月までの6年間に慶應義塾大学病院精神・神経科およびその関連病院の精神科において，外来診療では6ヶ月以上，入院診療では1ヶ月以上，著者が主治医として直接診療し，平成15年4

第1表　各症例の性別，年齢，診断，統合失調症発症年齢，および主な症状

症例番号	性別	年齢（中断時年齢）	診断（統合失調症）	統合失調症発症年齢	主な症状
1	F	18（16）	妄想型	14	自生思考，言語幻聴，独語，体感幻覚，離人，自我二重化，自傷，直観像
2	F	21（21）	妄想型	14	自生思考，考想化声，独語，被害妄想，音楽幻聴，自我二重化，強迫思考・行為，させられ体験，自閉
3	M	23	妄想型	21	自生思考，空想癖，精神運動幻覚，独語，関係妄想，被害妄想，強迫思考・行為
4	F	23（22）	妄想型	21	自生思考，空想癖，考想化声，言語幻聴，音楽幻聴，自我二重化
5	M	23	妄想型	21	自生思考，空想癖，考想吹入，言語幻聴，被害妄想，誇大妄想，音楽幻聴，自我二重化，強迫思考・行為
6	M	24（24）	妄想型	19	自生思考，空想癖，関係念慮，醜形妄想，衝動行為
7	M	24（24）	妄想型	19	自生思考，被害妄想，体感幻覚，離人，自我二重化
8	M	24（24）	鑑別不能型	21	自生思考，空想癖，考想化声，考想伝播，関係念慮，音楽幻聴，離人，自我二重化
9	F	25	妄想型	18	自生思考，空想癖，考想化声，言語幻聴，誇大妄想，音楽幻聴，離人，自我二重化，自傷
10	M	26	妄想型	18	自生思考，言語幻聴，被害妄想，誇大妄想，要素幻聴，体感幻覚，躁状態
11	M	26	妄想型	25	自生思考，考想伝播，言語幻聴，空笑，関係妄想，自他境界混乱
12	M	27	妄想型	22	言語幻聴，考想化声，考想伝播，独語，被害妄想，音楽幻聴
13	F	28	妄想型	21	自生思考，言語幻聴，音楽幻聴
14	F	28	残遺型	24	自生思考，空想癖，考想化声，考想伝播，言語幻聴，関係妄想，被害妄想，音楽幻聴，自他境界混乱，無為，自閉，緊張病性興奮
15	F	29	妄想型	29	自生思考，考想化声，言語幻聴，精神運動幻覚，自己臭恐怖，関係妄想，音楽幻聴，離人，自他境界混乱，自我二重化，両価性
16	M	29	鑑別不能型	14	自生思考，言語幻聴，独語，空笑，被害妄想，要素幻聴
17	M	30	妄想型	26	自生思考，考想化声，言語幻聴，被害妄想，感情鈍麻，自閉
18	M	30	残遺型	16	自生思考，関係妄想，被害妄想，自閉
19	M	34	残遺型	24	自生思考，考想化声，独語，被害妄想，音楽幻聴，自閉
20	M	34	妄想型	25	自生思考，関係妄想，被害妄想，音楽幻聴，体感幻覚，感情鈍麻，自閉
21	F	35	残遺型	30	自生思考，空想癖，言語幻聴，被害妄想，誇大妄想，無為，自閉，興奮，自殺企図
22	F	35	妄想型	22	自生思考，言語幻聴，精神運動幻覚，独語，空笑，被害妄想，体感幻覚，自我二重化，させられ体験
23	M	36	妄想型	23	関係妄想，被害妄想，体感幻覚，自他境界混乱
24	M	36（33）	鑑別不能型	15	自生思考，独語，音楽幻聴，感情鈍麻，自閉
25	M	36	妄想型	21	自生思考，考想化声，考想伝播，言語幻聴，関係妄想，音楽幻聴，自閉
26	M	37（35）	妄想型	23	自生思考，空想癖，言語幻聴，精神運動幻覚，関係妄想，音楽幻聴，離人，自我二重化，させられ体験
27	M	40	妄想型	27	自生思考，言語幻聴，被害妄想，自閉
28	M	42	残遺型	24	自生思考，言語幻聴，誇大妄想，音楽幻聴，感情鈍麻，緊張病性興奮
29	F	44	妄想型	17	自生思考，関係妄想，被害妄想，感情鈍麻，自閉
30	M	46	残遺型	27	自生思考，被害妄想，体感幻覚
31	F	50	妄想型	18	自生思考，考想伝播，言語幻聴，精神運動幻覚，関係妄想，被害妄想，体感幻覚，させられ体験，自閉
32	M	55	残遺型	37	言語幻聴，独語，空笑，関係妄想，被害妄想
33	F	61	残遺型	16	自生思考，言語幻聴，関係妄想，被害妄想，自他境界混乱，無為，自閉
34	F	66	残遺型	31	言語幻聴，空笑，被害妄想，自閉
35	F	79	妄想型	28	自生思考，考想化声，言語幻聴，独語，関係妄想，被害妄想，感情鈍麻，自閉

月あるいは著者の経過追跡中断時に ICD-10 の統合失調症の診断基準を満たしていた患者で，さらに入院診療例については 1 年以内に退院し，病院内にではなく家庭，社会に生活の主たる基盤がある 108 症例（男性 61 例，女性 47 例）のうちの 35 症例である．

詳細な面接を繰り返し，患者の内面に生じた現象を追体験，感情移入することで了解しようとする Jaspers の記述現象学的方法論[3]を用いて症状を抽出し，視覚表象を示す 35 症例を抽出した．過去の症状については患者の記憶が不確かな部分もあり，精神病理学的な方法論上の限界もあるが，家族の陳述や診療録の記載から十分な情報が得られた症例のみを対象に含めた．この 35 症例について，平成 15 年 4 月末現在（あるいは著者の経過追跡中断時）の性別，年齢，ICD-10 による診断，統合失調症の発症年齢，視覚表象以外の現在までの主な症状を第 1 表に示す．対象の年齢は 18 歳から 79 歳にわたり，平均年齢は 35.0±13.6 歳である．平成 15 年 4 月あるいは著者の経過追跡中断時の ICD-10 による診断は，統合失調症の妄想型（F20.0）23 例，残遺型（F20.5）9 例，鑑別不能型（F20.3）3 例である．統合失調症の発症年齢については，著者自身の観察により ICD-10 の統合失調症の診断基準を満たした年齢とした．過去の発症例については，症状を ICD-10 の基準に置き換えて判断した．統合失調症と診断された年齢は 14 歳から 37 歳にわたり，平均 22.0±5.3 歳である．現在までの主な症状については，各症例の病像を呈示するために，Bleuler の記載した統合失調症の基本症状（連合弛緩，感情障害，自閉，両価性）[4]と ICD-10 の統合失調症の診断基準に含まれる症状から，各症例に認められたものを抽出した．なお，音楽幻聴，直観像などの本論の考察に関連する症状をこれに加えた．

結　果

35 症例，同一症例に生じた複数の視覚表象エピソードを含む 70 エピソードについて，視覚表象の出現時年齢，持続期間，主な内容および病型分類を第 2 表に示す．視覚表象の初回出現時の年齢は 4 歳から 62 歳にわたり，平均 21.7±11.3 歳であった．最も早く出現した症例 1，14 は自ら「記憶をさかのぼれる一番幼いとき，4 歳」と述べたので，これを採用した．統合失調症の診断基準を満たす前に視覚表象が出現していたものが 16 例あった．そのときの 16 例の ICD-10 による診断の内訳は，他の非器質性精神病性障害（F28）6 例，分裂病型障害（F21）4 例，離人・現実感喪失症候群（F48.1）3 例，強迫性障害（F42）1 例，社会恐怖（F40.1）1 例，強迫性人格障害（F60.5）1 例であった．視覚表象の持続期間は 1 日で消退したものから内容が移り変わりながら 33 年間ほぼ連日持続しているものまで多様であった．病型分類は，考察で検討した視覚表象の分類で，詳細は後に触れる．

症例呈示

まずさまざまな様相の視覚表象が出現し，その症状変遷を十分に捉えることのできた症例を 2 例呈示する．次に視覚表象の成立やほかの症状との関連に示唆を与える症例を 5 例呈示する．すなわち自生思考との関連が見られるもの 1 例，強迫との関連が見られるもの 1 例，空想的な発展をとげたもの 2 例，および治療状況により症状が動揺するもの 1 例である．いずれも患者のプライバシーに配慮して，論旨に影響のない範囲で病歴等を若干変更してある．

1．症状変遷を十分に捉えることのできた例

《症例 21》35 歳，女性

物心ついたときから空想で物語を作って頭で遊ぶ子供で，暇だと感じたことがないという．短期大学卒業後会社員をしていた．26 歳時に，抑うつ気分，過食，拒食を訴えて精神科を受診したが，数回で自己中断し，以後特に変調なく勤務を続けていた．

30 歳時に，「自宅の雰囲気がおかしい，家族が皆殺しにあった」「自分に命令してくる精神世界の声が聞こえ，その通りに行動すると良いことが起きる」と言い出し，不眠，過活動になり，自分はとても異性にもてるので良く知らない男性とも恋愛関係にある，襲われるなどと主張し，精神運動興奮状態を呈して精神科を受診し，統合失調症と診断され，約 1 ヶ月間入院した．入院中から haloperidol，chlorpromazine 等による薬物療法を受け，退院後も現在まで外来通院しながら，risperidone 一日 2 mg 内服中心の薬物療法を継続して受けている．

この入院中から，何かに集中していない時にとりとめなく考えが浮かび，それに頭の中でひとりでに映像がつくようになった．次第に映像の浮かんでくる時間が増加し，知らず知らずとらわれてしまい，思うように集中することができなくなった．退院後は職場復帰せず退職した．

31 歳頃からは，考えたくないにもかかわらず過去に経験した場面が浮かび，映像になるようになった．過去の場面は，自分が失敗した場面や人から誤解された場面

第2表　視覚表象の出現時年齢，持続期間，主な内容および病型分類

症例番号	視覚表象の出現時年齢	視覚表象の持続期間	視覚表象の主な内容	病型分類
1	4	12年*	目にした周囲の事物，過去の楽しかった場面	I
	14	2年（並存）*	過去の不快な場面，事件事故に巻き込まれる場面，自分が他人に危害を加える場面	II
2	15	6年*	見たテレビ番組，過去の不快な場面（叱られたなど），将来起きて欲しくない場面（親の死など）	II
3	19	3年	過去の楽しかった場面，友人が今ここにいたらいかにも示しそうな架空の言動（励ましなど）	III
	同上	同上（並存・動揺）	（特に疲労時）過去の不快な場面（誤解されたなど）	II+
	23	7ヶ月+	友人との楽しい場面（冗談を言い合う，励まされるなど）	III
4	17	5年	過去のとりとめない場面	I
	22	1ヶ月*	将来のうまく行かない場面（仕事場で自分が失敗している，怒られているなど）	II
5	15	6年	テレビでみた事件の映像，事件事故に巻き込まれる場面，自分が両親を殺す場面	II
	21	1年	神である自分	III
6	13	11年*	過去の不快な場面，（過去に別の選択をしていれば得られたはずの）理想的生活	II
7	19	5年*	過去の楽しかった場面，あてつけるかのような友人の顔	II
8	16	8年*	過去の（主に不快な）場面（テレビのスポーツ映像，職場で叱責されたなど）	II
	21	3年（並存）*	将来の活躍している自分（職場の光景など），理想の生活（立派な家や車など）	III
9	14	11年+	とりとめない考えごと，色	I
	24	1ヶ月（並存）	幻聴の主の想像上の姿かたち	II
	25	1ヶ月（並存）	（暴力的な映画を鑑賞して暫くの期間）映画の登場人物のように行動する自分	II
10	18	5年	過去のとりとめない場面，（時に）過去の自分が気弱だった場面（誤解されたなど）	I
	23	3年+	破壊的な行動をとる自分，自分が両親を殺す場面，事件事故に巻き込まれる場面	II
11	16	9年	過去のとりとめない場面	I
	25	3ヶ月	これから先のいかにも規定されているような行動をしている自分	II
	26	10ヶ月+	過去のとりとめない場面	I
12	24	6ヶ月	とりとめない過去の場面や考えごと	I
	26	1年+	実際の会話や幻聴から連想して不快な過去の場面，将来のうまく行かない自分	II
13	21	1ヶ月	女性の裸の下半身	II
	27	1年+	恋愛中ならばいかにもありそうな生活の場面	III
14	4	23年	とりとめない考えごと，過去のとりとめない場面	I
	20	7年（並存）	過去の不快な場面（人から誤解された，自分が人に親切にしてあげられなかったなど）	II+
	27	1年+	将来の楽しい生活（必要とされて働いている，人と仲良く話しているなど）	III
15	27	1年	過去の不快な場面（習いごとの厳しい訓練など）	II
	28	1年	とりとめない過去の場面や考えごと	I
	29	10ヶ月+	（疲労時）事件事故に巻き込まれる場面，将来の孤独な自分	II
	同上	同上（並存・動揺）	（落ち着くと）とりとめない考えごと	I
16	14	15年+	過去の不快な場面（いじめられたなど），将来起きて欲しくない事態（母が死ぬ，災害にあうなど）	II+
17	15	14年	過去のとりとめない場面，比較的友人とうまくいっていた場面	I
	29	1年+	過去の不快な場面（いじめられたなど），幻聴から連想していかにもありそうな不快な場面	II
18	23	7年+	過去の不快な場面（仕事場で無理に雰囲気をあわせていたなど）	II
19	15	16年	過去のとりとめない場面	I
	31	3年+	過去の不快な場面（誤解されたなど），将来のうまく行かない場面（就職の面接など）	II+

（35ページにつづく）

症例番号	視覚表象の出現時年齢	視覚表象の持続期間	視覚表象の主な内容	病型分類
20	16	16年	とりとめない考えごと	I
	30	2年(並存)	過去の不快な場面（けんか，職場での叱責など）	II+
	32	5ヶ月	理想の仕事についている自分	III
	33	1年+	過去の，またはいかにもありそうな不快な場面（批判される，仕事で失敗するなど）	II
21	30	1年	とりとめない考えごと	I
	31	2年	過去の，またはいかにもありそうな不快な場面（誤解された，批判されるなど）	II+
	33	2年+	将来の成功する自分，理想的な人間関係	III
22	22	1日	自分の交際相手が友人の女性と結婚する場面	II
	26	2年*	刃物	II
	33	2年+	友人の女性と夫が夫婦になっている生活場面，自分が刃物で殺される場面	II
23	18	18年+	過去のとりとめない場面，時に過去の不快な場面（職場での叱責など）	I
24	15	18年*	過去の不快な場面（親に叱られたなど）	II
25	20	2年	過去のとりとめない場面	I
	22	14年+	過去の不快な場面（誤解された，関係妄想かどうか自分でわからなくなる場面など）	II
26	30	3年	とりとめない考えごと	I
	33	2年*	過去の不快な場面（職場での叱責など），将来も今のように不適応を起こしている自分	II
27	27	13年+	とりとめない過去の場面や考えごと	I
28	17	20年	過去のとりとめない場面	I
	37	5年+	とりとめないが楽しそうな場面（旅先らしき景色，親切な何気ないやりとりなど）	III
29	17	27年+	とりとめない過去の場面や考えごと	I
30	27	16年	過去の不快な場面（親に強制されたことをしている場面など）	II
	43	3年+	将来の成功を収めている自分	III
31	41	9年+	（宇宙人が特別に見せてくれる）将来幸せな生活をしている自分	III
32	49	5年	過去のとりとめない場面，特に仕事場の自分	I
	54	1年+	将来の理想的な生活（足の悪い自分が不自由なく暮らせる家や車，支えてくれる人など）	III
33	28	12年	過去の不快な場面（中傷された，秘密を暴露されたなど）	II
	40	21年+	自分でつくった物語（金持ちになる，人助けをするなど）	III
34	31	2ヶ月	見た映画の場面，自分が映画に出ている場面	I
35	62	6ヶ月	自分の生活史の物語	II
	74	6ヶ月	少しでも接点のある人を自分の生活場面に出演させる物語	III
	78	1年+	少しでも現在接点のある人の生活史の物語	III

（注）視覚表象の持続期間の＋は現在も視覚表象が持続していることを示す。
（注）視覚表象の持続期間の*は追跡が中断していることを示す。
（注）病型分類の＋は，視覚表象の内容が時に一部空想的，主体の願望充足的に加工されることがあり，第III型のようなエピソードが含まれることを示す。

などの不快なものが多く，当時味わった感情が再体験される，会社員として立派に働いていた頃の場面が浮かんでも，そのころもう少し健康に気を付けておけばこんな病気にならなかったのではないかと後悔してしまい気分が晴れない，次第に登場人物は過去の実際の知人であるが，現在の自分がいかにも言われそうな「早くしなさい」といった空想的な内容を言われる場面が浮かぶようになり，落ち込んでしまい，頭の中で相手に謝るようになった．

32歳時，映像が勝手に頭の中に浮かんでしまい止められず，内容も不快，苦痛で仕方がないが，頭に何も浮かばなくなる「無」よりはましだと考えるようになった．

病気になって仕事を辞めてからの生活は何かをしようとしても映像で自分の思考が妨げられており，何も記憶がないように感じる．このまま頭が空になってしまうのではないかという恐怖感があり，そのため映像を自分で浮かべているのかもしれないとも考える．頭が自分の思い通りにならない苦痛で，ビル7階から飛び降り自殺を図ったが，擦過傷のみで救命された．

救命後の33歳頃からは，過去の不快な場面から発展して，その登場人物と自分との関係を新たに自分の都合の良いように創作したり，自分が事業を興して出世する，芸能人とジェットコースターに乗っているなどの，将来の空想的な映像も混在するようになった．内容は自分の話題であるが他人事のようで，自分で観客のようになっていると感じている．

《症例14》28歳，女性

物心ついた4歳時からとりとめなく考えが頭に浮かんで映像になる体験があり，小学校の中学年からは空想癖がある．

短期大学在学中の19歳時に，人と思うように話が出来ない感じがして，自らカウンセリングを受けたことがある．卒業後は専門学校で語学を学び，22歳から事務員として主に端末処理の仕事をしていた．

19歳頃から，色々思い浮かんで映像になるという，以前からある体験が増えた．同じ頃から音楽幻聴も始まり，現在に至るまで持続している．20歳頃から，集中の途切れた時に，過去に自分が実際にしでかした失敗などの不快な場面がひとりでに映像で頭に浮かび，当時の悔しさや恥ずかしさといった感情が再体験されるようにもなった．同じ過去のいきさつでも，楽しかったこと，嬉しかったことは自分で意識しないと浮かばない．

24歳時に，周囲の人の悩み事を自分の悩みのように受け止め過ぎてしまい距離が保てない，とりとめなく頭に浮かんで来る考えごと全てに意味を付けたり理由を考えたりしなくてはいられないと訴え，緊張病性興奮状態を呈して精神科を初診し，統合失調症と診断され1ヶ月半入院した．入院中haloperidol静注等の薬物療法を行ない，人の話を聞き過ぎてその内容が自分に入って来てしまうという訴えと，とりとめない考えが頭の中で映像になったり，過去の不快な場面の映像が浮かんでしまうという訴えを残し退院した．退院後職場に復帰し，risperidone一日2mg内服，退院1年半後には同一日1mg内服程度の薬物療法を受けていた．

26歳頃から，自分が過去に経験した場面が浮かんでくると，それに手を加えて小説を作るように展開させる．最初に浮かんでくる内容は自分では選べないが，当時できなかった弁解をして相手が誤解を解いてくれるように展開させることで失敗などの不快な過去の映像は減り，当時の不快な感情が再体験されることも減る．映像が浮かび始めると自分で消すことは困難で，周囲から話し掛けられるなどの刺激で我に返る．

27歳時，3ヶ月怠薬した後，「静かにしろ」「ルールがわかっていない」という近所の人の男女複数の声が聞こえ，彼らに自分の考えを言われてしまう，買おうと思った物がスーパーで安売りになるなど，考えが筒抜けで身動きが取れないと訴え，退職した．Sulpiride一日600mg内服の薬物療法で声が聞こえることや考えが筒抜けになる体験は2ヶ月でなくなり，その後は同一日200mg内服程度で困る症状はないという．専ら閉居し，家事手伝いの生活で，とりとめない考えとその映像もあるが，殆どの時間は，将来の自分の楽しい生活の空想など，良い内容の映像が映画のように頭の中に浮かんでいる．

2.　自生思考との関連が見られる例

《症例27》40歳，男性

中学校卒業後，大工職人として働いていたが，27歳時に「電波がかかって体が震える」「人の声が体に入り込んでくる」と自覚して仕事をやめ，家にこもるようになった．自ら精神科を受診して，統合失調症と診断され，薬物療法を中心とした治療を受けていたが，症状は変わらず，「薬を飲むと腹が出る」と言い出して32歳時に一旦治療を受けることをやめた．34歳のころ工員として約1年働けた時期もあったが，それ以外の期間は家にこもり，電波がかかることを防ぐためとして，ごみを自室に並べたり，頭髪を半分だけそり落とすといった行動が続き，36歳時に家族に説得されて精神科治療を再開した．以後5ヶ月間の入院を含め，nemonapride一日20mgおよびrisperidone一日4mg内服を中心とする治療を受けているが，耳の中に人の声を入れられるという幻聴，それは近所の自動車工場の関係者が実験目的で行っていることであるという被害妄想の訴えが持続している．

27歳の退職時から，考えごとがとりとめなくひとりでに浮かびあがる自生思考を生じ，これは何か作業をしているときには出てこないが，いつのまにか考えごとをしているのだという．次第にこの考えごとに，関連する風景や人の顔などの映像がつくようになり，逆に昔行った場所の光景や仕事場でのやりとりなどの映像が浮かんできて，そこから考えごとをすることもあると訴える．ともに思い出そうと思って思い出すのではなく，暇になるとひとりでに浮かんでくる．外の物音で我にかえり，

今映像が浮かんでいたのだと自覚することがあるが，生活するうえで邪魔にはならないと述べている．

3. 強迫との関連が見られる例

《症例 16》29 歳，男性

中学校時代いじめられて悩み，カウンセリングを受けていたが，中学 2 年頃から独語，空笑，「ばか」などの言語幻聴，SF 映画の効果音のような要素幻聴などが出現した．同じ頃から，昔のいじめられた場面やからかわれた場面が見たくもないのに強迫観念のように頭に映像で浮かぶようになり，そのたびに苛立ち，自分の頭を自分で叩いたり，空中をまるで相手がいるかのように殴るなどの行為が出るようになった．私立高校を欠席がちになんとか卒業し，専門学校に進学したが，講義についてゆけず 20 歳で中退した．次第に昔のことが映像で浮かんできては興奮することがひどくなったため，20 歳時に精神科を初診しノイローゼと言われ，投薬されていたというが，詳細は不明である．

26 歳時に別の病院の精神科を受診し，統合失調症と診断されて risperidone，haloperidol，carbamazepine，perphenazine 等による薬物療法を受け，現在は fluphenazine 一日 1.5 mg および sulpiride 一日 1200 mg 内服中心の薬物療法を受けている．

当初より昔のいじめられた場面や，母が死ぬ，地震にあうなど心配事の場面が，映像で浮かび苛々してしまうと訴え，止め方がわからないと述べていた．27 歳頃からは頭や空中を叩く以外に，他人に起きた出来事だったことにすりかえる，楽しかった映像にすりかえる，「○○先生助けてください」と呪文を唱えて打ち消すなど，不快な映像が浮かんできたときの対処が増えたといい，その分苛々と興奮してしまうことは減ったと述べるが，浮かんだ映像を，映像だとわかっていても無視できずとりあってしまうところは加療によっても不変である．29 歳からはいじめられた場面が浮かんだときに打ち消すのではなく，頭で当時できなかった反論をすると，たまに相手が謝ってくれるような映像が出ることもあるという．

4. 空想的な発展をとげた例

《症例 35》79 歳，女性

大学時代に「知人の女性に純潔を汚された」「恩を裏切られた」と言い出し，その女性を追い回した時期がある．27 歳まで種々の高等教育を受け，その後教員や事務員，親族の工場手伝いなど職を転々としていた．28 歳時に勤務先を飛び出し，「上司が色々悪いように手を回して邪魔をするので参ってしまった」「英気を養いたい」と申し出て精神科を初診し入院した．大学時代の知人の女性の裏切りの真意を確かめたいと述べていたが，新たな職を見つけたと言って 1 週間で自己退院した．また 32 歳時に自分のアイデアが文芸雑誌に剽窃されたと訴えて回り，その後頭重感を訴えて再び精神科を受診し，1 ヶ月入院したこともある．

62 歳時に，教員として赴任していた学校で，周囲の人の刺激やアイデアが声になって聞こえる，自分の考えが頭の中で声になるという体験が続いた．同じころ，頭の中に物語性を持った映像が浮かびその内容を大声で解説する状態となり，退職し，医療にはかからず半年ほどで回復した．物語は自分の生活史，学歴に関するものであったように記憶しているが，細かくは覚えていないと述べる．自分は赴任地の同僚よりも生まれも良く学歴も高いのに，どうしてこんなところに来たんだろうなどと怒鳴っていたと後から周囲に言われたという．

67 歳で老人ホームに入居した．74 歳時に，また 62 歳の時のような状態になったと自ら精神科を受診した．出会った人，接点が少しでもある人のことが物語になり，その内容が声になって聞こえ，その物語が映像になる．例えば，ホームに福祉関係の実習生が来ていろいろ質問され，プライバシーを侵害されたような気がすると，彼らがホームの事務所に忍び込み，書類を見ている映像が浮かぶ．それについて「こんなことをして何の意味があるのか」などと思うと，それが頭の中で声になる．統合失調症と診断されたが，薬を飲むほど困っていないと投薬は拒否し，数回の受診のみで中断した．半年ほどで気にならなくなったのだという．

78 歳，再び同様の状態だと訴えて精神科を受診したが，今回も投薬は望まずただ話をしに来ている．老人ホーム内で自分の若い頃の学業成績や男女関係について噂される，これは盗聴されるか，ホーム職員が自分の個人情報を漏洩していない限り知られるはずがないことなので調べて欲しい，などの妄想と思われる内容を，警察や自治体に訴え出ることもある．そういった自分の噂を広める入居者やホームの職員たちの生活史などが物語になって映像で浮かぶといい，きっとこういう学校を出たのだろう，こんな家族がいるのだろう，だから自分の若い頃の情報を知ることもでき，噂を流すのだなどと述べる．自分の声で物語を語っているようでもあり，登場人物に台詞があるような感じもするが，はっきり聞こえるわけではないという．

過去のどこでこの人が自分のプライバシーを知ったのだろうと考えて，自分との接点がいかにもあるような空

想の物語が広がり映像になるが，この物語には証拠がない，とふと思うと，その物語は崩れ，映像も消えて現実に戻る．現実を織り込んで次々に物語になる．それで，何が本当か虚構かわからなくなる．登場人物がいかにも言いそうなことを実際に入居者が言っていると，やはりあの内容は自分の空想ではなく，ちゃんと裏付けがあると思う．ごくたまに自分の過去のとりとめない思い出のようなものも映像になる．昔暮らしていた家の情景，空襲警報で逃げたこと．自分ではこのような考えごとは止められず，テレビを見るなど他のことが出来ない．止まるのを待つしかないが，別に急いですることも特にないので映像ばかりで過ごしているのだと訴えている．痴呆は認められない．

《症例33》61歳，女性

14歳で実母が死亡してから不眠になり精神変調をきたし，方々の内科を受診した後に16歳で統合失調症と診断され精神病院に1ヶ月入院し電気ショック療法を受けた．以後内容は不詳であるが服薬による治療を受けながら，家事手伝いや売店の販売員などの仕事をしていた．17歳で将来を悲観して過量服薬の自殺企図がある．28歳時，幻聴，被害妄想で4ヶ月精神科に入院し，haloperidol 一日3mg内服を中心とする薬物療法を受け，現在まで服薬を続けている．痴呆は見られない．

28歳時の入院の頃から過去の不快な思い出が映像でよみがえり，頭の中でそれに言い訳をしたり文句を言ったりするようになったといい，34歳以降は就労せず，周りの雰囲気に呑まれていたたまれないと訴えて外出もほとんどせずに家にこもって生活している．

40歳頃から，自分で物語を作ってその映像にひたってすごしていると述べる．物語を信じてしまうわけではないが，妄想になりそうだと訴える．過去の悔しかった場面の映像が浮かび不機嫌になってしまうときは，神様にお願いして嫌なものは打ち払うのだという．50歳頃から，物語が長くなってきて，金持ちと結婚して家を建てて皆に来てもらう，犠牲になって人助けをするなど自分がなりたい姿や，自分ではない女の子の成長記など，一日中空想を見ていると述べる．自分で作ったものであるのに，勝手に始まってとらわれてしまい止められないので，時間がもったいないとも思うが，空想がないとどう生活するのかとても思い描けないと訴えている．

5. 治療状況により症状が動揺する例

《症例15》29歳，女性

16歳頃からとりとめなく頭に考えごとが浮かぶことがあった．この頃から何を経験しても実感がなく，現在に至るまで記憶があいまいだと訴える．18歳から自分の体臭で周囲が不快に思っているのではないか心配になり入浴を繰返し，臭いの強い食品は自分に臭いが移る気がして食べられなくなった．世間のニュースも自分に関係があるように思い，殺人事件があると自分も被害を受けそうで怖くなる．人の影響を受けやすく，周りの言動を深読みして，何事も自分のせいではないか心配になる．自分の中に，喩えて言うと悪魔のような自分があり，兄弟に幸せになって欲しいと思いながら同時に不幸になれと願ってしまうという．

27歳から，考えごとの内容がとりとめないものから過去の不快な思い出ばかりになり，泣いたり怒ったりするようになった．徐々に映像が伴うようになり，いかにも当時言われたような内容や厳しい訓練を受けていたピアノの曲もついてきたり，自分で想像してつけたりしているうちに，頭から振り払えなくなった．情緒不安定，もう1人の自分がいると訴えて精神科を初診した．精神病性障害と診断され，haloperidolによる薬物療法を開始後，副作用などの理由から変更を加え，quetiapine 一日25mgから75mgおよびrisperidone 一日0.5mgから1mg内服による薬物療法で現在まで外来通院を続けている．治療開始後，過去の嫌な思い出の映像は減り，ただの記憶やとりとめない考えごとになることが増えた．

29歳時，調子も落ち着きアルバイトを始めたが，事故や事件に巻き込まれないか心配になり，被害にあう場面を空想したところ，それが映像で浮かんでしまうようになった．映像から，本当にそのような事故が起きる気がして恐ろしくて外出できなくなった．同じ頃から「壊してしまえ」「やらないと駄目になる」などの言葉を思いつき，それが自分や男の声で聞こえ，それに対して頭の中で「そんなこと考えちゃ駄目だよ」と自分で答えるのだが，せめぎあってうるさくて仕方がない．その答えが抑えきれずに口をついて独り言になったり，口が動いてしまったりすると訴えるようになり，統合失調症と診断された．

暫く閉居したり，あるいは服薬量を増やすと，事故や事件が心配になっても，自分で映像まで出して余計に怖くならぬように，頭に力を入れて映像を止めたり，「出てきたわね，でも大丈夫」と言い聞かせるなどの打ち消し方を工夫する余裕が出るという．次第に事件や事故の映像は出なくなり，とりとめない考えごとやそれに伴う映像が浮かぶようになる．これらはあまり気にせず過ごせるといい，再びアルバイトに挑戦するが，対人接触を持続すると徐々に疲労し，事故にあう映像が出て外出が

困難になったり，将来自分が結婚もせず孤独に生活しているといった楽しくない空想的映像が出たりして，落ち着くまでまた閉居や服薬量の調整を要すことを繰り返している．

考　察

1．従来の報告からの検討

1）本研究の視覚表象の症候学的位置付けについて

ここに取り上げた全症例に共通し，さまざまな様相を呈している「頭の中に浮かぶ映像」は，幻覚に似ているが，主体外部の客観空間にではなく，主体内部の主観空間に現れることから，幻視ではなく視覚表象 visual representation である．

視覚表象に類似の精神症状は，従来からいくつか報告されている．Chaslin のマンチスム mentisme は，まとまりのない観念や表象が止まることなくすみやかに次々と現れるもので，不安時や入眠時に起きるとされる[5]．Kretschmer の記載した映画フィルム思考 Bildstreifendenken は，心的体験が頭の中に絵巻物のように展開するもので，夢や催眠時に見られるという[6]．これらは意志によって制御されない精神活動という点で，本研究の視覚表象と共通する面もあるが，出現情況は異なる．

直観像 Eidetik は，一度見た対象を後に再びありありと見ることができる現象である．Jaensch はこれを，生理学的残像と記憶表象との中間の位置を占める現象で，感覚と表象双方の性状を具えるとしている[7]．特別な素質をもつ児童にみられるが成人には稀で，本研究の症例のように空想的な発展をとげることはない．

白日夢 day dream は，覚醒時に夢をみるように空想にふけるもので健常者にも見られ，一般にその内容は願望充足的で，任意に展開できる[8]．本研究の症例の経過中にこれに近い状態を示すものがあるが（症例 3，14），初期の不快な内容や自ら振り払えない侵入性を，白日夢から説明することはできない．

フラッシュバック flashback は，マリファナなどの薬物中断時や外傷後ストレス障害（PTSD）などにおいて，薬物使用時や外傷を受けた当時の体験が生々しくよみがえる現象である．不快な映像が繰り返し意識に侵入するという点で，本研究の症例の一部に類似をみるが，本研究の症例には薬物の使用はなく，外傷体験をめぐる主題に限定されない点が異なる．

感覚性，実体性，客観性，外部空間への定位など，幻覚の要件の一部を欠く病的な表象は仮性幻覚 pseudo-hallucination とも呼ばれる．仮性幻覚の概念は，国により捉えかたが異なる[9]．英語圏では仮性幻覚への関心が乏しく，一般に視覚表象と幻視の区別はされず，広く幻覚の中にまとめられる．

ドイツ語圏では，Kandinsky が主観空間に現れる鮮明で活発なイメージを病的表象として，仮性幻覚と呼んでいる[10]．Jaspers はそれを「長いこと幻覚と取り違えてきたが良くみると実物的な知覚ではなく，一種特有の表象であるごときもの」と取り上げ，画像性をもって主体内部の主観空間に現れる仮性幻覚は表象に移行するが，実体性をもって主体外部の客観空間に現れる真性幻覚との間に移行はないと述べている[3]．一方 Goldstein は，実体性と画像性は対立するものではないとして知覚と表象の区別は重視せず，仮性幻覚の根拠を実在判断の有無においた[11]．以来 Jaspers と Goldstein の見方の違いをめぐる議論が生じたが，近年のドイツには両者の折衷的な立場も現れている[12]．

フランスの Baillarger は，幻覚の成立に記憶と想像の不随意な活動，外的印象の遮断，および感覚器官の内的興奮という 3 つの条件を考えた．はじめの 2 つによる不完全な幻覚を精神幻覚 hallucination psychique と呼び，これに感覚性が加わることで本来の幻覚すなわち精神感覚幻覚 hallucination psychosensorielle が生じるとしている[13]．精神幻覚は思考と幻覚との中間に位置付けられ，フランスにおける仮性幻覚の考え方の基礎となった．この仮性幻覚は，思考や表象がひとりでに生じる自生体験，すなわち自我の統制が緩み，本来そのもとにあった精神活動がひとり歩きしはじめる自動症 automatisme を症状の中核とみており，仮性幻覚から幻覚への移行を想定したものである．

同じくフランスの Séglas は，仮性幻覚を言語性のものと，人や物を対象にするものとに大別し，後者として Kandinsky の仮性幻覚を挙げている[14]．言語性のものは，主体を支配・束縛し運動性の強い言語性運動幻覚と，聴覚，視覚，運動性の心的表象が不随意に生じ，外在化しない言語仮性幻覚とに分けられている．

わが国では従来，ドイツでいう薬物中毒における仮性幻覚のみが一般に知られていたが，1990 年代以降はフランスでいう統合失調症における仮性幻覚が紹介されて知られるようになった[15]．

本症例の視覚表象は，全例が主体内部の主観空間に現れ，ありありとした実体性を欠き，おおむね実在判断も保たれることから，形式上ドイツでいう仮性幻覚の要件を部分的に満たしている．しかし，不随意に浮かんでくる自動症，止めたくても止められないという主体への束縛を有する点は，むしろフランスの伝統的な精神医学で

いう仮性幻覚によく一致する．しかもその内容には多くの例において物語性があり，見えている人の会話もつくことがあるという点から，Séglas のいう言語仮性幻覚に近い．すなわち単純な感覚症状ではなく，より複雑な思考や意志の障害を伴う視覚領域の仮性幻覚であると考えられる．そこで著者は，フランス精神医学の仮性幻覚概念に基づいて，以下の考察を進めたい．

2）統合失調症の幻視および視覚表象をめぐる歴史的展望

統合失調症では幻聴に比べて幻視が少ないことは，従来から指摘されている．Mueser らは DSM-III-R[16]の診断基準を満たす統合失調症 89 例において，幻聴は 71%，幻視は 14%に見られたと報告し，従来の報告における幻視の頻度のばらつきに触れて，治療不応性例あるいは治療導入の遅れた例など症状の重い例については，頻度がより高くなるかもしれないとも述べている[17]．先に触れたように主体内部の主観空間に生じる仮性幻覚の取り扱いや，文化要因の関与によって幻視の頻度には幅があり，わが国では工藤が視覚領域の幻覚，仮性幻覚を合わせて 15.5%と報告している[18]．

Kraepelin は，教科書第 8 版に，今日の統合失調症に通ずる概念である早発性痴呆の症状として，幻視，錯視，視覚変容を羅列的に記載している[19]．その転帰について述べる中で「時には他に考えたことと関係を持ちつつ，あるいは関係なしにいろいろの人物の姿が浮かび上がってくる」という視覚表象を疑わせる記載も見られるが，視覚表象として独立に述べられてはいない．

Bleuler は，統合失調症の副次的症状として感覚錯誤を論じるなかで，幻視や錯視の例を挙げている[4]．「幻覚の四つの主要な特徴，強度，明瞭性，外界への投射，現実価は，分裂病（統合失調症）の場合には相互に全く無関係である．それゆえ，そのおのおのは互いに影響を及ぼし合うことなく，限界ぎりぎりまで変化することができる」とした上で，「たかまった視覚的聴覚的空想の中では，周知のように表象ははなはだ生ま生ましくなり，感覚的知覚とほとんどひとしくなる．分裂病（統合失調症）において，現実と空想の区別はかき消されてくるので，こうしたことはますます容易に生起するようになる」と，幻視，錯視，視覚表象を区別せずに論じている．

わが国では，三好らが 5 症例を挙げて，統合失調症の幻視は多様で時には急性期，慢性期を通じて全病像の主症状となりうること，空間定位および知覚的明瞭性からみれば真性幻覚的なものと仮性幻覚的なものの両者があること，患者に圧倒的な支配性を有しており，その支配性に幻聴との共通点があるとして，一般的な意識障害時の幻視とは異なることを指摘している[20]．ここでは幻視と視覚表象とは区別して述べられているわけではない．

視覚表象について論じたものとして，村木らは「頭の中」という主体内部の主観空間に定位する視覚像を主症状とする統合失調症 1 症例を報告した[21]．彼らはこれを「幻視」とした上で患者の精神内界に対する支配性に言及するとともに，統合失調症の幻視はこれまで主体外部の客観空間に出現するものに限定して論じられる傾向があったが，これは内部空間に出現する幻視の存在が少なく，存在したとしても多くは不明瞭で一過性のものであったためと思われる，と述べている．ここでは視覚表象という用語は使われていない．また内部空間に出現する幻視の多くは不明瞭で一過性であるという点については，著者の結果からは必ずしもそうとは限らないように思う．

視覚表象を統合失調症の発症初期の症状として重視する立場があり，井上らは「残酷なイメージ」の視覚表象を主症状とする統合失調症の 1 症例を挙げ，その初期症状としての意義を強調した[22]．中安は自生体験に含めた自生視覚表象を，初期分裂病症状として重視し，その診断根拠の 1 つに置いている[23]．同じく自生体験に含められている自生記憶想起および白昼夢（後に自生空想表象とされている）も「頭の中に見える」体験とされ，初期分裂病の診断根拠に挙げられている．

中安らによれば，初期分裂病 102 例について日常臨床で訴えられる症状を検討したところ，自生視覚表象は 21.6%，自生記憶想起は 77.5%，自生空想表象は 42.2%に認められたという[24]．本研究においては，対象と方法の項で述べたような背景の統合失調症患者 108 例中の 35 例すなわち 32.4%に視覚表象が認められた．また参考までに述べると，平成 15 年 4 月現在，研究実施病院精神科に 5 年以上入院していて生活の主たる基盤が病院内にあり，ICD-10 の統合失調症の診断基準を満たす患者のうち，痴呆，重篤な身体合併症のために会話不能なものを除く 277 例（男性 148 例，女性 129 例）について，著者が患者に面接し，かつ診療録を調査して症状を抽出したところ，視覚表象を認めるものが 49 例（男性 33 例，女性 16 例）すなわち 17.7%あった．ここに挙げた 108 例，277 例という母集団には，たとえば著者が診療しているものに限られていることなどさまざまな偏りがあり，さらに症例数も少ないため慎重に判断しなくてはならないが，主に外来に通院している患者と，入院の長い患者との間で，視覚表象を認める頻度に差がみられた．入院の長い患者との面接において，たとえ話が通じないなどの理由で視覚表象の抽出が困難であっ

た例が90例（男性34例，女性56例）すなわち32.5%あったことなどからは，この頻度の差には，対人場面における言語表現能力も影響していると思われた．

一方，武井らは視覚表象が20年以上の長期にわたり継続した統合失調症2症例を報告し，断片的なものから次第に体系化すること，空想的で願望充足的な内容に変化することを指摘した[25]．

このように視覚表象は，統合失調症において存在するらしいこと，幻視と混同されやすいこと，経過のいずれにも出現し，しかも病初期から慢性期にかけて形式や内容が変化するらしいことについては過去に述べられたことからわかるが，幻聴や妄想などほかの症状との関連や，統合失調症に占める症候学的な意義などについては，これまで十分に検討されてこなかったことがわかる．

2．視覚表象の病型分類について

統合失調症の視覚表象は多彩であるが，長期に観察できた自験例をみると，症例呈示や第2表に示したように，その形式や内容が経過とともに変化している．そこで視覚表象を以下のように大きく3つの病型に区別し，得られた知見に従来の報告を加えて考察を進めたい．

1）第I型

自生的な視覚表象である．何かに集中していない時，注意が弛緩している時に「とりとめなく，ひとりでに浮かんでくる」（症例21）と訴えられ，主体にとって意識に侵入される感じが少なく，苦痛には感じられない．内容は，おおむね他愛ないもので，主体に感情変化をもたらすことはなく，記憶から断片的によみがえるものが多いので，記憶表象とも言いうる．症例21では30歳頃から，症例14では4歳頃からあるが特に19歳頃から，症例27の27歳頃から見られるものがこれに当たり，中安の言う自生視覚表象，自生記憶想起の一部[23]に相当する．第I型の視覚表象のみにとどまるものは4例，経過中いずれかの時期に第I型の出現をみるものは20例である．第I型の初回出現は，統合失調症の診断が確定する前にみられる傾向があり，その統合失調症の診断確定に先立つ期間は平均3.5±7.0年（n＝20）である．

2）第II型

意識への侵入性が強く，主体を束縛する視覚表象である．内容は，自分の過去の失敗や他人から受けた誤解，屈辱など不快なものが多く，主体を動揺させ不安にする．症例21では31歳頃から，症例14の20歳頃から，症例16の14歳頃から，症例15の27歳頃からのもので，過去の現実の場面に限らず，空想的な内容となることもあるが，いずれも「事件事故（災害）に巻き込まれる」（症例1，5，10，15，16）「将来の自分の失敗や不適応」（症例2，4，12，15，16，19，26）など，主体にとってこうあってほしくない自我異質性の強い内容になりやすい．主体が内容に反応して，何らかの対処を行うこともある．三好ら[20]，村木ら[21]の報告した支配性をもつ視覚像がこれに近い．第II型の視覚表象のみが出現するものは7例，経過中いずれかの時期に第II型の出現をみるものは28例．統合失調症の診断基準を満たしてからその症例における第II型の初回出現までは，平均2.6±7.6年（n＝28）である．

3）第III型

空想的な視覚表象である．意識へ侵入される自覚が弱いので，出現形式は第I型に似ているが，自らのめりこんで「一日中見ている」（症例33）という点からは，主体が体験の中に取り込まれてしまい，より強く支配・束縛されているとも言いうる．内容は現実を織り込んで物語に発展し（症例21，35），願望充足的（症例14，21，33），さらに荒唐無稽（症例21，33）になることもある．症例21の救命後，症例14の27歳以後，症例35の79歳以後，症例33の40歳以後のものであり，武井らの報告例[25]がこれに相当する．第III型の視覚表象のみが出現するものは1例で，経過中いずれかの時期に第III型の出現するものは13例，統合失調症の診断基

第3表　視覚表象の病型と症例数

出現した病型	症例数（35症例に占める割合）
症状変遷がみられなかったもの	
Iのみ	4（11.4%）
IIのみ	7（20.0%）
IIIのみ	1（2.9%）
症状変遷がみられたもの	
I ⇒ II ⇒ III	2（5.7%）
I ⇒ II	9（25.7%）
II ⇒ III	6（17.1%）
I ⇒ III	2（5.7%）
I ⇒ II ⇒ III ⇒ II	1（2.9%）
I ⇒ II ⇒ I	1（2.9%）
II ⇒ I ⇒ II／I（動揺）	1（2.9%）
II／III（動揺） ⇒ III	1（2.9%）

（注）⇒は病型の推移を示す

準を満たしてからその症例における第III型の初回出現までは，平均12.0±13.4年（n=13）である．

4）病型の推移について

第3表に示すように，35例中23例（65.7%）において，出現する視覚表象の症状変遷，すなわち上述の病型の推移を認める．3つの病型すべてが出現する症例14，20，21をみると，いずれも第I型にはじまり，第II型を経て第III型に至っている．2つの病型を示す症例では，第I型から第II型へ移行，あるいはこの順で出現したものが9例，第II型から第III型へは6例，第I型から第III型へは2例である．視覚表象の出現や，第I型から第II型，第II型から第III型への推移は，服薬内容など治療との関連は乏しいようにみえる．また上述したように，各症例における3つの病型の初回出現時期について，統合失調症の診断基準を満たした時期をもとにみると，第I型は統合失調症の診断確定の平均3.5±7.0年前，第II型は平均2.6±7.6年後，第III型は平均12.0±13.4年後であり，時間的関係に差がみられる．

逆の進展を含むものは少なく，しかも第II型から第I型へ移行したもの（症例11，15），第III型から第II型へ移行したもの（症例20）をみると，いずれも治療が開始された時期あるいは治療環境が変化した時期と一致する．第II型ではじまった症例15は，薬物治療開始後から症状が回復して第I型へ移行し，ストレス状況が強まると症状が増悪して再び第II型になるという経過を繰り返している．

症例数が少ないため，また視覚表象の持続期間が短い例もあるために性急な断定はさし控えたいが，3つの病型はおおむね第I型，第II型，第III型の順に，視覚表象のおよその進展経過を示すように思われる．

3．他の統合失調症症状との関連

1）第I型の視覚表象と自生思考との関連について

第I型の視覚表象は，「とりとめなく考えが浮かび，それにひとりでに映像がつく」（症例21），「考えごとに関連して風景や人の顔の映像がつく」（症例27）などと表現されるように，自分の考える内容が映像になるもので自生思考と関連が深い．第I型の視覚表象を呈する20例のうち16例（80%）は自生思考を伴っている．自生思考とは思考領域の自動症，自生体験のことで，統合失調症の初期段階における軽微な自我障害を示すものとされている．

自生体験が記憶領域に及ぶと，過去の思い出がとりとめなく浮かんでくる記憶表象になる．その特殊型が音楽幻聴[26, 27]であり，聞きなれたメロディがよみがえる音楽幻聴は，本研究の15例に見られており，症例14は自生的な視覚表象の強まりと音楽幻聴が同時期に生じている．いずれも非言語性の仮性幻覚という点で共通性があり，両者の関連については今後の検討課題としたい．

こうした自動症ないし自生体験は，多彩な統合失調症症状の基礎をなすもので，Baillargerが幻覚形成の第一段階と見ていることは先に記した．Gatian de Clérambautは，統合失調症につながる精神自動症automatisme mentalの概念を提唱し，病初期にみられる微細な現象として，思考が言語化されない形で解き放たれる抽象解放，観念性・表象性・感情性諸要素によって構成される記憶のたぐりよせ，視覚自動症などを記載している[28]．

自生思考や音楽幻聴は，疲労時などには健常者にも認められる現象である．しかし統合失調症に生じる病的な場合には，自分の意志では止められない，主体への軽い束縛を伴うものである．第I型の視覚表象にも「集中できない」「知らず知らずとらわれている」（症例21），「外の物音で我に返る」（症例27）など，能動性の低下を疑わせる束縛性が見られている．

第I型の視覚表象の大半は，自生思考が感覚性を帯びた自生体験の可能性が高く，幻覚などの統合失調症症状に発展する可能性をもつ初期段階の軽い自我障害であると考えられる．少数例では先行すると思われる自生思考が確認できなかったが，その理由として一方では患者の記憶に頼らざるを得ない精神病理学上の問題があり，また他方では経過が早い場合に症状の推移が患者の主観的体験として残らなかった可能性も否定できない．

2）第II型の視覚表象と強迫との関連について

強迫は意識に侵入する観念obsessionと，それを緩和しようとする行為compulsionからなる病的現象である．脳器質疾患，人格障害，神経症，内因精神病に広く認められるが，BermanらによるとDSM-III-Rの診断基準を満たす統合失調症に25%の頻度で見られるという[29]．

第II型の視覚表象は，意識への侵入性が強く，「見たくもないのに浮かぶ」「止めたくても止め方がわからない」（症例16）と訴えられるように強迫観念に類似しており，強迫表象と呼ぶこともできる．主体は圧倒されて苦痛が強く，症例16は自分の頭や空中を殴り，症例21は自殺を図っている．Séglasは，このような視覚表象を強迫性幻覚hallucination obsédanteの名で一種の

仮性幻覚とみている[30]．

Schneiderは強迫を，思考領域に生じる二重化体験であり，一種の自我障害とみている[31]が，濱田らは，統合失調症の自我障害が進行し二重自我を生じる段階において，自生思考は自己と無縁となり，自我異質性を獲得して強迫観念へ移行すると考えている[32]．馬場らも，音楽幻聴が自生的な記憶表象から侵入性の強い強迫表象へ転じる基礎に，同じく自我障害を置いている[26),27]．本研究では9例に二重自我を認め，その全例が第II型の視覚表象に至っている．

一方，力を入れて映像を止めたり（症例15），別の考えや映像を思い浮かべて侵入する視覚表象を打ち消そうとする（症例2，6，16，30，33），打ち消す呪文を唱えるように視覚表象に反論する（症例1，4，8，13，17，24，25，26）行為を，対抗強迫Gegenzwangに近い強迫行為とみなすことも可能である．

このように第II型の視覚表象は，主体の視覚表象への反応をも含めて見ると，観念と行為を併せもつ強迫症状に近いと考えられる．

3）第III型の視覚表象と妄想との関連について

本研究の30例に妄想が認められるが，妄想は，主として自分に関する誤った確信であり，統合失調症においてはしばしば次項に述べる幻聴をはじめとする幻覚と合併し，主体が自己を再建，再統合する試みともみなされている[33]．幻覚や妄想の内容が，時に経過とともに被害的なものから誇大的なものへ変化することも知られている．すなわち主体を責める幻聴，患者を迫害し脅かす妄想は，次第に支持的，願望充足的なものに姿を変え，さらには荒唐無稽な内容になり，患者はその中に取り込まれて安住する例がみられる．保崎はこれを，力を失った主体がより低い段階で自他を区別する方法，一種の自助努力の表現とみている[34]．

第III型の視覚表象は，妄想に当てはめるとこの段階を示すもので，映像を伴う空想妄想とみることもできるように思われる．症例35の第III型の視覚表象は，被害妄想と一体化して患者の生活全般に及んでいる．症例33は「空想がないとどう生活するのか思い描くことができない」と述べているが，この段階の患者は慢性に経過した多くの妄想患者がそうであるように，空想世界そのものを生きているように見える．

4）病型の推移と幻聴との関連について

統合失調症において幻聴とくに言語幻聴が多く見られることはよく知られている．Schneiderは統合失調症の一級症状として，考想化声，行為批評，問いかけと応答の3形式の言語幻聴を記載した[31]が，これらはICD-10の統合失調症診断基準にも取り上げられている．本研究でも26例にこれらの幻聴がみられる．幻聴と視覚表象の出現は，同時が9例，幻聴が先行するもの2例，視覚表象が先行するもの15例であり，同時あるいは視覚表象の先行が多いが，この意義は現在のところ判然としない．

考想化声は，自分の考えが感覚性を獲得し音声化する現象で，主体内部の主観空間に反復する自生思考で始まり，次いで考えが自分の声になる考想聴取Gedankenhörenになり，それが次第に主体外部の客観空間に移行し，やがて他者性を帯びて自分の考えることを誰かが喋るので周囲に広まっているという形に進展する[35]．やはり単純な感覚症状ではなく，思考や意志の障害を伴い，仮性幻覚から幻覚へと発展する．本研究の視覚表象の第I型は，自生思考が感覚性を獲得するという点が考想化声と共通していると言える．

言語性幻聴に代表される統合失調症の幻覚に関しては，聴覚領域という感覚性に重点を置くのではなく，むしろ主体の体験が希薄になり，自己所属性を失って自己と異質化，無縁化する流れのほうを重視する立場も少なくない[33]．考想化声と強迫の関連は従来から指摘されており，Cramerは考想化声を強迫に近い発声器官の筋感幻覚とみている[36]が，本研究にも考えがつい口から出てしまう言語性精神運動幻覚が5例に認められる．Schröderは，考想化声を自生思考，させられ体験，強迫などに移行する現象として，思考や内言語が主体を離れる無縁性の中でとらえている[37]．Petitは，主体を外から支配・束縛する自動性の思考や表象を統覚性自動表象autoreprésentation aperceptiveと名づけ，感覚性を帯びると考想化声になり，他者性が強まるとさせられ体験に移行すると考えた[38]．Ceillierが提唱した被影響症候群syndrome d'influenceも統合失調症に近縁の妄想症候群であるが，幻聴よりも運動性仮性幻覚や空想性視覚表象などの自動症と，主体に異質な干渉現象の方が強調されている[39]．

考想化声が他者性を帯びると，幻聴は他人の声で絶えず主体の意識に侵入する．声は主体の行為をいちいち批評して支配・束縛し，過去の失敗や屈辱をあげつらい苦痛を与えるようになる．意志に反して侵入し，不快な場面を否応なく見させられる第II型の視覚表象は，ここに位置付けることが可能であろう．幻聴をもつ患者はさらに声の主に思考や言語を通じて働きかけることで，問いかけと応答が成立してゆくが，視覚表象においても同

じ傾向が見られ，症例21は映像の相手に謝り，症例14は当時できなかった弁解をして，映像の相手が誤解を解くという応答を得ている．

本研究の視覚表象は，言葉や音声を介したものではないが，思考が感覚性を帯び，次第に主体を束縛し干渉している形式や，不快で苦痛を与える内容などは，考想化声にはじまり行為批評，問いかけと応答へと進展する統合失調症の言語幻聴に類似するように思われる．幻聴をもつ患者がすべて，考想化声の初期段階を自覚し，語るとは限らない．むしろいきなり他人の声が聞こえたと述べ，治療により声の感覚性が失われると，とりとめない自生思考の訴えに戻ったり，治療にもかかわらず症状が進行する例においては，先述したように次第にその内容が支持的，願望充足的なものに変容してゆく場合が多い．第II型から始まる視覚表象（症例5，8，13，15，30，33，35）は，おそらくこうした例であり，治療により第I型と第II型の視覚表象を往復する症例15は臨床場面でしばしば遭遇する幻聴をもつ患者に似ている．

4．視覚表象の出現と統合失調症の診断

統合失調症の経過における視覚表象の出現時期について見ると，本研究の35例中16例（45.7%）で，統合失調症の診断基準が満足される前に何らかの視覚表象が現れていることがわかる．具体的には第4表に示すように，統合失調症の診断基準を満たす前に第I型の視覚表象が出ていたもの11例，第II型の視覚表象が出ていたもの5例（うち1例は第III型が並存），第III型の視覚表象が出ていたもの1例（ただし第II型と並存）で，視覚表象の出現が統合失調症の診断確定に先立つ期間は順に，平均8.1±5.0年（n=11），4.2±2.0年（n=5），2年（n=1）である．すなわち，統合失調症の診断確定より前に出現した視覚表象には第I型のものが多く，またより早くから出現する傾向がみられる．

視覚表象が統合失調症に出現することが臨床的にあまり注目されてこなかったことや，特に第I型の視覚表象は主体にとって感情的負荷が軽く，問わない限り自ら訴え出ることが少ないと考えられることなどにより，これまでの知識の蓄積は非常に少ない．また，本研究は前向き研究ではないため，視覚表象の出現した例のうち，どの程度が統合失調症を発症するのかについては述べることができない．しかし，視覚表象が出現している例については，その時点でICD-10などの操作的診断基準による統合失調症の診断がつかなくとも，その発症の可能性を念頭において，慎重に経過を観察してゆくべきであろうと著者は考える．視覚表象，とりわけ第I型の視覚表象には，統合失調症を早期に診断し，治療的介入につなげることに寄与する可能性があると考えられ，今後多数例における調査・検討が必要と思われる．

5．統合失調症における視覚表象の形成機序と意義について

これまでに得られた知見をまとめながら，統合失調症

第4表　統合失調症と診断される以前に視覚表象が出現した症例における統合失調症と診断された年齢および視覚表象初回出現時の年齢と病型

症例番号	統合失調症と診断された年齢	視覚表象の初回出現時年齢	視覚表象の初回出現時病型	視覚表象の初回出現が統合失調症の診断に先行する期間（年）
1	14	4	I	10
3	21	19	III，II	2
4	21	17	I	4
5	21	15	II	6
6	19	13	II	6
8	21	16	II	5
9	18	14	I	4
11	25	16	I	9
14	24	4	I	20
15	29	27	II	2
17	26	15	I	11
19	24	15	I	9
20	25	16	I	9
23	23	18	I	5
25	21	20	I	1
28	24	17	I	7

における視覚表象の可能な形成機序を考察するとともに，その症候学に占める意義を明らかにしたい．

統合失調症の多彩な症状の基礎をなすもの，すなわち精神病理学的な基本障害には諸説があるが，自我ないし自我意識の障害を想定するものが少なくない．Jaspersは自我意識に，精神活動が主体自身に属し自らが行っているという能動性意識，この瞬間の自分は一人である単一性意識，過去から現在までの自分は一人である同一性意識，自他を区別する外界に対立する自我意識の4つを区別した[3]．こうした自我意識が障害されると，離人症，自生体験，二重自我，させられ体験などを生じるが，本研究のほぼ全例にこれらの症状が何かしら認められる．自生体験としての第I型から二重自我にかかわる第II型をへて，主体を取り込んで支配・束縛する第III型に至る視覚表象は，全体としてながめると，自我意識が障害されて体験が自己と異質化・無縁化する流れを反映するようにみえる．

Bleulerは，統合失調症の疾患過程から直接生じる一次症状として連合障害を挙げ，幻覚，妄想，強迫，自閉など，それ以外のほとんどの症状を主体の心理反応から生じた二次症状とみている[4]．Eyは器質力動説の立場から，精神障害ではまず器質的な原因を直接表現する陰性症状が生じ，少し時間をおいてから主体の健全な部分が反応し，これを再統合しようとする力動的な陽性症状が現れるとしている[40]．

第II型と第III型の視覚表象の形成には，病気の進行にとどまらず，主体からの反応ないし力動的な働きかけが加わるように見える．濱田は内省を繰り返し，それを頭の中で自ら声に直して確認するうちに幻聴に発展した統合失調症例を検討し，考想化声の初期には患者が自ら思考を音声へ，強迫行為に近い変換作業を行うと考えた[35]．松本は統合失調症の強迫行為に，確かさを求める試みを指摘している[41]が，自らの体験の実感が希薄化する離人症の患者が，それを確かにするために音にして耳から入れる，目で見る，手で触れてみるなど，複数の感覚を動員する確認強迫を行うことが知られている[33]．小野江らは，自分の考えが文字になって見える考想可視を検討し，これが視覚領域に生じる言語仮性幻覚であり，とりわけ能動性意識が低下する統合失調症においては，自ら文字に書いて確認せずにいられない強迫行為から発展するとしている[42,43]．

著者は，自我意識が障害され，能動性意識すなわち体験の自己所属性・実行意識が希薄になっている主体においては，離人症や強迫の患者が複数の感覚を動員して確かめようとするように，自らの考えや行為を映像に直して思い浮かべることで，確かなものにしようと働きかけているのではないかと考えている．たとえば症例15では心配になって自ら場面を空想すると実際その映像が出てきており，症例21も自分で映像を思い浮かべると述べていることなどがその理由である．症例21が，「たとえ不快な映像でも頭に何も浮かばない無よりまし」と訴えるのは，体験の実感の希薄化が主体にとっていかに苦痛で，存在の根底をゆるがす深刻なものであるかを示すように思われる．

強迫の患者はやがて自ら作り出した確認行為に儀式のように束縛され，幻聴をもつ患者は確認のために自ら直した声を他人の声として絶えまなく聞かされるようになる．自我障害が進展すると，主体が自ら思い浮かべたはずの映像は主体を離れ，自己に無縁で自我異質的な映像として意識に侵入してくる．第II型の視覚表象は，このようにして形成されてゆくように思われる．

こうした症状が続くと，主体は視覚表象の内容を無害なもの，自我親和的なものに加工し，体験に抵抗するのではなくむしろその中に浸りきることで，苦痛から逃れようとするようにみえる．出てくる映像を小説のように展開させる症例14，不快な場面の登場人物と自分との関係を頭で自分の都合の良いように新たに創作する症例21に，そうした働きかけをみることができる．このような空想加工をほどこされた第III型の視覚表象を，より低い人格水準において再統合を試みる，妄想に近い陽性症状と捉えることもできるだろう．

換言すれば周囲から自己を閉ざす自閉の進行であり，空想の中に終日暮らしている症例14，21，33，35などの終末状態を，現実への関与を放棄して安易な内的世界へ引きこもる自閉とみなすことも可能である．視覚表象が他人事のように（症例21）主体を離れ，内容が荒唐無稽（症例21，33）になってゆくのも，主体自身の能動性が失われつつあることを示しているようにみえる．

自生から強迫を経て空想に移行すると考えられる統合失調症の視覚表象は，先述のようにその形成機序と進展が言語幻聴によく似ている．すなわち，ことばを用いて聴覚領域に表現されるわけではないが，同じく自我ないし自我意識の障害を基盤とする思考や意志の症状であり，統合失調症に特有な仮性幻覚の一種とみなすことができるだろう．やはり仮性幻覚である音楽幻聴が第III型に相当する段階に達することが少ない[26,27]のは，メロディを映像のように空想的あるいは願望充足的に加工することが難しいためではないかと考えられる．

小野江は考想化声と考想可視を比較して，言語表現の場合には音で聞くより文字でみるほうが瞬間的にわかり

有効であるらしいと述べている[43]が，本研究では，幻聴と視覚表象が同時にあるいは視覚表象が先行して出現する症例が少なくないことは観察されたが，主体が自生思考を音声に託し考想化声にするのか，それとも映像に託し視覚表象とするのかについての機序は判然としなかった．それでもSéglas[41]，武井ら[25]が指摘するように，また症例14，21のように，病前から自分で物語を作っていた人，幼少時から空想癖のあった人が散見されるので，こうした傾向をもつ場合には視覚表象を生じやすいのかもしれない．

統合失調症の視覚表象は，これまであまり注目されてこなかったが，自生体験，幻聴，強迫，妄想などの広い範囲にまたがる症候で，精神病理学の立場から統合失調症の症状形成を考える手がかりになるように思われる．なお本研究ではふれなかったが，統合失調症とその類縁疾患には，急性錯乱や夢幻様体験型の視覚表象も知られており，今後の研究課題としたい．

総　括

1. 頭の中に映像が浮かぶ視覚表象を示す統合失調症35例を調査・考察し，その精神病理学的な意義を明らかにした．

2. 視覚表象は自生的な第I型，強迫表象に近い第II型，空想的な第III型の3つの型に分けることができ，自我ないし自我意識の障害の進展に応じておおむねこの順に経過すると考えた．

3. 視覚表象の一部は統合失調症の診断基準が満足される以前に出現しており，視覚表象には統合失調症の早期診断に寄与する可能性があることを指摘した．

4. 視覚表象は自生思考，言語幻聴，強迫，妄想などに関連する視覚領域の仮性幻覚である．

5. 著者は視覚表象の形成の一部に，主体が自らの体験を確認し，自己を再統合しようとする一種の自助努力が含まれていると考えた．

稿を終えるにあたり，御指導，御校閲いただきました慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室鹿島晴雄教授に深甚なる謝意を捧げます．研究の機会を与えてくださった浅井昌弘客員教授に深謝いたします．終始直接御指導いただきました濱田秀伯助教授に心より感謝申し上げます．

さらに種々の御協力をいただきました当教室精神病理研究グループ，慈雲堂内科病院，桜町病院の皆様，西園マーハ文先生に感謝申し上げます．

本論文の一部は日本精神病理学会第24回大会（2001年10月），同第25回大会（2002年10月）で発表した．

文　献

1) WHO：The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. The World Health Organization, Geneva, 1993
2) American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994（DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル．高橋三郎，大野裕，染矢俊幸訳，医学書院，1996）
3) Jaspers K：Allgemeine Psychopathologie. Verlag von Julius Springer, Berlin, 1913（精神病理学原論．西丸四方訳，みすず書房，1971）
4) Bleuler E：Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1911（早発性痴呆または精神分裂病群．飯田真，下坂幸三，保崎秀夫，安永浩訳，医学書院，1974）
5) Postel J Ed.：Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Larousse, Paris, p.326, 1993
6) Kretschmer E：Medizinische Psychologie. Zehnte, verbesserte und vermehrte Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1950（医学的心理学．西丸四方，高橋義夫訳，みすず書房，1985）
7) 大脇義一：直観像の心理．培風館，1950
8) 新版精神医学事典（加藤正明代表編集）．弘文堂，p.641, 1993
9) Berrios GE：The history of mental symptoms. Cambridge University Press, Cambridge, 1996
10) Kandinsky V：Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen. Verlag von Friedländer und Sohn, Berlin, 1885
11) Goldstein K：Zur Theorie der Halluzinationen. Arch Psychiatr Nervenkr 44：584-655, 1036-1106, 1908
12) Schulte W, Tölle R：Psychiatrie. Fünfte, überarbeitete und ergänzte Auflage. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1979
13) Baillarger J：Des hallucinations, des causes qui les produisent, et des maladies qui les caractérisent. Mémoires de l'Académie royale de médecine 12：273-475, 1846
14) Séglas J：Sur les phénomènes dits hallucinations psychiques. Arch de Neurol 59：1-6, 1900
15) 濱田秀伯：分裂病の仮性幻覚．臨床精神病理，15：155-161, 1994
16) American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition-Revised. American Psychiatric Association, Washington DC, 1987
17) Mueser KT, Bellack AS, Brady EU：Hallucinations in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 82：26-29, 1990

18) 工藤行夫：分裂病性幻視に関する臨床精神病理学的研究. 慶應医学, 67：783-799, 1990
19) Kraepelin E：Psychiatrie：Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Achten Auflage. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1913, 1915（エーミール・クレペリン精神分裂病. 西丸四方, 西丸甫夫訳, みすず書房, 1986）
20) 三好直基, 大宮司信：精神分裂病の幻視症状——臨床所見とくに幻聴との類似について. 臨床精神医学, 13：1339-1345, 1984
21) 村木彰, 三好直基, 笠原敏彦：精神分裂病の1症例にみられた幻視について. 精神医学, 29：1067-1071, 1987
22) 井上由美子, 雛水章, 神庭重信：「鮮明で残酷なイメージが頭に見える」との視覚表象を発症初期の主症状とした精神分裂病の1症例：仮性幻覚の精神病理学的考察. 臨床精神医学, 30：1375-1383, 2001
23) 中安信夫：初期分裂病. 星和書店, 1990
24) 中安信夫, 針間博彦, 関由賀子：初期症状. 臨床精神医学講座（松下正明総編集）. 中山書店, p. 313-348, 1999
25) 武井茂樹, 濱田秀伯：空想的な視覚表象が長期にわたり継続した2症例. 精神医学, 37：79-85, 1995
26) 馬場存, 濱田秀伯, 古茶大樹, 田辺英, 浅井昌弘：分裂病の音楽幻聴. 精神医学, 39：15-21, 1997
27) 馬場存：精神分裂病の音楽幻聴に関する精神病理学的研究. 慶應医学, 75：285-299, 1998
28) Clérambaut G de：Œuvre Psychiatrique. P. U. F., Paris, 1942（クレランボー精神自動症. 針間博彦訳, 星和書店, 1998）
29) Berman I, Kalinowski A, Berman SM, Lengua J, Green AI：Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. Compr Psychiatry 36：6-10, 1995
30) 濱田秀伯：精神症候学. 弘文堂, 1994
31) Schneider K：Klinische Psychopathologie. Sechste verbesserte Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1962（臨床精神病理学改訂増補第6版. 平井静也, 鹿子木敏範共訳, 文光堂, 1957）
32) 濱田秀伯, 村松太郎, 山下千代, 水島広子, 末岡瑠美子：自責・加害的な強迫症状——分裂病性強迫への1寄与. 精神医学, 42：29-35, 2000
33) 濱田秀伯：精神病理学臨床講義. 弘文堂, 2002
34) 保崎秀夫：分裂病における被害妄想について——特に誇大妄想との関係において. 精神神経誌, 62：326-338, 1960
35) 濱田秀伯：一級症状（Schneider,K.）の幻聴に関する1考察. 精神医学, 40：381-387, 1998
36) Cramer A：Die Halluzinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung. Akademische Verlagbuchhandlung von JCB Mohr, Freiburg, 1889
37) Schröder P：Das Halluzinieren. Z Gesamte Neurol Psychiatr 101：599-614, 1926
38) Petit G：Essai sur une variété de pseudo-hallucinations. Les autoreprésentations aperceptives. Thèse, Bordeaux, 1913
39) Ceillier A：Les influencés：symdromes et psychoses d'influence. Encéphale 19：152-162, 225-234, 294-301, 370-381, 1924
40) Ey H：Des Idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie. Edouard Privat, Editeur, Toulouse, 1975（ジャクソンと精神医学. 大橋博司, 三好暁光, 浜中淑彦, 大東祥孝共訳, みすず書房, 1979）
41) 松本雅彦：こころのありか. 日本評論社, 1998
42) 小野江正頼, 濱田秀伯, 千葉裕美, 神山園子：分裂病の考想可視——6症例による症候学的検討. 精神医学, 42：913-919, 2000
43) 小野江正頼：考想可視の形成機序と経過に関する精神病理学的研究. 慶應医学, 79：145-156, 2002
44) Séglas J：Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Asselin et Houzeau, Paris, p.1-28, 1895（田中寛郷, 濱田秀伯訳・解説：幻覚. 精神医学, 36：991-996, 1103-1110, 1994）