



Title	脳障害に関する病理的人格反応の心理学的次元
Author(s)	小山, 充道
Citation	北海道大學教育學部紀要, 40, 105-141
Issue Date	1982-03
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/29256
Type	departmental bulletin paper
File Information	40_P105-141.pdf



脳障害に關与する病理的人格反應の心理学的次元

小山 充 道

Psychological dimensions of pathological personality
reactions related to organic brain damage

Mitsuto Koyama

目 次

緒言	105
I 脳障害研究の動向	107
1) 精神病理学的側面	107
2) 神経学的側面	112
3) 臨床心理学的側面	113
II 脳障害研究の方法論的視点	115
1) 正常・異常の概念	115
2) 心理的健康の視点	116
3) CVAに關与する病態心理の諸相	119
4) CVAに關与する仮説的病理的人格反應図式の提示	123
III 症例の検討	125
1) 動的能動群 (excitant-active syndrome)	126
① 症例1 — M男 22歳 大学生	126
② 症例2 — I男 46歳 公務員	127
③ 症例3 — O男 64歳 齒科医	128
説明	130
2) 静的能動群 (calm-active syndrome)	130
① 症例4 — S男 53歳 水産業	130
② 症例5 — F男 45歳 調理士	131
説明	132
3) 静的受動群 (calm-passive syndrome)	132
① 症例6 — H子 37歳 接客業	132
② 症例7 — C子 57歳 商業	134
説明	135
4) 動的受動群 (excitant-passive syndrome)	135
① 症例8 — A男 48歳 教員	135
② 症例9 — E男 72歳 飲食業	137
説明	138
IV 病理的人格反應図式の補足と心理療法的側面	139
V まとめ	139
文 献	140

緒 言

脳障害に関する臨床心理学的接近は、大別して、知能面の障害を、例えば神経心理学的接近でみられるような自然科学的・因果論的方法で説明し、知的内容を評価し、その機能改善を治療目標とするような知的側面へのはたらきかけを主とした接近法と、情動および性格面の障害を、深層心理学或いは病態心理現象を主たる研究対象とする異常心理学的接近においてみられるような精神科学的・意味論的手法で記述し、理解をすすめ、情動および性格内容を評価し、その偏りを治療目標とするような情動および性格的側面へのはたらきかけを主とした接近法とに分けられる。本研究は脳障害に関与する病理的人格反応を異常心理学的手法で捉え、仮説的病理的人格反応図式を提示し、その範疇にある症例を検討し、積極的な心理療法的接近への方策を構築しようとするものである。Teuber, H. L. and Rudel, R. G. (1962) によれば、脳障害研究の学問的な萌芽は第一次大戦中とその後のヨーロッパでみられ、フランクフルトの Gelb and Goldstein, ボンの Poppelreuter, フランスの Piéron, そしてイギリスの Head and Holmes らの研究室が中心になった。Teuber, H. L. らの Massachusetts Institute of Technology では、ヨーロッパにおける研究業績を発展させた形で、四つのプロジェクトを組み脳障害研究を進めている。A 群は第二次大戦中の弾丸貫通による頭部外傷者を対象とし、脳障害後の行動変容研究を目的とし、B 群は脳血管障害または脳腫瘍者を対象とし、徴候の経過と転帰を観察し、機能回復のための再訓練法の確立を目的とし、C 群は脳障害児を対象とし、早期の脳障害によって、課題解決に必要な能力の発達がどのような障害を受けるかを研究目的とし、最後に M (miscellaneous) 群では、動物の脳破壊実験研究が組まれている。本研究に最も近接する領域は B 群であり、医療と密接な関係をもつ研究領域といえる。脳障害者に対する臨床心理学的接近は、常時ペンシスティックな色合いを濃くしている。それは、脳が十全に機能していなければ人間たりえない、という論議と、脳神経細胞は、一度侵襲を受けた後には再生しないという医学側からの提起である。前者については、究極は人死の判定を脳死へと見定めようとする思考性に帰結する。後者については、廃絶されたと考えられた機能が時間経過に従って、再び蘇ってくることが臨床場面で少なからずみられる事実から、事態は一層複雑となり、厳密な医学的検索が必要となってくる。リハビリテーション医学はここで大きな役割を担っていると言ってよい。今日、例えば脳神経外科領域における虚血部への血流を増加させるための 1mm 前後の血管を切開、吻合するバイパス術、脳動脈瘤クリッピング術、排膿法のひとつであるドレナージ術などの手術技術の発達や、医用工学の側面からの貢献として、CT スキャンの出現、脳の任意の各部位における代謝状態を知るためのポジトロンカメラの臨床的開発促進など、診断法、治療法両側面からの医学の発達が目ざましく、かつては発症急性期に多く生命を断たれた脳障害者を救命し、主として慢性期に展開されるリハビリテーション訓練を通じて、社会復帰を果たすことを究極の目標とした驚くべき治療医学の発展がもたらされた。然るに、“驚くべき治療医学の発展”は、脳疾患に基づく後遺症をあわせもって生きることを脳障害者に余儀なくさせる方向へと道を開いた。ここで言う後遺症とは、単に身体的障害のみならず、心理的障害をも包摂する概念として捉えられ、臨床心理学的にはこのことが重要な意味をもってくる。脳疾患に基づく身体的後遺症として多くみられるのは運動障害、即ち片麻痺である。上肢については、生活空間における操作可能性の制限という見地から、下肢については、移動の制限という見地から、心理的側面に与える影響は大きいものと考えられる。また巣症状とし

ての失語症，とりわけ運動言語野の障害はコミュニケーション障害をもたらし，意志疎通性困難故に，患者に焦燥感を生み出し易い。同じ巢症状として臨床場面で多く観察される失認症の内容としては，地誌的失見当，難読，視覚計算障害，半側空間無視等の視空間失認，および左右弁別障害，身体図式障害等の身体失認があげられる。これらはいずれも視覚失認の一種であるが，これらは患者の体験症状が主となり，またその欠陥を自覚しないことが多いため，例えば右側方向へどんどん歩いて，ついには壁にぶつかってしまうといった行動上の問題から逆に推測されることになる。患者自身が自己の行動において生じるちぐはぐな感じにとまどい，思い悩むことも臨床場面ではしばしば観察される事実である。日常の臨床場面において気づかれる点を二三指摘しただけでも，これらの諸要因が心理的側面に何程かの影響を与える可能性に気づくことは容易である。治療医学は，人間の寿命を延長させることには成功したが，生活の何年かを単に付け加えたに留まるならば，後遺症という難物を背負い，生きなければならない脳障害者の足取りは，なお一層重々しいものとなる。我々は，脳障害者の示す心理的動揺を如何なる心理学的枠組みの中で捉えると積極的な臨床心理学的意義がもたらされるのだろうか。そして，救命，後遺症出現よりその後の時間的空間を患者自らどのように理解し，どのように生きればよいのだろうか。前者は本研究における素朴な問題提起であり，出発点であり，後者は到達点といえる。研究を始めるにあたって，過去の脳障害研究の動向を，各側面より眺めることとする。

I 脳障害研究の動向

1) 精神病理学的側面

精神医学の側面から，過去脳障害者の示す病態心理の本質について，いかなる研究者がどの立場から追及の姿勢を示し，諸々の心理現象の解釈を行ってきたかを知ることは，こと脳障害者を対象とする臨床心理学的接近において得るところが大きい。今日，現代精神医学の立場は，病理学的疾病論の立場と力動的立場とに二大別される傾向にある。前者は記述的精神医学 (descriptive psychiatry) と呼ばれ，精神症状の記述，分類，命名の過程を経ることにより身体的原因を明らかにしようとするものであって，精神の異常，すなわち精神病理を心理学的次元で解明しようとする精神病理学の立場からは，症状のより正確な客観的徴候の記載が主となる。心的現象そのものの現在的直接的把握の方法論を精神医学に導入した Jaspers, K. (1946) の立場もこれに属する。Jaspers, K. によれば，精神病理学の対象は意識された現実の精神的現象であり，その条件と原因と結果の分析にある。あらゆる研究方法にそれぞれ限界があるように，精神病理学においても例外ではない。我々は対象をある概念にあてはめ，類型と法則に従ったものとして認識し，性質を定める処理を進めてゆけばゆくほど，個々の人間には何か取り出して認識できないものが潜んでいるのを知るようになる。精神病理学者としては，汲み尽しえぬ個人の無限性を知っていれば十分であると Jaspers, K. は言う。この汲み尽しえぬ個人の無限性を排除せず，病者の立場に立って論究を押し進めようとすることを研究の出発点とする従来の力動精神医学 (dynamic psychiatry) の内容は必ずしも明確ではないが，記述的精神医学との対比からみれば，Freud, G., Binswanger, L., Zutt, J. 等に代表される力動的，了解的，人間学的精神病理学の一方の極が見出される。これらの立場からは，症状の主観的徴候の記載と心理的過程の分析が主となる。本論では両者を概括した立場から，主眼を脳器質性障害に捉え，近代以降の歴史的変遷過程を辿ってみることにする。なお，精神病理学 (psycho-

pathologie) の他に類似した概念をもつ用語に、病態心理学 (Patho-psychologie), 異常心理学 (abnormal psychology), 臨床心理学 (clinical psychology) 等があるが、これらは研究者によって用い方は様々であって、現在のところ統一の見解は得られていない。しかし、一般的傾向としては、精神病理学、病態心理学および異常心理学はほぼ同義に用いられ、精神症状の心理学的次元での解明に論及を注ぐが、村上 (1952) によれば、病態心理学或いは異常心理学は正常人における例外的心理状態 (例えば夢や催眠状態) および精神異常者の心理状態を記載し、その構造および発現機構を解明しようとするものであって、心理学の一部門を形成するが、精神病理学は精神医学の体系内にあって同様な研究領域をもつという。臨床心理学という学問の概念規定は今日なお明確ではないが、一般に、心理学的診断、心理療法を中心とした心理学的臨床活動をそのフィールドとし、従来その対象として心因的病態を示す障害児や神経症者等が呈する適応障害の改善を目標としてきたが、この他に分裂病、アルコール中毒患者、脳障害者等の精神障害者への心理療法的接近にみられるように、病態心理への直接的なかわりが随所でみられるようになり、そのフィールドは徐々に拡大されていくような印象を受ける。この意味において、臨床心理学が、心理学的診断、心理療法の一つの礎として、精神病理学、病態心理学および異常心理学から受ける影響は大きく、且つ研究領域の重複が認められることも自明のことである。接近方法から眺めると、臨床心理学は心理学的臨床という実践活動に重きを置いているのに対して、精神病理学、病態心理学、異常心理学は、精神症状の基礎的把握という理論構築に重きを置いているともいえる。然るに、これらの用語は依然として混迷の闇を出るものではなく、この点個々の研究者の文脈を捉えて、吟味検討する必要性がある。

科学的精神医学の先駆者として、内村 (1972) は、Griesinger, W. (1817—1868) と Charcot, J. (1825—1893) の両者を取りあげる。Griesinger, W. は当初より精神病者に關心があり、純粋な精神科教授となり、主に身体生理学的見地から研究を展開したのに対し、Charcot, J. は臨床神経病学者としてヒステリー患者の治療に専念し、主に精神力動的見地より研究を進めた。当時脳病理学とよばれた脳器質性疾患の学問的系譜は前者と深く関わっている。Griesinger, W. の主張は、脳機能における当時明らかにされつつあった脊髄における求心性および遠心性の神経興奮により筋緊張が調節されるという反射作用が、脳機能全体に、原始的なものから高等なものへと段階的に出現し、この反射作用の機能障害が、表象、意志、意識などの面での精神障害を引き起こすというものであった。彼は後年、精神病者が示す種々な状態像は唯一の疾患過程がたどる経過中の種々な段階にすぎず、すべての精神疾患は鬱病を以て始まり、躁病、妄想、そして終末像としての痴呆に至るという単一精神病 (Einheitspsychose) 観に傾いていった。これらの唯一の病的過程の由来は究極において脳疾患であり、精神病は脳病であるという理念を導いた。この理念を発展させ、独特の体系を作り上げたのは、Kraepelin, E. に拮抗する一時期を築き上げた Wernicke, C. である。彼は感覚性言語野の発見 (1874) と Wernicke-Lichtheim 古典的失語症図式を作成したことで知られるが、彼は病因の追求よりも、むしろ精神病の状態像と予後の観察を重視し、状態像を病的過程の脳局在的侵襲の結果として把握しようと試みた。また同一原因から発呈する精神症状でも客観的に出現する形態は様々であり、一方異なる原因によって発呈する精神症状の中に類似の形態を示すものが多いとの印象から、原因よりも現象形態の異常に重点を置いた。内村 (1972) によれば、Wernicke, C. は、精神症状が必ずしも原因に直結しないという精神医学の宿命とも言うべき至難な問題を逸早く見取っていた。著名な師をもたず、経験主義の流れを継ぐ Kahlbaum,

L. (1874) は、精神疾患全体を身体的変化を伴うものと、身体的事象に関係しないものの二群を設定している。彼は症状が時間的に変遷していく経過の法則を発見し、それに基づいて精神疾患を類型化していく研究法を重視し、これを臨床的方法とよんだ。この方法では、患者が示すあらゆる生命機能の中で、病める人間 (der kranke Mensch) のあらゆる生活現象が病理学的研究の対象になるべきであって、身体的な事象も臨床的症状論や診断技術、そしてあらゆる自然科学的補助手段の原則に則して探究されて集積されねばならない。つまり精神病に罹患した人間の全体、精神的ならびに神経学的なすべての事象が尊重されねばならず、そのひとつひとつの現象を個別的に自然現象として見る自然探究の様式に基づいて研究がなされるべきだと主張した。換言すれば、状態像を疾患単位から明瞭に区別して観察すべきだと主張したのである。一方、同一の原因、症状、経過、転帰、病理組織変化をもつ病態をひとつの疾患単位という概念で捉え、これによって精神病の分類を試みたのは、Griesinger, W., Wernicke, C., Kahlbau, L. から多くの影響を受けた Kraepelin, E. であった。彼は、忠実な臨床的経験主義者であった。彼は晩年、「精神病の現象形態」(1920) という論文の中で、疾患単位説を、“もはや使い果たされて満足できないものとなった”と述べ後退させ、新たに精神病の現象形態の問題を提起した。彼は同一の基礎疾患から生ずる病像がきわめて多様であることは、その成立諸条件が甚だ複雑であることに由来すると述べている。その成立諸条件として、彼は、性別、年齢、人種、職業、生活状況といった均等に構成された観察資料を取り上げ、それらを通じて、様々な病像を比較対照する独自の“比較精神医学的方法”を提唱している。彼は晩年になって、終始拒否的であった精神分析的手法を、健康な現象と病的な現象間の精神的関連が、強度の破壊によって断ち切られていない場合に限って、ある程度まで満足のいく成果をもたらすというのは明らかであるとし、主張の変容を示したが、彼自身の研究の上では、依然として患者の内的な心理的営みを理解しようとする試みは無縁のものとして退けられた。彼は言う。精神障害を不均等に構成された観察資料に基づいて研究しようとする試みは、必然的に結果の多義性につまづき、特に成因の影響と形成的影響とを区別することができなくなって、失敗するであろうと。彼が、脳病理学の権威であった B. A. von Gudden. と実験心理学の創始者 Wundt, W. に学んだ経歴からも、心理学に関心の深かった彼の立場は、客観的自然科学的色彩を強めていたといえる。Kraepelin, E. は、脳障害のような広汎な大脳皮質破壊によって幼児期の行為や言語が出現することを認め、これは広汎な大脳皮質破壊の際の病的現象の一部がそれ自体によって直接に作り出されるのではなく、下位精神機構が制御を失った結果として、その働きによって成立することを示唆している。この表現型は分裂病の現象よりもなおさらに古い発達段階を示し、精神の基礎の層的構成のより深層に出現すると考え、また意志の道具として、あらかじめ有機体に用意されていた反応形態を既成装置 (vorgebildete Einrichtung) と規定し、上位機能の解体によってそれまで抑圧されていた低位の既成装置が露呈するという現象に注目した。これと類似した層次説とも言うべき思想が Jackson, J. H. によっても報告されている。彼は「神経系統の進化と退化に関するクルーニアン講義」(1884) の中で、進化 (evolution) には異なる三側面があることを示した。すなわち、進化とは高度に組織化されたものから低度に組織化されたものへの移行を示し、換言すれば、高度に組織化された最下級の中枢から、低度に組織化された最上級の中枢への移行の側面をもつ。すなわち、進化の過程は出生時に比較的高度に組織化された中枢から始まり、その後の生存において継続的に組織化される高次中枢へ向かって起こる。神経系統の発達の時間的継起において、過去のものは比較的良好に保存さ

れ、現在のものは動揺があり、脆弱であり、且つ維持が容易でないことは、脳障害者の示す記憶障害において明らかである。また、進化とは最も単純なものから最も複雑なものへの移行、低次中枢から高次中枢への移行の側面をもつ。最も複雑に組織化された中枢が、同時に最も低度に組織化された中枢であるということに矛盾はない。Jackson, J. H. はこれを説明するために、二個の感覚神経細胞と二個の運動神経細胞で構成される中枢を仮定する。今感覚神経細胞と運動神経細胞が緊密な連絡をもち、感覚神経細胞から運動神経細胞に容易に“神経興奮の促進”があるとすれば、この中枢はきわめて単純な中枢ではあるけれども、また高度に組織化された中枢でもある。一方、四個の感覚神経細胞と四個の運動神経細胞から成る中枢では、各細胞間の連絡は不完全であるが故に神経興奮は大きな抵抗に会う。ここでは前の中枢に比べて二倍の複雑さをもっているが、組織化の程度はその半分にすぎないといえる。さらに進化とは最も自動的なものから最も随意的なものへの移行であるという。これら三側面から、Jackson, J. H. は、神経進化のクライマックスであり、心の器官 (organ of mind) 或いは意識の生理学的基礎を構成している高次中枢は、組織化の程度は低く、最も複雑であり、且つ最も随意的であると結論づけている。退化 (dissolution) は、概ね進化と逆の過程を辿る。すなわち、低度に組織化された最も複雑で最も随意的な高次なレベルから、高度に組織化された最も単純で最も自動的な低次のレベルへの移行で示される。Jackson, J. H. の退化概念で重要なことは、退化が二重の意味をもっているということである。すなわち、脳器質的侵襲の結果、神経機能が脱落する陰性症状 (negative symptom) と、下層中枢を統制していた上層中枢の機能脱落により、下層中枢の機能解放が生じるという陽性症状 (positive symptom) の区別の提唱である。彼は陽性症状として、錯覚、幻覚、妄想、誇大行為等を取り上げ、これらは病理的過程において触れられざる神経活動の結果であるとし、陽性症状に積極的な意味をもたせている。今、進化の高次レベルの疾患である機能障害が生じたとする。これは退化であり、陰性症状である。しかし、その結果生じた陽性症状は、依然として残存する最適の状態 (fittest) といえ、精神病者にみられる誇大行為も、彼の最適の状態の現われといえる。ここで重要なことは、最適 (fittest) は最良 (best) ではないということである。たとえば、運動性言語野の侵襲の結果、発語失行が生じることは陰性症状であり、構音の歪みや置換、発話速度の低下は陽性症状といえる。すなわち、下位の構成水準にあるものが、今は最上位の構成水準となって機能を続けるのである。このいうなれば抑制喪失によって、Kretschmer, E. (1950) の述べる原始反応が生じるようになる。原始反応とは、発達した全人格が刺激と反応との中間の挟まって働くという中間回路がなく、体験刺激が直接に衝動的な瞬間的行為として、或いは精神的深層機構として反応的に出現することを示している。Jackson, J. H. は精神的機能に対してもつ脳の役割を重視したが、精神状態は脳の直接的作用ではなく、両者の間には特別の支配が介入しており、単に相伴して表現されるだけだと考えた。精神病発生に関与する主たる因子として、中枢の退化の深さの相違を指摘し、進化と退化とは概ね反比例で変化すると考えた。また退化の速度も関与因子のひとつと考えられ、たとえば老年性痴呆のように退化の緩慢なものでは陽性症状は静的であり、癲癇発作のような急性の場合はその逆である。従って、退化の深さの等しい精神病であっても、その速度が異なるときには病像に違いが生じるのだと考えた。Schneider, K. (1962) は、精神障害を生来性のものと後天性のものに二分し、後者をさらに身体的原因が不明の躁鬱病と分裂病群と、身体的原因に付随して生じる身体に基礎づける精神病 (Körperlich begründbare Psychosen) に分けた。彼は身体的に把握できる精神病には共通の精神

症状があるという。この症状には“必発”症状と“偶発”症状、すなわち、それらの障害の際に常に現われる症状と、特定の状況下のみに現われる他の症状とが区別される。新鮮例の脳障害の際に現われる意識混濁は必発症状であるが、その後の病像形成のほとんどは偶発症状である。彼は把握できる身体的基礎だけが精神病が現われるための唯一の原因なのではなく、特別の素質というものが多くの精神病に必要であることを認めた。彼は身体的原因に基づいた精神病の推定条件として、以上のことを考慮して、以下の四条件を厳格に要求した。すなわち、①重要な身体所見の存在、②身体所見と精神症状間の明白な時間的関連の存在、③両者の経過間にみられる一定の平行関係、④把握可能な身体的障害の際に通常みられるような、まさに外因性或いは器質性の状態像で、この要求は四項目の中で、最も厳密に適用されがたいものだと考えた。一方 Jaspers, K. (1946) は、疾患の症状は幾つかの側面で重複しており、上層には精神衰弱性、或いはヒステリー性神経症症状があり、その下層に躁鬱病性症状が、さらにその下層に精神分裂性症状があり、最下層に精神的身体的器質性症状があると考えた。彼は、器質性脳疾患の際に共通して出現する精神症状として、①空虚な意識、睡眠への傾向、注意集中困難、反応緩徐、倦怠、疲労性、見当識障害で示される昏蒙状態、②後に健忘が残ることが多い妄覚や運動不安で特徴づけられる譫妄状態、③見当識障害、記憶力障害、健忘、作話を主症状とするコルサコフ症状群、④抑制機能の脱落によると考えられる性格変化、具体的には、欲求の動きに屈従しやすくなり、情動生活は不安定になり、従って笑ったかと思うとすぐ泣いたりする。一方、多幸の気分が、他方では怒りっぽく不機嫌な、拒否的な気分が観察される、といった四項目をあげているが、その基礎にある前提は、精神領域においては特定の器質性脳疾患に特異な症状はないということである。Jaspers, K. の精神障害の類別において、精神障害を伴う既知の身体疾患群は、Schneider, K. の示した身体に基礎づける精神病群に相当するものであり、両者共その前提に共通性が認められる。Jaspers, K. はこの前提を説明するために、脳局在論の基本的問題として幾つかあげている。まずどこに局在させるかという問題について、かって局在中枢は、障害をうけていないとき本来そこに積極的にそなわっている機能である作業の中枢としてではなく、研究上の困難さから、そこにある機能自体が在るのではなくて、我々には定義できないその機能の特定の条件が存在するという部位にすぎない障害の中枢として証明されてきている。すなわち、そこが障害されるとある機能が障害を受けるという意味の中枢にすぎないという。次に、一体局在される単位は何なのかという疑問に対し、局在させられるものは、いつも心の用いる道具であることが立証され、決して心自体ではないと指摘する。またいかなる方法手段で、機能が部位に関係づけられるのかという疑問に対し、中枢というのも部位というのもそれは前提であって、機能の実体ではない。その部位に「結ばれている」ということの意味は、その機能がその部位なしには生じないが、しかしそれだからといって、その部位によって生じるのではないと指摘している。彼はこれらのことから、精神的なものは常にひとつの全体的事象であって、部分的機能から組立て得るようなものではない。しかし、この全体的事象に対して各機能はその道具として使用され、これが障害された場合には全体的事象も行われなくなる、と結論づけている。Jaspers, K. は精神的なものの局在に疑念をもち、脳の所見はいかなる症例においても、決して心理的障害と関連があるとは限らない、と指摘した後、心理学的考察の見地からすれば、脳の病は他の原因と並んで、心理的障害の諸原因のひとつであると述べている。

以上をまとめると、精神病理学から見た脳器質性疾患に関するこれまでの論議は、概ね以下

の二点に集約される。そのひとつは精神層次説 (Schichten-theorie) とでもいうべき議論であり、他は症状が必ずしも原因と直結しないという臨床経験的事実である。前者は、換言すれば種々な病的原因が脳機能に何らかの影響を与えた際に、系統発生的により下位にある機能が露呈するという内容であり、Kraepelin, E. のいう既成装置、Jackson, J. H. のいう健康な神経装置としての陽性症状、そして Jaspers, K. の疾患群における症状の診断上の優位性についての考え方などがこれに相当する。後者は、換言すれば、脳疾患における同一原因から生じる精神症状は様々であり、また異なる原因から同様な精神症状を作り上げるものの可能性についての議論であり、Wernicke, C., Kraepelin, E., Jackson, J. H., Schneider, K., そして Jaspers, K. らが指摘している。Jackson, J. H. と Schneider, K. は、その上、原因と症状間に特別の支配があることを認め、前者は、退化の程度、症状発生の様式、侵襲を受けた脳の領域等をあげ、後者は有機体に特別な素質を指摘している。内村 (1972) によれば、了解人間学的立場に立つ Zutt, J. の主張は、精神病者の行動や体験の障害を単純に症状として記載するのではなく、それへの人間学的根拠を求めて、その根拠によって了解すべきだというものである。彼は、たとえば脳障害による片麻痺患者の示す妄想は、疾患の随伴症状、または疾患により誘発された症状として理解されるよりも、疾病によって惹起された社会的地位の低下といったものがその発生条件として考慮されるべきだと主張する。今日、器質性脳疾患に随伴する精神障害の存在を否定する者はいないが、脳障害と精神症状の関連については従来とくなくなおざりにされがちであって、Zutt, J. の考えにあるように、社会的要素の考慮といった側面をも含めて、今後なお多くの精神病理学的検討を要するものと思われる。

2) 神経学的側面

外科医であり人類学者でもあった Broca, P. は、1861年4月11日、Leborgne という右足全体に散在性の脱疽巣炎が認められ、且つ壊血病を患った51歳の男性の診察にあたった。なぜ病気になったのかと問うと、彼は左手でジェスチャーを交え、“tan” という単音節を繰り返すだけだった。入院前、2, 3 カ月間は、話すことが困難となった他は特に知能の低下も認められず、健常であった。彼は人の話すことはすべて理解できたし、彼の聴力はまた良好に保持されていた。彼はピセートル病院では“tan” と呼ばれ、他者が彼のゼスチャーを理解しなかったならば、彼はたいそう怒った。彼は、最後にはエゴイストで、執念深いふらちな男と見なされた。しかし職員の誰も彼を精神病棟へ移そうとは考えず、むしろ彼は自分の行動に責任をとるだけの能力があると見なされていた。Broca, P. が徹底的に診断した後、まもなくして“tan” は感染症で死亡した。病理解剖の結果、発声の筋肉には故障なく、左半球前頭葉第三前頭回転の下部に限局した損傷があることを認め、彼は当該部位を運動性言語中枢と命名した。Broca, P. の研究 (1861) は、科学的脳局在論の始まりであったが、以来、刺激法や破壊法が組み合わされ、大脳生理学上の研究は、感覚や運動といった単純な機能のみならず、記憶、思考、情動といった高次な精神機能の局在部位を探し求める方向で、幾多の研究が積み重ねられてきた。しかし一方で、皮質は全体として機能するという意見も提出された。たとえば、Cattell, J. M. の下で学んだ Franz, S. I. (1915) は、大脳生理学者が用いる切断法と動物心理学者が用いる練習法とを結合させ、ひとつの実験を行なった。彼は猫を被験体として、何らかの作業をさせたときの成績と、その後、ある限局した脳部位に人為的に損傷を加えたときの成績とを比較した結果、一時的に或る作業習慣を断つことはあっても、その後、作業習慣の回復が生じることを認めた。この結果は、他の中枢が存在すれば、作業習慣の回復は充分であることを示唆してい

る。二十世紀初頭、脳切除法の創始者である Flourens, P. J. M. (1824) は、大脳は意志、判断、記憶、知覚、感覚の座であり、本来ひとつの単位として機能するように、小脳、延髄、脊髄といった他の神経系統もそれぞれ固有の機能 (action propre) と、各部の統一機能としての共同の機能 (action commun) とをもち、結果として神経系は全体として機能していると主張した。彼の言う共同機能とは、換言すれば、複数機能上にある機能が作用する状況またはその逆の状況を示している。大脳の固有の機能とは、願望や感情を示す。これらの抑圧 (suppression) は、神経系全体の活動を減弱させる。これは大脳の共同機能といえる。神経系のどの部分が運動の喪失、または減弱の原因であろうとも、我々はこの現象を一般に麻痺 (paralysis) とよんでいる。上述の視点に立てば、大脳皮質または小脳の破壊に基づく麻痺は、移動能力に関する限り減弱 (Weakening) を意味しているし、一方脊髄または延髄の破壊では、移動能力が完全に喪失する。Flourens, P. J. M. の考え方は今日の学説に近く、Franz, S. I. の実験結果の裏づけともなっている。これらの考え方は、心理学上のゲシュタルト学説と類似している。脳局在についての初期の考え方は極めて唯物主義的であったが、Head, H. (1926) や Goldstein, K. (1934; 1947) によってなされた第一次大戦における脳障害者の行動観察から、脳障害研究は新たな段階へと発展した。この期に臨床心理学との接点が見られ、脳障害者の感覚・知覚、言語、記憶、思考、情動といった領域で心理学者が参加する機会が多くなってきた。しかし参加の動機は、当初脳の生理心理学的機構の解明であることが多く、脳障害者の病理的人格反応の研究は、実証的側面に視点があてられ、治療的側面の議論は依然として保留状態のままであった。

3) 臨床心理学的側面

臨床心理学上、脳障害者がその研究対象となると、その研究領域は筆者が知る限り、言語病理学的領域、知能障害領域が主であり、動機づけや情動障害領域といったものは、垣間見る程度である。まして治療の方策に関しては未開拓といっても過言ではない。対象の特殊性から研究は病院内でなされることが多く、医学と心理学が結びつき易い状態にある。脳障害者の病理的人格に視点をあてるとき、最大の貢献をしたのは神経学者であった Goldstein, K. である。言語病理学領域で活躍した Head, H. (1926) は、言語障害を考えると、機能喪失の心理学的側面を無視できるものではないと指摘し、そこには必然的に等しく認知活動に関与する三つの要因があると言う。解剖学的破壊の範囲と性質、機能喪失を誘発した生理学上の変化、そして発話時にみられるいらだち、あせりといった心理的顕在性の本質の三要因である。これらの要因は互に関連性をもち、結果として統一体として機能するようになることから、Broca, P. が発見し指摘した運動中枢の概念が合致しない事実があることを認めた。Head, H. は全体論的立場に近かったが、より全体論的人格論を強調したのは、Goldstein, K. であった。Hall, C. S. and Lindzey, G. (1957) によれば、有機体論的理論 (organismic theory) 或いは全体論的理論 (holistic theory) の構築過程は、Meyer, A., Jackson, H., Werner, H., Murphy, G., Rogers, C. らの足跡に見られる。また第一次大戦前盛んであった Gestalt movement は、図地知覚研究から出発し、後に新しい意識経験の分析方法を提示したが、彼等は awareness の現象に限定して論じ、全体としての有機体或いはパーソナリティについては少しのことしか述べなかった。ゲシュタルト心理学はただちに有機体論的心理学とみなされるべきではない。後者は前者から多くの概念を借りたことを考慮すると、後者は、全体としての有機体に対し、ゲシュタルト理論を拡張したとみなされるべきである。Hall, C. S. ら (1957) によれ

ば、有機体論的人格理論とは、パーソナリティのもつ全体性、統合性、一貫性、或いはまとまりを強調する立場である。この場合、体制化は有機体の自然な状態であり、体制の崩壊は病的な状態と考えられ、これは強力な環境の圧力の結果もたらされるか、または少なくとも有機体の内的な異常の産物だと考えられる。全体としての有機体は、部分の総和としての存在ではなく、それは異なる法則に基づいている。有機体理論は、部分の機能の集積としての全体が示す体制化した機能の仮定を必要としない。なぜなら、有機体は元来ひとつの体制として機能しており、有機体の統合はそれを分析することで失われたり、損われたりするものではないからである。さらにこの理論は、有機体が多く動因により動機づけられているのではなく、支配的或いは中心的なひとつの動因（衝動）によって動機づけられていると仮定する。Goldstein, K. (1947) は、この動因を自己実現化傾向 (self-actualization) と捉えた。脳障害者の行動観察から、脳障害者の示す全体的態度の中に、二つの客観的にも確認できる根本的態度を認めた。それを、効果的で良好な作用を示す秩序ある態度と、不十分な作用としての無秩序な破局的態度とに区別した。脳障害者が、未だ解決できないような課題に直面しているときに、彼は危険な状況を積極的に避けるというよりも、むしろ受動的に避けようとする。これはつまり回避することによって、彼は何か他の代償作用を行なうのであって、この代償作用の意義は内容的にはきわめて無意味なものであり、むしろある程度、彼の目的に沿わない有害なものでさえあっても、彼が回避しなかったならば置かれたであろうところの不利な状況におけるよりも無害であるという点、すなわち、代償作用が行われている限り、他の破局反応が生じないという点に積極的な意味があると考えた。また脳障害者は強い不安感をもっていても、恐怖感を示さないことがある。このことは、彼等の抽象的態度が障害を受け、そのため将来を見通すことができないという事実に対応している。それ故に、恐怖は成人にとって特徴的な現象であり、抽象的態度がまだ発達過程にある幼児は、恐怖よりも不安によってはるかに悩まされるのだと説明している。つまり、未熟さに伴う不安の経験も、後年決して抑圧されるのではなく、意識的な環境との相互作用の結果、新しい習慣として形成されていくのである。幼児はその環境の中で成長するに従って、秩序ある態度を身につけていく。さらに、新しいものへ、世界征服へと向かう衝動と、物心両面における環境の拡張という傾向が現われてくる。両傾向の合力が文化の創造であり、人間本性の現実化の結果である。この現実化の傾向は、根本的なものではあるが、外界と相反的に衝突したり、平衡を保ったりすることによってのみ現実形成されるものである。このような多くの衝動が統一化される傾向を、Goldstein, K. は自己実現傾向とよんだのである。彼の貢献は、たとえ未熟な幼児であっても、また脳障害者であったとしても、彼等なりの破局を回避するための代償機能を習慣として形成していく傾向の中に、より積極的な意味での自己実現傾向を見出したことにある。人間に唯一な中心的動因としての自己実現傾向の概念は、成長動機を人間の中心動因とし、心理的健康の促進を目ざす Maslow, A. H. (1962) や、人間はすべて自分が中心であって、絶え間なく変化している経験の世界に存在し、体験している自己を実現し、維持し、強化するというひとつの基本的な傾向と衝動をもってると規定し、来談者中心療法を展開した Rogers, C. R. (1951) によって引き継がれていると言ってもよい。

以上、精神病理学、神経学、臨床心理学の三側面より、これまでの脳障害と密接に関与する諸研究について、その動向を略述したが、その結果、三側面は、研究領域、目標等の違いはあっても、その背後に共通した考え方があることが明らかとなった。そのひとつは、進化論的立場から脳障害者の心理反応を退化と見るいわゆる層次説的見方において、そこには単純に生

理学的影響のみが支配的なのではなく、心理的要因、すなわち脳障害後遺症としての片麻痺故に、職場を奪われ、そのことが中心動因となって抑鬱的になるといった二次的動因仮説の導入であり、他は脳局在部位の損傷と症状間の一貫性のなさという臨床経験的事実である。然るに脳障害者は、障害によって狭められた能力の枠内において再適応を計り、自己実現傾向を目ざそうとする積極的な側面をももち、病的侵襲に対して、いわばこれを代償するために有機体が本来内在するところの唯一の中心動因であるところの自己実現傾向を機能させ秩序立った反応を示したものと言える。退行概念について、Foucault, M. (1966) は「説明的な文脈において、人間は病むことによって幼児に戻るというのは恐らく意味のないことであろう。しかし、記述的な視点から言えば、病人は、その病的人格において、以前の年齢、または他の文化において見られるような断片的行為を示すということは正しい」と述べている。如何にして病態心理の把握は可能であり得るかという方法論的考察は後述することにして、本研究では概ね、有機体を as a wholeman の立場から捉え、可能な限り原子論的、機械論的立場を離れて、全体論的、目的論的に論述し、genetic な立場をも尊重した上で了解的関連というものを主とする方向性をとることにする。

II 脳障害研究の方法論的視点

1) 正常・異常の概念

異常を構成するものは何か？ それは、何が正常を構成するかに依存している。異常が正常の対概念として捉えられるとき、異常機構の解明は、正常機構の解明に少なからず貢献すると考えられる。Jaspers, K. (1946) によれば、異常とは、現象の程度と持続期間が普通を越えたものであり、一例として興奮は激越性となり、抑制は麻痺となる状態があげられる。また、機械的習慣となる連合は、制御不能な結合と化し、固定に至る。この例として、彼はコンプレックスやフェティシズムや逃れられない終極の観念をあげている。さらに、あらゆる精神生活が分裂の絶え間ない総合であり、分離の傾向をもつものの凝結であるならば、最終決定的で打破り難いものとなる分裂は異常であると考ええる。分裂とは何かということは、方法的組織的には明らかにされていない。分裂とは実際に体験されたものの記述の一つの概念でもあれば、分裂されているという特別の状態における事象の一つの理論でもあり、この状態における出来事についての仮説でもある。また異常機構の発生機転については、特別な素質(体質)や脳の病的過程、その他の身体的病的過程を想定し、これら基礎過程の上に了解関連が尋常ならぬ現われ方をするのであって、この異常機構に対して了解可能なもの自体は、原因的一因子となると述べている。Jaspers, K. の指摘した最初の異常概念には、統計的平均概念が含まれている。平均からの逸脱が顕著であれば異常と考えられる。Schneider, K. (1962) の異常概念も、ほぼこれに近い。すなわち、異常というのはもっぱら正常なものの変異を意味し、正常なものと何ら根本的な差異はないと彼は主張する。たとえば、異常人格で述べられることは正常人格にも当てはまるし、また正常人格について述べることは異常人格にも当てはまるという。Wile, I. S. (1940) によれば、統計学上極端な場合は易く区別することができるが、正常と異常の境界は易く分離できるものではない。たとえば、IQ70とIQ130の児童は等しく平均値よりも逸脱しているが、両者とも異常と考えられる訳ではない。ここに、望ましいもの(desirability)という価値概念が付帯してくる。Jaspers, K. の第2、第3の異常概念は、価値基準に基づいているといえる。価値基準は、主に生活の直接的効用に関する使用価値、実用価値に関する価値判断

であり、たとえば非協調的、反社会的等の用語で示される。コンプレックスや強迫観念などの望ましくない機械的習慣となる連合、望ましくない分裂状態といった文脈で多く用いられている。価値基準に基づく異常は、家族、階級、社会経済といった準処の枠組により変化する。正常、異常の概念は、このとき社会が望ましいと考える枠組の中で、身体的、知的、倫理・道徳的な諸要素に関する一般的流布概念に基礎づけられる。異常はこれらの概念の他に、規準を自己の内部に設定する（内的規準）か、自己の外部に設定する（外的規準）かで、質的に異なる視点を提供する。統計的平均概念は常に外的規準に基づくものであり、価値規準は、内的および外的両規準によって影響を受けている。Freides, D. (1960) は、統計的平均概念を退け、“科学的理論構築の目的のためにも、また実際の臨床の目的のためにも、我々は正常（疾病の観点からは疾病発生論的見方）概念から、適応状態にある個人の潜在能力（the potentialities of every person under the proper conditions）の観点への移行を強調する”と述べ、内的規準を重視する方向性を打ち出している。

正常・異常の観点からの論議は、多かれ少なかれ以上の枠内に留り、多くの実を結ばない。論議の発展性を計るために、次元を病気と心理的健康に移行させ、この中で前述の諸相が如何なる現象に対し意味をもたせるのか、或いはどのように関与しているのかについてふれ、さらにどのような立場で考えるべきかについて、若干の私論を踏まえたい。

2) 心理的健康の視点

心理的健康の問題を取り上げるにあたって考えるべきことは、疾病の概念と健康の概念の二点である。

Goldstein, K. (1934) によれば、疑いもなく、すべての疾病は異常である。しかしすべての異常が疾病であるとはいえない。疾病とはいえない多くの正常からの偏異が存在する。本論においては、疾病を外から病者を襲う何らかの外部的なものとしてではなく、むしろ有機体内における変化として観察する立場をとる。従って対象は、疾病（病因）よりも、外的にも内的にも察知されるところの疾病状態に限定される。一体病とは何か？ Foucault, M. (1966) によれば、人格の内在的变化であり、その諸構造の内的解体であり、その発展の進行性逸脱と考えられる。つまり病は、構造化された人格の内部においてしか、現実性と意味をもたないであろうとされる。また病は心理的および生理的な全体性においてとらえられた、自己の一般的反応とされる。Foucault, M. は、人間存在の統一性を一つの全体としてみればみるほど、特殊な単位としての病の現実性が消えてゆくと述べている。この観点から彼は、病の自然的形態の分析の試みを後退させ、病的様式を用いて自己の情況に反応する個人の記述に重点を置く。このときに身体的疾病と心理的疾患とが分離される。Jaspers, K. (1946) によれば、一般的に何が病的であるかということは、医師の判断によるよりも患者の判断によるのであり、その時々文化圏に行われる考えによって定まる。このことは身体的疾病の大多数においては気がつかないでいるが、心の病においては非常によく理解できる。身体的疾病から便宜的に分離された心理的疾患、心理的病、心理的不健康、といったものは一体何か？ Tramer, M. (1960) によれば、心理的病気とは、ただ単に心理的に健康とは異なる状態であるといっているにすぎない。両者は内容的には違いを示すが、共に単一次元にあるもので、病気—不健康—限界地帯—過渡状態（流動的）—健康と変化していく。Tramer, M. は、限界地帯の対象者として、精神遅滞の一部、神経症者を想定している。彼らは一定の社会的条件下においてのみ、すなわち彼らの心理的葛藤またはコンプレックス、或いは誤った体験解釈が背景に退くような社会的条件におい

でのみ、心理的に健康なものとして現われ、他の場合はこれが適合せず不健康となる。この他に彼は、心理的健康と不健康とが時間的交代をもって出現する精神病質者もこのカテゴリーに含めている。

病氣に關する統計的平均概念、或いは価値概念に期待を寄せるとき、それらの概念は臨床的個人に接する際、多く人々を失望に導く。多数に認められるもの、或いは平均的なものに沿うものならば健常であり、平均からの逸脱が病的だとするならば、近視、忠齒等を考えれば病的なもの、健常なもの概念が逆転する。個人のもつ多次元的見地から、有害なこと、望ましからぬこと、価値の劣ることを病的と考えるならば、その規準は文化圏を支配する社会的倫理感、個人の世界観、人間観によって多くの変容を受ける。これらの見地からの臨床的接近は、個人を離れたところでしか多く意味をもたない。實際、病氣についての操作的定義は、単に医療下にある個人についての事実由来することが多い。医師、会社の同僚、家族、或いは自分自身によって医療が必要とされる程に十分尋常でない状態下にある個人は心理的に病氣であり、斯くなる診断からはずれる個人は心理的に健康といえる。病氣についてのこのような定義は、概念的というよりはむしろ操作的であり、その使用者によって認められるにすぎない、という欠点をもっている。各地域における罹病率に目立った差があることは、むしろ、逸脱行動を伴う人々を治療者がどの程度心理的健康と容認するか、或いは拒否し病氣とみるかといった地域社会の相対的な程度に依存しているものと思われる。これらの規準は病氣についての最も粗雑な規準にすぎない。Scott, W. A. (1958) によれば、適応 (adjustment) は社会全体、或いは社会の中のより一層限定されたコミュニティの諸規準との関係で必然的に決定される。適応の概念は、病氣と健康といった無理な二分法に因るよりも、多少の健康という幅をもった、或いは病的行動の範囲を含むという立場から前述の規準よりすぐれているといえる。この規準によって心理的健康を評価する操作は、ある個人の適応水準に關するコミュニティ (或いは他の準拠集団) の支配的意見に依存するところが大きい。適応の失敗は、個人の顯在的機能と潜在的機能間の乏しい対応、或いは関連する個人内における防衛的心理学的過程から解釈される。Beilin, H. (1957) は、抽象的に適応を議論したり、一般的な適応の予期を議論したりすることは無意味であり、我々は“何に対する適応なのか”、“如何なる規準に対する適応なのか”を明示することが重要なだと述べている。Scott, W. A. は、適応は心理的健康についての一層概念的で適切な規準のように思われるが、考慮に入れざるを得ない異なる個人の準拠の枠組と、異なる社会構造からの要求は、相互に一貫した操作的定義を確立する際、表面的には克服できない障壁をもっているように思われていると述べている。これらは内的規準と外的規準間の矛盾状態を示唆している。臨床心理学的事態における内的規準は、心理療法過程に生起する人格変容の性質、いわば主観的世界にその源を見ることができ、外的規準は、患者を取り巻く教師、友達、両親、兄弟等の患者に対する適応水準の評価に重点が置かれる。客観的な適応水準の評価は、心理テストによって測定される。今、内的規準を問題にすると、病氣に關する議論においては、どの程度個人が自らを病んでいと感じ、病因を知りたいことを欲するか、或いは病氣を拒否するか、態度決定に際し、種々なる内的奮闘が生じるようになる。一方では anosognosie に見られるような疾病意識を欠く所見、または逆に、心気症に見られるような所見を欠く疾病感が存在する。疾病感は多くの場合、患者の情動表現を通して見ることができる。内的規準の立場に立てば、心理的不健康とはある個人の不幸、抑鬱、悲哀等の感情状態の中にあり、一方心理的健康とは、個人の幸福、自信、志気等の感情状態の中に見出すことができる。Engel, G.

L. (1961) によれば、悲哀 (grief) とは、個人にとってかけがえのない程大切なもの、たとえば、恋人、所有物、職業、地位、家、心、理想、身体の一部などを喪失したことに対して生じる特徴的な反応と定義づけられる。悲哀は、個人を襲った不幸に対しての健康的、順応的な回復過程とみられ、自己限定的過程であり、単に喪失を悲しみ嘆いている状態とされる。悲哀は、たとえ異常な形態をとるものであっても疾病と定義づけることには困難があると Engel, G. L. は言う。然るに、悲哀の深層に潜む心理的ストレスの存在が、悲哀を医学的研究の対象にまで発展させる可能性を留保している。ある情動がある疾患と一義的に結びつくことの可能性は、たとえば痴呆状態における多幸感、無為を除けばほとんど疑わしい。しかし、脳障害者にみられるような抑鬱反応の如く、基本症状を認めることはさほど困難ではない。では一体何が事態を複雑にしているであろうか？ Thorne, F. C. (1974) によれば、意識或いは自我機能の分析に内省法が用いられてきて長い年月を経るが、内省法は種々な観点から科学の実用に耐え得るように変容がなされ、今日に至っている。然るに古い内省法の型には、依然として患者の意識内容に関する多くの情報が含まれていることを否定できないと彼は指摘している。基本的には内省法に従った Rogers, C. (1951) は、自己概念 (self-concept) もしくは自己構造 (self-structure) を、意識に上ることを許容することのできる自己についての知覚の体制化された形態と定義した上で、それは人間の特性や能力についての知覚、他人や環境との関係における自己についての知覚や概念、諸々の経験や対象に伴っていると知覚される価値の特質、および積極的もしくは消極的な誘意性をもってると知覚される目標や理想のような諸要素によって構成されると仮定する。彼によれば、心理的混乱 (心理的不健康) は、個人の「知覚された自己 (perceived self)」と「理想的自己 (ideal self)」間の目立った矛盾状態に、その源を認める。これらは個人の要求水準と密接な関連をもっている。個人に適切な要求水準が存在し、且つ知覚された自己と理想的自己が図らずも一致したときに、個人に主観的な安寧が得られる。主観的な安寧が消極的立場からの心理的健康の状態であるとするならば、これとは幾分異なる観点から心理的健康を論議する立場に、Jahoda, M. (1958) の積極的な心理的健康 (positive mental health) の概念があげられる。それは以下の三つの基本特徴をもっている。

- ① 積極的な心理的健康状態にある個人は、活動的な適応状態にあり、社会条件の能動的受容を通して、環境の征服を試みる。
- ② 積極的な心理的健康状態にある個人は、統一されたパーソナリティを示す。能動的適応に由来する行動の柔軟性により、安定した統合の持続が実現できている。
- ③ 積極的な心理的健康状態にある個人は、彼の個人的欲求に依存することなく、正確に世界および自己自身を知覚できる。

Jahoda, M. によれば、環境の能動的支配は、個人が行なう慎重な選択を予期し、環境に対し従属させるものではなく、環境状態の慎重な変容から成立する。積極的な心理的健康は、精神病の心理学的徴候と直交次元にあるとの Jahoda, M. の推測から、心理的健康と精神症状とはおそらく多次元の現象かもしれないという示唆が得られる。

疾病概念から心理的健康概念に至る過程を略述したが、今一度これらの過程の背後にあるものに気づくことはより重要なことである。それは、生物学的視界から見た病と人間における病とは本来異質なものであるという Jaspers, K. (1946) の指摘である。生物学的視界から見た病には、捕獲と蚕食に見られるように生きとし生けるものの相互生存、徹底的な環境の変化、および個体の突然変異という病の根源が看取される。一方、人間における病には生物学的

全体の中で人間特異なものの存在が深く関わっている。人間の特異性として、Jaspers, K. は、“人間は生きものの中の例外であり、人間は可能なものに対する最大の開放性をもち、至高の機会に恵まれ、それ故にまたきわめて高度の危険に対する”という側面を取り上げている。我々は、健康と疾病という現象形態を取り上げる際にも、Jaspers, K. の指摘するところに立脚すべきである。人間に特有な存在概念を基礎として、生物学的規範概念、理想概念を自己の中に明確に位置づける試みは、混沌とした諸概念に基づく諸々の現象を理解する上で意味のあることに違いない。

3) CVAに関与する病態心理の諸相

脳血栓、脳塞栓、脳内出血、クモ膜下出血等の原因による脳血管障害 (Cerebro-Vascular Accident; 以下CVA) により脳組織の破壊が発生すれば、心理状態に多かれ少なかれ何らかの変化が生じることが予想される。古く Kraepelin, E. は「精神医学臨床講義」(1916)の中で、CVAに伴う精神障害として、失語、失読、失行、失書、失見当識、作話、記憶障害、追想錯誤、夜間不穏、嫉妬妄想等を指摘し、脳血管性疾患はほとんど自明の老年性障害に属すると述べている。臨床現場において、CVAを単に老年性障害と言ってよいものなのかは迷いが生じる。脳塞栓に起因するCVA、脳動静脈奇形に起因する特発性脳出血等、10歳代、20歳代に出現することは決して稀ではない。Schneider, K. (1962) は、まず最初に人格の尖鋭化 (Zuspitzung) についてふれ、CVA後遺症患者の性格特徴として、儉約家が強欲になり、興奮しやすい人が短気になり、慎重な人が疑い深くなるが、同様に個人的特質、特に比較的分化した特性が弱まってくることが多く、しかもそれは進行した過程においてのみとは限らないと述べている。CVAが脳の解剖学的変化と何らかの心理的变化を伴うものであることは前述したが、Schneider, K. によれば、人格と身体に基礎づけうる急性および慢性の精神病との間には、心理学的現象に関する限り、完全な移行があると言う。十分に強い障害を起こした場合の慢性疾患の“必発”症状は、人格水準の低下で示される。すなわち、分別、礼儀、顧慮、繊細な心の動きの減少である。しかし他にも諸々の特徴が現われ、相互に移行し合う三類型が指摘できる。第一群は、多幸で多言、迂遠、押しつけがましく、人を疑わず、過度に社会的なことに熱心である群、第二群は、感情鈍麻し、発動性に乏しく、緩慢で、鈍重である群、第三群は気まぐれで、怒りっぽく、不平が多く、爆発的で自制心がなく、暴力的である群の三群である。第三群の特徴は、必ずしも脳障害に由来するものではなく、体験された変化、または身体異和感覚に対する心的反応と解される場合も多い。気分変動性は三つの群に跨り、無力性障害も同様に出現するという。Schneider, K. はこれらの人格解体変化の大部分は、おそらく局在的一偶発性のものだろうと推測している。これらに加えて、上述の諸現象には時間による動揺も見られ、ときにはかなり回復状態が計られることから、“あまり尺子定規に考えてはならない。至るところで、いろいろ意外なことがときどき起こりうる”と注意を促している。Schneider, K. の貢献は、脳障害に由来する諸症状の中に、心的反応の存在を予測した点にあり、かつ人格解体の経過を質的な面から一に捉えた点にあり、脳障害に関与する心理的变化の了解可能性の面から重要な指摘と言える。Charatan, F. B. and Fisk, A. (1978) は、CVA後遺症としての心理面の変化の素描を試みている。それによれば、恒久に障害が残ることに対する恐れ、貧困への恐れ、愛を失うことに対する恐れが生じ、情動変化として抑鬱反応が最も共通して認められ、情動は一層原始的 (primitive) な様相を強めていく。また失語の影響として他者とのコミュニケーション障害が生じ、失行、失認症状を合併し、意志以外のところで奇妙な振舞いをする自分自

身を“変だ”と感じる。ウイंकをしようと思っても両眼が閉じてしまう、積木で家を作ろうと思っても、積木の構成の仕方がどうもうまくいかない、自分ではきちんと服を着たつもりでいても、実際は後前に着ている等は失行による影響であり、左半側空間にあるものの認知を欠いたり、今行こうとしている場所へ辿り着けなかったり、片麻痺の存在を否認したりするのは失認による影響である。この他に記憶障害等を取り上げ、これらの心理状態に対する接近法として、作業療法、心理療法、看護、医師の一貫した態度の重要性を指摘している。精神医学者であり、臨床心理学者でもある Thorne, F. C. (1974) は、自らCVAに罹患し、意識障害を来し、回復に至った心理状態の変化を、内省分析を通して以下のように報告している。——栄養障害の疑いで入院中、ある日突然呼吸切迫を伴う大発作を引き起こした。意識喪失。意識回復時、三人の看護婦が、私の激しい運動を制止するように、私を抑えつけていた。私は全くパラノイド状態であり、私は看護婦が私を抑えつけているのは、私の不道徳な性的行動を抑制するためだと思った。翌朝、意識が不安定な状態にあるにもかかわらず、自分は正常だと感じたが、自分がどのような機能を達成できるのかについては、まだ確信がもてなかった。私は環境の中で、失見当の状態にあった。軽度の失語症であったが、正確な単語を頭の中で見つけ出すことは困難であり、運動活動も鈍り、眩暈を感じた。発症後7日乃至10日経過して、自分自身の中に、二つの異なるレベルの自我機能が存在することに気がついた。それは、意識的自己 (conscious self) と達成的自己 (executive self) であった——Thorne, F. C. の示す意識的自己の意味は、ある瞬間における意識の状態と内容とで構成され、意識状態はそれ自身明瞭なものではないが、心理的には、私は正常だと感じるレベルの自己状態とされる。彼はこの状態を“意識状態が良いと感じたとき、私は10歳代の子どもであるかのような気がした”という言葉で表現している。一方、達成的自己は意識的自己の基盤の上に築かれ、自己の真の状態を、現実的に評価できる機能を備えている。彼はこの状態を、達成的自己の独白として次のように記述する。“お前はボートに乗ったり、長時間歩行をしたり、肉体労働ができないじゃないか。お前はCVAなのだ。お前はまだ不確かで不安定だ。お前は、これらのことを容易にできないだろう。お前はまだ病人だ。車をすぐ運転できるなんてことはないさ”さらに続けて、Thorne, F. C. は、次のように内省分析を進める。——私の達成的自己は、回復に伴って多幸感に浸り、私自身についての再評価をした。私の認知機能は、以前と同じ位良くなった。私は論文を編集できたし、原稿を書くこともできた。私は、如何に正常な意識、すなわち、覚醒状態にあって、意図的に注意が焦点づけられ、その内容が明らかであり、自分について疑いのない状態を感じるようになることが大切かを強調しなければならない。私の中での自己喪失過程を心理学的に記述すれば、次の通りである。すなわち、通常の自分でないという明らかな認知が存在する状態から、意識状態の変化から、通常の自分ではないという疑いが確信となり、自分は全く正常ではないと感じ、最後に、諸々の出来事についての理解力を喪失するといった一連の過程を辿るのである——Thorne, F. C. の記述は、患者自らの内省であるところから重量感があるが、意識的自己、達成的自己の概念は恐らく意識水準の諸段階を単に示すのではなく、彼独自のパーソナリティ統合理論がその基礎にあり、この中から発展した概念であるように思われる。Thorne, F. C. (1959) の示すパーソナリティ統合とは、力動的心理生物学的過程であり、あらゆる瞬間的に起こり得る行動要因を統一し、体制化させるために奮闘する有機体の活動を言う。Fig. 1で示されたパーソナリティ統合の階層的体制化に関する構造仮説は、有機体が成就し得る体制化状態の素描であり、その力動的心理生物学的過程の背後に、動機づ

け、或いはホメオスタシスの概念を据えている。パーソナリティ統合理論について、Thorne,

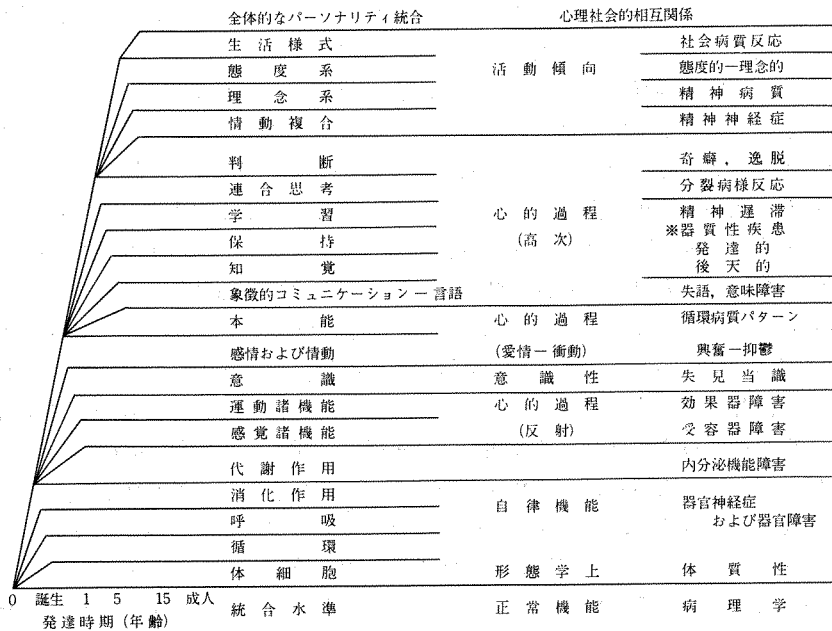


Fig. 1 力動的心理生物過程に基づくパーソナリティ統合の階層的体制化の構造
仮説 (Thorne, F. C. ; 1959)

合がなされていくかといった二側面を保持している。低次レベルの統合障害は、それに依存する高次レベルの諸機能に、何らかの影響を与えるに違いない(発達の見地)。一定の条件下においては、高次レベルの機能障害は、低次レベルの諸機能を妨げるように働く可能性がある。しかし、低次レベルの諸機能は機能的には自律的であり、高次レベルの諸機能とは、質的な差異がある。ここに、後天的な脳器質性障害に基づく心理的变化の複雑なからくりが見られる。高次レベルの諸機能がより自律的(高次の習慣)となり、且つ低次レベルの諸要因からの妨害がないとき、そこには一つの単位(units)が形成され、力動的関係が実現可能となる(良好なパーソナリティ統合)。統合の個々のレベルにおける一側面は、抑圧下における有機体の破局閾値によって決定される。個々の統合レベルは、重度のストレス条件下で破局を迎える。しかし、異なる統合レベルは、また異なる破局閾値をもっている。破局は、少なくともストレスに対抗するある一時点で生起する有機体の崩壊過程、有機体に内在する階層的体制化は、相対的な長期-短期決定傾向の潜在性により決定される。あらゆる行動は、全体的なパーソナリティの統合状態の反映であり、パーソナリティの個々の機能を別々に扱う試みは論理的なものであり、意味論的人工産物にすぎない。つまり統合というのは、有機体が環境と出会うことによって生じる巨視的な生物社会的単位の中で観察し得る全体性(wholeness)、単一性(unification)、自己一貫性(self-consistency)に基づく行動で示される有機体過程(個人関数)として捉えられるかもしれない。Thorne, F. C. のパーソナリティ統合仮説に従えば、脳障害により、言語障害、情動変化、失見当識等が生じる可能性が理解されるが、同時に生活態度系、意志疎通に必須な思考力(判断力)が保持される理由も理解される。CVA 痴呆は一般的に斑痴呆であり、知能のある側面を限局的に侵すのみであり、人格水準は保たれていることが多いことも、この説明である範囲内での了解が得られる。脳障害研究において、Thorne, F. C. の

F. C. は、臨床経験に基づき以下の仮説をたてた。すなわち、あらゆる行動は多くの構造レベルで統合されるか、或いはより低次レベルの心理生理諸機能から、最も高次レベルの心理社会的相互作用へと統

示す力動的心理生物学的過程を重視する立場は、方法論的には巨視的であり錯綜を窮るが、臨床経験的立場において寄与する内容をもつ可能性が強い。反対に、有機体の神経生理学的過程を重視する心理学的立場は、方法論的には微視的であり、単純化を促すが、臨床経験的立場から見れば、脳障害という器質的神経疾患を対象とする場合においてさえも離れた存在であり、自然科学的研究の枠組みに留まる可能性が強い。Goldstein, K. (1934; 1947) は、局所的脳障害による神経学的説明も、知能障害の心理学的解釈をも満足とせず、脳障害を起因として、有機体と有機体を取り巻く環境との相互作用の変化に着目し、有機体の態度様式の変化、例えば破局的態度の出現、抽象的態度の障害等を指摘する。Goldstein, K. の研究方向は、自然科学的研究(身体医学的研究)と臨床科学研究(精神医学的研究)の境界領域にあると言える。同様な視点は、Rothschild, D. (1944) の論文にも認められる。彼によれば、CVA精神障害は脳の器質的変化と基本的には関係しているが、症例検討の結果、両者の結びつきは必ずしも一義的なものではなく、むしろ無関係とってさえいいくらいだと述べている。確かに脳は有機体にとって重要な役割を占めており、ある範囲内では脳障害に対して代償(compensate)可能であるが、ここにも個人差が認められる。興味深いことは、恐らくCVA精神障害を生み出す同等量の損傷が、他のケースでは、また異なる精神障害を生み出すこともあるという点にある。彼は、患者のパーソナリティ、特に病前性格と状況の二要因を重視した。そしてCVA後遺症患者に非特異的に認められる性格特徴として、引っ込み思案、風変わり、偏屈、興味の狭さ、攻撃性、爆発性、意気地なさ等を指摘している。この観察が示唆することは、対人関係において現われる顕著な弱気がその共通基礎となっているということである。Teuber, H. L. (1960) は、脳障害と病前人格間の問題について全く障害部位、範囲、性質によって決定づけられるhard viewと、個人的変数に焦点づけられるsoft viewを二分するが、彼の意味するところから、前者は恐らくSchneider, K. (1962) の言う“必発症状”に、後者は“偶発症状”に相当する概念だと考えられる。Teuber, H. L. は、“hard viewとsoft viewの二分法が誤りであることは、障害の性質から明らかである。我々の課題は、両者の相互作用の本質を探究することにある”と明確に言いきる。彼は、相互作用を述べるために、幾つかのsoft viewを扱いたいとして、動機づけの役割、疾病否認の役割、病前知能および教育の影響の三側面を取り上げている。soft viewを強調させるのは、彼によれば“soft viewが部分的には真実であることを示そうとするがため”であった。動機づけの役割については、脳障害者の受傷前の遂行を基にして、受傷後期待されたレベルまで作業遂行が可能であった者が一人もいなかったという臨床経験的事実から、動機づけの因子が障害それ自体に果たすであろう役割の範囲には、自ずから限界があると述べている。また脳障害者にしばしば見られる動機づけの喪失を、単に無活動を“本当に”好む幾らか奇異な病前性格がマスクされたにすぎず、ア・プリオリなものだと説明することは妥当ではないと補足している。疾病否認については症例の検討で議論するために、ここでは触れないでおく。次に病前知能および教育の役割については、病前知能テストと10年後の再テストにおける成績の相関から検討したが、有意な差は認められず、決定的要因は障害部位にあったと報告している。すなわち、左頭頂一側頭部障害は失語症とは関係なく知能低下の原因であることを示している。結論として、Teuber, H. L. はここで省略した疾病否認の態度について、soft viewの真実性を論じている。過去14年間に亘る脳障害研究の中でも、彼らの研究方向性を、確実な証拠をもって探し当てていない。彼は言う。“異なる人間の脳は、同一の障害の如く見えるものに対して、異なる反応をするのかもしれない。その相違

は生得的なものか、異なる学習を通して獲得されたものか、或いはその両者かであろう。どのようなケースにおいても、我々の問題は脳障害者の個人差の発見に焦点づけられてきた。脳障害者の個人差の研究は、まだ未成熟な段階にある”と。

以上、CVAを中心として、脳障害者の病態心理の諸相について、各の研究者の立場から議論してきたが、その結果以下の二点が今後論を展開するにあたって、問題点となって浮かび上がってくる。

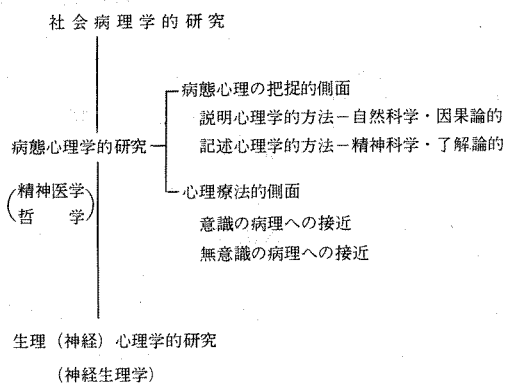
(1) 脳障害者研究において、如何なる方法論的接近がより臨床的治療活動と結びつき易いか。自然科学的方法か、臨床科学的方法か、或いはその境界領域か。

(2) 脳障害者をどの側面から捉えるべきか。状態像の記述に留まるべきか。行動観察から反応様式を整理し、仮説検討を試みるべきか。脳障害者自身の内省に頼るべきか。

この二点については、次節において、仮説的病理的人格反応図式を提示する中で、議論を深めることにする。

4) CVAに関与する仮説的病理的人格反応図式の提示

病態心理を対象とする精神病理学は、Kraepelin, E. 以来、如何にして病態心理の客観的把握が可能かという方法論的検討に研究の重点が置かれてきた。一方本明・今井 (1971) によれば、実質的な臨床心理学の日本における歴史はまだ浅いもので、その研究成果からみて戦後と考えられる。脳障害者研究は、その中でもほとんど未開拓の領域であり、取り上げられる機会が少ない。これには、臨床心理学者が、病院内でも、脳障害と接し、仕事を進める機会がほとんどなかったこと、脳障害という回復不可能な事実という先入観が、研究の興味を減少させたことなどが考えられる。系統的な研究は、わずかに伊藤隆二による脳障害者の知能構造、および人格構造の分析に見られる程度である。今、臨床心理学の諸次元を大まかにまとめてみると、Fig. 2 のようになる。それは臨床心理学の基礎研究としての生理 (神経) 心理学的研究の次元、それを基礎として位置づけられる病態心理学的研究の次元、さらに病態心理を呈する個人が社会と接触することによって生じる社会病理学的研究の次元といった三次元で構成されている。Thorne, F. C. (1959) のパーソナリティ統合の階層的体制化の構造仮説も、基本的にはこの三次元と各々対応している。本研究は、この中、第二の次元、すなわち病態心理学的研究の次元を取り扱う。病態心理の把捉的側面として、従来から、自然科学的・因果論的立場に立



注) () 内は近接領域の学問分野を示す。

Fig. 2 臨床心理学の諸次元

つ説明心理学的方法と精神科学的・了解論的立場に立つ記述心理学的方法とが対立していた。今日、両者は共にその重要性が確認され、共存状態にあると考えられるが、依然として不毛の敵対論議が随所でなされているようである。脳障害者研究に限って言うならば、両方法とも捨て切れない。Rothschid, D. (1944) の指摘にもあるように、個々のケースにおいて、解剖学的要因がどの程度影響を与えているのか、或いはどの程度

のパーソナリティ要因が受傷後の心理学的変化に影響をおよぼしているのかを見積ることが問題なのである。見積りは主観的要因に左右され易いが、あらゆる解剖学的、生理学的検査結果を尊重すれば、かなりの程度それは補正される。それでも浮動状態にある見積りを排除したいと考えるならば、厳然たる了解・記述の方法を遵守するか、パーソナリティの生物学的側面のみ焦点づけるかのどちらかをとることである。本研究はかなりの幅をもって、生物学的側面については自然科学的接近を、パーソナリティの側面については可能な限りの了解心理学的方法を取り入れ、基本的には Goldstein, K. (1934) の示した全体論的見地から症例に接近していきたいと思う。すなわち有機体を、思考、感情、動因等の個々の要素の集合として捉えるのではなく、一つの体制化された統合として全体的に考えようとする立場である。この中に、唯一有機体を動機づけている動因として「自己実現傾向」を指定する。小山 (1981) は、CVA 後遺症患者の情動特徴を、CMI 健康調査表による検査結果に基づいて、神経心理学的側面、運動障害の側面、心理・発達の要因 (性差、発病年齢と罹病期間、知能、性格) の側面から分析した。その結果、最も多く共通して認められる情動反応として抑鬱反応を指摘し、且つ情動的消耗の程度は、患者自身が自己の障害について、どの時間・空間をより強く意識しているかによるところが大きいと結論づけている。この結果に基づいて、病理的人格反応図式が作成された (Fig. 3)。病理的人格反応図式は、情動反応軸として抑鬱性軸と発症時を境とする心理的時間・空間軸の二変数で構成される四状態像群を含んでいる。情動反応と心理的時間・空間の二変数からとり得る脳障害者の反応様式を、活動水準と態度様式の二側面から把握することとし、各群を、動的能動群、静的能動群、静的受動群、動的受動群と操作的に定義した。活動水準と態度様式の二側面の由来は、Lewin, K. (1935) の示したトポロジー概念がその背景となっている。すなわち、心理生物学的移動と一対一の対応関係にある力は、方向、強さ、着力点

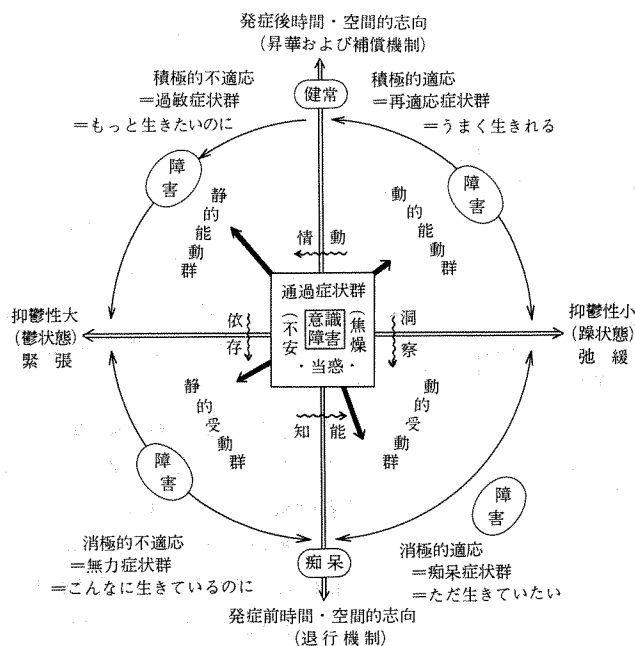


Fig. 3 病理的人格反応図式 (説明は本文)

の性質により定義され、方向および強さの性質はベクトルという数学的概念で代表される。病理的人格反応図式では、ベクトルの方向が態度様式 (能動的・受動的) に対置され、且つ強さが活動水準 (動的・静的) に対置されている。図の矢印 (→) はそのような性質をもつベクトルを示し、その長さにおいて、抑鬱傾向の程度、時間・空間的志向の方向の程度を示し、一つのベクトルで一症例の状態像が把握されるように構成されている。例えば Fig. 3 の中、四本のベクトルは四症例を示している。中心的に存在するものは、情動反応を欠いた、心理的にも時間・空間が浮動状態にある意識障害である。これは CVA 発症直後

に頻繁に出現する。意識状態を取り囲む領域は、一過性に通過する身体因性の精神障害として、重篤度に応じて、抑鬱、自発性低下、記憶障害、思考障害、感情障害、不安、不穏などの回復可能な症状を示す通過症状群の領域である。小山(1981)によれば、通過症状群は概ね6カ月未満に出現している。二変数を取り上げれば、時間・空間軸の最上方には、すなわち発症後志向の上方には健常ゾーンがあり、下方、すなわち発症前志向の最下方には痴呆ゾーンが見出される。情動は鈍麻し、単に兎戯的に振舞うのみである。前者では、精神分析学で示される昇華および補償機制が働き、後者においては、退行機制のみが働いている。次に四状態群の素描を試みることにする。動的能動群は別に再適応症状群とも言え、障害を自己意識の中に良好に取り込み、障害の自己受容が達成された上で、時間・空間軸或いは情動反応軸のいずれかの方向にベクトルが向けられる。積極的適応状態にあり、“うまく生きれる”という言葉で示される。静的能動群は別に過敏症状群とも言え、終始、将来を憂える状態の中に自己を横たえ、障害が意識に強く印象づけられる毎に、増々抑鬱状態を強めていく。積極的不適応の状態にあり、将来を“もっと生きたいのに”という言葉で示される。静的受動群は別に無力症状群とも言える。障害に圧倒された自己は、抑鬱状態を強め、自閉状態へ移行していくか、或いは心理・身体面において十全感をもっていた頃の成功的自己に関する追想に日々を癒すか、どちらかの方向性をとる。消極的不適応状態にあるといえ、“こんなに生きているのに”という言葉で示される。最後に動的受動群は別に痴呆症状群と言え、障害に全く無関心であり、心的因果を欠く状態群である。単に結果あるのみである。図中の矢印(→)は心的因果関係を表わし、例えば(障害)→の記号は、原因が障害にあり、矢印の方向先に結果が求められるということを示している。動的受動群は消極的適応状態にあるといえ、Goldstein, K. (1934)の観点がこの群に取り入れられている。“ただ生きていたい”という言葉で示される。操作的定義に基づく用語を選択した理由は、次の通りである。すなわち、Solomon, L. N. (1962)の指摘にもあるように、例えば神経症、ヒステリー症、心気症といった用語のもつ概念的意味は、本質的には多義的であり、外延的(denotative)意義と同様にその内包(connotative)とも関係してくる。心理学における診断的カテゴリーは、内包的意味において含蓄に富んでおり、これらの内包が臨床家間で様々である。これ故、用語の適切性が常々問題となることを用心したが為である。次に実際の臨床の場面における症例検討を基に、仮説的病理的人格反応図式を用いて、図式の仮説検討を計りたいと思う。

Ⅲ 症例の検討

特定の局所障害を伴う脳器質性疾患群における精神医学的検査の梗概については、Mayer-Gross, W. and Guttman, E. (1969)の記載がある。それによれば、検査内容は、気分、見当識、注意力と適応性、記憶、数字の使用、言語、視覚とそれに関連した機能、聴覚、触知覚と身体像、そして運動能力の十項目に亘り、これらの諸検査は日常の精神神経科的検査を補足するものとして選ばれている。これらの諸検査の中には、多分に心理学的検査と重複するものが織り混ぜられている。ところで、Mayer-Gross, W.らの指摘にもあるように、これらの諸検査で脳器質性疾患が看破できるという訳ではない。これらの検査適用の意図は、すでに脳障害と診断された患者のもつ特定の能力障害を明らかにすることにある。患者が最も良好な状態で検査を受けるためには、いくつかの予備的検査を行ない、見当をつけることが肝要である。それから徐々に、難しい検査を実施していくのである。さもなくば、患者はただ狼狽してしまい、

彼の諸能力の適切な評価は難しくなることが予想される。また患者がある検査で成功を収めたか、或いは失敗したかだけを記述するのだけでは不十分であり、彼の実際の遂行過程や、質問に対する彼の反応も可能な限り、彼自身の言葉で記録する必要がある。患者の主観的経験や態度といったものは、器質的脳疾患のケースにおいては、重要な意味をもっている。心理テストへの適用に関する問題については、小山（1980）が、各種心理検査によるCVA後遺症患者の心理的諸側面の把握についての検討を試みているので参照されたい。以下の全症例は、小樽市内S病院理学診療科において、筆者（臨床心理士）が担当した症例である。

1 動的能動群（excitant-active syndrome）

① 症例1……M男 22歳 大学生

家族構成：父61歳，母54歳で共に健在，5人兄弟の三男。発症前まで四男と二人でアパート暮らしをしており，そこから大学へ通学していた。両親は現在も農業に従事。

病歴および生活歴：二晩続けて徹夜麻雀をした後，某キャンプ場にてビール一本飲酒後，海に入るのに下着を換えようとして意識消失。手術施行せず。発病年齢は22歳，罹病期間は1年2ヵ月。病名は脳血栓，左前大脳動脈閉塞および左内頸～中大脳動脈のスパズムスあり。神経学的には，右片麻痺を認めるが，脳波上特に異常なし。PT，OTによる運動機能評価では，上肢は随意収縮可能の段階，下肢は坐位での膝伸展，背臥での股外転，下肢伸展拳上等，共同運動からの部分的な分離可能の段階にある。言語面では，軽度の言葉のもつれがあるが，特に目立っていない。発症後13日目から，リハビリテーション訓練が開始された。趣味は少林寺拳法，嗜好は酒，タバコ。家族から見たMの性格は，短気，根気があまり良くない，カッコをつける等であったが，病後，病前よりは幾分素直になったような気がする」と答えている。

心理検査結果：長谷川式スケール31.5点。WAISではVIQ 92，PIQ 94，TIQ 92であった。Y-GテストはB型で，人と一緒にはしゃぐことが好き，自己統制が利かない，何か刺激を求めるといった性格傾向が示された。P-FスタディではGCR%=86で，攻撃型，反応型の偏り見られず。MASでは不安得点が24。CMIでは領域Ⅱ。ベントン視覚記憶検査は，施行法B（カード提示時間5秒後，即時再生）で正答数8であった。

面接所見：緊張感を感じさせないラフな態度が一貫している。病気について思うところを次のように語る。“恐ろしいと思っても，また罹ったらこれは仕方のないことだと諦めるし……”（自然にまかせようということでしょうか）“ええ，そうです。この病気，脳血栓は遺伝が強いでしょ。ぼくの祖父がこの病気で死んでいます。もし結婚して，子どもが生まれると，子どもに遺伝するから……と考えるんじゃないですか”（でもいつかは結婚したい…）“もちろん，そうです。健康なときこんなことを考えませんでした。体悪くなったから早く結婚しなくちゃならないと……”（今の御自分の一番の気持ちは何でしょうか…）“すべてこれからのこと，ですね”と答える。就職の件にふれ，“はっきり言ってこの体じゃ会社無理と思っています。でも木工なんかいやだから……やはり大学出るし，相当の仕事につきたいですね……”と希望と失望とが交錯した自問自答をする。“今勉強したい，しなけりゃいけないっていう気持ちあります。でも焦点が定まらない。あせりというのはないですけど，年を考えるともうすぐ23歳だし，早くなんとかしなくちゃいけないとは思っています。病院にいたら将来のこと気にならないけど，街へ出るとどうなるかと思って……”と一瞬不安な表情をする。話題が読書傾向へいったときに“太宰好きです。あの人はずっと悩み通して死んでしまったでしょ。意味があると思いますね”と述べた。週刊誌はどうかと問うと“読んでも仕方がない”とハッキリ言う。継続

的な心理面接のある時期において、自暴自棄となり次のように語ることもあった。“ぼくなんか死んでしまった方が会社もいいんじゃないですか。死んで（一時金として）100万円与える方が会社の方もいいでしょ。ずっと働き続けて、毎月給料渡すよりは……”“死ぬってこと、別にいいんじゃないですか。死んでもいいと思っているから。就職できなかったこと残念だけど……”自己の意志についても“弱い人間だと思います。人に左右され易いんでしょうね。この病気に罹ったときもそうでした。キャンプへ行ったのも、教育実習へ行った先の高校生がヤルベと言ったから無理して行ったんです。とても疲れていたんです”（自分というものあるみたい？）“ないみたい。こんな自分、いやですね”と語調を強める。身体面については、“なおんないんだったら、右手諦めて、左手だけでやっていますよ。右足が動かないのなら、左足で頑張ってやっていくってことですね。でも右手も左手もよくなりたいと思う……”と、直る可能性を捨て切れていない心の動きを覗かせる。Mは、嚴重な医学的監視の下で、病院内から大学へ通学するようになった。復学して、英語の教官に“中風か”といって笑われたと、悔しさを身体の震えで表わした。就職試験に挑戦しているが“落ちても覚悟はできていますよ”と言い、“復学で苦しいこともあるが、地下鉄に乗ったり、階段登ったりするので、とても訓練になりますよ”と明るく振舞おうとする。“この病気は、はっきり言って直るのに2年位はかかると思います。自然によくなる面もあるように思えますし……”と無理なく語る。また“この病院はいいですよ。ぼくが悪いことをしても、あやまれば許してくれるから”と冗談も言う。否定的感情と肯定的感情が交錯する中で、自己をしっかり支えようとする目に見えない心の動きが伝わってくる。

② 症例2……I男 46歳 公務員

家族構成：妻と一男一女の4人家族。子どもは二人とも独立している。

病歴および生活歴：4年前より高血圧にて通院中の折、職場の御用納めの当日、仕事場で書類の整理を終えた後、降圧剤を服用し、右手を首根っこにあてたときに突然意識を失った。Iは発症直前の出来事は全く記憶にないと言う。右側頭部領域手術施行。発病年齢は44歳、罹病期間は1年10ヵ月である。病名は脳血栓後遺症。神経学的には左片麻痺を認めるが、脳波上異常なし。運動機能は上下肢に筋力低下を認めるが、杖歩行可能の段階にあり、右手指機能は正常である。元来左利きで、右手書字は不得手と言う。中～軽度の単純失語症を合併している。STによる言語訓練評価では、入院当初の言語症状から見てかなりの改善を見ている。すなわち、音読では短文から始まり、小学校2年の教科書を読める段階にまで至った。仮名、単語や助詞、助動詞の誤読が認められるがかなり流暢になってきている。現在聴覚的把持力と語の想起に若干低下が認められるが、書く能力を除けば障害は軽度となってきた。書く能力では単語レベルであり、仮名の書き誤りや置換が多く、短文までは至っていない。漢字単語の書字は良好である。趣味は、碁、川釣り、嗜好はタバコ、酒を少々。家族からみたIの性格は、短気、頑固、他人には優しいが家族には厳しいとのことである。

心理検査結果：コース立方体テストでIQ 122、Y-GテストではAC型、協調的、活動的、統率性大の傾向を認める。B-GテストではP-S法で32点。ベントン視覚記憶検査では施行法A（カード提示10秒後、即時再生）で正答数8。Wartegg Zeichentest（以下WZT）（Fig. 4）所見からは、内向的で自己統制的、情動的にも知的にも堅さを認める。創造能力に乏しく、思索性に欠けるが、ひとつの作業は手際良く遂行し、処理する能力は保たれており、いわゆる堅実性向を示すことが知られている。発症後、1年8ヵ月後の再検査結果である。

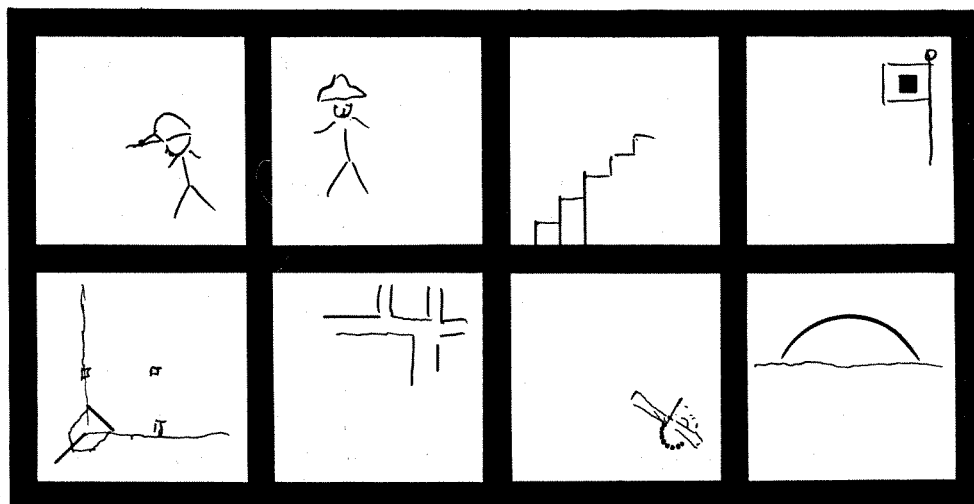


Fig. 4 患者I男のWZT結果。図の内容について左上方より右上方にかけて、人、人、階段、旗、左下方より右下方にかけて野球の……、迷路の見取図、大砲、陽が沈むまたはのぼる……、と説明している。所要時間は7分42秒であった。

面接所見：入院直後の面接は次の通り。柔和な表情で妻を伴い入室。言語障害があるためうまく意志が伝えられない苛立ちが伝わってくる。妻が代弁したところによると、Iは医者であった父と性格的に噛み合わず、潜在的に医者嫌いとなった。妻がリハビリという言葉を用いると、“そんな言葉はわからない。手足の訓練と言って欲しい”とたどたどしく、意志を伝える努力をする。長男であったことから責任感を強く感じており、仕事に対しては勤勉そのものであったと言う。妻は、“今はほとんど手をかけていません。一人で自立できるようにさせてあげたい。二人でいて、病気の話、これからのことなどを話しています。私は25年も付き添ってやったのだから、動けなくなったからこそ余計に付き合ってやるよって冗談を言ってやるんですよ”と言って涙を拭う。早く良くなって職場に復帰したい気持ちで一杯だと、Iは名詞と身振りで意志を伝える。その後1年5ヵ月後の面接では、社会復帰について語り、“来春を考えています。復帰するとしても、予備員としてしか使ってくれませんが……”と言う。悩みは“言葉だけだね。小学校2年の教科書使ってるんだから。あとは多少不自由ではあるけれど、右手は使えるしね”とつまらずに語る。理解力については“長い話になると先の方を忘れるね。大分よくなってきているけど……”と言う。入院当初の負けん気が強く、妥協のない性格傾向が、現状肯定的態度に包括され、順応性が認められるようになった。対人接触もそれ程消極的ではなくなり、いわゆる構えがとれた状態が出現している。積極的側面からは、本来の無理のない自己を取り戻した状態にあると言え、消極的側面からは妥協の産物とも言える。現在社会復帰の実現に向けて、職場との折衝が続いている。

③ 症例3……O男 64歳 歯科医

家族構成：妻と長女、長男の四人家族。長男は知能障害により施設に入所している。Oと妻、長女の三人で歯科を開業している。

病歴および生活歴：起床時、舌がもつれる感じで酔ったような話し方をした。人が話しかけても通じない。午前中は、何でもないと行って患者を三人抜歯する。午後某医院受診後、O病院紹介され、即入院。翌日開頭手術がなされた。11日後退院。翌日当病院外来受診、言語治

療を筆者が担当した。発病年齢は63歳。罹病期間は1ヵ月である。病名は左後頭頭頂脳内血腫。神経学的にはごく軽度の上肢麻痺と顕著な感覚性失語を合併している。趣味は散歩。嗜好は酒とタバコ。家族から見たOの性格は、注意力がなくせっかちで落ち着きがない。根気もなく一人で気楽に何かを楽しむ人ということである。

心理検査結果：長谷川式スケールで10.5点。Y-GテストではA型。ベントン視覚記銘検査では、施行法Aで正答数1。コース立方体テストでIQ55。失認検査では、視空間失認（遠近視障害、視覚計算障害、時計失認）、身体失認（左右弁別、身体各部認知障害）が認められた。その他、年月日、場所についての失見当識が認められ、名詞の忘却、反応保続傾向が見られた。その後20日後の再検査結果では、長谷川式スケールで30.5点、ベントン視覚記銘検査で全問正解、2ヵ月後のコース立方体テストではIQ=76と上昇した。

面接所見：初回面接では“しゃべられると、時々何言っているのかわからなくなる。すぐ疲れる。今はこんな状態だから仕方ないと思う”とスラスラと述べる。面接者が何か質問をしている最中に、全く関係のない話題についてしゃべり出す。妻の話では、病前気短かで、頑固で話していても注意を傾けない性格だったが、病後本人のもっている性格がはっきりと出るようになった。健忘が激しい。例えば食べた直後でも今食事を終えたことをすっかり忘れて、食物を要求することがあったという。単語はわかるが、長くなるとむずかしくなり理解できない様子である。20日後の面接ではジャルゴン様言語反応がほとんど消失。知的活動も上昇を見せ始めた。外出するのが好きで、二人で街のデパートをただ見てまわり、帰宅して今あった出来事を文章にして書かせたり、質問して言語反応を求めたりしていると言う。2ヵ月後の最終面接では、若干語尾音が聞きとりにくい状態を残すのみで、転倒する不安もすっかりなくなった

という。書字に関しては、平仮名では、ま行、や行、ら行、れ行に誤りが多く見られる（Fig. 5）。しかし漢字は誤ることはまずない。言語治療期間、Oは一貫した情動安定を示しており、職場復帰に関しても、“この身でできることしかやろうと思いません”と慎重な構えをとってきた。絶えず笑顔で接し、健康についての関心が薄いようにさえ感ぜられる。発症後2ヵ月で、見舞いしてもらった人に快気祝いの計算をしたり、デパート品物発送の手続きをとったり、電話のダイヤルも自分で回せるようになったり、日常生活動作はほぼ不自由なくできるようになった。緊張すると稀に“戸を閉めなさい”というところを、“戸を開けなさい”と言うこともあるが、通常は発語の誤りは見られない。言語治療終了後、Oは現職復帰を果たした。その2ヵ月後、筆者はOの長女から一通の手紙を頂いた。——手術日よりちょうど4ヵ月が過ぎましたが、思いのほかの回復で一同大変喜んでおります。不思議なもので、全くかかるとのなと思っておりました病気でした。その時、癌と宣告されておりましたなら、きっと運命的と感ず

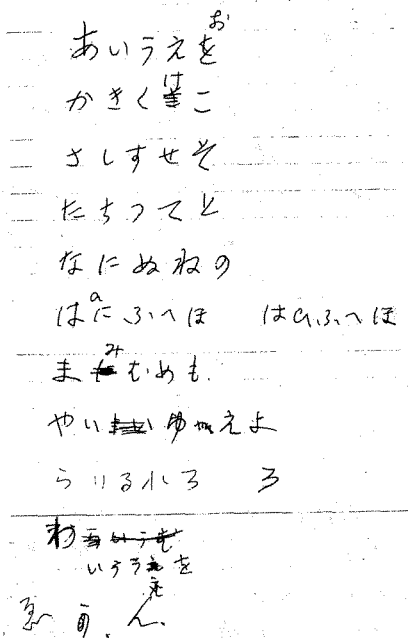


Fig. 5 患者O男の平仮名書字。いくつかの誤りが見い出される。治療者の指摘後自発的に誤りを訂正した。

る部分が非常に多かったと思います。しかし脳内血腫という病名は、やはり意外でした。過去の63年間において、一世一代、人生へ挑戦する日でした。……本人は別といたしましても、私共は本当に不安なうちに連れて帰ってきたことを今さらながら思いおこします。退院時、一人でスリッパをぬいで靴をはかせるのに、どれほど苦労いたしましたことでしょうか。……父に職場復帰につきまして感想をききましたなら、もどるところにもどってきたという感じだそうです。何とあっさりしたものです。これからの長い人生、そういう気持ちでやっていくことでしょうか。最後に2つ書きのべておきたいのですが、父はわがままでした。けれど、素直に病気ととりくみましたし、男らしい面もかいまみました。もう一つは、私、発病時は、父の職場復帰などは夢にも考えておりませんでした。ただ口や体に麻痺をのこしたこれからの父の人生を想像してありました。必ず元気になる。元気にしてみせると思って今までまいりましたけれども……。自分でも不思議ですが、多く望むことは本当にありませんでした——その手紙は父の回復を我身の事のように思う気持で書かれていた。

(説明) 患者M, I, Oは症状においてほぼ共通基盤をもたず、唯一病理的人格反応図式における動的能動群に類別されるところで共通性をもっている。M, I, Oは共に障害に真正面から取り組み、その中で自らの取り得る態度を探し求める。年齢要因も深く関与している。Mは就職と結婚に関して悩み、IとOは職場復帰について悩みをもつ。しかしOはそれほど現職復帰に執着してはいない。発病によって残された人生における時間・空間の対処の仕方に差異が生じることの理由のひとつは、この発症年齢的要因と考えられる。やるべきことを残したままそれに接近できないでいる者は苦悶の淵に立ち、接近方法の仕方の交換を余儀なくされる。それに成功した者は障害の受容を果たせた者と言える。これは積極的適応と言える。障害をもつ中で、Jahoda, M. (1958) の述べる積極的な心理的健康を求めていく態度の形成といえる。Rosenbaum, M. and Najenson, T. (1976) は、脳障害者が概ね一年後に体験する失望は、完全な回復の希望がこの期に消え、障害によって人間関係が崩れる点を指摘している。人間関係のつまづきは、患者の妻との関係にも影響をおよぼす。Rosenbaum, M. らは、脳障害者自ら、彼の妻との肯定的強化を再びつくり出すことが、他者との人間関係を築く上に重要であると指摘している。患者Oにとっては、妻および長女は、自ら患者と肯定的関係を維持しようと努力していることから多分に緊張緩和の環境状況が設定されていると言える。Iも妻と肯定的関係を築き上げている。Mは、両親の保護下にあり、依存の役割を演じ続けている。動的能動群の特徴は、それ故環境との相互的適応の実現にあるとも言える。

2) 静的能動群 (calm-active syndrome)

① 症例4……S男 53歳 水産業

家族構成：妻と二男一女の五大家族。子ども三人は高校、中学生。祖父は12年前にCVAにて死亡。祖母は8年前に肺炎にて死亡。

病歴および生活歴：通行人が、道路上に転倒し、半ば意識を喪失しているSを発見。CTスキャン、脳血管撮影にて右前頭側頭領域に脳内血腫確認され、ただちに血腫除去術が施行された。術後経過良好にて、20日後より左上下肢の機能訓練を目的として、リハビリテーションが開始された。神経学的には左片麻痺を認め、下肢は杖歩行可能な段階である。言語障害は認められない。教育歴は、尋常高等小学校高等科卒業。趣味は造園、読書。嗜好は酒、タバコ少々。家族から見たSの性格は、取越苦労をするたち、気が短いということであった。

心理検査結果：長谷川式スケール32.5点。WAISはVIQ=106, PIQ=79, TIQ=93。ベ

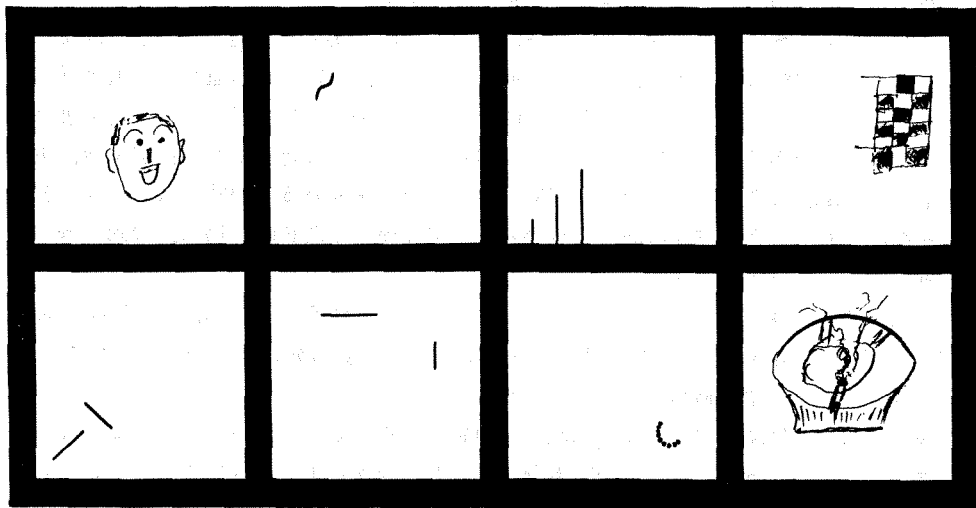


Fig. 6 患者S男のWZT結果。図の内容について左上方を人の顔、右上方を市松模様、右下方を灰皿と説明している。所要時間は9分10秒であった。白紙図は五枚にのぼった。

ントン視覚記憶検査は、施行法C（カード模写）で正確数9。Y-GテストではE'型。CMIは領域Ⅲ。MASでは不安得点25。WZT結果はFig. 6に示されている。反応結果は、警戒心が強く、禁止、抑圧的であり、非攻撃的傾向を示し、情動変化に乏しい。総じて内向的と言える。完全主義的傾向ありと解釈された。

面接所見：最近耳が遠くなって小声はよく聞きとれないと言う。妻はSと同じ会社で働いていたが、その後会社が倒産。現在妻は失業状態にあり、長男は昼間働き定時制高校へ通い、次男も高校に通いながらアルバイトをしている。経済的には楽ではないと言う。（元気がないように見えますが……）“やっぱり家族の事、思い出すしね、ホームシックっていうんでしょうね。家へ帰りたいです”とうつむき加減に小声で述べる。軽い再発作で退院が延び、“気落ちしてしまった”と語る。“漢字が思い出せないことが多いですね。文は読めるが、見ないで書けと言われると、忘れてることが多いので書けない”と言う。“私は人の言うこともわかるし、いいことか悪いことかも判断できます。人が話しをしているときに、何か話題を口に出したらよいか悪いのか迷います。また何か言ったことで揚足をとられ、逆にアーということになりはしないか、人の尻馬に乗って、しゃべりたくもないし、とにかく口出しするの嫌でした。人の中傷聞いていると腹が立ってくるんですね”とやや語気を強める。（お昼からよく布団かぶって寝ているようですけど……）と問うと、“病気の苦勞ってんでしょうかね。こんなつまらないこと考えて、それを物思いにふけるのがつらくて……”（つまらないこと……）“将来の生活苦ですね。起きて考えているとつらくなります。いっそ、寝ていた方が楽だと思って寝るんです。社会に出て働いて、家族の負担を軽くさせてやりたいと思ってね……”と悲しい表情をする。“回復はこれが限界と思います。そろそろ退院も考えています”とポツリポツリ話す。身体面は、もうプラトーに達したという自覚があり、心理面では抑鬱、引き込み状態を示し、社会経済面では、子どもにおおさる生活に対するやりきれなさ等が交錯し、多くの時間を“布団の中で過ごす”状態を導いているように思われる。

② 症例5……F男 45歳 調理師

家族歴：妻と一男一女の四人家族。子どもは共に中学生。

病歴および生活歴：調理士会合に出席後、自宅へ向かう途上意識消失。下水にはまって倒れているところを通行人が発見。右上下肢の麻痺が見られ、至急左脳内血腫除去術施行。意識消失前後のことは記憶にないと言う。罹病期間は3ヵ月。独歩可能状態にあり、右手書字は不能である。1ヵ月未満でリハビリテーションが開始された。教育歴は工業高校卒業後、東京の調理士学校に学ぶ。職業歴は、各地で調理師として仕事先が変わる。趣味はスポーツに関することならなんでもと言う。嗜好は酒、タバコ多量。家族から見たFの性格は、頑固、無口な方だが、職業上多少しゃべるようになったと言う。

心理検査結果：長谷川式スケールで14.5点。コース立方体テストでIQ94。Y-GテストではA型、CMIでは領域Ⅱ。失語症検査で単純失語のタイプ。自発言語はかなり良好で、日常会話は可能であるが、語性錯語が多く認められる。

面接所見：前職は調理師で、地方調理士会の副会長をしていたと言う。一人前になるのにこの世界では25年かかると言われるが、自分はそんなにかからず一人前になったという自負心を覗かせる。二年前、自分の意志で市議員選挙に出馬したが落選。多額の借金をかかえ込み、妻は生活苦に追われているが、自分としては再度出馬したい旨を告げる。Fは頑固者で、言い出したらきかない人で、主人のオレがそう言っているのに生意気言うなと一喝される、と妻は言う。面接者がこれは何ですか、と手を指差すと、わからない、と首を横に振る。(忘れているのかな)と問うと“(その話は)使う率が少ないから”と弁解する。“忘れっぽくなったけど、人に会えば2回目からはすぐ名前がでてくる。顔では皆違わない”と小声で言う。“ことばだけがおかしいと思うね”とあまり表情のない顔を伏せる。性格的側面については、いつもみじめで気持ちが浮かず、不幸福感、孤独感といった抑鬱気分が支配的である。“神経過敏で、気を張りつめて生活している気むずかしやで、よく他人から誤解される。思い通りになくなると怒りっぽくなる”と表現している。自己のプライバシーに立入られることに過敏である。Fig. 7は、Fの自筆であり、何か好きな言葉を書いて下さい、に対する反応である。その意味はと問うと、“明日あいましょう。友達でいましょう”ということだと説明する。

明日
う
た
く
あ
い
ま
し
う

(説明) 患者SとFは野心家の点で立場が異なる。Sは野心に至る前々段階での悩みをもち、小心で我身の対処の仕方を見つからず、“布団”に逃避している。一方Fは病後も野心的ではあるが、野心が発揮できない事態の状況を冷静にとらえており、Fなりの対処の仕方を心得えている。病理的反応図式で重要なことは、奮闘の状態ではなく、何に向けられた奮闘か、という点にある。この点、SもFも将来に対する奮闘であることが所見より了解される。抑鬱感情の程度は、FよりもSの方が大きいことは明らかである。しかし抑鬱的である点で共通している。静的能動群は、終始、将来を憂える状態の中に自己を横たえ、障害が意識に強く印象づけられる毎に、増々抑鬱反応を強めていくという基本特徴をもっている。これはまた、内面の閉塞緊張状態を示しており、究極は動的受動群へと移行する経過における一型と言える。

Fig. 7 患者F男の自筆

3) 静的受動群 (calm-passive syndrome)

① 症例6……H子 37歳 接客業

家族構成：内縁の夫との二人暮らし。父は既に死去。母は生存，日雇労働に従事，患者Hの医療費の工面をしている。四人兄弟の長女であるが，三人の兄弟とは折り合いが悪い状態にある。

病歴および生活歴：銭湯に行き入浴中，手足，顔面に痺れがあり立位不能となった。言語不明瞭となるが意識はあった。橋出血，水頭症が診断名であった。神経学的には左片麻痺を認め，脳波異常も認められた。脳室拡大にて右脳室—腹腔シャント術施行。PT，OTによる運動機能評価では，上肢は随意収縮可能な段階，下肢は共同運動またはその要素を随意的に起こし得る段階にある。言語障害は認められない。発症後3ヵ月でリハビリテーションが開始された。趣味はリボンフラワー，レース編み。嗜好は酒，タバコ少々。家族から見たHの性格は，人見知りをし，人になかなか馴染めない，友達は大切にすることである。

心理検査結果：長谷川式スケールで27.0点。コース立方体テストでIQ56。Y-GテストでC型。バウムテスト結果から，心理的に弱々しい幼児的退行が示唆される（Fig. 8）。CMIでは領域Ⅲを示している。

面接所見：神経学的にocular bobbingが認められ，“物を見ようと思うと疲れちゃう。よく物が見えないの”と小声で言う。病前“割と明るかったよ。さしつかえない冗談言うの好きだった”のが，病後“右のこめかみと，左の頬がつっぱって，笑えなくなった。この病気になっ

てから一度も笑ったことがない”と言う。“不安だなあと思う。物触っても感じなくなったね。感覚が全然ないものね。もしものときがあっても，体動かないから心配……”と自己を統制できないことの悩みを訴える。小児的な態度，発言をする。バーに勤務していた折知り合って内縁関係にあったW氏は，Hが発病したと同時に身を引き，Hの世話，医療費等をHの実母に押しつけた。Hは元来男性に依存的で，どちらかという貢ぐ方で，だまされたという感じはもたない人であった，性格は竹で割ったようなところがあり，W氏とけんかでもすると，一週間でも口をきかないでいるときもある，とHの兄嫁は語る。付添婦，看護婦の好意に対して，平気で相手を傷つけるような言い方をする時もある。“私，いつもそばに誰かがいて欲しいの”“いっそ死んでしまいたいと思うことあるわ”“人から何か言われるとドキドキするの”“こうすると思ったらすぐやるの”“どなりつけられると恐ろしい……”と弱々しく言う。訓練時，“こわい，こわい”を連発する。病識，見当識には問題がない。内縁の夫も去り，子どももなく，兄弟とは否定的関係にあるHは，実際に孤独

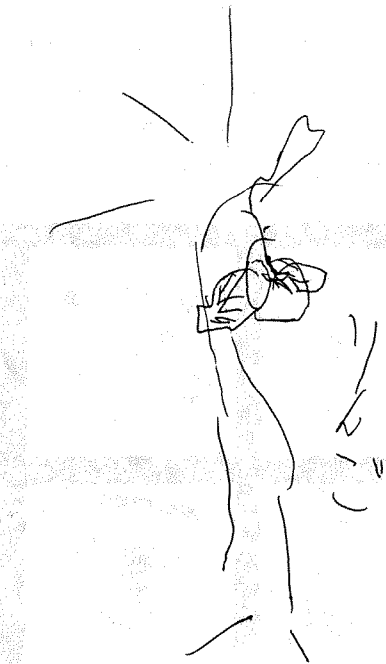


Fig. 8 患者H子のバウムテスト結果。描き終えて，“普段は食べないけど，疲れたとき風邪をひいているときとか，食欲がないときはリングかじるの。〇〇でリングとりのアルバイトしたことあります。20年位前にね。リングとるのむずかしかった。リングの芯とると値打ちないんだって。だからむずかしいの”と弱々しく言う。

といえる。Hから身を引いたW氏に対する未練は消えず、“兄弟の縁切ってもWの方がいい”と言い切る。

② 症例7……C子 57歳 商業

家族構成：夫（60歳）と長男，次男の四大家族。長男とは別居状態にあり，現在三人暮し。夫と二人で某市場で店を構えている。

病歴および生活歴：電話中，急に眩暈あり。右視床出血の為，即開頭手術が施行された。その後回復状態を見せ，安定していたが，その1年6ヵ月後，突然頭痛，嘔気，嘔吐あり。口のもつれあり，歩行不能となり，即入院。左硬膜下血腫除去術が施行された。術後意識状態不良で，呼吸も乱れていたが，その後経過良好にて，2ヵ月後よりリハビリテーションが開始された。罹病期間は9ヵ月である。神経学的には左片麻痺が認められた。上肢下肢とも，共同運動またはその要素の最初の出現の段階にある。言語障害は認められない。趣味は花いじり，嗜好は特になし。家族から見たCの性格は，神経質，何に対しても気になる，とのことである。

心理検査結果：長谷川式スケールで25.5点。田中ビネーテストでIQ66。コース立方体テストでIQ50。Y-Gテスト結果はC型。B-Gテスト結果，P-S法で得点152。目がチラつくと言う。CMIでは領域Ⅲ。抑鬱，希望喪失，自殺傾向を示す。WZTでは，情動は繊細さに欠けるが安定状態にある。諸々の事象へのこだわり，非攻撃性，非創造性が認められ，事象の把握は粗雑で論理性に欠け，幼稚でさえある，と解釈された（Fig. 9）。

面接所見：“私は春秋が一番いい，あまり暑い嫌いな”と実感こめていう。右手に振戦が認められる。右眼がやや閉じられ，左眼と不釣り合いの感じを受ける。“頭が痛い”を繰り返す。（仕事はいかがですか？）と問うと“一人でも遊んでいるようなものです”と店是不景気だと訴える。“私が倒れたから息子に迷惑かけて……いい人あれば一緒になりなさい，年上でも年下でもいいからとは言っていますが，こんな私みたいな者がいるところへ，今どき

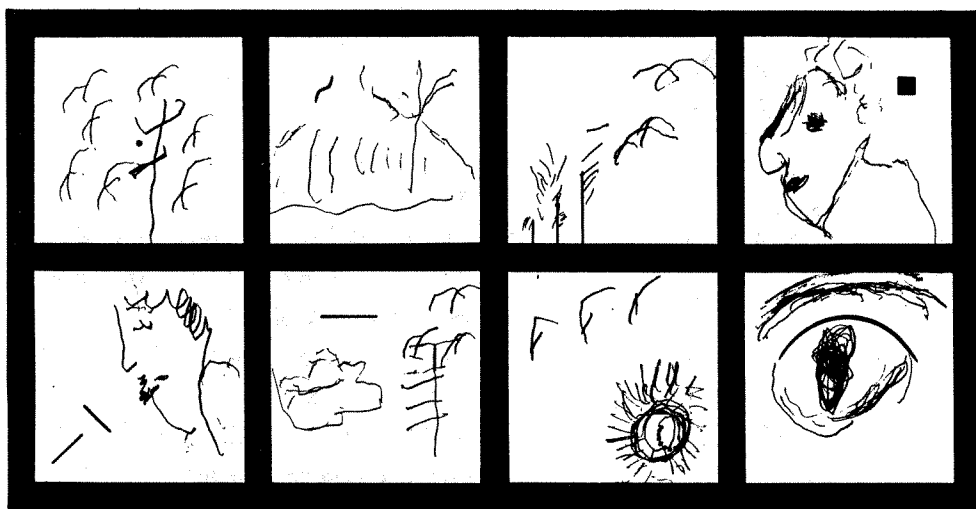


Fig. 9 患者C子のWZT結果。図の内容について，左上方から右上方にかけて，電信柱の横に鳥が飛んでいるところ，山，電信柱のところに鳥がまわっているところ，女の子の顔と説明し，左下方から右下方にかけては，男の子の顔，鳥，お天道様照っているところで鳥が飛んでいる天気のいいときね，大きい目あけたところ，と説明している。描写後，“鳥でも動物でも好き，生き物好き，犬でも，ネコでも，今犬一匹，ネコ二匹飼っています”と語った。所要時間は10分5秒であった。

嫁にきてくれる人があるでしょうか”と悲しい表情を示す。“私、心配性なのね、前から。ニュースを見て、また戦争始まるんでないだろうかとか、〇〇が押し寄せてくるんでないとか、自分で考えてもどうにもならないことを考えちゃうんですね。子ども二人、心配です”と過度の不安を示す。“一人きりでいたいと思うことはありません。ひとりでいると寂しいもの”と依存心を覗かせる。“病院へ人が来るの好きです。私、寝たきりで部屋から出ないもの、世間のことわからないもの。人が来て、いろいろ話しているの聞くの好きです。そうでないと、運動会がいつあるのか、ということもわからないもの”と精一杯言おうと努力している様子が感じられる。“昔はなんでもてきぱきとやりました。今は考えでも何でも鈍いですね。自信ないですね、自分に……”と言い、肩の力を抜く。子どもに“母さん、ちょっと風が吹けばおっかながる”と言われるように、病前からの不安感情が病後一層拡張された印象を受ける。障害をもったことによる他者との別離不安、孤独不安、身体面に対しても、“癌なら早くかたずくものを……これも運命ですね”と健康に対する執着、諦め、納得が、原初的で拙劣な形態ではあるが、Cの内省から了解できる。“頭にくだが通っているからボーとする。頭四回（実際は二回）も切っているから頭悪いの。早く歩けるようになりたい。オムツはずして、トイレに一人でいきたい”という主訴があり、その背景に子どもに対する罪業意識が展開され、自らを“邪魔者”に追いやる傾向が認められる。これらは退行的依存形態と言え、時間的意識が、停滞していることを示している。

（説明） 静的受動群は、別に無力症状群とも言える。症状としては、発動性の減退、動機づけの低下、意欲の封印（locked-in state）、すなわち意欲を自ら積極的に閉じ込めようとする状態を示す。基本的特徴として、第一に障害に対する圧倒感が指摘される。それ故、多くは障害の重度の患者に認められるが、一義的ではない。障害の重さは心理的負担とは多く比例しない。すなわち、医学的な器質的疾患の重さを測るのは、究極は医師ではなく、患者本人であることが多い。静的受動群に共通した特徴は、疾患の重さとは関係をもたずして、患者本人がすべて障害に立ち向かえないこと、白旗を上げているところに見出される。Hは心理的依存の強調される病前性格を尖鋭化させ、一層退行的気分の中に自己を横たえようとする。もはや障害はHの敵ではなく、立ち向かえない存在となり、Hは無意識の世界においてそれを抑圧しようとする。Hの態度は、自らの依存を受けとめてくれる対象にのみ反応を示すようになり、敵対するもの、全く異質なものはもはやHの意識に捉えられない状況が展開されている。一方Cは、障害に圧倒される状況をひきずり、そこから逃れる力を失ない、ただ単に手を引っぱり上げてくれる対象を期待し心待ちにする状況に身を委ねる。Hと比べて、無力感は一層助長されていると言える。障害に圧倒された後の行動は、自己の過去への退行で共通しており、これについて退行した自己を外敵から守ろうとするという積極的な意味で封印現象と呼ぶことにすると、封印行動は、原初的行動への退行、心理的保身、さらに生物一般に認められる種の保存まで包括する概念となる。静的受動群は封印現象で特徴づけられると言ってよい。

4) 動的受動群 (exitant-passive syndrome)

① 症例 8……A 男 48歳 教員

家族構成：妻と長女、次女の四人家族。長女は高校二年生、次女は中学二年生。両親共に健在。六人兄弟姉妹の長男。

病歴および生活歴：昼食時、突然言語が不明瞭となり、受診。即入院。中等度意識障害、軀幹失調、眼球運動制限を認める。同日再発作あり、椎骨脳底動脈系脳血栓と診断される。刺

激にて動きあるのみで、覚醒せず。二日後より刺激呼名に返答あり。発病後1ヵ月より、機能回復訓練開始となるが、“集中力がない”“訓練を拒否する”等の理由から、訓練室での訓練が中止となる。それ以降、リハビリテーション訓練開始のメドが立っていない。神経学的には四肢失調を認める。CT上では、左小脳半球～後頭葉領域に一部 low density area を認めている。言語は軽度にもつれる程度で、日常会話には支障がない。教育歴は、国立大学教育学部卒業。職業は、大学卒業後、発症時まで小学校教員であった。趣味は、草花をいじる、身体を動かすことが好き、読書であり、嗜好はタバコ、酒を普通程度。家族から見たAの性格は、明瞭で人付き合いが良い、仕事に夢中、温厚であり、病後、甘えるようになり、集中力がなくなったと言う。

心理検査結果：長谷川式スケール12.5点。Y-Gテスト結果A'型。CMI結果領域Ⅱ。神経症の既往があるとAは言うが、妻はこれを否定している。コース立方体テストでは、手続の理解がなされず、単に積み木をいじるのみであった。他の検査は不能の状態であった。

面接所見：“誰かが入口のところを出たり入ったりしていますよ”（麻痺側の）肩に犬がいる、ネコがいる、フォークで刺している、おみこしかついでいるからとってくれ。手に虫がついている。ふんづけてくれ。そこに何かあるからとってくれ”と訴え、幻覚様症状を示す。また“ここは人をおとし入れるところじゃないか、弱者をやすやすやつつけるところじゃないか。きのうそう思うようになった。こっちがあまりいいことやっていないからかな”と妄想様反応を示す。顕著な見当識障害が示され、（きょうは何年何月何日ですか？）と問うと、“明治元年5月12日（事実は昭和56年5月7日）”と答え、（ここはどこですか？と問うと“自動車学校ですね、半分は〇〇市役所のものだと思います（恐らく、“自動車学校”は、病前免許証をとるのに自動車学校へ通い、苦勞の結果ついに手にした喜びが大きかったことと、車イスでリハビリ訓練を受ける際（訓練にはならないが）注意を受けることから、自動車を車イス、訓練士を教官と誤り、また事務を市役所と誤り、面接者を“市役所の人”と誤っているのだと思われる）”と答え、（年はいくつですか？）に対し20歳と言ったり、40歳と言ったりまちまちであり、（発病はいつごろですか？）に対し“昭和20年です（事実は昭和56年）”と答えたかと思うと、“ぼくもう家に帰ります。女房が車で迎えにきてくれますから”と車イスから立ち上がろうとする。非現実な世界を現実世界と誤認する行為が顕著である。地誌的失見当も認められ、全く方向感覚なく、一人で病室へ戻れない。突然服をぬごうとする着衣失行も認められる。面接終了にあたって、きまりきって“今からワイフと子ども一人、二人…三人と夕食とって、それから〇〇へ行きます”と言う。〇〇は、“心理・精神学校へ肩もんでもらいに行きます”になったり“教会へ会議に行きます”になったり、定まらない。車イスで面接者が誤って三階の病棟へ連れていくと、“ここは知っている人ばかりだから”といって手で顔を覆い隠し、本当のAの病室がある二階へ連れて行くと、“ここは私の教育実習をした学校です”と言い、胸を張る。（右手はどうしたの？）と麻痺側の手を指示して尋ねると、“ダメなんですよ……あの一なんですかね、これ（と不思議そうに麻痺側の手を見つめて）これ、ドリルみたいなもので穴あけましたよ”（痛かったですか？）と問うと歩調を合わせて“痛かったですよー”と顔をしかめる。作話症状が顕著である。コルサコフ症状群、anosognosieがAに示されている。重度の記憶障害は、その内容を保持した状態で、時間が解体された状態において、面接者の質問に対し、適当に時間のつぎはぎをして発話内容を再構成しているように思える。それはAの多くの発言が、過去の実体験のどこかに含まれることが観察されるという経験的事実から、真実である可

能性が強い。同僚の教師が見舞いに来た折、“やあ、ぼくこんな病気になってしまってね……”と整然と語り始め、anosognosieの態度が崩れた。過去の経験的記憶内容が分解され、砂鉄となり、ある一定の記憶内容呼び起こす環境的力を磁気とするならば、まさに同僚の教官は磁気的存在であり、彼はAのある一定枠内の記憶内容で示される砂鉄を吸収してしまったかのように思える。全くの第三者である面接者が四回に亘る心理面接でさえ果たせなかったこの出来事が……。

② 症例9……E男 72歳 飲食業

家族構成：妻と二人暮らし。五人の子どもの中、四人まで既婚。

病歴および生活歴：起床時、脚、肩が動かなくなり、同日入院となる。病名は脳内出血。手術施行せず。神経学的には左片麻痺を認め、言語明瞭、意識状態も良好である。運動機能評価では、下肢は随意収縮が可能な段階、上肢は共同運動が可能な段階にある。趣味は旅行して歩くこと、嗜好は酒が付合い程度、タバコのまず。家族から見たEの性格は、ワンマンでヘソまがり、勝気、わがままである。

心理検査結果：長谷川式スケールで4.5点。コース立方体テストでは、教示の理解困難で施行不能、Y-Gテスト結果B型を示す。HTPテストではFig. 10で示されたところの図形の保続が認められ、図形に意味をもたせるように誘導すると(例えば、顔はどれ)、適当にそのように意味づけようとする傾向が認められる。CMIでは領域Ⅲ。疲労度と緊張感のみ高く自覚されている。ベントン視覚記憶検査結果は、施行法C(模写)で正答数0、語謬数25であり、保続が全カードに亘っている(Fig. 10)。

面接所見：年齢を48歳と誤り、今日の日付を誤り、ここはどこかと尋ねれば、市役所か市民会館と答える。私は誰かと問うと、市役所の人でないですかと答える。ここへ健康の話を聞きにきていると答える。たまにここへきて、話が終われば家へ帰るのだと言う。昨晚のごはんはどこで食べたかと尋ねると、“市役所の食堂じゃなく、家でもないな……”と言って考え込

み黙ってしまう。第二次大戦終了年を4、5年前と言い、現在の首相を吉田首相と答える。注意力散漫であり、病後その傾向を一層強めている。五物品の即時記憶再生において一物品しか答えられない。anosognosieが認められ、罹患者であることに全く無関心でいる。記憶力障害の重度な状態におかれ、記憶素材の損耗や再生障害が示される。Fig. 10に認められる保続図を見た妻は、“これは父さんがよく描いていた土地の区画図です。病気になる前、ずいぶん家の土地問題に対するトラブルがありまして、恐らくそれが頭に残ってるんじゃないでしょうか”と答えている。Eに面接者が確認をとると、“いやそうじゃないね。(Fig. 10の下図を指し)これは丸だね”と答えた。以上の答弁から、Eの認知機能は、丸は丸ととらえ言語系に導かれていっている

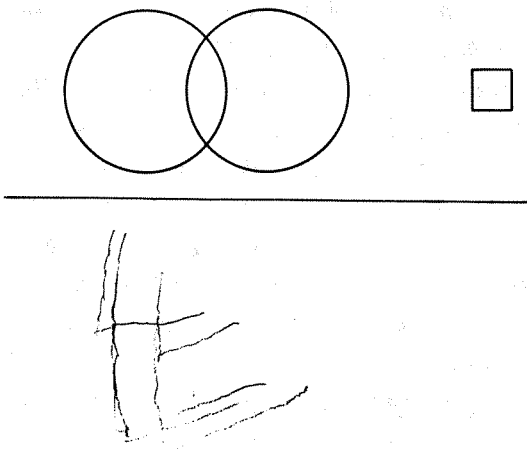


Fig. 10 患者E男のベントン視覚記憶検査結果。E男はすべての書字行動において、下図の描写を保続させた。(これは何の形ですか?)と問うと“丸だね”と自信をもって自ら描写した図を指でさして答えた。筆圧が弱く、一枚の図形を模写するのにおよそ5分程度を要した。

こと、しかし書字行動は認知図式とは全く異なる振舞いをするという事実、すなわち、書字はきわめて、習慣的行動に依存するもので、その析、強烈に脳内に残存している意識内容が実際の書字となって具現化されるという推論が導かれる。いずれこの問題については、別の機会ですぐ深められる必要がある。E の概念能力はきわめて貧困であり、模倣の意味さえ把握できない。性格的には気が弱く、引込思案で小心であるが、家族に対しては、攻撃的且つわがままに振舞い、甘えを欲しいままにしている。“自分では短腹だなあとすることがありますね。自分の気持ち、よく自分でなおさなくてはならないという気持、ありますよ”と言う。また“自分ではしゃばりな方だけど、周りの人とはうまくやっていけます。これから色々違う仕事が見たいですね”と淡々と答えたり、“劣等感がありますよ”とサラリと言っている。動作は緩慢で、目的ある行動がなかなかとれない。自己統制力の減退も認められる。しかし、抑鬱的な印象は全く認められず、むしろ病院生活を（E は決して病院にいたいとは思っていないが）楽しんでる様子さえ覗かれる。

（説明） 動的受動群は、別に痴呆症状群とも言える。A も E も障害に全く無感心であり、麻痺側の手を指さして、この手不自由なようだけど、どうしたのと問うと、共通して、変だな、どうしたんだろう、といかにも不思議そうな表情をする。A と E に共通する心理的基盤は、コルサコフ症状群、anosognosie である。CVA 痴呆に伴うコルサコフ症状群の多くは、痴呆（老年性痴呆で認められる痴呆状態）を伴わないが、A、E もこれに然りである。痴呆という表現をとるならば、斑痴呆と言うべきであろう。面接者の質問に対する反応は、構えとしては整然であるが、その内容は支離滅裂である。それを A、E は自覚せず、作話で補おうとする傾向がある。Goldstein, K. (1934) は、破局反応はいずれ消極的適応状態を実現すると述べたが、まさに A、E の態度はこの状態そのもののように見える。消極的適応状態に至る過程は、破局的状態を回避し意識的にその状態に近づこうとしているのではなく、いわば一種の生物学的本能ともいふべきものがそうさせている側面を否定できない。Gainotti, G. (1972) によれば、無関心反応は破局反応に対置するものであり、その内容は、失敗に対する明らかな無関心、自分の家族に対する無関心、たわいのない、多幸的な或いは皮肉な冗談、疾患の否定 (denial of illness)、片麻痺や失語症の意識の欠如 (anosognosie)、片麻痺を認めても、それを疲労、注射、関節症などのせいにする等で構成されている。病識欠如は多少とも無関心反応と関わりをもつものと考えられるが、本質的には異なる質的構成をもっている。病識は病前性格との結びつきが強い。短的に言えば、あらゆる患者は多少とも病感をもっているが、病前性格が病感に何らかの影響を与え、結果的に病識欠如となって露呈するものと考えられる。すなわち病識欠如とは、患者のとり得る究極の状態像を示していることに他ならない。病前頑固で短気で、我を通さないと気がすまない性格傾向の患者に、多くこの形態を臨床的経験において認める。動的受動群は心的困果を欠く結果症状群とも言える。多くは原因が欠如している。それ故、精神病圏内にある患者、心理的变化が著しい患者群に多く認め得る。患者の態度は常に過去の時間・空間に向けられ、創造を知らないかのようなものである。過去に形成した素材を基に、新規の事象を作り上げること（例えば作話でみられるような）を、筆者は創造とは捉えない。創造とは、多少とも新たな素材が加わらなければ、その意義を果たさない。A も E も全く過去の既存の世界に押し込まれ、人間的な営みは作話においてのみ認められそうである。

Ⅳ 病理的人格反応図式の補足と心理療法的側面

前節において、病理的人格反応図式の症例を用いての仮説検討がなされたが、最後に検討すべき若干の問題が残されている。それは、動的能動群、静的能動群、静的受動群、動的受動群の四群間の関係の定位である。結論的に述べれば、筆者は、四群に、有機体のパーソナリティ統合に至る経過としての一状態像を想定している。すなわち、パーソナリティ統合は、動的受動群、静的受動群、静的能動群、動的能動群を経ることによって完成の域に接近する。これは古く精神病理学で議論的となった単一精神病の概念に近い。次に各次元の相互関係は、どのような要因によって主たる影響を与えられるのだろうか。結論的に言えば、筆者は、動的能動群と動的受動群間に、能動受動といった態度様式の他に洞察要因を、動的能動群と静的能動群間に、動的静的といった活動水準の他に情動要因を、静的能動群と静的受動群に、態度様式の他に依存要因を、静的受動群と動的受動群間に活動水準の他に知能要因を想定している。

以上で病理的人格反応図式のおおまかな仮説検討は施された。議論を心理療法的側面に発展させるならば、現在のところ以下の点につき指摘できる。すなわち、動的受動群はむしろ医学側の手に委ねられた方が好ましく、他の三群については心理療法的側面の接近が可能と見る。その基本は、あくまでも患者が主体であり、自らを自らが治療するといった姿勢を崩すものではない。その基盤に立って、如何なる要因に重点を置くかは、今述べた諸要因が、即これに該当する。すなわち、動的能動群にあれば、究極的には洞察力を高めるか、或いは情動的側面に訴えるかのどちらかであり、多くは両者二要因の折衷要因が主となる。また静的能動群にあれば、究極的には、情動要因か依存要因かのいずれかの接近方法であり、多くは、二者の折衷要因に的をあてることとなる。以下の二群もこれと同じように考えられる。心理療法的接近の背景は、これまで展望してきたように、疾患と症状の不一致に、心理的要因を想定するといった議論に重点を置いている。今後は以上の観点からの、より一層の仮説検証の試みが望まれる。

V ま と め

本研究の主たる目的は、筆者の示す仮説的病理的人格反応図式の症例を用いての仮説検討に置かれている。その目的のために、近接領域の学問分野からの脳障害に関する知見を見てきた。その結果、いずれの学問分野においても、疾患と症状の不一致といったテーゼが取り上げられ、議論の対象となってきた。本研究は、脳障害者研究が、臨床心理学の枠内で捉えられるとするならば、脳障害に関与する病理的人格反応を心理学的次元で把捉しておく必要があるとの考えの上に立ち、学問に伴いがちな学術用語の外延、内包の違いから可能な限り遠ざかるために、より操作的な用語を選択した。心理療法的側面についても、その方向性を概略した。

ある人は、投薬するというこゝも、重すぎる荷物を乗せて、坂道を足を引きづって登っていく疲れ切った馬に薬を与えるのと同じく不合理であり、必要なのは馬車の荷を降ろすことか、馬を休ませるかであったと述べている。脳障害者は、機能・形態障害に対して、能力障害に対して、或いは社会的不利に対して、独自の体験としての障害を形成し、これを基盤として反応する。ある時は、いや多くは疲れ切った馬と脳障害者がオーバーラップする。器質的損傷という生物学的宿命に由来する厭世感を論ずるよりも、すなわち、古くは患者の失なった機能の状態像をいかに克明に描き出すかに費したエネルギーを、患者の残された機能および、回復可能な機能の記述の努力に転換すべきである。そこにより積極的な接近の姿勢が見出され、患者と

新しい関係の結合が期待もしくは実現できるものと思われる。巨視的な患者の態度要因を主とし、状態像の記述を従とする観点を筆者は全体論的接近と呼ぶ。両者の関係は相対的重要度の程度の相違であって、一方を切り捨てると言っている訳ではない。現在のところパーソナリティ統合の観点には、厳然と両者を分断して語るだけの基盤をもちあわせているとは思えない。

文 献

- Beilin, H. 1957 The prediction of adjustment over a four year interval. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 270-274.
- Broca, P. 1861 Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé, suivies d'une observation d'aphémie. *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 6, 343-337. (Translated by Mollie D. Boring. 1965 In Herrnstein, R. J. and Boring, E. G. (edi.), *A source book in the history of psychology*.)
- Charatan, F. B. and Fisk, A. 1978 Mental and emotional results of strokes. *New York State Journal of Medicine*, 78, 1403-1405.
- Engel, G. L. 1961 Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic Medicine*, 23, 18-22
- Flourens, P. J. M. 1824 Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés, 236-241. (Translated by Boring, M. D. In Herrnstein, R. J. and Boring, E. G. (edi.), *A source book in the history of psychology*.)
- Foucault, M. 1966 *Maladie mentale et psychologie*. Presses Universitaires de France. (神谷美恵子訳 1970 精神疾患と心理学 みすず書房)
- Franz, S. I. 1915 Variations in the distribution of the motor centers. *Psychological Monographs*, 19, no. 81, 147-160. (Partially in Herrnstein, R. J. and Boring, E. G. (edi.), *A source book in the history of psychology*.)
- Friedes, D. 1960 Toward the elimination of the concept of normality. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 128-133.
- Gainotti, G. 1972 Emotional behavior and hemispheric side of the lesion. *Cortex*, 8, 41-55.
- Goldstein, K. 1934 *Der Aufbau des Organismus*. Martinus Nijhoff. Haag, Naihefland. (村上仁, 黒丸正四郎 1970 生体の機能 みすず書房)
- Goldstein, K. 1947 *Human nature in the light of psychopathology*. Harvard University Press, (西谷三四郎訳 1957 人間——その精神病理学的考察 誠信書房)
- Head, H. 1926 Aphasia and Kindred disorders of speech. Macmillan. 479-487. (Partially in Herrnstein, R. J. and Boring, E. G. (edi.) *A source book in the history of psychology*.)
- Hall, C. S. and Lindzey, G. 1957 Theories of personality. (Chapter 8 Organismic theory) John Wiley: New York, 296-335.
- Jackson, J. H. 1884 The croonian lectures on the evolution and dissolution of the nervous system. London. (Partially in Herrnstein, R. J. and Boring, E. G. (edi.), *A source book in the history of psychology*.)
- Jahoda, M. 1958 *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Jaspers, K. 1946 *Allgemeine Psychopathologie*. (内村祐之・西丸四方・島崎敏樹・岡田敬蔵訳 1953/55/56. 精神病理学総論, 上・中・下 岩波書店)
- Kahlbaum, K. L. 1874 *Die Katatonie oder das Spannungsirresein, Eine Klinische Form Psychischer Krankheit*. Verlage von August Hirschwald; Berlin. (渡部哲夫訳 1979 緊張病 星和書店)
- 小山充道 1980 脳血管障害後遺症者における心理的障害 大阪教育大学障害児教育研究紀要, 第3号, 109-121.

- 小山充道 1981 脳障害者の情動反応—臨床心理学的接近 北海道大学教育学部紀要, 第39号, 237-264.
- Kraepelin, E. 1916 Einführung in die Psychiatrische Klinik. (Dritte Auflage) Johann Ambrosius Barth in Leipzig. (西丸四方・大原貢・遠藤みどり・平井浩・西丸甫夫・伊達徹訳 1979 クレペリン精神医学臨床講義 医学書院)
- Kraepelin, E. 1920 Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschrift f.d.ges. Neurologie u. Psychiatrie, Bd. 62, 1-29. (臺弘訳 1975 精神病の現象形態 精神医学, 17, 511-528.)
- Kretschmer, E. 1950 Medizinische Psychologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, Deutschland. (西丸四方・高橋義夫訳 1955 医学的心理学 I, II. みすず書房)
- Lewin, K. 1935 A dynamic theory of personality: selected papers. (相良守次・小川隆訳 1957 パーソナリティの力学説 岩波書店)
- Maslow, A. H. 1962 Toward a psychology of being. D. van Nostland. (上田吉一訳 1964 完全なる人間 誠信書房)
- Mayer-Gross, W., Slater, E. and Roth, M. 1969 Clinical Psychiatry (3rd) Bailliere, Tindal and Cassell., 40-55.
- 本明寛・今井もと子 1971 最近25年の臨床心理学の展望 心理学評論, 14, 282-294.
- 村上仁 1952 異常心理学 岩波書店
- Rogers, C. R. 1951 Client-centered therapy. Boston Houghton Mifflin. (友田不二男訳 サイコセラピー ロジャーズ全集3 岩崎学術出版社)
- Rothschild, D. 1944 The role of the premorbid personality in arteriosclerotic psychoses. American Journal of the Psychiatry, 100, 501-505.
- Schneider, K. 1962 Klinische Psychopathologie. Georg Thieme Verlag Stuttgart. (平井静也・鹿子木敏範訳 1957 臨床精神病理学 文光堂)
- Scott, W. A. 1958 Definitions of mental health and illness. Psychological Bulletin, 55, 29 - 45.
- Solomon, L. N. 1962 A semantic approach to psychological nosology. Journal of Clinical Psychology, 18, 18-22.
- Teuber, H. L. 1960 The premorbid personality and reaction to brain damage. (Brain and Behavior: Session II, Symposium, 1959) American Journal of Orthopsychiatry, 30, 322-329.
- Teuber, H. L. and Rudel, R. G. 1962 Effects of brain injury in children and adults. (Gerhard S. Nielsen (edi.) Proceedings of the XIV international congress of applied psychology. Vol. IV. Clinical Psychology.) Munksgaard. Copenhagen. (Denmark)
- Thorne, F. C. 1959 An operational approach to the diagnosis of levels of personality integration or psychopathology. Journal of Clinical Psychology, 15, 255-259.
- Thorne, F. C. 1974 Introspective analysis of self-functioning. Journal of Clinical Psychology, 30, 231-233.
- Tramer, M. 1960 Allgemeine Psychohygiene—Ihre Aufgaben und Methoden— Benno Schwabe und Co., Basel. (大脇義一・木原孝 1968 精神衛生学概論 紀伊国屋書店)
- 内村祐之 1972 精神医学の基本問題 医学書院
- Wile, I. S. 1940 What constitutes abnormality? American Journal of Orthopsychiatry, 10, 216 -228.