

CQ 14-1

心因性発作をてんかん発作と鑑別する指標はなにか

推奨

発作時にビデオ脳波同時記録を取ることが、最も確実な方法である。ただし、単純部分発作、補足運動野起源ないしは眼窩脳・帯状回の起源が想定されるような発作については、発作時のビデオ脳波同時記録が診断の決め手とはならない場合もある（**グレードB**）。参考となる指標はいくつかあるが、一つの臨床症候だけで心因性発作と断定することは避けるべきである。またある種類の発作が心因性発作であると確定診断がついたとしても、同一個人における他のすべての発作が心因性発作であると断定することは避けるべきである（**グレードB**）。

解説・エビデンス

心因性発作は、手術の適応となるような難治てんかんでは15～30%であり、てんかんとして初診する患者においては5～20%の頻度であるとされている。男女比は、対象とする集団によって大きく異なり、知的障害もてんかんも伴わない場合には女性が多いが、知的障害ないしはてんかんを伴う場合には男女差は明確でない。精神発達遅滞が併発する頻度も、17～37%と報告によってばらつきがある¹⁾。てんかん発作あるいは精神発達遅滞を伴う心因性発作では、しばしば直接的な誘因が存在することが多いので、生活状況をよく聴取し、心因性発作が発現する直前に生活上の変化（それまで保護してくれていた人物がいなくなるなど）がなかったかといった出来事に着目する必要がある。これに対して、てんかんおよび精神発達遅滞をいずれも伴わない人に起こる心因性発作では、家族関係などの生育歴が重要である場合が多く、精神科医・臨床心理士の助言を求めることが望まれる。

冒頭でも触れたように、以下に挙げる指標では、いずれも単独で確定診断のできる症候ではなく、参考所見と考えるべきであり、疑いがある場合には環境調整や精神療法を並行して行いながら、臨床症候の推移を観察しつつ時間をかけて確定診断をする必要がある。以下の徴候の個々の信頼度は必ずしも高くないことを銘記しておく必要がある。

① 首の規則的・反復的な左右への横振り運動、② 発作の最中に閉眼している場合、③ 発作中に泣き出す場合、④ 発作出現に先行して1分以上の閉眼・動作停止を伴う疑似睡眠状態が出現する場合、心因性発作の可能性が高いとの報告がある（エビデンスレベルIV）¹⁾。

心因性発作の患者でも、発作の最中に尿失禁、咬舌を起こすことがあるが（エビデンスレベルⅡ）²⁾、頻度は低い（エビデンスレベルⅡ）³⁾。

発作終了後にプロラクチン濃度の上昇を伴う場合、心因性ではない可能性が高い。

文献

- 1) 兼本浩祐, 日本てんかん学会ガイドライン作成委員会 (藤原建樹, 池田昭夫, 他). 心因性非てんかん性発作 (いわゆる偽発作) に関する診断・治療ガイドライン. てんかん研. 2009; 26(3): 478-482. (エビデンスレベルⅣ)
- 2) Peguero E, Abou-Khalil B, Fakhoury T, et al. Self-injury and incontinence in psychogenic seizures. *Epilepsia*. 1995; 36(6): 586-591. (エビデンスレベルⅡ)
- 3) Oliva M, Pattison C, Carino J, et al. The diagnostic value of oral lacerations and incontinence during convulsive "seizures". *Epilepsia*. 2008; 49(6): 962-967. (エビデンスレベルⅡ)

検索式・参考にした二次資料

PubMed (検索 2008 年 11 月 1 日)

(Diagnosis, Differential [Mesh]) AND ("psychogenic nonepileptic seizures" [AL] OR ((psychogenic [AL] OR psychologic [AL]) AND Seizures [AL] AND epilepsy [Mesh])) = 158 件

医中誌ではエビデンスとなる文献は見つからなかった。

CQ 14-2

心因性発作はどのように治療すべきか

推奨

- 1) 心因性発作をもっていることが疑われる患者で、てんかん発作が併存する場合には、患者・家族にどのタイプの発作が心因性発作でどのタイプがてんかん発作かに関する十分な説明を行い、必要があれば社会的・心理的な環境調整を行う。
- 2) 心因性発作をもっていることが疑われる患者で、知的障害が存在する場合には、患者・家族への診断の説明・告知とともに、社会的・心理的環境調整を行う必要がある。
- 3) 心因性発作をもっていることが疑われる患者で、知的障害およびてんかん発作が併存しないと推察される場合、積極的な精神療法の導入と抗てんかん薬の減量・中止を試みるのが望ましいが、その際には精神状態の一時的悪化や投薬によってそれまで抑制されていたてんかん発作の顕在化といったリスクを伴うことを十分に告知し、患者・家族の同意を得ておく必要がある* (グレードC)。

* : 3) の場合には、精神科医とてんかんに対して一定の知識を有する医師が連携することが望ましいが、神経内科医が精神科医に紹介するに際しては「すべての可能性を尽くすために精神科の先生にも治療のアドバイスを受けましょう」など、自分のところから当該の患者を追い出したと受け取られない言い方を工夫すべきであり、少なくとも一定期間は併診で診察を行うことが望ましい。また、発作時のビデオ脳波同時記録が成功した場合、これを患者・家族に供覧し、説明を行うことは教育的に大きな効果があることも多いが、その際には、心因性発作は偽物の発作であるといった価値判断を交えずに行われることが必要である。心因性発作の多くは、仮病や詐病ではなく、心的葛藤の表出だからである。

解説・エビデンス

1) 心因性発作にてんかん発作が併存する場合

心因性発作とてんかん発作が併存する場合には、心因性発作が存在することの説明は、基本的な治療の枠組みの変更（転科や投薬の中止）に必ずしも結び付かないので、患者・家族に比較的受け入れられやすい。発作時のビデオ脳波同時記録で心因性発作の存在が確認された場合でも、すべて発作が心因性発作であるとは限らないことを顧慮するならば、当初の説明は、「てんかんでなく気持ちの方から来る発作も起こっている可能性がある」といった程度にとどめた方が安全だと思われる。その上で、てんかん発作を伴う場合には、当該の発作に適した投薬への変更が必要である。

2) 心因性発作がてんかん発作を伴わず出現している場合

てんかん発作を伴わず心因性発作だけが出現していると考えられる場合には原則としては抗てんかん薬の減量・中止を開始する必要があるが、特に中止に際しては、離脱症候群の出現や投薬によって抑制されていたてんかんの顕在化の可能性、さらに長期間の投薬が

行われてきた症例に関してはアイデンティティーの喪失による激しい心理的な動揺が出現する可能性があることをあらかじめ、患者・家族に説明しておく必要がある。てんかん発作を伴わず、専ら心因性発作のみを呈していると推察される患者で、投薬が長期間に及んでいる場合には、「自分はてんかんであるから就労できない」とか「子供を産めない」など、てんかんであることが人生設計の大きな基軸となっている人たちが存在しており、こうした人たちにおいては、てんかんの診断の否定は、新たなアイデンティティーの形成とセットで行われる必要がある。根気強い精神療法と主治医あるいはその他の治療スタッフとの確かな関係性の確立抜きで診断だけを行っても、こうした人たちの場合には治療的効果はほとんどなく、単に新たに自分を「てんかん」と診断してくれる別の医療機関へかかり直すだけの結果となることが多い（エビデンスレベルⅣ）¹⁾。

3) 知的障害

知的障害を伴う患者に心因性発作が出現している場合には、内省を伴う本格的な精神療法は実質的には無理なことが多く、心因性発作が出現した状況（自分を保護してくれていた肉親の喪失や職場・作業所での人間関係の大きな変化など）をよく聴取した上で、心因性発作を起こしても疾病利得（発作を起こすと多くの職員が構ってくれる、入院できる）のない状況を確保する一方で、心因性発作を起こさなくても患者が一定の注目と保護を受けることができるような環境調整を行う必要がある（エビデンスレベルⅣ）¹⁾。

4) 入院

入院の目的は大きく分けて、診断の確定、投与されている抗てんかん薬の減量・中止、発作の頻発によってパニックになっている患者・家族の心理的なサポートの三つである。診断の確定に関しては、発作時のビデオ脳波同時記録を行うことが最も大きな目的であるが、入院によって実際に医療スタッフにより発作を観察できるメリットもある。さらにいかに万全を期して診断しても、抗てんかん薬中止によってそれまで抑止されていたてんかん発作が顕在化する可能性は常にあること、また一定期間以上の間投与されていたフェノバルビタールやベンゾジアゼピン系薬剤の減量に際してはもともとてんかんがない人にもてんかん発作さらにはてんかん発作重積状態が誘発される危険を伴うことなどから、家庭において緊急受診など十分な対応を取ることが困難な場合や、発作の再燃への心理的な不安が大きい場合には入院による投薬の減量も考慮する必要がある。こうした目的が明確な入院の場合は、入院期間はおのずから設定されるが、発作の頻発による患者・家族の不安を主な理由として入院が行われる場合には、入院によって不安の最終的な解消は望めないことなどをきちんと説明した上で、精神療法の一環として入院させるという意識をもつことが必要である。その場合には、精神科医のアドバイスを受けての入院が望ましい（エビデンスレベルⅣ）¹⁾。

文献

- 1) 兼本浩祐, 日本てんかん学会ガイドライン作成委員会(藤原建樹, 池田昭夫, 他). 心因性非てんかん性発作(いわゆる偽発作)に関する診断・治療ガイドライン. てんかん研. 2009; 26(3): 478-482. (エビデンスレベルⅣ)

検索式・参考にした二次資料

PubMed (検索 2008 年 11 月 1 日)

("psychogenic nonepileptic seizures" [AL]) AND (Epilepsy/DI [Mesh] or Epilepsy [Mesh]) = 35 件
医中誌ではエビデンスとなる文献は見つからなかった.