

特集 双極スペクトラムを巡って

双極スペクトラムの精神病理，治療関係，鑑別診断

津田 均

双極スペクトラムの概念は，潜在的に双極性の要素をもつ気分障害から顕在的な双極性障害までを，スペクトラムとしてとらえようとする。したがってそこには，「躁」についての，あるいは「躁とうつの連関」についての精神病理学が必要になる。双極スペクトラムの概念は，昨今 Akiskal, Ghaemi, Angst らによって主導されてきた。本邦には，この領域についての精神病理学的，質的研究の伝統が，下田の執着気質論以来流れている。それは，これらの論者の主張を吟味する基点となり得る。Ghaemi らの薬物療法についての主張は，軽微な双極性の領域については，極端に振れ過ぎている可能性がある。Koukopoulos らのうつ病性混合状態の主張も，うつ自体に本来焦燥が内在していることを見落としている可能性がある。また，Akiskal, Angst の構想には，心因性の気分変動への洞察に欠けるところがある。しかし，これらの論者の，内因性の気分障害群に潜む「躁」成分をなるべく見抜こうとする姿勢全般には，臨床的価値が見出される。「躁」の要素を持つ気分障害患者との治療関係においては，その人にとって「躁」成分の存在することが必然であったことを認め，理解する態度と，その「躁」に揺り動かされない態度が必要である。また，過剰な「執着」からの離脱を可能にする精神療法的配慮が要求される。

〈索引用語：双極スペクトラム，躁，精神病理学，鑑別診断，治療関係〉

1. はじめに

双極スペクトラムは，それに固有の臨床的意義，治療の有用性をもった概念である。それと同時に，またその概念に固有の容易に解決のつかない論争点を伴う概念でもある。

双極スペクトラムの概念は，ここ 10 数年あまりの歴史をたどれば，Akiskal とその共同研究者，Angst ら，Ghaemi らによって提唱されてきたものが中心となっている。しかし，本邦から発せられた双極スペクトラムに関連する研究がこれまでなかったというわけではまったくない。ここでは精神病理学的論考に参照範囲を絞ることになるが，森山²¹⁾による躁とうつの内的関係を解明しようとした論考，宮本²⁰⁾による混合状態の再評価，木村¹³⁾による時間論的に定義されたポストフェストウムとイントラフェストウムの関係についての議論などは，いずれも，すでに古典に属してい

るが，うつと躁の内的関係を扱っていて，双極スペクトラムの議論が取り上げようとした問題にその射程が重なっている。躁成分が症例にもたらず特徴の記述についても，いくつかをあげることができる。内海²⁹⁾は，インクルデンツ（空間，秩序内に封じ込められている状態）を忌避する心性を普段から強く持つ双極 II 型患者について論じている。津田は，臨床的にはうつ状態のみを示した患者について，その基底性格をなしていたマニー型（英米圏で汎用される語では発揚気質 *hyperthymia*）の精神病理学的特徴を示し²⁴⁾，また，津田ら²⁵⁾は，いわゆる *soft bipolarity* を有する患者が社会進路決定の時期にどのような様態を呈するかを論じた。より遡って注目すべきは，下田の執着気質²²⁾が，単極性から双極性にまでわたる範囲の患者の基本特性として提案されていることである（その時間論的再解釈の試みについては

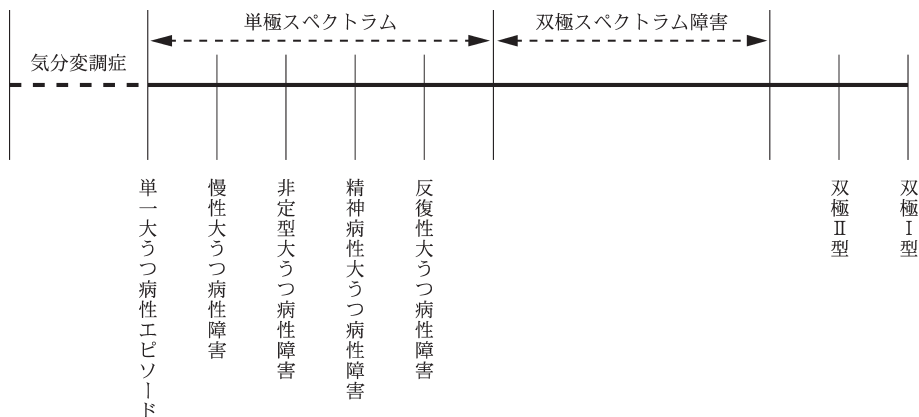


図1 感情スペクトラム〔Goodwin and Ghaemi (2000) による〕

津田ら²⁶⁾参照)。このことは、執着気質自体が双極スペクトラム上に位置していることを示唆しているとも見られる。

本稿では、Akiskal, Angst, Ghaemiらの双極スペクトラム概念が近年臨床にもたらした貢献とそれが依然として我々に残している争点を振り返り、それらを、われわれの日常臨床と、ヨーロッパ大陸の精神病理学、およびそれを参照しながら発展してきた本邦の精神病理学が、どのように照らし返すかを述べることにしたい。

2. Ghaemi ——薬物療法方針の転換の主張——

前節で触れた論考はすべて双極スペクトラムにかかわっているが、そのそれぞれで、論者により主眼の置き方が少しずつ異なっているのは当然である。しかし、現在に至って双極スペクトラムが気分障害論の中心的論題にまでせり上がってきたのには、相応の理由があろう。そのもっとも大きなものは、双極スペクトラムの概念が、われわれの薬物療法上の選択に直結すると考えられ始めたことであると思われる。この方向での議論を現在鮮明に先導しているのがGhaemiら⁸⁾である。Ghaemiらの議論によって、きわめて実用的観点から、双極スペクトラムが本邦でも本格的に表舞台に上がってくるようになった。

Ghaemiらの主張の要点は、症例が双極スペク

トラムの範疇にあると診断されたならば、あるいはディメンジョナルな考え方に基づいて述べれば(図1参照)、症例が双極性の側により位置すると考えられれば考えられるほど、その症例に対しては、うつ病相に対する治療であっても、気分安定薬をなるべく積極的に使うべきであり、抗うつ薬はなるべく使うべきではないというものである。ここで言う気分安定薬には、lithiumから、気分安定効果が確認された抗てんかん薬、さらに第二世代の抗精神病薬までが含まれる。

この指摘は、抑うつがあるという理由だけで漫然と抗うつ薬のみを出し続ける臨床態度に対する警鐘として、大きなインパクトがある。Ghaemiらは、双極性障害でありながら長期に抗うつ薬を出されている患者の割合が現実には非常に多いというデータに、注意を促している。

しかし、この指摘にもまったく異論があり得ないわけではない。

双極I型の患者群に対する薬物療法についてはデータが蓄積されてきている。しかし、Ghaemiらが双極スペクトラムに包含しようとしているのは、現行のDSM診断による双極II型障害よりもさらに軽微な双極性をもった患者である(図1)。症状それ自体の重篤さは外来治療の対象の水準に留まるものが中心となろう。とするならば、薬物なしで気分変動を持ちこたえる、一定以上の重篤

なうつ病の時期にのみ躁転の危険が少ない抗うつ薬を短期間処方する，同じくそのような時期のみに，気分安定薬のみを，あるいは気分安定薬と抗うつ薬を併用して処方するなど，様々なヴァリエーションが考えられる．現時点ですべての患者に有効であることを保証された気分安定薬があるわけではなく，また気分安定薬の中には，少ない確率であるにしても生命にかかわる副作用の出現のあり得るものがある．したがって双極 I 型以外の患者に対して，気分安定薬を長期に，積極的に（Ghaemi の表現にしたがえば aggressive に）処方するというをどこまで留保なく主張してよいかについては，まだ慎重であってよいのではないと思われる．

私見では，これは，現在の研究状況におけるエビデンスの不足にすべて帰結させることのできる問題ではない．薬物選択は，治療関係の中で，病態に応じて，個人の尊厳と決定権にも配慮して決められるべきものであろう．その決定は，疫学的知のみに還元することができない．倫理的諸価値，当事者本人の自己の状態に対するその時点での洞察，意識などが否応なく介入する判断である．また，初手から最適な薬物療法に至ることは現実には困難であり，通常試行錯誤を要する．これは，ある程度不可避であると考えられる．自らが躁うつ病（双極 I 型）を有していた著名な女性研究者である Jamison¹¹⁾ も，訝えわたる思考が夥り，高用量では運動系にも副作用のある lithium の服用を受け入れるまでに相当の時間がかかっている．さらに，薬物への反応の個人差の大きさも考慮しなければならないであろう．確かに，lithium の持続的な服用によって，症状が改善するのみならず家族関係の波風も跡形もなく消え去るような双極スペクトラムの症例は存在する．しかし，次節で述べるように，Koukopoulos ら¹⁴⁾ は，焦燥うつ病は，混合状態，ひいては双極スペクトラムに属すると主張するのであるが，筆者は，三環系抗うつ薬のみできれいに治癒した焦燥うつ病の経験はかなりある．焦燥，不安を，うつ病相の中の躁成分と考えるのではなく，うつの基本的症状であ

ると考えて足りる場合は当然あり得よう．また，非定型の特徴を持つ反復性の抑うつ状態は，やはり，今日双極スペクトラムを積極的に主張する陣営の基準では双極スペクトラムに入る可能性が高い⁸⁾．しかしその波が，本邦に SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）が出現する前の時代に三環系抗うつ薬のみでほぼ平坦化した経験もある．なお付言するならば，うつ病相への抗精神病薬の使用という発想は，けっして新しいものではない．抑うつに付随する強い不安症状への対処として抗精神病薬が処方されることは現在の日常臨床でしばしばあると思われるが，筆者の念頭にあるのはこのような抗精神病薬の使用法ではなく，少なくとも 20 年ほど前まで，うつ病相そのものに対して perphenazine で治療効果をあげていた精神科医が本邦にかなりいたことである．

3. Koukopoulos, Benazzi, Akiskal によるうつ病性混合状態の主張と，精神病理学的に考察されたうつ病相の焦燥

歴史の井戸は，底の見えない深さの水を湛えているだけではなく，様々な解釈可能性の糸を孕んでいる．病気としてのうつに対して depression の語が適用されるようになったのは 19 世紀後半と言われるが，それ以前には，メランコリアの語が用いられてきた長い歴史がある．この古代ギリシャ以来のメランコリアについて，Berrios と Porter⁶⁾ は，随伴する妄想が比較的少ない狂気を意味するだけの「ごたまぜ概念 rag-bag」であるとしているが，この領域の歴史的文献を入念に編んだ Radden¹⁸⁾ は，この意見に与してはいない．彼女は，近代以前のメランコリアと現代の depression との間に連続性はあり，ただメランコリアはより広い範囲を様々に覆っていたのだと考えている．

ところで，この綿々と続く歴史を持つメランコリアの記述の多くが，焦燥成分，不穏な成分を合わせ持つ抑うつ病相の記述であり，それが，現代の用語でいえばうつ病性混合状態 mixed depression に当たるという主張を繰り出すのが，Kou-

kopoulosら¹⁴⁾である。Benazzi, Akiskalらも同様の主張を支持する^{4,5)}。彼らは、疾走し、充滿する思考 (racing and crowded thought)、転導性 (distractibility)、精神運動性の、あるいは心的な焦燥 (psychomotor and psychic agitation)、易刺激性 (irritability) などを躁成分と考え、うつ病相の中にこれらが入りこんでいる場合を、うつ病性混合状態であるとする。彼らは、うつ病相の多くが実はこのうつ病性混合状態であることが見逃されていると述べ、一見うつ病相に過ぎないと見えるものがこのうつ病性混合状態であるならば、その症例は、双極スペクトラムに組み入れられるべきであるとする。また、この状態の治療には抗精神病薬ないし気分安定薬の併用が不可欠で、抗うつ薬のみでは状態を悪化させると主張する。これは、薬物は症状の水準に対して効いているのか、それを基礎づけているより広範囲の過程の水準に対して効いているのかという問題を提起している。

うつ症状と躁症状との関係は古くて新しく、底の深い問題である。そこには、本邦で開花した躁うつ混合状態についての精神病理学的考察、執着気質論なども関係する。そして、それらを考慮すると、やはりこの考えにも異論があり得ることが浮かびあがる。第一に、Koukopoulosら¹⁴⁾はしばしば、古くから焦燥うつ病について言及がなされてきたことを、mixed depressionについて伝統的精神医学が知悉していたことの根拠として取り上げる。しかしそれらの記述は、単に、うつと躁の内的関係一般について、あるいはうつの本質一般について語っていたものに過ぎないのかもしれない。第二に、すでに述べたように、焦燥成分はけっして躁成分と考えられるべきものではなく、うつに内在するものであるのかもしれない。というよりも、症例によって、うつに内在する焦燥成分が優位な場合と、うつの中に顔を覗かせている躁に由来する焦燥成分、不穏な成分が優位な場合があるのかもしれない。微妙だが大切な鑑別診断の要点である。

第一の点から振り返る。Koukopoulosらは、

Griesinger⁹⁾の次の文章を引用する。「心的抑うつ状態という表現によって、われわれは、この状態を基礎づけている本質が心的あるいは脳の過程が不活発で、弱く、抑えられている状態であると言おうとしているわけではない。非常に強い脳の刺激状態と心的過程の興奮がしばしばこのような状態の原因になっていると仮定するには十分な根拠がある。この心的、脳の状態の最終結果が、気分に関するかぎり、抑うつ状態、心的苦痛となるのである (傍点は筆者による)。」Koukopoulosらは、このGriesingerの著述を、Griesingerがすでに抑うつ状態の中の躁を見抜いていた証拠とする。

これは、とりわけ次のやはりGriesinger⁹⁾による有名な文章をも参照すると、もっともな解釈のように見える。「(躁病者においては) 躁病期全体を通じて、抑うつ気分がまるで暗い背景のように、自己高揚の浮かれた気分の背後から、見え隠れに姿を見せていることが、あまりに多い。」この2つの文章は、前者の文章が躁成分を内に含むうつ病相の記述であり、後者の文章がうつ成分を内に含む躁病相の記述であるというシンメトリーをなしているようにも見える。しかしその解釈が正しいとは限らないのではないだろうか。これらは、それぞれがそもそもうつと躁の本質を表したものであり、かつうつと躁には等根源的な要素があることを叙述したものであるかもしれないのである。

うつと躁の等根源性という点では、Jaspers¹²⁾の記述も参考になる。Jaspersは、思考における連合事象 das assoziative Geschehenと、決定に至る流れ die determinierenden Tendenzenを区別する。そして、連合が容易に生じない抑制 Hemmungと連合が過剰な観念奔逸 Ideenfluchtは確かに対極にあるが、決定が損なわれていることにおいては、両者は共通であることを述べる。Jaspersはまた、抑制と観念奔逸が共存する場合、患者がまとまりのある考えをつかむことができないという自覚を持つ場合などについても論じている。筆者は、思考が決定へ至ることができないということを躁状態にある患者が自覚した場合、そ

の患者は，躁病相にあるにもかかわらず独特の不安を意識することを指摘したことがある²⁷⁾。

焦燥をうつの本質要素としてあげているという点では，Gebattel, Tellenbachなどの古典的研究が重要である。Gebattel⁷⁾は離人うつ病の症例をあげ，そのうつ病相において，病相前には環界に溶けこみ，それと交流していた自己が環界から疎隔されること，また同時に，自己が，以前の活動的であった自己から疎隔されることを論じた。うつ病相では，自己とかつての自己との間に決定的な疎隔が生じてしまい，現在の自己は生き生きとした活動から放擲される。これが「抑制」である。しかし同時にその自己はかつての自己を取り戻すことができるのではないかと，必死で2つの自己の間の懸隔を埋めようとする。「焦燥」である。抑制と焦燥はうつ病相では権利的にはつねにこのような形で対になっていると言っても過言ではないであろう。森山²¹⁾も，確かに躁とうつの関係を論じる中でGebattelの症例に言及しているが，それはうつ病相に抑制と焦燥が共存することの必然性を述べたものであって（「われわれが，うつ病患者の全経過を仔細に検討する時，必ずこの『不安・焦燥状態』にぶつかるものである」），焦燥成分自体を混合状態の徴候と考えたわけではない。

同様のことは，Tellenbach²³⁾の絶望 Verzweiflungの議論からも導き出せる。Tellenbachは前メランコリー状態が断絶（Hiatus）を越えてメランコリー（うつ病相）に突入する瞬間を，絶望の語で表し，この状態に置かれた人を「同時にふたつの地点にしようとする人に似ている」と述べた。うつ病に突入した人は，ものごとを決定することができなくなり，多数の可能性のひとつに身を落ちつけることができない。そこで生じる思考の「堂々めぐり」，「足踏み」（宮本¹⁹⁾）は，焦慮そのものといってよいであろう。そのときには，思考も決定に至らないまま疾走し，充満することになる。Tellenbachも，「まだこれからしなければならぬいろいろな仕事のことが急に頭の中を駆けまわって」，「夜になってもすぐ

ねつくことができなくなって」，メランコリー（うつ病相）が始まった例をあげている。このように，疾走し充満し，決定に至らず転導する思考，そこに随伴する焦燥は，本来うつに内在している。

それでは，うつ病相の中に現われている焦燥が，その症例を躁へと突き抜けさせようとする成分の現われである場合はないのであろうか。

ここで，先のうつ病性の離人の議論を執着気質論と結びつけて考えてみることにしよう。うつ病性の離人において，現在の自己は，活動的であったはずの自己を取り戻そうと突き動かされながら，しかしすでにそれのかなわない，取り返しのつかない状態にある。これに対して，自己が周囲から自己に課されるものに対して遅れをとってしまうことのないように，普段から感情を持続的に励起させる傾向にある人を記述したのが，執着気質論であったと考えられる。この感情の励起が，その限界地点で，本人の状態をうつへと陥れるのではなく，躁へと踏み抜かせるならば，あるいは世間と歩調を合わせるための仕事に専心させるだけではなく，自己の創造的活動へ没入していく方向へ導くならば，執着気質の特質は躁の要素への通路となり得よう。このような性向を持つ人においては，環界との交流も，官能的で濃密な交流がその人にとっての常態であるかもしれない。特に双極II型の患者のうつ状態には，このような創造性の発露と環界との濃密な交流が抑えられていながら，依然としてそれを求めようする趨勢が充満しているために生じる焦燥がしばしば見られる。Wet and irritable melancholia²⁸⁾と呼べるような状態である。このような性質の焦燥は，当該症例が双極スペクトラムに属することを示唆すると言えるのではないだろうか。そのような人は，既存の規範にとらわれずに活動を繰り広げようとする勢い，狭隘化した社会規範からの圧迫をたえず跳ね返そうとする勢い²⁴⁾などを持っていることが多い。それだけに，このタイプの人に生じるうつは，自己愛性人格の人の挫折と鑑別することが難しい場合がある。

私見では，Akiskalらの一連の仕事は，ここに

		気分の比率のスペクトラム				
		抑うつ				躁
重症度の スペクトラム ↓ 重症	精神病性気分障害 (気分一致したもの) あるいは一致しないもの	大うつ病性障害 D	双極II型 Dm	双極I型 MD	Md	躁病 M
	非精神病性気分障害	大うつ病性障害 D	双極II型 Dm	双極I型 MD	Md	躁病 M
	小気分障害 (閾値以下)	気分変動症 反復性短期うつ病 小うつ病 d		小双極病 気分循環性障害 md		軽躁病 m
	感情性パーソナリティ障害 ¹ 気質 (正常) 症状 (正常) 症状なし (supernormal)	抑うつ性パーソナリティ障害 抑うつ気質 小抑うつ症状 -		境界性 / 循環性 パーソナリティ障害 気分循環気質 小躁うつ症状 -		発揚性パーソナリティ障害 発揚気質 軽躁症状 -

図2 気分/感情の二次元スペクトラム [Angst (2007) による]

1. 疾病のスペクトラムに対するパーソナリティ障害の厳密な関係は不確かで、精神医学の解決されていない一般問題である。(D:大うつ d:小うつ M:躁 m:軽躁)

示したような「躁」が持つ独特の質への直観が下地になっている。その意味では、それらは本邦の精神病理学研究に通じるころがあるように思う。実際彼は、躁の要素が気質と混然一体となっているような病態に対してもっとも鋭い考察を展開する。軽躁に陽性面 sunny side (駆動力があり、多幸的な側面) と暗黒面 dark side (焦燥感があり、リスクのある行為を冒す側面) があることを指摘し、双極II型障害に気分循環症が合併している場合に、この暗黒面がもっとも露になることを捉えるところ¹⁾などは、そのハイライトである。それだけに、彼の研究は、trait と state を截前と区別することを要求する研究者には、客観性に欠くものと映ってしまう危険がある。

しかし Akiskal の見解にも難点がある。それは、何とんでも彼が神経症、パーソナリティ障害圏の病理に対する直観を持たないゆえに、その範囲の症例を安易に双極スペクトラムの中に持ち込んでしまう点であろう。しかしこの点については次節で触れる。

4. Angst の双極スペクトラム——Kretschmer の気質論との類似性と、神経症、パーソナリティ障害性の気分障害概念の欠如——

Angst²⁾ は、1960年代に、Kraepelin の躁うつ病一元論¹⁵⁾ に対して、疫学遺伝研究から双極性、単極性二元論を主張した。この二元論を Angst は現在まで基本的に維持している。したがって、双極成分をもった症例のスペクトラムを取り出すことはやはり重要視している。しかし、現在の彼の病態理解ではさらに広範なスペクトラムが構想されている³⁾。同時に、やはり20世紀半ばに提唱され、精緻ではあったが細かく分割され過ぎていた感のある Leonhard¹⁷⁾ の疾患概念を評価している。単極性躁病を残しているのは、Leonhard の影響である。最終的に Angst がまとめた気分スペクトラムは図2のようになっている。ここで、閾値以下となっている範囲は、臨床的に顕在化している領域とは言えない。さらに、supernormal とされる気分変動のほとんどない群は、人口の約15%であるという (となれば逆にその人たちが normal といってよいかという疑問も湧こう)。

いずれにしても、このスペクトラムの図にもっとも概念的に近いのは Kretschmer¹⁶⁾ の気質論で

あろう。Kretschmer は、循環気質，分裂気質（統合失調気質），粘着気質を，それぞれがそれぞれに特有の極性間の比率を持ったものとして示した。さらに，それぞれの気質を正常な人間にまで浸透しているものとして示した。それは，病の側から人間の本質を見るきわめて雄大な精神医学的構想であり，たまさかの統計的反論によって崩れ去るような脆弱なものではない。

それでも，そこには弱点がある。それが，神経症，パーソナリティ障害などの領域である。Kretschmer も，神経症，ヒステリー，倒錯などの議論になると，それを強引に分裂気質（統合失調気質）の側に引き入れるなど歯切れが悪い。この点は，先に述べた Akiskal の議論の問題点に通じる。神経症性抑うつは Ghaemi⁹⁾ によって復活させられる機運もあるが，それは，単純な記述的試案で，伝統的議論から何か進歩があつてのものではない。やはり，神経症性の抑うつを論じるならば，本人の中で抑圧されている何かが背後から本人の活動の前進を停止させることによって生じる停滞といった，力動が論じられるべきであろう。パーソナリティ障害の領域については，症状よりも治療制度構造と本人との関係に注目することが重要である。本邦の臨床家は，このことについて，通常すでに適切な診断をしているように思われる。双極II型の患者は，決まりごとを堅苦しく遵守させようとする治療構造には，攻撃性を向けるのが常である。また，彼ら（彼女ら）の入院生活は，他の患者を浮かれさせるような影響を与える場合があり，そのことが本人にも跳ね返って入院治療がプラスとならないことがままある。しかし，彼らは境界性パーソナリティの患者のように，決定的に治療構造を破壊してこちらを窮地に追い込むことはまずない。たとえば，あなたは医者としての隠れ蓑からだけ自分を診て（見て）いるのか，人間として自分を診て（見て）くれるのかと迫ってくるような態度は，境界性パーソナリティの治療の場でしか出会わないと言ってよいと思う。

なお，この神経症性，パーソナリティ障害性の

気分変動の問題は，Angst も扱いあぐねているようである。しかし，Angst はそこには慎重で，一応パーソナリティ性のものをスペクトラムの中に組み入れてはいるものの，それと気分のスペクトラム全体との関係については結論を保留している（図2の註参照）。ここでは，循環性パーソナリティ以外のパーソナリティの問題に由来する軽躁状態を双極スペクトラムに入れられないことの重要性を強調しておきたい。自己の心理構造の弱点が防衛されているときに軽躁状態が生じる症例を双極スペクトラムに入れることを，筆者は是とできない。精神分析概念は疾患概念を尊重しないので，「躁的防衛」の語を，内因性，心因性の区別なく用いる傾向にある。しかし，この区別はすべきであつて，心因性の「躁的防衛」によって一見軽躁状態に見える時期のある症例を，内因性の問題を扱っていることが前提となっている双極スペクトラムに組み込むべきではないのではないか。このことは，双極スペクトラムの過剰診断に陥らないためにも重要であると考えられる。

5. 治療関係と精神療法的側面について

最後に「躁」の要素の治療について，治療関係と精神療法的側面から，一言簡単に述べておきたい。

治療関係については，ここでは2点をあげる。第一は，躁を，何か反規範的，反社会的なものとしてひたすら敬遠し，排除しようとする態度では，患者と治療関係を結ぶのは困難であろうということである。第二は，これと反するようであるが，躁成分を持つ人が投げかけるものにそのまま共鳴してしまうことも，治療関係をあとから困難にするということである。これは，共鳴することが躁という病理性を是認することになってしまうからではないらしい。どうも躁病患者には，自分の躁の要素を開示し，受け入れてもらおうとする依存がある一方で，そのことを恥と感ずるためか，自分の躁の要素に揺り動かされた治療者を頼りなく感じたり，攻撃の対象とし始めたりする場合があるようである。結局のところ，その人の中にある

躁という現象の必然性、躁的要素のポジティブな面などは認め、理解するが、それに容易に揺り動かされない態度を貫く必要があるようである。これは、失敗も含む個人的経験に基づく当座の結論である。

精神療法的には、患者の「執着」をいかにコントロールしていくかが1つの要となる。この「執着」は、身近な人や環境とのあまりに濃密な交流の希求であったり、自己の創造性の完全な具現化の希求であったり、自己の社会的身分へのこだわりであったりする。自験例では、そのような執着が抑制された状態でも自分の人生を肯定できるようになることが、気分の安定につながっている場合が多い。

文 献

- 1) Akiskal, H.S., Hantouche, E.G., Allilaire, J.F.: Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expression of soft bipolarity. *J Affect Disord*, 73; 49-57, 2003
- 2) Angst, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Eine genetische soziologische und klinische Studie. Springer, Berlin, 1966
- 3) Angst, J.: The bipolar spectrum. *British Journal of Psychiatry*, 190; 189-191, 2007
- 4) Benazzi, F.: Mixed Depression and the Dimensional View of Mood Disorders. *Psychopathology*, 40; 431-439, 2007
- 5) Benazzi, F., Koukopoulos, A., Akiskal, H.S.: Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression). *European Psychiatry*, 19; 85-90, 2004
- 6) Berrios, G.E., Porter, R. (eds.): *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders*. New York University Press, New York, 1995
- 7) Gebattel, V.E.v.: Zur Frage der Depersonalisation. Ein Beitrag zur Theorie der Melancholie. *Nervenarzt*, 10; 169-178, 248-257, 1937 (木村 敏, 高橋 潔訳: 離人症問題に寄せて—メランコリー理論への一寄与—. 精神の科学別巻, 諸外国の研究状況と展望. 岩波書店,

東京, p. 36-87, 1984)

- 8) Ghaemi, S.N., Ko, J., Goodwin, F.K.: The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *Journal of Psychiatric Practice*, 7; 287-297, 2001
- 9) Griesinger, W.: *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. 2. Auflage. Adolf Krabbe Verlag, Stuttgart, 1861
- 10) Goodwin, F.K., Ghaemi, S.N.: *An introduction to and history of affective disorders*. New Oxford Textbook of Psychiatry (ed. by Gelder, M., Lopez-Ibor, J., Andreasen, N.). Oxford University Press, New York, 2000
- 11) Jamison, K.: *An Unquiet Mind*. Alfred A. Knopf, New York, 1995 (田中啓子訳: 躁うつ病を生きる. 新曜社, 東京, 1998)
- 12) Jaspers, K.: *Allgemeine Psychopathologie*. Springer, Berlin, 1973
- 13) 木村 敏: 鬱病と躁鬱病の関係についての人間学的・時間論的考察. 躁うつ病の精神病理4 (木村 敏編). 弘文堂, 東京, p. 1-40, 1981
- 14) Koukopoulos, K., Koukopoulos, A.: Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 22; 547-564, 1999
- 15) Kraepelin, E.: *Psychiatrie*. Achte Auflage. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1913
- 16) Kretschmer, E.: *Körperbau und Charakter*. Springer, Berlin, 1936
- 17) Leonhard, K.: *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Akademie, Berlin, 1957
- 18) Radden, J. (ed.): *The Nature of Melancholy—From Aristotle to Kristeva*. Oxford University Press, New York, 2000
- 19) 宮本忠雄: 躁うつ病者の妄想的ディスコース. 躁うつ病の精神病理2 (宮本忠雄編). 弘文堂, 東京, p. 1-30, 1977
- 20) 宮本忠雄: 躁うつ病における混合状態の意義. *臨床精神医学*, 21; 1433-1439, 1992
- 21) 森山公夫: 躁とうつの内的関連について. *精神経誌*, 67; 1163-1185, 1965
- 22) 下田光造: 躁鬱病について. *米子医学雑誌*, 2; 1-2, 1950
- 23) Tellenbach, H.: *Melancholie*. Vierte erweiterte Auflage. Springer, Berlin, 1983 (木村 敏訳: メラン

コリー，みすず書房，東京，1985)

24) 津田 均：マニー型を基礎性格とするうつ状態，*精神医学*，35；703-712, 1993

25) 津田 均，五味淵隆志：進路選択の迷いに現れた躁うつ病の精神病理，*臨床精神医学*，25；465-474, 1996

26) 津田 均，堀 有伸：様々なタイプの躁うつ病患者における「執着」について，*精神経誌*，105；544-551, 2003

27) 津田 均：躁うつ病患者における疎隔と不安—「執着」と「享受」の病理，*臨床精神病理*，26；151-162, 2005

28) 津田 均：双極スペクトラム (Bipolar spectrum) の多面的理解，神庭重信，黒木俊秀編：現代うつ病の臨床—その多様な病態と自在な対処法，創元社，大阪，p. 120-132, 2009

29) 内海 健：うつ病の心理，誠信書房，東京，2008
