

精神分裂病における知覚変容発作の臨床的研究 —自験例を中心にして—

A clinical study of an attack of altered perception in schizophrenic patients; from my own experience.

上 平 忠 一*
Uwadaira Chuichi

I. はじめに

現在の精神科治療では薬物療法が主要な治療方法^{1,2)}であり、その療法に熟知することは必須であるが、向精神薬の副作用についても十分な知識を持たなくてはならない。これまで私たちは抗精神薬の副作用に関する研究の一環として、皮膚障害¹¹⁾、麻痺性イレウス¹²⁾、水中毒¹³⁾、悪性症候群¹⁴⁾、心電図異常¹⁵⁾に関する論文を発表してきた。

さて、精神分裂病の慢性期の経過中に、挿話性にみられる知覚変容を主とする状態が存在する。従来あまり注目されてこなかったこの発作状態は、本邦の山口ら¹⁸⁾が1985年に報告し、その後「知覚変容発作」をめぐる論議が活潑となった。本発作の病因および病態生理に関して、精神分裂病本来の病理現象として捉える立場^{6,17,18,19,20,21)}と抗精神薬療法に密接に関連した立場^{4,8,9,10,23,24)}で議論がつづき、現在一定の見解に達していない。こうした論議の複雑さを生む理由として、本発作の概念の曖昧さや本発作が純粋に精神症状のみならず、身体症状を合併することが指摘されている⁷⁾。今般、私たちは、本研究の動機となる事例(症例1)に遭遇し、「知覚変容発作」について調査研究を行い、抗精神薬療法に関連した立場から考察を行った。

II. 対象と方法

千曲荘病院に入院した患者のなかで筆者が主治医として詳細に診察を行い DSM-IV により精神分裂病の診断基準を満たし、「知覚変容発作」を呈した症例5例を対象として検討した。

「知覚変容発作」の規定であるが、私たちは以下に述べる山口ら¹⁹⁾の定義を参考とした。①ほとんどが分裂病の慢性期または回復途上にある例である。②患者みずから「発作」と称することが多い。③発作の起始は突然であり、予期できない。終わりは緩やかである。④持続は数分から数時間であり、少なくとも、眠ってしまうとそれで終わりであり、翌日まで持ち越すことはない。⑤発作症状は患者にとって自己違和的な例外状態であり、それに対する治療要求が強く、また自己治療努力をしている。⑥主な体験は、極めて多彩、多様な「知覚の変容体験」である。知覚過敏化、外界の相貌化、微候空間化、空間構造の潰乱など。⑦発作中は不安を主とする情動体験を伴うが、行動化することは少ない。⑧発作体験、とくに知覚の変容体験は非妄想型の例に多い。⑨発作の起こりやすい状況がある。たとえば、不眠の翌日、疲労緊張時、夕刻、早朝などの薄明の時、休み明けの午後、などである。⑩患者はそれぞれ発作に対する対処法をもっている。⑪発作症状には穏和精神安定剤が有効で、しかも即効的である、とするもの

* 教授

である。

調査の方法としては、山口らの定義のうちで、③と④の症状の出現様式の特徴と⑤と⑩の症状に対する自己違和性および⑥の知覚の変容体験、とくに視覚変容体験を重視する立場をとり、筆者がこれらの条件を満たす症例を採用した。

抗精神病薬服用量の CP 換算値は治療抵抗性分

裂病調査班 (TRS—RG) 班等価換算⁵⁾に基づく、その経口抗精神病薬の等価換算表は表 2 に示した。

Ⅲ. 結果

「知覚変容発作」を呈した 5 例の精神分裂病患者に対して調査検討した結果は表 1 に示した。

表 1—1 精神分裂病患者の知覚変容発作—その 1

	症 例 1	症 例 2	症 例 3	症 例 4	症 例 5
性別	男性	女性	男性	男性	男性
年齢	55歳	64歳	38歳	37歳	36歳
診断 (DSM-IV)	精神分裂病 緊張型	精神分裂病 解体型	精神分裂病 解体型	精神分裂病 妄想型	精神分裂病 分類不能型
発病年齢	27歳	26歳	24歳	23歳	20歳
発作発現年齢 (発病からの年 数)	41歳 (14年)	41歳 (15年)	35歳 (11年)	23歳、36歳 (2週間)、(13 年)	26歳 (6年)
発作持続時間	20—30分～1— 2時間	数分～10数分	30分～数時間	30分～1—2時 間	1時間～数時間
発作頻度	1/半年 ～8—10/月	1/年 ～8—10/月	1/年 ～3—4/月	1/数日 ～1—2/月	1—2/月 ～10—12/月
発作誘発状況	午後 歩行時 入浴時	午後 不快な出来事 疲労	午後 直射日光 入浴後	夕方	午前11時頃、午後3— 4時頃 運動時(ソフトボ ール、バレーボ ール)、疲労時、行 事の時、作業時
発作時の体験内 容	黒い斑点の出現 天井のシミや汚 れが気になる 目を閉じても写 っている 周囲の音が敏感 に感じる	目がつり上がる ものが二重に見 える 目が悪い	目がチカチカす る 小さいもの、文 字が気になる 目が悪い 目が冴える 気が遠くなる いろいろな考え が浮かぶ 頭が混乱してく る	目がチカチカす る 目の前がボヤー とした感じ	黒いものが気になる まわりの雰囲気急 に変わる 何かに圧迫されたよ うな感じになる 自分の行くところだ けがおかしい 話していても、纏ま らない感じ 機械の音が大きく感 じる 食事はするが味がわ からない
発作時の感情	焦燥感 苦しい	落ち着いていら れない 不安、不快感 辛い	不安 急に落ち込む 自分は駄目な人 間だと思	落ち着いていら れない不安 いらら感 足の爪がはがれ るよう	嫌な気分、不快感 神経質になる

表1-2 精神分裂病者の知覚変容発作—その2

	症 例 1	症 例 2	症 例 3	症 例 4	症 例 5
発作時の対処行動	半纏を頭から被って臨床ベットで横になる 睡眠をとる 薬を飲む ビペリデン注射	薬を飲む ビペリデン注射	ベットに潜り込む 薬を飲む	薬を飲む ビペリジン注射	頓服を飲む ベットで天井を見て、時が過ぎるのを待つ 眠る ホリゾンの注射
発作時の身体症状	口唇部ジスキネジア 運動失調 錐体外路症状	口唇部ジスキネジア 運動失調 錐体外路症状 アカンジア	アカンジア	眼球上転発作 アカンジア	
発作時の抗精神病薬	CP 50-400mg LP 25-50mg HP 4-18mg SP 400mg	CP 25-150mg LP 25-500mg HP 5-10mg PPZ 4mg BP 3-18mg MP 50-100mg	CP 50mg BP 12-36mg CCP 100mg PPZ 8-16mg SP 200mg MP 100-400mg	CP 50-100mg LP 25mg HP 6-8mg BP 6-18mg ZP 200-300mg	CP 50-100mg LP 25mg HP 3-4mg BP 5-12mg TR 150-200mg
発作時の minor tranquilizer 投与	Cloxazolam 4-12mg	cloxazolam 8mg	cloxazolam 8-12mg	cloxazolam 8mg	cloxazolam 4mg diazepam 5mg
発作時の抗パ剤	Biperiden 注射 Biperiden 3mg Promethazine 50-100mg	Profenamine 40mg Trihexyphenidyl 4mg Promethazine 50-100mg	Profenamine 100mg Trihexyphenidyl 4mg Promethazine 50mg	Biperiden 注射 Biperiden 2-4mg	Promethazine 50mg

* 略語一覧表を参照

* 略語一覧表

BP : bromperidol
 CCP : clocapramine
 CP : chlorpromazine
 HP : haloperidol
 LP : levomepromazine
 MPR : moperone
 MP : mosapramine
 PPZ : perphenazine
 Pm : promethazine
 SP : sulpiride
 TR : thioridazine
 ZP : zotepine

表2 TRS-RG 版の等価換算表

chlorpromazine	100
levomepromazine	100
thioridazine	100
propericiazine	20
perazine	100
prochlorperazine	15
trifluoperazine	5
perphenazine	10
fluphenazine	2
thiothixene	3.3
clotiapine	40
zotepine	66
reserpine	0.15
haloperidol	2
pipamperone	200
spiperone	1
moperone	12.5
timiperone	1.3
bromperidol	2
pimozide	4
carpipramine	100
clocapramine	40
mosapramine	33
oxypertine	80
sulpiride	200
sultopride	200
nemonapride	4.5
risperidone	1

1. 性別・年齢別

対象となった5例の男女比は男：女＝4：1と男性に多い結果となった。平均年齢は46.0歳で、30歳代が3例、50歳代、60歳代が各1例であった。

2. 診断

診断 (DSM-IV) は全例が精神分裂病であり、その病型分類は解体型が5例中2例を占め、緊張型、妄想型がそれぞれ1例であった。分類不能型は1例に認められた。

3. 知覚変容発作の時期

発作発現の平均年齢は35.8歳 (症例4の発作発現時期を36歳した場合) で、30歳代および40歳代がそれぞれ2例を占め、残り1例は20歳代であった。精神分裂病の平均発病年齢は24.0歳で、発作

の出現時期は分裂病発症後、11.8年目となった。

4. 発作の持続時間

発作は短いもので数分、長いもので数時間といった幅が認められ、最も多いのは20—30分から、1—2時間のあいだであった。

5. 発作頻度

発作頻度の高いものでは、1日おきに発作が出現し、低いものでは年に1—2回の割合で出現している。また1日に2回以上の頻度で出現した症例 (症例5) もあった。さらに、発作頻度にむらぎ認められ、頻発している時期とそうでない時期が観察されたり、いったん発作が消失し、再び出現するなどの変化が認められた。発作が頻発する時期の平均発作頻度は、数日に1回の割合であった。

6. 発作誘発状況

すべての症例に共通して観察されたのは、発作が総じて午後、それも多くは夕方に集中して出現していた点である。しかし発作が頻発している時期には1日に2回以上の発作が出現し、午前中に出現することがみられた。

全例で何らかの誘発状況が観察された。具体的な内容としては、歩行時、入浴時、入浴後、不快な出来事、運動時、行事、疲労、作業など多種多様であり、日常生活において広範囲な出来事が誘発状況としてあげられる。

薬物との関連では、11の発作時の抗精神病薬の項で詳しく述べるが、プロメタジン服用中止後に起きたもの (症例5) があった。

7. 発作時の体験内容

すべての症例に共通して認められたのは、視覚領域に出現した知覚の過敏化と変容の点である。その視覚過敏、あるいは視覚変容の具体例として、症例1では「黒い斑点の出現」、「天井のシミや汚れが気になる」とバレイドリア、「目を閉じていても目に写っている」など幻視を訴え、症例2では「目が悪い」、「ものが二重に見える」と単純に述べ、症例3および症例4では「目がチカチカする」と知覚の過敏化を訴え、症例3は「小さいも

の、文字が気になる」、「目が冴える」といい、症例4では「目の前がボヤーとした感じになる」と訴えた。症例5は「黒いものが気になる」という単調性の訴えである。

聴覚領域の体験は、症例1では「周囲の音が敏感に感じる」と訴え、症例5では「機械の音が大きく感じる」といった聴覚過敏のみを呈した。

他の感覚、知覚領域では症例5において「食事はするが味がわからない」と味覚領域の変容が観察された。

また感覚、知覚の変化のみならず、思考障害や自我障害、妄想気分、被害妄想などの多様な病態が症例3、症例5において観察された。

8. 発作時の感情

発作時に最も多く認められた感情は、強い不安感、不快感であった(4/5例)。また同時に多くの症例で「苦しい」、「辛い」という苦悩感や「落ち着いてられない」などの焦燥感を随伴していた(3/5例)。

その他「急に落ち込む」「自分は駄目な人間と思う」(症例3)、「足の爪がはがれるような感じ」(症例4)などという違和感を訴えたり、「神経質になる」という例(症例5)があった。

9. 発作時の対処行動

全例で発作に対する、自発的で自己流の対処行動が観察された。それぞれの対処行動は上述の発作誘発状況を軽減させる方向で企図されていた。すべての症例において注射(ピペリデン)や与薬を要求したり自ら頓服薬を服用していた。ベットで横になり、時が過ぎるのを待ったり、寝てしまうなどの容易で簡便な方策が最も多く認められた(症例1、3、5)。

症例5でみられたようにあらかじめなるべく運動や仕事をしないように予防的な措置を講じる例があった。また、いずれの対処行動によっても発作が軽快せずに暴力、器物破損などの行動化へと至った例(症例5)もあった。

10. 発作時の身体症状

多くの症例において発作時に何らかの身体症状あるいは身体的主訴を伴っていた。身体症状は他

覚的に観察可能なものから、主観的訴えに終始し、精神症状と鑑別が困難なものがあり、症例2では「目がつり上がる」と訴えにもかかわらず、他覚的には眼球上転症状は観察されなかった。具体的には、錐体外路症状が2例、口唇部ジスキネジア2例、運動失調2例に認められ、アカシジアは3例であり、眼球上転発作は1例に観察された。

11. 発作時の抗精神病薬

すべての症例において発作発現前から何らかの抗精神病薬の継続投与を受けていた。抗精神病薬の種類についてみれば、クロールプロマジンに代表されるフェノチアジン系抗精神病薬とハロペリドールに代表されるブチロフェノン系抗精神病薬、および非定型抗精神病薬などの多種類の併用投与が行われている。各症例ごとに初回発作発現時の抗精神病薬服用量(CP換算値)を調べてみると、症例1では350mg、症例2 190mg、症例3 1940mg、症例4 525mg、最後に症例5が325mgであり、平均CP服用量は666.6mgである。次に発作継続中の抗精神病薬最高投与量を症例ごとに検討すると、症例1では1525mg、症例2 1100mg、症例3が最も多く2700mgを示し、症例4 725mg、症例5 800mgであり、平均CP服用量は1370mgであり、初発発作発現時の服用量に比較して2倍の服用量が認められた。発作消失時の抗精神病薬服用量の検討を行うと、症例1が525mg、症例2 275mg、症例3 550mg、症例4 325mg、症例5が250mgであり、平均CP服用量は385mgとなり、初発発作発現時の服用量に比較して0.6倍の服用量を示した。

精神症状の動向と知覚発作の推移を調べると、精神症状の増悪時に並行して発作頻度が増悪している症例が多く認められた。しかし、精神症状が安定している期間にも発作の散発が認められる症例があった(症例1、症例2、症例5)。

12. 発作時の穏和精神安定剤投与および抗バ剤の投与

全例において穏和精神安定剤ならびに抗バ剤の経口投与が行われていた。穏和精神安定剤の種類はジアゼパムの投与を除けばひとつであり、クロ

キサゾラムの服用が行われ、その服用量は4—12 mgであった。他方、抗パ剤の経口投与では、プロメタジン、ピペリデン、トリヘキシフェニジルなどの多様な使用が認められた。その中で発作時のピペリデンの筋注が最も即効性を有していることが認められた。

Ⅳ. 症例呈示

ここに知覚変容発作を呈した5症例を順次提示する。プライバシー保護のため、記述は簡潔にとどめたが、知覚変容発作と抗精神病薬の関連に関して詳述した。

症例1. 55歳男性、入院患者（精神分裂病、緊張型）

27歳時、不眠、幻聴、関係被害妄想、思考伝播、考想化声などの症状を伴って発病し、千曲荘病院に入院した。その後、幻覚妄想状態が再発し、入退院を繰り返した。

41歳時に、幻覚妄想を伴う精神運動性興奮状態で4回目入院に至った。この時の主な処方（1日量）はクロールプロマジン（CP）が100mg、レボメプロマジン（LP）50mg、プロメタジン（Pm）100mg、スルピリド（SP）400mgである。この入院中に短時間の知覚変容発作が1—2度散発したが、重要視されなかった。その時の抗精神病薬服薬量はCP換算値で350mgである。

42歳時に、症状が再燃し精神運動性興奮が著しくなったために、再入院した。この頃の主な処方（1日量）はCP100—200mg、LP50—100mg、ハロペリドール（HP）4—8mg、SP400mg、ピペリデン3mg、ニトラゼパム5—10mg、カルバマゼピン400mgのうちの数種類が組み合わされて併用投与された。この頃の抗精神病薬服薬量はCP換算値で350—625mgである。

43歳の夏頃から「黒い斑点の出現」を訴え、数ヶ月間継続するようになった。発作の頻度は月に1—2度であり、持続時間は20—30分程度であり、その際には半纏を頭から被って臥床していると治まるといふ。45歳の秋頃に、幻覚妄想状態が顕著となり、精神運動性興奮が周期的にみられるようになり服薬量や種類が増量された。その頃から、知覚変容発作の頻度が増加し同時に発作持続

時間が延長した。

49歳の2月にベンゾジアセピン系の抗不安薬の併用投与が検討され、クロキサゾラム4mgないし6mgが投与されると知覚変容発作は消失した。

53歳の3月頃から激しい精神運動性興奮と妄想構築を呈したために投薬量はさらに増量された。この頃の処方（1日量）はCP150—400mg、LP75mg、HP12—18mg、カルバマゼピン400mg、フルニトラゼパム2mg、ニトラゼパム10mg、クロキサゾラム6mgであり、これらのうちの数種類が併用投与されていた。この時の抗精神病薬服薬量はCP換算値で1275mg—1525mgである。その後から、再び知覚変容発作が出現し、発作頻度が月に8—10回と増加し、持続時間も1—2時間に延長した。そこで、一過性にクロキサゾラムを12mgまで増量し併用投与すると、数ヶ月間にわたって知覚変容発作は抑制されていた。ところが、錐体外路症状や運動失調、眠気など薬の副作用の出現のために向精神病薬の減量ないし変更を余儀なくされ、6月にクロキサゾラムを6mgまで減量した。その直後から知覚変容発作が半年に1—2回の割合で再び起こるようになった。

55歳の1月に、精神病像が増悪し、抗精神病薬の漸増を行った。この時に処方（1日量）はLP25—50mg、HP12—18mg、SP400mg、フルニトラゼパム2mg、ニトラゼパム10mg、カルバマゼピン400mg、クロキサゾラム6mgである。この頃の服薬量はCP換算値で800mg—1150mgである。再び知覚変容発作は月に1—2度と発作頻度が増加し、持続時間も延長した。同時に口唇部ジスキネジアや運動失調、眠気を随伴した。55歳の3月に知覚変容発作に対して、ピペリデン5mgが初めて筋注されたが、発作は10分以内に消失した。その後、抗精神病薬の減量（CP換算値510mg）とクロキサゾラム8mgの服用により、それ以後は現在も入院中であるが、知覚変容発作や錐体外路症状も生じていない。なお緊張病性興奮が強度なときに、数回の電気ショック療法（EST）が鎮静の目的で施行された。

頭部CT検査や発作時の脳波検査で異常所見は認められていない。

ここで知覚変容体験（視覚変容体験）について、本人の陳述を詳しく記載してみる。

「急に黒い斑点が出る。天井を見ると、黒いシミや汚れが気になり、目に飛び込んで来る。目を閉じていてもずっと写っている。目を閉じていると次から次へ黒いもの出てくる。黒いものが動かないときもある。それが出ているときには、周囲の音などが敏感になり、落ち着いていられず、苦しい。歩行時や入浴中にも出る。睡眠不足で出やすい。夕方が一番多く出ている。50—60分続いている。ベットで横になっているとよくなる。睡眠をとると、40—50分でよくなる。クロキサゾラムを服用すると20—30分で消失する。ピペリデン注射がすぐに効いてくる。」

症例のまとめ：27歳の時に幻覚妄想で発病し、入退院を繰り返していた妄想型の分裂病である。41歳時に短時間の知覚変容発作が1—2度散発した。43歳および45歳頃から発作が数ヶ月間継続するようになり、49歳の時にベンゾジアセピン系の抗不安薬の併用投与により知覚変容発作は消失した。53歳と55歳頃に精神病像が増悪し、抗精神病薬の増量した結果、知覚変容発作が悪化した。抗精神病薬服薬量（CP換算値）に比例して、発作の頻度および持続時間が増加するという特徴を示した。抗精神病薬の減量ならびにクロキサゾラム、ピペリデン注射の投与により発作の消失を認めた。

症例2. 64歳女性、入院患者（精神分裂病、解体型）

26歳の時に発病し、離婚後自宅に戻り、無為自閉的な生活を送っていた。29歳時に、興奮し、暴力を振るうことが頻回となり、6月に千曲荘病院に入院し、35年間にわたって長期に在院していたが最近自宅に退院した。

その間精神病像に大きな変化はみられなかった。すなわち、感情鈍麻、自発性低下、無為などの欠陥状態が継続し、深みを欠く好機嫌さと自己本位の振る舞いが出現し、他の患者と衝突しがちであった。さらに興奮や無断離院が挿話的に認められた。

41歳時に初めて「夕方になると目がつり上がる、目が悪い」と短時間の知覚変容発作を訴え、トリヘキシフェニジルが頓服として投与された。この頃の抗精神病薬は CP150mg、ペルフェナジン

(PPZ) 4mg、カルバマゼピン600mgが投与され、CP換算値で190mgである。その後発作は年に1—2回の割合で出現した。

45歳時に興奮状態を呈し、ハロペリドール10mgを筋注したところ、アカシジアを伴う知覚変容発作が出現し、同注射中止後発作は消失するエピソードが頻回に認められた。

61歳の1月頃から、知覚変容発作の出現頻度が増加し、週に1—2度の割合で出現し、ベットで臥床していることが多かった。その都度ピペリデン注射を施行し、速やかに改善した。この頃の抗精神病薬は LP50mg、インプロメン (BP) 6—18mg、モサプラミン (MP) 25—50mgであり CP換算値では425—1100mgである。その頃同時に上肢振戦、口唇部ジスキネジア、流涎、運動失調、精神運動性低下を伴っていた。

63歳時に向精神病薬を減量し、CP25mg、LP25mg、BP 3mg、MP25mgを服用し CP換算値で275mgとし、同時抗バ剤、タロキサゾラムを追加投与したところ、その後現在まで知覚変容発作は生ぜず、錐体外路症状も消失している。

頭部 CT 検査や脳波検査に異常所見は認められていない。

知覚変容発作の訴えは次の通りである。

「夕方になると目がつり上がる（観察によれば眼球上転はみられず、むしろ一点を凝視するか正常な眼球運動を示した）」「ものが二重に見える」「目が悪く落ち着いていられない」訴えそのものは視覚に関する単純な内容であるが、自己違和性が強く、不快感情や苦痛を随伴した。

症例のまとめ：26歳頃に発病し、29歳の時に入院し、以後35年間に在院していた解体型の分裂病である。入院12年目の41歳時に、初めて知覚変容発作が出現した。45歳の時に興奮状態に対してハロペリドールの筋注を実施すると、それに並行してアカシジアを伴う発作が発現し、中止すると消失するというエピソードが認められた。61歳頃に発作が最も多く出現したがその頃に最高量の抗精神病薬が投与されており、服薬量と発作の出現とのあいだに時間的因果関係を観察できた。

症例3. 38歳男性、入院患者（精神分裂病、解体型）

24歳時、幻聴、関係被害妄想、感情鈍麻、自閉、無為などの症状で発病し、同年千曲荘病院に入院する。その後、現在まで欠陥状態を呈し、13年間の長期入院を継続している。入院中、退院の話(29歳)や母親の死亡後(31歳)、幻覚妄想症状が再燃し、不穏状態が出現し、抗精神病薬の漸増が行われた。

35歳時に、入院11年後に初めて知覚変容発作が発現した。この頃の処方(1日量)は、CP25mg、BP24mg、MP150mg、PPZ16mg、SP200mg、フルニトラゼパム3mg、トリヘキソフェニジル4mgであり、CP換算値で1940mgであった。因みに、入院当初の抗精神病薬服薬量はCP換算値で955mgであった。36歳時に幻覚妄想症状が強まり、抗精神病薬がさらに増量されCP換算値にすると2700mgになり最高投与量であった。その後から、知覚変容発作の出現頻度や持続時間が延長した。頭部CT検査や脳波に異常を認めなかった。

37歳の9月に、知覚変容発作と把握され、初めてクロキサゾラム8mgが併用投与された。その後、知覚変容発作が軽快し、レクリエーションや作業に参加することが多くなる。1ヶ月後に、クロキサゾラムの併用投与を継続し抗精神病薬を減量し、MPを減量し中止すると発作は消失した。しかし、38歳時に倦怠感や頭重感などの身体不全感と憂鬱感を伴う神経症様症状が出現したためにMPを再投与をしたところ、知覚変容発作が再燃し、同時に同発作に対する予期不安を強く認め、同薬剤を中止した。この時の処方(1日量)はCP換算値で550mgである。その後、現在まで知覚変容発作は出現していない。

ここで、知覚変容発作について詳述してみる。「細かいものが気になり、頭が一杯になり、目が冴えてしまう」「細かいもの、文字が鮮明に見える」「目がチカチカする。目の前の塵が見え、ひどく気になり、不安になる」と語り、視覚変容発作が主な体験発作である。さらに、「一度起きると寝るまで駄目だ。頭がすっきりしない。いろいろな考えが浮かんで来て、そのうちに頭がぼらぼらになり混乱してくる」と思考障害、自我障害や劣等感、抑うつ気分が認められた。

症例のまとめ：24歳頃に、自閉無為の症状で発病し、現在まで14年間入院継続している中等度欠

陥状態の分裂病である。35歳時(入院11年後)に初めて知覚変容発作が発現し、その時の処方CP換算値で1940mgであり、抗精神病薬の増量時に出現した。発作の消長は抗精神病薬服用量に用量依存性を示した。本例はMPの再投与により発作が再燃するという特徴があった。知覚変容発作の消失は抗精神病薬の減量やクロキサゾラムの併用投与によって認められた。知覚変容発作は視覚変容体験が主なものであるが、思考障害、自我障害や劣等感、抑うつ気分の随伴が観察された。

症例4. 37歳男性、入院患者(精神分裂病、妄想型)

23歳時に、幻聴、関係被害妄想、注察妄想、思考伝播、作為体験などの症状を伴って発病し、家庭内暴力、放浪を呈し千曲荘病院に1回目入院となる。入院2週間後、夕方になると「目がチカチカする」と訴え、落ち着かなくなり、焦燥感を伴う知覚変容発作が散発した。この頃の抗精神病薬はCP100mg、HP8mg、LP25mgが投与され、CP換算値で525mgであった。発作はビペリデン注射で改善した。

3ヶ月後に退院し、外来通院になるものの、中断しがちであり、他の医療機関の受診を繰り返していた。

36歳時に、魔術的な思考、思考伝播を認め、幻覚妄想を伴う不安・恐慌状態が出現し、当院2回目入院となる。この時の処方CP100mg、BP12mg、LP25mgが投与されCP換算値で725mgであった。入院1週間後に視覚変容発作が発現し、同時に眼球上転発作を伴った。発作はビペリデン注射により速やかに改善した。その後、抗精神病薬が漸減された。同時にクロキサゾラム8mgを追加投与し知覚変容発作と眼球上転発作は消失する。その時の抗精神病薬はCP換算値で325mgであった。3ヶ月後に退院し、書店や酒屋のアルバイトに従事する。

知覚変容発作の訴えは次の通りである。

「目がチカチカする」「目の前がボヤーとした感じ」と視覚変容発作を訴え、焦燥感、不穏が随伴された。その焦燥感はrestless legs syndromeの訴えに酷似していた¹⁶⁾。

症例のまとめ：23歳の時に、精神変調が出現し

千曲荘病院に第1回目入院となり、3ヶ月後に退院にしたが、その後外来通院が中断し、他の医療機関を不規則に受診していた分裂病である。第1回目の入院時に初めて知覚変容発作が発現しているが、発作の出現が急性期に認められるという特異な点があった。

36歳時に魔術的な思考、思考伝播を伴う幻覚妄想状態で再入院に至った。この時には眼球上転発作を伴う知覚変容発作が出現した。発作の消長は抗精神病薬服用量に用量依存性を示した。

症例5. 36歳男性、入院患者（精神分裂病、分類不能型）

20歳時に、対人関係の問題で発病し、会社を退職し、その後自宅で無為的生活を送っていた。「心が2つに分かれたような感じがする」など奇妙な訴えがみられた。21歳の時に、別の精神科病院に3ヶ月間の入院歴をもつ。23歳時に、無為、自閉、無関心を認め、衝動行為を伴う状態で千曲荘病院に入院し、以後10年間在院をしていた。

26歳の3月、知覚変容発作が初めて出現した。この頃の抗精神病薬はCP50mg、LP25mg、BP5mgであり、CP換算値では325mgであり、その後の抗精神病薬の最高服用量はCP換算値で800mgであった。発作は多いときには2日に1度の割合で出現し、1日2回、午前11時頃と午後4時頃の2つの時間帯に認められることがあり、午前の時間帯にジアゼパムの筋注を施行したが、効果の判定が困難であった。というのは午前中に出現した発作は、午後の早くに自然消退していたことが多くみられたからである。HP、チオリダジン（TR）、カルバマゼピンなど種類の抗精神病薬の変更を行い、知覚変容発作の減少を試みたものの、発作は継続していた。発作の出現のために、外泊や外勤作業が中止となったり、他患に暴力振るうなどの行動化が認められた。34歳の7月に、抗精神病薬の減量を行い、発作回数が減少した。この時の処方方はCP100mg、HP4mg、Pm50mg、ジアゼパム5mgであり、CP換算値300mgであった。34歳の10月にクロキサゾラム4mgを追加投与する。その後、発作回数が半年に1-2回の割合になりかなり減少した。この頃に、Pm50mgを中止すると発作が再燃し、処方方を元に戻すと消失というエピソード

があった。35歳の6月にさらに抗精神病薬服用量を減らしCP換算値で250mgとなり、発作が消失し寛解状態で退院に至る。頭部CT検査や脳波は正常であった。

ここで、知覚変容発作について詳述してみる。

「何かに圧迫されたような感じになる。まわりの雰囲気急に変わり、自分の行くところだけがおかしい。今まで賑やかなところが、自分が行くと急に静かになり、自分が去ると再び賑やかになる。」「何か緊張感がある。人と話をしても考えが纏まらない」「黒いものが気になる。」「機械の音が大きく感じる」「食事をとるが味がわからない」と述べ、視覚変容発作に加えて、聴覚過敏、味覚変容の随伴が認められた。また、本例では思考障害や妄想気分、自我障害、被害妄想の発作性出現が発作の開始時に観察され、その後視覚変容発作に進展するという特徴が認められた。

症例のまとめ：20歳頃に対人関係で発病し、23歳時に千曲荘病院に入院し、院内寛解状態に達したものの、知覚変容発作の出現により退院に抵抗を示した分裂病患者である。26歳時（入院3年後）に初めて知覚変容発作が妄想気分、思考障害、自我障害の形で発現し、視覚変容発作に進展するという特徴が認められた。発作の消長に関しては抗精神病薬服用量に用量依存性を認めた。また本例では抗パ剤であるPmを中止すると知覚変容発作が再燃するというエピソードが観察された。さらに、発作の出現のために、日常生活がかなり制限されたり、興奮、行動化が認められた。

V. 考察

1. 本研究の特徴について

自験例を中心とした入院中の分裂病の知覚変容発作の全体像を述べると、次のようになる。性別では男性に多く認められ、年齢は46.6歳であった。診断名では解体型が2例であり、従来から指摘されている非妄想型が多いという報告と一致する結果となった。しかし、緊張型や妄想型あるいは分類不能型の存在も無視できない。知覚変容発作の平均発現年齢は35.8歳で、分裂病発症後11.8年後であり、発作の持続時間は20-30分から、1-2時間である。日常生活における広範囲な出来事が誘発状況として指摘でき、発作の多くは午後

から夕方に出現する傾向があった。発作時の主な体験内容は視覚領域に出現した知覚の過敏化と変容であり、聴覚領域や味覚領域の変化の体験も観察され、それらの他にも思考障害や自我障害、妄想気分、被害妄想が認められた。不安感や不快感が発作時に随伴し、症状に対する自己違和感が認められ、対処行動が全例にみられた。

本研究の特徴のひとつは全例が入院患者であり、筆者が主治医として長期間にわたり治療的関わりを持ってきた症例であり、知覚変容発作の出現に関して十分に観察可能な立場にあり、観察できた点にある。研究対象者が長期間の入院を迎ったために、患者の詳細なカルテ、看護記録、患者自身が残した記録物、周囲の人々の証言などが確実に入手でき、知覚変容発作に関して分析可能であり、とくに抗精神病薬の服薬と知覚変容発作の関連が直接的に検討することが出来た。知覚変容発作は発作出現時間が数分から数時間の短時間であり、患者の自覚症状に起因するところが大きく、視覚変容体験などは気のせいであると無視されやすい症状であり、客観的所見に乏しく観察されにくい側面を有している。したがって、研究対象としては入院患者であることがより客観的に把握しやすい条件と言える。

入院中の精神分裂病に対象を限定した研究は数少ない。佐藤ら¹⁰⁾は挿話性病理現象と抗精神病薬療法との関連を考察したが、対象となった分裂病5症例のうち3例が入院患者である。樋口ら⁴⁾の報告では知覚変容体験を伴った反復性発作症状を呈した精神分裂病2症例のうち1例が入院患者であった。渡辺²³⁾は入院中の精神分裂性障害および分裂感情障害の223例を対象としてそのうち知覚変容発作が9例に認められたと記載している。

さらに、調査方法として、発作性の出現様式と症状に対する自己違和性に加えて、視覚変容体験を取り上げ、これら3条件を満たす症例を対象とした。このようにした理由は、知覚変容発作の対象を限定し、症例の純粋性を高めようとしたことによる。一方、佐藤ら^{9,10)}は症状が発作性に出現し、自己違和的な構えをとることを条件に対象を選び、幻覚や妄想やその他の精神症状も発作現象の症候に含める広い概念を提唱し、挿話性病理現象(思考制止、思考減裂、思考途絶、注察妄想、

被害関係念慮、抑うつ気分、不安焦燥感、行動制止)と呼んでいる。しかし、知覚変容体験を伴わない発作性の挿話性病理現象を呈する報告例があり、私たちの言う対象と必ずしも一致しているとは限らずむしろ大きな範囲でくくっていると思われる。

2. 本症状の認識に対する治療的意義について

本邦における知覚変容発作の研究は1985年に山口ら¹⁸⁾によって初めて報告され、その後におのおの新たな視点を導入することによって発展してきたと言える。

山口らの報告以前には、症例1で提示したように長い間、知覚変容発作の散発的出現が認められたときに、患者が本発作を訴えたにもかかわらず、気のせいであるとか、気の回し過ぎであるとか、薬の副作用によりそのような発作が出現するはずがないと私たち精神科医の多くは否認しているの現状であった。ところが、山口らの論文の登場以降、発作性知覚変容が目され、本発作を認識することが治療的意義を有していることが徐々に判明した。

すなわち、本発作は既に述べたように症状に対する自己違和感が強く、同症状を訴えることが多く認められるために、精神科面接の基本のひとつである傾聴が行われ、患者と治療者とのあいだに信頼感のあらわれやすい状況が起こる。その際に、本発作に対する認識を有していることは治療者に不安を起こさず、安心感をもたらし、問診をスムーズに進行される役目をもつ。次に、本発作に対する薬物療法が存在し、穏和精神安定剤の服用が有効で、しかも即効性を示すことから、私たち精神科医は新たに薬籠を手に入れ、それら薬剤を有効に利用でき、精神科診療に新たに展開を開く可能性が生まれてきた。

3. 知覚変容発作と抗精神病薬との関連

すべての症例は発作発現以前から抗精神病薬の継続投与を受けていた。知覚変容発作の推移と精神症状の動向の観察によれば、発作の出現と精神症状の増悪とのあいだにかなりの並行関係が認められ、精神症状の悪化と発作発現に因果関係があるように見える。しかしながら、精神症状の増悪

時には抗精神病薬の増量が行われるのが一般的な薬物使用の方法であり、抗精神病薬の増量が知覚変容発作の頻発に関連を有していると把握するほうが妥当であると思われる。したがってここで知覚変容発作の出現と抗精神病薬の増減関連について検討する。本研究において、発作継続中の抗精神病薬の平均服用量は CP 換算値1370mgで、初回発作時の平均服用量666.6mgに比較して2倍の服用量を示し、抗精神病薬の増量により知覚変容発作が継続出現している。一方、発作初発時の抗精神病薬平均服用量は CP 換算値で666.6mgであり、発作消失時の平均服用量は385mgであり、0.6倍を示し、抗精神病薬服用量は約半量に減量されている。このように抗精神病薬の減量により知覚変容発作が消失していることが指摘できる。

慢性期分裂病における発作性知覚変容体験ならびに眼球上転発作について報告した渡辺²³⁾によれば、発作発現時の抗精神病薬服薬量 (CP 換算) は、277mg以上で、これの値未満の服用群に比べ有意に高率であったといい CP 換算200mg以上の抗精神病薬を服用中の精神分裂病に親和性のある現象であると指摘している。私たちの症例も平均 CP 服用量は666.6mgとなったが、高用量 (1940mg) の1例が平均値をつり上げたため、最低では190mgから発作症状の発現をみた。

また本発作に錐体外路症状がしばしば随伴すること (本報告では80%、佐藤の報告⁹⁾では68%)、上で述べたように抗精神病薬の減量やピペリデンの筋注などの抗パーキンソン剤投与が症状消失をもたらすことなどから、本発作を抗精神病薬の副作用とする考え方の立場を支持している。原田³⁾は向精神薬によるパラドックス反応と分裂病悪化との臨床的鑑別を挙げ、訴え方、対医療者態度、自覚症状、対人関係に注目し鑑別を行っているが、それにしたがって本発作を検討すると、その中で訴え方、対医療者態度がパラドックス反応の結果と一致しており、本発作を向精神薬の副作用とすることに矛盾はみられないと考えられる。

4. 知覚変容発作とてんかん発作との関連

知覚変容発作時の体験は「ものが二重に見える (症例2)」、「目が冴える (症例3)」、「目の前がボヤーとした感じ (症例4)」、「機械の音が大きく感

じる (症例5)」などが訴えられ、これらの訴えは自動症を伴う側頭葉てんかんによくみられる精神一知覚発作と酷似していた²²⁾。しかし、すべての症例に実施したわけではないが、一部の症例で発作時に脳波検査を実施したところ、脳波にてかん性異常波は出現していなかった。また全例に実施した頭部 CT 検査や発作間歇期の脳波検査に異常を認めなかった。

てんかん類型と主要抗てんかん薬の選択基準によれば、側頭葉てんかんではカルバマゼピンが第1選択薬物で、フェニトインが第2選択薬物である。そこでカルバマゼピンの投与された症例を検討してみた。カルバマゼピンの投与は3例に行われ、症例1はカルバマゼピン400mg、症例2 600mg、症例5 400mgであるが、知覚変容発作の継続が認められ、発作の出現に影響を与えていなかった。

以上述べたように知覚変容発作をてんかん発作と関連があるとする考えには否定的である。

本論文の要旨は第14回信州精神神経学会 (松本) において発表した。

(2001. 4. 2 受理)

文 献

- 1) 浅井昌弘、八木剛平監修：精神分裂病治療のストラテジー—薬物療法と精神療法の接点を求めて—、国際医書出版、東京、1991。
- 2) 藤井康男：分裂病薬物治療の新時代、ライフ・サイエンス、東京、2000。
- 3) 原田憲一：器質性精神病、医学図書出版、東京、pp112—115、1976。
- 4) 樋口 久、情水徹男、菱川泰夫：知覚変容体験を伴った反復性「発作症状」を示した精神分裂病の2症例、—「発作症状」の特徴と biperiden の効果—、精神医学 30；1213—1219、1988。
- 5) 稲垣 中、稲田俊也、藤井康男ほか：向精神薬の等価換算、星和書店、東京、pp11—40、1999。
- 6) 永田俊彦：分裂病性残遺状態における挿話性病理現象について、—残遺状態の理解に向けて—、土居編：分裂病の精神病理16、東大出版、東京、pp167—190、1987。
- 7) 中村研之：精神分裂病者にみられる「知覚変容発作」の症状論的特性と描画表現、精神誌 97；529—550、1995。
- 8) 坂本暢典、高森 宏、天羽裕二ほか：抗精神病薬の副作用として生じる分裂病的精神症状について、精

- 神医学 33 ; 753—756, 1991.
- 9) 佐藤田実：精神分裂病における挿話性病理現象の症候学について、精神医学 31 ; 955—964, 1989.
- 10) 佐藤田実、山崎英樹：挿話性病理現象と抗精神病薬療法、一分裂病5症例の検討一、精神科治療学 7 ; 387—394, 1992.
- 11) 上平忠一：Bromperidol によると思われる薬物性紅皮症の1例、精神医学 29 ; 1241—1243, 1987.
- 12) 上平忠一：麻痺性イレウスを呈した慢性分裂病の症例、上田市医師会報 26(7) ; 10, 1996.
- 13) 上平忠一：水中毒を呈した精神分裂病の一例、臨床脳波 29 ; 209—210, 1987.
- 14) 上平忠一：横紋筋融解症による高ミオグロビン血症により急性腎不全を呈した悪性症候群の検討、長野大学紀要 22 ; 55—64, 2000.
- 15) 上平忠一、滝沢謙二、彦坂愛子：大量服薬による抗うつ剤急性中毒の1症例、—その臨床経過と治療—、精神科治療学 7 ; 791—796, 1992.
- 16) 上平忠一、滝沢謙二：胃痙手術を契機に発症した Restless legssyndrome の1例、精神医学 33 ; 1259, 1991.
- 17) 山田幸彦、五味洵満徳：精神分裂病における視知覚変容の現象学的研究、精神経誌 94 ; 625—647, 1992.
- 18) 山口直彦、中井久夫：分裂病者における「知覚錯乱発作」について、—一般に「発作」「頭痛」などさまざまな俗称で呼ばれて軽視されがちなものを中心として—、内沼幸夫編：分裂病の精神病理 14、東大出版、pp295—314, 1985.
- 19) 山口直彦：分裂病者の訴える知覚変容を主とする“発作症状について。”精神科治療学 1 ; 117—125, 1986.
- 20) 山口直彦、岩井圭司：抗精神病薬使用中にみられる発作性の知覚変容を中心とする症候群、①臨床精神病理学的側面から、精神科治療学 6 ; 129—134, 1991.
- 21) 山口直彦：知覚変容発作、精神科治療学 10 ; 100—101, 1995.
- 22) 和田豊治：臨床てんかん学、金原出版、東京、1972.
- 23) 渡辺 憲：慢性期分裂病における眼球上転発作ならびに発作性知覚変容体験について、—病態生理に関する臨床的研究—、精神経誌 93 ; 977—979, 1994.
- 24) 渡辺 憲：抗精神病薬使用中にみられる発作性の知覚変容を中心とする症候群、②臨床および薬理学的側面から、精神科治療学 6 ; 135—148, 1991.