

科初診時に初期分裂病（中安）の四主徴を認めていたことから、それに準じた治療をおこない軽快にいたった症例を報告した。出生、発育歴に特に異常はない。高校受験の頃から、頭の中に雑念が浮かんできて抑えられない、顔が勝手に変な表情になるような気がする等の症状が出現するようになった。高校入学後も友人が自分の変な顔を噂しているのではないかと気になりはじめ、2学期より学校に行かなくなり、自室に引きこもりがちとなった。高2の9月より精神科外来に通院し始めた。前医は思春期危機と診断し、強迫的な訴えが前景にあったことから clomipramine 30 mg より治療を開始した。10月頃より、焦燥感を強め、家人への暴力行為、自傷行為が出現するようになった。また「頭の中につねにザーッという音が聞こえる」等の訴えや、玄関にしばらく立ちつくしたあと部屋に帰る等の異常行動もみられるようになった。12月より clomipramine 75 mg に増量されたが、症状は軽快せず、翌年1月自殺目的で clomipramine 約 750 mg を服薬した。翌日当院を初診して医療保護入院となった。入院時の患者の訴えは、頭の中に種々の雑念が浮かんできて抑えられなくなるという体験、顔が勝手に変な表情になり人がそれを噂しているという被害関係念慮、自室で1人である時も何かに見られている感じがするという被注察感、いつも何かに追われているような不安感があった。1番目の症状は言語性の幻聴としては体験されず、自生思考に相当するものであると考えた。2番目の症状は、身体感覚性の気付き亢進と被注察感から生じているものと考えた。3番目の症状は漠とした被注察感に、4番目の症状は緊迫困惑気分と相当すると考えられ、初期分裂病の四主徴を満たしていた。治療は haloperidol 6 mg, sulpiride 150 mg を投与したところ、2週間程で執拗な不安も訴えもなくなり、表情にも穏やかさがみられるようになった。自殺企図については、「手塚治虫のマンガの『ブッダ』を読み、生まれ変わりに興味を持った。自分も死ぬばきれいな顔に生まれ変われると思った」と語り、またこれまで訴えた初期分裂病の症状のすべてを、学校をやめるための狂言だったと言うようになった。

本症例のように、これまでの伝統的診断や、DSM-ⅢR等の操作的診断基準では分裂病と診断され難い症例の場合、的確な治療的対応のためにも、初期分裂病の概念は有用であると思われる。今後は薬物療法の継続とともに、本人と家族の疾病への理解を深め、社会的適応レベルを上げていくことが課題として残されている。

### 3) 描画療法を併用した分裂病者の回復過程の 1 考察

渡辺 良弘（青木病院  
東大分院神経科）

演者は、27歳の女性の分裂病者の回復過程において、描画を中心とした精神療法的接近を試みてきた。描画は従来の描画療法の方法を複数導入しこれを縦断的に併用した。この症例の描画の検討を中心として、中井、ミンコフスキーの諸説を援用しつつ、描画にみる表現病理、分裂病の回復過程について考察したい。

症例は、21歳で発症し、外来通院治療を転々としていたが、25歳時、被害関係念慮、不眠、体感異常、自生思考、離人症状から入院に至った。その後急性期の症状は比較的早期に消失し、離人症状を呈しつつ次第に「疲れ易さ」「対人関係における自信のなさ」が語られるようになっていった。治療者が患者に休むことを保証しつつ、患者自身の疲れ易さとの折り合い・付き合い方について、話し合いながら経過を追っている。この回復過程を色彩分割、誘発線法、なぐり書き、多面的 HTP、風景構成法、伊集院の拡大風景構成法、樹木画などの絵画療法を併用した。急性期症状消失後の風景構成法では、「川」が画面を覆い、続く「山」は、絵画空間の外に描かれた。やがて経過の中で「川」は次第に風景の中で調和して行くこととなった。入院6カ月目の描画では川を含む大景群が窓枠によって枠づけられ、安定化は更にすすんだ。

構成的描画法の一つである風景構成法は風景全体を最初の項目として「川」を描いてもらう。この「水の流れ」は、構成上「大景群」に属している。「川」に続く「山」「田」の項目は「川」との関連性が深い。「田」の項目は水を耕地に引き入れ、大地と水とが溶け合う場所でもある。「道」は中井によれば人間的な空間の大局構造を決めるとされるが、人間と「川」との距離・境界を設定する項目でもある。

本症例を通じて、最初に描かれる「川」と各項目がどのように構成されてゆくか、そして空間の中で川はどのように治水されてゆくかが、風景構成法の一つの焦点となっているように感じた。「川の流れ」は、その後に描画平面に描き入れられる項目によって織りなされてゆく風景を描画の始まりにおいて搬びもたらし、そこに在らしめる。川を治水し、安定化させることが回復過程の描画においてテーマになった場合、本症例のように「窓枠」の設定は有効であるように思われる。川の奔流を抑えることは自らの「生きられる空間」すなわち構成的空間を守ることと考えることも出来よう。このことは「明る

い空間」を視覚的空間・図式的認知とするならば、ミンコフスキーのいう「明るい空間」の修復、すなわち「明るい空間が暗い空間に浸透した状態」や「明るい空間と暗い空間の混交・不調和の状態」からの脱出といえるかも知れない。

#### 4) うつ病に合併したパーキンソン病の1例

酒井美和子・田中 敏恒 (新潟大学)  
飯田 真 (精神医学教室)

今回、我々は、抑うつ状態にパーキンソン病が合併し、パーキンソン症状の改善と並行して抑うつ状態も寛解に至った症例を経験した。症例は56才の女性である。本症例は恐慌様発作で発症し、後に抑うつ症状が出現した。sulpiride 投与により抑うつ症状は改善されたが、同時にパーキンソン症状が出現した。そのため、抗パーキンソン剤の投与が開始された。しかし、パーキンソン症状悪化に伴い、抑うつ症状も増悪し、この患者は手首を自傷して自殺を図った。その後、抗うつ剤が増量され、一時は精神神経症状共に改善されたが、次第にパーキンソン症状は悪化し、それに伴い抑うつ症状も再燃した。そのため、抗パーキンソン剤を増量したが、パーキンソン症状は改善されず、それに伴い抑うつ状態も再び悪化していった。さらに抗パーキンソン剤を増量したところ、パーキンソン症状は軽快し、それに伴い抑うつ状態も寛解した。

本症例は精神症状から見て大別すれば第一期と第二期に分けられると思われる。第一期は恐慌発作と抑うつ症状のみ認められた時期であり、第二期はパーキンソン症状が出現し、その悪化や軽快に伴い抑うつ症状も動揺した時期である。寺元らはパーキンソン病に見られる抑うつ状態は、パーキンソン病の精神症状としてのうつ、反応性うつ、内因性うつの3つが考えられ、その発症要因としては多因的に考えざるをえないと報告しているが本症例においても同様であった。第一期は神経症状を伴わない抑うつ期であり、通常の内因性うつ病としての治療が奏効したと思われる。第二期の抑うつ状態は、内因性抑うつ、パーキンソン病の部分症状としての抑うつ、心因性抑うつの三者の複合体としての抑うつ状態であると考えられ、内因性要因については抗うつ剤の投与を行い、しかもこの時期は、抗うつ剤の副作用によるパーキンソン症状の出現、増悪に注意しながら薬物療法をおこなった。また心因性要因については、パーキンソン病、うつ病の予後に対する患者の過度の不安を取り除く精神療法的

配慮を行った。パーキンソン病の部分症状としての要因については抗パーキンソン剤の投与を行った。その結果、精神神経症状の著名な改善が得られた。

本症例のように、身体疾患、特に神経疾患に認められる抑うつ状態は内因性、外因性、心因性の要因が全て病像に関連していることがあり、三者が病像に与える影響度の大きさ、割合など観察しながら、多次的な治療を試みるべきなのであろう。

#### 5) うつ病に睡眠時無呼吸症候群を合併した症例について

田中 弘・坂戸 薫 (新潟大学)  
飯田 真 (精神医学教室)

症例は、44才男性。1992年10月頃より、食欲不振・易疲労感・下痢等の症状が見られるようになり、11月末A精神科で“神経症性うつ病”と診断され薬物療法にて改善。翌年10月から同様の症状が出現し、11月B精神科を受診し、大うつ病と診断され、薬物療法により、1994年3月までにほとんど認められなくなった。気分の落ち込み、日中の眠気、頭痛、食欲不振、下痢、便秘症状は間欠的に増悪・軽快するため、精査目的で新潟大学精神科を紹介され7月に入院となった。投薬に関係なく軽快した。また、うつ症状を認めることは全くなかった。入院中、偶然睡眠時無呼吸症候群(重症度は中等度以上)が発見された。退院後、しばらくは精神状態は安定していたが、9月より身体症状のない抑うつ状態のため第2回目の入院となる。睡眠時無呼吸症候群治療用のマウスピース装着により無呼吸指数17.8から3.2回/時と改善され、経過観察となった。【考察】本症例の主な症状は、抑うつ気分、気力・喜びの減退、精神運動制止、睡眠障害、思考力・集中力の減退、食欲不振、易疲労感、性欲の減退、傾眠傾向、腹部膨満、頭痛、下痢といった症状で、DSM-III-R 診断では、Major depression。症状は2週間以上続いたり、投薬に関係なく数日で軽快した。安定している時期に日中の眠気、頭痛、下痢、便秘といった症状がしばしば認められている。という点から、うつ病の典型的なものではないと言える。ところで、本症例は偶然観察された激しいびきと睡眠時無呼吸から睡眠時無呼吸症候群と診断された症例でもあり、睡眠時無呼吸症候群の精神症状としては、易疲労感、活動性の低下、易怒性、多動性、記憶力低下、日中の眠気、性欲の減退、頭痛など又、不眠や抑うつ状態を生じやすい性格傾向を持つ患者が不眠に陥りやすいとも報告されている。以上