

[原著]

## 覚醒剤精神病の臨床精神病理学的研究

—陰性症状評価尺度による精神分裂病との比較—

富山 學 人\*

(昭和61年12月8日受付)

### 要 旨

慢性の経過をとる覚醒剤精神病者11例及びそれら症例に性別・年齢を match させた同数の慢性精神分裂病者を対象とした。覚醒剤精神病の臨床精神病理学的特徴について分裂病との異同を検討した結果、両者の相違は陽性症状でなく主として陰性症状に認められた。更に、陰性症状評価尺度 SANS を用い定量的に比較検討したところ、覚醒剤群と分裂病群は共に意欲・発動性欠如、快感消失・非社交性及び注意の障害において中等度の障害が認められたが、情動の平板化・情動鈍麻及び思考の貧困において覚醒剤群は分裂病群に比べて障害の程度が軽かった。更に覚醒剤群は発病年齢が高くなるほど陰性症状の障害の程度も高度であったが、分裂病群ではそれらの間に相関は認められなかった。また、両者には SANS で捉えきれない側面として以下の3点で明らかな差異を認めた。①覚醒剤精神病者は情動の表出、対人接触性において放置された状態と診察時では全く異なり、この切り変りは瞬時とも言えるほど急であった。②覚醒剤精神病者では分裂病者に認められた Rümke の言うプレコックス感を感じさせる者はいなかった。③放置された状態では、分裂病者は異質の存在感を認めるが、覚醒剤精神病者はむしろ人間としての存在感に乏しい。以上諸点における量的、質的相違が両群の間に認められたことは、その基盤となる両者の病理過程が微妙に異なっていることを示唆していると思われた。

**Key words:** 覚醒剤精神病, 精神分裂病, 精神病理, 陰性症状, SANS

### I. はじめに

今日、日本で覚醒剤という名称はアンフェタミンとメトアンフェタミンをさして使用される。1938年 Young と Scoville<sup>1)</sup> はアンフェタミンの使用により幻覚妄想状態を呈した3例を初めて報告した。一方、ドイツでは1941年 Greving<sup>2)</sup> (2例)、続いて Daube<sup>3)</sup> (4例)、Kalus et al.<sup>4)</sup> (3例) 等々の報告がある。当初、これら覚醒剤による精神病は潜在的妄想的傾向が覚醒剤によって促進されたという説が有力であったが、1955年 Chapman<sup>5)</sup> は「薬物の脳機能への中毒性影響と心理的影響の組合せによる」とした。日本では1945年以後の10年間第一次乱用期といわれるヒロポン(メトアンフェ

ミン)の大流行を経験し、その多彩な精神症状は1956年立津ら<sup>6)</sup>の「覚醒剤中毒」に詳細に記載されている。この時期、台ら<sup>7)</sup>によって世界に先がけてメトアンフェタミン慢性中毒の生化学的研究が行なわれた。また、覚醒剤精神病の長期予後については1955年以降1960年代にかけて、精神分裂病(以下分裂病と記す)との異同を問題にしていくつかの報告<sup>8-12)</sup>がみられる。

1965年 Randrup と Munkvad<sup>13)</sup> はアンフェタミンとその拮抗薬とされるクロールプロマジンとハロペリドールを用いた実験から分裂病のドーパミン仮説を提出。1970年 Angrist ら<sup>14)</sup> は4人の非分裂病者にアンフェタミンを投与し、幻覚妄想状態の出現をみたことを報告。また、Griffith ら<sup>15)</sup>も9人のボランティアに $\alpha$ -アンフェ

\* 帝京大学医学部附属市原病院, 精神神経科学教室

Gakujin TOMIYAMA: Psychopathological Study of Methamphetamine Psychosis: Comparison of Methamphetamine Psychosis and Schizophrenia using the SANS by Andreasen<sup>1)</sup>

Department of Neuropsychiatry, Teikyo University, School of Medicine, Ichihara Hospital, Ichihara 299-01

Received for publication, December 8, 1986.

タミンを投与し独自の精神症状が発現すること、またアンフェタミンと中枢神経系のカテコラミンとの関連を推論した。1973年 Janowsky ら<sup>16)</sup>はアンフェタミンの誘導體、メチルフェニデート(リタリン)を分裂病者、躁病者、鬱病者に静注する実験を行い、活発な病状の分裂病者では精神症状を賦活させることを報告。また、1980年 Angrist ら<sup>17,18)</sup>は21人の分裂病者に $\alpha$ -アンフェタミンを経口投与し、陽性症状は悪化し陰性症状は変化しなかったと報告。こうした結果をふまえて、1980年 Crow<sup>19,20)</sup>は後に述べる様な分裂病の類型化を提唱した。

このように近年、分裂病の生物学的基盤の解明をめざして覚醒剤による基礎的研究がおしすすめられると共に上述の様な実験精神病理としての研究が報告されるに至っている。しかし、これら2つの疾病を同列に論じる事ができるかどうか、という問題がある。そこで、分裂病との鑑別がもっとも困難とされる慢性の経過をとる覚醒剤精神病を取上げ、その臨床精神病理学的特徴を明らかにすると共に、その陰性症状(後述)について分裂病の中核群とされる慢性ないし欠陥分裂病と比較し、その異同を検討することは意味のあることと思われる。

## II. 研究対象

本研究の対象はすべてメトアンフェタミン精神病者である。類型分類は厚生省の「覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議」の覚醒剤精神疾患の類型及びその診断基準<sup>21)</sup>に従った。対象とした覚醒剤精神病者は「覚醒剤精神病の遷延・持続型」すなわち“覚醒剤依存徴候を有するかまたは有していた者に生じた幻覚妄想状態を主とする精神病状態であり、休薬後も1カ月以上にわたって症状が持続するもの”加えて、情動障害、意欲減退を中心とする残遺症状を呈するものである。

対象症例は、1986年1月より4月末までの4カ月間に国立下総療養所に入院中の慢性の覚醒剤精神病者8例及び上記期間に国立国府台病院に通院中の患者3例の合計11例である。対照群として、上記対象症例に性別・年齢をできるだけ match させ交絡因子を制御する<sup>22)</sup>とともに、無為・自閉・意欲減退等の陰性症状の障害の程度が著者からみて一見、酷似している慢性ないし欠陥分裂病者を選んだ。選ばれた症例は、1986年3月より5月末までの3カ月間に国立国府台病院に入院中の分裂病者11例である。

## III. 研究方法

### 1) 病歴調査及び面接

全対象者について診療録、看護日誌、主治医の意見等

により、過去の病歴および精神症状を調査した。更に対象者の日常の行動、他患との交流、娯楽への興味の程度等々を観察すると共に、看護者から日常生活全般にわたる報告を得た。面接は各症例2回を原則とし、現在の精神状態を診察した。以上により、各症例について今回入院時(外来患者は前回入院時)及び調査時の精神症状を記述し、比較検討した。

### 2) 陰性症状評価尺度 (Scale for the Assessment of Negative Symptoms: SANS) による評価

SANS は Andreassen<sup>23)</sup> が分裂病によく認められる5つの表出や行動の異常を陰性症状とみなし、それを客観的定量的に評価するために開発されたものである。この評価尺度の信頼性や評定者間信頼度については充分実用に耐えることが報告<sup>23-25)</sup>されている。

本研究では SANS を用い、覚醒剤精神病と分裂病の陰性症状を定量的に把握し、その異同を比較検討した。なお両群の比較には対応のある平均値の比較を用いた。また、SANS の結果と発病年齢、調査時年齢、覚醒剤使用期間との関連についても検討した。

SANS に関しては岡崎らの原著<sup>26)</sup>を用いた(表1)これは5つの症状項目と、それらを構成するいくつかの下位項目、主観的評価、総合評価からなり、合計30項目である。各項目は0から5までの6段階で評価され、各項目ごとに障害が認められないものを(0)、最も障害されているものを(5)と評価し、数値が増すほど、その障害度が大きいことを示している。評価基準は岡崎らの原著<sup>26)</sup>に基づき、また北村ら<sup>24)</sup>の「SANS の使用に関する内規」及び太田、岡崎ら<sup>25)</sup>の「SANS 評価のための面接手順」を参考にした。評価対象期間は各症例1カ月とした。施行対象は、慢性覚醒剤精神病者11例及び対照群とした分裂病者11例の計22例である。

## IV. 結果

### 1) 病歴

覚醒剤精神病者11名の性別、調査時年齢、覚醒剤初回使用年齢、精神病状態発現までの覚醒剤使用期間、調査時までの覚醒剤使用期間の合計、精神病状態発現後調査時までの期間、覚醒剤以外の依存、調査時の入院、外来別、精神科入院歴および調査時までの入院期間について表2に示した。対照群とした分裂病者11名の性別、調査時年齢、発病年齢、発病後調査までの期間、入院歴および調査時までの入院期間について表3に示した。調査時年齢をみると、覚醒剤群では22歳から56歳まで20代1人、30代4人、40代4人、50代2人で平均年齢39.3歳；標準偏差10.2歳である。分裂病群では調査時年齢を覚醒

表 1. 陰性症状評価尺度 (SANS)

評点基準	0. なし	3. 中等度
	1. 疑わしい	4. 重度
	2. 軽度	5. 最重度
I. 情動の平板化・情動鈍麻		
1. 表情変化欠如		0 1 2 3 4 5
2. 自発的動きの減少		0 1 2 3 4 5
3. 身振りによる表現の減少		0 1 2 3 4 5
4. 視線による表現の減少		0 1 2 3 4 5
5. 情動反応性欠如		0 1 2 3 4 5
6. 場にそぐわない情動		0 1 2 3 4 5
7. 声の抑揚の欠如		0 1 2 3 4 5
8. 情動の平板化・情動鈍麻の主観的評価		0 1 2 3 4 5
9. 情動の平板化・情動鈍麻の総合評価		0 1 2 3 4 5
II. 思考の貧困		
10. 会話量の貧困		0 1 2 3 4 5
11. 会話内容の貧困		0 1 2 3 4 5
12. 途絶		0 1 2 3 4 5
13. 返答潜時の延長		0 1 2 3 4 5
14. 思考の貧困の主観的評価		0 1 2 3 4 5
15. 思考の貧困の総合評価		0 1 2 3 4 5
III. 意欲・発動性欠如		
16. 身だしなみと清潔度		0 1 2 3 4 5
17. 職業・学業持続性欠如		0 1 2 3 4 5
18. 身体的不活発		0 1 2 3 4 5
19. 意欲・発動性欠如の主観的評価		0 1 2 3 4 5
20. 意欲・発動性欠如の総合評価		0 1 2 3 4 5
IV. 快感消失・非社交性		
21. 娯楽への関心と余暇活動		0 1 2 3 4 5
22. 性的関心と性行為		0 1 2 3 4 5
23. 親密さや親近感を感じる能力		0 1 2 3 4 5
24. 友人関係		0 1 2 3 4 5
25. 快感消失・非社交性の主観的評価		0 1 2 3 4 5
26. 快感消失・非社交性の総合評価		0 1 2 3 4 5
V. 注意の障害		
27. 社会的状況での注意の障害		0 1 2 3 4 5
28. 精神作業検査中の注意の障害		0 1 2 3 4 5
29. 注意の障害の主観的評価		0 1 2 3 4 5
30. 注意の障害の総合評価		0 1 2 3 4 5

剤群に出来るだけ match させたので平均年齢 39.7歳；標準偏差10.0歳とほぼ同じである。

覚醒剤の初回使用年齢は、15歳から 43 歳まで 10代 3人、20代 5人、30代 2人、40代 1人で平均年齢24.7歳；標準偏差 8.5歳とばらつきがある。第一次乱用期からの使用者を除く 9 例中 3 例が33歳過ぎに初回使用している

ことは、対照例数が少ないとはいえ、第一次乱用期の30歳以上の初回使用が3%という寺岡<sup>10)</sup>の報告に比して、1970年以降現在の第二次乱用期では初回使用の高年齢化の現れと思われる。「昭和59年覚せい剤中毒総合的対策研究報告書」<sup>21)</sup>では30歳以上の初回使用者は25%となっている。発病年齢(表4)をみると、覚醒剤群では10代後半から40代前半までほぼ平均しており発症平均年齢30.9歳；標準偏差10.8歳である。分裂病群では24歳までに90%が発症し、平均年齢21.5歳；標準偏差4.4歳であった。これは、従来から中核的分裂病の好発年齢とされる年齢層に一致している。従って、発症後調査時までの期間も(表5)、覚醒剤群では5年から10年以内の期間に10例と90%が集中し、平均期間8年4カ月；標準偏差2年7カ月であるが、分裂病群では20年以上長期経過したものが約半数あり、平均期間18年4カ月；標準偏差8年9カ月であった。

精神病状態発現までの覚醒剤の使用期間をみると、1年以上が6割を占めるが、一方で10日で発症する例や22年以上使用して発症するなど諸家の報告<sup>27,28)</sup>にもみられるように使用期間と発症との間に一定の関係はみられなかった。

覚醒剤以外の依存歴を有するものは11例中7例(64%)と高率で、アルコール2例、シンナー4例、ヘロイン1例であった。アルコールの2例(症例I, VI)及びシンナーの1例(症例X)は覚醒剤中止後も依存状態にある。他のシンナーの3例及びヘロインの1例はその後覚醒剤へ移行したケースである。尚、佐藤ら<sup>28)</sup>は幻覚妄想状態の早期消褪群と持続群について multiple use の有無との関係を調べたが一定した関連はなかったとしている。調査時までの入院期間は、覚醒剤の離脱症状との混同を避けるために1カ月以上を経過したものを選び、覚醒剤群では1カ月から6年1カ月、平均1年6カ月である。分裂病群は1カ月から27年7カ月、平均6年11カ月である。

## 2) 臨床像

本研究の目的は覚醒剤精神病の遷延・持続型の病態をより明確にすることにある。そこで、対象とした症例の今回入院時(外来者については最終入院時)及び調査時の主な臨床症状を列記し表6に示した。表中に記した自閉という用語は、Bleuler のいう精神病理学的概念としての自閉 Autismus<sup>29)</sup>ではなく、「他者との交流に乏しく閉じこもり傾向」という意味で使用した。対象とした11例中6例(I~VI)は結婚歴を有するが、現在全員独身である。入院の契機となった再燃の誘因は、無し及び心因5例(症例III, IV, VI, IX, XI)と、覚醒剤3例

表 2. 病歴 覚醒剤精神病患者

症例	性別	調査時 年齢	覚醒剤使 初用年齢	精神病発 現年齢	精神病状 発現期		覚醒剤 使用期間計		精神病状 発現後 調査期間		覚醒剤以 外の依存 ( ): 過去	調査時 の入院 外来別	精神科 入院 回数	調査時 入院 までの 期間 ( ): 最終 入院 からの 期間	
					(年 月)	(年 月)	(年 月)	(年 月)	(年 月)						
I	男	56	20	50	2	4	2	4	6	3	アルコール	入院	2		35日
II	男	50	17	43	22	4	26	7	7	3		入院	1	1	
III	男	48	43	43	10日			4	5	3		入院	2		9
IV	男	46	36	38	2	3	3	8	7	7		入院	2	1	7
V	男	45	27	30	3		10	1	15		(ヘロイン)	外来	8		(7)
VI	男	41	33	33		1	2	5	8		アルコール	入院	4	2	5
VII	男	34	21	25	4		9	7	9	10	(シンナー)	入院	5		3
VIII	男	30	21	21		7	1		8	3	(シンナー)	外来	2	(6	1)
IX	男	30	20	21	1		4	9	9		(シンナー)	入院	4		7
X	女	30	19	20		6	3	6	9	7	シンナー	外来	4	(2	3)
XI	女	22	15	16	1	6	1	8	5	7		入院	2	1	2

表 3. 病歴 対照群：精神分裂病患者

症例	性別	調査時 年齢	発病 年齢	発病後 調査期 間		入院 回数	調査時 入院 期間	
				(年 月)	(年 月)		(年 月)	(年 月)
I	男	54	23	31	11	3	27	7
II	男	50	23	27	6	5	2	2
III	男	48	20	28	4	2	20	3
IV	男	48	34	14	2	1	4	1
V	男	46	22	24	6	4	8	2
VI	男	39	17	22	7	7	7	2
VII	男	36	22	13	3	7	5	11
VIII	男	35	21	14	3	4		1
IX	男	35	19	15	10	6		1
X	女	24	19	5	6	3		1
XI	女	22	17	4	6	1		6

表 4. 精神病状態発現年齢と分裂病発病年齢

発症年齢	覚醒剤群	分裂病群
15 - 19	1	4
20 - 24	3	6
25 - 29	1	0
30 - 34	2	1
35 - 39	1	0
40 - 44	2	0
45 - 49	0	0
50 - 54	1	0
計	11	11

表 5. 発症後調査までの期間

期 間(年)	覚醒剤群	分裂病群
0 - 4	0	1
5 - 9	10	1
10 - 14	0	3
15 - 19	1	1
20 -	0	5
計	11	11

(症例 II, V, VII), アルコール 2 例 (症例 I, VIII), シンナー 1 例 (症例 X) 計 6 例の他剤使用とがある。

入院時症状をみると、陽性症状では幻聴が全例に認められ、分裂病の特異的症状とされる Schneider の一級症状では思考化声 (症例 III, VI), 対話性幻聴 (症例 II, VI, VII, X, XI), 自分の行為に口出しする幻聴 (症例 VIII を除く全症例), 思考伝播 (症例 VII), 妄想知覚 (症例 II), 思考・感情・衝動・意志領域での被影響体験即ち作為体験 (症例 II, III, IV, V) 等が認められた。症例 VIII は亜昏迷状態にあり、幻聴以外の病的体験については明らかでない。その他、分裂病では比較的少ないとされる幻視体験が症例 II, V, IX, X, XI と対象とした 11 例中 5 例 (45%) と高率にみられたのが特徴的である。また分裂病でも頻繁にみられる被害、関係妄想は多くの症例 (7 例) にみられ、それらは状況反応的な色彩が強か

った。症例 VIII を除き、これら病的体験を基にした活発な感情面や行動面の異常が認められた。陰性症状では意欲減退、無為傾向は 2 例 (症例 I, VI) のみと少なく、また Bleuler の分裂病の基本症状である連想弛緩は症例 III, IV に認められた。身体症状では不眠が全例にみられるが、他の症状は少ない。しかし、覚醒剤にしばしば認められる頭部を中心としたジスキネジアが症例 II, IX にみられた。即ち、入院時症状はいずれの症例も再燃した

表 6. 臨床症状 (覚醒剤精神病患者)

症例	今回 (最終) 入院時症状	1. 陽性症状 2. 陰性症状 3. 身体症状		
		調査時症状		
I	1. 幻覚, 被害妄想, 徘徊, 不安, 恐怖感 2. 意欲減退, 無為 3. 不眠, 食欲減退, 血圧上昇, 悪心, インポテンス, 疲労	1. 幻聴 2. 意欲減退, 臥床, 無為, 自閉, 寡言 3. 脱力, 口渇, インポテンス, 時に不眠		
II	1. 幻聴, 幻視, 幻嗅, 被害妄想, 関係妄想, 妄想知覚, 対話性幻聴, 作為体験, 精神運動興奮, 易怒, 不機嫌 3. 不眠, 口周囲ジスキネジア, 時に頭痛	1. 時に多弁焦燥易怒, 気分易変 2. 意欲減退, 臥床傾向 3. 時に不眠, 脱力, 易疲労		
III	1. 幻聴, 電波体験, 滅裂思考, 思考化声, 作為体験, 精神運動興奮, 独語, 多弁, 気分高揚 2. 連想弛緩 3. 不眠	2. 意欲減退, 臥床, 無為, 自発性欠如, 無関心 3. 不眠, 倦怠感, 下痢, 動悸, 立ちくらみ, 残尿感, 疲労感		
IV	1. 幻聴, 血統妄想, 妄想着想, 被害妄想, 誇大妄想, 作為体験, 関係妄想, 滅裂思考, 上機嫌, 気分高揚, 易怒 2. 連想弛緩 3. 不眠	2. 意欲減退, 無為, 自閉, 無関心 3. 不眠, 易疲労, 倦怠感		
V	1. 幻聴, 幻視 (人影が自分の中に入る), 注察妄想, 梅毒妄想, 作為体験, 電気体験, 不安, 焦燥感 3. 不眠, 食欲減退, 手足のしびれ, めまい	1. 多弁, 梅毒妄想, 幻視 2. 意欲減退, 無為, 臥床 3. 時に不眠		
VI	1. 頭の中で口論する幻聴, 思考化声, 被害妄想, 注察妄想 2. 意欲減退, 無為, 自閉, 対人回避, 希死念慮 3. 不眠, 多夢, 倦怠感, 食欲減退	1. 幻聴 2. 意欲減退, 臥床, 自発性減退, 度忘れ 3. 時に不眠, 倦怠感, 食欲過多		
VII	1. 対話性幻聴, 思考伝播, 被害妄想, 独語, 空笑, 衝動行為, 器物破損 3. 不眠	1. 幻聴, 易刺激性, 時に多弁 2. 意欲減退, 臥床		
VIII	1. 幻聴 2. 亜昏迷, 思考途絶, 動作緩慢, 寡言 3. 不眠, 摂食不良	1. 飲酒後空笑, 独語, 幻聴 2. 軽度意欲減退, 自発性減退 3. 時に頭痛		
IX	1. 幻聴, 頭の中に幻視, 幻嗅, 注察妄想, 被害妄想, 錯覚, 夜間せん妄様状態, 困惑状態, 身体変容感 2. 思考途絶, 疎通性減弱	1. 幻聴, 幻視, 思考伝播, 作為体験, 身体変容感, 過敏 2. 集中力困難, 孤独, 軽度意欲減退 3. 倦怠感, 顔面筋ジスキネジア		
X	1. 応答の幻聴, 幻視, 被害妄想, 関係妄想, 妄想的意味づけ, 既視体験, 衝動行為, 徘徊 3. 不眠	1. 幻聴, 幻視, 妄想着想, 被害妄想, 作為体験, 夢と現実の混乱		
XI	1. 幻視, 応答の幻聴, 精神運動興奮, 衝動行為, 不安, 恐怖, 焦燥 3. 不眠, 拒食	1. 対話性独語, 幻聴, 時に焦燥 2. 軽度意欲減退, 集中力困難, 無為, 孤独		

急性増悪状態であり、それ以前に陥っていた比較的長期にわたる無為、自閉、意欲減退等の症状は活発で派手な陽性症状におおわれ、その背後に隠れている。

調査時症状では、幻覚・妄想・顕著な思考形式の障害・奇異な行動等 Andreasen のいう陽性症状<sup>31)</sup>は全例入院時に比して軽減し、一部に病的体験の消失しているもの (症例 II, III, IV) もある。しかし、症例 IX, X, XI では軽減したとはいえ多彩な病的体験が残存している。陰性症状では意欲減退、無為、臥床傾向は症例 X を除く他の 10 例に認められた。症例 X もアルバイトに出掛ける以外は、興味関心に乏しくほとんど外出する事はない。また、連想弛緩は全例に認められない。身体症状で

は易疲労、倦怠感が 5 例 (症例 II, III, IV, VI, IX)、脱力 2 例 (症例 I, II) と身体的活力の乏しさが半数以上に認められた。また、6 例に時に不眠が認められる。即ち、調査時症状は、治療と時間的経過により、陽性症状を中心とした急性期症状がおさまリ、身体的活力の乏しさと共に意欲減退、無為、自閉等の症状で示される情動・意欲・思考・社交性・注意の障害が次第に明確になっている。

以上、今回入院時と調査時の臨床症状について述べたが、次に対象とした症例から、各年代 1 例ずつ計 3 例の特徴的な症例を簡単に記述し、その臨床症状を検討してみる。

a. 22年以上にわたる機会的使用<sup>27)</sup>の後に精神病状態が発現した例

症例 II : T. I. 50歳 男

1952年(17歳)よりヒロポンを機会的に使用。1978年冬、突然「俺に何か言った」と叔父宅に怒鳴り込む。「レズンバー、ドウテン」と意味不明の言葉が聞こえ、「意味を教えてください」と問うと、「教えない」と応答してくる等対話形式の幻聴や「彼らの顔が判然と浮かんで見えた」「変な臭いがして」と幻視や幻嗅もみられた。患者は叔父達が「先祖伝来の術を使って呪いをかけてくる」と確信し、1981年には同家の玄関に車でつっこむ等抗議行動もエスカレートしていく。母親が顔をしかめているのを見て「母も電波をかけられ顔をひきつらせるんだ」と確信する妄想知覚とも言うべき解釈妄想もみられ、被害妄想、幻聴も激しくなる。1984年12月夜半叔父宅を訪れ従兄弟を殺害。責任能力無。翌年2月I病院に入院。院長には丁重だが看護者を威嚇し、病棟管理が困難なため、3週間後C療養所に転所となる。当初は易怒的で焦燥感も強く臥床傾向、夜間不眠等が認められたが、激しい病的体験は次第に軽減し、6カ月後には消失。1986年1月末の面接時には、作業にでていたが脱力、疲労感等身体的不調を訴え休みがちで、日中横臥していることが多い。時に職員に駄じゃれを言い相手の反応を見たり、状況や相手によって態度を変えることができる。何よりも目立ったのは面接時の表情の動きで、面接時の弛緩した状態とはうって変り、感情の表出は豊かでむしろ過敏と言える。しかし、分裂病者に対して感じる独特の近寄りたさは感じなかった。

本例は第一次乱用期のヒロポン時代からの長期連用にもかかわらず、長期間発症をみなかった例である。しかし、発症後は活発な病的体験と共に、叔父一家に対し妄想構築とも言うべき被害一関係妄想を発展させ殺人に至った。断薬後8カ月目に病的体験は消失したが、現在なお不眠、焦燥感、脱力、疲労感、意欲減退等の後遺症状がみられる。

b. 血統妄想を主体とした例

症例 IV : K. T. 46歳 男

1976年春(36歳)より覚醒剤を使用開始。2年後「10年も前のことがピタッと分る」「論文書けば博士になれる」等と言い出す。1979年4月には「自分は明治天皇の子だ」と突然言い出す。同年6-7月頃は頻りに周期的に<sup>27)</sup>覚醒剤使用。辞典に隠された難解な意味を読みとれる様になり、それを解明するために連続して覚醒剤を注射するようになる。2日間全く食事せず眠らず、3日目に丸一日熟睡しその後過食という状態が周期的に繰返さ

れていた。更に、妻に対する嫉妬妄想の発展と暴力が著明となり同年12月末C療養所を受診。入院4カ月。当初は明治天皇の子供になりきった尊大な態度だが頭髪、髭を伸ばし放題で身辺だらしく、電波体験や「自分は腹話術の人形の様」等作為体験もみられた。退所後も無為、好褥、対人回避傾向強く時々電波体験(幻聴)、被害妄想が存在していた。1982年7月には髭を伸ばしまげを結び、道路にバリケードを築いたり寺に放火しC療養所入院となる。今度は「大正天皇の御落胤だ」と誇大的な血統妄想に支配され連想弛緩が著しく支離滅裂であった。1985年4月断髪し血統妄想は言わなくなる。同年12月より犬の散歩を担当するが、それ以外の時間は臥床、無為傾向が目立つ。他の患者との交流は極端に少なく我関せずという態度。また、周りの者も近寄らない。

本例は、覚醒剤精神病の症状としては比較的稀な血統妄想を主とした症例である。この症状は第一次乱用期の症状をまとめた長坂らの<sup>32)</sup>報告では、196例中1例のみみられた。また同様の症例は後藤<sup>3)</sup>の混合状態の症例にみられ、立津ら<sup>9)</sup>の言う“混合像”に相当する症例と思われる。本例は妄想着想、非現実的血統妄想、誇大妄想等その陽性症状は状況反応性の色彩が乏しく分裂病に酷似している。しかし、病棟内での対人接触性が極めて障害されているが、面接時は分裂病特有の硬さ、ぎこちなさ、不関性はみられず、むしろ活気がなく弛緩した状態、またプレコックス感<sup>33)</sup>をいだかせず、分裂病とは異質のものを感じさせた。また、繰返し覚醒剤をうちながら、一晚中辞典からその隠された意味を読取ろうとする行為は Zutt<sup>34)</sup> のいう Überwachtheit の状態にあり、Ellinwood ら<sup>35)</sup> の言う“searching-examining patterns”に相当する覚醒剤乱用者に特徴的な強迫的常同行為と思われる。

c. シンナーと覚醒剤による multiple use の例

症例 X : N. N. 30歳 女

中学2年時よりシンナー乱用。1976年2月より覚醒剤使用。同年8月頃、周囲の物音や人の動きに敏感(知覚の鋭敏化)になり「考えが分かってしまう、繰られている」等思考察知、作為思考もみられた。1979年11月頃より幻聴がはじまり「頭の後に顔とか身体が見える」等域外幻視もみられた。その後も時にシンナーを吸引したり、誘われて覚醒剤を注射する。その度に幻聴活発となり、不眠、易怒、不隠状態がみられた。1980年6月亜昏迷状態にてH医大に3カ月入院。その後、通院を続けるが幻聴は残存し、表情は鈍く、生気がなく、自発性、疎通性の減退が目立つ状態であった。1982年以降覚醒剤をしていないと言うが時々シンナー乱用し症状増悪をきた

したり、数カ月にわたる無為、臥床、食思不振の時期が何回もみられている。1983年12月父親に対し「殺してやる」と精神運動興奮が激しくA病院に5カ月入院。最近の状態は幻聴が相変わらず存在し、「自分の顔が見える」自己幻視や「顔が目前の空間にたくさん見える」等幻視体験がある。また、「自分の顔がピカソの絵みたいに見える」等変形視や憑依様体験「テレビの人物が自分の中に入ってしまふ」等認められる。以上の様な多彩な病的体験があるが、この一年間アルバイトを続け比較的安定した状態が続いている。面接時、表情は多少弛緩ぎみであるが自然であり、応答も滑かで言葉数も多く親しみがもてる。しかし、面接終了と共にその姿態から風船がしぼむ如く生気の抜けていくのが印象的であった。

本例はシンナーから覚醒剤に移行し、その後シンナーを再開、覚醒剤も併用していた例である。シンナーからの移行例は1965年以降の有機溶剤乱用期の後非常に多い。佐藤ら<sup>25)</sup>の調査では multiple use は86例中38例(44%)にみられ、11例が有機溶媒依存であるが全例が覚醒剤に完全に移行しており、本例の様な例は比較的稀なものである。本例の特徴は作為思考、妄想着想、感情鈍麻、対話性幻聴等分裂病様の精神症状が認められ、あわせて有機溶剤や幻覚剤の急性中毒の際に意識障害とともに体験される域外幻視、自己幻視、変形視、白昼夢等の症状が日中の明瞭な意識のもとでみられる点である。

以上3症例を呈示したが、覚醒剤精神病患者と面接して驚いたことは、日常生活場面で他者との交流がなく孤独で自閉的で表情も乏しい患者が、著者との面接時にはこれまでとうって変って表情が現れ、それなりの疎通性がとれる点である。また、分裂病者にみられる表情や姿態のぎこちなさ、硬さはみられず、むしろ多少筋肉の緊張が低下している印象である。しかし、このような表情の豊かさや親しみやすさも面接が終わると急に火が消えたように元の無表情な活力のない姿態に戻ってしまう。この急な切り変りは程度の差はあるが対象とした11例に共通して認められた。

更に、特徴的であったのは、著者が対照群とした分裂病者に面接した時には多かれ少なかれ奇妙な白けた感じにさせられた。著者が親しみを込めて話そうとし、患者もそれなりに応じ、硬さの中に生な感情がちらつく様に感じるのであるが、そこに一種の近寄りがたさ、入り込めなさとして感じる壁の様なものがある。一方、覚醒剤精神病患者との面接では、上記3例のみならず全例においてこの感じを著者にいだかせたものはなかった。

### 3) SANS による評価

SANS の下位項目の9, 15, 20, 26, 30はそれぞれ

の症状の総合評価であり、種々の下位項目の内容や重症度を考慮した評価である。これら5つの陰性症状の障害度を表7に示した。5つの症状のうち、情動の平板化・情動鈍麻及び思考の貧困は面接時の状態だけで評価し、他の3つの症状は調査期間における日常生活の態度や行動を合わせて評価するようになっている。この表において、縦軸は各症例の項目別の障害度を示し、右端の平均と標準偏差は群全体の項目別障害度を示している。横軸は各項目の症例別障害度を示し、最下段の平均と標準偏差は各症例の陰性症状全体の障害の程度を示している。最下段右端の平均と標準偏差はそれぞれの群の陰性症状全体の障害の程度を示している。

①陰性症状全体の障害の程度：覚醒剤群における陰性症状全体の障害度の平均は2.2である。対照とした分裂病群では3.0であり、対照群は覚醒剤群に対し統計学的に有意に軽い ( $P < 0.01$ )。しかし、覚醒剤群には3例(症例V, VIII, X)の外來患者が含まれており、これら症例の障害の程度は比較的軽度である。仮に、これら3例を除外した平均は2.5である。対応する3例を除いた対照群の平均は3.1であり、やはり両群には有意の差が認められた ( $P < 0.01$ )。従って入院、外來に関わりなく、覚醒剤群は分裂病群に比して障害の程度が軽いことが観察された。

②各項目別障害度の比較：5つの陰性症状の各々の障害度について覚醒剤群と対照群の平均値を比較してみる。情動の平板化・情動鈍麻の項目では覚醒剤群の平均は1.2、対照群では2.7であり、両群間には有意の差が認められ ( $P < 0.01$ )、覚醒剤群は対照群に比して障害の程度が軽いことが観察された。同様に、思考の貧困の項目では覚醒剤群の平均は1.0、対照群では2.7であり、両群間に有意の差が認められ ( $P < 0.01$ )、覚醒剤群では対照群に比して障害の程度が軽いという結果であった。

一方、意欲・発動性欠如、快感消失・非社交性、及び注意の障害の項目では両群間に有意の差を認めなかった。先に陰性症状全体の障害度において覚醒剤群は分裂病群に比して障害の程度が軽いという結果であったが、その差は情動の平板化・情動鈍麻及び思考の貧困の項目において覚醒剤群が対照とした分裂病群に比してその障害の程度が軽いことによるといえる。このことを図1に示した。

③陰性症状障害度と発病年齢：各症例の5つの陰性症状の障害度の平均と発病年齢との関連について図2に示した。尚、覚醒剤群では精神病状態発現年齢を発病年齢とした。覚醒剤群における陰性症状障害度と発病年齢との相関係数は0.713であり、統計学的に有意であった

表 7. 5つの陰性症状の障害度

—覚醒剤群—

項目 \ 症例	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	平均 標準偏差
I 情動平板化・情動鈍麻	2	1	1	4	0	3	0	0	0	1	1	1.2 1.3
II 思考の貧困	2	2	0	1	0	2	0	0	0	2	2	1.0 1.0
III 意欲・発動性欠如	3	4	4	4	4	4	4	2	2	1	3	3.2 1.0
IV 快感消失・非社交性	4	3	5	4	4	4	4	2	3	1	3	3.4 1.1
V 注意の障害	4	2	4	2	3	3	1	1	3	1	3	2.5 1.1
平均	3.0	2.4	2.8	3.0	2.2	3.2	1.8	1.0	1.6	1.2	2.4	2.2
標準偏差	0.9	1.0	1.9	1.3	1.8	0.7	1.8	0.9	1.4	0.4	0.8	0.7

—分裂病群—

項目 \ 症例	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	平均 標準偏差
I 情動平板化・情動鈍麻	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	4	2.7 0.6
II 思考の貧困	4	3	3	3	4	4	2	1	1	3	2	2.7 1.1
III 意欲・発動性欠如	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3.7 0.4
IV 快感消失・非社交性	4	3	4	4	4	3	3	3	2	3	4	3.4 0.6
V 注意の障害	4	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2.5 0.7
平均	3.8	3.2	3.0	3.4	3.4	3.2	2.8	2.4	2.0	3.0	3.0	3.0
標準偏差	0.4	0.4	0.9	0.5	0.5	0.7	0.7	1.0	0.6	0.6	0.9	0.5

- I 情動の平板化・情動鈍麻
- II 思考の貧困
- III 意欲・発動性欠如
- IV 快感消失・非社交性
- V 注意の障害
- ≡ 標準偏差

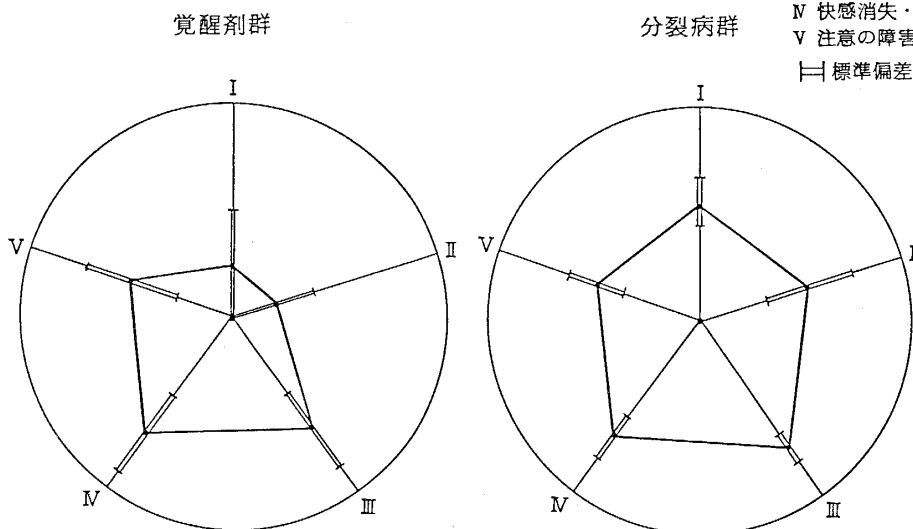


図 1. 陰性症状評価尺度 (SANS) による障害度

( $P < 0.02$ )。即ち、覚醒剤群においては発病年齢が高くなるほど、その陰性症状障害度も大きくなるということが観察された。分裂病群では相関係数は0.370であり、有意ではない。即ち、分裂病群では陰性症状障害度と発

病年齢の間に関連は認められなかった。

④陰性症状障害度と調査時年齢；図3に覚醒剤群と分裂病群の陰性症状障害度と調査時年齢との関連を示した。覚醒剤群における陰性症状障害度と調査時年齢の相



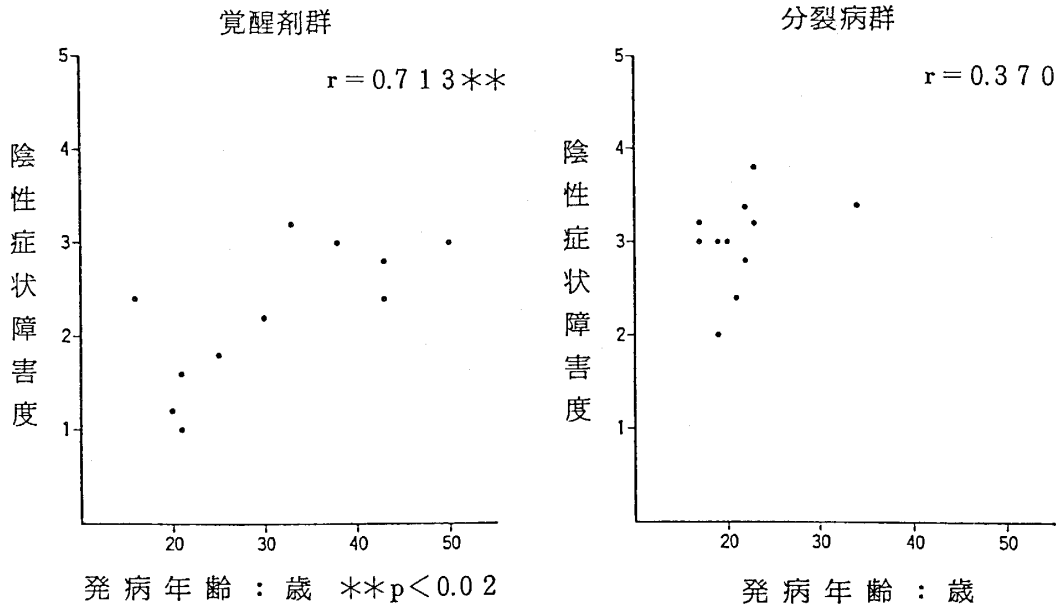


図 2. 陰性症状障害度と発病年齢との関連

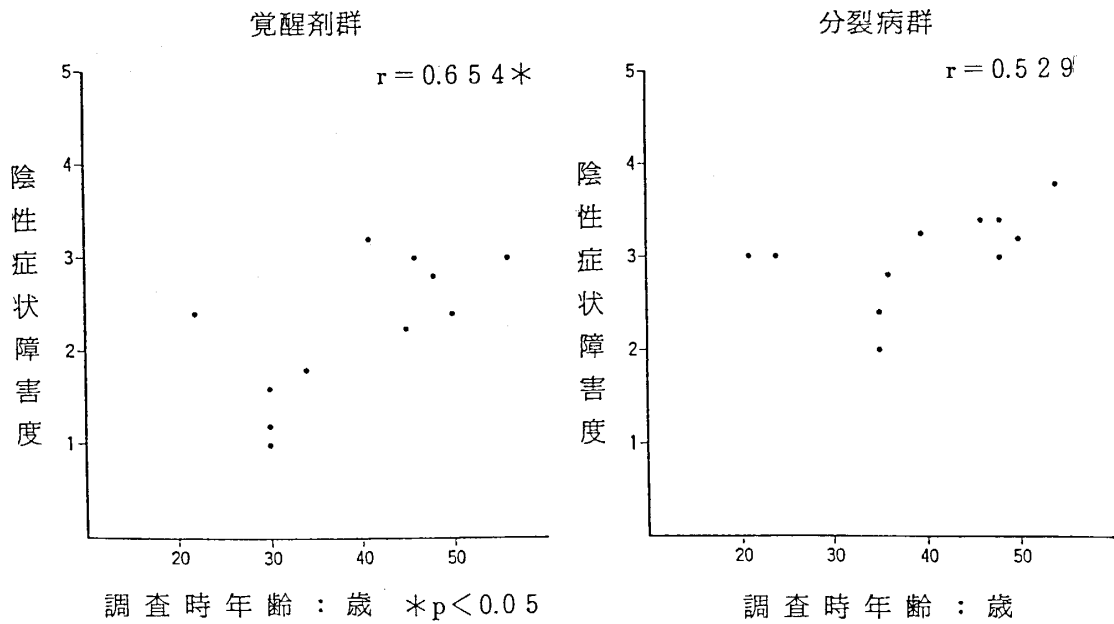


図 3. 陰性症状障害度と調査時年齢との関連

関係数は0.654であり、統計学的に有意であった ( $P < 0.05$ )。即ち、覚醒剤群では調査時年齢が高いものほど、障害の程度も高度であることが観察された。分裂病群では相関係数は0.529であり、有意ではなかった。

⑤陰性症状障害度と発病からの期間；覚醒剤群における陰性症状障害度と発病からの期間の相関係数は0.364であり、有意ではない。また、分裂病群でも相関係数は0.447であり、これも有意ではない。即ち、覚醒剤群、分裂病群共に、発病からの期間と陰性症状障害度との間に相関は認められなかった。

⑥陰性症状障害度と覚醒剤使用期間；覚醒剤精神病

者の陰性症状障害度と覚醒剤使用期間の相関係数は-0.012であり、有意な相関は認められなかった。

### V. 考 察

覚醒剤精神病の臨床精神病理学的研究は、その臨床像の類似性から、主として分裂病との比較・対比で論じられてきた。欧米では、急性薬理作用に対応した精神病状態をもってアンフェタミン精神病としており<sup>36-38)</sup>、本研究の類型分類<sup>21)</sup>によれば精神病状態が1カ月未満に消褪する「早期消褪型」に属する。日本では精神病状態が1カ月以上持続したり長期にわたり再燃を繰り返すものを

含め、遷延・持続型に相当する一群の研究は独自のものといえる。また、分裂病との異同において問題とする内容も、欧米では幻覚妄想状態をもって分裂病様状態とし、日本では情動の表出の異常や人格の荒廃等に重点をおいている。これら欧米と日本との相違は、分裂病についての疾患概念の相違によると思われる。しかし、近年英語圏では、分裂病の基本的障害をめぐって症状群を陰性、陽性症状という2群に分け、陰性症状の重要性が見直されてきている。

本論文では、覚醒剤精神病の症状を陰性症状、陽性症状という観点で捉え、特にその陰性症状に焦点をあて考察してみたい。その前にこれら用語の概念と、それを使用する著者の立場を明確にすることとする。

#### 1) 分裂病の陰性症状、陽性症状について

“精神分裂病”という疾患概念は1911年、Bleulerが<sup>29)</sup>、Kraepelinの言う早発性痴呆についてその本質は連想弛緩にあるとし、“精神分裂病”(Schizophrenie)としたのがはじめである。しかし、1957年Schneider<sup>30)</sup>が疾患特異的的症状としての一級症状を唱えてからその概念の内容は複雑多様になった。近年分裂病における陽性症状、陰性症状という表現がみられる。これらの用語はJacksonやEyらの進化論的解体理論とは関係なく、より現象に即した臨床記述的な立場で使用されている。

1970年、WingとBrown<sup>40)</sup>は臨床的貧困症状群あるいは陰性症状は施設環境の貧困に影響されるとした。しかし、後にWing<sup>41)</sup>は分裂病の臨床症状を急性分裂病症状群と慢性分裂病症状群に分け、陽性症状は一過性であり、陰性症状は慢性に経過しその一部は連想弛緩に関連するとした。1974年Strauss<sup>42)</sup>らは分裂病と非分裂病性精神病を弁別する診断基準を設定し、陽性症状(活動的な様相)、陰性症状(正常機能の欠如)、対人関係の障害に分けた。更に、Crowら<sup>19,20)</sup>は神経遮断剤に対する反応のちがいを、 $\alpha$ -アンフェタミンに対する症状の変化の相違、ドーパミン受容体数の変化、CT像による脳の形態学的変化との関連において分裂病を2つに分け、I型症候群は急性分裂病に相当し、幻覚、妄想、思考障害等の陽性症状によって特徴づけられ、抗精神病薬によく反応する。II型症候群は慢性分裂病及び“欠陥”状態に相当し、感情平板化、談話の貧困、意欲の欠如等の陰性症状に特徴づけられ、抗精神病薬に反応不良であり、脳の構造的、形態学的変化との関連を想定している。他方、Andreasen<sup>31,43)</sup>らはCrowらとの相互影響のもとに1982年分裂病を陰性分裂病、陽性分裂病、混合分裂病という3型に分けることを提唱し、分裂病の症状を陰性症

状(情動の平板化・情動鈍麻、思考の貧困、意欲・発動性欠如、快感消失・非社交性、注意の障害)と陽性症状(幻覚、妄想、顕著な思考形成の障害、奇異な行動等)に分けた。彼女<sup>44)</sup>はBleulerの基本症状こそ分裂病の疾患特異的なものであるとし、陰性症状の有用性を強調した。

このように分裂病の症状を陰性、陽性という2つの症状群に分ける考え方は、「陰性症状は分裂病の一次性障害過程の反映であり、陽性症状は反応性の非特異的過程の反映である」とする説<sup>42)</sup>や、「情動鈍麻等の陰性症状の方が陽性症状よりも分裂病を非分裂性精神病から良く区別する」<sup>45)</sup>等の報告にもみられるように、分裂病にみられる陰性症状をより疾患特異的なものとして、その重要性を強調している。

著者はAndreasenの言う陰性症状は人間精神にとって極めて重要な諸側面であり、その障害は精神機能の異常を示すものとして分裂病のみならず他の精神疾患においても注目すべきものであると考える。従って、陰性症状、陽性症状という概念をAndreasenの提唱する分裂病の類型と関わりなく、記述的な臨床精神病理学的立場から使用した。SANSを分裂病以外に使用することは必ずしもAndreasenの本意とするところではないかもしれないが、他の精神疾患においてもこれら陰性症状の側面を定量的に評価することはその精神病理を把握するうえで有用であると思われるからである。

#### 2) 覚醒剤精神病の遷延・持続型の臨床精神病理学的特徴

覚醒剤精神病の遷延・持続型についての研究は、日本独自ともいえる分野であるが、その中心をなすものは第一次乱用期の後に報告されたものが大部分を占め、その数も決して多くはない。分裂病との異同を論じたこれまでの代表的な報告を振り返ってみる。

立津ら<sup>6)</sup>は分裂病との差異について「両者の違う点として対人的態度・動きが重要である。中毒者は、その欲動・意志の障害の著しいのに比べて、対人的態度・動きの障害が軽い。対人関係では打てば響くものが保たれている」また、「覚醒剤中毒では、1つの表情から他の表情への変化が急で両者の変り目は水と油の如く截然としている」と言う。後藤<sup>8)</sup>は上記相違を確認すると共に「特に著しい両者の相違は、外からの働きかけに対する反応の仕方にみられる。…反応として笑う者、口をきく者が、分裂病者の場合にくらべて中毒者でははるかに高率である。かつ、その反応の仕方も中毒者は自然で親しみが持て、温かさが感ぜられる」と言う。

このように覚醒剤精神病と分裂病との異同について

は、放置した状態では無為、自閉的、孤独で、表情は硬く、あるいは茫乎として自発的行動がほとんどみられず、一見して両者は同様に思われても対人接触性や疎通性、表情、姿態における相違を指摘している報告が多い。森田ら<sup>9)</sup>も分裂病に比して「日常の行動、特に他人と接する場合の話し方、身振り、表情などに豊かさがあり、声に張りがあり、病前性格が良く保たれている」点を強調し「人格の核心が良く保たれている印象がある」と言う。

有安<sup>11)</sup>は、これらの患者を覚醒剤中毒遺残精神病患者として報告しているが「遺残精神病は対照分裂病に比して感情の表出も素直、直接的であり、疎通性も良好、動作振る舞いも円滑、自然である」と言う。また大原ら<sup>12)</sup>は、脳波、気脳写、その他のテストと共に「治療法効果判定のための行動評価スケール」(芹香院作成)を使用。その結果「覚醒剤群は行動面の諸点において分裂病群よりも好成績を示し、特に対人関係の点で好成績であり、また情動面の動きが分裂病群より活発である」としている。

上記諸家はいずれも慢性覚醒剤精神病は分裂病とは異なる覚醒剤中毒固有の慢性の精神病であるとする立場をとり、表情、姿態、情動の表出、対人接触、疎通性等の両群における相違を、その重要な論点の一つとしている。これら諸点はいずれも陰性症状として扱えられるものもある。しかし、台<sup>10)</sup>は「対人反応が観察者の主観に頼り過ぎて操作的な基準とはなりがたい」としている。同様の批判は分裂病においてもみられ<sup>23)</sup>、英米においてはこれら陰性症状が軽視され、それが逆に SANS を産み出した遠因ともなっている。

本研究は、これら陰性症状をより客観的定量的に把握する為に SANS を使用した。勿論、こうした側面の障害の程度や差異というものは連続的相対的なものであり、段階的区別は必ずしも厳密なものではない。また、これをもって両群における質的差異を論ずることはできないとしても、一応の傾向を求め、その内容についても検討してみたい。SANS の結果をみると、特に次の2つの点において覚醒剤群と分裂病群との相違が明らかとなった。

まず第一に意欲・発動性欠如及び快感消失・非社交性、注意の障害において、覚醒剤群、分裂病群共に中等度の障害が認められた。しかし、情動の平板化・情動鈍麻及び思考の貧困の面においては有意の差があり分裂病群では軽度から中等度の障害が認められたのに対して覚醒剤群では平均すると障害があるか疑わしい程度であった。そして、この差が陰性症状全体の障害の程度の差として現れ、覚醒剤群は分裂病群より障害の程度が軽いことになっている。この有意の差のあった2つの項目に含

まれる内容は、下位項目を見てもわかるように表情、姿態等対人接触における情動の表出、反応性、感情の特有な貧困や、会話量の貧困、連想弛緩、思考の途絶、思考の抑制等思考や認知の貧困を評価するものである。これらの障害は対人接触性や疎通性において重大な障害をきたすものであり、覚醒剤群は分裂病群に比してこの2つの項目において障害の程度が軽いということは、立津をはじめとする諸家の報告がより客観的、定量的に把握され、確認されたということになる。

著者は分裂病患者を選ぶにあたり、日常生活の状態における無為、意欲減退、自閉傾向が覚醒剤群と同程度の者を選んだわけであるが SANS の結果では有意の差があった。この相違は何に起因するか、その一つは SANS の評価法による。SANS では意欲、発動性欠如、快感消失・非社交性、注意の障害等両群に差のなかった項目では評価期間(1カ月)における持続的で継続的にあまり変化しない状態を評価するようになっているのに対して、有意の差のあった情動の平板化・情動鈍麻、及び思考の貧困の項目は面接時のみの状態で評価するようになっている。しかし、より大きな要因は、分裂病患者では日常生活でも面接時でもあまり大きな変化はないが、覚醒剤精神病患者は日常生活では表情に乏しく、孤独で自閉的であるが、医者との面接という外からの刺激があった時には急に様子が異なり、表情もあり、応答も滑かで、それなりの緊張感がみられる。しかし、話終った途端に、再び虚ろで無気力な表情に戻り、姿態からも張りがなくなる。この急速な切り変りは極めて特徴的であり、外的刺激がある場合の対人接触性の良さを為し上記差が出たといえる。立津らが「対人関係では打てば響くものが保たれている」とし、「変り目は水と油の如く截然としている」と述べているのはこの点を指して言ったものと思われる。後藤<sup>9)</sup>、森田<sup>47)</sup>、寺岡<sup>10)</sup>もこの点を指摘している。

次に、第二の相違点であるが、本研究の条件を満たす覚醒剤精神病患者は約10%以下とされ<sup>48)</sup>、症例数も少ないので確定的なことは言えないが、覚醒剤群は発病年齢が高くなる程その陰性症状の障害の程度も高度であった。他方、分裂病では従来から若年の発病ほどその障害の程度が重く予後不良とされているが、対照群とした分裂病患者は、対象症例に性別、年齢を match させ、更に陰性症状の障害の程度が同程度と思われる者を選んだので、結果的に発病年齢は24歳までに90%が発病、平均21.5歳と限られた範囲になっている。そのために、従来からの定説は確認出来なかったが、分裂病群では現在の年齢や発病からの期間に関係なく、陰性症状の障害の大きいものは比較的若年の発病の者であるといえる。

以上、SANSの結果から明らかになった2つの相違点について述べたが、覚醒剤精神病患者と分裂病患者双方の面接を通して感じられた極めて重要な相違点がある。それはRümke<sup>33)</sup>の言うプレコックス感 (Praecoxgefühl) における相違である。これは陰性症状、陽性症状という観点では捉えきれないものである。

Rümkeの言うプレコックス感は分裂病患者において多かれ少なかれ感じられるものであるが、対象とした覚醒剤精神病患者では一人として著者にこの感じを起こさせた者はいなかった。Rümkeはこの分裂病患者に向かい合った者に生じる独特の感じを「診察者の心にある種の奇妙な不安感とよそよそしい感じがおこり、これは通常2人の人間が会う時に開かれるべき疎通性の欠如という事態と関連している。接近本能と呼ぶべきものと、その表出とが患者の側から一方的に遮断され、こちらからの接近が相手からの接近欠如によって阻止される」と述べている。この感じは分裂病の疾患特異的なものとされ、分裂病という病気そのものであるところの基礎的過程が端的に示されている現象である<sup>49)</sup>とされている。「覚醒剤精神病は分裂病に比して疎通性が良好である」とするこれまでの諸家の報告の中心をなす一側面として、このプレコックス感が大きく関与していると思われる。

更に、著者の主観的印象を述べると「放置された状態における覚醒剤精神病患者は、場に応じた感情の表出がみられず、無感動にみえる。表情、姿態は生気に乏しく、正常な人間に認められる適度な緊張感が見られない。また、分裂病患者にみられる一種独特の硬さやぎこちなさ、あるいは周囲にとけこまない異質な存在感というものも認められず、これらの患者においては正常者の存在感とも異なり、周囲あるいは背景の一部の如く感じられる程人間としての存在感が乏しい」という感がある。

次に陽性症状について述べる。覚醒剤精神病の遷延・持続型における陽性症状は、特に再燃時の急性増悪状態において著明に認められる。このことは分裂病においても同様である。本対象においても、入院時症状は種々の幻覚、妄想、顕著な思考形式の障害、奇異な行動等 Andreasenの言う陽性症状が病像全体を被っている。対象症例にみられた陽性症状の具体的内容については今回(あるいは最終)入院時の臨床症状や症例呈示において詳述したが、これら陽性症状のうち、特に分裂病の疾患特異的とされるSchneiderの一級症状では、思考化声、対話性幻聴、自分の行為に随伴して口出しする幻聴、身体への被影響体験、思考伝播、妄想知覚及び感情・衝動・意志領域での被影響体験が認められた。しかし、思考奪取及び思考吹入は認められなかった。この症状は、若

松<sup>50)</sup>や佐藤ら<sup>28)</sup>の報告でも認めなかったとしている。

対象症例に認められた如く覚醒剤精神病では他に多彩な陽性症状を呈するが、長坂ら<sup>32)</sup>は第一次乱用期の196名の中毒患者の精神症状の出現率の一覧表を示し「これらの症状と出現率は分裂病のそれと変わらず、かかる平板な要素的集計では覚醒剤中毒の精神異常状態は示しえない」としている。また第二次乱用期にある現在、若松<sup>50)</sup>は覚醒剤犯罪7例の精神病理学的検討をしているが、そこにみられる陽性症状は分裂病の急性期症状として認められるものがほとんどである。佐藤ら<sup>28)</sup>は108名の慢性覚醒剤中毒者を調査し、その入院時における臨床像はDSM-III<sup>51)</sup>の急性期症状の大部分を占め、いくつかの鑑別点を指摘しながらも分裂病との鑑別は困難であるとしている。

本研究の症例においても、そこにみられる陽性症状はいずれも頻度の差はあれ分裂病に認められるものであり、その急性期の病態は全く分裂病のそれと同様で陽性症状だけでは両者の異同を論ずることはできないとおもわれた。

以上、覚醒剤精神病の遷延・持続型の臨床精神病理学的特徴について、陰性症状、陽性症状という観点から分裂病との異同を中心として論じた。

## VI. 結 語

慢性の経過をとる覚醒剤精神病患者11例及びこれらの症例に性別・年齢をmatchさせた同数の慢性ないし欠陥分裂病患者を対象とした。覚醒剤精神病の臨床症状を陰性症状、陽性症状という観点で捉え、その臨床精神病理学的特徴について分裂病との異同を中心として検討すると共に、両者の陰性症状についてSANSを用いて定量的に比較検討した。

その結果、覚醒剤精神病の遷延・持続型と慢性ないし欠陥分裂病との間には、以下の点において明らかな差異が認められた。

①覚醒剤精神病と分裂病の相違点は、陽性症状ではなく、主として陰性症状において認められた。②SANSの結果：意欲・発動性欠如、快感消失・非社交性及び注意の障害では両者とも中等度の障害が認められたが、情動の平板化・情動鈍麻及び思考の貧困において覚醒剤群は分裂病群に比べて障害の程度が軽かった。更に、覚醒剤群は発病年齢が高くなるほどその陰性症状の障害の程度も高度であったが、分裂病群ではそれらの間に相関は認められなかった。③覚醒剤精神病患者は表情、姿態、情動の表出、対人接触性等において、日常病棟生活における状態と診察時の状態が全く異なり、この状態の切り変

りは急で瞬時とも言えるほどである。こうした傾向は分裂病者においてもある程度認められたが、両者における差は際立っている。④覚醒剤精神病者では分裂病者に認められた Rümke の言うプレコックス感を感じさせる者はいなかった。⑤放置された状態における覚醒剤精神病者では、分裂病者にみられる一種独特な硬さ、ごこちなさ、あるいは周囲にとけこまない異質の存在感は認められず、また正常者の存在感とも異なり、周囲あるいは背景の一部の如く感じられるほど人間としての存在感に乏しい者がほとんどである。

上記諸点における量的、質的な相違が覚醒剤精神病と分裂病との間に認められたことは、たとえ両者がともに脳内の何らかの機能的ないし器質的变化に基づく疾患であるとしても、その基盤となる病理過程は微妙に異なっていることを示唆していると思われる。

#### 謝 辞

稿を終えるにあたり、御指導、御校閲を賜りました千葉大学医学部精神医学教室佐藤を三教授に深謝いたします。また直接御指導、御援助をいただきました国立下総療養所小沼杏坪先生、国立国府台病院福井進先生および統計処理に御助言いただきました千葉大学医学部公衆衛生学教室安達元明助教授に深く感謝いたします。更に本研究に御協力いただきました国立下総療養所の東1病棟の看護の皆様および国立国府台病院精神科の諸先生方に感謝いたします。

#### SUMMARY

Clinical psychopathological characteristics were compared between two groups of patients, 11 cases of chronic methamphetamine psychotics and the same number of schizophrenics. The groups were matched for age and sex.

Differences were noted between the two groups in their psychopathology, not so much in their positive symptoms as in the negative ones.

Hence, quantitative analyses were also made using SANS, the Scale for the Assessment of Negative Symptoms by Andreasen.

Both groups showed moderate impairments in many dimensions of SANS, especially in those of Avolition-Apathy, of Anhedonia-Asociality, and of Attentional Impairment. However, Affective Flattening or Blunting and Alogia in terms of SANS were slight in the methamphetamine group, which were statistically significant as compared with the schizophrenia group ( $P < 0.01$ ).

It was further confirmed that severity of negative symptoms was positively correlated with the increasing age of the disease onset in the meth-

amphetamine group ( $P < 0.02$ ); while the same correlation was not observed in the schizophrenics.

There were points of differences in psychopathology that could escape the range of SANS. Three points were noteworthy in this respect.

First, the methamphetamine psychotics changed their affective expressions and interpersonal behaviors almost instantaneously at a turn of the situation. Their presentations were quite different when they were seen in the consultation room from what seen when left alone. Secondly, no methamphetamine psychotics gave any impression of Rümke's Praecoxgefühl thought characteristic to schizophrenia. Thirdly, schizophrenics, bizarre, isolated and heterogeneous as they were, made their presentation more conspicuous even when left alone. On the contrary, the methamphetamine psychotics, though animated momentarily in other situations, made their presence less perceived as if their tonic level of human activity had been strongly compromised, not so much as the phasic level.

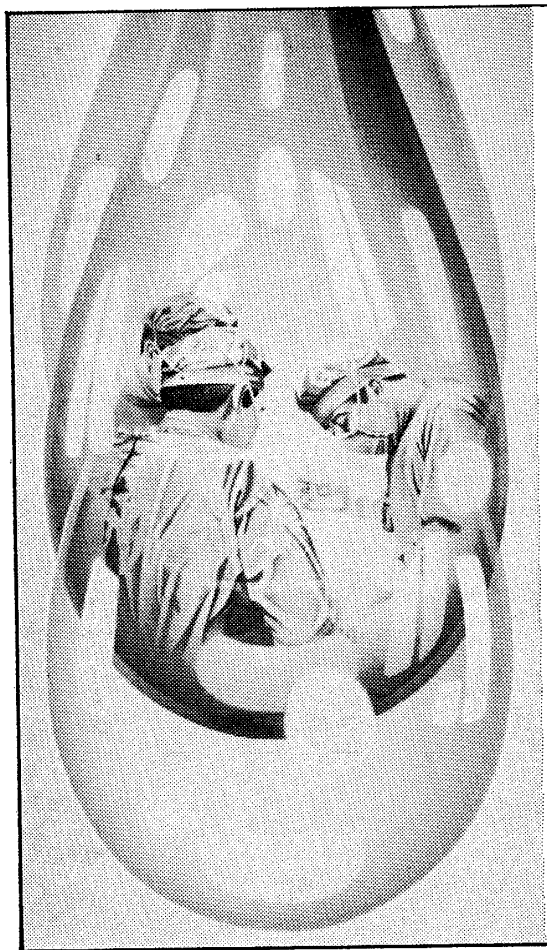
These psychopathological differences, both qualitative and quantitative, between the groups were considered as reflecting different pathogenetic bases underlying in the two, so complex as yet further to be specified.

#### 文 献

- 1) Young, D. and Scoville, W. B.: Paranoid psychosis in narcolepsy and the possible danger of benzedrine treatment. *M. Clin. N. Am.* **22**, 637-646, 1938.
- 2) Greving, H.: Psychopathologische und körperliche Vorgänge bei jahrelangem Pervitinmißbrauch. *Nervenarzt* **14**, 395-405, 1941.
- 3) Daube, H.: Pervitinpsychosen. *Nervenarzt* **15**, 20-25, 1942.
- 4) Kalus, F., Kucher, I. and Zutt, J.: Über Psychosen bei chronischem Pervitinmißbrauch. *Nervenarzt* **15**, 313-324, 1942.
- 5) Chapman, A. H.: Paranoid psychosis associated with amphetamine usage. *Am. J. Psychiat.* **111**, 43-45, 1955.
- 6) 立津政順, 後藤彰夫, 藤原 豪: 覚醒剤中毒. 医学書院, 東京, 1956.
- 7) 台 弘, 江副 勉, 加藤伸勝: 覚醒剤中毒の生化学的研究. 第二報, 脳組織糖質代謝に及ぼす影響, *精神経誌*, **57**, 124-130, 1955.
- 8) 後藤 平: 慢性覚醒剤中毒長期入院例の臨床—特に分裂病との比較—. *精神経誌* **62**, 163-176, 1960.
- 9) 森田昭之助, 石戸政昭: 覚醒剤嗜癖の長期予後の研究—精神分裂病との比較を中心として—.

- 小樽市医事研究会誌 **13**, 29-35, 1966.
- 10) 寺岡 葵：慢性覚醒剤中毒の長期予後および犯罪との関係についての研究. 精神経誌 **69**, 597-619, 1967.
  - 11) 有安孝義：覚醒剤中毒残遺精神病の予後について. 高良武久名誉教授就任記念論文集 343-368, 1964.
  - 12) 大原健士郎, 川尻 徹, 小島 洋, 有安孝義：覚醒剤中毒残遺精神病者の予後. 野村章恒教授定年退職記念論文集. 165-180, 1967.
  - 13) Randrup, A. and Munkvad, I.: Special antagonism of amphetamine-induced abnormal behavior. *Psychopharmacologia* **7**, 416-422, 1965.
  - 14) Angrist, B. M. and Gershon, S.: The phenomenology of experimentally induced amphetamine psychosis preliminary observations, *Biol. Psychiat.* **2**, 95-107, 1970.
  - 15) Griffith, J. D., Cavanaugh, J., Held, J. and Oates, J. A.: Dextroamphetamine. Evaluation of psychomimetic properties in man. *Arch. Gen. Psychiat.* **26**, 97-100, 1972.
  - 16) Janowsky, D. S., El-Yousef, M. K., Davis, J. M. and Sekerke, H. J.: Provocation of schizophrenic symptoms by intravenous administration of methylphenidate. *Arch. Gen. Psychiat.* **28**, 185-191, 1973.
  - 17) Angrist, B. M., Rotrosen, J. and Gershon, S.: Responses to apomorphin, amphetamine and neuroleptics in schizophrenic subjects. *Psychopharmacology* **67**, 31-38, 1980.
  - 18) Angrist, B. M., Rotrosen, J. and Gershon, S.: Differential effects of amphetamine and neuroleptics on negative vs. positive symptoms in schizophrenia. *Psychopharmacology* **72**, 17-19, 1980.
  - 19) Crow, T. J.: Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?, *Br. Med. J.* **12**, 66-68, 1980.
  - 20) Crow, T. J.: Positive and negative schizophrenia symptoms and the role of dopamine. *Br. J. Psychiat.* **139**, 251-254, 1981.
  - 21) 覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議：昭和59年度覚せい剤中毒者総合的対策研究報告書, 1985.
  - 22) Fleiss, J. L.: Statistical methods for rates and proportions. John Wiley & Sons, Inc. 1973.  
佐久間 昭訳：計数データの統計学, 医学, 疫学を中心に, pp. 79-98, 東京大学出版会, 東京, 1975.
  - 23) Andreasen, N. C.: Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Arch. Gen. Psychiat.* **39**, 784-788, 1982.
  - 24) 北村俊則, 島 悟：慢性精神分裂病における陰性症状評価尺度の評定者間信頼度. 慶応医学 **61**, 277-283, 1984.
  - 25) 太田敏男, 岡崎祐士, 安西信雄：陰性症状評価尺度 (SANS) 日本語版の信頼性の検討. 臨床精神医学 **13**, 1123-1131, 1984.
  - 26) Andreasen, N. C.: Scale for the assessment of negative symptoms (SANS), Iowa City, The University of Iowa, 1981.  
岡崎祐士, 安西信雄他訳：陰性症状評価尺度 (SANS) 臨床精神医学 **13**, 999-1010, 1984.
  - 27) 小沼杏坪：覚せい剤中毒の多面的臨床類型. 精神経誌 **86**, 315-339, 1984.
  - 28) 佐藤光源, 中島豊爾, 大月三郎：慢性覚醒剤中毒の臨床的研究. 精神医学 **24**, 481-489, 1982.
  - 29) Bleuler, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Hdb. der Psychiatrie (hrsg. v. Aschaffenburg, G.). Franz Deuticke, Leipzig u. Wien, 1911.  
飯田 真, 下坂幸三, 保崎秀夫, 安永 浩訳：早発性痴呆または精神分裂病群, 医学書院, 東京, 1974.
  - 30) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie 10. Aufl. Georg Thieme, Stuttgart, 1962.  
平井静也, 鹿子木敏範訳：臨床精神病理学. 文光堂, 東京, 1968.
  - 31) Andreasen, N. C. and Olsen, S.: Negative v. positive schizophrenia: Definition and validation. *Arch. Gen. Psychiat.* **39**, 789-794, 1982.
  - 32) 長坂五郎：覚醒剤中毒. 加藤正明, 栗原雅直編現代精神医学大系15A (薬物依存と中毒 I); 229-249, 中山書店, 東京, 1977.
  - 33) Rümke, H. C.: Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. *Nervenarzt* **29**, 49-53, 1958.
  - 34) Zutt, J.: Über die polare Struktur des Bewußtseins. Durch psychiatrische Erfahrungen mit Pervitin angeregte Gedanken. *Nervenarzt* **16**, 145-162, 1943.
  - 35) Ellinwood, E. H. JR., Sudilovsky, A. and Nelson, L. M.: Evolving behavior in the clinical and experimental amphetamine (model) psychosis. *Am. J. Psychiat.* **130**, 1088-1093, 1973.
  - 36) Grinspoon, L. and Bakalar, J. B.: Drug dependence; Non narcotic agents, In: Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV edited by Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. Vol. I, 1003-1015, Williams & Wilkins Co., Baltimore/London, 1985.
  - 37) Connell, P. H.: Amphetamine psychosis. Oxford University Press, New York, 1958.
  - 38) Angrist, B. and Sudilovsky, A.: Central nervous system stimulants; Amphetamine and methamphetamine. In: Handbook of Psychopharmacology, edited by Iversen, L.

- L., Iversen, S. D. and Snyder, S. H. Vol. II, Stimulants, 111-122, Plenum Press, New York, 1978.
- 39) Schneider, K.: Primäre und sekundäre Symptome bei der Schizophrenie, Fortschr. Neurol. Psychiat. **25**, 487-490, 1957.
- 40) Wing, J. K. and Brown, G. W.: Institutionalism and schizophrenia. Cambridge at the University Press, London, 1970.
- 41) Wing, J. K.: Clinical concepts of schizophrenia. In: Schizophrenia. Towards a New Synthesis. edited by Wing, J. K. pp 1-30, Academic Press, London, Grune & Stratton, New York, 1987.
- 42) Strauss, J. S., Carpenter, W. T. Jr. and Bartko, J. J.: The diagnosis and understanding of schizophrenia; Part III. Speculations on the processes that underline schizophrenic symptoms and sings. Schizophrenia Bull. I (Experimental Issue No. 11). 61-69, 1974.
- 43) Andreasen, N. C., Olsen, S. A., Dennert, J. W. and Smith, M. R.: Ventricular enlargement in schizophrenia: Relationship to positive and negative symptoms. Am. J. Psychiat. **139**, 297-302, 1982.
- 44) Andreasen, N. C.: Affective flattening and the criteria for schizophrenia, Am. J. Psychiat. **136**, 944-947, 1979.
- 45) Carpenter, W. T. Jr., Bartko, J. J., Strauss, J. S. and Hawk, A. B.: Sings and symptoms as predictor of outcome: A report from the international pilot study of schizophrenia. Am. J. Psychiat. **135**, 940-944, 1978.
- 46) 台 弘: 覚せい剤中毒の再燃現象—履歴現象について—, 精神科 MOOK 3; 70-78, 金原出版, 東京, 1982.
- 47) 森田昭之助: 後遺症状, 山下 格, 森田昭之助編: 覚醒剤中毒, pp 63-87, 金原出版, 東京, 1980.
- 48) 佐藤光源, 柏原健一: 覚醒剤精神病—臨床と基礎— 金剛出版, 東京, 1986.
- 49) 木村 敏: 精神分裂病の症状論, 横井 晋, 佐藤老三, 宮本忠雄編: 精神分裂病, pp. 106-135, 医学書院, 東京, 1975.
- 50) 若松 昇: 覚醒剤精神病の精神病理学的研究—犯罪例を通じて—, 精神経誌 **87**, 373-396, 1985.
- 51) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third edition. DSM-III American Psychiatric Association, Washington DC, 1980.



# 手術時の血圧管理に

**速効性 確実性 調節性 安全性**

にすぐれた

ニトログリセリン注射液

毒指

**ミリスロール注** 新発売

- 特性**
1. 速やかに血圧を低下させる。
  2. 血圧の調節が容易である。
  3. 過剰な血圧低下がおこらない。
  4. 安全性にすぐれている。
  5. 虚血性心疾患患者の血圧調節に有用である。
  6. 安定な水溶液の注射剤である。

- 効能・効果**
- 手術時の低血圧維持
  - 手術時の異常高血圧の救急処置

- 包装**
- 2ml: 10, 50アンプル  
10ml: 10, 50アンプル

詳細: 添付文書参照, または弊社医薬情報担当者面談。

**健保適用**

**日本化薬株式会社**

東京都千代田区富士見一丁目11番2号(東京富士見ビル)  
TEL. 03(237)5111(代)