

# 仁明会精神医学研究 第19卷2号

Jinmeikai Journal of Psychiatry

Volume 19, Number 2, March 2022



Jinmeikai Research Institute for Mental Health

## 自分史・神経精神医学をめざして(1)



写真1：京都大学退官後1年目  
(2000)



写真2：国際神経精神医学会・神戸シン  
ポジウム (2010)



写真3：国民学校入学 (1941)。  
小学校は当時、国民学校と呼んだ。



写真4：国民学校5年 (1945) (前中央)。父：徹次郎。母：恒  
子、次兄：弘光、姉：咲子と共に。長兄は中国で従軍していた。



写真5：大学受験票に使った写真 (1954)

## 自分史・神経精神医学をめざして(2)



写真6：京都大学本部、時計台  
昭和35年卒業生・「京都大学医学部」卒業25周年記念アルバム  
(1987)



写真7：京都大学医学部構内  
道の両側に個々の教室の建物が並んでいた。  
昭和35年卒業生・「京都大学医学部」卒業25周年記念アルバム  
(1987)



写真8：京都大学医学部附属病院。医学部キャンパスの南にひろがる。昭和35年卒業生・「京都大学医学部」卒業25周年記念アルバム  
(1987)

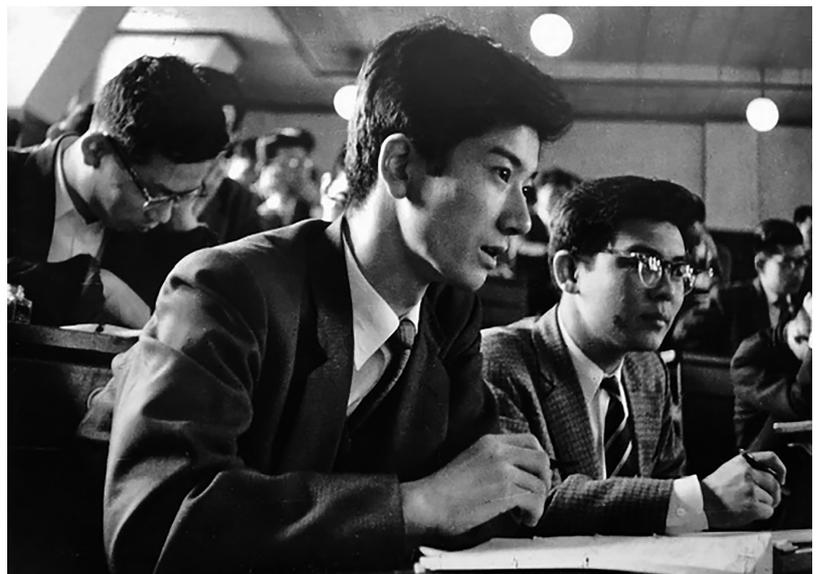


写真9.10：医学部学生時代（1959）  
大学祭のための写真。「医学生」というタイトル。同級生で、写真部の池田公行君（脳外科）の撮影したもの。

# 仁明会精神医学研究 第19巻2号

Jinmeikai Journal of Psychiatry

Volume 19, Number 2, March 2022

## 巻頭言

一般財団法人仁明会 理事長 森村安史 …… 1

## 特別寄稿

AE Hoche (1865-1943) とその時代 — 『自由意志』論にみる精神医学観—

東京大学 名誉教授 松下正明 …… 2

統合失調症の診断、概念と臨床的意義

特別顧問、恵風会 高岡病院、東北大学名誉教授、世界精神医学会名誉会員 佐藤光源 …… 13

成人期臨床におけるトラウマを考える

(公財) 慈圭会精神医学研究所 青木省三 …… 22

## 原著

大学の作業療法士養成課程における認知症教育の効果

—認知症リテラシーの向上を目指して— 神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 梶田博之 他 …… 28

## 総説

うつ病は身体疾患なのか精神疾患なのか

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 …… 33

摂食嚥下障害の早期発見と対応

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所、医療法人桂信会 羽原病院 江原嵩 他 …… 46

LGBTを踏まえたダイバーシティマネジメント

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 大塚恒子 …… 54

## 症例報告

ターナー症候群に統合失調症と軽度知的障害を合併した1例

一般財団法人仁明会 仁明会病院 新門加奈子 他 …… 63

妊娠後期に夢幻様体験で急性発症した2症例

兵庫医科大学 精神科神経科学講座 河野優菜 他 …… 67

薬物療法と認知行動療法による併用療法が奏功した compulsive masturbation の一例

兵庫医科大学病院 精神科神経科学講座 小原一剛 他 …… 72

妊娠を契機にベンゾジアゼピン系睡眠薬を中止し希死念慮が出現した1例

一般財団法人仁明会 仁明会病院 宮崎百仁加 他 …… 77

## 原典紹介

ストリンドベルク (August Strindberg) 自伝 —精神病理学的人格分析— その4

アルフレッド ストルヒ (Alfred Storch)

仁明会クリニック 武田敏伸 他 …… 81

M. P. ムソルグスキー：創作とアルコール依存症の相互関係

V.I. BEREZUTSKY, M.S. BEREZUTSKAYA

森村安奈 訳  
鹿島晴雄 監修 …… 90

## 連載

自分史・神経精神医学をめざして (1) 前史・生い立ち 1935～1954

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 107

自分史・神経精神医学をめざして (2) 学生時代 1954～1960

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 118

仁明会精神衛生研究所年間業績報告 (2021年1月～2021年12月) …… 126

仁明会精神医学研究・執筆規定 …… 132

編集後記 …… 134

Jinmeikai Journal of Psychiatry  
Volume 19, Number 2, March 2022

<b>Forewords</b>	Yasushi MORIMURA (President, Jinmeikai Foundation) ····· 1
<hr/>	
<b>Special Article</b>	
AE Hoche (1865-1943) and His Days —His Tract on “Freiheit des Willens” and His Viewpoint of Psychiatry	Masaaki MATSUSHITA, MD, PhD (professor emeritus, the University of Tokyo) ····· 2
The Diagnosis, Concept and Clinical Significance of Schizophrenia	Mitsumoto SATO, M.D. (Special Advisor, Keifu-kai; Takaoka Hospital ····· 13 Emeritus Professor, Tohoku University, Honorary Member, The Society of World Psychiatry)
Considering Meaning of Trauma in Clinical Settings of Adult Patients	Shozo AOKI MD, PhD (Jikeikai Institute of Psychiatry) ····· 22
<hr/>	
<b>Original Article</b>	
Effectiveness of Dementia Education in University Occupational Therapist Training Programs. -Aiming to Improve Dementia Literacy-	Hiroyuki KAJITA (Faculty of Rehabilitation, Kobegakuin University) et al. ····· 28
<hr/>	
<b>Review Article</b>	
Is Depression Medical or Psychiatric Disease?	Masatoshi TAKEDA, MD, PhD (Director of Jinmeikai Institute for Mental Health, President of Osaka Kawasaki Rehabilitation University) ····· 33
Early Detection and Treatment of Dysphagia	Takashi EBARA (Jinmeikai Research Institute for Mental Health, Habara Hospital) et al. ····· 46
Diversity Management Considering LGBT	Tsuneko OTSUKA (Jinmeikai Institute for Mental Health) ····· 54
<hr/>	
<b>Case Report</b>	
A case of Turner syndrome comorbid with catatonic schizophrenia	Kanakano SHINKADO (Jinmeikai Hospital) et al. ····· 63
Acute onset of oneiroid syndrome in late pregnancy: report of two cases	Yuuna KONO M.D (Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine) et al. ····· 67
A case of compulsive masturbation treated with combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy.	Kazutaka KOHARA (Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine) et al. ····· 72
Discontinuation of benzodiazepine hypnotics induc suicidal ideation in early pregnancy: a case report.	Monika MIYAZAKI, MD (Jinmeikai Hospital) et al. ····· 77
<hr/>	
<b>Newly Translated Article</b>	
Japanese Translation of “AUGUST STRINDBERG IM LICHTE SEINER SELBSTBIOGRAPHIE”	Toshinobu TAKEDA, MD, PhD (Jinmeikai Clinic) et al. ····· 81
Japanese Translation of “M.P. MUSSORGSKY: CREATION AND ALCOHOLISM”	Anna MORIMURA Haruo KASHIMA, MD, PhD (Precis and Supervision) ····· 90
<hr/>	
Autobiography : With my Face toward Neuropsychiatry Childhood and High School Days	Koho MIYOSHI, MD, PhD (Jinmeikai Institute for Mental Health) ····· 107
Autobiography : With my Face toward Neuropsychiatry No2, My Student Days in Kyoto University	Koho MIYOSHI, MD, PhD (Jinmeikai Institute for Mental Health) ····· 118
<hr/>	
Annual Activity (January 2021 – December 2021) ·····	126
Instructions for Authors ·····	132
Editor’s Note ·····	134

## 巻頭言

## 残された時間のなかで

一般財団法人仁明会 理事長 森村安史

地域医療に活躍する医師が卑劣なクレーマーによって殺害されるという、極めて悲劇的な事件が立て続けに起きた。大阪の精神科クリニックで起きた事件も、埼玉の訪問診療をめぐる事件もいずれも犯人の一方的な思い込みが原因であったという。特に埼玉県ふじみ野市で訪問診療を受けていた母親の死をめぐるのは、報道によると既に死後24時間以上経っている母親を蘇生しろというとんでもない要求を拒否したために散弾銃で主治医を射殺したということだ。この容疑者は他でも度々理不尽な要求を繰り返しており、事件以外にも複数のトラブルを医療・福祉関係者と起こしていたと言われている。

さて、殺人までは起こさないが酷いクレーマーが多い社会になったように感じるのは私だけだろうか。大きな声で文句を言えば無理も通るかのような世相になってしまったようにも感じる。病院や医師は強者で、患者は弱者であるという理論から、押し並べて弱者の言い分ばかりを持ち上げる社会的な風潮も後押しをしている。強者(立場が上)であると世間的には見られている人たちは、面倒を起こさないためには早めに謝っておいたほうがいいとの思いからか、自身が正当であるにも関わらず、クレーマーに対して謝罪をすることも度々である。面倒に巻き込まれたくないとの思いから、病院は患者様からの抗議に対して弱腰になってしまうことがある。埼玉で起きた事件でも患家から呼び出されたときに、毅然と断ることができていたら、このような悲劇は起きなかったかもしれない。

ところで、病気や障害は医療や福祉で全てが解決するものではないというのは当たり前である。むしろ今の科学や社会制度では解決することができないものの方が多い。残念ながら医療や福祉にはいくら努力しても届かない領域がある。しかし患者や家族が我々医療に期待していることは、我々の能力を超えていることがしばしばある。そのようなときには丁寧に説明しながら「できること」「できないこと」について理解を求めるように努めているのである。それでもなお埼玉の事件のようなことが起きてしまうことがある。

このようなクレーマー社会、言った者勝ち社会を作ってしまったのはなぜだろうか。戦後生まれの敗戦後の辛い社会を知らずに育ってきた私たちは、我慢するということを学ばずにこの年まで生きてきた。また身をもって生きることさえできるかどうかの窮乏生活を体験したことがない私たちは、子どもたちにも我慢することをしっかりと伝えることができないままにきてしまったのではないかと反省もしている。戦時下の辛苦を口伝としてのみ教えられた我々には、残念ながら塗炭の苦しみを伝える力が失われてしまっている。これから私たちの子どもたちが活躍する時代へと移り行く中で、人の生き方や倫理観についても思いを馳せ、後世の我が国がより良くなるような人を育てることが、私の精神科医として残された時間の中で努めなければならないことの一つであるかとも思う。

特別寄稿

## AE Hoche (1865-1943) とその時代 —『自由意志』論にみる精神医学観—

東京大学 名誉教授 松下正明

英文抄録

Alfred Erich Hoche (1865-1943), a professor of Psychiatry, the University of Freiburg, who was an active and eminent psychiatrist in Germany, but in 1920 with K Binding published a tract entitled "Permission for the Destruction of Life Unworthy of Life", a treatise on the euthanasia of mentally-ills, had written a booklet entitled "Free Will from a Standpoint of Psychopathology" in 1902.

In this article the author specified and commented Hoche's opinions on free will from his viewpoints of psychopathology.

First he insists that presence or absence of free will is not related to ability of criminal responsibility because any mental matter of mentally-healthy and mentally-ills may be the same.

As to free will, he points out various issues such as psychological freedom, causal freedom, feelings of freedom, consciousness of freedom, intelligible character (I Kant), conscience, other feelings, motion, and behavior of will. And he mentions that such issues have diversity in various mental disorders. Especially he embodies some different pictures of conscience in such mental disorders as melancholy, mania, paranoia and obsessive-compulsive disorders. However, from his experiences of psychopathology, issues such as feelings of freedom and consciousness of freedom are not thought to be useful for elucidation of free will.

Lastly he underlines the recognition that many kinds of abnormal phenomena in various mental disorders may begin from materially pathological matters of the brain. invoking the theory of G Fechner's psychophysiological parallelism.

So, Hoche himself states that his theory of free will is determinism.

Key words: AEホッヘ、司法精神医学、自由意志、刑事責任、叡知性性格、良心、決定論、精神生理的並行論、  
Iカント、GTフェヒナー

AE Hoche, forensic psychiatry, free will, responsibility, intelligible character, conscience, determinism,  
psychophysiological parallelism | Kant, GE Fechner

## I. はじめに

19世紀末から20世紀前半にかけ、ドイツに、ホッヘ(Alfred Erich Hoche)という精神科医がいた(図1)。

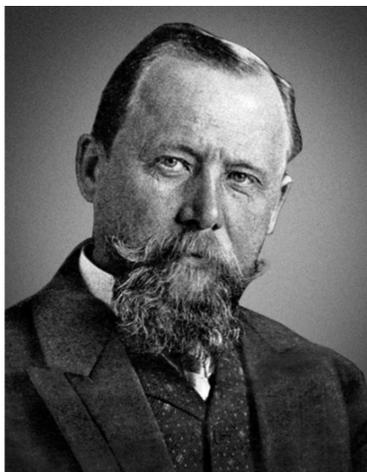


図1 ホッヘ像

31年間にわたって、フライブルク大学の精神医学教授を勤め、ドイツ精神医学界で活躍し、大きな業績をあげ、精神医学界の寵児としてもてはやされた人物である。

ホッヘはまた、第一次世界大戦中に過激な愛国者、ナショナリストとなり<sup>23)</sup>、敗戦後の1920年、ヴァイマル体制下の国家の財政難解決のためには、精神障害者への医療や看護・介護にかかる多額な費用を削減することが必要だとして、「精神的な死」という概念を提唱し、それにふさわしい者としての精神障害者の安楽死を積極的に勧めることを主張した著書『生きるに値しない生命の抹殺の解除』<sup>1, 17, 24)</sup>(以下、『生きるに値しない生命の抹殺』)を、法律家ビンディング(K Binding)と共著で刊行し、1930～40年代のナチス第三帝国における精神障害者の安楽死(実態は精神障害者の抹殺)政策の理論的根拠を提示した人物でもある。

このようなホッヘが、敗戦後の疲弊したドイツ国家を生き抜く時代とはいえ、何故、精神障害者の安楽死を積極的に支持するような論考を公刊するようになったのか。精神医学史という長い歴史の中に、光や明かりがあり、また他方では影や闇があるとすれば、その両方の世界でその名を

残したホッヘはどのような人物であったのか。

ホッヘは、現代の精神医学の世界では、すでに忘れ去られた人物となっているが、光と闇の世界での彼の生き様は筆者の長年にあたる関心事であり、ホッヘという人物やその業績を知りたいということで、この数年、彼のことを精神医学史学会等で発表し<sup>19, 20, 21)</sup>、その一部は学会の機関誌等で論文として刊行してきた<sup>18, 22, 23)</sup>。

本稿は、それらの一連の関心事の中で、司法精神医学者としてのホッヘが著わした『自由意志論』<sup>8)</sup>を紹介しながら、30代における彼の精神医学観を明らかにすることを目的とする。

なお、彼の『自由意志』<sup>8)</sup>と1920年の論考の先触れとなった『死ぬということ』<sup>11)</sup>の2つの著書は、筆者の知るかぎり、これまでに日本の精神医学界で紹介されたことはなかった。

## II. 本邦におけるホッヘ論

戦前の本邦において、ホッヘのことが知られていなかったわけではない。とくに、彼が編集した『司法精神医学ハンドブック』は、俗称『ホッヘのハンドブック』として、司法精神医学の領域では必読の書でもあった。しかし、人柄や業績を含め、精神医学史上のホッヘの人間像を描き、彼の名が広く知られるようになったのは、内村祐之による著書<sup>33)</sup>に負うところが大きい。

本論に入る前に、内村のホッヘ論について簡単に触れてみる。

内村は、ホッヘの人間像を2つの側面から描く。1つは、彼の自叙伝で、洛陽の紙価を高めた『年輪』<sup>13)</sup>をもとに、ホッヘは、鋭い批評眼の持ち主で、「執拗なまでの自己観察者」をもって自ら任じているように、常に、内省につとめた人であった。「極言すると、彼の精神医学の特色は、この内省の上に築かれていると言える」と内村はいう。

第2は、批判精神と権威に対する反骨精神で、その最大の例が、器質性のものを除き、精神障害には疾患単位なるものは存在しない、存在するのは、症候群であり状態像であることを主張した「症

状群学説(Syndromlehre)<sup>10)</sup>で、その学説は、まさに当時ドイツ精神医学界に君臨したクレペリン(E Kraepelin)への批判であり挑戦であった。したがって、ホッヘはドイツ精神医学の異端者であり、「クレペリンにとって最強の論敵」であったと内村は評している。

内村は、自ら渡欧した1925年当時、ホッヘはフライブルク大学の現役の精神医学教授であったが、彼とは一面識もなかった。ただ、「どういうわけか」古くからホッヘに惹かれるものがあって、彼の著作を数多く読んできたと述懐しているように、彼には、ある種の思い入れがあったのだろう。きわめて、好意的なホッヘ評であった。

しかし、現在の筆者からみると、内村のホッヘ讃仰のなかに、1920年のビンディングとの著書<sup>1)</sup>が全く無視されているのはなぜかという疑問が湧く。当然のことながら内村は、その著書とそれが1930～40年代のナチス第三帝国における精神障害者の安楽死(抹殺)のきっかけになったことを知らなかったはずはないが、それらの間の中のホッヘについてはひとことも言及されていない。ホッヘの1920年の著書やナチス第三帝国における精神障害者抹殺のことは、内村祐之自身の「わが歩みし精神医学の道」においては、なにほどの影響も及ぼさなかったであろう。

### Ⅲ. ホッヘ「精神医学における症状群の意義について」

ホッヘが、クレペリンの最強の論敵であり、また当時のドイツ精神医学界の異端児になった時期について、筆者はすでに論考<sup>18)</sup>を著わしているが、ここでも簡単にその経緯に言及しておきたい。

1902年からの1913年の時期、フライブルク大学教授時代の前期、つまり精神医学者として最も光り輝いていた時期でのことであるが、精神障害における単一疾患を主張し、その背景に脳の病変の存在を唱えて、当時のドイツ精神医学界に君臨していたクレペリンの説を激しく批判し、精神障害に疾患単位(疾患形態)は存在せず、特徴的な症

候群が存在するのみであること、機能的な精神障害の脳病変を見出そうというのは幻影にすぎないことを強調した。それは、1906年4月20日、ミュンヘンのドイツ精神医学会での講演「精神医学上の疾患形態説への批判」、および、1912年5月30日、キールのドイツ精神医学会での講演「精神医学における症状群の意義、とくに躁うつ病との関連」<sup>18)</sup>とその講演を論文化した「精神医学における症状群の意義について」<sup>10)</sup>においてのことである。この学会時の状況は、ドイツ精神医学界での語り草になっていたのであろう。内村は、その折のことをあたかも見てきたかのように記している<sup>33)</sup>。

なお、これらのクレペリン批判に先駆するホッヘの論文がある<sup>9, 19)</sup>。

その後の精神医学史上、ほとんど言及されることのない1906年に書かれたこの論考はクレペリンの早発痴呆概念を紹介する目的の総説であるが、その総説で、ホッヘは、早発痴呆の疾患概念はまだ論争中でドイツ精神医学界では受容されていないこと、その概念を否定する人が少なくないこと、自らも否定論に与していることを述べ、次いで、クレペリンのいう破瓜型、緊張病型、妄想型の3つのタイプを紹介し、しかし、これらの症状は早発痴呆以外の種々の疾患群でみられることを強調していた。また、早発痴呆における神経病理学的変化についてはなお不明であることが付言された。

### Ⅳ. ホッヘの略伝<sup>5, 22, 25, 30)</sup>

ストラスブルグ時代のホッヘを語るにしても、彼の一生の歩みを知っておく必要がある。

ホッヘは、1865年8月1日、牧師である父親のもと、ドイツ東部に位置するSachsen州Wildenhainで生まれた。ベルリン大学、ハイデルベルク大学で医学を学び、1888年に卒業、ハイデルベルク大学の小児科医師となった。しかし、1890年、同大学精神科のフルストナー(C Fürstner)教授(1848-1905)から誘われて、ホッヘ自身の言によれば「とくに精神障害に関心があったわけではなかった」<sup>5)</sup>にもかかわらず、精神科の助

手のポストを受けることになった。ちなみに、フェルストナーは、ベルリン学派のウエストファル(C Westphal)の弟子にあたる(日本における最初の帝国大学医科大学精神医学教授の榊俣の兄弟子でもある)。1891年、フェルストナーがストラスブル大学教授に転任することになり、ホッヘもそれに伴って、同大学に医長として赴任することになった。ホッヘは、同年、精神医学の教授資格(Habilitation)をとり、私講師となり、8年後の1899年、員外教授に任命された。

なお、ハイデルベルク大学でのフェルストナー教授の後任は、奇しくもクレペリンであったことは歴史の皮肉というものである。

1902年10月1日、ホッヘは、フライブルク大学精神科の主任教授に選ばれた<sup>5, 32)</sup>。37歳のときである。爾来、1933年9月30日、68歳で退任するまで、31年間にわたり、フライブルク大学教授の職を続けた。

この間、1914年から1918年、第一次世界大戦が勃発し、ドイツ帝国の敗戦によって終末を迎えるが、1915年、ホッヘは、子息の戦死という不幸な事態を経験する。そのような経験が影響したのか、あるいは、彼はすでにフライブルク市では名士でもあったためか、銃後にあつて、フライブルク大学教授として、また、愛国者として、市民の戦時体制の精神生活に関わることになる<sup>4)</sup>。

1917年、ホッヘは、ドイツの戦争継続を訴える右翼のドイツ祖国党(Deutsche Vaterlandspartei)のBaden地区の責任者<sup>5, 23)</sup>として、戦意の昂揚に努力することになる。ドイツの敗戦色が濃くなってきた1917年から18年にかけてフライブルク市には多くの戦死者や市民の死(戦争による被害とともに、スペイン風邪の大流行によるものと言われている)が激増している最中、ホッヘは、ドイツ降伏の直前でもある1918年11月6日、フライブルク大学内にて、市民向けに、「死ぬということ」という戦時講話(いわゆる市民講座)を行った<sup>11, 23)</sup>。若者たちが死を怖れずに、ドイツの勝利のために前線に出ていくことを鼓舞したこの論考は、1920年

の『生きるに値しない生命の抹殺』<sup>1)</sup>に繋がっていく内容でもあった。

戦後のドイツにおけるヴァイマル体制時代のホッヘは、1920年、上記の『生きるに値しない生命の抹殺』<sup>1, 17, 24)</sup>を刊行するが、その後、専門分野では、司法精神医学関連の論文を比較的多く刊行したものの、1920年代は、精神医学上の活動は停滞し、フライブルク大学教授としてアカデミズムの中に閉塞していた。ホッヘの弟子であるブムケ(O Bumke)による弔辞<sup>2)</sup>にみるような「息子の戦死とドイツの敗戦が、彼に癒し得ぬ痛手を与え、…以前の活発さや社交性がみられなくなった。…学問に対する情熱もとみに衰えてきた」のであった。

なお、ホッヘは、アルフレート・エリック(Alfred Erich)というペンネームで、小説家、詩人、劇作家としても活躍していたが、それはもっぱら、1920年代のことであった。1934年、彼は、自伝『年輪』<sup>13)</sup>を出版するが、この書は、作家としてのホッヘの掉尾を飾るものであり、世界的にも広く読まれた著作であった。

ヒトラーが政権を奪取した1933年、妻がユダヤ人であるという理由もあって、ホッヘはフライブルク大学教授を辞することになった。その後、Baden-Badenで余生を送り、1943年5月16日、自死<sup>31)</sup>、享年77歳であった。

自死の理由は不明であるが、ナチス第三帝国において1939年から始まった安楽死の名のもとでの精神障害者の殺害が1943年でもまだ続いていた状況を目にして、自らの一生の総決算としての清算自殺を図ったのであろうか。

## V. 司法精神医学と『自由意志論』：ストラスブル大学時代のホッヘの精神医学観

上述したように、1891年、ホッヘは、フェルストナー教授に伴って、ストラスブル大学に赴任し、直ちに医長に任命された。精神科医としては、ハイデルベルク大学での1年を含めストラスブル大学での、2年目からの初期研修にもかかわら

ず直ちに医長となるが、精神科臨床にたずさわるとともに、初期の学問的関心は、神経解剖学、神経病理学、精神生理学などに向けられた。それらの分野での業績目録が残されているが<sup>5)</sup>、それによると、解剖学関連で11編、神経生理学関連で3編、神経病理学関連で6編の論文を公刊している。きわめて活動的で、生産的な若きホッヘ像が目につく。

### 1. 司法精神医学の専門家として

精神科医としての経験を積みながら、ホッヘの関心は徐々に司法精神医学の領域に移って行ったようである。その成果として、1901年、すでに員外教授に任命されていた36歳時のホッヘは、自ら編集主幹となり、『司法精神医学ハンドブック』<sup>7)</sup>を出版することになる。

その内容を表示するが(表1)、当時、共著者のアシャッフエンブルク(G Aschaffenburg)は35歳、シュルツェ(E Schultze)は36歳、ウォレンベルク(R Wollenberg)は39歳の、まさにドイツ精神医学界における若手～中堅精神科医による新味に満ちた司法精神医学の教科書であった。

本ハンドブックは、1909年に第2版が刊行されたが、その後、第一次世界大戦など時代の混乱状

況もあって、第3版<sup>12)</sup>が刊行されるには、25年後の1934年まで待たなければならなかった。第3版では(表1)、章立ては初版と変わりはないが、執筆者は、シュルツェ、ウォレンベルクに代わって、グルーレ(HW Gruhle)、ランゲ(J Lange)が加わった。ホッヘ、アシャッフエンブルクを入れて、この4人の顔ぶれは、当時のドイツ司法精神医学界の中心人物であり、本書は、司法精神医学における最高のハンドブックと評された。ちなみに、内村祐之推薦により、この第3版の『ハンドブック』でのアシャッフエンブルクが記載した刑法・刑事訴訟法の章が、1937～38年、荻野了によって全訳され、精神神経学雑誌に10回に分けられて掲載された<sup>27)</sup>。

### 2. 「自由意志」について

上記のハンドブックで描かれたホッヘの司法精神医学観については、紙幅の関係上、略さざるをえないが、『ホッヘのハンドブック、第1版』が刊行された翌年の1902年、ホッヘは、司法精神医学における中心的テーマである責任能力と深いつながりがある自由意志論についてのモノグラフを刊行した<sup>8)</sup>。所属は、ストラスブール大学とされており、その時期での業績の一つでもあった。

表1 Hoche 編 『司法精神医学ハンドブック』 構成

* 初版 (1901年)	
I 司法精神医学の法的基礎	
刑法、刑事訴訟法	Aschaffenburg G (Halle 大学)
民法	Schultze E (Bonn 大学)
II 司法精神医学の臨床的基礎	
司法精神病理学総論	Hoche A (Strassburg 大学)
1) 基本的特性、2) 症候学総論、3) 狂気の認識	
司法精神医学各論	
機能性精神障害と器質性精神障害	Hoche A
中毒性精神障害・神経症・精神薄弱	Wollenberg (Tübingen 大学)
* 第3版(1934年)	
I 司法精神医学の法的基礎	
刑法、刑事訴訟法	Aschaffenburg G (Köln 大学教授)
民法	Gruhle HW (Heidelberg 大学教授)
II 司法精神医学の臨床的基礎	
司法精神病理学総論	Hoche A (前 Freiburg 大学教授)
司法精神病理学各論	Lange J (Breslau 大学教授)

ホッへの「自由意志」論の説明に入る前に、自由意志とは何かについて簡単な説明をしておきたい。

自由意志とは、一般に、「なんら他からの強制・支配・制限を受けず、行動や感情、思考を自発的に選択・決定することができる意志、またはそのようなあり方」と定義される。

自由意志については、自由意志というものが存在するかどうかという哲学領域での論議、神のもとにいる人間の自由意志とは何かという神学での論議、刑事責任能力との法学関連での論議、の三つの側面からの論議が主体であり、とりわけ、哲学上の議論は、現在に至るまで、数多くの論考が提出され、ホットな議論が続けられている。しかし、ここでは哲学上の自由意志については述べず、筆者が本論の準備のために参考にした著書の一部を紹介するにとどめる<sup>3, 14, 15, 16, 28)</sup>。

なお、自由意志論では、研究者によってさまざまな異なった立場が表明されているが、一般に、1) 自由意志の存在を認め、それによって人間は選択、行動するとする。この立場を非決定論、あるいはリバタリアニズムともいう。2) 自由意志の存在を認めず、人間の行動や思考、感情は、遺伝子や脳における器質的過程から素質や環境に至るまでの因子によってあらかじめ決められているとする立場で、決定論と言われる。とくに、自然法則によって決定されることを、因果的決定論と称される。3) 非決定論と決定論は、両者とも同時に存在することもあるという両立論、の3つの立場に分けられている。

哲学上では、かつては、自由意志における非決定論、あるいは決定論との両立論が主流的思潮であったが、20世紀になって、むしろ決定論的思想が主流となってきたと思われる。

神学における自由意志については触れないが、第3の側面である、法学上の自由意志論についていえば、「自由意志なしに責任能力は説明できない」、「自由意志は行動の責任および責任能力の前提である」といわれるように、自由意志論は責任能力を中心に展開されてきた<sup>26)</sup>。精神医学において

も、自由意志論は、専ら司法精神医学における責任能力の中で論じられてきたといっても過言ではない。

ドイツ旧刑法(1871)では、精神障害者の責任能力を論じた51条において、「自由な意志決定」という言葉が用いられていたが<sup>26)</sup>、20世紀になり、上記の『ホッへのハンドブック、第1版』(1902)<sup>7)</sup>で、アシャッフエンブルクは、意志が自由であるかどうかは科学的認識の対象ではなく、ドイツ旧刑法51条は、精神医学に対して解答不能の哲学問題の解決を強いることになることと批判し、司法精神医学では、1902年以降、自由意志論があまり論じられなくなった。アシャッフエンブルクは、『ハンドブック、第3版』(1934)<sup>12)</sup>で、20世紀になって、精神医学では自由意志という用語が用いられなくなったことに安堵感を表明している。

なお、仲宗根は<sup>26)</sup>、20世紀における自由意志と責任能力の関連について、1) 非決定論：自由意志を責任および責任能力の基礎とする、2) 決定論：自由意志を否定し、人間の行為は素質と環境によって決定される、3) 自由意志は哲学上の問題であり、責任および責任能力とは無関係、の3つの立場があると述べている。

ちなみに、旧ドイツ刑法51条に相当する日本の刑法(1907)39条では、「心神喪失者の行為は罰しない」とされ、心神喪失については、後の大審院判決(1931)で、「心神喪失とは、精神の障害により、是非弁別能力又は行為制御能力のない者をいう」とされ、法律上の責任・責任能力に関して自由意志が記述されることはなかった、

しかし、日本の刑法学では、20世紀になっても、自由意志の存在を認める説が強く、20世紀後半でも、決定論と自由意志とは矛盾しないという考えから責任能力を考えるという立場が主流であった。日本刑法学の中心にあった平野は<sup>6)</sup>、自由意志の非決定論と決定論の両立説をとり、それを「柔らかな決定論」と称していた。なお、21世紀の最近の刑法学では、自由意志を基礎におかない責任概念が望ましいとされている<sup>29)</sup>。

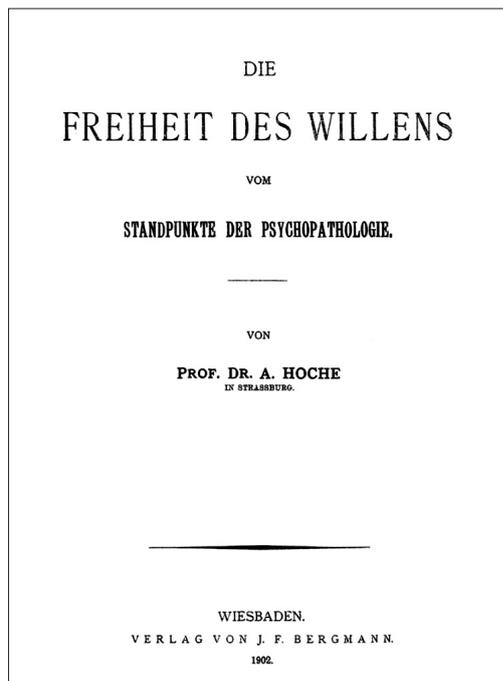


図2 著書表紙

### 3. Hoche の「自由意志論」

Die Freiheit des Willens von Standpunkte der Psychopathologie (「精神病理学観点からみた自由意志」と題された論考(図2)は、「神経と精神の領域の問題(Grenzfragen des Nerven-und Seelenlebens)」という叢書(L.Loewenfeld, & H.Kurella 編)の第14分冊として、1902年に刊行された<sup>8)</sup>。40頁足らずの小冊子で、論考全体は、10の部分に区分けされているが、章別の名称はなく、また引用文献はない。

ホッヘによれば、本稿の目的は、自由意志問題を精神病理学的観点から明らかにすることであり、内容的には、1)自由意志とは何かという一般的な議論を展開する。とくに、カント(I Kant)、ショーペンハウアー(A Schopenhauer)に依りながら、心理的自由、因果的自由、自由感情、自由意識、叡知的性格、感情、情動、意志行為を論じ、2)これらの自由意志に関わる諸問題が、メランコリー、躁病、妄想症、強迫症などの精神疾患でどのように出現してくるのかを示し、3)以上の論を前提として、精神疾患における自由意志の問題を取り上げるという構成をとっている。

以下、彼の解釈や主張の要点のみを紹介する。

#### 1)自由意志とは

自由意志は、刑法上の、「精神的に健全な人はすべて、その行為一切において自由であり、行為の責任を有する」ことの根幹にある概念であり、精神障害者の責任能力の問題と深く関連した概念である。ここで、自由意志を論じるのは、哲学上の問題としてではなく、刑法の問題が主題である。

しかし、刑法上、精神障害者は自由意志を持っていないことで、自由意志に関して精神障害者は健全な人と本質的に異なった存在であるという考えがあるが、医師としては、この考えを支持することはできない。精神障害者であれ、健全な人であれ、精神的事象自体はまったく同じである。異なるのはその内容に過ぎない。本稿は、このような立場から、自由意志問題を精神病理学の観点から明らかにすることにある。

#### 2)意志の自由

まず、自由の理解が重要である。

一般的にいえば、自由概念は相対的なものであり、障壁的、阻害的、強制的な状態が存在しないことを示し、次いで、では何から自由であるかが問われなければならない。すべての影響から自由というのではなく、われわれの目前にあるものから自由であるにすぎないという考え方が必要である。

また、意志は、行為に関連する意識と定義する。そして、行為に関連する意識において、とくに感情の問題が重要である。

精神病理学的立場からは、感情の影響、さらに、感情生活の喚起、感受性、意識恒常性、道徳意識、情動、情動行為の感情問題が指摘できる。

しかし、意志の自由(Freiheit des Willens, Willensfreiheit)として論じるのは、身体的、あるいは他からの強制的な不自由さや倫理的な意味での意志の自由ではなく、心理的自由と因果的自由の2つの自由のことである。

ちなみに、心理的自由とは、選択の自由ともいい、個人の選択の意志がそこから生じる行為をもたらすときに存在する自由のことをいい、因果的自由

は、徹底した非決定論を意味し、意志は、それ以外の領域で一般的に妥当する因果律には支配されないということの中に、見られるものである。

あらゆる時代において、因果的自由という意味での自由意志の存在に関する活発な議論がなされてきた理由のひとつは、決定論的見解とは一致しない宗教的、道徳的要請であり、他の理由は、すべての人間に共通の意識事実、つまり自己決定における自由の感情、自由意識の問題からである。

### 3) 叡知的性格と良心

自由意志における諸問題の解明において精神病理学の経験が貢献できる問題は、カントのいう叡知的性格(intelligible Charakter)と自由意識(Freiheitsbewusstsein)の2つであり、その意義について論じる。

意志が一定の経験的性格の表現として現象の中で因果的に現れる一方、意志の背景には、人間の叡知的性格という物自体が存在している。叡知的性格は、経験世界にふさわしい法則や因果律の原則は当てはまらない。また、叡知的性格は、精神病理学の経験からいえば、経験的性格と同じく、その現象型において、個々の要素的特徴の多様性が著しいのが特徴である。すべての人にとって、とくに感情生活の領域での精神現象は一定、共通しているという前提は正しくない。

精神疾患における叡知的性格にとってもっとも重要なのは、精神異常状態における良心(Gewisse)という物自体の態度である。メランコリーの場合、良心として一括される感情過程がとくに活発となり、自らの行為に対する自責の念、罪の意識が生じる。躁病になると、その逆で、倫理的に鈍麻となるのが特徴である。つまり、良心のあり方は、精神疾患によって、さまざまな様相を呈することになる。

また、自らの行動が主観的に正しいと確信していた方向から逸れていけば不快感が現れる。そして、この不快感という良心の動きが発現し、行動を導くことになる。自らを行為の行為者として感じ、その行為を理解することになる。行為の責任

感という感情は、その特性において必然的に決定されることになる。

### 4) 自由意識

自由意識は意欲に伴う自由感情(Gefühl der Freiheit)から成り立っている。

また、自由意識は、心理的自由、つまり意志行為において精神現象が障害を受けずに行われることの存在を証明しているといわれている。

しかし、精神障害においては、自由喪失の感情は種々の変化を示す。メランコリーでは、不自由という感情や意欲がみられ、客観的には、行為において不自由な事態を招く。

また、躁病では、多動で、思考過程は活発で、観念奔逸がみられ、自由という活発な感情とともに、行動ではまったく不自由感はみられない。

妄想症では不自由感情なしに客観的に不自由な事態が生じ、躁病では、強迫症では、精神的全人格の病なしに不自由感情だけが生じることになる。

以上のように、精神障害者においては、主観的な自由感情は、客観的に存在する自由の存在やその程度を示す指標にはならない。したがって、自由感情は、心理的自由の存在の保証にもならない。

結論をいえば、精神病理学という立場からみると、自由意識は、自由意志を解明するにあたっては、有用でないということになる。

### 5) 精神疾患について

精神疾患者において、健全な人と本質的に異なった精神的現象が現れることはないというのが議論の大前提であった。

しかし、精神疾患については、基本的な概念、正常の概念、平均との比較、正常生活ではみられない症状、精神症状の発症様式、精神的人格総体の分析など、未解決であることが多いことを指摘したうえで、精神疾患として、精神遅滞、進行麻痺、メランコリー、せん妄、妄想症を取り上げてみる。

とくに、フェヒナー (GT Fechner)のいう精神生理的並行論(Parallelismus)を援用し、精神病理

学では明らかに証明されている物質と意識過程間の並行論によって、因果論の原則は物質的な過程だけで、精神的側面においては妥当しないという考え方は間違っていることになる。つまり、意識的事象は、物質的過程におけると同様に、因果律に支配される。

精神疾患における異常な現象が脳内における物質的事象に規則的に規制されることを認めるならば、このことは他の精神疾患における精神現象一般にとっても同じ考え方が妥当するはずである。精神病理学の経験からも、精神疾患は神経系の物質的な事象から始まるという認識が必要である。精神疾患の症状を心理学的に理解しようとするのは誤りであると断じている。

したがって、精神病理学からみた自由意志は必然的に決定論となる。

## VI. 『自由意志』において、ホッヘが語ったこと

以下述べることは、筆者による、ホッヘの主張に対する考察である。

ホッヘは、論考の最初で、精神障害者には健全な人と違って自由意志は存在しないというこれまでの学説、したがって自由意志の有無によって責任能力を論じるという説はまちがいでであると述べている。つまり、もし自由意志が存在するとすれば、精神障害者であれ、健全な人であれ、自由意志という精神的現象自体に関しては同じであり、ただ、そのあり方、内容に変わりがあるにすぎないと言う。この言及は、(1)自由意志の存在の有無にかかわらず、その存否をもって責任能力を問うのは間違いであることを司法精神医学者として示唆したこと、(2)自由意志が存在すると仮定して、では、精神病理学からみて、精神障害者における自由意志、および自由意志のあり方を論じる、という2点が主題であるとする。

本論考は、そのことを大前提として、意志の自由、心理的自由、因果的自由、叡知的性格、良心、自由意識、感情など自由意志に関わる要因について、とくに現象型としての特徴に関して陳述している。

とりわけ、精神障害者における自由意志を論じる際、自由という概念とカントのいう物自体である叡知的性格の多様性、そしてその例として、良心物自体が、精神病理学上重要であることを主張する。

これらの自由意志の要素的問題点が種々の精神疾患でどのような形態をとるのが、ホッヘのひとつの基本的主題であるが、取り上げた精神疾患は、精神遅滞、進行麻痺、メランコリー、せん妄、妄想症、強迫症であった。現代的感覚でいえば、自由意志におってもっとも重要な精神疾患である統合失調症(当時でいえば、早発痴呆)が取り上げられていない。早発痴呆は、クレペリンによって、『精神医学教科書、第4版』(1893)でその存在を指摘され、『同、第6版』(1899)によって単一疾患として提唱されたものであり、1902年の時期、ホッヘはまだ、その疾患の存在を認めていなかったようである(総説<sup>9)</sup>にみるように、1906年時点でもホッヘは早発痴呆を認めていないことからの推測)。

また、当時のホッヘの精神医学観を知る上で重要なことは、フェヒナーの精神生理的並行論の影響を受け、特定の精神疾患における異常な現象が脳内における物質的事象に規則的に規制されることを認め、このことは精神現象一般にとっても同じ考え方が妥当するはずであり、精神病理学の経験からも、精神疾患は神経系の物質的な事象から始まるという認識が必要であると主張したことである。

ホッヘは、この事実から、精神病理学からみた自由意志は必然的に決定論であると述べた。

精神疾患は、脳の物質的事象によって生じるという思想は、その後の精神医学界で、広く受け入れられ、現在に至るまで続いている精神医学観であり、ホッヘがその精神医学観をすでに有していたことは特記に値するが、ただ、精神現象の全てが脳の物質的事象に還元しようという事実のみをもって、自由意志論における決定論とすることには筆者は異論がある。自由意志論における決定論と精神生理的並行論とはまったく次元の異なった理解とせざるをえないからである。

また、ホッヘの精神症状を脳の物質的事象に還

元すべきであるという思想は、すでに前述したように、クレペリンの思想でもあることを考えると、1906～12年におけるクレペリンへの批判、とくに精神疾患の物質的背景として、脳の病変の存在するのを前提とするのは幻影であると激しく批判した精神医学観とどのようにつながっていくのか。

あるいは、クレペリンを批判することで、自らの1902年時の精神医学観から1906年のそれに変化したことを間接的に表明したとみるべきか、問題は残る。

なお、ホッへの精神医学観を示すことで、「精神疾患における精神症状を心理的に理解しようとするのは誤りである」とも述べているが、この文章は、その後の激しいフロイト批判を考えると、おそらくは、暗にフロイトのことを念頭においた文章であったのかもしれない。

## VII. おわりに

本稿では、司法精神医学者としてのホッへに焦点をあて、彼の『自由意志』論を紹介、考察した。精神障害者において自由意志が存在しないから責任能力も失われているという考えを否定した。しかし、精神障害者において自由意志が存在するかどうか論じていない。

以上のことを前提にして、精神障害者における自由意志を、心理的自由、因果的自由、自由感情、自由意識、叡知的性格、良心などを通して検討を加えた。とくに、カントとショーペンハウアーに依りながら、叡知性性格、とくにその1つでもある良心が、種々の精神疾患によって多様な現象像を示すことを指摘した。一方、自由感情、自由意識については、精神病理学立場からみると、精神疾患者の自由意志を解明するには役に立たないことを述べた。

精神現象を含め、精神疾患における異常な現象は、脳内における物質的な事象から始まるという認識を主張し、精神病理学からみた自由意志は、必然的に決定論となることを示した。

(五十嵐禎人千葉大学教授(社会精神保健教育研究センター、司法精神医学)には貴重なコメントをいただいた。記して厚く御礼申し上げる)

## 文献

- 1) Binding K, Hoche A : Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Felix Meiner, Leipzig, 1920 (邦訳は、森下直貴、佐野誠編著、「生きるに値しない命」とは誰のことか。ナチス安楽死思想の原典からの考察。窓社、東京、2001。なお、本書の新版が、中公選書として、2020年に刊行されている)。
- 2) Bumke O : Alfred Erich Hoche. Arch Psychiat 116: 339-346, 1943
- 3) Campbell JK : Free Will. Polity Press, Cambridge, 2011 (ジョセフ・K・キャンベル著、高崎将平訳、一ノ瀬正樹解説、岩波書店、東京、2019)
- 4) Chickering R: The Great War and Urban Life in Germany. Freiburg, 1914-1918. Cambridge University Press, Cambridge, 2007
- 5) Degkwitz R : Chronik der psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg i.Br, 1886-1986. Gustav Fischer, Jena, 1987
- 6) 平野龍一: 刑法の基礎。東京大学出版会、東京、1966
- 7) Hoche A : Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, unter Mitwirkung von Prof. Dr Aschaffenburg, Privatdozent Dr E Schultze, Prof. Dr. Wollenberg. August Hirschwald, Berlin 1901
- 8) Hoche A : Die Freiheit des Willens von Standpunkte der Psychopathologie, JF Bergmann, Wiesbaden, 1902
- 9) Hoche A : Ueber Dementia Praecox. In: E v Leyden, F. Klemperer (Hrsg) : Die Deutsche Klinik, am Eingange des Zwanzigsten Jahrhunderts. VI Band, 2 Abtheilung,

- Geisteskrankheiten. Urban & Schwarzenberg, Berlin, 1906
- 10) Hoche A : Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Z. ges. Neurol. Psychiat 12:540-551, 1912
  - 11) Hoche A : Vom Sterben. Kriegsvortrag, gehalten in der Universität am 6. November 1918
  - 12) Hoche A (Hrsg) : Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, 3 Aufl.. Julius & Springer, Berlin, 1934
  - 13) Hoche, A E : Jahresringe. Innenansicht eines Menschenlebens. JF. Lehmanns, Munchen, 1934
  - 14) Kane R : The Oxford Handbook of Free Will, Oxford University Press, Oxford, 2002
  - 15) Kane R : A Contemporary Introduction to Free Will. Oxford University Press, Oxford, 2005
  - 16) 木島泰三 : 自由意志の向こう側。決定論をめぐる哲学史。講談社、選書メチエ、東京、2020.
  - 17) 松下正明 : アウシュビッツの後で、Wellbeingを論じるのは野蛮である、生存科学 23A: 11-36, 2012
  - 18) 松下正明 : 1912年5月30日、キールにて－Hocheの症状群学説提唱の経緯、精神医学史研究 21 : 78 - 84、2017
  - 19) 松下正明 : Hoche Aの「早発痴呆論」、第21回日本精神医学史学会（下野市、2017年11月11日、自治医科大学）
  - 20) 松下正明 : A ホッへの『自由意志論』、第22回日本精神医学史学会（福岡市、2018年11月10日）
  - 21) 松下正明 : 戦時講話「死ぬということ」、第23回日本精神医学史学会（岡山市、2019年10月26日）
  - 22) 松下正明 : アルフレート・エリック・ホッヘー「死ぬということ」から「生きるに値しない生命抹殺論」へ、精神医学史研究 24 : 155-163, 2020
  - 23) 松下正明 : 戦時講話『死ぬということ』－第一次世界大戦時のA.E. ホッへの死生観－、死生学年報 2021、東洋英和女学院大学死生学研究所、東京、2021
  - 24) 森下直貴、佐野誠編著 : 「生きるに値しない命」とは誰のことか（新版）、中央公論新社、東京、2020
  - 25) Müller-Seidel W : Alfred Erich Hoche. Lebensgeschichte im Spannungsfeld von Psychiatrie, Strafrecht und Literatur. Verlag Bayerischen Akademie der Wissenschaften, München, 1999
  - 26) 仲宗根玄吉 : 責任能力に関する基礎的諸問題、懸田克躬、武村信義、中田修編、現代精神医学大系 第24巻司法精神医学、中山書店、東京、1976
  - 27) 荻野了 : 司法精神病学ヨリ見タル独逸刑法、精神神経学雑誌 41 : 759、1278 (1937)、精神神経学雑誌 42 : 88、171、458、580、650、728、798、874 (1938)
  - 28) Pink T : Free Will. A Very Short Introduction. Oxford University Press, Oxford, 2004（戸田剛文、豊川祥隆、西内亮平訳：哲学がわかる自由意志。岩波書店、東京、2017）
  - 29) 佐伯仁志 : 刑法総論の考え方・楽しみ方、有斐閣、東京、2013
  - 30) Schimmelpenning GW : Alfred Erich Hoche. Das Wissenschaftliche Werk ; Mittelmässigkeit ? Joachim Jungius, Hamburg, 1990
  - 31) Schimmelpenning GW : Oswald Bumke (1877-1950). His Life and Work. History of Psychiatry 4:483-497, 1993
  - 32) Seidler E : Die Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau. Springer, Berlin, 1991
  - 33) 内村祐之 : わが歩みし精神医学の道、みすず書房、東京、1968

特別寄稿

## 統合失調症の診断, 概念と臨床的意義

特別顧問、恵風会 高岡病院、東北大学名誉教授、世界精神医学会名誉会員 佐藤光源

Key words: 統合失調症、DSM/ICD診断システム、現象学、臨床的有用性、脆弱性ストレスモデル

### はじめに

精神障害は人を苦悩させ、社会生活機能を損なう症状群である。統合失調症はその代表的な病気なので、治療計画や予後予測に役立つ診断分類と概念が求められるが、残念ながら未だ確定されていない。

日本で Schizophrenie が「精神分裂病」と訳されていた頃は、その病名は「早発痴呆」を連想させる悲観的なイメージ、つまり遺伝性、慢性進行性でやがて人格荒廃に至る不治の病といった社会通念があった。そのため、そう診断されると、本人とその家族は大きな衝撃を受けていた。しかし時がたち、長期経過・予後研究、家族研究や ABC 研究でそれが否定され、病名も「統合失調症」(2002)に変更され、それに多軸評価法や DSM/ICD 診断システム、脆弱性ストレスモデルが適用された頃<sup>1)</sup>から、事態は大きく動いた。

それまでは現象記述学的な精神医学が主流であったが、診断一致率(信頼性)が明らかに低下していた。それを重くみたアメリカ精神医学会が DSM-III (1980) を発表し、ICD-10 (1992) が DSM-III-R (1987) に同調してから、国際的な診断法が大きく変わった。従来の主観的な体験異常や病像構造といったディメンジョンではなく、表出された客観的な症状カテゴリーで診断するのである。その変更は検証でなく、ある精神科医集団の合意

によるもので、当時は日本の教科書の巻末に付記されていた。それが今では DSM/ICD 診断システムが主流になり、医学(臨床、教育、研究)はもちろん、保険病名や行政用語にも定着している。

しかし、度重なる改訂で診断システム自体が変質し、診断基準の Criterion A 症状が変わり、DSM-5 (2013) では統合失調症スペクトラム障害が精神病性障害に含まれた。多軸評価法は後退し、精神病 (psychosis) の脱構築が進み、スペクトラム概念の登場もあって、診断の信頼性と臨床的な有用性が大きく揺らいでいる。アメリカでは DSM に代わる Research Domain Criteria (RDoc) が進行中で、欧米で Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) や Bleuler 派への回帰、Jaspers/Schneider 派の見解の見直しも行われている。日本の精神医学が統合失調症に DSM-5 と ICD-11 をどう位置づけるのか? それは専門家だけでなく、患者さんやご家族にとっても大きな関心事に違いない。私は、疫学にはこうした診断システムが必要なものの、人間が相手の臨床精神医学には Gestalt を重んじた診断システムが必須だと思っている。

1963 年のインターンで“精神分裂病”と診断された患者さんたちと出会い、当時の処遇や精神医学の無力さから精神科医の道を選んだ私には、このテーマは感慨深い。なお、この論文が今年の日本文学統合失調症学会の特別講演(Web)と一部重なることをお断りしておきたい。

### 1. 従来診断と DSM/ICD 診断システム

日本の精神病学は欧州の記述精神医学に由来し、Kraepelin, Bleuler の教科書と Jaspers の現象学に大きな影響を受けた。そして、疾患特異的な主

The Diagnosis, Concept and Clinical Significance of Schizophrenia  
Mitsumoto SATO, M.D.  
Special Advisor, Keifu-kai; Takaoka Hospital  
Emeritus Professor, Tohoku University, Honorary Member,  
The Society of World Psychiatry

観的体験とその表出症状は必ずしも直結せず、その評価は現象学でのみ可能という伝統を受け継いできた。

Kraepelin は、臨床医として早発痴呆と躁うつ病と名付けて分類したが、教科書の第 5 版で病気の概念を改めた。臨床診断としての評価は経過や予後で決まり、原因が同じなら同一の経過・転帰をたどるとして、早発痴呆を病的過程による疾患と規定した<sup>2)</sup>。それは脳病理学と精神病理学を関連づけたものだが、多くの反論を招いた。

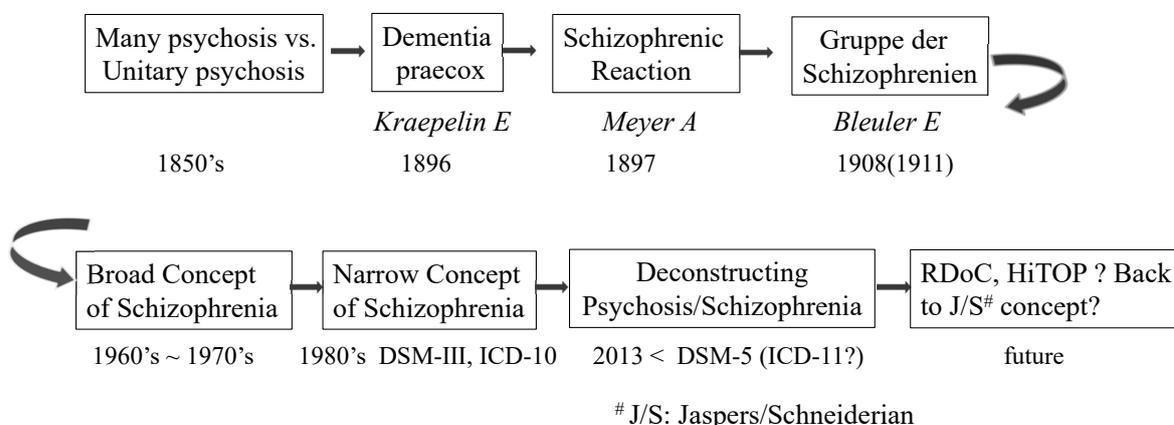
その経緯は Tandon ら<sup>3)</sup>にゆずるが、大別すると、疾患特異的な体験(様式と内容)と表出症状のいずれかに軸足をおいた議論が行われてきた(図 1)。前者は病像構造論、基礎障害論といったディメンジョナルな成因論で、後者は DSM/ICD 診断システムのような表出症状による症状論である。

Kraepelin の早発痴呆(dementia praecox, 1896)には、動揺する症状の根底に定常的な心的機能障害である連合弛緩があった。その翌年、Meyer がこれに反対して反応説を提唱し<sup>4)</sup>、さらに Bleuler がベルリンの講演(1908)で統合失調症群に病名を改め、その概念を変えた<sup>5)</sup>。

疾患特異的な症状として、Kraepelin は幻覚、被影響体験、注意障害、滅裂思考、感情平板化、緊張病症状群をあげていた。これに対し Bleuler は、症状を脳の病的過程による基本症状と心因性の副

症状に分け、基礎に連合障害を想定した<sup>5)</sup>。それは階層構造論の幕開けで、特徴は健康なものが温存されているところにあり、解体ではなく隠されているだけとした。しかし、病的過程はどの病期でも停止するが、進行するときは常に一定方向をたどる器質性のものであって、抑圧された生活体験上の反応や副症状は含まれない<sup>6)</sup>。その見解の延長線上に、Jaspers の階層原理や Huber の基底障害論、Krosterkötter の病像構造論などを位置づけることができる。

一方、アメリカでは DSM- I (1952)と DSM- II の診断名がすべて“～反応(reaction)”であったように、Meyer の反応説と精神生物学に大きな影響を受け、精神障害は社会・心理・生物学的な諸因子への人格反応として捉えられた。その後、Freud の精神分析の過大な普及やネオクレペリニズムの台頭のなかで DSM- III (1980)が登場した。ディメンジョンを無視し、表出症状のカテゴリーで診断する方略は診断一致率を向上させ、さらに、DSM- III -R に ICD-10 が同調したことで DSM/ICD 診断システムが世界中に普及した。その DSM- III の特徴は、a) 臨床的な関心は distress と disability を伴う症状(distress-functioning model)にあり、それを障害(disorder)とよぶ、b)階層構造の最深部にある病的過程ではなく、その表出症状のカテゴリーで診断分類する、c)すべての理論を無視する、



(Tandon R, 2009を改変)

図 1 抗精神病薬の登場と治療目標の変遷

などである。大切なのはその序文で、a)すべての理論と対人関係論を排除したので、これはテキストではない、b)臨床判断に使うには修練が必要、c)司法上の誤用を避ける、などである。

その後の改訂について、DSM-IVを監修したFrancesは、つぎのように批判している：a)DSM-IIIは診断一致率の向上と多軸評価法の普及をめざしたが、改訂ごとに診断基準の修正が主流になり、患者さんの人生の複雑さや人間性といったGestalt的な視点が失われた、b)異種性と併存症のために臨床に有用な研究が停滞した、c)臨床判断の研修を前提にしたマニュアルなのに、安易に汎用されている、などである。ほかにも、現象学の死、ナラティビティーの低下、主体性や人間関係の喪失、過度な診断の細分化、生物主義、科学的妥当性の欠如、病因研究の阻害といった批判<sup>7)</sup>がある。これは、日本の現状にも該当するかもしれない。

当初、DSM-IIIは多軸評価法を強調し、治療計画の立案や臨床転帰の予測に役立てるのが、もう一つの目標であった。しかし、それはDSM-III-R以降に後退し、やがてDSM-5で消えた。ICDもある程度それに歩調を合わせた経過をたどり、今ではその臨床的意義が問われている。

DSM-5とICD-11で生じるschizophreniaをめぐる齟齬は、少なくとも、Criterion A症状における一級症状(first rank symptoms, FRS)の位置づけと、schizophreniaの臨床単位としての位置づけの二点であろう。

## 2. Schizophreniaのコア症状：Criterion A症状の変遷

まずSchizophreniaの診断を表出症状で行う立場から、DSM/ICD診断システムのCriterion A症状をとりあげたい。

DSM-III(1980)のCriterion A症状はFRSとBleulerの基本症状などで構成され、DSM-III-R(1987)は、Bleulerの基本症状と副症状に相当する項目1と異常な体験様式(FRS)に相当する項目2、3で構成されている。しかしながら、DSM-IV

(1994)では、陰性症状を含む5項目で構成され、FRS特有の体験様式の異常は“注釈”に移動した。この“注釈”がDSM-5(2013)でなくなり、精神病性障害に移ったのである。その背景には、FRSはschizophreniaに特異的な症状群でないという意見<sup>8)</sup>や、DSM-5でschizophreniaと診断された人の75～95%はFRSでも診断できるが、その感受性は60%、信頼性は40%であったという報告<sup>9)</sup>もある。また、DSM-5の精神病性障害は意識障害の有無は不問で、二次性のものも一次性和同スペクトラムに入っている。それが治療計画やケアといった临床上、適切なことなのか疑問である。

一方のICD-11はまだ未完成ではあるが、これに同調していない。精神病性障害も一次性和二次性を分けているし、ICD-10のCriterion A症状は8項目中4項目をFRSが占め、ICD-11でも体験様式の異常を残している。しかし、FRSセットとしての診断的な価値が低下している。

既述したように、schizophreniaの概念と診断は、病像のディメンジョンと表出症状のいずれかに軸足をおいて、議論が交わされてきた。前者がICDに、後者がDSMにより強く反映され、それが今回の齟齬を生じたとみることができる。また、精神病性障害にみられるDSM-5とICD-11の方向性の違いにも、それが関係している可能性がある。

## 3. Schizophreniaの消失と精神病性障害—その利点と限界

DSM-5でschizophreniaがスペクトラム障害になり、FRSが精神病性障害に移った。このため、DSM-IVのschizophreniaは、DSM-5のtransdiagnosticな精神病性障害になった。それを進歩とみるか現象学の死とみるか、検討の余地がある。

他方、schizophreniaが精神病性障害スペクトラムになったことで、二次性障害から一次性障害の病因・病態に迫る道が開けた。覚せい剤精神病をschizophreniaの研究モデルにしてきた日本の伝統的な方略とようやく合致し、生物学的な視点から現象学的なschizophreniaの成因や病態に迫る研

究が可能になった。

一方のICDは、ICD-10(1992)のschizophrenia, schizotypal and delusional disordersが、ICD-11でもschizophrenia or other primary psychotic disordersである。FRSの体験様式をもつschizophreniaが他の一次性精神病障害から区別されており、臨床単位のままである。この点、自我障害をCriterion A症状に残そうとしているICD-11の方が治療上有用で、臨床診断である“統合失調症”にはICD-11の方向性がふさわしく、成因(病因・病態)の解明にはDSM-5の方が具体的に生産的であると評価できる。

つぎに、精神病性障害の規定に触れておきたい。

1841年にCanstattが初めて精神神経症を提唱し、その4年後にFeuchterslebenがpsychosis(精神病)と教科書に記したが、当時の神経症には神経系の病気がすべて含まれていた<sup>10)</sup>。1845年にGriesingerが精神病を脳病とし、Jaspersが精神病理学総論の初版(1913)で精神病と神経症の二分法を提唱して、了解不能な体験は病的過程によるもので内因性精神病とした。また、神経症は個人史(発達)で了解できるとして精神病と区別した<sup>10)11)</sup>。この二分法がDSM-IIIで、用語を含めて後退したのである。そして、内因性がDSMでは機能性になり、DSM-5でそれが“一次性”になり、身体疾患や薬物使用による障害が“二次性”になった。

さらに、内因性精神病と器質性/症状性精神病は従来から区別されてきたが、DSM-5では同じスペクトラムになり、両者の連続性が強調された。“精神病の脱構築”(deconstructing psychosis)<sup>12)</sup>の結果であろうが、精神病とは何か、schizophreniaとは何かは、長年の課題であって今も決着していない。

ではDSM/ICD診断システムは、“精神病性”をどのように規定してきたのだろうか。

DSM-Iは精神病を“著しい現実検討の障害”で規定していたが、それがDSM-II(1968)で一変した。“現実検討の障害を問わず、日常生活に必要な

精神機能が著しく低下した状態”になったのである。しかし、それは広義すぎたようで“精神病”の一致率が低下した。併せて、精神分析療法が過大に普及し、そのなかでDSM-IIの改訂作業が進められた。

その結果、DSM-III(1980)は、“精神病性”を「著しい現実検討の障害」または「新たな現実の創出」と規定した。しかし、精神病と神経症の二分法は後退し、用語も精神病性と神経症性になった。DSM-IV(2013)も、精神病を“自我境界の喪失または著しい現実検討の障害”で規定したが、診断上は、その表出症状(妄想、病識のない幻覚と減裂な会話・行動)を重視した。

さらにDSM-5は、“著しい現実検討の障害”でなく、その表出症状の「幻覚、妄想の存在」で“精神病性”を規定した。しかし、妄想のディメンジョンや幻覚については、それが真正妄想なのかFRSの幻声なのか不問にした。一方、ICD-10(1992)とICD-11(2018)は、一貫して“著しい現実検討の障害”で精神病性を規定している。

このように、DSM-5は“精神病性体験”を表出症状で規定し、それを一般人に連続する心理学的体験として、schizophrenia spectrum disorderに含めた。しかし、ICD-11は、従来通り、精神病性を著しい現実検討の障害で規定しているようである。

ちなみに“現実検討力”は、Freudが適応に必要として提唱した用語であり、主観的な印象を外的な事実と照合し吟味する自我機能である。また“自我境界の喪失”(自他分離の障害)は現象学の用語で、JaspersやFedernらが精神病を規定するのに用いた重要な概念である。

Jaspersに由来する精神病と非精神病の二元論は、臨床上、治療計画や治療転帰の予測に役立ち、司法責任能力の評価にも関与し、研究面でも精神病エピソードの発症や再発、難治化の理解、そして精神病性障害の病因/病態解明に必要である。そうした重要なことが検証されないまま改訂されることが、日本の精神医学にとって好ましいこと

なのか疑問である。

なお、日本刑法(1880)の78条には、次のような記載がある：「罪を犯すとき、知覚精神の喪失に因って是非の弁別せざる者その罪を論せず。～中略～16～20才では罪を寛恕して刑を2等減ず」。

#### 4. Schizophrenia ー病像の階層構造

既述したように、Bleulerはその病像を病的過程の表出である基本症状と了解可能な反応の副症状に分け、連合弛緩をその基本障害にした。また、Jaspersは階層構造論(1913)で、最深層に了解不能な器質因の症状群を置き、表層に向けてSchizophrenie的、躁うつ病的、精神病質/パーソナリティ障害が玉葱状に層をなすとした。しかし、了解不能をschizophreniaのキーコンセプトにしなが、その神経機序に迫ることはなかった。弟子のSchneiderは、自他分離の障害は未知の身体因によるとし、それが“体験様式の異常”となり、その表出症状が一級症状であると考えた。

ところが、DSM-IIIがそうした理論をすべて排除し、のちにAndreasen<sup>13)</sup>(1994)をしてDSM-IVをもって“現象学の死”と言わしめている。

しかしながら、Jaspersは自我の能動性(主体性)の意識、つまり基本的自我感(basic sense of self)<sup>14)</sup>を重視し、Schneiderはそれに相当するマイネス(mineness)の障害に注目した。そして、それが疾患特有の体験様式であり、その表出症状がFRSであるとした。近年は、この基本的自我感がラテン語の“ipseity”として注目され、ipseity disturbance modelになっている<sup>14, 15)</sup>。ipseity障害の表出が陽性症状、陰性症状、解体症状であり、心理社会的介入やハイリスクの指標とされている。また、陽性症状を過大視しているとしてschizophreniaを精神病性障害に入れず、診断上、陰性症状と認知機能障害を重視し、ハイパーサリアンス(hypersalience; ありふれた体験を奇妙なものと感じる)から神経認知障害に迫る立場も注目されている。

このように医学的な概念が定まらないなかで、WHOが公表したschizophreniaの社会的な説明

概念がある。要約すると、「schizophreniaは操作的に分類した症状群で、臨床的、遺伝生物学的な異種性がある。治療可能で、長期経過は多様、ほぼ半数が完全寛解し、だれでもなりうる病気」である。ICD-11に矛盾しない社会的な説明概念であり、スティグマ化する心配は少ない。

#### 5. schizophrenia ー病的過程と脆弱性

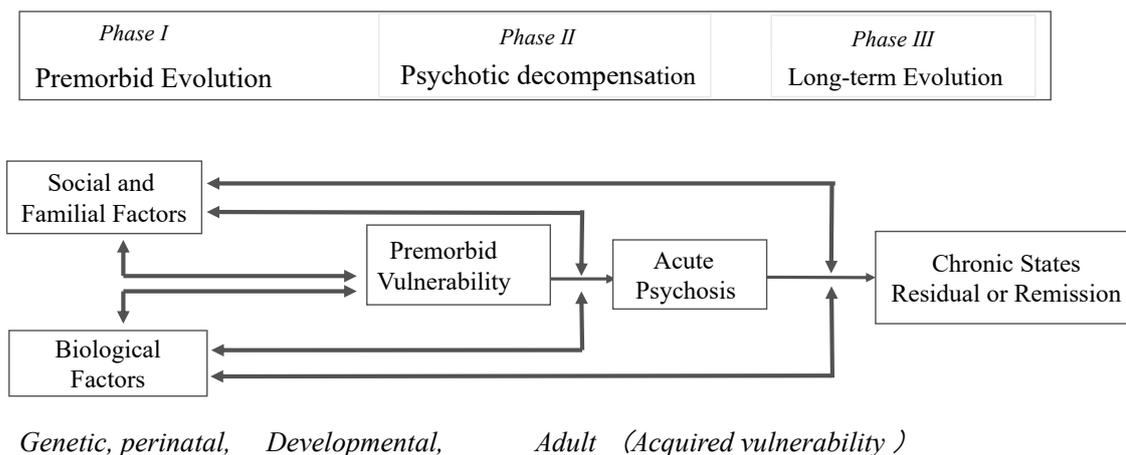
病的過程はJaspersが了解不能な体験に用いた説明概念でもあるが、当時は、精神病は身体的な病的過程(organische Hirnprozess)に、神経症は心理学的な個人史(psychischer Prozess)によるという二元論であった。のちのZubin<sup>16)</sup>やNuechterlein<sup>17)</sup>の脆弱性モデルは、心身相互作用がschizophreniaの長期経過や転帰を大きく左右するというものである。

また、schizophreniaの臨床病期は急性期、安定化の時期、安定期に分かれ、長期転帰は多様なものの、いつの時点からでも回復できるとした。事実、20世紀後半のWHOの長期予後研究でも波状経過型が多く、約半数が完全に寛解し、リカバリーしている。

基本障害についてKraepelinは、疾患概念には進行性の認知障害と滅裂思考を重視し、診断は病的過程で行い、病像は生来性の特性と獲得性の特徴で形成されると考えた。以来、その方向で生物学的な研究が進んできたが、いまでもその疾患概念をみだす成績は得られていない。

病的過程の基礎をなす“脆弱性”は、すでに1845年にFeuchterslebenが想定していたが、近年のZubin & Spring<sup>16)</sup>やNeuchterlein<sup>17)</sup>の脆弱性は、家族研究、長期予後研究や生物学的精神医学の研究成果を踏まえたもので、詳細は別の総説<sup>18, 19)</sup>に譲る。

図2はCiompiが自らの長期経過の研究成果をもとに提唱したもの<sup>20)</sup>で、Zubin & Springの脆弱性仮説に準拠している。脆弱性を先天性(遺伝)と生後獲得性に二分し、周産期、発達期、成人期の各ステージにおける生物学的次元と心理・社会的次元の相互作用が発症脆弱性を形成し、ストレス



(Ciompi L, Br J Psychiatry, 1989, 一部改変)

図 2 統合失調症の長期展開モデル

への代償不全で急性精神病エピソードが起きた。発病後の長期経過と転帰が多様なもの、こうした多次元の交互作用に拠る(図 2)。いまでは、長期転帰の不良な一群(治療抵抗性)には、治療中断や長期服薬によるドーパミン神経系の過感受性、脳の生物学的変化などの関与も知られている。

精神病性障害の発症脆弱性について、われわれは覚せい剤精神病を用いた独自のドーパミン仮説を提唱し、これまで Ciompi の長期展開モデル<sup>20)</sup>を支持してきた<sup>19)22,23)</sup>。

それは覚せい剤(methamphetamine, MAP)の第二次乱用期に始まり、第一次乱用期に臺が提唱した履歴現象型の経過をたどり、断薬で寛解した後、少量の MAP の再使用で精神病症状が急性再燃した 7 症例の報告で始まった。その後の臨床研究と動物実験を併せて要約すると、a)覚せい剤精神病は MAP の反復使用による精神病エピソードであり、b) その精神病像は schizophrenia の急性期病像(FRS を含む)に酷似し、c) 症状が寛解しても長期にわたる“再発しやすさ”を遺し、d) 少量の MAP の再使用や心理的ストレスで急性再燃(フラッシュバック)し、e) 抗精神病薬が症状の改善と再発予防に有効であること、などを確認した。また動物実験では、a) 臨床経過と同じ特徴を動物

実験で再現でき、b)それが MAP 慢性投与による逆耐性現象であり、c)その精神病性の異常行動は著しい注意障害(常同行動)を伴い、c)反復投与中に感作と耐性を生じた行動成分で構成され、d)それが MAP の再投与なしに自生(フラッシュバック)するようになり、e) 断薬後も異常行動の再現しやすさを残し、f)いったん MAP で逆耐性現象が起きると、コカインなど他のカテコラミン作動薬やストレスに交差現象を示し、g)抗精神病薬で逆耐性現象の形成と異常行動の発現が抑制され、h) 神経精神薬理学および神経化学的(*in vivo dialysis*)な研究で、異常行動の再現しやすさ(逆耐性現象)が中脳辺縁ドーパミン神経系の長期持続性の過感受性によることを見出した<sup>22-24)</sup>。こうして、精神病性障害の発症と脆弱性形成に、脳カテコラミン神経系(とくにドーパミン系)の異常反応性が関与することを報告した。この逆耐性現象による異常行動を抑制するものとして、Futamura ら(2010)の Aripiprazol の報告<sup>25)</sup>がある。

覚せい剤精神病の MAP 摂取直後の病像は schizophrenia の急性期病像に酷似しているが、時間経過とともに自己違和感や病感が現れ、多くは一過性に経過し、一部が遷延・持続する<sup>24)</sup>。にも

かかわらず、DSM/ICD 診断システム(とくに DSM-5)では急性中毒の概念が中心で、日本における慢性中毒の概念や神経薬理学的な知見をうまく反映できていない。覚せい剤精神病は慢性中毒であり、日本固有の履歴現象や逆耐性現象が一次性精神病性障害の神経機序を解明する有力な手段であることを、ここで改めて指摘しておきたい。なお、世界生物学的精神医学連盟の治療ガイドラインも、脆弱性ストレスモデルを統合失調症の病因論に採用している。

## 6. 統合失調症の臨床

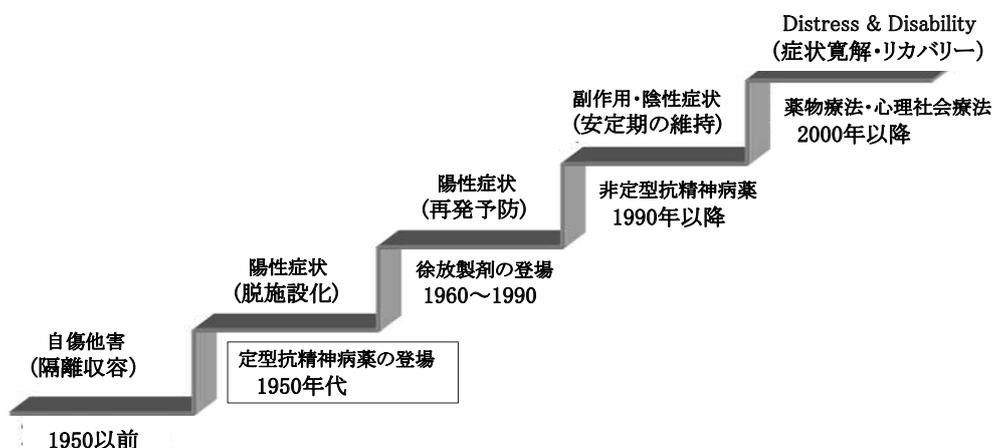
統合失調症の患者さんの治療と処遇は、1950年代の抗精神病薬の登場で大きく変わった<sup>26)</sup>。自傷他害の防止や社会防衛のための隔離収容主義の時代から、薬物療法の登場で症状寛解や開放処遇をめざした時代に移った。さらに、副作用の改善で心理社会的介入が広く普及し、今ではリカバリーに向けた人中心のケア(human-centered care)の時代を迎えている(図2参照)。

いま臨床で用いられている DSM/ICD 診断の distress/functioning model は、精神病性障害のバイオマーカーがない現在の臨床場面では有用で、人全体を対象にする精神科医療をうまく反映している。それは、psychiatry が Psyché(Seele) と iatreaia(Heilkunde)からなる所以でもある。

そうした中で、抗精神病薬が急性精神病性エピソードの治療と再発予防に奏功したのは画期的なことであった。その作用部位が脳の神経伝達系にあり、脳の病的過程が初めて実証されたことになる。また、その心理社会的な因子との交互作用が、臨床経過や転帰だけでなく診断や疾患概念にもインパクトを与えた。それは、一昔前に比べると一目瞭然の差がある。

抗精神病薬が開発される前の、昔の日本の精神病の患者さんの処遇について、榊は次のように記述している<sup>27)</sup>；要約すると、「日本では、嘗ては悪い霊や動物に取り憑かれると広く信じられていたが、それが1986年でも残っている。1873年に廃疾院(療育院)が東京にも作られ、東京癲狂院(府立)や京都にも精神病院が建てられた。欧州でも社会防衛的な排除をめざした癲狂院と穴倉療法や鉄鎖療法が併行していた。18世紀の終わりにピネルがそれに反対し、鉄鎖療法から患者を解放した。ドイツでは19世紀に癲狂院が作られたが、鉄鎖療法など脅迫療法が行われ、手囊、脅迫襦袢、脅迫椅子、鉄鎖など動物を取り扱うがごとくであった」。

また今では、“統合失調症”と診断された人が、病気をどのように受け止めるか改めて注目されている。Schizophrenia と診断された人の病識は多様で、30～80%の人が欠如しているという。し



(Juckela & Morosini 2008, 一部改変)

図3 抗精神病薬の登場と治療目標の変遷

かし逆に、過度の洞察をもつ人が抑うつ、絶望、希死念慮、自己評価の低下や生活の質の低下を招いて悩んでいる。そうした自尊心の低下をセルフスティグマ(self-stigma)と呼び、パブリックスティグマ(public stigma)とならんで、リカバリーの大きな阻害因子になっている。それは、統合失調症と診断された人がパブリックスティグマを受け入れてしまい、主観化/内面化してデモラリゼーション(demoralization)になるため<sup>28,29)</sup>で、その解消はケアの個別化や治療転帰の改善にとって欠かせない)。

DSM-5とICD-11の登場を機に、DSM/ICD診断システムの有用性と限界を見直して、今後、統合失調症が明確な医学的概念と臨床単位になり、診断の臨床的な価値が高まることを期待する。

## 要約

1. 精神障害の臨床診断には多次元の現象学的な視点が必要で、表出症状だけで診断するのは限界がある。DSM/ICD診断システムもその例外ではない。
2. DSM/ICD診断のCriterion A症状は、改訂を重ねるごとに変わった。“精神病性”の概念も同様で、“著しい現実検討の障害”を重視するICD-11と、FRSを精神病性障害に移してschizophreniaの臨床単位を不鮮明にしたDSM-5との間で、診断、概念と臨床的有用性の違いが生じている。
3. 臨床面では、Jaspersの階層構造を重視しschizophreniaの臨床単位を維持しているICD-11の方向性が“統合失調症”に推奨され、病因/病態の研究面では二次性から一次性精神病性障害に迫る点でDSM-5が生産的である。
4. Ciompiの長期展開モデルと統合失調症の発症脆弱性について解説し、日本の覚せい剤精神病の臨床・基礎的研究成果を紹介し、それを支持した。
5. 治療目標にはdistress/functioning modelによる症状寛解が、全人的ケアにはリカバリー志向

のケアが重要で、その向上が期待される。

6. 統合失調症を経験した人は、再発と症状の慢性化に苦しんでいる。セルフスティグマはパブリックスティグマとともに、リカバリーの大きな阻害因子になっている。

## 引用文献

- 1) 佐藤光源:統合失調症－精神分裂病と何が変わったか. 日本精神神経学会呼称変更特別委員会編、協和企画、東京、2002
- 2) Heckers S, Kendler KS: The evolution of Kraepelin's nosological principles. *World Psychiatry* 19 : 381-388, 2000
- 3) Tandon, Nasrallah HA, Keshavan MK: Schizophrenia, "just the fact" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res* 110: 1-23, 2009
- 4) Mayer A: A short sketch of the problems of psychiatry. *Am J Psychiatry* 151 (Suppl) ; 43-47, 1991
- 5) Maats A : Bleuler's schizophrenia - a modern perspective. *Dialogues Clin Neurosci* 17 : 43 - 49, 2015
- 6) Bleuler E: 内因性精神障害と心因性精神障害. 切替 辰哉訳, 中央洋書出版部、東京、1990
- 7) Mitropoulos GB: The DSM-ICD diagnostic approach as an essential bridge between the patient and the "big data". *Psychiatriki* 29: 249-256, 2018
- 8) Lawrie SM, et al: Do we have any solid evidence of clinical utility about the pathophysiology of schizophrenia? *World Psychiatry* 10:19-31, 2011
- 9) Soares-Weiser K: First rank symptoms for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015
- 10) Búrgy M: The concepts of psychosis: Historical and phenomenological aspects. *Schizophr Bull* 34: 1200-1210, 2008

- 11) Gaebel W : Focus on psychosis. *Dialogues Clin Neurosci* 17 (1) :9-18, 2015
- 12) Gaebel W, Zielasek J: The DSM-V initiative “deconstructing psychosis” in the context of Kraepelin’s concept on nosology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258: 41-47, 2008
- 13) Andreasen N: DSM and death of phenomenology in America; An example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 33: 108-112, 2006
- 14) Parnas J, Henriksen MG: Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harv Rev Psychiatry* 22:251-265, 2014
- 15) Sass LA: Self-disturbance and schizophrenia: structure, specificity, pathogenesis. *Schizophr Res* 152:12-19, 2014
- 16) Zubin J, Spring B: Vulnerability; A new view on schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 86: 103-126, 1977
- 17) Nuechterlein KH, Dawson ME, Gitlin M: Developmental processes in schizophrenic disorders: longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophr Bull* 18:387-423, 1992
- 18) Sato M, Numachi Y, Hamamura Y: Relapse of paranoid psychosis. *Schizophrenia Bull* 18:115-122, 1992
- 19) 佐藤光源、沼知陽太郎、吉田寿美子：生物学的精神医学における分裂病概念について。分裂病はどこまでわかったか。町山幸雄、樋口輝彦（編）pp 35-78, 星和書店 東京 . 1992
- 20) Ciompi L: The dynamics of complex biological-psychosocial systems; Four fundamental psychobiological mediators in the long-term evolution of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 155, (Suppl 5) 51:15-21, 1989
- 21) 佐藤光源、松岡洋夫：精神分裂病における発症脆弱性。臨床精神病理、12:185-195, 1991
- 22) Sato M et al: Acute exacerbation of paranoid psychotic state after long-term abstinence in patients with previous methamphetamine psychosis. *Biol Psychiatry*, 18: 429-440, 1983
- 23) 佐藤光源、柏原健一：覚せい剤精神病—臨床と基礎。金剛出版、1986
- 24) 佐藤光源；覚せい剤精神病の臨床と基礎。（佐藤光源、桜井暎子編：覚せい剤精神病と麻薬依存）pp1-19, 東北大学出版 2004
- 25) Futamura T et al.: Aripiprazole attenuates established behavioral sensitization induced by methamphetamine. *Prog Neuro-Pscho Pharm Biol Psychiatry*, 34: 1115-1119, 2010
- 26) Juckela G, Morosini PL: The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21:630-639, 2008
- 27) 榎 俣：日本における精神病関連事情について。榎 俣先生顕彰記念誌、pp14-23, 日本の精神医学の歴史、東京、1987
- 28) Cavelti M et al: Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry* 53:468-479 2012
- 29) 佐藤光源：精神疾患に対するスティグマの解消とリカバリー。日本社会精神医学雑誌 29:115-122, 2020

特別寄稿

## 成人期臨床におけるトラウマを考える

(公財) 慈圭会精神医学研究所 青木省三

Key words: 成人期臨床、トラウマ、外傷後ストレス障害

### はじめに

筆者は、岡山大学と川崎医科大学の2つの大学病院でそれぞれ20年ほど勤め、現在は精神科病院に勤務している。病院にはスーパー救急病棟があり、若い医師とともにその診療に関与している。とくに川崎医科大学では再来のほかに、週に3、4人ほどの新患の診療も担当していたが、初発の患者において「統合失調症」と診断することが少なくなっていた。最後の10年ほどは古典的な統合失調症の新患を診た記憶がない。これは大学病院という医療機関の特殊性ではないかと思っていたが、この3年余りの単科精神科病院のスーパー救急病棟の経験からも、初発の統合失調症を診ることはとても少なくなっている。統合失調症様の幻覚妄想を呈する人は決して少なくなく、操作的診断基準には当てはまらない訳ではないのだが、古典的な統合失調症と言われるものと、病像や経過が異なるのである<sup>1)2)3)4)</sup>。

これらの人は、疾病分類や診断基準にぴったりと当てはまらない、非典型・非定型な病像と経過を示す人が多く、これまでの統合失調症を中心にすえた治療体制ではうまく対応できないことがしばしばある。なかには、予想外の病像や経過への対応に追われているうちに、入院が長期化し、病像が慢性化、難治化する場合も少なくない。そのような患者は、よく診てみるとベースに発達障害やトラウマをもつことが多いという印象があるが、

本稿ではとくに、トラウマに焦点を当てて考えてみたい。

なお、症例は個人情報の保護の観点から、大幅に改変している。

### 1. 成人期臨床におけるトラウマ

成人期臨床において、トラウマ的体験によって引き起こされるのは、心的外傷後ストレス障害(post-traumatic stress disorder、PTSD)や複雑性PTSDだけではない。これらの障害は「生死に関わるような出来事」などと定義されているが、実際には、生死に関わるような出来事ほどではなくても、傷つき、トラウマ反応を起こしている人がたくさんいる。客観的な強度と主観的な強度のズレというものもある。また出来事から時間が経っていて、どの程度のものであったのか、客観的な情報が得られないことも少なくない。これらの閾値下PTSDも含めて、広くトラウマという言葉で考えてみたい。

比較的些細な(ように見える)出来事と、受け手の感受性の強さが相まって、トラウマ反応が起こってくるのである。これらを「トラウマ反応」と広く捉えることが、臨床的には大切になる。筆者は、理解のための「トラウマ」は広く、診断は厳密に狭くとることが求められていると思う。とくに臨床においては、心の傷から血が流れているのに気づくことが、とても大切となる。

### 2. トラウマ関連症状は、しばしばひっそりとある

症例(1) 60代女性 幻覚妄想状態

生活歴・現病歴:

元々、人付き合いは苦手。結婚後に二女をもうけ、

子どもはそれぞれ就職や結婚で独立し、女性は専業主婦として生活していた。20年ほど前、遠方で一人暮らしをしていた次女が自死。その後、不眠、気分の落ち込み、近所の目が気になる、などが出現したという。10年ほど前より、「近所から見張られている、噂されている」「自分の行動を指摘する声が聞こえる」といった幻聴、被害 関係妄想がみられ、高齢発症の統合失調症(疑)と診断されて、精神科クリニックにて、加療されていた。数年前に夫が亡くなり、以後は単身生活であった。規則正しい生活をしていたように見えたが、数か月前より幻聴、思考伝播、被害関係妄想が増悪し、不安恐怖、焦燥が強まり、入院となった。

#### 診察時の会話

筆者 子どもさんが、お亡くなりになって大変だったでしょうね。

女性 ええ、〇〇年〇月〇日でした(日までしっかりと話す)。

筆者 今でもそのことを思いだしたり？

女性 年中、思い出しています。

筆者 つらいでしょうね。

女性 いろいろと思う。何かしてやれなかったかなとかと、いつも考えます。

筆者 誰かに話したことは？

女性 ないです。

筆者 夢に出てくることは？

女性 あります。毎日です。今でも、亡くなったときの姿をありありと思い出します。

筆者 気持ちが楽になる時があればいいのだけど……。

女性 それがないんです。

幻覚妄想の背景に、フラッシュバック、自責などのトラウマ関連症状が、20年間、誰にも語られずあったのがわかった。また、退院前に家庭訪問をしたとき、掃除の行き届いた居間の一角に、遺品を飾る「娘、夫コーナー」があった。それは、女性を護るものであったが、過去の出来事を思い出

させるものでもあったのであろうと感じた。

これらの情報を総合して考えると、女性の幻覚妄想は、元来の人付き合いの苦手の上に、娘の自死が起こり、繰り返し出来事を思い出し、「助けてやれなかった」自分を責めるようになった。それだけでなく、交流のほとんどない近隣の人たちが、「親としてダメだと自分を責められている」と感じるようになり、しだいに責められる感じが被害妄想へと発展していった、と理解するのが妥当ではないかと考えた。統合失調症というよりは、トラウマと孤立に基づく反応性の幻覚妄想状態と考えたのである。おそらく最終的には、近隣などへの対応をしていた夫の死に伴って、まったく孤立した生活になったことが、幻覚妄想状態を増強させたのであろう。

では、どう支援するのがよいか。筆者たちは、女性が人との結びつきを取り戻すことはできないかと考え、デイサービスと訪問看護を提案した。集団の中に入るデイサービスは受け入れられなかったが、一対一の訪問看護は心強いと受け入れてくれた。それにより、孤立した生活は少し和らぎ、症状も軽快しやがて消失していったのである。

女性のように、こちらから尋ねないとトラウマ関連症状は話されないことが多い。尋ねても話されないことも少なくない。トラウマは、不安や抑うつ、幻覚や妄想、強迫や嗜癖の背後に、ひっそりとあることが多いのである(表1)。

例えば、抑うつ状態が続き、なかなか復職できない患者の場合、職場の「いじめ」がフラッシュバックし回避していることがある。作業所に見学に行っても毎回やめてしまう患者の場合、集団を見ると、中学時代の「いじめ」がフラッシュバックしてきていることがある。このところ寝付けませんと訴える患者の場合、布団に入ると、昔のつらい出来事がフラッシュバックしていることがある。

実際、直前にトラウマ体験があればトラウマ反応を疑うが、時間が経った過去のトラウマ体験は語られないと疑わない。まして、語られない小児

期の逆境体験(虐待など)は気づきにくい。そもそもトラウマ体験は、恥ずかしいとか自分が悪いというような感覚を伴いやすく、それ自体が話しづらいものである。時には、トラウマ体験は解離されて、本人には自覚されないものとなっていることもある。「あの頃の記憶があまりないのです」「小さい頃の事を憶えていません」などと話されることも多い。

トラウマ関連症状は、本人にとっては「いつものこと」で、日常的なものとなっていることが多い。そのような場合には、殊更に異物のような症状として自覚できない。フラッシュバックも、毎日起こっていれば、話すほどのことではない「当たり前なもの」になっていることも少なくない。もちろん、回避や解離は、本人も気づいていないことが多いものである。

トラウマ体験もトラウマ関連症状も、隠している訳ではないのである。

表1 従来の精神疾患の症状の背景にあるトラウマ関連症状

従来の精神疾患の症状	背景にあるトラウマ関連症状
不眠	過覚醒、フラッシュバック、悪夢
不安焦燥症状	過覚醒、フラッシュバック
パニック症状	フラッシュバック
強迫症状	過覚醒、感覚麻痺、フラッシュバック
摂食障害様症状	過覚醒、感覚麻痺、フラッシュバック
身体表現性症状	過覚醒、感覚麻痺、フラッシュバック
抑うつ症状	
抑うつ気分	感覚麻痺
悲観的・否定的思考	感覚麻痺、フラッシュバック
精神運動抑制	回避、解離、感覚麻痺
統合失調症様症状	
幻覚妄想	フラッシュバック、解離
自我障害	解離、感覚麻痺
意欲低下、感情の平板化、自閉	回避、解離、感覚麻痺
依存症	過覚醒、感覚麻痺、フラッシュバック、解離
パーソナリティ障害様症状・発達障害様症状	過覚醒、感覚麻痺、フラッシュバック、解離
衝動行為(自傷、自殺企図など)	過覚醒、フラッシュバック、解離

(青木省三ほか編「大人のトラウマを診るということ」医学書院、pp27、2021年)

### 3. 児童虐待が、活性化してくることがある

症例(2) 50代女性 抑うつ状態

50代後半の女性が、長引く抑うつ状態で受診してきた。夫婦二人暮らし。子どもは二人いたが、それぞれ家庭を持ち遠方で暮らしていた。診察時、口調と振る舞いが、過剰なくらい礼儀正しいのが印象的であった。長年、この地を離れていたが、親の介護も兼ねて戻って来てから、抑うつ状態が

はじまったという。

しかし、単に抑うつ的なだけでなく、希死念慮が底流に流れ、昼間から、不安で淋しくなり、アルコールを飲み始めると止まらなくなるということであった。深夜に一人で飲むこともあった。抗うつ薬はあまり奏功せず、抑うつ状態は改善と増悪を繰り返した。何か原因があるのではないかと尋ねてみたが、「思い当たることはない」ということであった。

だがどうも、実家に戻り母親に会うと、その後、調子が悪くなるようであった。実家に戻った時のことを尋ねると、「母親にきつく叱られ問い詰められ、帰ってから、自分はダメだ、悪い子だと責めてしまう」と話した。

筆者は「母親に会いに行くのをやめたらどうか」と提案しが、「母を放っておくと可哀そうで、どうしても行ってしまおう」と言い、その後も母親の世話に行き、責められて抑うつ的となるのを繰り返した。夫によると、母親が女性を厳しく責めるのは事実のようで、女性自身も「幼い頃、母親はいつも怒っていて怖かった。今で言う虐待。でも、いつも私が悪いからと責めていた。そして、いい子にならなければと思っていた」と話した。言葉の暴力だけでなく、激しい体罰と養育の放棄のようなものもあったようだ。

女性は、不安や自信のなさ、自己否定的な思考などが続いているだけでなく、時折、自己破壊的な衝動も出現し、不安定であった。これらは、女性の幼児期から続くトラウマからくるもの、即ち、自己肯定感や他者への信頼という生きる基盤が揺らいでいることによるのではないかと考えた。

女性には、抗うつ薬を処方したが、あまり効いたという印象はない。不眠は抗うつ薬や睡眠導入薬でいくらか改善したが、薬とアルコールを同時に飲み健忘が出現したため、できる限り少量処方を試みた。女性には、「母親に会わないこと」「あなたは悪くないこと」「自分を護らないといけないこと」などを繰り返し話し、女性はゆっくりと回復していった。

それには、女性が少しずつ母親と距離をとれるようになったこと、母親が高齢になり女性を攻撃する力が弱まったこと、とくに母親に会う時に付き添うなどの夫のサポートが大きかったように思う。

筆者には、女性が幼少期に体験したことは、主観的な意味では「虐待」だが、客観的にも「虐待」と言えるものかどうか、はっきりとはわからなかった。ただ、母親に会ったときの母親の言動を聞くたびに、「虐待」と捉えたほうがよいのではないかと考えるようになった。母親も女性に会うと、怒りなどの感情が湧き起こるのを止められないようであった。小児期のトラウマ体験が、母親から離れ遠方で暮らしていた時期には落ち着いていたが、50代となり転勤で近くに住むようになり、親との接近が虐待場面の再現となり、不安・抑うつ、再体験、フラッシュバックなどが活性化したものと考えられた。

女性のように、小児期に虐待などの逆境体験を持つ人が、比較的安定した期間を経たのちに、トラウマ関連症状が活性化してくることを稀ならず経験することがある。小児期に虐待を受けた人が、育児場面で泣き止まない子どもを前にしたときであったり、親に介護や世話が必要になり親との接触が増えたときであったりする。

小児期に虐待を受けた子どもは、周囲の大人がそれに気づくことで、義務教育年齢では、児童福祉や教育や医療からサポートを受けることが多い。しかし、その後はサポートの薄い大人社会の中に入ることが少なくない。その移行期につまづく子どもをしばしば経験する。たとえば、虐待を受け養護施設に入所していた子どもが、高校卒業後に退所し一人暮らしをはじめ、短期間のうちに新たなトラウマを受け、混乱したりする経験をすることがある。

子どもから成人に移行する時期への支援がもっと手厚くなることが求められている。

#### 4. トラウマに気づくと治療や支援が変わる

症例(3) 20歳代の男性 幻覚妄想状態？

幼少時の成長・発達の遅れは指摘されず、小学校卒業までは、特に困ることなく過ごしていた。中学入学後より不眠、気分の落ち込みがみられ、気持ちが沈んだ時に、荒れるようになった。中学3年頃より「馬鹿!」「邪魔だ」といった、本人を責める声が頻繁に聞こえるようになり、その幻聴は高校進学後も続いた。高校2年から不登校になり、近くの精神科病院を受診。統合失調症と診断され、薬物療法が開始された。

その後も、本人を責める幻聴は続き、「自分には生きている価値がない」と自傷行為や自殺企図を繰り返したため、その度に前医に入院し、薬物調整を行い、20回ほどの入院になっていた。幻覚妄想が活発で、自傷行為や自殺企図が繰り返されるとい、不安定な病状で、治療抵抗性の統合失調症と判断され、薬物療法の見直しや修正型電気けいれん療法はどうかと、当院に紹介となった。

診察時、「幻聴や被害妄想が出てきて苦しい」というものの、それは限定した対象のものであり、不特定多数の人とか漠然とした恐怖心のようなものは認めなかった。礼儀正しく、対人関係の敏感さや、自責的な思考などが認められた。「対人関係で傷ついた出来事があるのではないかと」と尋ねてみたところ、小学校時代に、「父親から叩かれる、大声で怒鳴られる、無視される」といった身体的・心理的虐待を受けていたことがわかった。本人が精神科に入院するようになってからは、父親からの暴力はなくなり、今は両親との関係は良好であると話した。

そこで筆者は、「あなたの病気は、統合失調症というよりは、辛い出来事が関係しているもののように思う」と説明したところ、「統合失調症と言われても、本当にそうかなーっと思っていた。はじめて納得できました」と話した。病院を退院し家に帰ると、「昔、父親が開けた壁の穴が見えたり、大声を聞くと、当時の光景が映像として浮かんでくる」と言い、20回の入院は、父親の大声などでパ

ニックとなったときであることがわかった。

幼少時からの辛い体験がトラウマとなり、父親の大声などがリマインダーとなり、過覚醒やフラッシュバック、幻聴や妄想、自責感などが出現しているものと思われた。そこで治療方針を見直し、薬物療法や修正型電気けいれん療法よりも、家から出て一人暮らし(グループホーム、アパート)をすることを目標とし支援しているところである。

## 5. 治療と支援

### 1)安全と安心を提供する

トラウマに焦点化された特異的な精神療法はあるが、筆者は何よりも、安心感・安全感を提供する非特異的な精神療法や環境調整が大切と考える。非特異的な精神療法とは、患者の「苦しい気持ちや状況」に気づき受け止めるとともに、生活支援などを行い、少しでもよい体験を増やし健康な部分を膨らませながら、自然治癒・自然回復を引き出そうとするものである。それが、傷が癒える基盤となる。「傷を癒す」という積極的な治療姿勢が時には求められることもあるが、「傷が癒える」のを手助けするという治療姿勢が基本的と考えるのである。

### 2)治療者や支援者との関係が不安定になりやすい

トラウマ、特に人からのトラウマは、人を信頼するというその人の基盤を揺るがせる。トラウマをもつ患者、利用者は、しばしば敏感で、不信感や被害感を抱きやすい人である。人に近づいたり遠ざかったりしやすく、ある人をほめたり別の人をけなしたり、それがまた反転したりしやすい不安定な人である。助けてもらいたいけど、怖い。信じたいけど、裏切られるような気がする。些細な人の言動に敏感で、被害的、攻撃的となりやすい。そのため、支援が必要なのに支援を拒否し、支援が切れてしまいやすい。だからこそ、彼らの「ほめる」「けなす」などの言動に一喜一憂せず、治療や支援を粘り強くやっていく必要がある。

### 3)生活を支援する

生活がしだいに安定し、支援を介して安定した関係がもてるようになることが、生きる基盤を整えることであり、実は大切な心理支援となる。

生活の支援の第一は、公的福祉制度の利用による「大きな支援」とでもいうものである。実際には、訪問看護や居宅介護サービスなどの利用、精神保健福祉手帳や精神障害者年金の取得などによって、日常生活を支援することや、経済的な基盤を安定させることが大切になる。経済的な基盤が不安定であると、精神状態も対人関係も一層不安定になるのは言うまでもないであろう。その意味で、ケースワークはとても大切である。

だが、生活の支援と言うのはそれだけではない。その人の生活の中に楽しみや潤いを増やすという「細やかな支援」な支援も大切である。具体的には、ほっとする時間はあるか、楽しみはあるか、笑うような時があるか、ということ尋ね、生活の質が少しでもよいものとなるように支援していくことである。好きな歌や趣味などを知ること大切である。それその人の人生の質を少しでもよいものにすることに繋がる。そのためには、その人が毎日をどのように過ごしているのかという、「生活の細部」を知り、生活の細部が少しで豊かになることが大切になる。

### 4)複数の人や機関で支援する

前述したように、複数の人や機関でのネットワークによる支援が大切になるが、支援者に対する不信や猜疑が生まれやすく、壊されやすい。虐待などのトラウマのある人たちは、支援が必要なのだが、支援を受け入れるのが苦手な人たちなのである。

その際、留意しておきたいのは、直接、支援している人が、孤立したり疲弊したりしないように、全体でバックアップしていくことである。対人関係や感情の不安定な人たちは、「生きていくのが不安で困っている人たちではあり支援が必要だが、その人たちを支援するのはなかなか難しいことな

のだ」と皆で認識し、誰かに負担がかかりすぎているかなど、ネットワークが綻びないように、常に意識している必要がある。

#### 5) 治療や支援でトラウマを作らない

治療や支援は、過去のトラウマを想起させたり、新たなトラウマを作ったりしやすい。たとえば入院治療においては、パニックや混乱、大声や飛び出しなどに対して、当の患者を護るために、そして他の患者やスタッフを護るために、制止や抑制をせざるを得ないことは決して稀ではない。だが、その制止や抑制が、トラウマを想起させたり、新たなトラウマを作ったりしやすい。患者やスタッフを護るためのものが、傷を作る危険性をはらんでいるのである。不必要な制止や抑制をなくすだけでなく、やむをえず制止や抑制をする場合には、どのような制止や抑制の仕方がトラウマとならないかと、いつも、スタッフのなかで考えておく必要がある。

それだけでなく、患者の怒りや暴力は、スタッフのトラウマとして残りやすい。スタッフの安全と安心を確保することも大切なことであることを忘れてはならない。患者にトラウマを作らないことと、治療や病棟が安全で安心であることをいつも考えておく必要がある。

#### おわりに

最後に、トラウマについて日々の治療やケアに求められる視点としては、

①トラウマを抱えているのではないか。即ち、過去に怖い体験をしたのではないか？

②トラウマを賦活しているのではないか。即ち、自分の言動が、怖い体験を思い出させたのではないか？

③トラウマを作っているのではないか。即ち、自分たちの言動が、怖い体験となっていないか？

このような視点で、日々の治療やケアを見直すことが求められているように思う。人が人に関わる治療や支援においては、治療や支援がすべての

トラウマを避けるということは困難である。だが、トラウマを作るのを避けることはとても大切であり、いつも念頭においておきたいと思う。

#### 引用文献

- 1) 青木省三、村上伸治編：大人の発達障害を診るということ－診断や対応に迷う症例から考える．医学書院、2015年
- 2) 青木省三：こころの病を診るということ－私の伝えたい精神科診療の基本．医学書院、2017年
- 3) 青木省三：ほくらの中の「トラウマ」－いたみを癒すということ．ちくまプリマー新書、2020年
- 4) 青木省三、村上伸治、鷲田健二編：大人のトラウマを診るということ－こころの病の背景にある傷みに気づく．医学書院、2021年

原著

# 大学の作業療法士養成課程における認知症教育の効果 —認知症リテラシーの向上を目指して—

神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 梶田博之、福井則子、前田潔

## ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of this study was to ascertain the effectiveness of dementia education in an occupational therapist training program. **Subjects:** Thirty-three third-year university students who had taken lectures on dementia and 37 first-year students who had not yet taken lectures. **Method:** We asked the subjects to answer a questionnaire (38 items) to measure their knowledge of dementia, and compared the number of correct answers and the percentages of correct and incorrect answers to each question item between first- and third-year students. **Result:** The median scores for first- and third-year students were 23 and 27, respectively, and the scores for third-year students were significantly higher. There were 11 out of 38 question items for which the percentage of correct responses by third-year students was higher than that of first-year students. **Discussion:** Our results suggested that the regular curriculum of an occupational therapist training program could improve the students' knowledge of dementia.

**Key words:** 認知症教育、作業療法士養成課程、認知症、カリキュラム、大学生  
dementia education, university occupational therapist training programs, dementia, curriculum

## I. はじめに

超高齢者社会をむかえた日本では認知症の人の数は増加の一途をたどっており、2025年には700万人に達すると推計されている<sup>3)</sup>。リハビリテーション専門職の一つである作業療法には大別すると身体障害、精神障害、老年期障害、発達障害の領域があるが、発達障害を除く領域においては日常的に認知症の人を支援する機会があるといってもよい。その中でも高齢者が利用する介護保険サービス施設を含む老年期障害領域や、認知症治療病棟も有する精神障害領域では、特に認知症の人を

対象とすることが多い<sup>11)</sup>。そのため、作業療法士の養成機関である大学や専門学校においても、学生に対する認知症に関する教育の重要性は高い。また、教育課程における病院や施設での臨地実習の際にも認知症の人と関わりをもつことも少なくないため、認知症の症状についての正しい知識や、認知症の人への基本的な対応法などは在学中から理解しておくことが望ましい。

これまでの先行研究では、大学生の認知症に対するイメージや態度に関連したものや、特別に開講した講座を受講した効果についての研究は散見される<sup>10, 12, 13)</sup>。しかし、作業療法士等の医療関連職の養成課程における通常の授業カリキュラムによって、認知症に関する知識がどの程度学生に定着しているかについて調査したものはほとんど見当たらない。神戸学院大学総合リハビリテーション学部作業療法学科(以下、本学科)において、認知症に関する講義を行っている主な科目は、「精神

---

Effectiveness of Dementia Education in University Occupational Therapist Training Programs.  
-Aiming to Improve Dementia Literacy-  
Hiroyuki KAJITA, Noriko FUKUI, Kiyoshi MAEDA  
Faculty of Rehabilitation, Kobegakuin University  
518 Arise, Ikawadani-cho, Nishi-ku, Kobe 651-2180, Japan  
kajita@reha.kobegakuin.ac.jp

医学」「老年期障害作業療法学」「精神障害治療学」であり、各講義のなかで1～3回程度実施している。そこで本調査では、本学科の通常カリキュラムの効果を明らかにすることを目的として、これらの通常授業をすでに受講した大学3年生と、受講していない大学1年生に対して認知症の知識に関する調査票に回答してもらい、その成績を比較した。

## II. 対象と方法

### 1. 対象者

本学科の大学1年生37名と3年生33名の計70名とした。1年生は男性20名、女性17名、平均年齢  $18.6 \pm 0.6$  歳、3年生は男性21名、女性12名、平均年齢  $20.7 \pm 0.6$  歳であった。

### 2. 方法

認知症の内容を含んだ通常カリキュラムを受講済みである3年生と、未受講である1年生に対して認知症に関する知識を測定するための38項目からなる調査票に回答してもらい、その正答数、および各質問項目に対する各学年の正答と誤答の割合を比較した。

なお本調査において使用した調査票は、認知症に関する知識を測定するために我々が新たに開発中の尺度とした。この尺度は、各質問に対して「正しい」「誤り」「分からない」の選択肢の中から一つを選択する3件法である。認知症の知識測定のために海外で使用されている英語版のおもな尺度には、Alzheimer's Disease Knowledge Scale (ADKS)<sup>1)</sup>、Dementia Knowledge Assessment Tool Version Two (DKAT-II)<sup>2)</sup>、Dementia Knowledge Assessment Scale (DKAS)<sup>7)</sup>が挙げられるが、これらの尺度に含まれる質問項目から内容の重複等を除いた38項目の質問を抽出し今回の調査票を作成した。

本調査は神戸学院大学総合リハビリテーション学部倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号総倫21-01)。

### 3. 統計解析

1年生と3年生の正答数の比較には Mann-

Whitney の U 検定を使用した。また、各質問項目に対する各学年の正答と誤答の割合の比較については  $\chi^2$  検定を用いた。なお本調査においては誤答の中に「分からない」と回答したものも含めて解析を行った。統計学的有意水準は5%未満とし、統計解析には SPSS ver.27 を使用した。

## III. 結果

1年生と3年生の38項目中の正答数を比較したところ、1年生の中央値は23点(第1-第3四分位 16-26)、3年生の中央値は27点(第1-第3四分位 25-30)であり、3年生の正答数のほうが有意に多かった( $p=.001$ ) (図1)。

また、各質問項目における各学年の正答と誤答(「分からない」の回答を含む)の割合の差については、38項目中12項目において学年による有意差を認めたが、そのうちの1項目を除いたすべての項目で3年生のほうが正答の割合が高かった。学年による正答・誤答の割合の差が大きかった質問項目は「認知症の人はうつ状態になりやすい」「最終的に認知症の人は24時間の見守りが必要になる」「重度のうつ症状は認知症の症状と見誤ることがある」「アルツハイマー病は認知症の一つの種類である」「認知症を予防できる薬がある」「認知症は脳の変化によっておこる」「認知症の末期ではものが飲み込みにくくなる」であった(表1)。

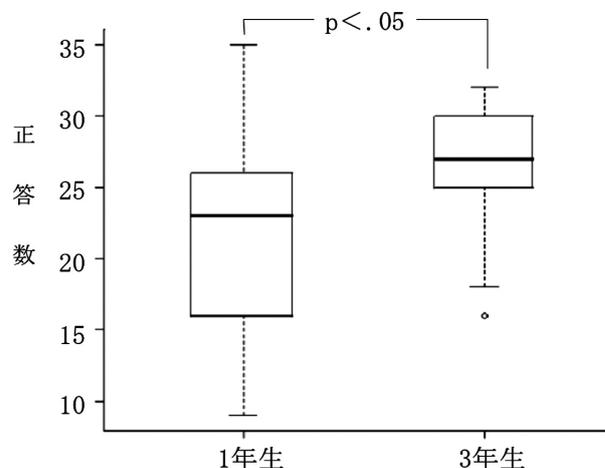


図1 1年生と3年生の正答数の比較

表1 各質問項目における各学年の正答と誤答の割合

番号	質問文	1年生		3年生		$\chi^2$ 値	p値
		正答数	誤答・ 分からない	正答数	誤答・ わからない		
1	認知症の人は、うつ状態になりやすい	19	18	26	7	5.7	.017 *
2	頭の体操をすることで認知症の発症が予防できることは、科学的に証明されている	33	4	29	4	.030	.86
3	認知症の症状が出現してからの平均余命は6~12年である	6	31	6	27	.047	.83
4	認知症の人が興奮状態になり始めた時、医学的検査上、興奮状態は他の健康問題によって引き起こされている場合もある	15	22	14	19	.026	.87
5	認知症の人がシンプルかつ最善の行為を行うには、指示を1回につき1つずつ示すとよい	23	14	27	6	3.3	.069
6	認知症の人が自分の身の周りのことができにくくなり始めたら、介護者はすぐに手出しをしたほうがよい	23	14	23	10	.44	.51
7	認知症の人が夜間に目を覚まし興奮することがあるときは、日中に十分体を動かしているかを確認することが大切である	25	12	30	3	5.6	.018 *
8	まれな事例として、認知症から回復したことがある	15	22	5	28	5.5	.019 *
9	認知症が重度でない場合は、うつや不安に対する心理療法が有益である	17	20	20	13	1.5	.22
10	もし突然に記憶の障害や思考の混乱がみられたら、それはおそらく認知症によるものである	16	21	20	13	2.1	.15
11	認知症の人の大半は施設に入所している	22	15	24	9	1.4	.24
12	栄養不良は、認知症の症状を悪化させる	20	17	27	6	6.1	.014 *
13	30歳代の人でも認知症を発症する	31	6	28	5	.015	.90
14	認知症の人は症状が進行すると、転倒事故が増える	24	13	26	7	1.7	.20
15	認知症の人が同じ質問や会話を繰り返していたら、そのことを指摘してあげると助けになる	15	22	21	12	3.7	.054
16	一度、認知症を発症すれば、その人は自分自身のケアを正しく判断する能力がもはやなくなる	9	28	14	19	2.6	.11
17	最終的に認知症の人は、24時間の見守りが必要になる	12	25	21	12	6.8	.009 *
18	高コレステロール血症は、認知症の危険因子である	15	22	14	19	.026	.87
19	手や腕の震え（振戦）は、認知症の人に共通した症状である	15	22	19	14	2.0	.15
20	重度のうつ症状は、認知症の症状と見誤ることがある	13	24	21	12	5.7	.017 *
21	アルツハイマー病は、認知症の一つの種類である	29	8	33	0	8.1	.0045 *
22	金銭のやりとりや支払いが困難になっている状態は、初期の認知症によくみられる	23	14	27	6	3.3	.069
23	認知症の症状の一つに、他の人が自分の物を盗んでいると信じてしまうことがある	27	10	24	9	.0005	.98
24	認知症がある場合は、覚書メモをとることで認知機能の低下を補助する役割となる	35	2	30	3	.36	.55
25	認知症を予防できる薬がある	13	24	26	7	13.5	.0002 *
26	高血圧は、認知症を発症するリスクを高める	21	16	12	21	2.9	.088
27	遺伝子は認知症の発症に部分的に関係している	20	17	22	11	1.2	.28
28	常に誰かが同乗していれば、認知症の人が運転しても安全である	30	7	30	3	1.4	.24
29	ほとんどの認知症の人は、過去のことよりも最近のことをよく覚えている	29	8	30	3	2.1	.15
30	認知症は脳の変化によっておこる	27	10	32	1	7.6	.0059 *
31	失禁は初期の認知症によく起こる症状である	2	35	11	22	9.0	.0027 *
32	認知症が重度に進行した時、家族は本人の代理となって他人にニーズを理解してもらうための支援となる	26	11	27	6	1.3	.26
33	認知症の人は視覚認知（見たものの理解や認識）の障害を起こすことがある	21	16	26	7	3.8	.050
34	非典型的に起きる行動（周辺症状：例 温和な人が攻撃的な行動をとる）は、認知症の人に起こりやすい	26	11	25	8	.27	.60
35	認知症の末期では、ものが飲み込みにくくなる	12	25	20	13	5.6	.018 *
36	認知症の後期の段階では、体の動き（歩行、座位の動き）などの活動範囲が限られてくる	22	15	29	4	7.1	.0076 *
37	認知症の末期になると、自分の苦痛を他人に伝えることが難しくなる	29	8	26	7	.0017	.97
38	認知症の人にとって、運動はときには有益である	31	6	27	6	.047	.83

#### IV. 考察

本学科のカリキュラムでは認知症に特化した科目の設定はなく、精神障害や老年期障害といった作業療法の臨床において認知症の人を対象とする頻度の高い領域の科目の中で講義している。これらの講義は2年生のカリキュラムから開始されるため、1年生は認知症に関する講義および専門的説明等を受ける機会はない。本調査において認知症についての講義を受けた3年生と、未受講である1年生の認知症に関する知識を調査し比較したところ、3年生は1年生よりも有意にスコアが高かったことから、本学科の通常カリキュラムを受講することによって認知症に関する正しい知識が学生に定着していくことが示唆された。また本来は、2年生のカリキュラムの中で「見学実習」の位置付けとして10日間の臨地実習が設定されている。このような短期間の見学実習であっても、認知症に関する知識やイメージに対して少なからず影響を及ぼすことが先行調査において報告されている<sup>6)</sup>。しかし、今回の調査対象とした3年生は新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、病院や施設における臨地実習は中止となり、実際に患者や高齢者と接する機会をもつことができなかつた。つまり、本調査で確認された3年生と1年生の認知症に関する知識の差は、大学内における講義の受講の有無による差であり、講義そのものの効果と捉えることができる。認知症に関する講義を受けて知識量が向上したこと自体は当然の結果ともいえるが、中核症状や行動・心理症状など多様な症状を呈し誤解されていることも多い認知症に関して、講義形式の通常カリキュラムによる学生の知識の向上を確認できたことは意義深いことであると考えられる。また、4年生では約4ヶ月間の病院・高齢者施設等における臨地実習が設定されている。角野ら<sup>12)</sup>やYongら<sup>14)</sup>の研究において、認知症の知識量と認知症に対する肯定的イメージには関連があることが示唆されており、長期間の臨地実習を前にして認知症に関する正しい知識を習得し認知症の人への肯定的イメージを向上させておくことは、実習を円

滑に行うために、また実習での学びの質を高めるためにも重要なことである。

認知症者数が増加し社会的問題となった状況に対して、厚生労働省は認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）（平成25年）<sup>4)</sup>や認知症施策推進大綱（令和元年）<sup>5)</sup>などの施策を策定しながら、認知症の人の意思が尊重されることができる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指している。このような施策や啓発活動等を経て、社会の認知症に対する差別や偏見は徐々に改善されてきているように感じるが、いまだに負のイメージは根強く残っている<sup>9)</sup>。そのイメージを解消するためにも、医療・福祉関連職は無論のこと地域住民が認知症に対して正しい知識をもつことが必要となる。本調査においては大学の作業療法士養成カリキュラムの効果を確認したが、現在地域によっては小・中学生といった人格形成期からの認知症教育の取り組みもなされている<sup>8)</sup>。認知症に関する知識や接した経験のない人々に対しても、短時間でより効果を得られるような講義内容については今後も検討していく余地があり、そのためにも今回使用したような認知症の知識測定尺度等による効果判定は有効であると考えられる。

#### V. 結論

本学科における認知症に関する通常カリキュラムの講義を受講した大学3年生と、未受講である大学1年生の認知症の知識を比較したところ、3年生の成績のほうが有意に高かった。これにより、学生の認知症の知識向上に対して本学科のカリキュラムが有効であることが示唆された。

本調査は、日本学術振興会の科学研究費助成事業 基盤研究(C)「高齢者コホートにおける認知症リテラシー教育を活用した早期受診促進の前向き介入研究(研究代表者：前田潔)」の一部として実施された。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) Brian D Carpenter, Steve Balsis, Poorni G Otilingam, et al.: The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: development and psychometric properties. *Gerontologist* 49(2), 236-47, 2009
- 2) Christine Toye, Leanne Lester, Aurora Popescu, et al.: Dementia Knowledge Assessment Tool Version Two: development of a tool to inform preparation for care planning and delivery in families and care staff. *Dementia* 13 (2), 248-56, 2014
- 3) 平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業：日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究. <https://www.mhlw.go.jp/content/000524702.pdf>. (2021 年 12 月 15 日アクセス)
- 4) 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/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf> (2021 年 12 月 15 日アクセス)
- 5) 厚生労働省：認知症施策推進大綱. <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> (2021 年 12 月 15 日アクセス)
- 6) 松谷 信也, 上城 憲司, 原口 健三：1 年次の見学実習体験が作業療法学生の認知症高齢者に対する不安と知識に及ぼす影響. *西九州リハビリテーション研究* 13, 11-14, 2020.
- 7) Michael J Annear, Chris Toye, Kate-Ellen J Elliott, et al: Dementia knowledge assessment scale (DKAS) : confirmatory factor analysis and comparative subscale scores among an international cohort. *BMC Geriatr* 17 (1), 168, 2017
- 8) 諸隈 陽子, 大石 りさ, 堅田 佐知子ら：学校における認知症教育を通しての BPSD 予防 認知症を患った高齢者を理解してもらうために子ども世代への取組み. *老年精神医学雑誌* 31(4), 381-386, 2020
- 9) 永井 邦明, 川崎 一平, 原田 瞬ら：認知症の人と共生する社会の実現に向けた「認知症サポーター養成講座」の在り方に関する研究 地域で働く人がもつ認知症のイメージに関する実態調査から. *日本認知症予防学会誌* 10 (2), 14-20, 2021
- 10) 南部 泰士：認知症サポーター養成講座受講による看護学生の認知症高齢者に関する意識変化. *厚生指針* 64 (6), 21-28, 2017
- 11) 日本作業療法士協会：作業療法白書 (2015). <https://www.jaot.or.jp/files/page/wp-content/uploads/2010/08/OTwhitepepar2015.pdf>. (2021 年 12 月 15 日アクセス)
- 12) 角野加恵子, 中谷久恵, 大塚美樹ら：看護学生の認知症高齢者のイメージとの関連 2 年生と 4 年生を比較して. *日本認知症ケア学会誌* 18 (2), 485-494, 2019
- 13) 富高 日菜子, 林田 ゆかり, 黒木 香織ら：大学生の認知症高齢者への態度に関連する要因. *保健学研究* 33, 9-15, 2020
- 14) Yong Mi-Hyun, Yoo Chan-Uk, Yang Yeong-Ae : Comparison of knowledge of and attitudes toward dementia between health-related and non-health-related university students. *Journal of Physical Therapy Science* 27 (12), 3641-3643, 2015

## 総説

## うつ病は身体疾患なのか精神疾患なのか

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

Key words: 大うつ病、身体疾患、精神疾患、炎症、インシュリン抵抗性

major depressive disorder, medical disease, psychiatric disease, inflammation, insulin resistance

## I. はじめに

伝統的ドイツ精神医学では、うつ病・統合失調症・てんかんは三大精神疾患とされていた。うつ病は精神医学の主たる対象疾患とみなされ、その病理性、重症度、発症要因などを考慮して、内因性・神経症性・反応性に区分され、それぞれの病型に対する対応法が考えられていた。

1950年代からうつ病の薬物療法が可能となり、イミプラミンをはじめとする三環系抗うつ剤、四環系抗うつ剤が導入された。その後、うつ病の薬物療法としてモノアミンオキシダーゼ阻害剤(MAOI)、セロトニン選択的再取り込み阻害剤(SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(SNRI)が導入され、そのほかにもブプロピオン、エスケタミンなど多彩な薬理作用を有する薬物が導入されつつあるが、今でも患者の1/3は抗うつ薬に対する反応性が乏しいとされている。このような難治性うつ病に対して、リチウム、甲状腺ホルモン、非定型抗精神病薬などとの組み合わせによる増強療法も行われている。

さらに、薬物療法に加えて、電気痙攣療法(ECT)、経頭蓋磁気刺激療法(rTMS)などの生物学的治療法が導入され、このような脳刺激法は脳機能画像技術とともに進化し、迷走神経刺激(vagal nerve stimulation; VNS)、深部脳刺激法(deep brain stimulation; DBS)、直流電流刺激法(direct

current stimulation)や焦点性超音波法(focused ultrasound)などが開発されている。また、認知療法、対人関係精神療法などを含む精神療法も、うつ病の治療法としての有効性が示されている。そして、最近では、LSD、シロシピンなどの幻覚誘発剤と精神療法の組み合わせによる治療法も導入されようとしている。

時代と共にうつ病患者数は増加しており、DALYで見るとうつ病は最も社会的損失の大きい疾患である。わが国におけるうつ病の概念は、時代と共に操作的診断基準の導入により大きく変化した。ドイツ精神医学の精神病理を重視する内因性・神経症性・反応性うつ病の区別は重要視されなくなり、DSM-5によるうつ病性障害は、大うつ病と慢性持続性抑うつ障害とに大別されることとなった。うつ病患者数の増加に加えて、SSRIやSNRIが導入され、以前と比較して抗うつ薬の使用に伴う副作用が少なくなったこともあり、軽症のうつ病は一般内科医が担当することも多くなった。うつ病に対する精神医学的理解が少ないままに治療に参画する場合も見られるようになったが、これが正しい方向性なのかどうかはわからない。このような問題意識は、うつ病を身体疾患とみなすべきか精神疾患とみなすべきかとの問題とも関係するテーマであり、本稿ではこのような点について議論したい。

大うつ病を炎症、糖尿病(インシュリン抵抗性)など身体疾患として理解しようとする立場がある。さらに旧来のうつ病の分類(反応性、神経症性、内因性)を再評価しようとする動きもある。うつは、病的であろうとなかろうと気分の落ち込みを示す

Is Depression Medical or Psychiatric Disease?  
Masatoshi TAKEDA, MD, PhD  
Director of Jinmeikai Institute for Mental Health,  
President of Osaka Kawasaki Rehabilitation University

一般的な言葉である。精神医学的に極度の抑うつを呈する病態は、古くからうつ病、メランコリア、気分障害、大うつ病性障害などさまざまな病名で呼ばれてきたが、ここでは DSM-5 による大うつ病(MDD)について述べる。

## II. 伝統的ドイツ精神医学におけるうつ病

DSM 導入以前のドイツ精神医学に影響されたわが国の伝統的精神医学では、表1に示すように、うつ病を、反応性うつ病、神経症性うつ病、内因性うつ病に分けていた。

反応性うつ病は、強い心因やストレスにされされた場合に起こるうつ反応である。どんな人でも強いストレスにさらされた場合には起こると考えられる病態であり、特にその人の素因や性格に問題がなくても発症する。反応性うつ病はストレスに反応して起こる病態であることから、ストレスや心因がなくなることにより、うつ病から回復することが期待され、その治療法としては環境調整によりストレスや心因を除去することが有効とされている。このような意味では、うつ病の精神病理性は最も軽い病態とも言えよう。

神経症性うつ病は、もともと神経症性格(素因)を有する人がたとえ一般的にみて些細なことであつてもきっかけとなるストレス(結実因子)が加わることにより、うつ症状が出現すると考えられる病態であり、心因となりうるストレスと神経症的性格が相まって発症する。そして、その治療としては精神療法が有効と考えられていた。

これに対して内因性うつ病は、原因不明の要因により発症するうつ病であり、心因も神経症的性格もない人に、自然に起こるうつ病であり、その原因は不明とされ、その精神病理性も深く、難治

性かつ反復性であり、そのための治療法として抗うつ薬が第一選択とされていた。

このようなドイツ精神医学のうつ病の概念に対して、米国精神医学会による DSM は、精神内界の病理過程を推察することを極力排除し、客観的に確認できる疫学的知見、症状の組み合わせ、症状の経過、危険因子、予後などのパラメーターからなる知見を集積した操作的な診断基準を採用したことにより、うつ病についても、反応性、神経症性、内因性の区別をしなくなった。

身近な人との死別(bereavement)は、多くの人に強い悲哀感とうつ状態を惹起する。死別反応をうつ病の亜型として取り扱うかどうかについて、大きな議論があったが、結局 DSM-4 では死別反応を別枠のものとみなすことになった。

大うつ病(MDD)を経験した英国の女流人気作家は、大うつ病について、「うつ病は私が今まで経験した中で最も不快なことです…。それは再び元気になることを想像することができないということです。希望の欠如です。大うつ病の感情の落ち込みは、悲しみを感じることは全く違います。悲しむことは、健康的な気持ちであり、感じる必要があるということです。うつ病は全く違います。」と述べている<sup>1)</sup>。

## III. DSM-5による抑うつ障害群(Depressive Disorders)

DSM-5の抑うつ障害群は、DSM-IVの気分障害から大きく変更された。DSM-IVまでは、気分障害の項目に、双極性気分障害もうつ病(単極性気分障害)も含まれており、気分の高揚を呈する単極性躁病、気分の低下を呈する単極性うつ病、気分の高揚と低下を交互に示す躁うつ病(双極性障害)と

表1 ドイツ精神医学に基づくうつ病の分類

分類	精神病理の程度	心因	内因	推奨される治療法
反応性うつ病	軽症	++	-	環境調整
神経症性うつ病	中等症	+	+	精神・心理療法
内因性うつ病	重症	-	++	薬物療法

が同一のカテゴリーとして理解されていた。生物学的な知見、特にリスク遺伝子の研究成果は、双極性障害とうつ病との間に発症リスクとなる遺伝子の構成に違いがあることが示唆されるようになり、DSM-5では双極性障害とその関連障害は気分障害の枠を離れて独立した項目となった。そして、DSM-5における抑うつ障害群(Depressive Disorders)には、1)重篤気分調節症、2)大うつ病、3)持続性抑うつ障害、4)月経前不快気分障害、5)物質・医薬品誘発性抑うつ障害、6)他の医学的要因による抑うつ障害、7)他の特定される抑うつ障害、そして、8)特定不能の抑うつ障害が含まれることになった。

DSM-5における抑うつ障害群(Depressive Disorders)に共通する特徴は、悲しく、虚ろな、あるいは易怒的な気分が存在し、身体的および認知的な変化を伴って、個人が機能する上での資質に重大な影響を与えていることを言う。1)重篤気分調節症は児童を対象にしたもの、4)月経前不快気分障害は女性を対象としたものであり、5)物質・医薬品誘発性抑うつ障害は、原因のわかっている

ものであるから、実際には2)大うつ病と、3)持続性抑うつ障害が中心となる。

DSM-5による大うつ病(Major Depressive Disorder)の診断基準と、持続性抑うつ障害(気分変調症)(Persistent Depressive Disorder (Dysthymia))の診断基準からの抜粋を表2と表3に示す。

### 1. 大うつ病

うつ病は、うつ症状が重度であり、症状による著しい苦痛を伴っており、持続期間が2週間以上あり、生活機能の障害を引き起こしている状態を言う。うつ病の症状は、おおまかに情動機能の異常、精神運動機能の異常、身体機能の異常に区分することができる。情動機能異常は、抑うつ気分、喜怒哀楽の喪失、自責感・罪業感・無価値感・自殺念慮などであり、精神運動機能の異常は、不安・焦燥感、興味・関心の低下、気力の低下、思考制止、決断力・判断力の低下などであり、身体機能異常は、食欲、性欲、睡眠、自律神経症状、倦怠感・易労感などである。

表2 大うつ病 (DSM-5) の診断基準

- A. 以下の症状のうち5つ以上が、同じ2週間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは、(1)抑うつ気分、または、(2)興味・喜びの喪失である。
- (1) ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分
  - (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日のすべての活動における興味または喜びの著しい減退
  - (3) 体重減少または体重増加、または、ほとんど毎日の食欲減退あるいは増加
  - (4) ほとんど毎日の不眠あるいは過眠
  - (5) ほとんど毎日の精神運動焦燥または制止
  - (6) ほとんど毎日の易労感または気力の減退
  - (7) ほとんど毎日の無価値感、または過剰な罪責感
  - (8) ほとんど毎日の思考力や集中力の減退、または決断困難
  - (9) 死についての反復思考

表3 持続性抑うつ障害 (DSM-5) の診断基準

- A. 抑うつは分がほとんど1日中存在し、それのない日よりもある日の方が多く、少なくとも2年間持続している
- B. 抑うつの間、以下のうち2つ以上が存在する
- (1) 食欲の減退あるいは増加
  - (2) 不眠または過眠
  - (3) 気力の減退または疲労感
  - (4) 自尊心の低下
  - (5) 集中力の減退または決断困難
  - (6) 絶望感
- C. この症状の2年間で、一度に2か月を超える期間、基準AおよびBの症状がなかったことはない
- D. 2年間の一時期に、大うつ病の基準を持続的に満たしている時期もありうる

多くのうつ病患者では、抑うつエピソードが繰り返して出現する。抑うつエピソードは前駆期、極期、寛解期からなるが、前駆期には、物事に興味が持てなくなり、注意散漫となったり、根気がなくなったりするとともに、精神身体的愁訴として、易労感、早朝覚醒、食欲減退が起こる。そして、抑うつ感がひどくなり、考え方がまとまらず、自信喪失、焦燥感が出現し、強い疲労感、不眠、体重減少、性欲低下が出現する。抑うつエピソードの極期には、著しいうつ状態となり、他人に援助を求めることもできなくなり、焦燥感に代わり精神的苦痛が著しく、自責的となり、自殺念慮が生じる。気分はほぼ1日中落ち込んだままであり、自発性も失われる。寛解期にはいと、改善の兆しと共に気分変動の幅は大きくなり、焦燥感とともに神経質となり、活動性が出てくるが、気分は落ち込んだままである。そして気分がよくなる時間が増えてきて、物事に対する興味がわくようになり、自信が生まれて、治りたいとの希望を抱くようになり、仕事もできるようになる。

## 2. 持続性抑うつ障害

持続性抑うつ障害は、抑うつエピソードの基準を満たさない軽い抑うつ症状が慢性的に持続するDSM-IVの気分変調症の概念を継承したものである。もともと気分変調症とは伝統的な精神医学において言われていた神経症性うつ病を想定したものであり、この気分変調症の概念を継承した持続性抑うつ障害の基本的な病像は気分変調症と同じと考えてよいが、一部に慢性に経過するうつ病を重畳して包含されるという点において気分変調症と異なる。持続性抑うつ障害は、その定義から2年以上の長期間の気分変調症の病像に、抑うつエピソードが重畳した病像を包含したものであり、慢性のうつ病の病像を除外していた気分変調症と比較して、持続性という観点から慢性のうつ病を含んだ幅広い概念となっている。

## IV. 炎症とうつ病

うつ病におけるサイトカイン説は1990年代からSmithにより‘macrophage theory of depression’として提出され<sup>2)</sup>、Maesらにより精力的に研究され、うつ病患者の末梢血中のサイトカイン(IL-6、TNF  $\alpha$ )レベルやCRPレベルなど炎症を反映するバイオマーカーが亢進していることが報告されている<sup>3,4)</sup>。多くの炎症とうつ病との関連を示唆する実験的および観察的研究の証拠が報告されているものの、全ての大うつ病患者に共通する知見としてまでには整理されていない。筆者らも、通常の抗うつ剤治療に反応しない難治性大うつ病患者の末梢血において、可溶性IL-6受容体レベルが上昇していることを報告したが<sup>5)</sup>、炎症がどのような大うつ病をどのような機序で惹起するかについて一致した見解は得られていない。

この不一致を理解するために、15本のコホート研究データをプールして、うつ病の症状を情動、認知、身体、認知の四領域に区分して、炎症マーカー(CRPとIL6値)と各領域の症状との相関を調べたメタ解析が発表されている<sup>6)</sup>。CRP/IL6の測定値と24の症状が記載された56,351人(平均年齢57.8歳(SD=12.0)、女性比(51.5%))全体のCRP値は0.89mg/L(95% CI=0.85,0.94)、IL-6値は0.74pg/mL(95% CI=0.70,0.78)であった。各症状出現率は自殺念慮(1.1%)から睡眠障害(21.5%)まで分布しており、症状の平均出現率は14.0%であった。このような集団から得られたメタ解析では、CRP値が1SD上昇すると、年齢と性別で補正したうつ病のオッズ比は1.18であり(モデル1)、炎症と大うつ病の症状とに相関がみられた。しかしながら、年齢、性別、教育歴、合併疾患、生活スタイルで補正するとオッズ比は1.05に低下していた(モデル5)(図1)。症状別にみると、CRP高値は身体症状の6/7項目、認知機能の2/3項目、情緒の5/9項目、自己感情の2/4項目、自傷の1/1項目と相関していた。モデル5では、CRP高値は身体症状4項目(食欲、無力感、無気力、睡眠障害)、認知症状2項目(注意困難、関心の喪失)、情緒症

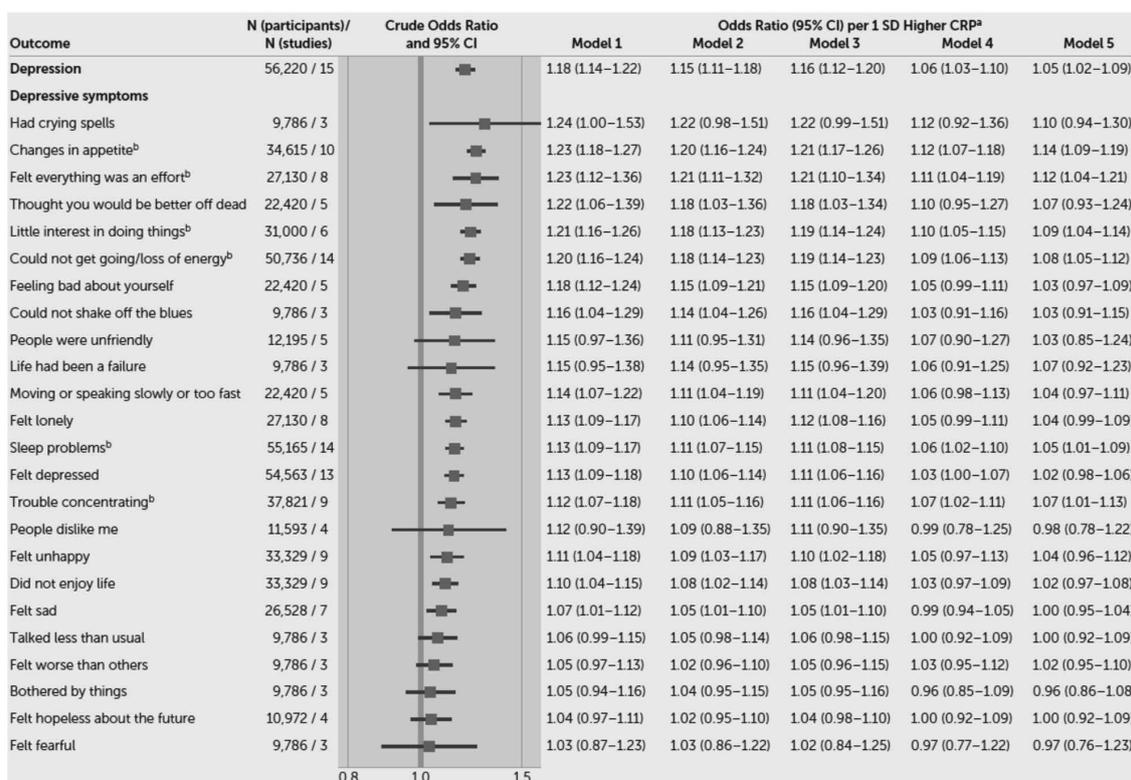
状1項目(気分の落ち込み)のオッズ比を上昇させていた。領域ごとに見ると、CRP高値は、身体症状と認知症状との相関が強く示され、情緒症状との関係は最小であったという。

このメタ解析の結果からは、全身性炎症(CRP高値)は一連の身体的症状(食欲、倦怠感、無力、不眠)および認知的症状(無関心)とは明瞭に関連していたが、高CRP値は情緒症状(うっとうしい、悲観、恐怖、人生へのあきらめ)などの感情的な症状との関連は否定されており、大うつ病患者において、炎症性マーカーの高値は身体症状とよく相関していることを示している<sup>6)</sup>。

この研究結果は、DSM-5による大うつ病の診断を支持する症状の中でも、身体症状と認知機能症状が、炎症と相関することを示唆している。しかしながら、DSM-5においても気分の落ち込みあるいは興味と関心の喪失のいずれかの情緒・精神症

状の出現を必須とすることが求められていることを忘れてはならない。炎症は、DSM-5診断基準項目の多くの身体症状と相関しているものの、基本的な情緒・精神症状とは相関していなかったという点は重要である。

前に指摘したようにDSM-5の大うつ病の診断基準は、以前の精神病理学的なうつ病の理解からだんだんと乖離し始めている可能性がある。炎症は身体疾患の反映であり、精神症状とは相関しにくいとも考えられる。旧来の精神病理学を重視する立場から言うと、大うつ病における、精神症状・行動異常・自律神経症状・身体症状は同一レベルで取り扱うべきではなく、やはり精神症状に重きを置くべきとする意見も多いだろう。DSM-5による大うつ病の診断基準は、診断の一致率を高めるための操作的な基準を目指す余りに、身体症状に重点を置きすぎてしまったとも考えられよう。



<sup>a</sup> Model 1 was adjusted for age and sex; model 2 was adjusted as in model 1 and additionally adjusted for education; model 3 was adjusted as in model 1 and additionally adjusted for health-related factors; model 4 was adjusted as in model 1 and additionally adjusted for behavioral factors; and model 5 was adjusted for all of the above-listed covariates.

<sup>b</sup> Statistically significant after all adjustments.

図1 CRP値と大うつ病の24症状との相関(文献6)より引用)

## V. サイトカインによる病的反応 (sickness behavior)

ウイルスや細菌感染により体調が悪くなることは多くの人を経験する。熱っぽくなり、吐き気を感じ、外界・環境への関心を失う。易疲労感、睡眠不良、気分が下がり、イライラして、注意・記憶が低下する。このような感染症による末梢の炎症の中枢への作用はこれまで軽視されてきたきらいがある。末梢感染症による炎症は、炎症性サイトカインを産生するが、これらの炎症性サイトカインが脳に作用して病的反応(sickness behavior)を惹起する可能性が考えられている。全身性感染症・がん・自己免疫疾患などで末梢部位でのサイトカイン上昇を介した免疫シグナルが持続すると、病的反応が増悪し、さらに進展するとうつ病が惹起される可能性も指摘されるようになった。このような意味から、炎症は心理社会的要因以上にうつ病のリスクを高める生物学的要因となりうるとも言える。

サイトカイン亢進による病的反応は感染に対する正常な内分泌・自律神経系・行動の反応である。感染部位において炎症性サイトカイン(インターロイキン-1 $\alpha$ 、 $\beta$  (IL-1 $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ )), tumor necrosis factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、インターロイキン-6 (IL-6)が産生されることにより、病的反応が惹起されるが、炎症性サイトカインが病的反応だけでなく大うつ病を惹起することが言われるようになり、脳-サイトカイン系が大うつ病を含めた人の行動様式に大きく関与していることが示唆されるようになった。

サイトカインによる病的反応と大うつ病の症状には、外界からの引きこもり、痛み、疲れ、報酬への無関心など共通するものが多い。実験動物にみられる報酬への無関心はヒトのうつ病の特徴であるアンヘドニア(anhedonia)を思わせる。実際に、実験動物の病的反応として見られる甘味嗜好の減少や探索運動の減少は抗うつ剤投与により軽減することが知られている。IL-2 やインターフェロン- $\alpha$  (IFN- $\alpha$ )は以前には肝炎の治療薬として使用されていたが、IFN- $\alpha$ を投与された人の1/3

に大うつ病が見られることは広く知られている。さらに大うつ病は、心循環器疾患、2型糖尿病、関節リュウマチなどの慢性炎症を伴う疾患患者に起こりやすいことも知られている。病的反応と大うつ病は部分的にオーバーラップしているものの、病的反応は感染に対する適応反応であり、感染源がなくなると回復する。大うつ病は感染による病的反応への病的な適応と考えてもよいのかもしれない<sup>7)</sup>。

## VI. 糖尿病とうつ病

糖尿病患者におけるうつ病の頻度は約15%であり、一般人口におけるうつ病有病率より約3倍も高いことから、糖尿病患者ではうつ病が発症しやすいことが示唆される。実際、糖尿病患者では、うつ症状の憎悪と共に血糖値が上昇しやすいこと、電気痙攣療法(ECT)を受けた患者の57%で糖尿病症状が改善したこと、糖尿病を合併するうつ病の患者はECTにより高血糖が改善すること、うつ病患者ではインシュリン負荷試験に対する反応が乏しいこと、うつ病患者では糖負荷試験(GTT)におけるグルコース使用が低下していることなどが報告されている。

うつ病患者におけるインシュリン抵抗性は早くから知られていた。Winokurらは、うつ病患者28名と健常者21名に5時間の経口糖負荷試験(GTT)を行い、血清グルコースと血清インシュリン、血清グルカゴン値を測定したが、うつ病患者はペースラインの高血糖値、GTTテストによる大きな血糖増加と大きなインシュリンを示していたが、グルカゴン量は不変であった。このような結果はうつ病患者におけるインシュリン抵抗性を示している<sup>8)</sup>。(図2)

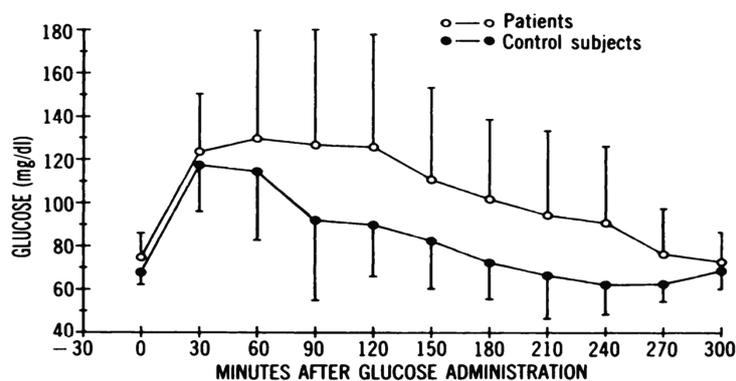
1型および2型糖尿病成人について大うつ病の有病率、オッズ比のメタ解析を行った報告がある<sup>9)</sup>。この報告では、データベース検索により拾い上げた42論文について、糖尿病群の大うつ病の合併率を検討し、糖尿病群では大うつ病の発症は非糖尿病群と比較して2倍の発症率(OR= 2.0,

95% CI 1.8–2.2) であり、性別・糖尿病の病型(I/II)・対象者の場所(クリニック/地域)・糖尿病の評価法(質問紙/診断)により差異を認めなかったという。合併大うつ病の有病率は、女性(28%)で男性(18%)より高く、非コントロール群(30%)でコントロール群(21%)より高く、クリニック群(32%)で地域群(20%)より高く、質問紙法群(31%)が標準的診断群(11%)より高かったことから、糖尿病はうつ病合併のリスクを2倍に上げると結論されているが<sup>9)</sup>、大うつ病が糖尿病の結果として惹起される可能性と、大うつ病が糖尿病のリスクとなっている可能性と両方のシナリオが考えられよう。

両者の経時的関係について、大うつ病患者では2型糖尿病のリスクの60%上昇と相関することが報告されているが、逆の相関についての報告は乏しいことから、Panらは前向き研究を行った。女性65,381人(50-75歳)について10年間の前向き観察研究では、2844人の2型糖尿病の発症があった。メンタルヘルスインデックス(MHI-5)得点が80-100点の人と比較して、MHI-5得点が76-85点の人、53-75点の人、大うつ病の人では、この順で2型糖尿病の発症リスクが上昇していた。また、7415人の大うつ病の発症があったが、非糖尿

病群と比較して、糖尿病群では大うつ病の発症リスクは1.29であり、糖尿病群について、非投薬群で1.25、糖尿病薬使用群で1.24、インシュリン治療群で1.53とリスクが上昇していたことから、糖尿病と大うつ病の相関が双方向性であることが示唆される<sup>10)</sup>。

最近、オランダ人のコホート(The Netherlands Study of Depression and Anxiety(NESDA))を用いた研究結果が報告された<sup>11)</sup>。この研究では、ベースライン時のインシュリン抵抗性の代替マーカーとして、トリグセリド(TG)/高密度リポ蛋白(HDL)比、空腹時血糖、腹囲に着目し、その後9年間の観察期間中の大うつ病の発症を予測できるかどうか、また、2年後の代替マーカーで予見できるかが調べられている。ベースライン時にうつ病、不安障害の既往の無い601人(18-65歳)についての前向き研究であるが、9年間の調査期間中に14%に大うつ病が発症した。代替マーカーごとにリスクを評価したところ、高TG/HDL比のハザード比は1.89、高FBS値のハザード比は1.37、大きい腹囲のハザード比は1.11であり、いずれの代替マーカーも大うつ病の発症と正の相関を示していた。2年後のFBS(糖尿病前段階)は大うつ病の発症と正の相関があったが(ハザード比2.66)、TG/



<sup>a</sup>Patients had greater cumulative glucose levels over time (Welch's  $T=3.11$ ,  $df=38$ ,  $p=0.004$ ), and there was a significant Group by Time interaction effect ( $F=3.21$ ,  $df=10$ ,  $470$ ,  $p=0.02$  after Greenhouse-Geisser adjustment). (The repeated measures test for a difference in the overall glucose level yielded  $F=10.25$ ,  $df=1$ ,  $47$ ,  $p=0.002$ .)

図2 うつ病患者における経口ブドウ糖負荷試験(文献8)より引用)

HDL比と腹囲は相関を示さなかった。このような結果はインシュリン抵抗性を反映すると考えられる3つの代替マーカーが将来の大うつ病発症と相関することを示しており、インシュリン抵抗性や代謝系異常により大うつ病が発症することを示唆している<sup>11)</sup>。

## Ⅶ. インシュリン受容体欠損動物における行動変化

これまで述べてきたように、糖尿病とうつ病の関係を示唆する報告は多数あるが、糖尿病がうつ病を惹起する機序は解明されていない。インシュリン抵抗性は脳内各部位における炎症やサイトカイン産生と関係している可能性が示唆されており<sup>27-28)</sup>、うつ病と糖尿病の関係がミトコンドリア機能異常によるインシュリン調節とモノアミン代謝の異常の結果として理解できる可能性が考えられる。

Kleinriddersらは、IRlox/loxマウスとNestin-Cre transgenicマウスを掛け合わせて脳内インシュリン受容体(IR)が欠損したNIRKOマウスを作成して、インシュリンシグナルと動物の行動異常を検討しているが、インシュリン抵抗性が大うつ病を惹起する機序の一つを説明しているものと考えられ興味深い<sup>12)</sup>。

NIRKOマウスでは、脳内IR mRNAは95%減少しており、部位別に見ても視床下部(HTM)、海馬(HCA)、前頭前野皮質(PEC)、線条体、側坐核(NAC)、腹側被蓋野(VTA)でのIRmRNA減少が認められ、同様にインシュリン受容体の蛋白減少も確認されている。

NIRKOマウスは若い時期には行動異常を認めないが、17か月令の高齢になると不安・抑うつ様行動を呈するようになることから、脳内特異的にインシュリン受容体を欠損させた動物では、インシュリン抵抗性の結果として、抑うつ様行動と不安症状が出現することが示されている。またこの動物では背側線条体と側坐核にける神経細胞内のミトコンドリア機能低下と酸化ストレスの亢進が

あり、さらにドパミン代謝酵素であるモノアミン酸化酵素MAO-AとMAO-B活性が上昇していることが見出されている。これらの知見を考えあわせると、インシュリン抵抗性は、脳内のインシュリンシグナルを減弱させることにより、ミトコンドリア機能障害を来し、酸化ストレスが高まることがインシュリン受容体欠損マウスにおけるうつ病発症のメカニズムとして考えられよう。培養細胞を用いた実験系においても、インシュリンシグナルの低下が、MAO-AおよびMAO-Bの発現を上昇させることが確認されており、その結果として、インシュリンシグナル低下によりドパミン回転が亢進し、ドパミンレベルが低下することが推察される。

インシュリン受容体欠損動物は、若い時期には行動変容を示さないものの、加齢に伴い不安・抑うつ症状と類似した行動を示すようになるが、この行動変化は、線条体と側坐核におけるドパミン系シグナル低下の二次的結果であり、このような変化は、ドパミン代謝回転を増加させるMAO-A、B活性増強の結果と考えることができる。このように考えると、中枢性のインシュリン抵抗性はドパミン代謝と加齢性の行動変化を惹起し、インシュリン抵抗性によるうつ病の発症と2型糖尿病の発症を直接的に結びつけているものと考えられることができる。

## Ⅷ. 大うつ病について現時点で解っていること

現代社会では、大うつ病も糖尿病も増加している。米国では、糖尿病患者は2350万人、人口の10%であり、60歳以上での有病率は23%に上る。一方、大うつ病患者は、1480万人、人口の6.7%であり、大うつ病の生涯罹患率を比較すると女性で20%、男性で12%であり、女性が有意に高い<sup>13)</sup>。

上に述べたように、糖代謝異常、2型糖尿病、肥満、メタボリックシンドロームとうつ病の相関を示す横断研究は数多い<sup>14)</sup>。また炎症、酸化ストレスなどを介してのうつ病の発症を示唆するとの横断

研究もあるが<sup>15)</sup>、前に述べた Watson らの研究は縦断研究によりその関連性を示したものである。

動物実験においてインシュリン抵抗性とうつ状態の行動、認知機能との相関<sup>16)</sup>。インシュリンはドパミンなどの神経伝達物質に作用することも知られている<sup>17)</sup>。またインシュリンが神経可塑性、神経分化、長期記憶 LTP などに関与していること<sup>18)</sup>。脳機能画像によりインシュリンシグナルが安静時コネクティビティに関与していることも知られている<sup>19)</sup>。

半世紀にわたる大うつ病の臨床研究は、一定の成果を上げているものの、いまだ十分ではない。最近の Nemerof によると、現在の課題は以下のようによまとめられるという<sup>15)</sup>。

1. 大うつ病性障害の診断の問題は、大うつ病の診断名が含むこむ大きな異質性のために未解決のままに残っている。反応性、寛解の定義は恣意的であり、その有用性については問題が残っている。HAM-D スコア 7 点や MADRS スコア 10 点が、寛解の指標として使用されているものの、これらが本当に大うつ病の寛解を示しているのかは不明である。同様に、治療抵抗性の定義についても一般的に認められる合意には達していない。PTSD、OCD、社交不安障害、全般性不安障害などの大うつ病との併存症を臨床研究または実践においてどのように取り扱うかは不明なままである。
2. 一つの療法では、大うつ病患者の一部分しか寛解とならないことは明らかである。したがって、現時点の療法は多くの人にとって最適ではなく、おそらく殆どの患者にとっては不十分である。多彩な増強療法は、一部の患者には効果的であるとしても、多くの副作用がある(例:非定型抗精神病薬、リチウム)。
3. 抗うつ薬の作用機序は未だ不明である。この分野の半世紀にわたる研究にもかかわらず、抗うつ作用の理論は立証されていないし、また、すべての抗うつ薬に適用できるものではない。抗うつ作用の機序は、モノアミン回路、神経新生、セカンドメッセンジャー、あるいは、遺伝子発現の変化が関与していることが推察されるが、ECT、TMS、VNS や、心理療法の作用機序も未解明である。また、増強療法の作用機序も明らかではない。
4. 大うつ病の個別化医療のためのゴール、リスクのある人を選別し、最良かつ最も安全な治療法を提供するという患者のための個別化治療は、達成されていない。
5. このような不十分な現状の多くは、大うつ病の病態生理についての理解が不十分なことによる。40 年間の研究にもかかわらず、脳への「窓」は開かれているものの、基本的な大うつ病の原因は不明のままである。ゲノミクス、エピジェネティクス、炎症、および環境要因についてはかなりの進歩がみられている。

おそらく、大うつ病は、複数の経路を介して到達される最後の共通の経路であろう。例として、甲状腺機能低下症による大うつ病や性腺機能低下症による大うつ病などは明らかに身体因を基礎として発症しており、ストレスを原因として発症する大うつ病とは異なる。

6. 男性と比較した時に、なぜ女性に大うつ病が多いかは不明のままである。

7. 大うつ病と身体疾患とが高い併存を説明する機構的研究は欠落している。これまで大うつ病の身体因についての検討は不十分であった。

## IX. 大うつ病の多様性

多くの識者が指摘してきたように、大うつ病の概念には多彩な病態が含まれ過ぎている。ここでは、紙面の関係もあり、時間軸の観点と、高齢者に見られる身体因と心因の交互作用について触れるに留めたい。

### 9-1. 症状発現の時間軸

筆者の学生時代には、以下のようなことを教わっていた。うつ病は、まず気分が落ち込み、抑うつ気分引張られた悲観的な思考が始まり、続いて会話や行動に制止がかかり、最終的に自律神経症状や身体症状が出現する。うつ病が寛解する時の症状軽減の順序は発症時とは逆で、身体症状、自律神経症状、会話や行動、悲観的思考の順に改善していき、気分の落ち込みは最後まで持続しやすい。したがって、行動に制止がかかっているうつエピソードの極期には、たとえ気分の落ち込みや悲観的思考による自殺念慮があったとしても、行動に制止がかかっているために行動化されにくいことから、自殺行為は少ない。むしろ自殺の危険性は行動制止がなくなるうつエピソードの始まりの時期や、うつエピソードからの回復期に高くなる。このような教えの一部は、今でも正しいと思っている。

DSM-5 の大うつ病の概念にはこのような症状の経時的変化は全く考慮されていない。診断を下す時点で、操作的な診断基準の 9 項目のうち 5 項目以上を満たしていれば大うつ病の診断を下すことになる。診断基準となる 9 項目には、気分、思考、

会話、行動、自律神経症状、身体症状が並べてあるだけである。このことは、大うつ病の診断名のもとに、身体因を原因とするうつ病も心因を原因とするうつ病も含みこむこととなり、大うつ病診断の雑種性を許容することとなる原因の一つとなっている(図3)。

### 9-2. 高齢者うつ病の身体因と心因

65歳以上高齢者の約15%はうつ状態(minor depression)にあり、大うつ病(MDD)の有病率は平均6%とされているが、高齢者のうつ病には、上に述べたような定型的な症状を伴わないものも多い。高齢者に特徴的なうつ病として、焦燥感と不安が強い型(激越うつ病)、身体症状の訴えが多く気分の落ち込みが目立たない型(仮面うつ病)、認知症との区別が困難な型(仮性認知症)、妄想が前面に出ている型(極端な場合はコタール症候群)など非定型の病型が多い。高齢者のうつ病の特徴は、1. 身体合併症を持つ場合が多い、2. 環境・心因からの影響が大きい、3. 病像が非定型である、4. 薬剤の副作用が出やすいことなどにまとめることができよう。

高齢者にうつ病が多い理由として、身体的要因と心理社会的要因の双方の関与が考えられる。身体的要因の代表としては、古くから卒中後うつ病(Post Stroke Depression; PSD)が注目されていた。卒中後うつ病の概念を提案したRobinsonに

よると、脳卒中後の高齢者では、大うつ病は19.3%、小うつ病は18.5%と報告されている<sup>20)</sup>。PSDの症状は大うつ病の症状と区別することができず、うつ病を来しやすい脳梗塞の部位は、左半球の皮質および皮質下の梗塞に多く、約60%は左前頭葉の梗塞であり、左前頭葉では前頭極に近いほどうつ病症状が強い。

脳卒中患者では、同程度に行動が制限される整形外科患者よりもうつ病が多いこと<sup>21)</sup>、脳卒中・頸動脈狭窄では末梢血管障害よりもうつ病が多いこと<sup>22)</sup>、脳卒中と心筋梗塞ではうつの頻度は同程度であること<sup>23)</sup>などが明らかにされ、「全身性の血管性因子」により発症するうつ病として、血管性うつ病(Vascular Depression)の概念へと展開された<sup>24, 25)</sup>。高齢期のうつ病では、白質病変と深部灰白質(大脳基底核)の病変が認められることが多いこと、大脳の小梗塞巣は、無症候性のものをも含めて、うつ病を惹起しうるということが知られるようになり、高齢者では脳血管障害としての血管性うつ病が多いとされるようになった。

一方、高齢者うつ病では、心理社会的要因の関与が多いことも指摘されている。高齢者は、数多くの喪失体験を有している。加齢による身体機能の衰え(健康の喪失)、退職や子供の独立などでこれまでの社会的役割を失うこと(役割の喪失)、仕事を失い収入を失うこと(経済的喪失)、配偶者、家族、友人、知人の死亡(仲間の喪失)などの喪失

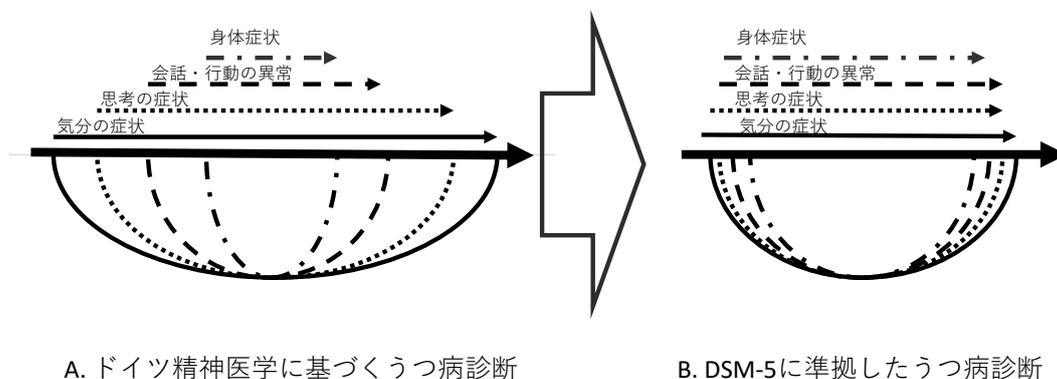


図3 うつ病における症状の発現・消退の時間軸

体験は、高齢者にうつ病を引き起こす心理社会的要因となる。

## X. 身体因と心因の統合を目指して

ヒトの気分は一定の幅を持って変動する。図4の上部に健常者の気分の波を示すが、どんな人でも生活上の出来事に反応して一定幅の波を呈する。このような人がうつ病を呈する場合を、仮想的に気分基準線レベル(L)、気分波の振幅の大きさ(A)、社会的に許容される気分の幅(W)の3要因の組み合わせで説明してみたいと思う。(図4)

気分波の下方が許容範囲を突き抜けて低下する場合にうつ病となると仮定すると、許容範囲が狭まる場合(1型)、気分波の振幅は不変であっても気分波が位置するレベルが低下している場合(2型)、気分波の振幅が大きくなる場合(3型)との3型を考えることができる。それぞれを、許容範囲の異常(W)、基準位置の異常(L)、振幅の異常(A)と呼ぶことにする。この3型が基本型であるが、2つの因子、あるいは3つの因子共が異常となる場合も考えられることから、理論的には、W、A、L、LW、AW、AL、ALWの7つの型が区別できるとなり、大うつ病の多様性を説明することがで

きる。

1型は、社会的な許容度が狭まるために昔はうつ病とみなされなかった人が、うつ病を呈してしまう場合を説明しており、社会的要因によるうつ病を説明するものであろう。また、気分波の振幅は健常者と同様であっても、平均的な正常気分の基準線のレベルが低下することによってもうつ病となる(2型)。例えば、甲状腺機能低下に伴ううつ病はこのような気分基準線の低下で説明できるのではないだろうか。このような状態は炎症やインシュリン抵抗性などの身体因と密接に関係している可能性がある。3型は気分波の振幅が大きくなり、許容範囲を超えて下方向に突き抜ける場合であり、これは親しい人との死別、離婚、事故、失業などの心理的なストレスにさらされるとうつ気分が大きくなることから容易に予想できよう。

当然のことながら、これらの要因は同一人に重畳して起こることが考えられるので、この3要因の組み合わせは、2つの要因が関与する3タイプと、3つの要因全てが関与する1タイプがあるので、合計7タイプの多様性を説明することができる。このようなシェーマを図4に示したが、異なる3要因は、それぞれ社会的要因、生物学的要因、心

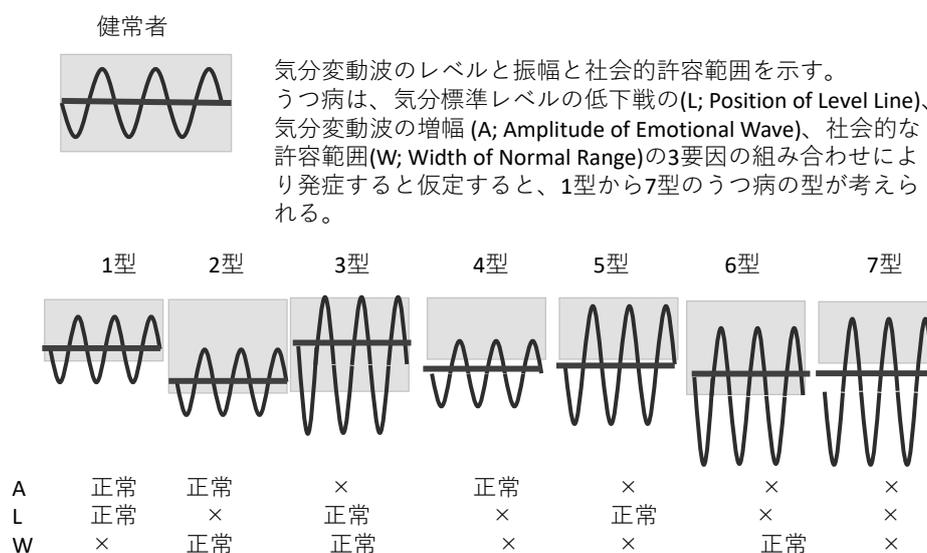


図4 うつ病をきたす3要因とうつ病の多様性

理的要因と対応しているのではないだろうか。このように考えると、うつ病の多様性を理解することができるし、心因と身体因と社会因の組み合わせにより多彩なうつ病が惹起されるメカニズムを理解することができるのかもしれない。

心因と身体因の間をつなぐ項目として、幼少時のストレス体験が考えられよう。最近の発達障害の理解、脳機能・脳ネットワークの発達についての理解が進んでおり、多くの精神疾患における幼少時の心理的ストレスの影響が検討されるようになった。例えば、幼少期の虐待を含めた心理的ストレスがインシュリンシグナルへの悪影響を引き起こす可能性も考えられよう。別の言い方をすると、インシュリン抵抗性が社会的因子あるいは環境からのストレス因子の代替マーカーとなっている可能性も考えられるかもしれない。このような点を明らかにするためには各種の脳機能画像検査を活用した縦断的研究が有用な知見をもたらすのかもしれない。

具体的な介入方法として、運動を取り入れた生活習慣の改善は、インシュリン抵抗性を改善することが期待されている。1次予防あるいは0次予防として、一般人口に対して運動を勧めることは、インシュリン抵抗性を改善することによるうつ病予防の可能性も考えられるのかもしれない<sup>26)</sup>。このような知見が蓄積されると、発症前に薬物によりインシュリン抵抗性を改善することもうつ病予防につながる可能性もあるだろう。うつ病の身体因と心因を統合して理解することは、うつ病の予防と治療への道を示していると言えよう。

## 文献

- 1) Rowling JK, interview, London Times, 2000
- 2) Smith RS, The macrophage theory of depression. *Medical Hypotheses* 35 (4), 298-306, 1991.
- 3) Maes M, Major Depression and Activation of The Inflammatory Response System. In *Cytokines, Stress, and Depression, Advances in Experimental Medicine and Biology*, pp 25-46, 2007
- 4) Maes M. Depression is an inflammatory disease, but cell-mediated immune activation is the key component of depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35 (3), 664-675, 2011.
- 5) Yamasaki K, Hasegawa T, Takeda M. Serum level of soluble interleukin 6 receptor is a useful biomarker for identification of treatment-resistant major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology Reports*; 40 (2), 130-137, 2020
- 6) Frank P, Jokela M, Batty GD, Cadar D, Steptoe A, Kivimäki M, Association Between Systemic Inflammation and Individual Symptoms of Depression: A Pooled Analysis of 15 Population-Based Cohort Studies. *Am J Psychiatr*; Published Online:14 Oct 2021 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.20121776>
- 7) Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW, From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain, *Nat Rev Neurosci*. 2008 January ; 9 (1) : 46-56. doi:10.1038/nrn2297
- 8) Winokur A, Maislin G, Phillips JL, Amsterdam JD. Insulin Resistance After Oral Glucose Tolerance Testing in Patients With Major Depression. *Am J Psychiatry* 145:3, 325-330, 1988
- 9) Anderson RJ, et al. The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes. *DIABETES CARE*, 24, 6, 1069-1078, 2001
- 10) Pan A, et al. Bidirectional Association Between Depression and Type 2 Diabetes Mellitus in Women. *ARCH INTERN MED/*

- VOL 170 (21), 1884-1891, 2010
- 11) Watson KT, Simard JF, Henderson VW, et al.: Incident major depressive disorder predicted by three measures of insulin resistance: a Dutch cohort study . *Am J Psychiatry* 2021 ; 178 : 914 – 920
  - 12) Kleinridders A, Caia W, Cappelluccib L, Ghazarianb A, Collinsc WR, Vienberga SG, Pothosb EN, Kahna CR: Insulin resistance in brain alters dopamine turnover and causes behavioral disorders. *PNAS* 112 (11), 3463–3468, 2015
  - 13) McIntyre RS, Surrogate Markers of Insulin Resistance in Predicting Major Depressive Disorder: Metabolism Metastasizes to the Brain. *Am J Psychiat* 178,10, 885-887, 2021.
  - 14) Wang F, Wang S, Zong Q-Q, et al. : Prevalence of comorbid major depressive disorder in type 2 diabetes: a meta-analysis of comparative and epidemiological studies . *Diabet Med* 2019 ; 36 : 961 – 969
  - 15) Nemeroff CB : The state of our understanding of the pathophysiology and optimal treatment of depression: glass half full or half empty? *Am J Psychiatry* 177, 671–685, 2020
  - 16) Reagan LP, Cowan HB, Woodruff JL, et al. : Hippocampal-specific insulin resistance elicits behavioral despair and hippocampal dendritic atrophy. *Neurobiol Stress* 15, 100354, 2021
  - 17) Kullmann S, Blum D, Jaghutriz BA, et al. : Central insulin modulates dopamine signaling in the human striatum . *J Clin Endocrinol Metab* (Online ahead of print, June 15, 2021) doi: 10.1210/clinem/dgab410
  - 18) Yao J-J, Zhao Q-R, Lu J-M, et al. : Functions and the related signaling pathways of the neurotrophic factor neuritin . *Acta Pharmacol Sin* 2018 ; 39 : 1414 – 1420
  - 19) Cui Y, Tang T-Y, Lu C-Q, et al. : Disturbed interhemispheric functional and structural connectivity in type 2 diabetes . *J Magn Reson Imaging* (Online ahead of print, June 28, 2021) doi: 10.1002/jmri.27813
  - 20) Robinson RG, Price TR. Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. *Stroke*. 1982 Sep-Oct;13 (5) :635-41. doi: 10.1161/01.str.13.5.635.
  - 21) Folstein MF, Maiberger R, McHugh PR. Mood disorder as a specific complication of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1977 Oct;40 (10) :1018-20.
  - 22) Rao R, Jackson S, Howard R. Depression in older people with mild stroke, carotid stenosis and peripheral vascular disease: a comparison with healthy controls. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001 Feb;16 (2) :175-83.
  - 23) Aben I, Verhey F, Strik J, Lousberg R, Lodder J, Honig A. A comparative study into the one year cumulative incidence of depression after stroke and myocardial infarction. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003 May;74 (5) :581-5.
  - 24) Krishnan KR, McDonald WM. Arteriosclerotic depression. *Med Hypotheses*. 1995 Feb;44 (2) :111-5.
  - 25) Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Oct;54 (10) :915-22.
  - 26) Harvey SB, Øverland S, Hatch SL, et al. : Exercise and the prevention of depression: results of the HUNT Cohort Study . *Am J Psychiatry* 2018 ; 175 : 28 – 36

総説

## 摂食嚥下障害の早期発見と対応

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所、医療法人桂信会 羽原病院 江原嵩  
医療法人甲風会 有馬温泉病院 河上靖登  
医療法人桂信会 羽原病院 香川潔、羽原弘造、羽原由恵、長谷川太郎、宮本達也  
まえだファミリー歯科 前田常成

抄録

高齢者および脳血管障害後遺症・脳神経変性疾患・各種の認知症などの症例では、夏季には生命予後に悪影響を与える熱中症・脱水症・誤嚥性肺炎が発症する機会が多くなり、その原因の多くは摂食嚥下障害とされている。そこで、著者達は、熱中症や脱水の発症は夏季に限定したのではなく、上記の基礎疾患による摂食嚥下障害に由来すると考え、摂食嚥下障害を発症する可能性が極めて高い球麻痺と仮性球麻痺の早期発見のための臨床神経学的な診察項目と胃瘻造設の必要性について考察する。

英文抄録

There are many occasions to treat to senior citizens with heatstroke and/or dehydration and cases with aftereffects from vascular disorders, dementias and neurodegenerative disorders during summer. It has been considered that heatstroke and dehydration are mainly limited to occur during summer. However, there is a high possibility to present dysphagia due to old age or the basic disturbances from the previously mentioned disorders before the occurrence of heatstroke and/or dehydration. Therefore, the authors study an early effective method of neurological examinations and subsequent useful treatment for bulbar paralysis and pseudobulbar type leading to dysphagia.

Key words: 熱中症、脱水症、摂食嚥下障害、口周囲神経症候、胃瘻造設  
heatstroke, dehydration, dysphagia, perioral neurological signs, percutaneous endoscopic gastrostomy

### I. はじめに

当報告を作成するための準備を始めたのは 2021 年 4 月下旬である。この「4 月下旬」を筆頭に提示した理由は、当 H 病院では「熱中症、脱水症、肺炎、摂食嚥下障害」と診断される外来通院症例と入院加療になった症例が増加し始める時節のためである。

摂食量の顕著な減少に加えて、失立失歩 *astasia*

and *abasia*・活動性低下 *lack of spontaneity*・昏蒙 *benumbness*・傾眠・発熱などの臨床症状を主訴としての外来受診や入院時には、肺炎や脱水症を考慮しての血清電解質濃度を含む一般的な血清検査と血液検査に加えて、動脈血酸素分圧、血清浸透圧、胸部レントゲン検査、および可能ならば尿検査などが施行され、臨床症候と上述の臨床検査所見などに応じた電解質異常と肺炎の改善を目的として、等張電解質液の補液と抗生剤の経静脈注射投与が開始され、引き続き第 10～14 病日頃から摂食嚥下障害に対して完全中心静脈栄養 TPN *total parenteral nutrition* 治療による高カロリー補液が行われる。加えて、外来通院治療中に既存の糖尿病・高血圧症・慢性心不全・高脂血症・脳

Early Detection and Treatment of Dysphagia  
Takashi EBARA<sup>1) 2)</sup>, Yasuto KAWAKAMI<sup>3)</sup>, Kiyoshi KAGAWA<sup>2)</sup>, Kozo HABARA<sup>2)</sup>, Yoshie HABARA<sup>2)</sup>, Taro HASEGAWA<sup>2)</sup>, Tatuya MIYAMOTO<sup>2)</sup>, Tunenari MAEDA<sup>4)</sup>  
1) Jinmeikai Research Institute for Mental Health, 2) Habara Hospital, 3) Arima Onsen Hospital, 4) Maeda Family Dental Clinic

血管障害後遺症・認知症・脳神経変性疾患などに対する内服薬治療が行われていた症例では、投与されていた内服薬の経口投与あるいは経鼻経管投与による継続投与がなされる。そして、摂食嚥下障害の発症原因や摂食嚥下機能を評価するために、咽喉頭造影検査や飲水テスト<sup>20)</sup>が第2～3週間後頃より施行される。すなわち、かかる医療はごく一般的に行われている対応であろう。

しかるに、摂食嚥下障害は、高齢者および脳血管障害後遺症・脳神経変性疾患・各種の認知症や、自発的活動性の低下・日常会話の減退・抑うつ状態・終日の臥辱状態などの臨床症状を呈している症例において発症する 경우가多く、介護者が同居する自宅あるいは介護保健施設を生活の場としている症例が大多数であり、摂食嚥下状況は他者の観察下にあったと考えられるが、摂食嚥下障害の状況や対応・治療などについての介護者からの相談が4月下旬までの外来受診時に話題になっていた症例は極めて稀であり、例え話題になっていても、柔らかく小刻みな食事の経口的摂食と外来受診時の薬剤内服を介護者の努力により継続しつつ、非連続的な外来点滴治療が繰り返されているのも一般的な対応であろう。

このような状況において、著者達は、入院時のみならず、摂食嚥下障害が重症化していない外来通院の頃より、暑さが厳しくなる4月下旬からの脱水症・熱中症・肺炎などの主たる発症原因となり得る経口的な摂食・飲水・薬剤内服などの適否あるいは可否の早期判定、可能ならば早期治療を行うために、外来診察においても施行可能で簡便な診察項目について考えた。

## II. 調査項目・調査期間・調査結果

### 1. 方法

折しも新型コロナウイルス感染症-19(COVID-19)が全国的に拡大傾向にあった2021年2月初旬～6月末の期間において、摂食量の顕著な減少・発熱・傾眠などを主訴とする外来通院患者・新規入院患者・入院継続中の患者などを対象として、

摂食量や飲水量の減少と発熱原因の究明を目的とした一般的な臨床検査に加えて、①口輪筋反射(口角反射)orbicularis oris reflex、②下顎反射(頤オトガイ反射)jaw reflex、③舌の萎縮・変形・繊維束攣縮 fasciculation の有無、および舌の形態変化、④舌尖端位置の偏倚、⑤下顎(頤)下部の弛緩や膨隆(弛緩性膨隆)の有無、⑥仰臥位睡眠中における開口・咽喉頭の唾液貯溜雑音(ゴロ音)・唾液によるムセ・間歇的無呼吸の有無などと、⑦四肢の腱反射異常と病的反射の有無などの臨床神経学的診察、⑧頭部CT脳画像検査、⑨長谷川式知能検査とMini-Mental State Examination 認知検査を可能ならば試みた。

### 2. 結果

摂食嚥下障害を示す11症例における口周囲の反射・舌の異常所見・頤下部の弛緩性膨隆の有無・会話と発語の異常、および基礎疾患の臨床診断などを一覽に示した(表1)。なお、COVID-19の症例は存在しなかった。

摂食嚥下障害を発症した症例における基礎疾患は、パーキンソン病やレビー小体型認知症などの脳神経変性疾患の中期～末期状態が4人、脳血管障害後遺症が3人、前頭葉性抵抗症 frontal paratonia の強いアルツハイマー型認知症(前頭葉優位型アルツハイマー型認知症 frontal variant of Alzheimer's disease)<sup>1)</sup>が3人、脳血管性認知症が1人の11症例であった。そして、神経症候においては、四肢腱反射の亢進と左右差・四肢の病的反射陽性と筋緊張亢進・項部後屈・口角反射と下顎反射の陽性、および開口睡眠中の唾液貯留雑音・貯留唾液によるムセと間歇的無呼吸などが認められた。加えて、症例2・3・4を除く8症例において、言語的接触不成立の発語障害・失立失歩・座位継続不能・自発的体位変換不能・持続的臥辱状態などの運動機能障害、および前頭葉性の失行 frontal apraxia・拒絶症 negativism(拒絶的行為 negativistic behavior)・抵抗症 paratonia などが認められた。また、症例1にお

表 1 摂食嚥下障害を示す症例における口周囲反射や舌の異常所見などの有無

症例	年齢	性	基礎疾患	頤反射	病的反射	舌萎縮	項部後屈	発語	その他
1.	73 歳	M	PD	+	左-右+	-	+	-	胃瘵
2.	73 歳	F	PD	+	左右-	-	-	+	胃瘵
3.	83 歳	F	ALZ	+	左右-	-	-	+	胃瘵
4.	97 歳	F	VD	+	左右-	-	-	+	TPN
5.	87 歳	F	ALZ	+	左右+	-	-	-	TPN
6.	82 歳	F	PCVD	-	左右+	+	-	-	TPN
7.	94 歳	F	PCVD	+	左右-	+	-	-	TPN
8.	91 歳	F	DLB	+	左右+	+	-	-	TPN
9.	89 歳	M	DLB	+	左右+	-	+	-	TPN
10.	85 歳	M	ALZ	+	左右+	+	-	-	経口摂食
11.	83 歳	F	PCVD	+	左右+	+	-	気管切開	TPN

PD：パーキンソン病、ALZ：アルツハイマー型認知症、DLB：レビー小体型認知症、PCVD：脳梗塞後遺症、VD：血管性認知症、TPN：total parenteral nutrition 完全中心静脈(非経口的)栄養。

病的反射は、四肢のいずれかに認められる場合を(+)と記載。全症例の胸部 XP あるいは胸部 CT 検査に肺炎あるいは肺炎後所見が認められる。症例 11 は延髄外側症候群 Wallenberg 症候群であり、延髄(下部脳幹)と小脳右半側の広範囲に及ぶ梗塞による咽喉頭の麻痺性狭窄に由来する自発呼吸微弱のために気管切開術と人工呼吸器が装着されたが、現在は自発呼吸が回復して人工呼吸器の装着なく経過観察中にある。

いては左下肢のミオクロームス痙攣が一時的に認められ、症例 6・7・8・10・11 では舌萎縮と頤下部の弛緩性膨隆が認められた。加えて、胸部の単純レントゲン検査や CT 画像検査において、全症例に肺炎所見あるいは肺炎後所見が認められた。なお、知的検査と認知検査は、全症例において協力不能のために計測不可能であった。

### Ⅲ. 考 察

#### 1. 摂食障害

食事や水分の適切量が摂取できない状態は、摂食嚥下障害 eating and swallowing disorder、あるいは、摂食障害 eating disorder および嚥下障害 dysphagia と呼称されている。しかるに、摂食障害と嚥下障害は、共に「食事摂取や飲水がスムーズに遂行できない状態」を意味しているが、2 症候の発症機序と医学的対応には異なる点が多い。なお、同一症例に上記 2 症候が同時発症している場合もある。

すなわち、摂食障害は、開口障害・頭部を含む全身性振戦や不随意運動・パーキンソン症候群 Parkinsonism・アテトシス athetosis などの錐体外路や錐体路の障害による多動性不随意運動

や、寡動症(運動緩慢)bradykinesia・無動症 akinesia・無気力 apathy・抑うつ状態 depressive state などの寡動性運動障害、および被殻・視床・延髄(下部脳幹)などにおける主に血管障害による口周囲部の運動障害を含む痙性麻痺性運動障害や、前頭葉皮質病変による前頭葉性失行(抵抗症)などの神経心理症候により惹起される症候であり<sup>1)</sup>、他者の介助によっても飲食物を口腔内へ入れ難い状態、すなわち、摂食行為を行うための静止姿勢の継続ができない・落ち着きがない・喋り続ける状態や、反射的(強制的、常同的)に惹起される拒絶的行動(拒絶症)などによる食事介助への協力が得られない状態に起因する 경우가大多数であるが、まれには「摂食可能あるいは摂食不可能な物品の区別ができない」や「食物を汚物や大きく硬い摂食不可能な物品などと視覚的認知をする」変形視 metamorphopsia などの視覚的認知機能障害、および神経性無食欲症 anorexia nervosa などにより惹起される症候であり<sup>1)8)17)</sup>、躁状態・抑うつ状態・幻覚妄想状態などの精神病性の精神症状や、前頭側頭葉変性症(ピック病)<sup>1)8)</sup>・脳血管障害や脳神経変性疾患による後方皮質萎縮症や左頭頂葉後部の血管障害<sup>1)</sup>・アルツハイマー型認知症<sup>1)</sup>など

において発症し、頭部MRIやCTなどの脳形態画像検査<sup>16)17)</sup>と心理検査に基づいた神経心理学的な診断・対応・治療、および運動機能障害に対するのみならず、心理的なりハビリテーション治療も必要な疾患や状態である。

## 2. 嚥下障害

一方、嚥下障害においては、嚙めない・飲み込めない・咳き込む(ムセ)・嘔吐・構音障害 dysarthria・発語障害(失語症) aphasia などの臨床症状を示し、下顎・舌・咽頭・喉頭などの局所性運動障害やパーキンソン症候群を呈する脳神経変性疾患、および片麻痺などを発症している側脳室周囲深部神経核群の被殻・淡蒼球・尾状核・前章・視床下核などの基底核や錐体外路における脳血管障害後遺症の症例の多くに認められる症候である。なお、かかる臨床症候は、球麻痺 bulbar palsy あるいは仮性(偽)球麻痺 pseudobulbar palsy と呼称されている<sup>11)15)16)</sup>。

球麻痺は、延髄(下部脳幹)に位置する舌下神経核や顔面神経核などの脳神経核近辺に発症した脳血管障害や、頭部外傷や脳腫瘍などに伴う高度脳浮腫による大後頭孔での脳幹圧迫(ヘルニア herniation)などが原因となっている症例では必発・致死性の臨床症候であり、呼吸障害を伴う症候は Wallenberg 症候群と呼称されている(表3)<sup>15)</sup>。

一方、脳血管障害や頭部外傷性脳挫傷の後遺症、およびアルツハイマー型認知症の中期以降などの

両側性前頭葉損傷の症例においても、球麻痺と酷似した臨床症候、すなわち仮性(偽)球麻痺を発症する症例も多く、摂食行為と嚥下機能の観察、睡眠中の呼吸状態、口角・鼻翼周囲・頤・舌の打腱などによる神経学的診察と、頭部MRIやCTなどの脳形態画像検査による発症責任病巣の同定<sup>16)17)18)</sup>、すなわち可逆性・非可逆性・進行性増悪などの将来予測が不可欠である。

## 3. 球麻痺と仮性(偽)球麻痺

### 1) 球麻痺

球麻痺は、延髄(下部脳幹)に位置する第V神経：三叉神経、第VII神経：顔面神経、第IX神経：舌咽神経、第X神経：迷走神経、第XI神経：副神経、第XII神経：舌下神経の各神経核における主に血管障害などにより、同神経支配下にある顔面・喉頭・咽頭・口蓋・舌などの諸筋肉に脱力(不全麻痺)や運動麻痺が発症した状態であり、咀嚼障害・嚥下障害・構音障害 dysarthria・失語症 aphasia・舌筋の萎縮と繊維束攣縮 fasciculation が主要臨床症候として認められる<sup>9)15)</sup>。なお、かかる延髄(下部脳幹)障害に因る重症の臨床症候は Wallenberg 症候群と呼称されており(表3)<sup>15)19)</sup>、喉頭・咽頭・舌の弛緩性麻痺による気道閉塞および肩・頸部・肋間などの骨格筋の不全麻痺性筋脱力による閉塞性呼吸障害を来し、極めて難治性で致死性の経過をとる症例が大多数であり、気道確保を目的とした気管切開などの外科的処置が必要である。

構音障害は、口唇・舌・喉頭・咽頭の強い運動

表2 嚥下運動に関与する脳神経

脳神経	支配する筋肉と運動
第Ⅴ．三叉神経の第3枝	咬筋、咀嚼筋、翼状筋、側頭筋の咀嚼運動。口の開閉と下顎の咀嚼運動。
第Ⅶ．顔面神経の下枝	口蓋、口周囲筋、頬筋、眼輪筋の収縮。口唇開閉や頬筋収縮など口周囲筋の摂食運動。
第Ⅸ．舌咽神経の咽頭枝	咽頭の横紋筋、声帯運動、嚥下運動。軟口蓋の形態保持と収縮運動。
第Ⅹ．迷走神経	喉頭、咽頭、口蓋の開閉と収縮運動。
第Ⅻ．舌下神経	舌筋および頤舌骨筋の運動。舌中央の上面を凸にする、舌を前に出す。

文献19)塚越 廣の本文の一部を表化して引用した。

表3 延髄外側症候群 Wallenberg 症候群

臨床症候：	眩暈、悪心、嘔吐、吃逆、嚥下障害、構音障害、軟口蓋・咽頭筋・咽喉頭の麻痺(発声障害)、患側のホルネル症候群、眼球振盪、平衡障害、顔面の解離性感覚障害、小脳失調、頻脈。
発症原因：	後下小脳動脈や椎骨動脈における梗塞。
文献15)高須俊明、水谷智彦の本文の一部を表化して引用した。	Wallenberg 症候群(別称 lateral medullary syndrome)。

障害のために、鼻声・舌もつれ・不鮮明・唸る様な・浪花節(ナニワブシ)調の発声であり、会話内容を聞き取れない症例や発語不能(失語症)の重症度にある症例も多い。加えて、口角・下顎(頤)・鼻翼・眼瞼外側における打腱検査による反射亢進が大多数の症例では両側に認められる<sup>16)17)18)</sup>。

## 2) 仮性(偽)球麻痺

前頭葉を中心とした大脳皮質や、側脳室周囲の内包・大脳脚における梗塞や出血などの脳血管障害、アルツハイマー型認知症の中期以降<sup>1)4)6)7)8)19)</sup>、レビー小体型認知症やパーキンソン病などの脳神経変性疾患の中期以降<sup>3)12)14)</sup>に加えて、脳血管性認知症などでは両側の皮質延髄路が障害され、大脳皮質および側脳室周囲(深部)脳神経核群の機能障害が惹起され、痙性運動麻痺・パーキンソン病様の小刻み歩行(パーキンソン症候群 Parkinsonism)・構音障害・嚥下障害・表情運動障害などの運動機能障害と、強制笑いや強制泣きの感情失禁と前頭葉性失行(前頭葉性抵抗症)の神経心理症候を発症する症例が多い<sup>19)</sup>。

嚥下障害にある症例においては、液体・咀嚼後の半流動物・唾液の嚥下も不可能になる。加えて、痙性麻痺性の構音障害と嗄声も必発症状であり、語調は途切れ途切れであり、単語の末尾を繰り返す同語反復(語間代)logocloniaなどの前頭葉失行 frontal paratonia の色彩が強い症例も多い<sup>1)17)</sup>。

## 4. 舌の萎縮と変形、筋線維束攣縮

第Ⅸ脳神経：舌下神経 hypoglossal nerve は完全な運動神経であり、舌を前に出す頤舌筋、舌を後退挙上させる茎突舌骨筋、舌中央部の表面を盛り上げる舌下筋などによる嚥下機能と発語機能などに関わる舌運動に携わっている。そして、舌下神経の病変時には、舌は口腔内では健側に若干曲がって位置しており、舌を口腔外前方に出すと病側への明らかな偏倚が認められる<sup>15)16)17)</sup>。そして、舌は弾力性が乏しくなり、ダラリと扁平化・拡大し、舌の両側辺縁部ではアイスクリームの角を小スプーンで掬い取ったように見える連続性陥没の

舌萎縮 atrophy of tongue(歯跡)が発症し、舌中央部には筋線維束攣縮 fasciculation in tongue が認められるようになる<sup>7)11)15)16)17)</sup>。なお、脳神経細胞の再生は不可能な故に運動障害と神経心理症候の臨床症状は持続し、大多数の症例では非回復性経過を採る。

筋線維束攣縮とは、健常な骨格筋運動では極めて多数の神経線維と筋線維の接続により筋全体が一体化・統合した運動として行動化されるが、種々の原因により健常な神経線維が減少した状態では、刺激に応じて収縮性活動を示す筋線維と刺激伝達不良の不活動な筋線維、すなわち無反応な筋線維が混在することになり、舌に活動的な微細部分と不活動的な微細部分が混在するために、舌表面が細かな攣縮様運動を示す状態である<sup>9)</sup>。

## 5. 咽頭と喉頭のサルコペニア(筋減少症)とフレイル(虚弱症)

頤下部の弛緩性膨隆は、舌下神経麻痺により舌・咽頭・喉頭などが弛緩性運動麻痺にある Wallenberg 症候群(表3)<sup>15)</sup>の症例では当然であるが、同部に運動麻痺が目立たない症例においても、摂食嚥下の機会や摂食量が持続的に顕著に減退していた症例や、会話や笑いが極度に減少していた症例では、すなわち咽頭・喉頭・舌・下顎の運動量が減退した状態が長期間にわたって継続していたために発症したサルコペニア sarcopenia(筋減少症)、あるいは唾液分泌量の減退や心理的活動性低下(抑うつ状態、無気力)も含めたフレイル frailty(虚弱症)に陥っている症例も多い<sup>19)20)21)</sup>。そして、サルコペニアおよびフレイル由来の臨床症候に対する薬物治療の効果は極めて乏しく、早期発見と口部のみならず全身性のリハビリテーション治療と日常生活における心理的賦活を目的とした介護が不可欠である。

## 6. α-シヌクレイノパチーと不顕性誤嚥

高齢者をはじめ、α-シヌクレイン synuclein の脳内蓄積による脳神経変性疾患であり、α-シ

ヌクレイノパチー  $\alpha$ -synucleinopathy<sup>4)12)</sup>に包括されているパーキンソン病やレビー小体型認知症などでは、嚥下障害があるにもかかわらず「ムセのない誤嚥(不顕性誤嚥 silent aspiration)」による肺炎を上記基礎疾患の発症初期から呈する症例が少なからず存在し<sup>3)4)7)12)14)16)</sup>、誤嚥性肺炎の発症原因究明に苦慮する場合がある。なお、高齢者においても生理的な嚥下障害や誤嚥が見られ、老嚥 presbyphagia と呼称されている<sup>21)</sup>。

## 7. 経皮内視鏡的胃瘻造設術

嚥下障害の確定診断には水飲み試験や喉咽頭内視鏡検査による嚥下機能検査が決定的であるが<sup>20)21)</sup>、検査機器が設置されていない医療機関や検査施行の待ち期間が長い場合には、外来受診時より継続処方されている基礎疾患に対する内服薬の内服・嚥下も不可能であるために、嚥下障害の発症責任脳部位の同定と対応方法が即急に出せる臨床神経学的診断による対応策の考慮も有用である。

すなわち、球麻痺や仮性球麻痺に由来する嚥下機能障害の速急な回復は極めて困難であるために、定期的な食事にかかわらず離乳食の如きゼリー状の軟粘性飲食物を与えて咽喉頭のサルコペニアやフレイルの発症と増悪の予防を行いつつ、可及的速やかに胃瘻造設術 percutaneous endoscopic gastrostomy<sup>5)18)</sup>施行の可否を決定し、既存疾患の再発や進行性増悪化の予防に努め、脱水症と栄養状態の早期回復、および肺炎・消化器系臓器の萎縮性病変・多発性褥瘡などの発症予防を行わねばならない<sup>2)5)6)17)21)</sup>。ただし、口角反射や下顎反射が陽性の胃瘻造設症例では、高熱を反復発症する口腔内 MRSA methicillin-resistant staphylococcus aureus 陽性の症例が多く<sup>2)</sup>、かつ、口腔内不潔の症例では認知症の発症と急速進行性増悪の経過をとる症例も多いために<sup>10)13)</sup>、また肺炎の反復発症の危険性も高いために、口腔と気道内の唾液と食物残渣の吸引を頻回に行い口腔内保健に努める必要がある<sup>2)10)13)</sup>。

かかる球麻痺や仮性球麻痺などによって惹起された誤嚥性肺炎の反復発症を契機とする認知症の急性増悪の予防や将来予測についての家族説明においては、症例の口角反射や下顎反射の陽性所見、および嚥下機能障害が長期継続していた結果としてのサルコペニアやフレイル<sup>21)</sup>に由来する頤下部の弛緩性膨隆などの神経学的所見を家族や保護者などに提示しつつ説明を行い、加えて球麻痺や仮性球麻痺は脳血管障害による片麻痺などと同様の極めて難治性の神経症候であること、経口的な摂食・飲水・薬剤内服の都度の誤嚥性肺炎反復発症が不可避であることなどを理解していただき、かつ基礎疾患に対する治療薬の経胃瘻的継続投与と食生活管理、および補液用点滴の支持架を携えないリハビリテーションの継続を目的とした診療早期からの胃瘻造設の必要性についての説明が不可欠であると考えた<sup>2)5)18)</sup>。

なお、進行した認知症症例に対する胃瘻造設については、諸外国をはじめ本邦においても否定的な意見もあるが、自己の状況とその対応の判断が不可能な症例においては、御家族に納得していただけるように現状と近未来の具体的な身体状況を複数回に説明したうえで、胃瘻造設の賛否判断を仰がなければならない<sup>5)</sup>。加えて、患者の経済的問題などに携わる後見人は、生命予後や胃瘻造設などの医療的対応についての相談には乗っていただけないが、根治的治療が期待できない反復性・持続性・致死性の誤嚥性肺炎と胃瘻造設の有効性についての説明をしておくことも必要であろう。

## IV. まとめ

高温多湿の生活環境のみならず、冷房・除湿が行届いた結果としての乾燥した屋内環境で終日を臥辱状態で過ごす夏期に症例数が増加する高齢者や脳血管障害後遺症・各種の認知症性疾患・脳神経変性疾患などの症例における熱中症や脱水症の診療においては、等張電解質液の経静脈投与と合併する肺炎や尿路感染症に対する抗生剤投与からの治療開始が一般的であろう。そして、同時に口

角反射と下顎反射の亢進や左右差・舌の位置偏倚と舌筋の萎縮および筋線維束攣縮・頤下部の弛緩性膨隆などの舌下神経等の障害に由来する神経症候が認められる症例においては、脳血管障害後遺症や脳神経変性疾患の存在を考慮した神経学的診察と頭部CTやMRIの脳形態画像検査に基づいて、球麻痺や仮性球麻痺などの不可逆性あるいは進行増悪性の経過をとる嚥下障害の発症原因の究明に努め、かつ糖尿病・高血圧症・慢性心不全・脳血管障害・脳神経変性疾患などの基礎疾患に対する治療薬の経口的内服の継続と食生活管理を目的とした診療早期からの胃瘻造設の有用性についての患者・家族・保護者・後見人などへの説明が不可欠である。また、頤下部の弛緩性膨隆の所見は、脳神経疾患のみならず、無気力・摂食嚥下行為・会話・笑い・放歌などによる咽喉頭・舌・下顎の運動量が乏しくなっていた状態の長期継続に由来するフレイルやサルコペニアも強く関与していることを考慮したりハビリテーション治療も不可欠である。なお、頤下部の弛緩性膨隆は、急性に惹起された症候ではなく、摂食嚥下障害や緘黙・無言状態・活動性減退が長期間持続していた経過を憶測させる症候であるために、外来通院治療において摂食嚥下障害・脱水・誤嚥性肺炎・尿路感染症などの発症の可能性を、家族や介護者に摂食量減退の早期から注意喚起させるべき指導が不可欠であると考察した。

(なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。)

## 文 献

- 1) 江原 嵩、羽原弘造、河上靖登:アルツハイマー型認知症の多様性－前頭葉優位型や白質病変・正常圧水頭症・後方皮質萎縮症を伴う病型などについて－. 仁明会精神医学研究 16 (2), 44-63, 2019
- 2) 江原 嵩、伊吹孝良、前田常成:胃瘻造設症例における口周囲神経症候と誤嚥性肺炎および気道MRSA陽性の関係について－予備的研究－. 仁明会精神医学研究 9 (1), 91-94, 2012
- 3) 平野牧人:Parkinson病と多系統萎縮症の摂食嚥下障害. 神経内科 87 (6), 601-607, 2017
- 4) 久 育男:嚥下の生理と嚥下障害の病態. 日医雑誌 138 (9), 1739-1742, 2009
- 5) 飯嶋 節:進行期の認知症の経口摂取困難への対応－経管栄養・胃瘻をどう考えるか－. 老年精神医学雑誌 31 (12), 1287-1294, 2020
- 6) 犬尾英理子:進行期の認知症の身体合併症医療. 老年精神医学雑誌 31 (12), 1302-1307, 2020
- 7) 犬尾英理子、櫻山鉄矢、斎藤正彦:認知症における誤嚥性肺炎. 老年精神医学雑誌 27 (4), 421-426, 2016
- 8) 板橋 薫、福原竜治、池田 学:前頭側頭葉変性症における摂食・嚥下障害. 老年精神医学雑誌 27 (3), 271-276, 2016
- 9) 黒岩義之:9.3末梢神経障害. (3)単ニューロパチー. 5)舌下神経麻痺. 豊倉康夫編集. 神経内科学書. 1991年 第6刷、P825-826、朝倉書房、東京、1987
- 10) 日本口腔衛生学会疫学研究委員会および政策声明委員会:政策声明、認知症に対する口腔保健の予防的役割. 口腔衛生会誌 65 (2), 251-259, 2017
- 11) 巨島文子:脳梗塞に伴う摂食嚥下障害. 神経内科 87 (6), 586-592, 2017
- 12) 仙石錬平:Parkinson病の病理検査. 神経内科 89 (3), 249-256, 2018
- 13) 志賀裕二、細見直永:認知機能障害と脳小血管病変～口腔内環境との関連について～. Dementia Japan 35 (2), 217-225, 2021
- 14) 品川俊一郎:レビー小体型認知症における摂食・嚥下の障害. 老年精神医学雑誌 27 (3), 265-270, 2016
- 15) 高須俊明、水谷智彦:2. 主要神経症候 .4. 局在症候、(4) 延髄の局在症候, (b) 延髄外側症候群. 豊倉康夫編集、神経内科学書. 1991年 第6刷、P232-234、朝倉書店、東京、1991

- 
- 16) 武原 格：嚥下障害の診断、身体所見、局所症状から画像まで. 日医雑誌 130 (9), 1743-1746, 2009
  - 17) 谷口 洋：認知症における嚥下障害の診かた. 老年精神医学雑誌 31 (12), 1339-1344, 2020
  - 18) 寺井 敏、岩佐康行：摂食・嚥下機能障害を有する高度要介護高齢者に対する経皮内視鏡的胃瘻増設術（PEG）施行後の転帰：後ろ向き研究. 日老医誌 49 (5), 602-607, 2012
  - 19) 塚越 廣：2. 主要神経症候－その発現機序と検査法. 2.1 運動麻痺. 豊倉康夫 編集、神経内科学書. 1991年 第6刷 P14-41, 朝倉書店、東京、1991
  - 20) 山口泰弘：認知症患者の肺炎. *Dementia Japan* 29 (4), 543-550, 2015
  - 21) 安永 雅、平岡 崇、花山耕三：加齢に伴う摂食嚥下障害. 神経内科 87 (6), 579-585, 2017

総説

# LGBT を踏まえたダイバーシティマネジメント

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 大塚恒子

Key words: LGBT、ダイバーシティマネジメント、差別の心理

## I. はじめに

2020 東京オリンピック理念の1つに多様性と調和が掲げられ、オリンピックとパラリンピックが開催された。アイデンティティ、性、障害、メンタルなどさまざまな多様性が画面から映し出された。看護管理の認定を持つ認定看護管理者として、ダイバーシティ時代における人的資源活用論に LGBT について再検討する必要性を強く感じた。

仁明会病院の看護部長に従事していた時、トランスジェンダー（心と体が一致しない）Aさんが就職を希望した。採用すべきかどうかを悩んだが、他県の大学病院で心理的なサポートを受け、今後性転換の手術を予定しているということであったので、精神科看護を提供する当院が先駆的な取り組みをすべきではないかと判断し、院長や事務長と話し合っ採用した。しかし、性的マイノリティの理解がなく、人的管理が十分であったとは言えない。

LGBT を含む性的マイノリティは世界中に存在するが、差別的あるいは侮辱的な扱いを受け、ありのままに生きられない社会で生活をしている。SDGs の17目標の1つにジェンダー平等の実現があげられており、同じ人間である以上、平等に扱われなければいけないが、教育、仕事、結婚、医療、公的サービスにおいてさまざまな問題が起っている。2019年の株式会社 LGBT 総合研究所(博報堂 DY グループ)による意識調査では、日本には10%の性的マイノリティがいるという結果が見られるが、日本にお

いても、差別の問題、通常であれば享受できる権利やサービスを受けられないといった状況が散見されている。世界的に性的マイノリティの理解が高まり、性的マイノリティに対して有効的で差別をしないアライと言う人たちも増えてきている<sup>1)</sup>。しかしながら差別的な傾向にあり、性的マイノリティへの精神負担、教育、法整備などさまざまな課題があげられる。尊厳ある人として生きるために、例えば、性的指向や性自認を認識するのは、多くの場合思春期であるが、現在の日本では学校教育での整備が不十分で、学校生活において対策が講じられず、その後の社会生活にも問題が波及している。それは当院においても同様の状況であり、LGBT の正しい理解と対策が必要とされる。そこで、LGBT がなぜ差別的な扱いを受けてきたのか、理解が得られない背景には何があるのか、差別を受ける LGBT の脳や遺伝子はどのようなになっているのか、社会の偏見はなぜ起こるのかを調査して、看護管理における LGBT の課題と対応策を検討したい。

## II. 方法

LGBT についての先行研究や書籍から、関係する言葉の定義や内容、差別的な扱いを受ける背景や変遷、LGBT の脳や遺伝子の所見、社会における偏見の心理を調査し、課題と方法について考察する。

## III. 調査結果

### 1. LGBT に関連するさまざまな言語について

#### 1) LGBT について

L はレズビアン(女性同性愛)、G はゲイ(男性同性愛)、B はバイセクシュアル(両性愛者)、T はト

ランジェンダー（心と体の性が一致しない方）を示す。Qのクエスチョニング（自分の性が分からない）、Iのインターセックス（生まれつき男女両方の身体的特徴を持つ）、Aのアセクシャル（誰に対しても恋愛・性的感情を抱かない無性愛者）を加えてLGBTQIAとも称される<sup>2)</sup>。今は名前のないセクシュアリティも、近い将来には世界中で通じる言語となる可能性がある。

## 2) SOGI について

SOGI は、Sexual Orientation & Gender Identity の頭文字をとった言葉で、日本語では「性的指向と性自認」と訳され、「ソジ」、「ソギ」と呼ばれる<sup>3)</sup>。LGBTと併記されることもあるが、LGBTよりも広い概念を指す。SOは性的指向、GIが性自認を示し、性的指向と性自認の尺度を表す。LGBTは性的マイノリティの総称として使われている言葉であり、セクシュアリティを決めるのは、①身体的性（生まれながらに決められた性）、②性自認（どのような性と認識しているのか）、③性的思考（どのような性別の人に恋愛・性的感情を抱くのか）、④性表現（自らがどのような性別を表現したいのか）の4つの要素とされている<sup>4)</sup>。しかし、これらを理解するには時間を要するので、SOGIの言語で表現された。LGBTは性的マイノリティを示すが、SOGIは異性愛者も性的指向のひとつとして捉え、全ての性的マイノリティに関連する。SOGIの性的指向を表す言葉は、ヘテロセクシャル（異性に対し恋愛・性的感情を抱く）、ホモセクシュアル（同性愛者）、バイセクシャル（両性愛者）、パンセクシャル（全性愛者）、ノンセクシャル（非性愛）など幅広いセクシュアリティを表す。性自認は、シスジェンダー（生まれたときに割り当てられた性別と性同一性が一致）、トランスジェンダー（こころと体の性が一致していない）、Xジェンダー（男女のいずれか一方に限定しない性別の立場を取る）である<sup>4)</sup>。

## 3) インターセックス DSD について

インターセックスは身体的性において「男性・

女性」の間またはどちらとも一致していない状態を意味する。Disorders of Development 又は Difference of Development を略して DSD と呼ばれ、性分化疾患である<sup>5)</sup>。人間が母親の胎内で作られている時には、男性・女性のどちらかになるための構造が少しずつ発達していく。性腺や内陰、外陰などの分化が非典型的に発達してしまうのが DSD である。新生児の 2000 人の 1 人の割合で DSD が生まれている。DSD にはさまざまな種類があるが一例をあげる。①クラインフェルター症候群：性染色体が XXY の DSD である。男性の体は「XY」という染色体で構成されるが、X の染色体が 1 つ多く精巣萎縮・無精子症などの性腺の機能不全などの症状が見られる。②ターナー症候群：性染色体が X のみの DSD である。女性は「XX」の染色体で構成されているが、X 染色体が 1 つ、また一部欠けていることで卵巣機能不全による二次的性徴・月経異常などの症状が見られる。③アンドロゲン不応症 (AIS)：染色体が XY (男性型) で精巣もあるが、性器や身体の外見などが女性的またはどちらとも取れない形となって発達する。染色体が XX 型の女性の場合は症状が特にならないことから疾患として発見されず、思春期になり生理が来ないことなどから発見されるケースが多い。④副腎皮質過形成：副腎皮質で作られる 3 種のホルモンの形成過程に何らかの変化が起こる DSD である。嘔吐やめまい、脱水が起こり放置すると危険な状況となり、月経不順や精子減少、外性器の形などがどちらでもない形態をとる症状が見られる<sup>6)</sup>。

20 世紀半ばまでは、性腺を基準に性別が判断されていた。卵巣を持つなら女性、精巣を持つなら男性の男女二元論であった。真性半陰陽は女性でも男性でもない状態で、卵巣と精巣を同時に持つ、あるいは卵細胞・精細胞が混ざった卵精巣を持つことを意味する<sup>7)</sup>。

近年 DSD の診断名や分類が見直され、2006 年性分化国際会議で従来の診断名を統合する提案がされた(表 1)。分類の一例を表 2 に示す<sup>8)</sup>。

表 1 従来の診断名を統合

旧命名法	新命名法
インターセックス	DSD
男性仮性半陰陽 アンドロゲン不応症 類宦官症	46, XY DSD
女性仮性半陰陽 アンドロゲン過形成 男性化症	46, XX DSD
XX 男性、XY 性逆転症	46, XX 精巢性 DSD
XY 性逆転症	46, XY 完全型性腺異形成

表 2 性分化疾患の新しい分類の一例

性染色体異常による性分化疾患	46, XY 性分化疾患	46, XX 性分化疾患
A. ターナー症候群 (45, X) B. クラインフェルター症候群 (47, XXY) など C. 45, X/46, XY (混合性性腺異形成、卵精巢性 DSD) D. 46, XX/XY (キメラ、卵精巢性 DSD)	A. 精巢分化異常 B. アンドロゲン合成障害・作用異常 C. その他	A. 卵巣分化異常 B. アンドロゲン過剰 C. その他

DSD はトランスジェンダーや X ジェンダーなどと混同して捉えられることが多いが、性に関する体の機能や作りが一般的な男女の形と違うという身体の状態を指す。LGBTQIA の中に DSD・インターセックスが含まれるが、LGBT と同じカテゴリーにすることによって「中間の性」と誤解や偏見が生まれてきた。LGBT のイメージ = DSD と包括される可能性があり、認知の進んでいない DSD の問題をより社会から見えなくしてしまう危険性をはらんでいる<sup>6)</sup>。

DSD の病気によっては、治療としてホルモン注射を行う場合があるが、これがトランスジェンダーの人が性自認に適合させるために行うものと混同した経緯が見られた。DSD のホルモン注射は命を守るために行っていることとの区別が必要である<sup>6)</sup>。

かつて、幼少期に本人の同意を得ないまま外生殖器の美容形成術を行い、成長後そのことが本人との意思に反してしまう問題があった。日本でも旧優生保護法のもと、DSD の子供に強制手術を施していたことが医師や保護者によって隠ぺいされ続けた経緯も見られた。我が国では戸籍法において、出生後 14 日以内に届け出を行うが、届け出書には性別の記載は求められていないが、長男・長女など

の区分が必要である。性染色体の変化によって、外見上男性か女性か判定することが難しい「あいまいな外生殖器」と称される状態となることがあり、出生時に戸籍上の姓を女性・男性の判断が難しい場合がある。成長するにつれて、自身に与えられた戸籍の性と性自認が異なることが判明するケースもある。海外の一部の地域では、出生時に性別を決めずに育ててしばらく様子を見るケースもある<sup>6)</sup>。しかし、社会のあらゆる制度や文化が、出生時から男女性に基づいて成り立っている現在の日本では、このような制度導入は難しい段階と言える。

## 2. LGBT の脳科学的な所見

### 1) LGBT の科学理論の現状

セクシュアリティについて、遺伝子、ホルモン、ストレス、脳、認知心理学、行動学的心理学、精神分析など、性的思考を扱う科学理論を網羅的に取り上げ、その限界と意義が検証されている。ゲイ男性の脳の一部(視床下部にある INAH3 という神経)の大きさが異なることや、遺伝子の X 染色体の影響などが解明されている<sup>9)</sup>。一方、生後の環境要因(体内でのストレス、養育に関する親の態度、幼少期の条件付けのパターン、幼少期の性的体験

など)については不明確である。ただし、母親の胎内にいるときに激しいストレスがかかると同性愛の子供が生まれやすいという、「母体ストレス説」は誤りであることが分かっている<sup>9)</sup>。心理学的な要因(親の育て方の影響)については、性的思考を決定づける明確な要因は解明されず否定されている。脳の一部の変化、遺伝が関係していることから基本的には生まれつきということは示唆されるが、環境的要因(後天的な要因)が全く関係しないことは証明されていない。レベイという科学者は、「すべてのゲイは同性愛に関して何らかの遺伝的要因を持っており、それが他のさまざまな因子と組み合わせられて実際に発現する可能性はある」と述べている<sup>9)</sup>。さらに同性愛者を病理学的に扱い、治療を受けさせることを厳しく批判し、異性愛者と同様に生きる権利を持つことを主張している。また、同性愛嫌悪者は、同性愛をアイデンティティの問題でなく、行動の問題として切り離そうとしてきた。行動であれば否定し修正できるからである。同性愛者はアイデンティティの問題と主張するためには、生物学の研究が重要となってくる<sup>9)</sup>。

## 2) LGBT の脳研究結果

2008年、スウェーデンのストックホルム脳研究所が、「同性愛男性の脳は異性愛女性の脳に類似し、同性愛女性の脳は異性愛男性の脳に類似している」と発表した<sup>10)</sup>。脳の画像検査MRI(磁気共鳴映像法)とPET(ポジトロン放出断層撮影法)で分析したところ、右脳は異性愛男性と同性愛女性が他のグループよりも大きく、同性愛男性と異性愛女性では右脳と左脳が左右対称であることが分かった<sup>10)</sup>。同性愛男性と異性愛女性の脳、同性愛女性と異性愛男性の脳は、扁桃腺接合部が類似していた<sup>10)</sup>。側頭葉の奥にある扁桃腺は五感から情動を引き起こし、生存に対する脅威から恐怖や怒りなどの情動を引き起こす重要な役割を果たす。つまり、すべての男性は脅威を感じた時に、「闘争・逃走反応」を起こすと思われてきたが、異性愛男性と同性愛女性の扁桃腺はより強く反応すると推測できると言われて

いる<sup>10)</sup>。異なった言い方をすれば、脳科学的にはゲイは異性愛女性の脳を持った男性であり、レズビアンは異性愛男性の脳を持った女性である。これらのことから、LGBTに特有の性質を持った脳はないと、現在の研究で明らかにされている<sup>10)</sup>。

## 3) LGBT の染色体

人の性の新たな捉え方が提唱されている。従来の考え方は、「正常な男と女は二つの独立するグループで、全ての人ほどどちらかに属する。1人の人間の細胞・器官・全身の性は統一されていて、生まれてから死ぬまで変化することはない」ということが大前提となっていた<sup>11)</sup>。もちろん、典型的な男性と女性には明確な違いがあり、人を全体としてみたときに男と女のグループに分けることは理にかなっている。一方、1人1人を見ると、細胞・器官・全身がそれぞれ男性型か女性型化を区別することは必ずしも容易ではない。それはDSDの人だけではなく、全ての人に当てはまり、例えば普通の人の細胞の性が、加齢によって揺らぐことが明らかになっている<sup>11)</sup>。その1つとして、典型的な男性細胞の核型は46, XYであるが、近年、60歳以上の男性では加齢とともに一部の細胞においてY染色体が抜け落ちていることが明らかとなっている。この現象が「モザイクY染色体喪失」と称される<sup>11)</sup>。Y染色体が喪失するのは、人の染色体の中でもY染色体は小さいこと、Y染色体の表面には重要な遺伝子が少ないので、抜け落ちた場合も障害は少ないことが原因と考えられている<sup>11)</sup>。従って、高齢男性では徐々に体内にY染色体のない細胞(核型はターナー症候群と同じ45, Xの細胞)の割合が増えていくことがある<sup>11)</sup>。「モザイクY染色体喪失」を持っている高齢男性は、死亡率が高く、白血病やアルツハイマー病の罹患率が高い可能性が報告されている<sup>11)</sup>。2つ目の症例として、「マイクロキメリズム」と称する状態があり、男の子の体に母親から来た46, XX細胞が混じっていることがあり、一方母親の体には胎児から来た46, XY細胞が混じっていることがある。出産経験がな

い女性でも体内に46, XY細胞が見つかるケースもある<sup>11)</sup>。これらから「男性なので体のすべてが46, XY細胞でできている」、あるいは、「女性なので、体のすべてが46, XX細胞でできている」と言えない可能性が見られる。1人1人の人間を見ると、細胞や染色体、組織の形や心のあり方には、男らしい部分と女らしい部分が混ざっており、人の性はこれまでの認識より多様な可能性があり、環境因子や加齢などさまざまな要因によって細胞の性が揺らぐことが見いだされた<sup>11)</sup>。さらに性の捉え方は生物学的要因だけでなく、社会的な要因にも左右される。

### 3. LGBTの差別的な扱い

#### 1) 差別の経緯

「完全な男性／女性」が問われ、常に男性か女性のどちらかでいなければならないとされてきた。しかし、そもそも完全な男性や女性が存在するのか、それらを求める社会が疑問視され、「性別は男性と女性の2つだけではない」という認識が表明されてきた。

性的マイノリティの人が抱える精神的負担は小さくなく、他者との違いや個性を差別的に見ていじめにつながる学校生活では「男(女)のくせに」、「気持ち悪い」などの心無い言葉を投げかけられ、自尊感情を深く傷つけられることがある。教師からも理解のない言葉を浴びせられることも少なくない。社会に出てからもこのような差別的見方をされることから、「親を悲しませたくない」、「誰にも理解が得られない」、「異常だと思われないか」といった悩みを抱えるケースが発生し、自分を隠して周囲に合わせようとしてきた。自己否定や自尊感情の低下が起これ、自殺を考え、自殺未遂に及ぶケースもある。ゲイやバイセクシャルの男性は、異性愛者と比較しても自殺未遂リスクが5.9倍も高いというデータが得られている<sup>12)</sup>。

#### 2) 学校教育の取り組みの経緯

性自認は思春期に認識することが多いことから、

学校における体制の整備が求められるが、文部科学大臣は適切な語彙や定義などコンセンサスを作って検討したいと慎重な姿勢を見せている。教育現場におけるLGBTへの対応は、2003年に性同一障害者の性別の取り扱いの特例に関する法律を成立させ、翌年7月に施行した<sup>13)</sup>。2010年には、文部省から教育委員会への事務連絡として、「児童生徒が抱える問題に対しての教育相談の徹底」を発出した<sup>13)</sup>。2014年には学校における性同一性障害に係る状況調査をしたところ、606件の教育相談があった<sup>13)</sup>。2015年には「性同一性障害に係る児童生徒に対するきめ細やかな対応の実施等について」を発出し、性同一性障害に係る児童生徒への特有な支援など、具体的事項を取りまとめた<sup>14)</sup>。2016年に文部科学省では教職員向けの作成と公表を行った<sup>14)</sup>。2017年にはいじめ防止対策推進法に基づく基本方針の改訂が行われ、LGBTへの対応が盛り込まれた<sup>14)</sup>。世界的にみると日本政府は慎重な姿勢を見せていることから、海外と比較すると遅れている状況である。例えばアメリカでは思春期にあたる中高生のLGBTコミュニティの組織化を図り、教師を対象としたLGBT教育の徹底、一般人に対しても教育を進め、LGBTであっても過ごしやすい学校環境の構築に取り組んでいる<sup>13)</sup>。

今後学校でのLGBTの教育対応の取り組みには、学校内外においてサポートチームを作り、校内には教職員や養護教諭、学校医、スクールカウンセラーを含む支援委員会の設置、校外にはスクールソーシャルワーカーや児童福祉を担当する児童相談所との連携を図る体制の整備が求められる。生徒へ配慮して、自認する性別の制服や衣類、体操服の着用を認め、戸籍上男性の場合は標準より長い髪形を一定の範囲で認め、着替えにおいては保健室や多目的トイレの利用を認めるという支援を行う。教育現場におけるLGBTの対応は難しい課題であり、当事者である生徒、保護者、支援していく教職の知識や理解を深めること、ともに生活していく他の生徒への教育と理解を広げていくことが重要である。周りとは違う少数派であること

から、差別的な扱いや行き違いが起こる可能性があるため、徹底した支援と対応が不可欠である。LGBTに関する教育は、学校という場で必要とされている。しかし、学校だけに頼るのではなく私たち自身もLGBTに関して知識と理解を深め、教育とジェンダー平等実現に向けてできる支援をしていくことが重要である。

### 3) LGBTの誤った認識による社会への波及

「LGBTが増えれば少子化が進む」という発言が見られた。性的マイノリティは法律が整備されても、「子供を作れる体だから異性と結婚して、子供を作ることが社会人の役目」という考え方に变化させることはできない。また、精神科やカウンセリングにより治すことを推す意見もあるが、治療の対象となる病気ではない。このような考え方は、人権侵害にもあたることを理解し、LGBTを排除する認識や活動は決して許されるものではない。南アフリカやエクアドルでは矯正や治療という名目で人権侵害が横行してきた。性的マイノリティは病気ではないので治療の必要はなく、また治療ができない<sup>15)</sup>。むしろ治療が必要なのは、社会の同性愛嫌悪者の認識が正解標準としている対象者ではないだろうか。

### 4) 差別の心理

人が営む生活において、あらゆる状況や場面で差別が生まれる。「女性の方が家事や育児に向いている」、「男性の方がリーダーシップがある」といった固定観念(ステレオタイプ)を持つ人が多い。偏見や差別が起こるのは、社会心理学ではステレオタイプ、偏見、差別とされている<sup>16)</sup>。ステレオタイプは、「ある集団に属する人に対して、特定の性格や資質を誰もが持っているように見えたり、信じたりする認知的な傾向」、偏見は「そのステレオタイプに好感、憧憬、嫌悪、軽蔑という感情を伴ったもの」、差別は「ステレオタイプや偏見を根拠に接近・回避などの行動として現れたもの」である<sup>16)</sup>。一般に社会心理学では、一個人の先入観でなく、なんらかの社会集団、社会的カテゴリーか

ら生じる偏見や差別が関与するとされている<sup>17)</sup>。

また、人間社会において、偏見や差別が起こるのは、相手を見下すことで自尊心や自己肯定感を高めるといふ本質が関与すると言われる。人は味方と敵を分ける心理が働き、自分にとって大切な見方を内集団、それ以外の敵を外集団と区別するのが基本的な考え方である。日本人は諸外国と比べても、自分たちが普通の存在と考えることで安心感を得る傾向があり、性的マイノリティ問題に対しても、偏見や差別を持つ側がマジョリティーであることに安堵感を抱いてきた。さらに原理的にあらゆる意見が多数決によって決められ、少数派の意見が黙殺されやすいという経緯が影響を受け、少数派の性的マイノリティを外集団と捉え正当化することができなかった。

人はあいまいな状況やフラストレーションに長時間耐えきれず、原因を特定せずにターゲットを選び、心の安寧を回復するスケープゴートを作り出す<sup>18)</sup>。その対象がスケープゴートである。精神分析理論では、スケープゴートは自分の中にある邪悪な思考や感情を抑圧して、意識外に追いやり、他者に投影することによって解決しようとする無意識の試みと説明される<sup>18)</sup>。スケープゴートする側の性格は、①厳格で頑固な信念を持っている、②価値体系がありふれた紋切り型である、③自身を弱いとみなされることに耐えられない、④伝統的な社会的慣習の違反を許せないと思っていて違反者を理解しようとしめない、⑤特に未知なことに対して疑いを持つ、⑥権威には大きな敬意を払い、秩序に対してよく服従する、⑦社会的ヒエラルキーの維持にこだわるという社会的支配傾向も関連するとされている<sup>18)</sup>。スケープゴートを抑制するには、受け手の能力向上が必要であり、批判的思考がその一つとなる。批判的思考としては、①自分の視点があくまでも1つの視点に過ぎないことに気づく、②他者の視点に身を置いてそれを共感的に理解する、③たとえ自分の考えを否定することになるとしても両者を同じ基準で判断する、などがあげられる<sup>18)</sup>。さらに批

判的思考の態度として、自分の知識の限界に気づく「知的謙虚」、これまで考えなかったことを考えようとする「知的勇気」、自分を疑うという困難なことをあえて行う「知的忍耐」、自分の感情とは関係なしに評価を行う「知的正義」、相手の言うことにも耳を傾ける「開かれた心」などが大切とされている<sup>18)</sup>。

#### IV. 考察

##### 1. LGBTのさまざまな言語を理解した看護管理

以前就職したAさんは女子中高・大学で学んできたが、「スカートをはくことがとても屈辱的であった。ユニフォームは男性用にしてほしい」と希望した。冒頭にトランスジェンダーと記したが、当時はレズビアンなのかと捉え、セクシュアリティを決める身体的性、性自認、性的思考、性表現の4つの要素を見極められなかった。性分化疾患のDSDにも思いを巡らし、出生時の性別と違う性を診断されてきたのかという推測もしたが、本人には確認できなかった。それはLGBTの正しい理解が得られていなかったために、名札、ユニフォーム、ロッカールームの調整のみに留まり、大学病院の精神科で心理的支援を受けていることに安堵して、看護管理の整備が滞った。今後は、本人が求めるセクシュアリティを確認し、病院側が環境調整すべき内容、職員への周知の有無、職員や患者から差別的な反応があった時の対応などについて話し合うことが必要と考える。また、性分化疾患のDSDで継続的な治療が必要な場合は、治療内容を理解し体制の整備の検討も必要となる。さらに、職員がLGBTの理解が得られるように、学習会の開催や啓蒙活動の取り組みを検討していきたい。

##### 2. LGBTの脳科学的な研究を踏まえた看護管理

人の性は環境因子や加齢などさまざまな要因によって揺らぐことが見いだされ、生物学的要因だけでなく社会的な要因にも左右されることを踏まえ、戸籍上の「男・女」で判断するのではないという意識改革が必要となる。今まで人材育成のマネ

ジメントでは「ケア提供に際して、男性は父親的、女性は母親的な思いやりや役割を持ってほしい」、「男らしい・女らしい態度」などを求めてきたが、多くの職員に違和感を与え、自尊感情を傷つけたことが推察される。脳科学で解明されているさまざまな報告、遺伝子の性の揺らぎなどを踏まえ、男女二元論を払拭したダイナミックなマネジメントの取り組みが求められる。

##### 3. LGBTへの差別的扱いの変遷を踏まえた看護管理

人間社会において生じる固定観念、自尊心や自己肯定感を高めるために相手を見下してしまう偏見や差別は、人が集まる集団では必然的なものである。また、偏見や差別を持つ側がマジョリティーと安堵し、多数派が正しくて少数派の意見が黙殺されるという組織風土も関与する。組織風土は、職員が状況を独自に捉え、良い悪い、あるいははしたくないという評価ではなく、職員の身近な要因が複合的に作り上げるものとされている<sup>19)</sup>。その漠然と捉えられる組織風土に、明確な方向付けをすることで組織文化が形成される<sup>19)</sup>。スケープゴートの7つの一部は、組織の継続や秩序を保つことに必要な要素であるが、激動の精神科医療を踏まえ絶えず変革に取り組む看護管理には、抵抗勢力ともなり得る、地域に根差した精神科病院を目指し、変革理論を推進するためには解決すべき課題である。集団は、「特定の目的を達成するために集った、互いに影響を与え合い依存しあう複数の人々」と定義される<sup>20)</sup>スケープゴートではなく、互いに知り合い、励まし合い、情報を交換する集団に発展させることが必要となる。そのためには、組織の一員としての自覚を持つための社会化を図り、病院の価値や目指す方向性を示して強い組織文化を作り、結束力を高めるマネジメントが求められる。そのマネジメントは、偏見や差別を生むマジョリティーを排除して、LGBTの労務管理に通じる。

#### 4. 人的資源管理に必要な法令

人口減少や超高齢社会を迎え、育児や介護との両立など働く人の多様なニーズに直面しており、就業機会の拡大や意欲・能力が存分に発揮できる環境の整備が重要な課題である。2019年4月より順次施行された「働き方改革関連法」と「働き方改革」は、この課題の解決のため、働く人の個々の事情に応じた多様な働き方の選択を目指した<sup>20)</sup>。また、2020年6月より労働施策総合推進法の改訂によるパワーハラスメント防止対策が施行され、企業におけるパワハラ対策の義務化がされた(中小企業は2022年4月まで努力義務)<sup>20)</sup>。性的指向・性自認に関し精神的攻撃を与え、本人の同意なく性的指向・性自認を他者に伝えるアウティングについても、パワーハラスメントに該当することが明記された<sup>20)</sup>。職場におけるLGBT施策と労務管理について、①ハラスメント防止対策、②多様性に対応した労務管理、③社内制度の整備があげられた<sup>20)</sup>。ハラスメント防止対策には、差別や偏見のない職場環境づくりの方針を明確化し、研修会を開催して啓発する、職場内での困りごとに相談できる窓口を設置し迅速に対応する、ハラスメントとならないように、日頃からコミュニケーションを取っておくことがあげられている<sup>20)</sup>。当院ではすでに整備を行ったが、今後実態に応じた拡充が求められる。

2016年の厚生労働省の職場のパワーハラスメントに関する実態調査では、①怒りや不満・不安などを感じた、②仕事に対する意欲が減退したなどがあげられた<sup>20)</sup>。また、パワーハラスメントの予防に取り組んだ結果、①管理職の意識の変化によって職場環境が変わる、②職場のコミュニケーションが活性化するというデータが得られている<sup>20)</sup>。

以上のことから、働き方改革やパワーハラスメント防止対策に取り組むが、有効なダイバーシティマネジメントの実践に繋がることが確認できた。

#### おわりに

LGBTに関係する言語や脳・遺伝子、偏見や差

別の背景などを調査した。LGBTを踏まえたダイバーシティマネジメントに取り組むための多くの課題が抽出され、短期・中長期に分類した取り組みが求められた。直近の課題は、LGBTの理解が得られる学習会の開催や啓蒙活動、男女二元論を払拭し、偏見や差別を生むマジョリティーを排除する組織文化の醸成である。同時に働き方改革やパワーハラスメント防止対策の取り組むことが、相互に関与して良いマネジメントの循環の形成となることが伺えた。

#### 引用・参考文献

- 1) 石田 仁：はじめて学ぶLGBT 基礎からトレンドまで，ナツメ社，P72-73，2021.
- 2) 森山至貴：LGBTを読みとく クィア・スタディーズ入門，ちくま新書，P37-57，2020.
- 3) 手島美衣、内田和利、長谷川博史：LGBTと労務管理，労働新聞社，P196，2021.
- 4) <https://jibun-rashiku.jp/column/column->，セクシュアリティを決める要素について
- 5) 前掲著 1) P176-177
- 6) [https://jobrain.jp/magazine/intersex\\_dsd](https://jobrain.jp/magazine/intersex_dsd)，インターセックスとは？DSD（性分化疾患）との違い
- 7) 前掲著 1) P180-181
- 8) 前掲著 1) P178-179
- 9) <https://allabout.co.jp/gm/gc/390723>，セクシュアルマイノリティ・同性愛／ゲイライフ人はなぜ同性愛者に生まれるのか
- 10) <https://www.afpb.com/articles/-/2406602>，ゲイの脳は異性愛女性の脳に類似する、スウェーデン研究所
- 11) 田中 実：遺伝子から解き明かす 性の不思議世界 科学が明らかにした多様性と進化の仕組み，一色出版，P340 - 376，2020.
- 12) <https://www.jtuc-rengo.or.jp/info/chousa/data/20160825.pdf>，日本労働組合総連合会「LGBTに関する職場の意識調査」2016.
- 13) [https://gooddo.jp/magazine/gender\\_equality/](https://gooddo.jp/magazine/gender_equality/)

[lgbt\\_gender/6767/](#), 教育現場における日本政府の取り組み

- 14) [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/28/04/1369211.htm](https://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/28/04/1369211.htm), 文部科学省「性同一性障害や性的指向・性自認に係る、児童生徒に対するきめ細やかな対応等の実施について」2015.
- 15) <https://www.unic.or.jp/activities/humanrights/discrimination/lgbt>. 国際連合広報センター LGBT
- 16) <https://diamond.jp/articles/-/236219>, 「偏見や差別」はなぜ生まれる、社会心理学の観点から読み解く
- 17) 野口道彦：「差別と社会」<https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/1418/00121109/02>.
- 18) 釘原直樹：人はなぜスケープゴートを作り出すのか? <https://synodos.jp/opinion/society/18244/>,
- 19) 田尾雅夫：組織の心理学, 有斐閣ブックス, 184 - 189, 2004.
- 20) 井部俊子監修：看護管理学習テキスト第3版第4巻 組織管理論 2021年版, 日本看護協会出版会, P10, 2021.
- 21) 前掲著 3) P30-39

## 症例報告

## ターナー症候群に統合失調症と軽度知的障害を合併した1例

一般財団法人仁明会 仁明会病院 新門加奈子、堀之内由起子  
兵庫医科大学病院 精神科神経科学講座 宮内雅弘、松永寿人

Turner syndrome (TS) is a genetic condition with a prevalence of 1/2500 among newborn girls and is caused by complete or partial absence of an X chromosome. Patients with TS suffer numerous complications that can include short stature, heart defects and delayed or absent puberty. Patients with TS tend to be intellectually disabled and to have challenges in psychosocial and emotional areas. Furthermore, the prevalence of schizophrenia is higher in TS than in the general female population. The 45,X/46,XX karyotype is associated with TS and schizophrenia comorbidity.

We describe a 23-year-old woman with TS comorbid with intellectually disability and schizophrenia who developed catatonia syndrome. Informed consent for publication was obtained from the patient and personal information has been withheld to protect her identity.

Key words: ターナー症候群、統合失調症、発達遅滞、染色体異常、薬物療法

Turner syndrome, schizophrenia, developmental regression, chromosomal abnormality, drug therapy

## I. はじめに

ターナー症候群(Turner syndrome: TS)は新生女児の2000人～2500人に1人の割合で起こるとされる。その原因として性染色体であるX染色体の構造異常が考えられ、約半数近くが45,Xであり、残りはX染色体短腕の欠損、またはそのモザイク型などが占めている。臨床症状としては、低身長を特徴として、外反肘などの骨格徴候、心臓や腎臓などに起きる内臓奇形、生殖系やリンパ系等への異常などであるが、その頻度は様々である。神経精神疾患にも関与しており、一般的な女性集団と比較してTSの女性に統合失調症が発症するリスクが高いことが報告されている。しかし、本邦ではTSに併存する統合失調症の症例報告は少なく、TSと統合失調症の併存による臨床像やどのような治療介入が適切かなどについては未だ確立し

ていない。今回、我々は、TSの女性で、成人後に緊張病候群で発症した統合失調症に加え軽度発達遅滞が確認された症例を経験した。治療経過などを含めて、若干の考察を交え報告する。なお、症例呈示に際し、個人情報保護の観点から、主旨に影響しない程度の改変を加えた。

## II. 症例

23歳女性。同胞2名中第1子として出生。在胎36週、出生時体重は2380g。小学校1年生の時に低身長で受診した際にTSと診断され、成長ホルモン補充療法とKaufmann療法を施行されていた。元来大人しく引っ込み思案で、反応がワントン遅れるようなマイペースな性格だった。成績は悪く、高校卒業後、栄養調理専門学校へ進学したが3か月で中退し、派遣の仕事で生計を立て、奨学金の返済を行っていた。独居で、高校時代からの友人との交流は続いていた。既往歴及び家族歴に特記事項なし。

## 1. 現病歴

X年Y月30日より38度台の発熱と咳嗽が出

A case of Turner syndrome comorbid with catatonic schizophrenia

Kanako SHINKADO<sup>1)</sup>, Yukiko HORINOUCI<sup>1)</sup>, Masahiro MIYAUCHI<sup>2)</sup>, Hisato MATSUNAGA<sup>2)</sup>

1) Jinmeikai Hospital, 4-31 Koshimizu-cho, Nishinomiya, Hyogo, Japan

2) Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine, 1-1 Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo, Japan

現した。Y+1月3日に動悸、呼吸苦、手足の痺れにてA病院に救急搬送されたが異常所見はなく、過換気症候群と診断され帰宅となった。しかし、Y+1月4日も39度台の発熱を認めA病院を受診し、尿路感染症疑いで入院となり抗生剤、点滴加療が開始となった。Y+1月8日より問いかけに反応が乏しくなり、次第に疎通が不良となった。「しんどい」「死にたい」などの発言が見られ、Y+1月10日より病棟で座り込む様子や、疎通が取れず多動も呈したことからハロペリドールで鎮静を図り、身体拘束も行われた。血液検査、頭部CT、頭部MRI、脳波、髄液検査等精査されたが異常は認められなかった。Y+1月14日、薬疹を疑う全身性紅斑を認めたが皮膚科にてウイルス性中毒疹と診断された。同日、発熱と意識障害の精査目的にB病院へ転院となり、16日にはB病院の精神科病棟に医療保護入院となった。亜昏迷状態と錯乱状態を呈し、食事は鼻管栄養となり、身体拘束が行われた。発語は何かには怯えたように「あー」といった言葉のみで、アリピプラゾールを開始し、30mg/日まで増量されたが変化はなかった。その後ジアゼパム開始すると疎通性の改善がみられた。しかし、「銃声が聞こえる」「先生が撃たれる」といった妄想の訴えもみられ、引き続き精神症状加療目的にてX年Y+2月13日当院へ転院となった。

## 2. 入院時現症

精神医学的現症：被害妄想、幻聴、思路障害、感情鈍麻、食欲低下、意欲低下、不安、焦燥

身体医学的現症：TSの染色体の核型はモザイク型(46X(iX)(q10))。身長は147cm(-2SD)で外表奇形は目立たず。血液検査では明らかな異常はなく、ホルモン検査ではLH:41.2mIU/mL、FSH:131.0mIU/mL、エストラジオール:5以下と卵巣機能不全が見られた。その他、骨量の減少を認めた。心電図異常はなし。

入院時のWAIS

全検査FSIQ=60、言語理解VCI=81、知覚推理

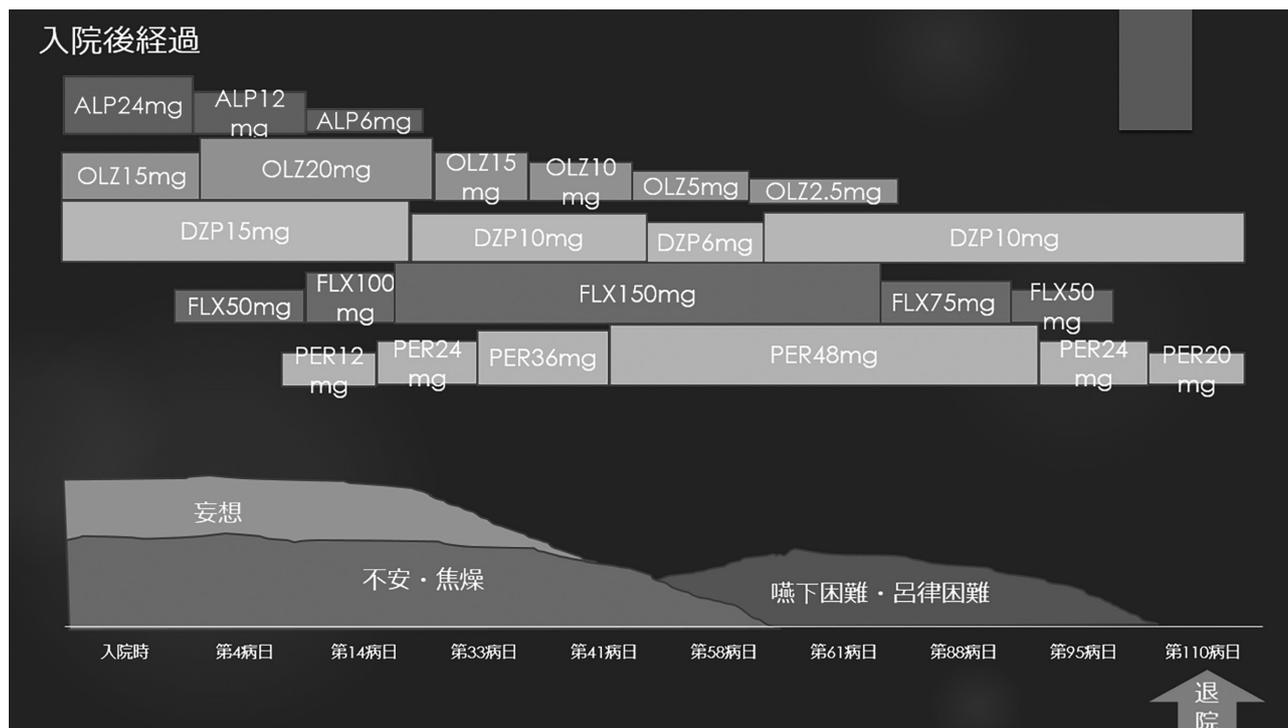
PRI=62、ワーキングメモリーWMI=71、処理速度PSI=57

内服薬：アリピプラゾール24mg/日、オランザピン15mg/日、ジアゼパム15mg/日

## 3. 治療経過

来院時、NGチューブ留置の状態でもと手をつなぎおびえた様子で診察室へ入室した。幻聴と著明な妄想に加え自発性の低下を認めた。「また食べられるように治療してもらえるのですか？」などと焦燥的で不安げな表情だった。亜昏迷状態が残存し、疎通性は不良。「悪いことをした」「前の病院のスタッフが殺しに来る」「自分のせいで母親が殺される」と妄想、不安、焦燥感が持続しており、数分おきに詰所へきては同じことを繰り返し訴えるなどの常同行動を認めたため、オランザピン20mgへ増量、アリピプラゾール12mg/日へ減量を行った。しかし、強い不安や焦燥感が持続するためフルボキサミンを開始し、漸増し150mg/日まで使用した。第14病日には妄想の改善がないことから、アリピプラゾールからペロスピロンへ変薬を開始。第41病日にはペロスピロンを48mg/日まで増量した。その後、妄想が徐々に軽減し、作業療法に参加し焦燥感を紛らわすこともできるようになった。日中の眠気や呂律困難を認めたためオランザピンを漸減中止し、ジアゼパムも10mg/日まで減量を行った。不安焦燥は目立たず、フルボキサミンも漸減中止とした。第61病日に再度WAIS-IVを施行したところ、全検査FSIQ=67、言語理解VCI=90、知覚推理PRI=66、ワーキングメモリーWMI=74、処理速度PSI=63であった。

第110病日に退院となり、退院時処方内容はペロスピロン20mg/日とジアゼパム10mg/日であった。退院後は妄想・不安の再燃なく経過している。思考障害もなく現実検討能力は保たれ、疎通も良好。独居だが、自閉的な生活が続いているため週に3回デイケアに通所している。



### Ⅲ. 考察

緊張病性昏迷を脱した後、一過性の幻聴と著明な被害妄想を認めたターナー症候群の症例である。診断については、幻覚、妄想などの精神病症状が1ヵ月以上持続し、治療により疎通性は改善したものの完全寛解までは至らず、発症から6か月経過した後も無為自閉が残存しており、病前と比較して、明らかな認知、社会的な機能障害が持続しており、DSM-5の診断基準に基づき統合失調症と診断した。

TSは性染色体であるX染色体の異常により発現する成長障害と卵巣発育不全を呈する疾患であり、低身長の特徴の他に、外表奇形としては翼状頸、外反肘などが挙げられ、内臓奇形では大動脈縮窄症などの心奇形、馬蹄腎などの腎尿路系の奇形など様々な状態を呈する。また、糖尿病や甲状腺機能低下症などの内分泌疾患や感音性難聴などを伴う場合がある。本症例では低身長ではあったが、外表奇形は目立たず、各種検査にて卵巣機能不全と骨量の減少を認めるものの、その他の明らかな異常所見は認めなかった。TSの知能は概ね正常と

されている。本症例では全体的な知的水準は知的障害の範囲内にあった。ベンゾジアゼピン系薬剤の長期投与や統合失調症による影響などもあることから、病前から知的障害を有していたかどうかの評価は困難である。

TSはその身体的な特徴だけでなく、非言語情報処理能力や視空間認知能力などの障害を伴い<sup>1)</sup>、集団での生活において心理社会的な障害をきたしやすいことが指摘されている<sup>2)</sup>。TSにおける精神疾患に関する研究は少ないが、身体的スティグマ、仲間の欠如、社会的困難、低い自尊心が抑うつ症状や不安症状の増加に寄与している可能性があり、そのため女性のTSは精神疾患を発症するリスクが高いと考えられている<sup>3), 4)</sup>。最近の海外のTSの女性1392人を対象とした調査では一般的な女性集団と比較して、知的障害のリスクが8倍、自閉症スペクトラム障害のリスクが4倍、統合失調症および関連障害の診断を受けるリスクが2倍であった<sup>5)</sup>。また別の報告では、統合失調症の診断を受けた女性において、TSの診断を受ける確率が3倍に増加しており、モザイク核型の45,X/46,XX

は、TSの他の核型と比較して、統合失調症の女性に明らかに多く見られた<sup>6),7)</sup>。一方で、本邦の報告としては、成人TS患者を対象に合併症を調査したところ、統合失調症の有病率が0.9%であり、一般人口と比較して有意な増加は認められなかったものの、統合失調症と診断された4症例中3症例の核型が45,Xのモザイク型であった<sup>8)</sup>。本症例においても染色体の核型がモザイク型であったことは興味深いことである。

TSに統合失調症や知的障害を合併した症例に十分な効果が得られた薬剤の報告例はなく、難治性が多いと考えられる。今回は発熱を契機に緊張病性昏迷となり、ジアゼパムにて疎通は改善したが、不安や妄想が出現した。妄想にはペロスピロンが奏功した。ジアゼパムは漸減を試みたが、動作緩慢や疎通の悪さが目立ったため中止は困難であった。また、経過中に糖尿病や甲状腺機能低下症などの内分泌疾患を併存するTS症例もあることから、向精神薬の選択や使用する際には、これに配慮しつつ、経過に十分注意する必要があると考えられた。

#### IV. 結語

TSに統合失調症と軽度知的障害を合併した1例を経験した。TSと統合失調症は、どちらも比較的頻度の低い疾患であるが、TSは一般女性よりも高率に精神疾患を発症する可能性があり、統合失調症を併存することがある。既存の報告では統合失調症を併発するTSのX染色体の異常核型が共通していることから、特にモザイク核型のTSは統合失調症の発病リスクが高い可能性があり、そのような症例には治療を含め注意すべきである。

#### 文献

- 1) Mazzocco MMM. The cognitive phenotype of Turner syndrome: specific learning disabilities. *Int Congress Ser.* 2006;1298:83-92.
- 2) McCauley E, Feuillan P, Kushner H, Ross JL.

Psychosocial development in adolescents with Turner syndrome. *J Dev Behav Pediatr.* 2001;22 (6) :360-5

- 3) Kiliç BG, Ergür AT, Ocal G. Depression, levels of anxiety and selfconcept in girls with Turner's syndrome. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2005;18 (11) :1111-7.
- 4) Hong DS, Reiss AL. Cognitive and neurological aspects of sex chromosome aneuploidies. *Lancet Neurol.* 2014;13 (3) :306-18
- 5) Björlin Avdic et al. Neurodevelopmental and psychiatric disorders in females with Turner syndrome: a population-based study. *J Neurodevelop Disord* (2021) 13:51
- 6) Prior TI, Chue PS, Tibbo P. Investigation of Turner syndrome in schizophrenia. *Am J Med Genet.* 2000;96 (3) :373-8.
- 7) Roser P, Kawohl W. Turner syndrome and schizophrenia: a further hint for the role of the X-chromosome in the pathogenesis of schizophrenic disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2010;11 (2 Pt 2) :239-42.
- 8) Kunihiko Hanew, Toshiaki Tanaka, Reiko Horikawa, Tomonobu Hasegawa, Susumu Yokoya. Prevalence of diverse complications and its association with karyotypes in Japanese adult women with Turner syndrome - a questionnaire survey by the Foundation for Growth Science -. *ENDOCRINE JOURNAL* 65 (5) : 509-519 2018

## 症例報告

## 妊娠後期に夢幻様体験で急性発症した2症例

兵庫医科大学 精神科神経科学講座 河野優菜、向井馨一郎、岸野恵、清野仁美、松永寿人

## 英文抄録

We have witnessed two cases of acute onset psychosis with oneiroid syndrome in late pregnancy. The first case was a 34-year-old multiparous woman who had had previous episodes of puerperal psychosis. In the third trimester of her latest pregnancy, she was hospitalized in the psychiatric ward for oneiroid syndrome. She exhibited labile moods, misidentification, and vivid scenic hallucinations. After receiving Lamotrigine 100 mg and Olanzapine 5 mg she entered remission. One year later, she relapsed with acute confusional state upon reducing the drug dose. The second case was a 30-year-old primiparous woman. In her third trimester of pregnancy, she exhibited incoherent speech and bizarre behavior. Upon admission, she presented with emotional lability, impulsivity, and vivid scenic hallucinations, and was in an oneiroid state. With Olanzapine 20 mg, she showed improvement and did not relapse even after delivery. However, she did relapse to an oneiroid state when she reduced her medication eight months later.

These two cases fulfill the criteria for “prepartum psychosis” proposed by Brockington. Acute onset of oneiroid syndrome is a common feature of pre- and post-partum psychosis. In the next pregnancy following postpartum psychosis, women are at risk of developing prenatal psychosis. Additionally, relapse unrelated to childbirth is also possible. Therefore, we need to carefully optimize the medication for pre- and post-partum psychosis.

Key words: 産褥精神病、妊娠、産前精神病、夢幻様体験、急性多形性精神病障害、短期精神病性障害、統合失調症様障害  
postpartum psychosis, pregnancy, prepartum psychosis, oneiroid syndrome, acute polymorphic disorder,  
brief psychotic disorder, schizophreniform disorder

本稿について、開示すべきCOIはない。

## I. はじめに

周産期に関連する精神障害の一つとして産褥精神病がある。産褥精神病とは、1000分の1～2分産で起こるとされ、幻視を主とした多彩で感覚性の強い幻覚状態である夢幻様体験、活発な錯視、ストーリー性の高い幻想・場面的な幻視、宗教的

誇大妄想、妄想気分、人物誤認などが観察される。これらの症状が一定期間に万華鏡様に変化しながら推移する意識変容状態にあり、失見当識、宗教的恍惚感、高揚気分、極度の不安感などを伴うことが多いとされる。一般に、産褥精神病は産後2～3週間以内に急性発症するが、同様の症状を伴い妊娠中に発症する病態が報告されている。1990年に Brockington が Prepartum psychosis (産前精神病) と提唱し、①それぞれのエピソードは挿話的で完全寛解に至る、②臨床像は産褥精神病に類似する、③少なくとも1つのエピソードは産後2週間以内に発症する、④同様のエピソードが妊娠後期にみられる、⑤非周産期の再発はないことが理

Acute onset of oneiroid syndrome in late pregnancy: report of two cases  
Yuuna KONO M.D, Keiichiro MUKAI M.D., Ph.D Megumi KISHINO M.D. Hitomi SEINO M.D., Ph.D., Hisato MATSUNAGA M.D., Ph.D.  
Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine, Mukogawa-cho, 1-1, Nishinomiya, Hyogo, 663-8501 Japan  
E-mail: y2n3sfemm7@gmail.com

想的であるが起こりえる、といった項目を特徴として挙げている<sup>1)</sup>。

本稿では妊娠後期に急性発症した夢幻様体験を伴う精神病2症例の診断と予後について、若干の考察を交え検討したい。尚、発表にあたっては患者の個人情報に配慮し、病歴の一部を発表の趣旨を妨げない範囲を加えた。

## II. 症例提示

症例1 34歳 女性

既往歴：なし

家族歴：なし

生活歴：同胞3名中第1子として出生。出生・発育に異常を指摘されたことはない。元来責任感の強い性格。大学卒業後、銀行に就職し、25歳時に結婚、26歳時に一児をもうけた。その後、夫の仕事の都合で海外に移住。一時帰国中は祖父、父母、妹、息子と同居。

現病歴：

X年3月、第1子出産3日後から「元職場の同僚に嫌われている」「夫や義母にいじめられている」と訴えるようになった。同年5月、「夫に殺される」と被害妄想を語り、息子の首を絞めベランダから飛び降り心中を図ろうとする行動を認め、近医の精神科を受診し入院となり産褥精神病と診断された。リスペリドン3mg/日、オランザピン5mg/日の薬物療法により症状寛解し入院から2カ月後に退院となり、近医通院していた。X年9月には、高プロラクチン血症のため、リスペリドン漸減・中止するも寛解を維持していた。X年12月、夫の転勤先の海外に転居。寛解状態が維持されていたため、オランザピン2.5mg/日に減量となるも、家事・育児に支障をきたすことはなかった。

X+1年6月、第2子妊娠発覚し、オランザピンを自己判断で中止した。悪阻が強く、息子と帰国し実家にて療養となった。X+2年3月(妊娠36週)、息子の発熱や、自身の悪阻増悪、前駆陣痛により心身ともに疲労困憊となった頃より、易怒性・流

涙といった情緒的混乱を認め、近医を受診しオランザピンの再開を提案されるも拒否していた。その後、唐突に息子の首を絞めようとし、制止した母の手を振り払いベランダで「殺される、助けて!」と大声を上げるなど興奮状態を呈し、当科初診となり入院となった。病室内で看護師を息子と人物誤認し「辛かったなあ、頑張ったなあ」と流涙しながらあやし、その直後に「あっちいけボケ」と大声を上げ拒絶するなど、情緒的混乱を認め、オランザピン10mg/日を開始し、20mg/日まで増量した。第2病日(妊娠37週)、精神状態を考慮し緊急帝王切開施行となった。出産後、情景的で多彩な幻視が見えている様子が観察され、病室を飛行機内と誤認し、恍惚とした表情で「Can you speak Japanese?」、「枕の中身をスチュワーデスさんに聞いて下さい」等と話しかけるなど夢幻様体験を認めていた。クエチアピンを併用投与し700mg/日まで漸増するも効果乏しく、第50病日にラモトリギンを併用投与し100mg/日まで漸増したところ、情緒的混乱や情景的な幻視は消失した。その後、クエチアピンは漸減中止、オランザピンも5mg/日まで漸減し、寛解状態にて退院となった。

退院後も当科通院しラモトリギン100mg/日、オランザピン5mg/日は継続していた。X+3年3月、転居に伴い転医。その後も寛解は維持されており、職場復帰を果たし、仕事と育児を両立。X+3年10月にオランザピン2.5mg/日へ減量後、同年11月には、突然の流涙や易怒性など情緒的混乱を呈し、「ストーカーされている」と被害妄想が出現し、近医入院となった。オランザピン2.5mg/日、バルプロ酸ナトリウム400mg/日の投与開始となるも症状改善なく、X+4年1月に当科へ転院。情緒的混乱と被害妄想を認めるも、前回入院時のような興奮や人物誤認や幻視などを伴う夢幻様体験はみられなかった。食欲の亢進のためオランザピンからアリピプラゾール3mg/日に変薬したところ症状は軽快。第56病日に退院となった。

## 症例2 30歳 女性

既往歴：なし

家族歴：なし

生活歴：同胞2名中の第2子として出生。出生・発育に異常を指摘されたことはない。元来真面目な性格。大学卒業後、医療機関に勤務。26歳時に実母が病死。27歳時に結婚し夫と2人暮らし。

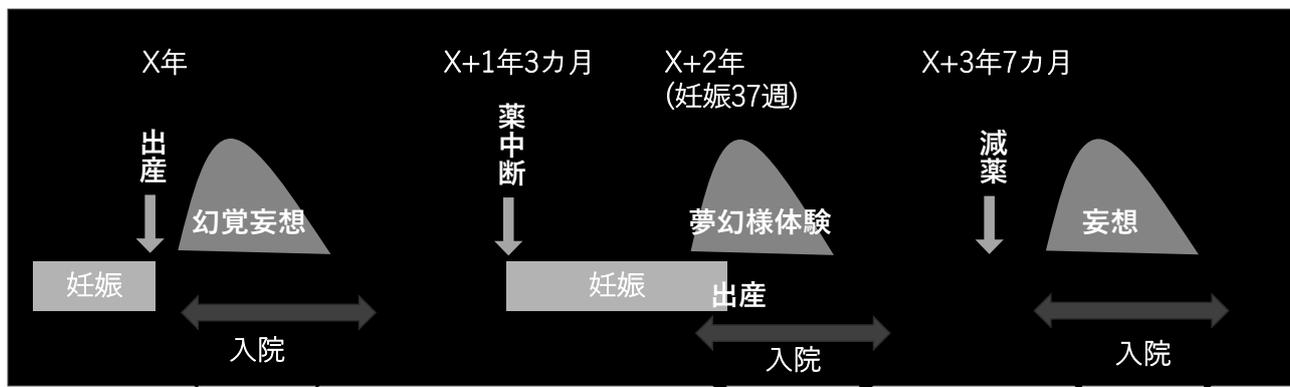
現病歴：

X年11月、第1子を妊娠。実母の喪失に対する悲嘆や、義母との関係性に伴う心理的負担がありながらも仕事をこなしていた。X+1年5月(妊娠28週)、妊婦健診にて切迫早産と診断され休職となった。その後、突然、「(死去した)母は本当の母ではないかもしれない」と語り、ベランダやトイレに向かってお辞儀をする様子や、動物の鳴き真似をする様子がみられるようになった。夫に連れら

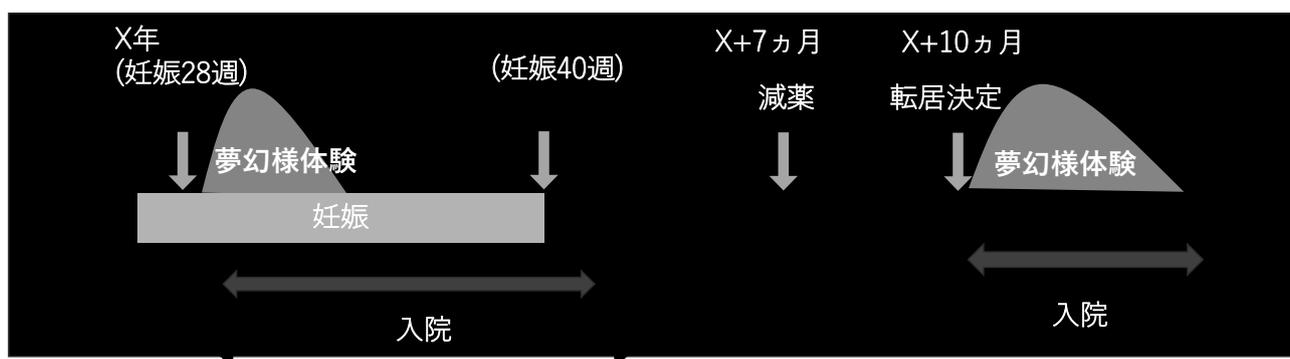
れ当科を受診。診察時、表情は恍惚としており、気分は困惑と高揚が混在。看護師を母親と人物誤認し、「私が川崎の事件の犯人を助けなきゃ」と語り、直後には楽しそうに動物の鳴き真似をするなど言動は滅裂で情動的混乱がみられた。会話内容は脈絡なく移り変わり、場面的で多彩な幻視に向かって話しかける様子が観察され、夢幻様体験を呈していた。同日入院となり、オランザピン10mg/日より投与開始し、20mg/日まで増量後にすみやかに症状は消失した。切迫早産のため入院を継続し第69病日(妊娠40週：X+1年8月)に第1子を出産し、その後も精神症状の再発なく退院。退院後は通院治療にて寛解状態を維持し、仕事と育児を行っていた。

X+1年12月、日中の眠気が続くためオランザピン10mg/日からクエチアピン300mg/日に変更。X+2年3月、転居が決まった頃より、急に泣く、

## 症例1



## 症例2



笑うなど情緒的混乱が出現。「会いたかったけなのに」「今日は何人確認しましたか」など脈絡のない発言がみられるようになり、当科入院となった。他患者の部屋に勝手に侵入する、全裸で歩き回るなど抑制を欠いた行動がみられ保護室入室。保護室内では幻想的、情景的な幻視が見えている様子が観察され、誰もいない空間に向かって「○○ちゃんこっちよ、早く来て」「どうしてぶーさんが来ないの」「私の誕生日会なのにママが来ない、ママはどこ」と話しかけるなど夢幻様体験を認めた。オランザピン 10mg/日の投与を開始し 20mg/日まで増量するも効果乏しく、リスペリドンに変更し 6mg/日にまで漸増したところ、夢幻様体験は消失し寛解状態となり、第 20 病日に退院となった。

考察：

症例 1 の初発は第 1 子出産後の産褥期であり、一旦寛解した後、第 2 子妊娠後期に 2 回目のエピソード、妊娠に関連のない時期に 3 回目のエピソードを認めている。症例 2 の初発は第 1 子妊娠後期であり、2 回目のエピソードは妊娠とは関連のない時期であった。2 症例とも妊娠後期に夢幻様体験を主とする急性の病像を呈し、寛解と再発を繰り返す経過を辿っている。産後 2～3 週間以内の急性発症し完全寛解するとされる産褥精神病の定義を満たさないが、急性の夢幻様の病像は産褥精神病に酷似し、発症もしくは再発の時期が周産期であることから、産褥精神病に関連する病態が推定される。幻視や知覚障害など多彩な症状や、情緒的混乱、寛解期の適応度などからは、ICD-10 では「統合失調症状を伴わない急性多形性精神病障害」、DSM5 では「短期精神病性障害」または「統合失調症様障害」に該当する。再発を繰り返し、抗精神病薬や気分安定薬に反応する病態としては「統合失調症」や「双極性障害」が鑑別に挙げられるものの、症状に関しては非典型的である。夢幻様体験などの意識変容については、国際的な診断基準に位置づけられるものがない。Brockington の提唱した Prepartum psychosis(産前精神病)の①それ

ぞれのエピソードは挿話的で完全寛解に至る、②臨床像は産褥精神病に類似する、③少なくとも 1 つのエピソードは産後 2 週間以内に発症する、④同様のエピソードが妊娠後期にみられる、⑤非周産期の再発はないことが理想的であるが起こりえる、という特徴のうち、症例 1 は①～④、症例 2 は①②④を満たしており、⑤の項目に関しては非周産期の再発がみられるものの、病態や経過から、本 2 症例の診断としては産前精神病が最も適した疾患概念であると思われる。

かつて Paffenbarger は、1940-1958 年のオハイオ州の精神病院のカルテ記録で確認された周産期に初発した 247 例中 57 例が妊娠中の発症で、そのうち 3 分の 1 が精神病症状を呈しており、発症の時期は妊娠初期・中期・後期とも均等な分布であったと報告している<sup>5)</sup>。Chandra は、周産期に精神病症状を呈して入院となった 76 人(N=76)の女性を調査したところ、10%が妊娠中に発症し、妊娠中期・後期に多く、寛解に至ったのちに 50%がその後の妊娠においても妊娠期の再発を経験したことを観察した<sup>2)</sup>。このように、妊娠中の精神病症状の発症、再発は決して稀ではないといえる。

次に、本 2 症例の非周産期の再発と予後について検討する。1968 年から 1981 年の期間に三重大学精神科を受診した産褥精神病 74 例を平均 6 年間追跡した研究では、45%が再発を認めず、39%の再発(産褥期 31%、非周産期が 62.1%、両方の時期 6.9%)し、16%は 1 年以上の慢性経過であった<sup>4)</sup>と報告されている。また、英国で産後 6 週間以内に産褥精神病を発症した 116 人を対象に、後方視的に問診を行った研究においては、再発は 54.4%で、そのうち非周産期の再発は 69%で、慢性の経過や寛解期の残遺症状の存在が再発のリスクであると報告している<sup>3)</sup>。これらの研究報告から、産褥精神病は非周産期においても再発率が高いことが分かる。本 2 症例とも非周産期にも再発を認めており、再発の契機には環境の変化や抗精神病薬の減量、あるいは変薬などの関与がうかがえた。したがって、産前精神病も同様に、非周産期にお

いても再発リスクがあることを念頭に置き、慎重な観察を継続しつつ、必要な治療の維持が望ましい。実際、本2症例ともに、寛解状態における社会適応水準は高いが、減薬が再発の契機となっている。したがって、寛解維持期においても、向精神薬の減量や変薬は慎重を期すべきであり、その際には精神病症状のみならず情動や行動の些細な変化を評価することが必要である。また、本人や家族に対する疾病教育や心理教育を行い、予測される変化について十分な情報を提供することが、再発予防、あるいは早期介入につながると考えられる。

結語：

妊娠後期に夢幻様体験で急性発症した2症例を経験した。いずれの臨床像も、産褥精神病と類似する産前精神病が最も妥当な疾患概念であると考えられた。産前精神病、産褥精神病ともに寛解状態に至った後、非周産期においても再発するリスクがあるため薬剤の減量、変更の際は、慎重に症状変化を観察することが求められる。最後に、今後、夢幻様体験などの意識変容をきたす妊娠期～産褥期の精神病の病像に適した国際的な診断カテゴリー、予後を含めたさらなる疫学調査と適切な治療方法の確立が望まれる。

#### 文献

- 1) Brockington IF, Oates M, Rose G.: Prepartum psychosis. *J Affect Disord.* 19 (1) :31-35, 1990.
- 2) Chandra PS : The interface between psychiatry and women's reproductive and sexual health. *Indian J Psychiatry* 43 (4) :295-305, 2001.
- 3) Blackmore ER, Rubinow DR, O'Connor TG, et al.: Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in woman diagnosed with postpartum psychosis. *Bipolar Disord.* 15 (4) :394-404, 2013.
- 4) 岡野禎治, 西久保光弘, 野村純一ほか. 産後精神病の臨床統計的研究: 精神医学 28 巻 5 号 505-512, 1986.
- 5) Paffenbarger, RS.: Epidemiological aspects of parapatum mental illness. *Br J Prev Soc Med.* 18 (4) :189-195, 1964.

症例報告

## 薬物療法と認知行動療法による併用療法が奏功した compulsive masturbation の一例

兵庫医科大学病院 精神科神経科学講座 小原一剛、真殿茉莉、向井馨一郎、清野仁美、松永寿人

Compulsive masturbation is listed as a subcategory of excessive sexual desire in the ICD-10. However, cases of people who masturbate to relieve specific feelings or impulses, rather than to satisfy excessive sexual desire, can also exist. Some patients with compulsive behaviors comorbid with tic-related obsessive-compulsive disorder (OCD) might be triggered by specific sensory phenomena, such as feelings of incompleteness or urges to reach a specific sensation of feeling “just right”. Treatment strategies based on those used for tic-related OCD should be considered for patients who masturbate to relieve such feelings and urges.

We would like to report a case of compulsive masturbation with tic-related OCD that we treated with pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy. We have obtained the patient's consent to present the case.

Key words: 強迫的自慰行為、強迫スペクトラム障害、薬物療法、認知行動療法  
compulsive masturbation, obsessive compulsive spectrum disorder, pharmacotherapy, cognitive behavioral therapy

### I. はじめに

自身の意思に反し自慰行為を制御できず、過剰となった場合、多大な苦痛を伴い、生活に著しい支障を来すこととなる。ICD-10 では過剰性欲 (excessive sexual drive) の下位分類として強迫的自慰行為 (compulsive masturbation : CM) が含まれていたが、ICD-11 において、衝動制御症 (Impulse control disorders) の下位分類として強迫的性行動症 (12.3 Compulsive sexual behavior disorder: CSBD) が記載され、CM もこれに含まれた。

この過剰な自慰行為の動機には、性的欲求以外による場合もある。自慰行為にいたる動機や機能

障害に、併存する精神疾患が関与している場合には、これらについて評価した上で、病態に適した治療を行うことが必要であると考えられている。

強迫症 (Obsessive Compulsive Disorder: OCD) とは反復的・持続的な思考や衝動、イメージにとられる「強迫観念」と、手洗い・確認などの繰り返しや儀式行為、呪文を唱える、数を数えるなど心の中の行為を含む「強迫行為」からなる精神疾患である。

DSM-5 では OCD において、チック障害の病歴により特定される tic-related (チック関連性) が OCD の新たなサブタイプとなった。観念や不安への反応に対して出現する典型的な強迫行為と比較し、チック関連 OCD では、通常は明確な観念を伴わず、不全に伴う「気持ち悪さ」が前駆衝動となり、「まさにぴったり感」 (just right feeling) を求めて強迫行為に至ることが多い。これらは前駆衝動や「まさにぴったり感」の追求などの感覚現象と呼ばれ、チック症状に先行する「やらずにはいられ

A case of compulsive masturbation treated with combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy.  
Kazutaka KOHARA, Mari MADONO, Keiichiro MUKAI, Hitomi SEINO, Hisato MATSUNAGA  
Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine 1-1, Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo, Japan  
Mail: k.k3141592653@gmail.com

ない]抵抗しがたい感覚との病態の共有が推定されるものである。このような感覚現象がCMに関与し、自慰行為への動機となれば、チック関連OCDにおける強迫行為と類似した病態が想定される。

今回、我々はチック関連OCDを併存するCM患者に対し、薬物療法と認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy: CBT)を施行し、有効性を確認した。このような一例を若干の考察を加えて報告する。

## II. 症例 17歳 女性

【主訴】自慰行為がやめられない

【生活歴】

同胞2名中第1子。元来真面目で、考えすぎる性格であった。友人は多くないが、数人の親友がいる。小学校低学年時に瞬目チックを呈し、「右から足を出す」など、繰り返し行動を同時期に認めた。数ヶ月で消失している。父親との仲は普通であり、相談は母親にはよく相談する。性交経験はなし。

【既往歴】瞬目チック

【家族歴】特記事項なし

【現病歴】

成長・発達に異常を指摘されたことはなかった。小学生の頃に陰部の搔痒感をしばしば気にするようになり、その都度陰部を触っていた。その頃には性感がなかったが、X-5年 中学校入学の頃からは性感を求め、自慰行為をするようになり、中学生の間、次第に増加していった。X-3年 自宅にいる際には求める感覚にいたるまで、終始自慰行為に時間を費やし、学業がままならず高校受験では第一志望には合格できなかった。

X-2年 高校入学後も自慰行為の時間は増え、最大で1日12時間に及んでいた。睡眠も確保できず日中に眠気を催し、授業中は椅子の角で自慰行為を行うなど生活に支障を来した。一人で近医受診したところ、ピルと漢方薬を処方されたが効果がなかった。その後、近医受診し、X年1月に当科紹介受診となった。

【治療経過】

詳細な問診により車窓からの風景が気になり数回見返す行動や、不吉感を伴いながら足を出すときは「右足から出す」などの、視覚情報や行動に対しての「ぴったり感」を動機とした繰り返し行動を既往・現症に認めていた。ただし、これらは制止可能であり、生活の支障には至らない程度であった。自慰行為に先行し、女性器に触れる「ぴったり感」を前駆衝動として認めていた。これらについて、患者自身は苦悩し支障を来すものと自我異和的にとらえており、過剰な性欲に駆り立てられる衝動制御障害というより、「気持ちの悪さ」という前駆衝動、そして「まさにぴったり感」の追求といった感覚現象による強迫症状に近似するものと考えられた。さらにはチック障害の生涯罹病を認めたことから、チック関連OCDと同様の機序によるCMと診断した。このため治療は、チック関連OCDに対する手順を参考<sup>9)</sup>に、家族や本人に選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)による躁転化や賦活化やそのリスク、さらには18歳未満ではアクチベーションのリスクが上昇するなどの説明を行い、適用外使用の同意を得た上でSSRIを処方した。中でも忍容性が高いエスシタロプラム5mg/日から開始し、安全性を確認しつつ約2カ月で20mg/日まで増量した。しかし、症状が持続し学業での支障も多大であり精査加療目的に当院へ任意入院となった。

入院後、十分量のSSRIに抵抗性と判断されたため、増強療法として第1病日よりアリピプラゾール2mg/日を追加し、第7病日よりアリピプラゾール4mg/日を追加した。その数日後より自慰行為の回数の減少を認めた。

さらに第3病日よりCBTを開始し、触った回数や時間の記録、触りたくなったら手を上にあげて、2分から10分我慢するなど、ハビットリバーザル訓練に基づく意識化練習や拮抗反応学習などを取り入れた。その後、目的なく漫然と過ごす自慰行為に耽ってしまうことも自覚し、高校に通学し

だしたら可能な限りスケジュールを取り入れるようにするなど具体的な方策も自身から提案するようになり、第20病日に退院となった

同年8月に錐体外路症状によりアリピプラゾールを中止し、さらに9月に眠気を自覚したために副作用と考えエスシタロプラムを適応外処方であるがセルトラリンに変薬した。受験シーズンの心理的負荷や不規則な生活と変薬時期が重なり、症状の増悪を認めたが、セルトラリン100mg/日まで増量し、同時にCBTを集中的に行うことでなんとか通学は継続し症状の制御につとめていた。その後、X+1年4月の大学入学の頃に痛みを伴う皮疹が出現し、セルトラリンの内服を中断したが、症状の再燃なく過ごされている。

### Ⅲ. 考察

本症例は、学童期に性器に触ってしまう行為の繰り返しが出現、その後性感を求める自慰行為により多大な時間を費やしてしまい、日常生活が困難となったCM患者の一例である。このような過剰な自慰行為に対して、患者自身は苦悩・葛藤し、制御を試みていたが、困難な状態であり、勉学や睡眠が妨げられるなど多大な機能的問題障害を認めていた。これらより、チック関連OCDと同様の病態としてCMに至っていると判断し、SSRIとアリピプラゾールによる増強療法により症状の緩和を認めた。その後もCBTを行うことにより症状の軽快を維持している。本症例における診断や治療に関して若干の考察を行う。

CMに関しての疫学調査はないが、上位のカテゴリーであるCSBD(N=24)における精神疾患の生涯有病率に関する調査があり、不安障害は96%、気分障害は71%、物質使用障害は71%、衝動制御障害は38%とされており<sup>13)</sup>、精神科併存疾患の生涯有病率は100%に及ぶという報告もある<sup>13)</sup>。このようにCSBDの診療においては精神疾患の併存を念頭に鑑別や病態把握につとめる必要がある。CSBD患者におけるOCDの併存も8%<sup>13)</sup>あるいは14%<sup>2)</sup>とされており、一定の割合で存在すると考

えられる。一方で、精神疾患におけるCSBDの有病率調査では、OCD(n=539)のCSBD併存率は5.6%とされる<sup>3)</sup>。本症例では、詳細な問診により、主訴である自慰行為は、日常生活を犠牲にしてまで繰り返してしまうことへの苦痛と不合理感を自覚しており、その動機は性的欲求を満たすことではなく、女性器に触れる「まさにぴったり感」の追求が主目的であった。さらに瞬目チックなどのチック障害を既往に認め、現症としても視覚情報への「まさにぴったり感」を求め繰り返し風景を確認しなおす強迫行為を認めていた。これらから、本症例の自慰行為は、チック関連OCDに類似した病態であると診断した。

CSBDの治療は確立されておらず、パーキンソン病治療薬であるプラミペキソールの副作用にCMが知られており、薬理的機序からドパミンD3受容体との関連が想定されている<sup>14)</sup>。その他、症例報告として、アリピプラゾール<sup>6)</sup>や、ミルタザピン<sup>1)</sup>、炭酸リチウム<sup>11)</sup>、フルボキサミン<sup>12)</sup>といった向精神薬の効果が存在するが、治療研究は行われておらず確立された薬物治療はない。

一方で、OCDの治療における第一選択薬はSSRIを中心とした薬物療法もしくはCBT、および両者の併用である。本症例のように18歳未満にSSRIを使用する場合は、不安、焦燥、不眠、衝動性、易刺激性、アカシジア、躁状態などの賦活症候群や自殺関連現象を生じる危険性に注意すべきとされている<sup>8)</sup>。そのため、児童においては安全面から薬物療法ではなくCBTが第一選択として推奨されるが、生活に支障をきたすような重症例では、CBTの導入にあたり、薬物療法を先行して症状の緩和がしばしば必要となる。また、チック関連OCDに対しては、SSRI抵抗性の場合が少なく、非定型抗精神病薬による増強療法が有効とされている<sup>4,15)</sup>。本症例では、児童であったが、自慰行為に先行する前駆衝動は制御困難であり、勉学や睡眠に支障をきたすほどであった。そのため、CBTの導入は困難であり、チック関連OCDの治療に準じ、SSRIおよびアリピプラゾールによる増

強療法を先行させることにより一定の効果を認めた。このように主訴である診断名のみならず、診断基準を満たさないような併存する精神症状、主訴による生活の支障など、背景にある病態や機能障害レベルを把握することが、治療の最適化には必要である。

チック関連 OCD において不安を介在せず、不安全感、まさにぴたり感を求めて強迫行為を行うことが主であるとされ、チック関連 OCD の CBT では、暴露反応妨害法に加えハビットリバーサル、プロンプティングやペーシングなどの技法が推奨される<sup>10)</sup>。ハビットリバーサルは、前駆衝動など先立つ衝動を特定し、チックや強迫行為に反対する身体的反応を起こすことを学ぶという技法である。また、強迫行為を自ら制止するのが難しい場合には、そのきっかけとして順守する時間や予定を決めておく(ペーシング)、他者からの声かけをしてもらう(プロンプティング)ことも必要となる。本症例では、薬物療法および CBT により症状の緩和が可能であったが、錐体外路症状や眠気などの副作用により薬物療法を中止、変薬を余儀なくされた。また、受験シーズンにおける心理的負荷も加わり、授業が減り、模試が増えるなど、不規則な生活となったことが症状の増悪を助長させる要因となったと考えられる。しかし、その後の大学進学が生活に一定のペースを生じさせ、社会活動や生活全体などの行動の変容が、自慰行為を制御する契機となったと考えられる。すなわち、キャンパスライフを日常生活の中心とすることで、広義にペーシング、あるいはハビットリバーサルの役割を果たした可能性が示唆される。

DSM-5 では、OCD の病態として大脳基底核、特に線条体におけるセロトニン (5-HT)、ドパミン (DA) 系機能異常を想定し、それに関連した認知的、行動的抑制障害としての「とらわれ」、「繰り返し行為」を中核症状とみなす、より包括的・生物学的見解により OCRD カテゴリーが新設されることとなった<sup>7)</sup>。これに先立ち、Hollander らは、「とらわれ」あるいは反復的繰り返し行動を共通の臨床

特徴とする一群として強迫スペクトラム障害 (obsessive-compulsive spectrum disorder; OCS) を提唱し、この中には、強迫的性行動症を含めており、強迫症に類似した症候学的特徴、精神病理、あるいは生物学的基盤を共有する存在として示唆されていた<sup>5)</sup>。しかし CSBD や CM においても OCD と同様に均質的な疾患単位ではない可能性が考えられる。過度な性的欲求や衝動を主な動機とする集団とは別に、本症例のように、性的欲求のみならず、他の動機によっても繰り返し行動に駆り立てられる衝動制御障害の存在が想定される。このような観点も含め、CM の疫学調査や病態解明、さらには治療研究などが行われることが望まれる。

#### IV. 結語

チック関連強迫症を併存する CM の一例であった。自慰行為の詳細な病態把握を行い、チック関連強迫症に準じた治療により症状の緩和に至った。現在では、CM 単独での治療報告はいまだ症例報告にとどまっており、確立された治療方法は存在していないため、治療方法のアプローチなどの知見の集積が望まれる。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

#### 文献

- 1) Albertini G., Polito E., Sara M., et al., *Compulsive masturbation in infantile autism treated by mirtazapine*. *Pediatric neurology*. **34** (5), 417-8, 2006
- 2) Black D.W., Kehrberg L.L., Flumerfelt D.L., et al., *Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior*. *The American journal of psychiatry*. **154** (2), 243-9, 1997
- 3) Fuss J., Briken P., Stein D.J., et al., *Compulsive sexual behavior disorder in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and associated comorbidity*. *Journal of behavioral addictions*. **8** (2), 242-248, 2019

- 4) 林田和久, 福原綾子, 三戸宏典, et al., トウレット障害を併存する強迫性障害の臨床像: 第2報. 精神医学. **56**, 1019-1026, 2014
  - 5) Hollander E., Kim S., Khanna S., et al., *Obsessive-Compulsive Disorder and Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Diagnostic and Dimensional Issues*. CNS spectrums. **12** (S3), 5-13, 2014
  - 6) Kul M., Baykan H. and Kandemir H., *A Case of Excessive Masturbation Treated with Aripiprazole*. Bulletin of Clinical Psychopharmacology. **24**, 1, 2013
  - 7) 松永寿人, 強迫スペクトラム障害の概念とその病態, 最新の動向. 臨床精神薬理. **14**, 1025-1031, 2011
  - 8) 松永寿人, 興野健也, 林田和久, et al., 児童青年期強迫性障害患者に対するセロトニン再取り込み阻害薬による薬物療法 25例の後方視的調査. 臨床精神医学. **36** (4), 435-444, 2007
  - 9) 松永寿人, 【神経症性障害の治療ガイドライン】(第I章) 疾患別項目 強迫性障害. 精神科治療学. **26** (増刊), 56-67, 2011
  - 10) Miguel E.C., Shavitt R.G., Ferrão Y.A., et al., *How to treat OCD in patients with Tourette syndrome*. Journal of psychosomatic research. **55** (1), 49-57, 2003
  - 11) Nishimura H., Suzuki M., Kasahara H., et al., *Efficacy of lithium carbonate on public and compulsive masturbation: a female case with mild mental disability*. Psychiatry and clinical neurosciences. **51** (6), 411-3, 1997
  - 12) Rajshekhar B., Rao Y. and Srinath G., *Compulsive masturbation treated with fluvoxamine-A case study*. Archives of Mental Health. **11** (1), 28-30, 2010
  - 13) Raymond N.C., Coleman E. and Miner M.H., *Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior*. Comprehensive psychiatry. **44** (5), 370-80, 2003
  - 14) Sansone R.A. and Ferlan M., *Pramipexole and compulsive masturbation*. Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township)). **4** (9), 57-9, 2007
  - 15) Veale D., Miles S., Smallcombe N., et al., *Atypical antipsychotic augmentation in SSRI treatment refractory obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis*. BMC psychiatry. **14** (1), 317, 2014
-

## 症例報告

# 妊娠を契機にベンゾジアゼピン系睡眠薬を中止し希死念慮が出現した1例

一般財団法人仁明会 仁明会病院 宮崎百仁加  
兵庫医科大学 精神科神経科学講座 青木瑠衣、清野仁美、松永寿人

## 英文抄録

Benzodiazepines (BZ) are some of the most widely prescribed drugs in Japan. BZ dependence leads to withdrawal symptoms that necessitate careful medication reduction. We present a case of BZ hypnotics withdrawal-induced suicidal ideation in early pregnancy. The patient was a 34-year-old primiparous woman with insomnia and a long history of high-dose BZ abuse. When she stopped taking BZ because of pregnancy, she experienced substantial anxiety, agitation, and suicidal ideation. Subsequently, she was admitted to our psychiatric ward for suicidal behavior. We fully explained the risks and benefits of medication during pregnancy to the patient and her family. First, we prescribed sublingual asenapine, because she was unable to take oral medication owing to emesis gravidarum. We also prescribed an optimal dose of BZ hypnotics, with psychoeducation. Shortly after this treatment, the patient's anxiety, agitation, and suicidal ideation improved. This case emphasizes the need for full explanations of the risks and benefits of medication during pregnancy and shared decision making regarding whether to continue medication during pregnancy for all women of childbearing age. Furthermore, we suggest that clinicians should control psychiatric symptoms and optimize medication for patients with a history of long-term high-dose BZ use before pregnancy.

Key words: 妊娠、ベンゾジアゼピン、物質使用障害、物質離脱症候群、希死念慮  
pregnancy, benzodiazepines, substance use disorder, substance withdrawal syndrome, suicidal ideation

## I. はじめに

妊娠中は、胎児への影響を懸念し薬物療法は中断されやすい傾向にある。一方、向精神薬の急激な減量・中断は重篤な精神症状や離脱症状を生じるリスクがある。妊娠中の母体の精神症状は、妊娠合併症の発症<sup>2)</sup>や児の長期的予後に影響を与えるため<sup>4)</sup>、可能な限り安定を目指すことが望ましい。したがって、妊娠の可能性のある患者には、

薬剤治療が妊娠や胎児に与えるリスクとベネフィットについての十分な情報提供を行い、あらかじめ薬物療法を適正化、もしくは計画的に減量・中止を行い、妊娠中に精神症状が再燃・悪化することを防ぐことが求められる。

今回、我々は、妊娠判明後にベンゾジアゼピン(BZ)系睡眠薬を急速に自己中断した結果、不安、焦燥、希死念慮、衝動行為が出現した一例を経験したので報告する。

なお発表にあたり、患者からインフォームドコンセントを得ると共に、個人情報保護の観点から趣旨に影響しない程度の改変を加えた。

## II. 症例

34歳女性

Discontinuation of benzodiazepine hypnotics induced suicidal ideation in early pregnancy: a case report.

Monika MIYAZAKI, MD<sup>1)</sup>, Rui AOKI, MD<sup>2)</sup>, Hitomi SEINO, MD, PhD<sup>2)</sup>, Hisato MATSUNAGA, MD, PhD<sup>2)</sup>

1) Jinmeikai Hospital, 53-29, Kabutoyama-cho, Nishinomiya, Hyogo 662-0001, Japan

2) Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine, 1-1 Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo, 663-8501 Japan

主訴：嘔気と眠れないことが辛い

生活歴：同胞2名中第2子として出生。発達発育に異常なし。病前性格は神経質。短大卒業後、事務員として就職。数ヶ月で退職し、その後も職を転々としていた。X-2年に1型糖尿病の悪化に伴い無職。X-1年に結婚し、夫と二人暮らし。

既往歴：1型糖尿病(X-15年)、糖尿病性足趾潰瘍、右第1趾切断後(X-3年)

家族歴：母 糖尿病、父 高血圧

家族の精神科受診歴・自殺歴なし

現病歴：X-8年、対人関係ストレスから不眠、不安が出現。近医で選択的セロトニン再取り込み阻害薬、睡眠薬、抗不安薬が処方されるも症状は遷延し、フルニトラゼパム、エチゾラムなどのBZ系睡眠薬を過剰に服用する傾向がみられた。また同時期に1型糖尿病と診断され、「治療に前向きになれず放置していた」とアドヒアランスは不良であった。X-2年、糖尿病悪化にて離職。糖尿病性足趾潰瘍の治療目的でA病院入院中、不眠、不安、焦燥が強まり、鎮静目的で使用されたハロペリドールでジストニアが出現した。ハロペリドール中止後にジストニアは消失したが、その後、副作用に対する過度の不安から向精神薬全般に対する服薬アドヒアランスが低下する一方、不眠に対してはBZ系睡眠薬(ゾルピデム、エチゾラム、フルニトラゼパム)を濫用していた。

X-1年、結婚。夫と口論になった際、「死ぬ」と

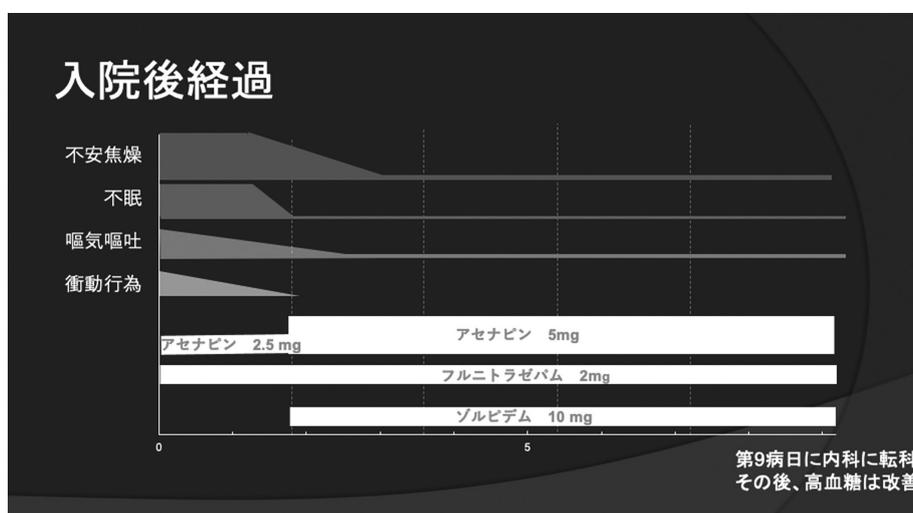
家を飛び出そうとするなどの自殺のそぶりがしばしばみられた。また不安になると、昼間からBZ系睡眠薬や抗不安薬を大量使用し家事ができなくなることがあった。X-1年12月下旬、妊娠が判明し、濫用傾向にあったゾルピデム、エチゾラム、フルニトラゼパム(推定ジアゼパム換算40～50mg/日)を自己中断した。直後より、不眠・不安・焦燥が悪化し、同時に振戦や嘔気を認めた。X年1月(妊娠8週)当院産婦人科と当科を紹介受診した。産婦人科では重症妊娠悪阻と診断された。当科より不眠に対してスポレキサント15mg投与開始するも十分な改善は得られなかった。初診3日後、自宅マンションから飛び降りようとする自殺企図あり、緊急で当科受診。意識は清明であったが、「嘔気と眠れないことがつらい」「妊娠をやめたい、死にたい」と思考は極端で修正不能であった。夫や医療者のいる前でカーテンを首に巻く、窓から飛び降りようとする行為がみられ、夫の同意の下、医療保護入院となった。

入院時現症・診断は以下の通りである。

精神医学的現症：不眠、不安、焦燥、希死念慮、衝動性、混乱、未熟なパーソナリティ傾向

精神医学的診断：睡眠薬使用障害、BZ系睡眠薬離脱

身体合併症：重症妊娠悪阻、1型糖尿病、糖尿病性腎症



入院後経過：妊娠中の向精神薬使用のリスクとベネフィットについて十分説明し、治療方針については本人・家族と話し合いの上、決定した。重症妊娠悪阻の影響で自己誘発性嘔吐を認め、内服は不可能であったため、アセナピン 2.5mg / 日（適応外使用）舌下投与したところ、嘔気、不安、焦燥は軽減した。不眠に対しては、BZ系睡眠薬の離脱が大きく影響していると考え、妊娠前に効果のあったBZ系睡眠薬を再開する方針とした。第2病日以降、アセナピン 5mg / 日、フルニトラゼパム 2mg / 日、ゾルピデム 10mg / 日の定期内服で不眠は改善し、不安・焦燥・希死念慮は消失した。衝動行為に対する内省が得られるようになったため、睡眠薬の適正使用について改めて教育を行った。第9病日に糖尿病管理目的に内科に転科となったが、精神状態安定に伴い、血糖コントロールも良好となり、約3週間で自宅退院となった。退院後は、当科外来通院を継続し、不安・焦燥の再燃なく睡眠薬の濫用はみられず経過している。

### Ⅲ. 考察

本症例は、元来、不安耐性が低く、気分変調、焦燥、衝動性、睡眠薬濫用、事故傾性、自殺のそぶりがみられていたことから未熟なパーソナリティが基盤にあると考えられた。長期間、高用量のBZ系睡眠薬の濫用後に急速中断したことにより離脱が生じ、元来のパーソナリティ、重症妊娠悪阻と相まって、脱抑制、著しい焦燥、希死念慮の出現に至った。鑑別疾患としてはせん妄、うつ病が挙げられるが、入院時は意識清明で、せん妄は除外した。また、入院後、不安、焦燥、希死念慮はすみやかに消失しており、うつ病も除外された。

妊娠中は、悪阻、切迫流産・早産、それに伴う生活様式の変化（休職・自宅安静など）など様々なストレス因が存在し、外出、運動、会食といったストレス対処行動も取りづらくなる。同時期に薬物療法を急速に中断すれば病状悪化、さらに離脱症状出現のリスクがあり、本症例のようにパーソナリティの未熟性が基盤にあるケースでは、妊娠

中絶や自殺など極端な行動化に至ることがある。挙児希望のある女性に対しては妊娠前から、妊娠中の薬物療法の継続と中断のリスクとベネフィットを説明し、あらかじめ治療を適正化、病状安定化をはかり、適切なストレス対処行動などを準備しておく必要があると言える。これに関して妊娠時には、精神科医が診断、病歴、服薬期間、現在症、精神依存、身体依存の有無などをもとに薬物治療を継続するのか、減量及び変更、或いは中止できるのかについて判断することが提案されている。これらの判断を患者に丁寧に伝え、双方向性の治療方針の決定、すなわち Shared decision making（シェアード・ディシジョン・メイキング）を実行することが求められている。<sup>6)</sup>

次に、本症例では妊娠中に従来用いていたBZ系睡眠薬を再開・継続したが、このような場合の向精神薬の催奇形性、胎児毒性について若干追記したい。BZ系薬剤は、かつて口唇口蓋裂との関連が指摘されていたが、近年のメタアナリシスでは奇形発生リスクの増加はみられていない。一方、自然流産や早産のリスク、児の呼吸器疾患のリスクはわずかに高まる可能性がある<sup>3)</sup>。また、妊娠後期のBZ系薬剤の使用では新生児不適応症候群を生じる可能性があるが、新生児の薬物血中濃度が下がるとともに改善する可逆的なものである<sup>8)</sup>。新規睡眠薬であるラメルテオン、スポレキサント、レンボレキサントの妊娠中使用する報告例は少なく、十分な評価ができない<sup>5)</sup>。一方、第二世代抗精神病薬服用による奇形発生リスクは未服用群と比較し明らかな増加はみられない<sup>7)</sup>。本症例で使用したアセナピン単独のデータは少なく十分な評価が出来ない<sup>1)</sup>が、国内の添付文書上は有益性投与とされている。第二世代抗精神病薬のうち耐糖能に影響を与える薬剤は、妊娠糖尿病のリスク増加と関連するため、妊娠中での使用では十分な注意が必要である。妊娠糖尿病や糖尿病合併妊娠では妊娠合併症や児の障害リスクが増加することが広く知られている。耐糖能に影響を与えにくく、悪阻などで経口摂取が不可能であっても舌下投与でき、

鎮静作用のあるアセナピンは本症例においては有用であった。本症例で認めた制吐作用も含め、今後さらにデータの蓄積が望まれる。

#### IV. 結語

妊娠判明後にBZ系睡眠薬を急速に自己中断した結果、離脱症状が出現し、不安、焦燥、希死念慮、衝動行為が出現した症例を経験した。本症例においては睡眠薬の再開とアセナピン舌下投与が有用であった。妊娠前からの薬物療法継続/中断のリスクとベネフィットの情報提供を行い、あらかじめ妊娠中の治療方針について相談し、双方向的に治療方針を決定しておくことが、母体の安全のためにも重要であると考えられた。

#### 参考文献

- 1) Damkier P, Videbech P.: The Safety of Second-Generation Antipsychotics During Pregnancy: A Clinically Focused Review. *CNS Drugs*. 2018.
- 2) Galbally M, Snellen M, Power J: Antipsychotic drugs in pregnancy: a review of their maternal and fetal effects. *Ther Adv Drug Saf*. 5 (2) :100-9, 2014.
- 3) 伊藤直樹. 抗不安薬. 薬物治療コンサルテーション 妊娠と授乳 改訂3版; 伊藤真也、村島温子 (編). 南山堂 (東京). 2020.
- 4) Jarde A, Morais M, Kingston D, et al. : Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016, 1;73 (8) :826-37.
- 5) National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK) : British Psychological Society : Antenatal and Postnatal Mental Health Clinical Management and Service Guidance Updated edition NICE Clinical Guidelines, No. 192,

2014.

- 6) 日本精神神経学会・日本産科婦人科学会 精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド：各論編、2021
- 7) Tosato S, Albert U, Tomassi S, et al.: A Systematized Review of Atypical Antipsychotics in Pregnant Women: Balancing Between Risks of Untreated Illness and Risks of Drug-Related Adverse Effects. *J Clin Psychiatry*. 78 (5) : e477-e489, 2017.
- 8) Wikner BN, Stiller CO, Bergman U, et al. Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: neonatal outcome and congenital malformations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*.

Deutsch

Français

Español

Русский

中國語

## 原典紹介

## ストリンドベルク (August Strindberg) 自伝 —精神病理学的人格分析— その4 アルフレッド ストルヒ (Alfred Storch)

仁明会クリニック 武田敏伸  
大原一幸  
林三郎

### 解題

1921年、ストルヒ Alfred Storch(1888-1962)はストリンドベルク(注1)の病蹟学を発表した。1926年、ヤスパース Karl Jaspers(1883-1969)(1913年、著名な「精神病理学総論」を発表)が「ストリンドベルクとファン・ゴッホ：ヘルダーリンとスウェーデンボルクとの比較関連、病蹟学的分析、Strindberg und Van Gogh. Versuch der pathographischer Analyse unter vergleichende Heranziehung von Swedenborg und Hoelderline, 1926」(村上仁訳)を発表し、5年前に発表されたストルヒの「ストリンドベルク自伝」を批判した。ヤスパースは、精神病の精神症状を性格、状況から了解可能であるというストルヒに反対した。ヤスパースは精神病理学的に「了解可能 verstehbar」,「了解不能 unverstehbar」に鑑別し、統合失調症は了解不能と識別した。村上仁教授はこのヤスパースに対する批判は、穏当さに欠くと批判された。

ストルヒはガウプ Robert Gaupp 教授の弟子である。ガウプ(1870-1953。ウエルニッケの弟子)は有名なパラノイア、ワーグナー症例を発表し、パラノイア Paranoia はその人の人格構造、体験から心理学的了解的に発生すると考えた。ガウプはウィーンの世界精神分析学のフロイト Sigmund Freud(1856-1939)の考えを、それなりに受け取っていた。ガウプは所謂チュービンゲン学派を形成し、ヤスパース、シュナイダー Kurt Schneider(1887-1967)らのハイデルベルグ学派と競合するようになった。

チュービンゲン学派のストルヒと同じ年の同僚であるクレッチマー Ernst Kretschmer(1888-1964)は精神病症状を人格(性格)構造、体験、環境(状況)、動機、反応(抑圧、衝動)から多次元的多 dimensional に了解、理解し、治療することを提唱した。

ストルヒは当然、このようなチュービンゲン学派の中でストリンドベルク自伝を発表したものである。

ストリンドベルク August Strindberg(1849-1921)はスウェーデンの作家で「結婚小話」で宗教を侮辱した廉で訴訟され、3回離婚し、「下女の女」、「父」、「廃人の告白」、映画化された「令嬢ユリエ」、「地獄」、「死の舞踏」、「不和」、「孤独」、「青書」などの作品を世に送り出し、1921年、63歳で胃癌、浮腫で死亡したと言われている。

(訳者注1)コトバンクやウィキペディアでは、「ストリンドベルク」は「ストリンドベリ」と表記されている。

Japanese Translation of "AUGUST STRINDBERG IM LICHT SEINER SELBSTBIOGRAPHIE"  
Toshinobu TAKEDA, MD, PhD<sup>1)</sup>, Kazuyuki OHARA, MD, PhD<sup>2)</sup>, Saburo HAYASHI, MD, PhD<sup>3)</sup>

1) Jinmeikai Clinic

2) Ohara Kokoro no Clinic

3) Past Associate Professor, Hyogo College of Medicine

1) 4-31 Koshimizu-cho, Nishinomiya, Hyogo 662-0864 Japan  
oiouaea@msn.com

2) 1-13-22-115 Tanaka-cho, Higashi-nada, Kobe, Hyogo 658-0081 Japan

3) 6-8-302 Matsushita-cho, Nishinomiya, Hyogo 662-0962 Japan

## 目次

### 序論

1. 基本的人格
2. 精神病までの内的発展  
最初の統合失調症の増悪期  
24 歳時の危機的状況
3. 恋愛体験
4. 統合失調症性精神病  
経過の叙述  
形式的分析  
内容的分析
5. 終末状態

### 要約

### 精神医学的回顧と展望

当号では、目次の 5. 終末状態 要約 精神医学的回顧と展望について翻訳する。

## 5. 終末状態

我々は、今統合失調性精神病の経過に従って、ストリンドベルクの精神状態に目を向ける。(注 1) その際、我々は自伝本である「孤独」の中にある 1899 年から 1900 年にかけての叙述を根拠とした。(注 2)

ストリンドベルクは、生まれ故郷の街に戻り、以前の友人や知人との古い関係を再び結ぼうと試みた。しかし無駄に終わった。内面的な交流を持つことは出来ず、何度も繰り返し、紡がれた糸は引き裂かれたのであった。そこで彼は、孤独と沈黙の中で故郷に戻り、彼の独特な精神的な雰囲気の中に身を包んだ。一文無しというわけではないが、物質的な財産を放棄した。「お金があるにもかかわらず、私は、何かを買い始めるつもりはなかったし、何も所有するつもりもなかった。それは自由の一つの側面であった。何も持たない、何も望まない、それゆえ、運命の最悪の一撃には近寄りたがたいものとなった。そして同時に金を十分に持ち、望めば持つことが出来ると感じ、それは、幸せなことである。何故なら、それは独立であり、自由のもう一つの側面である。」

孤独の部屋の中で、彼は自閉的な世界回避の生活を送った。

「こんな風に、私はそのように段々と孤立していっ

た。仕事上せねばならないが、電話で済ませることの外面的なやり取りすら避けるだけであった。初めは難しいが、私の人格について閉じられた空虚な空間が、満たされることを主張するということは否定するつもりはない。私が他の人間と接触を断つことによって、私は力が失われるように見えた。そして同時に私の自我が凝固し始め、一つの核へと濃縮した。そこでは、私が体験した全てが集まり、消化し、魂によって、栄養として吸収された。それと並んで、私が見たり、聞いたりしたものの全て、家の中や通りや自然の中での全てを作品に変える習慣があった。私が気付いたものの全てが、私の現在の仕事と関係し、私の資金が増えたように感じた。私が孤独の中で行った研究が、価値のなるものとわかった。何故なら、それは、私が社会生活の中で人間に対してなした研究だから。」

接触が彼の内的な世界の中で妨害して介入しようと常に恐れ、彼はその接触を避けた。彼は部屋の女主人とは一言も交わさなかった。彼は、彼女の生活史を何ら知ろうとしなかった。彼の生活に組み入れられた彼の部屋にある家具は、彼にとって疎隔されたものであり、外国のドラマで演じられた小道具になり、それを超えた彼の精神の組織

は引き裂かれた。(注3)(Ⅶ、2)

朝の散歩の際、彼は、新たな見知らぬ顔を見ることで煩わされた。「私の所有物の考え方がそのように豊かになったので、この土地での私の朝の散歩が私の所有物であるかのような気持ちになった。」(Ⅶ、5)

彼は、さらに以前より過敏になった。(注4)まさに外部からの影響を奪うことであった。(Ⅶ、3)

「私の思考は、他者の思考とは対にはならないので、私は、私が言われたことの殆ど全てによって傷つき、罪のない言葉に対して、私は嘲りとしばしば感じた。私は、孤立するであろうこと、それが私の最良となるということという運命であると信じた。私はそれを信じることを望んだ。何故なら、その全体が殆ど妥協できないものであった。」

彼は、すでに別の人の視線を被害と感じ、不安げにその影響を排除しようとした。

「そのような敵意を発する人が居た。つまり、その人に近づかないように、別の道を通ったのである。」

「内面に向いた私の気分では、視線を交わすような形で、私は人と接触するつもりはなかった。けれども人はこのような種類の親密さを求めるが、不機嫌にも、人々が見ることのできない人について語ったのである。人は、出会った人をのぞき込む権利があると信じている。しかしそのような権利をどこから手に入れることが出来るのかわからない。私はそのことを被害として、そして私の人格を辱めること、少なくとも厚かましさとして感じた。そして、私は、若い時、視線をもらう人と、視線をもらわない人との間に違いがあることに気づいた。道で見知らぬ人と視線を交わすことが、我々を友達にすることであり、それだけで十分であるということの意味しているかのように私には思えた。しかし多くの不敵な顔つきに関しては、私はこのような静かな友情の絆を結ぶことは不可能であった。私は中立を保つつもりであって、もしもの場合は、敵対するつもりであった。何故なら、友人が私に何度も繰り返し、何か影響を与えたが、私はそうするつもりはなかった。」

彼はしばしば対人的な交流をしばしば望んだが、けれども何度も繰り返し、人格の脅威としてそこ

から逃げた。(注5)

「私は人間には憧れを持っていたが、私が気難しくて、考えが感情を表に出せず、他の人と交流を持つことに耐えることが出来なかった。私に近づく人は、私に侵入してくる精神的な雰囲気によって窒息させるように私に影響を与えた。」(Ⅶ、6)(注6)

人間との現実の交際の場合では、彼は未知の人と知り合ったし、魂から魂への非人間的な交際も手に入れたのである。その中で、他人(例えば家人)の生活を観察し、個人的に知り合うことなく、テレパシーで共に生活していると感じたのである。隣人の生活とのかかわり方は、テレパシーには、気づかず、返答しないままにしていたが、そのことによって、自身に対する別の現存在からの反応を妨害されることから守られたのである。「共同生活の中で、彼自身の運命が支配されたのではなく、不確かさの中で生きてきた。より大きな出会いの平面が提供され、自身の人格と共に、他者に支払い、他者の移ろいやすい振る舞いに依存するのである。」(Ⅶ、3)

部屋の開いた窓から覗き見て、自分とは別の人間の現存在の中に深く沈み込み、光が射す瞬間に、人間生活の内面的な出来事について把握することができる。

不在の知り合いとは、彼はテレパシーで交流し、(注7)長く会話をし、議論したのである。その際、彼は、自身の思考を、語られた言葉として知覚した。

外的な事象と自身の現存在との間の意義深い関係という精神病によって新たに生まれた意識は、存在し続け、さらに強化され、深まったのである。

「例えば、通りに紙切れがいつもあるとする。しかし、私の注意は、全ての紙切れには及ばない。しかし、一つに注目すると、それが見える。紙には何かが書かれ、印刷されており、私がよく考えていることと関係があったとしたら、私はそれを、私の内面に存在する気付かない思考として考える。そして、まさにその考えが存在する。何故なら、私の内面と外的事象との思考の架け橋が存在しないのであれば、移行は決して生じないでしょう。私は人が私のために死に、紙が晒されるとは信じ

ないが、それを信じる人が居る。そのような思考は、手に取れるようなことや人のやる仕事だけを信じる人にとっては、わかりやすいのである。」

その体験には、意図されたものの上辺が存在しており、起こったことの多くは、彼にとって唯一、芝居の中で設定されたように見えたのである。

彼は、新たに獲得した宗教的な基礎気分を守ってきた。自身を公式に結びつけることもなく、告白を言質することなく、今はまだ完全に晴らすことのできない嫌疑に対する生き生きとした信念を保持することを求めた。(注8)

「時折、誰かが私の中で『そのことに関してあなたは信じることは出来ますか?』と問うた。私はその質問を直ちに黙らせた。何故なら、信仰とは、単なる魂の状態であり、思考作用ではないからである。そして私は、この状態が私には有益で教育的なものであるということでは分かっていた。」

そこで、彼は孤立の中で、偉大で内的な快活さを持った生活を営んだ。それは、単に彼には、その感覚が全く利用されずにいたからであって、時折、現実が失われ、その時、強迫として痛ましく感じられるからである。(注9)(Ⅶ、5)

「それは孤立であった。自身の精神を生糸の中に紡ぎ、さなぎになり、変化を待った。何故ならそれは必ず現れたからであった。人は体験の時間の間に生き、テレパシーで他者の生活をする。最終的に人の人格に関してだけ支配する。誰の思考も私の思考

を監視できないし、誰の本質、気分も私を抑圧できない。今、精神が、新たに獲得した自由の中で成長し始めた。今まで聞いたことがないような内的平和、静かな喜び、自信と自己責任の感情が感じられた。」

我々は、要約して、精神病後の精神状態(統合失調症の終末状態)を次のように知ることが出来る。対立しながら内側に向かう力、つまり精神病に至るまでの発達を支配する力は、停止した。それは、完全な現実逃避に至り、自閉的な世界へと自身が閉じこもり、カプセルの中に入ることである。その世界とは、現実の生活に対して、現実の価値が失われたものであり、瞑想的な考察に対してのみ、芝居の光景としてそこにあるのである。そして孤立し、自身の中に閉じこもり、遠隔からテレパシーで共に生活をしたが、積極的に活動させられることはなかった。外的事象に対する内的な関係が尚も維持される限りでは、このことは、拡大した自閉的な自己意識に対して、単なる精神的な体験材料に変換された。傷ついた人格感情は、外的影響に対して以前よりも敏感に反応し、各々の他者の接近は、不安に満ちて遠くに置かれたままであり、それを障害、被害、歪曲として防衛したのである。自閉的、妄想的な基本特徴は、統合失調質的人格中核であり、それが、更に発展し、形成された一方で、以前の人格の現実的な特徴は殆ど退縮した。精神病によって再び獲得された宗教的基礎気分は、保たれているように見え、自閉的な形而上学はさらに発展したように見えた(注10)。

(注1)この“終末状態”においては、ストリンドベルクが特別な独自性を有する大いなる生産性を発揮したが、より詳細な特徴は、この研究の枠組みの中では欠落している。

(注2)ストリンドベルクは、精神病を回顧し、地獄の時期を最も強く発達し、強烈に生き、信じ、成長した生活の時期として特徴づけた。(“伝説” 398頁)彼の以前の自我、病前的人格は彼にとって異質で非共感的なものとなった。彼はその自我とは最早共通性を感じず、“抹殺し”、過去を贖われるもの、抹消されるものとして見ていた。(魂の発達に関する序論、1909年10月)

(注3)自閉的自我感情の奇妙な拡大。それは外的事象が、単なる精神的な体験材料に変換されることである。

(注4)ストリンドベルクは、更に付け加えた。「彼は以前、苦しみに対して野蛮さを備えていたのである。」青本の中で、かつて次のように書いている。「過敏さが壊れるか、粗暴で鎧をかぶるかであり、その時は、2度と粗暴さを示すことがなかったようで、それが、彼には2番目の性質となったのである。」(青書、I、63頁)

(注5)彼は、なじみのなくなった息子がアメリカから戻ってくるのが目前にせまることを想像したりすることや危険に対して反応した。その中で、彼は幻想の中で、出会いのありとあらゆる方法を模索し、防衛状態に身を置いたのであった。

(注6)“黒旗”の生ける存在としてのマテリアルという段落で、「談笑して寝ずに過ごした夜の後、鏡を見たとするならば、自分の顔はもうわからなかったであろう。」と書かれている。夜通し語り合った人格の反射はそこ存在し続けた、自身の表情を長い時間相

手に合わせてきた強い人格と付き合う場合には、自身の仮面が完全にはがされてしまうのである。

(注7)テレパシーによる他者との共同生活の下で、理解されるものは、次の青本の記述からはっきりと知ることができる。「青書Ⅰ 206頁から210頁で、ストリンドベルクは遠隔知覚について報告している。誰かが彼の運命に触れた時、敵が彼の存在を脅かした時、しかしまた、彼の善が語られ、彼に善が望まれた時も、彼は遠隔からそれを感じたのである。彼は、女性(3番目の妻?)との親密な共同生活の間に、たとえ彼から離れていても、常に彼女と結びついていたと報告した。“しばしば、はっきりしない知覚によって、非常にしばしば、嗅覚を通じて”、彼女が彼を嫌う時は、彼はモルタリンのような匂いや味を感じた。彼女が彼のことを好意的に考えている時は、お香やジャスミンの香りを感じた。“この香りは、味覚の中で変化し得る。”それは、香りでも味でもない。“それは超越的な香りであり、超越的な味である。”(新青書、853頁)他には、彼は電線について語っていたが、それによって他者と結びついていると感じた。別の影響によって電流が不在の妻と関係の中で現れた時、彼は空中で感じた。彼は、電線の中断がどこでいつ迫っているのか感じた。盥の水面を超えて、彼は、匂いと味の印象を感じる事が出来た。部屋の暖かさで盥を超えたこの流動体は、身体精神の最も微細な電流に対する導体であった。(新青書、853頁)

彼は、純粋に主観的な感覚や知覚が重要であることは分かっていたが、それを、人を判断する際の客観的な価値であるとみなした。

望ましくない影響から自らを守るために、彼は確実な防護処置を思いついた。「大抵、寝ている間に女性の電流に曝された場合には、一人になる事が出来る。

一つの偶然が、ある晩、私にウールの布を肩や首に投げさせたのであった。そしてその夜、私が電流の攻撃に気付いたにもかかわらず、防御された。(恋愛書 255頁)」

彼自身は、遠くにいて目の前に居ない妻を単なる思考行為によって現実の影響を与えることは可能だと考え、別の影響を遠くに保つことができるという思考型を用いて妻を守ることができた。

全てのこの表明の中で奇妙で自閉的な思考が明らかとなった。それは、思考と現実、幻想と現実、精神性と物質性、抽象性と感覚的身体性とを同等視していた。精神的な印象を身体的感覚に置き換えること、つまり精神的なものを感性化し現実化することは、統合失調症の思考様式に特徴的である。

ストリンドベルク自身、全てのこのような奇妙なテレパシー体験の理解に到達しようと望む中で、感覚の外表面化の理論を立てた。(青書 208頁)蜘蛛のように、蠅がやってきた時や天気に変化した時に、自身と接触し続け、感じるための神経物質が自身から巻き付くのであり、その結果、その蜘蛛の巣は、捕獲道具のみならず、時計やバロメーターとなるとするならば、彼は感覚を外表面化する。彼は、別の精神的身体的苦痛をやり過ごし、他者からの操作に苦しんで耐え(かつて3つの病気で、6時間耐えた)、異なった死の恐怖にも耐えることができた。

全てのこのような体験が成立するための前提は、人格意識の弛緩と蒸発である。人格意識は、統一性や完結性を喪失し、不定となり、溶解する。そして、人格の境界が不鮮明となる。

更にそれを明確にするために、青書の記載が引用された。社交的な生活の中で、彼は、その危険が無くなったと感じた。彼はある時は、このような、ある時は、あのような役割を与えねばならなかったからである。“人格は、生きているような形の蠟人形の飾り棚全体となった。そして人は、自身を百の頭と腕のあるインドの神のように見ている。”(新青書、743頁)また66頁の注1を参照。

場所及び時間の意識も消滅した。彼は過去、現在、未来の間の境界線を引くことが出来なかった。“私は現在と同じように強烈に過去を生き、過去が今に続き、現在であり、未来である。そして現在となる。”彼はより多くの部屋の中で、より多くの平面で同時に生きることが出来た。彼は、様々な年齢や様々な時代の中に居ることを感じた。彼は、小さな子供に対して、老齢の紳士であり、義母に対しては分別のない青年であった。“私は、自分が何歳なのかを自問した時、何歳なのかわからなかった。それは、誰と話すのかに依るのであった。しかしながら、私は、4000歳のようにも、全世界の歴史を体験したかのようにも、私が今もお生き続けているようにも感じた。”(恋愛書、229頁)別の意思が彼の人格に侵入し、別の人間が、彼の存在、血、神経、思考に侵入すると彼はしばしば表現した。そして彼は自身を聳、盲目、近寄りたくすることで、自身を守った。彼自身目が心配であった。何故なら、彼の視線に気づかれ、その視線が彼を生活の敵としたのである。それゆえに彼は街路に居る人を見ることが出来ず、視線を投げ続けることは出来なかった。(青書Ⅰ 163頁)更に精神を物質的なものとして理解することが特徴的であった。視線を投げ、他者に捕らえられたとするならば、それは、物質的な喪失のように体験された。

逆に物質的なものは、生気を吹き込まれ、命を与えられた。一般に特に黒旗の中にある生ける存在としての物質という段落が比較された。全ての事象において、彼にとって精神的なエネルギーが蓄積された。部屋の家具は、何か住居者の存在のようなものとして考えられ、ピアノは感情や気分を集め、それらは別の手で再び失われ、古い芸術作品は、絵に対する賛美の中で告白する世代の側からの育成によって価値を持ち、母と神の絵は、敬虔な感情の巨大な力を集め、感覚装置に信頼を持たせるものに力を伝えることが出来た。そこで人格と関係ある全ての外的事象は、それによって精神的な生活で満たされたのである。

(注8)けれども、青書の中で、はっきりとある教条主義的な硬直が感じられた。

(注9)孤立者が自分の中に閉じこもって日々を如何に過ごしているかを次の叙述から読み取ることができる。彼には、世界全体との共鳴の中で、拡大していくかあるいは、空虚で疲れ果てて崩れ去っていくかが交代する自閉的な自己感情の状態を如何に担ってい

るか、そして、彼の内面のその時々の状態が、如何に、外的事象に色彩をあたえるかを理解することが出来る。「味気ない晩と、寝て過ごした夜の後の、ベッドから起き上がる朝には、生活自体積極的な楽しみであった。それは、黄泉の国から帰って来たかのようにであった。

魂の全ての能力は、新たに作られ、共に眠っていた力が、幾倍かになったかのようにであった。この瞬間に私は、世界秩序を替え、人民を指導し、宣戦布告し、王朝を廃絶することが出来た。私は新聞を読み、外国の電報の中で、歴史の経過の中で、何が起きているかを見た時、世界の歴史がこの瞬間に存在する今の中に正に居ることを感じていた。私は同時代人である。私はその範囲に従って私のわずかな力でこの現在を共通の仕事を通じて過去の中に形成しようとしたかのように感じた。その後、私の国や、最近私の街の記事を読んだ。昨日から、世界の歴史が進んだ。法律が変わった。通商ルートが開かれ、王位継承が揺さぶられ、国家のシステムが新しくなった。人が生まれ、人が死に、人が結婚した。

昨日以来、世界が変わった。新しい太陽と新しい日で、何か新しいことが起こった。そして私自身が新しくなったと感じた。私は仕事に身を置きたい欲求に焦がれていたが、新たにそこから出なければならなかった。私が玄關のドアにやって来た時、私がどの道を選ぶべきかすぐに分かった。太陽、雲、気温がそれを私に告げるのみならず、私が世界と共に如何にあるべきなのかを告げてくれる気圧計や温度計が私にはある。3つの道を私は選択せねばならない。動物園への笑いのある道、活気のある岸辺、私がかつて記述した茨の道。私が私自身と調和しているのであれば、空気が穏やかで、人を探した。その時、私は通りに出て人混みに入り、私は全ての人と親しくなれるかの様に感じた。しかし何か正しくなく、嘲りの眼差しをした敵を見た。その嫌悪が時折、非常に強くなり、私は引き返さねばならなかった。

ブルンスピケン(井戸の湾)の風景や、ローゼンダールのオークの丘を探したとするならば、自然が私と調和したかのようなことが起こった。その時、私は、まるで自分自身の皮膚の中で暮らしているかのようにであった。この風景を私は心に留め、私はこの風景と一体化し、風景は私の人格の背景となった。しかし私の人格にはユーモアがあり、風景もまたそうであり、朝が存在した。その時、私たちは一つになれなかった。その時、全てが変わってしまった。白樺の榮譽の門は、鞭となった。ハシバミの魅力的なアーケードは、ハシバミの宛転の小枝を隠すことは出来なかった。オークは節の多い枝を、私の首を超えて差し迫って伸ばしてきた。私と私の風景との不調和が、私を悩ませたので、私は粉々になって逃げだしたかった。私は引き返し、南方の山々が全く華麗な街の輪郭を伴っていることに気づいた時、私は敵の異国に居るかのように感じた。私はこれを見た最初の旅行者であった。私は、知人がこの城壁の中に居ない外国人のように、見捨てられた。しかし、私が家に戻り、机に着いた時、私は生きていた。私が外部から取ってきた力は、それは、不調和の流れを変えるものや、調和の流れを止めるものに依っており、今、私にとって様々な目的で役に立った。私は生きている。そして私が描いた人の生活を様々な形で過ごし、快活者と共に快活になり、悪者と共に悪となり、善人と共に善となったのである。私は私個人の人格から這い出して、その口から、子供や、妻、老人について語った。私は王であり、乞食だ。私は高位の人物であり、暴君そして全てに軽蔑される人、抑圧された暴君嫌悪者であった。私には全ての人の意見があり、全ての宗教を信仰した。私は全ての時代を生き、自身を終わられねばならなかった。それは筆舌しがたい幸運が存在する状態であった。昼休みにそれが終わり、記載されたものは、その日に終わったとするならば、私自身の存在が非常に苦しみ、私は夜が更けていくに従って、死に向かっていくかのように感じた。そしてその夜は恐ろしく長かった。別の人間は、日々の仕事が終わり、会話の中でよく気晴らしをするが、私は楽しめなかった。沈黙が私の周りを取り囲んだ。私は読書をしようとしたが、出来なかった。そこで私は、部屋を行ったり来たりした。時計に目をやると10時直前だった。そして時計が10時を鳴らした。その時、私は体を衣服から解放した。全てのボタン、バックル、ベルトを外した。その時、魂は、息をついて、解放されたと感じたように見えた。そして、東洋の禊の後にベッドに入った時、存在全体が拡大した。生に対する意志、戦い、争いが終わった。そして、睡眠欲求は、死に対する羨望に等しかった。(Ⅶ、3)

(注10)ストリンドベルクの最期の年月に関して、我々は彼による自伝的な叙述の記録を所有していない。何度も引用した青書(1906年、1907年)はここで補足的に用いた。シュライヒやエスパインに依拠すると1912年にストリンドベルクは併発疾患(胃がん?浮腫?)にて死亡した。

## 要約

幾つかの言葉で、ストリンドベルクの内的発達史を基本線にして要約したい。

彼の本質の基本的特徴として、統合失調質的な中核つまり異常に傷つきやすい人格感情であり、自閉的閉じこもりの中で繊細に引きこもるか、妄想的な防衛の中で強固で強引に周囲から身を守る

ことであるが、現実適応を強いる現実主義的な性格特徴との対立の中で、見出した。生命の不安と羨望、自己主張と自己犠牲の傾向の対立、情動的対照性、意思の両価性に我々は遭遇した。現実の生活において不確かで、外的影響から常に脅かされ、自閉的な夢の中で幻想的な誇大意識へと上昇し、自己の脆弱性との闘いの中で、際限のない賞

賛衝動へと亢進する自己感情の分裂を指摘した。自閉的自己中心的な享楽衝動と単なる幻想が紡ぎ合わせたものを、思考の罪として罰する強固で倫理的な自己制御との葛藤が見出された。そしてまた、自己の苦悩とそれを求めることや、激しい敏感反応の中に罪責意識を激しく放電することや生命の脅威や良心の不安や形而上的な支持に対する欲求から生じた宗教的な本質特性を、我々は見出した。

我々は、この2つに分裂し、矛盾に満ちた人格の内的発達を辿ることができた。性衝動の増大と良心的な倫理との間の葛藤が噴き出す思春期危機に由来して、発達線、経過の突然の変動と強固な対照性を険しい対立と極端な病的状態を通じて示された。

我々は、思春期の自己苦悩的、恍惚的宗教性が、合理主義的な自由思想家へと突然に転換したこと、医学生から劇作家へと奇妙に移行したこと、キルケゴール時代の審美的倫理的葛藤を指摘した。我々は大学の終わりごろの最初で短期間の統合失調症の発症とそれに続く精神的な変化を、ますます強固になった懐疑主義という意味で叙述した。24歳の統合失調症性の危機における内面の常に激しい2分裂性が如何に外部に投影し、象徴的な対象化に如何に取り組んできたかを見た。我々は、宗教的危機と共に36歳で始まる懐疑的無神論に至るまでの発達線を辿ることができた。

恋愛体験を分析する際、我々は、自己主張と自己犠牲傾向の戦いに遭遇した。幼兒的な決定因子と自閉的な自己承認欲求を我々は指摘した。それらが、ストリンダベルクの恋愛における自閉的自己中心的な特徴、理想主義的な神格化と妄想的な女性に対する脱価値との間の持続的な変動と常に新たな恋愛の破滅が引き起こしたのである。

誇大的で、40代半ばで発症した統合失調症性の精神病に関して、我々は、公式により詳細に特徴づけようとしている新たな体験様式が媒介することで、自閉的自己感情が、幻想的誇大妄想へと如何に増大していったのか、罪責意識や良心の不安

が、過度の被害関係妄想へと如何に変形したのか、そして最終的に、再度、増大した宗教的な力が、反抗的無神論的懐疑主義との闘いの中で、罪責意識を解放し、宗教的なエリートという妄想的な意識を創作したかを見ることが出来た。

最終的に我々は年老いたストリンダベルクの精神状態を精神病の経過つまり統合失調症の終末状態に従って記載した。我々は、以前の人格の現実主義的な特徴がひどく減衰し、それに対して自閉的妄想的な基本的特徴(統合失調質的な人格中核)は更に発展し、形成されていったのに気づいた。我々は、極めて過敏となった人格が、常時の脅威の中で、殆ど全体的に世界から如何に引きこもり、自閉的な形而上学の中に如何に錨を下したのかを理解することが出来た。

## 精神医学的な回顧と展望

我々は、前述の箇所でストリンダベルクの生活発達の叙述を個人的心理学的な人生行路の意味において提示し、臨床精神医学的問題を意図的に叙述から省き、単に注釈の中でのみ触れたのである。臨床的精神医学的議論をこのような形で断念したことは、我々の統合失調症についての理論的観念が、今日尚も正に不明瞭であり、まさに瞬間的にも変化していくことが支配的であるという意識の中で起こった。それにもかかわらず、臨床志向の強い精神科医にとって多くの点でストリンダベルクの秀逸な症例に触れることで生じた意義のある問題を幾つかの言葉で理解しようと努めたい。

ストリンダベルクの精神病は、広義の統合失調群の中に当てはまることは疑いの余地がない。けれども、その病症例は、明らかに病院で見る統合失調症や、教養があり、選別された患者の平均とはかけ離れていた。その病像は、臨床症例のこの範囲においてまれにのみ見出される透明性と心理学的了解性を示した。精神病の頂点にあっても、自己観察の並外れた能力は保持しており、特別な明晰さと正確さを有する自己叙述は、可能であった。しかしながら人格は深い分裂を示したものの、

人格崩壊にまでは至らなかった。病気の経過は、崩壊まで至らず、痴呆にも至らず、現実適応能力がかなり消失したのみであった。

全てこのような点においては、平均的な統合失調症例とは、確かに深くその違いをとらえることが出来た。分化した統合失調症に依拠するとするならば(この点に関してのみ、正にストリンドベルクのような極めて複雑化した構造の際に、比較可能性が存在する)、正確に分析されたと仮定して、思いがけず多くの共通の動機を見出せた。尚も常に余りにも一方的に粗大に破壊された病的プロセスという立場をとり、罹患した人間の全体像にあまり注目しない従来の統合失調理解から目を転じ、その代わりにまず純粋に問題解決的に患者の生活全体に視点を向け、病気の状態を発達全体に組み入れようとするならば、新たな観点が生じるであろう。驚くべき洞察を、疾患と元来の素因との内的関連の中に見出すならば、統合失調症状態が、心理学的に理解できる方法で、患者の体験や運命から広がっていき、統合失調症の症状が、元来の人格特徴や特異性の強化や歪みとして出現することを観察できる。疾患の本質が、脳や内分泌的な疾患過程に規定された人格の崩壊や痴呆に至るプロセスの中に見出されるという従来の統合失調症理解が正に存続するケースは十分に存在する。疾患過程が、発達全体の移行段階という局面である、取り除くことができない特徴を有する特殊性の中に、それとは別の症例がよりはっきりと出現した。ここで叙述したものと全く類似した個人的心理学的人生行路がそのように出現したのである。(注1)このような類型に関しては、ヤスパースの先鋭な理解におけるプロセスという概念は、それには当てはまらない。

ヤスパースは、人格素因の成長や成熟が、環境、体験、運命の相互作用の中で生じる人格発達とは対照的に、プロセスの下で、これまでの生命線の挫折を引き起こし、元来の人格構造を進行性持続性に変化を引き起こす新たな過程の出現と理解したのである。そのことに対して、我々は疑念を抱

いたのである。ストリンドベルクのようなタイプの症例は、プロセスの概念に従属させることが出来るのか？人格発達概念に含めねばならないのか？この両者の立場は、夫々だけでここに提示された問題に答えることが出来ないということを理解しなければならない。ストリンドベルクの生活は、確かに単に人格発達としては理解しえない。何故なら、体験反応と並んで、すでに早期のプロセス様の病像増悪期が出現し、40代には重篤で持続的な精神病に罹患し、これまでの人格構造に対して新たな状態像や現象が出現し、元来の素因とは、もはや戻ることのできない変化へと至った。しかしながらこの変化は、今もなお、元来の構造と同じ方向線の中に存在し、同じ中核の中にあるものを現実化する。体験や運命の了解しうる関連の中で様々な方向に発展した風変わりな異常な素因の発達の中で、深くとらえられるプロセス様の過程が挿入されるが、このことは、描かれた方向線から完全に脱線させるのではなくて、素因の中に存在する人格構成要素の一方で成長、他方で破滅を引き起こした。発達、反応、プロセスの要因が、生涯全体の中で、お互いに絡み合って、切り離せない統一体へと至ったのである。(注2)

ストリンドベルクの症例の分析によって、我々は、統合失調症に関するこれまでの考えや理論を修正し、拡大することを強いられた。当然、個々の症例を、たとえ、極めて綿密に検討したとしても、それだけでは、精神医学体系に対してさらに拡大した結論を付けることは出来ない。この点における進歩を、単に幅広い臨床的な基盤においてのみ獲得することが出来るであろう。我々のこれまでの統合失調症の理解に対して変化を引き起こしているように見える意味のある成果は、最近は、すでに多くの生物学志向の観察様式によってもたらされている。幅広い体質的、遺伝的研究(注3)によって、統合失調質の概念が先鋭に定義され、一定の特徴づけられた統合失調質の人格類型が明確に分類された。その研究の方向線と共通して、ここに提唱した個人心理学、精神分析、現象学を志向し

た方法論は、他の側面から、同じ目標を追求しようとする。患者の体験型や思考内容から出発して、全人格の一つのイメージを獲得しようとし、基本人格の体験と精神病体験の間の心理学的関連を発見し、これを基盤として個人心理学的人生行路全

体を組み立てていくのである。共通の研究においてのみ、今日尚もゆるぎない臨床精神医学の問題、つまり統合失調症問題に一つの解決へと導く目標を獲得するという意識の中で、述べた研究の方向線に対する助けとなるのであろう。

(注1) ストリンドベルクに特徴的である二分裂性の素因は、自閉性と現実性との対照性、自己防衛傾向と自己犠牲傾向の対立、強い生命衝動に伴う現実拒絶と性愛拒絶の間の内的戦い、そしてそこから生じた纏れや葛藤を伴っており、多くは人格発展の意味で経過する統合失調型にとって病態学的なものであるように思われる。

(注2) 校正者による注釈、カール・ビルンバウムが、最近出版した精神病理学白書においてストリンドベルクの精神病に関して疑問を投げかけた。「統合失調症か変質的基盤による幻覚妄想エピソードかという問題は、この考察様式においては、もはや硬直化した二者択一ということの意味していない。我々は統合失調質的素因者において、単にプロセス様の進行性の精神病のみならず、我々が同様に特異的統合失調性の疾患として捉えた一過性エピソード、体験反応、危機が出現するのを見たことがあるからである。」

(注3) 私はクレッチマーやホフマンの広く引用された論文を参照にした。

仁明会精神医学研究本邦初訳論文

Deutsch	Français	Español	Русский	中國語
---------	----------	---------	---------	-----

原典紹介

M. P. ムソルグスキー：創作とアルコール依存症の相互関係  
V.I. BEREZUTSKY, M.S. BEREZUTSKAYA

森村安奈 訳  
鹿島晴雄 監修

解題

鹿島晴雄

訳出した論文「M.P. ムソルグスキー：創作とアルコール依存症の相互関係(V.I. ベレズツキイ、M.S. ベレズツカヤ)M.П. Мусоргский: взаимовлияние творчества и алкоголизма(В.И. Березуцкий, М.С. Березуцкая)」は、「コルサコフ記念神経病学精神医学雑誌」2020年120巻2号に掲載されたものである。

翻訳にあたっては、森村安奈氏が訳出し、鹿島が監修した。

今回は、あまり馴染みのないロシアの病跡学の論文を取り上げた。ロシアの作曲家ムソルグスキーのアルコール依存症はよく知られているが、ロシアの同時代人の証言などの引用が多いことが興味深く、取り上げた次第である。多くの曲名が出てき、CDを聞きながら監修させていただいた。

ロシアの病跡学を取り上げたということで、小説「紅い花」で有名なロシアの小説家フセヴォロド・ミハイロヴィチ・ガルシン **Всеволод Михайлович Гаршин** : Vsevolod Mikhailovich Garshin(1855.2.14.-1888.4.5.)について述べたい。ガルシンの代表作の「紅い花 **Красный Цветок**1883」は、1880年、亢奮、錯乱状態のためハリコフの精神科病院に入院し2年間療養した体験をもとに書かれた中編小説である。ガルシンは、1888年飛び降り自殺を図り、その時の怪我がもとで亡くなっている。

ガルシンは、双極性障害といわれており、確かにうつ的な時期と躁的な時期がある。ただ躁の時期には不安と恍惚感が認められ、非定型精神病的である。狂気の幻想を象徴にまで高めたとされるが、当時、ロシアの著名な精神科医シツコールスキイは、体験の描写が正確で、異常な体験の記述として優れていると述べている。ガルシンの描写は、象徴的なものでなく体験そのものの記述である可能性もある。

「紅い花」に妄想知覚を思わせる描写がある。以下にその部分を訳出してみる。

「紅い花：第V章から」

彼は一晩中眠らなかった。彼があの花を摘み取ったのは、その行為に自分が成し遂げなければならぬ献身的義務をみたからだだった。扉のガラスごしにはじめて見たとき、その鮮紅の花弁は彼の注意を引きつけてしまった。そしてその刹那より、彼にはこの地上でまさに成し遂げねばならないことをすっかり悟ったと思われた。その炎々たる紅い花に世界のあらゆる災厄が集まっていたのだ(鹿島晴雄訳)。

太字に対応するロシア語原文を太字で示す。

“ему показалось, что он с этой минуты вполне постиг, что именно должен он совершить на земле.”

“с этой минуты”の“с”は、ロシア語の前置詞で、続く名詞の格により2つの意味を持つ。一つは“～から、～以来”(生格という)であり、もう一つは“～とともに、～と同時”(造格という)である。造格受けなら、紅い花を見たと同時に、ないし紅い花を見たこと即ち、あの確信を持ったことになり、造格なら“妄想知覚”的である。生格受けなら、紅い花を見た時以来、確信を持ったということになり、やや妄想解釈的なものとなる。

ロシア語の原文は生格受けであり、“妄想知覚”ではないように思われる。もっとも、「妄想知覚」は紅い花を見たのでそうだったということで、体験者から見ると高度の知覚の問題ともいえる。本質属性の突出(Matussek)は体験者から見れば知覚の変化と叫ぶ(高次の知覚障害)。

ちなみに、神西清訳では“この刹那を境にして”(「紅い花 他四篇」岩波文庫 第1刷発行 1937年9月15日 改版第1刷発行 2006年11月16日 29頁)とあり、中村融訳では“この瞬間を機に”(ガルシン全集 全1巻 青娥書房 1973年10月15日発行「赤い花」252頁)と訳されている。

勝手なことを書かせていただいた。またロシア文法の話になってしまいました。お許しいただければ幸いです。

天才的な音楽創作の秘密を解明する多くの試みにおいて、研究者は偉大な作曲家らの神経系の特殊性に注目している。研究者の大きな関心をひいているのは、作曲家のアルコールや薬物依存による精神障害<sup>1)</sup>が作品に与える影響である。精神作用物質(PAB)の依存に苦しむ多くの作曲家たちのリストは、傑作の創造のために作曲家は極めて非凡な思考を持たなければならないという、「非凡なる天才」に関する永遠の理論の間接的な証明となりうるであろう<sup>2)</sup>。非凡なことを考えつく能力は、しばしば様々な精神的混乱の二次的影響として現れ、アルコールや薬物による影響は創作を促進する一助となりうる<sup>3)</sup>。薬物やアルコールの禁断症状は創作的な幻想の一種の起爆剤となることが多いことはよく知られている。精神作用物質は病的な強い嗜好を伴い、作曲家たちの世界的に偉大な音楽を創作する一助となったのだろうか、あるいは逆にただ健康を破壊し創作過程を掻き乱しただけなのだろうか。重度のアルコール依存症であった20世紀の数十人の偉大な作家、芸術家、作曲家、役者の伝記を分析した結果、アルコール依存症の最終段階においてのみ、これら依存症患者の多くで生産力は低下していたが、残りの期間に関して

は、天才的な文化を生み出したかれら作家の作品にとって、直接的または間接的なメリットが与えられている、というのがこの問いへの答えとなるであろう。

本研究の対象としてモデスト・ペトローヴィチ・ムソルグスキーが選ばれた。アルコール依存は作曲家としての彼のキャリアの間中、常に認められており、彼の創作活動に対するアルコール依存の影響だけでなく、アルコール依存の各過程における創作への影響について検討することが可能である。M. P. ムソルグスキーの才能に関しては議論の余地がないが、同時に彼は明らかなアルコール依存症でもあった。作曲家の同時代人らは、この点に関する興味深い意見を述べている。禁酒主義の生活から逃げ出し、飲酒やアルコール依存症との戦いに関する多くの社会的な仕事をしたL. N. トルストイは、M. P. ムソルグスキーについて非常に簡潔に、「私は才能のある酔っ払いや、酔っ払いの才能は好きではない、そして本当に優れた人は酔っ払いの中にはいない<sup>5)</sup>」と述べている。偉大な作家がこの問題の両面に光を当てたことに注目したい。彼は作曲家ムソルグスキーの才能に対するアル

コール依存の影響と、ムソルグスキーの創作活動がアルコール依存に与える影響の両方を否定的に評価した。彼の親友であり、また師でもある M. A. バラキレフ、親友であり音楽評論家である V. V. スタソフなど、多くの作曲家の同時代人たちも同様の考えを持っていた。しかし反対の意見を表明する者もいた。M. P. ムソルグスキーの共著者であり友人でもある A. A. グレニシチェフ＝クトゥーフは「いかなる才能の低下もなかった...彼の作品は最後の時期まで成熟と思考の深さを持っていた」<sup>6, p. 268</sup>)と考えていた。D. D. ショスタコーヴィチも同様に「アルコール...がムソルグスキーの邪魔をすることはなかった」<sup>7, p. 315</sup>)と考えていた。一体どの意見が客観的で事実に沿っているのだろうか。M. P. ムソルグスキーの悲劇的な運命はたびたび病跡学の専門家らの注目を集めてきたが、この問題に対する理にかなった回答は今のところ得られていない<sup>8-10</sup>)。これまでの病跡学研究は、作曲家の病歴研究に焦点が当てられていて、彼の作品分析は行われていない。作品分析無くしてアルコール依存症とムソルグスキーの創作活動の相互関係を評価することはできない。本研究は一連の回顧的な診断学と同列に並ぶものではない。

本研究の目的は、アルコール依存が作曲家の創作活動に与えた影響への評価と、アルコール依存の創作活動へのマイナス効果とを区別することである。このような研究の結果は、医学者(依存薬物学者、精神科医、神経科医、神経生理学者、週及的診断の専門家)だけでなく、音楽学者、文化学者、教育学者らの興味も引くだろう。この目的を達成するために我々は、生活史と既往歴との時系列的関係の検討に基づく病跡学的分析方法を使用した。病跡学的な方法を用いた本研究は、ムソルグスキーの専門的な分析としての特殊性を持ち、作曲家の創作活動の発展過程の研究(彼によって書かれた作品の質や量から評価することができる)だけでなく、彼の創作の成長や衰退(彼によって書かれた作品の質から評価することができる)についても触れ

ている。

本研究のために使用されたのは、科学計量データベース Scopus、WoS、PubMed、Google Scholar、およびオンラインリポジトリである。ムソルグスキーの人生、病気、仕事の歴史は、ソビエト(G. L. ゴロヴィンスキー、M. D. サヴィディナ、G. フーボフ、G. オルロフ、A. A. オルロヴァ、M. S. ベッケリス)、ロシア(S. R. フェジャーキン)、および外国の科学者(S. Emerson、M. Calvocoressi、O. Riesemann、M. Montagu-Nathan)によって行われた数十の科学的伝記研究によって明らかにされた。作曲家の作品に光を当てた分析的な音楽学研究は100本以上発表されている。医学研究における M. P. ムソルグスキーの医学的伝記はそのほとんどが有名な作曲家のごく簡潔な健康問題の分析に終始しており、その中で我々が興味を抱く問題については数行しか触れられておらず、ムソルグスキーの病歴や病気の様々な面に光を当てている研究論文は少ししかない。すべての伝記的研究(医学的なものも含めて)が、ムソルグスキー本人によって書かれたものまたは作曲者に近い人物、知人や同時代人によって書かれたメモリアルといった同じような原典に基づいているということは大変重要である。伝記研究や原典(ソ連時代に出版されたものに限り)を詳しく知ることで、全ての作者が情報を客観的にするために多くの努力をしたこと、そして研究者らの原典の解釈が時々異なる場合、それらの引用はいつの場合においても歪曲されることなく行われているということが明らかになった。M. P. ムソルグスキーは何度も診療を受けていたにもかかわらず医学的な資料は保存されていない。ニコラエフスキー軍隊病院の作曲家の病歴に関する死後の記録さえ残っていない。

目的を達成するために我々はムソルグスキーの伝記作家らによって提案された、時代ごとに分類された作曲家の作品を使用した。有名な音楽評論家であり M. P. ムソルグスキーの親友でありパトロンである V. V. スタソフは、作曲家の創作活動を3つの時代に区分した。第1期は1852年から1864年「音楽研鑽」の時代である。当時彼は「オイ

ディプス」や「サランボー」の歌劇の仕事をしており、また小さな声楽の作品も書いていた。第2期は1865年から1875年で「作曲家の音楽的な個性と創作の自主性の完全なる発展」の時代である。当時彼は多くの偉大な作品、オーケストラのための長編の交響詩「禿山の一夜」、歌劇「ボリス・ゴドノフ」、ピアノのための連作組曲「展覧会の絵」、歌曲集「子供部屋」「日の光もなく」「死の歌と踊り」を書いてきた。第3期は1875年から1880年の「創作活動の火が消える」時代である。当時彼は、結局は完成することのなかった歌劇「ホヴァーンシチナ」（1872年に着手）と「ソロチンスクの定期市」に取り組んでいた<sup>11, p.92, 12, p. 25</sup>。時代区分において作曲家のアルコール依存の過程を分析することは、アルコール依存症と作曲家の創作の相互作用を調査することを可能にする。

1852年に始まる第1期、その時モデスト・ムソルグスキーは13歳で、ペテルブルグの近衛士官学校の士官候補生だった。その前に2年間、彼はペトロハプロフスクの学校で学んでいた。彼はすでに有名な教師アントン・アウグストヴィチ・ゲルクのところまで3年間ピアノのレッスンを受け大きな成功を収めていた。内輪の慈善コンサートでヘルツのロンドが素晴らしい成功を収めたので、先生は彼にベートーベンのソナタ *As-dur* の楽譜を渡した。近衛士官学校の卒業生である N. I. カンパネイスキーは自身のメモリアルの中で「ムソルグスキーはイタリアのオペラのアリアを澄んだバリトンで歌った。ロシアの作曲家について、ましてグリムカやダルゴムイシスキーについて行儀の良い若者は何も知らなかった。ムソルグスキーは何らかの音楽的理論や学術について何もわかっていなかった<sup>13</sup>」と書いた。将来の作曲家には多かれ少なかれすでに作曲への興味があり、13歳の時に彼は初めての作品「騎手のポルカ」を書き、その作品を仲間の勉強のために献じた。伝記では、この時期までに若い作曲家のアルコール依存症の始まりについて触れられている。学校での外国語、科学、

人文科学の教育水準は高かったにも関わらず、少尉らは将来輝かしい近衛兵になるために大切なことは、飲んで歌って女性たちをうまくエスコートすることだと考えていた。自分の仲間たちから仲間外れにされるのが嫌だったモデスト・ムソルグスキーは「酔っ払うまで飲むことを覚えた<sup>14, p. 44</sup>」。最後の（そして唯一よく知られている）M. P. ムソルグスキーの主治医である V. B. ベルテンソンは自著「30年間にわたる記憶の小冊子」のなかで、1856年6月にプレオブラジェンスキー連隊に少尉補として入隊する頃にはすでにムソルグスキーは「ひどく飲んでいたので、コンサートの3週間前に参加するかどうかを彼に尋ねたところでその時彼に責任能力があるかどうかわからず、いずれにせよそれは無意味なことである<sup>12, p. 154</sup>」と書いている。既往歴に関する重要な証拠を評価するにあたり、V. B. ベルテンソンが個人的に M. P. ムソルグスキーと知り合いになったのは随分と後のことで、1865年の作曲家の人生の状況については共通の知人からあるいはムソルグスキー本人から聞いて知ったことであるということにも注目すべきである。とはいえ医師が病気の既往歴を収集したことには疑う余地がない。

M. P. ムソルグスキーのアルコール依存症というデリケートな問題に対する伝記作家の態度について言及しておく必要がある。彼らの多くは作曲家の清らかなイメージを汚すことを望まず、全く明白な事実さえ目を瞑り、あえて問題に背を向けている。V. V. スタソフは基本的にこのような立場をとっていた。自身の1881年の手記「ムソルグスキーの伝記」のなかで、1865年の「弟の深刻な病気」についてのフィラレット・ムソルグスキーの手紙を引用しながら、スタソフは「神聖な動機」から「振戦せん妄」や「酒客せん妄」を「神経疾患」に置き換えている。フィラレット・ムソルグスキーがスタソフに宛てた実際の手紙は、彼が1932年に公開するまで公にされていなかった<sup>15, p.64</sup>。スタソフの影響により多くの伝記作家がムソルグスキーのことをアルコール依存症と呼ぶことを嫌がり、ムソル

グスキー自身が好んだように「神経疾患」や「神経熱（緊張熱）」と呼ぶようになった。比較的ストレートにこのことについて書いたのはおそらく N. A. リムスキー＝コルサコフと A. A. ゴレニシチェフ＝クトゥーゾフだけである<sup>16, p. 452</sup>。このように伝記作家らによってバールで覆われたアルコール依存症に関する記述が、本質的に病気の分析を困難にしている。私たちの前にある原典の多くがソ連時代に出版されたものであるということも忘れてはならない。当時の社会主義の検閲は国民的な歌劇作家の農家の祖母のことについて言及するように、またありとあらゆる方法で作曲家のアルコール依存の事実を回避するように、としつこく奨励した<sup>17, p. 30</sup>。海外のムソルグスキーの伝記作家らは全く異なる立場をとっている。O. レーゼマンは「真実の半分だけを隠したり語ったりする伝記の試みは理解不足に基づくひどい疑惑や嘘の憶測を引き起こす。そのためムソルグスキーのアルコール依存症の真実を注意深く分析することが大切であり、この真実を疑惑に晒したり無視したりすることは決してあってはならない。さらにこの問題についてオープンに議論することは、彼の魅力的ではない部分の多くを無くすことにつながる」<sup>18, p. 325</sup>と書いた。O. レーゼマンはムソルグスキーの回想録の中で、近衛士官学校の教師と「騎手のポルカ」を通じたムソルグスキーの仲間によるムソルグスキーの回想録に基づいて、若いムソルグスキーの初期のアルコール依存症についてストレートに書いている。また、アルコール依存症に苦しむ親戚の存在に言及しながら M. P. ムソルグスキーのアルコール依存に関する遺伝的要因の可能性について意見を述べている<sup>18, p. 97</sup>。音楽評論家でありムソルグスキーの伝記作家であるミシェル・デイミトリ・カルヴォコレッシもほとんど同じ意見である<sup>19</sup>。

連隊仲間の紹介でムソルグスキーは 1856 年の終わりに A. S. ダルゴメイスキーに会い、彼を通じて、1857 年の初めに M. A. バラキレフと知り合った。彼はわずか 2 歳年上で同じ音楽院の教育

を受けていなかったが、ムソルグスキーだけでなく、その他のサークルのメンバー、キューイ、ワロジン、リムスキー・コルサコフのためにも長年にわたって教師となった。この出会いは「バラキレフサークル」「新しいロシアの音楽学校」あるいは「ロシア 5 人組」として音楽史に残る音楽家の交友の始まりであると立証されている<sup>20, p. 383</sup>。1857 年、ムソルグスキー少尉は長い休暇を取ったが、休暇の理由は今も謎のままである。ムソルグスキーは、仕事から離れた自由な時間をずっとバラキレフの授業を受けて過ごした。ムソルグスキーは作曲の勉強に夢中になり、4 月には N. グレコフ作詞の「お星様、君はどこ？」を書きその演奏にも挑戦した。5 月にムソルグスキーはソポクレスの戯曲をもとにしたオペラ「オイディプス」に取り掛かった。ムソルグスキーは「必要に駆られてやっている」仕事が邪魔になると考えて、その年の 5 月に退職届を提出した。その書類にアレクサンドル 2 世がサインをしたのは 6 月のことであった。

M. P. ムソルグスキーは「市民生活」を始めた。その頃、ムソルグスキー家の兄らが彼らの近衛士官学校の仲間であるメンデン男爵の結婚式のためにチフヴィンスクの田舎に行く時、若い作曲家に初めての「神経疾患」の兆候が現れた。ムソルグスキー自身が病気のはっきりしない原因について「神に対するシニカルな考えの入り混じった神秘主義」のようで、病気そのものについては「神経熱」であると書いている。バラキレフへの手紙の中で彼は、神秘主義的な考えと、現実から区別することの困難な空想めいた夢がごちゃ混ぜになった耐え難い苦しみを述べている。彼の治療は「きっかけとなったチフヴィンスクの温泉」で行われた<sup>21, p. 46</sup>。モデストの病気に関係があるとされて、兄らもその田舎に 7 月の終わりまでとどまることを余儀なくされた。「病気」の発生は結婚式での何日間にもわたるアルコール摂取後のことで、急激なアルコール性の精神異常（「せん妄」）である可能性も排除できない。ロシアの精神科医 A. S. チガノフは自身の著書

「創作と精神的な健康。臨床医の考察」の中で M. P. ムソルグスキーの病気について章を割いて述べている。ムソルグスキーの病気の心理的な状況を過去に遡って綿密に分析し、それに基づいて彼は、作曲家は「発作性経過を伴う内因性の病気に苦しんでおり、その病気による、また後にはアルコール依存症による、初めは症候的、のちには明確なアルコール依存症の兆候によるはっきりした人格の変化に苦しんだ。」<sup>22)</sup>と結論づけている。A.S. ティガノフは、作曲家の「神経疾患」の最初の症状を、慢性の経過をとる精神病の急性症状と見なした。ティガノフによる分析は非常に説得力があり、彼の結論はムソルグスキーの遺伝的負因に関する既往歴のデータおよびアルコール依存症の進行性の経過(大量飲酒を伴う)と一致している。大量飲酒(「多かれ少なかれ周期性に到来するアルコールの急激な乱用の期間」)の発病に関する現代の報告や考えによると、急激で激しい周期的な大量飲酒は、中枢神経系の外傷性の器質的障害や内因性および外因性の精神障害、パーソナリティ障害にみられるものである<sup>23)</sup>。

まだ完全には「神経熱」から回復していなかったが、ペテルブルグに戻るとすぐにムソルグスキーは「なぜか話して、愛する人よ」を書き、1858年の秋にはふたつの大変優雅なスケルツォ「変口長調と嬰ハ短調」を作曲した<sup>11, p. 172)</sup>。その後の冬と1859年の春にも休憩を挟みながら「オイディプス」に取り組み、演劇やキュイの喜劇オペラに参加し、6月にはモスクワへ行った。8月になり「神経疾患」が再発したため9月の終わりまでだけであったが、2つのピアノ曲「子供の遊び 第一番 すみっこに」と「情熱的な即興曲」の仕事再開した。1860年の2月にムソルグスキーはバラキレフに「近頃は(神経熱から)回復するために音楽の授業やあらゆる本格的で込み入った仕事を放棄せざるを得ない」<sup>24, p. 260)</sup>と書いている。1860年の春までに作曲家はいくつかのピアノ曲を作り「オイディプス」の仕事も続けていたが、また「病気になった」。1860年の秋にムソルグスキーはバラキレフに「ほとんど8月の終わ

りまで私の病気は続いていたので、音楽には時々短時間ずつしか没頭することができなかった。5月から8月までのほとんどの時間、私の脳は弱っていてとてもイライラさせられた」<sup>21, p. 49)</sup>と書いている。作曲家が「元気になった」のは9月の終わりのことで、すぐにプーシキン作詞の声楽カルテット「我が日々の君主よ」、そしてピアノ連弾の「アレグロアッサイソナタ ハ長調」そして叙情的な小曲でアモソフ作詞の「あなた方にとって愛の言葉が何でしょう」を書いている。しかし1860年の12月末に彼は再びバラキレフへの手紙の中で「神経のドロドロが始まって家にこもっている」<sup>24, p. 192)</sup>と訴えている。

伝記作家らは、1860年の終わり頃までムソルグスキーのアルコールの問題がどこまで進んでいたかを間接的に証明する資料を見つけた。上院一部の酒に関する2回目調査の1861年付けの資金目録6番に記載されているのは、「地主の請願、つまり大学秘書のユリア・イワノブナとその息子ムソルグスキーを通じてキエフの税務局に対する苦情があった。その内容はマロヤロスラベイツの酒税徴収代理権に基づき担保に入れられた彼らの財産がキエフ税務署の手違いで引き渡されてしまった」というものであった。この件に関する終了の日付を記録に基づいて明確にすることはできないが、おそらく60年代の終わりにはムソルグスキーに有利な決定がなされていた。1870年ごろまでに扱われている書類上で彼らの領地の「差し押さえ」に関する資料は見当たらない<sup>21, p. 363)</sup>。リムスキー＝コルサコフは自身の回想録の中で、出会った頃のことについて(それは1861年のことであった)ムソルグスキー「は素晴らしいピアニストで、とても上手な歌手であった。しかし実際その時すでに声量が衰えていた」<sup>25, p. 43)</sup>と書いている。1861年にムソルグスキーが22歳で喫煙していなかったことを考慮すると、声量の衰えの原因は現時点ではアルコールの過剰摂取しかありえない。数年後、ムソルグスキーは「歌声を失った」歌手だとムロゴリツドの妹が書いており、ツルゲーネフは彼の歌声を

「しゃがれ声」と呼んでいる。

1月の間ずっとムソルグスキーはモスクワで暮らし、交響曲変ロ長調に取り組んだ。3月に「農奴解放令」が出されて農民らに個人の自由が与えられ、それをもとに農民改革が行われる。この影響はすぐにムソルグスキーの身にも訪れた。母、ユリア・イワノヴナは田舎に引っ越しせざるを得なくなり、一方モデストは既婚の兄のところを身を寄せた。1862年から1863年、ムソルグスキーは荘園で熱心に働き「サークル」での活動も続け、ピアノのための「古典様式による間奏曲」、ゲーテ作詞、A. N. ストルゴフシチコフ訳「ヴィルヘルム・マイスター」をもとにした「老人の歌」、叙情的な小品「でも、もしもう一度あなたと会うことができたなら」、バイロン作詞、P. A. コズロワ訳「サウル王」を書いている。1863年秋に、彼は「コミューン」を訪れ、共同住宅で5人の若者たちと一緒にオペラ「サランボー」に取り掛かる。12月にムソルグスキーは「自分のか弱い体を養い、甘やかすために」運輸省技術局にやむを得ず就職する。1864年には、一年を通して定期的にムソルグスキーの「神経熱がひどくなり始める」<sup>24, p.42</sup>。体調の良い合間を縫って彼は「サランボー」の仕事をし、またA. V. コリツォフ作詞の「風は吹く、激しい風が」やネクラーフ作詞の「カリストラート」、プーシキン作詞の叙情的な小品「夜」を作っている。1864年12月の終わりには病気の母親のいる田舎へ行っている。

M. P. ムソルグスキーの創作の第2期は1865年に始まる。1865年3月に彼の母親であるユリア・イワノヴナ・ムソルグスカヤが亡くなっている。ムソルグスキーはその死をとて悲しんだが、秋までは無理に働き「子供の頃の思い出 第1曲」である「乳母と私」そして「最初の罰」「夢想」「気まぐれな女」「子守歌」などいくつかの曲を書くことに成功している。1865年秋、ムソルグスキーは「精神疾患」にひどく苦しんでおりこのことを後に彼の兄のフィラレットは、V. V. スタツフに率直に「振戦せん妄(delirium tremens)」だと言っている。A. S.

チガノフはこのことについて、常習的なアルコール摂取(長引くプレッシャーとの戦いの武器としての)が誘発されるようになった外因的な病気の再発であると考えている<sup>22</sup>。ムソルグスキーの当時の妻によると、ムソルグスキーはコミューンを投げ出し、1868年の半ばまで暮らしたミンキナの村で彼の兄家族と暮らすようになっている<sup>12, p. 95</sup>。1866年から1867年の間、ムソルグスキーはバラキレフに一度も手紙を書くことがなく「神経熱のためずっと家にこもっていた」<sup>21, p. 49</sup>。当然のことながらこの期間中ムソルグスキーは一曲も曲を書かなかったし仕事も全くしなかった。そのため1867年4月に「9等文官の課長補佐」は「運輸管理局議会の名の下に」ムソルグスキーを解雇した。兄であるフィラレットの物質的な支援に頼りながら作曲家は曲を作り続け、いくつかの曲を書き上げる。1868年の初めに彼はゴーゴリの喜劇のひとつであるレチタチーボのオペラ「結婚」に取り掛かり、ほぼ同時期にオペラ「ボリス・ゴドノフ」にも取り掛かっている。兄と喧嘩をして収入源を失ったムソルグスキーは、1868年12月に森林局(T. I. フィリッポフの口利きで)で仕方なく働くことになった。1870年の秋ごろ「ボリス・ゴドノフ」が完成し、マリンスキー劇場で初演が上演された。ところが1871年2月、劇場の指揮者の委員会によってオペラ「ボリス・ゴドノフ」は演目から外された。ムソルグスキーはすぐに2つめのオペラの編さん作業を始めた。

1871年9月から1872年9月までムソルグスキーと一緒に暮らしたN. A. リムスキー＝コルサコフの良い影響にも関わらず、彼は自身の「神経熱」の経過をコントロールすることが出来なくなっていた。また、不健康の本当の理由の真の状態を友達に隠しておくことができなくなったようであった。1872年3月31日、ムソルグスキーはV. V. スタツフに手紙で「せん妄の産物によってインスピレーションを感じるのは驚くべきことだ。ああ忌々しい！私は長い間、一部の人々によって与えられた忌々しい感情を克服しようと戦っている。しかし

この忌々しい感情を生じさせている原因が消えない、あるいは私の力ではそれを消すことができないのであるならこの闘いは急性的なものから慢性的なものになる(人を長い間混乱させている忌々しい感情は病気であり慢性的な疾患であり、類似したものなのです)<sup>21, p. 129)</sup>と書いている。

イギリスの音楽学者でムソルグスキーの伝記作家であるモンタグ・ナサンは「ムソルグスキーの肉体的な破壊はまだ精神的な衰退を伴うものではなかった<sup>26, p. 22)</sup>と書いている。1873年6月、ムソルグスキーは心身にかかった過度のストレスの結果として一連の重い「精神疾患」の発作を引き起こした。自身の病気について V. V. スタソフへの手紙の中で彼は「すごく飲んでいる」そして「数年前と同様に、理性喪失の症状に苦しんでいる<sup>15, p. 129)</sup>と書いている。話題が再び急性のアルコール性の精神異常つまり「せん妄」のことについての話であることは間違いない。ムソルグスキーは森林局での仕事を負担に感じていたが、その仕事が主な収入源であったため我慢せざるを得なかった。そして1873年の夏に彼は「森林局での私の仕事の不必要さや、あらゆる無益さを全てわかっており、それでも森林局で働かなければならない運命だ。恐ろしい！」と書いている。彼が言ったように「ロシアの秩序」において彼は「弱者」であった<sup>14, p. 503)</sup>。ムソルグスキーの官僚的なキャリアを見ると、作曲家の多忙な生活と彼のほぼ安定したキャリアの成長との間の矛盾に関する疑問が生じる。彼が「家から出なかった」、そして明らかに働くことができなかった「精神疾患」並びに頻繁でしかも長期の旅行は彼の昇進に決して有利に働くものではなかった。それにも関わらず、モデスト・ペトローヴィチは定期的かつ順調に昇進し、新しい階級を与えられており、収入も増加している。森林局ではムソルグスキーは年収450ルーブルで大学の査定官を務めている。1871年には700ルーブルに、1877年には1200ルーブルに増えた。その理由は非常に単純なものである。彼は自身のキャリアを通じて常に社会的地位が高いファンでありパトロンの T. I. フィ

リップフ(1883年に上院議員になった)に鼻屑にされていたからである。また別の矛盾、つまり比較的高く安定した収入と度重なる金銭面の乱れの間の矛盾については、絶え間ないアルコール乱用で説明がつく<sup>16, p. 451)</sup>。

1873年7月23日、才能溢れる芸術家でありムソルグスキーの親友である V. A. ガルタムの死はムソルグスキーに衝撃を与え、一連の長い「神経熱」を引き起こした。故人の忌日に捧げられた展覧会への訪問はムソルグスキーをあの大いなる「展覧会の絵」の創作へと向かわせた。その音楽的な意義という点においては、この作品はムソルグスキーのピアノ作品の頂点にあるだけでなく、世界で最も有名なピアノ音楽作品のひとつにもなっている。ムソルグスキーは長期にわたる「精神疾患」の悪化の合間の時間に「展覧会」に取り組んだので、作品が仕上がったのは1874年6月になってからであった<sup>27)</sup>。ロシア人だけでなく外国人の音楽家たちも「展覧会の絵」をピアノ作品であるとみなしており、作曲者の音楽のアイデアに対する自身の解釈の才能を演奏家が発揮することのできる最も優れた作品であると考えている<sup>28, 29)</sup>。1874年1月にマリンスキー劇場で上演された「ボリス・ゴドノフ」は大成功を収めた。「ボリス・ゴドノフ」の上演は成功に終わったが、特にムソルグスキーを不健康であると受け止めていたキュイ侯からは大きな批判を受ける。この頃からムソルグスキーは「バラキレフ」の残りのメンバーの数人から距離をおかれていたため、彼はすでに分裂してしまったサークルの外に支援を求めようとして詩人の A. A. グレニシチェフ＝クトゥーゾフと友情を築いている。彼らの友情は固くなり、結果的にグレニシチェフ＝クトゥーゾフの詩をもとにした歌曲集「日の光もなく」が誕生することになる。そして1年後には「死の歌と踊り」が生まれる。これらの作品は声楽叙事詩の根本的に新しいジャンルの最初のもので、これらはムソルグスキーの革新的な成長、進歩的な発展の結果として生まれたものである(「意味のあ

る、正当化されたメロディー」)<sup>30)</sup>。この「意味のある、正当化されたメロディー」について有名な演奏家である E. L. フリードは 特別な形の何重にも重なるイントネーションのメロディーを持ち、そこでそれぞれの要素が力強い(あるいは時々ドラマチックでもある)意味を持つと述べた。さらにそれは、カンティレーネの要素と歌うような話し方を保ちつつ、全体的に古典ロマンスのメロディーに対応している<sup>31)</sup> (p. 120)。M. P. ムソルグスキーと A. A. グレニシェフ = クトゥーゾフの連携を評価しながら、E. L. フリードは「我々の目の前にあるのは音楽史において最も稀なチャンスである。音楽家は自身の詩人を「作り上げ」短い期間で自分に惹きつけて自身の好みを付け足し、自身の求めるものに加えることを可能にした<sup>31)</sup> (p. 130)」と書いた。伝記作家らは、一連の歌曲集「日の光もなく」の感情的な内容が「無限の陰鬱」や「憂鬱を誘っている」そしてそれが彼の人生の状況と相まって作曲家の深い鬱状態の原因となっていると決定付けた。ところがムソルグスキーの作品の年代学的な研究によりこの考えは完全に否定される。「日の光もなく」の最後の部分が完成したのは1874年8月25日のことであったが、9月2日に作曲家はすでに驚くほど美しく人生の喜びに満たされた音楽である「ホバンシチナ」のためのピアノ曲を完成させた(「モスクワ川の夜明け」)。人生の混乱にも関わらず、ムソルグスキーの作品はどれも変わらず特定の芸術概念を見事に実現した。時として作曲家の作品の感情的な状況と、「精神疾患」、孤独、友人の不理解、評論家たちによる中傷、経済的困難そして不安定な生活による彼の肉体的、精神的状態との不一致がいかに大きいかということに驚き感嘆するだろう。作曲家の個人的な状況から独立して、一連の「死の歌と踊り」は信じられないほど深く哲学的な内容を表現しており、非常に豊かに芸術的(音楽的)に人々の早すぎる死に対するムソルグスキーの抗議の意志を実現している。これは作曲家が人生を愛していたことのもう一つの証拠である。

1872年、ムソルグスキーはボリス・ゴドノフの

第二版を発表した。これは1869年の初版と大きく異なっており、音の構成や叙情的なアリアが改良されている。これは作曲家のスタイルの革命的な進化であった。さらに注目されるのは、1875年「死の歌と踊り」において作曲家がなした叙情詩体の音楽的実現の進化である。ロシア民謡の雰囲気と並んで、歌曲集の4曲全てがはっきりとした音の構造を示している。アウトラインのメロディーはロシアの会話の型をもとにしたレチタティーボになっている。

それぞれの曲の曲調は、子守唄、セレナーデ、民族舞踊、行進など他の芸術ジャンルの律動的な型に一致している。音楽と歌詞のバランスを改善し、ムソルグスキーは個人的な感情を歌詞においても音楽的なメロディーの構成においても相乗的に表現することに成功した<sup>32)</sup>。ムソルグスキーによって作られた「死の歌と踊り」における音楽的描写は、その死を人格化した心理的な現象を体現している音楽的な表現法の天才的な使い方で、現代の音楽学者をも感嘆させている<sup>33)</sup>。現在海外の学者は、歌曲集「死の歌と踊り」はムソルグスキーの作曲スタイルの進化の頂点を反映していると考えている。彼らは以前の音楽評論家(M. カルヴォコレッシ)らと同様に西ヨーロッパ音楽原理の観点に基づく伝統的な理論分析は行わずに、作者の音調音楽の独自性に注目している<sup>34)</sup>。共同生活、親密な友情そして有益な共同創作は1874年から1875年まで続き、N. A. グレニシェフ = クトゥーゾフの結婚後間もなくして途絶えた。資金に限りがあったムソルグスキーは、古い知人で酒豪の退役軍人 P. A. ナウモフのところへ引っ越しをせざるを得なかった。「ロシア5人組」の残りのメンバーによると、この状況がムソルグスキーの「精神疾患」の進行を助長した。

V. V. スタソフや他の伝記作家らが1875年をムソルグスキーの「創作の衰退」の時期の始まりであると定義しているが、「終わりの始まり」が運命づけられた客観的な状況は、1年は早く作り上げら

れていた。N. A. リムスキー＝コルサコフは自身の「回想録」のなかで、はっきりと客観的にムソルグスキーの晩年の創作について以下のように述べた。「1874年がムソルグスキーの崩壊の始まりだと考えられ、それは彼の最後の日まで続いた。この時までには彼は1人であるいは新しい友人たちとコニャックを飲みながら明け方までレストランにいるようになった。コニャックと一晩中バーに居続けることに対する彼の情熱はどんどん大きくなっていった。彼の新しい友人にとって「コニャックを飲むこと」は大したことはなかったが病的に神経質な彼にとってそれはまさに毒であった。強い創造性のひらめきは長い間続いていたが、知的な論理はゆっくりとそして徐々に消えていった。退職して作曲を仕事としはじめてから、ムソルグスキーはさらにゆっくりとそして断続的に書くようになり、それらを繋げることをしなくなり、それを放り出した」<sup>25, p. 99</sup>。ほとんどの時間をムソルグスキーはその居酒屋「マーリーヤロスラブリ」で過ごし、1860年に世襲領地が借金の抵当に入れられた時もそこにいた。1874年10月、ボロディンは手紙で妻に、ムソルグスキーは「もっと飲むようになった。彼はほぼ毎日マーリーヤロスラブリにいて、前後不覚に酔っている。彼は酷く飲みすぎてあらゆるろくでもない幻覚を見ていた」<sup>21, p. 373</sup>と書いている。

1874年6月29日、ムソルグスキーの愛する女性、ナジェージュダ・オポチニナが亡くなった。彼は「情熱的な即興詩」（1859年）、ロマンス「しかし、またお前に会えるなら」（1863年）、「夜」（1864年）、戯曲「悪戯っこ」（1865年）、ロマンス「願い」（1866年）、歌曲「おしゃべりカササギ」「古典主義者」（1876年）などの作品を長年にわたって彼女に捧げてきた。ムソルグスキーは自身の悲しみを隠したが、「墓碑銘」の未完成の部分（「凶暴な鳶のような邪悪な死...」）を引用しながら、苦難の中にいると言っている<sup>14, p. 506</sup>。大きな喪失に対する反応はとても明確に彼の作品に影響を及ぼし「神経症」期が始まった。「ホバンシチナ」に取り組みながらムソ

ルグスキーは民族的な喜劇オペラ「ソロチンスクの定期市」の明るいアイデアについて言及している。1874年7月23日に彼はL. カルマリンに「「ホバンシチナ」が出来上がるのは（もし決まっているなら）少し遅くなるが、その前にゴゴリの喜劇「ソロチンスクの定期市」が出来上がる」と書いた<sup>14, p. 525</sup>。ムソルグスキーの作品の年代分析は、彼がほぼ常に同時に幾つかの種類の異なる作品に取り組んでいたということを示している。1874年からムソルグスキーにとって例えば果てしない悲劇と楽天的な人生の喜びといったような感情的な内容が全く異なる「ペアの」作品制作が日常になっていた。ムソルグスキーの伝記作家は「このようにして作曲家は自身に起こった悲劇を克服した」という明確な結論に達している<sup>35, p. 175</sup>。

ムソルグスキーの創作の最後の時期に当たる第3期は1875年から1880年であったが、そのほとんどの期間「ホバンシチナ」と「ソロチンスクの定期市」に専念していた。1875年から1876年に作曲家はA. K. トルストイの詩に基づく幾つかのロマンス曲を書いている。「神経熱」のエピソードはより頻繁で継続的になっている。1877年11月にムソルグスキーは「神経熱に徹底的に苦しめられ、約20日間寝付くことができず鬱状態にあった」<sup>24, p. 155</sup>。多くの伝記作家らは、この期間にムソルグスキーには精神的な衰弱だけではなく創作力の低下も生じたと考えている。自身の死後に出版された作曲家に関するルポタージュの中で、V. V. スタソフは「体調不良と振える体のせいで彼の才能は弱くなり明らかに変わってしまっている。彼の作曲は霧に覆われており異様で、時折意味不明で無味なものにさえなってしまった」<sup>11, p. 117</sup>と書いた。しかしムソルグスキーの同時代人らの意見はこのような意見とは大きく異なっている。A. A. ゴレニシチェフ＝クトゥーゾフは「最終的に彼の死因となったこの（アルコールの）病気のせいで、ムソルグスキーはすでに最後の2年ほどはほとんど作曲していなかったが、彼が書いたものは彼の才能

が全く衰えていないということを証明した。それどころか逆に、彼の作品は最後の時期まで成長の跡や思慮深さを含んでいた<sup>6, p. 150</sup>と書いた。音楽評論家の多くは、ムソルグスキーの作品を分析する時に同様の結論に達する。彼らの考えは最も有名なムソルグスキーの伝記作家である G. フーボフの言葉で表すことができるだろう。「苦しく辛い時期にムソルグスキーの作った音楽が証明しているのは衰退ではなく、心身を傾注した創作力の成長と驚くべき新しい発見である。天才的な音楽「ホバンシチナ」(たとえ「ホバンシチナ」だけであったとしても)は創作における才能の低下に準ずるものなのであろうか?!<sup>14, p. 497</sup>。

1878年には不可逆的な身体の障害が始まり、この時期をムソルグスキーの病気の転換点であるといえる。彼は毎日アルコールを飲み、しばしば「溺れて」いる。2月に作曲家と親しい歌手の O. A. ペトロフが亡くなってからは「神経の病気の悪化は実質的には止まることがなかった。1878年12月末にムソルグスキーは A. A. ゴレニシチェフ=クトゥーフに「ちょうど春からなんらかの奇妙な病が私を襲った。それは11月にはかなり酷くなっており、私をよく知る医者も余命2時間を告げた。今は少し良くなっているがほんの少しだけだ<sup>21, p. 241</sup>」と書いている。病状の悪化に言及しているエピソードから推測することしかできないが、ムソルグスキーにとってそれは新しい症状で、彼にとってはお馴染みの「神経の興奮」と比較するとかなりひどいものであったようだ。のちに L. I. シェスタコフ(グリンカの妹)への手紙の中でバラキレフはムソルグスキーに関して「すでに以前に起こったようにどこからか出血している<sup>16, p. 456</sup>」可能性について言及している。萎縮性肝硬変の患者に特徴的な出血や痔疾の出血に関する話題であることは疑う余地がない。1881年にムソルグスキーに発症したこれらの症状は、しばしばの脳卒中発作と誤解されるアルコール性のものである可能性も排除できない。1878年春から12月にかけて、作曲家が病気の状態から抜け出すこ

とができなかったことは確かである。病は波動的な経過をたどり少しずつ悪くなっていった。1878年7月26日、ムソルグスキーは L. I. ショスタコフにまた長い間「神経熱が乱れた<sup>24, p. 159</sup>」と書いている。まさにこの時期にバラキレフは自分の教え子との関係を修復しようと努めたが、ムソルグスキーとの初回の会合は彼のかつての師に対し、かなりネガティブな印象を与えた。身体的な崩壊の明らかな兆候を見たバラキレフは「私はムソルグスキーが生き生きとした人間や作曲家になることを望むことは到底できない。彼は肉体的に崩壊しすぎていて、今の彼は単なる死体に過ぎない<sup>14, p. 566</sup>」と無情なことを述べた。N. A. リムスキー=コルサコフもムソルグスキーに対して「一方では芸術において彼が選択した道が唯一正しいという彼の傲慢な自意識と確信、他方ではアルコール依存への完全な墮落、そしてその結果、常に頭に霧がかかったような状態<sup>25, p. 140</sup>」であると同様の評価を与えている。モンターギュ・ナサンは指揮者の記憶を頼りに1879年音楽学校の無料コンサートのリハーサルの時のムソルグスキーの振る舞いについて「彼の人格の精神的、心理的崩壊の程度が明らかにムソルグスキーの行動に反映されていた<sup>26, p. 41</sup>」と書いている。自身のメモリアルの中で同じ出来事について触れながら、リムスキー=コルサコフはムソルグスキーを「好きではなかった。酷く変わってしまった<sup>20, p. 344</sup>」と述べるにとどまっている。ムソルグスキーはほとんど仕事に現れず、彼は常に解雇の危機に晒されており、T. I. フィリッポフの強力な後ろ盾さえも役に立たない状態になっている。1878年秋、T. I. フィリッポフは他の解決策を見出すことができず余儀なくムソルグスキーを自身の指揮下で内務省に転職させた。このころ作曲家は完全に貧しい暮らしをしており、彼はナウモフから「家具付きアパート」へ引っ越しをし、昼食を食べられないことも多かった。彼の貸付金は全て使い果たされていた<sup>36, p. 137</sup>。生活のために仕事を探すことを余儀なくされたムソルグスキーは、歌手ダーリヤ・レオーノヴァのコンサー

トの伴奏の仕事を始め、のちに彼女が主催する学校で伴奏をするようになった。学生との授業の間はピアノの横に常にウォッカの瓶とキノコがあった。1880年ムソルグスキーはすでに昼間だけではなく夜中にもアルコールを飲まずにいられなくなっていた<sup>12, p. 175</sup>。D. レオーノヴァとのウクライナ、ロシア南部、クリミアの都市を巡る演奏旅行は1879年7月末から10月の終わり頃まで続いた。ムソルグスキーは相変わらず沢山飲んでしたが、華やかな印象が彼の作品を生き生きとさせている。この旅行から帰ると、ムソルグスキーはピアノ曲に加えて自身の最も素晴らしい作品の一つである「メフィストレスの歌」を作っている。この曲はしばしば「蚤」と呼ばれている<sup>20, p. 352</sup>。

1880年になるとすぐにムソルグスキーは内務省を解雇され生活の手段を失った。彼にとってとても大変な時期に書かれた「小さな不幸にも関わらず私は臆病にならなかったし臆病になることはない。私のモットーはあなた方も良く知っているように『立ち止まるな。新しい岸へ向かって前へ』でありそれは変わることがなかった。もし運命が芸術の生涯の目標へと向かう踏みならされた道を広げる可能性を与えるならば私は喜んでリスクを侵すだろう」<sup>24, p. 171</sup>という文章は作曲家の不屈の精神や人生に対する見解の存在の証拠となりうる。いつものように友人が彼を救っている。V. V. スタソフとフィリップポフはムソルグスキーの「ホバンシチナの完成のために」毎月仕送りを集めている。作曲家の生活スタイルは変わることなく、彼の身体的健康は悪化し続けている。1880年4月、N. A. リムスキー＝コルサコフはムソルグスキーに起こったことについて「12時に彼はまだベッドに横になっていた。数分ごとに彼は嘔吐していたのだがそれは彼にとっては普段通りのことのようにで狼狽える様子は全くなかった。そして彼は、これは胆汁が出てきているのでそれはとても良いことであると断言した」<sup>24, p. 173</sup>と書いている。ムソルグスキーをしばしば楽しくもてなしたフィリップポフの証言によ

ると、ムソルグスキーは1880年の終わりにかけて起きるとすぐにウォッカを飲み始め、横になると息苦しくなり、そのせいでソファや椅子に座ったまま寝なければならなかった<sup>20, p. 350</sup>。このような状態は明らかに心機能障害の兆候である(さらに明らかなのは背景にアルコール性の心筋症があることだ)。

1881年2月11日、ムソルグスキーは家賃の未払いによりアパートを追い出され、夜にD. レオーノヴァのところへ辿り着いた。そこで彼に痙攣を伴う意識障害が起こった。発作は次の日に3回繰り返された。発作は初めは「卒中」(stroke)だとみられていたが、発作が感覚や運動機能障害を引き起こさなかったため2月13日にニコラエフスキー病院でウェルテンソン医師がその発作を「癲癇」とあると診断する。V. V. スタソフは1881年2月16日にバラキレフに「医師が彼の症状は卒中ではなく癲癇が始まったと言っている。彼の様子は普段通りで、今は全てを理解している。しかし戯言を言い、起こっていない事ばかりを話している。また、卒中や癲癇以外にも彼の精神は少し錯乱しているとも言われた」<sup>24, p. 177</sup>と書いている。記述によるとムソルグスキーには酒の離脱症状による典型的なアルコール性の癲癇の発作があった。この場合においても「アルコール中毒によって引き起こされた内因性の発作」<sup>22)</sup>が起こったということを除いていない。治療の経過、病院の生活、禁酒がムソルグスキーに良い効果をもたらし、彼は3月初めまでには回復し始めた。ところが病気の弟を見舞いに来たフィラレットが致命的な不注意でお金を置いていき、我慢できずにムソルグスキーはコニャックを買って飲みほした。その後彼はまさに本物の卒中を引き起こし、彼は半身麻痺になり呼吸困難に陥る。2日後の3月16日にムソルグスキーは死亡した。

このようにムソルグスキーの最後の作品は彼の作曲家としての技能を保持しており、さらに進化さえしているということを証明している。ムソル

グスキーの初期、後期の声楽作品の音楽的な分析は作曲家の技術の進化を追跡することを可能にし、彼の最後の作品の完璧さを示した。彼の全ての創作活動における音楽表現を使用した比較研究で、初期の叙情的な作品から音楽と歌詞の調和の取れた作品に至るまで常に発展している、ということが明らかにされている<sup>38)</sup>。ムソルグスキーは自身の人生をかけて、常に会話のイントネーションの強化と伝達のための音楽表現のあらゆるシステムを磨き上げた。朗読のようなものから歌うものへの転調は作曲家のスタイルの革命の主要路線となった。初期の声楽作品(歌曲集「子供部屋」と「村にて」)には「イントネーションのプラン」の方法が取り入れられており、後の(声楽集「日の光もなく」「死の歌と踊り」、オペラ「ホバンシチナ」)「意味のある / 正当化されたメロディー」<sup>39, p. 312)</sup>の方法への移行が反映されている。着手されたまま未完成の作品が数多くあることは、作曲家の数多くの創作プランが病によって途切れてしまったということを証明している。事実、ムソルグスキーが、エクトル・ベルリオーズの楽器論に関する論文を握りしめたまま亡くなった、いう状況が果てしない理想に対する作曲家の欲求の明確な印である。

ムソルグスキーのアルコール依存が彼の創作活動に与えている影響を評価しながら、病気(特に晩年、急速に進行した)が仕事のスピードを落としたということを確認を持って述べることができる。部分的にはアルコール依存症のせいで「ボリスゴドノフ」の仕事は1865年から1872年まで続き、また同様に作曲家による未完の「ホバンシチナ」(1872-1881年)と「ソロチンスクの定期市」(1874-1881年)も続けられた。同様の理由でいくつかの作品は未完のままであった。ムソルグスキーの創作活動に対するアルコール依存症の良い影響について語るには如何なる理由もない。保留条件付きで推測すると、アルコール依存症による鬱や「せん妄」を体験したことは、心理的な影響という点で比類のないオペラ「ボリスゴドノフ」にお

ける幻覚や「ホバンシチナ」における分離派教徒の焼身自殺などのいくつかのシーンを作りやすくしたとすることができる。ムソルグスキーの作品の研究者らは、彼の素晴らしい作品の多くは「神経の興奮」の影響で書かれたと考えている<sup>40)</sup>。この結論は作曲家が実際に多くの傑作(「展覧会の絵」や「ソロチンスクの定期市」など)を書き始めたのは「神経の興奮」の時期、つまり定期的に襲う大量飲酒の時期に書き始められたということに基づいている。ところが次々に起こる出来事はあるひとつのことが他方の論理的な結果であるということの意味するものではない。

病跡学的分析はここで全く異なる因果関係を明らかにする。人生におけるショックな出来事により誘発された鬱の期間と「神経の興奮」(「アルコール依存症の悪化」参照)を背景とする創作活動は、作曲家が自身でも書いたように「慢性疾患の再発との長い戦い」<sup>21, p. 129)</sup>であり、自身の人格がその疾患に抵抗した結果である。「神経の興奮」の結果としてではなくそれに対抗して彼は作品を作った。彼が好きで、つまり作曲活動はムソルグスキー自身が作曲家としての自己を確立する助けとなり、そしてそれが依存症に抵抗する助けとなった。このような行動反応は、アルコール依存症の治療法に関する現代の認識の観点から見ても最も有効だと考えられている。これによって依存症患者に社会的アイデンティティが与えられることは非常に重要なことである<sup>41, 42)</sup>。人が自身を個人として認識すればするほど、作品中で自己実現すればするほど、その人の個性を奪っているアルコールに頼ることが少なくなる。アルコール依存症を克服するための最も効果的な方法が、その人が好きで関連する創造的あるいはプロフェッショナルな活動に基づいている、ということは偶然ではない<sup>43)</sup>。アルコール依存症の治療におけるさまざまな音楽療法技術の使用に関する12の大規模なランダム化比較試験の系統的な研究は、songwriting(作曲)とimagery methods(音楽聴取による創造的イメージ法)が最も効果的だと示している<sup>44)</sup>。

ムソルグスキーの伝記の中で G. N. フーボフは「喪失の痛みや病の苦しみに耐えながら彼は音楽に没頭した。そこは悲しい運命から隠れることができる唯一の場所であった。そしてそれらの創作的な衝動がムソルグスキーを鼓舞し、彼の闘志を支え、より良い未来への希望を繋いだ。最後の苦しい数年の間にも彼の手紙には、憂鬱な思考、辛い告白や怒りに満ちた皮肉の間に常に不屈の強い信念が感じられる。」<sup>14, p. 507</sup>と書いている。

(著者らには申告すべき利益相反はない)

## 文献

- 1) Breitenfeld T, Vodanovic M, Ilic B, Breitenfeld D, Buljan D, Vuksanovic M, Oreskovic A, Glavina T. Psychoses in composers. Alcoholism and Psychiatry Research: Journal on Psychiatric Research and Addictions. 2013;49 (2) :123-129.
- 2) Sostar Z, Vodanovic M, Breitenfeld D, Breitenfeld T, Buljan D, Granic R. Composers-substance abusers. Alcoholism and Psychiatry Research. 2009;45 (2) :127-133.
- 3) Dietrich A. The mythconception of the mad genius. Frontiers in Psychology. 2014;5:79-82. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00079>
- 4) Ludwig AM. Alcohol input and creative output. Addiction. 1990;85 (7) :953-963. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb03726.x>
- 5) Толстой Л.Н. О музыкантах. Российская музыкальная газета. 1911;1:40. [Tolstoi LN. About musicians. Rossiiskaya muzykal'naya gazeta. 1911;1:40. (In Russ.).]
- 6) Голенищев-Кутузов А.А. Воспоминания о М. П. Мусоргском. Музыкальное наследство. М.: Музгиз; 1935. [Golenishchev-Kutuzov AA. Memories about M.P. Mussorgsky. Muzykal'noe nasledstvo. M.: Muzgiz; 1935. (In Russ.).]
- 7) Shostakovich D, Volkov S. Testimony: The Memoirs of Dmitri Shostakovich as related to and edited by Solomon Volkov. New York: Harper & Row; 1979.
- 8) Lerner V. The pathography of composers: Modest Mussorgsky. Journal of Medical Biography. 1998;6 (3) :175-181. <https://doi.org/10.1177/096777209800600312>
- 9) Baeck E. The decay and death of Modest Musorgsky. Neurological disorders in famous artists. Bazel: Karger Publishers; 2005;9:141-149. <https://doi.org/10.1159/000085629>
- 10) Breitenfeld D, Bergovec M, Thaller V, Detoni J, Breitenfeld T, Jagetić N, Smoljanović T, Prstačić M. Modest Petrovich Musorgsky (1839–1881) – Pathography. Alcoholism. 2009;40 (1) :69-73.
- 11) Стасов В.В. Живопись, скульптура, музыка. Избранные сочинения в 6 ч. М.: Юрайт; 2017;3. [Stasov VV. Painting, sculpture, music. M.: Yurait; 2017;3. (In Russ.).]
- 12) Гордеева Е.М. М.П. Мусоргский в воспоминаниях современников. М.: Музыка; 1989. [Gordeeva EM. M.P. Mussorgsky in the memoirs of his contemporaries. M.: Muzyka; 1989. (In Russ.).]
- 13) Компанейский Н.И. Воспоминания о М.П. Мусоргском. Русская музыкальная газета. 1906;11:272. [Kompaneiskii NI. Memories about M.P. Mussorgsky. Russkaya Muzykal'naya Gazeta. 1906;11:272. (In Russ.).]
- 14) Хубов Г. Мусоргский. М.: Музыка; 1969. [Khubov G. Musorgskii. M.: Muzyka; 1969. (In Russ.).]

- 15.) Calvocoressi MD. Modest Mussorgsky, his life and works. Essential Books Translated from French by Abraham Gerald. G. London: Tinling and company limited; 1956.
- 16) Головинский Г.Л., Сабинина М.Д. Модест Петрович Мусоргский. М.: Музыка; 1998. [Golovinskii GL, Sabinina MD. Modest Petrovich Musorgskii. M.: Muzyka; 1998. (In Russ.).]
- 17) Emerson C. The life of Musorgsky. New York: Cambridge University Press; 1999.
- 18.) Rieseemann O. Mussorgsky. Translated from German by P. England. New York, London: Knopf A.A.; 1929.
- 19) Calvocoressi MD. Mussorgsky's Youth: In the Light of the Latest Information. The Musical Quarterly. 1934;20 (1) :1-14. <https://doi.org/10.1093/mq/xx.1.1>
- 20) Федякин С.Р. Мусоргский. М.: Молодая гвардия; 2009. [Fedyakin SR. Musorgskii. M.: Molodaya gvardiya; 2009. (In Russ.).]
- 21) Орлова А.А., Пекелис М.С. Модест Петрович Мусоргский: литературное наследие. М.: Музыка; 1971. [Orlova AA, Pekelis MS. Modest Petrovich Mussorgsky: literary heritage. M.: Muzyka; 1971. (In Russ.).]
- 22) Тиганов А.С. Модест Петрович Мусоргский. Психиатрия. 2015;3:95-97. [Tiganov AS. Modest Petrovich Musorgskii. Psikhatriya. 2015;3:95-97. (In Russ.).]
- 23) Борисенко В.В. Современные представления об эпизодическом употреблении алкоголем и запойных формах алкогольной зависимости. Вісник української медичної стоматологічної академії. 2014;14 (3) :290-294. [Borysenko VV. Modern conceptions of episodic alcohol drinking and drunken forms of alcoholic addiction. Vestnik Ukrainskoi Meditsinskoi Stomatologicheskoi Akademii. 2014;14 (3) :290-294. (In Russ.).]
- 24) Орлов Г. Летопись жизни и творчества Мусоргского. М.—Л.: Музгиз; 1940. [Orlov G. Chronicle of Mussorgsky's life and work. M.—L.: Muzgiz; 1940. (In Russ.).]
- 25) Римский-Корсаков Н.А. Летопись моей музыкальной жизни. Изд. 6-е. М.: Музгиз; 1955. [Rimskii-Korsakov NA. Chronicle of my musical life. 6th edition. M.: Muzgiz; 1955. (In Russ.).]
- 26) Montagu-Nathan M. Moussorgsky. New York: Duffield; 1917.
- 27) Комиссаров Д.Г. Картинки с выставки» как вершина фортепианного творчества М.П. Мусоргского. Альманах научно-методических работ выпускников Тольяттинской консерватории «Молодые-молодым». 2014;1:28-37. [Komissarov DG. Pictures from an exhibition» as the pinnacle of piano creativity M.P. Mussorgsky. Al'manakh nauchno-metodicheskikh rabot vpusknikov Tol'yattinskoi konservatorii «Molodye-molodym». 2014;1:28-37. (In Russ.).]
- 28) Cristea A. Pianistic Mastery of Modest Mussorgsky's Pictures at an Exhibition: Developing Associative Thinking through Analysis of Musical Texture. Florida: University of Miami Coral Gables; 2016.
- 29) Нехорошкина Л.В., Храмов В.Б. К вопросу об интерпретации сюжетной линии «Картинок с выставки» М.П. Мусоргского. Культура и время перемен. 2016;3:14-21. [Nekhoroshkina LV, Khramov VB. To the question of the interpretation of the plot line «Pictures from the exhibition» of the MP

- Mussorgsky. *Kul'tura i Vremya Peremen*. 2016;3:14-21. (In Russ.).]
- 30) Немировская И.А. Мусоргский и Голенищев-Кутузов: «Без солнца». *Sciences of Europe*. 2017;15:6-15. [Nemirovskaya IA. Mussorgsky And Golenishchev-Kutuzov: «Without the sun». *Sciences of Europe*. 2017;15:6-15. (In Russ.).]
- 31) Фрид Э.Л. Мусоргский: проблемы творчества. Исследование. Л.: Лениздат; 1981. [Frid EL. *Musorgskii: problems of creativity*. Study. L.: Lenizdat; 1981. (In Russ.).]
- 32) Lee HJ. *The Evolution of Lyricism in Modest Musorgsky's Compositional Style as Evidenced in Songs and Dances of Death*. Greensboro: The University of North Carolina at Greensboro; 2011.
- 33) Anduri GM. *Musical portrayals of death in Musorgsky's «Songs and Dances of Death»*. Hattiesburg: The University of Southern Mississippi; 2015.
- 34) Fuh J. *Musical Means in Mussorgsky's Songs and Dances of Death: A Singer's Study Guide*. Columbus: The Ohio State University; 2017.
- 35) Орлова А.А. *Mussorgsky in St. Petersburg*. Л.: Лениздат; 1974. [Orlova AA. *Musorgskii v Peterburge*. L.: Lenizdat; 1974. (In Russ.).]
- 36) Абызова Е.Н. *Модест Петрович Мусоргский*. 2 изд. М.: Музыка; 1986. [Abyzova EN. *Modest Petrovich Moussorgsky*. 2th ed. M.: Muzyka; 1986. (In Russ.).]
- 37) Кушнир Г.М., Иошина Н.Н. Эпилептические приступы у больных алкоголизмом. *Неврология*. 2015;19(2):10-13. [Kushnir GM, Ioshina NN. *Epileptic seizures in patients with alcoholism*. *Nevrologiya*. 2015;19 (2) :10-13. (In Russ.).]
- 38) Johnson DM. *A stylistic analysis of the early and late songs of Modest Petrovich Mussorgsky (1839–1881)*. Lubbock: Texas Tech University; 1976.
- 39) Трёмбовельский Е.Б. *Стиль Мусоргского*. М.: Композитор; 2010. [Trembovel'skii EB. *The style of Mussorgsky*. M.: Kompozitor; 2010. (In Russ.).]
- 40) Рачина Б.С., Витковская Т.Г. К вопросу о природе творческого дарования М.П. Мусоргского. *Методологические и методические проблемы современного музыкального образования*. 2016;240-246. [Rachina BS, Vitkovskaya TG. *To the question of the nature of the creative talent of M.P. Mussorgsky*. *Methodological and Methodological Problems of Modern Music Education*. 2016;240-246. (In Russ.).]
- 41) Best D, Eckwith M, Haslam C, Haslam SA, Jetten J, Mawson E, Lubman D. *Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: the social identity model of recovery*. *Addiction Research & Theory*. 2016;24 (2) :111-123. <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1075980>
- 42) Dingle GA, Cruwys T, Frings D. *Social identities as pathways into and out of addiction*. *Frontiers in psychology*. 2015;6:1795-1792. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01795>
- 43) Murphy KM. *Music therapy in addictions treatment: A systematic review of the literature and recommendations for future research*. *Music and Medicine*. 2017;9 (1) :15-23.

- 44) Wasmuth S, Pritchard K, Kaneshiro K.  
Occupation-Based Intervention for  
Addictive Disorders: A Systematic Review.  
Journal of Substance Abuse Treatment.  
2016;62:1-9. [https://doi.org/10.5014/  
ajot.2015.69s1-po3103](https://doi.org/10.5014/ajot.2015.69s1-po3103)

連載

## 自分史・神経精神医学をめざして(1)

前史・生い立ち 1935～1954

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰

## はじめに

自分のことを書くのは難しい。本誌の編集者から自伝を依頼されたとき、戸惑ったが、来た道を振り返る機会を与えて頂くことは有難いとも思った。しかし、自分史というものは、世間のだれでも知っている有名人か、特別に興味深い体験をしたひとが記すもので、ごく普通の人間である私のような者が、何か書いても、皆さまの関心を呼ぶはずはない。

したがって、どなたかに読んで頂くことを特に期待しないで、自分における出来事を思い出す作業として、ただ記録を残すというかたちで書かせて頂くことにする。しかし、それではあまりにご迷惑であるかも知れない。そこで、小生について、ざっと概観して頂くために、まず、あるところに掲載された略歴<sup>1)</sup>の記述をそのまま引用することから始めさせて頂く。

## 三好 功峰 (みよし こうほう)

日本の医学者。専門は精神医学、ことに老年精神医学と神経病理学。認知症を含めた大脳器質性精神障害の臨床的ならびに脳病変の研究。兵庫医科大学教授、京都大学大学院教授、兵庫県立高齢者脳機能研究センター所長を歴任。国際神経精神医学会会長および理事長、一般財団法人仁明会精神衛生研究所所長を務める。現職は一般財団法人仁明会精神衛生研究所名誉所長。



写真1：右、京都大学退官後1年目（2000）

写真2：左、国際神経精神医学会・神戸シンポジウム（2010）

認知症を含む大脳疾患の診断や治療においては、精神医学と神経学が密接に協力しあう専門領域である「神経精神医学」が不可欠であるとの観点から、国際神経精神学会の設立に関わるとともに、我が国においても、この専門領域の確立を提唱した。精神医学のなかでも、大脳の器質性疾患による精神障害を主に研究した。とくに、アルツハイマー病、前頭側頭葉変性症、クロイツフェルド・ヤコブ病、パーキンソン病、脳血管性障害などの精神症状・神経症状や脳病変の研究を行った。また、老年精神医学の領域において、認知症や老年期のうつ病、幻覚、妄想、せん妄などの臨床研究に関わった。

## 生まれた日

生まれたのは、昭和10年(1935)の晩秋である。その翌年の2月には、当時の日本を震撼させた陸軍青年将校による2.26事件が起こった。

私は、3男で末子として生まれた。生まれたその日に、足元に入れてもらった湯たんぽで右の踵に大火傷をした。あまり激しく泣くので、布団をとってみると、小さな足の踵の部分に、その半分位の大きさの水疱がくっついていてという。その火傷のあとは小生の足にいまでも残っている。

Autobiography : With my Face toward Neuropsychiatry  
No1, Childhood and High School Days  
Koho MIYOSHI, MD, PhD  
Jinmeikai Institute for Mental Health

私のすこし凝った名前は、父の従兄<sup>2)</sup>が自分のために用意した雅号の候補のひとつを流用したものであると聞かされている。そのひとの雅号は「仙峰」、余分となって小生の名前に流用されたのが「功峰」である。イサミネと呼ばれた。「功(いさおし)を山ほど立てる」という意味があることは、小生も子供の時に、何度か親に聞かされた。後に、あるきっかけで、コウホウと自称するようになった。それは大した理由ではないが、後々書かせて頂くことにする。

いずれにせよ、足のやけどと、赤ん坊にしては、すこし変な名前をもらって、私の人生が始まることになったわけである。

## 家族

父・徹次郎は鳥取県米子市内で呉服商を営む家の次男であった。私が生まれた時は、日本海新聞社取締役をしていた。本家筋の従兄<sup>2)</sup>(三好英之、雅号は仙峰、戦前は衆議院議員、公職追放から復帰して、参院議員、鳩山第1次内閣の国務大臣・北海道開発庁長官)の事業の一つ、新聞社を手伝っていたのである。米子市の市会議員をしていたこともある。英之氏の地元の留守番役のような存在であったのか、国政選挙があると地元の選挙事務所の責任者をしていた。昔風で、厳格であり、とくに父親に甘えたという記憶はない。

母・恒子は、旧姓、国谷。米子近郊の富永村の生まれ、6人兄弟姉妹の長女。子供のときに罹患した心内膜炎のために終生、心臓弁膜症を残した。江戸時代には、国谷春岱<sup>3)</sup>という京都で呉春・景文のもとで四条派を学んだ画家がいたという。

嘘のような話であるが、父方の祖父(三好音次郎)が母の実家を訪れた際に、「この子は気に入った、息子の嫁に連れてゆく」といって、米子の家に連れ帰ったという。しばらく行儀見習いのような状態で、兄嫁に気を使って苦勞したというが、父の勤める新聞社の近くに別に住むようになったときには、家財道具は何もなくなるとも、こんな嬉しいことはなかったと繰り返し聞かされた。

兄姉は4人。長姉・千春は、小生が生まれる1年前、12歳で結核のため死亡したので写真でしか

顔を知らない。長兄・知光は、大正15年生まれ。戦争中、上海同文書院の予科(当時、上海にあった日本の教育機関・大学、終戦とともに廃校)に県費で留学した。現地召集で陸軍に徴兵され、帰国後は、米子の商店街で衣服を扱う店を開いて家計を支えた。大柄で、頼りになる兄貴であった。83歳で死亡。次兄・弘光は、昭和3年生まれ。長兄とは別に衣料品店を経営した。92歳で死亡した。次姉・咲子は昭和7年生まれ。松江の内科開業医に嫁いだ。80歳で死去した。



写真3：国民学校入学(1941)。小学校は当時、国民学校と呼んだ。



写真4：国民学校5年(1945)(前中央)。父：徹次郎。母：恒子、次兄：弘光、姉：咲子と共に。長兄は中国で従軍していた。

## 末っ子

母は心臓弁膜症のために子育ては苦しかったようである。末っ子の私は、お手伝いをしていた西井の菊さんという高年の女性の家に連れて行かれ

て過ごすことが多かった。里子のような存在であったのかも知れない。ある時、私とその家に懐き過ぎてしまったのに気づいた母が、慌てて、家で育てることにしたという。それが何歳頃であったか、いまではよく分からない。いずれにせよ幼稚園に通うようになる前のことである。

兄弟のなかで末子というのは、一般的には、親からは長子ほどには厳しく扱われることは少なく、よく言えば自由に、ときには甘えん坊に育てて責任感が乏しいと言われる。しかし、これはあくまでステレオタイプな見方である。私自身の体験では、他の兄弟からみると員数に入らない半人前の扱いを受けやすい存在であって、しばしば無視されて、悔しい思いをさせられるのが末子というポジションである。

大阪の叔父(母の妹の夫)がある年の夏、訪ねて来て数日間滞在したことがある。都会の珍しい話に我々子供たちは目を輝かせた。その挙句、われわれ子供達を大阪の街をみせるために連れてゆくというところまで話が発展した。いざ出発という日になって、叔父と兄姉の姿が突然消えた。彼らは、すでに大阪へ向けて出発していたのである。ちゃんと話してくれれば、納得するのに、年少であるからといって置き去りにされたことが、心底、悔しかった。こんな悔しさ一杯の“置き去り症候群”みたいな体験は、末っ子の三男坊は、しばしば体験した。つまり、末っ子には、それはそれで辛いところがあった。

しかし、いま考えてみると、やはり末っ子は、員数外であったために、家族に迷惑をかけながらも、世間しらずのまま、勝手気ままに育ったのである。

## 米子幼稚園

幼稚園の頃のことはほとんど記憶がない。ただ、入園式のため運動場で待っている時の記憶はある。その幼稚園は、3歳年上の姉の通っていた明道小学校に隣接していた。親に連れられてきた子供たちが、初めて親と離れて集団生活の第一歩を踏み出す訳で

あるが、私を連れて入園式にきたのは姉であった。姉は、隣の小学校に通っていたので、そのついでに弟を入園式につれてきたのである。「自分は、ずーっとここにいるから、大丈夫よ、心配しなくても良いからね」と私を言い含めて、すぐ、どこかにいなくなってしまった。しばらく姉の姿を探したが、自分でも訳のわからない腹立たしい気持ちが抑えられないほど募ってきた。ここでも、また、“置き去りショック”であった。しかし、今考えてみると、姉も小学校の3年生であり、自分も小学校の教室に急いで行く必要があったわけである。

幼稚園に入園した年は、皇紀2600年(昭和15年、西暦1940年)に当たっている。

この呼び方は、神武天皇の即位の年を元年としたものである(1872年に制定され、1948年に廃止)。小学校に通うようになって、校長室の前に、東京で開催された紀元2600年の記念行事の写真が展示されていたのを見たことを思い出す。このように、当時は日本の年号は皇紀と年号(昭和)が併用されていた。今のように西暦が繁用される時代ではなかったが、もし、それが加わっていれば、当時の私のような幼稚園児には、まさに年号は混乱の極であったことになる。このような年号があったことを知っているひとは、いまでは、ほとんどない。実際には、昭和15年という呼び名が最もよく使われた。

## 国民学校

通った小学校は、明道国民学校という。小学校は、戦争が始まった年に、国民学校と改称された。この名称はドイツのフォルクス・シューレに因んだものかと思われる。国民学校は戦争の記憶と結びついている。

入学したのは、1941年4月、その年の12月に、太平洋戦争が始まった。当時は大東亜戦争と聞いた。「臨時ニュースを申し上げます。臨時ニュースを申し上げます。大本営陸海軍部、十二月八日午前六時発表。帝国陸海軍は本八日未明、西太平洋においてアメリカ、イギリス軍と戦闘状態に入れ

り」というラジオのニュースは、母と姉と三人で、早朝の冷たい台所で震えながら聞いた。

学校では、四大節と呼ばれた祝祭日には、必ず生徒は講堂に集められた。その日の講堂の正面には、奉安殿(保管のための倉庫)から移された天皇、皇后の写真(御真影)が飾られ、校長先生が厳かな声で教育勅語を読むことになっていた。「朕惟フニ我カ皇祖皇宗國ヲ肇ムルコト宏遠ニ徳ヲ樹ツルコト深厚ナリ」で始まり、最後は、「御名御璽」で終わるのである。もちろん、小学生には、その意味を理解できるものではなかったが、講堂では、生徒全員が直立不動の姿勢で聞いた。当時はそのような皇室の神格化がおこなわれた時代で、天皇は現人神(あらひとがみ)であったし、われわれも皇國日本の不滅を信じる“軍国少年”であった。

## 代用食

緒戦の真珠湾攻撃やマレー半島上陸などの戦果の華々しさは、よく覚えている。シンガポール陥落記念と称して児童全員に軟式テニスのボールが、配られたりした。しかし、その後は、「欲しがりません、勝つまでは!」という当時の戦時標語が示すように物資の欠乏の時代に入っていった。食料は配給制であり、身辺からは、あらゆる日常品も姿を消した。米の不足を補うために、麦、さつまいもや団子をいれた粥は常食となった。砂糖、小麦粉、肉類などは目にする事は無くなった。とうもろこしの粉で焼いたパンは、代用食の象徴のような存在であったが、姿は美味しそうなコッペパンにみえても、触るとパラパラと崩れた。学校の校庭は畑にされて、ジャガイモやとうもろこしが植えられた。

「ぜいたくは敵だ」どころか、その頃の子供たちは、食料や日常品の潤沢にある時代など、一度も経験したことがなかったのである。食料や日常生活物資の欠乏は、当時の日本全体を覆っていた重い空気のようなものであった。皆が同じ状況なので、それがごく当たり前のことと感じていた。山陰地方の田舎でもこのような状況であった。

## 珍しい本

子供のくせに、本は好きであった。家の物置には、兄姉の読んだと思われる雑誌や童話の本が、みかん箱のなかに残されていた。巖窟王も、エジソンの伝記も、真田十勇士の講談本もあった。両親も兄たちも、そんなものがあるなどとは一切言わなかったが、それを見つけたときには、宝物を探しあてたような気持ちで、胸がどきどきした。戦争中である、世の中ではあらゆる物資が欠乏していた。本も例外ではなく、本屋さんには、このような本は一切なかったのである。手垢のついていたものであっても、これは兄姉が末っ子の私に残してくれた余徳のようなものであった。

小学校の低学年の頃である。書店の奥の棚に、表紙は自分の持っている国語の教科書そのものであるが、小さな字がぎっしりつまった、中身がまったく理解できない本をみつけた。兎に角、珍しい本だと思って、どうしても欲しくなり、すぐに家に帰って、母親にどんな不思議なものかを説明し、ねだることになった。根負けしたのであろうか、母は、お金を持たせてくれた。興奮してその本を家に持って帰ったら、すぐ上の兄がひどく怒って、「すぐに書店に返して来い」といった。実は、それは、先生のために指導要領が書かれたものであったようである。いわゆる虎の巻でもなかった。結局、しぶしぶ本屋に引き返して、お金を返してもらうことになったが、少なからず残念であった。

## 知られていない災害

戦争中の災害はほとんど報道されることがなかったが、1943年9月10日夕方、鳥取でマグニチュード7.2、死者1000人を越す大地震があった。90キロほど西に位置する米子市は震度4であったが、地面は大きく揺れて、防火水槽の水が波立って溢れた。外で遊んでいた私は慌てて家族のいる家のなかに飛び込んだが、母は大声で子供の名前を呼びながら、私を捕まえ、横抱きにして家の外へ連れてでた。父は、運の悪いことに鳥取へ所用でかけていた。連絡のつかなかった父は、3日後、

鳥取から米子まで歩いて帰ってきたが、その間の母の心配は一通りでなかった。

米子市から弓ヶ浜半島を北に向かって行くと境港という山陰地方随一の良港がある。終戦後の年の春、この港で爆薬の積み下ろしをしていた軍の徴用船舶が大爆発をおこし、境港の街の3分の1が焼失し、乗組員全員が死亡、街の人たちの死者115人、負傷者309人という事故があった。玉栄丸事件である。その時、境港の中学校に通っていた次兄と、三井木造船船という会社にいた父とが境港にいた。二人とも船の火事というので、物見高く、その火災現場を見に行ったが、鎮火したようすであったので、現場を離れたらしい。それからしばらくして、積んでいた爆薬に引火して大爆発があり、今度は、多くの人がそれに巻き込まれた。父と次兄は、生死、紙一重であった訳である。ただ、あまりにも、衝撃的なことであったためか、父も次兄も、後になっても詳しいことは話そうとはしなかった。この様な戦時中の災害は、軍による情報統制が行われて、新聞でも報道されることがなく、この地方の一部でしか、知られていない。

### 機銃掃射

戦況は、次第に怪しい雲行きに変わってゆき、次第に威勢のよい報道は行われなくなった。大本営発表の戦況報道には誇張があるということは、大人の間では常識であったようであるが、ミッドウエー海戦、ガダルカナル島での敗戦などは知るよしもなかった。そのうち、アツツ島玉砕の報道をきっかけとして、戦地での敗戦が知らされるようになった。

戦争も終わりに近づいた頃には、米子のような地方都市にも、しばしば空襲があった。近くの陸軍美保飛行機隊の飛行場があり、その空襲にいった帰りであろうか、艦載機が、町に銃弾をばらまいて行った。迎撃する日本の飛行機はなく、艦載機は自由に飛び回っていた。

1945年7月23日から、山陰地方の本格的な爆撃が始まった。

米子市においても数回の空襲を受けるようになり、7月24日から28日にかけて艦載機の攻撃にさらされた。特に28日は、午前6時から午後4時過ぎまで、警戒警報、空襲警報の発令解除の連続であった。被害も28日に集中している。大谷町の変電所も攻撃され、駅前の旅館の家族4人と土間に逃げ込んだ3人はロケット弾により死亡した。(総務省ホームページ、国内各都市の戦災の状況より)。

この記事の終戦の年の7月28日の米子駅前の空襲は、駅から1キロほど離れた私の家の2階の屋根からみていたことになる。低空飛行のグラマン戦闘機が両翼のところから、ロケット弾を発射し、地上まで2本の閃光と黒煙が一直線に米子駅の方角に走るのをみたときは、その迫力に度肝を抜かれた。そのすぐあと、わが町内も、艦載機の機銃掃射を受けた。遠方から何度も繰り返して近づく爆音、低空飛行をして機関銃を撃つ音、パラパラという隣近所の家屋根に銃弾があたる音に驚いて、家族とともに、押入れのなかで、布団を被って息を潜めていた。あとで考えると、安全な場所というより、ただ、ただ、狭いところに潜り込んでいた。

過酷な戦時の体験は、私の年代の者にはまれではない。本当は、私の体験などは物の数ではない。旧制中学の生徒であった妻の兄は、終戦の前日、8月14日の第8回大阪大空襲(B29約150機による陸軍造兵廠の爆撃によって国鉄京橋駅で夥しい犠牲がでた)、いわゆる“京橋駅空襲”に遭遇し、心理的なショックから立ち直れなくて、しばらく学校に行くことができず、朝、家は出るものの、魚釣りをして過ごしていたという。妻は、その京橋駅空襲の日は、疎開先の近郊・寝屋川で、学校からの家に帰る途中に、パイロットの顔が見えるほどの超低空飛行の艦載機に追いかけられたという。

戦争の体験は、ほとんどのひとが話しながらない。それほど、こころに大きな傷を残している。

そのようなことがあって、父徹次郎の元乳母の家という米子から南に10キロほど離れた農家に家族全員が疎開することになった。学校には1日だけ行って、そのあとは、その家の子供たちと近所

の川で水遊びをしたり、草鞋の作り方を学んだり、畑仕事をしたりした。

その1月後には、広島、長崎の“新型”爆弾投下があり、敗戦は時間の問題であったわけである。

## 終戦

1945年8月15日、終戦のいわゆる玉音放送を聞いたのは、米子で機銃掃射を受けてから半月余りしか経っていない。疎開先の家の縁側で、両親、姉と共にその放送を聞いた。日本中、どこでも、抜けるような青空であったそうである。初めて耳にする天皇の声は、ラジオの雑音のせいによく聞き取れなかった。それは、「朕深く世界の大勢と帝国の現状とに鑑み、非常の措置を以て時局を收拾せむと欲し、ここに忠良なるなんじ臣民に告ぐ」で始まり、「各々最善を尽くせるに時局必ずしも好転せず、世界の大勢、また我に利あらず」「朕は時運のおもむくところ耐え難きを耐え、忍び難きを忍び、もって萬世のために太平を開かむと欲す」「なんじ臣民、これよく朕が意を体せよ」というものであった。

戦争が終わったということは何となく感じでわかった。戦争が終わった日には、恐らく日本中の人たちが感じたことを、子供心にも感じた。子供であったために余計に強く心に残ったのかも知れない。それまでの絶対的確信(日本は神國であり、戦争に負けそうになったら神風が吹く)が、あっけなく否定され、日本人であるというプライドを一気に喪失したのである。

考えてみると、これは歴史の節目であった。時代が一転し、価値観が手のひらを返すように、簡単に切り替わることがあるということを体験したわけである。

終戦後、半年間、何の音沙汰もなく、中国で、生死が不明であった長兄が、1946年1月、何の前触れもなく帰国した。兄は自分の部隊がクリークのほとりで襲撃され、二人だけ生き残ったというハラハラするような話を聞かせてくれた。また、中華料理の酢豚や豚まんなどについて詳しく説明してく

れたりしたが、からかわれているような気がした。みたこともない食べ物の話は、我々には全く理解できなかった。上海で大流行していたという夜来香の歌も教えてくれた。このようにして我が家の戦争は終わった。小生は当時11歳であった。

## 戦後の混乱

1947年2月には、全国的なゼネストが計画されたが、決行直前に占領軍の指令によって中止された。また、同じ頃から、シベリアに抑留されていた旧日本軍の将兵の帰国が始まった。1949年頃であったか、その歓迎のためということで、米子駅まで、クラス全体が動員されて出かけたが、出迎えた人たちに向かって、みかん箱の上に立ち、帰国した数名の元兵士が、ひとりずつ、演説をした。「疲れた、帰国して嬉しい、ゆっくり暮らしたい」といった話を聞かされると思っていたら、それとは逆に「人民は抑圧されている、いまこそ立ち上がることが必要である」と大声で演説した。いまでは、シベリア抑留の実情は知られており、苦しい状況のなかで洗脳的な思想教育がおこなわれたことを知っているが、帰国者の演説を聞かされたときには、驚きであった。そして子供心には、なんとなく不自然なものと感じられた。

## 母の奮闘

戦後の混乱期には、まず、銀行預金が封鎖され、小額の預金しか引き出せなくなった。結局は物々交換で生活してゆくような状況となった。書画骨董などがあれば、それが生活の糧となったが、それがないと、着物や帯が食料品に化けていった。母は、初めは自分の着物を手放して、それを米に換えることをしていたが、あるとき、米子の商店街に小さな店舗を借りて、そこに自分の着物などを置いた。そして、今度は、売るのではなく、もっぱら買い取る側に回ったのである。一時は、わが家の2階は、溢れるほどの着物で埋まった。そして、最終的には、それらの品物は、1品残さず売り切れていった。このときに得た資金によって、後の

二人の兄の協力で紳士服店を経営することになり、わが家の経済がなり立つことにもつながった。

これは、私の小学校高学年から中学の時代のことである。そのときの母の勇気と決断がなければ、その後、末っ子の私が京都の大学に行くことはなかったかも知れない。そして、また私の人生はいまとは全く違ったものになっていた。

## 昭和天皇の山陰行幸

戦争が終わって2年後、小学6年生のとき、ほんのそばで昭和天皇のお姿を拝見したことがある。1947年11月、天皇の地方巡幸ということで山陰地方においでになり、私たちの小学校も視察の対象となった。授業参観では、私は最前列、教室の入口近くに座らされていたので、昭和天皇は、ほんの目の前に、しばらく立っておられたことになる。あらかじめ、あまり天皇の方をみてはいけない、と言われていたが、私は緊張しながらも、できるだけ頭を動かさないようにして、かつては現人神(あらひとがみ)であった昭和天皇を見ることができた。この時代は、小学生の頭は丸刈り、着ている洋服は、ホーム・スパンと称した粗末な素材の学生服であり、我が国全体が等しく貧しい時期であった。

## 中学生

中学は、小学校のすぐ隣にあった米子第2中学校に通った。それは、1948年から1950年であり、中華人民共和国が建国され、朝鮮戦争が始まったころである。

米子市には第1中学から第4中学まであった。学制の変更によって戦後に発足したため、新制中学と呼ばれた。その分だけ、校舎や設備は必要最小限のものであった。しかし、一方では、自由とか民主主義とかといった言葉が急速に使われだした時代でもあった。アチーブメント・テストが中学生の学力試験として全国的に始められたのが、我々の2年生の時である。3年生と一緒に、その試験を受けた。成績は教員室の前の廊下に順位を

つけて張り出された。

この頃のスポーツといえば、野球が全盛であったが、私には卓球であった。日曜日には学校の講堂に行けば卓球台は自由に使えた。

中学生の頃、友人と自転車で街のなかで、遊びながら走り回っていて、街角で、トラックと衝突しそうになったことがある。紙一重というか、ほんの何秒かの差で事故にはならなかったが、これも思い出すと足が震えるほどの、忘れることができない体験であった。

この学校は、2012年に廃校となり、跡地は米子市立図書館、米子市美術館の建設のために使われた。

## 日本海

あわや死にかけたことがもう一度ある。兄弟で境港の海岸に海水浴に行った時、海で泳いでいて小舟に上ろうとしたが、意外なことに体が浮き上がり、身体が船底に貼り付けられてしまって動けなくなった。そのうち、呼吸が苦しくなり、ダメかと思った。

そのときに長兄が引き揚げてくれた。海中からみた船底のかたちなどの情景は、そのときの焦りの気持ちとともにいまでもはっきりと覚えている。生死の分かれ目を体験することは、心にPTSDのような一種の傷を残す。心の粘りがなくなってしまいうのかも知れない。

水泳では、よい思い出もある。学校の夏季行事のひとつであったか、数名の希望者が、島根半島の美保の関の近く七類海岸でのキャンプに連れて行って頂いた。古事記には、建御名方神(たけみなかたのかみ)が天照大神の命を受けて、出雲へ行き、大国主神命に国譲りの談判をしたとき、その子、事代主命(ことしろぬしのみこと)の同意が必要であるといわれて、わざわざ魚釣りをしているところまで出かけたというエピソードがあるが、その場所が美保の関である。

島根半島の北側の海岸線は、人家も少なく、自然そのものであった。通常の海水浴場の砂浜とは

違って、荒々しい岩礁から、そーっと海に入ると、足元は絶壁のように切れ込み、限りなく透明な海はとてつもなく深く、まるで崖の上から空中に飛び出すような錯覚を覚えるほどであった。

## 地方競馬

学区の関係で、1里ほど離れた皆生温泉から通学する生徒もいた。その友人に連れられて、皆生温泉の地方競馬を見にいった。レースには、速歩(並足走)とキャンター(全力疾走)の2種があったが、馬が走って勝ち負けを決めるということには迫力もあり、これは結構、病みつきになった。レースの間には、パドックで馬の姿を見て、それから大声をあげている予想屋の前でしばらく立っていて、それから、馬券を買うわけである。予想屋の手から秘密めかしたメモを受けてとってお金を払う人たちもいた。

馬券を買って小遣いをつかい果たし、路面電車に乗れず1里の距離を歩いて家まで帰ったこともある。「あの街、この街、日が暮れる」という童謡の世界である。心細い夜道であった。家についたときには親には叱られるものと覚悟していたが、父は、「いい勉強になったな」、と行って笑っただけであった。数ヶ月後には、その地方競馬場は閉鎖となった。そのあとは、今日に至るまで競馬場には、一度も足を踏み入れたことはない。

## 修学旅行

中学の修学旅行は、1950年の春、関西地方であった。行き先は、まず、車中泊で西宮(アメリカ博覧会を開催していた西宮球場)へ行き、その後すぐに関西線で奈良に行き、東大寺、春日大社を訪れた後、猿沢池の畔の旅館に1泊し、京都に回って、清水寺、知恩院、平安神宮、再び京都駅から列車に乗って車中泊で米子に帰るといった強行軍で、行楽地では、生徒が列をつくって歩くといったものであった。それでも文句を言うこともなく楽しいと思って歩いた。歩きながら友達同士で、大声で喋るために声が潤れた。

車中泊というのも、実は生徒全員がそれぞれ板切れ一枚持たされて乗車し、向かいあった座席に4枚の板を渡してできた“板の間”の上に寝るといったものであった。もちろん気持ちよく眠れるわけはなかった。

修学旅行では、特別の手帳を持たされていた。そこには旅行日程やさまざまな注意が書かれていたが、これに名所でスタンプを押して回った。しかし、この大切な手帳は、旅行中にどこかで紛失してしまった。仕方がないと諦めていたが、どこかで手帳を拾った人が、可哀想と思って頂いたであろう、1週間ほど後に学校宛てに送られてきた。このことは、実に思いがけないことであり、心の底から嬉しいと思った。いまでも忘れることはない。

西宮球場は、阪急ブレーブスの本拠地であったが、いまでは、西宮ガーデンズという名のショッピングモールとなっている。住まいから自動車で30分の距離にあり、私ども夫婦は、一月に1度は、買い物にでかけている。しかし、京都、奈良の社寺仏閣は、そのころと変わることはない風情をそのまま残している。

## ある友人

中学生の頃、成績もよく、運動も人並み以上に能力のある友人がいた。日曜日には、その友人と中学校の講堂に行き、卓球をすることが多かった。その友人は、大人びていて、卓球をしても、こちらの動きをよく見て対応するために、なかなか勝つことができなくて悔しい思いをした。高校を受験するころになって、その友人は、高校には進学しない、と言い始めた。当然、高校へと進むと思いを込めていたその友人は家庭の事情で進学を諦めるというのである。結局、彼は中学を卒業すると、鉄道に勤め、中国山脈を縫って走る木次線の列車の機関士として働いていた。後に松本清張の「砂の器」で有名となった亀嵩駅のある路線である。その後のことは、残念ながら知らない。

後になって、これは、私自身にもあり得たこと

でもあると思った。そのとき、自分が高校や大学に進学できることは、当たり前のことと考えてはならないと心に刻んだものであった。終戦から6年、わが家も、世の中も、そのように苦しい時代であった。

## 米子東高校

高校は、米子東高校である。時は、1951年から1954年、サンフランシスコ講和会議で日本は独立を果たし、自衛隊が発足し、東西冷戦が激しくなった頃である。

高校は、旧制・米子中学で、鳥取県西部(伯耆)ではもっとも歴史のある学校であった。私どもと同年輩の人たちには、野球でその名を知って頂いていた。大正14年から野球で甲子園に、春夏あわせて22回出場し、16勝23敗。一番良い成績は1960年春の準優勝である。

家から歩いて30分ほどの大山が望める小高い丘(勝田ヶ丘)の上に、その学校はあった。松林に囲まれた校舎であり、当時は木造2階建であった。昼の時間には、焼きたてのまだ暖かいコッパンが売店で売られた。暑い夏の日、松陰を吹き抜ける風に、汗だらけになったシャツが乾わくのにかかっていると、これほど気持ちのよいことはなかった。

多少、人見知り気味の私にとっては、新しい友人を得るにはすこし時間がかかった。同学年には、後に我が国で最も大きな保険会社の社長や地元のテレビ放送の社長となった者がいる。ドイツ文学者となったものもいる。どうしたことか、精神科医となった者も私を含めて4人いる。当時、精神医学で有名な下田光造先生が、米子医科大学(後の鳥取大学医学部)となり、初代の学長をしておられた。その頃の新聞で、下田の執着性気質のことは読んだ記憶がある。友人たちの精神科医となった理由は分からないが、何かの影響を受けたのかも知れない。

## 先生たち

高校生というのは、考えてみると実に大切な時

期である。その時は、勉強にあまり興味がなくとも、高校生時代に学んだことは、今でも自分の骨組みになっている気がする。中国の故事を教えて頂いた漢文の先生、歴史を理解するには、その背景を知ることが必要であることを教えて頂いた世界史の先生、微積分を噛み砕いて教えて頂いたデカルトと呼ばれた数学の先生、生物の分類がいかに上手にできているかを理解させて頂いたメンデルというあだ名の生物の先生などなど忘れ難い先生は多い。そのなかでも中学でも教えて頂き、私どもと同じ時期に高校へ移ってこられた理科の先生には、大変お世話になった。夜間にご自宅で、塾のように数名の生徒が集まって週1回だけ数学を教えて頂いたが、それまで公式を覚えて、機械的に問題を解いていて行き詰まっていた私を徹底的に鍛えて頂いたと思っている。また、夏休みには、そのグループで伯耆大山の大山寺の宿坊に泊まり、山と一緒に歩いて頂いた。頂上から裏大山へ向かう尾根筋の一部には有名な痩せ尾根があった。高校生は、怖い思いをすることが結構楽しいと感ずる時期であることを心得た先生でもあった。

## 初めての東京

高校2年の終わったとき、東京で服飾の勉強をしていた姉がいた家に、10日間ほど過ごす機会があった。家の主は、私が“予備の雅号”を流用させて頂いた人物である。政治家というのは結構忙しい職業のようで、ほとんど、お目にかかる機会はなかった。何日か経って、ある朝、何の前触れもなく、お互いに寝巻き姿のまま、リビングのテレビの前で鉢合わせをした。ちゃんとした自己紹介が必要であったが、私は、その時、ウツといった切り、声がでなかった。先方も怪訝な顔でしばらく私の顔をみていたが、なんとも間の悪いことであった。

ご子息の基之さん<sup>3)</sup>は、一緒に住んでおられたが、当時、国策パルプ社長の水野成夫氏の秘書をしておられた。後に水野氏と一緒に産経新聞に移られて副社長、西武百貨店副社長を勤められた。

作家の米原万里さんをご夫人の姪御さんである。

英之さんの末娘さん、姉・咲子、私と銀座にご一緒したことがあった。いまでもあるコックドールという洋食店で、女性2人には「私はスープだけでよいわ」、「私も」と澄ました顔で先に注文されてしまった。流石に3人続いてスープだけで十分というわけにもゆかず、困惑したが、結局、私も同じものを注文してしまった。フランス料理店に入って、3人ともスープだけ注文して終わり、というのは、いまでは奇妙であるが、当時の銀座コックドールのスープは大変な贅沢品であったのかも知れない。

初めて体験する東京は珍しいものが多く、映画も沢山見たが、いくつかの大学のキャンパスも見て回った。いまから思えば、戦後8年目の東京は、実に活発な復興の最中であった。

## 大学入試

当時の私は、本を読むのは嫌いではなかったもので、店頭に溢れていた太平洋戦争の実録本や文藝春秋などの雑誌の立ち読みするためにほとんど毎日、書店に通った。そのうちに、そのころ出版され始めた大学受験の参考書があることに、自然に気づくことになった。大学受験までの時間は限られているのだから、準備は早く始める方が良いと思ったので、電話帳ほどの厚さの大学入試問題集を買ってきて試みに解答を考えてみることを始めた。今の言葉で言えばゲーム感覚であった。それだけのことが将来を大きく変えることになったと思っている。



写真5：大学受験票に使った写真（1954）

私どもの受験した頃には、進学適正検査というものがあった。これは、文系、理系の2部に分かれた一種の知能検査のようなもので、準備をして点数があがるタイプの試験ではなかった。国公立大学を受験するものは、いまの共通一次試験のように予め受験することが求められていた。この点数の配分は各大学によって様々であった。ちなみに京都大学では、国語、社会、数学、理科、外国語がそれぞれ200点満点、それに進学適正検査が100点満点で加算された。私の受験した1954年は、1948年から続いていた進学適正検査が行われた最後の年であった。廃止の理由は、よく分からないが、試験を用意する側の負担が大き過ぎるので苦情が出たためと聞いている。

受験勉強は早くから始めた者が有利である。準備することは限りなくある。ただ、学んだ知識を記憶に留めておくことは、教科書あるいは受験参考書を1回読んだだけでは無理である。もし、いま受験勉強をすると仮定すると、全体をザッと目を通して、記憶すべき項目を書き出し、それを手がかりにしてもう一度、記憶の再生を試みるべきであると思う。ただ、数学、物理などは、示された数式が何を表現するのか具体的なイメージとして理解することが必要であろう。私にはそれができなかった。いずれにせよ、受験勉強は、誰にとっても時間が足りないと感じられるものである。

大学は、慶応義塾大学の経済学部と京都大学医学部を受験した。慶応義塾大学の医学部は移動のための日程に余裕がなく、受験することは諦めた。当時、カルチャーショックという言葉はまだなかったが、受験会場の日吉校舎では、田舎の高校生は、都会っ子に気圧されるばかりであった。倍率は極端に高く、合格するには運が大きく作用した。保険の掛け捨てのような気分で試験を受けた。それでも一次試験で合格の電報をもらったのは、相当に運がついていた。

二次試験の面接は三田の校舎で行われた。型通りの会話のあと、「愛読書は？」と聞かれ、まさか福沢諭吉でもあるまいと思って、「H.G. ウエルズ

の世界文化史大系です」と答えると、すかさず「英語で読んだの？」と聞かれた。「エッ、まさか、翻訳です」。こんな調子で二次試験は終わった。

それに比べると京都大学の方は、倍率も極端に高いわけでもなく、出題された問題も正統的で、基礎が分かっていたら普通に解ける問題のような気がした。つまり相性がよかったのである。受験の日には、京大病院の正門前にある和風旅館に泊まった。何人かが同室であり、落ち着いて過ごすことは出来なかったが、かえってその方が、気が紛れてよかったかも知れない。

合格通知をもらった後で、「これまでちゃんと勉強してこなかった自分が、運良く合格してしまったが、本当に大学での勉強について行けるのか」と、急に自信がなくなった。この気分は、4月になって京都に旅立つまで続いた。

このように、この頃の自分には、文系、理系のどちらに進むかは、運任せのところがあった。

#### 文献・資料

- 1) ウィキペディア、三好功峰
- 2) ウィキペディア、三好英之
- 3) 鳥取大学附属図書館 郷土資料データベース  
電子展示室 6。画家の絵画、18。国谷春岱の  
絵画 NO.88
- 4) ウィキペディア、三好基之

連載

## 自分史・神経精神医学をめざして(2)

### 学生時代 1954～1960

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰

#### 大学入学

1897年(明治30年)に京都の地に創設された京都大学は、当初、正式名称は京都帝国大学と呼ばれた。法学部、理工学部、医学部、文学部の4分科が、その順に設立された。医学部ができたのは、1899年(明治32年)であり、京都帝国大学医科大学と呼ばれた。東一条通りの吉田山の鳥居の前、京都大学の本部にある時計台は1925年に建てられたというが、いわば大学のシンボルとなっている。

この時計台がある建物は大学の本部となっており、学生にとって日常的に関係がある場所ではないが、2階の大ホールでは入学式、卒業式を含めた大きな行事が開催される。



写真6：京都大学本部、時計台  
昭和35年卒業生・「京都大学医学部」卒業25周年記念アルバム(1987)

田舎の母は、大阪に住む叔母(母の妹)とともに、小生の入学式に合わせて上洛した。「小学生ではないので、親が入学式に同伴したりしませんよ」と念をおしたにも拘らず、せめて、遠くからでも時計台だけでも見ておきたいと言って譲らなかった。

結局、入学式の日、叔母と二人で大学構内を歩き回ったようである。いまから考えると、豊かとは言えない状況で、3男坊主の気儘な望みに付き合っ、これから永年にわたって家計を切りつめて仕送りすることになることを覚悟するための、自分なりの儀式であったのかも知れない。

#### 宇治分校

私の入学した1954年頃は、京都大学の学生は、はじめの1年間は、宇治分校に通った。新制大学として再発足した1949年に設置された教養部のキャンパスとして設置された宇治分校は、1961年に、吉田分校へ統合され廃止されるまで続いた。

京阪電車の宇治線の黄檗という駅から歩いて10分程度のところにある旧陸軍の火薬庫の跡地にその校舎があった。すぐ隣は自衛隊の駐屯地となっており、反対側には京都大学の木材研究所があった。

ここで過ごした1年間は、実にユニークなものであった。1年目の学生は、1回生と呼ばれた。先生がたは、京都から、ご自分の講義の時間に合わせて、大学の用意したバスでキャンパスに到着された。学生のほとんどは宇治の近くに下宿していて講義に通うだけが“仕事”であったので、いわば、閉鎖された環境で集団生活をしているような具合であった。都会生活を想像していた私のような田舎出身の学生にとっては、少々、期待はずれのところがあったが、それでも勉強する環境だけは十分に整っていたと言える。

#### 講義(1)

私どものクラスは医学部の医学進学課程といって50人のクラスであった。医学科へ進学して専門

Autobiography : With my Face toward Neuropsychiatry  
No2, My Student Days in Kyoto University  
Koho MIYOSHI, MD, PhD  
Jinmeikai Institute for Mental Health

教育を受けるためには、2年後に、理科系の他の学部や他の大学からの受験者と一緒に試験を受けて合格する必要があった。希望通りに医学科に進めるかどうかは、保証の限りではない、というものであった。一般教養科目の選択科目として、文学、倫理、美学、法学、憲法、日本史、世界史など、理系学部の必須科目として、物理、化学、生物、数学、それに語学として英語、ドイツ語などの教科があった。ドイツ語は、大学で初めて基本的な文法の講義から学ぶのであったが、秋には、アルバート・シュワイツァーの「ランパレーネからの便り」といった難解なテキストを読まされたのは、驚きであった。

午前中の講義が終わって、昼食の時間となると、学生食堂の前に長い行列ができた。まず食券を購入し、料理をトレイにとって、大きなテーブルで勝手に座って食事を頂くというスタイルであるが、スイス・ステーキとか、ヒヤムギといったそれまで聞いたことのないメニューがあった。スイス・ステーキという名の由来は、今でもよく分からないが、クジラの焼肉のことであり、ヒヤムギは後で知ったところによるとそうめんの少し太いものことである。学生食堂は、教室と違って情報の交換の場所となっていた。

## 宇治

宇治分校のあった黄檗という地は、中国明朝様式で建てられた禅宗黄檗宗の本山である萬福寺のあるところである。私の下宿は、木幡という駅から西向きに歩いて10分ほどのところにあった。木幡は宇治川の右岸の古い地名で、万葉集に、「山科の木幡の山を馬はあれど歩(かち)ゆ、わが来し汝を思ひかね(柿本人麻呂)」と歌われていて、山道であるイメージであるが、そうでもない。茶畑の多い、穏やかで豊かな土地である。下宿させて頂いたお宅は、茶畑に囲まれた大きな屋敷で、その裏手に宇治電の線路があり、そこで大きくカーブをするために、夜昼なく電車が軋む音が響いていた。宇治の茶の青葉、夏の夜の蛍、秋の虫の音などいず

れもそれなりに風情があったが、冬の寒さには悩まされた。

宇治電の終点の宇治は、いうまでもなく、有名な観光地である。大きな宇治川が悠々と流れ、その河畔に建つ平等院は極楽を模して建てられたというほど、壮麗な伽藍が連なっている。中でも鳳凰堂は、今の通貨(10円銅貨)に刻まれているため、おそらくは知らない日本人はない。また、平家物語で有名なエピソード、名馬いけづきに乗る佐々木四郎高綱と、する墨にまたがる梶原源太景季との宇治川先陣の競いの舞台でもある。

宇治分校は、懐かしいが、1961年に廃止され、今はない。

## 吉田分校

吉田分校には、入学して2年目の学生(2回生)が通った。吉田神社の大鳥居の聳える東一条通り、京大の時計台のある本部と道一つ隔てて向かい合った旧制・第三高等学校の跡である。コンクリート建ての建物は古い姿のままであるが、宇治分校と違って、三高の逍遙歌に歌われた「紅萌ゆる丘の花、月こそかかれ吉田山」というわけで、いかにも大学らしい雰囲気があった。

下宿については、郷里の先輩の文学部学生が卒業するので、自分のいまの下宿を譲ってもよいということであった。そこで、中京区の錦小路から麩屋町通りをすこし北に上がったところの家を見にいったが、あまりにも便利がよすぎて、帰る途中に、あつという間に京都のもっとも繁華な四条河原町に出てしまっていた。これでは勉強には適した場所とはいえないし、通学には時間もかかるので折角紹介されたところであったが、早々に断った。

結局、大学に近いところを探すということになって、農学部の北、田中東春菜町というところの2階建の木造住宅に下宿をさせて頂くことになった。1階の家主の部屋には十匹以上の猫が飼われていた。一匹として同じ毛色の猫はいなかった。

向かいには、ホワイトハウスという名前の小酒

落た洋食店もあった。ナイフとフォークで食事をするなどということは、ここで初めて体験した。この下宿から1年間、農学部の構内を通過して吉田分校へ通った。通り道の百万遍には、進々堂というコーヒー1杯でいつまで居ても文句を言わないお洒落な喫茶店があった。このあたりは、何人かのクラスメートも下宿していて、おちついた雰囲気地域の地域であった。

## 講義 (2)

教養部における講義は、今から考えると、結構、贅沢な内容であった。特に、全学部に通じる講義である日本史における邪馬台国、憲法学の第9条の解釈、美学のルネッサンス美術、生物学の稲作の起源などの講義は、その時は有難味に気づかなかったが、今では、もう一度、聞いてみたいと思うほどである。語学の講義は、後の職業生活に直結する重要なものであった。学生名簿順に指名されてテキストを読んで、和文に直すという形は、どの大学でも同じスタイルであろうが、うっかり準備をして行かないと、教室では、大恥をかくというものであった。英語のテキストは、ジョージ・エリオットの他には記憶がないが、ドイツ語では、テオドール・シュトルム、E.T.A. ホフマン、シュテファン・ツワイクなどの作品が教科書として使われた。

理系学部では、数人のグループで、化学実験などの実習を行う教科があった。よく覚えているのは、実験室で、特定の金属元素の入っている試験管を渡され、何段階かの手順を通して、何が入っているか明らかにする実習である。このような場面で、特別の手際のよさをみせる学生とそうでない者があった。実験の上手な人の様子を見ると、手順が頭の中で整理されていて、実験室では、テキストを開く必要がない様であった。自分自身のことを考えると、実験の手順を、その場で初めて読んで、その通りにしようとするので、うまく行くはずがなかった。しかし、このことに早く気がついたことは、その後の学生生活において大い

に役に立った。実験にせよ、医学における様々な手技を行うにせよ、初めて行うには、段取りの背景にある理由を知り、頭の中で繰り返し、シミュレーションすることで生まれてくる手際のよさが欠かせないのである。実際、医学生が、後に外科医師となって、自分が初めて行う手術の手順について教科書を見ながら施行するなどあり得ないことであるから。

## 映画のロケ

京都は、映画の街である、時には、街角で映画のロケに出会う。ある日、吉田分校から下宿に向かう途中、理学部の構内、正門のあたりで、映画のロケをしていた。今から考えると、「夜の河(1957年)」という映画のロケであった。山本富士子さんが、大学教授の役をしていた上原 謙さん呼び止めるという場面であった。山本富士子さんは「ミス日本」ということで、当時は注目された美人女優さんであり、この映画で、NHKの主演女優賞を受賞したということであるが、何度も同じセリフを言い、同じ行動を繰り返しておられた。このような断片的な繰り返しが映画の撮影の基本かと思われたが、華やかな仕事である割には、傍目から見ると結構、大変のようには見えた。

真如堂の入り口で、中村錦之助の映画のロケを見たこともある。年代からいっても里見八犬伝というシリーズのひとつであったかと思う。大変、セリフの口跡のよい時代劇スターであった。やはり、一場面の撮影であったが、紅葉がはじまった境内で、三重の塔を背景に、立った姿は輝いていた。こんなことも、すっかり忘れていた学生時代の記憶である。

## 医学科受験

本当の医学生になるには、大きな関門が待っていた。元々は、医学部医学科に進むためには、医学部以外の理系学部(薬学、理学、工学、農学)に2年間所属し、その上で医学科へ進学するための試験を受けることになっていた。このシステムに

は、他の学部からもクレームがついたようである。この弊害には、すでに気づかれていて、1953年から医学部も50人の定員の医学進学過程を設置したということである。しかし、それでも、ほかの学部や他大学からの応募者と一緒に受験して合格することが求められた。私は、大学受験で物理を選択しなかったので、教養部の物理学の講義を理解するのは、なかなか骨が折れた。このことは医学科専門過程へ進む試験でも結構重荷となった気がする。いまでも時々、この試験のことは夢にみる。大体、受験のために単位が不足しているというパターンである。その準備を怠った学生は、専門課程に進むことができなかつたのである。結局は、2年間でせつかく仲良くなった10名近くのクラスメートが医師となる志を折って、他の学部へ転じていった。

医学科の試験が終わって、山陰線で帰郷したが、その列車の中で鳥取大学の学生さんと一緒になった。聞いたら京都大学の医学科の入試を受けてきたところであるという。それでは、私と同じ試験を受けたことになる。ああ、こういう方法もあったのだ、と納得した。郷里に帰ってみると、高校のクラスメートで鳥取大学に進学していた岩指薫君も、同じく、京大の医学科を受験したという。さらに米子の商店街のある薬局のご子息も受験されたと聞いた。この人たちは、全員、京都大学の医学部医学科の編入試験に合格しておられて、新しいクラスメートとなった。医学部専門課程のクラスは110名に膨らんだ。そのうち、岩指君は、後日、同じ精神医学に進むことになる。

## 専門教育

専門課程に進んだ春に、わけがあつて下宿を変わるようになった。新しく、その下宿に住むようになった親しい友人が、床柱に釘を打ち込んで、床の間をクロゼットのように改造してしまった。きわめて合理的な改造に思えたが、このことが、家主さんの逆鱗に触れたのである。小生も紹介者としての責任上、一緒にその下宿を出ることにな

り、下鴨の方に転居した。

医学部の専門課程(医学科)に進むと、われわれは医学科1回生ということになった。医学科の講義は、基礎医学の本当の基礎、つまり骨学と呼ばれる骨の構造から始まった。本格的に講義が始まると、解剖学(平澤 興、堀井五十雄、西村秀雄)、生理学(大谷卓造、笹川久吾)、医化学(内野仙治)などの錚々たる諸教授に洗礼を受けることになった。おそらく例年のことであろうが、学生に多少の気のゆるみが出る時期に、「今年の学生は、とくに質がよくない」と活を入れる教授もあった。秋からは解剖実習が始まった。医学部の学生は、この解剖実習を終えて初めて医学生らしくなると言われるほどのことはあった。



写真7：京都大学医学部構内  
道の両側に個々の教室の建物が並んでいた。  
昭和35年卒業生・「京都大学医学部」卒業25周年記念アルバム  
(1987)

解剖学というのは、身体の構造に関する学問であり、本来は機能よりも形態に関わるものである。したがって、講義の内容は、図によって示されることが多かった。平澤教授は、神経系の講義を担当されたが、講義が始まると、まず、黒板の全体を使って色チョークで、神経路のつながりを描かれ、その図を見ながら淡々と説明してゆかれるのが常であった。学生の気の緩む時間帯には、「それは、そうと、君たちは、大変、幸運な人間である。入学試験はもう一度行えば、3分の1は、メンバーが入れ替わる、自分の実力だけでこの講堂にいる

とは思ってはいけない、こころして勉強しなさい」などといった説教や、「それでも、なんでも急ぐだけではうまく行かない、Festina lenteという言葉がある。ゆっくり急げ、ということだ」などと煙に巻くような話もされた。そのときは有り難く拝聴したわけであるが、実際はよく分からない話であった。後に知ったところでは、このラテン語は、古代ローマの初代皇帝アウグストゥスが將軍達に向かって発した言葉で「完璧にやってこそ、速くやったことになる」という意味であったようである(スエトニウス・ローマ皇帝伝、国原吉之助訳、岩波文庫)。

生理学は、専ら身体の機能に関する学問である。笹川教授は、生命の起源に関してご関心が深く、何度も聞かされる話に、Elementary Body of Lifeという概念があった。これは、生命体がするのに必要な、最低限の要素に関するものであった。今では、深海の熱水噴出孔説、宇宙生命起源説などがあるようであるが、当時の我々学生の関心は生命の出現のきっかけとなったものは一体何かということであった。しかし、この生理学の試験は難関であって、クラスの半分以上が不合格、再試験となった。

2年目(2回生)は、病理学(岡本耕造、鈴江 懐)、微生物学(田部井 和)、薬理学(山田 肇)、公衆衛生学(西尾雅七)、衛生学(三浦運一)などの講義を受けた。私は、病理学に関心があり、岡本教室の西塚泰章助教授(後に三重大学病理学教授、愛知県がんセンターの所長、生化学の西塚泰美先生の兄)に所蔵の病理標本を自由に検鏡させてもらった。この教室は、実験病理学に優れているとの評判で、実験的糖尿病ラットの作成に成功しておられた。この頃、病理学に関心をもったおかげで、後に精神医学の教室に入っても、結局、神経病理学といった領域を専攻することになった。

## 十和田湖

2年目の夏休みには、十和田湖で、医科系の学生が、それぞれの大学から数名ずつ、全国から集

まるという行事が催された。私も参加したが、仙台、松島、宮古、盛岡などを経て、青森から八甲田山を経て奥入瀬を通り、十和田湖に入った。京都の暑い夏を避けて、東北地方を歩き回った旅行は、豪勢なものであったが、とくに奥入瀬の溪流をバスの窓から眺めながら、十和田湖畔についたときには、息をのむ思いであった。

初めてカメラを持って風景写真を撮りながら歩き回った。他の大学の医学生との交流も楽しかった。京都に帰って、カメラ部にいたクラスメートに、一番気に入っていた写真を1枚だけみせたら、これは初心者の写真であるといって嘖われた。十和田湖の印象は、後までも強く残っていたため、後年、妻、娘、息子とともに、青森、八甲田山、十和田湖に旅行し、その時と同じ旅館に泊まってみた。建物自体は、建て直されていて、すっかり様子は変わっていたが、周囲の景色は変わっていなかった。

## 北アルプス

クラスの友人、山岳部のひとりがリーダーとなって、北アルプスにいったのは素晴らしい思い出である。松本から島々まで電車で行き、そこからバスで上高地に入ると、まず、大正池と焼岳が迎えてくれる。上高地で一泊し、そのあと、梓川のほとりを明神池、徳沢園、横尾山荘、槍沢ロッジを経て、槍ヶ岳山荘まで行って、さらに一泊し、そのまま、北に行き、三俣蓮華岳、野口五郎岳に登り、大町に降りるというコースであった。その途中、槍ヶ岳から北に向かう尾根筋で大きなリュックを担いだ10名近い人数の学生が一行になって規則正しい歩調で歩いてくるのに出会った。そのなかに、後に精神医学教室で一緒になるクラスメートの濱中淑彦君がいた。全員、真っ黒な顔をし、汚れた格好をしていたが、彼らは本式の登山部員で実に輝いていた。

北アルプスは、これが初めてであったが、その後、2-3年は、夏になると涸沢から奥穂高に登り、前穂高から上高地へ帰るコースや、涸沢でのキャ

ンプなどを楽しんだ。上高地では、学生の身分に相応しく帝国ホテルのエコノミー・クラス、“屋根裏”が定宿であった。

後年になって、学会に出席の折、ツエルマットやシャモニーを訪れる機会があった。それはそれで、さらに壮大な自然に触れることになったが、立派なホテル、登山ケーブルや電車などが完備していて、便利に山の雰囲気を楽しめることは実に羨ましい限りであった。

## 臨床教育

臨床医学の講義は、3年と4年目の学生(3回生、4回生)が受けるのが医学教育の通例である。ここでは、内科(井上 硬、脇坂行一、三宅 儀、前川孫三郎)外科(荒木千里、青柳安誠)、小児科(永井秀夫)、皮膚科(山本俊平)、眼科(浅山亮二)、耳鼻咽喉科(後藤光治)、整形外科(近藤鋭矢)、泌尿器科(稲田 努)、麻酔科(稲本 晃)、産婦人科(三林隆吉)、老年科、放射線科(福田 正)、口腔外科(美濃口 玄)、それに精神科(村上 仁)などの講義と実習があった(括弧内は担当教授、敬称略)。



写真8：京都大学医学部附属病院。医学部キャンパスの南にひろがる。昭和35年卒業生・「京都大学医学部」卒業25周年記念アルバム(1987)

臨床に関する講義は、この学年に集中していることもあって、大変な忙しさであった。午前中は、これらの講義を受け、午後には、一学年上のクラスと合同で、内科、外科の臨床講義が行われた。大きな階段講堂のなかに、学生の講義に出てもよ

いと同意された患者さんの病歴が示され、それぞれのクラスから2名ずつの学生が代表で教授の質問に答え、そのあと、患者さんは病棟に帰り、学生は診断名を聞かされた上で、その疾患についての講義を受けるというものであった。

第4学年になると、午前中は、ポリクリと呼ばれる外来診療での実習があり、大抵は、予診として、初診の患者さんの病歴、愁訴を聞いて診療録に記載し、診察室に入って診察のなされる状況を見ながら、説明を受けるという教育であった。午後には、3年、4年の学生が同じ講堂に入り、個々の患者さんに関する臨床講義(病歴、現在症、治療方針)を受けることになっていた。教授の試問は、まず低学年の3年生の方にゆき、うまく答えられなければ、そのあと、おもむろに、高学年の学生の方に向かった。2クラス、つまり、約200人の学生が階段教室の上から覗き込んでいる前で、大きな恥をかきたくないのも、学生の方も真剣であった。

最終学年には、臨床各科の試験が行われたが、これはいまでも夢に出てくるほどの忙しさであった。ほとんど2～3週の間隔をおいて試験が続くのである。1科目が終わると、1日だけ気分転換に映画を見に行き、また次の試験の準備を始めるといった具合であった。

医学は、物理や数学のように理論や理屈が先行するものではない。目の前の状況から得られた情報を整理し、必要な検査を行い、正しい診断に至り、もっとも適切な対応、治療を行うのが臨床医学の基本である。その基本となるのは、これまで医学の歴史のなかで経験されてきた医学のルールであって、当たり前なことを当たり前にするということが大切である。奇を衒うことはないし、目立ったことをする必要もない。医師になるための臨床実習は、学生時代、研修医の時代に繰り返され、深められ、医師になっても、先輩の医師の指導を受けながら経験を深めて専門医師となって行く。学生時代には、ひとの命を預かる仕事は、いかに重いものであることかを知るわけである。



写真9.10：医学部学生時代（1959）  
大学祭のための写真。「医学生」というタイトル。同級生で、写真部の池田公行君（脳外科）の撮影したもの。

## インターン

当時は、医学科を卒業すると1年間実地修練生（インターン生）として病院において臨床実技を勉強し、そのあと医師国家試験を受けるという制度であった。京大病院でインターンとして在籍したが、これは将来の専門領域を決める時期でもあった。病理学のなかでも、標本の作成方法や染色法がまったくといっていいほど異なっている神経系の病理を志すということで病理学の西塚助教授に精神科の松岡龍典先生を紹介して頂いた。病院でインターンしながら、精神科の神経病理学の研究室で過ごす時間が多くなった。当時は、京都大学には神経内科という教室はなく、神経疾患を勉強するのは、精神科ということになっていた。いまから、考えると医師として他の臨床科のことを経験する貴重な時期であったと思うので、「ゆっくり、急げ」をモットーとして過ごせばよかったと思う。本当は、そうすべきであった。しかし、次第に精神科の医師となることに傾いていったのである。

京都の北西の鷹ヶ峰のさらに奥に、西賀茂というところがあって、そこに結核の療養を専門としている国島病院という病院があった。夜間当直の補助として、インターン生を置いてくれていた。つまり下宿代も食費も不要であった。初めてその病院を訪れたとき、玄関先で、銅像の周りを掃除

している老人に、事務室の場所を聞いた。ぶっきらぼうに返事をしたその方が、実は創設者で院長であった。あとは、副院長の大柄の男性の内科医と、上品で福々しい女医先生がおられた。小生はそんなところで1年間お世話になった。これは後になって分かったことであるが、この副院長先生は、阿倍野龍正先生とって、高野山大学の教授となって赴任され、後に宗務総長となられて狛下と呼ばれる様になられた人であった。臨床仏教師として活躍された。お身体も笑声も大きな人であったが、少しは本気でその先生のお話を伺っておくべきであったかも知れない。

## 医師国家試験

医師国家試験は、近畿地方の医学部卒業生はすべて関西大学の千里山キャンパスに集められて受験した。あまり詳しいことは覚えていないが、第一日目の筆記試験の必須科目は内科、外科、産婦人科、公衆衛生などであったと思う。試験問題が配られた時に、おおきな目眩がした。その時、頭を過った考えは、「いま、ここで国家試験を受験できないということになると、いろいろ、面倒だなあ」ということであった。情けないことに緊張したためであろう。しばらく目を閉じていたら、程なく回復したが、長い時間のように感じた。二日目には、

---

口頭試問もあった。後で知ったが、試験官の一人はクラスメートのご父君であったそうである。それでも無事に医師国家試験に合格して、その年の6月に頂いた医師免許証に書かれた厚生大臣の名前には、郷里の鳥取県選出の代議士の名が記されてあった。幸いなことに医師免許の番号は、比較的覚えやすいものであった。

## 仁明会精神衛生研究所 業績報告(2021.1 ~ 2021.12)

### 【論文・刊行物など】

1. M.Takeda, Cognition & Rehabilitation-A New English Journal Was Launched in December 2020. Bull of AFPA, Winter Issue, 13-14, 2021
2. Misa Nakamura<sup>1</sup>, Masakazu Imaoka<sup>1</sup>, Hiroshi Hashizume, Fumie Tazaki<sup>1</sup>, Mitsumasa Hida<sup>1</sup>, Hidetoshi Nakao, Tomoko Omizu, Hideki Kanemoto and Masatoshi Takeda. The beneficial effect of physical activity on cognitive function in community-dwelling older persons with locomotive syndrome. Peer J 2021, DOI 10.7717/peerj.12292
3. Masatoshi Takeda, Keigo Shiraiwa, Takao Inoue, Ryota Imai, Kayo Matsuo, Takenori Komatsu, Takeshi Kamishima, Aoi Ashizuka, Misa Nakamura. Perspectives for future research on cognitive rehabilitation. Cognition & Rehabilitation 2, 2-19, 2021
4. Masatoshi TAKEDA, Sara Yasutake, Aoi ASHIZUKA, Tomohiro OHGOMORI, Misa NAKAMURA. Development of monoclonal antibody therapy against Alzheimer's disease. Cognition & Rehabilitation 2, 50-59, 2021
5. Masatoshi TAKEDA, Aging Labor Force and Dementia Prevention. Cognition & Rehabilitation 2, 66-69, 2021
6. Masatoshi Takeda, Kayo Matsuo. History of Rehabilitation Professional Training and Current Status of Training Schools. Cognition & Rehabilitation 2, 87-92, 2021
7. Junichi Fukaura, Masatoshi Takeda, Dialogue "Perspective of Speech and Hearing Therapy in the Era of New Rehabilitation" Cognition & Rehabilitation 2, 109-114, 2021
8. 森村安史、日本精神神経学会 認知症診療医テキスト 2 症例とQ & Aに学ぶ 株式会社新興医学出版社 日本精神神経学会認知症委員会編集 2021年10月25日
9. 三好功峰：アルツハイマー病アミロイドβのプリオン様伝播の可能性について。仁明会精神医学研究 18巻(2)48-57、2021
10. 三好功峰：アルツハイマー病に関連するタウ病変のプリオン様伝達について。仁明会精神医学研究 19巻(1)36-48、2021
11. 武田雅俊、はしがき冊子「言語聴覚士(ST)になろう」2021
12. 武田雅俊、セロトニン・ドパミン・グルタミン酸系と強迫・依存・常同行動、臨床精神医学 49(11), 1755-1762, 2020
13. 武田雅俊、編集後記、臨床精神医学 49(11),1884, 2020
14. 武田雅俊、BPSD 概念の歴史的展望、臨床精神医学 49 (12), 1755-1762, 2020
15. 武田雅俊、労苦・努力から未来へ、大阪河崎リハビリテーション大学紀要, 15, 1-2, 2021
16. 武田雅俊、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)下における大阪河崎リハビリテーション大学の動き、大阪河崎リハビリテーション大学紀要, 15, 43-46, 2021
17. 武田雅俊、小池淳先生を忍んで、和風会誌 64, 10-11, 2021
18. 武田雅俊、コロナ禍と精神障害、仁明会精神医学研究 18, 80-94, 2021
19. 武田雅俊、編集後記、仁明会精神医学研究 18, 174, 2021
20. 武田雅俊、大阪河崎リハビリテーション大学大学院リハビリテーション研究科開設の経緯
21. CRRC たより 2021年8月号
22. 武田雅俊、強盗致傷事件精神鑑定書、大阪地方検察庁、2021.04.19
23. 武田雅俊、精神科診療において心掛けていること、精神医学増大号 63(5), 810-818, 2021
24. 武田雅俊、労働者の高齢化と認知症予防、産業精神保健 29(3), 200-2004, 2021
25. 武田雅俊、編集後記、臨床精神医学 50(9), 1008, 2021
26. 武田雅俊、アルツハイマー病に対するモノクロナル抗体治療薬の開発、仁明会精神医学研究 19(1),

61-74, 2021

27. 武田雅俊、編集後記、仁明会精神医学研究 19(1), 129, 2021
28. 武田雅俊、序文、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 7-9, 2021
29. 武田雅俊、リハビリテーション専門職養成の歴史と養成校の現状、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 15-22, 2021
30. 熊崎太輔、武田雅俊、対談「大阪府理学療法士会」、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 33-39, 2021
31. 上西啓裕、武田雅俊、対談「和歌山県理学療法士協会」、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 40-48, 2021
32. 榎本充史、武田雅俊、対談「大阪府祖業療法士会」、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 62-67, 2021
33. 川雅弘、武田雅俊、対談「和歌山県作業療法士会」、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 69-75, 2021
34. 深浦順一、武田雅俊、対談「日本語聴覚士協会」、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 76-82, 2021
35. 藤井達也、武田雅俊、対談「大阪府言語聴覚士会」、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 83-89, 2021
36. 田島文博、武田雅俊、対談「和歌山県立医科大学医学部リハビリテーション医学講座」、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 98-104, 2021
37. 池田学、武田雅俊、対談「大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室」、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 105-111, 2021
38. 酒井桂太、武田雅俊、対談「大阪河崎リハビリテーション大学理学療法学」、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 122-128, 2021
39. 木村秀生、武田雅俊、対談「大阪河崎リハビリテーション大学言語聴覚学」、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 138-143, 2021
40. 中松俊介、武田雅俊、対談「大阪河崎リハビリテーション大学学生部」、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 144-151, 2021
41. 武田雅俊、大阪河崎リハビリテーション大学大学院、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 166-175, 2021
42. 武田雅俊、編集後記、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 182, 2021
43. 武田雅俊、序文、新時代のリハビリテーション - 大阪河崎リハビリテーション大学開学 15 周年記念誌 -, 7-9, 2021
44. 阿部和夫. 医学生・コメディカルのための手引書 - リハビリテーション概論 - 改定4版 第7章 医療とリハビリテーション専門職種と役割. 田島文博 編. 永井書店 pp97-114, 2021.
45. Kazuhiro Kitajima, Kazuo Abe, Masanaka Takeda, Hiroo Yoshikawa, Mana Ohigashi, Keiko Osugi, Hidenori Koyama, Koichiro Yamakado Clinical impact of 11C-Pittsburgh compound-B positron emission tomography in addition to magnetic resonance imaging and single-photon emission computed tomography on diagnosis of mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Jan 22;100(3):e23969. doi: 10.1097/MD.00000000000023969. PMID: 33545981; PMCID: PMC7837835.
46. Kazuo Abe. Phenotypic Variability in ALS-FTD and Effect on Survival. *Neurology*. 2021 Jun 8; 96(23):1102-1103. doi: 10.1212/WNL.00000000000012071. PMID: 34099532.
47. Abe Kazuo. Flavonoid Intake and Subjective Cognitive Decline in US Men and Women.

Neurology. 2021

48. Abe Kazuo. Aphasia in Dementia of Lewy Body Disease. Ann Neurology 2021 90(supplement 27): S73
49. Abe K. Can We Use Consumer-Wearable Activity Tracker Fitbit in Parkinson Disease? Advances in Parkinson's Disease 2021 10(2) DOI: 10.4236/apd.2021.102002

【講演・口演など】

1. 森村安史 司会 第 117 回日本精神神経学会学術総会 委員会シンポジウム 25 「精神科医による認知症早期診断・治療の重要性～認知症診療医制度を基本として～」 国立京都国際会館 2021.9. 21
2. 武田雅俊、非定型アルツハイマー病、CRRC セミナー、大阪河崎リハビリテーション大学、2021.01.28
3. 武田雅俊、非定型アルツハイマー病、仁明会セミナー、仁明会病院、2021.02.01
4. 武田雅俊、中年期から始める認知症予防 - 認知予備力の観点から -、第 27 回日本産業精神保健学会特別講演、大阪大学(WEB)配信、2021.02.13
5. 武田雅俊、新しい認知リハビリテーション、第二回大阪府立大学セミナー、2021.03.08 遠隔
6. 武田雅俊、コロナ禍と精神障害、CRRC セミナー、4 階中講義室、2021.03.25
7. 武田雅俊、コロナ禍と精神障害 - 認知症を中心に -、令和 2 年度認知症疾患センター講習会、遠隔、2021.03.25
8. 武田雅俊、アポリポ蛋白 E4 と認知症、仁明会セミナー、仁明会病院、2021.04.05
9. 武田雅俊、森原剛史先生講演座長、第 34 回日本老年期認知症研究会、ハイブリッド、2021.06.05
10. 武田雅俊、自殺の現状と対策、仁明会病院セミナー、仁明会病院、2021.06.07
11. 武田雅俊、アルツハイマー病治療薬アデュカナマブ、仁明会病院セミナー、仁明会病院、2021.07.05
12. 武田雅俊、精神障害と新型コロナウイルス感染、仁明会病院セミナー、仁明会病院、2021.08.02
13. 武田雅俊、アルツハイマー病の多様性と認知症予防、奈良県医師会講演会、ZOOM、2021.08.05
14. 武田雅俊、WHO World Report on Ageing and Health、仁明会病院セミナー、仁明会病院、2021.09.06
15. 武田雅俊、論文紹介「気分障害と新型コロナ」、第 22 回 CRRC セミナー、2021.09.07
16. 武田雅俊、高圧酸素療法、WHO World Report on Ageing and Health (2)、仁明会病院セミナー、仁明会病院、2021.10.03
17. 武田雅俊、特別講演司会、近畿老年期認知症研究会、TPK 大阪・遠隔、2021.10.23、
18. 武田雅俊、炎症とうつ病に共通病理はあるのか、仁明会病院セミナー、仁明会病院、2021.11.01
19. 武田雅俊、論文紹介「炎症とうつ病」、CRRC セミナー、2021.11.09
20. 武田雅俊、シンポジウム 1 司会、第 23 回感情・行動・認知研究会、2021.11.26 収録
21. 武田雅俊、シンポジウム 2 司会、第 23 回感情・行動・認知研究会、2021.11.26 収録
22. 武田雅俊、教育講演「コロナ禍におけるメンタルヘルスとアルツハイマー病治療薬開発の状況」、第 28 回日本未病学会、御堂会館、2021.11.21
23. 武田敏伸 西宮市精神科医会学術講演会(ウェブ) 総合司会 ホテルヒューイット甲子園 2021.1.21
24. 武田敏伸 「精神疾患の維持期を見据えた持続性注射剤の役割」大塚ウェブセミナー 仁明会地域精神医療センター 2021.2.25
25. 武田敏伸 精神科心療内科における地域連携を考える会 座長 ホテル竹園芦屋 2021.2.27
26. 武田敏伸 大塚ウェブセミナー 座長 神戸三宮東急 REI ホテル 2021.4.22
27. 武田敏伸 「統合失調症治療における LAI 使用の意義」仁明会地域精神医療センター (ウェブ) 2021.4.24
28. 武田敏伸 「精神疾患の維持期を見据えた持続性注射剤の役割」大塚バイポーラーウェブセミナー

2021.6.25

29. 武田敏伸 大塚ウェブセミナー 座長 仁明会地域精神医療センター 2021.7.29
30. 武田敏伸 「精神疾患の維持期を見据えた持続性注射剤の役割」 都ホテル尼崎 2021.11.10
31. 武田敏伸 「当院でのレンボレキサントの使用経験」大阪コミュニケーションオフィス 2021.11.18
32. 三戸宏典、座長 これからのてんかん治療を考える会「高齢者てんかんと認知症」、2021.02.18
33. 三戸宏典、座長 南阪神臨床精神カンファレンス、ホテル竹園芦屋 2021.03.25
34. 三戸宏典、演者 第二回南阪神臨床精神カンファレンス「当院での非定型抗精神病薬の使用状況」、ホテル竹園芦屋 2021.10.21
35. 三戸宏典、座長 精神科医療における New Normal、2021.12.16
36. Kazuo Abe. Aphasia in Dementia of Lewy Body Disease. Annals of Neurology 2021; 90(S27): S73. 146th Annual Meeting American Neurological Association Presented virtually October 17-19, 2021
37. 恩田光平, 阿部和夫. 再帰性のメロディーに乗せて音声言語を表出する前頭側頭型認知症の一例. 第58回日本リハビリテーション医学会学術集 2021(京都)
38. 橋田剛一, 加藤直樹, 小仲邦, 阿部和夫. 家族性アミロイドポリニューロパチー患者へのリハビリテーション経験. 第62回日本神経学会学術大会 2021(京都)

## 【社会活動、その他】

武田雅俊

大阪大学名誉教授、和風会名誉会長

医薬品医療機器総合機構専門委員、日本医療研究開発機構プログラムオフィサー、AMED 課題評価委員、先進医薬研究財団理事、自賠責保険・共済紛争処理機構紛争処理委員

日本老年精神医学会名誉会員、日本認知症学会名誉会員、日本未病学会名誉会員、日本精神神経学会認知症委員会委員長、日本精神神経学会代議員、Psychogeriatrics 編集長、臨床精神医学編集委員、近畿老年期認知症研究会代表世話人、感情・行動・認知研究会代表世話人

## 看護部の実績

### 著書

1. 大塚恒子:臨床推論を認知症看護に活かす～原因疾患を見極め看護介入の修正をした事例を通して～, 月刊精神科看護, vol48, 5月号, P12-19, 精神看護出版, 2021
2. 大塚恒子、池淵重紀:老年期精神障害を鑑別するための臨床推論, 月刊精神科看護, vol48, 5月号, P20-25, 精神看護出版, 2021
3. 大塚恒子:専門職チームの一員として学ぶこと～グループホーム支援員への教育～月刊精神科看護, vol48, 7月号, P50-56, 精神看護出版, 2021
4. 森川 晋、奥田 仁、大塚恒子:座談会 拒否の背景を探る その先のケアに向けて, 月刊精神科看護, vol48, 12月号, P4-13, 精神看護出版, 2021
5. 大塚恒子、森村安史:日本精神神経学会 認知症診療医テキスト2 症例と Q & A に学ぶ 症状・対応・介護編の12症例, P127 155 159 160 161 165 157 169 170 172 174 175, 新興医学出版社, 2021、10
6. 大塚恒子:LGBTを踏まえたダイバーシティマネジメント, 仁明会精神医学研究 第20巻1号, 2021, 3

## 看護研究発表

1. 平松 悟、長富大輔、井本衣代:行動制限最小化シート導入後の一考察, 第46回日本精神科看護学術集会(リモート), 2021, 6
2. 尾形宏美、松尾結紀、大塚恒子:認知症や身体合併症患者の身体拘束を避ける取り組み～クリューバー・

- ビューシー症候群を呈する患者の病態をとらえた看護～，第46回日本精神科看護学術集会(リモート)，2021，6
3. 松尾結紀、尾形宏美、大塚恒子：認知症や身体合併症患者の身体拘束を避ける取り組み～3年間の身体拘束の調査から～第46回日本精神科看護学術集会(リモート)，2021，6
  4. 前田幸史、大塚恒子：精神科訪問看護のGAF尺度を適正に評価する方法，第46回日本精神科看護学術集会(リモート)，2021，6
  5. 森川 晋、大塚恒子：脳の構造・機能を踏まえた臨床推論を精神科看護に活かす～病的体験から独善的で拒絶の強い統合失調症患者の看護介入を通して～第46回日本精神科看護学術集会(リモート)，2021，6
  6. 松尾結紀、奥田 仁、大塚恒子：インフォメーション・エクステンジ 高齢者が呈する行動異常や精神症状の背景を鑑別するための臨床推論～認知症、せん妄、加齢性反応の類似点と相違点～，第25回日本看護管理学会学術集会(リモート)，2021，8
  7. 大塚恒子、三原功嗣：臨床推論を活用し、認知症と遅発性パラフレニアを鑑別した看護介入，第10回日本精神科医学学術大会(リモート)，2021，9
  8. 大塚恒子、吉元謙太：脳の可塑性に働きかける認知症ケア脳の可塑性に働きかける認知症ケア，第10回日本精神科医学学術大会(リモート)，2021，9
  9. 立山竜也、吉永佳奈美、吉元謙太：重度認知症患者へレジスタンストレーニングを行った実践報告，日本精神科看護協会兵庫県支部看護研究発表会，2021，10
  10. 森川 晋、大塚恒子：認知症原因疾患別の看護提供に向けた臨床推論，日本精神科看護協会兵庫県支部看護研究発表会，2021，10
  11. 森川 晋、大塚恒子：現場を動かす変革の取り組み～治療抵抗性統合失調症が大半を占める慢性期病棟において～，第28回日本精神科看護専門学術集会(リモート)，2021，10

## 講演

1. 大塚恒子：認知症のある高齢者への看護，一般社団法人京都私立病院協会 オンデマンド研修会(2021年度)
2. 大塚恒子：患者の生きにくさに寄り添うための看護実践能力～精神科看護の特性をふまえた認知症看護 オンデマンド研修会～，学研ナーシングサポート，2021
3. 大塚恒子：認知症ケア技術の総論と各論，第6回日本精神科医学会 認知症に関する看護研修会 オンデマンド研修会，2021
4. 大塚恒子：身体拘束を安全に行うためのマネジメント，日本精神科病院協会医療安全管理者養成研修会 オンデマンド研修会，2021
5. 大塚恒子：主任の役割に直結する看護管理の基礎と対人スキル，日総研 オンデマンド研修会，2021
6. 大塚恒子：身体拘束回避につながる認知症の正しいアセスメントと対応，日総研 オンデマンド研修会，2021
7. 大塚恒子：認知症介護家族に対する援助，福井県立すこやかシルバー病院 一般財団法人認知症高齢者医療看護教育センター (リモート)，2021，11
8. 大塚恒子：認知症ケア研修，社会医療法人西陣健康会 堀川病院研修会，2022，1

## 日本精神科看護協会の研修会

1. 大塚恒子：管理者に必要な組織デザインとリーダーシップ，オンデマンド研修会，協会主催，2021
2. 大塚恒子：組織改革に必要な看護管理者の役割と能力，オンデマンド研修会，協会主催，2021
3. 大塚恒子：認知症疾患の理解とカンファォータブル・ケア，オンデマンド研修会，協会主催，2021
4. 大塚恒子：認知症の人への訪問看護，オンデマンド研修会，協会主催，2021
5. 大塚恒子：診療報酬算定要件研修 認知症の理解とケア，オンデマンド研修会，協会主催，2021

6. 大塚恒子：認知症ケアのコツ 行動制限をなくすために，兵庫県支部，2021，6
7. 大塚恒子：診療報酬算定要件研修 認知症の理解とケア(リモート)，仁明会，2021，9・1
8. 大塚恒子：脳の構造・機能を理解した精神看護の提供，仁明会，2021，7・11
9. 大塚恒子：和歌山県支部看護研究発表会講評(リモート)，2021，9
10. 大塚恒子：身体拘束に頼らないケア(リモート)，青森県支部，2021，10
11. 大塚恒子：認知症の正しい理解と対応方法(リモート)，岡山県支部，2021，12

#### 日本精神科看護協会 認定看護師育成研修会の講演

1. 大塚恒子：対象理解Ⅰ フィジカルアセスメント5 精神科領域の高齢者の身体的観察精神科診断治療学6，2021，5
2. 大塚恒子：対象理解Ⅰ フィジカルアセスメント4 精神科領域の身体的観察 中枢神経系・運動器系・感覚器系，2021，5
3. 大塚恒子、森川 晋：医学モデルによる対象理解フィジカルアセスメント5と8 ケーススタディ，2021，6
4. 大塚恒子：組織内における活動リーダーシップ論1(リモート)，2021
5. 大塚恒子：組織内における活動 看護サービス論1(リモート)，2021

#### 精神衛生研究所における講演

1. 外部講師：精神科訪問看護基本療養費算定要件研修(3日間)，2021，4・10
2. 外部講師：医療事故を予防するために看護職が備えるべき要件，2021，6
3. 大塚恒子：認知症研修会①原因となる疾患の理解と対応，2021，7
4. 外部講師：対応困難患者とのコミュニケーション，2021，10
5. 大塚恒子：認知症研修会②介護や看護を困難にする周辺症状，2021，10  
③認知症と非認知症の区別と対応，2021，10
6. 大塚恒子：看護補助者研修①認知症と似ている病気の区別と対応，2021，11  
②高齢者や認知症患者にはいけない対応，2021，11
7. 大塚恒子：認知症研修会④脳の可塑性に働きかける快刺激のケア，2021，11
8. 外部研修：認知行動療法の実践(2日間)，2021，12，2019，9
9. 外部講師：2023年度診療報酬改定の説明会，2022，3
10. 外部講師：有効な看護チームを作るためのファシリテーション，2022，3

#### 市民講座(心のコミュニティー)

1. 大塚恒子：認知症の症状，2021，6
2. 大塚恒子：アルツハイマー型認知症について，2021，7
3. 大塚恒子：認知症とよく似た病気を区別する，2021，12
4. 大塚恒子：認知症者を介護するご家族への支援，2022，2
5. 大塚恒子：認知症を予防する補法，2022，3

#### 職能団体への支援活動

1. 岩部政人：西宮市医師会看護専門学校外部講師「精神科看護方法論Ⅱ」、2019年度
2. 大塚恒子：西宮市医師会看護専門学校外部講師「精神科看護方法論Ⅱ」「看護管理論」、2019年度
3. 大塚恒子：公益財団法人日本医療機能評価機構 精神科病院サーベイヤー 2021，4・9・2022，2

#### その他

1. 大塚恒子：認定看護管理 認定更新合格，2021，11

## 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、原典紹介、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. 論文題名、著者名、所属先、所属先住所、メールアドレスを日本語と英語でお付けください。
5. 300語以内の英文抄録をお付けください。
6. **Key words**(キーワード)を、日本語と英語で5-10個お付けください。
7. テキスト本文の章立てについては、「Ⅰ. はじめに」から始めて、以下の章立て番号は、「Ⅱ. ○○○」、「Ⅲ. ○○○」のように大文字のローマ数字を章立て番号としてください。  
各段落内の章立ては、(第二段階)アラビア数字、(第三段階)アラビア数字片カッコ、(第四段階)小文字アルファベット片カッコ、(第五段階)小文字ローマ数字片カッコを使用してください。  
第一段階 Ⅰ. Ⅱ. Ⅲ.  
第二段階 1. 2. 3.  
第三段階 1) 2) 3)  
第四段階 a) b) c)  
第五段階 i) ii) iii) (ローマ数字：小文字)
8. 図表については、図と表とのそれぞれに通し番号を付けてください。原則として、図のタイトルと説明は図の下に、表のタイトルは表の上に配置します。
9. 文献の記載は、日本語外国語を問わず筆頭著者名のABC順に並べ、番号を付けて記載してください。また、本文中の引用個所には肩番号を付してください。
10. 文献の表記は、以下の例に従ってください。
  - 1) 雑誌の場合  
著者名：表題・雑誌名 巻(号)，頁 - 頁，発行西暦年  
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) Tolin DF, Stevens MC, Villavicencio AL, et al.: Neuronal mechanisms of decision making in hoarding disorder. Arch Gen Psychiat 69, 832-841, 2012
  - 2) 単行本の場合  
著者名：書名・版数・頁 - 頁，発行所，発行地，発行西暦年  
著者名：論文名・(編者名)シリーズ叢書名巻数；各巻書名・頁 - 頁，発行所，発行地，発行西暦年

- 3) 三好功峰：大脳疾患の精神医学. 中山書店, 東京, 2010
- 4) 篠崎和弘、鷓飼聡、武田雅俊：高齢者の不安神経症. 精神科ケースライブラリー-高齢者の精神障害 (風祭元、武田雅俊編集). pp253-265, 中山書店, 東京, 1998
- 5) Miyoshi K, Morimura Y: Clinical Manifestations of Neuropsychiatric Disorders. In: Neuropsychiatric Disorders (eds. Miyoshi K, Morimura Y, Maeda K). pp.3-15. Springer, 2010

11. 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

12. 利益相反について

利益相反について記載をお願いします。校正時に当方からお送りする利益相反申告書にご記入の上ご返送ください。利益相反がない場合には論文末尾に「なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない」とご記載ください。

13. 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。

14. 編集委員会

武田 雅俊(編集長)、江原 嵩、大塚 恒子、武田 敏伸、前田 潔、松永 寿人、三好 功峰

令和2年3月改定

## 編集後記

北京冬季オリンピック(2022年2月4日-20日)開催中にもロシアによるウクライナ侵攻が取りざたされ、COVID-19感染症第六波(現時点での日本の感染者250万人)からようやく終息に向かおうかという時期に、この編集後記を書いている。

今回は、松下正明先生(東京大学名誉教授)による司法精神医学で大きな業績を上げたドイツの精神医学者Hoche(1965-1943)の自由意思論に関する論考を頂戴した。Hocheほどの明晰な頭脳を持った精神科医が、どのような経緯で「生きるに値しない生命の抹殺」を刊行し、ナチスによる精神障害者安楽死政策の理論的根拠を提供するような事態に陥ったのかを読み解こうとする精神医学の光と闇に焦点を当てた貴重な論考である。

松下正明先生(1937年11月5日生)は、編集子自身が大変お世話になり育てていただいた恩人と思っている。佐賀高校(編集子の入学時は佐賀西、北、東の3高校に分割されていた)から東京大学医学部を卒業され、横浜市立大学教授、東京大学精神医学教授をお勤めになっただけでなく、ご定年後も東京都精神医学総合研究所所長、東京都立松沢病院院長、東京都健康長寿医療センター理事長として活躍され、精神医学の発展に貢献されている。編集子にとっては、同じ高校の12年先輩であり、専門が老年精神医学ということもあり、いろいろな機会にご指導をいただいた。長谷川和夫先生に続いて、松下先生が日本老年精神医学会理事長をされていた時、2000年に編集子は学会英文機関誌創刊の役目を仰せつかった。その時の思い出話であるが、当時の老年精神医学領域は英文論文の投稿が期待できないことを案じて、生物学的精神医学の論文なら集まりやすいだろうと考えて、Psychogeriatric and Biological Psychiatryなどの雑誌名でスタートしたらどうかと思い、松下理事長にご相談したところ「PSYCHOGERIATRICS」に即決された。もちろん、その判断が正しかったことは言うまでもない。老年精神医学会理事長職は松下先生から西村健先生(阪大)、新井伊平先生(順天堂大)、池田学先生(阪大)に引き継がれているが、編集子は昨年からは再びPSYCHOGERIATRICS編集長をお引き受けしている。IF値も2.5となり順調に発展しており、創刊当時の苦労を思い出しながら編集長を務めている。

今回は、佐藤光源先生からの玉稿をも掲載した。佐藤先生は、鳥取大医学部をご卒業、岡山大精神科に入局され、東北大精神医学教室教授を務められた。佐藤先生が日本精神神経学会理事長をなさっていた時に、佐藤先生と守屋先生からから学会事務所近くの本郷4丁目の喫茶店で第97回学術総会の大会長を打診された。その頃の学術総会では壇上占拠やハンドマイクでのアジ演説などが普通に行われており、触法精神障害者に対する保安処分の議論がなされていたころでもあり、学会も大きく荒れることが予想されていたからである。全国の精神科教授に教育講演をお願いし、荒れそうなシンポジウムには退避経路を確保し最前列に教室の若手を配置したりして2001年5月17-19日の第97回精神神経学会を大阪国際会議場で主催したことも懐かしい思い出である。多くの方々から精神神経学会は、大阪から変わったと言っていた。編集子は、その後精神神経学会の理事長職を勤めることとなり、WPAの理事となったが、このような佐藤先生とのつながりからWPA Congressにて佐藤先生が統合失調症の呼称変更の業績によりJean Delay Prizeを受賞されたことをわがことのように嬉しく思った次第である。

今回から三好功峰先生による自伝の連載が始まる。三好先生は、京都大学卒業後、兵庫医科大学、京都大学の精神科教授を務められた後、仁明会精神衛生研究所長として本誌を創刊された。三好先生が1935年の米子市のお生まれということは承知していたが、常々「功峰」という優雅なお名前の由来を知りたいと思っていたので、今回の「自分史1」で初めてそのいわれを知ることができた。また、幼年期に戦争と戦後の厳しい時代を体験をされた同世代の先生方には共有できるエピソードも多いのではないかと思う。「自分史2」には、三好先生の京都大学医学部生時代の思い出が沢山綴られているが、読み進むうちに自分が経験した青春時代の出来事を思い出しながら、拝読させていただいた。編集子は三年前に三好先生からこの仕事を引き継いだのであるが、当初から、「森村茂樹先生伝記」連載の後、関西の精神科医の代表である三好功峰先生の連載を始めたいと思っていた。当初は6回に分けての掲載を考えていたが、先生のご希望もあり、2回分をまとめて3号続けての連載となった。次号の連載を楽しみにしていただける読者も多いことだろう。

編集委員長 武田 雅俊



---

タイトル 「水辺のインパラ」

撮影場所 ボツワナ共和国 オカバンゴデルタ

撮影年月 2016年8月

撮影者 森村安史

コメント

ボツワナにあるオカバンゴデルタは自然の宝庫である。ライオン、ヒョウなどの大型肉食獣から、美しいキリンやシマウマ、カバにサイなど多くの動物たちが乾季になると水を求めて集まってくる場所である。象やライオンが主役を務めるアフリカの大地では、群れをなして軽快に走る美しい姿のインパラはデルタ地帯の風景を構成する重要な脇役である。夕暮れの水辺にのんびりと過ごすインパラのいる風景は、野生動物たちの過酷な生存競争の中であって一時の平和な時間であるように感じた。

---

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：2022年3月15日  
編集委員会：武田 雅俊（編集委員長）  
江原 嵩、大塚 恒子  
武田 敏伸、前田 潔  
松永 寿人、三好 功峰  
（五十音順）  
印刷：兵田印刷工芸株式会社

## 目次 仁明会精神医学研究 第19巻 (2) 2022年3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	
■ AE Hoche (1865-1943) とその時代 —『自由意志』論にみる精神医学観—	東京大学 名誉教授 松下正明 …… 2
■ 統合失調症の診断, 概念と臨床的意義	特別顧問、恵風会 高岡病院、東北大学名誉教授、世界精神医学会名誉会員 佐藤光源 …… 13
■ 成人期臨床におけるトラウマを考える	(公財) 慈圭会精神医学研究所 青木省三 …… 22
■ 原著	
■ 大学の作業療法士養成課程における認知症教育の効果 —認知症リテラシーの向上を目指して—	神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 梶田博之 他 …… 28
■ 総説	
■ うつ病は身体疾患なのか精神疾患なのか	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 …… 33
■ 摂食嚥下障害の早期発見と対応	一般財団法人仁明会 精神衛生研究所、医療法人桂信会 羽原病院 江原嵩 他 …… 46
■ LGBT を踏まえたダイバーシティマネジメント	一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 大塚恒子 …… 54
■ 症例報告	
■ ターナー症候群に統合失調症と軽度知的障害を合併した1例	一般財団法人仁明会 仁明会病院 新門加奈子 他 …… 63
■ 妊娠後期に夢幻様体験で急性発症した2症例	兵庫医科大学 精神科神経科学講座 河野優菜 他 …… 67
■ 薬物療法と認知行動療法による併用療法が奏功した compulsive masturbation の一例	兵庫医科大学病院 精神科神経科学講座 小原一剛 他 …… 72
■ 妊娠を契機にベンゾジアゼピン系睡眠薬を中止し希死念慮が出現した1例	一般財団法人仁明会 仁明会病院 宮崎百仁加 他 …… 77
■ 原典紹介	
■ ストリンドベルク (August Strindberg) 自伝 —精神病理学的人格分析— その4 アルフレッド ストルヒ (Alfred Storch)	仁明会クリニック 武田敏伸 他 …… 81
■ M. P. ムソルグスキー: 創作とアルコール依存症の相互関係 V.I. BEREZUTSKY, M.S. BEREZUTSKAYA	森村安奈 訳 鹿島晴雄 監修 …… 90
■ 連載	
■ 自分史・神経精神医学をめざして (1) 前史・生い立ち 1935 ~ 1954	一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 107
■ 自分史・神経精神医学をめざして (2) 学生時代 1954 ~ 1960	一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 118
■ 仁明会精神衛生研究所年間業績報告 (2021年1月~2021年12月)	126
■ 仁明会精神医学研究・執筆規定	132
■ 編集後記	134

