

第107回日本精神神経学会学術総会

**教育講演**てんかんが語る脳内物語  
—けいれんする生命—

中山 和彦 (東京慈恵会医科大学精神医学講座)

## I. はじめに

てんかんは精神医学と神経学との collaboration を必要とする学際的疾患である。てんかんは様々な精神症状を併存するからである。

そのなかで、ここではてんかんの性格・行動障害として Geschwind 症候群<sup>1,8)</sup>、挿間性精神病として発作間欠期不快気分障害 (Interictal dysphoric disorder : IDD)<sup>3,4)</sup> に注目した。両者には感情の制御不能感という独特の共通点があり、てんかんの根底に流れる病態特性を示唆しているように思えるからである。さらにそこに精神病性の症状が加わると、いわゆる非定型精神病の様相を呈することになる。そこには近年、再注目されているカタトニアの要素が色濃く包含されている。本稿では「てんかん」の発作と精神症状を、「カタトニア」の類縁とし、「生命の表出」ととらえ、「脳内-宇宙」の探索に挑戦する。

## II. カタトニア概念と歴史の変遷

カタトニア症候群<sup>6,11)</sup> は、精神、運動、自律神経、行動の徴候・症状からなる神経精神症候群であり、内因性精神病、身体因性精神障害、心因性精神障害など様々な精神障害で認められる。それらの特徴づける精神症状と並んで発現するけいれ

んという運動性神経系の諸事象がカタトニア症候群の本質的症狀である。はじめにカタトニアの歴史について簡単に触れる。

1874年、当時は定型性狂気の中核症状として、弛緩性メランコリー（無言、無動、一点凝視、しかめっ面、カタレプシー、蠟屈症など）をとらえていた。Kahlbaum, K.L. は、その症状にみる筋肉性の諸症状、すなわちてんかん様の発作、いろいろなけいれん性状態などに注目して、定型性狂気からの分離を試み、そして全く新たに独立した疾患単位として、『緊張病（以下、カタトニア）ないし緊張精神病』(Die Katatonie oder das Spannungsirresein) を著わし概念化したのである。

しかし1899年に精神病を疾患単位とすべく早発性痴呆と躁うつ病に分類した Kraepelin, E.<sup>14)</sup> によって、再びその特異性は否定されてしまう。カタトニアは Hecker, E. の破瓜病とともに早発性痴呆の一亜型として取り込まれて、躁うつ病でみられるカタトニア症状は、せん妄躁病、昏迷、混合状態などとされたからである。

さらに1911年、Bleuler, E.<sup>2)</sup> は早発性痴呆の診断概念を広げて統合失調症と名づけたが、ここにおいてもカタトニアは統合失調症の緊張型とい

第107回日本精神神経学会学術総会=会期：2011年10月26～27日、会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA, ホテル日航東京

総会基本テーマ：山の向こうに山有り、山また山 精神科における一層の専門性の追求

教育講演 てんかんが語る脳内物語—けいれんする生命— 座長：佐野 輝 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科精神機能病学分野)

う一亜型の位置づけが変わることはなかった。その後、現在に至るまでこの基本的考え方に大きな変遷はない。しかし Bleuler から半世紀余りのち、Gelenberg, A.J.<sup>7)</sup> はカタトニアは様々な原因によって引き起こされる症状群であり、統合失調症よりも気分障害に多く認められ、ほかにも神経疾患、身体疾患など器質的障害においてもみられることを見出し、カタトニアを安易に統合失調症の一亜型とみなすことに注意を喚起したことは特筆すべきであろう。

Kahlbaum<sup>11)</sup> によるカタトニアの概念をまとめると次のようになる。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、最終的に精神荒廃という一連の病像を順次呈するが、その際、精神病像全体のなかで1つ、あるいはいくつかの病像が欠けることもある。本疾患における本質的症状は、精神的な諸症状と並存して出現する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である。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というものであった。『Die Katatonie oder das Spannungsirreseisn』の訳者である渡辺<sup>22)</sup> は次のように指摘をしている。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。カタトニアの執拗低音 (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。Kahlbaum に負けず劣らずの名文である。

ここで2003年のFink & Taylor<sup>6)</sup> が推奨したカタトニアの診断基準を紹介しておく。

- A. 無動、無言、昏迷が少なくとも1時間持続し、カタレプシー、命令自動、姿勢常同 (2回以上観察または誘発されること) を少なくとも1つ以上ともなう。
- B. 無動、無言、昏迷がない場合は常同症、反響

現象、カタレプシー、命令自動、姿勢常同、拒絶性、両価性のうち、いずれかの症状が少なくとも2つ以上、2回以上観察または誘発される。

カタトニアの特徴は高揚相と低迷相の2極性が基本にあると思われる。しかし、この診断基準は昏迷に向かう低迷相に偏っている点に問題があるように思われる。実はそれも重要な特徴と筆者は考えている。

### Ⅲ. カタトニア論と心因——祈禱性精神症と非定型精神病を通じて

Kahlbaum のカタトニア症例の記載をみるとけいれんと恍惚が症候として記載され、ヒステリー性の病態とみなされる症例が含まれている。突拍子もないように思われるかもしれないが、森田正馬<sup>18)</sup> による犬神憑き、憑依、祈禱性精神症の事例に注目すると、その症状特性にカタトニアが主軸にあることがわかる。そして祈禱性精神症の発病には患者の性格的要因、過剰なストレス状況、時代状況と関連した文化社会的要因が関連していた。

中安<sup>19)</sup> は、カタトニアを偽因性原始反応としてとらえており、状況意味失認のため誤って原始反応が発動したと述べた。カタトニアは本来なら死を意味する程の身体症状や心理的負荷として誤認した結果として生命防御反応を生じ、運動の暴発から無動、昏迷状態にいたったものと考えた。少なくとも従来のカタトニア論においては、その疾患としての位置づけが、内因性精神病を中心に考えられており、発症の要因としての心因は不当に看過されてきたといえるだろう。その意味ではこの考え方は魅力的である。その意義を実証するものとして祈禱性精神症と非定型精神病を用いて説明したい。

#### 1. 祈禱性精神症

森田が犬神憑き、憑依、祈禱性精神症の研究、報告をしたのは明治20年から40年であり、臨床像をカタトニアとしてとらえると、Kahlbaum

や Leonhard (後述) の報告時期と大きくは違わない。その業績は偉大であり、もっと評価されるべきである。ここでその概念を紹介する<sup>18)</sup>。

「加持祈禱若しくはこれに類似する事情から起こる一種の心因性精神病に対して仮に名づけた名称である。本症は下等社会の無教育者に多く、女性に多い。身体疾患、疲労状態に伴って起こり、または神経症やヒステリーの上に生じることもあるが、そのような事が認められない場合もある。直接の原因は恐怖感動又は予期感動であって、平素憑依、神罰、精神感通の迷信を有するものが偶然これらに関する恐怖すべき事件に遭遇するか、自ら異様なりと思う症状に出会った時、或いは神仏過信や、祈願、また行者の加持祈禱によって発症する」、「本症は中年女性に多く錯乱状態、昏迷状態、人格変換等の様式に分かちえる。しかし時々複雑な症状を呈し、衝動性、言語錯乱、幻覚、衝動性興奮状態を起こす。経過は短きは1日、長きも数月、多くは数日から数週で治る」と説明されている。

臨床特性はまさに「カタトニア」そのものである。森田は祈禱性精神症を心因性精神病と位置づけているが、祈禱性精神病とせず、精神病としているのはそのこだわりからである。症候としてはカタトニア、または非定型精神病の病態といえる。この時代において、これらの症候の背景に、心因が大きな要因としてあると考えたことは偉大な着眼点であった。

祈禱性精神症のように、心因による精神病状態が、カタトニアの病像をとるとすれば、その症例群の背景に、強い「不安・緊張」が存在することは容易に想定できる。さらには「不安・緊張」を増強するような環境や性格要因・器質的要因の存在が窺われることになる。「不安・緊張」は脳幹機能、生命維持装置の危機状態を察知した時に直接的に表れる症候とみなし得るが、カタトニアが大量ベンゾジアゼピンによりしばしば改善する事実はこのことを物語っているようであり、納得がいく。

## 2. 非定型精神病の提唱の意義

Kleist, K.<sup>12)</sup> は Kraepelin の 2 大分類にそぐわない第三の独立疾患群として、変質性精神病の概念を提唱した。そしてその後 Leonhard, K.<sup>15)</sup> のいう非定型精神病に引き継がれることとなった。

本邦では満田久敏<sup>17)</sup> が独自の非定型精神病の概念を提唱したことは周知である。しかし満田はカタトニアを疾患経過のなかにみる一過性の症状とみなす立場をとっていた。その非定型精神病の臨床像の特徴は、以下の通りである。

- 1) 発病はおおむね急性で、挿間性あるいは位相性ないしは周期性の経過をとる。
- 2) 病像は統合失調症様の症状を示すが、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) 予後は一般によいというもので、臨床像は、Pauleikoff のいう挿話性緊張病との類似性が高い。
- 4) 脳波異常を伴う例がみられることがある。

## 3. 挿話性緊張病にみられる性格・行動特徴

Pauleikhoff, B.<sup>20)</sup> 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が、

- 1) 勤勉、信仰心に厚く、まじめで頑固な人に好発し、
- 2) 不安・焦燥の前駆期があり、
- 3) 病像は数週以上続くが、昏迷と興奮が支配し、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。しかし、
- 4) 欠陥を残さず回復するのが特徴であるとした。市橋秀夫 (1983 年) は挿話性緊張病の親和性性格として「類てんかん的な硬直した内的時間意識と制縛性」を挙げ<sup>10)</sup>、さらに「対人関係場面での対人恐怖的な過敏性を持ち、しかも相手の含意を察知する能力に欠ける」と指摘しているが、この挿話性緊張病の特徴はゴッホにみる性格・行動障害、精神症状を想起させる。

筆者は長く非定型精神病の臨床研究に携わってきたが、その臨床特徴に今回取り上げたカタトニ

ア症状にあまり重きを置いてこなかった。その理由は明確に表現できないが、Pauleikhoff, B. の取り上げた挿話性緊張病以外の非定型精神病例を筆者の考える非定型精神病の中核群として考えていたからである。またカタトニア症状を取り入れることは、カタトニア自体が統合失調症の一亜型に取り込まれたように、非定型精神病はその特異性を失い、結局現在の操作的診断ではいくつものカテゴリーにばらばらにされた原因になっていると思う。統一されていないがこの非定型精神病的診断をすることこそが、その症例の臨床治療に重要なことは臨床家の認めるところである。異論も多いと思うが、筆者が中核群と考える非定型精神病的病態仮説を本稿の最後で取り扱うことにした。

#### IV. 制御不能感の病理——Geschwind 症候群、PMDD, IDD

##### 1. ヴィンセント・ファン・ゴッホにみる性格・行動障害, 精神症状

まずはゴッホの生活史と病歴を紹介する<sup>16)</sup>。

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年足らずで退学となる。

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り、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…」と弟テオドル宛に書簡を送る。

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) テオドルと別れてアルルに住み、『ひまわり』や『アルルの跳ね橋』などの絵を製作する(古来、西洋ではひまわりは敬虔や博愛の象徴とされていた)。

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および、町立病院に入院とな

る。急遽パリから駆けつけたテオドルは「しばらくもち直したかなと思う瞬間があると思うと、たちまち哲学か神学めいたわからないことを興奮して口走る」と述べる。

1889年 サン・レミの精神病院の院長ペイロンは、「ゴッホはてんかん発作を起こしやすい」と記載する。

1890年 (37歳) 7月、パリ郊外でピストル自殺を遂げる。

弟テオドル宛の手紙<sup>9)</sup>にてゴッホ本人は精神症状を以下のように表現している。「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。

しかし、その場合でも、僕の狂気は迫害妄想的なものではないと思う。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。発作の最中は、想像したこと全部が現実のような気がした」(585信, 1889年4月)、「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。…僕の方は同時に目と耳が悪くなった。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。…まだ、自分の意志らしいものもなく、野心も全然ない」(592信, 1889年5月)

##### 2. てんかんの性格・行動障害 —— Geschwind 症候群

てんかん性格、てんかん性格変化と呼ばれる性格特徴は、特に側頭葉てんかんと関連から述べられてきた。19世紀後半にはその特徴は出つくしたといわれるほど当然のごとく受け取られていたが、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ぎ、一度は否定されたかのように思われた。しかし、Geschwind, N. ら

によってその性格・行動特徴が見直され再び注目されている<sup>18)</sup>。その性格・行動障害は Geschwind 症候群と呼ばれており、Klüver-Bucy 症候群の対極に位置するとも言える<sup>19)</sup>。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もある。Geschwind 症候群は、

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

を特徴とするが、これらの症候の背景には、「強い不安、恐怖感」の存在があるように思われる。生物学的背景としては、Geschwind 症候群は辺縁系のてんかん放電による皮質-辺縁系の過剰結合とみなし得る<sup>1)</sup>。それに対して Klüver-Bucy 症候群は辺縁系の損傷による皮質-辺縁系の離断である。前者が変形過少（粘着性）、情動の過大（怒り、衝動性）であるのに対して後者は変形過多（すべてに好奇心）、情動の過小（従順）、認知の障害、性的活動の増大が特徴である。

ではゴッホは Geschwind 症候群かどうか検証したところ以下のようにまとめられた。

- 1) 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）。
- 2) テオドルに宛てた書簡 600 通以上、1883～5 年のヌエメンに住んだ 2 年間で油彩 185、素描 225、水彩 25、1886～8 年のパリに住んだ 2 年間では油彩 200、素描 40、水彩 10、晩年の数年間では約 800 の作品を創作した（強迫的、過剰に書く）。
- 3) 性生活については明らかでないが、娼婦との短期間の同棲はあったが、同じような境遇のもとでの関係でしかなかったとの見解があり。また、パリではアルコールに溺れ、同性愛に至ったという。ゴーギャンとの関係もその結果か（性的欲求の低下ないし同性愛）。
- 4) ゴッホは変わり者とみられており、伝道師会

からは「いらいらしているようで興奮状態にあるので、連れ帰って欲しい」との依頼で父親が出向くなど、しばしば怒り、攻撃性がみられた（怒りや攻撃性）。追加すると名画「ひまわり」にはゴッホの強迫性と粘着性があらわれている。1886～9 年までに 12 点ものひまわりを描き、12 という数字にこだわり、アトリエに 12 脚の椅子を購入し、パネルも 12 枚発注した。ひまわりの本数は 12 本が多い。以上からゴッホは Geschwind 症候群の特徴の多くを有している。

3. 制御不能感を共有する PMDD, IDD とは
  - 1) 月経前症候群（Premenstrual syndrome : PMS）・月経前不快気分障害（Premenstrual dysphoric disorder : PMDD）

PMDD は PMS の約 3～7% に認められる。その特徴は過去 1 年間のほとんどの月経周期に発現（黄体期に発現/卵胞期に消失）し、主症状は著明な抑うつ感、不安、緊張感、情緒不安定、制御不能感を伴う易怒性といらいら感、睡眠障害（過眠）、過食などである。そのために仕事、社会活動、人間関係に深刻な影響を及ぼしている<sup>5,21)</sup>。

- 2) 発作間欠期不快気分障害

Blumer, D. らは Bear-Fedio 質問票（1977 年）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“挿問性の著しい障害”として『発作間欠期不快気分障害（IDD）』を抽出した<sup>3,4)</sup>。IDD は数時間～数週間にわたる著しい不機嫌、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）に類似していることがわかる。

ここで Blumer が報告<sup>4)</sup>した IDD 症例（No. 8）の概要を参考までに紹介する。

無職・女性、12 歳のとき頭部外傷があり、その 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繰り返すなどの奇妙な様子がみられるようになった。そのため、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

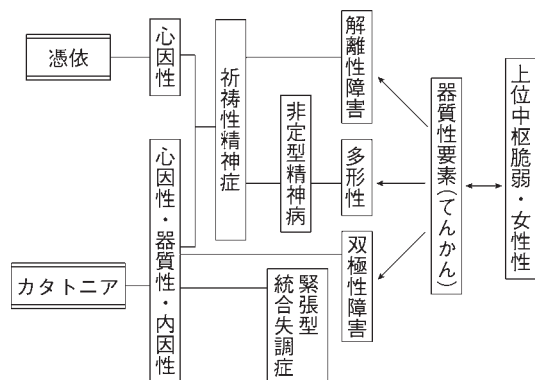


図1 カタトニアとてんかんの系譜 (私案)

離滅裂, 幻覚を呈し, 発作後精神症状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, 他者への暴力などのカタトニア症状, 予期せぬ暴発的言動であった。抗てんかん薬は術後4年で終了したが, その後, 2~3ヵ月の間に2回の入院が必要であった。電気けいれん療法 (electroconvulsive therapy: ECT) が著効したが, 改善は短期間に留まったという。その後も症状を繰り返していたが, 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。

## V. けいれんする生命——その源流からの系譜

### 1. てんかんとカタトニアの類縁性

ここで本題であるカタトニアの視点に戻り, てんかんとカタトニアの類縁性を臨床特徴からまとめておくことにする。

- 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<sub>A</sub> 作動薬である lorazepam が用いられる。カタトニア患者の脳皮質では GABA<sub>A</sub> 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的行為, 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。
- 4) 非けいれん性てんかん重延状態の患者ではしばしばカタトニア症状がみられる。そしてときに全身けいれんにて終焉する。
- 5) 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。

### 2. カタトニアとてんかんの系譜

ここからはあくまで私案であり, 教育講演を超えた内容である。参考程度にしてほしい。図1にカタトニアとてんかんの系譜を作成した。憑依は切迫した独特の心因により生じ, 祈禱性精神症へ展開する。その病像は非定型精神病像を示し, 操作診断では多形性である。カタトニアにおいても同様に切迫した心因の役割は大きい。あたかも生命危機の自己保存反応のごとくである。実際は生命危機にさらされていないが, 背景にある自己免疫疾患や身体疾患, さらに繰り返すてんかん発作は, 当事者の脳に生命保存の危機にさらされているかのごとく認知させる可能性がある。祈禱性精神症では心理的に生命危機に近い体験をしていることは容易に想像される。

カタトニアの一部は, 緊張型の統合失調症として認知されている。しかし内因性の要素はあきらかに双極性障害との関連が濃厚である。その相関はよくわからないが, 認知の障害による生命危機に瀕していると脳が察して, 脳幹上での心身反応を生じているようにも思える。

そして図1に記したように, 本来の病因の存在する上位中枢の脆弱性, (女性性については後述) それによる器質的要素が, 誘導されやすい病理と

して推測されるのである。

3. てんかんが語る脳内物語——けいれんする生命

図2では、統合失調症と気分障害、そしててんかんを三層構造の脳内に分布させた。気分障害では中核症状の抑うつ気分は辺縁系に、不安・緊張はより生命維持装置である脳幹近くに位置づけた。また残遺症状としての「生きがいの喪失感、億劫感」は大脳皮質においた。統合失調症の陽性症状は、異論もあるが大脳皮質に、また統合失調症後

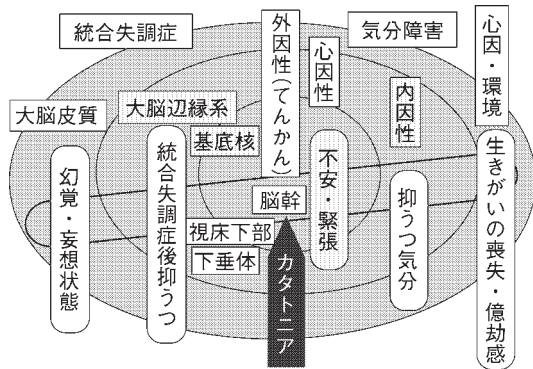


図2 統合失調症，気分障害およびてんかんと脳内三層構造との関連（私案）

抑うつ (postpsychotic depression : PPD) は辺縁系に位置づけた。

てんかんはこれも異論のあるところだが、意識の消失とけいれんを軸に脳幹においた。では、カタトニアはどうだろうか。生命危機に瀕した自己防御反応と考えるとやはり脳幹に位置づけするのが妥当であろう。その上に心因から内因，外因性の概念を重ねている。外側の心因は正常心理範囲の心理的負荷の意味である。脳幹に近いところの心因は、不随意に認知してしまった切迫した心因である。この切迫した実態不明の強烈な不安がカタトニアの本体と関連しているように思える。

4. 性を越えたところにあるカタトニアの世界

図3は、筆者が以前よりこだわってきた性差の観点からカタトニアを图示したものである。ここでは内因性の要素として双極性障害を軸に考えている。女性は月経の存在する年齢では、双極性障害を基盤に非定型精神病が発症するが、カタトニアの要素は弱い。閉経後になるとカタトニアの要素が加わり遅発性カタトニアとして発症する。病像は精神運動興奮，錯乱など高揚相を呈するカタトニアに傾く。また月経の初来前では、前思春期精神病として発症する。このときは無動，寡動，昏迷になりやすい。月経が女性性の主役と考える

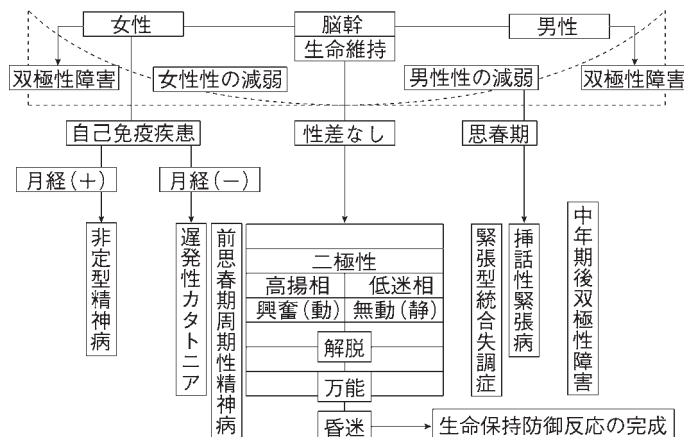


図3 カタトニアと非定型精神病の系譜（私案）

と、影響の少ない年齢層や状況においてよりカタトニアに陥りやすいように思う。

男性はどうであろうか。緊張型の統合失調症は若い男性に多い。また、中年以後のうつ病者でときにうつ病性昏迷に至ることがある。挿話性緊張病は二極性を示すが、おおむね男性性の弱い時期にカタトニアが生じやすく、より無動などの低迷相を示すことが多い。

男性も女性も性の要素が弱っている、言わばより性を超えたところにカタトニアが存在しているように思える。絶体絶命の危機に遭遇した脳は、けいれんしながら生命を守ろうとし、昏迷という状態に陥るが、死を目前とした危機回避として、実は素晴らしい健康感と万能で熱情的な恍惚夢幻状態に到達しているのではないか。

性を超えたところの仏教にみる「さとり of 境地」、聖母マリアとキリスト、そこに人は究極の安全な脳を想定している。カタトニアが仮の生命防御機構であることを脳は知っているのだろうか。脳はカタトニアの世界から、てんかん発作が終結するがごとく現実の時間と空間の感覚を取り戻し、現実の世界こそ生命の真の安全な世界であることを再認知することさえある。あたかもキリストが復活したようにである。

## VI. ま と め

渡辺の言葉を借りると、Kahlbaumはその卓越した観察力から、「カタトニア」を発作性の生命様態の1つとしてとらえ、定型性狂気から分離、独立せしめたが、そこに悩める人間の1特質として「生命の恍惚」を目撃していた。「けいれんする生命」なる言葉は、彼が「カタトニア」をてんかんと近縁のものとして直感的にとらえていたからにはほかならない。近代のてんかん学からみれば「けいれんする生命」が包含する概念に違和感を覚える向きもあるかもしれない。しかし、精神科医の興味が「てんかん」から離れつつある今日、彼の偉業から精神科医が学ぶことは大きい。それはてんかん学における精神医学のあり方についてである。

1. カタトニアが主に運動症状群を示すのは、生命危機に遭遇したと認知した動物脳から生じる、究極で壮絶な原始防衛反応であるからではないか。
2. そのために心身は性を超え、時間を超越する。そして静と動の間を振動しながら、解脱、万能、熱情的な恍惚に満ちた脳内宇宙の世界に突入する。
3. 換言した『けいれんする生命』の「けいれん」と「てんかん」は一致するものではない。しかし症候的な類縁性によって「てんかんが語ってくれるカタトニア」は、あらたに脳内探求に神秘的なエネルギーを与えてくれる。

## 文 献

- 1) Bear, D.M.: Temporal lobe epilepsy: A syndrome of sensory-limbic hyperconnection. *Cortex*, 15; 357-384, 1979
- 2) Bleuler, E.: *Dementia Paracox oder Gruppe der Schizophrenien*. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1911 (飯田 真, 下坂幸三, 保崎秀夫ほか訳: 早発性痴呆または精神分裂病群. 医学書院, 東京, 1974)
- 3) Blumer, D., Herzog, A.G., Himmelhoch, J., et al.: To what extent do premenstrual and interictal dysphoric disorder overlap? Significance for therapy. *J Affect Disord*, 48; 215-225, 1998
- 4) Blumer, D., Wakhlu, S., Montouris, G., et al.: Treatment of the Interictal Psychosis. *J Clin Psychiatry*, 61; 110-122, 2000
- 5) Dell, D.L.: Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and premenstrual exacerbation of another disorder. *Clin Obstet Gynecol*, 47; 568-575, 2004
- 6) Fink, M., Taylor, M.A.: *Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment*. Cambridge University Press, Cambridge, 2003 (鈴木一正訳: カタトニア—臨床医のための診断・治療ガイド. 星和書店, 東京, 2007)
- 7) Gelenberg, A.J.: The catatonic syndrome. *Lancet*, 1; 1339-1341, 1976
- 8) Geschwind, N.: Interictal behavioral change in epilepsy. *Epilepsia*, 24 (Suppl. 1); s23-30, 1983



- 9) ゴッホ, J.V., 裕伊之助訳: ゴッホの手紙 (テオドル宛) (ボンゲル編). 岩波文庫, 1961, 1970
- 10) 市橋秀夫: 緊張病の精神病理—緊張病親和性性格を中心に—. 分裂病の精神病理 12 卷 (村上靖彦編). 東京大学出版会, 東京, 1983
- 11) Kahlbaum, K.L.: Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Verlag August Hirshwald, Berlin, 1987 (渡辺哲夫訳: 緊張病, 星和書店, 東京, 1979)
- 12) Kleist, K.: Autochthone Degenerationspsychosen. Z Ges Neurol Psychiatr, 69; 1-11, 1921
- 13) Klüver, H., Bucy, P.C.: Preliminary analysis of functions of the temporal lobes in monkeys. Arch Neurol Psychiatr, 42; 979-1000, 1939
- 14) Kraepelin, E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. sechste Vollständig umgearbeitete Auf. II BAND, klinische Psychiatrie. verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1899
- 15) Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen in und ihre differenzierte Ätiologie. Thieme, Stuttgart, 1995 (福田哲雄, 岩波 明, 林 拓二訳: 内因性精神病の分類. 医学書院, 東京, 2002)
- 16) 松浦雅人: フィンセント・ファン・ゴッホ—ゲシユヰント症候群か?—. 日病跡誌, 45; 94-96, 1993
- 17) 満田久敏: 精神分裂病の遺伝臨床的研究. 精神経誌, 46; 298-362, 1942
- 18) 森田正馬: 余の所謂祈禱性精神症について. 神経学雑誌, 14; 286-287, 1915
- 19) 中安信夫: 緊張病症候群の成因論的定義—偽因性原始反応として. 分裂病症候学—記述現象学的記述から神経心理学的理解へ—. 星和書店, 東京, p. 239-256, 1991
- 20) Pauleikhoff, B.: Die Katatonie. Fortschr Neurol Psychiatr, 37; 461-496, 1969
- 21) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, p. 146, 2002
- 22) 渡辺哲夫: Kahlbaum の緊張病: 緊張病概念の起源. 臨床精神医学, 38; 757-763, 2009
-