仁明会精神医学研究 第21巻2号

Jinmeikai Journal of Psychiatry

Volume 21, Number 2, March 2024

Jinmeikai Research Institute for Mental Health

地中海の青い光

水没ジャングル

アマゾンの笑顔

イードラ（Hydra）島

マチュピチュの夕景

アルパカを抱く子供達

夕景のバオバブ並木

水辺のインパラ

かがやく秋

アサロ族のマッドマン

夕日の中で

仁明会精神医学研究 第21巻2号

Jinmeikai Journal of Psychiatry

Volume 21, Number 2, March 2024

巻頭言

灰色の小さな脳細胞　一般財団法人仁明会　理事長　森村安史 …… 1

特別寄稿

わが国における「予防精神医学」の歩み　琉球大学　名誉教授　小椋力 …… 2

神出病院事件と兵庫県の地域精神医療　神戸市シルバーカレッジ学長、神戸大学名誉教授　前田潔 …… 7

コロナ禍はメンタルヘルスに何をもたらしたか？　神戸大学大学院医学研究科　精神医学分野　菱本明豊 …… 11

症例報告

著明な肝逸脱酵素の上昇を来し、栄養管理に難渋した神経性やせ症の一例　兵庫医科大学　精神科神経科学講座　飯島華怜　他 …… 15

入院加療中に COVID-19 濃厚接触者としての処遇を経験した強迫症患者の一例　兵庫医科大学　精神科神経科学講座　木村蘭子　他 …… 19

精神科入院治療を要した特定妊婦の一例　兵庫医科大学　精神科神経科学講座　清川健太　他 …… 24

入院での認知行動療法により汚染 / 洗浄強迫が改善した強迫症の一例　兵庫医科大学　精神科神経科学講座　中村元紀　他 …… 29

音楽性幻聴を伴うレビー小体型認知症の一例　一般財団法人仁明会、仁明会精神衛生研究所　岸本由紀　他 …… 35

総説

センテネリアン（centenarian）と健康生成論（salutogenesis）　一般財団法人仁明会　精神衛生研究所、大阪河﨑リハビリテーション大学　武田雅俊 …… 41

原典紹介

U.H. ペェーテルス著「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 …… 63

コラム

忘れられない患者さんたち　3. 孤高のヒーロー　一般財団法人仁明会　理事長　森村安史 …… 89

仁明会精神衛生研究所年間業績報告（2023 年 1 月～ 2023 年 12 月） …… 91

仁明会精神医学研究・執筆規定 …… 97

仁明会精神医学研究フォトギャラリー No.1 …… 99

編集後記 …… 103

Jinmeikai Journal of Psychiatry
Volume 21, Number 2, March 2024

Forewords

My tiny brain gray cells — Yasushi MORIMURA MD, PhD（President, Jinmeikai Foundation） ····· 1

Special Article

Progress on preventive psychiàtry in Japan — Chikàrà OGURA, MD, PhD（Prof.Emeritus Ryukyu University） ····· 2

Incident in Kande Psychiatric Hospital, From the point of view of community psychiatric service
Kiyoshi MAEDA, MD, PhD（President Kobe Silver College, Professor Emeritus Kobe University） ····· 7

What was the COVID-19 pandemic in mental health?
Akitoyo HISHIMOTO, MD, PhD（Professor, Department of Neuropsychiatry, Kobe University） ····· 11

Case Report

A challenging case of anorexia nervosa with markedly elevated liver enzymes impacting, nutritional management.
Karen IIJIMA MD（Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical University.）et al. ····· 15

Patient with obsessive-compulsive disorder identified as a COVID-19 close contact during inpatient care: a case report
Ranko KIMURA MD（Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical University.）et al. ····· 19

Specified expectant mother requiring psychiatric hospitalization: a case report
Kenta KIYOKAWA, MD（Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical University）et al. ····· 24

A case of obsessive-compulsive disorder with improvement of contamination/cleaning compulsions after inpatient cognitive behavioral therapy
Motoki NAKAMURA MD（Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical University.）et al. ····· 29

A case of dementia with Lewy bodies accompanying musical hallucination
Yuki KISHIMOTO, MD（Jinmeikai Hospital）et al. ····· 35

Review Article

Centenarians and salutogenesis
Masatoshi TAKEDA MD, PhD（Jinmeikai Research Institute for Mental Health, Osaka Kawasaki Rehabilitation University） ····· 41

Newly Translated Article

Japanese translation "Hölderlin : wider die These vom edlen Simulanten"
Kazuyuki OHARA, MD, PhD（Director, Ohara Mental Clinic）
Toshinobu TAKEDA, MD, PhD（Director, Jinmeikai Clinic）
Saburo HAYASHI, MD, PhD ····· 63

Unforgettable patients : No.3:A solitary hero — Yasushi MORIMURA MD, PhD（President, Jinmeikai Foundation） ····· 89

Annual Activity（January 2023 – December 2023） ····· 91

Instructions for Authors ····· 97

Jinmeikai Journal of Psychiatry Photo Gallery No.1 ····· 99

Editor's Note ····· 103

巻頭言

灰色の小さな脳細胞

一般財団法人仁明会　理事長　森村安史

巻頭言を書く時期になるとなかなかテーマが出てこなくなった。私の頭の中にある灰色の小さな脳細胞が持っている能力もそろそろ枯渇し始めたのかもしれない。巻頭言を書くという作業も chat GPT に取って代わってもらってもいいかもしれないが、まだそれは許されないので、若い職員や専攻医、初期研修医たちと話をしていて感じたことを書き殴って巻頭言に変えたいと思った。

近頃は私が常識だと思っているような知識を全く教えられていない若者が増えているように感じる。クラブやラウンジのホステスさんたちにはもはやこの手の常識的な知識を求めようとも思っていないのだが、若い専攻医達と話をしていても同じような違和感を感じることがあるのだ。例えばムンク、シューマンとかドストエフスキーなど普通の会話の中に出てきそうな著名人について知らない人がいる。ムンクの「不安」や「思春期」と聞いて絵が浮かばない、「子供の情景」を聴いたことがない、「カラマーゾフの兄弟」を読んだことがなくても構わないが、せめてこれくらいの著名人の名前くらいは知っておいてほしいと思う。受験勉強に必要な科目だけしか学ばないと、文学や芸術はもちろん歴史や地理など医学部受験に必要のない知識を持たないままに卒業してしまうことになるのだろうか。高校で生物を学んでいない医学部の学生が大勢いるという問題は随分昔から話題になっていた。

ムンクも、シューマンも、ドストエフスキーも精神科医にとってみれば病跡学を学んでいなくても、彼らの芸術性の背景にある精神病理について少しは興味を持ってもらいたい。私自身が精神病理学の講釈を垂れることができるほどの教養を身につけているわけではないので、偉そうなことを申し上げることはできないのであるが、もう少し幅広い興味を持って考えることができる精神科医になってもらいたいと思っている。

医師は医学の知識は当然持っていなければ役に立たないが、様々な背景を持った人々と会話をする職業であるのだから、常識的知識の引き出しを数多く持っておいた方が絶対的に有利である。患者さんとの会話の糸口が四方八方に広がるのである。一方で常識力の欠如がどこかで虐待やハラスメントにつながっているのではないかと考えてしまう。常識的な知識の中には道徳観や倫理観を醸成する力もあると思うのだ。情操教育がこれにあたる。だからこそ精神科医療に携わるものには幅広い情操を持ってほしいのである。かく言う小生にそれができているかと問われた時、自信を持って答えることはできないが、このような思いを伝えていくくらいの小さな灰色の脳細胞は残っていると思う。

若い人々は自分の興味があること、好きなこと、すぐに役に立つことだけを知識として取り入れるが、少し領域から逸れた物事には全く目も向けなくなってしまっている。知識の幅広さは人間の大きさにも繋がってくるのではないかと思うのだが、令和の時代には昭和の常識は通用しないのかもしれない。私のように浅学のものが語る事も痴がましいのであるが、色々な分野における知識の幅、深さの重要性についてこの年齢になってようやく気がつき始めたのである。先輩たちから教えられたことをもっと若い頃になぜ実行してこなかったのかと思っても、もはや時すでに遅しなのである。

令和の時代は AI から簡単に情報を取り入れることができる。灰色の小さな脳細胞に記憶していなくても、スマホをポケットから取り出せば簡単に教えてくれる。薬の副作用や併用禁忌などといったことが気になれば、スマホには薬剤の添付文書がぎっしり詰まっている。カラマーゾフの兄弟だってスマホで読むことができる。あらすじくらいは読み上げてくれるかもしれない。しかし全文を読み通すには自分の意思を持って、自分の力でページをめくっていかなければならないのである。読み終えて作品から何を感じるのかも AI は教えてくれない。これこそが灰色の小さな脳細胞が活躍する時なのである。枯渇し始めた私の脳細胞にも、まだまだ色々なことを感じる力は残っている。若い頃の感じ方、今この年になったからこそ感じられるもの、それぞれ違うかもしれないが、私の頭の中の灰色の小さな脳細胞にももうしばらく頑張ってもらうことにしよう。

Forewords：My tiny brain gray cells
Yasushi MORIMURA MD, PhD, President, Jinmeikai Foundation
53-20 Kabutoyama, Nishinomiya, Hyogo 662-0001 Japan
rijicho@ohmura-hp.net

特別寄稿

わが国における「予防精神医学」の歩み

琉球大学　名誉教授　小椋力

Key words: 予防医学、予防精神医学、精神疾患、展望、歴史、日本
preventive medicine, preventive psychiàtry, psychiatric disease, perspective, history, japan

Ⅰ.「予防精神医学」とは

1. 予防の定義

予防医学は、発病の防止だけを意味するものではない。予防医学は、健康と疾病状態の自然史的な見方の中で、疾病の全過程にわたって実施されるものであるとの立場に立った学問的体系であり、ウインスロー Winslow V は「疾病予防、寿命の延長、肉体的・精神的健康と能率の増進を進めるための科学であり技術である」と定義している。[1)]

予防は、すべての疾患・障害において 3 段階に分けることができる。一次予防は障害の発生を予防し人口内の発生率を減少させることであり、二次予防は、人口内の有病率を減らすことである。三次予防は、リハビリテーション活動により社会復帰を促進させることである。

精神障害の予防についてカプラン Càplàn G は、環境条件の改善による精神障害・情緒障害の発生予防とし、一次予防を地域精神保健の第一目標とした。二次予防は早期発見・早期治療、三次予防はリハビリテーション・再発予防としている。

2. 予防の概念

予防は、行動を中心とした活動である。ここでは予防の概念を小児・思春期での活動を例にして示したい。例えば胎児性アルコール症候群では、妊婦にアルコールの有害性を教育し、飲酒をコントロールできるように働きかけることである。飲酒がコントロールできれば本症候群の発生を予防することが可能となるので、これは一次予防活動に当たる。アルコール・薬物の有害性、適正使用の重要性について一般市民を対象に教育することは、方法論的には「健康増進」であるが、これもアルコール・薬物関連障害の発生率減少を目指した一次予防でもある。

二次予防のためには、より早期での障害の発見・治療が重要となる。児童の情緒障害に対するスクリーニング検査は、早期介入・治療の機会となる。また思春期の薬物乱用者の早期発見・介入・治療も二次予防である。

三次予防には、非行少年収容施設における治療サービスの向上、被虐待女性とその子どもに対する対策プログラムの充実、地域における連続したケア体制の統合など広範な活動が含まれる。

3. 予防モデル

予防的介入モデルとしてゴードン Gordon RS は次のごとく述べている。予防的介入は、対象者により次の 3 カテゴリーに分けられる。全般的介入は、一般市民を対象とする介入で、健康の維持・保護・増進を目的とした活動が中心であり、地域の精神保健センターなどを通した活動として実施できる。[2)]

選択的介入は、一般人口に比べ発症の可能性が高いと考えられる比較的多数の者を対象とする介入である。この介入で重要なことは、介入のもたらす利益・不利益あるいは費用・効果のバランスを良好に保つことと、合理的な指標を選定することである。対象としてはアルコール・薬物乱用、

Progress on preventive psychiàtry in Japan
Chikàrà OGURA, MD, PhD
Prof.Emeritus Ryukyu University

外傷後ストレス障害などがある。

特定的介入は、スクリーニング検査、臨床症状などで脆弱要因が見出されている限られた少数の個人を対象とする。うつ病、統合失調症などの高危険者が対象となる。Johànnesen JO らは、統合失調症の病期と対応させた予防的介入を示している。[3)]

Ⅱ．世界・日本における歩み

1．世界の潮流

遺伝学的研究によると、統合失調症の子どもが本症にかかる危険率は 16.4% で、一般成人の 0.85% よりはるかに高いことが明らかとなった。そこで本症の発生機序の解明・発症予防の対象として、本症の子が高危険児として取り上げられた。本格的な高危険児研究は、1950 年代後半から 1960 年代にかけデンマーク、イスラエル、アメリカ合衆国、フィンランドなど欧米諸国を中心に開始され、高危険児が統合失調症の好発年齢に至るまで追跡調査され、発症群と非発症群との間で各種の指標が比較された。

統合失調症の危険因子として、未熟児出産、低体重、小頭囲、運動機能と言葉の発達の遅れ、学童期における陰性行動などが明らかとなっている。環境側の危険因子としては、妊娠・分娩障害、産科合併症、ウイルス感染、母親の入院などが示されている。

統合失調症の一次予防を目指して行われた研究の結果、危険因子を見出すことはある程度は可能であった。しかし、これらの危険因子の減弱を、予防活動の中で実施することは容易ではなかった。そこで、予防活動の目標は一次予防から二次予防に移った。

第 1 回国際早期精神病学会（マックゴリ McGorry P 会長）が、1996 年オーストラリア・メルボルンで開催され筆者も参加した。一次予防に関する講演もあったが、主として再発予防、早期発見・介入、初回病相での治療の重要性などであった。参加者は 500 人前後で精神科医のみならず、看護師、心理師など多職種が参加していた。第 6 回は再びメルボルンで開催された（2008 年）。参加者は約 1,000 人と倍増し、機関誌が創刊された。その後、本学会は発展を続けている。

2．日本における流れ

統合失調症予防の必要性は、本症が難治であるがゆえにわが国でも以前から考えられていたであろう。既に述べたごとく欧米では 1940 年代には開始されていた。しかしわが国では、1959 年から 1960 年にかけて「安保闘争」が全国規模で展開され、1960 年代には「大学紛争」が起こったことによって大学での研究活動は全般に停滞した。また、精神障害の発症危険者についての研究自体がハイリスクとの考えもあった。

加藤伸勝は以下のごとく述べている。「筆者は、精神医学において全く欠如しているもの、不足しているものが何であるかを問うときに、狭義の治療のみが医療の総てであるという昔ながらの思想が、その問いかけすら排除しているということを思い至ってほしいとかねがね思っていたので、この拙文が精神障害者への医療にとって寄与しうるならば幸いと考える。医療は発展していく。発展しなければならない。そして近い将来に『精神分裂病の予防』が懐疑なしに語られる日が来ることを信じたい」と述べ、予防の重要性を指摘した。[4)]

一方、中井久夫は、「予防的介入」はそれ（臨床的発病に直接先駆する時期）以前ならば政治的に有害な住民管理となり、それ以後では遅きに失するのではあるまいか」と予防活動自体に警鐘を鳴らしている（1979 年）。

江熊要一らにより「生活臨床」が提唱され、再発予防の指針となった。[5)]

中安信夫は、単行書『初期分裂病』を刊行したが（1990 年）、統合失調症が顕在発症する前の臨床症状を詳細に観察し論じ、「初期分裂病」の概念を提唱した。[6)]

3．予防精神医学と私

予防精神医学に関心を持つに至った契機は、以下のような個人的体験があったからである。

筆者が精神医になって間もなくの頃（1963 年）、週一日の非常勤医師として、民間精神科病院に勤

務した。受持患者は慢性統合失調症者 20 人ほどであった。一部の患者は畳の一部屋で隅を選ぶように日中でも臥床しており、昼食の合図で起き上がり、うつろな表情と前屈みの姿勢で箸箱と湯呑みを持ち食堂に集まってきた。診察室で面接しても、悩み苦しみを訴えることはなかった。このような患者を院長は選んで下さったと思うが、精神病理学的興味はあるものの、精神科医として治療的役割を果す力量がなく、無力感、治療的ニヒリズムに襲われた。

東大精神科臺弘（うてな）教授の講演を 1967 年に拝聴した。講演後の質問で統合失調症の一次予防についてのお考えを伺った。どう答えられたかは記憶にしていないが、「君、一次予防の質問は初めてだったよ」と嬉しそうに語りかけて下さった。その時、先生は統合失調症の一次予防の重要性と必要性を十分に理解して下さっていると確信すると同時に、予防活動における慎重さの必要性を強く感じた。

琉球大学に赴任し、医学生を対象にした「精神医学」の系統講義（1987 年）で、統合失調症の一次予防について現状と夢を語った。「精神障害の一次予防が可能か」との学生の驚きと予防に対する学生の強い期待を感じた。その後、講義でのやりとりが筆者の心の支えの一部になっている。

学術雑誌「精神医学」から巻頭言を依頼されたので、思い切って「精神障害の予防をめぐる雑感」のタイトルで予防について述べた（1990 年）。多くの批判を覚悟したが、反論はなく「書いて下さって予防が語りやすくなりましたよ」と数人の精神科医から謝意を述べられほっとした。そのほか「統合失調症の予防」に関する特集号として、1998 年、1998 年、2000 年、2002 年の各年に編者として執筆した。

Ⅲ．わが国における発展

1．研究会・学会の設立

第 16 回日本社会精神医学会総会が、1996 年 3 月沖縄で開催されることになったので、会長としてシンポジウム「社会精神医学における新しい戦略－精神分裂の予防の可能性」を企画した。司会は筆者と加藤伸勝東京医大教授、演者として臺弘、丹羽真一、岡崎祐士、マックゴリー 世界早期精神病学会理事長、仲本晴男であった。

学会が約 1 週間後に迫った日曜日の朝、加藤先生から筆者の自宅に電話があった。司会を引き受けているが、辞退したい。自分の名前を外してもらえないか、「予防」の副題は学会が混乱する原因になる。自分は本学会の初代理事長であり、学会が混乱すると会員に迷惑がかかるので是非とも降りたいとの内容であった。プログラム、抄録集、学会場の各種垂れ幕も既に完成している、不穏な動きに細心の注意を払っているが現在のところ問題はないなどと状況を丁寧にお話しし、申し訳ないと思いながらも予定通り司会役を了承していただいた。当日、不穏な動き、混乱はなくシンポジウムは予定通り成功裏に終了しほっとした。

日本精神障害予防研究会の発会式が、先の学術集会最終日の夕方から開催された。参加者はシンポジウムの演者を中心とする 10 人であった。学会が混乱なく、しかも盛会裏に終了した安堵感と予防に関する研究会を立ち上げるとの高揚感を分ち合った。研究会活動として日本社会精神医学会の前後に学術集会を開催するほか、ニュースレターを年に 2 ～ 3 回発刊することになった。世話人は発会式に集まった者が中心となり、代表世話人は筆者とし事務局は琉球大学に置くことなどが決った。

本研究会は年 1 回の学術集会の開催、「ニュースレター」の不定期刊行を続けた。集会はその後、東京都、高松市、福島市、東京都、神戸市などと続いた。

2．国際学会の開催

1）第 1 回日本国際精神障害予防学会

上記学会が、第 5 回日本精神障害予防研究会学術集会を兼ねて、2001 年 6 月沖縄・宜野湾市で開催された。特別講演としてマックゴリー PD（メル

ボルン大学教授)、ツァン MT(ハーバード大学教授)、マックグラシャン TH(エール大学教授)など本領域で世界をリードする方々の発表が行われた。その他、シンポジウム 4、一般演題 120 などで、参加者数は 475 人であった。初日の夕方、ウェルカムパーティが開かれたが、会場に本国際学会の開催をトップページで紹介している地元紙のインクの香りも残る夕刊が持ち込まれた。歓声が上がり、場内の雰囲気は盛り上った。講演内容は、単行書として刊行された。[8)]

本研究会は発展してきているので、第 12 回から学会組織とし初代理事長を水野雅文教授(東邦大学)、事務局を同大学に移すことになった。本会は発展を続け、2023 年度には第 26 回の学術集会を迎えた。

Ⅳ. 今後の課題

1. 世界に共通した課題

1)精神障害の予防に関する課題は 1)病態に応じた発症予防研究の進展(例：フェニルケトン尿症)、2)脆弱要因の解明と早期対応の実施、3)レジリエンス研究の進展、4)同一の感受性遺伝子を保有していても、環境を制御できない保有者では発症し、制御できた保有者では発症しないかもしれない。特定介入では、各個人の脆弱要因、レジリエンスに応じた個人的介入が必須である。5)認知症の予防の可能性が示され、活動は一部で開始されている。課題は、適切な運動、食事などを日常生活にどう定着させるかである。6)自殺予防活動は、自殺率の低下として数値化できるので評価しやすい。7)精神障害者による犯罪防止が強く求められている。

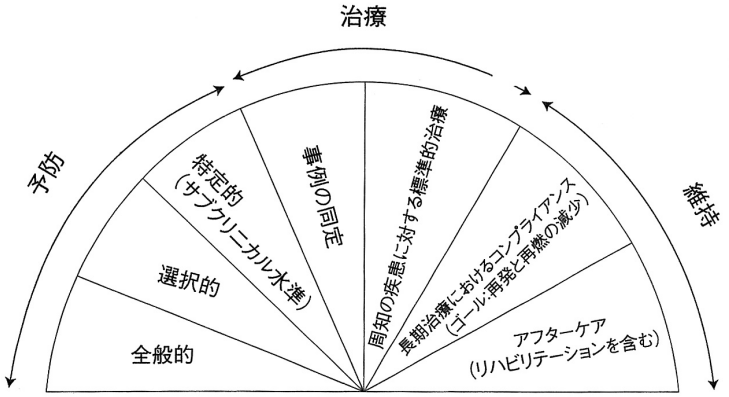


図 1　精神障害における介入スペクトラム

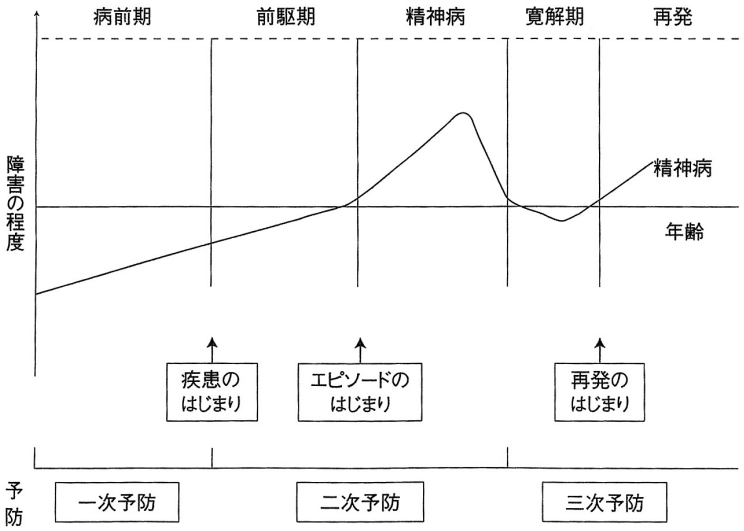


図 2　統合失調症の病期と予防のタイプ

2. わが国における課題

わが国では精神障害の予防を語れなかった時代を乗り越えることができた。今後の課題としては、1)予防に対する無力感があり、その理由の一部として、予防には早期発見・早期治療(第二次予防)、社会復帰(第三次予防)が含まれることが十分に認識されていないので、このことに対する教育・啓蒙が必要である(図 1､2)。2)これらが高まれば､アカディミア、行政などの対応も一段と深まると思われる。3)要するに予防に対する理解の原点に戻ることであろう。

4)一方、予防に関してレジリエンス(防御・回復要因)は重要な事項である。レジリエンス resilience は、弾性、不幸･変化からの回復力、弾性エネルギーなどと訳されている。レジリエンスは、逆境で育ちながら健全に成長し大人になった子どもを形容する際にレジリエントが用いられた(図 3)。

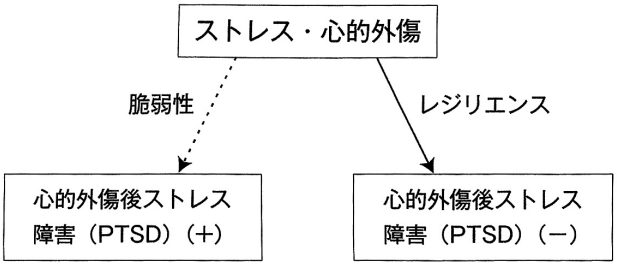


図 3　精神医学におけるレジリエンスの概念

しかし精神障害に関するレジリエンス研究の歴史はまだ浅く､今後の発展が期待されている(図 4)。

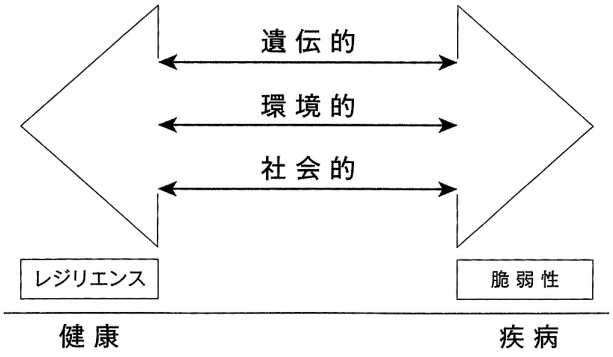


図 4　脆弱性とレジリエンスの影響力が個人を疾病あるいは健康に向かわせることができる

本文の詳細は、拙著文献 11 を参照されたい。

文献

1）Winslow CEA, The Untitled Fields of Public Health. Science 51:23-33, 1920; Mod Med 2;183-191, 1920

2）Gordon RS Jr, An operational classification of disease prevention. - Public health reports, 1983 - ncbi. nlm. nih. gov

3）Johannessen JO, McGlashan TH, Larsen TK, et al. Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. Schizophrenia Res 51（1）, 39-46, 2001.

4）加藤 伸勝、【分裂病治療の現在】分裂病は予防できるだろうか、こころの科学 90, 101-106, 2000

5）江熊要一、生活臨床概説その理解のために、精神医学（0488-1281）16（6）, 623-628, 1974.

6）中安信夫、関由賀子、針間 博彦、初期分裂病、最新精神医学 6（2）; 101-112, 2001.

7）小椋力、【分裂病の病前特徴と発症予防】分裂病の発症予防　国内・国外の動向、精神科治療学 13（4）、455-460、1998.

8）小椋力、精神分裂病の予防　夢から実現可能な計画へ、精神神経学雑誌 100（8）、501-506、1998.

9）小椋力、軽症うつ病の早期発見・早期治療　二次予防、治療学 34（12）、1368、2000.

10）小椋力、【精神障害の予防】精神障害をいかに予防するか、精神科 2（4）、297-302、2003.

11）小椋力、予防精神医学：脆弱要因の軽減とレジリエンスの増強、星和書店、東京、2016 年

特別寄稿

神出病院事件と兵庫県の地域精神医療

神戸市シルバーカレッジ学長、神戸大学名誉教授　前田潔

2020 年 1 月に兵庫県神戸市西区の兵庫錦秀会神出病院の看護職員がわいせつ行為により逮捕された。逮捕された看護職員の持っていたスマホの中に神出病院の病棟勤務の看護職員が入院患者を虐待するところを撮影した動画があったことから、いわゆる神出病院事件が明るみに出ることとなった。看護職員らは 2020 年 3 月 4 日に逮捕されたが、筆者はなぜこのような事件が起きたのかについて、地域に閉鎖された病院の環境が少なからず関係していると考え、同様な事件の再発防止のため、神出病院を取り巻く環境を地域精神医療の観点から考察を行ったので報告する。

筆者は昭和 47 年から一時期を除き兵庫県内において精神医療に従事してきた。そのなかで平成 10 年から 22 年まで神戸大学医学部精神神経科教授の職にあった。大学の精神科教室は地域の精神科病院に医師を派遣している。兵庫県には神戸大医学部と兵庫医大のふたつの精神科教室があり、ふたつの精神科教室で県下の精神科病院の多くに精神科医を派遣している。そういう意味で私は教授時代、県下の精神科医療に対し大学精神科教室が一端の責任を有しており、精神医療をよくすることも自分の仕事のひとつと自覚していた。

県下には 2023 年 4 月現在、44 の精神科病院（病床数 1.13 万）が存在し、その約 9 割が私立精神科病院である。他に県立精神科病院がひとつあり、総合病院における閉鎖病棟は 2 つの大学病院を除くと県立淡路医療センターと公立豊岡病院にしかない。合併症医療に対応するため、神戸市立中央市民病院を含め 3 か所の総合病院に各 8 ～ 20 床の閉鎖病床がある。そのほか公立総合病院には外来のみの精神科が十数か所ある。その多くは主要な業務対象がリエゾンサービスであり、対象は身体科入院患者である。私立精神科病院の多くは神戸市北区、西区および播磨地域、丹波地域に存在している。神出病院を含め多くの私立精神科病院は他の都道府県同様、昭和 35 年～ 45 年に開設されている。県下の精神科 / 心療内科診療所は神戸市、阪神および播磨地域を中心に 400 か所弱あるとされている。

地域の精神科医は主に神戸大学、兵庫医大の精神科医局が供給源となっており、一部は岡山大、京都大などの医局出身者がいる。神出病院のある神戸市西区は神戸市の西北端にあって、南東部の新興住宅地とそれ以外の古くからの近郊農業地帯からなっている。新興住宅地には神戸市営地下鉄が通っており、神戸市の中心の商業、企業の集積地に通勤客を運んでいる。西区を東西に縦断する形で国道 175 号線が走っているが、この国道は一部でクレージー街道と呼ばれている。西区から三木市にかけてこの国道沿いに神出病院を含め精神科病院が 10 か所弱存在するからである。これらの精神科病院には神戸市、明石市、加古川市などの入院が必要な精神疾患患者が送られてきている。

神出病院は昭和 38 年に個人病院として開設され、その後週刊誌に載るような不祥事があって昭和 58 年 2 月に法人立となり、平成 10 年に錦秀会グループによって買収された。その年に前理事長が就任している。病床数 465 床の県下屈指の大病院である。郊外にある精神科病院の常として、外来患者はごく一部で、入院医療がほぼすべての病

Incident in Kande Psychiatric Hospital, From the point of view of community psychiatric service
Kiyoshi MAEDA, MD, PhD
President Kobe Silver College, Professor Emeritus Kobe University
1-16 Shiawaseno-mura, Kita-ku, Kobe 651-1106 Japan
+81-78-743-8100
e-mail: maedakiyoshi3@gmail.com

院である。以前から警察車両で患者が搬送されてくる病院、行政からの紹介の多い病院としてよく知られていた。神出病院では、他院で警察が絡んだような対応困難な患者の受け入れがなされていた。筆者は平成 5 年前後に一度、県から神出病院の実地指導に派遣されたことがあった。あとで述べるが当時からこの病院は関係者の間でも病院内の様子がよくわからない病院とされていた。平成 5 年当時の神出病院は長期入院が主で、閉鎖病棟がほとんどの病院で、病棟の廊下を歩いていると恐怖を感じるような病院であった。実地指導で診察する患者の多くは警察車両で入院となった患者であった。

事件当時の院長は平成 22 年 7 月から令和 3 年 2 月まで約 10 年間、院長を務めていた。この院長は元理事長の医大の同級生で、精神保健指定医であるが、精神神経学会専門医ではなく、もともとは内科医ということである。ちなみに事件当時の錦秀会系列の精神科病院 3 つのうち 2 つの院長は内科出身である。2020 年 11 月、逮捕から 8 カ月後になって、病院はようやく事件後初となる入院患者の家族への説明会を実施した。参加者によれば、関係者以外は立ち入り禁止で、家族のほか、後見人・保佐人としての司法書士や社会福祉士を含め 70 ～ 80 人ぐらい出席していたという。冒頭、元院長からは形式的な謝罪の挨拶こそあったが、監視カメラの増設、警備員の配置などといった対応策が説明の中心だった。質疑応答で詳細な事実関係の説明を求められると、「組織ぐるみはありえず、まったく知らないところで起こったことだ」、「院長独裁などと言うマスコミと話す気はない」「不適切な隔離と言われるが、患者はニコニコしている」などと発言したという。ある後見人から退院促進について尋ねられると、「後見人がどうこうと個人的な意見を言う立場にはないと思う。家族からしか聞かない」とはねつけた。説明会は、事前案内では 1 時間を予定となっていたが、院長は開始から 20 分程度しか経ってないにもかかわらず、「帰りのバスの用意がある」と一方的に打ち切りを告げた。その後も食い下がる関係者に対しては、「うちは社会的事情があって行くところがない人を預かっている。家族が困っているので預かっているが、それに何かご意見でも」と告げたという。内科出身者の精神科病院院長をそれだけの理由で否定するものではないが、精神科医の多くは、歴史的にみて、我が国の精神病患者の人権尊重が誇れるものではなかったことを学習しており、患者の人権意識が高いと言えるのではないか。

神出病院では、2016 年から 2019 年の間、精神科医は 5 ～ 7 名、精神保健指定医は 4 ～ 7 名が在籍していた。この間、ほかに 2 名の非常勤の精神保健指定医が在籍していた。副院長は事件発覚前から現在まで同一人物で精神科専門医である。これら勤務医はほぼ全員、大学医局関連の人事で同病院に勤務したものではないようである。すべての医師が近隣の大学精神科教室とのつながりがなかったということは、それら医師から病院の診療や患者処遇について情報が院外に出ることが限られているということを意味している。

神出病院はのちに脱退するが、兵庫県精神科病院協会（兵精協）に属していた。元院長はじめ職員が兵精協の行事や講習会などに参加することはなかったようである。兵精協には事務長部会、看護部会など職種に応じて各部会があり、それぞれが研修会などを定期的に開催している。職員の研修，教育について、元院長は，職員による院外研修参加の必要性を否定し，兵精協の主催する行事に参加することを禁じていたとされている。日本看護協会や日本精神科看護協会など全国的な組織の研修会にも職務として参加させることは殆どなかったようである。その結果、看護師など専門職は他病院や学会、研究会などから情報を得ることはなく、自分たちの行っている看護について検証することはなかったようである。このように職員の院外における研修会等への参加を制限するということは、そういった職員から院内で行われている診療や患者処遇について外部に情報が出ることを制限することにもなった。

神出病院のような入院医療が中心の病院では、外来通院患者も少ないため院内の状況が外部に漏れることも少なくなる。一度入院すると入院が長期化して容易に退院できず、退院患者が少ないということも同じ結果となる。精神科病院の患者の主な供給源が警察や行政であるということは精神科病院では珍しいことではないが、そんな患者の多くは地域とのつながりが希薄で、地域に在住して面会に来る家族も少ない。入院期間も長くなり、引き取り手がないことから死亡退院でしか退院できないこととなり（神出病院では事件前の死亡退院率は 30～40％で、県内他院のそれの 3～4 倍となっていた）、院内で行われていることが外部に明らかになることも少ない。

以上より、地域とのつながりの少ない医師はその医師から院内の医療の状況が外部に漏れることは少なく、看護師やその他の医療職も研修会等に参加することがなく、他院の職員と接触する機会が少なくなって、やはり院内の状況が外部に明らかになることが限られてくる。また入院が中心的で、退院と言えば死亡退院が多い病院では地域とのつながりが希薄で、病院内の情報が外部に出ることも少ないと言える。このように病院内部でどのような医療、患者処遇が分かりにくいという状況が今回の事件を生み出した一つの原因ではないかと考えられる。

神戸新聞 朝刊
2020.9.10
（第３種郵便物認可）

「神出病院虐待事件」で市専門分科会

「解体的な出直し必要」

委員から厳しい批判相次ぐ

西区の精神科病院「神出病院」の元看護師ら6人による入院患者への虐待事件で、神戸市市民福祉調査委員会の精神保健福祉専門分科会が10日夜、中央区の三宮研修センターであり、再発防止策などを協議した。「解体的な出直しが必要」など、委員からは病院側への厳しい批判が相次いだ。（長谷部崇）

市側は、2～7月に計6回実施した臨時実地指導（立ち入り調査）について報告。虐待があった病棟の患者約30人へのヒアリングで、職員の暴行や暴言に関する情報が複数寄せられ、その他の病棟の患者からも、暴言や乱暴な言葉遣いに関する証言があった。

また、監視カメラの映像で、施錠できない多床室のドアをガムテープで留め、患者4人を15、16日間閉じ込めたことを確認。患者を隔離する際は、精神保健指定医の指示に基づき、患者1人を個室に入れるとする法令や通知を守っておらず、診療録への記録もずさんだった。

市は6月、病院職員約200人に虐待に関するアンケートを実施。回収率は3割強で、虐待について複数の職員が「聞いたことがある」とし、違法な隔離も約3分の1が「やったことがある」「見たことがある」と答えた。

同分科会は、精神科医や大学教授ら14人で構成。県精神科病院協会の深井光浩会長は「病院の認識の甘さ、使命感の欠如という根本的な問題が解決されない限り、（対策は）何の意味もない」と断じた。神戸女学院大学の金田知子教授は、アンケートの回答者の少なさを指摘し「無関心なのか拒否なのか分からないが、病院の風土を象徴している」。県精神神経科診療所協会の浅野達蔵会長も「4人の患者を閉じ込めて、指定医が知らないはずがない。医療をしているとは全く言えない状況だ」と述べた。

市は8月、同病院に改善命令を出し、現在は病院側が提出した改善計画書に基づいて指導を続けている。再発防止策として市内14の精神科病院に対し、年1回の実地指導の時間を3時間半から7時間に増やし、行政への報告や通報も徹底するよう要請している。

神出病院の虐待事件について議論された精神保健福祉専門分科会＝中央区八幡通4、三宮研修センター

神戸新聞による神戸市市民福祉調査委員会精神保健福祉専門分科会開催の報道、2020 年 9 月 10 日朝刊

精神科医の野田正彰氏は新聞への寄稿で、「この種の精神科病院を必要悪の施設として容認し、…、患者を送り込んできたのは…行政であり、それを知らぬふりをして…きたのは私たち市民である」としている。今回の事件では、行政による精神保健福祉法による実地指導に実効性がなかったことが明らかとなった。また当該病院に勤務する医療従事者から内部通報がなかったことも指摘されなければならない。院内で最も多数を占める看護職員から内部通報がなかった点は 2023 年 5 月に開催された日本精神保健看護学会でも一つのテーマであった。

ここでもう一つ問題としたいのは、地域の精神医療関係者の神出病院への無関心である。精神科病院協会は会員病院である神出病院が協会の主催する研修会等に全く参加することのないことに不自然さを感じなかったのであろうか。自分たちと全くコミュニケーションをとろとしない会員病院の存在に違和感はなかったのであろうか。それを知っていて何もしなかったということは病院協会の不作為と言えないであろうか。また精神医療福祉に関係する看護師等医療従事者やその組織も、それが仮に他院で行われていることであっても関心をもって注視し、必要があれば告発する必要があったのではなかったか。自分たちが直接かかわっていないという理由から傍観していたとは言えないのか。同様のことは地域の大学病院精神科教室にも言えることである。大学病院精神科教室が地域の精神医療に一端の責任を感じているのであれば、何か動けた部分があったのではなかったか、私の自戒としているところである。精神医療は患者人権の尊重という点では脆弱なものであるということを忘れてはならない。

文献

神出病院事件第三者委員会調査報告書、www.hyogo-kinshukai.jp/kannde/ 第三者委員会に関する調査報告書の公開について

日本精神保健看護学会　第 33 回学術集会抄録集

野田正彰、寄稿　神出病院－虐待事件調査報告書を読んで、神戸新聞　2023 年 9 月 13 日版

本報告は第 33 回日本精神保健看護学会学術集会シンポジウム 1、精神科病棟の看護を考える―患者虐待防止に向けて―　において発表したものに加筆したものである。

特別寄稿

コロナ禍はメンタルヘルスに何をもたらしたか？

神戸大学大学院医学研究科　精神医学分野　菱本明豊

Key words: covid-19、パンデミック、自殺
covid-19, pandemic, suicide

はじめに

2020 年初頭から始まった新型コロナウイルス（COVID-19）感染症によるパンデミックは私たちに経済活動を含む社会構造そのものに多大なインパクトを与え、価値観や対人関係性変化といった社会基盤を根底から揺さぶる災害となった。1 年くらいで収束し、以前の生活に戻ると期待したが、結局は 3 年以上に渡って続き、ようやく今、落ち着いたように思う。2024 年が始まり以前と同様の生活が戻ってきた。日常におけるマスク着用者も格段に少なくなった。今も医療現場では小さなクラスターが起き、医師やスタッフの数日の出勤停止を余儀なくされるが何とか外来も病棟も機能している。今後も COVID-19 感染症は一つのインフルエンザ的な感染症として日常診療に溶け込んでいくのであろう。

COVID-19 感染症を克服したかと思える今こそ私たち精神科医が経験したことを整理することも意味があると思う。個人的経験と印象によるものであるが私たちの研究を紹介しつつ体験談を語っていく。

コロナ禍初期の混乱

2020 年 2 月、横浜港沖の大型クルーズ船、ダイアモンド・プリンセス（DP）号内での COVID-19 の大規模クラスター発生に伴い、国内感染拡大に先駆け、横浜市立大学医学部附属の二つの病院において COVID-19 患者の受け入れが始まった。私は当時、横浜市立大学医学部精神医学部門に赴任直後であった。発熱外来および院内コロナ対応病棟開設のための編成が行われ、COVID-19 患者対応を直接行うスッタフ以外にも部署異動や業務変更となった職員が多かった。加熱するマスコミ報道により未知の感染症への不安は蔓延し、院内職員全体の心理的影響は明らかに大きくなった。そこで我々は院内全職員対象の「こころのケアサポートチーム」を早期に立ち上げ、24 時間 365 日体制の専用電話相談および、毎日の精神科医とリエゾンナースによる各病棟ラウンドを開始し、COVID-19 患者の精神症状の相談および職員のメンタル不調者の早期発見、早期対応を試みた。また全職員対象に「新型コロナウイルス感染症に携わる全職員のためのメンタルサポートについて」と題した WEB 講義を行ない、隔週でメンタルケアについてのリーフレットを院内配布した。DP 号関連患者の治療が収束した 2020 年 3 月末には二病院の全職員を対象に COVID-19 がもたらした心理学的インパクトについてのアンケートを実施した[1)]。

調査期間は 2019 年 3 月 23 日から 4 月 6 日であった。国内で COVID-19 感染者数が急増し始めた時期であり、翌 4 月 7 日に最初の緊急事態宣言が発出された。調査は年齢・性別・職種などの属性の他、COVID-19 感染者に直接関与する部署での勤務の有無、COVID-19 に伴うストレスに関連した質問、精神健康調査票（the General Health Questionnaire：GHQ-12）、DP 号に関する出来事インパクト尺度日本語版（the Impact of Event Scale-Revised：IES-R）が評価された。両病院の全職員数は 4133 名（附属病

What was the COVID-19 pandemic in mental health?
Akitoyo HISHIMOTO, MD, PhD
Professor, Department of Neuropsychiatry, Kobe University

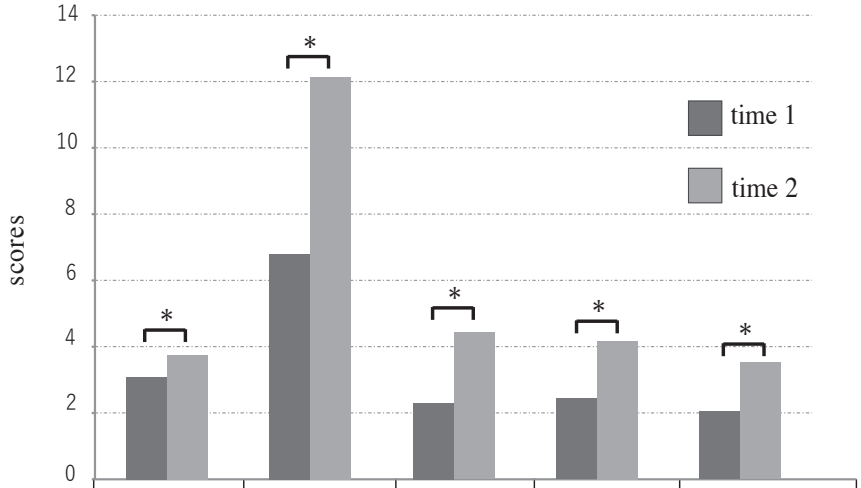
院 2115 名、医療センター 2018 名）であり 2697 名（65.3％）より有効回答を得た。536 名（20.0%）が COVID-19 感染者に直接関与する部署で勤務をしていた。944 名（35.0％）の職員が全般的苦痛を抱えており（GHQ-12 ≧ 4 点）、189 名（7.0％）が DP 号に関連したトラウマ的苦痛を感じていた（IES-R ≧ 25）。COVID-19 感染者に直接関与する部署で勤務をしていた職員の方がそうでない職員よりも全般的苦痛やトラウマ的苦痛を感じている割合が高かった。また全ての職員において「疎外感や被差別感」が全般的およびトラウマ的苦痛と相関していた。直接関与しない部署に勤務していた職員の一部に COVID-19 に関する報道への暴露時間の長さやトラウマ的苦痛と相関が認められた。この調査は前述のとおりパンデミック拡大初期に行われた。今から思うと隔絶の感があるが、当時医療職を含む病院関係者全員に大きな心理的疲弊が存在していたと考えられた。

3 年間にわたるコロナ禍と日本の自殺者数の増加

この 3 年間、COVID-19 感染症は繰り返す波となって現れた。私たちの心理学的変化を俯瞰するとパンデミック初期は未知に対する生存恐怖や不安と混乱した種々雑多でセンセーショナルな情報暴露に対する情動反応であったであろう。パンデミック中期には COVID-19 が常態化し、コロナ疲れとともに心身不調が顕在し、精神疾患や自殺の増加があった。慢性的心理ストレスや環境変化に感受性が高い疾患、例えばうつ病や不安症、摂食症などの増加が世界レベルで増加した。2020 年における不安症の出現率の増加はコロナ禍が大きかった西洋諸国や南米では 25-30% も増加し、比較的感染が穏やかであったアジア諸国でも 10-15% も増加した [2]。最も深刻で考えさせられる事象は各国の自殺者数増加の推移である。2022 年に報告されたコロナ禍前後 9 ヶ月（2019 年 1 月から 2020 年 3 月の期間と 2020 年 4 月から 2020 年 12 月の期間）の比較である [3]。自殺者増加が見られた国は日本、オーストリア、チェコの 3 カ国のみでアメリカ合衆国やブラジルといった最もパンデミックの激しかった国では逆に減少していた。ドイツやベルギーとヨーロッパ諸国も減少か変化なしであった。思い返してみると、この時期（2020 年 4 月から 2020 年 12 月の期間）、日本は世界でも稀に見る感染症の封じ込めに成功していたのではないだろうか？社会経済活動を完全に制限するロックダウンもなく個々人の自粛を強く訴えて個の努力や献身に期待した。なぜコロナ感染症を封じ込めたにも関わらず自殺者が増加しているのか？それは私たちが考えるべき課題の一つであろう。

我々はパンデミック初期に行った心理学的調査を一年後の 2021 年 3 月に同じ職場を対象に再び行った [4]。有効回答者数は 2764 名であった。当時は DP 号の影響は全くなく COVID-19 感染症対応に追われた一年が過ぎた頃であった。当然 COVID-19 患者への直接接触がある職員は増加していた（12.2% から 41.7％）。全般的苦痛（GHQ-12 ≧ 4 点）を抱えるものは 35% から 44％へ増加、出来事関連苦痛（IES-R ≧ 25）が高いものは 7.0% から 17.1% へ増加した。侵入症状、回避、過覚醒といった PTSD 症状のコア症状は全て一回目の調査よりも優位に増加していた（図 1）。全般的苦痛のリスク因子は医師以外の医療専門職（中心は看護職だろう）、孤立感、疲労感、被保護感であった。激甚災害とも言えるコロナ禍や日本で頻発する大地震後の援助者（自身も被災者が多い）に対するサポートの重要性をこのデータは語っている。

2022 年に入ればコロナ感染症数は初年度とは比べものにならないくらい増加した。その時期にはワクチン接種開始や治療薬が開発され医療としてのコロナ対応力は増した。ウイズコロナの世界を受容し適応した者が多くなった。一方で、潜在的な孤立やコミュニケーション減少、物理的活動量低下に伴う身体疾患の増加があったであろう。学生や経済困窮者や女性への影響は無視できなかったと思われる。2020 年から 2021 年の終わりにかけて国内における自殺は男性も女性も増加したが特



	GHQ-12 total	IES-R total	IES-R intrusion	IES-R avoidance	IES-R hyperarousal
Time 1	3.08	6.8	2.31	2.45	2.04
Time 2	3.73	12.12	4.43	4.16	3.53

図 1　コロナ禍における病院職員の心理学的影響の変化（参考文献 1）4））

に女性と若年者の増加が顕在化したことが報告されている[5]。一般的に戦争など大規模災害では一時的に社会的不安（collective anxiety）が増大し個人的ストレスが減少する。しかし時期を遅れて必ず個人のストレスは顕在化する。2023 年度の自殺者ではコロナ直後では女性自殺者増加に比べて少なかった男性自殺者の増加が見られたと厚生労働省の自殺統計が報告している。今後の自殺者増加が懸念される。

これからの精神医療について

コロナ禍は私たちに多大な犠牲をもたらしたが、一方で人々の適応力の強さや新たな生活スキルをもたらした。遠隔による会議や在宅ワークの確立が瞬く間に定着した。慶應大学の岸本らが中心になって「精神疾患における対面診療に比したオンライン遠隔診療の非劣性試験」がコロナ禍において行われ、我々横浜市大精神科チームはコロナ禍で強く影響を受ける抑うつ障害群を担うことになった[6]。24 週間のオンライン群、対面群のランダム比較試験の主要評価項目である the 36-Item Short-Form Health Survey Mental Component Summary（SF-36 MCS）スコアの結果に有意差は認められず、オンライン診療の有効性が示された。私自身は精神科領域においてオンライン診療の推進者ではないが、今後の遠隔診療や地域医療格差解消に有効な手段の一つとして期待が持てるものと考える。さらに国立精神・神経医療研究センターの中込らが進める応急的遠隔対応型メンタルヘルスケアシステム（KOKOROBO）にも参加した。心理的ストレスを抱えつつも精神科や心療内科受診に至らない対象者を KOKOROBO という AI チャットボット（こころコンデショナー）が自動に会話し、不安・うつの重症度が高いものは相談員による心理面接（rapid PFA: rapid psychological first aid）や実際の精神科受診へつなげる取り組みをした。我々大学精神科教室もインスタアカウントを開設し、若者へのメッセージを発信した。こうした新しい取り組みはコロナ禍が起きたことで一気に進んだし、そうした最新テクノロジーに我々もついていこうと努力した。今、横浜市大（の宮崎ら）を中心に科学技術振興機構（JST）の共創の場支援プログラムの一環として「若者の生きづらさを解消し高いウェルビーイングを実現するメタケアシティ共創拠点」を推進し

ている。私は研究開発企画リーダーとして初期の計画に加わった。本研究プロジェクトは抑うつや適応障害の増加、高い自殺率に見られる若者の生きづらさを少しでも解消するため、心理的レジリエンスを高め、メタバースプラットフォーム上でデジタルメディスンを社会実装するための効果検証や新たな市場創出と普及を目的としている。未来に若者が心理的レジリエンスを獲得し、新しいつながりの中でたくましく生きる社会の創造を目指している。

私は 2023 年 1 月より神戸大学医学部精神医学教室に赴任した。若者のメンタルヘルスの重要性をひしひしと感じていた。すぐに大学附属病院に「児童思春期・AYA 世代こころの総合診療センター」を開設した。そして内閣府が管轄するムーンショット型研究開発に参画した。 2050 年までに、こころの安らぎや活力を増大することで、精神的に豊かで躍動的な社会を実現する！という壮大なテーマである。私はその中でプロジェクトマネージャーとして「子どもの虐待・自殺ゼロ化社会」を課題として与えられている。困難な課題であるがやり甲斐のあるプロジェクトである。

コロナ禍の 3 年間で様々なことを学んできた。濃密な時間であった。私たちはやはり群れて暮らす動物で対話（合意や諭し、説得などの意味合いを含まないおしゃべり）が必要だ。家族や仲間との生のコミュニケーションが重要である。急速に発展するテクノロジーに戸惑いつつも何とか知識と技量をアップデートし未来に向けてさらにより良い精神医療を提供することがコロナ禍で救えたかもしれない犠牲者への供養にもなるのであろう。

参考文献

1）Ide K, et al. The psychological effects of COVID-19 on hospital workers at the beginning of the outbreak with a large disease cluster on the Diamond Princess cruise ship. PLoS One. 2021 Jan 11;16（1）:e0245294

2）COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet. 2021 Nov 6;398（10312）:1700-1712.

3）Pirkis J et al., Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. eClinicalMedicine2 August 2022.

4）Ide K, et al. The psychological distress and suicide-related ideation in hospital workers during the COVID-19 pandemic: Second results from repeated cross-sectional surveys. PLoS One. 2022 Nov 10;17（11）.

5）Yoshioka E et al., Impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates in Japan through December 2021: An interrupted time series analysis. Lancet Reg Health West Pac 24:100480, 2022.

6）Kishimoto T et al., Live two-way video versus face-to-face treatment for depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorder: A 24-week randomized controlled trial. Psychiatry Clin Neurosci. 2023 Dec 15.

症例報告

著明な肝逸脱酵素の上昇を来し、栄養管理に難渋した神経性やせ症の一例

兵庫医科大学　精神科神経科学講座　飯島華怜、吉村知穂、櫻井正彦、松永寿人

Abstract

Introduction: Anorexia nervosa（AN）is a disease characterized by a variety of physical symptoms occurring on a background of a compromised nutritional state. Significant weight loss may cause severe multiorgan damage, including liver dysfunction. Although it is necessary to improve the nutritional state in such patients, calorie loading may further exacerbate hepatic dysfunction. Therefore, calorie intake must be carefully determined. We herein describe a patient with AN who had markedly elevated liver enzymes, making nutritional management difficult.

Case: The patient was a woman in her 20s. She had developed AN at the age of 13 years and had been repeatedly admitted to the hospital. She was admitted to our department in Y of X year because of severely low body weight and hepatic dysfunction. Her weight was 21.6 kg and her body mass index was 9.6 kg/m^2 at the time of admission. We initially attempted to provide calories by oral intake, but her hepatic dysfunction worsened. Therefore, we changed the feeding route from oral intake to central venous nutrition; however, her hepatic enzymes increased, with her aspartate transaminase concentration reaching >1000. We herein report the details of this case and its progress with a discussion of the treatment of AN. The patient's consent was obtained and all details have been de-identified.

Key words: 摂食障害、神経性やせ症、肝機能障害、カロリー摂取、Refeeding症候群
Eating disorder, Anorexia Nervosa, liver dysfunction, calorie intake, Refeeding syndrome

Ⅰ．はじめに

摂食障害は、主に若年の女性に発症する、やせ願望や肥満恐怖に基づく食行動異常を特徴とする疾患である[1)]。低体重にもかかわらず食事の制限や拒食などを特徴とする神経性やせ症（anorexia nervosa：AN）、体重は正常範囲内であるが過食と体重増加を避けるための代償行為（自己誘発性嘔吐、下剤乱用など）を繰り返す神経性過食症（bulimia nervosa：BN）、過食を繰り返すが BN のような代償行動のない過食性障害（binge eating disorder：BED）がその代表とされる。特に AN では食行動異常による低栄養が続いた場合、電解質異常や肝機能障害などの深刻な身体的症状や合併症を引き起こすことも少なくない。その中でも、肝機能異常は飢餓状態での肝細胞のオートファジーが原因と考えられている[2)]。肝機能異常の改善のためにはカロリーの投与が必須であるが、再栄養の過程では Refeeding 症候群などにより肝機能がさらに増悪することもあり注意が必要である[3)]。今回、著明な肝逸脱酵素の上昇をきたし、栄養管理に難渋した神経性やせ症の一例を経験したため若干の考察を加えて報告する。なお、症例呈示に際し、患者からインフォームドコンセントを取得すると共に、個人情報を保護する観点から、主旨に影響しない程度の改変を加えた。

A challenging case of anorexia nervosa with markedly elevated liver enzymes impacting, nutritional management.
Karen IIJIMA MD., Tiho YOSHIMURA MD.,Ph.D, Masahiko SAKURAI MD., Hisato MATSUNAGA MD.,Ph.D,
Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical University.
1-1 Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo, 663-8501 Japan
Phone: +81-798-45-6051 Fax: +81-798-45-6053
E-mail: kar-ishii@hyo-med.ac.jp

Ⅱ．症例

【生活歴】

20 代、女性。未婚。同胞 2 名中第 2 子として大阪に出生。発達・発育で特に異常を指摘されたことはない。高校卒業後は看護専門学校に進学するも全身状態の悪化に伴い中退となった。その後はほとんどの生活を自宅で過ごし、現在は両親、姉と 4 人暮らし。精神科的既往歴及び家族歴に特記事項なし。

【現病歴】

13 歳ごろより拒食や食事に対するこだわりが出現し、著明な体重減少を認めたため近医精神科を初診となった。本人の治療意欲は乏しく、低体重や電解質異常のため内科を含めて過去複数回の入院歴があるが、継続的な外来加療にはほとんど結び付かず、退院後すぐに低体重になることを繰り返していた。20 歳頃には、体重は 25kg 前後で推移していた（身長 150cm）。X − 1 年に内科を退院後に体重減少がすすみ、X 年 Y 月当科初診となった。初診時体重 20kg、BMI 9.2 であり同日当科任意入院となった。約 6 ヶ月間入院加療を行い、体重 29.7kg、BMI 13.2 で退院となった。以降当科外来通院を続けていたが、やせ願望や肥満恐怖は強く、食事量は徐々に低下し、退院後 3 ヶ月で 体重は 7kg 減少した。低体重と肝機能障害のため X 年 Y ＋ 9 月に当科に再び任意入院となった。

【入院時現症】

「頑張ろうと思ったのに食べるのがしんどくて」と身体的な危機的状態はある程度認識していながらも、肥満恐怖は強かった。

精神的現症：肥満恐怖

身体的現症：身長：150.0cm　体重：21.6kg　BMI：9.6

血液検査：AST 63 IU/L, ALT 93 IU/L, BUN 7 mg/dl, Cre 0.72 mg/dl, Na 130 mmol/L, K 2.2 mmol/L, P 2.6mg/dl　Mg 2.4 mg/dl

軽度肝機能障害と食事摂取不足による電解質異常を認めた。

【経過】

るい痩が著しく低栄養による肝機能障害など身体的に危機的状態であったため、入院後よりベッド上安静とし、少量（1000kcal）の経口栄養を開始した。また入院時に見られた低 Na、低 K 血症に関しては、本症例には自己誘発性嘔吐などの代償行為が見られず、低栄養状態のためと考え、それぞれ塩化ナトリウム 3g/ 日、グルコン酸カリウム 6g/ 日などによる補正を行った。その結果、電解質異常は約 1 週間で改善し、その後塩化ナトリウム、グルコン酸カリウムを漸減中止した。

血液検査などで全身状態を確認しながら徐々に食事を併用し、経口摂取のカロリーを漸増、最終的には約 1600kcal/ 日まで増量した。しかし体重は入院時から 1 ヶ月経ってもほとんど増えなかったため、食事を破棄する等の逸脱行為や吸収不良の可能性も疑い、第 45 病日には経口摂取とほぼ同量のカロリーの中心静脈栄養に切り替えを行なった（1640kcal）。中心静脈より同カロリー継続していたが、第 50 病日 AST 1302 IU/L と急激に肝機能増悪認めたため、同日救急科転科となった。

電解質補正を行っていたにも関わらず、採血の結果、K 3.4mmol/L、P 2.0mg/dL、Mg 2.0 mg/dL と各々低下しており、Refeeding 症候群が疑われ、本人も食事を捨てていたことを認めた。そのため中心静脈栄養を 300kcal/ 日にカロリーを減量し、適宜カリウム、リン等の電解質の補充を行った。その後、カロリーを 1000kcal/ 日まで漸増し、肝機能障害も改善傾向であったため、第 67 病日当科に転科となった（AST 84 IU/L）。

当科再転科後も中心静脈より 1000kcal/ 日の栄養投与を継続した。第 72 病日より約 3 日毎に 40kcal ずつカロリーを増量し、第 79 病日には 1400kcal/ 日まで増量した。しかし再度 AST 337 IU/L と肝機能増悪を認めたため、徐々にカロリーを減量し、第 87 病日には 1280kcal/ 日とした。第 99 病日、AST は 119 IU/L まで改善し、4 日毎に 20kcal ずつカロリーを増量した。第 105 病日には AST 82 IU/L まで改善した。第 122 病日には 1400kcal/ 日まで

増量でき、AST 上昇も見られなかったため、5 日毎に 40kcal/3 日ずつカロリーを増量した。しかし第 132 病日には AST 200 IU/L まで増悪(1480kcal)した。同量のカロリーを継続し、肝逸脱酵素が落ち着いた第 136 病日より 1 週間毎に 40kcal/3 日ずつ増量した。第 157 病日には 1700kcal/ 日まで増量し、その後、経口摂取に繋げることができた。経口摂取開始後は肝逸脱酵素の増悪なく、最終的に 1400kcal/ 日の経口摂取で、BMI 12.8、AST 26 IU/L で退院となった(図 1 参照)。

Ⅲ. 考察

神経性やせ症は拒食をはじめとする食行動異常から様々な身体症状を呈する。なかでも肝機能異常は神経性やせ症の 20 ～ 50% 程度にみられると報告されており、さらには栄養療法開始後にも生じる可能性がある[4]。多くの場合肝機能異常は軽度であり、栄養療法開始後に次第に軽快していくことが多いが、時に肝不全に至るほど重篤となることがある[5]。

摂食障害治療ガイドラインによると、神経性やせ症の経静脈性高カロリー栄養法は摂取量が 1000kcal/ 日程度であれば 1000 ～ 1500kcal/ 日で維持し、3 ～ 5 日おきに 200 ～ 250kcal/ 日の増量が望ましいとされている[6]。本症例では、入院後経口摂取を試みたが体重が増えず、中心静脈栄養に切り替え、その後肝機能障害が出現した。食事を隠れて破棄するなどの行動により想定より少量のカロリーしかとれておらず、中心静脈栄養の開始により Refeeding 症候群を呈したと考えられた。救急病棟より転科後は身体状態が悪いことを鑑みて 1000kcal/ 日からの経静脈性栄養を 40kcal/3 日ずつ増量した。慎重を期したにもかかわらず、1480kcal/ 日まで増量後、Refeeding 症候群が再燃した。結果として、20kcal/4 ～ 5 日の増量をまず行い、その後、40kcal/7 日の増量で 1700kcal/ 日まで増量することができた。

摂食障害の患者は、その強い痩せ願望や肥満恐怖から、入院治療においても、食事を捨てる、隠す、など、カロリーを摂取しないための逸脱行為が多々みられる。そのため、想定したカロリーが摂取できていないこともあり、経口摂取から経鼻経管栄養や中心静脈栄養への移行時には注意が必要である。また肝障害リスクの高い患者では、ガイドラインに示されている 3 ～ 5 日おきに 200 ～ 250kcal 増量でもリスクが高いことがあり、栄養投与する際には肝逸脱酵素を含めた血液検査を頻回に行い、慎重に増量するなど体状態に合わせた対応が望ま

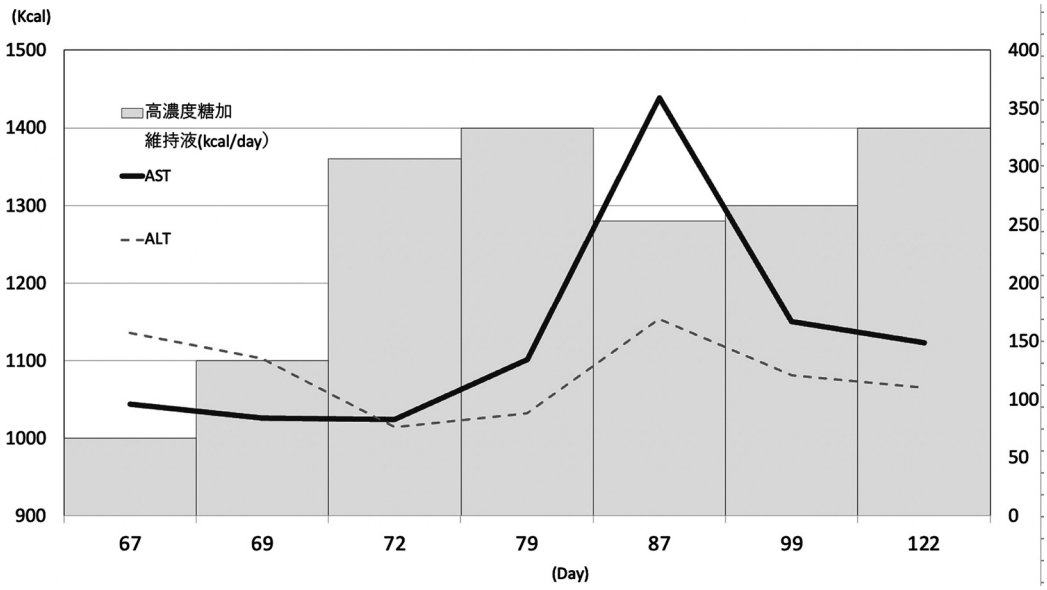


図 1　肝逸脱酵素と投与カロリーの経過

しいと考えられる。

Ⅳ. 結語

著明な肝逸脱酵素の上昇を来し、栄養管理に難渋した神経性やせ症の一例を経験した。

本症例は、若年発症であり、長年の低体重からもともと肝予備能が低下していた可能性が高いと考えた。このような状態においては 40kcal/3-5 日という僅かなカロリーの増量においても、肝逸脱酵素の上昇や全身状態の悪化が生じる可能性がある。そのため、カロリーの増量に際しては、身体状態に配慮した対応が必要である。なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

参考文献

1）American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.（DSM-5）. American Psychiatric Publishing, Arlington, V.A., 2013.（日本精神神経学会日本語版用語監修 , 髙橋三郎 , 大野裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル . 医学書院 , 東京 , 2014.）

2）川口巧, 鳥村拓司:拒食状態に伴う肝障害とオートファジー / オートシス . 肝胆膵 73, 189-193, 2016.

3）小林 聡幸 , 須田 史朗 , 阿部 隆明 , 他 : 摂食障害入院治療 －超低体重と多様性 . 星和書店 , 東京 , 2020.

4）Rosen E, Sabel AL, Brinton JT, et al. : Liver dysfunction in patients with severe anorexia nervosa. Int J Eat Disord 49, 151-158, 2016

5）澁木 太郎 川副 広明 水田 敏彦 : 肝臓 59, 647-652, 2018.

6）日本摂食障害学会監修 : 摂食障害治療ガイドライン . 医学書院 , 東京 , 2012.

症例報告

入院加療中にCOVID-19濃厚接触者としての処遇を経験した強迫症患者の一例

兵庫医科大学　精神科神経科学講座　木村蘭子、向井馨一郎、林田和久、松永寿人

Abstract

Patients undergoing inpatient treatment for obsessive-compulsive disorder（OCD）often strive to adapt to life on the ward and implement cognitive behavioral therapy with exposure-response prevention. In this case report, we describe a patient with OCD who was identified as a close contact when another individual in the ward tested positive for COVID-19. The patient was treated in temporary isolation as part of the inpatient program. She struggled with balancing her obsessive-compulsive symptoms and engaging in therapeutic behavior. As a result, during isolation, she flexibly adopted cognitive-behavioral therapy, self-implemented measures to prevent compulsive washing behavior, and demonstrated reduced symptom severity. In this case report, we discuss the support and intervention provided to patients with OCD identified as close contacts of COVID-19. This includes psychoeducation and motivation within the inpatient program as well as establishment of a cognitive-behavioral therapy framework. This case report is based on privacy considerations and the consent of the patient and her family.

Key words: 強迫症、COVID-19、入院治療プログラム
obsessive-compulsive disorder, COVID-19, inpatient program

Ⅰ．はじめに

強迫症（obsessive compulsive disorder: OCD）の治療は、セロトニン再取り込み阻害薬を主とした薬物療法、曝露反応妨害法を軸とした認知行動療法（cognitive behavioral therapy:CBT）、およびその併用療法が推奨される[3)]。通院加療にて効果不十分な場合や、疲弊した家族の休養、うつ病などの併存症への対応、CBT の集中的介入といった目的で入院治療が行われる[5)]。海外では COVID-19 蔓延下において OCD の発症や増悪リスクが指摘されており[2)]、入院治療中に病棟内で COVID-19 感染症が発生した際には、病棟の感染予防対策に加え、OCD 患者の病状や治療への心理的影響にも配慮して対応する必要がある。OCD 患者が濃厚接触者に該当した場合、隔離対応などの措置が実施されるが、感染予防対策と OCD の治療内容のいずれにも配慮を要し、各々症状への悪影響にも配慮すべきである。濃厚接触の場合の隔離期間には、治療のプログラム変更を余儀なくされることも多いが、その期間においても感染予防対策が、強迫症状増悪の契機とならないよう注意を要する。特に汚染・洗浄症状を伴う患者では、感染予防対策としての手洗いや、隔離対応などの活動範囲の制限が、強迫行為や回避行動と一部重複する部分があり、個々の病状に配慮した治療方針を立てる必要がある。

今回我々は、病棟内で COVID-19 陽性者が発生した際、入院加療中であった OCD 患者が濃厚接触者に認定され、隔離対応の中で強迫症状の治療的枠組みとの葛藤が生じるも、CBT を柔軟に取り入れることで、強迫症状の軽快に至った OCD の一例を経験したので若干の考察を交えて報告する。なお、

Patient with obsessive-compulsive disorder identified as a COVID-19 close contact during inpatient care: a case report
Ranko KIMURA MD., Keiichiro MUKAI MD., Ph.D, Kazuhisa HAYASHIDA MD., Ph.D, Hisato MATSUNAGA MD., Ph.D,
Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical University.
1-1 Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo, 663-8501 Japan
Phone: +81-798-45-6051 Fax: +81-798-45-6053
e-mail: orannn512@gmail.com

症例呈示に際しては患者からの同意を得ると共に、個人情報保護の観点から主旨に影響しない程度の若干の改変を加えた。

Ⅱ．症例　51 歳　女性

【生活歴】同胞 3 名中第 2 子として出生し、発達発育に異常は認めなかった。小･中学校ではバスケ部、高校はバレー部に所属しており、成績は中程度であった。専門学校を卒業後、一般企業の事務員として勤務していたが、46 歳時に強迫症状増悪のため退職した。

【既往歴】ひきつけ（2 歳時、1 度のみ）、子宮筋腫術後。

【嗜好歴】機会飲酒。喫煙は 3 本 / 日（20 年間）、現在は電子タバコを使用している。

【家族歴】受診歴はないが母に頻回の確認行為を認め、弟にチック症が見られた。

【現病歴】X-15 年（36 歳）に「菌に汚染されている感覚」を自覚し、徐々に手洗い行為が過剰となっていった。X-10 年には、毎日帰宅後に汚染感を払拭するために 2 ～ 3 時間の入浴、玄関から浴室までを消毒を行うようになり、職場の同僚や夫からも過剰な洗浄行為について指摘されるようになった。「汚染されているところに行かないで」、「除菌が済むまではこの部屋にいて」など生活範囲の制限を夫に要求するようになった。X- ○年、近医受診し薬物療法を受けるも症状は徐々に増悪したため、専門的治療を希望し往復○時間かけて専門施設へ通院して CBT が施行されたが強迫症状は持続していた。X-5 年、汚染の対象が職場の人物や物品に波及し、特定の人物に対し汚染感を感じるようになった。就労の作業効率は低下し、仕事がままならなくなったため退職となった。外出機会を減らしたために入浴や除菌行動などが減少するも、公共交通機関の使用時や大浴場に行った際には、「（特定の）職場の人物が近くにいたら汚染されている」と考え、アルコール消毒や石鹸による過剰な洗浄行為を呈した。「（特定の）職場の人物」が近くにいないか疑心暗鬼となり、外出時には、常に周囲を見回し関係者がいないかを探すようになり、同一の苗字、風貌が似た人物を発見すると避けるようになった。X 年 5 月、前医の主治医転勤を機に、OCD の専門施設である当院へ紹介受診となる。集中的治療を希望したために、入院治療も提案するも、入院治療の目的や意義について説明し理解はするが、入院環境への不安により入院治療の導入は保留となった。その後、通院加療にて疾病教育と薬物療法を施行し、パロキセチンを 10mg/ 日から開始し、50mg/ 日まで漸増された。X 年 7 月、夫から「OCD に付き合うのは自身の健康にも支障がある」、「辛い状態が続くのであれば離婚を考えている」、「治療で治るのであれば、支えていきたい」と言われ、夫同席にて再度入院治療について説明し、入院となる。

【入院後経過】

第 1 病日､パロキセチン 50mg/ 日を継続とした。「この入院で症状を良くしたい」と治療意欲を認めるも、「職場の人物」と同姓の患者の部屋の前では壁沿いを歩くなどの回避を認めた。病棟の共有物品に触った際には、過度の手洗い行為を認めていた。再度、OCD に関する疾病教育、CBT の説明を実施し、入院環境に適応を図り、集団生活の中で可能な限り強迫症状を制御することを入院初期の治療目標であることを共有した。入院時の Yale Brown Obsessive Compulsive Scale（Y-BOCS）得点は：観念 15 点、行為 16 点で、総得点は 31 点であった。

行動分析の中で、強迫症状の詳細を聴取して不安階層表の作成を行い、曝露反応妨害法の課題を設定する直前の第 25 病日に、病棟内で他患者の COVID-19 感染が発覚した。当該患者との接触があり濃厚接触者と認定され、個室隔離対応（感染）となる。4 人部屋（水道設備なし）を個室として利用した。個室隔離中には症状の増悪阻止を優先課題とした。出入りは排泄と歯磨き時の病棟トイレへの往来のみであったため、「手洗いに自由に行けない」、「歯磨きをトイレでするのは嫌だ」、「食事前後にも汚染感が気になる」、と不安を表出し、「手洗いに 5 分は必要だけど制限されていてそのことばかり考えてしま

う。」と強迫観念の増悪が懸念された。

第 27 病日、隔離対応でも許容される時間と頻度で診察が行われた。不安を受容・共感するなかで現状を受け入れる患者の姿勢は肯定的に評価できるものであった。「無駄な手洗いしていたのが分かった」、「意外と短時間の手洗いでも耐えられる」、「食事前後だけは洗ってしまう」と葛藤がありながらも前向きな捉え方となった。

第 32 病日、隔離対応終了となり、保険適応外であるが、アリピプラゾール 3mg / 日を増強療法として追加投与した。

第 35 病日、生活の自由度が増した反動で洗浄行為の頻度が増加するも、「汚染感を紛らわせる方法を考えてみた」とより意欲的に治療に取り組み、CBT を開始した。（経過図 1）

第 35 病日～退院までの期間に、「シャワーヘッドを 1 回のみ洗浄する」、「トイレ後の手洗いを 2 回にする」、「シャワーと蛇口、洗面台を 1 回ずつ洗う」、「シャワーの壁を 1 回のみ流す」、「シャワーから出る時に床をシャワーで流さない」という課題を順次達成した。

第 73 病日、自宅へと退院となった。退院時の Y-BOCS は、観念 7 点、行為 7 点であり、約 55% の改善を認めた。

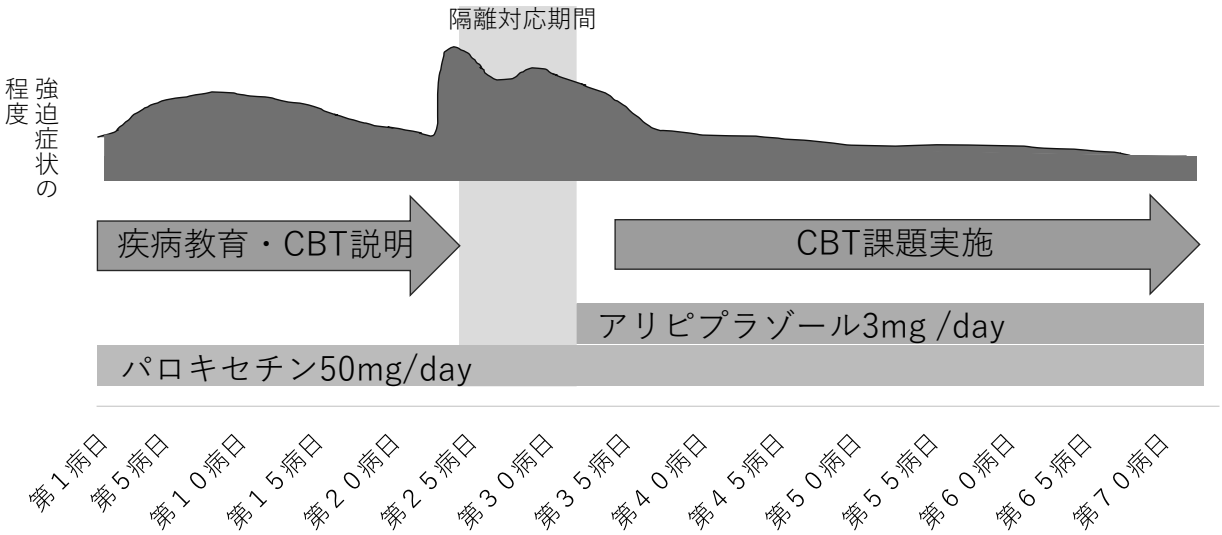
退院後も通院加療を継続し、外出機会における汚染感を対象に CBT を実施した。徐々に強迫症状が軽快し、X ＋ 1 年 1 月には飲食店でアルバイトを開始して現在も継続している。

Ⅲ．考察

本症例は、OCD 治療のため入院治療中に COVID-19 濃厚接触者と認定され、感染予防対策のため隔離対応を経験した。急激な環境変化に伴い一時的に不安が高まったが、傾聴･受容を心掛けたところ、環境変化を前向きにとらえ治療の一環として取り組み、隔離対応終了後もスムーズに CBT の継続が可能であった。OCD と COVID-19 感染症による影響を踏まえて、本症例の考察を行いたい。

COVID-19 パンデミック禍における OCD 患者を対象とした研究において、再燃・増悪の予測因子として、隔離期間中や同居家族の有無[8]、マスメディアからの影響[2]、感染症災害に特異的な心理的ストレス[6]など感染症災害にみられる変化や影響などが報告されている。特に隔離期間中においては、隔離など感染予防対策が、先行刺激への曝露機会の減少、洗浄行為の助長など、回避行為や

経過図



強迫行為の増悪をきたす恐れがある。COVID-19 感染症蔓延時における OCD 患者の治療では、「一定の症状軽減後は、薬物療法を軸とした増悪阻止を優先」、「CBT においては感染リスクを上げることのないような課題設定」が求められる[9]。本症例においても、隔離中にはこれに準じた対応が実施された。すなわち、CBT の課題設定など実施は一時保留とし、病状を維持する治療方針とした。隔離対応直後において、入院治療のスケジュールの変動や環境変化による強迫症状の増悪を懸念するとともに、洗浄行為が十分に行えないといった不満が表出された。これには支持的に接し、傾聴的態度にて接することにより、数日後には状況を受け入れ、治療には前向きな姿勢が窺えた。

この状況の受容の背景には、具体的な治療動機と治療目標の共有があると考えられる。初診時から治療してよくなりたいという高い動機は表出していたが、入院治療に関しては病棟環境や入院生活に適応できるかどうかといった不安から決断できずにいた。入院加療を決断する直接的な転機は、夫からの離婚の申し出ではあった。突き放すわけではなく、共に歩んでいくための促しであり、患者本人もこれに応じ決断することになった。さらに、主治医からは入院の治療目的として入院治療自体が環境と生活全体を変化させ、自宅環境におけるパターン化した強迫症状をリセットし、強固に構築されたルーチーンを崩すきっかけにするということ、それと同時に、病棟生活により強迫症状から逃れ、可能となった自由で生産的な生活を、退院後の生活でも維持することが疾病構造の再構築への抑止力になりうることを共有した。入院に至るまでには、集中的な治療と、強迫症状との共存の狭間で揺れ動いていたが、夫からの申し出を契機として、再度動機づけを行い「治りたい意志」を引き出し、意思決定を支援できたプロセスが、治療への高いモチベーションにつながり、COVID-19 濃厚接触者としての措置などの難題を抱える中で、最後まで治療的行動を維持できた大きな要因と考えられる。

Ⅳ. 結語

病棟内で COVID-19 感染症が発生した際に濃厚接触者と認定された OCD 患者に対して、病状や治療への心理的影響にも配慮した柔軟な疾病教育の実施により、まず症状増悪阻止を図れた。隔離措置解除後は、それとの連続性の中で、薬物療法や CBT を継続し、50% を超える強迫症状の改善を達成することができた。その結果、社会復帰も達成し、日常生活での強迫症状による機能的問題を、著しく減じることが出来た。

本症例の経験から、OCD 患者への治療において、治療導入時のみならず、環境の変化を余儀なくされるなど悪化リスクが高まることも想定しつつ、定期的な疾病教育や動機付けを実施することが重要であると考えた。

参考文献

1）A. Chakrabortyand S. Karmakar, *Impact of COVID-19 on Obsessive Compulsive Disorder（OCD）*. Iran J Psychiatry, 2020. **15**（3）: p. 256-259.

2）B. Benatti, U. Albert, G. Maina, et al., *What Happened to Patients With Obsessive Compulsive Disorder During the COVID-19 Pandemic? A Multicentre Report From Tertiary Clinics in Northern Italy*. Front Psychiatry, 2020. **11**: p. 720.

3）L. M. Koran, G. L. Hanna, E. Hollander, et al., *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry, 2007. **164**（7 Suppl）: p. 5-53.

4）L. P. Sharma, S. Balachander, A. Thamby, et al., *Impact of the COVID-19 Pandemic on the Short-Term Course of Obsessive-Compulsive Disorder*. J Nerv Ment Dis, 2021. **209**（4）: p. 256-264.

5）松永寿人 , *重症の強迫症患者に対する入院治療プログラム* . 分子精神医学 , 2001. **1**: p. 92_93.

6）N. A. Fineberg, Michael Van Ameringen, Lynne Drummond, et al., *How to manage obsessive-compulsive disorder（OCD）under COVID-19: A*

clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. Comprehensive Psychiatry, 2020: p. 152174.

7) P. Alonso, S. Bertolín, J. Segalàs, et al., *How is COVID-19 affecting patients with obsessive-compulsive disorder? A longitudinal study on the initial phase of the pandemic in a Spanish cohort*. Eur Psychiatry, 2021. **64** (1) : p. e45.

8) Prestia Davide, Pozza Andrea, Olcese Martina, et al., *The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study*. Psychiatry research, 2020. **291**: p. 113213-113213.

9) V. Khosravani, G. J. G. Asmundson, S. Taylor, et al., *The Persian COVID stress scales (Persian-CSS) and COVID-19-related stress reactions in patients with obsessive-compulsive and anxiety disorders*. J Obsessive Compuls Relat Disord, 2021. **28**: p. 100615.

症例報告

精神科入院治療を要した特定妊婦の一例

兵庫医科大学　精神科神経科学講座　清川健太、岸野恵、清野仁美、松永寿人

Abstract

We herein describe a case of a “specified expectant mother”（pregnant woman with social problems）. She was a 31-year-old primipara with depression and mother-to-fetal bonding failure. She had adverse childhood experiences and lack of social support. She was hospitalized in the psychiatry ward for fetal abuse and suicidal ideation at 24 weeks of gestation. Support provided by a multidisciplinary team improved her depressive symptoms and promoted her bonding to the fetus during hospitalization. Informed consent for publication was obtained from the patient, and her personal information has been withheld to protect her identity.

Key words: 妊娠、特定妊婦、希死念慮、ボンディング障害、胎児虐待
pregnancy, specified expectant mother, suicidal ideation, bonding failure, fetal abuse

Ⅰ．はじめに

特定妊婦とは、出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦と定義されている。妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を特定できる妊婦であり、具体的には不安定な就労等収入基盤が安定しないことや家族構成が複雑、親の知的・精神的障害などで育児困難が予想される場合などが挙げられる。このような家族は妊娠届が提出されていない場合や、妊婦健診が未受診の場合も散見される[4]。

今回、我々は精神科入院治療を要した特定妊婦の一例を経験したので報告する。なお、症例提示にあたり患者に十分な説明の上同意を取得し、主旨に影響しない程度の改変を加えるなど個人情報保護に配慮した。

Specified expectant mother requiring psychiatric hospitalization: a case report
Kenta KIYOKAWA, MD; Megumi KISHINO, MD; Hitomi SEINO, MD, PhD; Hisato MATSUNAGA, MD, PhD
Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical University
1-1 Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo, 663-8501 Japan
Phone: +81-798-45-6051
Fax: +81-79-45-6053　e-mail: ke-kiyokawa@hyo-med.ac.jp

Ⅱ．症例

31 歳　女性（妊娠 24 週　初産婦）

【主訴】抑うつ気分、興味の消失、意欲の減退、希死念慮、「赤ちゃんがいなくなればいいのに」

【既往歴】喘息、アレルギー性鼻炎、過量服薬で救急搬送歴あり

【家族の精神科通院歴】長姉（詳細不明）、次姉（境界性パーソナリティ障害、双極性障害）

【生活歴】同胞 3 名中第 3 子として出生。発達発育に異常なし。元来臆病で遠慮深い性格。幼少期より母親に暴力などの虐待を受けていたが、「家族は誰も助けてくれなかった」という。高校へ進学するも不登校となり、通信制高校へ転校し卒業。卒業後はアルバイトを転々としていた。25 歳頃より 1 人暮らしを始めたが徐々に体調不良で働けなくなり、30 歳時より生活保護を受給。20 代の頃に両親は離婚。現在のパートナー（30 歳代）とはマッチングアプリを通じて出会い、1 年前より交際を開始。体調が少し良くなり働き始めようとしたところに予期せぬ妊娠が判明した。

【家族構成】
本人：独居。家族とは疎遠であまり連絡を取っていない。
パートナー：他府県に在住、仕事が多忙で月に数回程度しか会うことができない。未入籍。子育てに協力する意思は示しているが、将来の生活についての具体的な計画は示さない。
母：過去に暴力などの虐待を当患者にしていた。数年前より交流はない。
父：数年前に母と離婚し、その後再婚している。当患者と交流はあるが関係性は良好ではない。
長姉・次姉：当患者との交流は乏しい。

【現病歴】X-2 年 9 月頃、アルバイト先での仕事の負担が大きく、体調不良が続き、次第に意欲低下が出現、近医精神科でうつ病と診断され薬物治療が開始された。X-1 年 11 月、予期せぬ妊娠が判明。胎児への影響を不安に思い、薬物治療（エスシタロプラム 10mg / 日、ブロマゼパム 15mg / 日、スルピリド 150mg / 日）を自己中断。X 年 2 月、意欲低下が悪化し、身の回りのことが出来なくなった。また、息苦しさを主訴に自身で救急要請を繰り返した。居住地の母子保健主管課において特定妊婦と判断され、保健師による支援が開始され、X 年 4 月（妊娠 24 週）、保健師同伴で当科初診となった。診察時、「風邪薬 3 箱分をお酒で飲もうと思った」との訴えあり抑うつ気分、意欲低下、自殺念慮がみられた。独居であり、日常生活の遂行能力の低下、あるいは衝動が高じた際の保護なども困難であることから、入院加療が妥当と判断し本人に説明、同意を得て当科に任意入院とした。

【入院後経過】産科診察の上、妊娠経過に問題はなかった。抑うつ気分、意欲低下に加えて、「赤ちゃんがいなくなればいいのに」という胎児に対する拒絶的発言や、腹部殴打を認めた。入院時に、子供に対する愛情、育児評価に用いる「赤ちゃんへの気持ち質問票（Mother to infant Bonding Scale : MIBS）」を施行した。得点が高値であるほど児への否定的な感情が強いことを示し、通常 5 点以内のところ 25 点と極めて高値であった。主治医、看護師は、腹部殴打など衝動的な危険行為の防止に努めつつ、妊娠継続や胎児に対するネガティブな感情の表出を促し、本人の不安やつらさの共感に努めた。次第に、幼少期に母から虐待を受けたことや家族から助けてもらえなかったことを振り返り、現在の周囲から支援が受けられない状況下での出産・育児に対する不安を語るようになっていった。入院中に実施した Parental Bonding Instrument（PBI）は母親の養護因子 11 点、過保護因子 25 点、父親の養護因子 9 点、過保護因子 10 点であり両親の低養護が示された。

うつ症状に対する薬物治療を提案するも「パートナーが子どもに影響するから薬は飲むなと反対している」と述べ抵抗を示した。主治医は本人・パートナーに疾患教育を行い、パートナーの情緒的サポートが重要であることや、薬物治療のリスクとベネフィットを丁寧に説明した。その結果、本人・パートナーの同意を得てエスシタロプラム 10mg / 日より開始し、忍容性をみながら 20mg / 日まで増量した。その後、抑うつ気分、意欲低下はすみやかに改善し自殺念慮は消失。「子どもと一緒に暮らしたい」など胎児へのボンディング形成がうかがわれる発言がみられるようになり、腹部殴打も認めなくなっていった。第 23 病日の MIBS は 8 点に減少した。退院前に本人・パートナー・主治医・看護師・精神保健福祉士・保健師でカンファレンスを開催し、退院後の支援体制について話し合った。退院後はパートナーと同居を開始することになり、転居先での通院医療機関の確保、保健師との情報共有、ホームヘルプ等の社会福祉資源の利用の提案などを行った。本人の安心が得られ、第 34 病日（妊娠 29 週 2 日）に退院とした。

Ⅲ．考察

本症例は幼少期の被虐待体験があり、家族の支援もなく社会的に孤立した状況下で予期せぬ妊娠に至り、胎児虐待を認めた特定妊婦であった。抑

うつや希死念慮、あるいは腹部殴打といった衝動行為、胎児リスクを防止するため任意入院を要したが、入院による保護的環境下で、抗うつ薬治療後、パートナーと共に治療方針の共同意思決定を行い、医療・母子保健の支援者が協働してサポート体制を構築しえた。その結果、うつ症状は軽減し、ボンディングの形成がみられ、胎児虐待行為は消失した。本症例について、いくつかの観点から考察を加えたい。

第一に、妊娠期のうつ病に対する薬物治療のリスクとベネフィットについて検討する。Gao らのメタ解析では、妊娠初期の選択的セロトニン再取り込み阻害剤(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor： SSRI)服用により大奇形と先天性心疾患のリスクが有意に増加するが、「SSRI を服用している精神疾患患者」と「服用していない精神疾患患者」を比較すると有意なリスク増加はないと報告されている[2]。また Jarde らのメタ解析では、妊婦のうつ病を治療しないことにより、早産・胎児発育不全リスクが増加することが示されている[3]。したがって、SSRI 服薬に伴うリスクのみならず、うつ病治療を行うことのベネフィットについても説明し、双方向性に話し合って治療方針を決定することが重要である。また中等度以上のうつ病や自殺企図を伴う等の場合には、積極的な薬物療法の検討が推奨されている[6]。この点、本症例では、妊娠を機に薬物療法を自己中断していたが、抑うつ状態の増悪に伴い希死念慮や衝動行為などを呈し、抗うつ薬再開の必要性が考えられた。このため主治医より、患者・パートナーに十分な情報提供を行い、リスクとベネフィットについての理解を得たうえで、当事者による意思決定が行われ、改めて薬物療法が選択された。このように適切な治療につなげる上で、この意思決定のプロセスを十分にサポートすることの重要が示唆された。

次に、本症例でみられたボンディング障害について述べる。ボンディング障害とは、子どもに対する情緒的絆(ボンディング)を形成できないことであり、子どもへの肯定的感情が欠如した状態が持続、および怒りや拒絶などの否定的な感情により、養育に必要な親密なケアや交流が困難になる。ボンディング障害は子どもの発達に関わる深刻かつ長期的な母子関係に影響を及ぼすと考えられており、養育の拒否、ネグレクト、虐待へと発展していく可能性がある[5]。本症例で用いた MIBS は育児の負担や赤ちゃんへの否定的な気持ちや虐待の危険性の有無を調べる 10 個の質問からなる質問紙である。明確なカットオフ値はないが、3 点以上で面談を行い、ボンディング障害に対する支援の必要性を把握することが推奨されている[9]。ボンディング障害の背景として、環境・母親・子どもの 3 つの側面からの要因を捉えることが有用であり(表 1)[7]、本症例では、環境要因として「周囲のサポート不足」、「低い社会経済階」、「未婚の母」が、母親の要因として「妊娠期のうつ」、「望まない妊娠」、「母親が自身の被養育体験をいかに捉えて

表 1 ボンディング障害の要因

環境	母子分離、周囲のサポート不足、低い社会経済階層、未婚の母、 不仲な夫婦関係、配偶者からの暴力
母親	妊娠期・産後のうつ、つらい妊娠・出産体験、望まない妊娠、 双子の一方の死、以前の死産体験、母親が自身の被養育体験をいかに捉えて いるか、不安、強迫的気質、未成熟な人格
子ども	早産児、病気、ハンディキャップ、望まれない性、 癇の強さや反応の悪さなどの子どもの気質・器質的問題

日本周産期メンタルヘルス学会　周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2023

いるか」、「不安」が挙げられる。

その中でも、母親が自身の被養育体験をいかに捉えているかがボンディング障害の要因として重要とされており、これに関して本症例では PBI を用いて評価した。PBI は、16 歳までの間に父親・母親からどのような養育を受けてきたかを振り返って評価し、養護（ケア）と過保護（過干渉）の 2 軸で評価する[8]。養護因子は母親 27 点　父親 24 点以下で低養護、過保護因子は母親 13.5 点　父親 12.5 点以上で過干渉となる。本症例の PBI の結果で示された母親・父親の低養護は、周産期におけるボンディング形成に影響を及ぼすと考えられている[1]。

一方、環境要因である「周囲のサポート不足」を改善すべく、入院中に多職種で支援し、パートナーとの安定した関係性やソーシャルサポートの強化を行っていくこととした。治療・支援方針の共同意思決定のプロセスにパートナーを参加させ、患者への物理的・情緒的サポートを担う重要な役割であることの認識を促した。入院中に多職種の支援者が寄り添い、退院後もソーシャルサポートが受けられるように準備したことは、患者の孤立感を軽減し、ボンディングの形成に寄与したと考えられた。今後はこのような多職種支援を継続しつつ、患者の精神状態やボンディングなどの母性の育み、あるいはパートナーの関係性などが、順調かつ安定的に経過していくかを見守る必要があると考えた。

Ⅳ. 結語

本症例は幼少期の被虐待体験があり社会的に孤立した状況下で予期せぬ妊娠に至り、胎児虐待を認めた特定妊婦であった。精神科入院による保護的環境下で、パートナーと共に治療方針の共同意思決定を行い、医療・母子保健の支援者が協働してサポート体制を構築することでうつ症状は軽減し、ボンディングの形成がみられ、胎児虐待行為は消失した。特定妊婦の背景因子をアセスメントし、緊急性や必要に応じて精神科入院治療を行い、多職種が協働して支援することが、母児の安全確保、養育困難防止につながると考えられた。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

参考文献

1）Fukui,N, Motegi,T, Watanabe,Y, et al.: Perceived parenting before adolescence and parity have direct and indirect effects via depression and anxiety on maternal-infant bonding in the perinatal period. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 7（10）, 312-317, 2021

2）Gao,SY, Wu,QJ, Sun,C, et al.: Selective serotonin reuptake inhibitor use during ealry pregnancy and congenital malformations: a systematic review and meta-analysis f cohort studies of more than 9 million births. BMC Med, 16（1）, 205, 2018

3）Jarde,A, Morais,M, Kingston,D, et al.: Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without depression A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry, 73（8）, 826-837, 2016

4）厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課：子ども虐待対応の手引き . 13, 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課 , 2013

5）日本精神神経学会・日本産科婦人科学会：精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド 各論編 . 精神神経学雑誌 , 124, 108-113, 2022

6）日本周産期メンタルヘルス学会：周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド . CQ9, 1-14, 日本周産期メンタルヘルス学会 , 2023

7）前掲著 4）CQ17, 1-5

8）小川雅美：PBI（Parental Bonding Instrument）日本版の信頼性、妥当性に関する研究 . 精神科治療学 6（10）, 1193-1201, 1991

9）Yoshida,K, Yamashita,H, Conroy,S, et al.: A Japanese version of Mother-to-Infant Bonding

Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. Arch Womens Ment Health, 15（5）, 343-352, 2012

症例報告

入院での認知行動療法により汚染/洗浄強迫が改善した強迫症の一例

兵庫医科大学　精神科神経科学講座　中村元紀、荻野俊、林田和久、松永寿人

Abstract

While outpatient treatment is commonly administered for obsessive-compulsive disorder（OCD）, inpatient treatment may be useful when the patient engages in behaviors that involve others or when there is significant functional impairment at home. In this report, we describe a patient with OCD in whom contamination/cleaning compulsions improved with inpatient cognitive-behavioral therapy. We also provide some discussion of this condition.

A man in his 30s began to worry about pollution and to wash his face with gradually increasing frequency around X-21, spending more than 2 hours bathing and involving his mother in his behavior. After she retired from her job, she spent more time at home, and both the compulsions related to contamination/cleaning and the involvement behaviors of his mother worsened. After admission, the patient was intensively treated with a combination of pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy, and his OCD symptoms dramatically improved. In particular, education on cognitive-behavioral therapy was effective in preventing relapse after discharge from the hospital. The patient gave us his informed consent for publication, and his personal information was strictly protected.

Key words: 強迫症、入院加療、認知行動療法、巻き込み行為
obsessive-compulsive disorder, hospitalization, cognitive behavioral therapy, involvement behaviors

Ⅰ．はじめに

強迫症（Obsessive Compulsive Disorder：OCD）は、不合理で過剰と認識されながら自制困難な侵入的思考（強迫観念）と、不安や不快感を解消するために行う繰り返し行動（強迫行為）を特徴とする精神疾患である。OCD の一般人口中の有病率は 1-2％ [1] とされ、WHO により、経済的損失、あるいは生活の質に関わる 10 大疾病に位置づけられており、その影響は多岐にわたり重大である [2]。OCD の治療は、外来での薬物療法と認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy :CBT）および、その併用療法とされる [3]。しかし、うつなど併存症状を伴う場合、巻き込み行為により家族の疲弊がある場合、さらに、薬物調整や生活リズムの是正には入院加療が推奨される [4]。また入院加療では、外来診療における CBT に比べ、頻回の診察、強迫症状を惹起する先行刺激の統制、スタッフによるプロンプティングなどの治療技法の導入が行いやすいという利点が挙げられるが、様々な理由で脱落に至るケースも存在する [5][6]。

今回、我々は 10 歳代後半から汚染恐怖を主とした OCD 症状を認め、転医を繰り返し外来加療で改善せず、直近の数年間では CBT を導入するも継続困難、入院加療でも早期脱落などで治療に難渋されていた症例に当院の入院治療プログラムを実施した。入院環境適応への工夫や、曝露が困難な患者に心理的な配慮をしたことにより入院加療が奏

A case of obsessive-compulsive disorder with improvement of contamination/cleaning compulsions after inpatient cognitive behavioral therapy
Motoki NAKAMURA MD., Shun OGINO MD., Kazuhisa HAYASHIDA MD., Ph.D, Hisato MATSUNAGA MD., Ph.D,
Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical University.
1-1 Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo, 663-8501 Japan
Phone: +81-798-45-6051　Fax: +81-798-45-6053
e-mail: mot-nakamura@hyo-med.ac.jp

功したため、若干の考察を加え報告する。症例呈示に際し、患者より口頭同意を得ると共に、個人情報保護の観点から主旨に影響しない程度の改変を加えた。

Ⅱ．症例

30 代男性。同胞 2 名の第 2 子で、長男として出生した。性格は、人見知りで大人しいが頑固であった。幼少期に発達発育の指摘無く、普通小・中学校を卒業し高校へ進むも教師やクラスに馴染めずに 1 年で退学した。その後定時制や通信制高校へ通うも、一か月ほどで辞めた。倉庫業務を勤めた時期もあったが OCD 症状の悪化により退職し、親と同居しながら引きこもりの生活を続けていた。既往歴及び家族歴に特記事項なし。

1．現病歴

X-21 年（中学生時）に高圧的で苦手な父親が触ったものを不潔と感じ、触ることができなくなった。X-16 年に A 病院を受診し OCD の診断で薬物療法を開始するも、排泄物やトイレへの汚染感が強まり、入院加療も環境へのストレスから継続できなかった。X-10 年に専門的な CBT 加療を求め B 病院を受診し、CBT や薬物加療にて症状改善したため、C 病院へ転医した。X-4 年に倉庫業務の仕事を始めたが、徐々に職場の共有物やトイレへの汚染感が強まり、X-1 年に B 病院へ再度受診するも、汚染を感じる対象への汚染への過度な不安から曝露が全く出来ず CBT の治療介入が困難であった。X 年 Y-3 月、職場での手洗いの繰り返しにより作業に支障をきたすようになり、トイレのレバーへの汚染感や自身の排便後に水が跳ねることの恐怖から水を流せないなどで同僚との軋轢が生じ、疲弊したため退職した。しかし家の外の扉やトイレなどへの汚染感も増強したため、家に引きこもるようになった。その後、触れられない物や使えない場所など家の中での汚染恐怖の対象も拡大し、トイレや入浴、着替えなどを母親に手伝わせるといった巻き込み行為も著しく、本人や母親も疲弊し、入院加療や CBT 目的で X 年 Y-1 月に当院へ紹介となり、X 年 Y 月に任意入院となった。

2．入院時現症

汚染恐怖から、個室内のトイレやその周囲、自室の棚の地面から近い箇所、他患者との共用物を触ることができなかった。汚染対象に触れたと感じると納得がいくまで、その都度手洗いを繰り返す。生活上必要だが、どうしても触れられないトイレの洗浄ボタンは、スタッフを巻き込み手伝わせようとしていた。このように強迫観念や強迫行為が存在し、これらや回避行動により日常生活や社会生活が全般的に著しく障害されており、DSM-5 の OCD の診断基準に該当した。

3．入院時心理検査

OCD の重症度を Y-BOCS（Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale）得点で評価したところ、32/40 点と最重症であった。

また WAIS-Ⅳ：全検査 87　言語理解 85　知覚推理 85　ワーキングメモリー 109　処理速度 85、バウムテストでは、「精神的に未分化、未熟で想像力を働かせたり見通しを立てたりする事が難しい」とされた。さらに P-F スタディでは「積極性に欠け受動的であり問題回避的な傾向が強い」とされ、Autism-Spectrum Quotient（AQ）テストは合計得点 28/50 点（カットオフ 33 点）であった。

4．治療方針

現病歴より、患者の症状として巻き込み行為が習慣化、汚染対象からの回避が強く行動が出来ないなど、強迫症状に圧倒されて不安の制御を失っており、CBT では課題を設定しても単独では実施出来ない事態が予想された。このため CBT 導入に向けて、入院を継続することを優先課題とした。そのため、回避を続けることや巻き込み行為は、症状のひとつであることを丁寧に説明した。また入院中に巻き込み行為を含む強迫症状を対象とした CBT を行うことを前提として、当面はトイレな

ど患者の汚染恐怖の強度が強い対象には、スタッフの業務負荷にならない範囲で、上限を決めて協力を得ることは可能という治療方針を、患者本人及びスタッフと共有した。薬物療法は、前医からのフルボキサミン 300mg / 日を継続し、適応外使用ではあるが増強療法目的にアリピプラゾール 3mg / 日を追加した。

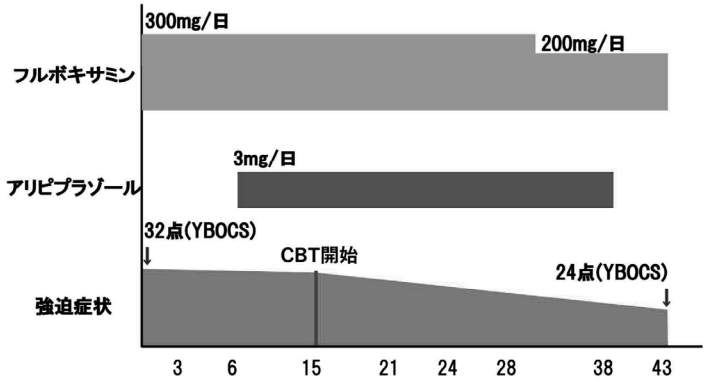
5. 治療経過

第 1-13 病日で病棟生活下での強迫症状を観察し、詳細な病歴や治療歴を問診し、症状の把握と苦悩への共感に努めた。患者から聴取した汚染対象は、リモコンやマジックペンや冷蔵庫といった他患者との共有物、棚や椅子の地面から近い箇所や、トイレまたはトイレ周辺のスイッチなどであった。第 14 病日に面談を行い、病棟での汚染対象から不安階層表を作成し、CBT で曝露や反応妨害の要素を取り入れた課題を設定した。第 19 病日に、CBT で患者のみで可能な課題とは別に、曝露さえ困難な課題があることが判明したため、医師同伴の下で行う課題を新たに設定した。(図 1)また、曝露後の不安が時間を経ることで下がるという馴化の体験を意識し、汚染対象に触れた後、暫く洗浄行為を行わないようにし、ノート等で治療記録をつけた。第 22 病日には、「更に不安が強い汚染対象にも触れられそうです」といった曝露に意欲的な発言を認めた。第 29 病日には、「触った後でも気にならなくなってきました」といった発言も認めた。入院から 1 ヶ月過ぎた頃から退院後の生活を意識し、トイレの水を自分で流すなど、自宅環境でも同様に生じるような汚染恐怖に関わる課題を設定した。その上で、退院後の生活目標も設定した。

本症例でのCBT課題例

	曝露対象	14-21 病日	21-35 病日	35-43 病日
単独	自室の棚	上段	中段	下段
	共有のリモコン	電源ボタン	一部	全体
	スイッチ	部屋の電気		トイレ
医師同伴	冷蔵庫	一部		全体
	携帯電話	一部		全体
	共用物品	マジック	トイレの電気	トイレのレバー

治療経過図



第 43 病日に、母親同席のもと面談を行い、入院後の治療経過の振り返りや、家族の巻き込み行為への対応として、自宅内で出来る限り時間の共有を避ける、物理的に距離をとる、1 回ルールなど、退院後の治療方針を踏まえた心理教育を行い自宅退院となった。退院時の Y-BOCS 得点は 24/40 点で、入院時から 25% の改善を達成した。入院後の治療経過を図 2 にまとめた。

Ⅲ．考察

本症例は、中学生時に父親が触ったものを触れなくなったことを契機に汚染恐怖が出現し、外来や入院にて加療行うも寛解には至らず、徐々に日常生活が困難となった OCD の一例である。約 20 年間転医を繰り返し巻き込み行為も著しく、外来での CBT の実施や他院での入院加療は困難であった。CBT の課題も単独では汚染対象への曝露が行えず、回避行動が続き、自宅に引きこもるなど重度の機能障害を来たしていた。当科での治療方針は、入院加療を継続することをまずは優先課題とし、当初は巻き込み行為や回避行動を部分的に許容するなど柔軟な対応を行った。CBT の課題は、医師によるプロンプティングなど、治療技法を工夫することで徐々に課題は達成され自発的に行えるようになり、退院後の外来でも継続できている。また現在は職業訓練プログラムに取り組むなど就労への意欲も高まっている。

CBT を主な治療介入とした入院加療プログラムの治療成績に関して、Veale らはメタ解析を行い、平均 10.4 週間の入院で 10.7 点の YBOCS 得点の改善を報告している [7]。この点本症例では、約 6 週間の入院により 8 点（25%）の改善であった。今回のようなより短期入院の先行研究に関しては、Torun らが 187 例の OCD 患者に対し 3 週間の入院加療を行い、入院前と退院 6 カ月後の YBOCS の点数では、約 36％の減少を認めたと報告している [8]。当院での標準的な入院治療プログラムによる治療成績は、入院時 YBOCS の平均が 27.9 点、退院時は 11.3 点と 59.5% の改善であり、上記と同等、あるいはそれ以上の結果である [9]。本症例はこれらと比すれば低率の改善に留まったが、入院期間が短期であったこと、そして巻き込みや回避行動など、Y-BOCS 得点に反映されない自宅での生活に応用可能な行動修正を重視した点を考慮すれば、十分な結果であったと考える。

OCD の入院加療に関しては、これがいかに外来治療、あるいは自宅での生活との連続性を保てるかが肝要である。一方、これについて様々なメリットやデメリットも報告されている。メリットとしては、1）OCD 症状が頑なパターン化しがんじがらめの自宅環境から離れることで、病的習慣やルールから脱することが出来る、2）頻回に治療者や看護者が関わることで治療の支援を受けやすい、3）入院環境への適応自体が既に行動療法的意義があり、また治療環境を制御することが容易である、4）家族以外の対人関係に接し対処を学ぶ機会がある、5）薬物の調整と効果判定が容易である、などが挙げられる。一方で、デメリットとしては、1）家庭や仕事から逃避する口実になり、入院環境に過度に依存的となる、2）対人関係上のトラブルが生じる可能性がある、3）入院に関する治療動機が不十分な場合、入院させられたと感じることで、家族に陰性感情を抱く、あるいは主治医との良好な関係が築けない場合がある、4）入院での治療的変化を退院後に維持できない、などが挙げられる [10]。本症例は、入院加療のメリットを最大限に活かした治療の枠組みを実現でき、デメリットを最小化出来るよう可能な限り入院期間を短縮して外来治療に繋げられたと考える。

一方、早期の自己退院など入院治療プログラムからの脱落要因としては、1）過去に入院環境に不適応となったことがある、2）就労している、3）うつ病の既往がある、4）アルコール依存症がある、などが挙げられる [11]。本症例では強迫症状で排泄や保清行為において介助が必要なほど日常生活に支障を来していたため、病棟でも入院時は看護師や看護補助者による多くの介助を要した。これにより過去、他院で入院不適応となった経過があり、

入院環境へ適応困難が予想された。この点当院では、脱落を防ぐために入院初期は環境への適応を優先とし、看護師からの保清の援助や回避行動、巻き込み行為などの一部を許容するなど、柔軟で支持的な治療的枠組みの構築を心がけた。さらに細やかな問診、支持療法、共同で不安階層表を作成することなどで、医師・患者間の信頼関係の醸成を図った。以上により入院治療プログラムからの早期脱落を防ぐことが出来たと考える。

最後に家族への著しい巻き込み行為は、入院加療が適応される条件となるが、外来治療への円滑な移行を行うためには、自宅において患者と密接に関わる家族への適切な疾病教育が必要となる。[12] このような介入は、巻き込み行為に対する家族の対応を一貫させ、治療効果をより高めると共に、家族に及ぶ負担や苦痛を軽減するという点でも重要である。[13]

本症例でも退院後に自宅での生活へ移行するにあたって、以前から母親への巻き込み行為が問題となっていたため、これに先立ち、巻き込みへの対処を含む家族への疾患教育、そして今後の治療方針の共有を行った。それによって退院後にも継続した外来加療、就労支援センターに通うなどの意欲の保持に繋がったと考える。

Ⅳ. 結語

外来加療での改善が乏しく、入院加療でも早期脱落を示すなど、治療に難渋していたが、短期的な当科入院治療プログラムが奏功した OCD の一例を経験した。OCD 治療は基本的に外来で行うが、難治例や症状が生活全般に拡大し生活機能の著明な低下が見られたり、著しい家族への巻き込み行為を認めたりする場合などは、入院加療が有効な治療オプションとなりうる。この点、入院環境への適応を患者自身が工夫し努力すること自体に、既に行動療法的意義が含まれるなど、OCD 治療における入院の有効性は確かである。しかしそれに際しては、患者のモチベーションが最も重要であり、外来診療の中で入院に対する患者の葛藤や不安に理解を示しつつ辛抱強く支援し、動機づけの強化に努めること、そして標準的な入院治療プログラムに加え、個々の病態に合わせた柔軟なオーダーメイド的治療介入を行うことが必要である。

付記

本稿の作成において、開示すべき COI はない。

参考

1）Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C.（2010）. The epidemiology of obsessive compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry, 15（1）, 53-63. doi:10.1038/mp.2008.94

2）Murray, C. J., Lopez, A. D., & Jamison, D. T.（1994）. The global burden of disease in 1990:summary results, sensitivity analysis and future directions. Bull World Health Organ, 72（3）, 495-509.

3）Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G., & Simpson, H. B.（2007）. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry, 164（7 Suppl）, 5-53.

4）National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2005

5）Abramowitz, J. S.（1997）. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments forobsessive-compulsive disorder: a quantitative review. J Consult Clin Psychol, 65（1）, 44-52. doi:10.1037//0022-006x.65.1.44

6）Aderka, I. M., Anholt, G. E., van Balkom, A. J., Smit, J. H., Hermesh, H., Hofmann, S. G., & van Oppen, P.（2011）. Differences between early and late drop-outs from treatment for obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord, 25（7）, 918-923.doi:10.1016/j.janxdis.2011.05.004

7）David Veale et al :Outcomes for residential or inpatient intensive treatment of obsessive–

compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis: Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders 2016

8）Torun Grøtte et al:Three-Week Inpatient Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A 6-Month Follow-Up Study

9）向井 馨一郎 , 松永 寿人 et al 強迫症入院プログラムの有効性の後方視的検討

10）強迫性障害の行動療法　飯倉　康郎著　金剛出版

11）David Veale et al : Outcome of Intensive Cognitive Behaviour Therapy in a Residential Setting for People with Severe Obsessive Compulsive Disorder: A Large Open Case Series :Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2015 44（3）:1-16

12）Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive–compulsive disorder patients. J Anxiety Disord 2000;14:209-17.

13）Steketee G. Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow up. Behav Psychother 1993;21:81-95.

症例報告

音楽性幻聴を伴うレビー小体型認知症の一例

一般財団法人仁明会、仁明会精神衛生研究所　岸本由紀、阿部和夫、武田敏伸、森村安史

Key words: レビー小体型認知症、音楽性幻聴、シャルル・ボネ症候群
Dementia with Lewy bodies, musical hallucination, Charles Bonnet Syndrome

Ⅰ．要約

症例は 80 歳女性、これまでに精神科治療歴なし。X-5 年頃から難聴、X 年 5 月頃よりもの忘れが出現、「お祓いする人が見える」との幻視、「歌がきこえる」との音楽性幻聴を訴え、当院を受診された。心理検査で進行性の認知機能障害、MIBG 心筋シンチグラフィーは取り込み低下、ドーパミントランスポーター SPECT（DAT-SPECT）で基底核の集積低下を認めた。こうした補助診断法での結果と臨床症状で認められた、注意や明晰さの著明な変化を伴う認知の変動、繰り返し出現する構築された具体的な幻覚の存在から、2017 年 DLB Consortium の診断基準に照らし合わせて、レビー小体型認知症（DLB）と診断し、ドネペジルを開始、増量したが、幻覚は、むしろ増悪し「流行歌を歌っている 9 人グループの姿が目の前に見え眠れない」と訴えた。クエチアピンを追加、本人・家族への疾患教育を行い病状は安定化した。この症例で特徴的であったのは、増悪時に音楽性幻聴と幻視が活発となったことであり、聴覚障害によるシャルル・ボネ症候群（Charles Bonnet Syndrome: CBS）との関連性も推測された。

Ⅱ．緒言

音楽性幻聴は、高齢の女性に多く、難聴、精神疾患、てんかん、びまん性脳萎縮などの背景疾患が考えられているが DLB で認められることは稀である。今回、我々は音楽性幻聴を伴った一例を経験したため報告する。なお本報告に関しては厚生労働省による「臨床研究に関する倫理指針」に則った倫理的配慮に留意の上、本人・家族の同意を得た。

Ⅲ．症例

80 歳、女性。家族歴・既往歴：特記事項なし。

現病歴：難聴のため X-5 年頃から補聴器を使用するも上手く使えず、自宅に閉じこもる事が多くなった。X 年 5 月（80 歳）もの忘れが出現し、同じ頃から、「歌が聞こえ、お祓いする人の姿も見える」との幻聴・幻視の訴えが出現した。7 月、近医にすすめられ当院を紹介受診した。診察時は疎通良好で、穏やかで「甲子園の歌や童謡の歌が昼も夜も聞こえる、今も。歌う人の顔が見えることもある」と話をした。家族の話によると自宅でも、「甲子園の歌や童謡が外から聞こえてくる」「ベランダに人の姿が見える」との訴えが続いていた。また、時計が読めず、扇風機も使えなくなった。さらに、これまで可能であった内服薬の管理も出来なくなるなど、日常生活に支障をきたすようになっていた。

血液生化学所見：特記なし。

神経学的所見：脳神経系に異常は認めなかった。四肢・体幹の筋力低下あるいは感覚障害は認めなかった。寡動、振戦、筋固縮などのパーキンソン症状は認めなかった。深部腱反射は正常で、病的反射は陰性。便秘や立ち眩みなどの自律神経症状は認められなかった。歩行は独歩で可能であった。

神経心理学的所見：失語、失行、失認なし。Mini-

A case of dementia with Lewy bodies accompanying musical hallucination
Yuki KISHIMOTO, Kazuo ABE, Toshinobu TAKEDA, Yasushi MIORIMURA
Jinmeikai Hospital, Jinmeikai Research Institute for Mental Health

Mental State Examination（MMSE）は 26/30 点（前医で施行、下位項目不明）、Montoreal Cognitive Assessment（MOCA-J）は 18/30 点（視空間（立方体模写）、復唱、語想起 記憶・遅延再生で低下）、ノイズパレドリアテストではパレイドリア 26/32 枚（錯視反応率 65%）と記銘力障害・視覚認知の障害が示唆された。

画像所見：頭部 MRI で大脳皮質の軽度萎縮、大脳白質には、少数のラクナ梗塞、および軽度の虚血性変化を認めたが、側頭葉内側は比較的保たれていた（図 1）。DAT-SPECT では両側の基底核（被殻）での集積低下（図 2）、MIBG 心臓交感神経シンチでは H/M ratio: Early 2.01 Delayed 1.87 と取り込み低下を認めた。

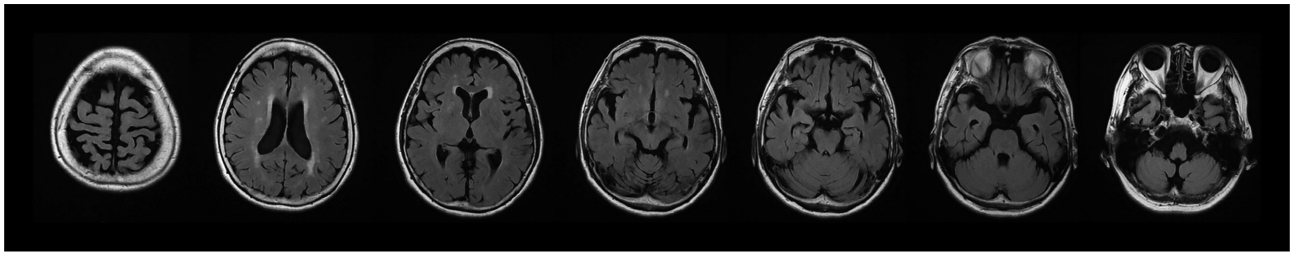


図 1　頭部 MRI（FLAIR 画像）
大脳皮質の軽度萎縮、大脳白質には、少数のラクナ梗塞および軽度の虚血性病変を認めたが、側頭葉内側は比較的保たれていた。

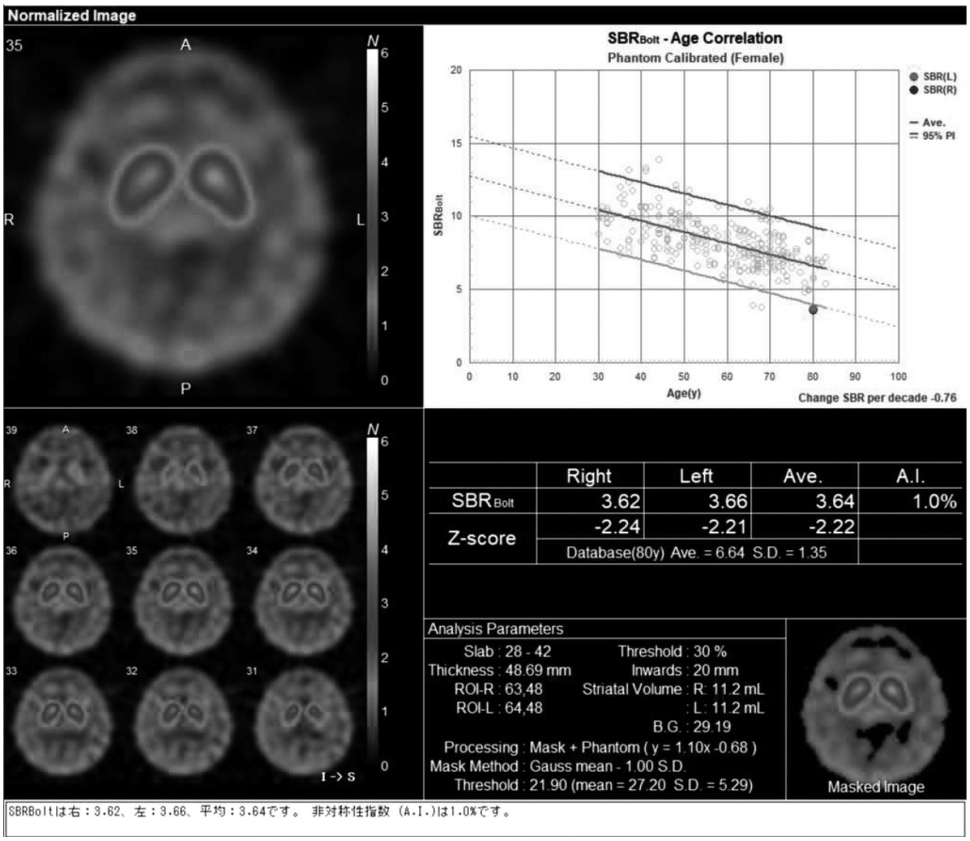


図 2　DAT-SPECT
DAT-SPECT では両側の基底核（被殻）での集積低下が認められた。グラフで示された SBRBOLT は、正常対照群 -2SD 以下であった。

診断：本例は認知機能障害により以前は自立してできていた日常生活動作に援助を必要とするようになり、神経心理学的検査においても複数の認知領域における有意な低下を確認し、認知症と考えられた。また「歌っている人の顔が見える、ベランダに人の姿が見える」などの繰り返し出現する構築された具体的な幻視の訴えがあり、注意や明晰さの著明な変化を伴う認知の変動も認められ、2017 年 DLB Consortium の診断基準[1]に照らし合わせて probable DLB と診断した。診断基準の中にある指標的バイオマーカーでは SPECT で示される基底核におけるドパミントランスポーターの低下、MIBG 心筋シンチグラフィでの取り込み低下も認めていた。

経過：X 年 7 月より、前医で投与されていたクエチアピン 25mg を継続し経過を見たが、幻聴は持続し「煩くて眠れない」と訴えるため、ドネペジル 3mg を開始し、5mg まで増量したところ、「頭がすっきりした。眠れる」と自覚症状は改善したが、幻聴は持続した。9-10 月にかけて、ドネペジルを 10mg に増量したが、不眠が再燃し「韓国グループの 9 人が歌うのが見えてきて、煩くて辛い」と幻聴に加えて幻視が合併し、幻覚は増悪した。このため、ドネペジルを 5mg に減量しクエチアピンを 62.5mg まで漸増し幻聴・幻視の合併は認めなくなったが、幻聴は持続した。本人は難聴のため、もともと周囲の者との会話が十分に成り立たないことが度々あり、自宅にこもる時間が長く、同居家族が不在である日中に不安が募り訴えの増す傾向にあった。デイサービスを日常に組みこみ気分転換が図られるようにしたところ、作業療法に興味を示し「デイに行っている間は、幻覚が気にならない」と言うようになった。11 月頃より幻聴と幻視は軽減し、夜間の睡眠が確保できるようになった。X + 1 年 6 月頃､徐々に幻聴だけが増悪してきたため､ドネペジルを中止すると幻聴は消失したが、幻視と認知機能障害は増悪したため、ドネペジルを再開し、クエチアピンを増量したところ、幻聴が、軽度再燃した。本稿を作成している時点では、認知機能障害の進行とともに幻聴は背景化し、幻視が目立ってきているが､「別のことをして聞き流したり、気にしないようにする」などの工夫を自ら行うことで対処している。また、近隣に住む家族にも協力してもらい、定期的に訪問してもらうなど、可能な範囲で、こまめにコミュニケーションを図るように依頼することにより､「ジージーするのはあるけどなんとかやれています。見えるのは少なくなった、夜もよく眠れています。」と話し、安定した生活が可能となった。(図 3)

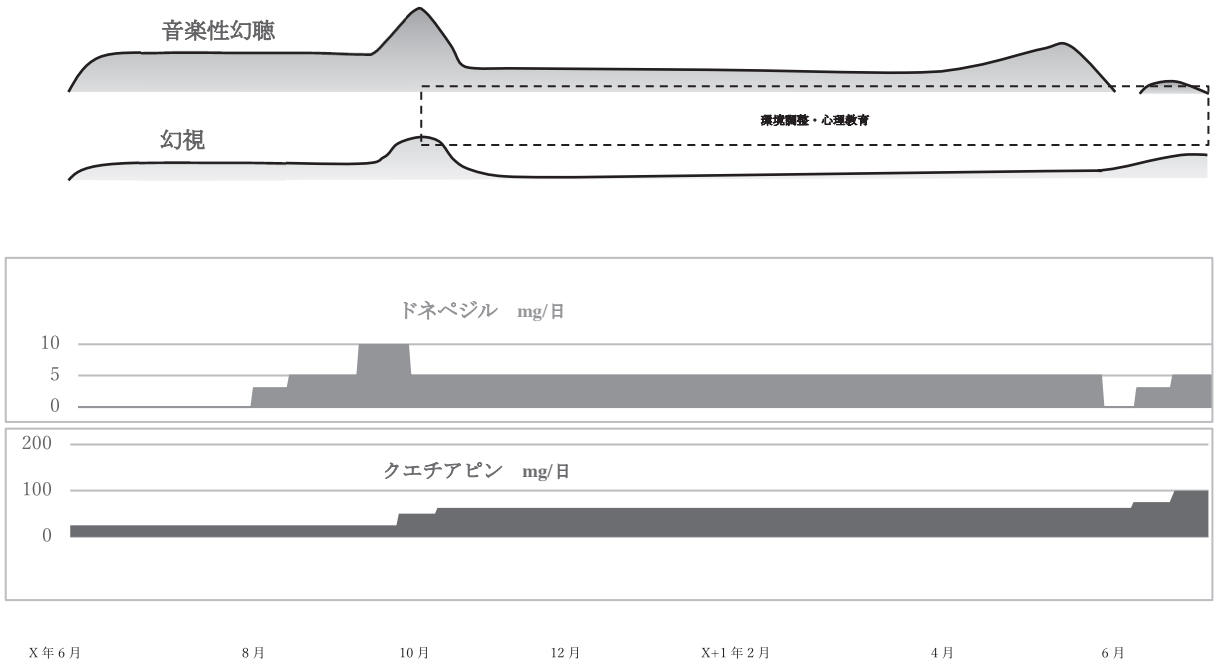


図３　経過

Ⅳ．考察

1．DLB の幻聴について

DLB では幻視のほか、幻聴も一般的に認められる。幻視が先行し両者の組み合わさった例が多く[2)3)]多様な幻覚が複合する病態は DLB に特徴的であるともされている[2)]。幻聴の発症には、幻視に妄想、うつ、女性、難聴などの因子が加わることによって、DLB では幻視と内容を共有する幻聴が発現するとの仮説がある[3)]。幻聴の内容としては、言語性の音が多いが非言語性の音（生物、無生物の音）もよく認められる。しかし、音楽性幻聴は稀である[2)]。

2．音楽性幻聴について

音楽性幻聴は外部からの音刺激がないにも関わらず、歌や旋律が自然に外部から聞こえてくる臨床像で、発現機序は明らかでなく単一の要因や機序でその発症を説明する事は困難である[4)]。高齢者に聴力障害を生じた後に生じ、女性に比較的多いと言われている[4)5)6)]。音楽の内容は童謡や軍歌など昔聴いた音楽が多く、病感は強く不眠や不安・抑うつ気分を伴うこともあるが、妄想形成は少ないといわれている[7)]。背景となる疾患は多様で、音楽性幻聴を来した神経変性疾患患者の調査で最も多かったのは、パーキンソン病を含むレビー小体病であり、そのうち 6 割が DLB であった[5)]。

また、音楽性幻聴に対する薬物療法としては、抗てんかん薬[8)]、コリンエステラーゼ阻害薬[7)9)]抗精神病薬[10)11)]などの有効性が報告されるも、その原因疾患は様々で[4)5)]明確なコンセンサスは得られていない。

DLB の音楽性幻聴に対する治療に関してまとまった報告は見当たらないが、DLB の幻覚にアセチルコリン系ニューロンの機能低下やコリン欠乏が関与している可能性が示唆されることからコリンエステラーゼ阻害薬が有効との報告[12)13)]もある。しかし音楽性幻聴は、一般的に薬剤抵抗性のことも多く、非薬物的介入と並行して治療がなされるべきとも指摘されている[6)]。

3．本症例について

本症例は、難聴をもつ高齢女性で、幻聴の内容が童謡や野球の応援歌など、なじみ深い音楽であること、不安感が強いものの妄想は伴わなかった点はこれまでの音楽性幻聴の報告例に合致する。しかし DLB の幻覚としては、発症当初、音楽性幻聴が独立して存在し、増悪時に同じテーマの幻視を伴ったことが特徴的であった。視覚障害を有する高齢者がありありとした幻視を体験し、この異常体験に対する病感が保たれる状態像は、シャルル・ボネ症候群（Charles Bonnet Syndrome: CBS）として広く知られているが、視覚モダリティにおけるこのような現象が聴覚モダリティにも起こり得ると言われている[8)]。このような病像は近年 CBS に臨床像の類似する聴覚性シャルル・ボネ症候群（auditory Charles Bonnet Syndrome: aCBS）としても複数報告されている[8)14)]。aCBS の発症機序については視覚性 CBS と同様に、聴覚障害によって求心性の聴覚刺激から解放されることで音楽性、あるいは要素性の幻聴が生じると説明されている[8)14)15)]。aCBS に観るように、視覚以外の幻覚を伴う非典型的な CBS に関する報告では、基礎疾患に認知症を伴うことも多く、触覚、幻視、幻聴など複数の幻覚が合併する例も提示されている[16)]。本症例においても DLB の進行によってもたらされる脳の脆弱さや機能変化を背景に聴覚障害を誘因として幻聴が出現し、複合した幻覚に発展した可能性が推測され、aCBS が疑われた。また、コリンエステラーゼ阻害薬はアルツハイマー型認知症、パーキンソン病、DLB の幻覚症状への有効性が複数報告されているものの、一部には複合した幻覚を誘発したとの報告もあり[17)]、コリン作動性神経への刺激がノルアドレナリン系，ドーパミン系に及び、幻覚などの精神症状を引き起こす可能性も指摘されている[18)]。本症例でドネペジルを増量した後に幻視・幻聴が増悪し、減量と抗精神病薬の追加によりそれが軽減されたことからは、増悪時の幻聴・幻視の発現にドーパミン系ニューロンの過活動が関与した可能性も示唆される。

本症例の治療については、コリンエステラーゼ阻害薬の投与では「頭がすっきりする」などの自覚症状の改善を見るも、幻覚症状には効果は得られず増悪したため減量せざるを得なかった。また、抗精神病薬を副作用に留意しつつ併用し、若干幻聴や、睡眠障害は改善されるも、十分な効果は得られなかった。高齢者で副作用に留意する必要があり、薬物療法には限界がみられた。そこで難聴を有する高齢者で、他者との交流も少なく、疎外感を感じやすい環境であることから、aCBS の可能性も考慮して、環境調整・心理教育などの非薬物的介入も組み合わせ部分的な効果が得られた。本人も幻覚を「レビーの神経のせいで起こるものだが、ほおっておいてよい」と疎隔化し、気分転換を図るように努め、症状併存しつつも自身のペースで日常生活を送られている。精神症状をきたす内因に加え、患者の背景にも着目した対応が必要と考えられた。

Ⅴ．結語

音楽性幻聴を伴う DLB の一例を経験した。幻聴に対しコリンエステラーゼ阻害薬、抗精神病薬の併用では十分な効果は得られず、非薬物的介入により症状の一部改善をみた。この症例で特徴的であったのは、増悪時に音楽性幻聴と同じ内容の幻視も活発となった事で、聴覚障害を誘因とする非定型なシャルル・ボネ症候群との関連性も推測された。DLB の周辺症状については、背景に複合した成因を持つためその評価や治療に苦慮する例が潜在的にかなり存在するものかと思われる。今後の精緻な研究が待たれる。

謝辞

論文作成にあたり、阿部和夫先生(2023 年 12 月ご逝去)に細やかなご助言・ご指導を賜り、このご温情のおかげをもちまして、本稿を仕上げることができました。故阿部先生の多大なるご貢献に感謝の意を申し上げます。

参考文献

1）McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology. 2017 Jul 4;89（1）:88-100. 2017.

2）Eversfield CL, Orton LD. Auditory and visual hallucination prevalence in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2019 Oct;49（14）:2342-2353. doi: 10.1017/S0033291718003161. Epub 2018 Nov 26. PMID: 30474581; PMCID: PMC6763539.

3）津野田尚子 福原竜治 橋本　衛 レビー小体型認知症の幻聴についての検討 高次脳機能研究 43（2）：166 〜 171，2023,

4）鵜飼 聡 音楽性幻聴：その発現機序 臨床精神医学 = Japanese journal of clinical psychiatry 0300032X アークメディア 2012-06 41 6 739-744

5）Golden EC, Josephs KA. Minds on replay: musical hallucinations and their relationship to neurological disease. Brain. 2015 Dec;138（Pt 12）:3793-802. doi: 10.1093/brain/awv286. Epub 2015 Oct 7. PMID: 26446167.

6）矢田部裕介 シャルル・ボネ症候群と「難聴者の幻聴」精神科治療学 29（3）:345-350.2014

7）安藤 , 嘉朗 and 中村 , 馨 and 赤松 , 直子 and 浅利 , 猛 塩酸ドネペジルが効果のあった老年期音楽幻聴症の 1 例 函館医学誌 2014-10 38 1 6-11

8）聴覚性シャルル・ボネ症候群が疑われ，抗てんかん薬が有効であった 2 例川下 芳雄 , 小林 弘典 , 大賀 健市 , 大盛 航 , 板垣 圭 , 藤田 洋輔 , 竹林 実精神医学 58（10）, 837-845, 2016-10-15

9）Blom JD, Coebergh JA, Lauw R, Sommer IE. Musical hallucinations treated with acetylcholinesterase inhibitors. Front Psychiatry. 2015 Apr 7;6:46. doi: 10.3389/fpsyt.2015.00046. PMID: 25904872; PMCID: PMC4387860.

10）萩原 聡 宇都宮 和則 リスペリドンが有効であった難聴に音楽性幻聴を認めた老年男性の 1 例 日本早期認知症学会誌 = The journal of Japan Society for Early Stage of Dementia 21873402 日本早期認知症学会 2019 12 2 36-41 https://cir.nii.ac.jp/crid/1520853834795667584

11）Kitamura H, Saito M, Someya T. Two cases of musical hallucination successfully treated with quetiapine. Psychiatry Clin Neurosci. 2017 Nov;71（11）:789. doi: 10.1111/pcn.12564. Epub 2017 Sep 24. PMID: 28853197.

12）Emile d'Angremont, Begemann MJH, van Laar T, Sommer IEC. Cholinesterase Inhibitors for Treatment of Psychotic Symptoms in Alzheimer Disease and Parkinson Disease: A Meta-analysis. JAMA Neurol. 2023 Aug 1;80（8）:813-823. doi: 10.1001/jamaneurol.2023.1835. PMID: 37358841; PMCID: PMC10294019.

13）小阪 憲司 レビー小体型認知症の治療をめぐって 老年精神医学雑誌 09156305 ワールドプランニング 2016-03 27 340 増刊 1 120-125 https://cir.nii.ac.jp/crid/1520291855761626496

14）Dinges M, Riemer T, Schubert T, Prüss H. Musical hallucinations after pontine ischemia: the auditory Charles Bonnet syndrome? J Neurol. 2013 Oct;260（10）:2678-80. doi: 10.1007/s00415-013-7114-9. Epub 2013 Sep 22. PMID: 24057151.

15）那波 宏之 村山 正宜 トップダウン障害仮説と統合失調症 日本生物学的精神医学会誌 21866619 日本生物学的精神医学会 2019 30 4 147-151 https://cir.nii.ac.jp/crid/1390846609819277184 10.11249/jsbpjjpp.30.4_147

16）Kompella S, Kaushal S, Khan SA, Alvarez Villalba CL. A Case Report and Review: Charles Bonnet Syndrome Plus With Dementia. HCA Healthc J Med. 2022 Feb 26;3（1）:23-28. doi: 10.36518/2689-0216.1303. PMID: 37426870; PMCID: PMC10324678.）

17）Pozzi FE, Tremolizzo L, Ferrarese C, Appollonio I. Donepezil-Induced Complex Multimodal Hallucinations: Two Cases and a Review of the Literature. Case Rep Neurol. 2022 Sep 19;14（3）:359-365. doi: 10.1159/000526159. PMID: 36824578; PMCID: PMC9941780.

18）Benazzi F：Mania associated with donepezil J Psychiatry Neurosci 24（5）：468-469, 1999.

総説

センテネリアン（centenarian）と健康生成論（salutogenesis）

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

抄録

人類社会は高齢化の道をたどっており、わが国のセンテネリアン数は 9 万人を超えた。センテネリアンの増加は、これまでの高齢者に対するネガティブな見方から変化する必要性を示しており、新しい高齢者の健康増進のための考え方が必要なことを示している。本稿では、高齢者の健康増進を目指した考え方の一例として、サルートジェネシスの概念を説明し、これからの超高齢社会に必要とされる社会的施策の方向性について考えてみたい。

Key words: センテネリアン、アクティブ・エイジング、サクセスフル・エイジング、サルートジェネシス、首尾一貫感
centenarian, active aging, successful aging, salutogenesis, sense of coherence

Ⅰ．はじめに

産業革命以来、世界人口は急激に増加し、人類は「人口爆発」の中を生きるようになった。現在も世界の人口（2021 年に 78.88 億人）は増加し続けており、2050 年には 98 億人に達すると予想されている。この人口増加は、出生数の増加よりも平均寿命の延伸によるものである。とくに先進諸国では社会の高齢化が進行しており、若い世代よりも長寿者の増加が著しい。このような長寿者の増加がセンテネリアン（百歳以上高齢者）の増加をもたらしているが、この傾向が続くと、2000 年以降に生まれた人の多くはセンテネリアンになるとの予想もある。

国連統計による世界のセンテネリアン数は、1950 年に 3 万 4 千人、1990 年に 9 万 5 千人、2015 年に 45 万 1 千人、2020 年に 57 万 3 千人であった（United Nations, 2015）。今後もセンテネリアン数は増加し続け、2050 年には 367 万 6 千人になると予想されている（図 1）。センテネリアン数は人口の多い国ほど多いのは当然であるが、国別のセンテネリアン数は、米国（9.7 万人）、日本（7.9 万人）、中国（7.5 万人）、インド（4.8 万人）、ベトナム（2.4 万人）の順になっている。人口 10 万人当たりセンテネリアン数を比較すると、最も多いのは日本（62 人）であり、フランス（30 人）、米国（29 人）、イタリア（27 人）、ベトナム（25 人）の順となっている。世界のセンテネリアンは女性が多く、現時点での比率は女 : 男は 3.6:1 であり、2050 年には 2.9:1 になると予想されている。

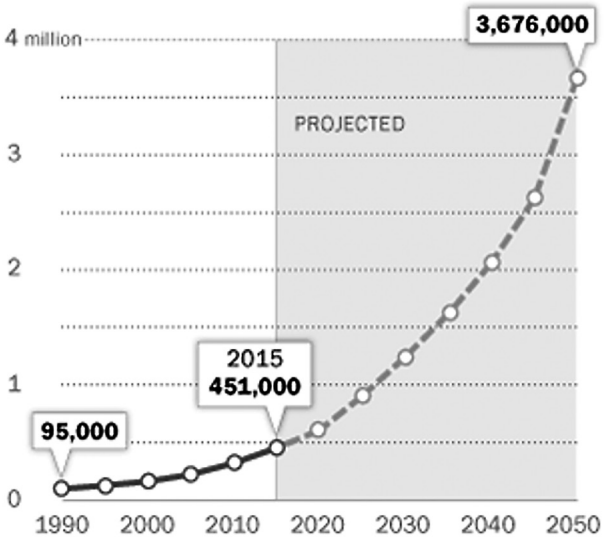


図 1　世界のセンテネリアン数の推移と予想
United Nations, Department of economic and social affairs (2015), World population prospects 2015 revision, Bazel, Switzerland[74] より改変

Centenarians and salutogenesis
Masatoshi TAKEDA MD, PhD
Jinmeikai Research Institute for Mental Health, Osaka Kawasaki Rehabilitation University

わが国におけるセンテネリアン数は、政府による百歳高齢者の表彰制度が始まった 1963（昭和 38）年にはわずか 153 人であったが、1981 年に 1 千人を、1998 年に 1 万人を超え、2012 年に 5 万人、2015 年に 6 万人、2020 年に 8 万人、2022 年に 9 万人を越えた。わが国のセンテネリアンは女性が約 89% と圧倒的に女性が多い（図 2）。

図 2 を見ると、基本的には、わが国のセンテネリアン数は右肩上がりに増加してきていることが解る。2021 年と 2022 年らはその増加が鈍っているが、これは新型コロナパンデミックの影響と思われる。また、2019 年と 2020 年の間にセンテネリアン数が大きく増加していることに気づく。その理由を知るために、百年前の日本の出生数を見ると、1920 年は前年と比較して出生数が大きく増加していたことが判った（図 3）。1920（大正 9）年の出生数は 2,025,564 人、人口 1 万人当たりの出生率は 361.95 人であり、1919（大正 8）年の出生数 1,778,685 人、人口 1 万人当たり出生数 323.20 人と比較して、246,879 人（+14%）の増加であった。これほどの増加は珍しい現象であるが、出生数の増加が百年後のセンテネリアン数の増加の要因であった。それ以前の出生数増加の年は 1907 年であったが、図 2 をよく見ると、確かに 2007 年にもセンテネリアン数は前年と比べると増加している。1907 年の出生率増加は、日本政府が出生率を増加させるために「増産政策」を実施したことも影響したものと考えられる（図 2, 図 3）。

センテネリアン数が出生数により規定されるのであれば、1940 年と 1948 年に出生数は大きく増加し、逆に 1950 年に減少していることから、2040 年と 2048 年のセンテネリアン数は増加し、2050 年以降は減少していくものと推測される。特に 1966 年の丙午による出生数の減少は 2066 年のセンテネリアン数の減少となるであろう。

センテネリアン数は、百年前の出生数により影響されることは当然としても、わが国の百年前の出生数当たりで補正したセンテネリアン数の推移をみても、わが国のセンテネリアン数は年々増加している（図 4）。本稿では、このようなセンテネリアンの増加がどのような要因により起こっているのかについて考察すると共に、急増する高齢者の健康増進のための方法について議論したい。

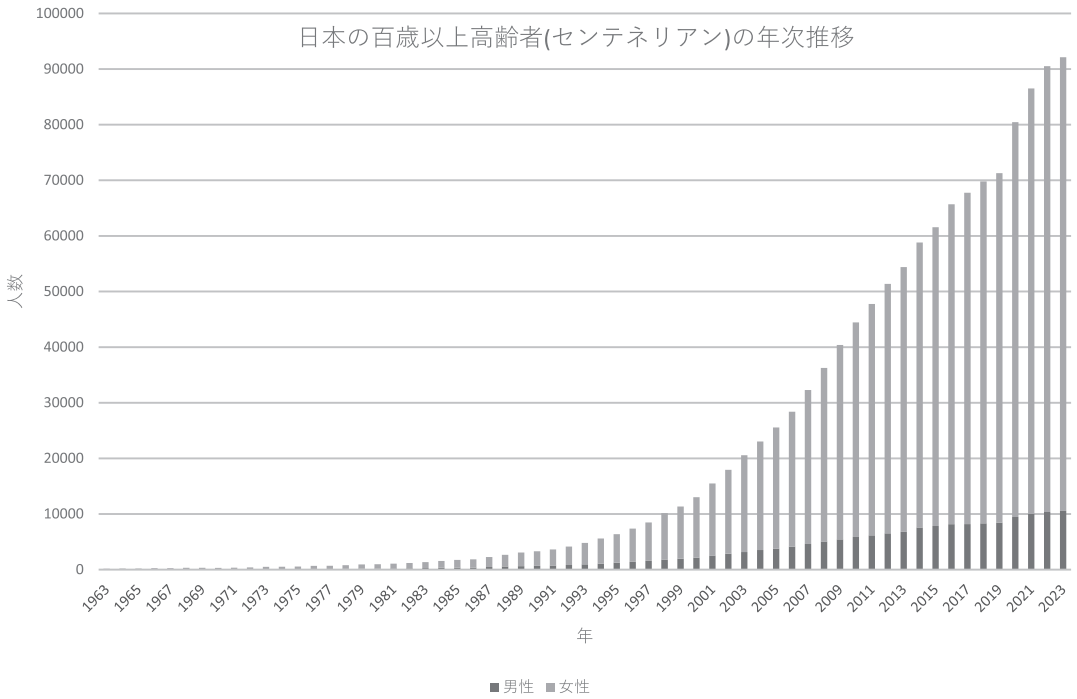


図２　日本の百歳以上高齢者（センテネリアン）の年次推移

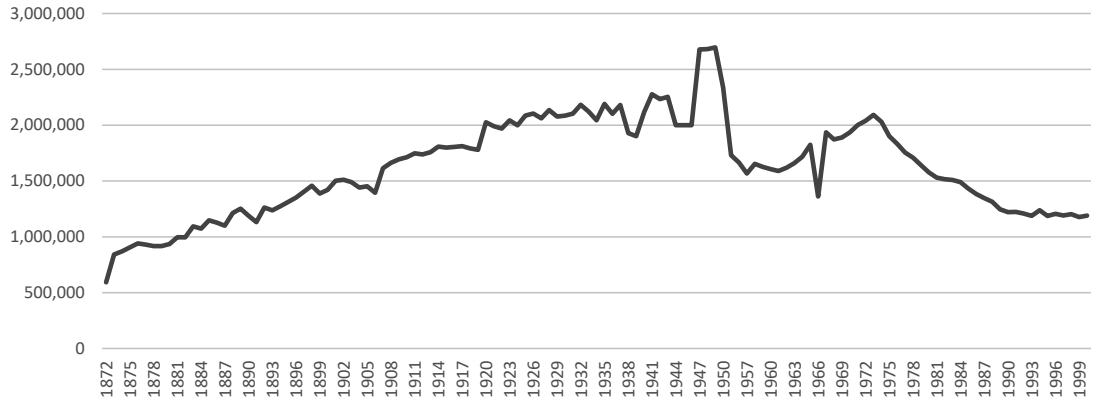


図３　日本の年次別出生数（1872-1999）

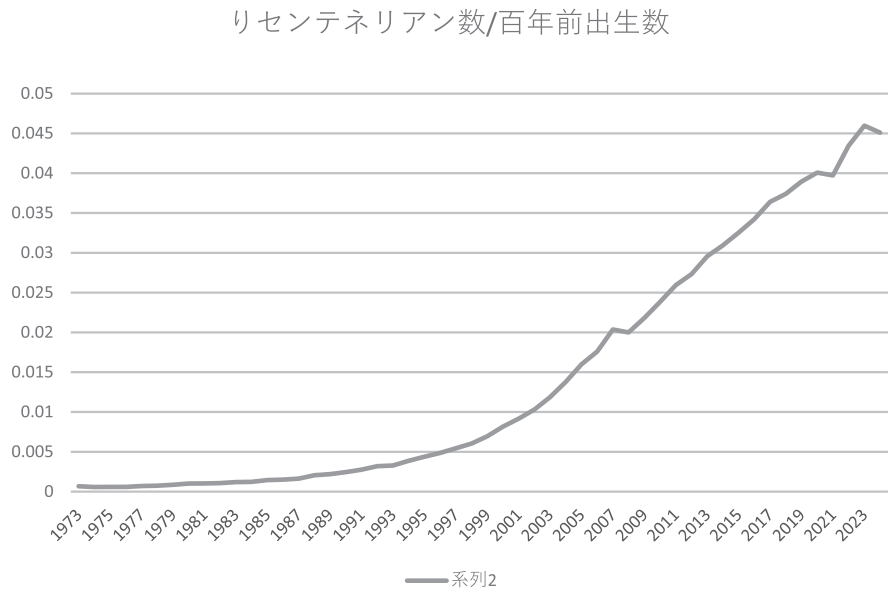


図４　百年前の出生数で補正した日本のセンテネリアン数の推移

Ⅱ．脳と精神機能の老化

高齢になると精神機能が不活発になることは昔から知られている。「老の繰り言」の言葉が示すように、年を取ると同じことを何回も繰り返して言う。生活が単調になり、新しい話題が少ないことも原因の一つかもしれないが、加齢により昔の思い出の比重が大きくなること、あるいは、一度話したことを自分でも忘れて何度も繰り返して言うこともある。新しい物事に対する興味が少なくなったり、同じことに拘わったり、とかく高齢者の精神機能に対するポジティブな評価は少なく、加齢により認知機能は低下すると長い間信じられてきた。

代表的な誤解の一例は、加齢により脳の神経細胞は１日１万個の割合で消失しており、分化した神経細胞は再生不能であるから、脳機能の低下は必然であるとする考えである。しかしながら近年の認知症・アルツハイマー病を中心に蓄積されてきた知見は必ずしもこのような単純な理解を支持していない。近年の脳科学による研究成果は、加齢に伴う脳機能低下は必然ではなく、一生を通して正常な認知機能を維持することは可能であり、認知症は必ずしも不可避ではないことを示唆している。

Ⅲ．認知機能の加齢変化とは何か

一般的に高齢者の特徴として個体差が大きいことがあげられる。出生時には多くの個体は似たような状態であるが、高齢者においては身体的・心理的・社会的な状態に大きなばらつきがある。生まれてからの食事、教育、環境、ライフスタイルの差異が、数十年間に渡り個体差を形作り、高齢者の生存状態に大きな個人差をもたらすからである。また、高齢者には加齢をリスクとする疾患を有しているものも多い。したがって、高齢者を対象とした認知機能を評価する場合には、どのようなヒトを選択するかによりその結果は大きく異なる。これまでの研究の多くは、高齢者を特に選別することなくまとめて取り上げた研究が多く、このような研究結果は、当然のことながら加齢に伴う疾患を有する高齢者をも包括しており、必ずしも健康な高齢者についての知見と言うことはできない。

認知機能の加齢変化を検討する場合に、どのような対象を健常者とすればいいのであろうか。これは非常に難しい問題であるが、この点は、今まで以上に強調されなければならない。認知機能の正常な加齢変化を議論する場合には、当然のことながら正常な老化とは何かという大きな問題をクリアしなければならないが、現時点において正常な脳の老化の理解が十分ではない以上、純粋に健康な高齢者を選定することは困難であると言わざるを得ない。ヒトの認知機能の加齢変化を縦断的に解析するには膨大な時間が必要となる。数十年の経過を通しての知見の集積は容易ではなく、ヒト認知機能の縦断的研究はその時間と労力を考えると容易ではない。したがって、多くの認知機能の加齢変化についての研究は、横断的な知見とならざるを得ない。前述したように高齢者の個人差は認知機能についても大きいことから、このような横断的な知見だけから判断することには大きな問題がある。

げっ歯類を中心とした実験動物の加齢変化についての知見は集積されているが、ヒトの認知機能の加齢変化についてのデータは限られている。ヒトの認知機能は進化論的に最も高度の機能であり他の動物で再現できるものではない。線虫、マウス、霊長類などを使用した老化研究は、身体機能の老化について大きな理解をもたらしてきたが、認知機能というヒトに高度に進化した脳機能の老化過程については、このような実験動物で再現することはできないことが、研究の大きなネックとなっている。

また、ヒトの認知機能は、さまざまな機能が複雑に入り組んだ集合体であり、個々の要素に区分して検討することにどの程度の妥当性があるのかについても十分な検討はなされていない。ヒトの脳機能は、古典的には知・情・意に分けられてきたが、認知機能の主体は知であるとしても、知性が情動により影響されることも事実であり、知性が意思によりコントロールされていることも事実である。このような複雑な機能の集合体が認知機能であり、この意味では現時点での認知機能の理解はきわめて不完全であるといわざるを得ない。

加齢と IQ

WAIS-3 は認知機能を評価するために広く使用されている心理検査である。WAIS-3 では言語性 IQ、動作性 IQ、全 IQ を評価するが、その IQ の判定のために使用されている各項目と年代別の粗点を図 5 に示す（図 5）。20 ～ 34 歳を基準にして比較すると、65 ～ 69 歳、75 ～ 79 歳の評価のための粗点に大きな違いが設定されている。動作性尺度では、すべての項目について高齢者では低い標準が設定されており、言語性尺度では、単語、知識、理解、算数は若齢者と比較してほぼ同等の標準値が設定されているものの、類似、数唱、語音については高齢者では低い粗点が設定されている。このことは、一般高齢者においては、若齢者と比較して、類似、数唱、語音、配列、完成、積木、行列、符号、記号、組合の課題は成績が低下することを示している。群指数についても、処理速度、知覚統合、作動記憶の領域において、高齢者では若齢者と比較してその機能が低下していることがわかる。

実験心理学では、古くから知能（IQ）を、流動性知能（fluid IQ）と結晶性知能（crystalized IQ）とに区分し

てきた。流動性知能とは、新しい課題に対して瞬時の判断と理解をする能力のことであり、作業記憶、短期記憶などが相当する。このような短期記憶、作動記憶は加齢とともに低下する。これに対して、結晶性知能とは、知識、常識、判断力などの蓄えられた知識や習得した手続きなどを活用して問題を解決する能力を意味しており、このような結晶性知能は加齢により低下することはない(図 6)。

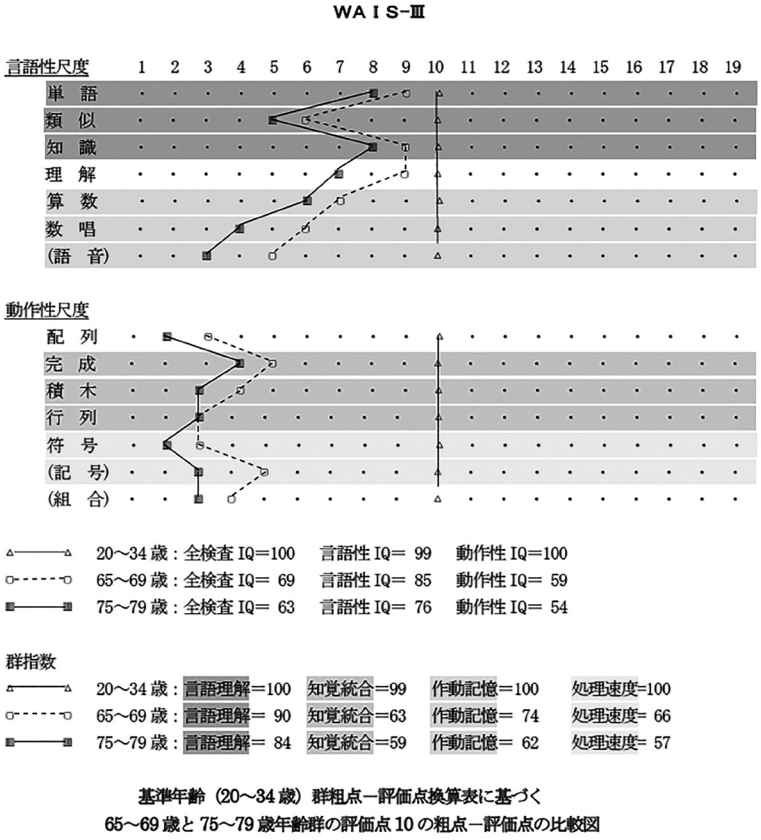
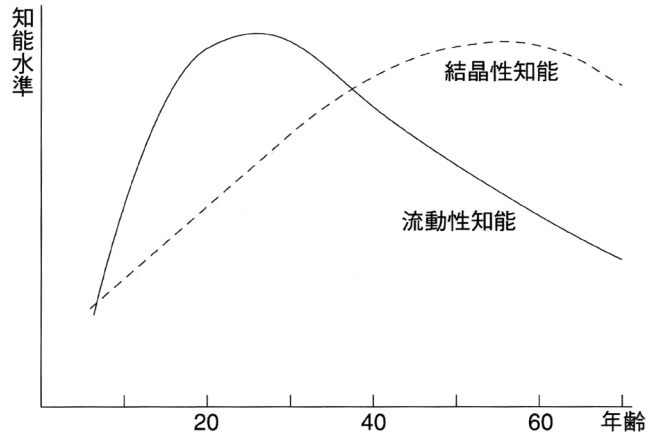


図 5　IQ の判定のために使用されている WAIS-3 の各項目と年代別の粗点



知能の発達曲線（Horn と Cattell の理論）の模式図
（Hom JL, Cattell RB : Age differenes in fluid and crystallized intelligence. Acta Psychobiologica 26 : 107－129, 1967 による）

図 6　結晶性知能と流動性知能の加齢変化

これまでの行動学的研究による認知機能の加齢変化についての検討では、(a)加齢によりほぼ線形に低下する機能、(b)一定年齢になり低下を示す機能、(c)加齢を通じて一定している機能に分けられてきた。一般的に、高齢者では、認知機能の処理速度、エピソード記憶、作業記憶は、20 ～ 80 歳の間にほぼ一定割合で年齢と共に線形に低下する(a)。短期記憶は、20 ～ 60 歳代までほぼ一定のレベルを維持するが、高齢になってはじめて低下を示す。たとえばデジットスパンテストは数字の順序の記憶検査であるが、70 歳以降になると急速に低下する(b)。これに対して年代を通じてほとんど変化しない認知機能として、自伝的記憶、情動処理、自動記憶、潜在記憶、心の理論などが知られている(c)。

脳形態の加齢変化

脳形態の加齢変化には、部位ごとに大きな差異が認められる。一般的には、灰白質密度、白質密度は加齢とともに低下し、これに対応して CSF(脳脊髄液)容積は増加する。

この加齢変化は、脳の各部位の成熟速度と関係している。ヒトの脳は出生時には未だ完成しておらず、ミエリン化(myelination)、プルニング(pruning)の過程により経験と学習を重ねながら成熟する。そして、一次知覚野、一次運動野では、その成熟は比較的早く人生早期になされるが、二次知覚連合野、連合野などでは、児童期を通じて成熟を続け 20 歳代になりようやく完成する。灰白質密度の経年変化を見ると、このような脳の各部位の成熟速度の差異に対応するかのように脳の各部位によりその変化パタンは異なっている(図 7)。脳各部位ごとの灰白質密度の経年変化パタンを単純に分類すると、前頭葉などでは 40 代まで急速に減少し、それ以降は一定のレベルを維持する U 字型の変化を示す部位と、側頭葉などのように 40 歳

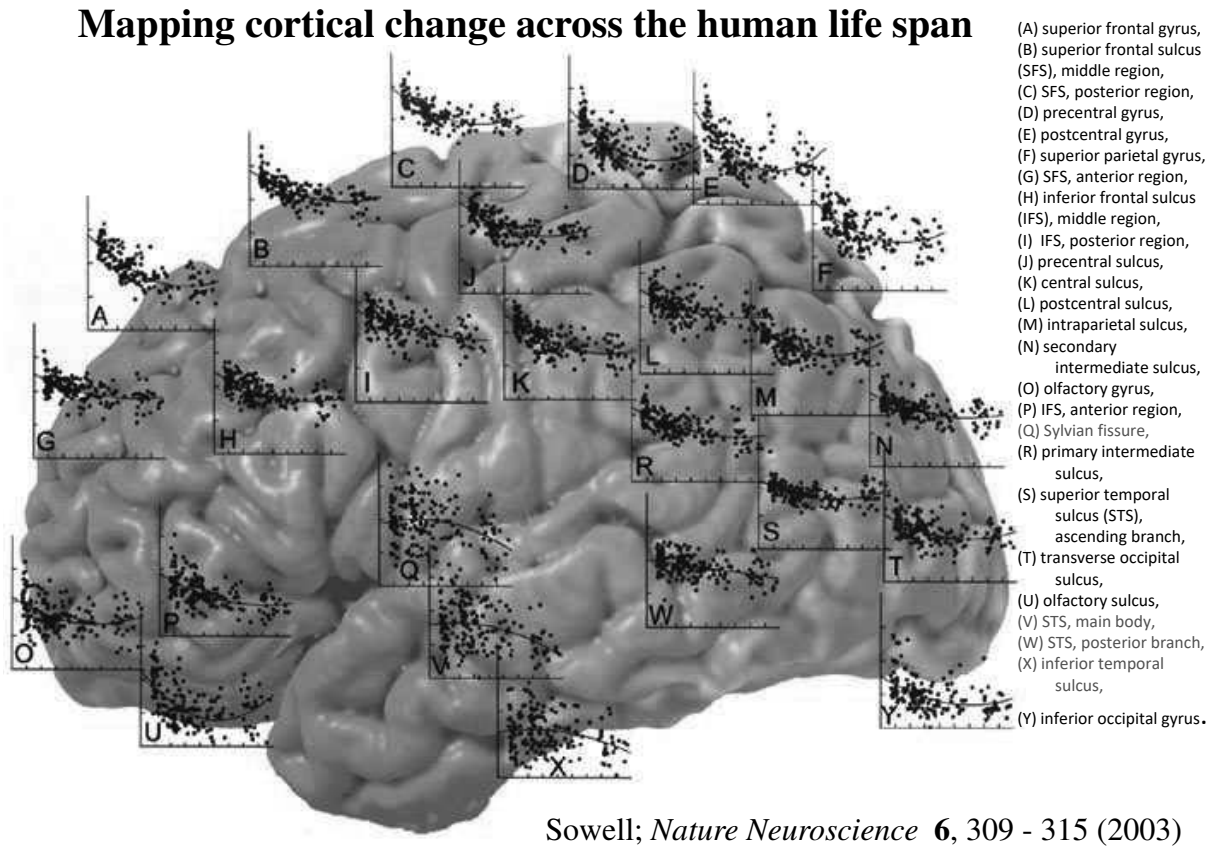


図 7　ヒト大脳皮質神経細胞の部位別の加齢変化

代まで比較的一定であり、50 歳代以降に急速な減少を示す逆 U 字型のパタンとに分類することができる。また神経伝達物質について見ても、人生早期にはグルタメイトニューロンが早期に成熟し、引き続き GABA ニューロン、そして、ドパミンニューロンが成熟する。脳の加齢変化についても、このような発達・成熟の時期の違いに対応していくつかの加齢変化のパタンがあり部位ごとに大きな違いがある。

認知機能に関わる神経回路

認知機能は複雑な集合体であり、広くとらえると社会認知、心の理論などをも含むが、比較的狭い意味での認知機能の検討には、前頭前野－線条体回路（Prefrontal cortex-striatal circuit）と側頭葉内側－海馬回路(medial temporal-hippocampal circuit)が認知機能に関わる重要な神経回路と考えられてきた。それぞれの加齢変化について述べる。

(a) 前頭前野－線条体回路

高齢者の認知機能の特徴として、作業記憶の低下、保続傾向、干渉刺激の影響を受けやすいことが知られている。このような特徴は、前頭葉障害患者との類似性が示唆されており、認知機能の加齢変化には、前頭前野の関与が想定されてきた。実際、加齢に伴う形態変化を見ても、前頭前野は加齢変化が最大を示す部位であり、特に前頭前野外側部の容積は加齢により最大の低下を示す部位である。アルツハイマー病による脳萎縮部位とは大きな違いがある。アルツハイマー病患者においては、側頭葉内側部・海馬が病初期に認められる萎縮部位であり、前頭前野容積は比較的長く維持されており、病期後半になり初めて前頭前野内側部の萎縮が認められてくる。加齢に伴う前頭前野容積の減少は、神経細胞の脱落によるものではなく主として前頭前野シナプス数の減少によると考えられている。

加齢により線条体容積も減少する。MRI による線条体の断面積の比較から、加齢により線条体容積は十年間で 3% 減少するとされている。前頭前野－線条体のニューロンは主としてドパミンニューロンであるが、加齢によりドパミン濃度、ドパミントランスポーター、ドパミン受容体密度が低下することが示されている。40 歳代以降にはドパミン D2 受容体密度は十年間で 8% の低下を示すとされている。

加齢に伴う認知機能の変化と前頭前野－線条体回路の生物学的パラメーターの変化についての報告として、①高齢者における前頭前野容積は WCST(ウィスコンシンカードソーティングテスト)による保続エラーと逆比例しており、加齢による前頭前野の萎縮は高齢者にみられる流動性知能の低下を規定しているとした報告[69]、②高齢者の PET 研究でドパミン D2 受容体数は注意機能と反応抑制、WCST の成績と良く相関しており、高齢者におけるこのような機能低下はドパミンニューロンの機能低下によるとする報告[76]、③線条体の D2 受容体数は実年齢以上に高齢者の情報処理速度とより良い関連を示すとの報告[4] などがある。

(b) 側頭葉内側－海馬

側頭葉内側部・海馬は宣言記憶に関与している部位であるが、側頭葉内側部・海馬は前頭前野や白質と比べると加齢による容積変化はあまり目立たない。実際に海馬および海馬傍回における容積変化も認められず、加齢による神経細胞の脱落も殆ど認められない。MRI による海馬と海馬傍回の容積減少の程度は、十年間で 2 ～ 3% 程度であり前頭前野や線条体と比較してもその萎縮の速度は遅い。しかしながら 70 歳を過ぎる高齢期になるとその萎縮速度は早まり、年間 1% 程度となる。海馬の領域ごとにみると、嗅内皮質(entorhinal cortex)、海馬 CA1 領域の加齢による容積減少は殆ど認められず、subiculum(海馬台)と dentate(歯状回)では加齢による一定の容積減少・萎縮が認められている。高齢者では fMRI による検討において左海馬の活性化が低いことも報告されているが、これは subiculum(海馬台)や dentate(歯状回)の萎縮に対応するものかもしれない。辺縁系の一部を形成する扁頭体は加齢によりさほどの容積減少は認められないが、fMRI

による検討では、高齢者においては否定的情動に対する反応の低下が報告されている。

このような知見をまとめて考えると、正常な加齢変化では、海馬や側頭葉内側部の形態変化は少なく、側頭葉内側部－海馬回路の加齢変化は一義的には重要ではない。むしろ前頭前野との連携においてこの部位が関与する機能に加齢変化が出現すると考える方がよい。このような側頭葉内側部－海馬が関与する認知機能には、とくに高齢者ではその個体差が大きいことも忘れてはならない。生物学的な加齢変化に加えてそれぞれの個体が経験してきた生活体験の差異、遺伝的素因の差異、神経病理過程に対する脆弱性の差異などが影響して、高齢者の認知機能には大きな個体差が観察される。そして、極端に言えば、認知機能の高い群と容易に認知機能が低下する群と、大きく二群に分かれる可能性も考えられる [53]。

(c) 白質

近年の脳機能画像解析法の進歩により各領野間を連結する白質の形態と機能とが検討されるようになった。diffusion tensor imaging（DTI）は白質機能を反映するパラメーターと考えられており、高齢者の DTI による検討では、前頭前野と前部脳梁における白質の密度の低下が示されている。このような白質機能の低下は、処理速度、遂行機能、推理、直後再生と遅延再生には影響を及ぼすものの、全体 IQ には無関係とされている。いずれにしろ高齢者に認められる白質機能の変化は、前頭前野と海馬あるいは線条体との連結に影響を及ぼしうるものであり、このような白質の変化は高齢者の認知機能に影響を及ぼしている。

加齢による認知機能変化に関与する遺伝子

continuous performance test（CPT）成績では 49% [17]、span of apprehension task（SPAN）成績では 65% が遺伝的に規定されている [8]。注意配分、感覚運動ゲイティング、追跡眼球運動、遂行機能などいずれの領域の認知機能にも概ね 50% の遺伝要因が関与しており、ヒトの認知機能の約半分は遺伝的に規定されていると考えられている [46]。

認知機能に関係する遺伝子は、認知遺伝学、画像遺伝学、動物モデルなどの研究から推定されている。（表 1）認知機能を規定する遺伝子は一つではなく、それぞれの認知機能の領域に関与する遺伝子が想定されているが、ここでは 1）ドパミン関連遺伝子（COMT、DRD2、DRD4、BDNF など）。2）加齢に伴う認知機能変化に関与する遺伝子（アポリポ蛋白 E4）。そして、3）ゲノムワイドな探索により新たに同定された遺伝子（KIBRA など）の三つに分けて説明する。

表 1　認知機能に関与する遺伝子

研究手法	遺伝子	機能・行動	脳の発現部位
認知遺伝学	FOXP2	発声学習	基底核
	LIMK1	空間学習	頭頂葉皮質、全脳
	ADRA2	遂行機能	前頭前野
	APOE	注意	頭頂葉皮質、白質
画像遺伝学	SERT	情動処理	扁桃体
	SERT	不安、攻撃性	縫線核
	MAOA	情動制御	前頭前野眼窩面
	DRD2	注意選択	前部帯状回
動物モデル	BDNF	文脈の学習	海馬
	DRD2	逆の学習	線条体

FOXP2; transcription factor family, LIMK1; LIM-kinase 1, ADRA2; adrenarine receptor α 2,
APOE; apolipoprotein E, SERT; serotonin transporter, MAOA; monoamine oxydase A, DRD2l dopamine receptor D2, BDNF; brain-derived neurotrophic factor

1）ドパミン関連遺伝子と認知機能

COMT（cathecol-O-methy transferase）遺伝子は 22 番染色体（ 22q11）に位置し、ドパミンを含むモノアミンの代謝酵素をコードする。シナプス間隙に放出されたドパミンが COMT により代謝されることによりドパミンニューロンの活動が維持される。COMT には val 158 met の多型が知られている。Met アリルの酵素は体温で不安定となり、Val アリル酵素の 1/4 の活性である。COMT 多型と認知機能の関連について多数の論文があり、26 論文中 24 論文では、認知機能と COMT val 158 met 多型との有意な関連が報告されている。前頭前野が関係する認知機能において、COMT val 158 met 多型がドパミン D1 受容体とドパミン D2 受容体とに異なる

作用を有することによりその生物学的作用が説明されている。

ドパミン D2 受容体(DRD2)には、Taq1A 多型と C957T 多型とがあるが、DRD2 多型と認知機能の関連を示す報告は多い。ドパミン D4 受容体(DRD4)には 48bp の VNTR 多型と -521C/T 多型とがある。DRD4 遺伝子の第 3 エクソンには 48bp からなる配列の 2 ～ 11 回のリピート 数変異(VNTR)があり、長いリピート数のアリルは ADHD(注意欠陥 / 多動性障害)のリスクであり、短いリピート数のアリルは注意や遂行機能の成績の低下と関連する。

BDNF(brain derived neurotrophic factor)には Val66Met 多型があり記憶機能との関連が示されている。さらにこの多型は、アルツハイマー病、パーキンソン病、うつ病、双極性障害、摂食障害など多くの精神疾患との関連が示唆されている。一般アメリカ人での Met キャリアは 30 ～ 50% であるが、日本人においては 51% の頻度である。Met アリルを有するヒトは海馬体積が小さいこと、記憶とくにエピソード記憶の能力が低下していることが示されている。TrkB は BDNF の受容体であるが、BDNF あるいは TrkB の遺伝子改変動物では表のような学習機能や行動変化が示されている。

2)アポリポ蛋白 E4

アポ E4(ApoE4)はコレステロール代謝を担う脂質キャリア蛋白であるが、1993 年にアルツハイマー病のリスクとなることが見出された。健常者と比較して、アルツハイマー病患者ではアポ E4 アリルを有する者が 40-80% と有意にその頻度が高い。当初は若齢発症型アルツハイマー病のリスクとなることが示されたが、その後引き続き高齢発症型アルツハイマー病でもリスクとなることが示された。その後、アポ E4 はレビー小体病、パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症(ALS)、多発性硬化症(MS)などの神経変性疾患の発症年齢、進行速度、重症度を促進することが示されている。さらに、頭部外傷、脳卒中、脳梗塞、糖尿病性ニューロパチー、睡眠時無呼吸症において認知機能の低下のリスクとなることが示されている。このような事実からアポ E4 はアルツハイマー病に限らず、加齢による認知機能低下のリスクと理解されている。

アポ E4 の作用メカニズムについては十分には解明されていない。しかしながら、神経細胞ではシナプス－樹状突起の機能結合を維持するために修復・再生が行われており、このような過程に必要な脂質の輸送にアポ E が関係しているものと推察される。アポ E3 と アポ E2 は神経細胞の維持と保護にアポ E4 より有効であること、アポ E4 アリルを有する人は加齢による認知機能低下の速度が速いこと、アポ E4 は中枢神経系におけるグルコース代謝・利用率の低下に関係していること、ヒトのアポ E4 を導入したトランスジェニック・マウスでは、シナプス前突起の減少が報告されている。また、ヒトのアポ E4 と APP(アミロイド前駆体蛋白)を導入したダブルトランスジェニック動物ではプラークの増加、タウのリン酸化の増加、学習能と記憶能の低下、長期増強現象(LTP)の低下などが示されている。

その機序として、(1) APP あるいは Aβとの物理的相互作用、(2)脂質代謝を介した作用、(3) アポ E 受容体を介するシグナル伝達系、(4) ミトコンドリア機能などが想定されている。

3)GWAS により同定された新たな遺伝子

健常者の単語記憶課題の成績と関連を示す遺伝子のゲノムワイド研究により、KIBRA 遺伝子が同定された[51]。KIBRA の多型は単語再生能力との関連を示し、さらにこの遺伝子産物は記憶が関係するとされる海馬において発現していること、また fMRI により KIBRA の多型に対応した海馬領域の活動に差異が認められることなどから、Kibra はヒトの記憶に関係する遺伝的要因の一つと考えられている[23,24]。

Ⅳ. ポジティブな老化概念

平均寿命の延伸による高齢者人口の増加は、先進諸国においては共通の社会問題となっており、これまでの老化に対するネガティブな側面だけでなく、ポジティブな側面をも取り込んだ新たなエ

イジング（老化）として把握しようとする考え方がなされるようになった。いずれも、高齢者（人生後期）の健康増進を重要な社会的課題として把握し、高齢者の生活スタイルの改善と健康増進を図ろうとするものである。ここでは、ヘルシー・エイジング（healthy aging）、アクティブ･エイジング（active aging）、サクセスフル・エイジング（successful aging）の目指す方向性について述べる。

ヘルシー・エイジング（healthy aging）

WHO はヘルシー・エイジングという用語を提唱していた。高齢者には疾病に罹る多くのリスクがあり、高齢者の健康を維持するためには可能な限り疾患のリスクを減らし可能な限り高齢者の健康を維持すべきとする考えであった。ヘルシー・エイジングは、身体的、心理的、社会的、文化的な観点から多くの学問分野で研究されてきたが、疾患に罹患しないという観点からの生物学的な検討が多かった。当初の分子生物学や生化学では、ヘルシー・エイジングに影響を及ぼす特殊な遺伝子や炎症プロセスに焦点が当てられていたが[32,80など]、当時の疫学研究により多くの行動決定因子がヘルシー・エイジングに影響することが明らかにされるようになり、高齢者の健康には生物学的な検討だけでは十分ではないことが示唆されるようになった。例えば、Peel らは、喫煙の有無、身体活動、肥満度、アルコールの使用をヘルシー・エイジングの決定因子として挙げているが[52]、Michael らは、これらの決定因子に加えて、親しい友人、親戚、親友など、社会的ネットワークに関する因子もヘルシー・エイジングにとって重要であることを明らかにしており[47]、ヘルシー・エイジングの重要な側面として、家族、地域社会、社会的交流に積極的であることも指摘されるようになった[27]。男性を対象とした縦断的研究において、ヘルシー・エイジングの最も一貫した予測因子は、低血圧、低血糖、非喫煙、非肥満であることを明らかにしているが[55]、所得や教育などの社会経済的要因もまた、ヘルシー・エイジングに関係するという[14]。さらに、肯定的な社会的アイデンティティという自尊心は、高齢者の低い健康状態への適応を促進し、ヘルシー･エイジングに寄与するようである[5]。

アクティブ・エイジング（active aging）

このような経過から、WHO は高齢者にとってポジティブな経験としての加齢プロセスを表現するために、アクティブ・エイジングという言葉を採用した[84]。アクティブ・エイジングは、成人教育などのヘルスケア政策プログラムを含んでおり、ヘルシーエイジングより広い意味を意図している。活動的であるということは、社会的、経済的、文化的、精神的、市民的な活動に参加し続けることを意味する。アクティブ・エイジングとは、虚弱な人、障害のある人、介護を必要とする人を含め、すべての人が自律性と自立性を維持し、生活の質を高めることである。心の健康と社会とのつながりは、身体の健康と同じくらい重要と考えられており、アクティブ・エイジングとは、高齢になっても生活の質を高めるために、健康、参加、安心の機会を最適化するプロセスであるとされている。アクティブ・エイジングの目的は、健康で質の高い生活を長く続けることであり、アクティブ・エイジングによって、人々は生涯を通じて身体的、社会的、精神的な幸福を得る可能性を意識できるようになるとされている。

サクセスフル・エイジング（successful aging）

サクセスフル・エイジングの概念には大きく分けて 2 つの視点がある。ひとつは、サクセスフル・エイジングを一つの状態とするもの[63,64,36]であり、もうひとつは、サクセスフル・エイジングは個人の継続的な適応と発達のプロセスとするものである[40,35]。前者の状態という視点は、世界保健機関（WHO）が提唱する「単に病気や不調がないだけでなく身体的、精神的、社会的に完全に幸福な状態」とする健康の定義と合致した状態のことである[83]。一方、人生における前向きな意味や目的といった要素が、老いを成功させるために重要であると考

える場合には、病弱な人、あるいは身体的に健康でない人も含みこみ、そのプロセスを重視した精神的な側面を加えた内容となる[20]。そして、プロセスを重視する視点には、生涯を通じた発達がサクセスフル・エイジングにつながるとする理論がある。Havighurst は、サクセスフル･エイジングを、活動的な生活を送り、新たな役割を見つけることで人生の満足感を得て年数を加えてきた人生と考え[40]、Cumming は、サクセスフル･エイジングとは、老年期における力の喪失を受け入れ、それと和解することとした[22]。

サクセスフル・エイジングの定義・モデルには様々なものがある[6]。そのひとつとして Rowe のモデルは、病気や障害の回避、高い身体的・認知的機能、そして、人生への積極的関与という 3 つの主要要素を含んでいる[6]。Baltes は「補償を伴う選択的最適化」モデルを提唱しており、高齢者は喪失や脆弱性の増大にもかかわらず、人生の目標に到達するために適応し、それによってサクセスフル・エイジングを達成することができるとしている[7]。

人生全体の中の高齢期の位置づけとして、Erikson の人間発達理論[28]は、発達の最終段階に到達することは、心の平安と自我の完全性（全体性と意味）を見出すことが老年期にうまく老いるための一つの基準としている[29]。さらに、Tornstam[73]による老年超越理論（theory of gerotranscendence）では、超越を物質主義的視点から合理主義的視点へのメタ視点の転換によって説明し、実際の身体状態からよりスピリチュアルな現実への移行を可能にするとしている。Ryff [66]は、サクセスフル・エイジングには人生の複数の側面が含まれるとして、サクセスフル・エイジングの統合モデルは、自己受容、他者との肯定的関係、自律性、環境支配、生きがい、自己成長の 6 つの側面から構成されているとした。Flood は概念分析において、機能的状態、老年超越性、霊性という 3 つの基礎要素を提唱しており、高齢者が人生の満足感、意味、生きがいを経験し、それによってうまく歳をとっていくためには、それぞれの要素が十分に満たされていなければならないとしている[30]。

これらのヘルシーエイジング、アクティブエイジング、サクセスフルエイジングの相互関係についても、いろいろと検討されてきた。Hansen-Kyle は、ヘルシー・エイジングの概念分析を行ない、ヘルシー・エイジングの先行要因と結果によるヘルシー・エイジングのモデルを提示している[39]。このモデルによれば、ヘルシー・エイジングの先行要因は、適応、補償、回復力であり、これらの先行要因は個人をヘルシー・エイジングへと導く。適応と補償はレジリエンス（回復力）につながり、レジリエンスのある個人は、必要に応じて、自分の長所と短所を評価し、それを補う。このモデルによれば、ヘルシー・エイジングの結果として、サクセスフル・エイジング（明確な目標やライフスタイルを確立し維持する能力、決められた役割に関与する能力と定義される）、自立、自律がある。つまり、ヘルシー・エイジングとサクセスフル・エイジングを交換可能な概念として捉えるのではなく、サクセスフル・エイジングをヘルシー・エイジングの結果として捉えている。この概念分析により、「ヘルシー・エイジングとは、肉体的にも認知的にも、ペースを落としながら、人生のあらゆる領域（肉体的、認知的、社会的、精神的）で最適に機能し、参加するために、弾力的に適応し、補うプロセスであるとするヘルシー・エイジングの新しい包括的定義が導き出している[39]。

ヘルシー･エイジング、アクティブ･エイジング、サクセスフル・エイジングという 3 つの概念を概観すると、いずれも人生の身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな要素を含む多次元的なものである。成功すること、活動的であること、健康であることといった概念は、老化のプロセスにおいて重要ではあるが、最高齢の老人に関連しては自明ではない。85 歳での成功とは何か？ 90 歳で良い老い方をするためには、どのような活動が重要なのか？ 95 歳以上の健康とは何か？ 100 歳以上高齢者の健康を維持する力は何か？など多くの未解決の問題がある。

Ⅴ．エイジングに関連する個人的要因

高齢者になることは、さまざまな形の損失、制限、病気などの逆境に直面することを意味する。このようなストレスの多い出来事に対処して、ある高齢者が他人よりもうまく対処できる個人的要因を明らかにするための多くの概念についての検討がなされてきた。内的力(inner strength)[48]、レジリエンス(resilience)[82,71,31]、首尾一貫感(sense of coherence)[1,42,49]、人生の目的(purpose of life)[67]、自己超越(self transcendence)[56]など多くの概念が提案されているが、いずれも高齢者の逆境への対処する能力と関連している。

内的力（inner strength）

内的力の概念は、主に看護の観点から説明されてきた。Moloney[48]は、強くあることの意味を分析するために、65 歳以上の女性 12 人にインタビューを行ない、ハイデガー的解釈学的アプローチとフェミニズムの視点を用い、「私たちの文化では、すべての女性が内なる強さの可能性を持っており、この内なる強さの質は、彼女たちが生まれた世界で生きることを通して育まれる」と考えた。Moloney は「生き延びること」、「強さを見つけること」、「記憶を集めること」の 3 つの構成パターンを見出して定式化した。生き延びることは喪失とともに生きること、つらい時期を生き抜くこと、異なる存在であること、そしてそれを後回しにすること 4 つのテーマで構成されている。「強さを見つける」も他者と親密になる、他者から強さを引き出す、家にいる、自分自身を良く感じるという 4 つのテーマで構成されていた。最後のパタンである「記憶を集める」は、自分の物語を語る、後悔する、今日を生きる、自分の強さを知る、振り返るという 5 つのテーマで構成されていたという。

Rose[62]は、25 ～ 53 歳の健康な女性 9 人に内的力についての認識を調査した現象学的研究を報告している。経験を説明する語りから、quintessencing(自分の内なる強さに気づき、自己を受け入れる)、recognition(自分の強さに耳を傾けるようになる)、becoming(自分の人生を理解する)、accepting(自分を尊重し、信頼し、人生における自分のニーズを見る)、being(自分を知り、自分の信念を貫く)、centring(自分と外的な出来事とのバランスをとる)、quiescencing(休息し、内省することで強さを見出す)、apprehending intrication(複雑さを知り、見て、理解する)、introspecting(主体としての自覚を持つ)という 9 つのテーマを抽出し、"quintessencing" というテーマが、内面的な強さにおいて基本的なものであることを報告した。

Dingley らは、内的力の概念分析を行い、「成長と変遷」、「人生の経験や出来事に立ち向かうこと」、「自己認識を深めること」、「自分のニーズとそのニーズを満たす源泉を認識すること」、「つながりを持つこと」、「環境と集中的かつバランスよく相互作用すること」という 6 つの特徴を明らかにした。このような内的力がもたらす 4 つの結果は、能力を持つこと、つまり内なる力が癒しと問題解決を促進すること、コントロールと自己決定の感覚を持つこと、問題の克服に貢献すること、困難な人生経験に打ち勝ったという感覚を持つこと、前向きな自己概念につながること、そして最後に心理的な幸福であることがわかったとしている[25]。

レジリエンス（resilience）

レジリエンスの概念は、単に問題につながる危険因子を見るのではなく、個人の中にある強みに注目するという視点の転換から生まれた。当初のレジリエンスに関する研究の大半は子どもに焦点を当てたものが多かったが、成人[61]や高齢者[78,77,37]のレジリエンスに関する報告も多い。Richardson[61]は、レジリエンスのメタ理論の中で、レジリエンス研究の 3 つの波を報告しているが、第一の波は、個人や支援システムにおけるレジリエンスの資質を明らかにすることであり、第二の波は、レジリエンスを、レジリエンスの資質にアクセスするプロセスとして説明するものであり、第 3 の波は、個人を自己実現と成長へと駆り立てる個人の内なる力の特定であった。Richardson は、レジリエンスは人

間の精神の内側から生まれるが、外的な力の源からも生まれると結論づけている。Werner は、レジリエントな人とは、頑健で、寛容で、適応力があり、社会的責任があり、達成志向が強く、コミュニケーション能力が高く、自尊心が高い人であると述べているが[81]、レジリエントな人は自尊心、自己信頼、問題解決能力、満足できる対人関係を持っているとも[65]、レジリエントな人は自信と自己規律を持っているとも[10,16]言われている。これらの定義に共通するのは、レジリエンスのある人は、逆境に直面したときにストレスの悪影響を和らげることができ、逆境から立ち直ることができるということであろう。Kadner は、レジリエンスを可能にする 3 つの特性として、自我の強さ(よく統合された性格、自分の能力に対する信念、意欲、個人的および社会的能力)、社会的親密さ(感情的支えの主要な源)、機知(無力感を和らげるために自己制御的思考を生み出す能力)を挙げている[41]。Wagnild は、レジリエンスを定義する相互に関連した 5 つの特徴を、平常心(自分の人生と経験に対するバランスの取れた視点)、忍耐力(自分の人生を再構築し続け、挫折にもかかわらず関わり続けようとする意志)、自己信頼(自分と自分の能力に対する信念)、意味性(人生には目的があるという理解)、実存的孤独感(人生の道は人それぞれであるという認識と自分の人生を受け入れること)としている[79]。Dyer らは、レジリエンスの概念分析を行い、反発と継続(人生への反発、可鍛性、柔軟性)、自己意識(高い自尊心、自分の人生に対するバランスの取れた視点)、決意(人生における困難は予想され、対処されるべきものであるという認識)、親社会的態度(他者に対する友好的な態度であり、他者への愛着を助けることができる)の 4 つの重要な属性を見出した[26]。レジリエンスは、社会関係のさまざまな側面との関連で研究されており、レジリエンスにとって親密な個人的関係が重要であることが示されている。レジリエンスと、より良好な一般的健康状態、幸福感などの健康関連因子、生活満足度、対処能力、適応力との関連が示されている。

首尾一貫感（sense of coherence）

首尾一貫感は、世界と自分の人生に対する見方であり、一種の動機づけの力と見なされる。Antonovsky は、首尾一貫感を、理解可能性、管理可能性、有意義性との 3 次元から構成されているとして、次のように説明している[2]。「理解可能性」とは、自分に直面する状況を認知的に意味があり予測可能であると認識する程度のことであり、「管理可能性」とは、自分の資源が内的および外的な要求を満たすのに十分であると認識する程度のことであり、「有意義性」とは、人生は感情的に有意義であると感じ、自分の問題のいくつかを障害ではなく挑戦であると認識する程度のことである。首尾一貫感は、人生の中で減少するのか[12]、安定しているのか[72]、あるいは増加するのか[50 など]について多くの議論がある。Antonowsky は、首尾一貫感の程度を測定する尺度を開発したが、この SOC 評価尺度により、首尾一貫感が自己評価による健康にとって重要な要因であることが多くの研究で示されているだけでなく、首尾一貫感が、幸福感[43,19,70]や生活の質[68,15]と正の相関があることが示されている。一方、首尾一貫感は精神疾患や身体症状と逆相関することが分かっており、精神症状[11]やうつ病[59]だけでなく、息切れ、痛み、疲労感[49]などの症状とも、首尾一貫感と負の相関関係があることが分かっている。首尾一貫感は、人生の目的[67]や頑健さ[82]と正の相関があることが報告されており、高齢者において、自分の人生史に対する評価が肯定的であればあるほど、首尾一貫感が強いことが告されている[60]。

人生の目的（purpose of life）

人生の目的という概念は、フランクルの「意味への意志」に基づく人間性心理学に由来している[34]。フランクルは、人生の意味や目的はさまざまな方法で見つけることができるとし、2 つの目的を示している。ひとつは、絶望的と思えるような状況に直面したとき、その状況を何とか操作してポジティブな結果に導くことであり、もうひとつは、

働くことで人生の使命を見つける方法である。フランクルは、意味への意志を主要な動機づけの力として説明し、この力の挫折が実存的な空白の絶望感を生み出すと主張している。人生の目的は、加齢に伴う生活環境の変化への適応を促進することが示唆されており[58]、Rappaport は、Crumbaugh らが開発した生きがい尺度[21]を用いて、生きがいと将来に対する肯定的な見方との間に正の相関があることを見出したが[54]、生きがい度が低いことが抑うつ症状の予測因子であることも報告されている[44]。高齢者における生きがいと健康、日常生活動作(ADL)、家族ネットワークとの関連も明らかにされており[67]、地域居住高齢者と施設入所高齢者の両方において、生き甲斐が成功した老いの予測因子であることが示されている[57]。

自己超越性（self transcendence）

Frankl は、「自己超越は存在の本質である」と述べ[33]、人間であるということは「世界、すなわち、出会うべき他の存在と満たすべき意味に満ちている世界に対して開かれている」ことを意味すると述べている。自己超越は、成熟を発達させるための主要な心理社会的資源とみなされているが、自己超越とは、自分の境界を拡大することであると定義されている。内面的には様々な内省的活動において、外面的には他者の福祉に対する関心を通して、時間的には自分の過去と未来に対する認識が現在を強化することである[56]。Reed は自己超越性を評価する尺度を開発しているが、その尺度を用いて評価した自己超越性は、自己価値の感情を高め[18]、精神的なつながりの感情[9]、幸福感や自己価値の感情と関連している[56,13]。自己超越性は、精神的健康[19,56]だけでなく、日常生活活動能力[75]とも相関することが分かっている。は、自己超越性の概念分析により、自己超越性には、幸福感、自己価値感の向上、他者・自然・神とのより大きなつながり、個人的成長、人生の意味と目的の発見、癒されているという感覚の 6 つの局面があるとされている[38]。

Ⅵ．Antonovsky の「健康生成論（Salutogenesis）」

健康生成論(Salutogenesis)とは、医療社会学者 Aaron Antonovsky アーロン・アントノフスキーが提唱した用語であり、病気を引き起こす要因ではなく、人間の健康とウェル・ビーイングを支える要因に焦点を当てたアプローチのことである。健康生成モデル(salutogenic model of health; SMH)の概念は、健康、ストレス、ストレスコーピング、首尾一貫感 sense of coherence と関連が深い。アントノフスキーの理論は「健康 / 疾病の二分による伝統的医療モデル」を排除し、健康状態を連続変数として扱い、health を ease から dis-ease までの連続したものと考えて、疾病の要因に注目する pathogenesis に対立する概念としてサルトジェネシス(salutogenesis)の概念を提唱した。サルトジェネシスの提唱は、医学領域よりも、社会経済学、社会福祉学の領域で広く受け入れられており、2017 年にアントノフスキーの弟子たちにより編纂された 600 ページを超えるハンドブックがネット上で提供されている(Mittelmark, 2017)。

“salutogenesis” は Aaron Antonovsky の著書「Health, Stress and Coping」（1979）で提唱された用語であり、いくつかの意味合いを持つ。最も一般的な意味は、salutogenesis とは「Health, Stress and Coping」の中で詳述されているモデルのことであり、人生経験が人の sense of coherence 首尾一貫感を形成するのに役立つとの大前提にのっとり、健康増進のための生き方を提案している。

強い sense of coherence は、ストレス要因に対処するための資源を動員し、緊張をうまく管理するのに役立つとされており、このメカニズムにより sense of coherence は、Ease/Dis-ease 連続体における人の行動を決定するのに役立つとされている。このような事情から、最も狭い意味では、salutogenesis は sense of coherence とほぼ同じともいえる。

Salutogenesis は、saluti 健康 + genesis 起源を組み合わせた造語であり、健康の起源に注目する学問的方向性を指す。サルトジェネシス－モデル、sense

of coherence 首尾一貫感、salutogenic orientation（サルトジェニック志向性）は、人間の経験のポジティブな側面をよりよく理解しようとする社会科学全体の発展と調和しており、salutogenesis サルトジェネシス、positive psychology ポジティブ心理学、positive organisational behaviour ポジティブ組織行動などの主要概念はよく似ていることから、これらの分野における研究や実践に、salutogenic orientation サルトジェニック志向性というレッテルを貼り、サルトジェネシスという傘の下に学術的なアイデア包含することも可能である。

なかでも、sense of coherence 首尾一貫感という極めて具体的なコンセプトがあり、健康増進に関する文献では、サルトジェネシスのこの意味が支配的である。そのため、サルトジェネシスと sense of coherence 首尾一貫感を同一視し、首尾一貫感を（サルトジェネシスモデルの一部ではなく）モデルや理論として言及する人もいる。

Antonovsky は saltogenesis 概念を提唱するとともに、その科学的検証のためには、客観的な測定尺度が重要と考えて、sense of coherence（SOC）の構造を検討し、Scale for SOC を考案した。

サルトジェネシス健康モデル（Salutogenesis Model of Health; SMH）は、1979 年の発表から 1994 年にアントノフスキーが不慮の死を遂げるまで、アントノフスキー自身の人生の出来事に沿って発展してきた。

SMH には、stress ストレス、breakdown 故障、resources 資源、sense of coherence 首尾一貫感、health 健康などの重要なコンセプトが含まれるが、アントノフスキーは 1979 年と 1987 年の 2 冊の著書において、伝統的な医学的ホメオスタシス観から人間という有機体についての哲学的見解としての典型的なヘテロスタティック不平衡状態を人間の基本的条件であると考えるようになった。サルトジェネシス志向の中心として健康、ストレス、コーピングの考えは、1979 年の書籍において 15 年にわたる仕事が集大成され、病気や不調をエントロピー（衰退）として理解するようになった。自己制御されたホメオスタシス（恒常性）のプロセスが、規則に対して例外なく無秩序が起こるとして、その結果として病理学的な障害が発生すると考えると、すべての要因を理解し、ある特定の病気につながる可能性のある因子をコントロールしようとするのは無駄なことであり、より実りあるアプローチは、環境に対する能動的な適応の全体的な問題であると主張した。

アントノフスキーは、病気を研究するのではなく、健康を研究しようとしたのであるが、1979 年に、“salutogenesis” を提唱して、健康の起源は何なのかという問いを発し、その起源は、“ 首尾一貫感 ” にあるとした。このような疑問とその解答が SMH を構成している。

General Resistance Resources（GRR）

アントノフスキーは、当初、ストレスにさほど関心を抱いていなかった。結果的にはそのキャリアの大半をストレス・プロセスの研究に費やすことになったが、Salutogenesis 概念の形成期の主な関心はむしろ人格、階層、民族関係などの文化的ストレスであった。

アントノフスキーは、人々がさまざまな要求を持っていることから、一般抵抗資源（GRR）を理解することが有用と考えた。さまざまな要求やストレス要因を区別することが必要と考えて、彼は以下の二つを区別することを提案した。(1)ある個人や集団が、なぜ病気状態になるのかという古典的な医学的な問題、すなわち、特定の病気に対する体質の問題。(2)診断とは無関係に、病気や故障に見舞われる問題。そして後者が彼の研究の焦点となり、すべての病気には共通する何かがあると考え、これらすべてに対抗する GRR が存在するとした。彼は、セリエの general adaptation syndrome 一般適応症候群から特別なインスピレーションを得たようだが、この時期の重要な観察は、ストレスがそのまま病気につながることはなく、マネジメントとコーピングが介在して機能すると考えた。人々がどの程度ストレスにさらされ、そのストレスがどの程度であった

かは、対処するためのコーピングとリソースにより異なるからである。確かにストレッサーは緊張をもたらすが、適切なコーピングとリソースがあれば、この緊張をうまく解くことができると考えて、アントノフスキーはこれを「能動的適応」と呼んだ。

「故障 breakdown」は、ホメオスタシスの乱れの結果である。病的なのは不均衡ではない。むしろ、均衡を回復するための長期的な失敗が、このような事態を引き起こすのである。抵抗力のリソースが不十分な場合、要求、提起された問題を解決するために故障が発生する。アントノフスキーは、breakdown 故障を従属変数とし、GRR を独立変数として研究した。人がうまく対処できるのは資源を活用することで、ストレス要因に対処するからである。それによって GRR により緊張を防いでいる。

GRR は、予防医学をさらに前進させた概念であり、病気か健康かという伝統的な医学の二分法を超えた内容であった。病原性のパラダイムヘテロスタシスの観点からエントロピーの問題から、私たち一人ひとりが生きている限り、健康な部分もあれば、病んでいる部分もあるとして、彼はこれを「健康の安楽／不快」連続体、つまり故障の連続体と呼んだ。すなわち、アントノフスキーは、健康を ease から dis-ease までの連続体として考えており、dis-ease の極を疾病ではなく不調 breakdown と表現し、不調を形成する項目として、痛み、機能の制限、予後、行動を重要視した。このような breakdown を想定した上で、それらに抵抗するものとして GRR を定義したのであるが、GRR は、様々の局面（身体的、生化学的、物資的、認知的、情緒的、人間関係論的、さらに社会学的）において、様々なストレッサーに対して抵抗する（避ける）ために有効な要素であり、緊張がストレスにいたることを防いでいると考えていた。

センス・オブ・コヒーレンス（SOC）

1979 年出版の『Health, Stress, and Coping』には、サルトジェニック・モデルが表明され、その中核概念となる首尾一貫感が定義されている。アントノフスキーはサルトジェニックな問いに対して、その答えの一端は GRR であることを知っていた。社会的支援は、さまざまな種類のものを提供することで機能するものであり、社会的支援は GRR となりうるが、アントノフスキーは GRR を正式に前述のように定義して、GRR に共通するものを探していた。そして GRR の本態として首尾一貫感（sense of coherence; SOC）が回答の一部となりうると考えて、首尾一貫感を次のように定義した。首尾一貫感とは、「広がりを持った永続的でありながらダイナミックな自分の内的・外的環境は予測可能であり、物事がうまくいく可能性は高いことが合理的に予想されるという信頼感をどの程度持っているかを表すグローバル志向。（A global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic, feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.）」（図 8）

そして、首尾一貫性感覚の要素として、（1）理解可能性、（2）管理可能性、（3）有意義性の 3 要素を考えていた。第一の要素は理解可能性であり、人はストレッサーに対処するには、目の前にある問題の性格について明確に理解することが必要であるとした。その上で 2 つ目の構成要素である「管理可能性」について、支配されることはあったとしても自分がその対処方法を有している事は極めて重要であった。管理可能であることは、対処するための十分なリソースがあるという意味である。第 3 の構成要素である「有意義性」は、1987 年に出版された本[2)]にその詳細が記されているように、自分の行動に意味があることが SOC には重要であるとされている。アントノフスキーは SOC は個人レベルに留まらず、そのコンセプトは、社会的なレベルにも当てはまるとの前提に立ち、SOC をグループの特性として論じた。図 9 にアントノフスキーにより提唱されている健康のサルトジェニックモデルの概要を示す（図 9）。

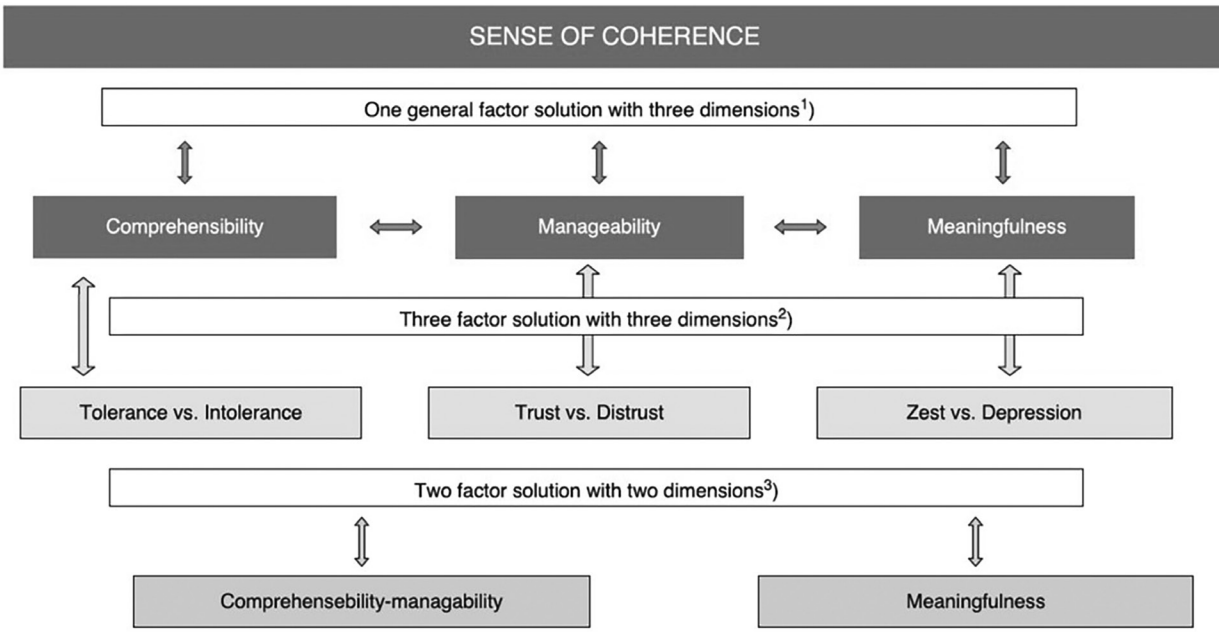
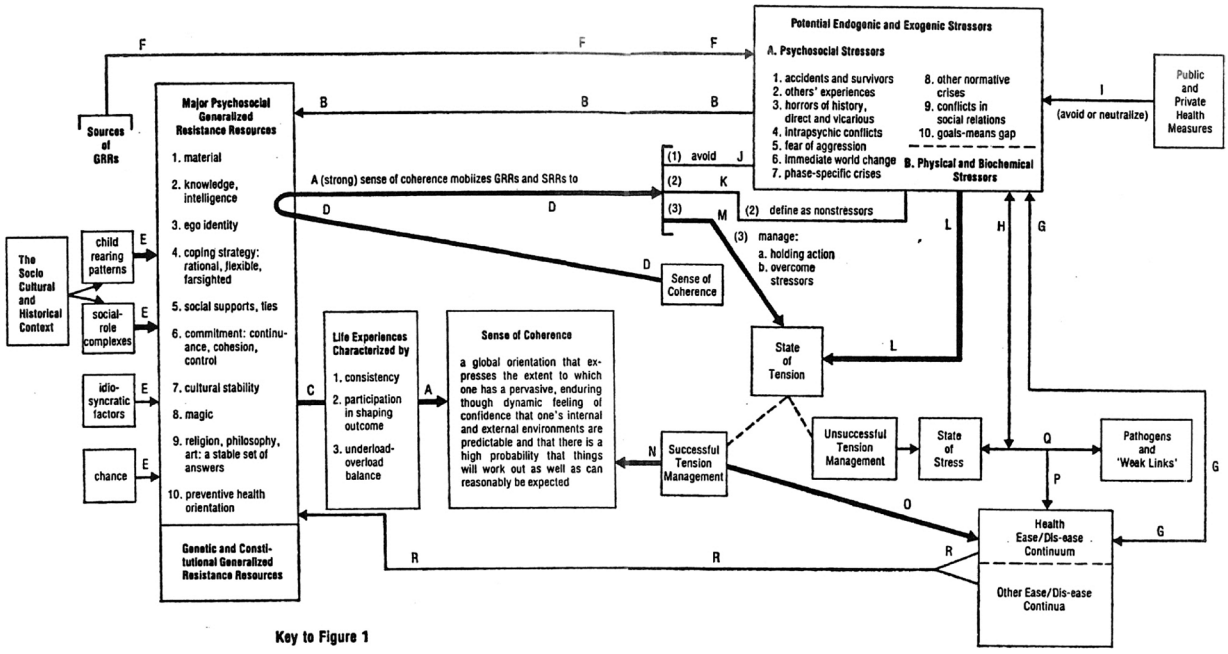


Fig. 11.3 The sense of coherence as a multidimensional construct. (1) Antonovsky, 1987, (2) Sandell et al., 1998, (3) Sakano & Yajima, 2005

図 8　首尾一貫性感（sense of coherence; SOC）の構成要素 [1)]



Key to Figure 1

Arrow A: **Life experiences shape the sense of coherence.**
Arrow B: Stressors affect the generalized resistance resources at one's disposal.
Line C: **By definition, a GRR provides one with sets of meaningful, coherent life experiences.**
Arrow D: **A strong sense of coherence mobilizes the GRRs and SRRs at one's disposal.**
Arrows E: **Childrearing patterns, social role complexes,** idiosyncratic factors, and chance **build up GRRs.**
Arrow F: The sources of GRRs also create stressors.
Arrow G: Traumatic physical and biochemical stressors affect health status directly; health status affects extent of exposure to psychosocial stressors.
Arrow H: Physical and biochemical stressors interact with endogenic pathogens and "weak links" and with stress to affect health status.
Arrow I: Public and private health measures avoid or neutralize stressors.
Line J: A strong sense of coherence, mobilizing GRRs and SRRs, avoids stressors.
Line K: A strong sense of coherence, mobilizing GRRs and SRRs, defines stimuli as nonstressors.
Arrow L: **Ubiquitous stressors create a state of tension.**
Arrow M: **The mobilized GRRs (and SRRs) interact with the state of tension and manage a holding action and the overcoming of stressors.**
Arrow N: **Successful tension management strengthens the sense of coherence.**
Arrow O: **Successful tension management maintains one's place on the health ease/dis-ease continuum.**
Arrow P: Interaction between the state of stress and pathogens and "weak links" negatively affects health status.
Arrow Q: Stress is a general precursor that interacts with the existing potential endogenic and exogenic pathogens and "weak links."
Arrow R: Good health status facilitates the acquisition of other GRRs.

Note: The statements in bold type represent the core of the salutogenic model.

図 9　Antonovsky による健康のサルトジェニックモデル（SMH）の概念図 [3)]

Ⅶ. まとめに変えてーサルトジェニックモデルと健康増進

アントノフスキーは 1987 年の著書でサルトジェニック志向について、6 つのアプローチを説明している。アントノフスキーの哲学的前提は、比喩的にいうと、「すべての人間は人生の川の中にいるが、川の多くは汚染されている。川には分かれ道があり、その分かれ道は渓流や危険な急流や渦潮や穏やかな川へと続いているが、重要なことは、人生の中で危険な渓流を避けることである。」と。この比喩は、生体の日常は、ホメオスタシスではなくヘテロスタシスであり、私たちは、避けがたく、果てしなくストレスフルな状況に組み込まれている。アントノフスキーがまず重要と主張したのは、健康増進とは、病気と健康という二分法ではなく健康を連続体として理解することであった。健康増進を考えて、人間の生活におけるストレス要因の中で、ease/disease の連続の中で健康的な方に移動する首尾一貫感を持つことが重要と指摘している。第 2 の側面は、人々自身のストーリーに焦点を当てることである。彼が強調するのは、診断だけではなく、人の話に耳を傾けることである。話を聞くことは、複雑な循環の問題解決を保証するものではないとしても、深い理解と知識はより多くの人々の生活を向上させることにつながる。第 3 の側面として、運動促進に重点を置く場合は、健康増進に役立つ要素があることを指摘している。サルトジェニックな問い、すなわち「健康志向の人々の動きをどうすれば理解できるのか？」は健康増進に役立つ。第 4 の側面では、ストレスに対する考え方を指摘している。ストレスはどこにでもあるが、ストレスは病原性、中性、好性であるかもしれないという主張、人生におけるストレス要因のリハビリテーションの可能性を指摘している。第 5 の側面は、治療観に関するものであるが、サルトジェネシスではセラピーにおける理想は、積極的に適応する能力であり、正しい診断に基づいて薬物療法や手術を検索して適切な治療法を見つけることを意味する。治療法とは理想的な能動的適応にこそ意義があるとしている。最後の 6 つ目の側面として、研究における焦点について述べているが、アントノフスキーは、サルトジェニック志向を強く主張した健康増進の科学的方向性と焦点を提供し、サルトジェニック・モデルは、その基礎となる可能性があると述べている。

文献

1）Antonovsky A, The structure and properties of the sense of coherence scale, Soc. Sci. Med. 36（6）, 725-733, 1993.

2）Antonovsky, A. Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publisher, 1987.

3）Antonovsky, A. Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. Social Science & Medicine, 37（8）, 969–974, 1993.

4）Bäckman, L. et al. Age-related cognitive deficits mediated by changes in the striatal dopamine system. Am. J. Psychiatry 157, 635–637, 2000.

5）Bailis, D. S., & Chipperfield, J. G. Compensating for losses in perceived personal control over health: A role for collective selfesteem in healthy aging. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57（6）, 531-539, 2002.

6）Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. The process of successful ageing. Ageing & Society, 16（4）, 397-422, 1996.

7）Baltes, P. B., & Baltes, M. M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes（Eds.）, Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Science（pp. 1-34）. New York: Cambridge University Press, 1990.

8）Bartfai A, Pedersen NL, Asarnow RF, Schalling D.Genetic factors for the span of apprehension test: a study of normal twins. Psychiatry Res.;38

（2）:115-24, 1991.

9）Bauer, T., & Barron, C. R.（1995）. Nursing interventions for spiritual care: preferences of the community-based elderly. Journal of Holistic Nursing, 13（3）, 268-279, 1995.

10）Beardslee, W. R. The role of self-understanding in resilience individuals: The development of a perspective. American Journal of Orthopsychiatry, 59（2）, 266-278, 1989.

11）Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. The validity of Antonovsky's Sense of Coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. Journal of Advanced Nursing, 33（4）, 432-438, 2001.

12）Bernstein, J., & Carmel, S. Gender differences over time in medical school stressors, anxiety and sense of coherence. Sex Roles, 24（5-6）, 335-343, 1991.

13）Bickerstaff, K. A., Grasser, C. M., & McCabe, B. How elderly nursing home residents transcend losses of later life. Holistic Nursing Practice, 17（3）, 159-165, 2003.

14）Buckley, N. J., Denton, F. T., Robb, A. L., & Spencer, B. G. Healthy aging at older ages: Are income and education important? Canadian Journal of Aging, Suppl 1, 155-169, 2004.

15）Caap-Ahlgren, M., & Dehlin, O. Sense of coherence is a sensitive measure for changes in subjects with Parkinson's disease during 1 year. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18（2）, 154-159, 2004.

16）Caplan, G. Loss, stress, and mental health. Community Mental Health Journal, 26（1）, 7-48, 1990.

17）Cornblatt BA, Risch NJ, Faris G, Friedman D, Erlenmeyer-Kimling L.The Continuous Performance Test, identical pairs version（CPT-IP）: I. New findings about sustained attention in normal families. Psychiatry Res. 26（2）:223-38. 1988.

18）Coward, D. D. The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. Nursing Science Quarterly, 3（4）, 162-169, 1990.

19）Coward, D. D. Self-transcendence and correlates in a healthy population. Nursing Research, 45（2）, 116-121, 1996.

20）Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore. W. L., & Koenig, H. G. Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive Spirituality-the forgotten factor. The Gerontologist, 42（5）, 613-620, 2002.

21）Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. Journal of Clinical Psychology, 20（2）, 200-207, 1964.

22）Cumming, E., & Henry, W. E. Growing Old: The Process of Disengagement. New York: Basic Books, 1961.

23）de Quervain DJ, Henke K, Aerni A, Coluccia D, Wollmer MA, Hock C, Nitsch RM, Papassotiropoulos A. A functional genetic variation of the 5-HT2a receptor affects human memory. Nat Neurosci.;6（11）:1141-2, 2003.

24）de Quervain DJ, Papassotiropoulos A. Identification of a genetic cluster influencing memory performance and hippocampal activity in humans. Proc Natl Acad Sci U S A. 14;103（11）:4270-4, 2006.

25）Dingley, C. E., Roux, G., & Bush, H. A. Inner strength: A concept analysis. Journal of Theory Construction and Testing, 4（2）, 30-35, 2000.

26）Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. Resilience: Analysis of the concept. Archives of Psychiatric Nursing, 10（5）, 276-282, 1996.

27）Ebersole, P., Hess, P., & Smidt Luggen, A.

Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Response（6th ed.）. St Louis: Mosby. 2004.

28）Erikson, E. H. The Life Circle Completed: A Review. New York: Norton. 1982.

29）Erikson, E. H., Erikson, J., & Kivnick, H. Vital Involvement in Old Age. New York: Norton. 1986.

30）Flood, M. Successful aging: A concept analysis. The Journal of Theory Construction & Testing, 6（2）, 105-108, 2002.

31）Foster, J. R. Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: An interpretation of epidemiologic data. Psychiatric Quarterly, 68（3）, 189-219, 1997.

32）Franceschi, C., Bonafe, M. Centenarians as a model for healthy aging. Biochemical Society Transactions, 31（2）, 457-461, 2003.

33）Frankl, V.E. Self-transcendence as a human phenomenon. Journal of Humanistic Psychology, 6（2）, 97-106. 1966.

34）Frankl, V. E. Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy. New York: Washington Square Press, 1963.

35）Freund, A. M., Baltes, P. B. Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. Psychology and Aging, 13（4）, 531-543, 1998.

36）Garfein, A. J., Herzog, A. R. Robust aging among the youngold, old-old, and oldest old. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences, 50B（2）, 77-87, 1995.

37）Gattuso, S. Becoming a wise old women: Resilience and wellness in later life. Health Sociology Review, 12（2）, 171-177, 2003.

38）Haase, J., Britt, T., Coward, D., Kline Leidy, N., Penn, P. Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance and self-transcendence. Image, 24（2）, 141-147, 1992.

39）Hansen-Kyle, L. A concept analysis of healthy aging. Nursing Forum, 40（2）, 45-57, 2005.

40）Havighurst, R. J. Successful aging. The Gerontologist, 1（1）, 8-13. 1961.

41）Kadner, K. D. Resilience: Responding to adversity. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 27（7）, 20-25, 1989.

42）Larsson, G., Johansson, I., Hamrin, E. Sense of coherence among elderly somatic patients: Predictive power regarding future needs of care, Journal of Nursing Management, 3（6）, 307-311, 1995.

43）Lundman, B., & Norberg, A. The significance of a sense of coherence for subjective health in persons with insulin-dependent diabetes. Journal of Advanced Nursing, 18（3）, 381-386, 1993.

44）Lyon, D. E., & Younger, J. B. Purpose in life and depressive symptoms in persons living with HIV Diseases. Journal of Nursing Scholarship, 33（2）, 129-133, 2001.

45）Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström, Geir Arild Espnes（eds）. The Handbook of Salurogenesis [Internet]. Cham（CH）: Springer; 2017. 2016 Sep 3. DOI: 10.1007/978-3-319-04600-6_2

46）McClearn GE, Johansson B, Berg S, Pedersen NL, Ahern F, Petrill SA, Plomin R. Substantial genetic influence on cognitive abilities in twins 80 or more years old.Science. 1997. PMID: 9171059

47）Michael, Y. L., Colditz, G. A., Coakley, E., Kawachi, I.Health behaviors, social networks, and healthy aging: Cross-sectional evidence from the Nurses´ Health Study. Quality of Life Research, 8（8）, 711-722, 1999.

48）Moloney, M. F. A Heideggerian hermeneutical

analysis of older women's stories of being strong. Image: Journal of Nursing Scholarship, 27 (2), 104-109, 1995.

49) Nesbitt, B.J., Heidrich, S.M. Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. Research in Nursing & Health, 23 (1), 25-34, 2000.

50) Nilsson, B., Holmgren, L.,Westman, G. Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 18 (1), 14-20, 2000.

51) Papassotiropoulos A, Stephan DA, Huentelman MJ, Hoerndli FJ, Craig DW, Pearson JV, et al. Common Kibra alleles are associated with human memory performance. Science. 20;314 (5798) :475-8, 2006.

52) Peel, N. M., McClure, R. J., Barlett, H. P.. Behavioral determinants of healthy aging. American Journal of Preventive Medicine, 28 (3), 298-304, 2005.

53) Rapp, P. R. Amaral, D. G. Individual differences in the cognitive and neurobiological consequences of normal aging. Trends Neurosci. 15, 340–345, 1992.

54) Rappaport, H., Fossler, R. J., Bross, L. S., Gilden, D. Future time, death anxiety, and life purpose among older adults. Death Studies, 17 (4), 369–379, 1993.

55) Reed, D. M., Foley, D. J., White, L. R., Heimovitz, H., Burtchfield, C. M., Masaki, K. Predictors of healthy aging in men with high life expectancies. American Journal of Public Health, 88 (10), 1463-1468, 1998.

56) Reed, P. G. Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. Nursing Research, 40 (1), 5–11, 1991.

57) Reker, G. T. Prospective predictors of successful aging in community-residing and institutionalized Canadian elderly. Ageing International, 27 (1), 42-64, 2002.

58) Reker, G. T., Peacock, E. J., Wong, P. T. P. Meaning and purpose in life and well-being: A life-span perspective. Journal of Gerontology, 42 (1), 44-49, 1987.

59) Rennemark, M., & Hagberg, B. Social network patterns among the elderly in relation to their perceived life-history in an Eriksonian perspective. Aging & Mental Health, 1 (3), 321-331, 1997.

60) Rennemark, M., & Hagberg, B. What makes old people perceive symtoms of illness? The impact of psychological and social factors. Aging & Mental Health, 3 (1), 79-87, 1999.

61) Richardson, G. E., & Waite, P. J. Mental health promotion through resilience and resiliency education. International Journal of Emergency Mental Health, 4 (1), 65-75, 2002.

62) Rose, J. F. Psychological health of women: A phenomenological study of women's inner strength. Advances in Nursing Science, 12 (2), 56-70, 1990.

63) Rowe, J. K., Kahn, R. L. Human aging: Usual and successful. Science, 237 (4811), 143-149, 1987.

64) Rowe, J. K., & Kahn, R. L. Successful aging. Gerontologist, 37 (4), 433-440, 1997.

65) Rutter, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. American Journal of Orthopsychiatry, 57 (3), 316-331, 1987.

66) Ryff, C. D. Successful aging: A development approach. The Gerontologist, 22 (2), 209-214, 1982.

67) Sarvimäki, A., & Stenbock Hult, B. Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. Journal of Advanced Nursing, 32 (4), 1025–1033, 2000.

68) Schnyder, U., Buchi, S., Mörgeli, H., Sensky, T.,

& Klaghofer, R. Sense of coherence – A mediator between disability and handicap? Psychotherapy and Psychosomatics, 68（2）, 102-110, 1999.

69）Schretlen, D. et al. Elucidating the contributions of processing speed, executive ability, and frontal lobe volume to normal age-related differences in fluid intelligence. J. Int. Neuropsychol. Soc. 6, 52–61, 2000.

70）Söderberg, S., Lundman, B., Norberg, A.（1999）. Struggling for dignity: The meaning of women's experiences of living with fibromyalgia. Qualitative Health Research, 9（5）, 575-587.

71）Staudinger, U. M., Fleeson, W. Self and personality in old and very old age: A sample case of resilience? Development & Psychopathology, 8（4）, 867-885, 1996.

72）Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., Koskenvuo, M. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. Journal of Psychosomatic Research, 50（2）, 77-86, 2001.

73）Tornstam, L. Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging. Journal of Aging Studies, 11（2）, 143-154, 1997.

74）United Nations, Department of economic and social affairs, World population prospects 2015 revision, Bazel, Switzerland, 2015.

75）Upchurch, S. Self-transcendence and activities of daily living: The woman with the pink slippers. Journal of Holistic Nursing, 17（3）, 251–266, 1999.

76）Volkow, N. D. et al. Association between decline in brain dopamine activity with age and cognitive and motor impairment in healthy individuals. Am. J. Psychiatry 155, 344–349, 1998.

77）Wagnild, G. Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. Journal of Gerontological Nursing, 29（12）, 42–49, 2003.

78）Wagnild, G. M., Young, H. M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. Journal of Nursing Measurement, 1（2）, 165–178, 1993.

79）Wagnild, G., Young, H. M.Resilience among older women. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 22（4）, 252–255, 1990.

80）Weibel, J., Sorensen, M. D., Kristensen, P. Identification of genes involved in healthy aging and longevity. Annals of the New York Academy of Sciences, 1067（1）, 317-322, 2006.

81）Werner, E. E. Vulnerable But Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth. New York: McGraw-Hill. 1982.

82）Williams, S. J. The relationship among stress, hardiness, sense of coherence, and illness in critical care nurses. Medical Psychotherapy, 3, 171-186, 1990.

83）World Health Organization. Constitution of the World Health Organisation, In: Basic Documents. Geneva. Switzerland. 1946.

84）World Health Organization.（2002）. Active Ageing: A Policy Framework. Available from http://www.who.int/ageing/en/.

仁明会精神医学研究本邦初訳論文

Deutsch | Français | Español | Русский | 中國語

原典紹介

U.H. ペェーテルス著「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

（第 4 回、原書 146 頁から 188 頁まで訳出）
目次（今回掲載分）

第Ⅱ節　ヘルダーリンの心理史
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

訳者雑感

ここではヘルダーリンの友情、恋愛、母親との関係が詳述、解釈されている。精神分析学に馴染みのある且つての精神科医にとっては難解なことはないが、今日の精神科医では失われつつある見方があるのも事実です。是非、ペェーテルスの熱量を読んで感じてもらいたいものです。
大原一幸

第Ⅱ節　ヘルダーリンの心理史

3. ヘルダーリンの女性と男性との関係

我々の時代のような性的に自由な時代においてもまた、この詩人の性愛について問うことは非常に大胆であり、精神の高みにあるヘルダーリンが我々から遠ざかるように思われる。しかしベルトーは、既にいくつかの点について注目していた。先ず、人格傾向の他の側面やヘルダーリンの業績との複雑な関連性をある程度無視して、性愛を含めたヘルダーリンの女性と男性との関係に筋道が通った考察を行うことは必要である。

ヘルダーリンの時代は、性的な問題について、それ自体は過度に潔癖ではなく、ビクトリア時代はまだほど遠かった。婚前および婚外の性愛は、およそ何時でもそうである様に、一定の規則の遵守により許されていて、それ以外の条件の下ではタブーであった。ヘルダーリンの若い時代の友達の妻であるカロリーネ シェリングは、一生の間、彼女がフランス占領地マインツの将校の子供を儲けていたことを秘密にしていた。20 世紀になって初めて、この事実が彼女の手紙から知られた。他方では、ロマン主義文学者は性的事情について驚くほど率直であった。例えばフリードリッヒ フォン シュレーゲルの《モデル小説》〈ルツィンデ〉が思い起される。そこでは将来シュレーゲルの妻となるドローテア ヴァイツの愛と姦通の歴史が、ほとんど覆い隠されることなく語られていた[158]。

しかし性的自慰に関しては厳しい批判下にあり、多くの病気の、特に精神疾患の原因と見なされて

Japanese translation "Hölderlin : wider die These vom edlen Simulanten"
Kazuyuki OHARA, MD, PhD
Director, Ohara Mental Clinic（Motoyama Urban Life Bldg.115, 1-13-22 TanakaCho, HigashinadaKu, Kobe 658-0081）
Toshinobu TAKEDA, MD, PhD, Director, Jinmeikai Clinic
Saburo HAYASHI, MD, PhD

いた。この考え方の歴史は古い。例えば 1696 年に、リチャード バクスターは記述する－《性的な罪は意識に深い傷を残す。そして[それ自体では]決して姦通の罪ではないが、…とりわけ自慰の罪の場合のそれは、サタンを幻想の中に招き入れるために、しばしば長く続く不幸な困難に陥る》[159]。

1730 年に〈*自慰あるいは自己満足の忌まわしい罪…*〉という無名の著者による一般向けの本が出版され、これまで英語で 15 版[160]を重ねた。この概念は大陸で、ローザンヌの一般医であるシモン アンドレ ティソ(1728-1797)の自慰に関する本(1760 年)[161]により広められ、この本も同様に多くの版を重ねた。イギリスとフランスから自慰が危険であるとの考えがドイツに広がり、ヘルダーリンがデンケンドルフとマールブロンの修道院附属学校とチュービンゲンの神学校で教育を受けていた当にこの時(1784-1793)に、教育学に決定的な影響を与えた。1784 年に、クリスチャン ゴットヒルフ ザルツマンが《若者の隠された罪について》との論文を著わす。ザルツマンは当時最も知られたドイツの教育者で、彼の文章は至る所で読まれた[162]。1785 年にティソの自慰についての本もドイツ語に翻訳された。そこには、《自慰は自然な精神の生命的実体》を浪費し、《そして狂気へと至る》[163]との考え方があった。

マールブロンあるいはチュービンゲンで、少年に対して－少年だけが問題だったが－自慰を防止するために適用されていた方法について直接的な報告はない。しかし、アウテンリートが教育を受けたストットガルトのカールスシューレ〔訳者注、ヴュルテンベルクのカール オイゲン公爵によって設立された学校。陸軍士官学校から後に総合大学となる〕での方法が、ヨハン ペーター フランクによる《*自伝*》の中に分かり易く記述されている。フランク(1745 － 1821)は、公衆保健衛生について初めて一つの体系を発展させた人である。ある日彼は、何故二人の息子をストットガルトのカールスシューレへやらないのかと尋ねられた。彼は、《大きな学生寮では、全く容易く、固有の悪しき悪習にやられていて、最大の注意を払ってもそれを防止できないだろう》、と自慰について答えた。ヴュルテンベルクのカール オイゲン公爵にこのことが耳に入り、公爵は個人的に気分を害し、フランクが 1783 年にシュパイヤの領主司教と同行して公爵を訪れた時に、個人的に自慰に対する防衛策をフランクに披露した。

《生徒の数はここでは相当なものだった。寮の規則は、それ自体非の打ち所が無いように私〔フランク〕には見え、その大部分で道徳教育に関して極めて良好であるとの結論が引き出せた。その時公爵が私を脇に連れ出し、対象となっている問題についてまだ僅かな疑念が私に残っているか否かを打ち明けるように私に迫った。私は生徒たちの問題となっている健康についての幸運を公爵に祈ったが、しかし将来については少なくとも全く安心できないだろうと公爵に告白した。善良公は悪習を禁じるために用いた予防措置の全てに言及し、自ら私を寮のトイレへと連れていった。ドアとその壁はガラスで出来ていた。どの少年も監視人から見られること無しにトイレへ行くことが出来なかった。〈これで満足でしょうね？〉と公爵は尋ねた。私には公爵が知りたがっている思いを喉に押し殺しているように見えた。私は、今しがたユヴェナリスの言葉が思い出された、と答えた。つまり：

閂をかけろ！…監視人を置け！…しかし監視人を誰が監視するのか？ Pone serram!…pone custodies!…sed quis custodiet ipsos custodies?　公爵は言った、〈このことは、問題ははるか彼方であることを意味するのですか！(？)〉》[164]。

マールブロンやチュービンゲンという宗教の後継者に対して、ストットガルトの医学や軍の後継者に対してよりも、より緩い対策が用いられていたとは殆ど考えられない。もちろん自慰を防ぐための最も厳しい措置が上手く行ったとも同様に考えられない。禁止と違反は、いつも相互に解決困難な緊張関係の中で向かい合う。

心理学的経験では、そうした禁止が内在化され、

外的な制御が無くたった時、内的な制御がその役割を引き受ける、と教える。禁止と違反の緊張関係はその時でも残る。

ヘルダーリンにとって明らかに、自慰とそこから生じる自慰－良心の呵責は一生解決できない問題となっていた。W. ヴァイプリンガーは 1823 年 6 月 9 日にもまだ記す：《またも自慰が彼の沈鬱にかかわっていた》[165]。残念ながらヴァイプリンガーは、言葉からなのか、行動からなのか、あるいは報告からなのか、どこからこの想定をくみ取ったか明らかにしていない。実質的にヴァイプリンガーの確信は、ヘルダーリンにとって自慰が後日においても問題であり続けたという点では、適切だっただろう。

ヘルダーリンの自慰－良心の呵責は、彼の教え子であるフリッツ フォン カルプとの関係の中に、最も明白に見出される。それは、ここでの教え子関係が終る最大の本質的誘因であった。ヘルダーリンは、既に言及した 1957 年 1 月 16 日のイェーナからの母親への手紙の中で、教え子の父親が彼に《ある悪習について注意し》、《それについて、時々子供の痕跡に気づいた》（おそらくはザーメンのシミ）、と明白に書いている。それで際限なく過度な印象を与える教え子への監視となり、ヘルダーリンは《傍から一瞬たりとも》それを許さず、彼を《昼も夜も最大の細心で》《見張った》。しかし当然、《彼は私の注意が結局は見逃されていることを知っていた》。《悪習》の結果として、ヘルダーリンはまた《夏の終わりに特に》教え子の《頑なさ》が非常な程度まで高まっているのを目の当たりにする。《名状しがたい努力》と《不変の寝ずの番》で、彼自身が体力的に疲れ果てているのを知る [166]。

自慰の病を絶えず監視し、それにより少年の精神状態に危惧される影響を取り除こうとする努力は、一方ではヘルダーリン自身が育った教育を反映していて、またカールスシューレで用いられていた教育と余り違いはない。他方で、ヘルダーリンは彼自身の自慰－良心の呵責を教え子に対して、今日我々が言うところの投影を行っている。彼は教え子の自慰と闘うことで、彼もまた自身のそれと闘う。ただそのことによってのみ、何故彼がこの対決の中で彼の力を出し尽くしたのか理解される。少年の母親はヘルダーリンの行動を全くその様に裁定していた。シャルロッテ フォン カルプは、その時代の多くの婦人と同様に自慰については男性よりも随分と緩く考えて、シラーに以下の様に書いている：《…私は　H が、－いくらか過度で－、おそらく子供への要求も同様であると思います》。この手紙には更に以下と書かれている：《彼の過敏さは際限がなく、そして本当に、悟性の錯乱がこの態度の基礎に存在しているのではないか、と思われます》[167]。

文脈は明瞭であり、《悟性の錯乱》とは決して《狂気》を意味しているのではなく、全体的な、そして特に極端な自慰の予防に対してヘルダーリンに働いている過度の傷つき易さを意味している。成熟し経験ある婦人として、フォン カルプ婦人は、そのような事に対しては、ヘルダーリンの様に硬くは考えることができなかった。

ヘルダーリンは、愛においてどの様な態度なのか？　ヘルダーリンの男性に対する感情か、あるいは女性に対するそれか、どちらを先に検討すべきか分からない。両者はお互いに移行し合っているように見える。16 歳のマウルブロン修道院の生徒時代、最初の愛は男女同時に始まっている。彼の最も親しい友人はイマヌュエル ナストで、修道院管理者の息子であった。彼の女友達で婚約者（指輪を交換していた）はルイーズ ナストで、友達の従姉であった。しかしその友達は、従姉への愛情については知らない。最初ヘルダーリンはルイーズと手紙で知り合った。唯一残されている秘密の手紙の交換は－最初のキスについてで－、1788 年の後半、知り合って 2 年で書かれたものである。そこには、熱狂的で深い生徒の愛情が記されている。知り合った時、ヘルダーリンは 16 歳で、ルイーズは 18 歳であった。関係が続いていた 2 年間で、より大きな感情、愛撫やキスに至っていたかは語られていない。1790 年の春、ヘルダーリ

ンが 20 歳でルイーズが 22 歳の時、ヘルダーリンは彼女に、非常に丁寧であるが、しかし全く撤回不能な関係破棄の手紙を送っているが、その断りの本当の理由はどこにも言われておらず、知られてもいない。ヘルダーリンの別れの手紙は唐突と受け取られていたが、しかし明らかにそれには先行する手紙がある。後日の展開から理由は明らかだろう。婚約の継続は、直接的に、神学校在学の終了の後には必然的に結婚と牧師職の引継ぎへと至るに違いなかった。ヘルダーリンが断りを長引かせば長引かす程、彼の窮地はさらに困難となったであろう。結婚と牧師職に対して、ヘルダーリンは以前より既に疑いなく存在していた嫌悪を感じており、さらなる生活の中で嫌悪感は増加していった。彼は二度と、結婚へと至りうるかもしれないような状況を引き起こさなかった。ルイーズは別れを非常に悲しみ、幾多の失望に苦しみ、そして最終的には別れてから 4 年後の 26 歳のときに、7 歳年上のクリストーフ アンドレアス ルードヴッヒと結婚した。彼は彼女と 18 年来の知り合いであった。ヘルダーリンがルイーズに別れを告げた頃と同じ時期、1788 年以来既に冷えていたイマヌュエル ナストとの熱狂的な友情も終わった。この友情関係は、ヘルダーリンが別れを望んだために解消され、一方イマヌュエル ナストは従姉と同様に別れを悲しんだ。彼は一方的にヘルダーリンに対する熱狂的な友情を保ち続けていた。40 年後、1828 年にいま一度彼はチンメルのところのヘルダーリンを訪れた。この重要な訪問は、ヘルダーリンの異父兄弟であるカール ゴックの誘いで実現し、ヘルダーリンに母親の遺産に関して連絡するためであった。ヘルダーリンの母親は、1828 年の 2 月 17 日に死亡していた。この訪問についてのナスト自身の報告は残念ながら知られていない。しかしチンメルは分かり易く以下のようにそのことについて記述している：

《昔の大学時代の友人であるナストがヘルダーリンを訪問したが、ヘルダーリンは彼を認識しようとしなかった。ヘルダーリンはその時ピアノを弾いていた。ナストは愛と悲しみに襲われ、子供の様に泣いていた。彼はヘルダーリンの首に抱きつき、愛しいヘルダーリンよ､君は私がもはや分からないのか､と叫んでいた。ヘルダーリンは自分の調べに酔いしれ、ナストの問いにただ頭を縦に振った》[168]。

《ヘルダーリンは彼[ナスト]を認識しようしなかった》、ということは明白に文字通りに理解される。ヘルダーリンは､彼を知っていたにも関わらず、認めようとしなかったのである。ヘルダーリン自身は、親愛なる抱擁に対して、まさに身を守っていたのだろうか。二人の男性の関係は、疑いなく同性愛的な色調を帯びているが､その際のヘルダーリンの感情は、従姉〔ルイーズ〕に対するものと完全には分離されていない。

一人の女性とヘルダーリンの関係が幾らか知られたことがあり、それは比較的単純な性的な特徴を持っていたと思われる。それがヴィルヘルミーネ キルムスとの関係である。ベルトーは、それに対してはヘルダーリン研究に非常に慎重な論考と対照的で、1795 年 7 月、ヴィルヘルミーネ キルムスは非嫡子のルイーズ アグネスを出産し、その父親がヘルダーリンであると想定した。ヘルダーリンが父親として問題に上がることは否定できない。というのもヴィルヘルミーネ キルムスが妊娠した時、シャルロッテ フォン カルプの話し相手であって、一方ヘルダーリンはその時、その家の家庭教師であった。ヘルダーリンは 1794 年 1 月の妹への手紙で、無邪気にその若い婦人の《関心をそそる容姿》について褒めている。

ヴィルヘルミーネ キルムスは、ルイーズ ナストと同様にヘルダーリンより 2 歳年上であった。1791 年に彼女は 2 倍以上年の離れた病気がちのカール フリードリッヒ ゴットリープ キルムスと不幸にも結婚した。既に 1792 年秋早く、結婚して一年も経たないうちに彼女は夫の下を去り、話し相手としてシャルロッテ フォン カルプのところにやって来て、ほんの数ヵ月後の 1793 年 2 月、未亡人となった。1794 年のヘルダーリンの手紙は、彼女の彼に対する積極的な行動を書いている。とう

のも彼女が《つい今しがたの最も新しいカントの文章を私に買ってきた》からである[169]。同時にヘルダーリンは、愛への危険が無い理由について、何故なら《第一に、私は家庭教師になって以来 10 年でより賢明となり、第二に、とりわけ彼女は婚約しており、私よりも賢明である》と数え挙げる。ここでの《賢明 Klüger》とはフランス語の《賢い sage》の意味であり、性的に消極的なことである。性的な出会いについての顧慮は少なくとも存在するが、しかし同時に否定されている。この関係の時期は 1794 年の春から秋の間であったのは確実だろう。まさにこの時期について、ヘルダーリンは 12 月 26 日に、《私は、いかなるここの婦人とも甘い言葉を話さなかった》[170]と母親に書いている。この記述の 2 週間しか経たない 1795 年 1 月 14 日の少し前に、ヘルダーリンはカルプ家を去っている。この理由を彼は 1795 年の母親への手紙の中で、主に彼の生徒との問題に基づいていると挙げる。子供の出産と生徒の問題が同じ時期に当たっているのだろうか。残念ながら、それら全てをより詳しく解明することは困難である。ヴィルヘルミーネ キルムスは、ついでに言うと、1799 年 1 月 8 日に早くも再婚する。かの子供は折しも一年後に天然痘で亡くなった。

ヘルダーリンとヴィルヘルミーネ キルムスに関係があったとしても、それは短期間で、精神的には重要ではなく、後まで残る影響はない。しかしそのことによりヘルダーリンが子供の父親である可能性は全く減少しない。というのも以下の申し立てが尚も強調されているからである：ヘルダーリンが恋人の子供について全く気にかけていないのは、場合によっては母親が支払っているのではなかろうか？（彼はこの時期に母親から大金を得ていた）。再びヘルダーリンの行動様式は、持続的な結びつきに対する嫌悪感を否定するよりもむしろ強調するのだろう。

ヘルダーリンのズゼッテ ゴンタルトとの関係は最も重要で最も複雑である。我々はここで完全に限局的な一断面を議論するに留め、他の見方の重要性を制限するつもりはない。

ヘルダーリンとズゼッテ ゴンタルトに性的な結びつきがあったか否かについて、しばしば憶測されている。結局ベルトーはこのことを明白に肯定する。それに対する彼の考察は極めて説得力がある。ベルトーは彼女の手紙をその際に主な拠り所としているが、それは単にドイツ文学における最も美しい愛の手紙に数えられるだけでなく、愛の手紙の豊な時間により更に際立つ感情の親密さが語られている。心理学者ならばここに、満ち足りた愛の言葉を至るところで認識するものと思う。それはおそらく、ヘルダーリンに対するズゼッテ ゴンタルトの気持ちとして、重要なポイントである。しかしそれによって、ヘルダーリンにとっての彼女の心理学的な意味は、決して捉えることは出来ない。

ヘルダーリンは、ズゼッテ ゴンタルトと知り合う前に、良く知られているようにディオティーマの似姿を創造していた。メリーテとして、ディオティーマはいわゆるタリア断片〈ヒペーリオン〉の中で描かれている。そこから私は一つの小さなテキスト部分をここで引用する：

《激しい闘いに疲れ、私はついに沈み込んだ。私の目は閉じられ、胸は静かに打ち、そして、嵐の後の安らぎの虹のような、彼女の完全なる天の本質が私の中に再び浮かび上がった。彼女の心の聖なる安らぎ、それを彼女は私にしばしば一瞬で言葉と仕草で伝え、それはまるで私が幼少時の孤独な楽園の中に再び彷徨った時のような、その敬虔な畏怖の念、高慢な冗談によっては汚せない何か、あるいは真剣さが私に感じられた。それはただ遠くでは美しさとか善良さと似ているとしても、つつましい好意、品位ある理想の精神で、そこからの彼女の静かな愛は、世界に何も求めず何も恐れず、余りにも類まれなものだった－彼女と過ごした愛しく心のこもった夕べの全て、彼女の声と演奏、彼女が立ち歩くところに起こるあらゆる動きの魅力。ただそれらが－彼女の善良さと偉大さを印づけていた；ああ！それら全てが、そしてそれ

以上のことが、私の中でこうして生き生きと感じられる》[171]。

天の本質か。天の賜物か。詩人がまず似姿〔ゲシュタルト〕をつくり、それに人生において出会うことは稀ではない。ロシアの象徴主義のアレクサンダーブロークの、《美しい婦人》という文学上の登場人物がその例である。ヘルダーリンがズゼッテ ゴンタルトと知り合った時、彼女は創作された似姿に同調したのである。ルートヴィッヒ ツェールレーダーは、ほんの 20 年前に明らかになったことだが、直筆で未完の草稿を書き、彼女〔訳者注、ズゼッテ〕に対して彼の感情を印刷していた〔訳者注、ツェールレーダーは 1793 － 1794 年にズゼッテに恋していた。The recalcitrant art: Diotima's letters to Hölderlin and related missive. P166 Douglas F. Kenney（Editor）, Sabine Menner-Bettscheid（Editor）, David Farrell Krell（Foreword）より。この時期、ヘルダーリンはワルテンベルクにいた〕。彼女はまさに初めから、文学的なその似姿と類似する何かを、そして彼女が 4 人の子供の母親であり－そしてまた－彼女はヘルダーリンよりも一歳年上であった、という事実によって達成される何かをも、彼女の本質において有していたに違いない。

実際に彼女と知り合った後にメリーテは直ぐにディオティーマに名前を改められた。注目すべきことに文学史ではこの架空の登場人物と現実の人物が融合したことは殆ど解説不要に取り入れられていて、ディオティーマとズゼッテはしばしば類義語として用いられた。融合の始まりをヘルダーリンとズゼッテ自身が既に見出していたのは当然である。すなわちヘルダーリンは、《あなたをおいて、誰にでしょうか？》という言葉を添えて、ズゼッテ ゴンタルトに〈ヒュペーリオン〉－版を捧げた。その言葉はタリア断章〔訳者注、シラーが主宰していた雑誌新タリアに、ヘルダーリンはヒュペーリオンの断片を掲載した〕からの引用であり、そこに犠牲者の一部として巻き毛の供物が添えられる。犠牲者はホメロスの大理石胸像に相当する [172]〔訳者注、白い美しさに〕。他方、ズゼッテ ゴンタルトはまた、ディオティーマの役割を喜んで引き受け、《高貴な恋人》の役割との完全な同一化を示す。別れて一週間後、ヘルダーリンへの最初の手紙で、彼女は以下のように書く…：

《燃えるような色彩で、あなたの最も小さな陰影にまで、心からの高貴な愛を細かく砕き、根源を明らかにしようとしても、私はただ孤独と静寂を見出してしまうことでしょう！　そうなのです。何時も妨害され乱されているとしても、高貴な心からの愛だけを逐一感じることが出来ます。私はそれを何時も求めますが、しかしそれは完全に私の心の中にあるのです！－》[173]

2 通目の手紙でズゼッテは同じ気持ちをいま一度主題にする…：

《…私は昨日、熱情について長く考えねばなりませんでした－－－高貴な愛の熱情は地上においてはその充足を完全に見出せません！－－－その探求は愚かなことと私には感じられます！－－－一緒に死にましょう！－－－それは熱狂と同じ程に静かに響きます。しかしそれが真実です－－－満足なことです。－しかし、私たちはこの世界に対して神聖な義務があります。私たちには心からお互いを信じることと、愛の全能的本質を信じる他には何もないので、私たちは永遠の不確実に苦しみ、そして益々結ばれるのでしょう－－－》[174]

しかし文学上の登場人物と実物との間には相当な差異が存在している。

ヘルダーリンがズゼッテ ゴンタルトの中に最初に見て求めるものは、高貴な肖像であり、高貴な愛の女神であり、長い歴史的伝統の中に存在している姿でもある。ヘルダーリンは繰り返して、古の象徴である《愛の楽園》を引用する。それは一方では楽園（狭義では、囲まれた聖なる領域）を、他方では閉ざされた庭の中でのバラのようなマリアを表す。それはまた高貴でこの世のものではない愛で、《下等な》性愛から遠く離れ、ティツィアーノの〈聖愛と俗愛〉の絵に表されているような愛の象徴であった。ヴィーナスはもちろん楽園の女神であり、それは女性に対する《高貴な》愛の象徴でもある。

ディオティーマはその側面で、ヘルダーリンによる伝統では、《天》の愛の象徴となっていた。その愛は、この世の困難から遠ざけられて、男性と女性の関係の最も理想的な側面を表す。ヘルダーリンが、どの程度古の伝統を拾い上げ、どの程度それを修正しているかを実証するのは文学的な問題である。ここで主に興味が持たれるのは、文学上の登場人物のヘルダーリンにとっての人間的な意味である。

ディオティーマではなくズゼッテ ゴンタルトがヘルダーリンには重要な役割を担っており、それが彼女の手紙の中で繰り返し描写されている。彼女は、どの様にして彼と彼女は出会ったのか、彼女が彼を強く支え、とりわけ彼固有の詩的才能への確信やさらにはブルジョア的な存在へと基礎づける確実なるものを、彼の中にどのように築かせたか、などについて語る。彼女はまた、我々があとで見るように、ヘルダーリンが自分の母親に何時も望んでいた機能を、最初から持っていた。8 度目の手紙でズゼッテ ゴンタルトはヘルダーリンに、将来は成熟した男性より助言を得るようにと忠告しているが、それは彼女自身がもはや彼にこの支えを与えられないからである…、

《貴方が、運命的な圧倒や後退に今一度挑む時、貴方の力では耐えられないでしょう。そして貴方は、そうして黙って生き、現世や後世に完全に見失われるのです。》[175]。

予言的な言葉である！ヘルダーリンが運命に圧倒される時、彼は《現世と後世に…見失われる》とは。後世については、有難いことに当たっていないが、しかしこの予言の始めの部分は当たっていた。ヘルダーリンが《運命によって圧倒される》とは、まずズゼッテ ゴンタルトが死去する時であり、彼にとっての重要な機能、つまり彼の人格と能力への彼女固有の信頼によって、初めて生活と仕事に必要な自信を与えるという人生への支えの機能が、最早充足されなくなる時のことである。彼女は、全ての愛する女性と同様に、彼女がヘルダーリンの人生において演じる役割を完全に見抜いていた。彼女は彼に、彼女にほとんど依存しないような人生で、他の拠り所を成立させようとしていた。彼女は、引用される手紙の中で直後に、引き続いて以下のように続ける…：

《否、そうあってはなりません。あなた自身、その役に居座ってはなりません。貴方の高貴な特質、全ての美しき鏡を打ち壊してはなりません。より高い形で光り輝いているように見えることを世界に与え、貴方の創り出したことを特別であると考えることに、貴方は罪を感じているように見えます。貴方の様な人はほとんどいないのですよ！》[176]

その手紙の中で、彼女はヘルダーリンを、真性の統合失調症詩人であったトルクァート タッソと比較する。

《…今日また、タッソを読んでいて、貴方の明白な筆致を見出しました。彼を今一度読んでください》[177]。

ズゼッテ ゴンタルトはヘルダーリンを疑いなく完璧に理解していた。《高い》愛の役割をズゼッテがヘルダーリンに対して、そして彼女の死後にも保持し得ていることは注目に値する。その死はこの似姿にまた特別な美化を与え、彼女を俗世から完全に引き離したのであろう。文学は古代以来、そのような形を、例えばシモネッタの様に（原文 p36 参照）知っている。死によって、その最盛期に奪い取られた愛する人への痛みは、叙情詩の伝統的な主題の一つである。その死の体験は－全く同様に、ヘルダーリンであっても無くても－彼の詩的な訴求力を奮い立たせたに違いなかった。

そのことは、ヘルダーリンにおけるズゼッテ ゴンタルトの現実の機能、つまり精神的均衡、自己評価、そして現実世界における彼の貫徹能力に対する彼女の支援の力に収まるものではない。これらの役割は完全に母親的な特徴である。とうのも母親の最も重要な心理学的な課題の一つは、常に、子供に人生に対する自信と安全性を伝えることだからである。そのような視点から見ると、ヘルダーリンがディオティーマをまだ経験のない手つかずの女性ではなく、彼自身よりも年上で既に子供を

持った夫人の中に再び見出したことは、意味のないことではない。

精神病理学的経験が今教えるのは、－それ故にこの視点を強調することは重要に思えるが－、支えが必要な人間にとって、死、決定的な分離、あるいは同種のことにより、《支援者》が失われる時には何時でも抑うつ症が続くということである。むしろ私は、反対に言い換えたい、つまり見た目の健康から逸脱し、特に初めて抑うつ症が出現していと思える時には、ほとんど常に、そのような支援者の喪失が見出されると。そのような喪失を自身の力によって克服する人間を、精神科医が見ることはない。既に今世紀〔20 世紀〕の初頭から、抑うつ症の力動について何も知らなかったエミール クレペリンが、抑うつ症の始まりの前に、多くの症例で近親の関係者の死を確認し得ている。

私がここで意図的に、精神病理学的な解釈にとって重要な、ヘルダーリン・ズゼッテの関係の一つないし二つの側面だけを採り上げたということを今一度強調することは、意味のないことではない。私は別の側面〔性愛的な〕を認識しているが、方法論的な理由からそれをそのままにしている。

この認識により、ヘルダーリンと女性との関係に関する報告は既に限界である。他にヘルダーリンにとって重要なものは、彼が 1795 年 4 月 28 日にイェーナから、彼の人生で最も高く最も創作的な時代に、弟に以下と書いていることである：《奇妙なことですが、－私は、夢の中以上に愛することは本当にありません。そんなことは今まで私には無かったでしょう？　そして私は視力を得て以来、最早愛していないのです》。この表現をヘルダーリンは、ヴィルヘルミーネ キルムスとのあり得る結びつきが、彼の背後に横たわっている時にしている。

非常に強く深い《高貴な愛》の感情、それはヘルダーリンでは疑いなく存在する。しかし性愛は、昇華されるのではなく消費されるものなのか？仮説だが、もしズゼッテ ゴンタルトとの接触の日々（1796 年から 1798 年）を、主たる性的接触の時代として設定するとしても、それは人生全体では非常に短い。

ヘルダーリンが恐らく異性愛的な性を享受し尽くさなかったことは、さらにあり得そうで、本当らしい。より確実なことは、異性愛は彼の人生において決して重要な役割を担っておらず、彼の 73 年の内の 71 年は異性愛なしに経過したことである。

同性愛

ヘルダーリンの人格は、はっきりと同性好みの傾向を明示しており、それを既にベルトーは極めて慎重に浮き上がらせており、同性愛的誘惑にまで至っているとする。しかし明らかな同性愛的な関係は報告されておらず、なんらかのことが推測されることも一度もない。全ては多分に彼の精神内で生じていた。ヘルダーリンと男性や同列の少年たちとの関係を検討すると、－私には奇異あるとは思えないが－、ヘルダーリンにとって、同性好み的関係とその防衛が、女性との関係よりも早期から重要である、ということが認識されるに違いない。私はここで、マールブロン修道院やチュービンゲンの神学寮のことをさらに強調するつもりはない。若い青年男性にとって、そのような教育の場は、いつもまた同性好み的関係の場であり、しばしば教員にとっても誘惑状況を示しており、それに教師たちが屈服しうることもある。しかしながら正常では、若い男性にとっては同性好み的な、あるいは同性愛的な通過相であって、それは成熟した異性愛的な性愛への発展を続いて妨げることはない。

ただ目立つことは、ヘルダーリンを《美しい男性》と記述している全ての報告が男性から出ていることである。例として、若き商人であったエルンスト シュヴェンドラー（1774-1853）を挙げる。彼はヘルダーリンを比較的ほんのちょっとだけ知っているだけである。ヘルダーリンと彼が偶然フランクフルトの演奏会で出会ったという言葉に続いて、1979 年にマイニンゲンの宮廷顧問官夫人ハイムに宛てた手紙の中で、《素敵な男性である》[178] と書い

ている。この時彼は、キルムスとの噂を知っており、この言葉を引き合いに出す。ヘルダーリンが女性に、美しい男性との印象を与えなかったとは到底考えられない。彼女たちは、男性よりもむしろしばしば女性によって直観的に捉えられる同性的好みのその印象を、表現することを避けていたに違いなかった。

マウルブロン修道院とチュービンゲンの神学校で、すでにヘルダーリンの服装と振る舞いにおいて特別な美しさが人目を引いていた。シュワープは以下のように記述する…：

《ヘルダーリンとの友情では、彼の身体的な美しさからも、何か理想的ものが得られていた；彼の学友たちは、ヘルダーリンが机の前に立ち、立ち去った時、まるでアポロンが広場を歩くようだ、と話す》[179]。

フィリップ ジョセフ フォン レーヒュスの記憶も、ここで引用されよう。

《不思議なことに私は、不幸なヘルダーリン以外の誰も、この演奏会の記憶に留めてなかった。彼は第一バイオリンを弾いており、私は第一ソプラノとして彼の隣りに位置していた。彼の端正な顔立ち、温和な表情、美しい体型、入念できれいな服装、そして彼の存在全体が高貴であるとの紛れもない表現、が今でも私の記憶に残っていた。彼は私より、10 歳ほど年上であった。私は彼に接近することなく、後に彼と再び会うことはなかった。私の記憶の中ではヘルダーリンはバイオリンを手に持って佇み、私が調子を合わせなければならない時に、私に向って頷く表情をした》[180]。

ここでまた、ヘルダーリンの若い頃の友情関係、たとえばイマヌュエル ナストの例が再び思い出される。ヘルダーリンは手紙の中で彼を《兄弟》と呼び、その従姉と婚約した。ナストとの関係は、完全に同性好み的な視点の下にあっただろう。心理学的な経験によれば、ある男性と同時にその親類とのそのような関係は、－関係者には通常知られることはない－、同性好み的な要素を含む。少女は男性達の間に関係を持つ。おそらく非常に多くの若い男性が友達の姉妹に夢中になる。しかしその関係は正常では変化が生じ、少女が前景に出てきて、兄弟は周辺に押し出される。あるいは逆に、短時間の少女への愛の後、再び兄弟への友情に捧げられる。ヘルダーリンは二人のナストと兄弟姉妹のような最も親密な関係であり、友人はそのことを知らなかった。ヘルダーリンとナストとの関係が、従姉との関係と同時に終わるのは、本来的な論理に合致する。

ナストの立場にクリスチャン ルードヴィヒ ノイファーがなった時、彼は愛情をこめて《兄弟》と呼んでいた。ルドルフ フリードリッヒ ハインリッヒ マーゲナウ、ヘーゲル、《心の友》であるシンクレア、マールブロンのビルフィンガーもそう呼ばれるべきである。ヘルダーリンの男性との人間的な関係は、全て若い時のもので、後には全く生じてない。

しかしながら、ヘルダーリンの同性好み的傾向には幾つかの明らかな警戒が存在する。ヘルダーリンの塔を訪問した若い時代のクリストフ シュワープの正確な報告をここで再び採り上げる。私は、既に引用されているが一部ぼかされている一コマを引用する。

《私は、現在の公使館参事官、あるいはそうしたものであるビルフィンガーについて彼に尋ねた。彼はビルフィンガーと大学時代に深く付き合っていたが、後にはしかし、仲たがいをしたに違いない。彼はおそらくアラバンダ〔訳者注、ヒュペーリオンの登場人物〕のオリジナルだったが、彼は鋭い調子で以下と答えた：彼は弁護士ですよ。私は彼にビルフィンガーの博士課程の取得について尚も幾つか尋ねたが、彼は殆ど覚えていなかった；私〔シュワープ〕の記憶ではかなり前のことなので、殆ど覚えてないのでしょうと言うと、彼は同調した。シラーについて彼に問うも、彼についても最早何も知っていないようだった。ヒュペーリオンの第 2 版が飾り棚の上に置かれていて、私を最も引きつける箇所を彼に示した。私の賞嘆がおそらく彼には嬉しかったので、彼は同意を示した。私はその箇所の朗読を頼んだが、彼はただ意味不明な言葉

で話した。パラクシュという言葉は彼には重要であるようである。最も美しい箇所の一つを私は相当長く探し求め、ページをぱらぱらとめくっていた時、彼は今一度頭を私に接近させ、意気消沈した彼の目に微かな光が輝いた。それが私に、神学校時代の理想的な熱愛の友情と、それらと共にあるヒュペーリオンの詩人を思い起こさせた。ヒュペーリオンは、それ自体で、ある種極めて天上の様式で光輝いていた。直ぐに再び右往左往に彼はうろついた;私が更に〔本を〕探していると、彼は《彼らもまた、他の人と同じ人間ですよ》と言ったが、その言葉は色褪せたページに向かっていた。彼の蔵書を隈なく探し、そしてカンペの心理学、クロプストックとザッカリア、ハーゲドルンの詩を見つけた。彼に自分の状態について尋ねたが、自分の健康を断言し、そのような素晴らしい環境では病気にならないでしょうという私に言葉に、〈理解できます、理解できます〉と彼は答えた。私が去る時、深いお辞儀とともにドアまで私は導かれ、そこで彼は、将軍、殿下等々として、グーテン・タークと私に挨拶した。指物師の娘は私に、H. は今日は特別に気分が良かったですよと言ったが、その虚しさは、なおも今の痛ましい狂気の様に、しっかりと私にまとわりつく。それでも崩壊した精神と私の愛と親近感が、私に対しての友情の歓待を実現させたものと信じさせる。

1 月 21 日

1 月 21 日、私はヘルダーリンの所にいた。彼はその夜と午前中に激しく暴れていた。しかし、いくらか気分が晴れやかとなる天気となり、彼を尋ねた午後 2 時には比較的落ち着いていた。彼は時折真っ直ぐに親しみをもって私を見たが、しかしまだしばしば不機嫌であった。彼に微笑みかけながら、貴方は非常に不機嫌で頑固で、声に出してしばしば考えていたと私が言うと、異論無くそれを彼は受入れた。彼の足元で美しく激しい音を立てている小川と美しい夕べについて私が話すと、そのことについて彼はかすかに、〈君もまた分かっているね〉と独り言をつぶやいた。彼は Du〔君〕に何かを語るのではなく、ただ自分自身に、考えていることを話す。私が彼のヒュペーリンオンを読んだ時、彼は〈そんなに覗かないで。残酷なことだ〉と独りでつぶやいた。私と一緒にソファーに座るように申し出たところ、彼は〈生身ではいけない。危険だ〉と言い、絶対に座ろうとはしない。私が彼の詩をめくった時、彼はそれに我慢できず、それを生身でしないようにと懇願した。彼にヴィーラントのオベロン〔叙事詩〕を貸して欲しいと問うも、彼はそうしようとはしなかった。上り下りしながら彼は私を見つつ、ひと言二言、〈彼はスラヴォヤキッシュな〔ウドムルト民族の特徴を持つ〕顔つきだ〉とつぶやき、再び〈男爵は美しい〉と言った〔さり気なく言われたことだが、残っている想像力の豊かさを示している〕。私を最後に徹底的に追い出そうとした時、彼は下品な道化師のようにわざと声を変え、〈私が我らの神である〉と言った。それで私はとうとう、彼がドアを開けた時、会釈をして別れた。かつての彼は徹底的で一心不乱の激しさで私を驚かせたが、ずっと単にヤア！と答えていた。チンメルの娘は、ヘルダーリンが好意的であったのは間違いないと断言した。というのは、私を優しく迎えていたからである》[181]

私は以前、クリストフ シュワープの報告の正確さを強調する機会があった。彼の報告は、我々の目的にとってはヴィルヘルム ヴァイブリンガーのものよりも価値が高い。というのも彼はヘルダーリンの個々の表現を言語的に再現しているのみならず、その文章が話された言語状況についての正確な記述を付け加えているからである。私は、この記録が書かれた時 20 歳だったシュワープの日記を、精神科医の目で読んだが、精神科医では度々心に浮かぶ主題を通して重要な何かに気づかされるのが通常である。これは、まず《平等に漂う注意》により聞き読みし、ついで再認識へと向かうというジクムント フロイトにより取り入れられた習慣の一つである。《反復強迫》と名付けられていることは、それによって発話者にその意味を自らに強

いるものである。こうして治療者は、何時も、その解釈に全力を注がなければならない。個別な、そして最初に現れていることは、その際には《調和のなく》出現するもしれない。そういうことで確実に、ヘルダーリンが《鋭い調子》でビルフィンガーについての質問に対して《彼は弁護士である》、と答えたことが注意を引く。ビルフィンガーは、マウルブロン時代の《こころの友》である。ビルフィンガーは、詩《静けさ》の次の行で表されている：

あるいは　平和な野原の中を
私の最愛の友の横で歩く時、
すべてをその高貴な若者に倣いたいという
思いが、ただ魂の前に迫る－ [182)]

ビルフィンガーは、チュービンゲンの神学校を辞した後、法学を勉強するが、弁護士にはならず、外交官として成功した。彼は、この会話の時には生きていた。単に《鋭い調子》であるばかりではなく、また《弁護士である》ということはこの場合には軽蔑が意図されていて、ヘルダーリンが単に覚えていないのではなく、思い起こされたくない何か不愉快なことに触れられていることを同時に示している。

ビルフィンガーが、〈ヒュペーリオン〉の中の同様な男性愛の登場人物であるアラバンダの、オリジナルかということは疑わしい、しかしシュワープの考えでは、ヘルダーリンがいかに深く感情移入していたかを示す。他の博士課程の同僚たちは、ヘルダーリンの記憶から実際完全に消え去っていた。彼らに重要性はない。ただノイファーだけが、ヘルダーリンの《心》の中でビルフィンガーの後任に就いていた。

その上シュワープは、ヘルダーリンは《一際上の》賛美の言葉を述べていると言及し、ヘルダーリンの眼の中に《温和なかすかな光》を見出し、それがシュワープに《夢中になった神学校時代の友情》を想起させる。シュワープは間違っていなかった。ヘルダーリンの《彼らもまた、他の人と同じ人間です》という言葉は、取り決められた同性愛のテーマ領域に結びついており、ひとつの許容だったのだろう。シュワープの次の訪問では人々に良く知られる状況になる。そこではシュワープの方のソファーに座ろうという同性愛的な誘いと理解されるような勧誘を、《生身ではよくない、それは危険です》という言葉で、彼は従おうとしない。このテーマはしばしば繰り返され、ヘルダーリンがほとんどはっきりした文脈でシュワープに、《男爵は美しい》と言うまでになる。

言語新作

私がこの部分に更に解釈を付け加える必要はない。というのは、テキストの中で出てくるヘルダーリンの言語新作の出発点となる言葉、すなわち〈pallaksch パラクシュ〉という言葉の解釈は、ベルトーがテキストで取り組んだものと同じ結果へ至るからである。

《私は、ヘルダーリンが ja ハイを意味していたと思われる、クリストフ シュワープからのパラクシュという語から出発した。その他の資料では、それはある時は ja ハイ、ある時は nein イイエを意味しているようで、殆ど何も物事に変化を与えない。

そして最も自然なことに、この言葉は、－シュヴァーベン的に発音されていて－、おそらくギリシア語の語彙の一つに相当していた。Pallax パラクスというのは在るのか？。そう、存在する。辞書にもあり、若い男を意味する。

肯定的にヘルダーリンは、例えば é pallax エ パラクスを、〈そうです。若い人よ！〉という意味で言っていたようだった。パラクスという言葉に先行して、ハイあるいはイイエも含まれていただろうが、しかし聞き手は聞きなれないパラクシュという言葉だけが耳に入ったのだろう。ある時にハイ、ある時にはイイエと単にヘルダーリンによって用いられた場合以上に、極めて奇妙なことになった。

このことが私に、ほとんど用いられないパラクスという付加的な言葉の研究へと向かわせた。そ

れは本来的に、より一般的に用いられる女性名詞 *pallakè* パラケあるいは *pallakis* パラキスの男性形である。情婦、ベッドの愛人を意味し、テキストにも出ていて、ヘルダーリンと彼の時代の神学校のほとんど全ての者がそれを熟知していた。

イリアスの第 9 章、449 行に、フォイニクスの父親であるアミュントルの *pallakis* と出ている。それによるとフォイニクスが自分のために取り置く非常に若い侍女のことを言っている。オデュッセイアの第 14 章 203 行に、ここでは Kebweib〔そばめ〕というより *Pallakis* という言葉が出ている。アウテンリートのドイツ語・ギリシャ語辞典（ライプツィヒ 1886 年）では、*pallakè* あるいは *pallakis* には、同衾女性、妾、そばめ、売春婦、そしてラテン語の *pellex* ペレクスとある。ラテン語の *pellex* は、スエトニウス〔訳者注、ローマ五賢帝時代の歴史家、政治家〕とマルティアリス〔訳者注、ほぼ同時代のラテン語詩人〕に現れており、彼らによると、男性の寵児あるいは愛人、つまりミニョンを意味する。

ヴェルギリウスによれば、エウアンデル王の息子パッラス〔ローマ神話〕はアエネアスの若い仲間〔伴侶〕であり、パッラスは彼の傍で戦い死ぬ。ヴェルギリウスはパッラスの名を 40 回挙げる。アエネアスの第 12 章最終章は、愛した若者パッラス *pallantis pueri* の復讐に捧げられる。

それで私に、pallax パラックスという言葉は神学校の学生隠語で、シュヴァーベン語で話された魅力的な若い男性、若人を意味しているのではないか、との考えが浮かんだ。

〈i pllaksch〉はその場合：はい、若者、である－ある種の性的な要素を伴う。

そこまで私が至り、再びシュワープのテキストを、今度は他の目で、内容に踏み込んで読んだ。以前シュワープはヒュペーリオンに賞賛の念を表していて、マントルピースの上に置いてある一冊を見る。彼はそれを手にとり、最も気に入っていた場所の一つを探す。彼はパラパラと捲るが直ぐにその場所が見つからない。

しかしその際に以下の様に続く：〈最も美しい場所の一つを私はかなり長い間探した；私がパラパラと捲った時、彼は一度頭を私の方に完全に近くに傾け、そして彼の意気消沈した目の上に〉、－前にシュワープはヘルダーリンの鈍い目の光について、その視線が余りに白いのでギョッとさせたと語っていたが－、〈目の上に微かな光が輝き、それが私に神学校時代の理想的で愛し合った友情と、彼らともに、それ自体は天空の上の様に輝いたヒュペーリオンの詩人を思い起させた。直ぐにそれは再び消え去り、右往左往する…〉。

〈神学校時代の愛し合った友情〉、それをヘルダーリンはヒュペーリオンで〈輝かせ〉たのか？　おそらくシュワープは、最も引き付けられた場所として、ヒュペーリオンの第 4 の手紙の冒頭部を考えていた：

〈貴方は、プラトンとステラがどのように愛し合っていたか知っていますか？　そのように私は愛し、愛されました。ああ、私は幸福な少年でした〉。

ここでは若者ヒュペーリオンと年配のアダマスとの関係が問題となっている。第 7 の手紙では、ヒュペーリオンと彼の同年代のアラバンダとの友情が話題となっており、彼らの間に一つの不和が生じている時のことである…

〈私は彼と筆舌を尽くせないほど幸せでした。しばしば彼の抱擁の中に溺れましたが、胸の中の克服し難い困難さを伴いそこから目覚め、鋼のように！炎の中で度々鍛錬され精錬されました / そうです、私は晴れた夜のふたご座〔訳者注、分かちがたい友〕を彼の中に認識しました。アラバンダは私の胸の上に置き、そして言いました：あれは単なる星だよ、ヒュペーリオン、文字でだけ天の英雄の名前が刻まれるのです；我々の中にそれらがある！君の勇気と神々しい愛と共に、生き生きとし真実がある。そして君は、君は神の息子であり、君の死すべきカストル〔訳者注、ゼウスの双子の息子の内の一人で人間。ふたご座の一つの星の名でもある〕により、君の不滅性を担うのです！〉。

〈彼の抱擁の中にしばしば溺れた〉？…数ページ前に以下とある：

〈我々は身を委ねる、また再びアラバンダは始めた。[…]我々は一緒に花婿の日々を送った。私は、それはまるでアルカディア〔ギリシャ南部〕であるかのようだ、と高らかに叫んだ〉。

ここで私は、答える気にはなれず、また必ずしも答える必要がない問いを提起することが出来る。

若い時代のクリストフ テオドール シュワープの手記の中では、－同性愛的な明かりの下で見ると－幾つかのことが際立つ。

ヘルダーリンの眼は、若い訪問者には、まず〈疲れた光〉を放っているように見え、眼の白さはロウのようで彼をゾッとさせた。その時ヘルダーリンは頭を若者の方へと近づけるように傾け、〈そして打ちひしがれた眼には穏やかなほのかな光がきらめいた。それによって私に、神学校時代の理想的な熱い友情と、それとともに天空のようにそれ自体輝いているヒュペーリオンの詩人を、思い出させたのである〉。

同時にヘルダーリンは以下のように言った：〈彼らもまた、他の人と同じ人間です〉。このことは、シュワープが主張するように、本当にヘルダーリンの色褪せた頁上のことなのか？

次の訪問で、クリストフの息子は、この詩人に一緒にソファーに座ろうと申しでた。ヘルダーリンは：〈生身ではよくない。それは危険だ〉と言い、座ろうとせずウロウロする。別れ際に彼は若い訪問者に言う、〈男爵は美しい〉》[183]。

〈パラクシュ〉についての見事な解釈には、誰も何も付け加えることは出来ない。〈パラクシュ〉はまた、今日の民族言語では、〈男娼〉と同じ意味を持っている。語源的には、ギリシア口語においてもそのような意味を、今日でも有している。〈パラクシュ〉について、当然、ヘルダーリンにとっても特別なニュアンスがあり、おそらく更に、与えられたテキストからは解読されえない詳細が存在する。

解釈のこのような立場によって、二つ目の言語新作についても似たように意味されたことが期待されるだろう。その言葉はスラヴォヤキッシュ Slaovyakisch である。この言葉は〈スラブの、スラヴィッシュ slawisch〉と〈ヴォヤキッシュ voyakisch〉の混合であるように見える。〈スラヴィッシュ〉は簡単に理解できるようである。しかし〈ヴォヤキッシュ〉とは？　これはひょっとすると〈旅 voyage〉と関係しているのかも知れない。しかし〈旅 voyage〉から副詞を造るとすると、〈ヴォヤギッシュ voyagisch〉は語源的に普通では見られない形だろう。他に似たように響く言葉はないのか？　一つあり、それが〈ウドムルトの、ヴォートヤキッシュ wotjakisch〉である。これは、ロシアのウラル山脈の背後に生活している、フィン - ウグル民族の〈ウドムルト人 Wotjaken〉から出ている。このことから〈スラブの slawisch〉と〈ウドムルトの wotjakisch〉の結びつきを良く説明し得るようであるが、かなり的外れであるように響く。しかしヴォートヤーケン Wotjaken あるいはウドムルト種族は、決して意味がないものではない。それらについて多くこのことが記述されている[184]。ヘルシンキのフィンランド国立ミュージアムでは、それらに今日、大区画を割いている。何が彼らに特別なのか？

ウドムルトで特別なことは、それは若い人々の性的慣習の自由さである。《少女少年はお互いにこだわりなく交際し、いわゆる純潔は愛にいかなる制限ももたらさない。少女にとって、もし若者から全く誘われないとするならば、不名誉なことである》[185]。　若い人たちが結婚生活のような行動をして、そこでお互いに性的に交流するという行為が報告されている。それにより子供が生まれることは､少女にとっては非常に名誉なことである｡《貴女は裕福な男性を授かり、貴女の父は貴女に対する高い不正規収入 *Kalym*［花嫁を貰うためのお金］を貰う。一人の非常に可愛らしいウドムルトの娘が、ひと時、ロシア人将校と過ごし、彼の子供を儲けた。その上彼女は多くの人から求愛され、最も裕福な人と結婚し、村で最も有名な婦人となった。そのような例を私は数多く話すことが出来ます》[186]。

また、兄弟姉妹と同様に親子間での性的交渉も、

異常なことではない。マックス ブーフは、一人のロシア婦人が彼に語ったことを、繰り返し述べる：《私はほんの短いひと時、ウドムルトの村に住みましたがそこでの習慣は知りませんでした。ある時、奉公人の女主人と私は一緒に、なんと私たちにとっては夫婦にしか許されていない享楽をこの娘が一人の若者と享受していて、その娘に不意に出くわした。母親がそのことに何も注意しなかったので、私は不思議に思い、どうして彼女がそのように落ち着いていられるのか質問した。なぜいけないのか？　それは私の娘が好かれている証拠ですよ、と母親は答えた。娘には、有り難いことに、若者がよく訪問している。私の下の息子も可愛いので、少女たちと楽しんでいます。しかし上の息子は可哀想なことに、あばただらけで、どの少女も息子と関わろうとしません。それで私は息子に自分自身や何かを時々与えます》[187]。マックス ブーフは幾度も同じ様な例を挙げる。

次の問題は、そもそもヘルダーリンはこのことを知っていたか？である。答えは、少なくとも可能性がある、である。彼の神学生時代、旅行記や描写が数多く出版され、ヨーロッパで沢山読まれた。私はここではドイツ語本のいくつかだけ言及する。1776 年に、ゲオルギ〔訳者注、1729-1802、パラスのシベリア探検にも同行した〕による〈ロシア帝国民族の記録〉が出版され、そこではウドムルトについての報告も含まれる。1776 年に、パラスによる〈1772-1773 年におけるロシア帝国諸地方の旅〉が出版され、その第 3 巻には同じくウドムルトの記述が含まれる。おそらくその作者の名前は《パラクシュ Pallaksch》と関係がある。またリトシュコフは 1774 年に、〈1769、1770、1771 年のロシア帝国諸地方の旅日記〉[188]という表題の本を著し、ハーゼによって翻訳され、そこでもウドムルトについての報告がある。ウラルはまた、ヘルダーリンの仕事にも出てくる。ヘルダーリンが著作の傍らで、多彩な民族学的な研究を行っていたことも知られている。

さらに知られていることは、ヘルダーリンは、例として、様々な民族学的な著作をヒュペーリオンの準備の中で調べていたことである。それにはドイツ語題が〈ディレッタンティ協会の費用により、そしてリチャード チャンドラーによる記述の小アジア旅行、Leipzig, Weidmanns Erben und Reich, 1776〉であるリチャード チャンドラーの英語の著作も数えられる。ヘルダーリンは原典ではなく、ドイツ語翻訳を読んでいて、ショワズール・グフィエ伯の著作〈ショワズール・グフィエ伯によるギリシア旅行〉も同様である。それはフランス語からの翻訳で、銅板図と地図がある。第 1 巻〈Gotha, Kar Wilhem Ettinger 1780〉[189]。

もちろんヘルダーリンがウドムルトについての知識を持っていたとは証明できない。この解釈には重要な部品が欠けている。私に重要と思われるのは、その解釈が背景的文脈を端緒としていようといまいと、言語新作を端緒としていようといまいと、あるいはこの全ての表現に含まれる場面、脈絡が考察されるとしてもされなくても、性的なものが、一見した考察では秘密とされた主題として、常に打ち明けられるということである。

《統合失調症者の文章》、つまり統合失調症者が病的体験を報告するか、或いは報告の中でそれが明白となるような統合失調症者が書くか話した文章の解釈において、私は性的な主題に常に達していた。その際には、我々の時代の通常ならざる性的自由性にも拘らずショックを与えるようなものであることが通例である。統合失調症性（文化あるいは精神科医の一般的な合意によって統合失調症性であると見做される）現象が出現する時、その時にはその背景に強い性的願望が存在し、人生航路の中で形成されたような、当人の精神的－審美的人格とは絶対に相容れない、というのが通例である。決して同性愛的願望は存在してはならないのだろうし、近親相姦願望やサド・マゾ的願望やその他の場合もそうである。

そうした例は様々な方面で好ましくないに違いない。医学者あるいは生物学的精神科医は、そこに統合失調症の生物学的発生理論からの逸脱をみるかもしれない。統合失調症者をほとんど文化的

なものと理解する反精神医学者は、統合失調症者が満たされない性的願望の低地に引き落とされることに抵抗するだろう。社会学的な方面では、彼らは不快な社会的行為、あるいは抑圧された家族、特に口やかましい(《統合失調症を生む》)母親の犠牲者として統合失調症者をみているのだが、その様な解釈を政治的な裏切り者とみるか、反動的なものとして撃退するだろう。

そしてヘルダーリンの研究者たちはどうだろう？　ヘルダーリンは我々の文化において、ヘルダーリン研究を通して支持され大切にされ、その純粋さと精神性において特別に高く、その存在において崇拝される無比な場所を手に入れている。ベルトーは、自身で認識しているように、人生の様々な場面における衝撃から彼の本を構成し、ヘルダーリンを精神疾患から解放することに関わろうとした。疑いなく、非常に多くの文化的に洗練された人々が彼と同様に考える。そのような人間を単に精神病者と見ようとするだけでなく、このような精神病をまた性的なものとの関係性で問う時、それが何を意味するかをヘルダーリン崇拝者やヘルダーリン研究者との多くの対話の中で、私は十分に体験しなければならなかった。それにより友情の崩壊に至ることもある。その際に本質的に訂正されなければならないのは、ヘルダーリンの病状ではなく、精神病者、統合失調症者のイメージである。

私はここで、ヘルダーリンの同性愛的傾向についての全ての証拠を挙げるつもりはない。それらは並外れて多くあり、精神化された形で、この詩人の全ての仕事を貫く。ベルトーはこのことについて十分に正しく記載する：《若い男性間の英雄的な友情がヘルダーリンにとっては、いつも再三呼び起こされる。ディオスクロイ、ハルモディオスとアリストギトン、アキレスとパトロクロス…》。これらの男性間での同性愛的愛は、女性に対するのと同様に、《高貴》な、つまり性的ではない愛の水準に設定される。〈ヒュペーリオン〉では、両者が同時に、そして明白に、主題化されている。ディオティーマによる女性への愛と、アラバンダとの男性への愛である。アダマスとの男性への愛は、《知っていますか？　プラトンと、かのステラがどの様にお互い愛し合ったか？　私はその様に愛し、その様に愛されました》。

〈ヒュペーリオン〉では、《高貴な愛》の二つの面〔男性への愛と、女性への愛〕の相互統合の試みがなされるものの、アラバンダはここでヒュペーリンと別れ、船で旅立つ。それは結局、ディオティーマが原因である。彼女はいつの間にかヒュペーリオンから去ったが、彼女の死によってであり、そのことをヒュペーリオンはアラバンダの旅立ちの直後に聞き知った。二つの《高貴な愛》は一つとなることもなく、バラバラとなることもない。一方の喪失はもう一方の喪失という結果となる。

今一度この主題に注目すると、ヘルダーリンの仕事では非常にしばしばそれが主題化されていることが見出される。一例として、私はここで、既に引用された詩〈静けさ〉を以下に綴るが、その第 3 詩節では、二つの主題が、並列して宥和なく、単に一つとして〈あるいは〉分離して、指し示されている。

神よ！静かな生垣の影から
少女が私の腕に飛び込む時、
ハシバミは彼女の愛を隠し、
入念にその緑の枝は我々のためにたわむ－

谷間全体が祝福で満たされると
その時全ては沈黙し、静かになる
そして夕暮れの中で輝く私の歓喜の涙を、
黙って私の少女は頬からぬぐう－

あるいは平和な野原の中を
心の友と連れだって歩く時、
全てをその高貴な若者に倣おうという
その思いだけが心に留まる－ [190)]

幼いフリッツ フォン カルプの家庭教師としてのヘルダーリンの挫折は、それによって付加的な側面を作り出す。ヘルダーリンは、少年に対して、彼自身の自慰－良心の咎めに直面していると単に感じていたのではない。若者に対する明らかな強い性的興奮のし易さが、彼に対する小児愛的な誘惑として働いているに違いなかった。その誘惑に対してヘルダーリンは、－当然無駄であったが－、少年の全ての性的興奮の抑制を試みることによって、克服しようとした。ヘルダーリンがそれにより数カ月間更に陥り、カルプの母親によって正しくも〈際限のない過敏さ〉として語られたその状態は、既に後日の主題を示していて、精神医学的文献において全く同じ内容の言い換えとして、《同性愛的パニック》として一般に知られる。この用語が理解させることは、予期せず同性愛的な誘惑に置かれた男性に当然起こりうる強い不安と不穏状態である。この理論は、その不穏の下では、同性愛に対する通常の防衛機制が働かない可能性があると付け加える。精神医学的文献では、それ以上に、その様な状況では場合によっては、－防衛！として－、異性愛の関係が開始され、過剰にまで駆り立てられうるかもしれない、と報告される。そのような推察は、同時期のヴィルヘルミン キルムスとヘルダーリンの関係に、新たな光を投げかけているだろう。誤解されないために今一度言うと、病的なのは同性愛ではなく、人格の他の部分からは強く禁じられ、場合によっては無意識的な、同性愛的願望に対する防衛である。

さらに広い意味で、ヘルダーリンの市民的－職業的な経歴が新たな手掛かりを投げかける。ただ単に牧師と結びついた結婚(これまでは性的な嫌悪と理解される)の強制への恐れのみが、彼の最初の(婚約の)決定を思い留まらせたのではない。家庭教師として、彼はもっぱら子供の教育に携わっていることも原因である。何時でも常に、非－性愛的に展開される少年愛が、優れた教育遂行に対する一番の基本条件であり、今日でもそうである。ヘルダーリンは、家庭教師としての活動を単に生活の糧として行っていたのではない。彼は優れた教師であった。シャルロッテ フォン カルプや他の人たちは、そのことについて彼をはっきりと誉めたたえていた。ヘルダーリンは昇華された形で、彼の精神的欲求を、教育によって満足させた。

ヘルダーリンの同性愛への傾向が認識され、その普遍的な意味が明瞭になると、イザーク シンクレアとの関係が今や明白な光の中に現れる。またシンクレアとの関係は若い時代に由来する。彼らは特別に親密である。《(互いに)支配されている》関係である、とヘルダーリンは表現する。《詩的》な愛の高貴な水準だけで応酬され、誰もが自分の道を行く他の青年－成人期のヘルダーリンの友情関係と異なり、こうした感情が最早引き起こされなかったとしても、その結びつきはシンクレアの側としては非常に密接である。《…もし運命であるとしても、そう、我々は誠実なペアとしてその道を行くでしょう》とシンクレアは母親に書くが、それは彼がヘルダーリンをホンブルクに迎えに行き、そこで精神病があからさまに勃発するほんの少し前のことである。このことはヘルダーリンに対するシンクレアの通常ならざる努力を理解させる。彼の献身はうつ状態のヘルダーリンにも向けられ、彼は、他の誰も最早ヘルダーリンに何もしようと思わなくなる時でも、彼を自宅に引き取り、職業と俸給を与える。私はここでヘルダーリンの手紙と著作を更に引用することを省く。とうのも僅かに伝えられた事実が説得力を持つに十分と思うからである。

我々はむしろホンブルクの例の時代に戻る。そこを既に我々は純粋に伝記的－形相的観察によりヘルダーリンの人生航路における決定的な挫折、統合失調症性の精神病の発症と捉える。ヘルダーリンはホンブルクで、予想外で、以前記載されていた在り方と完全に矛盾し、突然公衆の前に立ち、騒々しくシンクレアを罵り、《私はジャコバン党で(最早)あろうとは思わない》と叫び、それによりシンクレアの逮捕に至る一連の過程が始まった。

ここで私は、正確に検討された統合失調症性精

神病の多数例で証明し得た、構造精神病理学の経験を差し挿さまなければならない。そうした急性精神病は、一方では性的願望が存在し、他方では、願望と同じほど激しく防衛されているような、性的誘惑状況の中で発症する。既にジグムント フロイトは《シュレーバー症例》で抑圧された同性愛願望を確認していた。例としては反対の性の両親との性的結合に対する禁止された願望もある。ホンブルクのヘルダーリンとシンクレアに目を向けると、ある種の同性愛的誘惑状況でありえようし、そこではその種の傾向から生じるシンクレアの好意が許容範囲を超えた誘惑を掘り出した。構造精神病理学では更に、最も人目につく形相的な変化の中、つまり大抵は表面的には了解不能な発言の中において、内容的な主題は最も強く濃縮され、ずらされ、変化した外見を含んでおり、それは構造的解釈によって初めて再び理解されうることになろう。そのような解釈をベルトーは《パラクシュ》に行った。《私はジャコバン党で(最早)あろうとは思わない》はそこで、《私は同性愛者で(最早)あろうとは思わない》と翻訳されるかもしれない。私は前に、そのヘルダーリンの発言にはある種の政治的動機がただ希薄にだけ存在していただろう、と証明しようとした。彼は政治的視点では全く罪を犯したことはなかったし、シンクレアもまた同様で、言われているように、罪があったというよりむしろ軽率であった。その発言の主要な意味は、－隠された－性的なもので、政治的な表現はただ隠蔽化に用いられている。《防衛》のための表現もタブーだった。

この解釈のさらなる証明を私はここで確実に諦めねばならない。というのはこの時代のヘルダーリンにそれ以上の表現が伝えられていないからである。しかし今なされた解釈は、唯一の彼の友に対しての表面的には説明不能なヘルダーリンの変化を表しており、まさにこの〔ヘルダーリンの変化〕に対して、人々は演繹しなければならなかった。

読者は、何故唯一の未解決な性的な状況が、生涯に亘る精神の《狂気》の結果となるのか、自問するかもしれない。この問いは正当である。多くの場合では、精神は短時間の後に再び平衡を見出し、変化を齎すことなはない。その体験は現在だけを喪失する。しかしヘルダーリンでは、そしてしばしばその他の場合においても当てはまるが、生涯に亘る発展の、生涯続く葛藤の、最高潮点に至るが、それを彼は一度も、昇華された詩の世界で解決することが出来なかった。加えて、ヘルダーリンにとっては負担となる人生の重大事が生じ、それが精神病から抜け出すことを妨げる。

ヘルダーリンがホンブルグやその後に示したような行動は、今日と同様に当時においても、必然的に社会的な結果を導いたことにも、注目すべきである。ヘルダーリンでは、これらのことは良く知られている。彼はそのためにチュービンゲンの、最初は大学付属病院に、次いで塔へと連れて行かれた。シンクレアは関係を断った。ヘルダーリンは言語の障害のために、もはや人々と正常なコミュニケーションへ入ることが出来なかった。

新たな構造精神病理学から、精神障害の内容と構造は続く経過の中で互いに同調するはずである、との要請が生じている。具体的には、もしヘルダーリンがここで浮彫にされた性的主題について、－たとえ遠い昔のこととしても－、尋ねられるとしたら、その障害は特別に際立った形式で示されるに違いない、という意味である。当然多くの意味のずらしがあり、《無害な》話題はほとんど存在しない。《誤った》、《間違った》あるいは《病的》に見えるものは、その都度、なんらかの形の問題を含んでいて、当然大抵の場合、意味がずらされたり、圧縮されたり、あるいは転換されているに違いない。我々は伝承された口頭あるいは文章表現を再検討しなければならない。今となれば読者は、ヘルダーリンの〔病気の〕最初の時代に完全に書かれた紙片が捨てられたことを、精神病理学者が極めて残念に思っている理由を十分に理解するでしょう。人々が理解できないという理由で捨てたものに、我々の理論に従うと、まさに意味に満ちた表現が絡んでいたに違いない。

ヘルダーリンの有名となっている場面から、多くの構造的な状況が際立たされる。人格と状況が、より正確に言うと同性愛的な人格部分と同性愛的な誘惑状況が互いに出会うために、そこから一つ反応が生じる。おそらくまだ多くのそのような状況が存在しているが、しかしその原則をはっきりとさせるためには、既にそのようなものとして挙げられていること繰り返し、ほんの少し補足するだけで十分である。

ヴァルターハウゼンのフォン カルプ家。ヘルダーリンは、1794 年の全年を息子であるシャルロッテ フォン カルプの教育に費やした。1795 の 1 月にヘルダーリンはカルプの家を離れた。ヘルダーリンは彼に重くのしかかっていた小児愛的な誘惑や自慰－良心の咎めを破棄し、領地から出て行く。母親へと同じく、友人であるクリスチャン ノイファーにヘルダーリンは以下のように説明しながら手紙を送る。《…私は、度重なる夜の見回りによって健康を危険にさらしていました。とうのは、それが彼の悪に対して必要だったからです…》[191]。出立後に記述された家族とノイファーへの手紙の中に病的な徴候は存在しない。反対に、その手紙は極めて心平穏で、如何に負担が軽減されていることか。ヘルダーリンは、《今、人生で初めて心の底から享受する独立》[192]へと至る。ともかくワルターハウゼンの滞在に際して、常軌を逸した思考と〈病気〉という言葉が初めて姿を表すことを、確認するに留まる。

イエーナ（1795 年）で。シャルロッテ フォン カルプに《4 半期分の賃金》を貰い、母親による追加のお金（150 フローレン）と、母親による滞在の同意、最終的にはその年の秋にかなりの原稿料が入るという見込みによって、ヘルダーリンは少なくとも 1795 年の秋まで、おそらくはもっと長く、イエーナに滞在する準備をしていた。彼は東屋に移り住み、そこで 1793 年の 9 月に知り合いになっていたシンクレアと初めて一緒に住む。5 月の終わり、ヘルダーリンは、現在まではっきりと分っていない理由により、突然故郷へと出発した。その時期にもっとも近い手紙は、2 ヶ月後の日付である（1795 年 7 月 23 日、シラー宛）。ヘルダーリンはその場から引き払うことによって、いま一度（同性）愛的誘惑から免れたのだろうか？　1794 年の前述のことと、より後日のホンブルグでも、的外れ思考は存在しない。

ズゼッテ ゴンタルトとの年月へと続く。

バート ホンブルグ（1806 年）。ヘルダーリンによる突然の、外見的には専ら外的な事情に誘発されたシンクレアとの別れがあり、顕在化した精神病性の病気、そして新たな同性愛的な誘惑状況の解釈は、原書ページ 111 以降に詳細に取りあげられている。

チュービンゲン。シュワープ（1841 年）。ヘルダーリンは長い間、慢性的に病んでいる。クリストフ シュワープによって描かれた場面は、シュワープには認識されてはいないが、－しかし明らかに感じられて－、その構造は後から容易に同性愛的な誘惑状況として理解される。可愛いらしい若い男性、それがいつもまたその様な状況であることを仄めかす。その状況は、以前よりは弱いことが示される。ヘルダーリンとシュワープは、友情で互いに結びついてない。彼らは一緒には生活しておらず、同性愛的衝動は、ここでは、全力で防衛する必要はない。しかし精神病理学者が想起するのは、たとえ戯れ半分であるとしてもその根本的問題に触れられた瞬間に、言語新作やその他の統合失調症の現象が誘発されるという臨床的な経験である。

ヘルダーリンでは、－多くの他の統合失調症者と同様に－、繰り返される特別な体験構造が見出される。その上で、彼は先ず逃避で、後には急性精神病の発症で、そして最終的には長く存在する統合失調症性現象の活性化によって、応答する。

精神分析学の素養のある人なら、ヘルダーリンの早期幼児の性愛性がどのような状態であったか、そして母親と父親との彼の間人間的な関係の最初の支えがどのようなものであったかを、既に長い間、問題にしていたはずである。彼の人生に対する母親の際立った意味は、更に詳しく触れる予定である。次の章で、型どおりの文言により覆い隠されたことによって、両者を見通すことは全く容

易ではないことを見ることとなる。結局しかし、私が思うに、母親ではなく、二人の父親に対するヘルダーリンの心温まる感情が阻害されていることが重要だろう。彼は母親の十分な愛を得ただろうし、十分な彼の愛を母親に与えただろう。しかしそれは彼女が求めたものではない。

ズゼッテ ゴンタルト。マーガレッテ エリザベート ゾンメリングによるこの細密画（1798）では、個人の表現としてはその時代によくみられる《静かな憂鬱性の悲嘆が気質として》示されている。ズゼッテ ゴンタルトは 1802 年に 33 歳で死去。

4. ヘルダーリンと母親との関係

ヘルダーリンの母親に対しての行動は、母親と彼の関係が十分に健全であると見る場合には、《愛情に満ち》そして《敬虔である》と印づけられる。母親自身は常に《敬虔主義的である》と言われる。この敬虔主義的態度から、彼女の息子への行動は、思いやりがあり、愛情に深く、そして宗教の仕事を強く求めるものと特徴づけられる。最初にヘルダーリンの母親に対する行動に最高度に問題があることを示したのは、ヘルム シュティールリン[193]である。ベルトーは最終的に母親を悪い母親とのレッテルを貼り、特に反精神医学的文献の中でいわゆる統合失調症を作る母親と記述されるような、彼女の行動が矛盾を含む行動様式により統合失調症の原因と見なされる母親として彼女を記述する。ベルトーは、たとえ彼がそれでもヘルダーリンに病気を認めないとしても、彼女に責任をみており[194]、病原的で、病気の母親[195]として明白に記載する。母親がその時代の流れに添って彼女の《[愛する]フリッツ〔フリードリヒ〕》と書く時、それは皮肉られている。母親－息子の関係は本当はどの様なものだったのだろうか？

父親と比較して母親がヘルダーリンにとって最も重要な人間であったという単純な認識からみれば、母親の病理が余りに知られていないことに驚かされる。ただ一通だけ彼女から息子への手紙が保存されている。ヘルダーリンから母親への手紙は数多いが、しかし彼女により検閲されている。彼女は手紙や手紙の一部を捨てている、それらは我々にとっては本当に特別な関心事であるのだが。少なくとも検閲の事実は、破棄された手紙交換の一部に問題があると彼女は見ていた、という証拠である。

彼女自身の運命は、彼女が生きた騒々しい時代にも拘らず、市民的に満足で裕福であったと表面的には記されている。家人を亡くしたことが彼女を早くから不安にしたに違いない。彼女自身の父親は彼女が 24 歳の時（1772 年）に亡くなった。おそらくこの出来事は、彼女の母親がその年からの大部分を、つまり丸 30 年間、彼女とニュルティンゲンで生活する事実程には重要ではない。ヘルダーリンは母親への手紙の中でいつも祖母への尊敬に満ちた挨拶を伝えてもらっている。

もしヘルダーリンの母親が行動と特に話された言語表現において、シュヴァーベン人の敬虔主義に明らかに影響されていたのは事実だとしても、わざとらしい・歯の浮くような感じが付き纏う今日的な意味での《敬虔主義的》という表現は、彼女の本質の的を射ていない。彼女の出自は、彼女の母親が既にそうであったように、牧師の娘であった。彼女は何時も宗教の世界に生きていた。そこでは単に宗教的なものが何時もの話題全てであるだけでなく、そこでの話題は何時もその地位の譲渡と委託である。ヘルダーリンの手紙に反映されているように、彼女が彼に再々宗教心を持つよう

忠告する時、その時は何時も牧師を就職目的にすることを含意している。

彼女は二度夫を失った。ヘルダーリンの父は1772 年 7 月 5 日に脳卒中で、おそらくは脳出血(くも膜下出血)で突然死去した。ヘルダーリン 2 歳 3 か月のことである。父は 36 歳の死で、彼女は 24 歳で妊娠していた。ヘルダーリンの妹は 6 週間後、1772 年 8 月 15 日に生まれた。ヘルダーリンの父の死去は子供の健忘時期にあたり、それ故に成人した時には最早その記憶は存在しない。しかしこのことは恐らくはヘルダーリンの人生において最も重要な出来事である。ヘルム シュティールリン[196]もまた正しく、その時期は母親と子供の間の関係性で最も重要な段階であり、出生後の最初の三年を*知性の個別化の段階*と語る。というのはこの時期、子供は《最も強く母親と共生的に結びついており、それ故に最も母親に依存し、可塑性があるのと同時に、母親から子供に到来する全ての善と悪に感受性が最も高い》[197]。ヘルダーリンの母は最初の結婚で一人の娘ヨハーナ クリスティアナ フリーデリカを儲けていたが(1775 年 2 月 16 日に死去)、しかしここでは息子達次第である。1772 年は母と息子にとって運命的な年で、彼女は人生において最も重要な人である自分の父親と夫を死によって同時に失い、そして娘をこの世に授かる。彼女がこの時、彼女のリビドーを二人の死者から引き揚げ、唯一彼女に残された男性存在、つまりヘルダーリンに向けるというのは心理学的に極めて了解される。ここで〔リビドーを〕向けるとは、一定の期待を抱くということも意味する。たとえこの事についてのその時代の裏付けが欠けているとしても、後日の証言から結論されるのは、彼女の期待は父や祖父と同様に息子が牧師になることであり、人生の厳しさを前にして、平穏な牧師の職によって再び最も可能性が高くなる後日の安定性を自分に与えることである。証明すべき責任があるとしても、既にこの時代にはヘルダーリンの詩人存在への愛情は何らかの形で、まだ決定的ではないとしても、ある種の本質的特性として存在していて、既に当時の母親にはこの特性は異質なものである、と推測することができる。いずれにせよ後に示すことになるが、彼がチュービンゲンのアウテンリートの大学付属病院に連れて来られ、息子に対する母親の願望が最終的に挫折したと思われる時まで、それは母と息子の間の主要問題であり続ける。その年から母親は彼に母親的な愛情を注ぐことを止める。我々は早くから彼に詩的特性があったとみているのだが、ヘルダーリンには母親の殺風景な実践感覚は異質であるに違いない。彼は、母親が彼を牧師にしようと試みるのと同様に粘り強く、彼の詩の成果に彼女の承認を得ようと試みる。彼らの間に決して橋は架からなかった。通常では世の中の天賦の才は息子の才能を盲目的に信じる母親により与えられ、そして母親のこの信任により最も困難な状況を乗り超える能力を彼らに与えるのであるが、ヘルダーリンでは逆のことが生じている。ヘルダーリンの母親のように、息子の天才を十分認識することが出来ない母親は稀である。

しかし希望のある幕間的な出来事もあった。クリストーフ ゴックとヘルダーリンの母親の二度目の結婚である。彼女はヘルダーリンの父親の死の 2 年後、1774 年 10 月 10 日に結婚した。ヘルダーリンは 4 歳半である。ヘルダーリンの母親からみると疑いなく分別に基づく結婚で、安定だけではなく市民的な名声も目的である。彼女は将来ある男性に家族のための家を買うお金を提供したに違いなく、彼をニュルティンゲンの市長にするというのが原動力である。

ヘルダーリンからみると、明らかに十分価値ある父親の代理が生まれた機会であった。義理の父は実の父の誠実な友であった。しかし代理の父親もまた突然、1779 年 3 月 13 日に死ぬ。ヘルダーリンは 9 歳であった。20 年後、1799 年 6 月 16 日のヘルダーリンから母親へのホンブルクからの手紙の中に、その影響が聞かれる。

《私はほとんど最幼児時期から全人生について幾分明白に振り返り、何時の時期から私の気質がそこに傾斜したのかおよそ分かります。信じられな

いでしょうが、私ははっきりと覚えています。私の二番目の父が死んだ時です、その愛は私には忘れられません。そして私は片親だけの子として想像もできないような痛みを感じ、貴女の悲哀と涙を毎日見ました。私の精神は最初のこの厳しさに同調し、それが私から完全には離れず、ただ成長するにつれて増大したのでしょう》[198]。

この手紙の部分は全く文字通りに受け取るのが良いだろう。ヘルダーリンは片親の子であると感じていた。父親の喪失の反復が人生への信頼を破壊することへと導き、メランコリー〔悲哀〕が、一つの病気の型としてではなく、暮らしの中の型として、その時から確かにヘルダーリンに留まる。彼は再び母親だけになり、その母親は彼の本質について全く理解を示さない。

ヘルダーリンから母親への現存している最初の手紙の中に、デンケンドルフ初等修道院付属学校入学の 1 年後〔訳者注、1785 年〕、自分の詩的創作を始めたほんの数ヶ月後で既に、彼は母親に熱心に、そして無邪気に、《数多くの詩の下書きを休暇中に[クリスマスの､著者注]…書くつもりであるし、書かなければならない(注意、ラテン語で) …》[199]と語っている。

2 番目の手紙は母親と息子の間の議論についての示唆を既に含んでおり、その中で彼は宗教的職業を放棄しようとする意志を表明していた。ヘルダーリンは 1787 年の復活祭の少し前に以下と書く:

《－特別に例外的に、私の運命が明らかに良くなるであろう様な場合であることを、－その足がかりから抜け出そうという考えは私には起こらないだろうということを、貴女は今十分に真実と信じることが出来るでしょうか－私は今理解するのです！　村の牧師以上に世界に役立つ人間であることを。何者であるかを知らない時以上に、より幸福になりうることを》。

同じ手紙の中で：

《私の髪は最も美しく整えられています。私は今また再び巻き毛です。何故でしょうか？　貴女を喜ばせるためです！　ここで私はさらに誰も喜ばせるつもりはないのです》[200]。

母親と息子の間の全ての問題が既にここに記されている。彼は彼女を喜ばせようとする。ただ髪を巻き〔訳者注、聖職者のたしなみ〕、立派で実直な村の牧師になろうとし、《言われることに従順であろうとする》ことで、彼は彼女を喜ばせることができる。《特別に例外的に、私の運命が明らかに良くなるであろう様な場合》は、ヘルダーリンの後日の生活から既に認識されるように、それは詩的存在であろうとすることで､それによりシラーやゲーテと同様に市民階級を可能とする。この主題は再び今一度語られる。《[村の牧師以上に]、何者であるかを知らない時以上に、より幸福になりうる》。そう、何にか？　疑いなく詩人である。市民階級に対する 17 歳の楽観的目標のもとでは、かつては可能であったとしても、最早もう〔牧師になることを〕納得させることは出来ない。

そしてそれはさらに続く。18 歳の時、ヘルダーリンは母親に手紙を書く：《今度私の詩よりも貴女に喜んでもらえる物を届けるために、次の使徒の日まで倹約するつもりです》[201]。詩は今では既に明白に、彼女を喜ばすことが殆どできない。それは彼女にとって予定されていた牧師の経歴から逸脱しようとする、切迫した証拠に過ぎない。

19 歳の時、ヘルダーリンは、より激しくあからさまに、母親の権威に対して反論と反抗に傾く。フランス大革命の直後のことである。その少し前に彼は臨時代理司教〔少女学校臨時教師〕に頭の帽子を投げつけていた。ヘルダーリンは神学校を抜け出そうと思い、それを説明するために母親の訪問を願う。

《〈学生生活は私の人生を永久に辛いものにした〉と先ず言わねばならいでしょう。私の願いが弱ければ、貴女は私を憐れむでしょう；ですが私の願いが分別があり熟考されたものならば、ああ、その時貴女は、将来への余りに不安な疑念により、おそらくは後年ですが非常に大きな喜びとなるような一歩を踏み出すことを、私たちに思い留まらせはしないでしょう》[202]。

結果はしかし今回もまた、ヘルダーリンは母親に屈し、神学校に留まる。1790 年の初頭、ヘルダーリンは、彼女の助言に従い、牧師になろうとしていると母親に伝える。反駁は母親の意思への度重なる屈服によって解消されはしない。

この時期に、ヘルダーリンを結婚によって束縛し、それにより同時に牧師の職業に就かせようとする母親の試みが再び始まる。既にルイーズ ナストとの婚約を彼女は明らかに承認していた。それは 1789 年 4 月に解消されていたが、ルイーズ ナストが母親に相談した後に、今一度 1790 年 5 月に持ち出される。ヘルダーリンは母親に、勉強が彼の喜びとなっていると断言するが、しかし自らそう言い聞かせていることに気づかされる。彼女に彼が書いた説教を贈り、手紙の中で宗教に関することを弁じたてる。彼女に気に入られるためか？彼女はしかし、彼が正しい道を守っているのか、《従順であるのか》に油断なく警戒し疑うようである。1791 年の聖霊降臨祭（6 月 12 日）のおそらくほんの少し前に書かれた手紙の中で、その問題が再び明らかになる。ヘルダーリンは母親から、ルイーズ ナストが今婚約したと聞き知った。それは彼を喜ばせ、彼に多少の興奮を齎した。ルイーズ ナストへの別れの手紙と同じく、ヘルダーリンはこの時母親への手紙の中ではっきりと、《私はずっと以前から、結婚する意志は持っていません》[203] と述べる。

この意図をヘルダーリンは彼の特質に理由を求める：

《私の特質、思いつき、計画への私の愛着、そして（さらに正しく真実を言うならば）私の名誉心－それら全ての衝動が、危険なしに完全に根絶されません…》[204]。

《計画への私の愛着》、《特質》、思いつき、そして名誉心、それら全てが明らかに詩への野心と関係しているが、ヘルダーリンはそれを明らかにしない。おそらく彼にはそれを敢えて名指す勇気がないからである。

ただ今一度、ヘルダーリンは 1793 年 8 月に、母親に対する大いなる親愛さと感謝の念を以下のような言葉で表現している：

《私は今日、貴女の親切と母性的な配慮に心から感謝するために、馬車でニュルティンゲンまで一時間で行きたいと思いました。それ程貴女の愛情深い手紙に私は大いに歓喜しました》[205]。

《大いなる歓喜》は、予定されていた牧師の仕事に就かないことを彼に許したことが原因である。おそらくヘルダーリンは、彼女が彼の詩的な存在を積極的に評価したかもしれないという分別のない希望を今一度抱いた。しかし母親は決して彼女の計画を断念してなかった。ほんの少し後の 1794 年 7 月 1 日、ヘルダーリンは牧師の継承と、－エリーゼ レプレット－、との婚姻の可能性を再び拒否する。ヘルダーリンはその時シャルロッテ フォン カルプの家庭教師である。

《…この問題に関して随分昔に基本的に決定していたにも拘わらないのに、貴女の手紙の一部が原因で、その受け取りに直接的返答することが殆ど出来なくなりました、と貴女に告白します》[206]。

彼が前年に抱いていた希望の後の失望。それ故に彼は生活援助への配慮をしていた母親を安心させるために、以下のように書く、

《…私は、貴女に何らかの形でも厄介となり、あるいは不名誉になるかもしれないような将来の道を、決して選ぶつもりはありません》[207]。

母親は明らかに手綱を緩めず、ヘルダーリンは 1794 年のクリスマス 2 日目に今一度、牧師とエリーゼ レプレットとの婚姻を断らなければならない。

イエーナから、1795 年 2 月 22 日に、ヘルダーリンは母親に再び自分の望む職業を詳しく述べ、ただそれに対して彼女が非難しないことだけでも非常な喜びであると示す。ヘルダーリンはその時フランクフルトのゴンタルト家にいて、1796 年 11 月 20 日の手紙で、40 名の男子生徒のための修道士監督職と、一か月余り後の 1797 年 1 月 30 日の、結婚と結びついていたであろう牧師職を、再度断る。拒否というのは恐らく正しい表現ではない。彼を牧師職に就けたいという母親の骨折りが再び存在していて、それに彼は強く反駁する。

1798 年 4 月 7 日のフランクフルトからの手紙で再び、牧師職への拒絶がある[208]。ヘルダーリンが母親に自分は勉強しなければならないのでその立場を受入れることが出来ないと自ら議論していたのに、その時初めて彼は、おそらくはズゼッテ ゴンタルトの影響で、自分自身を形造ったのでそれは出来ないと、自己認識を示す。論争は増々先鋭化し、とりわけ時間が切迫し、母親は自分の目標をさらに押さねばならないと十分に理解する。彼女は彼の詩の創作に増々不快感を表すように見える、というのも彼女の承認はただ牧師職と結びついているからである。1798 年 11 月 28 日の追伸に、今やはっきりと書かれる：

《他の親たちは子供をしばしば大いに自慢に思っているのですが、私には全く何もないと何時も考えていて、酷く打ちのめされます》[209]。

ほんの少し後の 1798 年 12 月 11 日の手紙で、母親との関係が完全に言語化される。その手紙で重要なことは、彼女が彼にハイルブロン近くの家庭教師の職を紹介していることである。ともかく家庭教師であり、牧師職でもなく結婚でもない。その限りにおいてヘルダーリンにとっては誘惑である。しかし彼女の手紙には彼への明らかな宗教的な非難が内容に含まれていて、当然いつもの様に同時に宗教的で現実的な意味を伴っている。そこでヘルダーリンは今や詩の*創作*が彼のより高い目的であると引き合いに出す。しかしそれでも、－彼によって常に洞察されているが－　牧師職という実現出来ていない条件に彼女は愛着を向け続ける。

《ああ、お母様！　貴女と私の間には我々の魂を遠ざける何かがあります。私にはその名前が分かりません…》[210]。

そうなのだ、彼らの間には何かがある。それに対する名前はないが、事情は完全に明白である。ヘルダーリンが自分の気持ちを明白に表現しているほんの僅かな手紙の一つが重要である。

《私は心の底からそう言っているのです》。

彼女の同意、彼女の賞賛を求めているのだろうか。

《…どうして貴女が私を秘かに支配するのか、そして消し難い真の尊敬によって私の気持ちが貴女のことをどうして憂慮するのか、何時でも私には驚きです》、

その言葉はほとんど信用できそうもない響きだが、しかし確実に文字通りに意図されている。その手紙は更に続く：

《…私が心の中でしばしば荒み、そして人々の間で彷徨ったその理由は、貴女が私に対して何の喜びも持たなかったのだろうと私が思ったからでした》。

幾度も、より詳細に、より明瞭に。ホンブルク v.d. ヘーエからヘルダーリンは、母親と自分の関係を明らかにしようと努めている。私はただ、1799 年 3 月 25 日に書かれた手紙を一つ引用する：

《…私の人生計画と貴女の願望を完全に一致させようと試み、そして普通の方法で貴女に余り不安を与えず、より大きな喜びを与えられていたならば考える時、私はしばしば相当に不安定になります…》[211]。

詩人の資質についての彼自身の主張は明らかに信用されないので、彼は好意的な批評、つまりアウグスト ヴィルヘルム シュレーゲルの批評からの数行を送る。この後期の時期でさえ、彼は詩的創作と詩的存在への彼女の承認を得る努力を諦めていなかった。

次の母親への手紙は、詩人および編集責任者としての市民的存在に関するものが主である。それは雑誌の共同編集者への招待に関するシラーの好意的な回答への期待であるが、それは実現することはない。明らかに、この雑誌に市民存在と詩人存在を結びつける全期待が懸かる。このことについてヘルダーリンは 1800 年 1 月 29 日に最終的に明白に以下と述べる：

《特に[雑誌の計画に；著者注]失敗した場合、私にとって極めて重要な安定と、人間関係において自分の気懸りである忍耐に対して、ほとんど強すぎる試練となるでしょう。そのため、言われているように、人々の間で何かを進めるために、少な

くとも一時は意欲や正しい力を奪ってしまうことになるような屈辱に曝されることに対して、幾分か強くならねばならないと感じています。最愛のお母さま！　もし言わせてもらえるとすれば、私の生活と精神の幸せは高い程度にこのことに基づいていると告白してしもよいでしょう》[212]。

彼は屈辱に曝された。*生活と精神の幸せ*は安定から齎されていた。彼は先ずスイスで、次いでボルドーで、家庭教師の職を引き受ける。先ほど引用されていた手紙は、母親の前で自分の存在の正しさを証明しようとするヘルダーリンの最後の試みで、牧師生活を基盤とする母親の提案に立ち入る最後のものである。

1802 年のボルドーからのヘルダーリンの手紙は最後のもので、その後 10 年間隔たる。次の手紙はチンメルンの塔から 1812 年 9 月 15 日に初めて書かれる。後期の母親への手紙は母親の死まで続くが、その手紙は〔原書〕192 ページから採り上げ、精神病理学的検討の対象である。さらに、*母親*への手紙であることの重要性が理解される。ただ一つそこではっきりしていることは、統合失調言語症の文体*もまた*母親からの隔絶を生み出していることである。その様な文体の変化は、たとえ短く、非常に生き生きとした表現の中に散りばめられているとしても、以前の手紙の中にもまた存在する。ここでその内容に関して簡単に検討しなければならない。

ヘルダーリンは 1795 年 2 月 22 日にイエーナから母親に長い手紙を書き、その中で彼は自分の仕事の有望な見通しについて語っている。その後、母親は彼の《立場》の《変更》に対する彼女の同意を与えていた。彼女がそのことで彼を非難していないことに彼は過剰な喜びを示すが、それによってそれを背景として新たに、牧師を引き受けることに対する嫌悪が表現される。興奮が手紙の始まりと同時にはっきりと見て取れる：

《貴女の最近の手紙が私に与えたものは、私の人生で最も素晴らしいひと時です》[213]。

《私の人生で最も素晴らしいひと時》は、しかし単なる儚い思い違いである。この重要な文章は、我々が次の母親への手紙で再確認するように、型どおりの儀礼的文章の中に埋め込まれていた。

《貴女の稀有で変わらぬ親切に対して、貴女は私の心からの感謝を受け取ることでしょう。[その文章]　貴女の気持ち、それは私にとって永遠に模範であり続けるでしょうし、どの手紙にも明白です。そしてその保護に値するような成果によってこの気持ちを喜ばせることが出来るならば、それは私にとって最も素晴らしい報酬です》[214]。

母親の《変わらぬ親切》とは形式的表現で、後に絶えず繰り返される：

《貴女の親切と貴女の内なる良き性質が、どれ程に私に感謝を促しているかを、何時も繰り返し、貴女に断言しなければなりません…》[215]。

《数行で私の畏怖の念を述べる努力をしますが、それは貴女にとって、私が思うに、不愉快とはならないでしょう。とうのも私は貴女の永遠なる親切を確信しているからです》[216]。

さらに少し前の手紙の一節があり、そこで職業選択であり人生の問題と、形式的な発言の二つの面が現れている。1798 年 11 月 28 日、ヘルダーリンはラシュタットから以下と書く：

《最愛のお母様、私の目下の仕事は、貴女が言う様に、自分自身の方法で自分に価値を与える最後の試みであるに違いありません》[217]。

《私の最後の試み》。それは最後の試みであって、彼は失敗した。それに挫折する場合、彼は何をしたいのか？

《…その[試み]が失敗した場合、私は落ち着き謙虚に、私が見出し得る最も控え目な公職の中で、役に立つ人間になるよう試みるつもりです…》[218]。

《役に立つ人間になる》、それはここでは直接的に語られてはいないが少なくとも考えられていたもので、牧師職に対するヘルダーリンの公式そのものであった。彼は再び断念し、母親の願望に合せるようとすることを約束する。後の数行の手紙の最終箇所で、再び型どおりの展開が続く：

《最愛なるお母様、今までと同様に、助言と親切

な言葉で、私を導き喜ばせ続けて下さい》[219]。

相当経った後、チンメルの塔から、ヘルダーリンは以下のように書く：

《貴女との手紙は、私にとって、貴女に私のことを認識してもらうのと同時に、親切さとそのような気持ちの真の継続の証拠でした》[220]。

ヘルダーリンと母親との関係を理解すると、彼らの間で*従順*という言葉が、つまり母親の願望へのヘルダーリンの順応力が、如何に重要な意味を持っているのか明瞭となる。1784 年、ヘルダーリンが 14 歳の時に、彼女は既に自分の支出簿の中に、《L. フリッツ〔息子〕への出費。それは彼が従順であり続けるならば、減額されるべきではない》[221]（死んだ父親のものからと同様に、母親に残されるべき財産からの減額）と書いている。この*従順*との語が最も後期の母親への手紙の中に型どおりにまた繰り返されていて、ヘルダーリンがチンメルの塔から書いて保存されている 60 通の手紙の内の 58 通に、彼は*従順な*、*あるいは最も従順な*（一回は*最も敬虔な*、もう一度は*忠実な*）*息子*と署名している。そしてこの形式は深い、非常に深い意味を持っている。母親の言う意味での従順であることに、彼は決して一度もそうではなかったのだった。

疑いなく、ヘルダーリンが母親に書いた様に、母親は彼に書いていた。彼は母親の人生の支えにならなかったし、彼女も彼の支えにはならなかった。彼がチンメルの所に来るやいなや、彼女は会うことはなかった。何のためにか？　後世の人は母親が一人の天才を小市民的な正常規範の中に押し込めようとしたことを決して許さないだろう。

そしてヘルダーリンの詩の中ではどうなっているのか？　そこでは母親は、母なる大地へと道を求める憧れとして理想的な形にしばしば回帰する。しかしそれを解釈することは精神病理学者の問題ではない。

私がヘルダーリンと母親との関係を熟知した後に、今一度全体として、チュービンゲンでの母親への後期の手紙を読んだ。それらは、形式から見るやいなや容易に気付かれるように、内容的には明らかに、息子－母親関係の言い換えが繰り返しみられる。単に署名の中だけでなく本文中にも《*従順な*》が見出される。母親は手紙の中で、ヘルダーリンが高潔で敬虔であるように忠告し続けているようである。そして彼は忠告に従うと誓う。ヘルダーリンは《義務づけられた関係への感情》、《従順》、《愛着》、《彼女の素晴らしい考えへの感嘆》、を以前とは反対の意味で語る。しかし主題的には同じことである。それには単に心情がよく保持されているだけでなく、記憶がよい事も前提条件である。

なお最後のことは、精神病理学者にとっては、親との最も窮屈な関係に対する防衛的な願望であるとこれらの手紙の中で感じられる。精神分析学的な理論に期待するとすれば、ヘルダーリンは 3 ～ 4 歳の早期エディプス段階にあり、母親に対して強い近親相姦的願望を有していたと予想されるかもしれない。それは一方では二人の父親との強い同一視（防衛として）を解釈されるかもしれず、他方では母親の称賛と賛同を見出そうとする生涯を賭けた彼の努力を表しているのかもしれない。それに対して決定的な時期の判断材料は全くなく、それ故にこの問題をさらに続けることは出来ない。

注

158）FRIEDRICH VON SCHLEGEL:Lucinde. Erstausgabe 1799. Frankfurt/M. 1964（フリードリヒ フォン シュレーゲル：ルティンデ〔他 3 篇〕武田利勝訳、幻戯書房、東京、2022）

159）RICHARD BAXTER: .The signs and causes of melancholy. With directions suited to the case of those who are afflicted with it. Collected out of the works of Mr. Richard Baxter, for the sake of those, who are wounded in spirit. By Samuel Collifford, minister of the Gospel, 1716 London, Cruttendem & Cox. Erste Ausgabe1696.《I would warn all young Persons to live modestly, and keep at a sufficient distance from Objects that tempt them to carnal Lust…For I can tell them by the sad Experience of many, that venerous Crimes leave deep wounds in the Conscience; and that those that were never guilty of Fornication, are oft cast into long and lamentable Troubles, by letting Satan once into their Phantasies…especially when they are guilty of voluntary active selfpollution; I advise all… to take heed of placing

Religion too much in Fears, and Tears and Scruples.》

160）ANONYMUS: Onania, or, the Heinous Sin of Self-Pollution, and all its Frightfull Consequeces, (in both Seses,) Consider'd; With Spiritual and Physical Advice to those who have already injur'd themthelves by this abominable Practice. The Fifteenth Edition, as also the sixth Edition of the Supplement to it, both of them. Revis'd and Enlarg'd, and now Printed together, One Volume. London: Printed by J. Sted, Bookfeller, 1730.

161）SIMON-ANDRÉ TISSOT : L'onanisme ou dissertation physique sur les maladies produites par la masturation, Lausanne, 1760.

162）VGL. GUDRUN BURGGRAFF : Christian Gotthilf Salzmann im Vorfeld der französischen Revolution, Stahlmann, Gemering b. München. 1966.

163）自慰と狂気に関する文献はここでは更に完全には挙げられない。いずれにせよ明らかなのは、ベルトーは、彼がベンジャミン ラッシュ（1745-1813）をこの病の発案者とする時には完全に間違っていることである。ラッシュの本《Medical Inquiries and Observations upon The Diseases of the Mind》は 1812 年に最初に出版され、それ故にヘルダーリンの教育と病気には利用されることはなかった。ラッシュはフィラデルフィアで出版した本により、旧いヨーロッパの概念をアメリカに齎した。

164）JOHANN PETER FRANK: Seine Selbstbiographie. Herausgegeben, engeleitet und mit Erläuterungen versehen von Professor ERNA LESKY, Wien. H. Huber, Bern und Stuttgart 1969, 85/86.

165）St.A. 7,3:11.

166）Alle Zitate aus Hölderlins Brief 92 der St.A. an die Mutter: 6, 1: 146ff.

167）St.A. 7,2:16fu. 6, 2:697.

168）St.A. 7,3:107

169）St.A. 6,1: 105. 以下はヘルダーリンから妹への同じ手紙からの引用である。

170）St.A. 6,1:144.

171）St.A. 3:173.

172）St.A. 3:178.

173）St.A. 7,1:59.

174）St.A. 7,1:64.

175）St.A. 7,1:80.

176）St.A. 7,1:80.

177）St.A. 7,1:80.

178）St.A. 7,1:84.

179）St.A. 7,1:399.

180）St.A. 7,1:393.

181）St.A. 7,3:203-205.

182）St.A. 1,1:42.

183）BERTAUX 196-199.

184）MAX BUCH : Die Wotjäken, eine ethnoligsche Studie. Helsingfors 1882. ハンブルク大学のフィンランド - ウルグアイ・セミナーの部長で、教授である W.Veenker 博士の助言に感謝するだけでなく、彼は寛大にも業績を自由に使用させてくれた。彼にこの場で心からの謝意を表します。

185）BUCH 45.

186）BUCH 45.

187）BUCH 47.

188）Zit. BUCH.

189）St.A.3:434.

190）St.A.1,1:44.

191）St.A.6,1:150.

192）St.A.6,1:154.

193）HELM STIERLIN:Hölderlins dichterisches Schaffen im Lichte seiner schizophrenen Psychose. Psyche:26（1972）530-548.

194）BERTAUX 582.

195）BERTAUX 584.

196）STIERLIN（注 .186）537. 以下を参照のこと：JEAN LAPLANCHE : Hölderlin und die Suche nach dem Vater. Frommann-Horzboog, Stuttgart-Cannstatt 1975.

197）STIERLIN 537.

198）St.A.6,1:333.

199）St.A.6,1:4.

200）St.A.6,1:13.

201）St.A.6,1:27.

202）St.A.6,1:46.

203）St.A.6,1:68.

204）St.A. 同所

205）St.A.6,1:89.

206）St.A.6,1:122.

207）St.A.6,1:143.

208）St.A.6,1:267.

209）St.A.6, 2 : 293.

210）St.A.6,2: 296. 以下の引用は同じ手紙に由来する。

211）St.A.6, 2: 318.

212）St.A.6, 2: 383.

213）St.A.6, 1: 156.

214）St.A.6, 1: 296.

215）St.A.6, 1: 458.Brief 284.

216）St.A.6, 1: 459.Brief 286.

217）St.A.6, 1: 292.

218）St.A.6, 1: 292.

219）St.A.6, 1: 292.

220）St.A.6, 1: 460.Brief 288.

221）St.A.7, 1: 281.

コラム

忘れられない患者さんたち
3. 孤高のヒーロー

一般財団法人仁明会　理事長　森村安史

自閉症スペクトラム障害(ASD)のAさんは専門学校を卒業後一流企業に勤務していた。会社ではさまざまなトラブルを引き起こし、多くの上司や同僚を泣かせたり怒らせたりしたのであるが、定年まで勤め上げ退職時には社員達から花束を贈られてみんなから惜しまれながら会社を後にしたという。

Aさんと妻のBさんはインターネット上のメールフレンドから交際が始まった。今でいう「出会い系サイト」のようなものであったのかもしれない。遠距離でのメール友達の関係がしばらく続いた後に、二人は実際に出会うことになり、2回目に会った時にはプロポーズ、そしてすぐに結婚することになった。Bさんの父親は妻への激しいDVがあるなど複雑な家庭環境を背景に持っていた。

Bさんが夫となるAさんに最初に会った時にはうまく話が伝わらない、そして自分の気持ちが伝わっていないのではないかと感じ、彼に対して強い違和感を覚えていた。結婚後二人は何ヶ所かのクリニックや大学病院などASDを専門とする医療機関を訪れ、アスペルガー障害の診断を受けていた。Aさんはしばしばパニックを起こし、ハサミで太ももを突き刺すなどの自傷行為があったり、他者とのトラブルを起こしたりしながらも、なんとか電車で通勤はしていた。過ぎ去る電柱を見て電車の速度が普段より速すぎると不安になった。よく行くスーパーの商品棚の位置が少し変わるなど些細な周囲の変化だけで激しいパニックとなった。このような夫にBさんはこの症状が障害であることをいろいろな手段を通して伝えようとするのであったが、Aさんは自分の障害をなかなか受け入れることができなかった。いくらBさんが手を尽くしても、いろいろな医師から投与される薬を使っても一向に改善しないAさんの多彩な強迫症状、不安障害からの激しい衝動行為にBさんは追い詰められ、自身と夫の死さえ望むようになっていた。そのようなある日、ハムスターを飼い始めたことから、Aさんは穏やかになっていった。Bさんは後日「私はハムスターに負けた」と述懐するのである。

Aさんは会社で他の社員と問題を起こすことが多いため「肩たたき部屋」に追いやられて、終日一人で芝生の雑草抜きをさせられていた。雑草を抜くAさんの仕事はあまりにも徹底しており、彼が担当する芝生は見事に美しくなっていた。その仕事ぶりは上司の目に留まった。次はゴミの処分を担当する作業を与えられた。ゴミと言ってもパソコンの処分や粗大な電気製品の解体などが任されたのである。この作業に従事したAさんは廃品を生かして自分用のパソコンを組み立てていた。また彼は解体した電気製品を細かく分別することができたので、廃品がお金に変わるようになっていた。いつしかAさんは廃棄物から収入を得ることができるようになっていた。Aさんが廃品から組み立てたパソコンは極めて高性能であったことが、いつしか社内に知れ渡るようになった。このような彼の能力はAさんを肩叩き部屋から卒業させ、会社になくてはならない社員の一人になった。しかしAさんは相変わらず社内のトラブルメーカーだ。空気を読めない彼は相手が誰であっても正論でやりこめてしまう力があった。出入り業者はA

Unforgettable patients：No.3:A solitary hero
Yasushi MORIMURA MD, PhD, President, Jinmeikai Foundation
53-20 Kabutoyama, Nishinomiya, Hyogo 662-0001 Japan
rijicho@ohmura-hp.net

さんが相手では手も足も出なかった。やり込める時には容赦をしない彼の言葉は上司や女性社員を激怒させたり泣かせたりしても止まることはなかった。理不尽なことを要求する人たちをやり込める、彼の姿を見ていた他の社員たちは心の中でA さんに拍手を送っていた。右肩上がりの業績を上げ、正義感に溢れる彼の態度はいつしか社内で孤高のヒーローとなっていた。

40 代になっていたA さんの妻は子供を持ちたいと考えるようになり、不妊外来に通院した。しかし子供のような夫は自宅ではB さんにベッタリと甘えている。高齢出産となる不安と、なかなか子供を授かることができない日々の苦痛やトラブルメーカーの夫との生活のストレスから次第にB さんは不眠となり不安で落ち着かない日々を過ごすようになった。子供を持つことが叶わなくなったことを自覚したB さんは突然、幻覚妄想状態となり警察官の介入を受けて精神科病院に入院した。抗精神病薬の投与ですぐに落ち着き退院したが、自分自身が統合失調症であることを受け入れることができなかった。B さんはすぐに服薬をやめてしまい再燃し再入院をすることになった。B さんにも精神障害者手帳を取得することに強い葛藤があった。夫からしばしば「俺を精神障害者にする気か！」と怒鳴られていた頃の自分が思い出され、精神障害に対する偏見も捨て切れることができなかったという。しかし「幻聴はあんたが自分で作っているんだよ」というA さんの言葉が彼女を変容させる契機となった。さらに 3 回目の入院は絶対に嫌だという思いが勝ったのか、B さんは自分を変えたいと強く思うようになった。B さんは自分の行動を変えて通院、服薬、通所を遵守するようになった。3 度目の入院はしないとの決意から、B さんは障害者手帳を持ちデイケアと、就労支援事業所への通所ができるようになった。B さんは現在も幻聴は残しているのであるが、介護補助者として勤務することができている。B さんに甘えるA さんはいつしかB さんにとってもヒーローになっていた。

A さんは震災で親しい人を無くしている。彼自身も全壊となった自宅からかろうじて救出された。A さんは PTSD を合併して、毎年その時期が来て震災の特番などが放映されるたびにフラッシュバックがあり辛くて仕方がないと訴える。忘れたくても忘れることができないのが辛いといい、優れた記憶力を持つが故の苦しさを訴えた。

A さんの特殊能力には診察のたびに感心させられるばかりで、いつしか彼の武勇伝を聞くことが診察時間の楽しみになっていた。

A さんの激しい症状は自身の精神障害を受け入れ「わしみたいなクルクルパーができるのに、あんたできないのか」と自らの障害を笑いにしてしまうようになってから、治ってきたように思う。B さんの症状もやはり自分自身で障害を受け入れ変容していくことができたことから、今では二人ともよく社会適応した幸せな人生を送られている。

A さんは退職するにあたり仕事の引き継ぎをしなければならなかった。「先生、引き継ぎできないのです。いくら教えてもわかってもらえないのです。このネジとこのネジの大きさが違うでしょと教えても、全然わからないのですよ。僕みたいなクルクルパーがわかるのになんで、普通の人なのにできないのでしょうね」1mm にも満たない大きさの違いを目視で見つけることができるA さんの能力を引き継ぐことができる人は残念ながらいないだろう。

A さんの小学校時代のエピソードについてB さんから教えていただいた。

クラスの女の子がお漏らしをしてしまったのを目撃したA さんは、そこにあったバケツの水を頭から彼女にぶっかけた。先生からはこっぴどく叱られるのだが、言い訳することもなく黙って帰宅すると、その女の子がお母さんと一緒にお礼に来てくれたと言う。

その時、A さんという孤高のヒーローが誕生したのであった。

一般財団法人仁明会　精神医学研究所　業績報告（2023.1 - 2023.12）

【論文・刊行物など】

1. 森村安史、忘れる苦痛・忘れられない苦痛、仁明会精神医学研究 20(2), 1, 2023
2. 森村安史、忘れられない患者さんたち　1. プッチンプリンのおばさん　仁明会精神医学研究 20(2), 111-112, 2023
3. 森村安史、夜と霧、仁明会精神医学研究 21(1),1, 2023
4. 森村安史、忘れられない患者さんたち　2. 祇園祭に行きたい　仁明会精神医学研究 21(1), 94-95, 2023
5. Masatoshi TAKEDA, Kayo MATSUO, Yukito UEDA, Yasuko TAKAHASHI, Yoshimi TSUKAMOTO, Aoi ASHIZUKA, Hidetsugu WADA, Ryohei KONO, Hirotoshi UTSUNOMIYA. Chat GPT passed the 2023 National Examination for Speech-Language-Hearing Therapists. Cognition & Rehabilitaion 4(1), 9-15, 2023
6. Masatoshi TAKEDA, Misa NAKAMURA, Hirotoshi UTSUNOMIYA, Tatsunori MURAKAMI, Junya SAEKI, Takanari KUBO, Yuya NAKAGOSHI, Nobuo OSHIMA. Implementation of monoclonal antibody therapy and new rehabilitation strategies for Alzheimer disease. Cognition & Rehabilitaion 4(1), 59-71, 2023
7. Masatoshi TAKEDA, Kunihiro UMAYAHARA, Yukito UEDA, Hidetsugu WADA, Kayo MATSUO, , Noumi TSUKAMOTO, Age-related hearing loss and dementia: whether restoring auditory function can prevent or improve dementia? Cognition & Rehabilitaion 4(1), 82-88, 2023
8. 武田雅俊、大学院年報の発刊に当たって、大阪河﨑リハビリテーション大学大学院年報 1, 1, 2023
9. 武田雅俊、CRRC たより No.1-No.60、大阪河﨑リハビリテーション大学大学院年報 1, 13-112, 2023
10. 武田雅俊、COGNITION & REHABILITATION 掲載論文の抄録、大阪河﨑リハビリテーション大学大学院年報 1, 113-144, 2023
11. 武田雅俊、食品・サプリメントから考える認知機能の維持、保健の科学　65(1), 55-59, 2023
12. 武田雅俊、河崎建人先生のご受章をお祝いして、大阪河﨑リハビリテーション大学紀要 17, 3-4, 2023
13. 武田雅俊、学術出版のオンライン化・オープンアクセス化とジャーナルの評価、仁明会精神医学研究 20(2), 25-33, 2023
14. 武田雅俊、JAMA Psychiatry と American Journal of Psychiatry 掲載論文に見る米国精神医学の最近の動向－オルトメトリックス－の活用、仁明会精神医学研究 20(2), 34-51, 2023
15. 武田雅俊、作業療法と認知症、保健の科学 65(4), 220-224, 2023
16. 武田雅俊、堺景子、リチウムの自殺予防と神経保護作用、保健の科学 65(6), 361, 2023
17. 武田雅俊、認知症の概念と分類の歴史、池田学編「神経認知障害群」、pp2-14, 中山書店、2023
18. 武田雅俊、馬屋原邦博、上田有紀人、松尾加代、塚本能三、難聴と認知症リスク－補聴器による聴覚補正は認知症を改善できるのか－、保健の科学 65(8), 514-519, 2023
19. 武田雅俊、編集後記、保健の科学 65(8), 576, 2023
20. 武田雅俊、新型コロナパンデミックとウクライナ侵攻、先進医薬年報 24, 6-7, 2023
21. 武田雅俊、アルツハイマー病に対するモノクロナル抗体治療薬の導入とこれからの課題、仁明会精神医学研究 21(1), 36-50, 2023
22. 武田雅俊、編集後記、仁明会精神医学研究 21(1), 98-99, 2023
23. 武田雅俊、高齢者の精神科診療と認知予備力、福岡行動医学雑誌 29, 63-71, 2023
24. 武田雅俊、抗体治療薬導入後の認知症予防とリハビリテーション、保健の科学 65(12), 820-823, 2023

【講演・口演など】

1. 森村安史 「認知症者の経済的支援」座長、第 119 回日本精神神経学会学術総会、パシフィコ横浜ノース、2023.6.22
2. 武田雅俊、JAMA Psychiatry 誌掲載論文から見た米国精神医学の動向 2022 年、仁明会セミナー、仁明会病院、2023.01.16
3. 武田雅俊、MCR（Motoric Cognitive Risk）の概念、CRRC セミナー、2023.01.18
4. 武田雅俊、アルトメトリックスから見た米国精神医学論文の動向、仁明会セミナー、2023.02.06
5. 武田雅俊、労災と非器質性精神障害、フルハップ研修会、國民会館 8F、2023.02.24
6. 武田雅俊、リチウム製剤の可能性－リチウムと自殺予防・神経保護作用－、仁明会セミナー、仁明会病院、2023.03.06
7. 武田雅俊、ChatGPT と医療系国家試験、仁明会セミナー、仁明会病院、2023.04.10
8. 武田雅俊、Chat GPT による本年度 ST 国家試験の成績、CRRC セミナー、2023.04.11
9. 武田雅俊、認知症の発症リスクと人種差、仁明会セミナー、仁明会病院、2023.05.08
10. 武田雅俊、統合失調症陰性症状に対する MI-CBT の効果、CRRC セミナー、2023.06.05
11. 武田雅俊、認知症予防と認知予備力、第 22 回ニューロサイエンスワークショップ、釧路プリンスホテル 3F 北斗の間、2023.06.30
12. 武田雅俊、Khalid Iqbal 講演座長、Alzheimer's Disease Therapy Seminar、ホテルグランヴィア大阪 20F 孔雀、2023.07.11
13. 武田雅俊、アルツハイマー病の抗体治療薬の開発状況；lecanemab と donanemab、仁明会セミナー、仁明会病院、2023.08.07
14. 武田雅俊、新しい認知症薬物の導入と認知症予防におけるリハビリテーション専門職への期待、第一回カワリハ言語聴覚研究会、2023.9.10、オンライン、
15. 武田雅俊、特別講演座長、第 33 回日本臨床精神神経薬理学会、愛媛県民文化会館、2023.09.28
16. 武田雅俊、アルツハイマー治療薬の開発とドナネマブの申請、仁明会セミナー、仁明会病院、2023.10.2
17. 武田雅俊、アルツハイマー病の抗体薬の導入と認知予備力、岸和田納税協会講演会、岸和田グランドホール、2023.10.10
18. 武田雅俊、水田一郎教授退官へのメッセージ、VTR、和風会、2023.10.22
19. 武田雅俊、人生百年時代の意味、仁明会セミナー、仁明会病院、2023.11.06
20. 武田雅俊、人生百年とセンテネリアン、CRRC セミナー、2023.11.15
21. 武田雅俊、シンポジウムⅡ「ひきこもり（青年、成人、高齢者）の対応と課題」座長、第 25 回感情･認知･行動研究会、オンライン収録、2023.11.20
22. 武田雅俊、シンポジウムⅠ「精神障害にも地域包括」座長、第 25 回感情・認知・行動研究会、オンライン収録、2023.12.01
23. 武田雅俊、精神薬療分野審査委員長講評、第 7 回先進医薬研究報告会、プリンスホテルさくらタワー、2023.12.8
24. 武田敏伸　Meiji CNS WEB セミナー　神戸メリケンパークオリエンタルホテル　当院における外来診療と地域移行の取り組み　講演　2023.02.03
25. 武田敏伸　西宮市医師会精神科医会学術講演会　仁明会クリニックコミュニティホール　座長　2023.02.04
26. 武田敏伸　エビリファイ LAI　web 講演会「双極性障害の維持期を見据えた持続性注射剤の役割」講演

2023.03.23

27. 武田敏伸　Janssen エキスパートミーティング　in Osaka ホテルグランヴィア大阪　パネリスト「外来におけるゼプリオン / ゼプリオン TRI の紹介について」2023.04.22
28. 武田敏伸　みんなで考えるレビー小体型認知症 in 西宮　アミティホール　パネリスト　ウェブ配信 202.06.14
29. 武田敏伸　保健所家族会教室「統合失調症と双極性障害」講義　西宮市保健所池田庁舎　2023.08.09
30. 武田敏伸　心について理解を始める講座「神経症について」　講師　西宮市南庁舎　2023.10.11
31. 武田敏伸 Hope in Schizophrenia ウェブ講演　仁明会クリニック　「ゼプリオン TRI 使用とアンケートで見えてきたこと」2023.10.26
32. 武田敏伸　第 5 回 LAI　expert meeting「精神疾患の維持期を見据えた持続性注射剤の役割」講演　大塚製薬神戸出張所　2023.11.11
33. 武田敏伸ひきこもり家族交流会講師　西宮市保健所池田庁舎　2023.12.06
34. 武田敏伸　令和 5 年度キャラバンメイト養成講座講師　西宮市職員会館会議室 2023.12.13

【ポスター】

岸本由紀　阿部和夫　武田敏伸　森村安史 「音楽性幻聴を伴うレビー小体型認知症の一例」 第 38 回秋期日本老年精神医学会　日本教育会館　2023.10.13

【社会活動・その他】

大阪大学名誉教授、和風会名誉会長

医薬品医療機器総合機構専門委員、AMED 課題評価委員、自賠責保険共済紛争処理調停委員、先進医薬研究財団理事、学校法人河﨑学園理事、財団法人仁明会理事、

PSYCHOGERIATRICS 編集委員長、COGNITION & REHABILITATION 編集委員長、仁明会精神医学研究編集委員長、臨床精神医学編集委員、保健の科学編集委員、日本精神神経学会代議員、日本老年精神医学会名誉会員、日本認知症学会名誉会員、日本未病学会名誉会員、近畿老年期認知症研究会代表世話人、感情・行動・認知研究会代表世話人

看護部の実績

著書

1. 大塚恒子、吉元容子、阿部和夫：脳の形状や巣症状（局在症状）を理解することで看護の展開はどう変わるか？精神看護出版，月刊精神科看護，vol49，12 月号，P4-9，2023
2. 大塚恒子、阿部和夫：認知症・精神疾患の看護に頭部 CT 画像からの情報を活かす，精神看護出版，2024，1

看護研究発表

1. 平松　聡、大塚恒子：認知症症状を呈する視床症候群の事例による学び，第 48 回日本精神科看護学術集会　北海道，2023，6
2. 吉元謙太、大塚恒子：統合失調症症状に違和感を抱き前頭側頭型認知症をアセスメントした事例，第 48 回日本精神科看護学術集会　北海道，2023，6
3. 中平千尋、吉元謙太：脳の構造と機能を踏まえた臨床推論に基づく LEAP を実施して～病識欠如があり拒否拒絶が著しく長期入院に至った統合失調症の患者への看護介入を通して～第 48 回　日本精神

科看護学術集会 北海道，2023，6

4. 瀧野鮎子、尾形宏美、大塚恒子：顕著な周辺症状に側頭葉てんかん症状をアセスメントした事例，第 48 回 本精神科看護学術集会 北海道，2023，6
5. 大塚恒子、吉元容子：脳機能の局在化の有無を確認してケア提供を見直す～頻回な片頭痛を訴える高齢統合失調症の事例から～第 48 回 本精神科看護学術集会 北海道，2023，6
6. 大塚恒子：経口摂取を拒み経管栄養チューブを自己抜去する事例，第 48 回日本精神科看護学術集会 北海道，2023，6
7. 大塚恒子、吉元謙太、平松　悟：類似した統合失調症の精神症状と側頭葉てんかん症状の観察，第 48 回日本精神科看護学術集会　北海道，2023，6
8. 大塚恒子：看護補助者との協働について考えよう～技能実習生との協働を通して／インドネシアからの看護助手を迎え入れるための体制整備，第 48 回日本精神科看護学術集会　北海道，2023，6
9. 吉元容子、大塚恒子：幻覚妄想状態の診断名に違和感を抱き前頭側頭葉型認知症をアセスメントした事例，第 25 回　日本医療マネジメント学会学術総会　神奈川，2023，6
10. 瀧野鮎子、大塚恒子：激しい周辺症状と側頭葉てんかん症状をアセスメントしてケアを修正，第 25 回　日本医療マネジメント学会学術総会　神奈川，2023，6
11. 尾形宏美、大塚恒子：可逆性後頭葉白質脳症から視力障害を呈した統合失調症患者のケア介入，第 25 回　日本医療マネジメント学会学術総会　神奈川，2023，6
12. 大塚恒子： 認知症患者の身体拘束を避けるためのケア方法，第 25 回　日本医療マネジメント学会学術総会　神奈川，2023，6
13. 大塚恒子：特定行為研修修了者と共に看護チームで医療の質を向上させるための提案～ジェネラルナースが違和感を解決するということ～，日本看護管理学会　インフォメーションエクスチェンジ東京，2023，8
14. 吉元容子、大利　幸：脳性麻痺のある統合失調症の患者に対するケアの修正，令和 5 年度日本精神科看護協会看護研究発表，2023，10
15. 大塚恒子、尾形宏美：可逆性後頭葉白質脳症により皮質盲を呈した統合失調症患者の看護，第 12 回日本精神科医学会学術集会　熊本，2023，10
16. 大塚恒子、吉永佳奈美：アルツハイマー型認知症の特異的な鏡兆候に対する看護ケア，第 12 回　日本精神科医学会学術大会　熊本，2023，10
17. 森川　晋：行動異常型前頭側頭型認知症の患者の失語症を捉えた看護実践，第 12 回　日本精神科医学会学術大会　熊本，2023，10
18. 森川　晋：嗜銀顆粒性認知症患者の特徴を踏まえた看護介入，日本医療マネジメント学会 第 16 回兵庫支部学術集会　西宮，2024，2
19. 瀧野鮎子：精神科病院の誤嚥性肺炎の背景を探り予防に向けた取り組みを考える日本医療マネジメント学会 第 16 回兵庫支部学術集会　西宮，2024，2
20. 大塚恒子：タスクシフト・シェアの観点から看護補助者活用推進に取り組む，日本医療マネジメント学会 第 16 回兵庫支部学術集会　西宮，2024，2

講演

1. 大塚恒子：認知症ケア技術の総論と各論，日本精神科病院協会主催認知症認定看護研修　オンデマンドオンデマンド研修会，2023，7
2. 大塚恒子：看護補助者活用推進のための看護管理者研修，令和 5 年度診療報酬改定対応研修，日本精

神科病院協会主催オンデマンド研修会，2023，7
3. 大塚恒子：患者さんを混乱させない認知症看護，一般社団法人京都私立病院協会，2023，8
4. 大塚恒子:身体拘束回避につながる認知症の正しいアセスメントと対応，日総研 オンデマンド研修会，2023
5. 大塚恒子：第 3 回～出逢う 知り合う　発信する～「安心して地域で暮らす」を支援する，医療・介護事業所のバリアフリー，2023，9
6. 前田幸史、赤羽真一：精神科訪問看護の概要と実働内容，西宮市北部在宅療養室相談支援センター，2023，11
7. 大塚恒子：“ ちょっと手がかかる ” 新人ナースを育てるプリセプターへの支援，令和 5 年度中国四国大塚恒子：地区赤十字関連施設看護継続教育研修会，2023，11
8. 大塚恒子：介護職員の活動推進～外国人材の有効な活用／利用者を混乱させない対応方法～　兵庫県介護老人保健施設協会阪神支部講演会，2023，11
9. 大塚恒子：脳の構造・機能を踏まえた精神疾患のアセスメントと対応，日総研 オンデマンド研修会，2024，2

日本精神科看護協会の研修会

1. 大塚恒子：管理者に必要な組織デザインとリーダーシップ，オンデマンド研修会，協会主催，2023
2. 大塚恒子：組織改革に必要な看護管理者の役割と能力，オンデマンド研修会，協会主催，2023
3. 大塚恒子：認知症疾患の理解とカンフォータブル・ケア，オンデマンド研修会，協会主催，2023
4. 大塚恒子：診療報酬算定要件研修 認知症の理解とケア，オンデマンド研修会，協会主催，2023 4・6・10、2024，3
5. 大塚恒子：認知症ケアのコツ 行動制限をなくすために，兵庫県支部，2023，6
6. 大塚恒子：看護補助者活用推進のための看護管理者研修　リモート研修会，2023，4・5・12
7. 外部講師、大塚恒子：脳の構造・機能を理解した精神看護の提供，2023，9・12
8. 外部講師、大塚恒子：身体拘束に伴う法的根拠／身体拘束に頼らない精神科看護，2023，10
9. 大塚恒子：和歌山県支部看護研究発表会講評　リモート研修会，2023，10
10. 大塚恒子：楽しく看護管理に取り組もう！広島県支部，2023，10
11. 大塚恒子：脳の構造・機能を踏まえた認知症看護，リモート研修会，岡山県支部，2023，12

日本精神科看護協会　認定看護師育成研修会の講演

1. 大塚恒子：対象理解Ⅰ　フィジカルアセスメント 5　精神科領域の高齢者の身体的観察精神科診断治療学 6　リモート研修会，2023，5
2. 大塚恒子 : 対象理解Ⅰ　フィジカルアセスメント 4 精神科領域の身体的観察　中枢神経系・運動器系・感覚器系　リモート研修会，2023，5
3. 大塚恒子:医学モデルによる対象理解フィジカルアセスメント 5 と 8 ケーススタディ , リモート研修会，2023，5
4. 大塚恒子：組織内における活動リーダーシップ論 1 リモート研修会，2023，6

精神衛生研究所における講演

1. 大塚恒子：看護補助者研修会①　高齢者や認知症患者にしてはいけない対応，2023，5
2. 認知症研修会① さまざまな認知症の理解と対応，2023，5

3. 外部講師：統合失調の理解とケア，2023，6
4. 外部講師：認知症研修会② 周辺症状への対応，2023，7
5. 外部講師：脳機能の局在化や神経伝達物資を踏まえた精 神科治療と対応，2023，7
6. 外部講師：有効な看護チームを作るための ファシリテーション，2023，8
7. 大塚恒子：看護補助者研修会②　改めて認知症を学ぶ，2023，8
8. 外部講師：対応困難患者とのコミュニケーション方法，2023，8
9. 外部講師：精神科薬物療法の知識から有効性と限界を学ぶ，2023，8
10. 外部講師：性格や対人関係に偏りがあるスタッフの支援，2023，8
11. 大塚恒子：認知症研修会③ 認知症患者を混乱させないカンフォタブルケア，2023，9
12. 外部講師：児童・思春期の精神科看護，2022，9
13. 大塚恒子：認知症研修会④ 認知症と類似した老年期精神障害の理解と対応，2023，10
14. 大塚恒子：看護補助者研修会③ 介護を困難にする周辺症状の予防，2023，10
15. 大塚恒子：認知症研修会⑤ 認知症患者を介護する家族の支援，2023，11
16. 大塚恒子：看護補助者研修会④ チーム医療における看護補助者の役割，2023，12
17. 外部講師：認知行動療法（CBT）の実際，2023，12

市民講座（心のコミュニティー）

1. 吉元謙太：認知症とは，2023，5
2. 松尾結紀：認知症の症状，2023，7
3. 尾形宏美：認知症の進行の過程 2023，9
4. 平松　悟：認知症の原因と予防，2023，11
5. 田中小百合：介護を困難にする周辺症状，2024，1
6. 森川　晋：認知症の方が地域で暮らすための支援，2024，3

職能団体への支援活動

1. 大塚恒子：西宮市医師会看護専門学校外部講師「こころの健康と看護 1」「看護管理論」、2023 年度
2. 大塚恒子：華頂看護専門学校外部講師　「精神看護援助論①」2023 年度
3. 大塚恒子：公益財団法人日本医療機能評価機構　精神科病院サーベイヤー　2023，7・12

その他

1. 大塚恒子：日本精神科病院協会　看護師認定資格分科会・認知症認定看護師会の担当

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、鵜飼聡、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)、池田　学、大塚　恒子、武田　敏伸、菱本　明豊、松永　寿人、三好　功峰

令和 2 年 3 月改定

仁明会精神医学研究フォトギャラリー No.1

雑誌「仁明会精神医学研究」の表紙は、第 1 巻から第 15 巻まで甲山を背景とした仁明会病院の写真を使用していた。第 16 巻から判型が A4 サイズとなり、年二回の刊行になったことから、毎号新しい写真を表紙として掲載することになった。

5 年を経過して 11 枚の写真がそろったので、本号のグラビアとして、第 16 巻 1 号から第 21 巻 1 号までの表紙写真を集めて掲載した。写真はいずれも一般財団法人仁明会理事長・仁明会病院院長を勤める森村安史先生の作品である。以下に、各号に添えられていた写真の説明を再掲しておく。

【第 16 巻 1 号　2018 年 9 月】

タイトル　「地中海の青い光」

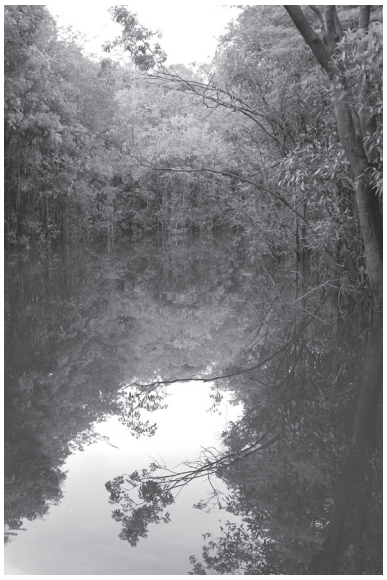
撮影場所　チュニジア共和国　シディ・ブ・サイド

撮影年月　2006 年 10 月

撮 影 者　森村　安史

コメント

バルドー国立博物館で武装した男 2 人組が日本人 3 名を含む外国人観光客を襲った事件は記憶に新しい。さて、チュニジアにはカルタゴやエル・ジェムといった古代遺跡が数多く残されており、遺跡に立つとフェニキア人やハンニバルたちが活躍した時代に思いをはせることができる。シディ・ブ・サイドは北アフリカの数ある地中海リゾートの中でも、とりわけヨーロッパ人に愛されてきた街のひとつだ。やわらかな光に包まれた美しい海を臨むこの地は、昔から文豪や画家たちに愛されてきた。この街でひときわ目に付くのが白漆喰の壁に嵌め込まれたチュニジアン・ブルーのドアである。街を歩くと、個性的な幾何学模様の美しいドアが道行く者たちの目を楽しませてくれる。



【第 16 巻 2 号　2019 年 3 月】

タイトル　「水没ジャングル」

撮影場所　ブラジル連邦共和国　アマゾン川

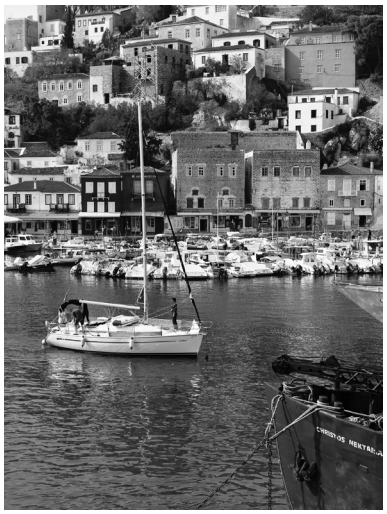
撮影年月　2007 年 9 月

撮 影 者　森村　安史

コメント

世界最大の川であるアマゾン川は、その流域面積がオーストラリアと同じくらいの広さがあると言われている。中流域であるマナウスから迷路のような小さな支流へと分け入って行くと、そこではアマゾンという大河の表情とは全く異なる世界が飛び込んでくる。水没した熱帯ジャングルの木々から溶け込んだ樹液は川を墨のように真っ黒に染めている。黒い川面は鏡となり、周りの木々を映している。湿度の高い重い空気は酸素をたっぷりと含んでいるように感じる。鳥のさえずりやカエルの声しか聞こえない、静かで上下のない異世界に迷い込んだような気がした。

【第 17 巻 1 号　2019 年 9 月】
タイトル　「アマゾンの笑顔」
撮影場所　ブラジル連邦共和国　アマゾン川
撮影年月　2007 年 9 月
撮 影 者　森村　安史
コメント
　アマゾン川の奥地にはまだ文明社会と隔絶した裸族が住んでいると言われている。広大な流域面積を持つアマゾン川にはまだまだ隠された生物が生息しているのかもしれないとの期待を感じさせる。我々が訪れることができるところはこの大河のほんの入り口のところだけである。そこには先住民の集落が観光用に残されている。お土産物を売る彼らは明るい笑顔で私たちの来訪を受け入れてくれた。

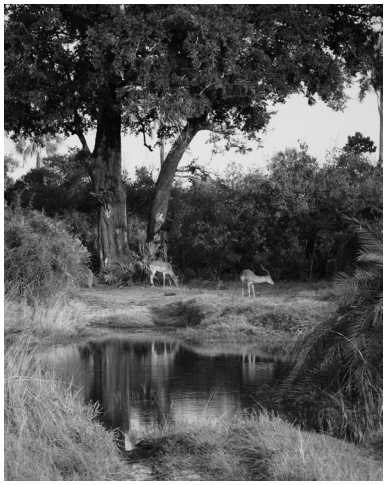


【第 17 巻 2 号　2020 年 3 月】
タイトル　「イードラ(Hydra)島」
撮影場所　ギリシア　イードラ島
撮影年月　2008 年 10 月
撮 影 者　森村　安史
コメント
　INA の総会がアテネで開催された折に、三好先生のお供をしてギリシアに出かける機会があった。会議への参加はそこそこにして、アテネからエーゲ海の島を一日で巡る観光船に乗船した。エーゲ海クルーズというとサントリーニ島をはじめとして白壁と青い屋根が、海の青と、空の中に光り輝く風景の中でのんびりとした船旅を空想する。そのようなゆったりとした船旅ではなくても、エーゲ海の空気を感じることができた。夕立が去った後の海上には、黒い雨雲の隙間から光が差し込み、まるでギリシャ神話のゼウスがそこにいるのではないかと感じるような、光の帯にも出会うことができた。「神話はこうした自然現象が作り出す風景の中から生まれるのだろう」などと思いながら短時間の船旅を楽しんだのである。

【第 18 巻 1 号　2020 年 9 月】
タイトル　「マチュピチュの夕景」
撮影場所　ペルー
撮影年月　2010 年 6 月
撮 影 者　森村　安史
コメント
　三好功峰先生のお供をしてペルーのリマで行われた INA に参加させていただいた。リマではほとんど観光する時間もなくクスコの地上絵を先生と見に行った。右に左に旋回する小さなセスナの窓から見る不思議な地上絵は私にとっては「がっかり」世界遺産の一つになった。リマから高地順応をしながら標高 3,000m を超すクスコに移動し、そこからさらに電車やバスを乗り継いでマチュピチュの玄関までたどり着くのは一苦労である。簡単には人を寄せ付けない山の奥に古代都市、マチュピチュがあった。古代の人々がなぜこの険しい山の上に文明を開いたのか、そしてその末裔たちはどこに消えたのか、色々な謎が歴史ロマンをかきたてる。夕日にマイナピチュの山陰が浮き上がる頃には、この遺跡群にリャマが現れてのんびりと草を食む風景に巡り会う。ここではゆっくりした時間が流れているようだ。

【第 18 巻 2 号　2021 年 3 月】
タイトル　「アルパカを抱く子供達」
撮影場所　ペルー
撮影年月　2010 年 6 月
撮 影 者　森村 安史
コメント
　クスコは 3000m を超えるアンデスの高地に栄えた、古代インカ帝国の首都である。マチュピチュへの旅はこの街を起点にして出発する。町のバザールに行くとカラフルな民族衣装を並べたお土産物屋さんが軒を連ねている。子供達がお小遣い稼ぎに写真を撮らせてくれる。よく見るとこの三人は兄弟であろうか、それぞれが小さなアルパカの子供を懐に抱いているではないか。まるでぬいぐるみのようなモフモフしたアルパカのつぶらな瞳と、この子供達の人懐っこい瞳に、見知らぬ土地を一人で歩いていた私の心がホッと癒された瞬間であった。

【第 19 巻 1 号　2021 年 9 月】
タイトル　「夕景のバオバブ並木」
撮影場所　マダガスカル共和国・モロンダバ
撮影年月　2017 年 8 月
撮 影 者　森村 安史
コメント
　「星の王子様」を初めて読んだときに、星を破壊してしまうほどの巨木を一度は目にしてみたいと思っていた。星の王子様によって摘み取られてしまう悪者のバオバブであるが、バオバブの木を見にいくならマダガスカルである。マダガスカルにはアイアイなど様々なキツネサルや、カメレオンなど数多くの固有種が生息する独特の島国である。多彩な自然を背景にして、物語が紡ぎ出されるのにはぴったりな風景を持っている。アンタナナリボから高速道路という悪路を延々と走りようやくバオバブの並木道に着くことができる。遠い旅である。こんな大きな木が星の王子様が住む小さな星に三本も生えてくると、確かに星は破壊されてしまいそうだ。なるほど王子様が小さいうちにこれを摘み取ってしまおうと考えたのも頷ける。怠け者の私の星はすでにバオバブの木によって破壊されてしまったのかもしれない。



【第 19 巻 2 号　2022 年 3 月】
タイトル　「水辺のインパラ」
撮影場所　ボツワナ共和国　オカバンゴデルタ
撮影年月　2016 年 8 月
撮 影 者　森村安史
コメント
　ボツワナにあるオカバンゴデルタは自然の宝庫である。ライオン、ヒョウなどの大型肉食獣から、美しいキリンやシマウマ、カバにサイなど多くの動物たちが乾季になると水を求めて集まってくる場所である。象やライオンが主役を務めるアフリカの大地では、群れをなして軽快に走る美しい姿のインパラはデルタ地帯の風景を構成する重要な脇役である。夕暮れの水辺にのんびりと過ごすインパラのいる風景は、野生動物たちの過酷な生存競争の中にあって一時の平和な時間であるように感じた。

【第 20 巻 1 号　2022 年 9 月】
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。

【第 20 巻 2 号　2023 年 3 月】
タイトル　「アサロ族のマッドマン」
撮影場所　パプアニューギニア
撮影年月　2020 年 2 月
撮 影 者　森村安史
コメント
　子供の頃には「人喰い人種」が南の島に住んでいるのだという話を聞いて、未開のジャングル探検隊の冒険談に夢中になっていた時期があった。Kuru 病はパプアニューギニアの風土病として恐れられていた。この病気はプリオン病であることが解明され、カニバリズムによって伝染することが明かされた。カニバリズムへの興味と昔からの冒険談への憧れから、パプアニューギニアの原住民に会ってみたいとの思いがあった。我々が訪れることができる部落には昔の儀式の名残はあるとはいえ、観光客を相手にしたショーを披露しているだけである。山一つ、谷を一つ超えた部落ではそれぞれ異なった姿をした人たちが、ユーモラスでもあり不思議な姿をして登場してくれる。ここで恐ろしい風習がわずか 50 年余り前までは実際に行われていたことなど今では全く想像することができない。帰途コロナ騒動が始まった。それ以来海外には出ることができなくなってしまった。

【第 21 巻 1 号　2023 年 9 月】
タイトル　「夕日の中で」
撮影場所　メキシコ合衆国
撮影年月　2008 年 12 月
撮 影 者　森村安史
コメント
　カリブ海に沈む夕陽を受けて、この日の楽しいダイビングの思い出を語らうカップルの上をかもめが祝福しているかのように舞っていた。ここはカンクンの海岸から少し沖に出たところである。反対側を見るとすぐそこにリゾートホテルが立ち並んでいるのであるが、写真で切り取ってみると広々としたカリブ海の中で漂っているようにしか見えない。三好先生のお供をして出かけた国際神経精神医学会後の休日の一コマである。

編　集　後　記

時の経つのは早いもので、2018 年に三好功峰先生から本誌の編集委員長を引き継いで 5 年が経過した。三好功峰先生が担当されていた 1-15 巻は年間 1 冊の B5 版であったが、小生が担当するようになった 16 巻から A4 版で年間 2 冊となり、16 巻から 21 巻までの 12 冊を重ねた。本誌では、この 5 年間に以下の特別寄稿を刊行してきた(敬称略)。

「最近の思春期における人格形成をめぐる諸問題－発達障害を視野に－」**牛島定信**(ホヅミひもろぎクリニック院長)16(1): 3-7 2018。「今日のうつ病－その理解と対応」**白川治**(近畿大学医学部精神神経科学教室)16(1):14-17 2018。「認知症でも安心して生活を続けるために : 私たちの役割」**本間昭**(お多福もの忘れクリニック /NPO 法人認知症ケア研究所)16(1):25-29 2018。「臨床－それは汲めども尽きぬ泉」**鈴木二郎**(神経研究所晴和病院 , 山王精神医学心理学研究所) 16(2):2-16 2019。「臨床精神病理学から乳幼児期顕在発症自閉症(カナー型)に焦点をあてる－自閉症覚え書き－」**加藤敏**(小山富士見台病院 , 自治医科大学)16(2):17-34 2019。「精神医学を始めた頃－思い出すまま」**新福尚隆**(神戸大学名誉教授 , ブックスクリニック) 17(1): 2-15 2019。「せん妄の病態と治療」**中村純**(社会医療法人北九州病院・北九州古賀病院) 17(1): 16-22 2019。「これまでの作業 , そしてこれから－ Y.N. の場合」**中根允文**(長崎大学名誉教授 , 医療法人五省会出島診療所所長)17(2): 3-13 2020。「精神医学と性」**山内俊雄**(埼玉医科大学) 17(2): 13-26 2020。「私の統合失調症観における生活臨床」**堀口淳**(島根大学名誉教授) 17(2): 27-36 2020。「わが国における抗うつ薬開発の歴史的展開」**村崎光邦**(CNS 薬理研究所) 18(1): 2-31 2020。「精神科臨床から行政へ－思いだすままに」**新福尚隆**(神戸大学名誉教授 , 医療法人ブックスクリニック)18(1): 32-48 2020。「うつ病と経頭蓋磁気刺激 TMS 治療」**篠崎和弘**(浅香山病院臨床研究研修センター長 , 和歌山県立医科大学) 18(1): 49-59 2020。「台湾における新型コロナウイルス感染症の予防対策－当事者 / 観察者からの報告」**Ying-Shih Su, Winston W. Shen, Wen-Sen Lee**(Wan Fang Medical Center, Taipei Medical University) 18(1): 60-69 2020。「Hans Berger の生涯とヒトの脳波の発見」**山口成良**(社会医療法人財団松原愛育会松原病院)18(2): 2-7 2021。「二冊の書物によせて－ゲシュタルトクライスとパトゾフィー」**守田嘉男**(兵庫医科大学名誉教授) 18(2): 8-13 2021。「統合失調症の人の社会参加に向けた支援」**池淵恵美**(帝京平成大学大学院臨床心理学研究科) 18(2): 14-21 2021。「思い出すままに(その三)－ WHO の経験－」**新福尚隆**(神戸大学医学部 , ブックスクリニック) 18(2): 22-49 2021。「統合失調症治療の 4 条件－多職種協働への期待」**西園昌久**(福岡大学名誉教授)19(1): 2-7 2021。「統合失調症とは何か－眼球運動の解析から－」**小島卓也**(医療法人社団輔仁会大宮厚生病院) 19(1): 8-16 2021。「思い出すままに(4)－神戸大学時代(1994 年 6 月－ 2005 年 3 月)」**新福尚隆**(神戸大学医学部 , ブックスクリニック) 19(1): 17-35 2021。「AE Hoche (1865-1943)とその時代－『自由意志』論にみる精神医学観－」**松下正明**(東京大学名誉教授) 19(2): 2-12 2022。「統合失調症の診断 , 概念と臨床的意義」**佐藤光源**(特別顧問恵風会高岡病院 , 東北大学名誉教授 , 世界精神医学会名誉会員) 19(2): 13-21 2022。「成人期臨床におけるトラウマを考える」**青木省**三((公財)慈圭会精神医学研究所) 19(2): 22-27 2022。「我が学究彷徨の記～精神医学と睡眠研究の狭で」**太田龍朗**(日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院) 20(1): 2-12 2022。「向精神薬の臨床開発に関わり学んだこと」**樋口輝彦**(一般社団法人日本うつ病センター名誉理事長 , 国立精神・神経医療研究センター名誉理事長) 20(2): 2-8 2023。「リチウム反応性から気分障害を切り分ける」**白川治**(医療法人尚生会湊川病院精神科 , 神戸大学客員教授) 20(2): 9-15 2023。「「病後の生活史」に伴走する私の小精神療法－武田雅俊先生への返信(2023-4-4)として－」**笠原嘉** 21(1): 2-8 2023。「高齢者での非けいれん性てんかん重積状態：最近の動向と精神医学での新たな課題」**松岡洋夫**(東北大学名誉教授 , こだまホスピタル特別顧問 , 清山会教育顧問) 21(1): 9-23 2023。加えて、本号では、**小椋力**先生の「わが国における「予防精神医学」の歩み」、**前田潔**先生の「神出病院事件と兵庫県の地域精神医療」、**菱本明豊**先生の「コロナ禍はメンタルヘルスに何をもたらしたか？」を掲載することができた。

いずれの論文も、何度も読み返す価値のある貴重な論考であり、このような優れた論文を掲載できることは編集子の最大の喜びである。これらの論考は仁明会精神医学研究 HP に公開されているので、読者諸氏におかれても今一度味わっていただきたいと思う。このような珠玉の論考をお寄せいただいた先生方に改めて感謝を申し上げて、本号の編集後記とする。

編集委員長　武田　雅俊

タイトル　「ドラキュラ城」
撮影場所　ルーマニア　ブラショフ
撮影年月　2005 年 3 月
撮 影 者　森村安史
コメント

ルーマニア中央部に位置するブラン城は、ドラキュラ伯爵の居城のイメージとなったことで有名な城である。ドラキュラ伝説はオスマン・トルコ軍の残虐な戦法がその起源となっているという説もある。悲惨な戦いが繰り広げられたトランシルヴァニア地方であるが、まだ雪が残る初春の穏やかな風景からは想像もできない。売店には「ドラキュラ」と命名された赤ワインも売っている。もしかしたら血の匂いでもするのだろうかと想像しながら城をあとにした。

仁明会精神医学研究
Jinmeikai Journal of Psychiatry

発　行　人：森村　安史
発　　行：一般財団法人 仁　明　会
発　行　日：2024 年 3 月 31 日
編集委員会：武田　雅俊（編集委員長）
池田　　学、大塚　恒子
武田　敏伸、菱本　明豊
松永　寿人、三好　功峰
（五十音順）

ISSN 2434-6888

一般財団法人 仁明会

目　次　　仁明会精神医学研究

第21巻（2）2024年3月

■ 巻頭言

灰色の小さな脳細胞　一般財団法人仁明会　理事長　森村安史 …… 1

■ 特別寄稿

わが国における「予防精神医学」の歩み　琉球大学　名誉教授　小椋力 …… 2

神出病院事件と兵庫県の地域精神医療　神戸市シルバーカレッジ学長、神戸大学名誉教授　前田潔 …… 7

コロナ禍はメンタルヘルスに何をもたらしたか？　神戸大学大学院医学研究科　精神医学分野　菱本明豊 …… 11

■ 症例報告

著明な肝逸脱酵素の上昇を来し、栄養管理に難渋した神経性やせ症の一例　兵庫医科大学　精神科神経科学講座　飯島華怜　他 …… 15

入院加療中に COVID-19 濃厚接触者としての処遇を経験した強迫症患者の一例　兵庫医科大学　精神科神経科学講座　木村蘭子　他 …… 19

精神科入院治療を要した特定妊婦の一例　兵庫医科大学　精神科神経科学講座　清川健太　他 …… 24

入院での認知行動療法により汚染 / 洗浄強迫が改善した強迫症の一例　兵庫医科大学　精神科神経科学講座　中村元紀　他 …… 29

音楽性幻聴を伴うレビー小体型認知症の一例　一般財団法人仁明会、仁明会精神衛生研究所　岸本由紀　他 …… 35

■ 総説

センテネリアン（centenarian）と健康生成論（salutogenesis）　一般財団法人仁明会　精神衛生研究所、大阪河﨑リハビリテーション大学　武田雅俊 …… 41

■ 原典紹介

U.H. ペェーテルス著「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 …… 63

■ コラム

忘れられない患者さんたち　3. 孤高のヒーロー　一般財団法人仁明会　理事長　森村安史 …… 89

■ 仁明会精神衛生研究所年間業績報告（2023 年 1 月～ 2023 年 12 月） …… 91

■ 仁明会精神医学研究・執筆規定 …… 97

■ 仁明会精神医学研究フォトギャラリー No.1 …… 99

■ 編集後記 …… 103

本誌はウェブサイトでも閲覧できます　https:www.j-ccp.com