心因性非てんかん性発作（偽発作）の診断と治療

東京大学医学部附属病院精神神経科助教
谷　口　　豪
（聞き手　山内俊一）

心因反応（偽発作）とはどのような病態でしょうか。診断、治療についてご教示ください。

＜新潟県開業医＞

山内　谷口先生、あまり耳慣れないといえば耳慣れない言葉ですが、まず、非てんかん性発作、とわざわざありますから、これはてんかんと似ているけれども、てんかんとは違う、そういう認識でよいでしょうか。

谷口　まさしくそのとおりです。てんかん発作とよく似た症状を示すのですが、てんかんとは違った病態で起こる発作の中の一群を指します。てんかんというのは脳の神経細胞の異常な興奮で起こる病気ですが、この心因性の非てんかん性発作はそういった機序では起きていない。どちらかというと、昔、ヒステリー発作とか、疑似発作、偽発作と呼ばれていたようなものです。どちらかというと心理的な問題だとか、いろいろストレスが加わったときに起こる発作と考えられています。

山内　ただ、発作のときはかなりてんかんと似ているから間違えられている。

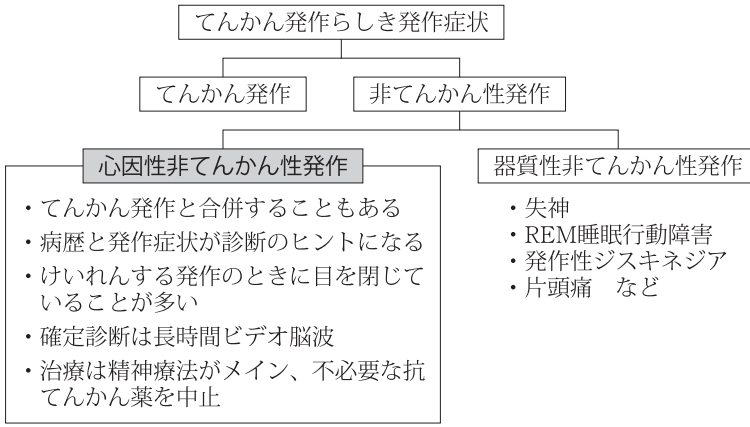
谷口　そのとおりです。

山内　そうしますと、治療もてんかんの治療がなされているけれども、実は間違いと考えてよいのでしょうか。

谷口　そのとおりです。そこが一番の問題点で、この方たちはてんかんとして治療を受けるのです。抗てんかん薬の治療が一般的なので、この薬が使われるのですが、当然この人たちは原因が違うので抗てんかん薬が効きませんから、発作を繰り返すのです。繰り返すたびに、医師はよかれと思って薬を調整していくとどんどん薬が増えていってしまう傾向があるのです。

山内　薬が効かないといいますが、てんかんの亜型ではなくて、別の疾患

図　心因性非てんかん性発作



群と考えてよいのですね。

谷口　そのとおりです。別のものと考えていいのですが、１つだけ気をつけなければいけないのは、時にてんかんを持っている方が、本物のてんかん発作と心因性の非てんかん性発作を合併していることもあるのです。一般の人に比べて、てんかんの患者さんは、心因性の非てんかん性発作を持っている率が高いといわれているので、またここがややこしく、非常に診断を複雑にしています。

山内　てんかん発作とてんかん発作もどきを示している患者さん、両者を見分けるヒントは何なのでしょうか。

谷口　ヒントとしては２つあって、まず１つが病歴だと思います。病歴が、てんかんとして長年治療されているにもかかわらず、典型的なてんかんの病歴としては少し違うというところです。例えば、てんかんという診断が最初に出たその根拠が乏しかったりするのです。あと、発作の症状というのが、基本的にてんかんの方はせいぜい１つとか２つとか、だいたいパターンが決まっているのですが、この人たちはいろいろなパターンの発作がある。病歴を見ていても、発作の症状がころころ変わるときには、これはてんかんとは違う病歴だと疑うのがポイントだと思います。

山内　発作自体にも違いがあるのでしょうか。

谷口　２番目のポイントとしては発作症状の鑑別が大事です。いろいろな鑑別のポイントがあるのですが、まず有効だといわれているのが、けいれんするような、運動するような激しいて

んかん発作のときは、目を開けていることが多いのです。目を開けて、白目をむくといわれるのですが、心因性の非てんかん性発作の人たちは、むしろ目を閉じていて、しかもけいれんといっても、よくよく見ると細かく震える、どちらかというと振戦様の動きだったりして、しかもそれが長く続くのです。

山内　長いのですね。

谷口　はい。てんかん発作だと、普通のけいれんはせいぜい長くても１分とか２分とかで終わるのですが、この人たちは時に数時間とか１時間とか、長く続くのです。

山内　それはだいぶ違いますね。

谷口　そうなのです。しかも、長くずっと震えているかというと、１回止まって、また何かの拍子に震えるとか、止まって休む、みたいなものを繰り返すのも、この人たちのポイントです。見慣れた先生が見ると、発作症状でわりと鑑別はつくのですが、中には難しいものもあります。

山内　客観的な診断ないし鑑別診断となると、やはり脳波なのでしょうか。

谷口　おっしゃるように脳波は非常に有効なのですが、普段我々が外来で一般で行っている脳波から得られる情報というのは、実は案外少ないのです。というのは簡単にいうと、てんかんの方でも発作が起きていないときには脳波異常を示さないこともありますし、てんかんでない方でも脳波異常を示すことがある。発作が起きていないときの脳波から得られる情報というのは非常に限られているのです。でも、脳波が有効なのは、脳波の特殊な検査で長時間ビデオ脳波というものがあるのです。これは文字どおり、ビデオと脳波の記録を長時間続けて、発作を記録するのが目的です。その患者さんの一番困っている症状、発作を記録して、そのときにビデオでその人の症状を客観的に記録する。そのときの脳波がどんなふうに変化するのかで診断を行っています。これが一番いいと思います。

山内　長時間といいますと、どのくらいの時間ですか。

谷口　いろいろですが、一般的には３～５日間といわれています。

山内　それはまた長いですね。

谷口　非常にたいへんな検査で、だいたいの方はずっと脳波の電極を頭につけたまま過ごすので、その間、お風呂に入れなかったり、基本はベッドの上にいたりとかで、患者さんの負担は大きいのですが、我々からすると得られる情報がすごく多いので、たいへん有効な検査だと思っています。

山内　確定診断にかなり近づけると考えてよいのですね。

谷口　そのとおりです。

山内　ただ、もし入院でとなると、そういった設備を持っている施設は多いのでしょうか。

谷口　今、長時間ビデオ脳波が可能

な病院はけっこう増えていて、いわゆるてんかんセンターと呼ばれているような難治性のてんかんの方の診断と治療をしているセンターが各都道府県に１つは必ずありますし、大きな大学病院の神経内科や脳外科、私は精神科ですが、精神科の病棟、小児科の病棟ではだいたい１台ぐらい、そのような器械があるので可能だと思います。

山内　画像診断上は、あまり特異的なものはないのでしょうか。

谷口　今のところ、診断に役立つような画像の異常はとらえられてはいないのですが、心因性の非てんかん性発作の病態に迫る画像研究は進んでいます。例えばfunctional MRIを行うと、この人たちは一般の人に比べて感情の処理がしきれずに、すぐ体の症状で出てしまうというような、ネットワークが強化されているのがわかっています。

山内　最後に治療ですが、心因性の非てんかん性発作には抗てんかん薬は百害あって一利なし、と考えてよいのですね。

谷口　もちろんてんかんを合併している方の場合はなかなかすぐにはやめられませんが、てんかんを合併していない心因性の非てんかん性発作の方は、基本的に抗てんかん薬はやめるべきだと思います。抗てんかん薬の副作用で認知機能や気分の問題が意外と出ている人がいるので、薬をやめるだけでむしろ少しよくなるという経験もあります。

山内　この病気に対する特効薬、ないしそれに特化した薬はあるのでしょうか。

谷口　残念ながら特効薬はないのです。ただ、心因性の非てんかん性発作の方は不安やうつを合併していることがあるので、そういうものに対して精神科の薬、抗不安薬や抗うつ薬を使うことはあります。ただ基本的な治療は、いわゆるカウンセリングというか、精神療法になります。

山内　源流を断つという意味で、抗うつ薬や抗不安薬が用いられてくると考えてよいのでしょうか。

谷口　合併する抑うつとか不安に対して、それが根っこになっている人もいます。もちろんそれで治療することも可能ですし、あとはこの人たちは心のストレスの処理の仕方に問題があったりするので、いわゆる認知行動療法、うつでも最近注目されていますが、それが一番いい治療といわれています。わりと質の高い、エビデンスレベルの高い研究も今、海外では報告されています。

山内　話が戻ってしまいますが、発症のきっかけとして何か大きな精神的なショックがあったとか、そういったもので起こるものなのでしょうか。

谷口　いろいろなパターンがあります。欧米の研究ですと、小さいときに虐待を受けていた方とか、トラウマが

きっかけで起きることもあるのですが、私の経験しているかぎりでは、日本の患者さんではそういう方は少ないです。むしろ過剰にまじめな方というか、非常に自分の気持ちを押し殺す頑張り屋さんの方が、何か社会生活でつまずいたことをきっかけに起こることが多いです。

山内　今までてんかんの中に含められていたけれども、実はその中にかなり紛れている可能性があるとみてよいのでしょうね。

谷口　そのとおりです。いわゆる難治性の患者さんが集まるてんかんセンターのだいたい２～３割ぐらいの方は、実は心因性の非てんかん性発作だったという報告もありますので、かなり診断されずにいる可能性があると思います。

山内　ありがとうございました。