

最終講義： 私の研究史

—— 新潟大学での経験 ——

新潟大学医学部精神医学講座

飯田 眞

The Last Lecture: History of My Studies.
Experiences in Niigata University

Shin IHDA

*Department of Psychiatry,
Niigata University School of Medicine*

I talked about depression and its related areas in my last lecture. The contents were as follows: 1) premorbid character theory of depression, 2) developmental history of depression from gene to phenotypic manifestation, 3) chronic depression and treatment, 4) chronicity of monopolar depression, 5) six-month outcome of depression and expressed emotion of the family, 6) depression and obsessive-compulsive disorder, 7) depression and dementia.

Key words: depression, premorbid character, gene, phenotype, chronic depression, obsessive-compulsive disorder, dementia
うつ病, 病前性格, 遺伝子, 表現型, 慢性化うつ病, 強迫神経症, 痴呆

はじめに

只今ご紹介にあずかりました精神科の飯田でございます。

今日はこのような機会を設けていただきまして大変嬉しく存じております。

只今のご紹介にもございましたけれども、私は1983年3月にこちらに参りまして、それから満14年間こちら

の教室、医学部でお世話になりました。それで、その間に私なりにささやかではありますけれども、幾つか仕事のできたのではないかと考えております。これも荒川医学部長はじめ医学部の諸先生の皆様、それから精神医学教室の同窓の皆様、それからもちろんのことですけれども、精神医学教室の若い皆様のご支援、ご協力の賜物でございます。

今日は私の新潟での経験というタイトルを掲げました。

Reprint requests to: Shin IHDA,
Department of Psychiatry,
Niigata University School of Medicine
Niigata, 951-8510 JAPAN

別刷請求先： 〒951-8510 新潟市旭町通1番町
新潟大学医学部精神医学講座 飯田 眞

経験といいましても、やはり臨床とか研究についての経験の一端を申し上げたいと思っております。

私が新潟で過ごした14年の間に100人ほどの精神科医が育ち、今皆さん医療の現場で活躍しております。在任中の学術論文は、教室全体で400編余の論文ができました。そのうち私の研究グループと関係致しますのは120編ほどです。

主催致しました学会ですが、社会精神医学会を1991年、双生児学会を92年、病跡学会を94年、家族療法学会を95年、精神病理学会を96年に開きました。それぞれの学会のテーマですが、社会精神医学会では、「現代社会とうつ病」を取り上げました。双子の学会は、これは学際的な学会ですので、基礎・臨床医学、心理学、教育学等の方々に御参加いただきました。病跡学会では「風土と創造性」、家族療法学会では「夫婦」を取り上げました。昨年精神病理学会では双生児研究と精神病理学について会長講演⁹⁾をさせていただきましたし、シンポジウムは、「精神病理学の可能性」を選び、生物学、計量精神医学、治療、社会との関係の中で精神病理学の可能性を探ろうと致しました。

私自身の研究では、大きく分けて3つございまして、双子の研究と臨床精神病理学と病跡学ということになるかと思えます。双子につきましては、精神病理学会でお話致しましたので、本日は省かせていただきます。もっとも後で少しは触れることになるかと思えますけれども、3番目の病跡学は、これは特殊な領域ですので、後で時間に余裕があれば入れさせていただきますが、今日は主として2番目の精神病理学についての私の仕事の一端をお話させていただきます。

精神病理学についての仕事の中でも、今日はテーマをうつ病に絞りまして、「うつ病とその周辺」ということでお話致します。内容は、1)うつ病の病前性格論、2)うつ病の発症モデル、3)うつ病の慢性化と治療、4)単極性うつ病の慢性化、5)うつ病相の6カ月転帰と家族の感情表出、6)うつ病と強迫、7)うつ病と痴呆です。これはみなそれぞれ教室の若い人達が研究してくれたものを私がまとめたものです。

1. うつ病の病前性格論

うつ病の病前性格につきましては、これは、お聞きになっていらっしゃる方が精神科の方であれば、改めてご説明するまでのことはないのですが、Kretschmer¹⁵⁾の循環病質と、下田光造¹⁸⁾の、日本の精神科医ですけれども、執着性格とか、ドイツの Tellenbach のメラ

ンコリー型²⁰⁾、マニー型²¹⁾等が知られております。

大まかなことを申しますと、Kretschmer の循環病質というのは、社交的、善良、親切ということが基本的な特徴で、どちらかと言えば陽気、陰気に傾く型の両極がございます。下田の執着性格というのは仕事熱心で凝り性、徹底的、正直、几帳面、正義感が強いことが特徴でございます。戦後、ドイツの Tellenbach がメランコリー型を取り出しましたが、下田の執着性格とよく似ているので、日本では有名になったわけです。Tellenbach のメランコリー型は職業生活における勤勉さとか、対人関係で対他配慮的であるとか、道徳面では非常に罪悪感を持ちやすいとか、良心的であるとか、そういう特徴がございます。マニー型にはメランコリー型との共通の面として、几帳面さ等はあるのですけれども、秩序についてアンビバレントであったり、わがままな面があったり、エネルギーが溢れていてアクティブな面があるとかが特徴でございます。

私が当地に来る以前の経験になりますけれども、一卵性の双子で、一方がメランコリー型でうつ病になり、他方は健康な循環性格のペアがおりまして、私は、このペアをモデルにメランコリー型の発達史を考えました²⁾。これ(図1)はそこからの結論で、循環気質や循環病質の素因があり、不運な環境に置かれた結果、メランコリー型が出来上がるという発達史を示したものです。執着性格には、メランコリー型とマニー型とが含まれていますし、それらは結局、循環性格の変異型であろうという考え方に到達したわけです(図2)。

これらの関係を図にしてみますと(図3)、我々が研究したのはどちらかといえば周辺の部分なのですけれど

図1 メランコリー型の発達史²⁾

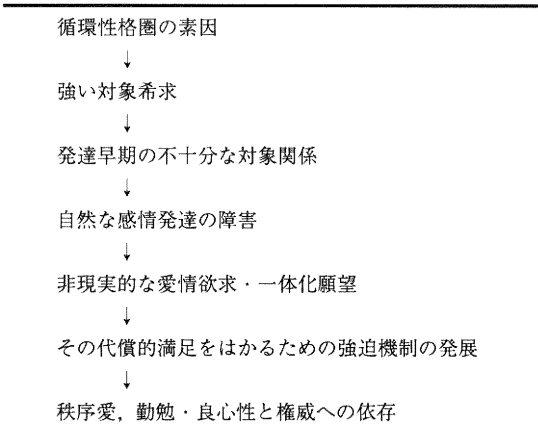


図2 執着性格の構造論¹⁷⁾

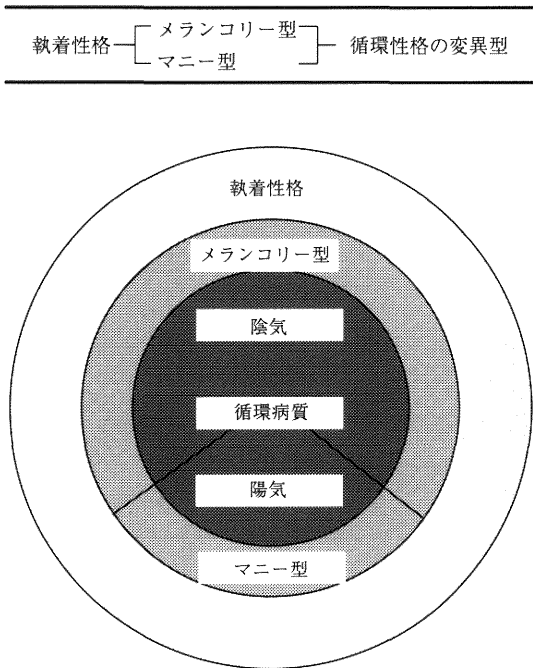


図3 感情障害の病前性格¹⁷⁾ (模式図)

も、恐らく感情病の中核群は両極型のうつ病で、その病前性格は恐らく循環病質なのではないかと思ひます。その周辺にメランコリー型とかマニー型とか執着性格とかがありまして、これらは、いわば循環気質のバリエーション、病的なバリエーションではないかと思ひられます。この外側には恐らく健康な循環気質の方がいるのではないかと思ひます。

2. うつ病の発症モデル*

今まで述べたことからうつ病の発症のモデルを組み立ててみたものがこの図でございます(図4)。一番上の所が循環病質とか循環気質といわれているものです。うつ病の遺伝子があるとすれば、その心理学的な表現型は何かということになりますけれども、これは恐らく気分の動揺性とか対象の希求性とかになるかと思ひます。それが恵まれた環境に置かれますと、健康な循環性格になるというわけですが、不幸にして恵まれない環境に置かれますと、依存を巡る葛藤が起こりまして、幼少期に

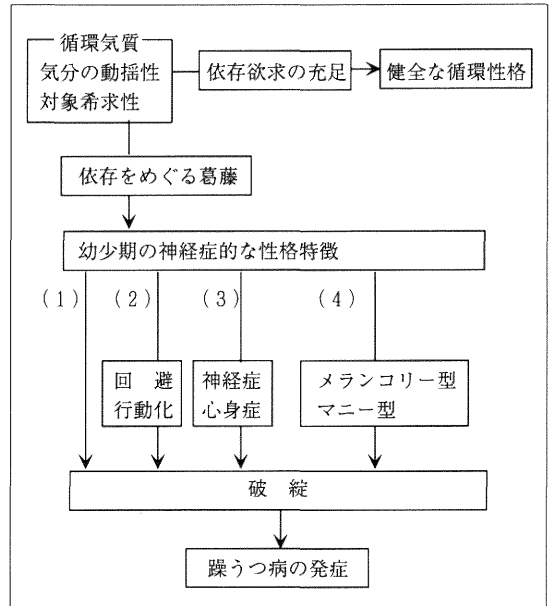


図4 循環気質の発達のプロセスと気分障害の発症モデル²⁵⁾

表1 気分障害の発症モデル²⁵⁾

依存をめぐる葛藤の持続から以下の4タイプが生じる。

- 1) 基底にある気分の動揺性の露呈：気分障害の発症。
- 2) 葛藤の回避、あるいは行動化：逃避型抑うつ、しがみつき型うつ病、
- 3) 神経症・心身症：神経症的防衛が破綻した場合には、気分障害が発症する。
- 4) メランコリー型、マニー型：強迫防衛や反動形成により、対象希求への代償的満足をはかる。

神経症的な傾向が出てまいります。それで、1, 2, 3, 4という4つの経路のいずれかを辿りまして発症に至ると私は考えたわけです。

これは4つのタイプを表にしたものですがけれども(表1)、1番目が基底にある気分の動揺性が露呈し、そのまま気分障害や感情障害が起こるタイプ。2番目が葛藤の回避、あるいは行動化というタイプでありまして、逃避型抑うつとかしがみつき型抑うつとか言われているものがこれに当たるかと思ひます。3番目が神経症とか心身症を経て、神経症的な防衛が破綻して気分障害、つまり、

*注 最終的な結論については、後に発表した論文¹⁰⁾¹⁶⁾を参照されたい。

図5 慢性化病態³⁾⁴⁾⁸⁾

| | |
|-----|----------------------------|
| 双極型 | 安定した中間期を欠く病相の頻発 |
| 単極型 | 病相の頻発—病相の遷延化—人格変化—神経症化—自閉化 |

うつ病になるというタイプです。4番目がメランコリー型やマニー型という特徴的な病前性格が出来まして、そこを通過して、うつ病や躁病を発症するタイプでございます。

3. うつ病の慢性化と治療

今までが病前性格と、それからうつ病の発症モデルについてのお話ですが、次はうつ病の慢性化という問題に移らせていただきます。

うつ病は治りやすい病気と言われておりますが、慢性化してなかなか治らない患者が多くて、私どもは、臨床の現場で苦勞しております。

慢性化病態を大雑把に双極型と単極型に分けますと(図5)、双極型では安定した中間期を欠き病相が頻発するという状態がございます。単極型では病相が頻発したり、病相が長引いてなかなか治らないでいると、そのうちに人格変化が起こってまいります。これには神経症的なタイプと、むしろうちに引きこもってしまう自閉化とも言えるタイプの二つがあるかと思えます。

スイスの Angst¹⁾(1980)の統計では、病相が1年続くものが、単極型で24.5%、両極型では17.9%もございます。2年以上続くものは、少し減りまして単極型で17%、両極型で13.7%というふうになります。うつ病の慢性化と言いましても、治らないかというところでもないわけでした、アメリカの Winokur ら²⁴⁾(1973)の統計では、2年で見ますと18%が慢性化していますが、10年以上で見ますとそれが5%に減っておりますので、その間に少しずつ治るということかと思えます。

1987年に医学会総会がございまして、その時に私もうつ病の話を致しました。これ(表2)はその時に佐藤新君が作ってくれた統計³⁾⁴⁾なのですけれども、1983年の10月から12月までの3カ月間に初診した患者が239人おりました、そのうち感情病が61人、25.5%でございました。その後1987年の2月で転帰を確認できたものが49人おりました。

そのうち単極型が40人で、双極型が9人でございますが、双極型は数が少ないので、単極型のみで見えます

表2 新潟大学精神科外来を受診した感情病患者の構成³⁾⁴⁾

| | 慢性化症例 | 非慢性化症例 | 計 |
|-----|----------|----------|-----------|
| 単極性 | 10 | 30 | 40 (82%) |
| 双極性 | 2 | 7 | 9 (18%) |
| 計 | 12 (24%) | 37 (76%) | 49 (100%) |

新潟大学精神科を1983年10月から12月に受診した新規患者239人のうち、感情病圏の患者は61人(新規患者中25.5%)であった。表には、1987年2月現在までの経過を確認できた49人(感情病圏中80.3%)を示した。観察期間中の最終病相持続期間が1年以上あった場合を慢性化とした。

と、40人のうち10人が慢性化しています。この場合の慢性化と言いますのは、私どもは、1年以上経過が長引いているもの、何らかの症状が残存しているものを慢性化と呼んだわけです。この10人をさらに2年以上続いているもの、3年以上というふうに分けてみますと、それぞれ非寛解の割合が40人中7人、40人中4人と、少しずつ減ってきています。

私どものデータや Angst、その他のデータを参考に致しますと、1年間以上うつ病が慢性化している単極型のケースは、大体20%前後ということになるかと思えます。

それでは慢性化したうつ病にどう治療的な接近³⁾⁴⁾⁸⁾をしたらいいかということになります。慢性化の病因を個人的要因、治療的要因、環境的要因に分けます。個人的な要因のうち、疾患の自然史というのは、例えば元来、女性の方が慢性化しやすいというような考え方でございますので、こういう考え方を致しますと、なかなか治療に結びつかなくなります。また病前性格が未熟で神経症的傾向があり、分裂気質者の場合には慢性化しやすいということがあります。しかし、病前性格そのものの治療はなかなか困難です。

次に加齢がございまして、中年の病いとしてうつ病⁷⁾を考えますと、中高年の発達課題というのがありまして、例えば、男で言えば昇進でありますとか、女性であれば、息子や娘の結婚とか独立とかいうことありますが、そういう中高年の発達課題はうつ病の発症要因でもありますし、それが同時にうつ病を持続させる要因でもあるわけですので、そういう発達課題を少しずつ達成させていくということが治療に繋がるということになります。

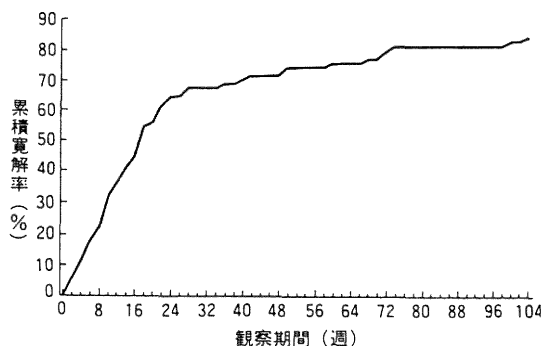


図6 観察期間と累積寛解率¹⁹⁾

身体的合併症として成人病等の慢性疾患があると、うつ病も長びく傾向がありますが、この場合はその病気との共存を図るようにさせます。

治療的な要因で長びく場合もありますが、薬物治療で薬の量が不十分であるとか、あるいは漫然と使っているとか、そういう場合には、それを適切に正していくことが大切です。

精神療法では、治療的な距離がうまく取れないで、患者に近づき過ぎたり、逆に距離が遠過ぎたりすると、慢性化させやすいということがございますので、そこをうまく修正していく必要があります。

環境要因には家族要因とか職業要因がありまして、家族要因では夫婦関係等が特に問題になりますが、過度に受容的な配偶者とか、拒否的な配偶者の場合には慢性化しやすいので、心理教育や、同席面接をして、自然な感情交流を図るようにします。

職業的な要因はこれもなかなか難しいですけれども、問題のある職場では別の職場に変えていただいたり、いっそ転職して新しい職場に移るように勧めることもございます。

4. 単極性うつ病の慢性化

これ(図6)は教室の田中君¹⁹⁾が単極性うつ病の71例の経過を2年間追跡したものです。半年で64.8%、1年で74.7%、2年で84.5%治るわけです。その治り方のカーブが緩くなりますのは大体6カ月の所で、その週あたりの寛解率を計算していますが、それが6カ月の時点で2.7から0.25に落ちてしまいます。したがって慢性化は大体半年ぐらいが目安で、半年経っても治らなければ、これは慢性化していると考えた方がよいということになります。

それじゃその半年で区切って、治った方と治らない方といういろいろ臨床的な背景を比べますと、家族歴と慢性身体疾患がある方が治り難く、また2カ月以上の未治療期間がございますと治り難い傾向があるということが分かりました。

5. うつ病相の6カ月転帰と家族の感情表出

田中君の研究は単極型の2年間の転帰を調べたものですが、教室の上原君²²⁾はうつ病相の6カ月転帰と家族のEEの関係を研究しました。先程、配偶者の特性でうつ病の経過が悪くなると申しましたけれども、それをより客観的な概念で統計学的な検証をした研究です。

EEというのはExpressed Emotionと言いまして、家族の感情表出、つまり、患者に対しまして批判的な言葉を言ったり、否定的な言葉を言ったりするとか、あるいは過度に自己犠牲とか過保護な態度をとることをhigh-EEと言っております。これはスケールによって評価し、数量化することができます。

症例は全部で45例ございまして(表3)、寛解群が26例、非寛解群が19例であります。そのうちにhigh-EEの家族が6例おりまして、寛解群では1例、非寛解群では5例でございます。high-EEの概念を少し広げまして、これをborderline-EEといいますが、そこまで含めると、寛解群で3例、非寛解群で10例になります。非寛解群と寛解群との間には、EEに関して有意な違いが出ていますが、borderline-EEまで広げると、より有意差が高まるというデータでございます。

6. うつ病と強迫

ここ迄でうつ病の話を一応終わり、次に抑うつと強迫⁶⁾¹¹⁾のお話を致します。

強迫に関しましては、古くから抑うつとの関係が言われております。Lewisというイギリスの学者は、1936年に強迫をwasherとcheckerの2群に分けています。washerというのは手洗い型の強迫ですが、checkerというのは確認する型の強迫でございます。

病前性格は、手洗い型の方は頑固で気難しくてイライラする。確認型の方はためらい勝ちで、自己不全感が強いとか従順とか、そういう特徴がございます。

これ(表4)は、名大の笠原先生¹⁴⁾の強迫スペクトルにヒントをえて、私が強迫の病前性格を4つに分けてみたもの⁶⁾ですが、制縛性格というのは、自分で自分を縛るという性格でありまして、強迫性格と同じことで、強迫神経症の中核に当たる性格ですが、性格であるのか、

表3 症例の臨床的特徴, および寛解群と非寛解群との比較²²⁾

| | 全症例 | 寛解群 | 非寛解群 |
|--|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| N (%) | 45 | 26 (57.8) | 19 (42.2) |
| 平均年齢 (歳) ±S.D. | 51.1 ±16.3 | 49.2 ±16.8 | 53.8 ±16.4 |
| 性比; 男性/女性 (%) | 22/23 (48.9) | 11/15 (42.3) | 11/8 (57.9) |
| 診断; 単/双極性 (%) | 40/5 (88.9) | 23/3 (88.5) | 17/2 (89.5) |
| duration (月) ±S.D. | 2.9 ±3.7 | 2.3 ±3.2 | 3.6 ±3.7 |
| 大うつ病の既往歴** (%) | 24 (53.3) | 9 (34.6) | 15 (79.0) |
| 気分障害の家族歴 (%) | 8 (17.8) | 4 (15.4) | 4 (21.1) |
| DSM-III-R 重症度; 軽/中等/重症 | 13/26/6 | 6/16/4 | 7/10/2 |
| 症状評価 mean±S.D. ZungSDS HRSD GAF | 66.5±14.4 17.5±4.3 53.4±11.1 | 64.4±16.8 16.8±4.2 53.2±12.9 | 69.3±9.8 18.5±4.6 53.6±9.0 |
| キーパーソン; 配偶者/親/他 | 34/7/4 | 19/6/1 | 15/1/3 |
| High-EE (%) * | 6 (13.3) | 1 (3.9) | 5 (26.3) |
| b-EE まで High-EE に含めた場合 (%) ** | 13 (28.9) | 3 (11.5) | 10 (52.6) |

** : p<.01 * : p<.05 (Fisher's Exact Probability Test)

ZungSDS; ツング自己評価式うつ症状尺度,
HRSD; ハミルトンうつ症状評価尺度17項目,
GAF; 機能の全般的評価

表4 強迫神経症の病前性格による分類⁶⁾

| |
|---------------------|
| 1. 制縛性格 |
| 2. 完全欲性格 (森田神経質) |
| 3. 執着性格ないしメランコリー親和型 |
| 4. ヒステリー性格 |

症状であるのか分からないものです。2番目は完全欲性格で、森田神経質といわれているものがございしますが、これもどちらかと言えば1に近いタイプといえるかと思えます。3番目がうつ病と親和性のある病前性格であります。4番目はヒステリー性格です。強迫を大きくまとめてしまえば神経症タイプと、うつ病タイプになるかと思えます。

強迫と抑うつとの関係を現象的に見てみますと、強迫

が先行いたしまして、それに引き続いてうつ病が起こってくるというタイプが1番目。2番目がうつ病相がありまして、そのうつ病相に強迫症状が現れてくるというタイプがございします。3番目が強迫と抑うつが交代に出てくるというタイプがございします。

ここ(図7)にお示した症例1は強迫が先行してありまして、36歳の時には抑うつ症状が重なって出ているという例です。症例2は2回のうつ病相がありまして、2度目のうつ病相の時に強迫症状を伴っております。症例3は抑うつ症状が先にありまして、それが治った後に強迫症状が出ているものでございします。現象的に見ますと、この3類型があるように思えます。

それを表にまとめてみます(表5)と、うつ病と近縁で強迫症状を呈する患者の一群には一定の特徴のあることがわかります。うつ病や自殺の遺伝負因のある人が多く、病前性格はメランコリー型に近いようです。症状と

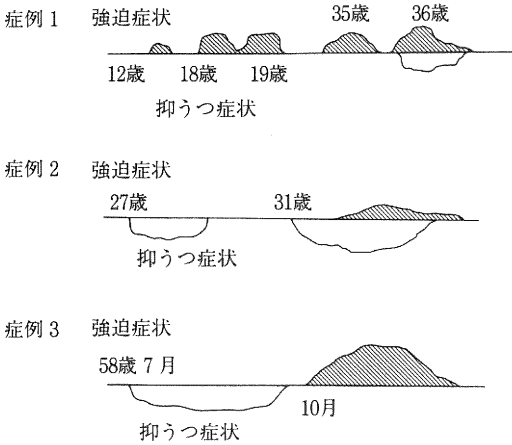


図7 症例¹¹⁾

してはそのメランコリー性格の延長線である几帳面さから理解できるような確認癖とか、攻撃性が外に向かわないで自分に向かってしまう加害恐怖があります。加害恐怖というのは何か他人を害するようなことを自分がするのではないかと恐れることです。確認癖というのは戸締り、火の用心とか、仕事についてもそうですが、何度も確かめる強迫です。私どもは中年期の臨床研究から、このタイプの強迫の存在に気がついたのですけれども、初発は必ずしも、中年期に限らないということが分かりました。発症には何らかの心理、社会的なストレスが関与しております。経過は割に治りやすく、うつ病のように病相型の経過を辿る場合が結構ございます。それから治療ですが、抗うつ薬に反応して割に予後は良いという特徴があります。

7. うつ病と痴呆

最近、厚生省から研究費をいただいて、老年期の研究をしております¹²⁾¹³⁾²³⁾。老年の精神科の病態としては、抑うつと痴呆が大きな問題でありますけれども、両方の関係があまり明確に把握されていないのが現状であります。両者の関係を大きく分けると、1番目がうつ病性の仮性痴呆、2番目が抑うつと転帰としての痴呆、3番目が痴呆の抑うつ状態と考えることができるかと思えます。

老年期のうつ病に見られる痴呆様認知障害、つまり、うつ病でも制止が強まると、痴呆と見紛う状態になるのですけれども、うつ病の制止が強い状態なのか、それとも、老年痴呆の始まりなのか、よく分からない状態がこ

表5 うつ病と近縁で強迫症状を呈する患者の特徴⁶⁾¹¹⁾

- 1) うつ病の遺伝負因がある。
- 2) 病前性格がメランコリー型に近い。
- 3) 病状がメランコリー型の特徴である几帳面さの延長にある確認癖やもしくは攻撃性が内から外へ向う形の加害恐怖を示し、分裂病圏のそれと比較し了解しやすい。
- 4) 初発は中年期に限定されない。
- 5) 発症には心理社会的ストレスが関与することが多い。
- 6) 病相性の経過をとる場合がある。
- 7) 抗うつ薬に反応し予後は良好。

ざいます。これをまとめまして漠然と痴呆様認知障害と呼んでおります。我々のデータでは、老年期のうつ病の人が45人おまして、そのうち16人 35.6%に痴呆様認知障害を認めました。1年後に調査を致しますと、うつ病患者45人のうち12人 26.7%、痴呆様認知障害を呈していた16人にしますと75%が痴呆になっております。

老年期の抑うつ状態は、およそ4分の1位が1年後に痴呆という診断が可能となるわけです。臨床医として我々はそのことを覚悟しておく必要がありますし、痴呆という病態に陥らないようにするために、そしてまた老年期の生活の質を高めるために、できるだけ努力をしなければなりません。器質性の障害に対する治療も必要ですし、社会心理的な要因への配慮、つまり、家族のサポート、とりわけ配偶者のサポートも大切なことが我々の研究からも分かりました。

おわりに

では最後に、良寛のことを少しお話して終わらせていただきます。

良寛は、新潟に来る前からもちろん親しんでいる人ですけれども、新潟へ来ましてから、精神医学的に良寛⁵⁾をどう見るかを考えたことがございます。

良寛は名主の息子に生まれ、青年期に出家して、岡山の玉島にある円通寺に行きまして、国仙和尚という立派な坊さんについて悟りの境地に達するわけです。その後あちこち放浪して40才前に新潟に帰り、国上山の周辺に住み、40才頃から60才ぐらいまで五合庵で暮らしてから、山をおりて74才で亡くなっております。

国上山へ行って五合庵をみますと、簡素な狭い、荒れ果てた庵です。それこそ方丈しかないような場所に20年も暮らしていたのです。夏は蒸し暑いし、冬は寒い。食事も鉢鉢に頼っていたのでしようけれども、物理的に過



図8

酷で、しかも孤独な環境で20年も生きたわけですから、こういう奇跡が可能な人はどんな人かという、精神医学的にはやはり分裂気質¹⁵⁾の人のように思います。分裂気質の人は性格的には物静かで非社会的、控えめ、敏感、神経質、自然や書物に親しむというところがございますが、こういう性格特徴を述べますと、まるで良寛その人のような気が致します。分裂気質の人は体型が痩せ型で、鼻筋が通っていて、体が痩せているという人が多いわけです。良寛は割と気品のある顔ですね。

良寛は分裂気質でありましたけれども、分裂病になった気配は全くありませんで、生涯、分裂気質者として終わりを全うした人です。これは良寛自筆の自画像と歌です(図8)。一説には自画像ではなく良寛のまた従兄弟の山田杜卓のものと言われていますが、そこに良寛は“世の中にまじらぬとにはあらねども ひとりあそびぞ我はまされる”という歌を書いています。これにも、良寛が分裂気質の人だったことを示す特徴が良く出ていると思います。良寛は自然とか世間とか自分というものを超越いたしまして、最後には優遊たる心境、優しいの優に遊ぶという字を書きますけれども、そういう心境に到達した人であります。

私もこれで新潟大学を定年で辞めるわけですがけれども、良寛に学んで晩年はその優遊たる心境で老後を過ごしたいと思っております。これで終わらせていただきます。ご静聴ありがとうございました。(1. 3. 1997)

参 考 文 献

1) Angst, J.: Verlauf unipolar depressiver, bipolar manisch-depressiver und schizo-affektiver Erkrankungen und Psychosen. Ergebnisse einer pros-

pektiven Studie. Fortschr Neurol Psychiat, 48: 3~30, 1980.

2) 飯田 眞: メランコリー型の発達史論—うつ病の双生児の不一致症例—。飯田 眞編「躁うつ病の精神病理 3」, pp1~20, 弘文堂, 東京, 1979.

3) 飯田 眞: 慢性化うつ病の治療。第22回日本医学会総会誌, 11: 746~747, 1987.

4) 飯田 眞: うつ病の慢性化をめぐる。北陸神経精神医学雑誌, 1: 104~107, 1987.

5) 飯田 眞: 精神科医からみた良寛。良寛 12:45~47, 1987.

6) 飯田 眞: 強迫性と家族。家族療法研究, 6:99~102, 1989.

7) 飯田 眞編: 中年期の精神医学。医学書院, 東京, 1990.

8) 飯田 眞, 佐藤 新, 中垣内正和: 難治性うつ病の精神病理学的要因。上島国利編「精神医学レビュー No.2」, pp24~37, ライフサイエンス, 東京, 1991.

9) 飯田 眞: 双生児研究と精神病理学。臨床精神病理, 18: 91~103, 1997.

10) 飯田 眞, 横山知行, 佐藤 新, 大橋正和, 市川 潤, 植木啓文: 双生児研究からみた躁うつ病の発症モデル。Pharma Medica, 15 (10): 27~34, 1997.

11) 飯田 眞, 上原 徹, 佐藤 新, 田中敏恒: 強迫と抑うつ。牛島定信編「強迫の精神病理と治療」pp77~91, 金剛出版, 東京, 1997.

12) 飯田 眞, 上原 徹, 佐藤 新: 抑うつと痴呆。臨床と研究, 72: 2724~2728, 1997

13) 飯田 眞, 佐藤 新編: 老年精神医学論集。岩崎学術出版社, 東京, 1997.

14) 笠原 嘉: うつ病の病前性格について。笠原 嘉編「躁うつ病の精神病理 1」, pp1~29, 弘文堂, 東京, 1976

15) Kretschmer, E.: Körperbau und Charakter. Springer, Berlin, 1921 (相場 均訳: 体格と性格。文光堂, 東京, 1966).

16) 松浪克文, 大前 晋, 飯田 眞: 気分障害 総論 III-B 病態・心理。広瀬徹也, 樋口輝彦編「臨床精神医学講座 4」, pp61~106, 中山書店, 東京, 1998.

17) 佐藤 新, 横山知行, 飯田 眞: 躁うつ病前人格の日本の特性—執着性格概念の展開と構造。臨床精神医学, 23: 13~21, 1994.

18) 下田光造: 躁うつ病の病前性格に就いて。精神神経学雑誌, 45: 101, 1941.

19) 田中敏恒: 単極性うつ病の「慢性化」—6ヵ月後の転帰の重要性とそれに関連する要因の統計学的解析—。精

- 神医学, **36**: 141~147, 1994.
- 20) **Tellenbach, H.**: Zur situationspsychologischen Analyse des Vorfeldes endogener Manien. *Jb Psychol Psychother med Anthropol*, **12**: 174~191, 1965.
- 21) **Tellenbach, H.** : Melancholie. Springer, Berlin, 1974 (木村 敏訳: メランコリー. みすず書房, 東京, 1978).
- 22) 上原 徹: 気分障害におけるうつ病相の6ヶ月転帰と家族の感情表出 (Expressed Emotion) との関連. 精神神経学雑誌, **97**: 744~756 1995.
- 23) 上原 徹, 佐藤 新, 飯田 眞: 抑うつ状態と痴呆様認知障害を呈した老年期症例の1年後転帰をめぐって. 臨床精神医学, **24**: 1449~1457, 1995.
- 24) **Winokur, G. Morrison, J.**: The Iowa 500: Follow-up of 225 depressives. *Br J Psychiatry*, **123**: 543~548, 1973.
- 25) 横山知行, 佐藤 新, 飯田 眞: 気分障害と遺伝—遺伝から精神病理へ. 臨床精神医学, **25**: 1269~1281, 1996.
-