

の処方に戻したら改善するのではないかと考え、就眠前薬のレボメプロマジン100mgを残したまま、H8.6.29にハロペリドール6mg、モサプラミン200mgから多飲のなかった第1回退院時の処方(ハロペリドール2.25mg、パーフェナジン12mg、クロルプロマジン75mg)に戻したところ飲水量は低下し、8.20に隔離解除できた。その後H9.2.20に開放病棟へ移った。以降1年に1回位の多飲の時期の出現とH12.3の1週間の隔離だけで現在(H14.7)に至っている。

ここで演者らは、投薬内容のハロペリドール換算値と病的多飲の間に関係があるのではないかと考え、慶大精神神経科臨床精神薬理研究班の等価換算を使い、H8.6の隔離中の処方と処方変更後のハロペリドール換算値を計算したところ、それぞれ20mg、8.2mgであった。そこでハロペリドール換算値が高値であることが病的多飲の誘因になるのではないかと考え、病的多飲の極みといえる3回の水中毒のけいれん発作時のハロペリドール換算値を調べたところ、8.2mg、42mg、38mgであった。その結果水中毒のけいれん発作とハロペリドール換算値の間には一定の関係が認められなかった。今回の研究はレトロスペクティブの研究のため、薬物以外の要素には言及できなかった。今後症例を積み重ね、研究を発展させていくことが大切と考えられた。

5 わが国における気分変調性障害の診断の現状について

遠藤 太郎・塩入 俊樹*・阿部 亮
阿部 美紀・北村 秀明*・佐々木直哉**
広瀬 徹也**・染矢 俊幸*
新潟大学医学部附属病院精神科
新潟大学大学院医歯学総合研究科
精神医学分野*
帝京大学医学部精神神経科学教室**

慢性軽症のうつ状態は、従来“抑うつ神経症”と診断され、神経症圏の疾患と捉えられていた。治療的にも精神療法が有効であるとされ、薬物療法が導入されず、治りにくい疾患と考えられていた。

1980年のDSM-III (APA, 1980)で、“抑うつ神経症”は“気分変調性障害(Dysthymic Disorder: DD)”として気分障害のカテゴリーに分類され、以後、DDに対する薬物療法の有効性を示す報告がなされるようになってきた。しかしながら、DD患者は実際の臨床場面で適切に診断されず、適切な治療を受けていないのが現状のようである。今回我々は、現在のわが国におけるDD診断の実態を探るため、アンケート調査を行い、その結果から興味深い所見を得たので報告する。

厚生労働省精神・神経疾患研究の「感情障害の薬物療法のガイドライン研究」の一環として、我々は気分変調性障害に関するアンケートを行った。送付先は、全国80大学(各大学5通ずつ、計400通配布)とし、58大学より232通の回答(回収率58%)が得られた。アンケートには、DDの症例を3例提示し、各々の症例で、①診断(DSM-IVとICD-10)、②重症度、③診断の根拠、④薬物療法等の質問項目を設けた。

アンケート結果と、アンケートで用いた症例を検討することで、以下のような結果を得た。①操作的診断基準を日常的に使用している群で非使用群に比しDD診断率が高い、②DDは思春期および成人早期の発症が特徴である、③DDは重複うつ病(Double Depression)を呈しやすい、④Double depressionを呈した場合、DDが過少診断され、大うつ病性障害が主診断とされやすい、⑤認知症状が存在するとDDと診断され、自律神経症状が存在するとMDDと診断される傾向がある。

したがって、これらの結果を考慮しDDの診断にあたることでより診断率が高まり、さらには適切な治療にもつながる可能性があるものと思われる。