

## 症例報告

### 長期間「適応障害」として治療された後に 双極性障害と診断された症例

野口剛志

Key Words : 適応障害, 双極性障害, うつ病, 内因性抑うつ状態, Potential bipolar .

#### <はじめに>

精神科には「不安」や「抑うつ」などを主訴として長期に通院している患者さんで、不完全寛解ながらも安定している一群の患者さんの中には、診断がはっきりしない患者さんが数多く存在する。例えば、症状が強かった10数年まえには内因性のうつ病と考えられていたのか、神経症圏と考えられていたのか、などがはっきりしない場合が少なくない。厚くなったカルテを見返してもドイツ語で症状が記載されているのみだったりすることもある。カルテの表紙には「抑うつ不安状態」とか「D」や「N」などの文字が書かれていることもあるが、今となってはそれが臨床診断なのか、レセプト病名なのかははっきりしない。とりわけ、当院のように数年おきに転勤により担当医が変わる場合、うまく引き継ぎがされずますますわかりにくくなることが多いのが実状である。

では、このような診断があいまいな患者さんに対して十分に時間をとって昔の話を聞き直して診断を仕直していくかといえ、それは日常の業務量から考えても現実的ではない。それなりに安定しているのであれば、それでよしとして同処方継続していくことが多くなってしまっているのが現状であろう。しかしながら、短時間の面接を繰り返していく中で、臨床医としてある程度見立てて今後の方針を立てていくこととなる。その見立てとは、より内因性に近い病態なのか、あるいは心因性に近い病態なのか、もし心因性であれば個体的要因すなわち性格的要因が大きいのか、それとも環境の問題が大きいのか（長期に症状が遷延しているのが大抵は前者で個体的、性格的要因が大きいと思われるが）という見立てになる。これらは

すなわち、少し乱暴に言い換えるのであれば、薬物療法の効果が期待できるのか、あるいは薬物療法の効果はそれ程期待できずむしろ環境調整が必要なのか、または環境調整は困難なため支持的受容的に見守っていくことになるのか、ということになるだろう。また、最近では、単極性うつ病であっても将来双極性障害へとシフトする可能性のある症例、つまり Potential bipolar の予測因子についても考えておくことが重要であるといわれており<sup>1)</sup>、その見立てでも必要である。

さて、今回提示する症例は、抑うつや不安を主訴に長期に通院しており、面接を繰り返していく後に薬物療法の効果はそれ程期待できず環境調整も困難なため支持的受容的に見守っていくことになるだろうと見立てていた患者さんが突然躁状態を呈し、筆者は正直驚いて印象に残った症例である。「適応障害」「うつ病（抑うつ状態）」の診断、治療、その近年の拡大解釈の傾向、さらにはこれらと双極性障害の関連性、双極性障害の予測などを考察してみたい。

#### <症例>

症例：53歳、女性

家族歴：母が「うつ病」で加療中に自殺。祖父、叔父、従兄、兄も自殺（詳細は不明）。

生活歴：実家は農家。同胞2名の第二子。20歳時に結婚し4人の子供をもうける。その後、夫の女性問題と暴力のためいざこざが絶えず、何度か自殺未遂をしている（入水しようとして川辺に行く、かぜ薬の過量服薬）。40歳時に離婚。整体師として時々仕事をしている。現在は息子と2人暮らしだが、初診時は障害をもった父と兄とうつ病で寝てばかりいる母と子供らと同居していた。

現病歴①（筆者が主治医になるまで）：平成元年

(33歳時)に家庭内のもめ事(離婚問題)から不眠や頭痛を呈し、当科を数回受診(その際の診断は抑うつ状態)。平成10年4月頃(43歳時)より、不眠、息苦しさ、下痢、嘔吐などが出現し、近医内科を受診し精査をうけたが異常なく、同年5月当科を受診。(その際の診断は不安神経症、Nと記載あり)その後、平成20年まで約10年間、月に1~2回の頻度で定期的に通院。訴えの内容は、「眠れない」「身体が痛い」「身体がだるい」「家事ができない」「めまい」「死にたい」など多彩であり、また、家族間や仕事での葛藤も訴えていた。時々、不調を訴えてジアゼパムの筋注やビタミン剤などの点滴をしていたものの調子に波があり、調子のいいときもあった。前医までのカルテの記載には、「心氣的」「知的に低い?」「未熟な性格」「単純」「演劇的」などの記載がみられた。いずれの医者も毎回カルテの記載は多めであり日常生活の細かいところも話しているようだった。薬物療法としては、初診時よりアルプラゾラム1.2mg/日、スルピリド150mg/日、平成13年からミルナシプラン75mg/日が追加になっているのみで、それ以外の処方の変更はほとんどなかった。平成18年4月、筆者が主治医となった。

**現病歴②**(筆者が主治医になってから):礼容は整い穏やか、服装は年の割にはやや派手めで化粧もきちんとしている。やや甘えたような口調(フレンドリーというかやや馴れ馴れしい口調)、思考も単純でやや未熟な性格もうかがわれた。同居している息子はほとんど家にいないこと、孫の面倒を見させられて大変なこと、親戚にあうと気を使って疲れる、などをやや誇張気味に話した。症状としては、多彩な身体症状に加えて「死にたい」とも話していたが、深刻さはまったく感じられなかった。これらの症状は、日によって、また一日の中でも変動があり、日常生活はなんとか普通に過ごしているようだった。時々旅行にもいき、行事などがあって疲れると症状が増悪した。症状は状況依存的に変動し、訴えは多彩であるが精神運動抑制は軽度で、日常生活はそれなりに出来ていたため、適応障害と見立てて支持的に接しながら見守っていく方針とした。その後、平成20年まで、状態に大きな変化はなく1ヶ月に1回の通院で経過した。

**現病歴③**(躁状態を呈してから):平成20年3月、派手な化粧に派手な服装で受診した(娘同伴)。多弁、爽快で、「私は医師の資格もあるし霊能力もある」「動物と会話ができる」「私は今年ノーベ

ル賞と国民栄誉賞をもらいます」など誇大的な内容をまくし立てた。また、「先生、休みの日デートしてください」など、抑制を欠いた言動も見られた。躁状態と判断し主治医および娘より入院を勧めると「えー、入院なんてやだー」などといながらも拒否はせず、同日閉鎖病棟に任意入院した。

**入院後の経過**:入院後も気分は爽快で、他患や看護師に誇大的なことを多弁に話しました。毎日朝早くから2時間以上かけて入念に化粧をしていた。一方、易怒的、拒否的な態度はみとめず治療には協力的だった。薬物療法としては、抗うつ薬を中止しリチウムと抗精神病薬開始、その後バルプロ酸も併用した。同年4月になると、躁状態は改善され、外泊を繰り返した後に、退院した。(退院時処方は、リチウム900mg/日、バルプロ酸800mg/日、スルトピリド200mg/日、その他睡眠薬)退院後、眠気と振戦を訴え、スルトピリド中止、リチウム600mg/日に減量した。その後、安定して経過している。入院前ほどではないが、心氣的な身体症状の訴えや「やる気がでない」などの訴えは変動しながら続いている。

## <考察>

### 「適応障害」の病名について

適応障害は本来定義としては、はっきりとしたストレス(心因)が原因として存在し、うつ病などの診断基準を満たさない、とされているが、実際には、最近では拡大的に解釈されて、個体的要因(すなわち性格因)の大きいものでも、環境への適応の問題となれば「適応障害」とよばれることもしばしばあると指摘されてる<sup>2)</sup>。「うつ病の軽症例」という意味で使われることもあり、その中には、発達障害・精神遅滞、パーソナリティ障害に伴うもの、身体表現性障害、気分変調症、旧来の神経症なども含まれると思われる。本論文では、そのような広義の意味で適応障害という診断名を使用した。

### 本症例の診断的理解について

本症例は、主婦として生活する上でのストレスから、不眠、不安、抑うつ、が遷延していたと見立てていたが突然躁状態を呈した。この症例をどのように理解したらいいのだろうか。もちろん、適応障害の患者さんが躁病エピソードをたまたま合併したと考えることも可能だが、やはりここで

は一元的に考えたい。

躁状態を呈したということは、生物学的要因が大きい疾患すなわち内因性の疾患を示唆するものと考えられるが、過去のカルテを見返してみてもこれまでに躁状態の存在を思わせるような記載もなく、抑うつ状態の程度が強く日常生活に支障をきたしている、すなわち、うつ病の診断基準を満たすかのようなエピソードが存在したかのような記載もなかった。中安<sup>3)</sup>は、「内因性抑うつ状態」を特徴づける症状として、表1に示すような症状をあげており、また、坂元は、Potential bipolarの予測指標として表2のようにまとめている。しかし、本症例では、これらのいずれにも合致したものはみられず、本症例で特記すべき事としては、母、兄、祖父、叔父、従兄が自殺しており、近親者に自殺が非常に多いことのみだった。

他方、小田<sup>4)</sup>は、症状の性質からは、内因性うつ病と適応障害は連続的に移行する状態、と述べており、図1のような位置づけを示している。また、小田らは、内因性うつ病の軽症段階や気分変調症でも、軽うつ状態の脆弱性を背景として、ストレス因子を契機に適応障害的に顕在することがあると述べている。この小田らの指摘から考えると、本症例の理解としては、軽度の抑うつ状態が遷延しストレス耐性が低くなり適応障害的な症状が前景に立っていたが、実は根底には内因性の抑うつ状態があり、今回双極性障害に診断がシフトしたと考えることができる。

## おわりに

最近うつ病が拡大解釈され、使いやすいとされる抗うつ薬もたくさん市場にでまわり、抑うつ状態の患者に対して過剰な抗うつ薬による治療に傾いてしまう場合がある。訴えの多い患者には薬がどんどん増えてしまうときもある。しかし当然のことながら、薬物療法の効果が期待できそうにない症例、すなわち人格や環境の問題が大きい症例には最小限の薬剤にするべきであろう。そのような意味では「適応障害」と見立てることで、過剰な抗うつ薬の治療を一步立ち止まらせるきっかけになるかもしれない。一方、坂元<sup>5)</sup>はPotential bipolarの予測因子に注目することで、安易な抗うつ薬の投与による病態の複雑化や難治化を回避することができる、ともしている。

しかし、本症例は全く逆で、適応障害と見立てて薬物に効果を期待していなかった症例で、しか

表1 「内因性抑うつ状態」を特徴づける症状 (文献3より)

- ①食欲減退・体重減少 (関連して味覚・嗅覚の低下, 口渴, 便秘)
- ②早期(深夜)覚醒・昼間睡眠不能
- ③性欲減退・性機能低下 (インポテンツ, 不感症)
- ④希死念慮
- ⑤自律神経失調 (盗汗, 突発的発汗, のぼせと寒気, 口渴, 便秘)
- ⑥悲哀・寂寥・孤独感 (生氣的悲哀)
- ⑦思考・行動制止
- ⑧自責感
- ⑨日内変動あり/日間変動なし

表2 Potential bipolar の指標 (文献5より)

- 抗うつ薬の誘発性の(軽)躁病エピソード
- 頻回のうつ病エピソード
- 季節関連性(冬季うつ)
- 双極性障害の家族歴
- 若年発症(25歳未満)
- 産後発症
- うつ病エピソードにおける過眠・過食症状, 恐怖症状
- うつ病エピソードの遷延化(治療抵抗性うつ病の50%が双極性障害)
- 高揚(発揚)気質

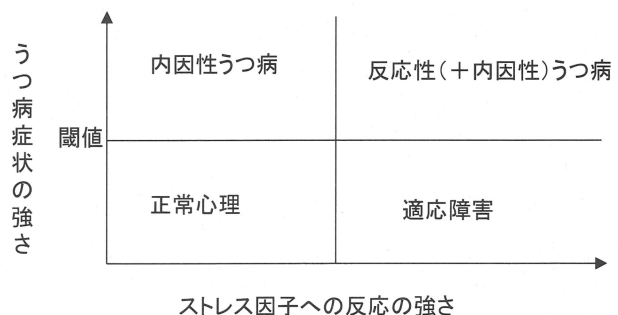


図1 適応障害の位置づけ (文献4より)

もPotential bipolar についてはまったく無関係と  
思っていた症例で、突然躁状態を呈し、双極性障  
害へ診断が変更され、最終的には感情調整薬で安  
定した。

本症例を経験して、常にあらゆる疾患の可能性  
を念頭におかなければならないことを再認識させ  
られた。また、たとえ抑うつ症状が軽く適応障害  
的に症状が遷延している症例にも、リチウムやバ  
ルプロ酸などの感情調整薬を選択肢の一つに置く  
ことも必要なのかもしれない。また、近親者に自  
殺が多いことが、どのくらい双極性障害の発症の  
指標になりうるのかも今後注意しながら症例を蓄  
積して検討していく必要があると思われる。

文 献

- 1) 坂元 薫：単極うつ病との関連－双極スペクトラム概念の臨床的意義を探る－. 精神科臨床ルミエール6：双極性障害(大森哲郎編). 54-69, 中山書店, 東京, 2008
- 2) 中西幸子・荒井 稔：「適応障害」と「うつ病」. 心の科学146：うつは治るか, 81-84, 2009
- 3) 中安信夫：うつ病は増えていない－大うつ病性障害(DSM)とは成因を問わない抑うつ症候群である－, 精神神経学雑誌, 111(6)：649-656, 2009
- 4) 小田英男, 広瀬徹也：うつ病と適応障害, 精神科, 9(6)：476-481, 2006
- 5) 坂元 薫：双極スペクトラム障害の治療, 精神神経学雑誌, 111(6)：638-646, 2009