

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<sup>24)</sup>を記載してきた。それは、几帳面、秩序愛、対他配慮<sup>13)</sup>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」<sup>9)</sup>「他者に認められようとする異常な欲求」<sup>18)</sup>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<sup>2)</sup> 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<sup>8)</sup>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<sup>14)</sup>、西園<sup>20)</sup>、Easson<sup>6)</sup>、Anthoey<sup>1)</sup>、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)<sup>17)</sup>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<sup>7) 8) 15)</sup>。これらは、うつ病の慢性化などの臨床的な観察<sup>10)</sup>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)。

### 3. 症例の臨床的特徴

(1) 病前性格：仕事の面ではそつがなく、ミスがないようにこなすが、メラコリー型のような几帳面さや仕事への過度な程の忠実さはみられない。むしろ、多趣味ですらある。会社の上司などに、仕事の面で多少とも期待されるが、本当のところはなかなか仕事に生きがいを見い出せない。

対人関係上は、「やさしい、人思い」との評価があるものの、それはメラコリー型の対他配慮性とは異なっている。症例の対人関係をよく見ると、「やさしさ」は自分が優位にたてる関係においてのみ見い出される。男性の同僚との交流は余り深まらない。ただ女性の同僚とは、容易につきあえる傾向がある。

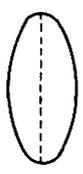
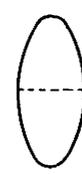
以上の特徴を、社会的な規範や役割に対する関わり方の点から整理しておく。一方では社会的規範に対して心理的に距離をおく所があるが、他方ではそれに対し体面を保とうとするなど決して無関係ではいられない。しかし、社会規範に体面を保ったり、あるいはそれへと一体化しようとする努力は、社会的規範に従属して1つ1つ学んでいく姿勢に欠け、同僚などに対し一気に優位に立とうとする志向が窺える。これに対応して、個人的な生活空間が症例にとって重要な位置を占めている。自分が優位にたてる対人関係、女性との付き合い、得意な趣味などがそれである。

これらの記述で症例の病前性格とメラコリー型性格との相違は明白と思う。メラコリー型性格は、社会的役割に対し過剰な程に従属し、その任務に忠実である。彼らは、過度に几帳面であり、現実的で生活の中に夢を見たり、余暇を楽しむことができない。

(2) 発病状況：症例1では仕事の変化、再就職が、症例2では、離婚訴訟がもち上がったことが契機となっている。上述した病前性格との関連からいえば、社会的規範への従属が周囲から望まれ、本人もそれに対し無関心でいられず、自己の優位性を保ちながら社会的役割への一体化をはかろうとするが、これは幻想でしかなく、地味な仕事への配置換えなど、この幻想性に本人が気づかざるを得ない時発病に陥っている。また発病前、症例の生活空間の中で重要な位置を占めていた個人的で自分が優位にたてる生活空間が狭隘化していることも発病にとって重要な要因をなしていると思われる。

ここでも症例とメラコリー型との相違は明白であろう。メラコリー型では社会的役割に過度に一体化しており、発病の危機は、それまで一体化してきた社会的な

表1 文献16)より引用

模 図		
名 称	縦割り型分割 (あるいは右半身-左半身型)	横割り型分割 (あるいは上半身-下半身型)
二重性の様 態	㊸と㊹の同時存在	㊸と㊹の交代存在
機 制	否認、無視	抑 圧
好発状態	境界例、軽症分裂病	ヒステリー

役割が無効となり、それからひき離される状況、役割の喪失状況と捉えられる。

(3) 病像：症例1で明瞭にみられた遁走ないし蒸発の性格について述べる。メラコリー型におけるうつ病性遁走では明瞭な意識の解離が認められ、意識は失われることが多い。一方症例1では解離はほとんど存在しなかった。笠原<sup>16)</sup>の言い方を借りれば、メラコリー型のうつ病遁走が「横割型スプリット」であるのに対し、われわれの症例は「縦割型スプリット」であるといえる(表1)。遁走は、ヒステリー機制との関連で述べられることが多い。メラコリー型のうつ病遁走も症例の遁走もヒステリー機制のあらわれと考えられるが、両者のヒステリー機制の質に相違が認められるのである。

### 4. 症例の発達史的分析

#### (1) メラコリー型の発達史

飯田<sup>11)12)</sup>は、メラコリー型の発達史について次のように述べている。彼らは、体制や伝統の維持あるいは復興が強く要請され、父性的権威の存在する家庭に育つ。彼らと両親との関係は稀薄であり、十分な依存は得られず、彼らは家庭内の権威に従属し一体化することにより「よい子」として成長する。社会的自立にあたって彼らには家庭内の権威の人物の期待に応えることへの両面的葛藤が生じるが、結局彼らは権威としての父を内的に摂取して幻想的自立をはかる。そして、このような社会的自立を契機に、几帳面、対他的配慮といったメラコリー型の特徴が顕在化してくる。彼らの発達史は、「服従と保護が一体となった原理」、父性原理への一体化によ

て買われていると考えられる。

### (2) 逃避型うつ病の発達史

症例の家族に特徴的な点の1つは、母と患者の濃厚な結びつきである。症例1の母の、入院中の患者をかばうかのような態度、症例2の母の患者入院後に見られた抑うつ反応がそれを示している。一方、父との対象関係は稀薄である。症例の家族には、小此木<sup>22)</sup>が戦後のわが国の核家族の特徴として述べている所、つまり家父長的権威の失墜、母と子の濃厚な結びつき、父母の連合の弛緩と世代境界の不明明化などが大体あてはまる。

しかし、症例の家族には、これらの点以上の特徴も存在している。それは、メランコリー型で見たような権威としての父、あるいは父性原理を、内的に摂取する形とは異なる形で、父が同一化の目標となるような父子関係である。つまり、父に従属し一方では保護されつつ、1つ1つ父から学ぶことなしに、濃厚な母子関係に基ずいた受身的な万能感を背景に、一気に父のようになり、父をしのごうといった意味で父が目標とされるのである。この逃避型うつ病の家族に見られる父子関係は、家庭に父がいるということの核心部分が抜け落ちた、形骸化し

た父性像といえる。

社会的自立にさしかかった頃の父性像について、症例1は「父は尊敬しているが、自分は父とは別の仕方では父をしのごうと思った」と、症例2は「バカにしていたけど無視できなかつた」と語っている。これらは上の形骸化した父性像をよく示しているといえよう。

社会的自立にあたり、彼らは社会的対人的関係に母子関係を彷彿とさせる受身的な万能感を持ちこもうとしているかのようなのである。それへと従属を強いられる社会規範は心理的に遠ざけられ、女性の同僚や自分が優位にたてる友人とは強く結びつく。しかし彼は社会的に対面を保つことを忘れなかつたし、自己の優位性を保ちながらも社会規範へと一体化しようと試みてもいる。ここに、彼の家族における形骸化した目標としての父性像の影を見ることは容易であろう。そしてうつ病発病状況は、自己の優位性を保ちながら、社会規範へと一体化をはかる途上での受身的な万能感の深刻な挫折と把えることができる。

これまで、メランコリー型と比較をしながら、逃避型うつ病の臨床的特徴と発達史を述べてきた。以下ではそ

表 2

	メランコリー型	逃避型うつ病	アバシーシンドローム
家族の特徴	父性的権威への服従 明瞭な世代境界  良い子として育つ	濃厚な母と子の結びつき 形骸化した父性  良い子として育つ	濃厚な母と子の結びつき 形骸化した父性は存在しない 同一化の対象として 強すぎる父の場合 弱すぎる父の場合  良い子として育つ
社会的自立	それまでの家庭内権威から 離脱する意味で危機	母子の結びつきに支えられた 受身的万能感が傷つけられる という意味で危機	
病前性格	幼時からの権威への服従と いうあり方を再確認し、 社会的役割に過度に 一体化する	万能感を保つために 本業以外の生活空間を重視 形骸化した父性に促がされ、 自己の優位を保ちながら 社会的役割と一体化する	万能感を保つためにもっぱら 本業からはひきこもる
うつ病発病状況	権威からひき離される状況	本業への一体化にもとづく 万能感の破綻	
発症年齢	40才代	30才前後	20才前後
治療関係	主従の関係になりやすい	一見、治療者をうけ入れる かのように見えるが表面的 という印象が強い	母性的雰囲気配慮すると つきやすい

の特徴をさらに浮彫りにするために、アパシーシンドロームの発達史と病態を示しておく。家族の特徴としては、まず母親との濃厚な結びつきをあげることができる。一方、父親の患者への関係には、患者に対して母性的にしか関わることができない場合と、比較的威厳のある父性像を呈する場合の2つがある。いずれの場合も、社会的自立に際し、父親がそのモデルになることはない。前者の場合には、父親像は全くふり返られることがなく、後者の場合には、父親の生き方は自分にはできないものとしてはじめから放棄されている。逃避型うつ病とは、濃厚な母子関係の点が共通であるが、形骸化した父性像の存在しない所が異なっている。病態にもこのような発達史の相違が反映している。逃避型うつ病のように自己の優位性と対面を保ちながらも社会に参画するという面はみられず、社会からはひきこもる一方となる(表2)。

## 5. おわりに

以上、逃避型うつ病の特徴をそれと同一の基底をもつことが推定されるメランコリー型性格、アパシーシンドロームとの比較を通じ、主として発達史の側面から述べてきた。これら三者の相違は、さらに社会変化との関連や最近明らかにされつつある成人の発達段階<sup>19)</sup>との関連から補足される必要がある。

最後にわれわれの分析から得られた所見の中で指摘しておきたいことは、精神分析学<sup>21)</sup>では、うつ病は口唇愛の病理として扱えられることが一般であるのに対し、逃避型うつ病ではむしろエジプス葛藤が明瞭なことである。これは、一部の学者<sup>1)3)</sup>のいう、うつ病の中にはエジプス葛藤の目立つものがあると指摘を裏付けたことになろう。

## 参考文献

- 1) Anthony, E.J.: Two contrasting types of adolescent depression and their treatment. *J. American Psycho-Anal. Ass.* 18: 841~859, 1970.
- 2) Arieti, S.: Affective Disorders. In. *American Handbook of Psychiatry 2nd Edition vol. III* p. 449~490. (ed) S. Arieti Basic Books New York 1974.
- 3) Brenner, C.: Depression, anxiety and affect theory. *Int. J. Psycho-Anal.*, 55: 24~32, 1974.
- 4) Chodoff, P.: The depressive personality. *Arch. Gen. Psychiat.*, 27: 666~673, 1972.
- 5) Cohen, M.B., Baker, G. et al.: An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis. *Psychiatry* 17: 103~138, 1954.
- 6) Easson, W.M.: Depression in Adolescence. In. *Adolescent Psychiatry vol. 5* p. 257~275. (ed) Feinstein, S.C., Giovacchini, P., Aronson, New York, 1977.
- 7) 舟橋龍彦: 「精神病理懇話会 '84」における発表, 1984.
- 8) 広瀬徹也: 「逃避型抑うつ」について, 宮本忠雄編『躁うつ病の精神病理 2』61~86, 弘文堂, 東京, 1977.
- 9) 飯田 真: 躁うつ病の状況論の現況と今後の課題, *精神経誌*, 75: 274, 1973.
- 10) 飯田 真: 躁うつ病の状況論再説, *臨床精神医学*, 7: 1035~1046, 1978.
- 11) 飯田 真: 精神医学論文集, p. 157~162, 金剛出版, 東京, 1978.
- 12) 飯田 真: メランコリー型の発達史論——うつ病双生児の不一致症例——飯田真編『躁うつ病の精神病理 3』弘文堂, 東京, 1979.
- 13) 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』1~29, 弘文堂, 東京, 1976.
- 14) 笠原 嘉, 大井正巳: ティーンエイジャーのうつ病, 宮本忠雄編『躁うつ病の精神病理 2』129~152, 弘文堂, 東京, 1977.
- 15) 笠原 嘉: アパシーシンドロームをめぐる, *精神医学*, 21: 585~591, 1979.
- 16) 笠原 嘉: 境界例の概念をめぐる, 「精神分析研究」, 27: 1~5, 1983.
- 17) 笠原 嘉: 現代の神経症——とくに神経症性 apathy (仮称) について, *臨床精神医学*, 2: 153~162, 1976.
- 18) Kras, A.: Sozialverhalten and Psychose Manisch-Depressiver-Eine existenz- and rollenanalytische Untersuchung. Ferdinand Enke, stuttgart, 1977.
- 19) Levinson, D.J. et al.: The seasons of a man's life. The sterling Lord, New York, 1978.
- 20) 西園昌久: 思春期のうつ病, 精神分析の理論と実際, 精神病編, p. 285~294, 金剛出版, 1976.

- 21) 西園昌久: 精神分析理論, 飯田真編『躁うつ病』531~544, 国際医者出版, 東京, 1983.
- 22) 小此木啓吾: 家族精神医学の立場から, 社会精神医学, 7: 179~182, 1984.
- 23) 佐藤哲哉, 他: 躁うつ病の比較病前性格論, 臨床精神医学, 13: 1039~1047, 1984.
- 24) Tellenbach, H.: *Melancholie*. 3te Auflage, Springer Berlin. Heidelberg, 1976.

司会 どうも有難うございました。何かご質問とか、ご意見ございましたら、承りますが、

司会 私は、メランコリー型とアパシーを比較しながら、逃避型うつ病の病理を浮き彫りにした点で興味深く思いました。それでは、どうも有難うございました。つづきまして松井先生、お願いいたします。

## 5) うつ病診断における生物学的マーカーについて

新潟大学精神医学教室 松井 望・不破野誠一  
伊藤 陽

うつ病の基礎に生物学的要因が存在することは、例えば発病率の人種を越えての類似性、好発年齢の存在、一卵性双生児での高い一致率、臨床症状における日内変動の存在などの諸特性から明らかと考えられる。神経化学的、薬理学的研究の進歩によりうつ病の病因を説明する有望な理論としてアミン仮説が提唱されているが、今のところうつ病の本態を解明するまでには至っていない<sup>3)</sup>。また日常臨床におけるうつ病の診断は、まだ精神症状と経過に依存しており、生物学的、身体的検査による診断法は確立していない。

従って生物学的マーカーの有無を明らかにする研究は、うつ病の本態解明のみならず有力な診断法をもたらすものとして期待され、現在様々な方法でアプローチが行われている<sup>3)7)</sup>。表1に現在生物学的マーカーとしての可能性を有する代表的所見を示した。

今回は、このうつ病における生物学的マーカーについ

表1 うつ病における主な生物学的マーカー

- 
- I. 神経内分泌学的所見
- 1) デキサメサゾン抑制試験 (DST) の非抑制
  - 2) TRH負荷試験におけるTSH反応の異常
- II. 神経化学的所見
- 1) 血小板MAO活性の低下
  - 2) 尿中MHPGの低下
- III. 神経生理学的所見
- 1) 睡眠脳波におけるREM睡眠の異常
- IV. 遺伝学的所見
- 1) HLAハプロタイプとの関連
- 

ての研究の現状と当教室における研究結果について述べてみたい。

### I. デキサメサゾン抑制試験 (DST) について

#### 1. DSTの概要

視床下部一下垂体—副腎皮質系 (HPA系) は、うつ病の病態生理に関与すると思われる各内分泌系のうち最も早くから研究が進められ、コルチゾール分泌の増加と概日リズムの変化などの異常が指摘されていた<sup>7)</sup>。

Carroll (1968年) が Cushing 病の診断に用いられていた DST をうつ病に行い、コルチゾールの抑制が不十分であることを見出して<sup>1)</sup>以来多くの研究者の注目を集めている。

DST の実際の方法としては、午後11時にデキサメサゾン 1mg を経口投与し、翌日の午前8時、午後4時、11時の計3回採血し、血中コルチゾール値を測定する。DST の非抑制の判定基準としてはデキサメサゾン投与後の血中コルチゾール値が1回でも 5 $\mu$ g/dl を越えるものとするが、施設によりコルチゾールの測定方法の相違があるので各施設ごとに最も適切な値を検討すべきだとされている<sup>6)</sup>。

実際にこの標準化された方法で DST を行うと、正常健康者の約4%、うつ病以外の精神疾患では約5%に非抑制が見られる<sup>7)</sup>。Carroll らの精神疾患400名を対象とした研究によれば<sup>1)</sup>、DST 非抑制の内因性うつ病における sensitivity (true-positive の率) は43%、specificity (true-negative の率) は96%である。すなわち DST が陽性 (非抑制) という所見により96%の確率で