

■原著

再帰性発話の回復経過について

—ジャクソニズムの視点より—

波多野和夫* 堀川義治** 松田芳恵*** 天神博志**** 濱中淑彦*****

要旨：再帰性発話（RU）を呈する全失語例の言語治療における継時的症状変化を追跡した。本例の発話は縦断的に、無言症の第1期に引き続いて、「ア、シュシュシュ」という形式の硬直した完全な常同的発話の第2期、プロソディーの豊富な「シシアン」とその変型が優勢になる「亜常同的」発話の第3期、「〇〇チャント」という「半常同的」発話の第4期を経て、最後にRUが消失し、意図的・命題的発話が徐々に優勢になる「非常同的」発話の第5期へと経過した。この過程を Alajouanine (1956) のRUの4段階回復説と照合した。高次神経機能障害のリハビリテーションの理解のために、ジャクソニズムの視点が有効であることを指摘し、その重要性を強調した。 **神経心理学**, 5; 171~178

Key Words：再帰性発話, 全失語, ジャクソニズム, 自動言語, 意図と自動症との戦い
recurring utterance, global aphasia, Jacksonism, automatic speech, Kampf zwischen Automatismus und Intention

I はじめに

近代の失語研究が「タン・タン」氏 (Broca, 1861) の再帰性発話 (recurring utterance, 以下RUと略す) の症例報告から始まったことは周知に属する。しかしその後のRU研究は、華々しい登場とは対照的に、むしろ貧困と言ったほうがふさわしいようである。現在でも「教科書の多くがこの興味深い失語現象に言及しないのは奇妙ですらある」(Poeckら, 1984) と慨嘆される程である (波多野, 1989)。我々は最近、一例の重症の失語患者の言語治療の過程の上で、RUが出現し、これが継時的に変化し、やがて消退する経過を観察した。以下にこのリハビリテーションの実情を報告し、その経過の症候論的な考察を試みたい。

II 症例報告

1. 症例

昭和24年生まれ的女性。右利き (血縁に左利きなし)。高卒。既往歴、家族歴に特記すべきものなし。

2. 病歴

昭和62年10月7日、視覚障害のため近医に相談し、精査のためA病院を受診。複視、右同名半盲、などの臨床症状とCT所見より脳腫瘍と診断された (発症時38歳)。10月14日、B病院脳神経外科へ転院。11月9日、左側開頭術・腫瘍摘出術が行なわれた。腫瘍は左中・後頭蓋窩を占領しており、全摘が容易でなく、手術は20時間に及んだ。神経病理学的には Schwannoma (左三叉神経神経鞘腫, ganglion type) であった。術後右半身の運動・感覚障害、全失語、視

1989年3月20日受理 [共同執筆者] 浅野紀美子

Evolution of Recurring Utterance from a Jacksonistic Point of View

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

** 洛和会音羽病院脳神経外科, Yoshiharu Horikawa: Department of Neurosurgery, Rakuwakai Otowa Hospital

*** 洛和会音羽病院言語室, Yoshie Matsuda: Division of Speech Therapy, Rakuwakai Otowa Hospital

**** 京都府立医大病院脳神経外科, Hiroshi Tenjin: Department of Neurosurgery, Kyoto Prefectural University of Medicine

***** 名古屋市大病院精神神経科, Toshihiko Hamanaka: Department of Neuropsychiatry, Nagoya City University

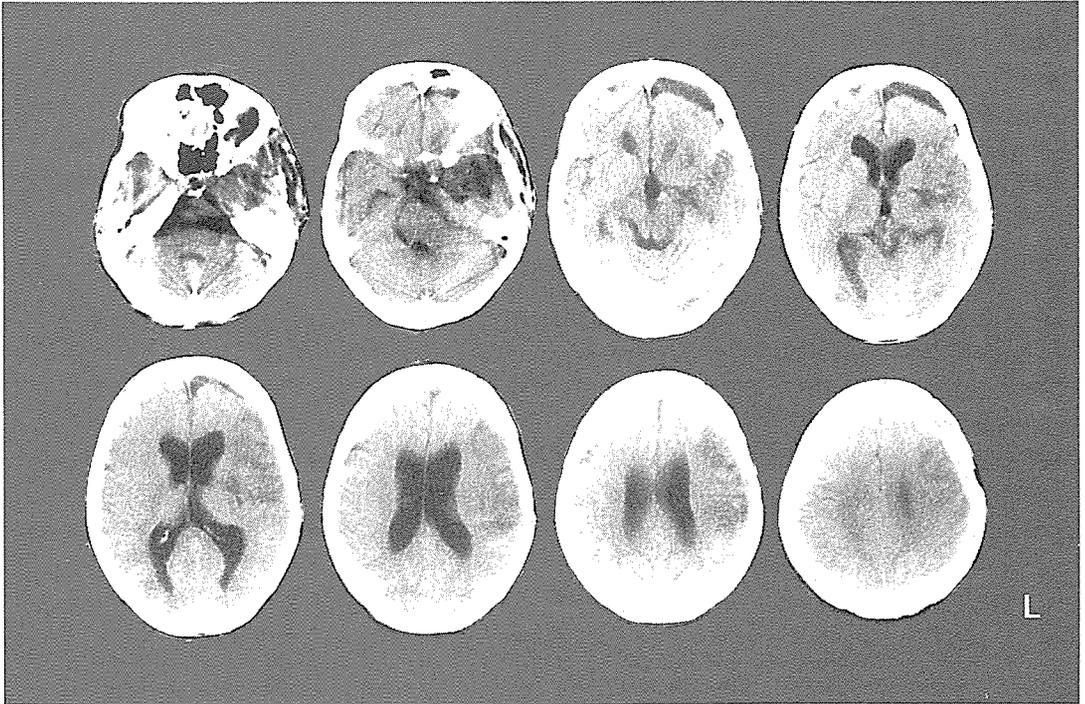


図1 X線CT(昭和62年12月16日)

野障害, 左動眼神経障害, 左眼瞼下垂の状態に陥った。術中の視野確保のため脳実質が長時間圧排され, その結果脳実質の機械的損傷と循環障害が起こったと思われた。CTでは左中大脳動脈 MCA 領域に広範な低吸収域が認められた(図1)。言語障害は極めて重篤で, 稀に「アア」程度の未文化な発声を見る以外には, 完全に発話不能な無言状態であった(以下, 術後のこの時期を第1期と呼ぶ)。同年12月14日, リハビリテーションを目的に再びA病院に転院し, 以後, 理学・作業・言語治療を受けている。

3. 転院時の言語症状

12月19日, 言語室初診。未だ急性期にあって表情の変化に乏しく, 生々した様子は見られないが, 問いかけに対しては必ず発話反応がある。発話は全て「ア, シュシュシュ」という形のRUである。「ア」と「シュシュシュ」の間に一瞬休止が入り断続することが多い。「シュシュシュ」は時に「シンシ」とも聞こえる。アクセントやイントネーションの変化はほとんど

なく, 語音もプロソディーも極めて常同的である。「シュ」というシラブルの繰り返し数は3~4回が多い。その「アシュシュシュ」という連続を一つの単位として, これを断続的に2回繰り返すことが多いが, 稀には4回に及ぶことがある。発話の際の身振りがかなり豊富に出現するが, そのパターンはほぼ次の3種に限られていて, 左手で上方を指差し, 母指と示指で丸を作って空中にかざし, あるいはこれをL字型にして左口角に当てる, といった動作だけを, 発話しながら常同的に繰り返す。発話と身振りを総合しても情報の表出伝達は事実上ない。SLTA(図2)が示すように, 了解障害も重篤であり, 全失語と診断された。以下, この「ア, シュシュシュ」という形式の完全に硬直したRUの時期を第2期(62年12月中~63年1月初)と呼ぶ。以下に発話例を示す。[]は検者, 「」は患者の発話, 「……」と「,」は休止の長短を, 「_」(アンダーライン)は構音障害によって著しく語音の歪みが見られる発話を表す。

る。明らかに随意的と判断される言語はまだ見られないが、まず復唱課題において、口形を模倣させつつ復唱させると、著しい構音障害を伴ってはいるが、目標語と同定し得るような、RUとは異質な発話が出現するようになり、その後徐々に復唱は構音障害を伴いつつも、可能な幅が単語レベルから文レベルへと広がって行く(発話例4)。特記すべきは、この頃より歌唱に応ずるようになったことである。例えば「汽車」の絵を見せて、「汽車汽車シュッポシュッポ……」の歌を促すと、「キシヤキシヤシッチョシッチョ、チッチョチッチョシッチョチョ……アーシシシ、シシアー、アシシ……チッチョッチョ」(1月30日)と「歌」い、出だしはそれらしく聞こえるが、途中で常同化する様子が見られた。

発話例3(会話):[ご気分はいかがですか?]
「ア、シシアン」[ん?]
「ウン……シシアン、シシ」[いいの?]
「ア、シシアン……ウン」
[お正月はどうでした?]
「ア、シシアン、シシアン……ウン……ア、シシアン……ア、シシアン」
[毎日OTやっているんだって?]
「アーン、シシアン……シシアン……ウン」(63年1月9日)。

発話例4(復唱):[かさ]「ファーファ……ササ……ファース」(1月9日)。
[テレビ]「ケレビ」。
[ラジオ]「ラシュオ……ラジュワ」。
[看護婦]「ファン……ファンヒ……ファンギョフ」。
[今日は良い天気です]「ホー……ホーア、チチオン……オチチオ」(1月30日)。

「シシアン」を中心とするRUの時期は63年3月末頃まで続き、4月に入るとやや唐突にこのRUが「アジチャント、オジチャント」といった発話に置き換わる(発話例5)。これ以後「シシアン」はほとんど見られず、当初稀に見られても、「シシ」の部分が消えて、単に「アン」という「語尾」だけをやや強いアクセントで、鼻に抜いて甘えるように話す程度であった。これに換わって主流となった「アジチャント、オジチャント」という発話はこのパターンが比較的多いが、「ジーチャント、フーチャント、シーチャント、イチチャント、イジチャント」

ト」等の変形が多く、しかもこのいずれか二つが連続して発せられることが多い。このようにこの時期は「○○チャント」という「半常同的」とも言うべき発話が前景を占めており、そのうち「○○」が変化して、「チャント」の部分が常に同一の形をしている。この「半常同的」発話が優勢となる時期を第4期(63年4月初~7月初)とする。この頃より、会話の上でのyes/noの区別が明確になり、「ハイ」(肯定)、「イヤ」、「アチャウ」、「イチヤ」(否定)などの発話が増え、自己の名前や挨拶語を言うようになり、常同的な発話パターンとは明らかに異質の、構音障害を伴う発話が増えてくる。復唱検査は短文なら可能になり、呼称においては保続と構音障害を伴う語新作が前景に出る(発話例6)。

発話例5(会話):[今日はおうちへ帰るの?]
「ハイ」[外泊するの?]
「ハイ」[ご主人は?]
「ウン……イーチャント、オジチャント……アチャ」
[誰と?]
「アージチャント、オージチャント」
[おうちで?]
「チャ……チャ……ジーチャント、オジチャント」
[ご主人が手術するんだって?]
「アジチャント、オージチャント」
[手術するって聞いてるけど?]
「ハイ」
[どこの病院で?]
「ウン……アジチャント、オー」(4月9日)。

発話例6(呼称):[時計]「コー、エート……テレビ(保続)」。
[靴]「ファイド……ファイヤ」。
[傘]「キタジ……タイヨ」。
[電話]「チョ……タイヨ(保続)」(4月9日)。

5月中旬より周囲の人の言葉をそのまま発話する反響言語が出現する。これは最初偶然耳にした単語を完全な形で反響する形であった。6月に入ると、命題的内容を有する発話が多々出現し、それにつれて自己の発話に対する病識がより明確化する。検査を嫌がったり、訓練内容によっては拒否的になったりし、抑うつ的なことが少なくなき、気分変動が目立つようになる。6月下旬には、反響言語は減弱化し、文末が変化するようになり、身振りは一段と豊富になり、また指示的な意味内容を有する身振りが多くなる。

7月初旬には「〇〇チャント」という半常同的発話が稀になり、第5期（それ以降）に移行する。行動は活発化し、単独で院外外出をし、買い物をしてくる。会話中には「ここ」、「知らん」などという非常同的な発話が多くなる。これらは一応意味を有しているが、命題点価値はさほど高くなく、どんな会話の文脈にもかなりの適合性を示し、完全に自動的でも完全に随意的でもない「半自動的」発話である。このような発話に混じって、構音障害を伴いつつも、はっきりと意図的にかつ命題的にも充実した一語文が出現し、それが徐々に多くなりつつある。

5. 言語治療について

年齢が若いこともあって、転院直後より週4回以上の強力な言語治療が試みられた。内容的には、聴覚言語の理解能力と文字の読解・書字能力を高める訓練を集中的に行ない、これに併せて非言語的な手段を伸ばし、コミュニケーションの機会を広げる意味で、積極的にグループ訓練に参加させた。RUに対する特異的な治療、例えばこの発話を抑制的に限定する治療は(Poeck, 1982)、特別には施行し得なかった。

6. その他の症状について

一般内科的には特記すべき異常はない。神経学的には、左Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ脳神経麻痺、右同名半盲、右半身の運動・知覚不全麻痺が認められた。これらの神経症状は運動・知覚不全麻痺が徐々に改善した以外は、経過上大きな変化は見られなかった。神経心理学的には、失語以外に、口部顔面失行、観念運動失行が急性期に認められたが、徐々に消退し軽微になった。構成障害はなかった。

III 考 察

本例の言語表出は、第1期の無言症的段階、第2期の完全に常同的なRUの段階、第3期の「亜常同的」なRUの段階、第4期の「半常同的」な発話の段階、第5期の常同性をほぼ消失した段階、という経過をたどったと要約出来る。この経過は常同性が徐々に低下して行く過程であり、それに合わせて、不随意的・自動的発話が徐々に減少し、それだけ意図的・命題

的発話が増加して行く過程でもある。

Alajouanine (1956) はRUの経過についてまとめた見解を表明したほとんど唯一の論文ではないかと思われる。彼は自検のRU例30例を経過的視点より、一過性(1カ月以内)にRUが消失した6例、1カ月～2年の経過と共に変化した長期持続性RU例13例、経過上変化のないRU例11例の3群に分類し、その経験を基礎として、完全に常同的発話であるRUが経過と共に変化して、消失に到るまでを次の4段階に記述した。(1)「常同的言語表出の組成分化が生じる段階」。RUの音韻的形式は同一のままだが、速度やイントネーションなどのプロソディーに分化が出現し、情動変化の色付けや豊富な身振りも加わって、喜怒哀楽、肯定・否定などの伝達に成功できるようになる。(2)「不随意発話をチェック check する段階」。徐々に病識が出現し、自己のRUを阻止しようとし、発話の常同性が低下する。例えば、RUが途中で急に緩徐または小声になったり、あるいは意識的に発話を急いでRUを追い払おうとしたりし、徐々に随意的な言語が出現する。(3)「浮動的発話の段階」。RUの常同性がさらに低下し、状況によって大きく変化したり、本質的に異なった言語表出が介入したりして、発話が「浮動的」になり、時にかなり高度に随意的な言語表現が出現し、自動的発話と随意的発話がはっきりと混在する。(4)「言語常同症が完全に阻止される段階」。RUはほとんど出現せず、不随意的・無意識的な発話が随意的・意図的な言語によって克服される。この段階の失語型はBroca失語であり、主要症状は失文法または失構音である。

Alajouanine (1956) 自身は、全てのRUがこの順で固定的・義務的に経過するとは限らず、むしろこの「段階」はRUの組成解体の四つの「側面」と考えたほうが適切なことがあると注釈する。またこの見方は、RUを主徴とする全失語と失文法・失構音を主要症状とするBroca失語との連続性を強力に支持している。このような彼の経過論の背景にあるのは言うまでもなく明瞭なJacksonismである。彼

は言及しないが、この構想は Jacksonism をドイツ語圏に導入した Sittig (1928) の「意図と自動症との戦い」(波多野ら, 1987 b) という概念と基本的に同一の論旨と言えよう。これは自動的行為と意図的行為が同一場面で競合的に出現する事態の象徴的な表現であるが、反響書字(Sittig, 1928)や減弱型反響言語(Pick, 1924)の古典的記載のみならず、道具の強迫的使用現象(本村ら, 1988)を始めとした他の多くの「高次」神経機能障害の中にもその事態が指摘されている。RUの経過的变化もこの種の自動的発話と意図的発話が競合しつつ、徐々に後者が前者を克服していく過程であると考えるのが妥当であり、本例もまたその例外ではないことは言うまでもない。

一方 Poeck ら (1984) は、「標準的非流暢性全失語」(波多野ら, 1987 a) はかなり回復することがあるが、CV(母音・子音)RUのみを発する「非標準的流暢性」全失語は自然回復も治療効果もほとんど絶望的であるという「悲観論」(Lebrun, 1986)を結論とした。さらに加えて、上記のRUの段階的経過などは一度も観察したことがないと述べて、Alajouanine (1956)とは際立って対照的な見解に立っている。本例の第2期の「ア、シュシュシュ」というRUは、「ア」を除けばCVRUであり、おそらくは基本的にCVRUにかなり近いものと考えられるが、その後の経過はPoeckら(1984)の説に一致せず、そうであれば「悲観論」にも再考の余地があることを示唆している。

本例のRUの変化は全く不規則に生じたとは考えにくい。第2期の「シュシュ」というCVRUは最終末尾が鼻音化して第3期の「シアン」へ変化した。次に「シアン」が「チャン」に変形して、第4期の「〇〇チャント」という半常同的発話に到ったと考えられる。このように本例では、RUが音韻的な関連のもとに変形していったとすることができる。このことがNMRU(non-meaningful RU, Code, 1982)一般に対して法則化し得るか否かは、他に事例が少ないので今のところ決定し得ない

が、今後検討に値する興味ある問題として提起したい。というのも、もう一方の实在語のRUであるRWRU(real word RU)が経過的に変化する場合にはどのような法則性が見出されるのかといった興味もまた湧出するからである。例えば、後者の場合には意味的な関連で変化するのだろうか。それとも前者と同様に音韻的な関連のもとに変形してRWRUからNMRUに移行するような症例も存在するのだろうか。RUについては最も基本的な臨床的事実に関して、症例の蓄積に乏しいと言わざるを得ない。

本例の病変は、手術中に加わった脳実質や血管への圧迫による物理的損傷と循環障害によって成立したと推定される。術前には言語障害は認められなかったから、腫瘍そのものの言語への影響は少なくとも決定的なものではなかったと思われる。脳実質の物理的損傷(あるいは脳挫傷)が病変形成の上で重要な要素であるとするれば、通常の血管性失語でRUを呈した場合と本例との間に、何らかの症候論的な差違が存在したとしても——例えば、「悲観論」への不一致——、それを説明することがあるいは可能かもしれない。

RUの病変部位についての研究も多くはないが、常に強調されているのは基底核損傷の重要性と右半球の関与である(Poeckら, 1984, 波多野ら, 1988 c, d)。Brunnerら(1982)やWalleschら(1982)はRUが、皮質病変だけでも基底核病変だけでも出現せず、ただ両者が組合わさった時だけ、特に基底核とWernicke領野の両方を包含する病変例でのみ見出されたと述べた。Broca領野については、その病変のみでも、その病変に基底核またはWernicke領野病変のどちらか一方を伴っても、RUは出現せず、RU発現におけるBroca領野病変の役割に対して消極的な結論に到った。この問題を追試した滝沢ら(1988)もこの見解に支持的であった。

このような言語領野に関連する議論は常にRUが「失語性」言語症状であるという暗黙の了解を前提としているように思われる。本例を

経験した我々には、RU がどこかで言語学や失語学の枠をはみ出してしまふ現象のように思われてならない。第2期の極めて常同的で形式的硬直したRU（「ア、シュシュシュ」）には、やはり常同的で形式的硬直した身振り（指をL字型にして口に当てる、等）が伴った。その後第3期から以後、RUの形式の自由度の上昇とほぼ完全に軌を一にして、身振りや動作の方もその形式の硬直性が薄れ、意図的・随意的になって行ったと見ることができる。本例における表出行動としてのRUの起源は（少なくとも起源のうちの一つは）言語・非言語の分化が生ずる以前の段階にあったのではないか。例えば Poeck (1982) は全失語の重大な特徴の一つとして、利用し得る音素目録の狭小化を挙げているが、これを背景にRUを見れば、ほんの数個の音素だけが利用可能な状態であるに過ぎない。また別に Poeck ら (1984) は、RUにおける「示差的特徴」を喪失した語音は言語学的な概念である「音素」というに値しないと述べている。「ア、シュシュシュ」という発話が「音素」でないとすれば一体何か。要するにこれはもはや「言語」とは言い得ないのであり、言語をその一部として含むところのより一般的な表出行為の解体としてRUを理解する道を開いておくべきであると考え。ここに失語学におけるRU研究の困難さと興味深さがある。

この種の言語・非言語の分化以前の段階に起源を求め得る表出現象は、他にもその例がある。例えばその一つが反響症状である。反響言語と反響行為 (echopraxia) は成人の臨床例で時に合併して出現することがある (波多野ら, 1988 a)。小児の精神発達においては一方が単独で現われることの方がむしろ稀であろう。Pick (1924) は反響症状が全て同根であり、発症初期には全ての反響症状が見られ、経過と共に選択されていくと考えた。本例にも一時観察された反響言語も、この関連で見ると興味深い。また最近我々は「強迫的行動 (群)」においても言語・非言語の壁を貫通した現象が発現することを指摘した (波多野ら, 1988 b)。

最近我々は本報告とは別個にRUの経過に

関する研究を行なった (浅野ら, 1988)。本例とは別のリハビリテーション施設で言語治療を受けた9例のRU例の内訳は、1例の悪化例 (脳腫瘍) を除いて、改善例4例 (Alajouanineの段階1→3が2例、段階2→3が1例、段階1→4が1例) と非改善例4例 (段階1→1が1例、段階3→3が3例) であった。特に段階1→4へ改善した1例は、発症1カ月後に段階1であったRUが、数週間で急速かつ完全に消失し、失構音・失文法を伴う Broca 失語へ移行した症例であり、RUの変化に段階性はなく、ほとんど一挙に消退したと言う外はなかった。こうして見ると本例のように、一段一段階段を踏みしめるようにRUが亜急性の段階的变化を見せ、遂に消退するという経過が観察される機会はそう多くはないと考えられる——これが本例を報告する理由の一つである。そうであるとすれば、本例の経過と病変の成立事情の特殊性 (単純な血管性病変ではなかったこと) との間に関連を指摘できるかもしれない。この可能性は今後の類似例の経験を待って解決されるべき問題として、さしあたりは留保すべきであると考え。

文 献

- 1) Alajouanine, T. : Verbal realization in aphasia. *Brain*, 79 ; 1—28, 1956.
- 2) 浅野紀美子, 滝沢透, 波多野和夫, 濱中淑彦, 森宗勸 : 「再帰性発話」を主症状とする失語症例の経過と予後. 第12回日本神経心理学会, 福岡, 1988.
- 3) Code, C. : Neurolinguistic analysis of recurrent utterance in aphasia. *Cortex*, 18 ; 141—152, 1982.
- 4) 波多野和夫, 松田芳恵, 森宗勸, 濱中淑彦, 大橋博司 : 流暢性全失語について. *神経心理*, 3 ; 181—186, 1987a.
- 5) 波多野和夫, 山岸洋, 国立淳子, 濱中淑彦, 戸田圓二郎 : 「意図と自動症との戦い」 (Sittig, 1982) ——反響言語のジャクソニズム的側面について. *神経心理*, 3 ; 234—243, 1987b.
- 6) 波多野和夫, 松田芳恵, 堀川義治, 坂田忠蔵, 山本垂水 : 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——頭部外傷言語

- 症候論補遺. 神経心理, 4; 108—117, 1988a.
- 7) 波多野和夫, 国立淳子, 大橋博司, 濱中淑彦, 大塚晃, 山上達人: 強迫的行動について. 失語症研究, 8; 251—259, 1988b.
- 8) 波多野和夫, 坂田忠蔵, 辻麻子, 宮本泰文, 濱中淑彦: 交差性再帰性発話の稀少性に関する一試論. 神経心理, 4; 189—195, 1988c.
- 9) 波多野和夫: 再帰性発話をめぐる諸問題——その失語学と精神医学的意味について. 精神医学, 31; 336—343, 452—457, 1989.
- 10) Lebrun, Y.: Aphasia with recurrent utterance: A review. Brit. J. Dis. Comm., 21; 3—10, 1986.
- 11) 本村暁, 藤原一男, 本多義明, 佐藤能啓: 「道具の強迫的使用」の一例——特に抑制行動の多様性について. 神経心理, 4; 118—124, 1988.
- 12) Poeck, K.: Klinische Neuropsychologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1982. [濱中, 波多野訳: 臨床神経心理学. 文光堂, 東京, 1984].
- 13) Poeck, K., de Bleser, R. and Graf von Keyserlingk, D.: Neurolinguistic status and localization of lesion in aphasic patients with exclusively consonant-vowel recurring utterances. Brain, 107; 199—217, 1984.
- 14) 滝沢透, 浅野紀美子, 波多野和夫, 濱中淑彦, 森宗勲: 「再帰性発話」についての検討. 第12回日本神経心理学会, 福岡, 1988.

Evolution of recurring utterance from a Jacksonistic point of view

Kazuo Hadano*, Yoshiharu Horikawa**, Yoshie Matsuda***, Hiroshi Tenjin****, Toshihiko Hamanaka*****

*Department of Neuropsychiatry, Kyoto National Hospital

**Department of Neurosurgery, Rakuwakai Otowa Hospital

***Division of Speech Therapy, Rakuwakai Otowa Hospital

****Department of Neurosurgery, Kyoto Prefectural University of Medicine

*****Department of Neuropsychiatry, Nagoya City University

A stepwise recovery of recurring utterance in a case of global aphasia was reported. The evolution of symptomatology in the language rehabilitation was analysed with the four-stage

recovery hypothesis of recurring utterance, which was proposed by Alajouanine (1956) from a Jacksonistic point of view.