

## 一覚醒剤中毒者のロールシャッハ反応 一 精神分裂病との鑑別をめぐって 一

筑波大学心理学系 小川 俊樹

On Rorschach responses of a methamphetamine psychotic:

Its differential diagnosis from schizophrenia.

Toshiki Ogawa (*Institute of Psychology, University of Tsukuba, Ibaraki, 305*)

It is often difficult in practice to differentiate the methamphetamine psychosis from the schizophrenia on the basis of clinical features. Given that the Rorschach has greatly contributed to the diagnosis of the schizophrenia, it can be expected to serve as a helpful tool for differentiating the methamphetamine psychosis from the schizophrenia. After reviewing relevant literatures, a case was presented illustrating the diagnostic value of the Rorschach. The case, a 40-year-old male, had himself suspected as the alcoholic psychosis, the methamphetamine psychosis, or the schizophrenia. The results suggested that the vivid descriptions of responses, the intact emotional reactivity, and the adequate level of psychic energy were inconsistent with the schizophrenia, even though the reality testing was poor.

Key words: Rorschach test, schizophrenia, methamphetamine psychosis, borderline personality disorder.

昭和59年に押収された覚醒剤は約198Kgにも及び、昭和55年の約150Kgをピークに減少傾向を示していた、昭和40年代後半に始まる、いわゆる覚醒剤の第2次乱用期最高の押収量となった。覚醒剤はその乱用によって殺人や障害などの凶悪な犯罪を惹き起し、大きな社会問題となっているが、一方それによって生じる特異な精神症状によっても関心をもたれている。すなわち、覚醒剤(わが国ではヒロポン、シャブと呼ばれるメトアンフェタミン)の乱用やその慢性中毒により、不眠、万能感、不安、焦燥などの一般的反応とともに、幻覚、妄想、無為、気分易変など内因性精神病様の精神症状を呈することがある(福島, 1977)。そのためメトアンフェタミンといった覚醒アミンの作用機序の解明が、幻覚や妄想などの精神症状、ひいては精神分裂病の理解に大いに役立つものとも考えられている(台・町田, 1973; Snyder, 1974)。

しかし、メトアンフェタミンによる精神分裂病様精神症状の発現にはきわめて個人差が大きく、また

そのような精神症状でも精神分裂病とはいくつかの点で異なることが指摘されている。すなわち、精神分裂病に特有の冷たさや硬さといった情意の変化がなく、対人接触は保たれており、幻覚、妄想の内容も状況反応的で了解可能である部分が多い(福島, 1977; 山下・森田, 1980)。しかし、臨床上このようないくつかの相違が認められるものの、現実には鑑別診断のきわめて難しいケースがあることも指摘されている。従来、精神分裂病の鑑別診断の有力な道具として、ロールシャッハ法(以下ロールシャッハと略記)が用いられてきており、メトアンフェタミン中毒性精神病との鑑別にもロールシャッハのはたす役割は大きいのではないかと期待される。しかし、これまでの覚醒剤中毒に関するロールシャッハ研究は、その多くが中毒者のパーソナリティに関するもので(たとえば、郡, 1954; 弘田他, 1985)、精神分裂病との鑑別診断の視点からの研究はきわめて少ない。福島(1981)は、覚醒剤乱用者が精神分裂病患者と違って自我の柔軟な回復力をもっていることを

指摘し、ロールシャッハ所見も有力な根拠となると述べているものの、その詳細についてははまだ報告されていない。

精神分裂病との鑑別診断を焦点に覚醒剤中毒のロールシャッハ研究を進める際、症例の選択が重要である。ロールシャッハの妥当性を臨床診断という外的基準におけばロールシャッハ診断は常に臨床診断に拘束されることになる。そこで、本論では、臨床上精神分裂病との鑑別診断が大きな問題となった一覚醒剤中毒性精神病者のロールシャッハ反応をもとに、ロールシャッハからみた精神分裂病との相違を検討した。

### 症 例

**症例の概要** ロールシャッハ実施時、40才の男性。中学なかばで家出して非行にはしり、傷害事件などで、少年院、刑務所に数回の入所歴がある。17才頃より飲酒し始め、20才頃より覚醒剤をも乱用するようになった。30才頃不眠が続き、人に殺されるような、周囲から監視されているような気がして自殺を企て、入院となる。以後、いくつかの病院に入、退院を繰り返すも、その間アルコール、覚醒剤をしばしば乱用していた。最初の入院時より、被害的な内容の幻聴があり、同時に示唆的な幻聴も多く認められた。そのため妻を殺害し、強制入院に至ったこともある。今回覚醒剤を止めて3年後(本人談)、失恋し、気分を粉らわすために飲酒し始めたところ、「死ね、死ね」とか、「こっちへこい」とかいった幻聴が激しくなり入院となる。それまでの臨床診断は、精神分裂病、中毒性精神病、アルコール精神病とさまざまである。なお家系に精神分裂病の遺伝負因を認める。ロールシャッハは入院7日目に実施した。抗精神病薬を服薬中ではあったが、前述の示唆的な幻聴はまだ活発であった。

**ロールシャッハ反応**(領域指定は片口(1960)による)

#### I 3"-1'3"

クモにみえる。

頭で手で足、かっこうが、輪郭です。

ちょうちょにみえます。

羽をひらいて、これが頭で飛んでいるところですよ。

悪魔がささやいているようにみえます。

首のない悪魔です、手をこうやってささやいています。マント着て、異様なマント着て、(マント?)色で、(悪魔は)首がない、(ささやいている)ここから(d5)。

女の人の首のない死体にみえます。

(死体)首がない、バスト、ウェスト、ヒップで足、バンドしめて、首がないから死体です。

#### II 5"-1'6"

幽霊のお城にみえます。

ここ、(幽霊のお城)ここに人玉がいるでしょ。こっちはがけつぷち。

幽霊が戦って血だらけになっているようにみえます。

手で、頭をかくして、血だらけになっている、(幽霊)足がないでしょ。

#### III 6"-1'15"

骸骨がなにか作って、人玉に食わせようと思っています。人玉はそれをみて、喜んで早く作れと言ってます、骸骨は2人います。

骸骨で、作っています、なにかごちそうです、ね、これが人玉で、これは(D3)こっちにいたけど、早く作れと怒鳴りにきた、(性別)男と女です、ね、右が男で左が女みたいです。

#### IV 6"-1'15"

この世のものとは思えない怪物です、怪物がエサを求めています、首がありません、顔もありません。

手、足、尻尾で首がない、エサを求めて、腹が減っているようなかんじです、(動いて)そうです、ドシドシと。

#### V 2"-56"

これは蛾ですね、蛾の大きい奴。

ここ(di)、こうなっているところで、翼、足、(蛾)グロテスクだから。

#### VI 7"-1'48"

とんぼのお化けです。

目玉で、胴体、羽、(お化け)ちゃんと羽がないから。

機関銃にもみえます。

これをたためば、2つにすれば機関銃になるでしょ、(半分でも)そうです、ね。

イエス・キリストにもみえます。

イエス・キリストが処刑台にのって、火あぶりになっています、結がわれて、(下は燃えている)そう、燃えているところです。

おじいさんが天国へ行くとところです。

キリストでなければ、こっちから段々、地獄から天国へ登っていくところです、(地獄と天国)下は地獄、上は天国です、(自分で登っていく)こう上に行く。

原爆にもみえます。

これ原爆にみえませんか、下からバンと破裂して、

Ⅶ 2"-1'30"

ウサギが2匹、けつを向けて踊っています、これから殺し合いを始める前の儀式です。多分右側の方が強いでしょう、勝つでしょう。

耳で顔、手、お尻、ここが口、(儀式)ウサギはこういう儀式をやるんですよ、(右が勝つ)口が大きいところです。

女の性器にもみえます。

ここだけ、形が似てますね。

Ⅷ 5"-1'5"

これは密林にあな熊が2匹登っていくところです、あとは何がみえるのかな。

(密林)木が一杯生えているしね、ならびに沢山生えているかんじする。

Ⅸ 7"-1'10"

なんともいわれぬ恐怖な顔をしている幽霊です。今にもおそいかかってくるようです。何でも食べそうで、人間でも熊でも、生の肉が好きそうです、恐くていいようがありませんね、何とも。

目、鼻、歯、変色した火傷、(幽霊らしい)まともにこんな人間いますか、生肉ばかり食っているから変色しちゃった。

X 3"-1'36"

虫が合唱しています。

虫が楽しそうに踊ったりなんかしている。

竜の落とし子が踊っています。

竜の落とし子で丸くなって、

それから織田信長時代の戦争をやっています、騎馬戦です、何人か殺されています、どちらが

勝つか全然わかりません。

ここ(D<sub>1</sub>)、馬にのって戦っている、戦国時代ですね、槍でさされています、ここにも(D<sub>9</sub>)死んでいる。

scoring list

- I 1.W F干 A
- 2.W FM± A P
- 3.W M-,FC' (H)
- 4.D F± H
- II 5.D F干 Arch.
- 6.D M干,CF (H),BI
- 7.D CF Fi
- III 8.W M-,CF (H),Fi (P)
- IV 9.W M干 (A)
- V 10.W F± A P
- VI 11.W F干 (A)
- 12.W F± Arm
- 13.W Fm± H
- 14.W M- H
- 15.W mF Expl.
- VII 16.W M- A
- 17.d F± Sex
- VIII 18.W FM± A,Na P
- IX 19.W FC- (Hd)
- X 20.W FM± A
- 21.D FM± A
- 22.W M± H,War

Summary Scoring はTable 1 に示すとおりである。

Table 1. Summary Scoring Table

R	22	W : D	16 : 6	$\frac{FC+CF+C}{Fc+c+C'}$	3 : 0.5	
Rej	0	W %	73	FM : M	4 : 7	
TT	12' 44"	D d %	0	$\frac{F\%}{\Sigma F\%}$	32 / 91	
RT (Av.)	1' 16"	S %	0	$\frac{F+\%}{R+\%}$	57 / 50	
R <sub>1</sub> T (Av.)	5"	W : M	16 : 7	H %	36	
R <sub>1</sub> T (Av. N. C)	4"	E.B.	$\Sigma C : M$	1.5 : 7	A t %	0
R <sub>1</sub> T (Av. C. C)	6"		$\frac{Fc+c+C'}{FM+m}$	0.5 : 6	P (%)	3.5(16%)
Most Delayed Card & Time	Ⅵ & Ⅸ 7"		Ⅷ+Ⅸ+X/R	23 %	Content Range	7
Most Disliked Card	Ⅸ	FC : CF + C	1 : 2	Determinant Range	7	

## 考 察

**諸研究との比較検討** 覚醒剤による精神症状の発現は個人差が大きく、その使用量、使用期間、頻度もさまざまである。しかし、欧米の研究では、Young & Scoville (1938)の報告以来、主として妄想が病的体験の中核と考えられており、妄想型精神病と覚醒剤中毒性精神病(欧米ではアンフェタミンが用いられている)との鑑別が問題となっている。Weiner (1964)はアンフェタミンのロールシャッハ研究を展望し、ロールシャッハがアンフェタミン中毒性精神病と妄想型精神分裂病を早い時機に鑑別診断し得る可能性を示唆している。覚醒剤摂取によるロールシャッハ反応は、反応総数や色彩反応の増加といった情緒的反応性の高まりや易刺激性とともに、平凡反応数やF+%で示唆される現実吟味力にはなんらの問題も認めないというものであった。貧弱な現実吟味力は分裂病者に一致して認められるものであり、また妄想型分裂病者はロールシャッハに情緒的というよりも観念的に反応しがちなので、現実吟味力が損われずに情緒的反応が高い場合は、精神分裂病を除外しえると考えられるのである。

一方、わが国では覚醒剤による精神症状として、急性期には妄想、幻覚、緊張病様興奮などを認め、無為、感情の鈍麻、周囲への無関心など分裂病にきわめて似た残遺症状が報告されている。妄想型のみならず、広く精神分裂病との比較考察がなされてしかるべきであるが、前述したように、そのような観点からの研究はきわめて少ない。栗林(1955)は覚醒剤中毒者を、精神症状を発現しない依存者(A群)、幻覚、妄想を中心とした精神症状を有するものの、短期間(2~3ヶ月)で消失してしまう者(B群)、精神症状を呈し、しかも経過が長く、慢性の分裂病者と全く類似の病像を示す者(C群)に分け、Piotrowskiの予後評定サインを援用して、それぞれ、健常者(N群)、精神分裂病者(S群)と比較した。その結果C群は平均得点がS群に近く、有意な差を認めないものの、他の3群とは有意な差が認められた。また平均得点の上からは、A、B群は、N群とC、S群との中間に位置していた。これらの結果を基に栗林は、Piotrowskiのサインによって中毒者の予後のある程度推測し得ると同時に、予後評定サイン上、覚醒剤中毒の一群と精神分裂病との類似を指摘している。長坂ら(1955)もロールシャッハ、ウェックスラー式知能検査、ベンダー・テストを用いて、上述した3群を小学生、健常者、分裂病者と比較し、C群がA、B群と違って著しい退行を示し、精神分裂病群との間に相違がないことを見出している。したがって、これらの研究は、Weinerがロールシャッ

ハ上現実吟味力が損われていない点で分裂病とは区別され得るとしたのと異なり、覚醒剤中毒は症例によっては分裂病との鑑別が困難であることを示唆している。

以上のような諸研究結果と本症例を比べてみると、本症例では色彩反応は3個と必ずしも多くなく、また体験型は内向型、Weinerの指摘するような外界への高い反応性は認められない。しかしFC<CF+Cと感情の統制は弱く、感情面での不安定さを示し、量的スコアには表わされない被検者の生々しい言語表現も刺激への感情的な反応力の存在を物語っている。栗林の研究でも、Piotrowskiのサイン4(FC=1 or 2)はC群とS群との間で差があり、A、B、C群に共通して多く、環境への情緒的な反応性が保たれていることが、本症例も含めて、この中毒性精神病に特徴のように思われる。この点、分裂病者が情緒的動きのない枯渇した感情をもったり、統制を全く欠いた短絡的反応を示したりするのは異なっている。

WeinerはF+%やPの数で示唆される現実吟味力の高さから精神分裂病との鑑別が可能としたが、本症例はF+% = 50, R+% = 45と現実認知に歪曲を認め、現実吟味力は弱いといえる。この形態水準の低下を詳しくみてみると、F-% = 0, M-% = 57と人間運動反応において現実認知が不正確となっていることがわかる。このことは思考の面での病理を示唆しており、Weinerの主張する指標ではより妄想型に近いところに位置づけられることになる。一方、栗林の研究では、C群が同じ中毒者であるA、B群と違って、S群に類似している要因として、Piotrowskiのサイン6(M=0)があげられている。C群はS群とともに人間運動反応の出現をみることなく(C群の71%, S群の60%), 観念活動の貧困さ、創造的想像力の乏しさ、人間関係の希薄さがうかがわれる。特に対人関係については、やはりサイン13(h=0)で、他の群よりもCとS群がともに高い出現率を示していることから支持されよう。ところが本症例ではM=7と多く、栗林の研究とは一致しない。精神分裂病では一般に人間運動反応の減少をみるが、妄想型では多いとの報告もあり、Weinerの展望とも考えあわせると、妄想型分裂病をも否定し得ない。

以上、これまでの諸研究結果と本症例を比較検討してみると、情緒的な反応性の強さでは中毒性精神病を、現実吟味力の弱さ、特に現実性を欠いた活発な想像活動は妄想型分裂病をも疑わせる。しかしロールシャッハでは、常に各因子の布置など全体的な見方が必要であり、以下本症例のロールシャッハ

反応の解釈を通して、この問題を検討した。

**精神分裂病との鑑別を中心としたロールシャッハ所見** 総反応数  $R=22$  と一般成人に期待される範囲内であるが、Table 1 から明らかなように、 $W\%=73$  ときわめて高く、全体反応優位の把握型である。これらの反応を詳しくみても、未分化で漠然とした全体反応というよりも分化した反応や部分を結合した反応があり(反応3, 8, 13, 14, 22)、環境への対処様式が決して受動的で、消極的なものではないことがうかがわれる。部分を関連づけて全体へという結合傾向は強く、それがM反応と結びついて結果的には形態水準を低下させ、病的レベルにまで至っていることは、臨床上認められる関係・被害妄想にも共通するものであろう。また、ある一定領域に限定できず、目につく周囲の領域をも関係づけてとり入れていくことは、前述の心性のほか、心的エネルギーの乏しさを否定するものかもしれない。以上のような  $W\%$  が高く、しかもその形態水準が低いことは、精神分裂病を否定し得ない指標であるが、妄想型分裂病のロールシャッハ特徴として、Exner & Weiner (1982) は  $Dd$  や  $S$  反応領域の多さをあげている。これは妄想者のもつ周囲への用心深さや猜疑心の現れに他ならないが、本症例ではこのような特徴はない。環境に常に警戒心を働かせ、隠された意味を探ったり、些細な事実まで見出そうとする傾向よりも、心的活動が高く、きわめて主観的で断定的に関係づけしてしまうといった思考障害を認める。

体験型は、 $M \gg \Sigma C$ ,  $FM+m \gg \Sigma C'$  とともに内向的で矛盾はない。運動反応が全反応の6割を占め、しかも active な反応が多いことは、観念活動の活発さを示している。そして  $EA=8.5$  と決して低くなく、ここでも心的エネルギーの強さをうかがえる。この観念活動の活発さと  $M$  の多さは、環境をあるがままに見たり、受け入れたりすることなく、主観的に勝手に解釈してしまうといった不適応をもたらしている。その主観の強さから内向的体験型を、また警戒心の高さから両貧の体験型を Exner & Weiner は妄想型分裂病の特徴とみなしているが、体験型に限れば、他の病型よりも妄想型といえよう。

色彩反応は  $FC=1$ ,  $CF=2$  と少なく、しかも  $FC < CF + C$  で、わずかに1個の  $FC$  さえも病的レベルであり、情緒統制の弱さを表わしている。しかし、被検者に情緒的な反応性が欠けている訳ではないこともうかがえる。 $\Sigma C : \Sigma C' = 3 : 0.5$  と無彩色、濃淡反応の出現率は低く、内的な不安よりも外的脅威への意識が強く、自己の内面をみつめるといった内省的姿勢は望めないかもしれない。

$F\%=32$  と標準範囲の下限に近く、現実を客観的にみることはできるものの、容易に個人的、主観的に走りやすくて、感情に左右されがちであるといえよう。 $F+\%$ ,  $R+\%$  はともに低く、現実吟味力に問題がある。しかも前述したように、 $F-=0$  で、形態水準の低下が  $M$  によってひきおこされていることは、内的想像活動を現実に対応するよう統制できない自我の弱さを表している。平凡反応は3.5とやや少ないが、カード I, (III), V, VIII と最も出現率の高い反応は明確に知覚されており、基本的には社会的慣習を認識している。

反応内容に関しては、 $A\%=41$  と標準的であるが、 $H\%=36$  と人間反応は多い。それらは「首のない死体」とか「イエス・キリスト」、「幽霊」といずれも平凡な現実的な人間とはいえず、対人関係における不安定さ、過敏さを表しており、円滑な人間関係がもち得ないことを示唆している。しかし、このような人間反応の多さや、たとえ抗争しているにせよ、相互作用のある人間像は、対人関係からの引きこもりよりはむしろ社会的接触を求めようとする姿勢を物語っているといえよう。反応の継列分析をおこなってみると、いくつかの特徴が認められる。その1つは「戦争」、「原爆」、「機関銃」、「殺し合い」、「血だらけの幽霊」といったきわめて殺伐としたテーマであり、強い攻撃性の存在をうかがわせる。しかも、口唇への強調を認め(「骸骨がなにか作っている」、「怪物がエサを求めている」、「生の肉」など)、強い依存欲求を伴った口唇攻撃性である。本症例が覚醒剤のみならず、アルコール依存という不適応様式をとっている事実は、このことから説明され得よう。人間反応が多く出現しているにもかかわらず、完全な人間像が少ないことも1つの特徴である。「首のない」、「頭のない」人間や人間類似の動物が知覚されており、検査時の幻聴に悩む被検者の体験をよく表わしている。このように欲求や実体験と結びついた、いわば比較的力動の単純な反応が多い。

前述したように言語表現はきわめて生々しく、現実感を伴っており、プロットを客体化して見るというよりも、そのなかに入りこんでしまいがちである。そして、「男と女」、「天国と地獄」、「楽しそうな踊りと戦争」など対立する概念が、同一の反応のなかで、あるいは同一のカードのなかで述べられている。これは両個性の強調であり、原始的防衛機制で、自我の弱さを示唆している。

以上のような諸特徴をまとめてみると、基本的な社会常識はそなえているものの、対人関係はきわめて不安定で、暖かな人間的な交流というよりも常に

勝つか負けるかのトゲトゲとした世界に生きているといえよう。依存欲求が強く、対人接触を求めつても満されず、敵意や攻撃的感情に左右されている。心的エネルギーは強く、観念活動は活発であるが、きわめて主観が強く働いた現実認知をおこない、そのためしばしば現実を無視してしまいがちである。自我が弱く、激しい内的衝動を抑えることができず、情緒的コントロールができていない(カードVIショックに示唆されているような性同一性の問題など、この被検者の idiographic な問題もあるが、ここでは省略する)。

本症例の、このようなロールシャッハ特徴を精神分裂病との鑑別診断の観点から、検討してみると、まず心的エネルギーや情緒的反応性の強さは、いわゆる分裂病の貧困化とはあい入れないように思われる。平板化し、環境世界に受身的な一群の分裂病者たちとは異なる反応といえよう。むしろ観念的活動の活発さは妄想型の分裂病者との類似を示唆している。しかし、妄想型分裂病者とその猜疑心の強さや用心深さなどからしばしば高いDd%やS%を示すのに対して、本症例ではそのような傾向が認められない。また目や耳といった感覚器官の、ことさら強調した反応内容が妄想型分裂病者の警戒心の強さを示すことがあるが、そのような反応も出ていない。むしろ、被検者はプロットをより生々しく、リアルにとらえており、直截的に体験している。これは妄想型にしる、分裂病者が現実との間に一定の距離をおき、ときにはその妄想に対してすら冷淡な態度をとり、いわゆる硬さや冷たさをうかがわせるのとは異なっている。

ところで現実を歪曲した形態水準の低さは精神分裂病をも疑わせるものであるが、しかし前述したように、それがF-よりもM-反応であることは、現実の完全なる無視、内閉的思考というよりも、感情が負荷されることにより思考が歪むことを意味している。岡部・小川(1983)によれば、思考障害でも認知の焦点づけが分裂病者に多いのに対して、理由づけや明細化での現実からの遊離は境界例人格障害(borderline personality disorder)に多くみられるという。また反応のなかに認める価値下げや分裂などの原始的防衛機制的存在も、境界例人格障害を考えさせるものである。そして、ひるがえってそのような可能性から諸特徴をみても、確かに人間反応の多さや心的エネルギーの強さなどは精神分裂病よりも境界例人格障害を疑わせるのに十分な根拠であるといえよう。

## まとめ

一群の覚醒剤中毒者はしばしば精神分裂病類似の精神症状を呈し、臨床上、両者の鑑別診断が困難なケースもみうけられる。従来、精神分裂病の心理診断にロールシャッハ法がはたしてきた役割は大きく、覚醒剤中毒性精神病と精神分裂病の鑑別診断にあたってその貢献するところは大きなものと期待される。そこで本研究では、覚醒剤中毒性精神病と精神分裂病の鑑別をめぐるロールシャッハ研究を文献展望した上で、臨床上鑑別診断が問題となった一症例のロールシャッハ反応を検討した。その結果、中毒性精神病者は現実の歪曲や現実吟味力の低下を示す場合でも情緒的反応力があり、心的エネルギーは強く、認知の焦点づけよりも明細化での感情負荷されての認知の逸脱を認めた。そして、このような特徴が精神分裂病者のロールシャッハ反応と異なることを指摘した。

## 引用文献

- Exner, J. E., & Weiner, I. B. 1982 *The Rorschach: A Comprehensive System*. Vol. 3. New York: John Wiley & Sons.
- 福島章 1977 犯罪心理学研究 I 金剛出版.
- 福島章 1981 覚醒剤中毒の犯罪精神医学 臨床精神医学, 10, 1217-1224.
- 弘田洋二, 加藤豊比古, 前田研史 1985 覚醒剤患者のロールシャッハ反応 日本心理学会第49回大会発表論文集, 309.
- 法務省法務総合研究所編 1985 犯罪白書(昭和60年版) 法務省.
- 片口安史 1960 心理診断法詳説 牧書店.
- 郡美次 1954 ロールシャッハテストによる覚醒剤使用少年と非使用少年との比較 四国矯正科学, 4, 4-10.
- 栗林正男 1955 覚醒アミン中毒者のロールシャッハ・テストに関する研究 精神経誌, 57, 314-318.
- 長坂五朗, 栗林正男, 岩井勤作 1955 覚醒アミン中毒に関する臨床心理学的研究 精神経誌, 56, 635-636.
- 岡部祥平, 小川俊樹 1983, 境界例の診断をめぐる, サイコロジー, 35, 46-53.
- Snyder, S. H. 1974 *Madness and the Brain*. New York: McGraw-Hill. (加藤信, 他訳, 1976, 狂気と脳, 海鳴社.)
- 台弘, 町山幸輝 1973 精神分裂病のモデル

台弘, 井上英二(編)分裂病の生物学的研究, 東京大学出版会, 57-84.

Weiner, I. B. 1964 Differential diagnosis in amphetamine psychosis. *Psychiatric Quarterly*, **38**, 707-716.

山下格, 森田昭之助(編)1980 覚醒剤中毒, 金剛出版.

Young, D., & Scoville, W. B. 1938 Paranoid psychosis in narcolepsy and possible dangers of benzedrine treatment. *Med. Clin. N. Ameri.*, **30**, 209.

-1986. 9.30 受稿-