

＜シンポジウム (2)―4―5＞臨床てんかん学の最近の診断と治療の最前線

てんかんにともなう精神症状・心因性発作への対処

兼本 浩祐 田所ゆかり 大島 智弘

(臨床神経 2012;52:1091-1093)

Key words : てんかん, うつ状態, 精神病, 心因性非てんかん性発作

はじめに

てんかんにおける精神症状は多岐にわたり, Fig. 1 に上げたようにほぼすべての精神科疾患が観察される. その出現率は2~3割にのぼるとされており, 無視することのできないてんかん診療のための重大な課題であることは古くから指摘されてきた. てんかんそのものではなく, てんかんの原因となる脳の障害に直接由来する病態像(精神遅滞, 記憶障害など)を除いたばあい, 頻度と日常生活におよぼす実際の影響の大きさを掛け合わせて, それぞれの精神症状の臨床的な重要度を勘案すると, 臨床的重要度が, 頻度およびQOLにおよぼす強度の関数であると考えられるならば, 強度という点では精神病状態が, 頻度の高さからは抑うつ状態と心因性発作が突出している. 本稿では, 抑うつ状態, 心因性非てんかん性発作, てんかん性精神病という臨床的に重要なてんかんにともなって観察される精神症状を取り上げた. さらに, てんかんによる性格変化, てんかん外科手術後に出現する精神症状も神経内科医が知っておくべき病態がふくまれているのでこれを簡潔に触れた.

文献はこれまでの筆者の総説を末尾に挙げ<sup>1)~6)</sup>, 必要があればそれを参照していただく形としたことを予め断っておきたい.

抑うつ状態<sup>5)</sup>

多くの文献で共通して指摘されているのは, 合併する精神科疾患の中では, 抑うつ状態がもっとも頻度が高いということである. 治療を要する精神科的合併症の中では, その比率は50~75% とかなり高く, 精神科的合併症のないてんかん症例全体の中での頻度は10~30% の間に分布している. 多くの文献で取り扱われているのは発作間歇期うつ病であるが, 発作後うつ病, 発作時うつ病(前兆としてのうつ病), 発作に前駆するうつ病などそれぞれに特徴のある病態が実際には存在している. てんかんを持つ人では抑うつ状態が自発的に訴えられることが少ないため, Table 1 に示した数分で施行可能なNDDI-E という簡便なスクリーニング法が欧米を中心に汎用されている(Table 1). 抗うつ剤の効果に関する前方視的研究

もわずかにおこなわれているが, プラセボを対照群としておらず, てんかんにともなう抑うつが決して均質な群ではないことを考えると治験としては不十分といわざるをえない. エビデンスに基づいた治療法は確立されていないため, エキスパート・オピニオンとなるが, 抑うつ状態が出現したばあいには, 抗てんかん薬は, 可能であればラモトリギンを中心とした処方に変更し, 必要があればSSRIあるいはSNRIを処方する. この際, アモキサピン, マプロチリン, クロミプラミンは可能であれば避けることが望ましい.

心因性発作<sup>2)3)</sup>

心因性発作は, てんかんを合併しない純粋な心因性発作で精神遅滞を併発しないばあい, 精神発達遅滞をともなうばあい, てんかんを併発するばあいの3つのタイプに分けて考えると, 治療戦略を整理しやすい. 精神発達遅滞をともなうばあい(Kretchmer型)は, 多くのばあい, 直近に環境面での変化が病歴聴取されることが多く, 周囲の人達と本人にてんかん発作でないことを保証して安心してもらうことと, 変化した環境要因への環境整備を目指した介入が奏効する. これに対して, てんかんをとまわず知的に高い能力を示す女性に典型的に出現する心因性発作(Freud型)は, 背後に無意識的な葛藤を聴取できることが少なくなく, 本格的・内省的な心

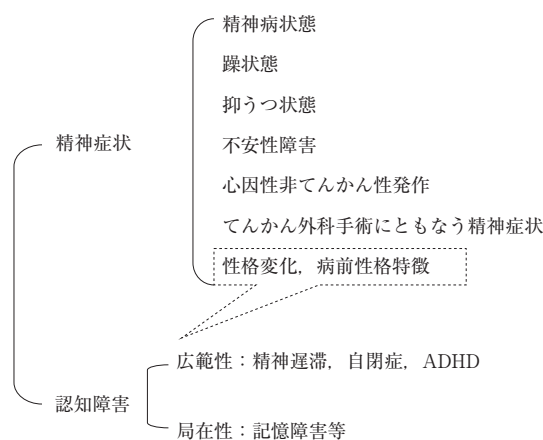


Fig. 1 てんかんに併発する精神症状.

**Table 1** てんかん患者用の神経学的障害うつ病評価尺度 (Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy : NDDI-E) スクリーニングツール.

以下の質問票は、自分でうつ病の可能性があるかを評価できるように作成されました。			
スクリーニングツールの質問にすべて回答すると、点数が出るようになっています。			
今日をふくめて最近2週間のあなたの状態をもっともよく表している項目を選択してください。			
1. ちょっとしたことでもがんばらないとできない	<input type="checkbox"/>	4. いつもまたはしばしば	<input type="checkbox"/>
2. やることなすことちゃんとやれない	<input type="checkbox"/>	4. いつもまたはしばしば	<input type="checkbox"/>
3. 罪悪感を覚える	<input type="checkbox"/>	4. いつもまたはしばしば	<input type="checkbox"/>
4. いっそ死んだ方がましだと思う	<input type="checkbox"/>	4. いつもまたはしばしば	<input type="checkbox"/>
5. イライラする	<input type="checkbox"/>	4. いつもまたはしばしば	<input type="checkbox"/>
6. 楽しいと感じるのが難しい	<input type="checkbox"/>	4. いつもまたはしばしば	<input type="checkbox"/>

面接がすぐれた効果を発揮するばあいが少なくない。てんかんと心因性発作が並存するばあいには、心因性発作をできるかぎり鑑別して安心感を与え、環境整備をおこなうKretschmer型への対応に準ずるが、専門医によるてんかんの診断と治療が重要である。

#### 性格変化・病前性格<sup>2)3)</sup>

てんかんにおいて、パーソナリティに関する論議が蓄積されているのは、若年ミオクロニーてんかんと側頭葉てんかんである。

側頭葉てんかんにおける性格変化の問題は、環境刺激に対する過度の情動反応として生ずるという説があり、Bear-Fedioの皮質・辺縁系過剰連結仮説として注目された。人格障害と云うほどの性格変化が生ずるのは、側頭葉てんかんの5%内外の少数であるが、自我親和的な粘着的性格、攻撃性の亢進、些細な情動的刺激が自己増幅的に増大する様相はきわめて特徴的で臨床的に大きな問題となるばあいがある。

側頭葉てんかんにおける性格変化が疾病による結果と考えられるのに対して、若年ミオクロニーてんかんにおける性格特徴は、遺伝的に規定された前頭葉機能の変化との関連で論じられることが多い。陽気で社交的、好ましい人柄だが移り気で利他的、信頼性に乏しいというのがその特徴として挙げられている。

#### 精神病状態<sup>1)4)</sup>

てんかんの診断をすでに受けている人に出現する精神病状態は、慢性精神病状態が1%、発作後精神病が1%、発作間歇期精神病状態がほぼ2%の頻度である。精神病状態の持続時間からいえば、発作後精神病は数日から数週間の持続、発作間歇期精神病状態は数週間から数カ月の持続で、DSM-IVの短期精神性障害と統合失調症様障害にそれぞれほぼ相当する。慢性精神病状態は、定義的にはDSM-IVでは統合失調症に近

い。発作後精神病には、実際にはpostictalという術語に相応しい病態とpara-ictal(発作時精神病; aura continua)と呼ぶべき精神病状態が混在している。発作後精神病状態は、典型像においては本邦における従来診断の非定型精神病と近縁の症状を呈し、気分障害との関連が深く、躁的色彩を帯びる独特の病像を呈する。急性発作間歇期精神病の内には、発作が抑制されると精神症状が出現する交代性精神病がふくまれ、その多くは強力な抗てんかん薬による治療と関連している。基本的に精神病状態は、側頭葉てんかんに多く出現し、若年性ミオクロヌステんかんを対照例とした比較検討でも有意差を持って追認されている。

#### てんかん外科手術後精神症状<sup>6)</sup>

難治側頭葉てんかん外科手術後に、一過性の抑うつ状態が出現することがあるが、時にこの抑うつはきわめて重篤で、自殺企図にいたる可能性が少なくない。術後2~3カ月以内に発症のピークがあり、典型的には1回だけで以降りかえすことは少ないため、少なくとも術後半年間の間は抑うつ状態の出現に備え、患者・家族に詳細な情報提供をおこなう必要がある。術後精神病の発症リスクは、病前に発作間歇期精神病のエピソードがあればいじりしく高まり、さらに顕著な性格変化が術前にみとめられるばあいにも発症リスクは高い。術前に精神病症状を体験したことがない人に術後精神病が出現するde novo psychosisは、右切除例に多いという報告もある。同じく、心因性発作が術後新たに出現する例も右切除例が多いという報告がある。

※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) Kanemoto K. Postictal psychoses, established facts and new clinical questions. In: Trimble M, Schmitz B, editors. The Neuropsychiatry of epilepsy. 2nd edition. Cam-

- bridge: Cambridge University Press; 2011. p. 67-79.
- 2) 兼本浩祐, 大島智弘. てんかんと精神症状. 医学のあゆみ 2010;232:1086-1091.
  - 3) 兼本浩祐, 大島智弘. てんかんに伴う精神症状・行動障害の治療. Brain & Nerve 2011;63:371-377.
  - 4) Kanemoto K, Tadokoro Y, Oshima T. Does psychosis of epilepsy differ from primary psychotic disorder? In: Kaner AM, Schachter S, editors. Controversies in psychiatric aspects of epilepsy. New York: Elsevier; 2008. p. 111-127.
  - 5) Kanemoto K, Tadokoro Y, Sheldrick AJ, et al. Lack of data on depression-like states and antidepressant pharmacotherapy in patients with epilepsy: randomised controlled trials are badly needed. Current Pharmaceutical Design 2012 (Epub ahead of publication).
  - 6) Kochstöcker S, Kanemoto K. Psychiatry and surgical treatment. In: Engel J Jr, Pedley TA, editors. Epilepsy: A Comprehensive Textbook. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 2169-2178.

### Abstract

#### How to cope with psychiatric illness in patients with epilepsy

Kousuke Kanemoto, M.D., Ph.D., Yukari Tadokoro, M.D., Ph.D. and Tomohiro Oshima, M.D., Ph.D.  
Department of Neuropsychiatric, Aichi Medical University

Almost every kind of psychiatric problems are associated with epilepsy such as psychotic states, manic as well as depressive states and anxiety attacks. Overall, the prevalence of psychiatric comorbidities in patients with epilepsy amounts to as high as 20-30% of all cases. Acute and chronic interictal psychoses, as well as postictal psychosis (or more precisely periictal psychosis), comprise 95% of psychosis in patients with epilepsy. Prevalence of depressive states in patients with yet active epilepsy ranges from 20-55%. Prevalence in patients with controlled epilepsy ranges from 3-9%. Depressive states comprise 50-80% of psychiatric co-morbidities in patients with epilepsy. Several studies reported that PNES amounted to as high as 30% among patients considered as candidates for epilepsy surgery due to intractable epilepsy. It is of clinical use that PNES is divided into 3 groups: The first group belongs to PNES without either intellectual disability nor epilepsy; The second group suffers from intellectual disability in addition to PNES; The third group shows both epileptic seizure and PNES. These groups need to be differently treated. After temporal lobectomy for controlling pharmacoresistant TLE, severe but transient depression possibly leading to suicide can appear, especially within the first few months after surgery.

(Clin Neurol 2012;52:1091-1093)

**Key words:** epilepsy, depression, psychoses, PNES

---