

白血球数、あるいはリンパ球数の変動などの差がございませんか。

須賀 発熱を呈した患者のうち入院したのは、2例しかありませんので、詳しい検査データは得られないのですが、CRP等の炎症所見は全くありません。それから赤血球、白血球等の血球変動もないようです。ほとんど検査上は異常がなくて、発熱だけが続くというパターンが多いようです。まあ入院例では2人ですので、詳しいデータはありません。

青木 熱型はどうでしょうか。

須賀 熱型ですか。夕方だけ出るというパターンで、朝は36度5分位です。

青木 就眼前では下がるのですか。

須賀 そこまで細くは見ていません。1日2回の測定で見ますと、夕方の方が上がっているということです。

司会 他にございせんか。身体病とうつ病の時間的な関係は、大変面白く思ったのですが、その関係の意味づけには、須賀先生なりの仮説があると思うのですが、その辺はいかがですか。従来うつ病と身体病とは等価症であるという見方もありますが、それとは別の見方をされているようですか。

須賀 (スライドを写して) 等価症という見方ではなくて、心身症要因とうつ病要因とは別物であるという前提に立った場合の、これが両者の関係を示す模式図です。これでいいますと、病前ストレスの内容が、その後

のうつ病とか、それから心身症の発生に関わって来まして、一応喪失体験が主体のものは、うつ病、しかも身体症状に乏しいうつ病が発生する傾向があります。一方、負荷的ストレス、役割の増大とか過労状態、葛藤状況等の負荷的状況が関与した場合には、生活習慣の変動も引き起こします。たとえば、飲酒パターンの変動あるいは食餌等の変動を引き起こすと、結果として、うつ病も発生するし、さらに同時に身体病、たとえば、高血圧とか、胃炎、それから胃・十二指腸潰瘍等が発生するということになると思います。それから病前性格で不安心気傾向が強いと、うつ病、しかも身体症状が多いうつ病が発生するようです。この場合には身体疾患としては、自律神経失調症が多いというような印象を持っております。これは32例というわずかなデータで分析した結果ですので、大きなことは言えないわけですが、これはほとんど僕自身の印象としてまとめたものです。こんなところで、有難うございました。

司会 この辺の所が一番面白い所で、身体病とうつ病がどうからみあうか、一元論でいくか、二元論でいくか、須賀先生は二元論でいく立場のようですが、更に症例を増やして、あるいは、症例の詳細な分析を行っていかれたら、面白い結果が得られるのではないかと考えています。他に何かございますか。どうも有難うございました。それでは3席の木村先生お願いいたします。

3) 内科診療における抑うつ状態

— 消化器疾患と抑うつ状態 —

新潟市民病院消化器科 木村 明

担当する内科診療、特に消化器疾患診療における「抑うつ状態」患者の臨床について述べる。ここでは精神症状が前面に出る典型的病態を示す「うつ病」の患者は大部分が精神科受診となるので言及しないこととする。従って、「軽症うつ病(内因性)」、脳動脈硬化症等の身体的疾患に伴う「うつ状態」、神経症の一症状としての「うつ状態」、心身症としての「うつ状態」等が対象となるが、その鑑別診断は精神症状が顕在していない軽症であるため必ずしも容易ではない。次に家族歴、既往歴、誘因等についても問診時に患者本人或いは付き添いの家人の頭の中で選択されて表現される為もあり看過される場合が多く、現実には長期観察によりようやく診断可能

な例も少なくない。又、一般的には内科医はそのような病態に対する関心の低いこと及び診断能力の低いことから担当する医師による病態把握に個人差が大きい点も問題である。適切な表現ではないが、現状では内科診療の現場におけるうつ病は個々の医師の感性に依存している状況と言うことが出来る。従って、内科診療全体の中に占めるうつ病又はうつ状態の患者数及び病態の統計学的検討は必ずしも正確と言いがたく容易ではない。更に「仮面うつ病」と言う概念に包括される病態も明確でなく、どのように定義してあつかうかについても混乱があると考えられる。今回はそれらの点に触れず、筆者自身の経験した症例の提示を行い、最後に一般病院内科

診療の過程でみられる本病態の診断、治療上の問題点を指摘してみたい。

1. 消化器疾患に合併するうつ病

各種の消化器疾患にうつ病が基礎にある、或いは合併することは既に広く知られている事実であり、両者の間の因果関係又は相関関係に言及している文献も多い臨床場ではうつ病が消化器疾患の症状を修飾する点で確定診断を困難にする一方、自覚的訴えが身体的疾患固有の症状と解離する点でその合併が発見されることが多い。

症例Ⅰ 胃潰瘍と合併したうつ病、56歳女性、主婦、胃潰瘍の吐血で入院をしたが、問診の際気付いたことは総ての質問に対して回答が否定の形をとる——今日は腹痛がありませんかと言う質問には腹痛なしと答えず、便秘で苦しいと返事する等——の点を奇異に感じ、心身科医師の助けを借りてうつ病の合併と診断し、抗うつ剤と抗潰瘍剤の併用で軽快した。その後5回のうつ状態の再発があったが、毎回の主訴は食欲不振、便秘、不眠であります。いづれも抗うつ剤のみの処方では軽快しており、内視鏡検査で胃潰瘍の再発を認めておりません。本人の表現による自己の性格は真面目人間で融通がきかないでありました。

症例Ⅱ 潰瘍性大腸炎と合併したうつ病、70歳男性、元教師、粘血便で来院し、注腸X線、内視鏡検査で診断確定し、SASP剤とステロイドホルモン剤の併用で原病の経過は順調となり、退院を予定していた所、次第に食欲不振、不眠が出現した。ステロイドホルモンに関係する精神症状と当初考えましたが、同剤減量により発症した点が不審で家人に過去の状態をくわしく聞いてみましたところ、うつ病を考うさせる精神情緒の周期的変動のあったことが判明し、抗うつ剤の追加で軽快した現在までに4年の経過観察をしているが、抗うつ剤を中止すると不眠となるので維持量を長期服用中である。家人によれば性格は真面目で頑固であるとの事、年齢を考慮すると脳動脈硬化に伴ううつ状態とも考えられるが4年間に進行性が見られない点で鑑別可能と考えている。

2. 消化器症状を主訴とするうつ病 (仮面うつ病)

うつ病患者の示す身体症状は多彩であるが、中でも消化器症状を示す例の多いことが指摘されている。口渇、吐き気、腹痛、食欲不振、やせる、便秘、下痢等があるが、不眠を除いては精神、情緒面における障害は明確でないので臨床場では身体的疾患の除外診断に時間を

要する例が多い。或いは身体的疾患について各種検索の結果異常なしと診断され、通院必要なしと宣告された結果幾つかの病院を転々とする患者も少なくない。消化器薬が無効で、抗うつ剤が著効を示すことで確定診断となる場合も多い。

症例Ⅲ 頑固な腹痛を主訴とした患者、32歳男性、ガソリンスタンド勤務、過去に2回のアルコール過飲に起因する急性膵炎の診断による入院歴がある、頑固な腹痛、胸痛で入院、若い主治医により診療され各種身体的検索の結果、軽症の糖尿病と時々の尿アミラーゼの上昇が確認されたのみで特記すべき身体的異常はなく、一応既往歴を参照した慢性膵炎の診断で治療を行うも全く腹痛は軽快せず、3カ月をこえる入院加療にもかかわらず頑固に同症状を訴える状況が持続しました。抗精神薬、抗うつ剤の併用を試みるも効果なく、退院の上主治医交替とした。外来にて抗うつ剤（アミトリプチン）を増量し、他の薬剤を中止し、根気よくコンサルテーションを続けることにより約2年の経過で略治の状態となりました。

症例Ⅳ 持続する吐き気を主訴とした患者、21歳男性、大手スーパー店員、吐き気、唾液が多い、胃部重圧感を主訴に来院、各種身体的検査で全く異常を認めず、若い主治医は職場のストレスに起因する心身症の診断で種々の精神安定剤、抗うつ剤の処方を行うも6カ月間まったく症状の改善を認めることが出来ず主治医交替といたしました。アミトリプチン、*r*-オリザノールの併用に治療を変更し根気よく患者の訴えを支持した結果、更に6カ月の経過でようやく軽快しました。本例では既往歴にはうつ病を考えさせるものはなく、経過中も軽度の不眠以外は精神、感情の抑うつを考えさせる症状はなく、只吐き気が頑固に持続し、それに日内変動があること、消化器薬が全く無効である点が特異的でありました。いわゆる「仮面うつ病」の典型例と診断いたしました。

症例Ⅴ 食欲不振とやせを主訴とした患者、72歳男性、無職、5年前より年1回位食欲不振で当院受診胃X線検査等の身体的疾患診断のための諸検査を受けた上異常なしとして開業医に紹介されていたが、今回も食欲不振、やせ及び無気力で就寝ばかりしているとの主訴で来院、一応器質的疾患の除外診断の上、うつ病と診断して抗うつ剤のみの投与で次第に自覚症状の改善したので、開業医に詳しい検査経過所見を付して紹介したが、6カ月後に再び低栄養状態と脱水状態で再来した。外来で抗うつ剤を含む補液をおこない順調な回復を見ることが出来た。本例は現在も引続き外来で抗うつ剤による治療を継続しているが、開業医に再度紹介することは本人も希望しな

い、年齢から考えて脳動脈硬化症にともなううつ状態との鑑別診断は困難であるが、抗うつ剤が有効であり、進行しない点から仮面うつ病と診断している。

3. 消化器疾患がうつ病を基礎として惹起されるもの

病態は明確な消化器疾患であるが、その背景にうつ病が存在することを想定しなければならない患者は少なくない、これらの症例においては身体的疾患の治療が有効であるが完全に回復しない、或いは回復してもすぐに再発することが特徴で長期経過観察で診断確定にいたる。

症例VI 慢性アルコール性肝炎、43歳男性、家具販売店勤務、過去に3回当院にアルコール性肝障害の診断での入院歴があり、外来で治療を継続していたがアルコール飲用を完全に止めることが出来なく、最終的に精神病院アルコールセンターに禁酒の目的で入院しておりました。同センターに入院中はアルコールを全く飲んでいなく、肝機能も正常であるにもかかわらず食欲不振、吐き気、腹痛等の症状が出現し、同センター退院後再び当院を受診しました。試み抗うつ剤の服用せしめたところ著明に臨床症状が回復したので、再度詳しい病歴聞き取りを行ったところ、アルコール過飲のきっかけが不眠にあったことが判明し、基礎疾患がうつ病であったと考えられました。現在も通院中で抗うつ剤の使用でアルコールスムの再発はありません。厳密な意味では約8年前に私共が誤診していたと判定すべき症例であります。

4. うつ状態が合併しており、抗うつ薬が経過に良い効果を示すがうつ病と診断困難例

外傷後神経症等の診断で治療をうけているが、腹部症状(腹痛・下痢・食欲の極端の変化)等を合併してくる患者の中に器質的疾患の存在を諸検査の結果否定出来ても、自覚症状が持続することを頑固に訴えるものがある。各種精神安定剤の効果は不定で(同一処方)が時に有効、時には全く無効)ある場合に抗うつ剤の併用が自覚症状の軽減に非常に有効な例がある。神経症に伴ううつ状態と診断するには殆んど精神、情緒障害の症状を示すことがない点で特異と言わなければならない。しかし、仮面うつ病と診断するにはためらわざるを得ない症例もあることを指摘したい。症例は省略。

以上4つのカテゴリーに分けて筆者の経験した症例を提示したが、例示症例は診断治療上に特に問題を持ったもので、大部分の症例は診療にあたる医師がその疾患に

対する知識と視点を持つならば比較的簡単に診断され、治療にも良く反応する事実を追加して指摘する。

5. 内科診療におけるうつ状態をもつ患者の診断治療の問題点

A. 治療者の問題点

器質的疾患に対する分析的手法を重視する診断法のみを教育されて来た内科医(特に若い医師)においては、総合的観察を始めに患者の精神、情緒上の問題を含めて患者全体像を把握しようとする意識が低い、訴えがあっても身体的所見に乏しいあるいは身体的所見と分離した訴えのある患者の診断が困難であり、しばしば異常なしとして患者をつきはなしてしまう。うつ病或いはうつ状態にたいする理解不足に原因する本疾患と神経症との鑑別不十分及び抗うつ剤使用経験、知識の不足から治療に成功しない例が多くみられる。これは勤務医のみならず、多くの開業医においても同様で、患者を病院から開業医に診断確定の上で紹介してもしばしば維持療法に失敗して病院に戻ってくる。

B. 診断治療環境の問題点

現行の病院診療体制及び健康保険制度のもとでは、一般的に外来での診断・治療に充分の時間を割くことが出来ない状況がある。このような状況下ではうつ病或いはうつ状態患者の診療に必須である充分な問診やコンサルテーションを行うには多くの困難があり、改善の必要があることを指摘したい。

一般病院における精神科専門医のコンサルテーション機能及び他科医師に対する教育機能は医師充足が不十分であること、及びいわゆるリエゾン精神医学的視点の不十分に起因すると考えられるが、不足であり、上記問題の解決を一層困難としている。

参考文献

- 1) 筒井末春: 仮面デプレッションのすべて(最新医学文庫12), 新興医学出版, 東京, 昭和57年。
- 2) 笠原 嘉, 小此木啓吾, 他: うつ病(内科セミナー PN 6), 永井書店, 東京, 昭和57年。
- 3) 飯田真編集解説: 燥うつ病(現代のエスプリ No. 88), 至文堂, 東京, 昭和49年。
- 4) P. Kielholz, M.D.: 仮面うつ病の診断と治療, デプレッションセミナー講演内容集, JCPTD/チバガイギー, 1982年。
- 5) 塚田浩治: 神経症と心身症の概念について(シンポジウム・各科領域における神経症及び心身症),

新潟医学会雑誌, 第99巻, 第1号, 1: 昭和60年1月.

- 6) 中川哲也: 消化器疾患と心身症(“消化器疾患”その指導・管理の実践), 治療, Vol 64, No. 7, 7: 1982年.
- 7) 大森健一: 高齢者のうつ病, 医学のあゆみ, 第136巻・第11号, 845: 昭和61年.
- 8) 広瀬徹也: うつ病の昨今——その概念と病像の変遷——, 医学のあゆみ, 第136巻・第6号, 416: 昭和61年2月.

司会 貴重な興味深い症例を提示下さい, どうも有難うございました. また, 内科医の立場からの精神科医に対する注文や, 現在の医療に対しての批判などもございまして, 示唆の多い御発表でした. 何か御意見ご質問ございましたら, はい, どうぞ.

広川 広川と申します. 外科をやっています. 私は臨床ですから, 食欲不振が患者さんの自覚症状である場合に, 患者さんが言ったことが, すぐ事実なのかどうか. たとえば, 患者さんは希望を言っているのか. こうしたことからこういうふうに, たとえば, 食欲不振の話ですが, これだけ食べたいのに, 食べられなかったというのを食欲不振と言うのか, その点についてどうお考えになりますか.

木村 入院患者ですと, 患者の訴えの内容, 事実と違うことは, 簡単にわかるわけですが, 外来診療ではうまくつかめません. しかし, 今までに50例ぐらいの食欲不振を中心とした, masked-depression の患者さんをみていますが, 大部分が体重減少をしていますので, やはり, 実際の食事摂取量が減っているのだと考えています. “うつ”の診断上の観点からは, むしろやせてなければ, 内科医も気がつくわけですが, 実際にやせが来ると, 我々内科医の頭は, 器質的な疾患を追っかける形になる点が問題と考えます.

広川 よく発表を聞きますと, 統計をとりますと, 食欲がある, 食欲がないというふうに, いわゆる二進法的の表現がありますけど, しかし, よく考えてみますと, その食欲があると言っても, たとえば, ぜんぜん食べられなかった人が, 1はち2はち食べても, 患者さんにとって食欲がありますね. その点はどういうふうに考えますか.

木村 その答えになるかどうかわかりませんが, 私が発表の中で触れましたように, 今の内科医の一番大きな問題は, 器質的な疾患を診断のための色々な分析の手法に基づくプログラムが, 頭の中にたたきこまれている

点であると私は考えています. うつ病の診断には, 患者の訴えを分析していくより, 総合的に判断していくことが主要と考えますが, それが得意なので, 若い医者がみても, もてあました患者が私の所へ来ているわけです. たとえば, 食欲がないと訴えているが, それに対応する organic な変化がないということでもまわされて来るのです. したがって, 分析的なプロセスは最初に行われており, その分析的なプロセスで診断に到達できなかった患者について, 私が総合的な判断を最後にするといううつ病診断としては, 変則的な形になっているのが現実であります.

広川 どうもありがとうございます.

司会 他にご意見ございませんか.

須賀 小さな病院で内科外来に混じってやっているのですが, うつ病の患者に対しては, もっと積極的に, あなたはうつ病であるというふうに宣言してやっています. 患者にうつ病の自覚をもたせた方が, 割と休息もとれますし, その方がいいという印象をもっているのですけれども, その辺どうお考えになりますか.

木村 先生のおっしゃるとおりだと思います. ただ問題は, それを本人に理解させるに必要な時間でありまして, 3分間に1人の割合で外来患者を診ていますので, とても最初にそれはできません. ですから, 抗うつ剤を処方し, 経過を見ておる間に, 患者が抗うつ剤の有効であることを具体的に判った時点で, こうだと説明するとよく理解してもらえるのでそのようにやっています. 本当は先生の言われるとおり, やるべきだと思いますが, 現実にはなかなかできません.

司会 他に, どうぞ.

青木 他覚的にそれは, routine の検査で, おっしゃっておられるのだらうと思います. 私もやはり外来や入院患者で, 同じケースがたくさんありますので, アプローチの仕方を変えていきます. たとえば, 私の専門の免疫学的なアプローチでやっていると, どこかに他覚的な所見が出てくる. それを改善していくと, 治っていく. そうしますと, 先生が, おっしゃるように, 精神的な面だけで考えるというよりももっと他覚的な criteria に注目することができるのではないかと. その点, 先生の方では, まだ系統的に検索をなさっておられないで, routine だけの検査結果で, ものを言っておられる. その辺が, ちょっと私には…….

木村 外来では, 先生の指摘のとおり面があると思います. ただ問題は, 外来で診断しきれず, 入院の上, 免疫学的検査を含めて, さらに細いチェックをしても,

分析的なプロセスでは、総合的な病態の把握ができなくなる症例があるわけです。私は、消化器医者でありますから、消化器症状をもっている患者さんを、最初から精神科的・心身科的アプローチをしているわけではないのです。私共の病院の中では、特に若い先生が、身体的疾患を目標とした routine の分析をやって判断しきれない例を私の所にまわしてくるというプロセスをとっている立場で申し上げているのです。内科全体として、あるいは、消化器科全体として、すべての症例にそういうプロセスをやっているわけではないのです。

青木 外来、入院とか関係なく、私どもは外来でも、check して、pick up できますので、もう少し、広い意味での検査所見を検討して頂きたいと思います。

木村 どうも有難うございました。

司会 他に、市民病院で御一緒にお勤めになっている伊藤先生、何か、いかがでしょうか。

伊藤 うつ病の身体症状には、もちろん抗うつ剤が、効果を発揮するわけですが、痛み、単なる身体疾患の痛みに対しても、抗うつ剤は、単なる身体疾患の痛みに対しても、抗うつ剤は、効果を発揮するので、その点についての鑑別を慎重にやらなければならないと思います。そして、私達は、一応、精神科医ですから、こられたうつ病の患者さんは、大体わかるのですが、逆にうつ病様

の症状でこられた患者さんの身体的な面を check していますと、異常が発見されることも多いのです。

木村 おっしゃる通りだと思います。今日は、省略しておりますが、大部分の例は、routine の治療を、経過した上で、問題になったもので、御指摘のように、anti-depressant は、色々な使い方が出来ると考えています。しかし、内科医が、anti-depressant を first choice として、痛みを使うということは、まずないのであって、今日の症例もそう考えていただきたいと思います。

司会 私は、今、うかがっていて、先生がたとえば、うつ状態の患者さんが同じことを何回もがんこにくり返したり、否定的な答えが、別の表現で返ってくるということをおっしゃいましたが、その辺の所は、特に精神科医の臨床体験と共通するように思いました。それを先生の臨場的な感性でつかまえていらっしゃるのかなと思って感心したわけです。いずれにせよ、特に精神科医も一緒に協力して、先生がご発表になったような患者さんに対しても、手を尽くしていかなければならないと思っています。また、先生のお話から、先生の精神療法家としての一面を知ることができ、敬服した次第です。以上が私の印象です。

木村 どうも有難うございました。

司会 どうも有難うございました。

4) 逃避型うつ病の概念について

新潟大学精神科 佐藤 哲哉

1. 逃避型うつ病の概念について

戦後日独を中心に盛んに行なわれた精神病の発病状況論は、うつ病に親和的なメランコリー型性格²⁴⁾を記載してきた。それは、几帳面、秩序愛、対他配慮¹³⁾などを本質とする性格であるが、最近では、几帳面等の性格特徴の背後にある「権威への幻想的な一体化」⁹⁾「他者に認められようとする異常な欲求」¹⁸⁾など社会的役割に過度に一体化している面の記述に重点がある。また、これと同様の性格は英米圏²⁾ 4) 5) 23)にも広く記載がある。

一方、メランコリー型性格とは異なり、社会的に少なからずひきこもり傾向を示すうつ病が最近報告されている。広瀬⁸⁾は、男性のエリートサラリーマンに見られる、抑制を主たる病像とし、蒸発など逃避的色彩を認めるうつ病を逃避型うつ病と呼んでいる。同様のうつ病の報告

は、笠原¹⁴⁾、西園²⁰⁾、Easson⁶⁾、Anthoey¹⁾、などにある。逃避型うつ病の位置づけに関する諸家の意見は一致している。すなわち、メランコリー型性格やアパシーシンドローム(笠原)¹⁷⁾と共通の根をもつこと、そしてそれらの中間に逃避型うつ病は位置することが言われている^{7) 8) 15)}。これらは、うつ病の慢性化などの臨床的な観察¹⁰⁾にもとずいた知見である。

以下では、逃避型うつ病の臨床的特徴を、メランコリー型性格やアパシーシンドロームとの比較を通じ、発達史的側面から浮彫りにしてみたい。

2. 症 例

29才の銀行員(症例1)と33才の新聞記者(症例2)。いずれも男性である(詳細省略)。