

難 治 て ん か ん の 研 究

— 臨床と社会精神医学面 —

後 藤 忠 久

GOTO-TADAHISA

弘前大学医学部神経精神医学教室（主任 和田豊治 前教授）

（9. V. 1966 受付）

ま え が き

治療に極めて頑固な抵抗を示す、いわゆる難治てんかんに関する研究は、てんかんの予後に関する研究を含めると、我国においても数多く発表されているが、¹⁾²⁾⁴⁾¹⁴⁾¹⁵⁾てんかんの社会精神医学的な面からの研究は、我国では少ない。¹²⁾てんかん者の精神障害や性格変化は、発作同様に患者の社会適応にとって重要な要因である。

いわゆる難治てんかんの臨床上的特徴を明らかにすると共に、家庭・社会生活上の問題を、性格変化・精神障害の面とも関連してみたのが本研究である。

被 検 者

難治てんかんというものは、特別に定義¹⁴⁾されている訳ではなく、ここでは小笠原ら¹⁴⁾にら、規則的に服薬をつづけ、1年以上たっても発作頻度がなお50%以下に減少しないものを難治群とした。精神症状が重篤で入院中の症例は、発作頻度が50%以下に減少していても、社会精神医学的には多くの問題は含むが、ここでは上記の規準に従って難治群には含めなかった。これに対比させ、服薬により発作が消失し、過去1年間1回の発作もあらわれなかったものを、治療消失群とした。しかし、発作頻度がもともと少なく、頻度が2回/年以下のものは、発作消失が3年以上にわたる例のみを発作消失群に含めた。

弘前大学神経精神科および弘前精神病院において、昭和41年2月現在持続的に治療を受けている入院および外来のてんかん患者約600名のなかから、上記の方法により難治性¹⁷⁾のもの80名、発作消失群83名を選び出し、そのうち社会精神医学的な面で調査可能な症例を、難治群43例、消失群45例再選出した。

成 績

A. 臨床面

1) 発作型

発作型の分類は当教室の¹⁷⁾それにしたがった。即ち、痙攣発作群（大発作・焦点性・Jackson）、小発作群（absence・筋搐搦・massive myoclonic・失立発作）、精神運動発作群（自動症・精神運動-proper・tonic-arrest・自覚発作）、自律神経発作の4群である。

第1図は初発発作型と検査時発作型を難治群・消失群で対比したものである。混合発作型は検査時においては難治群54%>消失群33%と難治群で多い。これに反し、痙攣発作型は消失群54%>難治群33%と消失群で多い。

混合発作型を単位発作型別に分解してみると、第2図の如くなる。両群とも単位発作型として最も多くみられるのは、痙攣発作型（88%・82%）であり、次に精神運動発作型（41%・27%）である。

混合発作型を有するもので、初発発作型に治療前すでに他型発作型が合併したもの、お

図1 臨床発作型

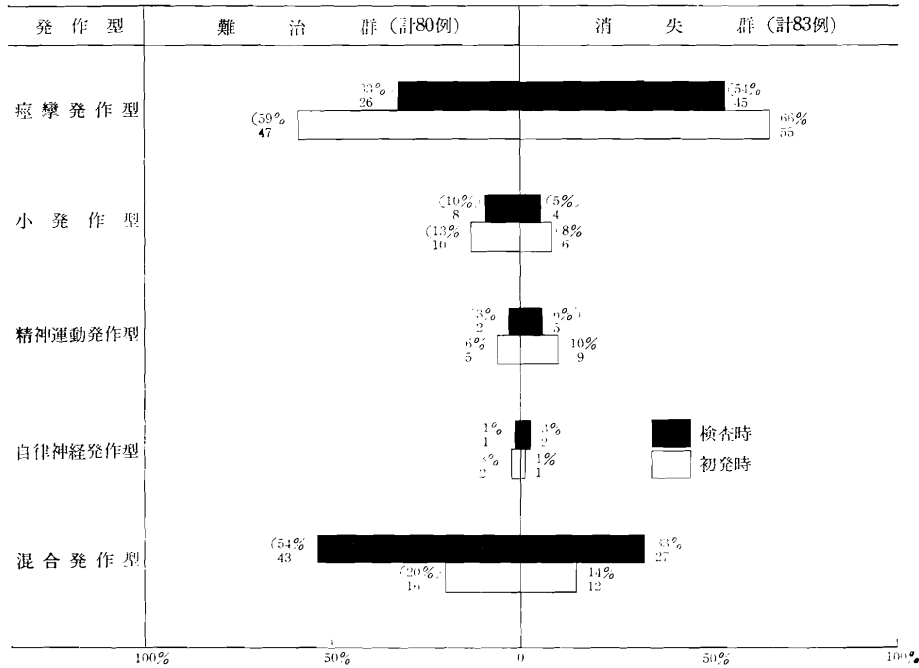
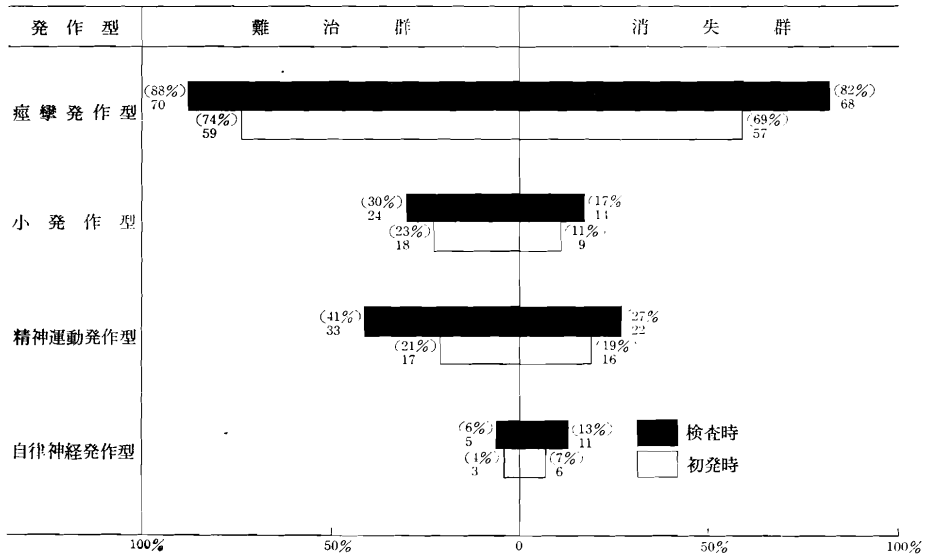


図2 単位発作型別に見た発作型の頻度

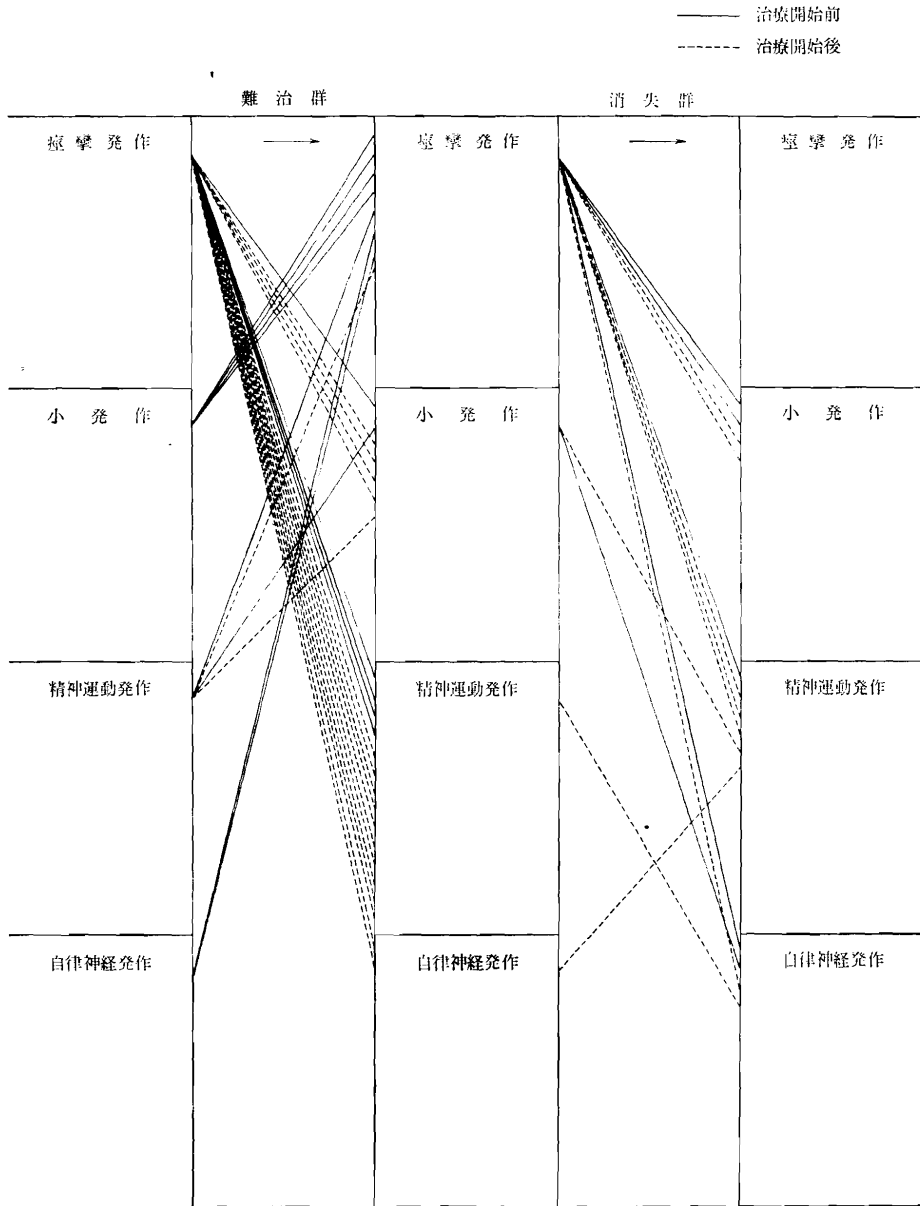


よび他型発作型に移行したものと、治療開始後に他型発作型の合併したもの、および他型発作型に移行したものとを比較すると、第3図の如く難治群では消失群に比べて、痙攣発作型で初発して、経過中に精神運動発作を合

併したものと、あるいは移行したものが圧倒的に多く、消失群の3倍以上もある事が注目される。またこれら発作型の付加・移行は、治療開始以前にすでにかかなりの例で見られる。

2) 初発発作頻度および発病年令

図 3 治療前及び後の発作型の移行及び他型発作型の付加



第4図の如く、発作が多発するもの(5~1/週以上)は、難治群50%・消失群22%で難治群が多い。図中の太い黒線は、痙攣発作型のみの初発発作頻度であるが、ほぼ全発作型の傾向と似ている。

発病年齢およびそれと治療開始迄の期間の相関(第5図)をみると、4才迄の発病が難

治群26例(33%)>消失群13例(16%)と難治群が多い。発病年齢と治療開始迄の期間との間には、特別な傾向はみられない。また、消失群で早期に治療を開始しているものが多いという訳でもない。

3) 病因・知能

遺伝負因としては、4親等以内にてんかん

図4 初発々作頻度

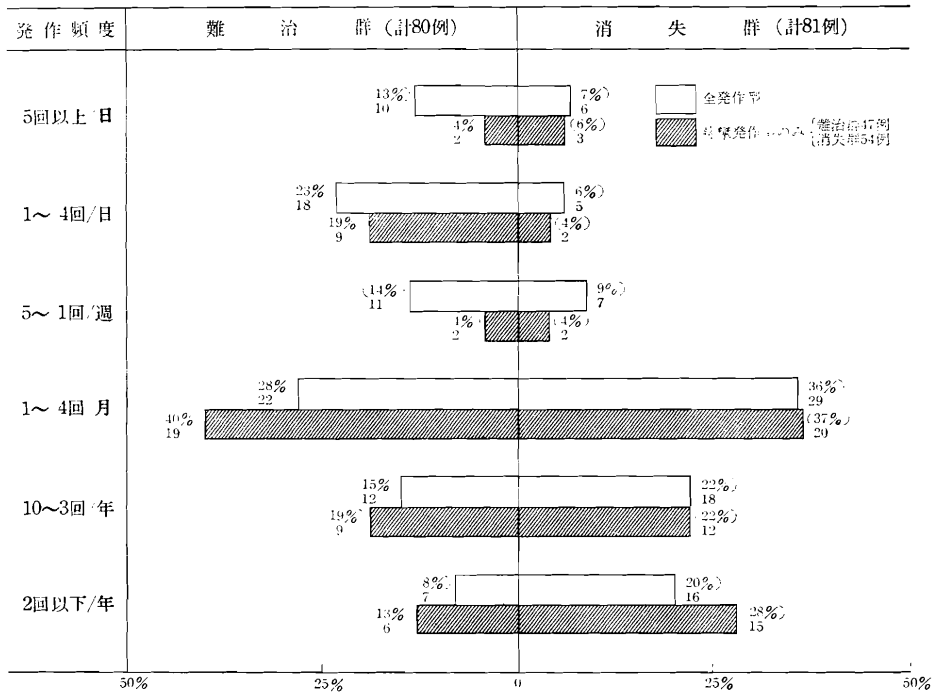


図5 発病年齢と治療開始迄の期間

治療開始迄の期間 発病年齢	難治群 (計80例)							消失群 (計83例)						
	~3ヶ月	~6ヶ月	~1年	~2年	~3年	~5年	~19年	~3ヶ月	~6ヶ月	~1年	~2年	~3年	~5年	~19年
0~4才	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5~9才	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
10~14才	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
15~19才		○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
20~24才					○	○	○				○		○	○
25~42才	○		○		○	○	○			○				○
計	18	4	12	9	9	14	14	8	2	24	12	7	13	17
							(80)							(83)

と考えられる発作を有しているもの、およびてんかん以外の精神病にかかっているものをとった。外因としては、1表の如きものをとった。これで見ると、遺伝負因を有するもの

は難治群に多くみられるが、てんかんについて両群の間には有意の差は認められなかった。

外因について、脳炎・髄膜炎では難治群14

表 1 病 因

	難治群(80例)	消失群(83例)
遺伝負因		
てんかん	13 (16%)	7 (8%)
その他の精神病	7 (9%)	3 (4%)
外 因		
脳炎・髄膜炎	11 (14%)	4 (5%)
出産時障害	9 (11%)	3 (4%)
頭部外傷	3 (4%)	5 (6%)
高熱疾患	20 (25%)	10 (12%)
重症消化不良	6 (8%)	2 (3%)
胎生期異常	0 (—)	2 (3%)
乳幼時けいれん	23 (29%)	15 (18%)

表 2 消失群で服薬開始から発作消失迄の期間

	計	83例
直 1 年以内	32	(39%)
2 年以内	25	(30%)
3 年以内	15	(18%)
	11	(13%)

表 3 E. E. G.

		難治群 (80例)	消失群 (83例)
全体の所見	異常	74 (93%)	73 (88%)
	境界及び正常	6 (8%)	10 (12%)
基礎律動	規則	25 (31%)	28 (34%)
	不規則	55 (69%)	55 (66%)
		難治群 (74例)	消失群 (73例)
異常脳波の局所性別分類	焦点性	49 (66%)	40 (55%)
	中心脳性	13 (18%)	29 (40%)
	汎発性	12 (16%)	4 (5%)

表 4 全症例中神経学的症状のあるもの

難治群 (80例中)	消失群 (83例中)
25例 (31%)	17例 (20%)

図 6 知 能 (総 数)

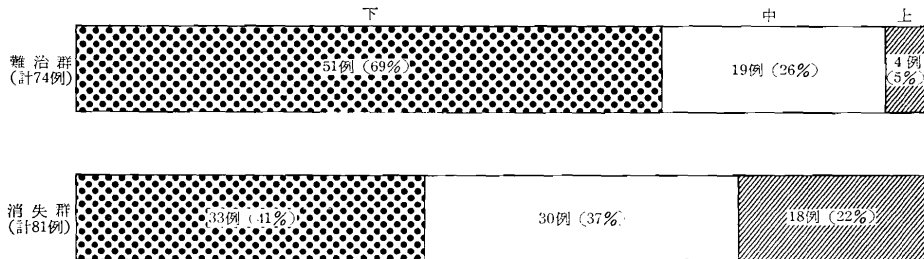
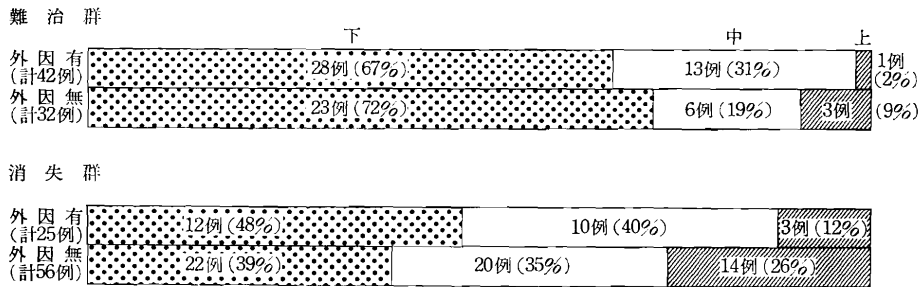


図 7 知能と外因の有無



% (11例)・消失群 5% (4例)で、両群間に 5%の有意差が認められ、出産時障害では難治群11% (9例)・消失群 4% (3例)で 5%で有意差が認められた。

高熱疾患でも難治群25% (20例)・消失群 12% (10例)で、両群間に 5%で有意差が認められた。

昭和41年2月現在において、知能程度の明らかなものを難治群と消失群で比較してみると、図6の通りで上位は消失群の22% (18例)に比し、難治群は 5% (4例)の少数であり、下位は消失群の41% (33例)に比して難治群69%と、両群の間に明らかに差が認められる。また外因を有するものと有しないも

表 5 問題行動・性格偏倚

	難治群 (80例中)	消失群 (83例中)
問題行動・性格偏倚を有するもの	54例 (68%)	35例 (42%)
問題行動・性格偏倚を有しないもの	26例 (33%)	48例 (58%)

のとに分けてみると、図7の如く、上位のものが外因のあるものではかなり少なくなる。

4) 治療開始から発作消失迄の期間

表2に示すように、消失群で上記の期間は直後・1年以内・1年以上がおよそ3分の1ずつである (39%・30%・31%)。

5) 脳波

脳波所見をみると表3に示す如く、難治群と消失群の間には著明な差がみられなかった。異常を呈した脳波所見を局所性別に分けてみると、中心脳性が消失群40%>難治群18%と差があり、難治群では消失群に比べて汎発性が多くなっている。

6) 神経学的症状

脳内の病変によると考えられる神経学的な異常所見は、表4に示す如く、難治群に31%

表 6 問題行動・性格偏倚の内容

		難治群 (54例中)	消失群 (35例中)
問題行動	性的いたずら	3	—
	不潔	6	—
	器物破損	8	—
	落つき	3	—
	刺激	10	3
	暴行	16	2
	精神病様状態	4	—
	精神盗	1	—
	アルコール嗜癖	1	—
	性格偏倚	爆発性	5
焦燥		—	2
衝動性		8	3
易怒性		11	5
気分易変性		2	4
粘着性		3	5
易着性		9	9
自己中心的		8	10
迂回遠れ		11	5
迂回過		6	7
反抗	3	1	
反抗	1	5	
反抗	6	4	
計		125	70

図 8 問題行動・性格偏倚と発病年齢との関係

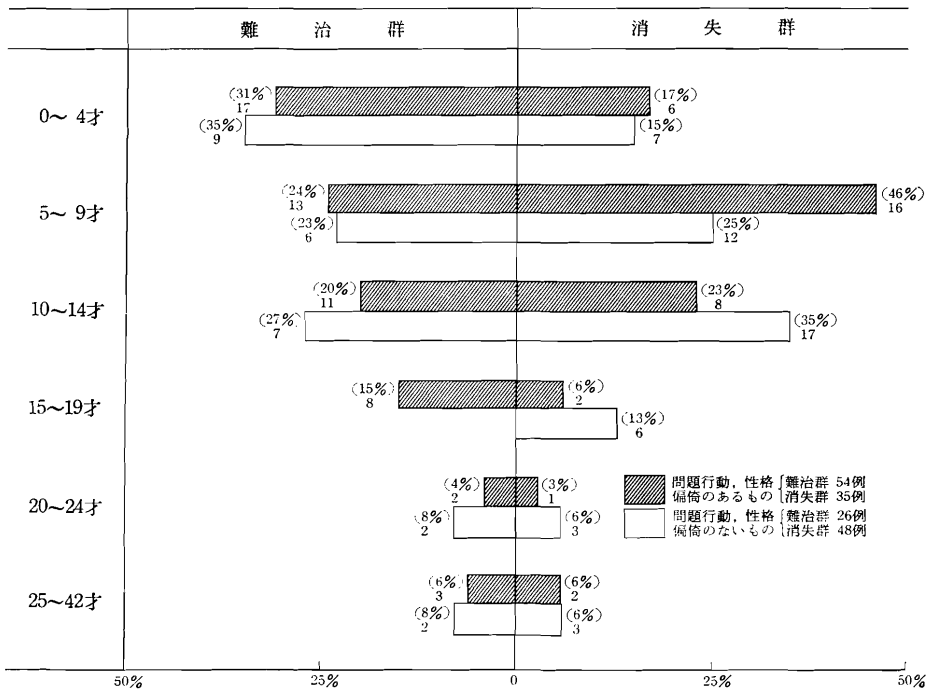
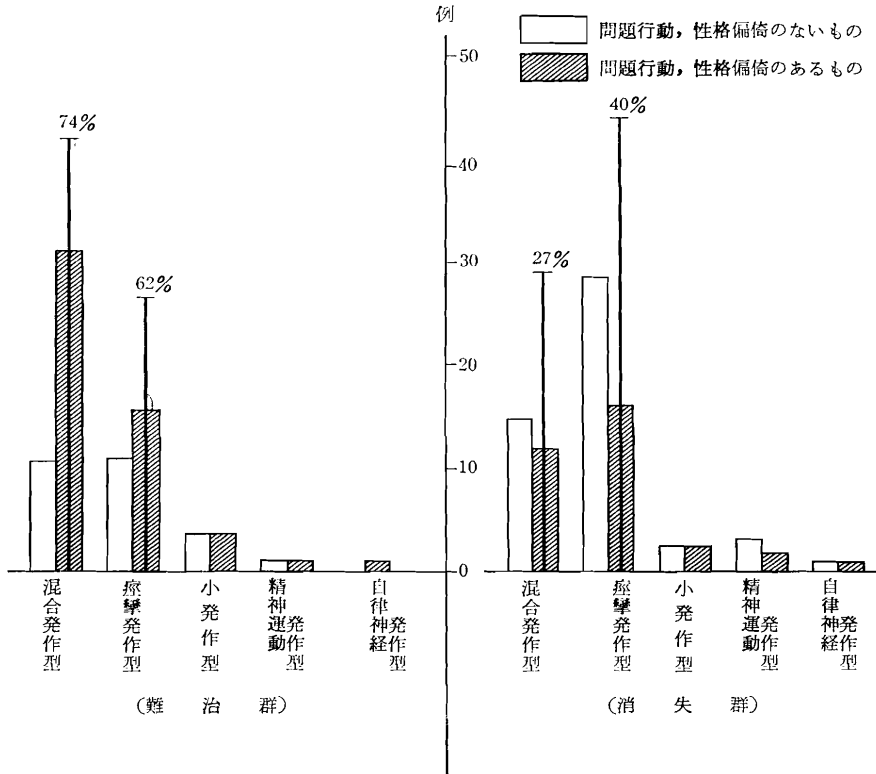


図 9 発作型別の問題行動・性格偏倚の出現頻度



>消失群に20%みられた。

7) 問題行動・性格偏倚

問題行動・性格偏倚の有無をしらべると(表5), 問題行動や性格偏倚を有するものは、難治群で消失群より多い。とりあげた問題行動や性格偏倚の内容は表6である。問題行動は大半が難治群に限られるといっても過言ではない。

次に発病年令との関係をもてみると、図8のようになり、問題行動・性格偏倚の有無と発病年令の間に特別な傾向はない。

臨床発作別に性格偏倚・問題行動の有無に分けてみると、難治群では図9の如く、混合発作型および痙攣発作型で、性格偏倚・問題行動をもつものの割合が多い。

性格偏倚・問題行動を有する群のみについて、知能・外因・異常脳波の焦点性などとの関係は表7である。知能の点を図6と比較すると、発作消失群では性格偏倚・問題行動な

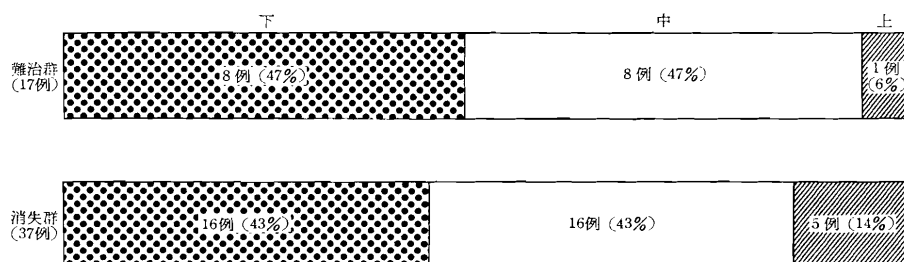
表 7 性格偏倚・問題行動のあるものについて

		難治群	消失群
知能	上	2 (4%)	4 (12%)
	中	14 (27%)	13 (38%)
	下	36 (69%)	17 (50%)
外因	有	33 (61%)	11 (31%)
	無	21 (39%)	24 (69%)
異常脳波の焦点の分類	焦点性	30 (63%)	14 (47%)
	中心脳性	9 (19%)	13 (43%)
	汎発性	9 (19%)	3 (10%)

どがあるものは、知能上位が少なくして下位が多い。外因の有無についても、全症例をとった場合とあまりかわりがない(図7)。

異常脳波の局所性別分類では、表3と比較すると、性格偏倚・問題行動の有無は、この

図 10 作業能力 1 人前, 優秀なものうちの知能程度



局所性別とは関係がない。

B. 社会精神医学面

以上、臨床面で検討してきた両群に、家庭・社会生活上でどのような差異があるか、次に述べるような面で比較検討した。

以下、性格的に問題のある群とは、前述の性格偏倚・問題行動障害群から、性格的偏倚のみをとった難治群 26 例・消失群 17 例である。

1. 作業能力

作業能力の優劣を 1) 優秀, 2) 1 人前, 3) 半人前, 4) 手伝い程度か仕事にならない, という 4 段階に分類検討してみた。優秀ないし 1 人前のものは、消失群 82% > 難治群 40% と消失群に多く, 1% の危険率で有意差がある。手伝い程度・仕事にならないものは、難治群 49% > 消失群 4% で、難治群に非常に多く, 1% の危険率で有意差が認められた。また、性格的に問題のあるものだけ作業能力の優劣を比較検討してみると、上述の結果と同じであった。

作業能力優秀なもの・1 人前のものだけをとり、知能程度を上中下に分類してみると、図 10 に示した如くなる。これでは難治群・消失群にそれ程違いは認められない。

2. 家族の患者に対する態度

家族がどのような態度で患者に接しているかを調べるのに、以下に述べるような点を検討してみた。また、性格的に問題のある群で家族の態度がどのように変わるかも検討した。即ち 1) 過保護的, 2) 保護抑制的, 3) 正当な保護・愛情, 4) 冷淡, 5) 邪魔物扱いに分

けてみると, 3) の正当な保護・愛情をもって接しているものが、難治群 65% < 消失群 94% で消失群に多く, 1% の危険率で有意差が認められた。性格的に問題のあるものでの家族の態度は、難治群 58% < 消失群 94% と、これも消失群に多く, 1% の危険率で有意差が認められた。

次に家族が世間態をはばかりかどうかを調査してみた結果、世間態をはばかりものは、難治群に 40%・消失群に 22% で、幾分難治群に多く認められるが、両群の間には有意差は認められなかった。

3. 患者自身の態度

患者の病気に対する態度を、1) 楽観的・不熱心, 2) 深刻さ不足, 3) 正当に受取り対処, 4) あきらめ, 5) 過度に心配・自殺念慮とに分けて比較してみると, 3) の正当に受取り対処が、難治群 13 例・消失群 26 例で消失群に多くみられるが、有意性はない。過度に心配・自殺念慮があるものは、難治群に 7 例・消失群 1 例で、難治群に多く, 1% の危険率で有意差が認められた。性格的に問題のあるものだけでは、有意差は認められなかった。

患者の対社会的態度を、1) 批判攻撃的, 2) やや批判攻撃的, 3) 良く適応, 4) 消極的・内閉的の 4 項目に分けて比較してみると, 3) の良く適応しているものは、難治群 26% (11 例) < 消失群 58% (26 例) で、消失群に多く, 1% の危険率で有意差が認められた。

性格的に問題のあるものだけをとりあげて

みると、1%の危険率で有意差が認められた。

消極的・内閉的なものは、難治群26例・消失群6例で、難治群に多く、1%の危険率で有意差が認められた。

患者が家庭に対してどの様な態度で接しているかを、以下に述べる4項目に分けた。即ち1) 批判攻撃的、2) やや批判攻撃的、3) 良く適応、4) 消極的・内閉的の4つである。3) の良く適応しているものは、難治群24% (10例)・消失群76% (34例)で、消失群に多く、1%の危険率で有意差が認められた。

性格的に問題があるだけの群では、1%の危険率で有意差が認められた。

消極的・内閉的なものは、難治群19例・消失群5例で、難治群に多く、1%の危険率で有意差が認められた。

性格的に問題のあるだけの群では、有意差は認められなかった。

患者自身が身の廻りをどの程度できるかどうかについて、以下に述べる4つに分けた。

1) 完全にできる。2) 大体できる。3) かなり手数がかかる。4) 全くできない。

1) の完全にできるものは、難治群63% (27例)・消失群96% (43例)で、消失群に多く、1%の危険率で有意差が認められた。性格的に問題がある群でも、1%の危険率で有意差が認められた。

患者に対して、入院時は看護婦が、家庭にあっては家族が、看護に対してどの程度の注意を払っているかを、1) 常に厳重な注意を要す、2) 時々注意、3) 殆んど又は全く不要の3つに分けた。

1) の常に厳重な注意を要するでは、難治群26% (11例)・消失群2% (1例)に認められ、難治群に多い。

3) の殆んど又は全く不要なものは、難治群46% (20例)・消失群93% (42例)で、消失群に多く、1%の危険率で有意差が認められた。

性格的に問題がある群でも、1%の危険率で有意差が認められた。

4. 結婚生活

結婚しているものが、難治群43例中5例・消失群45例中12例であった。この症例について、配偶者が患者にどんな態度であるかを、1) 同情心配、2) 余り心配しない、3) 無関心・あきらめ、4) 嫌悪・冷淡の4項目に分けた。1) の同情・心配しているものは、難治群3例・消失群5例であるが、両群の間には有意差はない。

2) のあまり心配しないの項は、消失群で6例あり、難治群にはなかった。

考 按

発作型について述べてみると、難治群で混合発作型が多く(54%)、消失群では痙攣発作型が多い(54%)^{14,15)}のは他の報告と一致する。しかし初発発作型は、難治群でも痙攣発作型^{14,15)}がもっとも多い(59%)ことも他の成績と一致する。この混合発作を単位発作型別に分けてみると、混合発作型は痙攣発作型と精神運動発作型の合併が最も多い事が分る。この精神運動発作の割合は、難治群と消失群の間で1%の危険率で有意差がある。

発作型の他型への移行あるいは、他型発作型の付加といったものが、果して治療と関係してもたらされるかどうかを検討するために、治療開始前後に分けて発作型の移行・付加を調べてみると(図3)、治療開始前後で著しい差がみられなかった。これは抗てんかん剤による治療は、発作型そのものの移行や付加には影響を与えないという事を意味する。

治療開始までの期間は、両群で明らかな差がなく、むしろ難治群で発病より治療開始迄の期間が、3カ月以内に多くみられるが、これは初発発作が頻発するの¹⁴⁾と関係しているであろう。

発病年齢と治療開始迄の期間の関係でも、両群に傾向の差がみられない。発病年齢^{1)2),14)15)}や治療開始迄の期間から予後を判定出来ない事になる。

遺伝負因では、てんかんが難治群に多く認められたが、他の報告の結果と同じで有意差は認められていない。

外因を有するものは、難治群で半数以上(42名)を占め、脳炎・髄膜炎と高熱疾患・出産時障害は、消失群との間に5%の危険率で有意差があった。これは後藤の成績とは一致していない。

知能については、両群の間に明らかに差が認められ、これは小笠原らの成績と一致する。外因の有無によって分けて検討すると、有・無の両群の間に著しい差がなく、これは後藤ら・小笠原らの成績と一致しなかった。これは知能が単に外因という因子のみでなく、発病年齢・発作頻度・発作型など、多面的な要因によって決定されるからであろう。

異常脳波の局所性の比較では、両群で焦点性が過半数を占めるが、ほかに難治群では消失群に比べて汎発性が多く、消失群は難治群に比べて中心脳性が多かった。

神経学的異常所見は難治群の方で多くみられたが、これは難治群において外因を有するものが多いという成績と関連をもつものである。

てんかんの精神障害は、急性・挿間性に出現するものと、慢性持続的に発現するものがある。しかしこれを厳密に区別する事はむづかしく、日常の臨床や調査で痛感させられたが、我々はできるだけ発作以外の比較的持続性の精神障害すなわち慢性てんかん性精神障害に関してだけ検討することにした。

問題行動および性格偏倚を有するものは、難治群68% (54例)・消失群42% (35例)で難治群に多く、後藤の成績と比較すると、難治群における精神障害の割合が少ない。この精神障害を、ある程度問題になる行為をもつものと、性格的なものを分けたわけであるが、この問題行動は圧倒的に難治群で多く、しかもその中で刺激的・暴行等の症状を有するものが多かった。ここにいう暴行・刺激的は、後藤のいうてんかんの性格特徴の爆発性

とは異なり、むしろ分裂病状態に近い1症状である。

性格偏倚は、難治群では自己中心的・衝動的などが多いが、粘着性・易怒・不機嫌もほぼ同程度に出現している。自己中心的とは、後藤が社会適応を阻害する立場から強調した「自分本位-独断的-一方的」というのに一致するものである。衝動的は、爆発性より一段弱い段階である。易怒は後藤のいう爆発性の範疇に入る。

性格偏倚を内容的にみると、両群の間には殆んど差がない。

性格偏倚や問題行動を有する群の発病年齢を、性格偏倚や問題行動を有しない群と比較しても、差は殆んどみられず、後藤の成績とは一致しなかった。

発作型別に性格偏倚・問題行動とを調べた結果では、混合発作型で問題行動・性格偏倚を有するものは、難治群では74%・消失群27%と難治群に非常に多かった。

痙攣発作型でも問題行動・性格偏倚をもつものは難治群62%>消失群40%で、これも又難治群に多い。すなわち、難治群に性格偏倚・問題行動(とくに後者)をもつものが消失群より多いのは、臨床発作型からみると、混合発作型と痙攣発作型でその差がみられるからである。

難治群では知能は性格偏倚・問題行動の有無には関係がないが、消失群では性格偏倚・問題行動を有するものでは知能の上のものが減り、下位のものが増えている。

性格偏倚・問題行動のあるもので、外因の有無を調べると、難治群と消失群では外因を有するものの割合が逆になっており、性格偏倚・問題行動も、ただ単に外因により強い影響を受けるというのでなく、複雑な要因と関係しているであろう。もちろん、外因の参加が知能および性格に対して不良の影響を与えるという田縁の考えが否定されるのではない。

性格偏倚・問題行動のあるものについて、

脳波上如何なる局所性を示すかをみると、表3・表7を比較すれば、脳波の局所性から性格偏倚・問題行動の有無を説明することはできないであろう。

てんかんの精神—社会面は、前述の症例より調査可能な難治群43例・消失群45例について検討したことは既述のごとくである。

作業能力で優劣を比較してみると、1人前ないしはそれ以上の仕事のできるものが、消失群82%で、一般社会人におけるそれに近い値と思われるが、難治群は40%で、その値がはるかに低い。性格的に問題の有る無しは、¹⁰⁾作業能力とは関係がなかった。これはGordonのてんかん患者の85%が社会によく適応し、職業につき、生計を維持しているという調査からみると、消失群では全く一致している。しかし、発作頻度の多いものの方が少ないものより優れた適応を示し、これは自分の病気について気軽に雇主に話す事によるとLennox¹⁸⁾が説明していることは、私の検討ではいえない。

難治群では1人前あるいはそれ以上の仕事のできるものが少なくなるのは種々の要因によるのであろうが、もっとも関係の深いのは知能程度で、作業能力1人前か優秀なものを選び知能程度をみると、難治群と消失群の間に大きな差はない。これは、てんかん発作それ自体は、作業能力に大きな障害を及ぼさないことを示すものであろう。Lennox¹⁸⁾は「I.Q. 100以下のものの方が、I.Q. 100以上のものより作業適応が上手にしているが、この事は恐らく専門職のような高度の職業は、てんかん患者が働くのにより多くの障害がある事に関連している」と説明しているが、この様な事も充分考慮せねばならない。

家族の患者に対する態度は、患者の社会適応¹⁵⁾にとり重要である事は論をまたず、Lennoxは家族が病気を認容する場合、多くの患者が発作を認容する、といっているのからもうかがえる。正当な保護・愛情をもって接しているものが、難治群65% (28例)と消失群94%

(42例)の間に有意差があり、性格的に問題を有するものだけをとっても同じことで、これは消失群には作業能力が1人前ないしは優秀で、家族の生活の一部となっているものが大部分である事を考え合せると、当然の結果といえよう。

家族が患者のために世間態をはばかるかどうかは、難治群で多かったが、難治群と消失群の間に有意差は認められなかった。

家族で患者を中心に問題が起こるかどうかは、難治群28% (12例)・消失群2% (1例)で難治群が多く、1%の危険率で有意差が認められたが、知能、作業能力、家族の対患者態度などから当然のことである。

患者自身の側の態度として、病気に対する・家族に対する・社会に対するものを検討したが、先ず患者の病気に対する態度であるが、正当に受けとって対処しているものが、難治群13例・消失群26例であり、後者に多いが、両群の間には有意差はない。後藤のいう「ふだんの注意をはらい、治療につとめているものが47%」は、我々の消失群における26例(58%)と難治群における13例(30%)¹⁵⁾の中間に位置する割合である。Lennoxの結果は逆で、賢明で信頼でき、病気への認容を示した患者は大体身体症状がひどく、治療の困難な患者であったといっている。その他過度に心配・自殺念慮を持ったものが、難治群で7例・消失群で1例あり、両者間には1%の危険率で有意差がある。

患者が一般社会に対して如何なる態度をとっているか検討してみると、良く適応しているのが難治群26% (11例)・消失群58% (26例)で消失群が多く、1%の危険率で有意差がある。性格的な偏倚を有する群でも、1%の危険率で有意差があるが、難治群・消失群何れでも性格的偏倚を持つと、よく適応しているものが少なくなるのは当然であろう。

Lennoxもまた、作業適応のよいものは明らかに社会に適応しているのに関連があると指摘している。

消極的・内閉的なものは、難治群・消失群¹⁸⁾の間に有意差があり、前者に多い。Lennoxは社会適応を困難にする要因が、発作そのものより精神症状にあるということ指摘したが、消極的・内閉的性格が社会適応を困難にすることも、別にてんかんに限るわけではない。

患者が家族に対してどのような感性・態度をもっているかを検討してみた結果も、よく適応しているものが消失群に多く、これは家族の態度如何によって患者側の態度が定まると⁸⁾いうことを考えると当然といえよう。

消極的・内閉的なものも対社会的態度と同じく、難治群に非常に多い。総じて、患者の対社会・対家族の態度は平行し、家族へ適応しているものがやゝ多いといえよう。

日常生活で患者が自身の身の廻りをどのように始末しているかどうかを検討してみると、消失群では大部分(96%)が完全にできるが、難治群ではこれが低い(63%)。性格的に問題を有するものでも、難治群では約半数(58%)であるが、消失群では大部分(94%)である。このことは、難治群に知能が普通以下のものや、神経学的障害をもつものが多いことから理解される。

患者の看護に家庭で家族が、入院時に看護婦が、どの程度の注意を要しているか検討すると、殆んどあるいは全く不要なものが、難治群では約半数(46%)であるのに比べ、消失群では大部分(93%)であり、丁度前項の患者自身で身の廻りをどの程度できるかを、逆の面からみたことになる。

てんかんの患者に対して、配偶者が如何なる態度で接しているかを検討した結果、余り心配していないという態度が、消失群では半数(6例)に認められたが、難治群5例中には1例も認められなかった。

以上述べた事から、患者の社会適応を困難にしている要因は、発作自体はもとより、知能、身体症状、患者の性格、対家族・社会の態度、家族および社会の患者に対する態度が

多面的に働いているのであり、それらの結果、いわゆる難治てんかん者では、発作の消失しているものよりも、はるかに困難な社会上の立場におかれていることが分かる。

ま と め

少なくとも1年以上、規則的に服薬をつづけ、発作頻度がなお50%以上に減少しない難治てんかん患者80名と、少なくとも1年以上発作が消失しているもの83名とを、臨床的および社会精神医学的に比較検討した結果は次の如くであった。

1) 発作型では、難治群に混合発作型が多く、消失群には痙攣発作型が多い。

2) 難治群では痙攣発作型で初発して、経過中に精神運動発作型への移行あるいは合併したものが、消失群に比べてはるかに多かった。

3) 難治群では、初発発作頻度は1回/週以上頻発するものが、発病年齢では4才迄の発病が、消失群に比べて多かった。

4) 遺伝負因では、難治・消失群に有意の差はみられなかったが、外因を有するものは難治群に多く、有意差が認められた。

5) 知能下位のものは、難治群69%>消失群41%であった。

6) 異常脳波の局所性では、両群で焦点性が過半数であるほか、難治群では汎発性が多く、消失群では中心脳性が多かった。

7) 性格偏倚・問題行動を有するものは、とくに難治群の混合発作型および痙攣発作型で多くみられ、問題行動のあるものはほとんど難治群に限るといってよい。

8) 作業能力の優秀か1人前のものは、消失群82%>難治群40%であった。

9) 家族の患者に対する態度は、正当な保護愛情をもって接しているものが、消失群94%>難治群65%であり、家族が世間態をはばかるものも難治群に多かった。

10) 家庭で患者を中心に問題が起こっているものは、難治群28%>消失群2%であっ

た。

11) 患者の対社会的態度では、よく適応しているものが消失群 58 % > 難治群 26 % であり、家族に対する態度は、よく適応しているものが消失群 76 % > 難治群 24 % であった。

12) 患者が自分で身の廻りの仕末を完全にできるものは、消失群 96 % > 難治群 63 % で、患者に対する看護の必要度は、殆んどまたは全く不要なものは、消失群 93 % > 難治群 46 % であった。

以上から、いわゆる難治てんかん患者は、発作・知能・身体症状など臨床的な面ばかりでなく、家庭・社会生活上も、はるかに困難な立場におかれていると云い得よう。

御指導、御校閲をいただいた恩師和田教授に心から御礼を申し上げます。同時に、御援助、御協力下さった後藤助教授・小笠原講師・桜田高博士・山鼻医学士に対して感謝致します。

文 献

- 1) 後藤蓉子：てんかんの経過と予後に関する研究。精神経誌。1959, **62**, 1649.
- 2) 田縁修治，他：てんかん（治療と予後），精神医学，1961, **3**, 89.
- 3) 内村祐之，他：てんかん発作の予後並びに分類について。内村祐之編，てんかんの研究：1952，医学書院，東京，
- 4) 田縁修治，他：てんかんの予後。和田豊治編，てんかん学。1964，医学書院，東京。
- 5) 後藤彰夫：真性てんかんの性格特徴（その I）。精神医学，1961, **3**, 107.
- 6) 岡本重一：てんかんにみられる精神分裂病

様病像。内村祐之編，てんかんの研究。1952，医学書院，東京。

7) 上村忠雄・沢政一：てんかんの精神症状，精神医学最近の進歩。1957，医歯薬出版。

8) FETTERMAN, J. & BARNES, M. : Serial studies of the intelligence of patients with epilepsy. Arch. Neurol. Psychiat. 1934, **32**, 797.

9) 豊田順三・後藤彰夫：てんかんの性格変化（その 3）。精神医学。1961, **3**, 567.

10) GORDON, N. & RUSSEI, S. : The problem of unemployment among epileptics. J. ment. Sci., 1958, **104**, 103.

11) WILSON, W. P., et al : A study of the socioeconomic effects of epilepsy. Epilepsia (IV). 1960, 300.

12) 後藤彰夫・遠藤美智子：真性てんかんの性格特徴（その 5）。精神医学，1962, **4**, 903.

13) LENNOX, W. G. : Epilepsy and related disorders. Little Brown, Boston, , 1960.

14) 小笠原 暹，他：いわゆる難治てんかんの臨床。てんかんの研究。和田豊治教授開講 7 週年記念論文集。弘前大学神経精神医学教室。1959, 54.

15) 後藤 昭，他：難治てんかんの臨床。精神経誌。（投稿中）。

16) 浅野博一：てんかん患者の精神医学的研究。（補遺）。精神経誌。1954, **56**, 325.

17) 和田豊治：てんかんの臨床。精神経誌。1960, **62**, 339.

18) LENNOX, M. A. & MOOR, J. : Social and work adjustments in patients with epilepsy. Amer. J. Psychiat. 1950, **107**, 257.

19) 大熊文男：真性てんかんの性格特徴（その 2 ），ロールシャッハテストについて。精神医学。1962, **3**, 119.

20) 久間利昭：てんかん患者のロールシャッハ特徴について。ロールシャッハ研究。1958, **1**, 203.

21) HECLENSTRÖM, I. u. SCHORSCH, G. : Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 1959, **151**, 315.

ÜBER REFRAKTÄRE EPILEPSIE

— Klinik und soziale Psychiatrie —

By

TADAHISA GOTO

Neurologische und Psychiatrische Klinik, Medizinische
Fakultät, Universität Hirosaki (Direktor: Prof. T. WADA)

Epileptiker (80 Patienten), deren Anfälle durch regelmässige ärztliche Behandlung nicht beherrscht oder zumindest um 50% vermindert wurden, und unter Behandlung anfallsfreie Patienten (83) wurden sowohl klinisch als auch auf ihre familiär-sozialen Verhältnisse untersucht und miteinander verglichen.

Bei der refraktären Gruppe wurde Folgendes häufiger als bei anfallsfreien Epileptikern gefunden : Mischformen verschiedener Anfallstypen, häufige Anfälle, frühzeitiger Krankheitsbeginn, exogene Faktoren, psychische Rückständigkeit, Charakterveränderungen, Verhaltensprobleme, Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit, falsche Einstellung der Familie gegen die Patienten, Schwierigkeiten in der Familie und Mangel der familiären und sozialen Anpassung der Patienten.

Nach Vorhergesagtem kann Folgendes festgestellt werden : die refraktären Epileptiker stehen nicht nur klinisch sondern auch familiär-sozial in einer sehr viel schwierigeren Situation als die anfallsfreien Patienten.

(Zusammenfassung)