

仁明会精神医学研究 第17卷1号

Jinmeikai Journal of Psychiatry

Volume 17, Number 1, September 2019



Jinmeikai Research Institute for Mental Health

原典「アルプスの画家ジョバンニ・セガンチーニ」を読み解く参考画像



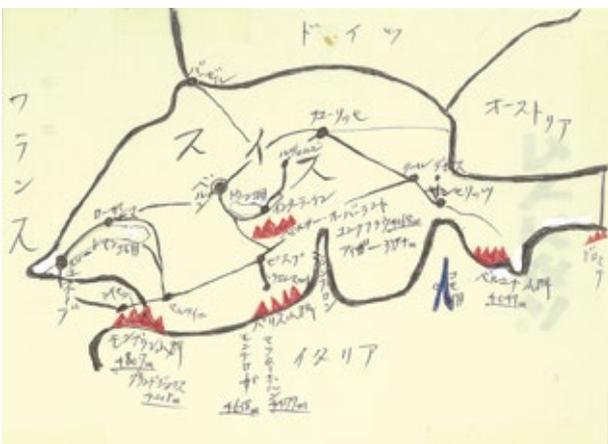
1. ベルニナ山群



2. ディアボレンツァより セガンチーニ・ヒュッテを眺む

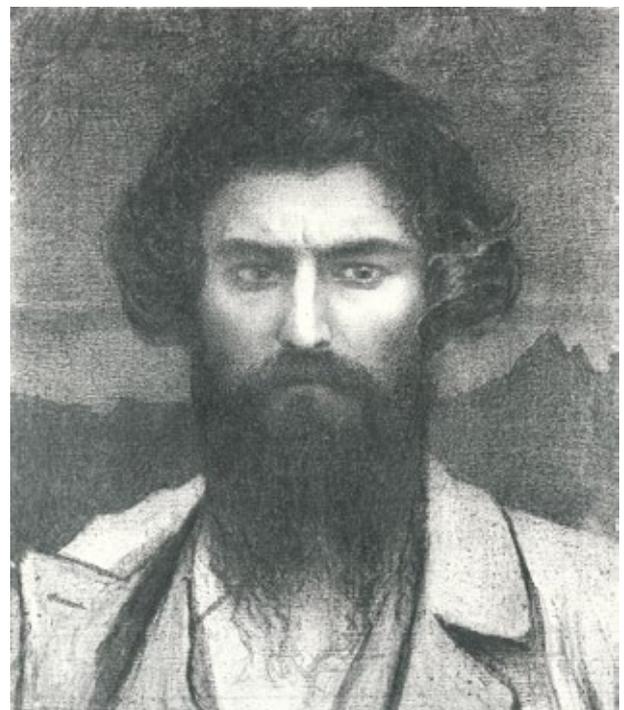


3. サボーニン



4. スイスアルプス概図

1,2,3 は林三郎撮影, 4 は林三郎による作画
6-16 は Hansa Lüthy, Carrado Maltese 編著「Giovanni Segantini」
Orell Füssli 出版 1981 より転載



5. セガンチーニ自画像
Giovanni Segantini Selbstbildnis, 1895
Kohle 59 × 50cm
Segantini-Museum, St. Moritz



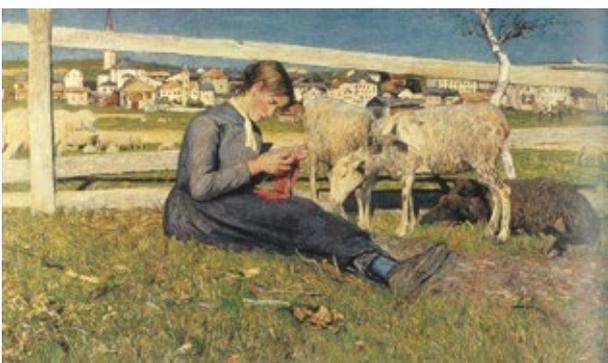
6. 愛の実り
Die Frucht der Liebe. 1889
Öl 188 × 52cm
Museum der bildenden Künste, Leipzig



7. 私のモデル (妻ベアトリーチェ)
Meine Modelle. 1888 Öl 65.5 × 92.5cm Kunsthaus Zürich



8. 船中のアベマリア
Ave Maria bei der Überfahrt II. 1886
Öl 120 × 93cm
Otto Fischbacher Giovanni Segantini-Stiftung, deponiert im
Segantini-Museum, St. Moritz



9. 垣辺で編物をする少女
Strickendes Mädchen. 1888
Öl 54 × 88cm
Gottfried Keller-Stiftung, deponiert im Kunsthaus Zürich



10. もの憂い時間
Die traurige Stunde. 1892
Öl 82 × 161cm



11. 欲情の冥府（欲情者達への罰）
Die Strafe der Wollüstigen. 1891
Öl 99 × 173cm
Walker Art Gallery, Liverpool



12. 邪悪な母親
Die bösen Mütter. 1894
Öl 120 × 225cm
Kunsthistorisches Museum,
Neue Galerie in der Stallburg,
Wien



13. 生命の愛の泉
Die Liebe an der Quelle
des Lebens. 1896
Öl 69 × 100cm
Galleria d'Arte Moderna, Mailand

三部作

14. 生成 (生命)
Werden (Das Leben).
1896-1899

Öl 191 × 322cm
Gottfried Keller-Stiftung,
deponiert im
Segantini-Museum, St. Moritz



15. 存在 (自然)
Sein (Die Natur). 1896-1899
Öl 235 × 403cm
Gottfried Keller-Stiftung,
deponiert im
Segantini-Museum, St. Moritz

16. 消滅 (死)
Vergehen (Das Tod).
1896-1899

Öl 191 × 322cm
Gottfried Keller-Stiftung,
deponiert im
Segantini-Museum, St. Moritz



仁明会精神医学研究 第17巻1号

Jinmeikai Journal of Psychiatry

Volume 17, Number 1, September 2019

巻頭言	一般財団法人仁明会 理事長 森村安史 ……	1
特別寄稿		
精神医学を始めた頃—思い出すまま	神戸大学名誉教授、ブックスクリニック 新福尚隆 ……	2
せん妄の病態と治療	社会医療法人北九州病院・北九州古賀病院 中村純 ……	16
原著		
認知症の人に対する介護支援専門員の取り組みおよびその課題に関するアンケート調査	神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 梶田博之 ……	23
当院におけるクロザピン使用の現状	一般財団法人仁明会 仁明会病院 三戸宏典 ……	31
総説		
パーキンソン病における feeling of presence (気配感覚) について	一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 ……	36
新しいカタトニアの理解とその対応	一般財団法人仁明会 精神衛生研究所、大阪河崎リハビリテーション大学 武田雅俊 ……	44
原典紹介		
「カール・アブラハム (Karl Abraham) : アルプスの画家 ジョヴァンニ・セガンチーニ (Giovanni Segantini) 精神分析的試論」	林三郎 訳 ……	77
アンリ・エー：症例ジャン・ピエール	好寿会 美原病院 高内茂 訳 ……	109
ベック抑うつスケール第2版 (Beck Depression Inventory, BDI-II) 中国語版の信頼性と妥当性	臺北醫學大學萬芳醫院精神科、臺北醫學大學醫學系精神學科、中國醫藥學院及附設醫院精神科 盧孟良 ……	118
連載		
森村茂樹伝 第3回 武庫川脳病院から兵庫医科大学 先進的な医療・病院経営 その2	作家、兵庫医科大学非常勤講師 松本順司 ……	126
編集後記		137
仁明会精神医学研究・執筆規定		138

Jinmeikai Journal of Psychiatry
Volume 17, Number 1, September 2019

Forewords	Yasushi MORIMURA (President, Jinmeikai Foundation) ·····	1
<hr/>		
Special Article		
Becoming a psychiatrist –personal memory Naotaka SHINFUKU (M.D,Ph.D, Emeritus Professor, Kobe University, Boocs Clinic,Fukuoka.)	·····	2
Etiology and Treatment of Delirium Jun NAKAMURA (M.D., Ph D., Director of Kitakyushu Koga Hospital., Emeritus Professor, University of Occupational and Environmental Health)	···	16
<hr/>		
Original Article		
Questionnaire survey of care managers' attitude and task to dementia patients Hiroyuki KAJITA, et al. (School of Comprenensive Rehabilitation, Kobe Gakuin University)	···	23
Current status of clozapine treatement in our hospital. Hironori MITO (Jinmeikai Hospital)	···	31
<hr/>		
Review Article		
Feeling of Presence in Parkinson's Disease Koho MIYOSHI (Jinmeikai Research Institute for Mental Health)	···	36
New Understanding of Catatonia ond Its Management Masatoshi TAKEDA (Director, Jinmeikai Institute for Mental Health, Director, Cognitive Reserve Research Center, Osaka Kawasaki Rehabilitation University)	···	44
<hr/>		
Newly Translated Article		
Giovanni Segantini Ein psychoanalytischer Versuch von Dr.Karl Abraham Saburo HAYASHI (Past Associate Professor, Hyogo Medical College)	···	77
Case Study of Jean-Pierre by Henri Ey Shigeru TAKAUCHI (Mihara Hospital)	···	109
Varidity and Reliability of Back Depression Inventory II Chinese Version Winston SHEN (Taipei Medical College)	···	118
Series No.3. Biography of Prof.Dr.Med. Shigeki Morimura: From Mukogawa Hospital to Hyogo College of Medicine-Advanced Medical Service and Hospital Management Part 2- Junji MATSUMOTO (Writer, Lecturer of Hyogo College of Medical)	···	126
<hr/>		
Editor's Note	·····	137
Instructions for Authors	·····	138

巻頭言

Serendipity

一般財団法人仁明会 理事長 森村安史

以前 serendipity という言葉を小阪憲司先生の講演のなかで教えていただいたことがある。小阪先生がレビー小体型認知症を見つけて一つの疾患単位にしていく過程はこの serendipity という言葉がぴったり当てはまる。たまたま大脳皮質神経細胞の赤い封入体を見つけ、これは一体何だろうと疑問を持ち調べ始めた。そしてついに先生が探しているつもりもなかったレビー小体病を提唱され、世界中で認められる発見をするに至ったのである。小阪先生は、偶然この赤い封入体に出会うことが無ければ、レビー小体型認知症を見つけることは出来なかったと述べておられる。

しかし偶然の出会いであっても多くの場合は出会ったことすら気がつかないままに見過ごしてしまうことがほとんどである。もし気がついて深く調べてみようと思わなければ新たな発見にはつながらない。serendipity という言葉は古代スリランカの国名に由来する。

セレンディップに伝わる「セレンディップの三人の王子」という物語では、聡明な国王が三人の優れた息子たちに帝王学を学ばせるために旅をさせる。王子達がこの旅の途中でたまたま遭遇した難問を見事に解決していく話である。三人の王子達はわずかな徴候に気が付き、その原因を推理する能力に優れている。小さな変化を感じとり大きな問題を解決することができたのである。旅の途中で偶然に出会ったペーラム国の皇帝は彼らの優れた能力に気がつき、3人の王子を重用して困難な問題の解決に向かわせるのである。

新しい発見の過程の中にはこの「探してもいなかったものを偶然発見する」という serendipity が見られることは多々ある。自然科学の大発見の多くはこのような偶然の機会と出会った聡明な能力を持つ人たちにより成し遂げられてきたと言っても過言ではない。この偶然の出会いから探していないものを発見することは自然科学の世界だけではないと思う。私たちが毎日暮らす中に起きる人と人との出会いもそうである。人と人の出会いこそまさに偶然でしかないのであるし、たまたま出会ったその人が生涯を通しての伴侶となったり、仕事の上での力強い味方になったりするわけである。ペーラム国の皇帝もたまたま3人の王子と出会ったのであるが、その能力を見抜くことができない愚鈍な皇帝であったら、3人は直ちに死刑にされていたのである。この物語は偶然の出会いが新しい人間関係を生み、それが生涯にわたる宝となることも伝えている。この物語の主人公である3人の王子たちによるその後の治世や生き方には疑問を感じなくもないのだが、偶然に出会った人々の中に、自分にとって期待していなかった感性を見つけ救われることは経験することである。自然科学とは異なり、人との偶然の出会いには、その後彼らとどのような生き方を共にしていくことができるのかによっても変化してくる。しかし日々、多くの人たちと出会い多くの啓示を受け親しくお付き合いさせていただけることは、人生の宝であることは言うまでもない。この小雑誌の紙面を覗いてくださる読者の脳に多少とも記憶として残り、そこから何かのヒントが得られるようなことがあればこの雑誌を世に出すことの価値もあると考えている。

Forewords

Yasushi Morimura MD, PhD, President, Jinmeikai Foundation
〒662-0001 53-20 Kabutoyama, Nishinomiya City

特別寄稿

精神医学を始めた頃—思い出すまま

神戸大学名誉教授、ブックスクリニック 新福尚隆

Key words: 精神科医、高雄陸軍病院、筑紫保養院、東大紛争、九大精神科、国立肥前療養所、
サンタンヌ病院(L'Hôpital Sainte Anne)、パリ13区地域精神医療センター、
世界保健機構(WHO)、世界精神医学会(WPA)

I. はじめに

いつの間にか、精神科医になって50年が経過した。私の経験は、日本の精神科医として異例なものかしのれない。始めから意図したものではない。若い頃体験した日本の精神医療の混乱、現場での違和感、疑問が原体験である。フランス留学を契機に、精神医療の本来の在り方、日本とは異なる精神医療システムに興味を抱くようになった。精神科医として働き始めた頃に抱いた臨床での疑問を明らかにする方策を模索するうちに、おのずから開けた道のように思える。臨床医、留学、研究、厚生労働省での行政官としての仕事、世界保健機構への就職、アジア諸国での国際共同研究の開始、アジア精神医学会の立ち上げは私にとっては自然な流れであった。また日本の精神科医療は、国際的な視点を取り入れることが必要であると感じ、アジアの国々との国際交流の推進に努めた。日本を含むアジアの国々の精神医学・精神医医療の改善に少しでも貢献することが出来ればとの思いで仕事をしてきた。50年間、多くのことを学ばせて頂いた。拙文を依頼された機会に、精神医学を始めた頃のことを纏めてみた。若い頃に学んだこと、感じたこと、考えたことが、私の歩みの原点である。

II. 子供の頃

1. 台湾

私の父、新福尚武は精神科医であり、幼少時を

精神科病院の敷地内で過ごした。父は九州大学医学部を卒業してしばらくして台北帝国大学医学部精神科助手として台湾に赴任した。第二次世界大戦が始まる直前に軍医として招集され、高雄の陸軍病院に配属された。私は開戦直後の1942年(昭和17)年1月に高雄で生まれた。開戦後しばらくの間は、高雄陸軍病院の官舎に住んでいたが、戦局が怪しくなり、米機による空襲が始まった。そのたびに防空壕と呼ばれた家の近くの穴に避難した。現在でも、暗いところ、地下鉄が嫌いなのはこの頃の体験が原因のPTSDであろうか。1944年4月には、高雄市が米軍の爆撃を受け壊滅状態となり、一家は、山の中に患者とともに逃げ回るという生活であったようだ。



台湾、高雄市 向かいの寿山の麓に高雄陸軍病院と防空壕があった(ホテルの窓から)。

Becoming a psychiatrist –personal memory
Naotaka Shinfuku, M.D,Ph.D

1) Kobe University, School of Medicine

2) Boocs Clinic, Fukuoka.

〒814-0001, Sawara-ku, Momochihama-1-7, 1-1104. Fukuoka City.

台湾の住民は、山岳地帯の高砂族を含めて日本人には大変親切であった。日清戦争のあと、1895年の下関条約で、台湾は日本に割譲されその後、1945年の終戦に至るまで50年間、日本の植民地であった。昭和21年2月、4歳になったばかりの

時に引き揚げ船で帰国した。狭くごった返した、引き上げ船の中の異様な雰囲気が最も古い記憶である。

2. 筑紫保養院

帰国後しばらくして、父は1947年2月、福岡県立筑紫保養院(現在、福岡県精神医療センター)に職を得ることができた。冬の寒い日にトラックで大宰府の近くの五条の高台にある病院宿舎に引っ越しをしたことを子供心に覚えている。戦後の精神科病院の問題は、患者の食料をどの様に確保するかであった。1945(昭和20)年、1946(昭和21)年には筑紫保養院の入院患者の半数近くが栄養失調で死亡している。戦前200名いた入院患者の内、戦後まで生存したのは60名であったとの報告がなされている¹⁾。生存者の多くは女性であった。1947年以降、食料事情は少しずつ改善した。私は、父が医師であるとの意識は持ってなかった。毎日、患者さんと畑を耕して芋や、馬鈴薯、カボチャを作っていた。作業療法は、患者さんの社会復帰のためというより、生きるためであった。筑紫保養院は、一般住民とは区別された離れた高台にあった。住居は、病院の敷地内の端にある官舎であった。病院は、管理棟、病棟等の多くの建物の他に広場、農園、畑があり敷地は広く遊び場には事欠かなかった。桜や躑躅がきれいであった。五条の町を見下ろす高台に涼み台があり、そこで患者さんから将棋を教えてもらった。すぐに将棋が強くなって患者さんに勝てるようになった。「坊ちゃんは強い」ということで将棋を挑んでくる患者さん、見物の患者さんが多くなった。寛解状態の患者さんであったと思われる。大人に勝てるということは、子供心に大きな成功体験である。また、「坊ちゃん、“ずる”をすると絶対強くないよ」との忠告を受けた。一生ものの教訓である。

こうした体験のためか、精神科の患者さんに偏見を持つということにはなかった。7歳になると、歩いて20分程度のところにある大宰府小学校に入学した。父の筑紫保養院での勤務は、1947年から

1953年の6年間であった。この時に父は「ショック療法の精神病理学的研究」と言う論文を書いて学位を取得している²⁾。当時は、向精神薬の開発以前で、インスリンショック療法、電気ショック療法が精神医学における最先端の治療であった。また、統合失調症の治療に前頭葉白質切断も行われていた。日本の精神科病院でクロルプロマジンを始めとした、抗精神病薬が使用されるようになるのは1960年以降である。

III. 研修医時代

1. 東京大学精神科(1967年4月—1968年3月)

私が精神科医を始めたのは激動の時代であった。ベトナム戦争への反戦運動、反体制運動が世界的に広がっていた。学生運動が活発で、デモ隊と機動隊が衝突を繰り返していた。医学部を卒業した1967(昭和42)年は、若い医師が大学教授を頂点とする医局講座制度の反対を唱え青年医師連盟(青医連)の活動が盛んになっていた。戦後、医学部では、米国のインターン制度が取り入れられ、卒業後は一年間インターンとして実地修練を行う必要があった。インターンを終了し、医師国家試験に合格して専門分野の医局に入局する仕組みであった。入局すると無給の医師として2-3年、臨床を学ぶというのが一般的であった。インターン制度は第二次世界大戦後、米軍の占領下に始まり、約20年間続き、1968年3月に終了した。私は、その最後の年に、インターン制度での研修を経験したことになる。青医連は、1966年に結成されたが、はじめは、インターン、無給医の待遇改善、教授がすべての人事権を握っている医局講座制への反対の意思表示であった。1967年、1968年は、日本で全学連、全共闘運動が盛んになったが、世界的にも学生が体制に反対をする運動が起きている。

私は、インターンを東京大学医学部で行った。青医連は、インターン制度反対を唱えていたので、青医連が運営する自主研修と言う名目であった。



東大の赤煉瓦棟、現在は資料館と喫茶店が入っている。
兵どもが夢の後。

九大青年医師連合を介して、4名の同級生が東大での自主研修を行った。東大で研修をした他大学の卒業生の多くは、運動に積極的な学生と言うより、実家が東京にあるとか将来は東京の病院に勤務したいといった学生であった。父は1966年、鳥取大学医学部から慈恵会医科大学教授に転任し、私の実家も東京に転居していた。4月からの研修予定であったが、はじめの数カ月は研修内容をめぐっての大学側との交渉に費やされ、実際の研修の開始は、数カ月たってからである。私の希望は、始めの3か月間を神経内科、その後は、精神神経科での研修であった。その間、無資格であったが青年医師連合の斡旋で、産婦人科病院の当直をした。また、個人精神科病院でアルバイトをして過ごした。1968年1月、東大医学部学生大会は登録医制度導入阻止や研修内容改善をもとめて無期限ストライキに入った。自主研修は中止となった。東大以外の大学から、自主研修に来ていた多くの学生は、一年間のインターン生活を東京で終えて郷里に帰っていった。この後、東大では、安田講堂の占拠、機動隊の導入、東大全共闘の結成、新左翼セクトと民青系学生の対立など激動の時代を迎える。東大の医学部でのボイコットは、1969年1月の東大安田講堂事件でフィナーレを迎えることとなる。東大で一緒にインターンを経験した仲間には、安田講堂に立てこもり逮捕された者もいた。青年医師連合(青医連)運動の戦術として、イ

ンターン制度反対、無給医制度反対、国家試験ボイコット、大学院ボイコット、学位ボイコットが唱えられた。そのため、1967年(昭和42年度)の卒業生の多くは大学院へゆかず、学位も取っていない。私も学位を取ったのは、教授選立候補を勧められた50歳を超えてからである。従って、同級生で大学の教官になったのは極めて少ない。青医連運動は、コップの中の嵐であるが、医師としてのはじめに、たまたま嵐に遭遇した私たちの年代は大きく影響されることとなった。この年に医学部を卒業したという偶然が、その後の糸の切れたトンボの様に様々な職場を渡り歩く一因になったのであろう。

2. LSD

東大精神科で6カ月の研修予定であったが、混乱のため始まりは遅くなり、1968年1月には無期限ストライキに入ったために、実質的な精神科での研修はほとんど記憶にない。東大では1966年に秋元波瑠夫教授が定年で退職され、臺弘先生が新任の教授として就任されていた。

研修中に最も強く記憶に刻まれているのは、LSDの被験者になった事である。LSD(リゼグル酸ジエチルアミド)は、強烈な作用を有する幻覚剤である。LSDは1938年スイス人化学者アルバート・ホフマンにより合成された幻覚剤で今は使用を禁止されている。当時はLSDを用いての精神分析療法なども行われていた。精神科では統合失調症の内的世界が体験できるということで、若い精神科医が研修の一環として使用することが可能であった。

被験者になったのは、精神科の若い研修医の3-4名であった。実験の場所は、東大精神科の医局であった。LSDの筋肉注射をして、しばらくして、明るい万華鏡の様な幻視が見えてきて、それが、次から次へと形を変え、色を変え、遠くから近くまで流れてきて消えてゆく。そうした、華やかなカレイドスコープがどの程度に時間続いたのかはわからない。体感幻覚があり、体中が銀の粉で覆

われてそれが揺れ動く。蝶の様に、銀の粉が体から、落ちて舞い上がる。「次元の違う世界に来た」などとの会話を観察者としていたようである。そのうちに、体が寒くなり、きれいな幻覚も色あせてきた。その時に、「LSD の量を間違えて注射した」「もとに戻れないぞ」などと言っている不安な雰囲気を感じだした。幻覚である。一緒に注射をした同僚は、戻れない旅をする仲間であるとの感覚は残っていた。突如、LSD の注射を打って統合失調症になったという被害妄想に襲われた。この時の恐怖感、髪の毛が一瞬で白くなる恐怖感である。世界から、断絶させられた恐怖感である。統合失調症の患者さんの蠟屈症も理解できる。自分の意志を失い、腕を曲げればそのままの状態です止する運動麻痺の状態である。統合失調症の緊張病状態であろう。それから、呆然と立ち尽くしたまま、統合失調症の患者として自閉、社会性の喪失、人格の荒廃を呈した。観察している医師が、慌てて催眠剤の注射をしてくれた。しばらくして目が覚めた。すごい疲労感を感じたことを記憶している。統合失調症になったという恐怖感を感じたというのは、精神科医として私のこの病気に対する強い偏見を露呈したものかもしれない。子供の頃には、持っていなかった統合失調症への偏見は、医学教育の結果であると思われる。

同じく、LSD を注射した仲間の一人は、その数日後に、異常な行動をして週刊誌に記事が載った。医師ともあろうものがと言う記事であった。私は、LSD のフラッシュバックだと考えている。また、別の大学で、LSD を使用して統合失調症になったという精神科医のケースが報告された。LSD の影響下で、鳥になったとの幻覚で高いビルから飛ぶつもりで落下するような事故が起きた。LSD には依存性はない。しかし、幻覚、妄想に基づく様々な異常行動、危険性があり禁止されるに至った。そのため、日本では、1970年より、麻薬及び向精神薬取締法の適応対象となって、医学的な目的であれ、事実上使用が不可能となった。

3. 九州大学精神科(1968年4月—1969年8月)

インターンでの研修先の東大医学部が、1968年1月、無期限ストライキに入った。東大紛争の始まりである。私たちは、3月末で、そのままインターン終了ということになった。

4月から福岡に舞い戻り、母校の九州大学医学部精神科教室で卒後研修を始めた。九大で無給医どころか、無資格医で精神科の研修をしたことになる。入局者は1967(昭和42)年度の卒業生3名と1968(昭和43)年度の卒業生8名を合わせて合計11名であった。九大の精神科は、桜井凶南男先生が教授であった³⁾。桜井先生は、若い頃セツルメント活動をされて治安維持法違反で特高に拘留されたという経歴を持たれていた。青年医師連合の主張には理解を示された。しかし、体制を糾弾する運動は、医学部のみでなく全学部に広がり大学当局と若い医師間の緊張は続いていた。九大では1968年6月に、米軍のファントム戦闘機が九大電算機センターに墜落した事故を契機に、全学的に学生運動が活発化していた。ベトナム戦争反対の大きな政治的な潮流もあった。九大精神科での卒後研修は、古い大学医局のスタイルで、教授回診、先輩医師の診療時の記録、症例の検討等であった。大学病院には、診断の難しい患者が入院する。研修医も2-3名の患者を受け持たされ病歴を取り、検査をして、鑑別診断の後に最終診断を行う。その結果を、医局の研究会で報告をする。精神科病床数は70と全国の医学部のなかでも最大であり、しかも独立した平屋で、緑の芝生の広い中庭を持っていた。中庭を看護婦詰所、病棟が囲んでいた。若い看護婦さんも多く研修は楽しかった。研修医として患者を受け持たされた。その中で、記憶に残っているのは、言葉がだんだん少なくなり失語の状態になった患者である。最後は「ここんたい」、「そこんたい」という言葉だけが残った。失語では、固有名詞から失われ、副詞や代名詞が残ることが理解できた。最終的にはピック病と診断された患者であった。当時は、MRIもなく臨床所見からのみの診断であった。現在であれ

ば、別の診断名がついたかもしれない。最近は、認知症は精神医学の中で重要な疾患であるが、当時は、脳の変性性認知症は、日本では稀な病気として位置づけられていた。

東大での自主研修は十分な研修期間ではなかったが、インターンを終了したのものとして、医師国家試験の受験資格は、どさくさに紛れて付与されていた。しかしながら、同級生が国家試験をボイコットしたこともあり、1968（昭和43）年春の国家試験を受験しなかった

私は、卒業後一年半を経過して、同級生4名とともに昭和43年秋の国家試験を受験した。九大精神科には、医師免許を持たないまま一年半お世話になった事になる。桜井教授は、若い学生の主張は理解できるが、方法は常軌を逸しているというスタンスであった。しかし、医局、学部、大学での紛争の解決に体調を壊され入院されることになった⁴⁾。

4. 第66回日本精神神経学会金沢大会 1969 (昭和44年)

精神科では、日本の精神医療にまつわる不祥事、学会の在り方、医局講座制への反対から、日本精神神経学会へも混乱は波及した。1969年春、第66回日本精神神経学会・金沢大会では、学術プログラムが全てキャンセルされ 保安処分反対を始めする学会の在り方が討議された。金沢学会に九大精神科青年医師連合代表として参加した。大学教授を主要なメンバーとして構成されていた学会の理事会は解散した。これ以降30数年にわたり、日本精神神経学会は、内部対立と混乱の時代を迎える。

私が自主研修を行った東大精神科は、1968年10月に医局を解散して、精神科医師連合を結成した。更に1969年4月に赤レンガ部門と、中央診療棟の精神科外来部門に二つに分かれて対立した。この状態が長らく近く続くことになる。

また金沢学会の後、日本精神神経学会での学術プログラムは全て行われなくなり、国際交流活動も極めて制限されたものになった。象徴的な出来事は、日本

精神神経学会・執行理事会が、学会の欧英文雑誌である *Folia psychiatric et neurologica japonica* の出版を停止したことである。また、学術プログラムがなくなり、学会への参加者も激減した。「日本の精神医学の失われた30年」の始まりに精神科医となったのである。自分で道を切り開くしか他に道はなかった。

IV. 精神科医になって

1. 国立福岡中央病院

(1969年9月—1970年7月)

一年半遅れて国家試験を受験し8月に医師免許を取得すると9月から医局の人事で、国立福岡中央病院神経科で勤務することになった。国立福岡中央病院は黒田藩の舞鶴城の跡地に建てられた7階建ての総合病院であった。神経科は外来と20床程度の入院病床を有していた。医師は、神経科科長と私の二人であった。医長は、ベテランの臨床家で神経病理学の研究者であった。一年間の総合病院の勤務を通して、彼の指導の下で神経疾患に関しての研修を受けた。総合病院の神経科では、神経症、うつ病、脳血管障害とあらゆる種類の患者さんを診察した。毎日、20 - 40名の外来患者さんを診察した。精神科と標榜してないのは、当時はまだ精神科という言葉には強い偏見があったからである。最近では、総合病院の外来でも精神科と標榜することが増えたようである。現在、国立福岡病院は、埋め立て地の百道浜に移築され、名称も特別行政法人・九州国立医療センターと改称されている。精神科も標榜されるようになっている。国立福岡中央病院は壊され広場となり、大濠公園のすぐ近くで春には桜の花が見事である。

2. スモン病

1969年、私が神経科で勤務をしていた当時、大きな話題となっていたのはスモン(SMON, subacute myelo-optico-neuropathy, 亜急性脊髄視神経症)であった。現在では、スモンの原因が、整腸剤キノホルムの薬害であることが明らかにされ

ているが、当時は原因不明の難病であった。1967 - 1968年に多発して、腹痛、下痢などの腹部症状が先行し、しばらくして下肢のしびれ、視力障害、脱力、歩行困難などを呈する難病であり、感染症が疑われていた。勤務先の神経科にもスモンの患者さんが受診し、入院してビタミン剤の点滴などを行ったが、効果があったとは言い難かった。私が神経科に勤務していた時期は、ウイルス原因説が有力であった。スモン患者の便や、脳脊髄液から特定のウイルスを分離したとの報告がなされ、スモンは免疫不全を伴う新種のウイルス感染症との提唱がなされた。

そのうちに、スモンに特有の緑の舌苔や緑色の便などを分析して、それらがキノホルムと鉄の化合物であることが判明し、キノホルムが原因として疑われた。複数の病院の200例近い患者の疫学調査から、殆どの患者が神経症状発現時にキノホルムを服用していること、症状の発現と服用量の間に相関が明らかにされて厚生省に報告された。そして、1970年にキノホルムの製造販売が中止されたことによりスモンの新規発生は終わりを迎えた。キノホルムは、強い整腸作用があり、100を超える整腸剤の原料として使用されていたのである。初めての臨床の場で経験した難病患者の原因が薬剤であったというのは強い印象を残した。その後も、薬剤の副作用、公害等に関心を抱く原点ともなった。

後日談であるが、スモンの原因がキノホルムと判明したことで、1971年には、患者側とキノホルムを製造販売していた製薬会社と使用を認めた国を相手に集団訴訟が起きた。スモンの原因がキノホルムであるとの見解に、製薬会社はウイルス説を持って反論した。これが訴訟の解決に時間を要した原因ともなったといわれている。

1979年にスモン原因究明と患者の恒久対策を条件に和解が成立した。約11,000人がスモンと認定された。また、1979年に薬事法が改正され、行政の医薬品安全確保義務が初めて明文化された。スモンは忘れられた病気であるが、日本の薬害の原

点になったのである⁵⁾。

3. 過呼吸症候群

私が書いた初めての論文は過呼吸症候群(現在は過換気症候群)のケースであった。過呼吸症候群は、ストレス等が原因で発作的に呼吸数が増えてそれを繰り返すことで、呼吸困難を自覚して、不安、恐怖が増加するという悪循環に陥る。空気飢餓感があり、胸部を締め付けられる感じ、ひどくなると四肢のしびれ、めまい、死の恐怖に襲われ、救急車で運び込まれることもある。若い情緒不安定な女性に多い。救急で運ばれた若い女性の患者が神経科に短期間入院して主治医となった。当時は、まだ正しく診断されることが少なかった。フロイトの時代であれば、ヒステリーと呼ばれていたであろう。患者さんは、入院し不安がなくなると症状は改善する。

血液検査では、患者は、過呼吸のために血液の炭酸ガス分圧の低下、呼吸性アルカローシス、酸素分圧の上昇を認めた。私の初めての論文は、患者の入院時と退院時の血液検査の値を調べたものである。極めて当たり前の所見である。ケースレポートは九州精神神経学雑誌に掲載された⁶⁾。ケースレポートを書くにあたり神経科の科長から指導を受けた。

論文を、はじめに、目的、方法、結果、議論、謝辞、文献と言う項目に従って書くことを教えられた。若い医師にとって、初めて論文を書くことは容易ではない。誰かが指導をしなければ自発的に論文を書き投稿することのできる医師は例外である。私は、そのあと多くの論文を書くことになるが、初めての論文作成を指導していただいた先輩には深く感謝している。

V. 国立肥前療養所に勤務して。

留学前(1970年8月—1971年6月)

1. 慢性統合失調症(分裂病)患者との出会い

国立福岡中央病院で一年足らず勤務した後で、国立肥前療養所(現：佐賀県精神医療センター)

に就職した。九大精神科教室の医局による人事である。当時、国立肥前療養所には、600名近くの入院患者さんがいたであろうか。外来患者は少なく一日で30名以下であった。医師は10名程度で、殆どが九大精神科同門の先輩でであった。肥前療養所は佐賀県神埼郡にある国立の精神科療養所であった。近くで、「吉野ヶ里」遺跡が発掘され観光名所になったのは、後のことである。



国立肥前治療所、日本で初めて解放療法を行った。

私が担当した西5病棟は50名を超える男性慢性患者の病棟であり、医師は一人で病棟を担当した。国立の療養所なので4人ないし6人のベッドの病室が主で畳の部屋はなかった。興奮患者のための個室、独房が二つあった。病室は、広い中庭を囲んで建てられて、卓球台、囲碁、将棋をするスペースもあった。病棟の入り口は施錠してあり、外部への出入りは看護婦詰所を経由してのみ可能であった。患者は、10年、20年以上の入院患者がほとんどであった。医師の仕事は、一日に一回病棟に行き、患者を診て回り、時に卓球、囲碁、将棋の相手をするのであった。病棟への入退院はほとんどなかった。精神科医として感じたのは、圧倒的な無力感であった。患者のカルテにはドイツ語で、自閉、感情鈍麻、幻聴、妄想などと言う言葉が記されてあった。毎日の診察では変化なし、特記すべきことはなしがドイツ語で書かれていた。クロルプロマジンが開発されたのは1950年代で、私が就職した1970年代には、統合失調症患者に対して抗精神病薬のクロルプロマジン、ハロペリドール等が使用されるようになっていた。副作用の多い薬であった。前の主治医から引き継いだ処方を変えることは殆どなかった。私たちは、医学部でドイツ語、精神医学の世界では、戦前の影響でドイツ精神

医学を学んでいた。日本の学会では、カール・ヤスパース(Karl Theodor Jaspers)をはじめとする哲学的な精神病理学や、個人精神病理学をめぐる議論が盛んであった⁷⁾。当時は、今のような臨床研修システムや指導体制は、殆どなく就職したのである。慢性閉鎖病棟の患者の前に、大学で学んだ精神医学や精神病理学は無効であった。私はウジェーヌ・ミンコフスキー(Eugène Minkowsky)の「精神分裂病」⁸⁾に魅せられていた。そこに記載されているのは繊細で魅力的な精神分裂病の世界であった。だが、現実の精神医療の世界は、それらとは無関係な世界から孤立した自閉的な世界であった。患者も、無気力、受動的で自分の世界に閉じこもっていた。慢性の統合失調症の患者さんは、遠い世界に住んでいる人の様に、全く心の関わりができなかった。また、慢性病棟は静かで時間が止まっているかの様だった。この閉鎖病棟での体験が、私の精神医学の原点になった。長期入院慢性患者の自閉、無気力などの症状は、果たして統合失調症の症状なのであろうか。閉鎖的な時間の流れない状況の影響ではないかという漠然とした予感のようなものが芽生えた。心の中で、個人精神病理学や精神療法に違和感のようなものが芽生えた。

2. 未復員患者

国立精神科療養所の多くは、第二次世界大戦中に精神に障害をきたした兵士を収容するために建設されていた。そのため、私が勤務した1970(昭和45)年に「未復員」と言うラベルの患者さんがいた。彼らは、言葉通り戦争中に外地で精神障害を発病し、日本に移送されそのまま精神科療養所に入院となり、彼らは戦争から未だに復員していないのである。私の父は、戦時中、台湾の高雄陸軍病院の精神科医であった。精神科診断の話の時に、父から高雄陸軍病院では公式文書の診断名は、殆どがマラリア精神病であったという話を聞いた。毎日、インドネシアなどの激戦地から送られてくる心を病んだ多くの兵士を、瞬時に診断して日本への移送、陸軍病院での治療、現地送還を決める

のが仕事であったという。戦争神経症、統合失調症、躁うつ病などは付けてはいけない診断名であった。マラリア精神病のみが名誉ある心の病であった。精神科診断は患者のためなのである。私が肥前療養所に勤務してしばらくして、ある未復員入院患者の娘と結婚したいが診断名を知りたいとあって若い医者が訪ねてきた。私は、戦争中に発病したので詳しいことはわからないが、診断名は統合失調症になっていると正直に話した。結婚話は駄目になったという話を後で聞いた。大変人柄がよく、病棟の雑務などをよく手伝ってくれる患者であった。あとになって、その患者が自殺したことを知らされた。患者の自殺の原因は、このことだけではないであろうが、一因になりえたかとも思う。その時は精神科医として未熟で、マラリア精神病だったと告げるだけの知恵がなかったことが悔やまれる。

3. 電気ショック療法

私が、肥前療養所に勤務した1970年代の統合失調症の治療には抗精神病薬が主流であったが、電気ショック療法も時折行われていた。電気ショック療法は1930年代にイタリアの精神科医により開発された治療法で、1960年代のはじめに抗精神病薬が導入されるまでは統合失調症の重要な治療法であった。対象は、幻覚妄想などの異常体験や攻撃的行動が、向精神薬の投与では改善しない患者であった。新米の精神科医として、電気ショック療法を行った。脳に電気を通して、人工的に癲癇発作を起こさせるものである。けいれん発作で、舌を噛まないようにタオルを咥えさせて、看護師が患者の手足を抑えて、医師が頭蓋骨の両側に電極をあてて通電をする。患者は、全身痙攣をおこし、その後は、深い睡眠に入る。電気ショック療法を受けたことは記憶にない。当時は、インフォームドコンセントなどと言う概念もない時代であった。電気ショック療法は、6から8回の施術を、日をあけて回数を重ねて行った。

施術をする方も気持ちの良いものでない。患者

の側も、回を重ねると施術前に雰囲気を感じてか施術に抵抗するようになる。最近では、電気ショック療法の使用にあたり、事前に患者の同意を取ること、麻酔をして無痙攣で行うようになっている。電気ショック療法は、重症のうつ病、ことに自殺念慮の強い患者には効果的な治療法として現在でも使用されている。

先輩の精神科医で、うつ病を患っていた方がいた。その方の話では、長年にわたり、自分の病気と付き合っただけで抗うつ薬を使ったがあまり効果がなく副作用が多くて悩まされた。電気ショックが、自分のうつ病には最も効果的でまた副作用も少ない。自分は、うつ病が、ひどくなりそうだと感じたら同僚に頼んで電気ショックをして貰うと話されたことがある。また、先輩の女性精神科医に、患者が受ける治療は精神科医も経験すべきだとして電気ショックを受けられた方がいた。彼女は、後に精神科医を辞めて、修道院へ入られた。

私は、後ほど、アジア各国での向精神薬治療の動向の調査を行った。そこで、3千人以上の入院統合失調症患者に対する電気ショック療法の頻度を調べたことがある。2016年の時点で、中国、インドネシア、インド、マレーシアなどの途上国では5%程度の患者が電気ショック療法を受けていた。日本、香港、韓国ではゼロかゼロに近い割合である。途上国での電気ショック療法使用の第一の理由は、最も安価であることである。また、入院患者に占める異常行動を伴う緊張病の症状を示す割合が途上国で多いことも理由の一つであろう。精神科医療に対する財源の少ない国にとって電気ショック療法は必要なのである。電気ショック療法は、非人道的である、廃止すべきであるとは一概には言えないようである。

4. 向精神薬

向精神薬とは精神に作用する薬ということで、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安剤、抗てんかん薬、催眠剤などが含まれる。この中でも精神分裂病と呼ばれていた統合失調症に対する抗精神病薬の開

発、臨床への導入が精神科医療を大きく変えた。向精神薬が開発されるまでは、統合失調症は不治の疾患として考えられていた。興奮、異常行動が激しいときにはインスリンショック、電気ショック療法が施行された。統合失調症に対する薬として、クロルプロマジンがフランスで開発されたのは1952年のことである。日本の精神科病院で実際に使用されるようになったのは1960年代以降である。私が、国立肥前療養所に勤務を始めた1970年は、殆どの患者がいわゆる第一世代の抗精神病薬を処方されていた。典型的な処方は、普通の統合失調症の患者さんにはクロルプロマジン、幻覚妄想の強い患者さんにはハロペリドール、副作用としてのパーキンソン症状を抑えるための抗パーキンソン薬、便秘を防ぐためのマグネシウム製剤などの処方であった。また、うつ病に対してもトリプタノール、アナフラニールにどの、いわゆる三環系抗うつ薬が処方されていた。また、不眠を訴える患者には、ヒルナミン、フェノバルビタールを含む強力な鎮静作用を持つベゲタミンが処方されていた。

ヒルナミンは一般名がレボメプロマジンで、外国では禁止されていることを後ほど知らされた。日本の精神科医療は、大量処方、多剤併用が外国と比べて際立っている。これは、日本における抗精神病薬投与の目的が、社会復帰を目的としたものでなく、鎮静作用を目的としていることの表れであろう。患者を、いかに病院でおとなしく問題を起こさずに入院継続するかと言うことが、日本における向精神薬使用の主たる目的であったとも解釈される。何のために、向精神薬を処方するかという疑問もわいてきた。副作用も無視できなかった。

日本の向精神薬処方や副作用に関する疑問は続いた。後ほど、神戸大学在任中に、近隣アジア諸国と共同して、統合失調症の向精神薬処方についての国際共同研究を開始した⁹⁾。

5. 日本の精神医療への疑問

精神医学を始めてしばらくして、とんでもない世界へ来たという感覚がめばえた。日本の精神科病院は、戦後、民間病院建設を支援するという国の政策のもとで急速に入院病床が増加した。精神科病院は儲かるということで雨後の筍の様に1960年代から1970年代に個人の経営による精神科病院が増えた。現在、日本には1,600を超える精神科病院があり30万人以上の入院患者がいることはよく知られている。人口当たり、また絶対数での精神科病床数は世界一である。精神科病院の病床のほぼ9割は民間の経営である。

1960年代に入り、国民皆保険制度ができ、生活保護等の公的支援制度が整備され、患者を入院させれば病院として収入が確保できるシステムが整った。病院としてはできるだけ多くの患者をできるだけ長く入院させれば収益が上がるシステムが成立した。また、日本の経済成長に伴い、労働形態も農業などの第一次産業から製造業、サービス業などが主体となった。ひとたび職場を離れると、職場への復帰は容易ではない。また、家族も大家族から核家族へと変わり、精神障害を持った家族を同居させるゆとりがなくなった。精神障害者への偏見が強く、人権はないに等しく、退院をしたいという患者の希望は無視された。1年以上、5年以上、10年以上と長期入院する患者が多くなった。社会復帰施設は未発達であった。精神障害を持っている患者は、一旦入院すると、帰る家も、職場もないという状況が生まれたのである。

精神科医になって、しばらくしていわゆるアルバイトで医師の不足している個人経営の精神科病院へ当直や、診療援助に行くことがあった。きれいに手入れのされた庭の見える院長宅で食事を御馳走になった。そのあと閉鎖された病棟へ入ると、扉の向こうは地獄であった。飛行機代を含む、かなりの額の報酬をもらいながら、私は何をしているのかと自問したことを覚えている。若い精神科医として、日本の精神科医療の現実を前に感じた違和感と無力感が私のその後の人生の選択を決定したともいえる。当時と比べて現在は、日本の精

神科医療は大きく改善されたが、病棟へ入るだけで悲しくなるといった病院も少なくない。

VI. フランスへの留学

(1971年6月—1974年3月)

肥前療養所に一年足らず勤務したのち、フランス政府給費留学生としてパリに行く機会に恵まれた。

1. フランスの精神医学

私が、日本で学んでいたのは、エミール・クレペリン (Emil Kraepelin) に始まるドイツ精神医学で、ドイツ精神医学こそが精神医学の本流であるという先入観があった。フランスに留学して学んだことはフランス精神医学がドイツ精神医学よりも古くから発達していたことである。偶々、パリの古本屋でフランスの精神科医に関する本を見つけて、こうした本が19世紀の末に出版されたことに驚かされた¹⁰⁾。フィリップ・ピネル (Philippe Pinel) が、精神障害者を鎖から外したのが18世紀末の、フランス革命後のパリでのことである。その後も、ピネルの弟子たちが *Aliéniste* (精神病治療専門家) として精神障害を持つ人への人道的処遇に努めた。ことにジャン・エティエンヌ・エスキロール (Jean-Étienne Esquirol) が中心となり1838年に精神障害者のケアに関する初めての法律を立案している。それに基づきフランス各地で精神障害者収容のための施設が作られた。日本では、徳川時代で第11代将軍家斉の頃である。また、エスキロールの弟子たちにより1843年に医学心理学雑誌 (*Annales médico-psychologiques*)、1852年にはフランス医学心理学会 (*La Société Médico-Psychologiques*) が設立されている。サンタンヌ病院も1860年代に建設されて、そこで精神医学の講義が始められている。19世紀半ばには、フランス精神医学は、現代医学の一分野として確固たる地位を築いていたのである。エミール・クレペリンによる *Dementia Praecox* (統合失調症) 概念の提唱は19世紀末である。

第二次世界大戦(1941-1945)は、精神医学に大

きな影響を与えた。ナチスの「生きる価値無き生命の抹殺」に協力したことでドイツ精神医学は凋落する。しかしこうした事実は、戦後もドイツ精神医学を踏襲する日本では、長い間、紹介されることはなかったように思う。



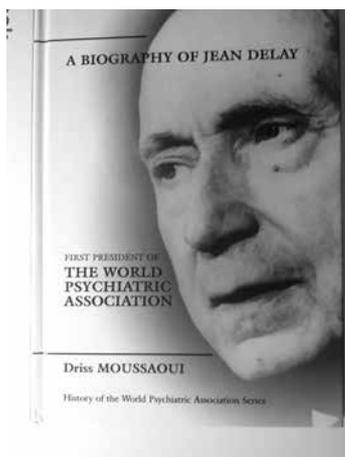
パリの古本屋で見つけた1894年出版の
フランス精神科医6名の伝記

第二次世界大戦後の、精神医学の復興を目指して、フランス精神医学は中心的役割を果たした。第一回の世界精神医学・国際会議が、パリ大学精神科教授のジャン・ドレー (Jean Delay) を会長に1950年にパリで開催された。これには世界から50か国以上が参加し、当時の精神医学の主要な課題について意見交換がなされた。これが世界精神医学会 (*World Psychiatric Society, WPA*) という永続的な組織として結実する。当時の演題には、電気ショック療法、インスリンショック療法、ロボトミーなどが多く、精神薬理学を含めての生化学の演題は殆どない。クロルプロマジンの開発以前の開催であった¹¹⁾。

2. サンタンヌ病院 (L'Hôpital Sainte Anne)

第二次世界大戦後、ジャン・ドレー (Jean Delay) とピエール・デニカー (Pierre Deniker) によって、パリ大学精神科で、クロルプロマジンが統合失調症に効果のあることが発見されたことは良く知られている。クロルプロマジンの急性精神病に対する効果が初めて発表されたのは、1952年、フランス医学心理学会が成立した百周年記念

の学会であった。このことが、精神科薬物療法発展の源となった。ドレーの伝記によれば、ドレーは1950年代、LSDやプシロシビン(psilocybin, メキシコの幻覚キノコの成分)に興味を持ち彼自身プシロシビンを使用している。家族や同僚は異常行動を、本人は色のついた幻覚体験を報告している¹²⁾。化学物質が脳に与える影響への強い関心は、患者にクロルプロマジンを投与してみるという試みに繋がるものであろう。



クロルプロマジンを精神科患者に初めて使用した
Jean Delay の伝記

私が、留学した1971年には、ドレーの姿をサンタンヌで見ることができなかった。がっちりした体格のデニカー教授は健在で、日本のカルバマゼピン(テグレトール)の説明書のフランス語訳を頼まれたことがある。フランスでも、日本と同じく反体制の大きな流れがあり、1968年5月(Mai 1968)に学生の大規模なデモが行われた。労働者も参加し、フランス全土でゼネストが起きた。サンタンヌでも、日本のインターンに当たるアンテルヌが待遇に不満を表明し待遇改善を求めてアンテルヌの採用試験ボイコットが2年間行われた。また、精神医学は医学ではないと主張する反体制派の学生によりサンタンヌが占拠された。ドレーの教授室も反体制派によって封鎖された。ドレーはこうした事態の後、1970年精神科の主任教授を辞めている¹²⁾。

私が留学した時、ピエール・ピシヨ教授(Pierr Pichot)が、ドレーの後継者としてパリ大学精神医

学講座の教授に就任していた。学生時代に、パリ国際学園都市の日本館に住んだことから、親日家として知られている。彼の主催する教室には、各国から多くの留学生が居た。私は、最もフランス語ができない留学生であった。私は、ピシヨ教授の主催する病棟の一つで、40床の女性の新患病棟に配属された。時々、病棟で患者と話すと、フランス語ができないスペインやトルコなど近隣諸国からの移民が多くいることが分かった。彼らは、フランス語ができなく、居場所の定まらない私に親近感を持ってくれた。病棟の運営は、日本とよく似ていてピシヨ教授の回診が週一度行われ、そのときは、医長を始め全員が病棟の入り口で教授を迎えた。また、若い医者を対象にした研究会も開催されていた。私は留学の研究目的を書く欄には、ピシヨ教授の仕事を調べて、フランスとドイツ、英国の精神疾患の分類、診断の差異などの研究と書いた。当時、フランスの精神疾患分類は、急性錯乱、慢性幻覚精神病などが独立した疾患としてあり、統合失調症の診断基準も英米とかなり異なっていたのである。後になってピシヨ教授のこうした仕事は、世界保健機関(WHO)の国際疾病分類の精神疾患の分類に繋がったことを知った。留学中、サンタンヌ病院の図書館によく行った。そこでは、器質力動論で知られるアンリー・エイ(Henri Ey)が大きな書籍を広げている姿を目にした。エイが、ドレーとともに、1950年代に世界精神医学会の会長、事務局長を務め、学会の礎をつくるのに大きな功績を果たしたのを私が知ったのは随分と後になってからである。

ラカン派の精神分析で有名なジャック・ラカン(Jaque Lacan)が、サンタンヌの中の建物で、患者の公開診療を時々行っていた。会場は、サンタンヌの若い医者で満員であった。

日本で愛読した「精神分裂病」の著者であるミンコフスキーを村田豊久先生と一緒に訪ねた。小柄の奥様と二人、日本からの訪問者に会うのを随分と喜んでくれた。また、市民を対象にしたコレージュ・ド・フランス(Collège de France)では、ミシェル・フー

コー (Michel Foucault) が、「刑罰の歴史」というテーマで連続講義を行っていた。人類学のクロード・レヴィ＝ストロース (Claude Lévi-Strauss) の「構造主義」に関する講義もあった。私が留学していた頃は、フランスが文化的、学術的に最も輝いていた時であった。そうした時期に巡り合い、彼らの講義を、直に聞く事ができたのは大変幸運であった。

3. パリ 13 区の地域精神医療センター

フランス留学中も、私の心の奥底では、日本の精神医療の在り方への疑問が解明されないままであった。日本の精神医療の混乱や劣悪な精神科病院は、本来の精神科医療なのだろうか。こうした疑問を抱えながら模索をしている間に、フランスで起きていた地域精神医療の動きがあることを知った。留学の一年後に留学延長を申請し、サンタンヌ病院からパリ 13 区の精神衛生センターへ留学先を変更した¹³⁾。

パリ 13 区の精神衛生センターは、フランスにおける地域精神医療のモデル地区ともいえるものであった。ここでは、従来の病院施設を軸に考えられていた精神医療サービスが地域を軸に考えられていた。基本的な考え方が、病院中心の日本の精神科医療とは全く反対であった。病院施設は、継続的な治療の流れの一部として利用されるサービスの一部を成しているにすぎない。ある地域に住む住民の精神的危機に対応するために、予防、急性期治療、リハビリテーション、社会復帰、再発予防を一貫した継続的なシステムとして提供することが主軸である。様々な職種からなる医療チームによる患者への継続したサービスが提供されていた。日本のデイケアセンターと家庭訪問センターを兼ねている様な 13 区の家入院センターで勤務した。デイケアに来る患者さんの相手をするとともに、多職種のチームと精神障害を抱える家庭を訪問した。独居のアルコール中毒の患者の多いことに驚かされた。ここでの経験、フランス精神医療の歴史への理解が、日本の精神科医療の在り方を客観視するための基準になった。また、精神科医療の将来へのあり方も見えてきたように思えた。

4. Institutionalism

私が、肥前療養所で慢性統合失調症患者を前にして抱いた無力感は解決されないままであった。統合失調症患者の無為、自閉、無気力、社会性の喪失は病気の症状なのであろうか。第二次世界大戦後の英国における脱施設化の動きを学んで Institutionalism という言葉に出会った¹⁴⁾。英国で、大病院の脱施設化をして、地域精神医療を推進する過程で Institutionalism は重要な課題だったのである¹⁵⁾。私が肥前療養所で途方にくれた慢性の精神病患者の症状を、施設への適応の症状として理解するラッセル・バートン (Russell Barton) の "Institutional Neurosis" を読んで、長年の疑問解決の糸口が見えた気がした¹⁶⁾。日本には、院内寛解、病院慣れと言う意味でのホスピタリズム という言葉はあったが、Institutionalism という言葉はなかった¹⁷⁾。適切な訳語もなかった。私は、「収容症候群」と言う刺激的な訳語を付けたが、後では「施設症」と言う穏健な訳語で定着したようである。施設側が、患者を長期に入院させることで、積極的に入院患者の自発性の低下、無気力をもたらしたものであるという視点である。ホスピタリズムは患者が、長期に入院を続けると無気力になり、社会性を失うという症状を患者の病理としてとらえている¹⁸⁾。慢性患者の症状の一部は、必ずしも精神疾患の症状ではない。気が付けば当たり前のことである。「慢性統合失調症患者の症状は我々が作り出したもの」なのである。慢性長期入院患者の在院理由は、患者の病理のみでなく、病院の治療環境、家族や社会の受け入れ態勢に大きく左右される。また、患者の病理も本来の統合失調症の病理のみでなく、Institutionalism の症状も加わる。Institutionalism の理解が、欧米で脱施設化を進める原動力にもなった。Institutionalism の症状は、社会学的視点から、閉鎖的な収容所環境 (total institution) への人間の適応、権威への無制限な服従の症状としてとらえられる¹⁹⁾。強制収容所、軍隊、矯正施設を含めて、入居者を従順に無気力にさせ、自発性を失わせ組織が total institution である^{20, 21)}。閉鎖的な精神科病院も同様である。精神

医療施設の長期入院患者は、刑務所の無期囚の精神状態と類似していることを小木貞孝氏の著作を読んで教えられた²²⁾。「精神医学における Institutionalism の概念」に関して、帰国して論文にまとめた^{23, 24)}。フランスと英国の地域精神医療の歴史と現状を学ぶことで、日本の精神医療、長期入院患者の病理を、新たな視点で見ることができるようになった(25)。これらの経験が、私の精神医学のその後の歩みの出発点となった。留学中に学んだ精神医療の本来の在り方は、WHO の精神衛生担当官として、医療資源の少ない西太平洋地域の国々の地域精神医療政策を推し進めるうえで必要不可欠な知識であった。更に、アジアの精神科医と協力してアジア精神医学会(Asian Federation of Psychiatric Associations, AFPA)を創設するときに役に立った。

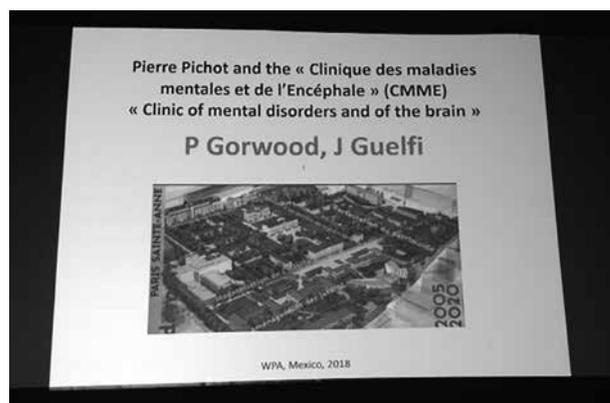
VII. おわりに

後期高齢者になった2018年の9月27日から30日に、メキシコ市で開催された第18回世界精神医学会(18th WPA World Congress of Psychiatry, WCP)に出席した。世界精神医学会(World Psychiatric Association, WPA)によるWCPは、それまでは3年に一度の開催であった。2017年にベルリンで開催された、第17回世界精神医学会で役員選挙が行われ、オーストラリア・メルボルン大学のヘレン・ヘルマン教授(Helen Herrman)が、世界精神医学会会長に選ばれた。日本から武田雅俊先生が、会議担当の執行理事に選ばれた。ヘルマン会長を始めとした新執行部の考えで、世界精神医学会(WCP)は、第18回からは毎年開催されるようになった。その初めての試みの年であった。

この学会で「ピシヨー教授の百歳とWPAへの貢献を記念する」シンポジウムが開催された。ピシヨー教授の弟子であり、WPAで長年にわたり執行理事を務めたモロッコ出身のドリス・ムサウイ教授(Driss Moussaoui)の企画である。司会は、WPA会長のヘルマン教授と前WPA会長でWHOの精神衛生部部長を務めたノーマン・サルトリウス教授(Norman Sartorius)の二人であった。サルトリ

ウス教授は、WHOでの私の上司で、30年以上にわたり一緒に仕事をする幸運に恵まれた。ヘルマン教授はWHO西太平洋地域事務局で私の後任であった。演者は、ピシヨー教授のもとに留学したドリス・ムサウイ教授、元WHO職員で、ロシア精神医学会会長を務めたモスクワのピーター・モロゾフ教授(Petr Morozof)、それに現在のサンタンヌ病院院長であった。私も、ピシヨー教授と縁の深い日本の精神科医を代表して話を求められた。

私はピシヨー教授の良い弟子ではなかった。彼は、良い弟子でない留学生に対しても親切で寛容であった。私のサンタンヌ病院からパリ13区の地域医療センターに留学先を変更したいという失礼な申し出を、快く承諾して必要な書類を書いてくれた。ピシヨー教授が、世界保健機関の精神疾患の疾病



2018年WPAメキシコでのピシヨー教授の百歳を祝うシンポジウム



シンポジウムの司会者と講演者、私の隣から、ノーマン・サルトリウス、ヘレン・ヘルマン、ドリス・ムサウイ、一人置いてサンタンヌ病院長のゴルウィッド・ゲルフィー、左端がピーター・モロゾフ

分類、世界精神医学会の創設、活動に大きな貢献をされたことを知ったのは随分後のことである。精神科医を始めた頃、フランス留学中は、将来WHOやWPAに関わりこうした巡り合わせが来ることは予想もしなかった。

今回、拙文を纏める機会を戴いた仁明会精神衛生研究所の武田雅俊先生に深謝する次第である。思い出すままに書いたので、過ちも多いと思う。御指摘頂ければ幸いである。

文献

- 1) 創立五十周年記念誌, 福岡県立大宰府病院, 1961.
- 2) 新福尚隆: ショック療法の精神病理学的研, 九州精神医学 1(3), 144-145, 1950.
- 3) 九州大学医学部神経精神医学講座開講 75周年記念誌, 九州大学医学部神経精神医学講座, 1981.
- 4) 九州大学精神科一百年の航跡一, 九州大学医学部精神科教室, 2006.
- 5) 小長谷正明: スモン薬害の原点一IRYO、63, 227-234, 2009.
- 6) 新福尚隆: 過呼吸症候群(目でみる神経内分泌疾患 17~19). 九州神経精神医学, 16(1), 122-123, 1970.
- 7) カール・ヤスパース(西丸四方訳) 精神病理学原論、みすず書房、1971
- 8) ミンコフスキー(村上仁訳) 精神分裂病、みすず書房、1959.
- 9) 向精神薬処方に関するアジア共同研究 Research on Asian Psychotropic Prescription Pattern, (RAEP): <http://www.reap.asia/>
- 10) Steinheil, G. Les grands aliéniste français -par René Semelaigne -Tome Premier, Philipps PINEL, ESQUIROL, FERRUS, Jean-Pierre Falret, Félix Voisin, GEORGET, Paris, 1894.
- 11) ピエール・ピショー.(帯木蓬生・大西守訳), 精神医学の二十世紀, 新潮選書, 1999
- 12) Moussaoui Driss, A biography of Jean Delay, The first president of the World Psychiatric Association, History of the World Psychiatric Association Series, Excerpta Medica, 2002.
- 13) 新福尚隆: パリ 13 区の地域精神医一- 成人の部を中心に. 臨床精神医学 7(1), 87-97, 1978.
- 14) Martin, DV; Institutionalisation. Lancet 1955, 2, 1188-1190,.
- 15) Wing JK, Brown, GW. Institutionalism and Schizophrenia, a comparative study of three mental hospitals 1960-1968. Cambridge University Press, 1970.
- 16) バートン・ラッセル(正田 亘 監訳); 施設神経症一病院が精神病をつくる一、晃洋書房(1985) [Barton Russel: Institutional Neurosis. John Wright & Sons, Great Britain, 1969]
- 17) 藤縄昭: 「病院内寛解」について一病院精神医学の立場から, 精神医学 4-2, 23-29, 1952.
- 18) 加藤正明: ホスピタリズム, In 加藤正明ほか(編), 精神医学事典, 弘文堂, 1971
- 19) Goffman, E, Asylums, New York, Ancho Books, Doubleday, 1961.
- 20) ビクトール・E・フランクル(霜山徳璽訳), 夜と霧: ドイツ強制収容所の体験記録. みすず書房, 1961.
- 21) E.A コーエン, (清水幾太郎他訳) 強制収容所における人間行動, 岩波書店, 1967.
- 22) 小木貞孝: 死刑囚と無期囚の心理, 金剛出版, 1974.
- 23) 新福尚隆: 精神医学における institutionalism の概念, 臨床精神医学 8(1) 91-102, 1979.
- 24) 新福尚隆: 脱施設化とは何か一国際的視点から考える, 最新精神医学 10-2, 135-142, 2005.
- 25) 新福尚隆: フランスの地域精神医療. 臨床精神医学 5(1), 89-98, 1976.

特別寄稿

せん妄の病態と治療

社会医療法人北九州病院・北九州古賀病院 中村純

Abstract

This article overviewed pathophysiology, diagnosis, and treatment of delirium. Delirium is characterized by impaired consciousness accompanied with psychotic symptoms. It generally occurs suddenly and follows a fluctuating course. The EEG of the delirious patients showed the stage 1-REM with tonic EMG. The finding of elevated free-MHPG and the decreased NK cell activity in plasma of delirious patients suggests that noradrenergic function and immune system are involved in the pathophysiology of delirium. A network meta-analysis of pharmacotherapy for delirium demonstrated that haloperidol plus lorazepam provided the best response rate for delirium treatment compared with placebo/ control. From the view point of delirium prevention, the ramelteon, olanzapine, risperidone had significantly lower delirium occurrence rates than placebo/ control.

Key words: せん妄、神経認知障害、睡眠覚醒リズム障害、MHPG、NK細胞活性値、ネットワークメタ解析
delirium, neurocognitive disorder, sleep wake rhythm disorder,
3-methoxy-4-hydroxyphenyl(ethylene)glycol(MHPG), natural killer cell activity, network meta-analysis

I. はじめに

認知症の中核症状に併発する辺縁症状の一つである Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) の中で治療に最も苦勞するのはせん妄である。認知症にせん妄の精神症状が重畳すると、せん妄の診断は複雑化する。BPSD の中でもせん妄を別に区別するという考え方もあり、BPSD は、認知症におけるせん妄発症の脆弱性を増強させ、遅発性せん妄の回復を遅らせる可能性もある。睡眠障害、気分の不安定化作用、精神運動興奮はせん妄の疑いを強める¹⁾とされる。

せん妄は認知疾患治療病棟だけでなく総合病院における ICU 症候群や術後せん妄への対応と同様に早期介入しなければ、原疾患の治療を妨げ、様々な合併症を併発する可能性や事故の危険性がある。特に、病棟に入院している患者と ICU に入院中の患者

に発症したせん妄の予後や背景を検討した報告³⁾によれば、両者の病像は異なり、病棟入院患者では低活動型せん妄が多く、認知症が先行していることも多いため回復の可能性が低いことも示されている。

本稿では、高齢患者の増加と共にせん妄発症が増加しており、これまでのせん妄に関する病態研究をまとめ、その対策を考察し、その治療に関する論文を概観したい。

II. せん妄の診断

せん妄は ICD-10 で定義¹⁸⁾されたように意識、注意、知覚、思考、記憶、精神運動活動、感情そして睡眠-覚醒周期(リズム)の異常が同時に起きることによって特徴づけられ、病的には非特異的な症候群である。せん妄は認知症と重畳することも、認知症に先行することもある。

意識低下は意識の深さというよりは意識の幅の障害とされ、精神症状を伴った特殊な意識障害、意識変容とされる。神経内科領域では急性錯乱(acute confusion)、米国精神医学会の診断分類 DSM-5¹⁶⁾では、認知症と共に神経認知障害群の一つとされ、

Etiology and Treatment of Delirium
Jun Nakamura M.D., Ph D.
Director, Kitakyushu Koga Hospital.
Emeritus Professor, University of Occupational and Environmental Health
〒811-3113 Chidori 2-12-1 Koga-city, Fukuoka Pref, Japan
jun@med.uoeh-u.ac.jp

基準 A: 注意障害(すなわち、注意の方向づけ、集中、維持、転換する能力の低下)および意識障害(環境に対する見当識の低下)、基準 B: その障害は短期間で出現し(通常数時間～数日)、もとななる注意および意識水準からの変化を示し、さらに1日のうちでも重症度が変動する傾向がある。基準 C: さらに認知障害を伴う(例: 記憶欠損、失見当識、言語、視空間認知、知覚)、基準 D は基準 A,B に示す障害は、他の既存の、確定した、または進行中の他の神経認知障害ではうまく説明できず、昏睡のような覚醒水準の著しい低下という状況では起こらない。基準 E: 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が他の医学的疾患、物質中毒または離脱、または毒物への暴露、または複数の病因による直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠があるとされる。以上が診断基準となっている。

せん妄時の脳波は、stage1-REM with tonic EMG と報告¹⁵⁾されたように軽い意識障害の時期に夢を見る REM 睡眠が混入した状態であり、本来、筋トーンが低下している REM 睡眠にもかかわらず、臨床的には体動があるという特殊な意識障害である。もっともレビー小体病発症に先行して経験され、その診断基準にもある REM 睡眠行動障害(RBD)とせん妄を鑑別することは困難とされ、RBD 症状の一部には、せん妄などの意識障害に類似した状態が含まれる可能性がある。これらはせん妄の病態を解明する上でも重要な生理学的な所見である。

RBD は、夢内容がそのまま行動化すると考えられ、その行動自体を記憶していることが多い。したがって、外界からの視覚などの影響を受けないと考えられる。一方、せん妄の場合は様々なレベルの意識障害に幻視、錯覚、精神運動興奮を伴い、せん妄時の行動を想起できないことが多い。そこで両者の病態生理は異なるという睡眠研究者も多い。

臨床的に原田憲一⁵⁾は、せん妄が示す軽い意識低下を連続引き算の失敗、日常会話における単語の取り違え、思考のまとまりの異常、感情面の異常-繊細な感情の動きの消失などで鑑別すること

を挙げ、同じく神田橋條治¹⁰⁾は、周囲からの刺激に対して「抗う」ことの少なさ、抵抗の無さ、弱さ(原田のいう感情の変化と一部共通)、日時の見当識は悪くないのに時間経過の認知の悪さ、100 - 3、100 - 1 などの計算、その結果の数字を逆唱することがうまくいかない。患者と相対して立ち、目を合わせ、注意を引き付けておいて、2秒程して「時々ぼんやりしますか」「時々眠くなりますか」と尋ねるなどの質問を挙げて、軽い意識障害を診断するとした。

精神科医は、他科の医師と比べてせん妄のように変動する微妙な意識障害を診断、鑑別する能力を有する必要がある。

III. せん妄の病態

せん妄は前述のように睡眠脳波の研究からも特殊な意識障害であることが示されているが、術後せん妄患者を対象に抗精神病薬ハロペリドールや抗うつ薬ミアンセリンの効果を検討した研究¹²⁾では、ノルアドレナリン(NA)の代謝物質である血漿中 3-methoxy-4-hydroxyphenyl glycol (MHPG) やドパミン(DA)の代謝物質 homovanillic acid (HVA) の変化が経時的に検討された。その結果、せん妄発症時には NA の機能亢進が推察されたが、DA については一定の結果は認めなかった。(図 1)

また、アルコール離脱、抗コリン剤や抗ヒスタミン剤などの薬物によるせん妄研究から、例えば、アルコール離脱患者の CSF (cerebrospinal fluid) の NA 及びその代謝産物の増加が報告された⁹⁾。この結果からもせん妄発症時に NA 機能の亢進が示された。しかし、NA 系の過活動が離脱せん妄の覚醒水準の変化とどのように関係しているのかについては明らかにされていない。また、DA についてもモデルラットを用いた研究によって、その機能低下が示唆された⁴⁾。さらに中枢性に作用するムスカリン性抗コリン剤の投与が、健康成人にせん妄を惹起するという事実もよく知られている。これはアセチルコリン(Ach)系神経伝達の障害という一つの因子でせん妄が起こることを示しており、兼子¹¹⁾は Ach 系

とせん妄との関係について、1)加齢による Ach 放出能の低下 2)抗うつ薬や抗パーキンソン病薬など抗コリン作用のある薬剤がせん妄を惹起しやすいこと 3)抗コリン剤以外の病因で起きたせん妄に対しても抗コリンエステラーゼが治療上有効であること 4)低酸素時に Ach 合成及び放出低下がみられること 5)術後せん妄患者では、非せん妄群に比べて抗コリン剤の血中濃度が高いことなどの事実から Ach 系の機能低下は、せん妄の最も有力な病因の一つとされたことなどを挙げてせん妄と Ach との関連を論じている。抗コリン剤によるせん妄のポリグラフ解析から前述の stage 1-REM with tonic EMG という骨格筋のトーン抑制を伴わない異常な睡眠が

記録されたことも報告²⁾されており、この脳波は、Tachibana ら¹⁵⁾の報告と同様である。

このように生理学的な研究や生化学的研究からせん妄状態時には各種カテコラミン、コリン系の異常、特に NA 系の機能亢進状態が推定されるが、脳内では非特異的な変化が起こっており、特定の物質によるものではなく、覚醒系と抑制系に關与する物質の不均衡状態が惹起されていると推定される。

さらに術後せん妄発症について、前方視的に心臓手術患者を対象にした研究では、術後にせん妄を発症した人は、発症しなかった人と比べて、術前の血漿中 MHPG が有意に高く、Natural Killer (NK)細胞活性値が低い傾向の人にせん妄が発症していた¹³⁾。(図2)

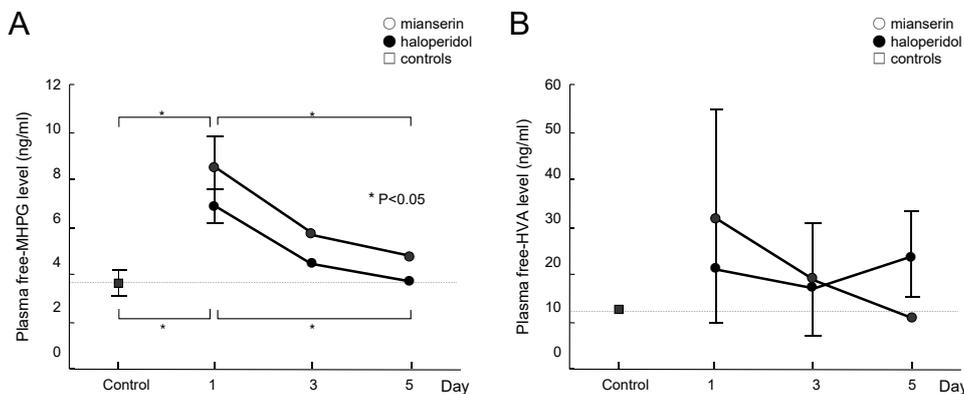


図 1¹²⁾：ミアンセリン、ハロペリドールのせん妄に対する効果

せん妄発症時、ミアンセリン (N=10) 投与後、第 1 日目の血漿中 MHPG は $8.5 \pm 1.3\text{ng/ml}$ であったが、3 日目には $5.8 \pm 1.2\text{ng/ml}$ 、5 日目には $4.6 \pm 0.6\text{ng/ml}$ に減少していた。ハロペリドール (N=10) 投与後も、第 1 日目の血漿中 MHPG は $6.9 \pm 0.7\text{ng/ml}$ であったが、3 日目には $4.4 \pm 0.5\text{ng/ml}$ 、5 日目には $3.7 \pm 0.7\text{ng/ml}$ に減少していた。これに対して、血漿中 HVA の変化は薬剤によって一定せず、有意な変化は認めなかった。15 名は対照患者

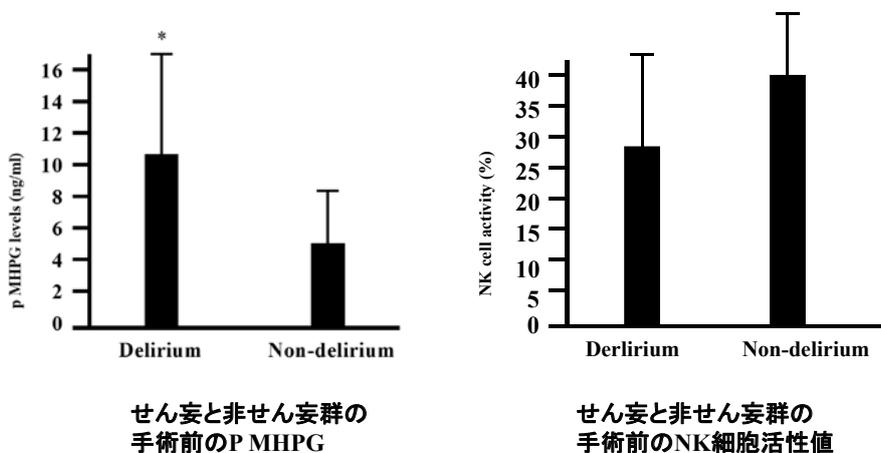


図 2¹³⁾：術後せん妄の前方視的研究

心臓手術患者 (N=26) の術前の血漿中 MHPG 及び NK 細胞活性値を術後せん妄発症者 (N=11) とせん妄非発症群 (N=15) の値を比較した。その結果、せん妄発症群は、術前の血漿中 MHPG が有意に高く ($10.8 \pm 6.6\text{ng/ml}$ vs $5.3 \pm 3.7\text{ng/ml}$)、NK 細胞活性値が低い傾向が示された ($28\% \pm 19\%$ vs $39\% \pm 11\%$)。

なお血漿中 MHPG は不安の程度ともよく相関することが報告²⁰⁾されており、不安が強く、免疫機構が低下している人にせん妄が発症しやすい可能性が示唆される。

IV. せん妄の治療

1. 環境調整・支持的精神療法

認知症、脳器質性精神病などの中枢性疾患、代謝性疾患などによる症状性精神病、依存性薬剤使用でもせん妄が発症しやすいが、いずれも病態は同じと考えられる。

せん妄が発症すると、結果的に睡眠－覚醒リズム障害が起こることが知られている。したがって、発症予防、治療にも昼間覚醒させ、夜眠らせる工夫が必要である。患者に「なじみの環境」を提供することも重要である。具体的には、朝から夕方までは明るい環境にしておき、時間や場所、日付などの見当識を保つ工夫(カレンダー、時計などの設置)。慣れ親しんだ日用品を身の回りに置く。さらに身体面のみならず、精神面に対する配慮も重要である。なるべく一定の看護スタッフが関わり、不安を緩和し、穏やかでわかりやすい会話を心がけ、日中は感覚刺激を与え、現実検討能力の維持に努めることが必要である。なお集中治療室において、術後せん妄の発症を検討した研究⁶⁾では、特定の一室に収容された患者にせん妄が多発していた。その部屋の特徴は、患者が臥床したまま ICU の重症患者が視野に入り、明暗のリズムが保ちにくく、騒音が高いベットという環境であった。この報告では、せん妄発症は、異常かつ過剰な感覚刺激、特に視覚刺激の関与が大きいのではないかと指摘している。

また、日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン¹⁴⁾によれば、せん妄の発症とその持続時間を減少させるために、遂行可能であれば早期からの積極的離床(座位、立位、歩行練習など)や四肢や体幹の運動(早期離床と運動を総称して early mobilization という)を中心とした早期のり

ハビリテーションを推奨している。さらに鎮静薬の必要量と患者の不安を減らすために、可能な場合はいつでも音楽を使った介入を行うことを提案している。

2. 薬物療法

せん妄発症に対しては、環境調整や医療スタッフの介入が発症予防には重要であるが、第一は、原疾患の治療が優先される。

しかし、一旦せん妄が発症した場合には、環境調整や精神療法だけで治療することは困難で薬物療法が必要である。

しかし、せん妄に対して保険適用を有する薬剤は現段階ではチアプリドだけである。チアプリドも正確には、脳梗塞後遺症に伴う攻撃的行為、精神興奮、徘徊、せん妄の改善を対象としており、せん妄に対して実臨床で用いられている睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬は、保険適応外である。厚生労働省も臨床試験はされていないがハロペリドール、リスペリドン、クエチアピン、ペロスピロンの4種類の抗精神病薬については、臨床現場で汎用されており、比較的に安全であることから保険診療を認めている。しかし、漫然と抗精神病薬を継続すると特に、高齢者では、錐体外路障害やイレウス、嚥下性肺炎などの副作用を併発することがあり注意を要する。

1) 睡眠薬

睡眠薬をせん妄の治療に投与する場合は、第一に鎮静目的にベンゾジアゼピン系薬剤を静注する対症的な使い方があり、麻薬前投薬としてフルニトラゼパムあるいはミダゾラムなどが用いられる。しかし、その効果は一時的で過鎮静や呼吸不全、薬物の排泄遅延を起こし、せん妄による睡眠－覚醒リズムを改善することは難しい。

その意味ではメラトニン同族体であるラメルテオンは、睡眠－覚醒リズムを整えるとされ、その予防に有用である可能性がある。

実際に Hatta ら⁸⁾は、ラメルテオン 8mg/日を1週間、65歳～89歳までの大学病院の ICU あるい

は急性期病棟に入院した67名の患者を対象に、前方視的にプラセボとの無作為化多施設二重盲検比較試験で投与したところ、ラメルテオン群(発症率3%)はプラセボ群(発症率32%, $p=0.03$)と比較して有意にせん妄発症を抑制すると報告した。しかし、その作用機序から考察すると、ラメルテオンの睡眠-覚醒リズム改善には2週間程を要するということから、ラメルテオンは、催眠効果は弱いがメラトニン増強による直接的な不眠改善がせん妄発症を予防した可能性が示唆される。その意味では、夜間の睡眠を十分確保するために用いるベンゾジアゼピン系睡眠薬と効果は同様である可能性がある。ラメルテオンは、長期的にみると睡眠-覚醒リズムを調節する可能性があり、ベンゾジアゼピン系睡眠薬の筋弛緩作用、認知機能低下などの副作用を考慮すると、ラメルテオンは、せん妄発症予防に処方される可能性がある薬剤と考えられる。さらに、覚醒ホルモンとされるオレキシン受容体の強力な拮抗薬であるスボレサントの効果を検証した報告⁷⁾では、ICUあるいは急性期病棟に入院した65歳~89歳の72名の患者を対象にスボレサント15mg/日をわずか3日間処方したところ、スボレサント群では0例/36例(0%)、プラセボ群では6例/36例(17%)のせん妄発症($p=0.025$)を認め、スボレサント投与群は、有意にせん妄発症を抑制したという興味深い結果が得られた。スボレサントは効果発現が速いことから、せん妄発症の予防効果も期待できると思われた。

2) 抗認知症薬、抗精神病薬を含めた薬剤の効果

せん妄に関しては、発症予防と治療との区別なく臨床においては薬剤が処方されている。前述の睡眠薬、さらに抗認知症薬ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンなどコリンエステラーゼ阻害作用を有する薬剤は、脳内ACh量を増加させ、いずれも認知症の進行を抑えると共にAChを増加させることからせん妄発症を予防する可能性がある。

これまで報告されたせん妄予防や治療を目的に行われた試験の多くは、定型抗精神病薬と新規抗精神病薬を比較して、ほぼ同等の効果が得られる

ことを示したが、副作用発現を考慮すると新規抗精神病薬の方が有用とされている。したがって、実臨床では、リスペリドン、クエチアピン、オランザピン、ペロスピロン、ブロナンセリン、アリピプラゾールなどの新規抗精神病薬が用いられることが多い。

さらにせん妄治療を目的にこれまで行われた二重盲検比較試験に対するネットワークメタ解析の報告¹⁹⁾もある。ネットワークメタ解析とは、3群以上の介入群について、一度に解析を行う方法で間接比較を考慮したペアワイズメタ解析の拡張版とされ、解析に組み込みこむことができる症例数が増えるため精度が高くなることが期待される方法である。本論文では、58論文のRCTが組み入れられ、20論文の平均年齢63歳、63.1%が男性患者の1435名が対象となり、38論文、平均70.2歳、53.4%男性、8168名と比較された。その結果、ハロペリドールとロラゼパムを用いた処方が最も有効(odds ratio [OR] 28.13; 95% CI.2.88-333.08)と報告され、さらにリスペリドン、クロルクロマジン、ロラゼパム、クエチアピン、オランザピンなどの効果が続いた。

次いで、せん妄予防にはラメルテオン、スボレサントが有効とされ、次いでオランザピン、リスペリドン、ドネベジルなどが有用という結果であった。そして、薬物療法なし、プラセボだけでは様々な理由での死に至る危険性が高まるとした。(図3)実臨床の場面では、薬物は、興奮、焦燥が強く、幻覚などの精神病症状がある人には高用量、長期間使用されることもあるが、原疾患の程度を検討しながら適切な薬剤選択や投与量、投与期間を決めなければならない。

V. まとめ

高齢の患者が増加しており、せん妄への対応は、老年精神医学の重要な課題である。特に、認知症、薬物依存、多剤併用者、多臓器不全者、フレイル(虚弱)、男性、うつ病患者はせん妄発症の予備群¹⁷⁾とされている。

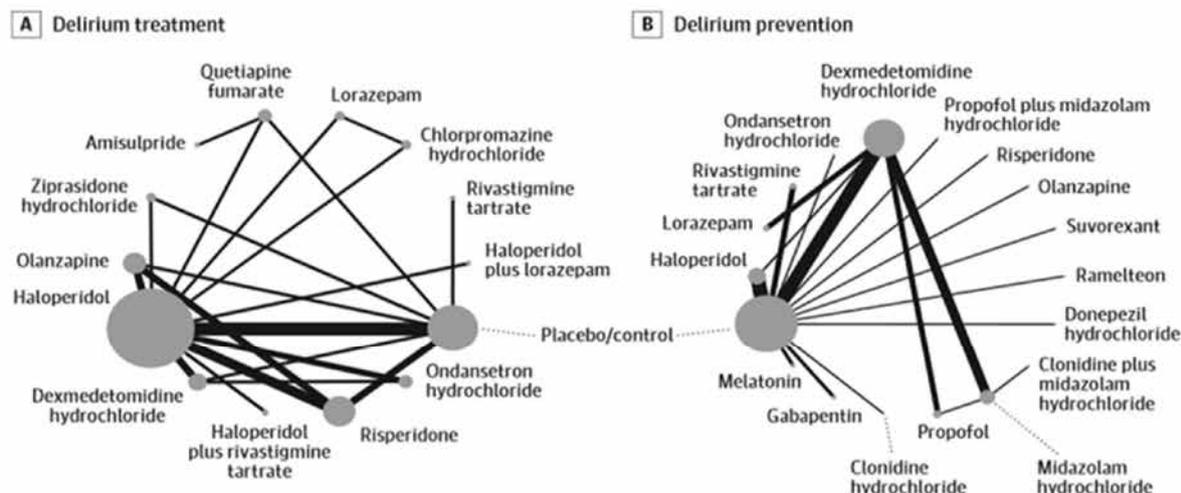


図3¹⁹⁾: 各種薬剤に対するプラセボあるいは対照と比較したネットワークメタ解析のネットワーク構造

A. せん妄治療に用いられた各種薬剤の結果 B. せん妄の予防に用いられた薬剤の結果

せん妄は幻視などの異常体験、興奮などを伴った特殊な意識障害である。せん妄への関心からいくつかの評価尺度も開発されているが、精神科医は精緻な観察と質問によって、診断する能力を養う必要がある。

せん妄は基本的には睡眠-覚醒リズムの障害とされ、そのリズムを調整することが治療の目標となる。治療の第一原則は、原疾患の治療であるが、環境調整、支持的な精神療法、薬物療法が重要である。また、予防的には適切な睡眠を促す環境調整、睡眠薬を選択する必要がある。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) Abengana J, Chong MS, Tay L: Delirium superimposed on dementia: phenomenological differences between patients with behavioral and psychological symptoms of dementia in a specialized delirium unit. *Int Psychogeriatrics* 29 (3):485-495, 2017
- 2) 渥美義賢、小島卓也、松浦雅人他: biperiden 静注による眼球運動、脳波の変化. *精神薬療基*

金年報 9:171-178, 1977

- 3) Canet E, Amjad S, Robbins J, et al.: Differential clinical characteristics, management and outcome of delirium among ward compared with ICU patients. *Intern Med J* Mar 19, 2019 [Epub ahead of print]
- 4) Diana M, Pistis M, Carboni S, et al.: Profound decrement of mesolimbic dopaminergic neuronal activity during withdrawal syndrome in rats: electrophysiological and biomedical evidence. *Proc Natl Acad Sci USA* 90: 7966-7969, 1993
- 5) 原田憲一: 精神医学の知と技 精神症状の把握と理解. pp154-158, 中山書店. 2008
- 6) 長谷川浩二、向笠広和、中村 純他: 急性心筋梗塞後のせん妄発現に関する因子-特に環境因子について-. *総合病院精神医学* 4 (1): 31-37, 1992
- 7) Hatta K, Kishi Y, Wada K., et al.: Preventive effects of suvorexant on delirium: A randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 78 (8): e970-e979, 2017
- 8) Hatta K, Kishi Y, Wada K., et al.: Preventive effects of ramelteon on delirium. *A*

- randomized placebo-controlled trial. *JAMA Psychiatry* 71 (4) :397-403, 2014
- 9) Hawley RJ, Major LF, Schulman EA., et al.: Cerebrospinal fluid 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol and norepinephrine levels in alcohol withdrawal. *Arch Gen Psychiatry* 42: 1056-1082, 1995
- 10) 神田橋條治: 追補精神科診断面接のコツ. 軽い意識障害の診かた .pp195-215, 岩崎学術出版社, 1984
- 11) 兼子幸一: 意識障害の神経科学 - 覚醒機構の障害としての意識障害 - . せん妄 精神医学レビュー No26 編集一瀬邦弘, ライフサイエンス社 pp48-55, 1998
- 12) Nakamura J, Uchimura N, Yamada S., et al.: Does plasma free-3-methoxy-4-hydroxyphenyl (ethylene) glycol increase in the delirious state? A comparison of the effects of mianserin and haloperidol on delirium. *Int Clin Psychopharmacol* 13:147-152, 1997
- 13) Nakamura J, Yoshimura R, Okuno T., et al.: Association of plasma free-3-methoxy-4-hydroxyphenyl (ethylene) glycol, natural killer cell activity, and delirium in post-operative patients. *Int Clin Psychopharmacol* 16: 339-343, 2001
- 14) 日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン作成委員会: 日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン日集中医誌 21:539-579, 2014
- 15) Tachibana M, Tanaka K, Hishikawa Y., et al.: A sleep study of acute psychotic states due to alcohol and meprobamate addiction. *Advance in sleep research*. (ed by Spectrum) . pp177-205, New York, 1975
- 16) 高橋三郎、大野裕 監訳 :DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, pp276-282, 2014
- 17) Todd OM, Teale E.: Delirium: a guide for the general physician. *Clinical Medicine* 17 (1) : 48-53, 2017
- 18) 融道男、中根允文、小宮山実 監訳 : ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, pp70-77, 1993
- 19) Wu YC, Tseng PT, Tu YK., et al.: Association of delirium response and safety of pharmacological interventions for the management and prevention of delirium. A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4365 E1-E10, published online February 27, 2019
- 20) Yamada S, Yajima J, Harano M., et al. : Saliva level of the 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol in psychiatric outpatients with anxiety. *Int Clin Psychopharmacol* 13:213-217, 1997
-

原著

認知症の人に対する介護支援専門員の取り組みおよびその課題に関するアンケート調査

神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 梶田博之
 神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 尾寄遠見
 神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 前田潔

Abstract

Purpose: To clarify the activities of care managers (CMs) who work to support in community office for people with dementia and their problems.

Methods: We carried out a questionnaire survey by mail to CMs working at 500 home care support.

Results: Responses were obtained from 486 CMs at 216 offices. There were many people with dementia who were in charge of CMs, and many cases with symptoms of dementia but no definitive diagnosis were included. Consultation by CMs was actually offered, and the rate of recommending consultation to a hospital or clinic specializing in dementia was high. There were many consultations from carers regarding how to manage behavioral and psychological symptoms of dementia, and there were also many CMs who had difficulty in managing the care of people with dementia compared to people without dementia. As for collaboration with professionals and family members, good collaboration has been observed with long-term care insurance service providers and carers, but there are few CMs who had good collaboration with family doctors. **Discussions:** There are many people with dementia in charge of CMs, and CM needs to further improve knowledge and skills about dementia, which will be important for CMs to be responsible for comprehensive care for the people with dementia.

Key words: 認知症の人 (people with dementia)、地域での支援 (support in community)、ケアマネージャー (care manager)、アンケート調査 (questionnaire survey)、BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia)

要約

【目的】 認知症の人に対する居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員(以下、CM)の取り組みおよびその課題について明らかにすること。**【方法】** 全国の500か所の居宅介護支援事業所に勤務するCMに対して郵送によるアンケート調査を実施した。**【結果】** 216事業所、486名のCMから回答を得た。CMが担当している対象者には多くの認知症者がおり、認知症症状はみられるが確定診断されていないケースも多く含まれていた。CMによる受診勧奨も行われており、認知症治療を専門とする病院・診療所への受診を勧める割合が高かった。介護者からの相談内容としては認知症の行動・心理症状への対応に関するものが多く、認知症でない人と比較し認知症の人へのケアマネジメントに難しさを感じているCMも多かった。専門職や家族との連携については、介護保険サービス事業者および介護者に対しては良好な連携が行われているが、かかりつけ医との連携において十分と感じているCMは少なかった。**【考察】** CMの担当ケースには多くの認知症の人または認知症の疑いのある人がおり、CMは一層、認知症に関する知識やスキルの向上を図り必要があり、このことは今後の地域包括ケアに向けてCMが担っていくうえでより重要なものになると考えられた。

Questionnaire survey of care managers' attitude and task to dementia people
 Hiroyuki Kajita, Tohmi Osaki, Kiyoshi Maeda
 School of Comprehensive Rehabilitation, Kobe Gakuin University
 518 Arise, Ikawadani-cho, Nishi-ku, Kobe City, 651-2180, Japan
 Corresponding author; Kiyoshi Maeda, MD, PhD, maedak@reha.kobegakuin.ac.jp

I. はじめに

本邦における急速な超高齢社会の到来とともに、認知症の人の数も増加し、大きな社会的課題となっている。この状況に対して、厚生労働省は2012年には「認知症施策推進5カ年計画(オレンジプラン)」¹⁾を、2015年には「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」²⁾を策定し、認知症の人が住み慣れた地域での生活を長く継続できるような医療やケアの方向性を明示した。さらに2019年6月には認知症施策推進大綱³⁾を発表し、「共生と予防を車の両輪として認知症施策を推進する」としている。

認知症は記憶障害や見当識障害といった中核症状をはじめ、徘徊や暴言・暴力といった行動・心理症状(以下BPSD)など様々な症状を呈するため、認知症の人のみならず介護者にとっても大きな負担となる。認知症の人が自宅での生活を継続するために介護が必要となった場合、介護保険の要介護認定を受け、訪問介護や通所介護といった各種サービスを受けながら生活を送ることが多い。この介護保険サービスを利用する際には、介護支援専門員(ケアマネージャ、以下CM)が利用者の要望を聴取しながらアセスメントを行い、その利用者に合ったケアプランを作成する。サービスの利用開始後も、CMは定期的に利用者宅を訪問し心身の状況を把握しながら、また一方でサービス提供事業者にも利用状況等の確認をしながらケアマネジメントを行っていく。つまり、CMはケアプラン作成のみならず、利用者とサービス提供事業者との橋渡しの存在でもあり、地域ケアにおける多職種連携の中心的役割を担っているともいえる。特にアルツハイマー病をはじめとする認知症の原因疾患の多くは、現在のところ根本的治療法が確立していない進行性疾患であるため、認知症の人が住み慣れた地域での在宅生活を長く継続するためには医療・福祉の専門職の連携した支援が一層重要となり、多職種連携の中心的役割を担っているCMは重要な存在といえる。

そこで本調査では、CMが行っている認知症の人への支援の実際を把握すること、また支援行う

うえでどのような課題や意識をもっているかについて明らかにすることを目的とし、全国のCMに対してアンケート調査を実施した。

II. 対象と方法

本調査では、全国500か所の居宅介護支援事業所に勤務するCMに対してアンケート調査票を郵送した。調査を行う事業所は、独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイト(WAM NET)⁴⁾に掲載されている居宅介護支援事業所の中から、無作為に抽出した。アンケート調査票は一事業所につき3部同封し、複数のCMへ記入を依頼した。アンケートは無記名式とし、回収も郵送にて行った。また、アンケート調査票とともに本調査に関する説明書を同封し、アンケート票の返送をもって調査について同意を取得したものとする旨を明記した。調査期間は2015年1月～2015年2月とした。

アンケートは、CMの基本的属性、日常業務における認知症の人との関わり、およびそれらに対する意識に関する質問項目によって構成した。

なお、本調査は「神戸学院大学人を対象とする研究等倫理委員会」において承認を受けて実施した。

III. 結果

返信のあった事業所数は500施設中216施設(事業所としての回収率は43.2%)であり、486名(男性92名、女性392名、不明2名)のCMからアンケート調査票を回収した。

対象者の基礎資格は介護福祉士314名(65%)、看護師69名(14%)、社会福祉士(8%)、歯科衛生士17名(4%)、ホームヘルパー15名(3%)、その他であった。CMとしての経験年数は、3年未満が19%、3年以上5年未満が19%、5年以上10年未満が35%、10年以上15年未満が22%、15年以上が5%であった。

アンケート回答者であるCM1名が担当しているケースのなかで認知症の人の割合(認知症の診断はないが明らかな認知症症状がある人を含む)は4～

6割が37%と最も高く、次いで2～4割が33%であり、2割以下は5%であった(図1-a)。また、診断は受けていないが認知症の疑いのある人はどの程度いるかという質問では、「よくいる」と「ときどきいる」を合わせると約78%にのぼった(図1-b)。認知症の疑いの人に対する医療機関への受診勧奨については「よく勧める」が24%、「ときどき勧める」が43%、「たまに勧める」が29%、「ほとんど勧めない」が4%であり(図1-c)、受診勧奨先としては「かかりつけ医(診療科を問わず)」が29%であったのに対し、「認知症治療を専門とする病院・診療科」は66%であった(図1-d)。

認知症の人の家族からよく受ける相談内容としては、「BPSDへの対応について」が最も多く、次いで「介護保険サービスの内容について」、「受診すべき医療機関について」、「認知症の症状の基礎的知識について」の順であった(図2)。

「認知症のない利用者にくらべて認知症の対象者へのアセスメントやケアマネジメントを難しいと感じることはあるか」との質問には、「よくある」と「ときどきある」がそれぞれ35%であり、「ほとんどない」は5%のみであった(図1-e)。また、ケアマネジメントを行ううえで対応に苦慮することが多いBPSDとしては、「不穏」、「徘徊」、「妄想」の回答が多かった(図3)。

認知症対応型通所介護の利用については、「ほとんど勧めていない」が38%と最も割合が高く、「たまに勧めている」が33%であり、「よく勧めている」は5%であった(図1-f)。周辺地域の認知症対応型通所介護の事業所数に関しては、「あまり充足していない」と「充足していない」を合わせると約7割を占めた(図1-g)。

かかりつけ医、サービス事業者、家族との連携の現状については、サービス事業者および家族においては、「十分である」と「まあ十分である」を合わせると90%超の割合であったが(図1-h, i)、かかりつけ医との連携においては34%にとどまっていた(図1-j)。

認知症のない利用者にくらべて認知症の人のケ

アプラン作成時や実際に支援を行う際に特に実施している、または意識している点については、「家族との連絡を密にする」「サービス提供者との連絡を密にする」との回答がともに多くみられ、次いで「介護家族に対する支援策を検討する」「利用者と直接会う機会を多くする」が多かった(図4)。

「ケアマネジメントを行ううえで、認知症に関する知識や情報が十分でないと感じることはあるか」との質問に対しては、「ある」が55%、「ない」が7%、「どちらともいえない」が37%であり(図1-k)、「ある」と回答したCMでは、十分ではないと感じる内容について、「認知症に対する治療法」「BPSDへの対応方法」「認知症の人が利用可能なインフォーマルサービス」などの項目が多く挙げられた(図5)。

IV. 考察

認知症初期集中支援推進事業(初期集中支援事業)がモデル事業として開始されたのが2013年であり、全国のすべての市区町村で開始されたのが2018年3月である。この初期集中支援事業は、認知症のひとで医療・介護につながっていない人を対象に、集中的に支援することで医療・介護につなげて行こうというものである。一方で、CMは身体介護については習熟しているが、認知症については知識もスキルも十分でないという指摘があり、そこを補う意味で初期集中支援事業が始まったという経緯もある。CMは認知症のある人への対応が苦手であるという意見はよく聞かれていた^{4, 5, 6)}が、今回の調査にもあるように、CMは認知症のひとのケアマネジメントは避けて通れないということができる。

CMが担当しているケースにおける認知症の人の割合は、認知症の診断はないが明らかな認知症症状がある人を含めると、CMは日常業務において多くの認知症の人を担当していることが示されていた。また、医療機関において認知症の診断は受けていないものの、言動から認知症が疑われるケースも多いとの回答結果が得られ、認知症の人が早期に認知症の診断を受けていないことも示された。

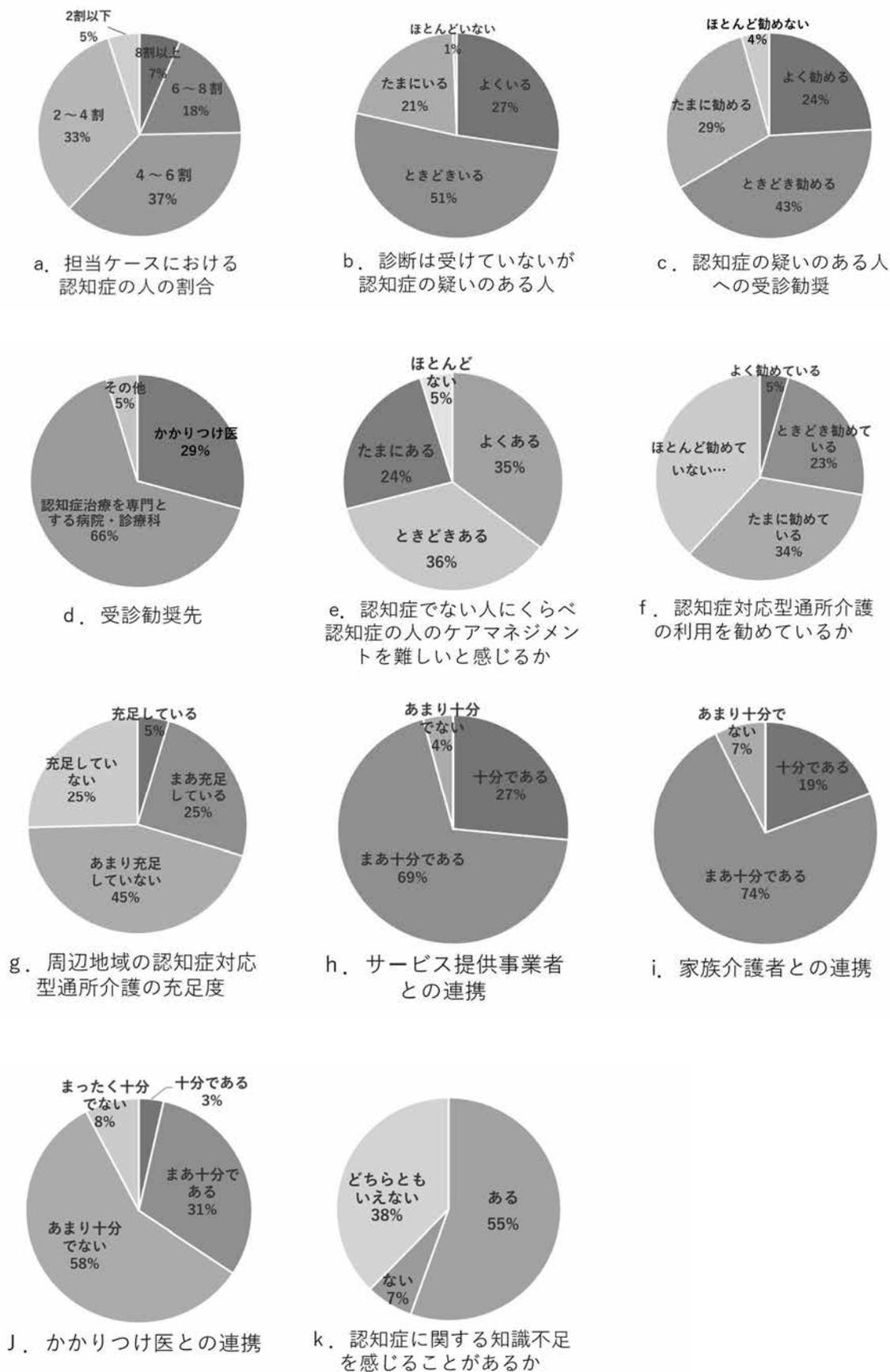


図1 アンケート結果

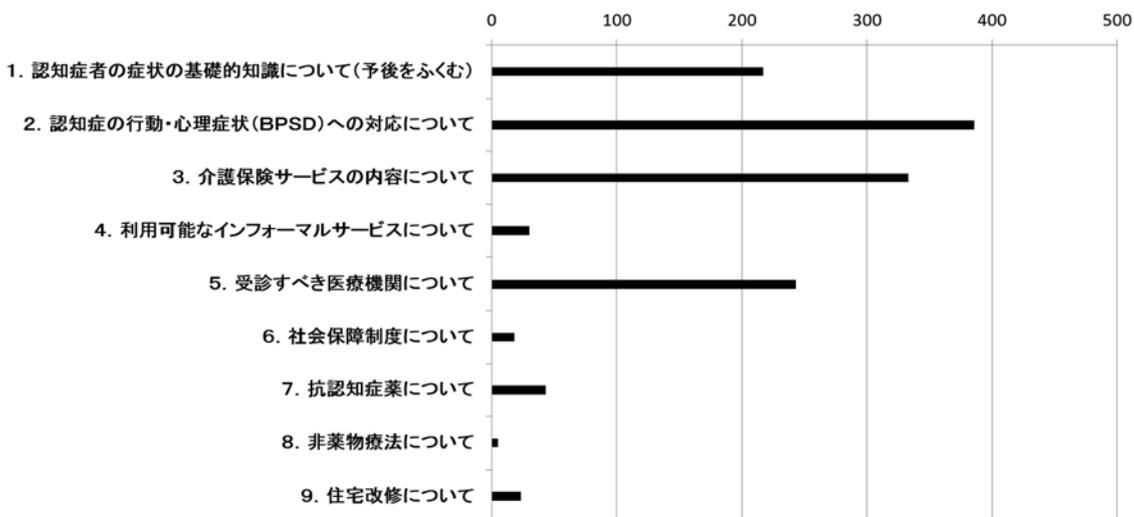


図2 家族介護者から受ける相談内容

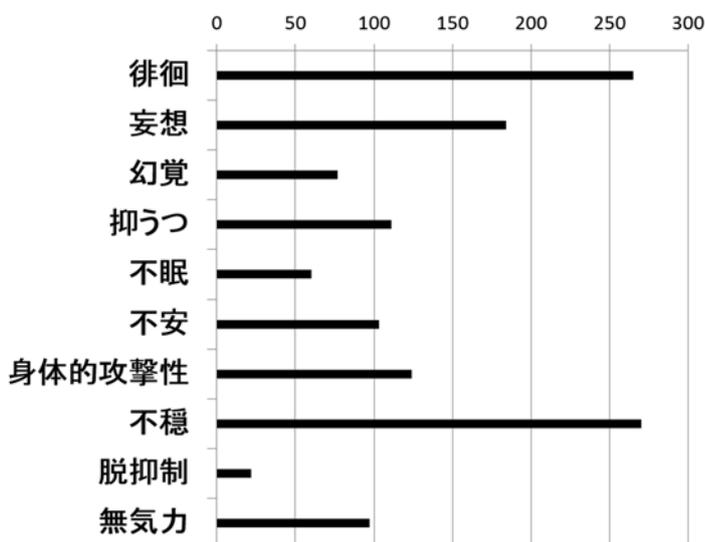


図3 対応に苦慮することが多いBPSD

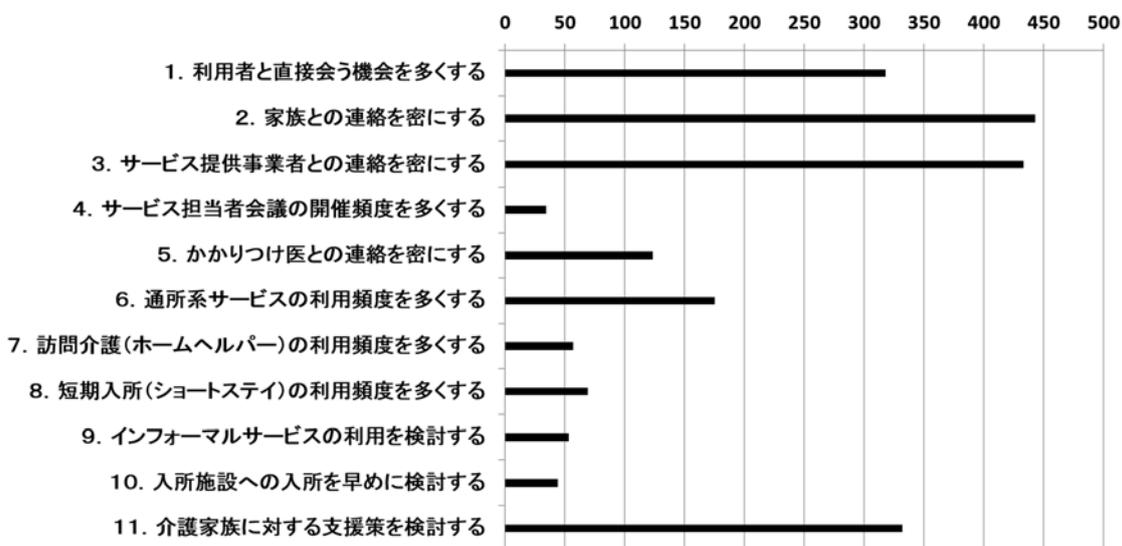


図4 認知症の人のケアマネジメントで実施している,または意識している内容

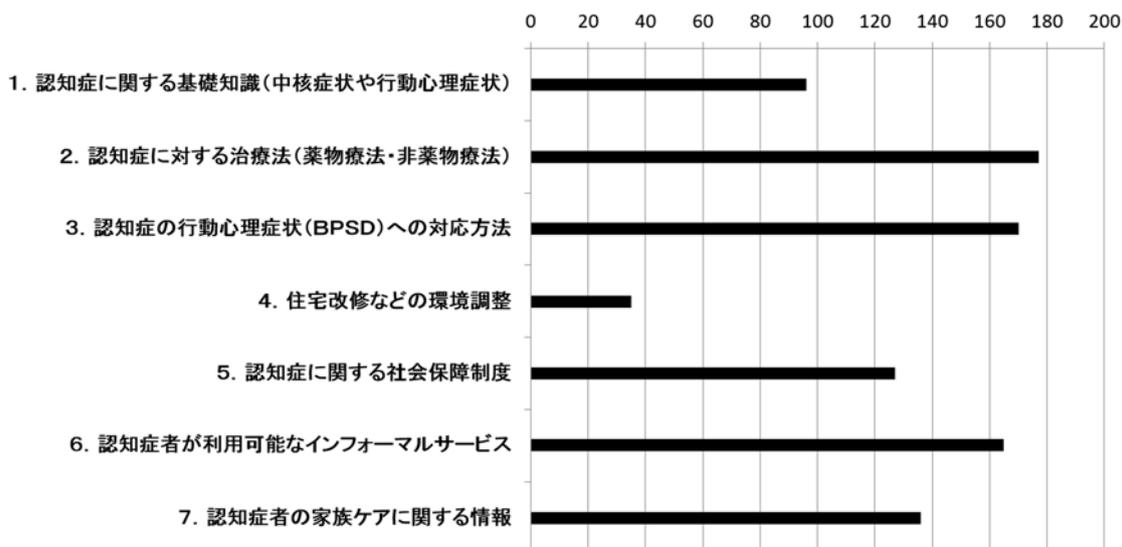


図5 認知症に関して不足していると感じる知識

アルツハイマー病を代表とする認知症に対して早期発見・早期対応の重要性は高い^{7, 8)}が、承認されている治療薬は症状改善薬にとどまり、根治治療薬については開発途上段階である現状では、認知症の早期受診の必要性の認識は低いと言わざるを得ない。そのなかで、地域における高齢者支援の中核ともいべき地域包括支援センターや居宅介護支援センター等に勤務するCMには、近隣の高齢者に関する情報が集まりやすく、相談業務やアウトリーチを行うなかで高齢者やその家族との直接的な接点も多い。そのため、軽度認知機能障害あるいは早期段階で認知症を把握し、鑑別診断のための受診勧奨や適切な福祉サービス提供に十分な役割が期待される。

本調査結果でも、認知症の疑いのある人に対して受診を勧めている割合は高く、勧奨先としては認知症治療を専門とする病院・診療科が最も多かった。認知症の原因疾患や類似の症状を呈する疾患は多数あるため、鑑別診断のためには認知症治療を専門とする医療機関において専門医が診察を行うことが望ましいことは確かであろう。しかし、地域によっては専門医療機関の数が限られており、対象者自身で通院することが困難な場合も少なくない。約3割のCMが受診勧奨先として「かかりつけ医(診療科を問わず)」と回答していたが、対象

者と継続的な関わりをもつかかりつけ医は、認知症の早期発見ならびに早期対応に向けては欠かすことのできない存在であり、かかりつけ医の認知症へのさらなる対応力向上のための取り組みが重要と考えられる^{9, 10)}。

また、認知症の症状には記憶障害や見当識障害といった中核症状のほかに、不穏、徘徊、暴言暴力といったBPSDがみられることが多い。家族介護者からCMへの相談内容として「BPSDへの対応について」が最も多かったが、このBPSDは家族介護者の介護負担にも大きな影響を与える¹¹⁾。「認知症のない人に比べ認知症のある人のアセスメントやケアマネジメントを難しいと感じることはあるか」というCMへの質問では「よくある」「ときどきある」の回答を合わせると約7割となっていた。「BPSDへの対応」は認知症に関して不十分と感じる知識としても多く挙げられていたが、BPSDはCMによるケアマネジメントの困難さに対しても影響を及ぼしているケースが多いと考えられる。認知症の人のケアマネジメントの困難さは、BPSD対応の困難さであるということができると思われた。

通所介護や通所リハビリテーションといった通所系サービスは、介護保険において利用されることの多いサービスであるが、認知症がある程度進行

した人がこれらのサービスを利用する場合には、周囲のペースに合わせられずに疎外感や不安感を抱き、それが利用拒否や BPSD の要因となることも少なくない。介護保険の通所系サービスには認知症の人の利用に特化した認知症対応型通所介護があり、一般の施設にくらべて個別的対応が可能で落ち着いた環境で過ごすことができるため、認知症の人の利用には適しているといえる。しかし、認知症対応型通所介護に関する質問では、「あまり充足していない」と「充足していない」を合わせると約7割を占める結果となり、施設が量的に不足している地域が多いという現状がうかがえ、認知症の人が安心して利用可能な施設の充実が望まれる。

このように BPSD など介護に苦慮するような症状を呈する認知症の人の地域生活を長期的に支援していくためには、医療・介護の専門職および家族介護者との連携が必須となる¹²⁾。今回の調査では、認知症の人へのケアマネジメントにおいて実施している、あるいは意識している点に関する質問に対して、「家族との連携を密にする」「サービス事業者との連携を密にする」といった回答が多く見受けられ、家族介護者および介護保険サービス事業者については概ね良好な関係性が構築できていると感じている CM が多かった。

その一方、かかりつけ医との連携については「十分である」「まあ十分である」の回答を合わせても34%にとどまり、対照的な結果となっていた。アルツハイマー型認知症をはじめ認知症の原因疾患の多くは進行性であり、身体合併症を伴うことも少なくないため、薬物の調整など医療的な管理が必要となる。かかりつけ医と家族介護者との関係は無論重要であるが、客観的立場から専門的知識をもったケアマネジメントを行う CM が直接的にかかりつけ医と連携をとり情報を共有することの利点も大きい。互いに日常業務が多忙であるなど連携にあたっての支障も少なくないと考えられるが、医療と介護・福祉の連携は今後に向けての大きな課題のひとつであるといえる。

現在、医療・介護・福祉を一体的に提供する地

域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みがなされている^{13, 14)}。中核症状や BPSD といった様々な症状が現れ進行していく認知症の人の地域支援においては、特にこの地域包括ケアの概念が重要となってくる。医療・介護・福祉の専門職間、および本人や家族介護者との連携の重要性はより一層高まっていくことが予想され、CM はこの連携における橋渡しの存在として期待される。相互の立場や役割を十分に理解しあい多職種で協働することが、認知症の人が安心安全に地域生活を継続できる社会の実現に向けて最も重要な取り組みのひとつであると考えられる。

文献

- 1) 厚生労働省：認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079271.pdf>
- 2) 厚生労働省：認知症施策推進総合計画（新オレンジプラン）https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf
- 3) 厚生労働省：認知症施策推進大綱
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>
- 4) 梶田博之、前田潔：認知症初期集中支援チームにおける多職種協働 - 神戸市における活動から - *Dementia Japan* 30 (1) 73-78 2016
- 5) 前田潔、梶田博之：オレンジプラン、中間年の検証、地域連携、認知症初期集中支援チームの課題 - 神戸市における経験 - *精神神経学雑誌* 118 (2)、84-90、2016.
- 6) 独立行政法人 福祉医療機構 (WAM NET) . (2014年11月閲覧)
<https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/>
- 7) 朝田隆：認知症の早期診断 . *老年精神医学雑誌* 19 (10)、1062-1067、2008.
- 8) 中村治雅：本邦における認知症根本治療薬の臨床開発実現に向けて：アルツハイマー病を中心

- に. 臨床神経学 54(12), 1181-1183,2014.
- 9) 武田章敬: 認知症サポート医養成研修とかかりつけ医認知症対応力向上研修. 認知症ケア事例ジャーナル 10(1), 56-60,2017.
- 10) 鈴木邦彦: 認知症の人の地域生活を守る医療. Geriatric Medicine 55(10), 1069-1074,2017.
- 11) 山口晴保, 中島智子, 内田成香, 松本美江, 甘利雅邦, 池田将樹, 山口智晴, 高玉真光: 認知症疾患医療センター外来のBPSDの傾向 NPIによる検討. 認知症ケア研究誌 1, 3-10, 2017.
- 12) 今福恵子, 見城道子, 大杉紘徳, 山下 香枝子: 在宅における「行動障害および精神症状」を有する認知症高齢者の支援に関する専門職連携の在り方について. 保健医療福祉連携 5(1), 11-20,2012.
- 13) 原直子, 佐藤ゆかり, 香川幸次郎: 認知症の人の在宅生活を支援する地域包括ケアに関する研究 地域包括支援センターの調査に基づいて. 厚生指標 63(6), 15-23,2016.
- 14) 粟田主一: 地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進. 保健医療科学 61(2), 125-129,2012.

原著

当院におけるクロザピン使用の現状

一般財団法人仁明会 仁明会病院 三戸宏典

Abstract

Clozapine, the only antipsychotic available for treatment-resistant schizophrenia, has not yet been widely disseminated in Japan, partly because multiple constraints and anxieties about serious side effects with clozapine treatment is suspected. On the other hand, many reports of the usefulness of clozapine are recommended, and clinical setting for the use of clozapine has been implemented as a national policy. In our hospital, we still had only 3 cases of clozapine use experience which unfortunately gave poor treatment results. However, based on the experience of the three cases, we could at least eliminate anxiety about serious side effects and avoid polypharmacy. From now on, we would like to actively use clozapine hoping for the better treatment of schizophrenic patients in long-term hospitalization.

Key words: クロザピン、治療抵抗性統合失調症、長期入院患者、抗精神病薬、多剤併用、重篤な副作用
Clozapine, treatment resistant schizophrenia, long stay patient, antipsychotic,
polypharmacy, serious side effect

I. はじめに

クロザピンが2009年に日本で上市されてから約10年が経過し、治療抵抗性統合失調症治療薬として適応が認められた唯一の抗精神病薬としての地位を確立している。しかし、重篤な副作用への不安や医療機関などの登録制度、血液内科医との連携や頻回な血液モニタリングの負担などの複数の要因から他の抗精神病薬と比べ、安易に投薬できるとは言えない薬剤である。

その一方ではクロザピンの臨床的有用性を検討する研究は増え、多くの報告において優れた治療成績であり、クロザピンは再発予防、社会的予後、自殺予防、身体的予後、費用対効果などの観点において他の抗精神病薬とは一線を画していることが指摘¹⁾されている。また、日本神経精神薬理学会が2015年に作成した統合失調症薬物治療ガイドライン²⁾においても「治療抵抗性統合失調症にク

ロザピンは有用であり強く推奨する」と明記されている。さらに、平成30年度の診療報酬改定ではクロザピンの薬剤料を特定入院料における包括算定外としたように国策としても普及を推進していることもうかがえる。

2019年5月時点でのクロザリル患者モニターサービス(Clozaril Patient Monitoring Service: CPMS)の登録患者数は8565人、登録医療機関数は524施設であり³⁾両者とも増加傾向である。ただ、厚生労働省の2017年患者調査によれば国内の医療機関で治療を受けている統合失調症患者数(類縁疾患も含む)は約79万人であり、そのうち治療抵抗性である割合を仮に30%としたところ約24万人がクロザピンの対象患者数と推計⁴⁾できる。そうすると、今までにクロザピン治療を受けた患者数は治療抵抗性統合失調症患者の未だ3-4%でしかない事が分かる。もちろん様々な理由で導入が出来ない事情が少なからずあると想定しても、まだまだ国内においてクロザピン治療が十分に普及していない状況である事は明確である。

Current status of clozapine treatment in our hospital.
Hironori Mito, MD
Jinmeikai Hospital
53-20 Kabutoyama-chou, Nishinomiya, Hyogo 662-0001

当院においても2017年に施設登録を完了したものの現在に至るまで未だ3例の使用経験しか持たない現状である。今回3例の使用経験を踏まえて今後の課題を検討していきたいと考えた。

II. 当院における使用例

CASE1(50代後半、男性、妄想型統合失調症、反応性不良による導入)

18歳時に幻覚妄想状態にて発症し、統合失調症として初回入院に至った。その後も再燃再発を繰り返し15回以上の入退院歴がある。外来通院中においても病的体験は一定程度残存し、まとまりのない言動と易怒性と衝動性が慢性的に持続していた。訪問看護や作業所やデイケアなどを利用し、何とか一人で暮らしていたが、興奮や粗暴な言動からデイケアの利用を停止されることもあった。アリピプラゾール 30mg、リスパリドン 12mgを十分期間使用するも効果は十分ではなく、入院中は頻回に保護室を使用していた。そのため治療抵抗性統合失調症としてクロザピンの導入を決定した。すぐにクロザピン導入のため今まで投与していた多剤併用薬の漸減を開始したが、意外にも病状が活発になるどころか易怒性や衝動性が目立つ事なく穏やかに過ごしている場面も多く見られた。クロザピン開始後には微熱や頻脈や排尿困難や嘔声などを認めたが、いずれも大事には至らなかったため漸増を続けた。開始2週目のクロザピン 150mg/day くらいから一旦は幻聴の訴えが消失し情動も安定したが、その後すぐに幻聴が再燃し、威圧的な態度も散見され開始8週目でクロザピン 400mg/day まで漸増した。それでも夜間の暴言や衝動性が続いていたが、呂律困難や嘔声や流涎が目立ち、薬剤量と薬効が比例していない印象であったために一旦クロザピン 250mg/day まで減量した。また、焦燥や不眠が続いていたためロラゼパムやレボメプロマジンの併用も行っていった。一定の効果は得られており、幻聴自体は目立たなくなったが、易怒性や衝動性や焦燥は未だに散見されていた。入院期間が長期化していたストレスもあり

開始32週目で一旦退院とした。一人暮らしのため訪問看護やヘルパーの利用にて自宅での服薬管理を行っていたが、ある日突然行方が分からなくなり数日間家に帰らなかったため内服が中断されたため、開始55週目でのクロザピン中止となった。

CASE2(40代後半、男性、妄想型統合失調症、反応性不良による導入)

19歳頃より対人恐怖があり不規則に通院していた。大学を卒業後、就労歴はなく両親と3人で暮らしていた。27歳時より幻聴や妄想が活発となり、統合失調症と診断され初回入院に至った。退院後は定期的な通院を行い、病状はやや不安定ながら両親のサポートのおかげで作業所に通所するなどして生活できていた。しかし、41歳時より幻聴が活発化し、不安や焦燥も高まり自傷行為に及ぶこともあったため2回目の入院となった。その頃より抗精神病薬の反応性不良が目立ち、リスパリドンを十分量で十分期間使用しても幻聴や作為体験を中心とした病的体験が持続していた。そのため、入院期間は長期化し、退院後も年に1回のペースで入退院を繰り返した。親に対する粗暴行為もあり、45歳時には親元を離れサービス付き住宅へ入居するなどしたが、46歳時には6回目の入院に至った。入院後は幻聴に左右され椅子を投げ飛ばし、他患へ怪我を負わせた事もあり保護室の使用を繰り返していた。「Aが椅子を投げて隔離に入れと言ってくる、お前を殺すと言ってくる、お菓子を食べさせてくる、便やおならを止めてくる」などと述べ、活発な幻聴や作為体験が持続し、日常生活のほとんどの言動は病的体験に支配されていた。リスパリドン 12mg、オランザピン 20mg、ハロペリドール 18mgを十分期間使用するも効果は乏しく、リスパリドン持効注射剤やアセナピンやブレクスピプラゾールなども試したが、同様であった。そのため47歳時にクロザピンの導入を決定した。既往歴などはなかったが、以前より白血球数 4000/mm³前後で好中球も 50% 程度で少なかったため、炭酸リチウムを追加投与してからクロザピンを開始

した。開始2週目のクロザピン 125mg/day くらいで幻聴の軽減の自覚が得られたが、便秘と流涎は持続していた。重篤な副作用はなかったため徐々に増量し、クロザピン 400mg/day の開始8週目の頃には少人数の一般病室で過ごせるようになっていた。しかし、時折「A うるさいぞ!」と大声で叫んでおり、間欠的な幻聴の存在がうかがえた。そのため開始32週目でクロザピン 600mg/day まで増量したが、幻聴は変わらず、流涎が悪化したため一旦クロザピン 500mg/day に減量した。それでも流涎は続いており、時折放声も散見されたが、問題行動などは認めなかった。幻聴に支配されていた状況から幻聴に対抗できている様子に変化し、一定の効果は持続していると判断した。現在43週目で通院での治療も検討できる段階となり、地元相談事業所に依頼し、地域移行支援を導入し自宅での一人暮らしを進めていく方針である。

CASE3 (30代前半、男性、解体型統合失調症、反応性不良による導入)

13歳時に幻覚妄想状態で発症し、統合失調症として通院加療を開始した。18歳時に怠薬から病状悪化し、初回入院に至った。2年後に退院したが、半年後に再入院となった。22歳時に4回目の入院となり現在に至るまで約9年間に渡り長期入院している。「僕は健康です、僕がブラックジャックなので主治医は要りません、僕は警部補佐官です」などと述べ、病識は欠如し、誇大妄想や被害妄想が活発で攻撃性や興奮も伴い、支離滅裂な発言が多かった。オランザピン 20mg、パリペリドン 12mg、アセナピン 20mg を十分期間使用するも効果が乏しく、易刺激性や多飲水も目立っており、長期間の保護室使用を繰り返していた。そのためクロザピンの導入を決定した。白血球数 4000/mm³ 前後で好中球数も 2000/mm³ 程度で少なかったが、以前より炭酸リチウムを内服していたためそのままクロザピンを開始した。投与直後から好中球数は規定ギリギリであったため、好中球数が 2000/mm³ 未満となる事もあり緩徐に漸増し、開始5週目

でクロザピン 175mg/day とした。未だ明らかな効果は認めず、独語をしながら徘徊するといった姿が多かった。開始6週目でとうとう好中球 1500/mm³ 未満となり投与中止となった。その後、好中球数が一旦回復した際にオランザピンを投与すると再び好中球数の減少がみられたためその後はアリピプラゾールを中心とした処方を継続している。

III. 考察

当院でのクロザピン使用の3症例中、継続投与しているのは1例のみであり、あとは通院中の内服中断例と好中球減少による中止例であった。継続投与の1例も著効例ではなく、部分的改善にとどまり、クロザピンの有用性の実感は未だ乏しい状況である。今回、当院にて保護室滞在期間が長期間であった3症例に対してクロザピンを使用した。いずれも男性で30代40代50代の各1名ずつであり、特に心疾患や糖尿病やてんかんなどの既往歴などもなかった。治療歴も17年～40年と長く、薬剤効果が乏しいため今まで様々な抗精神病薬を内服しており、入退院を繰り返している症例であった。そのため治療抵抗性統合失調症の定義を十分に満たしていたと考えられる。また、いずれも前治療薬の投与終了後にクロザピン投与を開始するなどの手順も遵守していた。岸らの報告では⁵⁾、治療抵抗性の条件を満たす統合失調症患者38例に対してクロザピンを処方し、4・8・12週目でそれぞれの Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) の変化を見たところ、陽性症状尺度、陰性症状尺度、統合精神病理尺度、いずれも有意な改善が見られており、PANSS 総得点で20% 以上の改善を認めた患者が全体の50%、また30% 以上の改善を認めた患者は20.6%、さらに40% 以上の改善は14.7% であったとしている。しかし、当院での治療成績は到底及ばないものであった。もちろん極めて症例数が少ないことが大きな一因であろうと考えている。他の抗精神病薬に比べて使用方法(漸増ペース)などはクロザピン適正使用ガイドランスなどに明確に記載されているため

独自の使用などはないが、併用薬については未だ詳細な検証が進んでいないため今回の結果に影響を与えた事も考えられた。また、客観的な治療評価を行えていないため治療成績が主観的な評価のみで不明瞭であった事も反省点である。いずれにしても今後、使用経験を増やしていくことでさらなる検討を重ねたいと考える。

副作用に関しては、流涎や便秘や頻脈など添付文書にて記載されている比較的可能性の高い症状が出現し、重大な副作用としては好中球減少症のみであった。肝機能障害や耐糖能障害や心筋炎やけいれんなども血液検査や心電図検査や脳波検査などにて出現がないことを確認した。

今回、クロザピン開始後の3種類のパターンかつ好中球減少の出現を経験した事で今後のクロザピン導入への後押しになった事は間違いなく、現在4例目・5例目と新たな導入を開始している状況である。副作用に悩まされている日々の臨床の中で重篤な副作用の情報が先行しているクロザピンの使用には当初大きな不安と大きな期待があったのは事実である。しかし、クロザピンには頻回の血液モニタリングなど厳しい管理体制が伴うため、例えば副作用の出現を認めたとしても早期に対処することで大事に至らず回避できることがわかった。それに伴い環境や支援者によっても大きく左右される薬剤であり、特に通院加療においてはそれが浮き彫りになることもわかった。当然ながら本人の病識や服薬アドヒアランスが重要であり、退院時には2週間に一度の通院が継続できるかの不安が残る。榎本らの報告では⁹⁾、クロザピンの治療効果の有無を決めるのは少なくとも6か月、出来れば12か月間が必要であるという。つまりは通院加療に切り替わってからの効果発現も期待できるため退院後のサポートの厚さが患者予後とより相関する薬剤であると考えられる。当院での継続症例についても今後のさらなる効果発現に期待したい。

当院におけるクロザピン使用の治療成績は芳しくないものであったが、複数の制約を伴うクロザ

ピンという抗精神病薬を経験したことにより医局員を含め、現場の医療スタッフの過剰な不安を払拭することが出来たように思える。もちろん重篤な副作用出現への危機管理を緩める事は許されないが、より適正に使用できるような体制が整ったと思われる。また、少なくとも投与前の抗精神病薬の単剤化により多剤併用大量処方の適正化には役立ったといえる。

IV. 今後の課題

当院において治療抵抗性統合失調症で長期入院している方は少なくない。病状が固定化しつつあり、患者やその家族やさらには治療者側も疲弊しがちである。そういった重度かつ慢性の膠着状態においてクロザピンは希望の1つであり、また多剤併用処方となってしまう薬剤整理の動機の1つにもなると考えられる。副作用の出現などによりクロザピンを中止せざるを得ないケースも避けられないが、中止後も症状の改善が維持された症例の報告⁷⁾もある。長期にわたる治療期間を伴い、膠着状態に至ってしまった中で少しでも良くなる可能性があるのであればその治療法を提案する事が主治医の務めではないかと考える。今後も医療スタッフの教育や安全性の確保に努め、患者やその家族に対して十分な説明と理解を得て、少しでも長期入院患者の生活機能や社会機能が改善できるようクロザピン導入を進めていきたいと考えた。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

参考文献

- 1) 久住一郎: Clozapineの有用性アップデート. 臨床精神薬理 21,1411-1418,2018
- 2) 日本神経精神薬理学会: 統合失調症薬物療法ガイドライン. 2015年公開, 2017年改訂
- 3) クロザリル適正使用委員会ホームページ: CPMS登録されている医療機関

-
- 4) 藤井康男 :Q32. 世界各国のクロザピンの使用状況と日本での可能性を教えてください。クロザピン 100 の Q&A (藤井康男 編) ,p95-97, 星和書店, 東京, 2014
 - 5) Kishi,T.,Fujita,K.,Furukawa,O.et al.:Efficacy and tolerability of clozapine in Japanese patients with treatment-resistant schizophrenia:results from a 12-week,flexible dose study using raters masked to antipsychotic choice.Asian J.Psychiatr,6:200-207,2013
 - 6) 榎本哲郎、伊藤寿彦、関根慶輔ほか : 治療抵抗性統合失調症 55 例に対する clozapine 使用経験 . 精神神経学雑誌 115 9,953-966,2013
 - 7) 内田勝久、武井教使、鈴木勝昭ほか : 好中球減少により clozapine 治療は中断したものの治験からもたらされた症状の改善は維持された症例 . 臨床精神薬理 8,1997-2000,2005

総説

パーキンソン病におけるfeeling of presence(気配感覚)について

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰

Abstract

A feeling of presence (FOP) is the convincing feeling that unseen being present nearby. The “leibhaftige Bewusstheit (Jaspers K)” is essentially an identical phenomenon to this symptom. Clinical features of FOP in patients with Parkinson’s disease are described here in relations to some psychiatric symptoms, like visual hallucination, delirium, and delusional misidentification syndrome. By definition, FOP is not hallucinatory phenomenon. However, occasionally it is accompanied by unformed hallucination. Hypervigilance in delirium may cause FOP. And, REM-sleep behavior disorder may induce hypnagogic and hypnopompic FOP. In addition to this, delusional disorders, like pathological jealousy, phantom boarder and the belief the deceased person is still alive, are occasionally induced by FOP in patients with Parkinson’s disease.

Key words: 気配感覚、実体的意識性、パーキンソン病精神病、妄想性誤認症候群、非運動症状
Feeling of presence, “leibhaftige Bewusstheit”, Parkinson Disease Psychosis,
Delusional Misidentification syndrome, non-motor symptoms

I. はじめに

近年、パーキンソン病の症状として、運動症状(パーキンソニズム)とともに、非運動症状としての精神症状が注目されている。パーキンソン病における幻覚、錯覚、妄想は、パーキンソン病精神病 Parkinson Disease Psychosis (PDP)と呼ばれているが、これらに加えて、これまで注目されることが少なかった特異な感覚、つまり“自分の近くに、何者かがいる気配を感じる”という感覚(feeling of presence, FOP)もパーキンソン病精神病の重要な症状とされている。この“感覚”は、これまで「実体的意識性(Jaspers, K)」とされてきたものであるが、最近改めて注目されることになったこの感覚を、ここでは「気配感覚」と仮訳したうえで、パーキンソン病における他の精神症状(幻覚、

せん妄、妄想性誤認症候群など)との関係について考察する。

II. 「気配感覚」あるいは実体的意識性

「気配感覚」は“自分の近くに、何者かがいる気配を感じる感覚で、その存在を確かめようと見まわすが、その姿を見ることはできない”という特異な感覚である。

元来、「そこにひとがいる」という意識は、健常者では、“ひとの姿が見えるので、そこにひとがいると認識する”といったように知覚(視覚、ときには聴覚、触覚などの知覚)を介して確認されるものである。精神症状としては、“人物幻視や幻声が、ひとの存在を確信させる”というかたちで、幻覚を介して出現することもある。しかし、それ以外に、ここで述べる「気配感覚」のように実体意識性のかたちをとって、通常の知覚あるいは幻覚を介することなく、原発性に出現する場合がある。

「(実際にはいない)何者かが、自分のすぐ近くに

Feeling of Presence in Parkinson’s Disease
Koho MIYOSHI, MD, PhD
Jinmeikai Research Institute for Mental Health
4-31 Koshimizu-cho, Nishinomiya, Hyogo, Japan 662-0864

いる気配を感ずる」という感覚は、feeling of presence (FOP)^{1,2,4,11}, feeling of a presence と呼ばれている。また、Felt presence^{5,31}, unseen presence, sensed presence³なども同じ意味に用いられている。筆者は、feeling of presence をこれまで「存在感覚」^{25,26,27}と訳してきたが、a presence (あるいは presence)には、「気配、霊気」という意味があり、「気配感覚」とか、「気配感」とするのが元の語感に近い。

心理学、精神医学を通じて、この精神現象のもっとも古い記載はウィリアム・ジェームス James W の著書「宗教的体験の諸相 Variety of Religious Experience (1902)¹⁶」におけるものとされている。宗教体験における特異な精神現象としてのこの“感覚”の記述は的確であり、今日の精神医学においてもそのまま通用するものである。

それはしばしば不完全なかたちの幻覚にもなって体験される。その“感覚”に襲われた者は、確かに部屋のなかの特定の部位に、まさに現実に存在するように“そこに居るもの”を感ずる。しばしば突然やってきて、唐突になくなる。しかし、見えないし、聞こえない、触れることもできない、つまり、通常感覚を介しても認識されるものではない。(James W.: 「宗教的体験の諸相」より。筆者訳)

Jaspers K (1913) は、“実体的意識性 leibhaftige Bewusstheit”¹⁷によって生ずる錯誤の例として、この状態を挙げている。参考までに、Jaspers K の著書・精神病理学総論第9版(第1版は1913年に刊行)における「実体的意識性」についての記述の一部を、ここに引用してみる。

患者は、いつでも自分のそばに“誰か”がいる、あるいは、大抵は斜め後ろを歩いているように体験する。自分が立ち上がれば、その“誰か”も立ち上がる。自分が歩けば一緒に歩く。その“誰か”を、見ようを見回せば、それに合わせてその位置を変えるので見ることができない。その人物は、いつでも同じ場所において、すこしだけ前や後ろに動く。患者には、その“誰か”が見えないし、聞こえない、身体を感ずることも触ることもできない。しかし、間違いなく、そこに誰かがいることを感じる。しかし、体験の執拗さや、一時的な錯誤にも関わらず、本当は、そこには誰もいないことは分かっている。(中略)正常の現象では、過去の知覚、あるいは現実の感覚が基になっているが、病的な意識性の場合、全く原発的(primär)に、侵入的

(eindringlich)、確信的(Gewissen)、実体的(leibhaftig)という性格をもって出現する。(本当は)存在しないもの、現実にならぬものを心に浮かべるさまざまな意識性 Bewusstheit——思考意識性、妄想意識性——に対比させて、このような現象を「実体的意識性」と呼ぶ。実体的(的)意識性は、幻覚に移行することがある。(中略)逆に、原発的な妄想への移行もある。(筆者訳)

実体的 leibhaftig とは、表象と違って感覚的鮮明さと客観性をもつことを意味し、意識性 Bewusstheit とは、心理学的には、“心像や感覚の媒介なしに事物が一挙に意識される”ことである。Jaspers K が強調しているのは、ある“意識”が、原発的に(見る、聞くなどといった感覚的要素を介してではなく)出現するという点である。宮本²⁴)によれば、実体的意識性の特性として1)実体性、2)外部的客観的空間における定位、3)感覚的、直接的要素の欠如、4)主体への影響、5)現実確信が挙げられている。

これらの実体的意識性において指摘されてきた特徴は、本稿で扱う「気配感覚」においても、そのまま認められる。ただ、幻覚や原発的な妄想に移行する場合もある。

このような体験は、統合失調症、脳器質性疾患(局所性てんかん、外傷、アルツハイマー病、パーキンソン病、レビー小体型認知症など)や、ナルコレプシーにおける入(出)眠時において認められる⁹⁾。また、健常者においても、入(出)眠時にこのような体験がみられることがある³⁹⁾。また、配偶者や近親者の死のあとに、しばらくの間、なお生きていると体感することがある⁸⁾。そのほか、生命の危険のあるような過酷な状況において、その状況を救済するような形で、「(実際に存在しない)同伴者が、そばにいると感ずる」体験があることが知られている。

Ⅲ. パーキンソン病における「気配感覚」

1. パーキンソン病精神病の診断基準のひとつ

近年、パーキンソン病やレビー小体型認知症において、幻覚、錯覚、妄想などに加え、「気配感覚」が注目されている^{10,11,15,21,22,28,26,34,35)}が、それは、これらの疾患における精神症状への関心の深まりに

よるところが大きい。また、2016年より、米国において、選択的セロトニン逆作用薬 selective inverse agonist (セロトニン 5HT_{2A} と選択的に結合し、抑制的に働くもので、ドパミン遮断作用がないためパーキンソン病の運動症状を悪化させることがない)である Pimavanserin¹⁸⁾による治療が行われるようになったことから、パーキンソン病精神病への関心はさらに高まっている。

「気配感覚」は、今日、「パーキンソン病精神病 Parkinson's Disease Psychosis (PDP)」の34%においてみられる疾患特異性の高い症状とされ¹⁰⁾、以下のようにパーキンソン病精神病的診断基準^{32,37)}に取り入れられている。

パーキンソン病精神病的診断基準(NINDS,NIMH Work Group(2007)³⁷⁾;まず、パーキンソン病(PD)の診断基準(UK brain bank criteria)によってパーキンソン病と診断され、それに加えて、発症後に i. 錯覚、ii. 気配感覚 sense of presence、iii. 幻覚、iv. 妄想、のうち、すくなくとも一つが見られ、1ヶ月以上、繰り返す、あるいは持続する。他の病態(DLB、統合失調症、統合失調感情障害、妄想性障害、精神病症状を伴う気分障害、せん妄など)によるものではない。病識、認知症、PDの治療の有無を特定せよ。

これによく似た感覚に「通過幻覚 passage hallucination」(何者かが自分の横をさっと走り抜けるという感覚)がある。通過幻覚は「気配感覚」と共に、パーキンソン病における「小精神病現象 minor psychotic phenomena」^{34,35)}あるいは「小幻覚 minor hallucination」と呼ばれる。このような症状は、パーキンソン病の患者において高頻度に認められ、その3分の1は運動症状の出現前に出現するとする報告があり、パーキンソン病の前駆症状として注目されている³⁵⁾。

Fenelon G et al.¹⁰⁾はパーキンソン病における「気配感覚」について初めて詳細な記述を行った。その一部を引用すれば次の通りである。

存在感覚は、実際にはいない誰か(自分以外の何者か)が、すぐ近くにいるという活き活きとした感覚である。外界に投影されるような知覚ではないが、しばしば幻視が同時に出現し、幻視あるは錯視との関連がみられることは、この症状が幻覚的な性格をもつものとの考えを支持するものである。不分明の幻視に関していえば、31%において認められる。この感覚は、しばしば、夕方から夜間にかけて体験されるが、昼間に体験される

こともあり、持続時間は、短いときには数秒、あるいは数分で、数時間持続することはまれである。しかし、多くは、何度か繰り返され、ときには、全体として、数ヶ月の長い期間にわたる。また、病識は、ほとんどの場合にあつて、いま体験している感覚は現実のものではないと感じている。このような体験が必ずしも恐怖を呼ぶとは限らない。むしろ、ときには、自分を守る存在として感じられる。「いま部屋を出て行った配偶者が、いつの間にかそこにいるという感覚」もあり、この感覚を“再存在感 palinparousia”(palin=again, parousia=presence)と呼ぶ。また、ひととの関係(つまり社会性)における幻覚であるとみなすことができ、社会幻覚 social hallucination と呼ぶことができる¹⁰⁾。

2. 他の精神症状との関係

ここで、パーキンソン病やレビー小体型認知症において「気配感覚」はどのように体験されるかについて述べ、それが、どのように他の精神症状と関連しているのか考えてみたい。

1) 幻覚との関係

パーキンソン病においても、他の疾患におけるものと同じように、「気配感覚」は、「自分のすぐ横の、すこし後ろに、誰かがいる気配を感じる」、「確かめようとその方向をみてるが、誰もいない」といったように体験することがもっとも多い。「すこし離れた場所、つまり自分のいる部屋の隅とか、玄関、廊下など家のなかのすこし離れたところ、ときには、庭、窓の下などに、ひとがいる」と感じることもある。その感覚は活きいきとしており、たいていは、知らないひとである。「気配はあつても、実際に見えるわけではありません」といったかたちで、患者自身によって、それが幻視そのものであることは否定される。

症例1: 69歳男性: 9年前からパーキンソン病運動症状(右上肢静止時振戦、筋強剛)。認知症。アマタジンとL-dopa治療。ゴミを見ていると、小さな虫となって動き出す(錯視、パレイドリア)。夜、布団のなかに4~5匹の子犬やねずみが入っている(幻視)。「自分の横の、すこし後ろにひとがいる気配がある」、「見えないが、間違いなくそこに男がひとりいる」、「(死んだ)母親が玄関に来ている」、「廊下も、ひとが立っている気配があるが、誰もいない」などという。

「気配感覚」と幻覚の間の関連や、本質的な異同については、なお、不明確なところが残っており、今後、検討がなされる余地がある。

実際のところ、「気配感覚」を訴える患者において、それとは別に幻視体験が認められることは稀ではないし、また、幻覚にも、必ずしもイメージとして知覚されることのない不分明なもの(非知覚性幻覚 non-sensory hallucination)³¹⁾があるとされる。さらに、「気配感覚」は、ときには幻視に変化してゆくこともあって²¹⁾、幻覚の前駆状態 pre-hallucinatory state³¹⁾、あるいは“初期の完成していない幻覚 unformed hallucination”¹⁰⁾であるともみやす考えもある。

このように、「気配感覚」は、幻覚と区別することは必ずしも容易ではないところがあり、気配幻覚 presence hallucination という用語もあるほどである¹⁰⁾。

また、「気配感覚」を、自己視やドッペルゲンガー^{2,5,6)}と関係づける仮説があるが、それらとは、「気配感覚」で体験する対象は、あくまで自分以外の人物であるという点で異なっている。ときに、「気配感覚」と混同される視野外幻視 extracampine hallucination は、幻視体験そのものであるという点で区別される。

2) 意識障害と関係

「気配感覚」の出現に感覚の過敏性が関連しているとする考えがある³¹⁾。とくにせん妄の過活動型では、Hypervigilance (DSM-IV, DSM-5では、“過度の警戒心”と和訳されているが、ドイツ語圏では、過剰覚醒 Überwachtheit の意味に用いられている³⁶⁾)は、重要な症状である²³⁾。精神運動性興奮や過度の注意が目立ち、複雑幻覚・錯覚、妄想、状況の誤認が出現する。この状態では、意識の変容を引き起こし、しばしば「感覚が過敏となり、音が大きく聞こえたり、ひかりが極端にまぶしく見えたりする、ときには、物(机や窓枠など)の輪郭が極端に鮮明に見えたり、輪郭そのものが動き出して見えたりする」などと訴えられる。

以下に例示する症例では、初めに、不分明の影のような、あるいは霊気のようなものが出現し、次第にひとの気配となってゆくことが体験された。このような例は必ずしも多くないが、「気配感覚」と不分明な幻覚・錯覚との関連を示しており興味深い。

症例2: 66歳の男性: 10年前からパーキンソン病の運動症状。L-dopaとアママンタジンによる治療、「死んだひとの霊のようなものが充満し、部屋のなかの“空気”の様子が変化し、黒い空気と白い空気が入り混じってぐるぐる回ることが2~3分続く」。「そのあと、部屋の隅に黒いものが見えてきて、次第に変化して行き、ついには人の姿に似てくる。そしてひとのいる気配がはっきりしてくる」。

3) 睡眠障害との関係

パーキンソン病における「気配感覚」は、夕方、夜間など特定の時刻に認められることが多い。本病においては、睡眠障害、ことにレム期睡眠行動異常(REM-sleep behavior disorder, RBD)の出現する頻度は高い。そのため、しばしば、寝室において、夜中に目覚めたときや、入眠時に人物幻視³³⁾がみられる。ときには幻視としてではなく「気配感覚」が認められることもある^{22,31)}。

症例3: 78歳男性: 2か月前から、記憶障害。認知症(MMSE 15点、HDS-R 11)。神経画像MRIで、大脳皮質(側頭葉底面、海馬萎縮の萎縮)。運動症状として、左肘部の筋強剛と歯車現象。Hoehn & Yahr stage I。L-dopaによる治療が行われた。「夜、目が覚めると、部屋のなかにひとがいる気配がある、このことは2~3分続く」、「いつで人数はひとりだけ。目に見えるわけではない」。「気配で、(死んだ)父親や母親であることがわかる、兄弟のこともある」。「昼間は、親・兄弟は、家のなかの一部屋に住んでいる」という。

4) 妄想性障害との関係

「気配感覚」の中核となるのは、見えないが、近くに、“もうひとり誰かがいる”という感覚である。この“もうひとりいる”という特異な感覚は、以下のように、いくつかの妄想(嫉妬妄想、妄想性誤認症候群)の形成に関わる可能性がある。

パーキンソン病やレビー小体型認知症における妄想に関しては、被害妄想、関係妄想などよりも、嫉妬妄想がみられる頻度が高い²⁰⁾。このことは、これ

らの病態において人物幻視、あるいは「気配感覚」によってひとの存在を感じ、配偶者の不実の相手と思ひ込むことと直接的な関連があると思われる。

症例4：67歳女性。10年前から記憶障害で発症。「家のなかでトイレ、風呂の場所を間違える」。59歳時に視力障害とともに「家のなかが全く違うように見える(失見当識)」体験あり。初診時、パーキンソン病運動症状なし。構成失行、視野狭窄。MMSE 20, HDS-R 17, MRI 検査で大脳、ことに後頭部に著しい萎縮あるも、海馬の変化は軽度。その後、コリンエステラーゼ阻害薬による治療を続けているが、しだいに次のような症状がみられるようになった。5年前から、REM睡眠運動障害、パーキンソン運動症状(左上肢の筋強剛)が出現。その頃から「TVのなかの若い女性が夫と浮気している」という。「(見えないけど)夫の浮気に相手が家にいるのが分かる」、「ときどき夫を自分の父親と間違える」、「実家から両親(亡くなっている)が訪ねてくる」という。

また、パーキンソン病やレビー小体型認知症においては、ときに、幻の同居人、亡くなった親が生きているという妄想(Nurturing syndrome)、TV誤認、鏡像誤認など症状がみられるが、これらは、近年、妄想性誤認症候群、あるいはその近縁症状とみなされている^{7,26,28)}。

幻の同居人は、もともと老年期の遅発性パラフレニアにおいて報告されたものであるが、「家のなかにはいないはずのひとが住みついている」という妄想的確信である^{12,19,26,29)}。この妄想は「気配感覚」が繰り返されることによって形成される可能性がある。また、Nurturing syndromeと呼ばれるものは「亡くなった親あるいは肉親がまだ生きている」という妄想であるが、「死んだ親がときどき家を訪ねて、玄関まできている」といった「気配感覚」と関連があるかも知れない。

テレビのなかの人物が、抜け出してくると体験する「TV誤認症候群」^{26,28)}とか、鏡のなかの自分が他人の姿をしていると感ずる「鏡像誤認」^{26,28)}などもパーキンソン病やレビー小体型認知症で認められることが知られている。これらは、単なる誤認ではなく、近年では、妄想性誤認症候群と見なされている⁷⁾。この症状のいずれにも、「もうひとりの人物が出現してくる」という要素があり、その点において、「気配感覚」における体験と共通点

がある。

IV. 「気配感覚」の出現機序

「気配感覚」をいかなる精神現象とみなすかについてはさまざまな考えがあつて、幻覚や妄想と関連づけるもの^{10,31)}、自己視現象、幻覚肢、身体パラフレニアなど、自己の身体知覚運動性の二重感覚 somatosensorimotor doubles の一型であるとの考え^{2,3,4,6)}などがある。

一般的な「気配感覚」の機序についての研究としては、(実験的な条件下での)知覚運動の混乱¹³⁾、磁気との関連^{3,14)}、右脳傷害との関係⁴⁾などが報告されている。パーキンソン病やレビー小体型病における「気配感覚」では、後方視覚ストリームに関連する皮質の容積の減少³⁵⁾や、F-fluorodeoxyglucose PETによる上頭頂葉¹⁸⁾、楔前部を含む左前頭・頭頂葉におけるグルコース代謝低下が、認められるとする報告がある³⁰⁾。そしてこの変化は、「気配感覚」に関連のある“眼窩前頭葉・現実フィルタリング orbitofrontal reality filtering”の障害と関係があると考えられている³⁰⁾。この現実フィルタリング仮説³⁸⁾は、過去の経験から予測される成果(ファンタジー)と現実の事柄との違いを区別し、現実に即した認識を行う機能を想定するもので、内側眼窩前頭部の後方の部位 posterior medial orbitofrontal cortex に局在し、ドパミン報酬系と同様、ドパミン作動性とされている。ただ、今日なお、「気配感覚」の神経生物学的基盤は解明されたとは言い難く、今後の研究の成果が待たれるところである。

要約：

近年、パーキンソン病やレビー小体型認知症において幻覚、妄想以外の精神症状として「気配感覚 Feeling of presence (FOP)」が注目されている。これまで、「実体的意識性」として、このような錯誤が生ずるとされてきたもので、「自分のすぐ近くに、見えない何者かの気配を感ずる」という感覚である。「気配感覚」では、不分明な幻視様の体験

を伴うことがある。また、しばしば入(出)眠時にみられる。せん妄の過活動型の過剰覚醒における感覚の過敏性は、この“感覚”の誘因となる。嫉妬妄想、妄想性誤認症候群(幻の同居人、死んだひとが生きている妄想)の形成に関わることがある。ドパミン作動薬や抗コリン作用をもつ薬物の使用は、幻覚とともに「気配感覚」の誘因となる可能性がある。以上、本稿では、「気配感覚」の臨床的な特徴や神経生物学的基盤について考察を行った。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文献：

- 1) Blanke O, Ortigue S, Coeytaux A, et al.: Hearing of a presence. *Neurocase* 9, 329-339, 2003
- 2) Blanke O, Arzy S, Landis T: Illusory perceptions of the human body and self. *Handbook of Clinical Neurology*. vol. 88 *Neuropsychology and behavioral neurology*. (Eds. Goldenberg G, Miller B). Elsevier 2008
- 3) Booth JN, Koren SA, Persinger MA: Increased feeling of the sensed presence and increased geomagnetic activity at the time of the experience during exposures to transcerebral weak complex magnetic fields. *Intern J Neurosci* 115, 1053-1079, 2005
- 4) Brugger P: Are “presences” preferentially felt along the left side of one’s body? *Percept Mot Skills*. 79, 1200-1201, 1994
- 5) Brugger P, Regard M, Landis T: Unilaterally felt presences. The neuropsychiatry of one’s invisible doppelgänger. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 9, 114-122, 1996
- 6) Brugger P, Regard M, Landis T: Illusory reduplication of one’s own body. *Phenomenology and classification of autoscopic phenomena*. *Cogn Neuropsychol* 2, 19-38, 1997
- 7) Burns A, Jacoby R, Levy R: Psychiatric phenomena in Alzheimer’s disease. II. Disorders of Perception. *Brit J Psychiat* 157, 76-81, 1990
- 8) Castelnovo A, Cavallotti S, Gambini O, et al.: Post-bereavement hallucinatory experiences. A critical overview of population and clinical studies. *J Affect Disord*. 186, 266-274, 2015
- 9) Critchley M: The idea of a presence. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 30, 155-168, 1955
- 10) Fenélon G, Soulas T, Langavant LCD, et al.: Feeling of presence in Parkinson’s disease. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 82, 1219-1224, 2011
- 11) Fenélon G, Soulas T, Zenasni F, et al.: The changing face of Parkinson’s disease-associated psychosis. A cross-sectional study based on the new NINDS-MIMH criteria. *Mov Disord* 25, 755-759, 2010
- 12) 藤井充、戸塚貴雄、深津亮：幻の同居人(phantom boarder) . *老年精神医学雑誌* 21, 651-660, 2010
- 13) Garcia EB, Rognini G, Akselrod M, et al.: Neural mechanisms of presence hallucination and passivity experience induced by sensorimotor conflicts in health subjects. A robotics-fMRI study. *Biol Psychiat* 83, suppl. 222-223, 2018
- 14) Granqvist P, Fredrickson M, Unge P, et al.: Sensed presence and mystical experiences are predicted by suggestibility, not by the application of transcranial weak complex magnetic fields. *Neurosci Letters*. 379, 1-6, 2005
- 15) 井上弘寿、加藤敏：日中の幻視が「前の人」から「横の影」へと donepezil により変遷したレビー小体型認知症の1症例 . *精神医学*

- 54,1023-1032,2012
- 16) James W: Varieties of Religious Experience. A Study in Human Nature. Longmans. London & New York 1902
- 17) Jaspers K : Allgemeine Psychopathologie. 9 Auflage. Springer Verlag, Berlin 1973
- 18) Hacksell U,Burnstein ES,McFarland K,et al.: On the discovery and development of pimavanserin. A novel drug candidate for Parkinson's psychosis. Neurochem Res.39,2008-2017,2014
- 19) Kasahara H,Tsumura M,Kada H,et al.: Perspectives on phantom boarder symptom. Psychogeriatr 5,103-107,2005
- 20) Kataoka H,Sugie K: Delusional jealousy (Othello syndrome) in 67 patients with Parkinson's disease. Frontier Neurol. 2018.9:129.doi:10.3389/fneur.2018.00129
- 21) Kataoka H,Ueno S: Predictable risk factors for the feeling of presence in patients with Parkinson's disease. Mov Disord Clin Pract,2,407-412,2015
- 22) Lenz H: Die Dissoziation der Schalkomponenten beim Parkinsonsyndrom. Arch Psychiat Nervenkr 194,550-559,1956
- 23) Lipowski ZJ: Delirium. Acute Confusional States. New York, Oxford University Press.1990
- 24) 宮本忠雄：実体的意識性について。精神分裂病における他者の現象学。精神神経誌 61,1316-1326,1959
- 25) 三好功峰：レビー小体病の幻視について。症状、機序、治療。仁明会精神医学研究 14,13-28,2017
- 26) 三好功峰：レビー小体病における妄想性誤認症候群。仁明会精神医学研究 15,13-25,2018
- 27) 三好功峰：パーキンソン病とレビー小体病。神経精神医学の視点から。仁明会精神医学研究 16,35-43,2019
- 28) Nagahama Y,Okina T,Suzuki N,et al.: Neural correlates of psychotic symptoms in dementia with Lewy bodies. Brain 133,557-567,2010
- 29) 永野修、三好功峰：奇妙な妄想 phantom boarder に基づく行動異常。老年精神医学 3,61-62,1986
- 30) Nicastrò N,Eger AF,Assal F,et al.: Feeling of presence in dementia with Lewy bodies is related to reduced left frontoparietal metabolism. Brain Imaging Behav. 2018 doi: 10.1007/s11682-018-9997-7
- 31) Nielsen T: Felt presence. Paranoid delusion or hallucinatory social imagery? Conscious Cog 16,975-983,2007
- 32) Ondo WG,Sarfaraz S,Lee M: A novel scale to assess psychosis in patients with parkinson's disease.J Clin Mov Disord 2,17,2015. DOI 10.1186/s40734-015-0024-5
- 33) Onofrj M,Thomas A,Bonanni L: New approaches to understanding hallucinations in Parkinson's disease. Phenomenology and possible origins. Exper Rev Neurotherapeutics. 7,1731-1750,2007
- 34) Pagonabarraga J, Martinez-Horta S, Fernandez de Bobadilla R, et al.: Minor hallucinations occur in drug-naive Parkinson's disease patients, even from the premotor phase. Mov Disord 31,45-52,2016
- 35) Pagonabarraga J,Soriano-Mas C,Llebaria G,et al.: Neural correlates of minor hallucinations in non-demented patients with Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord 20,290-296,2014
- 36) Peters UH:Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 3.Auflage. Urban & Schwarzenberg, München 1984
- 37) Ravina B,Marder K,Rernandez HH,et

al.:Diagnostic criteria for psychosis in Parkinson's disease. Report of an NINDS, NIMH Work Group. *Mov Disord* 22,1061-1068,2007

- 38) Schnider A: Orbitofrontal reality filtering. *Frontiers Behavioral Neurosci* 7,67. doi:10.3389/fnbeh.2013.00067 (2013)
- 39) Solomonova E,Nielsen T,Stenstrom P,et al.: Sensed presence as a correlate of sleep paralysis distress, social anxiety and waking state social imagery. *Conscious Cogn* 17,40-63,2008

総説

新しいカタトニアの理解とその対応

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所、大阪河崎リハビリテーション大学 武田雅俊

Abstract

The original concept of *Katatonie* described by Karlbaum in the end of the 19th Century implied a wide range of disorders including those with good as well as poor prognosis. Kraepelin classified the *Katatonie* with poor prognosis into a subtype of *Dementia Praecox*, and Bleuler succeeded this classification of *Schizophrenia*. Since then throughout the 20th Century, schizophrenia was classified into the three subtypes, hebephrenic, paraphrenic, and catatonic subtype. The symptom of catatonic type schizophrenia attracted attention of psychiatrists because of its unique nature of movement dysregulation. On the other hand, it has been noticed in clinical settings that catatonia can be observed in patients with schizophrenia, with mood disorder, with brain organic disorders, in addition to periodic catatonia, and malignant catatonia. After long time discussions, catatonia subtype of schizophrenia has been finally withdrawn from DSM-5 in 2013.

Now the concept of catatonia can be applied to the patients with many disorders including neuroleptic induced malignant syndrome, SSRI induced serotonin syndrome, anti-NMDA antibody encephalitis and others. In this article, the author reviews the transition of the catatonia concept by observing the contribution of German and US psychiatry to our clinical observation in Japan, and further describes the management of catatonia patients by pharmacological intervention including glutamatergic drugs, as well as electroconvulsive therapy (ECT), repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) and others.

Key words: catatonia, schizophrenia, neuroleptic malignant syndrome, toxic serotonin syndrome, anti-NMDA antibody encephalitis

I. はじめに

19世紀末にカールバウムが記載したカタトニア (*Katatonie*, *catatonia*)は、特異な精神運動異常を特徴とする疾患群であり、予後良好群から予後不良群までを含む病態であった。クレペリンにより予後不良群は早発性痴呆 (*Dementia Praecox*)の亜型として位置づけられ、さらにブロイラーにより統合失調症 (*Schizophrenie*)の亜型として組み込まれた。それ以

来、20世紀をとおして統合失調症は、妄想型、破瓜型、緊張型の三亜型に区分されたのであるが、カタトニアはその特異な精神運動異常のために精神医学の中でもひとときわ注目を集めてきた。その後、臨床場面では統合失調症に伴うカタトニアだけでなく、気分障害に伴うカタトニア、周期性カタトニア、脳器質性疾患に伴うカタトニア、さらには致死性カタトニアなどが経験されるようになった。そして多くの議論を経て、DSM-5 (2013)において緊張型統合失調症という統合失調症の亜型が削除され、同時にカタトニアの概念は、抗精神病薬による悪性症候群 (*neuroleptic malignant syndrome*; *NMS*)やセロトニン取り込み阻害薬 (*SSRI*)によるセロトニン症候群

New Understanding of Catatonia and Its Management
Masatoshi Takeda MD, PhD

- 1) Jinmeikai Research Institute for Mental Health
- 2) Osaka Kawasaki Rehabilitation University
- 1) 4-31 Koshimizu-cho, Nishinomiya, Hyogo 662-0864 JAPAN

(serotonin syndrome)に加えて、抗 NMDA 受容体脳症などの器質的脳疾患によるカタトニアをも含む幅広い概念として理解されるようになった。

これまでの米国精神医学(DSM)とドイツ精神医学との間の議論、とくに操作的診断と精神病理学との間の議論を通して、現時点ではカタトニアの概念を広く設定する立場が強くなっているが、今一度その議論を見直してみる価値はある。これまでも三好をはじめとしてカタトニア概念についての内外の優れた総説が発表されており¹⁵⁾、さらに屋上に架を重ねる必要はないとも思われるが、今一度歴史的なカタトニア概念の変化をたどり、新しいカタトニア概念の妥当性について議論してみたい。

同時に、本総説ではカタトニアの実臨床に役立つことを心掛けた。具体的なカタトニア症状評価尺度、診断のためのベンゾジアゼピン/ゾルピデム試験、ベンゾジアゼピン系薬剤やほかの薬剤の使用方法を述べた後、新しい薬物療法としてのグルタメイト系薬剤の有用性、ECT および rTMS の可能性についても概説する。このような新たな治療法を活用してカタトニアの理解を深めることは、カタトニアの生物学的な発症機序に迫る可能性があると考えられるからである。

II. カタトニアの概念

1. カタトニア概念の誕生

19世紀末にカールバウム(Karl Ludwig Kahlbaum)とその弟子ヘッカー(Ewald Hecker)は、精神症状を規定する多くの概念を提案し、精神病理学に大きな足跡を残した。カールバウムとヘッカーにより記載された Catatonia、Cyclothymia、Dysthymia、Hebephrenia、Paraphrenia などの概念は現在も使用されている。

かつてウェルニッケ(Karl Wernicke)は、精神運動に注目することにより精神疾患の本質を理解することができるとして精神運動症状を理解することの重要性を指摘した⁶⁾。その当時は検査手法が限られていたこともあり、異常行動の精緻な観察により、その基底にある精神疾患を理解しようとしたのであるが、意識声明でありながらも視線を合わせることも話すこともなく、常同姿勢を取り続け、検査や指示に反応しないだけでなく、昏迷と興奮を繰り返す

患者をどのように理解すべきかは当時の精神科医にとっては大きな関心であったろう。

カールバウムは、1874年の著書“Die Katatonie oder das Spannungsirresein (カタトニアと緊張性疾患)”において、特徴的な運動・行動異常を呈する26症例を提示し、カタトニア(Katatonie, catatonia)概念を提案した(7)。カールバウムが挙げた特徴的な精神運動異常は、興奮、無動/亜昏迷、無言、凝視、異常姿勢、しかめ顔、反響動作、常同症、わざとらしさ(マンネリズム)、語唱、筋強剛、拒絶症、蠟屈症、引きこもり、衝動性、保続、攻撃的傾向の17症状であった。

カタトニア患者は興奮と無動とを周期的に繰り返す、自分の意思による運動・動作はできず、発語もない。四肢の筋緊張は維持されており、座位や立位を取り続ける。自発運動はできないが、他動的に四肢を動かされるとまるで蠟人形のようにされるがままに四肢の姿勢を維持し続ける。外界からの刺激に対して適切な意思発動ができなくなっている状態である。以下にカールバウムが記載した第1症例を示す。

カールバウムが記載した症例1 27歳男性

公立学校の教師として4年間働いていたが、周囲からの圧迫感を感じるようになり、時に激しい興奮と極端な抑うつ感情を示すようになった。易刺激的となり、生徒に不公平な態度をとるとのことで、教員委員会から注意されることがあった。その後メランコリーが強くなり、鈍感になった。舞踏病様の顔面筋と四肢のひきつけが見られるようになり、随意運動が困難になり修道院病院に入院した。入院後も不随意運動は継続しており、また部屋の隅に直立不動で立ち続け、両上肢の奇妙なしぐさを続けた。無言無動状態で食事・飲水も拒否し、院内での作業にも興味を示さなかった。前傾姿勢で、ゆっくりとした会話や多少の動作をすることもあった。1861年9月21日にアレンベルグ州立病院に入院した。質問に対する返答はできず、動作は緩慢で気力がなかった。椅子に座り続けたり直立不動で立ち尽くしたりの状態であった。情緒的反応はなく、9か月間経過した。ようやく時に活動的になったが、その後に猛烈な興奮が出現し、この興奮は数か月ごとに再燃した。16か月後に、会話、書字、朗読が可能となったが、自発性に乏しい状態であった。24か月後に

初期に見られた舞踏病様のけいれんは消失し、会話や興味が増加し、入院3年で退院となった。

カールバウムはこのような26症例をまとめて、「患者は、全く動こうとも話そうともせず、固い仮面様表情で視線は遠くに固定されている。患者には身体を動かす意志が欠如しており、刺激に対する反応が全くないように見える。患者は完全なカタレプシー状態で蠟屈症(waxy flexibility)を呈する場合もある。このような患者から伝わってくる印象は、患者の精神的な苦悩である」と記載している⁷⁾。

1924年に刊行されたBumkeの精神病教科書には特徴的なカタトニア症状を呈する患者の写真が掲載されている⁸⁾。(図1a、b、c、d)。このように非常に特徴的な精神運動症状を呈するカタトニアは、今でも精神疾患により惹起される特異な症状として特筆すべき性質を有しており、その診断学的な位置づけについて長い間議論がなされてきた。カールバウムが記載したカタトニアは、躁病、うつ病、精神病など多彩な病態に伴ってみられる精神運動性異常であり、基本的には予後の良い病態とされていた。

クレペリン(Emil Kraepelin)は、幻覚と支離滅裂な妄想の進行により人格の崩壊をひきおこす進

行性の精神障害を早発性痴呆(Dementia Praecox)とする疾患概念をまとめたが、この疾病概念において最も重要視されたのは最終的な予後であり人格水準の低下すなわち痴呆(Dementia)をきたすという点であった。クレペリンは、カールバウムが提唱したカタトニアは、さまざまな病態に見られ、予後良好な一群があることも了解していたが、予後不良のカタトニアをDementia Praecoxの中に取り込み、破瓜型、緊張型、妄想型をその亜型とすることにより、内因性精神病をDementia PraecoxとManische Depressives Irresein (MDI)との二大精神病に区分した。

続いてプロイラー(Eugen Bleuler)は、クレペリンのDementia Praecoxを疾病群として捉え、統合失調症群(Schizophrenie Gruppe)の名称を提唱した。プロイラーの提唱するSchizophrenieはMDIより多彩な経過を示す症候群であり、クレペリンを踏襲し、Schizophrenieの3亜型を区別した。それ以来20世紀を通してカタトニアは統合失調症の亜型と見なされて、カタトニアは、DSM-5以前のすべてのDSMとICDにおいて統合失調症の亜型の一つとして引き継がれてきた。



図1 カタトニアの症状

2. カタトニア概念の変遷

前述したようにクレペリンはカタトニアの中から予後の悪いものだけを選び出して *Dementia praecox* の中に入れたのであるが、緊張型統合失調症の亜型だけがカタトニアとして強調され、予後良好のカタトニアについてはあまり注目されてこなかった。Wernicke-Kleist-Leonhard と引き継がれたハイデルベルグ学派は、精神障害を精神運動性の量的増加と精神運動性の質的異常とに区分し、運動性精神病 (*motilitaet Psyschose*)、周期性カタトニア (*periodische Katatonie*)、全身性カタトニア (*systematische Katatonie*) の三つに分類した。そして、運動性精神病は精神運動の量的増加であり、カタトニアに見られる精神運動性の質的異常とは異なるとした。そのような整理に基づく、周期性カタトニアは急性に発症し精神運動性の増加する時期と減少する時期を繰り返す病態であり、全身性カタトニアはゆっくりと発症する慢性に経過する病態ということになる⁹⁾。

カタトニアが気分障害で見られることが再認識されるようになり、DSM-III-R において気分障害 (*mood disorder*) の規定因子 (*specifier*) としてカタトニアの有無を記載するようになった。そして、DSM-IV において、カタトニアが気分障害以外の身体疾患においても出現することが認識されるようになり、一般的身体疾患によるカタトニア (*catatonia due to a general medical conditions*) が記載され、続いて ICD-10 においても緊張型統合失調症 (*catatonic schizophrenia*) に加えて器質性カタトニア (*organic catatonic disorder*) が記載されるようになった。このように統合失調症以外の病態でもカタトニアが出現することが認められるようになったのであるが、DSMIV-TR と ICD-10 までは、カタトニアは統合失調症の亜型とされてきた。そして、最終的に DSM-5 においてカタトニアは統合失調症から独立した病態として記載されることとなり、同時に統合失調症の三つの亜型も消失した。

3. カタトニア概念の整理

ドイツ精神医学においては主として Wernicke,

Kleist, Leonhard らにつながるハイデルベルグ学派により、カタトニアを症状、周期性、家族内発症などによりいくつかのサブタイプに区分しようとする試みがなされてきた。このような試みは、カタトニアを細かく分類して、それぞれの発症病理を理解しようとする方向性であった。

また、オスロ大学の Gjessing 父子による周期性カタトニア (*periodic catatonia*) の研究は、カタトニアの発症を生化学的に理解しようとしたものであり¹⁰⁾、周期カタトニア患者の体内窒素平衡を検討し¹¹⁾、3,4-dimethoxyphenylethylamine や bufotenine は周期性カタトニア症状には無関係であり¹²⁾、体内窒素バランスおよび cAMP の変動として理解されることを報告した¹³⁾。Gjessing グループの研究は、精神運動異常を呈する精神疾患患者の血液や尿の生化学的研究により理解を進めようとした研究であり、わが国からの研究者の参画も多かった。

米国では、むしろカタトニアを呈する病態を統一的に理解しようとする方向性での検討が進められ、抗精神病薬による悪性症候群 (*Neuroleptic malignant syndrome*) や セロトニン症候群 (*toxic serotonin syndrome*) は薬剤により誘発される悪性カタトニア (*medication-related variants of malignant catatonia*) として理解されるようになった。このようなカタトニア概念の変化については、三好^{1,5)} や大前¹⁴⁾ による優れた総説がある。

III. カタトニアの臨床

1. カタトニアの疫学

前述したように、カタトニア概念が大きく拡大したことも原因の一つとなっているが、カタトニアは見逃される可能性が高い病態である¹⁵⁾。1976年以降のカタトニア有病率についての6つの研究では、精神科入院患者に7-31%の有病率が報告されており、平均すると精神科入院患者の約10%に見られる¹⁶⁾。この数値は、わが国の臨床経験から見ると、高い有病率であるが、以前のカタトニアよりも広い診断基準が用いられていることに留意しておきたい。カタトニアの28-31%は気分障害に、10-15%は統合失調症に伴うカタトニアであるとの報告^{17, 18)}、カタトニアの43%は気分障害に、

30%は統合失調症に、そして残りの27%はその他の精神疾患・身体疾患に伴うとの報告もある¹⁹⁾。

その他の精神疾患として強迫性障害²⁰⁾、PTSD (post-traumatic stress disorder)^{21, 22)}、アルコール障害²³⁾、ベンゾジアゼピンからの離脱^{24, 25)}などが報告されている。

精神科救急現場におけるカタトニアの有病率は1.3%との報告もあるが、DSM-IVのカタトニア診断基準の2つ以上の症状を呈する症例は18%という報告もある¹⁶⁾。思春期や児童の自閉症では12-17%にカタトニアが報告され²⁶⁾、他の発達障害においても報告されている²⁷⁾。

カタトニアの25%は一般身体疾患に伴って見られ²⁸⁾、カタトニアを惹起する身体疾患として、てんかん、全身性エリテマトーシス(SLE)、間欠性ポルフィリア、頭部外傷、認知症、脳症(自己免疫、傍腫瘍性、橋本病)、代謝性疾患(尿毒症、高カルシウム血症、葉酸欠乏)などが知られており²⁹⁾。最近抗NMDA受容体(anti-N-methyl-d-aspartate receptor)脳炎に伴うカタトニアも注目されている^{30, 31)}。

2. カタトニアの症状

カタトニアは、行動・運動・認知・情動の障害に加えて、自律神経症障害を呈する。カタトニアでは、極端な運動減少(stupor)と極端な運動過多

(excitement)との間の様々な症状がみられ、同一患者がその両方を呈することも、両者の混合型もある。

カールバウムはカタトニア症状として①興奮、②無動(Stupor)、③無言、④凝視、⑤姿勢保持/カタレプシー、⑥顰め顔、⑦反響動作、⑧常同症、⑨わざとらしさ、⑩語唱、⑪強剛、⑫拒絶、⑬蠟屈症、⑭引きこもり、⑮衝動性、⑯保続、⑰攻撃的傾向の17症状を記載していることは前にも述べた。(表1)

カタトニア患者230名について調べた報告では、凝視が80%、無動が70%、無言が60%、引きこもりが50%の患者に見られたという³²⁾。

1994年になりDSM-IVに、一般身体疾患に伴うカタトニアが規定され、気分障害の規定因子としてカタトニアが組み込まれたが、精神障害によるカタトニアと身体疾患によるカタトニアとの間に、その症状に差異がないことが確認され、それ以降は同様の尺度を用いて評価するようになった³³⁾。

異常行動と精神運動性障害に加えて、カタトニアには情動と認知の障害があることは重要な観点である。カタトニア患者は一見無表情で感情がないように見えるが、強い情動を体験している。ほとんどのカタトニア患者は強い不安状態にあり³⁴⁾、カタトニア患者の15%は死にそうな体験であったとか死んでしまったとの主観的体験を述べる。Northoffらは、カタトニアから回復した24名の患者に3週間後に主観的体験を聞き取り調査した

表1 カールバウムが記載したカタトニアの症状

1. <u>Excitement</u>	興奮	極端に多動で無目的な運動を絶えず続けること
2. <u>Immobility/Stupor</u>	無動/昏迷	寡動・無動状態で殆ど外界からの刺激に反応しないこと
3. <u>Mutism</u>	無言	殆ど言語を発しないこと
4. <u>Staring</u>	凝視	視線が固定され、外界の事物に視線を巡らさないこと
5. <u>Posturing/</u> <u>Catalepsy</u>	姿勢保持 カタレプシー	刺激に一切反応せず同じ姿勢を取り続けること 自発的な行為・行動をなさないこと
6. <u>Grimacing</u>	しかめ顔	奇妙な顔の表情を取り続けること
7. <u>Echopraxia/</u> <u>Echolalia</u>	反響動作 /反響言語	相手の動作をそのまま真似ること 相手の言語をそのまま真似ること
8. <u>Stereotypy</u>	常同動作	無目的な同じ動作を繰り返すこと
9. <u>Mannerisms</u>	わざとらしさ	奇妙な一見目的があるかのようなおかしい動作
10. <u>Verbigeration</u>	語唱	文言や文章を繰り返して言う
11. <u>Rigidity</u>	強剛	筋トーンの亢進
12. <u>Negativism</u>	拒絶	指示や命令に従わないこと
13. <u>Waxy flexibility</u>	蠟屈症	他人に姿勢を変えられてもその姿勢を取り続けること
14. <u>Withdrawal</u>	引きこもり	飲水・食事やアイコンタクトを拒否する
15. <u>Impulsivity</u>	衝動性	突然に不適切な行為をする
16. <u>Perseveration</u>	保続	同じことを言い続けるあるいは同じ動作を繰り返す
17. <u>Combativeness</u>	攻撃的傾向	突然の説明できない暴力行為

下線はDSM-5の診断基準として規定されている12項目のカタトニア症状。

結果を報告しているが、患者は自分が強度の不安状態であったことは認識していたが、自分がカタトニア状態で行動不能になっていたことは認識していなかったという³⁵⁾。この特別な状態は運動失認(motor anosognosia)あるいは姿勢失認(postural anosognosia)と表現されることもある。DSM-5にはカタトニアの症状12項目が診断基準として挙げられており、3項目以上を満たす場合にカタトニアと診断される。表2にその症状と定義を示す。(表2)

3. カタトニアの評価尺度

いくつかのカタトニア評価尺度が診断と重症度の評価のために開発されている。ブッシュ・フランシス・カタトニア評価尺度(Bush-Francis Catatonia Rating Scale; BFCRSとその改訂版)は最もよく使用されており^{36,37)}、その他にもロジャーズ・カタト

ニア尺度(Rogers Catatonia Scale)、ノルトフ・カタトニア評価尺度(Northoff Catatonia Rating Scale)、バウニツヒ・カタトニア評価尺度(Braunig Catatonia Rating Scale)などがある。Bush-Francis カタトニア評価尺度(BFCRS)の感度は100%、特異性は75-100%と報告されている³⁸⁾。BFCRSでは、カタトニアの診断のために、①興奮、②無動(Stupor)、③無言、④凝視、⑤姿勢保持/カタレプシー、⑥しかめ顔、⑦反響動作、⑧常同症、⑨わざとらしさ、⑩語唱、⑪筋強剛、⑫拒絶、⑬蠟屈症、⑭引きこもりの14項目の有無を評価し、さらに重症度の評価のためには、0-3段階でこれらの17項目に加えて、⑮衝動性、⑯命令自動、⑰ミットゲーエン、⑱ゲーゲンハルテン、⑲両価性、⑳把握反射、㉑保続、㉒攻撃的傾向、㉓自律神経症状の9項目を評価する³⁶⁾。(表3)

表4にカールバウムが記載した17項目の症状、

表2 DSM-5におけるカタトニア診断の12項目

1. 昏迷Stupor	外界に反応する精神運動をできないこと
2. カタレプシーCataplexy	自発的な行為・行動をなしえないこと
3. 蠟屈症Waxy flexibility	他人に姿勢を変えられてもその姿勢を取り続けること
4. 無言症Mutism	殆ど言語を発しないこと
5. 拒絶症Negativism	指示や命令に従えないこと
6. 姿勢保持Posturing	重力に反して取り続ける姿勢
7. わざとらしさMannerism	奇妙な一見目的があるかのようなおかしな動作
8. 常同動作Stereotypy	無目的な同じ動作を繰り返すこと
9. 焦燥Agitation	外界刺激によらない多動で無目的な運動を絶えず続けること
10. しかめ顔Grimacing	奇妙な顔の表情を取り続けること
11. 反響言語Echolalia	相手の言語をそのまま真似ること
12. 反響動作Echopraxia	相手の動作をそのまま真似ること

1 2項目のうち3項目以上満たす場合にカタトニアと診断する

表3 Bush-Fink カタトニア評価尺度 (BFCRS) の23項目

1. Excitement*	興奮	極端に多動で無目的な運動を絶えず続けること
2. Immobility/Stupor*	無動/昏迷	寡動・無動状態で殆ど外界からの刺激に反応しないこと
3. Mutism*	無言症	殆ど言語を発しないこと
4. Staring	凝視	視線が固定され、外界の事物に視線を巡らさないこと、また、瞬きもない
5. Posturing/Cataplexy*	姿勢維持/カタレプシー	刺激に一切反応せず同じ姿勢を取り続けること
6. Grimacing*	しかめ顔	奇妙な顔の表情を取り続けること
7. Echopraxia/Echolalia*	反響動作/反響言語	相手の動作や言語をそのまままねること
8. Stereotypy*	常同動作	無目的な同じ動作を繰り返すこと
9. Mannerisms*	わざとらしさ	奇妙な一見目的があるかのような動作
10. Verbigeration	語唱	文言や文章を繰り返して言う
11. Rigidity*	強剛	他動的に動かそうとしても硬い姿勢を維持すること
12. Negativism*	拒絶症	指示や命令に従わないこと
13. Waxy flexibility*	蠟屈症	他人に姿勢を変えられてもその姿勢を取り続けること
14. Withdrawal	引きこもり	飲水・食事やアイコンタクトを拒否する
15. Impulsivity	衝動性	突然に不適切な行為をする
16. Perseveration	保続症	同じことを言い続けるあるいは同じ動作をし続ける
17. Combativeness	攻撃的傾向	説明のない攻撃的動作
18. Automatic obedience	自動服従	相手の要求に対して過度に協調した動作
19. Mitgehen(passive obedience)ミットゲーエン		軽く指を押すだけで腕を挙上するなど極端な動作
20. Gegenhalten(counterpull)ゲーゲンハルテン		動かされる力に対抗して反対の動作をすること
21. Ambitendency	両価傾向	どちらかに決めることのできない動作
22. Grasp reflex	把握反射	開いた手のひらを触ると反射的に握ろうとすること
23. Autonomic abnormality	自律神経異常	体温、血圧、脈拍、呼吸数、発汗などの異常

*印はDSM-IVの診断項目に含まれている症状。

BFCRSの23項目、DSM-5の診断12項目を示すが、BFCRSでは、カールバウムが記載した項目をすべて含みこんだ上に、さらに自動服従(automatic obedience)、ミットゲーエン(Mitgehen, passive obedience)、ゲーゲンハルテン(Gegenhalten)、両価傾向(Ambitendency)、把握反射(Grasp reflex)、自律神経症状(autonomic abnormality)を加えたものであるが、DSM-5の診断項目は、すべてカールバウム記載の項目から選び抜かれている。(表4)

4. カタトニアの診断

精神運動性障害と外界への反応が障害されている患者ではカタトニアの可能性を考え、重症の精神病、気分障害、双極性障害、精神病性障害の入院患者については、常にカタトニアの可能性を考えるほうが良い³⁸⁾。

カタトニア診断の問題点は、いくつかの症状は面接時に把握できるとしても、いくつかの症状(命令自動、両価性、拒絶症)はカタトニアを想定した精神医学的な診察によってはじめて誘発することができるという点にある。そのような意味からもカタトニアの可能性を考えておくことが求められる。カタトニアは治療可能な状態であり、早期に治療を始めるほどその治癒率が高いこと、また、カタトニア症状の持続は多くの身体合併症を引き

起こすことを考えると、カタトニアの早期診断は極めて重要である³⁸⁾。

カタトニアを示唆する検査が提唱されてはいるものの³⁹⁾、検査だけでカタトニアの診断を下すことはできない。カタトニアを惹起しうる精神疾患、神経疾患、身体疾患は多岐にわたるので、広範な領域をカバーする検査が必要となる。血液検査、尿検査、生化学検査、血沈、窒素尿素、クレアチニン、鉄、CPK、抗核抗体などが必要であるが、頭部MRI、脳波、脳脊髄液検査などが役立つ場合もある。抗NMDA受容体脳症を疑う場合には、脳脊髄液あるいは血液中の抗NMDA受容体IgGの検出が有用である⁴⁰⁾。抗精神病薬悪性症候群(neuroleptic malignant syndrome; NMS)では血清鉄が低下している⁴¹⁾、カタトニアを呈する患者で抗精神病薬を使用している場合には血清鉄の低下はNMSを示唆することを利用する⁴²⁾。

5. カタトニアの分類

カタトニアには、無動型と興奮型があり、多くの患者ではこれらの二型が混合して見られる。古くから、カタトニアは、無動型カタトニア、多動型カタトニア、悪性カタトニアに区別されてきたが⁴³⁾、これらの亜型は同一患者でも変わることがあり、混合した状態もある。古典的な無動性カタトニアでは、意識清明で周囲に対して高度に警戒

表4 カールバウム、BFCRS、DSM-5におけるカタトニア症状の推移

カールバウムの17症状	BFCRSの23項目	DSM-5の12項目
1. 興奮Excitement	1. 興奮Excitement*	1. 焦燥/興奮Agitation/Excitement
2. 無動/昏迷Immobility/Stupor	2. 無動/昏迷Immobility/Stupor*	2. 昏迷/無動Stupor/Immobility
3. 無言Mutism	3. 無言Mutism*	3. 無言Mutism
4. 凝視Staring	4. 姿勢維持/カタレプシーPosturing/Catalepsy*	4. 姿勢保持Posturing
5. 姿勢保持Posturing/カタレプシーCatalepsy	5. しかめ顔Grimacing*	5. カタレプシーCatalepsy
6. しかめ顔Grimacing	6. 反響動作/反響言語Echopraxia/Echolalia*	6. しかめ顔Grimacing
7. 反響動作Echopraxia//反響言語Echolalia	7. 常同動作Stereotypy*	7. 反響動作Echopraxia
8. 常同動作Stereotypy	8. わざとらしさMannerisms*	8. 反響言語Echolalia
9. わざとらしさMannerisms	9. 拒絶症Negativism*	9. 常同動作Stereotypy
10. 拒絶Negativism	10. 蠟屈症Waxy flexibility*	10. わざとらしさMannerism
11. 蠟屈症Waxy flexibility	11. 強剛Rigidity	11. 拒絶症Negativism
12. 語唱Verbigeration	12. 凝視Staring	12. 蠟屈症Waxy flexibility
13. 強剛Rigidity	13. 語唱Verbigeration	
14. 引きこもりWithdrawal	14. 引きこもりWithdrawal	
15. 衝動性Impulsivity	15. 衝動性Impulsivity	
16. 保続Perseveration	16. 保続症Perseveration	
17. 攻撃的傾向Combativeness	17. 攻撃的傾向Combativeness	
	18. 自動服従Automatic obedience	
	19. ミットゲーエンMitgehen(passive obedience)	
	20. ゲーゲンハルテンGegenhalten(counterpull)	
	21. 両価性Ambitendency	
	22. 把握反射Grasp reflex	
	23. 自律神経異常Autonomic abnormality	

下線は3者に共通する項目、BFCRSの*印はDSM-IVに取り上げられた項目

しているように見えるが、発語や自発的運動は殆どなく、亜昏迷、無言症、拒絶症、異常姿勢がみられる。興奮性カタトニアでは、目的のない過剰な運動、滅裂な発語、失見当識、攻撃性、暴力行為などがみられる。

高い発熱と自律神経の破綻を呈するカタトニアは、しばしば生命的な危険を伴う。1934年にStauderによって記載された致死性カタトニアは⁴⁴⁾、現在は悪性カタトニアと呼ばれており、亜昏迷、自律神経失調、呼吸不全、昏睡、場合によっては死に至る。1960年代までは致死性カタトニアの死亡率は75-100%と高かったが、1986年以降はその死亡率は9%に低下したことから、致死性カタトニアの用語は使用されなくなり、悪性カタトニアの用語が使われるようになった^{22, 45)}。

抗精神病薬悪性症候群 neuroleptic malignant syndrome (NMS)は、悪性カタトニアの一型とされており³⁹⁾、NMSの症状は、重症カタトニアの症状と類似している⁴⁶⁾。NMSはドパミン遮断薬に対する特異反応であるが、その発症率は抗精神病薬を使用している患者の0.01%-0.02%とされている⁴⁷⁾。カタトニアそのもの(特に興奮型カタトニア)もNMSのリスクとされている^{48, 49)}。

セロトニン症候群(toxic serotonin syndrome)もまた悪性カタトニアの亜型と考えられるようになった。セロトニン症候群も重症カタトニアと類似した症状を呈するが、セロトニン作動性薬剤の使用により憎悪し、消化器症状、腱反射亢進、クロヌスを呈する⁵⁰⁾。NMSの発症に用量依存性はないが⁵¹⁾、セロトニン作動薬の用量依存性に見られる中毒性症状と考えられている⁵²⁾。

周期性カタトニアは遺伝性の緊張型統合失調症の一つであるが^{9, 53)}、常染色体優性遺伝を呈する遺伝子変異が同定されている^{54, 55)}。周期性カタトニアは、患者の症状と一致する体内窒素代謝の不均衡があり、このような代謝異常は甲状腺ホルモンの投与により改善されると考えられている¹⁰⁾。

カタトニアは、無動(motor immobility)と運動過剰(excessive motor activity)、拒絶症(negativism)と自動症(automatic obedience and echopraxia)、無言症(mutism)と反響言語(verbigeration,

echolalia)など、表面上は相反する症状が出現するが、このような多彩な症状をどのように理解するかが議論されてきた。このような状況を背景に、カタトニアの分類として、急性(acute)か慢性(chronic)か、エピソード(isolated acute episode)か慢性(chronic recurrent/ periodic state)か、退行(retarded form)か興奮(excited form)か、予後良好か不良(致死性)かなどの観点から分類が試みられてきた。今では、NMSもセロトニン症候群も含め、すべてをカタトニアとみなす意見が大勢ではあるが¹⁷⁾、いまだ結論が得られたとはいえず、議論の余地は多い⁵⁶⁾。

NMSとカタトニアを区別するという立場もある。寡動症状を細かく見ると、カタトニアは異常姿勢や蠟屈症などのいわゆるソフトな筋強剛であるのに対して、NMSはパーキンソン病と似た歯車現象などのハードな筋強剛である。両者は共に無動/寡動を呈するが、NMSは無動/寡動のみであるのに対して、カタトニアは同時に自動症、拒絶症などの異常行動や多動/情動行為を呈する。主観的体験についても、カタトニア患者は強い制御不能の不安と両価性を体験し、患者は自分の運動がうまくいっていないことを理解していない。これに対してNMS患者は、自分で運動を制御できないことを認知しており、随意運動の障害というよりパーキンソン病に似た錐体外路症状として理解される。NMSの運動減少はDA遮断薬による線条体DA系の低下により、パーキンソン病の黒質線条体系のDA活動低下と同様の症状となる。対してカタトニアではこのような線条体のDA活動低下はない。カタトニアは前頭葉皮質の障害によると考えた方がよい。

6. カタトニアの治療反応性

基本的にカタトニアは治療可能な病態であり、早期に診断して適切な治療をすることにより完全な回復が期待できる。クレペリンは精神医学教科書第9版において、カタトニアの約半数は早発性痴呆であるが、残りの半数は躁うつ病に見られ、躁うつ病のカタトニアは治癒しやすいと述べており、Hochも躁うつ病患者13名のカタトニアは完

全に回復するが、統合失調症のカタトニア12名は予後が悪いことを記載している⁵⁷⁾。

最近の報告では、107名のカタトニア患者に対するロラゼパム治療効果を調べた報告によるとロラゼパムは気分障害に伴うカタトニアに対してもその他の原因によるカタトニアに対しても同様に有用であった⁵⁸⁾。ECTの治療効果についても気分障害によるカタトニアもその他の原因によるカタトニアも同様に有用との報告がある⁵⁹⁾。Finkは、カタトニアの予後について、重昏迷、多動が主な症状であり、その発症が急激である場合、また気分の変動がある場合、病前の社会適応が高い場合には予後がよいとしている^{60, 61)}。ECTの治療効果もカタトニア罹病期間が短いほど反応が良いが、カタトニア27名に対するECTの効果を検討した報告では、若齢、自律神経異常がある症例(特に高体温)ではECTに対する反応性が高いとしている⁶²⁾。器質性疾患に伴うカタトニアにECTは有効ではないとの意見も多く⁶³⁾、アルツハイマー病、脳炎後遺症、てんかん、脊髄損傷などの器質的原因を有するカタトニア患者に対するECTの効果が部分的であることが報告されている⁶³⁾。児童思春期(9-19歳)カタトニアの連続症例について、カタトニアを合併する疾患としては、統合失調症(N=38, 58%)、広範性発達障害(N=17, 26%)、身体疾患(N=16, 24%)、双極性障害(N=11, 17%)、知的発達障害(N=8, 12%)であった。このような合併疾患のためにその治療方法は多彩であったが、51名(77%)にベンゾジアゼピンが投与され有効性は65%であり、12名(18%)にはECTが施行された。この報告では、カタトニアスコアが低いことと急性発症が治療反応が良く、異常姿勢とマンネリズムを呈する症例では治療効果が少なかった⁶⁴⁾。慢性統合失調症に伴うカタトニアに対するロラゼパム(6mg/日)のランダム割り付け二重盲検試験ではロラゼパムが無効であったこと⁶⁵⁾、24名のカタトニア患者に対するベンゾジアゼピン治療では73%が治療後6日以内に寛解したが、6名の統合失調症を伴う患者では反応が悪かったこと⁶⁶⁾、ECTの効果に関する後方視研究では、気分障害のカタトニア患者に対しては全員に有効であったが(5名/5

名)、統合失調症のカタトニアに対するECTの効果は部分であったこと(2名/4名)などが報告されており⁶⁷⁾、概して統合失調症に伴うカタトニアは予後が悪い。統合失調症と気分障害とに伴うカタトニアの予後の違いを規定している要因の一つは、基礎疾患の経過の違いであり、統合失調症のカタトニアの経過が長いことに起因すると考えられている⁶⁸⁾。ロラゼパムの有効性を規定示す因子として、長い罹病期間、無言症、幻聴、作為体験があることは不良な反応性を、蠟屈症が認められることは予後良好であると報告されている⁵⁸⁾。

適切に治療されないとカタトニアは数年にわたり持続することもありうるが、対応の遅れがあったとしてもカタトニアは治療可能であることを示す多数の報告がある。17年間持続したカタトニア男性患者がロラゼパム投与により速やかに反応した例⁶⁹⁾、3か月持続した全身性エリテマトーシス(SLE)に伴う15歳女性のカタトニアが数多くの治療に抵抗性であったが、ECTにより緩解した例⁷⁰⁾、1年半間心筋梗塞によるカタトニアが持続していた患者がECTにて寛解した例⁷¹⁾、5年間カタトニアの持続を呈した知的障害男性児童がロラゼパムで寛解した例⁷²⁾、2年半持続した心因性カタトニアにロラゼパムが有効であった例⁷³⁾、3か月持続したカタトニアがロラゼパムに反応した例⁷⁴⁾などが報告されている。

IV. カタトニアの発症機序と病態仮説

カタトニアの発症機構は十分には解明されていない。カタトニア発症に関与している脳部位として、前頭葉、基底核、小脳、橋、頭頂葉、脳梁などがいわれており、カタトニアは特定の脳部位の障害というよりも、連絡路の機能不全によると考えた方がよい。カタトニアの剖検脳検索でも、特定の脳部位の損傷は同定されていない。

これまでの臨床経験からカタトニアの病態に影響を与える薬剤として、GABA系、グルタミン系、ドパミン系の薬剤が知られており、カタトニア発症にはこれらの神経伝達物質が関与していると考えられる。

カタトニア症状を改善するベンゾジアゼピンは、

GABA-A 受容体を賦活する。Northoffらは、無動型カタトニア患者10名のGABA-A結合能を評価し、カタトニア患者の右側外側眼窩皮質におけるGABA-A結合能が低下していること、またカタトニア患者ではSPECTにて右頭頂野の血流が低下していることを報告している⁷⁴⁾。

NMDA受容体拮抗剤がカタトニア症状を軽減することから、カタトニアがグルタメイト系の過剰活動により惹起される可能性が議論されている。NMDA受容体の過剰活動はGABA-A受容体の相対的な低活動を引き起こすことによりカタトニアを引き起こすという仮説である。また、グルタメイト過剰あるいはグルタメイト受容体の過剰活動は、後部頭頂野の機能異常を引き起こすことにより、異常姿勢や空間認知の障害を引き起こすと考えられるが、実際に、左後部頭頂葉の脳血流低下を示す血管性認知症患者に見られたカタトニアは、ベンゾジアゼピンに無反応であったが、メマンチンによりカタトニア症状が改善することが報告されている。

カタトニアにおけるドパミン系の関与は複雑である。NMSやカタトニアにドパミンが関与していることは明らかであるが、その役割は未だ解明されていない。D2受容体遮断作用を有する非定型抗精神病薬にはカタトニアを憎悪させる場合も軽減させる場合もある。前頭眼窩皮質の内側部と外側部は視床皮質ループを介して皮質下と連結しているが、皮質-線条体、淡蒼球-黒質、視床-皮質の連結にはドパミン系が作用しており、このドパミン系はGABA系とセロトニン系により調節されている。

カタトニアの生物学的研究におけるNorthoffグループの貢献は大きく、カタトニア発症機構は以下のように理解されている。

恐怖に直面した時に動物は、戦うfightか逃げるflightかどちらかの反応を選択するが、第三の反応として固縮tonic immobilityがある。筋肉を硬直させて動かなくなることで動物にみられる疑死によく似た反応である。

外界からの知覚情報は、それぞれの知覚モダリティに対応する一次知覚野を介して扁桃体に届けられるが、扁桃体は恐怖や不安などの負の感情を処理

している⁷⁵⁾。無動状態(tonic immobility)の動物では、扁桃体の過活動が報告されているが、無動性カタトニアにおいても扁桃体の過活動が観察されており、動物の無動状態との類似がみられる⁷⁶⁾。扁桃体からの情報は脳皮質に伝えられ、負の情動は、前頭眼窩野(orbitofrontal cortex; OFC)と腹内側前頭前野(ventromedial prefrontal cortex; VMPFC)の過活動と背外側前頭前野(dorsolateral prefrontal cortex; DLPFC)の低活動を惹起し、一方、正の情動に対しては全く逆の活動がみられる。そして、扁桃体、OFC/VMPFC、DLPFCを連結するネットワークは、GABAニューロンにより調節されており⁷⁶⁾、OFCは情緒に関係する外界からの情報解読に、VMPFCは情動の統合に⁷⁷⁾、DLPFCは認知と行動決定に関与している⁷⁸⁾。すなわちDLPFCは情動の認知と統合を担う部位であり、感情認知と運動機能を統合している^{79, 80, 81)}。

カタトニア患者では負の情動刺激時にOFCとVMPFCにおいて健常人と比較して過剰な反応が認められ、OFCの過活動は行動/情動症状とVMPFCの過活動は運動症状と相関していることが示されている⁸²⁾。カタトニア患者においては、OFC-VMPFC経路、VMPFC/DLPFC-運動野/運動前野経路の連結が変化していることが示されているだけでなく、カタトニアに有効とされているロラゼパム投与により、負の情動刺激時の前頭前野の過活動が抑制されること^{83, 84)}。ロラゼパムが有効な例では、OFCとVMPCの過活動が抑制されることが示されている⁸⁵⁾。このような知見からは、前頭前野におけるGABA系、特にGABA-A受容体の低活動がカタトニアの発症に重要な役割を果たしていると推察される。

実際、カタトニア患者におけるGABA-A受容体密度と脳血流量についての報告がある。カタトニア患者ではDLPFCのGABA A受容体密度が減少しており、前頭前野と後部頭頂葉の血流量が減少しているという⁸⁶⁾。カタトニアの運動症状と情動症状はDLPFCのGABA-A受容体密度の減少によるGABA系の低活動によると考えられる。カタトニアにDLPFが関与していることは、この領域への高頻度rTMSによりカタトニアが軽減されるこ

とからも間接的に示唆される^{87, 88)}。

カタトニアの異なる運動症状と脳部位活動との対応を調べた報告がある。安静状態、自分の自発的運動、他人からの指示による運動という三つの異なる運動課題時に、前頭前野、頭頂野、補足運動野の活動がカタトニアでは低下していた⁸⁹⁾。カタトニアでは運動時の前頭葉/頭頂葉における電位の潜時が遅れていることから⁸⁹⁾、カタトニアでは運動の開始はできているが、その終了が不完全であると考えられる^{90, 91)}。カタトニア患者のECT治療前後での脳血流量は、ECT治療後に頭頂葉皮質における脳血流量が回復していた⁹²⁾。実際に頭頂葉の障害によりカタトニアを呈した患者も報告されている⁹³⁾。神経心理学的検査からは、カタトニア患者では視空間運動機能が低下していることから⁹⁴⁾、間接的にはあるがカタトニア発症に後部頭頂野の機能不全が関与していると示唆される^{95, 96)}。

現時点で想定されているカタトニアの発症機序のシエマを図2に示す。(図2)

近年、ミラーニューロンが同定され、動物の物まね行動への関与が知られるようになったが、カタトニアにおけるミラーニューロンの関与も想定されている。ミラーニューロンの過活動により反

響言語や反響動作などの反響現象が惹起されることが想定されるが、ロラゼパム投与によりミラーニューロンの活動が正常化することが報告されている⁹⁷⁾。反響現象はミラーニューロンの抑制不全に起因すると考えられており、これはOCF、VMPFC、DLPFC、頭頂野におけるGABA系の活動が低下していることによると考えられる⁹⁸⁾。

ベンゾジアゼピンとECTはカタトニアに有効であるが、いずれもてんかん閾値を上昇させることから、カタトニアの発症にはてんかん性の機序が想定されている⁹⁹⁾。てんかんはカタトニアを伴うことが多いが、すべてのカタトニア患者にてんかんの脳波異常が認めるわけではない。統合失調症に伴うカタトニアでは、しばしば脳波異常が指摘されているが、それがトレイトマーカークなのかステイトマーカークなのかは明らかにされていない¹⁰⁰⁾。カタトニア患者のすべてに脳波異常が確認されているという事実はないものの、皮質下のてんかん性機序によりカタトニアが惹起されるという可能性は残っている。

精神運動機能を調節する回路に注目したカタトニアのサブタイプが提唱されている。運動機能はトップダウン回路とボトムアップ回路により調節

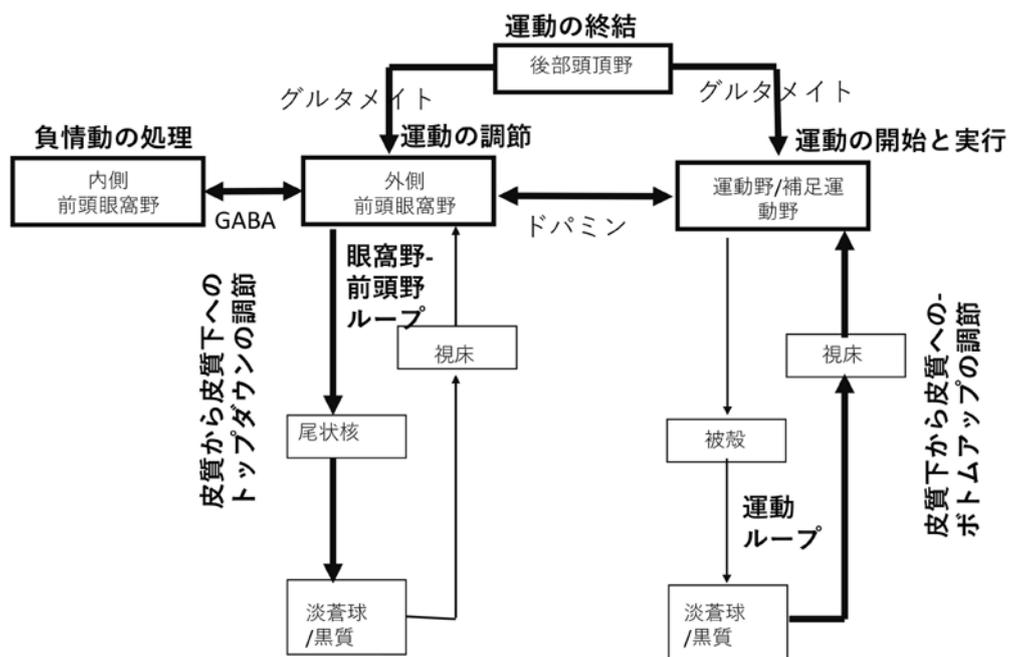


図2 カタトニアの発症機序シエマ

されているが、トップダウン回路は大脳皮質の外側前頭眼窩野による尾状核や皮質下核の調節であり、対してボトムアップ回路は基底核による運動野/運動前野の調節である。カタトニアでは前頭眼窩野の GABA 低下状態は、眼窩野 - 前頭野ループを介して尾状核や基底核へのトップダウン回路の機能不全を起こすが、線条体のドパミン低下は。ボトムアップ回路により運動/運動前野の機能不全を起こす。その結果カタトニアの一部の患者の運動症状は、線条体の D2 遮断と関係しており、運動ループを介して補足運動野と前頭眼窩野に影響を与える⁹¹⁾。

V. カタトニアの治療手順

1. 全身管理

カタトニア患者に対しては、患者の生命を確保するための全身管理、栄養管理が重要である。カタトニアが持続すると、褥瘡、関節拘縮、横紋筋融解、深部静脈血栓症、肺塞栓、尿路感染、感染症、誤嚥性肺炎などを引き起こし、死の転帰を取る可能性があるからである¹⁰¹⁻¹⁰⁴⁾。寝たきり、脱水、低栄養などによる全身状態の低下を防ぐために濃厚な看護が必要となり、深部静脈血栓症/肺梗塞を予防するために抗凝固剤が必要な場合もある。経口摂取不能の患者には IVH、経管栄養、PEG などが必要な場合も多い。カタトニアは適切な治療を行えば、回復が期待される病態であるだけに、重症のカタトニア患者に適切な全身管理、支持的治療を行うことは重要である

2. 診断と基礎疾患の同定

カタトニアと鑑別すべき状態として、せん妄、代謝性昏迷、緘黙症、無動性パーキンソニズム、悪性過高熱、ロックトイン症候群、硬直性疼痛症候群などがある。

カタトニアの基礎疾患は精神疾患、神経疾患、身体疾患など 100 以上にわたり、その検索のためには十分な診察と病歴聴取が必要となる。脳炎、発作、代謝異常、SLE、部分発作、脳腫瘍、脳梗塞など脳血管脳内の局所性病変により起こるカタトニアもある。また、カタトニアを惹起する薬剤

として、フェンサイクリジン、ジスルフィラム (disulfiram)、ステロイド剤など CNS に直接作用を有する薬剤以外にも、シブトラミン (sibutramine)、クラリスロマイシン (clarithromycin)、アジスロマイシン (azithromycin)、アモキシリン (amoxicillin) によるカタトニアが報告されている。

全身性エリテマトーデス (systemic lupus erythematosus; SLE) には高い頻度でカタトニアが報告されており (SLE 患者の 50-70%)、カタトニアへの対応としてステロイド、免疫抑制剤に加えて、ベンゾジアゼピンあるいは ECT の併用が勧められる。がん患者では、脳内がん転移に加えて、傍腫瘍脳症によるカタトニアがある。HIV 感染症 (HIV/AIDS)、ビタミン B 12 欠乏によるカタトニアも報告されている。臓器移植患者には精神症状を呈する場合も多いが、肝臓移植を受けた患者でカタトニアを呈した 3 症例が報告されている。これらの症例では術後 2-3 日目にカタトニアが認められたが、ベンゾジアゼピン投与によりカタトニアは消退したという。

抗精神病薬による悪性症候群はカタトニア症状に加えて、高熱、筋緊張、せん妄と自律神経の破綻による多彩な症状を呈し、検査では白血球増加、血小板増加、CPK 高値、LFT 高値を呈する。

3. カタトニア診断のためのロラゼパム / ゴルピデム試験

ベンゾジアゼピンはカタトニアの治療薬であるだけでなく、カタトニアの診断にも用いられる。1-2mg のロラゼパム静注が有効であれば、カタトニアの診断につながる。静注 5 分後に患者を評価し、症状に変化がない場合には再度ロラゼパムを静注する。10 分後にカタトニア評価尺度の点数が 1/2 以下に低下することによりカタトニアと診断する³⁶⁾。ロラゼパム静注ができない場合には、第二回目の投与を筋注では 15 分後に、経口では 30 分後に行う。ロラゼパム投与に反応する患者は、自ら話すことができるようになり、カタトニアの病態を理解することにも役立つ¹⁰⁴⁾。ゾルピデム試験も提唱されており^{105, 106)}、ゾルピデム 10mg を経口投与し 30 分後に、例えば BFCRS などの評価尺度

で評価し得点が1/2以下になる場合に陽性と判断する。

4. カタトニアの薬物療法

Hawkinsらは、178名のカタトニア入院患者について調査し、ロラゼパムが最もよく使用されており、その有効率は60-70%であり、ECT単独での85%の有効率と比較しても遜色ない有効性を報告している¹⁰⁷⁾。ベンゾジアゼピンが無効であったカタトニアに対するECTの有効性も確認されていることから、カタトニアの治療原則として、ベンゾジアゼピンが第一選択であり、ベンゾジアゼピンが無効の場合にはECTを施行することが勧められる¹⁰⁷⁾。

1) ベンゾジアゼピン系薬剤 (Benzodiazepines)

ベンゾジアゼピン系薬剤はGABA-A受容体へのアロステリック効果によりGABAニューロン機能を賦活する。ベンゾジアゼピン系薬剤は、どのようなカタトニアに対しても治療の第一選択である。正しく診断されたカタトニアにはベンゾジアゼピンの静注(多くはロラゼパム)が最もよく行われ、カタトニアのタイプに関わらずその有効率は60-70%である¹⁰⁷⁾。

静注投与で治療を開始し、改善に伴い経口投与に変更する。用量は患者によって異なるが、無動昏迷型のカタトニア患者に対しては、3mg/日から開始して、毎日あるいは隔日に患者の反応を見ながら6, 9, 12 mgへと増量する。6-21mgで多くの患者に反応がみられるが、場合によっては30mgが必要な場合もある。有効な場合には4-10日後にその反応が認められる。反応が十分でない場合には速やかにECT治療を考慮すべきであり、ベンゾジアゼピン系薬剤をだらだらと継続することは勧められない。

ロラゼパムは、排出半減期約12時間の中程度持続時間を持つ抗不安薬である。我が国ではファイザー社からワイパックス®として発売され、後発医薬品も販売されているが、注射剤は発売されていない。ロラゼパム試験で陽性であれば、用量を上げてベンゾジアゼピン系薬剤による治療に進むことになる。

カタトニアの入院患者18名に対する効果では、ロラゼパム静注の数分後に反応が見られ、16名がロラゼパムに反応を示した¹⁰⁸⁾。ロラゼパムの効果は、統合失調症に伴うカタトニアよりも、気分障害やほかの身体疾患によるカタトニアの方が有効であることが指摘されており、統合失調症に伴うカタトニア18名に対する12週間のロラゼパム(6 mg/日)治療の二重盲検試験では、ロラゼパムの優位性は示されていない⁶⁵⁾。カタトニア入院患者107名(49%が精神病性、44%が気分障害性)に対するロラゼパム(3-6 mg/日)治療では、2/3に反応が認められ、1/3が寛解したとされている⁵⁸⁾。ロラゼパムの効果が乏しかった症例ではその使用開始が遅れたことが原因とされており、ロラゼパムによる治療が遅れる場合には3-6mgよりも高用量のロラゼパムが必要とされる。カタトニアに対するベンゾジアゼピンの有効性は用量依存的であり、症例によっては、ロラゼパム8-24 mg/日が必要な場合もある。具体的な投与スケジュールとして、ロラゼパム1-2mgから始め4-12時間毎に過度の鎮静がないことを確認しながら増量する。多くの場合ロラゼパムの治療効果は3-7日後に認められる。高用量のロラゼパムの投与が必要な場合には過鎮静と呼吸抑制に注意する。

どのベンゾジアゼピン系薬剤を使用すべきかについての明確な基準はないが、ロラゼパムが最もよく使用され、最も高い有効性(79%)が報告されている。他にもジアゼパム¹⁰⁹⁻¹¹³⁾、オキサゼパム¹¹⁴⁾、クロナゼパム¹¹⁵⁻¹¹⁸⁾の有用性が報告されている。症状が寛解してからどのくらいの期間ベンゾジアゼピンを使用すべきかについての指標もないが、一般的にはカタトニア症状が寛解してからも十分な期間の使用が推奨されている。

2) ゴルピデム (Zolpidem)

ゴルピデム(Zolpidem)は、イミダゾピリジン系に分類される非ベンゾジアゼピン系睡眠導入剤である。脳内GABA-A受容体の $\omega 1$ サブタイプに作用する。日本での商品名はマイスリー®で、アステラス製薬が販売している。

ゴルピデムは、GABA-Aアゴニストであり、カタトニア治療薬として使用できる。その作用は

15-30分後に見られ即効性があることから、カタトニアの診断としても使用でき、前述したようにゾルピデム試験が提案されている¹⁰⁵⁾。ロラゼパムに反応のなかった症例でゾルピデムの有効例が報告されているが、ゾルピデムの欠点は、持続時間が3-4時間と短いことであり、頻回の投与が必要となる¹¹⁹⁾。

Mastainらは、ベンゾジアゼピンとECTが無効であった皮質下梗塞に合併したカタトニアの女性症例にゾルピデムが有効であったことを報告した。カタトニア症例7名に対するゾルピデムの効果について、薬剤投与後15-30分で症状が軽快し始めその効果は2-5時間持続し、有効症例におけるゾルピデムの血中濃度は80-130 ng/Lと報告している¹²⁰⁾。ゾルピデムの有効性は他のグループからも報告されており、7.5-40 mg/日のゾルピデム治療が推奨されている^{121, 122)}。

3) カタトニアにおける抗精神病薬の使用

カタトニア患者が抗精神病薬を服用中であれば、抗精神病薬が抗精神病薬誘発悪性症候群(NMS)を惹起する可能性を考慮して、原則として抗精神病薬を中断する。第一世代抗精神病薬(FGA)だけでなく第二世代抗精神病薬(SGA)についてもNMS発症のリスクが示されている¹²³⁻¹²⁶⁾。カタトニア患者82名について調べた前方視研究では、3名がNMSを発症し(3.6%)、抗精神病薬を使用している人の発症率(0.07-1.8%)より有意に高かった¹⁹⁾。高力価のD2遮断作用を有し錐体外路系副作用を起こしやすい抗精神病薬がカタトニアを惹起しやすいとされているが^{127, 128)}、オランザピンによるNMSも報告されている^{129, 130)}。

抗精神病薬はカタトニアに無効であるとされているが、統合失調症に伴うカタトニアに対するSGAの有効性は考えてもよい¹³¹⁾。というのは、いくつかのSGAには弱いGABA賦活と5-HT₂賦活作用があり、前頭前野でのドパミン放出を刺激してカタトニア症状を緩和する可能性が考えられるからである¹³²⁾。実際に、クロザピン¹³³⁻¹³⁶⁾、オランザピン^{131, 137, 138)}、リスペリドン¹³⁹⁻¹⁴²⁾、クエチアピン¹⁴³⁾のカタトニアに対する有効例が報告されている。しかしながら14名の昏迷カタトニア患

者に対して、ECTとリスペリドンを比較したランダム化試験では、ECTのほうがリスペリドンより有意に有効であった¹⁴⁴⁾。カタトニアに対するSGAの有効性には議論が多い所であるが、一般論としては、抗精神病薬を使用している患者にカタトニアがみられた場合には、抗精神病薬の効果が少ないこととNMSの危険性を考えて、原則中止することが勧められる。そして、カタトニアの治療としてベンゾジアゼピンあるいはECTを速やかに導入してカタトニアが寛解状態に達した後に、再度SGAの使用を考慮すべきであろう。そしてこのような場合には、弱いD₂遮断作用薬剤(クエチアピン、オランザピン)やD₂パーシャルアゴニスト作用を有する薬剤(アリピプラゾール)が推奨される。

カタトニアに加えてせん妄を呈している患者については特別な留意が必要となる。カタトニアはせん妄、とくに躁病性せん妄、にしばしば合併し、カタトニアとせん妄の症状は部分的に重なり合う。DSM-5でも、せん妄の経過中の症状をカタトニアと診断しないことを求めている。

カタトニアとせん妄の薬物治療は異なることに留意する必要がある。せん妄には抗精神病薬が有用であるが、カタトニアに対しては抗精神病薬の効果は期待できないからである^{145, 146)}。せん妄とカタトニアの両方を呈する患者の治療法については患者ごとに個別に対応すべきであり、今後のさらなる検討が必要であるが、一般身体疾患に伴うカタトニアに対しての抗精神病薬の使用は勧められない¹⁴⁷⁾。

4) 抗てんかん剤、その他の薬剤

ロラゼパムやベンゾジアゼピンに反応しなかったカタトニア症例にトピラメイト(Topiramate)の追加が有効であった4症例が報告されている¹⁴⁸⁾。トピラメイトはてんかんと片頭痛に対して開発された薬剤であり、その作用機序には不明なところも多いが、*in vitro*では電位依存性Naチャンネル阻害作用、GABA-A受容体刺激を介してGABA系を賦活しCl⁻流入を促進する作用が知られている。このGABA系賦活作用はフルマゼニルにより阻害されないことからバルビツールによる作用とは区

別されている。またトピラメイトにはカニン酸による AMPA 受容体賦活作用に拮抗する作用があることも知られており、この AMPA 受容体に対する作用は NMDA 受容体に対する作用とは別のものではあるが、両方のグルタメイト受容体は近くに位置していることから、トピラメイトが間接的に NMDA 受容体に作用している可能性もある¹⁴⁹⁾。ミノサイクリン(minocycline)が統合失調症によるカタトニアに有効であった2症例が報告されている¹⁵⁰⁾。抗精神病薬に加えてミノサイクリン 150mg/日を加えることにより統合失調症によるカタトニアに有効であるとの報告は、ミノサイクリンの NMDA 受容体拮抗作用によると考えられる¹⁵¹⁾。

カタトニアに対するカルバマゼピン(carbamazepine)¹⁵²⁾、バルプロ酸(Valproate)使用の報告がある¹⁵³⁻⁵⁾。カタトニアを呈した統合失調症の同胞2症例にバルプロ酸が有効であった症例¹⁵⁶⁾、プロモクリプチン(bromocriptine)¹⁵⁷⁾ やビペリデン(biperiden)の使用報告¹⁵⁸⁾、双極性障害に伴うカタトニアに対するレベチラセタム(levetiracetam)の報告もあるが¹⁵⁹⁾、レベチラセタムはカタトニアを誘発するとの報告もある¹⁶⁰⁾。

一時期リチウムは急性カタトニアに有用とされた時期もあったが^{161, 162)}、実際にはカタトニア症状の寛解にはほとんど無効であり、むしろ双極性障害の病態を改善すると考えられている^{160, 163, 164)}

VI. NMDA 拮抗剤を含めた新しいカタトニアの薬物療法

カタトニアの病態仮説として、線条体-皮質系あるいは皮質-皮質系の神経伝達物質の異常が想定されており、カタトニアの発症には、GABA-A受容体の低活動、ドパミン系の低活動、グルタメイト NMDA 受容体の過活動などが想定されている⁸⁶⁾。カタトニアにおいて NMDA 受容体の過剰な開口がグルタメイト系の過活動をきたし、グルタメイト系と GABA 系のバランスが損なわれて発症すると考えられるが、NMDA 受容体拮抗薬は、NMDA 受容体を抑制しグルタメイト系の過活動を抑制することにより、GABA-A 受容体とドパミンの低活動を改善する¹⁶⁵⁾。

アマンタジンは 1960 年代に、当初は抗ウイルス剤として開発され、その後、パーキンソン病への適応が認められた薬剤である^{166, 167)}。日本と米国では経口製剤だけであるが、ヨーロッパでは注射製剤も開発されている。経口摂取は良好で、半減期は 12-18 時間の作用時間があり、中枢性のドパミン放出刺激とドパミンの再取り込みを抑制するだけでなく、シナプス後膜のドパミン受容体への直接作用も想定されている。また NMDA 受容体に対する可逆性の拮抗作用がある^{168, 169)}。カタトニアに対するアマンタジンの薬理作用として、ドパミン受容体とグルタメイト NMDA 受容体への作用が考えられるが、統合失調症や気分障害においてグルタメイト系の過活動が想定されていることから¹⁷⁰⁻¹⁷²⁾、アマンタジンがカタトニアを改善するかどうかについては様々な議論がある。動物実験ではブルボカプニン誘発性カタレプシー動物モデル(bulbocapnine-induced catalepsy)に対してアマンタジン投与が有効であることが報告されている¹⁷³⁾。Northoff らは、アマンタジンは過剰なグルタメイト系を適正化することによりカタトニアの治療に有効であると提唱しているが、アマンタジンには NMDA 受容体拮抗剤としての作用と共に抗コリン作用とドパミン刺激作用がある。ロラゼパムが無効であったカタトニア症例にアマンタジンが有用であったとの報告¹⁷⁴⁾、38 歳男性の腎機能不全と重度のうつ病がありカタトニアを呈した患者で、ECTが無効でありアマンタジン 100mg/日の投与によりカタトニアから回復した症例報告¹⁷⁵⁾などから、カタトニアに対するグルタメイト系治療薬について関心をもたれるようになった。

一方、メマンチンはアマンタジンの誘導体として開発された NMDA 受容体の非競合阻害を示す拮抗剤であり、中程度から重症のアルツハイマー病に対する治療薬として開発された。アマンタジンと同様に、経口摂取は良好で摂取後 6 時間で最大濃度となり、その半減期は 60-80 時間と長い。メマンチンにはドパミン作用はないので、その NMDA 受容体拮抗作用を介したグルタメイト系ダウン・レギュレーションにより治療効果を示すものと考えられる。

以下にメマンチンが統合失調症に伴うカタトニアに有効であった症例報告を掲げる。

56歳男性。統合失調症による幻聴のために通りを徘徊していた男性患者が警察を介して入院となった。無言、視線固定、姿勢異常、保続、亜昏迷、常同症が認められBFCR得点は16点であった。オランザピン、ハロペリドール、ジプラシドン、リスペリドンでの治療には部分的な反応しか認められなかった。

メマンチン 5 mg/日を開始し、ジプラシドンを中止しクロザピンを開始したところ、翌日に症状は大きく改善し、会話をするようになり、患者は頭の混乱が収まったと話した。そこで、マンチン 20 mg、クロザピン 300 mg/日に増量したが、血中クロザピン濃度は 509 ng/mlであった。9日目にメマンチンを中止したところ、症状は明らかに憎悪した。メマンチンを再開したところ症状は再び改善したのでクロザピンとメマンチンを続した。BFCR尺度で3点に改善した。

メマンチンがカタトニアに有効であるとの報告¹⁷⁶⁾に続いて、カタトニアに対するアマンタジンとメマンチンの治療効果についての25論文が報告され¹⁷⁷⁾、その後もアマンタジンあるいはメマンチンが有効であったカタトニア症例が報告されている¹⁷⁸⁻¹⁸³⁾。

カタトニアの治療としてロラゼパムとECTは第一選択であるが、これらの治療法が反応しない場合にはグルタメイト系に作用する薬剤を考へてもよい。このような症例にアマンタジン(300-1500 mg/日分三)とメマンチン(5-20 mg/日)のどちらがより有用であるかについての報告はない。しかしながら、アマンタジンは幻覚・妄想を惹起する可能性があるため注意が必要となる。このような場合にはドパミン系への作用のないメマンチンが使いやすいかもしれない¹⁸⁴⁾。

Carrollらによるカタトニアに対するグルタメイト系薬剤の使用に関する優れた総説がある。アマンタジン(200-500 mg)あるいはメマンチン(5-20 mg)で治療された25名のカタトニア症例がまとめられているが、全ての患者に投与1-7日で効果が認められている。ベンゾジアゼピンの効果は24時

間以内に認められ3週間までに回復するケースが多いことから、NMDA受容体拮抗剤は効果発現までに時間を要するようである¹⁶⁵⁾。

このような状況を踏まえて、Wederらは表5に示すようなカタトニアの治療アルゴリズムを提案している¹⁸⁵⁾。(表5)

表5 カタトニア治療アルゴリズム

1. ロラゼパム6mgを1-3日
2. ロラゼパムが無効あるいは部分的の場合はECTを施行(ECTが行えない場合はスキップして3に)
3. アマンタジン100mgから開始し3-4日ごとに100mgずつ400mgまで増量
4. メマンチン10mgから開始し3-4日経過を見る。反応が不十分の場合は20mgに増量
5. トピラメート200-400mgを開始する

(Weder, 2008を一部改変)

VII. カタトニアに対するECTとrTMS

1934年、ブタペスト王立精神研究所のメデューサ(Laszlo Meduna)により最初の樟脳(camphor)筋注による痙攣療法が緊張型統合失調症5名に施行された。患者は昏迷状態のカタトニアを呈しており、数か月間の経管栄養下にあり最悪の転機が予想されていた。痙攣療法の効果には目覚ましいものがあり、数回の痙攣療法により全患者がカタトニアから脱し経管栄養も不要となった。その後、1938年にECTが発作療法として使用されるようになり、今ではカタトニアはECTの最も有効な疾患とされている

現在、ECTのカタトニアへの有効性はほぼ確立しており¹⁸⁶⁾、ロラゼパムに反応しないカタトニアにも有効であることから、ECTはベンゾジアゼピンに反応しないカタトニア症例、熱発、心悸亢進、血圧不安定などの生命予後に重大な影響を与えるほど重篤なカタトニア(悪性カタトニア)症例に対して用いられる¹⁸⁷⁾。カタトニアを惹起している基礎疾患にもよるが、精神疾患に伴うカタトニアについて、カナダの治療ガイドライン(Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments; CANMAT)ではECTを第一選択の治療法としている¹⁸⁸⁾。Hawkinsらによるとカタトニアに対する

ECTの有効性は85% (47名/55名)とされている¹⁰⁷⁾。Payeeらも、ロラゼパムに反応しなかったカタトニア患者9名中8名にECTが有効であったことを報告している¹⁸⁹⁾。

ベンゾジアゼピンに無反応のカタトニア患者222名の後方視研究でもECTの有効性が確認されている。カタトニア統合失調症患者250名に対するECTの効果がIOWA500プロジェクトの一環として報告されているが、そこでは薬剤治療ECTに関わらず85名(40%)が寛解していたが、ECTを受けた75名中53%が寛解していた。Rohlandらは、精神科に入院したカタトニア患者28名中26名の93%にECTの有効性を報告し⁵⁹⁾、Englandらも、1-5 ECTセッションのカタトニア患者12名中10名(83%)の効果を報告している¹³⁶⁾。

カタトニア患者63名(統合失調症30%、気分障害41%)に対して週三回のECTを施行した報告では(6名は第一選択、57名はロラゼパム治療後)、ECTを受けた56名が寛解した(89%)。カタトニア罹病期間が短いもの、BF CRS得点の高いもの、蠟屈症/ゲーゲンハルテンを呈するもの、反響動作を示すものは、ECTへの反応に長時間が必要であった¹⁹⁰⁾。ECTの有効性についても、カタトニアの罹病期間が短い方が有効性は高い。カタトニア持続期間が長いほど必要となるECTの回数も多くなる。また統合失調症に伴うカタトニアの症例では、クロザピン投与とECT併用の有効性も報告されている¹⁹¹⁾。

児童のカタトニア12症例(罹病期間数か月から6年間)に対する7-29セッションのECT報告では、全症例で反応性が認められている¹⁹²⁾。Consoliらは児童思春期のカタトニア59症例に対するECTの効果を報告しており、45例(76%)に効果があり、3例(5%)にわずかな効果、1例が無効であった¹⁹³⁾。

ECTの二重盲検試験は少ないが、ロラゼパムに反応しなかったカタトニアに対するECT(両側側頭葉電極BT, 3/週, N=8)+プラセボ群とシヤムECT+リスペリドン群とを比較した報告がある。その報告ではBF CRS得点はECT群で有意に改善が大きかった⁷²⁾。カタトニア患者50名に対するECTの有効性を調べた報告では¹⁹⁴⁾、第一選択と

してECTあるいはベンゾジアゼピンで治療され、反応しなかったベンゾジアゼピン群には、ECTあるいは抗精神病薬が投与された。そして、抗精神病薬が反応しない群に対してECTが施行された。このようなプロトコールで治療されたカタトニア患者では、41名中1名がベンゾジアゼピンに反応し、19名が部分的にベンゾジアゼピンに反応したのに対して、ECT群では17名全員が寛解した。また、Suzukiらは、統合失調症性カタトニアに対するECT効果の持続期間について、11名の急性カタトニア症例は100%有効であったが、そのうちの7例には6か月以内に再燃があり、1年以内の再燃率は63.6%であった¹⁹⁵⁾。再燃患者は第二クルのECTと一年間の維持ECTを受けたが、1年間で4名は再燃がなかったが¹⁹⁶⁾、再燃した患者に対して強度と頻度を調節することによりECTの有効性が示された¹⁹⁷⁾。

近年、両側性でなく片側性ECTにも効果があるとの報告されている¹⁹⁸⁾。ベンゾジアゼピンに無効であったカタトニア5症例に対する片側性ECTでは4症例は片側性ECTに反応があり、効果がなかった1名にはその後両側性ECTを試みても無効であったという¹⁹⁸⁾。このような結果からは片側性ECTでも十分なかもしれないが、十分な刺激を付与するために両側性ECTを推奨する意見が多い¹⁹⁹⁾。

一般的には、ECT施行前に薬物療法を中止することが多いが、ベンゾジアゼピンに部分的な有効性がある場合には、急にベンゾジアゼピンを中止することは、けいれん閾値を上昇させること、カタトニア症状を憎悪させることを考えると得策ではないだろう。ロラゼパムとECTは十分に併用可能である。ロラゼパム投与によりけいれん惹起が困難な場合には、フルマゼニールをECT前の麻酔薬の投薬直前に投与することも考えてよい⁷⁵⁾。カタトニア治療に必要なECT回数について予想することは困難である。しばしばECT施行後1-3回後に急速な反応がみられるが、^{63, 136)}、これだけでは不十分なことが多い^{200, 201, 202)}。十分な寛解状態を得るためには通常もっと多くのECTが必要であり、その必要な回数は個人により異なる。悪性カタトニア患者に対しては、3-5日間の毎日の

ECTが必要なこともあり、そして維持療法としてのECTも必要な場合が多い

1. ECTの作用機序

このような目を見張るほどのECTの臨床効果の作用機序について、創始者メデュナ(Ladiala Meduna)は、発作を起こすことにより脳内の化学成分が変化するのであろうと記載しているが、その詳細については未解明である。いずれも仮説ではあるが、現時点で受け入れられている(1)全般発作仮説、(2)神経内分泌-間脳仮説、(3)解剖学的発作仮説について概説する。

1) 全般発作仮説

ECTの抗うつ作用について、治療効果には全般性発作の出現が必須であり、部分発作では抗うつ効果が不十分であると言われている²⁰²⁾。近年SPECTにより皮質-視床-皮質回路の十分な活動が治療効果発現に必要なことが報告されている²⁰³⁾。このような全般発作仮説を支持する知見としては、シャムECTには全く治療効果がないこと、両側ECTの方が片側ECTよりも全般性発作を惹起しやすく、同時にその有効性も高いこと、経頭皮時期刺激TMSや迷走神経刺激VNSなどは発作を誘発しないが、同時に臨床効果も少ないことなどが挙げられよう。ECTは動物実験では多くの神経伝達物質や神経栄養因子に影響を及ぼし、神経新生やスプラウティングを惹起することが知られているが、これらの変化がどのような臨床効果に関係するかは未解明である²⁰⁴⁾

2) 神経内分泌・間脳仮説

うつ病はHPA系異常によるもので、コルチゾルの分泌調節が破綻しているとする考えがある。ECTの治療効果を下垂体、間脳への作用に基づくとする立場である。間脳の賦活がECT治療効果の出現には必須であることが示されたことから、ホルモン仮説が重要視されるようになった²⁰⁵⁾。そしてECTのうつ病に対する効果は間脳の機能回復を想定した視床下部からのホルモンの分泌を刺激することにあると考えられ、うつ病の病期に機能不全をきたしている視床下部機能を回復させることによると考えられた²⁰⁶⁾。実際ECTはプロラクチ

ン、アドレノコチルコトロピン、AVP、NPYなどのHPA系ホルモンの血中濃度を上昇させる。またECTにより回復したうつ病患者ではPETによる脳血流量が増加しており、その増加が最も強い部位は脳基底核、脳幹、間脳であり、これらの部位の賦活が抗うつ作用の発現には重要であると考えられている²⁰⁷⁾。TMSやVNSではこのようなホルモンの分泌高診作用が認められていない。

3) 解剖学仮説と発作仮説の統合

辺縁系へのETC刺激は神経栄養因子を刺激する。うつ病患者における両側海馬体積の減少が知られているが、この海馬体積減少はECT治療により回復するという²⁰⁸⁾。動物実験では電撃刺激による海馬の神経再生賦活が示されているが、神経再生はストレスにより影響を受けるものであり、特にコルチゾルは神経再生を抑制することが知られている。ラットへのコルチゾル投与により抑制される海馬歯状回の神経再生は、電撃により回復する²⁰⁹⁾。またBDNFは辺縁系に高濃度に存在するが、電撃により海馬での120以上の遺伝子発現が増加するが、BDNFの発現も上昇する²⁰⁹⁾。

ECTはすべてのタイプのカタトニアに有効である。ベンゾジアゼピンが無効であった症例を含めてもECTの有効率は80%-100%であり、精神科領域のあらゆる介入法と比較しても高い有効率である。ECTは悪性カタトニア、NMS、せん妄性マニア、重症カタトニアに第一選択とされている。ベンゾジアゼピンに無反応あるいは部分的にしか反応しないカタトニアには、できるだけ早い時期にECTを施行すべきである。

2. ECTの実施方法

カタトニア患者はしばしば身体合併症を持つことがあり、それぞれの患者の状態に合わせて実施する。悪性カタトニアに対しては発症後5日以内にECTを開始することが望ましい。ECT実施の電極部位、刺激量、セッション回数などについて標準化された方法は決められていないが、電極部位については、両側側頭葉が最も有効とされており、通常では片側ECTは推奨されない。ECTの刺激強度については、てんかん発作を惹起するた

めに十分な刺激が必要であり、脳波上で25秒以上の発作波を誘発させる強度が推奨されている。カタトニア治療には、うつ病治療よりも頻回のECTが必要とされており、通常は週に3-4セッションを施行するが、悪性カタトニアや興奮性カタトニアなどの緊急を要する症例には、症状が安定化するまで毎日のECT施行もありうる。セッションの回数は通常は5-6セッション後に反応を見極めて、12-20セッションまで効果があれば施行する²¹⁰⁾。通常はECT施行時には全ての抗精神病薬を中止するが、ベンゾジアゼピンについては中止した方がよいとの意見もECT中も継続した方がよいとの意見もある。とくにカタトニア患者の多くはその治療のためにロラゼパムを投与されている場合が多いが、ロラゼパムを継続・漸減・中止するいずれの場合もあるが、一般的にはベンゾジアゼピンはけいれん閾値を上げるのでできれば中止したほうがよい。ECT時の筋弛緩剤としてサクシニルコリンが用いられるが、カタトニア患者に対しては高Ca血症²¹¹⁾やNMSのリスク²¹²⁾を回避するために避けて、ロクロニウム(rocuronium)やスガンマデクス(sugammadex)の使用が推奨されている²¹³⁾。

3. 維持ECT

多くの精神疾患に対するECTの効果を維持するためには維持ECT療法が必要とされる。カタトニアに対しては、大部分の症例で維持ECTは必要ない場合が多いが、必要な場合もある²¹⁴⁾。

4. ECT有効性の予測因子

ECTの効果を規定する因子として、若齢、自律神経系の乱れ(特に高熱)があること、発症初期に施行すること、最終ECTにおいて十分な発火が認められていることなどが報告されている⁶²⁾。ECT施行後最初の4セッションに認められる初期反応は、カタトニア症状が重症、入院期間が短い、蠟屈症やゲーゲンハルテンの症状がある場合に良好であり、神経疾患、身体疾患など脳器質的障害がある場合はECTの有効性が低い。

5. 反復経頭蓋磁気刺激 (Repetitive Transcranial

Magnetic Stimulation; rTMS)

rTMSは統合失調症にも用いられるようになり²¹⁵⁾、カタトニアに対するDLPFC領域の7-10Hz高周波rTMSの有効性が報告されている²¹⁶⁻²¹⁹⁾。ECTに反応した既往のあるカタトニア統合失調症の症例に対してrTMSが反応しなかった症例の報告もある⁸⁷⁾。

Kateらが報告したカタトニアに対するrTMSが有効であった症例を掲げる²¹⁹⁾。

22歳女性。9日前から熱発と行動異常があった。熱発2日目に、アパシー、虚無妄想、多動、全身の筋強剛がみられたがてんかん発作はなかった。入院時に熱発(100°F)があり、無言、視線を合わせず、口腔内に唾液を一杯にし涎を垂らしていた。筋強剛があり、常同姿勢がみられた。鑑別診断としてウイルス性脳炎、急性精神病、うつ病性昏迷、抗精神病薬悪性症候群(NMS)が考えられたが、DSM-IV-TRの一般医学状態によるカタトニアの診断基準を満たしていた。検査所見では、白血球増加、血沈亢進30mm/時。入院9日目のEEGでは全体的な徐波化(4-5Hz)と右側前頭葉にてんかん様発作が認められた。頭部MRI検査では、左前頭葉、右頭頂葉、右前頭回の深部白質に小さな強信号領域が認められた。髄液検査では異常がなく、HSV I, II PCRで陰性、B型日本脳炎抗体も陰性であった。CPK値は、3日目562U/l、4日目322U/lでその後は低下した。入院20日目の二回目の髄液検査では細胞数20cells/mm(100%リンパ球)以外は正常であった。

入院11日目のカタトニア評価尺度(BFCR)は32点であった。挿管後20日間、ロラゼパム、バルプロ酸(1,200mg/日)、エスシタロプラム(25mg/日)の点滴が続けられた。入院13日から38日までNMSの可能性を考えて、プロモクリプチン(12mg/日)を投与した。24日目からクロザピン(25mg/日)を開始し2週間で100mgまで用量を漸増した。

家族がECTを希望しなかったためにrTMSを施行することとなった。入院30日目からrTMSはMagstim Rapid2(Magstim Company, Whitland, Wales, UK)を使用し、両側DLPFC領

域に運動閾値の80%出力で10 Hz, 2秒間、10回刺激した。第2日から第10日までは20Hz、20回に刺激を増加したところ、10日目にはBFCR得点は9点に低下するとともに、視線を動かすようになり会話と自発運動が可能となり、その後症状が改善して退院となった。退院時処方はロラゼパム錠1.5 mg/日、デュロキセチン錠40 mg/日、バルプロ酸錠1,000mg/日、クロザピン錠75 mg/日であった。退院3か月後に大学に復学し、カタトニアの再発もないため投薬を減量したが、18か月後もカタトニアの再発はない。

この症例ではrTMSによる効果が認められたが、DLPFCは前頭前野と後部頭頂野との間の水平モジュレーション(皮質-皮質回路)と前頭前野と基底核の間のトップダウン・モジュレーション(皮質-皮質下回路)を担い、これらの回路は動作の開始・実行・終結を担っている。運動の情緒的側面は、水平回路により担われている。カタトニアでは、DLPFCの活動低下と後部頭頂野不全がいわれており、このような機能不全にはGABA系が関与しているとされているが、rTMSはこのような機能不全を改善すると考えられる。

VIII. おわりに

カタトニアの発症機構は未解明であるが、カタトニアを発症しやすい素因についてある程度まで推察することができる。GABA系機能が不十分で、情動の認知処理ができにくい人は発症素因を有していると考えられる。このような素因を有する人は、外界からの刺激に反応して強い情動ストレスを生じやすい。気分障害、そう状態、統合失調症などの精神疾患により惹起される情動ストレスに反応してカタトニアを起こしやすいのかもしれない。

負の情動に対してOFCにおけるGABA系の抑制機能が不十分であると、VMPFC/DLPFCのバランスが崩れ、DLPFCにおける情動の認知の制御ができなくなる。そうするとDLPFCと関連している頭頂葉皮質の運動領野の障害となり、カタトニアに特徴的な運動症状となると考えることができる。

負情動の処理という観点からは扁桃体の関与に

ついては今後も検討する必要がある。例えばオキシトシンは扁桃体に作用して恐怖・不安などの負の情動をコントロールすることが知られている²²⁰⁾。GABA系とグルタメイト系の双方に作用する薬剤はカタトニア治療に利用できる可能性がある。このような二つの作用を有する薬剤としてアカンプロセイト(acamprosate)やラモトリギン(lamotrigine)はカタトニア治療薬としての開発が期待されている²²¹⁾。

カタトニアは今まで不当に見逃されていた可能性がある。実際は、高い有病率の病態であり、精神科医は精神科病棟、一般病棟のカタトニア患者を診る機会が多い。まずはカタトニアは治療可能な病態であると認識することが重要である。

カタトニアが持続すると数々の合併疾患を起こすだけでなく、カタトニアが長く続くと治療有効性が落ちることが知られており²²²⁾、カタトニアの早期診断と早期介入が重要である。ベンゾジアゼピンとECTが第一選択であるが、NMDA受容体拮抗剤も新たな治療法として認められつつある。

文献

- 1) 三好功峰、最近のカタトニア(緊張病)の概念について 仁明会精神医学研究 12(1),12-27, 2015
- 2) Carroll BT, Goforth HW: Medical catatonia, in Catatonia: From Psychopathology to Neurobiology. Edited by Caroff SN, Mann SC, Francis A, et al. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, pp 123-125, 2004
- 3) Carroll BT, Lee JWY, Appiani F, Thomas C. The pharmacotherapy of catatonia. *Prim psychiatry* 17(4):41-7, 2010 doi:10.1097/YCT.0b013e3181fe28bd
- 4) Fink M, Taylor MA. *Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment*. Cambridge University Press. New York, NY: pp256, 2003
- 5) 三好功峰、カタトニア(緊張病)の身体的側面について 精神神経学雑誌 120(2), 123-130,

- 2003
- 6) Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen (Part 1-3) , Leipzig, Thieme, 1900
 - 7) Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin, Verlag August Hirshwald, 1874
 - 8) Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten 2nd ed, Bergmann, Munich, 1924
 - 9) Pfuhlmann B, Stober G. The different conceptions of catatonia: historical overview and clinical discussion. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251 (Suppl 1), 14-17, 2001
 - 10) Gjessing LR. A review of periodic catatonia. *Biol Psychiatry*8 (1) :23-45, 1974 Feb
 - 11) Takahashi S, Gjessing LR. Studies of periodic catatonia. IV. Longitudinal study of catecholamine metabolism, with and without drugs. *J Psychiatr Res*9 (4) :293-314, 1972 Dec
 - 12) Nishimura T, Gjessing LR. Failure to detect 3,4-dimethoxyphenylethylamine and bufotenine in the urine from a case of periodic catatonia. *Nature*206 (987) :963-4, 1965 May 29
 - 13) Perry TL, Hemmings S, Drummond GI, Hansen S, Gjessing LR. Urinary cyclic AMP in periodic catatonia. *Am J Psychiatry*130 (8) :927-9, 1973 Aug
 - 14) 大前晋、カタトニア（緊張病）の診断学的格付け - たたかえ！ チーム・クレペリン、精神神経学雑誌 120 (2), 114-122, 2018
 - 15) Van der Heijden, Tuinier S, Arts NJ, et al: Catatonia: disappeared or under-diagnosed? *Psychopathology* 38:3-8, 2005
 - 16) Francis A, Fink M, Appiani F, Bertelsen A, Bolwig TG, Braunig P, et al. Catatonia in diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. *J ECT* 26 (4) :246-7, 2010 doi: 10.1097/YCT.0b013e3181fe28bd
 - 17) Taylor MA, Fink M: Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry* 160:1233-1241, 2003
 - 18) Abrams R, Taylor MA. Catatonia: a prospective clinical study. *Arch Gen Psychiatry* 33 (5) :579-81, 1976 doi:10.1001/archpsyc.1976.01770050043006
 - 19) Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia and its treatment. *Schizophr Bull* 36 (2) :239-42, 2010 doi:10.1093/schbul/sbp141
 - 20) Fontenelle LF, Lauterbach EC, Telles LL, Versiani M, Porto FH, Mendlowicz MV. Catatonia in obsessive-compulsive disorder: etiopathogenesis, differential diagnosis, and clinical management. *Cogn Behav Neurol* 20(1):21-4, 2007 doi:10.1097/WNN.0b013e31802e3bc6
 - 21) Shiloh R, Schwartz B, Weizman A, Radwan M. Catatonia as an unusual presentation of posttraumatic stress disorder. *Psychopathology* 28(6):285-90, 1995 doi:10.1159/000284940
 - 22) Moskowitz AK. "Scared stiff": catatonia as an evolutionary-based fear response. *Psychol Rev* 111 (4):984-1002, 2004 doi:10.1037/0033-295X.111.4.984
 - 23) Geoffroy PA, Rolland B, Cottencin O. Catatonia and alcohol withdrawal: a complex and underestimated syndrome. *Alcohol* 47(3):288-90, 2012 doi:10.1093/alcalc/agr170
 - 24) Parameswaran R, Moore K, Hannan T, Austin M. Catatonia associated with temazepam withdrawal. *Aust N Z J Psychiatry* 45(11):1006-7, 2011 doi:10.3109/00048674.2011.607131
 - 25) Sivakumar T, Yadav A, Sood M, Khandelwal SK. Lorazepam withdrawal catatonia: a case report. *Asian J Psychiatr* 6(6):620-1,

- 2013 doi:10.1016/j.ajp.2013.05.008
- 26) Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br J Psychiatry* 176 (4) :357-62, 2000 doi:10.1192/bjp.176.4.357
- 27) Dhossche D, Goetz M, Gazdag G, Sienaert P. New DSM-5 category 'unspecified catatonia' is a boost for pediatric catatonia: review and case reports. *Neuropsychiatry* 3 (4) :401-10, 2013 doi:10.2217/np.13.42
- 28) Daniels J. Catatonia: clinical aspects and neurobiological correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 21 (4) :371-80, 2009 doi:10.1176/appi.neuropsych.21.4.371
- 29) Smith JH, Smith VD, Philbrick KL, Kumar N. Catatonic disorder due to a general medical or psychiatric condition. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 24 (2) :198-207, 2012 doi:10.1176/appi.neuropsych.11060120
- 30) Dalmau J, Gleichman AJ, Hughes EG, Rossi JE, Peng X, Lai M, et al. Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *Lancet Neurol* 7 (12) :1091-8, 2008 doi:10.1016/S1474-4422 (08) 70224-2
- 31) Gulyayeva NA, Massie MJ, Duhamel KN. Anti-NMDA receptor encephalitis: psychiatric presentation and diagnostic challenges from psychosomatic medicine perspective. *Palliat Support Care* 12 (2) :159-63, 2014 doi:10.1017/S1478951513000515
- 32) Wilson JE, Niu K, Nicolson SE, Levine SZ, Heckers S. The diagnostic criteria and structure of catatonia. *Schizophr Res* 164:256-62, 2015 doi:10.1016/j.schres.2014.12.036
- 33) Sienaert P, Dhossche DM, Gazdag G. Adult catatonia: etiopathogenesis, diagnosis and treatment. *Neuropsychiatry* 3(4):391-9, 2013 doi:10.2217/np.13.41
- 34) R o s e b u s h P I , M a z u r e k M F : Pharmacotherapy, in *Catatonia: From Psychopathology to Neurobiology*. Edited by Caroff SN, Mann SC, Francis A, et al. American Psychiatric Publishing, 2004, p 145 Washington, DC
- 35) Northoff G, Krill W, Wenke J, Gille B, Russ M, Eckert J, et al. Major differences in subjective experience of akinetic states in catatonic and parkinsonian patients. *Cogn Neuropsychiatry* 3 (3) :161-78, 1998
- 36) Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand* 93 (2) :129-36, 1996
- 37) Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand* 93 (2) :137-43, 1996 doi:10.1111/j.1600-0447.1996.tb09815.x
- 38) Sienaert P, Rooseleer J, De Fruyt J. Measuring catatonia: a systematic review of rating scales. *J Affect Disord* 135 (1-3) :1-9, 2011 doi:10.1016/j.jad.2011.02.012
- 39) Gazdag G, Sienaert P. Diagnosing and treating catatonia: an update. *Curr Psychiatry Rev* 9 (2) :130-5, 2013 doi:10.2174/1573400511309020007
- 40) Lazar-Molnar E, Tebo AE. Autoimmune NMDA receptor encephalitis. *Clin Chim Acta* 438C:90-7, 2014 doi:10.1016/j.cca.2014.08.010
- 41) Rosebush PI, Mazurek MF. Serum iron and neuroleptic malignant syndrome. *Lancet* 338 (8760) :149-51, 1991 doi:10.1016/0140-6736 (91) 90138-F
- 42) Lee JW. Serum iron in catatonia and neuroleptic malignant syndrome. *Biol Psychiatry* 44 (6) :499-507, 1998 doi:10.1016/S0006-3223 (98) 00109-7 Epub

- 1998/10/20
- 43) Francis A. Catatonia: diagnosis, classification, and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 12 (3) :180-5, 2010 doi:10.1007/s11920-010-0113-y
- 44) Stauder KH. Die todliche Katatonie. *Arch Psychiatr Nervenkr* 102:614-34, 1934 doi:10.1007/BF01813829
- 45) Mann SC, Caroff SN, Bleier HR: Lethal catatonia. *Am J Psychiatry* 123:1374-1381, 1986
- 46) Philbrick KL, Rummans TA: Malignant catatonia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 6:1-13, 1994;
- 47) Strawn JR, Keck PE Jr, Caroff SN: Neuroleptic malignant syndrome. *Am J Psychiatry* 164:870-876, 2007
- 48) Berardi D, Amore M, Keck PE Jr: Clinical and pharmacologic risk factors for neuroleptic malignant syndrome: a case-control study. *Biol Psychiatry* 44:748-754, 1998
- 49) Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Ferentinos P, et al: Catatonia as a risk factor for the development of neuroleptic malignant syndrome: report of a case following treatment with clozapine. *World J Biol Psychiatry* 10:70-73, 2009
- 50) Looper KJ: Potential medical and surgical complications of serotonergic antidepressant medications. *Psychosomatics* 48:1-9, 2007
- 51) Gillman, P: Understanding toxidromes: serotonin toxicity: a commentary on Montanes-Rada et al. *J Clin Psychopharmacol* 25:625-626, 2005
- 52) Boyer EW, Shannon M: The serotonin syndrome. *N Engl J Med* 352:1112-1123, 2005
- 53) Stöber G, Saar K, Rüschen-dorf F, et al: Splitting schizophrenia: periodic catatonia-susceptibility locus on chromosome 15q15. *Am J Hum Genet* 67:1201-1207, 2000
- 54) Stöber G, Seelow W, Ruschen-dorf F: Periodic catatonia: confirmation to linkage to chromosome 15 and further evidence for genetic heterogeneity. *Hum Genet* 111:323-330, 2002
- 55) Stöber G, Kohlmann B, Siekiera M, et al: Systematic mutation analysis of KIAA0767 and KIAA1646 in chromosome 22q-linked periodic catatonia. *BMC Psychiatry* 5:36, 2005
- 56) Penland HR, Weder N, Tampi RR. The catatonic dilemma expanded *Annals of General Psychiatry* 5, 14, 2006
- 57) Hoch A, MacCurdy JT. Benign Stupors; A Study of a New Manic-Depressive Reaction Type. The Macmillan Company. 284 p, 1921 New York, NY
- 58) Tibrewal P, Narayanaswamy J, Zutshi A, Srinivasaraju R, Math SB. Response rate of lorazepam in catatonia: a developing country's perspective. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 34 (8):1520-2, 2010 doi:10.1016/j.pnpbp.2010.08.017
- 59) Rohland BM, Carroll BT, Jacoby RG. ECT in the treatment of the catatonic syndrome. *J Affect Disord* 29 (4):255-61, 1993 doi:10.1016/0165-0327 (93) 90015-C
- 60) Fink M. Catatonia: syndrome or schizophrenia subtype? Recognition and treatment. *J Neural Transm* 108 (6) :637-44, 2001 doi:10.1007/s007020170041
- 61) Fink M, Taylor MA: Catatonia is measurable and common, in *Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment*. New York, Cambridge University Press, 2003, pp 129-130
-

-
- 62) van Waarde JA, Tuerlings JH, Verwey B, van der Mast RC. Electroconvulsive therapy for catatonia: treatment characteristics and outcomes in 27 patients. *J ECT* 26 (4) :248-52, 2010 doi:10.1097/YCT.0b013e3181c18a13
- 63) Swartz CM, Acosta D, Bashir A. Diminished ECT response in catatonia due to chronic neurologic condition. *J ECT* 19 (2) :110-4, 2003 doi:10.1097/00124509-200306000-00010
- 64) Raffin M, Zugaj-Bensaou L, Bodeau N, Milhiet V, Laurent C, Cohen D, et al. Treatment use in a prospective naturalistic cohort of children and adolescents with catatonia. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2014) . doi:10.1007/s00787-014-0595-y
- 65) Ungvari GS, Chiu HF, Chow LY, Lau BS, Tang WK. Lorazepam for chronic catatonia: a randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over study. *Psychopharmacology (Berl)* 142 (4) :393-8, 1999 doi:10.1007/s002130050904
- 66) Lee JW, Schwartz DL, Hallmayer J. Catatonia in a psychiatric intensive care facility: incidence and response to benzodiazepines. *Ann Clin Psychiatry* 12 (2) :89-96, 2000 doi:10.3109/10401230009147094
- 67) Pataki J, Zervas IM, Jandorf L. Catatonia in a university inpatient service (1985-1990) . *Convuls Ther* 8 (3) :163-73, 1992
- 68) Beckmann H, Fritze J, Franzek E. The influence of neuroleptics on specific syndromes and symptoms in schizophrenics with unfavourable long-term course. A 5-year follow-up study of 50 chronic schizophrenics. *Neuropsychobiology* 26 (1-2) :50-8, 1992 doi:10.1159/000118896
- 69) Singh LK, Praharaj SK. Immediate response to lorazepam in a patient with 17 years of chronic catatonia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 25 (3) :E47-8, 2013 doi:10.1176/appi.neuropsych.12070181
- 70) Mon T, L'Ecuyer S, Farber NB, White AJ, Baszis KW, Hearn JK, et al. The use of electroconvulsive therapy in a patient with juvenile systemic lupus erythematosus and catatonia. *Lupus* 21 (14) :1575-81, 2012 doi:10.1177/0961203312464803
- 71) Bulbul F, Unal A, Copoglu US, Alpak G, Savas HA. Persistent catatonia for 1.5 years finally resolved with electroconvulsive therapy. *J ECT* 29 (1) : 2013 doi:10.1097/YCT.0b013e318257c8fe
- 72) Gaind GS, Rosebush PI, Mazurek MF. Lorazepam treatment of acute and chronic catatonia in two mentally retarded brothers. *J Clin Psychiatry* 55 (1):20-3, 1994
- 73) Ripley TL, Millson RC. Psychogenic catatonia treated with lorazepam. *Am J Psychiatry* 145 (6):764-5, 1988
- 74) Northoff G, Steinke R, Czervenka C, Krause R, Ulrich S, Danos P, et al. Decreased density of GABA-A receptors in the left sensorimotor cortex in akinetic catatonia: investigation of in vivo benzodiazepine receptor binding. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 67 (4):445-50, 1999
- 75) Janak PH, Tye KM. From circuits to behaviour in the amygdala. *Nature* 517 (7534):2842-9, 2015 doi:10.1038/nature14188
- 76) Arruda-Carvalho M, Clem RL. Pathway-selective adjustment of prefrontal-amygdala transmission during fear encoding. *J Neurosci* 34 (47) :15601-9, 2014 doi:10.1523/JNEUROSCI.2664-14.2014
-

- 77) Kuo M-F, Nitsche MA. Exploring prefrontal cortex functions in healthy humans by transcranial electrical stimulation. *Neurosci Bull* 31 (2) :198-206, 2015 doi:10.1007/s12264-014-1501-9
- 78) Tanji J, Hoshi E. Behavioral planning in the prefrontal cortex. *Curr Opin Neurobiol* 11 (2) :164-70, 2001
- 79) Mitchell RLC, Phillips LH. The overlapping relationship between emotion perception and theory of mind. *Neuropsychologia* 70:1-10, 2015 doi:10.1016/j.neuropsychologia.2015.02.018
- 80) Morawetz C, Bode S, Baudewig J, Kirilina E, Heekeren HR. Changes in effective connectivity between dorsal and ventral prefrontal regions moderate emotion regulation. *Cereb Cortex* (2015) . doi:10.1093/cercor/bhv005
- 81) Kehler S, Kraft A, Koch SP, Kathmann N, Irlbacher K, Brandt SA. Timing of spatial priming within the fronto-parietal attention network: a TMS study. *Neuropsychologia* 74:30-6, 2015 doi:10.1016/j.neuropsychologia.2014.11.017
- 82) Northoff G, Kötter R, Baumgart F, Danos P, Boeker H, Kaulisch T, et al. Orbitofrontal cortical dysfunction in akinetic catatonia: a functional magnetic resonance imaging study during negative emotional stimulation. *Schizophr Bull* 30 (2) :405-27, 2004
- 83) Sharma CM, Jena S, Sharma D, Agrawal RP. Role of lorazepam challenge test in childhood catatonia. *J Pediatr Neurosci* 9 (3) :301-3, 2014 doi:10.4103/1817-1745.147611
- 84) Lin C-C, Huang T-L. Lorazepam-diazepam protocol for catatonia in schizophrenia: a 21-case analysis. *Compr Psychiatry* 54 (8) :1210-4, 2013 doi:10.1016/j.comppsy.2013.06.003
- 85) Richter A, Grimm S, Northoff G. Lorazepam modulates orbitofrontal signal changes during emotional processing in catatonia. *Hum Psychopharmacol* 25 (1) :55-62, 2010 doi:10.1002/hup.1084
- 86) Northoff G, Lins H, Boeker H, et al: Therapeutic efficacy of NMDA antagonist amantadine in febrile catatonia. *J Clin Psychopharmacol* 19:484-486, 1999
- 87) Trojak B, Meille V, Bonin B, Chauvet-Gelinier J-C. Repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of catatonia: an alternative treatment to electroconvulsive therapy? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 26 (2) :E42-3, 2014 doi:10.1176/appi.neuropsych.13050102
- 88) Cristancho MA, Cristancho P, O'Reardon JP. Other therapeutic psychiatric uses of superficial brain stimulation. *Handb Clin Neurol* 116:415-22, 2013 doi:10.1016/B978-0-444-53497-2.00034-6
- 89) Northoff G, Pfennig A, Krug M, Danos P, Leschinger A, Schwarz A, et al. Delayed onset of late movement-related cortical potentials and abnormal response to lorazepam in catatonia. *Schizophr Res* 44 (3) :193-211, 2000
- 90) Northoff G, Wenke J, Krill W, Pflug B. Ball experiments in 32 acute akinetic catatonic patients: deficits of internal initiation and generation of movements. *Mov Disord* 10 (5) :589-95, 1995
- 91) Northoff G. What catatonia can tell us about "top-down modulation": a neuropsychiatric hypothesis. *Behav Brain Sci* 25 (5) :555-77, 2002
-

-
- 92) Escobar R, Rios A, Montoya ID, Lopera F, Ramos D, Carvajal C, et al. Clinical and cerebral blood flow changes in catatonic patients treated with ECT. *J Psychosom Res* 49 (6) :423-9, 2000
- 93) Fukutake T, Hirayama K, Komatsu T. Transient unilateral catalepsy and right parietal damage. *Jpn J Psychiatry Neurol* 47 (3) :647-50, 1993
- 94) Northoff G, Nagel D, Danos P, Leschinger A, Lerche J, Bogerts B. Impairment in visual-spatial function in catatonia: a neuropsychological investigation. *Schizophr Res* 37 (2) :133-47, 1999
- 95) Swaminathan SK, Freedman DJ. Preferential encoding of visual categories in parietal cortex compared with prefrontal cortex. *Nat Neurosci* 15 (2) :315-20, 2012 doi:10.1038/nn.3016
- 96) Sprague TC, Ester EF, Serences JT. Reconstructions of information in visual spatial working memory degrade with memory load. *Curr Biol* 24 (18) :2174-80, 2014 doi:10.1016/j.cub.2014.07.066
- 97) Mehta UM, Basavaraju R, Thirhalli J. Mirror neuron disinhibition may be linked with catatonic echo-phenomena: a single case TMS study. *Brain Stimulat* 6 (4) :705-7, 2013
- 98) Schulte-Rüther M, Markowitsch HJ, Fink GR, Piefke M. Mirror neuron and theory of mind mechanisms involved in face-to-face interactions: a functional magnetic resonance imaging approach to empathy. *J Cogn Neurosci* 19 (8) :1354-72, 2007
- 99) Louis ED, Pflaster NL: Catatonia mimicking nonconvulsive status epilepticus. *Epilepsia* 36:943-945, 1995;
- 100) Sengoku A, Takagi S: Electroencephalographic findings in functional psychoses: state or trait indicators? *Psychiatry Clin Neurosci* 52:375-381, 1998
- 101) Lachner C, Sandson NB: Medical complications of catatonia: a case of catatonia-induced deep venous thrombosis. *Psychosomatics* 44:512-514, 2003
- 102) McCall WV: The response to an amobarbital interview as a predictor of therapeutic outcome in patients with catatonic mutism. *Convuls Ther* 8:174-178, 1992
- 103) Swartz C, Galang RL: Adverse outcome with delay in identification of catatonia in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 9:78-80, 2001
- 104) Carroll BT: Catatonia on the consultation-liaison service. *Psychosomatics* 33:310-315, 1992
- 105) Thomas P, Rasclé C, Mastain B, Maron M, Vaiva G. Test for catatonia with zolpidem. *Lancet* 349 (9053) :702, 1997
- 106) Consoli A, Benmiloud M, Wachtel L, Dhossche D, Cohen D, Bonnot O. Electroconvulsive therapy in adolescents with the catatonia syndrome: efficacy and ethics. *J ECT* 26 (4) :259-65, 2010
- 107) Hawkins JM, Archer KJ, Strakowski SM, Keck PE. Somatic treatment of catatonia. *Int J Psychiatry Med* 25 (4) :345-69, 1995
- 108) Ungvari GS, Leung CM, Wong MK, et al: Benzodiazepines in the treatment of catatonic syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 89:285-288, 1994
- 109) Hung YY, Huang TL. Lorazepam and diazepam rapidly relieve catatonic features in major depression. *Clin Neuropharmacol* 29 (3) :144-7, 2006
- 110) Hung YY, Huang TL. Lorazepam and
-

- diazepam for relieving catatonic features in multiple sclerosis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 31 (7) :1537-8, 2007 doi:10.1016/j.pnpbp.2007.06.016
- 111) Huang TL. Lorazepam and diazepam rapidly relieve catatonic signs in patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 59 (1) :52-5, 2005
- 112) Huang YC, Lin CC, Hung YY, Huang TL. Rapid relief of catatonia in mood disorder by lorazepam and diazepam. *Biomed J* 36 (1) :35-9, 2013
- 113) McEvoy JP, Lohr JB. Diazepam for catatonia. *Am J Psychiatry* 141 (2) :284-5, 1984
- 114) Schmider J, Standhart H, Deuschle M, Drancoli J, Heuser I. A double-blind comparison of lorazepam and oxazepam in psychomotor retardation and mutism. *Biol Psychiatry* 46 (3) :437-41, 1999
- 115) Clothier JL, Pazzaglia P, Freeman TW. Evaluation and treatment of catatonia. *Am J Psychiatry* 146 (4) :553-4, 1989
- 116) Martenyi F, Harangozo J, Mod L. Clonazepam for the treatment of stupor in catatonic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 146 (9) :1230, 1989
- 117) Benazzi F. Parenteral clonazepam for catatonia. *Can J Psychiatry* 36 (4) :312, 1991
- 118) Kumar R. Acute severe catatonia in a young woman with chronic schizophrenia responding to parenteral clonazepam. *Aust N Z J Psychiatry* 35 (3) :391, 2001 doi:10.1046/j.1440-1614.2001.0905i.x
- 119) Thomas P, Cottencin O, Rasclé C, et al: catatonia in French psychiatry: implications of the zolpidem challenge test. *Psychiatr Annals* 37:45-54, 2007
- 120) Mastain B, Vaiva G, Guerouaou D, Pommery J, Thomas P. [Favourable effect of zolpidem on catatonia] . *Rev Neurol (Paris)* 151 (1) :52-6, 1995
- 121) Peglow S, Prem V, McDaniel W. Treatment of catatonia with zolpidem. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 25 (3) :E13, 2013 doi:10.1176/appi.neuropsych.11120367
- 122) Hlal H, Kettani N, Berhili N, Rammouz I, Aalouane R. Place du zolpidem dans le traitement des catatonies résistantes aux benzodiazépines. À propos d'un cas. *Presse Med* 43 (9) :1018-20, 2014 doi:10.1016/j.lpm.2013.11.023
- 123) White DA, Robins AH. Catatonia: harbinger of the neuroleptic malignant syndrome. *Br J Psychiatry* 158:419-21, 1991 doi:10.1192/bjp.158.3.419
- 124) White DA. Catatonia and the neuroleptic malignant syndrome - a single entity? *Br J Psychiatry* 161:558-60, 1992 doi:10.1192/bjp.161.4.558
- 125) Braunig P, Kruger S, Hoffler J. [Exacerbation of catatonic symptoms in neuroleptic therapy] . *Nervenarzt* 66 (5) :379-82, 1995
- 126) Dhossche DM, Wachtel LE, Goetz M, Sienaert P. Catatonia in psychiatric illness. In: Fatemi H, Clayton P, editors. *The Medical Basis of Psychiatry*. New York: Springer, 2014.
- 127) Carroll BT, Thomas C, Jayanti K, et al: Treating persistent catatonia when benzodiazepines fail. *Current Psychiatry* 4:56-64, 2005
- 128) Lee JW. Neuroleptic-induced catatonia: clinical presentation, response to benzodiazepines, and relationship to neuroleptic malignant syndrome. *J Clin*

- Psychopharmacol 30 (1) :3-10, 2010
doi:10.1097/JCP.0b013e3181c9bfe6
- 129) Lewis AL, Pelic C, Kahn DA. Malignant catatonia in a patient with bipolar disorder, B12 deficiency, and neuroleptic malignant syndrome: one cause or three? *J Psychiatr Pract* 15 (5) :415-22, 2009
doi:10.1097/01.pra.0000361282.95962.9f
- 130) Ungvari GS, Kau LS, Wai-Kwong T, Shing NF. The pharmacological treatment of catatonia: an overview. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 251 (Suppl 1) :I31-4, 2001
doi:10.1007/PL00014198
- 131) Cassidy EM, O'Brien M, Osman MF, Finucane J, O'Keane V. Lethal catatonia responding to high-dose olanzapine therapy. *J Psychopharmacol* 15 (4) :302-4, 2001
doi:10.1177/026988110101500412
- 132) Naber D, Holzbach R, Perro C, Hippus H. Clinical management of clozapine patients in relation to efficacy and side-effects. *Br J Psychiatry Suppl* 161 (17) :54-9, 1992
- 133) Bilbily J, McCollum B, de Leon J. Catatonia Secondary to Sudden Clozapine Withdrawal: A Case with Three Repeated episodes and a Literature Review. *Case Rep Psychiatry*. 24127-31, 2017
Doin: 10.1155/2017/2402731.Epub 2017 Mar 15.
- 134) Rommel O, Tegenthoff M, Widdig W, Braunig P, Malin JP. Organic catatonia following frontal lobe injury: response to clozapine. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 10 (2) :237-8, 1998
- 135) Hung YY, Yang PS, Huang TL. Clozapine in schizophrenia patients with recurrent catatonia: report of two cases. *Psychiatry Clin Neurosci* 60 (2) :256-8, 2006
doi:10.1111/j.1440-1819.2006.01495.x
- 136) England ML, Ongur D, Konopaske GT, Karmacharya R. Catatonia in psychotic patients: clinical features and treatment response. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 23 (2) :223-6, 2011
doi:10.1176/appi.neuropsych.23.2.223
- 137) Martenyi F, Metcalfe S, Schausberger B, Dossenbach MR. An efficacy analysis of olanzapine treatment data in schizophrenia patients with catatonic signs and symptoms. *J Clin Psychiatry* 62 (Suppl 2) :25-7, 2001
- 138) Numata S, Kato O, Misawa H. Treatment of catatonia with olanzapine. *German J Psychiatr* 5:115-6, 2002
- 139) Kopala LC, Caudle C. Acute and longer-term effects of risperidone in a case of first-episode catatonic schizophrenia. *J Psychopharmacol* 12 (3) :314-7, 1998
doi:10.1177/026988119801200312
- 140) Valevski A, Loebel T, Keren T, Bodinger L, Weizman A. Response of catatonia to risperidone: two case reports. *Clin Neuropharmacol* 24 (4) :228-31, 2001
doi:10.1097/00002826-200107000-00006
- 141) Van Den Eede F, Van Hecke J, Van Daltsen A, Van den Bossche B, Cosyns P, Sabbe BG. The use of atypical antipsychotics in the treatment of catatonia. *Eur Psychiatry* 20 (5-6) :422-9, 2005
doi:10.1016/j.eurpsy.2005.03.012
- 142) Grenier E, Ryan M, Ko E, Fajardo K, John V. Risperidone and lorazepam concomitant use in clonazepam refractory catatonia: a case report. *J Nerv Ment Dis* 199 (12) :987-8, 2011
doi:10.1097/NMD.0b013e3182392d7e
- 143) Yoshimura B, Hirota T, Takaki M, Kishi Y. Is quetiapine suitable for treatment of acute schizophrenia with catatonic stupor? A case series of 39 patients.

- Neuropsychiatr Dis Treat 9:1565-71, 2013
doi:10.2147/NDT.S52311
- 144) Girish K, Gill NS. Electroconvulsive therapy in lorazepam non-responsive catatonia. *Indian J Psychiatry* 45 (1) :21-5, 2003
- 145) Fink M, Taylor MA. Neuroleptic malignant syndrome is malignant catatonia, warranting treatments efficacious for catatonia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 30 (6) :1182-3, 2006
doi:10.1016/j.pnpbp.2006.03.029
- 146) Seitz DP, Gill SS. Neuroleptic malignant syndrome complicating antipsychotic treatment of delirium or agitation in medical and surgical patients: case reports and a review of the literature. *Psychosomatics* 50 (1) :8-15, 2009
doi:10.1176/appi.psy.50.1.8
- 147) Van Den Eede F, Van Hecke J, Van Dalfsen A, et al: The use of atypical antipsychotics in the treatment of catatonia. *European Psychiatry* 20:422-429, 2005
- 148) McDaniel WW, Spiegel DR, Sahota AK. Topiramate effect in catatonia: a case series. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 18 (2) :234-8, 2006
doi:10.1176/appi.neuropsych.18.2.234
- 149) Deutsch SI; Schwartz B.; Rosse, RB, Mastropaolo, J; Marvel, CL, Drapalski, AL Adjuvant Topiramate Administration: A Pharmacologic Strategy for Addressing NMDA Receptor Hypofunction in Schizophrenia. *Clinical Neuropharmacology*: 26 (4) ,199-206, 2003
- 150) Miyoaka T, Yasukawa R, Yasuda H, et al: Possible antipsychotic effects of minocycline in patients with schizophrenia. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 31:304-307, 2007
- 151) Ahuja N, Carroll BT: Possible anti-catatonic effects of minocycline in patients with schizophrenia. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 31:968-969, 2007
- 152) Rankel LE. Carbamazepine in the treatment of catatonia. *Am J Psychiatry* 145 (3) :361-2, 1988
- 153) DelBello MP, Foster KD, Strakowski SM. Case report: treatment of catatonia in an adolescent male. *J Adolesc Health* 27 (1) :69-71, 2000
doi:10.1016/S1054-139X(00) 00109-9
- 154) Kruger S, Bagby RM, Hoffler J, et al: Factor analysis of the catatonia rating scale and catatonic symptom distribution across four diagnostic groups. *Compr Psychiatry* 44:472-482, 2003
- 155) Bowers R, Ajit SS. Is there a role for valproic acid in the treatment of catatonia? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 19 (2) :197-8, 2007
doi:10.1176/appi.neuropsych.19.2.197
- 156) Yoshida I, Monji A, Hashioka S, Ito M, Kanba S. Prophylactic effect of valproate in the treatment for siblings with catatonia: a case report. *J Clin Psychopharmacol* 25 (5) :504-5, 2005
doi:10.1097/01.jcp.0000177850.23534.69
- 157) Mahmood T. Bromocriptine in catatonic stupor. *Br J Psychiatry* 158:437-8, 1991
doi:10.1192/bjp.158.3.437
- 158) Franz M, Gallhofer B, Kanzow WT. Treatment of catatonia with intravenous biperidene. *Br J Psychiatry* 164 (6) :847-8, 1994
doi:10.1192/bjp.164.6.847b
-

-
- 159) Muneer A. Catatonia in a patient with bipolar disorder type I. *J Neurosci Rural Pract* 5 (3) :314-6, 2014 doi:10.4103/0976-3147.133652
- 160) Chouinard MJ, Nguyen DK, Clement JF, Bruneau MA. Catatonia induced by levetiracetam. *Epilepsy Behav* 8 (1) :303-7, 2006 doi:10.1016/j.yebeh.2005.04.016
- 161) Wald D, Lerner J. Lithium in the treatment of periodic catatonia: a case report. *Am J Psychiatry* 135 (6) :751-2, 1978
- 162) Pheterson AD, Estroff TW, Sweeney DR. Severe prolonged catatonia with associated flushing reaction responsive to lithium carbonate. *J Am Acad Child Psychiatry* 24 (2) :235-7, 1985 doi:10.1016/S0002-7138(09) 60454-4
- 163) Looper KJ, Milroy TM. Catatonia 20 years later. *Am J Psychiatry* 154 (6) :883, 1997
- 164) Padhy SK, Subodh B, Bharadwaj R, Arun Kumar K, Kumar S, Srivastava M. Recurrent catatonia treated with lithium and carbamazepine: a series of 2 cases. *Prim Care Companion CNS Disord* 13 (1) , 2011 doi:10.4088/PCC.10l00992
- 165) Carroll BT, Thomas C, Jayanti K: Amantadine and memantine in catatonic schizophrenia. *Ann Clin Psychiatr* 18:131-132, 2006
- 166) Herrman EC, Grabliks J, Engle C, et al: Antiviral activity of L-adamantanamine (amantadine) . *Proc Soc Exp Biol Med* 103:625, 1960
- 167) Schwab RS, England AC, Postkanzer DC, et al: Amantadine in the treatment of Parkinson's disease. *JAMA* 208:1168-1170, 1969
- 168) Aoki F, Sitar D: Clinical pharmacokinetics of amantadine hydrochloride. *Clin Pharmacokinetics* 14:35-51, 1988
- 169) Gianutsos G, Stewart C, Dunn JP: Pharmacologic changes in dopaminergic systems induced by long-term administration of amantadine. *Eur J Pharmacol* 110:357-361, 1985;
- 170) Tsai G, Passani L, Slusher BS, et al: Abnormal excitatory neurotransmitter metabolism in schizophrenic brains. *Arch Gen Psychiatry* 52:829-836, 1995
- 171) Humphries C, Mortimer A, Hirsh S, et al: NMDA receptor mRNA correlation with antemortem cognitive impairment in schizophrenia. *Neuroreport* 7:2051-2055, 1996
- 172) Ebert D, Ebmeier KP: The role of the cingulate gyrus in depression: from functional anatomy to neurochemistry. *Biol Psychiatry* 39:1044-1050, 1996
- 173) Loizzo A, Scotti C, Longo V: Studies on the central effects of bulbo-capnine. *Psychopharmacologia* 22:234-249, 1971
- 174) Northoff G, Eckert J, Fritze J: Glutamatergic dysfunction in catatonia: successful treatment of three acute akinetic catatonic patients with the NMDA antagonist amantadine. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 62:404-406, 1997
- 175) Gorforth H: Amantadine in catatonia due to major depressive disorder in a medically ill patient. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 19:480, 2007
- 176) Thomas C, Carroll BT, Maley JT, et al: Memantine in catatonic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 162:656, 2005
- 177) Brendan T. Carroll. Harold W. Gorforth. Christopher Thomas. Niraj Ahuja. William W. McDaniel. Review of Adjunctive
-

- Glutamate Antagonist Therapy in the Treatment of Catatonic Syndromes. *J Neuropsychiat Clin Neurosciences* 19 (4), 406-412, 2007
- 178) Obregon DF, Velasco RM, Wuerz TP, Catalano MC, Catalano G, Kahn D. Memantine and catatonia: a case report and literature review. *J Psychiatr Pract* 17 (4) :292-9, 2011 doi:10.1097/01.pra.0000400268.60537.5e
- 179) Babington PW, Spiegel DR. Treatment of catatonia with olanzapine and amantadine. *Psychosomatics* 48 (6) :534-6, 2007 doi:10.1176/appi.psy.48.6.534
- 180) Muneoka K, Shirayama Y, Kon K, Kawabe M, Goto M, Kimura S. Improvement of mutism in a catatonic schizophrenia case by add-on treatment with amantadine. *Pharmacopsychiatry* 43 (4) :151-2, 2010 doi:10.1055/s-0029-1242821
- 181) Hervey WM, Stewart JT, Catalano G. Treatment of catatonia with amantadine. *Clin Neuropharmacol* 35 (2) :86-7, 2012 doi:10.1097/WNF.0b013e318246ad34
- 182) de Lucena DF, Pinto JP, Hallak JE, Crippa JA, Gama CS. Short-term treatment of catatonia with amantadine in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychopharmacol* 32 (4) :569-72, 2012 doi:10.1097/JCP.0b013e31825ebf6e
- 183) Ene-Stroescu V, Nguyen T, Waiblinger BE. Excellent response to amantadine in a patient with bipolar disorder and catatonia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 26 (1) :E43, 2014 doi:10.1176/appi.neuropsych.13020038
- 184) Carpenter SS, Hatchett AD, Fuller MA: Catatonic schizophrenia and the use of memantine. *Ann Pharmacother* 40:344-346, 2006
- 185) Weder ND, Muralee S, Penland H, Tampi RR. Catatonia; a review. *Annals Clinical Psychiatry* 20 (2), 97-107, 2008
- 186) Caroff SN, Ungvari GS, Bhati MT, et al: Catatonia and prediction of response to electroconvulsive therapy. *Psychiatr Ann* 37:57-64, 2007
- 187) Manjunatha N, Saddichha S, Khess CR: Idiopathic recurrent catatonia needs maintenance lorazepam: case report and review. *Aust N Z J Psychiatry* 41:625-627, 2007
- 188) Kennedy SH, Milev R, Giacobbe P, Ramasubbu R, Lam RW, Parikh SV, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. iv. neurostimulation therapies. *J Affect Disord* 117 (Suppl 1) :S44-53, 2009 doi:10.1016/j.jad.2009.06.039
- 189) Payee H, Chandrasekaran R, Raju GV. Catatonic syndrome: treatment response to Lorazepam. *Indian J Psychiatry* 41 (1) :49-53, 1999
- 190) Raveendranathan D, Narayanaswamy JC, Reddi SV. Response rate of catatonia to electroconvulsive therapy and its clinical correlates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 262 (5) :425-30, 2012 doi:10.1007/s00406-011-0285-4
- 191) Gazdag G, Kocsis-Ficzere N, Tolna J. The augmentation of clozapine treatment with electroconvulsive therapy. *Ideggyogy Sz* 59 (7-8) :261-7, 2006
- 192) DeJong H, Bunton P, Hare DJ. A systematic review of interventions used to treat catatonic symptoms in people with autistic spectrum disorders. *J Autism Dev*

- Disord 44 (9) :2127-36, 2014 doi:10.1007/s10803-014-2085-y
- 193) Caroff SN, Ungvari GS, Bhati MT, et al: Catatonia and prediction of response to electroconvulsive therapy. *Psychiatr Ann* 37:57-64, 2007;
- 194) Hatta K, Miyakawa K, Ota T, Usui C, Nakamura H, Arai H. Maximal response to electroconvulsive therapy for the treatment of catatonic symptoms. *J ECT* 23 (4) :233-5, 2007 doi:10.1097/ycr.0b013e3181587949
- 195) Suzuki K, Awata S, Matsuoka H. One-year outcome after response to ECT in middle-aged and elderly patients with intractable catatonic schizophrenia. *J ECT* 20 (2) :99-106, 2004 doi:10.1097/00124509-200406000-00005
- 196) Suzuki K, Awata S, Takano T, Ebina Y, Iwasaki H, Matsuoka H. Continuation electroconvulsive therapy for relapse prevention in middle-aged and elderly patients with intractable catatonic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 59 (4) :481-9, 2005 doi:10.1111/j.1440-1819.2005.01402.x
- 197) Suzuki K, Awata S, Takano T, Ebina Y, Shindo T, Harada N, et al. Adjusting the frequency of continuation and maintenance electroconvulsive therapy to prevent relapse of catatonic schizophrenia in middle-aged and elderly patients who are relapse-prone. *Psychiatry Clin Neurosci* 60 (4) :486-92, 2006 doi:10.1111/j.1440-1819.2006.01536.x
- 198) Cristancho P, Jewkes D, Mon T, Conway C. Successful use of right unilateral ECT for catatonia: a case series. *J ECT* 30 (1) :69-72, 2014 doi:10.1097/YCT.0b013e31829a01d3
- 199) Kellner CH, Popeo DM, Aloysi AS. Electroconvulsive therapy for catatonia. *Am J Psychiatry* 167 (9) :1127-8, 2010 doi:10.1176/appi.ajp.2010.10020261
- 200) Ozgen H, Wijkstra J, Vorstman J. Successful electroconvulsive therapy in a young woman with chronic catatonia. *Primary Care Companion CNS Disord* 14 (3), 2012 doi:10.4088/PCC.11101328
- 201) de Silva VA, Lakmini WD, Gunawardena HN, Hanwella R. Chronic catatonia treated with electroconvulsive therapy: a case report. *J Med Case Reports* 7:219. doi:10.1186/1752-1947-7-219, 2013
- 202) Ottosson J-O. Experimental studies of the mode of action of electroconvulsive therapy. Introduction. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 35 (145) :5-6, 1960
- 203) McNally KA, Blumenfeld H. Focal network involvement in generalized seizures: new insights from electroconvulsive therapy. *Epilepsy Behav.* 5:3-12, 2004
- 204) Michael N. Hypothesized mechanisms and sites of action of electroconvulsive therapy. In: Swartz CM, editor. *Electroconvulsive and neuromodulation therapies*. New York (NY) : Cambridge University Press; 2009. p 75-93.
- 205) Abrams R, Taylor MA. Catatonia: a prospective clinical study. *Arch Gen Psychiatry* 33 (5) :579-81, 1976 doi:10.1001/archpsyc.1976.01770050043006
- 206) Fink M, Ottosson JO. A theory of convulsive therapy in endogenous depression: significance of hypothalamic functions. *Psychiatry Res.* 2:49-61, 1980
- 207) Takano H, Motohashi N, Uema T, et al. Changes in regional cerebral blood flow during acute electroconvulsive therapy:

- positron emission tomographic study. *Br J Psychiatry*. 190:63-68, 2007
- 208) Nordanskog P, Dahlstrand U, Larsson EM, et al. Increase in hippocampal volume after electroconvulsive therapy in patients with depression: a volumetric magnetic resonance imaging study. *J ECT*. 26(1):62-67, 2010
- 209) Hellsten J, Wennström M, Mohapel P, et al. Electroconvulsive seizures increase hippocampal neurogenesis after chronic corticosterone treatment. *Eur J Neurosci*. 16:283-290, 2002
- 210) Malur C, Pasol E, Francis A. ECT for prolonged catatonia. *J ECT*. 17:55-59, 2001
- 211) Martyn JA, Richtsfeld M. Succinylcholine-induced hyperkalemia in acquired pathologic states: etiologic factors and molecular mechanisms. *Anesthesiology*. 104:158-169, 2006
- 212) Kelly D, Brull SJ. Neuroleptic malignant syndrome and mivacurium: a safe alternative to succinylcholine. *Can J Anaesth*. 41:845-849, 1994
- 213) Mirzakhani H, Welch CA, Eikermann M, Nozari A. Neuromuscular blocking agents for electroconvulsive therapy: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*. 56:3-16, 2012
- 214) Uçok A, Uçok G. Maintenance ECT in a patient with catatonic schizophrenia and tardive dyskinesia. *Convuls Ther*. 12:108-112, 1996
- 215) Freitas C, Felipe Fregni F, Pascual-Leone A. Meta-analysis of the effects of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on negative and positive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res*. 108 (1-3) : 11-24, 2009 doi:10.1016/j.schres.2008.11.027.
- 216) Grisaru N, Chudakov B, Yaroslavsky Y, Belmaker RH. Catatonia treated with transcranial magnetic stimulation. *Am J Psychiatry* 155 (11) :1630, 1998
- 217) Saba G, Rocamora JF, Kalalou K, Benadhira R, Plaze M, Aubriot-Delmas B, et al. Catatonia and transcranial magnetic stimulation. *Am J Psychiatry* 159 (10) :1794, 2002 doi:10.1176/appi.ajp.159.10.1794
- 218) Di Michele V, Bolino F. A novel treatment option of bipolar depression with psychotic and catatonic features. *Gen Hosp Psychiatry* 28 (4) :364-5, 2006 doi:10.1016/j.genhosppsy.2006.05.003
- 219) Kate MP, Raju D, Vishwanathan V, Khan FR, Nair Thomas SV. Successful treatment of refractory organic catatonic disorder with repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) therapy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 23 (3) :E2-3, 2011 doi:10.1176/appi.neuropsych.23.3.E2
- 220) Eckstein M, Becker B, Scheele D, Scholz C, Preckel K, Schlaepfer TE, et al. Oxytocin facilitates the extinction of conditioned fear in humans. *Biol Psychiatry* 78 (3) :194-202, 2014 doi:10.1016/j.biopsych.2014.10.015
- 221) Kalk NJ, Lingford-Hughes AR. The clinical pharmacology of acamprosate. *Br J Clin Pharmacol* 77 (2) :315-23, 2014 doi:10.1111/bcp.12070
- 222) Narayanaswamy JC, Tibrewal P, Zutshi A, Srinivasaraju R, Math SB. Clinical predictors of response to treatment in catatonia. *Gen Hosp Psychiatry* 34(3):312-6, 2012 doi:10.1016/j.genhosppsy.2012.01.011
-

Deutsch

Le français

Español

Русский

中國

原典紹介

「カール・アブラハム(Karl Abraham):アルプスの画家 ジョヴァンニ・セガンチーニ(Giovanni Segantini)精神分析的試論」

林三郎 訳

カール・アブラハム(1877年～1953年)はドイツの精神分析医。スイスのE.ブロイラーの元でユングと共に精神医学を学び、やがてフロイトと親交を結び、弟子となり、ドイツの最初の精神分析医となった。1910年、国際精神分析運動の中心となったベルリン精神分析学会を設立した。ホーナイ、ライク、児童精神医学のメラニークライン等の弟子に教育分析を行った。

性格形成、統合失調症、躁うつ病などの研究を行い、人類学、神話学、歴史、芸術などの分野まで研究に及んだ。

口唇期(受動的吸啜期と活発的サディスティックに嘔む時期)、肛門サディズム期、性器期という発達三段階と性格形成や精神疾患との関連性を指摘し、統合失調症は幼児期初期の自己愛的退行とし、うつ病は口唇期退行であり、罪悪感や口唇期サディズム傾向の再現であるとした。抑うつ感や常に対象喪失や愛情対象の放棄の所産であり、これが両価性(アンビバレンツ)をめぐる葛藤を活性化して、抑圧された敵意を目覚めさせる。また敵意が取り込まれ「私は嫌われている」という抑うつ感を生む。また強迫神経症は肛門サディズム期の固着があり、その行動は魔術的な儀式によって現実との関係を保持し続けようとする試みであると説明した。

1909年、ランク、ライクと協同で「夢の神話」を発表し、神話は集団や種族の有史前の精神活動の遺産として夢と神話の類似性を論じた。生物学的見地を捨てず、優れた判断力と中庸を守る謙遜な性格によって、同じユダヤ人フロイトの良き片腕として精神分析学の発展に貢献したが、活動の半ばで惜しくも他界した。享年48歳であった。このアブラハムのアルプスの画家「セガンチーニ」は稀覯本である。

セガンチーニのスイスアルプスでの画家活動は最も東にあるベルニナ山塊である。スイスアルプスは大雑把に西はシャモニーモンブラン4800メートル山群、次にゴルナグラートのモンテローザ4634メートル、マッターホルン、その次にベルナーオーバーラント山群、アイガー、メンヒ ユンクフラウ4165メートル、そして東にベルニナ山群、ベルニナ4049メートルとなる。

訳者はスイスアルプス東端にあるベルニナ山群の一つの山、セガンチーニが山の絵を描く為に山小屋に泊まり、そこで突然の死を迎えたシャフベルクの小屋に登ろうと思い、サンモリッツのホテルに数日間滞在した。この町の山手にセガンチーニ美術館があり、セガンチーニが絵画活動で廻ったサポニン(サポニ)の宿泊地などを偲ぶ為であった。近くに哲学者ニーチェが滞在していたシリスマリアの跡地を見学しようと思った。ニーチェはこの地で「ツアラストラかく語りき」等を書き、冬には避寒の為、イタリアへ峠を越え下ってジェノバ、トリノ、ベニスへ行き、イタリア料理を満喫し、遂にトリノの広場で馬にしがみつき発狂した。悲劇の誕生である。精神病院に収容され、最後には東ドイツ、イエーナの故郷で母親と妹に看取られ、茫然とした姿、顔の表情なく、廢人の如くなって1900年亡くなる由緒ある跡地である。更に統合失調症でサンモリッツのサナトリウムに入院し、亡くなったロシアバレエの天才、ニジンスキーを偲ぶ為でもあった。

晴天の日、デアボレンツアまでリフトで登りベルニナ山群の圧倒的なパノラマを望んだ。更に次の日、セガンチーニが亡くなったシャフベルクのセガンチーニヒュッテまで登ろうと思い、ムラーノの山岳台地までリフトで上がり、そこから台地を横断し、向かいの山頂にセガンチーニヒュッテを眺めた。しかしヒュッテまでの最後の急な登攀は無理だと断念した。ともかく、ベルニナ山群の壮大な景色を堪能し、セガンチーニを偲ぶことが出来た。セガンチーニ、ニーチェと同じ様にマローヤから峠を下り、コモ湖畔のホテルに一泊し、ミラノ、ヴェニスへと旅したことを思い出す。

Giovanni Segantini Ein psychoanalytischer Versuch von Dr.Karl Abraham
Saburo HAYASHI MD, PhD
Past Associate Professor, Hyogo Medical College
6-8-302 Matsushita-cho, Nishinomiya, Hyogo, Japan

序

我々はセガンチーニ(1858-1899)の生涯と芸術について、スケッチ小叢書とF.セルバエスによるすぐれた伝記的芸術評論作品を手にした。これは、オーストリア政府が刊行した記念碑的なセガンチーニの作品に盛り込まれており、さらにそれ以外の普及版が出版されている。(注：フランツ・セルバエス「ジョヴァンニ・セガンチーニ 彼の生涯と作品」1907年、ライプツィヒ。引用、参照ページは出版参照のこと。)

セルバエスは人間として芸術家セガンチーニのすぐれた性格描写をあらゆる方向から描いた。本論文の目的はセルバエスの叙述をしのごうとするものではない。目的は別の領域の問題である。つまりセガンチーニの特性を今一度描くことではなく、心理学的に解明しようとするところに意味がある。フロイト及びその弟子達の精神分析的研究は典型的、個人的な精神生活の現象に新しい光を投げかけた。精神分析的研究は無意識の研究から、さらに芸術的創造の法則についても重要な解明をもたらそうとした。(注：オットーランク「芸術家」ウィーン・ライプツィヒ。フーゴー・ヘラー&シイエ 1907年)

新しいフロイトの仕事の一つは「レオナルド・ダ・ヴィンチの幼児期のある思い出」という題で、その他の成果とは別に、この巨匠の芸術的個性に重大な考察を示したことである。それとは別に、今まで精神分析の観点から一人の画家の特性と全生涯を考察し、画家の創造に無意識的な衝動力の作用を証明しようとした試みはなされなかった。

我々の時代の画家の中でジョヴァンニ・セガンチーニは、その力強さ、独創性において際立っている。

彼の発達、彼の内外の生活、彼の芸術性、作品には際立った特性があり、一つの全体の流れの中に個人心理学の未解決な問題が残されている。この問題に精神分析的考察の光を当てることが本論文の目的である。

一人の芸術家の精神生活を、こういった新しい方法で分析しようとする医師が存在することは奇異な感じを与えるかもしれないが、その根底に精神分析学的研究の発展がある。基本的に病的精神状態(神経質あるいは神経症)の無意識的根底を究めるといふ目的から体験され、発展してきたものである。精神分析がその適用領域の狭い境界を乗り越え、精神生活のさまざまな領域に実りのある研究方法を確立したとしても、それらの弟子たちの専門領域はすでに述べた歴史的根拠から今日に至るまで、なおもっぱら医師達によって成り立っているのである。無意識の分析を通して、神経症者を熟知している医師は、他の観察者に対して基本的に有利な状態にある。それ故、医師は神経症者から熟知する心理学的特性の数々を芸術家にも見出すのである。つまり意識的あるいは無意識的な空想生活と関係するそれらの特徴を取り扱うのである。

私の意図と精神分析の医学的適用との間に重大な差が存在することは明白である。方法を具体的に行う精神科医は、患者と共同作業を行う。医師は次第にその無意識に深い洞察を獲得し、かつ患者たちの思いつきを助けとして、自分の資料の中に存在するかもしれない空隙を充当することが出来るまで待機する。とは言っても、最早や生きていない人の精神生活を分析するには別の条件が存在する。ここで確実なものとして価値のある体験を助けとして、手元にある事実資料を解明することに拠り所とする。

セガンチーニの作品、遺稿、手紙等が残されており、また別の人達によって集められた資料は実際完全なものではない。(注：ジョヴァンニ・セガンチーニの遺稿と手紙。ビアンカ・セガンチーニ編集。ライプツィヒ。クリンクハイト・ベアマン)私はこの分析が全ての問題を解決が出来るのかという批判から免れない。それ故、この試論を中止すべきであろうか。

セガンチーニの豊かな人格は余りにも魅力と不思議さに満ち溢れているので断念したくない。セ

ガンチーニがそうであったような一人の天才的芸術家、偉大な人間は、我々同時代の人間に彼の特性の内に自らを深め、根元を究める努力を要求する。我々はこの努力によって、芸術家の心理学的全体の知識の豊かさを期待するとしても間違っていないであろう。

そのようにして、我々はフロイトによって歩み出した道程にどの程度まで、この目的に近づけられるかはこの試論自体が決定するであろう。

I

1899年9月28日、40才でセガンチーニが亡くなった時、その死は彼から全ての創造性を奪い去った。彼はアルプス世界三部作の第2作を完成するために、ポントレジナのシヤフベルクに10日前に登っていた。高山の壮大な描写以上のもの、彼にとって最も重要な最後の仕事であった。画家の課題は現実の忠実な写実ではないと考えていた。画家は芸術家の最も内的なものをこめた理念、情念を表現することであった。それ故、彼は良きものを与える自然と胸に抱かれた子供と母親、及び人間とは別に、動物の母親を描いた。彼は日々の成長、自然の成長、人間の形成過程を描き、現存在の高みの上に全ての生きているものを描き、そうして最後に、沈みゆく日、つまり死んで硬直した自然と人間の終末を描いた。彼は最後の仕事で以前とはより強烈な形で自然との共同状態にある全ての被造物に、その共同の運命を示したのである。

セガンチーニはすでに名付けられた主題の全てを、個々のものにせよ、多様な結りの中で新しい変化を持ち込んでいた。それは「母」、「アルプスの春」、「エンガアインの農耕」、「帰郷」と種々な大作に描いた。そうして更に、最後のものとすべき作品へと彼を駆り立てた。生命のこの交響曲に全て、なにか彼にとって深い意味、生命の価値とみえるものを統一し、表現することを見出さねばならなかった。人は芸術の意図をその仕事の最初から察知することはない。彼は自分の意図を実際に言葉ではっきり述べていた。彼は他人の意見と異なって、芸

術の本質に関して、自分の理解を表現する為に繰り返し絵筆をペンに持ち替えた。

彼の死の一年前、彼はトルストイの「芸術とは何か」という問題に一つの解答を得ていた。彼はこの解答の中に芸術作品の倫理的基本観念の意義を、力をこめて強調した。芸術の実践は彼にとって、一つの礼拝であった。仕事、愛、母性及び死を賛美し、神聖化することであった。セガンチーニは、これを自らの源泉と名付けた。この源泉から彼の芸術的空想を常に新しく取り入れたのである。他の芸術家もこの源泉から全てを創造したのであるが、セガンチーニ個人にとって、それは全ての源泉であり、一つの流れに合流し、表面上分離した観念領域にも解きがたく結びついているところが特徴的である。

セガンチーニの生涯の有様は、これらが彼の芸術と同じ力によって支配されていたことを示している。—我々の問うところは一彼の創造及び彼の生活態度がどこからこの方向を獲得したのであるかと問うことである。その兆し、養育について、我々が信頼して述べることの出来るもの、明確なものは持っていない。何故なら、セガンチーニはすでに5歳の時に両親を失っているからである。彼が青年期に過ごした環境は精神的、倫理的発達を促進するものではなかった。彼は正規の学業を受けることもなく、ほとんど文盲として育った。そして彼は義姉に小突き回され、彼を感化院に送り込んだ人達も彼を教化することはなかった。喜びに乏しかった彼の幼年時代は敵意にみちた力に対して絶え間のない戦いの日々であった。彼は芸術的理想、その特質、世界観をほぼ唯一人で自ら作りあげねばならなかった。

このような発達過程の謎を唯、精神分析学的研究方法が解き明かしてくれるものであろう。何故なら精神分析的研究方法が、その考察の出発点として少年期の衝動生活を取り上げるからである。そうして私がこの道に踏み入れるとしても、私はセガンチーニ以来の典拠はないものも引合いに出

することができない。

彼は一度、一つの手紙(注：ビアンカの手紙、ビアンカ・セガンチーニ編集。82頁)のなかで書いている。「私のほぼ野生に近い生活において、自然の真只中でいかに思考と芸術を発展させたのか、貴方はお尋ねになりました。そのことについて、私は貴方に本当のことをお答えしようと思いません。人々は恐らく、魂のあらゆる感受性をその最初で、実際少年期の遠い遠い動きを研究し、分析するために、その解明を根元まで遡らなければならないでしょう。」芸術家の言及に沿って、私は彼の少年期に立ち入ってみる。

セガンチーニの少年期に重大な影響を及ぼしたものは母親の若死である。彼がこの喪失を体験したのは5歳の時であった。一人の息子が、セガンチーニのように、自分の母親への回想にこれほど愛をもって関わるのも珍しい。そしてこの愛は年経るに従って増大していった。彼の母親は次第に理想像、女神となった。その礼賛は息子の芸術に意義を与えた。

幼少期に孤児になった人はその青年期を通じて、愛情に満ち溢れた配慮を受けずに過ごすことがある。母性の画家ならしめたのは、この愛の乏しさにあったのであろうか。彼は何か真実を与えなかったものを芸術の中に理想として高めたのであろうか。このような解釈を身近にする為には、その乏しさ、不足性を明らかにすべきである。我々の芸術家のように、幼少期に同じような不幸に晒される多くの子供がいる、子供はその喪失の影響をほとんど理解しないが、大人になって回想が彼の中で沸き起こった時、いやが上にも死者達に慰められ、考えさせられるようになる。回想は時々であっても、子供の感情そのものは容易に消え去るものである。

セガンチーニの場合は異なっている。彼の中の母親像は消褪することはなく、逆にその母親像は彼の幻想にさらに形造られ、彼の思考世界の中心となった。母親的配慮の欠乏という一つの否定的

動機は、それだけで母親理想の強い力を解き明かすことは出来ない。しかしセガンチーニ自身、我々にこの力の根元は何処に求めるべきか、はっきりとした証拠を与えてくれた。我々は彼の自伝の最初のところを読んでみる。

「私は彼女を、自分の記憶の中に母親として持っている。もし彼女が今、この瞬間に私の目の前に現れることが可能ならば、私は彼女を31年後もなおはっきりと認められるでしょう。私は彼女を再び精神の目で、いかに彼女が疲れて大股で歩いて来るかを、その気高い姿を見ることが出来る。彼女は美しかった。それは昼さなか、朝焼けではなく、春の日の日没のように美しかった。我が母親が亡くなった時、彼女はまだ29歳に達していなかった。」

成熟した男のこの言葉は悲しみに満ちた、配慮のある母性愛について全く書かれていない。そうして我々は母親の死と共に現れ始めた悲しみの時代の記述を読む。セガンチーニは母親の死を良きもの、後に悪しきものとして心に抱き、描いたのか、そのことについて言葉はなく、我々はいたずらに待ち続ける。セガンチーニは全く別のことを述べている。美、形態、運動、様相(明暗の調和)、そして母の若々しさについて語り、その母親の姿を己の目の前に彷彿させてみた。前述の引用文から「我が母親」という言葉が文章の最後に置かれていると考えると、各行間の意味を一緒に把握すべきである。解釈は唯、次のような内容であろう。つまり、一人の恋する人が失った愛人のことを語っているということである。この解釈によってのみ、その言葉にこめられている感情の調子と一致する。成人の言葉の中に子供の性愛の残響がある。精神分析的科学は子供の性愛の最初の表明が母に向けられるということを、観察を通してよく知られてきた。偏見のない観察者にとって明らかなことは、約五歳までの幼年期の特徴を持つ、この愛の感情は少年期の発達に従って次第に表現の形を変える。子供の原始的性愛は純粋な自己中心性をもつ。原始的性愛は対象の無制限な所有という方向をとる。

すなわち、原始的性愛はそれを他者に与えることを好まないと同時に愛する人と共生する快楽を導入する。同時に愛される人との共生から抜け出すことをも好まない。それは愛と同様に憎しみの表現をとる。なお制御されない情動と衝動の時期には子供の愛は攻撃的で残酷な特徴をもつ。

神経症的精神(ブシケ)の研究から或る人は異常な強さの興奮活動が存在し、極端な場合、後年、所謂強迫神経症に至るが、それは少年期に形成されているのである。彼等の衝動生活は愛と憎しみの感情が交叉し、烈しい精神的葛藤への基盤を作る。彼等には一般に死の願望(注:フロイト「強迫神経症覚書」精神分析的、精神病理学的研究年報第1巻、1909年、43頁)へと高まる憎しみの感情表現が、急激な変化の内に、両親への極端な愛の徴候が一様に認められる。

引き続き少年期において、健康人も神経症者も抑圧の過程と昇華を通して、衝動の制限が生じてくる。それによって衝動が量的に制限されたり、はっきりとした例ではその衝動活動が完全に排除されたり、その衝動活動を他者へと愛他的な目的に振り向けられるような社会性を持つ重要な抑制が形成される。

人間の精神的素質に応じて、昇華された性的エネルギーの一部は精神的に、時には学問的あるいは芸術的活動に転化する。衝動の根本的な強さが高まれば高まるほど、個人が支配的な文化制度の要求に従わねばならない時、人間は強力で包括的な昇華を必要とする。

両親に対する原始的な感情は、我々が伝統的な学派との対立の中で考えたように、愛と憎しみの全く別の表現として子供の性愛から起因するものである。

個人は父親と母親を敬うという文化的要請に従わねばならない。一般に考えていること、すなわち、戒告は両親を愛することを命じていない。ただそれによって憎しみの活動を禁じているに過ぎない。戒告は同じように愛と憎しみにも示される。と云うのは、両者共その根本的な本質は性衝動の現象

に従っているからである。愛と憎しみは近親相姦の禁止に違反する。つまり、性的な協調から離れた尊敬の感情は全体の昇華から生じているものである。母親を尊敬することは、それは極めて霊化され、セガンチーニの作品に正しく特徴的に同化されているが、実際は性的基盤に基づいているのではなからうか。

精神分析の経験はこの問題をはっきりさせてくれた。この経験はすでに述べたように、大半が所謂神経症者からはっきりと得られたもので、我々がこの経験をセガンチーニ個人に当て嵌めようとした時、一つの簡単な釈明が必要となる。芸術家と神経症者はその精神的要求において多くの点で一致する。両者の衝動生活は根本的に異常な強さを持っている。しかも広範囲にわたって抑圧と昇華によって豊かな変化を蒙っている。芸術家と神経症者は現実を離れて幻想の世界に一本足で立っている。抑圧された幻想は、神経症者では病気の症状に加工され、芸術家では作品として表現される。しかしそれだけでなく、芸術家も常に神経症的特性を示す。芸術家の抑圧された衝動の昇華は完璧には達成されない。このことはセガンチーニにも当て嵌まる。

神経症者の精神分析が示すように、抑圧過程が子供の感情の中に重大な形で置き換えがなされている。意識的に思いやりのある母親への感謝と尊敬の愛が強い性愛的な愛着として変化する。一方、近親相姦の欲望は強く抑圧され、(注:この過程に関して別に後述する)母性がふさわしい形で強調される。母性の代償的な協調は神経症者に現れるものと同じように、セガンチーニにも途方もなく強く示される。このことは後に述べられる現象から、子供のリビドー、性愛衝動がセガンチーニにも示され、母への愛と憎しみの極端な興奮が形となり、それが途方もない精力的な昇華となった。昇華は私が推論するのであるが――母性の礼拝、母性的自然への内的な畏敬、無私、愛他的愛が被創造物に注がれ、溢れている。神経症者と同じくセガンチーニにも抑圧された衝動の爆発が現れている。

子供の根本的な性愛は完全に昇華されるものではない。時々現れ、寛和され、再び現れてくる。セガンチーニが自分の母親について語るものに性愛的要素が存在することは否定できない。たとえ、極めて純化されていても。彼にとって芸術は母親の形を現世の感情を超越し、霊化することに捧げねばならなかった。セガンチーニの極めて美しい一連の作品は母親が我が乳飲み子に優しく、心尽くしに没頭している姿が描かれている。いつも繰り返し、軽く体を傾け、優しく、愛らしいふるまいをなし、か細く、若い女性像が我々を魅了する。この絵は彼がグラウビュンデン州サボーニンに住んでいた時の30歳の作品である。彼は当時、自分の空想から様々な作品を写し出し、その作品の中の2つは我々に極めて興味のある、独特な成立の物語があり、セガンチーニの語るところによると、一輪のバラの花を見ると取り憑いたように一つの官能的な感覚が喚起され、バラの花が散ると一つのバラ色の若々しい人の容貌の幻影が迫ってくるのである。この幻影は一人の肺結核で亡くなった人を描いた古い絵を修正し、一人のバラ色の若い女性に変化される。この語りは二番目の挿話でよりはっきりとする。セガンチーニはある日、高峰連なるアルプスの最高峰へと懸命に登って行った。まだ少し、頂上に辿り着かない所で、晴れやかな蒼空、清らかで純粹に際立つ空と対照的に一輪の大きな花が咲いているのを発見した。その花は今迄見たことのない気高く美しい光范を放っていた。山腹に横たわり、彼は驚きと優しさに包まれて眺めていた。恰もその花は唯一つで天空の全ての光の中に咲いていた。そうして次のようなことが起こった。目の前の花が次第に巨大な花へと成長し、彼が空想した魅惑に満ちた人間の形姿に変わった。花の大きな茎は弓なりとなり一つの枝となり、その枝の上に一人のブロンド髪でローズ色の若い婦人が極めて優美な姿で寄りかかっている。この夫人は膝の上に裸の赤ん坊を抱いている。赤ん坊は手に一つ深紅の林檎を持っていた。林檎は恰も花から聳え立つ、力強い雌蕊のようであった。

この幻影をセガンチーニは絵に描き、「アルプスの花」と名付けた。後に「愛の実り」という表題を与えた。



図1(グラビア6)

一つの花の美しさに、芸術家は即座に母親の美しさを連想する。花と母は一瞬にして一体化する。花は彼の目の前でマドンナ像に変る。このような幻想の性愛的下地は、たまさかに現れた意味をすべて人間的な幻想像の中に再現される象徴として見落とさないセガンチーニにとって自明のことであつたのであろう。

セルバエスは「愛の実り」の絵の子供の姿を優しい母に対して、力強さを誇る健康を表していると認めている。素晴らしい絵の特色を解明することは非常に興味のあることである。芸術家はこの生氣に溢れる子供の中に、自らを母親の傍に描き出したのかも知れない。それとは逆に、セガンチーニが生まれた時、極めて虚弱であつた為に急場の私洗礼を受けねばならなかった事実がある。そうして更に、我々の仮定が正しいことを示す彼の自叙伝がある。

「私は自分の出産の為に母親を衰弱させ、それが元で五年後に彼女が亡くなってしまった。彼女は衰弱を回復させる為に四年目にトリエントへ行ったが、治癒しなかった。」若い婦人は再び回復することなく衰弱し、一方、彼女の力を奪った子供は元気に発育し、生き延びた。この引用した言葉は別の根拠から注目に値する。愛する人の死に負い

目を抱くことは、神経症者に屢々お目にかかることである。すでに述べたように、神経症者の幼児性のリビドー、性愛衝動は憎しみの激しい活動を通じて顕著である。憎しみの激しい興奮は愛する人の死の幻想を生み、愛する人が死んでも満足感と残酷な欲望の一つの感情が示される。この力が抑圧されると罪責感が出現する。神経症者はこの罪責感から身を守ることが出来ない。彼は回想の中に、このような罪責感に何の根拠も見出さないにも拘らず、彼は父母の死に自分に罪があると自らを非難する。たとえ、幼児期の失敗、禁じられた空想や情動であったとしても。ここから犯した不正を後から良きものにしてしようとする試みがなされる。特に強迫神経症者は一つの広い空間を取込む。愛する人への追想は光輪を放つ熱狂的な愛となる。或いは、死の事実を意識から抑圧し、死者を再び幻想の中に復活させようと試みる。

セガンチーニの母親への礼賛は平衡を保っている。それによって彼は自分の幼少期の敵意、残酷さ、激情を代償している。そのことについて、自分の幼少期の出来事を非常にはっきりと述べている。彼は次のように(注:女詩人ネエーラへの手紙。ビアンカ・セガンチーニ編集。84頁)語っている。「私が初めて一本の鉛筆を手にして絵を描こうとした時、私は一人の婦人が隣の婦人に啜り泣きながら話をしているのを聞いた。『ああ、もしあの子を描いた絵を持っていたならよかったのに。あの子は非常に美しかった。』私はこの言葉を聞いて、私は一人の若い、絶望した母親の美しい顔を見た。その時、その場にいた婦人の一人が私を指さし、『この子に絵を描いて貰いなさい。この子は非常に上手いから。』』と言った。私はその後を追った。その部屋にある揺り籠の中に女の子の遺体があった。その子は一才にもみたなかった。母親は私に紙と鉛筆を差出した。私は描き始めた。母親は子供を生きているように描いてくれと思っていると理解し、私は描くのに数時間を費やした。その絵仕事が芸術的であったかどうかは、私は知らない。しかし婦人は一瞬幸福そうに見え、その苦しみ、悲

しみを忘れたかのようにであった。鉛筆は気の毒な母親の家に置いてきた。数年後、初めてそのスケッチを取出した。このスケッチは胚芽のようなもので、自分の感情表現がそのような方法を通して発展させることが出来るものであると考えた。」

子供が気高く、思いやりのある感情から初めてスケッチを描くということは全く簡単なことではない。特にセガンチーニが大人になって、このような感情を顕著な形でものにしたということが分る。しかし、この出来事に特別に注意すべきことを見落としている。

セガンチーニは当時、たかが12歳の少年である。私が驚くことは、何の不安、恐怖を感じることなく、この子供が長い間、赤ん坊の遺体の横にいたことである。この不安、恐怖のなさ、そうして同情の精神反応は、幼少期の発達と共に、残酷さの要素を昇華することによって生じてきたのである。これが極めて強かった為に、他者の苦しみへの強い同情と死の前の不安、恐怖へと激しい変化を引き起こしたのである。この二つの特性は、セガンチーニの場合、後年に於いて非常に顕著となった。彼が亡くなった女の子を描いた当時はこの方向の昇華過程はまだ僅かな発展しかなかった。このことから、次の推論が明らかになる。一つの非常に強い残酷さの構成要素は12歳を過ぎても首尾よく完全に昇華されることはないのである。記述された光景の中に、女の子の遺体を眺め、描き、母親の苦しみ、悲しみを見ることに満足を見出す残酷さの構成要素がある。しかし同情の精神で十分であった。それによって、彼は美しく、若い母親の絵を、母の苦しみ、悲しみを和らげる為に描いたのである。

セガンチーニは二度も、自分の母親の叙述と若い婦人の美しさをあの出来事の語りの中で述べている。この若い婦人の美しさを目の前におき、自分の幻想の中で転移(注:神経症、心理学からこの過程はよく知られている。基本的には、性対象に結びついた感情が新しい人物に転移し、空想の中でこの人物とかつての人物を同一化する)によって自分の母親を取り込み、自らの中に芸術家を甦ら

せる。彼は一人の母親を愛することによって芸術家となる。我々の芸術家は神経症者と同じく、なにか自分の母親に対する死の願望を通して、遣り損なったことを他人の母親でうまくやろうとしていることが確かに感じる。語るある個所からそれがはっきりとしたものとなる。悲しんでいる婦人の願望に従って、死んだ子供を生きてるように描かなければならないと。遺体の傍らで過ごした時間がセガンチーニをそう促したのである。それによって、死者を同時に生き返らせる一つの手段で多くの絵を描くことで母親の追想を生き生きと甦らせた。

今や明らかになった贖罪の行為がそこに示される。成人が自らの幼少期の罪の為に自らに課する行為である。この行為は強迫神経症者を想起させる。強迫神経症者は別の形ではあるが、数々の贖罪行為を自らに課する。セガンチーニはこの初めての贖罪行為の試みの後、数年間絶望的な状況の重圧の元で絵を描くことを断念せねばならなかった。彼は最終的にミラノのベレラ美術学校に入学することに成功した。

彼が自分の幻想から完成させた絵は、恰も数日しか経っていないかのように、かつて子供の時に描いたスケッチと結びついていた。彼が描いたのは死か、母性であった。死の絵は後に、特別に論述する。ここでまず、セガンチーニが美術学校の生徒の時、初めて絵を完成し、出品した作品について考える。それは「ニオベエの頭」(訳注:ギリシャ神話、タンタロスの娘でアムフィオンの妻ニオベエは良き子供を多く持ったことを、二人しか子供を持たないレトに喋った為、レトの子供、アポロとアルテミスにニオベエの子供達を全部殺させた。悲嘆に暮れるニオベエをゼウスは石に化したが、石のニオベエは泣き止まなかった。ニオベエは子を失って悲嘆に暮れる女の象徴となった。)である。セガンチーニはこの絵は子供の死に苦しむ母親を感動的に描かれたものであって、センセーションを引き起した。

セガンチーニはこの時、身体的、肉体的に発達

した年齢にあった。人間のこの年齢は、少年期の第二期に抑圧と昇華によって、潜伏していたものが再び混乱に陥る時期であることを我々は知っている。成熟しつつある人間は自分の初めての愛の対象となった人に向けて決定的な態度をとるものである。彼は根本的な感情と結びつく人か、或いは新しい対象へと自らの感情を移すことが出来る人かを決定せねばならなかった。さらに彼がどの程度まで自らの衝動を抑圧し、変化させるのか決定する時期が到来した。

長い間、実生活に表すことのない母親への愛の感情の転換がセガンチーニの中で初めて激しく、強く示された。リビドー性愛衝動の固着は強い性の抑圧を齎す。その作用はセガンチーニの生活と作品の隅々に認められる。彼の人生のこの時期についての報告から、我々は若い芸術家の予期されるような通常の恋愛関係は何一つなかった。逆にセガンチーニは女性に対して控え目で、はにかみ屋であった。彼は会話で下品な言葉を慎みと嫌悪の感情でもって、同世代の者と一線を画していた。我々はセガンチーニの衝動生活が拘束、抑圧され、彼の母親へのリビドー性愛衝動の固着によるものと考え。

彼が22歳になった時、初めて初恋と認められる体験をした。幼少期からこの年まで、母親への初恋が彼を支配してきたが、今、実際にこの性愛衝動の力が示されたのである。我々はセガンチーニの性的対象選択について途方もない制限を見出す。恋愛関係を結び、別れるといった若い人達には当たり前のものであっても、彼にはそれが出来なかった。彼は一回の選択が最終選択であった。我々は神経症者(注:「神経症の心理学に於ける近縁の位置」拙著参照。精神分析的、精神病理学的研究、第1巻、1909年)にみられるこの一夫一妻制が、セガンチーニに注目し値する形で示されていると思う。

23歳(1881年)の時、セガンチーニは初めて性的内容をもつ絵を描いた。その絵は、もし我々が次の年に見られた羊飼いの生涯の幾つかの風景

画を除けば、彼の方法の唯一の作品である。



図2(グラビア7) 私のモデル

セガンチーニは友人のカルロ・ブガアティから絵を描く為、彼の妹ベアトリイチェを紹介された。セガンチーニは中世の貴婦人の衣装を纏う彼女を描いた。彼女の右手は餌を与え、左手に鷹を乗せていた。この絵は鷹匠と名付けられた。セルバエスはその絵を見て、その女性は画家の恋人であると指摘した。セガンチーニは彼女を愛し、美しいモデルとし、その後彼女と結婚した。ベアトリイチェはビッチェと家族の中で呼ばれ、彼の彼女への愛は母への愛の如く熱烈で変わらぬものであった。彼の結婚は一般の芸術家の結婚と全く違っていた。セガンチーニは一家の主人、父親以上のものであった。彼は死ぬ迄、自分の伴侶に熱烈な愛を捧げた。このことについて、時には離れ離れになった時に、彼が彼女に書いた手紙に示される。手紙は全く若者の愛の告白のようなものであった。その手紙の調子は、自分の母親について書かれた自叙伝の個所を思い出させる。

我々はセガンチーニの性急な結婚に異例さを感じる。しかし、この芸術家の強力な衝動が、無数のものを昇華という形で流入させるならば、このような対象選択の制限のみが唯一、耐えられることである。彼の愛の生活の一夫一妻制の厳しさによって、セガンチーニは自ら高まった愛を全ての人間性、全ての自然に向けたのである。

我々はここで限界を知らねばならない。我々はこの力、衝動の力の作用が成熟した人間の生活と

芸術にどのように働くかを分析しているところである。

我々は母親の意味だけで、父親の意味を蔑ろにして彼の幼年期を無視するつもりはない。

二

我々はこの芸術家の自叙伝で父親はごく僅かしか読むことが出来ない。我々はジョヴァンニの母親の若死の後、父親は5歳の子供を連れて住居のアルコを立ち去っていることを知っている。父親は先妻の成長した子供のいるミラノへ行った。彼はミラノでうまくいかなかったので、すぐ先妻の息子の一人とアメリカに行ってしまった。5歳のジョバヴァンニは異母姉に預けられた。この芸術家はこの時から二度と父親について何物も認めなかった。短期間に両親を失ったセガンチーニは、母親について献身的な愛をもって詳細に語り、父親について味気のない事実しか述べないのは奇異な感じを与える。彼は母性の理想を讃美するために自らの高い芸術に力を尽くし、自らの仕事の中に次々と母親の新しさを記念碑として据える間に、人々は徒に父親と結びついた感情の積極的な表現を求める。

セガンチーニの絵に1回きりであるが、母親の像の外に父親らしきものが描かれている。しかしそれも、決して絵の中心に配置されていない。父親は息子の発達や仕事に何ら影響を与えていないかのように、父親の無関心であるかのような様相を呈している。

しかし、セガンチーニの沈黙は次のようなことを物語っている。つまり、同時に示されているのは父への激しい敵意の抑圧である。子供の性愛感情は両親に向けられるという人間の両性的基質に基づく。人間は極く幼少期に母親の寵愛を受けるようにするが、父親に対して嫉妬と敵意の活動が直接向けられる。母親が亡くなれば嫉妬の理由も無くなる。

子供の愛全体は当然父親に向くことになる。この時、父親が子供の中に愛を無視し、それを殺してしまうようなことをすれば、子供に敵意を満ち

た感情を高めるようになるに違いない。父親は子供の精神的欲求に気付かず、想像力の旺盛な子供をガルダ湖の天国からミラノの大都市の荒涼と悲惨さの渦中に連れ込み、子供に愛情を与える暇もない異母姉に委ね、見捨ててしまった。その為に、父親への愛情の芽は啄まれてしまった。我々は父親への愛の昇華を通して、正常な状態に生じてくるそれ相応の人物の代償像がセガンチーニに欠けているのに気付く。

思春期には正常の場合、多かれ少なかれ父親の権威から更に進んだ分離が生じるものである。しかもその次には、その分離作用は子供としての父親への畏敬と愛の表明が著しくなる。父親へ積極的で永続的な転移の昇華は生活態度全体に意味を与える。すなわち、父親の強さに依存する欲求、所有する意志への服従、慣習に対する依存的固執である。息子は思春期後、子供の依存性の不変さから、両親に対するようになる。その後、保守的な傾向が強まるか、さらに前へ前へと駆り立てる活動量が少なくなってくる。

セガンチーニは後者のタイプと著しい対照を示した。彼は別の極端な態度を示した。彼には従属の精神や保守的な精神は無かった。彼は一度、次のように書いている。「各人の発展は、社会的、宗教的、或いはその他のものであれ、最終の目標は古きものの否定、虚無主義で破壊することである。」セガンチーニは正しく革命を表明している。

彼はごく幼少期から反抗せねばならなかった父性的な力に復讐したのである。その復讐は専ら、父親が母親の死後、彼を不幸の真只中に、唯一人を置き去りにしたことへの復讐である。だがセガンチーニは現状否定で満足しなかった。彼は古きものを破壊することによって完成される新しい道をも破壊しようとした。彼は理論的に推し進めたばかりではなく、こういった観点から実行した。この観点は以前から言葉で告げていた。

我々はセガンチーニの父親への率直な否定的意味を確認することが出来る。母親への愛が昇華され、全自然へと溢れ出すように、父親への憎しみ

は自分の意志を阻害するもの全てに赴いた。勿論、敵の生活に向けられる攻撃性は昇華によって緩和された。

攻撃衝動はセガンチーニにエネルギーを与えた。それによって彼はあらゆる力に対して自らを主張し、遂行した。セガンチーニの生涯は、幼年期から彼の個性に我物顔で踏み込んでくる権威への生き生きとした抗議であった。このエネルギーは今や烈しく父性の力に対抗すべく向けられるが、一方、セガンチーニは其中で正しく父親と同化していることも無視することは出来ない。子供にとって、父親は優れた身体、大きさと力、エネルギーと知識の自然の手本である。また父親へのライバル意識は、全て父親の特性が子供の自分にも現れるような途方もない願望を抱くに違いない。ライバル意識は一つの重要な刺激となって子供に大きな幻想を与える。父親の力に反抗し、依存を断ち、自立し、偉大な者に成ろうとする熱望は若いセガンチーニに非常な特徴がある。彼の性格特性は我々に人間としての発展と芸術家としての道程を理解させてくれる。

彼が6歳の時、一日中、朝から夜まで狭く冷たい部屋に閉じ込められ、どのようにその日を過ごさなければならなかったかを、この芸術家の生活の記述に深い感動を与えられる。彼はこの運命を長い間、耐えた。その間、この単調な環境も彼の好奇心を駆り立て、彼の空想に刺激を与えてくれた。「ある朝、私はぼんやりと窓の外を眺めていた。何も考えなかった。私の耳に二、三人の隣の婦人たちが大声で喋っているのが聞こえた。彼女達は、若い時にミラノを立ち、フランスへ徒歩で行き、そこで立派なことをやった一人の男のことをしゃべっていた。そのことが私に一つの啓示のようなものを与えてくれた。この狭い世界を立去り、広い世界へと流離うことが出来るということであった。また私が父親と城前の広場を散歩した時、父親が教えてくれた道があった。父親は道を指し、ここだと言った。このアーチの門を通して、勝誇ったフランス軍とピエモンテ人(イタリア北部の住

民)が兵を撤退させた所だ。ナポレオンは凱旋門の構想を立てた。この道は山の真只中を貫いて真直ぐフランスに通じるべきだと。フランスへと真直ぐ通じるこの道の構想は私の頭から離れることはなかった。」婦人たちのお喋り言葉が、この子供に父親の印象的な道の話の思い出させ、かつ、フランスと一人の男の立派な行為の話と繋がり、ここに確かな幻想を目覚めさせた。しかも、彼の衝動的エネルギーはすぐ行動に駆り立てたのである。この6歳の子供は一片のパンを用意し、凱旋門を通り抜け、偉大なナポレオンのことをあまり語らずに既に立去っていたが、この子供は父親に倣ったのである。しかし彼は父親と同じことを行う一般の子供達の空想に満足していなかった。かれは自分の力によって父親を驚嘆させるような人に成ろうとした。(注、強い抑圧で自らの攻撃衝動(活動)を抑制している人間は今日でも長く見られるナポレオンと同一視する幻想が認められる。ここにはナポレオン(偶像)崇拝の重要な無意識的な根元(原因)が存在する。) 彼自ら、語っている芸術家の少年期の生活史は驚くほど人生の浮沈に満ちているので、それが全て実際に起こったのかどうか疑念を齎すほどである。子供や成人の夥しい幻想は、その後、その人の判断によって、これは現実に体験したもの、これは現実と分かったことの出来ない幻想を多く体験したものに分けられない時、そこに変形が加えられなかったのだろうか。この推測は、驚くほど均質な形で様々な人達によって、なにか人類に典型的なもの、人間全体に認められる。人間の同じ観念が、集合幻想(注：集合的無意識)として認められる。

私は以前、「夢と神話」(注、夢と神話、民族心理学への一研究。応用心理学誌5号)の研究で個々の人間の幼児期の空想と神話が形態と内容において、極めて広範囲に互って一致することを証明した。ランク(注：ランク、「英雄誕生の神話」。応用心理学集5号)は更に特別な研究で「英雄誕生の神話」を取り上げた。世界のどの民族も彼らの英雄に誕生と幼年期の物語の中に、幼少期の幻想と

一致した奇跡的出来事が描かれていることを証明した。

セガンチーニの幼年期の出来事は、本人が述べているように、この英雄物語の典型的な様式を想起させる。モーゼ、ザルゴオン(アッシリアの王)、シイリウス(ペルシャ王)、ロムルウス(ローマ伝話の最初の王)、レエムス(双生児)などの物語は全ての点で高貴な両親の子供が、何等かの理由で疎外されているところが一致している。彼ら子供は水に溺れているところを助け上げられ、身分の低い人に偶然拾われ、息子として養育を受け、下等な仕事をしているところを奇跡的なことによって助け出される。彼等は青年期にはすでに同年齢の者との遊びの中で何か周囲から画然とし、高い使命を授けられているような特別な資質を示す。彼等は自分の出生の秘密を知り、圧制者に復讐を遂げ、英雄的な行為を行って最後に自分に然るべき尊敬を手にする。

我々はセガンチーニの幼少期の陳述に今更耳を傾けよう。

「子供は夜になっても歩き、疲れ果て道端に倒れ、眠り込むまで、国道を歩き続けた。雨が自分の身体を濡らしていることも知らなかった。彼は馬車に乗ってきた農夫達に揺り起こされて目を醒ました。彼等は子供を馬車に乗せ、自分の家に連れて行った。馬車に乗せられている間、彼は再び眠り込み、この救済者の家で目を醒ました。人々が彼の身体を乾かし、暖めながら、彼の生い立ちを尋ね始めた。」ここで彼の自叙伝は「私は自分の長い生い立ちの数々を如何に話したかを思い出す。一度に襲いかかり、私の心に消し難い刻印を残した不幸について。私は三歳か四歳を数える頃、染色工場に通じる道から、溪流の力で水車を動かしている堤防を越えて対岸に渡る狭い丸木橋を渡った。橋の上で」、セガンチーニは語り続ける、「大きな少年に出会った。この少年の不注意な動作で小さな子供は川に突き落とされた。その時、一人の兵士が川に飛び込み、すんでの所で水車に巻き込まれる子供を水から助け上げた。」そうして、この話

の最後に、「私は二度と姉さんの所に帰らないと小さなセガンチーニが言うと、農夫達は次のように言った。憐れな孤児よ、お前さんを私達の手元に置いてあげよう。お前は太陽が必要なのだ。しかし私達は豊かではない。それでもお前がここに居て、住みたいならば、お前は何か役立つことをしなければならぬよ。」「翌日、婦人が私の髪の毛が多く、巻き毛で肩まで垂れ下がっている私の長い髪の毛を刈ってくれた。横に立っていたもう一人の婦人は『橋から見ると、フランス国王の子供とそっくりだ』と言った。その日から私は豚飼いになった。私が7歳を数える頃ではなかった。」

僅か数週間であるが、少年はミラノの異母姉の所に居るよりも、ある面では最も心遣いのある新しい環境に留まることが許されたのである。セガンチーニはこの短いエピソードを極めて正確に、愛情を込めて詳細に述べている。

この物語の中に、我々は英雄誕生神話の重要な特徴を見出す。ここには、両親の家から飛び出した状況が、物語として異質な様相を示している。つまり、愛情に満ちた農夫達がこの小さな子を養育しようとする奇跡的な救済が示されている。この救済物語の中に、セガンチーニは、二つの救済物語を挿入する。彼は3歳の時、川で溺れたところを救助される。二つ目は、農夫の里親のもとで彼は豚飼いという賤業の仕事をやらねばならなかったことである。そこで彼が婦人から王子を想起させた。芸術家の幼年期の出来事は、詩と真実の間に一線を画すことは不可能である。しかし、幼少期の操作された足跡を見誤ることのない人は、どの程度、幼少期体験の基盤に空想の変形した力が働いているかを知っている。私はその点で止めておく。セガンチーニは、6歳の時、フランス国王の息子として相応しいと言われたことを覚えている。しかし、彼が当時、女性に好かれ、そこで言われた言葉の響きを記憶に留めていたということはある。しかし、内容は子供の典型的な血統空想である。力と偉大さの手本である父親が子供の空想によって王様にまで高められる。成人

の夢でも、父が王として現れてくることも稀ではなく、繰り返される。また子供は父親に対する敵意に満ちた興奮活動で、空想の中で父親を王位から退位させ、想像した王の息子として自らを高め、現実の父親に単なる養父の役割しか与えないことが起る。自分が王子様になることは、子供の一般的な誇大空想である。セガンチーニのこの空想は、フランス王の知識と心像に願望を加え、記憶の中で一つの現実体験かのように意味を付与し、獲得しようとしていることは、確かである。セガンチーニの全体的に捉えられた幼年期の出来事は、個々の神話と同じである。強い野心を持つ人間は自らの幼年期をこのような神話形成に包み込むものである。我々も英雄誕生物語に包まれるが、人間の魂の奥底から創造した(注:セガンチーニの空想作品が英雄伝説の知識に影響されているかどうか、我々は分らない。彼の作品はこれでは十分に説明できない)セガンチーニも同じように物語、神話に包まれている。既に仄めかしたように、セガンチーニは短期間で孤児院収容所を去り、再び異母姉の所に帰らねばならなかった。その後について、余り情報はない。唯、我々はセガンチーニが異母姉にあちこち殴られ、虐待されたことは知っている。一時、彼はバル・スガアナアで豚の屠殺場で働いている異母兄に匿われていたことがあった。しかし再び、居酒屋の主人と結婚していた異母姉の所に帰された。このような環境で小さな子供は生きていかねばならなかった。彼は空想の中で自由に遠い世界に留まり、二、三回はお伽話のような幸運に巡り合うかも知れないという微かな期待から家出を繰り返した。結局、誰もが信用しなくなった時、この家出少年であり、厄介者を矯正する為に、人々は少年を追っ払い、ミラノの矯正施設、少年感化院に送り込んだ。そこで彼は靴直しの職業訓練に従事した。この感化院の規律さえ、12歳の少年の意志を屈服させることは出来なかった。どのような人に対しても、精神的権威に対しても反抗した。初めて聖体礼拝に参加することも激しく拒否した。その為に、彼は禁固刑の罰を受けた。そして脱走

した。彼は逮捕され、再び逃亡した。結局、15歳まで矯正施設、感化院に収容された。施設長は嫌々ながら教育方法を彼の気質に合わせてやらねばならなかった。それによって彼と仲良くなった。最終的に、画家の所で年季奉公するという、長年抱き続けてきた願望を成就した。しかし、この15歳の徒弟は、師の画家、立派な人だが、技量が劣り、自惚れだけが強い権威者であった為、当然対立した。自意識が強く、自分の意見を主張する弟子に、師の画家は前任者と同じく、うまく行く筈がなかった。セガンチーニは長く留まる所ではなく、強い決断で先生と別れ、ブレラ芸術学院に入学した。彼はあらゆる手段を使って生計を立てたが、屢々足らず、飢えを凌ぐ僅かな収入で生活した。やがて彼の優れた天賦の才と特徴的な人格で、彼は仲間から尊敬されるようになった。伝統や学校の規則に反抗的な芸術学院の仲間の指導者になった彼は、教師に不安と不満を募らせた。この若い革命家は美術展覧会で初めて成功を収めるが、次の会では彼の出展作は評価されなかった。セガンチーニの衝動性の痼疾は爆発した。セルバエスはこの事件について次のように述べている。「彼は出掛けて行き、自分の絵を裂き、ばらばらにしてしまった。それでも気が治まらず、彼を不当に扱った張本人であると感じていた教授と路上で出会った時、その問題について執拗に釈明を求めた。自分の気持ちを抑えることが難しくなった彼は街燈の柱にしがみつ、街燈の留金がガタガタと音を立てるまで激しく揺さぶり続けた。」

今や、セガンチーニはここに長く留まることは出来なかった。上からの力に耐えられない20歳の若者は自立の道へと大胆に歩みを進めた。絶えず極度の物質的な窮乏と戦いながら、彼は自分の道を不屈のエネルギーでもって追求した。彼は自分の青年期の運命を次のように語った。「私は自分の身体で、私の身体の中で私の魂は運命を受け入れ、数々の問題と戦わなければならなかった。彼は見捨てられ、6歳で孤児となった。愛も無く、唯一人で、一匹の狂犬のように、全てから遠ざけ

られていた。このような状況で、私は野生化していき、現存する掟に私は常に不安と反逆に心は満たされていた。」この服従への烈しい反逆の表現として、若いセガンチーニはやがて、セルバエスが暗黙の了解で削除した反逆行為をやっていた。オーストリア国籍を持つセガンチーニは徴兵義務を忌避したのである。この重大なことによって起る成行も彼の歩みを阻止することはなかった。如何に彼の独立独歩の熱望が強かったかを示す。彼への罰則は、彼が長きに渡って自分の故郷に足を踏み入れることが許されないというものであった。彼はこの罰の重圧に悩んだ。彼が死んだ時、愛する故郷に帰郷する熱望が満たされる直前であった。

人間のあらゆる行為とセガンチーニのような倫理的に余りにも敏感な性格と相容れないように思われる。あらゆる行為は無意識の分析を通して理解されると考える。

故郷の土地で、彼は母親を愛し、土地の国家権力で、彼は父親を憎んだのである。

三

母、故郷、自然はセガンチーニの中で追想の世界を創造し、感情生活の中に一つの解き難い統一体を創造した。これらは本質的な親和性に従って、我々が感情に彩られるコンプレックス(複合体)と表現する統一体に融合する。このコンプレックスの不思議な力はセガンチーニの幼少期の出来事から説明される。彼は母親を失った時、故郷や自然から立去らねばならなかった。このたった一撃で、彼は総て最良のものを奪われたのである。セガンチーニの回想の中で、この最良なるものが解き難いものとして結び合ったのである。

父親は彼が愛した土地から連れ出し、この子を捨て、彼が孤独の中に留まった大都市は子供の情感に何も与えてくれなかった。それ故、彼は父親や都会を拒絶した。この両者は彼に愛を齎すことはなかったので、彼はいつも自分の情感から両者を見捨てた。母、故郷、自然への彼の愛の充溢は、こういった著しい差異によって、特別の強さを獲

得したに違いない。若い彼が生き抜く為の悲惨な時期に、セガンチーニは都会を脱出し、自らの歎びを確証し、熱烈な帰依をもって愛する自然に帰還する為に、彼はあらゆる自由な機会を利用した。恋人ピッチェに母親の代理を見出すことに成功した彼はミラノに長く留まることは耐えられなかった。彼は自然に帰って行った。彼は早く失ってしまった故郷の代理を求めねばならなかった。そこで彼は若妻と共にブリアンツァ地方のプシアーノへ行った。プシアーノはコモ湖が南端で二股に分かれるその中間にある。その地で彼は単調な田園風景の画家となった。セガンチーニは当時、彼の芸術の最盛期に至るまでにはまだ遠かった。それをセルバエスが適確に認めているように、彼の芸術が転換する分水嶺であった。彼は通俗的な色調から脱却することのない田園風景を描いた。彼が美術学校の影響から全く脱皮していない点が個々の絵に表れている。当時、彼が人間と動物が共存しているところを描いている時には、彼は多くの点で後期の作品に近づいていた。しかし、全てこれらの絵の光景に運動性が殆ど無かった。夢見る羊飼い達、静かにアベ・マリアを祈る一人の羊飼いの娘、嘆き悲しみ空の揺り籠の上に屈む一人の母親といったものである。そして全ての絵は暗い色調をとっていた。当時のセガンチーニは、室内の暗い光、月夜の薄明、陰鬱な嵐の空、そして特に愛したのは日没の陽光、夕暮れの安息を描いた。

当時から作品に屢々ある一定の情感の調子が特徴的に示され、人間は動物達を慈愛と同情をもって世話をする姿である。「Uno di Piu 最上の人」と題した小品は、生まれたばかりの仔羊を腕に抱いている羊飼いの娘の母性愛を優しく描いてある。「羊の毛を刈る」の絵で描かれた羊飼いは羊毛を刈り取った羊を、愛情をもって優しく下に置いて屈みこんでいる。

芸術家の主題として後に再び取り入れられ、完璧な造形を齎した一枚の絵が初めての表現様式で示された。それは「船中のアベ・マリア(湖を渡るアベ・マリア)」である。



図3(グラビア8) 船中のアベマリア

けだるい平穏がこの絵を覆う。ボートの男は櫂を静かに水中に委ねている。子供を抱える夫人は微睡みの中に沈んでいるように見える。船一杯に積み込まれた羊の群は絵を見る人に向けて犇めき合っている。この動物達の背中のごく僅かに動いているような側面で描かれている。絵の全体を覆うものは、夕暮れの安息と日没の陽光である。

この絵は彼のブリアンツァ時代の特徴的な様式を集大成したものである。この絵は恐らく当時の最高傑作であろう、つまり、最高のセガンチーニである。当時、この芸術家に一つの転機が生じていた。彼はきちんとした技術を低く評価し、芸術作品の本質性は感情内容であると考えていた。セルバエス(注:この創作時期の特徴はセルバエスの記述による)はこの時期の彼について、この芸術家は気楽に、思う存分にやっていると語っている。彼の生産性は増大した。彼は自分の情動、情趣(センチメント)を一つの芸術表現として表し、拡大する必要があった。

セガンチーニは自叙伝で「自然は、私にとって、恰も一つの楽器となった。私の心が語るもの全てを伴奏する自然の楽器である。日没の静謐な調和と自然の最も内容的な本質を歌うのである。そのようにして私の精神は、魂の中で無限の甘美な音を鳴り響かせる偉大な芸術家の精神生活に大きな転回が起こった。支配的な気分であった憂鬱は無

くなり、その代わりに熱狂的な創造の歓びに席を譲る。しかし後期に、彼の生涯の最終期に憂鬱な気分が、屢々繰返し優勢となって現れてくる。我々は神経症者にこの過程が現れてくることはよく知っている。この過程は必然的に正常に現れる抑圧の推進力を越えるものであって、そこで神経症者の性活動は著しく受身の女性型に近づく。実際、神経症者の性の成熟は、始まりから屢々三十歳代まで持ち込まれ、そして尚、その年代を越えて憂鬱と世界苦に満ちた気分、その苦悩を受動的に身を委ねる傾向がある。しかし彼等は次第にこの時期を克服し、はっきりとした人生肯定へと登りつめ、極めて正常となり、その上、度を越すような仕事をやってのけることも稀ではない。セガンチーニは巧みな遣り方で、今迄単なる反応によって駄目にする代わりに、彼の巧みなメランコリーを通して養われるのである。」

我々は当時のセガンチーニの精神生活から二つの現象を取り上げねばならない。一つは憂鬱傾向、もう一つは創造物への共感的愛・慈愛である。この課題に我々は特に触れたい。何故ならば、セガンチーニは両者の関係の中で、後に至って一つの注目に値する転回を成したからである。我々は人間の発達年齢に従って芸術家の性衝動が広範囲に渡って制限を受けねばならなかったことを思い出す。もし今、説明されたように、男性的で積極的な衝動力が途方もなく抑圧されるならば、それに対抗する力が出現してくるのが普通である。全体の人間精神生活で女性の心理、性行動の多くの点から想起される受身の傾向がその人に取り込まれるのである。苦しみに身を委ねることは、活動的な攻撃を引き出させる。そこで神経症者に非常に屢々、鬱的不機嫌が出現する。それは意識的ではないが、苦痛と隣り合わせの快樂も内蔵しているのである。セガンチーニはこの甘美なメランコリーを苦痛、苦悩ではなく、芸術的靈感の豊かな源泉として語っている。この時代の絵には受身の姿勢が認められ、憂鬱さが落ち着いた平安とぼんやりした日没の陽光によって象徴的に表現されている。

セガンチーニが当時、屢々描いた日没は、我々に死の考え(自殺)を示す。この死の考えが、全ての憂鬱な不気味さと全ての彼への幻想の中心に占めているかのようなのである。つまり母親に与え、後には息子の特有の人格へと回帰したこの死の幻想はこの時代の作品に昇華されて描かれている。

自然への共感的な愛、全存在と共に苦悩することは、既に以前の攻撃的衝動の抑圧と昇華に由来し、昇華された衝動の目標は独特の苦悩と同情を形成する。攻撃的衝動力で力強い製作衝動に置き換えることに成功した。そして支配的原理への男性的活動を自らの中に創生することによって、自然観や芸術の特性を変化させた。

セガンチーニはブリアンツァ地方から、コモ湖より高い所にあるカグリオに短期間、引っ越しした。そこで彼は「alle stauga 柵につながれた牛」という最初の大作を創造した。その絵は昼下がりの光の中で広大な風景が描かれている。一部は観る人に近く、一部は遠くに柵につながれた乳牛が配置されている。その間に、農耕に勤しむ人が配置されている。この作品は芸術を通して全自然を捉えた大胆な試みであった。

セガンチーニはその後、間もなく妻と共に高山のある場所で永住することを求めて出発した。長い放浪の末に、彼はグラウビュンドナーアルプスのサボーニンという村を選んだ(1886年)。このちっぽけな処女地は非の打ち所がなく、彼の自然感情と一致した。遠く離れた大きな世界では誰も知らない、この静かな山村が彼の新しい故郷となった。彼はこの土地で妻と子供たちの一緒に山村の住人として生活した。ブリアンツァ地方の前アルプス地方からサボオニンの深い谷へと登ることは、セガンチーニの発展にとって画期的な出来事である。何かを彼を高めへ引き付けるのは山である。幼年期の古い故郷と同じように、この新しい故郷も身近な山であった。彼は更に願った。それは彼の手紙で述べているように、自然の徹底的な造詣を獲得することであった。空気の透明さ、太陽の光の純粹さ、色の光度が芸術家の目に力強い魅惑

を与えた。

山の高みへと登ることは、独特な創造者にとって上方へ、極致への志向を、象徴的に意味をなし、休息のない創造の中で常に自己を超越して生長するという情景があり、芸術家として全自然を征服し、王の如く全自然を支配する熱望を意味している。「あの土地で」と彼は自叙伝の中で述べ、「私は思い切って自分の目を太陽に向けた。私は征服しようと思った太陽の光を愛した。」さて次の年の彼の仕事は全く異なって、囚われのない自己表現であった。

そこには全力をあげて、昇華された攻撃欲望の満足が認められる。

セガンチーニの独特の言葉によれば、仕事や苦勞というものを全く感じない興奮状態で、彼の内なる全ては作品へと駆り立てた、その作品は、彼が「素材の中で精神の肉化」、創造的行為と名付けた作品である。物の見方にどのような違い、仕切りがあるのだろうか。数年にわたる煩わしい憂鬱から人生を否定してきた人間が、創造者として、自然の支配者として大胆な思想の高翔に自らを見る。彼は自分自身に回帰する道を見つけ、それによって幼年期の大きな幻想を再び取り込んだ。

しかし自然への優しい、共感的な愛は熱烈な欲求を越えて激しい所有欲へと進んだ。

セガンチーニはこのことを熱烈な言葉で述べている。それを今一度抜粋してみたい。

「私は自然への熱烈な求愛者である。私にとって故郷となった山々の美しさ、太陽に輝く春の日に私は無限の歓喜の叫びを感じず。恋人である少女との初めての若者の愛のように血管に鼓動する。」「私は今迄、飽きることのないこの愛に酔い、大地に頭を垂れ、草の茎、花に接吻する。」「私は渴望する。嗚呼、大地よ。お前の血は私の血なのだ。」

我々は学術用語で翻訳する。つまり、自然への姿は恍惚の中で芸術家の感覚へと置き換わる。彼は自身を性的興奮と対置させる。この昇華された衝動は激しい充足を促す。その要求は些細な対象でなく、全自然に向けられる。母なる自然への熱

烈な愛の中に、あの母親への愛の復活を祝う。「血は私の血」であった。サボーニン滞在の最初の年は、セガンチーニの最高の成果に数えられる、時代を画する成熟し作品にある(注:以下の記述について、セルバエスに深く与する)。その作品の数点はブリアンツァ時期の古い主題が再び取り入れている。この絵には明確に彼の能力の成長が示されている。それは「湖を渡るアヴェ・マリア」と最初に名付けられた作品である。セガンチーニは天才的な手でこの絵に、我々が後にこのことに立ち戻るいささか変化を加えた新しい技法で、空間分割という試みを初めて行った。この時期に「垣辺で編物をする少女」という魅惑的な絵が出来上がった。



図4(グラビア9) 垣辺で編物をする少女

彼がブリアンツァで初めて同じ主題で描いた時は薄暗く、ぼんやりした光で描いたが、今や全て目も眩むような太陽の光に満ち溢れている。転換期に当たるこの時期にセガンチーニの芸術の中に唯一つ、安息の極点が存在した。それは母親コンプレックスであった。何かこの領域で思考や感情に沿って変化、変遷に曝されることはなかったように見える。このことは正しく次のように、セガンチーニにとっては特徴的な傾向に示される、彼が「編み物をする少女」として描いた若い農夫の娘を二度と手放すことはなかった。「ババ」と呼ばれた娘を自分の家に引き取った。彼女は毎年変わらず、彼の唯一のモデルであったし、彼及び彼の家族にとって誠実な家族の一員であった。彼は彼女の中に典型を見出し、母性の象徴と仕事に必要な典型を見出した。ここでは何等の変更も必要とせ

ず、唯一のモデルに確り手に掴んだ。

翌年、彼は母性愛の理念を偉大な巨匠の仕事として圧倒的な力で骨肉化、具現した。それは「二人の母親」という作品である。一人の少女が厩の腰掛に坐っている。眠っている赤ん坊を抱き、頭をかしげて微睡んでいる。その他のものは、燻んだ、ぼんやりとした様相を呈している。一つの荘重な安息がこれ等の上に存在する。セルバエスは繊細な観察から、この芸術家はあらゆる形態を通じて、全体の安息をこの二人の母親の存在の同質性を強調して描いていると述べているが、我々も同意する。またこの作用は他の手段、つまり線を引くという単純な手法で強調されている。セルバエスはこの点についても述べている。真直ぐな背筋を牡牛は伸ばし、頭を飼葉桶に静かに垂れている。牡牛の背中が切れる所に、若い人間の母親の頭が現われる。牡牛の背中は、はっきりと引かれた水平線を保ち、緩やかに滑り落ちる。絵は牡牛の背中の上のほど遠くない所で切られている。やや薄暗く感じられるが、はっきりと絵の縁と牡牛の背中が並行して走っていることが認められる。この絵の構成の控えめな荘重さは、詳細に観察する人に、無意識的に一つの感情価値の中へと移し換えられる。このような僅かな技術によって、芸術家は我々の魂を支配する。1890年頃、セガンチーニは絶え間のない努力によって、待ち焦がれていた色彩分割技法の完成を齎すことに成功した。堂々とした作品「農夫」（曾ての表現様式で「耕作地」と名付けられた）はこの仕事の最初の成熟した結実であった。

今や彼の前に誰も為しえなかったし、その後も誰も到達しなかった大気の透き通った透明性や色彩の振動の極みを表現することに成功した。彼は信頼する仲間全ての人間と家畜達を驚くほど造形的に絵の前景に配置した。風景の細部に渡って彼特有の愛をもって絵を仕上げた。背景に連なるアルプス山脈は岩と雪によって、果てしない豊かな変様の光芒を放っている。山々の上に明るく透き通った大空の震えるような青が広がっている。

セガンチーニは分割技術を完全に我が物にして完成することに成功した。当時、この問題に画家達は至る所で取組んでいた。セガンチーニは、画家達の試みとは別個に、この目的に到達すべき道を泰然と歩いた。彼にこの道に赴かせたのは唯、彼の卓越した芸術的資質だけではなかった。それは光と色彩の探求への深い彼の衝動生活に基づく。光と色彩への彼の目は燃え、内なる衝動に従って、光と色彩の両者の完全な表現描出に向けられていたに違いない。芸術家としての初期の仕事の中に、すでに彼は明暗の配置問題を自らに課し、自力で解決した。その後、メランコリー気分の時代に彼は明らかに暗い画法、絵画に移行した。やがて山の高みへと引かれ、自然を支配しようとした時、彼の勝ち誇った気分は、彼の栄光の上に広がり、光彩を放つ太陽の光への情景の中に自らの表現を見出した。これら全ての歓喜の光景が彼の中でどのような感情を引き起したのかは、我々はすでにセガンチーニの言葉から知り得た。彼は最愛の人の目で自然を熟視した。自然は彼を法悦、陶醉の世界に移し換えた。

我々が「見るという好奇心」（覗き見）と名付けた現象の中に、一つの発展する昇華が性的衝動（覗き見）構成要素そのものに入り込んでいることは今更証明する必要もないであろう。この衝動（覗き見）は、我々がただ単に「興奮」と名付けている性的対象の身体特性を考慮することによって、リビドー（性衝動）の刺激活動に用いられる。見るという衝動の昇華は、我々が羞恥の感情と名付けているあの性的抑制の構成に主要な役割を提供する。且つまた、それは大いに芸術的・審美的昇華を可能ならしめる。

セガンチーニの見る衝動は極めて強かったにも拘らず、本来の性的なものから離れている。唯例外として、我々は一つの絵に、それに近い絵「邪悪の泉」という絵がある。水面に姿を写す一人の裸婦像は比喩的に虚栄心を描いている。芸術家はここに於いても、裸体画を倫理的な目的に使っている。透けて見えるヴェールの中に、彼は「異教徒の

女神」という絵に、異教徒の女神に官能性をたっぷり漲らせて描いている。この二つの作品は激しくはないが巨匠の注目に値する作品である。

これと全く正反対の力は、子供を抱いた良き母親「キリスト教徒の女神」に存在する。この絵で気付くことは、彼が全力を上げて自らの感情を吹き込んでいることである。人々は完全にセガンチーニの作品の肉欲性を見過ごしている。彼が性愛的な光景を描いたところで、それを穏やかに、優しく、純潔なものとして描いた。

自然は彼の昇華された見る欲望に向かう。光と色は恍惚の歓喜の源泉となった。幼少期から絵筆と絵具をもって働くペンキ屋の姿が彼の燃えるような好奇心を満たしてくれたとセバンチーニは語っている。どれだけ職人の殴り書きが子供の心を魅了し、引寄せたことだろうか。彼の色の染みに幻想的に、動物や人間の姿を発見した。この現象は種々に変容し、交互に入れ替わり、浮き上がった。彼は貪欲に視覚的な印象に取り込み、身体に叩き込んだかを幼少期の陳述が示している。自叙伝にそれぞれの光景が恰も一枚の絵のように描き出されている。彼の陳述の強い視覚的活発性は注目に値する。セガンチーニは単なる自然の愛情に満ちた観照者ではなかった。何か彼の目は形や色そのものの中に吸い込まれ、それが芸術的幻想と一つの統一された全体を形成しているのである。彼はこのような観察と芸術的造形活動の中で自らの性愛生活を終わらせる気持を一度も失うことはなかった。彼は一度語っている。「まずスケッチをする芸術家は若い絵描きのようなものである。つまり、一人の美しい女性に心を奪われ、すぐ自分の物にしようとし抱擁する。口や目に接吻し、抱擁の恍惚の中で激しく震える。そして、やっとスケッチを物にするようなものである。――――。

私はそれと違う。愛が成熟するまで放って置き、そして心を放ち、私の着想で優しく撫でさすり、私の心に愛を懐き慈しむということを言っている。描いて見るという欲望に狂っているにも拘らず、私は禁欲する。そして良き我が家を作ることで満

足する。その間、精神の目でこの明暗の配置、構成、変化する感覚の凝集の中で熟視、観察を続ける。」

それと引き換えに、前以ってスケッチをすることを無視する画家が絵を完成した後にも同じ主題を屢々繰返し取り入れ、あれこれと変化を加え、新しい側面を求めるのが彼の特徴である。コンプレックスの中の方向性が作品を動かすが、このコンプレックスが彼に著しく支配していた為に、感情が付いていけず残留して仕舞い、彼の魂の極めて繊細な動きを表現するに至らなかったのである。

四

セガンチーニは己の衝動に全力を傾け、光と色の支配を増進させた。そこにブリアンツァ時代に屢々陥った同じ様な、或いはそれに似た性質を持った憂鬱な気分を勝利の歓びに混ぜ始めた。この今一度の変動の真の理由ははっきりと分らない。全体の経験に基づいて、二、三の推測を述べられるかも知れない。

二つの極の間を変動することは、神経症者の衝動生活から理解される。互いに相反する衝動は決して調和のとれた均衡を保たない。相反する衝動の一つが意識の中で支配力を獲得すると、無意識の中で抑圧されていた対抗衝動が不安定となる。神経症者は、神経症的代理像の仮面の元に、自らを意識への入場許可を手に入れる。例えば、男性的能動性が優勢となり、その活動が正しく神経症的衝動を伴って特有の衝動性に置き換えられる。すぐその後で衝動の抑圧された要素として刺激が存続し、はっきりと意識化される。勝利の気分の中に憂鬱な感情が混在する。

セガンチーニの場合、より広い動機が加わっている。彼は全エネルギーを振り絞って己の画法を完成させ、自然から光と色の秘密を勝ち取った。恋求めていた目的に到達した後、突然緊張が解けた。昇華によって絵画の仕事遂行した衝動が、突然一つの目標を失った。衝動は新しい目標、新しい拡大を求めた。結局、衝動は事の成り行き上、唯求める所が多いままに止まってしまった。この欲求はすぐには充足されなかった。そこで不満が生じる。

人は以前より更に、希望の乏しさを実感し、勝利の喜びはメランコリーの意気消沈へと退く。「もの憂い時間」と言われる初めて描いた絵は、セガンチーニがこのような気分状態で描いたものである。



図5(グラビア10) もの憂い時間

それは以前の作品と全く対照的である。我々は再び初めて夕暮れの黄昏時に会う。「煙る小さな鍋、その鍋の下に赤い光が微かに光り、夕暮れの石だらけの荒野に、一人の若い女の農夫が座っている。寒々と、憂鬱な考えに耽っている。彼女の向こうに斑の雌牛が首を伸ばして吠えている。」(セルバエス) この絵の雰囲気は荒涼とした寂寥感である。芸術家は奇跡に近い名人芸でその筆遣いをもって、人間と動物と風景の互いに密接な関係を生み出している。この絵に慰めが聞こえてくる。つまり自然と一体感を感じるならば、人間は見捨てられないと言う事である。これは本人の父性的配慮する神を知らなかった芸術家の信仰告白であった。程無く、この絵を完成した後、彼は孤独に陥った。今や、いかに芸術家のそれぞれの作品が彼の感情生活の深みから立ち現われて来たかを示している。彼の気分と一致した孤独が、サボーニンより高い所にあるツーサンという小さな山村に見出した。

彼は1893年の夏の間、その山小屋に住んだ。彼は此処でアルプスの豊饒な草花に取り囲まれ、光と色に耽ることが出来たに違いない。しかしそうしないで、彼は、繁茂する草や豊かな花がない高地にある放牧場へ、長い時間をかけて登って行った。彼は牧草を食べる羊の小さな群と荒野を描いた。「悲しそうな羊飼いが群の傍に坐っている。まだ子供のような羊飼いである。けれども、それに

も拘わらず力無く、白髪の老人のように疲れ切っている。太陽に照らされた赤く焼けた顔は半ば眠っていて前に落ち込んでいる。両手は太股にだらりと垂れ動かない、陰鬱と苦悩が絶えずこの荒野を漂う。」(セルバエス)

この絵は「アルプスの眩野」と名付けられている。この絵の特徴はブリアンツァ時代のメランコリーを思い出させる。セガンチーニは「眩野」の悲しみに満ち溢れた孤独に、一つの慰めを見出している。この絵には自然が被造物に僅かながら枯れた草の茎を与えている。そこには自然の偉大さの中に、被造物への母性がはっきりと顕現されている。絵の前景に、二匹の仔羊に乳を与えている一匹の羊を配置している。母の愛と云うこの象徴は見捨てられ、孤独な動物や人間にとって最も安全な避難所である。1890年から1893年に「涅槃像(ニルヴァーナ)」と名付けた一連の作品が現わされた。

セガンチーニは屢々、同じ思想を種々な変化を付けて描いた。この最初の表現様式(現在、リバプール美術館所蔵、「欲情の冥府」と題名が付けられている)と最後の表現様式(ウイーン現代美術館所蔵、「邪悪な母親達」と名付けられている)はこの芸術家の絵画に最も重要な創作、創造作品に属する。しかし内容的に、「欲情の冥府」は特に、大いなる論争を引き起した。けれども人々はその作品を理解せず、種々な努力が為されたにも拘らず、完全に解明される解釈を得ることもなかった。この絵はセガンチーニの芸術仲間で長い間しかるべき評価を得ていた時期に生まれた。この絵は解釈されねばならない絵なのか? 人々は以前の彼から体験することがなかったこの絵。彼の初期の作品は、恐らく母の愛と云う絵を考えるが、それは人の心から人の心へと何等抵抗もなく伝わるように語りかけた。

この絵の謎は今日まで完全に解明されることはなかった。この秘儀を顕わにすることが、精神分析学で巧くいくのだろうか。我々はセガンチーニの「欲情の冥府」の発想を仏教の伝説から汲み取ったことは承知している。母親の使命に従って生き

てきたにも拘らず、官能的な生活に身を委ねた女性達は、死後も住む所も無く、荒れ果てた雪の荒野を浮き漂い続けねばならない厳しい罰を受けると云う教えを彼はそこに見出した。



図6(グラビア11) 欲情への冥府

彼は近景に暗い山並み、遠い背景に白銀に輝く山脈を配置し、正しく目の前にほとんど休息の地点を見出すこともない広大な雪の荒野を描いた。絶望的で暗澹とした平地の上に、幽霊のような、屍体のような女性達の身体が制止したまま浮き漂い続けている。後期の表現様式(「邪悪な母親達」)は前景に髪を一本の低い矮木に纏れさせ、浮かび漂う母親の姿、形態を描いた。「女の身体を捻じ曲げている姿、姿態は泣き悲しみ、悲嘆に暮れ、訴えているかのようである。伸ばされている腕は救いようのない絶望のようである。引きつれた口、落ち窪んだ目、死人のような蒼白な顔は悔恨の呵責のようである。愛情のない、冷酷な、干乾びた剥き出しの冷たい母親の乳房に身を屈め、見捨てられた子供の飢え求める小さな頭は、見る者に衝撃を与える。」(セルバエス)



図7(グラビア12) 邪悪な母親

子供の姿が付け加えられる。多くの女達の代りに、唯一人の女が前景に漂っている。遠く離れた雪の荒

野の上に、別の贖罪者の群を見る。愛情のない母親と見捨てられた子供がこの絵の上に描かれている。セルバエスが注目したように、「アルプスの眩野」に描かれた母性と仔羊達と著しい差異を示す。この後者の絵と「邪悪な母親達」は両者とも、ツーサンで描き出された。彼が後に書き記したように、セガンチーニは「欲情の冥府」で、彼の考えに従えば、女の生活、実生活は崇高な自然原理を放棄し、犯した為にこの邪悪な母親達を罰しようとしたのである。仕事の合間にこの構想が彼の念頭に浮かんだことは疑いの余地はないだろう。他方、この作品を創造させた深く秘められた真の動機は、芸術家の意識になかったことは明らかである。

人間の幻想のあらゆる生産物は正常であれ、異常であれ、フロイトが示したように、明らかな内容(明示された内容)と隠れた内容、潜在的な内容に相違がある。意識は唯、前者を知っているだけである。一方、その潜在的な内容は意識に現われて来ないものである。しかも、この潜在的な内容は、一つの空想産物の本来的で意味のある内容でもある。そのような内容を無視して、表現された内容を理解することは不可能であろう。

空想産物の潜在的源泉には、精神分析学の助けを借りて達することが出来る。精神分析は、抑圧された衝動活動が広範囲に渡って歪曲され、分別が着かないようになって、その時、意識の侵入を許し、その抑圧された衝動活動を暴露し、明らかにする。

セガンチーニは神話的、幻想的な作品は今日まで完全に理解されなかった。と云うのは、人々は唯単に、明示された内容だけに目に捉えていたからである。

精神分析は難解な象徴群の中で表出を見出した抑圧された願望を探求する課題を持っている。人の意識に性的に淫らな願望活動があれば深く抑圧されねばならない。けれどもセガンチーニは明瞭適確にそれが自分の本性に存在していることを表現したのである。彼は単刀直入に邪悪な母親を懲罰する目的があり、しかもそのうえ、より良い形

で到達することが出来たのである。何となれば、それが不可解であると言うことは、絵画の象徴描写にあの女性達の心に語りかける烈しい目的が失われることになるからである。我々が既に知っているように、セガンチーニは自分の衝動生活の中にある残酷な構要素を激しい力で抑圧した。まず第一に、自分の母親に対する攻撃的で、残酷な衝動は既に存在していた。それは相反する感情の変化が生じていたに違いない。

彼はすべての作品の中で寛大さ、善良さ、同情性を表現した。しかし今や、彼は来世からの残酷な罰を明示した。そして罰せられる者は母親達であった！それは嘗て敵意に満ちたる子供の衝動活動であり、これを我々の抑圧の回帰と見ている。

「欲情の冥府」は明らかに多くの浮かび漂い過ぎて行く形態(様相)を示している。そして絵を見る人は、画家がその一人の女性に特別に言及しようとする印象を抱かない。後の表現様式と全く異なっている。そこに彼は我々の目を全く慰めようもない孤独な贖罪者と見捨てられた子供に導く。セガンチーニはこの様に見捨てられなかっただろうか？母親の死後の孤独は彼の中に最初の不安の源泉となった。一般に邪悪なる母親達を罰しようとする願望の背後に、今より自分の母親を罰し、母親に復讐すると言う無意識の欲望が現われる。

セガンチーニは見捨てられ感情の中で自ら蒙った不安や憂鬱を贖罪する母親に投影した。邪悪な母親達に孤独の責苦の罰を負わず仏教の教えに似た思想が彼の魂に触れたのである。一人の見捨てられた子供が蒙ったように、あの母親達へのこれ程厳しい罰はない。子供は子供の性愛を欲望でもって母親に愛着する。そして母親に近付く人達に嫉妬心を抱いて監視の目を光らせ、母親が僅かな瞬間でも彼から目を放すと、母親から見捨てられたと感ずる。子供は不安感と自分のライバルへの嫉妬心、そして母親への敵意に満ちた考えに陥る。母親が変わらず十分な愛情を注いでも、子供にとって悪い母親として残る。それは母親が彼に何物も十分に与えてくれなかったからである。

成人の神経症の無意識は、精神分析学が示すように、今でも尚、母親に復讐したくて堪らないと言う。何故なら、母親はかつて彼自身より父親に多くの愛を捧げていたからである。神経症のある徴候に、息子がこのような違反の為に母に復讐を行う。

このような自分の母親への復讐はセガンチーニの「欲情の冥府」に用いられている。愛情のない母親たちがその冷酷さ故に、雪の荒野に放置されたことは理解出来ない事ではない。その代わりに何故仏教の観照に従って邪悪な母親達が雪の荒野に浮かび漂うのかと云うことは単に説明に留まる。

一つの尤もな解釈は、浮かび漂う女性達に絶え間のない苦痛に満ちた責苦に止まる罰が宣告されていることであろう。正しく不毛の地の上に同じ姿勢で浮かび漂い運動すると云うことは、一つの永劫罰の印象を高める。

しかし神話は、実際にそれぞれ別の象徴的意義によって表現されることもある。一つの神話の精密な分析は、例えば砂漠の永遠の放浪を通して、それぞれの象徴(注:引用した文献「愛と神話」)の厳密な因果律の条件を我々に示す。

実際、セガンチーニにとって、彼がああなる表象を神話から転用したことには特別の理由が提供されたに違いない。彼の創造的幻想は何等かのような剽窃を必要としなかった。我々はやはり母親達の罪と罰との深い関係を追及せざるを得ない。我々の芸術家の一つの作品は、涅槃像(ニルヴァーナ)のように同じ空間に示されるが、我々にこの問題の解決の鍵を与えてくれる。それはすでに述べた「異教徒の女神」にある。セガンチーニはこの官能的な愛の女神を浮かび漂うように描いた。女神の頭を自らの腕に心地良く置き、彼女は柔らかな、茫洋とした浮遊の甘美な欲情を享受しているかのである。一方、聖母のようなキリスト教の女神は静かに樹に腰掛け、至福の眼差しで自分の子に見とれている。我々は、この同じ運動が芸術家の一方の絵に強い欲望を、他方厳しい苦悩を象徴化するという、差当たって奇妙な事実で置かれる。

精神分析家にとって、この矛盾は周知の事実で

あり、解釈しうるものである。実際、夢の中で浮遊することは極めて欲情的であり、かつ不安に満ちた状態として感じられることは熟知している。多くの人々は自分の幼少期に、自分の空中に浮いた時の極めて原始的、官能的な感覚を感じていたことをはっきりと思い出す。それは子供の遊びでやったブランコに乗り、深い所に飛び降りたこと、その他もろもろの運動で起こっている。それは子供の「自体愛(オートエロティシズム)」として扱われる。即ち、大人が相手を必要とする正常な性行為がなくても、子供の自体愛は身体の刺激によって快感を生み出す。多くの子供達はこのような活動に飽くことはない。この欲望は容易に不安に満ちた感情と一緒になる。我々はこういった不安は、衝動抑圧から生ずるというフロイトの研究から学んだ。夢は抑圧された衝動活動の避難所を提供する。ある時期、この自体愛は長時間に亘って広範囲に制限され、その上でその殆どが全ての成人の夢の中に現われる。夢の中で夢見る人は空を飛び、深みに落ちるか、それに似た運動を体験する。この夢の感情的調子は抑圧の程度に従って、欲望と不安、或いは両者が混ざり合って変化する。我々はここに直接、最大の欲望が最大の苦悩に移っていく(注)ことをみる。(注:夢の中で自体愛的願望衝動の反復現象には尚且つ、一つの広い意味が加わる。それは即ち、成人の現実生活で充足されなかった代理物を作り上げることである。夢は、人間の全ての幻想のように、代理物を作り上げることである。夢は、人間の全ての幻想のように、一つの願望心像として、このような願望充足を提供する。それは表面に出すべきものではない。現実の性愛的欲望が子供の自体愛的なものに置き換えられるのである。無意識は快樂獲得の原型として本来、原始的な行為の回想を防衛する。)

夢の象徴性はそもそも無意識の象徴性である。それ故、全ての空想産物が一つの民族の神話の如く、一人の芸術作品と共通する。セガンチーニの浮遊の象徴性は今や了解される。「異教徒の女神」は自由に浮遊する甘美な欲情に耽る。邪悪な母親

達はこの異教徒の女神を手本として、キリスト教の女神、母性の理想像の代りに、張り合うように振舞わせた。我々はセガンチーニがこのような非難を無意識に自分の母親に向けていることが分かる。あたかも彼女に呼びかける。お前は私の父親と官能的な愛欲で結びついた。しかもお前は私に何も与えてくれなかった、彼は絵の根底にある彼の抑圧された復讐、懲罰を残酷な幻想の中で満たした。自ら浮遊の化身となり、至福の官能的欲望は、母親達、自分の母親を死後も欲情の冥府で苦しみ耐え忍ばなければならない責め苦の激しい不安へと姿を変える。それは彼女達にとって、終わりのない、永久の運動の身を委ねる苦痛に満ちた罰である。夢の中でほんの数秒に過ぎなかつても、我々深淵の深みに落ち込んだと信じ、永遠の時のように思う。この時と間に、彼は象徴的で神秘的な絵を描き、セガンチーニにとって人目を引くような激しい内面の転向が生じた。彼の孤独への逃避を通じて、既に外界から回避傾向が示されていた。彼の絵画芸術は幻視的、幻想的な特徴を持った。しかし人間が現実から背を向ければ、向けるほど増々、彼は自分を抑圧してきた願望の幻想的充足を現実 に定めようとすればするほど、人々は彼を理解することが少なくなってしまう。彼の意思表示は我々には彼との親和性のある感情と共鳴するものはない。そういったものがセガンチーニに当時、生じていた。象徴を通じて彼の考えを自由に表明することが許されず、しかも完全に秘密にしておくことも出来ないものを、象徴表象を通して伝達することを運ぶ。象徴的意義は意味を示し、同時に隠蔽する。ある時はこれを圧倒し、ある時はあの傾向を凌駕する。涅槃像(ニルヴァーナ)の暗い言葉は、セガンチーニの奥深いコンプレックスが実際に何処かで一つの表現を見出そうと求め、しかも芸術家がこの止み難い衝動に応じ、最終的に芸術作品の内的意味を満たすための抑圧の力が尚十分に活動的であることを示しているのである。

セガンチーニは、世に送り出す最初の絵「欲情の冥府」が理解されるか、されないか心配りするこ

とはなかった。このことは彼が当時、現実から遠ざかり、明らかに唯、自分のコンプレックスだけに目を向けていたことが我々に教えてくれる。尚この事で驚くべきことがある。それはセガンチーニが、浮び漂う女性達の身体描写で現実と自然法則を犯したことである。セルバエスがはっきり言っているように「淫蕩な女達を恰も空中に横たわっているように描き、人には見えないソファに横たわっているように描いた。そして彼は女達を幽霊像として重々しく、肉感的に描いた。」そして更に、これまで彼の友人であるヴィオトレ・グルビイシイの助言、批判を尊重してきた彼は、後になって忘れることの出来ない意見表明に対して、今回は激しく怒りをむき出して怒った。ある一定の表象コンプレックス(複合体)への閉じ籠り、現実からの阻隔は常に結果として敏感易怒性となる。このことは、我々が日常的に健康な人間でも見られ、特に著しく神経症者に観察することが出来る。セガンチーニにもこの敏感易怒性が当時、やはり重要な不意の出来事で現れていた。

彼は1891年、ベルリンで「欲情の冥府」を出品した。この絵は疑いなくその卓越した芸術的特質で、異議にも拘らず、この絵画表現は当然称賛された。しかし審査委員はこの絵を最優秀作品として評価しなかったが、セガンチーニに「名誉ある賞状」、セガンチーニにとって一つの侮辱を意味する等外賞(特別賞)を与えた。別の時に巨匠はこの評決について、笑って肩をすくめて無視した。しかし、この作品は特別の地位を獲得した。セガンチーニの極めて鋭敏なコンプレックス(強い感情を帯びた観念群)に感動した人は論駁した。そこで彼の衝動性の全活動行動を今一度、自由に抑制せず爆発させ、それを審査委員に答弁して与えた。この事について、彼自身ヴィオトル・グルビイシイに送った手紙で伝えている。それは特徴的なもので、次のように書かれている。(注:セガンチーニ全集85ページ参照)

「サボーニンにて。1891年8月5日。親愛なるヴィオトル様。お手紙受け取りありがとうございます

す。私は『特別賞』を辞退することについて何等やぶさかではありません。

私が通知を受けたその時に、それは29日でありましたが、私はこのような電報をベルリンに送りました。

『ベルリン国際展覧会の理事および審査員御侍史。

私が最初から今日まで、作品を出品してきた世界の展覧会はございません。かつて必要であると思った一つの委員会がありました。しかし、私を侮辱するベルリン審査委員会を除いて。私は、皆様方に私を受賞リストから公式に除名していただくようお願いいたします。

ジョヴァンニ・セガンチーニ』

追伸。私はこの電報を返信料つきで送りました。しかし、これは――私に返事が帰ってくることは一度もございませんでした。全く馬鹿げたことです。

ご自愛のほど

貴方の G・S.]

既に述べたように、セガンチーニは、1893年に涅槃(ニルヴァーナ)主題の最後の表現様式を完成させた。そのすぐ後、ブリアンツァ時期の末期に生じた激変と同じ傾向を持つ出来事が起こった。1893年12月21日付、ヴィオトレ・グルビイシイ宛の手紙には、抑うつ気分から生命、仕事の喜びへと移行していることが、我々にはっきりと知らせてくれる。芸術家は以前の一つの手紙を引合いに出し、そして次のように意見を述べている。「君がメランコリーと名付けた私の手紙は、鋭い角に向う脛をぶっつけ、悲鳴をあげるような、一つのあの道徳的な機会で私を罰したのである。とにかく、私は何か感じるとすぐに書き留める癖がある。そこで私は、私の魂の大きな叫びを書き記したのである。」彼はその上、自分の仕事の計画覚書に従って書き続ける。「そう、真の生活は唯一つ、夢である。夢。一つの理想に自らを次第に近づけることである。それは途方もなく遠い。しかも高い。物質の消滅に至るまで高い。」

芸術家の魂の構造の秀でた特徴は疑いもなく昇華への非凡な能力であった。そこで彼は7年前に

成功したように、再び自分の抑圧した衝動を支配する為に、重ねてこの方向に走り出した。しかし実際、この繋がりの中で罰を受けずに渡り切ることが許されない一つの限界が与えられたに違いない。彼にとってこの先、あの衝動に常に魅了、呪縛される所に達することはなかった。彼が欲情の冥府を創作した約1891年以降、彼の衝動は常に、前へ前へと駆り立てられ、次の年から彼が若くして死ぬ年まで彼の内的闘争で満たされていた。その結果、彼の気分状態の変化が生じていた。彼、今や全盛期と創造の高みに至った彼は生を否定する神経症的気分変動に身を委ねていた。彼はそれを何度も克服してきた。しかしこの勝利は途方もない精神的エネルギーを犠牲に費やした。突き進む憂鬱気分を代償する為に屢々無理な手段によってのみ出来ることであった。セガンチーニはこの時から以前より更に幻想世界に逃げ場を求めた。つまり、彼は尚も夢の世界の生活が最も切望する世界に見えることを彼自身が認めていた。

既に述べた「邪悪な母親達」の表象とは別に、彼は1891年から1894年に数々の別の幻想的な仕事をしてきた。それは絵画領域のものではなかった。それは楽劇の構想であった。そのことについて、セガンチーニは友人ヴィトオレに送った手紙で語っている。これは非常に興味がある。この構想の一節に私が涅槃像(ニルヴァーナ)で証明した同じような残酷さが見られることである。

それは一つの火事の記述である。この芸術家は非常に強い情動をもって記述しているのだから、すぐ我々は彼の非常に深い無意識からの一つの声が語りかけているように推察する。その台所は次のように書いている。「一人の婦人が火災から逃れ、倒れている。半裸の状態、髪の毛は乱れて肩に垂れている。頸のところに二人の子供がいる。その一人の子は焼け死んでいる。婦人が焼け死んだ我が子を見た時、凄まじい声で泣き叫んだ。道端にある礼拝堂の前でがっくり膝を落とし、二人の子供を聖徒像に指し出し、訴え、祈る。その後、彼女は子供を下に置き、火傷を負った子供は死んでし

まった！彼女はその子供をぼんやりと眺め、二回悲痛な叫びを挙げる。彼女は身を起し、天に向かって拳を振り上げ、大地に仰向けに倒れる。」

セガンチーニはここでも激しい情念を込めて、自分の幼少期の一つの強い追憶に加工を加えていることは疑いもない。自分より先に両親から生まれていた子供が火災で死んでいた。ジョヴァンニがこの事件の目撃者であったのかどうか、私には分らない。しかし確かなことは、彼が死んだ子供の母親の苦しみを見たに違いない。子供が幼少期に受けたこの印象が、残酷な感情を引き起し、それがサディスティックな衝動構成要素を満足させると仮定しても間違いはないであろう。私はセガンチーニの最初のスケッチ風の試み自体が、一人の子供の死と一人の母親の悲しみがぴったりと合っていたことを思い出す。それは今初めて、何故この出来事が彼の内面で力強く働いたのか十分に理解される。すなわち、彼は幼少期の癒され、満足、充足状態に抑圧された回想を共鳴させたのである。

そして今や成熟した男の作品が、同じ抑圧された幼少期願望の支配の元で、彼は邪悪な母親達の絵画と一つの楽劇の構想を生み出した。この時代から、彼の幻想の別の作品は、苦しい抑圧された残酷構成要素の過剰昇華に用いられた。それはユートピアの空想作品「一労働者の夢」である。夢見る男にまず階級闘争を象徴的に表わす幻覚が現われる。その後、監視塔から彼は転落する。しかし地上に触れず、空中に止まり浮遊する。空中を漂い、漂い続け、住民達が幸福な社会生活を享受している土地に辿り着く。この理想郷(ユートピア)で詩人は自分の社会主義的理想の実現を体験する。それは根本的に残酷で自己中心的な気質とは全く逆である！注目に値することは、この夢のような幻想の中に、浮遊の感情があることである。この状態で、それはあくまで欲望的な事象である。更に言えば、一つの理想的芸術共同体の空想的叙述でもある。これ等全ての作品は、如何に当時、遠くからかつ高い彼の理想の中に隠遁しようとしていたことを示している。しかし全ての幻想の中では

なく、彼は本来の自分を更に背景に退かしたように、叙述したユートピア的夢想に引き入れた。これとは全く逆に！私がすでに以前、そのことを指摘した。つまり、攻撃性を抑圧した衝動から、或いは支配欲から幻想像が現われるということ、それは個人が自分の境遇から遙か遠い地点で立ち上がり、正しく世界の中心に身を置くこと、このような誇大幻想をセガンチーニの自分の人生に、長らく心中に抱いていた。しかし今や、その誇大幻想を表現することに奮闘した。

若者の血統空想の中で、彼は王の如き父親を作り、それによって自らを賞揚する。そして今や彼は、自分の母親を神の如き理想像として讃美する。

私は「愛の実」と「キリスト教徒の女神」のような絵を、差当たって唯、それは幼少期に母親に対して行われた過剰代償的なサディスティックな衝動を昇華した性愛の表現として、母親コンプレックスから説明しようと試みた。しかし母親の神格化は実際、その息子をも高めるということを見落す訳にはいかない。あの絵に描かれた子供は、芸術家自身と同一化されていることに私はすでに注目してきた。だがセガンチーニはそこに留まることはなかった。彼は自らをキリストの子として描いた。「キリスト教徒の女神、1895年」を発表したすぐ後に、彼は全くキリスト像そのものの特徴をもった一枚の自画像を描いた。その夢見るような目は苦悩と憂鬱を物語っている。その眼差しは遠い理想に憧れるように向けられる。(注：この誇大コンプレックスは、セガンチーニにとって自らを普通には気付かれない筆跡で表現している。一方、この芸術家の古い絵には自分のイニシャルで署名しているが、後期の作品のあるものにはそのようなサインがない。上述の自画像には唯、年号が書き入れられているだけである。明らかに彼の自我感情が高揚していた為に、自分の作品にそれを誰かが描いたかを印付ける必要がなかったのである。更に神秘的な絵には特殊なS字形に曲った樹が記され、それは見る者に奇異な感じを与えた。セガンチーニはこの形が自分の名前の頭文字を思

い出し象徴記号に使ったと私は推察する。彼はそれによって自らを自然の中に身を置き、いかに自分にとって母親を意味する自然に離れ難い愛着を感じているかを強調したのである。)

宗教的独断(ドグマ)を嫌悪し、個人的な神の実存を否定したセガンチーニが、自分自身をキリストとして描いたことは何等矛盾していない。何が彼をキリストと同一化させたのか。それは彼の倫理性、母性愛の神格化、そして彼の苦悩、受難である。

我々はここで、多くの別の症例でいかに極めて底深く、生命の拒否にまで至る憂鬱から、偉大な感情が生まれるかを見る。とにかく、セガンチーニは無能な空想家にはならなかった。寧ろそれが直接、仕事となり、それを助けに彼は以前のように抑圧した衝動の良き部分を昇華させた。正しく過剰にまで仕事に没頭する時が到来した。

彼が1894年、サボオニンを去り、上部エンガアデンのマオロヤに移住した時、彼は生涯の最終期に入った。そこで彼は、セルバエスが語るように、「仕事の狂信者」となった。

五

セガンチーニがサボオニンへと登って行って以来、八年の歳月が過ぎた。当時、彼は一人の探求者としてやって来た。自然と絶えず直接接触することで、彼は巨匠として成熟した。今、彼がブリアンツァ期の憂鬱を自ら振り捨てた当時と全く同じように、再び彼を高みへと惹き付けた。彼がエンガアデンに移住した時、36歳であった。彼は鉱山の心臓部に大胆に入り込んだ。そこで自分の能力を確信して、彼は自分に最大の使命を課した。彼は自分の生涯の最後の5年間、時を過ごした谷に熱い愛情を抱いていた。そしてこの地方の山岳地に宗教的な敬虔を捧げたのである。そのことを彼は一友人に書いた。(注：セルバエス、202頁参照)「数々の朝、筆を握る前、私は数分間この山々を眺める。私は、恰も天空の元に、澄み切ってそそり立つ祭壇を前にして、ひれ伏せざるをえない気持ちに駆られる。」

セガンチーニはここでもすぐ山の根源を把握

し、全身でその土地に入り込み、自然、山々、住民達と極めて親しくなったことは間違いない。彼は万年雪を頂く山嶺氷河の煌めき輝くエンガアデイン特有のきらきら輝く空の青と太陽の輝きを享受し、短い夏の日に色とりどりに咲き誇る花盛りを恍惚として眺めた。彼の目はエンガアデインのこの壮麗さを渴望していた。しかもこの地以外、他にないほど(注: 次のような控え目な言葉が驚くべき事実の解明に役立つであろう。この靈感を与えるアルプス世界の喜びの元で、エンガアデイン夢想家の特別の遊び『登山』があった。それはセガンチーニの非常に特徴のある性格と相俟って夢想と遊びが一つに合体したのである。アルピニズム(アルプス山岳登山)には共通の衝動行動が屢々示される。ある特殊な形で、特別な複合体験的コンプレックス様に存在するように思われる。)彼の情念と性格に正しく適合したのである。この谷は古い独立した文化を持っていた。この谷の住人は数百年の孤立の中で、特有の言語、慣習、建築様式を守ってきた。この深い谷に人間が居住地を作り上げるには厳しい労働と不屈のエネルギーが必要であった。この人々や土地を、セガンチーニは気に入った。まだ苦しく、憂鬱な気分が悩みながらも、まず最初にマオロヤで一つの作品を描き上げた。その絵には神秘性や幻想性は無かった。この芸術家は深い感動を伝える事実で日常生活の出来事を描いた。過ぎ去った時のそれは一つの家族が息子の遺体を故郷に連れ戻ってくる。この絵には無限の悲しみ、喪に覆われている。悲しみの中に、項垂れて馬の手綱を引く父親と棺の上に身を投げかけ、悲しむ二人の婦人、山地を重荷に疲れ果てて歩む馬、その一行に悲しんで後を追う犬とが一体となっている。これが「帰郷」という絵である。この芸術家の痛切な印象深い作品の一つである。我々はここで再び、全て死の絵のように、晩夕の光を見る。しかもセガンチーニは、それを新しい側面で描き切った。物柔らかな雲に覆われた日暮れの空の色は

不思議にも壮麗である。その色はこの帰還の行列を支配している悲しみ、喪の雰囲気に穏やかな慰めのように働いている。

卓越さと完成された技術、心の奥深く内在する理想によって、この偉大な巨匠の一連の作品が次々と続いた。その幾つかの作品を挙げてみる。それらの作品には、創造者を押しつけ、悩ませた露わな巨匠の変り易い気分が示される。それは「生命の愛の泉」である。



図8(グラビア13) 生命の愛の泉

若い二人連れが、天使を守る泉に近づく。この絵は象徴的なものである。以前の作品とは対照的に、この絵の様式には不安や悲哀から全く解放されている。それは神性と明晰な光で輝いている。「アルプスの春」(1897年)は平安で、晴れやかな情念で語りかける。セガンチーニ自身、この作品を最もいいものと見ていた。それは透明な光に満ち溢れた色調をもっている。より荘重なものは「干し草の収穫」である。

我々は牧草地で過酷な労働をする女達を見る。彼女達は、ミレーの「落穂拾い」を思い出させる。空に薄暗い嵐の雲が覆い始めている。この雲はそれぞれ幽霊のような形で空を駆ける。

「信仰の慰め」は、再び死の主題を取り上げる。一組の夫婦が深く雪に埋もれた小さな墓地に立つ子供の墓に佇んでいる。セガンチーニはこの二人の姿を、いかに彼等が信仰の中に慰めを見出しているかを極めて精緻に描くことで仄めかした。(注: 参照 セルバエスの記述 210 頁)。しかも更

に、この絵は写実的な内容と幻想的な要素を含んでいる。「十字架の墓の上に相並んで、キリストの頭が浮かんでいるペロニカの聖骸布(注：刑場に引かれて行くキリストの顔を聖ペロニカが布で拭いた時、その布にキリストの顔が写って残ったという。)

の幻影が顕れている。しかし我々が視線を、透明な天空に漂う霊気(エーテル)、住み家に鋭く尖り、聳え立つアルプス山岳群の上に、高く、なお高く向けると、我々には独特の扇形の弦月窓の絵、一つの慰めに満ちた天国の顕現を目にする。それは大きな羽を付けた二人の天使が、小さな子供の裸の遺骸を優しく高みへと、永遠の喜びの国へ運んでいく姿である。」(セルバエス)神秘性の愛着、超感覚的、形而上的なものへの傾倒は間もなく更に話題となり、再び今一度優勢となった。

マロオヤ時期の偉大な一連の作品は「自然、生、死」(注：並びに「生成、存在、消滅」と名付けられる)という三部作、三枚続きの聖壇装飾画で完結した。

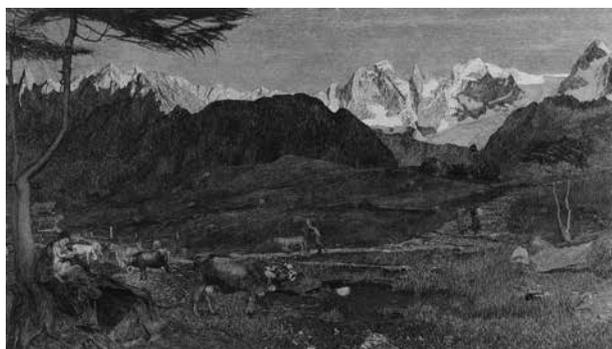


図9(グラビア14) 生成



図10(グラビア15) 存在



図11(グラビア16) 消滅

この力強い創造物は、自らの中で格闘する衝動を調停し宥め、生と死を一つの調和へと一体化させる芸術家の要請を示している。彼は芸術談話で全存在の統一、調和を告げ、そしてそれは、彼の最後の未完成作品で一元論的な信仰告白とした。セガンチーニはマロオヤで全力を尽くした仕事の年となった。我々が以前に語られたことから理解する仕事への彼の欲求は増々強くなっていた。「私の魂は年老いた守銭奴のように貪欲に燃え震え、不動の眼で将来の作品が生まれる所の精神の限界、水平線に向かって、大きく広げた羽根で飛翔することを渴望する。」そのことを彼は、マロオヤに移住する直前にヴィトオレ、グルビイシーへの手紙に書いていた。(注：書簡集 192 頁参照)次の年、彼は単なる戯言ではないことを実証した。彼の仕事への熱狂は際限なく、自らの力を最大限の緊張まで押しやった。

夏、彼は早朝から作品に取りかかり、自分の仕事場まで屢々遠い道程を歩き、それも自分の必要に応じて次々と変えた。疲れも知らず、彼は夕暮れまで作品を仕上げようと努力した。冬、人々は身を切るような寒さの荒野で一人仕事をしている彼を見た。しかも彼は一つの作品を仕上げる前に、新しい構想と将来プランで一杯になっていた。

熱狂的な創作衝動、自然への献身的な愛、美への敬虔な崇拝が一体化、それが屢々彼に憂鬱な気分に落ち込む前に防衛していたに違いない。だが、この深い感動を与える魂の戦いは終りを迎えた。

三部作(三枚続きの聖壇装飾画)の一つである「自然」はうまく完成された。セガンチーニは第二作、

第三作と1895年9月に熱心に取り掛った。第二作の「生」は、殆どの部分が完成した。彼はマオロヤに滞在していた最後の日に、すぐ第三作「死」に着手した。彼が9月18日、ババと一番下の息子マリオを伴ってシヤフベルクに登った時に、この絵は未完成のまま残ってしまった。そこへ別の日に描きかけの絵を持ち込み、仕上げようとした。彼の激しい創作意欲は季節外れにも拘らず、質素な岩小屋のある高さ2700メートルの山頂に駆り立てた。

晴れた夕暮の山嶺に彼は自分の終焉の地に到着した。そこに、彼は今偉大な自分の王国の真只中に立った。ディアボレンツァのベルニナの主嶺(4049メートル)は、彼の前に夕暮の壮麗さの中に輝いていた。そして彼に次のような言葉の靈感を与えた。「我は汝の山嶺を描く。エンガアディナーよ、汝の美の完璧な世界に相応しいものを。」彼は一日中、「生」の絵に取り掛かった。そこに気象の激変と一致して、熱性の病気が彼を襲った。熱病は激しく始まった。寒さや嵐を凌ぐに非常に不完全な安普請の山小屋の屋根裏部屋が病室となった。

我々がこの病気の全体の経過を聞き知るところに奇異な感じが生じる。夜中にセガンチーニはベッドから起き上り、高熱にも拘らず、粗末な服を身に纏い、何度も吹雪の中に出掛けて行った。別の日には山小屋から少し離れた所に立て掛けていた絵の所に喘ぎながら生き、仕事を試みた。彼は疲れ果てて眠ってしまった。彼は目を醒まし、やっと小屋に辿り着いた。今や彼は完全に疲れ果てて床に就いた。だが彼は、個人的に親しい、身近にいるサマアデエンのベルンハルト医師が居たにも拘らず診療を拒否した。別の用事でサマアデエンに降りて行かねばならなかった息子のマリオは医師に父親の病状が良くないことだけ告げた。すぐその後、医師は使い走りの者を使って、私はすぐシヤフベルクに登って行くと告げた。しかしセガンチーニはそれを断った。彼の状態が更に悪化した時、遂にマリオはポントレジナに降りなければならなくなった。彼は医師に電話した。これは

夜中で、悪天候の山の上に着いた時は最早手遅れであった。

瀕死の病人の周りに家族は集った。しかし、瀕死の病人は、差迫った危機も意識に無い様であった。逆に彼は、時には冗談を言っていた。そこに今一度、空が晴れ渡った。彼は自分のベッドを天窓の所に移すように求めた。「私の山を見ておくれ。Voglio vedere uni montagne」これが彼の憧憬の最後の言葉となった。

「彼はそこに移され、目の前に聳え立ち、対峙するアルプス山嶺にじっと目を注いでいた。その目は自分の最後の絵を描き上げる決意を示していた。しかも彼の眼差しは悲しみの別離ではなく、愛する者と画家の真の渴望が宿っていた。彼は色、形、光、線を画家の自分の中に吸い尽くした。それから極致至高の芸術として何かを造形しようと考えていた。」(セルバエス)

人生最後の日、セガンチーニの行動は自分の内面の精神力の分裂に、一つの燃え立つような光を投げ掛けた。彼の力の満ち足りた意識が彼をシヤフベルクの山へと引き上げた。彼は熱狂的な言葉で、その上への自分の志の目的を告げた。燃えるような熱意ですぐ後に夜中の暴風雪の中へ出て行き、危険に身を曝し、自分の体力を使い果たした。そこで彼は最早逃れようもない病気との闘いに体力を尽し、しかも彼は自分の差し向けられた救助の手を頑なに拒絶した。我々は自問する。彼をあの高みへと追及させたのは、ただ彼の行動衝動と創造の喜びだけであったのだろうか。そこで生活し、仕事する為に唯山へ登ったのだろうか。或いはこの意識的な動機とは別に、彼を駆り立てる死への無意識的な憧憬があったのだろうか。もし、我々がそのことに関して、セガンチーニの精神生活に死の考えが到来したことに、どのような前兆があるのか、一つの最も可能性のある完全な洞察が得られるならば、我々はこの問題について僅かでもはっきりさせることが出来るであろう。

彼は早くから自らの境遇の中で、死の影響を学び知っていた。彼は兄を失い、更に母親も失った。

自分の誕生と母の死が関係していることを知っていた。人々は彼が余りにも虚弱でこの世に生まれ、彼が命を保つことが出来たのが信じられないと語った。彼は二度も、どのようにして不思議にも死を免れたかを思い出した。

彼は早くから、死は人間に何時でも近くに存在するものであるという認識を会得していた。彼の人生観はそれによって厳格な特徴を保っていたに違いない。しかし、幼少期のこの悲しい体験だけではセガンチーニの抱く死の考えの途方もない力を説明出来ない。

我々は寧ろ以前に述べた内的動機に立ち戻らねばならない。サディスティックな衝動活動、憎しみの感情、死の願望は、彼が向けていた対象から撤退させていたに違いない。これらの一部は自分に向けられ死の考えを自分の主体に投げ帰り、また一部は昇華へと、そして相対立する衝動の中で反動形成の方向に変遷していたのである。

セガンチーニの死の幻想の昇華の全体の意味は、最初のスケッチと、最後の未完の「死」の絵にあることは極めて明白である。彼がブレエラ美術学院を立去って間もなく、解剖に関わることが許され、そこで生まれて初めて遺体解剖の自然研究をした。彼は以前に、疲れもせず一人の子供の遺体の側で持ち堪えたように、今度は実際に死の姿に魅せられた。そこで「死の英雄」と名付けられた彼の初期の作品が生まれた。

彼はこの遺体解剖の仕事で印象深い出来事に出会った。彼はモデルの屍体を壁に立て掛けておいた。絵描きの仕事にのめりこんでいる間に、太陽に曝された屍体は硬さを失い、揺れて、うつ伏せに倒れてしまった。若いセガンチーニはこの出来事を不吉な前兆として心に仕舞い込み、長い間死の恐怖を払うことが出来なかった。この我々の芸術家がよく話していた迷信への偏向は、強迫神経症者の精神的特性を思い起こさせる。この患者の抱く疑念は特に自分の寿命とか、死の運命に考えを奪われる。この疑念は常に前兆を信じる準備が出来上がっている。セガンチーニはこれと全く同

じように振舞った。

我々は、このことについてその委細を知るであろう。「死の英雄」に続く、別の死の絵である。例えば初期の絵「我々の死者に」、「空っぽの揺り籠」、「孤児達」である。その後、ブリアンツァ期の厭世気分を満たした絵が続いた。サボーニンでは涅槃像(ニルヴァーナ)によって死の考えを表現した。マロオヤで最終的に「帰郷」、「信仰の慰め」、そして偉大な三部作の一部として、最後の「死」が成立した。しかし、このすべての作品は死を扱った数多くの絵の中の単なる典型に過ぎない。死の予感は彼から消え去ることはなかった。彼はそれからよく防いだが、再び死の予感が立ち帰り、彼の無意識の深層から立ち登った。セガンチーニ文書(注：ビアンカ・セガンチーニ編集 52 頁)に「悪夢」という表題で、我々の目の前に相対する衝動との戦いが生き生きとした一つの夢物語が展開される。私は次の物語の前半分を取り上げてみる。

「私は自分の部屋であり、礼拝堂でもある秘密に満ちた場所を寂しく眺めていた。すると一つの奇妙な姿がほんやりと私の目の前に現われた。その存在はむかつくような、呪わしく厭わしい形をしていた。それは白い、ガラス玉の目を持ち、身体の肉の色は黄色で、半ばクレチン病(注：甲状腺機能低下症、侏儒精神薄弱。散在性、地方病性(ヨード欠乏)である。)のようで、半ば死んでいるようであった。私は立ち上がり、有無を云わずその存在を追い払った。それそのものは、私を横目で睨みながら消え失せた。私はそれが消えた暗い隠れ家まで目で追った。私は一人で考えた。この屍体の幽霊は私にとって悪い前兆であるに違いない。坐ろうとして反対側を振り向いた時、私の全身が震え上がった。何故なら、あのぞっとするような幽霊が再び私に迫って来たのである。私は復讐の女神のように立ち上がり、脅すようにその幽霊を呪った。幽霊は改めて卑下して消え失せた。私は眩いた。このようなやり方で幽霊を追っ払ったことは、多分私が悪い事をしたのだ。幽霊は復讐するだろう。」

この物語の僅かな個所に全てが集約されているのを見る。死の前の残酷さ、防衛の試み、呪縛のない思考の再現、抑圧された感情の爆発、死の考えの再度の勝利、そして最後には私は克服するのである！

セガンチーニはその夢をある別の出来事と同じ様に破滅的な前兆とした。彼が死の前兆を屢々恐れ、恐れれば恐れるほど、増々対抗策が必要となった。このことから、彼が増々、種々な予言に進んで耳を傾けたことが理解される。彼の内なる憂鬱思考に、特別な力が高まったその時に彼は予言を固く信じていたことが分かる。

だが彼は更に前進した。彼は、我々が強迫神経症者の分析から知り得た道をぴったり歩んだ。死の思考への有効な防衛は自分本来の自己か、それとも他者に向けて防衛するかであるが、死を否定することにある。それは不死である。不死はあらゆる時代の人間の願望幻想であった。死の幻想によって生命が常に不安に曝されていた人々が、死後の生命(不死)にほとんどの人が執着した。つまり強迫神経症のように。

我々は強迫神経症者に不死の信仰が大きな役割としている特有の宗教性の信心があることを知っている。もし死後の生命が存在するならば、それまで人々は決して死なず、別の地で一つの人生を送るのである。

我々はすでに一度、セガンチーニは死の確実な事実を彼独特のやり方で否定したことを見てきた。彼は肺結核で亡くなった友人の絵を描き、花盛りの生命の象徴として表現した。晩年に至って、彼の要求は次々と増えた。超感覚的、形而上学的な愛着傾向が生じ、特に執着したのが降神術であった。

同じ時期、彼の作品の一部に、以前語ったあの神秘的な特徴が保たれていた。「嫌な夢」と同じように現実には彼に起こっていたのである。死の考えは増々彼を捕え放さなかった。彼は新しい計画を立て、創作に力を注ぎこんでいる間、彼が熱狂的な言葉で創作計画案を語っている間に、死の叫び

声が自らの無意識世界から次々と鮮明に立ち登っていた。セガンチーニは自ら、死者の交流の例証として次のように語っていた。

彼は冬の旅に出て道に迷った。疲れ果てて雪中に倒れ、眠り込んでしまった。もしこの危機の瞬間に、彼が母親の声と気付いた一つの声の呼び掛けがなければ、彼は確実に凍死したであろう。彼はこの啓示を己の来世への信仰によるものとした。

我々は無意識の研究から、人々が一般に体験する小さな(注：フロイト、日常生活の精神病理学第三版、ベルリン、1910)数々の人生の「偶然性」に深い意味が内在することを知っている。それは来世、未来に対する前兆と云う意味では決してない。だが確かに、それは抑圧されたコンプレックスに基づく無意識の影響によって決定されていることが分かる。

特に、我々が不器用さ、間違い、置き忘れ等で呼んでいる頻繁な失敗が引き合いに出される。これ等あらゆる出来事は偶然とか、目的に合わない不適當さの様相を呈しているが、実際はそれ自体の中に一つの法則性が包含され、かつ一つの無意識なもので完全に満たしているのである。

我々にとって特に興味があり、稀でない症例で見られる無意識に一企て、完結する一自殺である。抑うつ気分で苦しんでいる人達は、ごく日常的に最も簡単に、今迄当り前の用心深さも捨ててしまう。彼等は無分別に自動車を駆動させ、間違っって毒性の弱い薬の代わりに毒薬を飲んだり、或いは普段決して起りようもない怪我を招いてしまう。全てこのような行為は意識的目的がなくても起こるものであり、それは無意識的衝動から生じるのである。無意識的な自殺に屈するものとして、例えば登山で屢々起る事故も少なからずこれに屈する。

山岳居住者のセガンチーニは画家、旅人、狩猟家として山々を歩き廻っていたが、道に迷い、しかも軽率にも厳冬の雪原に留まるということは奇異な感じがする。道に迷い、雪原で眠り込むことは、無意識の自殺企図が存在するのではないかと我々に疑念を抱かせる。この推測は次の事実からその

正当性が裏付けられる。当時のセガンチーニの無意識世界から立ち上がる暗い憂鬱な考えと死の憧憬が、非常にはっきりとそのまゝ人目を引いていたことである。しかも一つの試練が残されていた。雪中で眠り込むのを止める声の形で現われる。しかも生への明確な意思を得たのであった。彼の内部から現れた母親の声、しかも彼はそれを外部に投影し、まどろむ者を生へと呼び戻した。これは正しく、彼にとって深い意味を宿している。つまり彼には、母性というものが全生命の原理であったのである。

この出来事から我々は、このすぐ後に訪れたセガンチーニの死について結論を導き出せるのであろうか？ 我々は彼がシャフベルクに登る前の僅かな間に何が起こったか聞いている！

芸術家の妻が次のような出来事を語っている(セルバエス 264 頁)。

「あの人はマロオヤに滞在していた前の日曜日に仕事部屋にある唯一の安楽椅子に休息を取る為に寝転んでいた。私は外で子供達を相手にしていた。私が部屋に戻った時、あの人は眠っているように思った。私はお休みのところ起して済みませんと云った——

——あの人はすぐ「いや別に、愛しい人、入ってきてもいいのだよ。そこに坐って。私は夢を見ていたんだ。それを話してあげよう。(本当なんだよ。私は目を開けたまま夢を見ていたのは。) 彼女たちがあの山小屋から棺を運んできたのは、正しく棺の中の私だったのだ。(そしてあの人は三部作の「死の絵」を示した。)彼女達の一人、棺の近くにいるのがお前なのだ。私はお前が泣いているのを見た。」——当然、私はあの人に云った。あなたが眠っていたし、それは夢でしょうと云った。それでもあの人は、目が覚めていたし、全て自分の目で見ていたんだとはっきり確信していた。そして全く同じ事を、私に話したこともババにも語っていた。

今や、あの人が見たことが 12 日に本当のことになってしまった。あの死の絵は正しく自分の最後

を描いていたのである。

あの山小屋から彼女は棺を出した。その風景は正しく彼女達を絵に描き上げたように。そこには彼女達と棺の横で嘆き泣いているような女、それが私だった。——

我々は次のことに注目する。彼がああ幻影を見た時は全く健康で、それも非常に元気で、その為に彼はあの日曜日にも更に絵筆を取って仕事を押し進めようとした。彼は毎日、早朝 4 時から 9 時まで仕事をした。それから絵をトランクに詰め出掛けて行き、絵を描く場所から家に帰って来た。しかも更に、同じ日の夕暮れにポントレジナからシャフベルク山頂まで三時間かけて、緊張し、体力を消耗させながら登って行った。

彼は降心術を固く信じていたので、ああ幻影に信じていたので、ああ幻影に従ってマロオヤから絶対立去ることはなかった。また彼は自分自身が全く健康であると感じていなかった。」

私はこの覚醒夢(白日夢)(未視感 *Jamais vu*)が、通常の意味での予感ではなく、意識の中に烈しく侵入してきた死への憧憬の表現であると見る。以前に引用した「嫌な夢」と比較すると、注目に値する違いがある。当時、あの夢には死に対する力強く、それも激しい防衛が認められるが、今は唯、死の間近に、硬直驚愕するばかりである。セガンチーニの妻は、彼がこの覚醒夢(白日夢)を見たその日は全く超人的に(躁状態)仕事をいかに遂行していたかを、はっきりと具体的に陳述している。彼は山の頂に辿り着き、無限の力感、エネルギーから湧き起る昂然とした言葉で語った。

しかし我々には、彼の支配下にある全ての衝動力の極度な昇華によってのみ、生への衝動が死の思考の襲撃に持ち堪えるものであることを知っている。

セガンチーニの周囲の人達は、彼が自分の憂鬱な気分から身を守らなければならないことに最後の時まで薄々感じていたと云われている。もし私がこの内的な心の格闘に重大な意味があるならば、その為に極端なものとして現れたであろう。しかし、

抑圧された衝動力への戦いは、セガンチーニのような極めて繊細で、感受性の高い人は外部に出来る限り表に出さない為に、静かな戦いとなった。

死の前の僅かな間、生の肯定の勝利であった。死の憧憬が初めて優勢になった時、この格闘の徴候が周りの人達にも明白となった。彼がシャフベルクに登った時、そのことがセガンチーニに起っていた。彼に悲運を齎す病魔が襲った。

恐らく彼はこの山嶺の高みに立って、圧倒的に美しい壮麗な光景を目の前にして、新しい生への活力を汲み取り、もし病魔が彼を襲わなかったならば、何かを実現する新しい行動力を十分に獲得したのであろう。だが不意に病魔が彼を襲った時、今迄病気を知らなかった彼に対して、無意識の力が機会を捕えたのである。

既に述べてきたような彼の行動は、まず第一に彼が自分の健康を信じ、肉体的な苦痛を無視していた印象が真先に受けるであろう。実際、セガンチーニ自身、自分の行動をそのように考えていた。しかもその敵に対して、突破口の扉を開いていた自衛ではなかったのだろうか。我々はそのような事を屢々体験するように。意識は、無意識の衝動から引き起こされる行為を恰も本来の自分の働き、活動と受取り、それは自分の考え、意図の動機付けをする。一方、実際には別に、意識を見知らぬ異物とし、意識を完全に逆の動因として働かせていたのである。

セガンチーニは悪性の病気(肺気腫)で死んだが、それだけではない。恐らく病気を克服したであろう。しかし、彼の無意識の暗い力が病気に手助けし、破壊作用を容易にして、自ら死を招いたのである。それにも拘らず、彼は自分の意識の中に、彼にとって人生の意味ある何かに、輝くばかりの愛に強く取りすがった。

死が近づく間、彼は彼方に聳え立つベルニナの山嶺に憧憬の眼差しを投げ掛けた。山々に壮麗な美しさは、彼の芸術をなお遠くからもてはやし、賞賛していた。

我々はモーゼを思い出す。己の生の終末に、彼

は約束の国を見渡す山に登った。それが最終の道であった。

圧倒する目の光は消え、威厳は無限を含む美、

その影に魂は消え去る 生の光

死は一つの太陽のようである

祈り、小川のメロディー 家畜の鳴き声 雷鳴
が轟き嵐 鷲が叫び 人は嘆く

それは太陽の言葉のようである

セガンチーニは死に捧げられたガブリエル・ダアンヌッチイオの素晴らしい詩の中に、我々はアッシジのフランチェスコを想起させる巨匠の普遍的な愛を忘れることはない。だが我々は知っている。同じ人間が、全て生あるものへの無限の愛で抱こうとした者が、心の中で自分の生命を破壊する意志を隠していたことを。

我々の意識、無意識の力の闘争に、一つの洞察を与える精神分析的考察は、我々にこの内的葛藤、矛盾を理解させ、共感させる。それは我々にこの早世した人の生涯の真の悲劇を顕わにする。彼は死の影を全ての道に連れ添い、疲れも知らぬ創造者であった。

仁明会精神医学研究本邦初訳論文

Deutsch

Le français

Español

Русский

中国

原典紹介

アンリ・エー：症例ジャン・ピエール

好寿会 美原病院 高内茂 訳

Abstract

Henri Ey (1900-1977) is one of the most famous French psychiatrist who has left a lot of works in the field of psychopathology. His main work is the Textbook of Psychiatry (Manuel de psychiatrie) which has been revised and printed six times and still remains a classic standard textbook among francophone psychiatrists. Another principal work of Ey is *Études psychiatriques* in three volumes which is an anthology of philosophical-anthropological considerations based on his clinical experiences.

The case study of Jean-Pierre included in the third volume of *Études*, which has been discussed so many times with hot debates and difficulty to approach, and there is no translation of the whole text of the study into Japanese language. The translator's intention is to introduce one of Ey's works to the Japanese psychiatrists, especially of young generation. For the practical reason, the translation will be separated in two parts, and the second part will be published in next issue of the journal..

アンリ・エー（1900 - 1977）は 20 世紀半ばに活躍したフランスの精神医学者である。1917 年からトゥールーズで医学を学び始め、1920 年からはパリに出て、1926 年に学位を取得した。同時に哲学の学士号と法医学の学位を得ている。パリ、サンタンヌ病院でアンテルヌとなったが、同僚にはユージェヌ・ミンコフスキー、ジャック・ラカン、ピエール・マール、ジャン・ドレーなどの後に著名となる錚錚たる顔ぶれの精神医学者たちがいた。同病院はパリ大学精神科として機能しており当時の主任教授はアンリ・クロードであった。ちなみにこれまでサンタンヌ病院で研修した日本の精神医学者は数多い。訳者の恩師である村上仁教授も昭和 10 年代にクロード教授のもとで研鑽された。エーは 1931 年にサンタンヌの医長となったあと、1933 年にボンヌヴァル病院（パリ近郊コンプレ近くにある精神科病院）に医長として赴任し、1970 年まで同病院にとどまった。その間一度も大学の正式職には就かないまま、「サンタンヌの水曜講義」として知られていた連続講義をサンタンヌで行った他、1945 年からはミンコフスキーを助けて「精神医学の進歩」を創刊、1950 年にはパリ大学精神科教授ジャン・ドレーとともに世界精神医学会の創立に関与し、パリで開催された第一回大会の事務局長を務めた。

エーの著作や思想については、村上仁教授、三浦岱栄教授らによって戦後早い時期から紹介されていたが、1969 年大橋博司教授の「意識」の翻訳によって、アンリ・エーは我が国において著名なフランス精神病理学者となり、そのネオジャクソニズムと名づけられた器質力動論は広く受け入れられ、その後も 20 世紀終わりまで宮本忠雄教授、影山任佐教授などによって多くの大部の著作が翻訳、紹介され、日本の精神科医に親しまれることになった。特に影山教授が最近出版されたエーの「幻覚」の訳書第 5 巻収録の大論文「エーを読む 蘇るアンリ・エー」はその内容の豊かさでエーの思想の新たな展開への試みという点で、これまでのエーに関するすべての紹介論文を凌駕していると訳者は考えている。

筆者は 2000 年横浜で開催された世界精神医学会で知己を得たパトリス・ベルゾー博士から晩年のエーの様子を聞く機会があった。スペイン国境に近い生まれ故郷のペルピニャンに住み、時々ベルゾー氏ら「精神医学の進歩」誌に関わる弟子たちを自宅に招き、山ほどのエスカルゴをご馳走し、皆が貪るのをにこにこして眺め、また時には熱狂的に愛好していた闘牛見物に我を忘れるというような、情緒豊かで極めてエネルギッシュな臨床精神医学者として過ごされていたとのことであった。

ここではエーの器質力動論が臨床的によく適合する事例として語られることが多いにもかかわらず、これまで日本語訳の出していない症例ジャン・ピエールの全訳を提示し、読者諸賢の参考に供したい。本研究は 1954 年に出版された *Études psychiatriques : Desclée de Brouwer* 第 3 巻に収載され、てんかん性もうろう状態の症例として提示された、原書で 29 頁に及ぶ精神鑑定記録である。訳出に当たって、紙面の関係から、2 部に分けて掲載させていただく。

Case Study of Jean-Pierre by Henri Ey
Shigeru TAKAUCHI MD, PhD
Mihara Hospital
380 Imai, Mihara-ku, Sakai, Osaka, 587-00+61, Japan

アンリ・エー精神医学研究 研究26

2. てんかん性もうろう状態

これらの意識の構造解体状態は研究23で検討した急性精神病の類型に一致する。それらはしばしばまさに《司法医学的な反応》の原因となるという理由によって、てんかんの病理学では常に注意深く記述されてきた。これらの《発作》、これらの《二次状態》および彼らの体験の乱された幻想的な雰囲気から成る臨床像をより深く洞察するために、我々はまず、司法医学的な実践で経験した一例を取り上げる。それは1937年に典型的なもうろう状態にあった63歳のてんかん患者によって果たされた母親殺し例である。この患者は漸進性てんかん *graduocomitial* 型をのけいれん性大発作を長年患っており、多少なりとも健忘を残す無意識の自動症行動をとまなう一連の精神運動性発作等価症の突発を呈した。少し前からある程度の認知症性機能減弱が現われ、その後1942年65歳で亡くなるまで増強していった。我々が検討しようしているのはすなわち、この認知症的衰弱であり、その劇的で典型的な特徴によって、我々はてんかん精神病の最も特徴的な側面を分析することができるだろう。



第一回世界精神医学会におけるジャン・ドロー教授(中央左)とアンリ・エー博士(中央右)

ジャン・ピエールLの観察記録

1.

生活歴一病歴. ジャン・ピエールL^{注1}は1877年7月27日にサン・テチエンヌ(ロワール県)で生まれた。彼は独りっ子であった。神経精神疾患のある先祖はいなかった。10歳の時父を失い、母に育てられた。

裕福な家庭の出身であったが、不幸な運命に出会った後、彼はかなり行き届いた教育を受けた。彼は中等教育を終え、バカロレアの1次試験に合格できたかも知れない。彼の心身の発達は何らの異常なく、いかなる遅滞も示さなかった。彼の小児期を通して重篤な疾患には罹患していない。彼は4年間機甲部隊で軍役に就いた。24歳か25歳(1904年～1905年)頃梅毒に罹患したが、十分正しい治療を受けた。治療に当たった医師から証明書を受け取った後、彼は28歳で結婚した。彼の妻は一度も妊娠しなかった。

結婚の少し後1911年9月、33歳の時、彼は自動車事故の犠牲者となり、側頭骨岩様部の骨折をとまなう重度の頭部外傷をきたし、脳振盪および3日間の昏睡と約1週間の興奮、錯乱期がありその間妻は認識したが母親は分からなかった。この重度頭部外傷の後遺症として右顔面神経麻痺が残ったが、それは徐々に消失し、右側頭骨鱗部の頭蓋骨陥没骨折が残った。

数カ月後、1912年4月、当時彼は妻とイル・エ・ヴィレーヌに住んでいたが、突然《耳に叫び声が聞こえる(聴覚性前兆)》と叫びはじめ、突然地面に倒れ、全身性けいれん期の後、およそ半時間意識を失ったままであった。

注1：この男は60歳の時80歳の母親を殺害した。1937年10月24日日曜日の犯行の数時間後、我々は診察に呼ばれた。我々は免訴入院との鑑定書を作成したが、この観察記録の主要部分はその鑑定書である。

1912年から1930年にかけててんかん発作は、最初は2カ月ごとに、次いで3ないし4カ月ごとにかなり頻繁に起こった。発作は日中にも夜間にもあった。この期間を通じて、自動症行動やてんかん性錯乱状態のような等価症を伴わない痙攣性てんかん発作だけを起こしていた。

戦争(第一次大戦)の初めにてんかん発作を理由に免役除隊され、彼は銀行や保険会社の従業員の職に就いたが、情緒の不安定性が大きく、評価は一様でなかった。そういう次第で彼は1~2年間ナント(アルジェリア不動産銀行)に住み、次いでオルレアン(オルレアン銀行)に住んだ。この銀行の倒産した時にはCh. (訳注:地名の略号)にいた。母親が小学校教師を退職し暮らしていたCh.の母親宅の近くに彼が妻と共に居を定めたのはこの時期のことである。

まもなく、1930年53歳の頃、彼の発作の回数は減少した(およそ半年に1回)が、逆に等価症:アプサンスおよび自動行動(とりわけ計算癖)の形で《精神的》てんかん症状が現れた。

1936年、母親と妻は彼が苛々しやすくなったことに気付いた。母親を平手打ちにすることもあった。その上彼は記憶を失い、無欲となった。彼の《分別》が非常に悪くなったようにみえたので、妻は専門医の診察を受けることを提案した。母親は拒否した。特筆すべきはJ.P.は1912年のてんかん発作の出現以来、その惨劇の前日まで一度も医師の診察を受けていなかったことである。せいぜいのところプロム剤の投薬治療を受けたことがあったが、間歇的で不十分なものであった。

以上がJ.P.の主な病歴である。要約してみよう。それは古い梅毒患者であり、頭部外傷を負い、性格変化、知的衰弱、無為、母親との疎通の悪化といった精神症状をとまなうてんかんに冒された1例である。彼の家族も彼自身も発作性のもうろう状態或いはてんかん性自動症発作に翻弄されていた。ジャン - ピエールの前科記録は空白ではない。1925年に彼は背任行為の罪でナント裁判所から執行猶予付きの禁錮4カ月の判決を受けた。彼は外

交員時代に、ある顧客から委託を受け株券を購入するために預かった大金の一部を自分の利益のために流用していたのだった。この金額(約6000フラン)を返済することが約定されたが、その約束を守ることができなかったかどで彼は告訴され、執行猶予付き有罪となったのである。その予審の際には精神鑑定は行われておらず、我々が入手した書類の検討でも何もなかったため、この問題については見解を述べることはできない。

1937年10月23日土曜日の18時、数日來の意識混濁およびせん妄のあと、80歳の母親と二人だけで残されていたが、彼は椅子で母親の頭蓋骨を砕いて殺害したのである。

II. 司法医学鑑定(1937年10月~11月)

以下はこの母親殺しの際に、我々が作成を求められた臨床研究である:ジャン - ピエールは長身で、手足は細く、筋肉は発達しているが脂肪過多の60歳の男性である。顔面は赤く充血し、鼻も赤い;顔付は均整はとれているが、ぼんやりしており、目付きはどんよりしている。表情の動きはかなり素早い、鈍化している。身振りは活発である。全体として、彼の外見は、きちんとして温和で同意できるもので、幾分勿体ぶっていて、わずかに無気力で粘着性であり、また同時に仰々しく話が回りくどいひとりの男性のそれである。この特徴と外見の全体は、精神的な衰弱という解釈を示唆する。実際、彼のゆとり、饒舌さ、発言の傲慢で超然とした外観は、間歇的に謂わば偶然にしか意識を振り向けることのない彼の劇的な状況と奇妙な対照を成している。

観察を通じた彼の心性及び精神状態の分析は我々が行った一連の検査の報告によって助けられることになる。我々の観察の詳細および結論を提示する前にJ-Pの精神状態がその惨劇以来、普段の程度の明瞭さと統制へと向かう特徴的な意識の上昇運動の中で統合される変動を被ったのである。一連の検査を通じて朦朧とした意識が次第に覚醒した思考に近づく時に、その意識が被る内的変遷

に留意しながら明らかにすることが重要なのはJ-Pの精神活動の基本的特徴である。それを通して、J-Pの思考の病理学的構造を明示する根本的な論拠を見出すだろうし、また同時に、重畳した意識の内容とそれらを結びつけている深奥のつながりの分析を通して、彼の母親殺しという行動の動機(行動の病的無意識な中に包み込まれた)を見出すであろう。

I°犯行後の日々を通じた障害の変遷

10月24日(犯行の数時間後)の精神状態。きちんとした外見で、一見したところ意識清明。ゆったりしている。話はとりとめなく、漠然としており、状況に適合していない。その一部について断片的で芝居のような記憶を保っている自分の犯罪行為に関して、苦痛な情動の反応は全く見られず、それに対する批判や反省も全く行わない。以下の回想は十分正確で、容易に特別な情動を伴わず打ち明けられた:

《はい、私は1911年に自動車事故に遭いました。1905年に梅毒に罹っていました。私が困っていたのは仕事がなかったことで、難しいです…私は助言を求めてブラン神父のもとに行きました。私たちは議論しました。昨日やったことですか? ああ、そう…椅子で? 椅子と足で? 多分あなたはそのことについて…私が母親を殺したことについて話したいのですね? ああ! そう…椅子と足で…私は彼女には乗っていません…彼女は妊娠していたのです。それは私のせいではありません…はい、彼女はその場で身を任せました…私はこんな風な恰好をしました(彼は自分から《産婦人科体位》をとる)…その時、それが落ちたのです…そこに、そう、一個のドングリ(亀頭)が。それは汚れているのです。それで…そう、私は彼女を殺すために蹴ったのです…ああ、そう…どんな印象だったかですか? …私は勃起していました。はい…本当です…断言しますが、私は信仰しているのです。時々、政治の議論をするためにブラン神父の家に行っていました。そう、議論していたのです。私は人は皆兄

弟だと信じています…そう、兄弟…手を差し伸べて(急に泣き出す)人類の幸福が必要なのです…至上の幸福が…私は星を見ました、それは先日、夕方の青空にそれらを見た日と同じように地震についての神様との対話を感じたのです。》

重い錯乱状態はなく、意識はただ軽度に曇り、冒されているだけである。その語りや言葉はゆっくりとスローモーションの夢のイメージに似た、具体的で舞台のようなイメージの形で繰り広げられる。この夢幻様の活動の一部は今なお実際に体験されており、一部は虚構と現実が入れ混じったはっきりしない物語として語られる。情動性は非常に乱れおり、奇妙で、《予想外》である; その悲劇的な出来事に関する物静かな冷淡さがみられ、それに対してあたかも彼が幾分無関心な単にひとりの見物人に過ぎなかったかのように関心は薄れている。

情動の異常興奮は感情的で誇張された決まり文句によって引き起こされた。つまり、注意すべきことは現在の意識の中に浸み込んだ心を動かす幻覚的な夢幻様思考の残余と、誇大妄想、空想的な誇張へと向かう傾向であり、あたかもその心的生活が仰々しい思い上がりと思趣味な荘重さによって膨れ上がっていたかのようなのである。

ここでは意識の清明度のあまり目立たない変化と記憶の存続、環境への良好な適応は典型的な朦朧状態(てんかん性朦朧状態)、現在の体験しているそしてとりわけ最近体験された出来事の夢の思考の法則に沿った構築が問題となる、つまり舞台のようなイメージの鮮明さ、シンクレティズム(混合心性)、夢幻様空想の人目を引く重要性、批判力を発揮することの無力さ、思考の強烈な主観性、劇的内容による心的領野の独占である。

その後、状態はほぼ同様で留まっている。ピカール博士は10月26日に精神科病院での観察の際に以下のような診断書を作成した: 《精神てんかん。突然で粗暴な衝動の爆発を伴う精神運動性鈍化。思考の支離滅裂と話題の奇妙さを伴う知的昏蒙。退行期認知症による持続的な知的衰弱状態の可能

性。情動の障害。この患者は記憶性等価症の間に、強度の残酷さの発作の最中に老いた母親を椅子と足で打ちのめして殺害したのである。性的なレベルの感覚性心的表象を伴ったサディズム的要素の解放。陳旧性頭部外傷など…》その後、彼はよりはっきりとした意識状態で、より落ち着いているように見えた。

1937年11月3日。夜間、彼には遺尿があり、痙攣発作が推測された。意識は一層明瞭となった。彼は3、4日前に時間 - 空間の見当識を取り戻し、《物事の概念》思い出した印象を持った。3点の事実が確認される：1. はるかに増した意識の明晰さ 2. 自分の状況についての苦痛な自覚 3. 犯行の記憶と説明における変化。以下は彼が実際に語ったことである：

《金曜日からは物事の概念を幾分取り戻しました、けれどもそれまでは全然分かりませんでした。何人かの人たちが私に質問をしたように思います。それが誰でどこでも分かりません。事務室に入りました。階段を上らないといけませんでした(正確)私に質問をしたのがあなただとは思いません。ええ私はそのことを全部よく考えましたよ。ああ、母とね、私たちは仲良くありませんでした。少し前から私たちは言い争っていました。私の母は彼女の性格から闘牛士と呼ばれていました。私は彼女が活発に私たちを率いていたので彼女をヒトラーと呼んでいました…私は仕事を探していましたが、見つかりませんでした。ああ、私はどうしてその感じとともに彼女を殺すことができたのか理解できません。つまりある至高の存在があるという考え…けれども私はお祈りの言葉を唱えていました…その夜、ベッドで尿を漏らしました。それは事故のせいです。それは私に障害を残しました。それを何と呼ぶのですか？ああ私はもう忘れた。てんかん？そう、それです。その通り。私がそんなことをやったのが本当だという考えはありません。何で私にそんなことができたのでしょうか？…私は踵で蹴ったのは覚えています。理由があったのです…彼女は気難しかったのです…私は彼女

を押しやらないといけなかったのです…椅子を。私は彼女を上から押さえつけました。ああ、けれども私は武器を取りませんでした。ああ、いや、武器はなかった…ああ恐ろしいことです！それでも私は何てバカなんだろう。バカ者！バカ者！（彼は自分の頭を叩く）。そう、それは何でもなし。ああ、バカ！それにしても私は何を話しているのか…

そうだ、それは汚れていた…いや本当じゃない。私は自慰はしていない。私がそれをやった時のことを知っていますか？10歳か11歳でした…私の母には恋人がいました。彼は家に来て母と逢引きしました。私は彼らがセックスしているのを聞いていました…一晩中…それで私は自分に触れました。ということです。そのあとすぐに友達とボールで遊びました。けれど、彼女は気取ってうるさいことを言うてました、彼女は望んでいませんでした、《こんなことしなさんな…あんなことしなさんな…》(品をつくって顔をしかめる)

J.Pの行動は入院直後の診察時に比べはるかに良く適応している。精神性の遅鈍は軽減している。彼の返答は適切で長くなった。彼自ら《反省する》や《わかる》という感覚をもった。彼の時間 - 空間的見当識はまったく正確である。全体として心的操作や意識の明瞭さ、秩序、鮮明さは非常に大きく改善している。情動性もまたもはや鈍ってはいないし、冷淡でも奇妙でもない。彼は自分の状況で苦しんでおり、それに怒りと絶望で反応する。そのような情動がなお一過性で発作性のものであっても、しかしながら彼がとった行動の劇的な性格の内容を示している。

最後に、その惨劇についての語りの中に生じた変化にも同様に注目する理由がある。健忘は最初になされた説明を損なった。我々の最初の診察では犯行の語りは、夢幻様のイメージ、母親と母親の妊娠に関する嫉妬妄想的な観念に分ち難く結びついていて、今やすべてのことは意識の中で過ぎて行くが、あたかも《忘却》と《検閲》が同時に生じているかのようである。彼は夢幻状態が全面

に浸み込んだ混じりけのない記憶をひとつの《解釈》で置き換える。それは《理解し合えず》、《始終口論し》ていた母親に対する彼の攻撃性をより軽微なものとし、おそらくは不注意に取りつかれて倒したというものである。

我々の求めに応じて彼は11月5日に次のような事態の推移を記す

《先生が私を呼んだのは11月3日水曜日の正午前です。私は彼の質問に答え、新しいことを判断に任せました—私と母親との関係の問題で。字を書くのに眼鏡がないと目が見えないのです、とても煩わしいです。頭も1935年10月8日からとても痛いのです。私は母の出費で生きたくありませんでした。私は前にしていたように正規の仕事を探す決心をしました、自分には見つけれず、別の奴のために見つけました、そして何もないければ37年10月に自殺しようと決心していました。そのことはしょっちゅう話していましたが、そしてけりをつけるために拳固で強く右から頭を殴りつけたのでしょ。しかし私は殴っているのが誰であるのかという考えはありませんでした。私の事件の数日前に窮地から抜け出ようと考えていましたが、何が私に母を殴らせ正気を失わせたのか理解できません。10月29日から考える力は戻ってきましたが、今のところ自分の行為も、どのようにしてそうなったのかも理解できません。私はとてもまた猛烈に妻に済まなく思います、私の母が死んで彼女がどうなったのだろうと自問します。私は頭に血が昇っていますが、足はいつも冷えていて、ほんの少ししか食べていません。どうなるのか分かりません。もっともルーアンにいた34年から私を怒らせるものは全部避けていて、実際ある朝のこと9時に牛乳とコーヒーとバターを塗ったパンを食っただけで、ルーアンの不動産業者のところに行きました。着く前に道で気分が悪くなって、ひとりの警官が世話をしてくれました、私はそれ以上何が起こったか覚えていませんが、妻は知っています。いずれにせよ私は冷静で賢明でした。どうしてこんな結果になってしまったのか分

かりません。私は先生が私に言ったことに従って、私の考えのとおり、判断を入れずに先生に手紙を書きます。私はクレチアン先生のすすめで口を洗うのに過酸化水素を使っていましたが、何か月前から自分の世話が出来なくなって、薬も止めてしまったことも覚えています。母親はもう薬を買ってくれませんでした—私は完全に理解しました。自分の世話をするためには、精神的にも身体的にも清潔であるためには私は働かなければならないと、そして私は探しました。そういうわけで仕事がないことが確かに私の頭をもうろうとさせたのです。私の一件書類は私がいつも誠実に働いていて給料もよかったのに、とんでもない災難に遭ったことを明らかにしています。ここはボンヌヴァルだと思います。妻と義理の妹がさよならを言いに来て、泣きたくなくてとても悲しくなって彼女らが落ちていて…と慰めてくれたことを覚えているような気がします。それが思い出すことのすべてです。5日前から18時になると母と一緒に場面の記憶を明確にしようと努めています。ガスコンロもレンジも明かりがついていたのは知っています、だから、18時か19時でしょう。私はそれが10月24日日曜日だったか25日月曜日だったか、私はどこから帰ってきたのか覚えていません。いずれにせよ私は彼女を襲っていません。彼女が私に言ったことと私が彼女を椅子から落としたに違いないというのは確かです。私はその場面をよく覚えています。母は床で血を流していて、私の足をつかみました、左だったと思います、私は身を守るために殺すというつもりはないまま、というのは直ぐによくないことをしたと思いましたから、何回か叩いたという記憶はあります。私は何回か窓から助けを求めましたが、誰の姿も見えませんでした。私は囚われの身となりました。以上はすべて1937年11月3日水曜日に記されました》

この記録は日付における幾つかの誤りにも関わらず、精神活動がより増した的確さと鮮明な明るさへの回帰していることを物語っている。その惨

劇の光景の記憶はかなり詳細であるが、われわれが既に指摘したように、犯行と同時の、そして我々の最初の面接の際、なお体験されていた朦朧状態の記憶は、夢の記憶が消えるように消失していた。

1937年11月7日の診察。日に日に意識の正常さが増大するのが観察される。J.P. はまったく平穏である。彼は物思いにふけている。彼の品行は方正である。彼は忍従している。彼の情動的な反応性の全体には多幸的で誇大的なニュアンスが存在するが、その点はまた後で述べることにする。彼は素直で礼儀正しい様子である。彼の言葉はよりくつろいだ様子だが、依然として冗長で拡散する。以下は彼の話である：

《私は悲しいです…私の母に起こったことで…私はまだ光が見えます

…床に倒れた母も。彼女は牝牛を一頭飼っていましたが…ああ違う、済みません、私が嫌いなメス猫です。そいつを足で蹴飛ばしました…分かりませんが、猫を蹴ったのか母を蹴ったのか、どちらか分かりません。理由がありましたが思い出せません…血が付いていました…良く見えませんでした…何故だか分かりません…私は自分のペニスを見つめました。いいえ、私はオナニーしていません。しかし、どうして？ああ、私は自問します。お前は何をやったんだ？お前はそいつに、猫か母に一発蹴りを入れたに違いない…血と汚いもの、そう猫の肉が見えました。むかむかします、私は隅っこに行き、そこにバケツがあって、そんな汚らしい作業をやったのでしょうか？自分が勃起しているのが見えました。すごく大きくなっていました…この大変な出来事から離れて、自分が汚れているかどうかを見るために亀頭をむき出しました…。彼女は私が彼女を痛めつけたと言いました。そこで私は窓のところへ行って助けを求めました…馬鹿なことを思いました…私は勃起していました…そこに、そう彼女が倒れているのを見ました。何かのために猫がそこにいました。私は怒りました…私は自分の神経を信用していないことを信じる必要があります。私は最高存在を信じています。

私はお祈りをしていましたし、毎朝キリストの前で膝をついていました。私はブラン神父に会いに行っていました。私は祈りながら言っていました：(原文のママ)神様、何よりも私の考えを、私の神経がうまく行きますように天上からお助け下さい。私は殺すことも殴ることも考えておらず、その二人と言い争うのを怖れていました。そのうち、一人をヒトラーでもう一人をムッソリーニと呼んでいました。妻には文句はいいませんでした。もしそれが妻だったら私は殴ってなかったでしょう。彼女だったら私に道理を思い出させてくれたでしょう…はい、議論がありましたが、思い出せません…私は頭の中で全部ごたまぜにしまいました。彼女に腹が立ちました。私は彼女と時々口論をしていました。私は彼女に言っていました「もし俺が女と言うものを知ったとしたら、あんたがその手本をみせてくれたんだ。父さんが死んで、さっそくあの料理人を連れ込んだ時にね」。私は12歳でした。私は快楽を感じる母の声を聞いていました。私はそれが素晴らしいことに違いないと思いました。私の仲間がその母親の小間使いと関係を持ったと話していて、私の方は自慰しました。先生、どうして彼女が妊娠していたと言うことが出来たのでしょうか？ああ、それは狂気沙汰です！お分かりですか、先生、私は気が違ってしまっただけに違いないのです。私は狂っている必要がありました…。おお！私は当然徒刑を受けるべきです。おお！どうして私はそんなことを言ったのでしょうか…私は情けない人間です…私はブラン神父に会いに行きました。私は私の魂の苦痛を訴えました。私は私の精神状態の苦痛を訴えました。私には十分考える力がありました。私は時々母親と口論しました。彼女は書物を読んでいました…。私はキリスト教民主主義者です。私は宥和政策に賛成です。オー、私はしばしば盗品を自分のものにしました…。私は不幸な人間です…。オー、私はとても悲しいです(泣く)…私がそれをやったのは土曜日だったと仰いましたね？…本当に恐ろしいことです。ほら私がブラン神父のところへ会いに行っ

た日ですよ。私はその日にそれをやったのですか？ 私は月曜日だと信じていました…ああ！私の頭は弱っていました。けれども私はすべて止めました。ワインも女も…ただ煙草だけです。はい、私は5年間私の情婦だったこの未亡人に間違いを犯しました。ああ、分かった…。ルーアンにいた時もジャンヌ嬢と6回関係しましたが、その後はしたくなくなりまして。全部で4回会いました。向こうではひとりでした。彼女は私の部屋へやってきました。それは私が母と寝ていた部屋でした…ああ、済みません…妻とです。はい、私はつまらない女に関わっていました。ああ！決して私は力づくで女を手に入れたと思ったことはありません。ああ！決して…私は準備する方が好きなのです(笑い始める)。私は12歳まで何も知りませんでした。母の声を聞くまでは一度もオナニーしたことはありません。ああ！彼女は恍惚の叫び声を上げていました…もっと！…もっと！(興奮し笑う)。確かに、私もまたその褐色の髪の美人の未亡人との幸福の叫び声を上げました。》(夢について尋ねられ、彼は思いだせないが悪夢を見たとはっきり述べた。)《その夜、私は服を着て、そう、きちんとした身なりで化粧をして、厳しい様子の母親を見ました…そう、私が見た彼女の最後の姿、太腿、それからアレ…はい、私は見ました…ドレスはまくり上げられていました。ああ、私は猫を叩いたのか母を叩いたのか自問します…》

11月9日。状態はほぼ同様である。その光景の記憶は次第次第に簡潔となるように見える。《けれども私は叩いたことを覚えています…しかしそれは間違えたからです。私は猫を叩こうと思って間違えたのです。私は頭がおかしくなっていたということです。》その時以来、犯行を思い出すことに打ち込みながら、彼は常に間違っただけで報告するがまづいことになった単なる口喧嘩を引き合いに出してそれを過小評価した。

2. 精神病理症候群の分析

J.P. は観察期間を通じて下火になりつつあるて

んかん性もうろう状態を呈した。初期の夢幻様半意識状態から彼の普段の清明な状態への回復まで、我々は健忘の遅発性、進行性の形成を目にした：彼がもうろう状態から脱するにつれて彼は惨劇の詳細の記憶を、とりわけそれに付随した意識内容さらには動機の記憶を失った。

しかし、J.P. ではもうひとつ別の症候群、つまり持続性でおそらく進行性の知的衰弱症候群を取り上げる余地がある。確かに彼の意識の鈍化が長引いたので彼はより容易に認知症者(dément)の印象を与えるが、それはこの朦朧状態を超えてのことである。Jはその知的能力において全般的、持続的な形で冒されているように思われた。記憶障害、精神緩慢、軽度の語性健忘、努力や指導の維持能力の欠如、観念の容易な錯綜、連想の拡散、混乱、それらがこの衰弱状態の陰性の特徴である。思考の非常な不確かさや判断の極端な素朴さはその結果である。彼は状況を極めて不十分に認め、彼自身の状況、彼が犯した犯罪、彼の生活のようす、精神科病院への収容に関わっている。判断は大まかには正しいが、深みはなく、一貫性に欠ける。彼は軽薄で、移り気で、一時的に泣くことで表出する幾らかの悲哀感情にもかかわらず。何にもまして本質的には多幸的である。彼の行動および考えは全体としてばか正直さとあやふやさで色づけられている。一定数の出来事は実際に忘れられてしまったように見える；かくして、彼は背任の容疑をかけられたことがあるのを覚えていない。我々は次のように問うことが出来る。引用した理由(発作)以外に、もっと深い理由がほぼ10年来仕事の継続を妨げなかったのではないか、そして、彼の仕事の能力を劣化、彼の情緒不安定をこの衰弱の責任にしてはならないのではないかと。

かくして我々はJ.P. が認知症性衰弱を基礎としててんかん性構造の夢幻性もうろう状態を呈したものと結論することが出来る。

3. 身体的検査

本例は闘士型の背の高い60歳の男性である。頭

蓋では右側頭骨に大きな骨実質の欠損がある。

顔貌は緊張を欠いている。会話は容易であるが我々の観察期間中にも口周囲の動きや稀には咀嚼様の動きを伴うある程度の構音障害を認めた。非常に軽度の錯語が存在するように思われる。舌及び手指の極めて軽微な振戦が存在した。眼球筋の麻痺はない。対光反射は正常だが、瞳孔は不整である。顔面神経麻痺の後遺症は見られない。舌の左縁に数個の小癬痕が目されるが、白板はない。腱反射は正常、左右差なく、感覚障害もない。唯一の錐体路症状としての右側の足底皮膚刺激に対する伸展反射の兆しに注意しておこう。これは極めて微かな錯語性の要素と関連付けられるべきものである。

心臓・血管系は殆ど冒されていない。大動脈炎の兆候はない。動脈圧は 13-8 (130/80mgHg)

他の臓器は病理学的徴候を示していない。

最後に、血液検査は梅毒反応に関しては陰性徴候を示した。脳脊髄液は正常である：アルブミン 0.30-白血球 0.8-ベンジヨワン 00000,12100,00000-パండి、ワッセルマン陰性。

本観察例の診断上の結論は以下の通りである。J.-P. は 30 年前に梅毒に罹り、25 年来外傷性てんかんを患っており、幾らかの神経梅毒徴候を伴う進行性の知的衰弱状態および、次第に重症化するてんかん発作症状(けいれん発作および発作等価症状としてのもうろう状態)、さらに衝動性および自動症行動への傾向によって特徴づけられる精神障害を呈している。

(次号に続く)

おわりに

以上は、アンリ・エー：症例ジャン・ピエールの観察記録の前半部である。後半部は原文で約 20 頁あり、章立ては次のようになっている：

4. 観察資料の彼の責任能力の決定への適用(8 頁半)

5. Jean-Pierre の最期

—もうろう状態の構造分析(約 12 頁)

陰性構造(4 頁半)

陽性構造(7 頁)

No1. もうろう性意識の抒情的形而上的雰囲気

No2. エディプスの悲劇

No3. ジャン・ピエールの意識における逆行性健忘と犯行の記憶の変遷

4. の責任能力の議論の中で 6 頁に亘って各頁の下半分を占める細かい注釈がついており、その中でエーはドストエフスキーの小説「カラマーゾフの兄弟」を聊か長過ぎるほど引用して議論を進めている。ちなみに訳者の世代までの精神科医にとって、ドストエフスキーの作品群は病跡学的関心とともに哲学的人間学的観点からも必読とされていた。エーが議論するのは、「意識」で詳述される人間の精神機能の基盤としての意識機能の本質と病的現象としての意識の構造解体、そこに見られる陰性症状と陽性症状の様態であるが、それは神経学におけるジャクソン理論、つまり神経機能の階層構造と上位機能の障害(陰性症状)に伴う下位機能の解放(陽性症状)という学説を援用することで理解することができる。そして陽性症状としての夢幻状態の説明の中に元神経病理学者であった S. フロイトの精神分析学的概念が取りこまれる。エーを折衷論と批判する学者もいるが、少なくともフランスでは「古典」として定着しており、エーの人間精神とその病理を脳機能にとどまらず「無意識」の力動をも含めて捉えようとする試みは 70 年の年月を経た今日においても、臨床精神科医にとって重要な素養と考えるのは訳者だけではないと思う。

文献

1) Ey H. In *Études psychiatriques* tome III : Desclée de Brouwer, 1954 pp.572-601,

2) 影山任佐、エーを読む 蘇るアンリ・エー—器質力動論の現代的意義と展望—

宮本忠雄・小見山 実監訳、影山任佐・阿部隆明訳：アンリ・エー 幻覚 V、器質力動論 2、pp.233 - 445、金剛出版、2017

仁明会精神医学研究本邦初訳論文

Deutsch

Le français

Español

Русский

中国

原典紹介

ベック抑うつスケール第2版 (Beck Depression Inventory, BDI-II) 中国語版の信頼性と妥当性

臺北醫學大學萬芳醫院精神科、臺北醫學大學醫學系精神學科、中國醫藥學院及附設醫院精神科 盧孟良
輔仁大學新聞傳播學系、新光吳火獅紀念醫院精神科 車先蕙
輔仁大學新聞傳播學系 張尚文
臺北醫學大學萬芳醫院精神科、臺北醫學大學醫學系精神學科 沈武典

Key words: 重症うつ病、Beck Depression Inventory (BDI-II)第2版の中国語版、信頼性、妥当性
(台湾精神醫學[台北] 2002; 16: 301 - 10)

台湾精神医学雑誌は1987年に設立された台湾精神医学会の公式刊行物で、Prof. Winston W. Shen (沈武典)が編集主幹となり、2009年からは英語論文だけを出版するようになりました。2019年3月からオープンアクセス(open-access)ジャーナルとなり、ウェブサイト(www.etjp.org)から無料で閲覧できるようになっています。

2008年以前は、中国語で発表された論文も多く、編集主幹 Winston Shen 先生のご厚意により、仁明会精神医学研究では、台湾精神医学雑誌に掲載された中国語論文の中から日本の読者が興味を持つ論文を選択して中国語を日本語に翻訳して掲載することにしました。

抄録

目的：本研究ではうつ病性障害患者をスクリーニングする臨床評価尺度であるベック抑うつスケール第二版(Beck Depression Inventory 2nd ed, BDI-II)中国語版の信頼性と妥当性を検討することを目的とした。

方法：最初にBDI-II質問票の中国語への翻訳を完成させ、研究対象者の同意を得た後に実施した。次に診断を決定するために研究者による構造化されたインタビューを実施した。

結果：全体のクロンバッハ(Cronbach) α 係数は0.94であり、50%信頼度は0.91であった。中国語版BDI-IIの正常範囲は、0-16点であり、軽度のうつ病は17-22点、中程度のうつ病は23-30点、重度のうつ病は31-63点であった。因子分析の結果、認知感情的指向と身体的指向の2因子が同定され、抑うつ症状がこれら(認知感情的因子と身体的因子)の2つの要素に分けられることが示唆された。

結論：ベック抑うつスケール第2版中国語版は、うつ病の可能性のあるケースを効果的に見つけるための大規模なスクリーニングに適したスケールであり、優れた信頼性と妥当性を有することが明らかになった。

I. はじめに

Beck らによって開発されたベック抑うつスケール第2版(Beck Depression Inventory, BDI-II)はうつ病患者に対するスクリーニングを目的としたものである[1]。BDIは、うつ病の理論を反映することを意図したものではなく、うつ病患者が呈する症状を反映することを意図しており、抑うつ症状の重症度に応じて、0から3のスコアで評価される21の質問項目からなる。BDIは1961年の開発以来、うつ症状を評価する際に頻繁に使用される評価手段の1つになっている。

キーワードとして「Beck Depression Inventory」を使用した電子Medline検索では1,000件の論文が見つかる。BDI原版は、1979年に修正ベック抑うつスケール(BDI-IA)に修正された[2]。BDI-IAでは、質問項目21項目のうち、15項目が修正され、6項目は変更されなかった。BDI-IA質問票は、面接を通じて、または、被験者が自己記入することによって使用することができる。うつ症状のスクリーニングを目的として使用する場合には、10点以上がうつ病とされ、10点未満はうつ病ではないと判断される[3]。

時代の変化とともに、うつ病の定義や症状も変化してきたが、米国精神医学会による精神障害の診断と統計のマニュアル第3版(DSM-III)が1980年に出版された際には大きな変化が認められた[4]。MoranとLambert[5]は、BDI-IAの質問項目とDSM-III診断基準の項目とを比較し、BDI-IAは、DSM-III診断基準の9つの症状のうち6つの症状を効果的に評価でき、2つの症状(睡眠と食欲)を部分的に評価できるが、精神運動活動や気分動揺の症状を評価することはできないことを示した。

米国精神医学会がDSM-III-R[6]、さらにDSM-IV[7]へと診断基準を改正したことにより、BDI-IAの内容にはアメリカ精神医学会の診断基準と異なる部分が多くなった。このようなことから、DSM診断基準の内容とよりよく一致させるために、ベック抑うつスケール第二版(Beck Depression Inventory-II;BDI-II)が開発された[8]。

BDI-IIの主な変更点は以下のとおりである。まず、評価する症状の期間はBDI-IAの1週間からBDI-IIの2週間に延長された。古くなった調査票の項目も

その明瞭さを改善するために修正された。BDI-IAには存在しなかった新しい項目がDSMに加えられたことから、BDI-IIにも新しい項目が追加された。BDI-IIとBDI-IAを比較すると、BDI-IAの21項目のなかで、わずか3項目(罰を受ける、自殺念慮、および、性的欲求の喪失)だけが元の通りで修正されなかった。BDI-IAの4項目(体重の減少、態度の変化、体調の変化、仕事の困難)は、BDI-IIの4項目(過敏性、無価値、集中力の欠如、および、エネルギー不足)に置き換えられた。また、睡眠不足と食欲減退は、新しい考え方ではうつ病においては減少も過剰も認められるとされていることから、BDI-IIの質問項目では睡眠の減少あるいは過多、食欲の減少あるいは過多のように、不眠や食欲減退が両方向に拡大された。BDI-IAにおける「社会からの引きこもり」は、BDI-IIでは「人間の相互作用や社会活動への関心の欠如」に変更された。このような変更により、BDI-IIではDSM-IVに記載されている抑うつ症状を信頼性よく把握することができるようになった[8]。

原著者との間に2回の翻訳と逆翻訳を繰り返すことにより、KoとLuは1983年に中国語版のBeck Depression Inventoryを発表した[9]。この中国語版BDIでは、スコアが10未満の場合は非うつ病、スコアが10-18の場合は軽度うつ病、スコアが19-29の場合は中程度うつ病、そしてスコアが30-63の場合には重度うつ病として分類される[9]。この中国語版BDIは、台湾では産科患者[10、11]、アルコール中毒患者[12]、および、熱傷患者[13]に対するスクリーニングツールとして使用されており、その信頼性も高いことが示されている。オリジナルのBDI-IIは1996年に出版され、中国語版BDI-IIはChenによって翻訳された[14]。しかしながら、中国版BDI-IIについての信頼性と妥当性の研究が行われていないことは、臨床研究の上で大きな限界であった。そこで、本研究において中国語版BDI-IIの信頼性と妥当性の検討を行った。

II. 方法

研究対象

研究対象は台湾の台北市にある医療センターおよび地域病院の精神科クリニックの患者から選択

された。研究スタッフは対象者をリクルートして本研究の目的と意味を説明して、この研究への協力を呼び掛けた。研究対象者は本研究に参加することに同意し同意書に署名した後、本研究に登録された。調査への参加から除外されたのは、精神的能力、精神遅滞、読み書きができない、または、質問票への記入や面接を妨げる可能性があるその他の条件を有する者であった。

本研究に参加した対象者は合計180人であった。対象者のうち女性は108人、男性は72人であった。対象者の平均年齢は 32.9 ± 11.5 歳であり、最年少は14歳、最年長は78歳であった。対象者の婚姻状態は、未婚90人、既婚86人、離婚/未亡人4人であった。学校教育歴は、中学校卒業10人、専門学校あるいは高校卒業75人、大学卒業82人、および、大学院卒業13人であった。

研究方法

本研究は2つの部分からなる。まず、以下のような調査票によるアンケート結果を収集した。アンケートの1番目部分は基本的情報であり、性別・年齢・配偶者の有無・教育歴・職業歴であった。アンケート調査の2番目部分はBDI-IIの中国語版であった。そして、3番目の部分は12項目バージョンの中国人健康調査票(CHQ-12)であった[15]。CHQには12項目版と30項目版があり、両方とも台湾の軽度の精神疾患の罹患率のスクリーニングに使用されているが、CHQを用いた以前の研究は、地域社会や病院の患者のスクリーニングに使用されて優れた信頼性と妥当性が示されている[16-18]。

本研究の2番目の部分では、対象者に対する構造化された体系的な面接を行った。インタビュアーは被験者の結果を知らずに、ミニ国際神経精神面接(MINI)[19]を用いて被験者の精神科診断を行った。短い体系的インタビューツールであるMINIを使用して、15分から20分でDSM-IVの第1軸精神科診断を作成し、DSM-IVの診断基準にしたがって、インタビュアーはうつ病性障害の有無と、その程度を、軽度・中等度・重度のうつ病性障害に分類した。

評価者間の信頼性を検討するために、20人のインタビュアーが構造化インタビューのトレーニングを受

けた。大うつ病性障害と診断された8人の患者については、インタビュアー間のカッパ係数は1を示しており、インタビュアー間の一致率は十分であった。

統計解析

信頼性を評価するために、クロンバッハ(Cronbach)係数および50%信頼性を算出した。本研究の目的は、主に中国版のBDI-IIの基準の妥当性を評価することであったが、その妥当性を検証するために、適切なカットオフポイントを設定して相対動作特性(ROC)分析を行った[20]。DorfmanとAlfは、MetsらによってROCFIT[22]に修正されたソフトウェアプログラムRSCORE-II[21]を開発しているが、このソフトを使用して、ROC曲線下の面積を計算し、支配因子なしで面積を計算することによって標準誤差を評価した。中国語版BDI-IIと臨床診断のスコアに基づいて、感度・特異度の予測値を得た。最良のカットオフポイントはROC曲線が最も左上隅に近い曲線から得た。

調査サンプルに基づいて、中国語版と英語版のBDI-IIの間で因子分析を行い、それらが異なるかどうかを検討した。第一主成分分析は、スクリーニング(Scree test)を用いて行った。主軸因子法によるその後のサンプリングは軸の変換を用いて行われた。軸の変換を最大25倍繰り返すことにより、それらの要因の信頼性を確認した。

12項目版の中国語健康調査票と中国語版BDI-IIの結果を比較した。我々は両者の関係を検討するためにスピアマン相関係数(Spearman's correlation)を算出し、 p 値が0.05より小さい場合に群間差は有意であるものと見なした。

Ⅲ. 結果

参加した180人全員のうち102人(56.7%)がDSM-IVで定義されているうつ病性障害の基準を満たしていた。DSM-IVの重症度分類によると、軽度のうつ病性障害は35人、中程度は40人、そして重度は27人であった。78名の被験者にはうつ病性障害を認めなかったが、不安障害患者71人、アルコール依存症3人、統合失調症2人、軽躁病2人、過食症1人が含まれていた。

表 1. BDI-II 中国語版の各項目間の相関係数

アイテム	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1. 悲しみ																					
2. 悲観論	.57																				
3. 過去の失敗	.55	.52																			
4. 喜びの喪失	.49	.50	.44																		
5. 罪悪感	.34	.26	.36	.38																	
6. 罰の気持ち	.57	.45	.45	.43	.50																
7. 自己嫌い	.61	.57	.47	.48	.45	.64															
8. 自己批判	.54	.51	.54	.51	.50	.59	.66														
9. 自殺念慮	.48	.44	.41	.52	.35	.53	.62	.49													
10. 泣く	.49	.41	.40	.41	.41	.54	.39	.55	.46												
11. 攪拌	.50	.45	.42	.47	.33	.41	.51	.61	.47	.45											
12. 興味の喪失	.54	.59	.52	.68	.29	.39	.54	.52	.55	.41	.48										
13. 優柔不断	.51	.43	.56	.47	.43	.42	.56	.58	.40	.50	.52	.48									
14. 無価値	.49	.55	.48	.56	.39	.58	.62	.57	.51	.41	.39	.52	.48								
15. エネルギー損失	.51	.53	.42	.62	.38	.42	.55	.51	.52	.41	.48	.63	.43	.56							
16. 睡眠の変化	.31	.29	.27	.40	.28	.32	.31	.41	.43	.42	.33	.40	.36	.39	.47						
17. 過敏性	.48	.40	.31	.79	.35	.36	.41	.45	.35	.46	.49	.39	.42	.39	.37	.25					
18. 食欲の変化	.37	.31	.31	.41	.32	.38	.22	.39	.41	.45	.40	.41	.19	.37	.51	.56	.33				
19. 集中困難	.51	.45	.50	.54	.38	.42	.48	.48	.46	.40	.46	.52	.58	.45	.50	.31	.47	.34			
20. 疲れや疲労	.51	.38	.48	.49	.38	.42	.45	.45	.48	.49	.43	.49	.49	.46	.68	.39	.47	.54	.54		
21. セックスへの関心の喪	.32	.24	.23	.29	.14	.23	.24	.29	.35	.40	.24	.34	.22	.29	.42	.46	.21	.48	.30	.42	

表 2. BDI-II の中国語版項目ごとの平均値±標準偏差、症状の比率、修正後の項目の相関係数

アイテム	Means ± SD	%	r
1. 悲しみ	1.08 ± 1.01	68	0.75
2. 悲観論	1.12 ± 0.91	74	0.69
3. 過去の失敗	1.13 ± 0.96	68	0.67
4. 喜びの喪失	1.10 ± 0.81	79	0.72
5. 罪悪感	0.77 ± 0.72	62	0.56
6. 罰の気持ち	1.12 ± 1.17	60	0.71
7. 自己嫌い	1.09 ± 0.94	70	0.75
8. 自己批判	1.12 ± 0.99	69	0.78
9. 自殺念慮	0.86 ± 0.93	58	0.71
10. 泣く	1.13 ± 1.13	62	0.70
11. 攪拌	1.22 ± 0.95	74	0.68
12. 興味の喪失	1.22 ± 0.98	73	0.74
13. 優柔不断	0.96 ± 0.83	68	0.70
14. 無価値	0.87 ± 0.95	56	0.73
15. エネルギー損失	1.25 ± 0.84	82	0.75
16. 睡眠の変化	1.59 ± 0.98	88	0.58
17. 過敏性	1.02 ± 0.85	72	0.60
18. 食欲の変化	1.07 ± 0.92	71	0.61
19. 集中困難	1.25 ± 0.86	82	0.70
20. 疲れや疲労	1.17 ± 0.80	83	0.72
21. セックスへの関心の喪	0.81 ± 0.91	52	0.49

% = 回答選択肢 1、2、または 3 を支持する 割合

r = 訂正されたアイテム - 総相

評価者間の評価一致度を検討したところ、Cronbach α 係数は、全体では 0.94 であり、50% 信頼度は 0.91 であった。この結果から、中国版 BDI-II は、評価者間の一致度において高い信頼性があることが明らかになった。表 2 に各質問項目に対する被験者の平均得点、標準偏差、頻度、および、修正された項目と合計の相関関係を示す。合計 21 項目の質問の修正後の項目と合計の相関はいずれも 0.40 より大きかった。

妥当性を評価するために、ROC 曲線を使用して中国語版 BDI-II のカットオフポイントを作成した。本研究では、以下の目的のために 3 本の ROC 曲線を作成した。すなわち (A) うつ病性障害の診断の有無の比較、(B) うつ病なし / 軽度のうつ病と中等度 / 重度のうつ病の比較 (C) 無 / 軽度 / 中程度のうつ病と重度のうつ病の比較を目的とする曲線であった。

うつ病の有無の判定曲線では、ROC 曲線の曲線下面積の標準誤差は 0.78 ± 0.04 を示し、感度は 80.4%、特異度は 62.8% であり、正解率は 72.8% であった。うつ病なし / 軽度うつ病の判定と中等度 / 重度のうつ病の判定のための曲線については、ROC 曲線の曲線下面積の標準誤差は 0.90 ± 0.02 であり、カットオフポイントは 22/23 であった。このカットオフポイントの感度は 88.1%、特異度は 82.3% であり、正解率は 84.4% であった。うつ病なし / 軽度うつ病 / 中等度うつ病と重度のうつ病の判定曲線については、ROC 曲線の曲線下面積の標準誤差は 0.92 ± 0.02 であった。カットオフポイントは 30/31 であり、その感度は 81.5%、特異度は 85.0% であった。そしてその正解率は 84.4% であった。

BDI-II 中国語版の 21 項目の因子分析により、我々は Kaiser-Meyer-Olkin 数の関連距離が 0.94 であることを見出した。この結果からは本研究のサンプリングが良好であったことが示される。球形試験値は 2339.225 ($df = 210, p < 0.001$) であった。このサンプリング関連値は、サンプリングのテストで因子分析を実行するのに十分な値であることを意味している。主成分の分析要因を用いて、傾斜試験の決定において 2 つの要因を抽出した。

主軸因子を介して因子を抽出する方法を繰り返す際に、軸の変更を実行する際にプロマックス回転を使用した。そしてテストファクタについて 8.95 と 6.12 の 2 つの固有値を得た。うつ病症状の要因 1 (認知 - 感情次元) を表す質問は、質問 1 から 14、および質問 14、17、および 19 であった。抑うつ症状の要因 2 (体格次元) を表す質問は、質問 15、16、18、20、および 21 であった (表 3)。

表 3. BDI-II 中国語版の各項目の因子負荷量

アイテム	因子 1	因子 2
1. 悲しみ	.72	.05
2. 悲観論	.70	-.00
3. 過去の失敗	.67	.00
4. 喜びの喪失	.53	.25
5. 罪悪感	.52	.05
6. 罰の気持ち	.70	.01
7. 自己嫌い	.94	-.20
8. 自己批判	.76	.05
9. 自殺念慮	.53	.24
10. 泣く	.42	.33
11. 攪拌	.58	.13
12. 興味の喪失	.54	.25
13. 優柔不断	.69	.02
14. 無価値	.66	.09
15. エネルギー損失	.41	.44
16. 睡眠の変化	.04	.66
17. 過敏性	.50	.12
18. 食欲の変化	-.05	.82
19. 集中困難	.58	.14
20. 疲れや疲労	.35	.46
21. セックスへの関心の喪	-.07	.68

本研究では、12 項目版の中国語健康調査票と BDI-II の間のスピアマン相関は $r = 0.69$ であり、両者は有意な相関を示していた ($p < 0.001$)。

IV. 討論

前述したように、本研究では BDI-II の中国語版の信頼性と妥当性を研究することを目的とした。そして、この目的を達成するために、我々は診療所からサンプリングされた外来患者を募集した。インフォームド コンセントに署名した後に、参加患者は中国語版の BDI-II 質問票に回答を記入し、構造化診断面接を受けてその診断を確認した。その結果、中国語版の BDI-II は優れた信頼性と妥当

性を示すことが明らかになった。中国語版 BDI-II と英語版 BDI-II の間にはその臨床的有用性について大きな違いは見られなかった。

被験者の特性について考察すると、被験者の平均年齢は 32.9 歳であり、その 60% が女性であった。研究対象者の教育レベルは、82 人が大学を卒業、13 人が大学院卒業であり、地域のそれよりも高かった。女性で、学歴が低く、社会経済的に低い対象者はベック抑うつスケールでより高いスコアを示すことが、これまでの研究によって報告されている [23, 24]。対象者の年齢が 18 歳から上昇すると、BDI のスコアは年齢とともに増加することが知られているが、BDI スコアは、38 歳でピークに達した後、減少し始めることも知られている [25]。

中国語版 BDI-II の最良のカットオフポイントは、英語版 BDI-II のそれとは異なっており、中国語版 BDI-II のスコアは英語版 BDI-II のスコアよりも高いことが示された。我々の研究における中国語版 BDI-II では、正常範囲は 0 -16、軽度うつ病は 14 -19、中程度うつ病は 23 -30、そして重度うつ病は 31-63 であることを示した。英語版 BDI-II の正常範囲は 0 -13、軽度のうつ病は 14 -19、中程度のうつ病は 20 -28、そして重度うつ病は 29 - 63 であるが、これら 2 つのバージョンの BDI-II のスコアの違いには、以下の 3 つの理由が考えられる：

第一の問題は、2 つの研究における対象者の構成が異なっている可能性が考えられる。英語版 BDI-II で検討されている対象者 127 人のうち、44.9% が重症うつ病患者であった。これに対して BDI-II 中国語版の対象者 180 人のうち、重症うつ病患者は 56.7% であった。さらに、重症うつ病のない患者は他の精神医学的診断を受けており、この研究ではより高いスコアを示していた。

第二の問題は、文化の違いの要因によるものである。例えば、Zheng らは BDI-II の初期のバージョンである BDI-IA について中国で研究を行ったが [26]、彼らは、BDI-IA は英語から中国語に翻訳されているが、中国の患者は文化的障壁のためにうつ症状の意味を理解するのが困難であることを見出している。BDI-II は アメリカで開発されたものであり、それはアメリカ人にとっては最適

な内容であるが、文化的な特徴がある抑うつ症状に関するいくつかの質問が追加されるならばも分化の違いを超えて、その意味がより良く理解されるのかもしれない。

第三の問題は、おそらく DSM-IV の重度うつ病の操作的定義によるものであろう。軽度のうつ病は、9 つのうつ病の症状のうち 5 つまたは 6 つのうつ病の症状があり、軽度の機能障害があり、その機能維持に大きな努力が必要であるとされている。また、重度うつ病には、より多くのうつ病症状があり、明らかな機能障害があることを意味しており、中程度のうつ病は、軽度うつ病と重度うつ病の間のどこかとされているが、実際にはこの種の定義では、カットオフポイントの決定において曖昧さと相違を引き起こしうる。

インタビューツールのカットオフポイントは、サンプリング対象の違いとスクリーニングの目的によって異なる可能性がある。例えば、スクリーニングの目的が全ての可能性のある患者を同定することであるならば、カットオフポイントのスコアは下方にシフトすることにより感度を増加させるが、偽陰性症例の割合を減少させるが、このような状況では、偽陽性の症例の発生率が高くなり、不適切な症例除くための負担が発生することになる。一方、スクリーニングの目的が正しい診断を有する患者を見つけることである場合には、カットオフポイントのスコアは上方にシフトする方が良い。このような目的を考えて研究者は実際の必要性を考慮してカットオフポイントを調整することになる。

因子分析を行う主な目的は、いくつかの因子を使って多くの変数の関係を記述することであり、因子分析を行うには、それらの関連する要因新しい変数に変換するために一つのカテゴリにグループ化する必要がある。この種の因子分析は、スクリーニングツールの構造的妥当性をテストするために使用することができる。本研究では Beck らによって実証された因子分析の方法に従って因子分析を行った(表 3) [8]。そして、傾斜の結果を検討することにより、2 つの要因が決定された。主軸法から因子を抽出し、Promax 回転を使用し、それらの妥当性を検討するために、因子軸を

回転させた。英語版 BDI-II を用いた 500 人の臨床患者を対象とした因子分析研究では、2つの主要因子(身体的 - 感情的次元と認知次元)がそれぞれ 4.61 と 4.41 の特異性 0.66 ($p < 0.001$)で見出された[14]。英語版 BDI-II を用いた 120 人の大学生患者に関する別の因子分析研究では、2つの主要因子(身体的 - 感情的次元と認知的次元)がそれぞれ 5.42 と 3.54 の特異性 0.62 ($p < 0.001$)で見出された[14]。Beck ら[8] によって述べられているように、BDI-II は相関性の高い 2つの主要因(身体的 - 感情的次元と認知的次元)を有していたが、サンプルが変わると身体的 - 感情的次元に関する質問のいくつかは異なるカテゴリーに変わるのかもしれない。

本研究では 12 項目版の中国人健康調査票と中国版 BDI-II の得点が有意に正の相関があることが明らかになった($p < 0.001$)。過去の研究[27]では、うつ症状と不安症状は高い併存症を示しているが、12 項目版の中国人健康調査票にはうつ病の症状を検出するためのいくつかの質問があることからうつ病を検出する項目があることもわかっていることから[28]、これら 2つの質問票の高い相関関係が予想される。

V. 臨床的意義

- ・本研究は、台湾で最初の中国語版 BDI-II の信頼性と妥当性を示した研究である。
- ・本研究の結果から、カットオフポイントの得点は、健常者では 0-16 点、軽度のうつ病は 17-22 点、中程度のうつ病は 23 -30 点、および、重度のうつ病は 31-63 点であることを示した。
- ・本研究のサンプルとした患者は外来診療所の患者であったが、今後は異なる患者のサンプリングにより、それらの患者群のカットオフポイントを調整することが望ましい。

謝辞

本研究で使用するために、12 項目中国健康調査票を提供して下さった台湾中央研究院生物医学研究所の鄭泰安(Andrew T.A. Cheng)教授に感謝します。

参考文献

- 1) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
- 2) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford Press, 1979.
- 3) Beck AT. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8: 77-100.
- 4) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders, Third Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
- 5) Moran PW, Lambert MJ: A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In: Lambert MS, Christensen ER, DeJulio S (Eds.) : *The Assessment of Psychotherapy Outcome* (PP. 263-303) . New York: Wiley, 1983.
- 6) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders, Third Edition, Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
- 7) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 8) Beck AT, Steer RA, Brown GK: *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, Texas, USA: Psychological Corporation, 1996.
- 9) 柯慧貞、陸汝斌：貝克氏憂鬱量表之心理計量特性：在台十年之評估。中華民國精神醫學會八十三年度年會論文摘要, 1994:11-2。
- 10) 柯慧貞、黃耿妍、李毅達、莊麗珍：貝氏憂鬱量表應用於國人周產期憂鬱症篩選之適用性。中華衛誌 1996;15:208-19。

- 11) 陳彰惠、王興耀、胡海國、周汎濂：成年期婦女產後憂鬱的對照研究。高雄醫學科學雜誌 2000; 16: 156-61。
- 12) 葉美玉、胡海國、林淑梅、李選：酒癮患者憂鬱之研究。護理研究 2000; 8: 241-8。
- 13) 張紀萍、蔡芸芳、陳月枝、黃秀梨：燒傷病人憂鬱及其相關因素之探討。護理雜誌 2001;48:37-48。
- 14) 陳心怡：貝克憂鬱量表第二版指導手冊。台北市：中國行為科學社，2000。
- 15) Cheng TA, Williams P. The design and development of a screening questionnaire (CHQ) for use in community studies of mental disorders in Taiwan. *Psychol Med* 1986; 16: 415-22.
- 16) Cheng TA. A pilot study of mental disorders in Taiwan. *Psychol Med* 1985; 15: 195-203.
- 17) Cheng TA. A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. *Psychol Med* 1988; 18: 953-68.
- 18) Chong MY, Wilkinson G. Validation of 30- and 12-item versions of the Chinese Health Questionnaire (CHQ) in patients admitted for general health screening. *Psychol Med* 1989; 19: 495-505.
- 19) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan H, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 20) : 22-33.
- 20) Swets JA: ROC analysis applied to the evaluation of medical imaging techniques. *Invest Radiol* 1979;14:365-77.
- 21) Dorfman DD, Alf E: Maximum-likelihood estimation of parameters of signal detection theory and determination of confidence intervals: rating method data. *J Math Psychol* 1969; 6: 487-96.
- 22) Metz CE, Wang PL, Kronman HB: *ROCFIT*. Department of Radiology and the Franklin McLean Memorial Institute, University of Chicago, 1984.
- 23) Beck AT, Beamesderfer A: Assessment of depression: the depression inventory. *Pharmacopsychiatry* 1974; 7: 151-69.
- 24) Blumenthal M: Measuring depressive symptomatology in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 971-8.
- 25) Steer RA, Ball R, Ranieri WF, Beck AT: Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinical depressed outpatients. *J Clin Psychol* 1999; 55: 117-28.
- 26) Zheng Y, Wei L, Goa L, Zhang G, Wong C: Applicability of the Chinese Beck Depression Inventory. *Compr Psychiatry* 1988; 29: 484-9.
- 27) 曾美智、李宇宙、李明濱：憂鬱症與焦慮症之共患現象。台灣精神醫學 1999; 13: 125-35。
- 28) 李朝雄、楊宜青：「中國人健康量表」在社區精神疾患篩檢中的應用。台灣精神醫學 1997; 11: 368-78。

連載

森村茂樹伝 第3回 武庫川脳病院から兵庫医科大学 先進的な医療・病院経営 その2

作家 兵庫医科大学非常勤講師 松本順司

森村茂樹先生を忍ぶ

岡崎祐士

『皆さんの先輩、森村茂樹先生が東大精神科の若い諸君と会いたいと仰っています』

「私が非常勤でお手伝いをしていた都内のある精神科病院の院長先生からのお話が始まりでした。それは1975年頃、私どもの忘年会の2次会に相当するような時間帯であったと思います。会には数人の若手の助手、医員、研修医が参加しました。先生のお話を伺い、今迄の同窓の先輩との出会いにはない世界が、広がっているという強い印象を受けました」

岡崎32歳の時だった。1943年(昭和18)熊本県人吉市生まれ、東京大学医学部卒、同大助手、長崎大学助教授、三重大学医学部教授、東京都立松沢病院長を経て、現在長崎県の医療法人厚生会道ノ尾病院顧問。専門は精神科、統合失調症など。

「先生は私どもの報告を聞いて、後輩の置かれている診療や研究環境が守られていない状況を非常に心配され、先輩として何が出来るか、どんな支援が出来るか考えてお話しされました。兵庫医科大学での研究や、留学の勧めも話された記憶があります。私ども若い後輩が働き、研究する場所を心配されたのだろうと思います。先生は話を聞いて、ポイントを掴み、それを包み込んで、これから何をどうしたらいいか、大きな道筋をわかりやすく話されました。

先生とは2、3回お会いしましたが、懇親の時にはいつもどなたかと一緒に。私が記憶しているのは、福田哲雄先生と黒丸正四郎先生です。福田先生は非定型精神病を提唱した満田久敏先生の高弟で、日本生物学的精神医学会の発展に貢献されました。黒丸先生は当時、神戸大学医学部教授、わが国の児童精神医学パイオニアの1人です」

岡崎が森村と会った1975年(昭和50)になっても東大紛争混乱の余波が精神科に残っていた。74年に臺(うてな)弘教授が定年退官したが、後任教授の選考は行われず、教授の代わりとして助教授・科長が置かれ、他科教授が兼任するといった異常な状態だった。だから同窓生が気楽に大学を訪ねるのを憚られる雰囲気があった。しかも大学にいる同窓と大学外にいる同窓との交流は活発ではなかった。森村は精神科の現状を後輩から直接聞きたいと思っていたのだろう。



東大紛争の舞台安田講堂前で、右が森村

Series No.3. Biography of Prof.Dr.Med. Shigeki Morimura:
From Mukogawa Hospital to Hyogo College of Medicine-
Advanced Medical Service and Hospital Management Part 2-
Junji Matsumoto
Writer, Lecturer of Hyogo College of Medicine
1-1, Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo, Japan
junji@kg7.so-net.ne.jp

東大紛争は1968年(昭和43)1月に始まった。同大医学部生がインターン(無給研修医)制度に代わる登録医制度に反対、無期限ストに突入したのが発端で、全国的な学生運動となった。

「先生は兵庫医科大学創立間もない時期の、想像するに気が遠くなるような膨大な関係部署との交渉や内外の処理案件に忙殺されておられた時期に、私ども同窓後輩に時間を割くというのは、とても困難なことであったと思います。

初めてお会いすることになったとき、『兵庫医大の創設者で、理事長・学長・病院長、日本精神神経学会の学会賞・森村賞を設けた森村先生ですよ』と紹介者が説明された。森村賞は東大精神科に所属すると必ず話題になり、聞いてはいるのですが正確には知らないことも少なくありません。私などは兵庫医科大学創設者の森村先生と森村賞の森村先生が同じ方とは露知らずにいました。

医科大学創立の多忙な日々の中に、私ども、大学・医局同窓の後輩にも、力を貸そうと考え始めておられたのではないかと。そう考えると極めて心強い支援の手が広がろうとしていた可能性があります。残念ながら、森村先生のご逝去によってその可能性は断たれましたが、ほんの短い先生との出会いでしたが、大変心強い励ましでした」

以下は同じ会合で森村と会った丹羽真一の思い出だ。いずれも2019年(平成31)1月12日、岡崎から入手した手記の一部に手を入れた。

森村茂樹先生のこと

丹羽真一

「私たちの懇親会が乃木坂の途中にある品の良いパブで開かれました。その会に参加した折、都内の精神科病院長から、『この方が有名な兵庫医大の森村先生です』とお教えいただきました。その時、先生はとてもお忙しそうで、しばらくして中座されましたが、今から考えますと、昭和47年に設立されたばかりの兵庫医科大学を充実させるため、文部省等との種々のやり取りに忙殺されておられ

た時期なのだろうと思います。

先生の印象は端正だが精力的な紳士ということです。また、自己紹介がてらに私の職場の状況などをお話したのですが、呑み込みが早く目から鼻に抜けるようにお話をされたことを憶えており、すごい人だなあと感心したのが最初の印象です。後日、同じ場所でもう一度お会いしたことがありました。その時は、日本の精神医学の発展方向について、先生がお話されるのを私たち若い者がおとなしく伺っていた気がします。その時には福田哲雄先生も同席されていた記憶があります。当時の混乱した精神医学の状況を憂えて話されておられました。その後、しばらくして森村先生が外国におられた時に倒れられたということを知り、あの忙しさでは無理もないのかもしれないと感じた次第です」

丹羽は愛知県犬山市生まれ、1972年(昭和47)東京大学医学部卒、同大附属病院精神神経科助手、福島県立医科大学精神神経学講座教授、同附属病院長、公立大学法人福島県立医科大学理事、同副理事長を経て、現在県立医大会津医療センター特任教授。専門は精神神経科学、医学一般、神経科学一般。

兵庫医科大学設立直後に森村茂樹先生と会った岡崎祐士、丹羽真一両先生の思い出を紹介しましたが、大学関連は連載⑤⑥で取り上げます。

◇ヒロポン中毒の治療

森村は精神科医の父・真澄の遺志を継ぎ、精神疾患の人々への開放医療を進める一方、社会情勢の変化にも敏感だった。行動も早かった。最初に狙いを定めたのはヒロポン(覚せい剤)中毒患者の治療、更生だった。

陸軍の軍医だった森村は、戦時中、祖国のために「突撃錠」や「猫目錠」と呼ばれたヒロポンを使い士気向上や疲労回復を強いられ、極限状態で戦った航空機の搭乗員や潜水艦乗組員を知っていた。そんな彼らが戦後、無事帰国してからも、ごく一

部だがヒロポンを止められず中毒になり、傷害事件を起こしたり、廃人になるなど社会問題にもなっていた。昭和20年代後半の武庫川病院には、元軍人だけでなく暴力団組員や売春婦、ボクサー、医者、学生、一般人らの中毒患者100人以上が入院していた。森村は中毒患者の治療、更生を実現するための本格的な専門施設をつくりたかった。

ヒロポンは商品名、戦中から終戦直後は広くこの名前が使われていた。1949年(昭和24)に劇薬指定されるまでは普通の薬局で誰でもが購入できた。しかも旧日本軍の備蓄が大量に出回り、組員や作家、芸能人だけでなく、高校生や中学生までが手を出すケースも珍しくなかった。さらに中毒患者が不潔な注射器を使い回すことから肝炎ウイルス拡大の遠因にもなった。そして1951年(昭和26)6月、覚せい剤取締法が施行され、取り締まりが厳しくなったが、今も覚せい剤がらみの事件事故が後を絶たない。今後、紛らわしいため覚せい剤と表記する。

森村は専門施設の建設資金を赤い羽根共同募金会から受けることを目指した。その為、覚せい剤中毒に関するこれまでの治療実績を同会に報告するだけでなく、学会に研究成果を発表することにした。「連載2」で取り上げた臨床心理学士・松永一郎が「先見性があり、人間味豊だった森村先生」のタイトルで1998年(平成10)発行の兵庫医科大学医学会誌第23巻1号に思い出として文章で残している。

「昭和29年ころといえば、覚せい剤中毒患者が非常に多かった時期で、先生より命じられて武庫川病院を退院した患者の予後調査を阪神間の警察の協力を得て1年がかりで実施した。その結果を昭和30年、京都で行われた日本精神神経学会で発表することとなり、関東の高名な学者に序文を利用して反論すべく内容を考え、“困った質問があれば私が受けて立ってやるから”と先生は闘志満々でした。準備は全て私に任せられたが、原稿の前に挑戦状を書かれ、“これを先ず言え”と・・・冷や冷

やした発表になった」

学会は日本医学会第23分科会、1955年(昭和30)4月2～5日、精華女子高校で開催され、宿題報告の第2に「慢性覚せい剤中毒」がある。演者の林暲は「その状態像が“人当たりのよさ”の点で分裂病例と異なるとともに、脳の代謝面で分裂病と同様の変化がみいだされている」と指摘した。森村が反論したかった相手の林は、当時、覚せい剤中毒研究の第一人者と言われた松沢病院長である。挑戦書状、その内容は分からない。また、松永の文章には挑戦状に対する林の反応は書かれていない。この学会の一般演題174の中に慢性覚せい剤中毒関係が3題あり、関心の高さを物語っている。

◇赤い羽療園を開設

森村が計画した覚せい剤中毒患者の専門の治療・更生施設は1955年(昭和30)に完成した。赤い羽根共同募金会から寄付を受けた武庫川病院が、財団法人仁明会を設立、同年5月に木造2建て78床の「赤い羽療園」をオープンさせた。



仁明会病院「赤い羽療園」覚せい剤中毒を治療する(昭和40年代)

一般的な治療は、禁断症状にもよるが持続催眠療法が中心である。睡眠剤を大量に飲ませて一日15～20時間眠らせるが、昼間は食事ができる程度の深さで、2週間くらい続ける。悩みの種は組員だった。禁断症状が治まりかける。だが我慢が出来ない。付き添いの子分に指示、隠して持ってこさせた覚せい剤を打ち、振り出しに戻る。現場を見つけて注意した看護師に暴力を振るい、負傷させることも度々あった。また、売春婦は逃げないように何度も覚せい剤を打たれ、依存症になっている者も

多く、幻覚、妄想から病院を抜け出して徘徊、警察に保護されて連れ戻されるケースも少なくなかった。売春婦には性病の治療も同時に行われたが、多くは入院費や治療費を払うことができない。本人に代わって生活保護の申請も病院事務職員の仕事だった。

「赤い羽療園」には様々な年齢、階層の人々が入院しており、禁断症状の緩和状況に応じ、武庫川病院と連携しながら治療効果を上げ、2年後の6月には168床にまで拡充した。

◇病院内に断酒会 AA

森村は東京大学での研究テーマだったアルコール依存症の知識を臨床の場へと広げたかった。1952年(昭和27)ころから我が国で唯一「蛋白質電気泳動分析器」がある大阪大学の大阪微生物病研究所に通って研究を始め、56年(昭和31)3月5日「抗酒剤の作用機作」の研究業績で東京大学から博士号を取得した。

森村がアルコール依存症治療として最初に取り組んだのは、デンマーク・コペンハーゲン市民病院の精神科長ヤコブセンが1948年(昭和23)ころに発表した合成薬品アンタビユースによる治療法の追試だった。この薬はヤコブセンらが発見したもので、アルコールの代謝を遅らせる効果があるとされ、「酒の乱用に抗するもの」との意味がある。

森村が追試したところ、わずかな量でも酩酊しやすくなるが、気分が悪くなり継続できない患者が多く、思ったほどの効果は得られなかった。しかも、禁断症状が治っても、しばらくするとアルコールに手を出すケースも多く、薬によるアルコール依存症の治療には限界があった。

ネットの『原始人の見聞』57番目「酒嫌いになる薬の話」に武庫川病院での実験結果が出ていたが、データなどの現物は確認できなかった。

「アンタビユースを飲んだ酒豪45人のうち、薬を飲んだ後——酒をやめた者11人、一酒の量が減った者5人、薬を飲みながら——禁酒している者3人、一酒の量を減らした者18人、薬をやめた

ら元の酒豪に戻った8人」

森村は新たな治療方法を模索していた。最新の精神医学を学ぶため1956年(昭和31)2月、東京大学医学部長だった内村祐之の外遊に同行、アンタビユース治療の現状を知るためだったのか、デンマークに立ち寄った。ところが、ヤコブセンはアルコール依存症からの回復を図る集団療法AA(アルコールリクス・アノニモス)活動を主宰していた。視察して話を聞き、有効性を確信した。そして帰国後の5月に公開されたアメリカ映画「明日に泣く」を見て導入を決めた、とも言われている。映画は女優リリアン・ロスの半生を描いたもので、恋人が病死してからアルコールにおぼれたが、施設でAAに取り組み酒の誘惑を絶ち、再びスターにカムバックするストーリーだ。

AA活動は1935年(昭和10)アメリカで始まり、世界に広がった。

森村は1957年(昭和32)、武庫川病院内に断酒会AAを設立した。依存症の患者が定期的、自主的に集会を開き、互いの体験を話し合い励まし助け合いながら禁酒の日を積み重ねて酒断ちを目指すもので、数組の夫婦が家族と共に参加、医師3人、臨床心理士3人、看護長らがオブザーバーとして加わる。毎週1回、開催したところ参加者も増え、尼崎や神戸、大阪などにも支部ができた。同年7月発行の『総合臨牀』第6巻第7号別刷りに「アルコール中毒の常識」を発表、AAについて触れている。



西宮・武庫川 AA30周年記念誌「灯」(昭和62年11月発行)

西宮 AA 設立 10 周年を迎えた 1967 年(昭和 42)新武庫川病院で開かれた総会には、100 人近くの会員が出席、“脱アルコール”を喜んだ。森村は翌年の第 3 回日本アルコール医学会総会で、「アルコール嗜癖者の身体・精神的治療」のテーマで講演した。アルコールを手放せない人たちをロールシャッハテストで分類、心理学的アプローチとともに、AA によるリハビリテーション効果の有効性を報告した。さらに、アンタビユースとは逆のアルコール代謝を促進する物質の治療効果の可能性にまで言及した。

森村がまいた種は広がっていった。武庫川病院内の AA 集会は、1972 年(昭和 47)から会場を院外に移して行われるようになり、87 年(昭和 62)には西宮 AA30 周年記念誌『灯』が発行された。またオブザーバーの職員が転職すると新しい職場で枝葉となる AA を設立、参加者らが居住地で独自に集会をもった。さらに神戸・東灘保健所が「酒害者家族教室」を開くようになった。

現在、我が国には約 300 のグループがあると、いわれている。

新武庫川病院は 1959 年(昭和 34) 11 月にオープンしている。武庫川病院の総合病院化を念頭に置いたもので、第 1 期として武庫川病院の西に鉄筋コンクリート 3 階建の新病棟を建設、内科と精神科約 70 床でスタートした。

このように覚せい剤やアルコール中毒患者の治療、社会復帰を助ける一方、1964 年(昭和 39)兵庫県から精神衛生鑑定医に認定された。森村は心理学スタッフらと共に警察官や患者家族から下調べ、資料の収集、分析を行い、必要となると入院させた中毒患者への飲酒テストも行った。要点をおさえた鑑定書は精度が高く、しかも分かりやすいと絶賛された。以下は家族の目撃談である。

「書斎の机に向かってペンを走らせる父の姿をよく見た。そのわきには鑑定書を書くための資料が山積みになっていた」

◇コラム 「二日酔い運転は危険です」

「二日酔いで運転ダメ 一晩寝てもアルコール抜けず」

読売新聞 2018 年(平成 30) 10 月 12 日夕刊が、二日酔いによる飲酒運転事故が多発している現状を伝えている。抜粋した。昨年、全国で午前 5 ～ 10 時に摘発された飲酒運転 4,157 件の多くが二日酔いと見られる。ひき逃げ事故を起こしたタレントは、「午前 0 時頃まで缶チューハイ 3 本と焼酎のソーダ割り 2 杯を飲んだ。5 時間ほど眠った」と供述している。飲んでから 7 時間たっていたが、呼吸検査では、基準値の約 4 倍のアルコール分が検知された。

川崎医療福祉大学の金光義弘名誉教授は「飲酒後、8 時間以上寝た後もアルコールが抜けない人もいる。個人差はあるが、大半の人は睡眠をとっても、アルコールは残る」と指摘する。

「少し寝たので大丈夫だと思っていた」摘発された多くの人がこう話す。眠ると「酒は抜けた」と考えがちだが、睡眠中は内臓機能が低下し、アルコールの分解が遅くなる。二日酔いであっても、基準値を超えるアルコールが検出されれば、通常の飲酒運転と動揺に罰せられる。

2007 年(平成 11) 9 月施行の改正道路交通法などで厳罰化された。飲酒で正常な運転が困難な状態で死傷事故を起こすと、上限が懲役 20 年の危険運転致死傷罪が適用される。

お酒好きのご同輩の皆さん、二日酔いかな？と思えば運転を控えませんか！特に医師、学者らが起こした事故は、マスコミで大きく取り上げられます。

◇内村祐之とヨーロッパ視察

森村は精神科の研究、勉強だけでなく病院経営の改善にも情熱を燃やした。1956年(昭和31)2月、西ドイツ・ミュンヘンで開催されるエミール・クレッペリンの生誕百年記念式に出席する恩師内村祐之と学友渡辺栄市に同行、同月15日インド航空で羽田を発ち、スペインやイギリスなどに立ち寄りながらドイツに入った。この時、デンマークで見学したAA活動についてはすでに触れた。



羽田空港から欧州へ、インド航空、昭和31年2月15日



Haar 精神病院2 (昭和31年2月)

ドイツでは約1か月間にわたり精神科病院の訪問とクレッペリン記念式で、先進的な精神医学者である Ludwig Binswanger (ルードウッヒ・ビンズワングー)、Manfred Bleuler (マンフレッド・ブロイラー)、Wilhelm Mayer Gross (ウイヘルム・マイヤー・グロス)、Ernst Kretschmer (エルンスト・

クレチュマー)の講義を聴いた。特にバイエルン州の Harr (ハール)精神病院では薬物嗜癖患者や精神障害者に対する治療、精神薄弱児へのメンタルテストなどを行っており、その後の森村の医療施策に大きな影響を及ぼした、と言われている。

内村は愛弟子である森村に対して「覚せい剤中毒による精神障害」だけでなく精神科の研究成果や問題点などの情報提供を行ったと思われる。それに応えた森村は覚せい剤中毒の治療効果を上げ、病床数を2年間で90床から168床に増やした。

◇日本精神神経学会が森村賞制定

話は戦中にさかのぼる。軍医となった森村は、戦地から生還できる可能性は100%ではない。父真澄の1周年忌にあたる1942年(昭和17)11月9日、父の遺志であり母豊の希望を受け入れ、内村が幹事を務める日本精神神経学会に1万円を寄付した。同封された書簡には「奨学金なり、その他評議員会にでも御諮問の上適宜御定め下さいますれば幸甚と存じます」とあった。

『日本精神神経学会百年史』によると、43年6月に名古屋帝国大学で開かれた第42回総会で、森村賞制定について協議した記述があった。

「先般武庫川脳病院長故森村真澄氏の遺志により本会に宛て金壹萬円の寄付があり、此の使用法に就き本年度総会の評議員会に於いて協議の結果、茲に日本精神神経学会森村賞を設置し、斯学振興の一助たらしめて故人の遺志に副ふことになった」

当時、東京大学の授業料は、「値段の明治大正昭和 風俗史下」(朝日文庫)によると120円だった。2018年(平成30)は53万5800円、単純に比較すると1万円は現在なら4,465万円となる。

日本精神神経学会は1943年(昭和18)6月に「森村賞」を制定したが、戦時中のため選考もされなかった。48年になってから精神神経誌に掲載された優れた論文の表彰を始めた。第1回は岡田敬蔵・諏訪望(東大神経科)の「双生児に依る性格の研究」、51年は猪瀬正(松沢病院)の「肝脳変性疾患の特殊

型]、52年が森村と東大時代同期の白木博次の「原子爆弾症脳髓の病理」、53年氏家不二雄(北海道大)「失語症の脳生理学的解析—大脳両半球の代償作用を中心として」、54年満田久敏(京大)「内因性精神病の遺伝臨床的研究」、55年檜博太郎(順天堂大)「パーキンソン症候群に対する定位的淡蒼球手術について」、56年は臺弘・江副勉・加藤伸勝(東大)「覚せい剤中毒の生化学的研究」、57年春原千秋(東大)「狂犬病予防注射による脳炎の精神神経障害について」、58年祖父江逸郎(名古屋大学)「知覚の臨床」、59年福田和夫(慶応)「電子顕微鏡観察による神経上皮構成とその細胞要素の考察—組織培養の研究から」、60年山内典男(大阪大学)「肝レンズ核変性症の遺伝学的研究」、61年徳臣晴比古(熊本大)「水俣病—臨床と病態整理」、62年小川信男(東京大学)「分裂病の心性」、63年近沢茂夫(金沢大学)「海馬律動波の発現条件に関する研究」、64年(昭和39)小木貞孝・石川義博・菅又淳(東大)「累犯受刑者の犯罪学的及び反則学的研究—社会環境と拘禁環境における人間行動」ら20人に授与された。

前出の岡崎祐士が森村の思い出の中で、森村賞について触れている。

「昭和18年学会賞である森村賞が創設され、昭和23年から選考が開始されました。精神医学・医療の先駆者である父親・森村真澄先生の遺志があったことを後に知りました。しかし、真澄先生の一周忌にあたる、昭和17年11月9日に、恩師・日本精神神経学会幹事であった内村祐之教授を通して寄附された経緯を考えると、森村茂樹先生ご自身の強い意志があつてのものと思われまます」

「森村賞」は1964年(昭和39)度の総会で森村から名称辞退の申し出があり、翌年から「日本精神神経学会賞」に変更され、69年(昭和44)まで16人に授与しているが、同年以後の授与者はいない。

名称辞退の理由はハッキリしないが、『日本精神神経学会百年史 資料編』昭和37年度の総会の記事には、「詮衡委員長より、森村賞の存続について

評議員会で論議があつたが、次期会長が森村氏と相談して対処することにした、との報告があつた」とある。原資が無くなったのだろうか、興味は尽きない。

森村は完全なる研究生活に未練があつた。復活を模索していた。次のような雑文を書いている。日付は無かつた。

「これだけ学問から遠ざかってしまった私が、私より若いよく勉強のできた人たちと伍して、果たしてやってゆけるであろうか。いや、俺のクラスで長い事兵隊に行っていた奴でも、そしてそんな秀才でも勉強家でもなかつた誰彼が、どうにかあれだけの地位を保っているのではないか、と級友二、三の顔ぶれが浮かんでくる」

森村は口惜しさと不満、やるせなさを文章にぶちまけながら研究発表を続けた。

◇活発に学会発表

学会発表としては、第36回近畿精神神経学会総会が1949年(昭和24)大阪大学で開かれ、森村と武庫川病院医師2人の連名で「電撃痙攣の実験的研究」、副院長の岩谷信彦が「触覚残像の精神医学的研究」。51年(昭和26)の第41回近畿精神神経学会総会では、森村ら武庫川病院の4人が「避酒薬(アンタビユース)の臨床経験」を発表した。

第14回日本脳・神経外科学会が1955年(昭和30)10月和歌山で開かれ、森村は岩谷と生垣要の連名で「クロールプロマジンの酵素作用」を発表、クロールプロマジンがアルコール酸化酵素に対して阻害作用があることを報告した。この薬は各種精神病による興奮の鎮静作用があるとして1952年(昭和27)にフランスで使用が始まったが、わが国で追試が始まるのはもう少し後である。この報告を見た森村は、精神病ではなくアルコール依存症の治療に効果があると思ひ、研究を指示、今回の研究発表につながつた。そのわずか7か月前の3月、大阪大学医学部発行のメディカルジャーナルにアルコール依存症治療薬として石灰窒素(nitrolime)

の有効性を報告、6月には東京大学の博士論文である「抗酒剤の作用機作」を精神神経学雑誌別冊として発行している。



第1回日本アルコール医学会総会、昭和41年5月31日、京都府立勤労会館（3列目右から2人目）

日本精神神経学会の第57回総会が1960年(昭和35)4月、福岡県久留米市で開かれた。森村は「酒精中毒」をテーマにしたシンポジウムに参加、「酒精中毒の薬物療法」の研究成果を述べ、さらに一般演題として「酒精中毒の集団精神療法」を発表している。

研究発表は続く。1960年の医学総会で発表した「アルコール中毒の薬物療法、特に甲状腺作用物質の働きについて」を11月発行の精神神経学雑誌別冊に掲載した。甲状腺作用物質が血中アルコールやアルコール欲求に与える影響についての実験結果をまとめた。

1963年(昭和38)3月には日本体質学雑誌に「アルコール中毒の体質と予後」を発表した。4種類の心理テスト「ベンダー・ゲシュタルト法」、「ロールシャッハ氏性格投影法」、「Szondi氏法」、「MKAI法」からアルコール依存症患者の性格を分類した。さらに抗酒剤および「tri-jodthiourasil」、[Methylthiourasil]で前処置した場合のアルコール欲求や血中濃度、肝酵素消費を比較した動物実験結果を報告した。

多くが共同研究だが、これ以外にも「精神疾患の血清蛋白分割」、「アンタビユースによる幻覚症について」、「所謂致死性緊張病の一例について」があるが、発表年月日は不明である。

第50回近畿精神神経学会総会が1964年(昭和39)2月大阪市で開かれ、病院精神医学シンポジウム「現在の精神病院が抱えている諸問題」に参加、同年11月神戸で第3回全日本病院管理学会のシンポジウム「医療社会事業をどう進めるか」が行われ、司会を務めた。さらに68年(昭和43)第16回精神衛生全国大会(主催：日本精神衛生連盟、近畿精神衛生連絡協議会、兵庫県精神衛生協会、兵庫県、神戸市)の公開討議会でも司会を担当した。「子どもの幸せのために」をテーマに兵庫県知事金井元彦、神戸大学教授黒丸正四郎、評論家秋山ちえこ、東京都立療育センター院長白木博次、作家庄野英二がパネリストだった。

◇ライシャワー事件

日本精神神経学会の第61回総会が1964年(昭和39)5月、岩手県盛岡市で開かれた。3月24日にライシャワー駐日大使が、アメリカ大使館に侵入した19歳の少年に右大腿部を小刀で刺される事件が発生した。少年が統合失調症と分かり、精神衛生法の緊急改正への動きが起こった時期だけに、この大会は注目を集めた。

森村は精神病院協会副会長として出席、シンポジウムで「精神衛生法(病院の立場から)改正の焦点」を取り上げ、次のように持論を展開した。

「立法の中心問題は精神障害の早期発見と治療法の進歩をなるべく早く多くの障害者に及ぼして円滑な社会復帰を目指すことにあるが、精神病院が経営主義に陥って患者を顧みない」

このように批判、さらに予防や予後について提案した。

「とりわけ訪問指導についての規定の必要性和病院、診療所、訪問指導が一連のつながりをもって行われること。また、措置入院における鑑定医について、職権と責任を同時に引き上げることで、責任ある鑑定と早期治療の実現を図る」

日本精神神経学会は精神衛生法の改正反対運動を展開したが、森村の危惧は現実のものとなった。改正精神衛生法が1965年(昭和40)6月に施行、

保健所による在宅精神障害者への訪問指導等の強化や通院医療費の公費負担制度が新設された一方、精神障害者が引き起こす犯罪への対策として警察官等による通報・届け出制度の強化、さらに緊急措置入院制度などが新設された。人権が軽視され、患者を隔離する流れが強まっていった。55年(昭和30)に約9万床だった精神病院の病床が、70年には約25万床に急増している。

このライシャワー事件で売血問題もクローズアップされた。当時の輸血用血液は、ほとんど黄色い血と言われた売血で調達されていた。その血液には、さまざまなウイルスが混入するケースもあった。ライシャワー大使の出血は3,000ccを超え、1,000ccが輸血されたが、この輸血が元で肝炎に罹った。政府は1964年(昭和39)年の閣議で、売血を廃止し輸血用血液は献血でまかなうことに決定した。

武庫川病医院関係者の研究発表は続く。

第1回日本臨床心理学会の大会が1965年(昭和40)に開かれ、「結節性硬化症とFahr氏病の各1例に認められた毛細管周囲PAS陽性物質について」武庫川病院と京都大学精神科の5人らが発表した。66年の第7回日本児童精神医学会総会では「都市における学齢期障害児童の精神医学的実態の研究」(I)不就学児童とその周辺、(II)重傷障害児について」報告している。武庫川病院の福岡修と大阪日赤精神科・医療社会事業部、布施市教育研究所、布施市立第6中学校、福井大学教育学部、大阪・修徳学園、京都大学教育学部大学院の10人らの共同研究だった。

◇大阪大学との人事交流

大阪大学精神科との人事交流も活発に行われた。1948年(昭和23)岩谷信彦の医局員就任から始まって吉田優、福井郁子、越智和彦、山内典男、小林隆、子安義彦、福井昭平、保坂正昭、田林雅一が常勤医になり、有岡巖、武貞昌志、関山守弘が非常勤医として勤務した。この他にも記録漏れの先生が

居られる可能性もありそうだ。

研究面でも緊密な協力関係を築いた。武庫川病院勤務を終えてから大阪大学精神科研究室に戻って研究や抄読会に参加、毎週金曜日の夕方に開かれる大学病院精神科外来の研究発表や議論に加わる人も少なくなかった。また、大学精神科の医局員や大学院生が武庫川病院で症例の採取をした。大阪大学名誉教授西村健は、同大学精神科に1957年(昭和32)入局、症例勉強するため何度も武庫川病院に来ている。

「武庫川病院チームと阪大精神科医局とのソフトボールや野球の試合は、毎年のように行われた。特に記憶に残っているのが、甲子園球場での対抗戦でした。わくわくした」

このような関係は大学紛争が激しさを増した1968年(昭和43)半ばころから疎遠になり、72年の兵庫医科大学設立を境に25年間の協力関係は終わった。

◇コラム 「電車内化粧やめて！」

電車内化粧は見るに堪えない。しかし揺れる車内で立ったままの化粧、超絶テクニックに衝撃を受けたが、周囲の無関心さに驚く！「衣食足りてマナーどこへ」だ。



止めて欲しい化粧！大阪メトロ大国町駅ホーム

子を持つ親世代を中心に2016年(平成28)アンケート調査したところ、回答していただいた50人の69%が「恥だ。悲しくなった」と否定的にとらえている。

兵庫医科大学学生は電車内化粧をどう思っているのか、2017年(平成29)1月、1年と4年生220人にアンケートした。男子学生の半数近くが「人前で化粧する女性とは結婚しない」、また「彼女が化粧をしたら」との設問には、ほとんどが「止めさせる」と答え、理由は「恥ずかしいから、下品だ、同類と思われる」だった。

もし貴女がこれまでは「他の人もしているから」、「時間が無かったから仕方なく」などと軽い気持ちで化粧をしているとしても、「人前での化粧」が素晴らしい出会いを奪い、恋愛から結婚へと結びつける赤い糸を自らの手で切ることにもなるかもしれない、となったら・・・。良く考え、行いを改める時間はある。一人でも多くの方が「人前での化粧は恥ずべきことだ」と、話の端に掛けていただけたら幸いです。

観光立国を目指す日本、「電車の中でも化粧をしていたの!」「そんな光景は見なくなったなあ」、そして「衣食足りて礼節を知る」と言える状態になることを願う。世界の人々1,000万人が集まるとされる東京オリンピック・パラリンピックは2020年だ。

このドキュメントは残念ながら未だ出版には至っていない。

◇医療以外にも全力

医学と離れた活動にも積極的だった。

尼崎家庭裁判所の調停委員に1959年(昭和34)就任、西宮市では62年(昭和37)教育委員、その後社会教育委員、社会教育委員会議長、教育研究所教育相談嘱託指導員などを歴任、68年(昭和43)に兵庫県衛生功労表彰を受けた。69年(昭和44)には社会事業発展に貢献したとして第9回西宮市民文化賞が贈られた。76年(昭和51)尼崎浪速信用金庫監事に就いている。

森村が職業から広がる地域奉仕活動を推進する西宮ロータリークラブ(西宮RC)に入会したのは、

1953年(昭和28)7月だった。同クラブは37年(昭和12)5月、我が国で29番目に誕生した。しかし、日米関係の緊張等から41年(昭和16)2月、日本ロータリークラブの解散にともない国際ロータリーを脱退したが、記録によると我が国では西宮が最後まで残った。その後は西宮火曜会に改称、45年(昭和20)6月の例会まで活動を続けたが、阪神間への空襲が激しさを増したため休会となった。再スタートは早かった。49年(昭和24)8月、戦後10番目の承認を得ている。

森村は1955年(昭和29)39歳で監事、69年(昭和44)に会長に就任するまで副幹事や副会長、青少年奉仕委員長、広報委員長、国際奉仕委員長などを歴任した。その間、インターシティーゼネラルフォーラム(I.C.G.F)と西宮地区大会を初めて開催、万博会場での例会、地区協議会、委員会を取り仕切ったほか、クラブの歌制定、高校生や外国人留学生の育英基金制度導入や米・スポーケン市との各種国際交流事業の推進など同クラブ戦後の第1期黄金時代を築いた立役者だと言われている。



医家芸術家クラブ集会で山下清をゲストに迎えて
(昭和33年7月、2列目右端)

稲鍵雄康が初めて森村と会ったには、ロータリークラブ(RC)に入った1970年(昭和45)7月、34歳の時だった。当時から稲鍵はRCの次世代を担う人材と期待されていた。

「森村先生と父秀雄は仲が良かった。しかも私が尼崎生まれだとお知りになったからでもあります。年の離れた弟として可愛がってくださった。

バーなどにもよくお供しました。先生はその場を和ませ、みんなを上手く遊ばせる気配りの人でした。普段から指導ではなく自らの言動で奉仕の精神を示された。偉そうにしないで、ボスのいないRCを見事な統率力でまとめられ、多くの事業を成功に導かれました」

稲鍵はインターカレッジのテニス・ダブルスで2位になっており、兵庫医科大学の開学と同時に発足した硬式庭球部の顧問を4年間務めた。また、1986年(昭和61)には西宮RCの会長に就任するなど、産業・文化振興や国際交流推進などに尽力したとして、森村と同じ西宮市民文化賞を2011年(平成23)に受賞している。

森村は会員親睦のゴルフクラブを「ごりあんず」

と命名した。ゴルフとロータリアンズの合成語で、今もこの名称で年数回定例コンペを行っている。

ところで森村はどのようなプレーをしたのか。西宮市新甲陽町で小児科医院を開業する西林茂祐に聞いた。

「豪快なショットを打つこともあったが、全体としては手堅く尺取虫のように1歩1歩刻んでいく。そして100を切る」

文中の敬称は省きました。主な資料提供は兵庫医科大学アーカイブ室。記事のベースは2014年(平成26)4月に出版した拙著「兵庫医科大学創設 森村茂樹 奉仕と、愛と、知と」(神戸新聞総合出版センター)です。

編集後記

本号では、特別寄稿として、新福尚隆先生による「精神医学を始めた頃 - 思い出すままに」と、中村純先生の「せん妄の病態と治療」をお届けする。新福尚隆先生は神戸大学教授をご定年後、九州に戻られ西南女学院大学にお勤めになっていたが、この度、時間的に余裕ができたとのことで、ご寄稿をお願いした。尚隆先生は新福尚武先生(九大、米子医専、慈恵会医科大学精神科教授)のご子息であり、台湾生まれ、九大卒業、WHO 専門官としてご活躍後、神戸大学に勤務された。一般の精神科医とは異なるキャリアを歩まれた経歴とその思い出についてご寄稿いただいた。中村純先生は、産業医科大学精神科教授を退官され、現在は北九州古賀病院長としてご活躍であるが、編集子と同年代でもあり、いろいろな会合でお会いするたびに、気さくに話しかけていただき、旧交を温めている。産業医大時代のライフワークを本誌読者のためにご寄稿いただいた。

昔の精神科医は、英語だけでなくドイツ語やフランス語の原著論文も読んでいた。編集子もドイツ語論文の輪読会に参加していた頃を懐かしく思い出すが、最近は英語論文が主流となり、他の外国語論文を読む人も少なくなった。現在の英語一辺倒の状況は、戦後のアメリカの経済が発展し、学問の世界でもアメリカの影響力が強くなり、英語論文でなければプライオリティを主張できなくなったからであろう。しかしながら、歴史的には、和文論文も含めて、先人たちが残してくれたいろいろな言語で書かれた優れた論文も多い。そのようなことを考えながら、本誌では、英語以外の言語で発表され、いまだ日本語に翻訳されていない優れた論文を掲載することにした。これからの各号に、ドイツ語、フランス語、中国語、スペイン語、ロシア語などで書かれた本邦初出の論文を紹介することにした。

林三郎先生(元兵庫医科大学精神科助教授)から Karl Abraham によるドイツ語小冊子 Giovanni Segantini; *Ein psychoanalytischer Versuch* (全 65 頁, Leipzig und Wien Franz Deuticke, 1911)の翻訳を頂戴した。アルプスの画家セガンチーニの作品は、印象派の技法を取り入れた新しいアルプスの風景だけでなく、幼時に母親を失ったことから、母愛を描いた作品も多く、精神分析の題材となっている。本邦最初の訳出であり、このような原稿を刊行できることは編集子にとって望外の喜びである。過日、林三郎先生宅をご訪問する機会があった。林三郎先生にはストックホルムでの学会に参加した折にお会いしたことがある。学会場にリュック一つの身軽な姿で来られていたが、ノーベル賞が授与される青の広間での懇親会にはスーツ姿で登場され、あのリュックの中にスーツまで入っていたことに驚いたことを覚えている。きっとその機会にアルプスにセガンチーニのアトリエなどをお尋ねになったのであろうか。

高内茂先生のパリ留学中に、サンタンヌ病院に先生を訪問させていただいたことがある。もう 40 年ほど前のことではあるが、露天の店で腹一杯味わった生ガキの味がおいしかったことを覚えている。高内先生にフランス語論文で和訳されていない論文を仁明会雑誌で紹介したいと相談したところ、Henry Eye によるフランス語原著 29 頁のジャンピエール症例の訳出を快くお引き受けいただいた。この本邦初訳は、本号と次号に分けて掲載する予定である。

また、台北医科大学の沈武典(Winston Shen)教授とは、公私共に親しくお付き合いいただいている。英語で発表されていない中国語論文の中から、本邦初訳として本誌で紹介する論文を問い合わせしたところ、台湾精神医学に掲載された「ベック抑うつスケール第二版の中国語版の信頼性と妥当性」(慮孟良、車先、張尚文、沈武典、台湾精神医学 16: 301-310, 2002)を紹介していただき、著作権の使用許可をもいただいた。この訳出は沈武典先生ご自身で担当されたものであるが、沈先生はカラオケ教室で日本語の勉強を始められて数年で立派な日本語を書くようになられた。すごい才能の持ち主である。

担当を三好功峰先生から編集子が引き継いで二年目となるが、ドイツ語、フランス語、中国語で発表された本邦初出の三論文を掲載することができた。このような論文紹介が若い精神科医の目に留まり、役立つことを願っている。

編集委員長 武田 雅俊

仁明会精神医学研究・執筆規定

1. 精神医学に関する総説論文、原著論文、症例報告、学会記事などを掲載します。
2. 原著論文においては編集委員会の依頼する査読者による査読を行った上で、編集委員会において掲載の可否を決定します。
3. 症例報告については編集委員会において掲載の可否を決定します。
4. 文献の記載は以下の例に従ってください。
 - 1) 森村安史：認知症における精神科病院の役割. 仁明会精神医学研究 10, 6-11, 2013
 - 2) 三好功峰：大脳疾患の精神医学. 中山書店. 東京 2010
 - 3) Tolin DF, Stevens MC, Villavicencio AL, et al.: Neuronal mechanisms of decision making in hoarding disorder. Arch Gen Psychiat 69,832-841,2012
 - 4) Miyoshi K, Morimura Y: Clinical Manifestations of Neuropsychiatric Disorders. In : Neuropsychiatric Disorders (eds. Miyoshi K, Morimura Y, Maeda K) . pp.3-15. Springer 2010
5. 原稿の送付先
 - 1) Email: rijicho@ohmura-hp.net
 - 2) 郵送：〒662-0864 兵庫県西宮市越水町 4-31
一般財団法人仁明会 精神医学研究所 仁明会精神医学研究編集委員会
電話 0798-75-1333
6. 利益相反について
「仁明会精神医学研究：自己申告による COI 報告書」をご提出ください。自己申告書は著者校正時に編集委員会からお届けします。
7. メディカルオンライン掲載に伴う著作権について
本誌に掲載される論文はメディカルオンラインに掲載されます。そのために、本誌はメディカルオンラインの著作権の一部である「医学文献電子配信許諾」を譲渡する必要があります。本誌の発行母体である一般財団法人仁明会に掲載論文の著作権を帰属させていただくことをご了承ください。

タイトル 「アマゾンの笑顔」

撮影場所 ブラジル連邦共和国 アマゾン川

撮影年月 2007年9月

撮影者 森村 安史

コメント

アマゾン川の奥地にはまだ文明社会と隔絶した裸族が住んでいると言われている。広大な流域面積を持つアマゾン川にはまだまだ隠された生物が生息しているのかもしれないとの期待を感じさせる。我々が訪れることができるのはこの大河のほんの入り口のところだけである。そこには先住民の集落が観光用に残されている。お土産物売る彼らは明るい笑顔で私たちの来訪を受け入れてくれた。

仁明会精神医学研究
Jinmeikai Journal of Psychiatry

発行人：森村 安史

発行：一般財団法人 仁 明 会

発行日：2019年9月10日

編集委員会：武田 雅俊（編集委員長）

江原 嵩、武田 敏伸

大塚 恒子、前田 潔

松永 寿人、三好 功峰

印刷：兵田印刷工芸株式会社

目次 仁明会精神医学研究 第17巻 (1) 2019年 9月

■ 巻頭言	一般財団法人仁明会 理事長 森村安史 …… 1
■ 特別寄稿	
■ 精神医学を始めた頃一思い出すまま	神戸大学名誉教授、ブックスクリニック 新福尚隆 …… 2
■ せん妄の病態と治療	社会医療法人北九州病院・北九州古賀病院 中村純 …… 16
■ 原著	
■ 認知症の人に対する介護支援専門員の取り組みおよびその課題に関するアンケート調査	神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 梶田博之 …… 23
■ 当院におけるクロザピン使用の現状	一般財団法人仁明会 仁明会病院 三戸宏典 …… 31
■ 総説	
■ パーキンソン病における feeling of presence (気配感覚) について	一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 36
■ 新しいカトニアの理解とその対応	一般財団法人仁明会 精神衛生研究所、大阪河崎リハビリテーション大学 武田雅俊 …… 44
■ 原典紹介	
■ 「カール・アブラハム (Karl Abraham) : アルプスの画家 ジョヴァンニ・セガンチーニ (Giovanni Segantini) 精神分析的試論」	林三郎 訳 …… 77
■ アンリ・エー：症例ジャン・ピエール	好寿会 美原病院 高内茂 訳 …… 109
■ ベック抑うつスケール第2版 (Beck Depression Inventory, BDI-II) 中国語版の信頼性と妥当性	臺北醫學大學萬芳醫院精神科、臺北醫學大學醫學系精神學科、中國醫藥學院及附設醫院精神科 盧孟良 …… 118
■ 連載	
■ 森村茂樹伝 第3回 武庫川脳病院から兵庫医科大学 先進的な医療・病院経営 その2	作家、兵庫医科大学非常勤講師 松本順司 …… 126
■ 編集後記	…… 137
■ 仁明会精神医学研究・執筆規定	…… 138