

“強制正常化”

Landolt, H. :

てんかんにおけるもうろう状態ならびに不機嫌状態とその脳波

[Heinrich Landolt : Die Dämmer-und Verstimmungszustände bei Epilepsie und ihre Elektrencephalographie]

Dtsch. Z. Nervenheilk. 185 : 411-430 (1963)

訳 : 斎藤 文男 (弘前大学医学部附属病院神経精神科講師)

てんかんと精神病の拮抗的な関係は、古くから注目されており、Medunaの痙攣療法という形で一つの結実をみたが、脳波という手段を用いて両者の関係の解明に新局面を開いたのが、チューリッヒのスイステんかん病院院長 Heinrich Landolt による強制正常化 (forcierte Normalisierung) の概念であったといえよう。この概念が初めて提唱されたのは、1952年ハンブルクで開催されたドイツ脳波学会の席上である。その抄録が、1953年の *Der Nervenarzt* (24 : 479) および *Electroenceph. clin. Neurophysiol.* (5 : 121) に掲載されているが、そこには、まだ、「強制正常化」の命名はない。この用語が使われたのは、1955年の論文 (*Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 76 : 313-321) においてである (ほぼ同内容の英語による論文が Lorenz de Haas 編の単行本 *Lectures of Epilepsy*, Elsevier 1958, にも収載されている)。それによると、この命名は「精神病状態にみられる脳波の正常化が、大脳生理学的に病的な状態をとりまく健全脳組織の過剰反応とみなされ、それが、精神状態を犠牲に成り立っている点で強制的という印象を与える」ことに由来している。その後、Landolt は発作のみならず、精神症状も含めたてんかんの現象形態全般のユニークな分類を試みており、本論文は Landolt の独自なてんかん概念が完成された時期に書かれたものと考えられる。なお、紙数の都合により、てんかん分類の一覧表、小発作重積に関する説明の一部、および脳波の一部は割愛した。

もうろう状態および不機嫌状態の経過についての脳波学的研究から、その本態ならびにその精神病理と臨床、なかでも、その治療的接近について、かなりのことがわかってきたので、今一度述べてみたい。

まず、てんかんという広い領域において、もうろう状態や不機嫌状態が占める「位置」を規定しておこう。我々は、全領域を3つの大きな群、つまり突発性-発作性現象、精神病性挿間症および慢性精神障害に分類した。もうろう状態と不機嫌状態は第2群に属する。

我々の考えでは、精神病性挿間症とは、持続時間が発作より長く、てんかんや他の脳疾患に見られうるような、終始精神症状の変わらない慢性精神障害より短い精神変調である。

しかし、この挿間症は他の観点からも発作や慢性精神障害とは区別される。おそらく大脳やその神経諸要素の構造の特性によるものと思われるが、現在までのところまだわかっていない機序のため、「発作」は大きくとらえてみれば明らかに極めて「必然的な」経過をとるのであり、そこには完全に発展した発作からまったく不全型の発作まであらゆる段階のものが見られうる

としても、個々の例では発作の相的継起は常に同一である。その過程はいつも「時間的に限定」されており、持続は数秒から数分までの間にあらかじめ決められているとよい。もちろん、発作の最終相の発作後もうろう状態は、発作に含めずに切り離して考えるべきである。それは、精神病性挿間の特徴を多く含んでいる。発作が短い間隔で次々におこる場合、発作の「シリーズ」あるいは群発と呼び、ほとんど休みなくおこる場合には「発作重積」と言うが、ただしそれはある一つの発作相ないし発作形態が持続する状態のことをいうのではない。「ただ一つの例外は棘徐波複合を伴う欠神の場合である。」棘徐波複合自体が2相性（1発ないし約4発までの棘波と一つのデルタ波からなる2相）であり、またそれは、おそらく、一定して繰り返す発作の全体の流れを表している（Jungの制動波をも思わせる）としても、欠神の間は、全体として、臨床ならびに脳波上の棘徐波複合に関して、質的な変動はほとんどなく、たかだか量的な変化を伴った持続状態がみられるにすぎない。その持続状態は相性の経過をとらずに、ほとんど例外なく、突然出現して、また消失する。その点で欠神は、発作性現象の中でも特殊な位置を占めるのであり、明らかにその特性が欠神発作からもうろう状態、つまり後述する小発作重積が生じる理由である。

発作性現象のグループに対して、挿間型は数時間から数日、稀には週の単位で持続し、また、質的にみて単一な相とか相性経過を示すといったものではない。

「慢性精神障害」は、てんかんや他の脳疾患で見られるが、挿間症と同様、脳波にも精神症状にも「相性の経過」は見られない。これは挿間性現象と次の点によってのみ厳密に区別される。つまり、後者は可逆性であり、前者はより「非可逆」的特徴を有する。しかし、精神病理学的には両者はほとんど区別できない。実際、挿間現象と慢性精神障害との区別は、とりあえずその持続時間でわかるしかない。両者を含むこの領域の輪郭がさらにはっきりすれば、大脳生理学的観点からこれらを明確に分離するための、より正確な、そして、おそらくは究極的な可能性が生じるのであり、それによって、分類の整理が必要となろう。そのような場合、純粋に病態生理学的な機序による慢性の、あるいは挿間性の状態と、機能しない脳細胞や脱落した脳細胞による精神現象とは分離されよう。この両群は、我々が「障害症状群」、「脱落症状群」と名づけた（Landolt, 1957, 60, 62）ものにそれぞれ相当する。この点に関してここではこれ以上詳しいことは述べないが、上記の定義によって、今や、「挿間性障害」とは、小発作重積を除いて言えば、「純病態生理学的、非発作性で、全く身体的な脳内過程による精神症状としてとらえなければならない」ということが明白にされる。

それにもかかわらず、我々がなおかつ、挿間性か慢性かの区別にこだわるのは、とくに外見上、実際上の理由から慢性持続状態として従来認められえなかったさまざまなもうろう状態（たとえば、いわゆる小発作重積）があるからである。

つまり、かなりの困難を伴うことが多いとはいえ、数日から数週の範囲でおこる精神変調と、同時に脳波に表れる病態生理学的変化とを、確かな方法で追跡することは可能であり、そのようなエピソードの起始と終了を脳波で知るチャンスもあるということである。一方の慢性精神変調にはこのことはあてはまらない。実際、挿間症の場合は運よく発現直前に一回あるいは何回かの脳波を記録できる場合がある。しかし、そこまでできなくてもエピソード終了後の脳波からそれ以前の異常を推測することができる。もちろんその場合、その間に電気ショックやその他の強力な治療が行われなかったということが条件となる。もっとも、このような処置によって一定の精神病性挿間が終結するということがまた重要なことではある。

エピソードの前、中、後すべての脳波がとれる幸運な例もあるが、エピソード中や終了後にしかとれないことの方が多い。これに対し、慢性精神変調の場合は、発症後に、状態がいつか改善され、それによってその患者の正常な精神状態の脳波を把えうるものと期待して、脳波記録を繰り返してもその見込みはない。最近数年間、精神症状の発現から30回以上もの脳波を記録するということが少なからずあったのであるが、結局、その状態が挿間性ではなく慢性のものであり、それ故に脳波的にそれ以外の状態をとらえる可能性がないということを知る結果におわった。

ここで、「我々の精神病理学的ならびに脳波学的経過研究の結果」に移ろう。

この場合、主として4型の精神病性挿間症あるいはもうろう状態が区別される。すなわち、

1. 発作後もうろう状態
2. Lennox の小発作重積
3. 既知のものを除いた器質因性もうろう状態
4. 強制正常化を伴う生産的-精神病性もうろう状態

話の順序として、これを Bleuler が急性外因反応型として提唱した3群の精神障害「類型」に改めて照合しておく。彼はそれを次のように分類している——もっとも我々が独自に修正したもののだが——。

第1は、単なる意識混濁。これは小発作重積や大部分の発作後もうろう状態に相当する。

第2は、最も重篤な健忘症状群にまで至る精神生活の単純化。これは器質因性もうろう状態にあたる。

最後は、意識変容に至る精神生活の混乱。これは生産的-精神病性もうろう状態に相当する。

第1型、つまり発作後もうろう状態は、多かれ少なかれ緩慢に消退するが、比較的長時間にわたって持続する「全般性意識低下」を示すことも少なくなく、おそらく発作の後にのみ見られるものである。もちろん、全般的な意識混濁がその基本症状なのであるが、それとともに、これ〔発作後もうろう状態〕を特徴づけるものは、心理的に要素的で原始的な刺激に対しては反応するが複雑なものには反応しにくいということである。さらに、「原始反応」や当然のことながら理解力の低下、思考困難も認められる。ここでは、もうろう状態のこの種の精神病理的側面についてはこれ以上ふれない(Landolt 1960、および Christian 1962等を参照)。これ〔発作後もうろう状態〕は、全般てんかんあるいは焦点てんかんのどの型でもおこるが、とくに強直間代発作やもうろう発作の全般化相に続いておこる。この状態は、全般化した障害の表現形の一つであり、「疲弊精神病」として発作現象と密接に関連し、その病態生理学的結果として十分把握される。これまでの観察や報告からみて、このような状態がてんかん発作の先行なしに、自発性におこるということはほとんどありえないことである。

過去10年の間に、精神病理学的にも脳波学的にも輪郭のはっきりした第2のもうろう状態が取り出された。それは、一般に小発作重積と呼ばれ、その発見は Lennox をはじめとする多くの研究者に負うところが大きい。これに関する文献の中には、Tucker と Forster(1950)、Vizioli と Magliocco(1953)、Dazzi と Lugaresi、Zappoli らのすぐれた症例報告があり、我々も1955年に16例の経験をもとにその精神病理について記載した。

棘徐波複合を示す欠神が発作現象の中で占める特殊な位置についてはすでに述べた。個々の

棘徐波複合はおそらく、反復し続ける発作経過の全体を形成するのであり、そこでは発作制動（Jung の言う制動波）は機能せず、また痙攣の先行による疲弊もおこらない。このような特徴のために欠神が持続状態となりうることは明らかである。もちろん、その精神病理学的状態像は欠神のそれとはいくぶん異なっており、脳波像についてみても動揺し、不揃いのことが多く、とくに、棘波の振幅はしばしば著しく変化する。

欠神でもそうであるが（Schwab 1947, Landolt 1956）、小発作重積でも、臨床的に様々な段階の意識状態が認められる。とくに、持続的な棘徐波複合が見られても、それとわかる精神面の変化、つまりもうろう状態を伴わないことがあり、それは発作の短いシリーズや群発の場合でも同様である。

（ 略 ）

完全な形の小発作重積は一般にきわめて特徴的な精神症状を呈する。それは、理解、思考困難、精神面、言語面での強い保続傾向、発動性欠如、無感情などを伴う昏迷様状態として強い印象を与える。多くの場合、反応時間、たとえば計算問題解答が延長し、とりわけ、ひどい保続のため、誤答されることもある。

患者は場所および時間の見当識が障害され、慣れない環境では、誤った行動のために危険な目にあうこともある。それでも、習慣的な行為の場合は大抵間違いなく遂行する。ただし、理解や判断がまちがっているため、とんでもない時間や場所でそれをしたりする。彼らは、もうろう状態が終われば必ず、また、しばしばその状態の最中でも、自分が病的な状態にあったことをよく知っており、ときには、「考えることがすっかり駄目になってしまった」と訴えることもある。彼らは、困惑し、途方にくれ、ぎこちない動きをする。人格は平板化して浅薄となり、個性的でなくなる。

（ 略 ）

次に、挿間性障害の中で、その間やはり異常脳波を呈する「第3群」について述べよう。我々はそれを「器質因性もうろう状態」と名付ける。

発作後もうろう状態と小発作重積は、ともに病態生理学的にも精神病理学的にも比較的輪郭のはっきりした単位であるため、よく分けうる。しかし、発作後もうろう状態はてんかん現象の効果と結果であり、小発作重積はてんかん現象そのものである（そして、後述の強制正常化を伴う生産的—精神病性挿間もてんかん現象と拮抗するものとしてとらえられる）のに対し、それ以外のものであるこの群ではおおむね本来のてんかん現象やそれに由来する結果とは直接的な関連が全くないものと思われる。

この中にはいるのは、何といても「抗てんかん薬の過量による状態」で、理解力の障害、思考困難、衝動性亢進、精神緩慢、記憶力障害を呈する。疲労や眠気がなくても、脳波はしばしば広汎性の徐波性律動異常が顕著で、てんかん波は見られたり、見られなかったりする。失調や構音障害、眼振、場合によっては臭素の高値を示す臭素中毒症状があれば診断は容易となる。我々の経験では、臭素製剤、Barbiturate、Hydantoine、稀に Phenylacetyl 尿素、Oxazolidin-Dione、Succinimide が原因となりうる。実際、この場合脳の中毒症状が問題となるわけだが、全く別の薬剤でも同じ状態をきたしうるのである。

「明らかに別種の、だが十分に解明されていない病因による可逆性の状態」でみられる脳波や

精神症状もそれに類似している。全般性あるいは少なくとも広範囲の非特異的脳機能障害は(外傷や感染性、脳萎縮性、占拠性病変、脳浮腫ならびに内因性および外因性中毒性の影響の結果として)原発性あるいは続発性の直接の原因となりうる。痴呆的徴候を示す可逆性挿間症もこれに属する。これらの状態は、一部はてんかんそれ自体およびその結果(とりわけ痙攣性損傷やその病態生理学的影響)に帰せられるが、また一部は、てんかんに関係があってそれに先行する基礎疾患に原因が求められる。

実用的には、このグループは、とくに病因的に、その全体をさらに区分するべきであるが、精神病理学的には全く単一のものである。つまり、通常妥当とされている推論に基づき、脳損傷の存在を想定させるようなその精神症状が共通してみられるのである。それは、記憶の障害、時間と場所の見当識障害、意識低下、精神的能力低下、過敏、易刺激性、さらに記銘力障害、批判力、判断力の減弱ならびに、[その内容が]適切であろうとなかろうと、病的に亢進した本能的行動および思考がみられる。

第4型は全く異なった特徴を有している。我々はそれを「生産的-精神病性もうろう状態」と呼ぶ。その病像はきわめて多彩であり、その患者は、時には、精神的に、極度に生産的であり、実際あらゆる点からみて生産的である。興奮が続ぎ、絶えず喋ったり、また叫んだり、そして不穏に動き続ける。しばしば思考の著しい狭窄と尖鋭化を伴った観念の産生の限りない亢進が認められる。本能欲求も同様である。さらに、幻覚、錯覚、妄想、強迫行為も出現する。時に、患者は死を恐れ、世界の破滅におびえる。まれには、この上もない至福感や恍惚感をいだいたりする。ほとんどの患者は思考がことのほか良く進むと感じる。前述の3つのもうろう状態では健忘を残しうるが、この第4型では健忘を全く欠くこともありうる。その健忘は意識低下によるというよりは、興奮状態や忘我状態では求心性ないし反射性の諸機能が浮動性であり、知覚や理解されたものが狭い意識野に入らなければ、固定されないという結果である。しかし、患者が静かに落ち着いており、せいぜいやや緊張してみえるにすぎない秩序性もうろう状態(orientierter Dämmerzustand)や分別もうろう状態(besonnenner Dämmerzustand)もこれに属する。それは、えてして精神分裂病性の状態像と区別しがたいものである。その場合、しばしば、一見見当識障害のように見えるが、それは意識混濁のせいではなく、患者が生きる異常な表象世界のためである。これに対し、他の3型では、[見当識障害とみえる症状は]健忘のように、意識混濁の程度と一義的に関連する症状であり、また、とくに小発作重積では、しばしば作話的特徴をもつものとしてもみられる。

このもうろう状態は数日から数週間続きうるが、発作を1度もおこしたことがない患者にみられることもある。しかし、発作を頻回におこしている患者では、このもうろう状態の間——もうろう状態が続いている限り——発作は全く出現しないか、非常に稀にしかおこらない。

小発作重積はとくに抗てんかん薬を中止したときにおこりやすいのに対し、この型のもうろう状態は治療に入ることによって出現しやすく、しかも薬の減量が[もうろう状態に対して]有効であることが多い。ほんの数日でこの状態が改善することが少なくない。また、時には、カルジアゾールショックあるいは電気ショックがこのもうろう状態を中断させうる。なお、カルジアゾール痙攣閾値は上昇しているのが普通である。

したがって、これらの観察からだけでも、この第4のもうろう状態は小発作重積状態とは精神病理学的にはほとんど正反対であり、周知のてんかん現象とは拮抗的なものであることが推

測されうる。

脳波ではそのことがさらにはっきりしており、精神症状のない時期には発作波や律動異常がみられるが、もうろう状態の間は発作波も律動異常も減少し、しばしば発作波が全く消失して正常脳波を呈することさえある。出現しているアルファ律動は開眼で抑制され、それは一般に、ふつうのアルファ律動のようにみえる。もうろう状態が消退し——患者の精神症状が消失すると——脳波には律動異常と発作波が再び出現する。

要するに、これらの症例では、てんかん焦点がもうろう状態の前後は活発であるのに、もうろう状態になると、それが消失してしまい、脳波が正常になるという点で、精神症状の経過と脳波の変化との間に一定の関連があることがわかる。換言すれば、大まかな言い方ではあるが、てんかん患者は精神的に正常であるためには異常脳波を有していなければならず、極めて種々な原因でもたらされたり、生じている脳波の正常化とその背景にあるものによって、もうろう状態に陥ったり活発な精神病状態になるということである。我々はこの状態を強制正常化と呼ぶ。

したがって、「強制正常化」とは次のような現象とされよう。つまり、生産的—精神病状態像が出現すると、脳波はその前後とくらべて、より正常ないしは、完全な正常脳波になる。とくに、発作波は著しく減少するか、全く消失する。このことは、強い情動的緊張——つまり過度に正常心理的であるが——や、てんかん性不機嫌にみられる脳波変化を思い起こさせる。それは、病的な組織またはその機能障害に対する健常部の過剰反応の現れかもしれない。それは、それまで脳波が異常であったということを前提として現れる。しかし、逆に、脳内の生物学的現象の異常が、強制正常化の根底にあるものの前提になっているということは単なる一応の推測に留まる。もちろん我々は、このことについて自らの研究をもとにいくつかの根拠を示しえよう。

つまり、ごく一般的に言うと、あるもうろう状態の際に脳波が正常であるということは、てんかんの存在と矛盾するものではない。また小発作重積の場合には、逆に精神症状のない時期にそのことがあてはまる。ここでは経過研究または縦断的研究が従来以上に不可欠となる。しかし、個々例の方法論や局在の特殊性から異常が描出されない場合には、生産的—精神病性もうろう状態における脳波の経過には何らの変化も見いだされないのであろう。このような例では脳波は役に立たない。Dongier は我々の症例もふくめた各施設の症例を集計した結果、我々の見解を確認した。Christian (1956) は Dongier よりも多くの強制正常化の症例を報告し、そして、1962年にはそれを詳細に検討している。Schorsch と v. Hedenström はその現象と発作との関係を研究した。これまでのところ非選択的研究は全くなされていないので、てんかんにおけるこの現象の出現頻度についてはなお論じえないが、Verdeaux らは、純統計学的にこの現象を横断的に検討し、精神病症状を有するてんかん患者は、精神症状のないてんかん患者よりも正常脳波を示すことを確認して、これを証明している。

Hess は Loeb と Giberti と同様、動物実験で証明されているような脳波の同期化傾向を抑制する覚醒中枢の機能亢進という現象が強制正常化に関係があると述べている。Christian ならびに Ganshirt はこの現象を精神病という犠牲を払って電気生物学的なホメオスタシスを強いられている状態と説明しており、我々の命名の基礎にある概念と一致する。

興味深いのは、この現象を情動緊張の変化という共通項に還元しようとする試みである。実際、我々も似たようなことを観察した (Landolt 1955, 1963)。しかし、次に、なぜヒステリー

性もうろう状態では脳波が変化しないままであるのか、また、精神病発現薬がもうろう状態を惹起する場合には、情動の変化を通して作用するのか、それとも間接的に大脳生理学的に作用するのかについても検討しなくてはならない。我々は後者の可能性が高いと考える。つまり、これらの物質（LSD、メスカリンから抗てんかん薬まで）の薬理学的作用の本質は精神病症状を現わすような病態生理学的状態にあると考えられるのである。薬理学的作用機序、個々の作用特性および脳の基本的機能状態が作用の成立に深く関与している。精神現象学的には、もちろん、あらゆる要素、たとえば観念遂行や本能的衝動と同様に情動性も含まれるが、症状が極端になってしまい、他の症状は伴わずに、名状しがたい緊張をはらんだ不安や興奮、平然と受け入れられる幻覚、あるいは易刺激的攻撃性、他の原始反応の準備状態が現れるということもありうる。しかし、たいていは、あらゆる心理的領域に影響を及ぼすので、実際はこれらの極端の中間型あるいは混合型について論じなければならない。しかし、情動の状態だけが生産的—精神病性もうろう状態や強制正常化の成立に最も原因的に関与しているとは考えにくい（Landoit 1963 参照）。

Kammerer らは脳波所見をもとにして我々とは別に次のような仮説をたてた。すなわち、器質的特徴の強い挿間性症状（記憶、記銘力の障害、意識障害）では脳波が異常になり、一方、生産的—精神病性症状（離人症、感情接触の障害、妄想表象、幻覚、錯覚）では脳波は正常になる、つまり強制正常化が生じよう、と。この著者らは、てんかんにおける生産的—精神病性挿間症の間は、発作性律動異常を全く認めなかったという。

以上、我々の研究で分類されたもうろう状態の4群について述べた。しかし、もちろん、この領域ならびにその問題点が論じ尽くされたわけではない。今後、もっと多くの点を補足するとすれば、経過観察の上では著しい脳波異常は認められなかったものの、てんかん性である症例について、さらに論じなければなるまい。ヒステリー性もうろう状態は脳波に何ら本質的な変化を示さないことについてはついでに触れるだけだが、興味深い考察を試みることができよう。しかし、ここでたとえば脳波が以前から正常であって、それ以上正常化しようのないようなたんかん性もうろう状態を考える。また、その他の精神病状態では、発作または欠伸のみならず脳波上の発作波も変わらないままである。しかし、このような症例はたしかに少数である。このような例では、てんかんのほかに精神分裂病の意味での過程精神病があるのではないかということ、我々はしばしば疑った。

最後に、我々自身は文献的にしか知らない症例がある。それは、Gastaut や Schorsch の症例報告にみられるのだが、もうろう発作の全般化相が数日間持続し、その間[ずっと]、臨床的にもうろう状態を呈する例である。もちろん、我々はこれが小発作重積の症例と無関係なのか吟味している。つまり、もうろう状態が消退した時に、はじめて、それをはっきりさせることができるということも、しばしばである。というのは既に述べたように、小発作重積の脳波はきわめて異常で、もうろう発作の終わる頃の脳波とよく似ていることがあるからである。しかし、もうろう状態後も引き続き棘徐波群が見られる場合には確信をもって小発作重積だといってよい。

少なくとも上記の4群の鑑別をつけることは、その鑑別によって、もうろう状態、とくにてんかんや他の脳疾患にみられる精神病現象をより早期に、というよりは、はるかにより正確に

治療する可能性をもたらす点でとくに重要である。そこで、つぎに、「もうろう状態の治療」について述べよう。

発作後もうろう状態では、治療は全く必要なく、少なくとも我々の経験では、時間がたてば必ずおさまる。

小発作重積の患者は、Oxazolidin-Dione や、Succinimide で治療するとよい。むづかしいのは、一旦始まってしまった小発作重積を中断させることである。新しい薬剤が種々あるにも拘らず、この問題は依然として未解決のままである。これまで、この状態が結局は漸次消退していくというだけで、それを中断させるための決定的な方策を見いだすことはできなかった。ただ、患者に無理に物語を読ませたり、復唱させたりすることで簡単に成功することが往々にしてある。

それに対して、生産的—精神病性もうろう状態ならびに器質因性もうろう状態の治療においては、得られた理解が、完全に本質的に役立っている。

強制正常化を伴う生産的—精神病性もうろう状態では、細心の注意を払いながら、抗てんかん薬を減量または中止する。また、場合によっては抗精神病薬 (Neuroplegika) を処方したり、抗てんかん薬と併用する。成功の秘訣は薬剤の正しい用量と配合の技術である。注意を要するのは、強制正常化が軽快ないし消失するまでには、また薬の抗痙攣効果が消失するまでには、しばしば、時間がかかるということである。そのことは薬理学的によく理解できる (Christian 1962 参照)。

このような文脈からすると、この種の興奮状態やもうろう状態に抗痙攣作用のある薬剤で対処するということが不合理で誤っていることはいくら強調してもしすぎることはない。それはただ状態を悪化させるにすぎない。このことは脳波による知見が得られる以前からすでに知られていたことである。

もう一つ別の特徴についてもふれておきたい。我々は12年も以前からこの問題にかなり積極的に係わってきた。最初の数年間は、もうろう状態に陥る皮質焦点性てんかんが多かったが、後になって全般性てんかんと関連するものがふえてきた。このことは明らかに小発作の治療が進歩したことと軌を一にする。1954年、我々が Succinimide (Zarontin または Suxinutin) を導入した際、小発作の患者で強制正常化あるいは生産的—精神病性もうろう状態が増加した。その [小発作の] 治療が有効になればなるほど我々はこの型のもうろう状態をみることが多くなった。最初に Christian (1956) が報告した強制正常化を伴う幻覚症の全般てんかんの症例は我々にとっても珍しいケースであった。それだけでなく、初めは我々は、もうろう状態が皮質焦点性てんかにだけ、とりわけ側頭葉てんかに出現するものと考えていたのである (Christian 1962)。

我々の症例群によれば、多焦点性てんかんがとくにもうろう状態をきたしやすい——自然におこるにせよ、治療の結果としておこるにせよ——という成績は現在でもなお確かである。しかし、今日、我々は、次第に、てんかんの治療が総じて限界に来ていると考えるようになっていく。つまり、いくつかの新薬の抗痙攣作用の切れ味のよさとか強力は、一定の患者に対して、ますます、精神障害かてんかんか、発作かさもなくば狂気かという二者択一をせまってきた。そして、当然のことながら、精神病になるよりはてんかん発作起こしている方がまだ良いのである。

換言すると、多くの例では、てんかんの治療にはっきりした限界があり、現在のところ、そ

の限界は抗精神病薬でも抗てんかん薬でも、また両者の巧みな併用によっても撃ち破ることができないということである。

しかし、器質性もうろう状態は、なお、はるかに異なった方法で治療しなければならない。薬剤の過量が原因の場合は適当な減量が必要であるが、その他の群では、場合によっては、これと正反対の処置が必要であったり、全く別の方法がとられる必要がある。

より正しく患者を助けうる指示がえられたことは喜ばしいが、その方針が必ずしも成功するとは限らない。そこで、もうろう状態に関するこの章を終えるにあたってそのような症例を提示しよう。

7才の男児。3才時、脱力および強直間代発作に罹患した。両親によれば、発作が全くないときには、彼は「正常」ではないという。我々の病院に入院した際は、見当識が障害され、両親をも認識しえず、わけもなく泣き、何度も意味なく笑い、かと思うと黙り込む。また、取り乱し、当惑したかと思えば、頭がさえ、超覚醒状態で、注意深いようにも見える。ただ一種独特の表現しがたいふるまいをする。あらゆる治療的試みにもかかわらず、この状態は入院中全く変わらなかった。脳波は極めて異常である(図1〔略〕)。退院したあと、両親は薬を全て中止した。その後10カ月の間に2-3回の発作がおこり、精神状態は正常化したので、学校にも行けるようになった(それは全く不可能と思われていたことであった)。脳波は現在睡眠中ほんのたまに棘波が突発するのみで、その他は正常である(図2〔略〕)。

この症例をもうろう状態の4群のどれかに分類するのはもちろん困難である。薬が全く無効だからといっても、この症例が、我々が別に記載した「類てんかん病質」(Landolt 1960)にも入らないことは確かである。

つぎに、「てんかん性不機嫌」の議論に移ろう。

一見して、この領域は非常に単純なもののように思われる。必ずといってよいほど強制正常化がおこる。我々はこれまで反対の所見をみることができなかった——脳波が最初から正常であれば当然のことだが——、また Schorsch と v. Hedenström は発作前不機嫌状態においてそのことを、くまなく確認している。われわれは罹患前および罹患後の不機嫌状態もあること、さらに罹患中の不機嫌状態は、個々の例では、しばしば、発作を予知させうるとはいうものの、それが必ずしも発作前とは限らないことだけをここに付け加えておきたい。要するに、不機嫌は、我々の考えでは、発作の前駆症状というよりはむしろてんかんに対する防御力と関連がある。発作は不機嫌状態が急激に消失した時におこるのであって、不機嫌は発作の一部をなしているからではない。この推測に関して我々は具体的根拠をなにも持っていないので、当然異なった見解もありうる。しかし、同じように、すでに言われているような、これらの症例のアルファ律動が発作電位から成り立っているという主張も証明されていない。

これと関連して、強制正常化を伴う精神病性シュープが90秒続き、脳波を持続的に記録できた例について述べよう(図3 a-e [一部省略])。ただ、これが不機嫌状態なのか、それとも短い生産的-精神病性もうろう状態なのかは依然として不明である。

9才のときからてんかん発作とかんしゃく様の不機嫌状態を起こす14才の少年で、不機嫌になると、彼はテーブルの上へ上がった、窓から飛び出そうとするなど、非常識な行動をとった。彼は理知的で終始協力的であったにもかかわらず、[わかるような]動機づけが(この状

態の間の幻覚や妄想表象の意味でも)なかった。Chlorpromazine (精神病状態に対して)と、少量の抗てんかん薬 (てんかんに対して)による治療の効果は驚くほどであり、しかもその効果は持続的であった (それ以来、現在まで2年を経過した)。

しかし、不機嫌状態の脳波は極めてわかりやすいので、不機嫌状態は強制正常化の領域の問題であると簡単に言うとしても、まさにこの領域こそ我々が最も問題としているところである。まさにこの検討こそが脳の機能と精神との関係に、また、精神医学のみならず正常心理学的観点からも、最も興味深い洞察をもたらすものと考えられるのである。しかし、ここではこれ以上この問題について深くは触れないし、心一身の平衡と生物学的因果型といった複雑な相互関係の概念についても論じないが、この困難な分野の解明を期待して、我々は独自の立場からこれを整理してきたのである。

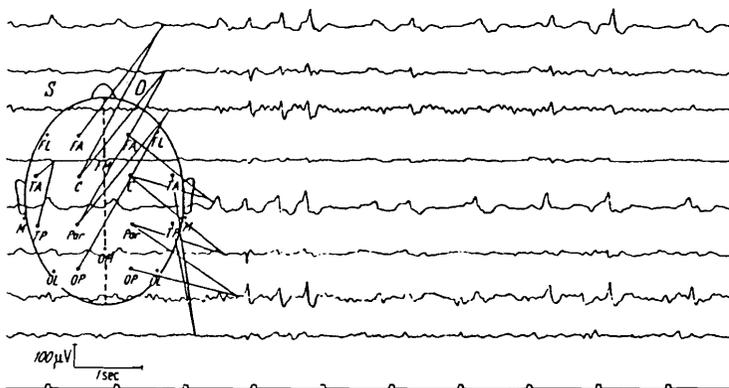


図 3a. 精神的に異常を認めないときの脳波。

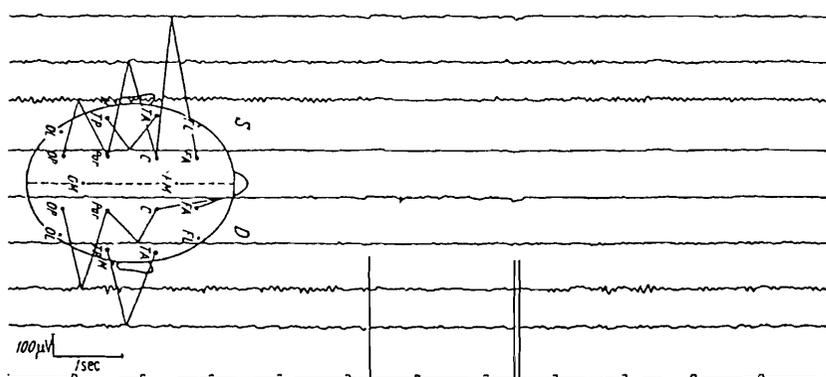


図 3c. 精神病性シュープの際にみられた強制正常化。アルファ律動は開眼で抑制され、閉眼で再び出現する。