

短

報

## 急速交代型双極性障害に対するセルフモニタリングと薬物自己投与による躁病再発予防の試み\*

原井宏明\*\*

セルフモニタリングは行動療法の技法の1つである。患者自身が標的となる自分の症状や行動を記録することによって多くの情報を得ることができ、セルフコントロールが期待できる<sup>4)</sup>。筆者は急速交代型双極性障害(DSM-IV)の診断基準を満たし、入院回数が増加傾向にあった症例に対して通常の薬物療法に加えて、睡眠時間と気分のセルフモニタリングと薬物自己投与を計画した。セルフモニタリングによって躁病の前兆に本人が気づくようになり、薬の増量が早めに行えるようになった。この方法を導入後、躁病による入院が減少した。双極性障害の再発予防に有用な方法だと考えられたので報告する。

### 症例

〈症例〉 初診時21歳、女性。

家族歴 妹が分裂感情障害のため外来治療中。

既往歴 特記すべきことなし。

現病歴 経過を図1に示す。現在は両親の自営業の手伝いをしている。1986年4月、夜間外出と頻回

の電話、多弁、まとまらない言動、早朝覚醒が生じ、当所を受診した。

当所初診時現症および2回目入院経過 多弁・多動、気分高揚、観念奔逸、行為心迫、脱抑制、転導性の亢進が認められた。医療保護入院とし、抗精神病薬と炭酸リチウムの投与を行い、寛解退院した。

1988年12月までの経過 現在まで当所での治療を継続している。1986年8月後頃から抑うつ気分、過眠、精神運動抑制、気分の日内変動がみられた。軽症うつ病エピソードが起きたと考えられた。三環系抗うつ薬で改善した。

1987年7月、再び軽症抑うつが起り、抗うつ薬を再投与した。9月から躁病エピソードが起り3回目入院をした。この時から筆者が担当している。3回目以降の躁病エピソードの経過は当所初診時と同様である。3回目退院後は病相予防を目的に炭酸リチウムまたはカルバマゼピンの維持投与を行った。

1987年12月軽症うつ病エピソードが起こった。躁転の恐れがあるため抗うつ薬は控えた。抑うつは軽度であったが本人が休養入院を希望し、12月から4回目入院をした。1か月程度で気分が改善し、退院した。1988年は4, 11, 12月に躁のため5, 6, 7回目の入院をした。これらの数日前には家族が躁状態に気づき、外来を受診している。薬物を増量したが症状の進展は止まらず、入院させざるをえなかった。

経過をまとめると、初回躁病エピソードから2回目まで3年、2回目から3回目が1年5か月、3回目から4回目が7か月と、病相サイクルが短縮傾向にあった。気分調整薬で病相を予防できず、躁状態になった後は薬物を増量しても躁症状の進行は止まらなかった。

セルフモニタリング・薬物自己投与 6回目入院の3日前に本人から不眠と焦燥を訴える電話が筆者にあった。この時点では本人に爽快感、高揚気分はなか

**Key words** Bipolar disorder, Rapid cycler, Relapse prevention, Behavior therapy

1996年11月11日受稿, 1997年3月28日受理

\* Application of Self-monitoring and Self Drug Administration for Preventing Severe Episodes in a Rapid Cycling Bipolar Patient

\*\* 国立肥前療養所情動行動障害センター臨床研究部 (〒842-01 佐賀県神埼郡東脊振村大字三津160), HARAI Hiroaki: Center for Emotional and Behavioral Disorders, Hizen National Mental Hospital, Saga, Japan

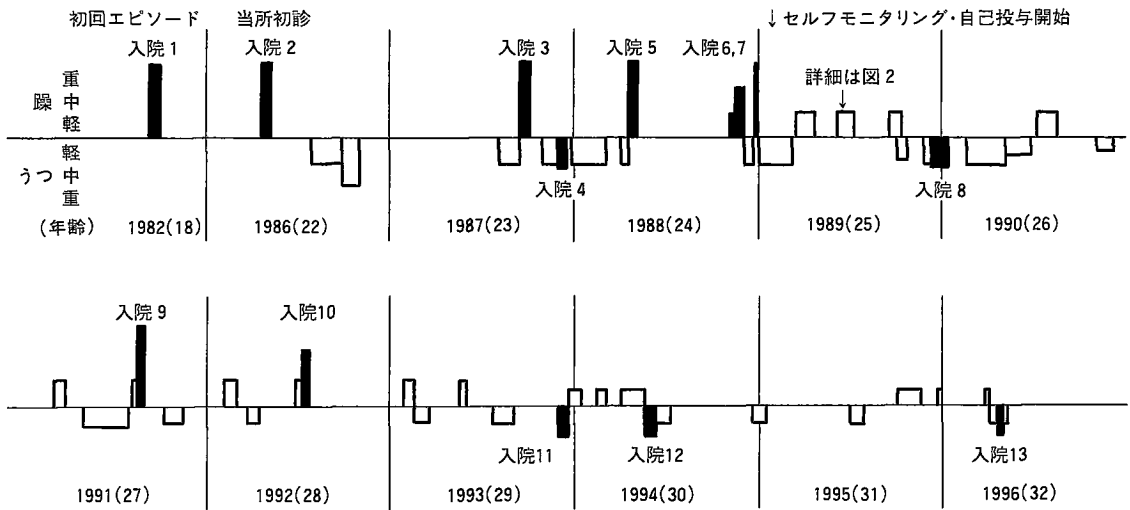


図1 初回エピソードからの経過。バーの高さは重症度を、黒く塗りつぶしたバーは入院に至ったものを示す。入院に至った躁病エピソードはすべて保護室への入院である。躁側でバーの低いものは躁病の前兆(早朝覚醒・焦燥)を示す。うつ病はすべて軽症であるが、本人が家業手伝いから離れることを希望したための1か月程度の休息入院がある。

った。このことから不眠・焦燥は躁病エピソードの前兆ではないか、この時に薬物を増やせば本格的な躁病エピソードを予防できるのではないかと考えられた。この考えから、睡眠時間と気分のセルフモニタリングと薬物自己投与を計画した。

市販の日記に入眠・離床時刻、服薬した薬物と気分の自己評価(気分点数)を本人が記録するようにした。気分点数は、通常の状態を0、極度の躁を100、極度のうつを-100とし、-100~100の間でつけるようにした。早朝覚醒、焦燥などの躁病の前兆と考えられる症状、うつとの区別を本人に教示した。判断できない時は主治医に電話するように教示した。維持量の薬物のほかに余分の薬物を本人がストックするようにした。早朝覚醒や気分の変動が起こった時にストックの薬を追加服用することを説明した。

**その後の経過** 1989年3月中旬に焦燥を訴える電話があった。本人は爽快さはないと述べ、気分点数を-30につけた。話しぶりでは、話す速度が早く、声が大きかった。セルフモニタリングによれば起床時間は普段(7時頃)より1時間以上早くなっていた。これらのことから本人が評価するうつではなく躁の前兆であると考えられた。気分評価の仕方を再び説明し、レボメプロマジン25mg錠を追加すること、追加は3日は続け、朝起きが遅くなり昼間に眠気が出れば減らすことを電話で説明した。本人は指示通

り服用し、本格的な躁病に発展することなく4月初めに気分が安定した。

6月下旬に再び同様な焦燥、早朝覚醒があった。この時の経過を図2に示す。13日から離床時間が早くなった。20日頃からいろいろ気分や易怒性がみられた。17日、本人自ら眠前薬を増量し、睡眠時間が8時間に延長した。21日に予定より早く、本人から受診し、「上がった、泣いたりする、落ち着かない」と訴えた。気分の点数は20日から躁側の30点に付けていた。筆者がレボメプロマジン50mgの追加を指示した。26日にも本人が受診した。依然として焦燥があるためゾテピン100mgに変更した。7月から落ち着き、気分の点数も15以下になった。落ち着いた後、この間の経過を本人と話し合い、早朝覚醒が起こった時には睡眠薬を追加すること、焦燥が起こった時にはゾテピン100mgを追加するように説明した。

この後、早朝覚醒(1時間以上)や焦燥が起こると本人自ら薬物を増量して対応するようになった。1993年末までに6回の早朝覚醒などの躁病の前兆があるが、本格的な躁状態には至っていない。しかし、すべての場合で本格的な躁病エピソードへの進行を止められたわけではなかった。1991年8月、1992年7月に躁病エピソードによる9、10回目入院があった。これらの時も本人が薬物を増量しているが、早朝覚

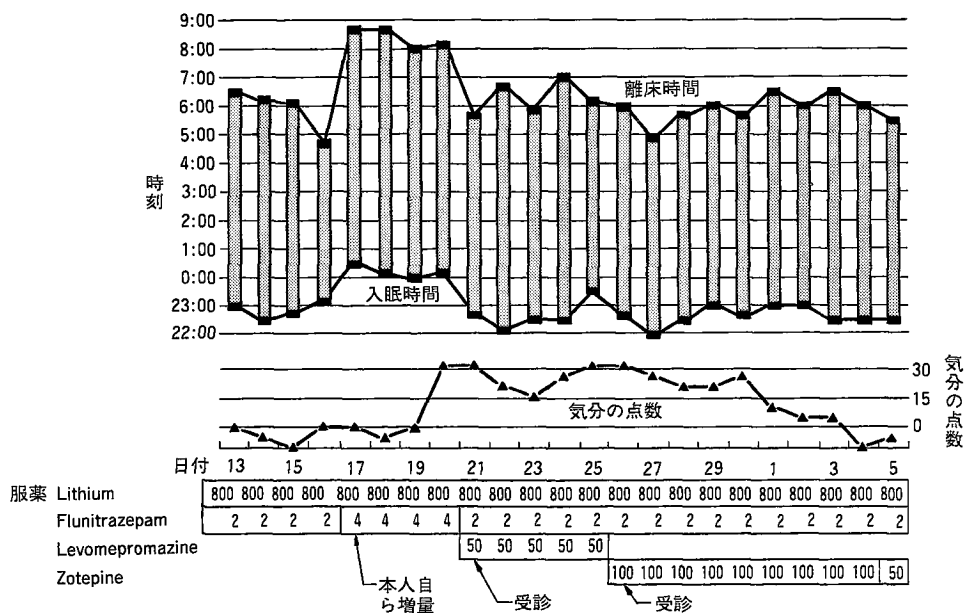


図2 1989年6～7月の経過。気分点数と睡眠時間は本人による。普段の離床時刻は7時過ぎである。17日朝は普段より1時間以上早く5時前に離床し、16～17日の睡眠時間は6時間以下になった。17日夜、本人自ら睡眠薬を増量した。20日から気分の点数が高くなり、21日は焦燥を訴えて本人から受診した。26日は薬を増やしても変わらないと訴えて本人から受診した。これらの時は主治医が薬物を指示した。この後は、早朝覚醒・気分変動時に本人自ら薬物を増やすようになった。

醒が数日続き、気分高揚が起こった後だった。

以降、現在までこのセルフモニタリングと薬物自己投与は続いている。外来受診は1か月に1回で手持ちの薬物の残量を本人が管理し、筆者は不足分を処方している。炭酸リチウムと睡眠薬を維持投与している。気分の変動時にゾテピンなどを本人がストックしている。1993年の日記に本人は次のように書いている。「病気そのものを治すことはできないと思う。でも少しずつ自分の状態をいい方向に持っていく、病気と仲良くつきあっていくという気持ちで、前向きに生きていきたいと思っています。」

## ■ 考察

セルフモニタリングの開始当初、気分の点数については本人の評価と外部からの評価が合わなかった。早朝覚醒と過活動があっても、焦燥感がある時は本人はむしろつ側に点数をつけていた。しかし、回を重ねるにつれ本人の評価は外部の評価と合うようになった。双極性障害の患者でも訓練すれば自分の状態についての内省がある程度で

きると思われる。

睡眠時間の記録は最初から正しく行われていた。図2が示すように数日間に睡眠時間が次第に短縮し、最後は普段より1時間以上短くなるのが躁病の前兆の良いサインになった。このことはセルフモニタリングによって初めて明らかになった。従来から、本人も家族も治療に協力的で躁状態の初期に薬物を増量するを行っていたが、本人や家族に躁状態が明らかになった時に増量しても躁症状の進行は止まらなかった。しかし、セルフモニタリングで把握できるようになった前兆の時期に増量することで、躁症状の進行を止めることができたと考えられる。

この症例では1986～88年の3年間に躁病による入院が4回あった。セルフモニタリングと薬物自己投与を始めた後の1989～94年の6年間には躁病の前兆またはエピソードが13回あったが、躁病による入院は2回で1992年7月以降はない。前兆を含めると経過上は躁病エピソードの数は減少していない。このことから、この症例の入院回

数の減少はセルフモニタリングと薬物自己投与によって躁病の重症化が妨げられているためと考える。ただし、1 症例の長期経過観察による知見であり、加齢などの他の要因が関与している可能性はある。

この症例では炭酸リチウムとカルバマゼピンの維持投与は再発を予防できなかった。近年、バルプロ酸やクロナゼパムなどの有用性が指摘されるようになった<sup>2,3)</sup>。この症例でもバルプロ酸で再発予防ができた可能性は否定できない。しかし、薬物が再発予防に奏効する場合でも、患者自身が継続服用することが不可欠である<sup>1)</sup>。セルフモニタリングは患者が自分自身の日ごとの変化を知るのに役立ち、薬物を服用する動機づけになる可能性がある。日記が示すように本人は病気に圧倒されるのではなく自分でコントロールしているとい

う感じを持つようになっている。さらに主治医にとっても病状の把握が容易になった。

今後、症例を増やしてセルフモニタリングと薬物自己投与の効果を検討してゆきたい。

#### 文献

- 1) Guscott R, Taylor L: Lithium prophylaxis in recurrent affective illness: Efficacy, effectiveness and efficiency. *Br J Psychiatry* 164: 741-746, 1994
- 2) 岸本朗: 双極病における病相発現予防の臨床. *精神医学* 33: 910-924, 1991
- 3) Schaff MR, Fawcett J, Zajecka JM: Divalproex sodium in the treatment of refractory affective disorders. *J Clin Psychiatry* 54: 380-384, 1993
- 4) Steven B: Self-Monitoring. *Dictionary of Behavior Therapy Techniques*. Pergamon Press, New York, 1985 (山上敏子監訳: 行動療法事典, 岩崎学術出版社, pp 184-185, 1987)

## 学会告知板

### 第 16 回日本痴呆学会学術集会

会期 1997 年 10 月 3 日(金), 4 日(土)

会場 横浜市教育文化ホール(JR/地下鉄関内駅前)

会長 小阪憲司

#### プログラム

特別講演「アルツハイマー型痴呆研究の最近の動向」

(1) アミロイド研究について

森 啓(都精神研)

(2) 神経原線維変化について

武田雅俊(大阪大)

シンポジウム「非アルツハイマー型変性痴呆をめぐって」

(1) 非アルツハイマー型変性痴呆とは

小阪憲司(横浜市立大)

(2) Diffuse Lewy Body Disease (DLBD)

井関栄三(横浜市立大)

[指定討論]

岩坪 威(東京大)

(3) Diffuse Neurofibrillary Tangles with Calcification (DNFC)

池田研二(都精神研)

[指定討論]

石津秀樹(岡山大)

(4) Limbic Neurofibrillary Tangle Dementia (LNTD)

山田正仁(東京医科歯科大)

[指定討論]

坂田増弘(都老人研)

事務局 (財)東京都精神医学総合研究所・神経病理研究部門

〒156 東京都世田谷区上北沢 2-1-8

☎ 03-3304-5701(内 324) Fax 03-3329-8035

日本痴呆学会ホームページ <http://www.prit.go.jp/en/nrpt/chihou.html>