

■ 原 著

クレシェンド現象と言語反復症状を主徴とした外傷性痴呆の一例

— 頭部外傷後遺症言語症候論補遺 —

波多野和夫* 松田芳恵** 堀川義治** 坂田忠蔵*** 山木垂水****

要旨：クレシェンド現象、特異な言語反復症状、反響言語、語新作、等の興味ある言語症状を呈した頭部外傷後遺症の一例を報告し、このうち特に前2者の症候論的意味について考察した。患者は検者の問いかけに対し、まず普通の声量を以て話し始め、徐々に声量を増大させつつ、終には絶叫様のどなり声に到って止むという言語行動が、問答の度毎に観察された(クレシェンド現象)。内容的には語句の反復発話が多いが、初期には反復言語(palilalia)様でどんな語句にも反復が見られたが、経過と共に発話語句が貧困化し、一定の単語の常同的発話が優勢になるという変化が生じた。後者の言語反復は「語唱(Verbigeration)」(Kahlbaum, 1874)という緊張病性言語症状の古い概念に比較的近いのではないかと判断された。言語症状の経過、その失語性・非失語性要因の区別、等の観点からも若干考察を試みた。

神経心理学, 4 ; 108~117

Key Words: クレシェンド現象, 言語反復症状, 語唱, 頭部外傷, 痴呆

crescendo phenomenon, speech iteration, verbigeration, head injury, dementia

I はじめに

最近我々は交通事故による頭部外傷後遺症の一例に於いて興味ある言語障害の治療を担当する機会を得た。主症状は反響言語、一種の言語反復症状、特異な言語的クレシェンド現象、語新作、等々であり、失語性言語障害とみなされるものと非失語性と考えざるを得ない言語障害とが入り混じって、複雑な状態像を呈していた。今ここに出来る限り詳細に症例報告を行なって若干の考察を試み、頭部外傷後遺症の症候学的補遺に寄与したいと考えた。

II 症例報告

1. 症例

昭和8年生まれの右利き男性。血縁に左利きのものはいない。高校卒。会社員。東北地方の出身で、そのアクセントがある。家族歴、既往歴に特記すべきものはない。

2. 現病歴

昭和61年2月26日朝、自転車で行行中に自動車にはねられ、A病院へ救急搬送された(受傷時52歳)。入院時、意識障害は重篤で(亜昏睡)、右方への共同偏視、瞳孔両側散大、右上肢の運

1988年2月25日受理

A Case of Head Injury with Some Interesting Speech Symptoms — Crescendo phenomenon, speech iteration, etc. —

*国立京都病院精神神経科, Kazuo Hadano: Department of Neurology and Psychiatry, Kyoto National Hospital.

**洛和会音羽病院脳神経外科, Yoshie Matsuda, Yoshiharu Horikawa: Department of Speech Therapy and Neurosurgery, Rakuwakai Otowa Hospital.

***清恵会近江温泉病院言語科, Chuzo Sakata: Department of Speech Therapy, Seikeikai Ohmi Spa Hospital.

****済生会滋賀県病院脳神経外科, Tarumi Yamaki: Department of Neurosurgery, Saiseikai Shigaken Hospital.

動が見られず、頭蓋X線単純撮影にて頭蓋骨左側に頭頂部より側頭部へ走る骨折線が認められ、頭部X線CTにて中心線の左方偏位、左側頭頭頂部に小さな高吸収域、外傷性くも膜下出血の所見が得られ、脳挫傷と診断された。即日、気管切開の処置が施され、右前頭後部に頭蓋内圧モニターのセンサーが埋込まれて、経過が観察された。その後眼球や左上肢の運動は徐々に活発化し、意識レベルも変動しつつ徐々に快方に向かった。この間肺炎、肝機能障害、消化管出血、等が合併したが、それぞれ適当な処置が施され、3月8日には頭蓋内圧モニターが抜去された。左上肢に強制把握、追跡把握の傾向が顕著になり、右上肢の運動も少しずつ出現し(右上肢にも強制把握が出現)、4月上旬には意識状態もかなり改善された。4月11日気管チューブが抜去されたが、その傷がふさがるとすぐに、「いたいいたい……」等の発話が始まった。その後も発話量は非常に多く、ほとんどわけの分からぬことや同じことを何度でも大声でしゃべり続け、精神的にも不穏興奮様の状態に陥ることがあり、ベッドから落ちたり、大便をこねまわすといったエピソードを重ね、病棟での管理には困難が多かった。発話量は大量で、しかも大声でわめき散らすようによくしゃべり、内容的には支離滅裂に近い発話や語句の繰り返しがほとんどであった。ただ時々発話発動性が低下して、数日～数週間発話が少なくなることがあり、A病院では6月中旬から発話量が少なくなっていた。

61年7月1日言語障害と運動障害のリハビリテーションを目的にB病院へ転院した。

3. 精神神経症状

B病院への転院時、意識は清明に見え、特に過眠傾向などはなく、一応覚醒性には粗大な障害はないと判断された。6月中旬から続いていた発話量低下の状態は転院後もしばらく続き、その間は患者もその周囲も平穏であったが、7月10日頃より発話量が急に増大した。以後患者は病室でも診察室でも大きな声でわめき散らすように話をし、内容的にもコミュニケーションとして著しい障害があり、通常の言語を介する

問診や検査はほとんど不可能であるか、可能な時でもその結果の評価には慎重を必要とした。それでも見当識障害と記憶力障害の存在はまず間違いなく、また発話内容の中に実際とは大きくかけ離れたことが多いという点から作話の存在も推定され、Korsakow症候群に該当する重篤な記憶障害の病像を呈していた。逆向健忘の存在と期間については不明。後述するように、発動性は言語面のみにおいて著しい亢進を見せているが、これ以外の「一般的」発動性については亢進と言う程ではない。言語的には不穏と言わざるを得ないが、言語以外の一般的な面については比較的「平穏」である。この両者はかなり対照的であり、言語的行動と非言語的一般的行動との間に解離が認められる。大声でわめくので、興奮して暴れ出すのではないかと周囲(医師、ST、看護婦、他患、等)を恐怖に陥らせるが、実際に本人が暴力的になったことはない。感情面については、著明な情意の鈍麻を背景に、多幸的な時、不機嫌な時、無関心な時、等々様々であるが、発話を始めるとほとんど常に軽躁～躁状態的な印象を見るものに与える。また時にモリア・ふざけ症的なニュアンスを帯びた応答も認められた(例えば、下記の復唱例中、「今日もよう天気、明日もよう天気」、等)。上述のように個々の症状を分析的に明らかにすることはほとんど不可能であるが、一見して知性並びに人格の水準低下または解体が明らかであり、これを把握するに痴呆なる概念を以てせざるを得ず、頭部外傷性痴呆と診断された。

神経学的には、右半身の不全麻痺、両側上肢に強制把握、左上肢の追跡把握傾向が明らかである。両便失禁の状態である。神経心理学的には、後述の言語症状、構成障害と共に反響行為が認められた。検者が患者を見つめながら、自分の鼻を摘まむ、頬を人差指で搔く、口唇に人差指を当てる、頬を手の平でたたく、等の行為を行なうと、患者はそのまま左手で模倣した。模倣を禁止するという指示を言語的かつ非言語的に与えたが、患者の反響行為は止まらなかった。この症状は一過性で長くは続かず数カ月後には消失した。

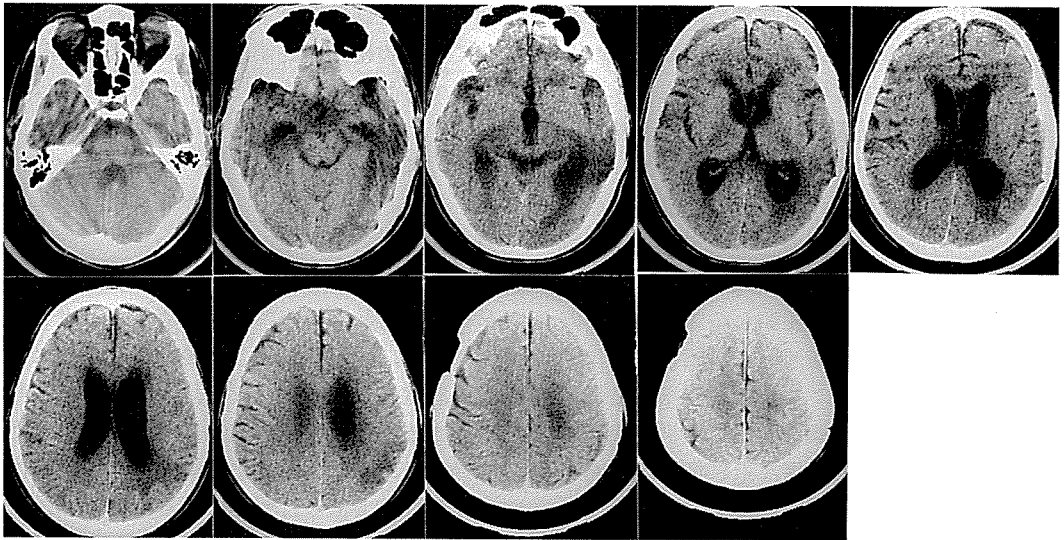


図1 頭部X線CT (昭和61年7月2日, 左右逆)

4. 検査所見

血液, 尿, 髄液についての一般内科的検査では特記すべき異常はない。頭部X線CT所見としては著明な皮質萎縮, 脳室拡大と共に左側頭頂領域に低吸収域が見出され(図1), 頭蓋単純X線撮影で, 左側(頭頂側頭部)に骨折線, 右側(前頭葉後部)に頭蓋内圧モニター設置時の穿孔の痕が見出された。

5. 言語症状

患者は検者が話しかける前から自発的に大声で話をしてることがあり, このような時病棟では病室の数十米手前から声が聞こえてくる。大部屋では他患の安静が保てないので, ドアの完全閉鎖出来る個室が必要である。一般的な発動性に比べて, 発話発動性が亢進していることは既に述べた通りである。検者が話しかけると必ず反応がある。発話はまず普通の声量で始まるが, 話しているうちに徐々に声量が増大し, 結局大声でとなり散らす絶叫様の発話に到って終る。この際音程も少し高くなる傾向がある。また始めからいきなり大声で話し始めることもある。少なくとも普通の声量で安定して平穩に話をし続けるということはない。大声で話しても疲労せず, 問答を1~2時間程度続けた位では大声の発話に変化は見られない。大声であると共に発話量も大量である。軽い構音障害

があって, 時々聞き取りにくいことがあるが, 句の長さは十分に長く, 失文法も努力性発話の傾向もない流暢性発話である。絶叫と共に発話が終了して検者が次の質問をすると, 患者は平然として再び普通の声量で発話を始めるが, 発話と共にまた声量が増大し絶叫様に到る。問答の度毎にこのような経過が繰り返される。絶叫時には怒りの情動を同伴していると考えるのが常識的であろうが, この患者の場合にはそうは言えないと疑わざるを得ない。というのも, 絶叫と共に終了した直後の態度があまりにケロリとしており, 検者の側に何とも paradoxical な印象を喚起するからである。

検者が何かを質問すると, 患者は話し始めにその質問の一部を取り込んで, 一度繰り返してから話し始めることが多い。繰り返されるのは若干の語句で, 長文に及ばない。もう一つの特徴は, 患者の発話の中に語や文節の常同的な繰り返しや表現が多々あることである。患者は相手の発話を繰り返す(echolalia)と同時に, 自己の発話も繰り返す(palilalia「様」!)。後者の現象は経過と共にかなりの症状変化が生じた。B病院転院頃にはかなりの多くの発話語句に反復が見られたが, 経過と共に反復語句が一定のものに限局されて来たのである。数カ月後には, 例えば, 「デンプデンプデンプ」(構音やや不明

瞭で、「ゼンブ」と聞こえることもある),「おやじおやじおやじ……」,「いたいいたいいたい……」,等の同一単語の反復が顕著になり,しかも反復回数も増大し,発話の大部分がこのような言語の反復によって占拠されるという事態すら稀でなくなった(会話例2)。このような言語の繰り返し,錯語・語新作様の発話,作話様またはモリア様発話,質問に対する了解障害,等のため会話による情報内容の交換可能性は著しく低く(会話例1),さらに後には反響言語と特異な言語反復のみが前景を占めて内容ある会話は事実上不可能になった。ちなみに「いたいいたい〜」と絶叫様に繰り返すからといって,実際にどこかに「痛み」がある様子はなく,もちろんどこかに「居たい」という意味でもないようで,結局何かの情報を表現しているとは到底考えられなかった。またどんな発話であっても,最後には「〜考えて考えているわ」,「〜デンプ考えていたいわ」,等のようなほぼ常同的な形で終了する傾向も見出されるようになった。

精密な言語検査は困難であり,簡単な呼称と復唱程度の課題のみ施行された。その結果認められた言語症状としては,語性・字性錯語,語新作,保続,了解障害,等であるが,これらの症状の症候学的意味を分析的に検討することは不可能であった。ただ注目されることは,語新作の中に「ハイカラジャク」,「カンズメジャク」,「サクラのカンエ」,「ハズラシのユズバ」といったような記号素性錯語または意味性語新作様の発話現象が見られたことである。

以下に発話例を示す。〔 〕は検者,「 」は患者の発話である。「○○○」は発音が不明瞭で聞き取りにくい部分,(↑)は発話中に徐々に大声になって行く状態を示す。

会話例1:〔御飯食べた?〕「食べて行ったわ」〔いやあんたが食べてるかって?〕「いやデンプわし考えてるで(↑)……デンプ考えて……」〔御飯おいしいですか?〕「おいしい……おいしいわ」〔病院の御飯ですよ?〕「病院の御飯おいしいわ……おいし,おいしいで……」〔おうちの御飯とどっちがおいしいですか?〕「あっ,どっちがこうしらん,こうこうしらんか……おいしいわ……」〔天気はいいですか?〕

「天気はいいわ……その代わりな,か,からだにな,デンプこのこのこのここってくぐってくるで(↑)……」〔気分はいいですか?〕「気分はいいわ」〔気分悪いですか?〕「悪い悪い悪いほうやわ(↑)」〔どっちや?〕「いやバツ……キ……こんなこのこもってってこんなこのこもってってていうてな,ある,デンプデンプ百分の一やは(↑)」〔何が百分の一だいい?〕「カ,カ,カ,カ,カンが」(61年9月5日)

呼称例:(魚)「サのさかな」。(煙草)「あのたばこ」。(歯ブラシ)「あのカ,カブラシ……はぶらし」。(汽車)「サクラ……サクラのカンエ」。(櫛)「ハブラシ……」。(眼鏡)「ユズル……ユズコバズ……ユバズ,ユバズ……」。(傘)「あ,ハイカラ,ハイカスジャクの,ハイカラジャク……デンプや……」。(時計)「ジュエブ……ハズラシのユズブ……」。(電話)「カンズメ,カンズメジャクの……あの……ユズクユズク……」。(61年8月22日)

復唱例:〔今日は良い天気です〕「きょうはヨンセンチ……ヨンセンチ,ユンジューヨンセンチ,ゴセンチゴセンチ……」〔高い山があります〕「高い山がある……ここでここでやま……」(61年8月22日)。
〔今日は良い天気です〕「きょうはよう天気……あしたもよう天気……」〔太郎と花子が散歩にでかけました〕「セ,散歩散歩イリテ散歩にイリテイリテ……イリテ考えられんわ」(61年9月5日)。

会話例2:〔お仕事は何でした?お仕事?〕「お仕事はデンプデンプデンプデンプ考えていてイタイでイタイで考えているわ,考えているわ(↑)……」〔N工場はどこ?〕「N工場のデンプデンプデンプデンプカイカイカイカイカイヤテ,カン考えて考えているわ(↑)……」〔これ一号線の横にあるところ?〕「デンプデンプデンプデンプデンプデンプデンプデンプ○○○,○○○あるわ,デンプデンプいたいわ(↑)……」(62年5月13日)

6. 経過

反響行為は数カ月で消退し,61年11月頃以降はどのようにしても反響行為は誘発されなくなった。発話発動性はその後も時々数日~数週間低下し,発話量の減少を見ることがあったが,このような時にしばしば身体的条件の悪化が背景に見出された(例えば,発熱,皮膚病,等)。このような変動を見つつも,コミュニケーション

ン能力が大きく改善されることはなく、大声と声量増大現象、反響言語、等の主要症状は基本的には持続している。語句の反復症状の変化については既に述べた通りであり、発話がますます常同的になる一方で、錯語や語新作等の変化に富む言語症状は減少しほとんど見られなくなっている。

その後62年5月11日家人の都合でC病院へ転院し、同様な言語療法と理学療法が継続されているが、いずれも極めて困難で、不良な予後が予想されている。

III 考 察

本例は頭部外傷後遺症としての痴呆を背景にいくつかの極めて特異的な言語障害が出現した症例である。本論では以下の5点についてコメントし若干の考察を行なってみよう。

1. クレシェンド現象について

本例の発話を声量という観点から見て、観察された事実は次の5点である。(1)最初から大声で話しているか、(2)普通の声量で話し始めるが、徐々に大声になり(音程も少し高くなる)、終には絶叫に近くなるかどちらかであり、(3)普通の声量がそのまま維持されることは、体調不良で元気がなく発話発動性も低下している時以外にはほとんどないこと。(2)の場合の声量の増大は、(4)言語の反復症状が著しい時に特に顕著であり、また、(5)絶叫状態で発話が終了した直後に再度質問しても、次の発話は絶叫で始まらず、普通の声量に戻っており、再度発話しつつ声量が増大して絶叫に到るという経過が問答の度毎に繰り返されること。

言語病理学に於いて声量の変化や障害の問題は、プロソディー障害の項目に分類されると思われるが、このような発話しつつ声量が増大する現象は、少なくとも近年の言語病理学に関する限り、これまでほとんど注目されることはなかったのではあるまいか。ただし声量が低下する現象は、反響言語 (palilalie) (Souques) に於いてならば、痙攣性・異音性反響言語 (palilalie spasmodique resp. hétérolalique) (Sterling) の概念として既に記載されており、

一般に良く知られている (浜中, 1986; 波多野ら, 1987 b)。では本例のような声量増大現象をどのように考えたら良いのだろうか。

この問題に関連して我々が検討したのは Kretschmer のクレシェンド現象の概念である。Kretschmer (1949) は頭部外傷の頭蓋底骨折後の精神症状に於いて、眼窩脳症候群と間脳症候群 (Orbitalhirn- und Zwischenhirnsyndrom) を区別し、前者の基本症状として「辺域性統合」(sphärische Integrierung) と「力動的調節」(dynamische Steuerung) という二つの「機能方向」の障害を記載した。前者の「辺域」(Sphäre) とは「未だ形をなさない心的形象や情動などの素材がかもし出す雰囲気のことであり、この雰囲気は思考、談話、行動に際し意識の末梢部で共鳴するものである」——かなり抽象性の高い概念ではある——が、その障害によって出現する具体的な異常行動の種々の姿勢として、モリア・ふざげ症的脱抑制、特異な「機転のきかなさ」(Verlust des Taktgefühls), 「だらしない」(salopp), 「児戯的」(läppisch) 等と形容される態度、重篤時には道徳的抑制の消失、等々の種々の人格障害が挙げられている (太田, 1971; 大橋, 1965)。後者の「力動的調節」の障害は「思考過程、情動、発話並びに行為系列といった全ての心的領域に渡ることがある。経過はしばしば突発的で、思考の中断、引き出される判断の硬直さ、乱暴で爆発的な行為の開始が認められる。この患者の多くにはひっきりなしにしゃべりまくる衝動 (Rededrang) が認められる。特に興味深いのは力動性クレシェンド現象 (dynamische Crescendophänomen) であり、これは談話が最初は平穩に始まっても、次第により急速により大声になり続け、制止することが出来ず、最後に強烈な頭痛を伴う疲労困憊に到るまで続く」(Kretschmer, 1956)。また「この場合の力動的調節の挫折は、普通の爆発的なあるいは怒り易い人のように、一定の強烈な情動や気分依存に依存するということはない」(Kretschmer, 1949)。眼窩脳症候群にはこの他に、「情動性向の偏位」と「痛み知覚と人格的反響の解離」が挙げられているが、今それらの詳

細に立ち入る余裕がない。

さて本例の精神症状はおおよそその点で、以上に述べた眼窩脳症候群の記述にあてはまると思われ、それはそれで本例の人格解体に対する精神病理学的視点の一つたり得るが、特に今問題としているのは「力動的調節」障害の中の「クレシェンド現象」の概念との異同である。「強烈な頭痛を伴う疲労困憊」に到るまで止まらないという点で一つの相違点を認めざるを得ないが、この概念とは基本的な音量の増大現象そのものの外に、「ひっきりなしにしゃべりまくる衝動」や「一定の強烈な情動や気分依存」しない点などで、無視し難い一致点が見出される。そこで我々はこの行動異常を、上記の相違点について多少の留保をしつつ、「クレシェンド現象」概念を以って理解することが可能であると判断した。少なくともこの概念に極めて近縁であることは間違いないと思われる。

2. 言語の反復症状について

本例には急性期より言語の反復・繰り返しが高頻度に出現し、これが際立った特徴をなしていた。この症状が経過と共に変化を呈したことは報告した通りである。我々の治療の初期には——後に反復が固定的になる「デンプデンプ」や「いたいたい」等が見られないわけではないが——反復される語句の選択性が相対的に弱く、一応はどんな語句に対しても反復症状が出現する傾向があった。ところが経過と共に反復語句はいくつかの一定のものに限定され、かつ反復回数が増えて行き、やがては「デンプデンプデンプデンプデンプ考えているわ」という発話に典型的に見られるような、常同的な言語生産が発話の大部分を——全部ではないが——占拠するに到るのである。

後期の発話の常同性に二つの側面を区別する見方が可能かと思われる。一つは発話の中で「デンプ」、「いたいたい」、等の「語句」を直接反復するという。もう一つはどんな質問に対しても毎回「デンプデンプ～考えているわ」の如き常同的な応答に陥るということである。前者の語句の反復の形式は前後期を通じて見られ（内容的には貧困化するが）、後者は前期の発話には見

られなかった。これを Liepmann (1905) の保続分類に照らしてみると、現象としての前者は間代性保続 (klonische Perseveration) の概念に近く、後者は意図性保続 (intentionelle P.) に近いと言えないことはない。しかし前後期を通じて存在するのは間代性保続だけで、ただその程度と語句内容の豊富さが経過と共に変化したと考えても、後期の意図性保続様現象を説明することが可能であり、そのほうが2種類の保続が別様に経過したと考えるよりも説得的である。保続の分類については近年諸家によって多くの用語が導入されているが、いずれも原理として Liepmann (1905) の延長上にあると思われるので、ここではこれ以上言及しない。

Palilalia (反復言語) は Liepmann の分類では典型的な間代性保続と考えられ、かつて我々はその症例を報告しささやかな考察を試みたことがある (波多野ら, 1987b; 波多野ら, 1988)。この発話症状は自己の発話語句の反復現象であるが、この概念には反復される語句の内容に対する選択性は全く含まれていない。我々がこれまで報告した症例にも、反復は語または句のレベルで生じ、長い文や1個のシラブルが反復されることはないといった、言語の形式面の選択性 (または制限) は認められたが、内容的にはどんな発話内容であっても反復発話が見られ、これが palilalia の原則的な特徴であった。このような意味で本例の初期の言語反復症状は比較的 palilalia の概念に近いと言うことが出来る。

問題は後期の言語反復症状をどう考えるべきかということである。例えば単に常同症 (stéréotypie) (Falret) と言っただけではあまりに漠然としていて、本例の症状変化を特定することが困難である。Merzbach (1928) の「言語反復」(Sprachiteration) も同様で、これは上記の palilalia をも含む広い概念である。いずれもむしろ本例の前後期を含む言語の反復症状の総称としてふさわしいであろう。一方「再帰性発話」(recurring utterance) (Jackson) や「言語常同症」(verbal stereotypy) (Alajouanine) は全失語に観察される症状であり (波多野ら, 1987e), あくまで失語症状学に属する概念であるの

で、無条件で本例にあてはめることは出来ない。Pick病等にしばしば観察される「滞続言語」(stehende Redensarten) (Schneider, 1927) は Liepmann 分類の意図性保続に近く、特に反復発話内容には意味的・文法的なまとまりがあるのが普通で、同一の文を会話の脈絡とは関係なく常同的に発話する現象であり (Schneider の例は常時「おまえが気違いだ」と言った)、本例に対する該当性は同様に弱い。

この事態を表現する適切な概念を探し出すのは容易なことではないので、反復様態の分析という視点をひとまず保留して、言語行動全体の印象を考えてみたい。そこで思い浮かぶのは、古く Kahlbaum (1874) が「緊張病」(Katatonie) を記載した時、その言語症状の一つとして挙げた「語唱」(Verbigeration) の概念である (訳語は西丸 (1974) に従う)。Kahlbaum (1874, S 39) によると、「語唱とは、談話の外見を呈し(他者に向かって話す)、意味と脈絡のない語や文を自分だけで繰り返して発話するという精神病理的な現象」である。この概念規定はその限りに於いて一応本例の発話に該当しそうである。言うまでもなく本例は「緊張病」ではないが、現象としての症状が「緊張病症状」に分類されることは差し支えない。語唱の発話内容は、「日常生活や偶然のきっかけから、あるいは、例えば宗教といった、人間の関心の特殊な領域から引き出される」と原著に記述されており、本例の「デンプ」や「いたい」といった反復語句の選択性についても、「偶然のきっかけ」と考えられないことはない。しかもその後「語唱」の概念は、例えば、Merzbach (1928) では「多数の言語的の反復を伴う談話心迫 (Rededrang)」とされ、現在の Peters (1977) では「言語性常同症」(sprachliche Stereotypie) の同義語とされるに到っており、発話内容についての規定はほぼ消失してしまっている。本例に於いては前期には会話による情報交換が実質的にはほとんど不可能であっても、外見だけは会話らしい様子が見られた。後期になると発話は常同的に硬直し、外面的な「会話性」すらほとんど失われてしまって、いかにも「緊張病性」と形容するにふさわしい

性質が濃厚となる。その点から見れば、ここに「緊張病症状」の中核的存在である「語唱」を引用するのはそう見当違いではないであろう。例えば Kleist (1934) には、頭部外傷(戦傷)の急性期の観察例であるが、「言語の貧困化」(Wortverarmung) を伴う語唱の症例として少なくとも2例が記載されており(症例184, 223)、現象としては本例に似ていると言える。

今これ以上に記述的に適切な概念を探し当てることが困難であるのならば、差し当たってはこの「語唱」の概念に近いと理解しておくほかはないであろう。このように考えて来ると本例の言語の反復・繰り返しの現象は、全体として Merzbach (1928) の「言語反復」の概念で把握するとして、経過と共に表現された症状の変化については、前期は palilalia に近い状態で、後期は語唱に近い状態であったと記述することが可能である。これはあくまで現象論であるが、では何故このような経過が実現したのであろうか。本例に於いては報告した通り1回の頭部外傷以外に「病的過程」は知られていないので、この経過が脳内の「回復過程」の反映と考えるのが自然であろう。ただ経過を現象として見た場合、見方によっては増悪の印象を禁じ得ないという paradoxical な点を認めざるを得ないのである。例えば一つの説明として、本例では前後期を通じて「言語反復」または間代性保続を現象させる機序が基底にあり、前期にはこの上に言語・思考面の脱抑制症状が重畳して、言語の貧困状態がおおい隠され、一見 palilalia 様の外観を呈したのであったとは考えられないであろうか。そのような脱抑制機制が存在した根拠として、前期の作話症状、モリア的発話、錯語・語新作様発話、等々の言語要因を挙げることが出来よう。これらはいずれも慢性期には消退して観察されなくなり、その結果言語の「貧困化」が露呈したと考えられる。またこれらの要因の存在が前期の会話らしい外見を構成したのであって、情報交換不能状態は前後期を通じて実質的にはさして変わりはなかった。以上は経過の説明として今考えられる一つの見方であり、我々が暫定的に依拠した仮説であるが、極

めて多彩と言うほかはない頭部外傷後遺症の言語症候論がさらに成熟し充実されるのを待って、改めて再検討の必要が生ずる可能性は留保されている。

3. 反響言語について

本例に見られた反響言語は、相手の発話を完全に同じ形で繰り返す完全型ではなく、発話の開始時に相手の質問の一部を取り込むという形の減弱型である (Pick, 1924; 波多野ら, 1987 a, c, d)。もう一つの特徴は急性期～亜急性期に反響行為を伴った点である。頭部外傷後遺症に反響言語が出現することは必ずしも稀ではなく、さらにこれに反響行為を合併することも他に報告がないわけではない (橋本ら, 1986, 等)。Pick (1924) は脳損傷の急性期には反響症状が全て出現するが、経過と共に急速に消退するものと後まで残る持続的なものとがあって、反響症状内に於ける具体的表現型の選択性の問題を説明せんとした。この考え方は本例に対して適用不可能ではなく、こういう考案も成立する余地を考慮する必要があるだろう。

4. 言語行動と非言語的一般行動との解離について

精神運動性障害という観点から本例を見てみると、言語面と非言語的な一般的側面についてかなり大きな解離が認められる。患者は上述のように言語的に極めて不穏であるのに、普通であればそれに合せて予想される身体的不穏があまり見られないばかりか、一般的にはほとんど発動性低下の状態に近い。感情・情動的にも、発話がこれ程に興奮していれば、当然激怒に近い内容を体験していると思われるのに、「ケロリ」としていて、非常に paradoxical な印象を与える。もちろん他者の内的体験に立ち入ってそれを認識することは、特に言語障害の患者の場合容易なことではないが、少なくとも情動体験が言語行動から類推可能な状態でないことは間違いない。その意味でこのような事態は「見掛けの怒り」(sham rage) の生理学的な概念記載に近いと思われる。この種の情動・感情面の paradoxical な状態は、Klüver-Bucy 症候群や辺縁系痴呆を呈する前頭・側頭葉の内側・底面

あるいは広く辺縁系の脱落性・刺激性病変と関連すると考えられ (波多野ら, 1984), 頭部外傷例である本例に於ける、かかる部位の病的変化——CT 上視覚化されないが——の有する意味についての目配りも怠ってはならないであろう。

言語的な反響言語と非言語的な反響行為は急性期のみ合併した。言語的な反復症状が多彩に出現したのに対し、非言語的な行為の反復現象は見られなかった。このような言語的・非言語的行動の一致・不一致の問題は、言語を一般的な精神神経機能の中にどのように位置づけるかという大問題にも関連し、心理学・生理学・解剖学の広範囲に渡る議論の必要が予想され、拙速な接近は許されないと思われるので、今は問題の所在を指摘するにとどめる。

5. 言語障害の失語性並びに非失語性要因について

最後に本例の言語障害を失語性・非失語性言語障害という観点から考えてみたい。反響言語、特異な言語反復、クレシェンド現象は、いずれもただちにこれを失語性とみなすことは不可能であろう。しかし呼称例に見るように、音素性錯語 (例: 歯ぶらし→「カブラシ」)、意味性錯語 (例: 傘→「ハイカラ」)、音韻性語新作 (Poock (1982), 例: 眼鏡→「ユズル」) が出現することや、復唱・了解の障害が存在することは、失語性要因の介入を想定せざるを得ない。CT 病変が左半球側頭頂領域に見出されることも、言語障害の一部に失語が関与していることを示唆している。興味深く思われるのは報告の中で述べたように、発話中に意味性語新作 (Poock) や記号性錯語 (Lecours ら) の概念に該当すると思われる言語生産が、少なからず見られたことである。これらの言語症状は、失語に於いて観察されないことはないが、大量に発生するのはむしろ非失語性呼称障害 (non-aphasic misnaming) (Weinstein) や遷延性精神錯乱 (confusion prolongée) (浜中ら, 1969) といった非失語性の言語障害であり、本例の場合は量的にもかなりの大量であるので、この種の非失語性要因の関与をも考慮すべきであると思われる

る。

IV おわりに

以上一例の頭部外傷後遺症に見られた種々の言語障害を報告し、これを症候論的・記述的立場から若干の考察を行なった。既に記した通り頭部外傷後遺症の言語症候論は未だ完成には程遠い状態であり、十分に観察され正確に記述された症例報告の蓄積が期待されている。

付記：本研究の遂行に於いては生命保険協会より研究助成援助を受けた。ここに記して謝意を表する。

文 献

- 1) 波多野和夫, 松田保四, 太田幸雄, 他: 特異な精神神経症状を呈した頭部外傷後遺症の一例 — 前頭・側頭葉内側・底面症状に関する諸考察, 精神経誌, 86; 910-927, 1984.
- 2) 波多野和夫, 坂田忠蔵, 田中薫, 他: 反響言語 echolalia について, 精神医学, 29; 967-973, 1987 a.
- 3) 波多野和夫, 長峯隆, 笠井祥子, 他: 反復言語 palilalia について, 精神医学, 29; 587-595, 1987 b.
- 4) 波多野和夫, 木村康子, 関本達之: 聴覚性並びに視覚的反響言語を伴った超皮質性感覚失語の一例, 失語症研究, 7; 235-242, 1987 c.
- 5) 波多野和夫, 山岸洋, 国立淳子, 他: 「意図と自動症との戦い」(Sittig, 1928) — 反響言語のジャクソニズムの側面について, 神経心理, 3; 234-243, 1987 d.
- 6) 波多野和夫, 松田芳恵, 森宗勸, 他: 流暢性全失語について, 神経心理, 3; 181-186, 1987 e.
- 7) 波多野和夫, 森宗勸, 田中薫, 他: 反響書字について, 幻覚と妄想(浜中淑彦, 他編). 医学書院, 東京, 1988 (印刷中).
- 8) 浜中淑彦, 池村義明, 大橋博司, 他: 脳外傷後の遷延錯乱状態における錯語様言語障害について — 頭部外傷後の精神病理学知見補遺, 精神経誌, 71; 1308-1328, 1969.
- 9) 浜中淑彦: 臨床神経精神医学. 意識・知能・記憶の病理. 医学書院, 東京, 1986.
- 10) 橋本篤孝, 飯田仁, 大石昌明, 他: 右後頭部打撲で echolalia, echopraxia を来した両手利きの一例(抄). 臨床神経学, 26; 746-746, 1986.
- 11) Kahlbaum, K. L.: Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit. Verlag von August Hirschwald, Berlin, 1874.
- 12) Kleist, K.: Gehirnpathologie. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1934.
- 13) Kretschmer, E.: Die Orbitalhirn- und Zwischenhirnsyndrome nach Schädelbasisfrakturen. Arch. Psychiat. Zeitschr. Neurol., 182; 452-477, 1949.
- 14) Kretschmer, E.: Medizinische Psychologie. 11. Aufl. Georg Thieme, Stuttgart, 1956.
- 15) Liepmann, H.: Über Störungen des Handelns bei Gehirnkrankheiten. Karger, Berlin, 1905.
- 16) Merzbach, A.: Die Sprachiteration und ihre Lokalisation bei Herderkrankungen der Gehirns. J. Psychol. Neurol., 36; 210-319, 1928.
- 17) 西丸四方: 臨床精神医学辞典, 南山堂, 東京, 1974.
- 18) 大橋博司: 臨床脳病理学. 医学書院, 東京, 1965.
- 19) 太田幸雄: 頭部外傷の精神医学. 医学書院, 東京, 1971.
- 20) Peters, U. H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 2. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, 1977.
- 21) Pick, A.: On the pathology of echographia. Brain, 47; 417-429, 1924.
- 22) Poeck, K.: Klinische Neuropsychologie. Georg Thieme, Stuttgart, 1982.
- 23) Schneider, C.: Über Picksche Krankheit. Msch. Psychiat., 65; 230-275, 1927.

A case of head injury with some interesting speech symptoms
— Crescendo phenomenon, speech iteration, etc.—

Kazuo Hadano*, **Yoshie Matsuda****, **Yoshiharu Horikawa****,
Chuzo Sakata***, **Tarumi Yamaki******

* Department of Neurology and Psychiatry, Kyoto National Hospital

** Department of Speech Therapy and Neurosurgery, Rakuwakai Otowa Hospital

*** Department of Speech Therapy, Seikeikai Ohmi Spa Hospital

**** Department of Neurosurgery, Saiseikai Shigaken Hospital

A case of posttraumatic dementia caused by head injury in traffic accident is reported, in which some interesting speech symptoms were observed including crescendo phenomenon, speech iteration, echolalia and neologism. The speech of the patient usually began at a normal volume and then gradually became louder, ending at the top of his voice. This speech symptom was regarded as crescendo phenomenon originally described as a part of orbital brain syndrome by

Kretschmer (1949, 1956). The speech iteration was always observed during speech production but its nature changed considerably during evolution. It was regarded as a variant of palilalia in the acute stage and as a type of verbigeration (Kahlbaum, 1874) in the chronic stage. Symptomatological implications of crescendo phenomenon and speech iteration were discussed especially.