

## 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) 投与の初期に自殺した老年期うつ病の検討

### A Study on Geriatric Depression with Suicide During SSRI Treatment

上 平 忠 一\*

UWADAIRA Chuichi

#### 目 次

- I はじめに
- II 症例提示  
症例 80歳代の男性、反復性うつ病性障害、  
精神病症状を伴う重症エピソード (F33.3)  
兼高尿酸血症兼内痔核
- III 考察
- IV おわりに
- I はじめに

現在、わが国において年間3万人を越える自殺者数が1998年以来継続している。2007年の自殺者数は33,099人である。同年の自殺死亡率(人口10万対)は25.9である。その大部分がうつ病やうつ状態に罹患していると考えられている。私たちはこれまで自殺に関連する研究を行ってきた。うつ病やうつ状態に関する研究を述べると、大量服薬による抗うつ剤急性中毒を呈した単極性うつ病症例報告<sup>20)</sup>や醤油の多量飲用により高ナトリウム血症を生じた自殺未遂に至ったうつ病患者報告<sup>23)</sup>および自殺企図後に症状が劇的に改善した難治性うつ病の症例報告<sup>24)</sup>などが詳細に検討されてきた。

うつ病の薬物療法は、SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor, 選択的セロトニン再取り込み阻害薬; 以下 SSRI と略す) が第一選択薬の薬物

といわれ、うつ病の急性期治療、維持療法、再発予防のいずれの時期においても、精神科医に汎用され、大きな成果を得ている<sup>30)</sup>。SSRI は世界で最初に上市された fluvoxamine (1983年) をはじめ、現在では6種類が利用可能であり、選択的セロトニン再取り込み阻害作用をもつ抗うつ薬である。SSRI は従来抗うつ薬に比べると、①抗うつ作用がすぐれていること、②即効性であること、③副作用が少なく安全性が高いこと、を目標に開発が進められている途上で誕生してきた薬剤である<sup>31)</sup>。

その一方で、Teicher<sup>15)</sup>らが fluoxetine によって希死念慮が強まり自殺をする患者の症例報告を行ったことを契機として、SSRI の副作用として自殺の危険性が注目されるようになった<sup>2)</sup>。

今回、私たちはうつ病に罹患した高齢者に生じた自殺既遂における、SSRI の activation syndrome の可能性を検討する症例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

#### II 症例提示

症例 80歳代の男性、無職

【診断】 老年期うつ病 (反復性うつ病性障害、精神病症状を伴う重症エピソード F33.3) 兼高尿酸血症兼内痔核

【家族歴】 妻が不安神経症でA病院に通院中である。

\* 社会福祉学部教授

【既往歴】 十二指腸潰瘍

【生活歴】 地方都市に2人同胞の長男として出生し、弟がいる。弟は現在同じ地方都市に住んでいる。父親は小売業を経営していた。本人が小学校2年生の時に、父方の伯父の家に養子に入り、現在の居住地に転入した。地元の小学校、旧制中学校を出て、旧軍人養成学校に進学した。しかし、終戦を迎え、旧制高等学校に編入された。

22歳の時に、地元近くの小学校教員に1年間勤務する。その後、退職し自宅で農業を営んでいた。26歳の4月から再び、教職につき、以後36年間教員生活を送っていた。教えた主な教科は社会科、英語、美術である。27歳時に見合い結婚し、二人の子どもをもうけた。長女は現在結婚し、同じ地方都市に住んでいる。長男は現在独身で県内の別の都市に住み、製造業の会社に勤務している。60歳の時に、義務教育の管理職を最後に退職する。

その後は、自宅にて、小規模農業（畑100坪、田圃400坪）に従事しながら、地域の活動に参加していた。

病前性格は外向性、几帳面、人と話をするのが好きである（メラニコリー親和型性格）。

【現病歴】

77歳の5月頃、内痔核からの出血があり、身体の変化および老化に対する不安、憂うつ感が数ヶ月出現する。

79歳の7月頃、めまいにてAクリニックを受診する。B病院にて、諸検査を施行するが、異状を認めなかった。同年9月に、父親のくも膜下出血死亡を思い出して、耳鳴り、難聴が気になる。その頃から、Drショッピングが始まる。

同じ年の秋頃、甥の詐欺事件が発覚し、本人が1,400万円の金銭的援助を行う。

80歳の3月頃より、不眠、便秘が重なり、C診療所を受診する。同診療所の処方薬は、オメプラゾール20mg、プロチアゾラム0.25mg、アルプラゾラム0.6mgである。それらに加えて、漢方薬の「半夏瀉心湯」が投与された。この頃、毎日くらい「俺は悪い男だ。財産がなくなるじゃないか」と妻に訴える。

さらに、長男宅に電話が入り、その時の様子がおかしいことに息子は気付く。いつもに比べて声

が小さく、元気がない。些細なことで自分を責めている。家の家計のことで過度の心配し、憂うつ感を伴ない、「申し訳ない」と急に泣き出したりすることが認められた。

80歳の4月に、心悸亢進が出現し、心電図の検査を実施するが、著変を認めなかった。不眠には、プロチアゾラムやアルプラゾラムを服用するが、短時間しか眠れないと訴えた。

また、地域の世話役の係を急に辞めるなどの問題行動がある。

X年5月中旬、本人と妻と長男の3人で、精神科を受診する。

初診時主訴は不眠、食欲低下、憂うつ感、意欲低下、自責感、体重減少（2ヶ月で6Kg）である。

【初診時所見】

疎通性は良好であり、意識は清明である。血圧は、140/80mmHgである。身体的には高尿酸血症および内痔核がある。

問診に対して、次のような訴えがある。

「甥の初公判が近々ある。甥の弁償をしなくてはいいけない。しかし、家の経済状況を考えた時に、気が滅入り気分が落ち込んでいる。我が家のこれから先はどうなるか心配だ。ご先祖様の遺産を失ってしまう。」「何のために生まれてきたか」

「二番目に心配なことは、元教師をしていたが、子どもたちに申し訳ないことをした気持ちになる。公のところに顔を出せる人間ではない。それで、公務員OBの次期支部長を辞退したり、保育園の理事を辞退した。」

「教え子にとんでもないことをしてしまった。誰とも会いたくない時に、教え子の亡くなった親たちの告別式に1000円しか出さなかった。こんなこととしてはいいけないことだと思う。」

と不安、罪責感、無価値感を訴え、抑うつ気分や貧困妄想、罪業妄想を認める。さらに、それら妄想に基づく行動が認められる。

さらに、「法に触れることをした人間が、子どもたちに法を説いていたので、気持ちが余計沈みこみ、申し訳ない気持ちになった。」と語る。

「どこにも出たくない感じで、ぐっすり眠りたい」と希望を述べる。

また、「一切合切死んだほうが楽になる」とか

「自分の人生のまとめ方を考えてみたい」と自殺念慮が認められた。

睡眠障害については、寝つきはよいが、早朝覚醒があるという。食欲低下では、「味がわからない」という。

#### 【診断とその根拠】

反復性うつ病性障害では重症のエピソードに特定されるうつ病のエピソードが反復し、躁病の診断基準を満たす気分高揚と過活動性の独立したエピソードの病歴を欠くことによって特徴づけられるという。本例はこの項目の診断基準に該当する。さらに、重症うつ病性エピソードでは睡眠障害、食欲低下などの身体症状、ならびに制止、苦悩、激越など精神症状を示し、自尊心の喪失や無価値感や罪責感を持ちやすく、自殺の危険性が高い。本症例は同時に貧困妄想や罪業妄想を存在している点から、精神病症状を伴う重症うつ病エピソードであるという診断基準に該当する。したがって、本症例の診断は反復性うつ病性障害、現在精神病症状を伴う重症エピソード (F33.3) である。

治療方針は本人や家族の意向も踏まえて、外来通院治療とした。具体的には薬物療法と支持的精神療法である。薬物療法では、SSRIを主な抗うつ薬として服用した。抗うつ薬は、フルボキサミン75mg/日とミアンセリン10mg/日である。

#### 【外来経過】

2回目 (X年5月) の診察は初診時から3日目に本人のみが受診する。この時には、「気持ちは大分すっきりした。しかし、まだまだ」と語り、「自分は小心者の性格であることに気付いた」「計画性のない性格だとわかった」と自己嫌悪を述べ、「妻が病身だ」と気を使っている。自責、不安、焦燥感を認めた。心理検査では、SDS (Self-Rating Depression Scale) の結果が65点であり、中等度以上の抑うつ傾向を示した。抑うつ状態が持続していた。

便秘傾向ということで、下剤を投与する。

次の診察日を告げて、自殺しないことを約束して、診察を終えた。

X年5月中旬 (初診から6日目) の午後、自宅にて、縊死しているところを家族に発見される。

後日、主治医が患家に電話を入れ、家族から死

亡を確認する。

この際に、家族から次のような質問が出た。

「診察のときに、自殺のことを話題としたが、そのことで死が早まったのではないか」という疑問が提出された。

それに対して、主治医は「自殺のことを話題にしたからといって、死が早まることはないし、むしろ話題にしないほうが本人の気持ちを汲まないこととなり、自殺を予防することが困難となる」と返答した。

#### <症例の小括>

- 1 80歳の元地方公務員の男性で、診断は反復性うつ病性障害、現在精神病症状を伴う重症エピソード (F33.3) である。
- 2 初診時の所見は、貧困妄想、罪業妄想を伴う抑うつ病態であり、希死念慮を認めた。治療は薬物療法と支持的精神療法であり、抗うつ薬としてSSRI (フルボキサミン) を使用した。
- 3 初診時から、6日目に自殺企図 (縊死) を起こしている。その間、初診から3日目に受診しているが、抑うつ状態は持続傾向を示していた。
- 4 自殺とフルボキサミンの因果関係について述べると、フルボキサミン75mg/日を投与し、自殺企図の発現のリスクが増加した可能性は否定できず、今回、SSRIによるActivation syndromeの可能性を指摘した。さらに抗うつ薬によるjitterinessやakathisiaとの鑑別が重要である<sup>13)</sup>。

### III 考察

#### 1. 症例報告の意義

老年期うつ病とは、老年期に初発するうつ病である。本疾患が内因性うつ病の晩発型なのか、独立した特殊なうつ病なのかは論議のあるところである。老年期うつ病は、下記のような特徴を有している。症状は他の年代のうつ病に比べて、抑うつ気分よりも身体愁訴の比重が増し、口渇、動悸、疼痛、倦怠感、食欲不振などを執拗に訴えることが多い。不安・焦燥も強くしばしば自殺企図し、心気・貧困などの妄想形成の傾向が強い。また、せん妄、仮性認知症などが出現することがあ

る。自殺率が高いことが指摘されている<sup>8)</sup>。

本症例は老年期になって初めてうつ病が発病している。些細な身体的変化を契機として、不安や抑うつ感が出現し、執拗にめまい、耳鳴り、動悸など身体症状を訴え、ドクター・ショッピングを繰り返し、問題行動が前景に出て、精神科を初診している。したがって、本症例は老年期うつ病の特徴を備えている。また、不幸な転帰をたどったことも一致しており、老年期うつ病の治療の困難さを改めて確認させられる結果となった。これらの点を踏まえれば、老年期うつ病の治療には慎重さが要求され、本報告の意義がある。

さて、本症例をICD-10の診断基準を当てはめてみる。本症例は貧困妄想や罪業妄想を認めており、うつ病のエピソードを反復している。その結果、本症例の診断は反復性うつ病性障害、現在精神病症状を伴う重症エピソード (F33.3) となる。

## 2. 自殺とうつ病

1998年に自殺者数が年間3万人を突破して以来、今日まで10年間にわたり、年間3万人以上の自殺者数を継続している。このような異常な高水準が今や社会問題となって、自殺を予防することが国民的な課題となり、2006年6月に自殺対策基本法が成立した。この法案の基本理念は、「自殺対策は国、自治体、医療機関、事業主、学校、民間団体など関係機関で相互に連携して実施しなければならない」というものである<sup>30)</sup>。

私たちは、これまで自殺関連行動(注1)およびそれに係わる精神障害に関する調査研究を行っている。それらのタイトルを年代順に列挙する。自殺と医療過誤(1990年)<sup>18)</sup>、自殺に至った慢性分裂病の症例(1991年)<sup>19)</sup>、大量服薬による抗うつ剤急性中毒の1症例(1992年)<sup>20)</sup>、自殺に至ったループス精神病の1症例(1993年)<sup>21)</sup>、有機リン中毒を呈した精神分裂病(1994年)<sup>22)</sup>、醤油多量飲用により食塩中毒を呈した自殺未遂の2症例(1994年)<sup>23)</sup>、精神分裂病男性患者の自殺未遂症例の検討(1995年)<sup>25)</sup>、自殺企図後に劇的に症状が改善した難治性うつ病の検討(1995年)<sup>24)</sup>、アルファー昏睡を呈した急性薬物中毒の1症例(1996年)<sup>26)</sup>、自殺企図後に急性ジストニアおよ

び過呼吸発作が消失した境界例の1症例(1997年)<sup>27)</sup>、バラコート(農薬)中毒の1症例(2005年)<sup>28)</sup>である。私たちのこれまでに報告した11例の精神障害をみると、統合失調症が6例と過半数を占め、次にうつ病が3例であり、境界例と症状精神病がそれぞれ1例ずつであった。

自殺者のなかに占める精神病患者の割合は、自殺者の約9割が自殺時に精神障害を有しているといわれる。2002年のWHOの報告を調べると、自殺時の精神障害の分類では、多い順から並べると、うつ病性障害30.2%、アルコール・薬物依存17.6%、統合失調症圏(統合失調症様障害、統合失調感情障害を含む)14.4%であり、うつ病性障害が最も高い割合である。一方、自殺時に精神障害なしと記載される割合は約4.3%である。

次に、精神障害者における自殺率を調べると、表1に示してある。気分障害が15%、統合失調症10~20%、アルコール・薬物依存15%、境界性人格障害5~10%であり、精神障害は高い自殺率を有している。

表1 精神障害者における自殺率(%)

精神障害者	自殺率
気分障害	15%
統合失調症	10~20%
アルコール・薬物依存	15%
境界性人格障害	5~10%

ここで、自殺について精神障害別に述べる<sup>1,4,12,30)</sup>。

### <気分障害における自殺>

うつ病患者では、そうでない人たちに比べて自殺の危険性が5倍である。双極性障害においても、明らかに自殺の危険性は高く、躁とうつの相が入れ替わる時期がとくに危険である。抑うつ状態のときに、絶望感を伴い自殺の危険が高い。とくに、うつ病の初期や回復期に多い。

躁状態の時には自殺はめったに起こらない。

### <統合失調症における自殺>

自殺によって亡くなった統合失調症の男女比は4:1である。

統合失調症の自殺者の特徴を述べると、次のようになる。

① 主に単身者で、仕事をしていない。

- ② 慢性期の最初の10年にあたる。
- ③ 45歳以下、通常男性は30歳前、女性は40歳前である。
- ④ 自殺した患者のうち50%は以前に自殺企図の既往がある。
- ⑤ 多くの患者では、精神症状よりも焦燥感が目立っている。
- ⑥ 自殺時に「自ら苦しみについて語ること」「病気や精神的な崩壊に気づくこと」「絶望感」が認められる。

＜アルコール・薬物依存における自殺＞

アルコール・薬物依存は若年の自殺率の30～70%に認められる。

これは、1次的な疾患として単独に認められる場合もあれば、ほかの主要な精神疾患との合併の形でみられることもある。

自殺の予防のために、【自殺予防の10か条】を記述する。

1. うつ病の症状に気をつけよう。  
(気分が沈む、自分を責める、仕事の能率が落ちる、決断できない、不眠が続く)
2. 原因不明の身体の不調が長引く。
3. 酒量が増す。
4. 安全や健康が保てない。  
(行動の変化、家出、失踪、借金等)
5. 仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う。
6. 職場や家庭でサポートが得られない。
7. 本人にとって価値のあるもの(職、地位、家族、財産)を失う。
8. 重症の身体の病気にかかる。
9. 自殺を口にする。
10. 自殺未遂に及ぶ。

ここで、よくみられる自殺に関する誤謬と事実に関して陳述する<sup>3)</sup>。

- 1) 自殺をよく口にする人ほど、なかなか実行しないものである。{誤った考え}

事実：10人の自殺をした人のなかで8人近くまでが、自分の自殺についてそれとなく仄めかしている。

結論：自殺を口にする人には十分な注意を払う必要がある。

- 2) 自殺は予告なしに行なわれる。{誤った考え}

事実：自殺者の大多数は何らかの形で予告をしている。

結論：このような予告や「助けを求める声なき声 (cry for help)」を聴くことが重要である。

- 3) 自殺をしようとする人は強い死の決意を持っている。{誤った考え}

事実：大多数の自殺者はかなり曖昧な態度をもっており、「生」と「死」の選択において迷っていることが多い。

結論：救われた自殺未遂者はあとで、命を助けられたことに感謝する例が圧倒的に多い。

- 4) 自殺しそうな気配がなくなり始めたら安心してもよい。{誤った考え}

事実：気分の転換があつて、快方に向かったとき、本人は元気を取り戻すが、同時に自殺を決行するだけの元気も回復してくる。

結論：自殺しそうな気分が消えて快方に向かったと思われ始めてから3ヶ月間が最も危険な時期である。

- 5) 自殺について話をするのは危険だ。{誤解}

自殺をしたいという絶望的な気持ちを打ち明けると、打ち明けられる人の間に信頼関係が成立していて、救いを求める叫びを真剣に取り上げようとするならば、自殺について率直に語り合うことのほうがむしろ自殺の危険を減らすことになる。うつ病者は、希死念慮をもっていること自体に罪責感を持っていることが多く、誰もそれにふれてくれないのは、やはり希死念慮は悪いことであると心のなかで思っているようである。それを訊いてくれたこと、それを聴いてくれたことに関して、「わかってくれた人がいた」と安心することが多い。

医療関係者のなかでも、自殺の話をする、自殺願望が顕在化し、かえって自殺という行動を後押ししてしまうのではないかという同じような不安をもっている人が多いが、それは間違っている。

### 3. SSRI による activation syndrome

SSRI の能書によれば、その重大な副作用として、①痙攣、せん妄、錯乱、幻覚、妄想の出現、②ショック、アナフィラキシー様症状の出現、③セロトニン症候群、④向精神薬との併用により、悪性症候群<sup>29)</sup>、⑤白血球減少、血小板減少、⑥肝機能障害、黄疸、⑦抗利尿ホルモン不適合分泌症候群 (SIADH) が列挙されている。同時に、効能・効果に関連する使用上の注意として、抗うつ薬の投与により、18歳未満の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、抗うつ薬の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮することが記載されている<sup>31)</sup>。

ここで、抗うつ薬と自殺念慮、自殺企図との関連について検討する。

SSRI と自殺に関する問題を最初に指摘したのは1990年の Teicher ら<sup>15)</sup>の報告である。彼らは6人の患者において fluoxetine 投与により2~7週間後に強い希死念慮が出現し、この希死念慮の状態が fluoxetine 投与中止後3日~3月間持続したという。これらの患者のいずれもが他の向精神薬の投与で同様の状態を経験したことがなかった。6人の患者のうち4人が akathisia の出現と関連して希死念慮が認められ、akathisia の惹起が主な原因のひとつであると述べる。

わが国では、18歳未満のうつ状態、うつ病の患者に対してパロキセチンの投与が禁忌とされた。しかし2007年11月、厚生労働省の諮問機関である薬事・食品衛生審議会、医薬品等安全対策部会における審議の結果、英米での対応と同様に、パロキセチンの添付文書「禁忌」の項目から、18歳未満の大うつ病性障害患者を削除し、「警告」の項に「海外で実施した7~18歳の大うつ病性障害患者を対象としたプラセボ対照試験において有効性が確認できなかったとの報告、また、自殺に関するリスクが増加するとの報告もあるので、本剤を18歳未満の大うつ病性障害患者に投与する際には適応を慎重に検討すること」との注意を追記することに変更となった。この警告では、若年者への抗うつ薬の投与に関して注意深く観察することを勧告している。

最近 Simon ら<sup>11)</sup>は、一般住民の医療記録をもとに、1992年1月から2003年6月までに抗うつ薬治

療を受けた患者65,103例と自殺および自殺企図との関連を検討した。その結果、抗うつ薬開始から6ヶ月以内に自殺した者は31例、深刻な自殺企図を行った者は76例であった。自殺企図リスクは子どもでは100,000例あたり314例であり、成人では100,000例あたり76例であった。自殺による死亡リスクは服薬開始後1ヶ月とその後の期間で差が認められなかった。また、FDA 諮問委員会が自殺と関連があるとした新規抗うつ薬10剤について旧来の抗うつ薬と比較して、自殺リスクの上昇との関連が認められたのは旧来の抗うつ薬であった。以上の結果に基づいて、新規抗うつ薬の開始後に自殺や自殺企図のリスクが上昇するということは確認できなかったと結論付けている。

一方、Juurlink ら<sup>7)</sup>は、高齢者に対する SSRI 投与時の自殺リスクを検討した。その結果、SSRI の初期投与により、投与1ヶ月間の自殺リスクが他の抗うつ薬よりも高いことを示した。

このように現時点では、SSRI が自殺行動におよぼす影響についていまだ確実な結論が出ていない。したがって、新規抗うつ薬を投与する場合に、自殺関連行動の出現の可能性を十分に認識した上で、使用することが肝要である。

次に、Activation syndrome について述べる<sup>2,5,6,10,14,16,17)</sup>。

Activation syndrome の概要を述べれば、SSRI の投与初期に現れる不安、焦燥感などを特徴とする中枢神経系の有害事象であり、重症になれば、希死念慮、自傷行為、攻撃性、アカシジア、躁状態が現れることがある。つまり、抗うつ薬による行動毒性である。

Activation syndrome の定義は、抗うつ薬により出現する一連の中枢刺激様症状で、抗うつ薬の有害作用としての行動毒性 behavioral toxicity である。

Activation syndrome の病態は、次のようなことが考えられている。

- 1) 抗うつ薬の副作用として生じる jitteriness syndrome あるいは akathisia-like syndrome である。
- 2) 躁状態あるいは混合状態への移行状態である。
- 3) うつ病が悪化した状態である。

4) 子どものうつ病特有の症状あるいは併存障害の顕在化である。

Activation syndrome の主要症状は、易刺激性、脱抑制や衝動性であり、早発性の症状として、不安や焦燥、パニック発作、不眠、アカシジアが認められ、長期投与により起こる遅発性の症状として、易刺激性や敵意、衝動性が指摘されている。

起因薬剤では、セロトニン (5-HT) 選択性の高い薬剤が有力である。SSRI として、fluoxetine (Prozac), paroxetine (パキシル), fluvoxamine (デプロメール、ルボックス) が挙げられ、SNRI (セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬) として milnacipran (トレドミン) がある。

治療は原因薬剤の減量・中止である<sup>13)</sup>。しかし、急速な断薬は離脱症候群を惹起する危険性があるので、症状緩和のために他の抗不安薬や気分安定薬の併用が必要である場合が多い<sup>6)</sup>。焦燥・不安・不眠に対して、BZD (ベンゾジアゼピン系抗不安薬) の併用。不眠に対して、5-HT<sub>2</sub>受容体アンタゴニスト作用を有するトラゾドンの投与も有効である<sup>9)</sup>。攻撃性や躁状態に対して、気分安定剤や非定型抗精神病薬の投与。さらに、自殺衝動や自殺の危険性が高まっているようならば、入院加療の必要性が生じる。

また、SSRI の投与により、薬物投与開始直後から1~2週間の比較的早期や薬物を増量した時あるいは他の薬剤と併用した時に activation syndrome が発現しやすいと言われている。

ここで、本症例に見られた抑うつ状態に伴う不安、自責感、焦燥感について、それらが SSRI の activation syndrome の症状である可能性について検討する。上述のように、SSRI による activation syndrome は、SSRI の投与初期あるいは用量変更時に現れる不安、焦燥感などを特徴とする中枢神経系の有害事象であり、重症になれば、希死念慮、自傷行為、攻撃性、アカシジア、躁状態が現れることがあると指摘されている<sup>17)</sup>。したがって、SSRI の投与初期に生じる不安、焦燥感など軽症と思われる症状の解釈が問題となる。つまり、これらの軽症の症状をうつ病にみられる症状と一部であるとするのか、またはそれらの症状を SSRI の副作用とみなした場合には、その鑑別が

重要となる。私たちは、SSRI の activation syndrome の可能性が否定できないと考えた。その根拠として、SSRI の投与初期に症状が出現している点、および初診時にはみられなかった焦燥感の症状が付加している点を取り上げた。本研究が activation syndrome の洞察に1つの寄与を与えたと考える。

最後に、SSRI の投与により、24歳未満の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加する報告があるため、リスクとベネフィットを考慮することと能書に記載されている。しかし、本報告例のように、80歳以上の高齢者においても、希死念慮のある症例に対してもリスクとベネフィットを考慮した投与が望まれ、特に治療初期には慎重な観察・ケアが必要であると思われる。

#### IV おわりに

自殺とうつ病、SSRI と自殺関連行動の関係について考察を加え、SSRI による activation syndrome との鑑別が重要であることを指摘した。うつ病の高齢者に対する SSRI の治療にも、特に治療初期には慎重な観察・ケアが必要であることを強調した。

本論文の要旨は2007年5月に東京都港区台場で開催された第104回日本精神神経学会総会において発表した。

#### 注

注1 自殺関連行動とは、自傷行為、自殺企図、自殺を示している。

#### 文献

- 1) 張賢徳『人はなぜ自殺をするのか—心理学的剖検調査から見えてくるもの—』勉誠出版、東京、2006年
- 2) ディヴィッド・ヒーリー (田島治監修谷垣暁美訳)『抗うつ薬の功罪—SSRI 論争と訴訟—』みすず書房、2005年
- 3) 布施豊正『自殺と文化』新潮選書、東京、1985年
- 4) 稲村博『自殺学. その治療と予防のために』東京大学出版会、東京、1977年
- 5) 井上賀昌、寺尾岳、岡本龍也ほか「抗うつ薬と自殺行動：SSRIs を中心に」臨床精神薬理 第7巻、

- 2004年、149-1154頁
- 6) 石郷岡純、伊豫雅臣、神庭重信ほか『Antidepressant discontinuation syndrome [SSRIを中心に]』エムディエス株式会社、2007年
- 7) Juurlink, D., Mamdani, M.M., Kopp, A., et al: The risk of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors in the elderly. *Am J Psychiatry* Vol. 163, pp. 813-821
- 8) 神庭重信「特別な気分障害」山内俊雄、小島卓也、倉知正佳編『専門医をめざす人の精神医学』第2版。医学書院、2004年、407-410頁
- 9) Kaynak, H., Kaynak, D., Gözükirmizi, E., et al: The effects of trazodone on sleep in patients treated with stimulant antidepressants. *Sleep Medicine* Vol. 5, 2004, pp. 15-20
- 10) 尾鷲登志美、大坪天平「Activation Syndrome と自殺関連行動」臨床精神医学 第36巻増刊号、2007年、92-97頁
- 11) Simon, G., Savarino, J., Operskalski, B., et al: Suicide risk during antidepressant treatment. *Am J Psychiatry* Vol. 163, 2006, pp. 41-47
- 12) 高橋祥友『自殺の危険。臨床的評価と危機介入』金剛出版、東京、1992年
- 13) 田島治「SSRI の功罪—新規抗うつ薬の光と影—」精神経誌 第109巻、2007年、381-388頁
- 14) 田中輝明、井上猛、鈴木克治ほか「抗うつ薬による activation syndrome の臨床的意義—双極スペクトラム障害の観点から—」精神経誌 第109巻8号、2007年、730-742頁
- 15) Teicher, M.H., Glod, C., Cole, J.O.: Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* Vol. 147, 1990, pp. 207-210
- 16) 辻敬一郎、田島治「SSRI による activation syndrome も併発し、非典型的な軽躁状態を呈した双極Ⅱ型障害の1症例」臨床精神薬理 第8巻、2005年、483-488頁
- 17) 辻敬一郎、田島治「抗うつ薬による activation syndrome」臨床精神薬理 第8巻、2005年、1697-1704頁
- 18) 上平忠一「自殺と医療過誤」上田市医師会報 第20巻、1990年、3-5頁
- 19) 上平忠一「自殺に至った慢性分裂病の症例—その治療経過をめぐって—」精神経誌 第93巻、1991年、115頁
- 20) 上平忠一、滝沢謙二、彦坂愛子「大量服薬による抗うつ剤急性中毒の1症例。—その臨床症状と治療—」精神科治療学 第7巻、1992年、791-796頁
- 21) 上平忠一、遠藤謙二、神林章子「自殺に至ったループス精神病の1症例。—その臨床症状と治療経過—」精神科治療学 第8巻、1993年、587-591頁
- 22) 上平忠一「有機リン中毒を呈した精神分裂病」上田市医師会報 第24巻、1994年、12頁
- 23) 上平忠一、遠藤謙二、遠藤利治ほか「醤油多量飲用により食塩中毒を呈した自殺未遂の2症例」精神科治療学 第9巻、1994年、1395-1400頁
- 24) 上平忠一、遠藤謙二「自殺企図後に劇的に症状が改善した難治性うつ病の検討」長野県医学会雑誌 第26巻、1995年、7頁
- 25) 上平忠一「精神分裂病男性患者の自殺未遂症例の検討」精神科治療学 第10巻、1995年、1019-1027頁
- 26) 上平忠一「アルファー昏睡を呈した急性薬物中毒の1症例」臨床脳波 第38巻、1996年、725-729頁
- 27) 上平忠一「自殺企図後に急性ジストニアおよび過呼吸発作が消失した境界例の1症例」精神経誌 第99巻、1997年、711頁
- 28) 上平忠一「パラコート（農薬）中毒の1症例」上田市医師会報 第35巻、2005年、13-15頁
- 29) 上平忠一「悪性症候群を2回発症した症例の縦断的検討」長野大学紀要第28巻第1号、2006年、49-61頁
- 30) 吉村玲児「自殺予防の観点から見たうつ病の治療」精神経誌 第109巻、2007年、822-833頁
- 31) 渡邊昌祐「SSRI のプロファイルの違いとその使い分け」臨床精神薬理 第10巻、2007年、295-307頁