

「逃避型抑うつ」(広瀬)・「現代型うつ病」(松浪)・ 「ディスチミア親和型うつ病」(樽味)の診断学的検討 ——「新型うつ病」問題への一寄与——

中 嶋 聡

Satoshi Nakajima : A Diagnostic Study on Escaping Type Depression (Hirose),
Modern Type Depression (Matsunami) and Dysthymic Type Depression (Tarumi) :
A Contribution to the Question of "New Type Depression"

<索引用語>: 逃避型抑うつ, 現代型うつ病, ディスチミア親和型うつ病, 新型うつ病, 形相>

<Keywords>: escaping type depression, modern type depression, dysthymic type depression,
new type depression, Eidos>

はじめに

筆者¹³⁾は本稿において、広瀬^{3,4)}の「逃避型抑うつ」、松浪^{10~12)}の「現代型うつ病」、樽味^{16,17)}の「ディスチミア親和型うつ病」の三類型をとりあげ、これらがうつ病といえるかどうかを検討する。

近年、「新型うつ病」という用語が世の中を賑わしている。それは、診断や治療をめぐる混乱に加えて、休職診断書の問題を中心に、社会的混乱ももたらしている。筆者がこれら三類型をとりあげるのは、1970年代後半以降にわが国の精神病理学において提起されたうつ病像の変容に関する諸学説がいまだ問いかけにとどまっていた根本的な応答がなされていないことが、こうした用語や混乱を招いた一因であると考えており、その中心がこれら三類型であるからである。根本的な応答とは、これらがうつ病であるかどうかをめぐる徹底した議論である。

用いる方法は、精神病理学である。より具体的にいえば、形相的還元という方法である。筆者は、精神医学における診断においては、これが最も重要であり、精神科医のすべてが身につけているべき能力であると考えている。

議論の筋道としては、まず、うつ病の形相を抽出し、うつ病とはそもそもどのような病気なのかについて論じる。その上で、先に挙げた三類型について、各論者が挙げている病態の特徴を見渡し、そこにうつ病と診断する根拠を見出せるかどうかを検討する。なお、本稿でいううつ病とは、Schneider, K.¹⁴⁾のいう循環病性うつ病 (zyklothyme Depression)、つまり内因性うつ病のことである。本稿が、診断学の一端に寄与するばかりでなく、治療論的・社会的な次元における議論のきっかけにもなることを願っている。

I. 形相的還元 (eidetische Reduktion)

という方法について

形相とは、もともと Husserl, E.⁵⁾の言葉で、物事の本質という意味である。吉永²¹⁾は、「経験ある医師は病像としての『形相 (Eidos)』をもっている」として、次のように言う。「日常の診断過程では、面接を通じて患者のこころの個々の表現の意味が確認され、各段落のこころの連続した意味関連が合成されて、その時点における患者の全体的状態像が見いだされる」。このような経験を「十分な数（理想的には『限りなく』であるが……現実には数年（例えば5年）の経験で十分である）」積み重ねることを通じて、医師には次第に、「記銘された病像の『重なり合い』が生じ、まとまりをもち一般化した1つの病像の本質がイメージとして形成される。このイメージが『形相』である。これに術語を与えると疾患の診断名になる。したがって、ここで形相とは、診断名の根源にある具体的感覚的な一般的『理想的病像』を意味する」。それは「病像の中に何か『共通するもの』」「出発模範症例をはじめとして、その後経験したすべての症例の各々を出発例の『変更者』と見なし、すべてを貫いて一致している必然的な『不変のもの』」である。このような形相をつかむことが、形相的還元である。それは、伝統的診断における診断の中核をなすものである。経験の蓄積が必要という意味では、一瞬にして成就するものではないが、しかしおのおのの症例についていえば、初診時の面接1回で、それも面接の最初のうちに、見抜けることが多い。

なお最近、内海²⁰⁾は形相のことを“Bild”（つかみ）という言い方で表し、それがDSMにおいては失われているとして、「犬」をBildなしに操作的に把握することの困難さを例に挙げながら、改めてその重要性を強調している。

II. うつ病とはどのような病気か

1. うつ病の形相としての異質性

筆者がうつ病の形相をどのように考えるのかを、端的に述べたい。

うつ病とはどのような病気なのか。このことを考えるとき、われわれは、原田²⁾が強調するとおり、Schneider¹⁴⁾の「疾患」と「偏倚」の区別に立ち戻るべきである。周知のようにSchneiderは、正常との連続性があり、ある傾向が極端化したような異常を偏倚とし、これに対し、正常とはつきり分けられるような範疇としての異常を疾患として、これらをはっきり区別した。

うつ病とは、古茶⁹⁾の的確な表現を借りれば、「理由なき生命性の停滞」である。生命性とは、「心のエネルギーの流れ」⁹⁾であり、理由なきとは、「生活発展の意味連続性の中断」¹⁴⁾である。

うつ病は、軽症でも重症感がある。この表現は、臨床家なら誰しもすぐに理解するであろう。本人も家族も「病気になる前とは全然違う」と述べるし、診察者も、患者や家族の陳述を聞きつつ、また本人の現症を診て、そのように感じる。そこには、体験内部的なもの以外の何かが背景になれば説明がつかないような不連続性、ないしは異質性がある。

その異質性とは何か。それは、3つの次元に分けて捉えることができる。

1つ目は、症状の異質性である。それは、Schneider¹⁴⁾が生氣的憂鬱と述べたような、からだの違和感として感じられるような抑うつ感や抑制である。それだけではない。そのほかの諸症状、たとえば体重減少や早朝覚醒にしても、少なくともそれらがいくつか組み合わさった場合、それは心理的次元の出来事の結果や、一般的な体調の悪さの表れとしては解釈できず、何らかの生理的変化を仮定しなければ説明できないと感じられる。日常的に起こりうる現象と地続きでありながら、了解できる範囲外の何かがなければ決して起こりえないと感じさせるものがある。

あるいは、しばしば症状に、内海¹⁹⁾が気分・意志・思考の逆説として述べたような性質がみられる。すなわち、「抑うつ感がありながら憂鬱不能に見える」「何もできないと言いながら焦燥がある」「微小念慮を持ちながら『自分がいなければ大変なことになる』などという誇大感がある」といった

矛盾した性質である。

2つ目は、経過の異質性である。Tellenbach, H.¹⁸⁾が述べたように、うつ病では、状況からかなりのところまで了解できるようにみえながら、それと発症との間には、「それにしてもどうして」と感じられるような不連続性がある。これを Tellenbach は「断絶 (Hiatus)」と呼んでいるが、Jasepers, K.⁶⁾の言葉で了解不能と言い換えても同様である。これは必ずしも大げさな不連続性ではない。Schub の際に、もともと心配事であったとはいえそれまでそれほど心配していなかった事柄について、繰り返して心配し、治療者が傾聴しあるいは助言しても出口がないようにみえることがある。以前からの心配事とはいえ、何か状態が変わったのではないかと感じさせられることがよくある。Schub から回復した際にも同様の (反対向きの) 感じがある。

3つ目は、接触の異質性である。うつ病の人の憂鬱感その他の悩みには、聞いていて自然に感情移入できず、「どうもついていけない」と感じられるような性質がある。Schulte, W.¹⁵⁾が「共鳴性の欠如」と呼んだような性質である。土居¹⁾は「わかりっこない」という言い方で、統合失調症者や神経症者と対比した場合のうつ病者の特質を表現しているが、これもおそらく同じ事態を、診察者の側でなく患者の側で感じられる感覚として述べたものであろう。要するに、何か日常的な心の動きとしては不自然なものを (場合によっては患者の側のそのような感覚をも)、聞いている側が感じるのである。

筆者は、これらの異質性こそが、うつ病の形相であると考え、それは、そうでないものからうつ病をくっきりと際立たせるような性質であり、うつ病以外の状態像には決してみられないものである。これらの異質性は、理念的にはそろってみられて、うつ病という全体像 (Bild) を形作っているものである。もっとも、接触の異質性は、補足的価値をもつものであり、はっきり確認できない場合も多い。しかし筆者は、少なくとも症状と経過の異質性については、両者そろって診察者に

確信を与える程度にはっきりとみられるのでなければ、当の病態をうつ病と呼ぶことはできないと考える。一方のみであったり一方または両方の程度がそれに達しない場合には、診断を保留するのが適当である。

なお、これらの異質性は、うつ病である限り軽症であっても認められる。反面、Tellenbach¹⁸⁾のいう前メランコリー状況は、まだうつ病ではない。この状態で受診した場合、一般に予防医学的な治療が必要になるが、これを軽症うつ病と呼ぶべきではない。

異質性があるということは、われわれの自然な認識を越えた何ものかに異常があるということの証拠である。もちろんわれわれも時に、わけもなく悲しくなったり、不安になったりすることはある (あとからよく省みれば理由がわかる場合が多いが、そうでない場合もある)。こうした場合、どんなに程度が強くても、それだけで異質性を感じさせるわけではない。これは Schneider¹⁴⁾のいう「基底 (Untergrund)」の働きであり、健常者でもこうしたレベルはある。しかし上に述べた異質性は、それを越えたレベルのものであり、生理的な (Schneider のいう身体的な、あるいは Tellenbach¹⁸⁾のいうエンドンの) レベルで何らかの異常があることを診察者に感じさせるものである。だからこそ、「内因性」の「疾患」なのである。

2. 主体というレベル

ところで筆者には、現在の症候論が見逃しているレベルがあるように思える。それは、主体というレベルである。

気分や意欲に限定していうと、今述べたように生理的レベルと基底レベルが考えられる。そのいずれかに基づいて、「落ち込んだ気持ち」や「やる気のなさ」が起こってくるわけである。しかし、気分や意欲の最終結果をもたらすのは、それだけではない。起こってきたそれらに対してどうするか、どういう態度をとるかという、主体レベルが関与するのである。起こってきた「落ち込んだ気持ち」や「やる気のなさ」に対して何の抵抗もし

なければ、そのまま抑うつ状態になるかもしれないが、「いつまでも構っているのはやめよう」「別のことに目を向けよう」「少しでもできることを始めよう」などと思えば、状態は変わってくるし、基底レベルなら抑うつ状態にならずにすむ。そのようにして、主体に残る最終的な気分や意欲には、主体レベル(「本人のやる気」のレベルとか、実存レベルと言い換えることもできる)が大いに関係するのである。これは、広い意味では「人格(personality)」の一部だが、そのうちでも「本人」というのが一番びったりくるような部分である。「君は一体どうするつもりだ?」と言うときの「君」にあたる部分である。

抑うつ状態のように正常心理と地続きの領域の場合、注意しなくてはいけないのは、たとえ基底レベルの変動にすぎなくても、主体がとる態度によつては、気分の落ち込みややる気が起きない状態がずるずると長く続いたり、深刻にみえることもありうるということである。それは、異質性もたないだろうし、深刻といっても限度があるだろうが、受診した場合には症状として記載されうる。しかしそれは、主体がとる態度によって症状に発展したにすぎないのであり、本来はさほど病的な意義はないものである。しかし、主体レベルを考慮に入れていないと、実態以上に大げさに扱われる可能性がある。それが生理的レベルの変化なのかそれとも基底の変化なのかを見きわめることはもちろん、仮に基底の変化であったにしても、それを基底の変動として素直にとってよいのか、それとも主体の態度によって修飾されているのかを見きわめることが、必要な作業になる。

本稿では立ち入らないが、このような認識は、治療方針にも大いに関係してくる。

3. 類似病態をうつ病とする誤りの3パターン

うつ病に関する議論の中で、うつ病でないものをうつ病とする、よくみられる誤りのパターンをまとめておこう。筆者のみるところ、次の3パターンがある。

1つ目は、症候学的にみて区別できないという

ものである。これは、質的認識を放棄した、素朴な認識といえる。

この系として、「既存の診断基準に従えば区別できない」という主張もある。「DSMに従えばどちらもうつ病ではないか」というようなものがそれである。これは、言うなれば「法律でそう決まっているから」と主張しているようなもので、熱心な学生のような主張で微笑ましいが、いささかレベルが低い。

2つ目は、異質性以外の点に共通性を探るものである。たとえば、「口唇期的な甘えの挫折が共通してみられる」とか、「どちらにもナルシズムの病理がみられる」などとするものである。これは、認識の方向が的外れである。異質性以外の点にくら共通性が見つかったところで、それは病態の関連性を示すものではあれ、うつ病と診断する根拠にはならない。

3つ目は、うつ病の本質が異質性にあることは正しく認識しているが、非特異的な症候に注目したり、本質をはずした意味で概念を用いることによる、見せかけの異質性である場合である。これが、後述する「現代型うつ病」(松浪)の場合である。

Ⅲ. 三類型の診断学的検討

それでは、表題に挙げた三類型がうつ病であるかどうかについて検討したい。三類型といっても、おのおの独立した類型というわけではなく、共通している部分がかなりある。そこで、まず共通している部分についてまとめて考察し、それに続けて各類型において特に注目される性質をとりあげて考察することにする。なお、各類型の特徴については、周知であるものとしたい。

1. 総論的考察

まず、三類型に共通していえることから始める。

どの類型にも共通しているのは、先に挙げた異質性が、いずれもみられないことである。何らかの生理的変化を仮定しなければ説明できない、あるいは了解できる範囲外の何かがなければ起こりえないと感じさせる症状の異質性はそこにはな

い。経過についても、例外なく生活史上の出来事(多くは職場での不適応に関するもの)がきっかけとして関与しており、それをもとに了解することが可能である。接触の異質性についても、同類型に属すると思われる患者を診察した経験に基づいていえば、感情移入できないような違和感はない。

そしてもう1つ指摘できるのは、起こった症状に対する主体の姿勢が、いずれの場合も逃避的であることである。やる気が起こらず、そのため毎朝出勤することなどが困難になるが、その際、その気分や状態に対して抵抗する姿勢がない。したがって多くの場合、葛藤や焦燥もみられない。ずるずると流されてしまい、そのまま会社を休んでしまう。また、一旦軽快しても、復職の日が近づくともた元の状態に戻ってしまう。こうした現象は、そのまま症状とみるよりは、事態に対する主体の姿勢とみるのが適切であろう。

2. 各論的考察

1) 「逃避型抑うつ」(広瀬)

広瀬は「逃避型抑うつ」を、結論的な言い方は慎重に避けながらも、「基本的には内因性うつ病があ」るものと考えている。その根拠は、①限局性ないし跛行性ながら抑制があること、②病相の反復性がみられること、③少なくとも初期には不眠や日内変動を伴う明瞭な抑うつ状態を示すことである。このうち③は、うつ病を示唆する所見ではあるものの、鑑別において決定的な意味をもつものではないであろう。筆者はこのうち特に、①の「限局性ないし跛行性」という点を問題にした。これが②にも関係しているのである。

「限局性ないし跛行性」とは、それが「出勤や会社の挨拶回り等の負担を前にして起こ」り、それ以外のとき、すなわち休日や休職中には起こらないこと、つまり状況依存性があることである。②の「病相の反復性」というのも、こうした負担を契機に病相が再現するという意味である。筆者は、このような状況依存性というものは、それが症状の内容・程度と釣り合いがとれている場合には、うつ病に対して否定的な事実であると考え

る。なぜならそれは、経過の異質性に矛盾するからである。

なるほどうつ病でも生活史上の誘因がある場合は少なくないが、その後の症状の内容や程度と釣り合いであることが特徴である。少なくとも専門医がみて、容易に了解できるような関係にあることはない〔断絶 (Tellenbach)〕。しかし「逃避型抑うつ」における「限局性ないし跛行性」は、あまりにもわかりやすいくらいの関係で起こってくるものである。「反復性」についても、やはり復職などの誘因から容易に了解可能な関係で起こっているようにみえる。

「逃避型抑うつ」の全体像は、結局、広瀬自身が指摘している弱力性のヒステリーの特徴をもつ、抑うつ神経症ないし抑うつ体験反応として矛盾なく理解できるように筆者には思われる。

2) 「現代型うつ病」(松浪)

次に松浪の「現代型うつ病」に移ろう。松浪はこれを、新しい病型の提唱ではなく、あくまで現代に特徴的な臨床像を言い表しているにすぎないものとしている。ただし、広瀬や樽味と異なり、それが内因性うつ病であることを積極的に強調している。松浪がそう主張する根拠は、①当惑ないし困惑を伴う制止がみられることと、②「締め切りに弱い」・「職場恐怖的心理」などの「レマネンツ恐怖」がみられることである。

まず①について。松浪が問題にしている当惑ないし困惑とは、具体的には、患者が能率が落ちたりミスが続くなどの自身の変化に当惑(困惑)していることである。また制止とは、言動の遅さ、表情変化の少なさなどの異変が上司や同僚などに気づかれていることである。たしかに、これらの変化は、うつ病でもよく起こる。診断のための1つの手がかりであることは確かである。しかし、あまりにも非特異的ではないだろうか。少なくとも、ほかでもなくうつ病でないと起こりえない症状とはいえない。

次に、②について。Tellenbach¹⁸⁾はレマネンツを、「自身におくれをとること (hinter sich selbst zurückbleiben)」と規定している。ここで「自身

(sich selbst)」とは、うつ病の患者が同一化している規範のことである。だから、「レマネンツ」とは、「規範におくれをとること」である。もともとうつ病の患者が規範に同一化しているというのは、こうした人が、あたかも自ら招き寄せるようにして (situieren) 周囲に作り上げている、「インクルデンツ」(秩序への封じ込め) という構造のためである。そのために、秩序に合わせるべきことが規範となり、それへの「おくれ」が問題となるのである。だから、松浪がいうように「インクルデンツに陥ることが少ない」人にとっては、おくれをとるべき自分自身(規範)は存在しない。だから、レマネンツが問題になるようなことはありえないのである。

松浪¹²⁾は「レマネンツ」を「時間的な遅れ」という意味に解釈し、「遅れることへの恐怖」という意味で、上記のような現象をレマネンツ恐怖と名づけている。レマネンツが時間的という含みをもつことは事実である。しかしそれは派生的な意味にすぎないのであり、概念の内実はいくまで今述べたような事柄である。「締め切りに遅れること」、あるいは「生活のリズムの変化に弱いこと」といった特徴を、単に時間的な性格をもつからということで、「レマネンツ」の概念を用いて解釈することはできない。松浪はレマネンツの病理があることを内因性であることを主張する1つの根拠としているが、本質をはずした意味で用いるなら、概念は根拠として使用できない。

そもそも、この病型の人たちが締め切りに遅れることを恐怖するとか、生活のリズムの変化に弱いというのは、松浪がいうような、リズムとか時間性の障害というほどの事柄ではなく、努力したり自分の生活スタイルを崩してまで仕事の必要性に合わせる気持ちがないという、この人たちの生きざまを表しているのにすぎないのではないか。松浪のいう「レマネンツ恐怖」は、筆者には主体のあり方として、十分に了解可能な現象にすぎないように思える。

3) 「ディスチミア親和型うつ病」(樽味)

最後に、樽味の「ディスチミア親和型うつ病」

を検討しよう。樽味は、その位置づけについては学界の議論に委ねるという慎重な姿勢を貫き、名称ものに「ディスチミア親和型」に変更した。したがって、うつ病の一種として主張しているわけではない。樽味¹⁶⁾は、その特徴を、「メランコリー親和型うつ病」と対比してまとめているが、本稿では特にそのうちで、「他罰的」という特徴についてとりあげてみたい。つまり、「うつ病として自責的でなく、他罰的な病態もありうるか」という問題である。

自責的であることは、うつ病を特徴づける症状の1つである。Tellenbachが「インクルデンツ」「レマネンツ」として明らかにした構造も、木村⁸⁾が“post festum”と表現した構造も、自責的であることを必然的な結果として要請している。構造の性質上、自責しか出てきようがないのである。しかし、樽味は「メランコリー型うつ病」とは異なるものとして本型を主張しているのであるから、この点を持ち出してみても論証にはならないであろう。そこで、少し観点を変えて考察してみよう。

他罰的であるということは、異質性という観点からはどうであろうか。不本意な状況にさらされたとき、たとえば上司から思いがけず厳しく叱責されたとき、「なんだちくしょう、あの課長の野郎、威張りくさりやがって」と思ったとしても、あるいは夜居酒屋で同僚や友人にその気持ちをぶちまけたとしても、何ら不自然な感じはしないであろう。むしろ、多かれ少なかれ自己愛的なわれわれの通常心理に照らせば、仮に相手が正しいと半分以上わかっている、このような気持ちが起こってきてしまい、自分の非をすぐには認められないのが、むしろ普通であろう。

反面、自責的であるというのは、それ自体あまり自然とはいえない態度である。なぜなら、先に述べたように、人には多かれ少なかれ自己愛的な心理があるのが普通だからである。だから、それが普段の人柄にも増して強くみられたとすれば、それはただちに違和感を感じさせる振る舞いである。それは、普段の人柄から突出した振る舞いであればもちろん、謙虚で控え目な人にあつてき

え、少し程度を越えれば、異質性があるものなのである。

このように、他罰的という態度は、自責的と単に方向が反対というだけではなく、人間心理にとってより自然なものであり、異質性という意味をもちにくいものなのである。すなわち、後者とくらべて、うつ病の症状という意味をもつ可能性ははるかに少ないものなのである。

さらに、自責的であることは、うつ病に特徴的なほかの諸症状とも整合的である。なぜなら、それらの形相は、生命力つまり心のエネルギーの停滞（古茶）であるからである。自己否定的である点、堂々めぐりである点、過去志向である点、どれをとってもこの性格にあてはまる。それでは他罰的であることはどうであろうか。これはむしろ、生命力の発露の1つの形であろう。生産的でないという点は、自責的であることと同様であるが、しかし心のエネルギーの方向は、ほかの諸症状と正反対である。このようなものが、うつ病の一症状としてありうるということは、きわめて考えにくいであろう。

自責的でなく他罰的であるということは、うつ病の表れではなく性格傾向の表れであり、もしそのような傾向が増えているとすれば、それは時代的・文化的な変化をそのまま表していると解釈するのが一番自然なのではないだろうか。

3. 診断学的考察のまとめ——三類型は「逃避型抑うつ体験反応」ないしは「逃避型抑うつ神経症」である——

診断学的考察の結論をまとめよう。これら三類型はいずれも、うつ病ではなく、抑うつ体験反応ないしは抑うつ神経症である。人格障害という見方も、一応考慮してみることはでき、ことに「逃避型抑うつ」(広瀬)と「ディスチミア親和型うつ病」(樽味)ではその要素も考えられないことはないが、それを中心におくことはできないであろう。

さらに、抑うつ体験反応一般の中では、葛藤に

乏しく、逃避的な構えであることが特徴である。このことは「逃避型抑うつ」(広瀬)と「ディスチミア親和型うつ病」(樽味)では明らかである。「現代型うつ病」(松浪)においては、「当惑ないし困惑」が特徴的だが、これはむしろ、遭遇した困難を受身的に捉えている点、葛藤とは正反対である。また、松浪が「レマネンツ恐怖」と表現したような現象は、主観的には「逃げる」意識はあまりはつきりしないことが多いようだが、構え(姿勢)はやはり逃避である。松浪¹²⁾が述べているように、逃避には心理的な水準におけるそれと構造的な水準におけるそれとがあるが、構えが逃避であるという点は、これら三類型に共通しているのである。

以上のことから、これら三類型は共通して、(構造的に)逃避の特徴をもつ抑うつ体験反応であるといえる。したがってこれらには、「逃避型抑うつ体験反応」という病名が適当であろう。そして、笠原・木村分類⁷⁾におけるⅢ型のような、従来型の抑うつ体験反応を「葛藤型抑うつ体験反応」と呼ぶことにすれば、問題の類型では葛藤が乏しいことも踏まえて、両者をうまく対比できるのではないだろうか。

あるいは、「逃避型抑うつ神経症」という病名も考えられる*。状況に対する反応という側面からはつきりしているケースでは前者がより適当であり、素質的な側面がより考えられるケースでは後者がより適当であろう。両者を使い分けることも考えられる。このあたりのことについては、学界の検討に委ねたい。

おわりに

「うつ病が時代とともに変化してきた」と言われ出してから久しい。しかしながら、筆者の臨床実感は全く異なっている。精神科の敷居が低くなり、軽症のうちに早期に受診する患者が増えたことを差し引いても、「本当の」うつ病の患者はそれほど増えていないのではないかというのが実感である。

*「逃避型抑うつ神経症」への対となる名称として、「葛藤型抑うつ神経症」では「馬の馬糞」的になってしまう。この場合は「通常型抑うつ神経症」くらいが適当であろう。

本稿で筆者は、うつ病を Schneider のいう内因性うつ病のこととして議論を進めた。診断において形相への還元を追究しない立場からは、英米を中心に行われたような、内因性と非内因性の異同をめぐる論争が生まれる。そこでは異質性よりも、むしろ両者の共通性を強調する議論が生まれる。本論から明らかなように、筆者はそのような立場を安易に認めようとするものではなく、むしろそれと対立しようとするものであるが、前提の妥当性を含めた批判や新たな議論は、大いに期待したい。また形相についても、ここに提示したものが絶対であるとは思っていない。

形相は、ほとんどの精神科医が診断を下す際になんか決定的なものとして用いているのではなからうか。本稿で筆者は、それを主題化して用い、表題の三類型についてうつ病といえるかどうか吟味を行った。「伝統的診断」がもはや当たり前のもではなくなりつつある今日、診断について改めて考えるためのきっかけにもなれば幸いである。

本論文の内容の一部は、第 10 回日本うつ病学会（2013）で発表した。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 土居健郎：方法としての面接—臨床家のために、医学書院、東京、1992
- 2) 原田憲一：精神科診断学はどこに向かうのか——開いた診断学を求めて、操作的診断 vs 従来診断——非定型精神病とうつ病をめぐって（林 拓二・米田 博編）、中山書店、東京、p.36-45、2008
- 3) 広瀬徹也：逃避型抑うつ、抑うつ症候群、金剛出版、東京、p.51-77、1986
- 4) 広瀬徹也：「逃避型抑うつ」再考、うつ病論の現在——精緻な臨床をめざして（広瀬徹也、内海 健編）、星和書店、東京、p.49-68、2005
- 5) Husserl, E.: Die Idee der Phänomenologie. Martinus Nijhoff, Haag, 1950（立松弘孝訳：現象学の理念、みすず書房、東京、1965）
- 6) Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Verlag von Julius Springer, Berlin, 1913（西丸四方訳：精神病理学原論、みすず書房、東京、1971）
- 7) 笠原 嘉、木村 敏：うつ状態の臨床的分類に関する研究、精神経誌、77：715-735、1975
- 8) 木村 敏：鬱病と躁鬱病の関係についての人間学的・時間論的考察、躁うつ病の精神病理 4（木村 敏編）、弘文堂、東京、p.1-39、1981
- 9) 古茶大樹：うつ病と退行期メランコリー、「うつ」の構造（神庭重信、内海 健編）、弘文堂、東京、p.99-122、2011
- 10) 松浪克文、山下喜弘：社会変動とうつ病、社会精神医学、14：193-200、1991
- 11) 松浪克文：現代型うつ病と操作的診断—うつ病の拡散とうつ状態、操作的診断 vs 従来診断——非定型精神病とうつ病をめぐって（林 拓二・米田 博編）、中山書店、東京、p.165-182、2008
- 12) 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、p.74-98、2011
- 13) 中嶋 聡：「新型うつ病」のデタラメ、新潮社、東京、2012
- 14) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie (15. Auflage). Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2007（針間博彦訳：新版 臨床精神病理学、文光堂、東京、2007）
- 15) 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）
- 16) 樽味 伸、神庭重信：うつ病の社会文化的試論——とくに「ディスチミア親和型うつ病」について、臨床の記述と「義」——樽味伸論文集、星和書店、東京、p.185-196、2006
- 17) 樽味 伸：現代社会が生む“ディスチミア親和型”、臨床の記述と「義」——樽味伸論文集、星和書店、東京、p.197-211、2006
- 18) Tellenbach, H.: Melancholie. Springer-Verlag, Berlin, 1961（木村 敏訳：メランコリー、みすず書房、東京、1978）
- 19) 内海 健：抑うつ気分の逆説、Bulletin of Depression and Anxiety Disorders, Vol.3、シナジー、東京、p.14-16、2006
- 20) 内海 健：うつ病の臨床診断について、精神経誌、114：577-588、2012
- 21) 吉永五郎：内因性精神病——臨床精神病理学の立場から、医学書院、東京、1988