

院した。

入院時、JCS 20点、Na 122と低下しており、低Na血症による意識障害と判断した。入院後は、輸液管理を行い、利尿が得られたために、積極的な電解質補正を行わなかったが、翌日には、Na 137と上昇した。入院4日目には意識清明となった。入院直後に、38℃台の発熱、著明な発汗、軽度の筋強剛が認められたが、入院後3日目にはこれらの症状は改善した。しかし、入院3日目には、CPK 89100と著明な上昇が認められ、ダントロレン75mgの投与を開始した。その後は、CPKは低下傾向となり、20日目には215と正常化した。入院23日目に、イライラ感を強く訴えるようになり、同日よりジプレキサ10mgを開始した。イライラ感は速やかに消失し、悪性症候群の再燃や、多飲水傾向を認めず、入院60日目に退院した。

水中毒から悪性症候群に至るメカニズムについて、以下のように推測した。水中毒と、嘔吐や内服の中断などにより、抗精神病薬の血中濃度が低下する。同時に、水中毒に伴う低Na血症から、頭蓋内圧亢進、中枢の電解質異常が起こり、これらから、ドーパミン神経機能の変化が生じ、悪性症候群が起こる。さらに横紋筋融解は、水中毒に伴う低Na血症に加えて、強い筋強剛からも生じうる。

病的多飲水という行動異常に対しては、定型抗精神病薬よりも非定型抗精神病薬のほうが望ましいと言われる。エキスパートコンセンサスガイドラインでは、1番手にクロザピン、2番手にオランザピンをあげている。わが国でも使用可能なオランザピンは、耐糖能異常に注意すれば、病的多飲水を伴う統合失調症の治療に有用であるかもしれない。

## 2 「ひきこもり」ケースの家族支援

### ～家族教室とフォローアップグループの試み～

寺尾 史子・加藤 英恵・福島 昇  
新潟県精神保健福祉センター

#### 【はじめに】

近年当県においても思春期・青年期を中心に、

精神病を背景としない、いわゆる「社会的ひきこもり」の相談ケースが増加してきている。このようなケースに対し、当センターでは思春期相談事業として個別相談を主に対応してきた。しかし①家族も社会的に孤立している場合が多い②継続相談の家族からの希望③平成13年度に県の事業として「ひきこもり」対策が予算化された④統合失調症の心理教育的家族教室の経験と効果の実感、により「ひきこもり」ケースの家族支援として平成13年度より実施しているので経過を報告する。

#### 【目的】

(1) 効果的な家族支援の在り方としての心理教育的家族教室の検討

(2) 精神保健福祉センターが実施する家族教室の意義と役割の検討

(3) 家族教室終了後のフォローアップグループの在り方についての検討

#### 【方法】

(1) 対象 ひきこもり状態にある子供を抱え当センターに来所相談した家族の中から医師の面接を経て選定(22家族27人)

(2) 形式 統合失調症の家族教室をモデルとした心理教育的家族教室で6回を1クールとした。前後に2回スタッフによる検討会、そして公開形式でひきこもり講演会都シンポジウムの開催。家族教室終了後の継続的なフォローアップグループの開催。

(3) 内容 ひきこもりの定義・疫学・治療・家族の対応などについて講義を2回、その後近況報告、良かったこと、困ったことなど話し合う問題解決志向グループを4回。

#### 【結果】

参加家族の反応・感想(アンケートなどから)

自分だけでないことがわかり孤立感が解消。言葉にだすことで楽になった。本人をこのまま認めたい。家族教室参加による目的達成度は中程度の評価が多い。

#### 【考察と今後の課題】

「ひきこもり」の場合も統合失調症と同様に家族教室参加による孤立感・負担感の軽減が認められると思われる。しかし問題解決のためには短期

間の家族教室のみでは限界があり、フォローアップグループを継続することが大切である。

課題としては3点あげられる①家族教室の全体的普及、当センターとしては手法と有効性を伝えていく役目②グループ支援と平行して個々のケースに応じた個別的支援③当事者グループの充実、本人に社会参加の動機が出てきた時に集える場が必要。

### 3 痴呆症状に先行して軽躁状態、うつ状態を呈した脳血管性痴呆の一例

高田理恵子・宮本 忍・千葉 寛晃  
豊岡 和彦・染矢 俊幸\*

新潟大学医歯学総合病院精神科  
新潟大学大学院医歯学総合研究科  
精神医学分野\*

痴呆ではしばしば多彩な精神症状を伴うことがあり実際の臨床場面でもこれらの症状が痴呆を持つ患者の精神科受診理由になることが多い。痴呆の併発症状としてせん妄、妄想、抑うつ気分を伴うことはあるが躁状態を伴うことは少ないと考えられる。我々は今回痴呆症状の前に軽躁状態とうつ状態を呈した症例を経験したので報告する。

症例は63歳男性、既往歴は高血圧、高脂血症、糖尿病である。気分の波があるという病前性格で、X-5年(58歳)頃、気分の高揚、焦燥、誇大感、多弁多動、骨董品・絵画購入に退職金と500万円の浪費が認められたが、仕事はできていた。この状態はX-3年7月定年退職するまで続いた。X-2年1月頃から妻の病状が悪化したのを契機に意欲低下、抑うつ気分、不安焦燥感が出現し、徐々に強くなっていった。X-1年9月26日当科初診(Dx. MDD)。K病院心療内科へ外来通院し、paroxetine (Max. 30mg)で加療されていたが、同年11月中旬頃より希死念慮を訴えるようになったため、milnacipran (MAX100mg)に変更された。X年5月半ばより希死念慮強まり、また、記憶障害と易怒性が認められた。6月に睡眠薬を15T服用し、自殺企図のため当科紹介入院となった。入院時DSM診断で血管性痴呆 抑うつ気分を

伴うものとされ、mianserin 30mg, levomepromazine 15mg, flunitrazepam 2mgにて治療を開始。睡眠障害、抑うつ気分、気力低下、感情失禁、認知障害が認められた。また、記憶障害、易怒性が顕著になることもあった。6月末から気分症状、睡眠障害は軽快したため、薬剤をすべて中止したが再燃は見られなかった。画像検査では萎縮は年齢相当、右前頭葉深部白質にhyper intensity lesionが散見され、右基底核での血流低下が指摘された。HDS-Rは18~22点を推移、浜松式高次脳機能スケールでは前頭葉の機能低下が推測された。本症例は痴呆症状が顕在化する前に軽躁状態、うつ状態を呈しているが、脳血管性の病変との因果関係は明らかとはいえず、双極性障害に痴呆が合併した可能性、脳の器質性の病変と気分症状の関係、脳の器質性の病変に伴って気分症状が出現したと考えた場合の経過の妥当性について考察した。

軽躁状態が2年以上も続くなど、双極性障害としては非定型な経過であること。うつ状態の程度が大うつ病エピソードを満たさないなど、双極性障害の診断基準基準を満たさない。

また発症年齢から考えるとWeissmanら(1988)によれば双極性障害の発症年齢は24.8~34.8歳で、わが国では、加藤忠史ら(1999)が双極性患者135名について調べたところ、平均34.5±12.9歳である。本例を双極性障害と考えた場合58歳での発症は少ない。

①以上のことから痴呆とは別に起こった双極性障害と考えた場合、可能性は少ない。

②脳の器質性の病変と精神症状の関係は

Robinsonら(1988)は左大脳半球の病変では大うつ状態を呈することが多く、右半球辺縁系では逆に軽躁状態、感情の平板化をきたしやすいと報告している。

③本症例の画像検査で右前頭葉深部白質にT2WI/FLAIRでのhyper intensity lesionが散見されたこと、またSPECTにて右基底核の血流低下が認められたことはこの説と合致している。三山ら(1989)は、軽度痴呆や痴呆がまだ気づかれていない時期に躁うつ様状態が出現しや