

# 神経症性うつ病の鑑別点

川崎医科大学 精神科

笹野 友寿, 木村 昌幹, 櫛田 寿量  
野木 渡, 渡辺 昌祐

(昭和62年5月19日受理)

## A Discrimination of Neurotic Depression

Tomohisa Sasano, Masamiki Kimura  
Toshikazu Kushida, Wataru Nogi  
and Shosuke Watanabe

Department of Psychiatry  
Kawasaki Medical School

(Accepted on May 19, 1987)

神経症性うつ病と躁うつ病抑うつ型 (ICD-9) を鑑別するために、ハミルトンうつ病評価尺度 (HDRS) をもとに因子分析を行い、以下の結果を得た。

① 神経症性うつ病は、Factor 1 は自殺、入眠障害、熟眠障害、早朝睡眠障害、身体的不安、消化器系の身体症状、一般的な身体症状および心気症状で特徴づけられた。Factor 2 は特徴づけられる HDRS の項目はなかった。また、Factor 3 では抑うつ気分、仕事と興味、精神運動抑制および日内変動で特徴づけられた。

② 躁うつ病は、Factor 1 は抑うつ気分、罪業、自殺、仕事と興味、精神運動抑制、一般的な身体症状、病識、離人症および強迫症状で特徴づけられた。Factor 2 と Factor 3 は特徴づけられる HDRS の項目はなかった。

③ 抗うつ薬の効果は両者の間で有意差はなかった。

④ 神経症性うつ病の病前性格はメランコリー親和型性格が最も多く、躁うつ病抑うつ型の病前性格は循環性格が最も多かった。

We attempted to discriminate neurotic depression from manic-depressive psychosis through factor analysis using the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS).

The results obtained were as follows:

1) In neurotic depression, factor 1 was identified by suicide, insomnia, somatic anxiety, somatic symptoms and hypochondriasis. Factor 2 was characterized by no items of the HDRS. Factor 3 was identified by depressed mood, work and interests, retardation and diurnal variation.

2) In manic-depressive psychosis, factor 1 was identified by depressed mood, guilt, suicide, work and interests, retardation, general somatic symptoms, insight, depersonalization and obsessional symptoms. Factors 2 and 3 were characterized by no items of the HDRS.

3) The effects of antidepressant drugs was not significantly different between the two groups.

4) The most common premorbid characteristic of neurotic depression was Typus Melancholicus and that of manic-depressive psychosis was cyclothyme.

Key Words ① Neurotic depression ② Manic-depressive psychosis

③ Factor analysis ④ Hamilton Depression Rating Scale

## はじめに

わが国ではうつ病は人口あたり 0.5% と言われているが、最近、特にここ 20 年間、うつ病が増加傾向にあると言われている。当院の総合診療部においても、外来患者の約 10% がうつ病またはうつ状態で受診していることから、それは十分に理解できる傾向である。

うつ病増加の理由としては、まず抗うつ薬の使用と、それによるうつ病の診断基準の時代的変遷が考えられる。医師が薬剤の効果というものを意識して診断をつけているとすれば、作用機序の異なる多くの抗うつ薬が開発されている今日、うつ病に該当する患者は増加して当然であろう。

もうひとつの理由としては、以前なら十分社会適応することのできたメランコリー親和型性格者<sup>1)</sup>でさえも、複雑化する現代社会では適応が困難となりつつあることが考えられる。すなわち、メランコリー親和型性格は、性格防衛として不適切になってしまったとも言えよう。

いずれにせよ、うつ病というものが増加していることは確かなようであるが、その中でも特に神経症性うつ病の増加が目立っていると報告されている。<sup>2)</sup> 神経症性うつ病とは普通苦痛な体験に引き続いて発症するが、その体験内容にしては不相応のうつ状態を呈するという特徴がある。そういった体験を誘因とみなすかあくまで原因とみなすかは意見の分かれるところであるが、何らかの精神療法が必要であることなどから、少なくとも臨床的には他のうつ病とは区別すべき疾患であると考えられている。

それではこの神経症性うつ病は他のうつ病と比べてどのような特徴を持っているのであろうか。この点を調べるために、われわれは神経症性うつ病と躁うつ病抑うつ型との比較を行うこ

とにした。そこで、ハミルトンうつ病評価尺度 (HDRS)<sup>3)</sup> をもとに因子分析を行って、両者の相違点を明白にすることを試みた。

## 対 象

対象は ICD-9 で神経症性うつ病と診断された患者と、年齢、性および重症度を一致させた躁うつ病抑うつ型の患者である。

両群とも年齢は 19 歳から 62 歳まで (平均  $39.0 \pm 12.9$  歳) の各 21 人で構成されている。

## 方 法

治療開始前の HDRS の 21 項目一抑うつ気分、罪業、自殺、入眠障害、熟眠障害、早朝睡眠障害、仕事と興味、精神運動抑制、激越、精神的不安、身体的不安、消化器系の身体症状、一般的な身体症状、生殖器症状、心気症、体重減少、病識、日内変動、離人症、妄想症状、強迫症状一の得点をもとに因子分析(主因子法)を行った。

HDRS は抗うつ薬投与前と投与後毎週採点した。5 週間で HDRS が 60% 以上改善したものを有効と判定した。なお、向精神薬は眠前に用いる抗不安薬以外は禁止した。

## 結 果

治療開始前の HDRS 得点 (平均値  $\pm$  標準偏差) は、神経症性うつ病が  $25.2 \pm 8.6$  点、躁うつ病抑うつ型が  $26.8 \pm 8.1$  点であり、Student の t 検定によると両者の間に有意差はなかった。

抗うつ薬の有効率は神経症性うつ病が 66.7%、躁うつ病抑うつ型が 81.0% であり、 $\chi^2$  検定によると両者の間に抗うつ薬の効果の有意差はなかった。

Table 1. Saturations of rotated factors.

|              | Factor 1 |       | Factor 2 |       | Factor 3 |       |
|--------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
|              | D        | N     | D        | N     | D        | N     |
| 1 抑うつ気分      | 0.99     | 0.47  | 0.06     | -0.14 | 0.01     | 0.87  |
| 2 罪業         | 0.89     | 0.07  | -0.35    | -0.99 | -0.30    | 0.06  |
| 3 自殺         | 0.89     | 0.83  | 0.38     | -0.55 | -0.23    | 0.03  |
| 4 入眠障害       | -0.06    | 0.76  | -0.31    | 0.21  | -0.95    | -0.61 |
| 5 熟眠障害       | -0.06    | 0.78  | -0.73    | -0.62 | -0.68    | 0.02  |
| 6 早朝睡眠障害     | -0.27    | 0.89  | -0.81    | -0.44 | -0.51    | -0.06 |
| 7 仕事と興味      | 0.98     | 0.23  | -0.15    | -0.17 | -0.16    | 0.96  |
| 8 精神運動抑制     | 0.91     | 0.09  | -0.32    | -0.45 | 0.26     | 0.89  |
| 9 激越         | 0.56     | 0.09  | -0.83    | -0.93 | -0.02    | 0.35  |
| 10 精神的不安     | 0.51     | 0.66  | -0.73    | -0.30 | -0.46    | 0.69  |
| 11 身体的不安     | 0.51     | 0.92  | -0.84    | 0.20  | -0.19    | 0.33  |
| 12 消化器系の身体症状 | 0.29     | 0.94  | -0.95    | -0.26 | 0.07     | 0.24  |
| 13 一般的な身体症状  | 0.85     | 0.82  | -0.43    | 0.07  | -0.31    | 0.56  |
| 14 生殖器症状     | -0.25    | 0.34  | -0.15    | -0.90 | -0.96    | 0.25  |
| 15 心気症       | 0.14     | 0.90  | -0.24    | 0.14  | -0.96    | 0.41  |
| 16 体重減少      | 0.45     | 0.49  | 0.25     | -0.84 | -0.85    | -0.24 |
| 17 病識        | 0.98     | 0.15  | 0.17     | -0.45 | -0.12    | -0.88 |
| 18 日内変動      | -0.31    | 0.46  | -0.94    | 0.30  | 0.13     | 0.84  |
| 19 離人症       | 0.99     | 0.58  | -0.08    | 0.76  | 0.01     | 0.30  |
| 20 妄想症状      | 0.32     | -0.17 | 0.47     | -0.98 | -0.82    | -0.04 |
| 21 強迫症状      | 0.90     | -0.97 | -0.21    | 0.05  | 0.38     | -0.24 |

D: manic-depressive psychosis, depressed type.

N: neurotic depression.

Table 2. Premorbid character of depressive disorders.

|           | 躁うつ病<br>抑うつ型 | 神経症性<br>うつ病 |
|-----------|--------------|-------------|
| メランコリー親和型 | 8人           | 10人         |
| 循環性格      | 9人           | 3人          |
| 未熟性格      | 4人           | 8人          |

両者の因子分析の結果を Table 1 に示す。

両者の病前性格を Table 2 に示す。

### 考 察

Factor 1 の因子負荷量をみると、躁うつ病抑うつ型は抑うつ気分、罪業、自殺、仕事と興味、精神運動抑制、一般的な身体症状、病識、離人症、強迫症状が高く、神経症性うつ病は自殺、入眠障害、熟眠障害、早朝睡眠障害、身体的不安、消化器系の身体症状、一般的な身体症

状、心気症が高かった。両者とも自殺、一般的な身体症状が共通して高かった以外では、あまり共通点がみられなかった。また、神経症性うつ病では、因子負荷量が相対的かつ絶対的に低いものとして、罪業、病識、妄想症状、強迫症状の項目があった。これらはいずれも内因性の精神疾患に親和性の強い項目であり、神経症性うつ病はこれだけみると神経症圏内に含まれる印象を受ける。

Factor 2 の因子負荷量をみると、両者とも陰性得点が目立っており、あまり特徴が見られなかった。強いて言えば、神経症性うつ病に離人症状が出やすいことである。おそらくこれは Factor 1 にも関連したことであるが、身体症状の中に含まれるものであろう。しかし、離人症状は躁うつ病抑うつ型では Factor 1 ですでに高得点であるため、これが神経症性うつ病に

Table 3. Discrimination of neurotic depression.

|          | 躁うつ病抑うつ型         | 神経症性うつ病          |
|----------|------------------|------------------|
| 重症度      | さまざま             | 軽症               |
| 抑うつ気分・思考 | 強い               | 中等               |
| 制止・意欲低下  | 強い               | まれ               |
| 罪悪感      | さまざま             | 強い               |
| 身体症状     | さまざま             | まれ               |
| 妄想症状     | さまざま             | まれ               |
| 強迫症状     | さまざま             | あ                |
| 病識       | さまざま             | メランコリー親和型または未熟性格 |
| 病前性格     | 循環性格またはメランコリー親和型 | 型または未熟性格         |
| 抗うつ薬への反応 | 良好               | 良好               |

特徴的であるとは言いきれない。

Factor 3 の因子負荷量をみると、躁うつ病抑うつ型では陰性得点が目立っておりあまり特徴が見られない。一方、神経症性うつ病では、抑うつ気分、仕事と興味、精神運動抑制、日内変動といったうつ病の基本的症状の項目が高く出ている。すなわち、神経症性うつ病にもうつ病の基本的症状が存在するのである。ただし、それはあくまで第3の factor としてであって中心となる症状ではない。

これらをまとめてみると、神経症性うつ病は、1) 睡眠障害なども含めて、多くの身体症状を表しやすく、また、それに対して心気的な不安を抱いている、2) 必ずしも抑うつ気分や精神運動抑制などのうつ病の基本的症状が中心症状ではない、3) 妄想症状や強迫症状は少ない、4) 罪悪感に乏しい、5) 病識はある、と特徴づけることができる (Table 3)。

ところで、病前性格は笠原ら<sup>2)</sup>の報告と同様、メランコリー親和型と未熟型が多かった (Table 2)。笠原<sup>4)</sup>は、メランコリー親和型とは、1) 他人との円満性の維持をめざす対他的秩序愛、2) 小心で保守的な弱力性優位と内的葛藤の欠如、3) 身近な人に向けられる依存性、の3点を特徴とする性格であると補足説明している。こういう性格の人達に共通する生活態度としては、目標に向かって自分の生活の全てを賭けるほど強迫的に努力をすることが挙げられる。しかし、その根底には、非現実的な依存欲求や愛情欲求が隠されており、その性格自体が

一種の性格防衛であると考えられている。この性格について、笠原ら<sup>2)</sup>は、青年期後期になって対社会的に形成された性格であると考えている。そして、小此木<sup>5)</sup>は、予測した報酬が得られなかった場合は、自己愛が破綻し、喪失体験や、衰えや、孤独を感じ、抑うつ的になると述べている。

しかし、同じように抑うつ的になるにしても、神経症性うつ病では罪業感に乏しく、躁うつ病抑うつ型で

は罪業感が強いという違いがわれわれの結果には表れている。これは、自己愛的退行の強さには違いがあるからかもしれない。つまり、神経症性うつ病では外部との対象関係は何とか維持できており、何らかの心因が見出されるが、これがうつ病になると、それさえも強い退行によって失われているとも考えられる。

ところで、われわれはクラスター分析を用いてうつ病患者 130 人を分類することを試みている (笹野ら、未発表)。その結果、うつ病をいそう型、軽症型、激越型、心気型、身体型の 5 群に分類できたが、この母集団に今回の神経症性うつ病患者 21 人を加え、同様の操作を行ってみたが (Table 4)、神経症性うつ病は独立したクラスターとしては成立せず、すべて前述の 5 群に分散した。そして、軽症型といそう型に多く集まる傾向がみうけられた。この 2 つの群は、 $\chi^2$ 検定によると過去に躁病相を有した人が有意に ( $p < 0.01$ ) 集積している群であって、生物学的病態メカニズムが病因として考えられる群である。また、身体型にも比較的多く集まっているが、この群は抗うつ薬に対する反応が最も良い群であり、やはり内因性の病態メカニズムが考えられる群である。これらのことから、神経症性うつ病は神経症の範疇よりはうつ病の範疇に近い疾患であるとも考えられる。もしそうなら、治療の基本は薬剤の選択を正しく行うことと休養をとらせることであろう。事実、われわれの結果では、神経症性うつ病は躁うつ病抑うつ型と比較しても、抗うつ薬に対す

Table 4. Classification of depressive disorders.

| 分類名      | るいそう型        | 軽症型           | 激越型                      | 心気型                         | 身体型                          |
|----------|--------------|---------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 人数       | 12人          | 47人           | 39人                      | 16人                         | 16人                          |
| 躁病の既往    | 7人 (58.3%)   | 17人 (36.2%)   | 2人 (5.1%)                | 4人 (25.0%)                  | 3人 (18.8%)                   |
| HDRS得点合計 | 23.2±2.9点    | 15.6±4.8点     | 33.5±4.8点                | 26.2±4.3点                   | 26.0±2.9点                    |
| 特徴的な症状   | 体重減少         | (特になし)        | 睡眠障害<br>不安<br>激越<br>身体症状 | 離人症<br>心気症<br>生殖器症状<br>身体症状 | 睡眠障害<br>身体症状<br>体重減少<br>日内変動 |
| 抗うつ薬の有効率 | 6/12 (50.0%) | 32/47 (68.1%) | 25/39 (64.1%)            | 8/16 (50.0%)                | 13/16 (81.3%)                |
| 神経症性うつ病  | 4人           | 8人            | 3人                       | 1人                          | 5人                           |

(mean±S. D.)

る反応は有意差がなく良好である。そして、これは笠原ら<sup>2)</sup>の報告とも一致する結果である。

しかし、神経症と同様に何らかの精神療法が必要であるかもしれない。今回の結果からもわかるように神経症性うつ病者の症状には罪業念慮が極めて低いという特徴がある。その点に関して、笠原<sup>4)</sup>は、循環性格とメランコリー好発型性格の上位概念として同調性性格なる概念を導入し次のように説明している。社会的規範との過度の一体化、一般的他者によってしか与えることのない自己評価は当然挫折しやすいが、その挫折に際して他者によって棄てられたと体験され、その失われた空隙は他者が補填すべきであると彼らは考えている。そのような観点からみた場合、今回の結果に示されたような、罪業念慮の低さは理解できるかもしれない。また、罪悪感に関して、安永<sup>6)</sup>は、1) 最強の抵抗すら溶かすことがある、2) 甘え的執着を効果的に断ち切る、3) 被害者意識を克服できる、4) 自分自身をみつめるということが本当の真面目さでできるような精神状況ができる、と述べており、治療機転のひとつとして罪悪感の重要性を示唆している。したがって、罪業感の乏しい神経症性うつ病者に対しては、何らかの精神療法的アプローチが必要であると言わざるを得ない。精神療法について具体的に示したものとして、まず、Freedman ら<sup>7)</sup>は、共感的、理

解的、非訓戒的態度が前提であり、強い依存欲求や繰り返しての単調な訴えには耐えなければならぬ。目標とすべきは症状の消失ではなく、洞察を与え将来の抵抗性を高め、自己評価に必要な対象とうまく関係を持ってない要因を見出すことであると述べている。Mayer-Gross ら<sup>8)</sup>は、一般的な精神療法を行ってゆけば良い。精神分析までは必要としない。状況を説明させ、それをどうやって乗り越えられるかを述べることができれば予後は良いと述べている。一方 Kolb<sup>9)</sup>は、根底には不安があり、それが抑うつ感情で隠されている。精神力動的に病的な罪と恥について解釈すべきであると言っている。また、矢崎<sup>10)</sup>は、抑うつ期と抑うつ期の間の健康な時期に精神療法を行うことが重要であると指摘し、特有な性格傾向のもつ病因的役割について患者が十分認識するよう働きかけることが大切であると述べている。そして、発病状況において、種々の事柄に対する対応が秩序にとらわれているために柔軟性を欠くことと、多くの事柄に直面した場合にどれが重要かの判断がつけにくい傾向があることを指摘し、洞察させ、柔軟な余裕のある生活態度をとることを認識させることが大切であると述べている。いずれにせよ、長期的な精神療法が必要であり、基本的には支持的療法を行いながら、抑うつ感情の解消を助け、現在の生活様式にふさわしい

新しい適応に患者の生活環境を向けさせることが重要であると思われる。

### おわりに

ここでは、因子分析を用いて神経症性うつ病と躁うつ病抑うつ型の相違について臨床的検討を行い、若干の考察を加えた。

神経症性うつ病は神経症とうつ病の中間に位置する疾患であり、この病態メカニズムを解明することは神経症とうつ病の病態の解明にもつながるものであろう。今後はうつ病や神経症との異種性について生物学的側面からの研究の発展が望まれる。

### 文 献

- 1) Tellenbach, H.: Melancholie. Berlin, Springer. 1961
- 2) 笠原 嘉, 宮田祥子, 由良了三: 昨今の抑うつ神経症について. 精神医学 13: 1139—1145, 1971
- 3) Hamilton, M.: A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 23: 56—62, 1960
- 4) 笠原 嘉: 躁うつ病の病前性格. 臨精神 5: 25—34, 1976
- 5) 小此木啓吾: 現代人の心理構造. 東京, 日本放送出版協会. 1986
- 6) 安永 浩: 治癒機転と罪悪感. 精神医学 9: 281—290, 1967
- 7) Freedman, A. M. and Kaplan, H. I.: Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore, William Wilkins. 1967
- 8) Mayer-Gross, W., Slater, E. and Roth, M.: Clinical psychiatry. London, Bailliere, Tindall and Cassell. 1969
- 9) Kolb, L. C.: Noyes' modern clinical psychiatry. Philadelphia, Saunders. 1973
- 10) 矢崎妙子: 精神療法の実際—躁うつ病—. 臨精神 3: 1035—1042, 1974