


 特集

## 精神医学の認識論

—モノとコトを巡って脳科学, 里山学, 地域支援から考える—

## 疾患的なものと疾患的ではないもの

—類型の変遷をめぐる—

糸川昌成

## 抄録

精神医学は疾患的なものと、疾患的ではないものを扱う特殊な医学領域である。精神疾患が身体科の疾患とどこが違うのかを考えるうえで、神経衰弱を例に類型と種について解説した。私たちが用いる言語が果たす役割を、世界観の成り立ち、ふるまい、しぐさなどで紹介し、神経衰弱概念が国境を超える時代を経て変遷した意味について述べた。身体疾患の類型（症候群）は、いずれモノが突き止められて種（疾患）になるのに対し、精神医学ではいつまでもモノにたどり着けないのはなぜなのだろうか。それは、精神医学の類型が形而上のものであるため、モノにたどり着く手前に形而上から形而下へ絶望的な位相転換が必要だからだ。工夫を重ねる類型からモノを突き止めた自験例を紹介し、内因性精神病にどれほどコトが影響するのかを考察した。

Key words : モノとコト, 種と類型, 言語, 形而上と形而下


 はじめに

身体疾患の診療科の関係者たちと話していると、「肺炎が肺の病気で狭心症が心臓病であるのだから、精神疾患は脳の病気ではないのか」と問われることがある。当事者やその御家族もまた、同様の疾病観をベースに御質問をされる。おそらく、マスメディアや一般社会が考える、精神科の病気のイメージもこれと大差がないのではなかろうか。

しかし、精神医学の対象には、脳腫瘍による幻覚といった明らかに疾患的なものと、ギャンブル障害のように疾患的ではない—たとえばゲーム大会で生計を立てられるほどの賞金を稼ぎ、世間から羨望され自らを誇りに思うような人は診断されない—ものがある<sup>11)</sup>。精神医学とは、ゲーム障

害のような社会適応や社会的価値と深く結びついた障害から、外因性精神病のような明らかに生物学的な疾患までを扱う特殊な医学領域である。それだけではない。SSRIの発見と使用増加によって、それまで医療の対象とはされなかったような憂鬱までが、診断され服薬につながったりする。新しい薬の発見で治せる苦痛が見つければ—それまで「人前で緊張しやすいあがり性」だったものが、社交不安障害というれっきとした病名がついて診断・治療されるように—新しい病気が誕生することさえあるのだ<sup>19)</sup>。精神医学と関わりのない人たちが考える、冠動脈の狭窄のようなモノとして、精神疾患が手に取るようにそこら辺に実在しているわけではない。

こう説明すると、SSRIで落ち込みが軽くなったり、抗精神病薬で幻聴が聞こえなくなるのだから、やっぱり脳の病気ではないのかと怪訝な顔をされる。それならば、どこがどのようにモノであ

Masanari Itokawa : (公財) 東京都医学総合研究所統合失調症プロジェクト / 都立松沢病院精神科  
〒156-8506 東京都世田谷区上北沢2-1-6

り、コトであるのか、いろいろと寄り道をしながら考えを整理してみようと考えた次第である。

## ● 神経衰弱

精神科の病気は、冠動脈の狭窄のようなモノらしさとはどこが違うのか。その答えを、19世紀から20世紀初頭に欧米から日本にかけて流行した神経衰弱を例にあげて述べてみようと思う。神経衰弱はアメリカのG. M. Beardが1869年に発表した疾患概念である<sup>15)</sup>。Beardは神経衰弱の特徴的の症状に頭痛、耳鳴り、希望のなさ、不眠など数多くの症状を羅列し、それらが神経の消耗によって生じるとした<sup>2,3,4)</sup>。彼はアメリカ文明という社会的要因によって、神経力の欠乏という生理学的機能障害、すなわち身体的要因を介して神経衰弱が発症するとした。彼は社会的5大要因として、蒸気力、電報・電話、定期刊行物、科学の進歩、女性の活動をあげ、文明社会に見られるストレスによって神経系が弱まり退行して神経衰弱の発症へつながるとした。19世紀は電気生理学の発達し始めた時期であり、BeardはBois-Reymondの電気神経刺激理論、M. Hallの神経反射理論、Helmholzのエネルギー保存理論の影響を受けた。これら生理学の理論が神経力の欠乏仮説に適應されると、神経衰弱の治療に電気療法が用いられるようになる。(図1)<sup>12)</sup>。

神経衰弱はアメリカからヨーロッパ大陸に受容されるが、イギリスやフランスに先駆けてドイツが真っ先に神経衰弱概念を取り入れた。それは、1871年にヴィルヘルム1世が即位してドイツ帝国を成立させ、ビスマルク宰相がドイツの近代化と工業化を強力に推し進めたことと関連する。なぜなら、この状況はアメリカ文明病とされた神経衰弱概念を受け入れる最適な社会背景となったからだ<sup>15)</sup>。ドイツ社会の近代化によって中流階層のサラリーマン男性が増えた。その結果、彼らが仕事に追われ心身の不調をきたすという、Beardが見たアメリカと同様の状況が発生したのだ。ドイ



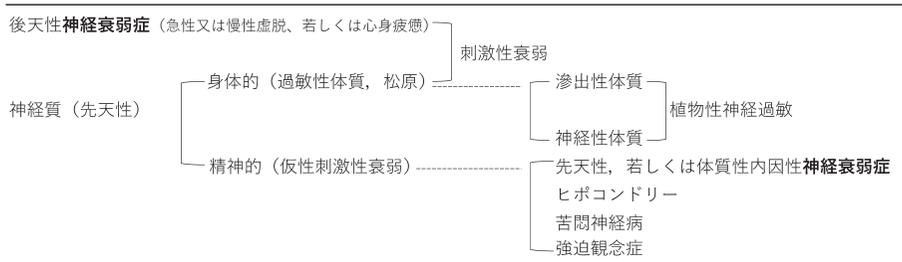
図1 電気療法 (Elektrotherapie)<sup>12)</sup>  
胃の症状に対しては、3～5ミリアンペアの定電流を12分間用い、負電極を背側下部に正電極を左季肋部に装着する。

ツでは1880年頃より神経疾患を診療する私立クリニックが増え、そこで神経衰弱の診断が行われた。疲労のほかに抑うつや不安など精神症状を持ちながら、神経疾患として診断・治療を受けられることが中流階層の男性患者から歓迎されたのだ。スティグマに敏感な大衆が、私立クリニックの増加を後押ししたように見える。

## ● 神経衰弱概念の変遷

社会的要因と身体的要因によって発症するとされたアメリカの神経衰弱概念は、ドイツへ輸入されると発症要因が変質と遺伝へとパラダイムシフトされた。変質とは、フランスの医師モレルが1857年に発表した「変質概論」で打ち立てた概念で、疾患的な遺伝性変化が代を経るごとに病原性を増し最終世代で子孫が絶える現象とした。モレルは例として、風土に体質を適應させるよう白人とは別にアジア人が存在することを変種としてとりあげ、それと対照させるようにして病的原理に基づく根本的な変化を提案し変質とした<sup>20)</sup>。ウィーン大学教授のクラフト-エービングは、神

表 1 神経衰弱症と神経質との関連<sup>18)</sup>



経衰弱を変質の表現型のひとつとし、神経系の病的素因を「神経病性体質」と呼んだ。チュービンゲン大学教授のグリーンジャーは、身体のエネルギーの乏しい人が精神疾患になりやすいとする「神経病性素質」を提唱していた。クラフト-エービングの素因・体質やグリーンジャーの素質といった、アメリカの神経衰弱概念にはなかった個体側の脆弱性がドイツでは加えられたのだ。

Beardは神経衰弱を神経疾患と考え、いずれ神経系の機能的・物質的異常が見つかるだろうと予測した。ところが、神経内科医たちが解剖や機能的な研究をしたが異常を見出すことはできず、神経医たちはやがて診断や治療から身を引くことになる。神経衰弱概念は、1914年の第一次世界大戦頃から衰退し始め、1920年代にはドイツ医学界では省みられることがなくなった。

日本にはドイツを経由した、素質や遺伝論に基づいた神経衰弱が導入され大流行した。それは、江戸時代から明治維新を経て、日本が急速に近代化・西洋化にまい進した時期に一致する。19世紀のアメリカ文明社会やドイツの近代化と類似した社会情勢が日本でも生じていたのだ。1925年から1935年までの東京帝国大学の精神科外来で、神経衰弱・神経質と診断された症例は36%に及んだ<sup>15)</sup>。夏目漱石の『それから』にも「悉く切り詰めた教育で、さうして目の廻る程こき使はれるから、揃つて神経衰弱になつちまふ。」と登場するほど一般社会でもメジャーな疾患となっていた。

当時の日本では、森田正馬（1974～1938）が

森田療法を創始していた。森田は神経症のメカニズムに、症状に注意が集中することで症状を強化する「とらわれの機制」を提案し、「あるがまま」を示す森田療法によって症状へのとらわれから離脱し、自然な心の在り方が養われる森田神経質の概念を考案した。森田神経質は、日本独自のもの、東洋の禅に由来するものとして評価が高いが、森田は自身の神経質概念の一部にBeardの神経衰弱を取り込んだ（表1）<sup>18)</sup>。

昭和30年代以降、神経衰弱の診断の数は著しく減り、現在の精神科医療では全く見られなくなった。一方、一般社会で統合失調症への偏見が著しかった時代に、そのスティグマを避ける目的で、勤務先などへ提出する診断書に神経衰弱という診断名を用いるという現象が生じた。

## ● 類型（症候群）と種（疾患）

アメリカ文明という社会的要因と神経力欠乏という身体的要因。社会と身体の出会いがしらで生じたはずの神経衰弱は、ドイツに受け入れられると素質・素因・遺伝といった個体側の脆弱性が考慮され始める。日本に来ると禅に由緒する森田神経質に合流し、最後にはスティグマ回避のため統合失調症の診断書に利用された。いったい、どうしてこんな融通無碍なことが起きてしまうのだろうか。

ひとつは、神経衰弱が冒頭であげたゲーム障害のように、疾患的ではない点あげられる。ゲーム障害では、ゲームへの没頭が社会的な不適応に

つながらず、むしろ成功者として本人も満足し周囲からも称賛されたら診断の対象とならなかった。同様に、アメリカ文明で多忙な職業生活を送り頭痛や耳鳴りを生じて、仕事で成果を上げ本人も症状を苦に感じていなければ医療機関に来ることも診断されることもない。本人の苦痛と周囲の評価は、社会からの影響を十分に受ける。たとえば、性同一性障害も少し前の診断基準に、自覚的な性別と生物学的性別の不一致に、本人が苦痛を感じる事が条件にあげられていた。これは、社会がLGBTに不寛容だった時代だからこそ生じ得た苦悩である。最新版のICD-11では性同一性障害そのものが精神疾患から外されたことに象徴されるように、疾患的ではない精神科の病は、社会の評価・価値観や適応と深く結びつく。以上述べたように神経衰弱が疾患的ではないため、アメリカ、ドイツ、日本で融通無碍に姿を変えたと言えそうである。

神経衰弱の変遷には疾患的ではないことのほかに、もうひとつの要因が考えられる。それは、ほかの精神疾患と同様に神経衰弱が類型だからだ。類型とは、たとえば「絶対的権力を独占的に行使する支配者」という独裁者の類型に、サダム・フセインやヒトラーを当てはめるように、いくつかの特徴をセットにした理念的単位のことである。つまり、Beardは蒸気力や電報・電話など5大環境要因に、頭痛や耳鳴りなどの症状をセットにした類型を考えたことになる。

類型は精神疾患に固有というわけではなく、身体疾患でも類型はある。しかし、多くの身体疾患の類型（症候群）は提唱された後、研究が進み原因となるモノを突き止めて種（疾患）となる。たとえば、狭心症を考えてみよう。1768年に英国王立内科医協会が主催した記念講演で、イギリスの医師ウィリアム・ヘバーデンが、突然発作的に生じる胸痛、発作と発作の間は症状なく健康、精神的な変動が影響し炎症性のもものでは生じず、睡眠中にも起こるという類型（症候群）を提示し、初めて狭心症と命名した<sup>24)</sup>。1912年にアメリカの

医師ジェームズ・ヘリックが、症状と病理（モノ）を結びつけることで心筋梗塞と狭心症という種（疾患）を分離し、ヘバーデンの類型（コト）は種（モノ）に単離精製されたのだ<sup>9)</sup>。狭心症は冠動脈という管状のモノが狭くなるのが発症であり、ニトログリセリンやバルーンでクダが太くなれば治癒する。類型（症候群）の治療が対症療法的とならざるを得ないのに対し、疾患（種）では根治療法が可能となる。

## 類型と言語

神経衰弱が疾患的ではなく、しかも類型であったとして、それがなぜ国を跨ぎ時代を経ると融通無碍となるのだろうか。理由を考えてみるにあたり、アメリカ、ドイツ、日本の言語が違うことに注目してみたい。なぜなら、言語とはそれが話されている社会でのみ共通な、経験の固有な概念化であり構造化であるからだ。各言語はひとつの世界像を形成し、言語はそれを通して連続した現実を非連続化させるプリズムとなる<sup>14)</sup>。

たとえば、現代の日本語圏の虹は、紫・藍・青・緑・黄・橙・赤の7色から構成される。しかし、江戸時代までは陰陽五行説により黄・緑・紺碧・紫・赤紅の5色、あるいは南蛮系天文学に由来した紫・緑・紅の3色だったのだ<sup>26)</sup>。英語では、purple, blue, green, yellow, orange, redの6色、アフリカ南部のローデシア地方のショナ（Shona）語ではcipswuka, citema, cicenaの3色、中央アフリカのウバンギ地域のサンゴ（Sango）語ではvukoとbengwbwaの2色に区切るのだ。人間の目は解剖学的にカメラと驚くほど似た構造をしている。しかし、我々は水晶体を通過して網膜に移った可視光を、ただフィルムが感光するように見ているわけではないということだ。こちらから、言語を駆使しながら意味付けて構造化したものを意識的に見に行っているのだ。

このことを言語学的に検討したのが、アメリカの言語学者サピア（Edward Sapir）とウォー



図2 ピダハンの子供たち<sup>7)</sup>

フ (Benjamin Lee Whorf) である。彼らは、言語が人間の認識を形作るという、いわゆるサピア・ウォーフ仮説を提唱した。サピアとウォーフは、イヌイットの言語に雪を表現する単語が30以上あるのは、氷雪に囲まれて生活する環境が、雪を多様に認識する言語を醸成したためだとしている。

反対に、階級社会と無縁で自給自足可能な温暖な環境では、少ない単語で世界を構造化できている。それは、南米アマゾンの原住民ピダハン族の音素が、母音は3つ、子音は8個しかなかったからだ(図2)<sup>7)</sup>。ちなみに、日本語の音素は母音が5つ、子音は14個だから、彼らの音素が極端に少ないことが分かる。ピダハン語では親に該当する *baixi* という単語があるが、これには性差がない。つまり、父親と母親を同じ単語で表現している。ピダハン語では数に関する単語も乏しく、ひとつ (*hói*)、それ以上 (*hoi*) しかないという報告もある。右と左や色を表す単語もなく、文法にも未来形や過去形のような時制がない。文明から隔絶された自給自足のアマゾンの生活環境が、こうした言語体系を生んだとされる。

環境が言語に影響し言語が世界像を構造化するならば、ひとつの類型が異なる言語社会において形を変えることは当然ではないだろうか。

## 言語とふるまい

言語が影響するのは、形而上の類型概念だけに

とどまらない。形而下の身体さえも、コトバによる構造化を受ける。たとえば、日本語で「からだ」を身体と表記するようになったのは明治以降のことだが<sup>8)</sup>、明治の知識人が英語の *corps* を身体と翻訳したからだ。 *corps* には屍体の意味もある。聖書創世記の冒頭に、「主なる神は土のちりで人を造り、命の息をその鼻に吹き入れられた」とあるから、神から精神を吹き込んでもらわないと人間になれない、泥からできた身体観と言えるのかもしれない。

近代西洋医学にも、言語による構造化は重要な役割を果たしている。西洋医学は診察所見や検査結果という実体的な根拠に基づいて分かることのみを重視する。そして、それら分かった事実を厳密に定義された医学用語を用いて、言語優位にカテゴリ化する分析性が西洋医学の根本にある。当たり前だが、カルテには花鳥風月も情緒もない。医学用語という特殊言語で緻密に構成された情報体系なのだ。そして、西洋医学が持つ分析性の基礎に解剖学がある。

解剖学的構造では、機能的役割や発生学上の重要性など、個体差を超えた普遍性が重視される。たとえば、口唇(単 *labium oris*, 複 *labia oris*) は、歯の前面を覆う部分全体を指し、一般的に「くちびる」と呼ばれる赤い部分(赤唇縁は俗称で解剖学用語にない)とそれ以外を区別しない<sup>25)</sup>。日常のごく自然に認識される「くちびる」赤唇縁でさえ、構造的な固有機能や発生学的重要性が認められなければ、解剖学的構造として認定されないのだ。こうした厳密な解剖学が形作る機械論的な—からくり人形のような—身体観は、*corps* (屍体あるいは土のちり) までさかのぼると、壊れた部品を交換する—人工弁や人工股関節—という発想は随分と馴染むのではないだろうか。

西洋医学が主流になる明治より前のからだに「體」がある。骨が豊かとは、キリスト教圏の泥人形とはずいぶん異なった身体観ではないだろうか。それもそのはずで、江戸時代まで医学界の主流は東洋医学であり、西洋医学の解剖学的身体観

A



B



C



図3 様々な国の人々のしぐさ<sup>22)</sup>

(A) 杖で休むルーマニアの牧夫 (B) 一本足で立つオーストラリア原住民 (C) チベットのラダキの運搬人の眠姿

とは異なるそれを持っていたからだ。たとえば、「腰」はどこかと聞かれるとヒップのあたりを指す現代人が多いはずだが、日本の伝統的な「腰」とは、着物の帯を巻きつける腰周りの骨の感覚を指した<sup>8)</sup>。具体的には髌骨、仙骨、鼠径部の感覚経験であり、解剖学的存在ではなかった。こうした腰の感覚を持った日本の民衆、農民の伝統的姿勢は、腰をかがめ顎を突き出し四肢が屈曲した姿勢だったのだ<sup>22)</sup>。明治19年の教育制度で隊列運動を中心とした兵式体操が教科に加えられ、大衆のふるまいは近代的なしぐさへと矯正された。繰り返し姿勢を注意し、整列して行進させる日本の体操教育の原型がこのとき作られたのだ。ヨーロッパにおいても、厳しい規律と訓練を課すことで「従順な身体（ミシェル・フーコー）」を持った近代的兵士は作り上げられた。

言語によって固有の概念化を遂げた社会では、形而上の類型のみならず形而下の身体までもが固有の構造化を遂げ、その身体によるふるまいもまた、文化と世界像の影響を受けた。たとえば、ヨーロッパのヒツジ飼いは、一本の杖を脇や腰にあてて全身をもたせかけて休むこつを得ているが

(図3A)<sup>22)</sup>、日本人ならまずこんな姿勢で休まる人はいないだろう。オーストラリアのアボリジニも、片足で休む姿勢が知られている(図3B)<sup>22)</sup>。日本人が電車内で居眠りする姿を欧米人は不思議に感じるというが、チベットのラダキにいたっては、膝をついて座り床に広げた両手に顔を伏せた姿勢で眠るのだ(図3C)<sup>22)</sup>。

## ● 内因性精神病

神経衰弱を例に、精神科の病気が冠動脈の狭窄のようにモノではなく、形而上の類型であることを見てきた。そして、我々は言語によって構造化された固有の世界を生きているため、神経衰弱という類型が異なる言語圏によって形を変えた事実を紹介した。疾患的ではない病気—ゲーム障害や性同一性障害—が周囲や社会の評価によって、誰が診断基準を満たすかが変わり得ることを述べたが、神経衰弱もまた疾患的ではない病気のひとつだった。

ここで、疾患的ではないものから、疾患的なものへと話題を変えようと思う。精神医学が扱う疾

患的な病気には、脳腫瘍による幻覚や甲状腺機能亢進による躁状態といった生物学的な病気（外因性精神病）がある。外因性精神障害以外の疾患的なものに、脳腫瘍のような生物学的な原因が見つからない、内因性精神病—統合失調症と双極性障害—がある。

統合失調症もほかの精神疾患と同様に類型である。慢性進行性の経過や自分の考えが他人に伝わってしまうといった、いくつかの特徴で類型化されたものが統合失調症と呼ばれる。それは、「絶対的権力を独占的に行使する支配者」という独裁者の類型に、サダム・フセインやヒトラーを合致させるのと同じやり方だ。ここが、冠動脈造影で冠動脈の内腔径の低下が確認されて狭心症と判定される疾患と異なる点だ。ドーパミンが増えるとか眼球運動が小さいという論文はたくさん出ているが、それをもってPCR陽性で新型コロナと診断できるような原因と結果の因果関係に基づいた診断ができるわけではない。そこが、統合失調症は類型で、新型コロナは種である違いだ。

たとえ身体疾患が症候群（類型）を出発点としても、研究が進めば管が狭いといったモノの証拠を突き止めて疾患（種）となる。ところが、精神科の類型は興味の喪失や、慰めや励ましに反応しない抑うつといった形而上の特徴から構成される。そのため、研究が進んでも形而下のモノにはいっこうにたどり着かない。たとえば、PubMedで統合失調症のバイオマーカーを検索すると、1990年以降だけで4800以上の論文がヒットする。しかし、そのほとんどが対照との間に大きなオーバーラップを生じている（図4A）<sup>5)</sup>。一方で、Huntington 舞蹈病のような身体疾患では、病因と直結するマーカー（病因遺伝子のCAG繰り返し配列数）が健常者と罹患者の間でオーバーラップを生じない（図4B）<sup>6)</sup>。なぜ精神疾患のバイオマーカーは正常と連続的になってしまうのだろうか。それは、統合失調症や双極性障害がシマウマやホッキョクグマのような自然種ではなく、類型だからだ。異なる自然種は分子系統樹で別の

枝に不連続に位置付けられるが（図4C）<sup>21)</sup>、形而上の類型から形而下の不連続で境界明瞭なモノにたどり着けた精神疾患はまだない（図4D）<sup>10)</sup>。正確に記すと形而下のモノにたどり着いたとたん、進行麻痺や抗NMDA受容体脳炎のように外因性精神病となる。

## ● 類型からモノを探し出す

精神医学の現状では、憂鬱な気分とか自分の考えが人に知られている感じといった形而上の類型しかない。身体疾患が類型（症候群）でスタートしても、モノを突き止めて種（疾患）になるように、精神疾患でも形而上の類型から形而下のモノにたどり着けないだろうか。そこで考え付いたのが、できる限りモノの要素を強めてコトの要素を排除するような研究だった。そうすれば、複数の原因が混在する類型（症候群）から単一の原因（モノ）にたどり着いて種（疾患）を抽出できるのではと思い至ったわけだ。

具体的には、際立った症状（家族関係や生育環境などコトの影響を度外視できるほどに重篤な状態）を示す症例だけを研究対象とする。そして、外れ値（モノとして測定可能性を追求）を示した病態を原型（プロトタイプ）として、同じ病態（モノ）を外れ値から正常値まで緩やかなスペクトラムとして一般症例まで敷衍してみた。それは、原型を頂点として一般症例を底辺とする、三角錐のような疾患単位（種）になるはずだと考えたわけだ。

その結果、終末糖化産物（AGEs：advanced glycation end-products）を抑制する酵素が、遺伝子変異のために活性を半減させている統合失調症の1例を同定した。末梢血ではAGEsが健常者の4倍に増え、ビタミンB6が5分の1に低下していた。ビタミンB6はAGEsの抑制効果がある。そのため、酵素の活性の不足で蓄積したAGEsの抑制に、ビタミンB6が動員され枯渇した可能性が考えられた。この症例をプロトタイプと考えて

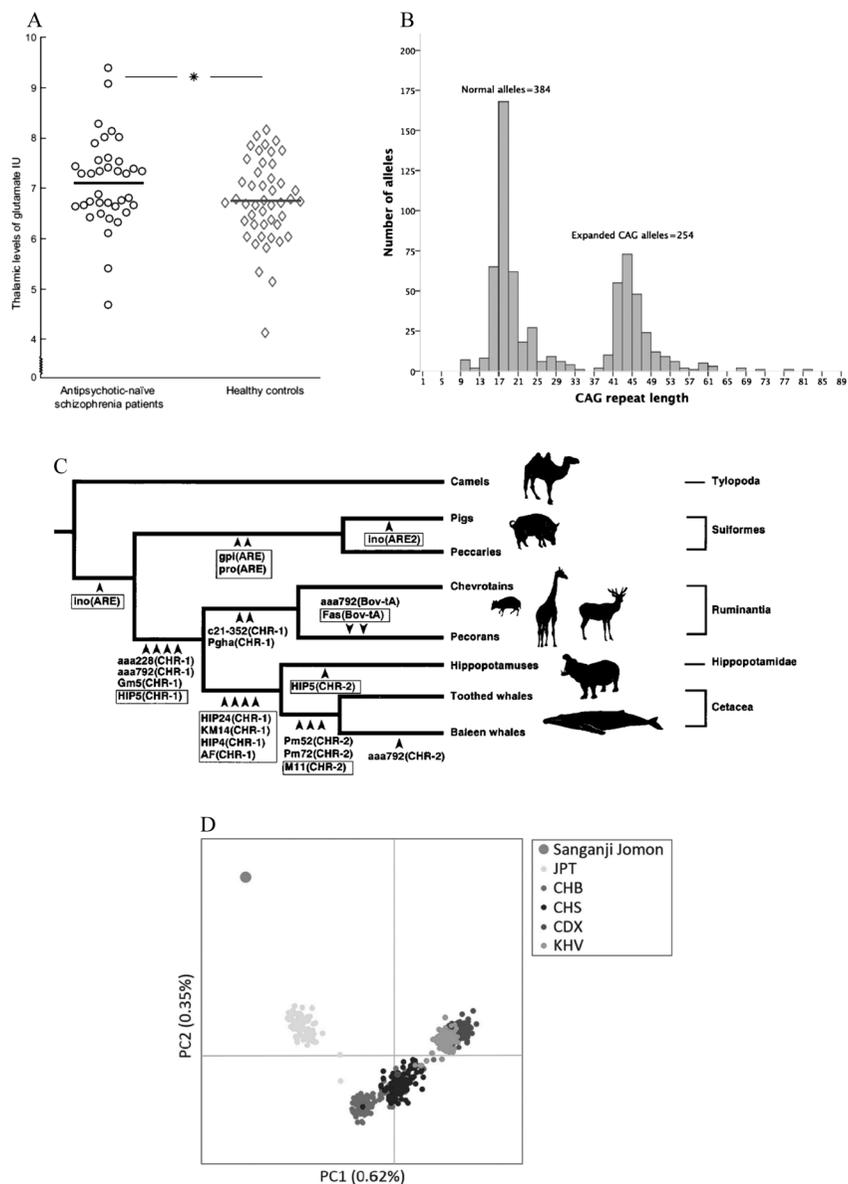


図 4 類型と種のバイオマーカーの違い

(A) 視床におけるグルタミン値<sup>5)</sup>: 左は統合失調症の未服薬例, 右は健常対照。統合失調症が類型であるため, 種のように不連続な数値の分離が見られない。(B) Huntington 舞踏病の原因遺伝子 Huntingtin の 3塩基反復数の分布<sup>6)</sup>: Huntington 舞踏病では原因遺伝子 Huntingtin の 3塩基 (CAG) の繰り返し数が増加することで, 病原性が増し舞踏病を発症する。ブラジルの舞踏病 179 家系の罹患者と家族の原因遺伝子の 3塩基 (CAG) を示した。縦軸は人数 (正確にはアレル数), 横軸は CAG 繰り返し数。病原性のある繰り返しは 45 回をピークとし, 家族由来の病原性のない遺伝子のピークは 17 回であり明確な二峰性を示す。マーカー (CAG の繰り返し数) が不連続であることから, Huntington 舞踏病が類型ではなく Huntingtin (モノ) を原因とする種であることが分かる。(C) 哺乳類の分子系統樹<sup>21)</sup>: ラクダとクジラのように異なる自然種はゲノム配列の分子系統樹で, 枝分かれした全く似てない不連続な配列同士の関係にある。(D) 東アジア人のゲノム構造<sup>10)</sup>: Sangani Jomon: 三貴地縄文人, JPT: 日本東京, CHB: 中国北京, CHS: 南部漢民族, CDX: シーサンバンナ・タイ族, KHV: ホーチミン・キン族。北京, 漢民族, タイ族, キン族はゲノム構造上連続性がありゲノム的に同一種と見なされるが, 東京と縄文人はこれらから外れ値として不連続であり, ゲノム構造的に上記と別の種と見なすことができる。

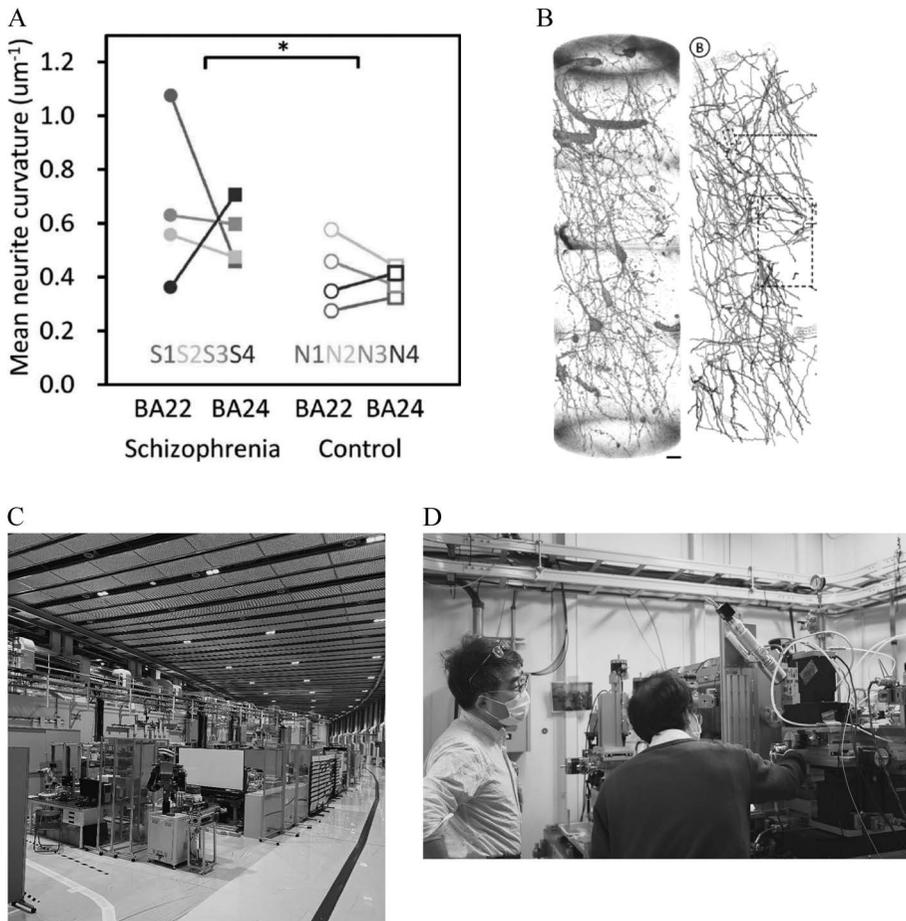


図5 SPring-8で解析した死後脳を用いた神経病理構造の研究<sup>17)</sup>

(A) 神経突起の曲がり具合(曲率):縦軸が曲率(大きい値ほど突起が蛇行)横軸は被験者(統合失調症S1～S4, 対照N1～N4)と計測した脳部位(ブロードマン22野:上側頭回と24野:腹側前帯状皮質)。統合失調症の方が有意に神経突起が蛇行している。(B) 左が神経細胞のX線像からトモグラフィ再構成計算によって得られた三次元像。右は、それをトレースしてデカルト座標系で記述された構造モデルを構築したもので、このモデルを症例間で幾何学的に評価した。(C) 大型放射光施設SPring-8。兵庫県西播磨の三原栗山を1,436メートルで一周する巨大なリング状の建物の内部。各種の実験ステーション(ビームライン)が整然と並んでいる。(D) ハッチ(測定室)内でサンプルをセットする水谷隆太東海大教授(右)。筆者(左)。

一般症例のAGEsとビタミンB6を測定したところ、患者群の4割でAGEsが蓄積し6割でビタミンB6が低下していた<sup>1)</sup>。AGEsが蓄積した4割の患者群は蓄積しない患者より、認知機能の低下と神経構造の変化が示唆された<sup>16)</sup>(図5)<sup>17)</sup>。AGEsというモノを冠動脈の狭窄のように見立てると、ひとまず認知機能と神経構造をセットにした疾患

的なもの(種もどき)が抽出できた可能性がある。

### ● 内因性精神病に変遷があるか

疾患的ではない類型として神経衰弱を例にあげ、私たちが生きる世界が言語によって構造化さ

れるため、神経衰弱の概念が国や時代によって変遷した事実を振り返った。疾患的である統合失調症の類型に、このような変遷は生じないのだろうか。

確かに、筆者が精神科医になりたてだった1980年代後半に、単科の精神科病院でよく見かけたカタレプシーは、近年はめったに見かけることがなくなった。統合失調症が軽症化したと言われるが、どのような類型を統合失調症と呼ぶかが、時代や社会によって変わった結果を見ているだけかもしれない。一方、高度経済成長期の日本人の世界観と、バブルを経てコロナを経験した現在のそれがかなり異なる可能性も推定できる。それだけではない。あのころ豊敷きだった精神科病院から比べたら、現在の病院は格段にモダンになった。精神科医療にかかわる人々の認識や、当事者と家族の生きる社会も随分と変化した。ここで、ヨーロッパの羊飼いやチベットのラダキの寝姿を引き合いに出さないが、当事者のふるまいや症候が時代から影響を受けないはずがないとは言えないだろうか。

最後に、認知症の臨床像の地域差について紹介したい。認知症の科学は、神経科学で最もめざましい発展—モノを突き止めてりっぱな疾患単位となった—を遂げた分野といえる。本来、水に溶けこんで生理機能を発揮するはずだったたんぱく質が、加齢によって水に溶けにくい性質に変化したため、それらが神経細胞に溜まり細胞死をもたらした結果、記憶力が低下する。

認知症では、徘徊、せん妄、ものとりれ妄想などの周辺症状が、ケアを難しくする症状として解明が希求されている。東京都と沖縄県南城市で、同時期に高齢者の調査が行われたことがある。両地域の高齢者では等しく4%で認知症が認められ、発症頻度に差は見られなかった。ところが、東京の認知症で過半数に周辺症状が認められたのに、沖縄では708人中1名にしか見られなかったのである<sup>13)</sup>。

食生活や温暖な気候など、いくつもの違いを考

慮しなければならないが、興味深いヒントが沖縄地方の方言にある<sup>23)</sup>。沖縄の敬語には、高齢者に対してしか使用されないものがある。たとえば、「それをとってくれ」と言うとき、相手が年下の場合は「とれ」、目上の人には「とみそーれ」、高齢者には「とてくみそーれ」となる。かつて、自分から高齢者に向かってしか使用したことがない敬語が、ある年齢になると自分に向けて周囲から使われる場面を想像してみしてほしい。認知症の基本には不安がある。自分がどこにいるのか、何をしようとしていたのか、誰なのかが分からない不安。そんなとき、周囲から敬意をもって遇される。水に溶けにくい性質に変化したたんぱく質というモノ自体は、沖縄でも東京都でも変わらないはずだ。疾患的である認知症の臨床像に沖縄の文化が影響を与え得るとしたら、内因性精神病の軽症化といわれる現象にも同様のメカニズムが関わり得るのではないだろうか。もしそうならば、内因性精神病の精神医学には、生物学と同時に、社会の在り方ももっと考慮されるべきではないだろうか。

謝辞：神経衰弱の論考と議論をいただいた慶応大の北中淳子先生に感謝申し上げます。本稿の一部は、精神科治療学、35(2):172-185(2020)、脳と心の考古学(日本評論社(2020))の原稿に加筆修正して用いている。内容の一部はJSPSの19KT0001から支援を受けた。

#### 【文献】

- 1) Arai M, Yuzawa H, Nohara I, Ohnishi T, et al.: Enhanced carbonyl stress in a subpopulation of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, **67**(6): 589-597 (2010).
- 2) Beard GM: Neurasthenia, or Nervous Exhaustion. *Boston Med Surg J*, **80**: 217-221 (1869).
- 3) Beard GM: A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment. William Wood & Company, New York(1880).
- 4) Beard GM: American Nervousness: Its Causes and Consequences. G P Putnam's Sons, New York (1881).

- 5) Bojesen KB, Broberg BV, Fagerlund B, Jessen K, et al.: Associations Between Cognitive Function and Levels of Glutamatergic Metabolites and Gamma-Aminobutyric Acid in Antipsychotic-Naive Patients with Schizophrenia or Psychosis. *Biol Psychiatry*, **89**(3): 278-287 (2021).
- 6) Castilhos RM, Santos JAD, Augustin MC, Pedrosa JL, et al.: Minimal prevalence of Huntington's disease in the South of Brazil and instability of the expanded CAG tract during intergenerational transmissions. *Genet Mol Biol*, **42**(2): 329-336 (2019).
- 7) ダニエル・L・エヴェレット, 屋代通子 (訳): ビダハン—「言語本能」を超える文化と世界観—。みすず書房, 東京 (2012)。
- 8) 藤田一照, 光岡英稔: 退歩のススメ—失われた身体観を取り戻す。晶文社, 東京 (2017)。
- 9) 上松瀬勝男, 高橋敦彦: 主要疾患の歴史 2. 心筋梗塞。日本内科学会誌, **91**: 874-879 (2002)。
- 10) Kanzawa-Kiriyama H, Kryukov K, Jinam TA, Hosomichi K, et al.: A partial nuclear genome of the Jomons who lived 3000 years ago in Fukushima, Japan. *J Hum Genet*, **62**: 213-221 (2017)。
- 11) 古茶大樹: 臨床精神病理学—精神医学における疾患と診断—。日本評論社, 東京 (2019)。
- 12) Lillestøl K: 'Neurasthenia gastrica' revisited: Perceptions of nerve-gut interactions in nervous exhaustion, 1880-1920. *Microb Ecol Health Dis*, **29**(2): 1553438 (2018)。
- 13) 真喜屋 浩: 沖縄の一農村における老人の精神疾患に関する疫学的研究。慶応医学, **55**: 503-512 (1978)。
- 14) 丸山圭三郎: ソシユールの思想。岩波書店, 東京 (1981)。
- 15) 松下正明: 精神医学の方位—神経衰弱考。(坂口正道, 岡崎祐士, 池田和彦, 天野直二ほか編) 精神医学の方位—松下正明先生古稀記念論文集, 281-294, 中山書店, 東京 (2007)。
- 16) Miyashita M, Arai M, Kobori A, Ichikawa T, et al.: Clinical features of schizophrenia with enhanced carbonyl stress. *Schizophr Bull*, **40**(5): 1040-1046 (2014)。
- 17) Mizutani R, Saiga R, Yamamoto Y, Uesugi M, et al.: Structural diverseness of neurons between brain areas and between cases. *Transl Psychiatry*, **11**(1): 49 (2021)。
- 18) 森田正馬: 神経衰弱症の本体。神経学雑誌, **20**: 361-363 (1921)。
- 19) 村井俊哉: はじめての精神医学。筑摩書房, 東京 (2021)。
- 20) 中谷陽二: 危険な人間の系譜—選別と排除の思想—。弘文堂, 東京 (2020)。
- 21) Nikaido M, Rooney A P., Okada N: Phylogenetic relationships among cetartiodactyls based on insertions of short and long interspersed elements: Hippopotamuses are the closest extant relatives of whales. *Proc Natl Acad Sci USA*, **96**: 10261-10266 (1999)。
- 22) 野村雅一: しぐさの世界—身体表現の民俗学—。NHK出版, 東京 (1983)。
- 23) 大井 玄: 看取りとつながり。サンガ, 宮城 (2017)。
- 24) 竹越 囊, 金光政右: 主要疾患の歴史 1. 狭心症。日本内科学会誌, **91**: 868-873 (2002)。
- 25) 養老孟司: からだを読む。筑摩書房, 東京 (2002)。
- 26) 吉野政治: なぜ虹は七色か。同志社女子大学総合文化研究所紀要, **28**: 138-152 (2011)。