

仁明会精神医学研究 第20卷1号

Jinmeikai Journal of Psychiatry

Volume 20, Number 1, September 2022

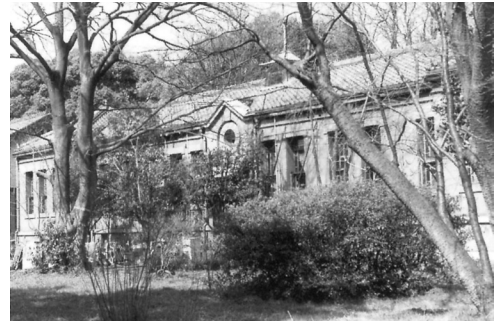


Jinmeikai Research Institute for Mental Health

自分史・神経精神医学をめざして(3)(4)



京大精神科・川端通りの玄関口（1962）。
この道をずっと行くと精神科の建物の玄関に行きつく。
京都大学精神医学教室「精神医学京都学派の100年」（ナカニシヤ出版2003）より



精神科病棟のひとつ（1962）
「精神医学京都学派の100年」（ナカニシヤ出版2003）より



村上 仁教授
(1973)



村上先生（兵庫医大時代）を囲んで20年後に集まった教室員。
右前列より笠原 嘉、藤縄 昭、村上先生、由良了三、木村敏。後列右より菊知龍雄、坂本健二、藤田貞雄、三好功峰、松本雅彦（1988年頃）



精神科入局当時
(1961)



松岡龍典先生（1962）
先生には、神経病理学について学んだ。



パスポートに使った写真（1969）



家族：京都山科の家の近く、東海道線の見える高台にて。（1968）



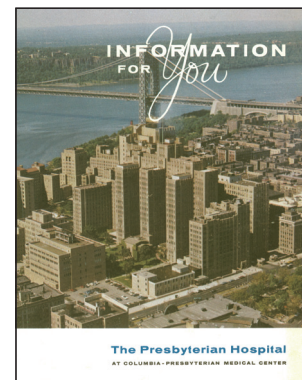
マンション（Skyview on the Hudson）
の前で妻と子供たち（1968）



ウルフ（Abner Wolf）
教授



ハーター（Donald Harter）博士



コロンビア大学医学部と附属病院の全景（1969）。病院案内の冊子より。ハドソン河畔にあって北にはジョージ・ワシントン橋が見える。

自伝史・神経精神医学をめざして(5)



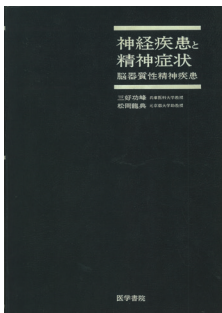
兵庫医科大学病院 (1985)



兵庫医大助教授として着任当時 (1974)



村上仁先生と学内での新年交流会にて (1980年頃)



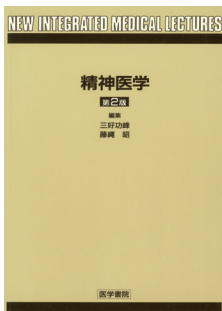
神経疾患と精神症状、
医学書院 (1980)



右より小生、守田嘉男 (当時は大学助手・後に兵庫医大教授)、林三郎 (講師)。鎌田清美 (技師)、小倉義広 (医局員)。六甲山にて (1975)



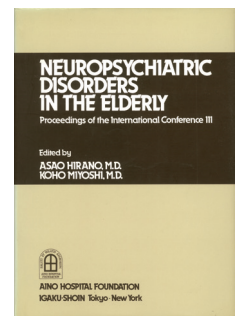
左から息子 (慶應大・医)、妻、娘 (香川医大)、小生



NIM 精神医学



国際シンポジウム (1982)



プロシーディング



中央に白木博次先生 (東大脳研神経病理) ご夫妻、右にオーブ (Hauw) 教授 (サルベトリエール病院、パリ)、左は小生の妻。第十一回国際神経病理学会・京都 (1990)



国際神経病理学会 (京都) が終わって (1990)



石井 毅先生 (東京都老年精神医学研究所所長) とともに

仁明会精神医学研究 第20巻1号

Jinmeikai Journal of Psychiatry

Volume 20, Number 1, September 2022

巻頭言

[地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制](#)

一般財団法人仁明会 理事長 森村安史 …… 1

特別寄稿

[我が学究彷徨の記](#)

[～精神医学と睡眠研究の狭で](#)

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 太田龍朗 …… 2

総説

[認知予備力から見たアルツハイマー病の性差](#)

大阪河崎リハビリテーション大学 学長、一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 所長 武田雅俊 …… 13

症例報告

[回避・制限性食物摂取症 \(ARFID\) が疑われた肥満恐怖のない摂食障害の検討](#)

[一神経性やせ症との比較を中心に](#)

大阪精神医療センター 精神科 中濱涼子 他 …… 24

[難治性の機能幻覚に対し炭酸リチウム併用による増強療法の奏功した統合失調症の一例](#)

大阪急性期・総合医療センター 精神科 三浦耕人 他 …… 28

原典紹介

[U.H. ペーターテス著「ヘルダーリン：高潔な詐病論者への異論」](#)

大原一幸

武田敏伸

林三郎 共訳 …… 34

[前線の狂気：戦争神経症という大いなる闘い \(1914-1918\)](#)

高内茂 …… 64

連載

[自分史・神経精神医学をめざして \(3\) 京都大学精神科 1961～1968](#)

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 92

[自分史・神経精神医学をめざして \(4\) コロンビア大学 1969～1971](#)

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 102

[自分史・神経精神医学をめざして \(5\) 兵庫医科大学 1973～1995](#)

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 110

[仁明会精神医学研究・執筆規定](#) …… 127

[編集後記](#) …… 129

Jinmeikai Journal of Psychiatry
Volume 20, Number 1, September 2022

Forewords

[Mental Health and Psychiatric Service Supporting the Community Dwelling People](#)

Yasushi MORIMURA (President, Jinmeikai Foundation) ····· 1

Special Article

[The Wandering History of My Psychiatric Study and Sleep Research](#)

Tatsuro OHTA, MD, PhD (Japanese Red Cross Aichi Medical Center Nagoya Daiichi Hospital) ····· 2

Review Article

[Cognitive Reserve and Difference in Alzheimer Disease Incidence by Sex/Gender](#)

Masatoshi TAKEDA, MD, PhD, President (Osaka Kawasaki Rehabilitation University) ····· 13

Case Report

[A case with avoidant /restrictive food intake disorder without fear of fatness
- comparison with a case with anorexia nervosa-](#)

Ryoko NAKAHAMA (Department of Psychiatry, Osaka Phychiatric Medical Center) et al. ····· 24

[A case of schizophrenia with refractory functional hallucinations successfully treated with lithium
carbonate augmentation](#)

Koujin MIURA (Department of Psychiatry, Osaka General Medical Center) et al. ····· 28

Newly Translated Article

[Japanese translation "Hölderlin : wider die These vom edlen Simulanten"](#)

Kazuyuki OOHARA, MD, PhD, Director (Oohara Mental Clinic)

Toshinobu TAKEDA, MD, PhD, Director (Jinmeikai Clinic)

Saburo HAYASHI, MD, PhD ····· 34

[Japanese Translation of "La folie au front : La grande bataille des néruoses de guerre"](#)

Shigeru TAKAUCHI, MD, PhD. (Mihara Hospital) ····· 64

[Autobiography : Aiming for neuropsychiatry No3, Kyoto University](#)

Koho MIYOSHI, MD, PhD (Jinmeikai Institute for Mental Health) ····· 92

[Autobiography : Aiming for neuropsychiatry No4, Columbia University](#)

Koho MIYOSHI, MD, PhD (Jinmeikai Institute for Mental Health) ····· 102

[Autobiography : Aiming for neuropsychiatry No5, Hyogo Medical College](#)

Koho MIYOSHI, MD, PhD (Jinmeikai Institute for Mental Health) ····· 110

[Instructions for Authors](#) ····· 127

[Editor's Note](#) ····· 129

巻頭言

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制

一般財団法人仁明会 理事長 森村安史

精神病院が「患者牧場」と揶揄されるのも致し方ない時代があった。定床を上回る患者を入院させ、医師が患者を診るのは月に1回あるかないか、スタンプばかりが並ぶカルテ、医局では麻雀や囲碁に興ずる先生や、当直中にビールを飲み赤い顔をして病棟に出かけられた先輩もいた。今では信じられないのんびりとした時間が流れる光景が展開されていた。そして各地の精神病院ではさまざまな不祥事が起きた。その当時にはまともな医療を提供することができていなかった精神病院があったことも事実である。私にこれが医療機関と言えるのだろうかという疑問が湧き上がって来たのもその頃である。医者の数も看護師の数も全ての病院スタッフの数が現在の半分以上しかいなかったように思う。人手不足を補うために患者に作業療法と称して、配膳の手伝いをさせたり、庭の掃除をさせたりときには看護補助者の業務もさせていた。とんでもない時代があったものである。

厚生労働省において議論がされてきた「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」においてまとめられた報告書には「医療保護入院」の見直しについて、「不適切な隔離・身体拘束をゼロにする取り組み、虐待防止に係る取り組み」と言った文言が目次の中で示されている。この報告書が作成される過程で、医療保護入院の制度を無くしてしまおうという議論がされていた。非同意による入院は患者の人権を奪うものであるとの意見や、医療保護入院の要件についての曖昧さ、家族同意が取れない場合の問題などを指摘されていた。山崎學日精協会長はそうであれば全て措置入院にすればよい、精神科病床を国が買い上げて全て公的医療にしまえばよい、といったことを発言しておられた。司法と医療の間に生きる精神科病院の特殊性は民間病院だけでは解決できないものが含まれており、私もこのご意見に賛同するものの一人である。報告書の中では医療保護入院から任意入院への移行、退院 促進やより一層の権利擁護策の充実などが歌われたのみで、大きな変更には至らなかった。

またこの報告書には「不適切な隔離や身体拘束をゼロとする取り組み」という項目が書き加えられている。この文言には疑問を感じざるを得ない。まるで我々が日常的に不適切な行為をおこなっているかのような表現である。隔離や身体拘束が不適切な医療行為なのであろうか。これまでも精神保健福祉法の精神に基づいてこれらの処置をおこなって来たはずである。行動制限、特に身体拘束についてはしばしば事故が発生することがあり、リスクを伴う行為があることは承知している。それでもどうしても拘束しなければ安全を守れない時があることもまた事実である。これを不適切な行為であるとか、拘束そのものがしてはならないことであると言われると、もはや民間病院では手に負えない。一方で身体的拘束を行わなかったがために起きた事故も、しばしば患者側から病院が訴えられている。医療保護入院にせよ、行動制限にせよ、二つの矛盾した考え方が対立しており、厚労省などの検討会議の席ではいつも同じ議論が繰り返されることになる。

患者虐待事件はごく一部の精神科病院で今でも繰り返されることがある。精神科医療の歴史の中には負の歴史もたくさんある。歴史は繰り返すし、過去の反省をできないのも人間であるが、いくらなんでも精神科病院を「患者牧場」などと呼ばせるような時代には絶対に戻れない。精神科を科学的な視点での疾病として追求することを続け、社会医学としての精神科を考え、医療倫理についても思いを馳せ、人権と医療の矛盾を乗り越えて行きたいと思う。「楡家の人々」に描かれていたような脳病院の世界に戻るわけにはいかないのである。

特別寄稿

我が学究彷徨の記 ～精神医学と睡眠研究の狭で

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 太田龍朗

Key words: 精神医学、睡眠研究、睡眠・覚醒リズム、統合失調症、不登校

Psychiatric study, sleep research, sleep-wake rhythm, schizophrenia, non-attendance at school

はじめに

本稿は精神科医として睡眠を学究の軸として来た筆者が、傘寿を過ぎたこの時に、長いようで短かった来し方を振り返る機会を与えて下さった本誌からの寄稿のご依頼に応じて、その軌跡を手探り寄せてみたが、内容たるや正に彷徨としか言いようのないものであることに改めて気が付いた。

かつて精神科医の集りで、ニュートリノの研究で高名であられノーベル物理学賞を受賞された小柴昌俊先生を講演にお招きしたが、冒頭に“今日の私の話は、皆さんの日常には何の役にも立ちませんよ”と仰せられた。本誌の読者諸兄姉にもそのままこの言葉を送りたいほどだが、本稿のどこかにいささかでもご興味や関心を持って頂ける方が居られることを期待して筆をとることにした。

I. 幼少から医学徒への道

太平洋戦争の火蓋を切った真珠湾攻撃の前年(1940)、北アルプスの麓信州安曇野の池田町で生まれ、3歳の時に教師であった父の転勤の関係で、諏訪湖の辺り岡谷へ移り住んだが、高校卒業まで住んだこの地がわが心の故郷となった。岡谷は明治の初めから群馬の富岡製糸場と並ぶ生糸(絹)業の盛んなところで、明治政府の富国強兵策に乗っ

て日本の絹が外貨獲得の筆頭に踊り出た歴史がある。当時の状況を反映してのことだが、この地方のいわゆる進学校であったわが母校の校歌は、今でも「日本一長い校歌」として名を馳せているが、その中にも“世界の富を集めては・・・”とのくだりがある。終戦の翌年に就学した頃にも、製糸業の名残りが町のあちこちにあって、養蚕をなりわいとする家からは繭から糸を取る時にのぼる独特の臭いが街路に流れていた。

この町にM先生という古くから開業されていた医師が居られた。わが家のかかりつけ医として、しばしば往診をお願いしていたが、やや小太りながら恰幅のいい先生は、注射器などの診察道具一式が入った黒い鞆を持ち、座敷にあがって寝ている家人の脇に座るが、その際に厚手の座布団を差し出すのはいつも母であった。鎖のついた懐中時計をとり出しては脈を測る姿を今でも鮮明に憶えている。この先生が遠い名古屋の大学を卒業されていることは、父母と先生の会話からいつとはなしに知ってはいたが、この時には将来この同じ大学の同窓生となるなどとは、夢想だにしなかった。

御多分にもれず、高卒後真直ぐには進学出来ず、東京で有名なS予備校での生活を経て、ようやく名古屋の大学の門をくぐる事が出来たのは、昭和35年(1960)の春であった。

II. 平坦ではなかった医師への道

その頃もう一人田舎の家の道を挟んで向かい側に外科の医院を開いた人が居た。S先生というが、何とこの人も名古屋大学を出て外科医として愛知

The Wandering History of My Psychiatric Study and Sleep Research
Tatsuro OHTA, MD, PhD
Japanese Red Cross Aichi Medical Center Nagoya Daiichi Hospital
3-35 Michishita-cho, Nakamura-ku, Nagoya, 453-8511
hogat2277@gmail.com

県の挙母(ころも)という町の病院勤めをした後、生家に戻って開業されたのだが、この挙母こそ今や世界のトヨタとして知らぬ人の居ないトヨタ自動車の企業城下町であった豊田市の前身である。

M先生やS先生を目の当たりにしていたこともあってか、いつの頃からか父は筆者を名古屋大学へ入れたいと思っていたようで、その雰囲気や暗々裏に感じとっての受験となった。

希望と期待を胸に勇躍して門をたたいた青年を待ち受けていたのは、授業が正常に行われない異常な大学であった。前年秋に名古屋を襲った伊勢湾台風の傷跡があちこちに残っていたが、それとは別に1960年は「第一次安保闘争」と呼ばれる程、国中が大荒れになっていた。故安部晋三元総理の祖父にあたる岸信介総理のもとで「日米安全保障条約」が締結されようとしていたのだが、これに反対する勢力が大学を中心に連日行動をおこし、いわゆるストライキで授業が出来ない日々が続いていた。“俺は勉強するために大学に来た、そこを通せ!”と門にピケ(ツト)を張る上級生に抗議したものの多勢に無勢だった。そのうち教職員もデモに参加するような情況にのまれ流されて行動を共にするようになったが、やがて東大の女子学生がデモ中に死亡する事件が起きた。“デモ危険出るな”という両親からの電報があったりしてどこか冷めたところがあり、夏休みになると田舎に帰ってしまったが、クラスにはデモ中に検挙されて、一晚留置所で過ごした者も居た。そのうちの一人Y君は後に米国アイオワ大学の教授になり、筆者は後年、米国立精神保健研究所(NIMH)に短期留学中彼の家に一週間居候したことがあった。

安月給の中から月々学費を送ってくれる父の思いを知ってか知らずか、学部に進むと合唱団に入りいわゆる部活にのめり込んだ。そのため部活を始める前の生理学の試験は「優」をとったもののその後は低空飛行の連続で、いわゆる「ピーコン」(再試・追試)を受けないように注意しながらギリギリで通過することが多くなった。卒業直前の内科の口頭試験では、思いも寄らぬ「ツツガ(恙)虫病」を問

われ、ありったけの知識を絞り出して答えたが、教授から「君、週刊誌に書かれているようなことは言わないで」と釘をさされる始末だった。

医学部卒業の時は、入学の時と同様に政治の嵐の中にあった。当時世界的にも学生運動が盛り上がっていて、医学部は全国的にも“紛争”の中心にあるところが多かった。とくにインターン制度の問題は医学生最大の関心事であり、当時の医学生生の自治組織である「全国医学生連合」(いわゆる医学連)は、次々と激しい戦略や戦術をくり出し遂に国家試験ボイコットを提起してきた。インターン委員をしていた筆者はクラスの意向をまとめねばならない立場だったが、クラスの大多数は全国に歩調を合わせようということになった。当時は1年のインターン終了後に春と秋の2回医師国家試験を受験できたが、昭和42年(1967)春の国試は5~6名のクラスメイトを除いてほぼ全員が受験を見送り、正に前代未聞の出来事となった。このことから、後にアルバイト先や赴任先に履歴書を提出すると、事務職員に「あれ先生は秋組ですか」と春の受験失敗組と見なされるようになった。

Ⅲ. 精神科医へのいまだ遠い学究の道

インターンを終ってはいるものの医師の資格のない我々を精神科の医局は何のためらいも疑問も持たずあっさりと受け入れてくれた。何故精神科を選んだかとよく問われるが、大きなインパクトのひとつは学生時代の部活動にある。合唱団の活動である。夏休みになると信州などの田舎で合宿をするが、その時に慰問演奏に訪れるのが精神病院であった。病院の講堂などでうつ向き加減で床に座る患者さん達を前に唄うのだが、こうした交流を通して親近感が生れ、学部2年(4年生)の頃には、ほぼ進路を決めていたように思う。インターンが終ってその先を決めねばならない頃、帰省した時父に何科を選ぶのか尋ねられた。即座に精神科と答えたが、父は“何も選りに選って精神科などを・・・”とその顔には明らかに落胆の色が見てとれた。精神障害への偏見や差別が今日よりはるか

に強かった半世紀以上も前のことである。ついでに臨床以外を全く考えていなかった筆者に父はたたみかけた。“大学院に行かなくていいのか？あとで後悔しないか”と。このひとりで、大学院受験を覚悟せねばならなくなった。その年の正月のことだったが、2か国語の語学試験があり、特にドイツ語の付け焼き刃の受験勉強が始まった。食事とトイレ以外は勉強に当てる日々を2か月近く過ごし、試験に臨んだ。ドイツ語の読解は、今日でいう気球(バルーン)の実験で、上昇中の籠から重りの荷物を落して上昇を加速させるといった内容のものだったが、ほぼ正解することが出来て嬉しかったのを覚えている。試験には主任教授の口頭試問があったが、恩師の故堀要教授はわが国児童精神医学の濫觴で草分け的な存在であった〔写真1〕。

学生時代の不勉強を“あまり授業に出て居りませんでしたので”と苦しい胸のうちを述べてイクスキューズした。すると先生は叱るどころか“いやいいんだよ。これから(本格的に)やるんだから”と仰せられ笑顔で面接を終えて下さった。



写真1 第4代 堀要教授

面接と言えば、当時の医師国家試験にはペーパー試験の他に口頭試問があった。外科系、内科系に1人ずつ試験官が居て、数分間質問を受けるのだが、先ずはどこかの大学の外科教授とおぼしき中年紳士から“君、そこに立って胆石のオペをするとき、先ずどこにシュニット〔Schnitt: ドイツ語で開腹切開線〕を入れるか指で示して”と言われた。ポリクリのオペ見でも見たことはないし、放ったらかしサービス同然でロクに実習などしなかった大学病院でのインターンでもそんな場面には立ち合わなかったもので、いい加減な所作となった。すると試験官はやおら机の下から履歴調書を出し“フーン君は名古屋大学か、外科は橋本教授だね。橋本君はそんなことを教えているのかネ”と呆れ顔で言っ

た。医学生の不勉強が母校の有名教授の責任に転嫁されてしまった。続いて内科系の試験官はA4サイズの一枚の紙を差し出して“君これは何ですか”と尋ねて来た。紙上には地震計の記録のように上下に振動したような軌跡がほぼ同じような幅で左から右へ並んでいる図があった。同じ型のものでは心電図があるが、見ればすぐわかる独特の形をしているが、これはそれでもなくもちろん見たこともないものであった。唯なんとなく電気的な記録のように思えたのでフツと浮かんだものがあった。ひょっとすると筋電図と言うものかも知れない…と閃いたので、“筋電図だと思います”と答えた。“ウンよろしい。それではこれは正常かね異常かね?”と来た。見たこともないのだから答えようがないが、しっかり放電しているから、異常ならもつと幅が小さく動揺するだろうと思って、クイズの“fifty fifty”よろしく“正常だと思います”と答えた。試験官は“ウンよろしい。君はよく勉強しているネ”と返してきた。膀胱鏡の写像を見せられて「眼底の大出血です」と答え“俺はもうダメだ”と青ざめて戻ってきたクラスメートがいたが、皆合格していた。医学知識が増え大量の設問が課せられる今の医学生とは比較にならないほど長閑な時代であった。

IV. 紛争の最中、精神医学と医療の道へ足を踏み入れる 脳波とレム睡眠との出会い

大学院に進学し、秋の国家試験も何とかクリアしたものの、学内は落ち着かない雰囲気はずっと漂っていた。医局講座制をめぐる医学部の環境を変えようとする動きは、全国的な広がりを見せ、牙城と目された教授会と他の階層との軋轢は日増しに強くなり、大学院生の自治組織を持つ本学では後にT市民病院長となったM先生を委員長にし、筆者が労働組合よろしく書記長を務め教授会との「団交」なるものがくり返されていた。日常の臨床は大むね行われていたが、看板書きなどに時間をとられて、とても学究生活とは呼べない日々が続いていた。大学外の関連病院などを含めた構

成員からなる精神医学教室の医局旅行に皆が出掛けてしまった後、当日開かれた団交で旅行に行けなかった堀教授と筆者が医局に戻って“御苦労様でした”と挨拶を交わすといった有様が日常となっていた。

そんな筆者の姿を見て、勉学の方向へ顔を向けるよう手を差し延べてくれた人物が居られた。入局の時に医局長を勤め、後に大学病院の検査室の講師を経て、医学部保健学科教授となられた故岡田保先生である〔写真2〕。当時精神分裂病・躁うつ病とともに3大内因性精神病として精神科が主として診断治療に当たっていたてんかんを専門にし、脳波を駆使して診療にあたられていたが、間もなくうつ病の睡眠にも関心を持たれ、まだまだ一般化されていなかったポリソムノグラム〔Polysomnogram:PSG〕を用いて睡眠記録を試みられていた。その途中で先生の終生のお仕事となる睡眠時無呼吸症候群〔Sleep Apnea Synd. SAS〕に軸足を移されていった。¹¹⁾ 岡田先生のお手伝いとしてこの「終夜脳波」と呼ばれたPSG記録にお付き合いするようになったが、その後の睡眠の研究が筆者の学究生活の大半を占めるようになるなどは、この時も全く考えていなかった。しかし、夜の静寂の中、脳波(EEG)と筋電図(EMG)を記録するペンの音がカサカサと鳴る検査室で徹夜をすることがしばしばとなったが、眠い目をこすりながら記録紙上を眺めていると、突然ペンの音が静かになり脳波が覚醒している時と



写真2 第13回日本睡眠学会(名古屋)の打ち上げで。
(左)岡田 保会長 (中)尾崎紀夫君 (右)筆者

同じような状態となって眼球運動〔EOG〕を示すペンが急速に上下するさまに初めて出合った時、「あーこれがレム睡眠か」と妙に興奮したのを今でもはっきり憶えている。ところで、睡眠研究を発展させた2つの大きな発見があった。ひとつはHans Bergerによるヒトの脳波の発見で、もうひとつがヒト(米国)とネコ(フランス)でほぼ同時期に見つかったレム(REM)睡眠である。前者については本誌 第18巻2号に山口成良金沢大学名誉教授によって詳しく解説されている。¹³⁾

V. 睡眠・覚醒リズムの変な統合失調症との出会い

大学院は結局学位論文になるようなまとまった仕事がないまま満了(学位論文がないためこう呼ばれた)し、すぐに病院へ赴任となった。愛知県立城山病院(現愛知県精神医療センター)の先輩からの誘いもあってのことだったが、閉鎖性が強かったわが国の精神病院の中では先進的に開放化と社会復帰活動が行われていた施設でもあり、迷うことなく出かけたが、最初から社会復帰活動を志願し、開放病棟に配属してもらった。筆者が病院へ赴任するのと入れ違いのように、大学へは、第5代教授として精神病理学の碩学 笠原嘉教授が京都大学から赴任された〔写真3〕。

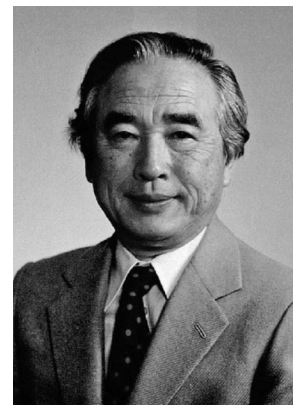


写真3 第5代 笠原嘉教授

この病院で当直の夜奇妙な行動をとる患者さんに出合った。もともと寡黙でほとんど自発語がなく、日中は臥床してほとんど動きのない人だったが、夜間消灯後に皆が寝静まると1人廊下に出ていわゆる徘徊をするのだが、看護師によると夜間しばしばこうした行動が見られるという。昼夜が逆転しているのだろうかと思い、ある冬の夜に脳波室に来てもらい、覚えたての睡眠ポリグラフ(PSG)を1人で記録してみることにした。結果は

驚くべきものだった。就寝中はほとんど覚醒することなく、早朝になっても古い建物のため枕元に暖房用のスチームがあり、これに蒸気が通いはじめ“ガラン・ガラン”と大きな音を立てるのだが、ポリグラフ上でも全く変化がなく眠り続けていたのである。統合失調症は他者に過敏で、それを強く意識する病理があることは知識として持っていたが、同室に何人か患者さんが居る病室と、1人で眠ることが出来る脳波室では、こんなにも異なるのかと、改めてその病理の深さを知らされた思いがした。

さて、この頃大学の「脳波グループ」精神生理研究班と、大阪大学精神科の講師で後に秋田大学精神科学講座教授をされた菱川泰夫先生〔写真4〕を指導者とする睡眠研究グループで、PSGの判読の勉強会が何回か持たれていた。この時最大の問題はノンレム睡眠のうち徐波睡眠とされる第3、第4段階(S3+4)の判定の際、デルタ波やシータ波をどのように計測するかによってその量が大きく変わってしまうことであった。事実、同じ記録を両大学が別々に判読したあと、つき合わせるとその数値に大きな違いが見られた。阪大の若いT先生は「こんなでは発表するデータを誰も信じてくれなくなりますね」と嘆いたのをつい昨日のように思い出す。一夜分の睡眠図作成を全て手仕事でやっていた時代のことだが、機械が規準に沿って自動的に判定するのが当たり前になっている今、こうした苦労の日々がなつかしい。



写真4 菱川泰夫先生

VI. 絶対臥褥と睡眠相後退症候群を知る

県立単科精神病院の後半に、厚生省の派遣医として復帰間もない沖縄の石垣島にある沖縄県立八重山病院で3か月間いわゆる僻地医療を垣間見るという貴重な体験をしたあと、昭和50年末“君は大学に戻った方がいい”というお勧めもあって助手として再び大学キャンパスに戻った。そして同53年(1978)夏、創立間もない浜松医科大学精神科から脳波を専攻する講師を求めるとのお話があり、医局長中端で同大へ赴任することになった。当時教授でおられた大原健士郎先生は、東京慈恵会医科大学のご出身であったこともあり、森田療法に精通しておられたが、その治療過程である絶対臥褥の際、睡眠はどのようになっているかとの関心を持たれていたようで、筆者が赴任した翌年に、はじめて入局して来た4名の若手医師を被験者にして、大原教授と同門の東京都精神医学総合研究所精神生理部長をされておられた遠藤四郎博士〔写真5〕に研究指導をお願いして頂いて、その実験は開始された。遠藤先生は当時わが国ではじまったばかりの睡眠リズム研究のパイオニアで、米国流の近代的な手法をとりいれ、時差症候群〔Jet lag: 時差ボケ〕の研究¹⁾などで内外に知られた方だったが、この実験期間中に「大学紛争のあおりで、研究生生活を諦め大学を去る人々が多い中、先生は大学に残っておられ、珍しいですね」とよく言われたが、御自身もおそらく同じ理由で、学外の研究所に移られたのだろうと推測された。都立松沢病院の隣

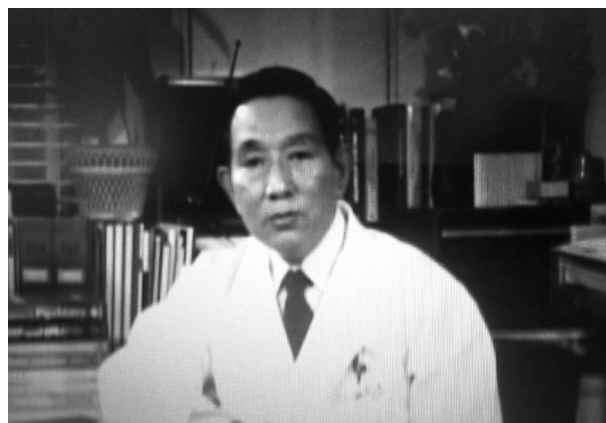


写真5 遠藤四郎先生

にある精神医学研究所で毎晩泊り込みでの一週間の実験は、その結果がどのようなものになるかも知れず、白々と明けてくる隣の病院の庭を不安ながらぼんやり見つめたことや、実験が終って帰路につく被験者達が“あ～電車が走っている、生きている！”と叫んだのを今でも鮮明に憶い出す。

結果は大学に戻ってからいくつかの論文にまとめたり、学会で発表した。が、睡眠のリズム研究の中でも時間の手がかり〔time cue〕同調因子がありながらの長い臥床ではレム(REM)睡眠が固定したまま徐波睡眠がレム睡眠との力関係によって部分

的に移動することなど、いくつかの新しい知見が得られた〔図1~4〕。その後遠藤博士との共同で、慢性の統合失調症と絶対臥褥下の健常者の1日の睡眠の比較研究を行ったが、好褥的な生活を送る統合失調症では、ノンレム睡眠の第4段階(S4)という深い睡眠が著しく減少し、朝のレム睡眠も著しく減少してその潜時は長く出現が遅れていて、睡眠のスムーズな切り替え(transition)が行われていないことなどが明らかになった〔図5~7〕。7) 統合失調症者では見かけ上の行動が少ないものの脳内は過覚醒状態にあることが示唆された。2) 3)

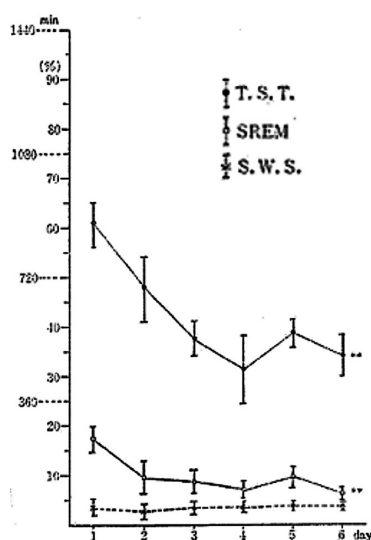


Fig. 3-b Daily distribution of T.S.T., SREM & S.W.S. ** $p < 0.01$ (F-Test)

図1〔原典 Fig.3-b〕絶対臥褥における総睡眠時間(T.S.T)、レム睡眠(SREM)、徐波睡眠(S.W.S)の経日変化。TSTとSREMの比率は毎日大きな変化がないまま総量は減少するが、SWSはほとんど変化がない

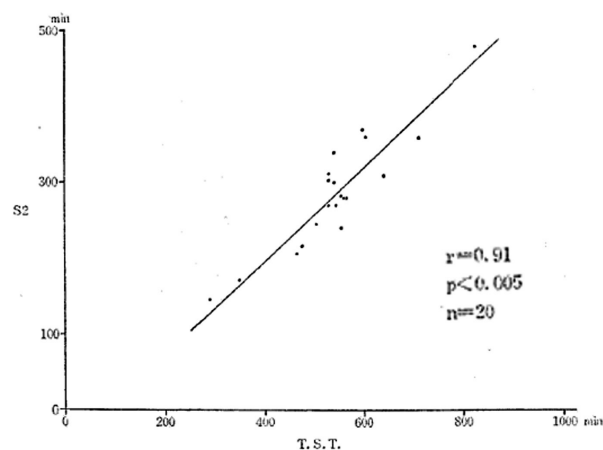


Fig. 4-a Relationship between T.S.T. and S2

図2〔原典 Fig.4-a〕絶対臥褥の総睡眠時間(T.S.T)とノンレム睡眠の第2段階(S2)は、その量が正の相関を示す

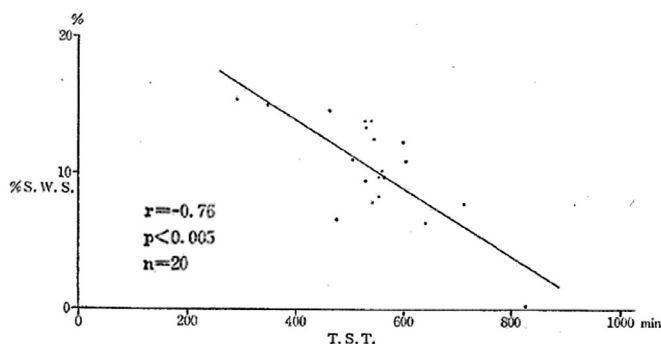


Fig. 4-b Relationship between T.S.T. and S.W.S./T.S.T.

図3〔原典 Fig.4-b〕絶対臥褥のTSTと徐波睡眠(SWS)がTSTに占める比率(SWS/TST)は負の相関を示す

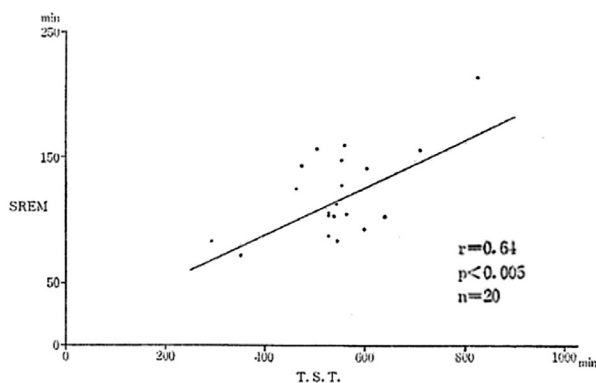


Fig. 4-c Relationship between T.S.T. and SREM

図4〔原典 Fig.4-c〕絶対臥褥のTSTとSREMの量は正の相関を示す

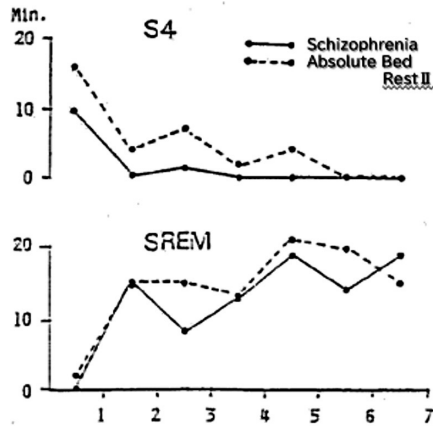


Fig. 5: Hourly distribution of S4 and SREM from Sleep Onset: The amount of Stage 4 (S₄) and Stage REM (SREM) was calculated hourly from the sleep onset. Numerals of the time axis indicate the amount of time from the sleep onset.

図 5 [原典 Fig.5] 絶対臥褥の健常者と慢性統合失調症者の比較。入眠からの 1 時間当りの徐波睡眠は統合失調症ではもともと少ないノンレム睡眠第 4 段階 (S₄) は急速に減少するが、レム睡眠 (SREM) には大きな差はない。

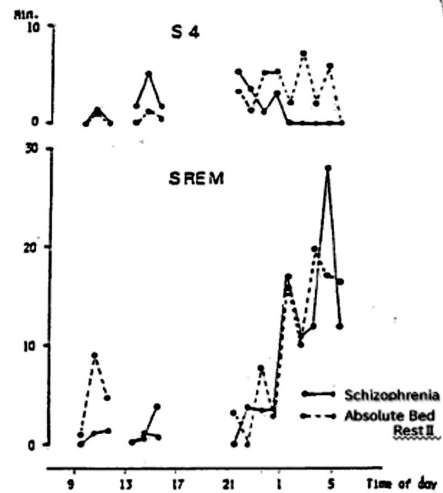


Fig. 10 Temporal Distribution of S₄ and SREM

Fig. 10: Temporal Distribution of S₄ and SREM.

図 6 [原典 Fig.10] 絶対臥褥の健常者と慢性統合失調症の睡眠時刻による比較。統合失調症では午前中のレム睡眠の出現が乏しく、午後の徐波睡眠 (S₄) と夜間睡眠の S₄ は著しく少ない一方、レム睡眠 (SREM) は健常者とその出現パターンに大きな差はない。

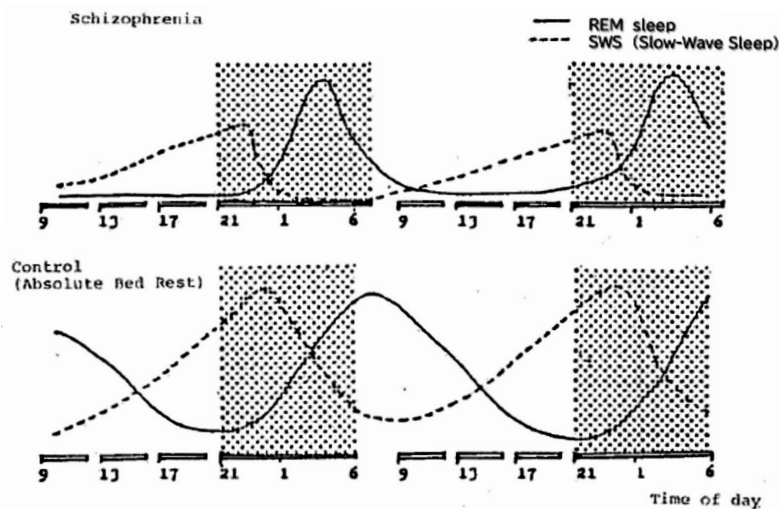


Fig. 11: Temporal Distribution of REM Sleep and SWS (Slow-Wave Sleep).

図 7 [原典 Fig.11] 絶対臥褥の健常者と慢性統合失調症者のレム睡眠と徐波睡眠の出現様式。統合失調症では、レム睡眠、徐波睡眠ともにスムーズな経時変化が見られない。

浜松医大在任の終り頃になって筆者のその後の研究の柱になった睡眠リズム障害に遭遇することになった。既に故人になってしまったが、入局 2 回生の K 君がある時「私の患者で、夜遅く迄寝つけず一旦眠ると今度は昼頃まで起きられず、学校へ行けなくなった高校生が居ます」との相談があった。そこで文献の検索をするよう伝えると程なく

「ありましたよ」と報告があった。Delayed Sleep Phase Syndrome:DSPPS のキーワードでまとめられた論文が米国から発表されていた。その後不登校[Non-attendance at school]を呈する睡眠相遅延症候群として知られるようになり、不登校の中・高生の中で、こうした睡眠リズムの障害が主因になる一群の存在が明らかにされ、わが国でも盛ん

に研究されるようになった。今日でもとくに治療法の開発^{6),9)}が盛んに行われているが、本症例はわが国での第1例であったと思っている。⁴⁾ 英文論文にしなかったことを後悔しているが、その後1983(S58)にイタリアのBolognaで行われた第4回国際睡眠学会でポスター発表をした時、米国の時間生物学研究の大御所ハーバード大学のC.A.Czeisler博士が会場に現れいくつか質問されたことは大変嬉しい思い出になっている。⁵⁾

昭和55年(1980)と同56年(1981)は浜松から名古屋の教室に戻った移動の時期であるが、この2年間に日本精神神経学会総会を大原健士郎教授と笠原嘉教授が続けて引き受けられた。この2学会とも筆者は事務局長的役割を任された。当時の学会は長崎学会(1968)以来精神医学・医療をめぐる紛糾しており、その余韻の覚めやらぬ雰囲気が残っていて、運営には随分と神経を尖らせた。今日のようにコンベンション会社に手伝ってもらうことなどとても出来ないのも、全て手弁当であった。因みに名古屋大学精神科の教授は歴代7名いるが、この学会の会長を務めていないのは筆者のみである。

Ⅶ. 学究より Business の日々

母校に講師で戻ってからは学究生活というより大学医局特有のbusinessの毎日が待ち受けていた。まずは浜松医大へ赴任する際、1年間の任期を半分残していた医局長の残り半分をさせられることになった。更に浜松でも経験した病棟医長を引受けるなど、研究よりも完全にclinical practiceが中心になって行った。教育も医学生のみでなく若い研修医も多く、多忙を極めた。この間、専門とする睡眠研究を題材とした総説や解説の寄稿依頼⁸⁾も多く、オリジナルの実験研究は全くないまま過ぎて行ったが、唯一例の不登校を呈する睡眠リズム障害の診断と治療およびその疫学的調査だけが続けられた。これらのテーマや課題をめぐっては、研究仲間でありかつ多面的に協力、援助して下さった2人のDrのお名前を挙げない訳には

いかない。1人は滋賀医科大学の精神科助教授で、立ち上がったばかりの「臨床時間生物学研究会」の参加を誘って下さり、後に国立精神神経センターの第3部長を経て同センター総長となられた高橋清久先生で、もうお1人は視覚障害者の睡眠リズム研究に始まり、秋田大学精神科を経て滋賀医科大学睡眠学講座を創設され教授になられた大川匡子先生である。我々の研究を評価し、陰に陽に御支援頂いたことは筆者の学究生活の維持発展にどれだけ支えになったことかと、今なお感謝に堪えない。一昨年秋に両先生が関係されておられる睡眠健康推進機構の機構長も務めておられる大川匡子先生から機構長賞を頂いたが、偉大な先達である菱川泰夫先生や教室の先輩でかつ指導者でもあった岡田保先生も授与された賞であると聞き、誠に光栄なことだと思っている。¹⁰⁾

さて、母校では岡田保先生が睡眠時無呼吸症候群を中心に活発な研究を続けられていたが、この研究に若い尾崎紀夫君〔写真2〕が参加してきた。おそらく第1号と思われる彼の英文論文¹²⁾は、この時に生まれている。数年後に、留学歴のない筆者に主任教授の笠原先生は短期で良いからと、留学を勧められた。岡田先生が睡眠学会長を務められた時、招待講演をしてもらった米国国立精神保健研究所(NIMH)のThomas Wehr博士のところへ行くことになった。3カ月後には尾崎君が筆者と交代するように渡米したがNIMHでは彼の水先案内役を果たしただけで終わってしまった。

Ⅷ. 精神保健福祉法の成立をめぐって

日本精神神経学会は相変わらず不安定で、年次学術集会の怒号が飛び交うような雰囲気嫌ってか参加者も千名前後に低迷する状況が続いていたが、一方で精神医療の世界も安定しない危機的状況にあった。「宇都宮病院事件」に象徴された精神障害者の人権侵害など、私立医療機関が9割近くを占める中で、多くの問題点が明らかになり、WHOからも指摘と勧告を受ける迄になっていた。この時この状態を行政の側から打破しようとした

人物が居た。当時厚生省の課長〔保健医療局精神保健課〕として本省に勤務していた我が医学部の同級生小林秀資君である。彼は精神医療を監督管理する立場からこの問題を直視し、自ら欧米に飛び、具に見聞をして帰国後、法整備にとりかかり、その結果として旧精神衛生法から人権に重きを置いた現在の精神保健法〔後に精神保健福祉法〕への切替の立役者となった。その経緯を知った筆者は、笠原教授とも相談し、小林君にその辺の詳細と法改正の意味を語ってもらおうと教室の会議に招いたが、笠原先生は彼の強い意志と行動力を高く評価されていた。小林君は、その後厚生省の健康政策局長をはじめ3つの局長を歴任して、同期入省者の出世頭であったことを後に聞いたが、時の政府に付度する官僚のことばかりが話題になる当世だが、こうした地道な努力を重ねて国を動かす優れた官僚が居ることを改めて思い知った。精神医療の大きな変革の恩恵を受けて若い医療者とりわけ精神科医達がのびのびと活躍しているのを見るにつけ、故人となったが小林君が同級生であったことを誇りに思っている。

こうした過去の働きや業績等を認めて頂いたのか、1992年(平成4)に精神医学講座の第6代教授に推挙して頂いたが、それ迄の精神病理学や心理学的研究が続いていた教室の流れから睡眠研究という生物学的研究に舵が切られることに抵抗を感じた教室員は少なくなく、選挙中には“太田が教授になれば研究棟は動物実験の巣となる”といった噂が流されたり、誹謗中傷としか言いようのない内容のビラが関連病院などに撒かれたようだが、高校の大先輩で医学部から広島大学長を経て名大第8代総長となった飯島宗一氏や当時の加藤延夫総長からは“そんな些末なことに執るな、堂々としておればよい”と叱咤されたのをまざまざと憶い返す。

教授就任後はじめての入局者の中に、現在藤田医科大学副学長で医学部長の岩田伸生君がいたが、精神病理・精神療法・神経病理・児童精神医学の各研究班を精神生理学と同等に発展させることに

努めつつ一步を進めた。そうした合間をぬって空席になった関連病院長の人事を巡って東奔西走することも少なくなかった。“太田の在任中にいいことはなかった”と言われないこともないが、いいこともあった。前述のわが国児童精神医学のパイオニアであった堀要先生以来、名古屋大学精神科ではこどもに特化した外来診療が続けられていたが、その努力と実績が認められたのか、信州大学などと共に児童精神科の診療部門の設置が初めて国に認められた。現在の「親とこどもの心療科」の創設であった。このニュースが流れた時、まっ先にお祝いの電話を頂いたのは笠原先生であった。

IX. 再び精神医療の唯中へ、精神科病院と総合病院精神科の経験

大学を定年退職した時は、公務員として縛られることが多かったことから上下を脱いだ気分になり、一種の爽快感さえ覚えた。初代北林貞道教授が退職後、太平洋戦争直前に開設した病院に移ったが、見かけも医療内容も古色蒼然の感が否めない状況であったので、改革を目ざして地道な積み重ねを試みたものの果たせないまま、教室内外の後輩に請われるまま現在の日本赤十字社が運営する病院に転勤したが、いわゆるコンサルテーション・リエゾン精神医学(CLP)の実践が中心となった。因みに、精神医学講座の初代教授北林貞道の愛知医学専門学校(名古屋大学の前身)当時の同僚に、世界で初めて睡眠物質[sleep substance]の存在を明らかにするというノーベル賞級の仕事をした人が居た。北陸出身の石森国臣である。

さて、大学を退職する少し前に2つの薬物療法に大きな変化が見られた。1つが抗うつ薬としてのSSRIの登場であり、もう1つが新しい睡眠薬の開発導入である。1995年にフルブキサミンがわが国ではじめてのSSRIとして登場し、2010年にはメラトニン受容体作動薬であるラメルテオンが睡眠薬として導入された。睡眠とくに睡眠・覚醒リズムの臨床研究を長く生業(なりわい)としてきたことで、その知識と経験が今これらの薬の臨床

応用に当って日常診療に少なからず役立っていることは誠に有難いと思っている。とり分け3Dと言われる、うつ・せん妄・認知症が治療対象症状の中心をなす総合病院精神科にとっては、そのストラテジーの構築に際し睡眠理論の基礎知識の応用が大いに役立っている。例えば、睡眠相後退症候群(DSPS)の治療は米国からの報告を基に当初ビタミンBの内服と光治療(BL)の組合せが行われたが、今日では、抗うつ薬としても用いられる抗精神病薬のアルピプラゾールの少量が試みられたり、SNRIであるアトモキセチンを併用した光治療が有効との報告まで見られる。一方せん妄には、従来好んで用いられた抗精神病薬や抗うつ薬に加え、睡眠薬であるラメルテオンやオレキシン受容体拮抗薬のスボレキサントが単独でも有効との報告が見られるようになった。また、抗うつ薬のミルタザピンは不眠の強いうつ病に用いて効果があり、夕方から就寝前の服用で効果が得られ、睡眠薬の併用が必須といわれたSSRIの治療に代わり、一剤で済む利点もある[表1]。

高齢化、超高齢化社会を反映してか、総合病院への入院患者の多くが高齢者で占められているが、

前思春期・思春期の若者に睡眠リズム障害がよく見られることは、DSPSの例を見る迄もなく明らかである。脳の発達の完成を目前にしてその脆弱性を示すものと言えるが、一方高齢者は脳の退化傾向の中でその脆弱性を露呈したものと考えられなくもない。特に昼夜逆転など睡眠・覚醒リズム障害はこの年齢層に極めて多い。筆者はこうした高齢者の睡眠障害に対し、位反応曲線(PRC)の理論にもとづき、入眠期待時刻から3～4時間早く、夕方から夕食後にラメルテオンを服用し、就眠予定時刻前にスボレキサントやレンボレキサントを内服してもらうことで、睡眠リズムが崩れてメリハリのなかった睡眠を改善出来た高齢者を少なからず体験している。ベンゾジアゼピン系睡眠薬(Bz系・Z系)からの脱却が声高に叫ばれる今、思い切った治療の転換が求められていると言って過言ではなからう。

おわりに

少し前、小学生の孫の国語の教材の中に、人の一生の中で夢をどのように実現するかを説くのに、岸壁の岩から風に乗って海に向かう海鳥たちの様

表1 わが国で用いられる主要な睡眠薬一覧

分類	一般名	商品名	半減期 (hr)	販売会社
メラトニン受容体作動薬	ラメルテオン	ロゼレム	1	武田
オレキシン受容体拮抗薬	スボレキサント	ベルソムラ	10	MSD
	レンボレキサント	デレビゴ	50	エーザイ
ベンゾジアゼピン受容体作動薬 (GABA受容体作動薬)		*非ベンゾジアゼピン系不眠症治療薬		
分類	一般名	商品名	半減期 (hr)	販売会社
超短時間作用型	ゾルピデム酒石酸塩*	マイスリー*	2	アステラス
	ゾピクロン*	アモバン*	4	日医工/サノファイ
	エスゾピクロン*	ルネスタ*	5~6	エーザイ
	トリアゾラム	ハルシオン	2~4	ファイザー
短時間作用型	エチゾラム	デバス	6	田辺三菱
	プロチゾラム	レンドルミン	7	ベーリンガー
	リルマザホン塩酸塩水和物	リスミー	10	共和薬品
	ロルメタゼパム	エバミール/ロラメット	10	バイエル/あすか/武田
中時間作用型	フルニトラゼパム	サイレース	24	エーザイ
	エスタゾラム	ユーロジン	24	武田テバ/武田
	ニトラゼパム	ベンザリン/ネルボン	28	共和/塩野義/アルフレッサ
長時間作用型	クアゼパム	ドラル	36	久光
	フルラゼパム塩酸塩	ダルメート	65	共和
	ハロキサゾラム	ソメリン	85	アルフレッサ

子に喩えた文を読んだが、沖に向かう風をじっと待ちながら、よい風が吹いたチャンスを逃さずそれに乗ることが大切であるとの内容だった。わが学究を振り返ると、自分の努力というよりもタイミング良くよい風をもたらして下さった指導者にたくさん出会えたことこそが今日の筆者を育てあげてくれたと思えてならない。大学教官の終り頃だったと思うが、同じ研究仲間の若いDrに「先生は幸運の持ち主ですね」と言われたことがあったが、その時は何を指してそのように言われたか分からなかった。いま翻ってみると、多くの共同研究者の地道な支えがあったうえに、行く先も定かではない自分をうまく風に乗せてくださった何人もの優れた指導者に恵まれていたのだとつくづく思う。私の研究人生は人より10年は遅れて始まり、大した業績を残さないまま終わったと思っていたが、彷徨としか言いようのない我が学究生活を振り返りながら、今はどこかで安堵の気持ちに包まれるのを感じつつ筆を置くことにする。

なお、本文に関して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) Endo S, Kobayashi T et al.: Persistence of the circadian rhythm of REM sleep: A variety of experimental manipulations of the sleep-wake cycle. *Sleep* 4, 319-328, 1981
- 2) Ohta T, Endo S: Chronobiological study on schizophrenia and normal control In: *Biological Psychiatry*. pp1261-1264. Elsevier North-Holland and Biomedical Press 1981
- 3) 太田龍朗、遠藤四郎：精神医学における時間生物学的研究－慢性分裂病者と絶対臥褥下の健常者との比較検討．*精神神経学雑誌* 83, 835-843, 1981
- 4) 太田龍朗、日吉俊夫、川口浩司、大原健士郎：睡眠相遅延症候群近縁の1例、睡眠構造の特徴と生物時間療法の試み．*名大分院年報* 16,27-33、1981
- 5) Ohta T, Iwata T et al: Chronobiological study on Delayed Sleep Phase Syndrome -its polysomnographic and clinical features-. *Sleep Research* 12, 270, 1983
- 6) 太田龍朗、岡田保：睡眠障害の chronotherapy. *神経精神薬理* 6, 257-267, 1984
- 7) Ohta T, Endo S : Chronobiological comparison of sleep-wake rhythm between chronic schizophrenia and normal control. *Folia Psychiatrica et Neurologica japonica* 39, 489-497,1985
- 8) 太田龍朗：睡眠相遅延症候群と持続性睡眠リズム障害 *精神科 MOOK No.21 睡眠の病態* (菱川泰夫 編集) pp291-302 金原出版, 東京, 1988
- 9) Ohta T, Ando T, Hayakawa T, et al.: Treatment of adolescent patients with sleep-wake schedule disturbance who complain of non-attendance at school. In: *Chronobiology : its role in clinical medicine, general biology and agriculture, Part B* (eds. Hayes DK, Pauly JE, Reiter RJ) pp65-72, Wiley-Liss, Inc. New York, 1990
- 10) Ohta T, Iwata T, Kayukawa Y, Okada T : Daily activity and persistent sleep-wake schedule disorders. *Progress of Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 16, 529-537,1992
- 11) 岡田保、粥川裕平ほか：睡眠時無呼吸症候群－疫学、病態、診断の最近の進歩 *神経研究の進歩* 39, 149-163,1995
- 12) Ozaki N, Okada T, Iwata T, Ohta T et al: Plasma norepinephrine in sleep apnea syndrome. *Neuropsychobiology* 16, 88-92, 1986
- 13) 山口成良：Hans Berger の生涯とヒトの脳波の発見 *仁明会精神医学研究* 18 (2), 2-7, 2021

総説

認知予備力から見たアルツハイマー病の性差

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

Key words: 認知機能老化、脳の老化、認知症、アルツハイマー病、性差、認知予備力

cognitive ageing, brain ageing, dementia, Alzheimer disease, sex/gender difference, cognitive reserve

I. はじめに

高齢者には、生理的変化として認知機能の老化(cognitive ageing)が見られる。この生理的な認知機能低下には個体差が大きいことが知られているが、出生時から高齢期に至るまでの数十年に及ぶ養育、教育、職業、社会経験など様々な生活体験の違いによるものであろう。高齢者の中には大幅な認知機能低下を示す場合もあり、これは病的とみなされ認知症(dementia)と呼ばれる。アルツハイマー病(AD)は認知症の60-70%を占める。

65歳以上になると、認知症は加齢と共に急増する。認知症の有病率は、年齢が6歳上昇する毎にほぼ2倍増加し、75-79歳では7%、80-84歳では12%、85-89歳では20%、90-94歳では40%と報告されている¹⁾。百歳以上では認知症の有病率は50%を超えることを考えあわせると、ヒトは誰でも十分に長生きすると認知症になると考えてよい。

認知症の発症には性差がある。臨床場面でのAD患者の2/3は女性であるが、女性が長生きすることを考慮して年齢で補正しても、女性のAD発症率は男性の1.4倍である。女性であることは、年齢に次いで2番目に大きなAD発症のリスク要因であるが、この理由は未だ解明されていない。

女性がADに罹患しやすい理由として、まず女性ホルモンの影響が考えられよう。実際に、女性ホルモンの分泌期間が長い女性(閉経期が遅い人)ではADの発症が少ないことが知られており、AD

治療薬としてエストロゲン補充療法が試みられたこともあった。しかしながら、エストロゲン補充療法の臨床試験はがんの発症リスクを高めることから途中で中止されたために、エストロゲンがADの発症を抑制するかどうかは明らかにされていない。また、アポリポ蛋白E4(ApoE4)はADのリスク因子として知られているが、ApoE4の影響は女性に大きいとの考えも提出されているが、確認はされていない。

このようなことを背景にして、ここでは認知予備力(cognitive reserve)の観点から見て女性にADが多いことを説明できるかどうかを考えてみたい。

II. 脳の加齢と病理変化

1. 脳の加齢変化

認知症発症の第一の要因として、脳の加齢変化に起因する認知機能低下が考えられる。一般的に、ヒトの認知機能は40歳以降に低下し始めるが、加齢により低下しやすい領域と比較的維持されやすい領域とがある。古くから心理学では、知能を加齢による低下が大きい流動性知能(fluid intelligence)と、加齢による低下がほとんどない結晶性知能(crystallized intelligence)とに分けていた。認知機能を領域別にみると、処理速度、処理量、共働処理を要する認知機能は加齢による低下をきたしやすいとされており、注意・作業記憶・言語再生・推論・複合課題・課題切り替え・反応抑制などの認知機能では加齢による低下が大きい^{2,3)}。これに対して、辞書的知識・常識・語彙などの認知機能は維持されやすい⁴⁾。

加齢による脳の形態変化を見ると、40歳以降に

Cognitive Reserve and Difference in Alzheimer Disease Incidence by Sex/Gender
Masatoshi TAKEDA, MD, PhD, President, Osaka Kawasaki Rehabilitation University

脳容積は減少する。灰白質については、海馬・尾状核・淡蒼球・前頭前野など認知機能に関与する部位では加齢による容積減少が大きい^{5,6)}。さらに前頭前野白質も加齢に伴い減少する^{5,7)}。このような加齢変化により脳内各部位の機能的連結(functional connectivity)が失われることにより認知機能の低下が惹起されると考えられている。

2. 脳の病理学的変化

第二の要因は、急激な認知機能低下を惹起する病理学的変化の蓄積である。高齢者の認知症の60-70%を占めるADを例にとり説明する。ADの基本的病理として老人斑・神経原線維変化・神経細胞脱落が上げられることが多い。老人斑は中心部にβアミロイドが沈着しその周囲に変性神経突起が集積したものであり、神経原線維変化は過剰にリン酸化されたタウ蛋白が変性重合したものである。近年のバイオマーカー定量技術の発展により、AD病理を反映する脳機能画像やCSF中のバイオマーカーを測定することが可能になったが、βアミロイド蛋白や変性タウの蓄積は、認知症の臨床症状が発現する20年以上以前から起こっている⁸⁾。アミロイドPET、タウPETなどの脳機能画像検査、CSF中のβアミロイドや(リン酸化)タウの定量などによりバイオマーカーの異常は認められるものの認知機能低下を呈さない時期、すなわち、臨床症状が出現する前のプレクリニカルADとも言うべき状態の診断が可能となった。このような状態を疾患とみなすべきかどうかについてはその倫理的側面も含めて大きな議論となっている⁹⁾。

3. 脳の加齢と病理変化との連続性

加齢とともに増加する生理的变化として、大脳の海綿状態・リポフスチン沈着・平野小体・アミロイド小体・偽石灰沈着・線維性グリオシスなどがある。これらの変化は加齢と共に増加しているものの、直接的には認知機能低下をもたらさない。より病的な意味を有する変化として、神経原線維変化・老人斑・レビー小体などがあるが、こ

れらの特徴的な変性たんぱく質の重合沈着は認知機能が正常な人であっても高齢者にはよく見られる。したがって、一定量の閾値以下の特徴的な病理変化があったとしても、直ちに認知症を示すものではない。健常高齢者であっても60歳代以降には、海馬CA1領域の神経原線維変化と大脳皮質の老人斑は、年齢と共に増加する。これは、加齢と共に記憶力が低下することを説明する知見ともいえるが、直ちに認知症の診断と結びつくものではない。図1にBraak & Braakによる脳内の神経原線維変化(NFT)のステージ分類を示す。ステージIとIIは健常高齢者であり、神経原線維変化は海馬及び海馬傍回に限局している。このような限局した神経原線維の存在だけで認知症と診断されることはない。神経原線維変化の分布が海馬傍回を超えて側頭葉内側部、大脳皮質に拡がると、軽度認知障害さらには認知症と診断されることになる(図1)。

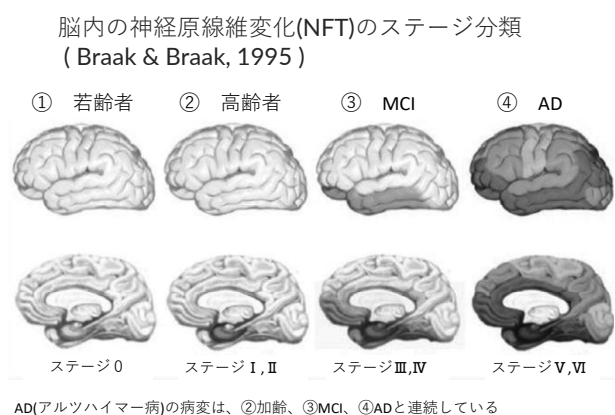


図1

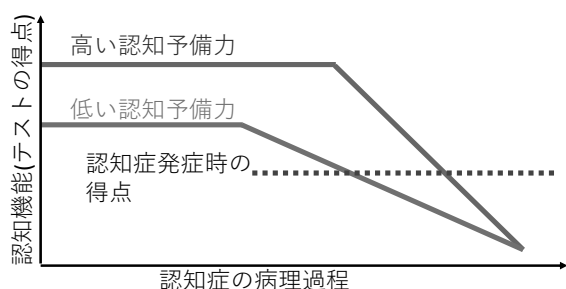
III. 認知予備力の概念

1. 認知予備力(cognitive reserve; CR)とは

脳の正常加齢変化とAD病理変化とは連続的なものであり、AD病理を有する人においても、認知機能が正常の人がいることを示した。また、同時にAD病理を反映するバイオマーカーが陽性の人であっても認知機能が正常な時期があることも示した。このような状況を説明する概念として認知予備力(cognitive reserve; CR)仮説が提唱されてい

る¹⁰⁾。AD病理を有するプレクリニカル段階の人は、病理所見により惹起されうる機能障害に対抗して、神経回路を駆動して認知機能を維持している可能性が想定されるからである。このような加齢や病理過程に拮抗して認知機能を正常に維持しようとする力を認知予備力と呼ぶようになった。

認知予備力は、脳の加齢変化や病理に拮抗して認知症の症状発現を遅らせている。認知予備力の高い人は、認知予備力の低い人より、症状発現時には大きな加齢変化や病理に対抗していることから、高い認知予備力の人は、一旦症状が出現すると認知機能低下は急激に低下しやすい(図2)。認知予備力が認知症の全経過、すなわち、死亡率にどのような影響を及ぼすかについては十分には知られていないが^{11,12)}、認知症発症後の全経過が圧縮されていると考え、むしろ認知予備力の高い人の方が早く死亡する可能性が推察されている¹³⁾。高い認知予備力がどの程度まで認知症の発症を遅延させるかについては明らかにされていないが、例え一、二年の発症を遅らせることができるとしても、公衆衛生的には認知症の有病率を大幅に低下させる効果が期待できることから、認知予備力の研究が進められてきた。



1. 認知予備力の高い人は、ある程度病理が蓄積しても認知機能を維持する
2. 認知予備力の高い人は、認知症と診断される時点までの期間が長い。
3. いったん認知症になると、認知予備力の高い人ほどその進行は早い

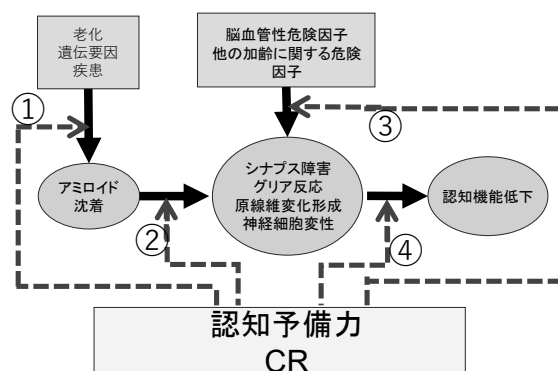
図2

2. 認知予備力をどのように考えるか

前述したように、高齢者の最大の特徴は個人差が大きいことである。人は、赤ん坊としてこの世に生まれ落ちる時には同じような状態であるが、

年齢を重ねると共に異なる家庭環境・教育・仕事などを体験しながら人生を生き、高齢期を迎える時までの生物的・心理的・社会的要因の結果として、高齢期の個体差は大きくなる。身体機能以上に、心理社会的要因の影響を受けやすい精神機能・認知機能についてはより個体差が大きくなる。

認知予備力とは、脳老化やAD病理を原因とする機能低下に拮抗して、認知機能を維持する力を言う。これは人の脳は生活スタイルにより十分な予備力を醸成することができるという考えに基づいている。高齢者における認知機能低下はいつの間にか始まり、年齢とともにゆっくりと進行していくが、その低下速度には個体差がある。認知予備力の高い人ではある程度までは脳内病理過程に抵抗してその機能低下を防御することができる。しかしながら高い認知予備力を有する人でも、いったん機能低下が始まると認知機能は急速に低下してしまう。別の言葉で言うと、認知予備力とは、認知機能低下の始まりの時期を遅らすものとも言えよう。認知予備力がアルツハイマー病の病理過程のどの部位に作用しているのかの検討が必要とされている(図3)。



Alzheimer's & Dementia 7; 280-292, 2011より武田改変³⁾

図3

3. 認知予備力の事例—修道尼研究 (Nun Study) が明らかにしたこと—

若い時期の文章能力が60年後の認知機能に影響を与えることを示したSnowdonらのコホート研究は修道尼研究(Nun Study)としてよく知られてい

る¹⁴⁾。似たような生活環境で過ごした修道女でも認知症になる人とならない人がいるのは何故かとの問いに部分的に一つの解答を与えた論文であり、認知予備力仮説に対しても大きなインパクトを与えた。最初の Nun Study の結果は 1996 年に報告されたが、認知機能(75-95 歳時)と剖検脳(死亡時 75-95 歳)を評価した修道尼 93 名について、22 歳時(約 58 年前)の文章作成能力との相関を検討した報告であった¹⁴⁾。文章能力は、入所時に書かれた 1 ページ 300 語程度の自伝の最後の 10 文を用いて概念密度(idea density)と文法的複雑性(grammatical complexity)が評価された。その結果、若い時期に書いた自伝文章に見られた文章作成能力が低かった修道尼は、高齢者となった時の認知機能が低いことが明らかになったが、文章作成能力のうち、概念密度の方が文法力よりも高い影響を与えていた。剖検脳(14 名)の検索では、概念密度が低かった修道尼の脳には全て AD 病理が見られ、概念密度が高かった修道尼脳には AD 病理が認められなかった。このことから、人生早期の文章作成能力は、人生後期の認知機能(AD の発症)を予想できることを示したものであった。

修道尼研究(Nun Study)は、上記の最初の報告後も継続されており、2003 年の時点では 678 人のデータが集積されていたが、このコホートを用いて多くの結果が報告されている。神経病理学的に評価された修道尼研究の参加者のうち、33.9%が混合型認知症、43.2%がアルツハイマー病、2.5%が血管性認知症、20.4%は他の認知症(レビー小体、髄膜腫、原発性水頭症、外傷)と診断されている¹⁵⁾。

Nun Study では、修道尼の生前認知機能と剖検脳における脳病理過程との対応が検討されている。多くの症例では、生前の認知症の程度は剖検脳の神経病理学的所見により説明できるが、少数例では剖検脳では一定程度のアルツハイマー病や血管性認知症の神経病理学的所見があるにもかかわらず、生前に認知機能低下がほとんど認められなかった症例が存在していた。認知症を呈するかどうか

は、第一義的には脳内病理の程度により規定されているとすることができるが、第二義的には、神経病理学的所見がどの程度まで臨床症状の発現に関与するかを規定している要因があることを示していた¹⁵⁾。

4. 認知予備力の概念化

脳内病理と認知機能の相関は緩やかであり^{16,17)}両者の間には乖離がある。例えば、生前に認知機能低下がなかった高齢者の～20%に剖検で AD 病理が観察される¹⁹⁻²¹⁾。同様に、認知機能低下の無い高齢者の～20%に MRI で脳梗塞が認められる^{22,23)}。

認知予備力 Cognitive Reserve;CR は加齢や脳病理に拮抗して認知機能を維持する能力として仮定された^{24,25)}。生物学的な本態は解明されていないが、構造的には、余分な神経細胞数やシナプス数、機能的には、余分な可塑性や代償能が想定されている²⁵⁾。CR は個人ごとに異なっており、CR 形成のためには認知機能を必要とする経験が重要と考えられている。

以前に Brain Reserve(BR)の概念が提唱されていた²⁶⁾。BR は脳容積や神経細胞数によって規定されている受動的な予備力であり、閾値モデルとも言うべきものであり、脳障害が閾値を超えて大きくなると機能障害が出現すると考え、脳予備力の差異により症状が出るかでないかの個人差を説明しようとするものであった。これに対して認知予備力は能動的な概念であり、残存する神経回路や周囲の神経回路を利用して障害に対応しようとする能力を言う。このような意味から認知予備力については閾値という考えはなく、どのような対応をしようとしているかに関心がある。表に BR と CR の特徴を示す(表)。Stern は CR をさらに neural reserve と neural compensation との二つの要素に分けて考えており、neural reserve は健常者にある認知処理過程の個人差であり、neural compensation は障害に対応するために動員される通常は使用されない回路の動員を指している²⁷⁾。

表 脳予備力 (BR) と認知予備力 (CR) の特徴

	脳予備力(Brain Reserve; BR)	認知予備力(Cognitive Reserve; CR)
特性	物理的特性	機能的特性
規定因子	脳容積、ニューロン数、シナプス数など	神経回路の可塑性、適応性、代償性など
受動/能動	受動的	能動的
閾値	あり	なし
予備力の範囲	侵襲が蓄積されると予備力はなくなる	侵襲が蓄積されても予備力は維持される
量的/質的	基本的には量的モデル	神経回路の可塑性と代償性
PCに例えると	ハードウェア	ソフトウェア
	(Yaakov Stern, Cognitive Reserve Neuropsychologia. 2009 August ; 47(10): 2015–2028より改変)	

5. CRの定量化

認知予備力についての基本的な課題は、この理論的な概念をどのように定量化するかという問題であった。当初は、教育年数などの代替項目(proxy-based measure)で評価されていた。教育年数は、認知症の有病率^{28,29)}や発症率^{30,31)}と逆相関していることが報告され、教育年数がCRの代替として使用された。しかしながら、教育経験はそれ自体が複雑な経験であり、教育は多くの疾患のリスクを低下させ³²⁾、健康に影響を及ぼす収入、医療へのアクセスなどにも影響する³²⁻³⁴⁾。実際、低い教育は、心臓疾患、糖尿病、脳卒中のリスクであり³⁵⁻³⁷⁾、高血圧、喫煙、肥満のリスクであり³⁸⁾、これらは認知症のリスクとなりうる。職業の複雑性^{39,40)}、余暇の知的活動^{41,42)}も代替として使われているが、教育と同様の問題を有している。

6. CRのresidual-based measureによる定量化

近年、CRを代替項目(proxy-based measure)ではなく、それぞれの個体の脳内病理から予想される認知機能と実際の認知機能との差異によりCRを定量化しようとする計測予備能(residual-based measure)により評価する試みがなされるようになった。

認知機能はいくつかの要因により規定されているが、その最も大きな要因は、例えばMRI画像で計測される脳病理像であり、個人的背景に加えて、脳画像による評価を加えて、認知機能を予測し、

実際に示される認知機能(ここではエピソード記憶の成績)のバラツキを、脳画像と個人背景とその他の要因に3つに分解して、3つ目のresidual componentがCRを反映していると考えられた⁴³⁾。このように定義することにより、脳病理像から予想される認知機能より高い認知機能を示す者は高い認知予備力があり、逆に脳病理像から予想される認知機能よりも低い者は認知予備力が低いと考えることができる。

言葉を変えると、認知予備力を脳病理から予想される認知機能からの差異として理解しようとするものであり、知られている要因により規定されていない認知機能を反映すると考えられる。

IV. 認知予備力から見たAD発症の性差

女性においてADの発症リスクが高いことが知られている。ここでは、認知予備力が男女で差異があるのか、認知予備力の差異により女性でAD発症リスクが高いことが説明できるかについて、最近のSubramaniapillaiらの論文を参考にしながら述べる⁴⁴⁾。

1. 教育の性差について

認知予備力を規定する因子として教育歴がある。これまでの多くの研究では教育歴の長い人ほどADになりにくいとの報告がなされているが、男女別に調べた報告として、4つの縦断研究と3つのAD患者研究がある。縦断研究については、Fratiglioniらは有病率を⁴⁵⁾ Letenneurらは発

症率を⁴⁶⁾検討しているが、両方の研究とも教育歴の効果に性差はないとの報告であった。これに対して、最近の報告では、長い教育歴は女性のリスクを低下させるが男性のリスクは低下させないことが報告されている^{47,48)}。すなわち教育歴の高い女性では低い教育歴の女性よりリスクが低減していたが、男性ではこのような教育歴の効果が認められなかったとの結果であり、女性で教育年齢の効果が出やすいことが示唆されている。

AD患者と健常者を比較した3つの横断研究では、教育歴について性別の影響が示されている。外来AD患者(女性146名、男性68名)を4年間観察して性別とApoE4の効果を検討した報告によると、女性において教育歴は進行を抑え、ApoE4は発症を早めていた⁴⁹⁾。Pradierらは、AD患者39451名(女性25643名、男性13808名)について調べ、教育歴は男性に対して大きな抑制効果があったとしているが、ここでは、病理は調べられていないので、女性の方に病理が大きい可能性も考えられ、そうであれば女性患者では、教育歴の効果を打ち消すほど病理が進行していた可能性も考えられる⁵⁰⁾。Koranらは1098名の健常者、MCI、ADを2.5年観察した。高いタウレベルは、女性だけで左海馬萎縮と遂行能力低下と相関していた。この相関には教育歴による影響が認められなかった。また、CSFのA β 低下は、女性において左海馬萎縮とエピソード記憶と遂行能力低下に相関していた。教育もある程度関係しており、教育歴の低い女性ではA β がより大きく作用していることが示唆されている⁵¹⁾。

2. IQと性差

IQは主に結晶性知能を表現しており予備力を構成し得る。HuangらはIQとAD発症の関係を男性43014名、女性42749名について、約50年後のAD発症率を調べた。思春期の高IQと高い学業成績は、男女ともにAD及び関連疾患の発症率を低下させており、IQの効果は男女ともにほぼ同程度であった⁵²⁾。Beinhoffらは、発症前IQと言語記憶の

関係について調べた。男女、IQにより4グループに区分して調べたところ、4グループで言語性エピソード記憶に差異はなかった。男性はIQが高い群も低い群も遅延し空間記憶で女性より優れていた⁵³⁾。

3. 職業と性差

職業の複雑性が予備力を説明するとされている。職業と性差に関する3本の研究があるが、共通して示されている結果は、何らかの仕事をしていることが、職業の複雑性そのものより、とくに女性においてAD発症予防に関係しているという知見である。Qiuらは919名の健常者(女性695、男性218)を年齢別と8年以上と以下の教育歴に分けて調べたところ、手作業(軽作業)への従事がAD発症を高めていた。そして、女性において、この効果が大きかったという⁵⁴⁾。Helmerは、職業について主婦・農家・家内仕事・ブルーカラー・ホワイトカラー・職人店員・専門職の7種に区分して男女別に仕事の種類による効果を調べ、職業の種類は特にAD発症防止に役立っていなかったが、性別で分けると、女性では、職人店員の仕事においてAD発症リスクが低下していたが、男性ではリスクを増加していたという⁵⁵⁾。Santabarbaraらは、ホワイトカラー、ブルーカラー、家庭内仕事、農家の4種類に区分して調べたところ、農家が最もAD予防効果が高く、この効果は女性で高いことを報告している⁵⁶⁾。

4. バイリングアル

男女ともバイリングアルはAD発症が5年遅れることが報告されている⁵⁷⁾。

5. BRに性差があるのか

AD病理を反映する指標として脳血流量や脳糖代謝量を使用し、認知機能が同等である群について、性別を比較して検討した3つの論文がある。例えば男性か女性のいずれかに脳血流量や脳代謝量低下が大きければ、それだけAD病理が進行し

ているので、低下が大きい性に予備力が大きいと推定することができる。Perneckyらは、同程度のAD患者についてFDG-PETにより男性43名と女性50名の糖代謝から、右半球(下前頭回、上側頭回、海馬、島)の糖代謝が男性で有意に低下していたことから、男性で予備力が高いと考えた⁵⁸⁾。SundermannらはADNI研究のデータを利用してFDG-PETによる側頭葉の糖代謝と言語性記憶(直近、遅延)について検討している。対象者は390名健常者(女性196,男性194)、672名aMCI(女性276,男性396)、254名AD(女性101,男性153)であったが、同程度の側頭葉の糖代謝低下を呈するaMCIについて、女性の言語記憶能力が高かったことから、aMCI女性の予備力は男性より高いことが推察されたが、AD段階の患者では性差が認められなかったとしている⁵⁹⁾。Malpettiらは、性別、教育レベル、職業を独立変数として、225名の健常者と282名のAD(男性123,女性159)の糖代謝を検討している。健常者では、教育歴と職業は脳内各部位での糖代謝と相関していた(女性では前辺縁系と遂行能力回路、男性では後連合野)。ADでは男性でも女性でも教育と職業は糖代謝と逆相関していた(女性では前頭葉と辺縁系、男性では頭頂側頭野)。この結果からは、男性と女性で予備力に対応する部位が異なっている可能性も考えられる⁶⁰⁾。

V. おわりに

ヒトの認知機能は、人生全体の体験により影響される。出生時にヒトの認知機能に影響を与える遺伝子として、ApoE遺伝子以外にもアンジオテンシン変換酵素(angiotensin-converting enzyme; ACE)遺伝子、脂肪と肥満に関連する(FTO)遺伝子、インシュリン分解酵素(insulin degrading enzyme; IDE)遺伝子などが知られている。ヒトの認知機能はこのような生物学的要因だけでなく、性格特性、幼少時期からの教育歴、職業、身体活動、社会的活動など心理社会的要因に影響されて認知予備力が形成される。性別についても

生物学的な性(sex)に加えて、心理社会的な側面からみたジェンダー(gender)の関与も考えられる。女性はADのリスクが高いという事実についても心理社会的要因が関与している可能性がある。

文献

- 1) Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015—the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International; 2015.
- 2) Park DC, Lautenschlager G, Hedden T, Davidson NS, Smith AD, Smith PK. Models of visuospatial and verbal memory across the adult life span. *Psychol Aging*. 17 (2) :299–320, 2002.
- 3) Harada CN, Natelson Love MC, Triebel KL. Normal cognitive aging. *Clin Geriatr Med*. 29 (4) :737–52, 2013.
- 4) Baltes PB. The aging mind: potential and limits. *Gerontologist*. 33 (5) :580–94, 1993.
- 5) Raz N, Lindenberger U, Rodrigue KM, Kennedy KM, Head D, Williamson A, et al. Regional brain changes in aging healthy adults: general trends, individual differences and modifiers. *Cereb Cortex*. 15 (11) :1676–89, 2005.
- 6) Tamnes CK, Walhovd KB, Dale AM, Østby Y, Grydeland H, Richardson G, et al. Brain development and aging: overlapping and unique patterns of change. *Neuroimage*. 68:63–74, 2013.
- 7) Gunning-Dixon F, Brickman AM, Cheng JC, Alexopoulos GS. Aging of cerebral white matter: a review of MRI findings. *Int J Geriatr Psychiatry*. 24 (2) :109–17, 2009.
- 8) Jack Jr CR, Knopman DS, Jagust WJ, Petersen RC, Weiner MW, Aisen PS, et al. Tracking pathophysiological processes in

- Alzheimer's disease: an updated hypothetical model of dynamic biomarkers. *Lancet Neurol.* 12 (2) :207–16, 2013.
- 9) Dubois B, Hampel H, Feldman HH, Scheltens P, Aisen P, Andrieu S, et al. Preclinical Alzheimer's disease: definition, natural history, and diagnostic criteria. *Alzheimers Dement.* 12 (3) :292–323, 2016.
- 10) Stern Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol.* 11 (11) :1006–12, 2012.
- 11) Bruandet A, Richard F, Bombois S, Maurage CA, Masse I, Amouyel P, et al. Cognitive decline and survival in Alzheimer's disease according to education level. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 25 (1) :74–80, 2008.
- 12) Qiu C, Bäckman L, Winblad B, Agüero-Torres H, Fratiglioni L. The influence of education on clinically diagnosed dementia incidence and mortality data from the Kungsholmen Project. *Arch Neurol.* 58 (12) :2034–9, 2001.
- 13) Cheng S-T. Double compression: a vision for compressing morbidity and caregiving in dementia. *Gerontologist.* 54 (6) :901–8, 2014.
- 14) Snowdon DA, Kemper SJ, Mortimer JA, et al. Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer's disease in late life: Findings from the Nun Study. *JAMA.* 275 (7) :528-532, 1996.
- 15) Snowdon DA, Healthy aging and dementia: findings from the Nun Study. *Ann Intern Med.* 139:450-454, 2003.
- 16) Mungas D, Reed BR, Jagust WJ, DeCarli C, Mack WJ, Kramer JH, et al. Volumetric MRI predicts rate of cognitive decline related to AD and cerebrovascular disease. *Neurology* 59: 867–73, 2002.
- 17) Chui HC, Zarow C, Mack WJ, Ellis WG, Zheng L, Jagust WJ, et al. Cognitive impact of subcortical vascular and Alzheimer's disease pathology. *Ann Neurol* 60: 677–87, 2006.
- 18) Davis DG, Schmitt FA, Wekstein DR, Markesbery WR. Alzheimer neuropathologic alterations in aged cognitively normal subjects. *J Neuropathol Exp Neurol* 58: 376–88, 1999.
- 19) Schmitt FA, Davis DG, Wekstein DR, Smith CD, Ashford JW, Markesbery WR. "Preclinical" AD revisited: neuropathology of cognitively normal older adults. *Neurology* 55: 370–6, 2000.
- 20) Bennett DA, Schneider JA, Arvanitakis Z, Kelly JF, Aggarwal NT, Shah RC, et al. Neuropathology of older persons without cognitive impairment from two community-based studies. *Neurology* 66: 1837–44, 2006.
- 21) Driscoll I, Resnick SM, Troncoso JC, An Y, O'Brien R, Zonderman AB. Impact of Alzheimer's pathology on cognitive trajectories in nondemented elderly. *Ann Neurol* 60: 688–95, 2006.
- 22) Longstreth WT Jr, Bernick C, Manolio TA, Bryan N, Jungreis CA, Price TR. Lacunar infarcts defined by magnetic resonance imaging of 3660 elderly people: the Cardiovascular Health Study. *Arch Neurol* 55: 1217–25, 1998.
- 23) DeCarli C, Massaro J, Harvey D, Hald J, Tullberg M, Au R, et al. Measures of brain morphology and infarction in the Framingham heart study: establishing what is normal. *Neurobiol Aging* 26: 491–510, 2005.
- 24) Satz P. Brain reserve capacity on symptom
-

- onset after brain injury: a formulation and review of evidence for threshold theory. *Neuropsychology* 7: 273–95, 1993.
- 25) Stern Y. Cognitive reserve. *Neuropsychologia* 47: 2015–28, 2009.
- 26) Katzman R. Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology* 43: 13–20, 1993.
- 27) Stern Y, Barnes CA, Grady C, Jones RN, Raz N, Brain Reserve, Cognitive Reserve, Compensation, and Maintenance: Operationalization, Validity, and Mechanisms of Cognitive Resilience. *Neurobiol Aging* 83: 124–129, 2019.
- 28) Zhang MY, Katzman R, Salmon D, Jin H, Cai GJ, Wang ZY, et al. The prevalence of dementia and Alzheimer's disease in Shanghai, China: impact of age, gender, and education. *Ann Neurol* 27: 428–37, 1990.
- 29) Canadian Study of Health and Aging Working Group. The Canadian Study of Health and Aging: risk factors for Alzheimer's disease in Canada. *Neurology* 44: 2073–80, 1994.
- 30) Cobb JL, Wolf PA, Au R, White R, D'Agostino RB. The effect of education on the incidence of dementia and Alzheimer's disease in the Framingham Study. *Neurology* 45: 1707–12, 1995.
- 31) Karp A, Kareholt I, Qiu C, Bellander T, Winblad B, Fratiglioni L. Relation of education and occupation-based socioeconomic status to incident Alzheimer's disease. *Am J Epidemiol* 159: 175–83, 2004.
- 32) Grossman M, Kaestner R. Effects of education on health. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press; 1997.
- 33) Kaplan G, Haan M, Syme S, Minkler M, Winkelby M. Closing the gap: the burden of unnecessary illness. In: Amler R, Dull H, editors. *Socioeconomic status and health*. New York: Oxford University Press; p. 125–9, 1987.
- 34) Deaton A, Paxson C. Mortality, education, income and inequality among American cohorts. In: Wise DA, editor. *Themes in the Economics of Aging*. Chicago, IL: University of Chicago Press; p. 129–170, 1999.
- 35) Liu K, Cedres LB, Stamler J, Dyer A, Stamler R, Nanas S, et al. Relationship of education to major risk factors and death from coronary heart disease, cardiovascular diseases and all causes, findings of three Chicago epidemiologic studies. *Circulation* 66: 1308–14, 1982.
- 36) Wong MD, Shapiro MF, Boscardin WJ, Ettner SL. Contribution of major diseases to disparities in mortality. *N Engl J Med* 347: 1585–92, 2002.
- 37) Borrell LN, Dallo FJ, White K. Education and diabetes in a racially and ethnically diverse population. *Am J Public Health* 96: 1637–42, 2006.
- 38) Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation* 88 (4 Pt 1) : 1973–98, 1993.
- 39) Andel R, Vigen C, Mack WJ, Clark LJ, Gatz M. The effect of education and occupational complexity on rate of cognitive decline in Alzheimer's patients. *J Int Neuropsychol Soc* 12: 147–52, 2006.
- 40) Potter GG, Helms MJ, Plassman BL. Associations of job demands and intelligence with cognitive performance among men in late life. *Neurology* 70 (19 Pt 2) : 1803–8, 2008.
- 41) Wilson RS, Mendes De Leon CF, Barnes LL, Schneider JA, Bienias JL, Evans DA, et al.

- Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *JAMA* 287: 742–8, 2002.
- 42) Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, Hall CB, Derby CA, Kuslansky G, et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med.* 348: 2508–16, 2003.
- 43) Reed BR, Mungas D, Farias ST, Harvey D, Beckett L, Widaman K, Hinton L, DeCarli C. Measuring cognitive reserve based on the decomposition of episodic memory variance. *Brain*, 133, 2196–2209, 2010.
- 44) Subramaniapillai S, Almey A, Rajah MN, Einstein G, Sex and gender differences in cognitive and brain reserve: Implications for Alzheimer's disease in women. *Frontiers in Neuroendocrinology* Volume 60, 100879, January.
- 45) Fratiglioni, L., Grut, M., Forsell, Y., Viitanen, M., Grafstrom, M., Holmen, K., Winblad, B., Prevalence of Alzheimer's Disease and other dementias in an elderly urban population- relationship with age, sex, and education. *Neurology* 41 (12), 1886–1892, 1991.
- 46) Letenneur, L., Gilleron, V., Commenges, D., Helmer, C., Orgogozo, J.M., Dartigues, J.F., Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 66 (2), 177–183, 1999.
- 47) Launer, L.J., Andersen, K., Dewey, M.E., Letenneur, L., Ott, A., Amaducci, L. A., Hofman, A., Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: Results from EURODEM pooled analyses. *Neurology* 52 (1), 78–84, 1999.
- 48) Letenneur, L., Launer, L.J., Andersen, K., Dewey, M.E., Ott, A., Copeland, J.R.M., Hofman, A., Education and the risk for Alzheimer's disease: Sex makes a difference. EURODEM pooled analyses. *American Journal of Epidemiology* 151 (11), 1064–1071, 2000.
- 49) Oliveira, F.F., Chen, E.S., Smith, M.C., Bertolucci, P.H.F., Predictors of cognitive and functional decline in patients with Alzheimer disease dementia from Brazil. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 30 (3), 243–250, 2016.
- 50) Pradier, C., Sakarovitch, C., Duff, F Le, Layese, R., Metelkina, A., Anthony, S., Robert, P., The mini mental state examination at the time of Alzheimer's disease and related disorders diagnosis, according to age, education, gender and place of residence: A cross-sectional study among the French national Alzheimer database. *Plos One* 9 (8). 2014.
- 51) Koran, M.E.I., Wagener, M., Hohman, T.J., Alzheimer's Neuroimaging Initiative, Sex differences in the association between AD biomarkers and cognitive decline. *Brain Imaging and Behavior* 11 (1), 205–213, 2017.
- 52) Huang, A.R., Strombotne, K.L., Horner, E.M., Lapham, S.J., Adolescent cognitive aptitudes and later-in-life Alzheimer disease and related disorders. *JAMA Network Open* 1 (5), e181726, 2018.
- 53) Beinhoff, U., Tumani, H., Riepe, M.W., Applying new research criteria for diagnosis of early Alzheimer's disease: Sex and intelligence matter. *Intern J Alzheimer's Dis.* <https://doi.org/10.4061/2009/638145>. 2009.
- 54) Qiu, C., Karp, A., Von Strauss, E., Winblad,

-
- B., Fratiglioni, L., Bellander, T., Lifetime principal occupation and risk of Alzheimer's disease in the Kungsholmen Project. *Am J Industrial Med* 43 (2), 204–211, 2003.
- 55) Helmer, C., Letenneur, L., Rouch, I., Richard-Harston, S., Barberger-Gateau, P., Fabrigoule, C., Dartigues, J.F., Occupation during life and risk of dementia in French elderly community residents. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 71 (3), 303–309, 2001.
- 56) Santabarbara, J., Gracia-Rebled, A.C., Lopez-Anton, R., Tomas, C., Lobo, E., Marcos, G., Lobo, A., The effect of occupation type on risk of Alzheimer's disease in men and women. *MATURITAS* 126, 61–68, 2019.
- 57) Craik, F.I.M., Bialystok, E., Freedman, M., Delaying the onset of Alzheimer disease: Bilingualism as a form of cognitive reserve. *Neurology* 75 (19), 1726–1729, 2010.
- 58) Pernecky, R., Drzezga, A., Diehl-Schmid, J., Li, Y., Kurz, A., Gender differences in brain reserve – An F-18-FDG PET study in Alzheimer's disease. *J Neurol* 254 (10), 1395–1400, 2007.
- 59) Sundermann, E.E., Maki, P.M., Rubin, L.H., Lipton, R.B., Landau, S., Biegon, A., Neuroimaging, A.D., Female advantage in verbal memory: Evidence of sexspecific cognitive reserve. *Neurology* 87 (18), 1916–1924, 2016.
- 60) Malpetti, M., Ballarini, T., Presotto, L., Garibotto, V., Tettamanti, M., Perani, D., Gender differences in healthy aging and Alzheimer's Dementia: A18F-FDG-PET study of brain and cognitive reserve. *Human Brain Mapping* 38 (8), 4212–4227, 2017.
-

症例報告

回避・制限性食物摂取症 (ARFID) が疑われた肥満恐怖のない摂食障害の検討—神経性やせ症との比較を中心に

大阪精神医療センター 精神科 中濱涼子
大阪大学大学院 医学系研究科 精神医学教室 金井講治、末廣聖、岩瀬真生、池田学

Abstract

The pathogenesis of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), an eating disorder without fear of fatness, is still unclear, and inpatient treatment has not been standardized. We experienced two female cases in their 30s who were hospitalized for low weight. The first case was suspected of ARFID, and the treatment process differed from that of typical anorexia nervosa (AN). In this case, although there was no fear of fatness, the amount of food was drastically reduced due to stomach pain, and she was hospitalized due to low weight and poor oral intake. The second case had a history of hospitalization for AN, and was hospitalized again due to low weight caused by fear of fatness. In both cases, they were gradually encouraged to eat, and after their environments were adjusted, they were discharged from the hospital. The biggest difference between these two cases was whether the object of conflict expressed in the treatment process was "food intake" or "weight gain". However, in both cases, it might be important to adjust the environment to support food intake and weight maintenance.

Key words: 回避・制限性食物摂取症、神経性やせ症、摂食態度検査、摂食障害調査票
avoidant/restrictive food intake disorder, anorexia nervosa、Eating Attitudes Test、Eating Disorder Inventory

I. はじめに

回避・制限性食物摂取症 (avoidant/restrictive food intake disorder: ARFID) は、アメリカ精神医学会の診断基準第5版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition: DSM-5)¹⁾ より「食行動障害および摂食障害群」に追加された新たな精神障害であり、DSM-IV 診断の「幼児期または小児期早期の哺育障害」から発症年齢の診断基準を削除し、概念が拡大されたもので

ある。ARFID の主要な診断的特徴は、食物の回避あるいは制限により、適切な栄養状態や体調を維持できなくなることである。食物の回避や制限は食べることへの明らかな無関心や食物の感覚的特徴 (外見、臭い、触感、温度、味など) や食べた後嫌悪すべき結果が生じることへの不安に基づき、通常幼児期または小児期早期に発症し、成人期まで続くこともある。成人期発症の ARFID に関する報告は少なく、典型的な病態像や標準的な入院治療も未だ確立していない。今回、ARFID が疑われた成人女性の症例を経験したため、典型的な特徴を持つ神経性やせ症 (anorexia nervosa: AN) と比較しながら、若干の考察を加えて報告する。なお発表にあたり、本人より書面で同意を得た。

A case with avoidant /restrictive food intake disorder without fear of fatness- comparison with a case with anorexia nervosa-
Ryoko NAKAHAMA¹⁾, Koji KANAI²⁾, Takashi SUEHIRO²⁾, Masao IWASE²⁾, Manabu IKEDA²⁾

1) Department of Psychiatry, Osaka Psychiatric Medical Center. 3-16-21 Miyanosaka, Hirakata, Osaka, 573-0022, Japan

2) Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine. D3, 2-2 Yamadaoka, Suita, Osaka 565-0871, Japan

Email: nakahamary@opho.jp

II. 症例

1. ARFID 症例 35歳 女性

主訴：胃が痛くて食べられない。

病歴：同胞3名中第2子。出生および生育歴に特記なし。幼少期から食に無頓着で少食であった。体重のピークは20歳時に身長154cm、体重50.0kg、BMI 21.08であった。大学入学時から一人暮らしを開始。大学卒業後、看護師として病院勤務となり、忙しさから食事を抜くことが増え、10年ほどで体重が33kgまで減少した。X年5月、コロナ禍で家族や友人との食事の機会が減少したこともあり、食事はさらに減少した。この頃から食後の胃痛が増悪し、油物は摂取せず、ご飯やヨーグルト、豆乳を少量ずつ摂取するなど、600kcal/日ほどしか摂取できなくなり、体重が30kgとなった。倦怠感や筋力低下、浮腫などの身体症状が出現し、内科で精査したところ肝機能障害(AST 72 U/L、ALT 133 U/L)と低体重を認めたが、腹部超音波検査で異常所見を認めなかった。食事量を増やすよう指導を受けたが、食後の胃痛や眠気のため困難であった。体重が30kgを切り、抜け毛、肌荒れ、息切れなど症状が増悪した。X年9月に精神科クリニックを受診し、肝機能障害(AST 122 U/L、ALT 230 U/L)の増悪を認め、身体合併症の精査加療目的に大阪大学医学部附属病院神経科精神科に紹介受診となった。全身CTでは腫瘍などの明らかな器質性疾患は認めず、消化器内科に紹介し上部消化管内視鏡検査を施行予定となった。「頑張っただけで食べて体重を増やしたい」という本人の希望があり、X年10月に食事量の増加と消費エネルギーを減らす目的で任意入院となった。

治療経過：入院時体重は27.6kg、BMI 11.5まで低下しており、眼瞼浮腫を認めた。バイタルサインは正常であり、心電図、胸部レントゲン、血液検査、上部消化管内視鏡検査で異常を認めず、器質的疾患は否定された。食べられるようになりたいという願望はあり、やせ願望や肥満恐怖、ボディイメージの障害は認めないが、食への関心の乏しさや食後の胃痛への恐怖から食事量が極端に減少しており、DSM-5によりARFIDと診断した。750kcal/日の食事と脱水補正、Refeeding症候群の予防のため、補液とビタミン剤の点滴を開始した。食事は半量以

下しか摂取できず、胃潰瘍食への変更や経口栄養剤の併用、プロトンポンプ阻害薬、アコチアミド、六君子湯による薬物療法を行った。徐々に胃痛が改善し、カロリー増量にあわせて、低P血症、低K血症などのRefeeding症候群を併発したため電解質の補正を行った。また浮腫の改善により第11病日に体重25.3kg、BMI 10.6まで減少したが、第42病日には体重28.4kg、BMI 11.9まで改善した。腹部膨満感から1700kcal/日以上食事摂取は困難であったが、胃痛、倦怠感などの身体症状が改善したため、本人・家族に栄養指導を行った上、第47病日に退院となった。退院後は休職の上、実家で安静を保ちながら家族と食事をする方針とした。自宅では1日3食と間食をこまめに摂取し、油物は控えるなど胃への負担を軽減する食生活を続け、退院1ヶ月後には体重30kg、BMI 12.6となった。

2. AN症例 31歳 女性

主訴：体重増加が怖くて食べられない

病的：同胞2名中第2子。出生および成育歴に特記なし。幼少期から食を食べることが好きであった。体重は幼少期から標準体重を上回り、最大体重は17歳時に65kg、BMI 27.8であった。両親と3人暮らし。大学卒業後、就職活動が上手くいかず、高校時代からのアルバイト先のスーパーに非正規社員として就職した。X-4年、10年近く勤続していたが正社員になれず、また業務の負担が増えていく中で対人関係のストレスを感じるようになった。退職を考え両親に相談したが「正社員にならないのはおかしい」「保険はどうするのか」と言われ両親に理解してもらえないと感じた。「正社員でない自分はダメ」と無力感が増し、精神科クリニックに通院を開始し、退職した。その頃から炭水化物や肉類を抜くようになり体重は徐々に減少し、体重40kg、BMI 17.1となった。以降、職を転々としており、定職につけない自身への許せなさや両親に分かってもらえない不全感、結婚して職についている兄への劣等感が増していった。一方で食事制限により体重が減ることに達成感を感じるよ

うになり、徐々に体重減少に固執するようになった。X-2年には体重33kg、BMI 14.1まで減少し、精神科クリニックにて経口栄養剤の処方開始された。X-1年3月、体重25kg、BMI 10.7で、階段の昇降や入浴が困難となり、「両親に迷惑をかけたくない」と本人が入院加療を希望し紹介受診となった。やせ願望や肥満恐怖、ボディイメージの障害を認め、ANの診断で入院となり、低血糖発作、胸水・腹水貯留のため一時ICU管理となったが、入院4か月目に体重34kg、BMI 14.5で退院となった。以降、外来通院を継続していたが、徐々に家族関係のストレスや食事摂取、体重増加への抵抗感が強まり、食事が減少し、過活動となり、体重26kg台となったためX年7月に再入院となった。治療経過：入院時体重26.6kg、BMI 11.3であった。徐脈と肝機能障害を認めたが、その他血液検査、心電図、胸部レントゲンでは異常を認めなかった。自宅では過度の家事や散歩など過活動を認めたことから閉鎖病棟に入院とした。炭水化物や肉類への抵抗感が強かったが、食事摂取をできないときに経口栄養剤を追加内服する治療構造の中で、概ね食事は全量摂取していた。しかし第56病日に体重が30kgを超えると「顎に肉がついた」「腰が太くなった」などの肥満恐怖を訴え、食事摂取量が減少した。治療意欲を高めるため行動制限療法を併用し、体重増加に伴い、行動制限を緩和した。また漠然とした将来への不安や不眠の訴えがあり、一時的に抗不安薬や睡眠薬の投与を行った。経口栄養剤を併用しながら、食事を徐々に増加し、最終的に2400kcal/日を摂取していた。第113病日、体重32kg、BMI 13.6となり、親戚が危篤となったため、本人へ栄養指導を行った後自宅退院となった。退院後は家事をせず安静を保つこと、食事宅配サービス、足りない分は経口栄養剤を利用すること、家族関係のストレス軽減のため作業所へ週1回通所する方針とした。退院後、作業所へ見学に行ったものの、精神疾患を対象とする作業所への通所に対し、本人の抵抗感が強く、継続しての参加は進まなかった。家族関係のストレスから徐々に1時間散歩するなどの過活動が増え、

また肥満恐怖から主食・経口栄養剤の摂取が低下し、退院1か月後には体重31kg、BMI 13.2となった。

Ⅲ. 比較検討

1. 摂食行動や心理的特徴における比較

2症例の摂食行動や心理的特徴を比較するために、摂食態度検査(Eating Attitudes Test: EAT)²⁾と摂食障害調査票(Eating Disorder Inventory: EDI)³⁾で評価を行った。EATはAN患者の臨床症状(摂食行動や態度)の評価を行う自記式検査で、40項目の質問からなり、摂食障害のスクリーニングやAN患者の症状評価に用いられている。EDIは摂食障害患者の摂食行動や心理的特徴の評価を行う自記式検査で、64項目の質問からなり、下位尺度としてやせ願望・過食・体型不満・無力感・完璧主義・他者不信・自己認知欠如・成熟恐怖の8つに分類される。このうち、やせ願望・過食・体型不満は摂食行動や体型に対する態度に関するものであり、無力感・完璧主義・他者不信・自己認知欠如・成熟恐怖は摂食障害に特異的ではないが、摂食障害患者にみられる基本的な心理的特徴を包括的にとらえようとするものである。2症例の結果を表1に示す。ARFID症例はEDIの体型不満のみ、AN症例はEAT、EDIの「過食」以外で高値を認めた。

表1 2症例のEAT・EDI結果

		ARFID 症例	AN 症例
EAT	(カットオフ 30点)	14	63
EDI	やせ願望 (最大 21)	0	19
	過食 (最大 21)	0	4
	体型不満 (最大 27)	15	18
	無力感 (最大 30)	6	26
	完璧主義 (最大 18)	0	10
	他者不信 (最大 21)	6	14
	自己認知欠如 (最大 30)	1	23
	成熟恐怖 (最大 24)	8	14

2. 患者背景の比較

2症例が疾患に至った背景を比較するため、拒食・体重減少に至ったきっかけ、入院以前の家族関係、摂取不良の原因、入院中の訴え、入院中の対応について評価を行った。2症例の比較結果を表2に示す。

表2 2症例の臨床症状・経過の比較

	ARFID 症例	AN 症例
きっかけ	仕事の多忙さ 外食機会の減少	正社員になれない 両親との不仲 兄への劣等感
家族関係	両親・兄弟関係良好	両親と不仲、兄への劣等感
摂食不良の原因	食後の胃痛 腹部膨満感、満腹感	体重増加への恐怖 ボディイメージの障害
入院中の訴え	体重は増やしたいが、食べたくても 食べられない	体重は増やすべきだが、増えたくない から食べたくない
入院中の治療の実際	胃潰瘍食への変更 経口栄養剤の併用 プロトンポンプ阻害薬による薬物療法	肥満恐怖や不安の傾聴 行動制限療法 抗不安薬による薬物治療

IV. 考察

先行研究⁴⁾において ARFID は AN と比べ、摂食障害の関連症状や心理的特徴のスコアが優位に低かったとの報告があり、本症例においても先行研究と同様にほとんどの項目で AN 症例が ARFID 症例のスコアを上回っていた。ただし、体型不満については ARFID 症例も AN 症例同様に高値であった。体型不満について詳細に聴取したところ、AN 症例はやせているにも関わらず顔回りや腹部、大腿を太っていると述べ、ボディイメージの障害を認めたのに対し、ARFID 症例では「やせすぎて気持ち悪い」とやせすぎた体型への不満を述べ、ボディイメージの障害は認めなかった。以上より、EDI では実際の体型への正常認知である「やせすぎた体型への不満」が摂食障害の典型症状の一つである「体型不満」として加点されてしまう可能性があるため注意が必要である。また2症例の背景の比較から食事摂取に対して抱える患者の葛藤は、ARFID 症例では「食事摂取そのもの」であるのに対し、AN 症例では「食事摂取の結果生じる体重増加」であると言え、その相違から治療介入の方法として ARFID 症例に対しては「食事内容の工夫」、AN 症例に対しては「心理面への介入」が必要であると考えられる。

V. 結語

肥満恐怖がない ARFID と肥満恐怖のある典型的な AN 症例を経験した。いずれも食事摂取不良・

極端な低体重を認め、食事療法と行動制限を行った。ARFID では胃痛などの身体症状から食事摂取量の増加が困難であり、入院中も食事内容の工夫や胃痛への薬物療法を要した。AN では肥満恐怖という精神症状から食事摂取量の増加が困難であり、抗不安薬の使用など精神症状への介入を要した。いずれにおいても入院を繰り返さないために退院後の生活環境の調整が重要である。なお、本症例報告に関して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013
- 2) Garner DM, Garfinkle PE: The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med 9:273-279,1979
- 3) Garner DM, Olmstead MP, Polivy J: Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Disord 2:15-34,1983
- 4) 中井義勝: 思春期以降の回避・制限性食物摂取症の臨床症状について. 心身医 57:69-74,2017

症例報告

難治性の機能幻覚に対し炭酸リチウム併用による増強療法が奏功した統合失調症の一例

大阪急性期・総合医療センター 精神科 三浦耕人
大阪大学大学院 医学系研究科 精神医学教室 間宮由真、藤本美智子、岩瀬真生、池田学

抄録

症例は60代女性。20代で統合失調症を発症し、入院を含む治療が行われたが症状は消長を繰り返していた。X-2年からは活発な幻聴が持続し、複数の抗精神病薬が使用されるも改善しないためX年7月に当科に任意入院となった。入院時は空調の音とともに声が聞こえるなどの機能幻聴があり、増悪する夕方にはその苦痛から机に突っ伏してしまう様子が見られた。心理的介入を行いながら入院による療養を試みたが改善はなかったため、本人、家族に保険適応外使用であることを説明の上、炭酸リチウム併用による増強療法を開始した。その後症状は大きく改善し、退院後も増悪なく経過した。

統合失調症の薬物治療において、炭酸リチウム併用による増強療法は、有効性についての研究結果が相反しているが、実臨床では有効な例が報告されている。本症例は難治性の機能幻覚に対し、炭酸リチウム併用による増強療法が奏功した最初の報告である。機能幻覚の治療に焦点をあてた報告は非常に少数であり、今後も症例の蓄積が待たれる。

Abstract

Functional hallucinations are defined as the ones triggered by a stimulus in the same modality, and co-occur with it. (e.g., hallucinated voices heard simultaneously with- and specific to- the real sound of running water)

This case report describes a female in her 60s who developed schizophrenia in her 20s. Since the onset of the disease, she had repeated exacerbations in spite of the constant treatment including multiple hospitalizations. For these two years, her condition got worse than before despite treatments with wide range of antipsychotics. At the time of admission to our hospital, she reported that she heard the voices of her thoughts coming along with the sound of an air conditioner. These functional hallucinations distressed her and frequently made her slump over a table. Our initial pharmacological treatment after her hospitalization also could not attenuate her symptoms. After discussion about the next treatment strategy with us, she was finally prescribed lithium carbonate as an add-on treatment to antipsychotic drugs (lithium carbonate augmentation therapy). She showed marked improvements in functional hallucinations and resumed enjoying her hobbies and day trips.

Although the effectiveness of lithium carbonate augmentation therapy is controversial, we have conventionally tried it for patients with schizophrenia and have found it effective, as shown in some case reports. To our knowledge, this is the first case report that have suggested the effectiveness of lithium carbonate for functional hallucinations. Since little is known about the treatment of these rare hallucinations, further reports are required.

Key words: 機能幻覚、統合失調症、炭酸リチウム、増強療法

Functional hallucination, schizophrenia, lithium carbonate, augmentation

A case of schizophrenia with refractory functional hallucinations successfully treated with lithium carbonate augmentation Koujin MIURA¹⁾, Yoshimasa MAMIYA²⁾, Michiko FUJIMOTO²⁾, Masao IWASE²⁾, Manabu IKEDA²⁾

1) Department of Psychiatry, Osaka General Medical Center.

2) Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine.

3-1-56 Mandai Higashi, Sumiyoshiku, Osaka, 558-8558

200848aaa@gmail.com

I. はじめに

機能幻覚 functional hallucination とは、外界の知覚に誘発され、これと並行して同一の感覚領域に生じる幻覚のことである。例えば、患者は「水の流れる音に混じって悪口が聞こえ、水の音が止むと声も消える」と報告する⁸⁾。機能幻覚の正確な意義は不明であるが、統合失調症 Schizophrenia などの内因性精神障害において報告されている。他の幻覚と比較して機能幻覚は比較的稀な症状であることから、この幻覚の治療については、数例の症例報告^{1,14,16)}があるのみであり、ほぼ検討されていない。

幻覚を含む統合失調症の陽性症状の治療は、一般に抗精神病薬が使用されている。しかし、複数の抗精神病薬の使用でも症状が十分に改善しない患者は少なくない。このような場合、クロザピンの使用、電気けいれん療法(ECT)、他の抗精神病薬や抗精神病薬以外の向精神薬の併用による増強療法 augmentation などを検討する必要がある。

今回、統合失調症と診断され、複数の抗精神病薬に反応しない持続的な機能幻覚を認めたが炭酸リチウム併用による増強療法により症状の改善を得ることができた症例を報告する。また、既に報告されている機能幻覚の治療に関する症例報告、統合失調症の薬物療法ガイドラインを概説した上で、本症例における炭酸リチウムの有効性を考察する。これは機能幻覚に対する炭酸リチウム併用による増強療法の有効性を示したのものとしては、我々の調べた限り最初の症例報告である。

なお、症例報告については、その目的や意義、個人情報保護を含む倫理的配慮を説明した上で、本人および家族の同意を得ている。

II. 症例

1. 症例

60歳代前半 女性

2. 主訴

音によって誘発される、自分の考えが声として聞こえる幻聴が苦痛で、生活に支障がでている

3. 既往歴

特記事項なし

4. 家族歴

精神疾患の遺伝負因なし

5. 生活歴

同胞2名の第1子として出生し、短期大学を卒業後、30歳で結婚し2児をもうけた。入院時は専業主婦として生活しており、夫、看護師の長女、薬剤師の長男と4人暮らしであった。

6. 現病歴

20歳頃、「自身の考えが声になって聞こえる」との幻聴、特定の数字をみて「何か悪いことが起きる」と考えることや、「自分の心の中を見られる」といった被害妄想が出現した。同年、精神科で加療を開始した。その後は内服中断や妊娠出産を機に、幻聴、不眠を繰り返したが入院加療で速やかに改善していた。しかし50歳代後半、予定過密によるストレスをきっかけに幻聴、妄想が再燃し、入院加療でも症状は改善しなかった。

その後は夕方に増悪する「合唱のような」幻聴のため、簡単な家事を除き臥床して過ごすようになった。また、電車の音など生活音にのって自身の考えが声として聞こえるという機能幻覚があり、そのため外出が制限される状態が続いた。60歳代前半、複数の抗精神病薬が使用されるも症状が改善しないため、前医から紹介され大阪大学医学部附属病院神経科精神科に任意入院となった。

7. 入院時現症

入院時、意識清明で見当識障害を認めず、清潔な身なりで整容は保たれていた。神経学的所見に異常を認めなかった。視線は合い、疎通は良好だが、表情は平板であった。「自分の考えていることが空調の音にのって聞こえます。」と訴えるなど機能幻覚があり、症状の増悪する夕方には机に突っ伏している姿が見られた。食欲低下、不眠はみられず、

抑うつ症状などの気分症状は認めなかった。

8. 入院時内服薬

アリピプラゾール 30mg、アセナピン 20mg、ペロスピロン 28mg、ハロペリドール 5mg、フルニトラゼパム 2mg

9. 検査所見

1) 血液検査

WBC 4230/ μ L、RBC 418 万/ μ L、Hb 13.2g/dL、PLT 20.3 万/ μ L、AST 22U/L、ALT 22U/L、 γ GTP 12U/L、BUN 19mg/dL、Cr 0.78mg/dL、Na 144mEq/L、K 4.3mEq/L、Cl 108mEq/L、HbA1c 5.6%、RPR(-)、TPHA(-)、TSH 1.79 IU/mL、FT4 1.3ng/dL

2) 脳波検査

異常なし

3) 頭部単純 CT 検査

異常なし

10. 治療経過

経過、現症などから統合失調症と診断した。入院時、抗精神病薬はアリピプラゾール、アセナピン、ハロペリドール、ペロスピロンの 4 剤の併用となっていた。心理疾病教育をしながら、抗精神病薬に

ついては本人が効果を感じていたアリピプラゾールへの単剤化を進め、入院第 39 病日に単剤とした(図 1)。この時点で機能幻覚を含め幻聴の改善はなかった。その後の薬物治療の方針については、①主剤のアリピプラゾールを他の抗精神病薬に変更する、②これ以上の薬剤変更は行わずに一度退院して自宅での生活の変化をみる、③気分安定薬併用による増強療法を試みる、の 3 つの選択肢を示した。③の選択肢については保険適応外使用であることを説明した。本人家族と複数回の相談の機会を持ち、③の選択肢で炭酸リチウム併用による増強療法を試みることとなった。

第 52 病日、炭酸リチウム 400mg/日の併用を開始した(図 1)。その数日後から幻聴の軽減が見られた。第 58 病日のリチウムの血中濃度は 0.5mEq/L であった。第 61 病日、炭酸リチウム開始 10 日目には幻聴は半分程度になったとの発言があるなど改善は持続した。第 62 病日に退院し、外来での治療に移行した。退院後も症状の改善は持続し、退院 2 週間後に本人の希望で炭酸リチウムを 600mg/日に増量し、1 か月後の外来診察では幻聴はさらに改善し、耳鳴り程度になった。この時、リチウムの血中濃度は 0.9mEq/L であった。その後も機能幻覚を含む幻聴を時に感じることはあるものの、自宅では趣味を再開し、遠方への外出もできるようになっている。

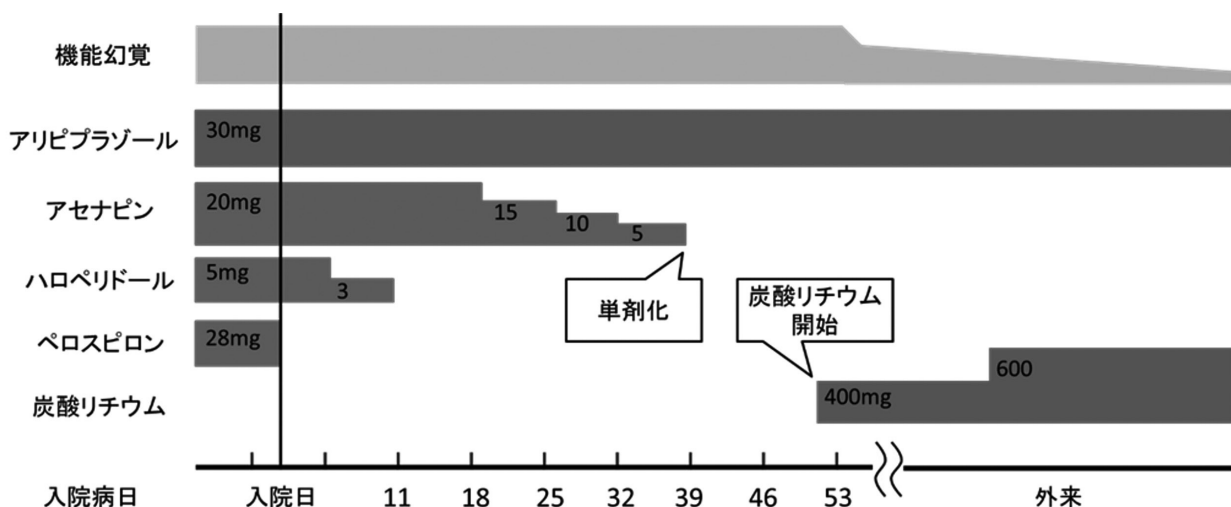


図 1 治療の経過

Ⅲ. 考察

本症例は統合失調症と診断され、入院を含む長期にわたる治療の中で複数の抗精神病薬が使用され、当院への入院直前には4剤の抗精神病薬が併用されていた。しかしながら機能幻覚を含む幻聴が持続し、日常生活機能に支障をきたしていた。当院への入院後、抗精神病薬を単剤に整理した上で、炭酸リチウム併用による増強療法を選択し、症状の改善を得ることができた。機能幻覚は比較的に稀な症状であることから、その治療についてはほぼ検討されていない。機能幻覚の治療については我々が検索し得た範囲ではこれまでに3例の症例報告^{1,13,16)}があるのみである。ここでは1. 機能幻覚の治療に関する既報、2. 統合失調症の薬物治療ガイドラインにおける炭酸リチウム併用による増強療法、3. 炭酸リチウム併用による増強療法の薬理学的有効性について述べた上で、4. 本症例について考察する。

1. 機能幻覚の治療に関する既報

1) Rajikumarら(2012)は、機能幻覚に対してVPAが有効であったとする症例報告を行っている¹³⁾。統合失調症の30歳男性に対しリスペリドンとフルオキサセチンの併用療法を行うことで症状は大幅に改善するも、機能幻覚(機械のモーター音で誘発され、この音とともに持続する男性の声での悪口や批判)が残存し、仕事に支障をきたしていた。この機能幻覚に対してバルプロ酸1700mg/日の併用による増強療法を行い幻覚の有意な減少を認めたとしている。

2) Sulochanaら(2017)は、機能幻覚に対してECTが有効であったとする症例報告を行っている¹⁶⁾。機能幻覚(扇風機やコンピューター、飛行機などの音が聞こえるたびに生じる幻聴)や機能幻覚以外の幻聴(自分に話しかける声など)、被害妄想が持続する統合失調症の24歳女性に対してフルフェナジン、トリフルオペラジン、トリヘキシフェニジル、アミスルプリド、オランザピン、リスペリドンが使用されるも、流涎、筋強剛、体

重増加などの副作用もあり、彼女は仕事を中断し自宅に閉居する状態となっていた。著者らは多剤となっている抗精神病薬をフルフェナジンとリスペリドンのみに減薬することで病的体験と副作用ともに大幅な改善を認めたが、機能幻覚(自宅の仕事場の機械音に誘発される男性の声での悪口や批判)が残存したため、計6回のECTを行い幻覚の改善を認めたと報告している。

3) Kraftら(1984)は統合失調感情障害の32歳女性に対して、カルバマゼピン併用による増強療法が有効であったとする報告を行っている¹⁾。この報告は機能幻覚の治療についての報告として上記2つの文献でも引用されているが、ここで示されているhallucinationsは「外界の知覚により誘発される幻覚」ではなく、我々の報告する機能幻覚とは異なっている。

2. 統合失調症の薬物治療ガイドラインにおける炭酸リチウム併用による増強療法

リチウム併用による増強療法のガイドライン上の位置づけには歴史的変遷がみられる。

1980年代ごろまでの研究では炭酸リチウム併用による増強療法の有効性を支持する報告(Small, et al.1975¹⁵⁾、Growe, et al.1979⁷⁾、Carmen, et al.1981²⁾、Lerner, et al.1988¹¹⁾)が多くみられた。これらの報告を受けて2004年に出版された統合失調症治療ガイドライン¹⁴⁾では「リチウムは慢性の治療抵抗性統合失調症に対して、通常の抗精神病薬療法に追加して用いられ効果が期待される」とした。

しかし、1990年代以後の研究では炭酸リチウム併用による増強療法の有効性を否定する報告(Collins, et al.1991³⁾、Wilson, et al.1993¹⁷⁾)がみられるようになってきている。Leuchtら(2015)は、統合失調症、統合失調症様疾患(またはその両方)の治療において、炭酸リチウム併用による増強療法に関する無作為化対照試験(RCT)についてメタ解析を行った¹²⁾。この結果、22本のRCT、計763名が対象となったが、「ほとんどの研究でサンプルサイズが小さく、研究期間が短い、高バイアスリ

スクが検出されるなど研究の質は低いものであったことから、炭酸リチウム併用による増強療法が有効であるという RCT は不足している」とした。これを受けて 2022 年に発行された統合失調症薬物療法ガイドライン⁹⁾では「リチウム併用による精神症状の改善は明らかでなく、長期使用については副作用が発現する潜在的なリスクがあることなどから統合失調症にリチウムを併用しないことを弱く推奨する」としている。

3. 炭酸リチウムによる増強療法の薬理的有効性

炭酸リチウムは興奮系神経伝達物質であるドパミン、グルタミン酸を減少させ、抑制系神経伝達物質の GABA を増加させることが知られている(図2)。また、炭酸リチウムは細胞内でセカンドメッセンジャーシステムに作用することにより神経保護作用を促進する⁶⁾。さらに、抗精神病薬のように細胞膜のレセプターのみならず、炭酸リチウムは統合失調症の病態に関わるとされる細胞内の glycogen synthase kinase-3 (GSK-3)⁵⁾にも直接作用してドパミンを減少させる¹⁰⁾(図3)。そのため、抗精神病薬では改善しない症状に対して、炭酸リチウムが効果を発揮する可能性が

あることには薬理的合理性がある。実際、マウスを用いた近年の研究⁴⁾では、ある種の遺伝子変異を有する群では細胞内のシグナル伝達経路に変化が生じており、抗精神病薬で症状が改善しない場合でも、炭酸リチウムが効果を発揮する可能性が示唆されている。

4. 本症例について

本症例は機能幻覚を伴っていることが特徴的であり、炭酸リチウム併用による増強療法が有効であった。現在のガイドラインでは炭酸リチウム併用による増強療法は推奨されていない。しかし、過去の文献ではその有効性を示すものも存在しており、有効性を否定する近年の研究結果においてもそれぞれの症例の不均一性(heterogeneity)に注目することについての限界が指摘されている。また、薬理的にみても炭酸リチウムの有効性を示唆する知見が蓄積されてきており、炭酸リチウムが有効な症例群が存在する可能性がある。

これらのことから、機能幻覚を伴う統合失調症では、機能幻覚を伴わないものと比べて炭酸リチウム併用による増強療法が有効である可能性が考えられる。

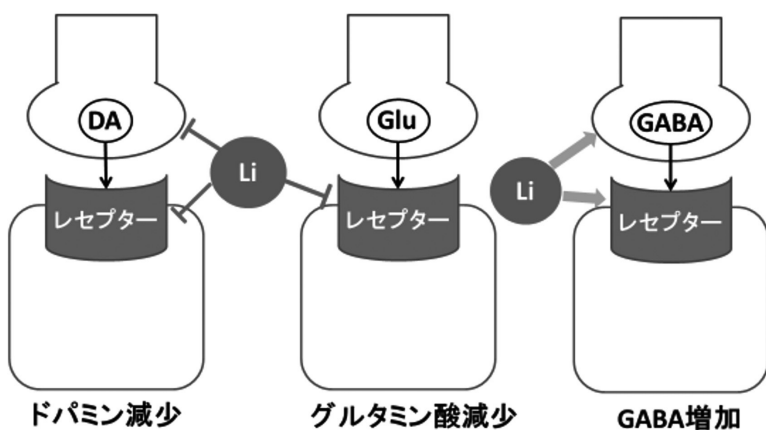


図2 炭酸リチウムの神経伝達物質への作用

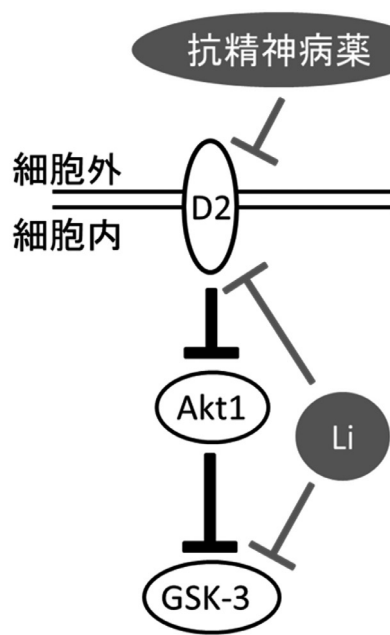


図3 炭酸リチウムの細胞内情報伝達系への作用

IV. 結語

本症例は難治性の機能幻覚に対し、炭酸リチウムによる増強療法が奏功した初の報告である。機能幻覚に焦点をあてた報告は非常に少数であり、炭酸リチウム併用の有効性も含めて症例の蓄積が必要である。

利益相反

本論文に関して開示すべき利益相反はない。

V. 参考文献

- 1) A. M. Kraft, I. N. Hassenfeld, and M. Zarr: Response of functional hallucination to carbamazepine. *The American Journal of Psychiatry* 141 (8), 1018-1019, 1984
- 2) Carman JS, Bigelow LB, Wyatt RJ: Lithium combined with neuroleptics in chronic schizophrenic and schizoaffective patients. *J Clin Psychiatry* 42 (3), 124-128, 1981
- 3) Collins PJ, Larkin EP, Shubsachs AP: Lithium carbonate in chronic schizophrenia- a brief trial of lithium carbonate added to neuroleptics for treatment of resistant schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 84 (2), 150-154, 1991
- 4) Da-Zhong Luo: Lithium for schizophrenia: supporting evidence from a 12-year, nationwide health insurance database and from Akt-deficient mouse and cellular models. *Sci. Rep* 10, 647, 2020
- 5) Emamian ES, Hall D, Birnbaum MJ, Karayiorgou M, Gogos JA: Convergent evidence for impaired AKT1-GSK3beta signaling in schizophrenia. *Nat Genet* 36 (2), 131-137, 2004
- 6) Gin S. Malhi: Potential Mechanism of Action of Lithium in Bipolar Disorder. *Current Understanding. CNS Drugs* 27, 135-153, 2013
- 7) Growe GA, Crayton JW, Klass DB, Evans H, Strizich M: Lithium in chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 136 (4A), 454-455, 1979
- 8) 濱田 秀伯：精神症候学．第2版．276, 弘文堂, 東京, 2009
- 9) 一般社団法人 日本臨床精神神経薬理学会（編集）：統合失調症薬物治療ガイドライン 2022, 医学書院, 東京, 2022
- 10) Klein PS, Melton DA: A molecular mechanism for the effect of lithium on development. *Proc Natl Acad Sci U S A* 93 (16), 8455-8459, 1996
- 11) Lerner Y, Mintzer Y, Schestatzky M: Lithium combined with haloperidol in schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 153, 359-362, 1988
- 12) Leucht S, et al.: Lithium for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10, 2015
- 13) Rajkumar RP: Functional Hallucinations in Schizophrenia Responding to Adjunctive Sodium Valproate. *Indian J Psychol Med.*34 (1), 76-82, 2012
- 14) 佐藤光源、井上新平：統合失調症治療ガイドライン（精神医学講座担当者会議），医学書院，東京，2004
- 15) Small JG, Kellams JJ, Milstein V, Moore J: A placebo-controlled study of lithium combined with neuroleptics in chronic schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 132 (12), 1315-1317, 1975
- 16) Sulochana Joshi, Rabi Shakya: Electroconvulsive Therapy in Functional Hallucination: Scope and Challenges. *Case Rep Psychiatry* Vol.2017, 9421973, 2017
- 17) Wilson WH: Addition of lithium to haloperidol in non-affective, antipsychotic non-responsive schizophrenia: a double blind, placebo controlled, parallel design clinical trial. *Psychopharmacology (Berl)* 111 (3), 359-366, 1993

Deutsch

Français

Español

Русский

中國語

解題「ヘルダーリン：Johann Christian Friedrich Hölderlin」 林三郎

ヘルダーリンは所謂、続放浪時代(1800年－1802年)に詩「帰郷 Heimkunft」(1801年)を発表した。その1801年の終わり、フランスポルドー駐在のハンブルク領事マイエル家の家庭教師となり、その年にヘルダーリンはストラズブルク、リヨンを旅行した。

しかし1802年夏、突如教師を辞め、そのまま狂気の遁走、憔悴し切って狂人として、母のいる故郷へ帰郷した。哲学者ハイデッガー Heidegger は「Erläuterungen zu Hölderlin Dichtung —ヘルダーリンの詩の解明—」(ハイデッガー選集 22巻、第2巻 1952年。理想社。手塚富雄ら共訳)を発表した。これはヘルダーリンの狂気の発症時期 1802年の前年に書かれたヘルダーリンの詩「帰郷—近親者に寄す Heimkunft-an die Verwandten 1801年」をハイデッガーが所謂実存哲学、現存在分析、解釈に基づいて書き上げたものである。ハイデッガーはこのヘルダーリンの「帰郷 Heimkunft」の詩にヘルダーリンの狂気の予兆を見出している。ハイデッガーはヘルダーリンのこの詩が「Freudig Heimkunft 喜ばしい帰郷」にも拘らず「Sorge 憂い」を基調に歌われ、喜びの情が歌われていない矛盾、自己撞着 Widerspruch を指摘しかつ詩の最後に「aber die anderen nicht しかし他の人々はそうでもない」と唐突に「nicht ない」で終わってしまう。これは fremd よそよそしく、奇妙で異常であると考察した。そしてハイデッガーはヘルダーリンが「故郷に達していない」「故郷は捉え難い、閉ざされたもの」であると深読み、解釈した。

更に「狂人として母の家に連れ戻されたヘルダーリン」はフランスへ旅立つ前に友人に書いた手紙に「詩人よ、神の雷雨の元に、赤裸々な頭をもって立つこと」「アポロ、我を撃ちぬ」と書いているが、これをハイデッガーは「光の過剰が詩人を暗黒に突落す」「精霊に語り掛けられた人間は早く世を去らねばならぬ」と解釈し、ヘルダーリンの精神病発症の前兆として捉え、その一年後、ヘルダーリンは「狂人」として母の家に連れ戻され、帰郷したことをハイデッガーは指摘した。ハイデッガーの「ヘルダーリンの詩の解明」の訳者 手塚富雄らはこの「思惟の詩作との対話」を新しい哲学、美学の新しい飛躍と評価し、ハイデッガーの神秘主義、難解晦渋、独断的、単なる言葉遊びと批判、誹謗する人達がいるが、このハイデッガーの「ヘルダーリンの詩の解明」は実存主義、実存哲学、美学の画期的な労作であると評価した。これを批判、誹謗する人にベルトー P. Bertaux がいる。ベルトーはヘルダーリンの「パンと葡萄酒 Brot und Wein」(1801年)を含めて、ハイデッガーはヘルダーリンを「正しく理解していない ohne richtiges Verständnis」と批判した。またアドルフ A.Adolf もハイデッガーの解釈は「格言的、単なる言葉の言い回しに過ぎないと批判している。ベルトーは1978年、「Friedrich Hölderlin」(Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main)でヘルダーリンは精神病でなく正常であると主張した。その上で、ヘルダーリンは循環気質 zykllothym でうつ Depression と熱狂者 Wutanfälle であり、精神的虚弱者、廢疾者 Krüppel である。そしてヘルダーリンは正しく詐病者 Simulant であると断定した。更にヘルダーリンの脳解剖所見にまで言及し、脳梁 corpus callosum に顕著な病巣を認めると記している。このベルトー Bertaux のヘルダーリン論に対して、マインツ大学のペーテルス W.H.Peters が1982年「高貴な詐病論者への異議 Wider die These von Edelen Simulanten」を発表したのである。

なおヘルダーリンに関する本は数々出版されているが、手元にある「Will Vesper, Hölderlins Leben in seinen Brief und Gesichten. ヴィルフエスパー、ヘルデルリンの障害—書簡集を通じて」(渡辺 格司訳、弘文堂、1940年)がある。この本はヘルダーリンの「放浪時代 1785年—1795年」「続放浪時代 1802年—1804年」「没落時代 1802年—1804年」のヘルダーリンの書簡と詩が収録されており、放浪時代 1796年には友人である哲学者ヘーゲル Hegel との文通がある。没落時代、ヘルダーリンの狂気発症後の状態が記さ

れている。1806年には狂躁状態、錯乱状態に陥り、故郷チュービンゲンの塔(所謂ヘルダーリンの塔)に幽閉され、寛解期には指物師チンメル家に預けられていたヘルダーリンの日常状態が描かれている。「チュービンゲン Tübingen 大学は同級生三人衆として詩人ヘルダーリン Hölderlin ミネルヴァの梟、哲学者 Hegel 美学哲学者シェリング Schelling を輩出した。またガウプ Gaup、クレッチマー Kretschmer ストルヒ Storch ら Tübingen 学派を形成し、ヤスパーズ Jaspers、シュナイダー Schneider らのハイデルベルク Heidelberg 学派と競合した。その他、「Ulrich Häussermann, Hölderlin」(ヘルダーリン、野村一郎訳、理想社 1982年)、ランゲ アイヒバウム「天才—創造性の秘密」(高崎敏樹、高橋義雄共訳みすず書房 1980年)、ランゲ アイヒバウム「ヘルダーリン Hölderlin 病跡学的考察」(西丸四方訳、みすず書房 1989年)、クレッチマー「天才の心理学」(内村祐之訳、岩波書店 1952年)がある。

原典紹介

U.H. ペーターテルス著「ヘルダーリン：高潔な詐病論者への異論」

大原一幸
武田敏伸
林三郎 共訳

謝辞

私の《第二の母》エルゼ ライマース女史の 80 歳の誕生日に奉げる

この本に対する最初の刺激を、その主題についての議論の中で、私の友達でありキール大学の教授、哲学博士の K. ヒュープナー氏が与えてくれた。彼に、そのことについて先ず感謝の意を表したい。ウドムルト人についての重要な指摘については、ハンブルク大学の教授で哲学博士の W. フェエンカー氏と、私にフェエンカー教授との縁を取りもってくれた友人のボーフム大の教授、H. ヤハナウ哲学博士に負っている。ケルン大教授の W. クラウス医学博士と、私講師である U. フリッケ理学博士には、歴史的な処方箋についてとりわけ価値のある指摘をいただいた。ケルン大教授の D. イェッター医学博士は、精神科病院の歴史に対しての膨大な知識による援助のみならず、多くの図を自由に使わせてくれた。ミュンヘン大教授の W. ミュラー・ザイデル哲学博士と、私の友人でありニューヨーク、イサカ大教授の S. ギルマン哲学博士、そしてここでは名を挙げないが意欲のある彼のところの研究者が、ほとんど完成した原稿を読んでくれて、さらに価値多い提案をしてくれた。講演によりこの本の一部は良く知られていたもので、その部分は書面による示唆に富む議論に通常ならざる程負っている。さらにまた、ケルン大教授の W. ケラー哲学博士、ヴィースバーデン大で教授資格を有する医学博士の W. クルス哲学博士、ランゲ・アイヒバウムの遺産管理人であるリューベック大のオットー・フォン・マウヒ医学博士に特別な謝意を表したい。アニタ・フィッシャー女史は原稿の様々なヴァージョンを忍耐強く書きとめてくれ、そのことに対して特別に彼女に感謝したい。私の妻であるヨハーネ・ペーターテルスは、精神病理学—文芸学の問題に対する彼女の深い理解によって、絶えず原稿の誕生に寄与してくれた。

U.H. ペーターテルス

Japanese translation "Hölderlin : wider die These vom edlen Simulanten"

Kazuyuki OOHARA, MD, PhD

Director, Oohara Mental Clinic (Motoyama Urban Life Bldg.115, 1-13-22 Nakamachi, HigashinadaKu, Kobe 658-0081)

Toshinobu TAKEDA, MD, PhD, Director, Jinmeikai Clinic

Saburo HAYASHI, MD, PhD

ユルゲン・マンティ 編纂新書シリーズの序文

ヘルダーリン、この比類なきドイツ詩人は、人生後半の40年間(1843年に死去)精神病であった。このことは、U.H. ペータールスによる本書研究によれば、もはや疑念の余地はない。〈言語錯乱〉(統合失調[分裂]言語症 Schizophasie)の病像、それは統合失調症の一つ特別な形であり、余りにもはっきりと刻印されているがために、《高潔な詐病論者》(ペータールス)との主張が長く保持されることはあり得ない。その主張についてフランスのドイツ文学研究者ピエール・ベルトーがつい最近、非常に注目される著作の中で、ヘルダーリンが33歳時、言葉についての精神的コントロールを高度に失っていたという極めて耐えることが困難な周知の真実に対して立ち向かった。ペータールスは、幼少のころより熱心なヘルダーリンの読者で、ヘルダーリンの専門家で、その上、訓練を受けた教養のある精神分析家でもあり、ヘルダーリンの現代的理解についてのベルトーの努力を賞賛に値するものであると高く評価する。しかし彼は、新しい精神医学により確保された認識に基づいてそれを為すべきであったとベルトーを非難する。とりわけ完全に間違った被害者を貶める精神病についての見解が、彼を驚かす。その見解が、最もほんやりとした瞬間でさえも、破壊されることのない自律的-概念を差し入れようとする詩人の危機に瀕した自我に、不要な〈救出の試み〉を導いている。本書の著者ペータールスは、ヘルダーリンの言語表現について正確な精神分析学および言語学的な解釈に取り組んでいる。彼は、詩人の同時期の外傷体験、つまり恋人であったズゼッテ・ゴントルトの死が、証言となっている全ての表現(後日の詩、母への手紙、口頭での発言)の中に見て取れるとする説得力のある結論へと至る。〈意味のない言葉〉は無い。精神病患者でさえも。しかしその意味が先ずもって解明されねばならない言葉が存在する。ヘルダーリンの業績に対してなすべき前提を行ったことが、本書の功績である。さらに本書は精神分析学的言語学の模範的入門書となっている。

医学部教授であるU.H. ペータールスは1930年にキールに生まれ、ケルン大学の神経学と精神科学の正教授であり、大学-精神病院の院長である。彼は精神医学と神経学の専門医であり、〈精神療法家〉という追加的称号を有している。同時にペータールスは、ニューヨーク(USA)イサカのコーネル大学ドイツ文学部の客員教授である。多くの著作があり、とりわけ《転移、逆転移、精神療法家と患者との関係》(1977年)、伝記《アンナ・フロイト。子供にかけた人生》(第2版、1980年)、《精神医学と医学的心理学のための辞典：Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie》(第2版、1977年)がある。

本書は1982年にRowohlt社から新書シリーズの一冊として発行されたもので、全体239頁からなる。ペータールスによる謝辞、マンティによる紹介文に続いて、以下の章立てとなっている。大きく第一節と第二節とに区分けされるが、今回は、第一節「ヘルダーリン研究と精神医学」(56頁まで)の翻訳を掲載し、第二節は次号以降に掲載する。

目次

はじめに

第I節 ヘルダーリン研究と精神医学

1. 精神科医を前にした不安

2. 狂気とは何か

精神病質者

早発痴呆

マニー [躁狂]

統合失調症

ヒポコンドリー [心気症]

内因性うつ病

自閉

言葉のサラダ

透明中隔腔

どのようにして精神医学的診断がなされるのか

3. J.H.F v. アウテンリート
ヘルダーリンの医師
 4. W. ランゲ、ヘルダーリンの病跡と病跡学
- 第Ⅱ節 ヘルダーリンの心理史
1. ヘルダーリンの病気
言語錯乱
E. クレペリンの統合失調〔分裂〕言語症 *Schizophrenie*
若干の気付いたこと
精神病の始まり
年表
政治的動機の側面
ホンブルク フォア デア ヘーエでの最後の月日
チュービンゲン
 2. ヘルダーリンの癡癪持ち、熱狂者
 3. ヘルダーリンの女性と男性との関係
同性愛
言語新作
 4. ヘルダーリンと母親との関係
 5. ヘルダーリンの病気－ヘルダーリンの文章
後半生(1805年以降)
詩
日常の会話－手紙の言葉－詩、構成の比較
1802年と1805年の時期
 6. 錯乱－孤独－贖罪、ヘルダーリンのロマン主義的思想
 7. ヘルダーリンは詐病者か？

結語
注

はじめに

ピエール ベルトーは、ヘルダーリンに関する素晴らしい本を書き、その中で幾度も、そして強い言葉で、〈精神医学〉に挑んだ。

《私はそれ〔古典的精神医学、U.H.P〔著者注〕〕に闘いを挑む。古典的精神医学はヘルダーリンが精神病であったことを直ちに証明しなければならない。もしそれが成功するならばだが》¹⁾〔ベルトー〕。

その言葉は、文学と精神医学との間の実りある対話を始めるには、またそれは意図されてもいないが、ほとんど適切ではない。いったい誰が〈精神医学〉、ましてや〈古典的精神医学〉をして、極めて実りが多い数十年来完成された精神医学の〔新〕時代であると自負するだろうか。少なくとも、私はそうではない。ここで私が記述することは、ベルトー

に対する私の個人的な答えであるが、それは確実には全精神科医によっては共有されないかも知れない。また、完全に他の精神医学的な答えも考えられる。私はそれを代弁できないし、それは他の者がせねばならないことである。

〈古典的精神医〉はヘルダーリンが精神病患者であったことを証明しなければならないとは、私は考えない。ヘルダーリンは被告人ではないし、逆のこと〔精神的に健康でない〕が証明されるまで、長い間彼が精神的に健全であると見なされていたというようなことも彼にはない。私の答えは、ベルトーや他の人たちが期待していたであろうことと全く違う結果になる。私の主張は、ベルトー自身が最適な素材のみならず最適な議論を展開していることにより、ヘルダーリンの精神的な病気－

統合失調〔分裂〕言語症－を極めて本当らしくみせているということである。このことは完全に文字通り受け取らねばならない。ただベルトーは、精神病がどのようなものであるかということに関して、彼のその他の文化的な水準には決して相応しない全く看過できない考えを持っている。

好都合にも私はベルトーのヘルダーリン研究本を裏面から読むことが出来た。というのもベルトーが解釈するところ、ヘルダーリンとその時代についての博識で私たちに惜しみなく伝えているところについて私は全く無条件に彼を賛嘆する。私は若い頃からヘルダーリンの愛読者であったとしても、ヘルダーリンの研究者ではない。私の父の母への結婚プレゼントは、ヘルダーリンと彼に関する全集であった。私は臨床精神科医であるのでヘルダーリンの全研究を纏めて読めないが、その私に、ヘルダーリンを非常に詳しく取り上げてくれて、とりわけヘルダーリンの著作と彼の人生との関連について教示してくれたことに非常に感謝している。私はここでそのことをはっきりと強調する。なぜならばベルトーの本のこれらの文章を批判的にくまなく検討することは、遅ればせにも私の課題とはなり得ないからである。このことについて、私は文学者に委ねるべきである。

率直に私はベルトーの教養と言語芸術の讃美者であるだけに、ますます彼の精神医学的な無教養には驚かされる。精神病について、狂気について、そして精神医学について彼が語っていることに、まず拒否、そして最後には腹立たしさが確実に引き起される。それと共にその本が始まり、後には復唱のように引用されるこれらの部分は、娯楽雑誌読者の水準にもベルトーはしばしば達してない。感情を害するように聞こえるかもしれないが、そのつもりはない。大きな誤謬、不注意、歪曲が存在しており、ましては文献学者として普段は極めて典型的に綿密である人の欠落なので、私は、残念ながら、多くのことを先ず補足し訂正しなければならない。我々の専門分野について調べることが本当にそれほど困難なのかと自問している。

ベルトーは完全に正しく、以下のように学際間の共同作業を要請する：

《今日、文学は他の科学と共同して研究しようと努力しているが、まさにヘルダーリンの例では、精神科医とヘルダーリン研究者との間での学際的な共同研究が行われることが望まれていた。ヘルダーリン協会は文学史家や協会と共同するよう絶えず精神科医に促していたが、どうやら成果はほとんどみられない》²⁾。

しかし私は、精神科医が文学研究者に近づき、共同作業を申し出ることの意味があるのかを自問する。つまるところ、精神科医がヘルダーリンの文学的作品についての本を書こうとする場合ではなく、文学者が本の中心課題としてヘルダーリンの精神病を書こうとする場合に共同作業が必要となるのである。なぜベルトーは精神科医と共同研究をしなかったのでしょうか？ その考えはそれ程的外れではない。文学と精神医学のための国際学会というものもまた存在している。なぜベルトーはこの方法を探らなかったのか？ 私は、R. アウグシュタインのベルトーによるヘルダーリンの本は正確に書かれてないという意見を共有しない。確実に真実なのは、マスコミ的な視点から《ヘルダーリンは精神病者ではなく、ただそのよう見せかけていただけだ》という主張は非常に魅力的であり、一方の《ヘルダーリンは統合失調症者であった》という主題はどんな出版社にとっても出版部数は期待されない、ということである。文学者と精神科医の共同作業から生まれ出たヘルダーリン病跡学ではほとんどセンセーショナルとはならなかっただろうが、ジャーナリズムから故意に無視されても、その他の点では傑出したベルトーの本はその特質を保持していただろうと私は思う。その上、その時代の良質な精神医学的な検討があればおそらくはその本をより良くしていたことだろう。それ故に訂正の努力が私に残されていて、加えて必要な補遺を行うつもりである。

その補遺に際して、私は完全にベルトーに感謝すべき立場である。というのは精神科医にとって

ヘルダーリンの精神病理学的素材が稀なことに十分に準備されていて、自伝的発言や他の人の彼についての報告が机上に、ひとつの全人生が極めて良好に希少にも記述されていたからである。ベルトーはもちろん彼の側で、今や徐々に完成へと向かっているヘルダーリン著作集のシュトゥットガルト版を基礎とすることが出来た。ベルトーの本はシュトゥットガルト版なしには考えられない。しかし彼の功績は、ヘルダーリンの著作と一緒にそこに纏められた多く文章や陳述を、ヘルダーリン理解を深めるような生き生きとしたイメージへと仕立て上げたことである。

また私は比類なきこのシュトゥットガルト版がしばしば賞賛されるのを学生時代以来聞いていたし、後にはそれに感謝する利用者となっていた。ヘルダーリンのその版により精神科医に貴重でこの上ない研究の素材を手渡してくれたくれたことを、過去および現在の編集者に対して私はここでは感謝したい。精神医学的視点から見て最も重大な欠落さえも、つまり診断を下すべき人間に対して如何なる質問も最早向けられないということ、少なくとも一部は切り抜けられるからである。質問をすることは、いつもは全ての精神医学的活動の最も自明な前提条件である。そうしてのみ、今日の精神医学的判断にとって意義のある答えが得られるであろう。場合によっては間違っただけでなされていた解釈が、この方法で訂正されうるだろう。

何故ベルトーが自ら進んで文学研究と同じ水準まで精神医学に挑まないのか、という疑問が私にはずっと残されたままであった。しばしば私はその本を読んで、残念ながらベルトーは精神病について何と恐ろしく否定的な意見を持っているに違いない、と考えていた。彼の目からみると、精神病者は何ら理性的なことを決して言わず、全く感情を持たず、言葉豊かな詩を書くことが全く出来ず、軽蔑に値し恐ろしく危険で、そして誰からも愛されない。ベルトーが他に新たな精神病理学的な本を執筆する場合に、私が望むことは、彼をケルンに招待することである。そこでその仕事の間に私がこの本に移

ることで、最終的に精神病者を彼はより詳しく知るだろう。私は数十年に亘って精神科医として多くの精神病患者を知っており、街で、劇場で、催し物で、彼らと出会う。彼らは私に話しかけてくる－私自身からは彼らに話かけない。というのも精神科医と知り合いであることは、場合によっては彼らを傷つけるかもしれないからである－そして彼らは私に短い言葉で普通のことを述べ、極めてまともなことを語る。ベルトーの見解とは異なり、ほとんどの精神病患者は自由に社会で生活し、彼らを最も近くで知っている者によってだけ、一時的かあるいは持続的な彼らの異なる点が気付かれる。同様にこの場で、私はベルトーに対して、精神病患者において〈狂っている〉と見なされうる全てのことは心理的に引き起されたもので、最初の印象で極めて馬鹿げて見える表現は、常に特別に意味を担っていると主張する。状況的文脈、言語的文脈、そして伝記についての正しい解釈と認識が重要である。我々は後で見ることになるが、ベルトーは多くの説得力のある例を提供したが、その助けにより、如何に文学者と精神医学者の両者が互いに近くに居なければならぬかが容易に指摘される。というのも書かれたテキスト[文章]をいつも両者が解釈しなければならぬからである。驚くべきことにベルトーは、精神病理学的に異常な意味を含む文章を、これらのテキスト[文章]は病人によるものではない、というのはそれは理解されるからである、という結論を引き出す。それは精神病者に対する彼の否定的な意見に相応している。

それに対して私は先で、再びベルトーとは反対に、いかなる精神病、うつ病、不安精神病、統合失調症も、特別で十分な、その人間にとって特異な出来事なしには発病しない、と主張する。ここでもまた、経過を一つ一つ認識することは何時も容易とは限らない。しかしそれはまた正に解釈の問題になる。ヘルダーリンでは抑うつはおおよそ正確にズゼッテ ゴンタルトが死んだ時に生じている。その人は彼の母親と並んで、彼の人生にとってディオティーマとしてのみならず最も重要な人間であり、

それゆえに〔ズゼットの死とヘルダーリンの抑うつに〕全く関連性がないなど有り得ない。しかしこの連関が個々にどの様に携わっているかは、それからは分からない。しかし一つ重要な伝記的な事件がそれに先行しているが故に、精神病が精神病ではありえないという結論は、完全に支持できない。

ベルトーを得心させることが出来るという望みなど私は持っていない。というのは、彼はヘルダーリンに50年間取り組んでいて、今も以下の考えであると書くからである《この人間が精神病患者として通っていたことが私を不快にした》³⁾。

そうしたこと〔ヘルダーリンを精神病とみなすこと〕が今はもう彼を不快感にしないとどうして言えようか？ むしろ私はこの本を他の人間のために書こうと思う。素晴らしいヘルダーリンについて本を読んだ際、ベルトーのしばしば非常に強意の個々のケースでは納得させる議論にも拘らず、しかしながら全体的にはベルトーのいう事が本当で

はないとの感覚を持ち、しかし何故そう感じるのかについては文学的にも精神医学的にも知識を持っていないが故に単に分からない人達、に対してである。

私はこの〈答え〉のために今や完成されようとしていた統合失調症とは何かということに関する一般的なモノグラフの仕事を中断する。そこで私は多くの個々の出版物の中に登場した、最近10年の自分自身の研究をまとめている。この中断は〈症例ヘルダーリン〉により、極めて抽象的な科学的論文のモノグラフの主題の中に存在している何かを、〔具体的に〕提示することが出来るという理由によって、軽やかに行われる。

1. 精神科医を前にした不安

《飢えた狼の群が血を渴望するような、私自身に対する精神科医に生じた関心を、私は感じた：〈ハハ、ニーチェか！〉。ぞっと寒気が襲い、道路に出

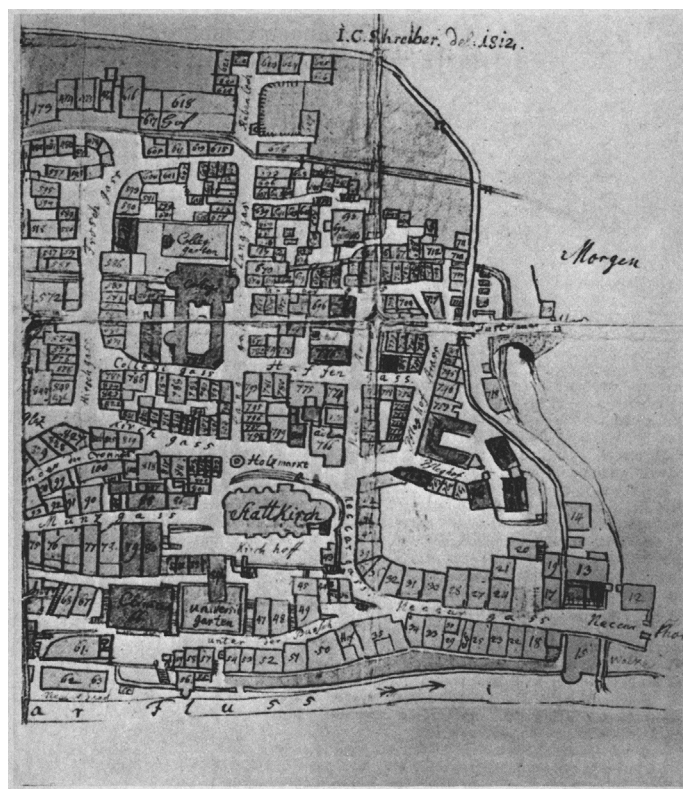


図1 原書P16
1812年のチュービンゲンの市街地図。狭い場所にヘルダーリンの基本的な生活場所がある：チュービンゲン神学校、ミュンツ通り、ブルザ〔ブルゼ〕（アウテンリートの大学付属病院）、ヘルダーリンの塔

るまでそれ以上一言も話さなかった。その様なことに関わることは、場合によっては全く危険がないことはない:たちまち人が対象となるのだ》⁴⁾〔ベルトー〕。

《精神科の専門家にとって、精神的に正常であると判明することは容易ではないことは知られている。では誰が疑われないのか？ 有名な精神科医であるトーマス サズは以下のように書く:〈私の20年以上の精神医学活動の中で、臨床心理学者が、投影テストに基づいて被験者を‘正常’で‘知的-精神的-健康である’と示した例はただの一度もない〉》⁵⁾〔ベルトー〕。

《ヘルダーリンが詩の中で〔訳者注、追想Andenken、1803年〕、ランゲ博士の眼から、正常な人間の様に〈私はそのことをよく思い出すが出来る Ich kann mich noch gut daran erinnern〉と書かなかったことが、精神科医には明白な精神病の徴候として評価された》⁶⁾。〔訳者注 ヘルダーリンの詩句 noch denket das mir wohl“ 尚も私にはよく思い出される”〕

《自分の考えが精神的に健康であることの抄本を、精神科の専門家により提出して欲しいというような事を、我々の誰が望むであろうか？ 危険が無くはない試みである》⁷⁾〔ベルトー〕。

《ジークフリート シュミットの例は、その当時(1806年、U.H.P.)の精神医学の成果とみなされてよいであろう》⁸⁾。〔訳者注。ベルトーの著書によれば、シュミットはヘルダーリンの友達であり、詩人であるが、ヘルダーリンが暴れたためにホンブルグからチュービンゲンに移された時、つまり1806年に、ハイナ修道院の精神科病院に5か月間入院した。しかし彼は退院し、その後騎兵隊大尉として有用に働いた、という。精神病は当時にも治り得たということ〕。

ある日の社交の晩に、誰かが私の隣に座り、私は精神科医としてその人を見抜くことが出来て、その人の考えや感情、とりわけ性的なものについても読み取ることが当然出るのであろう、という見解を私に述べることはよくある。また時々、

誰かを極めて鋭く見つめ、確実に既に狂っていると宣言するのだろう、とも言われる。やれやれだが、今日では最早そのような人間は非常に多いことはない。と言うのは、精神科医が行っていることについての情報が、進歩により十分知られているからである。何度も言われるのは面倒なので、そのような場合、そうした能力は私には完全に欠けていて、私より妻の方が人の本質を短い出会いにより上手く判断することが出来る、との説明を試みる。私の職業的な領域では、普通にタブーを顧慮することなく、任意の質問をすることが許されているのであり、それ故に単なる印象を基にして一つの判断に至る能力が退化してしまったからである、と私は明言する。

この様に話し相手に私の〈能力〉に関して安心させることが出来た場合、その人はすぐに私に対して、彼自身の精神的困難、不安、自分がうつ病や頭痛持ちではないのか、夜に心臓の不安で眠れずいること、列車でトイレに行けないので鉄道旅行にいけないこと、等々の懸念を聞かせ始める。それには再び当惑させられる。というのは私は長い一日の全てを精神科医的な問題に従事しているので、楽しい夕べは、例えば文学などの他の事に係わりたいという大きな願いがあるからである。この場合はむしろ精神科医を尋ねた方がよい、例えば私のところで診察のアポイントをとってあげよう、などともし提案すると、会話相手は驚いて退散する。どうしてなのか？ 彼の行動から、私になんらかの紛れもない狂気の徴候を私が読み取ったとでも言うのだろうか？

ここで取り上げたベルトーのテキスト〔文章〕は、もっともよく見られる酷い偏見の例である。幸いなことにこのようなことは稀であるが、しかし一般的に理解されるように、それらは平然と再び披露され、聴衆を見出す。

精神を病んでいるかもしれないという可能性が強く考慮される場合、自尊心を傷つけるものであると一般的には捉えられている。しかしこの考えは実際には現実からほど遠いものである。身体的

に病むことなくほとんど誰も人生を過ごせないように、そして歯科医の助けを必要とすることなく誰も人生を乗り切れないように、人間というものは、全ての人間は、精神的な病気が人生を通して存在することが無くはない、という考え方に馴染まなければならない。短時間であれ長期間であれ、あるいは幾人かは持続的に、人は心的な反応を覚悟しなければならない。心身症的障害、胃潰瘍、心臓発作、循環障害、偏頭痛、そして他の多くの問題が最初に生じる場合、真の身体的疾患が関わっているという幻想を容易に抱く。そのために多くの人は精神的な障害の可能性を考慮するよりも大手術を受けることを好む。それは心身症的障害の因果として当然なのだが。抑うつ反応、真の精神病は、とりわけ他の病気の随伴現象として急速に経過する形であることが、また非常に多い。《私は足の骨を折った》と言う様に[そのこと自体が場合によっては精神的な理由かもしれないが]、《私は精神病にかかった》と自ら言わざるを得ないような場合、それは信じられない程実際にろくでもないことなのだろうか？ ちなみに、このような態度[精神疾患の関係を否定する]は精神科医の前ですら躊躇されない。身体疾患が全く認識されない場合でも、自明な精神障害の可能性を考慮する必要がないとして、精神病の際のプシケ[精神]を断固として否定し、全てを多少なりとも身体疾患の結果であると説明する若い幾人かの精神科医を私は知っている。こうした理由で、プシケ[精神]の意味や人間にとっての精神障害の意味を過度に強調する危険以上に、むしろ我々の専門領域にはある種の問題が横たわっている。

あり難いことに、人生における精神のおよび精神身体的[心身症的]意味に対する認識により、この問題に上手に取り組む方法が育った。

この章の終わりに際し、先に引用した文章にみられるいくつかの欠陥を急いで修正しなければならない。T. サズの、《投影テストに基づいて心理学者が被験者を‘正常’であり、‘精神的に健康である’と刻印したことは一度もなかった》である。投影テ

ストは、形がないかほとんどはつきりしない素材により被験者の創造欲求を呼び起し、それにより無意識的な自分自身の表象、願望、感情を外界に映し出す(投影する)手段である。最もよく知られたものが単純なインクの染みを解釈するロールシャッハテストである。心的生活に限なく一定の規則によって組織化されるとしても、身体的検査によって各人になんらかの部位に正常からの逸脱が認められうるのと同様に、その検査によって絶対に“正常”であるとの所見が得られうる人間は実際には存在しない。それ故に病気について語ってもよいかは全く異質な問題であり、一般的には拒否されるだろう。トーマス サズの援用であることが、他の点において、多少なりともより深刻である。サズはアメリカに移住したハンガリーの精神分析家であり、例えば《痛みと快楽》⁹⁾に関する本のように、初期の論文は専門家においてもよく認識されていた。その後、彼はむしろ異端者として活動し、非常に多くの一般的な本の中で、科学的認識の全般的先入見について書く。サズは文章が上手いので彼の本は読むには面白い。しかし結局、本気に受け取ることは出来ない。しかし彼の活動の印刷物による影響は途方もなく大きい。

《当時の精神医学の成果は・・・》[ベルトー]。この引用は1806年と関係する。当時、精神医学なるものが、ある種の文学研究が存在しているように、存在していた。《精神医学》という表現自体は、19世紀後半に最初に、ぼつぼつと見られていた。精神的な病気に対する最初の病院は1811年に開院された。精神の病気を職責領域とする最初のドイツの教授は、J.C.A. ハインロートであり、1811年に(ライプツィヒに)講座を受け持った。当然、それ以前にも精神病者は既に存在していた。世間に対して危険になるという限りで、彼らは小さな施設に収容された。そこは全く医学的な治療と関係がなかった。もし医学的な治療が存在していたとしても、もっぱら身体的な状態に関連していたに違いなかった。当時はまだ多くはなかった一般医の診察においても、心身症のおよび精神的障害

をもつ患者は、自明なことに存在していた。しかし数少ない医師の経験は、当然ながら限定されていた。そのような障害に対する認識や治療に対する教えも、そのような状況では、僅かなばかりの試みの域を超えては発展し得なかった。歴史的展望を考慮せず、今日の歴史的視点の下で、1978年の精神科学を1806年のそれと同等に置くことは全く許容することは出来ない。精神的病気や障害に対する全て見解は、その時代と、先行した歴史的発展の顧慮の上になされなければならない。そのことに我々はしばしば立ち戻らなければならないであろう。

2. 狂気とは何か

ベルトーの本は狂気を問題にしているにも係わらず、狂気、精神病、精神的な病気という用語で、あるいは何処かの誰かが何時も選んでいるどの様な表現であれ、いったい何を理解して欲しいのかを彼はどこでも語らなかつた。それ故に、狂気について語られているテキスト部分の一覧から、如何なる疾患モデルがそこに含まれているかを浮き彫りにするが、私に残されている。もちろん、ベルトーがその概念なしに済ませている、ということは何もしてない。ヘルダーリンが病気でなかつた、と如何にして他の人に言うことが出来るのか？

とにかく何かの点で、特に狂気についての彼自身の概念から、そうした発言[ヘルダーリンは病気でなかつた]を検討しなければならない。

《正常から外れる人間、-倫理的に、性的に、政

治的に、そして特に心理学的に正常から外れる人間-、は自らを正常とする人間の共同体から排除され、彼らは(精神病者)として烙印を押され、そのようなものとして排除される、というようなことを毎日聞いている》¹⁰⁾ [ベルトー]。

《敬虔にも、彼女[シャルロッテ ツインマー。彼女の両親の家の〈塔〉で、ヘルダーリンは生活していた。U.H.P.]は、詩人の思い出を年老いるまで保っていた。このような敬虔さが、精神病者に対して認められたというのか？ 有り得ないであろう》¹¹⁾ [ベルトー]。

(ヘルダーリンは)《おそらく精神錯乱していた-しかし完全には錯乱しておらず、それ程には錯乱していなかったので、ヘルダーリンは〈無資格者(ウーラントとシュワブ)〉による自分の文章の扱いについて腹を立てたのだらう。自分が書いた詩文を他の誰よりも自分が上手に〈整理することが〉できると考えたのだらう》¹²⁾ [ベルトー]。

《シュレジアーが記述して知られているように、ヘルダーリンが彼ら[無遠慮な訪問者たち、U.H.P.]を〈文字通り力一杯でドアに〉投げ倒した、というようなことは、精神病質者の行動に必然ではない》¹³⁾。(ベルトーは精神病質者と精神病者を同一視しているが、このことについては後に触れる)

《彼[ヘルダーリン。チュービンゲンにあるアウテンリートの大学付属病院で。U.H.P.]は、精神的不具者として激しく殴られた。このような精神的状態は精神病とは関係がない。このような不具者、さらに精神的不具者は、精神病者とはほど遠い》¹⁴⁾

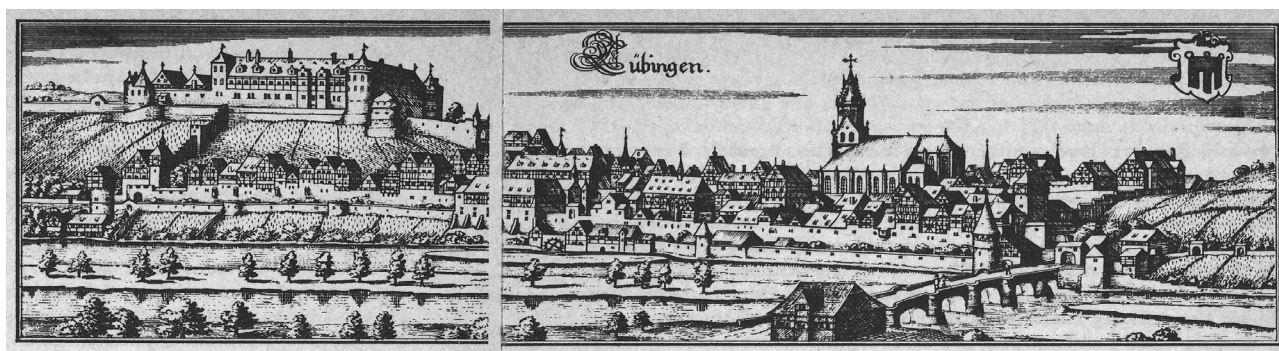


図2 1700年のチュービンゲン 原著 P20-P21

[ベルトー]。

ここでは単にぼんやりとしか否定的な表現の下でしか示唆されていないとしても、著者[ベルトー]の目からみた狂気のイメージがいかなるものかについて、最近の数10年の文献に熟知している人は本文では言及されていない2つの理論からの借用に気付く。

ネガティブモデル。一つ目は、かつて私がロナルド・レインの狂気のネガティブモデルと名付けたものである。それによれば精神病患者は、支離滅裂に語り、《世間の状況に対する繋がりを全く》示さず、意味のある行動が全く不可能で、愛されず、尊敬されない、そのような人間である。結局のところ精神病の最も沈うつで否定的なイメージにより、私はそれを知るようになったが、それがいわゆる反精神医学により最も頻繁に用いられるイメージである。やれやれ。無益にも、そのイメージに一致する人間、患者を見つけ出そうとされる。しかし私はそんな人間を一人も知らない。このイメージから、当然、反精神医学者も逃れていない。そうしたモデル、理論の、助けによって精神病を認識しようとして、それらが役に立たないという唯一可能な結論を導きだす代わりに、逆の道が打ち出される。主張されるのは、精神病は存在せず、それらは一意図的な誤った確信であり、神話であり、抑圧の手段であると。

どうして、精神病患者は分別のあること何も言わないのが当然なのか？ 精神病患者の言うことのほとんど全ては、筋の通ったこととして、容易にそして正しく認識しうる。それだけでなく、最初あるいは2度目に聞いたり読んだりした際には、理解困難で筋が通らず、また無意味で馬鹿げているように見えるものも幾つかはある。しかしこの場合でも、そして私たちがヘルダーリンに見るように、表現や行動の意味が構造的解釈方法によって(再)確立さうる。ただ悪いことに、通常の社会的コミュニケーション状況ではそのような解読は不可能であり、それゆえ会話の脈絡が切断されている。そのようなすれ違いは小さく稀であって欲し

いのだが、人間のコミュニケーションシステムでは当然の帰結でもある。しかしこのことは、そこに見出すべき意味がないということとは程遠いことである。また、精神病患者は愛されうる。本当に？

たいていの精神病患者は愛されている。よくあるように、[病的]変化が一過性のときのみならず、持続的に障害が認められる精神病患者でも愛される。人は、彼らが全く持っていない特性を精神病患者に見出した場合に、精神病患者を助けたいと思うともいうのか？

ラベリング[レッテル張り]理論。ベルトーが利用するもう一つのモデルがラベリング理論である。それは、フランク・タンネンバウム(1938年)¹⁷⁾に由来し、本来はより昔の社会学的理論である。彼は犯罪性の問題をそれによって説明しようと試みた。その理論によれば、個々の人間の逸脱した行動の最も重要な原因は、一定のカテゴリーへと組み込むことである、と語られる。さらにこの理論が言うには、この組み込み過程は、主に社会-経済的要因に帰され、始めから当該者の行動がある種の逸脱を示していたという事態に基づいていることはほとんどない。要するにラベリング理論による第3の想定なのだが、逸脱者としてその様に烙印を押された人間の現実の行動は、ほとんど専ら逸脱者としてのその役によって決定され、彼のレパートリーから他の《行動役》は手番とならない。大まかにいうと然ういうことだが、誰もが犯人になる可能性があることを意味する。と言うのは社会がその人を犯人としての烙印を押すからである。そしてその人は結局更に犯罪者として自ら行動する。何故なら社会が彼にそれを期待するからである。

この理論は、T. サズ、R. レイン、A. エスターソン、そして他の《反精神医学者たち》によって、精神病を説明するために取り上げられた。加えて一つの策略が必須である。犯罪、精神病、神経症、そして心身症は、質的にも各々異なるものであることは、それ自体は誰にとっても理解され易い。この難点を乗り越えるために、これら全ては逸脱した行動であり、同一なものであると主張される。

そこから推論されうるように、誰もがそうして精神病になり、社会からその様なものとして烙印を押される。その際には彼の最初の本来的な行動はどうでも良い。注意深い読者は、おそらく既に気付いたことであろうが、こうして、通俗的な偏った見解、同時に我々の文化の中に大きく広がる不安、が科学的理論の装いを纏って登場する。例えば精神科医がある人を鋭く注視することによって、その人は精神病にされてしまうのだろう、と。あるいはベルトーは以下の様に表現する、《正常から外れた人間は〈精神病患者〉として烙印を押され、そのようなものとして排除される。そのようなことを毎日耳にする》。

ラベリング理論の論理的欠陥は明らかである。それにも係わらず、精神的な病気の根柢のなさをラベリング理論により証明しようとする多くの研究者が企てた。私はこのことにさらに深入りしようとは思わない。更に知りたい方は、文献のまとめを企てたヘルマン マイア ファン プラーク¹⁸⁾を参照されたい。

ヘルダーリンの病気との関連からいつも取り上げられ、しばしば誤って理解されている一連の諸概念がある。これらの概念に際しては、背後に隠れている理論と同じく、歴史的な使用法についても顧慮しなければならない。それ自体は有用な辞書によって必要な解説が得られるので、難しく感じず学識のある読者は〔第1第3章〕まで飛ばしてよい。

精神病患者

《ある人が、今日ここで標準的であると認められている正常に合致しない場合、その人間はそれ故に〈病気〉と宣言され、精神病患者として烙印を押され、排除され、冷遇されるのか…?》¹⁹⁾〔ベルトー〕。

《それ〔いつ発病したのか、どの様にそれが彼の文章に影響したのか、ベルトーより、訳者注〕以外は全ての人の意見が一致する：ヘルダーリンは精神病で、精神病患者であった、と》²⁰⁾。

ラベリング理論を再び取り上げているのに加え

てここで気づかれるのは、ベルトーが《精神病質》と《精神病》を同一視していることである。つまり精神(ψυχή)に苦しむ(πάθη)人が精神病患者であるというのは、語義からは全く当然であろうが。19世紀のフランスの著作物では、精神病質という概念を実際にこの広い意味で用いる。ドイツの著作物では、およそ1893年以来、精神病質は、例えば異常な素質を基礎として、生活歴により生じた、生まれつきの性格異常として理解されていた。精神病質は、また質的にも、精神病とは完全に異なるものを示している。精神病質者との名ざしは、本来存在しない否定的な価値判断と結びつくと、その言葉がしばしば罵りの言葉として用いられるので、精神科医はその言葉を徐々に避け、〈異常人格〉、〈人格障害〉、あるいは〈性格障害〉で置き換えた。もちろんそれらも容易く新たな誤解へと至る。自明であるのは、これらの語の用法では確かに、他の人間が誰でも精神病になり得る様に、精神病患者が精神病になりうることも可能である。

早発痴呆

《20世紀初頭に、クレペリンは緊張病性早発痴呆あるいは早発性の知的障害の概念と共に登場した。この概念は〈今日、しばしば…不十分なものと評価されているが、しかしより適切なものによって補われてはいない》²¹⁾〔ベルトー〕。

《その際に伝統的にあるのは、白痴、精神荒廃ではないか?》²²⁾〔ベルトー〕。

《ヘルダーリンについてしばしば記述されている様な荒廃した人間に関して、ツィンマー〔塔で長年彼を世話していた指物職人、訳者注〕が、ヘルダーリンの感情は富んでおり非常に深く高貴であるため、彼と同等な死すべき運命の者とは稀にしか出会わない、と語ったということは、結局信じられるのか?》²³⁾〔ベルトー〕。

《ヘルダーリンは早発痴呆、早発性の知的障害に襲われていたと一般的に言われる。しかし一度たりとも、ヘルダーリンは白痴者の様に振舞ってなかった。いつ彼は馬鹿げた事を語ったのか?》²⁴⁾〔ベ

ルトー]。

Dementia praecox は直訳すると《早発性の精神荒廃》を意味している。しかし教養のある素人は、概念というものは単にその語源的推論によっては理解され得ないことを知っている。今日我々は動脈 *Ar·terie* という言葉を用いるが、それが空気穴 *Luftröhre* を意味していたことを誰が知ろうか？古の解剖学者は死体解剖に際して、ある種の穴が空気 (*aηρ*; 訳者注 *aér*) を含み (*τηρῆω*; 訳者注 *tērō*)、それを生氣的活力、つまり精気 (*Lebensgeist*) と見なしたのである。解剖に際して初めて空気が入り込んだとは誰も気付かなかった。正しくはこれらの血液の穴は *ἡμα·τερίαν* *Haema·terien* と名づけられねばならなかった。しかし人間解剖学[用語]は変化することなく、それに関係する理論が変わったのであった。

早発痴呆の概念はクレペリンによって導入されたのではなく、フランス人 B.A. モレルによって 1857 年に導入された。彼はむろん主にその表現を若年性のデマンス[精神荒廃]に用いた。始めからその際に明白であるのは、重篤な脳障害に見出されるような痴呆が問題なのではなく、クレペリンが 1893 年に記述したような《風変わりさ》、若者にみられる単調な精神的な衰弱状態が問題だった。強調点は風変わりさにある。今日まで、この風変わりさが意味するものを正確に記述することは極めて困難である。後日言われたことは、当該者はそれ自体は正常なままに保たれている悟性機能を行使出来てない、ということである。このことは勿論不十分な婉曲表現だが、しかしこれから我々がみるように、ヘルダーリンに適用される。クレペリンは、ベルトーが言うような緊張病性早発痴呆の概念を創り出したのではなく、単に《早発-痴呆-群》との表現で、これまで区別されてきた 3 つの病像を、以下に続く言葉で纏め上げたのである。

《終末において共通の奇妙さを持つ独特な衰弱状態を示す一連の疾患像を、暫定的に、早発痴呆の名の下にまとめることは許容されるだろう。この不良な予後は例外なく生じるとものではない

が、しかしその頻度は極めて高いために、さしあたりよく使われているその名称に固執しなければならない。イタリア人の〈*Dementia primitiva* 単純性痴呆〉、あるいはリーガーが好んで用いた〈*Dementia simplex* 単純性痴呆〉という命名法的確であったらう。…臨床的視点から、疑いなく流動的移行があり互いに関連している早発痴呆の 3 つの主要群を、広い見通しで見分けることは、おそらく推奨される。これらの型を我々は、破瓜型、緊張型、妄想型と呼びたい。》²⁵⁾

ここで再び《風変わりな》という言葉が見出される。プロイラーはこのグループを《統合失調症[精神分裂病]群》と名を改め、新たな理論から解釈した。この概念は直ぐに至る所で引き継がれ、早発痴呆との表現は既に第一次世界大戦の前には多少なりとも歴史的表現として用いられた。

既に古典的精神医学の始まりにおいてはっきりしていたことは、痴呆(荒廃)という表現が容易に誤解へと導きうるということであった。それ故にアルフォンス・メーダーは 1910 年以来、以下のように公式化した：《いわゆる荒廃は単なる見せかけである》と。《古典精神医学》の頑固な代表者の一人である H.W. グリュール自身が、1932 年に早発性痴呆の概念について以下のように記述する：《自明なことに古の学者たちは、例えば老年痴呆と統合失調症性の痴呆は根本的に違っていると疑い得なかったものであり、元々の痴呆という言葉が早発痴呆に使用されたことは、不十分な心理学的区別に確実に責任がある。》²⁶⁾

今日でもまだ《精神荒廃》あるいは《精神薄弱》という言葉が用られること、そして古の精神科医が事実上それらをそのように[同一に]考えていたことされることが、人を惑わす。それ故に、ヘルダーリンが《一度も》《精神薄弱者のような態度ではなかった》ことは驚く程のことではない。私が見る限り、そのようなことは誰も一度も主張していない。一方ではヘルダーリンが《風変わり》な、自分では了解した行為を行っていたことは疑いない。このことについては後に触れる。

マニー〔躁狂〕

《ヘルダーリンはマニー（ギリシャ語の mania、妄想、狂気）とも言われていた》²⁷⁾〔ベルトー〕。

マニーという言葉は、既に2000年間用いられている。マニーの意味が常に変化していたとしても驚くことはない。古代より数千年の長きに渡って、その言葉は熱情の響きを伴って、精神的興奮のあらゆる形を意味した。紀元後1世紀頃のギリシャの医者であるカッパドキアのアレテウスは、既にマニーの多くの形を知っていた。それは以下である：《他の者は、怒りで暴れ、衣服を引き裂き、使用人を殺し、自殺する。彼らは、周囲にとって非常に危険である》《この病気は、元々腹を立てて、容易に刺激される気質を持つ者が、特に襲われる》²⁸⁾。

ヘルダーリンが、マニーが用いられていたその時代の意味で、マニー概念を適用された時期があるのは疑いない。それはJ.H.F. アウテンリートのいるチュービンゲンに来る前のホンブルク滞在時と、アウテンリートの所にいる時（正確な情報はないが、しかし推測することが出来る）と、ツィンマーの所に来た最初の頃である。それらは常に単なる一つの興奮状態の標識であり、今日的な意味での一つの病気によるものとは幾らか異なる。その意味では、人はある時ある日にマニー的となりうるかもしれないが、続かない。

マニーは、その様に理解されていて、現代の躁うつ病や、また今日では単独でも認められる躁病の概念とは、両者に興奮のある形式が存在している以外ほとんど関係がない。このことについてこれ以上検討することは有益ではない。というのはヘルダーリンでは、今日の意味での躁病は存在しないからである。

統合失調症

《他方では、今日まさに統合失調症の概念は激しく議論されている。統合失調症—それは何か？ 昨今、ある精神科医は、統合失調症はもし存在しているとしても、病気ではなく、ある意味一つの

正常な状態である、と主張する》²⁹⁾〔ベルトー〕。

《統合失調症は分裂性狂気を意味する。しかし誰がモノリス的〔一枚岩的〕ヘルダーリンよりもあまり〈分裂〉していないというのか？》³⁰⁾〔ベルトー〕。

分裂性狂気、それは統合失調症の古い言い方である。この概念は絶えず議論されてきた。私はその表現を全く気に入らないので、他の理論があるのでそれを別の表現でむしろ交換するつもりだが、それではもはや理解されないのではないかと心配しなければならない。S.フロイトは統合失調症の概念が生まれた年(1911年)に既に以下の批判を加えているが、それは私には今日でも極めて適切のように見える。

《私は、以前パラノイアと呼ばれていたものの多くを、緊張病と他の型とともに新しい臨床単位に融合しようとしたクレペリンの歩みは十分正当性があると考えていた。しかし勿論、それに対して早発痴呆の名称は格別に下手に選択されている。同じ形態圏のものを統合失調症〔精神分裂病〕とするブロイラーの命名に対しては、その名称はその言葉の意味に注意しない時に有用であるように見える、と異が唱えられるだろう。それ(ブロイラーの命名)は、理論的に主張される特徴を指名するために用いられると〔分裂〕、それ自体非常に偏見に満ちており、その上、その病気に独占的なものではなく、他の見解の光の下での本質的なものが見落されてしまうかもしれない。しかし全体において、病像をどの様に名づけるかはあまり重要性を持つものではない。》³¹⁾

オイゲン ブロイラーは、概念の新しい表現により、連合理論、つまり今日では殆ど忘却されている理論を練っていた。ブロイラーは以下のように記述している：

《ほとんど誤解されないような名称で、この病気を名づける以外に道は残されていない。私は、提案されている表現〔Schizophrenie、U.H.P.〕の弱点を知っている。しかしより良いものがないことを知っているし、変わりつつある概念なので、全く完全に適切な名称を見出すことは私には不可能に見え

る。私は早発痴呆を統合失調症〔精神分裂病〕と名づけた。というのは私が示そうとしているように、多様な精神機能の分裂こそが最も重要な特徴の一つであるからだ。このグループはおそらくは多くの病気を内包するのであるが、利便性のために単数型の言葉を用いる。》³²⁾

分裂しているのは心的機能である。E. プロイラーが後に解説しているように、個々の《観念群、あるいは意志群が〈分裂〉しあるいは《観念の断片がとりとめもなく新たな観念へと作り上げられる》のを彼は見ていた。《連合活動は、今やしばしば観念の断片化を経た概念により規定される》³³⁾

統合失調症の概念が決定的な人気を博したのは、明らかに、プロイラーが世界に掲げた彼の概念に拠っているのではない。これに関してはむしろ、二つの相反する、あるいは互いに敵対する半分への、人格の分裂が決定的なものであった。それはE. クレペリンおよびE. プロイラーによって記述された病像とは全く関係がない。むしろ二重人格、二重意識の概念が重要となっていた。それは100年前には大きな役割を演じていた。今日では科学的議論からは完全に消失していたものの、大衆的な議論では決して消えてはなかった。当時、ある存在の姿の時には他の存在の姿の時の認識を全く持たず、その結果いわば二人の異なる人格が存在するというような状態が、次々と大量に記述された。ペーター ヴィラース イェッセンの症例では、ある婦人はある日目覚めた時に以前の人生を覚えておらず、書いたり、読んだり、そして全ての生活知識を新たに手に入れなければならなかった。数ヶ月後に目覚めた時、以前の状態が復活していた。このモチーフは文学に非常に好まれた。今日ではこれに関して、R.L. スティーブンスンの〈ジキル博士とハイド氏〉が最もよく知られた例である。³⁴⁾

他方で、分裂した頭部や二つに分かれた身体、あるいは単に言葉の分裂を(誤って)統合失調症と象徴化しているような、そのような統合失調症の具体的な描写や統合失調症に関する本の表紙絵が

みられる。

もしS. フロイトが、その命名に何も関係ないと考えているのであれば、おそらく間違っていた。いずれにせよ私は、統合失調症〔精神分裂病〕という名称が、E. プロイラーにとっては最も辺縁に考えられていた源泉から、例を見ない大衆性を引き出し、それにより多くの誤解を導く誘因を与えた、と考える。このことはまたベルトーにも該当する。というのは自明なことにヘルダーリンでは、彼の人格の分裂が存在していたことはこれまで一度も問題とされなかったからである。当然ながら前世紀にはヘルダーリンの名前は、途方もない全文献の中において、分裂した人格であるとは一度も名指しされてなかった。

今日例えば、ある政治家が、他党が日によって異なる主張をするために、その党は分裂病的〔*Schizophren*〕であると言う時、その際その政治家は二つに分裂した人格イメージを展望の中に入れている。それは統合失調症の臨床概念とは関係がない。もし世界において、そしてしばしばその権力者によって、一方では平和や正義が求められ、他方では嘘や人殺しが行われるのをみる場合、世界は分裂病的〔*Schizophren*〕であると言われるかもしれない。しかしその言葉が臨床的な何かを言っているかも知れないという誤解は、不可避であるように思われる。精神医学において統合失調症〔精神分裂病〕が意味するものに代わって、より良い言葉を誰か我々に贈ってくれないだろうか？ そうすれば、政治家やジャーナリストがそのように思っていることを、再び分裂病的〔*Schizophren*〕であると安心して名指ししてもよいでしょう。

ヒポコンドリー〔心気症〕

《ヘルダーリンの同時代人は、医者であれ素人であれ、少なくとも発病したとされる早期の時期、彼の状態をヒポコンドリー〔心気症〕と呼んでいた(母親は息子の〈悲哀の気分状態〉について話し、それにより彼が病的に悲嘆しており、メランコリーであると思っている)が、たいていヒポコンドリー

は、精神の過緊張と極めて乏しい気晴らしが原因とされる。ゲルハルト フィヒトナーによると、ヒポコンドリーは18世紀の流行病であった³⁵⁾〔ベルトー〕。

ヒポコンドリーは、既に古代より、ガレノスによっても使用されていた言葉であり、幾度もその内容は変化した。この言葉は、語源からその意味を推量できないと考えられる例の一つで、ὕπὸ (下：訳者注 hypo)と χόνδρος (軟骨：訳者注 hyondros)に由来する。意味されていることは肋軟骨であり、それは今日ヒポコンドリウム(季肋部)といわれている身体の側面領域である。ギリシャ人はここを特に精神の座と推量したのであった。この表現は、身体的な名称にも係わらず、既に常に精神的なものを意味していた。モリエールの《気病み》に記述されている様に、目下のところは病気であるとは感じていないが、今は知られていない重篤な病気で近い将来に死ぬのではないかという絶え間ない恐怖に苦しんでいる人によって《作り上げられた病気》という今日の意味は、既に数百年前より知られている³⁶⁾。ヘルダーリンの時代には、さらに追加の意味が存在している。とくに身体に苦痛が感じられる時には憂うつがそれに加わり、幾分今日の潜在性うつ病に相応する。時には、メランコリーとヒポコンドリー〔心気症〕はほとんど同一であった。さらに身体的愁訴はヒポコンドリー〔心気症〕として刻印され、それを今日我々は、心臓切迫や心臓不安を例とするように³⁷⁾、精神身体化と印し付けている。気分消沈の意味と身体に感じられる不安は、ヘルダーリンの同時代人、とりわけホンブルグのミューラー博士によって用いられたヒポコンドリーという用語に、明らかに関連していた。ヘルダーリンには当時(1799年の3月)胆石痛があったが、それは二度と繰り返されることはなく、明らかに心身症的性質のものであった。また胆嚢は、ヒポコンドリウム(季肋部)と呼ばれる、あの身体領域にある。ベルトーがヘルダーリンの身体への態度を以下のように記述するとき、私は彼に完全に賛成する：

《彼(1799年のヘルダーリン、U.H.P.)が自分の健康を憂慮し、非常に繊細に〈身体と精神〉とそれら相互の健康の間に関連性を感じている―〈心身症〉という言葉ヘルダーリンは知らなかったが〔心身症は1818年、ハインロートによって初めて創りだされた、U.H.P.〕、しかしそれは心身症が意味するものに相当していた。》³⁸⁾

ヘルダーリンの同時代人がヘルダーリンのヒポコンドリーについて話題にする場合、彼らが思っていたこととは当を得ている。しかしヘルダーリン自身は、彼自身のヒポコンドリーについては古の非メランコリーの意味でしばしば話していた。このことについて後に振り返る予定である。

内因性うつ病

《…[もし先行する体験を顧慮するならば：U.H.P.]、おそらくはそのうつ病を〈内因性〉の精神病理学的原因に帰するという誘惑に駆られないであろう。》³⁹⁾〔ベルトー〕。

同様に、ヘルダーリンの最初のホンブルグの滞在時には、メランコリーあるいはうつ病が問題とされる。先行するものとしてズゼッテ ゴンタルトとの離別があった。

よく耳にする意見をここで排除することが重要である。つまり原因なしに〈内因性〉うつ病は生じなければならないということ、そして原因が見出だされる場合に〈内因〉は問題にならない、という見解である。〈内因性〉(内から)が用語的に用いられていることに、誤りがある。あるうつ病の体験的要因に関する質問の答えとして、少なくとも一度は、そのような要因と見なされうるものが述べられるのは確実で、そして様々な理論的な考察の下で様々な結果が生じるに違いないことも、尤もなことである。ともかく G.T. ツィーエンは1911年に既に全うつ病の70%にうつ病を引き起こす原因を確認し、E. クレペリンは最も重要な原因として近親の家族喪失を考えていたと断言される。私はそのことを越えて、特別で同時に重要な体験原因なしには如何なるうつ病も突発しないと

言いたい。当該者の心的平穩を保障しているような重要な人物の喪失(引越し、病気、死、いずれにせよ失うこと)が、うつ病には頻繁にみられる。ズゼツテ ゴンタルトからの別れ(精神力動的には常に、喪失である)がヘルダーリンにとってはうつ病の誘因であったであろうし、ましてや彼女の死は尚更である。

自閉

《ヘルダーリンは〈自閉精神病〉を、つまり共人間的環界との関係が放棄されるか、或いは病的に歪められている病気を患っていた、としばしば主張される》⁴⁰⁾ [ベルトー]。

《ヘルダーリンは自閉患者、つまり明らかな統合失調症例だったか?》⁴¹⁾ [ベルトー]。

《ヘルダーリンがナスト[デンケンドルフ神学校時代の友人]に冷淡な態度をとったことは—より正確な考察によると—無理からぬことで、思慮深いものだった。それを進行した自閉精神病の症候として解釈することは困難である》⁴²⁾ [ベルトー]。

自閉は特に困難な概念である。もともとは E. プロイラーが、この概念を 1911 年に統合失調症に関する本の中で導入したもので、彼はもっぱら事実上そこに、統合失調症の基本障害、つまり《内的生活の相対的あるいは絶対的優位による共同的現実からの遊離》を見ていた。しかしその概念は急速に広まった。S. フロイトは時折自閉をナルシシズム[自己愛、自体愛]と同じ意味に用いた。またプロイラー自身も《自閉症的無規律思考》⁴³⁾ に関する著作の中で、さらに拡張した自己中心性という意味でこの概念を使用した。最終的に早期幼児の自閉症(L. カナー)⁴⁴⁾ が出現し、その後うつ病性自閉(H. クランツ)⁴⁵⁾ が続いた。ただ《自閉精神病》というものは私の知る限り、登場していない。今日では〈自閉〉は本来的により広い意味で用いられており、いずれにせよ統合失調症患者で自閉が意図される場合は、統合失調症性自閉が問題となる。ヘルダーリンがこの広い意味で自閉的であったことは、ベルトーによっても疑問を挟まれていない。

言葉のサラダ

《「言葉のサラダ」が見られる場合、精神科医は間違いなく精神病を推量できるだろう。〈アルプスの麓で歌う〉〈パンと葡萄酒〉〈パトモス〉には、精神科医達の判断では〈言葉のサラダ〉があるとのことで、それ故に、著者ヘルダーリンは精神病患者であるという》⁴⁶⁾ [ベルトー]。

一般的に、不慣れな言葉の組合せに対して、《そういうのを精神科医は〈言葉のサラダ〉》と呼ぶよ、と例えば、周囲の人たちを自分の側に引き込めるのでしょうか。というのは明らかにこの言葉にはいくらかの侮蔑のニュアンスが含まれているからである。スイスの正真正銘な精神科医である A. フォレル (1848-1931) によって導入されたこの言葉は、比喩である。食卓に、切り分けられ、自然なままの塊りから千切られた葉のサラダが出て来るように、言葉はまた、文法的な関連や認識できる意味もなく引き裂かれ得る。サラダでジグソーパズルをするかのように、正しい連関を(再び)まとめ上げることが重要である。言葉のサラダは簡単に作ることが出来き、単にテキストのある部分を任意に切り裂くだけでよい。精神病理学的判断には、それ故、他のテキストの各部分を解釈する場合と同様に、成立条件が知られねばならない。この意味で言葉のサラダと言うことができる状況があることは間違いない。そうした言葉のサラダという語が場違いに見える人には、別のものが考えられるだろう。私はハンス プリンツホルンス(1922)の例〔訳者注、精神科医。精神病患者の芸術を採り上げて〕を以下に引用する。《虫食い穴 Wurmlöcher (浴場覗き Badegesichter) 虫の行列 Wurmzüge (ピアノ音楽臼歯 Klaviermusikstockzähne) 虫紐 Wurmbänder(手回しオルガンギャラリーによる唾液湯治生活—錫—時間人—鏡の反復。七つの塩鼻水における母砂糖月へ…) Speichelbadeleben der Erzleiergalerie-Zinn-Zeitler-Spiegelereinad Mutterzuckermond im Sieben:salznasenwasser…。視覚舌は鼻先の交代瞬間五における下腹部睾丸の頭部扁桃にある

Die Sehzunge ist in den Kopfmandeln der Unterleibhodem im Wechselzuckfünfer der Nasenspitze 視覚カレンダーへ ad Sehsim-Kalender 1905年ヨルダン紙へ 1905 Jordon ad Bilbia= 身体 Leib = さあロバの橋[虎の巻]Ja Eselsbrücke= ハイ鉄道連絡船 Heytrajekt= 光の穴堀彫刻師 Stalenlöcherstrecher= 栗の木精アリ Kastanienholzgeistameisen= 赤銅色 Kupferroth= ガラス牛乳 Glasmilch= リトマス Lakmus= 召使 Lakaien= カリウム Kalium。心臓の石オウグの子羊-耳 Lamm-Ohr am stein Aug am Herz= 発情膿の下の土地 Scholle unter dem Brusteiter= 癌 Krebs。神の岩山 Gottfels= 息子 Sohn= 子塩 Salzsule= 処女膜精神 Hymengeist= 真の三アンモニア塩化魂(アリ精神虫旋回)ハリネズミ魚 Dreiheit Ammoniak Salmial Spiritus veris(Ameisengeistwurmdrehe)Igelfish= キャビア州穴あけ器 Kaviarstaterlocher= イム im= 胃鼻肛門口(眼)Magennasenaftermaul(auge)= 光沢 Politur= 警察 Polizze= 親指 Daumen= 親指睡眠銀行取引 Daumenschlafsilberhandel=M へ 500000Y ad M.500000 Y エシュリッヒ ツインマーマンへ ad Eschrich Zimmermann. 1919年3月27日 27. März 1919 指ギザギザ親指婦人腎 Fingerhackeldaumendamenniere= シュバルツ(30)Y嬢 Frl.Schwart(30)Y<コレを見て支持せよ>(206) <Siehe dies an und unterstütze> (206) 顔の下 Untergesichts - 触毛 Taster - ストロンチウム Strontiam- サラダ博士 Salat Dr. 》⁴⁷⁾。

多くの読者はこのテキストに対して、ここそこで意味されているであろうことが分かるでしょう。H. プリンツホルンはテキストの発生や部分的理解について語っている。しかし理解できる部分を用いて、話しが出来るとは言えない。このテキストは全く文法的な構造を持っておらず、ただの小断片である。この<言葉のサラダ>は、私が思うに、意味が無いものではない。しかしながら、その意味は補足的な情報無しには解読しえない。

ヘルダーリンでは、以下の<言葉のサラダ>が伝

えられている。

Tende Strömfeld Simonetta

Teufen Amyklä Aveiro am Flusse

Fouga die Familie Alencastro den

Nahmen davon Amalasantha Antegon

Anathem Ardinghellus Sorbonne Cölestin

und Inozentius haben die Rede unter-

brochen und sie genannt den Planz-

garten der Französischen Bischöffe-

Aloisia Sigea *differentia vitae*

urbanae et rusticae Thermodon

ein Fluss in Cappadocien Val-

telino Schönberg Scotus Schönberg Teneriffa

Sulaco Venafro

Gegend

des Olympos. Weissbrun in Nieder-

ungarn. Zamora Jacca Baccho

Imperiali. Genua Larissa in Syrien⁴⁸⁾

[訳者注、内容が不明である。D. E. Sattler、Hölderlin und Hölderlin-Edition in Kasselによると、不明な言葉は以下を表すとのことである・・・

Tende : ここで私は気懸りである

Strömfeld : ジンクレア

Simonetta : ズゼツテ

Teufen : 出生地ラウフェン

Amyklä : (ラコニアの、有名なアポロン寺院による)

Aveiro am Flusse : フランクフルト - アン - マイン

Fouga : 逃亡

die Familie Alencastro den Namen

davon : 高地ホンブルグ

Amalasantha : 息子と共にシャルロッテ - フォン - カルプ

Anathem : ゲーテ

Antegon : シラー

・・・

]

フリードリヒ バイスナーがヘルダーリンの《紙きれメモ》について語っているが、それは既に一つの解釈である。上に挙げたプリンツホルンスの例のように、文法的な関連は、小さな小段落を除いては認識できない、と言わざるを得ない。ここでテキストの発生状況について顧慮するならば、引用された文章は、一般的に精神病理学的な〈言葉のサラダ〉と言われるものを意味していないことが示される。この記録は、洗濯物の勘定書きの紙上に、ヘルダーリンが手書きしたものと分かった。この記録が意図することは不明のままである。いずれにせよ、ヘルダーリンが語ったことの速記ではなくて、言葉の配列が示すように、そのメモ書きは、連続するテキストの部分としては明らかに理解されない。しかし、このメモ自身が意味無いものでは決してない。F. バイスナーは、主に地理的な標識が問題となっていることと、それらの地理の間に大きな関連はなくおそらく、その地名は存在していないこと、を既に指摘している。しかしバイスナーは、いくらかの意味があるように見えることも特に検討していない。

最初の行の終わりに、シモネッタという名前がみられる。この珍しい名前は実在しており、とりわけイタリアルネッサンス期フィレンツェの理想であるシモネッタ ヴェスプッチを思い起こさせる。1475年、ロレンツォ イル マニフィコがフィレンツェでトーナメントを催した。彼の美しい弟ジュリアーノが勝者となり、マルコ ヴェスプッチの妻を心の貴婦人として選んだ。この二人はまさに美しく高貴な青春の理想像となり、人々はそれを体験したいと望んだ。シモネッタはトーナメントの一年後に肺結核で死ぬ。ジュリアーノは彼女の死後2年後、パッツィ家の陰謀により、殺害された。これにより二人は、特別な形だが皆の崇拜の中心となり、例えば、ボッティチェリの〈春〉のように、しばしば詩や絵画で表現された。それ故にシモネッタは、高貴な愛の象徴であるディオティマ〔訳注、つまりズゼット〕と重なるイメージなのである

ここでは単に、この構成は全く意味の無いもの

ではない、ということを示したに過ぎない。これ以上の解釈には、文脈やより詳しいテキスト成立の記述が欠けている。

透明中隔腔

解剖学および動物学の教授、ヴィルヘルム ラップの報告では、ヘルダーリンの脳解剖に関して正常から逸脱した唯一の所見が存在する。それは以下である：

《透明中隔による脳室が非常に拡大しており、親指が入るほどで、中隔腔の壁は硬く水分を含んでいた》⁴⁹⁾。

1843年6月11日のグメリン教授が宛てたヘルダーリンの弟カール ゴックへの手紙には、幾らかより詳しい所見が記されている。F.G. グメリン(1782-1848)は医学および自然史学の教授であり、ヘルダーリンの最後の家庭医である。しかし彼自身は解剖には立ち会っておらず、解剖に居合わせた息子に報告させていた。

《大脳は完璧で、美しく保たれ、全く正常である。しかし透明中隔腔による脳室自体の穴は水分で大きく拡大されており、その壁は肥厚し硬化し、また脳弓と脳室側面の壁と脳梁も同様であった。脳には全く病変が他にはないので、最も高度な脳部分への圧迫がいずれにせよ関与しているこの部分を、彼の40年来の病気の原因としてみなさなければならぬ。》⁵⁰⁾

今日的な視点からみると、病理学的解剖学の全く専門家ではない人物がこれらの所見を述べたように見える。いずれにせよ検視医であるラップ教授は、所見の列挙に対して全く解釈を与えなかった。彼は他の解剖から、おそらくは無害な副所見としての透明中隔腔を知っていた。グメリンは、多分息子から聞き知ったこと、特に壁の肥厚というようものを、彼の手紙の中に付け加えた。私はそれが如何なるものか再検討する。他の病理学的所見が欠如しているという理由と、そしてヘルダーリンの病気には脳に病変があるに違いないという信念だけから、グメリンは病気の所見として結論

を出す。しかし彼の結論過程は疑いなく間違っている。

ベルトーは、単に解剖記録に記述されていない脳梁の肥厚を手がかりとして、新しい理論を提案する。

(プロイラーによる別の主張にも拘わらず〔訳者注、ヘルダーリンではおそらく原因となる脳病変はないだろう、との主張。プロイラーはヘルダーリンの剖検所見について知っていたことになる〕)《ヘルダーリンの状態に対して、脳の神経学的障害、特に透明中隔による脳室の拡大と脳梁と脳弓の肥厚と硬化は—少なくとも後半生において—一つの役割を演じていたに違いない、ということは排除できないかもしれない。二つの大脳半球を繋いでいる脳梁の役割と、その硬化によって結果的に生じる精神機能を確定するには、今日では神経学者に委ねなければならない。おそらくそれは、〈症例ヘルダーリン〉に対する決定的な言葉を他日に語ることになるのだろう》⁵¹⁾ [ベルトー]。

《この神経学的異常による原因と結果とは如何なるものか？ この事の答えは後の研究世代に委ねられるものである》⁵²⁾ [ベルトー]。

そんなに長く待つ必要はない。透明中隔腔に関する文献は豊富であり、その意味は十分に明確である。私が若かりし頃、1964年に、H. グラマンと共に、当時世界的文献に記述された69症例と、それらに我々自身が追加できた33症例を加えて、検討したことがあった⁵³⁾。一方では稀な所見とされるが、もう一方では、当時我々自身がそれまでに多数例の経験を有していた。我々が得た結論はそれ以来、幾度も証明されている。

脳解剖について全く知識がない読者に、何が問題なのかをはっきりと分からせることは困難である。私はそれを試みようとしており、そして上手く出来るだろう。脳の真ん中では2つの脳半球が交差している。上部には大脳半球があり、硬膜と大脳鎌により各々分離している。その下の〈脳梁〉で両大脳半球の広汎な結合がある。その下には、正常では薄い1mmに満たない皮膜、2枚の薄い部

位により構成される透明中隔がある。この薄い皮膜の間に稀に液体入っている。こうして空洞が出現し、ヘルダーリンの場合には特別に大きく、指が入るほどであった。透明中隔腔を形成している複数の壁について記述すると、この空洞は前方(吻側)は脳梁膝によって区切られ、上部(冠状方向)は脳梁体、下方(尾側)は脳弓柱と脳弓体により、前方(口側)は脳梁の吻側部と前交連により、区切られている。それはさらに複雑で、そのどの脳部分も他の脳部分により必ず取り囲まれている。

これらの空洞形成は間違いなく形成異常である。しかし重要なことはそれが何を意味しているかである。透明中隔腔により最もよく出現する障害や所見を見ると、水頭症や知的障害、てんかん発作、神経学的欠損、頭痛であり、ヘルダーリンのものは全く一致しない。ただ症例の2～18%に観察された偽精神病質が議論され、また性格の本来的風変わりも同様であるが、それらは形態異常の結果あるいは随伴症状と考えられるべきことかもしれない。このことは、例えばゲータによって強調された〔ヘルダーリンの〕《過緊張の性質》と関連した、ある種の精神病質と一致しうるかも知れない。残念ながらこの部分については科学的な陳述はできない。今日まで世界中の文献ではそのような8症例が報告されているが、統計的なものはほとんどない。幾つかのものは意味あるように見える。今日まで共有された幾つかの症例では、一例たりとも統合失調症、あるいは私に言わせるとより好ましいと思われる統合失調〔分裂〕言語症、変人、そしてメランコリーは問題となっていない。解剖所見とヘルダーリンの病気として議論されたものは、それ故に極めて関連性がない。壁の肥厚は、私見では、一つの理論の基盤としてはおそらく相応しくない。その存在は、剖検を見物した若きグメリンによる外観〔の記述〕に明白に由来しており、既に極めて高度に疑わしい。

どのようにして精神医学的診断がなされるのか

狂人についての冗談で、精神医学的な診断の成

立をどの様に考えているのかが、よく披露される。
例えば…

《あなたは、ある人が精神的におかしいとどうして分かるのですか?》と女主人が精神科医に尋ねた。魂の案内人は、人差し指で幾度も鼻をなでまわし、《あなたに、一つ質問をします》。

《例えば?》

《例えば、キャプテンクックは三度世界冒険をしたが、その何れかで死んでいます。どの冒険ですか?》婦人は神経質そうに笑い、《それは必然的に歴史的な問題なはずですが?》〔訳者注、一回目、二回目であるはずがない〕。

狂人についての冗談の中では、無数の例で表現されているように⁵⁴⁾、狂人は正常な論理法則でなく《狂った論理》に従って考える。狂人たちの精神状態の検討では、どの小学一年生でも正しく答えられるような、論理的に簡単な問題を問うことが重要である。しかし狂人は上手く答えられない。そして狂人は狂気であることの《紛れもない印し》を展開するのである、と。

そのような印しは、精神病理学には存在しない。徴候の重要性は様々である。あるものは診断に重要であり、他のあるものはほとんど意味がない。何れの場合でも、いかなる言語状況で《変わって》みえる言語の使用が生じ、あるいはどんな社会的状況で《病的印象を与える行動様式》が出現したかを、絶えず観察しなければならない。

詳細に検討すると、《風変わりな行動》が全く《危険でないもの》に見えることもあるし、また《誤っている》との印象を深めることもある。診断において、狂人に対する冗談となるような唯一の徴候で事足りるということは、全くない。

日常生活からの比較を求められるとすると、以下の子どもの遊びがおそらく最適であろう。その遊びでは、掌の大きさの紙に家やカブトムシ、あるいは同様なものが描かれている。これらの像は、周辺から12から20個のプラスチック小片で全て完全に覆われる。この遊びでは〔プラスチックの〕小片を一つずつ次々と取り除いていく。勝者は、

取り除いた部分が最も少なくして全体の認識を明らかにした者になる。

この比喩では、《精神病理学的表象》に相当するものは、—この表現を用いるとするなら—、遊びの絵である。精神病理学的表象は、子どもの遊びの絵のように、自然の所与ではなく、いくらか人工的なものであり、虚構であり、取り決めである。その表象が再認識と相互の意志疎通に役立つのであり、まさにそれが科学方法というものである。研究者がより博学でより熟練するほど、より早く、より少ない部分の露呈により、完全な《精神病理学的な表象》を推測するだろう。

さらに、文学による比喩に移ろう。熟練した作家は、あるテキストの小部分のみ彼に示された場合、それはある時代の、おそらくあるいは確実に、かの著者の《家族小説》である、と言い得るかもしれない。当然ながら、テキストのどの部分が示され、どの様にそれらがその人に届けられたか、が重要である。《家族小説》がどの様に構成されているのか、あるいはその時代や作家たちを知らない人は、ある小説が何なのかを決して分からず、寄り辺なく課題の前に立ち尽くすでしょう。

私は《家族小説》を喩えに選んだ。とういのは、それが人工的で、人間によって創られたカテゴリーであることが重要であり、精神科的な病気の多くは、《家族小説》の一部分のようなものだからである。



図3 J.H.F.v. アウテンリート 原著P42

3. ヨハン ハイナリヒ フェルディナント フォン アウテンリート ヘルダーリンの医師

《1806年に彼[ヘルダーリン；U.H.P.]の病状が悪化した時、彼はチュービンゲンのアウテンリートの精神病院に移送されなければならなかった。しかし彼に施された治療はほとんど役に立たなかった》⁵⁵⁾ [ベルトー]。

《…ヘルダーリンをチュービンゲンの自分の病院に入院させたのは精神科医アウテンリートであり、治療は徒勞であった》⁵⁶⁾ [ベルトー]。

《…ヘルダーリンはアウテンリートの病院の生き地獄から逃れ、ネッカー川湖畔のツィンマーの塔に行き着いた・・・》⁵⁷⁾ [ベルトー]。

アウテンリートによるヘルダーリンの治療には特別な意味がある。というのは、ある一定期間、彼が医者の観察に下にあった唯一の機会だったからである。残念ながら、この時期の資料はちょうど極端に欠けている。当時既に徹底して《病歴》が記述され、その中に病人の観察を残し、治療の正確な記録が企てられた。残念ならがヘルダーリンの《病歴》は残っていないか、あるいは見当たらなかった。それが示唆に富むかどうかは、当然未確定のままである。あいにく、チュービンゲンの病院にヘルダーリンを訪問した者の証言報告は存在しない。ただ入院期間の長さと医者の処方が確認されている。ベルトーはシュトゥットガルト版より僅かな文章を纏め上げ、一部に以下のような注釈を直ちに行った。

《〈第一子ヘルダーリン〉に対する母親の支出簿には、1806年9月16日分に〈ホンブルクからチュービンゲンへの旅費、137fl(グルデン)〉と記されている。

チュービンゲンのアウテンリートの病院には、〈学士ヘルダーリン〉が1806年9月15日に入院したことが記載されている。

彼は病院に1807年5月3日まで留まり、231日で、一日当たり[入院費は]24クロイツェル。合計92fl(グルデン)24クロイツェルとなる[訳者注、

1グルデンは60クロイツェル]。それは母親によって支払われており、同じく母親のヘルダーリンに対する支出簿によって確認される。

9月16日の入院後に彼は治療を受ける。病院の処方台帳から、6グレーン[訳者注、1グレーンはおよそ65mg]のペラドンナの葉と2グレーンのジギタリスの葉を2オンスのアニスーカミッレ水で服用すること、9月17日から9月21日まで毎日繰り返すこと、というヘルダーリンの薬物治療を見て取ることが出来る。

9月21日には彼に水銀(塩化第一水銀)と麻薬とカンタリジンが、そして砂糖水とカンタリジンが、交互に投与される。この治療は9月30日から10月16日まで繰り返される。

10月17日にヘルダーリンにアロエと硫酸酒石が砂糖水とアニスカミッレ水とともに、一時間毎にスプーン一杯が処方された。

10月21日には、彼に〈散歩〉が推奨される。

アドルフ ベックは治療に対して、〈病院への入院治療の結末は、根本的に、成果が無いものであった〉と述べている》⁵⁸⁾ [ベルトー]。

新たに指摘されなければならないことは、1806年9月15日、ヘルダーリンがチュービンゲンの病院に入院した当時、精神医学も、精神科医も、また精神病院も存在していなかったことである。ヴェルテンブルグ王国にはこの時代、狂人収容所は無かった。精神病患者が自らの行為により他の者を危険に曝した時、彼らは1746年に建設されたルートヴィヒスブルクの狂人の塔 Tollhaus に連れていかれた。そこには医者による指導も医学的治療も存在しなかった。ついで1811年に狂人の塔はルートヴィヒスブルクからツヴィーファルテンに移され、そこから当時《狂人収容所 Irrenanstalt》と名づけられたものが発展した。

しかし幾人かの臨床家医はこの時代に、付随的に狂気に興味を持ち始め、時々ではあったが、精神病患者を当時まだ小さかった彼らの病院に受け入れた。これらの者の中に、C.F. ナッセやアウテンリート、その他の人々がいた。

アウテンリートは、多少なりとも今日的な意味での精神科医では決してなかった。彼が遺した200以上の論文には、精神医学の仕事は一つも見出されない。ただ1807年に出版された本(チュービンゲンの臨床施設から、実践的治療学に対する試み)の中で、アウテンリートは長さ30ページの章の《チュービンゲンの病院の中での、狂人に適した施設について》⁵⁹⁾を報告した。そこでアウテンリートは、彼の本の執筆までに(おそらく出版の前年である1806年までに)彼の経験はたった28人の精神病患者だけであったと告白している。それは、今日の神経医 *Nervenarzt* 教育を受け始めた若い医師が臨床の最初の数日に学び知るものと同じ程度のものである。アウテンリートでは、この経験は10年かかった。アウテンリートは、《狂気》の徴候や本質についてはまったく手を出しておらず、ただ単にいかなる施設が暴れる患者の処遇に対して存在しているかを記述しているだけである。

アウテンリートは自然科学系の医者であった。彼がチュービンゲンに来る前に従事していたのは、解剖学と生理学の領域であった。彼が総じて精神科の病気に対して表面的理解以上に理解していたかどうかは、疑われねばならない。しかしその時代はそういうもので、そのようなものを持っていた人は誰一人いなかっただろう。アウテンリートはアメリカで黄熱病について研究し、フーフェラントジャーナル *Hufelands Journal* に船酔いについて記述し、最終的にシュトゥットガルトの宮廷医となった。1797年にチュービンゲン大学の解剖学、生理学、脳外科学、産科学の正教授となった。同時に、ヴェルテンベルク公国の医療活動を監督することが彼の任務に加わる。このことは奇妙に見える。しかし当時は今日のような特別な専門化はなかった。1805年にアウテンリートに大学付属病院での指導の任務が新たに加わったが、それは建物の建築年で、その前の大仕事になっていた。その傍らで彼は更に多くの私的な診察行為を行い、裁判所に対して多数の鑑定を行った。

アウテンリートが1797年にチュービンゲンの

職に就いた時、チュービンゲン大学は300年の歴史があるにもかかわらず隆盛とは言えなかった。就任前の10年ほどは全大学に10以上の医学生がいることは稀であった。たった4人の医学教授しかおらず、彼らは化学の講義も受け持たねばならなかった。大学は慢性的な財政困難に苦しんでいた。それ故に今日の意味での臨床講義は長い間存在せず、学生は街中への教授の回診に単に同行していた。アウテンリートの前任者であるクロスは努力して、古いチュービンゲンの癩病院 *Lazarethhaus* に、1795年に外科患者のための2床、内科患者のための2床、1797年に産科患者のための2床を配置した。これが全ての施設一式であって、そこに大学の全医学生徒の実践的経験を集中しなければならなかった。アウテンリートは、城の前の300年からあるブルゼ[学生寮](学生集会所、中世にはほぼ教授によって運営されていた)の中に、講義用ベッドとして、患者の入院のために用意された部屋を整備することを実現した。患者のための15ベッドが12の部屋に設置された。それは、今日的には近代的な病院建設設計者の願望実現のように見える。アウテンリート自身も、外科医(ヒラー)や産科医(フロリープ)と同様に、その病院に自分の住居を構えた。患者に近傍のネッカー川の自由な眺望を与えるために、対岸の家並みは買い漁られ家々を取り壊された。ヘルダーリンが入院させられていた病院は、当時の状況に対して近代的で壮大なものであった。ヘルダーリンが入院した時は部屋の完成後1年半で、全てが新しくなった。また心を患う病人が受け入れられたという事実は、近代的な考え方に基づいているものと見做される。もちろん心を患う病人にそこで何をなすべきかについては、誰も正しくは知らなかった。自身の経験不足のために、文献へと向かった。ドイツでは誰もそのことについて多くを知っている人間はいなかった。しかしフランスには著者があり、特にフィリップ・ピネルはパリの病院で既に多くの経験を纏め上げることが出来ていた。最もよく広まっていた治療法は、1803年にJ.C. ライ

ルにより始められた心の保養⁶⁰⁾である。それは教育や休養、人間的な親切心の作用への信念に基づくものであった。可能な限り広範囲な身体的強制手段の放棄に加えて、好ましい人間的な世話、宗教的な洗練、散歩、遊び、音楽、庭や畑作業が含まれていた。しかしまた、精神病患者に対して賞賛や非難、時には体罰によって正常な生活をしつけることを望むような、教育への信念も存在していた。心の保養は1845年頃に最初に評判を落とした。というのはその無効さが証明されたと信じられたからであった。ヘルダーリンが治療された時代は、心の手当〔道徳療法〕がもっとも近代的なものであると見做されていた。

アウテンリートの名前は、彼にとっては全く副次的な《発明》と今日ではしばしば関連づけられる。それがアウテンリートの《マスク》あるいは《頭Birne》というある種の強制道具であり、当時の人々はそれを誇らしく思っていた。と言うのはこの手助けにより不穏な精神患者を《大人しく》させる人間的な方法であると信じられていたからである。しかしそれは今日の我々にはむしろ責め道具の印象を与える。顔は鼻と目に穴が開けられた皮マスクで縛られ、口はノロジカの毛で満たされた皮パットで塞がれた⁶¹⁾。これによってアウテンリートは、入院中の他の患者の平穏を叫びで乱されることを阻止しようとした。このことは、叫んでいる精神病患者を他の患者と一緒に治療しようとするのを可能にするための代償であった。勿論ヘルダーリンがアウテンリートのマスクに耐えなければならなかったということは、むしろ疑わしいように思われる。私は、1815年のエベルバッハ修道院の古いカルテと管理文書の中に、そのような強制措置の使用の際には、それは何時の時でもただ数時間か数日間だけ使用が許され、この処置の使用の詳細な文書によるに論拠と共に、常に入念に記録がなされていたのを見出した。このことはまたアウテンリートがチュービンゲンでの設置で特に誇りに思っていた、いわゆる柵部屋についても当てはまる。この柵部屋は暴れる狂人を拘

束せず制限しないために案出された。狂乱状態の患者に部屋全体で自由にしてもらうために、反対のことがなされたのである。すなわち部屋の壊れ易いもの(窓)や危険な部分(例えば暖炉)は一連の3.5 ツォル Zoll〔訳者注、昔の単位。1 ツォルは2.3cm から 3cm〕の太さの木の棒や柵で保護された。アウテンリートの誇りはまた、人間性に対する誇りでもあった。

柵部屋の使用自体はヘルダーリンでは疑わしいように私には思われる。この時代の乏しい報告において最も注目に値する言葉は、ヘルダーリンが1806年10月21日の入院後一ヶ月で既に良くなり、散歩が推奨されたということである。少なくとも彼はこの早い時点で完全に既に危険ではなくなり、《落ち着いた》と見做されていたに違いなかった。

結局のところ薬の処方に関しては、無駄であったが使用された量では害は無かったと要約して言うてよい。それらはこの時代の通常のものに相当している。そこから逆推論して状態を推量することは不可能である。なぜなら全く異なった状態にも同じような方法で使用されていたからである。

4. ヴィルヘルム ランゲ、ヘルダーリンの病跡と病跡学

ベルトーは本当に稀にしか、否定的な見解を付けずに精神科医に言及することはないが、このことはベルトーによって頻回に引用される W. ランゲ博士にも該当する。特にベルトーは、ランゲは文学についてほとんど何も知らなかった、と確信していた。《W. ランゲ医師はチュービンゲン大学の精神科クリニックの責任者であった。彼は自然科学の教養を持ったヴィルヘルム 2 世時代のブルジョアであった。研究は方法論的で、正確で落ち着いており、キッチリとしてすばらしく記述している。ヘルダーリン例では、彼は偏見がなかった。つまり〈ヘルダーリンの文学を私は、詩人の多くの作品と同様に、全く知らなかった〉》⁶²⁾ [ベルトー]。

《彼ら(シュテファン ゲオルゲ、リルケ、ホフマン シュタール、U.H.P.) と同時代人である医師

W.ランゲ博士は、おそらく彼らについては知らなかった。彼が自分の言語慣用で〈詩〉として印づけた文学(大衆文学として理解される)について、彼はおぼろげな知識も持たなかったし、おそらくは詩についても同様であった。彼にとってはギムナジウムで暗唱して習ったシラーの〈鐘〉がドイツ叙情詩の全てであった》⁶³⁾ [ベルトー]。

《〈詩的内省〉としての〈詩の方法〉、〈詩的精神〉の表現方法としての〈詩作品〉について、ランゲはほんの少ない知識すらなかった。彼は、自分が散文のページを書くように、詩人も机に座り、行を追って詩行を書き綴るものと思っていた》⁶⁴⁾ [ベルトー]。

《彼[ピンダロス、U.H.P.〔訳者注、古代ギリシャの詩人で、祝勝歌が多い。断絶する文章で知られる〕]の原稿を見て、同じくランゲ博士は、重篤な緊張病性早発痴呆を推量していた》⁶⁵⁾ [ベルトー]。

《彼(ランゲ、U.H.P.)は文学的-詩的な誤った見方によって惑わされている。彼は、詩は散文のページのように〈書かれる〉ものと思っていた。だがそれは当てはまらない。詩人は、詩的な着想が思い浮かんだ通りに、それらをメモ書きする。先ずそうであり、ついで詩を〈構成する〉のだ》⁶⁶⁾ [ベルトー]。

《愛しき善良で無邪気なランゲ博士よ…!》⁶⁷⁾ [ベルトー]。

《この精神科医は、心理学者ではなかった》⁶⁸⁾ [ベルトー]。

精神科医として、文芸学者ベルトーの詩的なものの本質、作家の仕事、そして文学についての非常に多彩な知識に感心させられる。引用された箇所が同時に物語っているドイツ文学研究の自負が、冷笑的な高笑いを誘発しているようである。ベルトーが自分の研究において見出したように、ランゲが学校でシラーの〈鐘〉を暗唱した時が、チュービンゲンの精神科病院の鈍い指導者、自然科学者にとって、おそらくは最後の文学的接触であったのだろうか。

精神科医として、W.ランゲを知らないことに強

いショックを受ける。ヨハネス ランゲは知られており、プレスローの人で、〈古典的〉ドイツ精神医学者である E.クレペリンの弟子である。しかし、チュービンゲンのヴィルヘルム ランゲとは? 明らかに知識に穴がある。その点がベルトーの力量なのか?

何故なのかは、精神医学と同様に文学においても有名な人物であるランゲ-アイヒバウムがここで話題となっていることが分かると、初めて明白となる。ただ彼は最も古い文献中ではその複合名を挙げてなかったのだ。ランゲ-アイヒバウムはチュービンゲン大学の精神科病院の指導者ではなかった。それはガウプであり、短期間ランゲ-アイヒバウムの先生で、ガウプが弟子である彼にかの処女作のきっかけを与えた。

ヴィルヘルム ランゲ-アイヒバウムは1875年4月28日にハンブルグで生まれ、故郷の古典語ギムナジウムに通った。芸術家の道に打ち込むために17歳でギムナジウム去り、5年間、ハンブルグの芸術工芸学校とベルリンの芸術アカデミーに通い、彫刻家、画家となった。その後2-3年で、文筆家としての、そして最終的には自然科学的な素養を習得した。24歳で、ギムナジウム卒業試験を取り直し、その後ベルリンとミュンヘンで哲学、心理学、自然科学、そして医学を学んだ。若き時代の導きの星はニーチェであり、ベルリンでは、特に哲学者ゲオルク ジンメルに影響を受けた。これらのことから、ランゲ-アイヒバウムは最初の哲学的出版へと刺激された。それが〈哲学とは何か *Was ist Philosophie?* 〉(1901年)である。同時に2つの短編作品集、〈ただ掴みとれ *Greift nur hinein!*〉、〈どこで彼女の心を捉えられるか *Und wo ih's packt*〉が出版された。ミュンヘンでの研究時代には、ランゲ-アイヒバウムは《11人の死刑執行人》というヴェデキントのサークルに入った。《11人の死刑執行人》が最初の名で、1901年にミュンヘン芸術カバレット〔小劇場〕を開催した。《壁は黒く覆われており、舞台には罪人の曝し柱、斧、そして死者の頭が見えた。上演は週に3度行われ、

根底にある意図はいつも、ヴィルヘルム二世時代の市民の美德を嘲ることにあつた。ブルーノ ヴァルターがピアノを弾き、フランク ヴェデキントとエーリヒ ミューザムが歌い芝居し、ホフマンシュタールとリヒャルト デーメル、トーマがコントと歌を書く。死刑執行人の歌が 11 人の死刑執行人の緋色のマスクに覆われた者により歌われ、シュヴァーベン地方の賛歌となつた》⁶⁹⁾。

マンチェスター時代にランゲ・アイヒバウムは一冊の短編小説〈ほのめかし *Leise*〉(1905 年)を著し、これにブラジルと東アジアへの旅行記(〈遙かなる旅 *Ferne Fahrt*〉1909 年)が続く。デンマークでニーチェと知己になっていたゲオルク ブランデスが最終的に、ランゲ・アイヒバウムの劇作家としての才能を見出した。イプセンの様式で書かれたランゲ・アイヒバウムの社交劇〈砕ける波 *Brandung*〉はシュトゥットガルトで大成功を収めた。さらに〈獅子たちに *zum Löwen*〉(1910 年)、〈ピーチボウチ *Pfirsich-bowle*〉(1911 年)、〈仮面 *Die Maske*〉(1911 年)、〈鍛冶師ヴェルント *Wölund, der Schmied*〉(1916 年)、〈蜃気楼 *Fata Morgana*〉(1921 年)が続いた。

1904 年、既に 29 歳で、ランゲ・アイヒバウムは医学国家試験に合格した。つぐ 1905 年と 1906 年は実習時代であり、終わりにフライブルクのホッフエ、次いでチュービンゲンのガウプのところで精神医学の専門教育が続いた。1910 年から 1923 年までランゲ・アイヒバウムは上級医となり、私立療養所の院長であった。後にランゲ・アイヒバウムはハンブルクの精神病院に勤め、最終的にはランゲンホルン精神医学国立病院に従事した。こうした仕事の中で、多くの年配の精神科医は彼を記憶した。ランゲ・アイヒバウムはしかし特別なブルジョア的な地位を得たわけでもなく、病院を経営してもおらず、学者的な地位も得ておらず、教授資格も獲得していない。彼の生き方は彼にとって決定的なミュンヘン時代に刻印されており、才能は溢れていたが気まぐれなホヘミアンで、それによって年老いてからは貧乏に苦しめられた。

ランゲ・アイヒバウムのその名声は、多くの小説やほんの少しの精神医学の仕事によるのではなく、芸術性と精神病の境界領域での総合作業に拠っている。彼の著作〈天才、狂気、そして名声〉は病跡学にとって国際的に認められた基準的な学術書となり、1967 年に第 6 版が出版された⁷⁰⁾。3600 以上の文献引用により、その本は世界中の精神科医と文芸学者にとって同時に価値のある参考図書である。この業績は、ランゲ・アイヒバウムが研究給費生としてチュービンゲン大学病院の図書館で専らこの課題に取り組むことが出来た 1923 年から 1927 年に生まれた。唯一の問いは、その改変にランゲ・アイヒバウムが更なる別ページを絶えず加えた創造的生産性についてである。いかにして創造的仕事へと至るか? が課題である。考えられる全側面からこの問題を解明している論文集の他に、ランゲ・アイヒバウムは〈天才問題〉(1931 年)という本を捧げた。この本は第 2 版において〈問題としての天才 *Genie als Problem*〉(1941 年)という表題となった。もしベルトーがその本を検索していたならば、例として 69 ページに以下の文章を見出していたらう。

《仕上げ *Ausführung*。それは、普段の直感、生産的思考、インスピレーションから、やっとの結果が、全教育、教養、経験との関連において実現されることで、芸術理解、批評、表現能力、構築能力として呼ばれる全てのことである。》⁷¹⁾

通例のごとく、天才問題への取り組みは、個人的な側面と科学史的な側面を持っていた。個人の問題としてランゲ・アイヒバウムは、文学者と同様に科学者としても湧き出るような活動性や大いなる才能、類稀なる知識を有しているにもかかわらず、新しい考え方の導入については全く成果が無いままに甘んじていた。現代でも同じことだが、多くの科学者は成果が上がらないままである。というのは、彼らはほとんど確立された自然科学の規則の中で行動し、知られている方法を小さな、しかしまだ扱われていない領域に対して用い、この《一通りの研究》によって、科学の木のそここ

に、小さな葉っぱを付け加える。そしてその欠点に誰も気づかないままであった。この様な多くの科学者とは異なり、ランゲ・アイヒバウムは、科学の非生産性に気付いており、明らかにそのことで苦しんでいた。本当に新しい考えが彼には生まれなかった。

歴史的に、彼の本の主題はチェザーレ ロンブローゾ(1836-1910)に引き戻された。ロンブローゾの〈天才と狂気 *Genia e follia*〉は1882年に第4版が出版され、1887年にはドイツ語で〈天才と狂気 *Genie und Irrsinn*〉という題で世に出た。ロンブローゾはそこで、天才は異常な脳の活動性から生じるのであり、それ故、変性性の類てんかん性精神病の病気として分類される、と今日では馬鹿げたような命題を主張している。この命題は長い間熱心に討論され、病跡学的研究の多大な充実へと到り、そこでは全ての《大人物》に対して、一方で身体と精神的な病気の関連が、他方では創造性の能力が、議論された。

多くの言語と専門領域に分散していたこれらの研究を、ランゲ・アイヒバウムは優れた集中作業でまとめ、唯一無二の参考図書へと仕上げ、それは超越して存在している。しかし時代の流れの中で、芸術作品や精神科的病気に対して、病跡学的な研究では新しいことは知ることは出来ないという印象が次第に認められた。それ故、芸術家の伝記と心理学は、精神科医にとっても文学者にとっても関心領域から消えうせた。第二次世界大戦後、各々の芸術作品はそれ自身によって理解されなければならないという明快な命題から派生した《作品内面的解釈》方法が優勢となった。病跡学的な論究は、もはやその場所を失った。

そのこととまさに平行して精神病理学では、後日の古典的精神病理学の《精神病》はそれ自体として考察され、その《保因者》の伝記や心理については故意に引き合いに出されなかった。精神病は、伝記の中に見出される素材と一緒に《作動して》いるので、精神病の形とその内容、例えば妄想との関連は偶然で、何れにせよ無関係である、と論証

された。精神病は、伝記を顧慮することなく、それ自体として解釈されなければならない。

文学と精神病理学における《形式主義》的立場は、方法論的に批判的で明晰な研究の充溢をもたらし、より実りの多いものであることが証明された。既の実証的なこの結果に対して、出発点の理論を再検討するか問題設定することは、全く意味がないように見えた。

ようやく現在において、新たな水準で異なる技法により、作品と創作者の生活史との関連を議論するような研究の方向性が再び徐々に受け入れられている。歴史学の領域ではそれらは《新心理史 *Neue Psychohistorie*》⁷²⁾と称される。文学の領域でベルトーが若干の極めて得心のいく例を挙げているが、それはヘルダーリンの場合では、詩作は彼自身の取り組みの永遠の表現であり、この視点において真に現実の意味深い経験が彼の詩の中に取り上げられているというようにである。以前の科学時代とは異なり、この場合には伝記から著作を推論したり、芸術作品の平面を創作者の人生から解明するようなことは、もはや試みられていない。しかしながら読者にとっては、そのような作品－伝記的解釈が作品の理解を深めることに疑いの余地はない。また精神病理学の領域においても、精神病の表現型、その発症時点、そして精神患者の生活史の関連が指摘された⁷³⁾。それ故に、ベルトーがヘルダーリンの精神病的現象を彼の人生と著作との関連において解釈したその範囲において、私は彼を援用したいと感じる。勿論そこから導かれる結論、つまり精神病患者ではないを私は共有できない。

ここで今短く記述されているランゲ・アイヒバウムの経歴と、ベルトーに引用されている侮蔑的な評価を比較し、偏見(一般的な医師と、特にランゲ・アイヒバウムに対する)の典型例を目の前に示す。偏見は非常に強固であり、原典への接近が先ずもって試みられていないことは明らかである。私は今一度お互いを以下のように対比する。

《彼[ランゲ・アイヒバウム、U.H.P.]は文学—詩についての誤った解釈に惑わされている。詩は散文と同じように〈記述される〉と信じている。しかし詩は全く散文とは異なっている。詩人は詩的な着想を出てきた通りにメモ書きする。そしてそこから詩を〈構成する〉のである。》(ベルトー)

《通常、直感、生産的思考、インスピレーションによってやっとの思いで仕上がりに至る。それは全ての鍛錬、教養、経験が関与しているものである。つまり芸術理解、批判、表現力、構成力と呼ばれる全てが関与するのである。》(ランゲ・アイヒバウム)

ベルトーの、精神医学の本には決してないドイツ文学研究の図書に対する扱い Griff が、そのような不適切な発言への綿密さをベルトーに欠落させた。このことを越えて、ベルトーはランゲ・アイヒバウムのヘルダーリンの病跡学を、その成立した時代からではなく今日記述されたかのように考察する、という誤りを犯している。

ヘルダーリンの病跡学を書いた時、ランゲ・アイヒバウムが活動的な作家であったことを我々は既に見てきた。1909年の同年に、その病跡学だけでなく、劇〈砕ける波〉と旅行記〈遙かなる旅〉が世に出ている。ヘルダーリンの病跡学はそれ故に精神医学の初心者の仕事である。自然科学的な精神医学者が知識なく文学へと巣立とうと企てたのではなく、作家が精神医学への最初の旅立ちを行ったのである。この視点において、我々は多くの点で今日もはやランゲ・アイヒバウムには賛同できないとしても、やはり注目すべき業績を彼は成し遂げていた。

ランゲ・アイヒバウムは本質的には何を見出したのか？ ヘルダーリンの人生に対する知見は極めてまだ不十分であった。ズゼッテ ゴンタルトへの手紙はまだ公開されていない(1921年に最初に公開された)。シュトゥットガルト版は、その行間に多くの欠落があるにも係わらずヘルダーリンの

理解を容易にしているが、まだ長らくは出現しない(1946年が最初である)。

また、統合失調症—研究も始まったばかりであった。《統合失調症 Schizophrenie》という表現そのものもまだ見出されていない(初出1911年)。また統合失調症の病像も一つの認識されうる形としては記述されていない。それは、いずれにせよ E. ブロイラーの1911年の本〈早発性痴呆あるいは統合失調症群 *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*〉において最初に登場した。我々が今日ヘルダーリンの病気にたいして適用しようとしている統合失調〔分裂〕言語症という病像もまた、認められていなかった。それは最初に E. クレペリンによって1913年に登場した。統合失調症、つまりクレペリンの早発性痴呆グループの前駆症状自体は間もなく認められるが、1896年以來のことである。早発性痴呆という名称はまた古くからあるが、しかし当時とはいくらか異なるものを意味しており、決して今日の統合失調症と同一ではない。

ランゲは当時の精神病跡学において一般的になされていたことを行ったのである。彼はヘルダーリンの同時代人と同様に、ヘルダーリンの狂気についてある前科学的な印象を抱いていた。そして、当時はヘルダーリンについての知識が欠如しているにも係わらず、この印象を、新たに創られた早発性痴呆の病像に一致させようと試みたのであった。この方法は今日の私たちを最早満足させないし、むしろ反感を抱かせる。しかしそうこうするうちに、病跡学の時代は過ぎ去った。それ故に、ヘルダーリンに対する新しい病跡学を記述しようとする努力など、ベルトーまで、誰も行わなはなかった。

結論として、W. ランゲは〈古典的精神医学〉の主たる証人としては適切ではない。

注

- 1) PIERRE BERTAUX: Friedrich Höderlin. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1978, 36 ピエール ベルトー、フリードリヒ ヘルダーリン。
- 2) BERTAUX 32.

- 3) BERTAUX 10.
- 4) BERTAUX 15.
- 5) BERTAUX 16f.
- 6) BERTAUX 27.
- 7) BERTAUX 105.
- 8) BERTAUX 231.
- 9) THOMAS S. SZASZ: Pain and Pleasure. A Study of Bodily Feelings. Basic Books, New York 1957. トマス サズ、疼痛と快楽。身体的感覚の研究。
- 10) BERTAUX 13.
- 11) BERTAUX 165.
- 12) BERTAUX 211.
- 13) BERTAUX 212.
- 14) BERTAUX 633.
- 15) UWE HENRIK PETERS: Laings Negativmodell des Irreseins, Nervenarzt 48 (1977) 478-482. ウーヴェ ヘンリック ペーターズ、レインの狂気に関するネガティブ理論。
- 16) THOMAS S SZASZ: The Myth of Mental Illness, Foundations of a Theory of Personal Conduct. New York: Hasper and Bow 1961. Deutsch: Geistes-krankheit – ein moderner Mythos? Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens. Olten u. Freiburg/Br. 1972. トマス S. サズ、精神病神話、人間行動の理論基礎。
- 17) FRANK TANNENBAUM: Crime and the community. Ginn 1938. フランク タンネンバウム、犯罪と共同社会。
- 18) HERMAN MEIR VAN PRAAG: The scientific Foundation of Anti-Psychiatry. Acta psychiat. Scand.58 (1978) ヘルマンマイア ファン プラーク：反精神医学の科学的基礎。
- 19) BERTAUX 235.
- 20) BERTAUX 12.
- 21) BERTAUX 36.
- 22) BERTAUX 161.
- 23) BERTAUX 162.
- 24) BERTAUX 228.
- 25) EMIL KRAEPELIN: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Joh. Amb. Barth, Leipzig, 6. Aufl. 1899, 137. エミール クレペリン。精神医学-学生と医師のための教科書。
- 26) HANS WALTER GRUHLE; Die Psychopathologie. In: K. WILMANS (Hg.) : Handbuch der Geisteskrankheit. Bd. 9, Teil 5. 《Die Schizophrenie》. J.Springer, Berlin 1932, 135. ハンス ヴァルター グリュエ、精神病理学。
- 27) BERTAUX 35.
- 28) A. MANN: Die auf uns gekommenten Schriften des Kappadocier Aretaeus, aus dem Griechischen übersetzt. Dr. Martin Sändig, Wiesbaden 1969. Unveränderter Neudruck der Ausgabe von 1858. マン、我々に得られているカッパドキアのアレテウスによる文章、ギリシャ語からの翻訳。
- 29) BERTAUX 225.
- 30) BERTAUX 240f.
- 31) SIGMUND FREUD: Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen Jahrbuchder Psychoanayse 3 (1911) 9-69 G.W. VIII, 312/313. ジグムントフロイト、パラノイア(パラノイア性痴呆)の自伝的記述症例に対する精神分析的覚書。
- 32) EUGEN BLEULER: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Deuticke, Leipzig und Wien 1911, 5 オイゲン ブロイラー、早発痴呆あるいは統合失調(精神分裂病)群。
- 33) EUGEN BLEULER: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. F. Deuticke, Leipzig, Wien 1911, 6.
- 34) ROBERT LOUIS STEVENSON: The Strange Case of Dr. Jekyll and Mr. Hyde. London 1886. Dt: Der seltsame Fall des Dr. Jekyll und Mr. Hyde und andere Erzählungen. S. Hauptmann, Berlin 1968. Ullstein-Bücher 2668.
- 35) BERTAUX 35.
- 36) JOHANNES DOWNES: De affectione hypochondrika. Leyden 1660. ヨハネス ドウネス、心気症について。
- 37) Vgl. ETIENNE-JEAN GEORGET: Hypochondrie. In Dictionnaire de Médecine. Békchet Jeune, Paris 1824. Bd. II, 490-516. 参照のこと、エティエンヌ-ジャン ジョルジェ、心気症。
- 38) BERTAUX 69.
- 39) BERTAUX 64.
- 40) BERTAUX 411.
- 41) BERTAUX, 同上
- 42) BERTAUX 438.
- 43) EUGEN BLEULER: Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. Springer, Berlin 1919. オイゲン ブロイラー、医学における自閉的-無規律思考とその克服。
- 44) LEO KANNER: Early Infantile Autism. J. Pediat. 25 (1944), 211-217.
- 45) HEINRICH KRANZ: Depressiver Autismus. In: H. HIPPIUS und H. SELBACH (Hg.) : Das depressive Syndrom. Urban u. Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1969, 409, 409-414. ハインリヒ クランツ、うつ病性自閉。
- 46) BERTAUX 29.
- 47) HANS PRINZHORN: Bildnerie der Geisteskranken. Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung. J.Springer, Berlin 1922. Neudruck der 2. Aufl., Springer, Berlin-Heiderberg-New York 1968. 精神病者の彫像。ゲシュタルト心理学および精神病理学への

- 寄与。
- 48) FRIEDRICH BEISSNER: Ein Merkzettel aus der späten Zeit. Hölderlin-Jahr-buch 1947, 10. フリードリヒ バイスマー、後日よりのメモ。ヘルダーリン年鑑。
- 49) Friedrich Hölderlin Sämtliche Werke, Sog. Große Stuttgarter Ausgabe (St.A.) Hg v. FRIEDRICH BEISSNER. W. Kohlhammer, Stuttgart ab 1946, 7,3,:338. フリードリヒ ヘルダーリン全集、いわゆる大シュトゥットガルト版
- 50) St.A. 7, 3 :336
- 51) BERTAUX 225.
- 52) BERTAUX 633.
- 53) HANS GRAHMANN u. UWE HENRIK PETERS: Das erweiterte Cavun septi pellucidi und das Cavun vergae. Nervenarzt 35 (1964) 343-349. ハンス グラフマン、ウーヴェ ヘンリク ペーターズ、拡張した透明中核腔とベルガ腔。
- 54) UWE HENRIK PETERS u. JOHANNE PETERS: Irre und Psychiater. Struktur und Soziologie des Irrenwitzes. Kindler, München 1974. ウーヴェ ヘンリク ペーターズ、ヨハン ペーターズ。狂人と精神科医、狂気の機知の構造と社会学。
- 55) BERTAUX 17.
- 56) BERTAUX 35/36.
- 57) BERTAUX 402.
- 58) BERTAUX 144.
- 59) FRIEDRICH AUTENRIETH : Versuche über die praktische Heilkunde. Tübingen 1807. Die Schirft ist schwer erhältlich. Ich bekam von der Unversitätsbibliothek Köln auf mehrmaligen Afragen die Antwort, daß es sie nicht gebe. フリードリヒ アウテンリート。実践的治療法についての試み。チュービンゲン、1807。この文書は入手困難である。私はケルン大学の図書館に何度も問い質し、それは存在しない、との答えを得た。
- 60) JOHANN CHRISTIAN REIL: Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geistes-zerrüttungen. Halle 1803. 精神を破壊された者に対する心の保養法の使用に対するラプソディー [寄せ集め]。
- 61) REIL, 同書。
- 62) E. STÜBLER: Johann Heinrich Ferdinand von Autenrieth. 1772-1835. August Schröder-verlag, Stuttgart 1948. シュトゥブラー。ヨハン ハイน์リヒ フェルディナント フォン アウテンリート。
- 63) BERTAUX 18.
- 64) BERTAUX 20.
- 65) BERTAUX 23.
- 66) BERTAUX 22.
- 67) BERTAUX 31.
- 68) BERTAUX 31.
- 69) Biographische Angaben nach GERD KLOOS: Wilhelm Lange-Eichbaum. Arch. Neurol Psychiatr. 184 (1950) 413-416. ゲルト クロースによる伝記的報告、ヴィルヘルム ランゲ-アイヒバウム。
- 70) WILHELM LANGE-EICHBAUM u. WOLFRAM KURTH: Genie, Irrsinn und Ruhm. Genie-Mythus und Pathographie des Genies. 6. Aufl., E. Reinhardt, München/Basel 1967. ヴィルヘルム ランゲ-アイヒバウム、ヴォルフラム クルト。天才、狂気、そして名声。天才神話と天才の病跡学。
- 71) WILHELM LANGE-EICHBAUM: Das Genie-Problem. E. Reinhardt, München 1931. 69. ヴィルヘルム ランゲ-アイヒバウム。天才問題。
- 72) LLOYD DE MOUSE (Ed.) : The New Psychohistory. The Psychohistory Press. Atcom, New York 1975. ロイド ドマウス (Ed.)、新心理史。
- 73) Z.B. UWE HENRIK PETERS: Sprachinterpretationen bei Schizophrenen In: G.PAUSER (Hg.) : Brennpunkte der Pathololinguiistik. W Fink, München 1978. Ders. Das exogene paraoide-hlluzinatorische Syndrom, S. Karger, Base/New York 1967. 例えばウーヴェ ヘンリク ペーターズ。統合失調症者の言語解釈。In:G. パオザー (Hg.) 言語病理学の焦点。Ders. 外因性パラノイド-幻覚症候群。

仁明会精神医学研究本邦初訳論文

Deutsch

Français

Español

Русский

中國語

解題

美原病院 高内茂

本書は紙装版 188 頁の単行本で 2012 年にフランス、イマーゴ社から出版された。

内容は第一次世界大戦において精神神経障害をきたした兵士たちの病態、処遇、治療および経過、それらの兵士に対する軍および国の対応を、フランスにおける事情を中心に現代医学の観点から客観的に記述したものである。著者は 2 名のフランス神経内科医であり、英米独など大戦に参戦した国々の事情も書かれてはいるが、フランスの特別な事情が詳しく記されている。

訳者がフランス語学習を始めた頃、教わっていた小林利夫先生が「フランス語で大戦 Grande Guerre というのは第一次大戦のことです。」と仰ったのが印象に残っていた。日本人には「勝った戦い」としてしか、経験として残っていない「大戦」ではあるが、ヨーロッパ人にとっては重大な意味を持ち、20 世紀全体を通して現代に至るまで影響を残している。つまり、ヨーロッパを理解しようとするれば第一次世界大戦の実態を知ることが不可欠だし、戦争の実態を知る上で、兵士の被る様々な苦難を知っておくこと戦争を避けることの重要性を伝える貴重な情報である。

第一次世界大戦は精神医学的な「端境期」に起こった。つまり 19 世紀後半のパリ、サルペトリエール学派を中心としたヒステリー論争とババンスキによるピチアシス宣言に拠る「医学的終結」デュシェンヌ・ド・ブローニュに始まる神経疾患の電気治療である。

ジュール・デジュリン、ジルベール・バレ、フォン・ワグナーヤウレーク、ジグムント・フロイトなど 19 世紀終わりから 20 世紀初めにかけての精神医学、神経学に名を刻んだ精神科医、神経内科医が登場するが、運び込まれる戦傷兵の対応に忙殺され、疲労の果てに死に至ったデジュリンに代表されるように、いかに有名教授であろうとも、その時その場の対応に追われ消耗していたのが実情であろう。それも戦争の現実といえる。

この本に華々しい話しはなく、きれいな解決もない。障害は慢性化し、傷ついた兵士の苦難は年金受給問題も含めて長く尾を引いたし、医師の間でも強権派と医学派との分断がみられ、それ以前に問題とされていた詐病による軍規違反で銃殺された者も少なくない。

精神科医はそのような精神的に傷ついた兵士を前にした時、どう行動するのか、考えることを放棄したいのではあるが、現実には考えることを迫るかも知れない。

本稿では、著作権の関係もあり、第一章、神経科医と精神科医が戦場に赴く (NEUROLOGUES ET PSYCHIATRESSENT VONTENGUERRE) と、第二章、新たな戦争、新たな外傷 (NOUVELLE GUERRE, NOUVEAUX TRAUMATISMES) および結論 CONCLUSION の部分の 50 頁を訳出して紹介する。本書が提案している戦争神経症を取り巻く問題点の多くは理解していただけたと思う。

第三章、治療と抑圧の間 (ENTRE SOINS REPRESSION)、第四章、雷撃者たちの論争 (LA POLEMIQUE DES TORPELLEURS)、第五章、軍法会議にて (DEVANT LES CONSEILS DE GUERRE)、第六章、シェルショックとグレナード神経症 (SHELL SHOCK ET GRANAT NEUROSE) の 82 頁については抄訳に留めておくが、興味のある読者は全体を通読されたい。

原典紹介

前線の狂気：戦争神経症という大いなる闘い（1914-1918）

美原病院 高内茂

緒言

戦争の精神神経的外傷は、最初の世界的紛争としての第一次大戦間に観察されることになるほどの絶頂には、達したことはなかった。この時期に兵士によって呈された障害の頻度、神経学的精神医学的徴候の多様さは、交戦国の軍医たちにとって真の驚異となる。戦時の神経精神科医たちはそのとき新しいジャンルの病理と直面し、仮病の絶えざる疑いは治療の漂流と軍法会議の行き過ぎに導くことになる。

戦闘に結びついた神経障害の古い歴史の諸側面はすでに研究されており、それらの文脈内で位置づけられていた。最初の記述はナポレオン戦争において「砲弾の風」という象徴的名称のもと報告されたものに違いない。アメリカ南北戦争の間、1861年から1865年まで、軍医たちは運動症状や精神障害によって現れた外傷の症例に直面した。このタイプの患者を引き受ける初めての方法が確立したのはこのときである。症例は、1870-1871年の普仏戦争の間にも同じく確認されただろう。しかし、より深刻でより高頻度の精神神経障害を来すことになるのは、とりわけ、かつて知られなかった激戦に至った、1904-1905年の日露戦争と1912-1913年のバルカン戦争であった。この問題に不安を感じたフランスの神経精神科医たちは、1909年の会議で、未来の紛争のために実務的提案を行った。しかし、フランス軍衛生部はこの新しい病理の現実的措置を採用せず、彼らを引き受けることを準備せずに大戦に近づいた。

第一次大戦の医師たちはそれゆえ、兵士を容赦

なく前屈させる、腰曲がり、あらゆる活動を妨げる尋常ならざる痙攣、外的世界とのあらゆる関係から彼らを切り離す聾啞、さらには健忘と錯乱の障害のような、不詳ないしは未知の臨床光景にあえぐ精神的な外傷を受けた兵士たちに突然直面していた。これらの症候群を名付けるのに使われた用語は多彩であった。砲弾症、神経衰弱、あるいは精神神経症。障害の記述は急速に増大し多様な診断を誕生させた。この時期の写真と軍の映像部門の記録はわれわれにこの病理の目につく特徴の多数の例を提示している。

これら新しい症候群の突発における戦争の実質的責任についての議論は神経精神科医を二分する。一方では、心理学概念が戦闘の暴力を主要な、ないしは唯一の原因として登場させた。すぐ近くでの弾薬の爆発に関連した精神的ショック、前線での極端な生活条件、四肢切断や死の恐怖の目撃に引き起こされた激しい情動は障害の発生に責任があると考えられた。しかし他方で、神経科医ジャン・マルタン・シャルコー（1825-1893）とジョセフ・ババンスキ（1857-1932）の業績に歴史的に関連した、ヒステリーの観点は徴候の出現における自己暗示と詐病の概念をもたらした環境の直接的責任を排除し、兵士のやる気をよりの確な原因とした。

詐病の疑いは、急速に戦争の精神神経症についての議論の前面に到達する。神経障害における詐病の位置はすでにアメリカ独立戦争の軍医、次いでその数年後、187-1871年の普仏戦争の兵士治療者の心を捕らえていた。しかし大戦の間、詐病の概念は、意識的あるいは無意識的に、精神神経症の問題に決定的に影響し、その治療引き受けを妨害することになっただろう。これら目に見える傷のない負傷者の上にもたらされた、詐病の診断的過剰は、一定の神経科医と精神科医を攻撃的実

Japanese Translation of "La folie au front : La grande bataille des névroses de guerre"
Shigeru TAKAUCHI, MD, PhD.
Mihara Hospital

験治療の使用へと導いた。多くの医師が尋常でない方法を用いるだろう。できるだけ早く戦闘員の義務を逃れようとして真の内部の敵に変身する詐病者と考えられた兵士たちを前線に送り返すために。医学-軍の結託は取り返しがつかないほどに定着する。この医学の軍権威との共謀はたしかに、動員されたすべての神経精神科医と関わっていたわけではないが、この共謀はしばしば突然の愛国的熱狂にとりつかれた学識者の好意的まなごしの下に発展した。

大戦の間、神経精神医学のセンターに動員された沢山の神経科医と精神科医とが外傷を受けた人々に対して不適切な行動をとっていた。彼らは既知の治療法を修正して、兵士において嘘から真実を見抜くための道具に変えた。この方法のしばしば極端な暴力性は、しばしば本当の拷問に例えられ、詐病兵士を暴いてフランスに最大数の戦闘員を再付与したという事実によって、支持者に対してに正当化された。これら実験的治療のうち、電気療法、電流の治療的活用は重要な地位を保持した。すでに大戦前に神経症の治療に採用されていて、電気療法は、技術的バリエーションに応じ「魚雷攻撃」あるいは「静電精神療法」と呼ばれた抑圧的な精神療法の方法の基礎となった。一定の兵士たちから拒まれたこの攻撃的で苦痛をもたらす方法は軍医の権威の限界の問題を鋭く突きつけさせた。この怪しい治療法に訴えることはこの医師たちの何人かに彼らの挙動について軍法会議を前に意見を表明させた。

戦争の精神神経症とその治療の漂流とは、確かに大戦の知られざる最新のテーマの一つを構成している。第一次世界大戦の軍事医学史のこの領域に隠された特徴はいくつかの要素を持っている。第一にこの歴史は、大戦前にすでに著名であった神経科医ジョセフ・ババンスキ、あるいは、電気に基づく抑圧的治療法の使用で、大戦間に有名な医師になる、クロヴィス・ヴァンサン(1879-1947)とグスタヴ・ルシー(1874-1948)のような、医学の大家を巻き込む。もう一つの説明は、大戦

の精神神経症の問題が、銃殺された人のテーマのように後になって暴かれたテーマを検証するという事実に着目する。事実、紛争初期の2年間、精神的障害の存在が知られていなかった兵士たちが敵前逃亡の罪を認められ、死を宣告され銃殺されることになる。近年の研究業績は、両大戦間にそのうちの何人かが名誉を回復されただけのこの銃殺のいくつかのケースを暴いた。さらに最近、2006年、大戦中に銃殺された精神的な外傷を負った英国人兵士が同じように名誉を回復された。

時は進み、医療心性の進化とアーカイブへのより容易なアクセスとが歴史のこの特別な面をおおうヴェールを徐々に持ち上げさせている。いくつかの研究業績は大戦の精神神経症の問題のある側面に近づいた、あるものはこの時期の公式医学報告だけを頼りにそれらを観察し、またあるものは電気精神療法の過剰に関連した漂流に焦点を当てて。大戦の精神神経症はまたガブリエル・ボマン2005年の「アントナンの破片」のような映画のおかげで一般の注意を再び引いた。

われわれが提出する総合的研究は大戦の精神神経症を置き直す、一方では軍事的文脈の中で、そして他方では紛争に先立つ医学思想をともなって神経学的系譜の中で。この時期の医学報告と科学出版物とはしかし問題の一側面を暴くのみである。精神的な外傷を負った兵士の記録は不幸なことに、戦争神経症とその治療に向き合った戦闘員作家のものと同様、少数しか残っていない。文学作品、たとえばルイフェルディナン・セリヌ(1894-1961)のものはますます価値を得て残存している。

大戦の精神神経症の問題は電氣的精神療法の過剰にしばしば縮小され、神経科医クロヴィス・ヴァンサンの行動のために汚名を着せられる。しかしその乱暴な電気療法は、精神的な外傷を負う人々の周囲に建造された実験医学の斜面の一つを構成するだけである。私達は神経学の国際レビューのこの出版業績の最初の第一稿においてこの側面にアプローチした。しかしながら、この治療の問題を、大戦の神経科医精神科医に実践された実験の派生

物の全体に拡張することが不可欠であると思われた。ただしそれを明確に行わないで、この時期の医師の事実や行動を現代の医学的基準や一般的基準に照らして判断するのは無分別だろう。この時期のフランスの軍事医学文脈に事実を置き直すことは同様に還元的であろう。世界規模の紛争においては、神経精神的外傷患者がすべての交戦国の衛生部局に問題を突きつけたことを思い起こすことが必要である。シェルショックという用語は、この病理を定義するためにアングロサクソン諸国で生み出され、これもまた一定の成功をおさめた。

この精神神経症をめぐる医学と軍事の放浪は、長期的には、現代の紛争における戦争外傷ショックの認証を許した。過剰と漂流を超えて、戦争精神障害の概念さえそれゆえ第一次世界大戦の間に真に誕生した。より最近の衝突は14-18年の塹壕戦のモデルを再産生することは決してなかった。この種の戦闘は神経精神的外傷の分化に、ゆえにその症候学的多様性に、抗いようなく有責であった。最期の紛争はにもかかわらず、今や外傷後ストレス状態(PTSD)と呼ばれる、多くの精神神経障害を生み出した。

第I章

神経科医と精神科医が戦場に赴く

第一次大戦前夜、フランス軍衛生局は、1914年8月2日から1918年11月11日までに数千の兵士を軍衛生センターへ送り込むことになる負傷のタイプと数とを予測し損ねた。衛生局は先立つ紛争から教訓を引き出していなかった。それでも南アフリカのボーア戦争(1899-1902)、日露戦争(1904-1905)およびバルカン戦争(1912-1913)は、兵器の改良に伴い、新しい負傷への直面をもたらしていた。特に頭部で、火器と砲弾片による負傷が今や最も頻繁であった。ヘルメットによる保護の重要性が明らかとなったが、それにもかかわらず金属製のアドリンヘルメットがフランス軍部隊に現れるには1915年半ばを待たねばならなかった。

衛生局の準備不足は他の理由でも説明される。衛生局を規定する法規は、1910年に作られたが、戦争が勃発するまでほとんど適用されなかった。強く推奨された物的進歩は未だ生じていなかった。そのうえ、宣戦布告に先立つ数年間、火器による負傷の無害性についてある種の偽情報が横行した。衛生局は、銃弾は傷に到達する前に火によって浄化されるだろうから、それらの傷はほとんど敗血症を引き起こさないと考えた。それゆえそれらの傷は戦場で特別すぐに治療する必要はなく、負傷者は静かに後方移送され得るだろう。紛争の第一週からこの誤った観念は急速に打ち壊された。

予測欠如はまた戦争の神経精神障害にも関わる。1905年の日露戦争は近代的戦闘によってもたらされた精神病理と精神的神経的障害の頻繁さを明らかにした。この障害の数は絶えず増加し兵士1000人に対し2から3人に達した。1909年の精神科医と神経科医の会議はこのデータに注意を引かれ、神経精神的軍衛生組織を強く推奨した。1914年8月、この推奨に続いてとられたいくつかの対策は未だ有効ではなかった。

総動員時、紛争初期、戦時衛生局がおかれた。年齢により従軍した文民医師は現役医師に参加したばかりである。その総数はしかしまだ不十分で、1915年5月および11月の命令は医学生に1年の看護奉仕の後に補助医師と呼ばれることを可能にした。文民建築物、リセ、エコール、ホテルが補足的病院を設置するために徴発された。赤十字、フランス負傷者救済協会、フランス女性連盟、フランス女性協会のような救助協会は同様に補助的病院を創設した。前線から後方施設への、負傷者後送の手順が組織された。

1914年8月9月の最初の対決以降、後方の軍体制はしかしフランス部隊の無秩序な撤退によって崩壊した。医師看護師は捕虜にされドイツへ連行された。この初期の崩壊への反応はゆっくりと生じた。

内科外科専門センターの創設が、一方では負傷者の流入に、他方では新しい負傷に対処するため

に取られた対策の一部をなした。神経精神科には、2タイプのセンターが徐々に生じた、国内のセンターと軍のセンターである。紛争初期数ヶ月、これらセンターの発展は、二つの専門領域に関連する負傷兵士の治療に直面した神経科医精神科医の個人的イニシアチブに依存した。しかしながら、この専門センター到着前に、神経精神科負傷者はまずなんとか戦場を脱出し、前線のすべての負傷者共通の後送手続きに入らねばならなかった。

神経精神科負傷者のコース

戦場で、負傷者は、自分の手段で、担架担当者に助けられて、衛生後送の最初の中継地である、最寄りの救護所に至る。救護所は、戦場近くの単純な避難所で、戦線後方へ送られることができない瀕死のあるいは重傷の兵士を含む、多数の負傷者を収容する。

1914年末以降、前線の安定と塹壕戦の定着で、救護所は、戦場の他のものと同様に、砲撃のなすがままとなった。このような混沌とした状況、負傷者の流入の前に、救護所医師の機能は縮小した。軍医、レオンビネ博士(1891-1971)はこの状況をうまく要約している。

「要するに、もし負傷者の大流入の結果、外部条件の結果、救護所では「荷造りと発送」しかできないのなら、医師はそれに対して現代外科のルールに則り傷を消毒し包帯を巻くことができる、患者の大きな利益のために」と。

負傷者は次いで、従軍し、戦線やや後方の、恒久的な場所に定着できる、移動衛生班へ送られる。この移動衛生班は外科処置のための装備があり、戦争の期間中、放射線と生物学的検査の手段を与えられている。移動衛生班以降は、手当を受け早期に全線へ戻れるであろう負傷者は「軽傷者デポ」「回復期デポ」に送られる。より深刻なダメージの負傷者は、同様に「宿駅由来病院」(HOE)と呼ばれ、操車場近くに位置し、内陸部の病院行き列車での後送を確保する、後送病院へ向けられる。

神経医学的負傷者は、神経系の外傷によって、この後送手続きに自然に入る。精神的な外傷を負った兵士はそこで自分の居場所を見つけるのがより困難で、無秩序なやり方でたくさんの医学構造の中に分散させられる。彼らは優先事項とは考えられない。周囲の負傷者の深刻さがこれら兵士たちに関する潜在的詐病イメージを際立たせる。ビネ医師はしかしながら救護所における精神障害の存在を認めて次のように書いている。

「戦闘生活を特徴付けるあらゆる種類の情動が、神経系に明らかに影響する。重大な局地戦に続いて、集中的で長期の砲撃に続いて、軍精神科センターへの後送を必要とするさまざまなタイプの神経症を観察することは希ではない」

移動救護班においては、精神的な外傷ケースは希ではない。ロジェ・デュプイ(1877-1945)は、師団移動救護班の主任救助医師で、1914年8月から1915年初めまで、診察させられた2000人の患者について、2%が神経あるいは精神の疾患のダメージを受けていた。

戦場の医師は戦争の精神的な外傷の犠牲者である兵士に日常的に向き合っているが、しばしばこの特殊な病理に対して無力のままである。ルイモフレ(1889-1977)は、第94歩兵連隊の補助医師であったが、このようなケースに向き合っていた。

「わずかの内に、私たちは第5中隊を指揮するクロ大尉に送られた伝令に目を覚まされた。

彼は私にこの言葉を伝える。先生、指揮所に210の爆発にとらわれ空中に投げ出された下士官がいます。彼は半ば裸で舞い戻った。凶暴な狂人です。彼は私たちを皆殺しにすると脅す。私たちはどうすべきですか？私は理解した。私は鞆に注射用具といくつかのアンブルを携え、ビッチュとクショーとともに出発する。支障なく指揮所に着き、私たちは、仲間と外まで来たクロ大尉に迎えられた。彼の部屋はこの発狂した伍長に占拠され、彼は男たちにうまく丸太にくくりつけられていた。目が飛び出し、彼は威嚇し涎を垂らし、痙攣的な

動きに震えていた。彼は爆発で半ば裸だった。あのような状態で彼を移送するのは不可能であった。私は彼に注射することに決めた。まずナイフの背で手指の泥を落とすことから始め、そこを綿で少量の水を注ぎ、携帯した固体アルコールの一片で熱せられた鉄の中で15分シリンジを煮沸しながら、自分の指の先をヨードチンキで消毒した。その伍長は静かになり始めうとうとした。救護所まで彼を移送できるだろう。」

しかし、外科医ルシアン・ラビュ（1892-1982）、連隊付き医師は砲弾の爆発による潜在的な神経障害の現実性に対して懐疑的なままである。「爆弾が第361救護所の5メートル隣の穴に落ちる：腕と小屋のあらゆるものが空中に上がるのが見えた、3人の担架担当者が殺された、私は僧侶も殺されたものと思われる。シャマル医師はショックを受けている、建物の残骸に埋められて。おお！彼は冴えない！もったいぶっているのだろうか？彼は大きな塊の様なままで、溝に深く倒れ込んで、白目をむいて。」

ラビュ医師は自分の判断を見直した、数週後、彼自身砲弾の爆発の神経ショックを被った際に：「この塹壕に戻りながら、私は4発の砲弾によって地面に叩きつけられた一砲弾は溝を埋めた。私は15分間、やや頭が変になった。」

戦時神経精神センター

神経医学的負傷者と精神的外傷を負う者は後方の病院をとて急速に溢れさせた。専門的機構、軍神経精神センターはこれら患者を診療するために創出された。国内ゾーンのセンターが、後送病院に関連して、最初に出現した。軍衛生局の方針は1914年10月9日の大臣通達によりその創出を組織した。それらは軍管区の中心地、地域病院、大学都市に設けられた。それらは、神経系の外傷ないしは戦争アクシデントに関連した精神症状の患者の観察と治療を命じられた。センターはこう

して、パリ、ブルジュ、リヨン、モンペリエ、トゥールズ、レンヌ、マルセイユ、ナント、トゥールに置かれた。1級教員と民間病院の神経科医・精神科医がセンターを発展指導する任務を担った。医療スタッフの採用は困難で、軍ゾーンの神経科医を内陸センターへ移動させるために配置転換が必要であることが判明するからである。

いくつかのセンターが早々に創出されるだろう、1914年8月の大臣通達以前に、そして神経精神科患者の流入を管理するための組織を即製するだろう。神経科に専門化したセンターがこうして非常に早くナンシーに置かれた。1914年9月ナンシーのグランクロネの戦闘の際、それは前線直近に置かれた。セディヨ軍病院の場所に置かれ、前線負傷者のトリアージにくわえ治療センターの機能も遂行した。通達後は、軍第20区の神経科センターとなった。その主任医師、ルイスピルマン医師（1875-1940）はセンターのやや職人的な誕生についての面白い証言を残した：

「これら（神経）患者は元来すべてセディヨ病院の隔離病室へ入院させられた。主要な医師ギルマン、主任医師の適切な介入のおかげで、私たちは、何週間かの終わりに、特別な調査を受けていない、すべての患者を病院庭園の真ん中に建てられたデッカーバラックに集めることができた(...)。神経科は、それゆえ事実上開戦に遡るが、第20連隊の神経科センターをナンシー、セディヨ病院に創出する戦争大臣の決定により承認された。」

パリのセンターは20世紀初頭の神経精神科の大家を動因。かくて1915年、ジャンマリシャルコの弟子の一人、ピエール・マリ教授（1853-1940）と、パリ神経疾患講座の正教授、ジュール・デジュリン教授（1849-1917）とがサルペトリエール病院の二つの軍神経科の責任者である。ジョセフ・ババンスキとジュール・フロマン（1878-1946）はピティエ病院の軍神経科の責任を負う。アシル・スーク（1860-1944）はヴィユジュイフのポール・ブルス病院神経科センターを管理。パリ軍政府精神神経症センターは

1915年シャルコのもう一人の弟子、ジルベル・バレ教授(1853-1916)により創設されるだろう。彼はヌイイ・シュル・マルヌで、1914年、徴発され民間患者を追い出したメゾン・ブランシュおよびヴィユ・エヴラル精神病院に定着する。

1916年、マキシム・レニエル・ラヴァステイヌ医師(1875-1953)に管理され、「精神神経症センター隔離サービス」として再命名されたセンターは、500床近くを数えた。

地方の軍管区においては、他のこの時期の医学大家が国内神経精神センターを指導：その中には、ブルジュのアンリ・クロード教授(1869-1946)、レンヌのアンドレ・レリ教授(1875-1930)、リヨンのポール・ソイエ(1861-1933)、さらにモンペリエのジョセフ・グラセ教授(1849-1918)。ジャン・アタナズ・シカール教授(1872-1929)はマルセイユの神経科センターを指導。この重要なセンターは末梢神経、脳、脊髄の器質疾患に200床、精神神経症に30床、妄想障害に40床、「誇張者」と詐病疑いに25床を有する。生理学治療と整形外科の2部門が神経科センターと緊密な関係にある。

1915年半ば、アンリ・クロード教授は国内神経精神センターの役割の初めての総括を行う。その数は徐々に増大し、得られた結果は、彼によれば、非常に満足でき現実の必要に応じている。いくつかの批判が、しかしながら、センター長から発せられる。たとえば、神経損傷を患う患者が国内センターに到着するのが遅すぎる。この不都合を取り繕うべく、前線衛生組織への神経科医の訪問が強く推奨される。他の計画、詐病者と「誇張者」の早期調査が診療科渋滞の問題解決のために不可欠として提示される。

神経科センターと精神科センターは徐々に分離する。最初の軍精神医学センターが、1915年3月、ボルドー軍病院にエマニュエル・レジ教授(1855-1918)、地域の軍医長により創出される。精神科医モリス・ディド(1873-1944)の場合は、ブルジュ神経精神センターで、分離反対のために戦う：「私たちの神経精神科は精神科と相乗的に機能し、

そこには利点しか見当たらない；戦時の機能的神経医学はかくも優勢な心理学的要素を携えているので、私たちの考えでは、二つの姉妹診療科を分離することは非論理的である様に思える。」

しかしこの問題においては、神経精神共通センターの神経医学と精神医学との活動はとても個人的であった。サンマンドリエの海軍病院に設置されたトゥーロン神経精神センターの医師、ピエール・ラフォンは戦時精神外傷についての学位論文においてさらに明言している：

「私たちはその気になれば沢山の精神ヒステリーと詐病との観察を示すことができただろうが、それは私たちが意識的に脇に置いておいた神経-精神センターの神経学的部分と法医学的部分に接近することだろうと判断した。」

戦時神経センターについての文学的証言はまれである。ブレーズ・サンドラール(1887-1961)、実名フレデリック・ソゼーは1926年小説「モラヴァジヌ」のなかで反抗的な神経症患者のためのセンターを記述している：

「神経学センター第101の2は60人ばかりの変人を保護している。“連隊を見失った兵士”で常に銃眼に居ると信じ、ベッドで常同的に腹這いの射撃手姿勢をとる不幸な人、スリソーに加え、戦争の消耗、恐怖、疲労、悲惨、病気、負傷によるすべての精神疾患がそこでは見いだされる。そこに閉じ込められた狂人は詐病者でも、消耗者でも、単なる神経衰弱でもないことが確認できる；全員がいろいろな軍の神経医学センターで狂気の袖章を得ており、そこで彼らは入院し観察され、2度と帰らない島、第101の2に、少しずつ、押さえつけられる前に沢山の専門家委員会により長い間尋問され、選別され、引き出された。」

サンドラールはスイス市民で、自発的に外人部隊に身を投じ、1915年シャンパーニュ攻撃の際に突発した負傷に続いて右手を切断された。彼はこ

れもまた精神神経症のためのセンターでもあるメゾンブランシュのパリ病院に再教育の間入院した。おそらく彼はこの入院から「モラヴァジヌ」の101の2病院を創造する着想を得たのだろう。

前線のセンターの設立

1915年初頭以降、国内センターの神経科医たちは、患者流入に包囲され戦争神経障害の症候学に狼狽して、前線の神経精神科センター設置を強く要請する。グスタヴ・ルシー教授は、国内への無用の待避を避けるための神経精神科患者の先行トリアージを可能にする軍センター創設のために戦う人々の内である。

軍センターは、前線から数キロ後方に設置され、神経損傷や精神的な外傷の後、兵士の迅速な治療を可能にする。100程度の病床としばしば後送病院の近傍に置かれ、それらは迅速に有効性を示した。

1915年4月18日、はじめの軍神経精神センターの1が第5軍、フィームに、推進者医師ジャン・ユージェン・ポザとジャン・アバディ教授の推進力のもと創設される。精神科医、主任補助医師アンリ・ダマイエと神経科医とによって指揮される。機能開始数ヶ月間、常時10人ばかりの患者がセンターで観察下に置かれ、患者の20%が前線に復帰できるだろう。

このセンターは4室に分けられて30床を擁し、そのうちの1室は興奮患者や法医学的目的で観察されるべき症例の監視に当てられている。

1916年2月、このセンターは二つに分割される：精神科と神経科に。精神科は最軽症の患者をその場で治療し、最重症の症例を国内へ後送するだろう。後送は列車によって、入口が閉ざされ改装され特別に金網を張られたコンパートメントでなされるだろう。たとえばアンリ・ダマイエはこのようなセンターの役割を要約している：

「1)前線部隊に精神疾患や神経症を迅速に排除させること；2)これら患者の間で、詐病症例を除去するトリアージを実施すること；3)軽度障害をその場で治療し続いて部隊に復帰させること；4)最重

症患者を国内センターまで後送すること、このために教育を受けた看護者の監督下で；5)カルテと診断書に、必要な特別観察、食事療法、患者に与えるべき行き先を表示して、各患者すべてに暫定診断を確立すること。」

1915年6月初め、グスタヴ・ルシーは第10軍神経科、精神科センターを率いる。後送病院の近傍に位置して、そのセンターはソナムのドゥラン市街の軍病院に転換された拘置所の場所に設置される。収容力は150床である。20ばかりの隔離室が二つの屋舎に分けられ興奮したり戦時委員会の審査を待つ患者を収容する。二つの診察室が精神療法と電気療法に当てられている。シャワー室が水療法のために整備されている。稼動開始5ヶ月の間に、67人の精神的な外傷患者がこのセンターで治療される。これらの患者が、精神療法、電気、冷たいシャワーによって彼らをすべて治療できたと主張するルシーの注意を独占している。

連隊への復帰は、封筒に入れられ連隊医師に直接送られる、診断告げる通知とともに実施される。この通知は病型の詳細を内容しうる：「呈された障害の信憑性の観点から監視すべき患者」

第2軍の神経科センターは、1915年12月に創設され、レンヌの国内神経センターを出たアンドレ・レリに率えられる。そのセンターの活動は、創設以来、とりわけ戦闘領域と国内とをせき止めることであるだろう。引き受けられた機能は：1916年7月から10月までの間に、91%の患者が国内病院を中継することなく前線へ送り返されるだろう。これら患者の半分が戦争神経症を呈していた。

1916年2月、ドゥーランに召集された軍神経科医の最初の学会は、軍衛生局次官、ジュスタン・ゴダール出席の下、各軍に神経精神センターを創設することの必要性を認めた。

センターの予防活動が喚起される。たしかに、軍センターで迅速に治療した精神的な外傷患者とヒステリー患者は、小隊に帰還し部隊においてこの

障害の最小の深刻さと容易な治療可能性とを認知させることができた。彼らはたとえば志気の伝染病に対する闘争に有効に参加する。ポール・ソリエ教授はしかし戦争神経症の数を相対化し、疫学概念に論駁する。

彼の推計によれば、神経科センター患者の約15%がこのような病理に関連しているだろう。障害因における戦争の割合を測定するためには、この数字はヒステリー障害を大戦以前にすでに患っていた一定数の兵士をさらに減じねばならない。重度ないし発作を有する精神障害既往の兵士は、動員の際あるいは入隊以降にほとんど皆再発し、決して前線に到達しなかった。彼らはそれゆえ戦時衛生機構をあふれさせることはなかった。

神経科センターの活動

戦争の年月を通じて、神経精神科センターは重要な活動を維持する。それは、内閣に義務づけられセンター長医師に作成された、月間報告によりおそらく評価され得る。パリセンター、といくつかの地方センターは、特殊な機関に集められたこれら大勢の患者を活かして、業績と出版において非常に多産となる。大戦の間、「神経科レビュー」や「医学心理学年報」などの専門医学レビューは、戦時神経精神医学に独占的に振り向けられる。大戦4年間に集積された臨床症例はこれらのレビューに1918年の後も題材を提供することになる。

戦争精神神経症はこれらのセンターで治療された唯一の病理ではない。いくつかの神経科センターは一つのタイプの病理や特定の治療に専門化する。1915年1月創設され、ジャン・アレクサンドル・バレと協力してジョルジュ・ギラン教授に指揮された、第6軍神経科センターの場合がそれである。彼らは電気生理学的探求を行うアンドレ・ストロールと協働する。第6軍がソンムの戦闘によって厳しい試練を受けた、1916年に向けて、臨床解剖学的相関、巣症状診断、戦闘毒ガスの効果について、センターの業績が集積される。

ギランとバレは今や彼らの名が関連づけられて

いるアルブミン-細胞学的解離を伴う上行性神経炎についても同じく記述した。

ピエール・マリとシャルル・フォワは、サルベトリエールのパリ病院の軍神経科において、戦争頭蓋損傷に続く言語障害について詳しく研究した。イヴァン・ベルナルの協力を得て、彼らは大脳回と頭蓋内壁との関係を決定するための脳頭蓋放射線定位の技術系を開発する。彼らはこうして適切な臨床解剖学的関係を確立し、失語症候学の新ビジョンを提案する。

大戦の間、数多くの神経学徴候が記述され、今日までも使用され、その発見者の名前をもたらししている。ピエール・マリとシャルル・フォワは「ピエール・マリとフォワの操作」の名の下にこれ以後知られる顔の現象を報告、それは、眼球の下方、下顎枝で顔面神経を押さえることで、特に昏睡患者において、顔面麻痺の診断を可能にする。ジュール・フロマンは、ジョセフ・ババンスキの神経科において、「フロマンの日誌徴候」の名を今日に伝え、尺骨神経麻痺における把握失調に相応する親指の徴候を記述する。1915年、神経科医ジュール・ティネルは、打撲に続いてその神経領域での感覚障害の出現からなる、たいてい圧迫現象によって引き起こされた神経の傷害を示す徴候を記述する。それはときに「ホフマン-ティネル徴候」と呼ばれる、ジュール・ティネルが、自国軍に勤め、同年に、この現象を記述したドイツの医師パウル・ホフマンと著作権を共有しているから。

神経精神科センター長たちとパリ神経学会との共同学会が定期的に組織され、参考報告が残された。最初の会議が、1915年10月21日、パリにおいてジュール・デジュリンの妻オギュスタ・デジュリン・クルンプケとパリ神経医学会会長の召集で行われた。

この学会以降、詐病の調査が中心を占める。この会議は「臨床検査の方法と「神経損傷患者」の症状の誇張や詐病を疑いうる場合にとるべき行動」をテーマとした。

1916年4月6、7日、第2回学会はジュスタン・

ゴダール主催のもと同盟国の神経センターの代表者も招く。幾人かの同盟国の神経科医が出席、そのうちには、ヘンリー・ヘッドとともに英国衛生局から送りこまれたゴードン・ホームズがいる。取り組まれた4つの問題のうち、2つは戦争精神神経症に関連し、報告「いわゆる機能的運動障害の性質とそれを考慮してとるべき行動、および爆発に続く神経損傷」の対象となる。1916年、新たな学会が、戦争神経症と精神病の改善、無能力、満足感の問題について12月15日に開催される。

1917年、ジュスタン・ゴダールとアンリ・メージュ医師の主催のもとヴァル・ド・グラス病院において、12月20日、学会が開かれる。目的は今回は神経センターと再教育専門サービスの組織と機能の検討である。報告は国内のセンターの医師たちに前線の衛生機構における精神神経症患者の調査に出ることを推奨する。この報告は軍管区間での大きな不均衡をも確認する。ある軍管区は、たとえば、神経科センターを有さない。神経科センターが理学療法センターとの協働様式で稼動することも希望される。回復期や一時的改善の精神神経症患者に得をさせないよう推奨するパリ神経医学会の希望を実践することがセンターに喚起される。軍事領域のセンターにとって、この報告の主要なメッセージは、神経損傷でダメージを受けた対象者の国内流入の回避である。方向付けの命令が尊重されるために、適応的軍医学措置の適用を責務とする医療委員会が創設される。センター長とパリ神経医学会との最後の学会は1918年3月20日に開催される。頭蓋創傷と神経縫合とに向けられる。

戦時神経精神科組織はそれゆえ国に召集された民間医師を何よりも、そして開戦以来根拠とする。動員された大学の神経精神科医たちと学会は、神経科的精神科的ダメージを受けた兵士の治療に想像を超えて巻き込まれることになる。不幸なことに、多くの状況において、この関わり合いは、1914年8月以後出現する新しい神経精神病理に対して根拠ある医学的態度には行き着かないだろう。

第II章

新たな戦争、新たな外傷

たとえ戦争心的外傷症例が、1904-1905年の日露戦争のような、20世紀初頭の戦争において記述されていたとしても、第一次大戦時の神経科医と精神科医は障害の症候学とその頻度とに驚かされる。これら障害の新奇な性格は戦争中とそれに続く数年間を通じて驚異となる。1920年、神経精神科医アンリ・ワロンは、戦争精神神経症の真の新規さについての問題を週及的に今一度提起する：「未知の性格の障害を確認することを予期する必要があるのか？」

人が最悪の破局に取り残されれば、有機的精神的構成に属する唯一の反応あるいは唯一の混乱をとまなう。しかし同じ症候群が意味を変える、もしその結合、病因、推移が異なるなら。」

この戦争の戦闘にもたらされた神経精神障害はもう一つの困難を引き起こす、命名の問題である。しばしば新奇で、神経系に探知できる解剖学的損傷を欠いた、この神経障害をどのように客観的に形容するか？ジョセフ・ババンスキは、通常可視的損傷を欠くが神経医学においてその使用が多岐にわたり過ぎている神経障害を意味する、機能的なる用語に好意的でない。ジョセフ・グラセは、語源の見取り図について過剰な議論をかき立て、ヒステリーの定義について論争を喚起する「ヒステリー外傷」という古い用語をやはり採用しないことを提案する。戦争神経症は見分けうる組織損傷により直接説明できない神経障害(麻痺、聾、啞...)の総体として最終的に定義されることになる。精神神経症の方は、精神錯乱や健忘のような精神機能の変性に結合した神経症に相当する。神経症と精神神経症は、真の外傷の存在を必要とすることなく戦争に起因ないしは強く悪化することを共有し、メランコリーやパラノイアのような古典的精神疾患とは異なる。

用語学の問題をこえて、これら医師たちにとっては、アンリ・メージュが詳細にするように、精

精神神経症患者と真の神経損傷患者とを混同しないことが問題となる：

「症例に従い採用された用語(想像的障害、機能的障害、ヒステリー障害、ピティアティズム、嘘言癖、ヒステリー外傷、外傷性神経症、暗示現象、誇張、詐病)がいかなるものであれ、この類いの現象を呈する対象が、今日「神経損傷患者」の名の下に通常指し示され、神経系の明らかな病気に冒された人々と取り違えられることがないことが重要である。」

もし戦争精神神経症の分類方式が医師毎に異なるなら、同じ臨床プロフィールが多く業績、たとえばジョセフ・グラセ、グスタヴ・ルシーあるいはポール・ソリエのものに見いだされる。あらゆる大きな神経機能が関係し得るが、最も目立つ徴候はあきらかに運動、感覚、言語、聴覚に関わる。障害の分類は実際、患者がしばしば同時に、精神障害を含む多くの徴候を呈する程度に応じてやや人為的である。

戦場で観察される精神神経症突発のメカニズムも同様に大戦を通じて議論のさなかにある。多くの医師が「戦争因子」の重要性を認め、ナントの一般救済院医師、ラウル・ブノン博士は二つの大きな状況を区別している。一つの場合では、戦争が対象の面と向かって見いだす唯一の原因である。戦争による危険、過労、疲弊が精神神経症の起源にある。彼は戦争に起因するこのタイプの障害を示すのに「論争癖」の追加を提案する。第2の状況は物理的外傷が精神神経症の原因である場合である。戦争はより副次的な因子として現れるがにもかかわらず障害の増悪を招来する。

数ヶ月後、三大メカニズムが定義される：精神的ショック、情動、暗示。精神神経症についての各医師の個人的確信に続いて、この3つの現象は可変的割合で混じり合い、障害の出現を説明する。ショックの、および情動のメカニズムにおいては、戦争因子が優勢である。ショックは近くでの砲弾爆発に続く神経系の指摘できない器質的損傷に続くと考えられる。戦場で経験される情動は－視覚(戦場の恐怖の光景)や嗅覚(死体の耐えがたい臭

気)のような－感覚経路により障害の引き金を引きうる直接的な心因である。暗示や自己暗示のメカニズムの仮説においては、障害はヒステリーの枠組みに置かれる。この概念の信奉者は、兵士自身を非難しその治癒意欲を問題として、障害の突発における戦争の責任を完全に排除する。この場合には、戦争は挿話的役割、多くても、先天的欠陥や素因を暴く役割を有するだけである。

神経医学的徴候

この紛争の精神神経症の象徴的な表現は腰曲がりのダメージを受けた兵士の曲がった外観、背中の曲がった際だった変形の周囲に作り上げられた。まれで、しかも戦争以前は未知の、腰曲がりは近くでの砲弾爆発によって精神的な外傷を負った兵士に頻繁に突発した。彼らは弾薬の破片によって直接ダメージを受けていないが、しばしば爆発によって投げ出されたり部分的に生き埋めにされたりしている。1915年、腰曲がりは本物の伝染病として前線に広がる。この新しい疾病分類項目の最初の記述はアシル・スークとその協力者、インナ・ロザノフ・サロフとによって、パリ神経医学会の1915年11月4日の会議においてなされる。この著者たちは、ときに他の「camptorachis」、「体幹のブリーツ」あるいは「曲げられた背」によって呼ばれる、この印象的な臨床現象を記述するために、ギリシア語の「体幹を曲げる」に由来する、用語「腰曲がり」の単一的な使用を提案する。

1916年、インナ・ロザノフ・サロフは図像的業績においてこの疾病の症候論を詳述する。腰曲がりにおいては、体幹の伸長が不可能である一方、骨盤が腿の上に屈曲位で倒れ込んでいる。座ったあるいは横になった姿勢において屈曲位のままで、患者はそうして撃鉄の形に身体を丸めて横たわっている。立った姿勢のためには、杖や他の支えが必要で、重心が前方へ偏りすぎた姿勢のゆえに。脊柱自体はまっすぐで、項は伸び、患者は周囲を見回すためにひとかたまりで身体を回す。姿勢はそれゆえ前方へ身をかがめる正常対象の取る自然

な姿勢とは全く異なる。患者の肩を壁に固定しようとする、彼の足は前方へ滑り肩はがっくりと落ちる、あらゆる他の力による立て直しの企てにおけると同様に。対象は重心を追いかけるかのように歩行する、強く地面にたたきつける杖によって支えられて。

腰曲がりの定着状況と症候論は十分に紋切り型である：

「Jは砲弾の爆発により遠くへ飛ばされた、1914年12月13日に。彼は6、7時間意識を失った：気がついたとき、彼は砲弾の穴にほとんど埋まっていた；傍らには仲間の死体を見いだした。彼は翌日まで同じ場所に居続けた；彼の救援訴えが聞かれ、我々が彼を探しに来た：腰と腹を非常に痛がったが、身をかがめてはいなかった。救護所において、彼は手当てされず、彼は負傷していなかったから。そこから、彼は移動衛生班へ移送される、仰向けに横たわって。もはや支えがなくなるやいなや、その体幹が前方に傾いていることを、彼が初めて確認するのはそこでである。彼は姿勢を修正しようと努めるが、腰の痛みのためにそれはできない。この瞬間から、彼は曲がったままで、直立姿勢に矯正することができないが、苦痛もなく水平臥位に仰向けに横になることができた。」

アシル・スークは腰曲がりの2大タイプのなすべき区別を主張した。純型で孤発性の腰曲がりは、いかなる負傷も伴わず、精神的外傷に属する。器質損傷、多くは腰の損傷に関連した腰曲がりは異なった経過を取り、特別な治療を要する。純型においては、背中の疲労の原因となっている「苦痛の恐怖」という現象の仮説がしばしば進んだメカニズムであった。

腰曲がりの予想外の症候論は、一定の神経科医によって、詐病現象を急速に疑われた。他の神経科医たちは腰椎のある操作により引き起こされる頻拍と努力呼吸に障害の信憑性の徴候を探そうと努めた。

腰曲がりの他、戦争神経症の神経医学的症状は

運動、末梢および中枢感覚の、様々な障害により呈された。運動神経障害は片麻痺、単麻痺、対麻痺に分類される。腱反射異常と数年前ジョセフ・ババンスキに記述され、以来彼の名を冠する徴候との欠如が神経症起源であることを示している。彼は、運動障害の起源に器質損傷欠如を確認するのにときに気むずかしく、診断上の慎重さが維持されねばならなかった。ジョルジュ・ギランは器質的診断を見逃すことは容易だと考える、特に激しい爆発に引き続いて観察された症例においては。徹底的で系統的な神経学的検査がそれゆえ必要である。精神科医ジョルジュデュマに報告された、片麻痺を呈する戦争神経症の症例はこの問題を良く示している：

「兵士Bは避難所となっているあばら屋の野営ベッドに横たわっていた、爆弾が、屋根を破壊して、近くに落ちてきたときに；彼にはドアにたどり着き出ていく時間しかなかった；爆風が彼を放り投げ、地面に転がした。彼は何分か意識を失ったが、独りで救護所までたどり着き、転落して、右前部に被った打撲傷に包帯を巻いてもらった。翌日、彼は左側がより重く感じた；何時間か後、動かさないほどこの側を引きずり、36時間後、上肢下肢の無力で完全な対麻痺が完成した。」

いかにしてこのような症例において、運動障害の責任脳損傷の欠如を確信するのか？

感覚障害はよりまれだが、半側身体や四肢の麻痺の形で出現しうる。一般に、麻痺は器質神経障害におけるようには半側身体全体には達しないが、四肢に不規則に分配された麻痺圏が存在する。

戦争精神外傷が歩行に出現することは非常に頻回である。10ばかりの歩行変容のタイプが記述され、新しい用語論に達した。もがく、三脚状の、X脚歩行や、水浴び歩行がたとえば報告される。実際には、歩行障害はしばしば混合している：

「30歳の兵士。1915年4月爆弾爆発により生き埋めにされ、直後から数週間昏迷期が続いたその出

来事をもはや思い出せず、その昏迷期についても一切記憶がない。精神神経症センターにおいて、彼はベッドに横たわり、両脚は硬直して交差し、身体は最小の物音に飛び上がり、彼は問診に正しく明晰に応じたが記憶を呼び戻すのに努力を要した。歩行を命じられると、即座に外観が変わり、顔色が激しく変わったが、彼は従い、自動的に硬直した様子で前進する、転倒を避けるために必要な二つの支えに支えられて。彼は、身体と四肢とを硬直させて、不均等で震える足取りで進み、腕も開き震え、目を見開き、遠くの恐ろしい光景に固定されたかのように、歯をかちかち言わせて。あるときは曲がった体幹が脚に先行し、あるいは反対に遅れて；彼は汗でびしょりになり；顔は紅潮する(...)。
彼はもはや進めず、我々は彼を横たえなければならぬ。」

中枢感覚障害はなによりも聴覚と発話に関連する。戦前はほぼ未知であったこの症状において、聾啞は最も頻繁である。聾のみ、あるいは啞のみもまた、失声、吃音、完全な失明や光恐怖のかたちの、視覚障害と同様に観察されうる。味覚や嗅覚の消失はるかにまれである。

これら神経障害はすべて、消化器系(嘔吐、食思不振)であれ、呼吸器系であれ、心拍促進や心拍緩徐の相をとともなう血管系であれ、内臓障害に潜在的に関連している。括約筋障害は頻繁で、失禁や「興奮性下痢」を含む。

大戦の間、もう一つの項目が出現する、神経症-器質連合障害である。このような症例においては、精神神経症はほとんど重要でない外傷性器質損傷によって引き起こされ維持される。こうして特殊な臨床像は、解剖学的損傷のある器質障害と純粋な精神的障害との間にその位置を見いだす。四肢の小さな負傷後に発症し、しばしば四肢の顕著な変形を引き起こす単一ないし複数の関節の拘縮に相応する。この変形は局所の浮腫や皮膚の色調障

害に結びつく。様々な呼称がこれらを形容するために使用された。アンリ・メージュは「凝り固まった手」について話し、ピエール・マリとシャルル・フォワは「片側緊張性不全麻痺」について、ジャン・アタナズ・シカールは「尖端拘縮」について。ジュール・フロマンとジョセフ・ババンスキは、戦争精神神経症とは異なり、マイナーな外傷後に発症するこれらの反射性神経現象を「機能的神経障害」と命名することを最終的に提案した。

精神障害

戦争の精神障害はあらゆる先行障害に伴い、これらの臨床プロフィールを定義するのに「精神神経症」なる用語の採用を正当化する。純粋な精神の症候学は医学文献においてあまり多くの研究を出現させなかった、なぜならこれら障害のあるものの症候学は戦前から既知であったから。

ヴァル・ド・グラス病院精神科医、エルネスト・デュプレにとって、戦争は新しい精神疾病を本当には生み出さなかった。戦争はただ一定の妄想に着色し、潜在的な精神病を悪化させ、あるいは平時に既に知られた精神反応を非常に多く産生した：

「この戦争において軍隊で観察されたあらゆる精神障害が、平時において、事故、災害、疫病、動乱の際にすでに確認されており、臨床的、法医学的研究の対象をなした。」

リヨンの軍神経精神センター精神科医、ジャン・レピーヌ教授はこの意見を全く共有せず、戦中に観察された症例は平時のものとは同一ではない、とくにその経過において、と考える：

「絶対的には、私たちは新しい病的状態を確認してはいないが、特別で、時には絶対的に異常で、戦時の特殊な状況に起因する経過を常時目撃していることは確かである。」

精神科医ジョルジュ・デュマは軍事に着色されただけの精神障害、戦争に間接的に結びつくもの、

戦闘に直接起因するものとを区別した。戦争に着色された精神障害ならば、いずれにせよ、紛争の外で発症するだろう。戦争の介入は目立たないものにとどまるが、たとえば、対象の妄想における軍事的なテーマによって症状を発現しうる。戦争の間接作用は過労と精神的疲労に結びつくいっぽう、直接作用は、特に戦闘の一定の恐怖により生み出される、戦闘に結びつく情動と精神的ショックによって症状を発現する。

1915年1月、医師ガストン・ミリアンは、精神科既往のない兵士に発症する精神障害の主要な形態「戦闘の催眠」を記述する。それは戦闘の外傷の後に発症する覚醒状態の悪夢の形態で症状を発現する：

「レオン C、30歳は入院させられ、われわれはそこで、首を曲げ、目が据わり方の方へ向け、ベッドの仰向けになって身動きしない彼を見た。ときおり、放っておいてくれと言うためのように右腕をいくらか動かした。彼は理解できない様子で、最も簡単な質問に答えるだけだった。彼の口から出た唯一の言葉は：銃、薬莖。しかし戦争について彼に話すやいなや彼の態度は全く変った。“あなたたちは戦争に行った！”全身が防御に身構えた、迷惑な動物を追い払うために使う“ブルー！”という叫びに添えた激しい反発の動作だ。“銃を撃ったか？—そうだ！”そして激しい反発の身振りも。“死者、負傷者は居たか？”同じ身振りと：“死体だらけ、けが人だらけだ！”そして彼は涙を流す。彼が泣くとは言えない、なぜなら彼は常に不動なのに涙が豊かに流れるのだから！」

戦争が決定的因子である症例は2大病型に分類される：錯乱障害と不安障害である。

錯乱障害は見当識障害、興奮、麻痺、記憶障害の形をとる。健忘はしばしば、外傷的出来事についての、欠落であり、障害出現に先行する事実に関する健忘で完成しうる。幻覚的せん妄と病的な

夢が錯乱症候群を完成する。不安障害は、数ヶ月前線にある兵士に、助長因子なく、普通突発の形で発症する重大な不安によって発現する。ある症例においては病的な猜疑が、憂うつ、家族、軍事を心配する形でこれら不安障害に随伴し、妄想観念を生み出しうる。

これら精神障害の良性のものは急速に回復し良性の経過のものである：

「大尉、繰り返された戦闘の中心的精鋭将校、ある日焼夷弾によって幾人かの部下が傷つけられるのを見、最も暴力的な情動を体験する。なんとか鎮めた、二人の上にケープを広げた後、彼は突然呆然と感じ、周囲の意識を完全に失う。彼は二日後接触を取り戻す、彼を後送する衛生列車のなかで、どこに居るのかわからないまま。彼は捕虜になりドイツ人に取り囲まれていると信じる。三日間、意識消失は完全で、この3日間に生じた事実の記憶は一切戻らなかった。この将校の存在には穴があり、彼はこの期間死んでいた印象だとはっきり告げている。しかし徐々に、下意識の状態は消失したが、せん妄ははるかに長く存続する。数週間、苦痛な悪夢のない睡眠は一切ない。夜の発作が常に繰り返し、焼き払われた部下たち、彼の部下たちはもはや将校の周りに居らず、将校は混乱のなか独りで居ると感じる不安とともに。現在、この大尉は完全に復帰している。脳機能の完全な健全性を回復し、前線に向かって出発しようとしており、義務を非常に勇ましく新たに行うことを望むのみである。」

より複雑な他の臨床像が記述された。検死医、ポール・シャヴィニ教授は *aprosodie* と形容された特殊な精神障害を報告し、以下のように定義した：

「患者にとって何らかの対象に注意を保つことの完全な不可能状態。非常に覚醒し、精神錯乱で観察されると全く反対に、対象は外界からくる刺激の全くなすがままであるが、この刺激は一切印象

に変形せず、感覚や脳作業の出発点にならない。」

アンドレ・ジル、歩兵第294連隊の主任補助医師は戦闘の強度と精神障害の症候学との間の関係を確認した。前線にあり、第一線の強度の戦火との接触では、障害はしばしば顕著である。軍事活動がより少ないゾーンでは、消耗戦の砲撃、一列に上昇するリズム、前線の背後での滞在に刻印されて、ジルは、不眠、頭でっかち、悲哀感、興奮し易い情動と結合する、より無気力な神経衰弱状態の出現を記述している：

「ある砲兵大尉は塹壕に7ヶ月居り、元気いっぱい活動的で、砲撃の効果を観察しに第一線へ行くのは彼にとって楽しみの領域である。突然、彼は心配そうな態度をとり、痩せて、黄ばみ、やつれる。彼は睡眠食欲を全く欠いた。悲しみ、怯える。危険を気にしなかった彼が、追い詰められた獣、死刑囚の感覚を感じるという。彼の理性は、自分の神経のパニックをもはや抑えられない；自分自身の砲が出す大音響に、彼自身が発射を指揮しているのにもかかわらず情動的な振戦と動悸の発作を来す。この興奮性、神経過敏は次第に増強する。抑うつは私たちの陣地からの継続的(8日間)の砲撃の後ピークにある。彼を後送しなければならなかった。」

反対に、第一線の激しい戦火との接触で、精神的プロフィールはしばしば顕著なものになる。オギュスト・シャパット、歩兵第152連隊伍長はそれについて、ヴォージュのハルトマンズヴィラコプでの1915年3月の戦闘の最中の例を報告している：

「天地を引き裂く砲撃、銃撃、砲弾と榴弾の爆発の地獄のような騒音のただ中で、私の小隊の兵士が私たちを凍り付かせる怯えた口調で突如叫ぶ：“やつらはそこだ！そこだ！彼らは青なんだ”；不幸な哀れな男は突然狂った；目は飛び出し、目の前に私たちの前にドイツ野郎が見える(...)と疑いなく

信じている。そして今塹壕で無秩序な身振りをしながら、彼は声を限りに歌う：“もし俺を幸せにしたいなら、マルゲリト、おまえの心をおくれ。”私たちは、最も近くの隣人が連れて行くために腕をつかむ、そして今や人間の残骸、脳のない人間、戦争の犠牲者、生ける屍でしかない、このかわいそうな仲間のために大いに哀れんだ。」

この時代のいくつかの文学作品が、戦闘に起こされた急性精神障害の症例を引合いに出している。たとえば、「14の人々」で、歩兵第106連隊少尉、モリス・ジュヌヴォワはヴェルダン南方、エパルジュ戦線での1915年の戦闘の際に「発狂した」何人かの兵士を記述している。彼らは行動の障害と「激しい恐怖に歪んだ顔つき」を呈し、「脈絡のない話」を発した、彼らの仲間の幾人かが殺され重症を負わされた特に激しい戦闘のさなかおよびその後。「偉大なる群衆」で、ジャン・ジオノは、夜間、家族が彼とともに居ると信じ娘と妻に話しかけるようにうわごとを言う大尉を記述している。

精神障害の経過が死に至る深刻な症例が存在する。長引いた無気力と衰弱の状態は栄養不良や長期臥床の合併症による致死的結末の原因である。抑うつ的あるいは妄想的観念はまた、戦争精神神経症の究極の表出、自殺にも至りうる。戦闘員の自殺数、その行為の際の彼らの精神状態、さらには用いられた方法について利用できる情報源は非常に少ない。実施された調査は、特に、病气、事故、処刑、自殺により死んだ大戦の兵士の名前を分類する「フランスのための死亡阻止」の検索以降、この問題を少し明らかにさせた。量的評価は、大部分歩兵の、5000人の兵士が自殺したという蓋然性の高い数値に至る。自殺の頻度は1916年のヴェルダン、ソンム、あるいは1917年のシュマン・デ・ゲームのような大戦闘の期間はより少ない。2回に1回、自殺は実のところ前線の後ろで、休暇中や入院期間に起った。将校は割合的に兵士より関連し、最も頻繁な二つの方法は縊首と火器である。

脳振盪という説明

大部分の神経精神科医にとって、兵士の近くの砲弾の爆発は、可視的損傷なく、神経系の激しい動揺を生み出し得、結果ショック症候群を定義する。その外傷性メカニズムは、弾薬のガスの塊の解放の「突然性」と「爆発波の緊張」に作用させるだろう。これらの現象は、探知可能なすべての損傷以外の深刻な神経精神障害を説明しうるだろう、「砲弾風邪」なる用語のもと帝国の戦争においてすでに報告されたように。強い爆発波は激しい圧縮と減圧を生じさせ、ショック症候群はこの時代の医師により、同じように「潜函病」と呼ばれた、潜水夫の減圧事故にしばしば比較される。

たとえばリヨンの外科医ルネ・ルリシュは宣言している：

「砲弾風邪、激しい気圧は、ほとんど説明するまでもなく、爆発ゾーンでの気圧の変化は恐るべきものであることはたしかで、それが起こす病変が潜函病のそれを想起させることは驚くことでは全くない。」

ショック症候群においては、当初の意識消失が通常である。兵士はその次に、安全配慮を欠く心身抑制状態にあることに気づく場所にとどまる。作家たちはその自伝的物語においてこの症状のいくつかの例を詳述した。哲学者エミル・シャルティエ、いわゆるアランは砲兵で、その「戦争の記憶」のなかで、砲弾爆発による強いショックの彼自身への影響を報告している：

「私は空気の振動と破裂を感じた；もっと長くそれについて考えることなく、私は金網ベッドの一つに横たわりそこで長く眠る。茫然自失は夜まで続いた(...)。その影響は一種の無関心、そしてぼんやりした思考である；何人かは終生痴呆のまままで終わる。」

エルンスト・ユンガーはドイツの塹壕にいた兵士で、同じく兵士たちの中に落とされた砲弾の衝

撃を記述している：

「薄暗い塊の回転は、煙を上げ赤く染まる大鍋の底で、一瞬で、地獄の悪夢の光景のように、最も深い恐怖の深淵を開いた。」

直後、ユンガーはまず啞然とし、次いでパニックに捕らえられた自分の行動を記述している：

「恐怖に固まったように、麻痺し続けた後、私は飛び起き、夜通し走った(...)。もはや何も聞えず、何も見えない！ただここから逃れること、闇のそこまで！」

外傷のないショック症候群の犠牲兵士の死後解剖は、ときにいろいろな内臓と神経系とにおけるびまん性や巣状の出血を発見させる。神経病巣はたとえばジョルジュ・ギラン、ルネ・ルリシュ、アンリ・クロードの業績中に記述されている。アルベール・マレ教授とその助手アンリ・ピエロンは強いショックの病原性について研究し、非常に急速に解消する症候の一定の症例において原因となった、器質病巣の存在を説明しようと試みた：

「それは何を意味しているのか？

私たちがベースにある器質変化を識別しない(...)ということを除いては、器質性であるためには、回復する可能性、追跡させることなく多少早く消失する可能性が少なくない現象、普通器質性と呼ばれ、そこにあり不可逆であり、すなわち、一般に、不治で決定的な破壊をもたらす障害から区別するものである。」

ポール・ソリエは精神神経症とショック症候群の原因である爆発からの距離とを相関させた。彼は3つのゾーンを定義した：ガス噴射ゾーン、大気濃度激変ゾーン、振動ゾーン。

他の医師たちはショック症候群は同時に器質性かつ機能性の徴候を産出できると考えている。ヴィ

シーの神経科センターにおいて、レオン・ロルタ・ジャコブ医師はたとえば、砲弾や地雷の爆発を被り、投げ出されたり生き埋めにされたりした兵士たちを巻き込む「崩壊症候群」を記述している：

「症例の大部分において、崩壊した人たちにはそれゆえ器質徴候が存在する。

一定時間の後、機能的結合が突発するのが見られる。結局、崩壊症候群もまた精神神経症によって再生産されうる；個々の症例毎にこの病因を探求せねばならないだろう。」

精神科医ジョルジュ・デュマは脳の激しいショックの症候群に非常に器質的な目を向けた。彼は神経系の真の病変を否定する危険について強調した。彼はそれにもかかわらず認めた：

「器質的説明において最大部分をおいても、疑わしい症例をそれらにゆだねても、症例すべてにこの説明を聞くことはできない。」

第2軍神経科センターへの配属を利用して、アンドレ・レリはショック症候群と打撲症候群とを区別するべく努力した。彼によれば、脳打撲の症候群は、局所の物理的ショックの結果生じ、大脳皮質の限局病変を示す控えめな神経学徴候の存在によって特徴付けられる。これを診断することは困難である。しかし、待避壕の崩壊によって生き埋めにされた兵士は、局所脳病変に関連する打撲徴候と真のショックタイプの症候群とをしばしば同時に呈する。

戦争の興奮

恐怖と恐ろしい光景の結果戦場で生じる興奮は、戦争精神神経症の発生の明らかに重要な要因である。アンドレ・レリにとって、興奮症候群はショック症候群よりも遙かに高頻度である。実際には、興奮とショックとを見分けるのはしばしば困難である：「ショックを引き起こす大砲風と興奮を引き

起こす大砲風との境界はどこか？」レニエル・ラヴァステューヌは、興奮の精神的ショックが強いショックの物理的ショックと同様に「正常な反応モードを感動に変える脳脊髄系振動の原因となる」と主張している。

ポール・ソリエは興奮的な事故はしばしばショック現象と混合されることを立証する。

それらはしかし意識の初期障害の欠如と「既知の興奮反応の存続」によって区別される。

初期の意識消失の欠如の概念は激しく議論される。モリス・デイドは、興奮に導入された意識消失はあり得ると考え、このテーマでクロヴィス・ヴァンサンに厳しく対立する。

「興奮した」兵士は戦場を逃げることを考えるのみである。「身体的抑制」は、救護所に到着し、比較的安全において出現するのみで、新たな危険が近づくと消失。健忘は興奮の事故そのものには関連しない。反対に、きっかけとなった出来事の強烈で執拗な記憶が存続する。対象が安全であると感ずる瞬間までの徴候の潜伏期は、一定の著作者に直後突発するショック性錯乱症候群と潜在的に遅れる興奮性錯乱症候群との経時的区別を提案させた。

クロヴィス・ヴァンサンは、救護所医師からの経験のなかで、興奮症候群の症例の徴候を観察し記述することができた：

「砲弾爆発の後、怯えた人間は一般に比較的 안전한場所を探す。彼は座ったり横になったりし、そこで興奮にはけ口を与える。彼はふるえ、このふるえは全身を震わせる；上肢をとりわけ。脈は非常に速く(140-160拍)；呼吸も同様である(30-40回)。顔つきは呆けて泣きべそをかいている；涙がいくらか目から流れる；口角は垂れ下がっている。その人は我々のするどの質問にも応えない；腕を伸ばす、起立する、のよなどの命令も実行しない；文句、感情の想起は無効である；要するに、彼は周囲で生じることが意識に到達しないかのように振る舞う。これは昏迷を思わせる状態であ

る。]

大戦の期間中、強いショックと同様の唐突さで作用する「興奮性-ショック」の概念が現れた。これは精神科医エマニュエル・レジにより、たとえ直接触れなくても、対象を生き埋めにしたり投げ出したりする近くでの砲弾爆発によって生み出された恐慌の結果として、あるいは、恐ろしく殺されたり傷つけられたりした仲間の恐ろしい光景に関連する苦痛で非常に鋭い衝撃の結果として考えられた。彼によれば、「興奮性-ショック」は「あらかじめ興奮しやすく」感受性の強い神経質な兵士ほど衝撃が強い。アンリ・ワロンはこの興奮の特殊な形態を強調した：

「興奮発散の過飽和した環境において単に起爆薬の役割を果たすもの。それはたとえば、恐ろしい破局のなかで、精神的抵抗力の健全性を保てた後に、兵士が無害な出来事に驚かされ、そして無視するほど抑圧された反応が突発することである。

「情動-ショック」は自動的で無我夢中の逃走によって症状を呈し得、逃走の目的は危険から最大距離をとることである。後者のカテゴリーは、多くの症例において、敵前放棄として解釈されるだろうことは明らかである。

後に回顧して、戦争精神神経症の情動的メカニズム理解の真の先駆者として出現したのは、おそらく、第67歩兵師団医師、神経精神科医ポール・ヴォワヴネルである。非常に現代的に、現代精神医学的分類が急性ストレス状態および外傷後ストレス症候群と呼ぶものを、「後天性病的恐怖」なる用語のもと、彼は完璧に記述している。この臨床プロフィールは、遁走、重症衰弱、錯乱、繰り返す悪夢、そして最終的には役割不能を伴う病理学的恐怖の一つにまとめている。ヴォワヴネルは、外傷後ストレス症候群において現代確認されたホルモン異常と結合した重症衰弱状態を説明するために副腎と脳下垂体の変調を喚起している。異常

な恐怖から患者となる兵士と戦闘を拒む臆病者とを区別して、ヴォワヴネルは神経衰弱の概念を再考する。「神経衰弱」なる用語は、19世紀最後の四半期に、奔走する工業化のなかでの働き過ぎに引き続いて裕福な社会階層のメンバーに観察された障害を記述するために、アメリカ人医師ジョージ・ミラー・ビアードにより考案されていた。この用語は直後に、著述家の息子マルセル・プルーストにこの診断を想起した、アドリアン・プルーストのような、ベルエポックの医師たちに採用されることになる。大戦の間、「神経衰弱」という用語の使用は将校と下士官の精神障害に限定された。

1921年、クロヴィス・ヴァンサンは、ヴォワヴネルに提案された病的恐怖の概念を、彼に賛成しつつ、再考した。旧いアマチュアボクサーとして、病理学的恐怖の概念にスポーツのたとえを持ち込む：

「この過剰情動性の形態は兵士でない対象において存在しうる；それは荒々しいスポーツに身をゆだねる人々についてよく知られている。ボクサーにおいては、それはリング恐怖である。一定のこれら男たちは、すっかり戦う準備ができつつ、リングに上ることを躊躇い拒否する。しかし大金が約束されている；彼らは名声を、未来を賭ける、戦うことが彼らの仕事だ、そしてかつて彼らはそれを喜んでした。それは不誠実、詐病の問題ではあり得ない。しかし彼らは彼らに科されていたこのような罰に再び身を置くことはできなかった。時速70から90kmの早さで、バイクの後ろを走るプロのサイクリストたちでは、激しい転倒に続いて、競争相手に衝突されることは恐怖である。(…)もしリングの恐怖、衝突の恐怖が認められるなら、いかにして戦場の病理学的恐怖が認められないであろうか？」

ヒステリー—暗示的解釈

戦争精神神経症のヒステリー—暗示的概念においては、障害は暗示や自己暗示現象の結果として考えられている。この解釈は戦争因子の役割を排除し、

対象の治癒意志に基づく治療可能性の概念を媒介し、その結果兵士の矯正の必要性を排除する。

いかなる神経精神科医も、大戦間のヒステリー現象の存在を否定しなかったが、障害の発生においてこの現象に一致する部分は医師毎に異なる。グスタヴ・ルシーのような、ある人たちは「全員ヒステリー」の理論に焦点を当て続けた。ジョルジュ・デュマのような、他の人たちはときに流動的だがより合理的な態度をとり、情動と振盪のメカニズムの側のヒステリー—暗示を適切な部分に置き直した。ジョルジュ・デュマにとっては：

「事故の大部分は、説得によって、とりわけ電気的治療がそのタイプである恐ろしく少し強制的な治療によって、治癒、あるいは少なくとも非常に改善できる。」

この、ときには力尽くの、説得による治癒は、治癒の瞬間に障害が暗示的の命令からであることを示すが、彼がもともとそうであったと証言はしない：「説得により治癒する多くの麻痺が器質性であることから始まりうることは疑う余地がない。」

開戦当初、ヒステリーはいたるところにあり、「すべて被暗示性」理論が優性である。

この影響は障害を形容するために使用された用語においてまで痕跡をとどめる。ガストン・ミリアンはたとえば、1915年、数年前にジャン・マルタン・シャルコーによりなされた催眠を参照して、「戦闘による催眠」を記述した。

ヒステリーは、実のところ、19世紀第2四半期における、シャルコーの業績から、そして大戦に先行する数年の、ババンスキの業績から切り離せない。この病気の知識はしかしもっと古い。ギリシアローマ時代から少なくとも17世紀まで、ヒステリーは女性の病気と考えられ、「ヒステリー」の名は「子宮」から来ており、その動きや体内への移動がこの病気に特徴的な痙攣の原因であると考えられた臓器である。子宮病の地位を漸次減じる同

じ時、ヒステリーは徐々に、解剖学生理学が解明される神経系にその場所を見いだす。19世紀初め、エチエンヌ・ジャン・ジョルジュは、ラ・サルペトリエル病院にて、ヒステリーを神経症と呼ぶ。ポール・ブリケーは、彼にとって大脳こそまさにヒステリーの根拠地であるが、この病気の原因としての「神経系の動的病変」の概念を形成した第一人者である。

19世紀最後の四半期、シャルコーは、一方ではヒステリーに神経学的症状を見、他方では詐病の仮説を退けさせる「聖痕」と呼ばれる、患者が気づいていない病変を見ていた。

シャルコーは、特にその経歴の最後において、症状発生における外的影響と情動の役割をだからといって無視しない。鉄道事故による破局に続いて生じる外傷性神経症の最初の記述の前に、この障害はしばしばヒステリー性であるのみであると断言するが、事故の恐怖が病気症状の産生において情動の演じる役割を示していることを認める。男性のヒステリーもまた公式に認識されることになる。

シャルコーはラ・サルペトリエル病院に催眠を導入する、彼にヒステリー症状を実験的に再現することを可能にするものである。彼の業績はしかし、特に、ナンシー学派の、イッポリト・ベルネームにより、異議を唱えられ、彼は催眠現象はヒステリー特異的性格ではなく、ヒステリーの大発作は人工的創造物であると主張する。

ババンスキは、シャルコーお気に入りの弟子で、最終的には師の考えの墓堀人となる。

彼は、実際、神経医学的な器質徴候とヒステリーの症状との決定的な違いを示す。聖痕は、シャルコーにとって症状の神経学的機嫌の証明であったが、反対にババンスキにとっては検査者により作られた暗示の単純なる結果である。ババンスキはそれゆえヒステリーを神経系の器質的病変に限定する神経医学の場から除外する。彼にとって、催眠は、ギリシア語源「私は説得する」と「治癒可能である」を元に、1901年に「被暗示性」と名付け、暗

示の結果にすぎない：症状を出現させる患者自身の自己暗示、場合によっては電気を使用して、それを消失させる医師の暗示である。この視点では、ババンスキは器質性の役割と情動性の役割とを同時に否定している。

このババンスキの被暗示性の概念は、新しい考えの成功を欠いた1908年4月5月のパリ神経医学会集会の際、広く受け容れらる。ヒステリーにはもはや器質性が存在しないため、その症候論は意志に従属して存在し得るのみで、その結果、あらゆるその現象はまねられ得る。いかなる診断基準もこの後は暗示現象と詐病現象とを区別することを許さない。

しかし、ヒステリーの特異な精神状態は精神科医由来の様々な概念を生じさせた。エルネスト・デュプレはヒステリーはヒステリー患者はその障害を無視せず、それを確認するが、いかにそれが生じたのか知らず、暗示は空想的なもので、情動的なものではないと、考える。ピエール・ジャネにとって、ヒステリー患者はあたかも意識下の固定観念によってある種の催眠状態であったかのように振る舞い、その固定観念は忘れられた外傷エピソードに相当するかもしれない。この着想はジクムント・フロイトのそれにとっても近く、彼はラ・サルベトリエールにシャルコーを訪問した後精神神経症の問題に関心を持った。しかしフロイトと違って、ジャネは神経症の性的な起源を強く拒み、「心理学的緊張」を強調する。

「情動-ショック」は塹壕においてしばしば観察されるが、ヒステリー障害の引き金を引く因子と考えられる、特に興奮しやすい素地では。アンリ・クロードが指摘するように：

「もし情動が私たちの文脈でヒステリー産出に必要な条件でなく、さらには不十分であるならば、それは素因のある対象において最も効果的な病因の一つである。」

反対に、クロヴィス・ヴァンサンは、戦場の情

動はヒステリー性の現象の引き金を引くことはできないと考える：

「私は困難な戦闘に参加した、戦闘員に混じって；仲間と私は、機関銃になぎ倒され、砲弾に粉碎された仲間を見た；私は男たちが逃げるのを見た；私はそこで危険な情動の危機が放たれるのを見た；しかし私はヒステリーの危機も、拘縮も、麻痺も決して見なかった。私にとって、戦場、情動が絶頂にある場では、情動は抗う余地なくヒステリーに属するいかなる現象によっても現れない。(…)情動的ショックと被暗示的の症状とのあいだには多少長い期間が流れ、その間様々な精神的メカニズムが始動しうるのである。」

素因の概念は戦争神経障害の被暗示的解釈において不可欠の観念である。もし遺伝的素因が優勢なら、アルコール症、薬物依存症、兵士以前の職業そして社会的水準は精神神経症の温床であると考えられる。ルシーは欠陥のある教育によって準備された遺伝領域の悪化を強く強調した。ルシーは指摘している：「教育ある将校や特に医師における純粋な神経症性疾患の発症に立ち会うことはまれである。」多くの神経障害を患う軍医の症例はこの主張を明確に否定している。

これら軍医の症例は、第一に、薬物的に有利であるという因子の問題をしばしば提起する。実際、容易に自己投薬する傾向があり、ある者たちについては、鎮痛薬に依存して、彼らはときに特異な症候を展開した。歩兵第23連隊の第2階級主任医師、勤勉な医師ピエール・エチエンヌ・マノーの症例はこの状況をまさに表している。マノー医師は開戦時39歳、それに先だってトンキンとシャムに数回の滞在を行っており、そこでマラリアにかかった。彼は常にモルヒネの皮下注で偏頭痛の治療をしていたが、大戦前にフランスへ帰国してこの習慣を失った。その行動により、ヴォージュの戦闘の際、彼は1915年8月レジオンドヌールを授与された。戦場において、強い偏頭痛のため彼

はモルヒネ治療に依存するようになる。1915年12月の終わり、彼はアルザス、ハルトマンズウィラーコプの戦闘に参加する。近くの砲弾の爆発に続いて、明らかな傷はなく、彼は数時間無気力状態にあった。彼は続いて抑うつ of 明らかな徴候と連隊の大佐に対して迫害観念を発症した。彼は自分の障害に関して自覚的で、薬物依存について一切隠さない。第7軍衛生局指導部はこの異常な症例に当惑し、結局彼をエピナルの精神療法センターに、ついで離脱と治療のためにリヨンの神経精神センターへ入院させることを決定する。マノー医師は結局植民地部隊に配属され、1918年ダカールでマラリア合併症で死亡することになる。

被暗示性と大戦のために、ヒステリーの概念はそれゆえシャルコーのそれから離れていった。臨床医たちはにもかかわらず、シャルコーのヒステリー大発作は、大戦前に消失していたが、塹壕のなかで再出現したことを書き留めている。その推移はステレオタイプで、捻れによる厳しい発症を伴う。患者は地面に身を投げ出し、身体がこわばり、頭をのけぞらせ、目は飛び出す。対象は叩き、引き裂き、唸り、看護者に飛びかかる。男性のヒス

テリーはこうして塹壕において新たな次元を見いだす。たとえば、ブレズ・サンドラールは第一外国人連隊に志願し、「切断された手」のなかで、兵士ラングの症例を語る：

「それはとんまな兵士だった。憂うつが彼をとらえたとき、彼はやっかい事を抱える女よりも煩かった。偏頭痛が起こり、悲観に沈み、全く耐えられなくなって急性神経衰弱を来した。さらにはヒステリー患者に。神よ、この大柄で堅固な男たちがめそめそした女の子なのです。」

ヒステリーと婦人病との連合はこうして動員された医師たちの精神のなかで根強い。ヒステリーあるいは被暗示性の診断は兵士の男性性を再び問題とし、戦闘で展開しうる男性的能力についての不利な意見を構成する。

戦争精神神経症のヒステリー被暗示性の概念は1916年以後優勢な立場を徐々に失うことになる。にもかかわらず、大戦を通じて、このような精神障害を患う兵士たちに適用された派生的治療に本質的正当性を維持する。

第三章、治療と抑圧の間で (ENTRE SOINS REPRESSION)、第四章、雷撃者たちの論争 (LA POLEMIQUE DES TORPELLEURS)、第五章、軍法会議にて (DEVANT LES CONSEILS DE GUERRE)、第六章、シェルショックとグレネード神経症 (SHELL SHOCK ET GRANAT NEUROSE) の82頁については抄訳である。

第三章 治療と抑圧のあいだで

当時の戦争神経症への治療的対応について述べられる。大戦当時は19世紀の精神医学の大テーマであったヒステリーについての知見、および治療法が援用された。神経症とヒステリー被暗示性の通常治療は隔離法、催眠、直接示唆、合理的説得で代表された。加えて大戦中は、隔離が治療処置の基盤であり続け、「強制的方法の基盤は臨床科の

いたるところで、臥床、隔離、外出・手紙・面会禁止などが行われた。隔離は神経症が極度に伝染性であると考えられたため率先して実践された。

催眠はもはやあまり流行らず、そのうえ催眠可能な対象はそう多くない。

合理的説得は、ジュール・デジュリン教授によれば、病気は器質病巣ではなく誤った信念、心の中で確立された悪い示唆のせいであると兵士に示すことである。このタイプの治療は時間が掛かる

ので効果的な示唆法の直接的説得への追加が必要になる。さらに電流、薬物注射、強制的運動などが追加された。電気治療は最も成功して、特にクロヴィス・ヴァンサンによる「魚雷」法の進歩に繋がる。

詐病の疑いは戦争精神神経症を扱う医師の心に永遠に存在する。神経科医と精神科医の多くがこのような障害を患う兵士の治療を詐病者の追跡へと変形させる。治療行為は時には一種の拷問に属する乱暴な方法による真偽分離作業を目指す。ルイーフェリディナン・セリーヌはこの医療的治療的行き過ぎを真の「愛国的拷問」として提示する。

このテーマについて、神経精神センターの医師たちに、2種類の態度が出現する。一方には軍当局への兵士の強制や告発が要請する者であり、他方、真の医学的態度をとる者である。幾人かの教授たちははるかに穏健な態度を示し、医療-軍結託と攻撃的な医療行動とに反対する。

1914年9月、マルヌの戦いの後、軍医たちは怠兵を情け容赦なく追跡し、詐病、自傷、誘導された病気の事例を探し出す命令を受ける。もちろん精神的な外傷を負う兵士は詐病を疑われ、この抑圧的方法の的となる。

詐病の疑いは戦争精神神経症問題の優先テーマとなる。医師たちは、詐病を明白な違反や詐病者側の告白で明らかとなるのみの意識的行為と合意して定義した。この現象の主な表出は、神経医学的徴候(片麻痺、異常動作...)、感覚徴候(聾、啞...)あるいは精神病(錯乱、せん妄...)の詐病であった。自傷と化学薬品の使用で意図的に起こした病気は、その行為による身体的健全の毀損のためやや別のグループを構成する。それらは確かに、単純な意識的詐病よりも複雑な心理メカニズムに属する。

ジュール・デジュリンにとっては、慎重さは等しく通用しなければならない。彼は、診療科で観察された多くの患者のなかで、詐病者と一緒にした印象は全くないと明言する。

ババンスキにとっては明白な違反と混同された詐病者は犯罪者と考えらるべきだった:「一切の憐

憫に値せず、実のところ医学の権限ではない犯罪者を軍権威に通報すべきのみだ。」

その治療態度がいかなるものであれ、これらの兵士に直面するすべての医師は、永続化を避けるために障害の専門的で早期の取扱いの必要について同意する。

「私たちは、精神変調を疑われた患者すべてが、非常に軽減しても、前線に放たれてはならないことを示す哀れな事例を集めることができた。とりわけ何らかの軍務につく可能性を彼らから取り上げることが必要である。」

そして戦時神経精神センターでは様々な治療実験が行われた

専門的センターに集中した膨大な数の神経精神障害を患う患者を前に、多くの神経精神科医は実験的医学の実践を許される考えた。彼らは、侵襲的なあるいは苦痛な治療をするために、電気療法のような現行治療の改変をためらわなかった。あまり一般的でない投薬や治療の試験が倫理的配慮なく実施された。戦争聾啞者の人口はこの治療テストに特に従わせられた。グスタヴ・ルシーとジュール・ボワソーは、1916年、エーテルの皮下注射による、詐病と考えられる、聾啞犠牲兵の心理療法に注目を集める。クロロフォルムも、それが導く多幸効果により、機能的聾啞の治療として同様に使用された。

電気は医学に特異的地位を常に占めてきた。診断的目的で、特に四肢神経疾患で、非常に早期から使われてきた。電気の使用は19世紀終わりヒステリーと神経症の治療において発展した。ポール・シャヴィニーは、ヒステリー因性運動障害に伴う「皮膚無感覚斑」の治療に緩和なファラデー電流を使用している「無感覚の治療は麻痺の同時の消失を引き起こす。」

この新しい電流適用様式は、1916年、クロヴィス・ヴァンサン医師によって、根深いヒステリーの治療に適用された攻撃的方法「雷撃」の開発に至る。

「彼らを「ものにする」ために、彼らと本当に一戦交

える必要があった。1時間、ときには2時間の間、彼らを激しく攻撃する(様々な形で千回繰り返された激励、しばしば非常に不当な侮辱、ののしり、怒りのない叱責の様々な表出、すべて強力なガルバーニ刺激に支えられて)必要があって、この間ずっと彼らは治癒しないように努力している印象を持たれた(..)。しかしその後あるとき、彼らは幸福になる。」

クローヴィス・ヴァンサン法はポローとエスナール医師たちによっても同様に精神障害が優勢である症例において推奨されている：

「それは医師-患者間の道徳的闘争、採用すべき説得的手段と声と行為のあらゆる刺激とによる物質的闘争、医師のエネルギーを患者の暗示されやすさに押しつける影響力による精神的闘争の方法のことである。さてこの方法はしばしば精神障害に適用しうる。」

第IV章

雷撃者たちの論争

第4章では神経科医クローヴィス・ヴァンサンによる電気療法：「雷撃」法への賛否とそれに伴う患者-兵士の治療拒否、が主に取り扱われる。

ヴァンサンによれば、「雷撃」法の効果は、劇的で、2～3%被暗示性患者だけがこの方法に抵抗性である。1916年1月から7月の間に、トゥールでヴァンサンによって治療された約300人の兵士が治癒して部署へ送り返された。神経科センター全体への自分の方法を一般化すれば1.5万から2万人が国の精鋭に参加できるだろうと見積もる：「それは歩兵2個師団ではないか？」ヴァンサンは障害の性質と病態生理についてババンスキと同じ論理を採用している：戦争状態の国においては、障害の生成は重要でなく、結果と前線復帰だけが重要である：

「かくて、私たちが心配させるべきものとは、患者の誠実さの程度を測ることではなく、まさに可能だけ早くこの障害を消失させることである。」

トゥール神経科センターは国民的名声を効果的に得、他の軍区の根深いヒステリー患者を受けられる。

「雷撃」の苦痛な性質はしかし治療の保留を生み出している。苦痛の存在はヴァンサンによっても否定されないが、パリ神経学会は公式に、そして留保なく、ヴァンサン医師に提案された治療法を承認する。

1916年5月、トゥール神経科センターでの、ヴァンサンと兵士バプティスト・デシャンとの口論、殴り合いの結果、デシャンは軍法会議に送られるべしとされ、トゥールの民間監獄に収容される。弁護士でオーブ社会主義者代表、ポール・ミュニエはこの事例をつかみ、事件の軍法会議移送決定が決定的となる前にデシャンの訴訟弁護を決意する。デシャンは二人の娘をジフテリアで失ったばかりで、ポール・ミュニエはそれで彼を監獄から出し病院へ移すことに成功する。デシャンは上官への暴行のために結局軍法会議へ戻されている。この事件の展開は多くの記事に拡散される。

1916年8月1日、トゥール軍法会議が開かれる。デシャン事件の議論は3日続いた。

詐病調査法と「雷撃」法の乱暴な性質が、訴訟で取り組まれた二大テーマである。

8月3日午後の終わり、短い審議の後、ズアープ兵デシャンは投票一致でむしろ寛大な制裁を宣告される：執行猶予つきの懲役6ヶ月。この評決が根深いヒステリー患者のためのトゥールのセンターの吊鐘を鳴らす。ズアープ兵デシャンの事件は医学会と文学界に大きな反響を呼ぶ。ルイ・フェルディナン・セリーヌは、1916年9月、アフリカから友人アルベール・ミロンに宛てた手紙の中でそれを想起している：「私はフランスの新聞で沢山のことを見、驚かされる、負傷者の生活はますます不可能に思えるものになっている、肉体の貿易を感じ、電気雷撃の名が私に喚起するのは偉大な道化の最も流血スカトロロジー的光景しかないズアープ兵デシャンのこの恐ろしい事件から充分に聞いたノートをとることなく。」

デシャン事件に動揺して、クロヴィス・ヴァンサンは、医師として前線へ戻されることあるいは、それができなければ、歩兵で軍務につくことを要求する。1917年春、第2級主任補助医師、クロヴィス・ヴァンサンは第44アルプス猟兵大隊で主任医師に、次いで11/13と2/3移動衛生班の医師に任命される。1917年6月21日、第98歩兵連隊主任医師に任命される。彼は、1917年8月の戦闘における態度のために叙勲される。

1918年、彼は結局パリに、ヴォジラール病院へ戻り、スペイン風邪の感染拡大期に伝染病患者の診療を引き受ける。

負傷者の権利について、ズアープ兵バティスト・デシャンの事件とそれに伴う報道のキャンペーンは必然的に負傷者の治療拒否権についての公の議論を開く。その訴訟終結以降、いく人かの議員が、デシャンの弁護人、ポール・ミュニエを含んで、このテーマについて下院へ呼びかけることになる。厚生大臣、ジュスタン・ゴダールがこの軍医学的漂流の責任者として個人的に名指しされている。

1916年終わり、トゥールセンターとクロヴィス・ヴァンサンの前線部門の閉鎖の後、根強いヒステリーの問題は解決されないままである。退役委員会に何も提示しないというパリ神経医学会で採用された決定は、神経精神科センターでのこの患者数をさらに増加させている。初戦時に精神神経症に罹った患者は、治療せず、国内の神経科センターにつきまとい続ける。

グスタヴ・ルシーは、どの専門センターもトゥールのクロヴィス・ヴァンサンの臨床を引き継がなかったことを嘆く。

グスタヴ・ルシーとそのチームはその優れた成果を熱心に公表している。一つの出版は開業第1週間に治療された患者に関する。22人の執拗なヒステリー患者が、1917年1月22日に到着し、そこに治療したと提示されている。サランレバン・ステーションは、たとえ精神神経症治療に専門化されているとしても、神経病態学に関して大いな

る活動性をさらに保っている。

得られた成果は見世物として提示される。開業3ヶ月間、センターの医師、グスタヴ・ルシー、ジュール・ボワソー、ミシェル・ドエルシュニッツに治療された235人の執拗なヒステリー患者について、わずか3つの治療失敗が観察されている。ルシーはこのさい先良い成果に三つどもえの利益を見る。数ヶ月ないし数年間病身の男たちの軍のための回復可能な兵士への変換による社会的利益、終わりのない入院に関連した経費の抑制による経済的利益、このタイプの病理の治療可能性の精神への浸透による予防的利益である。

1917年5月から、最初の成果が他の神経科センターに困難な患者をサランレバン・ステーションへ送ることを促した。グスタヴ・ルシーは、1917年7月レジオンドヌール勲位への昇進によりその威光が増大していたが、国内のセンターから到着した兵士たちの準備の悪さをこのとき嘆く。実際、ある医師たちは患者に抑圧ないしは賦活の、治療のではない、センターに送られることになると説明し、治療の真の可能性について大いに疑問を発している。国内センターからの執拗なヒステリー患者の数は1917年半ば以降目がくらむように増大、ルシーは他の専門的センターの創出を差し迫った様子で要求している。

1917年終わり、545人の患者がサランレバン・ステーションを出、37%が軍務を再獲得でき、31%は補助勤務を。これらの成果は予防的観点からルシーによって提示される、ヒステリー現象の感染減少を念頭に。

第V章

軍法会議で

この章では戦争神経症と軍規違反、「ヒステリー」、自傷行為、詐病の問題が取り扱われる。

戦場では、神経精神的外傷患者の非適応的行動がときに軍規違反の状況に身を置くことに導いた。戦場放棄、上官への不服従や攻撃はこれら兵士たちの軍法会議召喚の最も頻繁な理由であった。医

学の側では、詐病という固定観念が多く、医師たちに、役割から逸脱して、たくさんの真性の神経精神的外傷患者を軍法会議に送らせてきた。精神科医ジョルジュ・デュマは、精神神経症によって引き起こされた医学-法律的問題を二つの大きな状況に要約した：ヒステリータイプ(麻痺、嘔、振戦…)の神経性障害の被害兵士の詐病の疑いと、戦場を離脱させる錯乱や妄想タイプの障害を来した兵士の脱走や不服従の疑いである。

著述家-戦闘員たちは、脱走や上官への不服従をもたらしこれら行動障害のときに悲劇的な結果を報告してきた。その「戦争手帳」のなかで、ルイ・バルタス、第280歩兵連隊伍長はある兵士の中隊長に対する反逆を語っていて、この中隊長は部下をドイツ兵が進入したばかりの塹壕に送ろうとしていた：

軍法医学

フランス軍は、1857年の編纂以来ほとんど不変の軍法典をもって戦争を始める。

戒厳令は、1914年8月2日に布告され、例外的権力の司法に関して市民を裁くことさえできる軍に委ねる。軍司法は、規律の模範と維持の目的を達するために迅速に作用できねばならない。1914年8月以降、受刑者の再審請求は保留され死刑囚への大統領恩赦の可能性は消滅した。将校は、共和国大統領に照会することなく死刑執行を実施することができる。

1916年、いくつかの法律が軍司法の役割を変更する。特別軍法会議が廃止され、再審会議が、控訴院議長を議長に、死刑囚兵士を対象に含んで設置される。初期の控訴審が行われる。控訴権が1917年春の不服従行為の範囲内の死刑囚のためにあらたに一時的に変更されることになる。

神経精神センターの医師たちは、軍ヒエラルキーとの関係と医学的秘蔵の尊重についての疑問に再び従事させられる。国内センターの幾人かの神経科医と精神科医は、フランスのためによく働くことに納得して、精神神経症患者をできるだけ早く

前線に送り返すことや詐病者であると見なす者たちを裁くことに何よりも専念する。前線では、連隊医師たちが、兵士の生活環境をともにして、神経障害についてより理解のあるまなざしを持ち、ポール・シャヴィニーは、患者を軍法会議へ送ることは医師の職権範囲内ではないことを繰り返し喚起する。ところが精神神経症を患う兵士を認める医師の意見は軍当局の目にはしばしばほとんど無価値であった。戦争の法医学は実際には存在せず、軍ヒエラルキーの観念だけがまかり通る、1915年以降、ポール・シャヴィニーは法医学の専門機関創設のために論陣を張る。

「精神科医よりも法医学者にはそう簡単にはなれない。この事実は破棄院の判決によって喚起されたばかりで、証言を聞くことなく、自傷の推測が-まさにそれを認めねばならない-議論となった、診断書の結果、自傷により兵士に刑を宣告した軍法会議の判決を破棄した。」

軍部は、前線での詐病現象の感染拡大に不満で、初期の戦闘から衛生部に強い圧力を行使する。避けがたい医学-軍結託が定着する。兵士を軍法会議に送って全面的愛国熱を示す軍医もあれば、戦争神経症への無知によって、ときにこれら患者をやや容易に軍司法に送りがちの者もある。

軍司令部は自傷行為の特に伝染性の性格をととも早期に心配し、あらゆる疑わしい負傷を軍当局に通報することを医師たちに求めた。あらゆる医師が軍当局にほとんど無批判なこの服従的態度をとったのではない。

緒戦の2年間、医学鑑定欠如によって、あるいはそのかいもなく、真性の精神的外傷患者は軍法会議によって判断され時に死刑を宣告されることになる。軍によって通された神経精神病患者数は把握が困難である、なぜなら第一次大戦の銃殺刑を受けた者は長らく敏感なテーマであったから、タブーは数年来徐々に現れているけれども。2例、砲手ユジェヌ・ブレとジャンバティスト・ブルシエ伍長での状況は破棄院によって銃殺刑に処された者の名誉回復に至っている。

敵前逃亡や脱走を疑われた兵士の精神鑑定は、戦争後数ヶ月に実現するに過ぎない。ポール・ヴォワネルはこの出現の遅延を説明する：「当初、精神鑑定はまれであった。開戦の感情的激発のなかで減弱した批判感覚は誇張に至らせ観察を妨害していた。私たちは権威中毒であった。とにかく寛容であるためには経験が必要なのだ。」

レーモン・マレーはしばしば敵前逃亡と見なされた、遁走の3タイプを定義した。「組織された遁走」、病的臆病者や持ち場を離れさせる情動過敏を後遺症としてしばしば持続している陳旧性脳振盪患者のそれ。「支離滅裂な遁走」、一般に直接入院に至り、その遁走が軍法会議被疑者の中に見いだされることはまれな、錯乱者や幻覚患者のそれ。「首尾一貫した遁走」、分析が最も難しく、戦場イメージの憑依の影響下で反応する衝動的ないし情動的患者、あるいは熟慮することなく孤立しようとするうつ状態の者に関連する」

第VI章

シェルショックとグレネード神経症

最終章ではフランス以外の参戦国における状況が記される。特にオーストリアにおける電気治療に対するフォン・ワグナーヤウレークとフロイトの態度の対比は興味深い。

想像どおり、戦争神経障害はフランス軍戦闘員のみには用意されたのではなく、多くの交戦国の軍隊に及んだ。医学報告は、ドイツ、英国、米国、オーストリア、イタリアの部隊における精神神経症ケースの状態を特に報告している。概して、その原因と治療に取り組む方法はほぼ同じであった。さまざまな国で、精神神経症に関する漂流が確認されることになる。漂流は、軍規違反と見なされた戦争神経症患者の刑の宣告執行と、詐病者の絶えざる行列に強いられた怪しげな治療実践とに、同時に関連する。

精神神経症患者に対して衛生部によって採用された態度は、にもかかわらず各国家固有の医療文化的な違いに影響される。大規模な「雷撃」は、た

例えば、フランスの特産物として残った、おそらく、電気療法と不可分であるヒステリーが、シャルコーとババンスキに続いて、フランスの神経精神医学史において主要な役割を演じていたという事実と関連して。精神神経症の電気治療は、神経精神医学文化がより心理学的な治療の発展に向けて導いた英国と米国の衛生部では小さな進歩を遂げたのみであった。

いくつかの国では、イタリアのように、1915年5月にフランスの同盟国として開戦しただけだが、神経障害ケースの心理療法のより著しい進歩が認められた。専門的な衛生機構が前線近くに急速に設置された。このより好意的な態度は治療の漂流と軍司法の誤りとを制限した。

アメリカの部隊では、戦闘員の神経障害の心理学的な側面が一挙に重視される、アメリカの最初の兵士が参加したときに戦争はすでに3年続いていたという事実の結果である。合衆国はこうして緒戦以来この問題に対峙した同盟国衛生部門の経験の恩恵を得られる。

ドイツの例は、精神神経症に対する医学的態度の進化に関することを考慮するのに特に意義深い。戦争を通じて、フランスとの関係で、この態度は逆である。フランスでは、緒戦は「雷撃」と実験的治療の横行によって特徴付けられ、精神療法的支援は戦争後半において実際に進歩するのみである。ドイツでは、すでに戦前に充分確立された外傷神経症の概念が1914-1916年の間、より精神医学的な医学的態度を可能にする。この態度は続く2年と敗北においてより攻撃的な治療にドアを開く。

統計は、1914-1918年間に神経障害を被った英国軍人の数を65000と推定した。もし、1916年初めに、24000例がすでに大陸からイギリスへ送られたのなら、絶頂は1915年7月、ソンムの戦闘の際に到達する。数ヶ月後、1917年、フランドル、パシャンダールの恐ろしい戦闘に続いて、5000以上の英国兵士が神経障害を患うと見なされることになる。1916年1月-1917年1月、これらケース

の31%がすぐに戦闘に戻ることが出来、22%は後方でより長期の治療を受けねばならず、27%は療養所で終わると推定された。

外傷性神経症の診断は、ドイツ帝国においてすでに特別な歴史を有していた。その概念は、19世紀末からベルリンの神経科医ヘルマン・オッペンハイムに開発され、患者の補償と賠償のプロセス創始にまで至った。オッペンハイムは神経系への直接的影響の起源における外的因子について強調していたいっぽう、外傷性神経症の概念の誹謗者のほうは症状の大部分のヒステリーの性格を強調していた。ドイツはしかしヒステリー障害との関連で抑圧的態度をとらなかった。男性のヒステリーもまた同時期において急速な工業化、特に鉄道の発展に伴う精神障害のカテゴリーにあると認められていた。にもかかわらず、ドイツの雄々しい戦闘員におけるこの非常に女性的な病理の認知は、大戦中、論争の源であった。

緒戦時、カール・ボンフェファーのような神経科医たちが兵士の精神衛生を強調するのに注目することは興味深い。たとえば、ボンフェファーは、興奮した民間一定人口の精神的混乱を取り上げつつ、兵士の精神的バランスを強調している：野外生活に関連した「動物的充足」、知的生活の減少と結合した志気と勇気の増強。ドイツの神経科医たちはまた兵士の精神障害は、攻撃自体によってではなく、敵砲火のものと待機によって強化されることを確認している。防御なく、塹壕で動けない兵士は(監獄の迫害された者を想起させる)、嘲りと嫌悪の入り交じった、陰鬱で緊張した表情で。

アングロサクソンのシェルショックはドイツ人によって榴弾神経症、重砲弾神経症、臆病神経症と呼ばれた。これらの障害は1914年秋からドイツ部隊において真に発展する、ベルギーと北フランスを通じた最初の攻勢が膠着し、塹壕戦が誕生したときに。

その際には、四肢の捻れと位置異常、唸り声のような動物じみた行動を伴い、ときに感染性の、しばしば派手な臨床症状が記載されている。「情動

性脳卒中」はその場で兵士を突き刺すいっぽう、「情動性誘拐」は兵士に逃走させ、他の交戦国の軍隊と同じように、臆病の行動として解釈されるものである。原因のメカニズムは脳振盪のそれであり、頭蓋ショックによる振盪を全般的外傷によるものから区別することはできない。

オーストリアでは、戦争神経症の問題性は電気による治療に結晶化した。ウィーンの著名な医師、のちのノーベル賞受賞者、ユリウスワグナーリッターフォンヤウレック教授は詐病者と見做されていた精神神経症の兵士たちに粗暴な電気治療を実行したことを非難された。

フロイトには戦争神経症の治療について、特に電気治療についての報告が求められている。1920年2月23日付けのこの報告は戦争神経症の原因と戦時のその治療の考え方の客観的分析である：

「あらゆる戦争神経症の主要な原因は、危険に満ち感情的に耐えがたい軍務の要求から逃れる、兵士の無意識の、傾向であった。自身の生命への不安、他者を殺す命令に対する怒り、上官によるパーソナリティの粗暴な抑圧に対する反抗心が、戦争から逃避する傾向が栄養される最も重要な感情の源泉であった。この感情的動機づけが明らかで強く意識されていた兵士ならば、健康な主体であるかぎりには、脱走するか発病するにちがいがなかっただろう。しかし戦争神経症患者は少数が詐病者であったに過ぎない；軍務に対して怒り、彼らを疾病へ追いやった感情の刺激は意識することなく作用した。感情の刺激は無意識にままであった、他の動機、野心、自尊心、愛国心、服従の習性、他者への模範が先ずは最も強かった、他の無意識の活動的動機によって時宜を得て打ち勝たれるまでは。戦争神経症の原因のこの考え方に、十分に基盤があると思われた治療が結びついていて、当初は、非常に有効であるとも明らかになった。神経症患者が詐病者でないことをちゃんと知っていながら、詐病者として扱うこと、そして意識的および無意識的な企図の間の心理学的差異を考慮しないことは時宜を得ていたようであった。」

委員会の議論は、1920年8月、古典的精神医学と精神分析の潮流を生んだフロイトのアプローチとの間の対立をとりわけ明確にしている。フロイトは戦争神経症を、市民生活の神経症のように、感情生活の障害に関連するものと考えている。議論の間、彼はワグナーヤウレーク名指しで非難することはせずに神経症の電気治療を批判し続けている。

ワグナーヤウレーク教授は最終的に無罪とされ名誉を回復された。可逆的行動が批判されたコズロフスキのような、彼の直接の協力者のある者たちは制裁を免れなかった。7年後、ワグナーヤウレークはマラリア療法、梅毒の全般麻痺の治療としてのマラリア病原体の接種、抗生剤の時代以前一定の有用性を持った唯一の療法の導入によってノーベル医学賞を受賞した。ワグナーヤウレークはカウダース事件の際の自分に対する態度、特に電気治療の批判からフロイトを恨み続けた。フロイトのほうは、ワグナーヤウレークの無実を確信し続けた、手紙で何度も書くことができたように。フロイトの態度はそれゆえ、ワグナーヤウレークの支持者、精神分析の反対者も、ワグナーヤウレークをフロイトが無実と考えたので前者の反対者も、誰も満足させなかった。

連載

自分史・神経精神医学をめざして(3)

京都大学精神科 1961～1968

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰

精神医学教室

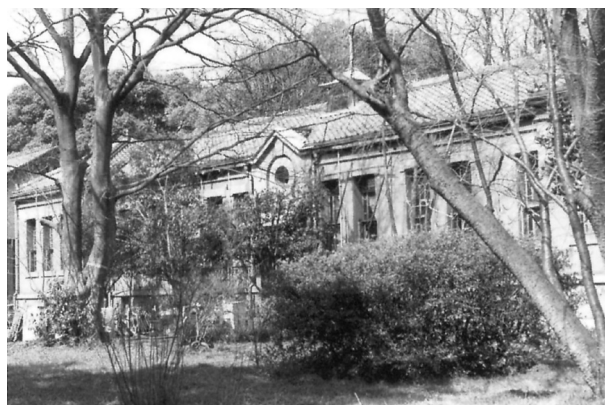
精神科の建物は、高いコンクリート塀で囲まれた深い緑のなかにあった。鴨川に面した川端通りから門を通過して、並木道をしばらく歩くと、木造の2階建の管理部門のための建物があり、靴を上履きに履き替えて入ると、その1階部分は外来部門となっていて、そこには、受付、予診室、4つの診察室、治療室、外来看護舘所などがあった。この建物の中央部の大きな階段を上がると、教授室、助教授室、講師室、医局があり、さらに行くと、この建物の端に接するかたちで、篤志家によって寄付を受けて建てられたコンクリート2階建ての研究室(1階は化学室、2階には神経病理室)があった。外来管理棟から児童精神医学研究室は、渡り廊下でつながっており、その隣がコンクリート2階建の図書室と書庫となっていた。南側には精神科専用の講堂があり、精神科の講義のときだけに使用された。

その外来管理棟の中央部にある鍵のかかった大きな扉を開けると、突然、病棟の庭が現れ、噴水、大きなつつじ、泰山木などが一望された。その向こうに、1階建てのコンクリートの病棟が5棟(男子1病棟、男子2病棟、神経病棟1、女子1病棟、女子2病棟)が点在していた。病棟には、用意されている木製のつっかけを靴にひっかけて、小道をカランカランと音を立てながら歩いて行くというものであったが、この“秘密の花園”めいた中庭のスタイルは、高い塀に囲まれた南スペインのパティオ風のものであり、学生には人気があった。

京都大学の精神医学教室は、1903年に開設された古い歴史のある教室である。主任教授は、今村新吉(初代)、三浦百重(2代)と続いて、私どもが新米の医局員となった1961年には、3代目村上仁教授の時代であった。助教授には、鳩谷 龍と加藤 清の両先生、講師として大橋博司先生、平澤 一先生のお二人がいらっした。笠原 嘉、高木隆郎、松岡龍典、由良了三、木村 敏、菊知龍雄、田中愛昭などの錚々たる諸先生は、当時は、まだ助手であった。



京大精神科・川端通りの玄関口(1962)。
この道をずーっと行くと精神科の建物の玄関に行きつく。
京都大学精神医学教室「精神医学京都学派の100年」(ナカニシヤ出版2003)より



精神科病棟のひとつ(1962)
「精神医学京都学派の100年」(ナカニシヤ出版2003)より

Autobiography : Aiming for neuropsychiatry No3, Kyoto University
Koho MIYOSHI, MD, PhD
Jinmeikai Institute for Mental Health

村上 仁教授

京都大学精神医学教室は、精神病理学が主流であった。村上 仁教授(1933卒)は、初めは、我々にはすこし近づき難く、何を考えておられるか窺い知ることができないような存在であった。フランスに留学されたのでフランス学派と呼ぶひとも多い。西欧における精神医学の貴重な翻訳を多く残された。精神医学において、用いる用語・言葉は、その歴史的背景までさかのぼって正確であるべきであること、そうでなければ議論が噛み合わないこと、論文を書く精神医学的事象は、思弁的なものではなく、臨床の場で自分が体験したものに限ること、といった基本的なことに関するご指導を受けた。これは精神医学が、ややもすれば失い勝ちの客観性を保つのに欠かせない姿勢である。先生は、また、能楽を極められ、まれには、謡、鼓などを教室員にも、ご披露くださった。多数の門下生を育てられて、京都大学の精神病理学は、大きく花開くことになったが、いつでも控えめで、どちらかと言えば無口な先生であった。

小生は、神経病理学という先生のご専門から距離がある領域にいたためか、直接のお叱りを受けることは少なかった。ただ、後に、先生のご退官のあと新設の兵庫医科大学にご一緒させて頂く運命であったことは当時、夢にも思わなかった。

助教授の先生

鳩谷 龍先生(1943卒)は、1960年頃には、精神医学教室で、助教授をしておられた。後に、三重大学医学部精神科教室の主任教授として赴任された。ご専門は、周期性精神病の内分泌学的研究ということで、満田久敏先生(1934卒)の非定型精神病に関する研究を引き継いでおられた。戦争中は中国大陸で、陸軍の軍医として働かれたが、



村上 仁教授 (1973)

戦後、シベリアに抑留されて苦勞されたと聞いている。少しシャイな感じがあるが、人情味のある、包容力の大きな先生で、多くの教室員が先生の研究室に所属した。

加藤 清先生(1944卒)は、同じく助教授であった。精神病理学を専門とされ、早くから実存主義的精神医学に関心を持たれて、ハイデッガーの「存在と時間」と深く読み込んでおられた。京都大学精神医学教室では、精神病理学において多くの人たちが先生の指導を受けて、大きく育って行かれた。臨床の場面でも、社会的な事象でも、実に的確に言語化され、我々を指導して頂いた。ご著書に、「この世とあの世の風通し、精神科医加藤清は語る」という異色の出版物がある。

講師の方々

大橋博司先生(1947卒)は、京都大学精神医学教室において我々が誇りにした人物である。臨床精神医学、神経心理学を専門とされ、該博な精神医学に関する知識を持っておられた。

「失語、失行、失認」(医学書院1960)、「臨床脳病理学」(医学書院1965)。「失語症」(中外医学社1967)、「パラケルススの生涯と思想」(思索社1976)などの著書がある。私たちが新米の教室員であった頃、教室のカンファレンスでお目にかかる時には、手元から欧文の書籍を放されることがなかった。1973年から村上教授の後を引き継いで第4代京都大学精神科教授となられた。その門下には、濱中淑彦(1960卒：名古屋市立大学精神科教授)、大東祥孝(1972卒：京大教授・留学生センター)などがいる。

先生は、三高生のころ、野球をしておられたとこのことで、京大の精神科教室で野球のチームを作った、他の大学と対抗試合を企画された。小生も参加させて頂いたが、二塁に滑り込んで右足首を骨折するなどのことがあったのは、今では古い思い出となった。

平澤 一先生(1951卒)は、当時、ドイツ留学(ボン大学のワイトブレヒト Weitbrecht 教授)から帰

国されて間もないころであり、外来において多数のうつ病の患者さんを一手に集めて診察しておられた。先生は、平澤 興先生(神経解剖学、京都大学総長)のご子息である。ドイツ語圏の精神医学に特にご造詣が深かった。当時、神戸のオスカー・ロータッセルという書店からドイツの精神科関係の書物を多数買い求めておられたが、その一冊であるワイトブレヒト先生の著書を、読書会で読んで頂いた。

そのお礼を込めて、先生のご著書¹⁾の臨床データの整理のお手伝いをした。それだけのことで、先生の論文に私の名前も載せて頂いた²⁾。先生のご著書で述べられていることの主旨は、外来のうつ病患者は、その病像がクレペリンらの重症例の記載と異なること、主に軽症うつ病であること、下田の執着性気質、テレンバッハのメランコリー型などの性格類型がみられ、心理的機序がしばしば目立つこと、躁うつ病は一般に予後はよいと言われているが軽症うつ病では、慢性化によってさまざまな問題を生ずることが多いこと、などである。このご著書は、我が国における、その後のうつ病研究の先駆けとなった。後に金沢大学に教養部教授として赴任された。

その他のスタッフ

笠原 嘉先生(1952卒)は、後に名古屋大学教授、病院長となられたが、当時は筆頭助手で医局長であったと思う。村上仁先生の一番弟子のような存在であったが、日本における第二世代を代表する人物とされた。多くの論文のほかに、著書20冊、共著書10冊、翻訳21冊と極めて多くの著書がある。先生の著作には、京大の学生保健所の助教授時代にまとめられたアパシー・シンドロームと名付けられる大学生の特異な精神状態に関するものがあるあるし、うつ病に関する力作もある。また、メダルト・ボス Boss M.R.D., レイン Laing R.D., クーパー Cooper D., コフト Kohut H. などの翻訳もされている。このように広い領域で活躍された先生は、確かに我が国における精神病理学の牽

引者であった。教室の後輩たちには、欧文論文の難解と思われる語句や言い回しも先生の説明を聞くと、実によくわかるという“伝説”もあって、多くの教室員が先生の指導を受けたがった。学会の講演の前に、教室で予行演習をされるときには、頭のなかにあるストーリーを省略しながら箇条書きにして話されるので、われわれには理解困難のところもあったが、本番では、見事な言語表現力でまとめられるところは、まさに磨き上げられた芸術品であった。いまでも、多くの大学に、先生の著作を読んで、精神科医師を目指したという方がいらっしゃる。

高木隆郎先生(1953卒)は、青年期・児童精神医学がご専門であった。1957年には、当時、大阪市立大学の黒丸正四郎助教授(後に神戸大学教授)とともに比叡山延暦寺の宿坊で、我が国、初めての小児自閉症の研究会を開催された。これがきっかけとなって、その後、児童の精神障害に関心をもつ精神科医師が全国レベルで集まるようになり、1960年3月の雑誌「児童精神医学とその近接領域」の発刊、1960年11月の日本児童精神医学会の発足につながったようである。また、教室においては、一般外来のほかに、児童精神科外来を設置された。

先生の明快な言葉による説得力と、抜群の行動力は目を見張るものであった。ちなみに、原発反対運動で有名な物理学者であった高木仁三郎氏は先生の弟さんである。後年、2010年、ギリシャの神経精神医学会・地方会で、児童精神医学の創始者と称されるロンドン王立大学、モーズレー病院のマイケル・ラター M. Rutter 教授にお目にかかったとき、風貌、体型、口調、仕草などが、高木先生とあまりにもよく似ていたことで驚いたことがある。

木村 敏先生(1955卒)は、笠原嘉、中井久夫、宮本忠雄、安永浩などとともに、日本の精神病理学第2世代を代表する人物といわれている。1961年から3年間ミュンヘン大学のクルト・コレ Kurt Kolle 教授のところで勉強され、離人症に関する論



村上先生（兵庫医大時代）を囲んで20年後に集まった教室員。
右前列より笠原 嘉、藤縄 昭、村上先生、由良了三、木村敏。後列右より菊知龍雄、坂本健二、藤田貞雄、三好功峰、松本雅彦（1988年頃）

文を書かれた。いったん日本に帰られたが、再び、1971年にはハイデルベルグ大学精神科で研究を行われ、1974年から名古屋市立大学教授、1986年からは、京都大学精神科教授となられ、1994年まで在籍された。シーボルト賞、エグネール賞、和辻哲郎文化賞、毎日出版文化賞などを受賞しておられる。

松岡龍典先生(1954卒)については、後に詳しく述べることにするが、そのほか、由良了三(1954卒、後に関西電力病院部長・生化学)、菊知龍雄(1956卒、後に石川県で病院を開設・神経生理学)、田中愛昭(1955卒、精神病理学)などの錚々たる諸先生は、当時は、まだ助手であった。

その頃、大学院生として在籍されていたのは、稲浪正充(1955卒)、三好暁光(1955卒)、石井翼(1956卒)、小池清廉(1958卒)、川合 仁(1959卒)、河合逸雄(1959卒、霊長類研究の河合雅雄、ユング心理学の河合隼雄の末弟)、野村純一(1959卒)などの方々であり、教室の勉強会に参加されていたのは、稲本雄二郎(1955卒)、三好郁男(1955卒)、川端利彦(1955卒)、中村五郎(1956卒)、国吉政一(1956卒)、久保田政弥(1957卒)、津田舜甫(1956卒)、今井安男(1956卒)、広瀬 正(1957卒)、小池清廉(1958卒)、中川健治(1958卒)、西願寺弘道(1959卒)、須藤敏浩(1959卒)、中江育生(1959卒)などの諸先生であった。

藤縄 昭先生(1953卒)は、村上仁先生のもとで、

精神病理学の「京都学派」のひとりとして活躍された先生であり、後に国立精神・神経センター精神保健研究所所長として我が国の精神医学の発展に尽くされた。私どもが精神科に入局した1961年頃は、三重の日永病院におられた。その後、京都大学教養部に在籍され、1976年から教養部教授となられたが、穏やかなお人柄と深い学識を慕って、先生の周囲には自然にひとが集まるところがあった。後に、無理をいって、医学生のための教科書「精神医学(NIM Lectures)」の共編者になって頂いたのは、1985年のことである。

中井久夫先生(1959卒)は当時、脳炎の研究者として京大ウイルス研究所におられた。後に東大精神科に在籍されたが、京都大学精神科に籍をおかれることはなかった。したがって残念ながらご一緒に精神科医療に携わる機会はなかった。

新米の精神科医

私とともに1961年に精神医学教室に入局したのは、濱中淑彦、十亀史郎、岩指 薫、山口壽雄、島田 武、楯林義典などの諸兄である。

新米医師の主な仕事は、病棟で数名の患者さんの治療を担当するほか



精神科入局当時（1961）

に、外来診察の新患の予診をとり、それを持って診察室に入り、先輩医師の診察に陪席して診療録に記録することであった。そのほか、各病棟で電撃療法を行うことが新入医局員に課せられた業務であった。また、夜間当直には新入医局員が大きな戦力になっていた。このあたりのことは、恐らく全国の大学病院の精神科においても同じようなものであったと思われる。

濱中君は、若くして大橋門下として頭角を現し、独仏語圏の多くの精神医学の古典的論文を翻訳して我が国に紹介した。学問的には、主に神経心理学の領域が活躍の場で、後に京都大学助教授、名古屋市立大学精神科教授となった。また、十亀史郎君は、児童精神医学を専攻し、三重県の高茶屋病院で自閉症のための入院施設を我が国で初めて開設した。岩指薫君は、京都府立の精神科病院である洛南病院の診療部長として地域の精神科医療に大きく貢献された。山口壽雄君は、大阪日赤病院の精神科医師として患者さんから厚い信頼を寄せられた。島田 武君は、大学院で、臨床脳波に関する研究で学位をとった後、診療所を開設された。楯林義典君は鹿児島出身で、京都に精神科病院を開設することを望んでおられたが、若くて夭折された。ただ、ご子息は、大阪大学を卒業され、もっぱら研究者として精神科領域で大活躍しておられる。

名前のこと

私は、精神医学教室に入局したのを契機に、名前を“コウホウ”とすることとした。当時、京大の精神科には三好という医師が、三好郁男、三好暁光、三好佐和子と3人おられた。三好郁男先生は、メダルス・ボスの著書を訳された精神病理学者であり、三好暁光先生は、フランス語の堪能な精神分析学者であり、三好佐和子先生はその奥様であった。私が“ミヨシ・イサミネ”ということになると、欧文名でのイニシャルは、三好郁男先生のそれと重なってしまう。そこで、やむをえず、通称のつもりで“コウホウ”とした。これは、使ってみる

と簡潔で、名付けてくれた親には申し訳ないが、自分としては気に入っている。ただ、私の親族は、いまでも私のことを“イサミネさん”と呼ぶ。

研究室

京都大学の精神科教室における神経病理学の歴史は、遡れば初代教授の今村新吉先生からということになるかも知れない。

今村先生は、東京大学を卒業後、欧州に留学されたが、ウィーンでは、エコノモ博士(v.Economo)と交流があったようで、後に依頼をうけて、当時、満州(中国東北地方)で流行した日本脳炎の神経組織をウィーンに送ったことがあったとの記録がある(今村新吉教授還暦記念論文集 1935年)。またその記念論文集には、神経病理学に関する論文に、金谷桑次郎、矢野賢治(後に神戸大学教授)のお名前がみえる。その後、川越直次、李万俊、平井康治、吉田和夫(後に名古屋市立大学精神科教授)などの諸先生もご活躍されたようである。ただ、吉田先生は名古屋に赴任されて間もなく、病を得て急逝された。

私どもの入局した当時、組織室と呼ばれた研究室は、木造2階建ての教室の建物の東の端に継ぎ足すかたちで作られたコンクリート造りの建造物であった。研究室の中央には大きな作業用の机が2つ置いてあり、そこに試薬棚、ミクロトーム、標本作成のための試薬、アルコールなどが置かれていた。部屋の奥には副室として標本作成のための部屋があり、そこでは、ベテランの技師が顕微鏡標本を作成していた。研究室には、木造の大型の机が5つ、大きな窓に面しておかれており、窓の外には巨大な泰山木が聳えていた。机の上には、図書室から借りてきた製本された雑誌がうずたかく積み重ねられていたが、当時は、文献をコピーして保存することもできず、いわんや、今日のようにコンピューターで調べることもできなかった。文献を調べるには、学術雑誌の現物をみて確かめるしか方法がなかったのである。

松岡龍典先生

先生は、京都大学医学部29年卒業で、私どもの入局当時には、いったん途絶えていた神経病理学(当時は、組織室と呼ばれていた)の研究室を再建されていた。学位論文として「アンモニアによる血液脳関門障害の研究(1959)」を發表されていた。



松岡龍典先生(1962)
先生には、神経病理学について学んだ。

だが、肝脳変性疾患の病理変化の生成機序を理解する手がかりとなるものであった。このころ、先生は、クロイツフェルト・ヤコブ病の研究に没頭しておられた。我が国での最初の海綿状脳症の剖検例は松沢病院からの学会報告例であるが、京都でも同様の症例が見つかった。その2例はまとめて白木博次(東大脳研神経病理部門・教授)と松岡龍典の共著で精神神経学雑誌に掲載された。

先生には、私に神経病理学における基本的な考え方、研究の方法、文献の探し方、読み方など研究者としての基本的なことを数多く教えて頂いた。対人関係においてきわめて誠実に対応する方であり、当時の我が国の精神医学領域の神経病理学者との交流も多かった。さまざまな施設、大学から脳の検索を依頼されることも多くなり、症例も集まってきた。ただ、1973年の年の暮れ、44歳の若さで、宿痾の心臓弁膜症の悪化のために急逝されたことは、残念なことであった。

研究室の人たち

神経病理学研究室の研究は、石井 翼(後に京都第一赤精神科部長)によって、イヌにおけるアンモニアの点滴による急性中毒実験につながった。当時、横浜市立大学猪瀬正教授が、肝脳変性疾患・猪瀬型を提唱しておられたが、アンモニア中毒で、類似の変化が出現することから、その病態の解明に大きく関わるようになった。その後、米国で刊行された神経病理学の教科書 (Jeff Minckler 編

1968)に、石井の研究の所見が写真として掲載された。

当時の研究室では、稲浪正充(後に島根大学教養部教授)によって電撃療法の副腎への影響についての研究がまとめられつつあった。小池清廉(後に京都洛南病院院長)も一時在籍された。

研究室には、私のあとに、林 三郎、川越知勝、坂 敬一、錦織 壮、佐藤正保などの人たちが加わった。これらの諸氏は、神経病理学を専門とする傍ら、すぐれた臨床家としての能力を示し、きわめて稀な臨床例を多く発見された。それらの症例は、私が後年、兵庫医科大学に移ってから、松岡龍典先生との共著の「神経疾患の精神症状—脳器質性疾患」医学書院1980年のなかで取り上げさせて頂くことになった。この著書は、実質的には、これらの方々との共著というべきものであった。

学位論文

神経病理学と呼ばれる研究領域は、剖検による「臨床神経病理学」と、動物において実験的に再現することによって、病変の出現する機序を明らかにする「実験神経病理学」に分けられる。研究手技は、肉眼観察、組織標本の顕微鏡による観察、電子顕微鏡による検索、物質や酵素などの組織化学、免疫組織化学などと進歩していったが、基本は、形態学的手法によって神経精神疾患を研究する神経科学の一領域である。

当時、私が関心をもっていたことは、大脳、基底核、小脳、脳幹などの脳の部位が、異なった疾患や病態によって、それぞれ特有な病変を形成する理由であった。これは、その組織に特有な(選択的易傷性 selective vulnerability)と呼ばれていたが、それを決定するものは何か、その正体を知りたいと思っていた。

その頃、アジ化ナトリウムという物質が動物の線条体壊死と視神経の脱髄を引き起こすことは知られていた。これは、一酸化炭素などと同様に、組織の低酸素状態を引き起こすが、その原因として血管分布の特異性か、化学的特異性(線条体は酸

化酵素オキシダーゼの活性が高い)などが想定された。私の研究を始めた頃は、化学的な特異性が局所病変を引き起こす原因となるとするパトクリーゼ説もそれなりの根拠があると考えられていた。その頃には、組織化学的に酸化酵素活性を調べる事が可能となっていたので、低酸素症で生じた脳損傷において、酸化酵素活性を調べることによって、理解の手がかりを得ることができるかも知れないと考えた。これが学位論文となった³⁾。論文の表題は、アジ化ナトリウムによる実験的線条体壊死(Experimental striatal necrosis induced by sodium azide)であり Acta Neuropathologica (Springer)という神経病理学の雑誌に掲載された。

症例研究

大学院時代におこなった臨床神経病理学での仕事としては、松岡龍典先生のお手伝いをしたかたちで、当時はまだ珍しかった中心橋髄鞘融解症の報告⁴⁾を行い、国際誌に掲載となった。

学位論文として線条体壊死を研究の対象としたのは、実はもうひとつの理由があった。神経病理研究室に古くから保存されていた病理標本に、小児において家族性に発症した、原因不明の線条体の壊死症例があったのである。この症例については後に「家族性両側線条体全壊死 Familial Holotopistic Striatal Necrosis」という病名をつけて国際誌に発表⁵⁾したが、その病変の形成機序を知りたかった。今日では、「小児両側線条体壊死 infantile bilateral striatal necrosis」と呼ばれ、100万人にひとりという頻度の極めて稀な疾患であり、グルタル酸血症 Glutaric aciduria type 1 (Deficiency of glutaryl CoA dehydrogenase enzyme)によるものであることが知られている。

また、若年発症(36歳)のアルツハイマー病の非定型の症例⁶⁾を経験したが、これは、今日では、「綿花様老人斑型 Cotton Wool Plaque Type」と呼ばれる病型であって、アルツハイマー病におけるプレセニン異常が、シナプス変性による老人斑と脳幹のタウ蓄積をきたすことを示すものとして重視

されている。

酵素組織化学

大学院生時代には、私にとって酵素組織化学が研究のために必要な手技であった。当時、酵素組織化学を専門とする神経病理学者は少なかったためか、病理学の専門書である「病態酵素組織化学(朝倉書店)⁷⁾から、思いもかけない分担執筆(神経疾患の酵素組織化学)の依頼が舞い込んだ。刊行されたのは、1972年、2年間のニューヨーク滞在を終えて帰国したときであったが、これは大学院時代に蓄積した知識を整理したものである。

致死性緊張病

本来の精神医学の領域に関わることとして、緊張病についての臨床病理学的な論文を書いた。精神神経学雑誌に掲載された「熱発と緊張病」という表題の論文⁸⁾である。高熱と循環器症状を呈し、多彩な精神病症状(幻覚、妄想、作為体験など)や筋強剛、けいれんなどが認められて、時には死に至るという病態は急性致死性緊張病と呼ばれていたが、ほとんどの症例では、脳には特別な所見は認められないで、まれに、軽度の急性瀰漫性リンパ球性髄膜脳炎あるいは非特異的な脳血管の反応(脳症)がみられるといったものであった。一時は、悪性症候群との関係について注目されていたが、今日、脳炎(ことに抗NMDA受容体脳炎)との関連において再検討されつつある。その後、緊張病についての小生の関心は続き、最近まで、何度かこのテーマで総説を書くことになった。

精神科と神経病理学

神経病理学は、歴史的には一般の病理学とは異なるかたちでの始まりと発展があった。それは、脳の構造が解剖学的に複雑であること、検索のために必要な手技である染色の多くが一般の病理学のそれと異なることのためである。初期の発展は、ニッスル Franz Nissl(1860～1919)、アルツハイマー Alois Alzheimer(1864～1915)などの精神医

学者が担うところが大きかった。その後も、主としてドイツ語圏における神経精神医学の領域において、神経病理学が発展した。日本でも精神医学において神経病理学は専門領域のひとつであった。

明治以降の日本の精神科医師で、欧米に留学された先達には、三宅鉦一、大成 潔、内村裕之、下田光造、林道倫といった方々のように、神経病理学を学び、素晴らしい研究成果をあげられた方が多かった。私の医師となった1961年当時には、日本神経病理学研究会(後の日本神経病理学会)の発足から2~3年経っていたが、精神科医師の活躍が目立っていた。

その当時の精神科教室には多くの神経病理学者がおられた。敬称略でお名前をあげると、東京大学と松沢病院には、三宅鉦一、大成 潔、内村裕之などの歴史を引き継ぐ、猪瀬 正、立津政順、白木博次、山本達也、横井 晋、原田憲一、小田雅也、藤澤浩四郎、森松義雄、松下正明などの諸先生がおられた。また慶応義塾大学には辻山義光、九州大学には、下田光造を引き継いだ、王丸 勇、武谷止孝、宮川太平、三山吉夫など、さらに岡山大学には、林 道倫のあとを継ぐ難波益之、石井毅、石野博志、立石 潤、黒田重利などの諸先生、北海道大学には、北大時代の内村の後を継いだ飯塚礼二、宮岸 勉など、千葉大学では十束支朗、川勝 忍などと、多くの専門家がおられた。さらに言えば、その後に活躍された東京都神経科学総合研究所の石井 毅、小柳新策、小阪憲司、天野直二、井関栄三なども精神科医師であった。

当直を忘れて

大学院での研究が忙しくなっても、入院患者さんの治療、週に1~2回の外来診療、月に2回ほどの夜間当直などは続いていた。診療の仕事は精神科医師としてのアイデンティティにも関わることであって、きわめて重要なものであった。旧クラスメートの話を書けば診療各科の大学院生はすべて同じような状況で、精神科は、自由度の高いほうであったようである。

それでも、アパートに帰っていて夕食が終わったところ「今日は先生、当直ですよ」と病院からの電話を受け驚いて飛び上がると、もうすでに、気を利かせた用務員のおかげでアパートの外にパトカーが迎えにきているといった目も当てられない失敗もあった。また実験することにしていただ直の夜、いつものように病院の自転車で、近くの食堂へゆき、考えごとをしていたために、間違えて違う自転車に乗って帰り、警察で事情聴取を受けて肝を冷やしたということもあった。今でも忘れられない思い出である。

東大脳研

さまざまな脳の疾患には、それぞれ病変の性質、変化のおこる部位、それに疾患を特徴づけて、診断の際に標識となる所見がある。専門家となるためには、これらのことを、一度でも顕微鏡のもとで見ておく必要があった。当時、松岡龍典先生と密接な連携をとって、クロイツフェルド・ヤコブ病の海綿状変化と特徴とするタイプを研究しておられた東大脳研究所病理部門・白木博次教授のご好意で、所蔵されている病理標本を見せて頂く機会を頂いた。ただし、週に1回、毛呂病院(現在の埼玉医科大学)にお手伝いにゆくという条件がついていた。これは大学院生2年目の夏休みのことであったが、その後の研究人生のための大きな財産となった。そのときに知己を得た先生には、病理標本を見ながら教えて頂いた小田雅也先生や、狂犬病ウイルスの神経系内での伝播様式の研究しておられた山本達也先生(東京大学脳研究所教授)、また、毛呂病院への電車のなか知り合った鈴木二郎先生(東京大学精神科、後に精神神経学会理事長、東邦大学精神科教授)などがある。

七山病院

大学卒業間もなく、妻・由紀子(京都大学医学部薬学科卒)と結婚したが、大学院の奨学金だけでは暮らすことは困難であった。そのため、岡本重一先生(関西医科大学精神科教授)のお世話によって、

慶長4年から続いて現存する爽神堂七山病院(大阪府泉南郡熊取町、1599年本多左内により、泉州の浄見寺に爽神堂を開基した。主に灸法による施療)で週に2日診療をさせて頂くことになった。この七山病院には、関西医科大学、和歌山医科大学、それに京都大学などから多くの医師が集まっていた。山崎光男先生は、当時、医局長として、若い医師を世話しておられ、我々に、後々まで大きな影響を遺された。

京都大学からは、後には後輩の畑田耕司、加藤文弘、山口 晃、横山 博、木村政宏、林 拓二(後の京都大学精神科教授)などの諸君が加わった。奈良医大の大沢安秀教授、後の和歌山医大の東雄司 教授、吉益文夫教授にはこのときに知遇を得た。

家族

ここですこしだけ、妻と子供たち、それに親族のことを書かせて頂く。

1961年11月には、2歳年下の由紀子と結婚して、京都鷹ヶ峰の木造2階建のアパートの一室を借りて新居を構えた。妻・由紀子(旧姓、河嶋)は、数学者の父・元吉^{9,10)}(大阪府立大学)と、母・敏子(旧姓、島村^{11,12)})の家に生まれた。大阪で育ち、京都大学医学部薬学科を卒業した。結婚した時は、大学院修士課程を終えて、京都大学医学部医化学・早石 修

教授の教室の研究助手として、杉野 幸夫助教授(後に、京都大学薬学科教授、武田薬品研究部に在籍中にイノシン酸から“いの一番”という調味料を作成)のもとで、仕事を始めたところであった。しかし、生化学の研究は冷凍室(コールドルーム)での仕事が多く、体調を崩したため、間もなく退職することになった。

鷹ヶ峰のアパートに住んで居たのは、1年弱である。義父が、定年退職後に新しく日本大学理工学部の福島キャンパスに職を得て、東京で暮らすことになり、大阪の美章園の家が空いたのを留守番のかたちで住ませてもらうことになった。

我々には、東京オリンピックの年には娘を授かった。息子が生まれたのは、その2年後である。

その後、私どもが、1966年に米子の両親と一緒に住むために京都の山科・四宮に小さな家を建てるまでの5年間は、ここから1時間半ほどの時間をかけて京都に通った。

米子で生活していた両親は、小生が兄弟のなかで唯一の医師であるという理由もあって、1966年、我々と共に京都で暮らすことになった。そのために京都山科に小さな家を構えた。丁度、京都と天津の境界線の京都側であって、近くには疎水があり、田圃もあって、自然が豊富であった。1968年、父は、山科の家で卒中発作のため眠るように旅立っていった。その後、私たちと一緒に宝



パスポートに使った写真(1969)



家族:京都山科の家の近く、東海道線の見える高台にて。(1968)

塚に住んでいた母が、脳梗塞のために亡くなったのはそれから18年後のことである。

娘・彩は、京都山科の小学校1年生の時に、ニューヨークの小学校に転校することになったが、2年後に帰国してからは、山科の小学校、宝塚の小学校を経て、大阪教育大学附属・中学・高校(池田)、さらには香川医科大学へ進んだ。さらに兵庫医大の循環器内科で助手となって勉強し、宝塚市立病院に勤めたあと、2001年、神戸のビルの一室で診療所を開設した。

息子・俊一郎は、京都山科の自然のなかで大きくなった。よちよち歩きのと時から祖父に手を引かれて、近くの疏水あたりまで散歩するのが常であった。ちょっと妻が目を離すと、目の前の水田で見つけた蛙を小さな両手に握りしめて走り回っていた。宝塚の小学校、西宮の甲陽学院中学・高校に進み、さらに慶応義塾大学医学部に進学した。循環器内科の講師を務めたあと、2011年、不整脈を専門とするクリニックを、青山のビルの2階で開いている。

文献・資料

- 1) 平澤 一：軽症うつ病の臨床と予後。医学書院 1966
- 2) 平澤 一、三好功峰：軽症うつ病の臨床像、精神神経誌 67,480-487,1965
- 3) Miyoshi K：Experimental striatal necrosis induced by sodium azide. Acta Neuropathologica 9,199-216,1967
- 4) Matsuoka T, Miyoshi K, et al.：Central Pontine Myelinolysis. Acta Neuropathologica 5,117-132,1965
- 5) Miyoshi K, Matsuoka T, Mizushima S：Familial Holotopistic Striatal Necrosis. Acta Neuropathologica 13,240-249.1969
- 6) 松岡龍典、三好功峰ほか：老年斑様小体、原線維変化、動脈硬化、ALS様変化などを呈する脳症の1例、神経研究の進歩 11,801-811, 1967。/Shiraki H：Senile Plaques with

Primary Degeneration of the Pyramidal Tracts. IN：Contemporary Neurology Symposia. Volume II. Motor Neuron Diseases. eds. Norris FH, ZKurland LT. Grune & Stratton, New York & London。/三好功峰、松岡龍典：神経疾患と精神症状。医学書院 1980

- 7) 三好功峰：“神経疾患の酵素組織化学”、病態酵素組織化学、竹内、小川、宇尾野編、朝倉書店：1972
- 8) 三好功峰、出口武夫・本多 進、武田 朗、松岡龍典：熱発と緊張病、精神神経学雑誌 70,52-65,1968
- 9) 河嶋和子：河嶋元吉、河嶋敏子：河嶋元吉写生帖・敏子短歌。朝日新聞東京本社朝日出版サービス 1992
- 10) 河嶋和子：拝復・河嶋元吉、河嶋敏子：河嶋元吉写生帖・敏子短歌。朝日新聞東京本社朝日出版サービス 1994
- 11) 河嶋和子：わたしのルーツを求めての旅。朝日新聞東京本社朝日出版サービス。1996
- 12) 河嶋敏子：寒紅梅・河嶋敏子歌集。本阿弥書店 1997

連載

自分史・神経精神医学をめざして(4)

コロンビア大学 1969~1971

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰

ニューヨークに着く

家族4人、つまり私自身に加えて妻、娘(5歳)、息子(3歳)のニューヨーク行きは、予想していたより大変であった。当時、妻の両親(義父は数学者、当時は日本大学工学部福島分校)は西荻窪に住んでいたため、妻の兄と姉妹など全員で羽田空港まで見送って頂いた。1969年6月25日のことである。

当時のノースウエスト航空の航路は、まず給油のためハワイに立ち寄り、そのあとアメリカ本土へ飛ぶというものであったが、大人はともかく、幼い子供たちには大変な苦痛であったと思う。それでも健気に頑張ってくれた。やっとシアトルに着いたとき、息子は、手をつないでいた私に不思議なことをいった。「おじいちゃんはどこ?」。はじめは何のことか分からなかったが、考えてみると、京都で一緒に住んでいた父が1年前に死亡したとき、妻が、「空のうえ、天国に行った」と納得させていた。飛行機に乗れば、祖父に会えると思っていたようである。

シアトルで乗り換えた飛行機は空席が多かったので、ニューヨークまでは、ゆったりとした旅路であった。ニューヨークに近づいたときに急に雲が晴れ、ケネディ空港の近く、同じ大きさの赤屋根の住宅が幾何学的に走る道路に沿って並んでいる住宅地が眼下に迫ってきた。これが、初めて見たニューヨークの景色であった。

これから住むことになるアパートは、1~2ヶ月の期限付きで、コロンビア大学病院のすぐ近く

に手配して頂いていた。また、空港では、長年ニューヨークにお住まいの安達正純先生(慶応義塾大学卒、ブルックリンのユダヤ慢性疾患センター: Jewish Chronic Medical Center, 神経病理部門)がお迎えにきて下さっていた。

我々の家族は、安達先生の自動車に乗せてもらって、何とかアパートにたどり着くことができた。暮れなずむ窓の外にはハドソン河にかかる巨大なジョージ・ワシントン橋が見えた。窓をすこし開けると、熱い空気とともに、すごい自動車の騒音がわーっと入ってきた。部屋は、6階にあって、贅沢ではないが家具付きであり、日本人の感覚では十分に大きな部屋であった。冷蔵庫には、シーリルとミルクが置かれていた。それはウルフ先生の秘書さんの心遣いであった。

パーキンソン病研究所

コロンビア大学の医学部とその附属病院は、ハドソン川に架かるジョージ・ワシントン橋の南の650 W 168th Street 辺りからハドソン河畔にわたって建てられた巨大な建物群である。そのなかでコロンビア大学医学部の研究棟として当時比較的新しく建てられた18階建てのウィリアム・ブラック・ビル William Black Building(ニューヨークでは有名なコーヒーのチェーン店であるチョック・フル・オブ・ナッツ Chock Full o'Nuts の経営者ウィリアム・ブラック氏が、親族がパーキンソン病のL-ドパ治療を受けたのを感謝して寄付をしたものときいている)の3階がパーキンソン病研究財団の本部と研究施設であった。私はここに所属した。

パーキンソン病財団研究所 Parkinson Research Foundation は、コロンビア大学の神経学部門に属

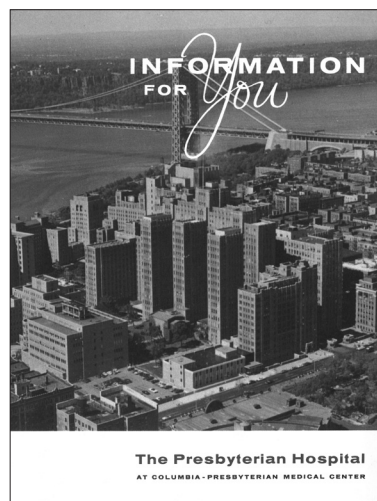
して、メルビン・ヤール Melvin Yahr 教授が研究所長を兼任していた。私は、アブナー・ウルフ Abner Wolf 名誉教授の直属として、研究室を、もうひとりの研究員ハーバート・バーデン Herbert Barden 博士と共有した。共同研究者となるドナルド・ハーター Donald Harter 准教授は別に独立した研究室をもっていた。

研究所の廊下には、流石にコーヒー店の寄附で始まった研究部門らしく、あちこちに大きなコーヒー沸かし器が置かれていて、とても良い香りを漂わせていた。この研究部門は、現在、神経学教室 Department of Neurology の一部門としてコロンビア大学パーキンソン病財団・研究センター The Parkinson's Disease Foundation (PDF) ・ Research Center at Columbia University と呼ばれているようである。

私の身分はリサーチ・アソシエイト Research Associate (正式名称は Post-doctoral Research Associate) であった。その職名は、米国の大学の教員システムのなかで、学位を取得した後に用意される最もジュニアの研究者を指す。日本の大学で学位を取得した後、米国の大学で研究に従事するときの身分は、ほとんどの場合、これである。フルブライト奨学金や文部省在外研究員などの制度によって留学する場合に比べれば、多少は経済的には余裕があるものの、研究した成果を勝手に発表することはできない、というものであった。ちなみに、日本の教員システムのうちの助手に相当するのが助教授 Assistant Professor, 准教授が Associate Professor であり、その上に教授 Professor が数名いて、さらに全体を総括する主任教授 Chairperson がいるという組織になっていた。研究費は、NIH その他の公募に応じて研究プランを申請して、自力で獲得することになっており、研究費の獲得に失敗すれば、現ポジションを失うという過酷なシステムである。

私のコロンビア大学にいた2年間は、精神医学部門ではなく、神経学部門に所属した。しかも実験神経病理学といった最も臨床から離れた領域に

いた。決して楽な時期ではなかった。当時の自分の気持ちとしては、精神医学と神経学のはざまに迷い込んでいた感じではあったが、ニューヨークで学んだ研究手技は、将来の精神医学における脳の研究に役立つものと信じていた。



コロンビア大学医学部と附属病院の全景 (1969)。病院案内の冊子より。ハドソン河畔にあって北にはジョージ・ワシントン橋がみえる。

住まい

大学で準備してもらっていた住まいは、大学から北へ2ブロックほど離れた場所であったので、歩いて通勤した。アポロ11号の宇宙飛行士アームストロングの月面到着のニュースはこのマンションで聞いた。言葉に慣れていない時であったので、詳細は聞き取れなく、もどかしい思いであった。この住まいに住むのは2ヶ月という期限があり、その後の住居を探す必要があった。

研究室の仕事をしながら、住まい探しをするのは、結構大変であった。ある日、大学の研究者の集まる食堂で昼食をとっていると、日本人と思われる人物がいたので思い切ってアパート探しの相談を試みた。産婦人科の助教授の先生とおっしゃったが、すぐに自分の住んでいるマンションの管理事務所に電話して下さった。結局そこに住むことになる。ただ、条件に厳しいところがあって、契約のためにこのマンションの事務室を訪れたとき、対応してくれた中年の女性は、契約期間は2年、

万一、途中で帰国して契約破棄となると、訴訟になりますと顔色を変えることなく言った。

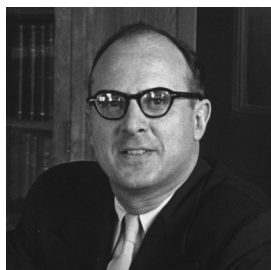
ヤール先生

メルビン・ヤール教授に率いられていたこの研究施設には、臨床系には、デュボアサン Duvoisan、ホーエン Hoehn、コテ Côte といった俊英が集まっていた。パーキンソン病の認知機能の障害を最も早くから注目していたオランダの女性心理学者 Flory Proctor Bowen もいた。

メルビン・ヤール教授は、1960年代にL-ドパをパーキンソン病に用い始めた神経学者のひとりであり、この薬物の二重盲検による結果を初めて発表し、世界中で広く用いられるきっかけを作った。また、臨床研究では、今日、世界中で広く用いられている「ホーエンとヤールのパーキンソン病のステージ分類(1967)」はパーキンソン病研究に欠かせないものとなっている。

ウルフ先生

私の先生となるウルフ先生は、1902年、ニューヨーク生まれで、コロンビア大学を卒業後に、ルードウィヒ・ピック Ludwig Pick 博士(ベルリン)とアルフォンス・



ウルフ (Abner Wolf) 教授 ヤコブ Alfons Jakob 教授(ハンブルグ)の許で神経病理学を学び、1951年にはコロンビア大学神経病理学の教授となり、1968年当時には、学術雑誌、Journal of Neuropathology and Experimental Neurology の主任編集者を務めておられた。

私がこの研究所に加わる1年前、1967年に、名誉教授となってここに移られたようである。大きな卵型の頭、黒縁の眼鏡が印象的で、いつでも、やや前屈みに急いで歩くなどの癖がおありであった。大抵は、元の病理学教室の教授室で仕事をしておられ、私の研究室には、週に1度程度、顔をだされる程度であった。

日本からウルフ教授の許に滞在され、研究をまとめられた方に東京大学脳研究所神経病理部門の白木博次教授がある。先生は、軍医として戦艦武蔵に乗艦されていたという経歴をお持ちの方であったが、復員後は、一時、コロンビア大学の神経病理学教室に籍をおかれ、「狂犬病予防接種による脱髄性脳炎」に関する論文をまとめられた。「ドクター・シュラキ(白木)はよく仕事した」というのがウルフ先生の口癖であったが、事ごとに白木先生と比較されるのは、私にとっては少々荷が重かった。

研究室の人たち

ドナルド・ハーター博士は当時、准教授であった。1933年生まれ、コロンビア大学医学部を卒業し、ロックフェラー研究所を経てコロンビア大学に移り神経学、細菌学



ハーター (Donald Harter) 博士の助教授を経て、1975年からシカゴのノースウエスト大学の主任教授として転出した神経ウイルス学者である。研究所のなかで独立したウイルス研究室をもち、ロックフェラー大学のショバン博士と共同研究がなされており、私の研究対象とした濾胞性口内炎ウイルスや神経親和性のインフルエンザ・ウイルスはそこから入手されていた。

ハーバード・バーデン博士は、研究室にいる PhD で、ウルフ教授の下で働く組織化学専門の学者で、研究室の実質的管理をしていた。小生の研究に必要な凍結切片の作成に彼のクレオスタットという器械を使用させてもらっていたが、何しろ凍結しても生きているウイルスの研究であり、あまり喜んではいなかったようである。その気持ちは十分に理解できた。

デビッド・カウエン教授 David Cowen は、永年のウルフ教授の共同研究者で内気で内省的な人物であった。慎重で、ひとの気持ちがよくわかるようであるが、やや内気な印象である。ただ、教室員に対して穏やかに接し、それだけに周囲から敬

愛を受けていた。フィリップ・ダッフィ Philip Duffy 教授は、臨床神経病理の仕事を一手に管理しておられたが、短編小説を書くという趣味がありであった。その一冊は、帰国後に先生から送られてきて、今でも小生の手元に残っている。

研究プラン

脳炎後パーキンソニズムは、1916年から1926年頃に流行したエコノモ脳炎(嗜眠性脳炎)の後遺症であるが、今日でも、どのようなウイルスが原因であったか謎として残っている。1918年から1919年にかけて大流行したインフルエンザ(スペイン風邪)と重なるところがあり、あるいはインフルエンザの神経系に親和性のある株によるものではなかったかというのが研究のための仮説であった。インフルエンザ・ウイルスは、パーキンソン病において病変をきたしやすい黒質などの脳幹に親和性があるかも知れないと予測を立てた。

私の主な仕事は、ハーター博士と、ウイルス脳炎でのウイルスの脳内伝播の機序を蛍光抗体法で検索することであった。

蛍光抗体法というのは、それまで関わってきた組織化学の手技と共通点の多いものであり、組織切片にある特定の蛋白を、蛍光色素をつけた抗体と反応させ、蛍光顕微鏡で検索することで、検索の目的とする蛋白の局在を明らかにするものである。ウイルスに感染した脳をこの方法で検索し、どのように脳内でウイルスが拡がってゆくのかを調べることにした。研究の方は、まず予備実験としてヒトに感染することのない濾胞性口内炎ウイルスで研究の手技に慣れ、その後、本番である神経系に感染するインフルエンザ株で脳炎の研究に移って行くという計画であった。

研究成果

予備実験としての濾胞性口内炎ウイルスのマウスにおける実験脳炎のウイルス分布の研究は1年もすれば完成した。免疫抑制薬を前投与した上で、ウイルスを含む乳剤を幼若マウスの脳に接種する

のであるが、得られた結果は、「ウイルスはマウスの脳室壁の上皮細胞でまず増殖し、次第に神経細胞の胞体、神経突起に拡がるが、その拡散は、神経突起を介して行われる」というものであった¹⁾。

それが終わると、インフルエンザ・ウイルスの神経系に親和性をもつ株を使って幼若マウスにおける実験脳炎の研究に移った。研究で得られた結果は、インフルエンザの場合でも、脳室壁にまず感染が生じ、ついで脳実質内の神経細胞、グリア細胞などに移行するパターンであり、ほぼ予想されたものであった。黒質、青斑核などパーキンソン病において変化のみられる部位に、とくにウイルスが集まるというわけではなかった。この結果は、ウルフ先生が編集長をしておられた雑誌に発表された²⁾。

この実験を始めて間もなく、自分自身もすぐに感染してしまった。1週間ほど、38～39度の高熱が続いた。もし、このウイルスが我々の予測通りに脳炎後パーキンソニズムに関連があるとすれば、実験が成功するという事は、自分も後でパーキンソニズムを発症する可能性があるということになる。何とも嫌な気分であった。

さらに、同様のインフルエンザ脳炎の感染は、免疫抑制薬を用いることによってリスザルでも成功し、感染はマウスと共通した様式で脳内において拡散した³⁾。

私がこの研究室を離れた後、私が属していたグループから、脳炎後のパーキンソニズムの脳において、インフルエンザ抗体を発見したとの報告⁴⁾がなされた。しかし、今日、脳炎後パーキンソニズムを見る機会がなくなったことから、新しい手技を用いて追試研究を行うのは困難となっている。

L-ドパ治療脳

研究所でのもうひとつの仕事は、パーキンソン病ブレインバンクの神経病理所見を記録に残す日常業務であった。

1968年から1970年頃は、パーキンソン病のL-ドパ治療が本格的に始められた時期である。

メルビン・ヤール教授はその先駆者のひとりであった。コロンビア大学での症例や、近郊の医療施設でL-ドパ治療を受けたパーキンソン病患者の脳において異常所見の有無を検索する仕事は、ウルフ先生の許で私が担当することになった。結論からいえば、パーキンソン病の病変がL-ドパ治療によって修飾されることはなかった⁵⁾。ただ、いまでも思い出すのは、ある病院からまとめて検索を依頼された症例が、不思議なことに、すべて基底核のある部位に限定的な障害(壊死)がみられたことである。これは後で気が付いたことであったが、実は、当時、しばしば行われていたパーキンソン病患者の定位手術のあとであって、L-ドパ治療のためではなかった。この時代のL-ドパ治療のことは、映画「レナードの朝 Awakenings」で描かれており、その原作を書いた医師オリバー・サックス Oliver Sacks 博士は後にコロンビア大学の神経学教授に就任した。

パーキンソン病研究の現在

パーキンソン病に関して言えば、今日では、 α シヌクレイン・タンパクが変性して、プリオン様の性質(β シートの形成、シードとしての作用、神経突起を介しての伝播、実験動物間での伝播など)を示すことなどが知られており、 α シヌクレインの蓄積は、腸管の神経叢から延髄迷走神経核におよび、さらに青斑核、黒質、大脳基底核、大脳辺縁系、大脳皮質に神経細胞間の伝播によって拡散してゆくことが明らかにされている(もう一つの経路は嗅脳から始まるとされ dual hit hypothesis と呼ばれる)。パーキンソン病の病変が、神経細胞間での伝播によって拡がるという現象の本体は、 α シヌクレイン・タンパクの変性の蓄積と拡散である。

パーキンソン病が、中枢神経系より前に腸管の神経叢から始まること、大脳におよんで認知症や幻覚、意識障害を見ることが多いこと(レビー小体型認知症、レビー小体病と呼ばれている)などは、私がニューヨークに在住していた50年前には、い

まのような研究の進歩は思いも及ばないことであった。

暮らし

その19階の一室に住むことになったマンションは、ニューヨーク市の最北のリバデール地区にあったが、ハドソン川の見える丘陵に20階建のビルが南北に3つ並んで建てられていてスカイ・ビュー・オン・ザ・ハドソン(Skyview on the Hudson)と呼ばれていた。共同のプールと冬のスケート場もあり、当時の私の身分にしては過ぎたものであった。日本の商社、銀行、航空会社などのニューヨーク駐在員のか方々とそのご家族が多数住んでおられた。

そのマンションに住むようになって間もなく、ある電話で驚かされた。その電話は、従姉からのもので、現在、夫が国連本部で勤務していて、住まいはこのリバデールにある、というものであった。ご主人が外交官であることは知っていたが、慣れない異国で、心細い思いをしていた自分にとっては、“地獄に仏”みたいな気持ちであった。

家族にとって英語での暮らしに適應することは簡単なことではなかったと思う。第一、大黒柱の私自身が言葉に慣れるまで、時間がかかっている。



マンション (Skyview on the Hudson) の前で妻と子供たち (1968)

妻は週に1回、ご近所のユダヤ系の老婦人に英語を学んだ。日常の話をするだけであったが次第に会話ができるようになるにつれて、友達もでき、気持ちに余裕ができてきたようであった。娘は、この近くのパブリック・スクール第81番校(PS 81)という小学校に通学することになって、ほどなく私より格段に上手な英語を話すようになったが、そうなるまで近所の日本人の子供達の輪のなかに溶け込むことも難しかったようである。また、当時4歳になったばかりの息子は、終日、母親と一緒にマンションの部屋にいるといった生活であったので、覚えた言葉は、ユー・ダムダム・ヘッド(You! Damn-damn head!!)といった近所の子供と喧嘩するときに使うものに限られていた。

家族全員が異国の生活に慣れるまではこんな具合であった。それでも、次第に生活に慣れて、日曜日には、家族全員で、当時日本では見たことがなかったスーパーマーケットで買い物したり、時には、比較的近くにあったクロイスターズ The Cloisters(メトロポリタン美術館の分館)に出かけたりするようになった。

通勤

1年間は、バス、地下鉄を利用して通勤した。毎朝の通勤経路は次のようなものであった。マンションから坂道を500メートルほど下りて、リバデル通りに出て、バスを待つ。バスでは、20分程かけて地下鉄1号線(バン・コートランド公園 Van Cortland Park 線)の駅(238Street)へ着くと、地下鉄で、ブロードウェイの168Streetの駅まで行く。この駅は、勿論、地下にあるが、これがまた薄暗い巨大な地下空間であり、出口に行くには線路をまたぐ古い架橋を越え、貨物用みたいな大きな扉のあるエレベーターに乗って地上に出る。地上に出てしまえば、そこはコロンビア大学医学部の附属病院であり、そこからハドソン川の方へ5分程歩くと、ウイリアム・ブラック研究棟のビルがあって、そこには、ピストルを腰に吊るしたガードマンが回転ドアの横で、不審人物が入って

こないように目を光らせているといった次第であった。

通勤自体は、私にとって苦痛ではなかったが、自動車なしでは、家族が生活するには甚だしく不便であった。

自動車

自動車を運転するには、まず、自動車学校で運転を習った上で、運転免許を取得する必要があった。運転の教習といっても、隣に指導員に座ってもらって、10回ほど30分程度路上を走ると、筆記試験と実技試験を受けることができた。私は、日本では運転をしていなかったもので、2回ほど実技試験に失敗したが、結局、運転免許を得ることができた。

ニューヨーク滞在2年目に購入した自動車は中古のドッジ・ダートという車種のセダンで、同じマンションに住んでいたひとが帰国するというので、安価で譲り受けた。このことはニューヨークでの生活を格段に便利にした。自動車による通勤はもとより、望んでいた家族の泊りがけのドライブ旅行を可能にしたのである。ニューヨーク生活2年目の夏には、ニューヨーク州の北からカナダにかけての初めての小旅行を試みた。フィンガーレイク、コーニング、ナイアガラ、サウザンドアイランド、トロントなどと走り回った。当時の我々の感覚からすれば、ドライブ・インに泊まりながら、気ままに家族旅行をするというのは、大変な贅沢であった。その後は、折を見て何度か泊りがけでドライブしたが、とくにハドソン川沿いに北に上っていった秋のキャツキル高原の紅葉の黄と赤で織りなす見事なモザイク模様は、いまでも忘れがたい。

1969年の大晦日には、タイムス・スクエアでの新年を迎えることを急に思いついて、妻と子供を乗せて出かけた。新年を迎える15分ほど前には、タイムス・スクエアの1ブロックほどのところまで行けた。しかし、その後、急に渋滞がひどくなって自動車は全く動かなくなり、歩道に人が溢れ始

めた。そこで1970年の新年となり、新年を祝った人たちが、今度は逆流しはじめた。その人たちが、小生の自動車の屋根を叩いて、“A Happy New Year”と叫びながら、次々と通りすぎていった。お祝いの気持ちを発散させる人たちに悪気は感じなかったが、危険で、あまり有り難くない経験であった。これは、今から半世紀前の新年の出来事である。

人種問題

アメリカ合衆国は、最も多様な人種・民族構成と使用言語をもつ、世界で類をみない国である。出自の異なる人たちが、それぞれにコミュニティを作りつつ、しかも交流しながら暮らしている。このような特異な国のなかで、そのことが最も目立つのはニューヨークであるという。人種問題は微妙な問題であるので、エスニックな行動に好奇心を刺激されることはあっても、個人的な日常生活において、そのことを意識させられることは、まず、ない。しかし、集団となると、時に無遠慮な摩擦が生ずる。

私ども家族が住んでいたニューヨークの北、リバデル地区は、郊外の住宅地であり、娘の通学していたPS81という小学校は、日本からの商社、銀行、航空会社など人たちとその家族の住むいくつかのマンションの居住者のご子息が多数おられた。あるとき、「この学校の成績が落ちてきているのは、日本からの子供が多いせいである」と思い込んだヨーロッパ系の住民たちがPTAの会合において、議論の不得手な日本人の親の前で「能力別・成績順でクラスを決めて欲しい」と校長に提言することを決議した。校長も、その圧力に負けて、それに従って、一斉に生徒の実力テストを行い、クラス配分を行なった。こんな提案がなされたのは、短期滞在のために言葉に慣れないで、意志の疎通の困難な子供がいることによることも大きな理由とされた。その結果、どうなったかと言えば、日本人の子供たちは、健気にも奮闘して、上位のクラスを独占するかたちとなったのである。地域の

住民は、その結果が納得できないから、再考を校長に申し入れたようであるが、流石に、そのことは受け入れられなかった。

帰国

1971年5月。ニューヨークでの生活を終えて帰国することになった。ウルフ先生には、このまま、コロンビア大学でキャリアを続けることを勧めて頂いたが、日本に残した母のことを考えるとそういう訳にも行かなかった。

折角のことであり、その様な機会がまたあるとは思えなかったので、帰国の途中に、デンバー、グランドキャニオン、サンフランシスコ、ロサンゼルス、サンディエゴなど米国のいくつかの都市や観光地を訪れることにした。サンフランシスコでは、京大精神科から研究に来ていた出口武夫博士(後に東京都神経科学総合研究所)に会うためスタンフォード大学の研究室に立ち寄った。西海岸は、気候もよく、晴れやかで、住むのには、絶好のところと思われた。最後にハワイに3日間ほど滞在して、帰国した。羽田に着いたのが、1971年5月11日である。率直な気持ちを言えば、「2年間の異国での生活を終え、無事に帰国できたのが、何にも代え難い幸せ」であった。

京都にて

1971年にニューヨークから帰国して、京都大学精神医学教室での外来・病棟での診療業務に復帰した。その一方で、関西医科大学精神科の岡本重一先生からのご依頼の教室員の方の学位論文のお手伝いや、京大第二内科の西谷 裕先生のグループとL-ドパ治療によって出現したパーキンソン病の幻視などの研究に関わった。

そのうち、臨床神経病理学の本道というべき剖検例の検索や他大学からの病理標本作成の依頼も増えてきた。このことから、後に、松岡龍典先生と共著として出版させて頂いた「神経疾患と精神症状、脳器質性精神疾患」(医学書院、1980)の構想を練ることになった。

文献・資料

- 1) Miyoshi K, Harter DH, Wolf A, Hsu KC :
Neuropathological and immuno-fluorescence studies of experimental vesicular stomatitis encephalitis in mice. J Neuropathology & experimental Neurology 30,266-277,1971
- 2) Miyoshi K, Wolf A, Harter DH, et al. :
Murine influenza virus encephalitis. J Neuropathology & experimental Neurology 32,51-71,1973
- 3) Miyoshi K, Gamboa ET, Harter DH, Wolf A, et al. :
Influenza virus encephalitis in squirrel monkeys receiving immunosuppressive therapy. J Immunology 106,1119-1121,1971
- 4) Gamboa ET, Wolf A, Yahr MD, Barden H, et al. :
Influenza A virus as a possible cause of postencephalitic parkinsonism. Trans Am Neurol Assoc 98,177-1780,1973。 /Gamboa ET, Wolf A, Yahr MD, Harter DH, Duffy PE, Barden H, Hsu KC :
Influenza virus antigen in postencephalitic parkinsonism brain. Detection by immunofluorescence. Arch Neurol 31,228-232,1974
- 5) Yahr MB, Wolf A, Antunes JL, Miyoshi K, Duffy PH :
Autopsy findings in Parkinsonian following with levodopa. Neurology (Minneap.) 22,suppl.56-71,1972

連載

自分史・神経精神医学をめざして(5)

兵庫医科大学 1973～1995

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰

兵庫医大の創設者

兵庫医科大学の創設者は、森村茂樹先生である。1916年生まれ、東京帝国大学1941年卒、内村祐之教授の指導を受けられた精神科医師である。急逝された御父君の精神科病院を引き継いで、戦後、南方の軍役から帰国されてまもなく、31歳のとき院長となられた。その後、覚醒剤やアルコール中毒患者の社会復帰を支えることを目的として、赤い羽根募金の基金を得て、財団法人・仁明会を設立され、総合病院としての新武庫川病院や知的障害児施設、重度心身障害児施設、特別擁護老人ホームなどを開設された。

兵庫医科大学の設立は1971年のことである。森村先生のお名前は、日本精神神経学会の学会賞の名前が、「森村賞」と呼ばれていたことで存じ上げていた。先生の名前を冠した学会賞の創設は、内村祐之先生の発案であったそうである。



兵庫医科大学病院 (1985)

先生は、兵庫医科大学を開設されたのち、理事長として大学の運営に携わっておられたが、1979年10月、ドイツのザールランド大学との姉妹校の打ち合わせのために渡独された。

その地で大きな不幸があり、ホテルのプールで泳いでおられたとき、突如、意識を失った状態となられたとのことで、お迎えに行かれたご家族とともに意識のない状態で帰国された。兵庫医大病院では全力をあげて救命治療に関わったが残念ながら意識が回復されることはなかった。63歳の若さであった。このことは、大学全体にとって極めて大きな衝撃であった。

大学精神科の設立

村上 仁教授が京都大学を退官され、当時新設されて間もない兵庫医科大学に赴任されることになった。先生が退官される3ヶ月程前であったか、森村茂樹理事長のところにご挨拶に行かれるのに同伴させて頂くことになった。理事長は6号館の2階にいらっしゃった。村上先生と森村先生は簡単な挨拶を交わされて、あとは雑談となった。私は助教授の候補として紹介された。

1973年の春、兵庫医科大学の精神科教室に助教授として着任した。内科、外科など全ての診療科のスタッフは、程なく完成が予定されていた13階建ての病院の中核的な建物(1号館)へ移るまでの期間、とりあえず大学の敷地の最も南に位置するコンクリート2階建ての建物(6号館)に仮住まいをして過ごした。一つ



兵庫医大助教授として着任当時 (1974)

の診療科に1部屋ずつ割り当てられるといった手狭なものであったが、その間、それぞれの診療科は互いに交流し、気持ちを通じ、ひとつになった。これが、新しい大学の始まりであった。

そのうち1号館が完成して、臨床各科が引っ越ししてしまうと、その建物は、すっかり空になって残された。これが、その後に精神科の独立したユニットとなり、1階は、精神科病棟、2階が外来、医局、研究室として使われた。緑の多い中庭で、入院患者さんは自由に散策することができ、精神科病棟としては、願ってもない環境であった。

当初、村上先生と一緒に赴任したのは、私のほか、林 三郎講師、守田嘉男助手の3名であった。しかし、村上先生のご高名の故に、次第に若い医師が集まってきた。

1年ほど経ってみると、フランス留学から帰国したばかりの精神病理学者の新井 清君(京大1965卒)、京都大学精神科で児童精神科を勉強された牧原寛之君(京大1972卒)、ハイデルベルグ大学精神科で木村 敏先生と同じ時期に在籍された上田宣子さん(東邦大医1967卒)、倉敷市民病院で、精神分析学の勉強をしておられた高山直子さん(京大1970卒)が加わっていた。さらに、その後には、新しく、高内 茂君(神戸大学1975卒)、小倉義広君(神戸大学1975卒)、大橋峰子さん(名古屋大学1975卒)、九鬼小枝さん(和歌山医大1975卒)などの新卒組が加わり、教室の医局のスペースも手狭になるほどであった。このようにして、新しい教室のかたちが次第に作られていった。

村上 仁先生は、京都から毎週水曜日においでになり、外来診療、病棟診察などの仕事をされた後、夜には読書会をして下さった。そのあと教授室の寝台兼用ソファで1泊されたあと、木曜日には、定例の教授会があれば出席され、夕方には京都に帰って行かれた。京都大学時代には、お忙しくて、読書会で欧文の書籍などを購読して頂くことなどはなかった先生であったが、ここで勉強に参加させて頂いたことは、当時の教室員の誇りであった。



村上仁先生と学内での新年交流会にて(1980年頃)

昇任

兵庫医科大学は文部省に大学院新設の申請をすることになった。大学院が認可されると、学位の審査とその授与が可能となるわけである。大学の創設時に就任された教授の方々のなかには、大学院の年齢規定に合わない先生がおいでになった。そのため、精神科ほかいくつかの教室で、教授をもうひとり採用する動きになった。

このような理由で、教授選考が行われることになり、1977年には、私も思わぬかたちで昇任されることになった。その後、5年後に村上教授が退職されるまで、私も一緒に教授会に出させて頂くことになった。

1982年には、村上先生は、ご退職となられたが、先生は、金春流の能楽を極めたお方と知っていた我々教室の者たちは、ご退職の記念に教室が主体となって作成した教科書「NIM 精神医学」(医学書院)とともに、能面師・桜井貫道周錬(南禅寺・最勝院)の「孫次郎面」(中年女性の面)をお贈りさせて頂いた。在籍されたのは8年間であった。

私の兵庫医科大学に在籍した時期は、1973～1995年の22年間であり、私の精神科医としての経歴のうち最も長いものである。新設で小規模な教室でも、教室全体が一丸となって、大きな失敗もなく勤め上げることができたのは、有難いことであった。

中核スタッフ

村上 仁先生とともに赴任したのは、先に述べたように、三好功峰、林 三郎、守田嘉男の3名であった。

林 三郎君(京大1962卒)は、兵庫医科大学の創設期には、講師として、その後、1977年から助教授として1995年まで教室の中心的な存在として在籍された。彼と知りあったのは、小生が精神科医となって一年目、京都の鷹ヶ峰に住んでいたところで、彼はまだ学生であった。そのとき、彼は、京都鷹峯の曹洞宗寺院「源光庵」に座禅を組みにゆく途中のことであったようであるが、バスのなかで、偶然、言葉を交わしたのがきっかけであった。

京大の精神医学教室では、彼は、神経病理研究室で机を並べて、ともに学んだ友である。兵庫医科大学の開学の前には、すでに、前身である武庫川病院に付属していた砂子療育園の医師として神経障害児の医療にかかわっておられた。兵庫医大の教室の開設に際して、講師に就任され、1977年からは助教授として教室員の指導に当たられた。

村上先生によって主催されていた勉強会は、村上先生のご退職後は、彼によって引き継がれた。そして、林君が、1995年に兵庫医大を退職された

後も、ご自宅での集まりが続いたようである。その息の長いご研鑽の成果の一部は、病跡学の原典紹介(画家G.セガンチーニに関するK.アブラハムの著作や作家A.ストリンドベルクに関するA.ストルビによる人格分析など)として、この数年前から次々と仁明会精神医学研究誌に掲載されている。

守田 嘉男君は、鳥取大学医学部を1967年に卒業され、京大精神科の大橋博司先生に師事して、神経心理学を勉強することを目的として、京都に来られたと聞いている。失語、失行、失認などに関する神経心理学、脳波を中心とした神経生理学、それに精神薬理学が専門であった。教室の実務的なことは、ほとんど彼にお願いしたかと思っている。兵庫医大講師のとき、シカゴのノースウエスタン大学で、臨床薬理学を学んで帰国され、大学院生の指導とともに、着実に研究を進められた。

私が1995年に京都に赴任した後は、後任として教授に就任された。私としては、先生には、2001年に京都にて第3回国際神経精神医学会を開催するにあたって事務局長を務めて頂き、大変なご苦勞をおかけしたことを深く感謝している。現在は、奥様の実家で、鳥取の旧家である奥田家の名跡を継がれて、鳥取市において暮らしておられる。



右より小生、守田嘉男(当時は大学助手・後に兵庫医大教授)、林三郎(講師)。
鎌田清美(技師)、小倉義広(医局員)。六甲山にて(1975)

研究室のリーダー

兵庫医大の教室で、研究面において立派なチーム・リーダーに成長された方はすくなくない。

佐藤正保君(京大 1967 卒)は、京都大学精神医学教室の神経病理研究室とともに勉強した仲間である。京大では、松岡龍典先生が亡くなられた後、一時、米国 NIH に研究の拠点を移された。帰国してからは、京大の解剖学教室の水野教授とともに電子顕微鏡によるシナプスの研究を続けておられた。その頃、当方も無理をいって、1981 年には、兵庫医大の講師として仲間に加わって頂くことになった。彼の持っておられた研究における多数の新しい手技は私どもの研究室を最新のものに変えてゆく力となった。1994 年に、家業を継ぐため郷里の島根県平田市に帰られて、現在は、ご自分のクリニックで地域の医療に貢献しておられる。

高内 茂君(神戸大学 1975 卒)は、卒業後、村上先生の許でフランス精神医学を勉強する目的で兵庫医大に入局された。ただ、生物学的な方法論による精神医学にも関心があったようなので、入局して半年経ったころ、東京神経科学総合研究所・神経病理部門の藤澤浩四郎博士(東大 1960 卒)のところへ電子顕微鏡の技術を習得して頂くことになった。その技術をもとに「テルリウム中毒による脱髄の電子顕微鏡的研究」を学位論文としてまとめられた。その後、パリの国立医学研究所およびサルペトリエール病院で勉強され、帰国されてから、ロイペプチンというタンパク分解酵素阻害物質の脳内持続投与したラットで、老人斑とよく似た軸索の変性やアミロイド様の線維が出現することを、国際誌に発表された。このように、脳内への化学物質の持続投与と、その結果としての病変の電子顕微鏡による検索という一連の研究技法を確立され、神経病理学において、いくつかの重要な貢献をされた。

彼は、その後、兵庫県立高齢者脳機能研究センターの基礎研究部長、兵庫医大講師、助教授を経て大阪体育大学教授を務められた。彼のフランス語圏での精神医学についての関心は、その後も途

絶えることなく続いていて、2014 年には、エルウェ・ボーシェーヌ著「精神病理学の歴史」を大原一幸君と共訳で、星和書店から出版されている。

植木昭紀君(兵庫医大 1983 卒)は、前脳基底核破壊によるラットの学習障害モデルを作成し、その受動的回避学習障害に対する薬物の改善効果を調べる方式を確立された。これは、アルツハイマー病における前脳基底核の神経細胞の脱落による脳内アセチルコリンの減少を念頭に置いたモデルであり、フィズスチグミン、テトラヒドロアミノアクリジン、アミリジン、コリン、アセチルコリン、アセチルコリン前駆体などによる学習能力の改善の程度を調べることに役立った。学習能力の改善の評価方式は、老化による脳内リポフスチン蓄積動物の学習能力の低下の検討にも用いることができ、その他、実験動物における非特異的脳病変による学習障害の研究にも応用することができた。また、スウェーデンのカロリンスカ研究所で、彼の研究の幅は大きく広がった。後に助教授として教室の運営に関わり、当時の守田教授を支えて頂くこととなった。

湖海正尋君(京都府立医大 1982 卒)は、京都第一赤十字病院で精神科臨床に関わった後、東北大学医学部抗酸菌病研究所にて免疫学研究に従事し、「内因性精神疾患の免疫学的な研究」で成果をあげておられたが、その後、兵庫医大に転籍された。彼は、もっぱら内因性精神障害の臨床に関心があり、若い教室員や研修医の指導を熱心におこなって頂いた。守田嘉男教授のもとで 1997 年より講師となり、さらに、阪本病院での勤務を経て、2002 年に学校法人兵庫医科大学による「兵庫医療大学」が開設されると教授として着任された。2011 年には、兵庫医科大学精神科の教授に就任され、松永寿人・主任教授を助けて教室の運営にあたられた。専門研究領域は精神医学における免疫学的研究、および東アジアにおける多文化間精神医学であり、訳書に「主観欠損症候群評価尺度 日本語版 SDSS-J」(2003 年)がある。

暮らし

小生は、1973年、兵庫医科大学に移ってから、しばらく京都山科の家から通った。

家族は、山科で暮らし、娘と息子は小学校、妻は子育てで忙しいときであった。小生の母も、元気で暮らしていた。

しかし、次第に、遠距離通勤が無理となり、1976年、宝塚に家建てて転居することになった。その後、この宝塚の家で、子供たちの独立してゆく姿をみることになる。娘、息子はともに内科の医師となり、2人とも循環器疾患を専門としている。母・恒子は、1986年に脳梗塞で亡くなった。



左から息子（慶應大・医）、妻、娘（香川医大）、小生

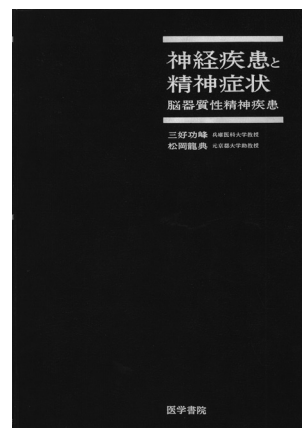
神経疾患と精神症状

1980年には、臨床神経病理学の研究活動の成果として、「神経疾患と精神症状、脳器質性精神疾患」（医学書院）という著書を刊行した¹⁾。これは、京都大学に在籍中に準備していたものである。65症例の臨床症状と脳病変を提示し、それに原因疾患の診断を示して、疾患の説明を加えたものである。

共著者の松岡龍典先生は、本書が刊行される前にお亡くなりになったが、先生を始め、京都大学精神医学教室の神経病理学研究室に在籍された諸先生のご支援がなければ完成することはできなかった。ただ、このような臨床と大脳疾患の病変との関連を扱った著書は、そのころ、珍しかったためか、精神医学のなかでの神経病理を志す若い研究者に重宝して頂いたようである。

当時、序文には、執筆の意図を以下のように述べている。

神経疾患では、その経過中にしばしば精神症状を認める。日頃、神経学の臨床に携わっておられる人達から、患者の精神症状についての相談を受けることは相当に多いし、また精神医学の領域の人たちからも脳器質性精神障害についての必要な知識を得ることが容易でないとの訴えをきくこともしばしばである。このようなことから神経疾患における精神症状について、実際に経験した症例を通じて出来るだけ具体的な事柄を述べてみようと考えた。この領域での著書が意外にすくないことに気づいたことも浅学をかえりみず本書にとりかかる契機になった。精神症状を呈する神経疾患としては本書で扱った疾患以外にも多くのものがあることは十分に承知しているが、しかし出来るだけ著者らの経験した事柄に限りたいという理由で本書のような形をとった。また脳腫瘍や血管障害、それに外傷などにおける巣症状の問題は重要なものであるが、今日一つの独立した専門領域になりつつあり本書では特に扱うことはしなかった。



神経疾患と精神症状、医学書院(1980)

本書では、以下の疾患について、具体的な症例を提示し、疾患の精神神経症状と病理の特徴を述べた。

- 1)脳萎縮性変性疾患——アルツハイマー病、進行性核上性麻痺、ピック病、進行性皮質下グリオーシス、正常圧水頭症、クロイツフェルト・ヤコブ病、非特異的で分類困難な痴呆症、多系統萎縮症、進行性ミオクロヌスτέんかん、ハンチントン舞蹈病、パーキンソン病、
- 2)脳動脈硬化症、低酸素症、中毒および栄養障害——動脈硬化症、低酸素症、低血糖症、一酸化炭素中毒、ペラグラ脳症、ウエルニッケ脳症、リー脳症、ウイルソン病、肝脳変性疾患特殊型、

3) 炎症性疾患——急性びまん性リンパ球髄膜脳炎、流行性脳炎、狂犬病、単純ヘルペス脳炎、日本脳炎、亜急性硬化性全脳脳炎、神経ベーチェット病、多発性硬化症、脳幹脳炎、進行麻痺、

これらの神経疾患の精神症状を規定するのは、1. 疾患特有の病変の性質(変性、壊死、不完全壊死など)、2. 症状の経過の速さ(急性、亜急性、慢性)、3. 脳病変の分布(瀰漫性か、局在性か)、4. 疾患の経過の時期(初期、極期、治療の時期、後遺症など)、5. その他の要因(年齢など個体の側の特異性)などである。各論においては、それぞれの疾患の症状と病変の特徴、広がりについて症例を通して記述した。

当時の東大脳研究所神経病理部門の白木博次教授には、以下のような過分の書評を頂いた。

筆者(注：書評者白木先生のこと)はかつて、「現代精神医学大系、19巻A、中山書店、1978」のなかで、「神経病理学の存在意義」について執筆したことがあるが、この論文の冒頭、筆者は次のように述べた。「神経病理学は、一般病理学の宿命がそうであるように、二つの研究方向の主流がそのバランスを失った場合、表面的にはいかに華やかな実績があがっているかにみえても、終局的には衰退の道をたどらざるをえないと考える。その主流の一つは etiopathogenesis の解明であり、他は臨床・病理の相関性の確立である。言葉をかえると、神経病理学は神経系についての基礎医学と臨床医学のいわば中間帯に位置し、両医学の橋渡しに貢献できる神経科学としては、最も重要な役割を演じてきたし、また、今後も演じて欲しい学問領域といえる。

ここに、三好また松岡両先生の共著になる本書によって、臨床病理の相関性という重要課題について、日本はもとより、諸外国においても、あえて初めてといつても決して過言ではない金字塔が打建てられた。ここに筆者の従来切なる念願が、漸く実現の第一歩を踏みだしたことは、誠に喜ばしい限りである。両先生は、何よりもまず勝れた精神医学の臨床医であり、同時に卓抜した臨床神経病理学者でもあり、またあつた方々である。(白木博次：脳と神経 32 巻、9 号、1980)

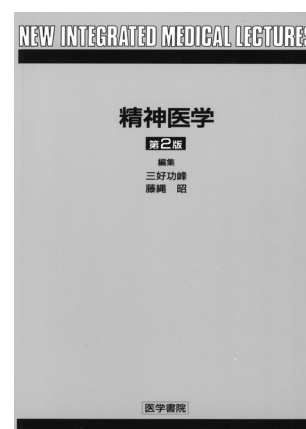
京都大学神経内科教室の亀山正邦教授から頂いた書評も、気恥かしいほど、過分なものである。

本書は三好教授が、故松岡龍典博士とともに長い間積み重ねられた神経病理学的な業績の、1つのまとめともいえる。その内容は、器質的脳疾患の重要なものについてほぼ洩れなく含んでおり、それらの臨床的な解説と病理所見との対比についても、

心にくいほど行き届いている。「神経疾患における精神症状について、実際に経験した症例を通じて出来るだけ具体的な事柄を述べてみよう……」と努力され、随所にわかりやすく解説されている。「…脳器質性疾患において、一つ一つの疾患にそれぞれ特有な症状は認められないのが普通である。いくつもの症状類型が各疾患に共通したものとして現われることが多い。しかし経過の速さ、病変の広がり、症状の進行性などの基礎疾患の特徴が、そのまま精神症状に微妙に反映していることも確かであり、本書では特にこの点に留意した」と、著者は序文に述べておられるが、その著者の意図は見事に実現されている。本書は、はじめに、脳器質性精神障害を解説し、ついで具体的な疾患の概説、その精神症状の特徴、症例の呈示と剖検所見という順序で、記述されている。(亀山正邦：脳と神経 32 巻、10 号、1980)

NIM 精神医学

1985年代には、村上仁先生のご退職の記念として、医学書院から依頼された学生用の教科書の編集し、刊行の運びとなった²⁾。京都大学の藤縄昭先生には共同編者となって頂いたし、村上仁にもご執筆をお願いしたが、兵庫医大からは、



NIM 精神医学

林三郎、守田嘉男、佐藤正保、牧原博之などの諸君が執筆した。京都大学ご退官の際に、記念事業を行うことがなかったこともあって、京大精神科の人たち(笠原嘉、三好暁光、濱中淑彦、野村純一、河合逸雄などの諸先生)も進んで執筆に参加された。

書名に冠された New Integrated Medical Lectures (NIM) というのは、医学書院が臨床医学の全診療科における新しいかたちの学生教科書をめざしたシリーズのことである。当時は精神医学においては、DSM-III (1980) によって、米国における精神障害の分類が一新された時期でもあり、その流れを取り入れるべく努めた。また、この教科書では、レクチャのタイトルとして 35 項目を選び、執筆者には、これまでの精神医学の教科書の形式を離れて比較的自由なかたちでお書き頂く

ことをお願いした。1985年に第1版が出版され、2003年の第2版(第7刷)まで刊行が続いた。本書の改訂が第2版限りとなったのは、年を経ることによって同じ執筆者によって改訂してゆくことが困難となったためである。それでも初版から18年間、学生諸君の精神医学の勉強にお役に立てたことは幸せなことであった。

研究室

大学の精神医学教室を立ち上げるのには、精神医学全体できるだけ広い領域をカバーすることが必要であった。精神病理学の領域には、村上 仁先生がおられるために、自然にひとが集まるが、生物学的な領域では、スタッフのそれぞれが自分の得意なところを担当しながら、研究分野を膨らませて行くことが必要であろうと思った。しかし、何しろ人が少ないのであるから、研究領域の「選択と集中」をこころがけ、レベルの高さを求めることも重要であった。

私の在職中の1973～1995年の22年間の研究成果を全て列挙することはできない。以下に述べる研究に関する記述は、自分史としての性質上、教室の全業績ではなく、私に直接関係のあったものに限定した。

リポフスチン

ニューヨークで、蛍光抗体法で、ウイルス抗体を検索していたとき、通常のヘマトキシリン・エオジン染色のパーキンソン病脳切片を蛍光顕微鏡で覗いてみた。視野のなかで、見事な黄褐色の顆粒が真っ黒な視野のなかで光輝いていた。これは神経系では、神経細胞、グリア細胞の胞体に含まれるもので、加齢によって増加するリポフスチンあるいはセロイド・リポフスチン顆粒と呼ばれるものである。蛍光を発するのは不飽和脂肪酸が自家酸化をおこし、過酸化物質となり、マロン酸ジアルカロイドとなるため蛍光顕微鏡の許で、一定の波長(3.750 オングストローム)で励起され、発色するためである。

電子顕微鏡では、細胞体において、膜に取り囲まれた不規則な輪郭をもち、粗大な顆粒や指紋のような構造が認められる。細胞が老廃産物をライゾゾームという小器官で処理し、蓄積することで生ずるもので、老化の標識として使える可能性のあるものである。

アメリカから帰って間もなく、関西医科大学精神科の岡本重一教授からご依頼をうけ、二人の研究生(柳 雄二君と谷 文雄君)の学位論文のお手伝いをするようになったが、そのテーマとして、それぞれ「リポフスチンの組織化学」と「リポフスチンの超微形態」について研究して頂いた³⁾。

兵庫医科大学での神経病理学研究室の初仕事として、「リポフスチンと老化」についての研究を選んだ。リポフスチンを増加させるビタミンE欠乏症⁴⁾、脂肪酸投与によるリポフチン増加⁵⁾、テルル中毒によるリポフスチンの増加⁶⁾、リポフスチン増加の学習能力に及ぼす影響⁷⁾などの研究がなされた。

工業製品による中毒

1985年には、「現代病理学体系、神経疾患I・工業製品による中毒」(中山書店1985年)を執筆した⁸⁾。本書で扱った中毒は、遠位軸索変性(有機リン、n-ヘキサン、アクリルアミド、トリクロロエチレン、ジメチルアミノプロピオニトリル、β-プロモフェニルアセチルウレア、二硫化炭素、キノフォルム)、近位軸索変性(β, β'イミノプロピオニトリル)、白質の海綿状変化(イソニアチド、6-アミノニコチナマイド、ユウプリゾン、ヘキサクロロフェン、トリエチルチン、アセチル・エチル・テトラメチル・テトラリン、アクチノマイシンD)、その他(テルル、アドリアマイシン、メチル・アゾキシ・メタノール、四塩化炭素、メチオニン・スルフォキシマイド)である。これは学位論文の研究を始めるときやリポフスチンの増加をきたす条件を探すのに、いくつかの工業製品の中毒作用を勉強したときの知識による。本書で扱った中毒のうちのいくつかは実際に教室におい

て研究した⁹⁾。この領域を担当して頂いたのは、佐藤正保、高内茂、小倉義弘、森 隆志、細見 誠、森村安史、赤崎安隆の諸君であった。

プロテアーゼ阻害薬

1988年、英国のアブラヒムによって老人斑に重要は役割を演ずるアミロイドβの前駆タンパク (APP)には、セリン・プロテアーゼ阻害物質の α 1アンチキモトリプシンが組み込まれたものがあることが報告された。動物においてアルツハイマー病の病変を実験的に作成することができないかと日々考えていた我々は、タンパク分解を阻害する物質に注目した。老人斑が特有な形態をとるのは、このプロテアーゼ阻害作用をもつ物質と関係があるのではないかと考えたのである。そこで、入手可能なシスチン・プロテアーゼ阻害物質であるロイペプチンを脳室内に持続投与することで変性する神経細胞の突起やグリア細胞における形態の変化を検索した¹⁰⁾。この研究は、高内 茂君が中心となって行われた。

コンピュータによる画像解析

神経細胞の脱落は、神経変性疾患の特徴のひとつであるが、どの程度の脱落であるのか数量化することは容易ではない。当初は、リポフスチンの自家蛍光顆粒の密度を数量的に計測し、細胞老化の標識とする試みをおこなっていたが、後には、ハンチントン病の線条体、アルツハイマー病の大脳皮質、基底核などの神経細胞の減少を、画像解析の手技を用いて数量的に表すことを試みた¹¹⁾。この研究に関わったのは、佐藤正保、小倉義弘、森村安史、大原一幸などの諸君であった。その後、私が京都大学に移った後も、大原一幸君によってアルツハイマー病の神経細胞の組織計測的な研究は続けられた¹²⁾。

アルツハイマー病の実験薬理学的モデル

前脳基底部破壊によって大脳におけるアセチルコリン減少が見られた動物において、コリンエス

テラーゼ阻害薬を含むいくつかの薬剤の学習能力を調べるのに使えることを確認した。このことは、治療薬の開発のための動物モデルとなるものと考えた。この研究は植木昭紀君が中心となって行われた¹³⁾。

認知症の臨床研究

松村 裕君は家族性アルツハイマー病(アミロイドβの717Val-Ileの点突然変異)の一家系を欧文誌 *Neurology (Minneapolis)* に報告した¹⁴⁾。また、教室からは、臨床神経病理学的検索でクロイツフェルト・ヤコブ病、ピック病、家族性レビー小体病などいくつかの重要な症例や特異な所見を報告した¹⁵⁾。

認知症となる原因は様々である。老年期に見られるアルツハイマー病では、認知機能がきわめてゆっくり低下するために、日常の臨床では、どの時点で認知症が発症したとするのか決めにくいことが多い。また、仮に認知症の症状を進行の程度にしたがって、軽症、中等症、重症といった風に分けてみても、具体的に、どのような症状があるから、どの段階であるという明確な線を引きにくいのが現実である。そこで、その判定のための特徴的標識を探すことを試みて、診断基準についての考えや、経過における症状の変化などについて総説的な論文はいくつか書いた。1984年頃から認知症(当時は痴呆と呼ばれた)に関する論文を書き始めた¹⁶⁾。

老年期の身体疾患や急性の脳障害は、意識障害(せん妄)の原因となりやすい。その原因疾患、症状、予後などについての臨床的な研究は、主に、永野修君によって行われた¹⁷⁾。

老年精神医学雑誌

1984年に、わが国で、初めての老年精神医学専門誌である「老年精神医学」という学術雑誌が、情報開発研究所という出版社から発刊されたが、数年間続いて廃刊となった。

その後、新しい老年精神医学を専門とする学術

雑誌の発刊が期待されていたが、1990年に「老年精神医学雑誌(老年精神医学会の準機関誌・株式会社ワールドプランニング)」が創刊される運びとなった。この「老年精神医学雑誌」の創刊から1995年第7巻の6月号まで、編集委員長として刊行に関わらせて頂いた。

このことは、遅まきながらも、私の関心が臨床に向かう大きな転機となり、老年精神医学雑誌の企画として、1991～1993年に「老年精神医学における症候群」というシリーズを書かせて頂いた。

そのときのタイトルは、以下の通りである。

仕立てられた精神病(ガス灯現象)、／不潔への無頓着(ディオゲネス症候群)、／身体疾患と間違えられる高熱(悪性症候群)、／症状の日内変動(夕暮れ症候群)、／視力障害に伴う幻視(シャルル・ボネ症候群)、／老年者の幻覚の1型(幻の同居人)、／ひとが入れ替わったとの妄想(カプグラ妄想)、／同伴者の不実への病的な確信(オセロ症候群)、／身体に虫が這うという妄想(皮膚寄生虫妄想)、／世界がなくなったという妄想(コタール妄想)、／退行期の幻覚・妄想(遅発性パラフレニア)、／痴呆と間違えられるうつ(うつ病性仮性痴呆)、／正常老年者の記憶障害(老年期記憶減退)、／鏡のなかの自分がわからない(鏡徴候)、／循環器障害による痴呆(心臓原性痴呆)、／老年期に多い基底核石灰化(特発性基底核石灰化症)、／血管性痴呆における大脳白質の変性(ピンスワンガー病)、／皮質下神経疾患における痴呆(皮質下痴呆)／左右差のある大脳萎縮(皮質基

底核変性症)、／ピック病の特殊型(ピック病全汎型)、／感染する海綿状脳症(クロイツフェルド・ヤコブ病)。

シンポジウム・老年期の神経精神疾患

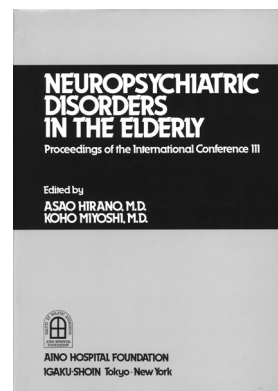
1982年9月、京都にて第12回世界神経学会(World Congress of Neurology)が開催され、多くの著名な神経学者が集まったが、その機会を捉えて、大阪において藍野財団の主催で、平野朝雄先生と共に老年期の神経精神疾患(Neuropsychiatric Disorders in the Elderly)についてのシンポジウムを開催した。

海外からテリー Robert D.Terry, ペール Daniel P.Perl, ショランダー P.Sourander, デービス Peter Davies,F. ザイテルベルガー Seitelberger, ヤール Melvin D.Yahr, ガジュセック Daniel Charleton Gajdusek などの諸先生、我が国から、石井毅、亀山正邦、中村重信、西村健、武田雅俊、小柳新策、難波益之、白木博次、大橋博司、立石潤、玉井洋一、西谷 裕などの諸先生にご参加頂いた。

そのシンポジウムの記録は、医学書院から Neuropsychiatric Disorders in the Elderly (eds. Hirano A.& Miyoshi K), Igakushoin として刊行された¹⁸⁾。私は、アルツハイマー病における神経原線維変化の走査電子顕微鏡で見た所見を報告させて頂いた¹⁹⁾。ただ、ノーベル賞受賞者のガジュセック Gajdusek 博士の論文はご執筆頂けなかったのは残念であった。



国際シンポジウム (1982)



プロシーディング

初めての国際学会

留学先がコロンビア大学神経学部門、パーキンソン病研究所であったことでもあり、精神医学の臨床に関わるようになって、パーキンソン病における精神症状である抑うつや幻覚については関心が深かった。第11回国際神経学会(アムステルダム、1977年)は、留学から帰国して、初めて出席した国外での学会である。

この学会では、「L-ドパとアマンタジン治療によるパーキンソン病での幻視と錯視」の報告を行った。その抄録²⁰⁾を和訳すると以下の通りである。

L-ドパおよびアマンタジン治療により精神症状の出現した10症例を報告する。幻視は、L-ドパ(あるいはアマンタジンを併用)治療中にみられ、治療を中止すると幻視は消失する。特異な臨床症状として幻視がみられるが、幻視は、ひとの姿、小動物、情景などであり、多くの場合に錯視を伴う。ときに、知覚変容(変形視、遠方視、逆転視など)がみられる。うつ気分や妄想もしばしば認められる。繰り返される幻視や錯視は通常は夜間にみられ、入眠時や出眠時に現れる。昼間にみられることはすくない。これらの幻視は、振戦せん妄や幻覚剤による幻視、ナルコレプシーの入眠時・出眠時幻覚と類似点がある。神経病理学的には、L-ドパ治療により特別な病変が加わった証拠は認められなかった。

L-ドパ治療におけるパーキンソン病の幻視は、以上のように「幻視は複雑幻視であること、錯視を伴うこと、さらに意識障害によると思われる知覚変容がみられること、入眠時、出眠時にしばしばみられる」ことなど、今日注目されているレビー小体病における幻視ときわめて類似点の多いものである。さらに言えば、症状だけでは、アルコール症における振戦せん妄や幻覚剤による幻視、ナルコレプシーの入眠時・出眠時幻覚とは区別ができない。このような幻視の機序については、なお明らかとは言えないものの、その基盤に軽度の意識障害があることが想定される。(後に、論文として発表した¹⁷⁾)

学会を終えて、美原病院の柳雄二院長(関西医科大学精神科、リポフスチンの研究の共同研究者)とレンタカーで小旅行に出かけた。しかし、そこでは交通事故という予想もしなかったことが待っ

ていた。

朝、ホテルを出てから、コートを忘れたことに気付いた。しばらく走ってから、ホテルに電話をしてみたが、コートは残っていない、という。残念。出発する前にクロセットの中に入れていたが、出るときに忘れた。さて、とにかくチューリッヒは出発したが、小雨が降っていた。しばらく走ってツークの町の交差点で、後ろの自動車に追突された。3人ほど乗っていた小さな車で、中年女性が運転しており、林業に従事しているといった。とにかく、自分の車は交差点で停まっていたのだから、責任と言えばこちらにはない。ただ、レンタカーを問題なく返却できるためには、警察の事故証明書が必要である。通りすがりの車に警察を呼んでほしい、と頼む。15分待っていると、小さなワゴン車によってポリスが来た。後ろが観音開きになっていて、そこには机がしつらえてある。フランス風のカンカン帽をかぶった警官が、英語、フランス語、ドイツ語のなで話すかと聞く。英語で頼むというと、調書を作りはじめた。その書類には、自分の名前、日本の住所、電話番号など詳しく書き込まれたが、驚いたのは、両親の名前、とくに母親の旧姓などまで記入する項目があったことである。

書類書きが終わると、オーケーということで、カーボンコピーが渡されると、あらためて自動車を見てみると、赤いオベルの後方がひどく潰れている。なかに入れた水色のサムソナイトのカバンが、それ以上、車が潰れるのを防いでくれていたようである。つぎの街、ルツェルンで、ホテルに部屋をとってから、レンタカーを返しにゆく。レンタカー事務所に窓口には若い女性は、自動車を見て、オオ！といってハンカチを噛む身振りをした。

日本神経病理学会・神戸

1987年6月2～4日には、神戸国際会議場において第28回日本神経病理学会が開催され、会長を務めた。会長講演は「線条体の病理」として、1968年頃に発表した小児の両側線条体壊死とアジ化ナトリウムによる実験的線条体壊死とその病因についての講演を行った²¹⁾。特別講演は安達正純教授(ニューヨーク大学病理学教室)、スパンサー Peter S. Spencer 教授(ニューヨーク・アルバート・アインシュタイン大学、神経中毒学が専門)にお願いした。基礎関連、脱髄免疫、変性疾患、腫瘍、発生、血管、外傷、中毒、神経・筋、炎症、代謝、老年などのセクションに別れて討議が行われた。なおこの学会は、講演発表前にポスターと顕微鏡標本の展示をおこなって前もって意見の交換が行われるのが恒例であったので、沢山の顕微鏡を用意する必要があったのは、この学会で苦労したところ

であった。

国際神経病理学会

国際神経病理学会は、兵庫医科大学に在籍中にもっとも深く関わった学会である。

第8回の国際神経病理学会は1978年ワシントンで開催された。この学会に際して、旅行会社の企画によって米国における神経病理研究施設視察団というグループが結成され、そのコンダクターを任されて、ワシントンに到着する前に、サンフランシスコ、シカゴ、ボストン、ニューヨークなどの著名な学者の研究室を訪問した。宮岸勉、西村文男、伊藤清、江島弘子、奥村厚史、中山宏、井坂健一、比嘉秀正、塚本宗之、橋詰良夫、松原六郎、亀山正邦、稲田雅美、小鹿幸生などの諸先生が参加された。

日本からの参加者と一緒に訪れた研究機関は次の通りである。メイヨクリニックの岡崎先生を訪ねて、神経病理研究室、神経学の外来診療部を見学した。シカゴでは、ハーター博士(コロンビア大学時代の共同研究者、ノースウエスタン大学の神経学教授となっていた)を訪ねて、診療施設、神経ウイルス学の研究室などを見学させて頂いた。ボストンのマサチューセッツ総合病院では、リチャードソン Richardson 博士を訪ねて研究室において、クロイツフェルト・ヤコブ病の感染症例の標本を見せて頂いた。ニューヨークではモンテフィオーレ病院の平野先生、アルバート・アインシュタイン大学でテリー博士に会い、あとは、コロンビア大学でカウエン博士に神経病理研究室を見学させて頂いた。

学会は、ワシントン DC のショーラム・ホテルで開催された。同じホテルで、世界各国の大蔵大臣、中央銀行総裁などによる国際通貨基金(IMF)の会議が開かれていた。小生はすこし遅れ

て会場に入ったが、学会の会場と間違えて、IMFのレセプション・パーティに紛れ込んでしまった。途中で気が付いたが、全く冷汗のものであった。学会では、6-アミノニコチナマイド aminonicotinamide による実験的脱髄病変に関する電子顕微鏡所見(三好、高内、佐藤)を発表した。

第9回国際学会はウィーンにおいて1982年にザイテルベルガー Franz Seitelberger 教授の会長で開催された。私としては、このウィーンで開催された国際神経病理学会の思い出は、もっとも懐かしいものひとつである。

教室員の人たちと、2台のレンタカーに分乗してケルンからウィーンに向かった。小生はリヒテンシュタインで降りて鉄道に乗り換えウィーンに入ったが、教室の人たちは、佐藤講師をリーダーとして、ウィーンまでそのままドライブした。いまから考えると無謀とも思える大旅行であったが、皆がまだ若い時であったから可能であったと言える。

学会は、ホッフブルグ宮殿の一部を使って行われた。宮殿のなかでの学会は、特別な体験であった。また、学会会長のザイテルベルガー教授のお宅でのホームパーティに参加したり、ニューヨークの平野朝雄先生と一緒にオペラハウスでドミンゴの出演する歌劇オセロを鑑賞したりもした。

ウィーンの学会において、4年後の日本での開催が決定されて、日本神経病理学会もその体制を整え、米沢 猛(会長、京都府立医大)、藤澤浩四郎(事務局長、東京都神経科学総合研究所)、それに小生(事務局次長、会計担当)などが執行役員として関わることになった。

次に1986年に開催されたストックホルムでの第10回国際神経病理学会は、次回には日本で開催することが決まっていたためもあって日本から先生たちが多数参加されていた。



中央に白木博次先生(東大脳研神経病理)ご夫妻、右にオーブ(Hau)教授(サルベトリエール病院、パリ)、左は小生の妻。第十一回国際神経病理学会・京都(1990)

1990年には、第11回国際神経病理学会は宝ヶ池の京都国際会議場で開催された。何度も、学会準備の理事会が招集され、学会が近づくにしたがって、極めて大きな重圧を感じた。

学会会期中も庶務的な仕事で多用であった。外国からの招待者の受付、登録費の受付、レセプションの準備など、覚悟をしていたとは言え、雑用が意外と多く、それに自分の発表の準備もあって学会会場でゆっくり講演を聞くという時間はなかった。



国際神経病理学会（京都）が終わって（1990）

そのあと、トロントで1992年に第12回国際神経病理学会が開かれたが、これは、私としては、気分的にもゆったりとしていた。教室からの参加者も自由にのびのびと勉強をし、学会を楽しんでいた。

それ以後は、自分としては、のちに述べる老年精神医学会、神経精神医学会などの臨床に関連の深い学会に重点を移した形となる。とくに1995年に京都大学に移ってからは、国際神経病理学会に出席することはなかった。

日本老年精神医学会と日本認知症学会

長谷川和夫先生（聖マリアンナ大学教授、後に学長）が1989年に予定されている東京での国際老年精神学会を引き受けてこられて、我が国に、その受け皿となる母体が必要となった。それまでは、老年精神医学に関する学術的な交流の場がなかったが、そこで長谷川先生から提案されたのが、1986年の「老年精神医学懇話会」の発足であった。これは2年後には、日本老年精神医学会となった。

一方、1982年には、東京都老年医学総合研究所長・石井毅博士の呼びかけで、痴呆に関連した基礎疾患の研究を目的とした老年期脳障害研究会が設立され、第1回研究会が大阪にて開催され

た。これは、1988年には日本痴呆学会、2002年には日本認知症学会と改称された。いまでは、神経内科領域の方々が中心となって認知症の原因疾患や臨床の研究が活発に行われていることは周知のことである。



石井毅先生（東京都老年精神医学研究所所長）とともに

国際老年精神医学会

国際老年精神医学会 International Psychogeriatric Association (IPA) による国際老年精神医学学術会議は、1982年にカイロにて第1回の学会が開かれ、1985年第2回スウェーデン、ウメアでの学会に続いた。私は、これらの学会には出席していない。

第3回のシカゴの学会は、ヒルトンホテルで開催された。実は、シカゴ学会の直前にブダペストで神経科学学会があり、兵庫医大の教室から、太田正幸君（明石土山病院・院長）に、アルツハイマー病のアミロイド斑と血管との立体的関係について発表して頂いた。その際にブダペストに小生のスーツケースが見つからないというアクシデントがあり、困惑したが、結局、シカゴに行く途中のハンブルグ空港の紛失荷物の保管倉庫のなかで偶然のように見つかった。

シカゴでの第3回国際老年精神学会は比較的小規模なものであった。ただ、圧巻は、開会式のレセプションが、ホテルから歩いてすぐの美術館 Chicago Art Institute で、閉館の後、貸し切りの

状態で行われたことである。東洋美術のコーナーも、印象派の絵画のコレクションも、全く、自由に見て回ることができた。これは大変嬉しいことであった。

第4回の東京学会は、京王ホテルで、聖マリアナ大学の長谷川和夫先生が会長をされて開催された。副会長(亀山正邦、西村 健の両先生と小生)の一人として学会開催のお手伝いすることになった。国際学会の事務局を運営し、学会を管理しておられたフィンケル博士夫妻とは、そこで知り合うことになったが、後年、ご夫妻は、初めて本格的な学会となり、財政的にも見通しが立ったのは東京学会であり、長谷川先生には本当に感謝している、と話しておられた。

1991年には第5回学会がローマで開催された。教室からも多数出席して頂いたが、当時、ストックホルムのカロリンスカ研究所に留学中の植木昭紀君も合流された。その頃のヨーロッパ便は機内整備のためにモスクワ空港に着陸することになっていたが、ローマでの学会中に、ソ連のゴルバチョフ大統領からイエリチン氏への政権交代があり、不穏な状況で、モスクワ経由の帰国が可能かどうか気を揉んだことを覚えている。

ベルンから、ジュネーブまで鉄道でゆく。スイスの鉄道は沿線が綺麗である。ひとで、にぎわっているレマン湖畔も見える。ジュネーブから空路でローマに着く。

ローマでは、空港で、ある男が近づいて、自分のタクシーに乗らないか、としつこく言う。ノーというと、なにか身分証明書のようなものを見せて、怪しいものではないとっているようである。しつこくつきまとっていたが、それでも結局は、その男は立ち去った。銀行の窓口で換金すると銀行員は、その様子を見ていたのか、「空港に悪いやつがいて申し訳ない、謝る」といった。

正規のタクシーに乗り、ホテルへ行く。途中で運転手に話しかけると、I no English というようなわけで、会話は成立しない。

カバリエリヒルトン Cavalieri Hilton は郊外の丘の上にある。ここに泊まり、国際老年精神医学会もここで開催された。学会のレセプションは、ホテルの庭で。フィンケル博士の本職はだしの歌が披露される。このとき、すでにテレビでCNNのニュースは、ソ連ではゴルバチョフ書記局長が失脚し、イエリチン氏が台頭しつつあると伝える。この頃は、ヨーロッパ便はモスクワで一時的着陸することになっていた。帰国のことは少し

心配したが、地球は丸い、アメリカ経由でも帰国できると覚悟をしたら、気は楽になった。

1993年の第6回学会は、ベルリンのインターコンチネンタル・ホテルで開催された。教室からは、多数参加された。関空を出発する日に台風が近づき、空港の地下が雨水で水浸しとなった。小生の出発便までは定刻に出発したが、そのあとの教室の人たちの出発に支障がでて大変であったようである。

1995年、第7回のシドニー学会では、開会式のレセプション・パーティは、有名なオペラハウスの玄関ホールで行われた。そこでは、ピショー教授(パリ大学サントヌ病院)、松下正明教授(東京大学)、アルフォンス・デーケン先生(上智大学)などと言葉を交わすことができた。

第8回エルサレム(1997)、第9回バンクーバー(1999)、第10回ニース(2001)、第11回シカゴ(2003)と続くが、これらは兵庫医大を離れてからのことになる。

学会出張のための費用は、例外的に学会主催者から航空券やホテル代が支給される場合を除き、すべて自費で賄う必要があるもので、元々豊かでないわが家の家計は相当に圧迫された。黙って耐えてくれた家内には心から感謝している。この状況は、兵庫医大時代のみならず、後の京都大学、さらには兵庫県立高齢者脳機能研究所に移った時期でも変わることはなかった。

方言

土地の方言のおもしろさは、自分では気がつかないことである。郷里の米子は、鳥取県の西部であり、出雲に接したところであるが、自分たちでは出雲の言葉使いとは違うと思っている。

私の母は、妻の由紀子に、言葉のアクセントが出雲弁と似ていると言われ、「米子の言葉は、出雲弁とはガイに、違いますケン! (大いに違います)」と向きになって答えていたことを思い出す。そのとき、私も母とまったく同意見であった。しかし実際には、米子の言葉は、出雲弁と共通したところがあるようで、私自身、京都から松江の姉に電

話したとき、番号違いで別の家に掛かったが、電話口に出てきた男性を姉の夫、義兄と思い込んで、しばらく気が付かなかったことがある。

実は、自分の耳には骨伝導が加わるためか、自分の言葉のアクセントが、ほかの人たちにどのように伝わっているか本当のところは理解していない。しかし、テープレコーダーに入っている自分の声を聞くと、自分の声と思えないほど、それは実に懐かしい田舎の声のアクセントである。

兵庫医大に在籍の頃、講習に参加するために米子からきた看護師の女性は、講義を聞いたあと、私の出自をぴたりと言い当てた。そして、京都にも住んでいたでしょう、といった。自分ではちゃんと標準語を話していると思っているのに、郷里の人はすぐに見抜いたのである。もちろん、私にも、その女性が同じ郷里の人であることはすぐに分かったが……。

言葉に限らず、身についた自分の“くせ”は、京都、ニューヨーク、西宮と働くところを変えても簡単には直らない。自分の性分も結局のところ変わっていない。学生時代に講義のなかで教えてもらった「ゆっくり急げ(Festina lente)」のモットーは守られることなく、何かをやり始めたら、落ち着いているつもりでも、心のなかでは「いそげ、急げ」の性分は変わらなかった。そのために、周囲の人たちには、ご迷惑をかけた向きもあろうかと思う。このとき、すでに58歳、このあと図らずも京都、姫路、西宮と拠点を移してゆくことになる。

教室に在籍された人たち

ここで、私の在籍中に、兵庫医科大学で一緒に仕事をした方々の忘れ難いお名前(敬称略)を書かせて頂くことにする²²⁾。

文献・資料

- 1) 三好功峰、松岡龍典：神経疾患と精神症状。脳器質性精神疾患。医学書院 1980
- 2) 三好功峰、藤縄 昭編：NIM 精神医学。医学書院 1985

- 3) Yanagi Y, Tani F, Miyoshi K : Neuronal lipofuscin in centrophenoxine-treated rats. *Folia Psychiat Neurol Jpn* 31,103,1977
- 4) 三好功峰：老化と神経疾患、大日本製薬 1982 における小倉義広君に関する記述
- 5) Sato M, Miyoshi K : Experimental lipofuscin formation of free fatty acid. *Proc 12th World Congress Neurol.*1981
- 6) Miyoshi K, Takauchi : Chronic tellurium intoxication in rats. *Folia Psychiat Neurol Jpn.*31,111,1977
- 7) Furuhashi A, Ueki A, Takauchi S, Sato M, Miyoshi K : Learning impairment in the neuronal ceroid lipofuscin accumulated rats. *Advances in the Biosciences.* 87,137-138,1993。/Furuhashi A, Akasaki Y, Sato M, Miyoshi K : Effect of AETT-induced ceroid lipofuscinosis on learning ability in rats. *Jpn J Psychiat Neurol* 48,645-653,1994
- 8) 三好功峰：工業薬品による中毒。現代病理学大系 23A (飯島ほか編) 神経系 I,175-191. 中山書店 1985。
- 9) Miyoshi K, Takauchi S, Hayashi S : Experimental spongy degeneration of the white matter induced by 6-aminonicotinamide intoxication.*Folia Psychiat Neurol jpn.*32,253-261,1978。/Sato M, Miyoshi K. Ultrastructural observations on the vincristine induced neuronal crystalloid inclusion in young rats. *Acta Neuropathologica* 63,150-159,1984。/ Marasigan SM, Sato M, Miyoshi K : Experimental striatal degeneration induced by kainic acid administration. Relevance to morphological changes in Huntington's disease. *Jpn J Psychiat Neurol* 40,113-121,1986。/Akasaki Y, Takauchi S, Miyoshi K: Cerebellar degeneration induced by acetyl-ethyl-tetramethyl-tetralin (AETT).*Acta Neuropathologica* 80,129-137,1990

- 10) Takauchi S, Miyoshi K : Degeneration of neuronal processes in rats induced by protease inhibitor, leupeptin. *Acta Neuropathologica* 78,380-387,1989. / Takauchi S, Miyoshi K : Protease inhibitor, leupeptin causes irreversible axonal changes in rats. In *Alzheimer's Disease. Basic Mechanisms, Diagnosis and Therapeutic Strategies* 1991. / Takauchi S, Ikegami S, Miyoshi K : Neurofibrillary change in rat brain as a long-term effects by intraventricular infusion of protease inhibitor leupeptin. In : *Alzheimer's Disease and Related Disorders. Advance in the Biosciences.* Pergamon Press 1993. / Takauchi S, Miyoshi K : Cytoskeletal changes in rat cortical neurons induced by long-term intraventricular infusion of leupeptin. *Acta Neuropathologica* 89, 8-16,1995. / Takauchi S, Nakajima T, Ohara K, Kokai M, Morimura Y, Morita Y, Miyoshi K : Synaptic degeneration in rat brain induced by intraventricular infusion of a protease inhibitor leupeptin. *Brain pathology* 7,1346-1346,1997
- 11) Akena H, Miyoshi K : Morphometric studies of mammillary body and anterior thalamic nucleus in Alzheimer's disease. *Neuropathology* suppl.3 13-21,1986. / Miyoshi K, Sato M : Neuropathological and morphological aspects of dementia. *Biological Psychiatry* 2, 122-123, 1991. / Sato M, Miyoshi K : Morphometric study of neuronal parenchyma in Alzheimer's disease. *Biomedical and Social Advances.* eds. Hasegawa K, Homma A.123-127, Elsevier 1990
- 12) Ohara K, Takauchi S, Miyoshi K, Kokai M, Morita Y : A morphometric study of subcortical neurofibrillary tangles in Alzheimer's disease. *Neuropathology* 16, 231-238, 1996. / 中島貴也、高内茂、大原一幸、湖海正尋、守田嘉男、三好功峰 : プロテアーゼ阻害ラットにおけるシナプス変性の組織計測的検討 *Neuropathology* 17, suppl 227, 1997. / Ohara K, Takauchi S, Miyoshi K, Kokai M, Nakajima T, Morita Y : A morphometric study of subcortical changes in Alzheimer's disease. *Neuropathology* 16,231-238,1996
- 13) Ueki A, Miyoshi K : Changes in cholinergic markers following kainic acid lesions of ventral globus pallidus in rats. *Jpn J Psychiat Neurol* 41,87-96. 1987. / Ueki A, Miyoshi K : Effects of cholinergic drugs on learning impairment in ventral globus lesioned rats. *J Neur Sci* 90,1-12,1989. / Ueki A, Miyoshi K : Reversal of learning impairment in ventral globus pallidus lesioned rats by combination of continuous intracerebroventricular choline infusion and oral cholinergic drug administration. *Brain Res* 547,99-109,1991. / Miyoshi K, Ueki A : The basal forebrain lesioned rat as a model of learning impairment. In : *Psychopharmacology for the Elderly* (Bergener M). 1993. / Ueki A, Miwa C, Miyoshi K : Impairment in the acquisition of passive and active avoidance learning tasks due to bilateral entorhinal cortex lesions. *J Neurol Sci* 125,14-21,1994. / Ueki A, Miwa C, Ohara K, Miyoshi K : Histological evidence for cholinergic alteration in the hippocampus following entorhinal cortex lesion. *J Neurol Sci* 142, 14-21,1996
- 14) Matsumura Y, Kitamura E, Miyoshi K, et al. : Japanese siblings with missense

- mutation (717VA1-Ile) in amyloid precursor protein of early-onset Alzheimer's disease. *Neurology (Minneap.)* 46, 1721-1723,1996
- 15) 守田嘉男、林 三郎、三好功峰：Balint 症状群を呈した Creutzfeldt-Jakob 病（亜急性海綿状脳症）の 1 例，*脳と神経* 27,1097-1103,1975。/三好功峰、林 三郎、佐藤正保：精神科領域における脳動脈硬化症、*日本臨床* 34,189-192,1976。/三好功峰：Pick 病の神経病理、老年期痴呆。*精神科ムック* 8 巻 1979。/細見 誠、三好功峰ほか：Pick 病における嗜銀球の構造について、*兵庫医大雑誌* 5,145-150,1980。/Takauchi S, Hosomi M, Marasigan S, Sato M, Hayashi S, Miyoshi K：A ultrastructural study of Pick bodies. *Acta Neuropathologica* 64,344-348,1984。/Takauchi S, Mizuhara T, Miyoshi K：Unusual paired helical filaments in progressive supranuclear palsy. *Acta Neuropathologica* 59,225-228,1983。/Hayashi S, Akasaki Y, Morimura Y, Takauchi S, Sato M, Miyoshi K：An autopsy case of late infantile and juvenile neuroaxonal dystrophy with diffuse Lewy bodies and neurofibrillary tangles. *J Clin Neuropathology*.11,1-5,1992。/Takauchi S, Yamauchi S, Morimura Y, Ohara K, Morita Y, Hayashi S, Miyoshi K：Coexistence of Pick bodies and atypical Lewy bodies in the locus ceruleus neurons of Pick's disease. *Acta Neuropathologica* 90,93-100,1995
- 16) 三好功峰：Alzheimer 病における記憶障害。老年精神医学 1,668-675,1984。/三好功峰：痴呆と意識障害。神経精神薬理 7,105-112,1985。/三好功峰、東前隆司、小倉義広、老人科診療 7,18-22,1986。/三好功峰：老年期痴呆の重症度分類。治療 70,75-80,1988。/三好功峰：知能・精神活動水準の判定。総合臨床 38,2408-2412,1989。/三好功峰：老年期の意識障害の原因と病態。老年精神医学雑誌 1,927-934,1990。/三好功峰：器質性精神症候群。Clinical Neuroscience. 8,489-491,1990。/アルツハイマー型痴呆のステージ分類。Dementia 4,300-303,1991。/守田嘉男、三好功峰：痴呆の症状変遷と問題行動。老年精神医学雑誌 2,1073-1077,1991。/三好功峰：アルツハイマー型痴呆の初期症状と経過。日本医師会雑誌 107,371-374,1992。/三好功峰、高内 茂：Alzheimer 病の症状・経過・巣症状：シリーズ精神科症例集 7。老年精神医学（柿本編）108-117, 中山書店 1993。/三好功峰：アルツハイマー型痴呆。臨床精神医学 22,879-885,1993。/佐藤正保、三好功峰：進行性核上麻痺と皮質下痴呆。老年精神医学雑誌 4,315-317,1993。/三好功峰、植木昭紀：アルツハイマー病の診断基準とその用い方。Medical Practice 12,365-368,1995。/三好功峰、湖海正尋：老年期の基準値，神経心理学的検査。老化と疾患 8,585-592,1995
- 17) 永野 修、高内 茂、西谷 裕、三好功峰：パーキンソン病治療中にみられる幻覚症状について。臨床神経学 26,464-470,1986。/Miyoshi K, Ueki A, Nagano O：Management of psychiatric symptoms of Parkinson's disease. *European Neurology*. 36 (suppl.1,49-54,1996/永野 修、高内 茂、植木昭紀、三好功峰：老年期のせん妄の臨床的研究、精神医学 29,403-409,1987。/永野 修、高内 茂、三好功峰：初老期以降のせん妄の予後。老年精神医学 4,72-79,1987。/永野 修、三好功峰：奇妙な妄想 phantom boarders に基づく行動異常。老年精神医学 3,61-63,1986。/佐藤正保、橋山恵美、三好功峰：高齢期における意識混濁と痴呆。老年精神医学雑誌 3,878-885,1992。/佐藤正保、三好功峰：術後のせん妄。Geriatric Medicine 30,1451-1457,1992
- 18) Hirano A, Miyoshi K (eds)：Neuropsychi-

- atric Disorders in the Elderly. Igakushoin 1983
- 19) Miyoshi K, Murata A : Scanning electron microscopy study of the senile brain and experimental aluminum encephalopathy. In : Neuropsychiatric Disorders in the Elderly (eds, Hirano A, Miyoshi K. Igakushoin 1983
- 20) Miyoshi K, Morita Y, Nishitani H, et al. : Visual hallucination and illusion in parkinsonian patients under L-dopa and amantadine treatment. Excerpta Medica International Congress Series.427,11th World Congress of Neurology pp602,1977
- 21) 三好功峰：線条体の病理。神経病理学 Neuro pathology. 8,55-62,1987
- 22) 赤崎安隆、安慶名泰通、浅見祐治、荒木善洋、新井 清、池上昇司、池上智子（旧姓：橋本）、石井敏樹、岩井正憲、岩谷信昭、犬塚峰子（旧姓：大橋）、岩崎滋徳、岩本文一、磯川 亮、上田宣子、植木昭紀、植野秀男、魚谷幸司、江川浩司、太田正幸、大原一幸、大原由実子（旧姓：高橋）、大井利彦、岡本章宏、金澤啓子（旧姓：松岡）、金谷治郎、加納 和、河崎直子、北村恵実子（旧姓：徳永）、北中淳悟、九鬼小枝、高野照起、湖海正尋、小谷泰治、小倉義広、駒井早苗（旧姓：池尻）、阪本美佐子、佐藤正保、志波正喜、篠田由里、清水聖保（旧姓：松井）、清水寿子、白井由理、真城英孝、渋谷直美、杉浦 卓、平 博臣、高内 茂、高野守秀、高野照起、高山直子、武田敏伸、谷口加容、田中みどり（旧姓：百瀬）、鶴田吉正、中井義裕、中川明彦、中島貴也、中曾三弥、永野 修、林 三郎、林 智恵子、平子雅也、東前隆司、藤田和義、藤田宏史、古橋淳夫、細見 誠、堀 賢二、堀江由香里（旧姓：畔脇）、堀野 敬、堀野稚子（旧姓：槇野）、前野恵美（旧姓：橋山）、前田弘子（旧姓：斎藤）、牧原寛之、松村 裕、三木和茂、宮本俊明（旧姓：李）、宮本真人、三和千徳、宮崎貴代花、森隆志、守田嘉男（現姓：奥田）、森村安史、柳澤正博、山内真治、山西博道、山西行徳、山本知子（旧姓：上原）、山本典子、山本博一、吉川 敦、吉川 鑑、吉原みのり、渡辺 誠、若栄徳彦の96名の諸先生。また、関西医科大学から村田 章、柏井洋平、岩村 久、由利和雄などの先生が共同研究のためにおいでになった。それに加えて中国の紹興から孫新芳さん、フィリピンからシメオン・マラシガン Simeon Nina Marasigan さん（後に母校のマニラ、サント・トマス大学精神科教授）、J. バウティスタ Jeremias G Bautista さんが留学生として教室に在籍された。

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)、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

今夏は異例の猛暑となり、国内各地で観測史上最高気温が記録された。新型コロナ感染症はオミクロン BA5 株に置き換わり、重症化率こそ低いものの、その感染力の強さのために、お盆の人流の後には毎日 20 万人以上の新規感染者が報告されるようになった。熱中症と新型コロナへの対応のために発熱外来も救急医療も限界を超え、もはや新型コロナ感染者の全例登録も困難な状況となってしまった。また、本年 2 月 24 日から始まったロシアのウクライナ侵攻は既に半年となるが、多くの町の破壊と多数の死傷者を出し続けながら今も終結の見通しは立っていない。

本号では、1992 年から 2001 年まで名古屋大学精神医学教室教授をお勤めになられた太田龍朗先生の玉稿を掲載することができた。傘寿を迎えられても太田先生はご健勝であり、快く編集子からの執筆依頼にご快諾をいただいた。太田龍朗先生は、謙遜されて「我が学究彷徨の記」と題した玉稿をお寄せいただいたが、精神医学と睡眠学との統合を目指して活躍された先生の功績は大きく、彷徨どころか着実に統合に向かって行かれた学究生活ではなかったかと思う。編集子もお大変世話になった高橋清久先生、菱川泰夫先生、大川匡子先生などわが国の睡眠医学の黎明期を築かれた先生方のことを思い出しながら読み耽った。

ドイツ語原典紹介として、Uwe Henrik Peters による Hölderlin-Wider die These vom edlen Simulanten- を取り上げた。本書は 1682 年に Rowohlt 社から刊行された菊版 239 頁の単行本であるが、その初邦訳を林三郎先生の解題と共に、今回と次回の 2 回に分けて掲載する。

ヘルダーリン(Johann Christian Friedrich Hölderlin(1770-1843))は、哲学者ヘーゲル(Georg Wilhelm Friedrich Hegel(1770-1831))、哲学者シェリング(Friedrich Wilhelm Joseph von Schelling(1775-1854))と共にチュービンゲン大学の同級生であり、ドイツを代表する詩人・思想家である。自然と人間の和合する世界を地上に招来することを詩人の使命として、書簡体小説「ヒュペーリオン」、劇詩「エンペドクレスの死」など抒情的な作品を残したが、人生の後半は統合失調症患者としてヘルダーリン塔での幽閉生活を余儀なくされた。ヘルダーリンの質の高い文学作品と彼の数奇な人生はドイツの哲学者と精神医学者に大きな影響を与え、また三島由紀夫にも影響を与えたとされている。本号ではその前半分「ヘルダーリン研究と精神医学」を紹介し、後半「ヘルダーリンの心理史」は次号に掲載する予定である。

世界を混乱に陥れているウクライナ戦争の勃発は、編集子にとっても驚きであり、報道のたびに戦争の悲惨さを思い知らされている。このような背景もあり、本号のフランス語論文原典紹介では“La folie au front La grande bataille des nerroses deguerre(1914-1918)”を取り上げた。本書「前線の狂気・戦争神経症という大いなる戦い(1914-1918)」は 2012 年にフランス、イマーゴ社から出版された紙装版 188 頁の単行本であるが、畏友高内茂先生から翻訳を提案いただいたことにより実現した。著作権の制限もあり全部を出版することはできず、翻訳者高内茂先生のご判断で、前半と結論部分のみの訳出となった。また、高内先生からは解題もお寄せいただいたので、戦争に起因する精神神経障害の現代的な意義について味わっていただきたい。

前号から掲載を始めた三好功峰先生による「自分史・神経精神医学を目指して」は、今回は佳境とも言える部分である。三好先生が、京大医学部卒業後に精神医学教室で研究生生活を始められ、ご家族と共に米国コンピア大学に留学され、兵庫医科大学に着任されるまでの時期である。Abner Wolf 教授の下でウィルス脳炎、脳炎後パーキンソン病の神経病理学の研究に従事されていた頃のエピソードが綴られており、興味深い内容であり、三好先生が神経精神医学を目指して華々しいキャリアを歩み始められた当時のことが生き生きと描写されており、興味深く読ませていただいた。

編集委員長 武田 雅俊



タイトル 「かがやく秋」

撮影場所 神戸市須磨公園

撮影年月 2007年11月

撮影者 森村安史

コメント

紅葉の季節になると、最後の煌めきがあまりにも美しいのに心惹かれる。柔らかな新緑の美しさと比べ、紅葉の美しさからはどこか厳しさや、悲哀を感じてしまう。散る直前の美しい煌めきは自然から与えられた命が役割を終えるときに、神が与えてくれたご褒美のようなものを感じるのである。老化は醜さばかりではなく、このような美しさも持っているのだと改めて思い出させてくれるのも紅葉の季節である。死の直前に一瞬かがやくことで、素晴らしい人生であったなと思い出してもらえるような生き方ができたらと思う。

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9月25日

編集委員会：武田 雅俊（編集委員長）

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20巻 (1) 2022年 9月

■ 巻頭言

- 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制 一般財団法人仁明会 理事長 森村安史 …… 1

■ 特別寄稿

- 我が学究彷徨の記
～精神医学と睡眠研究の狭で 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 太田龍朗 …… 2

■ 総説

- 認知予備力から見たアルツハイマー病の性差
大阪河崎リハビリテーション大学 学長、一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 所長 武田雅俊 …… 13

■ 症例報告

- 回避・制限性食物摂取症 (ARFID) が疑われた肥満恐怖のない摂食障害の検討
～神経性やせ症との比較を中心に 大阪精神医療センター 精神科 中濱涼子 他 …… 24
- 難治性の機能幻覚に対し炭酸リチウム併用による増強療法が奏功した統合失調症の一例
大阪急性期・総合医療センター 精神科 三浦耕人 他 …… 28

■ 原典紹介

- U.H. ペーターテス著「ヘルダーリン：高潔な詐病論者への異論」
大原一幸
武田敏伸
林三郎 共訳 …… 34
- 前線の狂気：戦争神経症という大いなる闘い (1914-1918) 高内茂 …… 64

■ 連載

- 自分史・神経精神医学をめざして (3) 京都大学精神科 1961～1968
一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 92
- 自分史・神経精神医学をめざして (4) コロンビア大学 1969～1971
一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 102
- 自分史・神経精神医学をめざして (5) 兵庫医科大学 1973～1995
一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 110

- 仁明会精神医学研究・執筆規定 …… 127

- 編集後記 …… 129

