

MAD理論が解き明かす「抑うつ」の正体

抑うつ病態への新しい視座：時系列的推移とその臨床的意義



抑うつとは「何かが増えた」状態ではない

「抑うつとは、新しい機能が出現した状態ではなく、既存の機能機能が順に失われた結果として、もともと存在していた抑制系が前景化した状態である。」

パラダイムシフト：増加モデルから相対的前景化モデルへ

従来モデル：抑うつ＝増加モデル

病態としての抑制（D）が異常増殖し、システムを圧迫するという解釈。

$D \uparrow \rightarrow$ 抑うつ



改訂MAD理論：相対的前景化モデル

臨床感覚に合致する新モデル。Dは不変であり、MとAの脱落によりDが相対的に目立つ状態。

$M \downarrow + A \downarrow \rightarrow$ Dの相対的前景化



MADコンポーネントの再定義：3つの機能的支柱



M (駆動 - Drive)

行動を開始する初期エネルギー。負荷に対して最も早く減衰する脆弱なコンポーネント。



A (維持 - Maintenance)

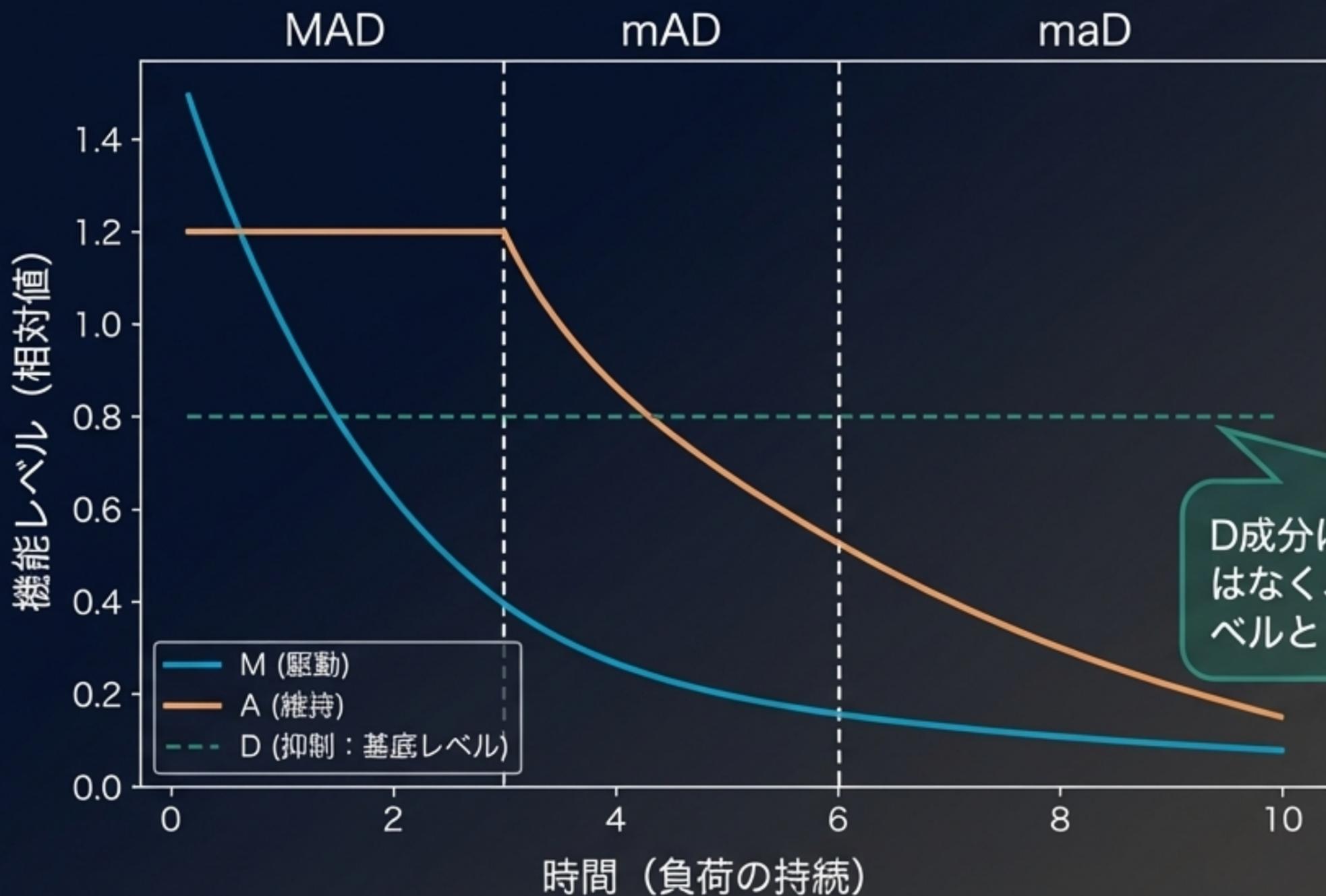
状態を持続させるスタミナ。Mの減衰後も一定期間持ち堪えるが、最終的には枯渇する。



D (抑制 - Inhibition)

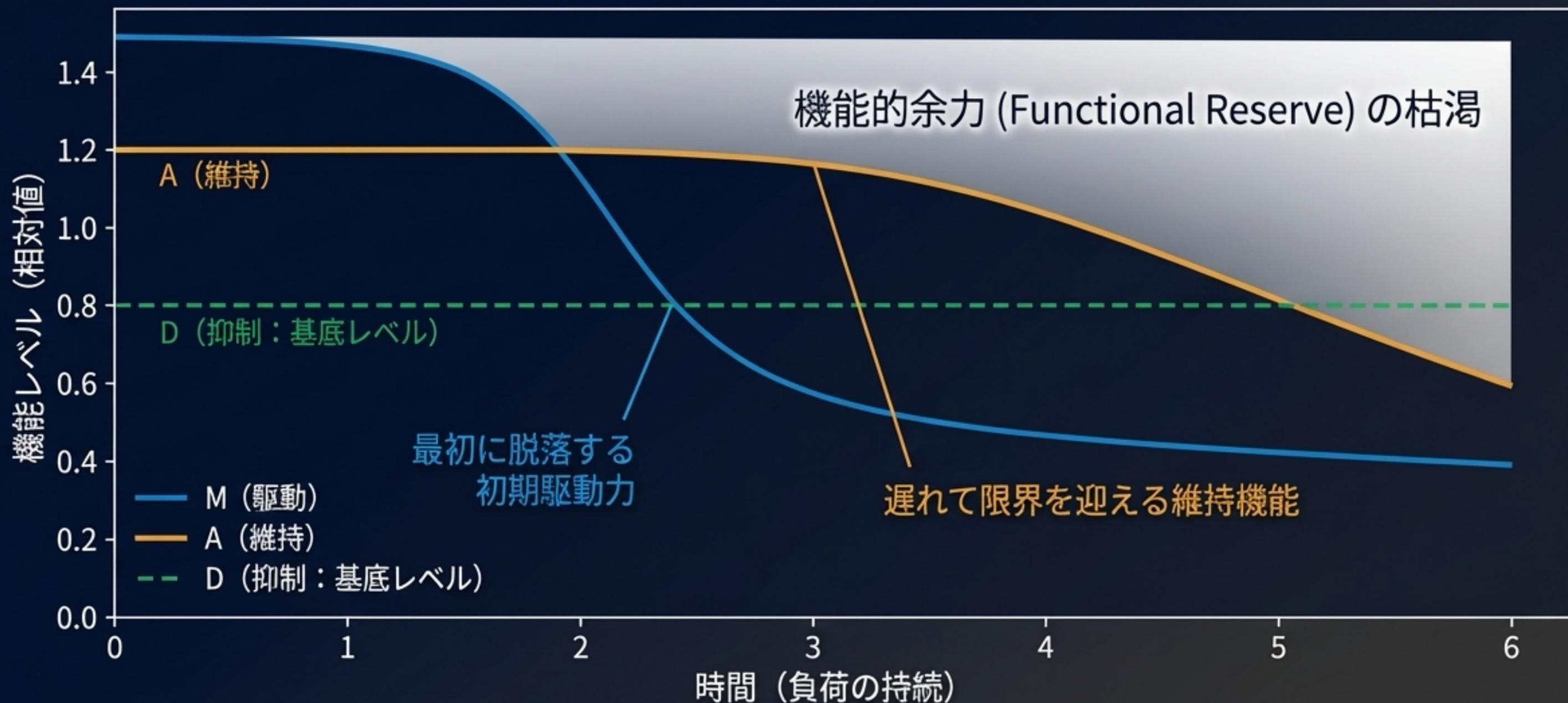
常に一定レベル（基底レベル）で存在する抑制トーン。病態によって増加するものではない。

MADバランスの時間的推移 (改訂版)



D成分は時間的に増加するのではなく、比較的一定の基底レベルとして持続している

負荷の持続と「機能的余力」の喪失プロセス



この段階ではDは全く変化していないが、システム全体の総エネルギー量が激減している。

防御機構としての「D」：ブレーカー仮説

常に存在

普段はMとAの活動の背後に隠れ、目立たない。

M

A

D (0.8)

絶対的下限

他の機能が落ちたときに初めて前面化する。

防御的意義

システム全体の完全な崩壊を防ぐための「ブレーカー」として機能している。

システム崩壊 (System Failure)

システム崩壊 (System Failure)

症状出現のメカニズム：相転移（Phase Transition）モデル

Phase 1: MAD

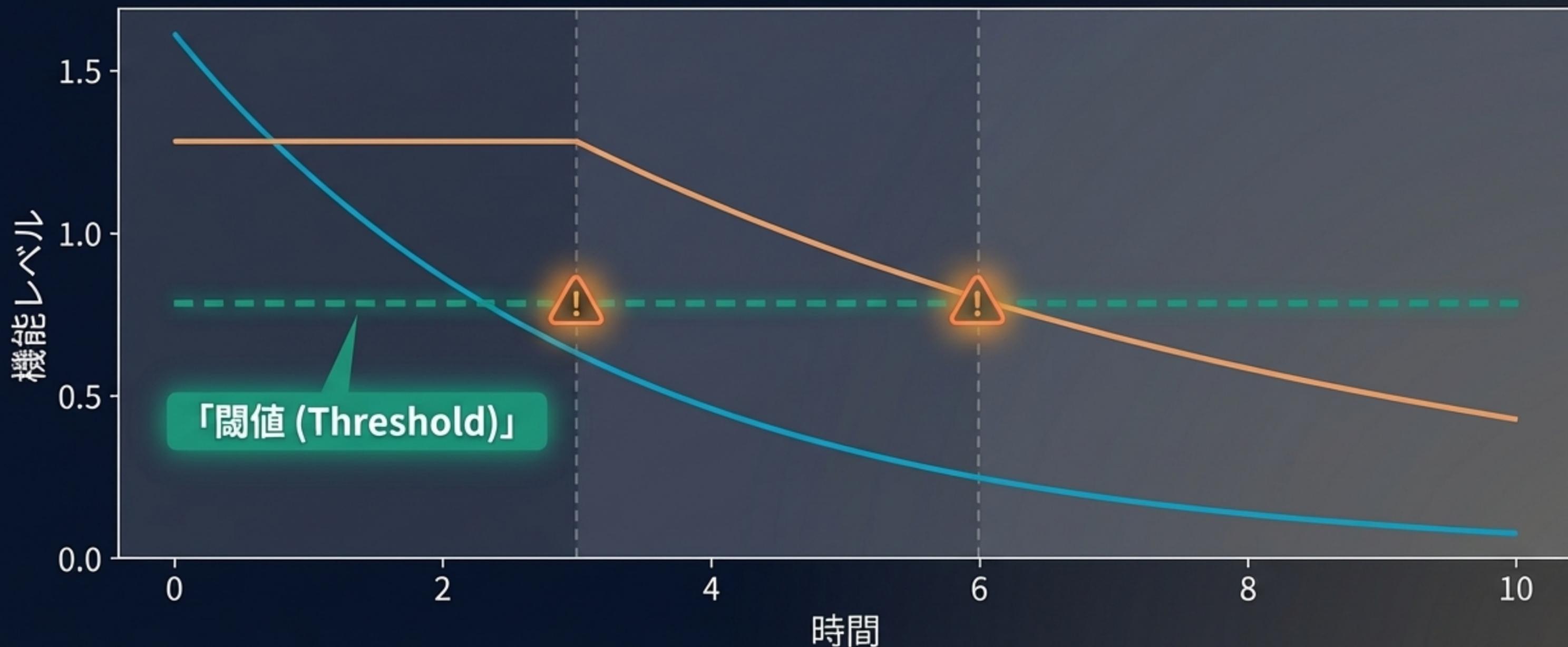
健康状態。MもAもDの閾値を上回っている。

Phase 2: mAD

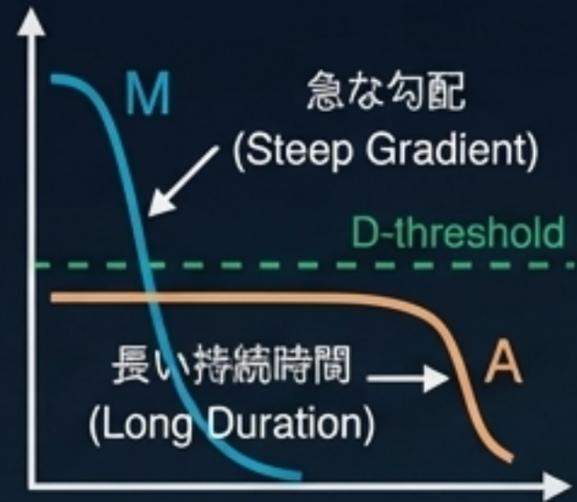
予備軍/不調。MがDの閾値を下回る（第1の相転移・警戒サイン）。

Phase 3: maD

臨床的抑うつ状態。AもついにDを下回る（第2の相転移・症状の完全な出現）。

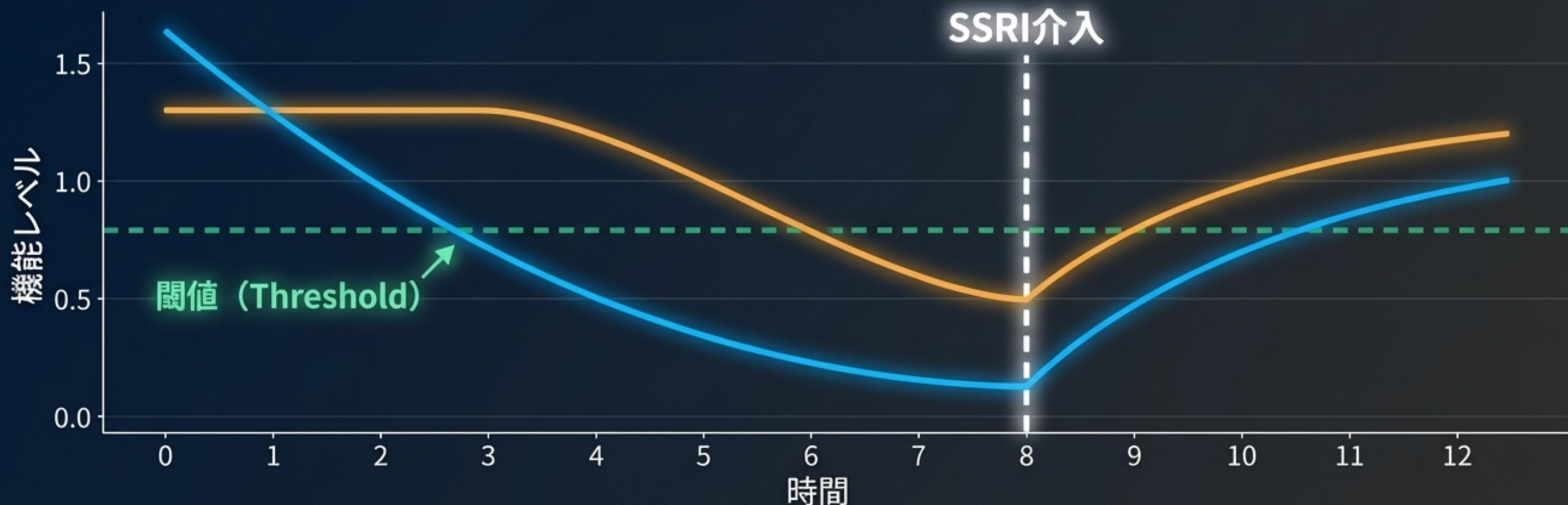


理論から臨床へ：曲線の振る舞いが示す患者プロフィール



グラフ上の指標	臨床的解釈	意味合い
M曲線の減衰勾配 (落ち方の速さ)	脆弱性 (Vulnerability)	ストレスに対する初期耐性の低さ。 ここが急な患者は、早期に「駆動」を失う。
A曲線が閾値(D)を 割るまでの時間 (持続時間)	性格特性 (Personality Traits)	ギリギリまで耐えようとする 「過剰適応」や「生真面目さ」。 ここが長いほど、急激なmadへの 転落リスクを秘める。

理論の拡張①：SSRI介入と回復のダイナミクス



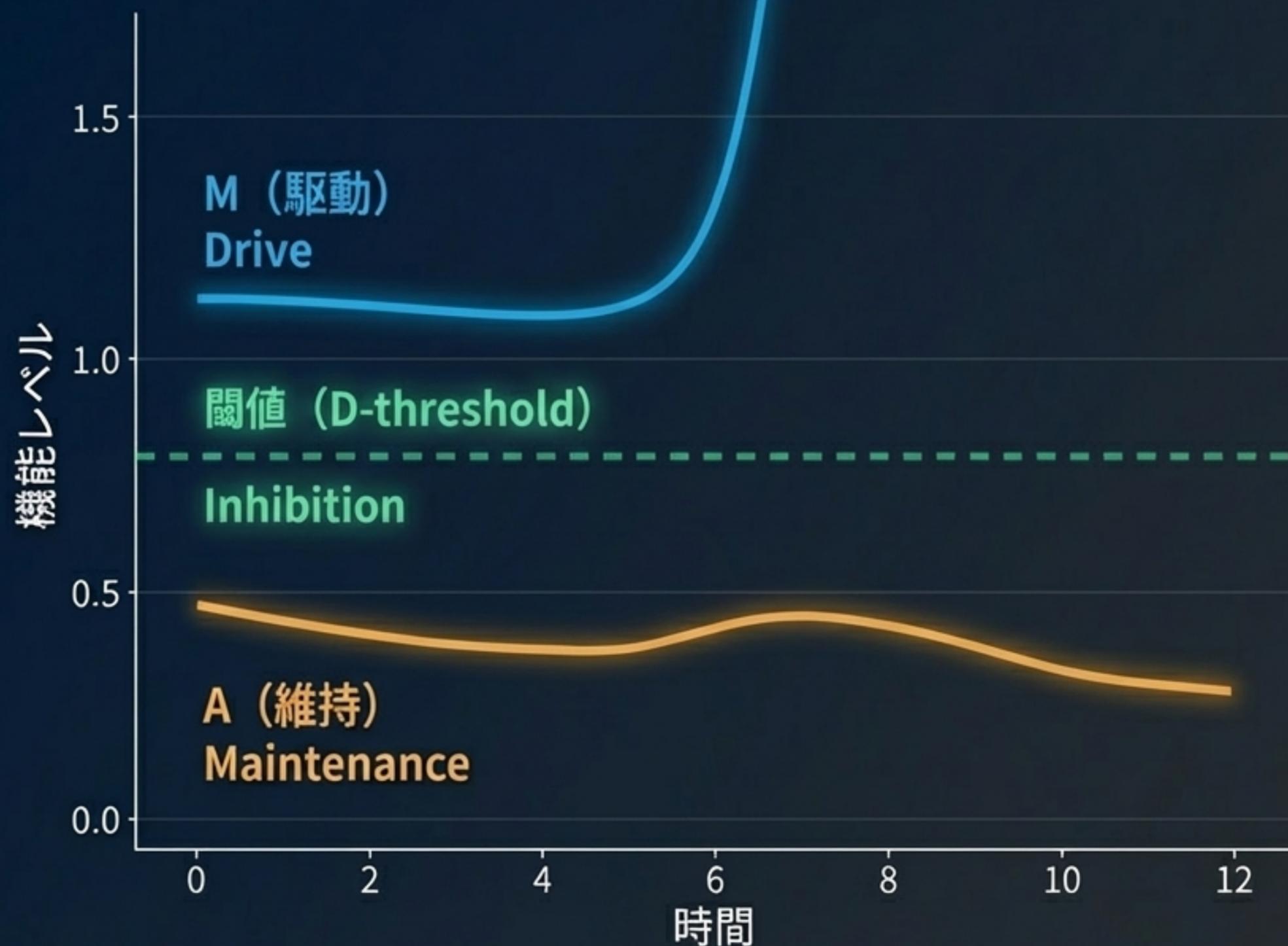
回復モデルとの整合性

治療の目標は、前面化したD（抑制）を無理に抑え込むことではない。

再立ち上がり

枯渇したM（駆動）とA（維持）の再立ち上がりを促すことで、結果としてDを再び背景へと退かせる。

理論の拡張②：双極性障害における「Mのオーバーシュート」



病的昂揚の正体

躁状態は単なる気分の波ではなく、駆動系 (M) の制御不能なオーバーシュートとして解釈される。

機能的乖離

Mが急激に突出することで、維持系 (A) や抑制系 (D) とのバランスが完全に破綻する状態。

結論：「ブレーカー」を背景に戻すという臨床的直観

MDA

1. パラダイムシフト

抑うつは「Dの増加」ではなく、「MとAの喪失による相対的前景化」である。

2. ブレーカーとしてのD

Dは病魔ではなく、システムを守る安全装置（基底レベル）である。

3. 治療の再定義

臨床的介入の真の目的は、機能的余力（M・A）を回復させ、Dが自然に背景へと戻る環境を整えることにある。

MAD理論の改訂は、私たちの臨床感覚を正確な時間的ダイナミクスとして描き出している。