

初老期のセネストパチーと躁的要素 ——気分安定薬の有効性——

上田 諭^{1,2)}, 丸谷 俊之³⁾, 大久保 善朗¹⁾

Satoshi Ueda, Toshiyuki Marutani, Yoshiro Okubo: Cenesthopathy in the Presenium Associated with Manic Factor Resolved with Lithium Carbonate: Two Female Cases with Underlying Manic or Mixed State

セネストパチーは、身体各部における異常感覚を奇異な表現で執拗に訴え、それを説明しうる客観的身体所見を欠く病的状態で、しばしば慢性に経過し治療抵抗性である。体感異常のみが主症状となる狭義の単一症候的概念と、統合失調症、うつ病、器質性精神障害などに伴う一症候群としてとらえられる広義の概念とに分けるのが一般的であるが、疾病学的な位置付けはまだまだ定まっていない。今回、うつ病と診断され長年持続していたセネストパチー症状が、のちに呈した躁状態および混合状態に対する lithium carbonate (lithium) を主とした治療で改善した初老期女性の2症例を報告した。従来、躁状態または混合状態に伴うセネストパチーの研究や lithium の有効性を論じた報告は非常に少ない。本2症例を検討し、初老期、老年期のうつ病の焦燥性病像に躁的要素あるいは混合状態が重要な意味をもつことを論じた。さらに、Ey, H. や Leonhard, K. を含めた内外の文献も参照しつつ、セネストパチーとそれを包含する心気状態が躁的要素と強い関連をもっていることを精神病理学的に示した。加えて、これまで抗うつ薬と抗精神病薬を中心に行われてきたセネストパチーの治療について、躁的要素または混合状態を重視すれば、lithium をはじめとする気分安定薬を十分量用いることが有用となりうる可能性について考察した。

<索引用語：セネストパチー，心気症状，躁的要素，炭酸リチウム，気分安定薬>

はじめに

セネストパチー (cenesthopathy) は、身体各部における異常感覚を、奇異でしばしばグロテスクな表現で執拗に訴え、それを説明しうる客観的身体所見を欠く病的状態であり、体感症または体感異常症 (異常体感症) と訳される。多くは慢性に経過し治療抵抗性である。原典とされる1907年の論文で Dupré と Camus^{8,30)} は「従来の疾患論の

とでは慣習的に神経衰弱状態や抑うつ状態や心気症的状态と混同されてきた」との問題意識を表しているが、現在では、保崎¹¹⁾ や松下³²⁾ が述べるように、皮膚寄生虫妄想など体感異常のみが主症状となる単一症候的な「狭義の概念」²³⁾ と、統合失調症、うつ病とくに初老期うつ病、器質性精神障害などの一症候群としてとらえられる「広義の概念」とに分けてみるのが主流である。DSM-IV-TR 診

著者所属：1) 日本医科大学精神医学教室, Department of Neuropsychiatry, Nippon Medical School

2) 元・三芳病院精神神経科, Department of Neuropsychiatry, Miyoshi Hospital

3) 東京工業大学保健管理センター, Tokyo Institute of Technology Health Service Center

受理日：2012年10月6日

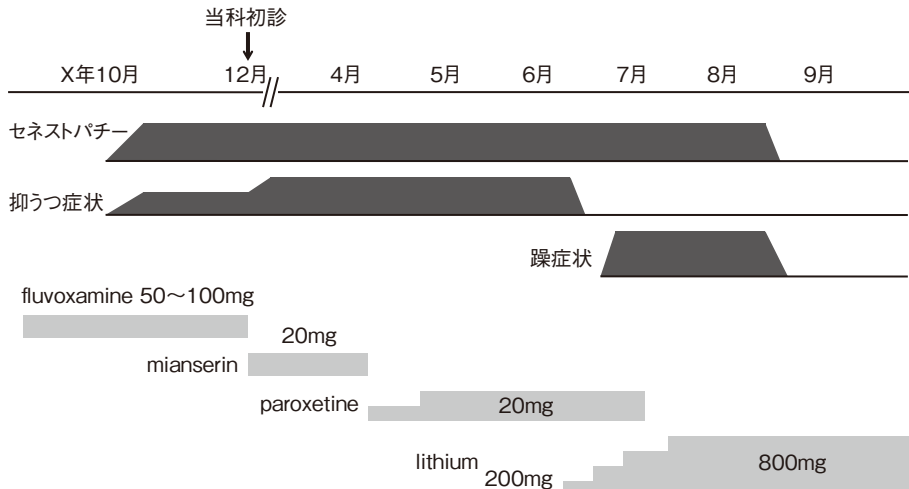


図1 症例Aの臨床経過図(X年10月以降)

断³⁾では、前者は「妄想性障害、身体型」にあたり、後者は基礎にある各障害の診断に相当する。セネストパチーはその了解不能性からは精神病病態に数えられるが、それが幻覚であるのか妄想であるのか、一致した答えはない。また、これを疾病学的にどう位置付けるかもいまだ定まっていない。

今回報告するのは、うつ病の診断を背景に長年持続していたセネストパチーが、のちに呈した躁状態およびいわゆる混合状態に対する lithium carbonate (lithium) を主とした治療で奏効した初老期女性の2症例である。ともに、気分障害を背景として生じた「広義の概念」によるセネストパチーにあたる。従来本邦の代表的分類である吉松分類³⁶⁾と吉松・高橋分類²⁹⁾では、広義のセネストパチーを統合失調症、うつ病、脳器質性疾患などの群に分けているが、躁うつ病または双極性障害や混合状態を背景とするものは、含まれていない。またこれまで、躁状態または混合状態に伴うセネストパチーの研究や lithium の有効性を論じた報告は少なく、本例は初老期に多いセネストパチーの病態と治療を見直す際に新たな示唆を含むと考える。本2症例の検討を通じて、初老期セネストパチーと躁的要素の関連、混合状態の評価、治療的観点などについて考察した。

なお、セネストパチーという術語は、心気症状という術語と重なるところが少なくない。そこで本稿では、Ey, H. の心気症論¹⁰⁾にならない、心気症状(「心気症的障害」)が「セネストパチー障害」「心気症的とらわれ」「心気妄想」の3つから成るものと理解し、それを基本に各術語を用いた(カギ括弧内が Ey, H. の用語=邦訳は筆者丸谷)。

I. 症例提示

個人情報保護の観点から、症例の細部には改変を加えた。また、症例Bの抗精神病薬の投与に関しては、適用外使用である旨を口頭で説明し、本人より口頭で同意を得ている。

1. 症例A(初診時64歳、女性)

【主訴】お腹がゴソゴソする、お腹が切られて痛い、背骨を動かされる。

【既往歴】なし

【家族歴】なし

【生活史】中卒。結婚後、2子あり。54歳から小売店勤務をしている。

【病前性格】温厚、友人が多く社交的、気前がよい、気分の波はある方ではない。

【臨床経過】(図1)

X-7年ころから、冬になると頭重感や「頭にお

かまをかぶっている」感じを訴えて活動性が低下し、春には軽快し多弁となり活動性が上昇した。X-5年5月、転んで足を骨折し入院した後から、不眠、意欲低下、抑うつ気分、興味・喜びの減退、希死念慮とともに、「お腹が切られる」「お腹がゴソゴソする」「背骨が揺すられる」と訴えるようになり、翌月近医精神科を受診した。うつ病と診断され、fluvoxamine, mianserinなどが処方された。不眠や意欲低下は一時的に軽快したが、腹背部の訴えに効果はみられず、依然そのことにこだわり気分的にも晴れやかではなかった。X-4年5月には、抑うつ的な状態は改善し、腹背部の訴えも消失したが、8月ころまで、以前よりも多弁さと活動性が亢進する状態がみられた。同時に攻撃的で興奮しやすくなり、家族とよく口げんかした。冬になると再び、抑うつ的な状態の出現とともに腹背部の奇妙な訴えが始まり、春には改善するが、過活動で多弁で易刺激的、攻撃性になった。この間、処方fluvoxamine 50~100 mgで変わらず、このような状態を毎年繰り返していた。

X年10月、「お腹がナイフで切られるように痛い」と例年以上に訴え、苦しさ「耐えられない」状態となり、内科に腸閉塞疑いで入院となったが、身体的問題は認めなかった。退院後も、同じ内容の訴えが顕著で、徐々に食欲も低下し家事をすることも苦痛となったため、X年12月、A病院精神神経科を初診した。

初診時、主訴の腹部、背部の痛みを含んだ奇妙な感覚を強く訴え、「あり得ないことだと思うけど切ない」と語った。理学所見、血液所見、頭部CT所見に問題は認めず、うつ状態と考えられfluvoxamineを中止し、mianserin 20 mg (1日用量、以下同じ)が開始されたが、意欲・活動性低下はさらに顕著になった。このため、X+1年4月にparoxetine 10mgに変更し5月はじめに20 mgに増量した。しかし、例年なら自然に奇妙な訴えが軽快の兆候をみせる5月を過ぎても改善はみられず、例年のような易刺激性や攻撃性もみられなかった。表情や活気に乏しく、意欲、気分ともに低下した状態であった。このため、6月初旬に増

強療法としてlithium 200 mg (2週間後に400 mgに増量)を追加した。ところが6月下旬から、一日中バイクを乗り回すなど顕著な過活動、多弁、気分高揚を認め、睡眠時間も減少して、周囲も対応に困る状態となった。腹背部の奇異な訴えは不変で続いており、表情明るく「気分はよくてとても楽しい」と言いながら、「お腹のゴソゴソが辛い」と苦痛を訴えた。

躁状態に転じたと考え、7月はじめにparoxetineを中止しlithium単剤療法に切り替え、600 mgとし800 mgまで増量した。8月に入ると躁状態がなくなり、同時に腹背部の訴えも消失し、活動性や睡眠も安定して仕事にも復帰した。Lithium血中濃度は、1.04 mEq/Lであった。その後は、季節性のうつ状態の再燃もなく、X+4年3月まで気分の悪化や変動はまったくみられていない。

診断的には、DSM-IV-TRでは「双極II型障害」、X+1年6月下旬以降の状態は「物質誘発性気分障害、躁病の特徴を有するもの」にあたる。

【検査所見】

血算・生化学 (X年): 正常範囲

甲状腺機能 (X年): 正常範囲

頭部CT (X年): 側脳室下角のごく軽度開大のみで萎縮性変化はほとんどみられず、占拠性および血管性病変も認めない。

改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) (X+1年): 28点

2. 症例B (初診時54歳、女性)

【主訴】腹部が押される、腹部がぐぐつと動きそれが背中に移動する、背中が引っ張られている。

【既往歴】Y-1年に卵巣腫瘍の手術。

【家族歴】なし

【生活史】高卒。結婚後、3子あり。45歳からパート勤務をしている。

【病前性格】外向的、几帳面、責任感強い、友人が多い、他人の話をよく聴いてあげる。

【臨床経過】(図2)

Y-1年の卵巣手術後、息子の離婚話が持ち上がり心労があった。その直後から「お腹がぐぐつ

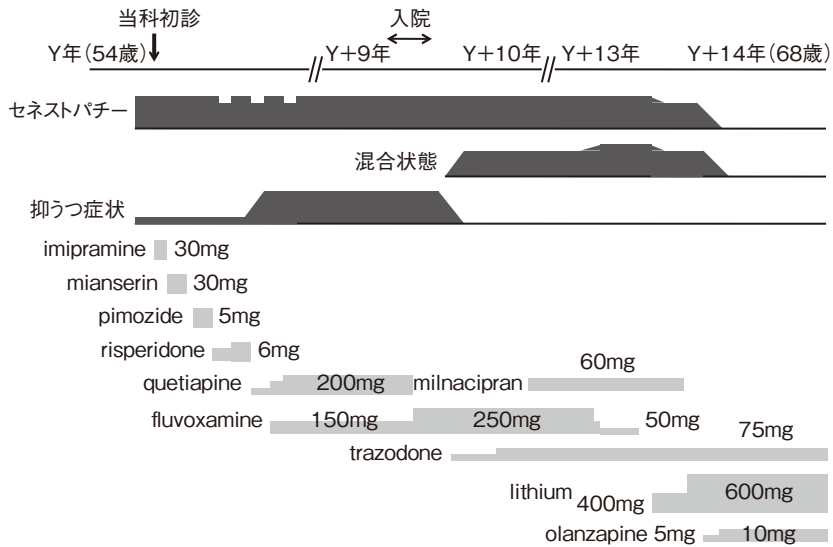


図2 症例Bの臨床経過図

と動く」「お腹が押される」「背中が引っ張られる」と連日訴えるようになった。婦人科の精査では問題を認めなかった。Y年9月、B病院精神神経科を初診。主訴症状に強くとらわれ、不眠と意欲低下を認めた。抑うつ気分は目立たず、狭義のセネストパチーと診断され、imipramine 30 mg, mianserin 30 mgが順次処方されたが効果なく、その後も「どう考えてもお腹の臓器が動いている」と確信が強まった。家事はこなし、食欲もあった。理学所見と血液所見、頭部MRIの精査で異常はなかった。

Y+3年ころより、次第に抑うつ傾向が強まり、「骨盤がなくなった」「お腹に穴があいている」と心気・否定妄想を訴えるようになった。「自分は影武者。魂が抜けている」と離人感ととれる訴えも聞かれ、「こんなことなら死にたい」と希死念慮が出現するようになった。入院を勧められたが、「入院してもよくなるまい」と拒否した。狭義のセネストパチー²³⁾に対し有効とされていたpimozide 5 mgのほか、risperidone 6 mg, quetiapine 200 mgなど抗精神病薬が順次併用されると、訴えはごく一時的に弱まるのみで持続した。Fluvoxamine 150 mgも開始されたが、変化はみられなかった。Y+9年、「お腹が引っ張られる」「上半身と下半身

が分離している」などの訴えが強まり、健忘も目立つことから、勧められ入院となった。投与されていたdiazepam 5 mgによるせん妄を疑い中止したところ、HDS-R 11点から25点に回復した。Fluvoxamineが250 mgに増量されたが、このころから、訴えは不変ながら多弁で場にそぐわない笑いが多くみられるようになった。

Y+10年から「股間が裂かれるように痛い」「歯ぐきが膿だらけ」との訴えも加わった。次第に家事もできなくなり、夫に「私は人間じゃない。殺して」「死んじゃう」と頻繁に言うようになった。Fluvoxamineに加えmilnacipran 60 mgが併用されたが、執拗な訴えは不変であった。Y+13年(67歳)からは、「町内会の人みんなが私は墓場に行くと言っている」と否定妄想の色彩を帯びた被害妄想も聞かれるようになった。一方で、悲観的なことを言いつつ声をあげて笑っていたり、意欲は減退していながら多弁で落ち着きなく動いていたりするなどの状態がさらに目立つようになった。睡眠時間が少なくなったが、それをあまり苦にする様子もなかった。

Fluvoxamineを50 mgまで漸減したが状態に変化がなく、いわゆる「混合状態」が持続していると考え、fluvoxamineを中止しlithium 400 mgを

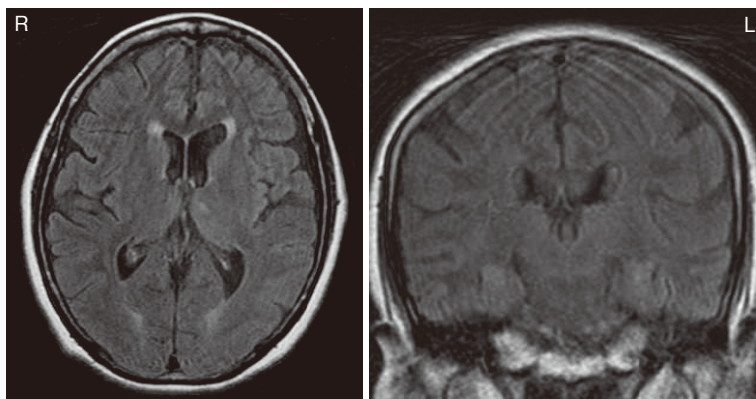


図3 症例Bの頭部MRI FLAIR 冠状断(左)と前額断側頭葉の軽度萎縮があるが、海馬萎縮は認めない。左視床内側に陳旧性脳梗塞(疑い)を認める。

開始したところ、2週間後に「歯ぐきの膿は治ったみたい」と軽快感を認めた。しかしそれ以上の改善がないため、600 mg に増量した。同時に、主に睡眠の不足に対して olanzapine 5 mg (のち 10 mg) を開始し、抗うつ薬は trazodone 75 mg を残して milnacipran を中止した。2週間後より多弁さや落ち着きのなさが消失し、被害的な言辞もなくなり、腹部や口腔内の症状もまったく訴えなくなった。意欲が向上し、数年間ほとんどできなかった家事をするようになった。友人らと外出もし始め、音楽会や美術館にも行くようになった。「今は人間になった。前はこんな人間は世界にいないと思っていた」と語った。生活上、明らかな認知機能の低下はなかった。セネストパチーの改善が見え始めた時点の lithium 血中濃度は 0.78 mEq/L で、改善が安定した時の濃度は、1.03 mEq/L であった。

ただし、約1年寛解が続いたのち、lithium の継続にもかかわらず、身体不調を契機に同様のセネストパチーが再燃した。生活上の認知・実行機能や HDS-R、頭部画像所見には著変はなかった。

診断的には、DSM-IV-TR で「大うつ病性障害、重症、精神病性の特徴を伴うもの」となる。一方、旧来の臨床診断では退行期うつ病^{6,35)}に相当し、臨床的にはいわゆる混合状態を呈していたが、DSM-IV-TR の「混合性エピソード」は満たして

いなかった。なお、この混合状態の出現と増悪に抗うつ薬が関与した可能性は否定できない。

【検査所見】

血算・生化学 (Y+13 年): Hb 11.6 g/dL, その他 w. n. l.

甲状腺機能 (Y+13 年): 正常範囲

頭部 MRI (Y+13 年): 側頭葉の軽度萎縮がみられるが、海馬の萎縮は認めない。左視床内側に陳旧性小梗塞(疑い)を認める(図3)。

HDS-R (Y+14 年): 22 点

II. 考 察

1. 症例とセネストパチーの評価

本2症例の呈した体感に関する異常は、狭義のセネストパチーと考えられた症例Bの初期の期間を除けば、初老期のうつ病に随伴する症状としてとらえられていた。腹部中心のその訴えは身体的に説明がつかないだけでなく、うつ病でみられるような心気・身体症状としての食欲不振や嘔気・胃部違和感、便秘や腹部の膨満・閉塞感、単なる腹痛なども質的に異なり、まさにセネストパチーと呼べるものであった。

セネストパチーの背景となる症状経過について検討したい。

症例Aでは当初、秋・冬季の「意欲・活動性低下、抑うつ気分」と春から始まる「過活動、多弁、

表 1 2 症例の概要

	症例 A	症例 B
発症直前のイベント	足関節骨折 (入院)	卵巣腫瘍 ope, 息子の離婚話
セネストパチー部位	腹部, 背部	(下) 腹部, 背部, 歯肉
背景病像/DSM-IV-TR 診断	うつ・躁状態/双極 II 型, 物質誘発性気分障害	混合状態/大うつ病性障害, 精神病性
その他の症状	季節変動するうつ-軽躁状態, 躁状態 (薬剤誘発)	意欲低下, 不眠, 焦燥感, 気分高揚, 心気・否定妄想
従来の治療薬	mianserin, SSRI	三環系, mianserin, SSRI, SNRI, trazodone, pimozone, risperidone, quetiapine
改善までの経過	5 年	13 年
奏効薬剤	lithium 800 mg (conc.: 1.04 mEq/L)	lithium 600 mg, olanzapine 10 mg (conc.: 1.03 mEq/L)

易刺激性・攻撃性」の軽躁状態が季節性に交代する状態がみられていた。後者の傾向は抗うつ薬服用後から増強しておりその関与は否定できないが、同じ抗うつ薬を服用しながら抑うつを含む季節性の変動を生じており、症例自身に双極性があったと考えられる。はじめは抑うつの時期だけに生じていたセネストパチーが65歳時に増悪し、paroxetineを契機とする躁転後も、セネストパチーは持続した。Lithium増量後、躁症状とセネストパチー症状は同時に消失し、相性の病像もまたみられなくなったことは、lithiumが躁的要素ないし双極性成分に有効に働いたことを示すものである。これは、当初抑うつ状態にのみ随伴すると思われていたセネストパチーが、双極性の病相あるいは躁的要素を背景に生じていたことを示唆しているといえる。

初期に単一症候としてのセネストパチーと診断されていた症例 B は、初診後 3 年目 (57 歳) ころから、意欲低下と興味・喜びの減退、不眠に加え、心気・被害妄想、コタール症候群を思わせる否定妄想も認められ、いわゆる退行期うつ病^{6,35)}または不安・焦燥型うつ病³³⁾として矛盾しない病像が中心となった。さらに、初診後 9 年目 (63 歳) から徐々に、うつ症状に焦燥感、気分の高揚、多弁という躁的要素が重なった病像が顕在化しており、いわゆる混合状態であるとみることができると。時期的には fluvoxamine の増量 (150 mg から

250 mg) が契機になった可能性もあるが、その後 50 mg に減量されても状態は不変であった。なぜ初診 9 年後にそれまでなかった混合状態を呈することになったかは、加齢による病像の変化、抗うつ薬の影響が考えられるが、判然としない。

薬物の効果については、imipramine や fluvoxamine, milnacipran などの抗うつ薬、pimozone や risperidone, quetiapine などの抗精神病薬がほとんど無効で、約 1 年で再燃がみられたものの lithium と olanzapine の効果は明らかであった。効果を示したのは、lithium はもとより olanzapine にも想定される気分安定作用ないし抗躁作用であったと思われる。

以上のように、両症例のセネストパチーは、その出現が気分の病相に一致しており、さらに今回の気分安定薬中心の治療により、双極性病像と混合状態の改善とともにセネストパチー症状も消滅していることから、原疾患の一症候と捉えられる。つまり広義のセネストパチーにあたる。両症例の概要を表 1 に示した。

2. 混合状態の評価

症例 B の症状評価には混合状態が重要な意味もっている。元来、混合状態は Kraepelin, E.¹⁹⁾ が躁とうつの二分法 (dichotomy) 概念を作り上げる過程においても自然な表現型として重視したもので、よく知られるように思考、気分、意志の 3

要素の変動と混和によって現れるとした。この要素心理学的な考えは、理論的、概念的にすぎると批判もみられ、Schneider, K.²⁶⁾のように混合状態そのものを否定する見解もある。しかし、わが国では森山²²⁾や宮本ら²¹⁾がその意義を高く評価しており、また不安・焦燥の強い症例が多い初老期、老年期においては、臨床的に有用な見方であると思われる。一方で近年、気分障害における単極-双極の連続性を認める双極性スペクトラム²⁾の登場によって、混合状態は現代の臨床診断でも拡大適用されかねない傾向がみられている。これに対し、うつ病の焦燥性病像にある運動不穏を混合状態とみることにについて、「制止なのか運動不穏なのかは、うつ病の表現型の問題」であるとして、混合状態とみることへの異論¹⁶⁾もみられる。筆者もまた、焦燥には異なった様態と程度や背景があり、すべてを混合状態とはできないと考えるが、強い焦燥が前景に立つうつ病は、制止優位の型と比べ、同じうつ病として症候上ある断絶を認めざるを得ない。その差異のなかに躁的な要素があることは否定できないと思われる。治療的にも、抗うつ薬のみでは奏効しない症例は多い。症候上も治療上も、従来のうつ病のみの見方とは別の観点をもつ方が賢明と考える。その意味で、新たなうつ病性混合状態の概念を考える意義は十分にあると思われる。ここでは Benazzi, F., Koukopoulos, A. らの見方を参照したい。

Benazzi, F.⁵⁾は、「混合性うつ病 (mixed depression)」の診断基準を提案し、DSM-IV-TR の大うつ病エピソードに加え、2つか3つ以上の DSM-IV-TR の躁病性または軽躁病性症状が並行して生じることをあげた。Koukopoulos, A. ら¹⁸⁾は、古典的に使われてきた激越性うつ病の概念をうつ病性混合状態という観点からとらえ、「激越性うつ病 (agitated depression)」の診断基準を提唱した。大うつ病と内的激越 (焦燥) を基本とし、それに加えて、易刺激性または誘因のない怒りの感情、多弁、気分の易変性と顕著な情緒反応性などから3項目が存在すること、とする。両者の力点は若干異なる²⁵⁾が、ともに抗うつ薬単独の治療が

表2 DSM-5 ドラフトによる「特定用語としての混合性の特徴」—2012.4 更新— (邦訳筆者)

躁病, 軽躁病, うつ病エピソードに適用される
A. (躁症状, 軽躁症状が優勢の場合) —— 略
B. (うつ症状が優勢の場合) 大うつ病エピソードを満たすと同時に, そのエピソードの間ほぼ毎日, 少なくとも3つ, 以下の症状があること
・高揚した開放的な気分
・自尊心の肥大または誇大性
・ふだん以上の多弁または談話心迫
・観念奔逸または思考が錯綜しているのを自ら感じること
・まずい結果になる可能性が高い活動への過剰なかわり (例: 歯止めのない買いあさり, 軽率な性的行動, ばかげた商売への投資などに走ること)
・精力の増大または目標志向性の活動 (社会的活動, 学校や職場内活動, 性的活動のいずれか) の増加
・睡眠欲求の減少 (ふだんより睡眠をとっていないのに休めたと感じること —— 不眠との違い)
C. 混合性症状は他者から観察可能で, ふだんの言動との変化がわかること
D. E. —— 略
F. その混合性症状は, 物質の直接的な生理学的作用 (例: 乱用薬物, 治療薬, 他の治療) によるものではない

有害になりうる危険を警告している。DSM-5 ドラフト⁴⁾として最近提示された「特定用語としての混合性の特徴」(表2)も、両者の基準と基本事項は同様であった。

両者の論は、従来のうつ病に躁的要素が重なった混合状態を重視したものであり、今日の臨床に意義をもつと考えられる。本2症例でも、症例Aの当初の5, 6年の秋・冬季の病相と症例Bの後半の状態が両者の診断基準やDSM-5 ドラフトの基準を満たし、混合性ないし激越性うつ病としてとらえることが可能である。

3. 躁・混合状態との関連と lithium 奏効例

従来、本邦のセネストパチーの分類に、躁うつ病 (双極性障害) や混合状態を背景とするものはほとんど顧慮されていない。1982年に本邦で初めてその関連を提示した遠藤ら⁹⁾によれば、セネストパチーと躁うつ病の関連は、Schwartz, H.²⁷⁾が1929年に初めて報告したとされる。そこでは、現在では狭義のセネストパチーとされる皮膚寄生虫

妄想の病態を軽躁状態で呈した女性症例群が示されている。「心気症出現に先行し抑うつ性感情変動がみられたが、受診時は全てでこれにとって代わった軽躁状態を呈しており」、軽躁状態が数ヵ月で軽快するとともに、セネストパチーも消褪したという。さらに 1959 年には Schwartz, H. が軽躁・抑うつ混合状態の高齢女性症例を報告したが、その後、躁うつ病ないし双極性障害や混合状態との関連を論じた報告は、調べ得た限り非常に少ない。

薬物療法の点からの、セネストパチーに対する気分安定薬の有効例報告も同様である。かろうじて本邦での報告に、先の遠藤ら⁹⁾、2008 年の梶谷ら¹⁴⁾、2012 年の竹内ら³¹⁾の各 1 例（それぞれ 80 歳女性、58 歳女性、83 歳女性）があるのみである。この 3 例ではいずれも、lithium がセネストパチーに奏効しており、投与用量は、遠藤らの症例では 400 mg/日（血中濃度は未記載）、梶谷らの症例では 700 mg（血中濃度は 0.99 mEq/L）、竹内らの症例では最大 700 mg（同 0.90 mEq/L）、維持量 400 mg（同 0.70 mEq/L）であった。

4. セネストパチーと躁的要素の関連

前項でみたように、これまで躁的要素とセネストパチーの関連が論じられたことは非常に少ない。従来躁病の身体症状が問題とされること自体が少ないうえ、双極性と単極性うつ病の比較において、一般に双極性は単極性と比べ身体症状が少ないのが定説である²⁴⁾ことも身体関連症状であるセネストパチーがとりあげられにくい要因かもしれない。ここでは、セネストパチーと近縁または包含すると考えられる心気状態と躁的要素との関連を考えたい。

不安・焦燥の強いうつ病に心気・身体症状が多いことは、周知である。とくに本 2 症例のような初老期、老年期ではその傾向は顕著で、むしろ焦燥感の強いうつ病症例で心気・身体症状を示していない例を探すことの方が難しい。不安・焦燥は、内的には「気持ちが悪く落ち着かない」「心がざわざわする」「胸騒ぎがするようでひどく心配だ」「なに

かしないでいられない気分」などという体験として感じられ、一方で外的には、「じっとしてられない」という内的衝動から発展した、自分の体や周囲に終始触りいじるような行動、そわそわした言動、また多動、多弁、多訴などと言ひ表される運動性の表現として現れる。これらの内のおよび外的な体験は、身体感覚と結びつきやすいことは容易に想像できる。あるいは、一部はすでに身体感覚と連動しているようにさえ見受けられる。身体に波及すれば、動悸、嘔気、胸苦しさ、息苦しさ、四肢のしびれ・むずむずなどの心気・身体症状に結びつく。これら症状の背景である焦燥、激越の構成成分に躁的要素があることを考えると、躁的要素と心気・身体症状のつながりは確かであるように思われる。

このような心気症状が躁的要素を背景に生じることへの論考は、過去にもしばしばみられている。

Kraepelin, E. は、その著書¹⁹⁾で前述した混合状態の記述に多くの頁を割いているが、混合状態の一形態である「抑鬱性躁病・不安性躁病」では、「気分は不安で絶望して」、「非常に落ち着きのなさとなり」、「一部は全く無意味な運動欲となる」とし、「しばしば心気妄想もある」と記している。別の項では、「体の中のものが全部こわれ裂かれた」という心気妄想と同時に「こういうものはもう 600 年もなかったことだ（と医者がいった）」と「抑鬱的観念と誇大観念の妙な混合」を示す症例を記述し、混合状態と心気妄想とのつながりを指摘している。

また岡島²⁴⁾は、心気うつ病に不安・焦燥傾向が有意に多いという所見をもとに、躁うつ病の心気症状について検討している。焦燥が優位な病像を混合状態としたうえで、身体的不調を過大にとらえる様子は「負の誇大性」¹⁾の側面をもち、そこに、Kraepelin, E. が記述したと同様の「観念の微小と誇大の融合を見る」と述べ、「心気症状自体に躁的成分を認めることができる」とする。

さらに、先の Schwartz, H. は、異常体感が現れる理由として、「うつ病相に準備された動因があるにせよ、軽躁的感情状態には Organisierung

(器官への限局)のための条件がある」と、軽躁状態の意義を述べている。また、Leonhard, K.²⁰⁾は「心気性多幸症」の概念を唱えた。そこでは、「奇妙な感覚が身体のいたるところで生じ、刺されるときか、燃えるとか、えぐられるなど」、セネストパチー症状を思わせる異常感覚が描かれ、患者はしばしば活発、多弁で易刺激的だが、明らかに苦しんでいて表面的には抑うつ的にみえる、とする。そしてこの状態を、「さまざまな感覚錯誤が昂揚した気分の状態と結びついている」と分析している。ここでの「多幸症」は前述の混合状態にきわめて近い状態といって差し支えないであろう。Bumke, O. の教科書⁷⁾にも、同種の「manische Hypochondrie (躁性心気症)」の項目がある。また、Ey, H.¹⁰⁾も、「ある種の心気症的混合状態というものが存在することや、軽躁的な素地に心気症が観察され得ることについて、強調しておかなければならない」(筆者丸谷訳)と述べている。

以上の議論をみれば、躁的要素と心気状態には一定の関連性があることが強く示唆される。躁的要素あるいは混合状態は、心気状態を作り出しやすい土壌、背景になりやすいといえる。心気症状とセネストパチーをまったく同列に論じることはできないが、Ey, H.¹⁰⁾の所論が示すように、セネストパチーは「心気症的障害」に包含される。セネストパチーが幻覚か妄想かの議論をいったん措き、もし妄想と解釈するならば心気妄想でもある。いずれにしても、類縁症状として躁的要素との関連をもつ可能性は十分あると考えられる。

本2症例もまた、躁的要素がセネストパチーの重要な背景となっていた可能性を強く示唆するものである。

5. 治療的側面について

本2症例はともに、従来抗うつ薬中心の治療を行っていたが、躁的要素ないし混合状態をより重視し、今回奏効したlithiumなど気分安定薬による治療を早期に考慮すべきであった。

これまで、広義、狭義を問わずセネストパチーに対して考えられる薬物療法としては、抗うつ

薬^{15,17)}、抗精神病薬が通例であり、donepezil, tandospironeなどの奏効例、電気けいれん療法の効果の報告³⁴⁾もあるが、先に述べた通り、気分安定薬についての報告や論考は、非常に少ない。狭義の単一症候性のセネストパチーへの効果は未知であるが、本例を通じて、少なくとも広義のセネストパチーの治療において、躁的要素がその標的として考えられる場合があると思われた。

気分安定薬としてlithiumを使用する場合、治療域と中毒域が近接していることから血中濃度への配慮が通常強調される。とくに初老期、老年期においては、濃度の上昇を恐れて低用量の使用にとどまる例がしばしばみられるようである。しかし、抑うつ症状の増強療法としての使用を除けば、躁的な状態に効果を得るためにはやはり躁状態の急性期に相応する十分量の投与が必要であると思われる。

おわりに

——「躁」の意義——

初老期、老年期の機能的な精神障害では、セネストパチーを含む心気的症狀がしばしばみられ、病像の深刻化と並行しまたは修飾していることが少なくない。一瀬ら¹²⁾の高齢者の妄想についての論説が示す通り、「外縁」の被害・罪業妄想から貧困妄想、心気・身体変容妄想となり、「深部」の既死・不死妄想へ、ますます了解不能で重篤になっていく過程で、身体に波及する心気的観念がより色濃くなっていく(図4)。本論で考察したように、そこには躁的要素が関連している可能性があると思われる。現代の「精神病脱構築」ないし精神疾患のディメンジョン評価⁴⁾の潮流のなかで再評価の動きもある旧来の「単一精神病論」では、躁(マニー)は、メランコリーから移行して生じ認知症へ至る前の状態であった²⁸⁾。その後、19世紀後半のKarlbaum, K. L.¹³⁾もまた、緊張病(カタトニー)は、精神病像がメランコリー、躁(マニー)と経た後に、昏迷、錯乱として生じ、精神荒廃へと至るのだとした。これらをそのまま現代の臨床にあてはめることはできないが、重篤化する

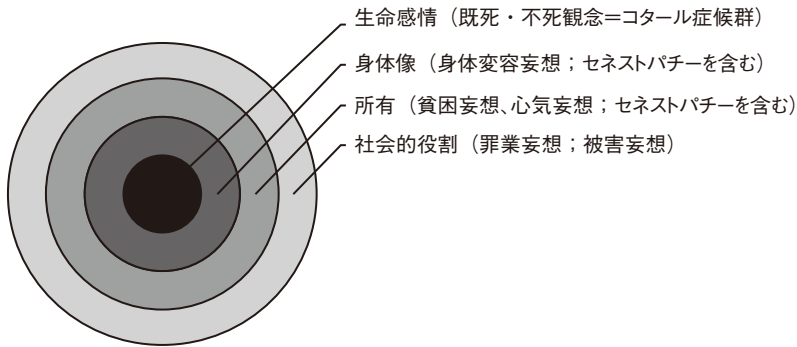


図4 高齢者の妄想発展の構造 概念図(文献12より改変して引用)
層構造の外縁「社会的役割」から侵され、最深部「生命感情」へと至る。中心の症状ほど了解不能性が高く、治療抵抗性となる。

る精神状態のなかに躁的要素がもつ意味を示唆すると言えるのではないだろうか。セネストパチーのみならず、高齢期の精神病病態を考える際、躁的要素に注目することは、臨床的にも精神病理学的にも意義があると思われる。

謝 辞

本論の考察にあたり、貴重な助言をいただいた愛知医科大学精神科学講座の兼本浩祐教授ほか同講座の諸先生方に感謝いたします。

文 献

- 1) 阿部隆明:「妄想性うつ病」の精神病理学的検討—うつ病妄想の成立条件—病前性格との関連—. 精神経誌, 92; 435-467, 1990
- 2) Akiskal, H.S.: The bipolar spectrum: New concepts in classification and diagnosis. The American Psychiatric Association Annual Review (ed. by Grinspoon, L.). American Psychiatric Association, Washington, D.C., p.271-292, 1983
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000 (高橋三郎, 大野 裕ほか訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002)
- 4) American Psychiatric Association: DSM-5 development (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>)
- 5) Benazzi, F.: Bipolar disorder—focus on bipolar II disorder and mixed depression. Lancet, 369; 935-945,

2007

- 6) Brown, R. P., Sweeney, J., Lotsch, E.: Involutional melancholia revisited. Am J Psychiatry, 141; 24-28, 1984
- 7) Bumke, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 7te Aufl. Springer-Verlag, Berlin, 1948
- 8) Dupré, E., Camus, P.: Les cénesthopathies. Encephale, 2; 616-631, 1907
- 9) 遠藤俊吉, 山本裕水, 福田博文ほか: セネストパチーと躁うつ病—自験例と展望—. 精神医学, 24; 27-34, 1982
- 10) Ey, H.: Hypochondrie. Études psychiatriques, Nouvelle édition. Vol. I, T. II. Crehey, Perpignan, p.453-482, 2006 (orig. Études psychiatriques. T. II. Desclée, de Brouwer, Paris, p.452-482, 1950)
- 11) 保崎秀夫: セネストパチーとその周辺. 精神医学, 2; 325-332, 1960
- 12) 一瀬邦弘, 田中邦明, 長田憲一ほか: 老年期精神障害にみられる異常行動—せん妄, 徘徊, 妄想を中心に—. 臨床精神医学, 22; 775-786, 1993
- 13) Karlbaum, K.L.: Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit. Verlag von August Hirshwald, Berlin, 1874 (渡辺哲夫訳: 緊張病. 星和書店, 東京, 1979)
- 14) 梶谷康介, 佐々木裕光, 神庭重信: Lithium carbonate と perospirone の併用が奏効した口腔内セネストパチーの1症例. 精神科治療学, 23; 497-501, 2008
- 15) 賀古勇輝, 長房裕子, 山中啓義ほか: Fluvoxamine が著効したセネストパチーの1例. 精神医学, 48; 1095-1100, 2006

- 16) 古茶大樹：典型的なうつ病とは。こころの科学, 146 ; 19-24, 2009
- 17) 小島大輔, 遠藤俊吉, 秋山美紀夫ほか：セネストパチーの治療。臨床精神医学, 15 ; 45-52, 1986
- 18) Koukopoulos, A., Sani, G., Albert, M. J., et al.: Agitated depression : spontaneous and induced. Bipolar Disorders : Mixed States, Rapid Cycling and Atypical Forms (ed. by Marneros, A., Goodwin, F. K.). Cambridge University Press, Cambridge, p.157-186, 2005
- 19) Kraepelin, E.: Psychiatrie. Achte Auflage. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1913 (西丸四方, 西丸甫夫訳：躁うつ病とてんかん。みすず書房, 東京, 1986)
- 20) Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Atiologie. Herausgegeben von Hermut Beckmann, 7. neubearbeitete und ergänzte Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1995 (福田哲雄, 岩波 明, 林 拓二監訳：内因性精神病の分類。医学書院, 東京, 2002)
- 21) 宮本忠雄：躁うつ病における混合状態の意義—臨床精神医学的検討。臨床精神医学, 21 ; 1433-1439, 1992
- 22) 森山公夫：躁とうつの内的連関について。精神経誌, 67 ; 1163-1186, 1965
- 23) Munro, A.: Monosymptomatic hypochondriacal psychosis manifesting as delusions of parasitosis. Arch Dermatol, 114 ; 940-943, 1978
- 24) 岡島美朗：躁うつ病の心気症状に関する臨床精神病理学的研究。精神経誌, 97 ; 623-652, 1995
- 25) 大前 晋：躁うつ混合状態の意味—「易刺激性—敵意うつ病」(Benazzi, Akiskal) と「激越性うつ病」(Koukopoulos)。精神科治療学, 23 ; 797-804, 2008
- 26) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie, 6 Auflage. Thieme, Stuttgart, 1962 (平井静也, 鹿子木敏範訳：臨床精神病理学 第6版。文光堂, 東京, 1994)
- 27) Schwarts, H.: Zirkumskripte Hypochondrien. Mschr Psychiat Neurol, 72 ; 150-164, 1929
- 28) Swartz, C. M., Shorter, E.: History of Psychotic Depression. Psychotic Depression. Cambridge University Press, Cambridge, p.21-58, 2007 (上田 諭, 澤山恵波訳：精神病性うつ病—病態の見立てと治療。星和書店, 東京, 2012)
- 29) 高橋 徹, 吉松和哉：セネストパチーの臨床類型についての一考察—症例を通して。精神医学, 40 ; 507-516, 1998
- 30) 高橋 徹, 高橋 徹：セネストパチーの原典—Dupréらの論文。臨床精神病理, 29 ; 345-358, 2008
- 31) 竹内大輔, 小野寿之, 玉井 顯ほか：Lithium carbonate にてセネストパチーが改善した1例。精神科治療学, 27 ; 813-818, 2013
- 32) 松下正明：皮膚粘膜幻覚妄想症(皮膚寄生虫妄想, 口腔内セネストパチー) あるいは身体型妄想性障害。新世紀の精神科治療7 (松下正明編)。中山書店, 東京, p.162-204, 2004
- 33) 上田 諭, 小山恵子, 黒田裕子ほか：老年期の不安・焦燥型うつ病にみられる演技的, 退行的行動について。精神科治療学, 22 ; 319-327, 2007
- 34) Uezato, A., Yamamoto, N., Kurumaji, A., et al.: Improvement of asymmetrical temporal blood flow in refractory somatic oral delusion after successful electroconvulsive therapy. J ECT, 28 ; 50-51, 2012
- 35) 矢崎妙子：初老期うつ病。臨床精神医学, 6 ; 155-162, 1977
- 36) 吉松和哉：セネストパチーの精神病理。精神経誌, 68 ; 872-890, 1966

**Cenesthopathy in the Presenium Associated with Manic Factor
Resolved with Lithium Carbonate :
Two Female Cases with Underlying Manic or Mixed State**

Satoshi UEDA^{1,2)}, Toshiyuki MARUTANI³⁾, Yoshiro OKUBO¹⁾

1) *Department of Neuropsychiatry, Nippon Medical School*

2) *(formerly) Department of Neuropsychiatry, Miyoshi Hospital*

3) *Tokyo Institute of Technology Health Service Center*

Cenesthopathy is a syndrome where patients persistently complain of abnormal sensations in some particular parts of their body, giving them odd descriptions, with the sensations being medically unexplainable. It is also often chronic and refractory to treatment. It is commonly divided into two types : one is defined in a narrow sense, with only an abnormal sensation of the body as the main symptom, and the other in a wider sense, where the sensation is a syndrome accompanying schizophrenia, depression, or organic psychiatric disorder. The nosological evaluation of cenesthopathy has not been established. We report two pre-senile female patients with cenesthopathy under agitated conditions continuing for years, with a diagnosis of depression, and they were resolved with lithium carbonate administered for a manic or mixed state exhibited later. There have been few reports on cenesthopathy accompanying a manic or mixed state, or the effect of lithium carbonate on such a condition. Our cases showed that a manic factor or mixed state plays an important role in agitated symptoms often observed in pre-senile and senile depression. We propose that the hypochondriacal state involving cenesthopathy may be strongly associated with a manic factor, as has been psychopathologically discussed in foreign and domestic literature, including studies of Ey, H. and Leonhard, K. Although cenesthopathy has been mainly treated with antidepressants and antipsychotics, considering the weight of a manic factor and mixed state, mood stabilizers such as lithium carbonate at an adequate dosage may prove to be effective.

<Authors' abstract>

<**Key words** : cenesthopathy, hypochondria, manic factor, lithium carbonate, mood stabilizer>
