

■シンポジウム：エクセプション

ジャルゴン失語における例外例について

波多野和夫*

要旨：語新作ジャルゴン失語 (NJA) の自験例 39 例を検討し、NJA における例外例について考察した。1) 若年性の NJA はないという見解があるが、45 歳未満の発症の NJA が 4 例あった。この 4 例はいずれも脳梗塞ではなかった。2) 右半球病変のみによる交差性 NJA はないが、NJA の発現に右半球病変の成立が深く関与している症例が 3 例あった。3) 変性疾患を背景とする NJA が 2 例あった。4) 特異な経過をたどった NJA が 4 例あった。5) 特に、伝導失語から Wernicke 失語を経て NJA を呈するに到った症例を詳細に検討した。例外例研究の重要性に言及した。 **神経心理学 15 ; 93-100, 1999**

Key word : ジャルゴン失語, 例外例, 語新作
jargon aphasia, exception, neologism

I はじめに——自験例 39 例について

ジャルゴン失語の例外例に関して検討せよという宿題が、渡辺俊三会長から与えられた。ここでのジャルゴン失語の話題は、語新作ジャルゴン失語 (neologistic jargonaphasia, NJA と略す) に限定させていただく。

1983 年以降の 15 年間に筆者自身が経験した NJA は 39 例ある。全例右利きである。表 1 にその一覧表を掲げる。病変部位不明の 1 例 (症例 31) は病院閉鎖のため情報が得られない。発症時に左片麻痺を呈した例は、右半球病変の成立と NJA が同時であったことを表わしているので特に注目した。

患者の発症年齢は平均 65.1 歳、標準偏差 (SD) 12.0 歳。最高齢は 82 歳、最年少は 35 歳。かつて脳梗塞の失語 117 例をまとめた時に取った統計では (波多野, 1985), 失語患者の平均は 59.3 歳、SD は 17.6 歳であった。単純に t

検定できるとすれば、有意差はない ($t = 1.9027, p > 0.05$)。

発症よりの検査時点は平均 2.9 カ月。脳梗塞性失語群の場合は平均 6.4 カ月 (SD 10.5) であった。性別は男性 27 例 (69%), 女性 12 例であった。NJA は男に多いように見えるが、これは失語一般の傾向であるかもしれない。脳梗塞失語群 117 例の場合、男性が 70% であった (波多野, 1985)。

背景疾患は、脳梗塞 26 例 (67%), 脳内血腫 3 例 (手術 2 例), SAH と頭部外傷が 4 例ずつ (全例手術例), 変性疾患 2 例である。脳梗塞の割合が多い。これが NJA のみの傾向であるか否かについては、検定するための対照群のデータがない。

NJA 自験 39 例中、両側半球病変例が 16 例 (41%) あった。変性疾患例を除けば 37 例中 14 例 (38%) である。脳梗塞による NJA だけに注目すれば、病変不明例 1 例を除いて、25

1999年4月7日受理

"Exceptions" in Jargonaphasia

* 国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部, Kazuo Hadano: Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health (NCNP)

(別刷請求先: 〒 272-0827 千葉県市川市国府台 1-7-3 国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部 波多野和夫)

表1 語新作ジャルゴン失語の自験例39例

No.)	Name	(Hp:Sx,Ag)	Eti	Dur	Lesion (lt/rt)	[at onset]	Memo
1)	KunT	(KR:m,63)	inf	1m.	(T・P/-)	[rt-hp]	
2)	KimY	(KR:m,71)	inf	8m.	(T・P/-)	[rt-hp]	
3)	OgiK	(RC:f,71)	inf	4m.	(T・P/O)	[rt-ha]	
4)	YamE	(RC:f,65)	inf	9m.	(T・P/T・F)	[lt-hp]	
5)	HayT	(RO:f,75)	inf	1m.	(T・P・F/T)		1. Wern(lt-les) → 2. NJA (+rt-les)
6)	KinM	(RO:m,70)	SAH (op)	1m.	(T・P・F/-)	[rt-hp]	
7)	TokT	(RO:m,75)	inf	0m.	(T・O/F)	[rt-ha]	
8)	KatY	(RO:f,78)	inf	1m.	(T・P/BG)		1. rt-les → 2.NJA+[rt-hp+ha]
9)	YamY	(RO:m,51)	inf	1m.	(T・P・F/-)		Total → NJA
10)	YahA	(RO:f,64)	SAH (op)	1m.	(T・BG/-)	[rt-hp]	NJA → SJA
11)	InoK	(RO:m,56)	inf	13m.	(T・P/T (small))	[rt-hp]	+Dysarthria
12)	KubT	(RO:f,69)	inf	1m.	(T・P/-)		
13)	OgaY	(OO:m,59)	inf	3m.	(T・P・BG/-)		
14)	NisS	(RO:m,71)	inf	1m.	(T・P・F/F)		
15)	KobJ	(RO:m,52)	SAH (op)	2m.	(T・F/-)		
16)	KitS	(RO:m,74)	inf	2m.	(T/-)	[rt-hp]	
17)	KobH	(KR:m,74)	inf	7m.	(T・P・F/-)	[rt-hp+ha]	Total → NJA
18)	YokM	(KR:m,58)	Trm (op)	2m.	(T・P/T (bi.hemat.))		
19)	UraY	(KR:m,41)	Trm (op)	1m.	(T/F)		
20)	TakT	(KR:m,35)	Hem (op)	2m.	(T・P・BG/-)	[rt-hp]	
21)	NodT	(KR:f,71)	inf	2m.	(T・P/-)		
22)	KoiM	(KR:f,41)	Trm (op)	3m.	(T(lobect)/-)	[rt-hp]	
23)	YosH	(OO:m,78)	inf	7m.	(F/+ (mult))	[rt-hp]	
24)	SonS	(OO:f,79)	inf	3m.	(T/-)		
25)	MiyT	(KK:m,65)	Hem (op)	4m.	(T・O/-)		
26)	NakY	(KK:m,71)	inf	1m.	(T・F/T)		
27)	OdaS	(RO:m,41)	Trm (op)	1m.	(T・P/F)		
28)	UenT	(RO:f,62)	inf	3m.	(T/T (2small))	[rt-hp]	
29)	SoeT	(RO:m,47)	inf	3m.	(T/-)	[rt-hp]	
30)	HatT	(KR:m,74)	inf	1m.	(BG (small)/T)	[lt-hp]	
31)	SibS	(OO:m,74)	inf	4m.	(?/?)	[rt-hp]	
32)	FujK	(RO:f,62)	inf	2m.	(T・P/-)		
33)	MitM	(IK:m,80)	inf	1m.	(T・P/-)		
34)	SioT	(RO:f,74)	inf	3m.	(T・P・BG/-)		1.Cond → 2.Wern → 3.NJA
35)	NakT	(RO:m,53)	SAH (op)	4m.	(T・P/-)		
36)	YamM	(RO:m,73)	inf	2m.	(T・P/-)	[rt-hp]	
37)	TakA	(RO:m,82)	inf	2m.	(T・P/-)		
38)	HagJ	(HN:m,67)	Alz	3y.	(+++)		Dementia, lt-MC-Stenos
39)	TakT	(HN:m,74)	Alz	6y.	(+++)		Dementia

No : 症例番号, Hp : 病院, Sx : 性別, Ag : 年齢, Eti : 疾患 (Inf : 脳梗塞, Trm : 頭部外傷, Hem : 脳内血腫, Alz : Alzheimer 病, op : 手術), Dur : 発症より初診までの経過月数, Lesion : 病変 (lt/rt : 左/右半球, T : 側頭葉, P : 頭頂葉, F : 前頭葉, O : 後頭葉, BG : 基底核, - : 病変なし), [at onset] 発症時随伴症状 (hp : 片麻痺, ha : 半盲), Memo : 備考 (les : lesion, SJA : Semantic JA)

例中10例(40%)が両側病変例である。濱中ら(1984)の脳梗塞性失語群130例中、両側病変を伴う失語は36例(28%)であった。単純に χ^2 (=1.5219)検定すれば有意差はない($p > 0.05$)。NJA例に特に両側病変例が多いという仮説は棄却される。

II 若年性 NJA について

若年では NJA が発症することはないという見解がある。

例えば、後天的小児失語に関しては、非流暢性失語が一般的で、無言症や失文法が存在が強調されている。流暢性失語は稀で、語漏 (logorrhea) やジャルゴンは観察されない。了解障害が存在しても、それがジャルゴンに結びつくことはない。損傷半球がいずれであっても失語発症の確率はほぼ等しく、しかも回復は極めて良好である (Brown ら, 1976)。これらは小児失語の古典的見解とされるが、常にそうであるように、古典論に対してはさまざまな反論がある。現在では、成人の失語とそれほど大きな違いはないという方向の議論が多くなっているように見える。

この見解に関して、NJA が若年期に起こり得るか否かという問題は重要な意味がある。自験 39 例中には小児期の NJA 例はない。若年例を若い順に挙げると、最年少例の 35 歳 (症例 20) は、脳内出血の術後後遺症である。次の若年例として、41 歳が 3 例ある (症例 19, 22, 27)。いずれも頭部外傷の手術例である。さらに次の若年例は 47 歳の 1 例 (症例 29) で、これは脳梗塞である。45 歳以上を初老期とすれば、この例の意味は小さい。

明らかに、これら若年症例には疾患の偏りがある。41 歳以下の 4 例は脳梗塞ではない。頭部外傷 3 例と脳出血で、いずれも脳手術を受けている。いずれも長期の follow up が十分には行なえなかった。もしこの事実が偶然ではないとしたら、若年で NJA が発現するためには、境界不鮮明な両側性病変が必要条件だというような議論が可能かもしれない。

少なくとも、35 歳でも NJA になるとしたら、若年では NJA が発症しにくいという見解に対して疑問を呈しても良いであろう。文献的には、Woods ら (1978) が 5 歳男児のジャルゴン失語を報告している。さしあたっての結論としては、古典的見解が強調するほどには、若年性 NJA は例外的ではないのかもしれない、とい

うことである。

III 右半球病変の意味

右半球病変の成立と共に、NJA を呈した例が 3 例ある。いずれも左半球病変が、右半球病変に対して、先行または同時に発生している両側病変例である。右病変のみでの NJA、つまり交差性 NJA は我々の経験例の中には含まれていない。

症例 4 (YamE) は、CT で両側病変が認められ、家人の供述によれば、左片麻痺とジャルゴン発話が同時に発症した。左半球病変が、同時か、先行したかは不明である (波多野 (1991) の症例 D)。

症例 5 (HayT) は、脳梗塞発作が 3 回あり、極めて特異な経過を辿った両側病変例である。まず第 1 発作で、左半球に脳梗塞病変が生じて Wernicke 失語になった。3 カ月後、第 2 発作で、右半球の側頭頭頂葉に梗塞病変が追加されて NJA になった。この NJA は約 1 年間続き、最後に第 3 発作で、右半球前方部にさらに梗塞病変が追加されて、言語的には全失語状態になった。本例は死後剖検され神経病理所見が得られた。3 回の発作毎に CT が得られており、右病変と NJA の同時発生は確実である (波多野 (1991) の症例 E)。

症例 30 (HatT) は両側病変であるが、右半球の側頭頭頂後頭葉病変を主とし、左半球の病変は小さい。この例は未発表であるので、その CT 所見を図 1 に示す。左片麻痺と共に NJA が発生したことは確実である。左半球病変は尾状核の外側に認められるが、この病変のみで単独に、ある程度以上に重篤な失語を呈するとは思えない。しかしその小病変故に、これを交差性失語の範疇に入れることはおそらく許されないであろう。

以上 3 例は、NJA と右半球病変との深い関わりを示すものである。純粹に右半球病変だけで NJA を呈した自験例はない。文献的にも交差性 NJA の報告はないようである。おそらくあったとしても、極めて稀なのであろう。右半球病変だけで NJA が起こることはないが、右

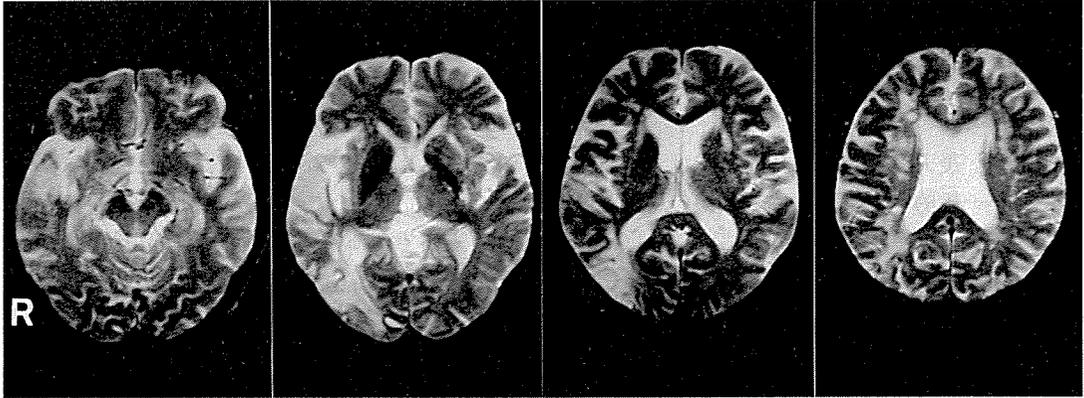


図1 症例30 (HatT) のCT

半球病変なくしてはNJAにならない症例がある。これも少数例であるが、だから例外として捨てられるとは考えられない。NJAにおける非失語性要素を考える時にも重要であろうと思われる。

IV 変性疾患におけるNJA

変性疾患でもNJAを呈することがある。自験の2例(症例38, 39)は、最近、ある老人病院と老人ホームにおいて続けざまに発見された症例であり、梶野ら(1996, 1997)によって報告された。2例とも、痴呆を伴わぬ緩徐進行性失語というよりは、明らかに痴呆を背景に出現したNJAである。いずれも脳の後半部の血流低下の所見があり、特に左半球の低下が著明であった。

症例38(HagJ)は、67歳頃、記憶力・見当識障害と共に発症し、痴呆症状が進行し、約3年半後にはNJAであった。ただし脳血管写で左MCの起始部に狭窄があったので、血管障害の要因を完全に排除することはできなかった。

症例39(TakT)は、74歳頃、記憶障害で発症。徐々に進行し、やがて老人ホームに入所した。言語的コミュニケーションに問題があるということは全職員に周知であったが、前例を経験したSTが気がつくまで、医師を含む職員も家族も、誰もこれが失語症であるという認識を持たなかった(梶野ら, 1999)。

2例共に、呼称場面の発話を分析すると、正

答語がほとんど出現せず、語新作、空語句、無関連語が頻出し、NJAの診断基準(波多野, 1991)を満足する。変性疾患を背景にするNJA例の存在は、今の所、発見された症例の数から見れば、例外的と言わざるを得ない。しかし、これは気がつかないからであって、今後STの活動の場が拡大するにつれて、さしたる例外性はないという認識に到る可能性がある。これは今後の検討課題である。ただし、文献例を調査した吉田ら(1994)によると、痴呆を伴わない緩徐進行性失語のNJA症例は報告されていない。おそらく極めて稀なのであろう。

V 失語経過中のNJA

NJAに到る失語経過が特異な例が4例ある。つまりこれら以外は、初診時すでにNJAであった。失語型の変化は、その失語型の独立性や他型との関連を考える手がかりとしても重要である。症例5(HayT)はすでに述べたとおり、Wernicke失語からNJAになった。

症例9(YamY)と症例17(KobH)は共に、左一側病変例で、最初の全失語状態からの自然経過としてNJAに移行した例である。急性期が全失語で、その後流暢性失語に変化するという経過は、すでに報告例も多い。それがNJAであっても、あり得ぬことではないかもしれない。症例17は、左半球に大病変のある脳梗塞で、急性期に右麻痺を伴う全失語であったのが、その後麻痺の改善と共に、語新作が多くなり、NJAになった例で、あり得ることが実際にあ

ったという意味しかないかもしれない。

この点、症例9 (YamY) は特異な脳梗塞例である。入院時、完全な右片麻痺と全失語状態であり、CTで左半球の側頭頭頂域と前頭葉内側面に（おそらく上方で連続している）大病変が認められた。発症2.3カ月後に家庭に外泊し、家族や友人たちと機嫌よく「かなり話をした」とのことで、数日後に帰院した時には、NJAの状態像を呈していた。この変化が余りに唐突であったので、CTなどを撮り直して検討したが、病変部位に変化はなかった。変化は言語だけで、麻痺の改善はなかった。この場合、家族や友人と話をしたというような心理的要因のみで説明するのは困難と思われた。全失語の患者が、外泊して機嫌よく家庭生活を過ごすという状況は稀ではないが、このような失語の変化は他に経験がないほど稀であろう。もし仮に神経心理学的レベルでの説明を求めるとすれば、左側頭頭頂病変でNJAを、左前頭葉内側病変で超皮質性運動失語 (TMA) の発現を説明し、急性期はTMAがNJAを覆っていた。その後TMAの要素が急速に消退して、NJAが露呈した。前頭葉病変とその症状発現の間には、かなりな自由度が介在すること、さらに左半球内側面病変によるTMAはその発現が浮動的であり、一過性で消褪することがあるという見解があることから、「全失語 = NJA + TMA」という加法定理を仮定してこの変化を説明できるのではないかと考えた。いずれにせよ、全失語は均質な失語症候群ではなく、さまざまな要素の集合だという仮説が背景にある (波多野 (1991) の症例I)。

VI 伝導失語からNJAに経過した症例

症例34 (SioT)。74歳右利き女性。専門学校卒。第1回目の梗塞発作によって、伝導失語と右下肢脱力が発症した。その8日後に第2梗塞発作があり、Wernicke失語になった。約2カ月後、3度目の脳梗塞でNJAになった。発作の度毎にCTとSLTA検査を行なった。

図2の上から、(a) 伝導失語、(b) Wernicke失語、(c) NJAの時期のCTを示す。

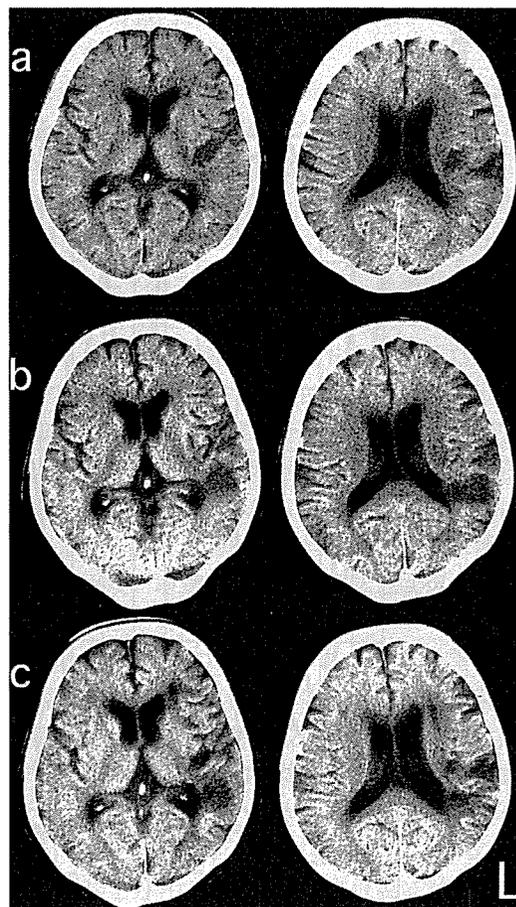
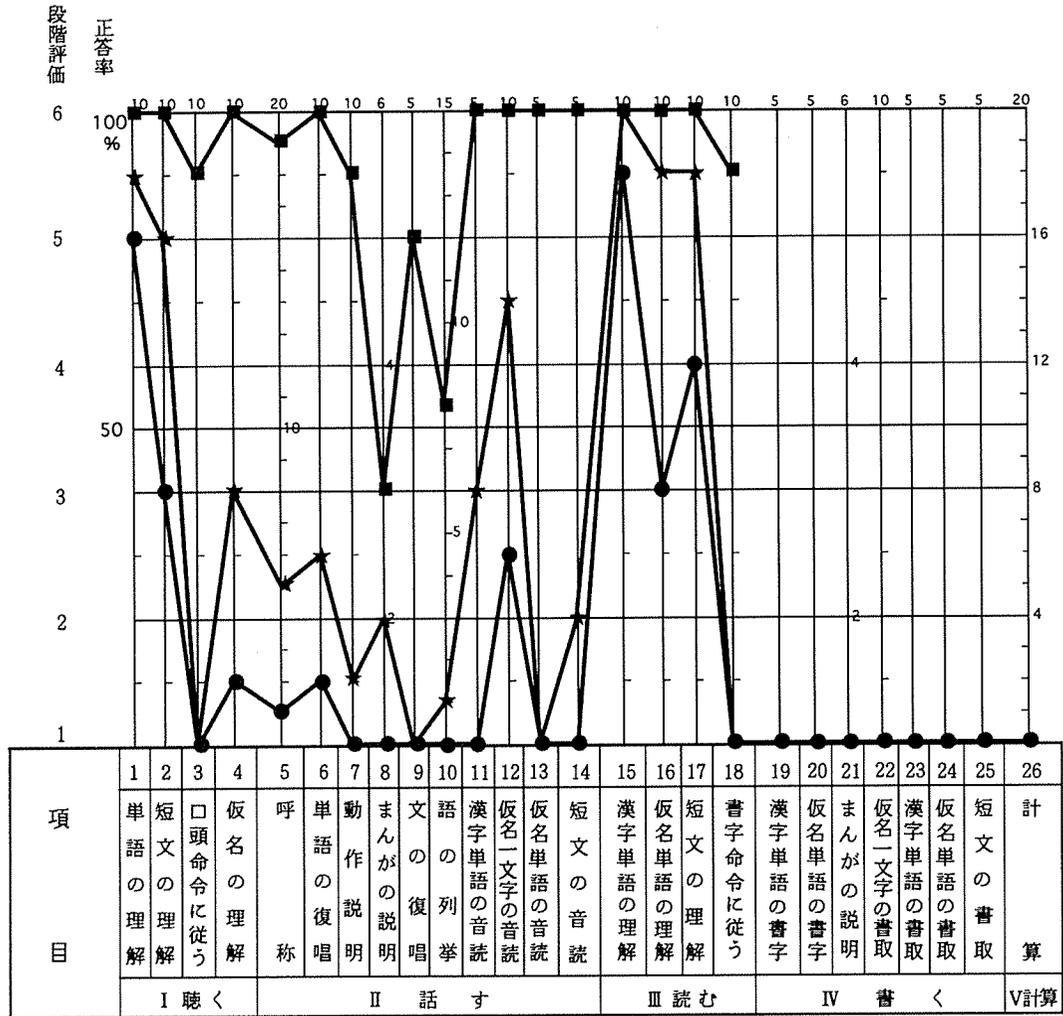


図2 症例34 (SioT) のCT a: 伝導失語期, b: Wernicke失語期, c: NJA期, L: 左半球

伝導失語の時期は、左中心後回を含めた頭頂葉下部の皮質と皮質下に局在した病変が存在するように見える。Wernicke失語の時期には、新たに側脳室後角外側、つまり上側頭回のWernicke領野 (皮質下を含む) を侵襲する病変が付加された。第3回発作後には、さらに新たに側脳室前角外側の皮質下に病変が付加し、後方にも伸展したように見える。ただし基底核や前頭葉後部の皮質には粗大な病変はない模様で、これが全失語に陥ることを免れた理由であろう。

図3にSLTAの結果を示す。上から伝導失語、Wernicke失語、NJAの時期の成績であり、3段階で量的に悪化したことを示している。

また質的变化の検討のために、SLTA呼称に



—■— 3.27. —★— 4.17. —●— 7.1.

図3 症例34 (SioT) のSLTA

おける発話生産の内の実質詞の部分で、正答語 (C)、錯語 (P)、語新作 (N)、迂遠表現 (U)、空語句 (EP)、無関連語 (I)、音綴断片 (F) の7カテゴリーに分類し、その出現頻度を検討した (図4、波多野 (1991) の方法による)。その結果、①正答語が発作毎に減少し、NJA期にはほぼ消失する。②伝導失語期になかった語新作が後に出現する。③錯語 (この場合は音素性錯語) が、NJA期に消失する。④無関連語が発作毎に増量する。⑤空語句はほとんど変

化なく、常に発話の3割前後を占める。実際の発話を SLTA 漫画説明で見ると、伝導失語期には「男の人が、ス、ス、スペ、ステッキを持って、何か、ヨロヨロしてるところですけども、カイ、カイ、カドが、あの、風が吹いて、帽子が飛んでいます。この人は、帽子を、ツタ、押さえようとして、そし、あの、帽子に、帽子を、追っかけてるところです。(以下略)」。音素性錯語の自発訂正が見られ、我々がかつて指摘した錯文法性錯語も認められる (波多野ら、

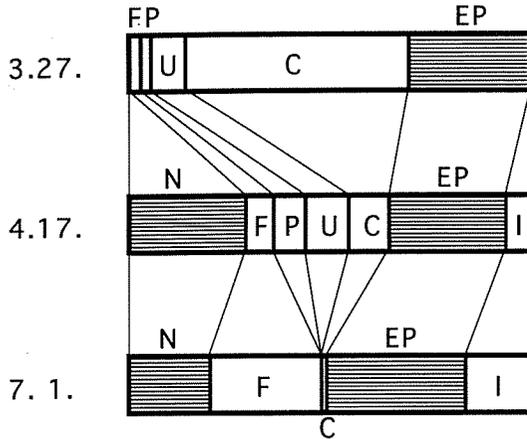


図4 症例34 (SioT) の発話の分析

1986)。次の Wernicke 失語期には「この子、えーと、えーと、ガ、ガショー、ガノ、え、テブ、テブじゃないわ、テショから、テッキ、ボースは、カブンテッテとこなんですね、そして……メシ、メションが、あの、飛んで、そして、カベサが、取れてしまっている (以下略)」。語新作が多くかなりジャルゴンに近いが、例えば、下線部分などは「帽子をかぶっている」の錯語と見られないこともなく、まだいくつかの重要基本語が出現している。

NJA 期の発話は「このこの、子どもは、長く、えー、子どもが、オコドを、子どもが、オオ、オ、えー……子どもが、子どもが、オ、ヨシッテいま、これは子どもですが……えー……そしてトカラでは、このヨワカでは、えー、コノコロデは、コソ、子どもを、しっかり、自分の中で、あっ、歩いてしまうと、いうことです。違いますか。この女の子は、女の子は、髪の毛は、えー……大きなカガコを、やっ……このこの頭の頭にしては、カビノエが、付いている、カミテルテいうか……それから、この女の子は、このヨンノが、あの、タンミの、あのヨンノが、えー……この、アカ、この、アカボノの子のが、赤ん坊を、コエ、コサ、コサッテ、子どもの、子どもを、オトケイってゆうことは、どうでしょう」。語新作が頻発し、基本語彙が出現しない。語新作の押韻常同パターン (下線) があり、「子ども、女の子、赤ん坊」というような無関連語の意味性変復パターンも見られる。流暢に

喋るが、情報内容の伝達不能な NJA の定義を満たすものと考えた。

伝導失語から NJA への進展を示す経過は、おそらく臨床的には極めて稀であるが、NJA の本性についての示唆に富むと思われる。まず、伝導失語、Wernicke 失語、NJA と 3 段階に重篤化しており、それに応じて病変も大きくなっている。この 3 つの失語型には、重篤度系列の表現という側面もあることを物語っている。しかし単に 3 段階で量的に重篤化しているだけではない。特に注目すべき質的な変化として、意味論的レベルでの障害の介入を考慮することができる。意味的障害は伝導期ではほとんど認められず、Wernicke 期に介入し、NJA 期に顕著になっている。具体的には、無関連語 (意味性錯語) の出現・増量と語新作の意味性変復パターンの出現がそれである。

NJA の語新作の出現機序には、音韻論的な逸脱だけを想定する伝導理論、これに意味論的逸脱が加わると考える 2 段階仮説、さらには記号素レベルの意味論的解体を仮定する雑種語彙説などが唱えられているが、本例は経過だけを考えると伝導理論を支持するよう見えるが、発話内容を分析すると、2 段階仮説に対してより支持的である。

Ⅶ 結 語

自験の NJA 39 例を展望し、若年発症の症例 (4 例)、右半球病変が重要な意味を有する症例 (3 例)、背景疾患が脳変性疾患である症例 (2 例)、特異な経過をたどった症例 (4 例) を取り上げた。これらはいずれも NJA の現象群が我々に見せる断面の一つ一つである。統計学を駆使して大同を明らかにする科学的方法に対して、個々の小異に注目する博物学的方法の重要性を再確認せざるを得ない。

文 献

- 1) Brown JW, Hecaen H : Lateralization and language representation : Observations on aphasia in children, left-handers, and "anomalous" dextrals. *Neurology*, 26 ; 183-189, 1976

- 2) 波多野和夫：失語における流暢性概念の再検討。In Broca 中枢のエニグマ, ed by 大橋博司, 濱中淑彦, 金剛出版, 東京, 1985, pp.167-181
- 3) 波多野和夫, 浅野紀美子, 森宗勤, 他：一部の伝導失語例に見られた「錯文法性錯語」とも言うべき言語症状について。失語症研究 6 ; 1049-1055, 1986
- 4) 波多野和夫：重症失語の症状学—ジャルゴンとその周辺—。金芳堂, 京都, 1991
- 5) 濱中淑彦, 大橋博司, 大東祥孝, 波多野和夫：CT 所見より見た失語の類型学。神経研究進歩 28 ; 1020-1031, 1984
- 6) 梶野聡, 波多野和夫, 田中邦明, 他：老年期変性痴呆疾患におけるジャルゴン失語。精神保健研究 45 ; 37-43, 1999
- 7) Woods BT, Teuber HL : Changing patterns of childhood aphasia. Annals of Neurology 3 ; 273-280, 1978
- 8) 吉田伸一, 濱中淑彦, 中嶋理香, 他：進行性失語と脳梗塞性失語の比較・検討。神経心理学 10 ; 68-76, 1994

“Exceptions” in jargonaphasia

Kazuo Hadano*

*Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health (NCNP)

The author had diagnosed thirty nine patients as having neologistic jargonaphasia (NJA) for fifteen years. The NJA patient group contained four cases in which NJA syndrome appeared younger than 45 years old, and three cases in which NJA was accompanied by a left hemiparesis. Only two patients suffered from Alzheimer's dementia, while

the others from vascular accidents or brain injuries. Clinical pictures in four patients in this group did not accord with NJA syndrome on the first neuropsychological assessment. The author reported a case with an evolution from conduction aphasia to NJA in detail.

(Japanese Journal of Neuropsychology 15 ; 93-100, 1999)