

るとされている。また、最近、アポ E4 の遺伝子は、晩期発症型の家族性アルツハイマー病と同じ19番の染色体上にあることがわかり、Strittmatter らは晩発症型の家族性アルツハイマー病とアポ E4 との関係を報告した。一方、 α_1 -アンチキモトリプシンは急性層反応物質だが、最近、松原らは、アルツハイマー型痴呆では高値になるとの報告をしている。そこで、われわれは、アポ B/A-1 が脳血管性痴呆の、アポ E4 がアルツハイマー型老年期痴呆の、 α_1 -アンチキモトリプシンがアルツハイマー型痴呆の診断マーカーになりえないかと思ひ検討することにした。

対象は田宮病院に入院しているアルツハイマー型初老期痴呆 (PDAT) 7 例 (男 3 例, 女 4 例, 平均年齢 60.5 ± 3.9 歳), アルツハイマー型老年期痴呆 (SDAT) 10 例 (男 2 例, 女 8 例, 平均年齢 82.1 ± 6.0 歳), 多発梗塞性痴呆 (MD) 12 例 (男 6 例, 女 6 例, 平均年齢 77.9 ± 7.4 歳) と, 対照 (CNT) として病院関係者 12 例 (男 1 例, 女 11 例, 平均年齢 73.5 ± 7.3 歳) で, 研究について説明をし同意を得られた者のみを対象とした。診断は頭部 CT 所見, Minimental state, Hachinski ischemic score などを参考に DSM-III-R の診断基準を用いて行い, 肝疾患, 腎疾患, 高脂血症, 糖尿病, 感染症に罹患している者は除いた。研究にあたり服薬中断はしなかった。アポ蛋白 6 種類と α_1 -アンチキモトリプシンは定期検査の血液を用いて測定し, アポ E の表現型の測定は片岡らの方法に基づいた。

結果は, アンチキモトリプシンの平均値が, PDAT: 36.5 ± 18.9 mg/dl, SDAT: 30.1 ± 11.2 mg/dl, MD: 30.3 ± 7.5 mg/dl, CNT: 23.4 ± 3.2 mg/dl, アポ B/A-1 の平均値が, PDAT: 0.58 ± 0.11 , SDAT: 0.74 ± 0.18 , MD: 0.66 ± 0.20 , CNT: 0.63 ± 0.14 で各群間で有意差は認めなかった。アポ E も平均値は, PDAT: 3.3 ± 1.8 mg/dl, SDAT: 4.3 ± 1.9 mg/dl, MD: 4.7 ± 3.1 mg/dl, CNT: 4.2 ± 0.8 mg/dl で各群間で有意差を認めなかった。

アポ E 遺伝子には, E2, E3, E4 の 3 種類の対立遺伝子があり, その組み合わせにより, アポ E の表現型には, 2/2, 2/3, 3/3, 2/4, 3/4, 4/4 の 6 種がある。CNT の表現型は 3/3 が 12 人中 9 人で 75%, 2/3 が 12 人中 3 人で 25%, E4 が全く含まれないのに対し, SDAT では, 3/3 や 2/3 はそれぞれ 10%, 20% と少なく, 3/4 が 40%, 2/4 が 20%, 4/4 が 10% で E4 を含むものが 70% もあった。PDAT では 3/4 が 29%, MD では 3/4 が 17% で, E4 を含む割合は, SDAT で圧倒的に多い結果となっ

た。アポ E4 はアルツハイマー型老年期痴呆の診断マーカーになるものと思われ, 発病前に測定することによって, 発病の予測や発病の予防にも役立つ可能性があるものと思われた。

5) 身体接触を求める分裂病患者について —第 2 報—

田村 絹代	(五日町病院)
伊藤 陽・茂野 良一	(新潟大学精神科)
本間 望	(新潟大学精神科)
田辺 洋之	(長岡赤十字病院)
	(新潟大学保健)
三浦まゆみ	(管理センター)
稲月 原	(飯塚病院)
角田 典穂	(長岡保養園)
丸山 公男・佐久間友則	(新潟信愛病院)
田辺 瑞穂	(国立療養所犀潟)
関 美好	(病院)

我々は昨年, 経過中に母親に対する身体接触行動が認められた 9 例の分裂病患者について報告した。今回は, 前回述べた幾つかの臨床的特徴が, さらに多くの症例においても認められるかどうかを調査し, 検討した。

【方法】外来通院中の患者で, 従来診断による「分裂病」の診断が確定している者に質問調査を行った。「身体接触」には, 触る, 撫でる, つねる, 軽くたたく, 抱きつく, 一緒に布団に入る, 等をこれに含め, 直接的な性行動や暴力は除外した。

【結果】調査を終了した外来患者数は 180 名 (男性 91 名, 女性 89 名) で, 身体接触行動が認められた患者群 (以下「(+ 群)」) は 32 名, 認められなかった患者群 (「(- 群)」) は 148 名であった。平均年齢は (+ 群) では 26.7 才, (- 群) では 36.2 才, また平均発症年齢は (+ 群) は 19.2 才, (- 群) は 24.1 才で, 発症年齢, 現在の年齢とも, (+ 群) の方が (- 群) より低かった。

【身体接触行動 (+ 群) の患者の臨床特徴】① 発症は 10 代後半から 20 代前半。② 男性 12 名, 女性 20 名で, 女性に多い。③ 破瓜型 18 名, 破瓜緊張型 3 名, 分類困難型 8 名, 緊張型 3 名, 妄想型は 0。DSM-III-R では, 調査時点では残遺型 13 名, 分類不能型 8 名, 解体型 6 名, 寛解期にある者 5 名。発病初期には, 分類不能型 21 名, 解体型 6 名, 緊張型 4 名, 残遺型 1 名であった。④ 出現時期は, 急性期の不安や恐怖が高まった時期と, 陽性症状が消退した時期の 2 種類あった。⑤ 母親は治療に協力的であるが, その中に明るく優しい母親と, 不安耐

性が低い、過干渉といった母親が存在する。父親は、患者が若年であるにもかかわらず来院しないなど無関心さが目立つ。

【まとめ】① 若年発症、③ 破瓜型近縁の病型に多い、⑤ 母親は治療に協力的で情緒的であり父親は無関心、という点は、昨年報告した9例の特徴と共通していた。以下の2点は先の報告と異なる結果が得られた。

② 女性に多いという点は、男性症例の方が問題行動として事例化しやすいため、今回は患者全員に調査を行ったので、これまで問題視されていなかった女性症例が掘り起こされたものと考えられる。

④ 身体接触行動の出現には、2つの時期が認められた。第1の、急性期不安時のそれは、「母親の布団にもぐり込む」行動であり、第2の、陽性症状消退期・疲弊抑うつ時期に見られる、甘えてべたべたと触ることが主体の行動とは、明らかにその質を異にしていた。昨年我々が論じた患者の行動は、後者の時期のものである。この時期に、退行し、母親に身体接触を求めていく行動は、分裂病患者の自我の再構築への過程であると我々は考えている。

最後に、今回の調査で、身体接触行動が、外来通院中の分裂病患者の約15%という高い頻度で出現している現象であることもわかった。

6) 過疎の村の一家4人に発生した感応精神病(妄想感応型)の1例

川勝 康弘・大森 孝治 (群馬県立佐波病院)
黒崎 孝則
上原 徹 (新潟大学精神科)

我々は最近、感応精神病(妄想感応型)と思われる症例を経験した。発端者は精神分裂病の44歳の男性、被感応者は発端者の両親と姉である。過疎の山村に住む一家4人は、椎茸栽培や山林伐採で、細々と生計をたててきた。発端者である一家の長男が精神分裂病を発病したのが約10年前のことである。以来長男の病状は一進一退で、精神病院に入退院を繰り返していた。長男の被害妄想に基づく近隣への粗暴な言動は増強してゆき、次第に一家は近隣社会から孤立していった。このような状況のもとで、両親と姉は長男の被害妄想を長い抵抗の末受け入れ、2年あまりにわたって一家は共通の被害妄想を分かち合うに至った。一家は外からの侵入を防ぐため、家の周りに有刺鉄線を巻き付けた。平成4年12月、一家4人は鎌、包丁、竹竿を振り回して警察官に抵抗、パトカーを壊し、

警察官を負傷させる騒動を起こした。後に語られたところによれば、この時に一家は4人とも「警察官もぐるになって一家を皆殺しにやってきた」と思ったという。一家は警察に保護され、長男は慈光会病院に、両親と姉は佐波病院に入院となった。父親は精神分裂病(欠陥状態)、母親と姉は妄想反応と診断された。両親と姉は2ヶ月ほどで退院となったが、長男は現在も入院中である。今後の治療のためには、この家族の抱える病理性(近隣と意志の疎通を欠いていること等)を、病院、保健所、町の保健センター、地域が、しっかりと把握し、緊密な連携をとって、一家4人が孤立的、自閉的な世界から脱出することを援助していくことが必要である。

7) 非24時間睡眠覚醒症候群の1例

稲月まどか(黒川病院)
稲月 原(飯塚病院)
伊藤 陽(新潟大学精神科)

概日リズムの異常を示す睡眠障害の中でも比較的珍しい、非24時間睡眠覚醒症候群の1例を経験した。症例は6才の女兒。周産期の異常はなく、運動発達にも異常は見られなかったが、「目を合わせる事が少ない」「言葉の遅れ」「多動」など、精神面の発達障害を疑わせる所見があった。母方祖父母、両親との5人家族。平成2年12月、患児4才時に、出生後から睡眠覚醒リズムが一定しないことを主訴に、新潟大学精神科を受診し、投薬を受けたが睡眠覚醒リズムの改善はなく、通院服薬を中断した。平成3年1月障害児保育園に入園後も睡眠覚醒リズムはこれまで同様ほぼ毎日1時間から2時間づつ後退していき、日中に寝ている日もあり、通園は断続的であった(図1)。患児が夜間眠らずに遊んでいると、祖父、祖母、母の誰か一人が患児の遊びに付き合い強制的に眠るようにしつけることはなかった。平成3年4月保育園より相談依頼があり、祖母と母に面談したところ、これまで睡眠覚醒リズムを外界の24時間リズムに同調させようと努力したことが無かったことが明らかになった。そこで治療的な試みとして「朝起し、夜は家族全員で就床する」という社会的同調因子の強化を行なったところ、3か月ほどして24時間リズムに同調し始めたが、体調を崩したことがきっかけで再びフリーランニングの状態となった。平成4年10月新潟大学精神科を再受診、非24時間睡眠覚醒症候群(並びに精神発達遅滞)と診断され vitB₁₂ (1.5~3.0 mg/day) を投与された。しかし睡眠覚醒リズムの改善は見られなかったため、平成5年3月より朝