

## 双極Ⅱ型障害の精神病理学的検討

阿部 隆明

双極Ⅱ型障害の診断は、抑うつエピソードに加えて、軽躁病エピソードがそれに対して先行ないし後発することが前提となるが、後者の把握は比較的難しい。DSM-5の「軽躁病エピソード」の定義は操作的なものであり、その他の（軽）躁状態との間に明確な境界はない。少なくとも状況反応的な軽躁、気質範囲の軽躁に対して、自生的な軽躁病や状況と無関係に持続する軽躁病を正しく評価しないと、双極Ⅱ型障害が不均一な臨床単位になってしまう。一方、軽躁病エピソードとペアになるはずの抑うつエピソードも不均一な内容である。実際には、双極性障害のうつ病相では、メランコリアや非定型の特徴を伴うものが多いとされるが、植物神経症状という点においては、前者の不眠・食欲低下に対して後者は過眠・過食と、対極にある。メランコリアでは躁や興奮の要素が症状形成的に関連しているのに対し、非定型の特徴を伴ううつ病は興奮性の要素は見あたらないが、経過上、躁病相とセットで出現しやすく、躁と継起的に関連している。ライフステージごとの双極Ⅱ型障害に関して、人格の統合水準ないしメランコリー能力という観点からみると、それが最も低い青年期では気分循環気質と融合したようなタイプが問題となり、成人期前期では不安・焦燥優位なうつ病相ないし軽い制止優位のうつ病相を伴うタイプが、壮年期には典型的な制止優位のうつ病相をもつタイプが出現しやすくなる。躁病とうつ病の出現比でいえば、若年期のほうが、躁病エピソードや混合状態が多く、壮年期以降の発症では、抑うつエピソードが多い。いずれにしても、長期経過をみると、単極うつ病から双極Ⅱ型障害、双極Ⅱ型障害から双極Ⅰ型障害へと移行するケースもあるので、実際の臨床ではあまり厳密な診断にこだわらずに、年齢や性格、発病状況、これまでの経過、軽躁的な因子などを評価し個別に対応すべきである。

<索引用語：双極Ⅱ型障害，軽躁病，うつ病，メランコリア，非定型うつ病>

### はじめに

双極Ⅱ型障害は、比較的新しい概念で、一般には1994年に刊行されたDSM-IV<sup>11)</sup>から登場し、WHOによるICDでは、2018年にインターネット上で公開された第11版<sup>28)</sup>で、ようやく採用された。とはいえ、操作的診断基準はあるにしても、双極Ⅱ型障害の内容は不均一である。気分障害全体を見渡しても、双極Ⅰ型障害が比較的均一な臨床単位で、遺伝率が高く、診断の一致率も高いのに対し、うつ病(major depression)の病像は多様である。双極Ⅱ型障害に関しては、双極Ⅰ型障

害と単極うつ病の間に位置づけられるため、それぞれとの境界づけも問題となる。診断に関しては、抑うつエピソードに加えて、軽躁病エピソードがそれに対して先行ないし後発することが前提となるが、軽躁病エピソードは抑うつエピソードに比べて把握が難しい。というのも、軽躁状態で患者は苦痛を感じておらず、治療を継続しているケースを除けば、自ら来院することは少ないからである。さらに縦断的な経過をみると、双極Ⅱ型障害からⅠ型障害に移行するケースや、単極うつ病から双極Ⅱ型障害に移行するケースもある。し

表1 軽躁病 (hypomania) の臨床特徴

適当な原因がないか、状況と不釣り合いな軽躁状態	自生性
不安定である	不安定性
不快な気分で駆り立てられていることもある	混合性
物質乱用に至りうる	嗜癖性
社会的判断を損なう傾向	逸脱性
典型的には制しうつに先行ないし続発する	(制しうつとの) 連続性
軽躁状態は反復する (単に嬉しい状態は反復しない)	反復性

(文献7より改変)

たがって、気分障害全体にいえることだが、双極II型障害も診断変更の可能性を含んでいる。以下では、こうした診断の問題を取り上げたくうえで、同障害の多様性やライフステージとの関連を考察する。

### I. 双極II型障害の軽躁病エピソード

上述したように、双極II型障害の診断の前提として、抑うつエピソードに加えて、軽躁病エピソードの確認が必須であるが、軽躁そのものは、嬉しい出来事の後や楽しいことを目前にした状態でも、また不安を覆い隠すための防衛機制的結果としても観察される。こうした状況と関連した一過性の気分変動に加えて、軽躁は気質レベルから(準)症状レベル、さらには躁病に至るまでスペクトラムをなすと考えられる。DSM-5<sup>12)</sup>の「軽躁病エピソード」の定義は操作的なものであり、その他の(軽)躁状態との間に明確な境界はない。

まず、操作的診断における躁病症状と軽躁病症状の差異についてふれておきたい。基準となる症状内容に関しては、両者とも変わらない。すなわち、躁病症状が3つ以上(気分が易怒性のみ場合は4つ以上)である。症状の持続期間は異なり、躁病が1週間以上、軽躁病は4日以上(ICD-11では数日以上)が基準となり、軽躁病は比較的短くてよい。重症度に関しては、社会的または職業的機能に著しい障害を起こすほど、入院が必要であるほど重篤であることが躁病の基準であるが、これは治療者の主観的な要素が入る余地がある。こ

のように、重症度判定のさじ加減で、双極I型かII型かに分かれる。

他方、うつ病か双極II型障害かを分かつポイントは、軽躁を軽躁病エピソードかそれ未満かと判定することにある。これは軽躁病と躁病の区別以上に難しい。Angst, J.<sup>14)</sup>が示したように、軽躁病の症状や持続期間の定義次第で、双極II型障害の数は大きく変わる。単極うつ病と双極II型障害の合計に対する後者の比率で見ると、DSM-IVの基準では双極II型障害が7.4%なのに対し、軽躁症状の数が2つで持続も1日未満で可という緩い基準にすると、49.2%となり、単極うつ病と双極II型障害の数はほぼ等しくなる。少なくとも状況反応的な軽躁、気質範囲の軽躁に対して、自生的な軽躁病や状況と無関係に持続する軽躁病を正しく評価しないと、双極II型障害が一層不均一な臨床単位になってしまう。

現在では、過去の軽躁病エピソードを評価する質問紙もあるが、記憶によるバイアスがかかることは否定できないし、検査時の精神状態が過去の気分状態の判断にも影響を与える。事実、過去の軽躁病に関しては、見逃しが少なくないが、逆に過大評価もある。また、抑うつエピソードの終わりに生じる軽躁が過大評価されて、安易に双極II型障害と診断されてしまうこともある。いずれにしても、双極II型障害の診断に際しては、軽躁病エピソードの過大評価、過小評価とも注意が必要である。表1に日常レベルと一線を画する軽躁病の臨床特徴<sup>7)</sup>を挙げておく。

Ⅱ. 双極性障害の抑うつエピソードについて

上述したように、双極Ⅱ型障害の診断に際しては軽躁病エピソードの内実が問われるが、これとペアになるはずの抑うつエピソードも不均一な内容である。すなわち、これも症状の数と持続期間で決められるために、同じく抑うつエピソードと診断されても、従来診断でいえば、躁うつ病のうつ病相から内因性単極うつ病、反応性うつ病、重症の神経症性うつ病まで含まれる可能性がある。操作的診断に基づいても、メランコリアの特徴を伴うもの（以下、メランコリア）や非定型の特徴を伴うもの（以下、非定型うつ病）など、異なる病像があるはずである。実際に成人では、うつ病（major depressive disorder）と診断されるケースのうち、メランコリアは45%、非定型うつ病は16%というデータ<sup>22)</sup>がある。

双極性障害のうつ病相と単極うつ病との病像上の区別に関しては、一定の時点で両者を明確に分離できるわけではないので、双極性障害に特異的なうつ病像を導き出すことは不可能である。同様の理由から、双極Ⅰ型障害と双極Ⅱ型障害のうつ病像に差があるのかという議論もほとんどない。とはいえ、双極うつ病と単極うつ病の病像の差異に関する研究はいくつかあり、それをまとめた論文<sup>15)</sup>をみると、双極うつ病は早期発症でメランコリアないし非定型うつ病を呈することが多く、単極うつ病では後期発症で神経症性のうつ病が混入していることがよくわかる（表2）。

躁病に関しては、病像のバリエーションはある<sup>30)</sup>としても、エネルギーの増大という点で共通するのに対し、うつ病は必ずしも全般的にエネルギーが低下している状態ではない。その診断においては、抑うつ気分、興味、喜びの著しい減退、意欲低下などのエネルギーの低下とみられる症状群が必須とされるが、実際には、本来のエネルギーポテンシャルが低下した状態と、その発現が制限されている事態が想定される。後者こそ、ドイツ語圏で内因性うつ病の基本病態として重視されてきた Hemmung（制止）である。制止の強いうつ病はメランコリアの特徴を伴い、不眠や食欲

表2 単極うつ病と双極うつ病の臨床像の差異

単極うつ病に多い症状	双極うつ病に多い症状
不安	緊張/恐怖
身体的愁訴	抑うつ混合状態
精神運動焦燥	エピソードごとの症状変化
食欲低下	エピソード内の気分変動性
入眠困難	易怒性（双極Ⅱ型）
痛覚感受性の亢進	早朝覚醒
体重減少	過眠
	産後エピソード
	REM 睡眠の断片化
	精神病の特徴
	物質乱用の併存

（文献15より作成）

の低下がみられるという意味で交感神経系の亢進した状態で、自責感や希死念慮などの産出的な症状も観察される。他方で、エネルギーポテンシャルが低下すると、食欲は低下し睡眠は過多となる。いわば虚脱的な状態で、「疲弊性うつ病」ともいえるが、これは消耗性の身体疾患でもみられ、うつ病に特異的な病像ではない。その一方で、DSM-5の非定型の特徴を伴ううつ病では、睡眠過多や食欲の増加が認められるという意味で副交感神経優位である。したがって、睡眠や食欲といった植物神経症状に関していえば、うつ病の症状自体にも極性が認められるのである<sup>6)</sup>（図1）。

ところで、全体的なエネルギーを考慮すれば、躁病と対称的なのは疲弊性うつ病であるが、その回復過程でもみられる非定型のうつ病は、双極性障害の抑うつエピソードでしばしば観察される。躁病相後のうつ病も、往々にして同様のうつ病像をとる。こうした力動の変化は統合失調症の急性の興奮状態の後でも観察され、精神病後抑うつ（postpsychotic depression）などと呼ばれる。したがって興奮からうつへの移行は内因性精神病に共通の力動変化といえ、双極性障害においては躁病先行（primacy of mania）仮説<sup>20)</sup>が提示されている。ちなみに、現代の操作的診断で躁病相が存在すればうつ病相が確認されなくても双極性障害に組み入れられるように、非定型うつ病も躁病相が確認できなくても、ヒステリー機制を含めた気

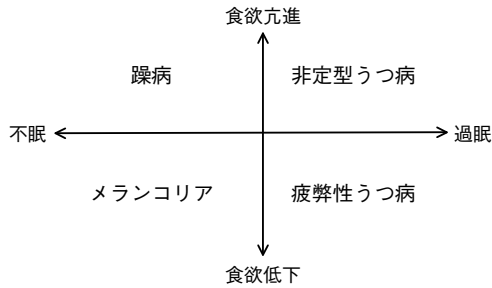


図1 躁うつ病像と植物神経症状

分障害以外の病態が除外できれば、潜在的に双極性と考えるよくだらう。

### Ⅲ. メランコリアにおける躁的な成分

前節では、エピソードとしての躁病とうつ病を取り上げ、双極うつ病の病像としてメランコリアが少なくないことを述べたが、その症状形成においても躁的な因子が関与している。上述したように、メランコリアでは、単にエネルギーが低下しているのではなく、明らかに能動的な防衛機制が働き<sup>23)</sup>、多彩な産出的な症状が出現する。確かに、制止の強い状態はエネルギーの発現が制限されて、画一的な印象を与えるが、制止が弱まるか焦燥感が高まると、人格構造に応じてさまざまな症状が出現する。ここでは、躁的な因子という観点から、メランコリアの症状を考えてみたい。

まず、思考内容の異常な過小性である。メランコリアの患者では自己価値が過小評価されるが、その仕方が極端であることは珍しくない。過剰な罪責感や過度の自己卑下などは、うつ病妄想において最も典型的にみられ、著者<sup>1)</sup>はかつてこれを「負の誇大性」と呼んだ。このように誇大性は、躁病症状とは方向が反対ではあるものの、メランコリアの症状形成にも関与している。これこそ自己愛が本来内包しているものであり、この誇大性を一種の躁とみなすなら、メランコリアを潜在的な双極性障害と把握することも不可能ではない。

他にも、自殺念慮や自殺企図にみられる自己攻撃性や他者攻撃性、過度の依存性なども、ある種のエネルギーを感じさせる。実際、Akiskal, H. S.

と Benazzi, F.<sup>10)</sup>は、自殺念慮を伴ううつ病と伴わないうつ病の臨床像を比較して、前者では抑うつ気分や自己評価の低下といったうつの要素に加えて、精神運動焦燥や奔逸思考、精神運動賦活といった躁の要素のオッズ比が高いことを示し、自殺念慮を伴ううつ病は双極性抑うつ混合状態であると論じている。

このように、メランコリアの基本障害が制止にあるとしても、それが緩み、躁的な因子が関与することで多彩な症状が構成されるといえる。その意味では、少なくともメランコリアであれば、多くの病態に一種の「混合状態」<sup>24)</sup>が想定できる。こうした観点から DSM-5 のメランコリアの特徴を見直してみると、確かに喜びの消失や反応性の消失といった制止を反映する症状が重視されているが、早朝覚醒、焦燥、過度または不適切な罪責感には、興奮ないし躁的な要素が見て取れる。

他方で、前述したように、植物神経症状という点において、メランコリアと対極にある非定型うつ病も、双極性障害に親和的とされる。この状態像には興奮性の要素は見あたらないが、経過上、躁病相とセットで出現しやすい。すなわち、メランコリアでは躁が症状形成に関連しているのに対し、非定型の特徴を伴ううつ病は躁と継起的に関連している。

### Ⅳ. ライフステージと双極Ⅱ型障害

双極Ⅱ型障害は、概念そのものが比較的新しいため、ライフステージとの関連で論じられることは少ないが、年齢によっても病像が異なる。かつて、著者<sup>25)</sup>は飯田ら<sup>17)</sup>による躁うつ病の双生児研究を参考にしながら、生得的なエネルギー水準(躁的因子)と、病前性格の統合水準ないし人格の成熟(メランコリー能力<sup>19)</sup>)と躁的因子の多寡という観点から、対応する気分障害像の見取り図を作成した。本節では、これに基づいてライフステージごとの気分障害の病像について説明し、そのなかで双極Ⅱ型障害の臨床像のバリエーションをまとめる(図2)。

まず、青年期に発症する双極性障害では、発病

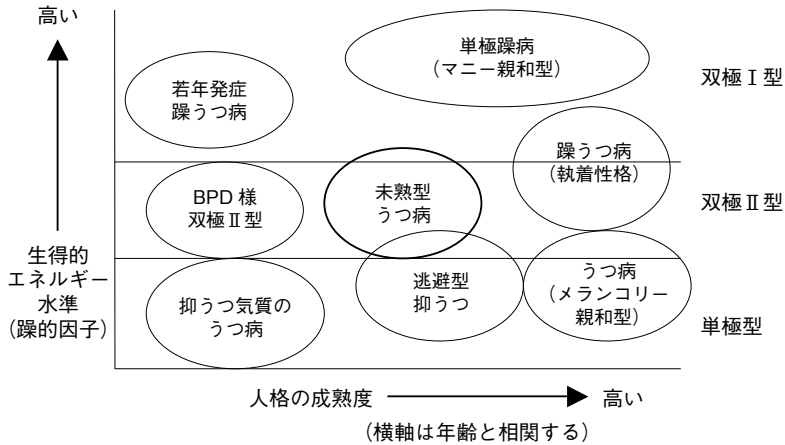


図2 ライフステージからみた気分障害像

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症例がある。この場合、壮年期と違って周期が短いのが特徴で、場合によっては病相の持続が2週間に満たないこともある。ほとんどが躁病相優位の双極Ⅰ型障害であるが、かつて若年周期精神病<sup>29)</sup>と呼ばれた病態の一部もここに含まれる。

青年期では自己愛的傾向の強い不安定なうつ病像も観察される。操作的には、双極Ⅱ型などの「軽微双極型 (soft bipolar)」と診断されるケースが少なくない<sup>27)</sup>が、いずれもうつ病としては深化しない。彼らは10歳代後半ないし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し、気質の統合水準がより低く行動化しやすい。しかも人格とうつ病との境目がはっきりしない抑うつ状態で軽躁的な因子も認め、境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder: BPD) との鑑別を必要とする<sup>4)</sup>。かつて著者はこうした病態を「BPD様双極Ⅱ型」と命名したが、Akiskalの双極Ⅱ1/2型ないし cyclothymic depression<sup>9)</sup>に相当し、ベースに気分循環気質 (cyclothymic temperament) が認められることがある。

また、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る。そのなかには Akiskalの抑うつ気質 (depressive tempera-

ment)<sup>8)</sup>をベースにしたうつ病が含まれる。抑うつ気質自体、習慣的な過眠傾向があり、双極うつ病に多い非定型うつ病像と共通する精神生理学的特徴を有する。その抑うつ状態は、抗うつ薬が使用されると、軽躁状態を呈する可能性があるという意味で、双極Ⅱ型障害と単極うつ病の間にある病態ともいえる。

人格が安定してくる成人期以降に発症する気分障害では、気分障害と人格との境界は明瞭である。20歳代後半からみられる未熟型うつ病者<sup>2,5)</sup>でも庇護的な環境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ほど悪くないが、自立を志向したり、厳しい上司のもとで仕事を課せられたりしたとき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、保護的な環境では軽躁転することも稀ではない<sup>3)</sup>。当初は双極Ⅱ型障害の診断があてはまるが、長期経過をみると双極Ⅰ型障害に移行するケースもある。

広瀬<sup>16)</sup>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で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、病像の差に反映されている可能性はある。ただ、明らかに内因性の経過を示し、双極 II 型障害や非定型うつ病との関連が指摘される。

壮年期以降に発症する不安・焦燥性うつ病は、典型的には執着性格<sup>25)</sup>を基盤にしていて、多くは双極 I 型障害と診断されるが、単極うつ病や双極 II 型障害にとどまるものもある。その一方で、Tellenbach, H.<sup>26)</sup>が提唱したメランコリー親和型 (Typus melancholicus) は、単極うつ病との親和性が高いとされるが、そのなかで発揚性の異型 (hyperthyme Variante) も指摘されており、こちらは双極 II 型障害を呈することもある。

結局、ライフステージごとの双極 II 型障害に関して、人格の統合水準ないしメランコリー能力という観点からみると、それが最も低い青年期では気分循環気質と融合したようなタイプが問題となり、成人期前期では不安・焦燥優位なうつ病相ないし軽い制止優位のうつ病相を伴うタイプが観察され、壮年期には典型的な制止優位のうつ病相をもつタイプが出現しやすくなるとはいえる。躁病相とうつ病相の出現比でいえば、若年期のほうが、躁病エピソードや混合状態が多く、うつ病も(軽)躁転しやすい。他方、壮年期以降の発症では、抑うつエピソードが多い<sup>21)</sup>。

### おわりに

内因性気分障害の長期経過に関しては、石原・岩井<sup>18)</sup>によりうつ病から躁病への極性シフトが指摘されており、Angst<sup>13)</sup>の最近の疫学データをみても、入院を要する内因性うつ病 (メランコリア) のほぼ半数は、30 年経過で双極性障害へと移行するようである。双極 II 型障害の経過も多様であり、単極うつ病から双極 II 型障害、双極 II 型障害から双極 I 型障害へと診断が変更になるケースも稀ではない。また、同じ双極 II 型障害の診断になるとしても、軽躁や抑うつエピソードが何度も出現するケースと、軽躁が青年期に 1 回だけ出現し

た後はうつ病相のみのケース、初老期になって初めてうつ病相が出現した後に軽躁が出現したケースでは、治療的な対応が異なると思われる。したがって、実際の臨床ではあまり厳密な診断にこだわらずに、年齢や性格、発病状況、これまでの経過、軽躁的な因子などを総合的に評価し、個別に対応すべきである。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

### 文 献

- 1) 阿部隆明：「妄想型うつ病」の精神病理学的検討—うつ病妄想の成立条件—病前性格との関連—。精神経誌, 92 (7) : 435-467, 1990
- 2) 阿部隆明, 大塚公一郎, 永野 満ほか：「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 (3) : 239-248, 1995
- 3) 阿部隆明, 加藤 敏：双極 II 型の躁転に関する考察—開放病棟入院が躁転を導く可能性について—。臨床精神病理, 20 (3) : 195-209, 1999
- 4) 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 (11) : 1113-1120, 2005
- 5) 阿部隆明：未熟型うつ病と双極スペクトラム—気分障害の包括的理解に向けて—。金剛出版, 東京, 2011
- 6) 阿部隆明：うつ病と内因性。臨床精神医学, 40 (8) : 1033-1041, 2011
- 7) Akiskal, H. S., Mallya, G. : Criteria for "soft" bipolar spectrum : treatment implications. Psychopharmacol Bull, 23 (1) : 68-73, 1987
- 8) Akiskal, H. S. : The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders : beyond DSM-IV. J Clin Psychopharmacol, 16 (2 suppl 1) : 4-14S, 1996
- 9) Akiskal, H. S. : The Psychiatric Clinics of North America. Bipolarity : Beyond Classic Mania. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1999
- 10) Akiskal, H. S., Benazzi, F. : Psychopathologic correlates of suicidal ideation in major depressive outpatients : is it all due to unrecognized (bipolar) depressive mixed states? Psychopathology, 38 (5) : 273-280, 2005
- 11) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, D. C.,

1994 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 1995)

12) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2014)

13) 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 (2-3): 149-157, 2005

14) Angst, J.: Bipolar disorder: methodological problems and future perspectives. *Dialogues Clin Neurosci*, 10 (2): 129-139, 2008

15) Goodwin, F. K., Jamison, K. R.: Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression, 2nd ed. Oxford University Press, New York, 2007

16) 広瀬徹也: 「逃避型抑うつ」再考. うつ病論の現在—精緻な臨床をめざして— (広瀬徹也, 内海 健編), 星和書店, 東京, p.49-68, 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 (11): 1339-1347, 2003

18) 石原さかえ, 岩井一正: 双極病の長期経過にみられる躁病への極性シフト—内因性精神病の経過力動に関する研究—. *精神医学*, 35 (10): 1049-1057, 1993

19) Janzarik, W.: Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 1988 (岩井一正, 古城慶子, 西谷勝治訳: 精神医学の構造力動的基礎, 学樹書院, 東京, 1996)

20) Koukopoulos, A., Ghaemi, S. N.: The primacy of mania: a reconsideration of mood disorders. *Eur Psychiatry*, 24 (2): 125-134, 2009

21) Kraepelin, E.: Psychiatrie, 8. Aufl. Barth, Leipzig, 1913 (西丸四方, 西丸甫夫訳: 躁うつ病とてんかん, みすず書房, 東京, 1986)

22) Lamers, F., Burstein, M., He, J. P., et al.: Structure of major depressive disorder in adolescents and adults in the US general population. *Br J Psychiatry*, 201 (2): 143-150, 2012

23) Mentzos, S.: Depression und Manie: Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen. 2. Aufl. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, Zürich, 1996

24) 宮本忠雄: 躁うつ病における混合状態の意義—臨床精神医学的検討—. *臨床精神医学*, 21 (9): 1433-1439, 1992

25) 下田光造: 躁鬱病に就いて. *米子医誌*, 2 (1): 1-2, 1950

26) Tellenbach, H.: Melancholie. Vierte, erweiterte Auflage, Springer, Berlin, 1983— (木村 敏訳: メランコリー—改訂増補版, みすず書房, 東京, 1985)

27) 内海 健: 双極II型障害という病—改訂版うつ病新時代—. 勉誠出版, 東京, 2013

28) World Health Organization: ICD-11 (<https://icd.who.int/en/>) (参照 2019-06-24)

29) 山下 格: 若年周期精神病. *精神科治療学*, 15 (6): 617-622, 2000

30) Zeh, W.: Zur Psychopathologie der zyklischen Manie. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, 24 (3): 149-160, 1956

## A Consideration of Bipolar II disorders from the Viewpoint of Psychopathology

Takaaki ABE

*Department of Psychiatry, Jichi Medical University/Jichi Children's Medical Center Tochigi*

Bipolar II disorders are diagnosed as the cause for the appearance of both depressive and hypomanic episodes during the clinical course. However, identifying a hypomanic episode, which is operationally defined in the DSM-5 and has no natural boundary with other (hypo) manic statuses, is sometimes difficult. Bipolar II disorder would constitute a heterogeneous clinical entity, unless an autochthonous hypomanic episode that persists independent of the situation were properly assessed and differentiated from a hypomanic change appearing in response to the situation or within the range of temperament. On the other hand, a depressive episode as defined in the DSM-5 is also a heterogeneous clinical entity. In fact, melancholic and atypical features are often seen in the depressive phases of bipolar disorder. However, they are opposite in terms of vegetative symptoms : the former includes insomnia and appetite loss, and the latter includes hypersomnia and hyperphagia. Excitatory elements play important roles in the formation of melancholic symptoms, whereas atypical depression lacks excitatory elements, but appears before or after a manic episode. From the viewpoint of life stage, the clinical picture of bipolar II disorder varies depending on the integration of the personality structure (ability to form melancholia) and the quantity of manic elements. Adolescents with a low integration of personality structure tend to show bipolar II disorder superimposed on a cyclothymic temperament. Young adults tend to present with bipolar II disorder with anxiety/agitation-predominant or mild inhibition-predominant depression. Middle-agers tend to show bipolar II disorder with typical inhibition-predominant depression. Based on the mania-depression ratio at each life stage, more manic episodes/mixed states are seen among younger people and more depressive episodes are seen in middle-age-onset affective disorders. Overall, cases involving transition from monopolar depression to bipolar II disorder and from bipolar II to bipolar I disorder are observed in the long-term clinical course. Therefore, rather than adhering to the strict diagnosis of bipolar II, clinicians should treat patients individually by assessing their age, personality, previous clinical course, manic elements, and situation.

< Author's abstract >

< **Keywords** ; bipolar II disorder, hypomania, depression, melancholia, atypical depression >

---