

■原著

物語の再生の障害を主徴とした 言語障害発作重積状態の1例

兼 本 浩 祐*

要旨：2～3時間持続する「人の言うことが分かりにくく、喋り難い」という言語障害発作重積状態を、月に1～2回体験する男性において、発作中に言語検査を行ったところ、呼称、復唱には障害は認められず、言語理解の障害も軽微であった。しかし、「桃太郎」の物語を語るように言ったところ、問われれば個々のエピソードについての情報を提供することができるにもかかわらず、脈絡のある物語としての「桃太郎」を語ることはできなかった。本症例における物語の再生の障害を、Sarno らの“subclinical aphasia disorder”の概念と対比するとともに、前頭葉背外側部の病巣による物語の再生の障害とも比較して論じた。

神経心理学 10:160～164

Key Words：言語障害発作重積状態、物語、前失語障害、前頭葉背外側
status epilepticus of speech disturbance, narrative discourse, subclinical aphasia disorder, dorsolateral frontal lesion

I はじめに

成人の患者において、“Aura continua”として言語障害が持続する言語障害発作重積状態は、超皮質性運動失語類似の失語症状、マーチを伴わない上肢・顔面に限局した部分運動発作、発作間歇期の脳波所見の乏しさといった一定のまとまりを持った臨床的特徴を示すことを、自験例と文献例の検討において、我々は以前指摘する機会があった（兼本ら、1991）。

今回我々は、数時間持続する「言葉が喋り難く、考えがまとまり難い」という症状を月に数回体験し、抗てんかん薬の減量によって大発作が出現した症例を体験したが、本症例は簡易な言語検査では失語症状を検出しえず、物語を脈絡を持った物語として語るができないという興味深い症状を発作中に示した。この症例

は、てんかん性の言語障害発作重積状態の言語的特性を考える上で興味深いと思われるので報告したい。

II 症 例

38歳、男性

家族歴：特記すべき家族負荷はない。

既往歴：17歳時、鉅が右眼に当たり右視力は低下している。

現病歴：34歳時、結婚式の夜、睡眠中にGTC。その後、応答はあったが返事が普通ではなかった。近医に運ばれ、左眼に光を当てられた所、再びGTCが起こり、発作重積状態となったため、某脳外科に運ばれ、ICUにて治療、注射にてけいれん消失したが、4日後のことまで記憶がない。脳波異常を指摘され、抗てんかん薬の投与を受け、発作はそれ以降出現し

1994年6月15日受理

Status Epilepticus of Speech Disturbance with Deficits in Narrative Discourse

*国立療養所宇多野病院関西てんかんセンター、Kousuke Kanemoto: Utano National Hospital, Kansai Regional Epilepsy Center

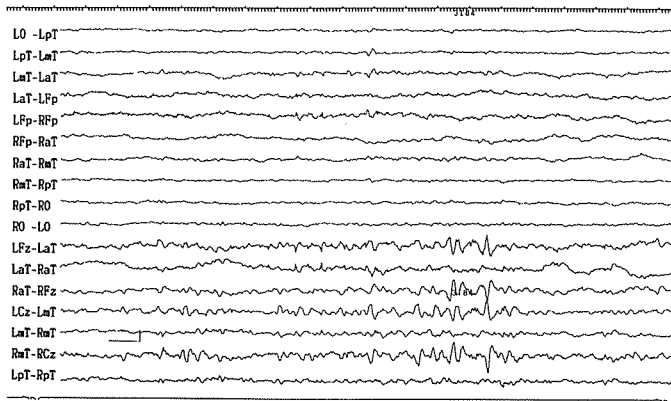


図1 発作間歇期脳波
左前側頭部に棘波が散発的にみられる

なかったが、怠薬を契機として、37歳時、睡眠中、朝6時頃、2回目の大発作を起こした。その後、別の脳外科でデパケン800mgの投与を受けている。38歳頃、睡眠不足が続いた後、夜8時頃会社で倒れているのを発見され、社長から本院での精査を勧められて来院した。発作型は、上記した睡眠中の大発作以外に、「喋りにくく、人の言っていることがわかりにくくなる」発作があり、その頻度は1～2回/月で、持続時間は数時間である。経過を通じて複雑部分発作は認められていない。

発作時の体験に対して、患者は「発作中には考えがこんがらがって結論がまともに出なくなり、この状態が起こっているのではないかと感じることがある。仕事場でこの状態になった時には、人にこの状態であることをわからせないように誤魔化すことはできるが、事務処理能力が低下してしまい、コピー、はんこ押し等の単純作業しかできなくなる」と主観的には感じている。

発作間歇期神経学的現症：発作間歇期には、神経学的には特記すべき所見なく、知能指数は、WAISで言語性I.Q.が106、動作性I.Q.が109で総合するとI.Q.は108であった。神経心理学的にも、標準失語症検査を含め、特記すべき異常は認められなかった。

入院時検査所見：一般生化学検査にてγGPTの軽度上昇以外は正常範囲内であり、HBs抗体・抗原、梅毒検査の双方とも陰性であった。

心電図的にも特記すべき所見はなかった。

放射線学的所見：CT、MRIで特記すべき所見なし。

発作間歇期脳波：覚醒時には9～10c/s前後の規則的なα波を基礎律動とし、睡眠時には左前側頭部～中側頭部に棘波が出現する(図1)。

経過：発作を観察する目的で、カルバマゼピンを断薬し、ゾニサミド単剤療法(200mg、血中濃度6.8μg/ml)を試みたが、大発作

が昼間に出現したため、再びカルバマゼピンを元の量(400mg、血中濃度9.2μg/ml)に戻して退院とした。退院後、4年目になるが以降大発作はなく、数時間の言葉が喋り難くなる発作は月に1～2回あるものの、中堅企業の経理部長として働いている。

III 発作時神経心理学的所見

発作中は、左半球に低振幅θ波の数秒の群発が繰り返し出現し、この際、7枚の線描画の呼称、4枚の漢字、3枚のカナの音読、5語文の復唱、Pierre-Marieの3枚の紙試験は躊躇なくでき、またBarré徴候を含め神経学的所見に左右差はなかった。さらに、二桁の計算は間違いなく行うことができ、数字を100から2ずつ引いていく課題も0まで滞りなく可能であった。このように簡易な認知機能検査は、発作中に繰り返し行ったが障害を認めることができなかった。しかし、自覚的に患者が発作中であると訴えた時期には、言葉少なになり、問い掛けられても1文か2文程度の短い発話しか患者は行わなかった。しかし、文の長さそのものから言えば、1語文はなく、3～4語文も、時に表出されており、構音障害も認められなかった。この時期に一致して、左半球に低振幅θ波が間歇的に数秒間の群発を繰り返す所見が脳波上得られた(図2)

このため、表1に示したように、発作時と発作間歇期に、多数の呼称、語列挙、トークン・

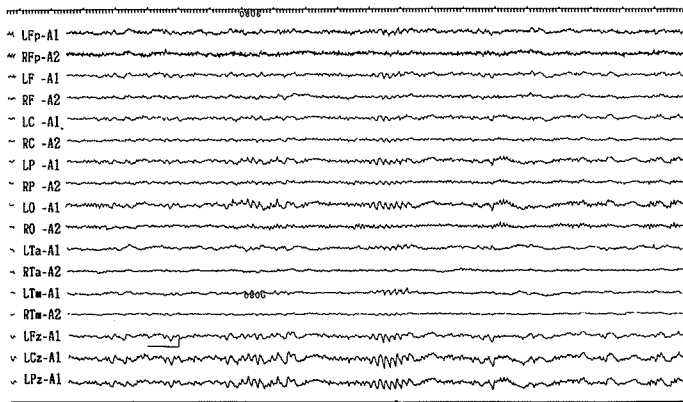


図2 言語障害発作重積状態時
左半球全体に高振幅 θ 波の群発が散発的に出現する

表1 言語検査

	発作間歇期*	発作時**(***)
呼称(ヒントなし)	57/60	55/60
(語頭音ヒント)	1/3	2/5
語列挙 (S1)	16	8 (50%)
(S2)	11	5 (45%)
(P)	8	3 (38%)
(S+P)	3	1 (33%)
トークン・テスト	149/150	139/150

* : 1990. 4. 20

** : 1990. 5. 10

*** : 語列挙数の減少率

S1 : 動物の語列挙

S2 : 果物の語列挙

P : 「サ」から始まる語列挙

S+P : 「カ」で始まる動物の語列挙

テストを行った。呼称に関しては、60個の線描画を1枚ずつ提示し、答えられなければ語頭音をヒントとして与えた。語列挙に関しては、同じ意味カテゴリーに属するもの(動物と果物)、同じ語頭音を持つもの(サで始まる単語)、及び同じ語頭音で始まりかつ一定の意味カテゴリーに属するもの(カで始まる動物)の4つを行った。結果は、表に示したように、呼称においては、発作間歇期と発作時の差異はほとんどなく、トークン・テストでは発作時に若干の低下はみられるもののその低下は軽微であった。語列挙では最大の低下があったが、同じ意味カテゴリーに属するものの語列挙よりも、語頭音が共通するものの語列挙においてより成績の低下が著しかった。

さらに、発作時に、「桃太郎」の話を述べるように指示したところ、「桃太郎は鬼ヶ島に行ったんですよ」という具合に、断片的に1~2文語ると、促しても、最初の陳述から容易に次に進むことができず、促すのを止めるとそのまま沈黙してしまい、うまく筋を展開することができなかった。他方で、「お供は何人ですか」と尋ねると「三匹というんですか」、「お婆さんは何処に行きましたか」と尋ねると「川ですね」とい

う具合に、問い掛けると物語の細部についての情報は正確に提供することが可能で、その際には、目立った保続等は認められなかった。しかし、こちらが一度ストーリーを話しても、筋を追って物語としてそれを再現することはできなかった。発作間歇期には、何ら問題なく桃太郎の話を語ることができた。

発作中、3つの単語(熊、みかん、鯖)を覚えてもらい、発作が終わってから尋ねたところそれらの単語を覚えており、また、発作中の検査や出来事についての健忘は、全く、認められなかった。なお、3つの単語の確認と検査中の出来事の確認はいずれも記憶されるべき材料の提示から1時間以上経過してから想起されている。

IV 考 察

1. 言語障害発作重積状態

本症例の鑑別診断としては、小発作重積状態をまず第一に挙げることがでる。神経心理学的検査を待って始めてそれとわかるような認知障害が、小発作重積状態に伴うことがあることを

Dongier (1967) は指摘しており、症状のみからみると本症例の訴えは、一見、それとほとんど区別がつかないように見えるからである。しかし、発作間歇期の脳波が焦点性であり、また発作時の脳波が左半球にかなり限局した低振幅 θ 波の群発であったことは、本症例の訴えが小発作重積状態とは異なった病態に基づいて出現していることを示唆しているし、症候論的に

も、発話と言語理解困難を主徴とし、健忘を全く認めない本症例の障害は、小発作重積状態とは異なっている。

文献例及び自験例における言語障害発作重積状態（兼本，1991）においては、脳波上の変化は断続的であっても、言語症状自体は、一定期間一定水準で推移する症例が半数以上に及び、本症例においてもその特徴がみられた。さらに、痙攣発作の頻度の低さ、晩期発症、複雑部分発作の欠如等の諸点も、我々が以前報告した症例及び文献例と共通する点であった。軽微な理解障害、構音障害の欠如、発動性の低下といった言語症状も、一群の言語障害発作重積状態において典型的に観察される範疇の病態に属していた。脳波的には、発作間歇時には浅眠時に左前頭部に棘波がみられたのに対し、発作時には左半球の低振幅 θ 波の間歇的群発が観察されたが、左半球の低振幅 θ 波の間歇的群発は前回我々が体験した言語障害発作重積状態の発作時脳波の特徴でもあった（兼本ら，1991）。

鑑別診断の対象としては、脳血管障害や代謝性の疾患も考慮に入れる必要があるが、周期的に反復し、後遺症を伴わない本症例の病態が、脳血管障害であるとは考え難く、認知障害を引き起こすような既存の代謝疾患は認められなかった。以上の所見から、本症例は、てんかん性の言語障害発作重積状態の1例であると考えられる。

2. 言語症状の特性と物語の再生

古典的な神経心理学的巣症状である失語・失行・失認の枠組みを越え、ジャクソン流に言えば、さらにそれよりも高次の脳機能障害とも見なしうる本症例において提示したような症状は、Henri Ey 的に言えば（Ey，1975）均一解体の表現とも考えうる記憶機能や注意の機構の軽微な変調によって容易に出現しうる可能性があり、その意味では、「言語の」障害の範疇に分類することが妥当であるかどうかは常に微妙な問題を含んでいる。しかしながら、1時間以上の経過を経てからの3単語の再生、見当識の保持等は、長期記憶や短期記憶の障害という意味での既存の記憶障害や、単純な注意の障害

が、本症例の症状を産出したという考えに対して否定的である。時間的制約のある本症例のような発作時の検査では、一連の情報を物語として起承転結をもって語ることの障害がどのような機構に基づくものかを十分に論ずるには資料不足であるが、記憶の障害が、時間的刻印を穿たれたエピソード記憶であれ、その出所とは独立に使用される意味記憶であれ、ある特定の個々の情報の入力と出力の問題であることを考えるならば、例えば物語における個々の情報の時間的な前後関係の把持の障害が何らかの形で物語の再生の障害に関与していたとしても、それは記憶の問題というよりも、語りの構造化の問題、すなわち、広義の意味では、「言語の」問題として捉えた方が現時点ではより妥当性が高いと思われる。

繰り返しになるが、本症例の示した言語障害は、復唱障害がなく、錯語も認められず、発作間歇期と比較して始めて明らかになる程度の言語理解障害と発話衝動の低下を主体とするもので、既存の失語症候群の中では、超皮質性運動失語に最も類似している。しかし、文のレベルでは、3語文や4語文も表出されうること、非常に目立った所見は、個々のエピソードに関する情報を質問に応じて陳述することができるにもかかわらず、一つの物語を脈絡を持った全体として再生することができないことであった。Sarno ら（1986）は、重篤な頭部外傷後、通常の言語検査では明瞭な失語症状を検出し得ないにもかかわらず、実際の会話においては障害を示す症例が存在することを指摘し、これを、“subclinical aphasia disorder”と分類している。“Subclinical”という述語の是非は置くとしても、対話において明らかに言語面での障害を示すにもかかわらず、通常の意味では失語とは呼び難い病像が、頭部外傷やてんかん等の、脳梗塞と比べて限局性に乏しい病態においては出現する可能性があることが、Sarno らの検討や本症例において示唆されていると考えることもできよう。

Kaczmarek（1984）は、前頭葉病巣を持つ患者に、提示された物語の再生、脈絡を持った

一連の描画の叙述, 患者が良く知っている話題の陳述を行わせたところ, 患者が, 提示された物語や, 描画で示された話の筋, さらに自分にとっては既知の話題さえ, 起承転結をもって再現することができなかったことを指摘している。その際, 患者は, 提示された物語の中の個々のエピソードについての検者の質問には正確に答えることができ, また, 個々の描画の呼称は可能であったことから, この障害は, 記銘力や視覚認知の問題に還元し難い類のものであった。Kaczmarek は, 前頭葉をさらに, 眼窩部と背外側部に分け, 物語の再生に際して, 眼窩部が障害されると, 物語が本来の筋を外れて脱線し, 背外側部が障害されると最初に自分が表出した一つの陳述に拘泥してしまい, 物語を最後まで展開することができなくなる傾向を認めている。こういう観点からすれば, 我々の症例は, Kaczmarek の背外側型の前頭葉障害群と近似しているものと言えよう。

文 献

- 1) Dongier S : A propos des états de mal généralisés à expression confusionnelle. Etude psychologique de la destruction de la conscience au cours de l'état de petit mal. In Les états de mal épileptiques. ed by Gastaut H, Roger J et al, Masson, Paris, 1967, pp. 110
- 2) Ey H : Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie. Edouard Privat, Toulouse, 1975 (大橋博司他訳: ジャクソンと精神医学. みすず書房, 東京, 1979)
- 3) Kaczmarek BLJ : Neurolinguistic analysis of verbal utterances in patients with focal lesions of frontal lobes. Brain & Lang 21 ; 52-58, 1984
- 4) 兼本浩祐, 扇谷明, 河合逸雄: 成人における言語障害発作重延状態. 精神医学 33 ; 299-305, 1991
- 5) Sarno MT, Buonaguro A, Levita E : Characteristics of verbal impairment in closed head injury. Arch Physical Medicine Rehabilitation 67 ; 400-405, 1986

Status epilepticus of speech disturbance with deficits in narrative discourse

Kousuke Kanemoto

Utano National Hospital, Kansai Regional Epilepsy Center

A male businessman experienced paroxysmal episodes of subtle speech disturbances without any motor symptoms. Each episode lasted several hours averagely and amounted to a few times per month. Linguistic examinations performed in the course of these episodes failed to reveal any clear-cut aphasic symptoms. The patient could repeat sentences consisting of more than five words ; impairment of verbal comprehension was also minimal. In contrast, to the examiner's surprise, he showed great

difficulty in telling a well-known Japanese legend "Momotarou" when he was caught by the seizures. Although he could provide informations about details of the legend when he was asked, the legend as a whole could not be reproduced sequentially. We tried to explain this deficits of narrative discourse by Sarno's concept of "subclinical aphasia disorder" in closed head injury and point out similarities between this deficits and that produced by dorsolateral frontal lesion.