

更なる精神科救急医療の質的向上をめざすためには、実際の救急での対応としての治療、特に薬物療法の選択などについての議論を活発化させる必要がある。今回、第14回日本総合病院精神医学会総会において、このような場を提供するための新しい試みとしてケースディスカッションという討論型のシンポジウムを開催した。そのテーマには、「精神科救急における薬物療法」を掲げ、我が国の精神科救急医療における第一人者から事例（分裂感情障害＋糖尿病＋肺高血圧症）を提示して頂き、活発な論議がなされた。

その際に出席者に精神科救急の薬物療法についてのアンケートが行われ、①身体合併症（糖尿病、肺高血圧症）がある場合の鎮静法、②分裂感情障害の急性期薬物療法（経口）、③Rapid cyclerの深刻なうつ病相での薬物療法についてそれぞれ問われた。今回はその集計結果の一部を報告する。

肺高血圧がある場合には、一般に心臓や血圧に負担がかかる薬剤の使用は控えるべきであり、また糖尿病が合併している場合には、高血糖や体重増加を呈しやすい抗精神病薬は使用できない。従って、本事例1の場合の鎮静には、フルニトラゼパムが第一選択、追加併用剤としてハロペリドールを使用することが推奨される。アンケートの結果では、9割以上の精神科医が上記2剤を使用していたが、非指定医や単科精神病院では、レボメプロマジンを選択する例もあった。ミダゾラムを使用する傾向は、総合病院でのみ認められた。我が国では、ミダゾラムの使用が奨励される向きもあるようだが、麻酔薬であるミダゾラムは、身体管理体制の整った総合病院でもその使用は限定されるべきものと思われた。

分裂感情障害の急性期薬物療法については、感情調整剤と抗精神病薬、特に抗幻覚・妄想作用の強い薬剤が第一選択となる。副作用を考慮するとリスペリドンが最も適切と思われるが、実際には60%以上がハロペリドールを選択しており、これに対してリスペリドンは26.7%であった。従って、まだリスペリドンが十分浸透していない可能性があると思われる。

急速交代型の深刻なうつ病相での薬物療法とし

ては、感情調整剤と抗うつ剤、あるいは感情調整剤の併用などが考えられる。抗うつ剤では躁転を考慮し、三環系抗うつ剤の使用は一般的に回避する傾向にある。また、より精神症状が著しい症例などでは、抗精神病薬を処方せざるを得ない。抗精神病薬を選択した治療者の所属が大学病院や単科精神病院のみであったことは、これらの医療機関ではより重篤な症例を治療している可能性があると考えられる。

3 自己愛性人格障害を基盤にパニック発作様の症状を呈した1例

信田 慶太・村竹 辰之・村山 賢一

塩入 俊樹*・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*

自己愛性人格障害の病状は主に対人関係における障害として現れる。しかし、その人格的特徴からして医療機関を受診する場合は何らかの精神症状もしくは精神障害が直接的な動機になることが多い。そしてその症状には様々なものがある。今回、我々はパニック発作様の症状を呈した自己愛性人格障害の症例を経験したので、報告する。

症例は41才女性。13才の時に動機、吐気、冷や汗、めまいを伴う発作が出現した。その後、症状は安定している時期もあったが、職場でのいざこざや、事業で失敗した時などに悪化した。不安症状に対する薬物コントロールを目的にX年6月に当科入院となった。Paroxetine 30mg/日による薬物療法で一時的に症状は改善したが、特権意識が強く、特別扱いを求め、要求が満たされないと感情的となり、他患や看護者との間で頻繁にトラブルを起こすようになった。そのような時に症状は強まった。心理検査で自己愛性人格傾向にあることが示唆され、DSM-IVの自己愛性人格障害の診断基準も満たしていた。トラブルを起こした後には外出を要求し、「自分は限界まで我慢できるから大丈夫」と言って、バスやタクシーで街に繰り出し、好きなことをして帰って来た。外出要求

が頻回となったため入院治療は不相当と判断し、同年 9 月退院した。

状況依存的で数時間続く発作の性質と、不安であることを訴えつつも生活行動が制限されていないことから、パニック障害は否定され、自己愛性人格障害を主診断とし、それに基づく対人的葛藤の際に生じる不安から症状が出現していると考え、I 軸を特定不能の不安障害とした。

自己愛性人格障害に合併する精神障害はうつ病、物質使用、身体表現性障害、摂食障害、妄想性障害など様々である。なかでも最も多いのはうつ病性障害であり、大うつ病性障害、気分変調性障害が 42 - 50 % に合併する。続いて物質使用による障害で 24 - 50 % である。逆にパニック障害を含めた不安障害に自己愛性人格障害が合併するのは 0 - 5 % と稀であった (Ronningstam, 1996)。

上記の報告と比較すると、本性例は典型的ではなかった。しかし入院中の患者の様子から判断すれば、症状は確かに対人的葛藤の際に生じた不安に基づくものであり、その根本的原因はやはり自己愛性人格障害であろう。過剰な自己愛が本性例の本態であると考えることにより、病態の理解が容易になった。

4 入院を契機に自己臭症状を呈したうつ病の 1 例

佐伯 英俊・布川 綾子・沢村 一司
村山 賢一・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*

症例は 58 歳男性。病前性格に強迫傾向、敏感傾向を認めた。X 年 6 月に仕事内容が変わり、仕事への不安が出現した。抑うつ気分が出現し、X + 1 年 5 月大うつ病性障害の診断で当科入院した。入院後すぐ自己臭の訴えが出現し、その後妻から患者が水俣病であるとの情報が入ったが、患者は自らの水俣病の認定を他人に知られることに、不安を感じていたとのことであった。第 60 病日頃、抑うつ気分の増加に伴い自己臭の訴えおよび、そ

れに対する自責感が増加し自傷行為に至った。クロミプラミン点滴に反応し、第 100 病日頃には抑うつ気分は軽減し、スルピリドを併用した所、自己臭の訴えも減少したが消失はしなかった。しかし、外泊時に家族と過ごしていた時には自己臭の訴えは認められなかった。後にスルピリドを再処方すると自己臭の訴えは消失した。気力低下が続いていた為、リチウムを併用した所、気力が上向きとなり退院した。

本症例の自己臭症状成立の背景であるが、堀越らにより、うつ病者の自己臭発生には対人恐怖構造、敏感性格構造、うつ病構造、強迫性格傾向の関与が指摘されている。本症例の敏感性格、強迫という性格傾向を考えると、本症例はうつ病に伴い自己臭を出しやすい傾向にあると考えられた。さらに、堀野らは中年期の敗北体験や羞恥体験がうつ病者の自己臭発生に関与する可能性を指摘しており、本症例でも職業上の敗北体験が認められた。加えて、本症例は入院時ガスが沢山出たというエピソードを認めた。以上から本症例の自己臭症状成立の背景として、本症例の性格傾向、職業上の敗北体験、入院時にガスが沢山出たエピソードの 3 点が考えられた。

本症例の自己臭症状の特徴は、入院を契機として自己臭を呈したこと、および自己臭の体験野が、家族に対しては認められず、「中間的な関係の人々」を中心としていた点に認められた。宮本らは対人恐怖の 1 病型としての自己臭恐怖の体験野が、「中間的な関係の人々」か、それ以遠の人々に広がるが、うつ病の妄想の体験野は、家族と居る時に生じやすいと指摘しており、これに従うと、本症例の自己臭症状の体験野は対人恐怖の 1 病型の自己臭恐怖に類似すると考えられた。妻の話し等から、患者にとって水俣病の認定は、世間に対して隠すべき羞恥体験であると推測された。また、入院時にガスが沢山出たというエピソードが自己臭症状成立の鍵となる体験と考えられた。すなわち、入院を契機として自己臭症状が出現した背景としては、患者が水俣病の認定を世間に対し隠すべき体験と捉えていた事、および入院時にガスが沢山出たというエピソードが考えられた。自己臭