てんかんの精神医学的問題
- 非定型精神病との類似性 -

東京慈恵会医科大学　精神医学講座
須江洋成

はじめに

非定型精神病の提唱の意義

Kraepelin Eの早発性痴呆と躁うつ病の二分類体系の中間領域にあって両疾患の性質を兼ね備えた、あるいは混在する中間例とみなされる病態が以前からみられていた。

ただしその輪郭は曖昧で、歴史的にはいくつかのとらえ方がなされている。

- ✔Kleist Kからはじまり、類循環精神病としてLeonhard Kによって継承された疾患単位と考える立場
- ✔ Schneider K,Pauleikhoff Bらのように統合失調症と躁うつ病との間の中間型とみなしながら、鑑別類型学的とみる立場（非定型群からまとまりのある一群を取り出そうとの試み）
- ✔さらには、Gaupp R,Kretshmer Eらのように鑑別類型学的ではあるが、遺伝的背景を考慮し両疾患の混合とする見方
- ✔本邦では満田久敏が独自の概念を提唱していることは周知で、これは遺伝生物学的観察から独立した疾患とみなそうとの立場と思われる。

てんかん精神(病）症状における非定型性とは

- 歴史的背景を鑑みると、従来の統合失調症、躁うつ病が定型であるならば、てんかんにおける精神症状（てんかん精神病）は広義の意味で非定型とみなしうるが（ただし、同じスペクトラム上としては到底みなし難い）、
- それのみならず、てんかんに合併する精神症状には狭義の意味での非定型精神病との類似を窺わせる病態がある。

では、
非定型精神病の診断基準は

非定型精神病診断基準

非定型精神病診断基準作成委員（H21版）

A:突然、精神病症状が発現し、顕在化まで2週間以内であること

B:次の3項目のうち少なくとも2つの症状が同時に起こること

1. 情緒的混乱　2. 困惑、および記憶の錯乱 3. 緊張病性症状または、幻覚妄想

C:障害のエピソードの持続期間は、3か月未満で、最終的には病前の機能レベルまでおよそ回復すること

D:物質または一般身体疾患の直接的な生物学的作用による障害は除外とする

緊張病性症状：

緊張病性の以下の項目のうちすくなくとも1つの症状がみられるもの

1）カタレプシーまたは混迷として示される無動症

2）過度の運動活動性

3）過度の拒絶症あるいは無言症

常同姿勢・常同運動・顕著な衒奇性

顕著なしかめ面などとして示される自発運動の奇妙さ

反響言語または反響動作

✔本講演では非定型的であるとは上記臨床症状・経過、とくに情緒的障害、緊張病性症状、良好な回復がみられた場合とする

てんかんに関連した精神症状（てんかん精神病）について

てんかん精神病の定義

現在多くが用いている定義は、

「てんかん発症後出現した意識清明な状態で生じる精神病で病因を問わない」というものであるが、

国際分類では、

ICD-10　F06：脳損傷、脳機能不全および身体疾患における他の精神障害

DSM-Ⅳ-TR：一般身体疾患における精神病性障害

に広くまとめられ、てんかん固有の病態への配慮はされていないのが現状である。

ILAEによる精神障害の分類案

Epilepsy & Behavior 10 (2007) 349-53

カテゴリー	臨床特徴	分類提案における主な結論
・ 共存	不安障害と恐怖症 強迫障害 身体障害性 解離性と神経症性障害 双極性感情障害 鑑別不能な統合失調症	一般の精神障害との違いはない。 分類はICD-10とDSM-Ⅳに準じる。
・ 発作の精神病理	意識変容、混乱、 見当識障害、記憶障害、 不安、不快気分、 幻覚･妄想	てんかん発作重積 脳波で確認、全般性あるいは特異的; 標準的な神経心理検査で診断が可能。

• てんかんに特異的な発作間欠期精神障害	・認知障害	標準的な神経心理検査で診断が可能
	・てんかん精神病 / 感情身体表現性障害	発作との関連で分類(前駆、発作間欠期、発作後、交代性)
	・人格障害	過剰に倫理的・宗教的、粘着、不安定、混合性など
	・てんかんに特異的な不安・恐怖症	発作への過剰な不安、恐怖
• 他の関連する情報	・抗てんかん薬	不明・変更なし、精神症状に先行する1ヶ月の間に始めたか、先行する1週間以内の中止であったか、30日以内に投与開始と中断の両方があったか
	・脳波変化	得られない、不変、非特異的変化、特異的変化(具体的に)

近年では、発作との関連から
てんかん精神病は分類される場
合が多い

松岡洋夫. 精神経誌　2005；107：264-9，須江洋成. Pharma Medica 2008;10:23-26

① 発作の発来と時間的に関連する症状

A.発作前の精神症状

前駆症状にみる精神症状

B.発作そのもの

a. 持続が短いもの（精神発作）

b. 持続が長いもの（重延状態）

1)欠神発作重積 (spike & wave stupor, petit mal status, non-convulsive status epilepticus)

2)複雑部分発作重積

3)単純部分発作（精神発作）重積（aura continua）

C.発作後の精神症状

a. 発作後のもうろう状態

b. 発作後精神病 (Logsdail SJ .& Toone BK. Brit J Psychiatry 1988;152:246-52)

② 発作の発来と時間的に関連しないもの

a.不機嫌症

b.不快気分障害 (Blumer D. J Clin Psychiatry 1997;58:3-11)

c.性格行動障害 (Geschwind N.Epilepsia 1983 ;24:s23-30)

d.精神病状態

1)幻覚妄想(統合失調症様)状態

・発作の消失を伴うもの

(Landolt: 強制正常化、Telenbach: 交代性精神病)

・発作の増悪を伴うもの

・持続性の精神症状(慢性てんかん精神病)

2)気分障害

e.不安障害(神経症様症状)

f.発達(知的)障害/学習障害

③ 術後精神病 (de novo psychosis)

これらのなかで、非定型的を成す

1. 発作後精神病（Logsdail SJ .& Toone BK.1988）
2. 発作間欠期不快気分障害（Blumer D.1997）
3. 性格行動障害（Geschwind N.1983）
4. 欠神発作重積

について概説する。

発作間欠期不快気分障害

interictal dysphoric disorder：IDD

- Blumer らはBear-Fedio質問票(1977)をもとに、側頭葉てんかんの行動特性を検討し、その中から“挿間性の著しい障害”として『発作間欠期不快気分障害(IDD)』を抽出した。

↓

- IDDは数時間～数週間にわたる著しい不機嫌状態、不安、不眠、衝動性などの気分変調をみるものであるが、その症状は月経前不快気分障害(PMDD)に類似しているという。

J Clin Psychiatry 2000;61:110-22

Blumerらにより確認できるとされた症状

発作初発

約2年

1抑うつ気分、2易刺激性、3無気力、4不安、5恐怖、6疼痛、7不眠、8多幸感

8症状のうちの3つ以上

IDD（治療可能）

with

（一過性）幻覚、妄想、奇異な行動、パラノイア

10年以上

てんかん精神病

Blumer らの症例より

- 無職・女性、12歳、頭部外傷1週間後より発作がはじまった。
- 服薬を開始したが、じっと動かずにいたり、泣いたかと思うと笑ったりをくり返すなどの奇妙な様子がみられるようになり、脳波・ビデオ記録を行ったところ、数回の発作が捕捉され、その後に支離滅裂、幻覚を呈し、発作後精神病であることが確認された。
- 右側頭葉切除術が施行されたが、その3週間後より再び精神症状が出現した。

- 長い間動きが乏しく固まる状況や支離滅裂な言葉、家族への暴力、予期せぬ暴発的言動など、カタトニア症状であった。しばしば数日ベッドにて無為に過ごすこともあった。

- AEDは術後4年で終了したが、その後、2～3ヶ月の間に2回の入院が精神症状のため必要であった。この際、ECTが著効したが、改善は短期間に留まったという。その後も症状をくり返していたが、術後8年たった、46歳のとき彼女の激しい精神症状は月経前に出現していたことが判明した（発作間欠期の精神症状におそらく移行）。

(J Clin Psychiatry 2000;61:110-22)

症例の要約

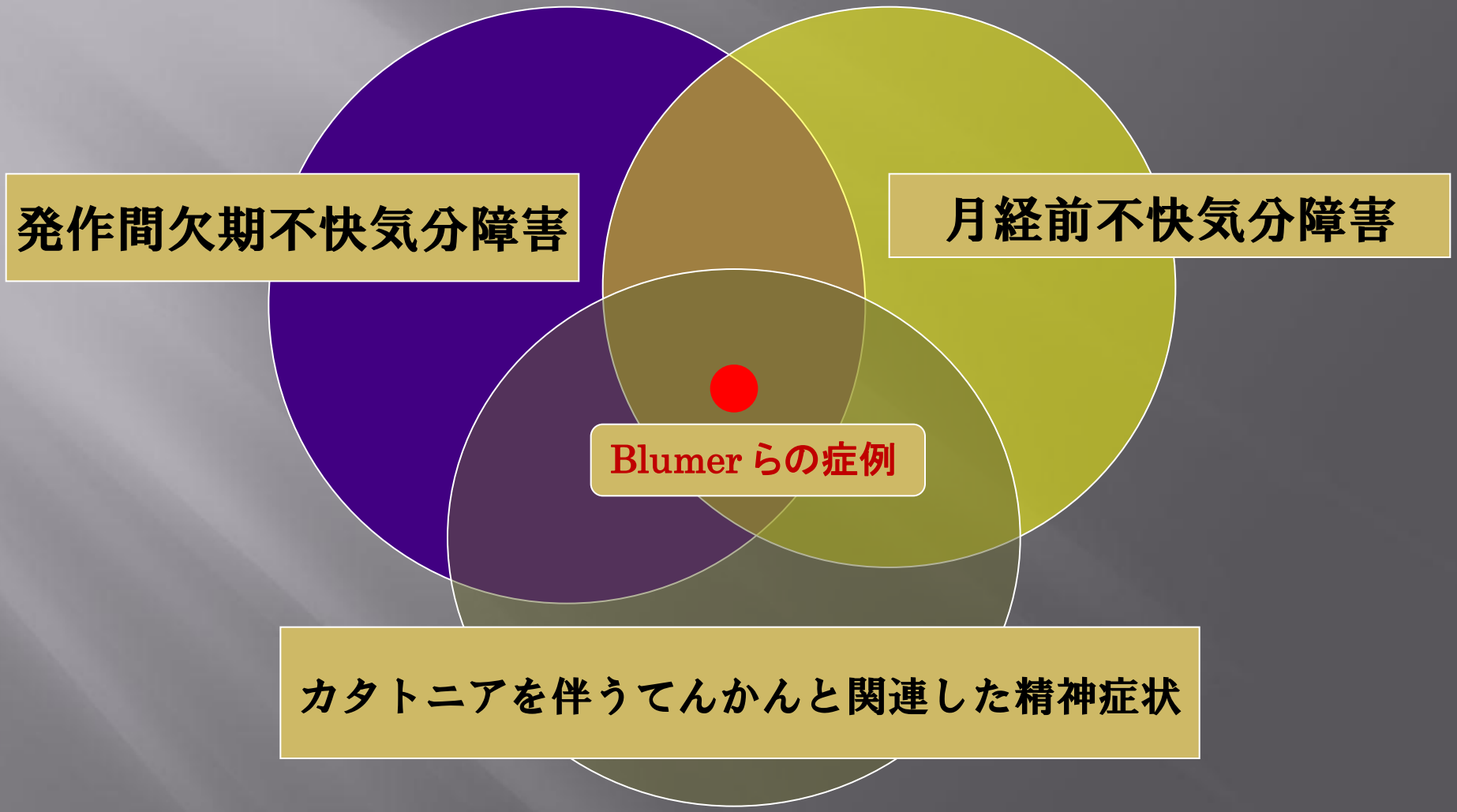
1. 発作の群発後に精神症状が発現
2. その症状は情緒不安定となり、支離滅裂・幻覚が発現
3. カタトニア症状が挿間
4. ECTが一過性ながらも奏効
5. 次第に発作とは無関係に症状が出現。ただし、月経前であることが確認された

PMDDとIDDの類似性

発作間欠期不快気分障害(IDD) (Blumer, et al)	月経前不快気分障害(PMDD) (DSM-Ⅳ,1994)
・抑うつ気分 ・無気力 ・易刺激性 ・痛み ・不眠 ・恐怖 ・不安感 ・多幸感 ➢ （一過性） 幻覚、妄想、奇異な行動、パラノイア	• 抑うつ気分 • 無気力、集中困難 • 焦燥感、情緒不安定 • 痛み（頭痛、関節痛、乳房痛） • 倦怠感 • 不眠または過眠 • 不安感、緊張感 • 過食、食欲の変化 • 制御不能感

IDD : interictal dysphoric disorder
PMDD : premenstrual dysphoric disorder

Blumer らの症例の位置づけ



発作後精神病(postictal psychosis)

Logsdail SJ,Toone BK,Br J Psychiatry ;152:246-52,1988

A：てんかん発作群発終了時と精神症状発現までに清明期がある(1週間以内に発生)

B:急性ないし亜急性の経過、持続は最短で24時間、最長で3ケ月ほどで改善

C:情緒的色彩の濃い精神症状（気分障害との密接な関連：例えば軽躁状態）

D：てんかん発症と精神病発症の間に平均10年以上の潜伏期間が必要

E:他のてんかん性精神病と比べて際立つ側頭葉てんかんとの関連

その他：幻覚妄想の内容は宗教的・性的で幻視をしばしば伴う。気分障害の家族負因が指摘されることもある。

発作後精神病の臨床特徴は、
　以下の非定型精神病との類似を思わせる

非定型精神病の臨床像の特徴

1）発病はおおむね急性で、相関性あるいは位相性ないしは周期性の経過をとる。

2）病像は統合失調様の症状を示すが、一般に情動-精神運動性障害が支配的で、興奮と昏迷が急速に交替することがまれでない。多くは意識変容を伴う。

3）予後は一般によい。

※このような臨床像は、Pauleikoff B のいう挿話性緊張病との関連が深い。

4）その他、脳波異常がみられる例がある。

Hatotani N.Psychiatr Clin Neurosci 1996;50:1-10

挿話性緊張病にみられる性格・行動特徴

Pauleikhoff　B（Fortschr.Neurol.Psychiaty 1969;37:461-96）は非定型精神病のなかから挿話性緊張病を一類型として取り出した。

その特徴は、

- 勤勉。信仰心に厚く、まじめで頑固な人に好発。
- 不安・焦燥の前駆期のあと、昏迷と興奮の病像が支配し、主に宗教的内容を主題とした幻覚・妄想、攻撃性が出現する。
- このエピソードは数週以上続くが、欠陥を残さず回復する。

◎市橋秀夫（1983年）は挿話性緊張病の親和性性格として「類てんかん性」を挙げた。

この挿話性緊張病の特徴はゴッホにみる

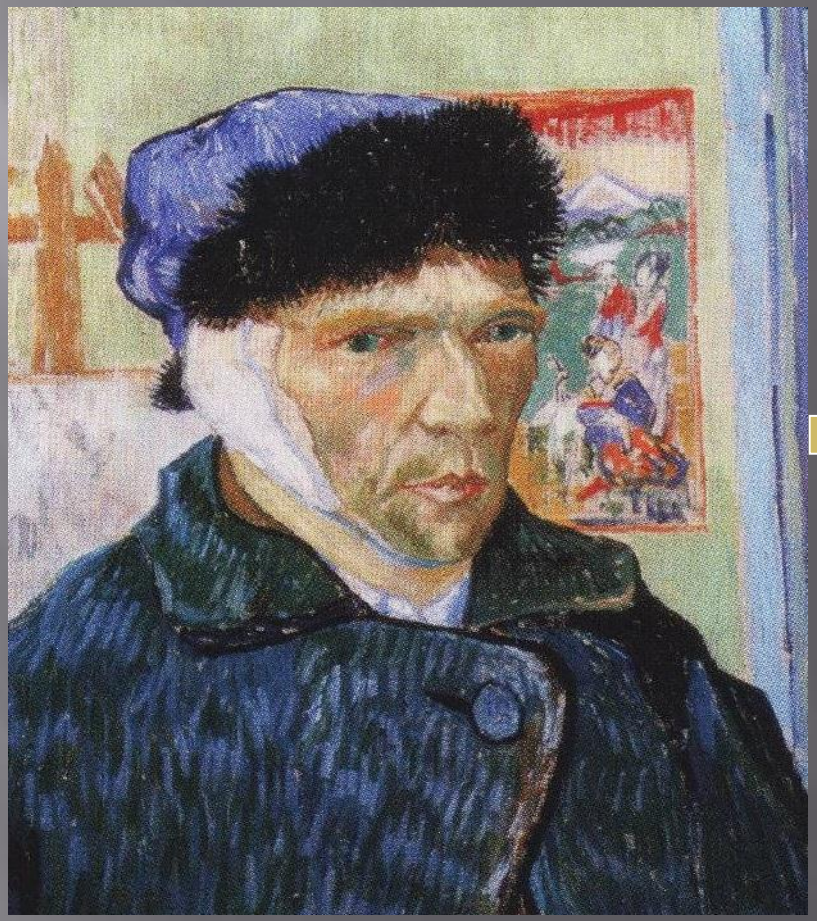
1）性格・行動障害

2）精神症状の発現

との類似性を想起させる

ヴィンセント・ファン・ゴッホにみる非定型性

性格・行動障害
Geschwind
症候群



非定型
精神病様

耳を切った自画像（1889）

てんかんの性格・行動障害

- てんかんの性格特徴は、歴史的に、とくに側頭葉てんかんとの関連から述べられてきた。
- 20世紀半ば～後半になると、その存在について否定的な見解が相次いだが、Geschwindら(1979,1983)によってその性格・行動特徴が見直され再び注目されるようになった。
- その性格・行動障害はGeschwind症候群と呼ばれている。
- ただし、側頭葉てんかんに特異的であるかについては疑問とする見解がある。

Geschwind症候群の特徴

- 神秘的、宗教的、哲学的関心が高い
- 強迫的、過剰に書く（過剰書字）
- 粘着的言動と迂遠
- 怒りや攻撃性が現れやすい
- 性的欲求の低下まれには同性愛
- 認知の強化

ゴッホの年譜

1853年　オランダの牧師の家に生まれる。

1867年(14歳)　ティルブルフの神学校に入学、しかし1年足らずで退学。

1873年(19歳)　聖書を通じて**信仰の世界に強い関心を示す**ようになる。多くの時間を宗教書を読んで過ごす。

1875年(21歳)　「僕はデッサンをはじめた・・・」とテオに書簡。

1878年(25歳)　伝道師養成所に通うが、**挙動の異様さ**にて伝道師の任命は得られず。

1888年(35歳)　『ひまわり』や『アルルの跳ね橋』などの絵を制作。

1888年　**「私はこれまで4回大きな発作があり、その間は何を言ったか、何をしたか、欲したか覚えていない」と書簡に記す。**

1888年、10月23日にはゴーギャンとの共同生活が始まるが、12月23日に激しい興奮にて左耳を切り落す行為に及び、町立病院に入院となる。

アルル地方紙『フォロム・レピュブリカン』の報道（1888年12月30日）

先の日曜日午後11時半、オランダ人の画家ヴィンセント・ファン・ゴッホは「娼家」の『一番館』にあらわれ、ラシェルを呼び出すと「これを大事に預かっておいてくれ』と言って・・・自分の耳を与えた。・・・この行為の通報を受けた警察は、翌朝男の家に行き、男が死んだようにベットに横たわっているのを発見した。

パリから駆けつけた弟テオは「しばらくもち直したかと思うと、たちまち哲学か神学めいた分からないことを興奮して口走る（緊張病的）」と語っている

1890年（37歳） 7月、パリ郊外でピストル自殺を遂げる。

ゴッホの精神症状

僕はまたも・・・、狂気の状態になりかけているのだ。もし、僕に修道僧的でもあり画家的でもあるというような二重人格的要素がなかったら、僕はもうずっと前から、完全に今言ったような状態に陥っていただろう。

つまり、興奮状態におちいった場合の僕の感情は、むしろ永遠とか永遠の生命とかを考える方に向かうものだからだ。

（556信1888年,10月）

ひまわりを描くフィンセント・ファン・ゴッホ
（ゴーギャン作：アルル滞在時）
ーこの絵（の顔）をみたゴッホは
『狂気の際の私』であると言ったというー

ここにいる患者の一人は僕のように15日間も叫び続けそして話続ける。廊下の反響が声や言葉のように聞こえるのだ。

てんかんのはじめのころ、レイ氏が言っていた通りだ。今はショックがあまりにもひどかったので、身を動かすのもいやになる。二度と目が覚めなかったらさぞいいだろう。

（592信1889年,5月）

星月夜-糸杉と村（ゴッホ作）
サン・レミ入院ころの作品

背景を微妙に濃淡の違う一色で塗り込めたゴッホの絵画は**緊張病的**であるという
（小林聡幸、2010）

ゴッホにみるGeschwind症候群

(Trimble MR.Raven Press,New York,1991, 松浦雅人,日本病跡学雑誌 1993;45:94-97)

- 20歳前後より宗教に熱中し、常に宗教的禁欲と殉教が中心的テーマであった。（神秘的、哲学的、宗教的関心）

- 弟テオに宛てた書簡600通以上、晩年の数年間では800の作品を創作している。（強迫的、過剰に書く）

- 性生活については、娼婦との短期間の同棲はあったが、同じ境遇のもとの関係でしかなかったとの見解。また、パリではアルコールに溺れ、同性愛に至ったという。（性的欲求の低下・変化）

- 伝道師会からは「興奮状態にあるので、連れ帰って欲しい」との依頼で父親が迎えにいくなど、しばしば怒り、攻撃性がみられた。（怒りや攻撃性）

ゴッホの強迫性と粘着性

1886～89年までに12点ものひまわりを描く、12という数字にこだわりアトリエに12脚の椅子を購入。パネルも12枚発注。ひまわりの本数は12本が多い。

（粘着的）

ゴッホは、

✔てんかんの性格・行動障害（Geschwind症候群）

および

✔発作と関連しての精神症状

発作後精神病、発作間欠期精神病のいずれか、あるいは双方（相互の移行もありうるとされる）がみられていたと解釈もできる

てんかん病態とカタトニア病態の類縁性

Kahlbaum KLによるカタトニアの概念

- 循環性に変遷する経過をたどる大脳疾患である。精神症状としてメランコリー、マニー、昏迷、錯乱、そして最終的な精神荒廃という一連の病像を順次呈する。
- その際、精神病像全体の中で一つ、あるいは幾つかの病像が欠けることもある。
- そして本疾患においては、精神的な諸症状と並んで、けいれんという一般的な特性を伴った運動性神経系における諸現象が本質的な症状として出現してくる。
- カタトニアの予後はそれがどのような形式であっても決して悪いものではない。

- この概念規定は簡略すぎてKahlbaum自身が重視した精神的特性（恍惚）が省略されている。
- さらに、「けいれん」を欠くならば「定型性狂気」なる巨大なそして、茫漠（ぼうばく）たる概念に再び飲み込まれてしまうという危うさがある。
- カタトニアの根底である「熱情的な恍惚症」と「けいれん」の結合と「一定時間の持続」こそが『カタトニア』を分離独立せしめている決定的要因である。

（渡辺哲夫.臨床精神医学　2009：38；757-763）

てんかん病態とカタトニア病態の類縁性①

1) ドパミン（てんかん発作に対しては抑制的作用）を遮断する抗精神病薬は悪性症候群を誘発するが、これは発熱、自律神経失調を呈する悪性カタトニアが薬物により誘発されたものとの解釈できる。
   - 抗ドパミン作用をもつ薬剤はカタトニアを悪化させる。
   - 同じく、てんかん発作閾値を低下させる。
2) ベンゾジアゼピン系薬剤(BZP系剤)はてんかん発作の治療に用いられるが、同じくカタトニアの治療においてもBZP系剤が推奨されている。とくに強力な$GABA_A$作動薬であるlorazepamが用いられる。カタトニア患者の大脳皮質では$GABA_A$受容体が減っているとの報告がある。
3) てんかん発作にみる常同性行為、ジストニア症状、複雑な精神運動症状はカタトニアの症状に類似している。

てんかん病態とカタトニア病態の類縁性②

4) 非けいれん性てんかん重延状態の患者ではカタトニア症状がみられる。

＜spike & wave stupor＞

- 重延の持続期間はさまざまだが、せいぜい数日以内。
- 症状は意識障害を明らかに認める場合や精神医学的昏迷や興奮、精神活動の鈍磨と表現されるものなど多彩。
- 重延期間中は発動性減退、無表情、常同行動などのほか、統合失調症様昏迷、妄想様の発言、妄想的解釈などをみる。

(1)非けいれん性てんかん重延は、ときに全身けいれんにて終焉する。

(2)一方、カタトニア症状の改善にはECTが有効である。ECTはGABA系を増強するといわれている。

カタトニアを生じる病態生理学（Fink&Taylor）

- 運動系の重要な領域を遮断する病変（前部帯状回、背外側前頭前野、補足運動野、基底核、視床）
- 視床やその周囲の興奮性病変
- 前部運動回路での神経科学的不均衡（ドパミン活動を低下させ、$GABA_B$活動を増加させ、$GABA_A$活動を低下させる薬物や疾患）
- 頭頂葉での遮断または興奮（運動系から知覚統合が分離され、身体各部への意識、空間的位置や相互位置感覚の障害）
- 前頭回路の神経化学的不均衡、BZP受容体の減少など

おわりに

- てんかんにおける精神症状（てんかん精神病）は広義の意味で非定型とみなしうるが、狭義の意味でも非定型精神病との類似性が窺われる。
- それは、非定型性を意味するカタトニア病態と、てんかん病態との間に親和性が窺えるからである。

<カタトニアの非定型性>

1）Kahlbaum が運動性、けいれん性の諸症状に注目して、定型性狂気からカタトニアの分離を試みたこと

2）『緊張病』の訳者である渡辺が「熱情的な恍惚症」と「けいれん」の結合こそが『カタトニア』を分離独立せしめている決定的要因であると述べていること

- てんかん病態とカタトニア病態との類似性は興味深いが、カタトニアにおいては神経化学的な説明はほとんどなされていない。
  しかし、てんかん精神病は非定型 ゆえに、神経学そして精神医学双方におよぶ学際的疾患であることを改めて認識させるものである。