

福岡行動医学雑誌

2023年

第29巻

第1号

目次

Contents

■巻頭言

精神科臨床におけるスピリチュアリティについて…………… 神庭 重信

■特集 エキスパートの知識と技に学ぶ

小児期逆境体験とメンタルヘルス—臨床アセスメントと介入—…………… 山下 洋

非自殺性自傷non-suicidal self-injuryについて…………… 松本 俊彦

ギャンブル障害の現状と課題…………… 小原 圭司

ICD-11における複雑性PTSDの理解と対応…………… 大江美佐里ほか

身体的苦痛症（ICD-11）～その概念、診断、治療について…………… 山田 和男

認知症の人の家族の想いをめぐって…………… 繁田 雅弘

精神医療、精神保健におけるマインドフルネス…………… 佐渡 充洋

■受賞報告

ためこみ症の白質構造異常：最近のMRI画像研究動向を踏まえて…………… 溝部 太郎

地域高齢住民における認知症発症の予測因子としての複数領域の

灰白質萎縮：久山町研究…………… 中澤 太郎

■寄稿論文

高齢者の精神科診療と認知予備力…………… 武田 雅俊

単一精神病の今—変わるものの変わり方の臨床研究へのその寄与—…………… 古城 慶子

精神保健医療者向けの新しいサイコロジカル・ファーストエイド

—RAPID PFA—…………… 村山桂太郎

■エッセイ

見る・聞く・語る・触れる…………… 神田橋條治

■講演録

哲学的人間学と精神医学…………… 濱田 秀伯

■私が気になった本

私の読書…………… 吉田 敬子

入会案内

編集後記…………… 林 道彦

目 次

Contents

■ 巻 頭 言

精神科臨床におけるスピリチュアリティについて……………	神庭 重信	1
-----------------------------	-------	---

■ 特集 エキスパートの知識と技に学ぶ

小児期逆境体験とメンタルヘルス—臨床アセスメントと介入—……………	山下 洋	3
非自殺性自傷non-suicidal self-injuryについて……………	松本 俊彦	11
ギャンブル障害の現状と課題……………	小原 圭司	19
ICD-11における複雑性PTSDの理解と対応……………	大江美佐里 <small>ほか</small>	29
身体的苦痛症（ICD-11）～その概念、診断、治療について……………	山田 和男	33
認知症の人の家族の想いをめぐって……………	繁田 雅弘	39
精神医療、精神保健におけるマインドフルネス……………	佐渡 充洋	43

■ 受賞報告

ためこみ症の白質構造異常：最近のMRI画像研究動向を踏まえて……………	溝部 太郎	47
地域高齢住民における認知症発症の予測因子としての複数領域の 灰白質萎縮：久山町研究……………	中澤 太郎	51

■ 寄稿論文

高齢者の精神科診療と認知予備力……………	武田 雅俊	63
単一精神病の今—変わるものの変り方の臨床研究へのその寄与—……………	古城 慶子	73
精神保健医療者向けの新しいサイコロジカル・ファーストエイド —RAPID PFA—……………	村山桂太郎	83

■ エッセイ

見る・聞く・語る・触れる……………	神田橋條治	89
-------------------	-------	----

■ 講演録

哲学的人間学と精神医学……………	濱田 秀伯	91
------------------	-------	----

■ 私が気になった本

私の読書……………	吉田 敬子	109
-----------	-------	-----

入会案内……………		113
-----------	--	-----

編集後記……………	林 道彦	
-----------	------	--

精神科臨床におけるスピリチュアリティについて

福岡行動医学研究所所長 神庭 重信

今年の福岡行動医学研のセミナーでは、精神病理学を専門とする濱田秀伯先生に講師をお願いし、「哲学的人間学と精神医学」と題してご講演頂きました。その中で、人間学的精神医学における宗教性（スピリチュアリティ）に触れておられます。スピリチュアリティというと科学的でない世界あるいは詐欺まがいの世界を思い浮かべる方も少なくないと思います。そこでまずスピリチュアリティの定義を説明し、私の所感を述べてみたいと思います。

スピリチュアリティの定義は一定していないようですが、一般に次のように理解して大きく外れていないように思います。「スピリチュアリティとは人生の危機に直面して生きるよりどころが揺れ動き、あるいは見失われてしまったとき、その危機状況で生きる力や、希望を見つけだそうとして、自分以外の大きなものに新たなよりどころを求める機能のことであり、また、危機の中で失われた生きる意味や目的を自己の中に新たにを見つけだそうとする機能のことである（窪寺俊之、スピリチュアルケア入門、2000）」

WHOの緩和ケアの定義（2002）には、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して、適切な評価を行い、それらの問題が障害とならないように予防することや治療をすることで、QOLを改善するためのアプローチである」とあります。これが日本に導入されるにあたり、第二期がん対策推進基本法（平成24年）にはこの定義が採用されたのですが、その後の改正では、「スピリチュアルな問題」が省かれています。ここにも、日本では宗教は言うまでもなく、宗教性ですら医療に持ち込みにくい事情があることを見取れます。

私たちはある日突然に、生きがいを失うほどの

挫折や絶望を経験し、自らの力で直面することを避けることも、乗り越えることもできない状況に立たされることがあります。ヤスパースはこれを「限界状況」と呼びました（世界観の心理学）。具体的には、「死」「苦悩」「闘争」「負い目」の四つをあげています。いずれの場合も実存の覚醒のきっかけとなり、歴史的には宗教や哲学思想というかたちを取って共有されてきたと捉えています（島藺進、なぜ「救い」を求めるのか、2023）。鈴木大拙は、人生の困難に立ち向かい、運命の呪縛から逃れたいとの悲願から「絶対の大悲者」を求めるのは生の衝動だと考えました（日本的靈性）。

誰もがやがて自分自身の死（一人称の死）を迎えます。この世での命が尽きようとするとき、これまでの、そして残された人生の意味を考え、魂の存在や死後の世界を希求し、この世の彼方に「超越」した次元があると信じることで心の安定が保たれることもあるのではないのでしょうか。あるいはまた、「天国で（あの世で、来世で）家族と再び会える」ことを切望するのではないのでしょうか。愛する家族と死別（二人称の死）した人が、仏壇やお墓に向かい、あたかもその人が目の前にいるかのごとく話しかけたとしても、それは精神の病理ではありません。近代医学が進歩し、死をフィジカルな死として扱おうとしても、人のところにスピリチュアルな働きが生まれることは不変なのではないのでしょうか。間違いがないように付言しますと、イエスや仏陀の教義を信仰する必要はないのです。特定の宗教という限定を超えて共通する「絶対の大悲者」を求める私たちのこのころの中のスピリチュアリティを否定することはできないということです。

スピリチュアルなケアが必要なのは、「死」を迎える場である緩和ケア病棟やホスピスに限りません。精神科の診察室にも、限界状況に追い込ま

れた方が訪れてきます。死別は言うまでもなく、重い精神疾患を抱えて、老い、孤独、挫折、貧困の中で、あるいは事故、災害、犯罪の被害者（加害者）として、不条理は襲いかかってきます。そのとき人は生きがいを失うほどの苦しみを抱えます。

トラウマ・インフォームド・ケアが、PTSD や

適応障害の場合に限らず、相手のところにトラウマの跡を見いだそうとする試みであるように、私たちは、患者が抱える精神症状に気を取られ、その背後にあるスピリチュアルな苦悩を見落とさないようにする姿勢が必要なのではないかと思うのです。

第三回 福岡行動医学研究所 研究奨励賞募集

1. 趣 旨

精神医学・医療の分野において優れた独創的研究を行っている研究者に対して「福岡行動医学研究所 精神医学研究奨励賞」を贈呈します。

2. 褒賞金

原則として、贈呈件数は1件とし、賞牌ならびに副賞30万円を贈呈します。

3. 応募条件

- ・当研究会に所属している者
- ・精神科臨床経験10年以内の者

4. 推薦締切日

2023年10月27日（金）

5. 推薦者

候補者の業績についてよく知る人。

6. 推薦方法

所定の推薦書に必要事項を記入のうえ、主要論文（学会発表の場合は抄録）リスト（3編以内）及び主要論文（抄録）のコピーとともに当財団に提出してください。

推薦書は下記のリンクから表示、印刷できます。

リンク：一般社団法人 福岡行動医学研究所

<https://f-koudoigaku.org/>

郵送先：一般社団法人 福岡行動医学研究所

〒838-0825 福岡県朝倉郡筑前町大久保500

小児期逆境体験とメンタルヘルス

—臨床アセスメントと介入—

九州大学病院 子どものこころの診療部 山下 洋

要約：小児期逆境体験（Adverse Childhood Experiences；以下ACEs）の定義は、小児期（0-17歳）における潜在的な心的外傷となりうる出来事である。ライフコースにわたる慢性的な健康問題とつながることから Bio-Psycho-Social の側面から重層的に解明し、発生リスクを予測し予防する取り組みが広がっている。メンタルヘルスの実践においても成育歴聴取の手続きにおいて ACEs 研究で用いられた10項目を念頭におくなどトラウマインフォームドケアの視点が求められる。ACEs の累積する子どもと家庭に対して個別の発達特性-ニーズに応答する養育的ケアが十分に提供される発達促進的な環境を調整することが予防的介入の出発点である。

Key Word：小児期逆境体験（ACEs）、剥奪特異的発達パターン（DSPs）、トラウマインフォームドケア

はじめに

小児期逆境体験（Adverse Childhood Experiences；ACEs）は個人の生涯にわたる慢性的な健康問題につながり、教育や就労、収入などに否定的な影響を与える。次世代への影響を含めると莫大な社会経済的損失を生むと試算されている。このように個人さらには親子2世代のライフコースを通じた健康の諸問題を Bio-Psycho-Social の側面から重層的に解明し、発生リスクを予測し予防する取り組みは21世紀の精神医学の潮流となっている。その概念化と実証は米国疾病管理予防局（CDC）が、逆境体験を医学の側面から定義した1990年代の調査研究を端緒とする¹⁾。ACEs 研究の主導者は社会学的、心理学的な観点を中心であった子ども虐待の長期的転帰の研究を医学的およびヘルスケアの観点から補完することを目的の1つとしていた。カイザー・バルメンテという米国有数の健康保険団体（HMO）が有する約1万人の保険診療の個人情報とアンケート調査への回答結果の解析に基づいており、現在のデータヘルスの手法の先駆けとなる研究となった。

ライフコースにおけるメンタルヘルスの問題の早期発達からの連続性と非連続性は発達精神病理学を中心とするテーマである。精神疾患の心理社会的起源を検証する過程で、大多数の成人期の精

神疾患において小児期の逆境（Adversity）との関連がみられることや、小児期の精神症状から成人期までの連続性のみならず併存症の発症などの異型連続性（heterotypic continuity）に関する知見が一貫して示されている。

そこで本稿では小児期逆境体験とメンタルヘルスの問題の関連を検討し、臨床実践における意義、アセスメントと予防的介入について述べる。

1. 小児期逆境体験のアセスメント

小児期逆境体験（Adverse Childhood Experiences；以下ACEs）の定義は、小児期（0-17歳）における潜在的な心的外傷となりうる出来事である。代表的なスクリーニング質問紙には10項目が含まれ、虐待とネグレクトに関する項目（心理的虐待、身体的虐待、性的虐待、身体的ネグレクト、心理的ネグレクト）および家族機能不全に関する項目（親との離別、母親へのDVの目撃、家族の精神疾患、家族の依存症、家族の収監）からなる。これらに加えて子どもの家庭や地域コミュニティでの暴力の目撃、家族の自殺または自殺企図、安心と安定、絆の感覚を害するような生育環境の側面も含める場合もある。米国疾病管理予防局が行った前述の ACE study で用いられた10項目がオリジナルの小児期逆境体験質問票で

表1 小児期逆境体験質問票（各項目の文言はカリフォルニア外科医臨床諮問委員会版による）

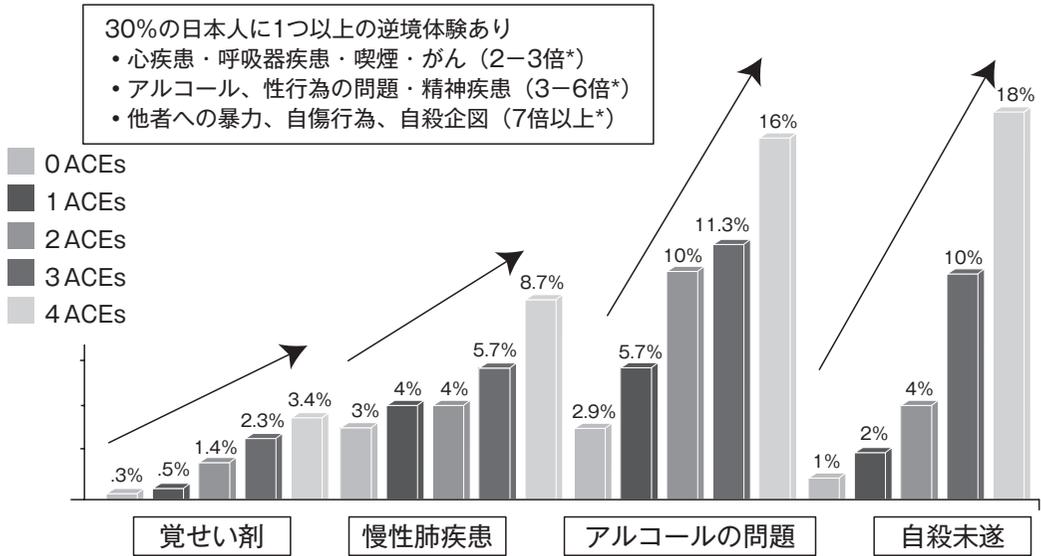
逆境的な小児期体験の項目（18歳までに体験したカテゴリーにチェックをする）	
1	十分な食事が与えられない、衣服が汚れている、あるいは守ってくれる人や世話してくれる人がいないと感じた。
2	離婚、育児放棄、死亡などの理由で、親をなくした。
3	うつ病、精神疾患、自殺者未遂をした人と生活していたことがある。
4	アルコール中毒や薬物中毒（処方薬を含む）を患っている人と生活していたことがある。
5	家にいる親や大人が、お互いに突き飛ばしたり、殴ったり、叩いたり、あるいは危害を加えたり、脅したりしたことがある。
6	両親が別居したり離婚したりしたことがある。
7	収監された、あるいは実刑判決を受けた人と生活したことがある。
8	家にいる親や大人が、あなたを罵ったり、侮辱したり、けなしたことがある。
9	家族のだから愛されていない、あるいは特別な存在だと思われたことがないと感じる。
10	自分が望まない性的接触（愛撫、あるいは口内/肛門/膣内の性交/挿入など）を強制されたことがある。

ある。その後日本を含む世界各国の疫学ならびに臨床研究では、それぞれの研究対象に合わせて文言をある程度調整して用いられている。表1にオープンソースとしてカリフォルニア臨床諮問委員会がWeb上に公開している小児期逆境体験質問票・改訂版を示す（表1）。一般診療のスクリーニングとして用いられることを想定しているため原版に比べ各項目の内容が簡略化され回答への心理的抵抗が大きいと考えられる性的虐待の項目を最後にするなど回答者の負担への配慮がなされている。小児期逆境体験の臨床的意義はその発達過程における累積度である。このため各項目の内容の深刻さもさることながら、該当する項目数に注目する。多くの疫学研究において項目数が増えるほど、肥満、慢性肺疾患、物質依存、自殺企図などのリスクが増すことが示されており、4項目以上がハイリスクの目安と考えられる（図1）³⁾⁴⁾。

臨床実践でこれらの知見を活かすとするれば、現病歴、成育歴聴取と精神現症評価から臨床定式化という初診後の手続きの導入部分、すなわち受付での問診票の中に組み込むことが考えられる。小児期の逆境体験は通常の診療場面の他者に向けた語りのなかでは意識的、無意識的に排除され語ら

れないことが多い。情緒的に中立的な問診項目として呈示されることで、そのような体験を打ち明けてもよい「安全な」場であるというメッセージとなり、意識化し回答しやすくなる傾向は他のメンタルヘルスのスクリーニングとも共通してみられる。一方で回答のプライバシーが保障されない、短期間で反復して実施されるなどの誤用があると社会的望ましさのバイアスの方が強まり実情にあった回答が得られないこともありうる。

国内で小児期逆境体験質問票を用いた疫学および臨床研究はすでに複数なされており、精神科診療所を対象とする調査の結果も報告されている。一般人口では32%⁵⁾、精神科通院患者では61%⁶⁾に少なくとも1つのACEsへの回答があったと報告されている。国外の先行調査の結果と比較しても妥当性をもった回答が得られていると考えられる。虐待をはじめとして逆境体験の多くが社会的およびセルフ・スティグマとなりやすいことは逆境体験の「サバイバー」とされる当事者の語りにも共通している。体験の苦痛への共感は大前提として公衆衛生の問題として中立的にフラットに取り扱うことが心理的障壁をむしろ減ずることになる。トラウマ・インフォームド・ケアの導入で用いられる「心のけが」と言ったノーマライズする



Cailin O'Connor et al. 2021; Hughes, K et al. 2017; Tani, Y. et al. 2020; Yanagi, N. et al. 2020

図1 Adverse Childhood Experiences (ACEs) の累積と心身の健康問題

表現と視点が重要であり、該当する1つ1つの逆境体験を掘り下げるよりも複数の逆境に対処し生き延びてきたことに敬意を払いつつ、その過程で負った傷が現在の健康状態や社会的問題にも影響している可能性に触れ治療やケアへの導入とする。また逆境体験を持つこと教えてくれた（インフォームド）ことで今後の治療や支援における再受傷を避けることが出来るという意義を伝える必要がある。

2. ACEsのピラミッドから予防的介入を考える

図2に示すように小児期逆境体験がこころと身体健康問題につながる道筋（発達経路）を明らかにすることが予防的治療や回復に向けたケアの糸口となる。小児期逆境体験から生じる社会・情緒・認知機能不全を早期に発見することにより、その後の累積のプロセスへの予防的介入が可能となる（図2）。右側のピラミッドにみられるように社会・情緒・認知機能不全の構成要素として、複雑性PTSDの症状に加えて神経生物学的な側面では神経発達過程の破綻および生理学的な側面として慢性的なストレスによるストレス応答の

偏移—アロスタティック負荷が挙げられる。逆境へのストレス反応からの回復が妨げられ遷延化する場合はストレスと保護要因との間に不均衡が拡大し、生物心理社会的に有害な事象を生むToxic stressとして作用し始める。Toxic stressから生じる有害な事象は脳の構造や神経学的、免疫学的、エピジェネティックなど多次元における長期的な変化である。このような神経発達過程の破綻あるいは偏移により生じる精神保健の問題には外在化する問題として破壊的行動障害（注意欠如多動症、反抗挑戦症、素行症）のクラスター、内在化する問題として不安抑うつなどの否定的な感情状態、心的外傷後ストレス症状、解離症状および自己破壊的行動（自傷行為、物質依存、行動嗜癖など）のクラスターが挙げられる。長期の発達過程での逆境体験の累積が増すほど、これらのクラスター間のオーバーラップや複雑化が進行し多領域での機能不全につながる。

これらの過程の転帰としての健康をリスクに曝す行動の成り立ちは、神経発達過程の破綻やアロスタティック負荷への対処（コーピング）—自己防衛の過程としてとらえられる。リスクの低い環

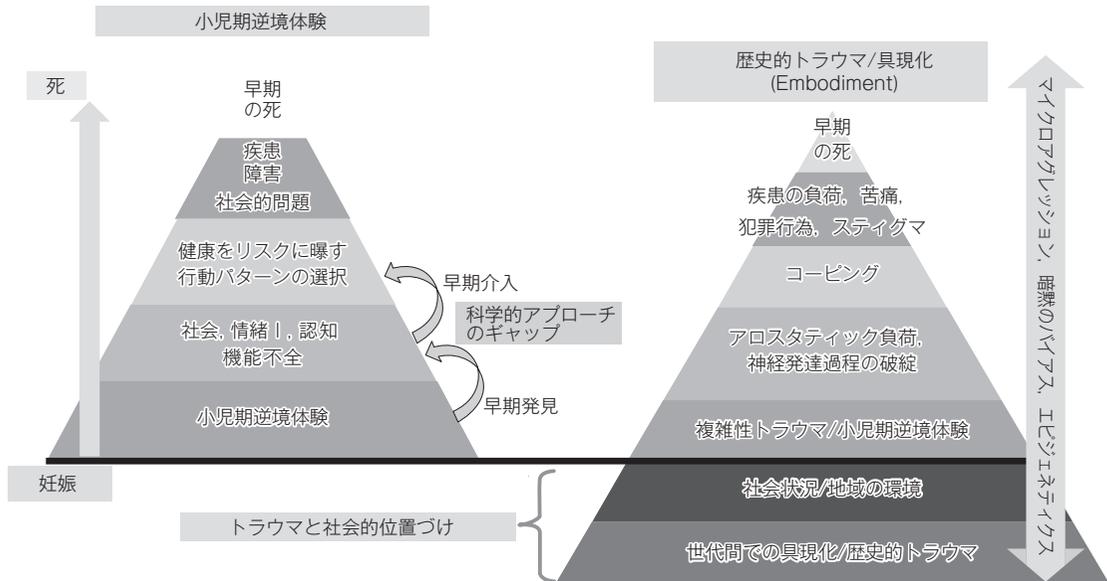


図2 逆境体験と生物—社会的な位置づけ¹⁷⁾

境下では一見有害に見えるリスクを取る行動は、競争環境や危険な環境の中では適応的なものかもしれない。このような視点から心身の発達過程で成熟していく感情調節（Emotional Regulation）や生理的覚醒水準や自我状態の調節、行動や衝動の調節（Behavioral Inhibition）などの多領域の調節機能不全に対して早期の発達段階から、リスクの少ない環境の提供と共に、そのような環境下で適応的な対処スキルを獲得していくことで調節不全の発達経路—異型連続性への移行を予防し適応的な転帰に導くことが出来る。このような適応戦略にもとづくアプローチ（Adaptation based approach）では、ハイリスク環境の文脈で有効であった認知処理や行動のパターンをその人のサバイバルの才能や得意なやり方として脆弱性の側面だけでなく肯定的な文脈の中で活かしていくことになる⁷⁾。

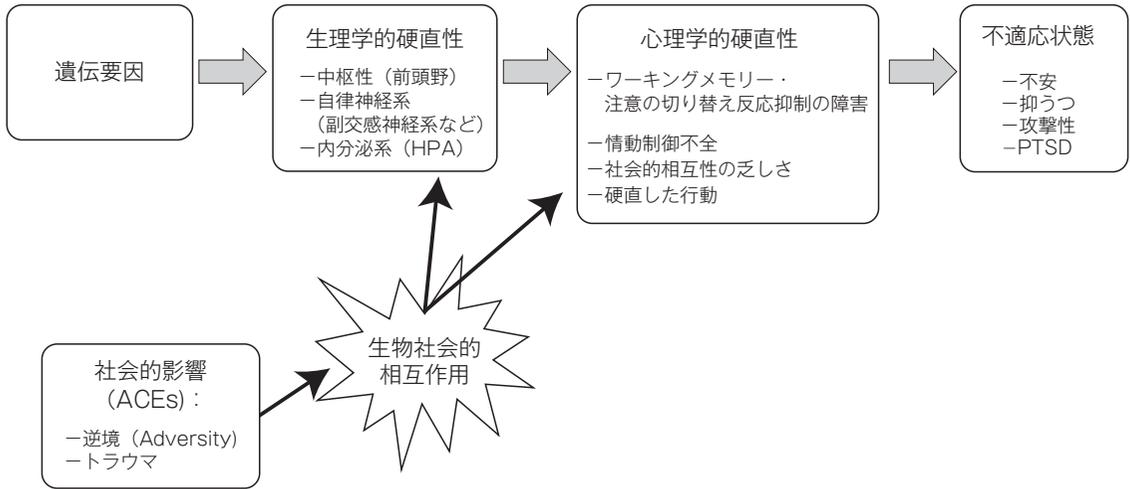
出生時を起点に早期の死までのライフコースを含むモデルとして、ACEsのピラミッドが医療、保健、福祉など多領域で広く共有されているが、近年このオリジナルのピラミッドに新たな層（new layer）として出生前—妊娠期における親世代の外傷体験—歴史的トラウマを加える提唱がな

された。これは虐待の世代間連鎖をマイノリティーに向けられた/における暴力や社会的不正（マイクロアグレッション）などを起点に理解しようとするトラウマインフォームドケアの視点を取り入れたものであり、歴史的トラウマおよび複雑性トラウマが個人のライフコースにおける健康やウェルビーイングに与える影響を可視化しようとする試みでもある²⁾。

3. ACEsのレンズで見る発達支援の意義

早期発達における重篤な剥奪環境への曝露の転帰として反応性アタッチメント障害などのアタッチメント形成過程の障害に加えて剥奪特異的発達パターン（Deprivation Specific Psychological Pattern；DSPs）や脱抑制的対人交流パターン（DSED）など、ASDやADHDなど神経生物学的背景を持つ人と共通する神経発達上の問題が明らかになっている。英国ルーマニア里子研究グループによる縦断的追跡研究では①認知発達のおくれ、②ASD様症状、③不注意・多動、④無差別な親密さ等の神経発達症の状態像を示す子どもが高頻度でみられることが報告された⁸⁾。このような神経発達症の状態像は里親養育の開始時の年

a. ASDにおける遺伝要因から不適応状態への発達経路



b. 逆境やトラウマ体験とASDの生物心理的側面（脆弱性）との相互作用から硬直性が顕在化する過程

図3 自閉スペクトラム症における逆境とレジリエンス¹⁴⁾

年齢が早いほど大きな改善がみられ養育的ケアによる改善の敏感期の存在が考えられた。養育的ケアが提供される家庭的環境の提供が逆境体験の累積を防止するのみならず神経発達過程の破綻からの回復にもつながることに注目する必要がある。成人期までの長期経過としては認知発達のおくれが、もっとも著明に改善していた一方、ASD 様症状および無差別な親密さは緩やかに改善しつつも持続していた。さらに興味深いことには不注意・多動のみが成人期にかけて頻度が高まっていることが明らかになった⁹⁾¹⁰⁾。小児期逆境体験が累積するハイリスク人口への予防的介入を行う上で、このような ASD および ADHD 症状の発達経路の知見から神経発達症のライフコースに沿った支援ニーズを想定する必要がある。Zeanah らは治療としての里親ケアの視点から安全性と一貫性が保障され発達ニーズに敏感に応答できる家庭的養育の提供の治療的効果のエビデンスを呈示している¹¹⁾。ACEs の累積する子どもと家庭に対して個別の発達特性—ニーズに応答する養育的ケアが十分に提供される発達促進的な環境を調整することが介入の出発点である。

神経発達症のライフコースにおける不安症、う

病、素行症などの二次的な併存症の発症の過程にも ACEs の関与が考えられる¹²⁾。ASD のある子ども・青年ではうつ病など精神保健の問題の併存率は高く、特にいじめや虐待などの ACEs が関与する場合、自殺のリスクを高めることにもつながっている。このため ACEs をはじめとして最近の外傷的出来事や PTSD 症状の評価が必要であることが指摘されている¹³⁾。ASD 特性のある人のストレスへの脆弱性と累積の経路の一つとして認知・行動における柔軟性の少なさ Inflexibility を抽出し、Flexibility の強化がレジリエンス形成につながるという考え方がある(図3)¹⁴⁾。生物学的および心理的 Flexibility を増す身体運動やリラクゼーションに始まり、認知再構成や問題解決、マインドフルネス、対人関係療法を含む包括的な治療はまさにレジリエンスを増強する介入に他ならない。また児童虐待など複数の ACEs と ADHD との関連および重症度や併存状態への影響についても多くのエビデンスがある¹⁵⁾。ACEs の累積がみられる養育環境は、複雑性トラウマ障害および発達性トラウマ障害 (Developmental Traumatic Stress Disorder ; DTD) の発症リスクが高まる環境でもある。DTD の併

存症についての臨床研究では分離不安症と ADHD がもっとも頻度の高い併存症であった¹⁶⁾¹⁷⁾。ADHD 特性のある人の ACEs への曝露は感情調節不全 (Emotional Dysregulation) を媒介要因として秩序破壊的行動障害への異型連続性につながり更なる暴力への曝露が累積する悪循環につながる¹⁸⁾。境界型パーソナリティ状態 (Borderline Condition) と ADHD の発達経路には共通する部分があり ADHD からの異型連続性を示唆するサブグループでは被虐待経験など ACEs の累積がリスク要因として関与することが考えられる¹⁹⁾。以上のような知見は神経発達症の併存症の治療と支援において ACEs の感情調節や実行機能への否定的影響を考慮したプログラムを追加する必要性を示している。

4. 世代間伝達を超えて「現在」とつながる

従来 ACEs のピラミッドは生態学的観点からは親子やパートナーとの関係性の領域および次世代につながるリプロダクティブ・サイクルの発達経路は含んでいない (図 2)。そこで右側のピラミッドの new layer に焦点を当てると養育者の側の小児期逆境体験の存在が考えられる。不適切養育や児童虐待の世代間伝達は多くの画期的な治療理論につながった症例研究において明らかにされている。Fonagy は、ホロコーストの生存者の家族の第 3 世代目の青年にみられた重症の強迫性障害の治療過程を心的外傷の世代間伝達という観点から定式化した²⁰⁾。Fonagy はこの症例報告以降、発達早期からのトラウマをもつ境界例の臨床研究から、メンタライゼーションの概念が境界例や非行の事例にしばしばみられる暴力の問題の世代間伝達を理解する枠組みとして他者の心理学的な観点からの解釈能力へと一般化していった。そしてメンタライゼーションを育てるプログラムによって、学校でのいじめや地域社会の暴力の減少を目指す社会的介入の取り組みの広がりや、脳科学的なアプローチによるアタッチメント研究への発展の萌芽となっている。

発達途上にある子どもと家族における ACEs の対となる概念が養育的ケア (Nurturing Care ; NC) がもたらす順境体験である。発達途上にあ

る子どもの Bio-Psycho-Social な逆境への曝露からの回復やダメージへの対処・補償の過程においてライフステージごとに養育者、家族、地域から提供される NC は不可欠な保護要因である²¹⁾。子どもと家族が置かれている逆境への気づき (Awareness) に引き続き、環境調整として安全 (Safe) で安定した (Stable) 養護的な (Nurturing) 関係性すなわち NC に必要な資源と関係形成のためのと機会を提供すると共に知識とスキルの伝達を行う。トラウマインフォームドケアの心理教育と NC の提供に向けた環境マネジメントによる多職種・多次元の介入により否定的な変化の累積の過程をレジリエンス形成に向けて反転することが出来る。

小児期逆境体験の中で生命と生存の危険の側面によって生じる PTSD 症状については、多くの治療法が確立された一方で、他者への信頼と安心の感覚の破壊から生じる解離体験や情動制御と対人関係の障害すなわち複雑性 PTSD における自己組織化の問題に対する専門治療は限られている。これら二つの障害の持続への対処、自己治療の結果としての薬物依存や自尊心の低下に伴う抑うつなどの併存症状が加わる場合がある。小児期逆境体験の累積は公正世界信念「この世界は平等、公正、安全であり、未来は自分で制御でき相応しい結果が得られる」を維持するために責任帰属を極端化する。悪い事が起きたのは自分が何か悪い事をしたからに違いない」という自己責任仮説あるいは状況の側に原因を帰属させた場合の「世界は不公正と脅威に満ちている」と両極化した認知行動の変化は認識論的不信 (Epistemic Distrust) の状況を生み出す。治療や支援にあたる人もこの状況に巻き込まれ当事者の態度を道徳的に批判してしまう場合もある。今一度親と子 2 世代にわたって安全や信頼、自律や親密性を求める権利について無力化され自尊感情を損なっていった過程として捉え直し公衆衛生的問題として取り組む態度が必須である²²⁾。逆境体験に焦点づけずに今ある問題の効果的対処を支援者と協働する過程もまた現在中心療法として確実な効果がみられることが指摘されている²³⁾。過去の逆境体験のレンズで将来を見ている Remembering

the Future の状況から「現在」に地に足をつけて (Grounding) 生活しながら支援者となつたり協働する過程で自尊心と世界への信頼を獲得していくスモールステップの取り組みが回復への道となりとなる。

文 献

- 1) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults : The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*. 1998 ; 14(4) : 245-58.
- 2) Stillerman A. Childhood adversity & lifelong health : From research to action. 2019.
- 3) Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health : a systematic review and meta-analysis. *The Lancet public health*. 2017 ; 2(8) : e356-e66.
- 4) Fujiwara T. Impact of adverse childhood experience on physical and mental health : A life-course epidemiology perspective. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2022 ; 76(11) : 544-51.
- 5) Fujiwara T, Kawakami N, Group WMHJS. Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan : results from the World Mental Health Japan, 2002-2004. *Journal of psychiatric research*. 2011 ; 45(4) : 481-7.
- 6) 田中英三郎, 西川瑞穂, 大久保圭策, 亀岡智美. 精神科診療所受診患者における逆境的小児期体験と生涯トラウマ体験の頻度および PTSD 症状に関する横断調査. *精神神経学雑誌= Psychiatria et neurologia Japonica*. 2021 ; 123(7) : 396-404.
- 7) Ellis BJ, Bianchi J, Griskevicius V, Frankenhuis WE. Beyond risk and protective factors : An adaptation-based approach to resilience. *Perspectives on Psychological Science*. 2017 ; 12(4) : 561-87.
- 8) Sonuga-Barke EJ, Kennedy M, Kumsta R, Knights N, Golm D, Rutter M, et al. Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation : the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *The Lancet*. 2017 ; 389(10078) : 1539-48.
- 9) Golm D, Sarkar S, Mackes NK, Fairchild G, Mehta MA, Rutter M, et al. The impact of childhood deprivation on adult neuropsychological functioning is associated with ADHD symptom persistence. *Psychological medicine*. 2021 ; 51(15) : 2675-84.
- 10) Kennedy M, Kreppner J, Knights N, Kumsta R, Maughan B, Golm D, et al. Early severe institutional deprivation is associated with a persistent variant of adult attention-deficit/hyperactivity disorder : clinical presentation, developmental continuities and life circumstances in the English and Romanian Adoptees study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016 ; 57(10) : 1113-25.
- 11) Zeanah CH, Chesher T, Boris NW, Walter HJ, Bukstein OG, Bellonci C, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016 ; 55(11) : 990-1003.
- 12) Dodds RL. An exploratory review of the associations between adverse experiences and autism. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2021 ; 30(8) : 1093-112.
- 13) Hoover DW, Kaufman J. Adverse childhood experiences in children with autism spectrum disorder. *Current opinion in psychiatry*. 2018 ; 31(2) : 128.
- 14) Scarpa A, Swain DM, Factor RS, Dahiya AV, Bertollo JR. Enhancing flexibility : A biosocial model for resilience to adversity in youth with autism. *SAGE Open*. 2021 ; 11(3) : 21582440211037997.
- 15) Zhang N, Gao M, Yu J, Zhang Q, Wang W, Zhou C, et al. Understanding the association between adverse childhood experiences and subsequent attention deficit hyperactivity disorder : A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Brain and Behavior*. 2022;12(10) : e32748.
- 16) van Der Kolk B, Ford JD, Spinazzola J. Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder : Findings from the DTD field trial. *European journal of psychotraumatology*. 2019 ; 10(1) : 1562841.
- 17) 山下洋. 発達精神病理学からみたトラウマとアタッチメント. *トラウマティック・ストレス : 日本トラウマティック・ストレス学会誌= Japanese journal of traumatic stress : official journal of the Japanese Society for Traumatic Stress Studies/日本トラウマティック・ストレス学会 編*. 2016 ; 14(1) : 29-38.
- 18) Lugo-Candelas C, Corbeil T, Wall M, Posner J, Bird H, Canino G, et al. ADHD and risk for subsequent adverse childhood experiences : Understanding the cycle of adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2021 ; 62(8) : 971-8.

- 19) Ditrich I, Philipsen A, Matthies S. Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited—a review-update on common grounds and subtle distinctions. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2021 ; 8 : 1-12.
- 20) Fonagy P. The transgenerational transmission of holocaust trauma : Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Attachment & human development*. 1999 ; 1 (1) : 92-114.
- 21) Black MM, Behrman JR, Daelmans B, Prado EL, Richter L, Tomlinson M, et al. The principles of nurturing care promote human capital and mitigate adversities from preconception through adolescence. *BMJ global health*. 2021 ; 6 (4) : e004436.
- 22) 加茂登志子, 中澤直子, 武者稚枝子, 金吉晴, 笠原麻里. ドメスティックバイオレンス (DV) 被害者と性犯罪被害者の精神症状と治療 (JSPOG セミナー, 〈特集〉第15回国際女性心身医学会および第36回日本女性心身医学会学術集会報告). *女性心身医学*. 2007 ; 12 (3) : 467-8.
- 23) 大江美佐里. *トラウマの伝え方 事例でみる心理教育実践* : 誠信書房 ; 2021.

非自殺性自傷 non-suicidal self-injury について

松本 俊彦

要旨：DSM-5におけるSection III（研究用診断分類）の1カテゴリーとして、非自殺性自傷 non-suicidal self-injury (NSSI) が新設され、ICD-11においても、複雑性心的外傷後ストレス障害に関連する症候を表現する用語として採用されている。NSSI とは、感情的苦痛の緩和や他者に対する意思伝達や操作などといった、自殺以外の意図からなされる故意の自傷行為のことである。従来の診断分類では、NSSI は境界性パーソナリティ障害における診断基準の1つでしかなく、治療の対象ではなく、限界設定の対象と見なされていた。その意味では、今回の NSSI の診断カテゴリー採用は非常に画期的な出来事であり、今後、新たな治療の展開が期待される。しかしその一方で、NSSI 概念は米国限定のもの、少なくとも欧州とは共有できない部分があること、また、NSSI における「非自殺性 non-suicidal」という表現が、NSSI を繰り返す者が抱える長期的な自殺リスクを過小視させる危険性があることなど、いくつかの課題も内包しており、今後も慎重な評価・検証が求められる。

Key Word：故意の自傷 deliberate self-harm、非自殺性自傷 non-suicidal self-injury、自殺 suicide

I. はじめに

今日の精神科臨床では、リストカットなどの軽度の自傷行為を呈する患者と遭遇することは、ほとんど日常茶飯事といってよい。このような状況を反映して、すでに米国精神医学会の精神障害診断分類 DSM-5 (2013) では、「non-suicidal self-injury」(以下、NSSI) という診断分類案が提示されている。これは、感情的苦痛の緩和や他者に対する意思伝達や操作などの、自殺以外の意図からなされる、非致死的手段による自傷を指す臨床概念である。

もちろん、これは公式な診断分類ではなく、あくまでも将来における臨床実用可能性の検証を前提とした、研究用診断分類カテゴリーに過ぎない。しかしそれでも筆者は概ね肯定的に捉えている。というのも、DSM-IV-TR までの NSSI といえば、境界性パーソナリティ障害 (Borderline Personality Disorder ; BPD) の1症候、すなわち、

「自殺のそぶり」と同様、操作的で演技的、いかなれば「人騒がせな」行動として、治療ではなく限界設定の対象にすぎなかった。ところが、DSM-5では、NSSI 自体を治療対象と見なす観点が芽生えたことを意味するからである。

米国精神医学会に追随するかたちで、世界保健機関 (WHO) にもそれと類似した動きが認められる。ICD-10までは、かつての DSM と同様、リストカットなどの軽度の自傷行為は情緒不安定性パーソナリティ障害の1症状として記述されており、その他には、死亡率および罹患率に関する統計分類カテゴリー、「鋭利なもので意図的に自傷する (X78)」として、行為の意図・動機を度外視した分類項目としてリストされるにとどまっていた。ところが、ICD-11 (2018) では、複雑性心的外傷後ストレス症に関連する症候として、行為に意図・動機に言及する NSSI がリストされている。このことは、NSSI が単なる「人騒がせ

な」行動ではなく、トラウマに関連する深刻な問題であることを強く印象づけるものといえよう。

とはいえ、疑問がないわけではない。NSSI の公式な訳語は「非自殺性自傷」であるが、これを乱暴に訳し崩せば「死ぬ気のない自傷行為」ともなる。しかし、このように自殺と完全に切り離す表現がこの行為の本質を反映しているのかどうか、そして、この表現が精神科医療現場に好ましくない影響を与える可能性はないのかなど、懸念がないといったら嘘になる。

そこで本稿では、まず自傷研究の歴史を振り返り、現代米国精神医学における NSSI の捉え方へと至る過程を確認し、そのうえで、NSSI なる臨床概念の意義と課題について私見を述べたい。

II. 自傷概念の歴史の変遷 (表1)

1. 局所性自殺——自傷研究の黎明

自傷研究の歴史は、Menninger¹⁾ にまで遡る

ことができる。1938年に刊行された彼の著書『Man Against Himself』は、後期 Freud 理論である「死の本能」を発展させ、自殺行動の亜型として、「慢性自殺 chronic suicide」(=物質使用障害や摂食障害などのような緩徐な手段による自己破壊的行為)、ならびに、「局所性自殺 focal suicide」(=故意に自分の身体の一部を損傷する行為)という臨床概念を提唱した。

Menninger はこの局所的自殺を、無意識の自殺願望もしくは自己破壊的衝動を身体の一部(手指や四肢)に局所化することで自殺を延期する行為として捉え、ある種の爬虫類が、全体の死を回避するために自分の尾を犠牲にするのになぞらえた。

2. 手首自傷症候群——自殺を目的としない自傷行為

自傷行為が、再び自殺とは異なる意図による行

表1 自傷概念における自己破壊的行動の範囲の相違について

	Menninger ¹⁾ 1938年	Kreitman et al ⁵⁾ 1969年	Rosenthal et al ⁴⁾ 1972年	Morgan ⁶⁾ 1976年	Pattison & Kahan ⁷⁾ 1983年	Favazza et al ¹⁷⁾ 1989年	Favazza ^{10)/ Walsh¹¹⁾ 1996年/ 2005年}
	局所的自殺	parasuicide	手首自傷 症候群	DSH	DSH	DSH	SM/SIB/SI
手首を切る							
他の身体部位を切る							
切る以外の方法による 身体への直接的損傷							
アルコール・ 薬物乱用・依存	(慢性的自殺)						
摂食障害							
過量服薬							
縊死・溺水・飛び降り 自殺企図							

DSH, deliberate self-harm syndrome : SM, self-mutilation : SIB, self-injurious behavior, SI : self-injury

表の斜線部分が各臨床概念が包含する範囲である。

動として精神科医の注目を集めるようになったのは、Menninger から30年もの月日を経た後のことであった。1960年代後半、自傷行為に対する研究は主に2つの流れに分かれて発展していった。

1つは、「手首」という限られた身体部位への自傷行為に注目した流れで、これはある意味、Menninger の臨床概念のなかでも特に局所性自殺に力点を置いたものと捉えることができるかもしれない。この流れは、1966年に Pao²⁾ が、精神的緊張の緩和のために強迫的に手首を切る一群の患者を、「軽微自傷症候群 delicate self-cutting syndrome」と呼び、翌67年には Graff と Mallin³⁾ が、自殺以外の目的から手首を切る、若くて魅力的な女性患者の一群を、「手首自傷者症候群 The syndrome of the wrist cutter」と名づけている。こうした先行研究は、1970年代後半に Rosenthal⁴⁾ によって整理され、有名な「手首自傷症候群 wrist-cutting syndrome」という臨床概念にまとめられた。

3. 疑似自殺と故意の自傷症候群 (Morgan)

もう1つは、1箇所身体部位にとどまらず、また、「切る cutting」以外の自己破壊的行動にも対象を拡大した考え方であり、Menninger のもう1つの臨床概念である慢性自殺をも包含した流れである。この流れは、1969年に Kreitman⁵⁾ が、表現型としては自殺行動のかたちをとるものの、自殺とは異なる意図を持つ、いわば「自殺のそぶり」に、「疑似自殺 parasuicide」という名称を与えたことに端を発している。疑似自殺の様式は、手首自傷に限定されるものではなく、自殺に用いられるさまざまな自己破壊的な手段・方法を包含するものであった。

さらにこの臨床概念は、1976年に英国の精神科医 Morgan⁶⁾ が「故意の自傷症候群 (deliberate self-harm syndrome : DSH)」と名称を変更し、より広範な概念へと発展した。つまり Morgan が、「故意の deliberate」という表現を通じて、「自殺意図の有無はわからないが、いずれにしても自ら進んで行った」という側面を強調した結果、アルコール・薬物乱用といった慢性自殺に該当するものから、縊首や溺水などの致死性の高い

手順をとりながら致死的结果に至らなかった行動全般を含むものとなった。

残念ながら、このような広範な概念は、臨床と研究の双方において弊害があった。まず臨床的に観点からいえば、自傷と自殺の区別が曖昧化し、自殺のリスク評価に際して混乱を招いた。一方、研究面では、自傷の定義が曖昧化したため、正確な疫学データの収集も困難にするという弊害を引き起こしたことが指摘されている。

4. 故意の自傷症候群 (Pattison & Kahan)

米国の精神科医である Pattison と Kahan⁷⁾ は、Morgan の広すぎる DSH 概念を再定義する一方で、あまりにも局所化しすぎた手首自傷症候群概念を再検討することを通じて、新しい DSH 概念を提唱した。彼らが提唱した DSH 概念は、英国を中心とした欧州とは異なる、米国独自の自傷概念の基礎となっている。

Pattison と Kahan はまず、手首自傷を繰り返す患者の大半が、手首自傷以外に、他の身体部位を切る、殴る、突き刺す、やけどさせるなどの多様な方法で自傷していることを明らかにし、手首自傷症候群の妥当性を否定した。そのうえで、DSH がカバーする自傷行為を、身体表面を切る、焼く、打つ、刺すなどの行為と、物質乱用・依存とに限定することとし、過量服薬については慎重に除外した。その理由は、過量服薬は必ずしも事前に非致死性の予測がつかず、結果として自殺既遂を引き起こしうるからであった。いいかえれば、Pattison と Kahan は、DSH を自殺とは異なる症候群として再規定したのである。

ちなみに、英国などの欧州では、DSH は依然として Morgan⁶⁾ の定義で用いられることが多く、たとえば1980年代以降、精力的に自傷・自殺に関する多くの研究を行ってきた、Hawton⁸⁾ オックスフォード大学自殺予防センターの研究者グループは、いまだに過量服薬を DSH における最も典型的手段の一つと認識している。その背景には、己破壊的行動の背後にある意図を同定するのは難しく、自傷と自殺を峻別することは難しいという Hawton らの見解がある。いいかえれば、米国では DSH を自殺の意図のない自己破壊的行

動と見なすのに対し、欧州では DSH を自殺に準じた行動——自殺関連行動——と捉える立場をとっている。

ところで、PattisonとKahanは、DSM-III-RからDSM-IVへの改訂の際に、このDSHを独立したI軸障害の診断カテゴリーとして追加し、精神医学的治療の対象とすべきであることを主張している。しかし当時は、「自傷行為とは、境界性パーソナリティ障害の一症候にすぎない」⁹⁾という考え方が優勢であった。このため、彼らの要望は受け入れられず、DSM-IVでは、自傷行為はかろうじてBPDというII軸障害の一症候と位置づけられるにとどまった。

同じ主張は後に米国の精神科医Favazza¹⁰⁾もしている。Favazzaは、自傷行為がBPDによく見られる問題行動で、治療の対象ではなく限界設定の対象となっている現状を批判した。さらに自らの調査から、習慣性自傷を呈する患者のうち、DSM-IVにおけるBPDの診断基準を持続的に満たすものは半数にすぎないことを明らかにするとともに、患者の約75%が自傷の嗜癖性を自覚していることを指摘した。こうした調査結果にもとづいて、ちょうどアルコール・薬物依存の治療と同様、自傷行為についても、「その行動を制御できないこと」自体を標的とした治療が必要であり、現状では、「他のどこにも分類されない衝動制御の障害 Impulse-Control Disorder Not Otherwise Specified」(DSM-IV)という、抜毛や放火癖、窃盗癖などから構成される、一種の「ゴミ箱」診断を用いるしかないと述べている¹⁰⁾。

Ⅲ. 今日における自傷概念

1. 定義と用語

PattisonとKahanのDSH概念をさらに洗練させ、現在の米国における自傷概念の基礎を築いたのは、やはり何といてもFavazza¹⁰⁾である。実際、Walsh¹¹⁾やNock¹²⁾といった、今日、米国で自傷研究のリーダー的研究者は、いずれもFavazza¹⁰⁾の定義をほぼそのまま踏襲している。

Favazzaの定義とは、「自傷とは、自殺の意図なしに、非致死性の予測をもって、故意に自らの身体に対して直接的な損傷を加える行為であり、

しばしば習慣的に繰り返される」というものである。この「直接的な」という表現が重要である。ここに含まれるのは、皮膚を切る、突き刺す、やけどさせる、殴る・叩く、引っ搔く、硬い物につけるといった行為に限られ、過量服薬はもとより、物質使用障害や摂食障害は、自傷概念から除外されている。

2. 自傷 vs. 自殺

自傷と自殺の区別を難しいとする欧州圏の研究者とは異なり、米国の研究者は自傷と自殺を峻別する者が多い。たとえば、WalshとRosen¹³⁾は、Shneidman¹⁴⁾の自殺理論を援用し、以下のように、自殺との対比から自傷の再定義を試みている。

1) 行為の意図

自殺において意図されているのは意識活動の終焉であるが、自傷行為において意図されているのは、感情的苦痛の緩和や解離状態からの回復といった、意識状態の変化である。

2) 身体損傷の程度・致死性

自らを切ることによって自殺した者は、成人の自殺既遂者の1.4%、若年者では0.4%と少なく、しかもその大半が頸部を切っており、上肢・下肢を切った者はほとんどいない。つまり自傷行為における身体損傷は、自殺のそれとは明らかに異なる。

3) 方法の多様性

自傷行為を繰り返す者の大半が複数の方法で自傷しているが、自殺におよぶ際にはこのような多様な方法による身体損傷はまれである。

4) 心理的苦痛

自殺者が抱える心理的苦痛は、精神痛 Psychache と呼ばれるような深刻で持続的な性質を持っている。一方、自傷者が抱える心理的苦痛は怒りや不安、緊張であり、これらの苦痛は間欠的に消長する、出没する性質を持っている。

5) 状況のコントロール

自殺を試みる者は絶望し、もはや自分には状況をコントロールできないと感じている。一方、自傷行為をくりかえす者は、自傷行為によって気分や対人関係を変化させ、状況をコントロールする

ことができると考えている。

6) 行為による心理的影響

自殺を企図した者は、それに失敗した後、死ぬことができなかつたことを自責し、気分が悪化している。一方、自傷行為には、行為後に不快気分が軽減している。

7) 中核的問題

自殺行動の中核には、二分法的思考と心理的視野狭窄があるのに対して、自傷行為においては、自己の身体に対する否定的な態度が特徴的に認められる。

3. 自傷の臨床類型

Favazza¹⁰⁾は、自傷行為の臨床類型を提唱している。その類型は学術的に精緻でありながら臨床的にも有用なものである。

彼はまず、自殺以外の意図から行われる自傷全般を、「社会・文化的に許容される自傷」と「逸脱的な自傷」とに分類した。前者については、一部の原住民において通過儀礼として行われる儀式・慣習としての自傷（たとえば割礼）や耳たぶのピアスなどを指しており、これは精神医学的治療の対象ではないとしている。一方、後者は精神医学的治療の対象となりうる。

1) 逸脱的な自傷の分類

逸脱的な自傷はさらに3つのカテゴリーに分類される（表2参照）。第1に、「重症型自傷 major self-injury」である。これは、統合失調症や急性中毒性精神病における幻覚、妄想の影響下で行われ、「目をくり抜く」「ペニスを切断する」といった、グロテスクかつ重篤で、ときに致死的结果をもたらす自傷であり、その頻度は生涯において単回～数回にとどまる。

第2に、「常同型自傷 stereotypical self-injury」である。これは、重篤な精神遅滞や発達障害、あるいは、様々な先天性疾患（例：Lesch-Nyhan症候群など）で観察される常同的で単調なパターンをとる自傷であり、頻度はしばしば日に数百回にも達する。

そして最後の類型が「表層型/中等度自傷 superficial/moderate」である。これは感情的苦痛への対処や他者への意思伝達の意図から行われ

るものであり、数週間に1回から日に数回程度の頻度で行われる。いわゆる手首自傷症候群はこの類型の典型例といえるであろう。

2) 表層型/中等度自傷の下位分類

Favazza は、表層型/中等度自傷をさらに「強迫性自傷 compulsive self-injury」と「衝動性自傷 impulsive self-injury」という二つの下位カテゴリーに分類している。

強迫性自傷には、抜毛、爪噛み、皮膚をむしる行為などが含まれ、儀式的に日に何度も反復されるのが特徴である。強迫性障害との関連が推測されており、実際に合併例も多い。

一方、衝動性自傷は、境界性パーソナリティ障害、心的外傷後ストレス障害、解離性障害などに併発することが多く、かつて手首自傷症候群と呼ばれた一群や、DSM-5においてNSSIもこの類型に含まれる。緊張の緩和、解離症状からの回復、怒りの抑制を、あるいは他者に対する意思伝達や操作を意図して行われる傾向がある。

なお、強迫性自傷と衝動性自傷との違いは、強迫性自傷では、行為に先立つ明らかな怒り・攻撃性の自覚を欠き、無意識的に行われる傾向があるのに対し、衝動性自傷では、行為に先立つ不快な状況や感情が自覚されていることが多い点にある。

3) 挿話型および反復型

Favazza は、衝動性自傷をさらに2つの類型——「挿問型 episodic type」と「反復型 repetitive type」——に分類している。挿問型とは、何らかの苦痛を伴う状況や感情体験に反応して、文字通り挿話性に行われる自傷などが該当する。

しかし、当初は何からの苦痛な挿話に反応して行われていた自傷行為でも、繰り返される過程で、かつてよりも些細な苦痛で自傷行為による対処が必要となったり、自傷がもたらす効果（苦痛緩和効果や周囲の反応を惹起する、一種の報酬効果）が減弱するといった現象が生じ、エスカレートしていくことがある。

その結果、自傷行為を繰り返す者はたえず自傷行為にとらわれ、自傷行為に対して両価的な葛藤を抱えるようになり、そのなかで「やめたい」という心理的抵抗にもかかわらずコントロールに失

表2 逸脱的な自傷の臨床分類

カテゴリー		行 為	皮膚組織のダメージ	頻 度	パターン	関連する精神医学的問題
重症型自傷 major self-injury		去勢 眼球摘出 四肢切断	(深刻～生命の危険)	多くは単回	衝動的あるいは計画的 象徴的表現	統合失調症、気分障害、脳器質性障害 薬物中毒性精神病 性的倒錯
常同型自傷 stereotypic self-injury		頭を打ちつける 自分を叩く 唇や手を吸う 皮膚をむしる、引っかく 自身を噛む 抜毛	中程度～深刻 (生命の危険)	高頻度に反復、固執的	固執的 意味はない 駆り立てられる	精神遅滞 自閉症 Lesch-Nyhan 症候群 Tourette 症候群 Prader-Willi 症候群
表層型/ 中等度型 自傷 superficial/ moderate self-injury	強迫性自傷 compulsive self-injury	抜毛 皮膚をほじくる 爪噛み	軽度～中程度	日に数回	強迫的(衝動的性質を持つことも) 儀式的、常同的 時に、象徴的	抜毛症
	衝動性自傷 impulsive self-injury	挿間型 episodic	軽度～中程度	単回あるいは挿話的	衝動的(強迫的性質を持つことも) 儀式的 しばしば、象徴的	境界性パーソナリティ障害 他の衝動的なパーソナリティ傾向 虐待/トラウマ/解離の影響 外傷後ストレス障害 摂食障害
	反復型 repetitive	切る やけどを負わせる 自分を叩く		習慣的		

敗するといった体験もする。この段階が反復型と呼ばれる状態であり、一種の強迫性、嗜癖性の側面が前景化し、コントロールできないこと自体を標的とする治療が必要となる。

ところで、この反復型については Favazza が興味深い指摘をしている。反復型の段階に到達した者のなかには、自らを「リストカッター」と呼ぶなど、自傷行為を自己同一性の重要な要素と捉えるようになる者が多いというのである。さらに、自傷創の写真をウェブサイト上で公開したり、ことさらに自傷創を人目に晒したりするなど、一種の露悪症的な行動を呈することも少なくない。その結果、一般的なコミュニティにおける孤立を深めるとともに、同じような自傷創を公開する仲間との相互影響により、皮肉にもますます自傷行為を過激にエスカレートさせてしまう危険性があるという。

IV. 最新の国際的診断分類における自傷

以上の歴史の変遷を踏まえ、DSM-5で提案さ

れているNSSIについて吟味してみたい。

1. NSSI の診断基準とその意義

DSM-5のSection IIIに示されたNSSIの診断基準を見ると、出血や痣、あるいは痛みを引き起こす行為を「最近1年以内に5日以上」繰り返す、という頻度に関する具体的な条件がある点を除けば、Favazza¹⁰⁾による自傷の定義——厳密には表層型/中等度・衝動性自傷の定義——をほぼそのまま踏襲している。その診断基準において重要なポイントは、以下の4点に整理できる。

第1に、その自傷行為は、切る、やけどをさせる、突き刺す、殴りつける、激しく擦るなど、「身体表面」に対する直接的な損傷であり、その行為には非致死性の予測をもってなされていること。

第2に、NSSIには、「否定的な感情や認知」や「対人関係上の困難」を一過性に緩和、解消する機能があり(B基準)、「その行動は一種の依存状態、もしくは繰り返されるパターンを呈する」や

「行為の前には、自分にはその行動を制御できないという考えにとらわれている」など、その習慣性、嗜癖性に関しても言及していること。

第3に、「その行動は、社会的に許容されているものではない」と明記することで、一般的なボディピアッシングやタトゥー、あるいは、ある種の宗教的・文化的儀礼を除外している。同時に、「瘡蓋をはがしたり、爪を噛んだりする行為だけにとどまらない」として、同じ表層型/中等度自傷でも、原則として強迫性自傷も除外していること。

そして最後に、「精神病挿話やせん妄、物質の中毒や離脱のときだけに生じるものではない」、もしくは、「神経発達症に罹患している者の場合には、常同的反復行動の一つとして生じているものではない」という条件で、重症型や常同型の自傷行為を除外していること。

以上のように考えてみると、DSM-5のNSSIには、米国における自傷研究のエッセンスがそのままの注ぎ込まれていることがわかる。その意味では、Pattison と Kahan⁷⁾、ならびに Favazza¹⁰⁾が主張してきた、「II軸障害の一症候としてではなく、I軸障害とすべき」という意見が、ようやく米国の精神科医のあいだで受け入れられはじめたといえるかもしれない。同時に、自傷に対する弁証法的行動療法などの心理療法の有効性が確認され、米国国内で広く認知されたことの影響も無視できないであろう。

要するに、DSM-5の時代に至ってようやく、自傷は「限界設定の対象」ではなく、れっきとした「精神医学的治療の対象」となったわけである。

2. NSSIの課題

自傷行為の臨床と研究に従事してきた専門家にとっては、Section IIIの診断カテゴリーとはいえ、DSM-5がNSSIという臨床概念を採用したことは大きな前進ではある。しかしその一方でこの概念に関する懸念を表明する研究者もいる。

たとえばDe Leo¹⁵⁾は、DSM-5ドラフト公表時点で2つの懸念を示している。1つは、「非自殺的 nonsuicidal」という言葉が自殺リスクに関す

る過小評価や誤解を引き起こさないかというものであり、もう1つは、一般の青年の1割程度に見られる現象に関してあえてNSSIという用語を与えてラベリングすることが、かえって自傷経験を持つ若者に対する偏見を強めないかというものである。この2つの懸念は、一方でNSSIの過小評価を危惧し、もう一方でNSSIの過大評価を危惧しているという意味で矛盾しているが、いわんとするところは理解できなくはない。

とりわけ重要なのは、前者の懸念である。同様の指摘はKapusta¹⁶⁾もしており、「そもそもNSSIと自殺とは明確に区別できるのか、そこまで我々の自殺リスクアセスメントの精度は高い水準に到達しているのか」という疑義を表明している。実際、このNSSIという臨床概念に依拠した臨床研究には、NSSIを呈する者の近い将来における自殺リスクの高さを指摘するものが少ない。たとえばNockら¹⁷⁾は、NSSIを呈する若者の87.6%が何らかのI軸障害の診断を満たすだけでなく、70%が自殺企図の生涯経験を持ち、自傷期間が長い者、自傷方法の種類が多い者、自傷時に疼痛を感じない者ほど自殺企図の経験を持っていたことを明らかにし、NSSI者は自殺企図者とは重複する一群である可能性を指摘している。また、Wilkinsonら¹⁸⁾も、大うつ病性障害の青年を28週追跡した調査から、NSSIの既往が追跡期間中における自殺企図の予測因子であったことを明らかにし、自殺のリスクアセスメントにあたってはNSSIに注目する必要があると考察している。

以上の指摘を踏まえれば、NSSIと自殺との関連についてはまだまだ十分な知見の集積があるとはいえず、その関係が明らかにならない以上、「非自殺性」という名称自体が妥当であるといえることもできない。その意味で、DSM-5におけるNSSIがSection IIIの障害として位置づけられたのは適切な判断とはいえ、今後はこの診断カテゴリーを用いて、NSSIと自殺との関係に関する実証的知見を蓄積していく必要がある。

V. おわりに

本稿では、DSM-5において初めて登場した

NSSI について、その背景にある臨床概念の歴史の変遷を振り返り、現代の精神医学における NSSI の捉え方へと至るプロセスを確認したうえで、この診断概念の意義と課題について論じた。

NSSI は、DSM-IV-TR までは BPD の一症候として記述されるにとどまっていたが、DSM-5 が公表された現在、この行動はもはや BPD とは独立した、それ自体を精神医学的治療の対象となるべき問題へと格上げされた。しかし、この行動がはたして本当に「非自殺的 nonsuicidal」と断言できるのかどうかについては、まさにこの研究用の診断カテゴリーを用いた今後の研究成果が期待されるところである。

文 献

- 1) Menninger KA : Man against himself. Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1938.
- 2) Pao PE : The syndrome of delicate self-cutting. Br J Med Psychol 42 : 195-206, 1966.
- 3) Graff H, Mallin KR : The syndrome of the wrist cutter. Am J Psychiatry 146 : 789-790, 1967.
- 4) Rosenthal RJ, Rinzler C, Walsh R et al : Wrist-cutting syndrome : The meaning of a gesture. Am J Psychiatry 128 : 1363-1368, 1972.
- 5) Kreitman N, Philip AE, Greer S et al : Parasuicide. Br J Psychiatry 115 : 746-747, 1969.
- 6) Morgan HG, Burn-Cox CJ, Pottle S et al : Deliberate self-harm : Clinical and socio-economic characteristics of 368 patients. Br J Psychiatry 128 : 361-368, 1976.
- 7) Pattison EM, Kahan J : The Deliberate Self-Harm Syndrome. Am J Psychiatry 140 : 867-87, 1983.
- 8) Hawton K, Rodham K, Evans E : By Their Own Young Hand : Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents. Jessica Kingsley Publisher, London, 2006. (松本俊彦・河西千秋監訳 K・ホートン, K・ロドハム, E・エヴァンズ著「自傷と自殺—思春期における予防と介入の手引き」, 金剛出版, 東京, 2008)
- 9) Gunderson JG, Zanarini MC : Current overview of the borderline diagnosis. J Clin Psychiatry 48 : Suppl : 5-14, 1987.
- 10) Favazza AR : Bodies under Siege : Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry, second edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996. (松本俊彦監訳 A・R・ファヴァッツァ著「自傷の文化精神医学——包囲された身体」, 金剛出版, 東京, 2009)
- 11) Walsh BW : Treating self-injury. Guilford Press, New York, 2005. (松本俊彦ほか訳 B・W・ウォルシュ著「自傷行為治療ガイド」, 金剛出版, 東京, 2007)
- 12) Nock KN : Understanding Nonsuicidal Self-Injury : Origins, Assessment, and Treatment Amer Psychological Assn, Washington DC, 2009.
- 13) Walsh BW, Rosen PM : Self-mutilation. Guilford Press, New York, 1988. (松本俊彦・山口亜希子訳「自傷行為—実証的研究と治療指針—」, 金剛出版, 2005)
- 14) Shneidman ES : Suicide as Psychache : A clinical approach to self-destructive behavior, Jason Aronson Inc., Lanham, 1993.
- 15) De Leo, D. DSM-V and the future of suicidology. Crisis 32 : 233-239, 2011.
- 16) Kapusta ND : Non-suicidal Self-injury and Suicide Risk Assessment, quo vadis DSM-V? Suicidology Online 3 : 1-3, 2012.
- 17) Nock MK, Joiner TE, Gordon KH et al : Non-suicidal self-injury among adolescents : Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry Research 144 : 65-72, 2006.
- 18) Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C et al : Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). Am J Psychiatry 168 : 495-501, 2011.

ギャンブル障害の現状と課題

島根県立心と体の相談センター 小原 圭司

抄録

ギャンブル行動症は、繰り返されるギャンブル行動により、ギャンブル行動に対するコントロールが失われ、日常生活や社会生活に障害を生じている状態である。2016年12月にIR推進法が成立し、特定区域におけるカジノが合法化されたため、ギャンブル行動症に対する社会的注目が高まっている。本稿では、ギャンブル行動症に対する呼称の変遷、病態、分類、疫学、併存症、発症メカニズム、治療について概説した後、著者らの開発したギャンブル行動症に対する認知行動療法的治療プログラムである島根ギャンブル障がい回復トレーニングプログラム (SAT-G) について、その概要と全国の精神保健福祉センターへの普及の経緯について解説した。最後に、今後の課題である、ギャンブル行動症に対する相談・医療体制の均てん化、公営競技におけるインターネット投票に対する対策、宝くじ・スポーツ振興くじに対する対策について私見を述べた。

Key words : gambling disorder, Shimane Addiction recovery Training program for Gambling disorder (SAT-G), Gambling and Gambling Problem Perception Questionnaire (J-GGPPQ), cognitive behavioral therapy, relapse prevention

はじめに

ギャンブル行動症は、持続的または反復的なギャンブル行動により、①ギャンブル行動に対するコントロールが障害される、②他の人生の興味や活動よりもギャンブル行動が優先される、③悪影響が生じているにも関わらずギャンブル行動が継続もしくはエスカレートする、といった特徴が長期間にわたって生じ、日常生活や社会生活に障害を生じている状態のことを指す¹⁾。日本では公営競技(中央競馬、地方競馬、競輪、オートレース、モーターボート競走)や宝くじ、スポーツ振興くじといったギャンブルと、パチンコ、パチスロというギャンブル類似の遊技が法令により認められており、ギャンブル行動症の患者も多数存在しているにもかかわらず、ギャンブル行動症に対する注目はあまりなされていなかった。しかし、2016年12月、特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律(以下、IR推進法とする)の成立により、日本でも特定区域におけるカジノが合法化されたことから、ギャンブル行動症がにわかに注目を浴びることになった。そして、IR推進法

の附帯決議第10項において、「ギャンブル等依存症患者への対策を抜本的に強化すること」と明記されたため、ギャンブル行動症に対する対策が急激に加速することになった。2018年7月には、「ギャンブル等依存症対策基本法(以下、基本法とする)」が成立し、3年毎に国が「ギャンブル等依存症対策推進基本計画(以下、基本計画とする)」を策定することが義務付けられた(第1期基本計画は2019年4月に、また第2期基本計画は2022年3月に閣議決定)。また、都道府県も3年毎に「ギャンブル等依存症対策推進計画」を策定する努力義務が課せられた。

本稿では、ギャンブル行動症に関する用語の変遷といった歴史的な側面に続き、ギャンブル行動症の概要(病態、分類、疫学、併存症、発症メカニズム、治療)について概説し、続いて、著者らが開発したギャンブル行動症の回復プログラムであるSAT-Gについて解説した後、今後の課題と展望について述べる。

表1 ギャンブル行動症に対する呼称

	用語の種類	用いられている場面
ギャンブル依存 (症)	一般用語	マスコミ等
ギャンブル等依存症	法律用語	ギャンブル等依存症対策基本法、ギャンブル等依存症対策推進基本計画など。(ギャンブル等依存症対策基本法 (2018) の第2条において定義されている)
病的賭博	医学用語	・DSM-III (1980年発表) からDSM-IV TR (2000年発表) まで ・ICD-10 (1990年承認、日本では1995年適用)
ギャンブル障害	医学用語	DSM-5 (2013年発表)
ギャンブル行動症	医学用語	ICD-11 (2018年承認、日本では2023年4月1日現在未適用)

1. ギャンブル行動症に対する呼称の変遷について

ギャンブル行動症については、様々な呼称があり、混乱しやすいので、最初にまとめておく (表1)。

一般的に見かけることが多いのは、「ギャンブル依存 (症)」や「ギャンブル等依存症」という呼称である。「ギャンブル依存」または「ギャンブル依存症」というのは、一般的にマスコミ等で用いられている用語であり、1990年代から用いられている。続いて、「ギャンブル等依存症」は、法律用語であり、基本法第2条においてその定義が示されている。それによると、「この法律において「ギャンブル等依存症」とは、ギャンブル等 (法律の定めるところにより行われる公営競技、ぱちんこ屋に係る遊技その他の射幸行為をいう。第七条において同じ。) にのめり込むことにより日常生活又は社会生活に支障が生じている状態をいう。」とされている。日本の法律上は、パチンコ (法律用語としてはぱちんこ) は賭博ではなく遊技であるので、パチンコによるのめり込みも含む概念であることを明確化するために、ここでは「ギャンブル等」という表現が用いられている。

ギャンブル行動症に対する医学用語としては、「病的賭博」、「ギャンブル障害」、「ギャンブル行動症」の3つがある。「病的賭博 (pathological gambling)」は、国際疾病分類であるICDで第10版のICD-10まで、アメリカ精神医学会の作成する診断基準であるDSMでは第4版改訂版の

DSM-IV TR まで用いられていた用語である²⁾³⁾。

「ギャンブル障害 (gambling disorder)」は2013年のDSM-5において導入された用語である⁴⁾。病的賭博 (pathological gambling) という病名には否定的なニュアンスがあるため、当事者へのスティグマを軽減する目的で、病名の変更がなされた⁵⁾。同時に、それまでの「その他どこにも分類されない衝動制御の障害」というカテゴリーから、「物質関連障害および嗜癖性障害群」という、アルコール依存症や薬物依存といった疾病と同じカテゴリーに移された。これは、①コントロールの障害、耐性、離脱といった症状、②報酬系の活性化等の脳内のメカニズム、③認知行動療法や自助グループの利用といった回復に効果的な介入法という3つが、アルコール依存症や薬物依存と、ギャンブル行動症とで共通しているといった知見が積み上がってきたためになされた変更である⁵⁾。

2018年に承認されたICD-11でも、ICD-10まで用いられていた pathological gambling という用語に代わり、DSMに歩調を合わせて gambling disorder という用語が採用され、診断カテゴリーとしても、「成人のパーソナリティおよび行動の障害」(F6) 中の「習慣及び行動の障害」(F63) という、病的放火 (放火癖)、病的窃盗 (窃盗癖)、抜毛症 (抜毛癖) と同じカテゴリーから、「物質使用症又は嗜癖行動症群」という、アルコール依存症や物質依存と同じカテゴリーに移動された¹⁾。ただし、その日本語訳に関しては、

DSM-5とは異なり、日本精神神経学会 ICD 専門委員会の「ICD-11では、原則として disorder を「症」と訳すこと」という大原則にそって、「ギャンブル行動症」と訳されることになった⁶⁾。

2. ギャンブル行動症の概要（病態、分類、疫学、併存症、発症メカニズム、治療）

続いてギャンブル行動症の病態、分類、疫学、併存症、発症メカニズム、治療について述べる。ギャンブル行動症の病態としては、DSM-5の診断基準では9つの症状が挙げられている。これを要約してまとめると、①耐性（ギャンブルの賭け金がどんどん増える）、②離脱（ギャンブルを中止した際のいらだち）、③コントロールの障害（やめようとしてもやめられない）、④とらわれ（ギャンブルをしていないときにも、ギャンブルのことを常に考えている）、⑤苦痛を紛らわすためのギャンブル、⑥日常生活や社会生活への悪影響といった、アルコール依存症や薬物依存と共通した症状と、⑦深追い（ギャンブルで失ったお金を取り戻すために別の日にギャンブルをする）、⑧ギャンブルへののめり込みを隠すための嘘、⑨ギャンブルで生じた経済的苦境を免れるための他人への借金といった、ギャンブル行動症に特徴的な症状にわけることができる。過去1年間の間に、これら9つの症状のうち、4つ以上が存在する場合に、ギャンブル障害という診断を考慮することになっている⁴⁾。

ギャンブル行動症の分類に関しては、日本では平成23年度の厚生労働科学研究で提唱された、タイプⅠ：単純嗜癖型（ギャンプリングにのめり込んでいるが、他の精神障害の併存はみられない群（ギャンプリングの問題により二次的に生じた抑うつや不安症状は除く）、タイプⅡ：他の精神障害先行型（大うつ病、双極性感情障害、統合失調症、不安障害、アルコール依存症等が、ギャンプリングの問題に先行して見られる群）、タイプⅢ：パーソナリティ等の問題型（反社会性パーソナリティ障害、広汎性発達障害、精神遅滞、認知症、器質的な問題等で衝動制御が困難な状態等の併存が見られる群）という3分類がよく用いられている⁷⁾。国際的には、Blaszczynski らの、ギヤ

ブル行動症の発症メカニズムに着目した pathways model による① behaviorally conditioned gamblers（行動により条件づけられたギャンブラー）、② emotionally vulnerable gamblers（情動的に脆弱なギャンブラー）、③ biologically vulnerable gamblers（生物学的に脆弱なギャンブラー。antisocial impulsivist gamblers 等の呼び方もある）という3分類がよく用いられており、これは上記のタイプⅠ～Ⅲにそれぞれ対応すると考えてよい⁸⁾。ざっくり言うと、それぞれ、ギャンブルを繰り返すうちに癖になってしまったタイプ、うつや不安などを紛らわすためにギャンブルをしているタイプ、行動を抑制する前頭葉の働きの脆弱性のためにハマってしまったタイプ、といえるだろう。

ギャンブル行動症の疫学に関しては、基本法第23条により、3年毎の実態調査が義務付けられている。久里浜医療センターによる最新の調査（2021）では、SOGS（South Oaks Gambling Screen）日本語版、PGSI（The Problem Gambling Severity Index）日本語版という2つの尺度を用いて調査を行っている⁹⁾。それによると、SOGSで5点以上の「ギャンブル等依存が疑われる者」は、18歳から74歳の国民のうち、男性の3.7%、女性の0.7%、全体の2.2%と推定されている。また、PGSIで8点以上の「ギャンブル等依存が疑われる者」は、男性の2.8%、女性の0.4%、全体の1.6%であった。ただし、海外において、SOGSで5点以上の者のほぼ半数がDSM-5のギャンブル障害の診断基準を満たさなかったという報告もあることに注意すべきである¹⁰⁾。

ギャンブル行動症の併存症としては、平成20年の厚生労働科学研究によれば、うつ病（45.9%）、アルコール依存症（8.6%）、社会不安障害（7.8%）、気分変調症（6.0%）など、気分障害、物質使用障害、不安障害の合併率が高い¹¹⁾。うつ病の合併率の高さが目を引くが、これの多くは、ギャンブルが原因で経済的な苦境に陥り、そのために二次的に生じたうつ病と考えられている。また、同じメカニズムにより、自殺企図も多く見られる。同じ厚生労働科学研究のデータによると、ギャンブル行動症の人の希死念慮は、過去

1年間で26.7%、生涯で62.1%、自殺企図は過去1年間で12.1%、生涯で40.5%と、非常に高率であった¹¹⁾。

ギャンブル行動症の発症メカニズムとしては、繰り返されるギャンブル行動による脳内の報酬系の興奮により、側坐核や前頭前野において過剰なドーパミンが繰り返し放出され、その結果、①ギャンブル行動の引き金となる刺激に過敏になり、ほんのささいな刺激でもギャンブルへの渴望が生じる、②報酬系の脱感作が起こり、報酬に鈍感になる(多少の勝ちでは満足できない、負けても大きな問題には思えない、ギャンブル以外のことが楽しくなくなる)、③前頭前野における抑制系の働きが弱くなり、意志の力でギャンブル行動を止めることができなくなる、といった変化が起きてくるのではないかと推測されている¹²⁾。

ギャンブル行動症の治療としては、現在のところ、保険適応されている薬物はなく、薬物依存の場合と同様に、心理療法、そのなかでも認知行動療法的なプログラムが第一選択とされている¹³⁾。横光らによれば、ギャンブル行動症に対する認知行動療法的プログラムの多くで、①認知再構成法、②心理教育、③リラプス・プリベンションという3つの治療構成要素が取り入れられている¹⁴⁾。①認知再構成法は、ギャンブル行動を引き起こす可能性の高いギャンブラー特有の非合理的な思考や信念の存在に気づき、ギャンブル行動を引き起こす可能性の高い状況においても、より合理的に考えることができるよう対象者を指導する方法である。②心理教育は、ギャンブル行動に伴うプラスとマイナスの結果、先行刺激状況・欲求・行動というギャンブル行動の機能的アセスメントなど、ギャンブル行動症について当事者に客観的な理解を促す方法である。③リラプス・プリベンションは、ギャンブル行動につながるリスクの高いきっかけや状況を特定し、リスクの高い状況における対処行動をあらかじめ当事者に考えてもらうことにより、ギャンブル行動を減少させる方法である。また、専門家による治療だけでなく、ギャンブラーズ・アノニマスのような自助グループに通うことも有効であるが、これはアルコール依存症や薬物依存のような物質関連障害に

おける場合と同様である。

3. SAT-Gプログラムの概要

前述のように、ギャンブル行動症の治療としては、薬物依存の場合と同様に、認知行動療法的なプログラムが第一選択とされている。薬物依存に対する認知行動療法的プログラムとしては、松本らにより2006年にSMARPP(せりがや覚せい剤依存再発防止プログラム Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)が開発されている¹⁵⁾。SMARPPについては、2009年以降、国立精神・神経医療研究センターにおいて、毎年研修が行われ、研修修了者は自由にそのプログラムを活用することができる体制が確立している。しかし、ギャンブル行動症に関しては、研修体制の整った使い勝手のよい認知行動療法的プログラムは国内に存在しなかった。そこで、著者らは、松本の許諾を得て、SMARPPを参考に、①認知再構成、②心理教育、③リラプス・プリベンションという3つの治療要素を中心とした、ギャンブル行動症に特化した認知行動療法的プログラムであるSAT-G(島根ギャンブル障がい回復プログラム Shimane Addiction recovery Training program for Gambling disorder)を、2015年に開発した¹⁶⁾。

SAT-Gプログラムは、ギャンブル障害に特化した、全6回のセッションを月1回のペースで実施する、構造化された認知行動療法的プログラムである。毎回のセッションは、①チェックイン(ここ1ヶ月の様子をカレンダーを用いて確認する)、②本日の課題(ワークブックの読み合わせと課題への回答)、③チェックアウト(自分が定めた目標を守る自信について0-100のビジュアルアナログスケールで確認する)、という形で構造化されている。1回のセッションの時間は、個別プログラムの場合は1時間程度、集団プログラムの場合は2時間程度である。SAT-Gプログラムの各セッションの内容を表2に示す。

SAT-Gプログラムの効果としては、2015年11月から2017年3月末までの1年5ヶ月の間に受講した22名について、修了者20名、実施中1名、離脱者1名と、ドロップアウトが少なく、修了した

表2 SAT-G プログラムの各セッションの内容

	表 題	内 容
第1回	あなたのギャンブルについて整理してみましょう	1. ギャンブルのメリット・デメリットの整理 2. 目標設定（断ギャンブルかコントロールギャンブルか?）
第2回	引き金から再開に至る道すじと対処	1. ギャンブルの再開につながる引き金を同定し、その引き金を避けるための工夫について考える 2. 引き金を避けきれない時の対処法について学ぶ
第3回	再開を防ぐために	1. ギャンブル再開につながる危険なサインとして、「悪い行動パターン」と「正当化（悪魔のささやき）」があることを学ぶ 2. 「悪い行動パターン」と「正当化」には具体的にはどんなものがあるか、自らの体験と比較しながら考える
第4回	私の道しるべ	1. ギャンブルへの引き金と錨（ギャンブル再開から自分を守ってくれるもの）について整理する 2. 引き金からギャンブル再開に至る流れについて整理し、どの段階でどうやって止めることができるか考える
第5回	回復への道のり	1. ギャンブルの代わりに楽しめる活動について学ぶ 2. ギャンブルを再開してしまった時の望ましい対処について学ぶ
第6回 (アンコールセッション)	回復のために ～正直さと仲間～	1. 嘘を避け、真実を伝えることの大切さと、そのためにはギャンブルの問題についてわかってくれる仲間が大事であることを学ぶ 2. ギャンブラーズ・アノニマス等の自助グループについて学ぶ（自助グループメンバーをゲストスピーカーとして呼ぶ場合もある）

20名についても、修了時に断ギャンブルを続けていた者が15名（75%）、コントロールギャンブルの者が5名と、断ギャンブル者が多かった。また、コントロールギャンブルの者についても、5名全員が、プログラム開始前と比べて、修了時には、1ヶ月間にギャンブルに費やす金額が5分の1以下となっていた¹⁶⁾。

4. SAT-G プログラムの普及

2016年12月15日に成立したIR推進法の附帯決議を受けて、同月26日に各省庁の代表者を集めて、第1回ギャンブル等依存症対策推進閣僚会議が開催され、各省庁がそれぞれ行う予定のギャンブル等依存症に対する対策を発表した。その席上で、厚生労働省は、全国の都道府県・政令市にギャンブル等依存症の相談拠点を整備すること、その相談拠点としては、全国の都道府県・政令市

に置かれている精神保健福祉センター等をあててることを想定していると発表した¹⁷⁾。

しかし、2016年12月に全国の精神保健福祉センターに対して行われたアンケート調査によれば、ギャンブル等依存症に対して専門的な相談を行っているセンターは、69センター中38センター（55.1%）にすぎなかった。また、薬物依存等に対してはSMARPPのような認知行動療法的プログラムを行っているのに、ギャンブル等依存症に対しては行っていない19か所のセンターに、その理由を尋ねたところ、最も多かったのは職員のスキルの問題（6センター）、続いてプログラムのテキストがないという問題（5センター）であった¹⁶⁾。

このことから、全国の精神保健福祉センターにおいて、ギャンブル等依存症に特化した認知行動療法的プログラムの使い方を学び、相談拠点を担

表3 公営競技の売上に占めるインターネット投票の割合（文献23をもとに著者作成）

	2017年	2018年	2019年	2020年
中央競馬	67.1%	68.8%	70.4%	92.7%
地方競馬	68.7%	72.5%	78.0%	93.2%
競輪	42.1%	46.8%	54.9%	70.9%
オートレース	44.6%	50.7%	59.7%	80.0%
モーターボート競走	48.8%	53.6%	61.5%	77.1%

うスキルを身につけるための研修に対するニーズがあると考えられた。そこで、2017年度から、SAT-G プログラムの使い方を学ぶ研修を、全国の精神保健福祉センターの職員を対象に実施することとした。2017年度から2018年度は AMED の松下研究班の分担研究班として、2019年度から2021年度は厚生労働科学研究の松下研究班の分担研究班として、同研修の実施と効果検証に取り組んだ¹⁸⁾。研修の効果測定に用いる尺度（J-GGPPQ : Gambling and Gambling Problem Perception Questionnaire）の開発とその効果検証も並行して行った¹⁹⁾。研修は5年間で12回実施し、合計617名が受講した。その結果、SAT-G プログラムは、2022年1月現在で、全国の精神保健福祉センター69か所のうち61か所（88.4%）で活用されるようになった。職員のスキルとプログラムの問題が解決したことで、ギャンブル等依存症相談拠点を設置する精神保健福祉センターも徐々に増加し、2022年4月1日には、全国の精神保健福祉センター69か所全てにおいて、ギャンブル等依存症の相談拠点が置かれることとなった²⁰⁾。

また、ギャンブル等依存症の相談拠点を中心にした都道府県単位での支援だけでなく、保健所を中心とした2次医療圏単位での相談体制の構築も必要であると考え、著者らは島根県の益田圏域や隠岐圏域等において、保健所の保健師と協働して、SAT-Gプログラムや、その簡略版であるSAT-Gライトプログラム（2018年1月に開発）の普及に取り組んでいる²¹⁾²²⁾。

5. 今後の課題

2018年の基本法の制定、2019年の第1期基本計画策定、2022年の第2期基本計画策定により、ギャンブル行動症に対する対策は徐々に整備されてきている。しかし、私見では、現在、3つの大きな課題があると考えられる。

1つ目の課題は、相談・医療体制の均てん化である。相談体制については、確かに、全国の精神保健福祉センター69か所全てにギャンブル等依存症の相談拠点がおかれ、回復プログラム等も活用され、実効性のある支援が行われている。しかし、保健所や市町村といった、もう少し身近な精神保健の窓口で相談ができる体制は、全国的にはまだこれからといったところである。また、医療体制についていうと、2016年12月に、第1回ギャンブル等依存症対策推進閣僚会議の席上で、厚労省から、相談拠点の整備と同時に方向性として示された「全都道府県、政令指定市への治療拠点の整備」については、2022年3月末の時点で、67自治体中41か所と、目標達成ができていない状況にある²⁰⁾。今後は、こういった相談・医療の体制の均てん化が急務と考えられる。

2つ目の課題は、公営競技におけるインターネット投票に対する対策である。近年、新型コロナ禍も含めた社会状況の変化があり、公営競技におけるインターネット投票の割合が増加し、会員数も増加している。例えば、公営競技の売上に占めるインターネット投票の割合は、それぞれ、2017年から2020年にかけて大幅な伸びを見せている（表3）²³⁾。これに対して、公営競技の事業者は、いずれも、①本人申告・家族申告によるアクセス制限、②（本人の申し出による）購入限度額

表4 公営競技におけるインターネット投票におけるアクセス制限の実施状況と、購入限度額設定者数（2022年3月末時点）（文献20をもとに著者作成）

公営競技の種別	アクセス制限の実施状況			購入限度額 設定者数
	本人申告	家族申告	合計	
中央競馬	3,018	89	3,107	11,952
地方競馬	968	7	975	8,876
競輪	921	12	933	-
オートレース	110	3	113	-
モーターボート競走	1,266	18	1,284	179
合計	6,283	129	6,412	21,007

の設定、といった対策を講じているが、制度の周知が十分になされていないこともあり、さほど活用されていない状況にある（表4）²⁰⁾。このため、2022年に策定された第2期の基本計画では、新たに、「視覚的に訴える新たな注意喚起表示の導入」として、インターネット投票のログイン画面に警告メッセージを表示し、それをクリックすればアクセス制限等の案内画面に移行する仕組みを2024年度までを目指して導入することとしている²⁴⁾。しかし、海外においては、AIを用いてプレイヤーの賭け方を監視し、危険な状況と判断されたら警告を出すといった仕組みについて活発な研究がなされ、実際の現場での活用も開始されている²⁵⁾。日本においても、さらなる対策が必要と考えられる。

3つ目の課題は、宝くじ、スポーツ振興くじに対する対策である。2019年に策定された基本計画において、宝くじ、スポーツ振興くじについては、計画における「関係事業者」として扱われていなかった。このことに関して、基本計画改訂に際し、基本法に基づき設置されている「ギャンブル等依存症対策推進関係者会議（以下関係者会議）」において問題提起がなされたが、第8回関係者会議（2021年12月10日）において、宝くじ、スポーツ振興くじをそれぞれ主管する総務省、スポーツ庁から、「全ての宝くじ（スポーツ振興くじは9割以上）は、当せんが完全に偶然性により決定し、予想ができない制度設計となっており、のめり込みにくい仕組みとなっている」、「次から

次へとお金を注ぎ込むことが起こりにくい実施回数設定されている」などとして、「宝くじ等を政府として依存症対策を講ずべき対象に新たに加えるかを判断することは、難しい」という主張がなされた²⁶⁾。このため、2022年3月に閣議決定された第2期基本計画においては、「調査研究・実態調査」の項目において、「なお、ギャンブル等依存症の疑われる者の状況に係る調査については、関係者会議での議論を踏まえ、本基本計画において関係事業者の取り組みの対象となっているギャンブル等と宝くじおよびスポーツ振興くじとの関係も含めた実態を把握できるように実施する」と追記されるにとどまった。しかし、第2期基本計画策定直後の2022年4月には、「いつでも買える。秒で結果でる。」「原則1年中、24時間いつでも購入可能。」「スキマ時間をチャンスに変える」といったキャッチフレーズで、「クイックワン」という宝くじが発売されたり、2022年9月には、「1試合から予想できる新しいスポーツくじ」というキャッチフレーズでWINNERが発売されるなど、総務省やスポーツ庁のこれまでの主張と相反する状況が生じている。2023年度に予定されている実態調査の結果を踏まえ、次期基本計画の策定時に、宝くじ・スポーツ振興くじを関係事業者に入れることに関して丁寧な議論が必要と考える。

引用文献

- 1) World Health Organization : ICD-11 for Mortality and

- Morbidity Statistics (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>) (参照2023-04-01)
- 2) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992 (融道男, 中根允文ほか監訳 : ICD-10精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—, 新訂版. 医学書院, 東京, 2005)
 - 3) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸監訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版. 医学書院, 東京, 2004)
 - 4) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (高橋三郎, 大野裕監訳 : DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
 - 5) Petry NM, Blanco C, Stinchfield R et al, An empirical evaluation of proposed changes for gambling diagnosis in the DSM-5. *Addiction*. 108(3) : 575-581, 2013.
 - 6) 樋口進. ICD-11「精神, 行動, 神経発達疾患」分類と病名の解説シリーズ : 各論⑨ 物質使用症又は嗜癖行動症群. *精神経誌*124(12) : 877-884, 2022.
 - 7) 宮岡等. 病的ギャンプリング (いわゆるギャンブル依存) の概念の検討と各関連機関の適切な連携に関する研究. 厚生労働省科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究 平成23年度総括・分担研究報告書69-124, 2012.
 - 8) Blaszczynski A, Nower L : A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*. 97(5) : 487-499. 2002.
 - 9) 松下幸生, 新田千枝, 遠山朋海. 令和2年度依存症に関する調査研究事業「ギャンブル障害およびギャンブル関連問題の実態調査報告書」独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター, 2021.
 - 10) Goodie AS, MacKillop J, Miller JD et al : Evaluating the South Oaks Gambling Screen with DSM-IV and DSM-5 criteria : Results from a diverse community sample of gamblers. *Assessment*, 20(5) : 523-531, 2013.
 - 11) 田中克俊. いわゆるギャンブル依存症の実態と地域ケアの促進. 厚生労働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 精神障害者の地域ケアの促進に関する研究 平成20年度 総括・分担研究報告書. 115-165, 2009.
 - 12) 高橋英彦. 行動嗜癖の脳科学 医学のあゆみ 283 (6) : 576-580, 2022.
 - 13) Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, et al. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No. : CD008937.
 - 14) 横光健吾, 入江智也, 坂野雄二. 病的ギャンプリングに対する認知行動療法の治療構成要素の検討. *アディクションと家族* 29(2) : 142-148, 2013.
 - 15) 松本俊彦. 専門家のいない薬物依存治療 ワークブックを用いた治療プログラム「SMARPP」. *精神経誌*117(8) : 655-662, 2015.
 - 16) 小原圭司, 佐藤寛志. ギャンブル障害回復トレーニングプログラム (SAT-G) 活用ガイドブック. 中央法規出版, 東京, 2022.
 - 17) 厚生労働省. 第1回ギャンブル等依存症対策推進関係閣僚会議(平成28年12月26日) 資料4 厚生労働省提出資料 ギャンブル等依存症対策について. https://warp.nld.go.jp/info/ndjip/pid/12251721/www.kantei.go.jp/jp/singi/gambling_addiction/dail/gijisidai.html (2023-04-01閲覧)
 - 18) 小原圭司, 片山宗紀, 佐藤寛志ほか. J-GGPPQ (Japanese Version of the Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire) を用いたギャンブル障害支援者研修の効果測定. *日アルコール関連問題会誌*21(1) : 199-205, 2019.
 - 19) Katayama M, Kobara K, Shirakawa N. Gambling and Gambling Problem Perception Questionnaire as a tool to evaluate professionals' attitudes towards problem gamblers and training programmes in Japan. *Nordisk Alkohol Nark*. 39(6) : 634-650, 2022.
 - 20) 内閣官房ギャンブル等依存症対策推進本部事務局. ギャンブル等依存症対策推進基本計画 (平成31年4月19日閣議決定) 令和3年度までの進捗状況について https://www.kantei.go.jp/jp/singi/gambletou_izonsho/pdf/r04_shintyoku_jyoukyou.pdf (2023-04-01閲覧)
 - 21) 川岡和也, 佐藤寛志, 小原圭司ほか. ギャンブル等依存症支援における鳥根県益田圏域の取り組み. *保健師ジャーナル* 76(2) : 107-113, 2020.
 - 22) 佐藤寛志, 小原圭司. ギャンブル等依存症の当事者支援における3層に分けた人材育成の取り組み 公衆衛生情報. 50(10) : 20-21, 2020.
 - 23) 内閣官房ギャンブル等依存症対策推進本部事務局. 第8回ギャンブル等依存症対策推進関係者会議 (令和3年12月10日) 資料1(3) 【個別論点1-1】公営競技におけるインターネット投票に係る現状及びその依存症対策について. https://www.kantei.go.jp/jp/singi/gambletou_izonsho/kaigi/dai8/siryoul-1.pdf

(2023-04-01閲覧)

- 24) 内閣官房ギャンブル等依存症対策推進本部事務局. ギャンブル等依存症対策 都道府県説明会 (令和4年4月25日) 資料2 ギャンブル等依存症対策推進基本計画 (概要)

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/gambletou_izonsho/setsumeikai/dai2/siryou2.pdf

(2023-04-01閲覧)

- 25) Canadian Casinos. Playtech Brings BetBuddy to Ontario Fortifying OLG Player Protection Practices. <https://www.canadiancasinos.ca/news/playtech-brin>

[gs-betbuddy-to-ontario-fortifying-olg-player-protection-practices/](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/gambletou_izonsho/kaigi/dai8/siryoul-3.pdf)

(2023-04-01閲覧)

- 26) 内閣官房ギャンブル等依存症対策推進本部事務局. 第8回ギャンブル等依存症対策推進関係者会議 (令和3年12月10日) 資料1(3)【個別論点2】宝くじ及びスポーツ振興くじについて (総務省・スポーツ庁提出資料).

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/gambletou_izonsho/kaigi/dai8/siryoul-3.pdf

(2023-04-01閲覧)

ICD-11における複雑性PTSDの理解と対応

久留米大学保健管理センター・久留米大学医学部神経精神医学講座 大江美佐里
 福島県立医科大学 災害こころの医学講座 前田 正治

抄録：ICD-11における複雑性PTSDはPTSD診断（再体験、回避、現在の脅威の3症状）を満たし、かつDisturbance of Self-Organization（DSO、自己組織化の障害）と呼ばれる3症状（感情の麻痺または過剰な反応、ネガティブな自己概念の持続、対人関係困難）を加え、計6症状全てが該当する場合に診断される。従前の複雑性PTSD概念は心的外傷で分類していたが、ICD-11では出来事ではなく症状の違いにより分類している。治療にあたっては患者の安全の確保が最重要である。臨床的には罪責感、怒りと衝動性が大きなテーマとなることが多い。薬物療法、精神療法、地域のネットワークと、持てる資源を最大限活用する姿勢が重要である。治療者自身の疲弊、受傷にも気をつけチームとして接することが有用であろう。

Key words : Complex PTSD, Disturbance of Self-Organization, grounding technique, guilty, anger

1. 従来の複雑性 PTSD から ICD-11における CPTSD 診断に至った経緯

2018年に公表されたICD-11では、これまでのPTSD（Post Traumatic Stress Disorder）に加え、Complex PTSD（本章のみICD-11での診断を「CPTSD」と略す）という新たな診断名が加わった。CPTSDはPTSD診断（再体験、回避、現在の脅威の3症状）を満たし、かつDisturbance of Self-Organization（DSO、自己組織化の障害）と呼ばれる3症状（感情の麻痺または過剰な反応、ネガティブな自己概念の持続、対人関係困難）を加え、計6症状全てが該当する場合に診断される。心的外傷の基準はPTSDとCPTSDで大きな違いはない。再体験症状についてはDSM-5の記述よりもより鮮明なものであることを求め、vividな、今まさに起きている侵入的な記憶やイメージとして生じるとされている。単なる記憶の想起ではないことに注意が必要である。

CPTSDは従来の「複雑性PTSD」と呼ばれる概念と大きく異なっている点があることに注意が必要である。従来の複雑性PTSD概念は児童期の虐待体験や戦時捕虜のように長期反復性の心的外傷によって生じる一連の症状のことを指してい

た。しかし複雑性PTSDで示される症状が単回の心的外傷でも生じること等の理由からDSM-5では複雑性PTSDは診断名として採用されなかった³⁾。これをふまえ、ICD-11では心的外傷の種類ではなく、症状のあり方によってPTSDとCPTSDを分類し、診断名として採用されることとなった。このように紆余曲折がありながらもCPTSD診断を成立させた背景には、トラウマ臨床におけるDSOの重要性があるだろう。従前のPTSDを恐怖と記憶に関連する疾患としてとらえる考え方だけでは十分な治療ができなかった患者群に対して、感情調整の問題、自己価値観の問題、対人関係の問題をテーマとして取り上げることにより、トラウマ臨床における患者の理解が深まり治療の発展につながったといえる。

2. 複雑性 PTSD 治療の原則

以下治療について論じるにあたっては、従来の複雑性PTSD概念とICD-11でのCPTSDについて厳密な区別をしなため、用語を「複雑性PTSD」として話を進める。またPTSD症状の用語についてもDSM-5に準拠しているものもあることをご了承いただきたい。

複雑性 PTSD の場合、そうでない PTSD に比べ、多くの場合、並存疾患もあり機能的障害も強い。様々な治療者の立場があるだろうが、ここでは多くの治療において共通するような、複雑性 PTSD に特有の問題についてのアプローチを紹介したい。治療を始めるにあたって、まず重要な原則がある。それは、患者の安全の確保である。患者のトラウマが、たとえば配偶者間暴力や虐待のように現在進行形である場合、あるいは患者の自殺の恐れが高い場合、まずはそれらへの早急で、かつ現実的な対応が求められる。この患者の安全を確保・確認することは、何をおいても優先されることである。

さて、とりわけ複雑性 PTSD の場合、その人が本来有する健康な側面と、外傷性記憶に基づく PTSD 症状との区別が自他ともに難しい。そして広範な精神症状は、しばしばその人の生活全般に影響を与え、それが機能的な障がいとなってその人を苦しめることになる。患者にとっても、そのような生きづらさが症状に由来するとは思わずらく、もともとって生まれた性格に由来していると考えてしまう。すなわち症状自体が自我違和性を欠き、親和的でさえある。この自我親和性は、トラウマ体験から時間が経過していればいるほど、あるいはそのトラウマ体験自体が長期化していればいるほど顕著になる。典型的には DSO に関連した症状群であるが、そればかりでなく、PTSD の中核症状である侵入性症状や覚醒亢進症状、あるいは麻痺症状もまたしつこく、日常的にその人を苦しめていることも多い。

このように症状がその人に「貼りつく」ように現れてしまうと、その人にとって何が症状で何が性格であるかわからず、したがって治療動機も生まれづらい。そこで、まずは PTSD に関する心理教育が重要となる。何が症状と考えられるか、当面何を治療の目標にすべきか、患者とともに話し合う過程が大切となるし、こうした治療的合意を図れると、後の治療の進展も図れる。ただし、治療の方向性については、治療プロセスの中で柔軟に修正したり変更したりすることが大切となる。この柔軟性は複雑性 PTSD 治療の際には非常に重要であって、一つの治療モデルよりも、様々な

治療コンポーネントを組み合わせた多重コンポーネントモデルのほうが有効であるといわれる²⁾ 所以である。

3. トラウマと症状との関連

PTSD の心理教育では、治療に先駆けて、なぜこのような症状が引き起こされたのか、それをトラウマとの関連でわかりやすく患者に説明し理解してもらう。そして、こうしたトラウマを被った場合にはどのような人でも PTSD になりうること、患者が特有の弱さやもろさを持ち、それが原因で発症したのではないことも併せて伝える。これは normalization といわれるプロセスで、臨床でも、あるいは災害現場などでも通底する大切な心理教育の原則である。

一方で上述したように、複雑性 PTSD、とくに長期間トラウマを受けていた場合には、症状や障がいがある人の生活全般に長期間及んでいる場合が多く、すると「長い間この自分を苦しめてきたのは、全てトラウマのせいか」という結論にもなる可能性がある。そもそも PTSD モデルは、しばしば骨折モデルに例えられるような、ある一定の応力が働いた結果引き起こされた反応・結果という直線的因果律で語られる。この単純な因果律モデル、過度な還元主義的な理解は、とくに複雑性 PTSD の治療の際にはかえって妨げになることもある。

患者から語られたトラウマ体験が、(すべてではないにせよ) 患者の内的な、あるいは外的な世界に大きな影響を与えていた可能性を、一つの仮説として提示するような態度が大切である。そしてこうした仮説提示とともに、あるいはそれ以上に大切なことは、トラウマ体験をきちんと聞くことである。何があったのか、患者の語りをまずはしっかりと聞くことである。この傾聴によって、患者が語るトラウマを治療者が重視していることも伝わる。一方で、トラウマ体験の語りの傾聴が、実のところ本当に難しい。時間もかかるし、患者の語りは往々にしてバラバラで、理解することが大変な場合も、また理解し難いような気持ちになることもあるかもしれない。このトラウマ体験の語りと理解がとくに難しいのが、複雑性

PTSD のトラウマ体験の特徴だろう。時には、数か月もかかってようやくおぼろげながら何があったのか理解できることもある。

4. 罪責感

さて、DSO の中で繰り返し患者を苦しめることになるテーマが根深い罪責感、自責感である。この罪責感は、しばしば抑うつ症状や希死念慮に発展することもあるが、気分障害のそれとちがいで、エピソードとして現れるというよりも、患者の中に澱のようにつと留まっていて、些細なことで活性化される。もっともあまり患者からは語られることがなく、むしろ怒りや衝動性などとして出現しやすい。そして、しばしば自傷行為など衝動的な行動に結びついてしまう。したがって治療の早い段階から、この罪責感に焦点を当て、患者の気づきを高めていくことは大切である。ただしこれは複雑性 PTSD に限らないことであって、遺族はもちろん性被害者などにも共通して治療初期から大きなテーマになることが多いだろう。もちろんトラウマに焦点化された治療においても、主要な治療テーマであるし、たとえば認知処理技法などではこの罪責感情の取り扱いに多くの時間が割かれることだろう。

5. 怒りと衝動性

複雑性 PTSD のケースに相對するときテーマの一つになるのが、激しい怒り感情やその時のコントロール不全感である。罪責感情と同様に、患者に自覚されている場合もあればそうでない場合もある。ただ、内なる衝動性の高まりに苦しんでいるという自覚は多くの患者は持っているので、治療はその気づきから入っていくことが多いと思う。その場合、怒り感情の認知的側面に焦点を合わせる治療者もいるかもしれない。ただ筆者は、怒り感情発露には身体的な過緊張を伴うことが多いことから、筋弛緩や呼吸法から対処能力を高めていくことがより行いやすいと考えている。強い怒り感情発露は、解離と似たようなコントロール不全感があるので、トラウマ臨床でよく用いられるグラウンディングもまた有効である。グラウンディングとは、解離（フラッシュバックも

解離症状の一つである）状態にあるとき、自分の心身と現実とのつながりを取り戻してもらうために「いま、ここ」という現実を実感してもらう方法であり簡易なものでは、1) 手首に輪ゴムやヘアゴムを巻いてもらっておいて、解離が起きそうになったら、ゴムをパチンと言わせる、2) 冷たい水に手や顔をつけてもらう、などがある。

ただこのような、身体から溶かし込んでいくようなアプローチは、その時咄嗟にできるという訳ではなく、毎日毎日練習を繰り返していく必要がある。つまり、対処法として身につくまでかなり時間がかかってしまうのが難点である。したがって、そのような技を患者が身につけるまでは、薬物療法に頼らざるを得ないことも多い。本邦で認可されている PTSD 治療薬は selective serotonin reuptake inhibitor : SSRI のみであるが、衝動性が高い患者にはやはり使いづらい。第二筆者（前田）は、抗うつ薬として用いる場合は、Noradrenergic and specific serotonergic antidepressants : NaSSA（ミルタザピン）は即効性も期待できることもあって、もっとも用いやすい。その他、しばしば抗精神病薬、とくにアリピプラゾールやクエチアピンといった新規抗精神病薬をこのようなケースに用いている。もっとも最近のコクランレビュー⁵⁾でも、PTSD 治療における抗精神病薬の有用性評価はきわめて低いままである。これは、多くの治験が自殺リスクも含めた衝動性が強いケースを対象除外していることも理由にあるかもしれない。いずれにせよ、このような複雑性 PTSD 例の有する衝動性に対応した薬物療法のエビデンスがもっと集積されることを期待している。

6. トラウマに焦点化した治療

PTSD 臨床領域では、治療エビデンスが集積しているのは、様々なトラウマに焦点化した治療である。本邦ではじめて試みられた持続エクスポージャー法をはじめ、現在では多くの技法が PTSD 治療に試みられ、またその多くは複雑性 PTSD にも有用である。一つ一つを紹介することはできないため、多くの臨床家にとってわかりやすく書かれている 2 冊のガイドブックを紹介したい。一

つは Schnyder, U と Cloitre, M が編者を務めた「トラウマ関連疾患心理療法ガイドブック(邦題)⁴⁾」で、もう一つが、飛鳥井が編者を務めた「複雑性 PTSD の臨床実践ガイド¹⁾」である。両書とも治療法の紹介のみならず、豊富な事例の紹介もあって、とてもわかりやすい。

今までこうした各種技法の紹介では、どちらかという治療法の違いについて強調されることが多かったが、これらの書籍では、各治療法に共通しているコンポーネントについても詳しく述べられている。たとえば前書においては、「心理教育」「感情調節と対処スキル」「想像暴露」「認知処理・再構成」「感情」「記憶処理」の6つの共通因子があげられている。これらは、様々な治療法で多かれ少なかれ共通しているコンポーネントであるが、とくに複雑性 PTSD においては、そうしたコンポーネントの組み合わせ、あるいはそれらを施行する順序の工夫が大切であることが強調されている。

7. 最後に：治療を支えるもの

複雑性 PTSD ケースは、複数の、そして長期的な生活障がいを抱えているために、経済的に困窮している人も少なくない。経済的困窮から治療どころか生活もままらなくなり、ますます自らの健康を害してしまうという悪循環に陥ったケースも多いのである。したがって、そうした経済的安定性を確保するための工夫も大切である。筆者の場合も、たとえば障害年金を申請した複雑性 PTSD 例も非常に多かったし、ソーシャルワークの重要性もそうでない PTSD に比べとくに高かった。その他、地元の様々な資源、保健師等の

行政関係者や職場、学校などのリソースとの連携を図ったケースも少なくなかったし、とりわけ(かりに機能不全的であったとしても)家族の支援は決定的に重要であった。

最後に、こうした支援ネットワークの一つである治療者自身の疲弊、受傷にも気を付けなければならない。熱心で有力な治療者であればあるほど、代理受傷の恐れは高まる。上記のようなネットワーク連携の大切さもあわせ、治療者個人でというよりも、仲間とともに、あるいはチームとともに治療・ケアに取り組むという姿勢もまた複雑性 PTSD 例に相対する場合には求められる。

文 献

- 1) 飛鳥井望(編)：複雑性 PTSD の臨床実践ガイド トラウマ焦点化治療の活用と工夫。日本評論社、東京、2021。
- 2) Maercker A, Cloitre M, Bachem R, et al. : Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*, 400(10345) : 60-72, 2022.
- 3) 大江美佐里：複雑性 PTSD における診断の歴史と意義 児童期の逆境体験 ACEs の問題を含めて。精神療法47 : 432-437, 2021.
- 4) Schnyder, U & Cloitre, M (eds.) : Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders : A Practical Guide for Clinicians. トラウマ関連疾患心理療法ガイドブック：事例で見る多様性と共通性。(監訳) 前田正治, 大江美佐里, 誠信書房, 東京, 2017.
- 5) Williams T, Phillips NJ, Stein DJ et al. : Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 3 : CD002795, 2022. doi : 10.1002/14651858.CD002795.pub3.

身体的苦痛症 (ICD-11)

～その概念、診断、治療について

東北医科薬科大学医学部精神科学教室、東北医科薬科大学若林病院精神科 山田 和男

和文抄録

身体的苦痛症は、ICD-11において初めて採用された診断名である。患者が苦痛を感じ、過度の注意が向けられる身体症状を伴うという特徴を持つ。身体的苦痛症は、ICD-10の身体表現性障害の後継となる診断名であると考えられるが、身体化症状の存在は必須条件ではなく、身体症状に過度の注意が向けられていることに重点が置かれている。それゆえ、身体的苦痛症と身体表現性障害の疾患概念はまったく異なるものであるという認識が必要である。身体的苦痛症は、DSM-5の身体症状症とほぼ同義と考えてよいと思われる。身体的苦痛症の治療は、身体表現性障害の治療に準じて行うのが妥当であろう。具体的には、向精神薬（抗うつ薬など）や漢方薬による薬物療法と、認知行動療法をはじめとした心理社会的アプローチの組み合わせが主となる。筆者が日常臨床において実践している、身体的苦痛症患者に対する認知行動療法的アプローチについても紹介したい。

Key words : Antidepressants, Bodily Distress Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Somatic Symptom Disorder, Somatoform Disorder

1. “身体的苦痛症”とは何か？

“身体的苦痛症 (Bodily Distress Disorder)”は、ICD-11において初めて採用された診断名(疾患概念)である。

身体的苦痛症は、患者の身体面における障害を経験することによって特徴づけられる疾患カテゴリーである“身体的苦痛または体験症群 (Disorders of bodily distress or bodily experience)”に分類される疾患の1つであり、患者が苦痛を感じ、過度の注意が向けられる身体症状を伴うという特徴を持つ疾患である。

詳細は後述するが、身体的苦痛症はICD-10の“身体表現性障害 (Somatoform Disorder)”を踏襲する疾患概念であると考えられる。身体的苦痛症は、DSM-5の“身体症状症 (Somatic Symptom Disorder)”とほぼ同義と考えてよいと思われるが、診断をする際の持続期間などに若干の相違がみられる。

2. 身体的苦痛症の診断

ICD-11の診断ガイドラインによれば、身体的

苦痛症の診断に必須の特徴としては、①本人にとって苦痛に感じられる複数(典型的)または単一(痛み、疲労が多い)の身体症状が出現していること、②過度の注意がその症状に向けられていること、③その注意は適切な検索や医療者による保証によっても軽減されないこと、④身体症状が持続する(例えば3ヶ月以上)ことが挙げられている。

身体的苦痛症に関連して最もよくみられる身体症状は、痛み(例えば、筋骨格痛、腰痛、頭痛)、疲労、胃腸および呼吸器症状であるが、それ以外のどのような身体症状であっても、患者にとって過度の注意を向ける対象となりうるとされている。

過度の注意には、症状の重症度やそれらの否定的な結果への固執を含み、医療的に必要とみなされる範囲をはるかに超えて、身体症状に関連する医療機関を何度も受診する行為に表れることがある。症状を引き起こしたり寄与したりする身体疾患(医学的状態)が既に確定している場合には、症状に向けられる注意の程度が、その身体疾

患の性質や重症度に鑑みて明らかに過剰となる。

身体的苦痛症の鑑別診断としては、気分症（気分障害）群の疾患、全般不安症（全般性不安障害）、パニック症（パニック障害）、心気症（健康不安症）、自らに負わせる作為症などが挙げられる。

また、ICD-11では、身体症状症を“軽度”、“中等度”、“重度”の3つの重症度に分ける。いずれも、身体苦痛症の診断に必須の特徴がすべて存在することが必須条件である。

“軽度”では、身体症状やその結果に向ける注意は過度であり、そのために頻回に医療機関を受診しているかもしれないが、症状にとらわれてはいない。目安として、症状に集中する時間は1日に1時間未満である。また、社会機能には著しい機能障害は認められない。“中等度”では、とらわれが持続（症状に集中する時間が1日に1時間以上）しており、中等度の社会機能障害をもたらしている。“重度”では、医療機関への受診が患者の生活の中心となり、身体症状やその否定的な結果がほぼ唯一の関心事となる。また、就労できない、友人・家族と疎遠になる、対人交流や余暇活動をやめてしまう等の、きわめて深刻な社会機能の障害を認める。

3. 身体的苦痛症（ICD-11）はICD-10の何にあたるのか？

ICD-11の身体的苦痛症は、ICD-10の“身体表現性障害”に対応するものと考えられる。すなわち、身体的苦痛症は、ICD-10の身体化障害、鑑別不能型〔分類困難な〕身体表現性障害、身体表現性自律神経機能不全、持続性身体表現性疼痛障害などが該当すると思われる。ただし、身体疾患の存在の有無に関する規定については曖昧で、問題となる症状を引き起こしている身体疾患があったとしても、症状に向けられる注意の程度が明らかに過剰であれば、身体的苦痛症と診断することが可能なのである（身体表現性障害では、基本的には器質的な異常がないことが診断の前提となっている）。

ICD-10の心気障害の一部も身体的苦痛症に該当し得るが、ICD-11では、強迫症または関連連

群の中に“心気症（Hypochondriasis）”という診断名があるため、多くはこちらに該当するものと思われる。

4. 身体的苦痛症（ICD-11）と身体表現性障害（ICD-10）の相違点

身体的苦痛症（ICD-11）は身体表現性障害（ICD-10）とオーバーラップしている部分が多い。しかし、身体的苦痛症と身体表現性障害の疾患概念はまったく異なるものであり、身体的苦痛症イコール身体表現性障害ではないという認識が必要となる。

最大の相違は、身体表現性障害の主な病像であった「所見は陰性が続き症状にはいかなる身体的基盤もない」（ICD-10）という条件が、身体的苦痛症では必須ではないという点であろう。ICD-10やDSM-IV-TRの身体表現性障害は、身体化（somatization）という概念が1つのキーワードであったが、ICD-11の身体的苦痛症を診断する際に、身体化症状の有無は問われない。それゆえ、身体的苦痛症を診断する際には、身体表現性障害と同様に、身体化症状の有無を判断材料にすることにより、本来であれば身体的苦痛症と診断すべき患者を見落とす危険があるので、注意が必要である。身体的苦痛症は、身体表現性障害の後継となる診断名であるものの、疾患概念はまったく異なるものであるという認識が必要であろう。

身体的苦痛症では、身体疾患の存在の有無に関する規定については曖昧で、問題となる症状を引き起こしている身体疾患があったとしても、症状に向けられる注意の程度が明らかに過剰であれば、診断することが可能となっている。すなわち、身体表現性障害は、身体症状に対する自覚症状があっても、他覚所見（検査上の異常など）がないか、あったとしても訴えに見合う程度のものではない場合に診断された。その際に、身体症状に対する過度の注意（とらわれ）の有無に関しては問われなかった。一方、身体的苦痛症は、身体症状に対する自覚症状があり、なおかつ身体症状に対する過度の注意を認める場合に診断される。その際に、他覚所見の有無に関しては問われな

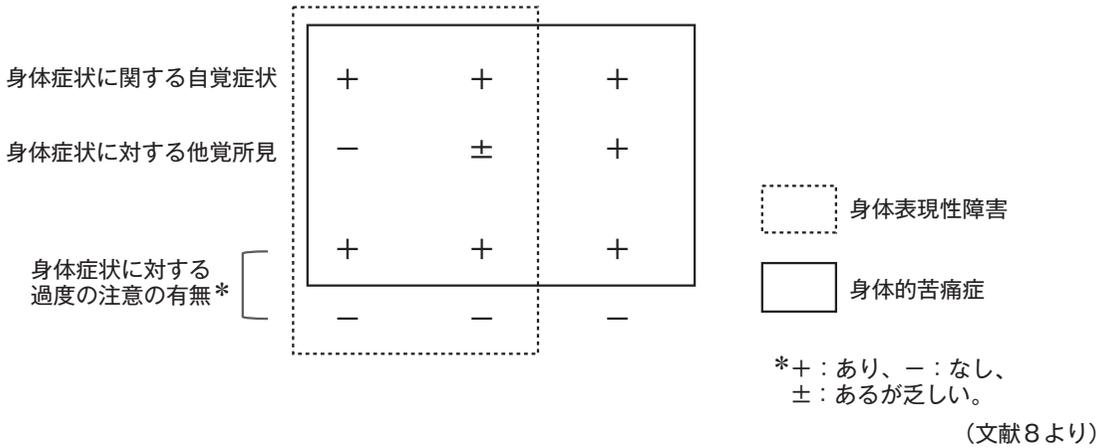


図1 身体的苦痛症と身体表現性障害

い。以上を示したものが図1⁸⁾である。

5. 身体的苦痛症を診断する際の注意点

前述のように、かつての身体表現性障害(ICD-10、DSM-IV-TR)は、身体化という概念が1つのキーワードであったが、身体的苦痛症を診断する際に、身体化症状の有無は問われない。

前項の繰り返しになるが、身体表現性障害を診断する際には、身体化症状(身体症状に対する他覚所見とは不釣り合いに強い自覚症状を患者が訴える場合を含む)の存在の有無を判断材料の1つとしていた。しかし、身体的苦痛症では、診断の際に、患者が身体症状に対して過度の注意を向けているか(身体症状にとらわれているか)否かに重点が置かれており、身体化症状の有無は、診断の際の必須条件ではない。すなわち、診断の際に、身体表現性障害では、患者の訴える症状が身体化症状である(身体症状に対する他覚所見がないか、あったとしても乏しい)ことに主眼が置かれていたのに対して、身体的苦痛症では、患者の身体症状に過度の注意が向けられていることに重点が置かれている(図1)。

それゆえ、身体表現性障害と同様に、身体化症状の有無を診断の際の判断材料にすることにより、本来であれば身体的苦痛症と診断すべき患者を見落とす危険があるので、注意が必要である。身体的苦痛症は、身体表現性障害の後継となる診

断名であるものの、疾患概念はまったく異なるものであるという認識が必要となろう。

6. 身体的苦痛症(ICD-11)はDSM-5の何にあたるのか?

ICD-11の身体的苦痛症は、DSM-5の“身体症状症”とほぼ同義と考えてよいと思われる。

しかし、診断をする際の持続期間(身体的苦痛症は3ヶ月以上、身体症状症は6ヶ月以上)などに若干の相違がみられる。また、DSM-5では心気症という診断名はなく、DSM-IV-TRで心気症と診断されていた患者の75%が身体症状症に組み込まれ、25%が病気不安症に組み込まれることが本文中に明記されている。ところが、上述のように、ICD-11には心気症の診断名が、強迫症または関連症群の下位疾患として残っていることから、身体的苦痛症(ICD-11)が身体症状症(DSM-5)とまったく同一というわけではなさそうである。

また、DSM-5の身体症状症は、ICD-11の身体的苦痛症と同様に、“軽度”、“中等度”、“重度”のいずれかの重症度を特定する(特定用語)。DSM-5の身体症状症における重症度は、主として診断基準Bの3つの症状のうちいくつかを満たしているかによって判定するのに対して、ICD-11の身体的苦痛症では、主に症状への過度の注意の程度と社会機能の低下の程度から、総合的に重

症度を判定しているため、同一の患者であっても、2つの疾患の重症度判定が異なることもありうる。

なお、DSM-5では“身体症状症、疼痛が主症状のもの（従来の疼痛性障害）”に分類されるであろう“慢性疼痛（chronic pain）”は、ICD-11では精神、行動、神経発達の疾患”とは別の章（“他に分類されない症状、徴候または臨床所見”）に分類されており、身体的苦痛症とは診断されないようである（慢性疼痛と身体的苦痛症が併記診断される可能性はある）。

7. 身体的苦痛症の治療

前述のように、身体的苦痛症は、ICD-11において初めて採用となった診断名である。それゆえ、当然のことではあるが、身体的苦痛症の治療に関するエビデンスはほとんど存在しない。身体表現性障害（ICD-10、DSM-IV-TR）を対象とした臨床研究の結果はいくつか知られている（ただし、統合失調症、気分症、不安症などの他の精神疾患の研究と比較してきわめて少ない）が、前述のように、身体的苦痛症と身体表現性障害とでは疾患概念がまったく異なることから、厳密には身体的苦痛症の治療法イコール身体表現性障害の治療法とすることはできない可能性がある。ただし、2つの疾患の患者はかなりオーバーラップしていると考えられることから、身体表現性障害の治療に関するエビデンスは、おそらくは身体的苦痛症を治療する際にも有用であると考えられる。

また、身体的苦痛症とDSM-5の身体症状症は、疾患概念が類似しており、患者もかなりオーバーラップしていると考えられるものの、こちらもイコールではない。それゆえ、身体的苦痛症の治療法イコール身体症状症の治療法とすることはできない可能性がある。そもそも、身体症状症という診断名も比較的新しく、2013年に初めて採用となったことから、治療に関するエビデンスはほとんどない。

以上のことから、実際に身体的苦痛症を治療する際には、身体表現性障害の治療に準じて行うのが妥当であろう。具体的には、向精神薬（抗うつ薬など）や漢方薬による薬物療法と、認知行動療

法をはじめとした心理社会的アプローチの組み合わせが主となるであろう。

身体的苦痛症の薬物療法としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（selective serotonin reuptake inhibitor：SSRI）、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（serotonin noradrenaline reuptake inhibitor：SNRI）、三環系抗うつ薬（tricyclic antidepressant：TCA）などの抗うつ薬が第一選択薬となると考えられる（ただし、すべての抗うつ薬は、身体的苦痛症に対しては適応外使用である¹⁾³⁾。身体的苦痛症患者では、薬剤の副作用に敏感であることが多いため、低用量から開始すべきである。しかし、効果を認めない場合には、増量を躊躇すべきではない。ベンゾジアゼピン系薬剤は短期的には効果を示す場合もあるが、依存のリスクを考慮すれば、長期投与は避けるべきである。

痛みが主症状の身体的苦痛症に対しては、エビデンスには乏しいものの、TCAやSNRIなどのノルアドレナリン系にも作用する抗うつ薬を用いることが多い⁷⁾⁹⁾。筆者らが行ったアミトリプチリンを用いた研究結果²⁾によれば、口腔顔面領域における疼痛性障害（DSM-IV-TR）に対して、痛みの消失までに必要なアミトリプチリンの用量の平均は77.5mg/日であり、50%の患者は100mg/日未満の用量では痛みの消失を認めなかった。

エビデンスには乏しいものの、経験的には、漢方医学的理論に基づいた漢方治療（随証療法）も、身体的苦痛症に対して有効でありうる。筆者らは、100例の身体表現性障害（DSM-IV-TRの鑑別不能型身体表現性障害または転換性障害）の症例に対して随証療法を行うことにより、3ヶ月後には、治療開始前と比較して、有意な生活の質（quality of life：QOL）の改善を認めたことを報告している⁶⁾。本報告において注目すべき点は、患者のQOLのうち、身体的領域QOLと心理的領域QOLのいずれもが、漢方治療により改善していることである。すなわち、漢方治療により、身体症状が軽減することによって身体的領域QOLが改善しているのと同時に、心理的領域QOLも改善していることから、不安などの精神

症状の改善も認めていることが示唆された（他の領域の QOL に関しては、有意な変化を認めなかった）。

身体的苦痛症に対する心理社会的アプローチとしては、特に痛みが主症状である場合には、認知行動療法が有効である³⁾。マインドフルネスに基づく治療もまた、有効である可能性が示唆されている³⁾。

難治の痛みを訴える患者においては、痛みを世界の終末（＝破局）のような最悪の出来事であると極端に解釈してしまう“破局的思考”を認めることが多いことが、2000年代後半頃から指摘されてきた⁵⁾。破局的思考が、痛みを継続・悪化させるサイクルを作り出しているという“痛みの恐怖回避モデル”⁵⁾が提唱されており、このサイクルを止めるための治療として、認知行動療法が期待されてきた⁹⁾。慢性疼痛に対する認知行動療法は広く行われており⁴⁾、わが国においても、身体表現性疼痛障害患者に対して集団認知行動療法が有効であったという報告¹⁰⁾がされている。

しかし、日常臨床において、身体的苦痛症に対する認知行動療法を施行するには、時間と労力の面で限界がある。そこで筆者は、認知行動療法的アプローチ⁹⁾として、①病名の告知と保証、②症状に固執しないこと、③ストレス要因との関連、④コーピングの会得、などの指導のみを行っている。

①最初に、“身体的苦痛症”という病名を患者に告知し、診断に至った根拠を説明する。さらに、現在、患者を悩ませている身体症状は、身体的苦痛症によるものであり、単に精神的なもの（気のせい）ではないこと、死につながるような病気ではないことを保証する。

②身体症状に固執したり、身体症状を意識したりするような行動（例えば、患部を触る、鏡などで何度も確認するなど）をしないように指導する。患者は、自らの身体症状にかかわりすぎるあまり、日常生活に支障をきたしている（病前のレベルの生活ができていない）ことが多いので、身体症状の有無にかかわらず、病前のレベルの生活を維持するように助言し、身体症状が患者の生活様式を決定する因子にならないように指導する。

すなわち、身体症状にふりまわされないように助言する（身体症状にふりまわされることによって、さらに病状の悪化を認めることが多いため）。

③身体症状は、ストレス要因により出現したり増悪したりすることが多い。そこで、まず患者に、身体症状を悪化させるストレス要因を自覚させる。心理社会的ストレス要因（精神的ストレス要因）は、身体症状を悪化させる最大の因子であると考えられているが、その他のストレス要因、例えば寒冷や熱暑、低気圧（台風）などの物理的ストレス要因によっても身体症状が悪化することもある。経験的にも、冷えることによって身体症状が増悪すると言う身体的苦痛症の患者は多い。患者に対しては、あらゆる種類のストレス要因（＝すべての“生体の恒常性を乱すもの”）に目を向けさせるべきである。

④ストレス下においても、何らかの対処法（コーピング）を行うことにより、身体症状の出現や増悪を防止できることがある。それゆえ、ストレス要因に対するコーピングを身につけさせる。コーピングの方法は患者ごとに異なるので、各々の患者に対して適切なコーピングのレパトリーをそろえるように助言する。

8. 結語

以上、ICD-11において初めて採用された診断名である身体的苦痛症について、その疾患概念、診断、ICD-10やDSM-IV-TRの身体表現性障害との相違点、診断する際の注意点、DSM-5の身体症状症との相違点、治療法について概説した。

身体的苦痛症の有病率はよくわかっていないが、DSM-5の身体症状症と同様であると考えれば、成人ではおそらく5～7%であると思われる。軽症の身体的苦痛症患者の多くは、精神科以外の一般診療科を受診している可能性が高い。精神科臨床で診る機会が多い身体的苦痛症の患者は、おおむね難治例や重症例が多いと思われる。

本稿の内容が、精神科日常臨床において身体的苦痛症患者を診療する際の一助となれば幸甚である。

文 献

- 1) Henningsen P : Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci*, 20 : 23-30, 2018.
- 2) Ikawa M, Yamada K, Ikeuchi S : Efficacy of amitriptyline for treatment of somatoform pain disorder in the orofacial region : a case series. *J Orofac Pain*, 20 : 234-240, 2006.
- 3) Kurlansik SL, Maffei MS : Somatic symptom disorder. *Am Fam Physician*, 93 : 49-54, 2015.
- 4) Otis JD : *Managing Chronic Pain : A Cognitive-Behavioral Therapy Approach Therapist Guide (Treatment That Work)*. Oxford University Press, Oxford, 2007. (伊豫雅臣, 清水栄司訳: 慢性疼痛の治療: 治療者向けガイドー認知行動療法によるアプローチ. 星和書店, 東京, 2011.)
- 5) Vlaeyen JWS, Linton SJ : Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain : a state of the art. *Pain*, 85 : 317-332, 2000.
- 6) Yamada K, Den R, Ohnishi K, et al. : Effectiveness of herbal medicine (kampo) and changes of quality of life in patients with somatoform disorders. *J Clin Psychopharmacol*, 25 : 199-201, 2005.
- 7) 山田和男 : 疼痛治療と向精神薬 : その使い分け. *臨床麻酔*, 44 (臨時増刊号) : 261-269, 2020.
- 8) 山田和男 : 身体的苦痛症または身体的体験症群. *精神神経学雑誌*, 123 : 515-520, 2021.
- 9) 山田和男 : 痛みと精神医学. *臨床精神薬理*, 25 : 463-470, 2022.
- 10) Yoshino A, Okamoto Y, Doi M, et al. : Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for somatoform pain disorder patients in Japan : A preliminary non-case-control study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 69 : 763-772, 2015.

認知症の人の家族の想いをめぐって

東京慈恵会医科大学 繁田 雅弘

認知症の人の家族の葛藤

2020年に神奈川県のある公立中学校の3年生を対象に「いのちの授業」を行なった。1回のみでの授業であった。初等教育や中等教育で人権教育や倫理教育が特別授業として設けられることがある。今回は3年生が対象となって体育館に集まった。筆者のアルツハイマー型認知症に関する講義を20分ほど聴いた後にグループで課題について話し合った。アルツハイマー型認知症の病態や症状について触れた後に症例を提示した。症例は若年認知症の女性であった。その症例には中学生と高校生の子供がいた。参加する中学生に症例を身近に感じてほしいと考えて選んだ症例であった。症例は数か月単位で病状に目立った進行がみられ、アルツハイマー型認知症というだけでなく、アルツハイマー病が強く疑われる症例であった。症例には顕著な戸惑いと困惑が認められ、些細な状況の変化で混乱して行動が止まるような状態であった。

多くの生徒は自分の母親がアルツハイマー病に罹患したとイメージしたようであった。心理的に衝撃を受けて「考えられない」と訴え、グループワークに参加できなかった生徒もいた。グループワークの後に意見を発表してもらった。女子生徒も男子生徒も次のような意見が聞かれた。「家事を手伝ってあげたい」「家事をいっしょにやりたい」「大丈夫だと言ってあげたい」「お母さんはお母さんだから、と言ってあげたい」との意見であった。これらの意見は医療機関ではなかなか聞くことのできない声であった。いずれも患者本人の不安や拠り所のなさに寄り添う想いがにじみ出ている。

例えば「大丈夫だと言ってあげたい」という思いは、本人が不安になっているのではないか、自信を失っているのではないかと心配するところからきている。本人の気持ちを汲んで言葉を選ん

でいた。認知症診療の場面でこのような訴えを介護する家族から聞いたことはなかった。また「家事を手伝ってあげたい」「家事をいっしょにやりたい」といった声も聞くことはなく、「家事ができなくなったが、無理をしてでも本人にやらせた方がいいか」と質問されたりする。そして「お母さんはお母さんだから、と言ってあげたい」という思いはとくに印象深かった。多くの家族は、以前にはあたりまえにできたことができなくなる姿を受け入れることができず、「人が変わってしまった」「違う人になってしまった」と受け取ることが多い。しかし心ある家族は変わってしまったように見える本人の中に、なんとか以前と変わらぬものを見出そうとする。本人も情けなく惨めになった自分を受け入れられずにいる。そのような状況では「お母さんは、今までと同じお母さん」であると声をかけることはどれだけ本人の心理的な強い支えになることであろうか。

筆者は三十数年にわたって臨床に従事しているが中学生から聞いた訴えを家族から聞いたことはほとんどなかったのである。老年精神科医の竹中星郎(1996)は次のような指摘をしている。「彼ら(家族)は往々にして善意で痴呆患者に自立を強いたり、住所や日付を言わせるような訓練にはげむ……大きな精神的な負担であり、異常行動を生じさせる原因にもなっている」という。家族は能力の低下した本人を受け入れることができないと、本人にできないことを無理強いしたり訓練をしたりしてしまい、それは精神症状、いわゆる行動心理症状たとえば不穏、興奮、攻撃性、情緒不安定などを引き起こすリスクとなると指摘している。また社会学者の井口高志(2007)は、家族は従来の「正常な人間」像と現在の「衰えた相手」という狭間に立たされ、戸惑いや混乱を抱えていると指摘している。元気だった時と顔つきやしぐさも口癖も変わらないにも関わらず、生活動作や

会話が稚拙になるわけである。そのギャップも受け入れることができないのである。また心理学者の扇澤史子（2013）は、家族にとって本人がかげがえのない存在であるほど現実を否認しやすく、訓練的に関わってしまうと指摘している。周りの者が注意して見守り、本人も努力したら、以前の姿に戻れるのではないかという想いを抱いてしまう。本人にとって変わっていく自分の姿を許すことはできないが、それは家族も同じで許すことはできないのであろう。

家族は変わっていく本人の姿を受け入れることができない。良い意味でも悪い意味でも自分に影響力が大きかった人が変わっていくことは心理的に強い衝撃をもたらすものなのであろう。家族にとってかけがえのない人ほど、世話になった人ほど、自分が越えようとした大きな存在であった人ほど受け入れることができず、大きな衝撃になると考えられる（家族が迷惑をこうむってきた人の場合は葛藤が生じないかと言えば、決してそうでもないのである。それはそれで、また異なる複雑な想いをもたらすようである）。

精神症状に対する対応

認知症患者では「被害妄想」といって差し支えないような強い思い込みが生じることがある。精神科医は抗精神病薬などを用いて治療するかもしれない。しかし認知症に伴って生じる妄想は統合失調症や双極性障害といった精神病にみられる妄想と異なり、本人のパーソナリティや長年の周囲との人間関係、生活環境や状況が作用して生じていると理解できることが多い。もちろん家族と本人との情緒的關係が以前から悪いにもかかわらず本人と家族が離れて暮らすことができないような場合（本人が施設入所を拒否する場合など）は、強い情緒的な反応を抑える目的で薬物療法が行われることもある。しかし妄想自体を払拭することはほとんどできない。それを期待して薬物を増量することで錐体外路症状や過鎮静などの副作用が生じる危険がある。

使わずに済ますことができるなら薬物療法は避けたい（欧米では薬物療法を化学的拘束 chemical restraint(s) と呼ぶくらいである）。環境調整

や家族が本人と一緒に居る時間をできる限り減らして刺激を避けるなどの対応が望ましい。妄想にしても、念慮にしても、また猜疑にしても家族が聞き流して取り上げないことで周囲への影響を避けられるなら、あえて治療せずに経過を観るという選択もある。筆者は「ご家族も心配でしょうが、周囲へはどのような影響がありますか」「本人の健康に悪影響がないようなら、このまま様子をみるという選択肢もあります」といった問いかけをする。

「認知症になってから文句ばかり言う」「怒ってばかりいる」と訴える家族に対して、「（認知症になる前は）もともとどんな人でしたか？」「文句を口にしたりすることはありましたか？」「どちらかというところと怒りっぽいところはありましたか？」と病前の人柄に話題を移すと、認知症になってからの状態は意外にそれに近いことを家族があらためて認識できたことがあった。認知症になったからといって人格が変わったわけではないと考えられるようになった。認知症に罹患したという先入観から本人をみてしまうと、本人の様々な変化が「病的」ないし「異常」にみえてしまう。病前の本人の人柄に言及することで家族がしばしば客観的になれるようである。

家族に伝えるべきこと

多くの家族は「またもの忘れが増えた」と外来診療では健忘の悪化ばかりを訴える。たしかにアルツハイマー病（アミロイドの沈着を伴うアルツハイマー型認知症）であれば認知機能障害の進行が目立つが、それらは実臨床で経験する認知症のうちのごく一部である。嗜銀顆粒性認知症や神経原繊維変化優位型老年期認知症（これらの診断は神経病理から広まった診断名であり、実臨床で診断することは容易でない）であれば、物忘れが顕著であっても、生活動作の障害の進行はきわめて緩やかである。家族が「また悪くなった。検査してほしい」との訴えから神経心理検査を行っても、成績が変わっていないことも多いのである。進行するのではないかという不安から家族は症状のあら探しをしてしまい、本人の一挙手一投足に注意が向いて些細な失敗に敏感に反応して、進行

したと受け止めてしまったものと考えられる。悪化したとしか思えなくなっているのである。

これでは日々の生活に希望が持てるはずはない。それだけでなく認知症の本人は認知症と分かってから自分に失望し自身のことを情けなく惨めに思っている。そこへ家族が、「また物忘れがひどくなった」とたたみかけることは本人の希望や生きる気力をさらに奪うことになる。必要なことは、治療効果の目安や目標を健忘症状にするのではなく、日課や家事の継続とすることである。そうすることで、精神的に安定し日課や家事などに再び関心をもって取り組むことができると、状態は多少なりとも改善するのである。

そのためには本人が自信を取り戻し、自尊心や自己効力感を回復させなければならないが、それができれば生活動作の回復も期待できるのである（もちろん失った遂行機能の回復ではなく、自信を失ってやろうとしなかった日課や家事の再開である）。

しかし、どうしても家族はもの忘れを指摘し、注意し、非難してしまうのである。それが変わるためには月単位、場合によっては年単位の時間が必要である。家族が変わることができるまでは、本人と物理的・心理的に距離をとるしか方法はないと筆者は考える。「とにかく離れなさい」「離れるのが最もよい介護」という助言を筆者は多くの家族に行ってきた。（繁田雅弘 2020）

結語にかえて

筆者は治療者として本人を支える者でありたいが、家族を支える者でもありたい。しかし本人の苦悩や葛藤を減らすための介入と、家族の安心を得るための介入は異なり「両者の味方」になることはしばしば容易ではない。1980年代や90年代は認知症医療や認知症介護は認知症の人の家族のためのものであった。そして近年、認知症の本人が発言するようになり、当事者（本人）視点に注目が集まるようになった。マスコミや学会・研修会などの様々な場面で取り上げられ、家族よりも本人よりの考え方をとる人が増えているのではないだろうか。こうした両方の振れを経験した現在、筆者は医療福祉専門職が立つべき位置として過去の家族よりの位置と現在の本人よりの位置の間を、今は適切と考えている。

文 献

- 竹中星郎. 老年精神科の臨床—老いの心への理解とかわり. 1996.
- 井口高志. 認知症家族を生きる. 東信堂, 東京, 2007, p. 207.
- 扇澤史子. 家族心理教育の視点からの説明. 繁田雅弘編. 認知症の人と家族・介護者を支える説明, 医薬ジャーナル社, 2013, p. 113-118.
- 繁田雅弘. 認知症の精神療法 アルツハイマー型認知症の人との対話. HOUSE 出版, 2020.

精神医療、精神保健におけるマインドフルネス

慶應義塾大学保健管理センター 佐渡 充洋

和文抄録

マインドフルネスの概念が医療の領域に導入されたのは1970年代頃からであるが、マインドフルネス認知療法が開発された2000年以降、精神医療・精神保健の領域でもその存在が認識されるようになってきた。マインドフルネス認知療法は、うつ病、不安症などをはじめとして様々な疾患に効果が実証される集団精神療法である。1回2時間のセッションを毎週1回計8回実施するが、そのプログラムの中核は瞑想の実践である。瞑想には集中瞑想と観察瞑想があるが、最初は集中瞑想で注意のコントロール力を高め、その後観察瞑想を通して、思考や気分などを客観的に捉える“脱中心化”の技法を習得していく。この脱中心化がマインドフルネス認知療法では効果発現の中心的な役割を果たすことが想定されている。

Key words : Mindfulness, Cognitive Therapy, De-centering, meditation, depression

1. はじめに

マインドフルネスとは、「気づき」を意味するパリー語の「sati (サティ)」の英訳であり、日本語では「正念」と訳される。正念は仏教の8つの実践徳目のひとつであり、現代的には「意図的に、今この瞬間に、価値判断することなく注意を注ぐこと（筆者訳）」と定義される¹⁾。このことからマインドフルネスとは、ある特定の注意や意識の状態を表す概念であることがわかる。このようなマインドフルネスの概念を最初に医療に導入したのは Kabat-Zinn である。彼は1970年代にマインドフルネスストレス低減法（Mindfulness Based Stress Reduction : MBSR）というプログラムを作成し、慢性疼痛などの患者に実施していた。しかし、当初からこの介入が注目を集めたわけではなかった。マインドフルネスが医療の領域で広く知られるようになったのは、1990年代、うつ病の再発予防を目的に簡易版の認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy : CBT）の開発を研究していた Teasdale, Williams, Segal の3人の心理士が、MBSR と CBT を統合したマインドフルネス認知療法（Mindfulness Based Cognitive Therapy : MBCT）を開発し、これが反復性うつ病の再発予防に効果があることが実証されてから

である²⁾。その後、MBSR や MBCT などのマインドフルネス療法は、慢性疼痛、不安障害、がん患者の心理的ストレスなど、うつ病以外の様々な疾患や症状にも適用範囲が広がり、エビデンスの蓄積も進んできている³⁾。現在では医療の範疇をこえ、教育やビジネスの現場などでもその活用が進んでいる。ここではマインドフルネス療法のうち、精神医学や精神保健の文脈で最も活用されることの多い MBCT に焦点をあてて、マインドフルネス療法の概要を説明していく。

2. マインドフルネス認知療法の構造と技法

詳細については、成書⁴⁾ や別の論文⁵⁾などを参照されたいがここではその概要を述べる。

MBCTは、毎週1回2時間、合計8回のセッションで構成され、集団療法の形式で実施される。6回目と7回目のセッションの間には、終日を沈黙で過ごすサイレントデーのセッションも含まれる。各セッションには、瞑想の実践やその体験を共有するパートと、認知モデルや行動活性化といった認知行動療法の技法のパートがあり、この2つの要素がそれぞれのセッションの中でうまく統合されている。

瞑想には、呼吸や身体の特定の場所（例：脚、

膝、腰)など特定の領域に注意を集め、その感覚を捉える“集中瞑想”と、身体全体・思考・気分・音など、自分を含めた周囲にまで注意の焦点を広げ、そこにある感覚をありのままに観察する“観察瞑想”の2種類ある。MBCTが治療効果を発揮するには、自らの思考や気分、身体感覚などをありのままに観察することのできる力(これを脱中心化という。内容については後述する。)が大きく関わっていることが想定されている。これは主に観察瞑想の実践によって養われるスキルであるが、いきなり観察瞑想を実践するのは初心者には困難である。そのため、MBCTの初期では、呼吸や身体の各部分の感覚を観察する集中瞑想から訓練を始めていく。そうすることで、意図したところに注意を留める力を徐々に高めることができる(瞑想の大まかな流れについては図1に示す)。

このような形で注意をコントロールするスキルが身についてくる治療の中盤以降では、観察の対象を呼吸や身体の一部といった比較的狭い領域から、身体全体・音・思考・気分などへと広げていく(観察瞑想)。なお、マインドフルネスでは、思考や気分といった頭の中の現状も、その他の感覚と同じように感覚の一つとして捉える。すなわち、呼吸や身体感覚を観察する際、我々は時々刻々と変化する現象を観察しているが、思考や気分もそれと同じように、頭の中で時々刻々と変化

する“現象”としてこれを捉えていくということである。呼吸や身体感覚を観察するときと同じように、頭の中の現象(頭の中で起きている感覚の一つ)として、これらをそのまま観察することを練習していく。こうしたトレーニングを積み重ねていくことで、思考や気分といった現象を、冷静に、しかし優しい好奇心をもってありのままに捉える力が身についてくるのである。

治療終盤では、同じ思考や気分でも、ニュートラルな思考や気分ではなく、落ち込みや不安といったネガティブで不快な気分や思考を観察対象にしていく。不快な気分や思考は、私たちが本能的に回避したい体験であるため、これらをありのままに観察することは簡単ではない。しかし、この段階までに培ってきた、呼吸や身体感覚、ニュートラルな思考や気分などを「ありのままに観察する」というスキルを、ネガティブな思考や気分にも同じように適用することで、こうした思考や気分にも巻き込まれず、優しい好奇心をもってこれを観察する力(脱中心化)が身についてくる。

このようにMBCTでは、瞑想の実践がセッションの中心となるが、瞑想の実践を通して得られたスキルを、日常生活で活用できるように、様々な認知行動療法の技法も取り入れられている。具体的には、認知モデルを用いたエクササイズ、行動活性化の技法を用いた行動実験などである。こうした取り組みを通して、思考・行動・身体・気分の関係性の理解を深め、ネガティブな思考や気分が生じてもこれに巻き込まれず、冷静な対応を取ることができるようになる。

3. 適応とエビデンス

このようにMBCTは、瞑想という技法を通して、今ここでの体験をありのままに認識し、より適応的な行動を促していくが、現在、うつ病、不安症、慢性頭痛、がん患者の心理的苦痛、健常人のストレス低減、well-beingの改善など様々な疾患や状態に対して効果が実証されてきている。紙面の都合もあり全ての適応について論じるのは困難であるため、ここではMBCTのうつ病と不安症についてのデータを紹介する。

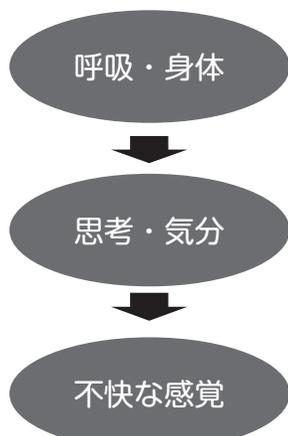


図1 瞑想のステップ

(ア) うつ病

うつ病については、寛解期に実施することで再発予防効果があることが実証されている。また近年では比較的軽症の患者に対する治療効果も徐々に蓄積されてきている。

① 再発予防効果

MBCT の効果が最初に実証されたのは、再発性うつ病の再発予防効果に対してである²⁾。Teasdale et al は、過去にうつ病エピソードがあり現在は症状の寛解している145名の患者を対象に通常治療を継続する群と、通常治療に MBCT を追加する群とで無作為化割付比較対照試験 (Randomized Controlled Trial: RCT) を行った。その結果過去に3回以上のエピソードのある患者112名でサブグループ解析を行ったところ、1年後の再発率は通常治療群で66%であったのに対して、MBCT 併用群では35%と大きく改善することが明らかになった。同様の結果はその後の複数の RCT によって再現されている。また、個人レベルデータを用いたメタアナリシスの結果でも⁶⁾、MBCT は、抗うつ薬との比較、アクティブコントロールとの比較、いずれの場合でも再発予防効果が有意に高いことが示されている (抗うつ薬との比較: Hazard ratio (95% Confidential Interval: 95%CI): 0.77 (0.60-0.98)、アクティブコントロールとの比較: Hazard ratio (95% CI): 0.79 (0.64-0.97))。こうした結果から、MBCT のうつ病の再発予防効果については、MBCT 単独、MBCT + 抗うつ薬の併用療法、いずれの場合でも、抗うつ薬の維持療法と比べて、有意な改善効果があることがわかる。

② 治療効果

このように従来寛解期に実施されることが想定されていた MBCT であるが、近年うつ病の症状顕在期への効果についてもデータが蓄積されるようになってきている。イギリスの National Institute for Health and Care Excellence によるうつ病の臨床ガイドラインは2022年に update されているが、そこで

実施されたネットワークメタアナリシスでは、重症度の低い (less severe) うつ病に対する MBCT の治療効果については、通常治療と比較した場合治療終了時点の標準平均差 (95% CI) は、-0.83 (-1.43 to -0.23) と有意に改善することが明らかにされている⁷⁾。

(イ) 不安症

不安症に対するエビデンスも蓄積されてきている。Haller et al⁸⁾ による2022年のメタアナリシスでは、治療終了時点の標準平均差 (95% CI) が、MBCT で-0.89 (-1.60 to -0.18)、MBSRで-1.42 (-2.34 to -0.50) といずれも改善効果が有意であることが明らかとなっている。こうした知見を踏まえると、マインドfulness療法は通常治療と比較した場合不安症についても効果があることが明らかである。

なお、この Haller et al⁸⁾ のメタアナリシスには、日本の研究結果も含まれている⁹⁾。この研究では、パニック症、社交不安症の患者40名を対象にマインドfulness認知療法による介入群 (n=20) と、待機群 (n=20) の2群に分けて8週間の介入後の State-Trait Anxiety Inventory (STAI) の変化量の群間差を評価している。その結果、状態不安を表す STAI-state の平均差 (95% CI) は、-10.1 (-16.94 to -3.19)、特性不安を表す STAI-trait の平均差 (95% CI) は、-11.7 (-17.0 to -6.4) と、いずれも有意な改善が得られることが明らかとなっている。このことから MBCT は日本においても不安症に効果があると考えられる。

(ウ) 診療ガイドラインにおける位置付け

このようなエビデンスの蓄積に伴い、診療ガイドラインで実施が推奨されている疾患もある。英国の National Institute for Clinical Excellence (NICE) は、2022年うつ病の診療ガイドラインを update しているが、すでに推奨されていた再発性うつ病の寛解期の実施に加えて、重症度の低いうつ病に対する実施の推奨が追加されている⁷⁾。

4. MBCT の効果機序

このようにうつ病の再発予防をはじめ、様々な

症状に対して効果が認められるマインドフルネスであるが、それはどのような効果機序によるものなのであろうか。

マインドフルネスの効果機序については、様々な議論がなされているが、Shapiro et al¹⁰⁾は、その中核は「脱中心化」にあると述べている。脱中心化とは、「思考を、必ずしも真実であるとか、自分そのものの一部として捉えるのではなく、ネガティブな考えや感覚を頭の中を流れ行く出来事としてみる捉え方」⁴⁾とか、「意識の中身（思考そのもの）から切り離して、瞬間瞬間の体験として、明晰さと客観性をもってそれを眺めること（原著の筆者訳）」¹⁰⁾などとされている。筆者なりの言葉でいうと、「思考を動かしがたい『現実』と捉えるのではなく、脳が作り上げるひとつの『現象』と考え、これと関わる態度」と言えるかもしれない。

うつ病の既往のある患者は、ネガティブな出来事に直面すると、落ち込みや不安といった気分誘発されて、「私はダメだ」とか「嫌われているに違いない」などといった否定的な思考が頭に浮かぶようになる。そうした思考は、現実の一面を切り取った見方に過ぎず、様々な形で変化しうるものであるが、それを動かしがたい「事実」として捉えて気分が悪化し、思考もさらにネガティブになるという悪循環がおきる。これがうつ病再発の際に認められるプロセスである。しかし「脱中心化」の技法を習得することで、この反応に変化が起きる。こうした形で思考と距離をとり、それを脳の現象として「観察する」ことで、思考に巻き込まれず、冷静な対応が可能となるのである。これが、マインドフルネスがうつ病に対して効果を発揮する理由であると考えられている。

5. まとめ

MBCT をおとして精神医療や精神保健の領域で活用されるマインドフルネス療法についてその概要をみてきた。マインドフルネスの概念は1970年代から MBSR というプログラムによって医療に導入されていたが、CBT と MBSR とが統合さ

れた MBCT が開発された2000年以降、精神医療、精神保健の領域で認知が広がるようになってきた。現在ではうつ病だけでなく、不安症、がん患者の心理的苦痛など様々な疾患や状態像に対して効果が確認されるようになってきている。瞑想の実践がプログラムの中核になっている MBCT では、思考や気分を冷静に観察する脱中心化が効果発現の中心的な役割を果たしていると考えられている。

引用文献

- 1) Kabat-Zinn, J., *Wherever you go, there you are : Mindfulness meditation in everyday life*. 1994, New York : Hyperion.
- 2) Teasdale, J. D., et al., *Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy*. *J Consult Clin Psychol*, 2000. 68(4) : p. 615-23.
- 3) Khoury, B., et al., *Mindfulness-based therapy : a comprehensive meta-analysis*. *Clin Psychol Rev*, 2013. 33(6) : p. 763-71.
- 4) シーガル, Z.V., J.M.G. ウィリアムズ, and J.D. ティーズデール, マインドフルネス認知療法 うつを予防する新しいアプローチ. 2007, 京都 : 榊北大路書房.
- 5) 佐渡充洋, マインドフルネス認知療法. *認知療法研究*, 2015. 8(1) : p. 37-47.
- 6) Kuyken, W., et al., *Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse : An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials*. *JAMA Psychiatry*, 2016. 73(6) : p. 565-74.
- 7) National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by NICE, *Depression : the treatment and management of depression in adults*. 2009, National Collaborating Centre for Mental Health.
- 8) Haller, H., et al., *A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders*. *Sci Rep*, 2021. 11(1) : p. 20385.
- 9) Ninomiya, A., et al., *Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in patients with anxiety disorders in secondary-care settings : A randomized controlled trial*. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2019.
- 10) Shapiro, S.L., et al., *Mechanisms of mindfulness*. *J Clin Psychol*, 2006. 62(3) : p. 373-86.

ためこみ症の白質構造異常： 最近の MRI 画像研究動向を踏まえて

九州大学大学院医学研究院 精神病態医学 溝部 太郎

要約

ためこみ症は、所有物の実際の価値とは関係なく、廃棄の困難さ、過剰な収集、整理不能の持続によって特徴づけられる精神疾患である。現在のためこみ症に相当する状態を医療の文脈で取り上げられるようになったのは1975年のディオゲネス症候群が最初であり、その後の精神科領域では強迫性障害のサブタイプの一つとして取り扱われた。DSM-5の刊行後、ためこみ症は強迫症および関連症群を構成する疾患として独立した疾患概念を有するに至った。ためこみ症は動物モデルが存在しておらず、神経生物学的モデルもいまだ明らかではないが、MRIの発展とともに神経画像研究の報告数は年々増加の一途を辿っている。そこで、神経画像の代表的な先行研究で得られた知見について概観を行い、これらの知見を繋ぐ白質繊維について筆者らが全脳解析した研究について報告する。

Key words : Hoarding disorder, Diffusion tensor imaging, Tract-based spatial statistics, Neuroimaging, White matter tract

この度は福岡行動医学研究所精神医学研究奨励賞という身に余る賞を頂き、誠にありがとうございます。ご選考頂いた神庭重信先生、ご推薦頂いた中尾智博先生には深く御礼申し上げます。また、この度の研究遂行と論文作成は、猪狩圭介先生、豊見山泰史先生、村山桂太郎先生、中尾智博先生、支えてくださった多くの先生方のご指導なしでは決して終えられるものではなかったと考えております。ここまでご指導頂き、大変ありがとうございました。この場をお借りして深く感謝申し上げます。

私は行動療法研究室に所属し、ためこみ症の拡散 MRI 画像に対して興味を持ち、研究を行ってきました。ためこみ症の神経生物学的基盤の解明は進んでおらず、本研究がその理解に役立つことを切に祈っております。以下、ためこみ症の最近の MRI 画像研究動向と私が関わった拡散 MRI 研究¹⁾の概要を記させていただきます。

はじめに

ためこみ症 (Hoarding Disorder、以下 HD)

の主症状であるためこみは、所有物の実際の価値とは関係なく、廃棄の困難さ、過剰な収集、整理不能が持続する²⁾。生存に必要な不可欠ではないものもためるという人間の行動自体は生活上の有益性が高く、文化や時代の変化によっても淘汰されずに残ってきた行動である。しかし、過剰なためこみで生活空間がもので溢れかえり、生活機能障害を来すようになると HD と診断される³⁾。重症例では、崩落、不衛生、漏電や失火の危険など、本人に留まらず近隣住民にも甚大な影響を及ぼす可能性がある (図1)。過剰なためこみは「ゴミ屋敷」、「捨てられない芸能人」など社会的な注目を集めている一方で、現在まで認知度は低く、また精神医学領域からのアプローチはあまりされていないのが現状である。

HD の確立

1975年にイギリスの老年医学者である Clark⁴⁾らは、物をためこむ老人群に対してディオゲネス症候群と提唱した。ディオゲネスとは古代ギリシアの犬儒派哲学者であり、大樽を住処として犬の



図1 自宅訪問調査の様子 著者により撮影

ような生活を送ったため、「犬のディオゲネス」とも「樽のディオゲネス」とも言われたという。このディオゲネス症候群は、主にセルフネグレクトや不健康な身体状況に焦点が当てられ、精神医学的な考慮はほとんどされてこなかった。その後、ためこみは、その行動様式の強迫的な側面から、強迫症（強迫性障害、Obsessive-Compulsive Disorder、以下 OCD）のサブタイプの一つとして、あるいは、強迫パーソナリティ（Obsessive-Compulsive Personality Disorder）を有する者の行動特徴の一つとして扱われてきた。しかし、遺伝負因の強さ、生物学的基盤、症状の学習過程、愛着の問題、洞察や不合理感の弱さ、治療反応性の低さなど、OCD の他のサブタイプとは異なる側面が多く、DSM-5から HD として、「強迫症および関連症群（Obsessive-Compulsive and Related Disorders）」に属する新しい疾患概念の一つとして提示された。DSM-5によればもっともありふれてためこまれるものは「新聞や雑誌、古い洋服、カバン、本、メール、文書」だが、「実際上はどんな品物でもためこみの対象となりうる」のであり、処分が困難である理由は、「品物に有用性もしくは美的な価値、もしくは所有物に強い情緒的愛着を認識している」ためであ

る。ためこみ症状は典型的には10代に発現し、慢性持続的に悪化、30代中盤には臨床的に著しい障害をきたすとされる。

HD の神経画像研究の知見

HD の神経生物学的モデルは、いくつかの神経画像研究により、HD と健常対象群の間で特定の脳部位に違いがあることが示されている。機能的MRI により、HD は、go/no go 課題中に左背外側前頭前野 (dlPFC)、前頭極皮質 (FPC)、中心前回、両側眼窩前頭皮質 (OFC)、右腹外側前頭前野 (vlPFC)、前帯状皮質、中一後部帯状回に過剰な活性化を示すことが明らかにされた⁵⁾。stop-signal 課題と switch-signal 課題において、HD は反応切り替え成功時に右 OFC の活性化が向上し、エラー処理時に右 dlPFC、OFC、中心前回、両背内側前頭前野の活性化が下がることが示された。さらに、HD の主観的な苦痛を誘発するような廃棄の選択をする課題を用い、両側 dlPFC、OFC、FPC、内側および外側側頭葉皮質、扁桃体に異常な活性化を呈することが報告された⁶⁾。安静時機能的 MRI を用いた研究では、HD は、左眼窩回・直回、扁桃体、視床、島皮質の機能的結合性が乏しいが、両側上・中前頭回、

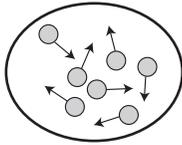


図2左 不規則なブラウン運動

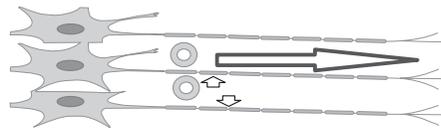


図2右 白質繊維での水分子の拡散
 長軸：AD、短軸：RD、
 三次元的な比率：FA

楔前部の機能的結合性が強いことが示された⁷⁾。構造 MRI および voxel-based morphometry を用いた研究では、HD は右 OFC、FPC の灰白質体積が大きいことが明らかにされた⁸⁾。初期のためこみ症状を有する OCD を対象とした研究では、症状を誘発する課題中に右後帯状回と両側 dlPFC でグルコースの代謝異常を示し、また左中心前回と右 OFC や両側腹内側前頭前野で活性化することが示された。このように、皮質と皮質下領域で、機能、体積、グルコース代謝における神経画像知見が集積されてきている。一方、脳局在領域の機能はその内在的な性質と外在的な結合によって規定されることが知られているが、HD における外在的な結合：白質繊維の変化に関する報告はこれまでにない。

拡散テンソル画像を用いた白質構造の調査

拡散テンソル画像 (DTI) は、白質の微細構造を評価するために用いられる画像技術である。神経画像領域での拡散とは、微視的な水分子の不規則な運動 (図2左) としての拡散現象を対象とし、白質のように、軸索・髄鞘等の構造物によって水分子の移動が制限されている環境では、これらの構造物に沿って水分子は拡散しやすい性質を利用している (図2右)。拡散強調画像とはこの拡散を画像化したものであり、拡散テンソルとは拡散強調画像によって得られる拡散異方性 (偏り) を示すパラメータである。FA は拡散異方性の程度を評価するために最もよく用いられるパラメータであり、髄鞘形成や繊維交差の程度、軸索の数とその大きさ、細胞膜の特性を反映するとされ、一般に白質全体の完全性を示す指標として用いられてきた。AD と RD は、DTI におけるスカラー

パラメータであり、AD は軸索線維に平行な拡散量を示し、RD は軸索線維に垂直な拡散量を示すとされる。したがって、一般に AD は軸索の損傷を、RD はミエリンの異常を反映していると考えられている。これらの DTI 指標 (FA、AD、RD) の全脳ボクセル単位の解析は淘汰が進み、高い再現性と客観性を有し、位置合わせ不良と平滑化の問題を解決した TBSS (Tract-Based Spatial Statistics) が標準的に用いられている。

HD における白質構造異常

著者らは、HD の白質の微細構造の変化を探索的に調査するため、全脳解析である TBSS を用いてボクセル単位の白質繊維の異常を探り、さらに関心領域の事後解析として各白質繊維の平均 DTI パラメータの異常と臨床的特徴との関連を検討した。まず、TBSS では、HD 群において解剖学的に広範な白質繊維で FA 低下、RD 増加を示した。次に、TBSS で有意差を認めた各白質繊維を関心領域と定め、各白質繊維ごとの平均 FA と平均 RD を算出し、共分散分析で HD 診断の主効果をみると、HD 群の左上縦束 ($p=0.0188$)、左外包 ($p<0.0001$)、左内包前脚 ($p=0.0024$)、左鉤状束 ($p=0.0240$)、小鉗子 ($p=0.0481$) で平均 FA は有意に低下し、右前視床放線 ($p=0.0253$)、右前部放線冠 ($p=0.0190$)、左上部放線冠 ($p=0.0492$)、左外包 ($p=0.0120$) で平均 RD は有意に増加を示した。更に臨床的特徴との関連を検討すると、左内包前脚の平均 FA と HD の重症度評価尺度に有意な負の相関 ($r=-0.4404$, $p=0.0276$)、右前視床放線の平均 RD と HD の重症度評価尺度に有意な正の相関 ($r=0.4507$, $p=0.0238$)、($r=0.4312$, $p=0.0314$) を認めた。こ

これらの白質繊維は、それぞれ前頭皮質視床回路、前頭頭頂葉ネットワーク、前頭辺縁系経路に対応し、先行研究でHD群において機能異常または体積変化を示す皮質および皮質下領域を相互に接続する繊維・ネットワークだけでなく、各脳内ネットワークが有する認知機能はHDの認知機能障害と重なりを示した。さらに、FA、RD、ADは従来の解釈と異なり、それぞれ髄鞘形成に鋭敏な指標であると示唆されるようになってきている。この髄鞘形成の変化は、精神疾患の病態生理に重要な役割を果たし、神経回路のダイナミクス、ひいては認知機能に影響を与えられている⁹⁾。このような最新の基礎的研究を考慮すると、HD特有の認知機能障害には対応する皮質領域の異常だけでなく、これらの皮質領域を接続する白質繊維の髄鞘形成の異常が背景にあり、HDの症状と認知機能障害の根底には脳内ネットワークの異常が共通していることが示唆された。

おわりに

ためこみ症の歴史的な背景及び特徴、神経画像研究の知見、筆者らの研究である白質構造異常について説明した。本研究の結果は、HDにおける、ためこみ症状の重症度に関連する前頭白質路の異常と、HDの認知機能障害に関わる皮質領域の異常との関連を示唆している。また、OCDの全脳白質繊維を対象としたメガ解析の結果¹⁰⁾とは異なる白質繊維で拡散異常を示したことは、やはり他の神経画像研究でも示唆されているようにHDの神経基盤がOCDとは異なることを支持する結果になったといえよう。本研究で得られた知見はHDの神経生物学的基盤を理解するうえで有用であると考えている。

参考文献

- 1) Mizobe T, Ikari K, Tomiyama H, et al. Abnormal white matter structure in hoarding disorder. *J Psychiatr Res.* 2022 Apr ; 148 : 1-8.
- 2) APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5[®]). American Psychiatric Pub, 2013.
- 3) 中尾智博, 蓮沢優. 物をためこみ症状を診分ける. *精神科治療学.* 2017 32, 97-101.
- 4) Clark AN, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet.* 1975 Feb 15 ; 1(7903) : 366-368.
- 5) Tolin DF, Witt ST, Stevens MC. Hoarding disorder and obsessive-compulsive disorder show different patterns of neural activity during response inhibition. *Psychiatry Res.* 2014 Feb 28 ; 221(2) : 142-148.
- 6) Levy HC, Poppe A, Hiser J, et al. An Examination of the Association Between Subjective Distress and Functional Connectivity During Discarding Decisions in Hoarding Disorder. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging.* 2021 Oct ; 6(10) : 1013-1022.
- 7) Levy HC, Stevens MC, Glahn DC, et al. Distinct resting state functional connectivity abnormalities in hoarding disorder and major depressive disorder. *J Psychiatr Res.* 2019 Jun ; 113 : 108-116.
- 8) Yamada S, Nakao T, Ikari K, et al. A unique increase in prefrontal gray matter volume in hoarding disorder compared to obsessive-compulsive disorder. *PLoS One.* 2018 Jul 16 ; 13(7) : e0200814.
- 9) Monje M. Myelin Plasticity and Nervous System Function. *Annu Rev Neurosci.* 2018 Jul 8 ; 41 : 61-76.
- 10) Piras F, Piras F, Abe Y, et al. White matter microstructure and its relation to clinical features of obsessive-compulsive disorder : findings from the ENIGMA OCD Working Group. *Transl Psychiatry.* 2021 Mar 17 ; 11(1) : 173.

地域高齢住民における認知症発症の予測因子としての 複数領域の灰白質萎縮：久山町研究

中澤 太郎^{1,2)}

抄録：福岡県久山町において継続中の疫学調査（久山町研究）の脳 MRI データおよび認知症の前向き追跡調査の成績を用いて、地域高齢住民における脳部位別の灰白質萎縮と認知症発症の関係を検討した。その結果、内側側頭葉、島、海馬、および扁桃体の灰白質萎縮は認知症発症の有意な危険因子だった。また、これら4つの認知症関連脳領域における合計灰白質萎縮数と認知症の発症リスクの間に有意な正の関係を認めた。さらに、既知の危険因子からなる認知症発症リスクの予測モデルに認知症関連脳領域の合計萎縮数を加えると、認知症、特にアルツハイマー型認知症の発症予測能は有意に上昇した。内側側頭葉、島、海馬、および扁桃体の灰白質容積低下は認知症の高リスク群を同定するための有益な脳画像マーカーであることが示唆される。

Key word : Dementia, Alzheimer's disease, Cohort studies, Volumetric MRI

この度は第二回福岡行動医学研究所精神医学研究奨励賞を頂き、誠にありがとうございます。ご選考を頂きました神庭重信先生、林道彦両先生へ厚く御礼を申し上げます。

私は福岡県久山町の地域高齢住民の方々の脳 MRI 画像から算出した灰白質容積と、その後の認知症発症との関連に関して研究を行いました。以下、私に関わりました研究の概要を記したいと思います。

I. 脳萎縮と認知症発症の関連に関して

脳萎縮は認知症の形態学的特徴の一つである¹⁾。一般に、脳萎縮は加齢とともに進行する²⁻⁴⁾。また臨床研究や神経病理学的研究により、灰白質の萎縮部位は疾患によって異なることや⁵⁾、認知症や軽度認知障害者では海馬を含むいくつかの脳領域で顕著な灰白質の萎縮がみられることが明らかになっている^{1,6-8)}。さらに、認知機能障害が顕在化する前に脳の萎縮が起こることを示す研究もある^{9,10)}。これらの知見から、認知症に関連する脳領域を特定することは認知症発症

のリスクを評価するために有用であることが示唆される。加えて、認知症の発症には複数の脳領域における灰白質の萎縮が関与している可能性があり、認知症の発症に関与する灰白質の萎縮領域は個人によって異なることが示唆されている^{11,12)}。

したがって、認知症の発症に関連する複数の特定の脳領域を明らかにすることは、将来の認知症発症のリスク評価を向上させるために有用であると考えられる。しかしながら、認知症に関連する複数の脳領域における灰白質の萎縮が、認知症発症のリスク評価や認知症発症の予測能力に及ぼす影響を検討した研究は比較的少ない^{7,8,13)}。

福岡県粕屋郡久山町では、1961年より地域住民を対象とした心血管病や生活習慣病の疫学研究（久山町研究）を継続しており、1985年以降、5～7年ごとに65歳以上の住民を対象に認知症の悉皆調査を実施している¹⁴⁾。そこで本研究では、久山町研究における脳 MRI データおよび認知症の前向き追跡調査の成績を用いて、灰白質の容積低下が認知症の発症と関連する特定の脳領域を同定することを目的とした。さらに、同定された脳

1) 九州大学大学院医学研究院 精神病態医学

2) 九州大学大学院医学研究院 衛生・公衆衛生学分野

領域のうち灰白質萎縮を有する領域の総数が将来の認知症発症予測能力に及ぼす影響を検討した。

II. 研究方法

調査対象者

2012年時点における久山町の65歳以上の全住民2,036名のうち、1,906名（女性1,126名、男性780名）（参加率93.6%）が認知機能・健康状態に関する調査に参加した。このうち、追跡調査への非同意者およびベースライン調査を完遂できなかった48名、追跡開始時に認知症であった339名、頭部MRI検査のデータが得られなかった361名を除外した残りの1,158名（女性646名、男性512名）を本研究の対象者とした。本研究は九州大学臨床研究倫理審査委員会の承認を得て行われ、参加者全員から書面によるインフォームド・コンセントを得た。

追跡調査

参加者を2012年から2017年までの5年間前向きに追跡した（中央値5.0年）。我々は研究チーム、地域の医師、町の健康福祉課職員からなる日常的な観察システムを構成しており、認知症や脳梗塞を含む新規の神経学的イベントに関する情報を常に収集した¹⁴⁾。また、毎年定期健康診断を行い、認知症の発症例を抽出した。定期健康診断に参加しなかった者や、町外へ転出した者に関しては郵便及び電話調査を行った。更に、より正確に可能な限り認知症例を検知するために、認知症のための包括的な神経心理学的スクリーニング調査を2017年から2018年にかけて行った。同調査には参加者のうち1,017名（全参加者の87.8%）が参加した。同調査に参加者しなかった141名については、精神科専門医が可能な限り入手可能な情報を直接または間接的な聞き取り調査を行い認知症の有無を評価した。参加者が死亡した場合は、家族や主治医へのインタビュー、神経画像（CTまたはMRI）を含む入手可能な全ての臨床記録のレビューなど包括的な調査を行った。死亡例を除き、追跡調査不能となった参加者はいなかった。

認知症の診断

認知症および軽度認知障害（MCI: Mild cognitive impairment）の診断はそれぞれ米国精神医学会による精神疾患の診断と統計のためのマニュアル第3版改訂版（DSM-III-R）¹⁵⁾、および Petersen らが2001年に報告した臨床的診断基準¹⁶⁾を用いて行われた。アルツハイマー型認知症（AD: Alzheimer's disease）および血管性認知症（VaD: Vascular dementia）の診断には、それぞれ the diagnostic criteria of the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease Association（NINCDS-ADRDA）の診断基準¹⁷⁾と the National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences（NINDS-AIREN）の診断基準¹⁸⁾を用いた。スクリーニング調査では、Mini-Mental State Examination（MMSE）を使用した¹⁹⁾。認知症やMCIが疑われる参加者に対しては、精神科専門医がウェクスラー記憶尺度の論理記憶²⁰⁾を含む総合的な調査を実施した。認知症とMCIの判定は、精神科専門医と脳卒中専門医が行った。

MRI解析

1.5テスラのMRI装置（Intera Pulsar; Philips Medical Systems社、ベスト、オランダ）を用いて、脳の3次元T1強調画像、通常のT1およびT2強調画像、FLAIR画像、T2*強調画像、磁気共鳴血管造影画像を撮像した。3次元T1強調画像は、Neuroimaging Informatics Technology Initiative（NIfTI）フォーマットに変換した後、MATLAB（The Mathworks社、ネイティック、マサチューセッツ州、米国）で動作するSPM8（University College London, 英国）のVBM8 Toolbox version 435（University of Jena, ドイツ）を用いて、3つの構成要素（灰白質、白質、脳脊髄液）に分割した。前頭葉、側頭葉、内側側頭葉（嗅内野と海馬傍回を含む）、頭頂葉、後頭葉、島、および帯状回、海馬、側坐核、扁桃核、尾状核、淡蒼球、被殻、視床の灰白質容積をNeuromorphometrics社のSPM12アトラス（Neuro-

morphometrics 社、サマーヴィル、マサチューセッツ州、米国)を用いて算出した。全脳容積(TBV: Total brain volume)は灰白質と白質の容積の合計として、頭蓋内容積(ICV: Intracranial volume)はTBVと脳脊髄液の容積の合計として算出した。また脳全体の萎縮の指標として、TBVとICVの割合(TBV/ICV)を、全脳の萎縮を超えた局所灰白質萎縮の指標として、各脳領域の灰白質(GMV: Grey matter volume)とTBVの割合(GMV/TBV)を算出した。脳血管病変は、神経症状の有無にかかわらず、MRI画像上で認めた脳梗塞または出血と定義した。

危険因子の測定

ベースライン調査では、教育歴や内服薬、生活習慣などの情報を得るとともに、血圧や血糖値、血清総コレステロール値、体重、身長を計測し、心電図を測定した。

統計解析

認知症とその病型別の発症について、TBV/ICVの四分位値または各脳領域におけるGMV/TBVの四分位値別のハザード比(HR)とその95%信頼区間を、Cox比例ハザードモデルを用いて算出した。各部位の灰白質萎縮のカットオフ値を受信者操作特性(ROC: receiver operating characteristic)曲線²¹⁾で決定し、認知症に関連する4つの脳部位のうち灰白質萎縮を示す部位の総数と認知症発症リスクとの関連を評価した。また、既知の認知症リスク因子に基づくモデルに、海馬の萎縮または認知症関連脳領域のうち灰白質が萎縮している領域の総数を加えることによる将来の認知症およびADの発症予測能の変化をHarrellのc統計量、連続型純再分類改善度(NRI)、統合識別改善度(IDI)により評価した。

Ⅲ. 結果

調査対象者のベースライン調査時の背景特性

表1に全調査対象者のベースライン調査時の背景特性及びTBV/ICVの四分位別にみた性年齢調整した認知症の潜在的危険因子の平均値または頻度を示した。年齢の平均値および男性、降圧薬の

服用、糖尿病、MCIの頻度はTBV/ICVの値が高いほど有意に減少した。

追跡期間中、113名の参加者(男性47名、女性66名)が全認知症を発症した。そのうち、ADとVaDの混合型は1名で、この症例は各病型の解析におけるイベントとして数えた。全体では、83名がADを発症し、14名がVaDを発症した。

全脳容積の低下と認知症発症の関連

表2はTBV/ICVレベルに応じた全認知症および病型別の推定した発症リスクを示している。性年齢調整後の全認知症の発症リスクは、TBV/ICVレベルの低下に伴い有意に増加した。これらの関連性は年齢、性別、教育歴、収縮期血圧、降圧薬の服用、糖尿病、血清総コレステロール値、BMI(Body Mass Index)、心電図異常、画像上の脳血管障害、喫煙習慣、飲酒習慣、運動習慣で調整後も認められた。認知症の病型別に検討したところ、TBV/ICVレベルの低下に伴いADの発症リスク(多変量調整後)は有意に増加した。一方、TBV/ICVレベルとVaDの発症リスクとの間に有意な関連を認めなかった。

脳部位別の灰白質容積低下と認知症発症の関連

次に、各脳葉および基底核、辺縁系、視床の脳部位別のGMV/TBV値と全認知症発症との関連を検討した。本解析には、全脳容積低下を超えた灰白質の容積低下を示す指標として、各脳部位のGMV/TBV値を用いた。その結果、内側頭葉、海馬、扁桃核、島の4領域(以下、認知症関連4領域)におけるGMV/TBVレベルの低下と全認知症の発症リスク(多変量調整後)の上昇の間に有意な関連を認めた(表3)。一方、その他の脳葉、基底核、辺縁系、視床の領域のGMV/TBVと認知症発症リスクの間に有意な関連は認めなかった。認知症の病型別の解析では、上記の認知症関連4領域のGMV/TBVレベルの低下に伴い、ADの発症リスクは上昇した(表4)。一方、VaDについては明らかな関連はなかった。

複数領域の灰白質容積低下と認知症発症の関連

さらに、我々は認知症関連4領域のうち灰白質

表1 全対象集団におけるベースライン調査時の背景因子特性、および頭蓋内容積に対する全脳容積の割合 (TBV/ICV) の四分位別にみた性年齢調整背景因子特性

ベースライン調査時の 危険因子	全参加者 (n = 1,158)	TBV/ICV (%)				傾向性 P 値
		Q1 (71.54-76.81) (n = 289)	Q2 (76.82-78.43) (n = 290)	Q3 (78.44-79.80) (n = 290)	Q4 (79.81-85.48) (n = 289)	
年齢, 歳	73.6 (6.2) ^a	78.7 (0.3) ^b	74.9 (0.3) ^b	71.6 (0.3) ^b	69.4 (0.3) ^b	<0.001
男性, %	44.2	69.0 ^c	50.0 ^c	37.0 ^c	21.8 ^c	<0.001
教育歴 ≤ 9 年間, %	35.5	33.3 ^c	35.8 ^c	35.5 ^c	35.5 ^c	0.70
収縮期血圧, mmHg	134.0 (18.4) ^a	134.5 (1.2) ^b	133.7 (1.1) ^b	134.0 (1.1) ^b	133.9 (1.2) ^b	0.97
拡張期血圧, mmHg	76.4 (10.9) ^a	75.9 (0.7) ^b	76.0 (0.6) ^b	77.3 (0.6) ^b	76.5 (0.7) ^b	0.45
降圧薬の服用, %	54.9	59.4 ^c	59.8 ^c	52.1 ^c	49.5 ^c	0.02
高血圧, %	69.7	74.1 ^c	73.0 ^c	67.4 ^c	67.2 ^c	0.08
糖尿病, %	23.6	34.6 ^c	26.7 ^c	18.8 ^c	13.6 ^c	<0.001
血清総コレステロール値, mmol/L	5.1 (0.9) ^a	5.0 (0.1) ^b	5.1 (0.1) ^b	5.2 (0.1) ^b	5.2 (0.1) ^b	0.29
Body mass index, kg/m ²	23.2 (3.3) ^a	23.0 (0.2) ^b	23.3 (0.2) ^b	23.4 (0.2) ^b	23.0 (0.2) ^b	0.21
心電図異常, %	16.3	19.0 ^c	13.3 ^c	15.8 ^c	13.8 ^c	0.26
画像上の脳血管障害, %	34.7	37.8 ^c	35.0 ^c	33.9 ^c	28.6 ^c	0.07
喫煙習慣, %	8.9	7.4 ^c	6.4 ^c	6.2 ^c	3.7 ^c	0.08
飲酒習慣, %	42.9	42.4 ^c	46.4 ^c	37.6 ^c	40.8 ^c	0.44
運動習慣, %	20.4	18.5 ^c	25.6 ^c	17.2 ^c	19.9 ^c	0.71
MMSE < 24, %	5.7	7.4 ^c	6.3 ^c	4.7 ^c	3.8 ^c	0.09
軽度認知障害, %	13.6	14.4 ^c	15.7 ^c	13.4 ^c	6.8 ^c	0.03

TBV : 全脳容積 ; ICV : 頭蓋内容積 ; GMV : 灰白質容積 ; SD : 標準偏差 ; MMSE : Mini-Mental Statement Examination. 年齢は性調整、男性の割合は年齢調整した。

高血圧症は血圧140/90mmHg以上、もしくは降圧薬の服用のあるものと定義した。心電図異常はミネソタコードの3-1、4-1、4-2、4-3または8-3と定義した。運動習慣は、週に3回以上、余暇時間に何らかの運動をすることと定義した。画像上の脳血管障害は神経学的所見の有無に関わらず、MRI画像上の脳梗塞または脳出血と定義した。喫煙習慣や飲酒習慣は現在使用しているか否かで区分した。

^a 平均値 (標準偏差) ^b 性年齢調整後平均値 (標準誤差) ^c 性年齢調整後頻度

が萎縮している領域の総数と、全認知症または病型別の発症リスクとの関連を調べた。各脳領域の灰白質萎縮の有無のカットオフ値は、各灰白質容積と認知症発症の関係に関する ROC 曲線を用いて定義した。全認知症および AD の発症リスクは、灰白質の萎縮を示す部位の数の増加に伴い有意に増加したが、VaD の発症リスクとの間に有意な関係を認めなかった (図1)。認知症関連4領域のいずれの灰白質も萎縮していない対象者と比べ、全認知症では2つ以上の脳領域、AD では3つ以上の脳領域で灰白質が萎縮している対象者では、認知症の発症リスク (多変量調整後) は有意に上昇した。

複数領域の灰白質容積低下の評価が将来の認知症発症予測能に及ぼす影響の検討

最後に、我々は海馬の萎縮と認知症関連4領域のうち灰白質の萎縮を示す領域の総数について、全認知症とADの発症に対する識別能力と再分類能力を評価した (表5)。14個の既知の全認知症の危険因子からなるモデルに海馬容積を加えることにより、全認知症発症の判別能の指標である Harrell の c 統計量は0.748から0.763と上昇したが、統計学的に有意な変化ではなかった (p=0.24)。一方、灰白質が萎縮している領域の総数を既知の危険因子で構成されるモデルに加えることにより、全認知症発症に関する Harrell の c 統計量は0.748から0.775へと上昇傾向 (P=0.08)

表2 頭蓋内容積に対する全脳容積の割合 (TBV/ICV) の四分位別にみた全認知症および病型別の調整ハザード比 (95%信頼区間)

TBV/ICV (%)	対象者数	罹患者数	ハザード比 (95%信頼区間)	
			モデル1	モデル2
全認知症				
Q 1 (71.54-76.81)	289	51	3.60 (1.59-8.14)*	3.36 (1.48-7.65)*
Q 2 (76.82-78.43)	290	33	2.41 (1.07-5.41)*	2.31 (1.02-5.20)*
Q 3 (78.44-79.80)	290	21	2.28 (1.001-5.20)*	2.10 (0.92-4.84)
Q 4 (79.81-85.48)	289	8	1.00 (基準)	1.00 (基準)
			傾向性 P 値 = 0.002	傾向性 P 値 = 0.003
アルツハイマー型認知症				
Q 1 (71.54-76.81)	289	37	4.20 (1.53-11.53)*	4.09 (1.48-11.31)*
Q 2 (76.82-78.43)	290	24	2.72 (0.996-7.41)	2.66 (0.97-7.31)
Q 3 (78.44-79.80)	290	17	2.93 (1.07-8.02)*	2.70 (0.98-7.50)
Q 4 (79.81-85.48)	289	5	1.00 (基準)	1.00 (基準)
			傾向性 P 値 = 0.01	傾向性 P 値 = 0.01
血管性認知症				
Q 1 (71.54-76.81)	289	6	1.86 (0.31-11.34)	1.54 (0.26-9.29)
Q 2 (76.82-78.43)	290	4	1.25 (0.21-7.34)	1.16 (0.20-6.83)
Q 3 (78.44-79.80)	290	2	0.81 (0.11-5.81)	0.72 (0.10-5.32)
Q 4 (79.81-85.48)	289	2	1.00 (基準)	1.00 (基準)
			傾向性 P 値 = 0.37	傾向性 P 値 = 0.47

TBV：全脳容積、ICV：頭蓋内容積

モデル1：年齢、性別で調整した。

モデル2：年齢、性、教育歴、収縮期血圧、降圧薬の服用、糖尿病、血清総コレステロール値、BMI、心電図異常、画像上の脳血管障害、喫煙習慣、飲酒習慣、運動習慣で調整した。

* $P < 0.05$ vs. Q4

をみとめ、AD発症のHarrellのc統計量は0.765から0.802へと有意に上昇した ($p=0.02$)。さらに、既知の危険因子で構成されたモデルに、海馬の萎縮、灰白質の萎縮領域の総数をそれぞれ加えることで、全原因認知症およびADの発症に対する連続型NRIおよびIDIは有意に向上した。

IV. 考察

本研究では、内側側頭葉、海馬、扁桃体、島のGMV/TBVの低下はTBV/ICVを調整しても認知症発症リスクと密接に関連していることを明ら

かにした。これまでにいくつかの住民ベースの前向き研究が特定の脳領域の萎縮と認知症発症リスクとの関連性を評価している^{13,22-25})。Rotterdam研究^{22,23})では海馬および扁桃体、Three-City Study^{24,25})では内側側頭葉、海馬、扁桃体の灰白質容積の低下に伴い認知症発症リスクは有意に上昇することを報告した。さらに、Atherosclerosis Risk in Communities Studyの成績では、海馬および、海馬傍回、嗅内野、下頭頂小葉、前頭葉、楔部からなる複合脳領域の脳容積の低下が認知症の発症と有意に関連していた¹³)。

表3 全脳容積に対する各脳葉大脳基底核、辺縁系、視床の灰白質容積の割合の四分位別にみた全認知症の調整ハザード比 (95%信頼区間)

	対象者数	罹患数	ハザード比 (95%信頼区間)		
			モデル1	モデル2	モデル3
内側側頭葉GMV/TBV (%)					
Q 1 (0.40-0.79)	289	51	1.72 (1.03-2.86)*	1.72 (1.03-2.87)*	1.80 (1.07-3.00)*
Q 2 (0.80-0.84)	290	19	0.75 (0.41-1.39)	0.76 (0.41-1.42)	0.84 (0.45-1.57)
Q 3 (0.85-0.89)	290	21	0.93 (0.51-1.69)	0.87 (0.47-1.60)	0.97 (0.52-1.80)
Q 4 (0.90-1.09)	289	22	1.00 (基準)	1.00 (基準)	1.00 (基準)
			傾向性 P 値 = 0.02	傾向性 P 値 = 0.02	傾向性 P 値 = 0.02
島GMV/TBV (%)					
Q 1 (0.61-1.03)	289	49	1.90 (1.10-3.29)*	1.91 (1.09-3.35)*	1.80 (1.02-3.17)*
Q 2 (1.04-1.10)	290	28	1.28 (0.71-2.32)	1.26 (0.69-2.30)	1.26 (0.69-2.32)
Q 3 (1.11-1.17)	290	17	0.72 (0.37-1.40)	0.73 (0.38-1.43)	0.72 (0.37-1.42)
Q 4 (1.18-1.46)	289	19	1.00 (基準)	1.00 (基準)	1.00 (基準)
			傾向性 P 値=0.002	傾向性 P 値=0.002	傾向性 P 値 = 0.004
海馬 GMV/TBV (%)					
Q 1 (0.45-0.77)	289	56	3.42 (1.73-6.76)**	3.62 (1.82-7.20)**	3.21 (1.61-6.40)**
Q 2 (0.78-0.81)	290	27	1.92 (0.94-3.93)	2.07 (1.01-4.24)*	2.07 (1.01-4.26)*
Q 3 (0.82-0.86)	290	19	1.51 (0.71-3.20)	1.51 (0.71-3.22)	1.44 (0.67-3.09)
Q 4 (0.87-1.01)	289	11	1.00 (基準)	1.00 (基準)	1.00 (基準)
			傾向性 P 値<0.001	傾向性 P 値<0.001	傾向性 P 値<0.001
扁桃体 GMV/TBV (%)					
Q 1 (0.11-0.21)	289	57	2.14 (1.16-3.93)*	2.24 (1.22-4.13)*	2.06 (1.12-3.78)*
Q 2 (0.22-0.23)	290	26	1.40 (0.74-2.67)	1.45 (0.76-2.77)	1.49 (0.78-2.84)
Q 3 (0.24-0.24)	290	15	0.91 (0.44-1.86)	0.87 (0.42-1.82)	0.88 (0.42-1.83)
Q 4 (0.25-0.31)	289	15	1.00 (基準)	1.00 (基準)	1.00 (基準)
			傾向性 P 値 = 0.002	傾向性 P 値 =0.001	傾向性 P 値 = 0.003

本研究で同定された4つの脳部位のうち内側側頭葉と海馬はエピソード記憶と空間記憶を中心に機能し^{26,27)}、扁桃体は情動記憶と長期記憶の両方の形成と保存に重要な領域であると考えられている^{28,29)}。一方、これまでに島と認知症の発症リスクとの間に有意な関連性を示した前向きな研究はない。しかし、島は意思決定、情動、自己認知、味覚、嗅覚、痛覚に関連するとの報告³⁰⁾やMCIおよび認知症者では正常認知機能者に比べ

島の容積が小さいとの報告^{31,32)}が散見される。これらの結果は今回の結果を支持するものである。以上の結果より、認知症の発症リスクが中核的な認知機能に関連するさまざまな脳領域の容積が減少するにつれて有意に上昇することを示唆している。

加齢に加えて、過度のアルコール摂取³³⁾、高血圧³⁴⁾、糖尿病^{35,36)}、脳卒中³⁷⁾、外傷性頭部損傷³⁸⁾など好ましくない生活習慣や生活習慣病は、

表4 全脳容積に対する内側側頭葉、島、海馬、扁桃体の灰白質容積の割合 (GMV/TBV) の四分位別にみた病型別認知症の多変量調整ハザード比 (95%信頼区間)

	対象者数	アルツハイマー型認知症		血管性認知症	
		罹患数	多変量調整ハザード比 (95%信頼区間)	罹患数	多変量調整ハザード比 (95%信頼区間)
内側側頭葉 GMV/TBV (%)					
Q 1 (0.40-0.79)	289	36	1.51 (0.84-2.70)	4	1.30 (0.28-6.04)
Q 2 (0.80-0.84)	290	16	0.84 (0.43-1.67)	2	0.86 (0.14-5.30)
Q 3 (0.85-0.89)	290	13	0.69 (0.33-1.45)	5	1.96 (0.44-8.67)
Q 4 (0.90-1.09)	289	18	1.00 (基準)	3	1.00 (基準)
			傾向性 P 値 = 0.08		傾向性 P 値 = 0.99
島 GMV/TBV (%)					
Q 1 (0.61-1.03)	289	35	1.88 (0.96-3.66)	6	1.73 (0.40-7.49)
Q 2 (1.04-1.10)	290	22	1.42 (0.70-2.87)	3	1.21 (0.23-6.31)
Q 3 (1.11-1.17)	290	12	0.72 (0.33-1.60)	2	0.60 (0.10-3.78)
Q 4 (1.18-1.46)	289	14	1.00 (基準)	3	1.00 (基準)
			傾向性 P 値 = 0.01		傾向性 P 値 = 0.30
海馬 GMV/TBV (%)					
Q 1 (0.45-0.77)	289	40	3.57 (1.53-8.34)*	6	1.60 (0.33-7.74)
Q 2 (0.78-0.81)	290	22	2.62 (1.10-6.26)*	1	0.28 (0.03-2.90)
Q 3 (0.82-0.86)	290	14	1.55 (0.61-3.94)	4	1.76 (0.36-8.46)
Q 4 (0.87-1.01)	289	7	1.00 (基準)	3	1.00 (基準)
			傾向性 P 値 < .001		傾向性 P 値 = 0.86
扁桃体GMV/TBV (%)					
Q 1 (0.11-0.21)	289	44	2.41 (1.16-5.01)*	4	0.80 (0.18-3.62)
Q 2 (0.22-0.23)	290	18	1.57 (0.72-3.44)	3	0.89 (0.19-4.13)
Q 3 (0.24-0.24)	290	11	0.94 (0.39-2.29)	3	1.18 (0.26-5.46)
Q 4 (0.25-0.31)	289	10	1.00 (基準)	4	1.00 (基準)
			傾向性 P 値 = 0.003		傾向性 P 値 = 0.73

TBV : 全脳容積、GMV : 灰白質容積

多変量調整は年齢、性、教育歴、収縮期血圧、降圧薬の服用、糖尿病、血清総コレステロール値、BMI、心電図異常、画像上の脳血管障害、喫煙習慣、飲酒習慣、運動習慣及びTBV/ICVで調整した。

*P<0.05 vs. Q4

脳内の神経炎症の活性化や酸化ストレスの産生、アミロイドβやリン酸化タウタンパク質の沈着を促進することにより、神経変性や脳血管障害を引き起こし、脳の各部位の灰白質容積低下とそれに伴う認知機能の低下を進行させると考えられ

る³⁹⁻⁴²⁾。また、したがって、これらの脳領域の灰白質の萎縮は認知症の発症に関与しているかもしれない。

本研究では、認知症関連4領域のうち、灰白質の萎縮を示す脳領域の数の増加に伴い認知症の発

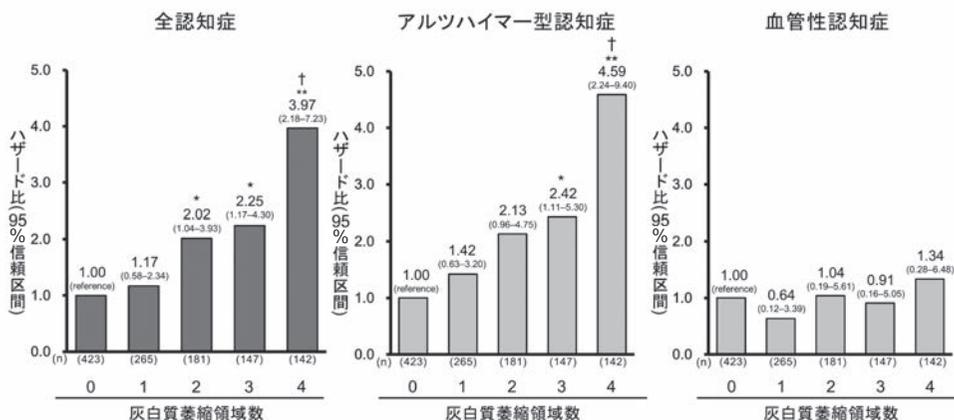


図1 認知症に関連する4つの脳領域のうち、灰白質が萎縮している領域の総数に応じた、全認知症および病型別の多変量調整ハザード比
 発症リスク推定値は、年齢、性、教育歴、収縮期血圧、降圧薬の服用、糖尿病、血清総コレステロール値、BMI、心電図異常、画像上の脳血管障害、喫煙習慣、飲酒習慣、運動習慣及びTBV/ICVで調整した。
 *P<0.05 vs. 灰白質萎縮なし、**P<0.001 vs. 灰白質萎縮なし
 †傾向性P値<0.01
 ICV：頭蓋内容積、TBV：全脳容積

表5 海馬萎縮及び合計灰白質萎縮数による全認知症およびアルツハイマー型認知症の予測能、連続型純再分類改善度、統合識別改善度、2012-2017年

	ハレルの c 統計量	P値 (ハレルの c 統計量の差) (vs. 基本モデル)	ContinuousNRI (95%信頼区間)	ContinuousNRI の P 値 (vs. 基本モデル)	IDI (95%信頼区間)	IDI の P 値 (vs. 基本モデル)
全認知症						
基本モデル*	0.748	基準				
基本モデル*+ 海馬萎縮	0.763	0.24	0.617 (0.431-0.804)	<0.001	0.011 (0.004-0.017)	<0.001
基本モデル*+ 合計灰白質萎縮数	0.775	0.08	0.508 (0.317-0.699)	<0.001	0.020 (0.012-0.029)	<0.001
アルツハイマー型認知症						
基本モデル*	0.765	基準				
基本モデル*+ 海馬萎縮	0.785	0.15	0.610 (0.395-0.825)	<0.001	0.011 (0.004-0.020)	0.004
基本モデル*+ 合計灰白質萎縮数	0.802	0.02	0.465 (0.245-0.686)	<0.001	0.022 (0.011-0.032)	<0.001

Continuous NRI：連続型純再分類改善度、IDI：統合識別改善度
 *基本モデルは年齢、性、教育歴、収縮期血圧、降圧薬の服用、糖尿病、血清総コレステロール値、BMI、心電図異常、画像上の脳血管障害、喫煙習慣、飲酒習慣、運動習慣及びTBV/ICVを含む。

症リスクは有意に上昇した。疾患によって異なる脳領域が灰白質の萎縮を示すことが報告されていることから、複数の脳領域の灰白質の萎縮を評価することは認知症発症のリスク評価に有効であると考えられる。例えば、正常な加齢では前頭葉と側頭葉の萎縮が認められるのに対し、側頭葉と頭頂葉の萎縮はADの発症において特徴的である^{1,6-8,22,43}。しかし、地域住民を基盤とした前向き追跡研究で萎縮を示す脳領域の数と認知症発症との関連を評価しているものはわずかである¹³。さらに、今回の研究では、既知の認知症の危険因子で作成されたモデルに脳萎縮領域の数を加えることにより、既知の危険因子のみで作成モデルよりも認知症発症の予測能は改善することを示した。いくつかの前向き研究でも認知症の潜在的危険因子からなるモデルに複数の脳領域を加えることで得られる認知症発症の予測能力は同じ基本モデルに海馬の萎縮を加えた場合や基本モデルのみで得られる予測能力よりも優れているという類似の報告がなされている^{7,8,13}。以上の知見から、認知症関連4領域のうち灰白質が萎縮している領域の総数を詳細な臨床情報と組み合わせることにより、認知症のハイリスク集団をより正確に同定できることが示唆される。

V. おわりに

本研究では、内側側頭葉、島、海馬、扁桃体のGMV/TBVの低下が認知症発症と有意に関連することを明らかにした。また、これら認知症関連4領域の合計灰白質萎縮数の増加に伴い認知症の発症リスクが有意に上昇し、この数を既知の危険因子からなるモデルに加えることで認知症、特にADの発症予測能が向上した。認知症の高リスク者の同定を補助するための神経画像バイオマーカーとしてこれらのパラメータの信頼性を検証するために、さらなる研究が必要である。

謝辞

本研究にご協力頂きました久山町の住民の皆様、久山町健康課の皆様、剖検を担当し研究を支援して頂きました九州大学大学院医学研究院形態機能病理学教室（小田義直教授）および神経病理

学教室（岩城徹教授）の皆様、またMRI解析についてアドバイスを頂きました岩手医科大学医歯薬総合研究所超高磁場MRI診断・病態研究部門の山下典生准教授に感謝を申し上げます。

最後に、本研究を進めるにあたり日頃より熱心にご指導を賜りました小原知之先生、二宮利治教授、中尾智博教授、並びに関係者の皆様へ心より御礼申し上げます。

引用文献

- 1) Frisoni GB, Fox NC, Jack CR, et al. The clinical use of structural MRI in Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol* 2010 ; 6 : 67-77.
- 2) Fjell AM, Walhovd KB. Structural brain changes in aging : courses, causes and cognitive consequences. *Rev Neurosci* 2010 ; 21 : 187-221.
- 3) Lockhart SN, DeCarli C. Structural imaging measures of brain aging. *Neuropsychol Rev* 2014 ; 24 : 271-289.
- 4) Fjell AM, McEvoy L, Holland D, et al. Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. What is normal in normal aging? Effects of aging, amyloid and Alzheimer's disease on the cerebral cortex and the hippocampus. *Prog Neurobiol* 2014 ; 117 : 20-40.
- 5) Harper L, Bouwman F, Burton EJ, et al. Patterns of atrophy in pathologically confirmed dementias : a voxelwise analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2017 ; 88 : 908-916.
- 6) Whitwell JL, Przybelski SA, Weigand SD, et al. 3D maps from multiple MRI illustrate changing atrophy patterns as subjects progress from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Brain* 2007 ; 130 : 1777-1786.
- 7) Devanand DP, Pradhaban G, Liu X, et al. Hippocampal and entorhinal atrophy in mild cognitive impairment. *Neurology* 2007 ; 68 : 828-836.
- 8) Spulber G, Simmons A, Muehlboeck J-S, et al. An MRI-based index to measure the severity of Alzheimer's disease-like structural pattern in subjects with mild cognitive impairment. *J Intern Med* 2013 ; 273 : 396-409.
- 9) Fox NC, Crum WR, Scahill RI, et al. Imaging of onset and progression of Alzheimer's disease with voxel-compression mapping of serial magnetic resonance images. *Lancet* 2001 ; 358 : 201-205.
- 10) Dickerson BC, Bakkour A, Salat DH, et al. The cortical signature of Alzheimer's disease : regionally specific cortical thinning relates to symptom severity in very

- mild to mild AD dementia and is detectable in asymptomatic amyloid-positive individuals. *Cereb Cortex* 2009 ; 19 : 497-510.
- 11) Möller C, Vrenken H, Jiskoot L, et al. Different patterns of gray matter atrophy in early- and late-onset Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 2013 ; 34 : 2014-2022.
 - 12) Ten Kate M, Dicks E, Visser PJ, et al. Atrophy subtypes in prodromal Alzheimer's disease are associated with cognitive decline. *Brain* 2018 ; 141 : 3443-3456.
 - 13) Wu A, Sharrett AR, Gottesman RF, et al. Association of brain magnetic resonance imaging signs with cognitive outcomes in persons with nonimpaired cognition and mild cognitive impairment. *JAMA Netw Open* 2019 ; 2 : e193359.
 - 14) Ohara T, Hata J, Yoshida D, et al. Trends in dementia prevalence, incidence, and survival rate in a Japanese community. *Neurology* 2017 ; 88 : 1925-1932.
 - 15) American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. revised. Washington, DC : American Psychiatric Association ; 1987.
 - 16) Petersen RC, Doody R, Kurz A, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2001 ; 58 : 1985-1992.
 - 17) McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984 ; 34 : 939-944.
 - 18) Román GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia : diagnostic criteria for research studies : report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 1993 ; 43 : 250-260.
 - 19) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975 ; 12 : 189-198.
 - 20) Wechsler, D. Manual for the Wechsler Memory Scale-Revised. San Antonio : The Psychological Corporation ; 1987.
 - 21) Perkins NJ, Schisterman EF. The inconsistency of "optimal" cutpoints obtained using two criteria based on the receiver operating characteristic curve. *Am J Epidemiol* 2006 ; 163 : 670-675.
 - 22) Heijer T den, Geerlings MI, Hoebeek FE, et al. Use of hippocampal and amygdalar volumes on magnetic resonance imaging to predict dementia in cognitively intact elderly people. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 : 57-62.
 - 23) Heijer T den, Lijn F van der, Koudstaal PJ, et al. A 10-year follow-up of hippocampal volume on magnetic resonance imaging in early dementia and cognitive decline. *Brain* 2010 ; 133 : 1163-1172.
 - 24) Bernard C, Helmer C, Dilharreguy B, et al. Time course of brain volume changes in the preclinical phase of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2014 ; 10 : 143-151.
 - 25) Stephan BCM, Tzourio C, Auriacombe S, et al. Usefulness of data from magnetic resonance imaging to improve prediction of dementia : population based cohort study. *BMJ* 2015 ; 350 : h2863.
 - 26) Burgess N, Maguire EA, O'Keefe J. The human hippocampus and spatial and episodic memory. *Neuron* 2002 ; 35 : 625-641.
 - 27) Squire LR, Stark CEL, Clark RE. The medial temporal lobe. *Annu Rev Neurosci* 2004 ; 27 : 279-306.
 - 28) Cahill L, Babinsky R, Markovitsch HJ, et al. The amygdala and emotional memory. *Nature* 1995 ; 377 : 295-296.
 - 29) Malin EL, McLaugh JL. Differential involvement of the hippocampus, anterior cingulate cortex, and basolateral amygdala in memory for context and footshock. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2006 ; 103 : 1959-1963.
 - 30) Benarroch EE. Insular cortex : functional complexity and clinical correlations. *Neurology* 2019 ; 93 : 932-938.
 - 31) Li X, Wang H, Tian Y, et al. Impaired white matter connections of the limbic system networks associated with impaired emotional memory in Alzheimer's disease. *Front Aging Neurosci* 2016 ; 8 : 250.
 - 32) Frisoni GB, Testa C, Zorzan A, et al. Detection of grey matter loss in mild Alzheimer's disease with voxel based morphometry. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002 ; 73 : 657-664.
 - 33) Monte SM de la, Kril JJ. Human alcohol-related neuropathology. *Acta Neuropathol* 2014 ; 127 : 71-90.
 - 34) Korf ESC, White LR, Scheltens P, et al. Midlife blood pressure and the risk of hippocampal atrophy. *Hypertension* 2004 ; 44 : 29-34.
 - 35) Hirabayashi N, Hata J, Ohara T, et al. Association between diabetes and hippocampal atrophy in elderly Japanese : the Hisayama Study. *Diabetes Care* 2016 ; 39 : 1543-1549.
 - 36) Callisaya ML, Beare R, Moran C, et al. Type 2 diabetes mellitus, brain atrophy and cognitive decline in older

- people : a longitudinal study. *Diabetologia* 2019 ; 62 : 448-458.
- 37) Kloppenborg RP, Nederkoorn PJ, Grool AM, et al. Cerebral small-vessel disease and progression of brain atrophy. *Neurology* 2012 ; 79 : 2029-2036.
- 38) Harris TC, Rooij R de, Kuhl E. The shrinking brain : cerebral atrophy following traumatic brain injury. *Ann Biomed Eng* 2019 ; 47 : 1941-1959.
- 39) Daulatzai MA. Cerebral hypoperfusion and glucose hypometabolism : key pathophysiological modulators promote neurodegeneration, cognitive impairment, and Alzheimer's disease. *J Neurosci Res* 2017 ; 95 : 943-972.
- 40) Kamat PK, Kalani A, Rai S, et al. Mechanism of oxidative stress and synapse dysfunction in the pathogenesis of Alzheimer's disease : understanding the therapeutics strategies. *Mol Neurobiol* 2016 ; 53 : 648-661.
- 41) Chen Z, Zhong C. Oxidative stress in Alzheimer's disease. *Neurosci Bull* 2014 ; 30 : 271-281.
- 42) Selkoe DJ, Hardy J. The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease at 25 years. *EMBO Mol Med* 2016 ; 8 : 595-608.
- 43) Jang H, Kwon H, Yang J-J, et al. Correlations between gray matter and white matter degeneration in pure Alzheimer's disease, pure subcortical vascular dementia, and mixed dementia. *Sci Rep* 2017 ; 7 : 9541.

高齢者の精神科診療と認知予備力

大阪河崎リハビリテーション大学学長、仁明会精神衛生研究所所長 武田 雅俊

抄録 精神科診療において重要なことは、対象者の行動と認知であることは言うまでもないが、人は、幼少時の教育経験、就業してからの仕事の内容と他人との関わりを経験し、様々な心理・社会的経験を積み重ねて高齢者となる。したがって、高齢者の個体差は大きく、正常か異常かという二分法で括ることは不適切であり、老化は健康から疾患までを通じた一連の連続性を持ったスペクトラムと捉える方が良い。人は40歳代以降には、脳の老化に伴い加齢に伴う認知機能低下を示すが、認知機能低下のスペクトラムを想定して、サクセスフルエイジング (successful aging) の概念が提出されたが、認知症は unsuccessful aging の極に位置付けられよう。脳の加齢変化や病的変化に拮抗して、認知機能を維持する力として、認知予備力の重要性が指摘されている。認知予備力の概念は未だ十分には整理されていないが、高齢者の精神科診療において、臨床家が心掛けておくべき概念である。

Key words : 行動 (behavior)、認知 (cognition)、加齢 (aging)、精神疾患 (mental disorders)、認知予備力 (cognitive reserve)

1. 行動と認知

「人は行動を通貨として社会生活を営む」とのフレーズを精神科医になりたての頃に聞いた。人は外界からの刺激を認知し、脳内に蓄えられた記憶や情動などの内部情報と照合して、自己の行動を決定する。例え同一の外界刺激であっても、人により認知の過程は異なる。また人の内部情報も個人個人により異なっており、さまざまな行動が表出される。そして社会の中で生活する人は、他人が表出した行動を適切に認知し行動することが期待されている。すなわち、人は行動を通貨として社会生活を営む。精神医学は人の行動をその対象とする。

表 (おもて) の意味は、人の脳や心の中の活動 (内界) は解らないが、人の行動は客観的に見ることができるとい意味合いである。精神医学がサイエンスとして成立するためには、客観的な事実が大切であり、その根拠は観察可能な「行動」に求められるべきである。精神科医は、患者を理解するためには行動観察に傾注しなければならない。そして、そのような努力は、精神疾患患者が呈する行動異常は疾患の病態を反映するものであ

り、「行動」を詳細に観察することによって初めて客観的なサイエンスを構築することができるという主張であろう (図1)。

1-1. DSM 導入と行動

このような考えは、DSM-IIIの導入により、わが国の精神科診療にも大きな影響を及ぼすようになった。患者の内界を推察するよりも患者が表出する行動にこそ、診断の手掛かりと根拠を求めようとする態度と共通する内容であったからである。

それ以前の精神医学は、基本的には精神疾患を対象としていた。疾患として理解できるかどうか、精神医学の対象となりうるかどうかの基準であり、疾患によらない異常行動を精神医学の枠組みの中取り入れることには消極的であった。そして、精神医学研究は、診断体系に基づいた精神病理学を中心に組み立てられ、経験的に積み上げられてきた診断体系の枠組み中での精神異常の質的量的評価とその病理構造を解釈することに重点がおかれていた。すなわち精神医学とは精神疾患の学問であり、正常人の行動はその対象外とする考

人の行動

人は「行動」を通貨のように使用しながら社会生活を営む

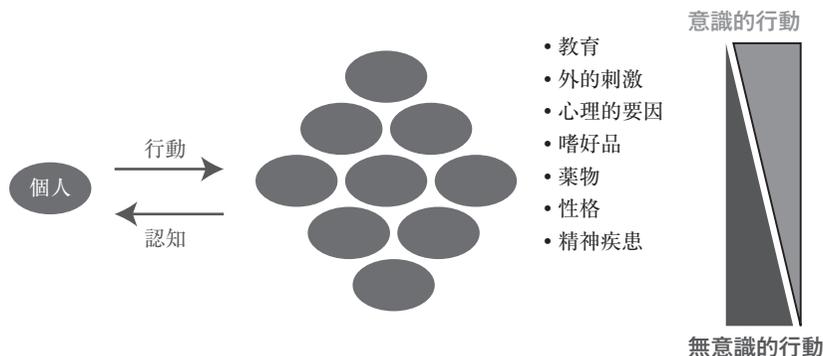


図1 人の意識的行動と無意識的行動

えであった。

現在の精神医学は、その学問対象を人の行動に見据えており、疾患という枠組みを越えて、人のあらゆる行動異常をその対象として取り扱うようになった。このような流れは、精神医学がよって立つ診断体系として DSM を導入することにより一層加速された。DSM 診断体系が広く精神科臨床の場に浸透するようになり、精神医学の対象が疾患から行動へ広がったともいえよう。そして、現代の精神医学は、脳内事象の客観的知見と行動表出との統合にその根拠を求めようになっている。ある意味では、人の行動表出を直接的な手がかりとし、脳内事象についての思索と推論への依存度を弱めているのではなかろうか。

1-2. 意識的な行動と無意識的な行動

人の行動には、意識された行動と無意識の行動がある。多く人は自分が主体的に判断して行動していると思っている。そして無意識に決定されている自分の行動について、無意識な部分であるからこそ、意識しない。図1に示すように無意識的な行動は、人の行動のかなりの部分を占める。性格、嗜好、教育などは、人の行動に影響を及ぼし、個人個人が意識しないうちにその人らしい行動として表出する。一方、精神疾患や向精神薬も

行動に影響を及ぼし、その人らしからぬ行動を表出する。

精神疾患は時には個人の意思に反した行動を表出する場合さえある。このような意味でそれぞれの精神疾患は特定の行動パターンを形成することにより、疾患に特徴的な表出となり、診断の手掛かりとなる。観察者は患者の特徴的な行動を観察し、疾患に共通する手がかりを検知することにより、精神疾患の診断に到達しようとする。

1-3. 行動と認知

人は社会的動物であり、常に他人との社会生活の中で自分の行動を決定する。他人の行動を認知し、その行動の意味やニュアンスを理解して自分の適切な行動を決定している。このような意味で行動と認知はセットであり、当然のことながら自分の行動が他人からどのように認知されるかを意識する。そして、他人による（自分の行動に対する）認知の内容を推察しながら、自分の行動を決定する。このような行動と認知のフィードバックを介して人は社会生活を営んでいる。このような意味からは、認知機能の方がより根源的であり、行動はその表出に過ぎないという考えも成り立つ。

2. 高齢者の生物心理社会的な多様性

人は出生する時はほとんど同じような生物として生まれる。身長や体重に多少の個体差はあっても、ほとんどの生理的機能は同様に未熟であり個人差は少ない。人は出生後に、児童期・思春期・成年期・高齢期と様々な段階での経験を積み重ねながら生活していく。幼少時の教育経験、就業してからの仕事の内容と他人との関わりを経験し、様々な心理・社会的経験を積み重ねて高齢者となる。したがって、高齢者の個体差は大きい。正常か異常かという二分法で括ることは不適切であり、老化は健康から疾患までを通じた一連の連続性を持ったスペクトラムと捉える方が良いという意味である。

人は40歳代以降には、脳の老化に伴い加齢に伴う認知機能低下を示すが、認知機能低下のスペクトラムを想定して、サクセスフルエイジング (successful aging) の概念が提出されている。以前は、認知症は正常老化か病的老化かとのテーゼについて議論された時期もあったが、最近では脳の老化は unsuccessful aging から successful aging までの一連の脳老化の表現であり、unsuccessful aging の極に認知症を位置付けることが正しいと考えられるようになってきている。

2-1. 加齢による認知機能の変化

認知機能とは、人が外界からの情報を取り入れて、内部に蓄えられている記憶情報と統合して、その人が主体的に時間・場所・状況 (TPO) に合わせた最適の行動を決定する過程のことである。広義には大脳全体により担われる機能とも考えられるが、狭義には感覚連合野と運動連合野と辺縁系により担われている。認知機能は複雑な集合体であり、広くとらえると社会認知、心の理論機能などをも含みこむが、比較的狭い意味での認知機能の検討には、前頭前野-線条体回路 (Prefrontal cortex-striatal circuit) と側頭葉内側-海馬 (medial temporal-hippocampal circuit) 回路が認知機能に関わる重要な神経回路と考えられている。

(a) 前頭前野-線条体回路

高齢者の認知機能の特徴として、作業記憶の低

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

加齢により線条体容積も減少する。MRI による線条体の断面積の比較から、加齢により線条体容積は十年間で3%減少するとされている。前頭前野-線条体のニューロンは主としてドパミンニューロンであるが、加齢によりドパミン濃度、ドパミントランスポーター、ドパミン受容体密度が低下することが示されている。40歳代以降にはドパミンD2受容体密度は十年間で8%の低下を示すとされている。加齢に伴う認知機能の変化と前頭前野-線条体回路の生物学的パラメーターの変化について、高齢者における前頭前野容積はWCSTによる保続エラーと逆比例しており、加齢による前頭前野の萎縮は高齢者にみられる流動性知能の低下を規定しているとした報告¹⁾、高齢者のPET研究でドパミンD2受容体数は注意機能と反応抑制、WCSTの成績と良く相関しており、高齢者におけるこのような機能低下はドパミンニューロンの機能低下によるものとする報告²⁾、線条体のD2受容体数は実年齢以上に高齢者の情報処理速度と相関を示すとの報告など³⁾がある。

(b) 側頭葉内側と海馬

側頭葉内側部・海馬は宣言記憶に関与している部位であるが、側頭葉内側部・海馬は前頭前野や白質と比べると加齢による容積変化はあまり目立

たない。実際に海馬および海馬傍回における容積変化も認められず、加齢による神経細胞の脱落も殆ど認められない。MRIによる海馬と海馬傍回の容積減少の程度は、十年間で2～3%程度であり前頭前野や線条体と比較してもその萎縮の速度は遅い。しかしながら70歳を過ぎる高齢期になるとその萎縮速度は早まり、年間1%程度となる。海馬の領域ごとにみると、嗅内皮質（entorhinal cortex）、海馬 CA1領域の加齢による容積減少は殆ど認められず、subiculum と dentate では加齢による一定の容積減少・萎縮が認められる。このような萎縮に対応して高齢者ではfMRIにより課題に対する左海馬の活性化が低いことも報告されているが、これは subiculum や dentateの萎縮に対応するものかもしれない。辺縁系の一部を形成する扁頭体は加齢によりさほどの容積減少は認められないが、fMRIによる検討では、高齢者においては否定的情動に対する反応の低下が報告されている。

このような知見をまとめて考えると、正常な加齢変化では、海馬や側頭葉内側部の形態変化は少なく、側頭葉内側部-海馬回路の加齢変化は一義的には重要ではない。むしろ前頭前野との連携においてこの部位が関与する機能にも加齢変化が出現すると考える方がよい。このような側頭葉内側部-海馬が関与する認知機能には、とくに高齢者ではその差異が大きいことも忘れてはならない。生物学的な加齢変化に加えてそれぞれの個体が経験してきた生活体験の差異、遺伝的素因の差異、神経病理過程に対する脆弱性の差異などが影響して、高齢者の認知機能には大きな個体差が観察される。そして、極端に言えば、認知機能の高い群と容易に認知機能が低下する群と大きく二群に分かれる可能性も考えられる⁴⁾。

(c) 白質

近年の脳機能画像解析法の進歩により各領野間を連結する白質の形態と機能が検討されている。Diffusion tensor imaging (DTI) は白質機能を反映するパラメーターと考えられており、高齢者のDTIによる検討では、前頭前野と前部脳梁における白質密度の低下が示されている。このような白質機能の低下は、処理速度、遂行機能、推

理、直後・遅延再生には影響を及ぼすものの、全体IQには無関係とされている。いずれにしても高齢者に認められる白質機能の変化は、前頭前野と海馬あるいは線条体との連結に影響を及ぼしうるものであり、このような白質の変化は高齢者の認知機能に影響を及ぼしている。

2-2. 精神疾患による認知機能障害

近年、精神疾患における認知機能障害が注目されるようになった。認知機能はヒトの行動表出にきわめて重要な機能であり、社会の中で自分がどのように行動すべきかを教えるものである。多くの精神疾患が行動異常を呈するが、この原因の一部は精神疾患における認知機能障害に求めることができる。

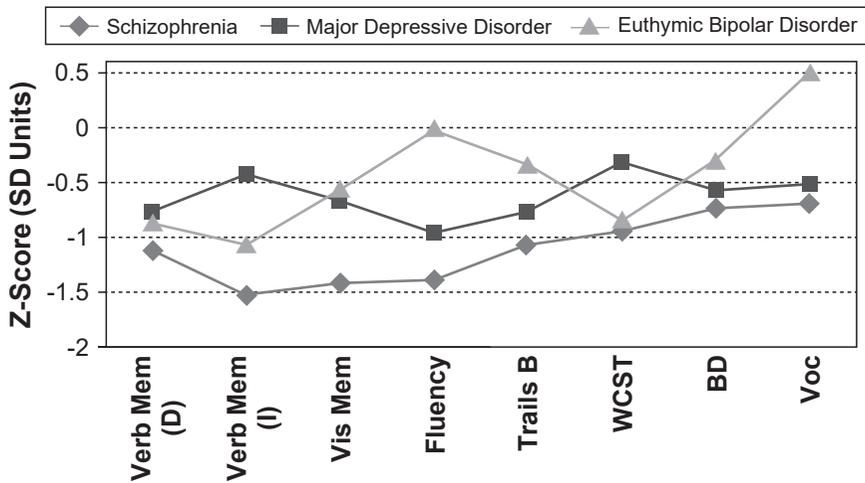
統合失調症における認知障害は古くから陰性症状として知られていた。眼球運動の異常として捉えられるだけでなく、注意障害、作業記憶障害、ゲシュタルト障害などが広く知られており、電気生理学的なパラメーターとして prepulse inhibition (PPI) や mismatch negativity (MMN) の異常が指摘されている。いずれも統合失調症における認知障害を示唆する知見であり、統合失調症の理解とその対応を考える上で重要な視点である。

感情障害における認知障害についても近年大きく理解が進んできた。うつ病患者はうつ感情に支配された悲観的な思考内容、思考の抑制、行動の抑制などを呈するが、うつ病による認知障害がこのような症状の原因となりうることから、情動に影響される認知障害といえることができる。

PTSDは、心理ストレスに暴露された後、長期間にわたり心的外傷の影響が持続する病態を言うが、心理ストレスによる認知過程の歪みはその原因となると考えられている。このような心理ストレスの理解は、ヒトの精神機能がどのようなメカニズムで障害されるかを理解することに通じるものである(図2)。

このような認知障害は、当然のことながら、それぞれの疾患に特有の行動パターンを産出するが、精神疾患の治療という観点からも認知機能は重要であることも忘れてはいけない。過大な心理スト

Cognitive Profiles in Schizophrenia, Major Depression, and Euthymic Bipolar Disorder From Published Meta-analyses.16 Data from Heinrichs and Zakzanis,44 Zakzanis et al,14 and van Gorp et al15 Healthy group mean = 0.



Keefe R S E, and Fenton W S Schizophr Bull 2007;33:912-920

図2 精神疾患における認知機能障害

レスは精神障害を惹起しうるが、逆に適切な心理ストレスは精神機能を維持するために必要なものである。適度の心的ストレスはヒトの精神機能の維持に必要な不可欠なものであり、適度のストレスがないと正常な精神機能を維持することはできない。

3. 認知予備力 (cognitive reserve ; CR)

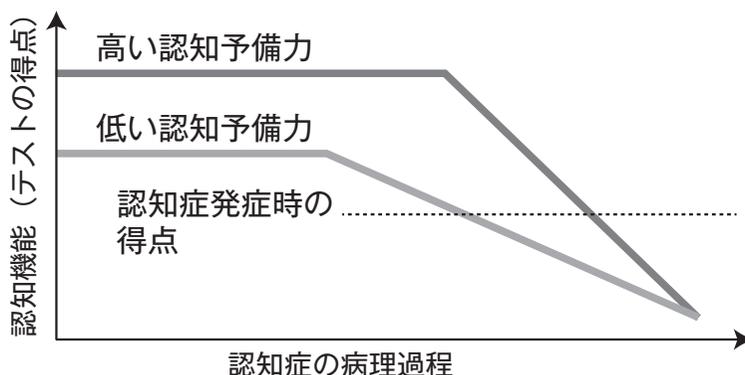
脳の正常加齢変化とアルツハイマー (AD) 病理変化とは連続的なものである。脳内に AD 病理を有する人でも、認知機能が正常である人がおり、また AD 病理を反映するバイオマーカーが陽性の人であっても認知機能が正常な時期がある。このような状況を説明する概念として認知予備力 (cognitive reserve ; CR) 仮説が提唱されている⁵⁾。AD 病理を有するプレクリニカル段階の人は、病理所見により惹起されうる機能障害に対抗して、神経回路を駆動して認知機能を維持している可能性が想定され、このような加齢や病理過程に拮抗して認知機能を正常に維持しようとする力を認知予備力と呼ぶようになった。

3-1. 認知予備力と認知機能低下

認知予備力は、脳の加齢変化や病理に拮抗して認知症の症状発現を遅らせている。認知予備力の高い人は、認知予備力の低い人より、症状発現時には大きな加齢変化や病理に対抗していることから、高い認知予備力の人は、一旦症状が出現すると認知機能は急激に低下しやすい (図3)。認知予備力が認知症の全経過、すなわち、死亡率にどのような影響を及ぼすかについては十分には知られていないが⁶⁾、認知症発症後の全経過が圧縮されていると考ええると、むしろ認知予備力の高い人の方が早く死亡する可能性が推察されている⁷⁾。高い認知予備力がどの程度まで認知症の発症を遅延させるかについては明らかにされていないが、例えば、二年の発症を遅らせることができるとしても、公衆衛生学的には認知症の有病率を大幅に低下させる効果が期待できることから、認知予備力の研究が進められてきた。

3-2. 認知予備力をどのように考えるか

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



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

図3 認知予備力と認知症

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

認知予備力とは、脳老化やAD病理を原因とする機能低下に拮抗して、認知機能を維持する力のことを言う。これは人の脳は生活スタイルにより十分な予備力を醸成することができるという考えに基づいている。高齢者における認知機能低下はいつの間にか始まり、年齢とともにゆっくりと進行していくが、その低下速度には個体差がある。認知予備力の高い人ではある程度までは脳内病理過程に抵抗してその機能低下を防御することができる。しかしながら高い認知予備力を有する人でも、いったん機能低下が始まると認知機能は急速に低下してしまう。別の言葉で言うと、認知予備力とは、認知機能低下の始まりの時期を遅らせるものとも言えよう。認知予備力がアルツハイマー病の病理過程のどの部位に作用しているのかの検討が必要とされている(図4)。

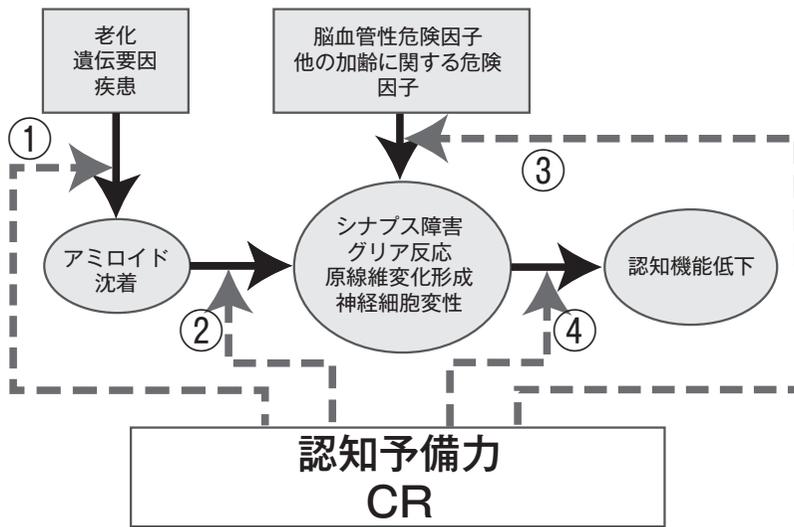
3-3. 認知予備力(CR)の概念化

脳内病理と認知機能の相関は緩やかであり⁸⁾ 両

者の間には乖離がある。例えば、生前に認知機能低下がなかった高齢者の20%に剖検でAD病理が観察される⁹⁾⁻¹¹⁾。同様に、認知機能低下の無い高齢者~20%にMRIで脳梗塞が認められる¹²⁾。

認知予備力は加齢や脳病理に拮抗して認知機能を維持する能力として理解され生物学的な本態は解明されていないが、構造的には、余分な神経細胞数やシナプス数、機能的には、余分な可塑性や代償能が想定されている¹³⁾。CRは個人ごとに異なっており、CR形成のためには認知機能を必要とする経験が重要と考えられている。

CR以前にBrain Reserve(BR)の概念が提唱されていた¹⁴⁾。BRは脳容積や神経細胞数によって規定されている受動的な予備力である。閾値モデルとも言えるべきものであり、脳障害が閾値を超えて大きくなると機能障害が出現すると考えて、脳予備力の差異により症状が出るかでないかの個人差を説明しようとするものであった。これに対して認知予備力は能動的な概念であり、残存する神経回路や周囲の神経回路を利用して障害に対応しようとすることを言う。このような意味から認知予備力については閾値という考えはなく、どのような対応をしようとしているかに関心がある。表にBRとCRの特徴を示す(表)。



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

図4 認知予備力と対応する生物学的機序

表 認知予備力 (CR) と脳予備力 (BR) の比較

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

(Yaakov Stern, Cognitive Reserve Neuropsychologia. 2009 August ; 47(10): 2015-2028より改変)

3-4. CRの定量化

認知予備力についての基本的な課題は、この理論的な概念をどのように定量化するかという問題であった。当初は、教育年数などの代替項目 (Proxy-based measure) で評価されていた。教育年数は、認知症の有病率¹⁵⁾や発症率¹⁶⁾と逆相関していることが報告され、教育年数がCRの代替として使用された。しかしながら、教育の経験はそれ自体が複雑な経験であり、教育は多くの疾

患のリスクを低下させ¹⁷⁾、健康に影響を及ぼす収入、医療へのアクセスなどにも影響する。実際、低教育は、心臓疾患、糖尿病、脳卒中のリスクであり、高血圧、喫煙、肥満のリスクであり、これらは認知症のリスクとなりうる。職業の複雑性¹⁸⁾¹⁹⁾、余暇の知的活動²⁰⁾²¹⁾も代替として使われているが、教育と同様の問題を有している。

3-5. CRのresidual-based measureによる定量化

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

認知機能はいくつかの要因により規定されているが、その最も大きな要因は、例えばMRI画像で計測される脳病理像であり、個人的背景に加えて、脳画像による評価を加えて、認知機能を予測し、実際に示される認知機能（ここではエピソード記憶の成績）のバラツキを、脳画像と個人背景とその他の要因の3つに分解して、3つ目のresidual componentがCRを反映していると考えられた²²⁾。このように定義することにより、脳病理像から予想される認知機能より高い認知機能を示す者は高い認知予備力があり、逆に脳病理像から予想される認知機能よりも低い者は認知予備力が低いと考えることができる。

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

文 献

- 1) Schretlen, D. *et al.* Elucidating the contributions of processing speed, executive ability, and frontal lobe volume to normal age-related differences in fluid intelligence. *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 6, 52-61 (2000).
- 2) Volkow, N. D. *et al.* Association between decline in brain dopamine activity with age and cognitive and motor impairment in healthy individuals. *Am. J. Psychiatry* 155, 344-349 (1998).
- 3) Bäckman, L. *et al.* Age-related cognitive deficits mediated by changes in the striatal dopamine system. *Am. J. Psychiatry* 157, 635-637 (2000).
- 4) Rapp, P. R. & Amaral, D. G. Individual differences in the cognitive and neurobiological consequences of normal aging. *Trends Neurosci.* 15, 340-345 (1992).
- 5) Stern Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol.* 11(11) : 1006-1012, 2012.
- 6) Bruandet A, Richard F, Bombois S, Maurage CA, Masse I, Amouyel P, *et al.* Cognitive decline and survival in Alzheimer's disease according to education level. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 25(1) : 74-80, 2008.
- 7) Cheng S-T. Double compression : a vision for compressing morbidity and caregiving in dementia. *Gerontologist.* 54(6) : 901-908, 2014.
- 8) Mungas D, Reed BR, Jagust WJ, DeCarli C, Mack WJ, Kramer JH, *et al.* Volumetric MRI predicts rate of cognitive decline related to AD and cerebrovascular disease. *Neurology* 59 : 867-873, 2002.
- 9) Schmitt FA, Davis DG, Wekstein DR, Smith CD, Ashford JW, Markesbery WR. "Preclinical" AD revisited : neuropathology of cognitively normal older adults. *Neurology* 55 : 370-376, 2000.
- 10) Bennett DA, Schneider JA, Arvanitakis Z, Kelly JF, Aggarwal NT, Shah RC, *et al.* Neuropathology of older persons without cognitive impairment from two community-based studies. *Neurology* 66 : 1837-1844, 2006.
- 11) Driscoll I, Resnick SM, Troncoso JC, An Y, O'Brien R, Zonderman AB. Impact of Alzheimer's pathology on cognitive trajectories in nondemented elderly. *Ann Neurol* 60 : 688-695, 2006.
- 12) Longstreth WT Jr, Bernick C, Manolio TA, Bryan N, Jungreis CA, Price TR. Lacunar infarcts defined by magnetic resonance imaging of 3660 elderly people : the Cardiovascular Health Study. *Arch Neurol* 55 : 1217-1225, 1998.
- 13) Stern Y. Cognitive reserve. *Neuropsychologia* 47 : 2015-2028, 2009.
- 14) Katzman R. Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology* 43 : 13-20, 1993.
- 15) Zhang MY, Katzman R, Salmon D, Jin H, Cai GJ, Wang ZY, *et al.* The prevalence of dementia and Alzheimer's disease in Shanghai, China : impact of age, gender, and education. *Ann Neurol* 27 : 428-437, 1990.
- 16) Cobb JL, Wolf PA, Au R, White R, D'Agostino RB. The effect of education on the incidence of dementia and Alzheimer's disease in the Framingham Study. *Neurology* 45 : 1707-1712, 1995.
- 17) Grossman M, Kaestner R. Effects of education on health. Ann Arbor, MI : University of Michigan Press ; 1997.
- 18) Andel R, Vigen C, Mack WJ, Clark LJ, Gatz M. The effect of education and occupational complexity on rate of cognitive decline in Alzheimer's patients. *J Int Neuropsychol Soc* 12 : 147-152, 2006.
- 19) Potter GG, Helms MJ, Plassman BL. Associations of job demands and intelligence with cognitive perfor-

- mance among men in late life. *Neurology* 70 (19 Pt 2) : 1803-1808, 2008.
- 20) Wilson RS, Mendes De Leon CF, Barnes LL, Schneider JA, Bienias JL, Evans DA, et al. Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *JAMA* 287 : 742-748, 2002.
- 21) Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, Hall CB, Derby CA, Kuslansky G, et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med.* 348 : 2508-2516, 2003.
- 22) Reed BR, Mungas D, Farias ST, Harvey D, Beckett L, Widaman K, Hinton L, DeCarli C. Measuring cognitive reserve based on the decomposition of episodic memory variance. *Brain*, 133, 2196-2209, 2010.

単一精神病の今

—変わるものの変り方の臨床研究へのその寄与—

古城 慶子*

抄録：内因性精神病の経過研究における単一精神病論の寄与について論及した。その寄与とは、変わらないものの普遍妥当性を追求する疾病単位論とは別に、変化する精神病的生起を「全体的構造」の時間的展開と見る立場にあった。現在、疾病単位論の克服に向けて、ドイツ語圏だけではなくDSM-5における統合失調症スペクトラム障害という概念の導入にも、単一精神病論への回帰の動向が見て取れた。同時期のアメリカ発のプラグマティズムの立場からのZacharによる素朴实在論批判の書『精神病理の形而上学』は、ドイツの単一精神病論者Janzarikが医学的因果論的疾病論にも心身二元論を克服できない心理学にも飽き足らず、疾病論的先入見を排して、症状論的分類に徹した純粋精神病理学による克服の道を提案した立場に類似していた。症状学の徹底に両者の共通点がある一方で、Zacharは諸症状の連関を貫く意味を問う狭義の精神病理学を不問に付していること、さらには「経過の可変性」という視点の欠如に相違点があった。ドイツ精神病理学の歴史的疾病論論争にアメリカ精神医学が気づき、素朴实在論的疾病単位論の克服に向けて、ドイツ精神医学と同じ戸口に立ったとも、別の意匠で登場してきたとも評価された。

Key words : unitary psychosis, theory of nosological entity, symptomatology, pure psychopathology, changeable courses of endogenous psychosis

[目次]

はじめに

I. 変わるものの変り方の探求方法再考

II. 経過の精神病理学の要請—内因性精神病の縦断的研究における単一精神病的観点

III. 内因性精神病をめぐる疾病単位論の克服と単一精神病論への回帰—ドイツ語圏の精神医学とアメリカ精神医学との異同

おわりに

はじめに

精神医学の歴史の中では、疾病論、症状論、状況論が繰り返して議論されてきた。特に疾病論（診断学）論争をめぐるは、未解決のまま決着して

いない。それでも19世紀の診断学の混沌からKraepelin, E.³²⁾の体系での最後の根本的改造によって獲得された診断学の枠組みを経て、Jaspers, K.¹⁵⁾やSchneider, K.³⁷⁾によってようやく精神医学は精神病理学的方法論による自己批判的展望を手中にしたといえるであろう。Schneiderの疾病論の体系（心身二元論による二重診断体系²⁷⁾の卓越性と包括性は、臨床精神医学体系それ自体を問題にし得るということにあった。その途上で20世紀後半に単一精神病論者Janzarik, W.¹⁴⁾がKraepelinの疾病単位論（素朴实在論）にもSchneiderの心身二元論を克服できない心理（精神病理）学にも飽き足らず、疾病論（医学的因果論）的先入見を排して、症状論的分

Current status of research on unitary psychosis : Contribution to clinical research on the way of change in what is changeable

*国際医療福祉大学 小田原保健医療学部作業療法学科

[〒250-8588 神奈川県小田原市城山1-2-25]

Keiko Kojo : Department of Occupational Therapy, International University of Health and Welfare School of Health Sciences at Odawara, 1-2-25, Shiroyama, Odawara, Kanagawa, 250-8588 Japan

類に徹した「純粹心理（精神病理）学」による克服の道を提案してきたことは画期的であった。

ここで問題にする19世紀末まで支配していたGriesinger, W.の単一精神病論¹¹⁾は、Kraepelinの体系学によって、疾病単位論に凌駕された歴史的経緯がある。Kraepelinが「厳密な臨床に基づく資料の収集」を通じて、精神医学の体系化を目指したことはよく知られている。最晩年の論文「精神病の現象形態」³³⁾での精神病の内的連関の探求への精神病理学的転換を別にすれば、彼の生涯を通じての研究は「外的資料の整理」つまり疾病単位の確立へと向けられていたことは間違いない。その後100年余、世界中で疾病単位の理念が脈々と続いてきた。その一方で、単一精神病の理念は細々とではあるものの、ドイツ語圏では1868年にGriesinger没後、Conrad, K.⁹⁾、Janzarik¹⁴⁾、フランスではEy, H.¹⁰⁾そして本邦ではChidani, Sh.⁷⁾によって、発展的に継承されてもきた。本論では内因性精神病領域の経過の可変性を探究するための方法論の一つとしての単一精神病的観点の現代的意義について考察する。そのために目次に示す3つの論点に沿って言及する。

I. 変わるものの変わり方の探求方法再考

最初に内因性精神病経過における変わるものの変わり方の探求方法として、これまで随所で詳述してきた方法論の鍵概念（全体論、構造分析、単一精神病論）を再度略述する作業から出発する。

1. 全体論

心理学における全体論的観点⁸⁾³⁵⁾は、心的事象を要素に分解し、それを結合し構成しようとする要素心理学的研究によっては、心的事象の全体性を解明できないという反省から生まれたものである。それはまた「構造連関」という言葉で、心的生命の基本的事実固有する事態、その「全体性」性格を表示しようとしたDilthey, W.³⁶⁾の構想を受けてのことであった。彼の構想は自然科学とは独立した精神（人文）科学の確立を目指していた。

2. 構造分析

「構造心理学」としてまとめられるゲシュタルト心理学、発生論的全体心理学はそれぞれ精神科領域へと援用されつつ発展してきた。そこで共有される心的事象の最も基本的な認識は、Krueger, F.³⁴⁾³⁵⁾によれば次のようにまとめられる。

a) 生命的体験としての心的事象は直接的一次的所与としての全体性性格を有する（この全体は部分の総和とは異なるか、それ以上のものである）。

b) 部分は全体の特殊性格を反映する（体験的全体の特異性質が初めにあり、これらの性質は常に部分自体の性質として明瞭に知覚される）。

c) この部分や相異なる側面は、構造として互いに組織された一全体を成し、それぞれがこの全体に直接連携している（構造とは存在するものの分節された内的にまとまりを持った全体である）。

d) 構造は発展する（Dilthey³⁶⁾にとって発展とは成長する構造的なものを意味する）。

心的事象の全体性とその構造の展開という全体論的心理学を精神医学の領域へ援用展開しようとする試みは、精神病理学の領域を中心に進められてきた。

精神症状に構造を求める試みは、晩年のKraepelin³³⁾の外的資料の収集と整理から、内的連関の理解へ向かう展開に現れている。様々な精神病像を、人格に内在する進化論的既製装置の成層構造が、種々の原因によって解体の段階に応じて露呈された非特異的なものとして理解しようとした。しかし「構造分析」という視点を初めて明瞭に提示したのはBirnbäum, K.³⁾である。彼はKraepelinの時代の臨床記載的研究の一つの発展として構成論をとらえ、力動的発生論的方向を持つ臨床的構造論、連関論を提出した。「精神疾患構成上本質的なのは、これらの諸成分や諸部分がその折毎の臨床的価値と疾病学的意味に相応しつつ全体の枠内で一定の秩序におかれていることである」という全体論的観点を示しつつ、病態発生因子（Pathogenetik）と病像賦形因子（Pathoplastik）、つまり人格と精神疾患との絡み合いとして精神病をみていこうとする¹⁹⁾²²⁾。

全体論的構造分析的研究のその後の展開とし

表1 内因型（特発性）精神症状群の症状学的次元の3系列（文献26より引用）

〈生命学的症状の次元〉

- ・感情推進面（気分－行為面）の症状；生命的症状（千谷）、力動的症状（Janzarik）。
- ・超個人性、身体近縁性から、疾病性、病勢の直接的反映とみなしうるもの。
- ・疾病論的観点からも最も注目されるべき症状。
- ・比較的純粋な現れが躁うつ病圏の症状。

〈意識学的症状の次元〉

- ・構造依存的症状（Janzarik）に相当。
- ・統合失調症圏の特徴的症状が含まれる。
- ・生命学的次元の変化が優勢化するにつれて、内容の断片化。病勢が穏やかな折にむしろ意識内容は脈絡をもつものになる。
- ・自我意識障害の段階を特徴づける指標的症状の系列として、ドイツ語圏の自己関係づけ、妄想知覚、言語性幻覚、光景の幻視（知覚における意味意識の実体化の系列）。フランス語圏の妄想病の区別では、各段階は復権妄想病、解釈妄想病、急性幻覚性精神病、急性錯乱性精神病に照応。

〈性格学的症状の次元〉

- ・異常体験反応（心因反応）、神経症性特殊症状。
- ・内因性精神病の経過中に転換、解離症状が生じることがある。
- ・人格的まとまりをもって、直面した社会生活での状況に反応するため、病勢の軽い時期に多く認められる。
- ・この次元だけが前景に立つ場合もあるが、その重症度と生命学的次元の変化は必ずしも相関しない。
- ・統合失調症圏の病像よりも躁うつ病圏の病像で問題になる。

この表は筆者が作成。病勢の強さ（急性態）の徴標として挙げられるのは、特に睡眠短縮あるいは睡眠喪失などの睡眠変化が目立つこと、それ以外では表現における緊張性、激情性。

ては、Conrad, K.⁸⁾⁹⁾ のゲシュタルト分析、Janzarik, W.²¹⁾²²⁾²⁸⁾ の構造力動論、Huber, G.¹²⁾ の基底障害に基盤を置く精神症状学、本邦での千谷の躁うつ病の病態学⁵⁾ とうつ病の構造分析⁶⁾、柴田の躁状態の症状構造論³⁸⁾、赤田の内因性精神病の病態分析¹⁾ が代表的である。彼らが多かれ少なかれ単一精神病論者²³⁾²⁹⁾ であることは偶然ではない。

実地臨床上「全体論的構造分析」的観点は、横断面の病像（状態像）だけに適応されるものではなく、精神医学の対象（人間という現象、眼前の他者）が現象学的連続性を有していることから、諸状態像つまり症状学的カテゴリー間の差異性（非連続性）を貫く意味の探求（精神病理学）が必然的に要請されるとこれまで述べてきた。それは症状論（現象学）的診断の体系化の試み、つまり成因論から独立した症状論の徹底である。

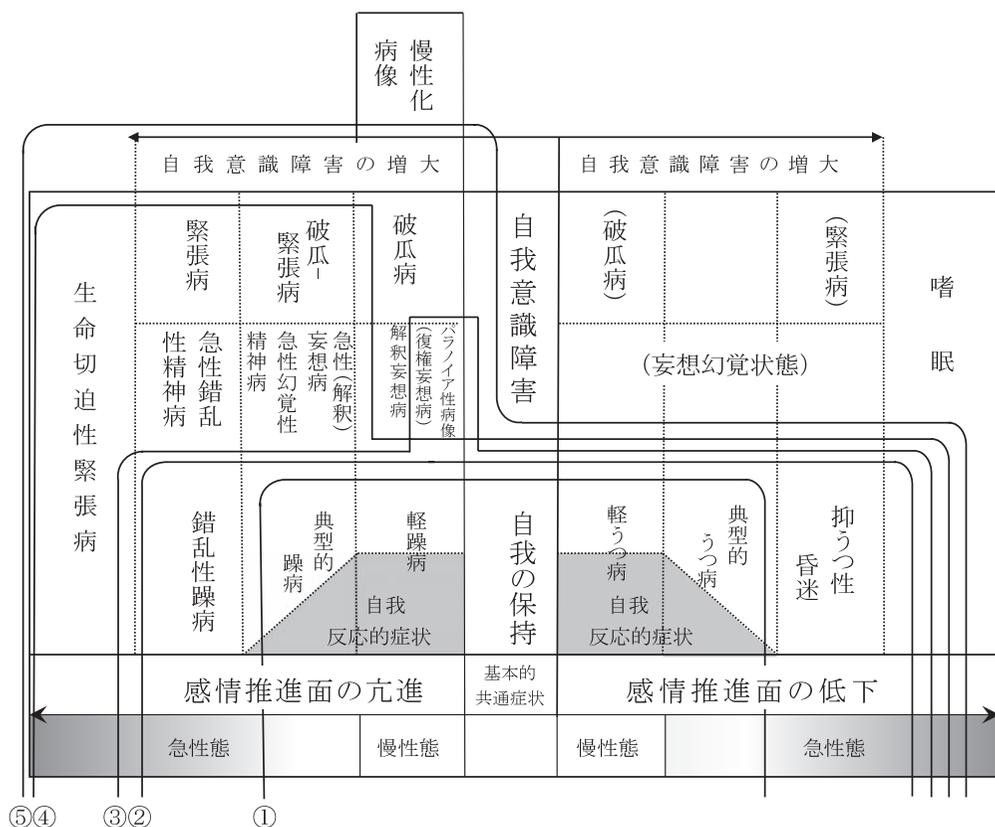
その方法は状態像評価（成因論評価に先行する

症状論評価）とその変化のあり方（動因）の評価、要は人間の基本的あり方（原型）とその変容（メタモルフォーゼ）の評価であり、筆者らは症状学的3次元を設定して縦断的研究（長期経過研究）を行ってきた。改めて、これまで随所で示してきた生命学的、意識学的、性格学的の症状学的3次元設定の表1と精神病理学の歴史を踏まえた横断面病像と類型分類との症状学的連関の図1とを呈示する。

特に精神科独自の領域である内因性（特発性）精神症候群では、経過中の連続的变化、つまり変わるものの変わり方の精神病理学的方法（経過の精神病理学）が必要である。

3. 単一精神病

実地臨床上、表1に示す筆者らの症状学的3次元設定による長期経過研究を通して、経過の精神病理学へ単一精神病的観点がどのように寄与でき



この図は吉増（文献40）の生命推進面（感情推進面）と自我意識障害との2次元座標軸による図化に筆者が自我反応（性格学）的の次元を加筆。④と②（あるいは①）の間の病像で可逆性ならば非定型な精神病。

図1 横断面病像と類型分類との症状学的連関（文献23より引用）

るか、筆者らはその展開可能性を検証してきた²⁰⁾²³⁾³¹⁾³⁹⁾。

内因性精神病的横断面病像と類型分類との症状学連関を示した図1は、吉増⁴⁰⁾による感情推進面（生命学的、自我意識障害（意識学）的二次元座標軸に筆者が自我反応（性格学）的次元を加筆したものである。つまり表1の症状学的3次元の布置（座標軸）から見たドイツ語圏およびフランス語圏の歴史の先達が命名してきた諸病像あるいは類型の症状学的カテゴリー¹⁰⁾¹⁴⁾²¹⁾の相互連関を図化したものである。症状学的カテゴリー間の間隙を埋める、いわゆる非特徴的な移行領域の症状（たとえば、Huberらのいう基底症状¹²⁾²⁰⁾、

あるいは従来の2分法類型分類での定型病像、つまり図1の⑤の筆者らのいう慢性化病像¹⁹⁾²⁵⁾だけがKraepelin³²⁾やBleuler, E.⁴⁾の意味での統合失調症、①が最も狭義の躁うつ病、③はパラノイア病像の自我障害の乏しさ、自我連関の緊密さ（副次的にはその誇大拡張性や活動性）に注目して躁うつ病圏に入れるもの、さらに単純に言えば、非定型病像とは、図1の④と②あるいは④と①の間の病像で可逆性の経過をとるもの、⑤の慢性化病像（古典的には欠陥統合失調症と呼ばれてきた病像²⁵⁾もそれが可逆性である限り、活動的疾疾病段階である（欠陥・残遺症ではない）とみるのが単一精神病的立場である。図1に示す歴史的

諸病像がこれらの次元設定によって、単一精神病論においては段階的スペクトラムとして位置づけられる。Schneider の体系²⁷⁾を保持する理由は、症状論と成因論とを区別することによって症状学、つまり現象学の徹底が可能になるからである。

II. 経過の精神病理学の要請—内因性精神病的縦断的研究における単一精神病論的観点

次に、ここでは「経過の精神病理学」と呼んできた連続的に変化するものの探究方法、つまり内因性精神病的縦断的研究における単一精神病的観点の重要性について考察する。

Schneider の症状学的カテゴリー評価³⁷⁾を突破する方法として、筆者らは状態像の人格の全体的構造分析にあたって、人格が人間に固有な同一性、一貫性および能動性を本質的徴標とする自我(精神)と、動物とも共通する情動的肉体的極性連関としてのエス(生命)から成るとする Klages, L. による人格の構造分析¹⁶⁾¹⁷⁾を援用してきた。Klages の生命論的人間観と世界観(生の哲学的人間学)²⁶⁾によると、人格には、世界、現実時空の変化とともに変わる働き(変身の能力)と、その変化に抵抗し、それを何か変わらないものにしようとする働き(無化する能力)との2つの働きが、時に協調的に、しかし基本的には当然対立するものとして備わっている。前者を生命と呼び、後者を自我(生命に闖入した精神)と呼ぶ。この基本的人格構造に根ざした「自我機能障害(意識学的症状)」と「感情推進(情緒行為)障害(生命学的症状)」の2つの側面からの構造分析、それに「自我反応的側面(性格学的症状)」を加えた症状学的3次元による構造分析を試みてきた。

筆者らは内因性精神病的長期経過研究の結果¹⁸⁾²⁰⁾²⁴⁾から経過中の病像変遷に症状の連続性と内的連関を指摘してきた。2分法的境界は相対化され、内因性単一精神病的立場を実証することになった。

Kraepelin 体系以前の単一精神病段階学説²³⁾²⁹⁾とは心的障害一般は心理学的連関を重視して、一つの基本障害の変化による様々な基本状態からな

る連続的諸段階と表現される精神医学的理念である。1845年の Griesinger の単一精神病段階学説¹¹⁾では相互の移行によって、また病的ではない状態とも繋がった諸々の心的異常の基本状態を一つの疾患過程の諸段階と記述した。一次性情動性異常の可逆性段階である抑うつ状態(憂うつ、メランコリー)や昂揚状態(マニー、躁暴、急性妄想)と、情動性の異常はもはや目立たず、意欲や思考の障害が前景の非可逆性段階としての二次性衰弱状態である狂気(慢性妄想)や痴呆状態とが区別され、回復しない限り次の段階へ進むとされた。要は単一精神病論とは精神病的生起を「全体的構造」の時間的展開としてみていく立場にほかならない。この立場こそ、変わるものの変わり方を研究するための重要な認識方法の一つである理由と言える。

III. 内因性精神病的めぐる疾病単位論の克服と単一精神病論への回帰—ドイツ語圏の精神医学とアメリカ精神医学との異同

最後に、単一精神病論の今を、内因性精神病的めぐる疾病単位論(素朴実在論)の克服と単一精神病論への回帰の観点からドイツ語圏の精神医学とアメリカ精神医学の異同について論及する。

アメリカ精神医学における DSM-5²⁾の改訂準備段階では精神障害すべてにディメンション診断の採用が提言され、統合失調症についても躁うつ病(双極性障害)との境界を無くし、general psychosis syndrome としてディメンション評価でまとめる動きもあった。ドイツ語圏の単一精神病段階学説への回帰とも疾病論的水準での統合失調症という呼称の解消²¹⁾ともいべきものであった。先に述べた筆者らの多数例での長期経過研究の成果の反映ではないか、と考えていた。しかし最終案では、2分法から general psychosis syndrome への変更は棄却されていた。長年の疾病単位としての統合失調症という呼称の解消には根強い反駁があったのであろう。結局 DSM-5では採用されず、カテゴリーとディメンションとの折衷策としてのスペクトラム概念の導入²⁾によって統合失調症の呼称を辛うじて保持した。ただしスペクトラム概念の精神医学への導入の問題は決

着していない。軸の設定を不問に付しているからである。

筆者ならば、先に述べた表1の症状学的3次元設定のうち、意識学的次元（ドイツ語圏、フランス語圏における自我意識障害の重症度による配列）を軸にすることは可能だが、DSM-5では統合失調症の症状学の洗練の停止と貧困化（一級症状に代表される主観的体験様式の価値づけの低下と亜型分類の廃止）のために、症状学的軸設定が不十分なものとなっていることは否めない。それでもDSM-5におけるスペクトラム概念の導入はアメリカ精神医学のドイツ語圏の単一精神病論への回帰とも、疾病単位としての統合失調症の解消を窺わせるもの³⁰⁾ともいえるであろう。

その一例として、臨床心理出身の哲学者 Zachar, P.⁴¹⁾ は「精神科分類学」をアメリカ発のプラグマティズム (James, W.¹³⁾ が根本的経験論と呼ぶもの) の立場から批判的に構築するための方法論を2014年に『精神病理の形而上学』という成書の中で提出してきた。本書の執筆期間にはDSM-5の制作過程の最後の3年間にあたるといえる。DSM-5を否定することなく、自身の批判的展望を織り込んだ内容になっている。ちなみにタイトルの「精神病理」とは精神医学の分類対象になるもの全体を指しているようである。その場合、分類対象が疾病単位のような素朴な実在論(彼のいう本質主義)レベルでは扱えないために体系的な方法論批判があるとみている。しかし現状は疾病論(素朴実在論)的方法が混入した分類体系になっているために「形而上学」と彼が呼ぶ要請が問題になる。要は科学には避けては通れない形而上学的概念(実在・客観性・真理)をどのように非本質的なやり方で有用なものにするかを論じている。素朴実在論を本質主義と呼んで、非本質主義的やり方でそれをほぐす方法として「対比」、「分解」、「層別化」の3つを挙げる。

興味深いのは「不完全共同体」という発想と「因果的ネットワーク」という構想である。精神医学に登録可能な症状や症状群の集合(精神医学のドメイン)を不完全共同体と特徴づける。この集合体には共通の本質というものがない。本質を考えないで一定の分類群を経験的に提供するとい

うやり方である。筆者ならば「精神病理学(諸症状連関を貫く意味の探求法)」を持ち込むが、それも排除するようである。不完全共同体に因果的ネットワーク論を用いる中で「架橋症状」の概念を出してくる。「疾病併存論(comorbidity)」を排して架橋症状を見出すことで、たとえばうつ病性障害と不安障害とをある種のスペクトラムで捉える方法を提案する。この提案はドイツにおける単一精神病論者 Janzarik の疾病論(医学的因果論)的先入見を排して症状論的レベルで分類を徹底する立場(純粹心理学ないしは純粹精神病理学)²⁸⁾²⁹⁾ に似ている。

両者が症状学(純粹心理学)に徹しているという共通点がある一方で、Zachar は精神症状とその連関の意味を問うという狭義の精神病理学的論考を包含していない、あるいは不問に付していること、さらには経過、つまり可変性のある縦断的経過という視点が欠如しているという2つの点で Janzarik との間に相違点が指摘できた。

ドイツ精神医学では常に疾病論、症状論、状況論が論じられてきたが、ようやくアメリカ精神医学がそこで問題にされてきた素朴実在論的の克服に気づき、自前のプラグマティズムの立場から、その解決に果敢に挑んできたといえる。両者を同等には扱えないかもしれないが、ドイツ精神病理学に馴染み深い疾病論論争をめぐる、ドイツ精神医学と同じ戸口に立ったとも別の意匠で登場してきたとも評価され得るものとして、アメリカ精神医学の今後の展開が期待される。

おわりに

以上みてきたように、内因性精神病経過における臨床研究の方法論の一つとしての単一精神病的観点の重要性が確認された。その重要性とは「全体論」、「構造分析」の概念と共に変わるものの変わり方の探求法への貢献であった。約100年にわたって、変わらないものの普遍妥当性を追求する身体医学をモデルにした Kraepelin の疾病単位論の理念が続いてきたことは別に、単一精神病論は経過の可変性を認識する理念であった。その意義は変化する精神病的生起を「全体的構造」の時間的展開とみる立場にあった。

現在、ドイツ語圏だけではなく、アメリカ精神医学においても DSM-5の統合失調症スペクトラム障害という概念の導入の中に、Kraepelin 以前のGriesinger の単一精神病段階学説への回帰の動向が見て取れた。同時期に執筆されたプラグマティズムの立場からの Zachar の疾病単位論（素朴实在論）批判の書は、ドイツの単一精神病論者 Janzarik の疾病論（医学的因果論）的先入見を排して、症状論レベルでの分類を徹底する立場に似ていることを指摘できた。両者には症状学（純粋心理学）に徹しているという共通点があった。しかし Zachar は精神症状とその連関の意味を問うという狭義の精神病理学的論考を包含していない、あるいは不問に付していること、さらには経過、つまり可変性のある縦断的経過という視点が欠如しているという2つの点で Janzarik との間で相違点が指摘できた。

無論、アメリカ精神医学とドイツ語圏のそれとを同等には扱えないかも知れない。それでもなお筆者は、疾病論批判についての両者の共通性から、歴史的に疾病論、症状論、状況論を繰り返し論じてきたドイツ精神病理学に馴染み深い問題の一つにアメリカ精神医学が気づき、ようやく素朴实在論的の疾病論の克服に向けて、歩みを共にする戸口に立った（あるいは別の意匠で登場してきた）と肯定的に評価して、おわりにしたい。

本稿の要旨については第43回日本精神病理学会（自治医科大学とちぎ子ども医療センター主催。2020年10月16日～25日オンデマンド配信）において発表した。

COI：本論文に関する利益相反はない。

文 献

- 1) 赤田豊治：Klages 性格学による内因性精神病の構造試案。精神医学研究, 2 : 54-59, 1982.
- 2) American Psychiatry Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 ed. (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, VA. 2013. (日本精神学会 日本語版用語監修。高橋三郎, 大野裕裕監修：統合失調症スペクトラム障害群。DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院, 東京, p87-121, 2014.)
- 3) Birnbaum, K. : Der Aufbau der Psychose. Grundzüge der psychiatrischen Strukturanalyse. In : Bumke, O. (Hrsg.) Handbuch der Geisteskrankheit. Bd. V/1. Springer, Berlin, pp1-8, 1928. (千谷七郎訳：「古典紹介」Der Aufbau der Psychose. 精神医学, 17 : 975-991, 1975.)
- 4) Bleuler, E. : Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Deuticke, Leipzig- Wien, 1911. (飯田眞, 下坂幸三, 保坂秀夫ほか訳：E. プロイラー—早発性痴呆又は精神分裂病群一。医学書院, 東京, 1974.)
- 5) 千谷七郎：躁鬱病の病態学。精神経誌, 60 : 1164-1183, 1958.
- 6) 千谷七郎：うつ病像の構造分析。精神医学, 3 : 252-266, 1961.
- 7) Chidani, Sh. : Umkehr zur endogenen "Einheitspsychose". Schweiz Archiv. f. Neurol. Neurochir. u. Psychiatr. 112 : 314-322, 1973.
- 8) Conrad, K. : Ganzheitspsychologie. Fortschr. Neurol. Psychiatr., 15 : 131-162, 1942.
- 9) Conrad, K. : Das Problems der "nosologischen Einheit" in der Psychiatrie. Nervenarzt, 30 : 488-494, 1959.
- 10) Ey, H. (大橋博司, 三好暁光, 浜中淑彦ほか訳) : ジャクソンと精神医学。みすず書房, 東京, 1979.
- 11) Griesinger, W. : Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende. Adolph Krabbe, Stuttgart, 1845. (小俣和一郎, 市野川容孝訳 [1867年の原著第2版の訳] : 精神病の病理と治療。東京大学出版会, 2008.)
- 12) Huber, G. : Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. 5. Aufl., Schattauer, Stuttgart-New York, 1994.
- 13) James, W. : Pragmatism. A new name for some old ways of thinking. Harvard University press, Cambridge, MA, 1978.
- 14) Janzarik, W. : Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 1988. (岩井一正, 古城慶子, 西村勝治訳：精神医学の構造力動的基礎。学樹書院, 東京, 1996.)
- 15) Jaspers, K. : Allgemeine Psychopathologie. 4. Aufl. Springer, Berlin, 1946. (内村祐之西丸四方, 島崎敏樹ほか訳：精神病理学総論。岩波書店, 東京, 1953-1956.)
- 16) Klages, L. : Die Grundlagen der Charakterkunde. Bouvier, Bonn-Berlin, 1951. (赤田豊治訳：性格学の基礎。うぶすな書院, 東京, 1991.)
- 17) Klages, L. (平澤伸一, 吉増克實訳) : ルートビヒ・クラークス。精神と生命。うぶすな書院, 東京,

- 2011.
- 18) 古城慶子, 山崎友子, 加茂登志子ほか: 長期経過観察に基づく精神分裂病におけるうつ状態の検討. 精神医学研究, 6 : 106-117, 1986.
 - 19) 古城慶子: 慢性化病像における恋愛妄想主題の構造分析—陰性構造と観念情動性妄想作業との相互連関について—. 臨床精神病理, 19 : 147-162, 1998.
 - 20) 古城慶子, 平澤伸一, 加茂登志子ほか: 精神分裂病の縦断的研究からみた認知障害 (BSABS). 精神医学研究, 11 : 172-185, 1998.
 - 21) 古城慶子: 構造力動論の精神病理学総論への寄与 第2部 構造力動論からみた精神分裂病症候群の諸水準—診断学的, 症状学的そして精神病理学的水準での精神分裂病—. 臨床精神病理, 22 : 147-162, 2001.
 - 22) 古城慶子: 構造力動論の精神病理学総論への寄与 第3部 精神症候群の症状構成論的観点からの構造力動論—Birnbau, K., 千谷七郎, Janzarik, W. の構造分析の視点—. 臨床精神病理, 22 : 201-218, 2001.
 - 23) 古城慶子: 単一精神病. Schizophrenia Frontier, 12 ; 215-221, 2012.
 - 24) Kojo, K., Sakamoto, K., Ishigooka, J. : Comparison of symptoms, medications, and outcomes between postpsychotic and monopolar/bipolar depression in a long-term follow-up study. J. Tokyo. Wom. Med. Univ., 83 : 29-37, 2013.
 - 25) Kojo, K., Iwai, K. : How does chronicity occur? The psychopathology of classic defect schizophrenic syndromes. J. Tokyo. Wom. Med. Univ., 86 (Extral) : E10-E14, 2016.
 - 26) 古城慶子: 「生の哲学的人間学」(ルードヴィヒ・クラゲス)の精神症状学への寄与について. 福岡行動医誌, 25 : 65-72, 2018.
 - 27) 古城慶子: 精神医学における症状論的分類と成因論的分類との二重診断体系の再検討. 福岡行動医誌, 26 : 37-44, 2019.
 - 28) 古城慶子: 追悼・Werner Janzarik教授(1920~2019). 臨床精神病理, 40 : 255-262, 2019.
 - 29) 古城慶子: 単一精神病学説の歴史. 精神医学, 62 : 847-854, 2020.
 - 30) 古城慶子: 早発性痴呆から統合失調症へ. 精神科治療学, 35 : 927-932, 2020.
 - 31) 古城慶子: 長期経過研究から得られる事実. 最新精神医学, 27 : 113-119, 2022.
 - 32) Kraepelin, E. : Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. Aufl. III. Band Klinische Psychiatrie II. Teil. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1913.
 - 33) Kraepelin, E. : Die Erscheinungen des Irreseins. Zschr. f. Ges. Neur. u. Psychiatr., 62 : 1-29, 1920.
 - 34) Krueger, F. : Der Strukturbegriff in der Psychologie. 2. Aufl., Jena, Leipzig, 1923.
 - 35) Krueger, F. : Zur Philosophie und Psychologie der Ganzheit. Springer, Berlin- Göttingen-Heidelberg, 1953.
 - 36) 西村皓, 牧野英二, 舟山俊明編: デイルタイと現代—歴史的理性批判の射程. 法政大学出版局, 東京, 2001.
 - 37) Schneider, K. : Klinische Psychopathologie. 13. unveränderte Aufl. mit einem Kommentar von Gerd Huber und Gisela Gross, Thieme, Stuttgart-New York, 1987.
 - 38) 柴田収一: 症状構造論. 飯田真編: 躁鬱病. 国際医書出版, 東京, pp231-243, 1983.
 - 39) 内出容子, 古城慶子: 急性精神病で始まった35年経過の女性症例—病像変化の縦断的構造分析. 東女医大誌, 86 (臨時増刊1号) : E109-E119, 2016.
 - 40) 吉増克實: 内因性精神の臨床研究における「単一精神病」的観点—内因性精神病経過における類型交代とその症候学的次元分析. 精神医学研究, 1 : 77-97, 1981.
 - 41) Zachar, P. : A metaphysics of psychopathology. MAT Press, Cambridge, 2014. (植野仙経, 深尾憲二郎, 村井俊哉ほか訳: ピーター・ザッカー 精神病理の形而上学. 学樹書院, 東京, 2018.)

Abstract

Current status of research on unitary psychosis : Contribution to clinical research on the way of change in what is changeable

Keiko Kojo

Department of Occupational Therapy, International University of Health and Welfare School of Health Sciences at Odawara

This paper discusses the contributions of the theory of unitary psychosis to research on the course of endogenous psychosis. Unlike the theory of nosological entity, which pursues universal validity, this paper presents the standpoint of viewing the changeable psychotic outbreak and course in the chronological span of “the entire structure.” To overcome the theory of nosological entity, researchers are returning to the theory of unitary psychosis. This trend is evident not only in research in German-speaking countries but also in attempts involving the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, to introduce the concept of “schizophrenic spectral disorder.” “Metaphysics of Psychopathology” is a monograph written by Zachar that criticizes naïve realism from the standpoint of pragmatism of the American origin during the same age. It adopts a standpoint akin to that of Janzarik (a German researcher adopting the theory of unitary psychosis) who proposed overcoming the theory of nosological entity through promoting pure psychopathology, focusing solely on symptomatological classification while rejecting the nosological preconceptions because he had been satisfied neither with the nosology based on medical causality nor with the mind-body dualism. Both researchers attempted to focus on symptomatology. However, they differed in that Zachar did not question the psychopathology in the narrower sense of the term, which argues the significance of linkage among symptoms, and he did not adopt the viewpoint of “changeable courses.” His work reflects the fact that American psychiatrists began to pay attention to the historical arguments over nosology among German psychopathologists. He further states that they came to hold the same position as German psychiatrists (or introduced an approach differing from the German psychiatrists) in the attempt to overcome the theory of nosological entity based on naïve realism.

精神保健医療者向けの新しい サイコロジカル・ファーストエイド —RAPID PFA—

九州大学病院精神科神経科 村山桂太郎

【抄録】

深刻なストレスを及ぼす出来事に遭遇した人に対して行う心理的支援にサイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid : PFA) という支援法がある。本稿では、Johns Hopkins 大学の研究者が開発した RAPID-PFA という新しい PFA の特徴を紹介した。その特徴は、これまでの PFA が、一般人も使用できるように開発されていることに対して、RAPID-PFA は、主として精神保健医療関係者が使用することを想定しており、心理的トリアージと認知再構成の技法が介入として組み込まれていることがその特徴である。今後は、RAPID-PFA をオンラインによるメンタルヘルス相談事業などに実装することで、国民のメンタルヘルスの維持向上に寄与できる可能性がある。

Key Words : Psychological First Aid, rapport, psychological triage, cognitive reframing

1. はじめに

不幸にも自然災害や人為的災害に遭遇してしまった人々は、心理的なストレスを受ける。本邦の自然災害は、特に地震や洪水、台風が主たるものであり、その発生は局所的なものであった。しかし、2020年に始まった新型コロナウイルス感染症（以降 COVID-19）の世界的流行下では、国民全体がソーシャルディスタンスといった生活様式の変容を明確な期限がなく求められ、孤独や孤立への不安を募らせることになった。さらに、休業や興行中止、雇い止めといったことが相次ぎ、経済的な問題も日本全体に影を落とした。つまり国民全体が多かれ少なかれ慢性的なストレスに曝されたといえよう。筆者らが2021年に全国の精神保健福祉センターおよび精神科医療機関を対象として実施した調査では、COVID-19に関連した相談内容は、不安や抑うつ、対人関係の問題、家庭や子育てに関する悩み、不眠といった多岐にわたった³⁾。特に精神保健福祉センターでは、心理的支援に加えて相談者に対して精神科医療機関への受診を勧めるかどうかの判断が求められることになった。

深刻なストレスを及ぼす出来事に遭遇した人に対して行う心理的支援にサイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid : PFA) という支援法がある。この PFA は、医療従事者に限らず、一般住民も使用することができるように作成されている。しかし、精神保健福祉センターのような精神保健従事者が相談を受けて対応する場合は、一般住民が使用するこれらの PFA と比較して、より専門的な心理的支援法を用いることが望ましいのではないだろうか。加えて、精神医療機関に受診を勧めるかどうかの判断を求められた際に根拠をもって判断できることが望ましいだろう。つまり、PFA よりも、より精神保健的な支援法が求められている。

そこで本稿では、従来の PFA の概要を述べ、従来の PFA と比較して心理的トリアージやより専門的な心理的介入が含まれている PFA (RAPID-PFA) について説明したい。

2. PFA について

まず、従来の PFA について解説する。

PFA の目的は、特別な心理療法を実施するこ

表1 PFA の活動原則 (文献2を著者が改編)

Prepare	現場の状況について正確に情報収集をしましょう
Look	ストレス反応を示す人の確認をしましょう
Listen	耳を傾け、気持ちが落ち着くよう手助けをしましょう
Link	大切な人や必要なサービス、支援に結びつけましょう

とではなく、被災した相手の心理状態を配慮しながら、適切な態度で接しつつ、現実的なニーズを満たしていくことである。PFA の構成要素は①被災者をさらなる害から守る、②生理学的興奮を減らす、③最も影響を受けている人に支援を集結させる、④家族は一緒にいることができるよう、大切な人と再会できるように手助けする、⑤情報提供、コミュニケーションと教育を促進する、⑥効果的なりスクコミュニケーション技法を利用する、と定義されている⁴⁾。PFA は一般的な名称であり、世界に多くの PFA が存在しているが、代表的なものは米国の The National Child Traumatic Stress Network が作成したものと、WHO と国連関係機関が作成したのがある。本稿では、WHO 版⁵⁾ にそって簡単に解説をする。

WHO 版 PFA は非医療者でも理解できるように、「準備 (prepare)」、「見る (Look)」、「聞く (Listen)」、「つなぐ (Link)」として簡便にまとめられている (表1)。

「準備 (prepare)」は、支援者が支援現場に入る前に調べておくべきことを述べている。具体的には、何がいつ、どこで発生したのか、どのような人々が被害に巻き込まれたのかといった災害の概要を把握し、現地で利用できるサービスや支援についての情報、現地の安全性を正確に収集することを指す。仮に災害が COVID-19 のような新興感染症であれば、その感染症についての確かな情報や、現地の医療機関に関する情報の収集といったことが挙げられるだろう。今回の COVID-19 では、電話やインターネットを介したりリモート相談が実施されたことから、そのようなシステムの構築も含まれると考えられる。

「見る (Look)」は、①支援者自身の安全性を確認するために現場と自分自身の周囲を「見る」こと、②明らかに緊急を要する人 (例：重傷を

負った人) や生きていく上での基本的なニーズがある人がいないかを確認すること、③深刻なストレス反応を示している人がいないか、ということを確認することである。①は、支援者自身の安全が確保されなければ、PFA の実施は困難と判断される。未知の感染症であれば、その正確な情報を得るまで支援者は物理的な距離を取らざるをえず、やはり上記のようなりモート技術を活用することが求められるかもしれない。③は、身体的な反応を含めた不安、抑うつや恐怖、悲哀、過覚醒による驚愕、苛立ち、無反応といった状態を指すと考えられる。PFA では、「その状態が消えるまで、あるいは医療従事者や地元の指導者、地域の人たちからの援助が得られるまでは、一人にしないように気をつけて、その人の安全を守ってください」と述べられており、支援者は「相談者と同じ空間、時間を共有すること」で相談者の心理的な反応の鎮静化を図ることが求められる。

「聞く (Listen)」の目的は、情報収集ではなく、対話を通じて本人を安心させ、良好な関係を築き、必要なサービスの受容を容易にすることである。支援者には、いたわりと敬意をもって相手の心配ごとに誠実に耳を傾ける態度が求められる。話すことを無理強いすることなく、支援者は落ち着いた態度で状況や苦しみを理解しているという姿勢をみせることが有用であろう。相談者との関係性を構築した上で、今もっとも重要なことは何かを把握し、何から手をつけたら良いのかを整理できるように援助していく。

「つなぐ (Link)」は必要なサービスを相談者が受けられるように手助けをすることである。生きていく上での基本的なニーズが満たされるように援助する (例えば、食料や支援物資を受け取るための申し込み方を説明する) だけではなく、適切な情報を提供することも大切な要素である。

様々な情報が溢れるなかで支援者は信頼できる情報を選択し、相談者に伝えることを求められる。自分が知っていることだけを伝え、思いつきや気休めの情報を伝えることはあってはならない。支援に関して相談者の期待に沿えなかった場合に、支援者は相談者の怒りの対象になることもあるが、そのような場面でも支援者は落ち着きを保った態度で対応することが求められる。

3. RAPID-PFA について

「RAPID-PFA」は Johns Hopkins 大学の Everly Jr GS らによって作成され、従来の PFA に精神医学的早期介入法を加えた PFA モデルである。「RAPID」は「R : Rapport, Reflective listening (ラポールの確立と聞き返し)」、「A : Assessment (評価)」、「P : Psychological Triage/Prioritization (心理的トリアージと優先順位づけ)」、「I : Intervention (苦痛を軽減するための介入)」、「D : Disposition (締めくくりと継続的ケアへのアクセスの促進)」の頭文字を表す。

WHO 版をはじめとして従来の PFA は、誰もが使用できる「非専門的サービス」であるが、RAPID-PFA は認知的再構成のような認知行動療法の考えを導入しており、より専門的なサービスの提供を可能にしている。

以下に RAPID についての概要を「The Johns Hopkins Guide To Psychological First Aid」¹⁾を参考に述べる。

3.1. R (Rapport, Reflective listening) : ラポールの確立と聞き返し

ラポールを確立させることは、危機的な心理状態に対して効果的な介入を行うことができる大前提となるため、非常に重要である。ラポールとは、相互を信頼し、安心して感情の交流を行うことができるような関係を指す。WHO 版 PFA では、その最初に「良好なコミュニケーション」という項目で、支援者が「被災者の気持ちを理解し、落ち着いて受け止めること」によって、相手が安全感と安心感を取り戻すことが最初に述べられ、ラポールの確立を促している。加えて、相手が沈黙することを支援者は受け入れ、その場合は

無理に話をしようとせず、沈黙のままに相手とともに過ごすこと、相手の文化や習慣に配慮をしつつ、支援者自身の言語的、非言語的な態度に注意を払うことを述べている。

RAPID-PFA では上記のポイントに加えて、支援者は傾聴や「聞き返し」の技術を用いて、非言語的・言語的に対応する。支援者は自身の表情や手振り、その他の体の動きだけではなく、口調や声量、発話率といった「パラ言語」にも注意を向け、文化的な配慮を持ちながら、握手やアイコンタクト、心地よい対人距離を意識する。

「聞き返し」の目的は相手に理解されていると感じてもらうことである。技術としては、相手の発言が終わった時や発言が途切れた時に、シンプルな言葉で、例えば「ふーむ」「そうなんですね」「なるほど」といった言葉を用いると、共感の感覚を伝えることができる。加えて相手が言い終えたことを支援者が自分の言葉で要約しそれを相手に伝えることで、危機に陥っている相談者は自身の感情をより認識して受け入れることが可能になるとしている。このように「R : ラポールの確立、聞き返し」は、精神療法の基礎を成すことを述べており、精神保健医療従事者であれば、普段の臨床で意識をしている部分であろう。

3.2. A (Assessment) : 評価

アセスメントはラポールが確立された後に「スクリーニング」と「吟味」というプロセスで行われる。

スクリーニングは、相手が支援を必要としている根拠があるかを「Yes or No」で検討する。具体的には、相談者が現状に適応的に機能する能力が損なわれていないか、身体・精神・行動面における機能が損なわれていないか、といった観点から検討を行う。ひとつでも問題があれば、次の「吟味」に移る。

「吟味」は、相手の機能障害がどの程度かを判断する。相談者の機能障害が「苦痛」という軽度のレベルでとどまっているのか、「機能不全」のレベルまで至っているのかを判断する。例えば、被災の急性期において睡眠の乱れや食事の乱れは「苦痛」と判断され、「話すことや合図に反応する

ことができない」は機能不全と判断される。

3.3. P (Psychological Triage/Prioritization) : 心理的トリアージ/優先順位付け

心理的トリアージは「PFA や心理社会的支援を各人がどれだけ緊急に必要としているかを比較した上で、その緊急性に応じて対応する優先順位をつけるプロセス」としている。この心理的トリアージは上記の「A:評価」に継ぎ目なく行われるものである。

緊急度を決定する具体的な基準は各人や状況によってことなるが、まずは身体的な医療が必要かどうかということは常に考えておく。これには飲料水や食料の確保も含まれるだろう。その上で「A:評価」に基づいて精神症状の緊急性を評価する。緊急度・優先度が高い状態として、衝動的な行動を起こしている、自身の行動の結果を理解する能力が低下している、未来志向の喪失や無力感が強い、といった状態が挙げられる。

災害によりメンタルヘルスの問題が増えると、既存のシステムではその対応が追いつかない。RAPID-PFA では、時間と資源を有効に活用するため「重要かつ緊急性の高いもの」に取り組み、「緊急ではないが重要なもの、または緊急だが、重要ではないもの」は経過観察する、としている。これはそのような状況はほとんどが「重要でなく緊急性もないもの」に変化するからである。もし、このような状態が「重要かつ緊急性が高いもの」になった際に改めて取り組めばよい、としている。よって、相手の状態が、優先度が高くないと判断した場合は、本人のレジリエンスによる自然回復に期待し、経過をみる、という判断を行うことが支援者に求められる。

3.4. I (Intervention) : 状態を安定させ、急性の苦痛を軽減するための介入

介入は「解説的ガイダンス」と「予測的ガイダンス」によって行われる。また、認知行動療法の考えを用いた認知的リフレーミング(再構成)が用いられることがある。

「解説的ガイダンス」は、何が起こったのか、なぜそれが起こったのか、どのような反応が一般

的で、どのような反応が一般的ではないのかについて情報・知識を伝えることを指す。例えば、災害に対して予測される通常のストレス反応を病的なものとの区別することが挙げられる。

「予測的ガイダンス」は、今後起きる可能性がある心理的なストレス反応や身体的ストレス反応の見込みを伝えることを指す。このような精神的な準備をすることで当人は生じうる反応を適切に予測でき、機能低下が生じる可能性を減少させることができる。例えば「いつもよりイライラするかもしれません」「今回の出来事が頭に繰り返し浮かぶことがあるかもしれませんが、よくあることです」といった言葉かけを行う。注意点として、特定の反応を事前に説明すると、実際にそのような反応を引き起こすことになる可能性がある。よって支援者は相手の状況に応じて、予測を伝えないリスク、伝えるリスクを判断することが求められる。

強いストレス状況下では、苦痛により非合理的な思い込みを持ち、不正確な判断や非現実的な解釈に至る場合がある。その判断や解釈を支援者がリフレーミングする手助けを行うことで、根底にある否定的な信念や思い込みがそれ以上深刻にならないようにすることを目指す。相談者が自身の非合理的な思い込みに気が付き、それがどの程度現実的か非現実的なのかを理解できるように支援していく。認知的な介入だけでなく、状況に応じて、腹式呼吸を用いた呼吸法といった身体的なアプローチも行う。また睡眠やバランスのとれた食事、運動、カフェイン過剰摂取への注意といった生活に関する心理教育も状況によって行う。

3.5. D (Disposition and Follow-up) : 締めくくりと継続的なケアへの繋ぎ

「締めくくり」では、相談者の現在の状態を評価した上で次のステップがどのようになるかを相手にわかりやすく説明し、フォローアップの計画を立てる。まず支援者は、相談者の基本的ニーズを満たすことができたか、急性期の心理反応や行動反応を安定させることができたか、急性期の反応を軽減し、回復を支援したか、継続的な支援やさらなる支援を受けやすくなったか、ということ

顧みる。そして、次回のフォローアップをどの時期に行うか、それとも何らか高次のサポートへと繋ぐことを見据えていつフォローアップを実施するのか、といった決定を行う。

そのためにも支援者は、現地にどのようなフォローアップ先があるのかを把握しておかなければならないだろう。これは PFA で述べた「準備 (prepare)」にあたるといえる。例えば、精神科医療機関に相談者をつなげる必要があるとすれば、現地でどのような手順や手続きを踏むことになるのか事前の確認が必要である。

4. おわりに

本来災害時に用いられることを想定されて開発された RAPID-PFA だが、コロナ禍という自然災害を経てポストコロナとなった現在、この支援を普及させ、国民のメンタルヘルスの向上に寄与するべく取り組みが始まっている。現在、国立精神・神経医療研究センターが中心となり、遠隔メンタルヘルスケアシステムへの実装に向けて研究が実施されている。この研究では、相談者はまずオンライン上でストレスセルフチェックを実施し、高ストレスと判断された者は、精神保健医療従事者による無料オンライン相談を受けることができる。そこでは支援者が RAPID-PFA を用い

て支援が実施し、必要に応じて相談者を医療機関に繋げることを実施している。

このような研究により、RAPID-PFA の有用性が認められ、国民のメンタルヘルスの向上に繋がることを期待したい。

文 献

- 1) George S. Everly Jr., Jeffery M. Lating. The Johns Hopkins Guide to Psychological First Aid. Johns Hopkins University Press. Baltimore. 2017.
- 2) 久我弘典. 新しいサイコロジカルファーストエイド—RAPID PFA—をコロナ禍で活かす. 精神療法, 48 巻 4 号 : 453-457, 2022.
- 3) Nakao T, Murayama K, Takahashi S, et al. Mental health difficulties and countermeasures during the coronavirus disease pandemic in Japan : A nationwide questionnaire survey of mental health and psychiatric institutions. International Journal of Environmental research and Public Health. 18(14) ; 7318, 2021.
- 4) National Institute for Mental Health. Mental Health and Mass Violence: Evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to research consensus on best practices. Washington D. C., NIH Publication No. 02-5138. 2002.
- 5) World Health Organization. Psychological First Aid: Guide to field workers. World Health Organization. (金吉晴監訳. WHO版心理的応急処置.) 2011.

見る・聞く・語る・触れる

神田橋條治

コロナ騒ぎと老齡のせいで、テレビ漬けの日々です。芸能番組は興味ないので、専ら、時事問題とドキュメンタリー番組を楽しんでいます。お陰で、足腰が弱りました。それはともかく、時事問題の討論会を視聴していると、お名前だけ存じ上げている、「識者」の方々の姿を拝見できて、世界が豊かになった、嬉しさがあります。討論の最中に、識者の方々の姿勢に、興味を持ちました。司会者は、当然の役割として、討論に参加している全員と、カメラの向こうにいる視聴者との、満遍なく注意を凝らしながら、発言しておられます。討論者は、それぞれです。視聴者に向けて語っている雰囲気、の方もあります。場慣れた雰囲気です。自分の意見を提示して、同席している受け手、に委ねる雰囲気の方もあります。自身の考えを点検し、味わう作業の方もあります。

もっと顕著なのは、他の参加者の話を「聞く」姿勢です、話し手の方を注視しながら聞く様子は、自然な雰囲気です。その人は、司会者と似て、参加者・視聴者に話しかける雰囲気です。目立つのは、決して話し手を見ず、耳だけに集中して聞いている人です。論説委員など、文字世界で活躍しておられる「識者」が多いようです。「て・に・を・は」まで、正確に聞き取ろうと、注意を凝らしておられる雰囲気です。その人に2種があり、一人は、話す際も相手を見ない人で、これは哲学者の雰囲気です、討論会では、減多におられません。出演依頼が無くなるのでしよう。二番目のタイプは、演説みたい、自分の意見を押し込もうとする人で、売り込み・押し付けの雰囲気です。討論会では、スパイスやピエロの役割のようです。多くの「識者」は、聞き手の反応を見ながら、自分の発言を微妙に変化させておられます。「自然な対話」の雰囲気です。

偶然ですが、次の番組がドキュメンタリーで、大都会の生活に疲れて、山村に移住し、谷川の水

を飲み・浴び、大樹に抱き付いて気をももらったり、裸足で走り回ったり、して元気になり、山村のためのボランティア活動、を人生にしようとしている、20代の青年でした。最近、この種の番組が増えています。「触れる」が「いのち」を蘇らせているのです。

職業柄、ここでテーマとなっている、「見る・聞く・語る・触れる」は、臨床現場での直近のテーマであると直感しました。4つの情報源は、外界との関わりからの全ルートから、「嗅ぐ・味わう」を除いた、すべてです。4つが同時並行的に機能しているのが、「全人的関わり」であり、自然です。特殊な場合に、特殊な理由で、情報の質量を減らす必要、が生じるのです。その事情に目を留めると、事態の構造が明確になりましょう。システム全体の処理能力を超えた情報や手段は、システムの破綻を生じます。「知るは悩みのはじめなり」は、知ることでの生命システムへの負担と、成長のチャンスと、を示唆しています。ですから、被治療者のための、情報の増減・修正操作は、治療者の治療行為・技術の、大切な部分です。現時点での被治療者の処理能力、を診断する必要があります。技術者としての治療者の、熟練度に掛かっています。

他方、治療者の側の、情報処理能力については、事態は複雑です。治療者の情報処理には、制約があります。被治療者の「生きる能力」に寄与する、「情報処理」でなくてはなりません。精神病理学の発展に寄与した、著明な被治療者の、人生の末路が、しばしば悲惨であったと聞きます。ボクは昔、「九十九匹の羊を荒野に置き去りにして、ただ一匹のみを餌食にする」という、ピター・ジョークを揶揄したことがありました。一匹でライオンを養うのに充分です。「患者は治らなくても、治療者は必ず治る」は、ジョークではありません。経験という情報を活かす潜在能力、に

差があるからです。

そういう空論はさておき。精神分析療法での、「寝椅子を用いた自由連想法」すなわち、患者からは治療者が見えず、治療者からは患者が見える、という設定は、情報の出入力の点で、両者それぞれにとって、どのような影響があるのか。ことに、この非日常的な対人構造の、両者への影響はどうか、各人各様ですから、文献などに頼らず、二人の共同テーマにすることをお勧めします。

さらにまた、児童診療の現場で、好ましい情報

交換である、身体接触が、事態を悪化させる場合が増えていきます。身体接触は、成人の臨床では、特別の目的を共有・了解した場合に限り、許容されます。痴漢は犯罪行為です。それら種々の「触れる」の機能について、考えをめぐらすことが、必要な時代になっているという気がします。ドキュメンタリーの「触れる」を含め、コスプレ・刺青などが急速に展開しています。身体が悲鳴をあげて、あれこれ、もがいている気がします。

「心身養生のコツ」補講50より転載

哲学的人間学と精神医学

六番町メンタルクリニック 濱田 秀伯

司会：定刻になりました。これより、福岡行動医学研究セミナーを開始します。会の開始に当たり、九州大学名誉教授の神庭重信先生にあいさつをお願いしています。神庭先生、よろしくお願ひします。

神庭：ご紹介ありがとうございます。福岡行動医学研究所および九州大学の神庭重信です。皆さま、福岡行動医学研究セミナーにご参加くださり、誠にありがとうございます。行動医学という言葉は、ご存じの方も多と思います。中尾弘之教授が、精神疾患を理解する上では生物学的な理解に加え、心理学的な理解、社会的な理解を統合して理解していく必要があるということを強く若い人たちに伝えたいと考え、この言葉がつけられたという経過があります。研究所に関しては、後のクロージングで林道彦先生が少し触れてくれると思います。その意味で、行動医学のセミナーとしてふさわしい先生を招きました。

今夜は九州大学精神科の中尾智博教授に座長をお願いし、六番町メンタルクリニックの濱田秀伯先生に講演をお願いしました。濱田先生は記述精神病理学の日本の第一人者なので、若い先生がたに向けて記述精神病理学の話をしてもらえるのではないかとお願いしたところ、先生からは、『哲学的人間学と精神医学』というタイトルで話したいという希望がありました。それで慌ててこの本を読みました。濱田先生から送ってもらっていたのですが、少し難解だったので本棚にしまい込んでいたのです。それを引っ張り出してきて、何度か読み返してみました。濱田先生は誰にでも分かるようにやさしく書いたつもりだと言っていました。哲学、宗教学、心理学、精神医学の素養がなければ読みこなせない本ではないかと思っています。

今日は、先生が独自に考えている、哲学的人間学と精神医学を融合したものだという第三の精神



医学について、できるだけみ砕いて話してほしいと先ほどお願いしました。長々と話してしまいましたが、これで私の開会のあいさつとします。皆さま、今晩は最後まで、どうぞよろしくお願ひします。

司会：神庭先生、ありがとうございます。これより講演に移ります。本講演の座長を、九州大学大学院医学研究院、精神病態医学教授の中尾智博先生をお願いしています。中尾先生、よろしくお願ひします。

中尾：皆さま、こんばんは。九州大学の中尾です。本日はルンドバック・ジャパンの主催で、福岡行動医学研究セミナーを開くことになりました。神庭先生から話があったように、六番町メンタルクリニックの濱田秀伯先生に特別講演をお願いしています。濱田先生の略歴を紹介します。皆さま、現在スライドを見えていますか。私からも補足で説明します。

濱田先生は1972年に慶應義塾大学を卒業し、医学博士を取得しています。1979年から1983年までフランス政府の給費留学生として、パリ大学付属

サンタンヌ病院に留学していました。帰国後に慶應義塾大学の精神神経科学教室専任講師、准教授、客員教授、群馬病院長を歴任し、現在は六番町メンタルクリニック精神療法センター長をしています。日本精神医学史学会の理事長でもあります。専門は、神庭先生から話があったように、臨床精神医学、精神病理学、フランスの妄想研究、キリスト教人間学と、哲学の領域で非常に幅広いです。こちらに書かれているように著書や訳書もあり、近著として2021年の講談社選書メチエから、『第三の精神医学』を発表しています。本日は精神医学につながる哲学の話をするとのことで、大変難しい話なので心して聞くようにと神庭先生からも言われています。非常に楽しみにしています。それでは濱田先生、どうぞよろしく願います。

濱田：中尾先生、ありがとうございます。皆さま、こんばんは。福岡行動医学研究セミナーにお招きいただき、ありがとうございます。神庭先生、林先生をはじめ、関係者の先生がたにお礼を申し上げます。この講演の講演料は、ルンドベック・ジャパンから頂戴しています。それ以外に、開示すべき COI 関連の企業などはありません。また、これから示すスライドは、全て演者が自分で作成しました。

初めに断っておきます。私は自分からこの題で講演したいと言ったつもりはなく、神庭先生が、この題でどうかと提案されました。こんなはずはないと思ったのですが、先生が言うならと思い、準備しました。ここで小競り合いをするといろいろ大変なことになるので、このまま進めます。

人間学の課題についてです。人間とは何かという問い、人間そのものへの関心は、人類の歴史とともに古くからありました。それはデルフォイの神殿の扉に記された『汝自身を知れ』という銘文、スフィンクスのかける謎にも見られます。ドイツの哲学者カントは『論理学講義』において、哲学の全分野を四つの問いに集約しました。私は何を知ることができるか、私は何をなすべきか、私は何を望むことが許されるか、人間とは何か、の四つです。第1の問いには形而上学が、第2の問いには道徳が、第3の問いには宗教が、第4の

問いには人間学が答えるとした上で、最初の三つの問いは最後の問いに収斂するので、結局これら全てを人間学に還元できると述べています。

カント自身は、第1の問いに『純粹理性批判』、第2の問いに『実践理性批判』、第3の問いに『単なる理性の限界内の宗教』を著して答えました。しかし、最後の問いに答える、体系的な人間学の著作が書かれることはありませんでした。それに正面から答えたのがシェーラーの哲学的人間学です。

マックス・シェーラーはドイツ人の父とユダヤ人の母を持ち、1874年ミュンヘンに生まれました。父はプロテスタントでしたが、母と結婚するためユダヤ教に改宗し、家庭は複雑なユダヤ教環境にありました。シェーラーは心理葛藤を経験しながら育ち、14歳のとき、自らカトリックに改宗しています。

シェーラーは初めミュンヘン大学医学部に入学しますが、ベルリン大学でジンメル、ディルタイから哲学を学び、イエーナ大学でカントの価値倫理学に関する論文を出して、学位を取得しています。1901年、フッサールに出会って大きな影響を受け、徐々に新カント学派を離れて独自の現象学的アプローチを発展させました。1919年、ケルン大学の社会科学研究所の教授に就任し、ゲシュタルト心理学、フロイトの精神分析、生物学の新知見を取り入れながら、次第に社会学、形而上学へ傾斜していきます。

シェーラーが哲学的人間学を構想したのは1922年頃とされています。彼は1927年4月、ダルムシュタットの「知恵の学園」で、『人間の特殊性』と題した講演を行っています。同じ会場には、患者の絵画コレクションで知られるプリンツホルン、精神分析家ユングも招かれていました。1928年、フランクフルト大学の教授に就任し、このときの講演を基に『宇宙における人間の地位』を出版し、より本格的な哲学的人間学を構想していましたが、これを果たすことなく病に倒れ、同年5月に54歳で亡くなっています。

シェーラーは哲学的人間学を、カントの倫理学、ディルタイの生の哲学、フッサールの初期現

象学などを基盤に構想しました。その特徴は、さまざまな科学的成果を取り入れながら、人間を進化した動物と見るのではなく両者の本質的な差異を強調し、近代哲学の主観性を乗り越えて、複合、多面的な見地から自己と他者の関係を再構築しようとするところにあります。彼によると、生物学、医学、心理学、社会学、経済学、政治学などさまざまな分野から人間の探求がなされてきましたが、これらを思想的に統合するものはありませんでした。哲学的人間学は、ギリシャ古典思想（ヘレニズム）を基にした哲学、ユダヤ・キリスト教思想（ヘブライズム）を基にした神学、近代科学・発達心理学思想を基にした自然科学の三つに分裂した思想圏を超克し、人間に関する統一した理念を回復することを目的としています。

哲学的人間学を取り入れた精神医学は、人間学的精神医学、あるいは現象学的精神病理学と呼ばれます。この潮流は、精神医学全体の歴史の中ではごく限定された範囲にとどまったのですが、1960年代から1970年代にかけて、ドイツ、スイス、オーストリア、そしてドイツの精神病理学が主流を占めていた、わが国で流行しました。京都の木村敏先生、名古屋の笠原嘉先生、自治医科大学の宮本忠雄先生らが牽引し、多くの人間学的著作が書かれましたが、どれも難解です。私も研修医の頃にいくつか読んでみましたが、全く歯が立ちませんでした。

私に限ったことではありません。私と同世代で東京医科歯科大学にいた花村誠一先生も人間学派ですが、講演も著作も極めて難解です。当時、東京医科歯科大学で研修医をしていて、今は大変立派な精神科医になっている、ある先生が、花村先生のクルズスを研修医時代に聞いて、さっぱり理解できなかったそうです。これが分からなければ自分は精神科医になれないのかとすっかり落ち込み、ふてくされて病院に行く気もなくなりました。しばらくして恐る恐る周りを観察すると、花村先生の話は教授以下、誰一人、理解できていない、皆、分かったふりをしているにすぎないということに気が付き、すっかり元気を取り戻したとのことでした。

わが国の人間学的精神医学が理解しにくいのに

は、もう一つ理由があります。それは哲学的人間学のユダヤ・キリスト教思想、すなわち宗教の部分を割愛して導入したからです。このことは荻野恒一先生の著作に、「信仰を持たない日本人にキリスト教を与えても何の意味もない」と、はっきり記載されています。宗教要素を無視、排除したわが国の人間学的精神医学はその分だけ哲学が優勢になり、一層、難解になりました。

それでは、宗教とは何でしょうか。宗教は多様な側面を持ち、さまざまな定義があります。宗教を指すラテン語 *religio* とは、もともと超自然現象に遭遇した人が感じる畏怖と、これに対処するために執り行う儀式のことです。ここには *relegere*（再読する、吟味する）という意味と、*religare*（再結合する）という二つの意味が含まれています。人間が人間とは何かと問い掛けると、問いが答えになり、その答えがさらに問いになるという悪循環に陥り、いつまでも回答が得られない *homo absconditus*（隠された人）になることが避けられません。そこで、人間を捉えるためには対象として見るのではなく、人間を超えたものとの関係性から捉えるという視点の転換が必要になります。この、人間を超えたものによって逆に人間が規定されるという視点が、宗教に他なりません。宗教は人間にとって究極的な意味、あるいは価値を求めるものです。人間は自分が存在する意味に究極の関心を抱いており、ハムレットの有名な独白、『To be, or not to be, that is the question』、松岡和子の訳では『生きてとどまるか、消えてなくなるか、それが問題だ』は、このことを示しています。

ルンドベック本社のあるデンマーク出身のキルケゴールは、わが国では哲学者として知られていますが、ヨーロッパではむしろキリスト教神学者として高く評価されています。ヨーロッパでは現在も盛んに研究されているマックス・シェーラーが、日本ではほとんど知られてこなかった理由も、この宗教への抵抗感、キリスト教がネックになっているのかもしれない。

ユダヤ・キリスト教は、ギリシャ哲学に知られていなかった、霊という全く新しい概念を導入しました。霊はヘブライ語で *ruah*、ギリシャ語で

pneuma、ラテン語で spiritus といい、これが英語の spirituality になりました。『旧約聖書』に389回、『新約聖書』には379回、登場し、この世に生きる全ての者に命を与える息吹、風、神の創造力を意味しています。『創世記』にはこのように記されています。『主なる神は土（アダマ）の塵で人（アダム）を形づくり、その鼻に命の息を吹き入れられた。人はこうして生きる者となった』。この神による命の息が pneuma、spiritus です。一方、その命の息を吹き込まれた生きる者はヘブライ語で nephesch といい、『旧約聖書』に755回、登場します。このギリシャ語訳が psyche で、内在する生命力、魂を指し、心理学 psychology、精神医学 psychiatry の語源になりました。ラテン語は animal の anima、英語は soul music の soul です。

霊と魂は、わが国ではひとまとめに靈魂と呼ばれがちですが、本来は別々のものです。その背後には、人間は自力でこの世にあるのではなく、神との関係に生きる存在という理解があります。動物とは異なり、人生に意味を求める宗教的存在である人間を捉えるためには、従来の心身二元論では不十分で、霊を含めた人間学的三元論によらなければなりません。私は人間精神が、図のように、霊 spirit、魂 soul、体 body の3層構造を成していると考えています。

一番下の体精神層は、脳を基盤として道具的機能と感覚が、生物学的な法則に従って働いています。前頭葉の機能、セロトニン、ドーパミンなどの神経伝達物質、認知症になると脳のどこが萎縮するのかなどを研究する、いわゆる生物学的精神医学は、この精神層を対象にしています。中間の魂精神層は理性と感性が働く場であり、一方では外の対象と関わる意識へ、他方では自らの内面に向かう人格へと展開します。対人関係の心理学、力動精神医学、社会精神医学、司法精神医学などは、この精神層を対象にしています。最上位に位置する霊精神層とは、心身を統合するとともに宗教を育み、神や永遠と交流する場です。人間はこの霊精神層を有することで、動物のように、環境に束縛されず、脳を離れ、自己をも超越して生きる意味を求めることが可能なのです。

精神医学が今日のような形を整えるのは18世紀後半です。その象徴になったのは、フランスのピネルによる患者解放でした。患者の処遇を改善して病院を改革しようとする動きは、ヨーロッパ各地でほぼ同時期に起こっています。ピネルばかりでなく、スイスのジョリー、イギリスのバティー、トスカーナのキアルージ、サヴォアのパカンらがこうした役割を果たしました。

南フランス出身のピネルは30歳を過ぎてパリに出て、パリ大学の衛生学と病理学教授になりました。精神医学という学問はまだ存在していません。その時期にフランス革命が勃発します。革命と恐怖時代はルイ16世の処刑に立ち会い、クーデター後はナポレオンの顧問医を務め、激動する48年間をパリで過ごしました。時の権力が目まぐるしく変化する中で常に体制側につき、巧みに時代を泳ぎ渡ったように見えます。ピネルがビセートルの収容施設で看護人ピュサンと共に患者を鎖から解いたのは、フランス革命のただ中である1793年とされていますが、これには諸説があり、月日も確定できていません。

フランス革命は1789年から1799年の10年間、国民のほぼ全階層を巻き込み、社会構造を根本的に変革させました。その特徴は大きく二つあります。一つは啓蒙思想、もう一つは社会における階層秩序の破壊です。18世紀フランスの啓蒙思想はジャン・ジャック・ルソー、百科全書派を中心に、理性の光によって迷信や偏見を打破する合理的、実証的な人間中心主義でした。一方、中世以来の国王を頂点とする階層的身分も解体されました。それが絶対王政から共和制への移行であり、自由、平等を掲げる民主主義の誕生です。フランス革命はそれを、過激、暴力的な形で実現しました。この二つはどちらも、キリスト教会の権威を低下させるものになりました。

従ってフランス革命は思想革命であり、政治革命であり、ブルジョワ革命であり、科学革命であり、聖なるものを世俗化させる聖俗革命でもありました。フランス革命によってもたらされたヨーロッパの近代は、人々を信仰から合理主義へ、教会から実験室へ、垂直の有機構造から水平の無機構造へ、祈りから数量へと向かわせました。後に

哲学者ミシェル・フーコーが、ピネルは目に見える鎖は解いたが、狂人という目に見えない鎖を患者に巻き付けたと批判したことはよく知られています。批判の矛先はピネルその人ではなく、理性を偏重するヨーロッパ合理主義だともいわれています。

フランス革命には当時から、当然ながら否定的な意見と肯定的な意見がありました。フランス革命によって混乱した思想的秩序をまとめたのは、哲学者オーギュスト・コントだといわれています。コントは、フランスにおける実証主義と社会学の創始者です。彼によると、人間社会は宗教信仰から哲学・形而上学へ、さらに実証的な自然科学へと、3段階で必然的に進歩するとされています。人類は現在、進化の最終段階である自然科学のレベルに達したということになります。確かに人間は哲学がなくても、宗教がなくても、生きていくことができます。逆に人間は、自然科学を基盤に置く合理的社会に生きるようになったからこそ、日常生活には役に立たない哲学や、非合理的な宗教が持つ意味をあらためて問い直す時期が訪れたと言えるのかもしれませんが。

ピネルの弟子エスキロールは、フランスに登場した初めての精神科専門医です。19世紀、ヨーロッパ各地で活躍した精神科医のほぼ全員が、彼の指導を受けています。エスキロールの分類は階層的な病因仮説を求めず、植物を分類するように、目に見える症状を同列平面に並べるものでした。これは現代の、DSM-Ⅲ以降の分類体系によく似ています。

エスキロールの弟子ジョルジェが1820年に、狂気、精神病の原因を初めて脳に結び付けました。実はピネルもエスキロールも、精神病の原因は脳ではなく腹腔、あるいは胸腔にあると考えていました。すなわち、胸腔ないし腹腔の何らかの原因が二次的に脳機能を破綻させるといって、今日の症状精神病に近いものと見ていました。わが国では、精神病を脳病であると述べた最初の人はドイツのグリーンガーだとされてきましたが、実はそうではなく、結核のために33歳の若さで早世したフランスのジョルジェです。近代、現代精神医学はこうして脳との結び付きを強めながら、19世

紀から21世紀にかけて実証的、自然科学的な方向へと進んでいきます。

科学的な妥当性は諸現象を数量に還元し、測定や確率の手法を導入して定量化するところにあると考えた最初の一人は、イギリスのフランシス・ゴルトンです。ゴルトンはチャールズ・ダーウィンのいところに当たります。大学に在籍せず各地を探検旅行してホットントット語の辞典を編さんし、高気圧・低気圧の語を作成して天気図を描き、指紋を研究してスコットランドヤードの犯罪捜査に協力するなど、多方面で活躍しました。学者というより、イギリスヴィクトリア朝を代表する教養人、趣味人です。彼は、どの分野でも諸現象が数や量に還元されなければ科学としての地位は得られないと述べ、人間の運動、感覚能力の計測実験を行い、ベルギーの数学者ランベール・ケトレを招いて、遺伝と環境の関連などを統計処理する方法論を模索しました。後年は人間学に関心を移し、優生学を提唱したことでも知られています。

イギリスの人がベルギーの人を招いたことは、結構、珍しいことです。イギリス人はベルギーのことをばかにします。あのような小さい国は戦争が起きたらひとたまりもなく、3日で占領されるなどと平気で言います。日本もひとごととは思えません。従って、イギリス人が尊敬するベルギー人は、そうたくさんいないのです。

もう一人は、1920年にアガサ・クリスティが創作した探偵、エルキュール・ポアロです。彼はベルギーの警官だったのですが、第一次世界大戦で国がなくなってしまい、難民になってイギリスに来ます。イギリスのスタイルズ荘という、貴族のカントリーハウスの近くにある安宿に泊まっていて、そこで起こった事件を見事に解決することでイギリス人からだんだん尊敬を受け、ロンドンで事務所を構えるようになって成功するという話です。従って、イギリス人が尊敬しているベルギー人は、ケトレとエルキュール・ポアロの二人くらいではないかと思います。

ゴルトンの考えはイギリス社会全般に、計測、統計を重視する傾向をもたらし、精神医学の領域に、計量あるいは定量的精神医学を導きまし

た。フランス初の大学精神医学講座は、脳と心的疾患クリニック、Clinique des maladies mentales et de l'encéphale という名称で、1877年、パリのサンタンヌ病院内に設立されました。クリニックには診療所という意味と、大学の教育講座という二つの意味があります。チューリッヒのブルクヘルツリ病院クリニックも、大学の講座という意味です。

サンタンヌ病院クリニックは1952年、クロルプロマジンを用いた精神薬理学が誕生した場所として知られています。私は1980年代、ここに留学していました。当時の主任教授はピエール・ピショーで、世界精神医学会の会長を務め、フランス人には珍しくDSM-Ⅲを高く評価し、精神医学の計量、統計化、定量的精神医学の導入を試みていました。

ピショー先生は非常な親日家でわが国を何度も訪れ、私も全国を回る講演旅行、地方巡業のお供をしました。歌舞伎と相撲にはあまり興味がなかったようですが、宝塚歌劇のファンでした。フランス人が宝塚の『赤と黒』を見てどこが面白いのかと思うのですが、保崎教授や浅井教授が一緒したようです。私は、先生が江戸時代の屏風を手に入れたと言うので、東京、麻布の美術商に一緒して値段を交渉したり、銀座ではおニャン子クラブのLPレコードを買い求める手伝いをしたりもしました。

ここは福岡なので、九州大学精神科の桜井凶南男先生のことをご存じの方も多と思います。桜井先生とピショー先生は非常に親しく、交流がありました。九州に行くと、ピショー先生は桜井先生のお宅によく立ち寄ったそうです。桜井先生は信楽焼のタヌキの人形を集めていました。ピショー先生はそれを見て、タヌキは何匹いるのかと尋ねたそうです。桜井先生はわざわざ数えたこともなかったので、いいかげんに答えました。数年後またピショー先生がやってきて、タヌキは何匹だと聞きました。このとき桜井先生は、前のことは忘れてしまっていてまた適当に答えると、50匹減ったのはなぜかなどと質問をされ、大いに慌てたそうです。この話は、お孫さんの西園マーハ先生から聞きました。さすが定量的精神医学で

す。

理性を重んじる近代精神医学において、合理主義になじまない、あるいは定量化できない感情は軽視されてきました。シェーラーは1913年、現象学を用いて2種類の感情を区別しています。すなわち、ひとりで湧いてくる感情状態と、対象に志向性を持つ感受、あるいは感得作用です。志向性を持つ感受はご覧のように下から上へ、感覚感受、生命感受、魂感受、霊感受と4段階を成しています。

一番下の感覚感受は、身体の特定位を刺激されたときに感覚に伴って起こる、低次元の感情のことで、美しい色、耳障りな雑音、芳しい香り、刺すような肌触り、おいしい味などです。生命感受は心身に感じる全体的な感情で、健康時のきびきびとしたあふれるような生命感、不調時の物憂い気だるさ、張りのなさなどです。魂感受は人間の日常、心理生活に伴う感情で、悲しみ、喜び、怒り、苦悩、恥じらいのように、自我全体に広がり、自分自身に直接結び付くとともに世界を志向し、他者と交流する感情のことで、最上位の霊感受は、絶望、至福、憧憬、帰依など、特定の対象を持たない宗教的な高次感情です。

ドイツのハイデルベルク精神病理学を代表する一人、クルト・シュナイダーは、シェーラーに師事して哲学の学位を得ています。1921年にシュナイダーは、『感情生活の階層と抑うつ状態の構造』という論文を発表しました。ここでシェーラーの感情階層論を基に、内因うつ病と反応うつ病の相違を論じています。これがシュナイダーの論文デビュー作です。内因うつ病は生命感受層から発生し、特有な生気抑うつ、症状の日内変動、体重、月経変化など、生物学的症状を持つ身体寄りのうつ病です。一方、反応うつ病は体験と了解可能な関連があり、魂感受層から発生する日常心理生活寄りのうつ病です。すなわち二つは生起する感情層が違う、別々の病気だということです。

感情と同じく、価値にも高低があります。価値は持続するほど、分割されにくいほど、基礎に置かれるほど高く、一方、高くなるほど満足が深くなり、相対的なものから絶対的なものへ向かいます。シェーラーは、下から上に四つの価値を区別

しました。快価値、生命価値、魂価値、聖価値です。快価値は、快、不快、愉快、不愉快など、最低の価値系列です。生命価値は、健康、生命力、病気、老化、死など、個人や共同体の幸福に関わる価値です。魂価値は、美しい・醜いという美的価値、正・不正の法的価値、知識そのものの哲学的価値などを含んでおり、生物レベルに還元することができません。最上位に置かれている聖価値は、超越的なもの、聖なるもの、絶対的なものに対する価値のことで、単なる幸福や不幸とは異なり、至福、絶望などの形で霊的に感受されます。この霊的に感受される聖なる価値が最上位に置かれているところに、キリスト教を基礎に置くシェーラー哲学の特徴が見られます。

より高い価値を実現する意志が善であり、悪とは、より低い価値を選ぶ意志のことで、私たちは肉体的な快楽を、健康や幸福のために犠牲にします。例えば、たばこは1日5本にする、ビールは2缶まで、などと言います。時には社会的な幸福さえ、より高い真理、正義、祖国、美のために失うことをいといません。人間は本質的に、より高い価値、生きる意味を求める存在です。

この価値体系を精神医学に取り入れた人が、『夜と霧』で知られるウィーンの内科学者、ヴィクトール・フランクルです。フランクルはシェーラーの著作を愛読し、片時も手元から離さなかったと伝えられています。

フランクルは、人間には人生を可能な限り意味で満たしたいとする欲求、意味への意志があると、シェーラーの価値区分を基に、生命の意味に、創造、体験、態度の三つの価値を区分しました。創造価値は、人間が活動して何かを創造するときに付着する価値で、例えば職業活動に伴うものです。体験価値は、世界を受容するときに実現される価値で、活動できなくても自然を見たり、芸術を鑑賞したりすることで実現します。態度価値は、苦悩の中で勇気を失わない、没落の中でも品位を保つなど、運命や限界状況の下で人格が取る態度に伴う、より高い価値を指しています。人間は意味への意志が阻止されると、実存的フラストレーション、欲求不満に陥ります。すると内面の実存的空虚を麻痺させようと、より低い次元の

価値、すなわち快楽や権力に走ると述べています。これは、人間の生きる価値が上下の層を成していることを示しています。

イタリアのルキノ・ヴィスコンティがトマージ・ディ・ランペドゥーサの小説をもとに1963年に発表した、『山猫』という映画をご覧になられた先生もおられると思います。これは、シチリアで時代の波に翻弄されて没落していく貴族の物語です。没落の中でも品位を保つという態度価値を表現している、それも非常にゴージャスな映画でした。私は初めて見たとき、なぜ『山猫』という題が付いているのかよく分かりませんでした。ヤマネコというと、何となく日本ではイリオモテヤマネコなど、夜行性のうろろうしている小動物という印象ですが、イタリア語でヤマネコはガットパルド *gattopardo* といい、イリオモテヤマネコどころではなく、群れをつくらず気高く孤高に生きる動物、つまり非常に高貴な動物を表す言葉です。従って、日本にはおりませんが、例えばユキヒョウなどのような気高い存在、王者であり、それを貴族の在り方に重ねた題名だということが、後で分かりました。

ルサンチマンとは、弱者が強者に抱く価値を転倒させた感情です。わが国では怨恨、反感、逆恨みなどと訳されます。1887年、哲学者のニーチェが『道徳の系譜』という書物において取り上げ、シェーラーはこの概念を、感情と価値の層構造を基に、現象学を用いて発展させました。弱者は強者を憎みますが、現実にはその上下関係を直ちに逆転できないため内面の価値を転倒させ、上下関係をすり替えることで心理的な安定を得ようとするものです。

例えて言うなら、お金持ちからいつもさげすまれている貧乏人は、お金持ちを恨んでいます。自分もいつかお金持ちになって見返してやりたいと思いますが、すぐにお金が手に入るわけではありません。すると、そもそもお金は汚い、お金があるから世の中は悪くなる、手元に1億2億あれば、JOCの理事に賄賂を渡したくなるのは当然ではないかという考えになり、つまり貧乏な自分のほうが清らかだ、悪の金持ちより格が上だと、内面の価値を転倒させて復讐を遂げるといふもの

です。

神経や精神の構造が上下に層を成して重なって、精神症候学とは上下の層に起こる破壊と再建を見ているという考えを、層理論といいます。イギリスのジャクソン学説、フランスのネオジャクソニズムも層理論です。人間学的層理論を基に、精神病とは何かを考えてみたいと思います。

統合失調症を中核とする精神病は、動物にはない3層構造を成す人間精神の全体的解体です。人間精神に何かしらの侵襲が加わると、まず最も上の霊精神層が解体して脱落症状を生じ、遅れて下部の魂、体精神層が反応し、これを修復しようとする生産症状が現れます。精神病とは進行と停止、破壊と再建の時間・階層・動的表現であり、私たちが見ている精神病の症状は、各段階における脱落症状と、これを修復しようとする生産症状の混在です。

精神病は一番上の霊精神層の脱落、アンヘドニアから始まります。これは、生きる意味が分からない、何か失われて自分の価値が下がった、全てが虚しい、どこにも居場所がない、などと訴えられる特有の空虚感です。アンヘドニアは、フランスの心理学者リボーが1896年に記載したもので、単純な不安、うつではありません。DSM-5に記載されている、何をしても楽しくないということではなく、むしろ楽しいことも悲しいこともぴんとこない、感情そのものが心に響かない、感情の喪失感です。失ったものは、金銭、地位、容姿などというこの世の価値ではなく、目に見えない霊的価値です。もう高い生き方はできない、自分と呼ぶ声が聞こえないという、フランクルのいう実存的空虚に当たるものです。シュナイダーを発展させると、これは霊感受層に出現する霊的抑うつと見ることもできます。

人間の在り方を根底から震撼させるアンヘドニアを軽減し、より低いレベルで修復、安定を目指すという働きが、魂、体精神層にさまざまな生産症状をもたらします。体精神層には脳内ドーパミンの過剰反応、全身の神経・内分泌反射が生じます。

魂精神層に生じる代表的な生産症状が妄想です。アメリカの精神分析医サリヴァンは、妄想

を、患者を一時的に救う安全保障だと見ています。妄想の主題、内容は一定の順序で移り変わります。長い経過を見ると被害妄想から誇大妄想へゆっくり進展することが、古くから知られています。しかし被害妄想も、突然、生じるわけではありません。あの人が悪いと思う前には、自分が悪いという自責、無力性の段階があります。低い自己評価に何年も苦しんできた患者はルサンチマンを用いて価値を転倒させ、自分は悪くない、相手が悪い、自分をこのようにした親の育て方が間違っていた、自分をのけものにした社会を恨んでやると論点をすり替え、責任を転嫁します。すなわち、被害妄想を抱くことで自己の安定を得ようとするのです。

アンヘドニア、実存的空虚に始まり、妄想に発展した患者をご覧ください。生来、明るく元気な子だったのに、14歳頃から人前で緊張し、理由なく気分が落ち込むようになりました。生きる意味が分からず明るい未来が開かれず、何をしても失敗しそうな、虚しい気がして、生きていることそのものがつらくなります。15歳時、読書をする、ストーリーは分かるのに、作者の意図がうまくつかめません。音楽を聴いても音の羅列が体内を通り抜けるだけで、曲を楽しむことができなくなりました。自分に確かな実感が持てず、立つ位置が分からず、他人との距離がうまくつかめません。16歳時、寝る間も惜しんで猛烈に勉強し、無遅刻、無欠席の優等生になりますが、まるで指の間から砂がこぼれ落ちるように、心が満たされることがありません。

17歳時、全てが受け身に回るようになりました。自分には価値がない、誰もが持っている当たり前のことを自分は持ち損なっている、物事を知らず幼稚で、そばを通るだけで周囲に不快感を与えている、人間として生きる意味がない、どこにも自分の居場所がない、他人から見放され、家族から見捨てられると思うようになります。18歳時、全身倦怠と気力低下を訴え、閉じこもりがちとなりました。近況を知らせる友人からの年賀状を見ることが怖いと言います。彼らの大学入学や就職などの新しい活動を知ると、自分一人が取り残されるように感じます。親の愛情が実感でき

ず、早く進路を決めるように言われたり、そもそも世間の常識では、という話題になったりすると、自分をちっとも分かってくれないと怒りだし、物を壊して家族に当たり散らします。

19歳時、自分をコントロールできず、リストカットなどで衝動的に傷つけるようになります。人目が気になり、周囲から非難されているように感じます。両親が口論すると、自分のせいではないかと不安で声が出なくなります。一方で、両親は自分が苦しいときに助けてくれなかった、社会が自分をこのような目に遭わせたとも思い始めます。

この患者は14歳頃から、生きる意味が見えないアンヘドニアで発病し、自分には価値がない、周囲に迷惑を掛けている、家族から見捨てられるという低い自己評価に苦しみます。患者が失ったものは容姿もお金でも、仕事をこなす能力でもありません。より根源的な人生の意味そのものです。経過を追うと患者は、自分は悪くない、周囲が悪いと自責から他罰へ少しずつ話をすり替え、周囲をおとしめることで自分の安定化を図るように見えます。

20世紀初頭カール・ヤスパースは、クレペリンの自然科学的、生物学的精神医学にも、フロイトの心理学的精神医学にも満足できず、フッサールの初期現象学、ディルタイの生の哲学、すなわちシェーラーと同じ基盤の上に独自の精神病理学を構築しました。彼が病的体験を判断する根拠に、追体験、感情移入、あるいは自己投入する了解 Verstehen を置いたことはよく知られています。

南イングランド出身で、アメリカのコネル大学で長く教壇に立った心理学者ティチェナーは、Verstehen を empathy と英訳しました。以来、心理学では共感と呼ばれ、カウンセリングで治療者が自分の感情を中立に保ち、相手の身になって感じる共感的理解などになりました。しかしこの概念は、ヤスパースの考えた Verstehen と同じではありません。

シェーラーは1912年、感情と価値の層的区分を基に、この Verstehen について論じています。他者と共に喜び、共に苦しみ、悲しみを分け合う心の働きは共同感情と呼ばれています。古くから

共歎共苦と表現されるように、動物にはなく人間のみに備わる高次感情であり、先の感情段階区分では魂感受層に含まれるものです。これに対して了解 Verstehen は、相手の置かれている家庭環境や人間関係に共感して慰めたり励ましたりする共同感情ではなく、ある存在が他の存在の本質に直接入り込んでくる存在参与だということです。すなわちこれは、魂感受より一段高い次元の霊感受層、生きる意味や価値を共有する宗教領域に生じる精神現象ということになります。

物理法則が支配する宇宙、あるいは自然現象に意味はありません。人間が生きて、外の世界との関係性を求めるところに初めて意味が生じます。フランス革命を契機に誕生した近代精神医学は、自然科学、生物学、脳科学に傾斜することで今日までさまざまな成果を上げ、加速度的に発展してきました。一方その過程で、数量に換算できない人生の意味、実証化できない人間の価値は取り残されてきました。

現代イギリスの詩人、トマス・スターンズ・エリオットによる詩の一節をエンディングとします。『わたしたちは、経験は手に入れたが、意味を取り逃がした』。20世紀初頭にマックス・シェーラーが創始した哲学的人間学は、人間精神の全体像を、定量、実証化にとどまらず、哲学、宗教を含めた非合理的、有機的な層理論で補完しようとするものです。精神医学に自然科学でも心理学でもない、人間の本質に関わる意味や価値の領域を指し示すこと、それがヤスパース、シュナイダー、フランクルの登場であり、精神病理学という、身体医学にはない特異な学問分野が、精神医学に今なお存在する理由だと思われます。

発表に用いた人物写真などは、これらの文献から借用しました。以上です。

中尾：濱田先生、貴重な講演をありがとうございました。『哲学的人間学と精神医学』ということで、哲学、それから宗教的な観点から精神医学を捉えた講演でした。また、精神医学の歴史についても非常に詳しく話してくれて、ありがとうございました。神庭先生からは難しいとかなり言われていたので、分かるだろうかと思っていたのですが、思いの外、分かりやすかったです。もちろん

全部は分かりませんでした。恐らく濱田先生が分かりやすくかみ砕いて話してくれたおかげだと思います。このように宗教の視点から精神医学を見るという行為は、私自身これまであまりしたことがなかったので、本当に勉強になりました。ありがとうございます。

この後は質疑の時間にします。質問などはチャットで受けます。質問がある先生はチャットにお寄せください。まず神庭先生に指定発言として、今の濱田先生の講演を受けて少しコメントを頂戴できればと思います。神庭先生、よろしくお願ひします。

神庭：濱田先生、ありがとうございます。六番町クリニックでは月に1回ケースカンファレンスをしていて、濱田先生は常連で参加しています。私は濱田先生が発言した後に発言すると決めているのですが、今日は少し失敗して先に発言してしまったので、やり込められました。ケースカンファレンスをいつも大変、楽しみにしています。

本日、皆さまに紹介したいものは『第三の精神医学』です。先生は本日、精神医学の三元論まで話をされたように思います。先生が哲学的、神学的にどのように学んで三元論を提唱するに至ったかという流れについて、話をいただきました。先生は、この『第三の精神医学』の中ではもう少し神学的な考察を深めています。冒頭で、西洋の哲学、特に人間学を導入したときに神学的な要素をそぎ落としてしまったがために、哲学が非常に難解なものになったとおっしゃいました。先生の本を読むと、神学的なところをかみ砕いて説明されています。先生はカトリックだと思いますが、私はプロテスタントなので共通する基盤を持っていますし、大変すんなりと読めました。

先生は、魂と霊を分けて考えています。デカルトの心身二元論は身体と精神を分けますが、精神の中にさらに霊精神層と魂精神層を分けていて、精神病は霊精神層の症状から始まると提唱されています。これには神学をしている者は恐らくあまり反対しないと思いますが、一つ紹介したいのが、九州大学の神学者であり哲学者であった滝沢克己先生の、インマヌエルの哲学です。インマヌエルとは、神、われと共におわしますという意味

です。滝沢先生は、キリスト教徒であろうとならうと、あらゆる人は、神、われらと共におわしますという事実に属していると考えています。それを第1義の接触、つまり、既に心の中に神、霊性を受け入れるものを持っているということです。これは仏教で言えば仏性というものです。そこに神を受け入れたときに第2義の接触が起こり、これは仏教で言えば悟りであると言っています。

滝沢先生は西田幾多郎とバルトの所で研究を進めた方で、仏教とキリスト教に精通していた大家でした。濱田先生の本を読んでいくと、随所にそうした概念が紹介されています。今日は、治療には触れられませんでした。『第三の精神医学』で重視する治療は、俗な言葉ではスピリチュアルケアであると書かれています。これにはモラル療法、フランクルのロゴセラピー等々があり、ちょうど先生が群馬病院の病院長をしていたときに、群馬病院の治療法はモラル療法であると言っていました。先生が精神療法を、この『第三の精神医学』の中でどのようにつくっていくかということを考える過程で、まずモラル療法を取り入れたのではないかと、この本を読んでいて納得しました。

この後は、私から先生への質問に変わります。ヤスパースの了解については、先生が最初に紹介したような意味で、共感できるかどうかが精神病と非精神障害の大きな違いであるという程度の理解しかありませんでした。今日は、存在参与という意味で了解というものを理解するべきだと教えてもらいましたが、実際にヤスパースはそこまで考えていたのでしょうか。あるいは後に続く人たちが、ヤスパースはこう考えていたに違いないと考えたのでしょうか。

先生のこの説明を読んでいて思い出したのが、京都の山岸洋先生が訳した『新・精神病理学総論』という本です。これは、ヤスパースがどのような心理療法をしていたかという、第4版の第6章を訳出した本でした。あの堅い哲学者ヤスパースからは想像できないような人間味にあふれる精神療法を語っていて、この本を読んで私は大変強い感銘を受けました。そして、めったにしないこ

となのですが、これを訳した山岸先生に賛辞の手紙を送ったことを思い出しました。

次は、霊精神層です。神秘体験や、生きる意味を失う不条理な体験などの、極限的な体験をしなければ、人は霊を受け入れることがなかなかできないのではないかと思います。そして祈りという行為、それは瞑想であってもよいですし、祈りであってもよいと思いますが、そうした儀式を伴わなければ霊性を保ち続けることが難しいのではないのでしょうか。その点について、治療の中で先生はどのような工夫をしているのですか。

濱田：神庭先生、ありがとうございます。私もこの宗教的な課題、それから精神医学における神学的な部分や宗教の部分をどうするかとずっと考え続けてきたのですが、表だって言えませんでした。若いうちにこのようなことを話すと、どこかおかしくなってしまったのではないと言われるかねないので、まず精神症候学を研究し、ようやく言えるようになったのはこの10年くらいです。あまり人から疑われず、要するに聞いてもらえるようになったということです。多くの先生と同じく私もずっと考え続けています。例えばプロテスタントにしてもカトリックにしても、キリスト教の信仰を持っている精神科医はいるのですが、それと実際の精神医学をどう統合させていくのかということとは、皆、考えているものの、簡単にはいきません。

以前、私はカトリック医師会に入っていました。そこに、ある中央官庁の事務次官の方がゲストでみえて、その方はカトリックでした。私が、政治の世界で先生の宗教的な立場をどのようにして生かしているかと質問すると、すっかり困ってしまいました。自分が、何かを言うと、キリスト教徒というだけで怪しい目で見られるので、ずっと隠れキリシタンでいると言っていました。従って、宗教を精神医学に持ち込むということは非常に難しい話でしたが、いくつかお答えします。

ヤスパース自身は精神医学を10年しか研究していませんでした。従って、臨床の場でずっと研究していたわけではないのですが、彼には深いプロテスタントの信仰があり、それがこの著作に反映されています。ヤスパースの精神病理学はクレペ

リンの体系とどこが違うのかというと、この宗教部分を基盤にして語った精神病理学であるため、ヤスパース独自の立場があるのだと私は思っています。その象徴が、先ほど述べた Verstehen ではないでしょうか。以後の人たちはそこを理解せず継承しなかったので、今日まで至ってしまったのではないかと考えています。

それから、先ほど先生がおっしゃった、滝沢先生の言っていたことについてです。私たちの中には信仰があろうがなかろうが霊性のようなものがあり、キリスト教徒であろうがなかろうが神の恵みは注いでいるという考えに達したのは、カトリック教会でも1960年代以降です。従って、キリスト教徒でなければ治らないのではないかと、また、宗教的な治療は信者でなければできないかというところではなく、私たち全員の所に神の霊的な恵みが来ているからこそ、私たちはそこでスピリチュアルケアを整えることができるのだと私は考えています。以上です。

神庭：ありがとうございます。

中尾：神庭先生、濱田先生、ありがとうございます。聴講の先生がたからもいくつか質問が来ます。濱田先生、よろしいですか。

濱田：どうぞ。

中尾：一つ目が、T先生からです。今の話とも重なるかもしれません。『貴重なご講演ありがとうございます。ほとんど無宗教、無哲学の日本人の精神科医として、宗教的、哲学的考えを抱いて精神科臨床を行うことは、患者理解あるいは治療にどのように役立つでしょうか』という質問です。

濱田：私も今のところは、例えばカトリックの信徒の方が患者で来た場合にはスピリチュアルケアを行いますが、そうでない方が来たときにそのようなことを言うと、治療に来たのに宗教に勧誘されたと怒られてしまうので、行いません。しかし、もしカトリックの、キリスト教の信徒の方が、それも一緒にという話になったときに、本当に数人だけですが、一緒に祈ることになります。それは私の本にも書いたように、特別な技能を持っていたり、国家資格があったりするわけではありません。

それから、私が治すのではなく、言ってみれば神の聖霊が治してくれるのです。そのために、それが働く場を開けておくことが祈りだと私は思っています。共に祈ることは神の恵みを自分の中に落とし込むことであり、私が患者を治しているということではないと基本的には思っています。よろしいでしょうか。

中尾：ありがとうございます。大変、勉強になりました。もう一つ質問があります。S先生からです。『宗教との関係で、東洋の宗教が精神医療に新たな境地を開く可能性はないのでしょうか。仏教だけでなく日本の神道のような多神教は、行動様式も根本から西洋と異なるように思います』とのことです。私も尋ねたかったところです。私自身は認知行動療法を専門にしている、第3の認知行動療法としてのマインドフルネスは、恐らく仏教がベースになっていると思います。そのような東洋の思想に基づく観点からの精神医療は、先生が本日、話されたキリスト教を母体とした精神医療の捉え方とどう違うか、もしよければコメントをいただけますか。

濱田：マインドフルネスは本当に現在、盛んにいろいろ行われるようになりました。マインドフルネスの瞑想と、キリスト教の黙想はどこが違うのかというと、黙っている点は同じです。仏教あるいは禅の場合は、例えば外の自然や自分の呼吸、雨の音や風のそよぎなどに集中することで、自己に戻ってくるということではないかと思います。しかしキリスト教の黙想や瞑想はそうではなく、神をそこに呼び込む、霊を呼び込むということです。従って何を考えているかということ、聖書の記載や神の言葉などであり、つまり神とどのようにして交流するかということになろうかと思えます。

それを実際の治療にどのようにして役立てるかということ、基本的に仏教の場合は、大部分は自力で修行をしなければなりません。要するに、どこかにこもるなどして、何日間か修行して悟りに達しなければなりません。キリスト教はそうではなく他力本願です。自分で解決するのではなく神に全て任せるといった形になり、方向が違います。

仏教でも、実は一つ近い考えがあります。親鸞

の浄土真宗がそうです。鎌倉仏教で初めて出てきた霊的視点だと思います。つまり、自分はいくら良いことをしても、キツネに油揚げをあげたり、さい銭をあげたりすることでは到底償い切れない悪人であり、程度の差はあっても全員が悪人なので、だからこそ阿弥陀如来に救ってもらえる正当な資格があるということです。これが悪人正機説です。ただ南無阿弥陀仏だけ唱えていけばよい、断食したり修行する必要はない、神あるいは仏が全て解決してくれるという他力本願の考えです。これはキリスト教のパウロの思想に非常に近く、キリスト教の中でも親鸞のことはよく採り上げられています。いくつかの日本の宗教の中で、自力で解決する部分と他力で解決する部分とがあり、その違いだと思います。以上です。

中尾：ありがとうございます。時間が少し押していますが、最後にもう一つ質問が来ました。M先生からです。『東日本大震災の後に、日本人も祈りなどを肯定的に捉えるようになってきたように思うのですが、そこから、日本人に合った祈りのスピリチュアルな精神療法は可能なのでしょうか』という質問です。

濱田：先ほど述べたように、祈ることによって、自分自身を鍛えなければならない、自分の中をどうにかしなければならぬか、などを考えていくと非常に大変です。従って、天から来る、あるいは、はるかかなたから到来するものを自分が受け入れるためにはどうすればよいかと考えるのが、最もよいのではないかと思います。それが先ほど述べたキリスト教の立場であり、信仰があるなしにかかわらず全ての人に注がれる恵みであり、そして阿弥陀如来の救いであるということだと思います。そのような形で、共に祈るということの意味があるのではないのでしょうか。

中尾：ありがとうございます。濱田先生、多くの質問にも丁寧に答えてくれて、ありがとうございます。私自身は平成7年に九州大学に入局しましたが、当時、西園先生や神田橋先生ももう九州大学を離れていて、ちょうど松尾正先生が精神病理学の教室を率いていました。そこで現存在分析やブランケンブルクなど、いろいろ抄読会をしていてもさっぱり分からず、先ほどの花村先生の話

ではありませんが、自分は大丈夫だろうかと思っていました。しかし本日の先生の話で、そうした宗教的な観点から捉える哲学に関して、私の中で理解が非常に深まりました。本当にありがとうございました。

最後に、精神病理の九州大学の松尾先生とも一緒に仕事をしていた林道彦先生に、クロージングの言葉を頂戴したいと思います。林先生、お願いします。

林：濱田先生、本日は本当にありがとうございました。濱田先生と私は恐らく同年代で、団塊の世代だと思います。大学に入学した頃は学園紛争のさなかで、生協に行くと、『資本論』などと一緒にサルトルやボーヴォワールなど、哲学の本がたくさん平積みされていて、何となく気になるので読んだのですが、さっぱり分かりませんでした。

確か入学して間もなく、パリ革命という学園紛争の終焉がフランスであったような気がします。その頃を境に、フランスの思想家たちの考えがポスト構造主義だと紹介されることが多くなり、これも少し読みましたが分かりませんでした。日本で少し流行したのですが、本日、濱田先生から宗教的観点の指摘を受け、そのような流れが出てくるのが何となく理解できた気がして、うれしく思いました。本日は本当にありがとうございました。

一言だけ、福岡行動医学研究所について紹介します。現在、神庭先生が福岡行動医学研究所の所長をしてくれています。1988年、もう随分昔になりますが、中尾弘之先生が九州大学を退官した後、福岡行動医学研究所が発足し、初代所長に就任してもらいました。中尾先生の意志は、若い精神科医を援助するようにしようということが一番で

した。行動医学という名称も、先ほど神庭先生から紹介があったように、生物学的、心理学的、社会的、そしてもう一つ加えられていました。次は文化的存在を提唱され、研究所もそうした幅広い領域で紹介できるようにしたいと言っていました。

2003年に松尾正先生が2代目の所長に就任し、哲学、現象学の話随分と紹介してもらいました。実は、私はさっぱり分からなかったのですが、本日は本当にうれしく思いました。2020年から神庭先生に所長になってもらい、2021年に研究所が一般社団法人になりました。『福岡行動医学雑誌』はずっと出版していましたが、もう少し活動を広めようということで研究所の奨励賞をつくり、若手の精神科医の応援をしています。なるべくたくさんの先生がたに会員になってもらい、若手支援にご協力いただければと思います。九州大学の同門だけではなく広く門戸を開放しているので、入会してもらえとうれしいです。

今回の研究セミナーはルンドベック・ジャパンの皆さまに多大な無理を言いましたが、薬の話が一言も出ない研究会を快く承諾してくれました。トリンテリックスという薬が非常に良い薬だと思うので、どうぞ愛用してもらえればと思います。ルンドベック・ジャパンの方には本当に感謝しています。最後に濱田先生、ありがとうございました。

司会：講演を賜った濱田先生、座長の労をお取りいただいた中尾先生、クロージングのあいさつを頂戴した林先生、誠にありがとうございました。以上をもちまして、福岡行動医学研究セミナーを終了します。本日はご参加いただき、誠にありがとうございました。

哲学的人間学と精神医学

濱田秀伯

福岡行動医学研究セミナー

- 本発表に開示すべきCOI関連にある企業などはありません。

濱田秀伯

人間学の課題

1. 私は何を知ることができるか
2. 私は何をなすべきか
3. 私は何を望むことが許されるか
4. 人間とは何か



哲学的人間学

Scheler M (1874-1928)

- 倫理学 (Kant)、生の哲学 (Dilthey)
初期現象学 (Husserl)
- 3つの思想圏を統合
哲学：ギリシャ古典思想
神学：ユダヤ・キリスト教思想
自然科学：近代科学・発達心理学

わが国の人間学的精神医学

- 1960～70年代
- 木村敏、笠原嘉、宮本忠雄、萩野恒一
- 花村誠一
- 宗教の排除

宗教とは何か

- religio : relegere religare
- homo absconditus (隠された人)
- 人間を超えたものとの関係性
- 究極的な意味、価値



霊とは何か

□ ruah pneuma spiritus spirituality

「主なる神は土（アダマ）の塵で人（アダム）を形づくり、その鼻に命の息を吹き入れられた。人はこうして生きる者となった」

□ nephesch psyche anima soul



霊精神層

- 心身の統合
- 神、永遠と交流
- 自己を超越して生きる意味を求める場



Pinel P (1745-1826)

- パリ大学：衛生学 病理学
- ルイ16世の処刑 ナポレオンの顧問医
- 1793年 患者の解放

フランス革命

- 1789～99年
- 啓蒙思想：合理・実証主義
- 階層秩序の破壊：王政から共和制へ
- 宗教権威の低下
- 聖俗革命：教会から実験室へ



Comte A (1798-1857)

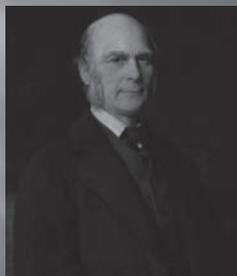
- 実証主義 社会学
- フランス革命後の社会混乱を終息
- 3段階の法則
- 宗教→哲学→自然科学



Esquirol E (1772-1840)

精神科専門医
植物分類の模倣

- Georget E (1795-1828)
1820年 精神病の原因は脳にある



Galton F (1822-1911)

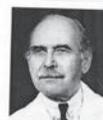
- 辞典 天気図 指紋研究 優生学

「諸現象が数や量に還元されなければ、科学としての地位をえられない」

- 計量・定量精神医学

サンタンヌ病院クリニック

- パリ大学精神医学講座 (1877)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale
- 精神薬理学 (1952) : クロルプロマジン
- Pichot P (1918-2020)
- 計量・数量的精神医学



Pierre PICHOT

感情の層構造

Scheler M (1913)
感受 感得作用：対象への志向性

- 霊感受
- 魂感受
- 生命感受
- 感覚感受



Schneider K (1887-1967)

感情生活の階層と抑うつ状態の構造 (1921)

- 生命感受層：内因うつ病
- 魂感受層：反応うつ病

価値の層構造

- 聖価値
- 魂価値
- 生命価値
- 快価値



Frankl V (1905-97)

- 意味への意志 der Wille zum Sinn
- 3つの価値：創造 体験 態度
- 実存的空虚 das existentielle Vakuum

ルサンチマン

- Ressentiment
- 弱者が強者に抱く感情
- 価値の転倒
- 怨恨、反感、逆恨み
- Nietzsche：道徳の系譜 (1887)

精神病とは何か

- 精神病：3層構造の全体的解体
病勢の時間・階層・動的表現
進行と停止、破壊と再建
- 脱落症状・生産症状の混在
- 上層の脱落 下層の修復反応

アンヘドニア

- anhedonia：
- 霊精神層の脱落症状
「生きる意味がわからない」「すべてが虚しい」

Ribot：感情心理学 (1896)
Frankl：実存的空虚
Schneider：霊的抑うつ

妄想

- delusion：
- 修復性の生産症状

Sullivan：患者の安全保障

妄想主題の変遷：自責から他罰へ
微小→被害→誇大

19歳 女性

- 14歳 気分の落ち込み、生きる辛さ
- 15歳 実感がない、距離がつかめない
- 16歳 猛勉強、優等生
- 17歳 生きる意味がない、居場所がない
- 18歳 気力低下、閉じこもり
- 19歳 リストカット、周囲から非難される



了解

- Jaspers : Verstehen
- Titchener : empathy 共感
- Scheler : Seinsteilnahme 存在参与
意味・価値の共有
靈感受 聖価値

Eliot TS (1888-1965)

- わたしたちは、経験は手に入れたが、意味を取り逃がした
We had the experience but missed the meaning

出典

- Semelaigne : Philippe Pinel et son œuvre. 1888
- ヤスバース : 精神病理学原論, みすず書房, 1971
- シュナイダー : 臨床精神病理学序説, みすず書房, 1977
- Images in Psychiatry. Am J Psychiatry 153 : 103, 1996
- フランクル回想録, 春秋社, 1998
- ピンヨー : 精神医学の二十世紀, 新潮社, 1999
- シェーラー : 著作集, 白水社, 2002
- 濱田秀伯 : 第三の精神医学, 講談社メチエ, 2021

私の読書

医療法人風のすずらん会メンタルクリニックあいらす 吉田 敬子

私の読書は2つの柱からなっている。「孤高」と「死生観」である。この2つを感じさせる作家が好きだ。彼らとその作品は、純粹でどこか世間離れしており、あざとくない。そして、この2つの柱は、私の人生に関連している。私の中で意識している年齢は45歳。父は内科の勤務医であったが、長女の私と妹を残して、腎不全のため45歳の現職で亡くなった。私を溺愛し優しくした父の生涯のひとかたまりが、心理的には私の人生の時間として同期していたのだと思う。その年をとくに過ぎてはいるが、45歳以降は、おまけの人生1年、プラス1年、さらに1年と過ぎてきた。死生観は、このようなことにほんやりと根底を持つが、それにとりつかれて本を読んできたわけではない。まずは、精神の孤高、潔さ、そしてそれを作家自身あるいはその人間自身が意識していない、生まれつきの遺伝子によって運命づけられている生き方、およびとりもなおさず死生観に惹かれ、そのような作家の本を読んできたのだと思う。あえてもう一つ柱を加えるならば、「女性」によって書かれたものである。私は本の中の女性に、またその女性の作家自身の人生に嬉々として共感を覚えつつ読んできた。なぜならば、体格も体力も弱そうで、世の中にも従順に迎合しそうな女性が、実はかなりの精神の旅を自在にたくましく体験している内容に出会うからである。彼女たちは、驚くほど気負いなく自然に、かつ、自分の記述した内容についての波及効果などを執筆時には意識していないのがわかる。そのような書物に会うと実にすがすがしくなる。彼女たちの生きざまが魅力ある内容として本に盛り込まれているものを手にするのが好きなのである。

若い頃から私は、ある作家の本を読んで好きならば、その作家の本ばかり全部読んでしまう癖があったが、父が亡くなる前後の高校から大学入学頃の比較的若い間は、3つの柱に沿って読む前の

乱読時代だったと思う。その頃に読み、興味がなくなった本はすぐに手放していた。今でも覚えているその頃の作家に立原秋明がいる。日本に帰化された韓国の方で、陶磁器や日本の中世の文学にも造詣が深く、食文化を始め様々な知識が詰まった文人である。彼の小説の中に、陶芸に詳しい中年男性がヒロインの女性を料理屋に連れていき、料理について深いうんちくをその女性に傾ける（実際はうんちくを垂れるの方がぴったりとくる上から目線である）場面がある。その若いヒロインは、同年齢の未熟な男性より中年の男性に惹かれていたが、陶芸や料理に興味があった私としては、そこが面白くて読んでいた。1970年代は、吉行淳之介の『夕暮まで』が一世を風靡し、「夕暮れ族」という言葉も流行っていた。このような関係に憧れていた同級生の女性も多かったが、私は「ただのおじさんじゃないの」と内心冷めた感じで、彼女たちのおしゃべりを聞いていた。食事の最中に食文化のうんちくを説かれると食事はまづくなるし、夕暮れ族に出てくる年上の男性の魅力は、虚像ですよ、と言いたい。もちろん立原や吉行の本は、私の本棚には今一冊も残っていない。

冒頭に述べた孤高、死生観、そして女性作家という意味では、この3つの柱を備えた大好きな作家を紹介したい。メイ・サートン。彼女の一連の本を読んだのは、1995年に亡くなった彼女の本が続々翻訳された1990年代である。メイ・サートンは、科学史を研究していた父親と英国の芸術家であった母親のもとにベルギーに生まれ、幼少時期、第一次世界大戦のドイツ軍進撃のために、イギリスの母の里に一時滞在後、両親に連れられアメリカに亡命した。後にハーバード大学の仕事に就いたアカデミックな父親と、芸術家肌の母親の血を受け継ぎ、知性とアートにあふれた家庭環境の中で育った結果、彼女は、女流詩人、小説家、エッセイストとして花開き、83歳で亡くなるまで

に19冊の小説、17冊の詩、15冊のノンフィクション、脚本などの書物で、50冊以上の著書を残した。キャリアの途中で、1965年の『ミス・ステューヴンズは人魚の歌を聞く (*Mrs. Stevens Hears the Mermaids Singing*)』の小説の中で、同性愛を打ち明けた。同性愛を単なる性的な偏りではない、普遍的な人間性の一側面であるという彼女の知性に基づく打ち明けであった。彼女の偏見や嫌悪感や哀れみなどの偏狭な感傷に縛られない女性同性愛者を描いた小説は、のちの学術的な女性学の研究対象となり、また、フェミニストのムーブメントにつながったのである。しかし彼女の生活は、相手の女性ジュディとの恋愛は終わり、大学の職を追われ、父の死も重なり失意のどん底に突き落とされていた。そこからが凄惨。メイ・サートンは田舎暮らしを一人で始め、静かながら内には炎のような激しさと怒りを秘めていた。その彼女の生活を書いた小説が『独り居の日記 (*Journal of a Solitude*) 1973年 (武田尚子訳 みすず書房 1991年)』である。写真でみる彼女は哀愁を帯びた知的で素敵な顔をしている。その後出版された『夢見つつ深く植えよ (*Plant Dreaming Deep*) (1968) 武田尚子訳 みすず書房 1996年』の冒頭には、「この冒険の始めから私を信じてくれた、ジュディに」という言葉を掲げている。彼女は1958年に全く縁のなかったニューハンプシャーのへんぴな村落にあるあばら家と納屋の36エーカーの持ち主になった。彼女は、衣類、わずかばかりの陶器、それに2、3の絵画が入ったスーツケースひとつで購入した一軒家にやってきた。そしてそのあと彼女の古い伝統の先祖の家具やたくさんの分類棚のついた母親の机など、アンティークスに囲まれた静かな一人暮らしを始めた。一人で切り開いた生活は大変なもので、最初のうちは黒いハエの大群やリス科の作物を荒らすウッドチャックとの格闘にあけ暮れていた。そのような中で、「孤独こそわが領土」と言い切る彼女の精神の孤高がすこぶる魅力的である。『わたしの愛する孤独』は、2001年に落合恵子が翻訳し立風書房から出しているが、この本の中では、メイ・サートンの詩とエッセイが詰まっており、彼女の気持ちや考えがストレートにこちらに伝わ

てくる。私にその実行力があるかはわからないが、随分若い時から、しがらみのない土地で、好きな骨董と絵と家具に囲まれた家で住みたいとよく夢想していたので (今でも夢想している)、この本との出会いは衝撃であり、メイ・サートンに一気に魅了された。ちなみに、私は、インテリア好きが高じて『〈インテリア〉で読むイギリス小説 (久守和子・中川僚子 ミネルヴァ書房 2003年)』の本を持っているぐらい、小説の中の家具やファブリックの記述も好きなのだ。さて、『今かくあれども (*As We Are Now*) (1973) 武田尚子訳 みすず書房 1995年』は、主人公の老女キャロライン・スペンサーが、劣悪な環境で無教養な看護人がある老人ホームに兄と後妻の兄嫁によって入れられ、自分の尊厳を持って最後を迎えようとする人生終焉のドラマである。この主人公は、何十年も数学の教鞭をとったインテリ女性であるが、彼女はメイ・サートンに他ならない。体は小さく年老いても、凜として毅然に、これまで生きてきた証を日記に書き留める老女の精神がそこにはあり、これからの私の時間の中で一度ならず読み返す小説となりそうである。

もう一人、私の本棚に何十年と並んでいる本の著者に千葉敦子がいる。ジャーナリストであった彼女は、乳がんを何度も再発し、最後はニューヨークに移住、そこで治療を受けながら命の最後まで果敢な人生を一人で受け止め、死の直前まで送る原稿を気にして死んでいった。「体調悪化し原稿書けなくなりました。多分また入院です。申し訳ありません。」であった。(『「死への準備」日記』より) その他にも、『乳ガンなんかには負けられない』、『わたしの乳房再建』、『よく死ぬことは、よく生きることだ』、『寄りかかっては生きられない』など、文春文庫からの本を通読した。彼女の本もきっと私は読み返す。一方、『在宅ひとり死のススめ (上野千鶴子 文春新書 2021年)』は、読後に何も彼女の精神性を感じなかった。それは、彼女が小説家や文筆家ではなく、社会学の専門家であるということとは何ら関係ない。家族があろうとなかろうと、心は独り身、それを寂しいと本人は感じていない崇高な生き方を感じさせてくれる作家とその登場人物が好きなのだ。

もう一人、人生の最後に自虐的に軽みと笑いを残して亡くなった太宰治。とくに、『グッド・バイ』をぜひお勧めしたい。太宰治の最晩年の3年間の作品のひとつであるが、小市民的家庭の幸せを多少願っていた頃の作品とは異なり、戦後の日本と日本人に絶望し、文壇も家庭も否定した太宰。絶筆の『グッド・バイ』は、何十年も前に私が読んだ作品の中でも鮮烈に覚えている作品で、それは読みながら私が死ぬほど笑って笑いが止まらなかった。絶望感の中での笑い、軽みが、哀しいまでに混じっているとの解説通りの作品である。女好きの編集者で闇商売でも儲けている主人公の田島が、身をきれいにし再び妻子と生活するために、十人近くの愛人を切ろうとする。そのために、同じ闇商売の美人だが怪力で大食い女のキヌ子に、女と別れる一役を買ってもらったがために、しこたま金を取られる小説だ。キヌ子の商売道具の詰まった恐ろしく汚い部屋で、キヌ子から「本場もの」の好物のからすみを売りつけられる場面がある。キヌ子はからすみを汚いどんぶりにザクザク切って山盛りにし、それに代用味の素をどっさりふりかけ「召し上がれ、味の素はサーヴィスよ。」という具合に会話が続く。あのからすみに味の素を山盛りふりかける場面を想像しただけで笑いが止まらない。しかも田島は、味の素の振りかかっている一片のカラスミをほじくり出して泣きたいような気持ちで食べるのだ。今回読み返したが、やっぱりふき出してしまった。皆様、電車の中では読まないことをお勧めする。よく顔を見るとすごく美人なのに、なりふり構わず男と張り合って戦後を生き抜いているキヌ子の潔さ、たくましさ、可笑しさ、優しさがなんともすがすがしいのである。それぞれの思惑のために変な同盟を結んだ男と女を超えた泣き笑いの展開がこれでもかと繰り返される。また、この中で主人公の田島が手を切る場面で見せる女たちへの優しさにもじみ出ている。太宰の未完の絶筆ということもあり、最後は絶望的な笑いで、玉川上水の水の泡になって死んでいったのかなと私には思わせる作品でもあった。人のよい愛人の美容師が小説に出てくるが、太宰と心申した山崎富栄も写真を見る限り美人の美容師であった。太宰は、彼女に

は優しい思いを持って一緒にいただろうが、心の内は、自虐的なまでにはすがすがしい軽みをたたえて一人だった気がする。

最後に、「孤高」と「死生観」に通じる著者、精神科医を挙げたい。岩手医大の精神科教授を務め、現在副学長の酒井明夫氏である。彼は、自分は過去に生きていたと公言するほど、現世からは遠いところで生きている。ギリシャ語、ラテン語が堪能で、それらで書かれている古書を嬉々として大枚をはたいて収集し、部屋中の壁と台を本で埋めつくし、窓の小さい書斎で執筆している。彼との出会いは、私が在英中のことであるが、同じく彼の医局から留学していた医師のお宅で知り合った。楚々とした美人のような美男子で、控えめで物音を立てずひっそりとしており、てっきり若い大学院生と間違ったほど印象的な出会いであった。その後、私はまだ在英中に、二度ほど酒井先生からお手紙をいただいた。ここで今からご紹介する彼の著書がいかんにして生まれたかを彷彿とさせる彼の人生観や人となりを表す内容の手紙であり、抜粋すると、例えば、「観光は嫌いですし、自然も嫌いだし、大宴会もとんでもないので、あまり外に出る理由もないのですが、自分がいつでもどこでも行けるという状況がないと気がすさんできます。ついでに嫌いなものを挙げますと、カラオケ、鳥肉、遊園地、家族、会議、式典、同窓会、朝の連続テレビドラマ、車のコマーシャルなどです。“哲学的に”言いますと、これらはすべて人を閉鎖システムに導く機能がありまして、つまり囲われた時空間へと閉じ込めてしまうものなのです。」である。

さて、彼の仕事を通しての命題は、1) 精神科専門用語の役割と機能についての説明、2) 「bizarr」という概念の研究、3) 日本の憑依と変身の歴史であるということも手紙に書かれており、これらのテーマに沿ったいくつかの著書もいただいた。彼は、「医局の備品」と自らを位置付ける教授の立場から、精神的逃避行をするがごとく、1990年代は恩師と仰ぐスピッカー先生の精神医学史、生命倫理学の翻訳や業績集を作ることにエネルギーを費やしておられた。しかし、2000年代になり、『こころの科学の誕生（日本評論社

2003年)』、『魔術と狂気 (勉誠出版 2007年)』、『西欧古典に描かれた狂気 (時空出版 2007年)』、『逸脱の精神史 (精興社 2007年)』と、その十年弱の間に彼の真髓が表出されたと考える。『このころの科学の誕生 (日本評論社 2003年)』は、酒井先生が編者となり、ピネルに始まり、シャルコー、クレペリン、フロイト、プロイラー、ジャネ、アドラー、ベルガー、森田正馬、ユング、ピンスワンガー、ヤスパース、カナーとアスペルガー、ミルトン・エリクソン、ラカン、とベックについてまで、各担当の執筆者を酒井先生が依頼され、彼らからの原稿をまとめられたものである。例えば、ピネルは森山成楯先生ご執筆の最初の章、そして最後の章のラカンは鈴木國文先生ご担当という具合に進んでいる。中には、クレペリンについての西丸四方先生、およびピンスワンガーについての関忠盛先生のご執筆もあるが、このお二人は、出版の10年以上も前に亡くなられた故人であったが、酒井先生がこのころの科学の寄稿から編集して入れられたものである。酒井先生は、冒頭の序でこのころの科学とは何なのか?を問うておられる。このころや科学の言葉の定義について、酒井先生は、その言葉が生まれた語学的歴史にまで言及されている。そのためには、先に述べた彼のギリシャ語、ラテン語の語学力を駆使して文献を読み、それらに遡って考察するという、他の精神科医には真似のできない学識があるからできることである。しかも、この仕事に嬉々として取り組んでいる彼のオタク的至福の感情が伝わってくる。例えば彼は、「科学」という言葉について、以下のように述べている。

“今日われわれの間で語られる「科学 science」が、いわゆる自然科学という意味を濃厚に宿すとしても、この語の守備範囲は時間的にも空間的にもそれをはるかに超えるものである。英語のサイエンスの語源はラテン語の「スキエンティア scientia」だが、これに相当するギリシャ語があつた「エピステーメー ἐπιστήμη」である。古代ギリシャ語でこの語が狙っていた意味は遠く時を隔てたわれわれにとってもなお重要であり、スキエンティアの前にひとまずこの語の素性を辿ってみたい。” (凄すぎませんか酒井先生、

と私は先生への尊敬と憧れでため息が出る)

彼はその後各時代におけるスキエンティアとサイエンスの意味の変遷を解説しており、彼によると今日でいう意味での「科学」は、十七世紀から十八世紀に、英語圏では総じて「フィロソフィ philosophy」と呼ばれるようになり、十九世紀に科学の意味は今日のそれに近づいたとのことである。同様に、「このころ」についても、これまでに言及しきれないほどの概念が付随し、膨大な数の言説が出たそうである。彼は英語の「マインド mind」という語に少し触れたいといいながら、4ページも費やしているが、ここでは割愛する。本書は、精神医学の偉人たちの業績を知る上でも、この一冊で読むことができ便利であり、そして何よりも、酒井先生の編集により素晴らしく仕上がっているもので、ご一読を勧める。ちなみに、私は、「カナーとアスペルガー」の章を担当させていただいた。本書が発刊されて分担執筆者それぞれに本が謹呈されたが、その一冊すべてを森山先生が読まれ、私に嬉しいお葉書をいただいたので、忝度や謙遜なしで紹介する。「昨日、酒井先生編の『このころの科学の誕生』届き読了。先生のが、ピカーでした。二人の偉人の比較、非常に困難な課題を見事にまとめ、Nomo 投手の完封のようで、九大派面目躍如です。』、『魔術と狂気 (勉誠出版 2007年)』、『西欧古典に描かれた狂気 (時空出版 2007年)』とご紹介した2冊は、それぞれギリシャ神話を題材とした非合理的な現象と狂気、歴史的人物に見られた狂気や自殺やけいれん発作の精神医学的解説。そして『逸脱の精神史 (精興社 2007年)』は、中世に狂気の治療に使われていた薬や自殺論、病的酩酊や認知症に至る症状の解説まで、紀元前7世紀から19世紀まで哲学者、政治家、文学者、医学者まで163名が登場し、それぞれのエピソードにちなんで酒井精神科医の目を通して紹介されている。このような本が他にありあろうか。教授ご就任後、多くの責任と多くの人に囲まれているが「いまはひどく孤独な気がします」と手紙に書かれていた彼の気持ちや、このような著作の数々を生み出す必然を導いたのはいか。酒井先生の静謐な仕事の場が目に見えようである。

入 会 案 内

福岡行動医学研究所では若い精神科医の方々、さらにはメンタルヘルスの活動にたずさわる多くの方々をも対象として、皆様の活動に役立つ情報を提供して参ります。

本研究所の活動の一環として「福岡・行動医学研究会」を主催しております。会員の皆様には次のようなご案内をさせていただきます。

- ・本研究所主催の研究会のご案内
- ・「福岡行動医学雑誌」の配布及び雑誌への投稿（無料）

会費は年間4,000円です。ご入会ご希望の方は、本研究所宛ご連絡下さい。

編集後記

濱田秀伯先生に、哲学的人間学と精神医学という演題でご講演をいただいた。私と同年配でお名前はよく知っていたが著書を読んだことがなかった。精神疾患患者の文化的背景にずっと関心を抱いていて、濱田先生の講演を聞き大いに納得したのであった。科学も広い意味では哲学に含まれるのではと連想して、哲学的人間学が科学的であることに収斂しつつある現在の精神医学が、本来的な「精神の医学」につながるのではないかと期待を抱いた。医療は対人援助職であり、対人援助にかかわる者にとって哲学的人間学の素養は必要不可欠であろう。

令和4年度は中澤太郎先生、溝部太郎先生と2名の方が研究所奨励賞を受賞された。
若い精神科医の活躍を期待しています。

(記 林 道彦)

福岡行動医学雑誌 第29巻 第1号 2023

発行 令和5年9月20日

編集者 神庭 重信 九州大学名誉教授
林 道彦 医療法人うら梅の郷会理事長

編集アドバイザー 中尾 智博 九州大学精神科神経科教授

発行者 一般社団法人 福岡行動医学研究所
〒838-0825 福岡県朝倉郡筑前町大久保500
電話 0946-23-8087

印刷・製本 大同印刷株式会社
佐賀市久保泉町大字上和泉1848-20
電話 0952-71-8520
