

## 器質性精神障害に関する臨床的課題

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 精神神経科)

石田 明史 宮澤 泰輔 服部 晴希 東森 華子

### 要 旨

身体疾患が精神症状の原因となることは多いが、その精神症状のために精神障害と誤診されやすい。このような報告は古くよりなされてきたが未だに重要な課題であり続けている。特に原因が急性身体疾患であった場合は治療導入の遅れが生命予後に大きな影響を及ぼす危険性があり、また慢性身体疾患の場合であっても不適切な治療や患者の誤った自己認識につながる恐れがある。本稿では身体疾患と精神症状の関係について概説した上で、近年当院で経験した器質性精神障害として脳腫瘍、抗NMDA (N-methyl-D-aspartate) 受容体抗体陽性脳炎、脳梗塞の3例を提示し、身体疾患を積極的に検索する事の必要性を改めて論じた。精神症状を呈した患者の診療を行う際には、論理上の先入観や検査・診察法の感度、精神障害診断における恣意的判断の入りやすさなどに留意した適切な状態評価を行うことが重要であると考えられた。(京市病紀 2017; 37(2): 46-50)

Key words : 器質性精神障害, 急性外因反応型, 抗NMDA 受容体抗体陽性脳炎, 脳腫瘍, 血管性認知症

### はじめに

かつて中世西洋では狂気のイメージには神学が関与し、精神の障害は悪魔による憑依などとみなされていた。しかし17世紀以降、近代哲学的認識論の深まりと並行して、精神症状の原因を身体的要因に求める還元論的態度が進展し、精神の障害は医学の領域に戻ることとなる。特に1822年、Antoine L. J. Bayleにより精神異常の解剖学的原因として慢性の髄膜炎（後に進行麻痺であることが判明）が指摘されて以降、還元論的視点はより一般的となりその流れは現在まで続いている。つまり、異常精神現象は中枢神経系の障害に起因するという理解である。

しかし一方で、個体脳における自律した生物学的異常ではなく、対人あるいは対社会関係が強く関与している異常精神現象も存在する。自然界における創発現象(※)の存在が明らかとなっている現代においては、もはや精神状態の個体脳への還元論的理解に普遍性はないと言える。このため現時点においてわれわれは、異常精神現象には身体的問題と心理社会的問題の二側面があると考えなければならない。

ここに一つの臨床的課題が生じる。それは、個体脳の障害であれば医療が対応すべきであるが、心理社会的問題であればそれは原則として社会的課題であり、医療的問題や生物学的問題としては扱うべきではない場合もあるという事である。患者の精神状態を安易に心理社会的問題と見なすことは、必要な治療の遅れにつながる危険がある。一方で、強制医療のような権利制限の存在や治療行為の身体への侵襲的側面を考えると、心理社会的問題を過度に医療対象と見なす事にも問題がある。このため医療従事者には身体疾患に起因する精神症状とその他の異常精神現象を識別するための指標が必要となる。

本稿では、まず身体疾患と精神症状の関係について概説し、精神症状を呈した患者を診察する際の留意点を挙げた。次に、当初精神障害である事を疑われた器質性精

神障害の自験例を提示し、器質性精神障害が見逃されやすい理由について考察した。症例提示に際しては症例の特定を避けるため論旨に影響のない範囲で改変を施した。

なお、本稿ではいわゆる内因性および心因性精神障害を単に「精神障害」、身体疾患に起因する精神障害を「器質性精神障害」と区別して表現した。

※創発…部分要素を合成した全体に、その部分要素が単独で存在する時にはなかった新たな性質が出現すること

### 身体疾患と精神症状の関係について

急性の精神症状を呈する可能性のある身体疾患の例を表1に、また慢性の精神症状を呈する可能性のある身体疾患の例を表2に挙げた<sup>1)2)</sup>。精神症状が前景であってもその原因が急性身体疾患である場合は身体医学的治療の速やかな導入が必要である。慢性身体疾患の場合でも精神障害との誤診はその後の不適切な治療や誤った自己認識につながる恐れがあり、やはり避けなければならない。器質性精神障害と精神障害を厳密に区別する事は原理的にも困難であるが、それぞれの症候や経過にはある程度の秩序があり、臨床的に両者を識別する際の指標とすることができる。ここでは器質性精神障害についての総論的事項<sup>1)~6)</sup>を以下に概説し、それぞれに関する臨床上の留意事項を挙げた。

i) あらゆる精神症状が器質性精神障害においても現れる

全ての精神機能が健全な身体機能を基盤として成立している事を考えれば自明であるが、器質性精神障害において認められる精神症状は精神障害の診断カテゴリーの全ての範囲にわたる。そのためどのような精神症状であったとしても精神症状の特徴からは身体疾患がその原因であることを否定できない。

ii) 精神症状は疾患非特異的である

甲状腺機能低下による抑うつ状態とパーキンソン病に

よる抑うつ状態を明確に区別できるような症候学的特徴は存在しない。このように、身体疾患とそれに起因する精神症状との間には決まった対応がない事が多いため、精神症状の特徴から身体疾患の病態を鑑別する事は困難である。

iii) 身体疾患の生物学的因子と精神症状は関連しない場合がある

例えば低血糖性昏睡と血糖値がよく相関する一方で、多くの内分泌疾患では精神症状と血中ホルモン濃度の間にあまり相関がない。このように、生物学的因子の検査値からは器質性精神障害である事を否定できない場合がある。

iv) 意識障害と認知機能障害（高次脳機能障害）は器質性精神障害である可能性が高い事を示す

意識障害や認知機能障害が精神障害において出現する事は稀である。心因性錯乱状態はその例外として挙げられるが、この場合身体的緊急性は低く予後も良好である。

一方、意識障害や認知機能障害は中枢神経疾患におけ

る主要な徴候の一つである。さらに、たとえ中枢神経系以外が病変の主座であったとしてもその身体疾患が急性かつ劇症である場合は疾患の種類に関わらず意識障害を基盤とした精神症状を呈する事が多い。この特徴は急性外因反応型（Bonhoeffer K<sup>7)</sup>）として知られており、いわゆる術後せん妄がその一例である。また、一見意識障害から回復したと思われる時期においても比較的長期間（時には数週間から数カ月）にわたってなお意識障害に関連する多彩な精神症状が出現する場合があり、この現象は通過症候群（Wieck HH<sup>8)</sup>）と呼ばれている。通過症候群は頭部外傷で特に問題となりやすい。

これらのことより、仮にうつ症状や幻覚妄想症状が認められたとしても同時に意識障害や認知機能障害が指摘できる場合は身体疾患の検索を積極的に行うべきであると言える。なお緊張病状態に関しては、一般身体医療従事者の間では統合失調症の一病型とのイメージが強いと思われるが、実際には脳炎や変性疾患、自己免疫疾患、内分泌疾患なども原因となる症候群である<sup>9)</sup>ため、やはり身体疾患の検索が必要である。

表1 急性器質性精神症状をきたしうる疾患の例

<変性疾患> 感染症または無酸素症を併発した初老期及び老年期認知症性疾患
<占拠性病変> 脳腫瘍, 硬膜下血腫, 脳膿瘍
<外傷> 頭部外傷
<感染症> 脳炎, 髄膜炎, 亜急性髄膜血管型梅毒, 麻疹, 猩紅熱, 連鎖球菌感染症, 敗血症, 肺炎, インフルエンザ, 腸チフス, 発疹チフス, マラリア, リウマチ性舞蹈病
<血管性> 脳梗塞, 一過性脳虚血発作, クモ膜下出血, 高血圧性脳症, SLE
<てんかん性> 複雑部分発作, 小発作, 発作後もうろう状態
<代謝性> 尿毒症, 肝障害, 電解質異常, 高炭酸ガス血症, アルカローシス, アシドーシス, ポルフィリン症, 悪性腫瘍の遠隔効果
<内分泌性> 甲状腺機能亢進, 粘液水腫, Addison病, 下垂体機能低下症, 副甲状腺機能亢進症および低下症, 糖尿病性昏睡, 低血糖
<中毒性> アルコール (ウェルニッケ脳症, 振戦せん妄), 薬物 (ベンゾジアゼピン系その他の鎮静剤, サリチル酸, カンナビス, LSD, アンフェタミン), 治療薬 (抗Parkinson病薬, scopolamine, 抗うつ薬, ステロイド, 抗ウイルス薬, 抗けいれん薬), その他 (鉛, ヒ素, 有機水銀化合物, マンガン, 二硫化炭素)
<酸素欠乏症> 気管支肺炎, うっ血性心不全, 不整脈, 無症候性心筋梗塞, 消化管出血, 一酸化炭素中毒, 麻酔後
<ビタミン欠乏症> サイアミン欠乏 (ウェルニッケ脳症), ニコチン酸欠乏 (ペラグラ, 急性ニコチン酸欠乏性脳炎), B12・葉酸欠乏

(文献2より一部改変)

表2 慢性器質性精神症状をきたしうる疾患の例

<変性疾患> Alzheimer病, Pick病, Huntington病, プリオン病, 正常圧水頭症, 多発性硬化症, Lewy小体病, Parkinson病, Wilson病, 進行性核上性麻痺, 皮質基底核変性症, 進行性多巣性白質脳症, 進行性ミオクロニーてんかん, 異染性白質ジストロフィー, 神経有棘赤血球症, ミトコンドリア病, 筋萎縮性側索硬化症
<占拠性病変> 脳腫瘍, 硬膜下血腫
<外傷> 頭部外傷後遺症
<感染症> HIV脳症, 進行麻痺, 慢性髄膜血管型梅毒, 種々の亜急性および慢性脳炎
<血管性> 脳血管障害, 多発性小梗塞, CADASIL
<てんかん> てんかん性認知機能障害
<代謝性> 尿毒症, 肝障害, 悪性腫瘍の遠隔効果
<内分泌性> 粘液水腫, Addison病, 下垂体機能低下症, 低血糖, 副甲状腺機能亢進症および低下症
<中毒> アルコール性認知症, Korsakoff症候群, 慢性鎮静剤中毒, マンガン中毒, 二酸化炭素中毒
<酸素欠乏性> 貧血, うっ血性心不全, 慢性肺疾患, 一酸化炭素中毒, 麻酔後, 心停止後
<ビタミン欠乏> サイアミン欠乏, ニコチン酸欠乏, B12・葉酸欠乏

(文献2より一部改変)

## 症 例 提 示

## 症例① 28歳女性

〈診断〉 精神医学的診断：器質性解離性障害

身体医学的診断：脳腫瘍，水頭症

〈初診までの経過〉 美術大学を卒業後，プロの写真家を目指す評価されず自宅に引き込まれるようになる。X-4年には抑うつ状態のため一年間の心療内科通院歴があるがその後はパートに就くなどして徐々に社会参加をすすめていった。X年2月，頭痛，倦怠感，嘔気が出現し，さらに普段よりも幼い態度を示すようになったため2月20日近医脳外科病院受診。画像精査は行われなかったが診察所見から異常なしと判断された。仕事での失敗を悩んでいる様子もあった事から，母親と近医内科医は心理的反応であると考えX年3月4日当科紹介受診となった。

〈身体疾患既往〉 特記事項なし

〈家族歴〉 弟：筋ジストロフィー

〈初診時現症〉 面接には礼節保ち落ち着いて応じる事ができ，疎通性も良好であった。一過性に反応が緩慢になったり母親に過度に甘える様子などがみられ，解離症状(※)と考えられた。

〈初診後経過〉 精神科受診歴はあるが，精神病理学的観点からは解離症状の出現を積極的に示唆するようなパーソナリティ特性や経過が指摘できなかったため，器質因の検索のため頭部MRIを予定した。採血検査上，特記すべき異常所見は認められなかった。3月11日に頭部MRI施行したところ右視床を中心とした占拠性病変及び第3脳室圧迫による水頭症が指摘された。占拠性病変はグリオーマなどの脳腫瘍が強く疑われた。同日脳外科対診を行いその後手術加療となった。

〈まとめ〉 家族の話す「心因性の物語」に影響され，患者の病的精神状態を安易に心理社会的現象と解釈したことが必要な治療に繋がるのが遅れた要因と考えられる。解離症状は人格構造に由来するいわゆる神経症症状である一方で，身体疾患による精神機能低下によって出現する場合もある。精神状態を包括的に評価できない場合は，解離症状の原因が身体疾患である可能性を積極的に除外すべきであると考えられた。

※解離…ある一連の心理的もしくは行動的過程を，その個人のそれ以外の精神活動から隔離してしまうような無意識的防御機制<sup>1)</sup>

## 症例② 28歳女性

〈診断〉 精神医学的診断：器質性精神病性障害

身体医学的診断：抗NMDA(N-methyl-D-aspartate)受容体抗体陽性脳炎

〈初診までの経過〉 元来社交的で対人関係は安定していた。X年8月より勤務先が変わり，家族にストレスがあると漏らしていた。「会話がすぐに理解できない」や「文字を読めない」，「心の中で誰かが笑っている」，「人に悪く思われている」などの訴えで同年10月4日近医脳外科病院を受診。神経学的異常所見は指摘されず，また同日施行された頭部MRI/MRA上も異常が指摘されなかつ

たことから統合失調症の発症を疑われ10月5日当科紹介受診となった。

〈初診時現症〉 面接には礼節保ち落ち着いて応じることができ，意識は清明と考えられた。「ずっと誰かが笑っています」「見張られている感じがする」と話すが「悪意は感じない」と言い，また「現実にはそのようなことはないと思う」と話すなど病感が認められた。錯語や流暢性の障害など言語症状が目立ち，質問にうまく答えられない自身の状態に困惑している様子であった。

〈精神科治療歴〉 なし

〈身体疾患既往歴〉 片頭痛

〈家族歴〉 特記事項なし

〈初診後経過〉 注察感や幻聴の訴えはあるものの被害感がなく病感もあり，感情的疎通性にも違和感がなかったため，統合失調症の病像とは質的に異なる印象であった。また，精神障害による解離症状であることを示唆するようなパーソナリティ特性や生活歴は指摘できなかった。このため器質性精神障害であることを強く疑い同日神経内科受診をすすめた。神経内科にて脳波異常指摘され辺縁系脳炎疑いとして入院となり，後に抗NMDA受容体抗体陽性脳炎と診断された。

〈まとめ〉 近年，精神症状で初発した非ヘルペス性急性辺縁系脳炎の症例報告が多くなされている<sup>10),11)</sup>。非ヘルペス性急性辺縁系脳炎の一つである抗NMDA受容体抗体陽性脳炎は，NMDA受容体の細胞外成分に対する抗体による自己免疫性の機序が推測されている傍腫瘍性脳炎であり，若年女性に好発し卵巣奇形腫を伴う事が多い。感冒様症状や精神症状で発症し，後に意識障害，けいれん，中枢性低換気，不随意運動，自律神経症状などの症状を呈する。頭部MRI上は異常所見に乏しい事が多く，脳波や髄液検査においてさえ異常が認められない症例も存在する。精神症状については「統合失調症様」「緊張病様」と報告される事が多いが，本症例は統合失調症で認められる病像とは質的に異なっていた。急性～亜急性に統合失調症や解離性障害を疑う症状が出現した場合は脳炎の可能性を考慮すべきであると考えられた。

## 症例③ 66歳男性

〈診断〉 精神医学的診断：器質性気分障害，通過症候群，血管性認知症

身体医学的診断：肺癌脳転移，脳梗塞

〈初診までの経過〉 会社勤務をしていたがX-7年9月に肺癌が見つかり左上葉切除術と放射線治療および化学療法を受けた。X-6年3月に焦燥感，抑うつ気分，食欲不振などの症状が出現したため精神科受診となった。

〈身体疾患既往〉 肺癌，前立腺癌

〈家族歴〉 特記事項なし

〈初診後経過〉 抗うつ薬による治療を開始しX-6年6月には抑うつ状態は改善した。X-6年7月，左側頭葉に転移性脳腫瘍が指摘されX-5年2月γナイフ治療が施行される。X-5年3月には精神状態安定していたため精神神経科での治療は中止となった。X-5年5月の頭部MRIでは転移性脳腫瘍の消失が確認された。

X-1年8月12日,右小脳半球と右後頭葉から頭頂葉にかけての広範な脳梗塞のため入院加療となる。入院時より意識障害が継続していたが入院一週間後頃より興奮し点滴ルートを自己抜去するなどしたため9月2日当科コンサルト。抗精神病薬を投与するも反応乏しく一時は身体抑制の併用を要したが,徐々に改善し10月7日退院。10月22日の診察では長谷川式簡易知能評価スケール7/30点と高度の認知機能障害が認められた。

X年1月20日興奮し自宅の鍵を壊すといった異常行動が見られるようになったために当科受診,薬物療法の調整を行い6月には穏やかに過ごせるようになった。X+1年3月時点では認知機能障害は認められるものの自宅で穏やかに生活できている。

〈まとめ〉 X-6年6月頃には抗がん剤やオピオイドなど精神状態に影響しやすい薬剤は使用しておらず,また,その後γ-ナイフ治療により転移性脳腫瘍が消失すると共に抑うつ症状も軽快したことから当時の抑うつ状態は転移性腫瘍による器質性気分障害であったと考えられる。

また, X-1年8月に発症した広範な脳梗塞に伴う意識障害に続いて認められた情動易変性,脱抑制などの精神症状は通過症候群であり,翌X年の異常行動は血管性認知症に起因する精神症状であったと考えられる。

## 考 察

器質性精神障害は精神障害と誤診されやすい。筆者らはこの問題の要因として以下のような三点を考えた。

一つ目は,医療従事者が患者の病状を医学的観点(何らかの唯物論)で観察するのではなく,一般常識的観点(心身二元論)で眺めてしまう事である。「精神は身体とは独立した現象である」という常識的(ただし科学的ではない)先入観が,目の前の異常精神現象を脳やその他の身体的変調と関連付けるのを妨げている可能性がある。

二つ目は,日常診療場面で頻用される検査・診察法の感度の問題である。精神現象は高度かつ複雑であるため最も脆弱な機能の一つでもあり,軽微な病状によって障害されやすい。このため神経変性疾患やてんかん,内分泌疾患,自己免疫疾患などの必ずしも容易に診断されない身体疾患はその精神症状のため精神障害と誤診されやすいかもしれない。

三つ目に,精神障害は実体のない理念型であるためその診断に定量的検査結果を必要としない事が挙げられる。

このため精神障害は,確定的評価を迫られる医療従事者にとって評価困難な状態に対する安易な選択肢となりやすいかもしれない。

## おわりに

身体疾患と精神症状には本稿で示したような関係性がある。医療従事者はこの事を念頭に,精神症状に対してもそれぞれの役割における適切な医学的評価と対応を行っていく事が重要であると考えられた。

## 引用文献

- 1) カプラン臨床精神医学テキスト日本語版第3版, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2016, p505, p811-826
- 2) Anthony S David, Simon Fleming, Michael D Kopelman, et al: Lishman's Organic Psychiatry A Textbook of Neuropsychiatry fourth edition, Chichester, West Sussex, Wiley-Blackwell, 2009, pp10-17, 20-22
- 3) クルト・シュナイダー: 新版臨床精神病理学原著第15版, 文光堂, 2007, p69-76
- 4) 三好功峰: 大脳疾患の精神医学, 中山書店, 2009, p2-26
- 5) 向井泰二郎, 人見一彦: 精神症状・問題行動の身体的な原因 脳以外の身体疾患. 精神科治療学. 2004; 19(増刊号); p122-126.
- 6) 池村義明: ドイツ精神医学の原典を読む, 医学書院, 2008, p191-243
- 7) Bonhoeffer K: Die exogenen Reaktionstypen. Zentralbl Nervenheilk, 1989; 32: 499-505.
- 8) Wieck HH: Zur Klinik der sogenannten symptomatischen Psychosen. Deutsch Med Wschr, 1956; 81: 1345-1349.
- 9) Max Fink, Michael Alan Taylor: カタトニア, 星和書店, 2007年, p99-116
- 10) 森 朱音, 筒井 幸, 小原講二, 他: 悪性緊張病との鑑別を要した卵巣奇形腫を伴う辺縁系脳炎の3例. 精神科治療学. 2014; 29(2): 253-260.
- 11) 松本卓也, 松本健二, 坂本伸吾, 他: 一級症状(K. Schneider)を呈した抗NMDA受容体脳炎の一例. 精神科治療学. 2011; 26(8): 1035-1043.

## Abstract

## Clinical Subjects for Organic Mental Disorders

Tomofumi Ishida, Taisuke Miyazawa, Haruki Hattori and Hanako Higashimori

Department of Psychiatry, Kyoto City Hospital

Organic diseases often cause symptoms resembling mental disorders and tend to be mistakenly diagnosed as mental disorders. Such studies have been made, but it is still an important subject. In particular, in the case of psychiatric symptoms caused by acute organic diseases, delayed start of medical treatment is dangerous and sometimes affects life prognosis seriously. Even in the case of chronic organic diseases, a mistaken diagnosis may result in inappropriate treatment or mistaken self-recognition. Here, we give an outline of the relationship between organic diseases and psychiatric symptoms. We report three cases of organic mental disorders experienced in this hospital, one case each of brain tumor, anti-N-methyl-D-aspartate receptor antibody-positive encephalitis and brain infarction. Emphasis is laid on the necessity of a positive search for organic diseases. When seeing a patient showing psychiatric symptoms, it is necessary to keep in mind the possibility of logical prejudice and the sensitivity of examination and arbitrary judgment on the diagnosis of the mental disorder.

(J Kyoto City Hosp 2017; 37(2):46-50)

Key words: Organic mental disorder, Exogene reaktionsformen, Anti-NMDA receptor encephalitis, Brain tumor, Vascular dementia