

離人症状を伴う内因性鬱病に関する LEONHARD の分類について

昭和34年6月13日 受付

信州大学医学部神経科 (主任: 西九教授)

長野県立駒ヶ根病院 (主任: 中村院長)

竹内光子 竹内直治

Über die hypochondrische und die teilnahmsarme Depression in der Leonhard'schen Aufteilung

Mituko Takeuchi und Naoji Takeuchi

Die Nervenlinik der Universität Shinshu (Direktor: Prof. S. Nishimaru)

Die provinziiale Nervenheilanstalt Komagane (Direktor: Dr. N. Nakamura)

緒言

M. Krishaber が離人症状を初めて記載した1873年当時は、離人症状を呈するものを特別の一疾患単位とみなす傾向にあったが、今日では離人症状は各種精神疾患にみられる精神病理学的症状の一つと解されている。Schäfer は1880年に離人症状を有する3例に対して *Melancholia anaesthetica* の名称を与え、鬱病の一亜型として報告した。その後 Kraepelin は内因性鬱病に離人症状の発現することを指摘し、本症状を確認すれば内因性鬱病と診断すべきことを Heilbronner, Wilmanns らと共に主張した。離人症状に対しこのような特別の鑑別診断的価値を与える見解は今日やはり否定されている。しかし確かに離人症状は内因性鬱病にしばしばみられるものである。しかもその一時期に本症状が発現するとそれまでであった抑鬱諸症状の多くを圧伏して特異な印象を与え、一般に寛解し難く、発病期間は長引くようである。そのため Kleist は内因性鬱病の分類において、離人症状を伴うものを特に一病型として取上げ、疎隔性鬱病 *Entfremdungsdepression* の名称を与えている。症状の精細な記述をもとにして、Kraepelin の内因性精神病を一層多くの病型に分類しようとする Kleist の意図からすればこれは当然のことと思われる。しかし Leonhard は更にこの Kleist の分類した疎隔性鬱病を心気性鬱病 *hypochondrische Depression* と関心欠乏性鬱病 *teilnahmsarme Depression* の2型に分類すべきことを主張し、後者においては主観的に体験される感情と意欲の減退が生じ、特に他人との同感を欠如して喜びも悲しみも感じないといった離人体験が全病像を支配し、全く他の抑鬱症状をまじえないとし、前者の特徴は苦しい体感異常と心気念慮を有し、その離人症状は体感、知覚、表象などにかかわる疎隔体験で、同感の

欠如といったものを伴っておらず、やはり他の抑鬱症状を殆どまじえていないとした。最近我々は離人症状を伴う内因性鬱病3例を観察したが、その1例は著明な心気念慮と極めて対象知覚的な体感異常を現わしていた。一見するとこの1例は Leonhard の心気性鬱病に入り、他の2例は関心欠乏性鬱病に属するものようである。しかしよく観察すると我々の症例は Leonhard がその二つの病型において述べていることと相違し、彼の分類にはかなり不備な点のあることが認められた。今回我々は Leonhard が分類した心気性鬱病と関心欠乏性鬱病に批判的考察を行おうと思う。

症例観察

症例 1. 35才男、性格は明るく社交的、少し気が短い。「1ヶ月前頃から別にこれという心配した訳でないのに気が沈み、憂鬱で仕事の手がなくなってきた。店は自動車の修理仕事で、私が休むと仕事が片付かないのもあるので最初は何とか仕事をしていた。その中に段々できなくなつてしまった。夜はなかなか寝つけない。あれこれと仕事のことが浮んでくるのでよけい寝つけない。昼間は人と会うのも厭で、2階に行つて寝たり起きたりしていた。死のうとは思わなかつたが、とても憂鬱だった。ところが昨日の夕方、屋敷から目が覚めてみると、あたりの様子がまるで変で、夢の続をみているようで、どこか知らない広い座敷に一人きりで寝ているみたいでした。自分の家の2階にいたはずだと分かっているのに、周囲の家具類が遠く小さく離れて、絵に面いたように平べつたく見えました。妻が子供と一緒に御飯ですよといっているのに、遠くで呼んでいるようで、どうでもいような感じでした。鏡をみても自分の顔のような気がしないし、体

が宙に浮いているようで、頭だけ大きく重くなつた感じなので、どうやっても体が傾いたままのようです。自分という意識がぼやけて酒に酔つたみたいなので、前のように憂鬱で何するのでも厭だつた感じはありません。気は楽になりましたが、気合がないというか魂が抜けたようです。食事や洗顔も私のすることはまるで機械が動いているようなものです。寒い暖い感じも、美味しいとか満腹したとかいう感じも麻痺したみたいです。子供(2才)をみても少しも可愛らしいという気持が起らないので気味悪いです。」33年3月16日初診で、少し抑制状態にあるが離人症状を主症状とする内因性鬱病と診断した。電撃治療を週2回行つたところ、離人症状には全く影響なく、治療後の頭痛を強く訴えるので6回で中止し、クロルプロマジン100~150mgとイソミタール0.3の散薬を投与した。4月4日の診察で離人症状と体感異常は前と同様に続いていたが、「気分の方はずつとよくなりました。時々店にでたり、子供とも遊んだりしています」と訴え、抑制が消えて元気になつてきているように思えた。その後の経過は順調で次第に軽快し、6月27日の診察では、「まだ少し仕事していて機械のような感じがします。計画したり、次々としてゆく仕事の運びがのろくて時々まごつきます。あとになつてよくこんなものが組立てられたなあと思つたりします。でもこの頃は子供をみても可愛いと思うし、まわりのものが絵に画いたように平べつたく妙に見えたりすることもあります。体が宙に浮いている感じも、頭の重い感じも殆どとれました。もう少し自分というものがはつきりするといいいのですが、仕事はどうかやつてゆけます。仕事が億劫だとか、大変だなとは全然思いません。むしろ暢気な位です」と述べている。約5月間で完全に寛解した。

この症例では抑鬱と抑制が次第に増強し、突然に離人症状が発現している。離人症状は外界対象意識、身体意識、自我意識などにかかわる種々のもので、しかも奇妙な体感異常を離人症状と共に有していた。

症状 2. 29才女、神経質で気が小さい。無口という程でもない。33年5月23日の入院時診察で悲しそうに俯いて黙っている。時々小さな声でぼつりぼつりと答えるきりなので、イソミタール0.25gを $1/4$ 弱酔注すると次のように訴えた。「8年前の高校卒業して翌年、別にこれという原因もなく丁度今のようになつた。憂鬱でやたら悲しつぽく、人と会うのも厭で家にばかりいた。死んでしまおうかと思つた。夜は眠れなくて死ぬことばかり考えていたように思う。家の人につれられて電気を3回ばかりかけてもらった。憂鬱な

悲しい気持や、死んでしまいたいような気持はとれたが、自分というものがなくなつてしまつた。仕事していても自動人形のように無意識に動いているみたいで、体は自分という気持と離れて感覚が鈍つたみたいにびんとこないで、自分の体がなくなつたようでした。頭の前の方に海綿のようなものが詰つている感じで、外の景色をみても、音楽を聞いても何も感情がわきません。美しい、可愛らしい、面白いとかいう感情が全然なくなつてしまいました。知つた人と話すにも感情をこめて話せません。こな状態でずつといました。ところが1週間位前から急に憂鬱になつてきました。何もかも厭で憂鬱です。」翌朝みると昨日と同じように悲しそうな顔をして俯き、黙つて坐つたままで食事をとらない。それで電撃治療を開始した。週2回で3回かけた頃から憂鬱な表情はなくなり、食事をするようになった。その後に電撃治療を続けたが離人症状には全く効果がみられないので7回で中止し、クロルプロマジン100mgにイソミタール0.3の散薬を投与した。間もなく表情や態度は明るく活潑になり、廊下の掃除や看護婦の手伝いなどして、時々離人症状についての質問にくるので日記をつけるように指導した。約2ヶ月して患者は家に帰つてやつてみる自信があるというので退院させた。その後も時々病院を訪れてきたが、離人症状は殆んど変わらず持続していた。11月3日の外来で、「今家の手伝したり、洋裁を習に行つたりしています。まだ自分という意識が鈍いので動作が無意識のようです。慣れていますが洋裁などで寸法とつたり、裁断したりするときは間違つてないかしらと緊張して何度も見直します。頭の子綿のようなものもまだありますが苦になりません。でも顔を洗つたりする時にどうしても自分の顔という感じがびつたりきません。鏡をみてもそうです。味やおいも鈍いので、何食べても同じような気がします。読書はしていますが、映画は音楽と画面に感情が乗つてこないで余り面白くありません。道でふつと知つた人と会つた時に言葉がでなくて、態度もぎごちないように思います。外のものをみても現実感がまだ薄いです。生き生きした感じも薄いです。でも何とかやつて行けそうです」と答えた。

この患者は1週間前から抑鬱と抑制が始まり、昏迷状態となつて我々の外来を訪れた。しかし8年前にも同様の状態で電撃治療を受け、抑鬱と抑制は消滅したが離人症状は持続していることを確認した。入院治療で抑鬱と抑制は消滅したが離人症状は退院後今なお持続している。その離人症状は外界対象意識、身体意識、自我意識などにかかわる種々のもので、対象知覚

的な体感異常を伴っている。

症例 3. 49才女, 世話好きで元気で明るい。31年11月15日初診。「半年前に婦人会長となり, 忙しくよく飛び歩いた。村の秋祭りが過ぎる頃から寝つかれなくなり, 段々悪くなってきた。胸もとがわやわやしてとても憂鬱で切ない。頭がいつもしゅんしゅん鳴っている。寝床に入るとよけい鳴ってくるので少しも眠れない。頭は昼間も熱があるようで重い。溜息ばかりしている。村の先生は血圧が一寸高だけで心配ないと申しますけど, 脳溢血の気味がでてきたのだと思います。きつとじきに死ぬのではないかという気がして泣けてきます。横になつてみるが一寸も眠れない。体をどうやっても切なくて置場に困る。食事はさつぱり美味しくない。食べたいとも思わない。こんなことじや体が弱つてしまふし困るなあと考えたら, また死ぬということが浮んきて恐いやら心配やらで, いらいら夜中でも歩いてみたりする」と, 憂鬱な表情で苦しそうに溜息しながら訴えた。憂鬱な体感異常と心気念慮を有し, やや焦燥不安の状態にある内因性鬱病と診断した。血圧は140/85。入院すると心気念慮と焦燥不安は一層目立ち, 「困る」, 「死ぬ」ということを繰り返すようになってきたので, 電撃治療を週2回行うことにした。3回目のあと泣いているというので行つてみると, 「とうとう脳の血管が3本ばかり切れました。電気かけてもらつて, 目が覚めて起きようとしたらぶつんとつむじの2寸ばかり下で音がしました。気が本当に狂っています。ここは病院なのに病院という気分がしない。朝なのか夕方なのかさつぱり分からないみたいで, 看護婦さんもお部屋の人もまるで人形のようにです。しゃべっていることの意味が全々頭に入らないので, ばくばく口を動かすのを見ているきりです。体を動かすと頭の芯でぶよぶよしたものが動きます。血管が切れて脳味噌に血が溜まっているのでしょね。首や体が他人様のようにです。抓つてみてもびんと感じません。自分というものがどこかに消えてしまったようです。恐しいなという気持だけはあります」と訴えたので, 離人症状と極めて対象知覚的な体感異常を発現し, 強く心気的な態度でいることが分かった。その後更に電撃治療を3回行つたが, 「頭の中のぶよぶよが段々大きくなっていくようです。自分というものがどこか遠くの方に行つてしまつて, 今ここにはいないみたいです。ただ見える聞こえるというきりで, 感情がありません。息子と主人が面会にきたのに少しも嬉しくない。話もろくにしなかつたと思う。味が分からないし, 何を食べても同じことです。自分の体はまるで枯木のようなものです。このまま死んでしまうのですねと訴え, 体

感異常が増強し, 心気念慮と離人症状にも効果がないので中止した。以後クロロプロマジン100~150mgにイソミタール0.2とルミナール0.1の散薬を投与した。しかし不安な心気念慮は体感異常や離人症状と共に頭固に持続した。32年5月頃, 心気念慮は幾分軽快し, 入院以来しなかつた入浴や散歩をするようになった。その頃再び電撃治療をオーロパンで全麻して2回行つてみた。しかし必ず頭痛とめまいを訴え, 寝込んでしまつた。7月20日, 心気念慮は殆ど消褪して軽作業などするようになった。離人症状も幾分軽快したように思う。家族や本人が退院を希望するので家で様子を見ることにした。11月30日の外来で患者は「退院したときと余り変わりありません。頭のぶよぶよは小さくなりましたが固まっています。体の感じが鈍いです。味は大分わかるようになりましたが, 話するのが困ります。何といつていい言葉が浮ばないし, 人のいつていることが頭にすらすら入りません。面白い, おかしいということが全然分かりません。前にはよくしゃべれて明らかなのだのにと思つています。何か手伝いしようと思つて少しやつてみますが, 自動人形のようなもので変です。時々ふつと悪かつた頃のことを思いだして, また悪くなるのかと思つたりしますがそうあとまで苦にすることはありません。もうこんな自分とあきらめて, あせらないようにしています」と訴え, 家人は「沈んでいるとか憂鬱そうだというのではないですが, どうもこの病氣してから以前のような元気がないです。でも今本人はいろいろ先生に申しましたが, 私が見ていて別に間違つたことしたりするのではないし, 仕事はかなりよくやるし, 大変だとも申しません」と述べている。

この患者は憂鬱な体感異常と心気念慮のある焦燥不安状態の内因性鬱病として入院した。電撃治療3回受けて突然に離人症状と極めて対象的な体感異常が発現した。離人症状は外界対象意識, 身体意識, 自我意識などにかかわる種々のもので, 退院して今なお持続している。

考 察

Kleist 学派の分類は今まで個々の病型に関する研究のみで, 総括的な発表はみられなかつた。ところがLeonhardはKleistの意志を継ぎ, これまでの研究に新たな修正を加えて1948年に「精神医学の基礎」を著わし, 更に1957年には一層詳細な「内因性精神病の分類」を出版して, Kleist 学派の分類の全貌を示した。これは今後暫く, Kleist 学派の分類と考へて差支えないように思う。彼はこの中で週期性精神病

phasische Psychose を、I. manisch-depressive Krankheit, II. reine Melancholie と reine Manie, III. reine Depressionen と reine Euphorien の3群に分け、更に III の reine Depressionen を teilnahmsarme Depression や hypochondrische Depression を含めて5病型に分類している。Leonhard は離人症状を伴う内因性鬱病に対し、Kleist が呼んだ疎隔性鬱病 Entfremdungsdepression の名称を用いず、心気性鬱病 hypochondrische Depression と関心欠乏性鬱病 teilnahmsarme Depression の2型を上げている。彼はこの関心欠乏性鬱病について、「感情と意欲に関する疎隔体験、特に同感の欠如が病象全体を支配し、心気性鬱病にみられる体感、知覚、表象に関する疎隔体験は決して現われず、また全く他の抑鬱症状をまじえない。感情と意欲の疎隔体験は時に II の reine Melancholie にも生じるが、この場合やや程度は軽く、抑鬱症状に伴っている点で区別される」とし、心気性鬱病については、「著明な体感異常とそれに結びついた心気念慮が主症状をなし、しばしばここに発現する疎隔体験は嬉しいとも悲しいとも感じないという同感の欠如を訴える関心欠乏性鬱病の疎隔体験とは根本的に区別され、そういうものを伴うことはない」と述べている。

さて我々の症例1と2は一見すると Leonhard の関心欠乏性鬱病に、症例3は心気性鬱病に相当するように見える。しかし全くあてはまらない点がある。症例1も2もその離人症状は Leonhard のいう感情と意欲の疎隔感に限定されず、広く外界対象意識、身体意識、自我意識などにかかわる種々の疎隔感を含んでいる。症例3においても、同感の欠如や意欲面の疎隔感がみられるので、Leonhard が心気性鬱病について述べているところと違っている。これは関心欠乏性鬱病には感情と意欲の疎隔体験が生じ、心気性鬱病には体感、知覚、表象などの疎隔体験が生じ、両病型の離人症状は完全に区別され、互に他方をまじえることがないという論述に問題があるのであろう。また離人症状を捕らえるのに、Leonhard の如く体感、知覚、表象、感情、意欲といった個々の精神機能を取上げ、その各々について疎隔体験をみてゆくよりも、Jaspers が異常生活の個別的現象として分けたりの自我意識、身体意識、対象意識の3領域から疎隔体験をみていった方が適切のように思う。Wernicke は我々の全体験が関連する方向に精神、身体、外界の3領域があり、離人症状はこれらの各領域に現われた失見当識 Desorientierung または困惑 Ratlosigkeit であるとして3群に分類した。Haug はこの3群に対し autopsy-

chische Depersonalisation, somatopsychische Depersonalisation, allopsychische Depersonalisation の名称を与えている。これらは大体 Jaspers のいう自我意識、身体意識、対象意識の3領域から離人症状を現象学的に捕らえたものと一致する。実際に離人症状を伴う鬱病の症例をみると、1ないし2領域の幾つかの離人症状を示しており、典型的なものでは3領域のすべてを発現するというのが普通であり、またそういうものが多いのである。Haug や Petrilowitsch などが認めるように、心気症状を有する鬱病では、somatopsychische Depersonalisation が顕著であり、その他の鬱病では一般に allopsychische Depersonalisation と autopsychische Depersonalisation が著明であるということはある程度いえても、Leonhard が関心欠乏性鬱病でいつている感情と意欲の疎隔のみを有するものとなると、そういうものは殆どみつからないのではないか。心気性鬱病についても同様である。

次に我々の症例を縦断的に観察した場合、経過に従って病型即ち診断を変えてゆかなければならないと思うが、これでは非常に煩わしく、分類の意義がなくなってしまう。症例1は初め reine Melancholie で、離人症状が発現して reine Depression のある型に変わったとするのであろうか、Leonhard は reine Melancholie について、「決して昏迷状態にはならない。抑制がいかに強くても、日常生活の食事や会話ができなくなることはない」と述べている。そうすると抑鬱と抑制が強く、殆ど昏迷状態にまでなつて電撃治療を受け、抑鬱と抑制は全く消滅したが、3領域の種々の離人症状を今なお持続する症例2はどう分類されるか我々には全然見当がつかない。しかもこの症例は8年前にも抑鬱と抑制から電撃治療を受けて離人症状を発現し、最近再び抑鬱と抑制が始まるまではその離人症状は前景にあつて持続していたのである。この症例にみられる事実は Weitbrecht などのいう症状分離の問題として今後よく研究されなければならない。Leonhard は分類をあせるあまり多くの事実を無視し、そのため分類は詳細であるがえつて不合理なものとなっている。「詳細に分類しても何も新発見が得られない。複雑すぎて実用的でない」という批評は当然のようにも思われる。しかし精神分析と実存分析的人間学の流行から、とかく状態像の把握がなおざりにされ、その内容解釈と生活史の追求が異常なほど重要視される時代に、Wernicke と Kleist の意志を継ぎ、症状の多様性を精細に観察し、記載し、正確な状態像の把握をもとに古びた Kraepelin の分類を更に詳細に分

類しようとする Leonhard の態度はある意味で貴重なものである。

要 約

我々は最近観察した離人症状を伴う内因性鬱病3例を、Leonhard の分類した心気性鬱病と関心欠乏性鬱病に比較して考察したところ、彼の分類にはかなり無理があることを認めた。第一に離人症状の把握の仕方に不備があり、第二に症例を経過に従って縦断的に観察した場合、Leonhard の分類にあてはめるのに当惑する点である。しかし症状の多様性を精細に観察し、記載しようとする態度は貴重である。

(御指導下さった西丸教授に御礼申し上げます。)

文 献

- ①Haug, K.: Die Störungen des Persönlichkeitsbewusstsein 1936. ②Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie 1953 (西丸ら訳, 岩波書店).
 ③Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen 1957. ④Leonhard, K.: Grundlagen der Psychiatrie 1948. ⑤Petrilowitsch, N.: Arch. Psychiatr. 194. Band 3, Heft. ⑥Weitbrecht, H. J.: Studie zur Psychopathologie krampfbehandelter Psychosen 1949.