

特集 抑うつ症候群の形成機序と疾病分類問題

「内因性うつ病」という疾患理念型をめぐって

松浪 克文

“うつ病”という精神疾患は脳のシステム全体の不連続な変化を基礎にしているということを前提に「うつ病の中核群」を想定すると、中核群と非中核群の症状は質的に異なるものであると推測することは妥当であろう。筆者はこの「うつ病の中核群」はほぼ従来の診断学で「内因性うつ病」と呼ばれてきた病態に相当するものと考え、内因性うつ病の診断には、英語圏の診断学では重要視されていない「了解不能」という判断が不可欠である。とくに、内因性うつ病の抑うつ気分は、喜怒哀楽の感情体験の制止とも考えられる了解不能な症状であり、DSM診断学における「快楽の喪失」という診断基準は内因性うつ病以外の病態を含めてしまうことになる点で中核群を絞り込むためには不十分な規定である。また、発症経緯についての素朴心理学的な心因的解釈が妥当なうつ状態は内因性うつ病とは言えないことは、近年重要視されていないように見える。たとえば、わが国では近年、“新型うつ病”なる呼称のもとにうつ病が論じられているが、この病態に対して多くの臨床家が心因論的解釈を行っていることは、この病態が内因性うつ病とは異なる反応性ないし神経症性の性質をもつことを示唆している。躁うつ病に関して、経験主義的には純粋な躁病（単極性躁病）の存在は承認されていないので、事実上、躁極は存在しないと考えるのが得ない。したがって、躁うつ病の構成要素としては、うつ病極と躁病成分があると考えるのが妥当である。また、従来、内因性うつ病は「躁うつ病のうつ病」と認識されてきたこと、内因性うつ病は常に躁転の可能性を有するものと考えられてきたこと、単極性・双極性の遺伝継承パターンは必ずしも自然な疾患単位の遺伝継承を表すものと解釈できるわけではないこと、などの点は、内因性うつ病を単極性、双極性に峻別することが常に可能だと考えるのは必ずしも妥当ではない、ということを示唆している。筆者は、躁うつ病ないし双極性障害の罹患準備者が、結果として、単極性うつ病を呈するのは、病前に培われてきた特有の強迫性を有する人格構造が当面の躁の準備性の表現を抑制するからではないか、と推論しており、この意味からも病前性格概念の意義は大きいものと思われる。これらの推論から、自然な疾患実態としては、躁うつ病が存在し、その表現型としては、単極性、双極性がありうる、と考えるのが臨床の現実と合致するものと思われる。

<索引用語：内因性うつ病，了解，カテゴリーとディメンジョン，新型うつ病，人格の強迫性>

はじめに

診断学や症状学的定義についての諸議論はあるにしても、これまでわが国でうつ病、うつ状態などと呼ばれてきた一群の精神病態（“うつ病”と表記する）について、少なくとも、以下の諸点は多くの臨床家に共有されているものと思われる。① “うつ病”と呼ばれる精神疾患の群が実在する。② その基礎には、脳のシステム全体の不連続な変化

が存在する。③ “うつ病”は、脳システムの不連続な変化をきたしていない類似状態とは異なる現象である、の3点である。本稿では、現時点で明示的定義は困難であるにしても臨床実践ではほぼ確実に想定しうると思われる、このような“うつ病”を「うつ病中核群」と呼び、それが疾患実態として存在することを前提としている。問題の核心はこの「うつ病中核群」と「内因性うつ病」が

指示する病像,そして双極性障害との関係である。

実践的に考えて,現在行われている「内因性うつ病」という言葉の用法には,①成因論的含意,②症状論的含意があるものと思われる。成因論的含意とは,身体的原因(外因),心理的原因(心因)を特定できない,ということである。これは立場の異なる多くの臨床家が経験してきた事実的命題であって,観察視点,用語法などの相違が争点になりうる認識論的問題圏にはないものと思われる。しかし,後に論じるように,現代では外因や内因という語の内包およびその用法が微妙に変化しつつあり,疾患の理解に対して微妙な影響を与えている。第2の,症状論的含意とは原因不明の病理的精神現象には特徴的な性質がある,ということである。現代では,この特徴が実証的には把握できないという理由で問題視されている(ただし,厳密に考えれば,外因や心因の排除は症状論的な特徴としても採用されているので,今述べた二種の含意は互いに独立に規定されうるわけではない)。

I. 「内因性うつ病」という用語の成因論的含意

1. 外因性の除外について

診断学,症状学の実践的レベルでの「外因」とは,まず,クレペリンの時代に想定されていた感染症や中毒などの身体疾患,つまり“素朴”な精神外的要因のことである^{5,15)}。周知のように,現代では抗NMDA受容体抗体脳炎のように精神病像の生起に関与する新たな「外因」性の基礎が想定される例⁶⁾や,内因性うつ病の臨床像に無症候性脳梗塞のような外因性要因の関与が推測される例²⁸⁾のように,精神疾患の発症をめぐる身体的な要因の把握が従来よりはるかに精密になってきてはいる。しかし,そのことは臨床的な外因性概念に大きな影響は与えていない。実際,今日でも,外因性疾患と判断する根拠はマクロなレベルの精神外的要素が精神症状と継時的に接続していること,その接続のパターンが恒常的に認められることだけであり,「外因」の因果性についての推論自体はクレペリンの時代と変わらない。つまり,あ

る一定の法則のもとに演繹的に推論されているわけではない。この視点を維持していないと,成因についての議論に微妙な齟齬が生まれてしまう。

というのは,抗うつ剤の進歩のもと,昨今ではセロトニン仮説などのように,身体の微視的構造レベルの異常がうつ病の「原因」であるかのような言説が行われることがあり,このことが臨床現場での疾患理解に微妙な影響を与えている可能性があるからである。臨床現場で,神経伝達物質の不足-過剰などのストーリーによって描かれる明快なmedical modelがうつ病の理解に用いられていることは,そのモデルの近似的説明力という点で暫定的に許容されうるだろう。しかし,この描像があまりに徹底され,いわば外因性が広義に解釈されて,内因性疾患は実質的に物質的原因によって起こると断定するような言説を許容することは避ける方がよいだろう。というのは,微視的構造レベルでの事態と,臨床的に(マクロ的に)把握される病態との連結はいまだ,実現しているとは言えないからである⁷⁾。すなわち,具体的な症状行動の生起を微視的構造レベルの精神外的要因によって大きな矛盾なく説明できるわけではない。

とすれば,外因性の異常を有しない異常な精神状態が厳然として存在するという見解は許容されざるを得ないであろう。

2. 心因性の除外について

うつ病と呼ばれる病態に心因が見いだせないということは,19世紀以降の近代的理性のもとで,狂気の把握に変革をもたらした20世紀初頭に「了解不能」概念を要請した⁸⁾。筆者はその後100年以上を経た現代でもなお,「了解」概念が臨床的,症状学的に重要な意義を有しており,後述するように,内因性うつ病の診断には「了解可能」かどうか,という判断が欠かせないと考えている。しかし,現行の国際的診断基準などではこの概念が重要視されてはいない。一部の例外を除いて³⁾,少なくとも英語圏の研究でこの概念が取り上げられることは非常に少なく,この概念への的確な批判

さえ明確に行われてはいないものと思われる。この傾向は周知のように、行動主義的視点の隆盛と歩みをともしている。客観的に「観察可能」な事柄だけに依拠することを謳う実証主義の視点からは、「了解」概念は恣意的だという判定をされるのであろう。また、「了解」概念を生み出した現象学という学問の視点自体が、今日的な実証的科学的視点と相容れないのかもしれない。英語圏では phenomenology という言葉は実用的な、忠実な事実記述の方法、あるいはその結果というほどの意味で用いられているようであり、フッサールらによって彫琢されてきた現象学のパースペクティブあるいは、「現象」概念についてのヨーロッパにおける歴史が顧みられることはない。

しかし、臨床的には、「了解不能」な精神現象は決して、欧米圏での等閑視に十分な理由を与えるほど、曖昧なものではないと思われる。「了解不能」の判断は、生活者にとって日常の意味連関から「異質」なものを感じ得る、驚きの体験であって、平均的な個人が人生においてそれほど頻繁には遭遇することのないような異質性の体験である。この異質性の判断は生活行動を成り立たせている合理的推論の限界を超えているという判断であり、原理的に、個人の感受性に依存して成立するものではなく、何人も意図して避けられはしない性質のものである。そして、この了解の限界を超えるような精神現象の質的变化が、脳システム全体の不連続な変化と対応しているという想定には、明確に反論できる有力な診断仮説はないものと思われる。このことは、心因性疾患の生物学的基底（臨床的な推論上、当然、想定されうる）は、内因性疾患の生物学的基底とは質的に異なるものだと考えなければならないことも示唆している。

II. 「内因性うつ病」の症状論的含意

「内因性うつ病」は外因性、心因性の「うつ状態」とは質的に異なる症状学的特徴を有する精神現象を有する、とされてきた。しかし、そのような「内因性」症状の特徴は reliability が非常に低く^{9~11)}、経験主義的に確認されないと広く認識さ

れている。しかし、精神現象に関しては、経験主義的に記述できないという事実が「内因性症状」の特徴が実在するという命題の明確な反証となつてはいないことに留意するべきである。というのは、そもそも、現在のところ、「内因性症状の特徴が存在すれば、それは必ず経験主義的に記述できる」とは言えないからである。現代の内因性の特徴の実在を否定できるのは、論理的には、この（必ず記述できるという）非常に強い要請を前提にした場合だけであることを考慮に入れなければならない。また、反証となるべき所見を得るための方法である行動主義的観察視点でさえ、ある程度の解釈を含んだ記述とならざるを得ないことも強く認識されているべきである。つまり、たとえ行動主義的記述が現時点で望めるもっとも客観的な事実把握の方法であることを認めた場合でもなお、理論的には、差異を記述できなかったという理由で、当の精神現象が存在しない、と強く主張することはできない。

簡潔に述べるならば、「うつ病」症状が内因性であることを示すもっとも重要な特徴は、端的に、静的にも、発生的にも了解不能であるという点にある^{17,23)}。静的了解不能性については、生氣的悲哀感や生氣的制止としてその特徴が論じられてきた。とくに、生氣的悲哀感¹²⁾は基本的には、喜怒哀楽の感情の制止という事態であって、DSMの診断基準に採用された「快樂の喪失」¹²⁾ということだけでは把握できないことに注意したい。また、発生的了解不能性については、うつ病に罹患していく過程で、職場では同僚や上司、家庭では配偶者などが、本人の言動、表情、ふるまい、考え方、感じ方にそれまで親しんできた人々にとって、本人らしさがなくなり人柄が変わってしまったというようないわば「驚き」のような感覚があることに端的に表されている。ただし、このような了解不能という判断には、いわば自然法というよりも実定法のような性質があり、民族、文化によって多少の差異があることは否めないだろう。

現在のうつ病論の混乱は、この了解概念が維持されていないことに一因があるのではないだろう

か。たとえば、現在、話題になることの多い“新型うつ病”は、「内因性うつ病」のような、了解不能性を備えた病態であるとは思えない。そもそも、この概念を用いる人たち自身が、この病態に対してさまざまに（しばしば個人の日常経験からの類推のような、専門性の低い）心理解釈を試みることが多く、このことは反応性、あるいは神経症性の性質を示唆している。

Ⅲ. 「内因性うつ病」概念への批判

1. demarcation problem

「内因性うつ病」概念への批判は主に、内因性の症状が非特異的であるという疑念をめぐって行われてきた。内因性のうつ病と、神経症性のうつ状態では、症状についての経験主義的データの上で、有意な差異を見いだせないという主張⁶⁾は1930年代から行われ、近年の英語圏の研究者ではこの連続説がほぼ支配的な見方である。内因性と神経症性のうつ状態の境界が明確に設定されるべきだという問題（demarcation problem）は重要なのであるが、しかし、2つの群の境界が引けないという経験主義的困難から、ただちに2つの群が、群として存在しないとか、脳機能の不連続な変化が想定される内因性うつ病と呼ばれる病態が存在しないという帰結を論理的に導出できるわけではないし、そのような中核群とその類縁の非中核群を区別する必要がないと結論できるわけではない。前述したように、原因不明のうつ状態の特徴が存在するとすれば、それは必ず記述できる、とは言えないからである。

実際、連続説のもとに構想されている国際的診断基準、とくに境界設定を明確にしようという意図のはっきりしているDSM-III-R以降のmajor depressive episodeが群として不均質であることは各所で指摘されているし²⁶⁾、うつ病の研究者がそれぞれに中核的うつ病を特定しようとする概念を提出している^{4,12,21,22,24,27)}。筆者は、「内因性うつ病」に相当する病像を群としてとらえるための記述を促進していく必要は、今後も臨床的な課題であり続けていると考えている。

2. dimension vs category

「内因性うつ病」という概念への批判は、そのカテゴリー性についてのものである。dimensionalなアプローチはヒポクラテスに発し、個々の症例はそれぞれ独特であるという疾患把握に根ざしており、一見、fuzzyだが、直感的にわかりやすいのに対し、categoricalなアプローチはプラトン学派のもので、病理的な精神現象が理念的な「形」へと概念化される。Akiskal, H. S. は、Feigner分類やワシントン学のRDC、あるいはDSM-IIIなどのcriteriaを「精神疾患という地図のない世界を探検する道具として見なければならぬ」とし、dimensionalな研究戦略は、臨床的概念化においては有用だが、類型学（typology）という相方が一緒でないと、方法論上不毛であることが露見する可能性がある、と主張している¹⁾（加えて、この種の「カテゴリー」論には、アリストテレスやカントなどの哲学的含意がほとんど顧みられていないことにも注意しておかなければならない）。

要するに、科学的研究は、はじめは妥当性の高くないカテゴリーから始めなければならない、そのカテゴリー概念の妥当性を彫琢しながら進展していくほかはないのである。また、概念化の発展過程を省みても、ディメンジョンに採用される属性（attributes）も、当初はcategoricalに抽出された概念であって、その客観的妥当性が確認されるにつれてdimensionとしての資格を得るものと思われる。あるいは、疾患カテゴリーと可能な限り関連をもたない属性、あるいは（可能ならば）実体的根拠をもった属性、大カテゴリーを構成する要素のカテゴリーがdimensionのitemとして採用され概念化されてきたのである。もちろん、「内因性うつ病」というカテゴリーの内実が、dimensionalなアプローチによって彫琢されていく余地を十分にもっており、将来にわたって修正される可能性が十分にあることは言うまでもない。

IV. 「内因性うつ病」概念について

現段階で言うこと

第1に、必ずしも、「内因性」という用語を維持する必要はないが、精神医学の臨床・研究の従事者には、現代でもなお、語の真の意味での「内因性」の病理的精神現象を対象にしているという認識が、論理的に要請されている。第2に、精神疾患の微視的構造レベルでの事態と精神疾患の生起とを連結することが可能であるとは、現時点でもなお断定できないので、「うつ病の中核群」を純粋に脳の疾患として（拡大された外因性のもとに）説明することはできない。第3に、脳の微視的構造レベルの解明が進めば進むほど、「内因性」の領域が（現在よりも縮小してもなお）鮮明になる可能性がある。この意味で、語の真の意味における「内因」が存在しないという想定は理念的にも、非現実的であろう。第四に、心因性の精神の変化について、なおいっそう明確な把握に務めるべきである。心因性は、外因性よりもなお内因性との対比が際立っているはずであり、心因性の病態について、その心理学的解釈とともに、生物学的基底の探索をも射程にいれて、さらに精密に記述することが重要である。また、「内因性」についての意識が希薄化し、外因性の因果的ストーリーが臨床家の思考を支配するにつれて、心理的な治療法が軽視されつつあるように思われることも临床上、重大な問題だろう。

V. 「内因性うつ病」と DSM 診断学

——major depressive disorder との関係——

複数の研究者が言及している問題点なので、筆者なりに簡潔に概観する。

①周知のように「内因性うつ病」は major depressive disorder (MDD) より狭義の概念である。したがって、MDD には非内因性うつ病が混入している。②「内因性うつ病」は MDD の melancholic features がついた病像とは近似しているが、しかし、Klein の快樂喪失仮説は内因性病像をとらえるためには不十分なため、melancholic features という specifier だけでは「内因性うつ病」

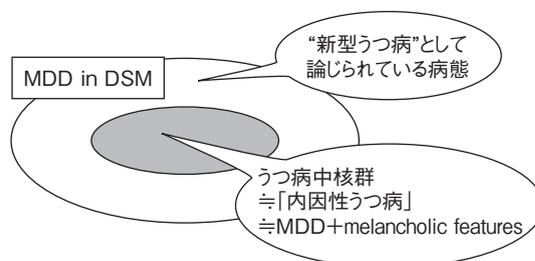


図1 MDD, 内因性うつ病, “新型うつ病”

の特徴を把握できてはいるとは言えない。③「内因性うつ病」は適応障害、気分変調症、気分循環症、パーソナリティ障害と併存することはありうるが、それらの併存は「内因性うつ病」との「特異的な関連」を示すものではない。症状学的関連の性質はそれぞれに異なる。以上の事柄を概観すると図1のようになる。ちなみに、新型うつ病などと呼ばれている群はほぼ、MDD のうちの、中核的うつ病群ではない部分のことであろうと思われる。

VI. 用語法についての提言

このような視点から、わが国のうつ病論、とくに用語法の混乱に対処するために筆者の意見を述べておきたい。

1. major depressive disorder の訳語について

Major depressive disorder (MDD) の訳語を「大うつ病性障害」と呼ぶことに本来の問題はないのだが、わが国では、これをさらに「うつ病」と呼び直す論者が多い。この些細な呼び直しが昨今の診断学的紛糾の隠れた原因となっていることに注意すべきである。たとえば、“DSM の MDD の診断基準を満たしたので、「うつ病」と診断される”などの言い回しをして、その後、これを従来「内因性うつ病」と呼ばれた病像の現代における変化であるというような論理が行われる。このような主張は誤った事実把握である。すなわち、疾患定義の変更によって生じた把握対象の変更を、疾患の実態が時代によって変化したものとし

て論じる誤謬論理である。したがって、この論理のもとに行われている“新型うつ病”論などは診断学的にも疑似問題だというほかはない。このような語の習慣による議論の錯綜を避けるために、筆者は MDD を徹底して「大抑うつ性障害」と訳し、それを「うつ病」と呼びなおすことをやめるという用語上のルールを提案したい。可能ならば、DSM のカテゴリー名の訳語には「うつ病」という字句を徹底して当てないようにする方がよいのではないか。この用法からすれば、「内因性うつ病」自体は、前時代の用語ということになっていかざるを得ないであろう。

2. 「メランコリー型うつ病」という用語について

この用語は、現代に増加しているとされているうつ病像（多くは「うつ病」とは言えないものであることが多いと思われる）と従来のうつ病とを比較するときに頻用されている。しかし、この用語はさまざまな誤解を呼び込む危険があるので用いるべきではない。他所で論じたが¹⁸⁾、わが国におけるこの言葉は、少なくとも3種類の意味に取り違えられる可能性がある。①メランコリー親和型を基礎性格にしたうつ病、②DSM 診断基準における「メランコリーの特徴を有する」うつ病、③近年、英語圏で提唱され始めた melancholic mood disorder である^{13,14,27)}。とくに、②、③の用法ならば、ありうる用法なのだが、①の用い方、すなわち病前の几帳面な人格の意味をもたせて用いるのは概念の汚染である。元来、「メランコリー型 (Typus melancholicus)」（Tellenbach, H.）は病型を規定するような因子ではない。Tellenbach は、内因性うつ病の自験例全例に Typus melancholicus を認めたのであり、Typus melancholicus によって病像が影響を受けるという認識はなかった。「メランコリー型」とだけ述べて、その言葉に Typus melancholicus の意味と、DSM の melancholic features の意味とをその時々で使い分け、そのことを意識していない論者もいる。このようなあいまいな用語法によって発生する診断学的論

議も疑似問題である。

Ⅶ. 「内因性うつ病」と双極性障害

1. 双極性のうつ病とはなにか

原理的に考えて、内因性のうつ病には以下の3つのパターンが想定される。

1) 躁うつ病のうつ病相 bipolar depression

躁うつ病の異種性が認識される以前は、疾患概念として確実に内因性のうつ病と把握されてきた疾患の実態は「躁うつ病」のことであった。このことは、Schneider, K.²³⁾は臨床精神病理学においてうつ病症状を論じる際に、「躁うつ病のうつ病」という言葉で「内因性うつ病」を指示していたことに端的に示されている。この定式では、単極性、双極性の区別はおろか、精神病である「うつ病」の症状が神経症と連続した性質を持っているなどということは議論の埒外であった。

2) 将来、躁病症状を呈する可能性のあるうつ病 bipolar depression (BP-I, BP-II)

現在は「うつ病」の病像でも、将来、躁病症状を呈する可能性がある、という予想は、従来はうつ病治療における大前提であり、抗うつ剤を投与して、躁転の可能性を警戒しない臨床家はいなかっただろうと思われる。そして、躁転の可能性は、人格構造についての解釈学的推論、症状仮説に基づいた局面診断によって推し量られていた。現代では、躁病の（双極性の）soft signs と称される事実を把握（発見？）することによって判断することが推奨されている。しかし、筆者の臨床経験では、昨今推奨されている躁転の予想を推測する事項や、躁病の soft signs は、徹底的にチェックすれば、かなり多くの症例に見つけることができるのではないかと、と思われる。このことから、以下の2点を指摘できる。第1に、かなり多くの例に認められる躁病予想因子というのは、実際のところ、予想力が低いということを示しているのではないかと、という点である。つまり、実際に躁転する可能性を予期できる、ということではない可能性がある。第2に、そもそも内因性うつ病は「自然な疾患単位」としては躁うつ病であると仮定

すれば、躁転の可能性は全例にありうることになるので、この予想に病型を決定するような大きな意味があるかどうかについて疑問の余地がある、という点である。

3) 躁病相を呈する可能性のないうつ病 unipolar (monopolar) depression

この病像が、「自然な疾患単位」(Kraepelin, E.)として存在するのかどうかは現代でもなお、確認されていないのではないだろうか。単極性うつ病という疾患実体は、Angst, J.²⁾, Perris, C.¹⁹⁾が躁うつ病が家族集積性を示すことを明らかにしたことによって承認されたのだが、しかし、この研究結果は必ずしも、疾患そのものの遺伝継承のパターンを示したとは言えないのではないだろうか。その仮説も非常に有力ではあるが、どのような遺伝学的性質が同一家族に集積しているのかは必ずしも明らかではない。また、そもそも、臨床現場で、「単極性」という判断が「双極性」よりも確実にできると考えている臨床家はいないのではないだろうか。単極性という判断は、常に暫定的なものでしかない。

2. 躁うつ病一元論

上述したが、従来から臨床家は「内因性うつ病」の診断とともに躁病相の可能性を常に念頭に置いて治療にあたってきた。「うつ病の治療では、常に、躁転が警戒されているべきだ」という従来からの精神医学の臨床知にとっては、「双極性を単極性と誤診した」というような言説に大きな意義はない。

先に触れたが、双極性うつ病と単極性うつ病がまったく異なる疾患実体だとすべき理由は十分ではないという可能性があり、気分障害の異種性を主張した遺伝学的所見には別用の解釈がありうるのではないだろうか。現在、経験主義的に pure mania の存在は承認されない傾向にある²⁰⁾。つまり、双極性の pole としての躁極というものは事実上存在しない。極として存在しているとされているのはうつ極のみである。この事実把握の上に、双極性を構想するならば、うつ極があつてそれに躁

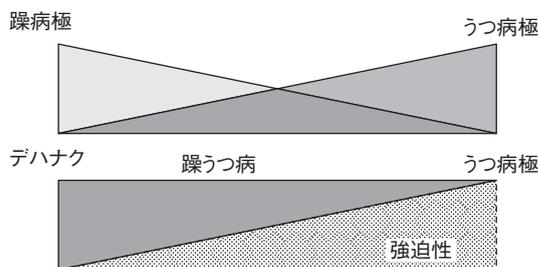


図2 うつ病極、躁的成分、強迫性

的成分がさまざまな強度で混入していると考えられるほかはない。この認識の上で、筆者は、躁うつ病の症状は、①内因性うつ病症状、②躁的成分、③躁病発症を抑止する心的傾向性ないし性格特徴によって構成されており、3因子のそれぞれに遺伝的継承性があると想定するのが妥当ではないか、と考えている。すなわち、躁的成分はかならずしも顕在化していない(事実として把握できない)こともあるが、そのことは臨床的には実質的にあまりに大きな問題ではない。臨床家は、常に躁転を警戒してうつ病治療にあたるのを原則としていけばよいのである(図2)。

筆者が内因性うつ病の病像変化論においてとらえた、新旧のうつ病像が共通して有している成分は強迫性であった¹⁸⁾。筆者はわが国でこれまで単極性の病前性格として理解されてきた、メランコリー型や几帳面さの優勢な執着性格に含まれる強迫性成分は、うつ病発症の準備性を形成するとともに、躁病発症を制御する傾向をもつのではないかと考えている。したがって、躁うつ病に家族集積性があるのは当然だが、単極性うつ病の家族集積性はうつ病そのものというよりも躁的行動の発現を牽制する強迫性の勝った性格が同一家系内に多発するというのではないかと考えている。

おわりに

筆者は、遺伝的素質レベルでは躁うつ病一元論をとり、その表現型として単極性、双極性が存在すると考えている。つまり、疾患実体としては躁うつ病であつて、単極性として表現される条件こ

そが付帯的なのである。この前提に立てば、内因性うつ病として典型的なのは「躁うつ病のうつ病」であり、これが“うつ病”の中核群ということになる。それを「内因性うつ病」と呼ぶかどうかは規約の問題である。実践的には、躁うつ病のうつ病症状を想定していれば、内因性うつ病という概念をことさらに立てなくてもよいのかもしれないが、近年の“新型うつ病”などの擬似問題を退けるためには、内因性うつ病の特徴を明確に把握する診断態度が維持されるべきであろう。また、精神医学は、現段階では、精神疾患の成因論として、語の真の意味での「内因」を想定することを拒否できないと思われる。

文 献

- 1) Akiskal, H. S.: Diagnosis and classification of affective disorders: New insights from clinical and laboratory approaches. *Psychiatric Development*, 2; 123-160, 1983
- 2) Angst, J.: *Zur Aetiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen*. Springer-Verlag, Berlin, 1966
- 3) Ghaemi, S. N.: *The Concepts of Psychiatry—A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness—*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2007 (村井俊哉訳: 現代精神医学原論. みすず書房, 東京, 2009)
- 4) Gillespie, R. D.: The clinical differentiation of types of depression. *Guy's Hospital Reports*, 79, 1979
- 5) Hoff, P.: *Emil Kraepelin und die Psychiatrie als kilinische; wissenschaft—ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung* (那須弘之訳: クレペリンと臨床精神医学. 星和書店, 東京, 1996)
- 6) 飯塚高浩: 抗 NMDA 受容体脳炎の臨床と病態. *臨床神経*, 48; 920-922, 2008
- 7) Kim, J.: *Epiphenomenal and Supervenient Causation in Supervenience and Mind: Selected Philosophical Essays*. Cambridge University Press, New York, 1993 (金杉武史訳: 随伴的かつ随伴的な因果. シリーズ心の哲学 III—翻訳編(信原幸弘編). 勁草書房, 東京, p.17-49, 2004)
- 8) Jaspers, K.: *精神病理学總論*, 中巻 (内村祐之, 西丸四方, 島崎敏樹ほか訳). 岩波書店, 東京, 1956
- 9) Kendell, R. E., Cooper, J. E., Gourlay, A. J., et al.: Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*, 25 (2); 123-130, 1971
- 10) Kendell, R. E.: *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, London, Edinburgh, Melbourne, 1975
- 11) Kendell, R. E.: The classification of depressions: A review of contemporary confusion. *Br J Psychiatry*, 129; 15-28, 1976
- 12) Klein, D.: Endogenomorphic depression. A conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry*, 31; 447-454, 1974
- 13) 古茶大樹: メランコリー——躁うつ病の一状態像——. メランコリー—生後半期の妄想性障害 (濱田秀伯・古茶大樹編著, 慶應義塾大学精神病理研究グループ著). 弘文堂, 東京, 2008
- 14) Koukopoulos, A., Koukopoulos, A.: Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *Psychiatr Clin North Am*, 22; 547-564, 1999
- 15) Kraepelin, E.: *Psychiatrie—Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Verlag von Johann Ambrosius, Leipzig, 1913 (西丸四方, 西丸甫夫訳: 躁うつ病とてんかん. みすず書房, 東京, 1986)
- 16) Lewis, A.: Melancholia: A clinical survey of depressive states. *J Ment Sci*, 80; 277-378, 1934
- 17) 松浪克文, 大前 晋, 飯田 眞: 心理, 病態. 臨床精神医学講座 4, 気分障害. 中山書店, 東京, p.61-88, 1998
- 18) 松浪克文: 「ディスチミア親和型」と「現代型うつ病」. 「うつ」の構造 (神庭重信, 内海 健編). 弘文堂, 東京, 2011
- 19) Perris, C.: A study of bipolar and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiat Scand Suppl*, 194; 9-14, 1966
- 20) Phelps, J.: *The bipolar spectrum. Bipolar II Disorder—Medelling, Measureing and Managing* (ed. by Prker, G.). Cambridge University Press, Cambridge, 2008
- 21) Praag, v. H. M., Uleman, A. M., Spits, J. C.: The vital syndrome interview. A structured standard interview for the recognition and registration of the vital depressive symptom complex. *Psychiat Neurol Neurocir*, 68; 329-346, 1965
- 22) Roth, M., Barnes, T. R. E.: The classification of affective disorders: A synthesis of old and nre concepts. *Compr Psychiat*, 22; 54-77, 1981

- 23) Schneider, K.: Psychiatrische Vorlesungen für Ärzte, Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1934 (西丸四方訳：臨床精神病理学序説. みすず書房, 東京, 1977)
- 24) Shorter, E.: The doctrine of the two depression in historical perspective. *Acta Psychiatr Scand Suppl*(433); 15-13, 2007
- 25) Schulte, W.: Studien zur heutigen Psychotherapie. Quelle & Meyer, Heidelberg, 1964 (飯田 眞, 中井久夫訳：精神療法研究. 医学書院, 東京, 1969)
- 26) Symposium Melancholia : Beyond DSM, Beyond Neurotransmitters, May 2-4, 2006, Copenhagen Marriott. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 115 (suppl. 433) ; 136-183, 2007
- 27) Taylor, M. A., Fink, M.: Melancholia the Diagnosis, Pathophysiology and Treatment of Depressive Illness. Cambridge University Press, Cambridge, 2006
- 28) Yamashita, H., Fujikawa, T., Takami, H., et al.: Long-term prognosis of patients with major depression and silent cerebral infarction. *Neuropsychobiology*, 62 ; 177-181, 2010

The Clinical Meaning and Academic Significance of “Endogenous Depression” as an Ideal Type

Katsufumi MATSUNAMI

Seiwa Hospital Institute of Neuropsychiatry

The assumption that a core group of depressive disorders is due to a discontinuous change in the function of the brain system, suggests that the symptoms of the core group of depressive disorders should be discerned from those of non-core depression. Core depression is thought to correspond to depression of an endogenous nature, which has recently been disregarded in diagnosing mood disorders. However, in diagnosing endogenous depression, we can identify its characteristic symptoms by referring to a traditional symptomatology. Therefore, the idea of *Verstehen* (Jaspers, K) becomes essential, but has been neglected in academic journals in English-speaking countries. The depressive mood in endogenous depression may be an inhibition of various kinds of emotion, which can never be experienced within a normal emotional state. Thus, it is thought to be ‘*unverstaendlich*’ (incomprehensible) in nature. The “*anhedonia hypothesis*” of depression from DSM-IV permits the inclusion of the non-core group of depression into major depressive disorder, because patients with the endogenous type suffer not only from a loss of pleasure but also from a loss of sadness. A new type of depression that has recently been debated in Japan is diagnosed as major depressive disorder in DSM-IV, but many suspected cases are thought to be due to a psychogenic state or neurotic condition, because their symptoms are thought to be ‘*verstaendlich*’ (comprehensible).

Endogenous depression can manifest as manic-depressive disorder in almost all cases, but psychiatric practitioners have taken the necessary precautions against the risk of a shift to a

manic state even when treating pure depression which seemingly appears to have no manic component. According to recent studies on bipolar disorder, pure mania is not empirically found. Thus, the manic pole may not exist, and we may be able to think of endogenous depression as manic-depressive disorder based on its genetic entity. Additionally, from the viewpoint of its symptomatology there is one pole of depression modified by manic tendencies based on various intensities. The current study presents the hypothesis that there is one entity for disease, manic-depression, but whether the disorder manifests itself as uni- or bipolar disorder depends upon the regulation of manic manifestations by a meticulous, obsessive-compulsive personality which has been considered to be the premorbid personality for unipolar depression.

< Author's abstract >

< **Key words** : endogenous depression, Verstehen (comprehension) category and dimension, new type of depression, meticulous nature of personality >
