書評

うつ病の臨床精神病理学
:「笠原嘉臨床論集」を読む

1 はじめに

うつ病を内因と心因という構成要素で二分する理解は，一見すると単純でとてもわかりやすく，実用的でさえあるように思われる。一方の極には，限りなく心因を欠き内因（身体因）性としか思えないうつ病があり，反対極には誰の目にも心因性と映るうつ病がある。確かに内因と心因は存在する。しかし実際には，多くのうつ病は両者の要素をともに含んでいるのではなかろうか。

内因 vs 心因の二要素ではすっきり収まらないものとして，神経症性の葛藤やパーソナリティ障害を下地として生じるうつ病がある。ここで心因，神経症などをひとまとめにして非内因性うつ病とするならば，内因性うつ病の輪郭は鮮明になり，分類は簡明になるだろうが，非内因性うつ病が混沌の中に埋没する。

心身論が身体と精神を切り離せないように，内因（身体）と心因（精神）を切り離して考えることはそもそもが謬見である。

2 笠原・木村分類の構造

では，うつ病[注1)]の分類はどのように決着を付けるのがいいのだろうか。笠原・木村論文（1975）は，この問いに答えようとした試みである。彼らの巧緻な分類の基盤をなしているのは，内因でも心因でもなく，病前性格である。下田光造やテレンバッハ H，平沢一らの性格論は，「病前性格からうつ病への心理学的架橋に成功」し，「内因性うつ病の少なくとも一部が特定の性格者の特定の情況において示す反応」であることを提示した[72)注2)]。笠原らは性格論を分類の中心に据えることで，臨床的にも理論的にも妥当性が生まれることに気づいた。これが笠原・木村分類の基本構造である。したがって，その独自性は，彼らが“性格（情況）反応型”と呼ぶ I 型を配置したことに表れている。

この分類は，病前性格を主成分として，まず I ～ IV の 4 つの類型（理念型）を区別する。それは，メランコリー親和型性格・執着気質（第 I 型），循環性格（第 II 型），未熟（秩序愛や他者への配慮性に乏しい）（第 III 型），そして分裂質（第 IV 型）である。次に第 V 型として悲哀体験を，第 VI 型として「その他」を配置している。病前性格は，生活史，家庭像，病像，発症情況，治療への反応，経過，年齢，体型とともに 9 ビットの情報として，一つのカテゴリーを作る。

次に笠原・木村分類の第二の特徴に移る。内因性うつ病が軽症のうつ病として現れることが

注1) 人口に膾炙している“うつ病”は，実は明確な概念や定義を欠いた用語である。内因性うつ病に限って用いるべきだ，という主張があることは知っている。一方で，neurotic depression，reactive depression, atypical depression など，非内因性のうつ状態を指してもちいられる depression も慣習的に“うつ病”と訳出されてきた。笠原はどうかというと，“軽症うつ病”では，内因性うつ病を指して用いている。しかし“若年者のうつ病”や“葛藤反応型うつ病”などのように，広い概念で用いている場面もある。本論で評者は，この depression にうつ病という用語をあてる。

注2) 肩の数字は，うつ病臨床のエッセンス（第 1 版）のページを示す。

笠原嘉著　うつ病臨床のエッセンス；笠原嘉臨床論集
みすず書房　〒113-0033 東京都文京区本郷5–32–21　213頁　¥3,600　2009年8月20日発行

あり，かたや心因が精神病症状を伴ううつ病を生むことがある。類型と症状の軽重は，一定程度の連動を保ちながらも，独立して動くことがわかる。笠原らは，そこにジャクソンJHに起点をもち，エイHにより完成された器質力動論organo-dynamismをもってくる。すなわち，意識の解体水準の深さに応じて，軽うつ病＜軽躁病＜うつ病＜躁病＜精神病が現れるとして，第Ⅰ型から第Ⅵ型に，それぞれ相応する亜型を付置したのである。つまり笠原・木村分類は，カテゴリー分類にディメンジョン的な心的水準段階を組み合わせた立体構造をとっている。

3 DSMによるうつ病分類

内因vs心因の議論を棚上げにした診断分類が他にもある。いうまでもなくDSM-Ⅲ（1980）である。DSM-ⅢはResearch Diagnostic Criteria（RDC）を鋳型として作成され，RDCをさらに遡るとFeighner基準に至る。すでに他書[注3)]で紹介したことだが，スピッツァーR（1978）の原著には大うつ病（RDC）について以下のような説明が書き残されている。

「重篤なうつ病serious depressive illnessを総称する用語generic nameは意見の一致をみていない。したがってわれわれは，大うつ病性障害major depressive disorderという用語を用いる。この名称は，多くのうつ病の亜型を含む診断名として十分に一般的なものだからだ。大うつ病は，従来診断ならば抑うつ神経症，退行期うつ病，精神病性うつ病，躁うつ病のうつ病相と診断される事例を含むことになる」

つまり，大うつ病の大は重篤（serious）ということである。DSM-Ⅲは，このようにして，内因vs心因，カテゴリーvsディメンジョンの長い混沌とした議論に終止符を打った。均質性や原因論に距離を置き，症状の重症度を曲尺としてうつ病の測定を試みた。そして，大うつ病－小うつ病－適応障害を連続的に配置し，気分変調症をやや分離して置いた。

笠原とスピッツァーはともに，従来のうつ病分類に対して問題意識をもっていたのである。ところが両者は異なる原理を採用し，異なる（しかしともにプラクティカルな）分類を構築することになる。

時とともに，DSM大うつ病の基準がどのような経過で作成されたのかは語られなくなった。そして，DSM-Ⅲ以降の生物学的研究や精神薬理学的研究のほとんどは，批判のない閉ざされた世界の中で，生物学的妥当性の曖昧な大うつ病にその基盤を求め続けてきたことになる。新規抗うつ薬の対プラセボ比が高くないのは，薬効もさることながら，大うつ病（特に軽症）を対象としていることにも大いに関係する。

身体論の立場でうつ病を研究しようとするならば，手始めに内因の色濃いうつ病を対象とすべきであろう。ところが困ったことにDSM-Ⅳのメランコリア性大うつ病のクライテリアは診断妥当性を十分に備えていない[注3)]。問題は，後述するように内因の多様性を踏まえたうえで，内因性うつ病をどう診断するかである。さまざまな尺度が開発されているが，笠原・木村分類の第Ⅰ型を対象とするのも一法であろう。

4 “若年者のうつ病”の分類

若年者のうつ病が昨今話題に上がることが多い。実際に，地域住民を対象とした疫学研究でも，65歳以上の年齢コホートの生涯有病率を1とすると，有病率は年齢が下がるにつれて増加し，18～34歳でのそれは，オッズ比24にまで跳ね上がる[注4)]。

笠原は1971年の論文[注5)]においてすでに，うつ病の増加，それも若年者での増加が目につくと述べている。この現象は実は昨日今日に始まったことではなさそうだ。

そもそも若年者のうつ病は，うつ病という病気を難解なものとする主たる原因であり，常に重要

注3) 神庭重信，黒木俊秀編著：現代うつ病の臨床．創元社，大阪，2009

注4) 川上憲人ほか：厚労科研特別研究事業報告書，2003

注5) 笠原　嘉ほか：昨今の抑うつ神経症について．精神医学13：1139–1145，1971

なテーマなのである。

若年者のうつ病は，成人と同じように分類Ⅰ～Ⅴ型のそれぞれに振り分けられる。ところが若年者は性格形成途上にあるため，性格に依拠する笠原・木村分類に落とし込むことがしばしば困難なことがある。この場合には，暫定的にこれらを第Ⅵ型「その他」の“若年うつ病”に置いておく。

ちなみに，逃避型抑うつ（広瀬徹也），ディスチミア親和型（樽味伸），未熟型うつ病（阿部隆明・宮本忠雄），および現代型うつ病（松浪克文）などの論考は，Ⅰ～Ⅴ型にすっきりと分類できない，“若年うつ病”の精神病理学を深めようとした試みである。

さて分類の第Ⅲ型は，若年で多発し，未熟な性格の上に環境への持続的な葛藤（主として対人葛藤）が加わって生じるうつ病である。この類型に関係する従来診断として，神経症性うつ病，抑うつ神経症，反応性うつ病，心因性うつ病，心因反応，更年期うつ病，claiming depression，hysteroid depression があげられている。

第Ⅲ型は，従来神経症性うつ病といわれた病像と相覆うところが少なくない，としながらも笠原は，神経症が防衛葛藤のことをいうのか，症状の特徴をいうのか，精神病レベルに至らない病態を指しているのかが一定しないため，神経症ということばは捨てた方がよい[53]，と考えた。評者も全く同感である。

ここで，第Ⅲ型についての理解を深めるために，本書から重要な記載をいくつか抜粋して紹介する。「未熟依存的・自信欠如的な性格の上に持続的に葛藤情況（主として対人的葛藤）が加わって生じるうつ病」[26]。「広い意味での神経症の特徴を早くから，少なくともうつ病発症に先立つかなり前から示している。…過去の生活歴にはなばなしい対人葛藤ないし行動異常がみられ，生活史的問題を早くから荷った人である。第Ⅰ型にみられた秩序愛，他人との関係の円満さを維持するための配慮はここにはない」[53]。「自信喪失，失敗の因を境遇や他者に転嫁する」，「攻撃性が表に出る」特徴があり，「発症以前に神経症の特徴を示し，過去の葛藤が再現されていることがある」[26]。

おわかり頂けたであろうか。このように第Ⅲ型は，葛藤への傾きに加えて，未熟で依存的・他罰的などを特徴としており，一部は逃避型抑うつやディスチミア親和型と重なる。一方で大きな違いもある。逃避型抑うつの病前性格や適応はむしろ第Ⅰ型に近く，ディスチミア親和型では一貫して神経症的な葛藤を欠く。どちらも第Ⅲ型にはしっくりと当てはまらないのである。

蛇足ながら，笠原はまた，若年に加えて退行期も葛藤反応型うつ病の好発時期であるとし，このタイプのうつ病は，「成熟に関する年代的な転換期と関係する」のではないかと推測する[54]。たしかに病棟や外来に多愁訴で依存的なうつ病患者は少なくない。残念ながらこのとき以来，退行期の葛藤反応型うつ病の分析には，大きな前進が見られていないようである。さらなる精神病理学的考察が欲しい。

5 ティーンエイジャーの退却型うつ病

論文『ティーンエイジャーのうつ病（1977）』で笠原は，新しいタイプの神経症様態として，学校恐怖，選択的退却症（笠原）などの非内因性うつ状態を報告している。選択的退却症（いわゆるステューデントアパシー）では，「病前はむしろ適応のよい模範“児童”的青年で，しばしば黄金時代の持ち主」であり，「アイデンティティをめぐる混乱や優勝劣敗への過敏性と優勝劣敗の明らかにされる生活領域からの撤退，黒白二分式の強迫的完全主義」が特徴で[112]，「ステューデントアパシーと性格反応型（第Ⅰ型）とは病前性格が似ている」[116]と繰り返し述べている。このことから，選択的退却症で笠原が念頭に置いていた臨床像は，ディスチミア親和型と明確に区別される特徴をもつことをここで確認しておく。また，広瀬の逃避型抑うつと対比するならば，競争や白黒はっきり決着がつく情況からの逃避という点で両者は共通するものの，前者は慢性の無気力・無感動が主症状であるのに対し，後者は遊びや運動では比較的活発である点が異なる。

笠原はまた，若年者の性格にメランコリー親和型の完成を見ないのは，ティーンエイジャーでは対他的配慮性という，形成的・後天的と思われる

肉付きがまだ十分にできていないためかも知れないと述べ[111]，若年者では“内因性うつ病の軽症化”が特徴であると考えた。後年，松浪は，昨今の職場において依存・信頼関係が崩れつつあるなか，強迫性が弱化したために，軽症化した内因性うつ病を“現代型うつ病”として紹介している。一方で加藤敏は，未成熟なメランコリー親和型者が，職場の合理化と高いノルマのもとで，外圧的，外形的にメランコリー親和型行動を強化させられてうつ病に至る場合を“職場結合性うつ病”と呼んだ。

これらの亜型の違いは何によるのであろうか。見ていた患者が違っていたのか，それとも時代が変わったからなのか。いずれにしても，若年者のうつ病に対して，大うつ病や適応障害などと実態の曖昧な枠をはめて済ませても，患者理解や治療には詮無いことである。精神科医は患者の精神病理学的理解を少しでも深めることをめざすべきである。

本論文の後段で笠原は，選択的退却症の考察に基づいて，若年の葛藤反応型（第Ⅲ型）を，“依存的・多愁訴的うつ病”と“逃避的・退却的うつ病”に分けることを提唱している[122]。論文「二〇歳台のうつ状態（1989）」には，前者は他者からの愛と関心の供与を求めてやまないのに対し，後者は「ぬけぬけしていて，内心葛藤に苦しんでいるとは言い難く，傷つけられるのをおそれて一定の対人距離を置く」[129]，とある。

後者の“距離をもった退却”を例示するために，広義のうつ病の範疇で考えざるを得ない[122]，とことわったうえで，“退却型うつ病か？”の標題のもとに，二症例を紹介し考察を加えている[118]。

ここにはしかし，以下のような気になる記載が残されている。

「対人的・対世界的関係においてうつ病者が，屈折した形ではあるが，他者からの愛と関心の供与を求めるのに対し，この二症例などは対他的に控えめで，依存性，愁訴性が少ない。むしろ対他的にはつねに一定距離に退却しており，わずかに自分にとって適切と感じる種類のやさしさ，暖かさのあるところでのみ，関係をおそるおそる回復しようとするにすぎない」[122]。

評者はこの二症例を読んだとき，はたして彼らに発達障害はなかったか，という疑問を抱いた。これらの症例には，他に発達障害を疑わせる症状は記述されていない。もっとも当時は，発達障害という概念は極めて狭かった。新版精神医学辞典（弘文堂 1975）にもアスペルガー症候群の項目はない。治療者に軽症の発達障害への関心が薄かったとしても不思議はない。

むろん，安易な納得や思考停止へと導く，“発達障害”という診断名のもつ暴力性は十分承知すべきであろうし，そもそも症例の身勝手な解釈は慎むべきである。ただ評者がここで提示したいことは，“退却型うつ病”と映る患者の中には，広義の発達障害の文脈で理解できる場合が含まれるのではなかろうか，という疑問である。

6 若年うつ病への対応

笠原は，京大で大学生の健康管理に関わったときから，若年者のうつ病が典型的でないことに気づき，神経症性アパシーとしてこれを記述するなど，アモルフな若年うつ病の実像を追い求めてきた。ここで，読者の参考のために，笠原の治療姿勢を，本意を曲げないように，彼のことばをつなぎながら，まとめてみたい。

病前性格がはっきりと見えてくるまでは，早く診断しすぎないことである[6]。確定診断はゆっくりでよい[12]。しかし治療はすぐ始めなければならない[12]。その際，診察室では老若男女を問わず，間違っても良いから「Ⅰ型を仮定して」始めるのが相手を傷つけなくてよい[12]。メランコリー親和型者はもともと休息を苦手とする[154]。（評者注：どの亜型であっても，うつ病の中では患者はしばしば休息能力を喪失してしまう）。どの患者もまずは，心身の休息，抗うつ薬，小精神療法で開始するのがよい[204]。

抗うつ薬は抑うつ気分を改善してくれるが，その後に残る意欲の低下，興味・喜びの低下には，十分な効果が期待できずに，遷延する場合がある[172]。軽症のうつ病が治りやすいとは限らない[172]。経過をみながら，徐々に心理療法や復職リハビリへとウェイトを移し，病人の心理的生

長を促す[213]。一回の面接は短くて良いので，定期的に（少なくとも二週に一回は）会う[13]。精神科医は，慢性化した人に対しても，面接の意義の少なくないことを意識する[13]。三年もすれば，難治のものでも変化する[194]，と考えておく。決して性急に怠け者・ヒステリー呼ばわりしないことである[194]。たとえ慢性化しても，時間とともに生長する彼（女）がいることを忘れないようにする[13]。早すぎる復帰は失敗に終わることが多い[159]。気の毒に思って頑張らせると，自殺などという思わぬ不幸がくる[161]。

慢性うつ病がよくなると情況に応じて“うつ”が消失する[11]。（評者注：はじめから軽症の場合にもそうであるが，気分の反応性があれば，仕事には出られなくとも遊びには行けることがある。

話は変わるが，先日オーストラリアのパーカーG 氏と話していたときである。評者は，企業の嘱託医を長く務めている経験から，次のような話をした。

「不機嫌になりがちな最近の日本の職場では，大勢の同僚の前で，上司から能力や人格をなじられ，プライドを痛く傷つけられたことがきっかけで他罰的な抑うつ状態になり，出社ができなくなる若年社員が少なくない」

すると彼は，オーストラリアでもよくある話であり，この患者に必要なのは，薬剤ではなくて上司の謝罪ではないか，といった。確かに，何となく感じていたことであった。この話を内海健にしたところ，このような場合，えてして上司自身もまた未熟なことが多いのではないか，と返された（私信）。

ともあれ，自己愛が受けた傷が効力感の喪失や現実回避につながり，これが→抑うつ→機能の低下→休職→…へとつながる悪循環を生まないためには，（本人の側にも問題はあろうが），早い段階での上司による謝罪やサポートという介入を真剣に考えて良いかもしれない。むろん，これだけでうつ状態が解決するならば，うつ病とまでいわなくても良いと思う。

若年者のうつ病について最後にもう一言付け加えるならば，1991 年の 81.3％をピークに低下を続けた大学卒の就職率はいまや 50％台となり，就職氷河期ともいわれるようになった。時代の流れにもっとも敏感な若年者の罹るうつ病が今後どのように変わっていくのか，精神科医療が，職場が，そして社会が，彼らにどう向き合うのか，われわれは目が離せない。

7 復職準備という発想の先駆性

今日リワークの重要性が認識され，全国に広がりつつある。この復職に備えることの重要性は，笠原によって 1982 年の当時すでに指摘されていた。それは，論文『うつ病の治療と社会復帰 1982』において，笠原のムンテラ 7 カ条（小精神療法）の紹介に続いて出てくる。

周知のように，復職に際してはまず“今までの職場”へ戻すことが原則である。その理由は，著者のことばを借りるならば，「うつ病に限って職場での対人関係の良否が原因」であることや，「鬼課長がいるからとか，同僚にいじめられるとか，仕事が難しすぎるとか，そういったことがうつ病の契機になる」ことは稀だからだ[160]。

この原則は，内因性うつ病と終身雇用の組み合わせでは妥当な方針である。しかし昨今では，「上司が厳しい。仕事が難しい。職場が不機嫌」といったことが契機になることが多く，“復職は同じ職場に”という原則が当てはまらないこともある。笠原も“退職すべきケース”[163]で，例外を認めている。

1990 年代に入ると本格的な経済不況とグローバリゼーションが押し寄せ，終身雇用は崩れて，職場の流動性が高まった。職場はもはや，同調性を重視し，艱難辛苦に耐えて生涯を捧げる運命共同体ではなくなりつつある。長期の人間関係を強制しないリキッドな職場はまた，誰もが“不機嫌でもすむ”職場へと変わった。そこでディスチミア親和型とリキッドな職場という組み合わせでは，“退却”が，より好ましい人間関係を求めてヨコへ移動するための正当かつ有効なステップとなりうる。ただし，リキッド化はいまだ社会の一部で起こっているにすぎない。リキッドな職場から出てみたら，周りはみなソリッドだったということもある。不況と就職難に見舞われている昨今

の日本では，“退却とヨコへの移動”は一部の好景気の業界での，しかも才能豊かな少数エリートたちにとっての話なのかもしれない。

話を復職に戻そう。笠原は，慢性化したうつ病のリハビリには，うつ病の急性期への対応とは異なる処方箋を書く。「一年以上を経た難治ケースには，休息よりも社会生活をしながらの治療の方がよいことがある」，「趣味的なスポーツとか副業的アルバイト的な責任のない仕事に手を染めさせる」，「訓練的復職をさせてもらう」などである[166]。

これもまた今日の社会情況とのすり合わせが多少とも必要であろうか。以前には職場にも余裕があった。大手の企業であれば，訓練的復職を快く引き受けてくれた。しかし，バブル崩壊以降，情況は変わったように思う。中小企業はむろんのこと，大企業ですら，職場に余裕がなくなってきた。そのため，制限勤務で復帰されると困る，といわれることが少なくない。復帰すれば，正規社員として頭数に数えられる。そこで一人前の仕事ができないと，他の者達が病者のノルマの分まで負担しなければならなくなる。一方で単純作業はIT化され，残された訓練的な仕事は派遣社員に振り分けられている。訓練的復職のための仕事が現場にはなくなっているのだ。

だから完全によくなってから会社に戻ってくれ，といわれるようになり，社外に復職訓練をする場が必要になったのである。リワークは医療機関の仕事となり，しかも大いに必要とされて，対応が間に合わないほどである。

これもまた余談であるが，休職期間が切れそうになったときに劇的に回復する患者がいる。しかし考えてみれば誰にも，試験前や原稿の締めきり前になって，やっとやる気が出てきたという経験があると思う。患者だけを皮肉な目でみるべきではなかろう。

注6) Kirsch I et al : Initial severity and antidepressant benefits : a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLos Medicine 5 : e45, 2008

8 笠原は抗うつ薬をどう用いたか

昨今，抗うつ薬の安易な処方とその弊害がさかんにマスコミを賑やかしている。かつて医師によりベンゾジアゼピンが乱りに使用され，問題とされたことがあった。いまではSSRIがそれに取って代わっただけのようである。考えてみれば，薬が変わっても，使い手の臨床力が変わらなければ，同じような結果に終わるのも不思議なことではない。マスコミの批判を待つまでもなく，われわれは大いに反省すべきである。

英国NICEガイドラインをはじめ，軽症のうつ病には抗うつ薬の投与を原則として控えることを推奨するガイドラインが出はじめた。抗うつ薬市場の巨大化に楔を打とうとしたのだろうか。たしかにエビデンスもある。軽症の大うつ病では，プラセボとの差が，中等度のエフェクトサイズ（d>0.5）に達しない，というメタ解析も報告され注6)，これが新聞各社により「抗うつ薬は無効」などと報道されたことがあった。これでは，笠原のいう“軽症内因性うつ病”の理解が欠落してしまう。

かたやわが国では，マスコミが抗うつ薬の副作用を過剰なほどに取り上げ，精神科医の処方に痛烈な批判を浴びせるなか，厚労省や諸学会にガイドラインはなく，手製のアルゴリズムも2003年の改訂を最後として放置されたままである。このような風潮のなかで，精神科医はうつ病の治療に自信を失い，萎縮した医療を行いがちになってはいないだろうか。

笠原は，豊富な臨床経験と器質力動論の立場から，一貫して，心理療法と抗うつ薬とを組み合わせる治療の有効なことを述べ続けている[ii, 135, 197, 199, 211, 213]。たとえば，「神経症性うつ病にしても，薬物への反応はかならずしもよくないが，全く薬物なしにすませることはできない。多少とも効果があり，本人も欲するし，当方もその必要を無視できない。ただし，心理療法的介入を要する。本人もそれを求める。心理療法は年単位を要する。それだけの環境をもつ学生であったり，理解ある夫をもつ主婦である」[135]。また「小

精神療法の七原則といっても，薬物療法を受けていることが原則である。医師は脳のことを当然考えないわけにはいかない」[197]，「薬物療法は，今日の精神科医療にとって，もはやアペンディクスではない」[199] あるいは「薬を処方せずに面接だけですませることのできた人は十年の間にほんの例外的であった」，「それどころか，薬物をちょっと使った方が，むしろカウンセリングにしても精神療法にしても効果が上がるとさえ思っている」[210] などとある。

秀でた精神科医の冷静な経験として，これらのことばに耳を傾けるべきである。また，意欲の低下，興味・喜びの低下に届く抗うつ薬の開発を期待するとの言葉は[191]，診察室からの要望として，精神薬理学者や企業の研究者がもっと注目すべきであろう。

9 笠原のうつ病論を読み終えて

このたび笠原のうつ病論を真っ向から読む機会を得た。ここで，書き残した疑問や考察をいくつか挙げておきたい。

いうまでもなく第Ⅰ型の病前性格はメランコリー親和型である。これは他者への配慮と秩序愛に代表される。加えて，笠原は，対人関係性がより根本的で，秩序愛は対人的配慮において発揮される二次的なものであるとする見方を披露する。さらに，平沢が“テレンバッハのメランコリー親和型の考察に欠如している”と指摘した気分比を，笠原もまた重視する。つまり，メランコリー親和型うつ病は，対人配慮と秩序愛の平面に，陽と陰の気分変動の軸を立てて理解するべきであり，人によってはうつ病相に加えて，軽躁病相が現れると分析しているのである。この分析は正鵠を射ていると思う。

さらにメランコリー親和型は，循環性格ほどには気分変動があらわでなく，内的葛藤に乏しく，むしろ過剰適応していることが多い。強いていえば，弱力性優位の性格であるという[32,33]。「自分を社会に安売りさせ，他者なしに存立しえず，一種の自我欠損」，「個性的な人間関係の不成立」，「世俗性が強く，所有喪失に常におびえる」などとも出てくる[76,77]。しかも，「弱力性はなかば体質的な要素を含み，前うつ状態への生来の親和性が，うつへの心的防衛として，強迫的な性格防衛をある年齢から作り上げる」のではないかという[87]。

評者は，この生来の弱力性という特徴の指摘に接して，第Ⅱ型でなく，第Ⅰ型の病前性格として下田執着気質が配置されていることに若干の疑問を持った。執着気質は，熱中性，偏執性，凝り性のような強力性が目立つ気質である。下田らが執着気質の根拠としたのは，うつ病だけではなく，躁病，躁うつ病をまとめた対象（一元論躁うつ病）から抽出されたオリジナル・データであった[注7]。一方，単極のうつ病者を主たる観察対象としたテレンバッハや平沢は，執着気質の熱中性・執着性が薄まったメランコリー親和型性格をそこに見いだしたのである。従い，下田執着気質は主として第Ⅱ型の循環型うつ病の病前性格にこそ置かれるべきではないか，と思うのだ。

と同時にメランコリー親和型の弱力性をふまえると，笠原と木村が第Ⅰ型および第Ⅲ型（未熟）の従来診断として，同じように，反応性うつ病，心因性うつ病，神経症性うつ病，抑うつ神経症，更年期うつ病などをあげていることが肯けるようになる。第Ⅰ型と第Ⅲ型の関係は，弱力性において，同調性を共有する第Ⅰ型と第Ⅱ型の関係よりも密接だからだろう。

次にわれわれが深く一顧すべき指摘をあげる。笠原がうつ病ストレス学説に批判的で，「うつ病の大半は誘因無く発症している」とし，「内因性概念を復活したい誘惑を感じる」，「全くの心因によるうつ病はごくまれ」と述べていることである[8]。笠原は，「第Ⅰ型を内因性うつ病とみるかどうかについては議論がわかれる」[65] としながらも，「広く寛容される内因性うつ病と相覆うのは第Ⅰ型の大半と第Ⅱ型の全部であろう」[65] と考える。

そもそも内因とは植物学の用語であったらしい。種（≒遺伝子）と土壌（≒環境）の関係を，メビウス（1893）が精神疾患の発症に当てはめて

注7) 神庭重信：下田執着気質の現代的解釈．九州神経精神医学 52：79–88，2006

理解しようとしたのがはじめである。したがって，遺伝率の高さから考えれば，むしろ双極性うつ病こそが本来の内因性うつ病である。では，第Ⅰ型はどうであろうか。

後年の論文『軽症うつ病について2003』において，「軽症内因性うつ病では，潜行的なストレス状況，あるいはひそかな過度の熱心，やむをえない義務的な努力などがかなりの期間先行し…心理的疲労，心理的エネルギー水準の低下が生じ，軽微な引き金によって（しばしば引き金なしにも）…不安・うつ状態が発する」[175] とある。つまり，さまざまな場面で，メランコリー親和型者は疲弊へと追い込まれるであろうが，発症に至るには，プラスアルファが必要だという立場である。引き金がない場合，この突然性を生み出しているのが内因である。そして臨床では，この疲弊状態をもって軽症のうつ病と診断している場合がある。

さらに，第Ⅰ型が静養と抗うつ薬により良好に回復すること，症状がしばしば内因性うつ病の特徴（日内変動，早朝覚醒，体重の激減，希死念慮，重篤性など）をもつことも，第Ⅰ型には内因性の場合が多いことを予測させる。

はたして，この内因は，病前性格と通底するものなのか，独立しているものなのかが未解決である。ちなみに飯田 真は[注8]，メランコリー親和型と循環気質は共通の遺伝的素質から生まれ，環境の影響で異なった性格へと分化してゆく可能性に言及している。

続いて疑問をあげると，不思議なことにわれわれは，第Ⅰ型を内因性うつ病の代表とし，第Ⅱ型を除外して理解していること気づくことがある。これはなぜだろうか。

双極性障害の概念が広く共有され，うつ病の経過に軽躁病が現れるとそれをもって双極性障害と診断し，“内因性うつ病”から切り離して考えることに慣れてきたことが大きいと思う。つまり双極性うつ病は原義では内因性であるにもかかわらず，“内因性うつ病”とは異なる内因を持つとして区別されるようになったのである。

メランコリー親和型者がその気分比に応じて表す軽躁病を，笠原・木村分類のように第Ⅰ型のままに分類すべきなのか，それとも双極性障害あるいは双極スペクトラムとして理解し第Ⅱ型に移すべきなのか。とりあえずは，治療の指針としてどちらがより有用なのかが問われるべきであろう。

蛇足ながら，種々のストレス（分離，フットショック，拘束，水侵など）を動物に与えて作っているのは，笠原が批判する“うつ病ストレス仮説”に偏った動物モデルに他ならない。実は内因性うつ病の動物モデルはまだできていないのである。学習性無力モデルはかろうじて情況因を作り出せるかもしれないが，ストレスの与え方によってはPTSDの心因モデルに近づく。

一方，かつてはレゼルピンを，最近であればインターフェロンやBCGを投与して動物に抑うつ状態を作り，そのときの脳内変化を調べる研究は，外因性うつ病のモデルを用いていることになる。敢えて生物学的研究を弁護すると，それぞれのモデル研究は，うつ病の最終共通病態 final common pathway を求めた試みであり，動物では再現が困難な内因性うつ病の解明を目指しているのである。

10 おわりに

本書に収載された九編の論文を読むと，うつ病の問題は笠原によっておおかた語り尽くされていたことがわかる。論文に繰り返し目を凝らすと，さまざまな臨床的な疑問に対する著者の鋭利な答えが浮き上がってくる。本書は珠玉のアフォリズムに満ちあふれている。読者には明澄な視線と霊妙な臨床の技法をぜひ味読していただきたい。しかも読者に語りかけるような巧みな筆致は，読み手をして，未解決の問いはみなが答えよ，といわれているような気にさせる。時代や社会の変化とともに変わるものは何か，変わらないものはなにか。本書を手にする者は，笠原の論考の跡を辿り，彼からの知の果たし状を受けて立たねばなら

注8) 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

注9) Andreasen NC : DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. Schizophrenia Bulletin 33 : 108–112, 2007

ない。

かつて生物学的研究の前に，精神病理学の説明は挫折したかのようにみえた時期があった。もっともこれは，器質変化が暴かれつつある統合失調症においてより顕著であったように思う。笠原も，「DSM が作成されて気勢をそがれた」[127] と回顧する。ところが，DSM が米国の精神科医の臨床力を落としたと，その制作に関わったアンドリアーセン N 自らが嘆いたように[注9]，米国は惨憺たる被害に見舞われた。こうした被害がわが国で軽く済んだのは，笠原の精神病理学が DSM への定立としてあったからではなかろうか。笠原嘉臨床論集は，このことの証である。

評者　神庭重信（九州大学大学院医学研究院 精神病態医学）

*　　*　　*

好評既刊

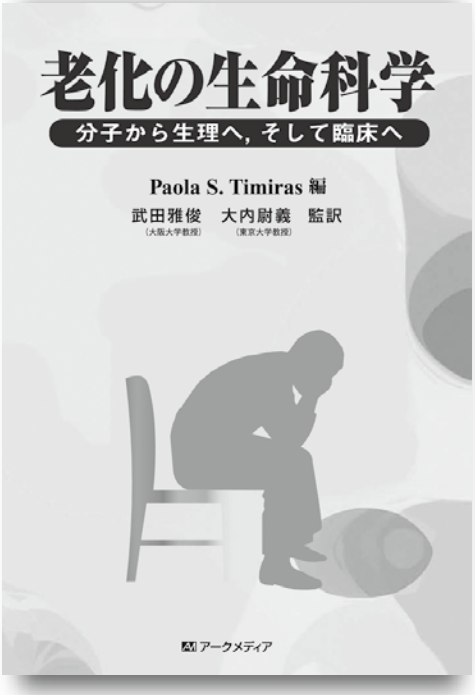
老化の生命科学

分子から生理へ,そして臨床へ

Paola S. Timiras編／武田雅俊・大内尉義監訳　●B5判 623頁

「老化と老年医学の生理学的基礎」第三版では，近年の老年医学および老年学領域の新知見に合わせて，第二版の内容を大きく書き改めることを心がけた。

構成は三部からなっており，第一部の「概論」では，疫学，分子生物学，細胞生物学，老化理論を含みながら，老化の生物学のさまざまな基礎知識について，第二部「系統的老化と器官の老化」では，身体各系統の老化過程について詳しく述べており，外界からの要求に適応して最適な機能を維持するシステムについて概説している。第三部「予防とリハビリテーション」では，身体と精神の健康を保持した長寿を目指した生活スタイルを実現するための薬理学的，栄養学的な知見と身体運動のガイドラインについて述べている。



多くの書籍が専門家向けかあるいは一般向けかのいずれかにターゲットを絞って制作されているが，本書ではその両者に役立つような内容となっている。老年学・老年医学の専門化としての道を歩み始めた人，生物学に興味を持っている人，老化により自分の体にどのような変化が起こっているのかを知りたいと思っている人(高齢者とその家族)など，さまざまな読者に役立つ内容でありたいと考えたからである。このような目標のもとに，生理学を共通の基本概念に置いて，多数の図表を用いてできるだけわかりやすくコンパクトにまとめた。

●本書の内容●

第1部●総論
- 第1章　生命段階としての老化、老化に関する一般用語とその研究方法
- 第2章　歴史的見地におけるヒトの長命
- 第3章　老化の比較と鑑別、老化機能評価、老化そして疾患
- 第4章　細胞老化と細胞死
- 第5章　老化における酸化と抗酸化
- 第6章　寿命と老化の理論

第2部●各論
- 第7章　神経系:構造および生化学的変化
- 第8章　神経系:機能的変化
- 第9章　感覚系:正常老化、疾患、および視聴覚障害の治療
- 第10章　副腎と下垂体
- 第11章　女性生殖器系
- 第12章　男性の視床下部−下垂体−生殖器系のアンサンブル
- 第13章　甲状腺、副甲状腺、松果体
- 第14章　膵内分泌、広範分布型内分泌腺とケミカルメディエータ
- 第15章　免疫系
- 第16章　老化における心血管系の変化:動脈硬化と冠動脈疾患
- 第17章　脂質、リポプロテインと動脈硬化
- 第18章　肺呼吸、造血と赤血球
- 第19章　腎臓、下部尿路、体液と前立腺
- 第20章　胃腸管系と肝臓
- 第21章　骨格、関節、および骨格筋と心筋
- 第22章　皮膚

第3部●予防・介入
- 第23章　薬理学と高齢者の投薬管理
- 第24章　健全な老化:栄養,運動および栄養制限の実験的方法論

定価9,975円(本体9,500円+税)

発行所●株式会社アークメディア

〒102-0075東京都千代田区三番町7-1朝日三番町プラザ406号　ホームページ　http://www.arcmedium.co.jp/
電話03-5210-0821／ファクシミリ03-5210-0824　e-mail　arc21@arcmedium.co.jp

好評既刊

わかりやすい 疾患と処方薬の解説 2009

好評につき 大幅改訂

本書は，前版では教科書採用されるなど好評を博しておりましたが，このたび，大幅なリニューアルを行い，よりわかりやすい書籍を目指して企画されました。最新の薬学教育6年制モデルコアカリキュラムに基づいて構成され，４年次から６年次にかけての薬物治療学，処方学（処方解析学）の基礎から臨床応用までを十分にカバーし，さらに薬剤師免許取得後も臨床現場の実践で活用できるよう工夫されています。

●監修
齋藤　康
（千葉大学学長）

●編集委員
市田隆文
（順天堂大学静岡病院教授）
伊藤芳久
（日本大学教授）
小野真一
（日本大学准教授）
小野寺憲治
（横浜薬科大学教授）
小佐野博史
（帝京大学教授）
鈴木　孝
（日本大学教授）
西郡秀夫
（岩手医科大学教授）
吉川敏一
（京都府立医科大学教授）
若林広行
（新潟薬科大学教授）

本書の目次

●第1章　総論
薬物療法とは
医療における薬剤師の役割
時間治療
医薬品の適正使用と医薬品情報
臨床試験の倫理性と科学性
薬剤疫学と市販後調査
●第2章 脳神経疾患
脳内出血
脳梗塞
くも膜下出血
一過性脳虚血性発作
パーキンソン病
重症筋無力症
片頭痛
脳炎・髄膜炎
●第3章　精神疾患
てんかん
統合失調症
認知症
躁うつ病（気分障害）
神経症（神経症性障害）
心身症
アルコール依存症
薬物性依存症
●第4章　循環器疾患
心不全
不整脈
狭心症
心筋梗塞
高血圧症
閉塞性動脈硬化症
●第5章　呼吸器疾患
気管支炎
肺炎
気管支喘息
慢性閉塞性肺疾患（肺気腫）
肺結核
インフルエンザ
かぜ症候群
●第6章　消化器疾患
消化性潰瘍
肝炎・肝硬変
膵炎
過敏性腸症候群
クローン病
潰瘍性大腸炎
胆石症
虫垂炎
●第7章　腎臓・泌尿器疾患
糸球体腎炎
腎不全
ネフローゼ症候群
糖尿病性腎症
前立腺肥大症
尿路結石
薬剤性腎障害
尿路感染症
輸液療法
●第8章　骨・関節疾患
骨粗鬆症
変形性関節症
骨軟化症
●第9章　内分泌・代謝疾患
糖尿病
脂質異常症（高脂血症）
高尿酸血症・痛風
甲状腺機能異状症
クッシング症候群
尿崩症
その他の内分泌疾患
　上皮小体機能異常症
　原発性アルドステロン症
　アジソン病
●第10章　ｱﾚﾙｷﾞｰ・免疫疾患
アナフィラキシーショック
後天性免疫不全症、HIV感染症
自己免疫疾患
　全身性エリテマトーデス
　関節リウマチ
　シェーグレン症候群
　ベーチェット病
●第11章　血液・造血器疾患
鉄欠乏性貧血
再生不良性貧血
腎性貧血
播種性血管内凝固症候群（DIC）
血友病
静脈血栓・塞栓症
紫斑病
汎血球減少症
●第12章　産科・婦人科疾患
更年期障害
子宮内膜症
異常妊娠・異常分娩
不妊症
妊娠と薬剤
●第13章　皮膚疾患
蕁麻疹
光線過敏症
アトピー性皮膚炎
接触皮膚炎
帯状疱疹
皮膚真菌症
薬疹
乾癬
●第14章　眼科疾患
緑内障
白内障
結膜炎
糖尿病網膜症
●第15章　耳鼻咽喉科疾患
メニエール病
アレルギー性鼻炎
花粉症
副鼻腔炎
中耳炎
●第16章　悪性腫瘍
脳腫瘍
肺癌
食道癌
胃癌
肝細胞癌
大腸癌
前立腺癌
白血病
悪性リンパ腫
乳癌
卵巣癌
子宮頸癌・子宮体癌
皮膚悪性腫瘍
咽頭・喉頭癌
●第17章　緩和医療
がん疼痛治療
抗悪性腫瘍薬
●第18章　移植医療の現状と薬物治療
腎臓移植の現状と薬物治療
肝臓移植の現状と薬物治療
●第19章　症候
発熱／頭痛／感覚障害（痛み・しびれ）／運動麻痺／けいれん／めまい／発疹／黄疸／チアノーゼ／脱水／浮腫／悪心・嘔吐／腹痛／下痢・便秘／腹部膨満／貧血／出血傾向／胸痛／呼吸困難／咳／口渇／月経異常／血尿／排尿障害／視覚障害／聴力障害／嚥下障害／意識障害／ショック／心悸亢進・どうき／低血圧

B5判　並製本
2色刷
定価 6,300円
（本体 6,000円）

㈱アークメディア
〒102-0075 東京都千代田区三番町7-1 朝日三番町プラザ406号
TEL 03-5210-0821/FAX 03-5210-0824/振替00160-5-129545