

# AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

日本臨床（2002）別冊 神経症候群VI (37):385-389.

【神経症候群VI】偽発作

千葉 茂

日本臨床2002年 別冊 神経症候群 VI

タイトル: 「偽発作」

**Title: Pseudoseizures**

千葉 茂

**Shigeru Chiba**

旭川医科大学医学部精神医学講座

**Department of Psychiatry and Neurology, School of Medicine,  
Asahikawa Medical College**

**Key Words:**

1. epilepsy
2. seizures
3. electroencephalography
4. conversion disorder
5. dissociative disorders

〒078-8510

旭川市緑が丘東2条1丁目1の1

旭川医科大学医学部精神医学講座

千葉 茂

## 1. 定義、分類、病因

偽発作という用語は、しばしばヒステリー発作や心因性発作と同義のものとして用いられてきた<sup>1)</sup>。しかし、偽発作 **pseudoseizure** は、1964年、最初にこれを記載した**Liske and Forster**<sup>2)</sup>によれば、「てんかん発作に類似しているが、てんかん発作に特徴的な突発性の電気生理学的パターンを欠く」発作である。すなわち、偽発作は、非てんかん発作であると定義されている。

その後、てんかん発作に関するビデオ脳波（またはビデオ・ポリグラフィ）同時記録によって、てんかん発作のみならず非てんかん発作の病態生理についての理解が深まってきた。最近**Lancman**ら<sup>3)</sup>は、こうした研究の成果を踏まえて、偽発作を「非てんかん発作」として位置づけ、その原因によって器質性偽発作 **organic pseudoseizures** と心因性偽発作 **psychogenic pseudoseizures (PPS)** に大別している。本稿のタイトルは「偽発作」であるが、器質性偽発作についての記述は省略し、主にPPSについて述べる。

PPSに関しては、いくつかの精神病理学的発現機序が考えられている。すなわち、PPSは、DSM-IV<sup>4)</sup>に従えば、i) 身体化表現性障害 **somatoform disorders** の中の、発作またはけいれんを伴う転換性

障害conversion disorder with seizures or convulsions (300.11)、あるいは、身体化障害somatization disorder (300.81)、ii) 解離性障害dissociative disorders (300.12、300.13、300.14、300.6、300.15)、iii) 虚偽性障害factitious disorders (300.16、300.19)、およびiv)詐病malingering (V65.2)に分類される。なお、PPSで多くみられるのは、i)またはii)である。

一方、PPSには、うつ病、不安障害、外傷後ストレス障害、パニック障害、全般性不安障害、PPS以外の転換性障害(四肢の運動・知覚障害など)または解離性障害、人格障害、発達障害などの精神医学的障害が43～100%という高い率で同時に認められることが指摘されており、PPSとこれらの障害との間に発現要因における関連性があると推定される<sup>3)</sup>。例えば、うつ病発症要因としてのストレスや、外傷後ストレス障害に関連するflashbackや解除反応が、PPSの根底にある要因になりうる。パニック障害もPPSの一部にみられるが、パニック障害はむしろPPSと誤診されることが問題になる。全般性不安障害は、PPSの約10%にみられる。PPSでは、その他の転換性障害が全体の約3/4に合併することや、多彩な解離性障害を伴うことがしばしばあることが報告されている。一方、人格障害

はPPSの約半数にみられ、そのタイプとしてはDSM-IVのB群（演技的、境界性、反社会性）人格障害が多い<sup>3)</sup>。

ところで、てんかん患者では、抗てんかん薬服用量の増加や、てんかん発作重積状態に対する抗てんかん薬の静脈内投与が、PPSを引き起こすことがある。さらに、てんかん患者が示したPPSが真のてんかん発作とみなされて抗てんかん薬が増量され、この抗てんかん薬増量がさらにPPSを増加させてしまう、という悪循環が形成されることもある。

表 1

偽発作 **pseudoseizures** (または非てんかん発作 **nonepileptic seizures**) の分類 [Lancmanら<sup>3)</sup>に基づく]

A. 器質性偽発作 (**organic pseudoseizures**)

失神 (**syncope**)

ナルコレプシーの脱力発作または睡眠麻痺のエピソード  
(**cataplectic or sleep paralysis episodes of narcolepsy**)

閉塞型睡眠時無呼吸でみられる過度の日中の眠気による自動  
的行動 (**automatic behavior displayed during episodes of  
excessive daytime somnolence in obstructive sleep  
apnea**)

パラソムニア (例えば、睡眠時遊行症、レム睡眠行動障害、夜  
驚症)

(**parasomnias: e.g., sleepwalking, REM sleep behavior  
disorder、sleep terrors**)

息止め発作 (**breath-holding spells**)

消化管逆流 (**gastrointestinal reflux**)

複雑な臨床症状を示す片頭痛 (**complicated migraines**)

びっくり（驚愕）反応（startle responses）

ある種の運動異常症（certain types of movement disorders）

**B. 心因性偽発作 psychogenic pseudoseizures (PPS)**

身体化表現性障害（発作またはけいれんを伴う転換性障害、  
身体化障害）

（somatoform disorders (conversion disorder with seizures  
or convulsions, somatization disorder)）

解離性障害（dissociative disorders）

虚偽性障害（factitious disorders）

詐病（malingering）

## 2. PPSの疫学、症候論、鑑別診断

### a. 出現頻度

PPSの出現頻度は、一般人口では1%である。これに対して、てんかん患者におけるPPSの出現頻度は5-20%であり<sup>5)</sup>、とくに難治てんかんでは30%と高率であるという報告もある<sup>1)</sup>。一方、偽発作を有する患者における真のてんかん発作の出現頻度は、10-30%である<sup>1)</sup>。これらの報告は、てんかん発作と偽発作が合併して現れることが少なくないことを示している。

### b. 発症年齢、性差

PPSの発症年齢には19-22歳と25-35歳の2つのピークがあり、5歳以下と55歳以上はまれである<sup>3)</sup>。PPSの出現頻度は、男性よりも女性において明らかに高く、これにはconversion disordersが女性において高率に認められることが関係している可能性がある<sup>3)</sup>。

### c. 脳器質性障害の合併

PPSを有する患者の23.7%において脳器質性障害が認められる<sup>6)</sup>。したがって、脳器質性障害の存在は、PPSの診断を否定する理由にはならない。



#### d. てんかんの家族歴

PPSを有する患者の37.6%にてんかんの家族歴が認められるという興味深い報告がある<sup>6)</sup>。このような患者では、その家族が示したてんかん発作を目撃する機会があったことが、PPSの発症に関連している可能性がある<sup>6)</sup>。

#### e. 臨床症状、検査所見、鑑別診断

PPSの主な臨床症状は、全身けいれん、不調和で無目的な運動症状、あるいは無反応などである。これらの症状は、複合して出現することもある。鑑別すべきてんかん発作としては、全般性強直間代発作や複雑部分発作などがある。その主な鑑別点については、山口の総説<sup>1)</sup>を参照されたい。ここでは、PPSの臨床症状、検査所見、および鑑別診断に関していくつかの補足を行う。

##### 1) Preictal Pseudosleep (発作前の偽睡眠)

PPSには、正常睡眠と思える状態が先行することがしばしばある。この状態は無動・閉眼状態であるにもかかわらずポリグラム上は覚醒状態であることから、Preictal Pseudosleepと呼称されている<sup>7)</sup>。PPSにおけるPreictal Pseudosleepのsensitivityは56%、specificityは100%であることから<sup>7)</sup>、Preictal Pseudosleepは

PPSの診断において重要な所見と考えられる。なお、真の睡眠中に発作現象が生じた場合は、PPSではなく、てんかん発作やパラソムニア（例：睡眠時遊行症、レム睡眠行動障害、夜驚症）などが考えられる。

## 2) 発作症状

真のてんかん性強直間代発作とPPSの鑑別をビデオ脳波記録によって検討した研究によれば<sup>8)</sup>、PPSに特徴的な症状として、①上肢における両側非同期性・非対称性の間代発作、②下肢における両側非同期性・非対称性の間代発作、③発声は発作開始時にみられることはあるが発作中にはみられないこと、④骨盤を前方へ大きく突き出す行動 **forward pelvic thrusting**、⑤全身性硬直を欠くこと、⑥眼症状（両側眼瞼けいれん、一側眼瞼の間代性けいれん、または凝視）がきわめて少ないこと、が挙げられている。とくに、①、②、および③の組み合わせがあれば、96%の正確さ（**false-positive**が4%、**false-negative**が4%）でPPSと診断できるという<sup>8)</sup>。

別な報告<sup>9)</sup>では、外力に抵抗するような強い持続性の閉眼は、PPS（運動症状または無反応を示すもの）において半数以上にみられるがてんかん発作ではきわめてまれであること、強直相における強い

閉口はPPSを示唆すること、などが指摘されている。

PPSでは、てんかんよりも発作の持続時間が長いといわれているが、有用な鑑別点ではない<sup>3)</sup>。

尿失禁と外傷は、PPSでもまれで起こりうる。なお、PPSにおける口部の外傷は、口唇や舌尖端部にみられることが特徴的である<sup>9)</sup>。

### 3) 発作後の意識障害

PPSでみられる発作後の意識障害は、てんかん発作の場合よりもその持続時間が短く、PPSでは速やかに意識が回復する。また、PPSでは、しばしば暗示によって意識が回復する<sup>3)</sup>。

### 4) PPS と誤診されやすいてんかん発作

これには、前頭葉内側部や頭頂葉内側部に焦点をもつてんかんがある。これらの発作では、i)持続が短い(30秒以内)、ii)発作症状が一定である、iii)睡眠中にしばしば起こる、iv)上肢の外転を伴う強直姿勢がみられる(これは補足感覚運動野を巻き込む特異的なもので、PPSでは認められない<sup>10)</sup>)、などの特徴がみられる。これらのてんかん発作を診断するためには、発作時脳波の解析、および、これらの脳部位の詳細なMRI検査が不可欠である。

### 5) 血清プロラクチン値

血清プロラクチン値の有意な上昇（基準値の250－300%）は、全般性強直間代発作の直後では80－90%に、また、複雑部分発作の直後では40－60%に出現するが、単純部分発作や欠神発作の直後ではまれである<sup>3)</sup>。

## 6) 脳波

頭皮上電極による脳波記録が、PPSとてんかん発作の鑑別に有用であることはいうまでもない。しかし、脳の表面や深部構造にてんかん性発作発射が実際に出現していても、その発作活動が頭皮上電極に十分に伝わるわけではない。1つの頭皮上電極において、その位置を中心として少なくとも6 cm<sup>2</sup>の広さで発作発射が同期して出現しないと、頭皮上脳波の発作発射として記録されないことが知られている。Wylerら<sup>11)</sup>によれば、硬膜下電極によるてんかん性発作発射の検出率は100%であるが、頭皮上電極による記録ではその検出率は、発作間歇時では33%に、発作時では44%にとどまった。なお、頭皮上脳波における発作発射の検出率を上昇させるためには、覚醒時のみならず睡眠時脳波を記録することがきわめて重要である。

興味深いことに、PPS患者の脳波の19－53%において異常所

見（その 1/8 は棘徐波複合）がみられることが報告されている<sup>5)</sup>。

これには、PPS患者におけるてんかん発作の合併や、脳器質性障害の合併が関連していると考えられる<sup>5)</sup>。

発作時ビデオ脳波同時記録によって発作現象を捉えることは、てんかん発作とPPSの鑑別にきわめて重要である。発作時のビデオ脳波同時記録を解析した多くの研究によって、臨床症状からみると真のてんかん発作に類似するPPSが存在すること、またこれとは逆に、PPSに類似する真のてんかん発作が存在することが確認されている<sup>3)</sup>。したがって、臨床的観察のみでは、てんかん発作とPPSの鑑別を行うことは困難な場合があり、誤診が生ずる可能性があることを忘れてはならない。

### 3. 治療と予後

#### a) 治療

PPSに対する適切な治療法は、いまだに確立されていない<sup>1 2、1 3)</sup>。しかし、予後を良好にするためには、医師が患者に対して、直接的に明確なフィードバック（反応）を行うことは不可欠である<sup>1 2)</sup>。すなわち、患者との面接において、医師がPPSという診断をはっきりと告げることが重要である。PPSの診断が告知された直後から、

PPSが消失することは、臨床医がしばしば経験することである<sup>14)</sup>。精神病理学的障害が軽度である症例や、最近PPSが発症した症例に対しては、薬物療法および精神療法、またはそのいずれかを行うことも有効である。一方、PPSにその他の精神医学的障害が合併している場合には、その精神医学的障害に対する治療も必要である。この場合、とくに虐待、最近のストレス、うつ病、外傷後ストレス障害、解離性障害、B群人格障害などに注意しながら、個々の症例の治療を計画しなければならない<sup>12), 13)</sup>。

#### b) 予後

PPSの予後についてはさまざまな研究結果が報告されているが<sup>12)</sup>、Ettingerら<sup>15)</sup>によれば、PPSと診断されてから18カ月後の時点で、患者全体の52%において発作が消失し、43%において発作頻度が減少し、また、5%において発作頻度が不変であるか、または増加していた。

一般に、PPSと診断されるまでの期間が短い症例や、単発性うつ病を合併した症例、PPSの発症に先行して明らかなストレスが認められた症例、精神医学的障害の既往がみられない症例では、予後が良好である<sup>12)</sup>。一方、PPSが長期間認められる症例、あるいは、

反復性うつ病や解離性健忘、慢性的虐待、人格障害を伴う症例では、  
予後は一般に不良である。なお、てんかんの合併の有無、性別、神  
経学的異常の有無は、PPSの予後には関係しないという<sup>12)</sup>。

#### 4. 文献

1) 山口成良：てんかん発作の鑑別診断 B-1. 偽発作. 臨床精神医学講座 9 てんかん (松下正明 総編集)、p.72-81、中山書店、東京、1998.

2) Liske E, Forster FM: Pseudoseizures; A problem in the diagnosis and management of epileptic patients. *Neurology (NY)* 14:14-49, 1964.

3) Lancman ME, Lambrakis CC, Stainhardt MI: Psychogenic pseudoseizures. A general overview. In: *Psychiatric Issues in Epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment* (ed by Ettionger AB, Kanner AM), p 341-354, 2001.

4) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> ed. American Psychiatric Press, Washington DC, 1994.

高橋三郎、大野 裕、染矢俊幸 (訳) : *DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル*. 医学書院、東京、1996.

5) Bowman ES: Pseudoseizures. *Psychiatr Clin North Amer* 21:649-657, 1998.

6) Lancman ME, Brotherton TA, Asconape JJ, et al.: Psychogenic seizures in adults: a longitudinal study. *Seisure* 2:281-286, 1993.

7) Benbadis SR, Lancman ME, King LM, et al.: Preictal pseudosleep: a new finding in psychogenic seizures. *Neurology* 47:63-67, 1996.

8) Gates JR, Ramani V, Whalten S, et al.: Ictal characteristics of



pseudoseizures. Arch Neurol 42:1183-1187, 1985.

9) DeToledo JC, Ramsey RE: Patterns of involvement of facial muscles during epileptic and nonepileptic events: review of 654 events. Neurology 47:621-625, 1996.

1 0) Kanner AM, Morris HH, Luders H, et al.: Epileptic seizures mimicking pseudoseizures: some clinical differences. Neurology 40:1404-1407.

1 1) Wyler AR, Richey ET, Hermann BP: Comparison of scalp to subdural recordings for localizing epileptogenic foci. J Epilepsy 2:91-96, 1989.

1 2) Bowman EC: Psychopathology and outcome in pseudoseizures. In: Psychiatric Issues in Epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment (ed by Ettionger AB, Kanner AM), p 355-377, 2001.

1 3) Kanner AM, Palac SM, Lancman ME, et al.: Treatment of psychogenic pseudoseizures. What to do after we have reached the diagnosis? In: Psychiatric Issues in Epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment (ed by Ettionger AB, Kanner AM), p 379-390, 2001.

1 4) Aboukasm A, Mahr G, Gahry BR, et al.: Retrospective analysis of the effects of psychotherapeutic interventions on outcomes of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia 39:470-473, 1998.

1 5) Ettinger AB, Devinsky O, Weisbrot DM, et al.: A comprehensive profile of clinical, psychiatric, and psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia 40:1292-1298, 1999.

**表1 偽発作(pseudoseizures) (または非てんかん発作(nonepileptic seizures)) の分類(Lancman ら<sup>3)</sup>に基づく)**

---

**A. 器質性偽発作(organic pseudoseizures)**

失神(syncope)

ナルコレプシーの脱力発作または睡眠麻痺のエピソード

(cataplectic or sleep paralysis episodes of narcolepsy)

閉塞型睡眠時無呼吸でみられる過度の日中の眠気による自動的行動

(automatic behavior displayed during episodes of excessive daytime somnolence in obstructive sleep apnea)

パラソムニア(例えば, 睡眠時遊行症, レム睡眠行動障害, 夜驚症)

(parasomnias : e.g., sleepwalking, REM sleep behavior disorder, sleep terrors)

息止め発作(breath-holding spells)

消化管逆流(gastrointestinal reflux)

複雑な臨床症状を示す片頭痛(complicated migraines)

びっくり(驚愕)反応(startle responses)

ある種の運動異常症(certain types of movement disorders)

**B. 心因性偽発作(psychogenic pseudoseizures: PPS)**

身体化表現性障害(発作またはけいれんを伴う転換性障害, 身体化障害)

(somatoform disorders (conversion disorder with seizures or convulsions, somatization disorder))

解離性障害(dissociative disorders)

虚偽性障害(factitious disorders)

詐病(malingering)

---