

第 103 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

うつ病者の病前性格

阿部 隆明 (自治医科大学医学部精神医学教室/自治医科大学とちぎ子ども医療センター)

うつ病と関連する病前性格の研究については、まず、Kraepelin の抑うつ性素質 (depressive Veranlagung) に端を発し、Kretschmer の循環気質 (Zyklothymie) を経て、現代の Akiskal の抑うつ気質 (depressive temperament) にまで至る気質論の伝統がある。

一方、病前性格と発病状況を一体化して把握した Tellenbach は、気分ではなく秩序へ固着するという人格特性 (メランコリー親和型) に着目し、前うつ病者が与えられた事態を前メランコリー状況まで自ら状況構成するというモデルを導き出した。他方、下田の執着性格では、対象と距離がとれずに、感情興奮性が持続するという力動的側面も重視された。

また、精神分析学派の Abraham は、前うつ病者は肛門愛前期のサディズム段階に固着しているが、葛藤状況に陥ると口唇段階に退行してうつ病が発生すると説明して、うつ病者に潜在する口唇期空想、合体願望を指摘した。

こうした流れを踏まえ、飯田は気質論と人間学的研究、精神分析的研究を統合した、うつ病者の発達モデルを提出した。すなわち、気分の動揺性と対象希求性を内包する循環気質を出発点に位置づけ、その中で主たる養育者から発達早期に適切な依存欲求が満たされなかったものが、気分障害への脆弱性をもつ性格を形成するとした。

うつ病者に共通するのは、その基盤にある依存欲求ならびに情動優位な気質である。その後の発達過程で人格の統合度や生得的力動の高低に応じて多様な病前性格が形成される。それぞれがライフステージに応じて特有の発病状況を構成し、発症後の病像にも影響を与える。

はじめに

うつ病の古い呼び名であるメランコリアが、①精神的抑制の強い状態、②陰うつで不活発な気質、③憂うつな気分を意味していたことからわかるように、うつ病の病前性格と抑うつは長らく一体のものと思われてきた。実際、抑うつ的な性格と軽うつ状態は横断的には区別が難しいのは確かである。とはいえ、抑うつとは一見無縁な病前性格が基盤となってうつ病が発症することは、現在では臨床的常識に属する。それどころか、うつ病の概念が拡散するにともない、「誰でもうつ病になりうる」として病前性格はさほど問題ではないかのような言説も流布している。確かにうつ病の病前性格は多様であるにしても、発病のしやすさを反映する何らかの共通点も存在するのではない

か。また、病前性格といっても、生涯を通じて不変ではなく若年期と老年期ではおのずと変化する。すなわち、成熟や老化という観点も重要になるはずである。以下では、古典的なうつ病の病前性格論や最近の研究を紹介するとともに、ライフステージを加味したうつ病の病前性格、ならびにその病像との関連について私見を述べる。

1. うつ病と性格

うつ病と病前性格との関連については、様々な説明モデルが提示されてきた²³⁾。例として、①一定の人格が体質因や環境因と協働してうつ病が発症するという素因モデル、②一定の人格特徴はうつ病の準臨床的な表現であるというスペクトラムモデル、③一定の人格特徴はうつ病への罹患率を

高めるのではなく、臨床像や経過、治療反応性に影響を与えるという病像形成モデル、④人格はうつ病の結果として一時的に変化するという合併モデル、⑤人格はうつ病の永続的な変化であるとする傷跡モデル、⑥一定の人格とうつ病には共通の遺伝的体質が基礎にあるという共通原因モデルが挙げられるが、それぞれのモデルは重なり合う部分も大きい。このうち、最も長い伝統があり、今日でも影響力を保持しているのは、①、②、⑥と関連するうつ病に親和的な気質論である。

2. 気質論の流れ

このモデルは現代精神医学の大枠を確立した Kraepelin, E.²¹⁾ に遡る。彼のまとめた躁うつ病 (das manisch-depressives Irresein) は周知のように4つの状態からなる。すなわち、躁状態、うつ状態、混合状態、基底状態 (Grundzustände) であるが、このうち基底状態とは躁うつ病の前段階、発病していない中間期の状態とみなされていた。これはさらに抑うつ性素質 (depressive Veranlagung)、躁性素質、刺激性素質、気分循環性素質の4型に分類されるが、それぞれ、うつ病、躁病、混合状態、躁うつ病に対応する。抑うつ性素質とは、「いつも陰うつな感情をもち、仕事の達成感による満足よりも、やったことの間違ひのほうに目がゆくタイプである。つまり、人生の心配や苦勞、失望に対する特別の感受性があり、臆病小心で自主性、自信がなく、どんな責任にも尻込みし、危険な行為を避ける。また、非常に几帳面、良心的で、忍耐力もあるが、他の人々との交わりからは身を引き、対人場面で争うことはない (下線は筆者)」とされるが、下線部が示すように、後述するメランコリー親和型と共通する特徴が指摘されていることは興味深い。

Kretschmer, E.²²⁾ は、躁うつ病を正常人格の異型の先鋭化と把握した。彼は循環気質 (Zyklothymie) - 循環病質 (Zykloid) - 躁うつ病の移行系列を想定した。循環病質は、社交的、善良、親切、温厚という基本特徴を持つとされ、中でも陰気に傾くタイプは「物静か、平静、陰うつ、

気が重い」といった低い生得的力動を反映し、単極うつ病との親和性が高い。

最近では新クレペリン主義を自認する Akiskal, H.⁶⁾ が、双極スペクトラムの最軽症型である感情病気質 (affective temperaments) の一つとして、うつ病に親和的な抑うつ気質 (depressive temperament) を提唱している。その内容をみると、Schneider, K.の抑うつ者の特徴とともに、習慣的な過眠傾向や午前中に悪化する抑うつ症状 (考え込む傾向、無快楽、精神運動不活発) が挙げられ、睡眠覚醒パターンや日内リズムが重視されている。これは一部の双極性うつ病の症状パターンであり、気質と症状の一部が一体となっている。

3. 発病状況論

上記の気質論では、抑うつ的な気質からうつ病への移行が重視されていて、発病状況はあまり考慮されていない。その点で、病前性格にとどまらず、その発病過程をセットで論じた下田光造²³⁾ の業績は特筆に値する。彼によって1920年代に構想された執着性格は、「一度起こった感情が正常人のごとく時とともに冷却することがなく、長くその強度を持続し、あるいはむしろ増強する傾向をもつ」気質をベースに、「仕事に熱心、凝り性、徹底的、正直、几帳面、強い正義感や義務責任感、ごまかしやずぼらができない」といった性格標識をもつ。発病過程は、「ある期間の過勞事情から睡眠障害や疲労性亢進などの精神衰弱傾向を呈するが、感情興奮性の異常によって休息に入ることができずに、疲憊に抵抗して活動を続け、その疲憊の頂点で発揚症候群または抑うつ症候群を発する」とされ、感情興奮性の持続という精神生理学的な特性が重視されている。

他方、Tellenbach, H.²⁴⁾ のメランコリー親和型 (Typus Melancholicus) は、近年、心理計測的な研究で「性格」として矮小化されているが、これは他の病前性格とは異なり、人間学的・現存在論的類型である。彼はこれを抽出するに先立ち、メランコリーにおける内因性という概念を新たに

捉え直し、メランコリーの源泉としての内因を、身体と精神の分離に先行する領域に位置づけた。共同世界とこの内因とが交差する地点で、発症に特異的な状況が構成されて、メランコリーへの内因的な現存在変化が誘発されるという。この状況を自ら招き寄せるのがメランコリー親和型なのである。

メランコリー親和型は秩序へと固定されている。彼は勤勉であり、良心的で、義務を意識し、仕事において正確である上に、自分自身の仕事に平均以上の高い要求を課している。メランコリー親和型にとって病態発生的意義を持つ状況は、インクルデンツとレマネンツの前メランコリーの布置であり、これは秩序結合性と高い自己要求という人格特徴に対応する。インクルデンツの布置とはメランコリー親和型の秩序結合性と噛み合っており、限界への閉じ込めを意味し、このタイプの人間は自らの秩序の遂行に基づいて、もはやこの限界を踏み越えることができない。同様にレマネンツの布置とは、自分自身の作業への高い要求と関連していて、自分自身の要求の背後に取り残されていくことである。この要求は次第に取り戻すことのできない負債になる。この二つの状況が極端に先鋭化すると、メランコリー親和型は自己矛盾に捉われ出口がなくなる。ここからエンドンの変化、すなわちエンドキネーゼが発動しメランコリーが生じるのである。

その後、メランコリー親和型を心理学的に把握するためにいくつかの人格目録が開発されたが、これは一つの人格特徴というよりはいくつかの人格特性からなる一つのクラスターであることが判明した²⁴⁾。Von Zerssen³⁸⁾は、心理計測的にメランコリー親和型の諸特徴をマニー親和型と対比させたが、結局はKretschmerの循環病質の陰気型と陽気型の対比と相似形となり、メランコリー親和型は無力性と結びつけられた。結局、陰うつで無力な力動的特徴をもつ前うつ病者の一部がメランコリー親和型の防衛を発展させるということが、図らずも明らかになったのである。

本邦では森山²⁸⁾が、躁うつ病者の病前性格の

基礎に、几帳面と熱中性、気遣いと共鳴性、対象化傾向と共感性、執我欲と捨我欲、それぞれ両極間の葛藤があると見て、病前性格と発病状況、症状との関連を論じた。すなわち、メランコリー型(几帳面>熱中性)は、(重荷>幻滅)状況でうつ病を発病し(絶望>虚脱)状態になること、マニー型(熱中性>几帳面)は、(幻滅>重荷)状況で軽うつ病を発病し(虚脱>絶望)状態になるとしたが、彼の構想はメランコリー親和型の発病状況論を臨床的に一層前進させたものと言える。

4. その他の人格類型

メランコリー親和型やマニー親和型のほかにも、対比的に論じられたうつ病の人格類型がある。たとえば、取り入れタイプ(introjective type)と依存タイプ(anaclitic type)である。前者は承認と自律を求めるのに対し、後者は依存と配慮を求める。Beck, A.⁹⁾の自律性(autonomy)と社会指向性(sociotropy)との分類も同様である。また、Böcker¹²⁾は、罪責感受性や取り入れの傾向、対人関係における融合の傾向をもつ内面化型(internalisierender Typus)と、投射の傾向が優位で、部分的に攻撃的な愁訴を持つ外面化型(externalisierender Typus)を区別した。

Tölle³⁵⁾は内因性うつ病の診断で入院した患者の人格特徴を調査した結果、敏感性格、自己愛性格、抑うつ性格、強迫性格、ヒステリー性格、無力性格、依存性格、回避性格と多岐にわたることを指摘し、メランコリー親和型構造は全体の約3分の1にすぎないと報告した。また、Mundt, C.²⁹⁾は精神療法的観点からうつ病者の性格構造を検討し、メランコリー親和型構造、自己愛構造、抑うつ構造に分類した。自己愛構造は、闘争的で、しばしば要求がましく、競争意識が強い人々に見られる。彼らは自己確認に対し非常に敏感で、自己価値実現の危機からうつ病を発症する。誇大的な自己愛による怒りが病像を支配し、希死念慮も高い。抑うつ構造は、いつも気分がふさいだ状態で喜びを嫌悪し、悲観的な生活態度をとる患者に見られる。彼らは不満足を許すことができず攻撃

性を隠蔽して受動・攻撃的に振舞う。

精神分析では、Freud, S.がメランコリーの発症に関して対象喪失や取り入れに重きを置いたのに対し、Abraham, K.⁴⁾はうつ病者に潜在する口唇期空想、合体願望を指摘して、肛門愛前期のサディズム段階に固着している前うつ病者が、葛藤状況に陥ると口唇段階に退行することによってうつ病が発生すると説明した。近年は、人格形成とうつ病像との関連も注目されている。Benedetti, G.¹⁰⁾はうつ病罹患時に重要な役割を果たす心的審級にしたがって、超自我・うつ病、エス・うつ病、理想自我・うつ病などと分類している。また、Mentzos, S.²⁷⁾は躁うつ病における自己価値と対象価値の拮抗関係を重視し、その中心病理を自己愛のホメオスターシスの障害に置いた。さらに、その障害のパターンに応じて、躁病、罪責うつ病、依存うつ病、空虚うつ病と分類しているが、これも病前的人格構造のありようと大いに関連している。

人格の5因子モデルに基づいた心理計測的諸研究からは、単極うつ病において神経質 (neuroticism) の高値が証明されているが、神経質のスケールとうつ病のスケールが似たような項目を含んでいる点に問題がある。その他の心理計測的研究では、うつ病患者において神経質と硬直性 (rigidity) の高値と、外向性と攻撃性の低値が示されているし、神経質の高値と5-HT_{1a}-receptor多型との関連も指摘される³²⁾。うつ病者の家族のハイリスク研究では、神経質や硬直性の高値^{25,26)}に加えて、メランコリー親和型的人格構造も数多く確認される¹⁴⁾。その他の人格特徴研究では、依存傾向³⁰⁾や対人過敏性¹³⁾、自己批判⁹⁾、完全主義¹¹⁾などが報告されている。

5. 内因性うつ病と神経症性うつ病、 単極うつ病と双極うつ病

ここまですつ病の病前性格に関する主な研究を概観したが、最大の問題はうつ病の定義である。従来は内因性うつ病と神経症性うつ病という分類があったが、現在はその症状構成や心的力動を考

慮せず、症状数のみによって(大)うつ病が診断される。したがって、うつ病の病像自体にかなりのバリエーションがあり、それに対応する病前性格も一樣ではないことは容易に予想される。実際、神経質、依存性、強迫性、無力性などは神経症性うつ病でも見られる標識である。この点に関して、最近、津田³⁶⁾は心-身関係、自己-他者関係を重視して、内因性のうつの論理と対象関係因性のうつの論理を区別するよう提案しているが、この視点はうつ病の治療戦略上非常に重要である。

とはいえ長期経過を考慮すれば、この二つの論理は重疊することがありえる。かつて、Akiskal¹⁵⁾は神経症性うつ病と診断された100例の外來患者の3~4年転帰を検討し、40%が後に躁病や内因性うつ病を呈することを示した。臨床的にも神経症性うつ病と診断された青年が壮年期になって明らかな内因性うつ病像をとるといったケースは少なくない。結論を先取りすれば、一部の神経症性うつ病の基底に軽微双極型 (soft bipolar) が想定されるのである。また、内因性の気分変動によって普段は抑圧されていた神経症的葛藤が前景化した軽症のうつ病症例では、背景にある内因性の要素が見逃されることがある。

また、上述の von Zerssen のように、単極うつ病と双極性障害に分けてそれぞれの病前性格を対比する試みもあったが、最近の双極性障害概念の拡大を受けて、この区別そのものが暫定的なものにすぎないことが明らかになっている。例えば Angst ら⁷⁾は内因性うつ病の診断で入院した症例の20年経過を調査し、半数以上が双極性障害に移行したことを示している。

これらの点を考慮すれば、単極うつ病の病前性格を横断面で調査しても、神経症性うつ病や双極性障害のそれが混入してくる可能性を常に念頭に置かねばならない。うつ病に関して厳密な病前性格研究を求めるなら、長期経過も考慮に入れる必要があるだろう。

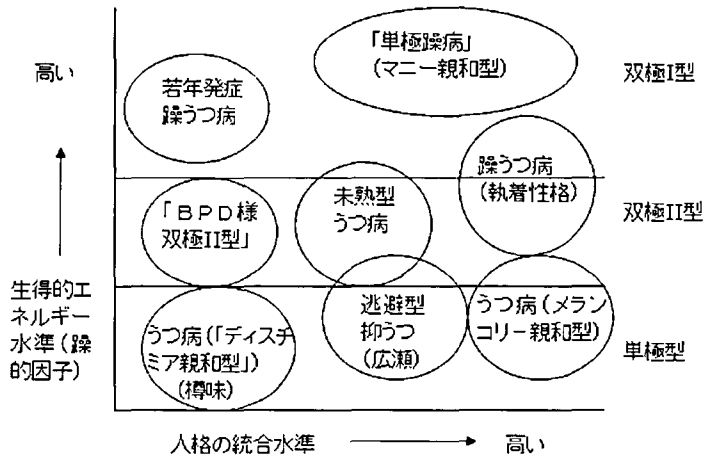


図 躁うつ病者の人格と病像 (阿部, 2006³⁾)

6. 発達論的視点から見たうつ病の 病前性格と病像

飯田ら¹⁷⁾は躁うつ病の双生児研究から、うつ病の遺伝子の心理的な表現型として気分の動揺性と対象希求性を想定して、気分障害のきめ細かな発症モデルを提案した。飯田の研究に生得的力動を加味して、筆者はうつ病の病前性格の発展と破綻について次のようにまとめた。うつ病者は、本来、強い依存欲求や対象希求性、環境との共鳴性ならびに気分の動揺性を胚胎している。依存欲求が適切に処理されれば発症しないが、これを過度に満たされた群と、これを抑圧して権威や規範との同一化を経て几帳面さや強迫性を発展させる群はハイリスクであり、前者では庇護の喪失や自立の失敗、後者では強迫的防衛の破綻が発病状況を構成する。うつ病像の形成に関しては生得的エネルギー水準の高低や発病後状況も重要な役割を果たす。生得的なエネルギー水準が低く、無力的、物静か、陰うつで、葛藤回避的な患者は、軽い制止や逃避を主体とした単極うつ病像を呈し、生得的エネルギー水準が高く、熱中性や精力性に富む患者は、強い制止や不安・焦燥優位の双極うつ病像を呈する。

ただ、これはあくまで、成人の病前性格-発症モデルである。現代では、子どものうつ病や老人

のうつ病も話題になっており、この辺の事情も含めた病前性格・発病状況をも視野に収めねばならない。最近筆者は病前性格の統合水準と躁的因子の多寡という観点から、対応するうつ病像を提示した(図)。

まず、思春期前後に発症する気分障害では、成人型の単極うつ病は稀であり、ほとんどが双極性障害ないしは適応障害レベルの抑うつ、気分変調症である。このうち、いわゆる内因性のうつ病像を示すのは双極性障害のみであり、しかも躁病相が顕著な双極I型障害が少なくない。遺伝負因も高いことが多く、思春期早期より特に契機なく、あるいは性周期に関連して比較的短い周期の躁病相、うつ病相を繰り返すことがある。この場合のうつ病相も非常に不安定で、不安・焦燥や行動化が頻繁に見られるが、発病状況は明確ではなく、内因性のリズムで躁病相とうつ病相を反復している印象がある。本人も自らの気分変動に戸惑い、「どちらが本当の自分かわからない」と漏らすこともある。ここでは、人格と気分変動は一体化しているとも言える。

そのほか、青年期では自己愛的傾向の強い不安定な病像をとるうつ病が増えている。彼らは10代後半ないし20歳前後から、手首自傷や大量服薬といった行動化や過食、アルコール依存などを

示す。発症年齢を考慮すれば、笠原・木村分類の葛藤反応型うつ病¹⁹⁾に近いが、こちらはまだ神経症としての核を有していたのに対し、最近の症例は人格の統合水準がより低く行動化しやすい。しかも人格障害とうつ病との境目がはっきりしない抑うつ状態で時に軽躁的な因子も認め、境界性人格障害と気分障害との共存や鑑別が重要になる領域である。うつ病としての構造や輪郭も不分明で、操作的には双極II型などの「軽微双極型 (soft bipolar)」と診断されることもあり³⁷⁾、かつて筆者はこうした病態を「BPD様双極II型」と命名した²⁾。ちなみに、この年代で躁の要素や行動化に乏しく回避的な傾向の強い一群もあり、こちらは樽味の「ディスチミア親和型」³³⁾に相当するだろう。

基本的には成人期以降に発症するケースではうつ病と人格との境界は明瞭であり、先に述べた図式が成立する。20代後半から見られる未熟型うつ病患者^{1,3)}は庇護的な環境で育てられ、その中で生活している限り、発症まで特に大きな問題を起こすことはなく、気分障害として事例化してくることは少ない。就職しても当初の適応はそれ程悪くないが、自立を志向したり、厳しい上司の下で仕事を課せられたりした時にうつ病発症の危機に陥る。経過が遷延化すると不安・焦燥優位で自責に乏しく自殺念慮も高いうつ病像を呈するものの、保護的な環境に入った途端に躁転することもまれではない。

同年代に見られる広瀬¹⁵⁾の逃避型抑うつは成績優秀なエリート社員に多いとされ、就職までは挫折のない人生を送っている。しかしながら、職業上の困難から、とりわけ仕事の負荷や会社の人間関係が原因となって、抑うつに逃避する。未熟型うつ病とは異なり、軽い制止が主体で希死念慮には乏しい。知的能力に恵まれていることや生得的なエネルギー水準が高くないことが、病像の差に反映しているかもしれない。ただ、明らかに内因性の経過を示し、双極II型や非定型うつ病との関連を指摘される¹⁶⁾。

壮年期以降では、相変わらずメラニコリー親和

型や執着性格を基盤にしたうつ病が観察される。彼らは通常、社会適応も良く、周囲から評価されていることが多い。人一倍仕事熱心で、それなりの業績をあげているが、過重なストレスを受けた疲労の極でうつ病を発症する。職場状況や人間関係に問題がなければ、仕事量の配慮をすることで復帰は比較的早い。ただ、昨今の厳しい職場状況を反映して、過労を背景にした中高年の不安・焦燥性うつ病が増加しているという加藤の指摘²⁰⁾もある。

このように、人格の統合水準ないしメラニコリー能力¹⁸⁾という観点から見ると、それが最も低い思春期から青年期前期では人格障害と気分障害の融合したよううつ病が問題となり、青年期後期から成人期では病前の生得的力動の高低を反映して不安・焦燥優位ないし軽い制止優位のうつ病が出現する。壮年期に至って典型的な制止優位のうつ病が成立するが、人格の統合水準の低下や躁的因子の混入によって不安・焦燥性うつ病を呈しやすくなる。また、老人では状況変化に対する可塑性のなさがうつ病発症の脆弱性を構成し、器質的因子の混入による人格構造の緩みが病像を修飾する。

おわりに

一昔前までは「まじめな人がなりやすい」と言われていたうつ病も、操作的診断の普及にとまって概念が拡散すると、病前性格はあまり重視されなくなってきた。とはいえ、一定の性格傾向と一定のうつ病像がある程度対応することも臨床的事実である。最近では、うつ病の治療ガイドラインとして、薬物療法、認知療法、対人関係療法が挙げられているが、病前性格や発病状況、病像にも配慮したきめ細かな治療が望まれる。

文 献

- 1) 阿部隆明, 大塚公一郎, 加藤 敏ほか: 「未熟型うつ病」の臨床精神病理学的検討—構造力動論 (W. Janzarik) からみたうつ病の病前性格と臨床像—。臨床精神病理, 16; 239-248, 1995

- 2) 阿部隆明, 加藤 敏: 双極性障害と境界性人格障害の鑑別と共存. 精神科治療学, 20; 1113-1120, 2005
- 3) 阿部隆明: 未熟型うつ病. 精神療法, 32; 293-299, 2006
- 4) Abraham, K.: Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. Zentralblatt für Psychoanalyse II, 6, 1912
- 5) Akiskal, H.S., Bitar, A.H., Puzantian, V.R., et al.: The nosological status of neurotic depression: A prospective 3-4 year follow-up examination in the light of the primary-secondary and the unipolar-bipolar dichotomies. Arch Gen Psychiat 35; 756-766, 1978
- 6) Akiskal, H.S., Mullya, G.: Criteria for "soft" bipolar spectrum: Treatment implications. Psychopathology Bulletin, 23; 68-73, 1987
- 7) Angst, J., Sellaro, R., Stassen, H.H., et al.: Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: results of a long-term prospective study of hospital admissions. J Affect Disord, 84; 149-157, 2005
- 8) Beck, A.T.: Cognitive therapy of depression: new perspectives. Treatment of Depression: Old Controversies and New Approaches (ed. by Clayton, P.J., Barrett, J.E.). Raven, New York, p. 265-290, 1983
- 9) Bagby, R.M., Cox, B.J., Schuller, D.R., et al.: Diagnostic specificity of the dependent and self-critical personality dimensions in major depression. J Affect Disord, 26; 59-63, 1992
- 10) Benedetti, G.: Zur Psychodynamik der Depression. Nervenarzt, 52; 621-628, 1981
- 11) Blatt, S.: Levels of objects representation in anaclitic and introjective depression. Psychoanal Study Child, 29; 107-157, 1974
- 12) Böcker, H.: Selbstbild und Objektbeziehung bei Depressionen. Steinkopf, Darmstadt, 1999
- 13) Boyce, P., Hickie, I., Parker, G., et al.: Specificity of interpersonal sensitivity to non-melancholic depression. J Affect Disord, 27; 101-105, 1993
- 14) Hecht, H., van Calker, D., Berger, M., et al.: Personality in patients with affective disorders and their relatives. J Affect Disord, 51; 33-43, 1998
- 15) 広瀬徹也: 「逃避型抑うつ」について. 躁うつ病の精神病理2 (宮本忠雄編). 弘文堂, 東京, 1977
- 16) 広瀬徹也: 「逃避型抑うつ」再考. うつ病論の現
- 在 (広瀬徹也, 内海 健編). 星和書店, 東京, 2005
- 17) 飯田 眞, 横山知行, 佐藤 新ほか: 双生児研究からみた躁うつ病の発症モデル. 臨床精神医学, 32; 1339-1347, 2003
- 18) Janzarik, W.: Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Enke, 1988 (岩井一正, 古城慶子, 西村勝治訳: 精神医学の構造力動論的基礎. 学樹書院, 東京, 1996)
- 19) 笠原 嘉, 木村 敏: うつ状態の臨床分類に関する研究. 精神経誌, 77; 715-735, 1975
- 20) 加藤 敏: 現代日本におけるパニック障害とうつ病—今日的な神経衰弱. 精神科治療学, 19; 955-961, 2004
- 21) Kraepelin, E.: Psychiatrie. 8. Aufl. Barth, Leipzig, 1913 (西丸四方ほか訳: 躁うつ病とてんかん. みすず書房, 東京, 1986)
- 22) Kretschmer, E.: Körperbau und Charakter, 9. Aufl. Springer, Berlin, 1921 (相場 均訳: 体格と性格. 文光堂, 東京, 1960)
- 23) Kronmüller, K.T., Mundt, C.: Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörungen und Depression. Nervenarzt, 77; 836-878, 2006
- 24) Kronmüller, K.T., Backenstrass, M., Kocherscheidt, K., et al.: Dimensions of the typus melancholicus personality type. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 255; 341-349, 2005
- 25) Lauer, C.J., Bronisch, T., Kainz, M., et al.: Premorbid psychometric profile of subjects at high familial risk for affective disorder. Psychol Med, 27; 355-362, 1997
- 26) Maier, W., Lichtermann, D., Minges, J., et al.: Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression: a family study perspective. J Affect Disord, 24; 153-163, 1992
- 27) Mentzos, S.: Depression und Manie: Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen. 2. Aufl. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, Zürich, 1996
- 28) 森山公夫: 両極的見地による躁うつ病の人間学的類型学. 精神経誌, 70; 922-943, 1968
- 29) Mundt, C.: Die Psychotherapie depressiver Erkrankungen: Zum theoretischen Hintergrund und seiner Praxisrelevanz. Nervenarzt, 67; 183-197, 1996
- 30) Nietzel, M.T., Harris, M.U., et al.: Relation-

ship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clin Psychol Rev*, 10 ; 279-297, 1990

31) 下田光造：躁うつ病に就いて。米子医誌，2；1-2, 1950

32) Strobel, A., Gutknecht, L., Rothe, C., et al. : Allelic variation in 5-HT1A receptor expression is associated with anxiety-and depression-related personality traits. *J Neural Transm*, 110 : 1445-1453, 2003

33) 樽味 伸：現代社会が生む“ディスチミア親和型”。*臨床精神医学*，34；687-694, 2005

34) Tellenbach, H. : *Melancholie*. 4. Aufl. Berlin,

Heidelberg, New York, Tokyo, 1983

35) Tölle, R. : *Persönlichkeit und Melancholie*. *Nervenarzt*, 58 ; 327-339, 1987

36) 津田 均：うつとパーソナリティ。精神経誌，107；1268-1285, 2005

37) 内海 健：うつ病新時代 双極II型障害という病。勉誠出版，東京，2006

38) Zerssen, D.v. : *Premorbid personality and affective psychosis*. *Handbook of Studies on Depression* (Burrows GD. ed.). *Excerpta Medica*, Amsterdam, London, New York, p. 79-103, 1977
