

公益財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所年報

第3巻

Bulletin Toyosato Institute of Clinical Psychiatry
Vol. 3

2012年（平成24年度版）



公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所

Toyosato Institute of Clinical Psychiatry

目 次

巻頭言

修正型電気治療について（林 拓二）	1
-------------------	---

ごあいさつ（佐藤 公彦）	3
--------------	---

公益財団法人豊郷病院基本理念・精神科沿革	4
----------------------	---

原著論文・総説など

1. 皮膚寄生虫妄想と心気妄想（田中祐輔、林 拓二）	5
2. 修正型電気治療の適応疾患について（白井隆光）	11
3. 精神医学と社会神経科学（高橋英彦）	15
4. 自閉症スペクトラム障害における自発的表情模倣の障害 （義村さや香、佐藤 弥、魚野翔太、十一元三）	25

講演記録など

5. 認知症のきざしに気付く（成田 実）	29
6. 治療と矯正、そして共生－精神医療の基本（林 拓二）	37

随想など

7. 私の研究エピソード（林 拓二）	49
8. 私と国際学会（林 拓二）	51
9. 札幌トロイカ病院開設 30 周年祝辞（林 拓二）	54

看護研究など

10. 自傷行為のある患者との距離感に困難を感じた 精神科病棟看護師の関わりの一事例（西川由希子）	55
11. うつ症状のある患者の自立支援の為に －自己の役割を再認識し自立支援施設参加を促して（中村祥子）	62
12. 患者対応で受けるストレス軽減の効果 －精神科病棟におけるナラティブ・アプローチを用いた 看護師への支援の取り組み（柴田美恵子 飯屋隆史 松井理沙）	66
13. 私の看護観－看護実践の振り返りから（堀尾素子）	70
14. 午前中の臥床傾向改善に意欲を持てようになった事例（岩田夏彦）	72

精神鑑定

15. 自動車及びブランド焼酎窃盗事件－ヒステリー性健忘および睡眠剤嗜癖（林 拓二）	77
16. 自転車損壊事件－遅発性パラフレニー（林 拓二）	81
17. 信号無視衝突事件－軽症うつ病（林 拓二）	85
18. 成人後見開始の審判－中等度精神発達遅滞（林 拓二）	90
19. 成人後見開始の審判－中等度精神発達遅滞および認知症の重畳（林 拓二）	94
20. 成人後見開始の審判－脳血管性認知症（林 拓二）	98

症例報告

21. カタファジー（裂語症）について －形式性思考障害と言語異常を特徴とする統合失調症圏の精神病（林 拓二）	102
--	-----

資料

22. 内因性精神病の長期経過と転帰に関する研究－豊郷病院での研究計画書（林 拓二）	110
--	-----

研究業績（平成 24 年度）	120
----------------	-----

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所所員	122
-------------------------	-----

編集後記	123
------	-----

巻 頭 言

修正型電気療法について

公益財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所
所長 林 拓二



電気けいれん療法は自殺念慮を抱くうつ病や緊張病症状を示す統合失調症などには劇的に奏功する。このことは、精神医療の現場をよく知る臨床精神科医であるならば誰もがよく知る事実である。しかし、われわれ精神科医にとって、電気けいれん療法にはこれまで多かれ少なかれ心理的な抵抗があったと言える。それは、電気けいれん療法が精神病の治療とは言えない目的で使用されたこともある忌まわしい過去を知っているからであり、また、適応疾患を厳格に守り、治療前飲食の禁止などの準備を怠ることがなければ極めて安全で有効な治療法であるにもかかわらず、精神科の医師にとっては「手術」に近いものであって、有けいれんの身体的治療には独特の緊張感を強いられるものだったからである。

私が大学を卒業して精神科医になったばかりの頃、勤務していた七山病院の医局長の山崎先生に「電気は嫌いです」と言ったところ、「林君、精神科の治療は好き嫌いでするものではないんだよ、嫌いであっても、それが患者に効くのであれば、するべきなんだ」と諭されたものである。それ以後、「電気は嫌いだが必要に応じて行う」と言う私の態度は一貫している。当時は、新設の精神病院（信じられないことに精神科医のいない病院もあった）も多く、処遇困難として保護室に長期隔離され、終には措置鑑定が申請されて指定病院である我々の病院に転院してくる患者も少なくなかった。このような患者に電気けいれん療法を行なうと劇的に改善したため、「やはり、本物の精神科の医者はずごい」と感心されたものである。

豊郷病院でも 1970 年代、電気けいれん療法は入院・外来を問わずに盛んに行われていたようである。当時在職していた錦織壮先生は電気けいれん療法の改善に取り組み、記憶障害の少ない方法として劣位半球だけに電気刺激を与える「一側性」電気けいれん療法を研究していた。私は「精神医学」誌に次々と投稿される「一側性」電気けいれん療法に関する彼の知見（71 年、73 年、75 年）を興味深く読み、著者の所属先であった豊郷病院という豊かな田園を想起させる病院名に少なからぬ憧憬を感じていたものである。現在、私が豊郷病院に勤めているのも不思議な縁と言うしかない。

現在、電気けいれん療法が再び脚光を浴びる時代となっている。それは、新しい抗精神病薬が次々に開発されてはいるものの、薬物が奏功しない難治性の症例も数多く見られ、さらに、近年重視される精神科救急では即効性が求められるものの、薬物による治療効果は限定的であると言わざるを得ないからである。そこで、従来の電気けいれん療法が若干修正され、麻酔科医の管理下で全身麻酔、筋弛緩剤を使用する無けいれん電気治療（修正型電気療法：m ECT）となり、精神科医の心理的な負担ははるかに少なく、さらに安全な治療法として再登場している。治療機器も従来のサイン波型からパルス波型の通電装置「サイマトロン」（平成 14 年認可）となって、保険診療も認められ精神科特殊治療として一般に認知されている。

豊郷病院では、この数十年、電気けいれん療法が実施されることはなかったが、薬物療法のみでは治療の困難な症例がなお少なからず存在する。修正型電気療法を行なっている施設は、県下では滋賀医大以外になかったため、豊郷病院でも麻酔科の小島医師の協力を得て手術室との調整を進め、平成 25 年 7 月からサイマトロンによる治療を始めている。修正型電気療法は従来の電気けいれん療法と比べ、安全性を優先させた結果として効果はやや弱いという印象はあるが、このことは老年期の患者さんにも安全に治療することが可能となっており、自殺念慮の強い老年期のうつ状態や遅発性の精神疾患に対して有用な治療法であると言える。

精神医療の現状は、国の財政負担を軽減させる必要もあって入院治療から地域へという大きな流れの中にある。しかしながら、精神症状の改善がないまま、地域との共生を目指そうとする努力は家族や地域の受容する範囲を超え、ただ疲労させるだけに終わるかも知れない。我々はなお、「焦らず、慌てず、諦めず」に、精神疾患の治療に取り組み、現在持てる治療手段を総動員しながら、個々の患者が患う精神疾患を克服しなければならないと思う。



ごあいさつ

公益財団法人 豊郷病院

代表理事 名誉院長 佐藤 公彦

豊郷病院の病棟構成は、一般病棟 148 床、亜急性病床 8 床、回復期リハビリテーション病棟 30 床、医療型療養病棟 32 床、それに精神一般病床 60 床、精神療養病床 60 床である。ケアミックス型に精神病棟が備わる複合病院であるが一つ一つは小さい。医療運営に精通している人はこの配分を見るだけで大変ですねという感想を洩らす。地域からの需要を積み重ねていつのまにか出来上がったものではあるが、残念ながら医療の効率は劣る。腎透析 16 ベッドも然りである。公益財団法人と名は変えたものの、公的の補助金はなく、ファンドもない。うちは苦しくとも頑張って自活しているという、びっくりされることもある。

昨年 5 月にスタートした回復期リハビリテーション病棟は、慣らし運転も終え、順調に軌道を走っている。近隣の病院に感謝したい。療養型病棟は少ないベッドをフル活動することで、病院の潤滑油のような仕事も行っている。全員が一分一秒も無駄なく動いている凄いところだ。さらに精神科が復活をかけて始動している。H 22 年、精神医学研究所が開設されると、期を待たずして林先生のもとに若い先生が集まってきだした。研究所紀要の創刊、精神科当直の再開、電気けいれん療法と、林先生の目指される地域精神医学が地道に進められている。臨床研究と医師確保のニュースタイルと外部から囑目される。精神科救急も再開された。以前のポテンシャルの高い精神科に戻るのも、そう遠くはないようだ。一般病棟、特に内科系は時候による繁忙がはっきりしている。繁忙期にベッドを効率よく回転させ、患者さん、医療者側双方が有益になるように配慮しなければならない。閑散期は病院、診療科、あるいは医師個人の實力の見せ所と覚えておこう。

高度急性期医療と一般急性期医療を区別した医療供給体制の在り方は、これまでのところ「非選択と過剰集中」となり、患者へのメリットより大規模病院の疲弊と地域一般小病院の経営悪化が凌駕している。結果的に大病院重視政策となっているために、地方の中小病院にはますます医師も看護職も集まらず、疎外感、孤独感が拡がりつつある。病院の identity crisis である。病院が直面する課題はまずは医師確保であるが、DPC と 7:1 看護基準もそろそろ検討する時期であろう。このきつい峠を越えてもくつろぎと美酒が手に入る保証はないが。

日本は平等で、安価、高品質の医療を提供してきた。国民皆保険・現物給付・良好なアクセス、この 3 本柱を固定するのが診療報酬算定法と混合診療の禁止である。その代償として毎年多額の医療費が積み込まれている。医療介護を含める社会保障費は、毎年 1.2 兆円自然増と予想されている。しかし、私たちの立場としては、国際的に羨望されている日本の医療制度が維持されるのであれば、余計なジレンマに陥る必要はないと思う。TPP は医療の仕組みを変えるだろう。小児や将来を背負う若い世代には最高の医療を受けられる環境が必要だ。大学病院など特定機能病院に、混合診療禁止を一律に求めるほど軽佻浮薄ではない。しかし、原則として、医療保険加入のモチベーションを殺ぎかねない保険外診療枠の拡大、混合診療解禁はあってはならない。幸運にもまともな（公務員と民間人に差がないことは特筆）医療制度である。Cool Japan として守っていききたい。

平成 25 年（2013）8 月

公益財団法人豊郷病院

基本理念

豊かな郷で心と体の健康を 家族のように

1. 郷土愛と博愛の創立精神に基づき、地域の医療・保健・福祉を支える。
2. 医学の進歩に同調し、わかりやすく信頼される医療を行う。
3. 温もりと心をこめたサービスで、快適な療養環境を築く。
4. 患者さまの権利を尊重し人権をまもる。
5. 職員の労働環境に配慮し、効率よい安定した病院経営を行う。

日本医療機能評価機構認定病院
一般病棟・精神科病棟・長期療養型病棟の複合病院
創立 1925 年（大正 14 年）4 月

精神科沿革

- 昭和 32 年（1957） 4 月 1 日 精神科・神経科新設（精神科病床 110 床）
（京都大学名誉教授三浦百重先生指導）
- 昭和 42 年（1967） 8 月 30 日 精神科病棟増築（精神科病床 209 床）
- 平成 7 年（1995） 6 月 1 日 老人性認知症疾患センター開設
- 平成 12 年（2000） 7 月 1 日 精神科デイケア開始
- 平成 14 年（2002） 10 月 1 日 新館 5・6 階に精神科病棟移動（精神科病床 120 床）
- 平成 22 年（2010） 4 月 11 日 臨床精神医学研究所設立

皮膚寄生虫妄想と心気妄想

Delusion of parasitosis and hypochondriacal delusion

田中 祐輔^{1,2)}、林 拓二²⁾

1) 京都大学精神医学教室

2) 豊郷病院臨床精神医学研究所

抄録：

皮膚寄生虫妄想は、現実にはムシがいないにもかかわらず、ムシが皮膚に寄生していると確信する妄想性の病態であり、人格の崩れは認められない。これらは妄想性醜形恐怖や自己臭妄想とともに単一症状性の心気性精神病としてまとめられることもあるが、DSM- IVではこれらは概ね妄想性障害の下位群である身体型に含められている。しかし、皮膚寄生虫妄想の好発年齢が初老期から老年期にかけてであるのに対し、醜形恐怖などは若年期に発症することが多いことを見れば、これらを疾病学的に同一のものであるとみなすことは出来ない。言うまでも無く、DSM- IVなどの操作的診断は症状などを主にした類型学的分類であって疾病学的な診断ではない。皮膚寄生虫妄想もまた一つの症状群であって疾患とみなすことは出来ない。しかし、狭義の（純粹型）皮膚寄生虫妄想は一定のまとまりも持つ病型であり、臨床症状的には遅発性パラフレニーに近縁のものと考えられる。

Keywords：皮膚寄生虫妄想、遅発性パラフレニー、体感異常型統合失調症、

はじめに

初老期や老年期に主として発症する皮膚寄生虫妄想とよばれる病態がある。ムシが実在しないにもかかわらず皮膚あるいは腸内に寄生していると確信し、そのムシが這う、刺す、噛むなどの体感異常の他に、奇妙な視覚性体験やムシの擬人化などを訴えるもので、人格の崩れは認められない。このような寄生虫の罹患を確信する特異な心気妄想を示す症例は、器質性精神病や症状性精神病に認められることもあるが、心因性と考えられる感应性精神病や内因性精神病のうつ病や統合失調症で見られることもあり、ほぼあらゆる精神障害に認められるとされている。しかし、皮膚寄生虫妄想の症例の中には、伝統的な診断のいずれにも分類し難い症例が多数存在するのも確かである。本稿では、単一症状性心気妄想の中心的な病型である、皮膚寄生虫妄想の疾病学的な検討を行いたいと思う。

類型学的分類と疾病学的診断

周知のごとく、本症をはじめて記載したのはフランスの皮膚科医である Thibierge (1894) である。彼はダニの感染を確信しているが、身体には何の所見もない患者を「ダニ恐怖症」として記載した。その2年後に、同じ皮膚科医である Perrin (1896) が、このような患者を「寄生虫恐怖症」と名付けている。しかし、彼はまもなくこれらが恐怖症ではなく、妄想性の確信であるとしている。その後、スウェーデンの精神科医である Ekbom (1938) が、これらを「初老期皮膚寄生虫妄想」の名称のもとに報告し、

この異常な感覚と妄想とが、初老期における脳と内分泌組織の変性に起因していると考えた。今日、英米圏の文献で広く使用される“Delusion of parasitosis（寄生虫妄想）”は、Wilson と Miller（1946）が用いたものであり、これらが統合失調症、更年期うつ病、痴呆、中毒性精神病、さらに重症の神経症にも認められるとして、これらを特徴的な疾患に基づくものであるとは考えていないようである。近年では、Munro（1978）が、この寄生虫妄想例を、妄想性醜形恐怖や自己臭妄想とともに、「単一症状性心気性精神病」と呼ぶ新しいカテゴリーの中に分類しているが、操作的診断である DSM- IV によれば、これらのほとんどが妄想性障害の下位群である身体型に含められるようである。

確かに、類型学的な観点から見れば、現実にもそのようなものではないにもかかわらず、自己の鼻や眼などの顔貌や手足や胸などの身体各部位が醜悪であると考えたり、あるいは自己の体臭などによって他人に不快感を与えたり他人から軽蔑されていると確信する醜形妄想や自己臭妄想と皮膚寄生虫妄想とは、心気症やセネストパティー様体験とも密接な関連があり、この妄想体験が執拗に訴えられるが一貫して単一症状性であることから、Munro の述べるごとく、同一のカテゴリーに一括することも可能ではあろう。しかしながら、皮膚寄生虫妄想が初老期から老年期にかけて好発するのに対し、醜形恐怖などが若年期に発症することが多いことを考えれば、これらの3つの類型を1つにまとめることは、類型学的にはともかくとして、疾病学的にはなお多くの問題を残していると思われる。

類型学的分類として徹底した DSM- IV では、統合失調症や気分障害、あるいは薬物の乱用や他の身体疾患の影響がないことが確認され、「奇異でない内容の妄想」、すなわち、追跡、被毒、被感染、心気、被愛、嫉妬などの現実生活でも情況によって生じ得ると考えられる妄想が少なくとも一カ月持続した時に、「妄想性障害」という大雑把なカテゴリーを用意されている。この障害の下位群として、特徴的な妄想症状から色情型、誇大型、嫉妬型、被害型、身体型の5類型が取り出されており、多くの皮膚寄生虫妄想などの心気妄想症例はこのカテゴリーに分類されることとなる。しかしながら、言うまでも無く、DSM- IV などの操作的診断は症状などを主にした類型学的分類であって疾病学的な診断ではなく、同じカテゴリーに分類されるからと言って疾病学的に同一のものであるとみなすことは出来ないのは当然のことであろう。

皮膚寄生虫妄想の疾病学的検討

寄生虫の罹患を主とする妄想は、アルコール禁断後の振戦せん妄や、認知症の際の夜間せん妄、また、症状性精神病の急性増悪時など、意識障害を来す「身体に基盤を持つ精神病」の部分症状としても出現する。そしてまた、統合失調症や双極性障害などの内因性精神病においても、幻聴などの異常体験や抑うつ気分とともにこのような症状が出現することも稀ではない。しかし、単一症状として出現する「純粋な」症例では、このいずれとも断定できないことが多く、その疾病学的位置づけについては、これまでもなお多くの仮説があり、様々な呼称が提示され、議論もなされてきた。

皮膚寄生虫妄想の疾病学的位置づけについては、触覚性の幻覚が注目されて、コカインあるいはアンフェタミンの乱用との関連が指摘されたことがある。すなわち、ムシが這い移動するかのような触覚性幻覚がまず最初に認められ、その後に寄生虫の罹患という異常な確信が生じるとされた。Bers と Conrad（1954）は、これらの症状群が慢性幻覚症に近く、「慢性触覚性幻覚症」という名称が適切で、病因はおそらく不明の器質的なものであろうと考えている。しかし、Fleck（1957）はこれを知覚の妄

想的解釈とし、確かに器質性の場合もあるが、多くは内因性精神病と考えられ、挿間性の経過を示す症例もあると報告している。Schwarz (1959) もまた、これらを「限局性心気症」と診断し、抑うつ病相の既往と家族負因の存在から、これらは躁うつ病圏に属するとし、うつ病期に異常な皮膚感覚に対して寄生虫への念慮が生じ、病相後も持続しているものと考えている。しかしながら、Pethö ら (1970) は、皮膚寄生虫妄想の多くの症例が身体に基盤のある精神病とも内因性精神病とも断定できないとし、これらを Ekbom 症候群と呼んでいる。

Maier (1987) は、これらのいずれとも断定できない症例を「純粹皮膚寄生虫妄想」と呼び、その疾病学的な位置づけを検討している。彼は、これらの患者が示す知覚異常を体感異常として、Huber が考えるように体感幻覚の前段階と見なしている。さらに、ゴミなどを虫だと主張する奇妙な行動をも妄想知覚と考えられなくもないとし、これらの体験を統合失調症と同様な情報処理障害と見なし、触覚や視覚性知覚の解読障害と考えている。そして、彼はこれらの症例を体感異常型分裂病 (Huber) に近縁の、遅発性統合失調症の一亜型と考えている。

本邦で報告された皮膚寄生虫妄想の 102 例の分析

筆者の一人である林ら³⁾は、1996 年までに本邦で報告された 102 例 (5 例の自験例を含む) の (広義の) 皮膚寄生虫妄想症 (腸内や口腔内の寄生虫妄想をも含め、寄生する「虫」の種類は、害虫に限らず、小動物のほか、漠然とした表現でもなんらかの生物と考えられるものを含めている) を詳細に分析してその結果を報告した。彼らは、原著者の症例記載に基づきながら、さらに伝統的な精神医学体系の中で再分類したところ、身体因性精神病が 30 名、内因性精神病が 12 名、感応性精神病が 7 名となり、残りの 53 名がいずれにも分類出来なかった。身体因性精神病は、言うまでも無く身体に基盤のある精神病であって、ここでは腎透析、脳器質性疾患、副甲状腺機能低下症やアルコール症などの明確な基礎疾患が存在していた。内因性精神病は、寄生虫妄想の発症以前にすでに原病が発症していたと考えられるものであり、寄生虫に関連する妄想以外の明確な妄想や幻覚 (9 名)、あるいは抑うつ症状 (3 名) が存在していた。感応性精神病は、家族の一人が発症した後、他の成員が全く同じ症状を示すようになったもので、いわゆる心因性発症と考えてよいと思われる。残余の 53 症例が狭義の皮膚寄生虫妄想と考えられ、我々は、これらを Maier に倣って「純粹」皮膚寄生虫妄想と呼称した。この純粹皮膚寄生虫妄想が疾病学的にいかなる位置を示すのかを、我々は「内因性」と「身体因性」の皮膚寄生虫妄想症と比較しながら検討してみた。

皮膚寄生虫妄想の性差と発症年齢、負因と誘因について

まず、純粹皮膚寄生虫妄想の男女比であるが、女性が男性の約 2 倍である。発症年齢の平均は 61 歳となっている。少数ながら若年発症も認められるが、それらは自閉的な性格や生活態度から統合失調症が強く疑われるものであった。多くの症例では、Ekbom が述べたように、50 歳以降の「初老期」に発症し、50 歳以下の発症は、男性に多く、50 歳を越えると女性の割合が明らかに増加している。これらの事実は、すでに多くの研究者が指摘しているように、遅発性分裂病の性差と発症年齢に類似している。

家族負因を見ると、親族に精神病、うつ病や自殺などの何らかの負因を有するものが純粹型では 24% にみられたが、自殺 (8.9%) とともに精神病 (6.7%) が多く、うつ病 (2.2%) は少なかった。すな

わち、負因が必ずしも躁うつ病圏に多いとは言えなかった。ちなみに、内因性では負因が36%と多く、身体因性では6%と少なかった。また誘因については、純粹型では飼犬にダニを発見したり、カナリアや十姉妹の異常に気付いてから寄生虫妄想を発展させた例など、飼育動物に起因すると考えられるものが約1割に見られたほか、皮膚疾患の治療との関連が疑われる症例が約2割に見られる。しかし、なんら誘因を認めない患者も約6割存在する。この傾向は、他の群と比較してもほぼ同じで差はなかった。生活状況では、一人暮らしをしている患者が約2割あり、家族と同居しているものの配偶者を亡くしたり、独身であるものを加えれば半数を超えていた。すなわち、多くの皮膚寄生虫妄想の患者は社会的あるいは家庭的な孤立を窺わせる状況にあると言える。しかし、ここでも他の群と比べて大きな差異があるものではなかった。

皮膚寄生虫妄想に見られる体感異常

皮膚寄生虫妄想の最も特徴的な訴えは皮膚感覚の異常であるが、刺される感じとか、噛まれる感じがすると訴えるのみならず、かゆみ、むずがゆさ、ひりひり感などの他に、皮下をゴソゴソ、モゾモゾとムシが移動する感じがすると訴え、その異常な知覚の訴えは多様である。それは主として触覚領域の訴えではあるものの、より広い体感の異常を示している。

林らが以前に報告した症例¹⁾では、頭がムズムズする感じがするというだけでなく、皮膚をズルズルと虫が這う感じを訴え、皮膚の異常知覚のみならず、不快な気分を伴った移動感覚が認められる。また別の症例では、さらに複雑な精神病理学的な症状が見られる。そこでは、「ムシが首や胸を締め付けたり腰骨を引っ張ったりするので、喉が詰まったり腰が痛くなる」とか、「ムシは人間の言葉が判り、痛いと言うと足をたたいて喜ぶ」と訴えるなど、ムシを次第に擬人化して語り、ムシによる「作為」の様相が加わってきている。さらに別の症例でも、「人間の顔をしたヘビ（ムシと同様な意味で用いられている）もいて、昼間に自分が散歩するとき、ヘビは黒い服装をして自分におじぎしながらついてくる」、「悪口を言うとヘビが怒って、自分の肩を痛くさせる」とも述べている。ここでもまた、ムシは擬人化され、その「作為」が感じられるようになっている。

Huber⁴⁾によれば、体感異常は3つの段階に分類される。第一段階は非特異的な、診断的に中立の身体異常感覚（心気症）であり、第二段階が狭義の体感異常、そして第三段階が「作為」の色彩を有する体感異常、すなわち、身体的被影響体験を有する「体感幻覚」である。この体感幻覚は、Schneiderの言う意味での一級症状であり、身体的な基盤が見出されない限り、統合失調症の診断にとって最も価値の高い症状とされている。そこで、Huberはもっぱら狭義の体感異常をしめすものの、その経過中に一時的に第3段階の体感異常、すなわち「体感幻覚」を呈する統合失調症の一型を取り出し、それに「体感異常型」統合失調症の名称を与えている。このような立場に立てば、統合失調症には分類されなかった「純粹型」の場合でも、そこで認められる感覚異常は作為の色彩を示す第3段階の「体感幻覚」と考えられないこともなく、体感異常型統合失調症とは極めて密接な関係を有すると言ってもよいのかも知れない。

皮膚寄生虫妄想における妄想知覚体験

さらに、皮膚寄生虫妄想では内因性のみならず純粹型においても、体感異常の他に多くの病的体験が

認められる。すなわち、約 2 割の患者が寄生虫に関連する被害妄想を訴えている。すなわち、患者はムシの存在を、昆虫学者、あるいは兄や同僚によるたくらみの結果だと考える。また、約 1 割に見知らぬ人が咳やくしゃみをしたり、自分が電車に乗ると乗客が鼻を擦ったりするので、おかしいと感じると述べている。この体験は、何気ない周囲の出来事をすべて自分と関係づけるが、まだはっきりとした意味づけはなく、Conrad や Huber が記載する妄想知覚の第 2 段階と考えられる。さらに、約 4 割の症例が、頭のフケや糸くずを見せてこれが虫であると主張する。このような場合、患者の確信は揺るがず、いくら説得してもその主張を譲らない。そして、その「証拠品」を持って医療機関での検査を求めることも少なくない。さらに、本性には極めて奇異な自傷行為がしばしば見られ、約 3 割の患者が爪あるいは器具を使用して皮膚を搔爬したり、あるいは頭髮をすべて剃り落してしまうなどの行為が見られる。顔を剃刀で擦ったり、全身をピンなどで引っかいたりして寄生虫を探索し、それと戦い続ける行動を見ると、事態は通常の了解の範囲をはるかに超えている。このような体験は、自分に虫が寄生していると妄想から生じた二次的な錯覚性誤認とも解釈する向きもあるが、錯覚と考えるには確信的な主張に揺るぎはなく、患者が真剣に訴えれば訴えるほど、診察する医師はただ呆然と患者の顔を見るしかない。ここでは、正常心理学的な了解の範囲をはるかに超えていて、一次性・原発性のものとして妄想知覚の文脈の中で捉えるのが適当なのかも知れない。周知の如く、妄想知覚は妄想気分の第 1 段階から、自己との関係づけはあるも特定の意味も持たない第 2 段階を経て自己関係づけと特定の意味を持つ妄想知覚への移行が考えられているが、この第 3 段階が統合失調症に特異な症状、すなわち Schneider の一級症状と見なされているのである。このように考えると、純粹皮膚寄生虫妄想もまた、身体に基盤のある精神病、あるいは（身体に基盤があると考えられる）統合失調症と密接に関連し、Huber のいう体感異常型統合失調症あるいは遅発性パラフレニーなどの統合失調症圏の疾患に近縁のものであろうと推察される。しかし、皮膚寄生虫妄想の患者の多くは社会的で疎通性は保たれ、人格の崩れはなく、質問には正確に応答し、知的な水準の低下は窺えない。それ故に、本症が統合失調症に近縁であるとしても、我々が言うところの「定型分裂病」とは明確に異なることは明らかである。

皮膚寄生虫妄想の生物学的検査所見

林ら³⁾の報告では、身体的な側面での差異を検討するため脳波と C T の所見が検討されている。しかし、これらには記載がない症例が多く、記載があったのは脳波で 102 例中 44 例、C T では 53 例にすぎなかった。ここでは、明確な異常所見があれば身体因性に分類されたために、純粹型や内因性に明確な異常所見はみられず、身体因性において異常脳波が 15%、C T の異常所見が 27% に認められている。しかし、純粹型の脳波の 47% に θ -burst のほか徐波の混入を示す何らかの所見が見られた。C T でも、44% に軽度から中等度の脳萎縮所見を中心とする所見を認められている。林ら²⁾は C T で第 3 脳室を指標にした脳萎縮所見と精神症状との関係を検討し、脳室拡大の指標が大きいほど、体感幻覚や視覚性の体験が認められる可能性を指摘したが、純粹型でみると、なんらかの C T 所見がある群ではムシを見たという体験が 83% に見られるも、所見のない群では 31% に過ぎず、有意の差が認められている。この傾向は脳波所見でも認められた。しかし、ゴミをムシと主張したり擬人的に表現することは、C T や脳波所見の有無に関係はなかった。この所見は、前者が幻覚性の所見であり、後者が妄想性の所見であることを示唆しているのかも知れない。この結果は、顕著な脳器質性の所見が見られない「純粹型」の患

者においても、脳の機能的・形態学的変化がその症状に少なからず影響している可能性を示唆している。

おわりに

DSM- IVによれば、皮膚寄生虫妄想は概ね妄想性障害の下位群である身体型に含められるが、妄想性の醜形恐怖や自己臭妄想もまた同じカテゴリーにまとめられるかもしれない。しかし、皮膚寄生虫妄想の好発年齢が初老期から老年期にかけてであるのに対し、醜形恐怖などは若年期に発症することが多いことを見れば、これらを疾病学的に同一のものであるとみなすことは出来ない。すなわち、DSM- IVなどの操作的診断は症状などを主にした類型学的分類であって疾病学的な診断ではなく、大きな枠の中に、とりあえず類似した症例を分類したに過ぎない。皮膚寄生虫妄想もまた一つの症状群であって疾患とみなすことは出来ないが、伝統的診断ではいずれにも分類し難い「純粹」皮膚寄生虫妄想は、その発症が初老期で必ずしも慢性に経過しないことから「定型分裂病」とは異なり、非定型精神病に近縁の遅発性パラフレニーに近いものであらうと考えられる。

参考文献

- 1) 林 拓二、鬼頭 宏、松岡尚子、須賀英道: 皮膚寄生虫妄想の3例について、その精神病理学的、診断学的検討. 精神医学, 37: 397-404, 1995.
- 2) 林 拓二、松岡尚子: 皮膚寄生虫妄想. 老年精神医学雑誌, 7: 1005-1011, 1996.
- 3) 林 拓二、深津尚史、橋本 良、須賀英道: 皮膚寄生虫妄想 (Ekbohm症候群) -症例報告と本邦で報告された102例の検討- 精神科治療学, 12: 263-273, 1997.
- 4) 林 拓二訳: 精神病とは何か―臨床精神医学の基本構造、G. Huber: Psychiatrie, Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. 新曜社, 東京, 2005.

修正型電気治療の適応疾患について

公益財団法人豊郷病院精神科

白井 隆光

2013（平成 25）年 7 月から豊郷病院においても、修正型電気治療（修正型電気けいれん療法、modified-electroconvulsive therapy（以下 m-ECT））が導入、施行された。滋賀県下では滋賀医科大学医学部附属病院に次いで二番目、滋賀県湖北・湖東地域内では唯一、m-ECT 治療を施行している機関ということになる。かつて豊郷病院は（修正型ではない）電気治療を多く施行していたとの話を聞いている。しかし、ここ十数年は施行されておらず、当時のことを知っている関係者も少なくなっているようである。今回、m-ECT 適応疾患について述べる機会を頂いた為、以下、簡潔にまとめてみることにする。

m-ECT 適応疾患であるが、一言でいえば、「気分障害」および「統合失調症」が保険病名的に該当する。アメリカ精神医学会（APA）Task force report はじめ米国内でのガイドラインによると、大うつ病、双極性障害、統合失調症、カタトニア、その他精神病状態を挙げている¹²⁾。その中でも、希死念慮などの病状悪化が著しく早めの回復が必要な場合、過去に m-ECT が著効した場合、他の治療法で難治な場合や副作用が強い場合などは第一選択とされている¹²⁾。但し、上記疾患群の中でも m-ECT 治療反応性が高いものもあれば、乏しいものもある。m-ECT 治療反応性が高い疾患サブタイプを論じる際、DSM 診断分類に則るよう努めたが、説明し難い部分もあり、一部同診断に則っていない箇所もある。予め了解頂きたい。

1) 気分障害

気分障害の中でもうつ病に対する m-ECT の有用性は、短期治療では薬物療法に勝るというメタ解析が報告されている^{3,4)}。うつ病の中では、特に内因性メランコリー型うつ病に対し治療反応性が高いといわれている⁵⁾。また、精神病症状を伴ううつ病での寛解率は精神病症状を伴わないうつ病に比較して高い⁶⁾。一方、人格障害、特に反社会性、境界性、演技性、自己愛性などクラスター B タイプ人格障害を伴ううつ病では人格障害を伴わないうつ病と比較して治療反応性が乏しく、1 年以内の再発率も高いと考えられている^{7,8)}。重症うつ病ではない場合、神経症的傾向のあるうつ病は再燃しやすいという報告もある⁹⁾。うつ病相は単極性障害、双極 I 型障害、双極 II 型障害、何れに対しても m-ECT 治療反応性はあると考えられている^{10,11)}。但し、双極性障害のうつ病相の場合、躁転のリスクがあるという報告^{10,12)}と単極性、双極性含め特に躁転は認めなかったという報告¹¹⁾との両方があるが、躁転のリスクには注意して進めていく必要はあると考える。一方、躁病や躁うつ混合状態に対する m-ECT 治療の有効性の報告もある⁸⁾。尚、米国では、1997 年以降多数例を対象とした多施設共同研究 Consortium for Research in ECT（CORE）study が行われており、知見が集積されている⁴⁾。

2) カタトニア（緊張病）症候群

カタトニア症候群とは無動、無言、昏迷、カタレプシー、命令自動、常同症、反響現象、拒絶性、両価性などを有する疾患群である¹³⁾。同疾患群もまた、m-ECTが著効する疾患といわれている⁵⁾。そもそも1934年、Medunaは樟脳油（camphor）を注射することによってけいれん治療に反応した患者、続く1938年、CerlettiとBiniは電気治療を初めて施行した患者は、共にカタトニア症候群を呈していたと考えられている¹³⁾。カタトニア症候群に対するECTの効果に関するコントロール試験は報告されていない^{4,13)}が、lorazepam治療抵抗例に対して、電気治療が有効であること¹⁴⁾やbenzodiazepineや抗精神病薬よりも電気治療の有効率ははるかに勝ること¹⁵⁾は示されている⁴⁾。因みにDSM-5ではカタトニアの操作的診断基準を満たす場合、統合失調症、うつ病、その他精神病症状に対してでも横断的に特定用語（specifier）として付加することとなった¹⁶⁾。そのような観点でカタトニア症候群の原因疾患と電気治療効果との関連について調べている報告はあるも、大きな違いは認められていない¹⁷⁾。カタトニア症候群は過去から学派によりサブタイプが詳しく研究され、類別が各々学派により異なっていること¹⁸⁾を鑑みるに同症候群のサブタイプ類別は複雑であって、将来より詳細な類別ができた場合、同症候群のm-ECT治療反応性の高い病態が浮かび上がるかもしれない。

3) 統合失調症

前出したカタトニア症候群、攻撃性をともなう場合及び感情症状を伴う場合にm-ECT治療効果があるといわれているのに対し、破瓜型に対する効果は低い^{8,19,20)}。また、慢性例に対してほとんど効果を認めない²¹⁾。

4) その他

強迫性障害、精神遅滞の異常行動、てんかん精神病、せん妄、パーキンソン病、悪性症候群、難治性てんかん、慢性疼痛に対して有効例は報告されているが、一般的な治療としては考えにくい⁸⁾。

最後にm-ECTの適応となる状況及び禁忌について簡単に触れたい。まず、m-ECTの適応となる状況であるが、薬物治療に先立つ第一治療としてm-ECT使用が考慮される状況と、薬物療法などの他の標準的治療が実施された後の二次治療としてm-ECT使用が考慮されるものとあり、因みに前者に属するものは、①自殺企図の危険がある、拒食・低栄養など身体衰弱あるように迅速で確実に改善が必要な場合、②高齢者、妊婦など他の治療法の危険性がm-ECTの危険性より高いと判断される場合、③過去にm-ECTで良好な結果が得られた場合、④患者が希望する場合というのが推奨されている¹⁹⁾。一方、m-ECTには絶対的な禁忌は存在しない。しかし、アメリカ精神医学会（APA）のガイドラインによると以下の状態は相対的に高い危険が伴うといわれている、① 腫瘍、血腫などの占拠性脳内病変、② 頭蓋内圧亢進を引き起こす状態、③ 最近の心筋梗塞、④ 最近の脳内出血、⑤ 不安定な動脈瘤や血管奇形、⑥ 褐色細胞腫、⑦ 麻酔による副作用が強いなどである¹⁹⁾。従って、施行前検査においては、頭部MRI、胸腹部CT、心電図、過去の既往の問診などを十分に行うことが必要である。そしてこれらの状態の患者に施行を検討する場合は、リスクとベネフィットを十分検討し、リスクに対し、予め薬物などで抑えることが肝要となってくる。

未だ、豊郷病院における m-ECT 症例数は限られている。しかし、今後、従来の薬物療法、精神療法で改善できなかった難治性の上記精神疾患を有する患者様に対して m-ECT 治療によって症状の緩和が図れば幸いと考える。



m ECT 治療中の麻酔科小島医師と筆者

参考文献

1. American Psychiatric Association Committee on Electroconvulsive Therapy: The Practice of electroconvulsive therapy. Recommendations for treatment, training, and privileging. 2nd ed. APA, Washington DC, 2001
2. New York States Office of Mental Health: Electroconvulsive therapy review guidelines. 2012
3. UK ECT Review Group: Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders. a systematic review and meta-analysis. Lancet. 361: 799-808, 2003
4. 本橋伸高: 電気けいれん治療のゆくえ. 精神経誌 114: 1208-1215, 2012
5. Fink M: Electroconvulsive therapy. A guide for professionals and their patients. Oxford University Press, 2009 (鈴木 一正, 上田 諭, 松木 秀幸, 松木 麻妃 訳. 電気けいれん療法—医師と患者のためのガイド. 新興医学出版社 東京 2010)
6. Petrides G, Fink M, Husain MM, Knapp RG, Rush AJ, Mueller M, Rummans TA, O'Connor KM, Rasmussen KG Jr, Bernstein HJ, Biggs M, Bailine SH, Kellner CH: ECT remission rates in psychotic versus non-psychotic depressed patients. a report from CORE. J ECT 17: 244-53. 2001
7. Sareen J, Enns MW, Guertin JE: The impact of clinically diagnosed personality disorders on acute and one-year outcomes of electroconvulsive therapy. J ECT 16: 43-51, 2000
8. 本橋伸高: ECT マニュアル—科学的精神医学をめざして. 医学書院, 東京, 2000

9. Rasmussen KG, Snyder KA, Knapp RG, Mueller M, Yim E, Husain MM, Rummans TA, Sampson SM, O'Connor MK, Bernstein HJ, Kellner CH: Relationship between somatization and remission with ECT. *Psychiat Res.* 129: 293-295, 2004
10. Medda P, Perugi G, Zanella S, Ciuffa M, Cassano GB: Response to ECT in bipolar I, bipolar II and unipolar depression. *J Affect Disord.* 118: 55-59, 2009
11. Bailine S, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain MM, Rasmussen K, Sampson S, Mueller M, McClintock SM, Tobias KG, Kellner CH: Electroconvulsive therapy is equally effective in unipolar and bipolar depression. *Acta Psychiatr Scand.* 121: 431-436, 2010
12. 武井 史朗, 和田 健, 福本 拓治, 佐々木 高伸, 矢野 智宣, 吉村 靖司, 日域 広昭: 気分障害患者における修正型電気けいれん療法による躁転. *精神科治療学* 23: 1395-1398, 2008
13. 大久保善朗: カタトニア（緊張病）症候群の診断と治療 *精神経誌* 112: 396-401, 2010
14. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A: Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand.* 93:137-143, 1996
15. Hatta K, Miyakawa K, Ota T, Usui C, Nakamura H, Arai H: Maximal response to electroconvulsive therapy for the treatment of catatonic symptoms. *J ECT.* 23: 233-235, 2007
16. Tandon R, Heckers S, Bustillo J, Barch DM, Gaebel W, Gur RE, Malaspina D, Owen MJ, Schultz S, Tsuang M, van Os J, Carpenter W : Catatonia in DSM-5. *Schizophr Res.* On line, 2013
17. Rohland, BM, Carroll, BT, Jacoby, RG: ECT in the treatment of the catatonic syndrome. *J Affect Disord.* 29: 255-261, 1993
18. 林 拓二: ウェルニッケ - クライスト - レオンハルト学派の緊張病と非定型精神病. *臨床精神医学* 38: 775-782, 2009
19. 本橋伸高: 電気けいれん療法(ECT)推奨事項（改訂版）. *精神経誌* 115: 586-600, 2013
20. Pompili M, Lester D, Dominici G, Longo L, Marconi G, Forte A, Serafini G, Amore M, Girardi P: Indications for electroconvulsive treatment in schizophrenia. a systematic review. *Schizophr Res.* 146: 1-9, 2013
21. Fink M, Sackeim HA: Convulsive therapy in schizophrenia?. *Schizophr Bull.* 22: 27-39, 1996

精神医学と社会神経科学

Psychiatry and social neuroscience

高橋英彦^{1,2}

1) 京都大学大学院 医学研究科脳病態生理学講座 精神医学教室

2) 豊郷病院 精神科

抄録：情動、意思決定、意志、意識といったこれまで人文社会の学問で扱ってきた領域が、非侵襲的脳イメージングや認知パラダイムの進歩により、神経科学の重要なテーマになり、社会行動を理解しようとする社会神経科学が急速に興隆してきた。初期のテーマは情動であったが、これらの知見を基に意思決定を扱う神経経済学に発展し、最近では工学、情報学などの研究者と共に脳の計算理論に基づき、意思決定や意識の神経科学を推進している。精神・神経疾患を対象とした社会神経科学も行われ、病態理解に寄与している。本稿では、私達の初期の社会神経科学的研究のなかで社会的情動に関する機能的MRI(fMRI)研究を紹介した。既存の概念や方法にとらわれず、異分野との学際的研究を進めていくことが、精神・神経疾患の克服の為に重要と考えられる。

キーワード：社会神経科学、情動、意思決定、fMRI

はじめに

人間の精神活動は、知・情・意とも呼ばれる。知とは読み・書き・そろばんのような伝統的にはどちらかというと臨床神経学や神経心理学が扱ってきたテーマである。一方、情（情動・感情）や意（意志、意思決定、意識）といった主観的体験を扱うのが主として精神医学といえる。狭義の精神疾患の他、脳外科や神経内科との境界領域である脳損傷、神経変性疾患、てんかんなどの診療に従事し、知、つまり読み・書き・そろばんや記憶や言語機能には目立った異常が認められないが、なんとなく社会生活がうまく行かず、社会復帰が困難な症例を何例も診てきた。この“なんとなく”をきちんと評価して何が起きているのか理解して社会復帰につなげられないものかと感じるようになった。このなんとなくが、まさに情（情動・感情）や意（意志、意思決定、意識）であると考えようになり、このようなテーマの神経科学理解を深めたいと考え、脳画像研究(fMRI)の手法を利用しながら研究を開始した。今でこそ、このようなテーマの神経科学的研究を社会神経科学あるいは社会脳研究と呼ばれているが、私が研究を始めた当時は、このようなテーマを研究している身近な先生もあまり居なかった。

人間が社会的存在である以上、神経科学の究極の目的が人間の理解だとすれば、人間を対象にした神経科学はもちろん、人間を対象にしない脳神経科学も程度の差はあれ、すべて“社会”神経科学であり、わざわざ、“社会”“とか”“social”とか頭につける必要はないようにも思える。ましてや、精神医学は、定義上、社会生活に支障をきたす状態を疾患あるいは病的状態として加療の対象としているわけであり、全ての疾患や病態が社会認知や社会的行動の障害を伴っていると言っても過言ではない。このため、精神医学に関連する神経科学研究は、それ自体が社会神経科学や社会脳研究であるともいえる。とはいえ、社会的行動の神経基盤を理解しようとする社会神経科学、社会脳研究として急速に興隆してきたのには、2000年代に入り、非侵襲的脳情報の計測技術（特に機能的MRI(fMRI)）や認知・心理パラダイムの進歩

により、情動、意思決定、道徳性、意識といった心理学、経済学、哲学、法学などの人文社会の学問で扱ってきた領域が、脳神経科学と融合してきた背景があるように思われる。

2000年代前半は、心理学者、認知科学者を中心に情動をテーマにしたfMRI研究が興隆した。その後、2002年に行動経済学、実験経済学への貢献で、KahnemanとSmithがノーベル経済学賞を受賞したこともあり、2000年代後半には、意思決定の中枢過程を探る神経科学(fMRI)と経済学が融合した神経経済学が急速に発展した。神経経済学の発展と並行し、工学、コンピュータサイエンス、情報学などの分野の研究者が、脳の計算理論に基づき、特に意思決定のメカニズムを理解しようとする計算論的神経科学も発展してきた。

このような流れを受けて、2006年にSocial NeuroscienceとSocial Cognitive and Affective Neuroscienceという2誌も刊行され、Society for Social NeuroscienceとSocial and Affective Neuroscience Societyというそれぞれの関連学会も設立された。これらの雑誌の編集委員もヒトを対象とした脳科学者だけでなく、動物を用いる研究者、心理学者、経済学者、哲学者、工学者、臨床医など多岐にわたり、学際的な研究が推進され、掲載される論文も多岐にわたっている。2012年にSocial Cognitive and Affective Neuroscienceの編集長のLieberman¹⁾がA geographical history of social cognitive neuroscienceという社会神経科学の歴史を振り返った総説を書いている。やや偏った面があるという感を禁じ得ないが、それでもイタリアにおけるRizzolattiらのミラーニューロンの発見以外はすべて、アメリカとイギリスの研究しか紹介されていない。他の学問領域でも同じような傾向はあるのかもしれないが、社会神経科学は文字通り社会や文化にも影響されるため、この分野の発展のためには、日本を含めてアメリカとイギリス以外の国からの情報発信を行っていく必要がある。

2008年に発表された神経経済学者らによる総説においても、2008年からの次の5年間はそれまでのfMRIによる神経経済学が神経伝達物質の研究や臨床精神医学と融合していくのではないかと示している。ちょうど、折しもその総説の著者らとそのような方向性を議論していただけに勇気づけられた覚えがあり、現在、意思決定の神経科学を臨床精神医学や精神神経薬理学に応用する研究を進めている。本稿では私達の初期の社会神経科学的研究である社会的な情動に関するfMRI研究について紹介する。現在、取り組んでいる意思決定に関する臨床精神医学的研究の成果は、また機会があれば報告させていただきたい。

社会的情動のfMRI研究

1990年代後半より情動における扁桃体の役割に関する研究²⁾や、喜怒哀楽といった基本的情動に関する表情認知の研究が盛んになされた。精神神経疾患においては喜怒哀楽といった基本情動の障害も広く知られるところであり、これらの研究を受けて、2000年代前半は精神疾患へ応用した臨床研究も報告されるようになった³⁾。しかし、精神疾患のなかには、これらの基本的情動もさることながら、より社会的で複雑な情動の障害と考えられる病態も少なくない。例えば、罪責感や羞恥心を適切に認知、理解出来ない、社会のルール、モラル、エチケットを無視した反社会的な行動につながる。反対に、これらの情動が不適切に過剰な状態はうつ状態に認められる(罪責妄想・微小妄想)。自尊心やプライドが正しく機能しないと、誇大的になったり、自己愛傾向が強まり、逆に過度に自尊心が低い状態はうつ状態とも考えられる。このように日常の精神科臨床でしばしば遭遇する症状や病態に関連するいくつかの社会的情動の脳内課程に関するfMRI研究を紹介したい。

羞恥心と罪責感に関する脳活動

罪責感や羞恥心はモラル情動とも呼ばれる⁴⁾。社会のルール・規範や社会通念から逸脱した際に生じる情動であり、モラルや対人的なマナー・エチケット、身だしなみなどを維持し、さらに促進・向上させるはたらきがある。したがってこれらの情動の障害は精神・神経疾患に認められる反社会的な行動やモラルを欠いた行動につながる。また、心理学ではこれらの情動は self-conscious emotions とも呼ばれる。適切な訳語が存在しないので、英語の表記を使用した。self-conscious emotions とは、他人の自己に対する評価や意見を意識し、それを気にしたり、心配する時に生じる情動である^{4, 5)}。他人が自己のことを怒っているのではないかと、迷惑に思っているのではないかと、馬鹿馬鹿しく思っているのではないかとといった自己に対する否定的な評価をとまなうのが恥や罪の意識であり、罪責感 (guilt) や羞恥心 (embarrassment) は negative self-conscious emotions と呼ばれる。一方、他人が自分のことを誉めてくれているのではないかと、尊敬してくれているのではないかと、高評価をしてくれているのではないかとという自己に対する肯定的な意見を意識するのがプライド自尊心やプライド (pride) であり、positive self-conscious emotion である。言い換えれば、これらの情動を適切に抱くには、“心の理論” の能力、つまり、相手の立場に立って相手の気持ちを推察したり、理解する能力が不可欠であるといえる。

私達は、健常者を対象に fMRI を用いて、罪責感や羞恥心を感じる文章を読んでいる際の脳活動を測定した。その結果、ニュートラルな文章に比べて罪責感や羞恥心の文章を読んでいる際に共通して medial prefrontal cortex (MPFC) と posterior superior temporal sulcus (pSTS) により強い賦活を認めた。羞恥心の文章では加えて temporal pole や orbitofrontal cortex の賦活を認めた (図 1)⁶⁾。MPFC と pSTS それに temporal pole はいわゆる心の理論の能力に重要な役割を担う脳部位である⁷⁾。特に pSTS は他人の意図を読み取るのに重要な部位であり、MPFC はそれらの情報をもとに自己を省みる能力に関与している^{8, 9)}。さらにこれらの脳部位はモラル認知にも深く関わっている^{10, 11)}。私達の結果は罪責感や羞恥心は self-conscious emotions であるという心理学の概念を世界で初めて脳レベルで示したものである。罪責感とは良心の呵責という言葉があるように、周りに誰もおらず一人である場合でも感じることはある。しかし、羞恥心は穴があいたら入りたいという言葉があるように常に他人の前で生じ、より対人関係や状況に依存する複雑な情動といえる。そのためより多くの情報を処理し統合するために罪責感と比べて広範な脳賦活が認められたと考えられる。前頭側頭型認知症¹²⁾、反社会性人格障害¹³⁾、アスペルガー症候群¹⁴⁾ など多くの精神・神経疾患で、MPFC や STS の器質的あるいは機能的障害が繰り返し報告され、心の理論の障害やモラルや社会通念に反した行動異常との関連が指摘されている。最近では前頭側頭型認知症や前頭葉損傷において self-conscious emotions の障害が報告されてきており¹⁵⁾、私達の結果を間接的に支持している。

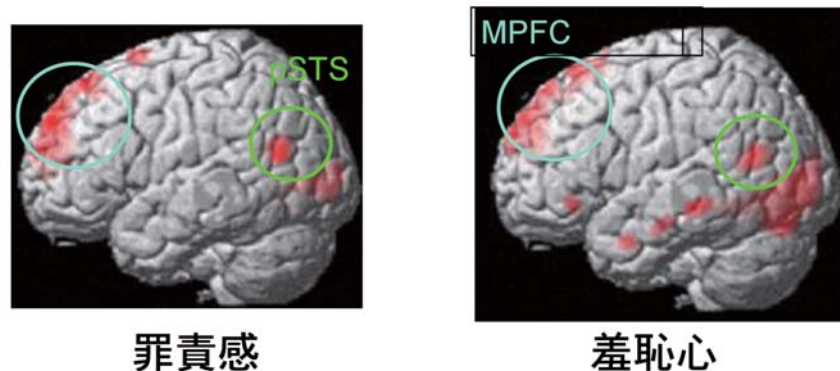


図1 罪責感と羞恥心に関連する脳活動：ニュートラル文章に比べて罪責感と羞恥心の文章を読んでいるときにより強く賦活された脳部位。罪責感と羞恥心に共通して、MPFC と pSTS の賦活を認めた。羞恥心条件では加えて STS の前方や temporal pole や orbitofrontal cortex の賦活を認めた。

誇り（プライド）に関する脳活動

前章で触れたようにプライドは他人が自己を高く評価していると意識することから生じる情動であるため positive self-conscious emotions と呼ばれる¹⁷⁾。プライドは通常、何か好ましいことを達成したときに生じると同時に、社会や個人の向上につながる努力、人助けなどの社会的な行動を促すため、やはりモラル情動のひとつとよばれることもある¹⁷⁾。他人からの評価に値する達成を伴わず、ひとりよがりや傲慢な形の pride は自己愛性人格障害に認められ、肥大化した自尊心やプライドや躁状態に認められる。また、反対に過度に自尊心が低いのはうつ状態に認められ、通常、精神科診療で日常的に遭遇する病態ともプライドは関係する。そこで私達は、positive self-conscious emotions であるプライドと positive basic emotion である喜び (joy) に関連する脳活動を比較するため健常者を対象に fMRI を用いて、これらの情動を感じる文章を読んでいる際の脳活動を測定した¹⁸⁾。ニュートラルな文章に比べて joy 文章では、ドーパミン投射が豊富で報酬系の一部である腹側線条体により強い賦活を認めた。これは joy 文章がお金や食べ物、異性といった報酬や快楽的な内容であったためと思われる。一方、プライドの文章を読んでいる際はニュートラルな文章に比べて pSTS と temporal pole により強い賦活を認めた。pSTS と temporal pole は心の理論に関係が強い場所であり、プライドも self-conscious emotions であるという概念を部分的に支持する所見と考えられた。心の理論に関係が深いもう一つの部位である MPFC の賦活も予想されたが、fMRI の結果は群解析でも個人の解析でも同部位の賦活は認められなかった。この MPFC が賦活されなかった結果の解釈としてはいくつか考えられるが、ひとつには人間は通常、好ましい結果の責任は自己に帰属させようとし、望ましくない悪い結果の責任は外部に求めようとする self-positivity bias があげられる¹⁹⁾。このバイアスは無意識のうちにはたらくことが私達の研究を含め多くの研究で報告されている^{20, 21)}。MPFC は意識的に自己を省みる際に活動することが知られている²²⁾。悪い結果が起こった際に生じる negative self-conscious emotions の罪責感や羞恥心の場合は、自己を省みてやはり望ましくない結果の責任は自分の不適切な行為にあると認識することで生じるが、プライドの場合は自己を十分に意識的に省みなくても、好ましい結果の責任は自分にあると自動的にとらえてしまうため MPFC の活動は不可欠ではないと考えられた。

妬みと嫉妬

まず、本稿で使用する妬み (envy) と嫉妬 (jealousy) という用語の定義をしておきたい。両者は日常的には区別なく使用されているが、これは英語圏でも同様である。しかし、心理学の分野では両者は異なる情動として扱われることがある。両方の日本語の単語が英語の単語と対応しているわけではないが、本稿では便宜上、妬みは envy に相当し、嫉妬は jealousy に相当するものとする。両者の違いを簡潔に説明すれば、妬みは登場人物が二人ないしは二つの集団で成立するのに対し、嫉妬は三人の人物を要するということになる。嫉妬には男女間の嫉妬や兄弟間の嫉妬がある。男女間の嫉妬は説明するまでもなく、男女のカップルと恋敵の別の男性（女性）が必要となる。兄弟間の嫉妬とは、発達心理学で扱われるテーマである。母親に二人目の子供が生まれたとき、母親はより手のかかる下の子に注意が向く。上の子は下の子に母親を独り占めされたと嫉妬を感じ、母親の気を引こうと赤ちゃんがえりしたりする。この場合も三人の人物が登場する。嫉妬は重要な人間関係が第三者によって脅かされる恐怖と定義できる。嫉妬自体、正常な心の反応であるが、これが病的な状態になると病的嫉妬と呼ばれる精神科で遭遇する状態となる。病的嫉妬は妄想を伴うタイプや、パートナーの不貞を疑い執拗に確認する強迫が目立つタイプがある。嫉妬妄想はアルコール依存や認知症などで見かける。ちなみに、20 世紀初頭にアルツハイマー博士によって世界で最初に報告されたアルツハイマー病患者アウグステ・データー（女性）の初期の訴えは嫉妬妄想であった。強迫が目立つタイプはストーカー行為や監禁、暴力などに発展し、司法精神医学で時々問題になる。私達の嫉妬に関する fMRI 研究²³⁾ 紙面の都合上、割愛し、本稿では妬みに関する脳画像研究を紹介することにする。

妬みに関する脳活動

妬みは洋の東西を問わず、悪い情動で慎むべきものとされ、私達も妬むな、嫉むなと教わる。妬みは他人が自己より優れた物や特性を有している場合に、苦痛、劣等感、敵対心を伴う感情である。ただ、他人が自己より優れたものを有しているだけでは不十分であり、その比較の対象の物や特性が自己と関連性が高いか否かが妬みの強さを決定する²⁴⁾。例えば、自分が西洋のブランド好きで、知人が高級ブランドのバッグやドレスを何着も持っていたら知人のことを妬ましく思うかもしれないが、ブランドに関心のない人間にとっては、それほど妬みは生じない。

この点を踏まえて、私達は、妬みの脳内基盤を検討するために大学生を対象に次のような実験を行った²⁵⁾。被験者にははじめに被験者本人が主人公であるシナリオを読んでもらった。主人公は大学生 4 年生で就職を考えている。本発表の中では説明のために、被験者と主人公は男性とする（女性の被験者には主人公が女性で性別を入れ替えたシナリオを用意した）。就職には学業成績やクラブ活動の成績が重視されるが、主人公はいずれも平均的である。その他に経済状況や異性からの人気など平均的な物や特性を有している。シナリオには被験者本人以外に、3 人の登場人物が登場する。男子学生 A は被験者より優れたな物や特性（学業成績、所有する自動車、異性からの人気など）を多く所有している。かつ自己との関連性が高く、被験者と同性で、進路や人生の目標や趣味が共通である。女子学生 B も被験者より優れたな物や特性を所有しているが、学生 A と異なり自己との関連性が低く、被験者と異性で、進路や人生の目標や趣味は全く異なる。女子学生 C は被験者と同様に平均的な物や特性を所有していて、かつ異性で自己との関連はやはり低い。実験 1 では 3 人の学生のプロフィールを提示した時の脳活動を

機能的 MRI(fMRI) で検討した。私たちの予想通り、被験者の妬みの強さは学生 A に対して最も高く、学生 B がその次に続き、学生 C に対してはほとんど妬みに感情は抱かなかった。それに対応するように、学生 C と比べて、学生 A,B に対して背側前部帯状回がより強く賦活し（図 2）、かつ学生 A に対する背側前部帯状回の活動は学生 B に対するものより強かった。個人内で妬みを強く感じた時に背側前部帯状回の活動が高いことを意味する。また、個人間の検討では妬みの強い被験者ほど、背側前部帯状回の活動が高いという相関関係も観察された。



図2 妬みに関連する脳活動: 妬ましくない学生に比べて妬ましい学生Aのプロフィールを見た際に、背側前部帯状回の賦活を認めた。

他人の不幸は蜜の味

他人に不幸が起こると通常、私達は同情したり、心配したりする。しかし、妬みの対象の他人に不幸が起こると、その不幸を喜ぶといった非道徳な感情を抱くことがある。そこで、実験 1 に引き続き、被験者は実験 2 に参加し、その中で、実験 1 で最も妬ましい学生 A と最も妬ましくない学生 C に不幸（自動車にトラブルが発生する、おいしい物を食べたが食中毒になったなど）が起こった時の脳活動を fMRI にて計測した²⁵⁾。その結果、学生 A に起こった不幸に関しては、うれしい気持ちが報告されたのに対して、学生 C に起こった不幸にはうれしい気持ちは報告されなかった。それに対応するように学生 A に起こった不幸に対して線条体の賦活（図 3）を認めたが、学生 C に起こった不幸に対してはそのような賦活は認めなかった。また、不幸に対するうれしさの強い被験者ほど、線条体の賦活が高いという相関関係も見出された。さらに実験 1 で妬みに関連した背側前部帯状回の賦活が高い人ほど、他人の不幸が起きた時の腹側線条体の賦活が高いという相関関係も認められた。

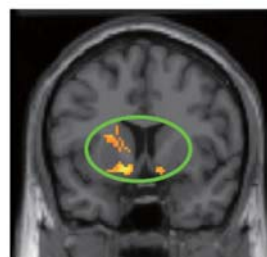


図3 他人の不幸を喜ぶ気持ちに関連する脳活動: 妬ましい学生Aに不幸が起きたときの脳活動。報酬系とよばれる線条体の賦活を認めた。

妬みは心の痛みを伴う感情であるが、身体の痛みに関係する背側前部帯状回が心の痛みの妬みにも関与していることは興味深い。妬みの対象の人物に不幸が起こると、その人物の優位性が失われ、自己の

相対的な劣等感が軽減され、心の痛みが緩和され、心地よい気持ちをもたらされる。線条体は報酬系の一部であり、物質的な報酬を期待したり、得たときに反応することはわかっていたが、妬んだ他人に不幸が起こると他人の不幸は蜜の味といわれるように、あたかも蜜の味を楽しんでいるような反応が確認され、物質的な喜びと社会的な喜びの脳内過程も共通する面が多いことが分かってきている²⁶⁾。

妬みの構造

妬みは洋の東西を問わず悪い情動で慎むべきものとされるが、それは妬みが他人の不幸を望んだり、喜んだり、さらには実際に悪意を持って他人に不幸をもたらそうとする動機となり、迷惑行為、犯罪行為といった非道徳で非生産的な行動に結びつくためとも考えられる。しかし、本当に人間にとって害ばかりで、不必要な情動や脳機能であれば、人間の長い進化の中で淘汰されてきても不思議ではない。こうした情動は人間にとって何か有益な面があるからこそ備わっているのではないかと考えられないだろうか。妬みという心の痛みを軽減するには妬みの対象となる他人の自分に対する優位性が失われれば良い。そのために質の高い物や特性を得ようと自分が向上するための努力をすることに結び付く。同時に、妬みの構造を考えるとたとえ、相手が優れた物を有していても、それが自分に関連しなければ強い妬みは抱かない。狭い視野や目先の事象にとらわれ、相手の優れた面と同じ土俵や分野で比較するのではなく、広い視野でその妬みの対象の人物にはない良さを自分に見出そうとして、自分の新たな可能性を模索することにつながる。前者の痛みの解消法は垂直方向に建設的で、後者の解消法は水平方向に建設的といえる。破壊的な方法を採用せず、垂直的あるいは水平的に建設的な解消法に導くのが、精神療法における言葉による働きかけとも言える。

児童期、思春期に、健全なこれらの社会的な情動が芽生え、経験していくことは心身の発達において不可欠である。Freud や Klein も明示的に妬みや嫉妬を考察している。われわれの心理発達や精神病理にこうした情動が深くかかわっていると考えるのは、精神分析に造詣が深い専門家でなくても、モダンな精神療法家や生物学的研究に携わる者の間でも受け入れ難いものではないと推察する。嫉妬に関しては、嫉妬妄想、病的嫉妬（Othello syndrome）といった病態と直接的に関わるのに対して、妬みに関しては、特異的な障害を挙げることは難しいかもしれない。しかし、例えば、摂食障害では自分と他人との体型の比較を行い、それに対する劣等感を抱くことが認められる。脳画像研究で、若い女性に自身の体型スリムな女性の体型を比較したときに感じるネガティブな感情には背側前部帯状回が関わっているという研究²⁷⁾もあり、妬みの構造を理解しておくことは、精神科臨床の上でも損はないと考えられる。

おわりに

精神疾患はバイオマーカーがないと言われて久しい。また、症候を共通するものを集めた症候群に過ぎないので、その異種性の問題も繰り返し指摘されている。実際に GWAS のような研究手法の発展で、わかってきたのは統合失調症や自閉症などの多数の候補遺伝子の個々の寄与度は低いことである。ICD-10 や DSM-IV といった操作的診断は生物学的知見に裏打ちされたものではなく、人為的なカテゴリー分類に過ぎないという問題もある。私達もこのような診断基準に基づき、統合失調症等の脳画像研究²⁸⁻³⁰⁾を進めてきたが、やはり脳画像研究単独では十分なバイオマーカーが提供出来る訳ではなかった。

今後、既存の診断基準にとらわれず、精神症候の発生メカニズムを理解し、脳あるいは行動のフェノ

タイプを記述、確立していくことが精神疾患の生物学的研究や創薬にも重要になってくると考えられる。その為に二つの方向性を考えている。一つは、脳の計算理論に基づき、意思決定や行動のフェノタイプを定量的に記述することである。つまり計算論的神経科学を精神医学に応用し、認知、行動のプロセスのフェノタイプを記述し、認知、行動異常のメカニズムを理解し、その上で効果的な介入法を探るという計算論的精神医学の確立である。これはどちらかというと理論や仮説に基づく研究の進め方である。他方は、昨今、ビッグデータの時代となり、工学、情報学、統計学な手法を組み合わせ大量のデータからパターン認識する解析方法も進歩している。従来の疾患概念では見出せないようなバイオマーカーを探索していく研究の進め方である。精神疾患の創薬も期待されていたようには進んでいない。上記の方法で、よりエンドポイントを絞り込むことによって効率的な創薬も可能になるかもしれない。

また、かつては精神医学において生物学的アプローチと心理学的アプローチが二律背反のように考えられていた。しかし、いわゆる心理社会的な介入が脳に影響を及ぼすことも私達の研究も含めて繰り返し報告されている²⁹⁾。本稿でお示したように人文社会的なテーマも生物学（神経科学）的にアプローチも可能になってきており、生物学的あるいは心理学的と分けること自体がナンセンスになりつつある。司法精神医学あるいは精神鑑定の中で責任能力は精神障害という生物学的要素と弁識能力および制御能力という心理学的要素の両者によって判定されるというのが常套句である。弁識能力および制御能力は、道徳性、共感性、意思決定、意志といった問題とも言える。現在の制度の運用ではこれらは心理学的要素とされている訳であるが、本稿で一部紹介したようにこれらの問題も生物学的にアプローチが可能な時代になってきている³¹⁾。まだ、生物学的知見の精度の問題、これまでの司法制度との整合性など抱える問題が多く直ちに、生物学的知見が、司法制度の運用に影響を与えるとは考えていない。しかし、脳情報の解読や操作技術の進歩は日進月歩であり、私達もところも含めニューロモジュレーションによる新たな精神・神経疾患の治療法開発が検討されている³²⁾。情動や意思決定に関する脳内の個人情報解読したり、制御することへの倫理的視点からの議論の重要性も増していくであろう。このようにデリケートな問題が伴うことを念頭に置きつつ、新しい技術や解析法あるいは他分野の知恵を借り、精神疾患のより良い診断・治療に結びつけて行きたい。

文献

- 1) Lieberman, M.D. (2012) A geographical history of social cognitive neuroscience. *Neuroimage* 61, 432-436.
- 2) Adolphs, R. (2002) Neural systems for recognizing emotion. *Curr Opin Neurobiol* 12, 169-177.
- 3) Takahashi, H., Koeda, M., Oda, K., Matsuda, T., Matsushima, E., Matsuura, M., Asai, K. and Okubo, Y. (2004) An fMRI study of differential neural response to affective pictures in schizophrenia. *Neuroimage* 22, 1247-1254.
- 4) Haidt J. (2003) The moral emotions. In: *Handbook of Affective Sciences* (Davidson RJ, Scherer KR, Goldsmith HH eds) Oxford University Press, Oxford, 852-870.
- 5) Eisenberg, N. (2000) Emotion, regulation, and moral development. *Annu Rev Psychol* 51, 665-697.
- 6) Takahashi, H., Yahata, N., Koeda, M., Matsuda, T., Asai, K. and Okubo, Y. (2004) Brain activation associated with evaluative processes of guilt and embarrassment: an fMRI study. *Neuroimage* 23, 967-974.
- 7) Gallagher, H.L. and Frith, C.D. (2003) Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends Cogn Sci* 7, 77-83.

- 8) Frith, U. and Frith, C.D. (2003) Development and neurophysiology of mentalizing. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 358, 459-473.
- 9) Amodio, D.M. and Frith, C.D. (2006) Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nat Rev Neurosci* 7, 268-277.
- 10) Greene, J. and Haidt, J. (2002) How (and where) does moral judgment work? *Trends Cogn Sci* 6, 517-523.
- 11) Moll, J., Zahn, R., de Oliveira-Souza, R., Krueger, F. and Grafman, J. (2005) The neural basis of human moral cognition. *Nat Rev Neurosci* 6, 799-809.
- 12) Snowden, J.S., Neary, D. and Mann, D.M. (2002) Frontotemporal dementia. *Br J Psychiatry* 180, 140-143.
- 13) Lewis, J.W. and Van Essen, D.C. (2000) Corticocortical connections of visual, sensorimotor, and multimodal processing areas in the parietal lobe of the macaque monkey. *J Comp Neurol* 428, 112-137.
- 14) Castelli, F., Frith, C., Happe, F. and Frith, U. (1839) Autism, Asperger syndrome and brain mechanisms for the attribution of mental states to animated shapes. *Brain* 125, 1839-1849.
- 15) Sturm, V.E., Rosen, H.J., Allison, S., Miller, B.L. and Levenson, R.W. (2006) Self-conscious emotion deficits in frontotemporal lobar degeneration. *Brain*.
- 16) Krajibich, I., Adolphs, R., Tranel, D., Denburg, N.L. and Camerer, C.F. (2009) Economic games quantify diminished sense of guilt in patients with damage to the prefrontal cortex. *J Neurosci* 29, 2188-2192.
- 17) Tracy, J.L. and Robins, R.W. (2004) Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model. *Psychol Inq* 15, 103-125.
- 18) Takahashi, H., Matsuura, M., Koeda, M., Yahata, N., Suhara, T., Kato, M. and Okubo, Y. (2008) Brain Activations during Judgments of Positive Self-conscious Emotion and Positive Basic Emotion: Pride and Joy. *Cereb Cortex* 18, 898-903.
- 19) Greenwald, A.G. and Banaji, M.R. (1995) Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychol Rev* 102, 4-27.
- 20) Takahata, K., Takahashi, H., Maeda, T., Umeda, S., Suhara, T., Mimura, M. and Kato, M. (2012) It's not my fault: postdictive modulation of intentional binding by monetary gains and losses. *PLoS One* 7, e53421.
- 21) Yamada, M., Uddin, L.Q., Takahashi, H., Kimura, Y., Takahata, K., Kousa, R., Ikoma, Y., Eguchi, Y., Takano, H., Ito, H., Higuchi, M. and Suhara, T. (2013) Superiority illusion arises from resting-state brain networks modulated by dopamine. *Proc Natl Acad Sci U S A*.
- 22) Johnson, S.C., Baxter, L.C., Wilder, L.S., Pipe, J.G., Heiserman, J.E. and Prigatano, G.P. (2002) Neural correlates of self-reflection. *Brain* 125, 1808-1814.
- 23) Takahashi, H., Matsuura, M., Yahata, N., Koeda, M., Suhara, T. and Okubo, Y. (2006) Men and women show distinct brain activations during imagery of sexual and emotional infidelity. *Neuroimage* 32, 1299-1307.
- 24) Smith, R. and Kim, S. (2007) Comprehending envy. *Psychol Bull* 133, 46-64.
- 25) Takahashi, H., Kato, M., Matsuura, M., Mobbs, D., Suhara, T. and Okubo, Y. (2009) When your gain is my pain and your pain is my gain: neural correlates of envy and schadenfreude. *Science* 323, 937-939.
- 26) Lieberman, M. and Eisenberger, N. (2009) Neuroscience: Pains and pleasures of social life. *Science* 323, 890-891.

- 27) Friederich, H.C., Uher, R., Brooks, S., Giampietro, V., Brammer, M., Williams, S.C., Herzog, W., Treasure, J. and Campbell, I.C. (2007) I'm not as slim as that girl: neural bases of body shape self-comparison to media images. *Neuroimage* 37, 674-681.
- 28) Takahashi, H., Kato, M., Sassa, T., Shibuya, T., Koeda, M., Yahata, N., Matsuura, M., Asai, K., Suhara, T. and Okubo, Y. (2010) Functional deficits in the extrastriate body area during observation of sports-related actions in schizophrenia. *Schizophr Bull* 36, 642-647.
- 29) Takahashi, H., Sassa, T., Shibuya, T., Kato, M., Koeda, M., Murai, T., Matsuura, M., Asai, K., Suhara, T. and Okubo, Y. (2012) Effects of sports participation on psychiatric symptoms and brain activations during sports observation in schizophrenia. *Transl Psychiatry* 2, e96.
- 30) Kubota, M., Miyata, J., Sasamoto, A., Sugihara, G., Yoshida, H., Kawada, R., Fujimoto, S., Tanaka, Y., Sawamoto, N. and Fukuyama, H. (2013) Thalamocortical Disconnection in the Orbitofrontal Region Associated With Cortical Thinning in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 70, 12-21.
- 31) Yamada, M., Camerer, C.F., Fujie, S., Kato, M., Matsuda, T., Takano, H., Ito, H., Suhara, T. and Takahashi, H. (2012) Neural circuits in the brain that are activated when mitigating criminal sentences. *Nat Commun* 3, 759.
- 32) Chib, V., Yun, K., Takahashi, H. and Shimojo, S. (2013) Noninvasive remote activation of the ventral midbrain by transcranial direct current stimulation of prefrontal cortex. *Transl Psychiatry* 3, e268.

自閉症スペクトラム障害における 自発的表情模倣の障害

義村さや香¹、佐藤 弥²、魚野翔太¹、十一元三¹

1. 京都大学大学院医学研究科、2. 京都大学白眉プロジェクト

1.はじめに

自閉症スペクトラム障害（autism spectrum disorders; ASD）とは、対人相互反応の質的な障害および限定された反復的で常同的な行動・興味・活動を中心的特徴とする症候群である。ASD の診断基準¹⁾には、対人相互反応を調整するために非言語的コミュニケーション行動を用いることが困難であるという項目が存在する。

ASD 者では、その診断基準と一致して、自発的な表情模倣（本稿では facial mimicry と称する）の障害が現実場面での観察²⁾や筋電図研究^{3)・4)}により報告されてきた。facial mimicry とは、観察した表情に一致した表情を観察者が自動的に示す現象⁵⁾であり、ラポールや共感の形成などの対人相互反応を円滑にする機能を持つ⁶⁾とされている。これらの先行研究の中でも筋電図研究^{3)・4)}は、純粋な表情刺激のみを呈示するという手法により、ASD の facial mimicry が減少していることを確認した。

しかし、筋電図研究では、他者にとって観察可能な facial mimicry を調べているかどうかは不明であった。筋電図は微細な筋肉の動きも拾うので、facial mimicry としてカウントされた微細な変化は他者には認識されない⁷⁾可能性が残るからである。facial mimicry の重要な機能の1つが対人相互反応を円滑にすることであることを考慮すると、他者から観察可能な facial mimicry を調べる必要がある。

また、動的・静的といった表情呈示条件の違いが facial mimicry に影響をもたらす可能性がある。定型発達者では、動的表情が静的表情より facial mimicry を促進させたり^{8)・9)}、いくつかの脳領域で活動を高める¹⁰⁾ことが報告されている。それとは対照的に、ASD 者では、顔刺激の静的呈示よりも動的呈示のほうが定型発達者と異なる行動パターンを引き出しやすい^{11)・12)}、複数の脳領域における動的表情と静的表情との活動の差が定型発達者より小さい¹³⁾といったことが報告されている。これらの報告を考慮すると、ASD 者は静的表情よりも動的表情に対して、より強く facial mimicry の障害を示すかもしれない。これまでの ASD における facial mimicry 研究では主に静的呈示条件が用いられてきたが、静的表情呈示より動的表情呈示の方が、ASD の facial mimicry の障害を明確にするかもしれないと我々は考えた。

本研究では、ASD 群および年齢、性別、知的水準をマッチさせたコントロール群において、動的/静的表情に対する他者から観察可能な facial mimicry について調べた。我々は、特に動的表情に対して、ASD 者が他者から観察可能な facial mimicry の減少を示すと仮説を立てた。

2.方法

参加者

参加者は、ASD 成人 15 人および、年齢・性別・知的水準を統制した定型発達の成人 15 人である。詳細は表 1 に記載した。

表 1.

	年齢 (± SD)	VIQ (± SD)	PIQ (± SD)	男性：女性
ASD 群	26.20 ± 6.89	112.71 ± 18.28	110.14 ± 16.82	9:6
コントロール群	24.13 ± 4.00	121.07 ± 10.00	116.57 ± 11.27	12:3

刺激

用いた刺激は、男女各 4 人の怒りおよび幸福表情である。怒り表情、幸福表情はそれぞれ Facial Action Coding System (FACS)¹⁴⁾ の AU4 (眉下げ)、AU12 (口角上げ) を含んでいた。これらの表情は動画あるいは静止画として提示された。

手順

被験者へ、刺激表情を動画・静止画として各 16 回 1520m 秒間ずつ呈示した。その時の被験者の表情反応をビデオ録画し、表情筋反応について AU4 と AU12 の有無を評価した。

解析

まず、各個人について呈示刺激の種類ごとに AU4 および AU12 の平均出現率を算出した。次に、算出した平均出現率について、被験者間因子を群 (ASD 群 / コントロール群)、被験者内因子を刺激呈示条件 (動画 / 静止画) および刺激表情 (怒り / 幸福) として、3 要因の反復測定分散分析を行った。

3.結果

AU4 出現率 (図 1)

3 要因の分散分析の結果、2 次の交互作用が有意であった ($F(1, 28) = 5.298, p < .05$)。また、刺激表情の主効果が有意であった ($F(1, 28) = 9.378, p < .005$)。下位検定では、動画条件の幸福表情で群間差が有意であった ($F(1, 112) = 4.579, p < .05$)。これは、AU12 反応が、ASD 群よりもコントロール群で多く出現することを示す。その他の条件では、群間差はなかった。

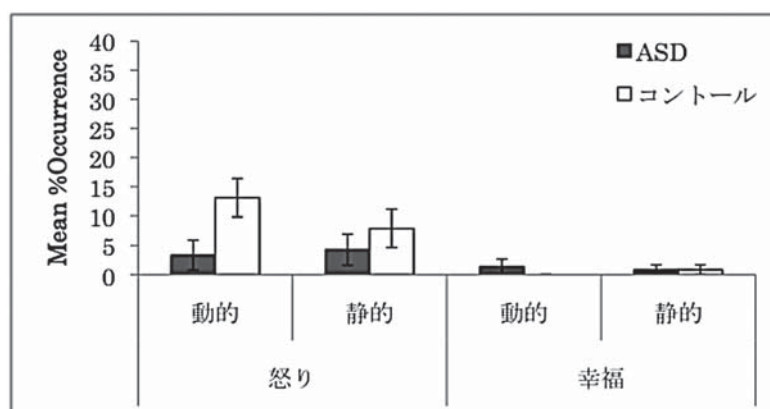


図 1. 表情刺激呈示時の AU4 出現率

AU12 出現率 (図 2)

3 要因の分散分析の結果、2 次の交互作用が有意であった ($F(1, 28) = 5.298, p < .05$)。また、刺激表情の主効果が有意であった ($F(1, 28) = 9.378, p < .005$)。下位検定では、動画条件の幸福表情で群間差

が有意であった ($F(1, 112) = 4.579, p < .05$)。これは、AU12 反応が、ASD 群よりもコントロール群で多く出現することを示す。その他の条件では、群間差はなかった。

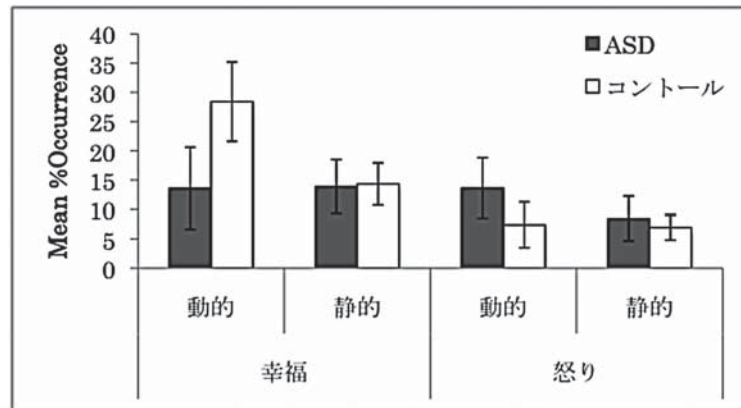


図 2. 表情刺激呈示時の AU12 出現率

4. 考察

コントロール群は、静的表情より動的表情が呈示された時に、刺激と一致した表情反応を多く示した。先行研究^{8), 9)}と一致して、定型発達者では動的表情に対する facial mimicry が自動的に起こることが示された。

より重要なことに、刺激表情が呈示された時に、ASD 群はコントロール群と比べ、刺激に一致した他者に観察可能な表情反応が減少していた。この結果は、facial mimicry の減少という意味で先の筋電図研究^{3), 4)}の結果に一致する。しかし、先行の筋電図研究は他者から観察可能な表情反応を直接計測したものではなかった。したがって、この研究は我々が知る限り、ASD における他者から観察可能な表情反応の障害を示した初めての研究である。

今回の結果はまた、特に動的表情に対する facial mimicry 出現率が ASD 群で低くなることを示した。この結果は、顔刺激の動的呈示が静的呈示よりも ASD 者の非定型的な行動パターンを引き出しやすいことを示した研究^{11), 12)}や、動的表情に対して下前頭回などの領域で ASD 者の脳活動が減少していることを報告した研究¹³⁾の結果と一致する。これらのデータは、他者から観察可能な facial mimicry の減少を含む ASD の対人相互反応の障害が、動的表情に対してより明らかになりやすいことを示唆する。

今回の研究結果は、臨床的示唆を持つ。定型発達者において facial mimicry はラポールや共感の形成を容易にする機能を持つ。facial mimicry のこのような機能は他者から観察可能なものであるときにより促進されると考えられる。ASD 者では動的表情に対する他者から観察可能な facial mimicry が減少していたことから、現実世界では定型発達者と比較して ASD 者の対人相互反応では facial mimicry が機能的な役割を果たしていないと考えられる。さらに、ASD 者が他者とのラポールや共感の形成が困難¹⁾なことからあわせて考えると、facial mimicry の障害は、非言語コミュニケーション行動以外の ASD の対人相互反応の障害にも影響を及ぼしている可能性もあるだろう。

5. 結論

本研究は、ASD が動的表情に対する overt な facial mimicry の障害を持つことを示した。

6.謝辞

実験にご協力いただいた参加者の方に心から感謝申し上げます。

7.参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th text revised ed.). American Psychiatric Association Press, Washington, DC, 2000.
- 2) Yirmiya N, Kasari C, Sigman, M, et al: Facial expressions of affect in autistic, mentally retarded and normal children: J Child Psychol Psychiatry 1989; 130: 725-735.
- 3) McIntosh DN, Reichmann-Decker A, Winkielman P, et al: When the social mirror breaks: deficits in automatic, but not voluntary, mimicry of emotional facial expressions in autism: Dev Sci 2006; 9: 295-302.
- 4) Beall PM, Moody EJ, McIntosh DN, et al: Rapid facial reactions to emotional facial expressions in typically developing children and children with autism spectrum disorder: J Exp Child Psychol 2008; 101: 206-223.
- 5) Hess U, Blairy S: Facial mimicry and emotional contagion to dynamic emotional facial expressions and their influence on decoding accuracy: Int J Psychophysiol 2001; 40: 129-141.
- 6) Lakin JL, Jefferis VE, Cheng CM, et al: The chameleon effect as social glue: Evidence for the evolutionary significance of nonconscious mimicry: J Nonverbal Behav 2003; 27: 145-162.
- 7) Cacioppo JT, Petty RE, Losch ME, et al: Electromyographic activity over facial muscle regions can differentiate the valence and intensity of affective reactions: J Pers Soc Psychol 1986; 50: 260-268.
- 8) Weyers P, Mühlberger A, Hefele C, et al: Electromyographic responses to static and dynamic avatar emotional facial expressions: Psychophysiology 2006; 43: 450-453.
- 9) Sato W, Yoshikawa S: Spontaneous facial mimicry in response to dynamic facial expressions: Cognition 2007; 104: 1-18.
- 10) Kilts CD, Egan G, Gideon DA, et al: Dissociable neural pathways are involved in the recognition of emotion in static and dynamic facial expressions: Neuroimage 2003; 18: 156-168.
- 11) Pelphrey KA, Morris JP, McCarthy G, et al: Perception of dynamic changes in facial affect and identity in autism: Soc Cogn Affect Neurosci 2007; 2: 140-149.
- 12) Uono S, Sato W, Toichi M: Dynamic fearful gaze does not enhance attention orienting in individuals with Asperger's disorder: Brain Cogn 2009; 71: 229-233.
- 13) Sato W, Toichi M, Uono S, et al: Impaired social brain network for processing dynamic facial expressions in autism spectrum disorders: BMC Neurosci 2012; doi: 10.1186/1471-2202-13-99.
- 14) Ekman P, Friesen WV: Facial Action Coding System. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1978.

認知症のきざしに気付く

公益財団法人豊郷病院認知症疾患医療センター

成田 実

1. はじめに

高齢になるに従い、認知症の方の割合が増えてきます。65歳～69歳では1-2%の方が認知症に罹患する程度ですが、85歳以上の方に至っては4人に1人は認知症に罹患しているといわれています。この事からは「高齢者を診たら認知症を念頭に考えよう。」と言っても過言ではないと思われます。

一方で、認知症対応の現状については現在も根本的な治療法の確立には至っていません。薬物療法は「認知症の進行を遅らせる」目的に限定されてはいますが、重症化まで10年から15年の経過となりました。この事は「介護の必要な期間は長くなった」とも言えます。

このような認知症診療の中で新しく見えてきた事柄があります。治療をはじめる時期です。「認知症と診断されてから治療の開始でよいのか？」という課題です。もう一つは、認知症の人への長期の気配り（対応）も“治療”として位置づけられていますが、精神と行動の障害（BPSDの症状）と呼ばれる症状の多くは、認知症診断の前からの課題として、蓄積されている可能性があるという点です。

このようなことから「認知症の気づき」をテーマとしました。

2. 認知症の診断基準

認知症の診断基準としては次のようなものがありますのでごく簡単に提示します。

以下の項目がそろえば認知症とされます。

◆複数の認知機能領域のうち1つ以上の領域において機能が病前より低下している。

複雑な注意機能・遂行機能、

学習と記憶、

言語、

視空間知覚能力、

社会的認知能力

◆認知機能障害は、機能的に自立した生活を妨げるほど重篤である。

お金の管理、服薬管理、日常生活動作で多少なりとも手助けが必要。

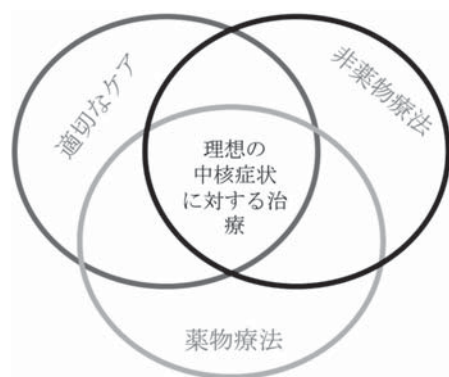
以下略

3. 認知症の人のハンディキャップ

前のスライドの基準で診断された日常生活障害による認知症の人の不自由さを① 中核症状としての認知機能障害による知的機能障害、② 身体機能の低下による身体障害、③ 精神と行動の障害（BPSD

の症状)としての精神障害という様に、分けて考えてみる事ができるよう。全ての障害を併せ持つ認知症の人のハンディキャップの大きさが感じられます。病気による問題と共にその生活にしづらさとしての障害の支援のあり方について考えていくと、広い意味で「障害がある人に優しい社会基盤、社会生活」や、「一般の障害のある人との付き合い方」を考えていくことにもつながるのではないのでしょうか。

4. 次に認知症治療の基本的な考え方を提示します



この図にある通り、認知症の治療の考え方は、認知症の方の障害に対しての援助をも“治療”と位置づけられ広く支持されているものです。この図にある通り、薬物療法と非薬物療法、そして適切なケアという3つのアプローチの組み合わせにより最適な中核症状に対しての治療が成り立つと考えられます。この図は、認知症の治療経過の中のある横断面を示したもので、実際にはさらに時間の軸が加わります。認知症の重症度によって、その初期から最重度に至る経過の中で三者の内容と比重には違いがあります。

この図については一言追加しておきたい点があります。“治療”という表現が一般の身体疾患に対しての“治療”の範囲と若干違うところ。認知症の人の生活の全てを含み”治療”として表現されていますが、前のスライドで示したとおり”障害”に対しての社会的支援も含まれています。”多職種チームによる認知症治療”であり、「医師に聞けば全てわかる、医師に聞かないとわからない」ものではないことを押さえておきたいと思います。

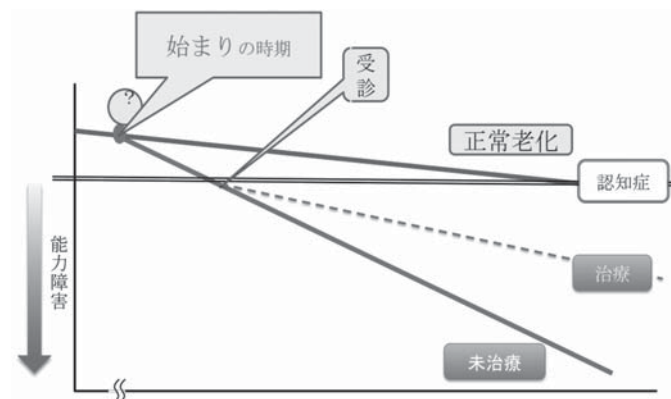
普段の生活の中での何気ないやり取りも“治療”に含まれます。

4. 「認知機能の低下はいつから？」

「認知機能の低下はいつから？」という事で、模式図を元に説明をしたいと思います。

認知症の原因となる脳細胞の変化は認知症と診断される以前から引き起こされているものと考えられています。その変化が一定量を超えたところで症状が出現し、その内容が認知症の診断基準に当てはまったところで認知症と診断されます。認知症の早期発見、早期治療という考えのもと、多くの方が早い時期から診断を受け治療に入ることができるようになりました。しかし、診断基準に当てはまった時にはすでに一定の変化が起こっているとも取ることができます。認知症の診断基準に当てはまらない時期からでも「治療」をはじめるという考え方が出てくることは当然のことと思います。

認知症の診断基準には当てはまらないけれども物忘れだけがある時期について次のスライドで提示します。



5. 認知症診断の課題

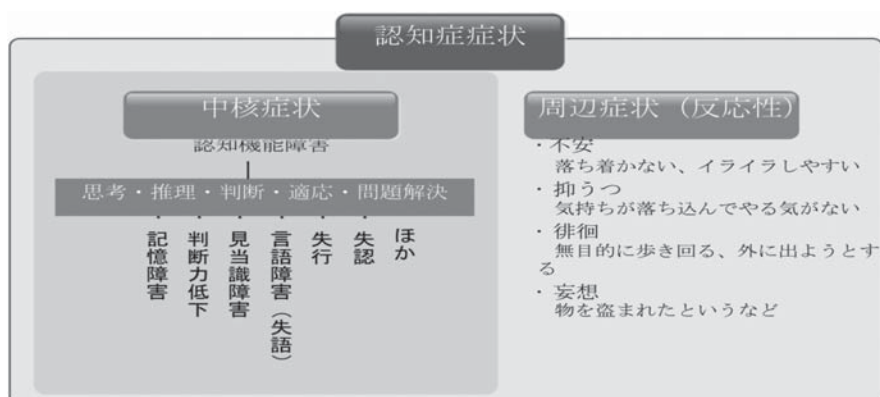
いつから、治療を受けたらよいのか？ という標題です。

アルツハイマー型認知症に対しての治療薬は早期の方が治療効果が期待できることから、早期発見、早期治療 が勧められています。認知症の診断を受ける前の段階は軽度認知障害（MCI）と呼ばれます。ここにあるように「記銘力障害があるが、日常生活には支障ない」時期を言います。数年後に50%の確率で認知症に進行すると考えられていますが、進行するものとししないものの違いについては、まだ確立されたものではありません。従ってこの時期から、抗認知症薬を服用するかどうかについては種々の意見がありまだ定まったところはありませんが注意する必要がある時期ではあります。

次に、認知症の初期の症状を考えていきたいと思います。

6. 認知症の主要症状

認知症の症状としては、認知症の中核症状で現れる認知機能障害 と認知症の人の生活の中で現れる周辺症状（BPSD）に別けて考える事ができます。



7. 四つの主要認知症の中核症状の特徴

認知症の原因疾患によりその中核症状も違いがあることを知っておくことは必要な事ですが、今回、詳細は割愛します。今までの認知症治療についてはアルツハイマー型認知症を念頭に置いて説明されて

いますが、今後はここに挙げた認知症の理解と対応も知ることが、充実した認知症介護には必要です。

- アルツハイマー型認知症　：　５０～６０％、認知障害
記銘力障害、失見当識、判断力の障害、など…
- レビー小体型認知症　：　認知障害と歩行障害を伴う型
幻覚症状を伴うことが多い。
良い日（時）と悪い日（時）の変動が大きい。
- 前頭側頭型認知症　：　物忘れはない。我が道を行く型
自分の思うとおりに行動を起こしてしまう。
自分本意となり、集団活動に向かない。
- 脳血管性認知症　：　２０～３０％、脳梗塞の後遺症
身体障害（歩行障害、嚥下障害）を伴う

8. 認知症の初期症状として知られている記銘力障害

ここでは記憶するということに必要な能力と記憶の過程を説明します。

記憶するには、記憶すべき内容を覚える記銘と覚えた内容を忘れないでいる保持、保持した内容を思い出す想起という段階があります。

記録されている記憶の分類として、最近の記憶として近時記憶、自分の過去の体験の記憶となる遠隔記憶に分けることができます。遠隔記憶には過去の体験の記憶となる顕在記憶知識としての意味記憶、個人的体験の記憶としてのエピソード記憶に分類されます。また身につけた技能や習慣等も記憶にあたります。

また、あまり話題にされないのですが、重要なものとして“作業記憶”という働きがあります。“作業記憶”とは、日常のいろいろなことを実行していく為に一時的に記憶していくという働きを持ち、前頭葉に存在すると考えられています。

日常の行為を行うための流れを記憶する“作業記憶”は ①状況に応じた情報を選ぶ、②現在ある情報の保持とその情報の操作や③目的に向けて新たに必要な情報をまとめ上げていくという働きがあります。また、①外からの情報のどれかに注意を向けて②記憶するものとして選別する。③何か処理するときに、一時的に過程を覚える、④外界からの記憶を、貯蔵された情報と照合する、⑤判断する。といった働きも担っています。日常生活をこなす為に必要な情報を並べあげて選ぶという重要な働きをしています。

計画に沿った事柄を実行するときに必要な能力で、遂行機能を担います。

記憶していくためにはその出来事に注目できるという認知機能の働きも欠かせません。ふりかかる情報の中から自分の必要な事象に意識を向ける“注意”という働きがあります。雑多な騒音の中から特定の情報に注目して、なおかつ注目し続けるというものです。

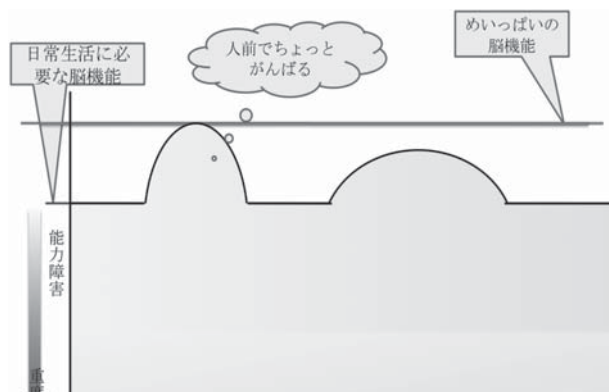
例えば料理をするときに、いくつかの処理を並行して進めなければならないときには、それぞれに“注意”をはらう必要があり、それぞれがどこまで進行の経過を、個々に“一時的に記憶して、次の手順を選ぶ”という複雑な操作をしているはずです。

認知症の方では、作業記憶の能力が低下することで、できることが限定され、中途半端で終わってし

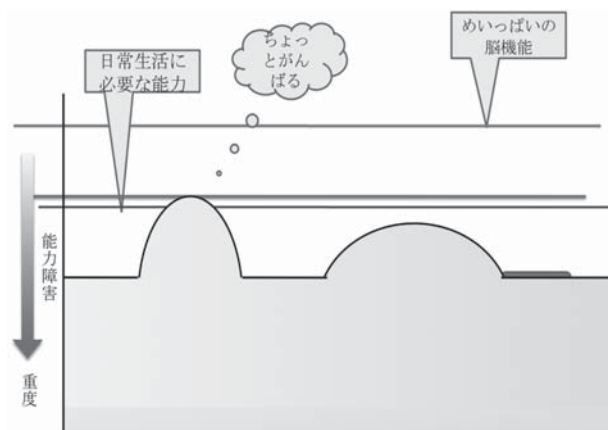
もう事が起こります。

それでは、このような能力の低下はどういうときに気付かれるのでしょうか。

9. 認知症の気づきについてのある時期の模式図



認知症の方の能力低下は、人前でがんばっているときには目立ちません。普段の何気ないときの失敗として気付かれるのが始まりです。初め、同居者以外は気付かないことが多いようです。症状が進むと、がんばってもうまくいかない場面が増すので気付かれることが多くなります。早く気付くことで、その後の課題を軽減することができる可能性があります。



10. 認知症の始まりではどこがうまくいかなくなるのか、またうまくいかないところが増していくとどのような心情になるか

多くの場合、物忘れが始まりの症状です。その時、本人は「うまくいかない」事を密かに感じ生きづらさに悩むようになるはずです。そういう状況を周囲も、「何か変である」と感じるでしょう。もちろん認知症とは言えないごく軽い状態です。けれども、本人の不自由さに気付いて注意をはらうことは、認知症に進行するしないにかかわらず、「認知症かもしれない」と注意して関わることは必要と思います。

ここでは、始まりの症状をいくつかの例を含めて説明します。

11. 発症初期に多くの人々が自覚する記憶力障害、健忘症状

物忘れがあることを自覚した、あるいは指摘された時、気をつけて何とかなればよいのですが、要領の悪さなども含めて、出来にくくなっていることを指摘される場面が増えるはず。気をつけて欲し

いという気持ちをこめて伝えているはずですが、本人の受け止め方によって、その後の行動の取り方が変わるでしょう。「楽しくないので参加しない」

「順序立てて考えられない」「心配」「失敗したら恥ずかしい」とひきこもる。あるいは「間違わないように！」と必死になるということがあるかもしれません。

そのような本人の、体験と心情を元にした行動に周囲の人は出会うことになります。

12. 発症初期に周囲が気付く症状

◆健忘症状、行為の支障がある。

- 同じ事を何度も聞く。置き忘れ。料理が簡単になる。
- 何事にも興味がなくなる。趣味をしなくなる。買い物に行かなくなる。
- 集会に参加しなくなる。要領が悪くなる

最初はたまの出来事であるが、徐々に頻度が増してきます。下のようなことが起こってきます。「いくつかを同時にやろうとするが、結局どれもできない」などを本人や周囲が体験する、あるいは体験の中で交わす会話の中で本人の不安が出てくる可能性があります。

12. 「私は認知症？」という、標題のスライドです。

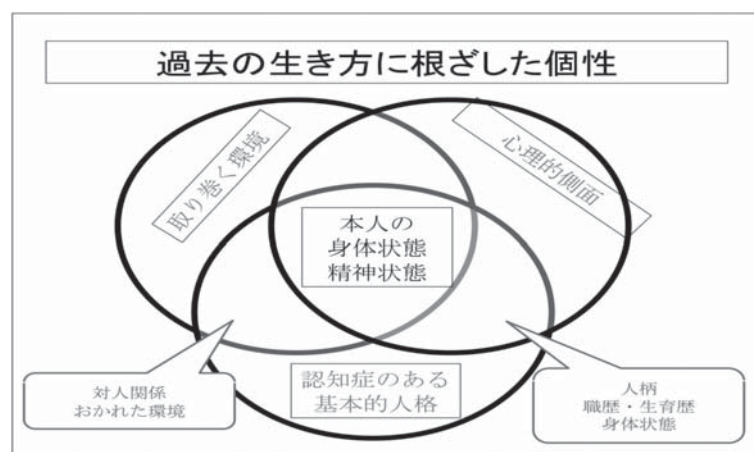
次に挙げている項目は、家族会の方が「認知症になったときに心配となること」のアンケートで上位になったものを出しています。ここで伝えたいことは、認知症で心配になることは健常者の我々と認知症の始まりの本人では同じものです。その時にはこのアンケートと同じ内容で悩む状況になる方が多くおられるはずです。

- ①病気になることで、自分らしさが失われる
- ②病気になることで、他人に迷惑をかける
- ③仲間はずれにされる。
- ④変に見られる。
- ⑤社会からのつながりが薄れる。 など、

13. 形にならないものを意識するのが苦手

認知症の人の症状として、物事の把握する能力については認知症により、形にならないものを意識するのが苦手になります。例えば①相手の気持ちを察知することができない②会話の言葉の背景にある感情や考えを読み取ることができない点があり、結局周りの物事を正確に受け止められないということになります。

この為に、その場に応じた適切な行動が起こせなくなるという、日常生活の障害が生まれてきます。この時、本人がその体験を個人によりの受け止め方は違い、対処の仕方、本人の言動に本人の生き方が影響します。介護の個別性の部分です。



14. 認知症の人は不安定な状況におかれている

出来事や周囲との関係づくりがうまくいかないうつ状態、あるいは妄想を抱くことがあります。初期の認知症の30-40%の方にうつ症状が現れるという報告があります。

うつ症状に至るストレスとしては、出来ないことを自覚、指摘される、自分の生活状況を不安に感じるといったことです。こういう場面で何に不自由するか？ということ事前に気付き、早期に関わり・適切な関係を保つと日常生活の本人の負担を軽くできます。妄想といった症状を起こしにくくしてその後の介護を易しくなるようです。

15. 本来の認知症の治療・介護について

認知症の方への接し方には二つの視点があると考えています。一つは治療という視点で病気と向き合い克服するという考え方で、内服薬の服用やリハビリテーションを行うというものです。もう一つは「認知症と共に生きる人の障害」を緩和するように寄り添う考え方で介護の視点です。病気と共に生きる本人が、自分らしく過ごせる居心地の良い介護環境、孤独感がなく他の人とのつながりを保てて安心感のある毎日を送るように援助します。

16. 個人の個性に配慮する介護は強い個性の人ではむずかしいことです

気むずかしい認知症の人の介護は、個人の考え方、生活の仕方に配慮し、焦らず急がず考えていきましょう。危なくない範囲で見守る。一人でがんばらない、やたらと、止めに入らない。タイミングを見計らうといった工夫の積み重ねになります。

介護の合間には、腹が立つ場面もあると思いますが、「わかり合えていない」と、ひと工夫し、ダメ元で手を変え品を変えいろいろと試していきます。時間的な余裕が必要なところです。

17. 認知症は誰もががかかります

認知症は誰もががかかります。早期発見・早期治療の考えで本人が認知症に早く気付いて生活する事が出来る、あるいは介護者が気付き援助するという心構えが出来ていると困ったことが起こっても納得や割り切りによりが早く切り替えできるようになります。

認知症になったときの介護者としての気配りはここに挙げるような内容になります。

- 一．自分らしく生きていく事を尊重する。
- 二．迷惑と思わせない、思わない
- 三．仲間はずれにしない。
- 四．変な目で見ない。
- 五．社会につなぐ。

18. まとめ

このような状況を形作るために望まれることとしては、家族の生活だけではなく、一人住まいの方を含めて地域で顔の見える関係を保つことが必要となります。

常に声を掛け合う事の出来る関係づくりや、自らが出て行くことが出来ない人には、意識的に一对一で声をかける事も必要になります。見知っていると、能力低下の自覚に配慮するということも可能となるはずです。認知症は誰もがかかる可能性があります。嫌なものですから「自分や身内は病気にならない」と、「他人の出来事」と考えたい気持ちがあります。治療法が確立するまで「認知症にならない」という発想も必要ですが、一方で認知症になったら助けてもらいやすい模範的な認知症患者になるというつもりで自宅だけではなく、地域でも工夫をしていただきたいと思います。

（本稿は2013年3月9日開催の豊郷病院セミナーでの講演記録である）

治療と矯正、そして共生

－精神医療の基本－

京都大学名誉教授

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

林 拓二

私は精神科医としての前半を私立の精神病院（七山病院と新阿武山病院）で過ごし、後半は名古屋と京都の大学病院で働き、定年後は再び精神科医としてこの豊郷病院で働いておりますが、今日は精神医学・医療の現状および未来について私の考えることをまとめましたので、お聞きいただければと思います。

今日の話は次の三つのフレーズにまとめられます。

- 1) 病気の人には「治療」を試みる
- 2) 変わっている人には「矯正（訓練、SST や認知行動療法など）」を試みる。
- 3) 治療や矯正が不可能な場合や、あるいは認知症の人とは「共生」を考える

ここで問題になるのは、病気なのか、あるいは変わっているに過ぎないのかという判断です。これは思ったよりも難しく、これを区別し、診断することが精神科医の最も大事な仕事であると言ってよいかと思います。

わかり易い例として、精神薄弱（最近では精神発達遅滞、あるいは知的障害ともいわれていますが）の場合を例に説明したいと思います。



ホルスト・ガイヤー(著)
満田久敏・泰井俊三(訳)

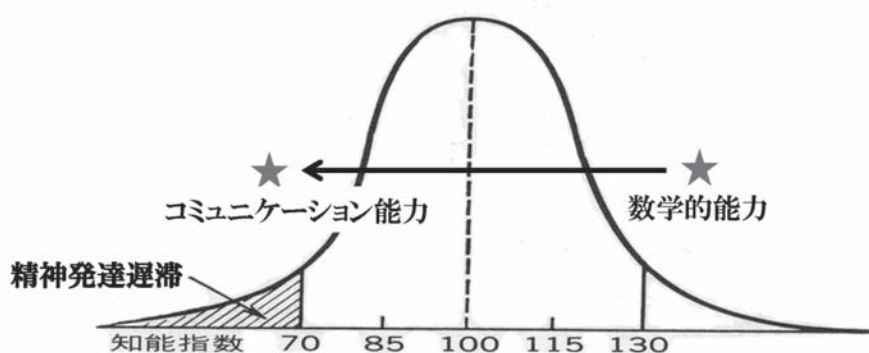
馬鹿について 人間—この愚かなるもの

何故頭が悪くなるのか
知恵が廻らぬとどうなるかというエッセイ

第一部 知能が低すぎる馬鹿
第二部 知能が正常な馬鹿
第三部 知能が高すぎる馬鹿

これは、私の恩師でもある大阪医大の満田先生が翻訳した本の表紙ですが、著者のホルスト・ガイヤー氏は満田先生がドイツに留学中の同僚で、主として精神薄弱を研究していた精神科のお医者さんです。彼は自分の専門的知識に基づき、「馬鹿について」考察し、ここにその蘊蓄を披露しております。その内容は、「馬鹿には3種類あって、知能の低い馬鹿、知能が普通の馬鹿、それに知能の高すぎる馬鹿がある」ということであり、かいつまんで言えば、人間はみんな馬鹿であるということです。すなわち、知能の高低に関わらず人間は歴史上様々な愚行を繰り返してきた愛すべき存在であって、必ずしも、知能の低いことが人間としての価値が低いということではないということです。

人間の能力には様々な側面がある 数学的能力は高いが、 コミュニケーション能力が低い人もいる



しかし、知能が低いことは、社会生活上のマイナス要因であることは確かです。

そもそも、精神薄弱は主として知能テストにより判断し、IQがおおむね70以下の場合をこのように呼んでいます。しかし、IQが70とIQが71の人との差を考えると、ここには本質的な差異はなく、あるのは連続的な偏り、すなわち量的な差異でしかないと言えます。

私が最初に勤めた病院の医局長をしていた山崎先生は、大阪医大の満田先生の弟子筋にあたる人で、患者さんの話をしているときに、しばしば「彼はミンデルだから、なかなか難しいね」と言い、勤務している職員についても、「彼はミンデルだからね」とよく口にされていました。ドイツ語のミンデルという意味は単に「足らん」と言うことですが、精神医学用語としては「精薄」と同義になるかと思えます。我々若い医者は、「山崎先生は、ひょっとしたら、我々をミンデルと思っているのかな」と話し合ったものでした。確かに、「あんたたちは学校では秀才だったかも知れんが、社会的には白痴同然だね」とも言われたことがあり、彼にかかれば、ほとんどすべての者がミンデル、すなわち少し「足らん」ということのようにでした。考えてみれば、すべての面で足りている人は、世の中には誰も居ないのかも知れません。私などは算数が得意ですから、このような能力だけからいえばミンデルと言われることはな

いのですが、人見知りして、話をするのが苦手で、人とつきあうことが下手ですので、コミュニケーション能力だけを取り上げれば白痴と言われても文句は言えません。最近では、「広汎性発達障害」という概念が一般的に使用されていますが、私も同類かあるいはその中に含まれるのかも知れません。

私の大学時代は、学園闘争の真ただ中だったものですから授業というものはほとんど受けたことがありませんでした。そこで、山崎先生の勧めもあって、精神病院に勤めるかたわら、大阪医大に週に2日通って勉強させてもらいました。そして、満田教授の病棟回診について廻り、外来診察を見学しました。また、満田先生の授業がある時には聴講させてもらったのですが、「精神薄弱について」と言う講義が一番新鮮に感じ、いまでも忘れません。この講義を聞いた時には、これは精神薄弱だけの話ではなく、精神医学一般の基本的な構造であろうと考え、まさに「目から鱗」の感がしました。

精神発達遅滞は 病因により概ね2種類に分けられる

1. 特発性要因:

正常知能から連続的に移行する

2. 病理的要因:

出生前後の感染、中毒、外傷、発生異常、先天代謝異常、染色体異常などによる

(その他)心理・社会的要因として学習刺激欠如の環境によるもの—野生児など

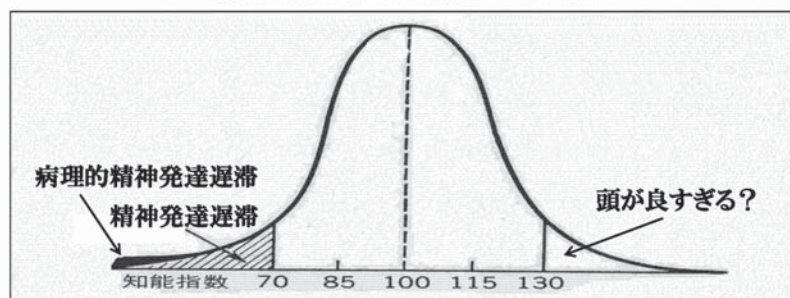
すなわち、精神発達遅滞は、原因別に分類すると概ね2種類に大きく分けられるということです。1つは、正常の知能から連続的に移行するもので、特発性要因によるものとされ、性格などと同様、様々な要因が重なって生じるものです。2つ目は、出生前後の感染、中毒、外傷、発生異常、先天代謝異常、染色体異常などによるものであり、病理的要因によるものとされています。他には、野生のままに成育した子供が報告されているように、社会での知的な教育がなく育った場合ですが、知的なレベルは低いものの適切な教育によって回復が可能なものであり、これを心理・社会的要因によるものとされています。

精神薄弱についてのこのような記述は、精神医学の教科書ではかならず触れられていてとりわけ新奇なものではありません。しかし、これは精神医学一般に当てはまるのではないかと気付いた次第です。すなわち、表面に表れている現象（精神発達遅滞）は同じように見えても、そのような状態は正常から

の偏りと考えられるものと脳の疾患の結果と考えられるものに分けられるということです。これは、精神医学のみならず、高血圧や糖尿病などの生活習慣病にも考え得る医学の基本であろうと思いますが、このことに注目する人はほとんどいないのではないかと思います。

このスライドは、これまでに述べたことをまとめたものです。

疾患による結果と正常からの偏り —精神発達遅滞の場合—



精神遅滞の原因

1. 特発性要因：正常知能から連続的に移行する
2. 病理性要因：出生前後の感染、中毒、外傷、発生異常、先天代謝異常、染色体異常などによる
3. 心理・社会的要因：学習刺激欠如の環境による—野生児

一般の人たちに IQ 検査を施行すると 100 を中心にした正規分布となり、IQ が 70 以下の人を精神発達遅滞と呼んでいます。これらは正常から連続的に移行して正常との間に本質的な区別はないのですが、左側に少し黒く塗った部分は「疾患の結果」として生じたものであり、「正常からの偏倚」とは質的に異なるものと言えます。

このような患者さんに対し、我々はどのようなことが出来るのでしょうか？

私が大阪の精神病院に勤めていた時のことです。IQ は 50 前後と考えられる男性が、隣の奥さんを叩いたとのことで、警察に連れられて入院しました。院長から頼まれて、私が主治医になったのですが、その男は仕事に就かず自宅でぶらぶらしており、隣の奥さんとはいつも仲が悪く、時々叩いていたとのことです。明確な被害妄想はなく、幻覚もありません。ただ単に精神薄弱者による問題行動と考えられました。さて、どうしたものかと考えていると、以前にずいぶんと世話になった精神科の先輩から電話があり、「林君が主治医になったということを聞いたので電話したのですが、彼に叩かれているのは私の家内なんです。社会防衛論に与するわけではないのですが、出来るだけ長く病院に入れておいて貰えないでしょうか」と言うことでした。さらに「自分が叩かれるのなら我慢もできるが、家内が叩かれているので困っている。彼を捕まえて警察に連れて行ったこともあるが、一向に変わらない」とも言っていました。

私は「さてさて困ったな」と思いながら、とりあえず1ヶ月ほど様子を見ていました。しかし、患者は病棟では何ら問題行動はないので、先輩に電話で了承を取ったうえで、退院してもらいました。

その後、間もなくして、その精神科の先生からは転居の通知が届きました。

豊郷病院でも、精神科外来で「酒飲むな、パチンコするな、母親を叩くな」とだけ言い続けている患者がいます。注意しても全く聞いてくれず、林先生はいややといって、最近は滋賀医大の精神科に「アルコール中毒」ということで入院したようです。このような患者さんを治療することは不可能と言ってよく、出来るのは「矯正」、あるいは「共生」と言うことになりますが、現在の「ゆるい社会」では「教育」や「矯正」は極めて難しく、「共生」も現実には大変困難な作業であると言わざるを得ません。

精神発達遅滞に続いて、近年、何かと話題になることの多い「発達障害」について考えてみたいと思います。

そもそも、発達障害とはどのようなものなのでしょうか？

通常、幼児期、小児期または青年期に 初めて診断される障害 (DSM-IV)

精神発達遅滞(II軸にコード)

学習障害

運動能力障害

コミュニケーション障害

広汎性発達障害

注意欠陥および破壊的行動障害

幼児期または小児期早期の哺育、摂食障害

チック障害

排泄障害

幼児期、小児期または青年期の他の障害

歴史的に見れば、発達障害は1943年にカナーが11例の症例報告をおこない、それまで「白痴」、「痴呆」、あるいは「精神薄弱」と考えられてきた患者を、精神薄弱でも分裂病でもないとして、新しく「自閉症」という名称を使用したことに始まります。その後も、早期幼児自閉症、児童期分裂病、幼時精神病、非定型児童などの用語が使用され、その位置づけは研究者の間でも一致することがありませんでした。しかし、1967年にラターが、「対人相互関係の形成の異常あるいは困難」、「反響言語や代名詞の逆用のような言語の異常を含む言語の発達障害」、それに「強迫的な常同的行動」の3つの症状を取り出して、自閉症は分裂病ではなく発達障害であると主張しました。この概念がアメリカ精神医学会によるDSM-III(1980)やWHOのICD-10(1992)に引き継がれております。

しかし、日常的に使用されるまでになった現在でも、「発達障害」という言葉の内容は研究者間でもなお混乱していると言わざるを得ません。

広汎性発達障害(DSM-IV)

- ◆ 自閉性障害
 - ◆ レット障害
 - ◆ 小児期崩壊性障害
 - ◆ アスペルガー障害
 - ◆ 特定不能の広汎性発達障害
- ◆ **A:**以下の少なくとも2つの対人的相互作用の質的な障害
 - ◆ **B:**行動、興味および活動の、**限定され反復的で常同的な様式**で、以下の少なくとも1つによって明らかになる
 - ◆ **C:**社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の**臨床的に著しい障害**を引き起こしている
 - ◆ **D:**臨床的に著しい言語の遅れがない
 - ◆ **E:**認知の発達、年齢に相応した自己管理能力、適応行動、および小児期における環境への好奇心などについて明らかに遅れがない
 - ◆ **F:**他の特定の広汎性発達障害または精神分裂病の基準を満たさない

「広汎性発達障害」や「特異的発達障害」という用語は、1980年に発表されたDSMの第3版(DSM-III)で初めて使用されました。しかし、1987年の改訂版(DSM-III-R)になると「発達障害」が、広汎性発達障害や特異的発達障害(学習障害、言語と会話の障害、運動能力障害)、それに精神遅滞の上位概念として登場しています。さらに、1994年の第4版(DSM-IV)になると「発達障害」から精神遅滞を除くなど、「発達障害」の内容は版を重ねるごとに変化し、その位置づけも変わってきております。

最新版であるDSM-IVを見ますと、通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害の項目に、精神発達遅滞や学習障害、運動能力障害、コミュニケーション障害などの特異的な発達障害とともに、「広汎性発達障害」が取り上げられています。しかし、精神発達遅滞にはII軸にコードされると書かれていますが、広汎性発達障害などにはII軸へのコードは記載されておられません。

このことには、少し説明がいるように思います。アメリカの診断基準であるDSM-IIIでは精神状態を5つの面から評価しようとしており、わかり易く言えば、I軸で臨床疾患を、II軸で性格特徴などを、III軸で身体疾患を、IV軸で心理的側面を、V軸で社会生活状況を評価して、個別の患者の全体を見ようとしております。すなわち、II軸は人格障害などの「障害ではあるが疾患ではないもの」を評価しようとしていると考えられます。この意味で、精神発達遅滞がII軸で評価されることは極めて当然であろうと思われますが、私は広汎性発達障害などの発達障害もまたII軸で評価すべきであろうと考えています。事実、DSM-III-Rでは、精神発達遅滞と並び、広汎性発達障害や特異的な発達障害のすべてを「発達障害」の中に一括し、II軸で評価しておりました。

広汎性発達障害は、DSM-IVの下位分類を見ますと、自閉性障害、レット障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害を含んでいます。私はここに発達障害概念の問題点があるように思います。すなわち、レット障害は女子にのみ発症する進行性の脳障害であり、小児期崩壊性障害はけいれん発作や脳波異常やCT異常を示すことが多く、脳の機能障害である可能性が高いもので

あって、後で述べるような、アスペルガー障害などの特異な性格の偏倚かとも考えられるものとは趣を異にしていると考えられます。この点で、広汎性発達障害は、症状や状態像の類似した障害を雑多に寄せ集めただけにすぎず、一つのグループにまとめること自体が極めて問題の多いものと感じざるを得ません。

私は子供の症例をあまり見ていないので、「発達障害」については全く専門外と言っていいのですが、大学の精神科外来で、「ネットで調べたら、自分はアスペルガーだと思うので診断してほしい」という大学院の学生さんを少なからず診たことがあります。彼らは、アイ・コンタクトが無い、仲間を作れない、楽しみを共有できない、こだわりがあって興味のあることにだけ熱中するなどと訴えます。私はまず「診断をつけて貰ってどうするの？」と尋ね、「何も病気だと診断してもらう必要はないんじゃないの」と話をし、「あなたは若いし、興味のあることを思いっきりやってみたらいいのではないか」と言っておきます。そして、「アスペルガーの診断に当てはまるのは、私も含めて我々の同僚にはたくさんいるよ。それぞれのお医者さんの個性を考えながら、どのような仕事が向いているのかを考えるのも、教授の仕事なんだよ。あなたのところの教授も、いろいろと考えてくれているはずだよ」と言って帰しておりました。

ここに、DSM-IV によるアスペルガー障害の診断基準をあげておきました。「対人的相互作用の質的な障害」、「行動、興味および活動の、限定され反復的で常同的な様式」、「社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の臨床的に著しい障害」、そして、「特定の広汎性発達障害または精神分裂病の基準を満たさない」などが挙げられています。

アスペルガー障害の診断基準

- | | |
|--|--|
| <p>◆ A: 以下の少なくとも2つの対人的相互作用の質的な障害</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 目と目で見つめあう、顔の表情、体の姿勢、身振りなど、対人的相互反応を調節する多彩な非言語性行動の使用の著明な障害 (2) 発達の水準に相応した仲間関係を作ることの失敗 (3) 楽しみ、興味、成し遂げたものを他人と共有すること(例えば、他の人たちに興味のあるものを見せる、もって来る、指さす)を自発的に求めることの欠如 (4) 対人的または情緒的相互性の欠如 | <p>◆ B: 行動、興味および活動の限定され反復的で常同的な様式で、以下の少なくとも1つによって明らかになる</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) その強度または対象において異常なほど、常同的で限定された型の一つまたはそれ以上の興味だけに熱中すること (2) 特定の、機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである (3) 常同的で反復的な衝動的運動(例えば、手や指をばたばたさせたりねじ曲げる、または複雑な全身の動き) (4) 物体の一部に持続的に熱中する |
|--|--|

このスライドは、アスペルガー障害の診断基準の A と B の詳細な項目をあげております。診断基準の A は、少なくとも 2 つの対人的相互作用の質的な障害があること、と記載してあり、診断基準の B は、

「行動、興味および活動の、限定され、反復的で常同的な様式が少なくとも1つの項目があること」とされています。これを見ていると、多かれ少なかれ、このような傾向はだれにでも認められ、とりわけ日本人には多いように思われますので、自分がアスペルガー障害であると確信する人は極めて多いのではないかと思います。すなわち、この診断基準に則れば、あるかないかと言う判断ではなく、どの程度なのかを判断することとなり、70以下ならば精神遅滞と言うというようなカット・オフ・ポイントを決めなければいけないようなものなのでしょう。

広汎性発達障害は、これまでに述べてきたように、一つの疾患として一括されるとは思われません。アスペルガー障害は正常からの偏りと考えてよく、レット障害や小児期崩壊性障害は脳の疾患であり、疾患の結果によって生じた「変わった行動様式」であろうと考えられます。このことは、精神発達遅滞で見たものと類似しており、広汎性発達障害は「特発性の要因」によるものと「病理的な要因」によるものの2つに分類され得ると言って良いのかも知れません。

このように、「発達障害」という名称で原因の異なるグループを一つにまとめたことが現在の混乱を招いていると言えるかと思います。診断は病因によって行われるべきことは言うまでも無いことですが、臨床的には病因が不明であるにしても、アスペルガー障害などの広汎性発達障害は、人格障害や精神遅滞と同様に、Ⅱ軸にコードすべきであると考えられます。

これまで、精神発達遅滞と広汎性発達障害について述べてきましたが、正常からの偏りと考えられる症例は、人格障害と類似した概念であって疾患ではありません。そこでは、社会でどのように折り合いをつけて生きていけるようになるかを考えていくことが大事であり、医学的な意味での治療ではなく、社会での問題行動を無くすための矯正であったり、矯正が出来ない場合は、そのような存在を認め合いながら、共に生きていく「共生」が必要となってきます。時には、薬物が医学的な手段として役に立つこともあります。精神遅滞と発達障害そのものを治癒させるものではありません。

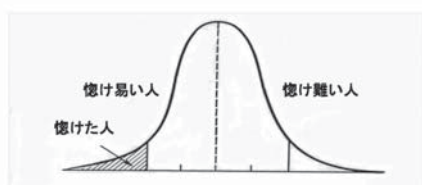
精神発達遅滞と広汎性発達障害の一部には、疾患による結果と考えられる者もいます。基本的には、疾患の場合は治療が試みられなければなりません。脳に器質的な変化が生じている場合には、現在もお治療は不可能と言ってもよく、将来もなお、たとえ再生医療が進むとしても、治療は限定的にならざるを得ないと思われれます。

このことは、老年痴呆、いわゆる認知症にも言えることかと思えます。

老年痴呆については、脳の研究が画像研究をはじめ飛躍的に進んだこともあり、診断もかなり明確なものとなっていますが、代表的な認知症であるアルツハイマー型痴呆についてはなお、疾患による結果のみではなく、正常からの偏りと考えられる症例も多いのではないかと思います。

痴呆症もまた、 疾患による結果と正常からの偏りに分けられる？

I. アルツハイマー型痴呆



II. 非アルツハイマー型痴呆

1. 非アルツハイマー型変性痴呆
 - a. レビー小体型痴呆
 - b. ピック病(前頭側頭型痴呆)
2. その他の中枢神経変性疾患に伴う痴呆
 - a. 錐体外路障害・異常運動をともなうもの
パーキンソン病など
 - b. 中枢神経系統萎縮症
ハンチントン舞蹈病
3. 血管性痴呆
4. 身体疾患に伴う痴呆性疾患

感染症(クロイツフェルト・ヤコブ病、エイズ、
梅毒、脳炎など)
その他(頭部外傷、脳腫瘍、中毒性疾患など)

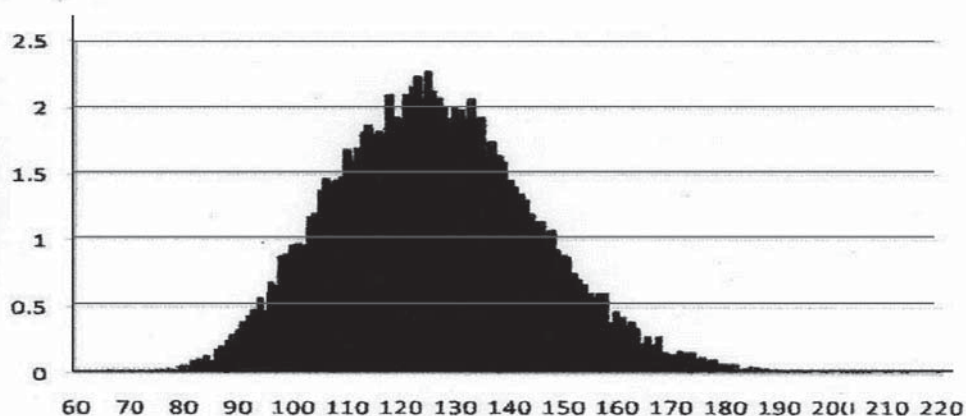
治療について言えば、現在行われている、痴呆の進行を遅らせるとされる薬の治療も、その効果のほどは約1年程度にすぎないと言われており、痴呆の進行を止めてしまう薬は現在存在せず、ましてや痴呆を改善する薬はありません。20年ほど前から脚光を浴びて盛んにその効果が宣伝されていたアミロイド抗体療法も、残念ながら、大規模な追跡試験の結果、最近になって効果がなかったと報告されています。ここで、iPS細胞による治療が登場するのでしょうか？もしそうなるとしても、技術的な問題はもとより、倫理的な面での問題が大きく立ちふさがることと思われます。

痴呆症状が出現した際には、基本的には治療よりも共生（共に生きること）を目指すことが必要となります。この点で、我々医師がかかわり得る部分は少ないと言わざるを得ないのが現状ですが、不眠、幻覚、妄想、せん妄状態などでは、病状を少しでも改善させる手立てはあります。そして、我々は、介護、福祉など幅広い医療関係者ととともに、現在ある手段を総動員し、個々の症例における最善の方策を考えていくべきであろうと思います。

「疾患による結果」か「正常からの偏り」か、と考えていると、生活習慣病の代表的な疾患と考えられている高血圧症についても、精神科と同じような問題があるように思われます。

このスライドは、青森県総合健診センターの資料なのですが、一般成人4万8千人の最高血圧の分布を示しています。これを見ると、素朴に考えて高血圧と言う疾患は多くはなく、かなりの部分は正常からの偏りと考えていいのではないかと考えてしまいます。

高血圧症でも、また？ －48160名の最高血圧の分布－



青森県総合健診センター資料(2009年)

最後に、私が考える精神医学の基本的な立場を説明させていただこうと思います。というのは、最近の精神医学はアメリカの精神医学会による DSM の影響が強く、伝統的精神医学の考えが忘れられているように感じられるからです。

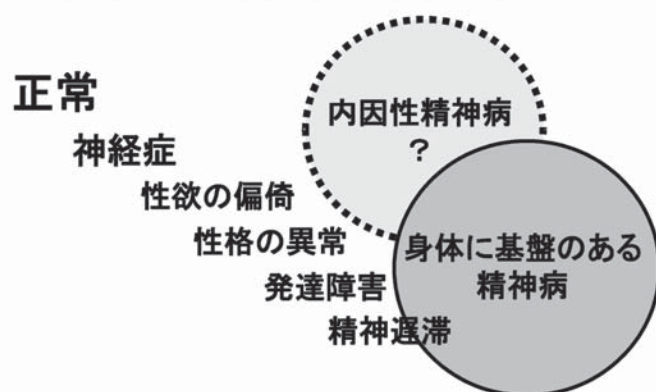
私が精神医学の基本と考える伝統的な立場とは、ハイデルベルグ大学の教授であったクルト・シュナイダーの考えであり、臨床に携わる精神科医であるならば、誰もが直感的に納得できるものと考えています。しかし、これらはなお、今後証明していかなければならない仮説にすぎないことは確かであろうと思われます。

シュナイダーは、本人が苦しむ神経症や社会が苦しまされる性格異常は、多かれ少なかれ「正常から偏っている」に過ぎないものであって、分裂病や循環病などの「内因性」精神病群、さらに「身体に基盤のある」精神病群との間には、質的に異なった差があり、明確に区別すべきであると主張します。そして、「内因性」精神病には生物学的な所見が確認されてはいないものの、将来、必ず見出されるに違いないと考えていました。残念ながら、精神医学は今なお「身体に基盤のある精神病」を除いて、統合失調症や循環病(躁うつ病)に明確な生物学的所見を見出せず、近年の目覚ましいテクノロジーの発展によって、画像研究などの生物学的研究は格段に進歩したにもかかわらず、統合失調症と躁うつ病とが異なる疾患であるとする証拠はありません。そこで、現在もなおこれらの疾病の間にあるのは、「鑑別診断学ではなく、鑑別類型学である」、すなわち、統合失調症と躁うつ病とを分類するのは、ただ単に症状で分けているだけで、病気の原因で区別しているのではないと言います。この点で、現在もなお、シュナイダーの時代と大きく変わってはいないと言ってよさそうです。

しかしながら、私もまたシュナイダーと同じく、臨床の現場での経験から、「精神病」にはなんらかの生物学的な所見があるに違いないと確信しております。慢性の精神病患者に見られるそのような確信は、「施設化」の影響であるとする意見もありましたが、私は、そのすべてが、患者を取り巻く環境に

起因すると考えることは出来ませんでした。近年、盛んに行われている社会復帰活動の限界を見ましても、患者個人の、おそらくは脳の研究が必要であろうと考えるのは、臨床精神医学をなりわいとするものの共通な認識であろうかと思います。

正常からの偏りか、 あるいは疾患による結果か？



このスライドは、私なりに、シュナイダーの精神医学体系を図にしたものです。

発達障害などの新しい概念は、一部に脳の器質性疾患が含まれますが、性格の異常や精神遅滞と同じような位置にあり、正常からの偏りと考えてよいかと思われます。もちろん、個々の症例について「正常からの偏りなのか、それとも疾患による結果なのか」を厳密に考慮すべきものと考えられます。この点から、私は発達障害や精神遅滞を、このスライドで「身体に基盤のある精神病」の近辺に配置しておきました。

私はしばしば、このシュナイダーの精神医学体系を俗な日本語で表現するとすれば、「変わっている」、「狂っている」、そして「壊れている」の3分体系である、と考えております。そして、内因性精神病には治療が試みられるべきであり、人格障害や発達障害、そして精神遅滞には矯正、あるいは共生を考え、身体に基盤のある精神病には医学的な治療を試み、痴呆を呈した場合には共生を探っていくべきであろうと考えております。

最後に、本日の講演のまとめをしておきます。

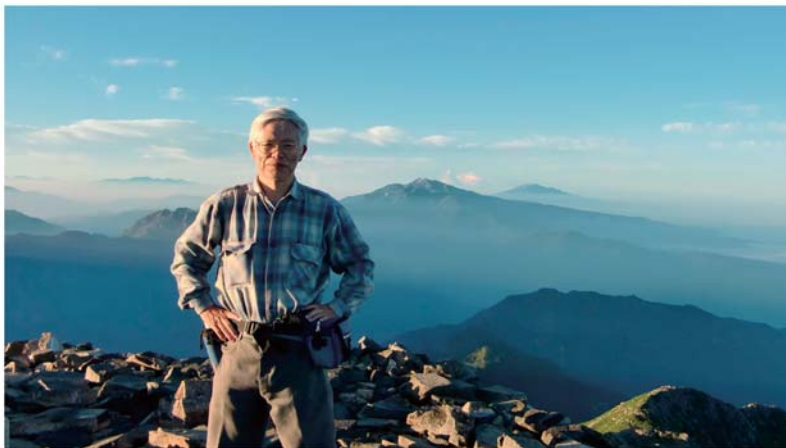
1つには、精神医学の基本は、「疾患による結果」と「正常からの偏り」を区別することである。これは精神科医の最も重要な仕事であります、また難しい課題でもあります。

2つ目には、病気、すなわち疾患による結果と考えられる者には、「治療」が試みられるべきである。正常からの偏り、すなわち「変わっている」人には治療と言うより「矯正」が必要な場合がある。

3つ目には、矯正が困難であったり、痴呆症（認知症）、あるいは脳が様々な原因で損傷された人とは、助け合いながら「共に生活する」ことを考えるべきである。

本日の講演をまとめると

- ◆ 精神医学の基本は、「疾患による結果」と「正常からの偏り」を区別することである
- ◆ 疾患による結果には「治療」が試みられ、正常から偏っている人には「治療」とともに「矯正」が必要な場合がある
- ◆ 矯正が困難であったり、痴呆症などで脳が障害されている場合には、助け合いながら「共に生活する」ことを考えるべきである



笠が岳山頂にて(平成22年8月27日)

ご清聴有難うございました

(本稿は、平成24年12月3日に「レインボウとよさと」で行われた精神医学講義の原稿である)

私の研究エピソード

生物学的所見から精神病の分類を考える

林 拓二

京都大学名誉教授

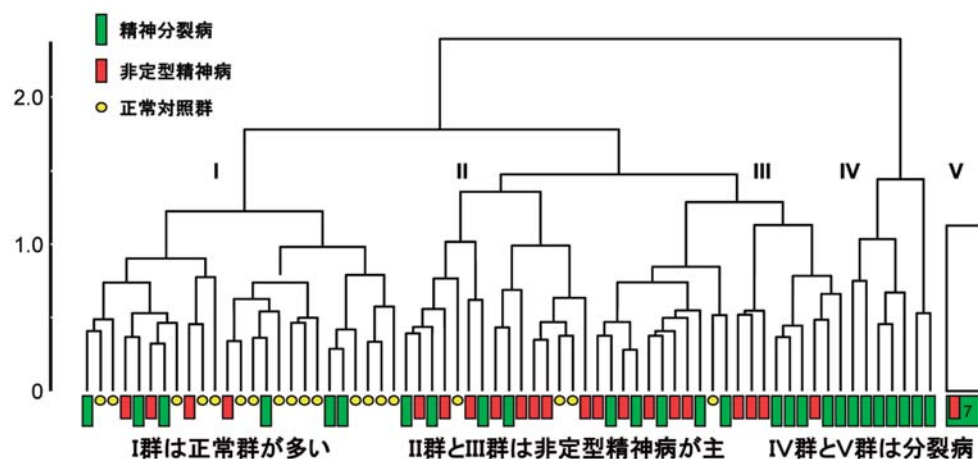
私は大学を卒業してすぐに精神病院に勤務し、間もなく大阪医大の精神科教室に出入りさせてもらうようになった。そこでは、満田先生のもとで助教授をしていた越賀一雄先生（精神病理学）から症例報告がいかに重要であるかを教わり、珍しい症例があれば必ずまとめておくように心掛けた。一例の詳しい報告は、将来、類似の症例が蓄積されることによって、症例を具体的に見ることが出来ない研究報告よりもはるかに重要な意味を持つことがある。私が副甲状腺機能低下症、ハンチントン舞踏病、さらにはウイルソン病などの症例を詳細に報告したのも、一臨床医の義務として、誰かが後でまとめられるようにしておくことが重要であると考えていたからである。

越賀先生からは「満田先生が言っている非定型精神病は、最後には分裂病になるのですよ。林先生、一緒に、非定型精神病はないという研究をしませんか」と誘われたことがある。当時もなお現在と同じく、精神病理学者は単一精神病概念に親近感を抱く傾向があり、一般の臨床精神科医は、意識するかしないかは別として、精神疾患の異種性を考える傾向にあったと言える。しかし、躁うつ病にしろ非定型精神病にしろ、経過をみれば定型分裂病と類似の欠陥状態に陥る症例が稀ならず見られることは臨床家の多くが認めるところであろう。しかし、満田先生は非定型精神病の経過が必ずしも良いとは言えないと述べてはいるが、その欠陥状態はてんかんにおける本態変化（Wesensänderung）に類似し、定型分裂病とは明らかに異なるとしている。私もこれまで、画像所見をはじめとする様々な生物学的データに基づいて定型分裂病と非定型精神病との差異を明らかにし、満田の見解を支持してきたが、現在もなおこの問題の決着を図るために、滋賀県の農村地帯をフィールドとして精神疾患の経過研究を行っている。

私は大阪医大での勉強会やドイツ留学に関して、福田哲雄（生物学的精神医学世界連合名誉理事長）先生に随分とお世話になったが、愛知医大に就職してからも、毎年何回かは京都・先斗町のおでん屋（山とみ）で会い、おでんをつつきながら精神医学の現状について話し合い、大学での今後の研究について相談していた。そして、しばしば名古屋行き最終の新幹線で帰ったものである。当時、CTがようやく一般的となり、精神医学領域でも多施設共同研究が行われていたが、精神疾患の異種性を念頭に置いた研究はなかった。そこで、私は第10回生物学的精神医学会（S63年：京都府立医大）で「精神分裂病と非定型精神病の頭部CT研究」と題する発表を行った。この研究は、当時、精神分裂病には発症時よりすでに脳の萎縮が認められるとされていたのに対し、定型分裂病と非定型精神病とに類別した時、非定型精神病の脳所見が進行性である可能性を指摘しておいたものである。多少のインパクトがあるものと期待したが、当時はDSM診断が全盛であり、三重大の鳩谷先生以外に興味を示してくれる人はいなかった。ただ、我々の研究の弱点として臨床的な診断が主観的であるとの批判を承知していたために、これに対して如何に答えるべきかが私の最大の課題であった。この点について福田先生と話をした時、「満田門下がこれまで行ってきた非定型精神病の研究はまず臨床的な診断から始めたが、その逆はまだ

行われていない」と話された。その時「なるほど、逆ならば診断の問題はなくなる」と合点がいき、霏のかかった如くすっきりとしなかった我々の研究にも薄日がさした感じがした。この夜は、ことのほか気持ちよく酔い、先斗町の狭い路地を歩きながら、多変量解析の応用可能性について思い巡らしたことを今でもはっきりと思い出す。

CT指数に基づくクラスター分析による 精神病症例と対照群の分類



第12回日本生物学的精神医学会が大阪で開催された時、私は十分な準備の上で「非定型精神病のCT研究－多変量解析による検討－」と題した発表を行なった。この研究は、CTのデータのみに基づいてクラスター分析を行ない、症例を機械的に分類した時にどのようなグループにどのような臨床診断の症例が含まれるのかを見たものである。すなわち、クラスター分析では5つのグループが得られ、定型分裂病と非定型精神病とが確かに異なった分布を示しており、我々の臨床診断は生物学的データによってもその妥当性が裏付けられたと言える。残念ながら、この時も、私の発表に関心を示してくれた人はさほど多くはなかった。しかし、このCT研究に続いて行ったMRIやSPECT、あるいはP300や探索眼球運動を用いた研究によって、精神分裂病が一つの疾病とは考えられず、いくつかのグループに分けられること、すなわち、分裂病性精神病の研究には非定型精神病（群）を類別していくことが最も重要であることは理解されるようになったかと思われる。このことから、私自身、このCT研究が分裂病性精神病の研究の上で最も重要な研究の一つであろうと自負している。

（本稿の一部を割愛した原稿が、日本生物学的精神医学会誌＜23: 295, 2012＞に掲載されたものである）

私と国際学会

「枯れ木も山の賑わい」から

京都大学名誉教授

林 拓二

私は元来人見知りする性質であり、人前で喋るのが苦手なために、学会への出席は極力避けていた。私が国内・外を問わず学会というものに初めて参加したのは、精神科医になって5年後の1975年、オーストリアのグラーツで開催された日独墺精神病理学会である。大阪医大の満田久敏先生と東京女子医大の千谷七郎先生が日本代表として出席するので、大阪医大に出入りしながら精神病院に勤務していた私も、気楽にヨーロッパ旅行が出来ると踏んで参加してみた。満田先生の専門は言うまでも無く臨床遺伝学であり、精神病理学の日本代表と言うのは聊か奇異に感じる向きもあるかと思われるが、満田の臨床遺伝学は入念な臨床記載に基づく立派な精神病理学であると説明されると率直に首肯される方も多いであろう。この会は、ドイツ側代表のパウライコフ先生が来日した折、日本での精神症状の記載がほとんどドイツ語であることに感激し、満田先生を誘ってドイツ語圏の精神病理学会を企画したと伝えられている。なおオーストリー側代表はワルヒャー先生であった。

会議はすべてドイツ語で、耳から入る音は全く理解できなかった。しかし、スライドを読むことは出来るので、発表内容の概略は理解でき、藤縄昭先生や木村敏先生ら新進気鋭の先生方の発表・討論は思いのほか面白かった。



日独墺精神病理学会（グラーツ、1975）で講演する満田教授

日本からは多くの精神科医が参加していたが、親しい知人はほとんどいなかったこともあり会場に顔を出すことが多かった。そこで、満田先生から「林君はよく会場で見かけるね」と訊かれたので、「枯れ木も山の賑わいですから」と答えておいた。しかし、そのうちに枯れ木ではなく、自分の研究をあの演壇で発表したいなと考えたものである。満田先生からはドイツに留学中の高名な先生を紹介していた

atypische Psychosen bzw. zyklische Psychosen mittels ICD-10 Kriterien と題する発表を行ない、第4回のゲッティンゲン大会（1998）では、Magnetic resonance imaging findings in typical schizophrenia and atypical psychoses という演題で発表した。第4回大会では発表内容に若干の自信もあり、何らかの賞が貰えるのではないかと考えてフランクフルトまでの飛行機の中で受賞式の際の挨拶文を考えていたものである。実際、500 マルクの賞金と賞状をもらったが、授賞式は遅刻したために用意していた挨拶は出来なかった。と言うより、気恥かしさもあってか無意識的に遅れたと言って良いのかも知れない。ただ、知らない外人に取り囲まれ、おめでとう、おめでとうと言われて酒を注がれた時は率直に言って嬉しかった。

私はこれまで、DSM などの操作的診断ではほとんど無視されてきた非定型精神病について研究し、内因性精神病の分類について自分の思うところを臨床のデータで証明しようとしてきた。そして、一流ではなくとも採択してくれる雑誌に投稿し、いつかは、誰かが評価してくれるだろうと密かに期待してきた。しかし、一人でも多くの精神科医に自分の研究を理解してもらいたいと願う気持ちがあったのは確かで、機会を見ながら内外の学会で発表した。会場での反応に一喜一憂したのも、学問に携わる研究者としての性（さが）なのであろう。外国語は書けるがさほど喋れないにもかかわらず、それでも参加してきた理由を聞かれれば、国際学会にはそれなりの魔力があるからと答えるしかない。

（本稿は、日本生物学的精神医学会誌＜ 23: 225-226, 2012 ＞に掲載された原稿に基づくものである）

札幌トロイカ病院開設30周年 祝辞

京都大学名誉教授
公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所
林 拓二

札幌トロイカ病院の開設 30 周年、まことにおめでとうございます。

有田先生とは昭和 45 年に京都大学を卒業した同期であり、学生時代が政治の季節であったことから、我々は医学・医療の改革にも強い関心を抱き、卒業後は同じ精神科医としての臨床を始めました。私自身は民間の精神病院で患者さんの処遇の改善に取り組み、毎日の臨床に追われていたのですが、精神医療よりも精神医学に、すなわち精神病の原因を明らかにしたいと考え、どちらかと言えば生物学的な研究を志向するようになりました。一方、有田先生はどちらかと言えば心理・社会的な方面に興味を持たれたようで、精神分析から司法精神医学へと関心を進め、司法と精神医療の谷間にあつて、処遇が難しく陽が当たらない患者さんのための施設という、新しいコンセプトの精神科病院を創ろうとされたと思います。

札幌トロイカ病院が開設された昭和 58 年といえ、私は民間精神病院での 10 数年の臨床に区切りをつけ、ドイツに留学して精神医学を学びなおそうとしていました。丁度その頃に、有田先生はオランダへの留学を終え、八王子医療刑務所勤務を経て、自らの理想を实践できる場所として北海道歌志内の女子少年院を経て札幌の地に精神科病院を開設しておられます。当時は、急造された民間精神科病院の不祥事が相次ぎ、精神医療に対する風当たりが強く、精神科病院の新設は難しい時代であったのではないのでしょうか。有田先生もまたひとかたならぬ御苦労があったかと思われます。その頃、人員・設備を充実させてモデル病院と自負する公立精神科病院に比べ、人材・設備の面で充分とは言えない民間病院が治療困難例、処遇困難例の多くを引き受けておりました。近年、司法関連の病棟が公的病院に併設されましたので、事情は多少変わったかと思いますが、有田先生は、このような患者さんの治療や矯正に進んで取り組み、患者さんのために、様々な困難を克服しながら頑張っておられたことと思われます。時おり、有田先生から病院のお話を聞くことがありましたが、常に「トロイカ」と精神医療の理想を熱く、熱く語り続け、その様子は学生時代を思い起こすほどに若々しく、われわれ同期の精神科医としては羨ましく、また頼もしくも感じておりました。

平成 15 年 9 月に札幌で開催された日精協精神医学会で講演した折に、私は再度トロイカ病院を見学させていただきました。有田先生がこの 30 年間、院長・理事長として北の大地に創り上げた存在感のあるユニークな病院は、今では急性期の治療病棟の他に、介護老人保健施設やグループホームなど、時代の要請を受けた施設が併設されております。日本が超高齢社会を迎えるにあたり、精神医療に求められる役割はますます多様になるとは思われますが、これらの課題にトロイカ病院が今後どのように取り組んでいくのか、今後の展開を期待したいと思っております。

札幌トロイカ病院のますますの御発展を祈り、有田先生ほか職員の皆様のご健康をお祈りいたします。
(本稿は、医療法人共栄会 30 周年記念誌「森の始まり」に掲載されたものである)

自傷行為のある患者との距離感に困難を感じた 精神科病棟看護師の関わりの一事例

ー プロセスレコードを用いた振り返り ー

公益財団法人豊郷病院 3-6 病棟

西川由希子

Key word：関わり、患者 - 看護師関係、精神科看護

はじめに

神郡¹⁾は、「精神看護学が、その期待される効果を十分に果たすためには、豊富な臨床経験に裏付けされた精神疾患や精神疾患患者の看護についての理解をもち、それらを基礎に、人々の心の問題を広く理解できるようにならなければならない」と述べている。経験の浅い看護師は、必要な情報を“効率よく”“的確に”得るためのスキルを獲得できていないが為に、ともすれば患者の「あれも聞いて欲しい、これも聞いて欲しい」という欲求に巻き込まれ、距離感に困難を感じてしまうことがある。あるいは逆に、「この人には話しても仕方ない」「この人とは話したくない」と拒絶されることも起こり得る。関わりの中で、相手の感情に巻き込まれない事が大切であるが、十分な知識や臨床経験ではなく実体験を基に患者の話聞く事で、知らず知らずの内に相手の感情に同情してしまう恐れがある。臨床経験の浅い現段階で私に出来る事とは何であるのかを考えた。その結果、患者にとって話しかけやすい雰囲気を作り、情報を得て、その情報を他のスタッフと共有することで患者に必要なケアの糸口を見出していけるのではないかと考え実践してきた。

患者－看護師関係という専門職として、関わる事ができていたのか、できていないとすれば自分の関わり方の問題点がどこにあるのかを振り返り、ケースに取り上げた。

自己を客観的に見つめ自分の傾向を知って、今後の関わり方への課題を明らかにすることを目的とする。

I. 事例紹介

患者：A 氏（40 代女性）、うつ病、自殺念慮があり、入院後も対人関係や家族関係が原因で自傷を繰り返す。看護師に対しても「あの人は怖い」「あの人は聞いてくれる」と区別している。

期間：入院時（2011 年 8 月）～ 2012 年 4 月

II. 倫理的配慮

ケーススタディを行うにあたり、A 氏の家族に趣旨と目的を説明し、書面にて同意を得た。また院内倫理委員会の上を承を得て、A 氏の精神状態と気質を考慮し、家族の了解のもと、本人には伝えないこととする。

III. 看護の実際

1. 方法

プロセスレコードを用いて、上手くいった関わり、上手くいかなかったと感じた関わりを取り上げ involvement（かかわり）概念の構成要素に沿って考察する。

2. 看護における「involvement（かかわり）」の4つの視点（構成要素）

- 1) 経験の共有：時間や場、行動を共有すること、また、患者との相互関係により患者の過去、現在の経験を感情、認知レベルで共有し、患者を知ること。
- 2) 感情の投資：患者に対して看護師の感情や関心を向けること。
- 3) 絆の形成：患者とのつながりを深めていくこと。つながりが深まるにつれて双方を身近に感じ、信頼感が深まる。その看護師が身近に感じる感覚は、その患者との関係性やイメージの仕方により、友人であったり、家族のメンバーであったりするなど異なる。
- 4) 境界の調整：看護師が患者との対応の中で、患者と共有する互いのプライバシーの境界を調整し、患者だけでなく家族や医療チームに対しても専門的技術を提供して、職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと。

3. 実施、結果および考察

1) 場面1 入院より3か月後

A氏が他の患者の相談に乗っている。しかし、A氏は他の患者の訴えに対処しきれなくなり、看護師を呼びに来る。私がその患者に対応し、その間A氏は少し離れたところでその様子を見守っている。対応のあと、私はA氏の所へ戻る。

場面1では、自分が聞いた悩みを自分で対処しきれなかったことに対し、離れて見ていた事から、A氏は自分が取った対応の顛末が気がかりであったと考えられる。看護師を呼びに来るという行動をとれた事を評価し、A氏の心身の状況を確認した①。その結果、A氏自身が抱える悩みが表出できていない側面が見えた⑤。相談したいという思いを持ちながらも、相談をする手段や相手がわからないという事が考えられる。

対象者の言動	私の考えた事	私の言動
		①「ありがとうございます。どうしたらいいか困って来てくれたのですね。よくAさんは色々な人の相談に乗っているけど、しんどくはないですか？」
②「みんなが喋ってくるから聞けど…私は人には相談しない。」	③Aさんの思いを話せる人は居ないのかな？」	④「なんで？」
⑤「相談しても意味が無いから。」	⑥なるほど。それでよくAさんは抱え込んで自傷してしまうのか。	⑦「聞くばかりだと、しんどくなるでしょ？疲れない？」

対象者の言動	私の考えた事	私の言動
⑧「西川さんもしんどいんや…私の話ばかり聞いて」うつむく	⑨あ…。悪い風に思わせてしまった。けれど、立場を変えて考えることができていたんだな。	⑩笑顔で「話を聞く事は私達の仕事ですからね。大事な話はみんな聞きますよ。」
⑪「いつも聞いてもらってばかりや。」	⑫まあね。私も確かに聞いてもらってばかりだと申し訳なくなる時があるな。	⑬ A 氏と向き合う「私も自分が困った時はそれを聞いてもらえそうな人に相談するし、話を聞いてもらいますよ。一人でいっぱいため込んでしまうと苦しくなってしまうんですよね。A さんにもそんな経験ありますか？」
⑭「うん、苦しくなる。しょっちゅう。ありがとう、また話してもいいの？」	⑮看護師であっても、他の人でも自分と同じ思いはあるという事少しは伝わったかな	⑯「また明日も私、来ていますからね。私でなくても勿論他の看護師でも、困った時は相談してくださいね。」
⑰「うん…はい。ありがとう」自室へ戻る	⑱対処できなかった事を自責しないかな？	⑲「私でお役に立てる事があればいつでもどうぞ。」

この場面以前からずっと持っているかもしれない A 氏の抱えている思いを推測し、関心を向けた行動がとれた⑦。ありのままの看護師の関心を向けることで、相手も素直な感情を出すことができています。

→感情の投資

それに対し、A 氏は、自責の念を抱いている⑧が看護師としての境界、責任や役割の意味合いを伝えることにより、言葉に出して良いことをメッセージしている。⑩→境界の調整

更に、A 氏だけではなく、私自身が実際に感じた事のある経験を伝えることによって、A 氏自身の心境とのズレが無いかを確認している。また A 氏が自分の話を聞いてもらう事への自責の念の軽減を図っている⑬。→経験の共有

限られた時間の中での関わりややり取りの後、時間を置いた時に相手の言動が気になり、不安や怒りや疑問が沸く事はしばしばみられる。また、次々に様々な感情や思いが沸き起こり、自分の中でまとまらない段階で話すことで、不安が増す場合もある。そういった事から、次も話す機会があるという意味で、私はよく「明日も来ます」と伝える。自分の思いを表出しても良いというメッセージを繰り返し伝えていくことでの信頼関係作りを図っている⑯⑲。→絆の形成

2) 場面 2 入院から 8 か月後

いじめにより不登校だった娘の卒業式間近。今まで卒業式には行きたくないと言っていた A 氏の突然の心境の変化に戸惑った場面。この場面の 1 時間後、A 氏は自傷行為に至る。

対象者の言動	私の考えた事	私の言動
①「娘の卒業式に行こうと思う」	②なんで突然そんな事を。今まで絶対に行かないと言っていたのに	③「あら？今まで行きたくないって言っていたのに？」
④「うん。」	⑤あら…	⑥「家の人は？」

対象者の言動	私の考えた事	私の言動
⑦「みんな反対してる。」	⑧なぜ反対したのかな	⑨「なんでそう言われたのかな？」
⑩「虐められた子の親に復讐するねん。」	⑪それが目的で…	⑫「それはダメだな。そんな事をして誰かが喜ぶのかな？」
⑬「私たちはずっと苦しんできたんや！」	⑭前から何度もそれが引っかかっているとは聞いていたけど	⑮「そうね。苦しかったのよね。でも、それをやってしまったらまた嫌な思いを思い出すのでは？」
⑯「私は許せないんや！」	⑰衝動的な感じだな	⑱「そっか。みんなの卒業式ですよ。嫌な事があったけど、最後までくらいい顔で卒業させてあげよう。」
⑲「娘は行かへんって。」	⑳やっぱり…	「そうなんだ。それなら娘さんの思いを尊重してあげましょうよ。」
「はい、わかりました」		「そろそろご飯の時間ですよ。」

場面2では、思いの変化に対して、今までのA氏の発言が私の思い違いであったのかを確認した①。家族の意見もA氏は聞いていることから、突然の思いつきでは無かったことが窺われる④。しかし私は、以前のA氏の発言にとらわれ、一時の感情に巻き込まれている。

A氏の発言に対して、何とか思いとどませようと一方的に自分の意見ばかりを伝えている。娘との結びつきが強いA氏にとって、娘を第一に考えれば、A氏が思いとどまるだろうとの考えで、私から会話を終了させている。また、私は食事の時間が気がかりで、A氏が問題にしている本質を捉えることができていない。A氏の感情的な緊張の包含をし、患者を知ることができていない→経験の共有ができていない。あるいは、A氏との、この場面においての関わりで、自分の都合による会話への専念ができていない事が問題である。→感情の投資ができていない。食事の後で話す機会の約束を取り付ける事は可能であったと言える。

3) 場面3 入院から9か月後

関わりすぎと指摘を受け、A氏との関わりを意図的に少なくしていた。私になら話しても大丈夫だと感じ、A氏が入院以来築いてきた私との信頼関係が、関わりが減った事で崩れてしまったとA氏は感じている。ただし、距離を作るのではなく、A氏に接する機会がある場面では、必ず調子を聞く事や、良くなった点を評価するような声掛けは欠かさないようにしていた。また、A氏も病棟内に密接に話せる話し相手ができ、頓服薬の使用頻度や病棟看護師への訴えも少なくなってきた。

検温の際にA氏の部屋を訪れ、A氏と向き合ってしゃがみ、「おはよう」と声掛けをするが、A氏が突然怒り出した場面。

場面3では、自傷他害の危険性があった為、A氏の身の安全を確認している。気が立っている状態の患者に対して冷静に対応することは看護師として適切であった。全面的にA氏の感情を受け止めようとしての行動をとっている。→経験の共有

信頼関係が崩れてしまったとA氏は感じている。それに対して、言語的な部分だけでなく、非言語的な部分でも看護師としての観察や関わりをしていることを私は伝えている。壁と表現していることか

対象者の言動	私の考えた事	私の言動
①カーテンにスリッパを投げつけ、暴れる 「もう看護師なんか誰も信用せえへんわ。もう誰にも喋らへん！」	②あら。また自制できなくなってしまった？	③周りを見渡し、危険物が無いか、対応できなくなった場合すぐに他のスタッフの所へ行ける状況であるかを確認。 A氏を抱き寄せる。静かに声をかける。「何があった？」
④「あんたや。喋ってくれるって言ったのに全然喋ってくれへん。西川さんは壁を作ったんや。何にも知らんやろ！」	⑤私に対して怒っているのか…	⑥「わかった。私が許せないのね。私に喋らなくてもいい。でも、私はAさんの様子をいつも見ていますよ。話せる人ができたな、人と話している時に笑顔になっているとか、ご飯を今日はいつもより多く食べているな、最近はやケになって自分を傷つけていないな、とか」
⑦「え…」驚いて茫然としている。全く予想していなかった様子。	⑧信頼関係が壊れたとカルテに書いてあったな。	⑨手をAさんから離し、少し離れる。 「私を嫌だと思っても構わないですよ。ただ、他の看護師まで嫌いにならないで。話せると思う人には何でも相談して下さい。私は離れてできるAさんに必要な事をしますから。」
⑩座り込み無言になる	⑪関わりって難しいな	⑫「では。」退室する。

ら、どこか私への話しかけづらさをA氏が感じ取っていたと考えられる。ただし、頓服薬の希望や、A氏が病棟で過ごす上で必要最低限な要求は私へもできていた。自分が特別視されているような居心地の良い患者－看護師関係は、患者の退院を目的とした関わりにおいては不適切であり、生活力を取り戻すことを支援することもある必要と言える。→境界の調整

IV. 考察

牧野ら²⁾は、「看護師は、感情を自覚することと合わせて援助に対する最終的な関心の方向性が患者や家族、看護師自身、チームなど、どこへ向いているかを自覚することも重要である。援助したいという思いが強くても、それが患者のニーズに合わない場合や、看護師の行うことができない場合もあるため、『感情の投資』については、看護師自身の感情や関心の方向性と同様、患者のニーズと看護師がそのニーズにどれだけこたえることができるかを自覚することも重要である。」と述べている。自傷や自暴自棄になるA氏に、私が（看護師が）関わった場合に、何を目的として声掛けをするのか、どこを最終目標とするのかを常に意識しておくことが重要である。つまり、患者の本質や性格を治療することはできない。しかし、A氏がその時々で何を必要としているのか、家族がどうなることを求めているのか、看護師が医師の方針のもと、どうA氏の思いをどこまで受容するのかを調整することはできる。

入院してまだ時期の浅い頃には、A氏は対人関係の調整がうまくいかない事が多かった。その時期には、自傷行為に至らないように留める事が優先され、私はA氏との信頼関係を作る為に患者のニーズにより多く応えるよう努めた。

場面1において自傷行為に至らなかった理由としては involvement 概念の4つの構成要素を活用でき

ていた事が考えられる。場面2においては、A氏がその時求めている本質を見抜けなかった事、A氏が納得できるまでのプロセスを踏むことができなかった為に、患者と看護師との間ですれ違いが起きた。その結果として自傷行為に至ったと考えられる。場面3では、目標が退院へと近づいてきた時期でもあり、看護師や医療者依存ではなく、A氏自身が個々の問題をどのように対処していけるかを見出せるよう関わる時期であった。意図的に距離を取っていた事でA氏自身の不満が表出した場面ではあるが、患者自身の、退院したいという欲求と病院に安心感を求める、相反するニーズを調整し、受け止める事ができたと言える。やはり、そこには、以前からの絆の形成があり、経験の共有ができたからだと考えられる。

V. 結論

患者との関わりにおいて、看護師は、何を目的としていくのか、何を目標としているのかを常に意識しておくことが重要である。

行き過ぎと感じられる関わりは、患者にとっても看護師にとってもマイナスの要素があり、退院を延ばす結果にもなり得る。

看護師自身が気持ちの余裕をもって患者と関わることで、患者がその思いを表出できる関係づくりができ、必要な援助が見出せ、チームで取り組む方向性が見つけられる。

相手の感情に巻き込まれ同情してしまうことなく、一定の距離を保ちながら共感できる関係を持つことが大切である。

おわりに

後日、A氏より、「もう喋らへんって言ったのに、なんで喋ってくれるの？」と質問された。それに対して私は、「相手が拒まない限りは。私にも、もう喋らないって言って後悔した経験がありますから。」と返答した。

患者主体の受容的な関わりは大切にしていきたい。そのためにも双方に負担の無い関わり方が今後の課題である。また、患者個々の性質や病態に合わせた距離の取り方も学んでいきたい。

文献

- 1) 神郡博他：新体系看護学第32巻精神看護学①精神看護概論・精神保健，メジカルフレンド社，p.9，2006
- 2) 牧野耕次他：看護におけるinvolvement概念の構成要素に関する文献研究，人間看護学研究3号，p.107
- 3) 古山祐可他：精神科看護師における上手くいかなかったという思いのある事例解釈の変化 看護における「かかり（involvement）」を学習して，人間看護学研究9号，
- 4) 木田孝太郎：心をみまもる人のために - 精神の看護学，学習研究社，1996
- 5) 渡辺雅幸：専門家がやさしく語る初めての精神医学，中山書店，2007
- 6) 川野雅資：実践に生かす看護コミュニケーション，学習研究社，2003
- 7) 日本精神科看護技術協会：精神科ビギナーズ・テキスト - すぐに役立つ基礎知識と実践ガイド，精神看護出版，2005

(本稿は、豊郷病院ケース・スタディ発表会＜2012.6.19＞での講演原稿である)

精神科急性期（3-6）病棟ナース・ステーションにて



うつ症状のある患者の自立支援の為の 対応方法の工夫

－ 自己の役割を再認識し自立支援施設参加を促して－

公益財団法人豊郷病院 3-6 病棟

中村祥子

I. はじめに

うつ病の特徴として、憂うつ感、悲壮感、孤立感などの抑うつ感情に加えて、気力の低下、注意集中力の低下、判断力の低下あるいは睡眠障害、食欲の低下などがあげられる。患者自身は自分を責めたり、悲観的になって自殺念慮を抱いたりしやすい。発病のきっかけとして生活の大きな変化（退職）、責任の急増（職場での昇進・出産）や、仕事を無事終えてほっとしたとき、あるいは慣れた環境から新規の環境への移転などがある。

現在抑うつ状態で入院中の A 氏も気力・食欲の低下や憂うつ感などの症状を主訴に入院し、加療の結果、現状は安定している。

壮年期の A 氏には妻と子供が 2 人いる。自分が家族を養っていかなければならないという思いが強く、病気と向き合いながら家庭での役割を果たすべきと自立支援施設での作業に参加していた。しかし、病状が安定したことで障がい者年金の等級がさがり、経済的な不安が出現し自立支援施設での作業を休むようになった。

そのような A 氏に対し、自身が自己の役割を再認識して自立支援施設の作業に参加できるようになって欲しいと思い、A 氏の個別性に応じた対応を工夫した。その結果、自己の役割を再認識し自立支援施設への通所を再開できたのでその経過を若干の考察を加え報告する。

II. 目的

行った対応が A 氏の個別性に応じた効果的な関わりだったのか検証する。

III. 方法

1. 患者紹介

氏名・年齢・性別：A 氏 50 代 男性

診断名：抑うつ状態 家族構成：妻と子供 2 人と 4 人暮らし 性格：気まじめで神経質・現病歴：平成 2 年頃から気分低下があり、不安な気持ちを持つ自分が情けなく思い、一家を養っていけるのか心配になり通院治療を行うが状態が落ち着かないため入退院を繰り返す。

2. 入院中の経過

平成 22 年 8 月に食事が食べられなくなり、自床に引きこもるようになった為、再入院となる。食事を摂ることができず食べるという動作が負担になっていたが、加療により食事が摂れるようになったことをきっかけに今後の就労や在宅生活における生活リズムと体力作りの為、自立支援施設の作業に参加

するようになった。

3. 期間

1月下旬～3月初旬

IV. 倫理的配慮

A氏に口頭と文面で以下の4項目を説明し、同意と署名を得た。

研究の趣旨、私の看護を深める為に行うこと

事例紹介は氏名をふせて実名のイニシャルを使わないことで、個人が特定できないよう配慮します。

また研究記録は研究の発表後、消去・抹消すること。

この研究への参加・協力を同意した場合でも、いつでも途中でやめることができること、また取りやめることによって、不利益を被ることは一切ないこと。

V. 看護の実際

1. 分析

「うつ病患者に対しては、安易な励ましは、かえって自信を失わせ、孤立感を強め苦痛を与えるので避ける必要がある。また患者の訴えを根気強く聞き、患者のつらい気持ちを受け入れて、感情表現を支えることが重要となる。¹⁾」と外口氏が述べている。現在A氏の症状は落ち着いていたが、障がい者年金の等級がさがったことで自殺念慮を表現したり、抑うつ気分、睡眠障害などがみられる可能性がある。

患者が自分の存在価値を認識できるような声かけや対応が必要であると考える。

2. 看護上の問題

＃1 役割意識の低下、経済的不安からの抑うつ状態に関連した自己尊重の混乱

3. 看護目標

(1)自分の役割が再認識できる。

(2)自立支援施設の作業に参加できるようになる。

4. 看護計画

O-T：表情・言動

②活動状況・行動意欲・行動パターン・一日の過ごし方

③通所前後の表情や言動

T-P：

朝の挨拶を必ず行う

②外出時には「行ってらっしゃい、帰りを待っています。」「おかえりなさい、困ったことはありませんでしたか？」など声かけを行う。

③A氏が冷静な判断が出来るまでは看護師が外出や外泊を止める。

5. 実践・結果

自立支援施設での作業を休むようになったA氏は日中、自室で過ごすことが多くなった。表情も冴えず「自分は生きていても必要ない人間。家族に迷惑をかけているだけで今後うまくやっていけるのだろうか」「もう、こんなこと続けられない。退院したい」と話すようになったが、食事や入浴などの日

常生活動作は行えていた。そのような発言から私たちは現実を知った事による焦燥から退院要求・願望が強まったと考え、正しい判断に欠け、離院リスクが高いと判断し、外泊・通所の一時中止を提案した。それと同時にこれからA氏に対し、どのような関わり方をしていけばいいのかを考える為、自立支援施設の担当者とのカンファレンスで討議した。

A氏が現実を受け入れられ、正しい判断ができるまではA氏を見守り、また自立支援施設への通所はA氏にとって今後の就労や生活リズムと体力作りであり退院の為の手段であることを改めて説明した。それと同時に入院中である為、「離院をしないこと」をA氏と約束した。休養が必要な場合は休むことを看護師に伝えるということもあわせて話をした。

その結果、2週間後、A氏の中で少しずつ現実を受け入れられるようになり、表情も穏やかになっていった。そして通所再開まで、病棟内の喫茶作業を手伝うようになった。「マイナスばかりに考えていても仕方がない。」「前向きに頑張りたい。」という発言が聞かれるようになり、自立支援施設への参加が2月下旬頃から再開となった。その頃のA氏は、表情は穏やかで「自分にできることを頑張らないと。」と話をするようになり、生き生きしている姿がみられ、病院と自宅・通所を繰り返しながら、自分の役割を再認識することができた。

VI. 考察

「障がい者の就労は社会参加の一形態であり、障がい者が自分のもっている能力を発揮し、生活リズムをつくり、役割を担うことによって自己役割をたかめる手段である。また働く場面は、自分ができること、苦手なこと、生活上の課題などがあらわれやすいために、現実の自分に向き合い、取り組んでいく機会にもなる。そのための現実的な準備として、体力作りや生活リズムの調整や就労に向かう心がまえなどを獲得しなければならない。²⁾」と外口氏が述べている。

A氏にとって必要な関わり方、A氏は気持ちの整理に時間を要するということがわかりその間、A氏を見守り毎日声掛けを行うというA氏に応じた対応をスタッフ全員が共有し、統一した関わりを行うことでA氏が自分の役割を再認識することができたと考える。

また、自立支援施設への通所の必要性を改めて説明することで、自己の役割の再認識につながったのではないかと考える。

「精神看護として患者のあらわすさまざまな行動を適切に判断し、それぞれの患者の状態に応じて、患者を支持していくことが求められる。

しかし、病棟の秩序を著しく乱したり、他の患者に迷惑をかけたり、極端な行動化があらわれた場合には、治療者と話し合い、患者に対する接し方を考え、医療スタッフは一貫した態度で患者に接することが大切になる。³⁾」と田中氏が述べているように今回、A氏は、現実を知ったことで自分自身を不安や不快感からまもり、現実に適応しようとするメカニズム、防御機制をはたらかせたのではないかと考える。

その結果、A氏の自己効力感が向上し、現実を受け入れられたことで自己の役割の再認識ができたのではないかと考える。

VII. おわりに

今回のケースを振り返り、精神科において大切である個別性のある看護というのが改めて重要であるとわかった。同じ病名でも患者の生活背景や年齢や性別、性格で関わり方が変わるということ。いかに自分が患者と信頼関係を築くことができるかが大切になってくると思った。

また、得た情報は自分だけのものにせず、スタッフが共有することで一貫した看護ができ、その結果が病状安定につながるのだと感じた。これからも精神科で働く上でとても大切なことを学ぶことができた。

引用参考文献

外口玉子：系統看護学講座 精神看護学（2），医学書院，P126，2008.

外口玉子：系統看護学講座 精神看護学（1），医学書院，P279，2008.

田中美恵子：系統看護学講座 臨床看護総論，医学書院，P323，2007.

長田久雄：看護学生のための心理学，医学書院，2006.

長谷川浩：系統看護学講座 人間関係論，医学書院，2007.

吉田佳郎ほか：精神科看護の知識と実際，メディカ出版，2009.

（本稿は、豊郷病院ケース・スタディ発表会＜2012.6.19＞での講演原稿である）

精神科急性期（3-6）病棟ナース・ステーションにて



患者対応で受けるストレス軽減の効果

ー精神科病棟におけるナラティブ・アプローチを用いた看護師への支援の取り組みー

公益財団法人豊郷病院

柴田美恵子 仮屋隆史 松井理沙

Key Word

患者対応ストレス ナラティブ・アプローチ 精神科病棟看護師

はじめに

精神科病棟では、看護師は患者の生活に最も身近に関わっている為、時には患者から暴言、暴力、妄想の対象となり、看護師が患者に対して陰性感情や恐怖感を抱くことも多い。特に精神科の経験の浅い看護師の中には、自分の対応を責め自信をなくし、ひいては看護能力や資質にまで否定的になることもあると考える。

このようなストレス体験(本研究ではストレスとは「自分自身で解消されない辛さ」と定義した)を受けた時、自分自身で処理することができない複雑な感情が生まれることがある。他者からの支援があることによって、その複雑な感情が解消され、逆に支援がないことで、いつまでも解消されない実態があると考えられる。

ナラティブ・アプローチにより看護師が患者対応で受けるストレス軽減効果をさぐることができ、ひいては、職務として看護師が患者に対して看護業務が日常的にスムーズに行え、患者のケアに役立つのではと考え、今回この研究テーマを設定しナラティブ・アプローチを試みることにした。

1. 研究方法

1. 期間：平成 20XX 年 8 月～10 月の間全 4 回
2. 対象者：精神科看護の経験が 10 年未満程度で同意を得た看護師 7 名(ファシリテータ 1 名を含む)
3. 場所：病院内会議室
4. 方法：患者対応ストレスについて参加者グループで 1 時間程度語り合う。(以後、ナラティブの会とする)
5. 分析方法：ファシリテーターを除く 6 名で 4 回分の POMS 評価の平均値をナラティブ前後で比較し統計処理は Excel で t 検定を行った。
6. 倫理的配慮：研究の趣旨やナラティブの内容を記載した用紙を用いて研究の目的と方法、参加することで業務上の不利益がないこと、研究以外に使用しないこと、本人及び患者、患者家族のプライバシーを保護すること、等を研究対象者に説明して研究参加のお願い同意書に記入を依頼する。また、ナラティブの内容をレコーダーで記録することの同意を得て、同意書と同様に保管し研究終了後は破棄することを文書にて伝え同意を得る。研究結果を発表する際には個人が特定できないよう配慮する。

II. 結果

ナラティブの会 1 回目は患者対応ストレスについてどんな時に感じたか過去のネガティブな看護経験を語った。2 回目は 1 回目と同じ過去のネガティブな看護経験を語ることが多かった。前回では語り切れなかった事柄や、思い出したことを全員が話せた。3 回目はどんな場面で、どんな患者に対してストレスが多いか語り合った。患者から暴言暴力を受けた時に周りのフォローがなかった時、患者が妄想を訴えてくる時に対処できなかった時などがあった。一通り話が出たところから「悩みが共有できた。」「助け合う必要性がわかった。」「横の繋がりができた。」などの発言があった。4 回目は 3 回分のナラティブの会を行った感想を語った。「先輩の過去のことが聞けて、それでも頑張っているのを見て私も頑張らないと、とプラスに考えることができた。」「みんなの話を聞けて不安を解消して共感もできた。」「自分のストレスの解消方法の改善、反省の気づきがあった。」「ナラティブの間は話を聞いてもらえ、うなずかれるだけで嫌な事が忘れられ楽しかった。」「最初は同じ病棟で話せるのか不安もあったが、始まったら同じ基盤で理解してもらえてモチベーションが上がった。」など前向きな気持ちに変化していった。

POMS の尺度を全 4 回をまとめた評価は図 1 のような結果となった。

「緊張 - 不安」に一番有意差が見られたことから、気の張り詰め、落ち着きなさ、不安定な感情が低下したと評価できた。次に有意差があったのは「混乱」であり当惑の改善や思考の低下の向上、心の中の乱れに整理ができていた。「疲労」では意欲や活力の向上があった。このことは、疲労に伴う倦怠感、眠気、怒りっぽさなども軽減されたと判断できた。次に「怒り - 敵意」でも有意差があり、不機嫌さ、イライラが募っている状態が抑制されたという効果があった。「抑うつ - 落ち込み」は、有意傾向があると判断された。自信喪失傾向を伴った抑うつ状態を表していることから、気持ちの落ち込みを和らげる効果があったと判断できる。

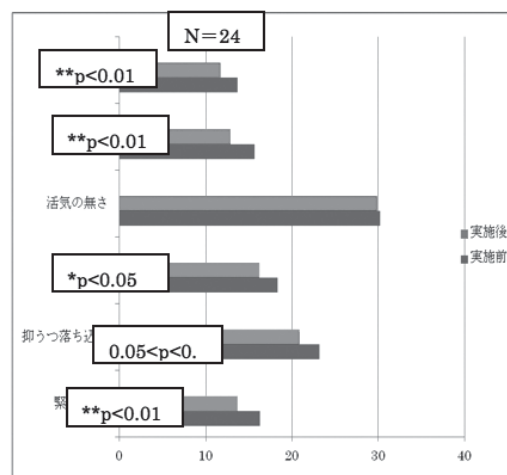


図 1. ナラティブ実施後のストレス軽減の効果

III. 考察

1 回目では、過去のネガティブな自分を語ることによって心の中の当惑や乱れに整理ができ、それが自信回復に繋がり意欲の向上があったと考えられる。2 回目では、前回語り切れなかったことや、思い出したことを語ったことで、心の中の乱れを全員が整理できたと考えられる。3 回目では、悩みを共有することで横の繋がりがいわゆる信頼関係が構築でき、それがイライラや不安定な気持ちを落ち着きに導いたと考え

られる。このことは POMS の 3 回目だけの結果でも初めて「緊張 - 不安」に有意差が見られたことから推察できる。

4 回目の感想では、イライラや気持ちの落ち込みが解消し、不安定な感情が落ち着いたところで信頼関係もでき、自分自身に新たな気づきがあったことがうかがえる。それは POMS の結果から 6 項目のうち 4 項目において有意差がみられ 1 項目は有意傾向を示したことからも、過去の患者対応ストレスについて自分自身振り返ることができ、過去の記憶の中に変化があり前向きに考えることができるようになったと考えられる。

大久保¹⁾は「ナラティブの対話を通して他者の経験の意味を意識化することで気づきがもたらせる。それを、他者 / 自己へとリフレクションすることで思い込みから開放され実践に変化が起こる。」と述べている。今回 4 回実施したが、回を重ねるごとに、経験が共有できたことで信頼関係が生まれ、助け合う必要性に気づいたと考えられる。お互いに振り返ることで不安な気持ちが解消され自信回復へと導かれたと考えられる。

精神科看護は患者と看護師の人間関係を主体に展開される看護である為、専門的な視点がわかりにくく、患者対応ストレスを受け易いと思われる。今回 4 回の「ナラティブの会」を実施したことで、ナラティブ・アプローチは患者対応ストレスの軽減に効果があり、看護師への支援の取り組みになることがわかった。

IV. 結論

1. 「ナラティブの会」で自由に感情を吐き出し、患者対応ストレスを受けた過去のネガティブな自分を語ることで心の中の当惑や乱れに整理が出来、それが、気持ちの変化につながり意欲の向上につながったと考えられる。ナラティブは患者対応ストレスの軽減の効果を図れることがわかった。

引用・参考文献

- 1) 野口裕二：ナラティブ・アプローチ、勁草書房、2009年4月10日第1版第1刷 P114 10行
- 2) 横山和仁、下光輝一、野々村 忍編集：診断・指導に活かすPOMS事例集、金子書房、2002年1月18日初版第1刷発行

(本稿は、豊郷病院看護研究発表会＜2012.12.1＞での講演原稿である)



精神科急性期病棟での作業療法士によるレクリエーション活動

私の看護観－看護実践の振り返りから－

公益財団法人豊郷病院 3-5 病棟

堀尾素子

私は、18 年間近く精神科病棟に勤務している。新人看護師で配属された閉鎖病棟での勤務は、多様な精神症状の中に患者の辛さがみられた。急性期の精神症状の激しさに自分の感情が引きこまれて、「しんどいな」と負担に感じる時期があった。その時、上司に「デパートで、美しいものに囲まれて働きたい」と話したことがある。すると、『悩みや苦しみ、病気になることが現実であり、人間の本質だ』と言われた。まだ新人看護師の私には十分な理解はできなかったが、その時から覚悟を決めて、患者に向きあい続ける精神科で働いている。

精神科疾患を抱える患者の多くは、症状により意欲が低下して入院生活が「安住の地」と感じがちである。そして、地域社会に帰ることから遠ざかる傾向にある。私はその現状を見て、患者の人生を時間軸で捉えていかないと病院で一生が終ると考えた。患者が入院によって本来の所属の場を失わないように、患者と家族との接点を作ることを意識した。

特に印象に残るエピソードは、統合失調症で幻覚妄想が顕著な、50 歳代の男性患者の事例である。症状の激しさから外出も出来ず、長期入院を余儀なくされていた。高齢の母親に執拗に電話を掛け、幻覚妄想内容を一方的に訴えていた。そこで私は、患者の気持ちを代弁するために母親に電話をかけて、衣替えや病棟行事など理由をつけては面会を依頼した。母親が家族に遠慮をして、病院までの送迎を頼めないことを知っていたので、看護師からの要請であれば、母が家人に協力を求めやすいだろうと考えた。私の作戦は成功して、月に 1～2 回は来院をされた。面会時は親子の会話を仲介するために私も同席した。その時、母が「本当はこの子に面倒を見てほしかった。4 人兄弟の中でこの子が一番やさしい子だった。何でこんな病気になったんやろう。」と話された。私は、長期入院によって喪失した親子の時間の意味について考え始めた。例えば入院中であっても母の手料理を食べる機会を作ろうと考え、母親に病棟の調理室で散らし寿司を作ってもらい、息子と食事をされた。それは単なる食事ではなく会話が成立しにくい患者にとって、母の愛情メッセージであった。以後、母親は手料理を届けに面会に来られた。本来あるべき日常生活と親子関係に、少し近づいた出来事であった。私は看護者の働きかけで、過ぎ去った時間を埋めることが出来ると学んだ。

私は精神科看護の実践に、アブラハム・マズローの欲求の階層構造を意識している。マズローは「人間は自己実現に向かって絶えず成長する生き物である」¹⁾ とし、基本的欲求の 5 段階の階層を示した。この基本的欲求の階層は、私が看護をするうえで何を優先するかについて示唆を与えてくれている。上記の事例の場合は、「所属と愛の欲求」の階層を満たしたと考えている。また、ヴァージニア・ヘンダーソンの著書『看護の基本となるもの』²⁾ も私の考え方のエッセンスとなっている。ヘンダーソンは、人間は 24 時間、14 の基本的欲求の中から足りないあるいは欠けている基本的欲求を充足しながら生活している存在であるとしている。そのニーズの充足を手助けすることが、看護師が行うべき基本的看護

ケアだと述べている。私は、10項目目に論じられている「患者が他人に意思伝達ができ、自分の欲求や気持ちを表現できるように援助すること」を実践してきたと、本事例を通して考えている。私は、患者が母親を求める気持ちを代弁し、面会で親子の時間を作った。精神症状による会話の困難性が障害にならないよう、患者の意思伝達を援助することで、母親の本心が引き出せたと考える。このプロセスから、患者の気持ちに気付けば共感するだけでなく、行動レベルで看護実践することが大切だと学んだ。長期入院生活は、社会や家族との関係が断ち切れて孤立的になる。そして、本人の努力だけでは解決しない苦しみや悲しみも伴う。しかし私は、患者や家族が「大切にされている」と実感できる環境調整を心掛けている。また、家族が「病気を抱えているが、かけがいのない存在なのだ」と患者を受容できる時間を作ることで、家族関係が再構築できるように援助を行ないたいと考えている。

精神科においても、長期入院患者の社会参加が促進されている。しかし、看護師は患者の意思決定を支援し、決して一方的な退院支援を行うべきではない。患者が退院をイメージできるような生活力がつけられるように、焦らず、あきらめず寄り添って行きたい。管理者として、「人間の本質に向き合う」という私の看護観を看護実践の中で示していきたい。疾患を捉えるだけでなく、病を体験した当事者のありように近づいて、心の本質に寄り添える病棟づくりを目指したい。

引用・参考文献

- 1) 和田秀樹著：痛快！心理学.集英社、2000.
- 2) ヴァージニア・ヘンダーソン著、湯楨ます、小玉香津子訳：看護の基本となるもの.日本看護協会出版会、1995.



精神科療養（3-5）病棟ナース・ステーションにて

午前中の臥床傾向改善に 意欲を持てるようになった事例

公益財団法人豊郷病院リハビリテーション科
岩田夏彦

1. はじめに

当院は精神科の一般病棟と療養病棟を有する総合病院である。筆者（以下、OTR）が担当している療養病棟では長期入院されている方が大半を占める。

今回、統合失調症の事例を担当し、退院を目標に午前中の臥床傾向の改善に取り組んだ。OTR が作業を提案し同意してもらうという形で設定をした。しかしすぐに立ち行かなくなり、事例自身が設定した作業に変更したところ、意欲が高まり、午前中の臥床傾向が少しずつ改善してきたので報告する。なお、発表について事例の同意をいただいている。

2. 事例紹介

50 歳代前半の男性。1 人息子で、かわいがられて育つ。小学校では自分で勉強や洗濯、弁当作りなどしていた。高校は普通科に入りたかったが、家庭の都合で工業高校に入学。サッカー部に所属し、友人もいた。高校卒業後、家族や周りの勧めで工場に就職。20 歳くらいからよく物がなくなると訴え、不眠で遅刻が増えて出勤できなくなった。県外の病院に通院したが、幻聴が出現し、近所の車を傷付け、当院に 2 年間入院。退院後は工場や作業所、アルバイトなど転々とする。不仲となった父親を突き飛ばし大腿骨骨折を負わせる。のちに父親は死去。また、陽性症状が強く、車で事故を起こしても示談に応じず、銭湯では男性を殴り、X 年に医療保護入院。

X+5 年に OT 処方が出され、X + 11 年に OTR が担当となった。X+13 年自宅への退院を関係機関と試みたが、母親の認知症が進み施設に入所となったことと、自宅の老朽化により退院は中断となった。

X+14 年のカンファレンスでグループホームへの退院が目標となった。グループホームを利用するために作業所へ通うことが必要になるので、午前中の臥床・睡眠のパターンを改善しなくてはならなかった。

3. 作業療法評価

朝食には起きるが、そのあとからほぼ毎日臥床、睡眠している。臥床のみのこともある。昼前には起きて昼食をとる。新聞、散歩、売店での買い物、地域活動支援センターのサロンに週 3 回行くなどしている。入眠は午後 10 時や 11 時ごろが多い。日常生活活動は自立。時々微かな空笑があり、日常的な会話はできるが、返答は短文である。抽象的な話になると眼球を上転させながら黙ってしまう。頼まれたことはあまり断らないが、新しいことや慣れないことは甘えるように「できひんできひん」と強調する。理由は黙って答えられないことが多い。話せても「こわい」「えらい」が多く、思いや考えを的確に言語化することが苦手である。また、対人場面では緊張しやすく、愛想笑いをし、相手に配慮している様子が感じ取れる。他者とのトラブルはないが、特に仲の良い他患はいないようである。看護の喫茶グルー

プに所属し、ウェ이터を週1回している。

作業療法（以下、OT）では午後からのプログラムに参加しやすいようで、音楽や体操に最後まで在席している。集団には受け身である。OTRには以前の退院支援での関わりがあり「くん」付けで呼ぶ。

事例本人も退院の希望があるが、理由としては「採血がいやだから」と言うものである。退院後は就職したいと言ったり、逆にしたくないと言ったり、一人暮らしをしようと言ったりしている。

4. 介入の基本方針

午前中の臥床・睡眠傾向を改善していくことが退院につながることを、退院したい気持ちをスタッフも応援していることを知ってもらう。また、午前中にすることがないという環境を考慮し、午前中に取り組める作業を設定して習慣づける。心理的なサポートとして、新しいことや慣れないことに不安感が強くなるので、安心感の持てる関係作りに努め、「起きられないなら起きられなくてもいいです」というゆとりのある声かけをする。そして正のフィードバックを中心にして意欲を引き出す。言語化のサポートとして visual analog scale (VAS) やクローズドクエスチョンなどで感想や負担感を評価し、共有する。

5. 作業療法実施計画

これまで参加してきたプログラムに呼び掛けながら、X+14年から以下のプログラムを行った。

1) 面談

第1期～第5期まで通して実施した。朝起きることや作業についての振り返りと頻度を増やす提案を行った。第3期の面談では退院までのおよその過程を書いた紙（週1回起きる→週2回起きる→週3回起きる→スタッフと会議を開く→グループホームや作業所を見学に行ったり体験したりする→退院）をもとに見通しを共有した。不眠が増え始めた第4期では睡眠や心理状況を確認した。

2) キャップ数え

作業所での活動を想定してOTRと看護師とであらかじめ話し合っておき、OTRから本人に提案した。朝にOTRより声をかけ、OT室でペットボトルのキャップを100個数えて袋詰めする。1回につき10分とし、タイマーを見える場所に置く。10分間でできたところまででよいこととした。しかし、うまくいかず第1期のみの実施となった。

3) テレビの時代劇を見る

興味チェックリストをもとに本人が決めた。第2期では週1回(火)、第3期と第4期は週2回(月・火)、第5期は週2回(月・金)の頻度で朝にOTRが声をかけ、デイルームで時代劇を見る。途中退室も許可した。第5期では本人の提案により10分遅く声かけをした。また、1ヶ月間で何回起きられたかを知るために、OTRの提案で事例のカレンダーに起きられたら「起きた!」というサインをさせてもらうことにした。サインは声かけの日でない時でも起きていたらサインをすることとした。

6. 介入経過

第1期(2週): 面談ではグループホームで生活し、作業所に通う目標を共有できた。しかし、キャップ数えに対しては関心乏しく消極的だった。OTRと看護師が「支える、応援する」と伝えると了承した。キャップ数えは計4回実施。1回目はなかなか起きられなかったが離床してキャップを数えられた。

2回目もなかなか起きられなかったが数えられた。しかし感想は無言。3回目では何とか起きられたがキャップは数えられず、自ら「終わしましょ」と中断。その日の午後に禁煙中だったが喫煙した。4回目は全く起きられなかった。

第2期(2ヶ月):面談では、キャップ数えは難しくはなく、つまらなくもない。起床の大切さもわかっている。しかし、起床の易しさは10点であり、強く難しいと思っていることがわかった。興味チェックリストをしてもらい、テレビを見ることに変更してからは、声かけ8回のうち7回、声かけの日以外でも5回起きられた。テレビの途中でOTRが席を外すと自室へ戻り、その理由をOTRがいなかったからと話す。また、「眼鏡買いたい、一緒に来てや」と話すこともある。

第3期(2ヶ月):振り返りの面談では、朝起きることの易しさは20点であり、少し改善されていた。週2回とすることをOTRより提案すると相変わらず消極的だが、起きられなくてもよいことを保障すると了承し、声かけ15回のうち13回、声かけの日以外では3回起きられた。「週1回でいい」と話すこともある。不眠の日でOTRが声かけをしないでいると時間通りに起きてくるということもあった。退院までの計画表を見せると「退院できるんですか?!」と驚いている。

第4期(2ヶ月):順調に起きられるようになっていたので週3回を提案したが、本人は週1回を強く希望するため、週2回で維持することとなった。声かけ13回のうち9回、声かけの日以外で3回起きられた。しかし、なかなか起きられないことや、テレビを見てすぐにベッドで寝ていることも増えた。呼びかけたが起きず、看護の服薬の声かけには応じるもののOTRを無視するように再びベッドに戻ることもあった。「退院のために起きませんか?」と声かけると「退院なんかできひん」と話す。OTRもイライラした気持ちになり、起きられなくてもよいというゆとりを持てなくなりつつあった。不眠が増えていることの面談では、心理面で焦り50点、不安50点であった。

第5期(1ヶ月半):月・火は大変であると話し合い、本人が希望した月・金で行った。OTRは「起きられないなら起きられなくてもいいです」という言葉を再度使うことを意識したが、8回のうち6回、声かけの日以外では4回起きられた。不眠の頻度も第4期と比べて減少した。声かけに行くと「10分後に来て」との提案もあった。途中からカレンダーにサインをするようになり、朝食後に臥床せず、OTRを待つようになっていることもある。また、サインをする際に笑顔が見られる。起床の易しさは最初10点としたが、15点に修正された。

7. 結果

午前中の臥床傾向を改善するためにOTRが提案したキャップ数えではすぐに修正が必要な状況になった。しかし第2期から興味チェックリストをもとに本人が選択した「テレビを見る」という作業で実施したところ、意欲が高まり、OTRに信頼を寄せるようになった。第4期では不眠が増えたが、第5期に工夫を加え、介入前は毎日臥床していたのが、現在では週に2・3回は起きられるようになっている。

8. 考察

カナダ作業療法士協会は「作業療法の基本的役割は、作業をするために必要なすべてをそろえ作業ができるようにすること、すなわち作業の可能化であると言える。(中略) 作業の可能化とは、与えられ

た環境の中でクライアントが有用で意味あるとみなす作業をクライアント自身が選択し、生活に合わせて作業を構造化し、実際に行うということをクライアントともに行うこと（協業）をいう。」¹⁾としている。

こうした作業の可能化がうまくいかなかったのが、最初に提案したキャップ数えだった。本人の働きたいという意志や、グループホームに退院して作業所で働くという共有された目標に照らし合わせて設定したつもりだったが、本人にとっては朝の起床とキャップ数えという新たな負担が2つも同時に設定されたことになり、ハードルが高すぎたのだと思われる。また、本人が選択した作業でないことから、主体を置き去りにしてしまったと感じる。

反対に、テレビを見る作業を選んだのは本人である。その時代劇は家でよく見ていたという。この事例にとってなじみ深いものであり、受け身で手軽に、楽しめるものであった。また、第5期で曜日を本人が月・金に決めたこと、本人が時間を調整したことは、テレビを見る作業を自ら構造化したと言える。起床という目的に向けて意味を持てる作業を本人が選択し構造化したことが、起床できるようになっていった重要なポイントであったと考える。

また、この事例は生活歴からも、大切な選択をする時に周囲に気を使い、自分の意見を主張する経験が少なかったと思われる。このことから新たなことに取り組む時に周囲の意向と、自信のなさの間で不安や緊張感を抱いてきたのではないだろうか。以前から関係性を持っていた OTR には、気兼ねなく自信のなさを表明し、頻度を増やす提案にも自己防衛的で消極的だったと考える。このような特徴を有する事例であるので、OTR は起きられなかった場合に備え、安心の保障を常にする必要があった。

第4期ではなかなか起きられない事例に対して焦燥感を抱いてしまい、そのことが態度や言い方などに影響してさらに起床を阻害した可能性がある。長年受け身だった入院生活から退院に向けた主体的な取り組みを期待されていること、毎日午前中臥床していたのを少しずつ（最終的には大きく）変化させることなど、OTR とのこの取り組みは本人にとって大きな出来事だったはずである。このことから今後もこの事例が抱きやすい不安や緊張感に寄り添い共有しながら、退院を目指し OT を進めていきたい。

参考文献

- 1) カナダ作業療法士協会（吉川ひろみ監訳）：作業療法の視点—作業ができるようになること、p35, 医歯薬出版, 2008

（本稿は、第9回滋賀県作業療法学会＜草津市立サンサンホール 2012.11.11＞で発表された講演原稿である）



作業療法士による慢性期患者への取り組み

内因性精神病の長期経過と転帰に関する研究

疫学研究（疫学研究に関する倫理指針該当研究）実施申請書

平成 25 年 2 月 1 日提出

豊郷病院長殿

実施責任者 氏名 林 拓二

所属 公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

職名 所長

研究計画概要

課題名 内因性精神病の長期経過と転帰に関する研究

研究の種類 新規データを採取する疫学的観察研究

研究実施場所 豊郷病院

研究の場と形態 豊郷病院内のみで行われる

申請書の開示 可

研究内容の概要（200 字以内）

内因性精神病はこれまで統合失調症と躁うつ病とに二分されてきたが、症状と経過の多様性からそのどちらにも分類し難い症例も多い。そこで、満田は臨床遺伝学的研究によって第3の疾患群としての非定型精神病を仮定し、我々もまた画像研究などによって彼の見解を支持してきた。本研究は、40 年以上の経過が追える症例の臨床診断の変遷とその最終病像を調査して、内因性精神病の診断と分類について再検討するものである。

観察研究 「内因性精神病の長期経過と転帰に関する研究」

研究実施計画書
平成 25 年 1 月 4 日

研究代表者：林 拓二
(公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所)

1. 研究の目的・意義

内因性精神病は今なお原因の不明な疾病であり、クレペリン以来、症状と経過に基づいて統合失調症（精神分裂病）と躁うつ病とが区分されているものの、躁うつ病症状と統合失調症症状とが同時に見られたり、病初の躁うつ病像が次第に幻覚妄想状態に移行する例も多く、躁うつ病かそれとも統合失調症か、いずれとも判断し難い症例も少なくない。満田は臨床遺伝学的な研究に基づき、統合失調症と躁うつ病との中間に第3の疾患を仮定して「非定型精神病」を取り出し、その疾病学的独立性を主張している⁶⁾。我々もまた、これまで CT や SPECT、さらには MRI などの画像研究や P300 や探索眼球運動などの精神生理学的研究に基づき、満田による非定型精神病が分裂病の定型群とは異なる疾患である可能性を示唆してきた^{4,5)} が、さらに多くの研究が必要であることは言うまでも無い。

そこで、統合失調症や躁うつ病などの診断で 40 年以上の長期経過を追跡し得る内因性精神病の症例を調査し、その症状の変遷を辿りながら、最終段階に見られる疾患の本質的特徴を検討する。これらの研究によって、統合失調症が必ずしも欠陥状態に移行するものではなく、また躁うつ病が必ずしも予後良好とはいえないことが明らかとなり、内因性精神病を統合失調症と躁うつ病とに二分する診断体系の問題点が浮かび上がるであろう。そして、第3の疾病として非定型精神病群を仮定する我々の立場の是非が明らかになり得ると考える。

言うまでも無く、内因性精神病の研究は常に疾病学を念頭に置いて行なう必要があり、DSM のような主として臨床症状による類型学的分類にとどまる限り、精神医学における新しい展開は期待できない。疾患の本質的特徴は、疾病の経過における時々の病像の如き変化しやすいものに表わされるのではなく、長期の疾病経過パターンや疾病の転帰において明確となるに違いない。今回の研究において、我々が長期経過と転帰を取り上げたのはこのような理由による。

2. 研究の背景・根拠

内因性精神病の経過についてまず言及しておかねばならないのは、クレペリンが内因性精神病を統合失調症と躁うつ病とに二分し、統合失調症の予後は不良であり、躁うつ病の予後は良好であるとしたことである。しかしながら、この原則を厳格に守ろうとすればするほど、どちらにも分類し難い症例が多くなることは、クレペリン自身も認めざるを得なかった。躁うつ病に関して、近年行われたアングスト¹⁾の長期研究（1980）では、単極性のうつ病の 41%、躁うつ病の 36%に完全寛解を認めているにすぎず、病相後に倦怠感、無力感、集中力の減退などが持続し、人格水準の低下を認める症例もまれではなく、

躁うつ病の予後が必ずしも良いとは言えないことを示している。

統合失調症に関する経過研究はこれまで少なからぬ報告があり、チューリッヒ、ローザンヌ、そしてボンで行われたものが代表的なものである。

ブロイラー（M.Bleuler）によるチューリッヒでの研究²⁾は最も有名で、1940年に調査した316名の資料と、1967年に調査した208名（平均追跡期間：23年）の患者の長期経過観察を比較している。ここで彼は、統合失調症の経過を単純経過型と波状経過型とに分け、1940年には、前者で急性あるいは慢性に経過して荒廃あるいは欠陥に陥る症例が全体の1/4、波状経過で荒廃に至るもの、欠陥に陥るもの、治癒するものがそれぞれ1/4ずつ見られたが、1967年には単純経過型で荒廃に陥るものが減少して慢性に経過して欠陥状態になるものが増加し、波状経過型においても荒廃あるいは欠陥に陥る症例が若干減少し、治癒するものが全体の1/3ほどに増加している。この間の精神医療状況は薬物療法の導入があり、このことが長期経過に影響を及ぼしていると考えられるが、統合失調症の25-35%が薬物療法以前においても予後良好であったことは留意すべきことであろう。

チオンピラによるローザンヌでの研究³⁾（平均追跡期間は37年：1976）や、フーバーによるボン大学での502名の研究⁷⁾（平均追跡期間は22.4年：1979）もほぼ同様な結果を示している。ボン研究では、約1/3が単純-直線状-進行性に経過し、より強度の欠陥状態に至る。そして、約2/3が波状に経過して寛解する（22%）か、シュープ状に悪化して、たいていは軽い欠陥に陥る（43%）。しかし、州立精神病院（Wiesloch）の資料では、2/3が単純-直線状-進行性に経過し、1/3が初期に寛解しながらシュープ状に悪化し、その後単純-進行性に「欠陥」状態に陥っている。これは、調査する対象選択の問題が重要であることを示し、このような研究では、調査施設の差異、調査機関、調査する研究グループとその使用する診断基準について十分な検討が必要なことを示している。ともあれ、いずれの研究においても、統合失調症が予後良好群と予後不良群の2群に分けられることは明白であり、統合失調症の予後良好群を躁うつ病に近いと考えることも出来ようが、我々のように、これらを第3の精神病として非定型精神病を仮定することも可能であろう。

内因性精神病の転帰については、幻覚妄想状態の持続のほかに、いわゆる陰性症状が主となる「人格水準の低下」や「エネルギーポテンシャルの減衰」を示す「荒廃」あるいは「欠陥状態」という記載が用いられてきた。「欠陥」に関する精神病理学的研究とその背景をなすと考えられる生物学的研究については、フーバー⁷⁾が精緻な研究をおこなっているが、我々は神経心理学的テストバッテリーである統合失調症認知機能簡易評価尺度（BACS）や認知症のスクリーニングテストである時計描画テスト（CDT-CLOX法）を用いるとともに、すでに外来あるいは入院時に撮像した脳画像（CT、MRI）所見をあわせて評価しながら再検討する予定である。

我々はこれまで、予備的な研究として、平成22年に「内因性精神病の長期経過について」と題して40年以上の罹病期間を有する102症例を検討し、平成23年には「感情病圏疾患の診断と長期経過について」と題して罹病期間が35年以上の235例を資料とした調査結果を近畿精神神経学会などで発表している。そして、定型分裂病群が感情病群と比べて遺伝負因に乏しく脳血管性障害の既往が少ないことなどから、疾患学的に異なる可能性を示唆したが、非定型精神病群についてはなお多くの症例で、今後さらに詳細な調査研究が必要であることを指摘しておいた。

3. 研究対象

財団法人豊郷病院は大正 15 年に伊藤長兵衛によって開院した総合病院であるが、精神科は昭和 32 年に定床 110 として発足し、昭和 48 年に定床を 215 と増やしながら、滋賀県湖東地域における中核的施設としての役割を果たしてきた。この間、京都大学精神科教授三浦百重の指導のもと、医長として摂津愛親、医員として藤縄昭、西山昭夫、山本陽一郎など京都大学精神病理グループが診療に携わり、カルテはシュナイダーを主にする伝統的精神医学に則って詳細かつ厳密に記載され、その内容には異なる学派によって生じるような相違は認められない。これまで、外来および入院患者の総数は 6500 名に及ぶが、その診療記録はすべて保存されている。我々はこれらのカルテをすべて調査し、幻覚や妄想、あるいは奇異な行動異常や感情障害を呈し、経過中に何らかの内因性精神病とされる診断がなされた症例を取り出し、40 年以上の経過が追える症例を研究対象とする。なお、症例の出身地域を滋賀県湖東地域に限定し、他地区から転入してきた患者は、さらなる詳細な調査が困難と考えられるために対象から除外する。

4. 観察・検査項目と方法

上記の如く、40 年以上の罹病期間を有する内因性精神病の症例について、年齢、性別、教育歴、結婚歴、家族負因、発症から現在に至る病像と診断名の変遷を調査し、CT あるいは MRI による脳の器質性所見の有無、脳血管障害既往の有無、認知症状の有無および程度、死亡者の場合は死因の確認をおこなう。そして、検査が可能な患者であれば、統合失調症認知機能簡易評価尺度（BACS）と時計描画テスト（CDT-CLOX 法）をおこない、内因性精神病の最終的な転帰としての終末病像を神経心理学的テストによって確認する。そして、認知機能の低下があるとするれば、統合失調症や躁うつ病、あるいは非定型精神病などの間でどのような差異が示されるかを検討する。

5. 症例数と研究期間

本研究の対象症例は上記に該当する患者のすべてであり、現在、調査を継続中であるために正確な数字は不明であるものの、300 名を超える数になると思われる。調査は平成 25-27 年度の 3 年間で予定し、平成 28 年 3 月末日に終える予定である。

6. 評価項目

観察・検査項目に述べたところと同じである。

7. 統計学的考察

統計的解析は、コンピュータ統計解析ソフト SPSS 11.0J for Windows を用いて行う。

8. データ収集・管理方法

研究データの取得は公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所内で行われる。データは、臨床精神医学研究所内のコンピュータ内のパスワードで処理されたエクセルデータで保存し厳重に管理する。データを保存するコンピュータはインターネットに接続せず、外部との交流は遮断されている。データを他の記憶媒体にコピーして、他のコンピュータで利用することは厳禁し、データが研究所外に持ち出

されることはない。

9. 倫理的事項

神経心理テストなどは、被験者の自発的な同意を求めて実施する。参加した被験者のプライバシーは保護され、研究結果を発表する際にも個人が特定できる形では行わない。これらのことは同意を得る段階で被験者に十分説明する。

10. 研究費用および補償

研究費用は発生しない

11. 研究実施計画書の改訂

研究実施計画書の改訂が必要となれば、速やかに検討して再度倫理委員会に提出する。

12. 研究の終了と早期中止

研究が終了した時、および早期に中止した時は、速やかに倫理委員会に報告する。

13. 研究に関する資料等の利用と保存

特記事項なし

14. 研究成果の帰属と結果の公表

本研究で得られた成果は、学会及び学術雑誌に順次公表する予定である。

15. 研究組織

研究責任者：林 拓二（臨床精神医学研究所所長、京都大学名誉教授）

研究分担者：成田 実（豊郷病院医師）、世一市郎（世一クリニック院長）、

中江尊保（豊郷病院医師）、上原美奈子（京都大学精神科医師）、

義村さや香（京都大学精神科研修員）、田中祐輔（京都大学精神科研修員）、

白井隆光（京都大学精神科医員）、木津賢太（豊郷病院臨床心理士）、

大屋藍子（同志社大学大学院）

16. 文献

1. Angst, J.: Verlauf unipolar depressiver, bipolar manisch-depressiver und schizoaffektiver Erkrankungen und Psychosen. Ergebnisse einer prospektiven Studie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 48: 3(1980)
2. Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 14. Aufl. Umgearb. von M. Bleuler. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1979
3. Ciompi, L., C. Müller: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Bd.12. Springer, Berlin-Heidelberg-New York

(1976)

4. Hayashi T. (ed.) Neurobiology of Atypical Psychoses. Kyoto University Press, Kyoto, 2009
5. 林拓二（編）：非定型精神病—内因性精神病の分類と診断を考える、新興医学出版社、東京、2008
6. 林 拓二、中江尊保：非定型精神病の概念. Schizophrenia Frontier、12: 205-209, 2012
7. Huber, G.: Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. 3. Aufl. Schattauer, Stuttgart-New York, 1981（林拓二訳、精神病とは何か—臨床精神医学の基本構造、新曜社、東京、2005）

研究に被験者として参加される方への説明文

研究の目的

最近、精神疾患における脳の機能を調べる方法が、いろいろと開発されてきております。CTなどは放射線を用いて脳の構造を調べる方法ですが、心理学的テストによっても脳の機能がどの程度保持されているかを見る検査法があります。今回の研究で行う検査は、知能テストや認知症のテストでよく使われる心理テストに似ていて、アメリカで新しく作られ使用されている検査法です。非常に簡単なものですが、少し時間がかかります。ただ身体に害はなく、脳の機能がどの程度保たれているかを見出す方法として有益であると考えられています。

有益性について

本研究に参加される方に、直接的な有益性はありません。しかし、この研究から得られたデータを調べることによって、精神疾患の細かな分類が可能となり、タイプ別にそれぞれ有効な治療法が見つかる可能性があります。

確認事項

(1) この研究への参加はあくまで本人の自由意思によるものです。この説明文を読まれた後、参加を断られたり、また参加された場合でも途中で中止されることになんら問題はなく、またそれにより不利益を受けることもありません。

(2) この研究に参加されたことで知り得た個人情報は秘密にし、他人に知らせることはありません。またこの研究成果を発表する場合にも個人を特定できるような内容は公表しません。

(3) 検査の内容や結果について、不明な点や詳しく知りたいことがあれば、担当の医師からいつでも説明を受けることができます。

(4) 説明を受けられた後、になっていただける方には、最後の頁にある同意書に確認の署名をお願いします。この同意書は我々が被験者の方に検査の内容を十分に説明し、同意をいただいた上で検査をするという手続きを確実に行うためのものです。署名によって被験者の方がなんら拘束を受けるものではありませんので、ご協力をお願いします。

検査の実際

臨床心理士によっていくつかの質問をし、簡単な作業をしてもらいます。検査による危険性は全くありません。

署名のお願い

この研究に被験者として参加していただける方は、同意書に署名をお願いします。

同 意 書

豊郷病院病院長殿

私は、統合失調症認知機能簡易評価尺度（BACS）や時計描画テスト（CDT-CLOX 法）によって、精神疾患の診断に役立てようとする研究について、別紙の説明書を読み、下記の点を確認した上で、参加することに同意します。

1. 研究の目的：心理テストによって精神疾患の診断に役立てる。
2. 研究の方法：質問に答え、簡単な作業能力を調べる。
3. 危険性：全くない。
4. 本検査の開始前・開始後に関わらず、本検査の同意をいつでも撤回でき、また撤回しても何ら不利益を受けません。
5. プライバシーは最大限に尊重される。データはグループとして統計処理され、個人名が出ることはありません。

被験者氏名 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日

同意日： 平成 年 月 日

本人署名又は記名・捺印： _____ 住所 _____

氏名 _____

本検査に関する説明をおこない、自由意思による同意が得られたことを確認します。

施設名： _____

説明者氏名： _____

本同意書は、本人と研究担当者が一部ずつ保管する。

審査申請書

平成 25 年 2 月 1 日

公益財団法人豊郷病院
医療倫理委員会委員長殿

申請者
所属：公益財団法人豊郷病院
附属臨床精神医学研究所
職名：所長
氏名：林 拓二

受付番号：

所属長の印

1. 審査対象：実施計画

2. 課題名：内因性精神病の長期経過と転帰に関する研究

3. 主任研究者：林 拓二（臨床精神医学研究所・所長）

4. 分担研究者：成田 実（豊郷病院医師）、世一市郎（世一クリニック院長）、
中江尊保（豊郷病院医師）、上原美奈子（京都大学精神科医師）
義村さや香（京都大学精神科研修員）田中祐輔（京都大学精神科研修員）
白井隆光（京都大学精神科医員）、木津賢太（豊郷病院臨床心理士）
大屋藍子（同志社大学大学院）

5. 研究等の概要：

内因性精神病はこれまで統合失調症と躁うつ病とに二分されてきたが、症状と経過の多様性からそのどちらにも分類し難い症例も多い。そこで、満田は臨床遺伝学的研究によって第3の疾患群としての非定型精神病を仮定し、我々もまた画像研究などによって彼の見解を支持してきた。本研究は、40年以上の経過が追える症例の臨床診断の変遷とその最終病像を調査して、内因性精神病の診断と分類について再検討するものである。

6. 研究等の実施計画：

- （1）対象：幻覚・妄想あるいは奇異な行動異常を示したり、あるいは躁うつ症状を示す内因性精神病患者で、40年以上の経過を追うことのできる者
- （2）使用する医薬品、医療材料：統合失調症認知機能簡易評価尺度（BACS）と時計描画テスト（CDT-CLOX 法）の検査用具一切は、アメリカより既に購入しており、検査方法に関しては分担研究者の木津賢太と大屋藍子が習熟している。
- （3）術式の保険適用の有無：保険適用はない

- (4) 実施方法および実施場所: BACS 検査は、簡単な神経心理テストであるが、多少時間がかかる（約一時間）。実施場所は、豊郷病院外来および病棟である。実施予定数は約 300 例、平成 25 年から 27 年度にかけて実施する予定である。
- (5) その他参考事項：なし

7. 公表予定の手段等：学会および学術雑誌に公表

8. 研究等における医学倫理的配慮について

- (1) 研究等の対象となる個人の人權の擁護：神経心理テストなどは、被験者の自発的な同意を求めて実施する。参加した被験者のプライバシーは保護され、研究結果を発表する際にも個人が特定できる形では行わない。これらのことは同意を得る段階で被験者に十分説明する。なお、研究データは、臨床精神医学研究所内のコンピュータ内のパスワードで処理されたエクセルデータで保存し厳重に管理する。データを保存するコンピュータはインターネットに接続せず、外部との交流は遮断されている。データを他の記憶媒体にコピーして、他のコンピュータで利用することは厳禁し、データが研究所外に持ち出されることはない。
- (2) 研究等の対象となる者に理解を求め同意を得る方法：被験者として参加される方への説明文と同意書を用意し、十分な説明をおこない了承された者にのみ、同意書への署名をしてもらう（説明文および同意書は別紙に記載）。
- (3) 研究等によって生じる個人への不利益および危険性と医学上の貢献度の予測：本研究の参加者の直接的な有益性はない。しかし、この研究から得られたデータを調べることによって、精神疾患の細かな分類が可能となり、タイプ別にそれぞれ有効な治療法が見つかる可能性がある。
- (4) その他：疫学研究実施申請書を別紙にて

研究業績

平成 24（2012）年度研究業績

原著論文等

1. 林 拓二：「枯れ木も山の賑わい」から．日本生物学的精神医学会誌、23: 225-226, 2012
2. 林 拓二：生物学的所見から精神病の分類を考える．日本生物学的精神医学会誌、23: 295, 2012
3. 林 拓二：臨床が第一．豊郷精神医学研究所年報、第 2 報、1-2, 2012
4. 林 拓二：フーバー教授のこと．豊郷精神医学研究所年報、第 2 報、94-95, 2012
5. 田中祐輔、林 拓二：皮膚寄生虫妄想と心気妄想．臨床精神医学、42: 69-74, 2013
6. 林 拓二：札幌トロイカ病院開設 30 周年祝辞．医療法人共栄会 30 周年記念誌「森の始まり」、2013
7. 堀尾素子、角間広美、力石 泉：退院支援の仕組みづくりと実践事例．Nursing today 28: 82-86, 2013

学会発表など

1. 成田 実：BPSD 症状に対する薬物療法．彦根薬剤師会講演会、2012.4.19 彦根
2. 西川由希子：自傷行為のある患者との距離感に困難を感じた精神科病棟看護師の関わりの一事例．豊郷病院ケース・スタディ発表会、2012.6.19 豊郷
3. 中村祥子：うつ症状のある患者の自立支援の為の対応方法の工夫．豊郷病院ケース・スタディ発表会、2012.6.19 豊郷
4. 成田 実：認知症について．武田薬品講演会、2012.6.27 大津
5. 成田 実：BPSD を理解するー情報のまとめ方．東近江ケアネットワーク、2012.6.28 東近江
6. 成田 実：チームで認知症をみる．近江八幡医師会講演会、2012.7.7 近江八幡
7. Yoshimura, S., Sato, W., Uono, S., Toici, M. Facial mimicry in autism spectrum disorders. The 20th World congress of International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2012.07. 21-25、Paris.
8. 林 拓二：精神医療の現在と今後を考える．香川ジプレキサ研究会、ホテルクレメント高松、2012.8.4 高松
9. 成田 実：BPSD 症状に対する薬物療法．認知症研究会、2012.8.9 長浜
10. 成田 実：認知症について．小野薬品研究会、2012.8.22 大津
11. 成田 実：認知症患者さんとのかかわりについて．出前講座、2012.10.4 豊郷
12. 成田 実：認知症をチームで診る．南丹市ケアネットワーク、2012.10.20 京都・南丹
13. 林 拓二：非定型精神病こそが精神病研究の突破口となり得る．Lecture on Psychiatry、ホテルグランヴィア大阪、2012.10.31 大阪
14. 義村さや香、佐藤弥、魚野翔太、十一元三：自閉症スペクトラム障害における facial mimicry と

意図的表情模倣．日本児童青年精神医学会第 53 回大会．2012.10.31、東京．

15. 岩田夏彦：午前中の臥床傾向改善に意欲を持てるようになった事例、第 9 回滋賀県作業療法学会、草津市立サンサンホール、2012.11.11 草津
16. 柴田美恵子 飯屋隆史 松井理沙：患者対応で受けるストレス軽減の効果、豊郷病院看護研究発表会、2012.12.1 豊郷
17. 義村さや香：「いま、学校に求められること」－発達の視点から不登校を考える－．野洲市教師育成塾、2012.12.04、近江八幡
18. 林 拓二：治療と矯正、そして共生．精神医学講義、レインボウとよさと、2012.12.8 豊郷
19. 義村さや香：広汎性発達障害（2）成人で未診断のケース．2012 年度明治安田こころの健康財団集中講座「広汎性発達障害の支援と医療の実際問題」、2013.1.26、大阪
20. 成田 実：認知症の気付きから治療・予防のお話．出前講座、2013.2.23 多賀
21. 白井隆光、上野幸枝、八田真菜美、諏訪太郎、村井俊哉：Clozapine によって症状の改善が得られたが、好中球減少をはじめとする副作用に種々の対応を要した治療抵抗性統合失調症の一例．第 112 回近畿精神神経学会、和歌山医大臨床講堂、2013.2.16 和歌山
22. 成田 実：感情が不安定な認知症患者のつきあい方．湖東ケアネットワーク、2013.3.7 彦根
23. 成田 実：認知症のきざしに気付く．豊郷病院セミナー、2013.3.9 豊郷
24. 林 拓二：非定型精神病こそが精神病研究の突破口となり得る．香川精神科救急治療講演会、高松国際ホテル、2013.3.21 高松

著書

1. 高橋英彦：他人の不幸は蜜の味：妬みと他人の不幸を喜ぶ気持ちの脳内メカニズム．社会脳科学の展望：脳から社会をみる 社会脳シリーズ 1. 荻阪直行 新曜社、東京、133-144 頁、2012
2. 義村さや香、十一元三：特定不能の広汎性発達障害．現代児童青年精神医学、永井書店、大阪、2012

精神鑑定

1. 林 拓二：自動車及びブランド焼酎窃盗事件－ヒステリー性健忘および睡眠剤嗜癖 2012
2. 林 拓二：自転車損壊事件－遅発性パラフレニー 2012
3. 林 拓二：信号無視衝突事件－軽症うつ病 2012
4. 林 拓二：成人後見開始の審判－中等度精神発達遅滞 2012
5. 林 拓二：成人後見開始の審判－中等度精神発達遅滞および認知症の重畳 2012
6. 林 拓二：成人後見開始の審判－脳血管性認知症 2012

公益財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所 所員

(平成 25 年 3 月 1 日現在)

所長 林 拓二 (京都大学名誉教授)
顧問 山田尚登 (滋賀医科大学精神科教授)
顧問 村井俊哉 (京都大学精神医学教授)
所員 成田 実
所員 中江尊保
所員 世一市郎
所員 上原美奈子
所員 高橋英彦
所員 義村さや香
所員 田中祐輔
所員 白井隆光
所員 木村千江
所員 堀尾素子
所員 石田正樹
所員 木津賢太
所員 菅原幸一
秘書 森 香織

編集後記

ここに豊郷臨床精神医学研究所年報第3号をお届けいたします。

今年もまた、各職域の皆さんから多くの原稿をいただき、とりわけ作業療法士や各病棟の看護職員の臨床現場からの実践報告は貴重なものであってここに掲載させていただきました。また、締め切り直前での依頼にもかかわらず高橋・義村の両先生からはご自身の研究を含めた総説を投稿していただきました。有難うございました。

臨床精神医学研究所のモットーは「焦らず、慌てず、諦めず」であり、着実に歩めば必ず成果が出ると確信しております。研究所が発足した時には常勤医師が2名に過ぎなかった豊郷病院精神科医局にも若い先生が多く集まるようになり、現在では常勤医師が5名、非常勤医師が4名となって将来が非常に楽しみになっています。そして、昨年からの懸案であった修正型電気療法の導入も、若い先生を中心にして今年7月から実施しております。今後、本年報にもこれらの臨床成果が次々に発表されるものと期待しております。

最後になりましたが、本誌の出版にはパストラルとよさと副施設長の種村氏に大変お世話になりました。ここに厚くお礼を申し上げます。

(H25.8.15 編集委員 林拓二・中江尊保・森香織)



伊吹山山頂にて

豊郷病院

内科、循環器科、消化器科、心療内科、呼吸器科、呼吸器外科、外科、肛門科、泌尿器科、皮膚科、脳神経外科、整形外科、婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、小児科、精神科、神経科、歯科、歯科口腔外科、リハビリテーション科、放射線科
TEL 0749(35)3001 FAX 0749(35)2159

認知症疾患医療センター

オアシス

TEL.0749(35)5345
TEL.0749(35)3003 (夜間・日曜・祝日)

介護老人保健施設 パストラルとよさと

TEL.0749(35)3002 FAX.0749(35)3122

居宅介護支援センター

MAX マックスとよさと

TEL.0749(35)0151 FAX.0749(35)3122
(パストラルとよさと内)

居宅介護支援センター

MAX マックスひこね

TEL.0749(21)4800 FAX.0749(21)2810
(レインボウひこね内)

ヘルパーステーション

ピンポンとよさと

TEL.0749(35)0150 FAX.0749(35)3122
(パストラルとよさと内)

訪問看護ステーション レインボウとよさと

TEL.0749(35)3035 FAX.0749(35)4799

訪問看護ステーション レインボウはたしょう

TEL.0749(37)8181 FAX.0749(37)8182

訪問看護ステーション レインボウひこね

TEL.0749(21)2855 FAX.0749(21)2810

訪問看護ステーション レインボウ たか

TEL.0749(37)8181 FAX.0749(37)8182

訪問リハビリテーション アイ儿とよさと

TEL.0749(35)3001 FAX.0749(35)2159

彦根市デイサービスセンター きくら

彦根市地域包括支援センター

彦根市グループホーム ゆうゆう

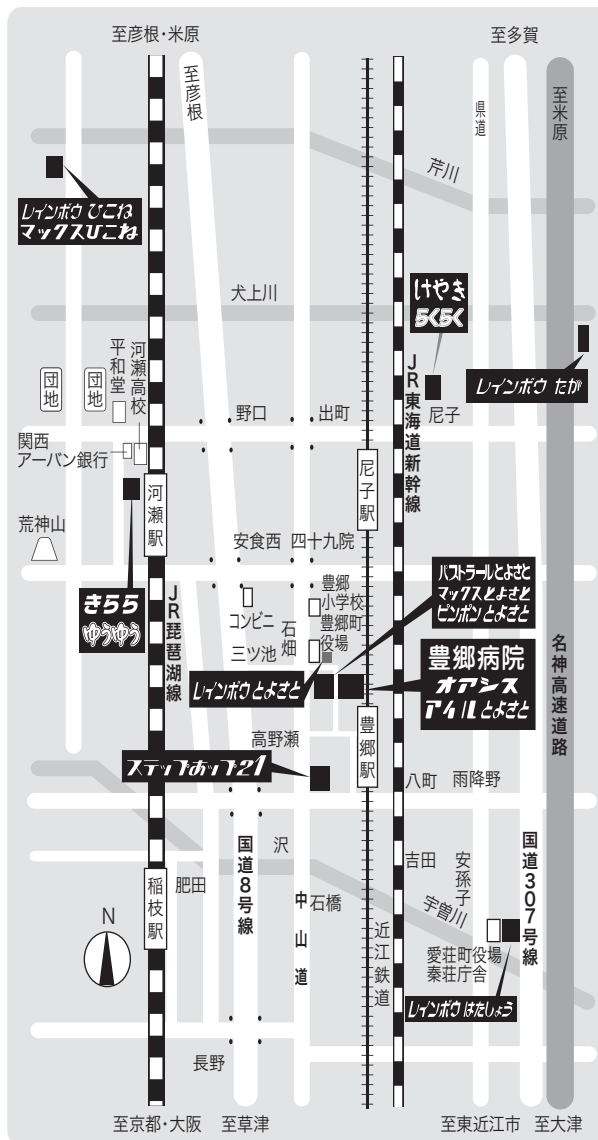
TEL.0749 デイサービス (28)7353 FAX.0749(28)9322
支援センター (28)9323 (28)9322
グループホーム (28)7662 (28)7662

甲良町デイサービスセンター けやき

甲良町グループホーム ろくろく

デイサービス TEL.0749(38)8181 FAX.0749(38)8180
グループホーム TEL・FAX 0749(38)8182

グループ施設



交通アクセス

■電車利用の場合

JR河瀬駅または稲枝駅から車で10分
JR彦根駅から車で20分
近江鉄道 豊郷駅から徒歩1分

■電車利用の場合

名神彦根I.Cから20分
国道8号線 高野瀬交差点を東へ5分

2012(平成24年度版)
公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所年報
vol.3

発 行	公益財団法人 豊郷病院 〒529-1168 滋賀県犬上郡豊郷町八目12 TEL (0749)35-3001 FAX (0749)35-2159
編 集	公益財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所 編集委員会
印 刷	近江印刷株式会社 滋賀県愛知郡愛荘町川原771-1 TEL (0749)42-8400(代)