■第12回日本神経心理学会総会を終わって

# 「展望」「特別講演」「シンポジウム：成因からみた神経心理学」について

## ——神経心理症状発現の要因を探る——

志　田　堅四郎*

神経心理学は究極的には人間の言語，認識，行動の機序を明確にする臨床科学である。

現代では CT，SPECT，MRI，PET など種々の画像診断の助けを借りて，症状発現と同時進行的に，しかも臨床的に安全に病巣を検索できるようになった。これらの画像診断は脳血流，脳代謝，さらに神経伝達物質などの検討まで行なって，よりダイナミックな解釈が可能になりつつある。

なるほど，画像診断の発達は症状を説明する従来の「仮説的」な病巣を直接的に描出することに，いくつかは成功している。しかし検査手段の適応や解釈に多くの問題を残しているとして，「展望」では「神経心理学の方法論への序説」と題して，名古屋市大の濱中淑彦教授に話をしていただいた。

心理的作業負荷ごとに脳の血流分布が異なるという成績から，PET の所見も安静時のみでは不充分で，負荷作業時の代謝がチェックできるまで至らねばならないし，これからの画像の解釈に先立って，何よりもまず認知心理学的分析が充分行なわれねばならないと強調された。しかしたとえ認知心理学的手法とはいえども古典的 diagram maker と同じく理論のみを弄び，臨床例からあまりにも掛け離れた行き過ぎた議論に対して，厳しく批判された。

伝導失語の disconnexion 仮説に対して，その誤りが，all or none ではないと批判され，これら従来の臨床症状の「誤」反応の不均一性の例として，純粋失読（逐字読み，グローバルな読み）を挙げられた。また通常の臨床例の病変はあまりにも粗大で，数多くの異質の subsystem を同時に含み，一つの臨床症候群を示す病変の共通項を取り出す方法論は，症状の統計的分析などとも類似して，徹底的に調べられた症例報告の重要な知見の多くを失うことになる。ここでもまた臨床症状分析の充分な検討の妥当性を重ねて強調された。

Cleveland Clinic Foundation の H. Lüders 教授は特別講演で，てんかん患者手術例の術前に慢性硬膜下電極法による検索で，Penfield らの報告した Broca 領域，Wernicke 領域，および補足運動野の三つの言語領域に，新しくさらに基底側頭葉領域を加え，これらの領域の刺激による差異は純粋失語障害から一般的随意運動障害の合併の有無にあると述べられた。またその刺激効果の部位は損傷脳での研究に比べて，極めて小さい領域であることを示された。

シンポジウムは「成因からみた神経心理学」（司会：平山恵造教授，植村研一教授）であった。大脳機能局在の検討は有史以来，外傷，てんかん，腫瘍，手術例，脳血管障害（CVD）などでなされてきた。中でも CVD は①その症例数の多さ，②局在診断の容易さ，③false localizing sign のないことから，もっぱら利用されている。しかしこの CVD も①老齢者が多く，②多くは先行する潜在病変が存在し，③また CVD 特有の好発部位の偏りがあるなどの

* 大牟田労災病院，Kenshiro Shida：Omuta Rosai Hospital, Fukuoka.

特徴を有し，④その障害病変は変性疾患などと異なって，細胞選択性の障害ではなく，血管支配領域の組織破壊は無選択的に各種組織構造や細胞群すべてに及ぶ状態にあるなど，いくつかの問題が存在する。

峰松一夫氏は慢性期のCVDを検討し，同一タイプの失語症でも病因によって，異なる病巣分布がみられることを示して，症状分析における病因の重要性を強調された。

沢田徹氏は急性期CVDを対象として，峰松氏と異なって，出血と塞栓では病因による症状発現の差異はなく，病状は傷害部位に依存すると強調された。急性期病巣をCTで調べて畳重像を用いて，症状発現のいくつかの新しい部位を見出した。これらの部位は偶然の副病変の可能性もあるが，いずれにしても急性期の症状観察はCVDの病態を知る上で重要な指標を与えると述べられた。後の討論で，「症状発現の要因は一体病因と病変のいずれなのか？」という森悦朗氏の質問に答えて，峰松氏は「症状発現は確かに病変ではあるが，CT病変の解釈で，病因による好発部位，血管閉塞様式が異なるので，病因を知っておくことは，CTに具現しない病変を推定する上で重要である」と強調された。

大塚顕氏は脳腫瘍の臨床例を検討して，組織の性質の違いによる脳実質傷害や浮腫部位により症状発現は差異がみられると述べ，「術後経過は自然経過の症例とは症状発現の様式が異なるのではないか？」との山鳥重氏の質問に答えて，「浮腫がとれるか，または対側半球の代償機能などによって治るもの，逆に症状が発現するものなどさまざまである。左頭頂葉の神経膠腫は術後後遺症を残しやすい，側頭葉や後頭葉も半々である」と部位による代償機能の差異のあることを示された。

本村暁氏は脱髄性疾患，特に多発性硬化症を検討して，「痴呆の発現頻度が少なくないのに比べて，失語，失行，失認の頻度は少なく，明らかな失語症状の発現は1％以下である。脳梁のWetter Winkelの脱髄も明らかな脳染離断症状を示さず，失語症状ではmass effectを伴う例もある，多発性病変を有するMSに失語の少ない理由は充分な大きさの病巣が少ないからであろう」と述べ，またBroca失語例が多いことは若年発症が多いためと考えられた。同様な一般演題の森悦朗氏の例(演題A44)が紹介された。

横山和正氏はAlzheimer病（ア病）とパーキンソン病（パ病）の記憶障害の機序を比較して分析した。ア病の初期の前向記憶の障害は注意の問題，記号化や把持の障害などにより修飾されていて，パ病のそれと異なる。パ病に合併する痴呆は両者の単なる合併ではないことを示された。これらシナプス病の神経心理学的検索は今後の問題であると思われる。

井上有史氏はてんかん研究の最近の知見を自己の症例を中心に述べられた。特に小児期の成熟段階で異常脳波に対応して出現するてんかん性失語症候群や計算，思考決断といった行為の企図が不可欠な側面をもった反射てんかんに触れられた。また側頭葉てんかん患者のアミタール頸動脈注入後，記憶（視覚，聴覚，触覚）検査の成績の検討や，側頭葉の切除術後にかえってIQの上昇することから，一側焦点性機能異常はその局所に納まらず，より広範な影響を両側性多焦点性に与えていることが示唆されると述べられた。終わりに現在は発作間歇期の研究が主体であるが，ictalの研究も重要であると強調された。

最後に長畑正道氏は発達障害では，脳は可塑性に富むため，年齢が若い程回復しやすいが，複雑な構文の理解や表出など高次の言語機能の障害が残り，読み書きや算数の学習が振わない。これら学習機能障害の理由に読み書き障害の習得に用いられるべき脳の領域が言語機能の肩代りをしているため，新たな学習が妨げられると推測されると述べられた。しかし笹沼氏はそれに賛同しながら，WAISのVIQがPIQより低かったものが，後にVIQが上昇して逆転する理由が説明できないと述べられた。さらに長畑氏は発達性言語障害では受容面の障害は表出面の障害を必発し，単純な文しか話せないなどのいくつかの特徴を説明し，また発達性

Broca 失語や Wernicke 失語の存在は明確ではないと述べられた。

以上神経心理学は今日すでに単なる総論から各論の時代へ移り，次元の異なる多様な脳機能障害の在り方をただ単に各論の中にのみ留まらず，互いにこれら知見を積極的に突き合わせて行なってこそ，この領域の研究の広がりと深まりが得られると期待され確信された。