

tive 概念に対して、発症危険精神状態 (at risk mental state: ARMS) という概念が提唱され、前方視的により発症リスクの高い群を同定しようという試みが行われている。ARMS 段階における早期介入の方法としては抗精神病薬によるものがいくつか報告されており、精神病への進行を予防する可能性が示されている。しかし認知行動療法、抗うつ剤、 $\omega$ 3 脂肪酸による発症予防効果の可能性も示されており、実際に抗精神病薬を用いるべきかについては議論がある。さらに、現在の診断基準で ARMS と診断されても、約 60% が偽陽性であると報告されており、有害事象の可能性等を考えると ARMS 段階において薬物療法を行うかはまだ統一された見解はない。我々は、漠然とした不安感及び思考力低下などの非特異的症状を呈し、ARMS を疑われ、SPECT による局所脳血流測定の結果、眼窩前頭皮質や内側側頭葉に顕著な血流低下を認め、さらに aripiprazole 内服により認知機能障害および脳局所血流低下の改善を認めた 24 歳女性を経験したので報告する。ARMS が提唱されてから、同状態を呈する患者群での脳構造変化、脳機能変化についてはいくつか報告されている。しかし、ARMS 段階での脳血流シンチグラムにおける脳局所血流低下を報告したものは我々の知る限り症例報告レベルでもなく、本症例は非特異的症状を呈し ARMS を疑われた段階で、SPECT にて脳局所血流低下を認めたものであり、興味深い症例であると考えられる。

### 3 セルトラリン内服中に性機能障害および強迫症状が出現した大うつ病性障害の 1 例

折目 直樹・布川 綾子・福井 直樹  
染矢 俊幸

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
精神医学分野

【はじめに】選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor; SSRI) による性機能障害は比較的頻度が高く、服薬アドヒアランスを低下させる重大な有害事象である

が、ごく稀な有害事象として持続勃起症が知られている。持続勃起症は、向精神薬、降圧薬などの薬物使用や血液疾患、泌尿器科疾患、外傷などを誘因として発症し、不可逆的な性機能障害を来す恐れもあるため、早期発見、早期治療が必要とされている。向精神薬による持続勃起症の多くは trazodone が原因とされ、SSRI に関連した持続勃起症の報告はほとんどみられない。さらに、clozapine, risperidone などの非定型抗精神病薬が強迫症状を惹起したという報告が数例なされているが、SSRI により強迫症状が誘発された報告はみられない。今回、我々はセルトラリン内服中に持続勃起症に類似の症状および強迫症状が出現した大うつ病性障害の 1 例を経験したので報告する。

症例は 57 歳、男性。大うつ病性障害の診断で当科に入院した。Paroxetine (PRX) を 40mg まで漸増し、抑うつ症状は改善傾向であったが、両手指振戦が出現したため、sertraline (SER) への置換を開始した (第 84 病日より PRX を中止)。第 70 病日より SER を 50mg に増量したところ、第 71 病日の起床時に性的刺激を伴わない勃起が出現した。第 91 病日に SER を 75mg に増量したところ、特に誘因なく、以前に聞いたことがあるメロディが自分の意志とは無関係に繰り返し想起されるといった強迫観念が出現した。また、第 92 病日には早朝睡眠時に 1-2 時間ほど持続する勃起が出現し、著しい疼痛を伴ったため、同日より SER を 50mg に減量した。第 93 病日には疼痛を伴う勃起は消失し、第 94 病日には強迫観念も消失した。

【考察】Naganuma は、向精神薬による持続勃起症の神経機序として、 $\alpha_1$  受容体遮断やドパミン受容体作動などの関連について報告している。SER は 5-HT<sub>2</sub> 受容体のほか、 $\alpha_1$ 、 $\alpha_2$  受容体、D<sub>2</sub> 受容体などに親和性を有し、高用量でのドパミン再取り込み阻害作用やノルアドレナリン再取り込み阻害作用を有することが知られており、本症例における持続勃起の出現にも、ドパミン系への直接作用またはセロトニン-ドパミン間の相互調整作用などが影響を及ぼしたと推測される。ま

た、強迫性障害の症状発現には、Bergqvistらは前頭眼窩面における前シナプス5-HT<sub>1D</sub>自己受容体、後シナプス5-HT<sub>2</sub>受容体の関与、Steinらはドパミン系への直接作用またはドパミン-セロトニン間の相互調整作用の関連を指摘しており、本症例においても同様のメカニズムで症状が発現した可能性も推測されるが、薬剤と関係なく経過中に強迫症状が出現したという可能性も否定できない。

#### 4 終末期の患者に見られる退行と「心理的視野狭窄」について

田辺 洋之

長岡赤十字病院

終末期に「心理的視野狭窄」状態と退行状態を呈した2症例を検討した。

症例は2例とも若く働き盛りの男性であり、発見された時点で肺がんの4期であった。患者は当初、化学療法や放射線療法に期待をかけ治療をしていた。しかし、治療の効果は充分でなく病状は悪化し、患者は精神的に追い詰められていった。さらにそこに1例目では脳転移の宣告、2例目では脳転移による意識消失発作が起り、患者の不安や恐怖は極限に達した。しかし患者は、病状の悪化に伴って付き添うことになった妻や姉に全面的に依存することで、この不安状態から逃れることができ、その後は精神的に比較的落ち着いた状態で最期を迎えることができた。このように患者が周囲に全面的に依存し、子供に返ったようになり、精神的な安定を売る現象は退行と理解できた。患者は退行によって圧倒的な不安や恐怖からおこる自我の崩壊を免れたのであった。終末期に患者が退行状態となり強い不安や恐怖から逃れることは時々見られることであり、私達は終末期の退行現象の重要性をもっと認識する必要があると考えた。退行を受け止める相手のいない時の患者は、バリントの言う「悪性退行」の状態となることがあり、医療スタッフが対応に苦慮することも多い。

更に患者はその状態の中で、興味や関心が自分

自身の現在の苦痛や不快症状の除去など、極めて限られた範囲に限定し、自分の病気の予後や仕事、家庭など対処困難な問題を余り意識しないような心理状態となっていた。私は今回、この心理的な視野が時間的にも空間的にも狭窄し、興味や関心が限定する現象を「心理的視野狭窄」と呼んだ。そして、それは否認と呼ばれる現象の一部であり、回避や解離と呼ばれる現象とも近い心理機制であると考えた。解離や回避現象は終末期でも時々認められる心理機制である。患者はこの回避や解離に近い防衛機制によって強い苦痛を伴う思考やイメージを意識から排除し精神の安定を保つのであろう。

このように今回の2症例では患者は退行と、解離や回避に近い心理機制である「心理的視野狭窄」によって不安を防衛していたのであるが、この退行と、解離、回避などの現象は急性ストレス障害やPTSDなどの外傷性精神障害でも同時に出現してくる防衛機制であることが知られている。このことから私は今回の終末期の2症例と外傷性精神障害の類似性を指摘したいのである。私は一昨年の新潟精神医学会でもPTSDに近い精神状態を呈した終末期の2症例を発表した。終末期の患者は強い死の不安や死の恐怖を体験する。その恐怖体験の強烈さは外傷性精神障害のそれに通じるものがあると考えられる。私は終末期患者の心理状態を外傷性精神障害の視点から見ていくことで、患者の理解を進めることができるのではないかと考えた。

#### 5 新潟県精神保健福祉センターの自殺対策におけるポストベンション（事故対応）について

櫛谷 晶子・渡辺 圭子・河村 里絵

新潟県精神保健福祉センター

##### 1. はじめに

平成19年に閣議決定された自殺総合対策大綱では、「遺された人の苦痛を和らげる」ポストベンションが重点施策（9項目）の1つに位置づけられている。