

D 同時失認

I. ヴォルペルト：同時失認——全体把握の障害

I. Wolpert : Die Simultanagnosie — Störung der Gesamtauffassung.
Z. gesamte Neurol. Psychiat., 93 : 397-415, 1924.

池村義明 訳

リープマンは「失語問題の現状について」(Neurol. Zentralbl. 1909)という論文の中で次の様に記述している：「失語研究者の仕事は全て、50年このかた、“知能”を分析し、それを種々の要素の組み合わせに還元することにあった、つまり、この(知能という)精神複合体は神経性基体の構築とその機能について我々が知っていること、あるいはそうだと判断したことと関係づけられるのであり、この仕事が“知能”という概念の分析に役立つであろうと思う。」即ち、私が指摘したいのは、表面的な観察ではおそらく単に知能の障害(痴呆の初期)と見ることも出来たかもしれないが、しかしこの障害は単に一つの感覚領域(視覚領域)のみを冒していたことから、認知の障害と考えられるような障害についてである。

私がこの障害を認めた患者^{原註1)}は56歳の商人で、彼は1923年6月16日に私のサナトリウムにやって来た。患者はポーランド出身で、数年前からコペンハーゲンで生活している。患者は第六学年までロシア語のギムナジウム(中等高等学校)に通ったが、経済的理由から中途退学した。彼はポーランド語、ロシア語、ドイツ語、デンマーク語が話せる。

原註1) この患者は1923年12月10日ベルリンの精神神経学会で呈示された。

若い時も、成人してからも患者は著患を知らず、たくましくかつ肥満している。結婚しており、二人の息子がある。梅毒は否定される。

患者は3～4年前から腎臓病をわずらっており、およそ2年前から喘息発作がある。最近になって体重が著しく減少し、日に何回となく喘息発作を来し、その都度 glycirenan 吸入やアストモリジン注射で抑えていた。

検査により次のような所見が得られた：

中等度の体格で、やや衰えてはいるがしかしまだまだ栄養状態は良好であった。軽度の甲状腺腫と認め、樽状の胸部。

肺：下限は第一腰椎にまで達し、太鼓様の打音。蜂鳴音とギー音を両側聴取。

心臓：右方と左方に拡大。心音は静かであり、脈は1分間に52、規則正しい。血圧140。

腹部はやや膨満，その他異常なし。

脚の浮腫。

神経系：瞳孔反応正常，眼球運動異常なし，顔面，舌下神経異常なし。

膝蓋腱，アキレス腱反射それぞれ正常。バビンスキー反射認めず。

尿所見：アルブミン1%，尿糖は認めず

最初の頃，患者は日に何回となく喘息発作を来したため，日に3，4度アストモリジンの注射を受け，glycirenaneを吸入した。状態は徐々に改善し，アストモリジンを止めることが出来た。患者に最初glycirenane吸入のため一日に酸素2ボンベを使っていたが，三日で1ボンベですむようになった。尿中の蛋白は0.5%でわずかに消退していた。

1923年10月22日夕方9時半に，偶然部屋にいた患者が，「わけの分らぬ」事を口にし，やたらと物をつかもうとするのに気付いた。患者はガラスコップを机の上に置く代わりに床の上に落した。呼ばれて姉がやって来た時，患者は意識を失って床の上に倒れていた。顔面はチアノーゼを呈して，口部に泡沫が付着，四肢をふるわせていた。瞳孔の対光反射は消失していた。30分後に意識が回復し，ややボンヤリしていた以外異常はみられなかった。麻痺はなかった。

10月25日7時半，意識混濁を伴った重篤な喘息発作。午前中ずっと患者はボンヤリしていた。

2時に突然のケイレン発作を著者は目撃する。意識は全く無く，顔面チアノーゼ，口部の泡沫付着，顔面右半分の連続ケイレン。間代性レン縮に最初右半身のみであったが，あとから弱いレン縮が左側にも出現した。尿失禁。瞳孔は散大し，対光反射消失。麻痺は無かった。バビンスキーも陰性。

患者は発作後も2，3時間錯乱状態にあった。医師の顔も看護婦の顔も判らなかった。患者はポーランド語で悪態をつきながら立ちあがり，出て行こうとした。300cc輸血すると意識が回復し，再びまわりの出来事を了解した。続く数日間患者は談話に際して多くの言葉が浮んで来ず，デンマーク語やポーランド語を使用した。記憶力も障害されていた。さらに視力障害，とくに読書が出来ないと訴えていた。

2回目のケイレン発作から1924年の1月26日の退院までくり返し行われた身体検査で分かったことは：

瞳孔反応正常，眼球運動異常なし，眼科学的検査異常なし。

視力：両側S=4/20；-2.5D=5/7.5。

視野：最初は注意力欠如のため，詳しい検査は出来なかった。しかし，おおざっぱな検査では半盲はみられなかった。1923年11月29日に行われた視野計による検査では中等度の中心性狭窄が判明した。狭窄は求心性検査に比べて遠心性の方が軽度であった。求心性検査では狭窄はせいぜい15°であった。のちのちの検査でこの所見は確認された。黄斑周囲性弱視は存在しなかった。

色覚は終始異常なかった。

四肢のれん縮もなく，麻痺も無かった。上肢の反射は正常で，膝蓋腱反射，アキレス腱反射

正常、左右差無し。足趾反射は両側共屈側。

知覚異常なし。失調もなく、立体失認や失行症も認めない。

数や名前に対する記憶障害や記銘力障害が顕著であった、これは数カ月後改善されたが、患者が退院するまでは残っていた。例えば10月28日に患者は、自分でどこにいるのかも言えず、何という病院に入院しており、誰れがその病院の所有者であるのかも知らないといった。また、「私は今迄そんな事一度も気にした事がありません」とか「そんな質問には全く興味がありません」というような一般的な言いまわしで医者からのがれようとする。「あなたは今どこの町にいますか」という質問に対して、長い間ためらったあと、「ベルリンです」と答える。彼は日付を述べることも出来ず、いつ生まれたのか、何歳であるのか、いつ結婚したのかも知らなかった。さらに彼はこの記憶の欠損をべつに異常なことではない、と言おうとする。そんなことは全く知らなかったと主張し、そんなくだらないことを気にもしなかったと述べる。前もって言って聞かせた簡単な単語や3ケタの数字をすぐ忘れる。

10月31日には患者は、自分がシュラハテン湖のサナトリウムにいることを認めた。しかしその病院がある通りとか家の番号は知らなかった。記銘力は依然として悪かった。

1924年1月の初め患者は病院の場所と通りを正しく言えたが、家の番号は知らなかった。何月何日かは知っていたが、何年であるかは正しく言えない。問いに対して普通1905年とか「1915年」、「1919年」と答える。正しい年号を言ってやっても、数分後にはそれをすぐ忘れる。しかし記銘力については、患者が4ケタあるいは5ケタの数を2、3分間把持する限りでは良好であった。

出来事についての記憶は良かった。患者は日常生活や歴史、政治に関する些事については雑談の中でよく思い出すことが出来た。しかし、一旦日付あるいは出来事の年代を訊かれると全く駄目であった。

言語

構音障害（一）

言語了解にはいつも問題は無かった。

自発言語では語彙に乏しく、ドイツ語の語彙の貧困さをロシア語、ポーランド語、デンマーク語あるいはさらに表情や身振りで補おうと努力した。文章構成に異常がないから、表面的なテストや通常の談話では障害は目立たなかった。それはせいぜいドイツ語の語彙に乏しい外国人ぐらいとしかいえないであろう。

復唱も問題なし。

系列言語10月31日：曜日、月の順唱は迅速でまちがいがなく言えるが、逆唱は全く不可能である。数の逆唱はゆっくりではあるが正しい。11月6日：逆唱も正しいが、ゆっくりである。

物体と絵図の認知

呈示された個々の物体や絵図は認知出来たが、しばしば呼称出来なかった。忘れたドイツ語の代わりにポーランド語やデンマーク語が呼称のためにひんばんに使用された。

10月31日の記録：

じょうご (Trichter)：「Liek (ポーランド語では Lejek)……Tericht。何かを注ぐためのものです。」

ボール (Ball)：「何という名前か思い出せませんが、しかしそれが何であるか分かってます。」

じょうろ (Gießkanne)：「何であるか分かってます。塗るもの……注ぐもの、水をかけるもの、夏に水をかけます。」

11月6日にはメガネをカン詰め食品という。

11月27日には次のような物体を正しく命名した：エンピツ、ボタン、クギ、カギ、マッチ、紙切りナイフ (しばらく間をおいてから)、センチメートルサシ、定規、インクビン、インク、ペン軸、箱、カレンダー、灰皿、カン、ビン。

打診用ハンマー：「それは知りません。考えても分かりません。うーんっ。分かりません。何ですか、教えて下さい。非常に知りたいですね。(ハンマーのゴムの部分を示すと、) ああゴムです。」

「ハ……」と少しいいかけてから、「ハンマーです。」

バンソウコウ：「指にハリつけるもの……ちゃんと言えればいいんですが、分かりません……(一分後) バンソウコウです」

物体の絵の呼称：スプーン、トランペット、ムチ、ツエ、フォーク、ナイフ、ピンセット、ハサミ、ハンマー全て正解。

篩 (フルイ)：「Ssito (ロシア語) ……篩の小さいの。」

じょうご：「tericht……私の国では Liek と言います。」

サラ：「Reller……サラ (Teller)」

手斧：「エーと、ハンマーの小さいやつ……まさかりです。」

じょうろ：「水をかけるもの、花に水をまくためのもの。」

菓子型：「パンかご」

この絵を患者は認知出来なかった。この場合は単にまちがった呼称だけではなかった。患者に塩、コショウ、酢などの薬味入れの絵を見せると、その認知のまちがいがくり返された。最初、患者は鐘だと思った。そしてそれを否定してからやっと絵を理解し、ロシア語で ssudok (正解) といった。

一つ一つの物体の絵をほぼ完全に認知出来たのにある行為をあらわす絵は認知出来なかった。患者は細部を認めはするが、それをまとめることが出来なかった。患者に何枚かの絵をくり返し呈示し、それらは何の絵であるかたずねた。

10月31日：一人の牧童が牧笛を吹いている。牧童の前に何羽かの鴨がいる。患者はカモと牧童をゆびさし：「ここに一羽のカモがいて、ここにも一羽のカモがいます。一人の少年がいます。」(少年は何をしているの?)「ねています。」(その少年はそこで何をしようとしているの?)沈黙。

11月2日：コペンハーゲンの住人が行き交っている一枚の街路の絵ハガキを患者に見せて、この絵には何が描かれていますかとたずねると、患者は通りを歩いている一匹の犬を示し、「犬が一匹います」と答える。

11月9日：Binet-Bobertag の知能テスト用の一枚の絵（図を見よ）。

「少年が髪の毛をひっぱられています」（何故？）「たぶん秘密をもらしたからでしょ。」

（どうしてそう言えるの？）（かくれている少年を示して）「彼がそこで盗み聞きをしているからです。」

（でもこれは別の少年でしょ。）「そうです別の少年です。」

（では最初の少年は何故髪の毛をひっぱられているの？）「分かりません、そんな事一度も氣にしたことはありません。」

郵便局の窓口の前に人の列が出来ている一枚の風刺漫画を見せる。

（この絵は何の絵ですか？）「人物」です。

（どんな人物ですか？）「そうですね、子供と、太った男の人一人、女の人一人います。たぶん芝居に出て来る人物ですね。」

（何故人物がそこに立っているのでしょうか？）「そこに立たされているからです。生徒のようです、……太った男の人の様でもあり……女の人の様でもあります……分っています。」（この少年は手に何を持っていますか？）「この少年は手に……一枚の封筒……封筒ももっています。……（ためらいながら）郵便局で……ちがいますか？」

何枚かの絵が患者にくり返し見せられた。いつも同じ様な返答しか得られない。個々の細部は認知するが、その全体、行為が把握されていない。

一枚の港の風景の絵を8つの部分にちぎって、それを再び一枚の絵にまとめるよう要求すると、患者は全て失敗する。適合しない部分をくっつける。まちがいに気付き、もう一度やるが、うまくゆかない。患者は疲れ、もう止めてほしいとたのむ。

トランプの認知。11月6日に行われた、テストでは、患者は一枚も残さず全部のカードを認知出来た。患者は各々のカードを重要さの順に従って並べなければならない時には、カードを机の上に置き、カードを一枚一枚大声で読み上げたならば、その課題を解決出来た。「エース……キング……クィーン……」といて、正しいカードを取り上げる。しかし、患者にカードを渡してやり、読むことを禁じた場合には駄目だった。何枚かのカードを左手に取り、その中から一枚を右手で抜き出すが、当惑したままでそのカードを再び左手に持っているカードの中へもどす。この動作が数回くり返されたが、結局目的は達せられなかった。そして、「メマイがします」という。患者は熱狂的なポーカファンであるが、今ではもはやいろいろなポーカの組み合

わさを認知出来なかった。11月11日にはしかしこの症状は既に見られず、ゆっくりではあるが、患者はポーカの組み合わせを認知し、カードを大声で読みあげなくても選び出すことが出来た。

読み

10月25日二回目の発作のあとすぐ、患者は読むことが出来ないのに気付いた。妻から手紙をもらっても、彼はそれを読んで聞かせてくれるようなのみに来る。10月28日、最初の詳しい検査が行われ、患者は一つ一つの文字は認知出来ることが分かった。勿論時々混同がみられた。たとえば、ドイツ語のhをbと言い、ドイツ語のrをcと言い、ドイツ語のBをVと言った。しかし、文字をよく見ればそれをちゃんと認め、あやまりを訂正した。テキストはまとめて読めませんといい、一体どうなったのでしょうか、教えて下さいと興奮してたずねる。「私は目が見えなくなったのでしょうか？ 読めません。」しかし、彼にまとまったテキストを読めることが分った。但し、強くうながしてやると逐字読みで非常にゆっくりと読む。その際、指で文字を押えなければ再び分からなくなってしまう。単語の半分まで正しく逐字読みしてから、読み取るためにさらににつづける。読み終えてしまうと、読み取ったものは正しく理解していた。11月2日、患者に質問を書き込んだ一枚の紙片を渡す：「犬は飛ぶことが出来ますか」読み終えるまで2分間を要し、そして医師を見ながらほほえみ、「何故またこんな冗談を」いいかげに手まねをしてみせる。読めれば、患者は書かれた冗談を理解する。時折、患者は「駄洒落ですよ」と注釈をつけ加える。

10月31日、読みのテストの際、患者に新聞を渡し読むようにいうと、突然隔字体（訳註：字間あるいは行間をあけた文字）や肉太の文字あるいは他の何らかの理由で彼の注意を引いた文字だけを正しく読む、しかし、時に語尾がまちがっている、例えば Verantwortlichkeit の代わりに Verantwortung の様に。医者が強くうながすと努力しながらゆっくりと正しく逐次読みする。その場合小さいあやまりがみられるが、のちに訂正する。少しスピードをあげて読み始めるとあやまりが増える；検者の激励が少なくなると、読み方は乱れ、語を省略したり、行をとばしたり、語尾をまちがえたりする。また患者は、全々読めません、と言うこともある。11月19日には如何にうまく読めたか一例を示そう。ベルリン日報（ドイツ文）の小さな記事であったが、それは次の様なものであった：

“Ein ablehnendes Miß trauensvotum. Auch die Auflösung des sächsischen Landtags abgelehnt. Der sächsische Landtag stimmte in seiner heutigen Sitzung zunächst über den kommunistischen Antrag, der Regierung ein Miß trauensvotum auszusprechen, ab. Dafür waren Deutsche Volkspartei, Deutschnationalen und Kommunisten, dagegen Sozialdemokraten und Demokraten. Der Antrag verfiel mit 48 zu 48 Stimmen der Ablehnung.”

（不信任投票否決さる。ザクセン州州議会の解散も否決さる。ザクセン州議会は本日の議会で、政府に不信任投票を表明する共産党側の提案について先ず投票を行った。賛成はドイツ国民党、ドイツ国粋党、共産党で、反対は社会民主党と民主党であった。提案は48対48で否決された。）

“Ein…ein ab…lehndes Miß trauvotum…ja,MiB trauvotum…Auflösung des sächsischen Landtag, Landtag ablehn. Auch Auflösung des sächsischen Landtages, Land.と患者は読む。

(ここで患者は中断する。abgelehnt という言葉を読むべきところをしかし) La,何ですかこれは一体? Lein oder Beanlehnung (医師: そんな言葉はありませんよ。)でもよく見えないんです。Landtagsablehnung. Der sächsische Landtag nimmt an für heute,für heute, heutige Sitzung zunächst, zunächst komm…kommunistische (医師: 単語を二つ三つ抜かしましたよ。)でも、まだよく見えないんです。der sächsische Landtag nimmt an,an,an die heutige Sitzung zunächst über den Kommunisten, Kommunisten…über Antrag, Antrag ab (ここで患者は一行とばす。それを注意すると再び前からやりなおす。) der sächsische Landtag an die heutige Sitzung zunächst Kommunisten Antrag…in der heutigen der Regierung…ein Miß trauensvotum ab… abzurechnen…aber dafür…dafür…dafür…waren deutsche Volks… Volkspartei, Deutschnationale…Komm…Kommunisten…da, Kommunisten daweg…Sozial…Sozialdemokraten,hier steht Sozialdemokraten,kommt noch einmal Demokraten… Sozialdemokraten und Demokraten (ここで患者は中断し、ふたことみことしゃべる。しかしどこで中断したのか分からなくなり、どこからでしたかね? とたずね、しばらくさがしてから再び始める。) Sozialedemokraten…und Demokraten…dem Antrag fiel 480 Stimmen ab und…あとは見えません。めまいがして来ました。

この読みのテストでは最初のそれと比べて進歩がみられたが、それでもまちがいが多くみられたから意味をふまえた読みとは言えなかった。努力しながら読み、よくつまり、多くの言葉を省略した。他方、次の語句を意識するための時間をかせぐかの様に、既に読んだ語をくり返した。完全に行を抜かしたり、注意をそらせると続きが分からなくなったりした。省略がくり返しみられた: 音節の省略、例えば Miß trauensvotum の代わりに Miß trauvotum, 語尾の省略あるいは変更、例えば kommunistischen の代わりに Kommunisten, また文法的あやまり、追加もみられる、例えば abgelehntes の代わりに ablehnendes, ab の代わりに aber などである。さらに取りちがえもみられる、例えば stimmte in の代わりに nimmt an, dagegen の代わりに daweg, auszusprechen の代わりに abzurechnen。また Beanlehnung, Landtagsablehnung のような意味のない語新作もみられる。

1923年12月5日には最初流暢に読むが、しかしすぐに疲れ、次のようなあやまりをする: Kultusminister の代わりに Kulturminister, Kirschenverfassung の代わりに Kirchenfassung, vor の代わりに vom, “die” とか “in” のような言葉はよく省かれる。指でたどりながらゆっくり読めば、あやまりは少なかった。あやまりを指摘してやれば、いつも訂正した。読みを一旦中断すると、もうすでに中断した箇所が分からなくなる。

読みも次第に改善し、一方あやまりもうんと少なくなり、早く読めるようになった。

黙読は音読と全く同じであった。

数字の読み

一ケタの数字はどれも認知出来た、二ケタ、三ケタではしばしばあやまりがみられ、四ケタあるいはそれ以上になると正しく読めない。

12月5日：2724「72と4と……」、634718、数字一つ一つは認知出来るが、判読に完全に立ち往生。12月10日のベルリンの精神神経学会で患者を紹介したときには、始めて六ケタの数を正しく読めた。

書字

書字では先ず行運びの障害が目立った。一行目が二行目にずれこむ。何故そんな書き方をするのかたずねると、「これがクセになりました。」と答える。病気になる前に書いたものと比較すると、この返答は言い逃れであることが分かる。患者は変音記号を忘れ、schönesの代わりにshonesと書く。Moorizplatzの様に多くの文字を重ねて書く。spazierenの代わりにspaziererenと書く。Sanatoriumの代わりにSamatoriumと書く。病気前にはこんなあやまりは一度もみられなかった。興味あるのは10月28日つまり二回目の発作の3日後にみられたあやまりである。28の代わりに820と書いた。

描画

三角形、四角形、十字、円のような単純な幾何学図形の描画では形は正しいが、しかし正確に描けない。2、3度やりなおし、保続がみられる：円と四角形を描いてから、十字を描くはずであったのに、先ず円を描き、つづいて四角形を描いた。四角形は一部円にひっかかる。再び四角形を描きなすが、また十字に重なってしまった。

人間、馬のようなより複雑な図形は描くことが出来ない。患者は描くべき対象とはほとんど似てもつかない2、3本の線を引くだけである。患者は、これまで一度も絵を描く機会がなかったと主張する。彼の主張を確かめることは出来なかった。

聴力

聴力は障害されておらず、歌をうたって聞かせたり、口笛でメロディーを口ずさむと、患者が知っている曲は全て認知出来た。

見当識

注目に価するのは空間見当識の障害である。これは、患者が11月4日に最初病室を出た時に分かった。彼は集会室に行く代わりに、となりの診察室に入っていった。診察室に入って患者は自分が見当違いをしているのに気付いた。庭に出ようとした、建物や庭のことはすでに数カ月前から知っているのに、庭に出るドアが分からなかった。ドアを教えてやると、二、三步進むが、どうしてよいか分からず立ったままであり、丁度始めて見知らぬ場所にいる人のような

様子をみせた。次の日には昼食の時共同の食卓の他人の場所に座った。彼の席はすぐ隣にあったのに全く気付かない。

知能

何時間にもわたってくり返し談話したが、一般的知能障害の片りんすら認められなかった。すでに述べた様に、ユーモアも理解した。それが即座に機知に富んだものでなければ、彼はそれをけなした。11月2日、患者は船乗り、海、死そして百姓、町、ミルクから二つの文章を作るように言われた。問題をただちに解決した：「船乗りは海で死ぬ。」「百姓はミルクを町へ持って行く。」区別問題も正しく解答した。

その後の経過

その後身体状態の悪化がみられた。心搏動は不規則になり、脚の浮腫は増大し、喘息発作が頻回に現れた。尿中の蛋白量は4%にまで増えた。

12月7日、患者は床に横臥した状態で発見された。錯乱しており、言語は全く不明瞭で、顔面はチアノーゼを呈していた。半時間後、患者は再び意識清明となり、全てを認知した。神経系の所見は不変のままであった。

1924年1月20日にさらにケイレン発作が起こったが、これは経過に対して何ら影響を与えなかった。ただ記銘力のみがやや悪化していた。

1924年1月26日患者はサナトリウムを退院した。言語には問題なかった。健忘性失語の痕跡もなかった。数と単語の記銘力は悪いままであった、これは最近のケイレン発作のあとさらに悪化した。Binet-Bobertagの絵の全体的行為を最近まで把握出来なかった。読みの際最初逐字読みには気付かれなかった。患者は早いテンポで読み始め、しかし文を一つか二つ読むと疲れてしまう。それから読む速度が少しずつ落ち、一音節ずつ断続性に読む。結局逐字読みに移行する。患者はまた多くの語句をその関連から判読しようとして、上述のようなあやまりをおかす。見当識障害はもうすでにみられない。

上述の症例の所見をまとめると、次のようなことが分かった：この症例は慢性気管支炎、肺気腫、心筋変性それに突然二回のでんかん様発作を来した慢性腎臓疾患を伴った一男性である。以上につづいて次のような障害が証明された：1. あとで消退した軽度の健忘性失語、2. 記憶と記銘力の障害、3. 書字障害、4. 描画障害、5. a) ある行為を表している絵を見ても、きまって、細部は認知されるのに全体を把握出来ない。b) 読書に際しては、語を即座に把握出来ないで、その文字一つ一つをおさえてから一つの語にまとめなければならない（つまり逐字読みである）、そして逐字読みをしなければただちに多くのあやまりがみられる。c) 空間見当識の障害。

この症例では大脳に対する中毒性（尿毒症？）の影響が問題であったと思われるが、しかし私はこの問題に詳しく立ち入るつもりはない。病理解剖学的所見無しでは理論を立てても意味

がないから、ここでは如何なる解剖生理学的論述も、如何なる局在論的論述もさけない。私にとって何にもまして肝腎なことは、我々の症例にみられた認知の障害、読みの障害、見当識の障害を分析し、それと類似の障害との関係を見出し、そしてこの障害の病理学的立場を明らかにすることである。この症例において何ら注目し得るものがみられない健忘性失語やたしかに興味はないことはない書字障害と描画障害には立ち入ることを断念しなければならない。

絵図の中の行為の認知、読書、空間見当識の障害を一つの障害単位として把握するきっかけとなった共通項は、つねに全体把握が障害されている、つまり患者は全体を把握出来ない、一方細部、すなわち全体を構成している各要素は認知出来るという事実である。個々の物体に対する失認は無い。ただ二度ほど患者は一枚の絵を即座には認知出来なかった。その時彼は菓子用の鉢をパン籠、薬味台を鐘といった。しかし、このあやまりはやがて再び訂正された。障害が非常にハッキリみられたのはトランプカードによるテストであった。トランプ遊びには年が入っていたので患者は一目で手にどんな組み合わせのカードをもっているか、言い当てる事が出来るはずであった。しかし、その一枚一枚のカードは認知出来るのに組み合わせに関しては駄目であった。同じ障害が、一枚の絵の各部分をつつにまとめ上げることが出来ない場合にもみられた。読書に際しては各文字（各要素）を認めはするが、単語（全体）を認知出来ない。正常成人は単語を同時に読むのに、患者は単語を文字や音節に区切りながら読む。同時に読もうとすると、あやまりがみられる。空間見当識も、細部は認知されていたから、全体機能として障害されていた。

細部は十分認知出来るのに全体を同時に把握出来ない状態を、全体把握の障害あるいは同時失認と呼ぶことが出来る。

我々の症例の様に視覚性の同時失認の場合はそれが、他の障害のどれにも還元出来ないような独立した障害であることを先ず認めなければならない。つまり、これは知覚性の障害でも、視覚作用の障害でもない。臨床所見からこの可能性は除外される。患者には近視があるが、-2.5ディオプリーのレンズで3/4 (0.75) の視力まで矯正出来る。視野は狭窄しているが、狭窄はこの障害を説明するのには十分でない。黄斑周囲性の弱視も無い。色彩知覚は正常である。この障害を注意力の障害に帰することも出来ない。というのは聴覚刺激が作用すれば注意力は障害されていなかったからである。診察中ずっと患者は注意して聞き入っていた。視覚的把握のテストで注意力障害が見られても、これは単に二次的なものであった。正常人でも理解出来ないものとか、ほとんど理解出来ないものを呈示すると注意力は落ちる。因みに患者が認知出来た物体を見る場合には注意力は減退しなかった。それと全く同様に記銘力の障害を同時失認の説明の為に利用することは出来ない。もしそうでなければ、同時失認は同時的（視覚的）作用におけるよりはむしろ継時的（聴覚的）作用、例えば説明などにおいて見られたかもしれない。また、患者は見たものを把握しているが、しかし語健忘のために自分の考えを表現出来ないのかもしれないという仮定も放棄しなければならない。患者が一個の物体や一枚の絵を見た時、それを認知するが命名出来ない時の患者の顔の表情や態度を見たはずである、あるいは会話を

交わしている時患者が言葉につまった場合、その表情と態度を、彼が呈示された絵の中の行為を見て理解に苦しんでいる目つきと比較すれば区別はつくはずである。

文献を見わたしてみる限り、談話切迫、注意の転導性、執着性、観念奔逸のような症状のほかに、呈示されたものの全体を把握出来なかったような症例を記載したのはこれまで Heilbronner 原註²⁾だけであった。彼の症例は子癲性精神病に罹患した18歳の少女であった。百姓家の台所が描いてある一枚の絵を彼女に見せた。彼女が言うには；「ここに一人の女の子がいます、彼女は青い前かけをして、赤いスカートをはいており、手にはナベをもっています。髪の毛をうしろに垂らし、白い長靴下をはいて、そこから何か赤いものが出ています。」患者は長い間同様の細部描写に熱中しており、全体が何を意味するか言うように言っても全く動じない。またべつの機会に、一枚の百姓家の部屋の絵を見て言うには；「男の人が一人と女の人が一人と子供が一人、絵画が二枚と糸車が一台、そんなもんですね。」一方、沢山呈示された物体一つ一つの絵はみな認知出来た。勿論まちがいは我々の症例よりはるかに多くみられ、それは粗大な性質のものであった。読書に際して Heilbronner が先ず気付いたのは「個々の部分表象(文字群)が結果に対して影響を与えること、つまり患者は一般的傾向としてその結果を既知の言葉にあてはめようとした。」その後、患者は部分印象に対してそれぞれを命名することで応じた：「患者は先ず知らない言葉を、次いで既知の言葉さえも単に文字に分解して逐字読みをするだけであった。」場所の見当識に関しては、病院内の各部屋をまちがえた。これについて Heilbronner は述べている：「患者は何カ月にもわたる病院生活ですでに一つ一つの部屋を正しく区別出来ており、しかも見当識障害は精神病消退後には再びよくなったのだが、それ故にこの事(場所の見当識障害)は重要視してよからう。」Heilbronner は当然のこととしてこの場所の見当識の障害を、我々が全体把握の障害と名付けた障害と関係づけている。見当識不全に対しては先ず前に述べたように、呈示される個々の印象を一つにまとめあげることの欠陥が問題になろう；浴室の構成要素全部が浴室の全体表象を喚起することがなければ、患者は当然、「わたしは浴室で横になっている。」という結論にも到達しない。

原註2) Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 17

Poppelreuter 原註³⁾は後頭葉損傷後の同様の障害を観察した。一人の男性患者は Binet-Bober-tag の絵を見て述べた：「ここに一人の男の人がいます。いや、これは全部男性です。」何が起こってますか、という質問に対して、「何も思い浮かびません」と答える。そして窓を示しながら：「壁に一枚の絵がかかっています。」べつの男性患者：「この上の方に部屋があります(しばらく沈黙)。一人の男の人と二人の子供がいます(しばらく沈黙)、そして割れた鏡と一枚の絵があります(図版を回転させる)。学生帽や石盤そして本が見えます(棚のうしろにいる少年を示す)。これは一体どうなっているのかわかりません。」さらに Poppelreuter は我々の症例と非常に似た読書障害を有する症例について報告している。「この患者は印刷されたテキストを読む

際、丁度6歳の子供の様に自分の声に聞き入っている。スベルを言いながら一音節ずつ読み、再び最初からやり直す。一つ一つの文字に読みあやまりがある。」

原註3) 戦争による頭部銃弾創による精神障害 Bd. 1 1917 Z. f. d. g. Neurol. u. Psychiatr. XCIII

精神盲障害はたしかに細部の認知は出来るが、全体のそれが出来ない^{原註4)}という一般的報告はべつとすれば、上述の障害を示唆しているような文献をほとんどみたことがない。その理由としては、この障害がまれであるということではなくて、このような患者は軽度の痴呆患者とみなされるかあるいは精神盲患者もしくは失読症の患者とみられ、それは検者が症例の正確な分析をする努力をしていないことに帰せられると思う。「重篤例」は詳しく研究されているのに、この病態の原因や病理の理解にとって重要な「軽症例」はしばしば無視されている。

原註4) v. Stauffenberg を参照せよ (精神盲について, 1914): 「注目に価するのは、知覚されたものの形態を記載するに際して、しばしば本質的なものを見抜く能力に全く欠けていることである。一方、何らかのきさいな細部は強調されている。形としての全体が注目されていない……」「空間—即物的装置におけるなめらかさの欠如」についての Rieger の興味ある論述も参照せよ。(Rieger, 脳内各装置について, イエナ 1909)

偶然私は、私の症例の一つにおいて視覚性全体把握障害を観察する機会を得た。

症例は63歳の男性で、彼は医師に対して不信感をいだいており、診察を受けるのを嫌う。したがって検査は社交的会話の形で行わなければならなかった。1921年11月患者は意識混濁と錯乱発作を来した。ケイレンはなかった。それ以来読むことが出来なくなった。家族の話では、主治医はこれを失読症といったという。状態は現在新聞を読める程改善した。患者は語を指でおさえながらゆっくり読む; “ist”, “wir” のような短い語を時々省略する。長い、むつかしい語は一音節ずつ区切って(断綴性)読む。読む時あやまりがみられる、例えば Galle の代わりに Gatte, Sepsis の代わりに Septis。しかし、そのあやまりを注意されたりあるいはその語がテキストに合わない気付けばあやまりを自ら訂正する。患者によると、彼はたいい文章の終わりを予想出来るが、まれな、未知の「合成語」は読みにくいそうである。以前は、彼が言っている様に簡単な語でも「音節を合成」しなければならなかった。

Binet-Bobertag の絵の行為を把握出来なかった。これは息子を祝福している父親だという。それがちがっていることに気付くと、「それとも父親が息子を叩いているのですか」とたずねる。2, 3分後患者は少年の頭から落ちている学生帽に気が付き、言った: 「帽子が頭から落ちてます、だから叩いているのですね。」男の人が何故少年を叩いているのかという質問には答えなかった。

そのほか患者の知能には異常がないことを強調しておきたい。彼は最近まで仕事をしていたし、今でも名誉職としての任務も果たしている。

全体把握は個々の事柄あるいは個々の絵からなる複合体をまとまった全体として知覚することである。個々の事柄が認知出来るからといって、全体が認知されるはずであるとは言えない。人は、一枚の絵の各部分が無関係にバラバラに並んでいるのではなくて、一つのまとまった意味のある全体、つまり一枚の絵として見えるまでには、一定の精神的発展過程を経験しなければならない。5歳の子供はまだ一枚の絵を見て全体を把握することは出来ない。「この能力に対して特別な訓練を受けないで成長した5歳児の自発的な記載には、これは一本の木です、これは一軒の家です、これは一人の男の人です、これも一人の男の人ですというような常同的言いまわしとはちがった何かがまれならずみられ、描かれている行為は全て把握されないかあるいは全く不十分にしか把握されないで、事柄と人との相互の関係は、問いつめれば、全くまちがって報告される。」と Bühler 原註⁵⁾は述べている。細部の認知だけがいまだ全体把握の条件とはならない様に、文字は知っていてもまだ熟達した読み方は出来ない。練習をつんだ人は語あるいはさらに語群を一度に（同時に）了解するのに対して、初心者は文字に分解して一字一字読まなければならない。全体把握能力は一度だけ獲得されればいいというものではない。何か新しいこと、未知の事を学び取ろうとする時にはそこでまた新たに獲得されねばならない。全体把握能力を獲得するまでの精神発達を経験するのは子供に限らず、成人が何か新しいこと、例えばモールス符号の解説を学ぶ時も同じことである。我々が現代絵画を観賞する際に、この能力（全体把握能力）を如何に習得するかを自らの例に即して知ることが出来る。絵が我々の目には色彩と線の単なる錯綜としか映らない段階を経験してから、はじめて、いまだ全体を把握することは出来ないが、細部を区別するようになる。現代絵画もくり返し観ていると全体把握が可能になる。そして、現代絵画の展覧会を何度も観賞している人は一目でその描写を把握し、「了解する」であろう。しかし、一方修練をつんでいない人や慣れていない人は細部を観ているので（全体が）分からなくなってしまう。従って、全体把握能力のテストでは患者の知識の程度、つまり教養を考慮しなければならない。

原註 5) 子供の精神発達 2 版 1921

全体把握能力の発展にとって訓練や記憶力が如何に大切かを実例が示してくれる。一枚の絵が先ず沢山のエングラム（記憶痕跡）をあとに残すような過程を考えてみる。絵をくり返し観ていると全体把握にとって重要ないくつかの細部は深い記憶痕跡を残すが、他方、重要でない細部は何ら痕跡を残さない、つまり看過されてしまうのである。これによってある程度細部の選択が行われるのである。結局、絵は沢山のバラバラの記憶痕跡を作り出すのではなくて、同時的記憶痕跡を生むのである。この過程を同時形成と呼ぶことが出来る。全体把握は認知の最終段階であり、即ち認知機能である。つまり、最高次の認知機能であり、そして同時に最高次の精神機能としての知的機能である。

全体把握の障害（同時失認）は退行現象の一つであり、機能の解体である。病気になる前に

はその教養に応じて絵画描写を把握出来ていた患者は、今や絵の細部は正しく認知出来るにもかかわらず全体把握が出来なくなっている。患者は単に細部の羅列を見ているだけである。この意味で患者は再び子供にかえってしまっているのであり、もはや木を見ても森を見ることが出来ない。読みに際して患者は一子供か初心者の様に一語を文字に分解して逐字読みしなければならず、その際子供や初心者にみられるような特徴的なあやまりをおかす：取りちがえ、縮小、文法的あやまりなどである。これらのあやまりは、Messmer^{原註6)}が認めているように子供の年代にとどまっている。患者の読む速度は丁度子供のそれを想起させる。子供はせっかちに読む場合、最初がもっともテンポが早く、それから思いがけないテンポの動揺があり、結局は正常の読みテンポにかえる (Messmer)。

原註 6) 読書の心理について Leipzig 1904

我々の症例では全体把握の障害は視覚の領域に限られている。即ち、それは視覚性同時失認であり、聴覚性全体把握は障害されていなかった。しかし、聴覚領域にも同様の独立した障害、即ち聴覚性同時失認が存在すると思われる。私の考えでは聴覚性同時失認であると思われる文献例二例についてここで述べてみたい。

第一例は1871年 Schmidt^{原註7)}の報告したものである。「いくつかの母音が区切って発音されるとこの女性患者はそれを聞き、復唱することが出来た。普通の方法で一音節語を聞かせたがそれは理解出来なかった。しかし文字一つ一つをハッキリ区切って明瞭に発音してやるとそれを復唱出来た。多音節語の場合では最初に一音節を明瞭に発音し、つづいて次の音節を同じように発音し、それから二つをいっしょに発音して始めて、患者は語を理解する。その後次第に患者は言葉を早く理解出来るようになったが、しかし、言葉をハッキリ、かつゆっくり発音してやるとくり返さなくても、それがたとえ短い文章でも即座に理解出来るまでには半年かかった。聴覚が改善するにつれて、言語能力も良くなったが、しかし談話の際にいつも何か努力が必要であった。のちに患者が語っている様に、談話の際にはよく聞き取れたが、それがこみ入った雑音である時は何も聞き取れなかったそうだ。」Schmidtは患者が発音された語を理解出来ない理由として、「患者は個々の文字の音を十分な早さで連続して把握し、それを一つの語としてまとめることが出来ない」と考えた。

原註 7) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 27

第二例は Liepmann^{原註8)}の観察による。それはある薬剤師であって、彼はほとんどあやまりなく読み、書けたが、話をするのはやっとなかった。語彙であったがしかし短い言葉や一音節ずつなら理解出来た。「正しく知覚された言語要素を正しく組み立てることの障害が想定された」(Liepmann)。

原註 8) Neurol. Zentrabl. 1908 665ページ

もし、Poppelreuter も言っている様に、知能を個々の精神的・高次機能の総和、その場合純粋に心理学的尺度だけでなく、社会的尺度もその規準として考慮されなければならないのだが、と定義するならば、高次の精神機能の一つである全体把握の障害としての同時失認は知能障害といえる。しかし、同時失認は識別の障害に還元されるから、認知障害とも理解出来る。しかし、結局この障害に如何なる名称をあたえようとそれはどちらでもよいことである。大事なことは、これは十分な特徴をそなえ、厳密に区別出来、一つの感覚領域のみに関係し、行為のある特定の部分（認知、識別）のみを冒す障害であり、単に知的障害（全般性痴呆といったようなもの）として片づけてはいけないものであるということであろう。

ここで私は同時失認の概念を Liepmann の観念性あるいは disjunktive Agnosie (分離性) 失認と区別したい。Liepmann (原註9)は観念性障害を「個々の印象の合一が起こらない状態」と定義しているから、同時失認と観念性失認は同じものとみられるかもしれない。しかし、Liepmann の症例が明らかにしている様に、彼の症例にみられる障害は個々の印象の合一が起こらないことに基づいているのではない。Liepmann の患者はおもちゃのラッパをピストル、ハケを口ヒゲと言った。これらの例が我々のそれとちがうところは、そのあやまりが生じるのは、対象の認知には不十分な一部のみが認められただけであり、その細部各々全てにわたって識別されたのではないことによってである。しかし Liepmann 自身も述べている：「私の患者は最初このおもちゃのラッパの刺激複合体全体のうち、管状をした形と開口部があるという特徴と換気弁、これはたしかにピストルの撃鉄と似ている、をとらえ、この部分集合体が連想的にピストルのイメージを引き起こし、こうして連想的にひき起こされたピストルのその他の特徴はピストルとはちがった特徴をさらに評価する上での障害となった、と考えたい。」つまり、この誤認は認知した細部を一つにまとめあげることが出来ないのではなくて、細部を不十分にしか識別していないことによっているという考えである。

原註 9) Neurol. Zentralbl. 1908

ここで私は、Liepmann (原註10)が行った、同時失認は Pick のいう統握 Komprehension の障害の領分に属すると言えるかもしれない、という提言を立ち入って述べてみたい。統握と呼ばれるものは、ある全体の各部分部分をその空間的全体関連の中で意識の作用によって概観する能力の事である。この能力の障害が必ずしも認知した細部を一つにまとめあげることの障害と同じである必要はなく、我々が Liepmann の観念性失認の症例でみて来たように、細部の不十分な認知にもとづいていることがあるのをべつとすれば、私の考えでは、Pick (原註11)によって記載された症例ではそれを、ある全体の個々の部分を意識作用で以て概観するという能力の障害によって説明出来るとするよりは、はるかに複雑な障害である。より小さい病象ならしばしば迅

速に認知出来る患者でも大きな絵の中にみられる部分についてたずねられてもそれを認めることが出来ない。患者が見たものあるいは命名したものを少しずらしてやると、彼はさらにそれを追い求める。看護人を示しながら、あの人が見えますかと患者にたずねると、「この人ですか、よく見えます。」と答える。しかし患者は看護人の手を見つけることが出来ず、結局看護人を見失ってしまい、彼を目でさがす。60cmの大きさの半身像では患者には帽子の他は何も見えない。残念ながらいささか断片的にしか記載されていないこの症例では障害を十分に解釈することは出来ないが、しかしたしかに Balint 原註¹²⁾が記載した「注視」の精神麻痺との関係がみられる。ちなみに Pick 自身は統握を見る過程における一つの中継地、つまり知覚の一部とみている。「見るというこの部分機能が自由に働いて始めて、見る行為一般が実行されるのである、と Pick は云っている。」逆に、見て来た様に全体把握は高次認知機能、即ち知的機能の一つである。Pick にとっては統握障害は運動性失行の一側面であり、一方、我々は同時失認を観念性失行の一側面とみている。

原註10) Berl. Ges. f. Psych. u. NervKr. Sitzg v. 10. XII1923 Ref. in Zatzrbl. f. d. g. Neurol. u. Psychiatr. 35

原註11) 後頭萎縮の症候論について、プラハ大学精神科での研究、ベルリン 1908

原註12) Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 25

全体把握のように、行為もまた長年の発達過程の産物である。最初に個別に意識して実行されなければならない随意運動は訓練によって一つのまとまった行為にまで仕上げられ、機械化される。その結果実行の細部が機械的に駆使され、もはや意識による監視を必要としない。意欲における意識の働きは全く単純に行為全体に関係している (Semi Meyer) 原註¹³⁾。識別の領域において同時形成が対応するこの発達過程を Semi Meyer は機械化と呼んで、本来不随意的に起こる自動症と区別している。例えば、全体として意図され、つまり随意的であるが、しかし意識の関与無しに起こり得る消化活動、呼吸運動、機械化運動のようなものである。Semi Meyer によれば、機械化の本態と目的は実行作業の細部から意識の負担を軽くしてやることである。

原註13) Verhandl. d. ges. deutsch Nervenärzte13 Jahressammlung

観念性失行の中に私は機械化された行為の障害(解体)を認めるのである。単純な運動において何らあやまりをおかさなかった患者が、病気になる前に訓練したより複雑な行為、たとえば葉巻を切ったり、それに火をつけたりすることが正しく出来なければ、この障害は観念性失行と呼ばれる。葉巻を切ったり、火をつけたりするのは機械化された行為である。この行為の部分行為一つ一つは最初意識の全巾の関与のもとに行われなければならない、そのあと機械化

が起こる。人の頭に浮かぶのは目的だけであり、タバコを喫ったり、その他あらゆることは意識の関与無しに起こるのである。機械化された行為が障害されていれば、目的設定はもはや十分ではない。全体行為はそれを構築する部分行為に分割されている。行為の細部、つまり部分行為は実行される。しかしそれは正しい順番で行われぬ。短縮され、省略されて、いずれにせよ目的、例えばタバコを喫うことは全く達成されないかあるいは苦勞してやっと行われる。Liepmann^{原註14)}はこの現象を次の様に表現している：「主目的表象の中間目的表象への分離がまちがって行われた。」と。しかし誰でも自ら確かめることが出来るように、ある機械化された行為の実行に当たっては主目的表象も部分目的表象も起こってこないのがつねである。誰かがタバコを喫おうと決心すれば、その他全てのことはいつも意識の関与無しに、部分行為の表象なしに機械的に行われるのである。もし十分に機械化されていない行為を実行しなければならない時に始めて、その行為を表象せざるを得ない。長い努力のすえ、やっと行為を正しく実行することが出来る患者ではしばしば、彼等は実行されるべき行為を先ず心の中に「思い浮かべ」なければならない様な印象を受ける。この目的表象と部分表象は、行為がなお機械化されていないということであれ、機械化された行為が脳損傷の結果解体したのであれ、いつも欠陥の徴候である。

原註14) 行為の障害について ベルリン 1905

如何なる行為も機械化にゆだねられているから、人間の言語も機械化されている。Semi Meyer は言語を機械化の作用機構とその範囲を説明する為の好個の例と考えている。機械化された言語の障害は私の考えでは、失文法あるいは少なくともこの病態のある種の形態である。

注目に価するのは Simons^{原註15)}の記載した書字障害の症例であり、これは機械化された行為の障害の領域に属する^{原註16)}。この症例は左の側頭葉に榴弾破片創を受けた27歳の画家である。この患者に書字障害がみられた。彼は文字を基線にそろえることが出来ず、いつもしり上がりになり、書かれた字も拙劣であった。彼は罫線の引かれたノートであっても同じように書く。視野は正常であった。患者は自らの書字障害を次のようにのべる：「Hamburg と書く場合にはいつも心の中で H-a-m-b-u-r-g と一字ずつ唱えなければなりません。」「m までくるとすでに H-a は忘れてしまっています。」当然の事として Simons はこの障害に子供が書字を習得する際の行動との類似物を見ている。上述の脳障害によるこの患者の書字に於ける内的条件は書字を学ぶ子供の場合と似ていた。患者も子供も語を文字や音節に分解し、それを視覚的文字像と比較させながらペンをすすめるなければならない。一方、注意力の障害がこの障害の本来の原因であるとは私は思わない。これは機械化された行為（書字の）の障害、つまり同時失書^{原註17)}である。

原註15) Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 54

原註16) 正常成人の書字は機械化された行為の一つであり Lissauer (Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrank. 21) が考えた様に空想による写字ではない。

原註17) 我々の患者もこの障害らしきものを示した。患者は28の代わりに820と書いた。病歴を見よ。

補遺

Liepmann 原註18) 記念論文集の中で Pick は「痴呆の分析について」というタイトルで論文を書いている。最初の文献展望の際、この論文は私の目にふれなかったが、あとで本論文を書き終えてはじめてそれに気付いた。論文で Pick は、その他の症状とともに Binet-Bobertag の絵のテストにより明らかな異常を示した一人の男性患者を記載している。患者は絵の細部は認知したが、しかし絵が全体として何をあらわしているのか言えなかった。患者の読みの能力と空間見当識についてはこの論文には何も記載されていない。Pick は患者の障害を全体把握の障害としてとらえ、正鵠を得たむだのない言葉で、「それが精神的発達の上でみられる一段階と非常に似たもの」であるとしてこの障害の意義を示唆している。従って、彼の言っていることは、患者はある意味では再び子供にかえてしまったのだという言葉で我々が表現しようとしていることと同じである。

原註18) Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 54

Pick は論文の中で統握 Komprehension の障害の説明に関してちがった立場を表明している。それによれば統握 Komprehension の障害もまた全体把握の障害である。しかし、統握の障害は個々の対象に関係しているが、後者の場合（全体把握の障害）には状況絵図の全体状況、つまり全体印象の把握が障害されている。しかし私の考えでは一つの対象の全体把握の障害と多くの対象から構成される一枚の絵の全体把握の障害との間には何ら相違はない。さらにここでもう一度強調しておきたいのは、Pick によって統握の障害として記載された症例は、それを全体把握の障害によって徹底的に説明するにはあまりにも複雑すぎるということである。

解説

同時失認について

大 東 祥 孝

はじめに

訳出された Wolpert の「同時失認－全体把握の障害－」は、雑誌 *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* の、93巻、p.397-415 (1924年)に掲載されたものであり、今日、視覚失認の特殊型とみなされている同時失認(simultanagnosia)の概念が最初に提起された論文として、よく知られている。

しかしながら、最近、とりわけ1980年代以降に使用されている同時失認の概念は、必ずしも Wolpert の記載に忠実にそったものとはいえず、むしろ Bálint 症状群においてみられる視覚性注意の障害をも含めてさすようになってきている。従って、当然のことであるが、場合によっては大きな概念上の混乱をきたす結果となっている。

そういう状況であるからこそ、Wolpert の最初の記載にもう一度立ち返ってみることの意義が強調されてよいのであろうが、事態は、必ずしも直裁に Wolpert に戻ればすむというようなものではなくなっているようにも思われる。本稿では、主としてこのことをめぐり、これまでの経緯と現状についてふれることになるが、とりあえずは、Wolpert の論文の意義を再検討したうえで、その後の同時失認研究についてふれ、現時点において、同時失認をどう捉えておくのが適当であるか、また Wolpert の提起した同時失認を、どのように考えておけばよいのかについて、筆者の考えを述べておきたいと思う。

1. Wolpert 型同時失認

Wolpert の述べる同時失認は、視覚対象という見地からみた他の視覚失認（物体失認、画像失認、色彩失認、相貌失認、純粹失読など）とは基本的にその立脚点を異にする概念であって、問題とされるのは、認知障害の

対象というよりも、認知障害の様式である。すなわち部分と全体の把握という問題にかかわる論点を内包している。ごく形式的に言えば、同時失認とは、部分は認知されるのに全体の意味把握が困難であるような病態をさす。認知様式のあり方という視点からすれば、これとは全く逆の事態、すなわち全体の把握は良好であるのに部分の認知が困難であるような病態も当然想定されることになる。

事実、Wolpert には、「字性失読の本質について」(“Über das Wesen der literalen Alexie”, Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, 75, 207-266, 1930) という注目すべき労作があり、これはまさに後者の事態を論じたものである。つまり、語の全体的把握は良好であるのに、その部分をなす文字の認知が不良であるような病態に論及している。そこで彼は、同時失認 vs 分化減弱(Differenzierungsschwäche)という明確な対立図式を提起している。Wolpert の同時失認論は、実のところこの後者の論文の出現をまっけてはじめて理論的にも完成されたものとなったように思われるのであるが、これについては、Weigl(1964)も指摘するように、何故かあまり着目されることがないまま今日に至っている。しかし、この1930年の論文をあらためて読んでみると、当時一世を風靡しつつあった Wertheimer(1880-1943)、Koffka(1886-1967)、Köhler(1887-1967)らを中心とするゲシュタルト心理学の影響を如実にうけていることを読みとることができ、「全体の知覚は部分の知覚の総和以上のものである」というゲシュタルト心理学の基本的テーゼが、Wolpert の同時失認概念の誕生を促す大きな契機の一つとなったことがよくうかがえる。

訳出された1924年の論文では、同時失認とは、「細部の認知が良好であるにもかかわらず、同時に全体を把握することが不可能」であるような病態であるとされ、(1)全体把握の障害が視覚領域に限られており、(2)従って一般知性障害そのものではないが、(3)視知覚としては最高水準の障害であり、視覚的認知の最終段階の障害である、と規定されている。

Wolpert の呈示した症例は、2回にわたるけいれん発作のあと意識障害に陥り、その後意識が清明となったあと、軽度の語健忘、中等度の記憶障害、書字障害、計算障害などを示し、視覚的には次に述べるような障害がみとめられた。まず第一に、動作絵、風景写真、Binet-Bobertag の状況画などを呈示すると、細部の認知は可能であるのに全体としての意味把握が困難であった。第二に、読みに際しては、語全体を一挙にとらえることが困難で、一字一字を逐次的に読んでいって読み誤る(語性失読)。第三に、空間的見当識の障害がみとめられたが、約三カ月後には、第一の障害はほ

とんど不変であったものの、第二の逐次読みの傾向は少なくなり、第三の空間的失見当は消失していた。Wolpert は、この三つの視覚的障害を全体把握 (Gesamtauffassung) の障害、すなわち同時失認 (Simultanagnosie) として、統一的にとらえようとしている。

今日では、同時失認は、原則として「情況画」の全体的意味把握の障害に対して用いられることが多いが、これについては、すでに、Head (1920) や Pick (1923) による記載がある。Head (1920) は、彼の言う文意性失語 (semantic aphasia) において、情況画の細部はすべて認知しているが、画の有する全体的な意味理解に到達することがない、という症状を示すことを指摘し、また Pick (1923) は、情況画を呈示された際に、画の細部や部分を順次列挙してはゆくが、結局は列挙するのみ (Und-Verbindung) で、その画の有する意味を把握するに至らない病態を記載し、これを、全体把握 (Gesamtauffassung) ないし把握理解 (Komprehension) の障害であると考えた。

そうした流れをうけて、これを「同時失認」として概念化した Wolpert にとって、これは、同時に全体を把握する (das Ganze simultan zu erfassen) ことの障害をさしていたが、ここでいう「同時に」というのは、以前筆者が指摘したように (大東 1982)、字義通り同時に複数の対象を知覚しえないという「時間的空間的同時性」のことではなく、いわば「認識論的同時性」であったと考えられる。そういう意味あいでの「同時失認」という表現を使ったのは、Critchley (1959) も指摘しているように、確かに必ずしも適切であったとは言えないかもしれない。しかし、ここでいう認識論的同時性というのは、比較的限定されたものであった。むしろ、部分の認知が良好であっても全体の認知が必ずしも直ちに可能になるとは限らず、そこに全体認知を可能にする「何か」が必要になるというゲシュタルト心理学的な意味での「同時性」が問題となっていたことを、あらためて想起しておくことが重要であろう。

そういう側面から「部分と全体」の認知の解離を問題としている「同時失認」概念は、昨今の認知神経心理学的動向とは別に、なお今日的意義を失ってはいないのではないかとと思われる。ともあれ、彼が提起したような病型を、とりあえずは「Wolpert 型同時失認」と称しておいてよいように思われる。

2. Luria と Kinsbourne & Warrington の「同時失認」研究

Wolpert が意図していたそれとはかなり様相を異にする病態が、Luria (1959, 1963) によって報告された。彼のいう「同時失認」は、同時に複数の対象を見れないというのが基本障害の結果生じた病態であると考えられ、むしろ視覚性注意障害の一型であって、いわば Bálint 症状群の一部とみなしうるものであった。ともあれ、もし Wolpert の解釈をそのまま尊重するならば、大橋(1965)も指摘するように、これは「仮性同時失認」である、ということになるのであるが、時代の流れは、逆に「仮性同時失認」を本来の同時失認とみなす方向へと進んでいったように思われる。たとえば Damasio(1985)は、明確に Luria の流れにそって、Bálint 症状群を「同時失認」と考えようとしているのである。

確かに、複数の視覚対象を同時に知覚できないという症状は、Bálint (1909)や Holmes(1918, 1919)によっても記載されていた。Bálint 症状群あるいは Bálint-Holmes 症状群と称されている病態は、精神性注視麻痺、視覚失調、視覚性注意障害の三徴候からなるが、最後の症状は、特定の視覚対象に注意がゆくと、新たな視覚刺激が現れてもそれに気がつかないというもので、これは同時に複数の視覚対象を認知できない、ということの意味する。この三徴候は、視線失行(gaze apraxia)、視覚失調(optic ataxia)、視覚的注意制限(restriction of attention)として捉えられているが、これらがどのような機序にもとづいて生じるのかはなおよくわかっていない。しかし、Damasio(1985)は、「視野を全体として捉える能力の後天的な障害の結果、視覚対象が急に消えたり現れたりし、また、視野の一部分しか認知しえなくなる」(acquired disturbance of the ability to perceive the visual field as a whole, resulting in the unpredictable perception and recognition of only parts of it)状態を Bálint 症状群と規定し、かつまた、それを「同時失認」(simultanagnosia)と等価なものとみなしたのである。

そうした見解は、“Bálint Syndrome=simultanagnosia+gaze apraxia+optic ataxia”という考え方につながり、同時失認を Bálint 症状群と一義的に結びつける見方を支えることになった。

一方、Kinsbourne & Warrington(1962, 1963)は、Wolpert の臨床記載にそった同時失認と失読を呈した症例を報告したけれども、タキストスコープで検索してみると、単一の対象であれば正常者の認知閾と変わりはない。

いが、対象が二個以上になると、500msec以下の短呈示下では認知閾が明らかに上昇していた。また継時的に呈示した場合も認知閾が上昇することから、複数の視覚対象を認知する知覚機能が制限されている、あるいは複数の視覚対象を認知する際の「不応期」(refractory period)が上昇している、ことを、その発現機序として想定した。言い換えれば、複数対象の知覚過程が緩徐化してしまったために、情況画の認知障害や逐字読みを伴う失読が生じることになった、と考えたのである。こうした解釈は、Wolpertが想定していた「視覚認知の最終段階における障害」という見方とは明らかに次元を異にするものであって、この見解も、Luria et al(1959,1963)のそれとならんで、同時失読についての新たな研究方向を基礎付けるものとなったのである。

3. その後の「同時失読」研究

1960-1970年代では、Kinsbourne & Warringtonの研究を受けておこなわれたLevine et al(1978)の研究、および、井村(1960)によって報告された、失読を伴わずに相貌失読と同時失読を示した「視覚失読の象徴型」として知られる症例や、それにきわめて類似した大東ら(1975)の症例の報告がある。

1980年代以降、同時失読関連の研究は次第に増加してくる。認知心理学が本格的に神経心理学の領域へ参入しはじめ、かつまた画像診断の著しい進展とあいまって、同時失読をあらためて見直す動きが活発化しつつある。以下に、主な研究報告を紹介する。

1) Levine et al(1978)

逐字読みの特徴を有する失読とともに情況画の認知障害を示した同時失読例を検索し、Kinsbourne & Warrington(1962,1963)の研究結果を確認しつつ、その病態が、視覚的短期記憶障害と截然とは区別しにくいような、複雑な視覚対象の知覚的分析の障害とみなしうることを指摘している。

2) 井村ら(1960)

失読を伴わず、相貌失読と同時失読を呈した症例の報告で、「視覚失読の象徴型」として知られている。井村らは、「視覚の領域で知覚の示差的側面を通じてそこに個別的な意味をくみとる象徴機能の障害」を想定している。病因は明らかではないが、経過からみると何らかの変成疾患の可能性もあり、左後頭葉優位の後方領域の萎縮が想定される。

3) 大東ら(1975)

井村らの症例に酷似して、失読を伴わずに、相貌失認と同時失認を呈した急性壊死性脳炎の後遺症例の報告である。視覚的探索に問題はなく、複数の対象を普通の速度で見渡すことができ、図形の模写も極めて良好で、しかもそれは“line-by-line”的な模写ではなく、Farahの考えるような統覚型視覚失認様の側面はみとめられず、あえていえば連合型視覚失認のより高次の水準における同時失認と考えられた。

井村ら(1960)の症例と比較すると、両例ともに、相貌失認と同時失認が存在し、失読をとまわず、むしろごく軽度の語義理解の障害を伴う情況画の認知障害をみとめ、WAISでは絵画配列が際だって不良であった。病変については、井村の症例では確かなことはわからないが、この症例では、左優位の両側後頭側頭葉内側底面にCT上低吸収域をみとめた。いずれにせよ、同時失認の性質が、視覚領域に比較的限定された知性障害という性格の強いものであった点でも類似している。両例ともに、Farahのいう背側型同時失認にも腹側型同時失認にも合致しない。あえていえば、「視覚的意味障害性」同時失認ということになるであろう。

4) Gomori et al(1984)の報告は、両側後大脳動脈の梗塞の結果、当初、失読を伴わずに物体失認を示し、それが回復したあと、相貌失認、同時失認などを呈した症例である。同時失認については、「患者は個々の細部を同定できるが、絵画の有する意味を理解することができない」と述べられている。模写は良好で、連合型の視覚失認と考えられており、視覚失認の発現については、視覚-辺縁系離断(visuolimbic disconnection)によるという仮説が提起されている。失読を伴わずに相貌失認を伴った連合型の同時失認症例であり、その点だけを見ると、Kinsbourne & Warrinton(1962)の症例よりは、井村ら(1960)や大東ら(1975)の症例に近い可能性もある。

5) Marks et al(1987)の症例1は左優位の両側性の後大脳動脈梗塞例である。純粹失読とともに同時失認、相貌失認がみとめられ、Boston失語症検査のクッキー泥棒の画を呈示すると、個々の対象は同定できたが、何が起きているかを述べることはできなかった。この症例はむしろ、Kinsbourne & Warrinton(1962)の症例に類似している。

6) Rizzo et al(1987, 1990)の報告は、同時失認の発現機序を論じたものであるが、対象としている症例群は、Kinsbourne & Warrinton(1962)の報告例とはかなり異なっている。むしろLuria(1959)の症例に近く、患者の主訴は、「静止している対象が急に見えなくなったり現れたりする」、「視界にある対象が断片的にしか見えない」といった内容であり、全例に断片的視覚体験(piecemeal visual experience)がみとめられている。

彼らは、同時失認を「複数の対象からなる複雑な視覚呈示に際して個々の対象のすべてを発見することができない」病態であると操作的に定義している。病巣は、両側後頭葉上部の頭頂葉への移行領域である。Bálint 症状群においてみられる視覚失調 (optic ataxia) や視線の失行 (ocular apraxia) はみられなかった、と記されているが、彼らの言う同時失認は、Bálint 症状群においてみられる「視覚性注意の障害」に相当するものと考えられる。

こうした病態に対して論者らは、その発現に、「持続性注意 (sustained attention) の障害」の関与を想定しているのであるが、その定義からも容易に推し量れるように、「細部の認知が良好であるのに全体の把握ができない」という同時失認の病態とは根本的に異なっている。後者では原則として部分ないし細部の視覚対象を見ることは可能なのであるが、前者では、それらのすべてを見ることができないのである。細部のすべてを見ることができるのに絵画の意味が把握できないという病態と、細部そのもののすべてを見渡すことができないという病態とを同一に論じることができないのは、明らかであろう。

Rizzo et al.のこうした捉え方は、さきに述べた Damasio (1985) の見解に依拠するところが大きいようである。この研究報告あたりから、Bálint 症状群においてみられる視覚性注意の障害を同時失認とみなす立場が次第に優勢になってくる。

7) Riddoch & Humphreys (1987) は、模写やマッチングが可能であるにもかかわらず、従来の連合型視覚失認とはいえず、知覚過程に問題のあることが示された症例を報告した。患者は、同時に複数の部分を同定しえないという側面や、視覚対象の局所形態を統合して対象の全体像を形成できないという病態を示したのであるが、そこでは、「部分を全体に統合できない」という点において明らかに「同時失認」と類同の病理が想定されている。しかし、彼らの症例では、絵画全体というよりは、単一対象の水準において、すでにこうした障害がみられていることや、「同時失認」という概念自体に問題のあること、複数対象に対する認知閾の上昇、という Kinsbourne et Warrington (1962) の解釈では説明のつかない現象がある（呈示時間を無制限にしても患者は対象の全体像を認知できない場合がある）ことから、こうした兆候を「同時失認」概念に訴えることをせず、「統合型視覚失認」“Integrative Visual Agnosia” という新たな失認概念を登場させた。

8) Coslett & Saffran (1991) は、両側頭頂後頭葉梗塞の結果、断片視の訴

えがあって、やはり Bálint 症状群の一部とみなしうる症状を示した症例で、「単一の対象は認知できるにもかかわらず、複雑な視覚配列を解釈することが困難である」ような同時失認の解析を行い、位置情報と対象情報とが分離してコード化される過程をモデル化することを試みた。そして、対象情報と位置情報の統合の過程において果たす頭頂葉の役割について論じている。これに対し、左半球後方病変でみられる「同時失認」は、同じように同時的形態知覚(simultaneous form perception)の障害のように見えるが、対象の情報処理速度の緩徐化によるものではないかと推測している。

9) こうした流れのなかで、Farah(1990)は、同時失認を背側型と腹側型とに区別した。背側型同時失認(dorsal simultanagnosia)とは、Luria(1959)の記載に代表されうのような、Bálint 症状群の一部としてみとめられる病型であって、「注意をある対象から別の対象へと移動させることの困難に伴って、同時に複数個の対象を検出することができない病態で、一般的には、両側頭頂後頭葉の病変によって生じるタイプ」であるのに対し、腹側型同時失認(ventral simultanagnosia)とは、Kinsbourne & Warrington(1962)の報告に代表されるような病態で、「複数の視覚刺激をふつうのように早い速度で認知処理することができなくなるために、部分部分を逐次的に処理して認知することしかできなくなるタイプであり、刺激対象に応じて、物体を一部づつしか(object-by-object)認知できなかったり、単語を文字ごと一字ごとにしか(letter-by-letter)読めなかったり、複雑な非言語性の視覚対象を特徴ごとにしか(feature-by-feature)認知できなくなるような病態であって、一般的には、左半球の後頭側頭葉下面の損傷によって生じる病型である」と考えたのである。

注意しておくべきは、Farahにとっていずれの型の同時失認も、広義には「統覚型視覚失認」(apperceptive visual agnosia)とみなされている、という点である。これは、井村ら(1960)や大東ら(1975)の症例が連合型視覚失認(associative visual agnosia)とみなしうるのと対照的である。この点については、後述する。

彼女の「同時失認」論は、基本的には認知心理学的視点に基づくものであるが、関連する解剖生理学的視覚システム(Ungerleider & Mishkin, 1982)を念頭においた、いわば認知神経心理学的な見直しであったことや、臨床との接点が比較的明確であったこともあって、以後の「同時失認」論に大きな影響を与えることになった。事実、背側型同時失認(dorsal simultanagnosia)、腹側型同時失認(ventral simultanagnosia)という術語は、その

後よく使用されるようになっている。

しかし、こうした二分法を行うほどにはまだ期は熟してはいないとし、Farahが腹側型同時失認と称する型は、背側型同時失認の軽症型である可能性もある、として、Farahの提案に対して慎重な立場をとる Riddoch (1996)や Humphreys et al(1994)らの意見もある。

10) Humphreys et al (1994)は、両側頭頂後頭葉に優勢な萎縮を示した2例において、同時失認症状（同時に複数対象を知覚することが困難）の基盤をなすのが、並行的特徴弁別 (parallel discrimination of single features)の障害にあって、注意転換以前の段階において障害がみられたことを根拠に、Farahの二分法に疑問を投げかけている。

11) Graff-Radford et al (1993)は、最初の徴候が同時失認であった変性痴呆10例を報告している。そこでの同時失認の診断基準は、両側頭頂葉病変によって絵画を全体としてみるのが困難になるような障害とされており、絵画の複数部分を同時に見ることができなくなる。この研究報告の主眼は、こうした徴候ではじまる変性痴呆が独立の疾患単位をなすものかどうか、という点であるが、同時失認を Bálint 症状群の一部とみなす立場がここでも明確にみとめられると言ってよい。

12) 比較的最近、同時失認と後部皮質萎縮 (Posterior Cortical Atrophy)との関連を論じた、Ardila et al (1997)と Mendez et al (1998)の報告がある。前者では、Bálint 症状群の一部としての同時失認と逐字読みを伴う失読、および失書（語彙性、空間性）、相貌失認を示したのであるが、彼らは、同時失認を背側症状と捉え、失読、相貌失認などを腹側症状と考えて、考察をすすめている。一方、後者では、経過とともに、逐字読みを伴う失読と腹側型同時失認から Bálint 症状群に伴う背側型同時失認へと移行していった病像の変化に注目している。同時失認との関係で興味深いのは、前者では、これをほとんど Bálint 症状群の一部と同義とみなしているのに対し、後者では、Farahに依拠して、腹側型同時失認と背側型同時失認を区別している点である。腹側型では複数の視覚対象を見つけることができるにもかかわらず複雑画の意味を捉えることが困難であるのに対し、背側型では同時に複数の対象を見れないことの結果として複雑画の理解が困難になることを述べ、両者が決して程度の差の違いによるものではないことを述べている。

4. 結語にかえて—同時失認の臨床的類型化の試み—

以上のような同時失認の研究動向をふまえると、我々がとりあえず考えておかねばならないことは、一概に同時失認とは言ってもいくつかのかなり異なった症例群を対象にしている可能性が高いと思われる点であり、さしあたり問題となっている症例がどのようなタイプの同時失認であるかを、臨床的水準においてある程度まで区別できるように類型化しておくことではないかと思われる。すでに Farah の提起した背側型、腹側型の二分法は存在しているが、これにおさまりきれない症例が存在することも指摘されている (Humphreys et al, 1994; 井村ら, 1960; 大東, 1975, 1982)。また、そもそも Wolpert の提起した同時失認がこの二分法に収まるか否かも問題である。

筆者は、ごく最近 (大東, 2000)、現時点における同時失認の捉え方について以下のような提言を行った。まず第一に、臨床的水準においては、同時失認を、あくまで情況画の認知障害に限定して考えておくのがよいということである。同時失認を「複数の視覚対象の同時認知の障害」とみなすのは、理論的には興味深いが、臨床上はあきらかに混乱を招くと思われる。

そして第二に、そうした同時失認を、とりあえずは以下の三臨床類型に分けておくのが實際上便宜ではないかと考えた。それは、(1) 意味型同時失認 (semantic form)、(2) 知覚型同時失認 (perceptual form)、(3) 注意型同時失認 (attentive form)、の三型である。

(1) 意味型同時失認 (semantic form)

この型は、失読をとともわず、複数対象の知覚困難や探索の緩除化傾向もなく、情況画の意味理解に必要な部分の認知が可能であるにもかかわらず、部分の有する意味を越えた絵画全体の意味を把握できないような病型である。典型的な場合には、図形の模写は良好で、“line-by-line”的な模写傾向もなく、連合型視覚失認の特殊型をとる。この型は、いわば情況画の意味そのものが活性化されないような同時失認である (大東, 1999) と考えられる。

(2) 知覚型同時失認 (perceptual form)

逐字読みによって特徴づけられる失読を伴い、情況画を呈示されると、ふつうよりも遅い早さではあるが個々の細部を見ることができる。しかし、なかなか絵画の意味理解に達することがない。時間をかけて必要な部

分の認知ができた場合には、状況画の意味を理解できることもある。このようなタイプの同時失認は、とりあえずは、複数の対象の知覚処理速度が低下していることと関連が深い可能性がある。こうした同時失認の類型は Farah のいう腹側型同時失認に概ね相当するもので、ここでは、いわば知覚水準における同時失認が問題となる。

(3) 注意型同時失認(attentive form)

外界が断片的にしか見えなかったり、見えているものが急に消えたり現れたりするという自覚症状を伴うことが多く、同時に複数の対象に注意を向けることができないために、いわば二次的に状況画の認知が困難になる。絵画の複数部分を見ることができないが、見えた部分については、それが何であるかを認知できる。また、文の読みは困難となるが、眼に入った単語は原則として正しく読むことができる。この型は、視覚性注意の障害によって「二次的に」生じる同時失認であり、Farah のいう背側型同時失認に概ね相当する。

以上、試みに提起した臨床類型について、今少し説明を加えておくと、三類型のなかで言う「知覚障害」や「注意障害」というのは、あくまで臨床的水準におけるものである。認知心理学的には、知覚の障害と注意の障害の関係はかなり微妙である。筆者の意図は、臨床の現場で同時失認の診断を下す際に、実際上有用な基準を提供するところにあった。同時失認を疑われる症例に出会った際に、特別にタキストスコープなどの器具を使わなくても、鑑別可能な診断基準を共有していることが、混乱を少なくすることにつながると思われたからである。

ちなみに、上記三類型は、場合によっては混在してみられることもありうる。たとえば Mendez et al(1998)の報告では、最初は(2)に近い病像を示していたが、経過とともに(3)の病像を呈するようになった。ただし、注意型が前景に出る場合には、たとえ(1)や(2)が混在していても、それを分離抽出することはむづかしい。また、(1)と(2)が混在する場合もありうる。逐字読みによって特徴づけられる失読を伴っているからといって、常に(2)のみであるとは限らない。(1)は、純粋なかたちであられることは少ないかもしれないが、他の症状に混在して存在していることは結構多いのではないかと考えられる。しかしこの点については、なお慎重な検討が必要であろう。

最後に、こうした立場から「Wolpert 型同時失認」を改めてみなおしてみるならば、理念としては、これは意味型同時失認ということになるであろうが、実際に Wolpert が報告した症例が純粋に意味型であったとは必ず

しも断言できず、逐次読みを伴う失読を合併していたことなどからみて多少とも知覚型の要因を含むものであった可能性も否定できない。しかしながら、少なくとも同時失認を Bálint 症状群における視覚性注意障害と同義とみなす見解とはあきらかに相容れない症例であったことは確かであると思われる。訳された Wolpert の論文から我々が今くみとらねばならぬことがあるとすれば、それは、昨今の認知神経心理学的動向に押し流されて、「Wolpert 型同時失認」の存在を見逃すようなことがあってはならない、ということではないだろうか。

文 献

- 1) Ardila A, Rosselli M, Arvizu L, Kuljis RO: Alexia and Agraphia in Posterior Cortical Atrophy. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 10, 52-59, 1997
- 2) Bálint R: Seelenlahmung des "Schauens", optische Ataxie, Raumliche Störung der Aufmerksamkeit. *Mtschr Psychiat Neurol*, 25, 5-81, 1909
- 3) Bay E: Disturbances of visual perception and their examination. *Brain*, 95, 173-186, 1953
- 4) Baylis GC, Driver J, Báylis LL, Rafal RD: Reading of letters and words in a patient with Bálint's syndrome. *Neuropsychologia*, 32, 1273-1286, 1994
- 5) Beversdorf DQ, Heilman KM: Progressive ventral posterior cortical degeneration presenting as alexia for music and words. *Neurology*, 50, 657-659, 1998
- 6) Bornstein B, Kidron DP: Prosopagnosia. *JNNP*, 22, 124-131, 1959
- 7) Boutsen L, Humphreys G: Axis-Alignment affects perceptual grouping: Evidence from simultanagnosia. *Cognitive neuropsychology*, 16, 655-672, 1999
- 8) Coslett HB, Safran E: Simultanagnosia. To see but not two see. *Brain*, 114, 1523-1545, 1991
- 9) Critchley M: The parietal lobes. Hagner Press, NY, 1953
- 10) Damasio AR: Disorders of complex visual processing, agnosia, achromatopsia, Bálint's syndrome and related difficulties of orientation and construction. In Mesulam MM ed. *Principles of behavioral neurology*. Philadelphia, FA Davis, 259-282, 1985
- 11) Farah MJ: Visual Agnosia. MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London, 1990
- 12) Faust C: Partielle Seelenblindheit nach Occipitalhirnverletzung mit besonderer Beeinträchtigung des Physiognomieerkenntnisses. *Nervenarzt*, 18, 294-297, 1947
- 13) Gomori AJ, Hawryluk GA: Visual agnosia without alexia. *Neurology*, 34, 947-950, 1984
- 14) Graff-Radford NR; Bolling JP; Earnest F 4th; Shuster EA; Caselli RJ; Brazis PW: Simultanagnosia as the initial sign of degenerative dementia. *Mayo Clin Proc* Oct; 68(10): 955-64, 1993

- 15) Head H : Aphasia and kindred disorders of speech. Brain, 43, 87-165, 1920
- 16) Holmes G : Disturbance of visual disorientation. Britsh J Ophthalmology, 2, 449-468, 506-516, 1918
- 17) Holmes G, Horrax G : Disturbance of spatial orientation and visual attention, with loss of stereoscopic vision. Arch Neurology Psychiatry, Chicago, 1, 385-407, 1919
- 18) Humphreys, Glyn-W., Price, Cathy-J. : Visual feature discrimination in simultanagnosia : A study of two cases. Cognitive Neuropsychology. Aug; Vol 11 (4) : 393-434, 1994
- 19) 井村恒郎, 野上芳美, 千秋哲郎, 後藤弘 : 視覚失認の象徴型. 精神医学, 2, 797-806, 1960
- 20) Kerkhoff G, Heldmann B : Bálint-Syndrom und assoziierte Störungen. Nervenarzt, 70, 859-869, 1999
- 21) Kleist K : Gehirnpathologie. Leipzig, Barth, 1934
- 22) Laeng B, Kosslyn SM, Caviness VS, Bates J : Can deficits in spatial indexing contribute to simultanagnosia? Cognitive Neuropsychology. 16, 81-114, 1999
- 23) Levine DN, Mani RB, Calvanio R : A study of the visual defect in verbal alexia-simultanagnosia. Brain, 101, 65-81, 1978
- 24) Luria AR : Disorders of simultaneous perception in a case of bilateral occipitoparietal brain injury. Brain, 82, 437-449, 1959
- 25) Marks RL, DeVito T : Alexia without agraphia and associated disorders : Importance of recognition in rehabilitation setting. Arch Phys Med Rehabil, 68, 239-243, 1987
- 26) Mendez F, Cherrier MM : The evolution of alexia and simultanagnosia in posterior cortical atrophy. Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology, 11, 76-82, 1998
- 27) 大橋博司 : 臨床脳病理学. 医学書院, 東京, 1965
- 28) 大橋博司 : 視覚失認論の展望. 精神医学, 24, 361-366, 1982
- 29) 大東祥孝, 石島裕 : 同時失認, 相貌失認などの特異な認知障害を示した急性壊死性脳炎の臨床例. 脳と神経, 27, 1203-1211, 1975
- 30) 大東祥孝 : 「同時失認」再考. 精神医学, 24, 421-431, 1982
- 31) 大東祥孝 : 同時失認. Clinical Neuroscience, 6, 1319-1321, 1988
- 32) 大東祥孝 : 高次視知覚障害研究の問題点と今後の展望. 失語症研究, 18, 288-292, 1998
- 33) 大東祥孝 : 精神・脳・神経心理 — 知るとはどういうことか —. 「生きる論理・生きる倫理」, 81-109, 京都大学出版会, 1999
- 34) 大東祥孝 : 同時失認をどう捉えるか. 「認知リハビリテーション」, 2000, 19-28, 2000
- 35) Onofrij M, Fulgente T, Thomas A : Event related potentials recorded in dorsal simultanagnosia. Cognitive Brain Research, 3, 25-32, 1995
- 36) Pick A : Zur Zerlegung der "Demenz". Mschr Psychiat Neurol, 54, 3-10, 1923
- 37) Rasch W : Zur Problem der sogenannten Simultanagnosie. Arch Psychiatr Nervenkr, 198, 39, 1958
- 38) Riddoch MJ, Humphreys GW : A case of integrative visual agnosia. Brain, 110, 1431-1462, 1987

- 39) Riddoch MJ : Simultanagnosia.in Beaumont JG et al ed.“The Blackwell Dictionary of Neuropsychology”,pp666-668,Blackwell,Cambridge,1996
- 40) Rizzo M,Hurtig R : Looking but not seeing : Attention,perception,and eye movements in simultanagnosia.Neurology,37,1642-1648,1987
- 41) Rizzo M,Donald A : Simultanagnosia : A defect of sustained attention yields insights on visual information processing. Neurology,40,447-455,1990
- 42) Ungerleider LG,Mishkin M : Two cortical visual systems.In Ingle DJ, Goodale MA,Mansfield MA (Editors),Analysis of Visual Behavior.Cambridge,MA : MIT Press,pp.549-586,1982
- 43) Viader F : Percevoir dans l'espace.Les aspects visuels de la perception spatiale.Rev Neurol,151,466-473,1995
- 44) Warrington EK,Shallice T : Word form dyslexia.Brain,103,99-112,1980
- 45) Weigl E : Some critical remarks concerning the problem of so-called simultanagnosia. Neuropsychologia,2,189-207,1964
- 46) Wolpert I : Die Simultanagnosie -Störung der Gesamtauffassung. Z. gesamte Neurol Psychiat, 93, 397-415, 1924
- 47) Wolpert I : Über das Wesen der literalen Alexie”, Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, 75,207-266,1930
- 48) 山鳥重 : 神経心理学入門. 医学書院, 東京, 1985