

< 短報 > 寛解状態にある精神分裂病患者の睡眠時間の 特徴と臨床像

著者	金沢 都代子, 柿原 弘史, 昆野 幸子, 原田 光子, 筒井 和歌子, 徳丸 亨, 佐々木 日出男
著者別名	Kanazawa Toyoko, Kakihara Hiroshi, Konno, Sachiko, Harada Mitsuko, Tsutsui Wakako, Tokumaru Toru, Sasaki Hideo
雑誌名	筑波大学リハビリテーション研究
巻	1
号	1
ページ	21-23
発行年	1991-12-28
URL	http://hdl.handle.net/2241/10881

〔短 報〕

寛解状態にある精神分裂病患者の睡眠時間の特徴と臨床像

金 沢 都代子¹⁾・柿 原 弘 史²⁾・昆 野 幸 子²⁾
原 田 光 子²⁾・筒 井 和歌子³⁾・徳 丸 享⁴⁾・佐々木 日出男⁵⁾

I. はじめに

精神障害者、特に精神分裂病の残遺状態において社会生活での暮らしにくさの原因の一つに一般人と違った生活様式、ライフスタイルが挙げられる。本人が意図することなく、このような生活様式を選択せざるを得ないとするならば、それは残遺症状そのものである可能性が高い。急性症状の落ち着いた分裂病患者のリハビリテーションにおいて社会生活上の破綻を防ぐためには、彼らの生活様式の状態を充分に把握する必要がある。しかしながら、これに関し従来組織的な研究はほとんどなされていない。

宮崎・三田・山口(1986)は数年に渡り週単位で分裂病患者の生活時間を記録しているが、そこで得られた結果が果たして特徴的であるのか一般人との比較はしていないために不明である。日本放送協会は昭和35年より5年毎に国民生活時間調査(以下、NHK調査)を行いデータを公表している。そこで我々は、NHK調査の方法(日本放送協会放送文化調査研究所、1990)を使って地域社会で生活する精神分裂病患者の一日の生活時間を調査し、一般社会人との比較において調査時点での臨床像との関連を検討した。ここでは、このうち睡眠に焦点をあて臨床像との関連を検討したので報告する。

II. 方 法

1. 調査対象者

精神分裂病と診断され、寛解状態にはあるが持続的に外来通院し服薬中のもので調査に協力可能な患者を対象とした。都内4ヶ所の精神障害者デイケア施設通所者および退所者の男性12名である。

平均年齢は33才、20代が4人、30代が6人、40代、

50代は各1人であった。初発年齢の平均は23才。入院回数の平均は2回、通算入院期間の平均は12ヶ月と比較的入院が少なく、短期が多かった。全くの単身者は1名、他は、同居家族がいた。

2. 調査方法

精神障害者の生活特徴を一般との比較において検討する為に、NHK調査にほぼ準じた方法で行なった。

手順は配付回収法で、調査対象日の前日に対象者に直接、調査の主旨と記入の仕方を説明し調査票(記入用紙)への記入を依頼した。回収は、毎回必ず調査対象日の翌日に対象者を訪問し調査票を回収した。その際、本人および家族がいれば家族に調査の信頼性に関して確認をし、また、記入内容の不備などを補正した。調査回数はNHK調査に準じ、平日と土曜・日曜を各2回ずつ、計4回行い、通算6日分の記録を回収した。なお、平日はデイ・ケアに通所してない日とした。施設によりデイ・ケア実施日が異なっているため、曜日是一定にすることはできなかった。調査期間は1990年7月から9月末まで行なった。

3. 分析の方法

各症例の調査時の状態を精神症状(妄想、幻覚、緊張病症状などの陽性症状と意欲低下、感情の平板化などの陰性症状に分類)、病識および現実検討能力の程度、デイ・ケアへの定着度(出席率、グループ内への適応度)の3項目から総合的に評価し、安定群6名、不安定群6名に分けた(表1)。

睡眠時間量はNHK調査の調査結果のまとめ方に従って15分を基本単位として算出し、NHK調査のそれと比較検討した。

睡眠時刻(起床時間、就床時間)は各症例ごとに、6日分の時刻の平均と標準偏差を求めた。頻回の中途覚醒がある者、昼間睡眠のある者については、起床時間が不明確であるが、ここでは便宜上一時間以上覚醒状態が持続した場合の覚醒時刻を起床時刻とした。従って、一時間以内の中途覚醒は睡眠が継続しているとみなして起床時刻を求めた。

1)東京都立中部総合精神保健センター

2)板橋区赤塚保健所

3)板橋区志村保健所

4)板橋区板橋保健所

5)筑波大学心身障害学系

表1 調査対象者の調査時の状態

対象者	精神症状		病識および現実検討能力の程度	デイ・ケアへの定着度	
	陽性	陰性			
安定群	1	-	±	△	○
	2	±	+	△	○
	3	-	+	△	△
	4	-	+	△	○
	5	-	+	○	○
	6	-	+	△	○
不安定群	7	±	+	×	×
	8	±	+	△	△
	9	+	+	×	○
	10	±	+	△	△
	11	±	+	△	△
	12	±	+	×	△

(+ : 症状有り、± : 症状、時に軽く有り、- : 症状無し)
 (○ : 良好、△ : 不十分、× : 不良)

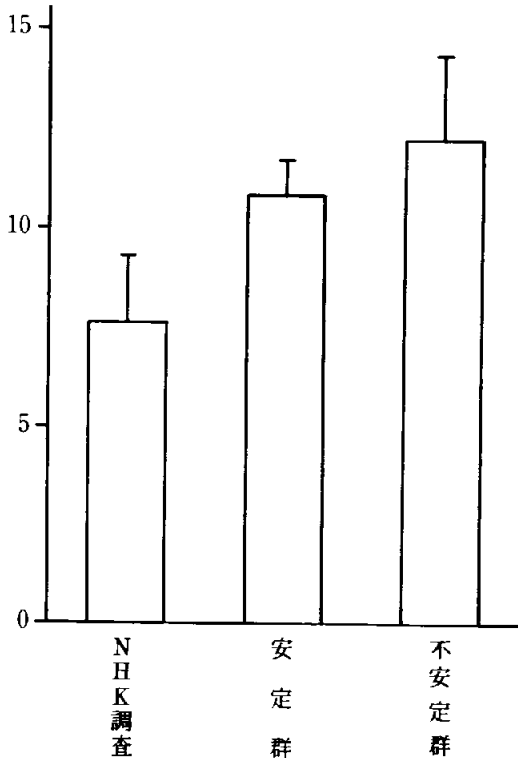


図1A 平日における一般人(NHK調査結果)と安定群、不安定群別個人の平均睡眠時間の平均と標準偏差(説明本文)

III. 結果

1. 睡眠時間量とその規則性

睡眠時間量は最短8:37(8時間37分、以下同じ)、最長15:00で、平均すると平日が11:28(標準偏差1:45以下同じ)、土曜が11:06(1:43)、日曜が11:52(1:41)となった。1990年度NHK調査結果の国民全体平均では、平日が7:39(1:28)、土曜が7:44(1:37)、日曜が8:33(1:48)であり、その差は概ね3:30~4:00時間であり、統計的にも各曜日とも有意の差が認められた。

NHK調査に比較し、全対象が長い睡眠時間量を示したが、安定群、不安定群で比較すると、前者の睡眠時間量は平日が10:47(0:47)、土曜が10:29(0:58)、日曜が11:17(0:58)と概ね11時間、後者は平日が12:08(2:14)、土曜が11:44(2:09)、日曜が12:26(2:04)と概ね12時間で約1時間長く、両者には有意の差が認められた(図1A)。

また、睡眠時間量の規則性をみるために、各群ごとのCV(変動係数:標準偏差/平均)の平均を求め比較すると、NHK調査が0.20、安定群が0.08、不安定群が0.18でそれぞれに優位の差が認められた。CVの数値が小さいほど時間量が規則的(毎日一定)であるといえるが、安定群は一般人より規則的で不安定群もまた規則的な傾向があることがわかった。

2. 起床時間、就床時間とその規則性

起床時間の平均は、安定群が午前7:34(1:08)、不安定群が午前9:04(1:18)で有意差がみられた。NHK調査では全体の82%が午前7:00起床で、安定群は比較的これに近い。就床時間の平均は、安定群が

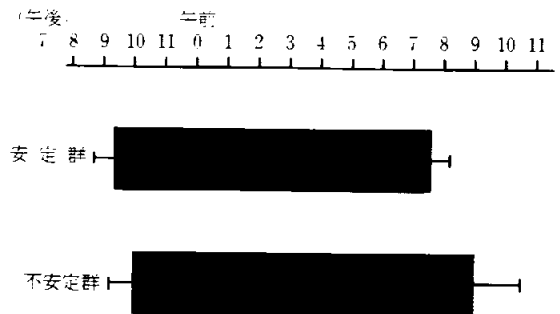


図1B 平日、土曜、日曜を通じた個人の平均就床時刻、平均起床時刻の状態別平均および標準偏差の平均(説明本文)

午後9:21(1:13)、不安定群が午後10:01(1:10)で統計的には有意差はなかった。NHK調査の60%が11時ごろという結果と比較すると、全体にかなり早寝の傾向が伺えた(図1B)。

また時刻の規則性を検討するために、起床時間と就床時間の各対象ごとの標準偏差の平均を求め検討した。前者は、安定群が 0.61 ± 0.40 、不安定群が 1.38 ± 0.68 、後者は安定群が 0.58 ± 0.29 、不安定群が 0.78 ± 0.45 となった。この場合標準偏差の数値が小さいほど時刻が規則的であるといえるが、統計的に検討すると、起床時間は安定群と不安定群では有意差があった。就床時間では有意差は無かった。起床時間と就床時間では、全体的に起床時間の方がバラツキが大きく不規則である傾向が伺えた。

IV. 考 察

地域で暮らす精神分裂病者の睡眠時間は、平均11~12時間と、同年代の一般社会人のそれより約3~3.5時間も長く、特徴的であった。福屋(1987)の調査によれば、在宅身体障害老人の睡眠時間は10~11時間と健常老人の8~9時間より長いことが報告されている。本調査の対象者は、これよりさらに1時間ほど長い睡眠時間をとっていた。

分裂病では急性期や病状増悪期に睡眠時間が短縮したり、睡眠全体が障害されているといわれる(遠藤、1979)。本調査における対象者は、すべて急性期を経て一応の寛解期にあるが、状態不安定な者のほうが平均的に睡眠時間が長く、しかも量、時刻とも、規則性を欠く傾向が認められた。

対象者は、全員服薬しており、長時間睡眠傾向はこの影響も考えられる。特に、不安定群のほうが薬物量が多い可能性がある。また、起床時間より就床時間のほうがバラツキが少なく規則性が高かったのは、服薬時間の影響も考えられる。しかし、不安定群において就床時間が比較的一定しているにもかかわらず、起床時間が安定群より大きくバラツクのは睡眠時間の日差が大きいことの反映であろう。さらに分裂病者における睡眠時間のCVに注目すると、安定群においては、まさに療養生活者として規則的な生活を送っていることがうかがえる。さらに不安定群においても睡眠時間の日差が健常人に比べて少ない傾向にあることは、分裂病の特性を考える上でも興味深い。

このように睡眠時間の量および時刻の規則性は、精神分裂病者の折々の病状および生活上の状態を反映している可能性が高く、彼らの危機状況を察知する上の

客観的な指標の一つとなり得よう。しかし、リハビリテーションを促進する上で一般社会人を基準とした規則的短時間睡眠を一概に指導することは大きな危険を伴い、誤りであろう。寝ること自体に治療的意味があり積極的に肯定、支持することなどが重要な場合もあるからである。(宮崎・三田・山口, 1986) このことは、本調査中に患者が自らのライフスタイルに負のイメージを持つことにより、かえって病状が悪化したという経験によっても確かめられた。障害をもった自らの生活に負のイメージを持たせることなく、疾患特性を加味し生活構造を適切に再構築していけるよう援助していくことが、リハビリテーションを促進していくうえのポイントと考える。

V. 結 論

1) 睡眠時間は、一般人より長く、さらに、不安定群は、安定群より有意差をもって長かった。特に、平日にこの傾向は著しかった。

2) 睡眠時間量の規則性は、安定群は一般人より規則的で、不安定群も一般人より規則的な傾向が認められた。

3) 起床時刻は、不安定群より安定群のほうが早い。就床時刻には差がなく、一般人に比較して、早寝遅起の傾向が見られた。

4) 不安定群の起床時刻は、安定群より不規則であった。

5) 睡眠時間の量と規則性は、病状および生活上の危機を知るうえの一指標となりうる。ただし、生活改善のための目標とするには、慎重な検討が必要である。

文 献

- 1) 遠藤四郎(1979):精神分裂病の睡眠覚醒リズム。臨床精神医学, 8, 165-176.
- 2) 福屋靖子(1987):在宅身障老人に対する訪問指導の効果。理学療法と作業療法, 21(1), 11-19.
- 3) 宮崎隆吉・三田達雄・山口直彦(1986):通院分裂病者の週間生活リズム。精神科治療学, 1(1), 107-116.
- 4) 日本放送協会放送文化調査研究所(1990):1990年度国民生活時間調査報告書。日本放送出版協会。