

## うつ病と不安性障害

広瀬 徹也\*

## はじめに

DSM-III<sup>3)</sup>で恐慌性障害 (Panic disorder, 以下PD) が全般性不安障害 (Generalized anxiety disorder, 以下GAD) と分離, 独立して以来, PDないしは恐慌発作 (Panic attack, 以下PA) に対する関心が米国を中心に高まり, 世界的にもトピックとなってきた。とくにPAやPDと大うつ病 (Major depression, 以下MD) の合併が臨床的、臨床薬理的、臨床遺伝学的に注目され, 不安と抑うつ, 不安性障害とうつ病との関係が議論されることが多くなっている。

本稿ではこのような背景を踏まえて、不安性障害とうつ病の関連について、主として臨床的な見地から述べる。

## I. 不安と抑うつ

うつ病と不安性障害という疾病の問題に入る前に、症状としての不安と抑うつとの関係について共通点と相違点を明らかにしておくことは意味のあることと考える。

不安と抑うつは理論的には対照的な位置に置かれ, その関係は明瞭にみえる。すなわち, 不安は迫りくる危険, とくに喪失の怖れに対する個体の防衛反応であり, 頻脈, 発汗など戦いの準備とし

ての自律神経系の身体変化を伴う精神・身体反応である。因みに英語のanxietyやドイツ語のAngstの語源であるラテン語のangereは“圧迫する”という意味があり, 息苦しさなどの不安の身体的表現を指している。

このように不安は未来志向性が一つの重要な特性である。また対象のある怖れである恐怖と異なり, 対象のない漠然とした怖れの感情といわれるが, 自分に対する危険が漠然としてではあっても予知されていることが多い。

以上はどちらかといえば神経症的不安についての定義であるが, それとうつ病性の不安を分ける立場もあり, そこでは後述するように, 麻痺した無力状態で, 危険が避けられない特徴がみられるとする。

一方, 抑うつは現実ないしは想像上の喪失が既に起こったことに対する反応であり, 価値の喪失, 自己評価の低下をもたらす。後悔, 自責のような過去が肥大し, 過去志向の思考パターンが優勢となるのも, 不安と対照的な点である。

抑うつにも正常範囲から病的なものまで種々の段階があるが, 対象の喪失に対する正常範囲の反応である悲哀と病的なメランコリーを分けたFreud<sup>12)</sup>の「悲哀とメランコリー」は今なお古典的な価値を有している。Freudによると, 悲哀とは愛する人を失ったことへの反応であるが, 失った対象は人にとどまらず, 愛する国や自由や理想といった場合もあり, それが何であるかを意識している点, 意識されていないメランコリーと異なる点であるとした。そして悲哀にあっては世界が貧しく, 空しくなるのに対して, メランコリーにおいては自我が空しくなるとし, 悲哀では自己評

Depression and Anxiety Disorders.

\*帝京大学医学部精神科

〔〒173 東京都板橋区加賀2-11-1〕

Tetsuya Hirose: Department of Psychiatry,  
Teikyo University School of Medicine.

価の低下がないことを強調した。さらに、両価性 (ambivalence) があるのは正常な悲哀の域を越えていると主張した。

悲哀の症状をみると表1のように、中心は泣くことで表わされる悲しみであり、次いでふさいだ気分であり、この2つが抑うつ気分を型作っている。抑うつのもう一つの重要な症状である抑制を表わす倦怠感や興味減退は40パーセント台で必ずしも多くないが、不眠や食欲減退といった身体症状が高率にみられることは注目されよう。48パーセントみられる落ちつきのなさはうつ病性不安とは異なる不安症状と解すべきかもしれないが、いずれにしても、正常範囲の抑うつ性反応である悲哀にも不安の共有が明らかとなる。

不安と抑うつの対照をみるのに適した動物実験に Seligman<sup>28)</sup> の学習性無力の実験がある。回避可能な装置でイヌに電気刺激を与えると、通常は安全な場所に逃げる努力をして成功する。これが不安の状況であり、不安の標識である闘争/回避 (fight/flight) が文字通り認められる。それに対

し、回避不能の条件下で電気刺激を与え続けると、回避可能な条件に変わっても、イヌは受動的に電気刺激に自らをさらしたままとなり、これを彼は学習性無力 (learned helplessness) と呼んだ。統御不能に対する反応性無力状態で抑うつになぞらえられる。したがって、抑うつには自律性の喪失があることになる。無力感と抑うつの関係はわが国ではなお十分認識されているとはいいがたいが、自我心理学派の Bibring<sup>5)</sup> がうつ病の中心症状として無力感を強調していることを付言しておく。

不安と抑うつは相違点だけでなく、共通点も多い。まず第一に不安も抑うつも陰性の情動 (negative affect) に属することである。これによって、既に述べたような方向性の相違などがあるとしても、大枠では共通点があるため臨床的にも共存、合併が起こる可能性がでてくる。なお Watson<sup>30)</sup> によれば、抑うつが不安と異なるのは、楽しい活動への参加の低下などで示される陽性の情動の少ないことであるという。また防衛という観点からみると不安は典型的な防衛反応であるのに対し、抑うつではそれが破綻している。もっとも PA では防衛が不能の状態であり、抑うつと近似しているという Cazzullo<sup>10)</sup> の指摘がある。抑うつも Schmale<sup>29)</sup> の保存ひきこもり (conservation withdrawal) の概念によれば、合目的な防衛ということになり、両者の関係は一様でないことが明らかとなる。

## II. うつ病の不安

典型的な内因性うつ病例でみられる不安症状を正しく認識しておくことはうつ病と不安性障害の合併を考える際に無用な混乱を避けるのに役立つ。

抑うつと不安は先に述べたように対照的な部分も多いが、不安はうつ病の重要な症状であることを忘れてはならない。抑うつ神経症や不安神経症と鑑別困難な例だけでなく、ごく普通の内因性うつ病でも不安症状は高頻度でみられる。

その一つはうつ病患者で高頻度でみられる取越苦勞である。将来の些細な事柄を異常に重大視し、心配の種として、不幸の訪れを恐れおののく状態がみられる。これはうつ病性の認知障害による面

表1 1ヵ月目と13ヵ月目の抑うつ症状 (Clayton, P.J. 1982)<sup>11)</sup>

	1ヵ月	13ヵ月
啼泣	89%	33%
ふさいだ気分	81	43
不眠	76	48
食欲減退	51	16
倦怠感	44	30
記憶力減退	41	23
興味減退	40	23
集中困難	36	16
2.25kg以上の体重減少	36	20
罪責感	31	12
落ちつきのなさ	48	45
易刺激性	24	20
他責感情	22	22
日内変動	16	10
希死念慮	16	12
絶望感	14	13
幻覚	12	9
自殺企慮	5	3
発狂恐怖	3	4
自殺正図	0	0
無価値感	6	11
死に対する怒り	13	22
抑うつ症候群	42	16

が大きく、不安性障害の合併とみるよりは、うつ病により二次的に生じた不安症状と把える方が自然である。何故なら経過の上でもこのような取越苦労はうつ病の程度の消長に完全に平行してみられるからである。元来心配性の患者も少なくないが、間歇期間においては病的といえるほどの取越苦労はみられないのが通例である。

身体的健康に関する取越苦労は心気症状と呼ばれる。これは“ガンノイローゼ”と世間でいわれるような身体的疾病に関する過度の怖れであり、不安の表現とされる。医師の説明にも容易に応じない確信性が多くの例でみられるが、それが妄想的確信にまで至ると心気妄想といわれ、うつ病では罪業・貧困妄想と並んでうつ病の三大妄想といわれる。Schneider<sup>27)</sup>によるとそれは人間の原始不安(Urangst)であり、うつ病によって単に露呈されるのであって、積極的に生産されるのではないとされる。

このように心気症状が不安症状に属することは明らかであるが、DSM-III R<sup>4)</sup>では身体化症状(somatization)とともに身体表現性障害に属し、不安性障害に属していないのは理解に苦しむ。またわが国では身体所見を伴わない身体的訴えを執拗に行う身体化症状を心気症状に含める傾向があるが、これも正しいとは思えない。心気症状が身体的健康に関する不安・取越苦労であるのに対し、身体化症状は文字通り身体表現性障害であり、ブリッケ病(Briquet's disease)と別名で呼ばれるように、本来ヒステリー性のものである。したがって、心気症状は不安性障害に、身体化症状は身体表現性障害に位置づけるのが正しいと考える。

従来うつ病の不安というと、初老期・老年期うつ病でみられやすい不安・焦燥の強い激越性うつ病をまず考えがちであったが、そうした特殊例だけでなく、平均的うつ病にも不安症状は主要症状としてみられることを忘れてはならない。

ところでうつ病では恐怖症状もしばしばみられる。最もうつ病の程度に平行して生ずるのは嫌人症といわれる対人恐怖症状である。興味深いのは元来社交的であった人が、うつ病になると抑制症状もあってひきこもり、他人を避ける傾向が顕著になることである。来客を極度に怖れ、買物に出

ても近所の人に会うのを避けようとする。

多少とも非定型的なうつ病でみられる恐怖症状に出社恐怖といわれるものがある。逃避型抑うつ<sup>18)</sup>といわれるタイプに最も目立つ症状で、抑うつ自体はそれほど強いと思われぬが、職場復帰に際し特に強い不安・恐怖を伴い、会社の玄関に入ることができず、方向転換をして一日街をぶらつくといった登校拒否の生徒と似た行動パターンをとる。

その他の恐怖症状はうつ病でみられないだけに、上記の二つの恐怖症状は特に注目し直しよう。

### III. うつ病と不安性障害の合併

これまで不安症状があってもうつ病という診断は揺がない場合を述べてきたが、ここでは診断上議論を呼ぶ微妙な関連を扱う。とりあえず合併(comorbidity)という用語を用いるが、種々な議論があり、一致した見解に至っていないものが多いことを予めお断わりしておく。

#### 1. PA・PDとうつ病の合併

ここ十数年間、PA、PDとうつ病の関係がにわかには注目を集めているが、この問題は歴史的には決して新しい問題とはいえない。たとえば19世紀にはPneumo-melancholyという言葉があり、不安発作によって胸部苦悶を訴えるうつ病に対して用いられていたという<sup>16)</sup>。

今世紀の前半から英国では不安と抑うつ分類をめぐって一元論者と二元論者が激しく対立、論争に論争を重ね、大論争(The great debate)と定冠詞つきで呼ばれるほどの精神医学上の大事件となっていた。

Mapother<sup>22)</sup>やLewis<sup>21)</sup>ら一元論者は不安神経症を躁うつ病の小さな変異(minor variant)、激越性うつ病を大きな変異(major variant)と呼んだが、今日の議論をすでに50年以上も前に先取りしていたことになり、今更ながらその先見性には脱帽させられる。

一応Rothら<sup>25)</sup>二元論者は不安と抑うつを峻別する立場をとり、不安状態とうつ病の比較を横断像で大規模に行った。その結果は急性不安発作が

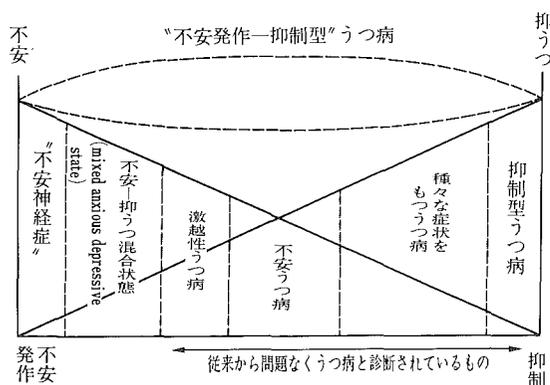
圧倒的に高頻度で不安状態にみられている。したがって、不安発作のように不安の要素の強いものは広義の感情障害に入るとしても神経症であり、うつ病とは異なると主張した。現在は両者の中間の立場であるKendell<sup>18)</sup>の連続論に収束しつつあるように思われる。

このような大論争にみる不毛な対立への批判と一元論の見方への一つの論據として、著者はかつて不安発作で初発して不安神経症と診断された例が、一定の間歇期間をおいて抑制主体のうつ病となるのがあるのに着目して、不安発作・抑制型うつ病と名付けたことがある<sup>17)</sup>。

この名称には典型的な不安神経症が、不安と最も対極に位置づけられる抑制主体のうつ病になるという対照を強調する意味合いがこめられている。図1のように、両極に位置する不安発作と抑制が時期を異にして同一患者に現われることは二元論に対する最も挑戦的な証拠であると共に、図の点線のように左右の極が円環をつくるように重なり合うことは、平面から立体的見方への転換をもたらす点からも重要と考えた。

これを発表したのはアメリカでこの問題が流行になる直前で、当時は流行からはずれたテーマについて大海に一石を投じた心境であり、今日の論議の再興は夢想だにしなかった。1982年Raskin<sup>24)</sup>はPDとGADを比較して、MDはGADよりPDに関連のあることを指摘し、この問題に関する論議の復活の先兵となった。さらに包括的な研究は

図1 不安(不安発作)と抑うつ(抑制)を対極とする病型模式図(広瀬, 1979)



Breier<sup>9)</sup>によってなされ、MDとPDの合併がより明確にされた。その結果は表2のとおり、1/3の患者が不安性障害の診断を受ける前にうつ病が先行していること(一次性うつ病)、うつ病相は不安性障害の最も悪い時期と必ずしも関連していないこと、半数の患者で2次性うつ病は不安症状がなお顕著である間に消失したことなどから、うつ病は不安症状と独立していることを指摘した。従来は、不安神経症の慢性化に伴って生ずる2次性うつ病という見方が強かったが、Breier<sup>9)</sup>はうつ病が先にみられる例が少なくないことを示して、両者の独立性を指摘した訳である。

米国の研究はMDとPDの独立性と合併に力点が置かれ、不安発作・抑制型うつ病で強調されたような、不安発作と抑制という症候学的な対照には関心が払われていない。また間歇期間に対しても特別な価値が置かれているとは思われない。PAとMDの関係は図2に示されるように種々のタイプがあることが分かってきたが、PAで始まり、明瞭な間歇期間ののち抑制主体のうつ病相が生ずる不安発作・抑制型うつ病は理想型ないしは純型といえるかもしれない。

PAとMDの関係をどのようにみるかはなお議論のあるところで、定説はない。PDとMDの合併(comorbidity)とする見方が米国では有力で、確かに無難ともいえるが、図2の経過の相違によってPAのもつ性質に差があるとみることもできよう。たとえばAのようにPAのあと間歇期において

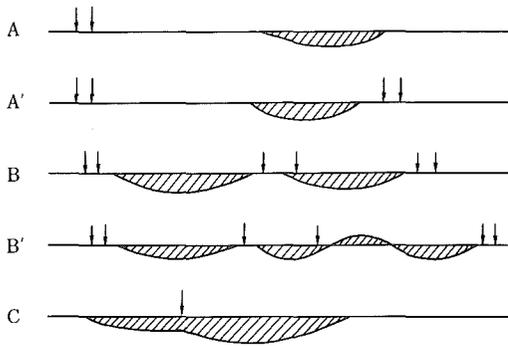
表2 空間恐怖と恐慌性障害にみられる大うつ病(MD)

	No.(%)
全例	60 (100)
MDの既往なし	19 (32)
MDの既往あり☆	41 (68)
内因性の亜型	
内因性MD	35 (58)
非内因性MD	6 (10)
一次性-二次性亜型	
一次性MDのみ(二次性なし)	13 (22)
一次性MDと二次性MD	7 (11)
二次性MDのみ	21 (35)

★RDCの基準をみたとす

(Breier et al<sup>9)</sup>, 1984)

図2 不安発作と(躁)うつ病相の経過模式図



うつ病相がみられる場合はPAを前駆病相とみることもできよう。このような経過型はPAに限らず、不眠や頭痛などが単一症候的にみられることがあり、それらを前駆症状、前駆病相とみる見方はかなり一般的となっているからである。問題はBのよううつ病相のあとにもPAがみられる場合で、合併を考えざるを得ない。またB、Cのよううつ病相直前や直後にPAがみられる場合はPAとうつ病相が互いに症候移動 (syndrome shift)<sup>14)</sup>を起こしているとみることもできよう。さらうつ病相中にPAがみられる場合(B', C)はPAがうつ病自体の症状とみることもできる。

PAを伴うつ病は単極性うつ病が大部分であるが、一部はB'のように、軽躁病相を示すいわゆる双極II型がみられる。このことは文献的になお注目されていないが、PAを伴うつ病が内因性であることを示す重要な証拠といえよう。

Akiskal<sup>2)</sup>は40歳以前発症のPD+MD群の抑うつ症状は過食や過眠を伴うなどの非定型的要素をもち、不安神経症が主体といえるのに対し、40歳以降発症の高年齢群ではPAがあってもうつ病の特性がはっきり出ているとして、発症年齢でよりPDかMDかに分けられるという。

わが国のこのテーマに対する関心は依然低く、研究は不十分であるが、杉原<sup>29)</sup>の「恐慌発作を有するうつ病の臨床的検討」(1988)は初めての大規模な研究で注目に値する。彼等はPAを伴う躁うつ病症例24例について、PAを伴わない例との比較検討を行い、PAを伴う例には圧倒的に女性が多い特徴を見出しているが(24例中21例)、その他の点で

表3 不安と抑うつ薬物療法(偽薬を用いた対照試験)結果のまとめ

薬物	PD	GAD	MD
三環系抗うつ薬	(++)	(-)	(++)
MAO阻害剤	(++)	(-)	(++)
Alprazolam	(++)	(++)	(+)
Clonazepam	(+)	(+)	?
古典的なbenzodiazepines?		(++)	(-)
Clonidine	(+)	(+)	?
Propranolol	(-)	(-)~(±)	?

(++)有効性への強力な証拠あり (Breierらの表<sup>2)</sup>を  
 (+)有効性への示唆的な証拠あり 一部改変,1985)  
 (-)無効  
 ?不明

は有意差がないとしている。

PAを伴うつ病をPA先行群とうつ病先行群に分けて比較した結果では、PA先行群では執着性格が有意に多く、全体に良好な薬物反応が得られている。この群のPA自体の経過も良好で、再発・遷延が少なく、予後が良好といえるのに対して、うつ病先行群は薬物に対する反応も不良なものが多く、再発や遷延がみられ、予後不良と対照的な結果となっている。

PAを伴うつ病の予後に関し、文献的には不良とするものが多いが、なお一致した見解に達していない。今後は杉原らの研究のように亜型に分けて検討することで、一定の結論が得られる可能性があるかもしれない。

## 2. PD, GAD, MDの関連について

DSM-IIIで従来の不安神経症からPDとGADが分離・独立したが、それらとうつ病との関係を薬物療法との関連で文献的にまとめたのが表3である。三環系抗うつ薬とMAO阻害剤がPAとMDに有効であることはPDの独立、うつ病との関連を疑う契機となった歴史的事実であり、今や広く承認された知見といえる。一方これらの薬剤はGADには無効である。

わが国でも用いられ、米国でとくに繁用されているAlprazolamはPD, GADに有効であるが、MDに対する有効性は劣る。Diazepamなどの古典的なBenzodiazepine系誘導体はGADには有効であるが、PDに対する効果は不明、MDには無効であ

表4 不安と抑うつの家系内頻度に関する研究結果のまとめ

発端者の診断	第1級親族の診断		
	PD	GAD	MD
PD (PDを伴う広場恐怖を含む)	非常に多い	多くない	非常に多い
MD	多い	多い	多い
MD+PD	非常に多い	多い	多い
MD+他の不安性障害	多い	多い	多くない~多い

(Breierらの表7を一部改変, 1985)

表5 発端者の不安性障害亜型別の親族の診断比率

発端者群	数	親族の診断, % (n=1,331)							
		正 常	大うつ病	恐怖症	恐慌性 障害	GAD	全 体 的 不 安	アルコール 乱 用	他
正常	521	75.2	5.6	1.2	0	4.0	5.2	7.9	9.7
大うつ病(不安なし)	338	60.1	10.7	2.1	2.1	6.2	9.2	8.9	16.6
大うつ病+空間恐怖	96	56.2	11.5	1.0	2.1	5.2	8.3	10.4	16.7
大うつ病+恐慌性障害	133	41.4	19.6	3.8	3.8	10.5	15.8	21.2	18.8
大うつ病+GAD	243	46.5	19.8	4.5	0.4	9.1	13.6	10.7	18.5

(Leckman et al<sup>20</sup>1983)

る。なおわが国でPDに抗不安薬と併用して有効とされるPropranololは無効と結論づけられている。以上のように薬物療法への反応性という観点からは、PDとGADの相違、独立性は裏づけられ、PDはGADよりMDに近い特性をもつことが示唆される。

3者の関係を臨床遺伝学的にみると表4のように、発端者が空間恐怖やPAをもつPDの場合、第一度親族にはPDとMDが高頻度にみられている。また発端者がPDとMDをともに持つ場合はPDが非常に多いだけでなく、GADとMDも多くなっている。

Leckmanら<sup>20</sup>は表5のように疾病をより細分化してみている。彼等のデータでもMDとPDがある群の親族はMDやPDはもとより、GADそしてアルコール症の頻度が他群より高くなっているのが判明する。このデータからはMDとGADとの関連も認められるが、GADとPDの分離、独立はここでも支持されているといえよう。

以上臨床遺伝学的知見を総合すると、GADはPDやMDとの関連がうすく、GADとPDの分離、独立は根拠のあるものといえる一方で、PDとMDとの関連、近縁性が示唆される。

このようにPDを合併したMD群の家族内負因はMDのみの群やPDのみの群に比して、MD、PD、GADなどが高くなる傾向があり、先に述べた薬物に対する反応と合わせて、PAを伴ううつ病は一つの臨床単位をなしているといえることができる。

PD+MD群について生物学的知見をみると、PDやMD単独群の中間的特徴を示すことが分かる。

たとえば、PDでは乳酸の静注によって70~100%の高頻度で不安発作が誘発されることが知られているが、PD+MD群では50%程度の誘発率である。MD群では誘発率は10%程度であるので、PD+MD群はPD群とMD群の中間の値を示しているといえる<sup>10</sup>。

睡眠ポリグラフではMD群がREM潜時減少、REM密度の増加、REMパーセントの増加を示すのに対して、PD+MD群では正常に近いPD群との中間の値を示すことが知られている<sup>10</sup>。

デキサメサゾン抑制テスト(DST)の研究はあまり行われていないが、Buenoら<sup>8</sup>の報告は陰性所見を示すPD群に比し、PD+MD群は陽性所見の割合がよりMD群に近い成績を示すとしている。

3. 不安うつ病 (Anxious depression)

MDとGADの合併はDSM-III-Rの基準ではうつ病相中にのみ不安症状を示すものはGADとされないで、うつ病相と独立にGADの症状を示すものに限られることになる。

しかし、いわゆるAnxious depressionないしはMixed anxiety depressionといわれるものはGADの症状が目立つうつ病といえるので、ここでとり上げる必要がある。

激越性うつ病のように激しい不安、焦燥はなくとも、抑うつより不安が目立つうつ病を不安うつ病 (Anxious depression) と呼んだ人にGrinkerら (1961)<sup>25)</sup>がいた。彼らは症候と治療への反応性からうつ病を(1)Empty, (2)Anxious, (3)Hypochondriacal, (4)Agryの4つに分けた。その後Paykel<sup>26)</sup>はクラスター分析を用いて同じく4つの類型に分けた。すなわち、(1)Psychotic, (2)Anxious, (3)Hostile, (4)Young depressive with personality disorderで、4つのうち2つはほぼ共通している。この2つの分類から明らかなように不安うつ病は抑制の強い内因性うつ病 (Empty) や精神病性うつ病と対立させられており、抑うつ神経症と類似した位置を与えられている。

抑うつ神経症という概念は極めて曖昧であり、Akiskal<sup>27)</sup>のフォローアップでも、数年後には100例のうち40例は内因性うつ病といえる状態に変っており、そのうち22例は単極性、18例は双極性で、とくに軽躁にとどまる双極II型が14例みられている。すなわち、抑うつ神経症は単極性うつ病との交錯だけでなく、内因性の特性が一層顕著

な双極性障害への移行の可能性もある一群といえ、感情障害の中でも最も多様な要素をもつ。

このような背景を踏まえた上で、Torgersen<sup>30)</sup>の双生児法による不安神経症、不安・抑うつ混合群、神経症性うつ病の比較のデータ (表6) をみると、不安神経症では一卵性の一致率が高いが、その他の二つのグループはそのような傾向はみられず、神経症性うつ病では二卵性の方が一卵性より一致率が高くなっている。

不安・抑うつ混合群は一卵性、二卵性ともに一致率が低い、神経症性うつ病ではそれより高い。このことからTorgersenは不安神経症は遺伝的要素が強く、神経症性うつ病は幼児期の養育環境が大きく影響するのに対し、不安、抑うつ混合群では成人期の環境要因が大きく働いていると解釈している。因みに結婚歴については不安神経症群で結婚率が高く、不安・抑うつ混合群で低率、神経症性うつ病では離婚、死別体験が多いとの結果があり、これによって不安神経症の依存性、不安・抑うつ混合群の欲求不満に傾く生活状況、神経症性うつ病の喪失体験の影響を想定しているのは興味深い。

いずれにしても、不安神経症は他の2群と違って遺伝的要因と比較的順調な生活歴をもつものに対して、不安・抑うつ混合群、神経症性うつ病はニュアンスは異なるが、同一方向の波瀾の多い生活史を送る人と関連のあることが分かる。こうしたデータから、不安うつ病や抑うつ神経症の予後が悪いとする報告が多いのも頷けよう。

表6 3種類の神経症的感情障害の双子の同胞の診断

	双子の同胞の診断								
	純粋な不安神経症		不安・抑うつ混合群		純粋な神経症性うつ病		計		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
純粋な不安神経症	MZ	3	21	3	21	1	7	14	100
	DZ	2	6	2	6	3	8	36	100
不安・抑うつ混合群	MZ	2	7	3	11	1	4	27	100
	DZ	2	9	2	9	1	4	23	100
純粋な神経症性うつ病	MZ	1	6	3	18	3	18	17	100
	DZ	1	3	2	6	9	27	33	100

(Torgersen<sup>30)</sup>, 1987)

## 4. うつ病と強迫性障害

うつ病と強迫性障害との関連は昨今あまり注目を集めているとはいえないが、両者の関連はかなり以前から気付かれていた。たとえば経過の上でうつ病相になって初めて強迫症状の目立つ群 (gainer) と普段みられた強迫症状がうつ病になるとともに消褪する群 (loser) のあることも指摘されていた。<sup>13)</sup>

強迫症状との関連はほとんど単極性うつ病との間で問題にされるが、単極性うつ病の病前性格が強迫性と密接な関連があることを考えれば当然といえるかもしれない。

## 5. その他の不安性障害とうつ病

近年米国などで注目されているものに外傷後ストレス障害 (Posttraumatic stress disorder, PTSD) がある。ヴェトナム戦争の帰還兵や難民が想像を絶する苛酷な体験をしたのち、安全な故国に戻ったのちも悪夢に悩まされ、辛い思い出が支配観念のように甦り、楽しみが少ない回避的生活を余儀なくされる状態で、抑うつ症状を伴うことが多い。

かつて第二次大戦中ナチの強制収容所で地獄を体験したのち生還した人々の後遺症としての難治性うつ病が根こぎうつ病 (Entwurzelungsdepression)<sup>9)</sup> と呼ばれたことがあったが、今日でいう PTSD とうつ病の合併にはほぼ相当するとみることもできよう。

## おわりに

近年の精神医学のトピックスの一つであるうつ病と不安性障害の関係を不安と抑うつの特性から始め、疾病相互の関連に至るまで論じた。不安性障害が従来の神経症の枠を越えた内因性要素をもつことを理解しないと、両者の関係は理解しがたい。その意味でこのテーマが注目されるようになったのは、ケースの増加という臨床上の要請もさることながら、精神医学の疾病論に大きな地殻変動が起こっている表われなのかもしれない。

## 文 献

- 1) Akiskal, H.S., Bitar, A.H., Puzantian, V.R. et al.: The nosological status of neurotic depression. *Arch, gen, Psychiat*, 35: 756-766, 1978.
- 2) Akiskal, H.S., Lemmi, H.: Sleep EEG findings on the relationship of anxiety and depressive disorders. In: Racagni, G., Smeraldi, E, eds. *Anxious Depression*, Raven Press, New York, p153-159, 1987.
- 3) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd, edition, DSM-III., Washington, D.C. 1980.
- 4) American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd, edition revised, DSM-III-R, Washington, D.C. 1987.
- 5) Bibring, E.: The mechanism of depression. In: Greenacre, P. ed. *Affective Disorders*, I.U.P. New York, p13-48, 1953.
- 6) Breier, A., Charney, D.S., Heninger, G.R.: Major depression on patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch, gen, Psychiat*, 41:1129-1135, 1984.
- 7) Breier, A, Charney, D.S., Heninger, G.R.: The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. *Am. J. Psychiat*, 142:787-797, 1985.
- 8) Bueno, J.A., Sabanes, F., Gascon, J. et al.: Dexamethasone suppression test in patients with panic disorder and secondary depression. *Arch, gen, Psychiat*, 41: 723-724, 1984.
- 9) Bürger-Prinz, H.: *Psychopathologische Bemerkungen zu den cyclischen Psychosen*. *Nervenarzt* 21:505-507, 1950.
- 10) Cazzullo, C.L.: The relationship between anxiety and depression: Functional plurality of a basic defense mechanism. In: Racagni, G., Smeraldi, E. eds. *Anxious Depression*, Raven Press, New York, p219-222, 1987.
- 11) Clayton, P.J.: Bereavement, In: Paykel, E.S. ed, *Handbook of Affective Disorders*, Livingstone, Edinburgh, p403-415, 1982.
- 12) Freud, S. *Mourning and melancholia*(1917) In: Gaylin, W. ed. *The Meaning of Despair*, Science House, New York, p50-69, 1968.  
 (「悲哀とメランコリー」井村恒郎, 小此木啓吾

- ほか訳フロイト著作集6, 人文書院1970)
- 13) Gittleson, N.L.: The phenomenology of obsessions in depressive psychosis. *Brit. J. Psychiat*, 112:261-264, 1966.
  - 14) Groen, J.J.: Syndrome shift. *Arch. Int. Med.* 114:113-117, 1964.
  - 15) Grinker, R.R., Miller, J., Sabshin, M. et al: The Phenomena of Depression, Hoeber, New York 1961.
  - 16) Grunbaus, L.: Simultaneous panic disorder and major depressive disorder. In: Cameron, D.G. ed. *Presentations of Depression*, John Wiley, New York, p. 83-105, 1987.
  - 17) 広瀬徹也: 不安と抑うつ—“不安発作・抑制型”うつ病をめぐる—飯田真編「躁うつ病の精神病理」3 弘文堂, 東京, p. 79-105, 1979.
  - 18) 広瀬徹也: 「抑うつ症候群」金剛出版, 東京, 1986.
  - 19) Kendell, R.E.: The classification of depression: a review of contemporary confusion. *Brit. J. Psychiat*, 129:15-28, 1976.
  - 20) Leckman, J.F., Weissman, M.M. Merikangas, K.R. et al.: Panic disorder and major depression. *Arch. gen. Psychiat*, 40: 1055-1060, 1983.
  - 21) Lewis, A.J.: Melancholia: A clinical survey of depressive states. *J. Ment. Sci.*, 80:277-278, 1934.
  - 22) Mapother, E.: Discussion on manic-depressive psychosis. *Brit. Med. J.* 2:872-879, 1926.
  - 23) Paykel, E.S.: Classification of depressed patients: A cluster analysis derived grouping. *Brit. J. Psychiat*, 118:275-288, 1971.
  - 24) Raskin, M., Peeke, H.V.S., Dickman, W. et al.: Panic and generalized anxiety disorders. *Arch. gen. Psychiat*, 39:687-689, 1982.
  - 25) Roth, M., Gurney, C., Garside R.F. et al.: Studies in the classification of affective disorders, the relationship between anxiety states and depressive illness, 1. *Brit. J. Psychiat*, 121:147-161, 1972.
  - 26) Schmale, A.H., Engel, G.L.: The role of conservation-withdrawal in depressive reaction. In: Anthony, E.J., Benedek, T. eds. *Depression and Human Existence*, Little Brown, Boston, p. 183-198, 1975.
  - 27) Schneider, K.: *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart, 1962 (平井静也, 鹿子木敏範訳『臨床精神病理学』文光堂, 東京, 1963)
  - 28) Seligman, M.E.P.: *Helplessness-on Depression, Development, and Death*, Freeman, San Francisco, 1975.
  - 29) 杉原徳郎, 岸本朗, 水川六郎ほか: 恐慌発作を有するうつ病の臨床的検討, *精神医学*30: 507-516, 1988.
  - 30) Torgersen, S.: Genetic aspects of mixed anxiety-depressive disorders. In: Racagni, G., Smeraldi, E. eds. *Anxious Depression*, Raven Press, New York, p. 89-93, 1987.
  - 31) Watson, D., Kendall, P.C.: Understanding anxiety and depression: Their relation in negative and positive affective states. In: Kendall, P.C., Watson, D. eds. *Anxiety and Depression*. Academic Press, San Diego, p. 3-26, 1989.