

# 精神科と脳神経内科の壁となる精神症状

村田 佳子✉

心の障害は脳の機能障害に根ざしたものであり、脳の機能障害は心理的・社会的要因と相互作用し、しばしば心の障害を引き起こす。現状では、心の障害は精神科が、脳の障害は脳神経内科が診療している。精神医学と神経学は、脳という同じ臓器を診療対象としており共通の起源をもっている。しかし、脳科学の進展とともに2つの分野に分かれた。脳神経疾患は精神症状を合併しやすく、両診療科の協働が必要である。精神科診断の主流である『精神疾患の診断・統計マニュアル』(DSM)は、操作的診断基準であり原則として原因を問われず、診断過程に病因に関する考察は含まれない。しかし、外因性または心因性の精神障害は精神科と脳神経内科の境界領域となりやすく病因の鑑別が必要である。神経精神症状を診療する医師は、臨床神経科学を横断する診断と治療に関する専門知識を必要とされる。

## 索引用語

精神医学, 神経学, 神経精神医学, 精神症状, 神経精神症状

## はじめに

心の働きである精神は正常な脳の機能に支えられており、心と脳は相互に作用し合い切っても切れない関係にある。脳の機能障害は心理的・社会的要因と強く相互作用し、しばしば心の障害を引き起こす<sup>26)</sup>。

Psychiatry (精神医学) と Neurology (神経学, 本邦では神経内科学) は脳という同じ臓器を対象とし、どちらも脳の活動を評価することを前提としているにもかかわらず、方法論、疾患、診断、治療などが異なっている<sup>20)</sup>。精神医学は心の働きである精神を、神経学は脳を診療対象と

し、心と脳を別個の存在のように扱ってきた。本稿では歴史的に起源を同じくする精神医学と神経学が神経科学の発展と共に分離してきた歴史を概説し、両診療科の壁について検討する。

## 1. 近代の精神医学と神経学の歴史

18世紀末から19世紀初頭、ヨーロッパにおいて、医学という領域のなかから精神医学を専門として従事する人が輩出された。精神医学が勃興した当初、心と脳は分離しておらず、精神医学と神経学は不即不離のものであり、精神疾患と神経疾患の区別さえ十分になされていなかった。ド

著者所属：いわくら病院/埼玉医科大学病院神経精神科・心療内科

編注：本特集は第120回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに谷口 豪 (国立精神・神経医療研究センター病院てんかん診療部) を代表として企画された。

✉ E mail: ykmurata@gmail.com

受付日: 2024年12月16日

受理日: 2025年3月19日

doi: 10.57369/pnj.25-079

イツ語の *Nervenarzt* は神経科医（本邦では脳神経内科医）を意味する単語であるが、当時の *Nervenarzt* は精神疾患と神経疾患を合わせて診療対象としていた<sup>24</sup>。精神科医と神経科医の違いは、診療の性質や場所によるところが大きく、精神科医は精神病院において精神病患者やその他の異常行動をとる患者を主に担当していたのに対し、神経科医は一般開業医とともに診療所で神経症を診療していた<sup>13</sup>。Charcot, J. M. や Alzheimer, A. といった19世紀の臨床神経科学の先駆者たちは、神経学と精神医学両方に関心を持ち、現在では神経学、神経病理学、精神医学、心理学と区別されている分野の間を自由に行き来し、高次の精神障害の研究に取り組んだ<sup>22,27</sup>。

神経解剖学の発展とともに、臨床症状と病理学的・解剖学的下位構造との相関が次第に明らかになり、多くの神経学的疾患や失語症の解剖学的基盤が確立された。神経学の分野では、神経学的疾患は解剖学的・形態学的に局在しており、「構造的」とみなされた。精神医学においては、Griesinger, W., Kahlbaum, K. L., Kraepelin, E., Maudsley, H. らが体系的な疾病分類を確立し精神疾患を脳の疾患とみなしたが、臨床症状と病理学的・解剖学的基盤との相関を見いだせずにいた。精神疾患は神経病理学の墓場といわれた。精神疾患は、「機能的」な疾患として認識されるようになり、器質的な、つまり神経細胞由来の構造的疾患とは区別され、心理的な、つまり精神的な由来を意味するようになった。こうして脳の構造的な病気を扱う医師は神経科医と呼ばれ、心の機能的な病気を扱う医師は精神科医と呼ばれるようになった<sup>18</sup>。

1930年代頃までに髄液分析や脳波計などの客観的で再現性のある神経学的検査が発見され、神経学において生物学的アプローチが発展し、心と脳の二分法が強化された<sup>22</sup>。生物学的アプローチの興隆に対し、精神医学では非生物学的アプローチとして、了解の概念により非生物学的な精神病理学を展開した<sup>7</sup>。Jaspers, K. は精神生活を把握する方法として、精神生活を横断面で捉える「現象学」（静的了解）と精神生活の縦断面（連関）を捉える「発生的了解」を提示した。

第二次世界大戦後、Freud, S. による精神分析が台頭した。とりわけ1950年代から1960年代の米国では絶大な影響力をもち、精神疾患と脳の関係への関心は次第に薄れていった。この新しい「精神論的」アプローチは、結果的に精神医学と神経学を切り離すことになった。1952年、クロロプロマジンの抗精神病効果が見いだされ、精神科診療に

神経遮断薬が導入された。1972年、X線CTによる脳画像が発明され、生化学や分子生物学が進歩し、生物学的精神医学が発展し精神科診療を一変させ始めた。1960年代、精神疾患の存在を否定する反精神主義と呼ばれる考え方が展開された。一方、精神疾患の診断が地域や精神科医によって大きく異なるという問題が認識されるようになった<sup>7</sup>。時代の要請を受け、米国精神医学会（American Psychiatric Association : APA）は『精神疾患の診断・統計マニュアル』（DSM）を作成し、1980年にはDSM-IIIを発表した。DSM-IIIは、誰もが客観的に観察しうる症状の記述をもって診断基準を定める記述的アプローチを導入し、操作的診断基準により診断し、原則として診断基準から原因に関する記述が排除された。この診断基準は、原因に関する理論的な対立を解消することなく合意できる基準であり、精神科診断の共通の基盤が生まれた。DSM-IIIは精神医学を医学化し、精神医学研究のために精神障害の精密な分類を行うことによって疾患への還元をめざしたものだ。DSMはAPAだけの診断基準にとどまらず全世界に広がった。科学の進歩と統計学的手法の積極的導入により、一般身体医学と精神医学とを隔てていた垣根が取り除かれ、精神医学は科学的医学の仲間入りをすることができた<sup>12,16</sup>。

1980年代から1990年代にかけて基礎神経科学が爆発的に発展したことで、神経科学が神経学だけでなく精神医学に適用されるようになった。神経学と精神医学の疾患モデルや仮説に共通性があることを示す代表的な例は、ドパミン神経伝達を調節する化合物の発見と、そのような化合物の精神病患者への使用である<sup>13</sup>。神経解剖学の発展により、主に感情や情動の表現に関連する脳の領域が、以前は認識されていなかった皮質領域との広範なつながりをもつことが明らかにされ、神経精神症状の複雑さを理解するための基盤が提供された<sup>25</sup>。また、神経学と精神医学の間に壁があるなかで、感情・行動にかかわる問題を抱える脳神経疾患の患者が増加しているにもかかわらず、旧来の枠組みでは対応しきれなかったことから<sup>25</sup>、神経学と精神医学の両分野の結びつきが意識されるようになり、脳の構造と機能に関する臨床的問題に取り組むため、1989年、米国神経精神医学会（American Neuropsychiatric Association : ANPA）が設立された<sup>1</sup>。神経精神医学は、精神疾患の神経学的側面と神経疾患の精神医学的側面を対象とし、精神医学の知識と経験に、神経学、神経科学および神経心理学の知識や専門性を組み合わせた総合的な医学の専門分野である<sup>13</sup>。英国では、いくつかの全国的なセンターで神経精

神経医学サービスが発展し、1988年に英国神経精神医学会（British Neuropsychiatry Association：BNPA）が設立された<sup>1)</sup>。また、本邦では1996年に日本神経精神医学会が設立された。1996年には国際神経精神医学会（International Neuropsychiatric Association：INA）が設立され、国際学会が開催されており、神経精神医学は多くの国で認知された学問分野となっている。さらに、米国では、2004年に行動神経学・神経精神医学（Behavioral Neurology and Neuropsychiatry）という新しいサブスペシャリティが正式に認められた<sup>13)</sup>。

## II. 脳神経疾患でみられる神経精神症状

中枢神経系の障害のほとんどは、「神経学的」——運動や感覚——と「心理学的」——認知、感情、行動——の両方に影響をもたらす<sup>27)</sup>。例えば、多発性硬化症の皮質下性認知症、パーキンソン病のうつ病、側頭葉てんかんの発作後精神病などのように、脳神経疾患において精神症状は主要な症状の1つである。

神経科で治療を受けている患者の行動障害は高頻度であり、神経科入院患者の40～50%に精神症状を認めたとの報告や<sup>23)</sup>、神経科を受診する患者は精神医学的疾患の発症率が高く、新規患者の40%に気分障害と不安障害を認めるとの報告がある<sup>6)</sup>。このように、脳神経疾患では精神症状を合併することが多く、神経疾患のほとんどは精神神経疾患であるともいわれる<sup>15)</sup>。さらに、大脳基底核や小脳のように、かつては神経学的領域とみなされていた脳領域でさえ、思考や感情を制御し心理学的プロセスや精神疾患に深く関与していることが証明されつつある<sup>3,26)</sup>。

従来の神経学は、感覚-運動、視覚-空間、注意、言語、行動、記憶、実行機能などが対象であり、感情（うつ病など）や思考（統合失調症など）のような基本的な認知機能の障害は、局在徴候ではなく明確な「病変」がないことから、脳障害そのものから精神症状が生じうる可能性については触れずにきた<sup>20)</sup>。神経科医が既知の神経学的経路と一致しない症状をもつ患者を診察した場合、「機能性、 TENT 上、心因性」とみなし、精神科に紹介されるべきとされ、神経科以外の領域で診療されてきた<sup>1,21)</sup>。脳神経疾患にみられる精神症状は神経科医に認識されることは少なく、精神医学的介入のために紹介される患者は少数派だった<sup>5)</sup>。

近年、抑うつ、不安、サイコシスなどが神経変性疾患の潜在的なマーカーであることが判明しつつある<sup>19)</sup>。抑う

つ、不安、サイコシスの病態生理に関する回路レベルについてはさらなる解明を必要としながらも、神経生物学的パラダイムが開発され理解されている<sup>20)</sup>。

## III. 精神医学の特殊性

精神症状の原因が脳の器質性病変であれば、原因疾患の評価や治療が必要であり、精神症状の診断においては脳の器質性病変の検索も含まれる。脳の器質性病変が原因となる精神症状、つまり神経精神症状（neuropsychiatric symptoms）は多様であり、疾患特異性はなく疾患横断的に現れる。神経精神症状の特徴として、しばしば精神症状が前駆する、内因性精神障害と類似の症状がみられる、同時並行的で複合的である、病変形成の速さは症状の特徴を決定する、などがあるが<sup>17)</sup>、精神症状自体で脳器質性病変の存在を判断することはできず、神経学的所見や検査異常とあわせて鑑別を行う必要がある。既知の脳神経疾患があれば、脳器質性病変と関連した精神症状を疑いやすいが、精神症状で初発する脳神経疾患の場合は、精神科を初診することが多く、精神科医が脳器質性病変を疑う役割を担うことになる。抗NMDA受容体抗体脳炎のように、精神症状で初発し精神症状の原因となった病態に治療法がある場合<sup>4)</sup>、診断過程において精神科医の果たす役割は重大である。

これまで、ドイツ精神病理学の影響を受けた日本の精神医学は、伝統的診断基準に従い、了解可能、了解不可能の区別により、外因性、内因性、心因性という三分法を用いて精神障害を臨床的に分類してきた。これらの3つのグループは症状の重さや緊急性が異なり、治療法・対処法も異なることから、精神障害の有用な分類とされてきた<sup>14)</sup>。また、外因性（身体的基盤のある精神障害）、内因性、心因性（環境への不適応）の順に診断する作法があり<sup>10)</sup>、精神症状の診断過程に病因の鑑別が組み込まれていた。脳器質性、症状性、中毒性精神障害からなる外因性の精神障害や、身体症状を呈する心因性の精神障害は、神経学と精神医学の境界領域となる疾患群である。

現在、精神医学の主流となっている操作的診断基準であるDSMでは、脳内に推察される精神病理過程は不問とされ、観察できる精神症状に重きをおき、状態像が適切に把握され症候の数基準を満たせば診断名を与えることができるようになってきている<sup>24)</sup>。DSMは内因性の精神障害をモデルとしてつくられている診断体系であり、基本的には診

断体系の内部に心因性・外因性の精神疾患を診断する手続きを含んでいない<sup>8)</sup>。DSMでは、特定の患者が複数の障害の基準を満たすこともあれば、多くの異なる患者が同じ障害の基準を満たすこともある。DSMは、ある疾患の症状発現の根底にあるものを特定することができないため、ある疾患と別の疾患との間に関連する理解しやすい原則を示唆することはできないし、ある疾患がなぜ併存しているのかを明らかにすることもできない<sup>16)</sup>。

神経学を含む身体医学における診断は、臨床現象（症候）がグループ化（症候群）され、特定の病理によって引き起こされるという疾病推論に基づき<sup>15,16)</sup>、原因を特定する生物学的アプローチを用いている。身体医学では生物学的アプローチを一貫して使用できるので、すべての事象は患者側の算出するデータ、誰によっても観察可能な客観的事実として把握され、具象的なものとして提示し共有することができ、観察者の経験やスキルによる差は精神医学に比較し少ない。

他方、精神医学の診断では明確な生物学的マーカーがなく症状は重要な指標であり、患者の症状をどのようにとらえるかは診療の生命線である。精神科臨床では、原因を問わない操作的診断基準を用いながら器質因が病態にどのような深さで関与しているかに対する目配りを求められ<sup>9)</sup>、精神科医による知識と経験の差が大きくなる傾向があり、精神科と神経科の境界領域となる疾患の診療では専門性が求められる。また、状態像が同じ内因性の精神障害と外因性の精神障害の治療において、同じ向精神薬が奏効するか検討が必要である。例えば、将来パーキンソン病が早期発見により治癒可能になった場合、パーキンソン病の前駆症状としての抑うつ症状の診療では、精神科診療を超えた治療を求められるかもしれない。

#### IV. これからの精神医学と神経学

近年の精神医学の発展により、精神疾患の生物学的基盤に対する洞察が深まるとともに、精神医学と神経学の区分に疑問が呈されている<sup>18,20)</sup>。精神医学と神経学の分離は、心と脳の分離につながり、併存症は十分認識されず治療対象になりづらく、両分野にとって有益ではなかった。精神医学と神経学の進歩のために、両者の間の壁を取り払うときであるとの意見がある一方<sup>2)</sup>、単純に融合できないとの意見もある<sup>21)</sup>。それぞれの診療科の診療範囲をどこまで広げるかについてはさまざまな意見があるが、いずれにして

も心と脳の境界に立つ専門家は、臨床神経学を横断する診断と治療に関する専門知識を必要とされている<sup>11)</sup>。精神科医と神経科医がアイデンティティを維持することは重要であるが、それぞれの診療科は他方の診療科が行っている臨床的側面をより深く理解することも重要である<sup>20)</sup>。

#### おわりに

人の診療に境界線はなく、診察する側の観点から神経学的か精神医学的に分類されている。精神医学は臨床医学の1つであるが、身体的存在であるだけでなく、心理的・社会的・実存的な存在である人間の精神面を自然科学の対象とするがゆえに、壁となる要因を内包している。精神疾患は脳を基盤とする一方、神経学およびその他の医学的疾患は心理学的側面が顕著であるという事実は<sup>26)</sup>、心と脳を同時に尊重し、生物心理社会的視点をもって多角的・多元的に対応していく必要性を投げかけている。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

#### 文献

- 1) Arzy, S., Danziger, S. : The science of neuropsychiatry : past, present, and future. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 26 (4) ; 392-395, 2014
- 2) Baker, M. G., Kale, R., Menken, M. : The wall between neurology and psychiatry. *BMJ*, 324 (7352) ; 1468-1469, 2002
- 3) Butler, C., Zeman, A. Z. J. : Neurological syndromes which can be mistaken for psychiatric conditions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76 (Suppl 1) ; i31-38, 2005
- 4) Dalmau, J., Armangué, T., Planagumà, J., et al. : An update on anti-NMDA receptor encephalitis for neurologists and psychiatrists : mechanisms and models. *Lancet Neurol*, 18 (11) ; 1045-1057, 2019
- 5) de Jonge, P., Huyse, F. J., Herzog, T., et al. : Referral pattern of neurological patients to psychiatric consultation-liaison services in 33 European hospitals. *Gen Hosp Psychiatry*, 23 (3) ; 152-157, 2001
- 6) Fink, P., Hansen, M. S., Søndergaard, L., et al. : Mental illness in new neurological patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74 (6) ; 817-819, 2003
- 7) 石原孝二 : 精神医学の科学と哲学. 精神医学の科学と哲学 (石原孝二, 信原幸弘ほか編). 東京大学出版会, 東京, p.3-36, 2016
- 8) 兼本浩祐 : 心因・内因・外因—Schneiderの太線を我々はかくもナイーブに飛び越えて良いのか—. *臨床精神病理*, 34 (2) ; 207-214, 2013
- 9) 兼本浩祐 : 脳との距離から始める精神医学—臨床においては軸の重みづけは常に問われる—. *精神科治療学*, 37 (11) ; 1259-

- 1265, 2022
- 10) 笠原 嘉：精神科における予診・初診・初期治療. 星和書店, 東京, p.67-92, 2007
  - 11) Keshavan, M. S., Price, B. H., Martin, J. B. : The convergence of neurology and psychiatry : the importance of cross-disciplinary education. *JAMA*, 324 (6) ; 554-555, 2020
  - 12) 古茶大樹, 針間博彦, 三村 将：現代精神医学のジレンマ. *精神医学*, 54 (3) ; 325-332, 2012
  - 13) Koliatsos, V. E., Wisner-Carlson, R., Watkins, C. : Neuropsychiatry : definitions, concepts, and patient types. *Psychiatr Clin North Am*, 43 (2) ; 213-227, 2020
  - 14) 熊崎 努：了解と症状把握. *精神科シンプトマトロジー—症状学入門 心の形をどう捉え, どう理解するか—* (内海 健, 兼本浩祐編). 医学書院, 東京, p.54-64, 2021
  - 15) Lyketsos, C. G. : Lessons from neuropsychiatry. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 18 (4) ; 445-449, 2006
  - 16) McHugh, P. R. : Striving for coherence : psychiatry's efforts over classification. *JAMA*, 293 (20) ; 2526-2528, 2005
  - 17) 三好功峰：神経学と精神医学. *精神医学の思想* (神庭重信, 松下正明編, 専門医のための精神科臨床リュミエール 30). 中山書店, 東京, p.234-244, 2012
  - 18) Northoff, G. : Neuropsychiatry. An old discipline in a new gestalt bridging biological psychiatry, neuropsychology, and cognitive neurology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258 (4) ; 226-238, 2008
  - 19) Panza, F., Frisardi, V., Capurso, C., et al. : Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia : possible continuum? *Am J Geriatr Psychiatry*, 18 (2) ; 98-116, 2010
  - 20) Perez, D. L., Keshavan, M. S., Scharf, J. M., et al. : Bridging the great divide : what can neurology learn from psychiatry? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 30 (4) ; 271-278, 2018
  - 21) Pies, R. : Why psychiatry and neurology cannot simply merge. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 17 (3) ; 304-309, 2005
  - 22) Price, B. H., Adams, R. D., Coyle, J. T. : Neurology and psychiatry : closing the great divide. *Neurology*, 54 (1) ; 8-14, 2000
  - 23) Schiffer, R. B. : Psychiatric aspects of clinical neurology. *Am J Psychiatry*, 140 (2) ; 205-207, 1983
  - 24) 武田雅俊：精神医学と神経学との再統合—ポストゲノム時代の精神医学の進むべき道—. *臨床精神医学*, 34 (3) ; 275-281, 2005
  - 25) Trimble, M. : The history and scope of neuropsychiatry. *CNS Spectr*, 23 (3) ; 192-193, 2018
  - 26) White, P. D., Rickards, H., Zeman, A. Z. J. : Time to end the distinction between mental and neurological illnesses. *BMJ*, 344 ; e3454, 2012
  - 27) Zeman, A. : Neurology is psychiatry : and vice versa. *Pract Neurol*, 14 (3) ; 136-144, 2014

# Psychiatric Symptoms as a Wall Between Psychiatry and Neurology

Yoshiko MURATA

Iwakura Hospital, Department of Psychiatry  
Saitama Medical University Hospital

Disorders of the mind are rooted in brain dysfunction. Neurological disorders interact with psychological and social factors and often cause psychological symptoms. Currently, mental disorders are treated by psychiatrists and neurological disorders are treated by neurologists. Psychiatry and neurology have a common origin as they both treat the same organ, the brain. However, as neuroscience has developed, they have become two separate fields. Neurological disorders often have psychiatric symptoms ; therefore, collaboration between the two departments is necessary. In psychiatry, the primary approach involves utilizing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), which provides operational diagnostic criteria. The DSM does not distinguish between causes and includes both exogenous and psychogenic disorders as well as endogenous disorders. Exogenous and psychogenic mental disorders often straddle the border between psychiatry and neurology. Experts of neuropsychiatric disorders require specialized knowledge of diagnosis and treatment that extends beyond the scope of clinical neuroscience.

## Author's abstract

**Keywords** psychiatry, neurology, neuropsychiatry, psychiatric symptoms, neuropsychiatric symptoms