

成人てんかんの精神医学的合併症に関する診断・治療ガイドライン

松浦雅人*

てんかん学会ガイドライン作成委員会

委員長 藤原建樹

委員 池田昭夫、 井上有史、 亀山茂樹、 須貝研司

*東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

はじめに

成人てんかんにはさまざまな精神医学的合併症が生じ、その精神症状は多岐にわたるため、見逃されることが多く、必要な治療が提供されていないこともある。てんかんの精神医学的合併症の原因として、直接てんかん病態に関連する要因の他に、患者の置かれている心理社会的要因や治療による医原的要因がある。適切な抗てんかん薬治療によっても発作が抑制されない難治例では、これらの要因が重複することが多いため、精神医学的合併症の頻度が高くなる。てんかんの治療はとかく発作のみが注目され、患者のもつ精神的苦悩に目がむけられない傾向があった。てんかんの診療にあたるすべての医師は、患者の精神的な訴えにも時間をかけて聴取し、患者の置かれている心理的・社会的状況を理解し、精神的苦悩に対する指導と援助を行う必要がある¹⁾。

ガイドライン 1：用語と診断カテゴリー

てんかんに一過性に生じる精神や行動の障害を記述するための用語、および一定期間持続する精神症状や行動障害のための診断カテゴリーは、原則として WHO が作成し国際的に広く用いられている国際疾病分類第 V 章 (ICD-10-V) 「精神および行動の障害」の「臨床記述と診断ガイドライン」²⁾に準拠する。

< 解説 >

1. 臨床的記述に用いる精神医学的用語は、ICD-10-V の定義に従う。例えば、「精神病」という用語は診断名ではなく、精神病性障害などと形容詞的に用い、その定義は「幻覚や妄想、あるいは明らかに異常な行動、すなわち極端な興奮や過活動、顕著な精神運動制止、緊張病性行動など」である。「神経症」という用語も診断名としてではなく、神経症性障害などと形容詞的に用いる。「心因性」という用語も診断名には用いず、それは人生の出来事(ライフイベント)や苦境を、障害の成因に重要な役割を果たしていると診断者がみなし

ていることを示す。「心身性」という用語も、同様の理由で診断名には用いない。

2. 精神医学的診断カテゴリーは、ICD-10-V に準じて「障害」という用語を原則とする。「障害」とは臨床的に明らかに認知可能な一連の症状や行動が存在しているものをいい、例えば、器質性精神障害、精神病性障害、気分(感情)障害、神経症性障害、パーソナリティ障害などである。

ガイドライン2：発作周辺期精神症状

てんかんには、発作に関連して一過性の精神および行動の障害が生じうる。例えば、発作前駆症状、精神発作、非けいれん性てんかん重積状態、発作後もうろう状態、発作後精神病状態などである。これらの発作周辺期精神症状は、直接的な治療の標的とはならず、通常は適切な抗てんかん薬投与による発作の抑制が治療の原則となる。

< 解説 >

1) 発作前駆症状

発作に前駆して、頭痛、いらいら、抑うつなどが出現し、発作が生じた後には消退する。発作発現の数分ないし数時間前から生じるが、ときに数日前より出現することもある。抗てんかん薬により発作が抑制されれば前駆症状も消失する。

2) 精神発作

言語、記憶、感情、認識などの高次大脳機能の障害や、錯覚および複雑な幻覚などの精神症状を主徴とする主観的発作である。繰り返し同じ内容の発作が突然に生じ、短時間で終わるが、まれに長時間にわたって持続することもある。恐怖感是最も頻度の高い感情発作で、その強度は漠然とした不安感から極度の恐怖感まで幅がある。恐怖発作が二次性に予期不安や回避行動を惹起し、パニック障害として治療されていた例もある。発作性抑うつは短時間で消退するが、その後数日にわたって抑うつ状態が持続することもある。強制思考は状況と関連しない不合理な考えの発作性の侵入である。

3) 非けいれん性てんかん重積状態

てんかんの既往のない成人に欠神発作重積が初発することがある。突然、軽い意識障害が出現し、困惑した様子で、反応性が緩慢となり、数時間からときに数日にわたって持続する。臨床症状のみから診断することは困難で、脳波検査を行って広汎性棘徐波複合の連続を確認して初めて診断がつく。ジアゼパム静注によってすみやかに意識障害と脳波所見が正常化し、必要があればその後バルプロ酸の経口投与を開始する。

複雑部分発作重積は、より意識障害が明らかで、複雑部分発作を繰り返し、発作間欠期に意識が清明に戻ることもない反復型と、個々の複雑部分発作は確認できず、反応性の低下が持続する持続型とがある。脳波検査によって診断ができ、ジアゼパム静注によ

り発作が頓挫する．発作が抑制されたら，カルバマゼピンの経口に切り替える．

4) 発作後もうろう状態

全身性の強直間代発作あるいは側頭葉起始の複雑部分発作などの発作に引き続いてもうろう状態が出現する．通常は数分間で自然に回復するか，あるいは睡眠へと移行する．ときにもうろう状態が数時間にわたって遷延することがあり，まれではあるが数日間にわたって持続する例もある．外傷などの事故を避けるために安全な環境を確保できれば，特別な治療を要さない．

5) 発作後精神病状態

比較的大きな発作あるいは群発する発作後にもうろう状態から回復し，数時間～3日の意識清明期を経てから，急性精神病症状が発現する．情動が亢進し，高揚した気分状態で宗教妄想や誇大妄想が出現したり，気分変調，恐怖，焦燥，衝動行為などがめだち，ときに自殺行為に結びつくこともある．治療をしないと数日程度で回復することが多いが，必要に応じて鎮静などの対症的処置を行う．ときに数週間にわたって持続することがあり，精神科へのコンサルテーションが必要となる．抗てんかん薬治療に抵抗する難治例では，積極的にてんかん外科の適応を検討する．

ガイドライン3：発作間欠期精神症状

てんかんには，発作と関連しないさまざまな精神および行動の障害が持続してみられることがある．例えば，精神病性障害，気分（感情）障害，パーソナリティ障害，解離性（転換性）障害などである．これらの発作間欠期精神症状に対する特異的な治療法はなく，精神障害一般の治療に準じる³⁾．すなわち，精神病性障害には抗精神病薬が，感情障害には抗うつ薬や感情調整薬が用いられるが，いずれも発作閾値を下げにくく，抗てんかん薬との相互作用の少ない薬物を選択する．神経症性障害に対して，ベンゾジアゼピン系薬物の長期間投与は効果がないばかりか，医原性の薬物依存を惹起したり，離脱時に発作増加の危険が生じるので，使用する場合には頓用あるいは短期間の使用にとどめる．これらの精神および行動の障害が一定期間持続する場合には，精神科へのコンサルテーションが必要となる．

< 解説 >

1) 精神病性障害

てんかんの経過中に，発作と関連せずに急性の感情症状と幻覚妄想症状を伴う精神病性エピソードが生じることがある．当初は発作後精神病状態の形で発現し，やがて発

作間欠期の急性精神病性エピソードに移行する例もある。ときに発作が抑制された時期に精神病性エピソードが出現することがあり、交代性精神病とも呼ばれる。脳波検査を行うと逆説的な正常化（強制正常化）がみられることがある。てんかん焦点切除術を行っても精神病性障害の発症予防にはならず、術後に新たに急性精神病性エピソードが発現する例もある。

また、慢性的に精神病症状が持続する例もある。統合失調症と比べて陰性症状がめだたず、感情的交流が保たれ、社会的な引きこもりも少ない。このような慢性精神病性障害は、抗てんかん薬治療やてんかん外科手術によって発作が抑制された例にも生じる。いずれの場合も、精神病症状に応じた抗精神病薬投与を行うが、各種抗精神病薬の治療効果には大きな差がないため、安全性の面から比較的副作用の少ない非定型抗精神病薬を用いることが多い。

2) 気分（感情）障害

てんかんには気分変調症、非定型うつ病、大うつ病などのさまざまな気分（感情）障害が合併するが、見逃されることが少なくない。ときには幻覚や妄想などの精神病性症状を合併し、感情障害と認識されないこともある。また、慢性抑うつに加えて、脱力感、不眠、疼痛などの身体症状を訴え、不安、不機嫌、焦燥などがめだつうつ状態も呈する⁴⁾。就労の困難さ、社会的偏見、支援体制の貧困さなど、患者のおかれている心理社会的要因が原因となっていることもある。

各種の抗うつ薬の治療効果には大きな差がないため、安全性の面から選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）を用いることが多い。SSRIは抗てんかん薬の代謝を抑制することがあるため、高用量の抗てんかん薬服用例では注意が必要である。不眠・焦燥や一過性の幻覚妄想を呈する場合には非定型抗精神病薬も併用する。重症例や自殺がさしさまった状況などでは、修正電気けいれん療法も禁忌ではない。

3) パーソナリティ障害

てんかんに共通するパーソナリティ傾向はないが、一部に自己評価が低く、依存的、逃避の傾向がめだったり、未熟で衝動傾向を示す例もある。また、迂遠・粘着的で、多書傾向があり、ささいなことにも情動的に強く反応し、ユーモアに欠け、哲学や宗教への関心が強いといった行動特徴を示す例もいる。

4) 解離性（転換性）障害

てんかん発作に似た発作性エピソードを呈することがあるが、てんかん発作に特有な臨床的・脳波的特徴を伴わない。逆に、前頭葉起源の部分発作などでは、一見すると解離性（転換性）発作のように見えることがあるので注意を要する。診断には、本人および発作を目撃した人から発作時の状況と発作症状を詳細に聴取することが重要となる。ルーチン脳波検査の診断的有用性は低く、発作時の脳波・ビデオ記録は診断だけでなく治療にも有用である。解離性（転換性）障害の他にも、パニック障害、ストレス関連障害、虚偽性障害などで、同様の発作性エピソードを呈することがある。

治療の主体は心理教育と認知行動療法であるが、発作時の脳波・ビデオ記録があれば、患者および家人とともに検討し、真のてんかん発作と異なることを指摘し、非てんかん性発作で抗てんかん薬治療や緊急受診の必要がないことを理解してもらう。医療者側も無用な介入を避けて二次的疾患利得を強化しないようにする。このような発作性エピソードが真の発作と誤られ、複数の抗てんかん薬が多量投与されている例では、薬物の整理・減量が発作性エピソードの改善に結びつく。

ガイドライン4：抗てんかん薬による精神症状

治療のために用いた抗てんかん薬が、精神病性障害や気分（感情）障害などの精神医学的合併症の原因となり、見過ごされていることがある。抗てんかん薬による精神および行動の障害を予防するためには、強力な抗てんかん薬の追加投与や変更は時間をかけて行い、服薬コンプライアンス維持のための指導を十分に行う。

< 解説 >

1. 抗てんかん薬の添付文書には、副作用としてさまざまな精神症状が記載されている。例えば、エトサクシミド、ゾニサミド、プリミドン、高用量のフェニトインなどでは、急性精神病症状が惹起されることがある。またベンゾジアゼピン系抗てんかん薬では、離脱時の急性精神病症状がある。一般に、抗てんかん薬の離脱が契機となって、発作後精神病が発現することがあり、強力な抗てんかん薬を急激に高用量を投与した際に、交代性精神病が生じることがある。

2. 抗てんかん薬による気分障害も報告されている。フェノバルビタール投与により、うつ状態や精神機能低下が生じる。エトサクシミド、カルバマゼピン、クロナゼパム、ゾニサミド、バルプロ酸によるうつ状態、クロバザムによる軽躁状態も記載されている。

文献

- 1) てんかんの精神症状と行動研究会編：てんかんーその精神症状と行動。新興医学出版社、東京、2004
- 2) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, 2004 (融道男ほか(訳) ICD-10 精神および行動の障害：臨床的記述と診断ガイドライン，新訂版。医学書院，2005)
- 3) Mendez MF: Neuropsychiatric aspects of epilepsy. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed., Vol.1, 378-389, 2005.
- 4) Blumer D: Antidepressant and double antidepressant treatment for the affective

disorder of epilepsy. J Clin Psychiatry 58: 3-11, 1997