

## 「不安発作—抑制型」うつ病の2例

川崎医科大学 精神科学教室

宮前 文彦, 横山 茂生, 渡辺 昌祐

(昭和59年1月27日受付)

### Two Cases of Retarded Depression Following Anxiety Attacks

Fumihiko Miyamae, Shigeo Yokoyama  
and Shousuke Watanabe

Department of Psychiatry, Kawasaki Medical School  
(Accepted on January 27, 1984)

典型的急性不安発作で始まり、不安神経症としての臨床像を完成させたのちに、ある期間において、抑制症状を主とする典型的うつ病像を呈した2症例を報告した。いずれも、うつ状態の時期には先行した不安神経症像は全く消失していた。治療的には、抗うつ剤による薬物療法を中心とした、うつ病に対する治療によって、2症例とも完全寛解に達した。このような症例の診断学的位置づけについては治療反応から、うつ病とすべきであろうが、先行する神経症像をうつ病の前駆症状ないし仮面うつ病相とすべきか、不安神経症とうつ病の合併と考えるべきか、尚、今後の検討を要する。

Two cases of retarded depression are reported in which at first only typical anxiety attacks followed by development into anxiety neurosis were observed. In both cases, the preceding symptoms of anxiety neurosis were completely absent during the depressive state. Therapy for depression based mainly on antidepressants led to complete remission in both cases. Based on the results of treatment, it would seem to be appropriate to diagnose both cases as cases of depression. However, if the foregoing symptoms of neurosis should be considered as precursory symptoms of masked depression further study or as a complication of depression, will be required.

Key Words ① Anxiety attack ② Anxiety neurosis ③ Retardation  
④ Depression

#### はじめに

昨今、軽症のうつ状態が増加していることは日常臨床でよく経験するところである<sup>1),2)</sup>。それに伴って、うつ病と神経症の鑑別困難な例も多くみられるが、近年、広瀬<sup>3)</sup>は急性不安発作で始まり、ある期間を経て比較的明瞭な精

神運動抑制を主体とする、うつ状態に移する症例を数例呈示して、これを「不安発作—抑制型」うつ病と命名している。

その後、わが国においてはこれに該当する症例の報告は現在までなされていない。最近著者らは、この「不安発作—抑制型」うつ病と考えられる2例を経験したので発表する。

症 例

症例1 S. D. 41歳. 主婦.

初診時主訴: 発作性心悸亢進, 頻脈および不安感. 予期不安.

家族歴: 特記すべきことなし.

既往歴: 昭和52年, 風邪による発熱時, インドメタシン坐薬を使い, 軽いショック様症状を呈したことがある.

生活史: 患者は4人同胞の末子として生まれた. 養育歴には大きな問題はなかったが, 両親によるとやや過保護に育った傾向はあったという. 高卒後, 某銀行に務め, 23歳で国鉄の技術員である現夫と恋愛結婚し, 2児の母となっている. 数年前から化粧品の販売員を家事のかたわら続けているが, これは近所の主婦が殆んどパートの仕事をしており, 自分だけ家庭に居るのは世間体が悪いということが大きい理由で

あった. 性格は明るく社交的で活発な反面, やや意地っぱりで, 妥協, 協調性の少ない点および負けず嫌いの傾向も強い.

現病歴: 昭和54年1月, 風邪をひき, 近医にて処方された風邪薬を服用した. 過去に何度も服用したことがある薬であったが, 翌日の夜になり, 急に動悸, 頻脈, 胸内苦悶感, 手の振えが出現し, 当院救急部を受診した. そこで薬物アレルギー性のショックを疑われ, 皮膚科へ転科. 約2週間の検査入院の結果, 原因薬の同定はできなかった. その後, 時々動悸, 頻脈の発作性出現とそれに対する予期不安も強いため, 昭和54年3月15日, 当科外来受診. 不安神経症の診断にて, プロマゼパム(6mg), スルピリド(300mg)が投与された. 以後, 症状は漸時軽快し, 薬剤も漸減しながら通院を続けていた. この間, 化粧品のセールスをする程になっていたが, 同年5月より全身倦怠, 易疲労, 焦燥感等の症状が加わってきたため, 昭和54年5月28日, 初回入院となった. 入院時, 発作への予期不安, 焦燥, 全身倦怠, 薬に対する恐怖感, 精神科入院等に対するショック等すべてに対する不安が認められたが, 自責感等の抑うつ症状は認められなかった. 入院後, ジアゼパム(15mg), スルピリド(150mg)の投与と共に支持的精神療法にて, 不安, 焦燥は急速に軽減し, 約2週間後の6月11日退院した. 退院時診断は不安神経症であった. しかし, 退院後数日して, 再び不安, 焦燥感, 全身倦怠, 意欲低下等の症状が急速に再燃し, 昭和54年7月9日, 2回目の入院となった. 再入院時には不安の他, 抑うつ気分, 絶望感が強く, ベッド上で激しく泣く状態であった. ジアゼパム(20mg), チオリダジン(60mg)等の投与では不安, 焦燥は改善せず, 抗うつ剤の併用をおこない, マプロチリン(最高150mg), パーフェナジン(12mg), ジアゼパム(15mg)で不安, 焦燥は消失した. 不安は不安発作に対する予期不安が中心で, 不安がやや消褪した時期には抑うつ気分がみられる特徴があった. しかし, 睡眠障害, 食欲低下, 体重減少等の身体症

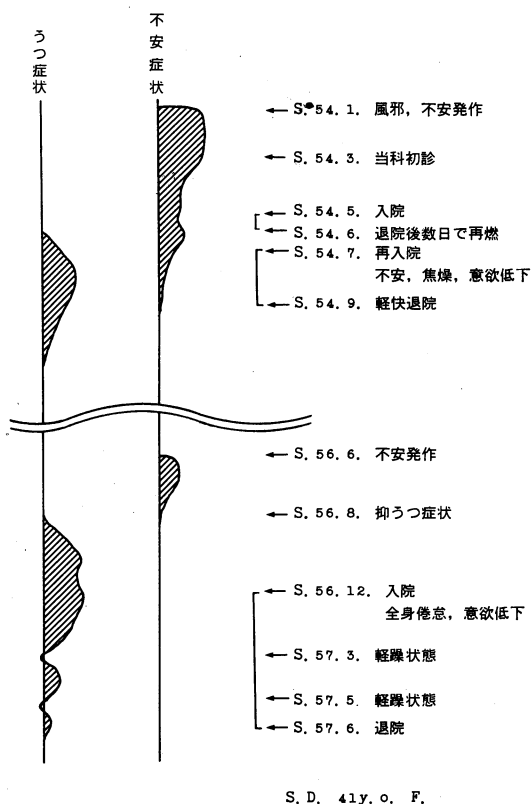


Fig. 1. Course of Illness

状は全くみられず、入院後約2か月後の9月下旬に退院となった。この時の退院時診断も不安神経症であった。以後、外来通院にても経過は良好で、昭和55年6月の通院を最後に治療を終了した。その後、約1年間は全く問題なく経過していたが、昭和56年6月、再び心悸亢進、頻脈、不安感を主訴として来院した。抑うつ気分、制止症状はなく、スルピリド(300 mg)、プロマゼパム(15 mg)が投与された。しかし、8月頃より全身倦怠、意欲低下等制止症状が目立ちだし、一方不安症状は消失していたため、マプロチリン(75 mg)を追加処方した。一時は制止症状を中心とする抑うつ状態は軽快したが、11月下旬頃より再び精神運動抑制、抑うつ気分、自殺念慮等症状の増悪をみ、クロミプラミン点滴静注もおこなったが軽快せず、昭和56年12月20日、3回目の入院となった。入院時、精神運動抑制症状が中心で、終日臥床し、早朝覚醒、興味関心の低下、決断力低下などを認めるが、不安、焦燥は殆んど訴えない。この制止症状を中心とした典型的抑うつ状態に対し、クロミプラミン、マプロチリン等の抗うつ剤の経口および点滴静注投与をおこなった。入院後は昭和57年3月と5月に数日ないし1週間の多弁、多動、爽快気分を中心とする軽躁状態が出現したが、抑うつ状態は、この軽躁状態をはさんで約2か月続いた後、昭和57年6月下旬に寛解状態に達して退院した。

症例2 M. M. 46歳。男性。自営。

初診時主訴：発作性心悸亢進、頻脈、不安感。

家族歴および既往歴：特記すべきことなし。

生活史：職人を何人か使う酒屋に生まれ、同胞は姉2人。幼児期は頑固な父に、末子の長男であるために比較的過保護に養育されたという。しかし、第2次大戦の影響で経営不振に陥り、患者の中学高校時代は経済的に貧しいうえに、高校時代に父が死亡(心疾患)、続いて間もなく母も死亡している。高校卒業後、東京で数年間の会社員生活の後に帰郷し、自動車部品工場に勤務し、15年前に結婚した。現在まで1男

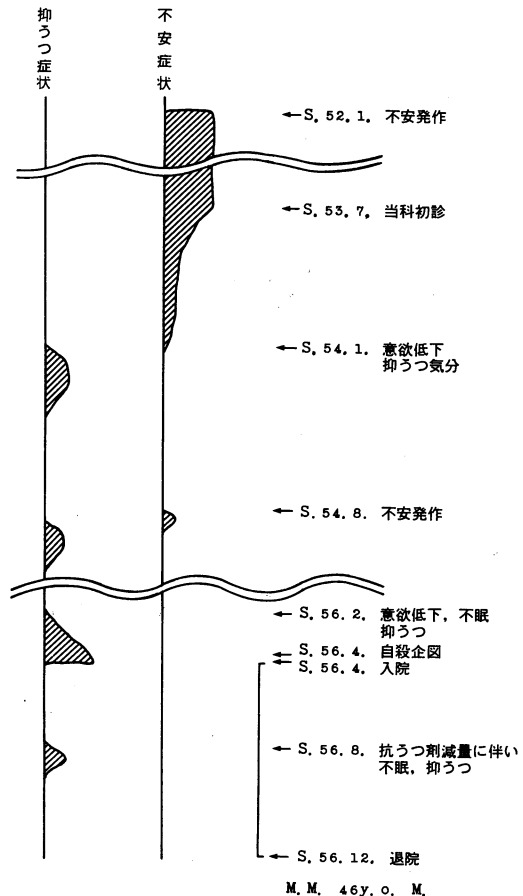


Fig. 2. Course of Illness

1女をもうけている。妻が美容師のため、結婚を機会に患者は会社を辞め、美容院を開業し、経営者として妻を助けていたが、約2年程前から美容院の経営だけでは経済的に余裕がないため求職中であった。性格は温和で社交的であり、特に野心的、積極的な点はない。

現病歴：昭和52年1月、夜間急に心悸亢進、頻脈、胸内苦悶の発作があり、近医受診したが異常なしと判定され帰宅した。しかし、父が心疾患で死亡していたため、その後も諸医にて精査を受けるも、いずれも異常なしと判定されていた。しかし、上記の発作症状とそれに対する不安は消失せず、内科医より心臓神経症を疑われ、昭和53年7月24日当科受診。初診時、上記の急性不安発作とそれに対する予期不安から不安神経症と診断し、ジアゼパム投与と自律訓練

法を指導した。その後、不安症状はやや改善を示していたが、昭和54年1月より次第に全身倦怠、意欲低下、不眠傾向が出現。2月には無気力、抑うつ気分が加わりだした反面、当初の不安、動悸は消失していた。この時期より処方は一プロチリン(30 mg)、スルピリド(150 mg)が追加投与され、以後徐々に抑うつ症状は軽快し、約半年間は順調に経過した。しかし、昭和54年8月頃より再び動悸、頻脈等が出現。それに引き続き集中力低下、取り越し苦勞、早朝覚醒、無気力等抑うつ症状が再燃したが、抗うつ剤(アミトリプチリン25 mg、イミプラミン25 mg)で短期間で改善した。その後、不定期な通院ではあったが、比較的良い状態で経過していた。昭和56年2月頃より胃部不快感、不眠等に続いて、再び意欲低下、抑うつ気分等が持続し、自宅の一室に閉居することが多くなった。3月下旬より抗うつ剤(マプロチリン75 mg 他)を中心とした薬物投与を続けていたが、4月20日自殺企図(neck hanging)あり、約12時間の意識喪失と数日間の逆行性健忘を残して蘇生し、4月23日当科入院となった。入院時、意識清明であり、神経学的には軽度の微細な手指振戦を呈すのみであった。また、精神症状は抑うつ気分、意欲低下は殆んど認めなかったが、自殺企図に対する自責、将来への不安、軽い心気症状がみられ、アミトリプチリン(100 mg)を中心とした抗うつ剤を投与した。また、手指振戦に対しては自律訓練法を併用して、振戦は次第に改善され、抗うつ剤を漸減しているうちに、8月中旬、一時入眠困難、早朝覚醒、抑うつ気分等の軽度増悪を認めたが、抗うつ剤の増量で軽快し、昭和56年12月末に退院した。退院後は現在まで外来通院にて観察中であるが、経過は順調である。

## 考 察

著者らの2症例に共通した、もっとも大きな特徴は、急性不安発作をもって発症し、その後は予期不安、浮動性不安を主体に典型的な不安神経症の臨床像のある期間呈した後に抑制型うつ病に移行した経過である。抑うつ症状が中心と

なる臨床像が出現する時期には、先行していた不安症状は消失していることも特徴的である。即ち、不安症状が先行し、やがてある時期から抑うつ症状に臨床症状が完全に变化している。

一般に、うつ病における最も特徴的症状は、抑うつ気分、思考制止、意欲制止であるが、一方で不安も極めてよく認められる症状のひとつである。特に不安の著しいうつ病は激越型うつ病(agitated depression)と呼ばれ、初老期から老年期によくみられることもよく知られている。また、最近の軽症のうつ状態では、不安症状が著しく、制止症状は比較的軽いものも多く、これらについては神経症とうつ病の異同がよく論じられている。Rothら<sup>4)</sup>は145例の感情障害(affective disorder)を初発症状、経過、主症状などから不安神経症(anxiety state)とうつ病(depressive illness)に分け、因子分析によって神経症性うつ病と内因性うつ病の症候学的相違を示している。しかし、それでもうつ病群に急性不安発作が17%出現している。

一方、不安神経症の経過中にうつ状態を示すことも臨床的にはしばしばみられることである。Clancyら<sup>5)</sup>は不安神経症(112例)のうち44%と実に半数近くが二次的にうつ状態に陥るとしている。もっとも、このうつ状態の多くは3か月以内に軽快し、かつ状況反応性であったという。また、高橋<sup>6)</sup>は平均4年半の経過観察した42例の不安神経症のうち8例(19.1%)に続発性うつ状態を認めている。この状態は二次的続発的なもので、抑制症状は軽く、大半の例は一過性、状況反応性であった。

著者らの症例の如く、不安神経症の臨床像をとり、その後に制止症状を中心にした内因性うつ病像を示し、不安神経症像は全く消失するような特有な経過を示すものは、広瀬<sup>3)</sup>が11例報告している。それによると、女性例が圧倒的に多く9例を数え、男性例は2例のみである。初発は20代から30代が多く、現在の年齢は初老期、老年期の2例を除き、大部分が30代から40代の壮年期にある。また、不安発作で始

まり、抑うつ症状はその後に初めて現われ、この順序の逆転はみられていない。そして、その後の病相はうつ症状で再燃することが多いが、症例によっては不安発作で再燃する場合もある。また、不安発作と抑うつ症状出現までの中間期ないしは間歇期が長いほど抑うつ症状は抑制が主体であり、不安症状の混在がみられなくなる。逆に不安発作に引き続いて、あるいは接近して抑うつ症状がみられる場合は不安の混在した抑うつ状態がみられやすい。著者らの症例も、臨床症状、経過は広瀬の報告<sup>9)</sup>と一致した。広瀬<sup>9)</sup>は先行する不安発作をうつ病の前駆症状ないしは仮面うつ病相とみなし、全体をうつ病ととらえ、このような経過を呈するうつ病をかりに「不安発作—抑制型」うつ病と名付けている。著者らも、現在までこの2症例の経過を観察しているが、最近の経過およびうつ状態の特徴、薬物効果などから、うつ病の亜型と考えたいと思う。

うつ状態の亜型分類では、わが国では最近、笠原・木村の分類<sup>7),8)</sup>が知られている。これは、病前性格—発病状況—病像—治療反応—経過をセットとしたもので、各種のうつ状態を4型に分けている。著者らの2症例は病前性格、先行する不安神経症像を含めた経過等も考慮すると、この4型のうち、いずれにも該当しがたい。最近、Leckmanら<sup>9)</sup>はうつ病に不安症状(不安神経症、恐怖、強迫神経症など anxiety disorder)を伴うものと伴わず者についての家族研究をおこなっている。それによると不安症

状を伴ううつ病患者(うつ病相に一致しない時期に不安症状の出現例も含めて)の家系では、うつ病だけでなく不安状態(DSM-IIIの anxiety disorder)も統計上優位に多く出現している。この結果から Leckman ら<sup>9)</sup>は不安神経症などの不安症状を伴ううつ病を単にうつ病として分類することに疑問を示している。

たしかに、著者らの症例もうつ病として分類すべきか、不安神経症とうつ病の合併とすべきか、診断学的位置づけについては、尚、今後の問題とすべき点が残されていると思う。

### ま と め

典型的急性不安発作で始まり、不安神経症としての臨床像を完成させたのちに、ある期間において、抑制症状を主とする典型的うつ病像を呈した2症例を報告した。いずれも、うつ状態の時期には、先行する不安神経症像は全く消失していた。治療的には、抗うつ剤による薬物療法を中心とした、うつ病に対する治療によって、2症例とも完全寛解に達した。

このような症例の診断学的位置については治療反応から、うつ病とすべきであろうが、先行する神経症像を、うつ病の前駆症状ないし仮面うつ病相とすべきか、不安神経症とうつ病の合併と考えるべきか、尚、今後の検討を要する。

本論文の要旨は昭和56年10月、第7回西日本精神神経学会において発表した。

### 文 献

- 1) 笠原 嘉, 宮田尚子, 由良了三: 昨今の抑うつ神経症について. 精神医学 13: 1139—1149, 1971
- 2) 長谷川雅雄: いわゆる「内因性」および「神経症性」うつ病の臨床的比較研究. 名市大医誌 27: 465—489, 1977
- 3) 広病徹也: 不安と抑うつ—“不安発作—抑制型”うつ病をめぐって—. 飯田真編, 躁うつ病の精神病理 3. 79—105, 弘文堂. 東京. 1981
- 4) Roth, M., Gurney, C., Garside, R. F. and Kerr, T. A.: Studies in the classification of affective disorders (1). Br. J. Psychiatry 121: 147—161, 1972
- 5) Clancy, J., Noyes, R., Hoenk, P. R., Jr. and Slymen, D. J.: Secondary depression in anxiety neurosis. J. nerv. ment. Dis. 166: 846—850, 1978
- 6) 高橋 徹: 急性不安発作ではじまった不安神経症について. 精神医学 23: 1225—1232, 1981

- 7) 笠原 嘉, 木村 敏: うつ状態の臨床的分類に関する研究. 精神経誌 77: 715—735, 1975
- 8) 笠原 嘉: うつ状態の臨床的分類試案(笠原, 木村案)再論. 精神経誌 81: 786—790, 1979
- 9) Leckman, J. F., merikangas, K. R., Pauls, D. L., Prusoff, B. A. and Weissman, M. M.: Anxiety disorders and depression contradictions between family study data and DSM-III conventions. Am. J. Psychiatry 140: 880—882, 1983