

## &lt; Symposium 18-1 &gt; 日常診療の中の神経心理学

## 日常診療における神経心理学の発想

本村 暁<sup>1)</sup>

要旨：神経内科診療のなかで神経心理症候をいかに検出するか、および神経心理症候を把握することが臨床診断にどう貢献するかについて述べた。さらに、認知症診療においては、本人と介護者からえた二重の病歴が必要であること、ならびに神経心理学的アプローチに加えてADL, BPSDを捉えることが必要であることを述べた。

(臨床神経 2014;54:1089-1091)

Key words：神経学的診察, 神経心理学, 認知症

## 1. はじめに

神経心理学の考え方が、神経学的診察 neurologic examination のなかで重要な部分を構成していることを、診断法や症例を例示して述べる。神経心理学をどの範囲に定めるかは一致した意見はないが、ここでは脳病巣による言語・行為・認識の障害という古典的な神経心理症候（失語・失行・失認）をとりあげ、神経学的診察のなかで、どのように神経心理症候をみいだすか、ならびに神経心理症候を捉えることが臨床診断にどう貢献するか、について考察を加える。

他方、認知症は神経心理症候から分けて論じられることが多い。認知症の診療に神経心理学は必須であるが、限界もある。症例を基に論じる。

すなわち本稿では、①神経学的診察で、いかに神経心理症候をみいだすか、②神経心理症候を捉えることが臨床診断に貢献すること、③認知症診療のなかの神経心理学、という3つの論点に絞る。

## 2. 神経学的診察のなかの神経心理学

神経内科の診断は、病歴聴取、神経学的診察、臨床検査により原因的診断、解剖学的診断を通じて臨床診断をおこなう。患者が診察に協力できるばあいと、協力できないばあいに分けることは有効である。

## 1) 神経学的診察に協力できるばあい

—神経心理症候の捉えかた—

## (1) 病歴より

失語・失行・失認の詳しい定義は成書<sup>1)</sup>に譲るが、煮詰めると「話せない」(失語)、「できない」(失行)、「わからない」(失認)、という症状が前景となる。これらの訴えを捉えることが診断のいとぐちになる。紙幅の関係で失行・失認に限る。・「できない」症状:失行の存在をうたがう手がかりは「できない」という現象である。しかし、(Table 1)に示すよう

に、行為の内容を分類して考えると様々な神経心理症候が背景にあることがわかる。

・「わからない」症状:「わからない」という症状は (Table 1) に示すように、感覚様式、対象のカテゴリー別に分けてみることが必要である。

ここで重要なことは、「できない」「わからない」という症状を、特定の神経心理症候に短絡的に結論づけないことである。

## (2) 神経学的診察より

いっぽう、通常神経学的診察でみられる所見のなかにも神経心理症候のヒントがある。一部を示すと、意識障害としてのせん妄、行動観察から、アバシー、多動、易怒性などをみることができる。言語応答を詳細に観察することで、失名辞、錯語、非流暢性という失語の言語症候、反響言語、反復言語、一過性全健忘にみられる repetitive query、認知症にみられる妄想・誤認に気付くことがある。脳神経系・頸部の診察から、強迫的な瞬目 (motor impersistence)、上肢の所見には拙劣症や病的把握現象がある。これらの所見を把握することが、詳しい神経心理検査へすすめる手がかりとなる。

Table 1 「できない」症状「わからない」症状。

失行、失認の手がかりとなる症状の例。

## ◇「できない」症状

- ・「手を伸ばせない」「掴めない」(視覚性運動失調, 失行)
- ・「モノを使えない」(視覚性失認, 意味記憶障害, 失行)
- ・「服を着れない」(着衣失行など)
- ・「書けない」「描けない」「作れない」(失語, 失書, 構成失行など)

## ◇「わからない」症状

- ・「みたものがわからない」  
文字 (純粹失読), 一般的なモノ (視覚物体失認), 見知った顔 (相貌失認), 風景 (街並失認)
- ・「どこにあるかわからない」(Balint 症候群, 半側空間無視)
- ・「聞いたものがわからない」  
言葉 (純粹語聾), 言語以外の音 (環境音失認)
- ・「自分の状態がわからない」(Anton 症候群, 病態失認など)

<sup>1)</sup> 行橋記念病院・神経内科 [〒 824-0033 福岡県行橋市北泉 3-11-1] (受付日: 2014年5月23日)

Table 2 神経心理症候の成り立ち.

神経心理機能のレベル	脳機構	症候群
行為・認識		失行, 失認
言語	言語ネットワーク	失語, 関連症候
記憶	辺縁系ネットワーク 連合野	健忘症候群 意味記憶障害
注意 全般性	attentional matrix	confusional state
空間性	頭頂前頭ネットワーク	半側空間無視

## 2) 非協力 (協力不能) なケース

—神経心理症候は臨床診断の cue になる—

神経内科の診察は, 患者が自分の心身に生じた主観的な現象を医師にありのままに伝え, 医師が的確に把握することからはじまる<sup>2)</sup>. しかし中枢神経系の疾患では, 診察や検査に協力できなかつたり, 拒否することがある. この背景には①意識の障害, ②注意の障害, ③記憶障害, ④言語障害, ⑤認知症, ⑥精神疾患・非協力, ⑦小児のばあい, などがある<sup>3)</sup>. このなかで注意・記憶・言語の障害, 認知症は神経心理学的アプローチの対象となる.

神経心理機能と脳機構, 対応した症候群は (Table 2) に示す<sup>4)</sup>. これらの神経心理機能レベルのいずれに問題があってもコミュニケーションできず, 診察や検査に協力不能となる. 症例を示す.

症例 1. 60 歳代男性. 某日, 夜間に「会社の人が誘いに来た」といい大声を出す. 神経学的診察に集中できず, 失見当識, 自分の名前は正答, ミオクロヌスあり. CT に局在病巣なし. 薬剤性脳症による confusional state.

症例 2. 80 歳代男性, 心房細動の既往あり. 突然ペラペラと訳のわからないことを喋るようになった. 麻痺はなく, 多弁・錯語, 自分の名前をいえず, 言語理解不良. CT/MRI で左側頭葉に梗塞巣. 脳塞栓による Wernicke 失語.

## 3. 認知症診療と神経心理学

—Neuropsychology and Beyond—

### 1) Dual history—認知症診療の特徴<sup>5)</sup>

認知症患者の診察では病識が乏しく, 病歴をとれないばあが多い. 診療上の工夫を要する. 二重の病歴 dual history が必要である. これは受診の理由 (主訴) と病歴を本人と介護者の両者からとるということを意味している. 介護者からの情報のみで病歴としがちであるが, 自覚症状の経過を知ること重要である.

認知症では, 神経心理学的アプローチは必須であるが, 十分ではない. ADL (基本的, 道具的), 行動・心理症状の把握も必須である.

### 2) 症例 3.

80 歳代アルツハイマー型認知症の男性. 用件忘れと紛失で発症. CT では海馬をふくむ大脳皮質萎縮, MMSE は 17 点

(内容後述). 外来での応答を採録する.

#### (1) 本人への問診:

(困ることは?) 「さあ,,」

現病歴はとれず, 家族構成を尋ねると, 「さあ? (家人を振り返る)」

#### (2) 介護者への問診:

「用件を忘れ, しまい忘れもあり, 同じことをくりかえします」

(3) MMSE 17 点 (見当識 -4, 記銘 -1, 逆唱 -5, 再生 -3), 呼称, 言語理解, 読み書き, 書字・模写に問題なかった.

(4) ADL : basic ADL, 入浴は要介助, 移動・更衣・食事・排泄は自立, instrumental ADL, 電話は不可, 金銭や薬の管理も不可能.

(5) 行動・心理症状 : なし.

#### (6) 症例 3 の考察

病識が不十分または欠如した患者のばあい, 現病歴に話を繋ぐことはできない. そこで家族構成の質問に移る. これは家族背景を知るといふ本来の目的以外に, 記憶や言語能力を検査するという認知機能検査の役割も果たす. 既往歴や生活歴では正答がわかりにくく, 家族歴は自由度が低いため好都合である. 介護者への問診を重ねると, 病歴の全体像が浮かび上がってくる.

MMSE の下位スコアを丁寧にみることで, この例では言語や構成能力に大きな問題がないことがわかる. しかし, 神経心理検査のみでは生活の状態を十分に明らかにすることはできない. ADL (基本的・道具的) と行動・心理症状を診る必要がある. また, MMSE は神経心理検査というより神経学的診察の一部とみるべきである. 心理士に依頼するのではなく, 医師自らおこなうことで, 認知機能障害の具体的な病像を掴むことができる.

## 4. まとめ

神経学的診察での神経心理症候のとらえ方, および神経心理症候の臨床診断学的意義について述べた. 認知症診療の特徴を述べ, 神経心理学的アプローチは必須であるが, 限界があることを論じた

※本論文に関連し, 開示すべき COI 状態にある企業, 組織, 団体はいずれも有りません.

## 文 献

- 1) 山鳥 重. 神経心理学入門. 東京 : 医学書院 ; 1985.
- 2) 岩田 誠. 神経症候学を学ぶひとのために. 東京 : 医学書院 ; 1994.
- 3) Ropper AH, Samuels MA. Adams and Victor's Principles of Neurology 9th ed. New York: McGraw Hill Medical; 2009.
- 4) Mesulam MM. From sensation to cognition. Brain 1998;121:1013-1052.
- 5) 本村 暁. 認知症問題について—神経内科臨床の観点から—. 言語聴覚研 2013;10:63-68.

**Abstract**

**Neuropsychological thinking at everyday clinical practice**

Satoru Motomura, M.D., Ph.D.<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>Neurology Department, Yukuhashi Memorial Hospital

In this paper, at first I noted the way how to pick up the neuropsychological signs and symptoms during routine neurological examination, and their diagnostic power. Second, I presented the clinical approach for dementia. Medical history should be obtained from both patients themselves and their caregivers. Examination of daily living activities and behavioral and psychological symptoms are necessary as well as neuropsychological examination.

(Clin Neurol 2014;54:1089-1091)

**Key words:** neurologic examination, neuropsychology, dementia

---