

日本と欧米の視点の違いに注目し「憑依」の理解を深める必要があると考えられた。

8) 知覚潰乱発作にクロキサゾラムが有効であった1症例

鈴木 邦人 (新潟大学精神医学)
教室

山口・中井が、分裂病者における知覚の変容を中心とした種々の病理現象の発作的出現を「知覚潰乱発作」として報告して以来、同様の状態についていくつかの研究がなされている。今回、慢性分裂病患者で、知覚潰乱発作が cloxazolam の使用によって消失した後、haloperidol の増量によって再発した症例を経験したので報告する。

症例は29歳で発症した、現在46歳の男性の慢性分裂病患者である。1982年(35歳)より、H精神病院に入院し、種々の major 及び minor tranquilizer の投薬を継続して受けてきたが、不眠・嚙下困難を執拗に訴えたため、1992年7月27日に同病院に入院した。入院後の8月3日より、haloperidol を 4.5 mg から 20 mg へ増量されたが、その数日後より、時々「頭がボケーとする」と訴えるようになり、その2ヶ月後からはそれをほぼ連日訴えるようになった。この症状を抗精神病薬の副作用と考え、1993年6月25日に haloperidol を 20 mg から 10 mg に減量したが、この症状は改善しなかった。

そのため再度この症状について患者に詳しく尋ねると、「急に頭がフワーときて天と地がさかさまになったように見える」という知覚変容が主な体験で、不安を伴い、発作性に出現し、また自己治癒努力をしている、という特徴が明らかになった。これらの特徴は、山口のまとめた知覚潰乱発作の特徴をほぼ満たしていた。知覚潰乱発作に minor tranquilizer が有効であるという山口・中井の報告を参考にして、1993年8月に cloxazolam 3 mg を処方したところ、その日のうちに「頭がボケーとする」という症状は消失し、以後11月中旬まで全く出現しなかった。その間、9月下旬からは体感幻覚に基づく嚙下困難の訴えが強くなってきたため、haloperidol を10月末までに 20 mg まで漸増したところ、11月中旬から再び「頭がボケーとする」という症状が出現した。このため、cloxazolam を 6 mg まで漸増したが、発作は消失しなかったため cloxazolam を中止し、diazepam に改薬し、それを 12 mg まで漸増したが発作は消失していない。

本症例で注目すべき点は、haloperidol の増量によって知覚潰乱発作が再発し、cloxazolam が奏功しなくなった点である。山口らは、ベンゾジアゼピン系の薬物を服用しているかぎり、発作の再発はないと報告している。また、佐藤、高木、渡辺は「抗精神病薬の増量や減量に一致して知覚潰乱発作が出現・消失した」ことから、本現象と抗精神病薬との関連を指摘している。本症例でも haloperidol の増量に伴って、知覚潰乱発作が出現・再発したことから、haloperidol は発作の出現に大きく関与していると考えられた。また、ベンゾジアゼピン系薬物が知覚潰乱発作を抑制できるかどうかは、その時点で使用している抗精神病薬の量との相対的な関係によって左右されるのではないかと考えられた。この点については、今後症例を重ねて更に検討を加えたい。

9) インターフェロン投与中に精神症状を呈したC型慢性肝炎の3症例

直井 孝二 (柏崎厚生病院)

【症例1】45歳男性、調理師。H5年2/1C型慢性活動性肝炎の診断にて内科入院、IFN α -2b 1,000万U \times 6回/週、2週間投与後退院し同量を3回/週で継続、2/22頃より不眠多弁傾向となり3/1職場で「神が乗り移った」と言って説教を始めた為当科初診。多弁、易刺激性、観念奔逸、「TVカメラが仕掛けられている、電波が心臓に入って痛い」といった幻覚妄想を認め同日入院。haloperidol の点滴から3日後には haloperidol, zotepine, lithium carbonate の経口とし zotepine を増量したが3/13より譫妄出現、levomepromazine と carbamazepine に変更し2日間で改善、その後爽快気分を残し4/7には精神症状は消失し5/20退院。入院時脳波は正常範囲、頭部CT上僅かに側頭葉の萎縮を認めた。

【症例2】47歳男性、ダンプ運転手。H5年6月にC型慢性活動性肝炎と診断され、6/28より IFN α -2b 1,000万U \times 6回/週、4週間投与。その後同量を3回/週で継続、8/24より微熱傾向、不眠出現、8/27より「近所の人がIFNを止めさせようと合図を送る、誰かが自分を見張っている」といった被害関係念慮が出現し、9/1当科入院。入院時、質問に対し応答が遅れたり聞き返す事があり、軽い意識障害の存在を伺わせた。levomepromazine, lormetazepan, estazolam にて4日後には精神症状は消失し9/27退院。頭部CTは正常範囲、入院時、退院前の脳波はいずれも8~9Hz slow α rhythmであった。

【症例3】66歳女性，2年前に夫を亡くし現在独り暮らし．57歳より慢性肝炎，高血圧にて内科通院．H5年2/1 C型慢性活動性肝炎の診断にて内科入院し2/17よりIFN α -2a 900万U連日投与．6日後より舌，口唇のしびれ，倦怠感，意欲低下が出現，「苦しくて窓から飛び降りたい」と言う為中止．3/1より α 天然型IFN 300万U連日30日間投与，肝機能改善を認めない為中止し退院．しかし同様の愁訴が続く為5月より精神科併診．sulpiride, alprazolamにて改善せず，10/17高血圧にて内科入院となるが10/24窓から飛び降りようとした為当科入院．IQ 63で依存性主観性が強く，精神症状は状況依存的でプラセボ効果が高かった．11/2退院するが兄弟との口論から悲観的となり過量服薬にて当科再入院．現在 amitriptyline, levomepromazine, carbamazepineにて改善傾向にある．

第1，2例目は脳の脆弱性を伺わせるが，内因性器質性精神障害を示す所見や精神疾患の既往が無い事から各々IFNによる躁状態，意識障害を伴う被害関係念慮と思われる，3例目の抑鬱状態は，性格環境因の影響も強いと思われる．IFNによる精神症状で自傷他害に至る例もあり，IFN使用にあたっては十分な問診と精神科の早期連携が大切と思われる．

10) 強迫神経症の光駆動反応の二次元表示

田上 和・玉野 陽一（東京医科大学精神）
小穴 康功・清水 宗夫（医学教室）

強迫神経症の強迫症状は，強迫観念，強迫行動に分けられるが，視覚による再確認をくり返すという点で，最近では視覚と強迫症状との関連が注目されている．

今回我々は，強迫神経症者の脳波記録時に度々観察される閃光刺激賦活に於ける光駆動反応に注目し，その二次元表示について解析を行った．なお精神分裂病，てんかん，躁うつ病による強迫症状の症例は除外した．

強迫神経症の症例は，ここ数年東京医科大学病院神経科外来に於て我々が観察した10症例（平均年齢51.4歳，男性4症例，女性6症例）である．10症例の強迫症状の内訳は，ガス栓等の確認強迫が9例，洗浄強迫が2例であった．恐怖症状の内訳は，不潔恐怖が4例，閉所恐怖が2例，そして視線恐怖，加害恐怖，尖端恐怖，高所恐怖，対人恐怖が各1例であった．（症例により症状が重複しており，合計が10例にならない．）いずれも，視ることとの関わりのある恐怖症状が主に出現していた．

脳波検査では，全症例に於て閃光刺激賦活により光駆

動反応が観察されたので，コンピューター処理による2次元表示の解析を行った．図上，最上段は刺激前の解析で，3Hzの δ 波から20Hzの β 波までを各周波数帯によって18種類に分類し，下段に向かって閃光刺激周波数により3～21Hzまで7段階に分類し，解析を行った．その結果，全症例に後頭部を中心とした高電圧帯域を認めた．とくに3，6，9Hzの光駆動反応は薬剤による影響とは考えられず，数例は投薬前に検査した為，全例薬物による反応は除外されていると思われた．

以上，強迫神経症の10症例の強迫症状，恐怖症状を報告し，閃光刺激賦活による光駆動反応の二次元表示を提示した．強迫症状の発症は，脳幹説，辺縁系説，前頭葉説などがあるが，強迫症状と視覚との関係から後頭葉との関連も示唆されるものと思われた．前頭葉との関係，高電圧帯域の広がり，そして左右差等については，今後さらに検討を進めていきたい．

II. 特別講演

広場恐怖（agoraphobia）とパニック・ディスオーダーについて

東京医科大学精神医学教室

八 島 章太郎 先生

Westphal, C. は，1871年，広場や大通りに出ることへの恐怖を主訴とする3例の男性例を記載し，広場Agoraに対する恐怖症であるということから Agoraphobie（広場恐怖）という名称を初めて使用した．その後，広場恐怖の恐怖する状況には，広場性をもつ所だけでなく，閉所性をもつ所も含まれること，その背景には慣れ親しんだ環境を離れ，孤立するという意味が含まれていることなどが指摘され，本邦では，agoraphobia は，字義どおり広場恐怖と訳されることもあるが，広場性を強調するこの訳を使わず，空間恐怖や外出恐怖と訳されることもある．

広場恐怖のもう一つの側面としての，不安発作と恐怖の恐怖は，Westphal の症例に既に記載されている．この不安発作を，パニック発作（以下 PA と略す）として捉えなおし，その生物学的背景を指摘した Klein, D.F. は，PA の広場恐怖に対する優位性を仮定し，最初の PA の後に，引き続き発作に対する予期不安が生じ，さらに PA が引き起こされそうな状況や，もし発作が起きたとしたり困惑や自身を傷つけることにつながるような状況の回避を進展させるという仮説を提唱した．この仮説は，