精神医学
エッセンシャル・コーパス②

Essential Corpus of Clinical Psychiatry

日本の名著論文選集

精神医学を知る

大橋博司
安永　浩
木村　敏
藤縄　昭
笠原　嘉
村上　仁
臺　弘
宮本忠雄
柴田收一
広瀬徹也

総監集●松下正明

編　集●井上新平
内海　健
加藤　敏
鈴木國文
樋口輝彦

中山書店

序

精神医学の歴史を一瞬のうちに要約するなら，200年前にPinelが幕を開け，100年前にKraepelinに収束したということになる．20世紀の精神医学の骨組みを形成していたのは，早発性痴呆（統合失調症）と躁うつ病（気分障害）を2つの柱とするKraepelinの体系だったといってよいだろう．本書はこの2つの疾患について，その精神病理の解明に挑んだ先人たちの苦闘の足跡である．

では，Kraepelinの疾病分類学の正しさは，何によって保証されていたのだろうか．それは透徹した記述の精神によってである．現代のわれわれの描写力が到底かなうものではない．それにとどまらず，かつての精神科医たちは，この確かな記述を足場として，さらに一歩，病理のなかに分け入ろうと試みた．それが精神病理学というものだったのである．

この営みを支えたのは，「他者への想像力」とでもいうべきものである．当時の精神科医たちの眼前には，こちらの理解を超絶したような現象が生起していた．彼らはそれを記述し，命名し，そして分類したのだが，それにとどまらず，理解の糸口を求めて果敢に挑んだ．そこでは単に知的に理解することだけが目指されていたのではない．なんとかかかわれないものか，治療のための導きの糸をたぐり寄せることができないものか，という熱い思いと一体となった営みだった．もしかしたら，若い世代にはピンとこないことかもしれない．

20世紀を代表する思想家の一人であるLévi-Strauss（1908～2009）は，最晩年にフランス・メディアのインタヴューに答えて，「私が愛した世界は15億の人口だった．60億人が暮らす今の世界は，もはや私とは無縁の存在です」と語った．老いの繰り言といってしまうのは簡単だが，この傑出した民族学者の示したノスタルジーのなかには，人類への重大なメッセージが含まれている．彼の言う「60億人が暮らす今の世界」とは，異界が消滅し，野生の思考が枯れ果てた21世紀の風景である．もはや彼の知的想像力を駆り立てる対象はない．同じようなことが精神医学の領域でも起こっていないだろうか．

たしかに，かつての分裂病も躁うつ病も，その名称が古色蒼然と感じるほどに，多くの病いは軽症化した．そしてICDやDSMなど，公認の簡便な診断マニュアルが手元にある．「わからない」ということが，臨床の現場から姿をくらましたかのようにも思える．

もし，このことが，精神疾患という災禍が解消しつつあることの徴候であれば，それは歓迎すべきことである．実際，ボーダーレスという言葉などが示すように，正常と異常の区分けは従前と比べてはるかに不明瞭なものとなった．だが，それは単にわからなさに蓋をしてすましているだけのことではないだろうか．患者の示す異常な事象に，できあいの用語を当てはめ，お仕着せの基準を適用して，それでわかったとして切り上げる．こうした臨床風景が当たり前のようになってしまっている．

かつて土居健郎は，精神科臨床のエッセンスを，いかにして「わからない」という感覚を磨くか

にあると簡潔に説いた．精神科医の素養とは，わからないことに驚き，そこにプロとしての関心を向け，そのわからなさを見失わないことである．なぜなら，診る側が「わからない」と感じるところにこそ，患者は苦悩を宿しているからである．

もちろん，われわれは「わかる」ことを目指さなければならない．ただわからなさに手をこまねいているばかりでは立ち行かない．しかし「わかる」はつねに「わからない」と背中合わせになっている．なぜなら，物事の理屈がわかればわかるほど，わからないこともまた増えてくるはずだからである．

ダニエル・キイスの SF 小説『アルジャーノンに花束を』のなかで，知的障害者のチャーリー・ゴードンは，脳外科手術によって天才的知能を獲得する．そして，乾いた海綿が水を吸うように，知のあらゆるジャンルを渉猟しはじめた．だが，周囲の熱狂をよそに，チャーリーは次のように慨嘆するのである．「学ぶということはなんと奇妙なことか．奥深く分け入れば入るほど，存在すら知らなかったものが見えてくる．ほんのしばらく前まで，私は愚かにも，すべてを学ぶことができると考えていた．いまの私は，せめてその存在だけでも知ることができたら，そしてそのほんのひとかけらでも理解できたらと願う」．

臨床家が「もうわかった」と切り上げたとき，退化がはじまる．それはわからなさを囲い込んでしまっただけである．とりわけ昨今問題となるのは，脳科学であるとか，統計的エヴィデンスといったものにたじろいで，そこに真理の場を委ねてしまっていることである．臨床知など，こうしたモンスターの前では，はかなく消え入らんばかりにみえるかもしれない．だがそれは本末転倒した事態である．なぜなら，それらの科学は，本来，臨床知に奉仕すべきものだからである．そして天才チャーリーと同様，脳科学であれ，統計解析であれ，第一線の科学者たちは，わからなさを前に苦闘しているはずである．

本書のなかには，〈わかる―わからない〉がせめぎ合う地点から生み出された論考がひしめいている．もちろん，読み進めるのはそれほど容易なことではない．だが，それで敬遠するようでは，患者の苦悩に歯が立たないだろう．

おそらく，多くの臨床家が，簡便にわかることに対して，そろそろうんざりしはじめている．もう一度臨床の現場から知を汲みあげ，われわれの器を鍛え直すために，ここに先達の残した苦闘の痕跡を再び世に出す次第である．

2013 年 1 月

内海　健

精神医学エッセンシャル・コーパス 2

精神医学を知る

CONTENTS

1 精神症状学序論 大橋博司 3

1．症状，徴候，症状群など …… 3
2．各時代の症状記載 …… 6
a. 古代ギリシア・ローマの精神症状 6
b. acedia──メランコリーの中世的側面 8
c. 聖ファイト舞踏病（ルネサンス時代） 9
d. 魔女迫害とその終熄 10
e. ノスタルジー 12
f. 英国病 14
g. ヒステリー 16
h.「疾病分類学」の台頭と「精神医学」の到来 18
i. 19 世紀の幻覚・妄想論 20
結語 …… 26
解説 …… 樋口輝彦 28

2 精神分裂病の症状 安永 浩 31

1．“症状”ことに“精神症状”ということについての序論 …… 31
2．本稿における分裂病症状の分類，記述について …… 32
3．幻覚 …… 34
a. 症状理解の問題点（幻覚を例として） 34
b. 幻覚の種類 36
c. 総括的注釈 49
4．妄想 …… 50
5．思考障害 …… 58
6．自我障害 …… 63
7．そのほかの客観的症状 …… 70
8．感情・意志の異常 …… 72
9．人格変化の印象 …… 74
10．微視的症状 …… 78
a. 身体症状 78
b. 病態生理学的所見 80
11．巨視的観点 …… 80
解説 …… 内海 健 86

3 精神分裂病の診断　木村　敏　91

はじめに …… 91

1．古典精神医学における分裂病診断 …… 92

a. Kraepelin, E. における早発痴呆の診断　92
b. Bleuler, E. における分裂病の診断　96
c. Schneider, K. における分裂病の診断　98

2．疾患体系の再編成 …… 100

a. 診断多様化の方向　100
b. パラノイア性妄想疾患の問題　108
c. 遅発分裂病の問題　110
d. 単一精神病論　113

3．分裂病診断と分裂病の現象学 …… 115

a. 現象学的直観診断　115
b. Praecoxgefühl と“特定の不可解さ”　117
c. 内的生活史の特徴と現象学的分裂病診断　119

4．分裂病診断の標準化の試み …… 122

a. ICD-9 の分類　123
b. DSM-III の分類　124

解説 …… 井上新平　129

4 精神分裂病の臨床類型　藤縄　昭／笠原　嘉／村上　仁　133

序言 …… 133

1．亜型（下位群）の分類 …… 134

a. 破瓜病――破瓜型　134
b. 単純型分裂病――単純型　138
c. 緊張病――緊張型　148
d. 妄想分裂病――妄想型　156
e. 妄想疾患のフランスにおける分類　160

2．主要４病型以外の類型 …… 164

a. 概説　164
b. 急性分裂病性挿話　164
c. 分裂病性残遺状態　167
d. 分裂・情動型　167
e. その他の分裂病　171

3．Kleist-Leonhard の分類 …… 172

4．その他の分類――特に分裂病の二分法をめぐって …… 174

a. 臨床遺伝学の立場から　174
b. Ey, H. の臨床的分類　175
c. 分裂病の二分法　176

5．その他 …… 179
a. 経過類型 179
b. 分裂病性疾患の細分化 180
c. 文化と臨床類型 181
結語 …… 181
解説 …… 鈴木國文 186

5 精神分裂病問題の歴史と展望 臺 弘 191
1．精神分裂病概念の誕生 …… 191
2．精神分裂病問題の展開 …… 197
a. 体験と理解 197
b. 病気と疾患 201
c. 疾患単位と症状群 204
d. 生物学的探求 206
3．診断と長期予後と近縁状態 …… 209
解説 …… 井上新平 220

6 言語と精神分裂病 宮本忠雄 225
[I] 分裂病像の成立まで …… 225
はじめに …… 225
1．言語危機としての“もの”体験 …… 227
2．意味作用の病態と妄想化 …… 230
3．「妄想型」と「幻覚型」 …… 234
4．残る問題 …… 237
[II] 慢性期分裂病の言語 …… 239
言語の病態──急性から慢性へ …… 239
1．妄想言語におけるサンタグムとパラディグム …… 240
2．分裂病性体験における「複数化」の問題 …… 244
3．“私”の消滅の意味するもの …… 248
おわりに …… 253
解説 …… 加藤 敏 258

7 感情・気分の異常　柴田收一　263

1．感情・気分の概念 …… 263
a. 感情とは何か　263
b. 気分　277
2．感情・気分の異常 …… 278
a. 感情の異常　278
b. 気分の異常　284
[Plate 躁状態の絵画] …… 302
解説 …… 樋口輝彦　305

8 躁うつ病の経過類型，残遺状態と人格変化　広瀬徹也　309

はじめに …… 309
[I] 経過類型について …… 309
1．類型分類について …… 309
2．経過型の特徴 …… 311
a. 頻発型　311
b. 持続型　311
c. 周期型　312
d. 移行型　312
e. 間歇型　313
f. 躁病単極型　314
g. 単発型　314
3．経過類型に関る因子 …… 315
4．経過類型と治療との関連について …… 317
5．躁うつ病の予後の判定について …… 318
[II] 残遺状態と人格変化 …… 320
1．歴史的背景 …… 320
2．状態像 …… 321
3．成立機転 …… 323
4．出現時期ならびに頻度 …… 325
5．回復性および治療について …… 325
解説 …… 樋口輝彦　330

索引 …… 332

解説

本章「精神症状学序論」のイントロダクション「1．症状，徴候，症状群」は医学用語の起源がギリシアに遡ることからはじまり，ギリシア語の用語解説がなされている．これをみるだけで，大橋博司先生がいかに博識であったか想像がつく．

「2．各時代の症状記載」のなかで大橋が注目するのは Galenos（A.D. 129～199）であり，この時代に 4 つの精神症状群をすでに記載している点である．それらが今日の症状群の考え方そのものでないことはいうまでもないことであるが，この時代にすでに「代謝性・中毒性の症状群」，「熱性せん妄など意識障害を基盤にする症状群」，「mania と melancholia（今日とは内容は異なるが）」，「認知症症状群」を記載していたこと，それが近代の医学にまで大きな影響を及ぼしたことから，大橋は古代ギリシア医学の心眼に驚嘆したものと思われる．

中世に関して大橋は「魔女迫害，魔女裁判」に多くの紙面を割いている．魔女迫害や魔女裁判はあまりにも有名であり，精神科医であれば誰もが常識として知っていることではあるが，中世における神学的，法学的認識論からやがて医学の次元で判断される時代（啓蒙時代）へと移っていく過程，その間のさまざまな事例を目にすることはよほどの専門家でなければないであろう．その意味では大橋の魔女迫害，魔女裁判に関する記載は大変貴重である．

後半は 18 世紀中葉以降台頭してきた「疾病分類学」と「精神医学」の到来についての歴史的考察である．精神疾患の系統的分類の下敷きが Linne の植物分類学であるというのはたいへん興味深い．その Linne 自身が精神疾患を第 1；観念性，第 2；想像性，第 3；感情性の 3 つのカテゴリーに分けたという記述がある．この時代はまだ精神病院といえるものはなく，精神病患者も他の患者や浮浪者と混在していた時代である．大橋はこの点について「nosologie は精神医学の到来を準備していたとはいえよう」と記載しており，面白い見方であると感心した．

最後に大橋は 19 世紀の幻覚妄想論を展開している．われわれはもっぱら，Jaspers 以後の精神病理学に基づいて教育を受けてきた関係で 19 世紀の幻覚・妄想論はあまり目にすることが多くない．その意味では，これもまた新鮮な内容であると同時に 20 世紀以後の幻覚・妄想論と対比して読むと面白い．

（樋口輝彦）

解説

かつて安永 浩の診療に陪席する機会が何度かあった．在りし日の旧東大分院神経科（2001 年本院に統合）で研修を受けた者の特権である．しかし私は，与えられたタイムリミットが来る前に，いつも退室していた．

安永は，まるで陪席者がそばにいることなどまったく眼中にないかのごとく，静かなたたずまいのなかで，患者の話を聴き，軽くうなずき，時折さりげないコメントを呟いていた．そこで何が起こっているのか見当もつかず，私はおいてけぼりをくらったような孤独を覚えた．同時に，その静かなたたずまいからは，「本当はいてもらいたくないのだが……」というオーラがにじみ出ていた．早々に退散せざるをえなかったのである．

後年，安永の診療に同席した神田橋條治は，それを「いかなる侵襲も与えまいとする面接」と評し，それゆえに安永の記述ほど純粋な臨床データとして信頼できるものはないと回想している．

統合失調症（分裂病）が発見されたのは，今から百年ほど前のことである．そして瞬く間に精神病を代表するものとなり，多くの青年に過酷な生を強いるものとなった．この悲劇は，単に病理の重篤さだけによるものではない．統合失調症は，自分を発見したものと相性が悪い．まなざしの暴力によって深い傷を負うのである．

発見したまなざしは 2 つある．1 つは，「早発性痴呆を発見した Kraepelin に代表される，徹底的な観察と記述の精神である．そして見出したものを命名・分類し，あくことなく体系を練り上げていった．もう 1 つは統合失調症の発見者である Bleuler の精神分析的素養である．彼の統合失調症概念の基幹となる「自閉」は Freud の「自体愛」に想を得たものであり，一次症状である「連合弛緩」には Jung のコンプレックス概念が色濃く反映されている．つまり統合失調症は，精神医学の二大潮流によって見出されつつ，拒まれているということになる．

安永が本稿で指摘しているように，統合失調症を病む者にとっては，他者が自分に投げかけてくる規定が，たとえ嗤うべき想像の押しつけであっても，通常の知覚並みの，あるいはそれ以上の，強制的なものとなる．あるいは，自らの内面が他者のまなざしのなかで限りなく透明化され，秘密を握られているかのように感じられる．そして自分の知らないところに勝手に登録され，語られることになる．われわれが統合失調症の症状を把握するとき，一歩間違えば，彼らをかように侵襲的な状況に追いやるものとなるのである．

昨今の精神科臨床では，統合失調症を病む人から症状を聴取することが当り前のようになされている．だが，それはプロとしてあるべき姿だろうか．うつ病の場合には，医療という枠組みのなかで，丁寧に症状をたずねていくことが，診断や治療のために手堅く役立つ．境界例水準の事例の場合には，症状はあまり明確なまとまりをもたず，むしろ周囲の人や治療者との関係性のなかに特徴が現われるだろう．場合によっては，治療の枠組み自体が揺さぶられることになる．

では，統合失調症の場合はどうなのだろうか．すでに示したように，医師が症状をたずねるというごくあたりまえの行為が，彼らに強い不安を惹起するものとなる．それゆえ探索的な診察は最小限にとどめ，まずは彼らが安心できるような対応を心掛けるべきだろう．こうした治療的配慮をしている自分に気づくこと自体が，所見として診断的な意義をもっている．そのためには，患者のたたずまいや切れ端のような所見からでも，彼らのなかで何が起こっているのか，すぐれた先達から学ぶことによって，だいたいのところは想像がつくようになりたいものである．

この安永の症状論は最小限の侵襲性，卓越した記述力，類をみない精緻な精神病理の結晶である．目の前の事態を率直に受けとめ，記述に徹していくなかで，この病いの固有の病態，つまりは体験のもつ独特の逆説性にたどり着くことになる．

もちろん簡単に読みこなせるわけではない．しかしわれわれの症状把握はあまりにもイージーなものとなっていないだろうか．わからないことに対してあきらめずに立ち向かうのは，われわれの使命ではないだろうか．大部の論考なので，まずは「3．幻覚」あたりまで読んでみてほしい．彼らの陥っている逆説性の一端が垣間見られたとき，この病理を受けとめる器は，一回りも二回りも大きくなっているはずである．

（内海　健）

解説

医学における診断には，特徴的な症状と特徴的な検査所見，治療法の確立，経過と転帰の予測といったことがなければならない．それはすなわち疾患単位が確立していることである．疾患単位の基盤には症状を生み出す病態生理があるが，極端な場合病態生理に敏感な検査が確立されれば症状がなくとも診断できる．医学はこのような疾患単位の確立をめざして発展してきた．

医学の一分野である精神疾患も同様だが，現状ではほとんどの病気で疾患単位が確立されていない．特に統合失調症（本書では分裂病であるが，以下統合失調症と記載）では病態生理が依然不明で，特徴的な検査所見もない．いきおい診断は症状に頼らざるをえず，特徴的な症状とは何かという長年の論争が続いている．また症状だけで診断してよいのか，経過・転帰はどこまで重要か，診断を下すためのより本質的な方法はないのかといった議論も続いている．本書は以上のような問題が明確に論じられた論文である．

著者の木村 敏先生は，まず Kraepelin・Bleuler・Schneider のライン，すなわち古典精神医学における診断から通覧する．3 者の違いは周知のように診断に経過・転帰を含ませたかどうかで，Kraepelin による狭義の基準と Bleuler・Schneider による広義の基準でそれぞれの大学の患者割合（単純に大学が違い時代も異なるので一概にはいえないだろうが）に反映しているという．たいへん興味深い．これは周知のように ICD–9 と DSM–III–R による差に通じている．3 者により，特に Schneider により特徴的な症状が取り出されるが，最大の問題である統合失調症と躁うつ病の鑑別は次代に残された．

次いで，疾患体系の再構成のテーマで中間精神病・混合精神病，変質精神病，非定型精神病，Leonhard の体系，パラノイア問題，遅発性統合失調症，単一精神病と順に，たいへん丁寧に論じている．ここでは統合失調症から異種的な部分が少しずつ削がれる過程，二大精神病の区分が細密になったり融合したりという過程がよく理解できる．

最後に現象学的視点からみた統合失調症の診断が論じられ，本論文の主眼である．まず Jaspers（了解不能性）にはじまり，現象学的直感診断の文脈で Binswanger（感覚診断），Minkowski（洞察診断），Wyrsch が，次いでプレコックス感の文脈で Rümke，Blankenburg，Müller–Suur の考えが丁寧に紹介される．そして，それらは「内的生活史」の概念につながっている．物語を読むがごときである．

この内的生活史の最後の部分で診断に関する著者の結論を出している．重視すべきは特徴的症状でもなければ経過でもなく，著者がいうところの患者の内的生活史とそこからにじみ出てくる外的生活史であり，結論として，診断は直感診断や生活史的診断──内的生活史の本質的特徴（10 項目）に着目した診断──の手段しかないとする．10 項目とは，幼児期における自己表出ないし自己主張の弱さ，親に対する無力な従順さ，思春期におけるかなり無理をした自我確立の努力の挫折，対人関係における本能的不信あるいは逆に無警戒の全面的信頼等である．そして治療では，個々の臨床症状は非特異的な薬物療法で対

処することができるが，残される課題としていかに病者をその人生に復帰させるかが問題としている．

著者は，診断も含めて統合失調症問題への接近はあくまで病因論的であるべきとしている．この点で，問題の中核に迫る戦略は病因論的でなくて病態論的接近とする臺の見解（本書「5 精神分裂病問題の歴史と展望」参照）と対照的であり興味深い．

思えば筆者が研修医の頃は，ここで紹介されているような Leonhard の分類体系などが指導医のあいだで実感をもって語られていた．エビデンス重視の現在，これらの精神医学を次代に引き継ぐ作業は誰が行うのだろうか．

（井上新平）

解説

本論文は，フランスの Magnan，ドイツの Kahlbaum，Hecker などから Kraepelin，Bleuler を経て，DSM–III 登場に至るまでの「統合失調症」の臨床類型記述の歴史を，1980 年時点の臨床的視点を軸に追ったものである．1980 年に DSM–III が登場する直前の，あるいはまさに登場する時点の，わが国の精神医学における統合失調症把握の状況を伝えるものとして貴重である．著者らは，統合失調症の心因的側面の研究，特に家族関係に関する研究に草分け的に関与した 3 人の碩学である．したがって，本論文は，統合失調症という病態を何らかの形で「手の触れられるもの」，「目鼻のつけられるもの」にしようと臨床上の経験を重ね，記述し，世界の文献を渉猟して達した知を基盤に書かれた論考といってよい．

本論文出版の頃以降，世界的規模で，DSM–III に依拠した統計手法による統合失調症の病型分類，症状分類に関する知見が蓄積されることになるのだが，そうした知見の蓄積を咀嚼した目から改めてこの論考を読むとき，当時の臨床類型概念における理論それぞれの優れた点，不足な点，過剰な点などがよく見えてくる．そしてそれと同時に，統合失調症に関する新しい知見の蓄積が真に示しているのはどういうことかも，また見えてくる．本論文は，疾病分類について長く考察してきた著者らによって，伝統的な思考法と DSM–III という新たな疾病分類との繋ぎ目という位置を十分に意識して書かれたものである．本論文を読むことによって，われわれは，われわれの統合失調症概念のいわば根に当たる部分をいま一度，詳細に見直すことになる．これは，統合失調症という概念がその概念の意義を問われている今日こそ，ぜひとも有したい読書体験である．

また，本論文が書かれたのは，統合失調症の軽症化ということがいわれ，「寡症状性分裂病」，「単純型分裂病」，「自己内省型分裂病」などへと関心が集まっていた時代である．いわば，この時代は統合失調症という領域に一つの流動性，変化の兆しが現れていた時代といえるだろう．Blankenburg の『自明性の喪失』が出版され，症例アンネ・ラウの内省的訴えのなかに統合失調症の本質をとらえようとする試みが多くの精神病理学者の関心を集めていた．そしてまた，その一方で，境界例という概念が盛んに論じられ，その病理について多くの考察がなされた時代である．境界例には統合失調症型人格障害（Schizotypal Personality Disorder）と境界型人格障害（Borderline Personality Disorder）という形で DSM–III に収められることになる二方向の病態が含まれていた．本論文では，それらの類型の外延についても論じられている．また，緊張病という概念のなかにある問題性を論じながら，非定型精神病論へのつながりという点も取り上げられている．統合失調症が症状を中心に，つまりはエピソードにおける病態を中心に診断されるようになっている今日，統合失調症概念と非定型精神病概念との重なり，相違点を知っておくことは，臨床的にきわめて有用な多くの情報をもたらしてくれるだろう．

DNA に関する研究の知見から，統合失調症と躁うつ病とのあいだに共通点をみる単一

精神病への視点が復活しようとしている現在，伝統的な精神医学がどのような症状記述に支えられていたかをみておくことは，きわめて意義深い．

著者らは，本論文のなかで，過度に理論的であることを避け，「記述的」であることに心を砕いている．この場合，「記述的」であるとはどういうことか，それは DSM–III における記述とどのような違いがあるのか，本論文を通してその違いを体験することは，いわば一つの文化体験である．

本論文は，病前のあり方，発症の様態，発症の年齢，初発時の病像，経過，治療への反応などをセットにして記述がなされ，分類が行われようとしていた時代の記述精神医学の一つのピークを伝えるものなのである．

（鈴木國文）

解説

統合失調症の精神医学的問題はどこにあるのか，何が重要なのかという問いが，精神医学がこれまで取り組み，今も解決が待たれる最重要課題である．著者の臺　弘先生は，これに対して大きく 3 つのテーマを取り上げている．「分裂病概念の誕生」「精神分裂病問題の展開」「診断と長期予後と近縁状態」である．

最初の「分裂病概念の誕生」では，Kraepelin 以降の代表的な欧米の精神科医の考えを詳しく紹介し，そのまとめとして，「こんにちまでになされてきた議論のほとんどすべてがこの 2 人（Kraepelin と Bleuler のこと，筆者注）の考え方をめぐってなされ（中略）現在の問題の大部分がすでに 2 人によって取りあげられている」とする．この重要な結論を導くために，数々の精神科医の考えを簡潔に記載しているが，その該博なレビューには感銘を受ける．余談ではあるが，わが国における分裂病から統合失調症への呼称変更の動きがなぜ精神医学の内部から出てこなかったのかということが，一連のレビューからよく理解できる．そしてここで著者の言いたいことは，やや極端に解釈すると，この疾患概念はありがたく受け取るようなものというよりも，これからの研究で変えていく出発点として受け取るべき意味合いが強いということであり，そこに著者の主体的な立場が見えるのである．

次の「精神分裂病問題の展開」で著者の考えがもっともよく出ている．特に病気か疾患かという区別に対しての議論の箇所で，Jaspers が考えた病的過程や Schneider が主張した非疾患性がともに現時点ではやや極論であるとし，分裂病は病気として扱った方が適当な場合（精神療法の立場）と，疾患として扱った方が適当な場合（薬物療法の立場）の両方があるというきわめて臨床的な立場を主張する．そしておそらく誰もがそのようなポジションを取りながら診療しているのだろうが，著者の主張はそれを越えて，「疾患的制約のもとにある」患者を「生活の中で指導して，病的な生活を克服することを助ける」生活療法にも目を向けるべきであるということで，年来の主張がここで説得力をもって展開される．これも余談だが，病気か否かということでは反精神医学のことが当然論じられなければならない．著者は，その点で Cooper らを取り上げ淡々と論じており，過去を知る筆者は感慨深いものがある．

本論の「生物学的探求」にも目を引く主張があるが，その一つは「問題の中核に迫る戦略は，病因論的でなくて病態論的接近」にあり，「中核的現象を抽出し，実験の場で検証できるような形に持ちこむこと」の必要性を述べた箇所で，現在もっとも注目されているエンドフェノタイプのことを指している．その卓見に感心させられる．

最後の「診断と長期予後と近縁状態」では，再び Kraepelin と Bleuler を取り上げ，Schneider 1 級症状とともに診断基準について論じている．ただ本論が書かれた時期が昭和 50 年代なので，その後の展開を知っているわれわれからすれば ICD-9 の定義は狭いといったようなやや疑問としたくなる議論もある．それはそれとして，ここでは，「厳

密に定義された狭い定義と，より広い定義の両方が必要」と主張しているのは，疾患概念を固定的にとらえないこととともにやはり著者独自の主張であろう．スペクトラム障害の診断の有用性についても議論しており，歴史的な価値を感じさせられる論文である．

（井上新平）

解説

1972（昭和 47）年，東京大学出版会より出版された『分裂病の精神病理 1』を皮切りに，〈分裂病の精神病理〉のシリーズがはじまった．安永 浩，木村 敏，中井久夫，笠原 嘉，そして宮本忠雄といった名だたる精神病理学者が旅館にて合宿し，各自の発表をもとに互いに真剣な議論を行い，その成果がこの研究書に結実したのである．16 巻（1987）まで続いたこのシリーズは，精神医学の分野だけでなく，哲学をはじめとした人文科学の分野にも大きな影響を与えた．

本論文「言語と精神分裂病」は，『分裂病の精神病理 1』（土居健郎 編）と『分裂病の精神病理 2』（宮本忠雄 編，1973）に掲載された「言語と妄想──精神分裂病の言語論的理解 1」，「言語と妄想──精神分裂病の言語論的理解 2」を主要な源泉としている．雑誌『言語』に掲載された「言語危機の病理」（1972）がもう一つの源泉となっていることも付け加えておかねばならない．1970 年代は精神病理学にとって「豊穣な時期」であり，この論考からもその熱気が伝わってくる．

宮本忠雄は当初，博士論文「実体的意識性について──精神分裂病における他者の現象学」（1959）によく示されるように，患者と他者，ないし世界との関係性に注意をはらう現象学的アプローチによって，統合失調症の病態解明を試みた．次いで，フランスを中心に華々しい発展をみた構造主義，また構造言語論に触発される形で，患者における言語の様態に注意をはらい統合失調症の病態解明を試みた．「精神医学は言語と切り離しては考えられない」という言葉からはじまる本論文はその代表的な成果である．

それまで親しんでいた世界が日常的な意味を失い，名付けようがない“もの”があらわになり，患者は言葉を失う事態を「“もの”体験」，また「言語危機」と呼び，この強度がきわめて高い出来事に引き続き，他者の声が聞こえるといった幻聴，また「会社の上司が妻を妾にしている」といった（嫉妬）妄想が出現してくる現象を「言語再生」としてとらえる．その場合の言語再生に，幻覚型と妄想型の 2 つの類型があるという論点も提出される．

統合失調症の言語論的理解は明快で，精神病理学に新しい息吹きを与えた．そこで強調された「精神分裂病はすぐれて言語的な病態である」という問題認識は，認知科学のパラダイムが力をもっている今日，再評価に値する．こうした論考は，宮本忠雄 42 歳，43 歳の作で，ちょうど自治医科大学精神医学教授（1973）に就任する頃の時期にあたる．ムンクの太陽壁画がムンクの人生史にとってもつ特異な意味作用を明らかにしながら太陽体験を論じた「太陽と分裂病」の論考は，『分裂病の精神病理 3』（木村 敏 編，1974）に掲載された．宮本先生はしばしば Jung の言葉をふまえながら，40 歳代を南天に達し煌々と輝く太陽になぞらえていた．確かにこのことは宮本先生にあてはまり，40 歳代にきわめて質の高い論考が発表されたように思う．

自治医科大学精神医学教室では，毎週水曜日午後，病棟にて原則すべての教室員が参加

する症例検討会が開かれた．そこでは，入院してまもない患者さん，また退院予定の患者さんに検討会の部屋に入っていただき，科長である宮本先生がそれぞれ 30 分あまりかけて綿密な面接を行った．患者さんが入室してからはじまる医師–患者の出会いの時間において，さながら筋書きのないドラマが実演されるのを，目の前でみる思いであった．今でも，面接自体が見事な精神療法の効果を発揮したいくつかの名場面を思い起こす．続いて患者さんの精神病理について含蓄に富むコメントをした．その際，「“もの”体験」，「言語危機」，「言語再生」といった言葉が使用されることもあった．あらたに創出された言葉を耳にした教室員は，興味をひかれ，師の論考をすぐさま読んだものである．一回の面接が治療効果をもつことを目の当たりにすることもあり，すぐれた精神療法家である先生から多くのものを学ばせていただいた．「宮本精神病理学」はいつも，実際の治療の問題に与することを陰に陽に目指していたように思う．「言語危機」と対になる「言語再生」はまさに治療的側面にかかわる言葉といえる．後年，先生は「精神療法と自己治癒――とくに内因性精神病の場合」（臨床精神医学 1985；14：1011–1017）などの論考にて自己治癒の問題を正面から問題にする視点を打ち出した．“もの”体験，言語危機からの言語再生という考え方にすでに，この観点をみて取ることができるといえるだろう．

（加藤　敏）

解説

「感情・気分の異常」は2つの章，すなわち，「1．感情・気分の概念」と「2．感情・気分の異常」で構成されている．この著作が『精神医学エッセンシャル・コーパス』の1章として後世に伝えるべきと判断された理由は，次の2点ではないかと推察する．

その1は「感情・気分の概念」で論じられている「感情とは何か，気分とは何か」という問いに対する心理学，異常心理学，哲学のすべてを動員した柴田の精緻な考察がきわめて貴重なものであるからである．柴田はまず，心理学者からはなんら「感情」の概念は引き出せないと言い切った後に，「精神医学者の答え」として，Schneiderの「感情とは，直接に快または不快として体験される，受動的な自我の状態である」という定義を引用した．SchneiderはScholerの「成層説的感情分類」を引用し，そのなかで生気感情（vitale Gefuhle），情動，両価的感情（ambivalent），Affekt（身体的随伴症状のある反応性心的感情），気分（Stimmung；比較的長く持続し，必ずしも反応性とは限らない感情状態）など，後の精神病理学の用語として定着した重要な概念を整理している．この「精神医学者の答え」は今日でも精神医学の教科書に登場するものであり，われわれの世代（DSM-III以前）には馴染み深いものであるが，精神病理学が論じられなくなった最近の精神科医には新鮮に響く部分があるかもしれない．さらに柴田はこの「精神医学者の答え」にも「感情とは何かという疑問に答えてくれない」とし，哲学者Klagesにその答えを求めている．恐らくKlagesの感情理論をこれだけ詳しく読み説いた精神医学者はさほど多くないであろう．その意味でこの章の価値は大きいものと思われる．その内容については，この章をじっくり読んでいただくこととし，あえて内容には立ち入らないことにするが，Klagesの感情の模式図（p271）と柴田がKlagesの感情理論を整理した図表（p274）のみ，ここに示しておきたい．

その2は「感情・気分の異常」において感情・気分の異常の諸側面が，これもまた柴田の性格を表していると思われるほどきめ細かな解説によって描かれている．そして，ここでもKlagesの感情理論をもとに感情・気分の異常が解説されている．なかでも「躁うつ病のうつ情態（状態ではなく情態を用いている点がユニーク）」「躁うつ病の躁情態」は柴田の最も得意とする分野であるだけに，その記述は実に細かく具体的で読みごたえがある．「躁うつ病のうつ情態」のなかで注目したい点は「抑うつ気分と制止とは分かちがたい」という記述である．DSMの診断基準が個々の症状の関係は問題にせずに，症状の個数を根拠に診断する際にしばしば陥りがちな傾向，すなわちたとえば「抑うつ気分はあるが制止はまったくないうつ病」に疑問がもたれないで診断が下されることへの警鐘ともいえる記述は貴重である．

以上，「感情・気分の概念」「感情・気分の異常」の概略を述べたが，最近ではこのような精神現象の概念が論じられることが少なくなり，表面的な用語のみが飛び交う時代にあって，これから精神医学を学ぼうとする若手には是非，精読してもらいたい内容である．

（樋口輝彦）

8

躁うつ病の経過類型，残遺状態と人格変化

広瀬徹也

解説：樋口輝彦

初出：経過類型，残遺状態と人格変化．『現代精神医学大系第 9 巻 B 躁うつ病Ⅱ』（編集：高橋　良，鳩谷　龍）．pp79−98．中山書店，1979 年．

著者略歴

広瀬徹也（ひろせ・てつや，1937〜）

大分県大分市生まれ．1961 年東京大学医学部卒．専門は臨床精神病理学．本論文執筆当時は帝京大学助教授．帝京大学精神医学主任教授を経て，現在は，神経研究所附属晴和病院顧問．著書として，『抑うつ症候群』（金剛出版，1986），編集として『精神療法の実践的学習―下坂幸三のグループスーパービジョン』（星和書店，2004），共編著として『うつ病論の現在―精緻な臨床をめざして』（星和書店，2005），などがある．

うつ病の臨床，研究に従事する者にとって，広瀬徹也先生に教授いただくことができる者は幸いである．その意味で，大学の後輩としてだけでなく，うつ病に関するさまざまな研究会で直接，ご指導いただく機会に恵まれる私はたいへん幸運者である．

（樋口輝彦）

8 躁うつ病の経過類型，残遺状態と人格変化

はじめに

躁うつ病の経過は一般に，周期性，相期生，完全寛解性などの特徴をもつといわれるが，分裂病の経過との対比によって，両疾患の相違を鮮明にするため，それらが強調されすぎたきらいがある．このことは Kraepelin, E.[44] の疾患定義を考えれば当然ともいえるが，従来の教科書的記載を離れて，最近の臨床を検討すると，経過に関するこれまでの学説や議論には，なお多くの疑問が投げかけられる．特に，近年の抗うつ薬治療の普及によって，ほとんどの躁うつ病の症例は長期間の持続的薬物療法を受けていることを考えると，自然の経過型を論ずることは不可能に近い．一方，発病の状況論が盛んになるに従って，内因による周期的発病を考える素朴な目覚し時計的発病論はほとんど忘れ去られたようにみえる．さらに，欠陥を残すのが一般的といわれていた分裂病に比し，完全寛解性が特徴とされた躁うつ病についても，近年慢性状態や欠陥ないしは残遺状態の存在が指摘されることが多くなっている．

したがって，ここでは，躁うつ病にとっては古くから論じられている経過類型と，逆に比較的新しい概念である残遺状態や人格変化を取りあげて，それらを新しい視点から検討，整理していくこととする．

〔Ⅰ〕 経過類型について

1．類型分類について

基準を何にとるかによって種々の経過に関する分類が可能になるが，最も異論の少ないものは病相の数を基準に，1 回だけのものを単発性，2 回以上のものを再発性と二分する分類法であろう．この場合にも，単発性と断定できるまでには相当長期間の観察期間を必要とするという難点はないわけではない．Lange, J.[46] の症例のように，数十年という長い間歇期をもつ症例もあるため，何年で十分とはいえないが，理想的には 20 年，一般には最低 10 年の観察期間は必要となる[23]．

病相の種類によって，躁・うついずれかの病相のみの単極性 unipolar, monopolar，躁・うつ病相のある双極性 bipolar，または循環性 zirkulär とよぶ分類も広く用いられ

ている[42, 48, 61, 62]．二つの経過型を峻別して，両者が遺伝的にも異なった疾患であると主張する学者は Leonhard, K.[48] をはじめとして Stenstedt, A.[81]，Winokur, G.[94] と少なくないが，遺伝学上の異質性についてはなお検討を要するとしても，この分類が実用性に富んでいることは否定できない．躁病相だけの経過を示す症例は実際には頻度が少ないため，単極性，双極性という場合は，事実上うつ病相のみの経過か躁病相もみられるかを意味することになる．躁病相の有無は，のちに述べるように，予後，治療上の注意などに大きな差異を生ずるため，この分類の鑑別効果は大きいといえよう．

しかし，縦断的にみた躁うつ病の多様な経過を考えると，単極性，双極性または周期性 periodisch，循環性 zirkulär という二分法ではあまりに単純すぎて全体を網羅し，その特徴を明確化するには不十分といえる．

躁うつ病患者にはじめて接した場合，すでに数回の病相を経過していても，その後の経過を含めて単極性か双極性かを決定することははなはだ困難である．数回のうつ病相を経たのちにはじめて躁病相が出現することは珍しいことではなく，数十年の経過や間歇期を経たのちにはじめて躁病相が出現することもあるからである．したがって，経過，予後の予測という臨床上重要な判断の資料にするためにも，多数の症例の retrospective な経過のより詳細な分析が必要となる．Rennie, Jh. A. C.[70]，Kinkelin, M.[42] らの要素的な統計的研究は多いが，縦断的な経過型に焦点をあてた研究は広瀬[25] と下山[77, 78] によるものを除くと意外に少ない．そこで，ここではまず，両者の結論を要約して紹介してみることとする．

広瀬は吉益[98] の犯罪学における累犯の類型分類を援用して，初発年齢，間歇期間の長さの 2 要素を基準に分類を行ない，躁とうつの病相の種類は各区分の中でみるという方法をとっている．

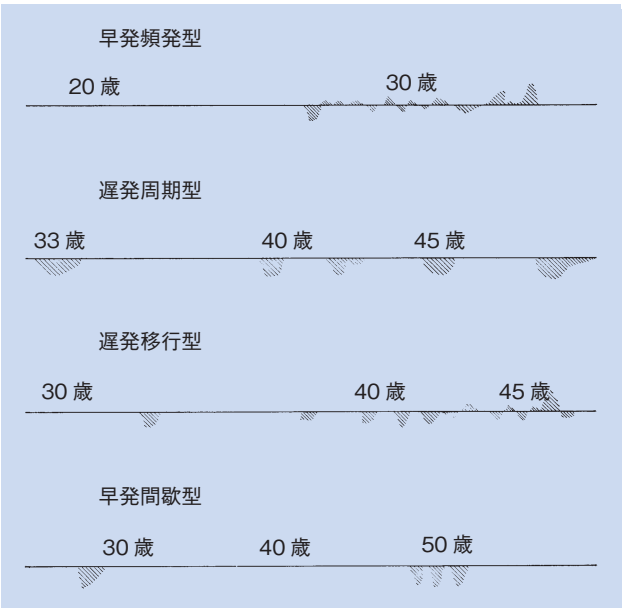

図 1　経過類型の実例

初発年齢に関して，30 歳未満[*1] を早発，30 歳以上 40 歳未満を遅発，40 歳以上を晩発とし，間歇期の長さについては，1 年未満を頻発型，1 年以上 15 年未満の間歇期を有するものを周期型，15 年以上の間歇期をもつものを間歇型と分類し，さらに分類作業を進める際の経験から，周期型の経過をとっていたものが，ある時期より頻発型の経過に変わるものを（周期頻発）移行型とした．また，頻発型の中で明瞭な間歇期をもつことなく躁，うつと病相の交代するものを持続型として，頻発型の亜型としている．

一方，下山[77,78] は広瀬[25] の経過類型の追試を行なった結果から若干この分類に修正を加えた．すなわち，初発年齢に関して，20 歳未満を独立に区分して早発 A 型，20〜29 歳を早発 B 型として，より細分化を行ない，間歇期による分類では持続型を広瀬の亜型扱いから独立させて，頻発型と並列させている．細分化に伴う煩雑化という欠点を除けば，下山の分類がより厳密であるといえよう．下山は統計的には有意でないが，早発 A 型では双極性が単極性の約 2 倍であるのに対し，早発 B 型では両者の比がほぼ等しく，また，早発 A 型では B 型に比し誘因の存在率が著しく低率であることをあげて，両者の異質性を主張している．持続型についても頻発型と比較して，誘因の存在率がそれぞれ 38.1 % と 66.7 % と大きな差異のあることをあげ，持続型はそれ自体ほかの経過型とは異なった特徴をもっていると述べている．

2．経過型の特徴

各経過型の特徴を広瀬[25]，下山[77,78] の結果から要約すると次のようになる．

a．頻発型

20 歳未満初発の早発 A 型ではうつまたは躁の単極性よりも双極性が多いのが特徴といえる．一方，早発 B 型を含めほかの遅発，晩発群ではうつ単極性もみられている．全体に誘因をもつ病相は少ないが，短い期間内に病相を頻発させる場合，個々の病相に誘因が見あたらないのはむしろ当然といえよう．

早発のものでは躁病相で易怒性，易刺激性を示すものが多く，うつ病相では抑制を主体とした軽うつ状態であることが多い．病相頻発のため，社会復帰が困難な例もみられ，社会適応を考慮に入れた長期予後 Richtungsprognose は必ずしも良好ではない．

b．持続型

30 歳未満初発の早発群が多い．特に，20 歳未満初発の早発 A 型は短期間のうちに躁うつ病相が波状に交代し，性格傾向としては執着性格はほとんどみられず，循環性格，自己顕示性格などが目だつ．また，遺伝負因を有するものが多いのも特徴である．躁病相では爽快感，うつ病相ではときに昏迷にまで至る抑制を主体とするなど，この類型の

＊1　最近，特にアメリカにおいて 30 歳，時に 40 歳で区切って，それぞれ早発，遅発とよび，病相頻度，遺伝負因などを問題にする論文が多くなっている[29,39,85]．

中でも等質の一群をなすとみられる．

病相を波状に持続するため，ある時点では予後が絶望的に思われがちなこの経過型も，ある期間の持続ののちに病相の発来が停止して，安定することもある事実は注目に値する．文献的にも Olsen, T. は若年期に初発して，このような経過をとる一群は，青年期を過ぎると病勢が消失するといい，下山は完全寛解 38.1 %，服薬により病相の出現が予防されているものが 19 %と両方で半数以上に達し，不完全寛解も含めるとほぼ 3/4 が社会復帰できると述べている．

早発群が躁病相を爽快感を主体とすることについて，広瀬は病相の転換が早いため易怒性などを示す強い躁状態に達しえないという解釈を示しているが，下山は 30 歳以後初発のものでは爽快感の少ないものもあることから，病相の短いことだけでなく，年齢，その他の因子も考慮する必要があると述べている．

逆に頻発型も含めて，早発群のうつ病相で抑制が主体となることについては，Winzenried, F. J. M.[96] が内省力などの乏しい若年期には内容ある精神症状がでにくいと主張していることが，一つの説明になると思われる．

c. 周期型

躁病相をもつ双極性が少なく，躁病相がみられる場合も軽躁状態で，ほとんどがうつ病単極性であることが大きな特徴である．病相期は比較的長い（3〜6 か月，ときに年余に及ぶ）が，治療により完全寛解に至ることが多い．

周期型といっても，厳密な意味で病相が周期的に起こることはむしろ少なく，間歇期が比較的長く（広瀬の資料では平均 4.1 年），一定する傾向があるにとどまっている．病相の長期化は躁うつ病全体について最近否定的見解が多いが，下山の資料では半分以上を占めている．間歇期の短縮傾向は下山によれば 37.5 %にすぎず，躁うつ病全体の経過について短縮傾向の存在を主張していた報告[8, 42] の多くは，次に述べる移行型を含めていたものと思われる．

頻発型，持続型に比し，誘因をもつ病相が多いことも特徴である（78.1 %）[77]．

d. 移行型

従来の分類ではこの型は独立に取りあげられることはなく，先にも述べたように，経過につれて現われる間歇期の短縮傾向としてふれられているにすぎなかった．長年の観察期間をおいても，周期型の経過を示す症例の存在が確かめられていることから，周期型から頻発型ないしは持続型への移行は，単に経過年数の長さによるものではないことは明らかである．したがって，経過のある時点で，周期型の経過から頻発型や持続型の経過に変わるものを移行型として独立させ，周期型と区別するほうが，経過のより詳細な研究に有益であると思われる．

早発群では躁うつ双極性であるものが多く，移行まで 15 年近い期間があるが，30 歳以後初発のものでは当初，うつ単相の周期型の経過をとっているものが平均 6〜7 年，3 回目くらいの病相から躁うつ双極性の頻発型に移行するものが多い．下山はこの事実か

ら，頻発型への移行は病相の反復だけでなく，何らかの老化過程が関与していると示唆している．また，下山は周期持続移行型を独立に取りあげているが，全例が双極性であったという．いずれにしても，うつ単極性で経過していたものが，躁病相の出現とともに頻発ないしは持続型に移行して，はじめて躁病相の出現があたかも不安定性の前兆のようにみえることは，躁うつ病の本態を考える際に重要な手がかりになると思われる．

また，移行の経過を示すものは周期型から持続型や頻発型へのものに限られ，頻発型や持続型から間歇期の長い周期型への逆の移行がみられないことも，躁うつ病の本態に根ざした現象とみれないだろうか．

文献的に移行型に注目しているものはなく，もっぱら単極性から双極性の転換に注目しているにすぎない．Perris, C.[62] は 16 %が 3 回のうつ病相のあと双極性に移行したとしているが，何回病相を経ていれば単極性と決定できるかを問題にしているだけである．

Venkoba Rao, A. ら[88] は極性の転換に注目し，初発後 75 %が 3 年以内に単極性から双極性に転換し，10 年以上経たのち双極性に転換するものも 8 %はあるとしている．

e. 間歇型

間歇期が 1 度でも 15 年以上の長さをもつものはすべて間歇型とした．理論的には周期型や移行型にも属させることが可能であるが，15 年以上という長い間歇期の存在はそれ自体特別な意味をもっていると思われるからである．すなわち，ここに属する症例の多くは，初回はほとんどが短期間に自然治癒する程度の軽うつ病相やときに神経症様症状にとどまるものであり，15 年以上経過した更年期や初老期に至って病相を頻発させている．その際，病相を頻発させても躁病相がみられにくい特徴がある．

長い間歇期のうちに病相を頻発させることが多い事実から，下山はこの経過型は周期型よりも移行型に近いとしているが，病相を頻発させて躁病相のみられにくい点は移行型との大きな差異であり，この経過型の独自性，異質性が明らかである．

Müller, M.[57] は思春期に 1 度だけうつ病相がみられたのち，更年期になって病相が再び現われる例の存在を指摘し，思春期うつ病とよんでいる．しかし，長い間歇期を経過の一特徴として，思春期初発以外のものも同じ類型としてとらえる見方は，再発性うつ病の一部に 10 年から 20 年の長い間歇期があることを指摘した Rennie[70] 以外は従来なかったものである．早発のものほど間歇期が長く，30 数年に達するものもあるが，間歇期の終了はその始まりに関係なく，50～65 歳になっている．したがって，長い間歇期は思春期や更年期，老年期のあいだにあって，生物学的に最も安定した時期にあたることから，この経過型は life cycle における不安定性と病相，安定性と間歇期という関係を最も直截に表現しているといえよう．広瀬の資料で，ある女性患者は青壮年期のうつ病相ときまって分娩後だけに起こったのに対し，更年期には特別の誘因なく病相が頻発したが，分娩と更年期という性ホルモンの変動に基づく不安定期と病相が結びついた典型例とみることができる．

この経過型に属する症例は典型的な執着性格ないしメランコリー親和型性格[86] をも

つものが多く，長い間歇期のあとのうつ病相では強い不安，抑うつ感，罪業妄想や貧困妄想がみられることが多い．

飯田[32]は再発うつ病の執着性格的特徴を生活史的に獲得された防衛機制としてとらえているが，この見解は間歇型のケースに最も妥当するようにみえる．

f. 躁病単極型

躁病相のみを有するものは頻度が少ないため，既述の経過型に含めずに，一つの独立した経過型にまとめてみた．Taylor, M. ら[85]によれば単極性躁病は 30 歳以後の発病が多いというが，広瀬の例では 30 歳以前発病がほとんどであった．この経過を示すものが躁うつ病の中で占める頻度については，単発性躁病も含めた Bumke, O.[11]の 9.6 %，Kinkelin[42]の 4.1 %，広瀬の 5 %などの数字があげられている．最近うつ状態の増加が指摘されているので，この頻度はさらに減少する可能性がある．

下山はこの型の病相には誘因は多くないと述べているが，広瀬は双極性の躁病相に誘因が少ないのに対し，この類型では心因が多くみられること，性格的にも一方的，短気，強い劣等感，子供っぽさなどの未熟な性格が共通している事実などから，特定の素質を有するものの一種の反応様式としてとらえることも可能であるという．

森山[56]はメランコリー型（単極性うつ病）の性格を怯え＞気負い，マニー型（単極性躁病）は気負い＞怯え，循環型（双極性躁うつ病）は怯え＝気負いとして両極的見地から類型化を試みているが，マニー型の具体的性格像として，「負けん気が強く，強気で，鼻っ柱の強さの陰に小心さが隠されており……，これがときには，抜け目なく物事を気にしやすく，執念深いこだわりを示し，見栄っぱりで一方的，などの傾向に堕してゆく」と描き，このような性格をもつ者が緊迫状況におかれると躁病になるとしている．

症状のうえでは気分と意欲の異常が強く，易刺激性も目だち，意識障害の存在を疑わせたり，妄想知覚様体験がみられることがある．

g. 単発型

広瀬と下山は再発性の躁うつ病の経過類型を研究したため，1 回しか病相を示さない単発性のものは対象から除外している．しかし，躁うつ病は再発性を絶対条件とするわけではなく，生涯を通じて 1 回しか病相を示さないこともまれでない．特に更年期うつ病とよばれるものは，学者[91]によっては 1 回性を条件としているくらいで，それらを含めれば頻度はさらに多くなる．したがって，経過類型として当然取りあげられなければいけないわけであるが，単発性と確定するには厳密にいえば一生にわたるほどの長期の観察期間が必要になる．このような事情もあり，更年期うつ病を除くと単発性躁うつ病に関する研究はほとんどみられず，せいぜい躁うつ病全般に関する統計的研究で簡単にふれられているにすぎない．ちなみに，それらの統計的数字をあげれば Kinkelin[42] 15.7 %，Lange[46] 12 %，Pollack, H. M.[69] 56 %，Taschev, T.[84] 36.3 %と大きな幅があるが，観察期間やどの程度重い病相からとるかによって値が変わってきたものと思われ

る．

したがって，重要なことは単発性躁うつ病の頻度ではなく，再発をみない躁うつ病が存在する事実と，なぜある症例では病相が頻発するのに，ある症例では1回にとどまるかということであろう．この問題については次の項でもふれるため，ここでは単発性の躁うつ病の特徴の概略を記すことにする．

著者らが入院歴のある躁うつ病患者の10年間の予後調査を行なった結果では，17例中9例が再発をみず，それらの平均年齢は53歳で更年期，退行期に多いことが明らかになった．さらに，再発をみない単発性の大部分がうつ病相で，本格的な躁病相はほとんどみられない特徴があった．

文献的にもStransky, E.[82]，Müller[57]，Bumke[11]らは単発性の躁病は非常にまれとしており，Kinkelin[42]の統計では0であることからも，単発性はほとんどうつ病相であると結論づけられよう．また，単発性うつ病はStranskyによれば退行期に多く，Müllerは思春期か退行期に多いとしている．また，Angst, J.ら[4]は40歳以後初発のうつ病患者の1/5は1回のみの病相で，期間は長い傾向があったという．いずれにしても，先にも述べた退行期うつ病の定義に単発性を条件とする説の存在も考えれば，単発性と退行期との関連は深いといえる．

著者らの例では，それまで順調に仕事を続け，社会的にもかなりの地位を占めた者が，退行期に至って心理的誘因や白内障などの身体病に罹病したことを契機に抑うつ状態に陥るが，闘病によってそれまでの生活態度を反省し，仕事本位の生活から趣味を楽しむゆとりのある生活への転換など，心的転換に成功してからは，誘因となりうるような事件に遭遇しても再発をみずに経過するというものが多くみられた．Schulte,W.[72]は早発性の躁うつ病では素因の表現率Penetranzが発病に大きな比重を占めるのに対し，遅発性のものでは発病に際して環境因子が強く作用すると述べている．このように，素因的要素が少ないために1回だけの病相ですむのか，心的転換が再発を防止しているかについては，症例によって，あるいは症例を分析する者の立場によって異なる問題であろうが，再発性のものと比較した場合に，これらの点が最も対照的であるとはいえよう．

3．経過類型に関る因子

これまで述べてきたように，躁うつ病と一括されるものの中にはさまざまな経過型があることが明らかとなったが，これらの知見は臨床上の予後判定や治療に際して判断基準になることはもちろんのこと，躁うつ病の本態論の解明にも一つの手がかりになると思われる．

最近笠原ら[40]はこのような知見を整理，統合し，病前性格，発病状況，病像などからうつ状態の類型分類を行ない，これによって治療法の選択，経過や予後の判定をより容易なものとして注目されている．

各類型の特徴から引きだせる結論として，まず比較的長い間歇期があること，すなわ

ち周期の安定性と，躁かうつ病相のいずれかに一定する傾向である極性の安定性とが関連する事実があげられる．このことは，先に述べたとおり，単極性のうつ病や躁病では周期型がほとんどで，頻発型や移行型がみられず，逆に頻発型，持続型，移行型では躁うつ両病相のみられる両極性がほとんどであったことからいえることである．

次に，移行型で周期型から頻発型への移行の際に，躁病相がはじめて出現することが多いことから，躁病相の新たな出現は極性の不安定化の徴候とみることができる．また，うつ病では１回だけの単発性うつ病の存在が認められるのに対して，単発性躁病の存在は文献的にもほとんどみられないことから，躁病相の再発性，頻発性も浮き彫りにされてくる．

広瀬は移行型における躁病相の出現は病相の反復，頻発と初発年齢に関係があるとし，一方，下山は周期型から頻発型への移行は発病以来の経過年数とともに何らかの老化過程が関係しているという．これらは移行型に限らず，一般的にも不安定化の一要素とみられているが，とりわけ成熟と老化の問題は経過型の成立に重要な役割を演じていると思われる．若年群で持続型が多いこと，思春期，青年期に病相を示したあと長い間歇期をもち，退行期に至って病相を頻発させる間歇型の存在から，若年の心体の未成熟と老化が病相発現因子として，また，壮年期の成熟が病相抑制因子として働いていると見なすことができる．Winzenried[96] も中年には不安定因子がなく，真の周期やリズムが現われやすいと述べ，Selbach, H.[74] は彼の調整理論 Regel−theorie から，思春期や退行期の不安定な時期に調整系の障害が高まり，また，退行期における調整装置の疲弊が慢性化に導くという．

年齢的要素が大きな影響を及ぼすのは病相に限らず，病相と密接な関連を有する性格傾向についても同様である．下田[76]，Tellenbach, H.[86] らによって執着性格やメランコリー親和型 Typus melancholicus とうつ病との関係が指摘され，臨床にも広く浸透しているが，経過型や年齢など種々の基準を設けて子細に観察すると，周期型や間歇型のうつ病で高年齢のものほどその傾向は顕著であっても，若年性の持続型の症例などでは，下山もいうように分裂気質や忍耐力のない未熟な性格が大部分を占め，執着性格との関連は希薄である．Pollitt, J. D.[68] も若年性のうつ病ではヒステリー性格が優位を占めると述べている．

内因性にせよ，反応性にせよ，躁うつ病の発病には何らかの誘因が関与していると考えるのが今日では一般的である．特に，状況論が盛んになるにつれて誘因について論議されることが多いが，これについても経過型との関連は密接である．持続型や頻発型では周期型や間歇型に比べて明瞭な誘因は少ないことが明らかになったが，Hoff, H.[26] もこの事実を注目し，病相を繰り返すにつれて，病相に対する自律神経系の関与がより大になると述べている．不安定性が著しい場合には誘因とはいえない程度の弱い外部刺激によっても躁，うつと変動するが，安定性が保たれている場合には，病相の発現に強力な誘因が前提とされるわけである．

Angst ら[2] は遺伝学的にみて，双極性躁うつ病は単極性うつ病に比べて遺伝的浸透率が顕著であり，そこでは環境要因は非特異的な動きしかしていないという．

躁うつ病の周期を動物の冬眠現象と対比させて考えたのはLange[46]であるが，同様な見方は人間学的な状況論が盛んな今日でも根強く残っている．Pollitt[67]は周期性うつ病は冬眠の系統発生的残遺物と見なすことも可能であるという．定まった季節に必ず病相を示す患者が存在することは動かせない事実であり，このような例が冬眠仮説を裏づける典型例ということができる．実際には目覚し時計的な周期を示さない症例のほうが多く，心因や身体因など外的要因によって誘発されているようにみえるが，その根底に冬眠的なメカニズムが働いている可能性は否定しきれない．Mayer-Gross, W.[53]は，うつ病の日内変動の存在自体が周期的生起の一つの現われとみている．

4．経過類型と治療との関連について

躁うつ病の薬物療法において経過類型が考慮されることは少なく，もっぱら標的症状target symptomが薬物選択の目安にされてきた．抑制の強い症例にMAO阻害剤やdesmethylimipramineなど賦活作用の強いもの，不安の強い場合にamitriptylineなど鎮静作用の強いものを使用するのもその一例である．症状は患者にとってはもちろんのこと，治療者にとっても最も切迫した問題であるので，この解決を第一とするのはうなずけることではあるが，一方では症状の早期消退のかわりに，病相の頻発が目だつ場合のあることが指摘[87]されるなど，抗うつ薬療法の限界やマイナス面が問題とされるようになってきた．たとえば，安斉ら[5]は抗うつ薬療法によって症状の程度は軽減されても病相期間は延長し，病相の不安定化によって慢性化，遷延化の傾向があることを指摘しており，Arnold, O. H.[6]は抗うつ薬が躁うつ病の経過に及ぼしうる影響として，次のような可能性をあげた．

1. 慢性化
   a. 遷延した慢性うつ病
   b. 薬物減量の不能な均衡状態（Grenzpathologische Gleichgewicht）
2. 周期の変化
   a. 病相期や間歇期の短縮ないし延長
   b. 季節による周期変動の修正
3. 不安定化

しかし，彼が自験例でこれらの可能性について厳密に検討した結果，Matussek, P.ら[51]も主張しているように慢性化は経過自体に存する傾向であって，薬物の影響とはいえないことがわかり，薬物のほうは不安定化にその影響が最も強いことが判明したという．

不安定化については Engelmeyer, M. P.[16]をはじめ多くの臨床家[73]が抗うつ薬との関連を指摘しており，抗うつ薬による躁転はよく知られた事実である．Beigel, A.ら[9]は双極性の躁うつ病においていっそう躁転を起こしやすいという．特に，ひとたび躁転をきたしたのちから，躁うつ両病相を循環する持続型の経過をとることもあるため，抗うつ薬の使用は経過型をも考慮して慎重に行なわなければならない．

このように三環系抗うつ薬やMAO阻害剤が不安定化をはじめ，躁うつ病の長期予後に種々の悪影響を与えるために批判が少なくない今日，より根本的治療としてリチウム療法が脚光を浴びているのは当然といえよう．炭酸リチウムは1949年にCade, J. F. J.[14]がはじめて臨床的に用いたころにはあまり注目されず，抗うつ薬療法の反省期に再評価のかたちで改めて注目されだした治療法である．長らく躁病に対する治療効果が指摘されていたが，次いで躁うつ病の予防効果[7]，さらに近年はうつ病に対する効果も報告されるに至っている[90]．その詳細は治療の章に譲るとして，病相予後Streckenprognose[18]だけでなく，長期予後Richtungsprognoseにも良好な結果をもたらす．すなわち予防効果をあわせもつ真の躁うつ病治療薬の端緒となったことは，副作用の問題などなお克服すべき点はあるとしても，評価されるべきであろう．

抗うつ薬療法が必ず行なわれる最近の躁うつ病の経過では，病相の終結時点を正確に知ることはほとんど不可能であるため，Angst[3]は病相の始まりから次の病相の始まりまでを周期Zyklusとよんで，新たな経過の最小単位とすることを提唱している．リチウム療法ではこの周囲の延長化が認められるのに対し，imipramineの持続的使用では予防効果はないという．imipramineの予防効果については否定的見解が多いが，Grof, P. ら[22]によれば，双極性の躁うつ病には間歇期の短縮化をきたすものの，うつ単極性には間歇期を延長化する作用があるという．

Kupfer, P. J. ら[45]は単極性うつ病を三環系抗うつ薬に反応するT型とリチウムに反応するL型に分け，L型は遺伝子の表現率や透過性が不完全のために両極性にならなかったと考えている．

5．躁うつ病の予後の判定について

これまでおもにretrospectiveに症例を検討して得られた経過類型を中心に述べてきたが，臨床上重要なことは初発の段階からprospectiveな予測を立てて，適切な治療や注意，指導を与えることである．それには経過類型の知見のほかに，躁うつ病の経過に関する各種の統計が役だつ．したがって，以下それらのうちの主なものを紹介してみよう．

Lundquist, G.[50]は実地臨床上，1人の患者を前にして次のような疑問が生じてくるという．

1） 患者が内因性の躁うつ病像を示しているとき，その回復を見込み，および慢性化の危険率はどのくらいかということ．

2） 回復するとして，病相がどのくらい続くか，また病相を長びかせたり，短くする要素は何かということ．

3） 回復した場合，再発の可能性および次の病相の期間．

4） 罹病によって仕事の能力や適応力がどのように影響されるかということ．

このうち4）は，性格変化や残遺状態に関する疑問であるが，のちに章を改めて論ず

るので，ここでは 1）から 3）までの疑問に対する解答を述べる．

1）と 2）はおもに病相予後についての疑問であるが，これに影響する要素として，昔から発病が急性か緩徐かということが問題にされる．Steen, R. R.[80] は急性の発症は病相予後をよくするといい，Strecker, E. A. ら[83] は無関係であるといっているが，より厳密な方法論をとった Lundquist[50] の結果では，30 歳以上のうつ病者に限って急性の発症は病相予後をよくするという．したがって，一般に信じられている急性の発症は病相予後をよくするという説は，統計的にみると必ずしも成立しないこととなる．

Lundquist はほかの予後良好因子として，非定型症状としての錯乱 confusion と，30 歳以下の若いうつ病者における妊娠，出産，感染や近親者との死別などの外的因子 exogenous factors をあげている．また，若いうつ病者の妄想は予後不良因子に入れているが，高年者ではそれ自体は不良因子にはならないという．彼が抑制や自殺未遂は予後に無関係と述べているのに対し，Lewis, A.[49] は抑制と生殖過程が予後良好因子であり，焦燥や妄想，高年は不良因子になるという．30 歳以後のうつ病が慢性に傾きやすいことは Lundquist も認めており，高年齢が一般的に不良因子とみられていることはほぼ正しいといえよう．

慢性的経過は初回の病相からみられることもあり，はじめの数回は比較的短期間に回復したあと，何度目かの病相からみられることもある．以上は躁またはうつの単極性などに主として妥当するが，長い期間躁，うつと循環する持続型の経過をとるものも慢性的経過に含めることができる．Kinkelin[42] は著者らの持続型に相当する循環型 zirkuläre Form が最も慢性経過をとりやすく（41 %），次いで周期性躁病（16.6 %），周期性うつ病（14.6 %）の順になるという．彼女は慢性経過の定義に間歇期の有無のほかに社会的不適応，廃疾 soziale Invalid の概念を加味しており，慢性状態とのちに述べる残遺状態ないし欠陥の問題が不可分であることを示唆している．

先にふれたとおり，高年で慢性状態が起こりやすいことは Lundquist, Kinkelin らの意見の一致をみているが，Woodruff, R. ら[97] は慢性化はずっと若年より起こるといい，Winokur, G. ら[95] は 30 歳以前初発の女性群では慢性の経過をとりやすいのに対し，30 歳以後初発の男性群では慢性になりにくいと述べ，性差や発病年齢を重視している．症状のうえから慢性化の徴候と見なされるものとして妄想（罪業，貧困，心気妄想など）や症状の変動に乏しい単調さ（思考内容の不変，精神的硬化など）をあげることができる．

Bochnik, H. J.[10] らは極端に緊張が強く，反応しやすい，気分変動の大きい人が慢性に傾きやすく，彼らの多くは社会的地位が不安定で，独身であるという．慢性のうつ病に限っての言及であるが，Klages, W.[43] はその性格傾向としていわゆるメランコリー親和型 Typus melancholicus のうえに，良心的で慎重かつ懐疑的傾向が強いことをあげている．

近年わが国において慢性化や遷延に配偶者らの家族病理が関与していることが指摘され，治療的観点からも論ぜられるようになっている[34~36, 58]．

また阿部ら[1] は入院治療，家族状況，治療者・患者関係など多くの因子が慢性化に関

表 1　初発病相後の再発可能性

初発時の年齢	初発病相回復後の年数				
	3	6	9	12	15
躁病　30 歳未満	30%	7%	11.5%	4.5%	—
躁病　30 歳以上	12	7	8.4	10	25%
うつ病　30 歳未満	12	13	4	—	—
うつ病　30 歳以上	10	12	9	8	6

（Lundquist, G.[50] : Prognosis and course in manic-depressive psychosis. Acta Psychiatr. Neurol. Scand. Suppl. 35, 1945 より引用，一部改変）

係するとして多面的な分析を行なっており，注目される．

慢性経過のうち最も予後不良とみられるものに躁うつ病から分裂病への移行ないしは症状変遷がある[55]．Lundquist は彼の症例の約 7 % が分裂病に移行したと述べ，Kinkelin は躁うつ病の約 15 % がのちに分裂病像を呈し，4.8 % は慢性分裂病となったという．Lundquist は単極性のうつ病からよりも慢性躁病や躁うつ循環型からの移行が多いとしている．

再発性の予測については，病相を何回か既往にもつ場合は，すでに述べた経過類型の知見を利用すれば，比較的容易である．しかしながら，初回の病相後の再発の予測は，実地臨床において最も必要に迫られながら，困難な問題であるということができよう．特に患者や家族にとっては再発を恐れ，単発性で終わることを期待する気持が強いため，医師にも執拗に問うこととなる．この際の解答に役だつ資料は少ないが，Lundquist は 30 歳以下で初発した躁病患者が再発する可能性が最も高く，発病後 3 年間のうちに 30% が再発したと述べている．表 1 からも明らかなように，30 歳以後初発の躁病群では初発後 12〜15 年の再発率が高く，老化が再発の一因となっている可能性があるとしている．うつ病に関しては 30 歳以前と以後の発病で大きな差異がないことから，彼は再発性について問題にするときには，病相の種類と発病年齢を考慮する必要があることを強調している．

〔Ⅱ〕 残遺状態と人格変化

1．歴史的背景

躁うつ病の残遺状態については，Kraepelin[44] が慢性の躁うつ病のあるものを衰弱状態 Schwächezustand, psychisches Siechtum とよんで，その存在を認めていたが，一般には欠陥を残す分裂病に対して，完全寛解性が躁うつ病の特徴とされてきた．

今日広く問題にされるようになった残遺状態に関する新しい見方の端緒を切ったのは，Kraepelin の記載後長い年月を経た 1960 年にうつ病相後の持続変化 Dauerveränderung を記載した Weitbrecht, H. J.[91] と 1964 年の Jacob, H.[38] である．Jacob は躁

うつ病をも含めた内因精神病に，生物学的変化を考慮した基底過程 Basisvorgang を考え，躁うつ病性の基底段階 phasische Basisstadien では症状が顕在化しないだけであるとし（不顕症状 stumme Symptome），以後の残遺状態の理論化に大きな影響を与えた．

その後，Huber, G.[30] は Conrad, K.，Janzarik, W. らから影響を受けながらも，独自に純粋欠陥 reiner Defekt という概念を確立した．Conrad[15] がポテンシャルの減少，喪失を分裂病に特異的なものとみているのに対し，Huber のいう純粋欠陥はまず第 1 に躁うつ病にみられるとしている点に大きな相違がみられる．純粋欠陥の内容としては健康感の不足として一括される一連の変化の意識，すなわち精神的不充足感，活力の減退感，当惑感などをあげている．

分裂病の欠陥といわれるものの多くは子細に観察すれば，このような純粋欠陥の特徴のうえに分裂病に固有な症状が認められるというのが彼の主張で，これを典型的分裂病性欠陥 typisch schizophrener Defekt とよび，純粋欠陥と一線を画している．したがって，Huber によれば躁うつ病こそ純粋欠陥をきたしやすい疾患ということができるのである．

Huber の説は状態像の鋭い観察と，大胆な理論化という点で，画期的なものであるが，やや図式的にすぎるきらいがある．臨床的立場からいえば残遺状態と一口にいっても，慢性状態との異同，躁病とうつ病の残遺状態の差異などが問題となってくる．これらの疑問に答える詳細な研究は必ずしも多くはなく，むしろ研究者の関心はようやくこの分野に向けられはじめ，本格的研究は今後に期待されるという段階である．

なお，残遺状態 Residuum という呼称は，Huber らの欠陥という名称に対して Conrad が提唱したものである．彼によれば欠陥が不可逆性で，慢性の経過と関連して使用されるのに対し，残遺状態は急性期ののちにも用いられ，回復性 Reversibilität が否定されないとの主張があるため，わが国でも躁うつ病に関してこの呼称が多く用いられるようになってきたことは好ましい傾向といえよう．

2．状態像

まず，うつ病の残遺状態のうち最も特徴的なものはエネルギー，生命力の低下と総称できる暗い張りのなさ，生彩のなさである．具体的に患者の訴えとしては集中困難，易疲労性，持久力の低下などと表現され，客観的には消極性，逃避的傾向などとしてもとらえられる変化である．Bürger-Prinz, H.[13] は衰弱化 Asthenisierung という表現を用いているが，極言すればこの一語につきる変化ということができる．

これらはまた，Huber らが純粋欠陥の特徴としてあげたものに相当するが，Mayer-Gross[52] や Lauter, H.[47] らはこのほかに，健康な時期にはおおい隠されていた性格傾向の顕現としてみられる人格変化があると指摘している．具体的には健康時には生命力で代償されていた自己不確実で強迫的な傾向が，うつ病相によって目だってくる場合がその一例である．同様に Weitbrecht[91] は元来存在した気分や気質の異常が病相を経過す

ることによってより高度になるとしている．

Lauter は神経症的な葛藤もうつ病によって顕在化され，うつ病自体の病勢の消退後もそれだけが独自の経過として持続することがあるという重要な指摘をしている．うつ病に伴う神経症様状態の遷延は現在では広く一般に認められている事実であるが，その位置づけには議論が多く，以下のように大別できる．

1） うつ病の症状とみるもの[89]

2） うつ病に続発した神経症状態とみるもの（二次的神経症[20, 47, 92]）

3） 神経症がうつ病によって顕在化され，うつ的症状と交錯しているとみるもの[17, 47, 92]

症例によっては分類が容易な場合もあるが，一方では症例を前に分類に困難を覚えることもまれでなく，同一例について，みる者によって異なった分類をすることも少なくないと思われる．したがって，症例の違いよりも，分類する者の立場の相違という要素のほうが強く影響するように思われ，うつ病の診断をめぐる問題のうちでも最も微妙な部分といえる．

先にあげた Lauter の見解はこの分類の 3 番目に該当するものであるが，一般に，病相の初期から神経症状態が主体であったものはともかく，典型的なうつ病の症状が消退したのち神経症状態が遷延する場合には，のちに述べるように治療的接近の相違などの理由で，病相から切り離して残遺状態としてとらえるほうがより合理的と考えられる．

次に躁病相に続いてみられる残遺状態の状態像としては，粗野で繊細さに欠け，幼稚で子供っぽい態度や一方的なしつこさ，さらに，些細な刺激で感情的動揺をきたし，持続的に興奮に陥るなど，感情や情操面での狭窄，貧困化，ときに人格水準の低下などで特徴づけられる．これらは Kraepelin[44] や Kinkelin[42] が慢性躁病の状態像として記載したものに近い．慢性状態とみるか残遺状態とみるかは議論の多い問題であるが，躁状態がうつ状態に比し，より著しい人格面の変化をきたすことは多くの学者のほぼ一致した結論である．

これまで個々に躁うつ病の残遺状態の特徴について述べてきたが，それらについて総括的分類を試みた Wieser, St.[93] の説を紹介してまとめてみたい．彼は次のように三つに分類している．

1）非特異的なもの

エネルギーポテンシャルの低下による積極性のなさ，活気のなさ，および欲求不満への耐性低下などで，分裂病の終末状態と等しく，Huber の純粋欠陥，非特異的欠陥症状 unspezitisches Defektsyndrom に相当するものである．

2）躁またはうつの残遺状態

症状特異的な現象として取りあげており，躁うつ病の元来の症状が薄まった型で，目だった症状の消失後も持続しているものをさしている．

心気的傾向，不全感，潜在的な自己不確実性や Bürger-Prinz と Lange-Eichbaum, W.[12] の記載した発揚性人格 hyperthmische Persönlichkeit の終末状態にもよくみられる葛藤緊張の増加，緻密さを欠く常同化した思考，想像力に基づく適応能力の低下をあ

げている．

このように症状特異的な残遺状態の存在を認める立場は，Huber が分裂病について典型的分裂病性欠陥 typisch schizophrener Defekt という概念を用いたのに相通ずるものがある．Glatzel, J. ら[20] はうつ病だけについての残遺状態の分類で，うつ症状の遷延をその一つに数え，Wieser 同様心気傾向をはじめ妄想的傾向などを具体的内容としてあげている．

ここで慢性状態と残遺状態の区別，関連が問題となるが，Huber ら[31] は慢性状態はあくまで病相であるという立場を貫き，残遺状態とは区別可能であると主張している．しかし，理論上はともかく実地臨床上は Petrilowitsch, N.[65] も認めるとおり区別の困難なことが多く，慢性化に伴って残遺状態の頻度が高くなるという因果関係は否定できないところである．もっとも，慢性化の要因と残遺状態のそれは必ずしも共通せず，慢性化の要因としてあげられる，①分裂病的要素の混在，②老年性変化を考慮した年齢の影響，③神経症的要素，のうち分裂病的要素の混在は残遺状態とは直接結びつかない．このように両者は錯綜した関係にあるが，より現実的な立場に立てば両者の部分的重複は認めるべきであろう．

3）病相後の態度，構えの変化として

Wieser は病相後，遠慮がちになったり，隠遁的，防衛的態度をとりがちになることを指摘している．また，躁病相後には特定の人物に敵意をもち続けたり，ひとたび葛藤状態に陥るとそれが固定し，慣習的な態度をとり続ける場合のあることをあげている．

Glatzel ら[20] は同様の現象を，うつ病後の変化としてではあるが，二次的習慣化 sekundäre Habitualisierung，病相に基因する価値構造の変化として記載している．Wieser は Weitbrecht や Glatzel のように二次的神経症という分類は設けていないが，内容的には構えの変化に含まれる部分があると考えられる．

このような三つの分類のほかに，Wieser[93] は大量の薬物療法や電気ショックなどによる治療性人工産物 Behandlungsartetact や長期入院によるホスピタリズムを指摘し，しばしば真の残遺状態と鑑別が困難であると述べている．これは躁うつ病に特異的なものではないが，残遺状態を考える際にはなおざりに付せない問題であり，治療的観点からもつねに留意して，除去するよう心がけねばならない．

3．成立機転

残遺状態がいかにして生ずるかについては，Huber の器質論に代表される見方が従来から有力であった．気脳写における第 3 脳室や側脳室の拡大から間脳の病変を推論した Huber の分裂病や躁うつ病の欠陥論はつとに有名で，内因性精神病の器質論の有力な根拠にもなっていた．

一方，薬物療法導入後に残遺状態が増加しつつある事実を指摘する人は多い[27, 63]．統計的に論拠の明確な論文はほとんどみられず，印象論にとどまっている難点はあるが，経験的事実としての承認は許されよう．このように，最近では残遺状態といえば薬物療

法との関連で考えがちであるが，反面 Huber の指摘のとおり，薬物療法の導入以前から躁うつ病の欠陥，残遺状態が存在していた事実は忘れてはなるまい．したがって，病的過程による器質的変化が治療や時代の変化を受けない中核的な残遺状態を形成しているとみることができよう．

一方，抗うつ薬療法の導入後は症状の軽症化ないし消失は容易となった反面，完全寛解に至りにくく，症状が乏しいまま遷延する傾向がみられている．また，症状のみかけ上の消失によって治療を中止すると再び悪化するという逆もどり Kipprezidiv の現象も臨床的にしばしば経験される事実である．このように，疾患それ自体は治癒に至っていないが，症状がみられない状態を Jacob[37, 38] は症状潜伏 Symptomlatenz とよび，症状が明瞭にみられる症状顕在 Symptomevidenz と対比させている．症状潜伏の期間にみられる状態を不顕症状 stumme Symptome と名づけているが，薬物療法によって症状の潜伏と顕在が交代して遷延し，次第に不顕症状が主体の残遺状態に移行するとみることもできよう．あるいは症状の軽症化によって Lauter らの主張する神経症的防衛機制が前景にでやすくなり，残遺状態が増加すると考えることも可能である．

Lauter[47] はうつ病後の人格変化をうつ的に変化した現存在における人格の克服への試みとしてとらえている．その説明に彼は次のような三つの防衛機制を考える．一つは彼が対決 Konfrontation とよんでいるが，分析理論では反動形成 reaction formation といわれているもので，この結果病者は几帳面，制縛的 anankastisch になるという．2 番目はこれと対照的に現実に対し距離をおく距離化 Distanzierung（分析的には自我狭縮化 Ich-einengung）と名づけているもので，ポテンシャルの喪失など無力性の症状として現われるという．3 番目は孤立化 Isolierung とよんでいるが，内容的には身体化 Somatisierung ともいえる心気症状や心身症による一種の防衛機制である．

残遺状態や人格変化を防衛機制とみるものに Schulte[73]，飯田[32] らがいるが，飯田は Lauter と同じく執着性格自体防衛機制の結果であるとし，さらに，これが年齢とともに強化されると指摘している．うつ病と執着性格の関連は下田[76]，Tellenbach[86] らによって強調されている反面，若年のうつ病者にはほとんどみられない事実は，このような考え方によってはじめて矛盾なく理解されるのではあるまいか．

このような防衛機制によって精神病の重篤化への歯止めはなされるが，Lauter は逆にとらわれのない生の喪失や新しい立場の保持に多大なエネルギーを消費する結果，精神の柔軟さを失うというマイナス面があるという．すなわち些細な状況の変化で精神的平衡が乱れやすくなるが，防衛機制から生じた残遺状態や人格変化が皮肉にも病相の再発を促す結果を招いているとの Lauter の指摘は重要である．従来病相の頻発が欠陥，残遺状態につながるという見解が有力であったことを考えると，この説は画期的といえよう．また，いずれが原因か結果かは別にしても，残遺状態と病相の頻発が悪循環に陥っていることは確実であり，その媒介に抗うつ薬などの向精神薬が関係している可能性が強いと結論できよう．抗うつ薬が不安定化をきたし，病相の頻発を招く場合のあることは前章で述べたとおりであるが，木村[41] のいうように抗うつ薬によって症状が短期に消失するようになった反面，症状の軽症化，慢性化が起こりやすくなり，残遺状態，

人格変化が生ずるとすると，前記の悪循環とあわせて，抗うつ薬などの向精神薬は二重の意味で躁うつ病の経過，残遺状態に支配的な影響を与えているということができる．

4．出現時期ならびに頻度

残遺状態や人格変化が躁うつ病の経過のいかなる時期に，どの程度の頻度で出現するかについての研究は多くないが，Glatzel ら[19] は 428 例の躁うつ病中の 7% にあたる 29 例に不可逆性の残遺状態がみられたという．そのうち 23 例が単極性のうつ病で，6 例が双極性の躁うつ病であったが，病相の長さ，間歇期の長さなどは躁うつ病全体の平均値内におさまっており，残遺症状を呈する躁うつ病の特殊性は見いだされていない．彼はまた，平均 4 回以上の病相を反復したのちに残遺状態が現われやすく，初発から約 9 年経過，年齢的には 40 歳以上に多いと述べ，年齢と病相の反復との関連を示唆している．

後藤[21] は更年期うつ病を残遺状態の比較的軽い第 I 群と残遺状態がより顕著で精神分裂病と区別できない第 II 群に分けており，残遺状態と更年期を関連づけている．

躁うつ病の経過類型のうち，いずれに残遺状態が多いかという問題についても議論が多い．Lauter[47] は endokinetisch な変化の少ない単極性の軽うつ病が遷延したものに多いといっているが，逆に躁病相をもつ経過により多いという説[93] もある．

分裂病においては精神病的な時期がほとんど目だたないうちに，重篤な欠陥状態がまれならず出現することは Huber[30] も指摘するとおりである．躁うつ病については一般には Lauter の主張どおり，病相の反復と年齢との関連で生ずると考えられるが，先の後藤の更年期うつ病もそうであるが，初回の病相後にもときに残遺状態がみられるという Wieser[93] の指摘もあり，なお症例を重ねたうえで慎重に結論をくだす必要がある．

5．回復性および治療について

残遺状態の回復性について Huber は，多くの場合は回復するが，ときに不可逆性のポテンシャルの減少を示すと述べている．

平沢[24] は躁うつ性うつ病から慢性状態に移行した 10 例について予後調査を行ない，5 例が完全治癒，2 例がほぼ治癒で社会生活が可能であり，症状の改善を示した 2 例も今後の回復がさらに期待できると述べている．そして，1 例のみが人格水準低下を中心とする持続的変化 Dauerveränderung（Weitbrecht）[91] を生じたと判定し，一時は不可逆にみえる慢性状態，残遺状態も 5 年，10 年という長い経過のうちには意外に回復する事実を指摘している．

初老期，老年期のうつ状態で，一見痴呆様病像を示す遷延例に遭遇することは日常臨床においてまれではない．この場合にも老人痴呆への移行を予想していると，不可逆性であるはずの痴呆症状が消失して回復することがあるので，不可逆性の残遺状態の診断は容易でない．

もっとも回復性について楽観の許される症例ばかりでないことも事実である．Medow, W.[54] の記載した退行期のうつ病相で，錐体外路症状を伴う予後不良の硬直性うつ病 erstarrende Depression は，Petrilowitsch[64] のその後の研究によってもその存在が確かめられ，気脳写上側脳室の拡大が報告されて，不可逆性の器質的変化を生ずることが明白となっている．

残遺状態の回復性はかなり期待できるとしても，その治療は抗うつ薬などの薬物療法に反応しがたいため困難である．そのため Lauter[47] は残遺状態をきたすことなしに病相を寛解させることが肝要であると述べている．病相中に時宜を失せずに適切な治療を加えるべきことはいうまでもないが，不幸にして残遺状態や人格変化をきたした場合には，既述の種々の機制のうち，いかなるもので生じたかを正しく診断し，それに応じた精神療法，環境調整を根気よく続けることが最善の治療法といえよう．

（広瀬徹也）

文献

1）阿部輝夫，石川一郎，飯田　真：躁うつ病の慢性化．躁うつ病の精神病理 2（宮本忠雄編），弘文堂，東京（1977）
2）Angst, J. & Perris, C. : Zur Nosologie endogener Depression, Vergleich der Ergebnisse zweier Untersuchungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **210** : 373（1968）
3）Angst, J. & Weis, P. : Zum Verlauf depressiver Psychosen. In : Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung（hrsg. Schulte, W. & Mende, W.）, Thieme, Stuttgart（1969）
4）Angst, J. & Frey, R. : Die Prognose endogener Depression jenseits des 40 Lebensjahres. Nervenarzt **48** : 571（1977）
5）安斉三郎，内藤宏樹，石田美恵子，村井みほ，瀬尾　勲，金子　靖，松本道枝：最近 13 年間（正和 28 年～40 年）のうつ病の臨床統計──抗うつ薬導入前後の臨床的比較．精神医学 **12**：703（1970）
6）Arnold, O. H. : Zur Frage der Abwandlung depressiver Verläufe nach Antidepressiva-Therapie. In : Das depressive Syndrome（hrsg. Hippius, H. & Selbach, H.）, Urban u. Schwarzenberg, München（1969）
7）Baastrup, P. Chr. & Schou, M. : Lithium as a prophylactic agent. Its effect against recurrent depressions and manic-depressive psychosis. Arch. Gen. Psychiat. **16** : 162（1967）
8）Beck, A. T. : Depression Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. p. 44, Staples Press, London（1967）
9）Beigel, A. & Murphy, D. L. : Unipolar and bipolar affective illness. Difference in clinical characteristics accompanying depression. Arch. Gen. Psychiat. **24** : 215（1971）
10）Bochnik, H. J. : Strukturvergleiche zwischen kurz-und lang dauernden endogenen Psychosen. In : Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen（hrsg. Panse, Fr.）, Enke, Stuttgart（1967）
11）Bumke, O. : Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 7 Aufl., Bergmann, München（1948）
12）Bürger-Prinz, H. & Lange-Eichbaum, W. : Endzustände in der Entwicklung hyperthymer Persönlichkeiten. Nervenarzt **21** : 476（1950）
13）Bürger-Prinz, H. : Probleme der phasischen Psychosen. Enke, Stuttgart（1961）
14）Cade, J. F. J. : Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. Med. J. Aust. **36** : 349（1949）
15）Conrad, K. : Die beginnende Schizophrenie. Thieme, Stuttgart（1958）──吉永五郎訳：精神分裂病──その発動過程．医学書院，東京（1973）
16）Engelmeyer, M. P. : Verlaufsgestalten depressiver Erkrakungen unter Pharmakotherapie. Arzneimittelforschung **14** : 566（1964）
17）Ernst, K. : Neurotische und endogene Residualzustände. Arch. Psychiat. Nervenkr. **203** : 61

(1962)
18) Glatzel, J. : Über Beziehungen zwischen Streckenprognose und Verlaufstypologie bei der Zyklothymie. Acta Psychiat. Scand. **44** : 354 (1968)
19) Glatzel, J. & Lungerschausen, E. : Zur Frage der Residualsyndrome nach thymoleptisch behandelten cyclothymen Depressionen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **210** : 437 (1968)
20) Glatzel, J. & Lungerschausen, E. : Phasenüberdauernde Befindlichkeitsstörungen bei cyclothymen Depression. Arch. Psychiat. Nervenkr. **213** : 388 (1970)
21) 後藤彰夫：更年期ないし初老期に初発する抑うつ状態について──更年期うつ病をめぐって．精神医学 **7**：797 (1965)
22) Grof, P. & Vinar, O. : Verlaufsrhythmus und prophylaktische Beeinflussungsmögklichkeiten der affektiven Psychosen. In : Das depressive Syndrome (hrsg. Hippies, H. & Selbach, H.), Urban u. Schwargenberg, München (1969)
23) Grof, P., Angst, J. & Haines, T. : The clinical course of depression : Practical issues. In : Symposia Medica Hoechst 8, Classification and Prediction of Outcome of Depression. Schattauer Verlag, Stuttgart (1974)
24) 平沢　一：軽症うつ病の臨床と予後．医学書院，東京 (1966)
25) 広瀬徹也：躁うつ病の経過に関する研究──治療との関連において．精神経誌 **69**：19 (1967)
26) Hoff, H. : Indication for electroshock, Tofranil and psychotherapy in the treatment of depression. Can. Psychiat. Assoc. J. (Spec. Suppl.) **4** : 55 (1959)
27) Hoff, H. & Hofmann, G. : Die Bedeutung peristatischer Momente für Manifestation und Verlauf von Schizophrenien und Zyklothymien. In : Schizophrenie und Zyklothymie (hrsg. Huber, G.) ──保崎秀夫ほか共訳：精神分裂病と躁うつ病．医学書院，東京 (1974)
28) Hoheisel, H. P. : Zur Frage der Verkürzung von Intervallzeiten psychopharmakologisch behandelter phasischer Psychosen. Nervenarzt **37** : 259 (1966)
29) Hopkinson, C. & Ley, P. : A genetic study of affective disorder. Br. J. Psychiat. **115** : 917 (1969)
30) Huber, G. : Reine Detektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. Fortschr. Neurol. **34** : 408 (1966)
31) Huber, G., Glatzel, J. & Lungerschausen, E. : Über zyklothyme Residualsyndrome. In : Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung (hrsg. Schulte, W. & Mende, W.), Thieme, Stuttgart (1969)
32) 飯田　真：躁うつ病の状況論の現況と今後の課題．精神経誌 **75**：274 (1973)
33) 稲村俊雄：予後不良な躁うつ病．精神経誌 **63**：845 (1961)
34) 石川一郎，足立　博，懸田克躬：うつ病の予後と配偶者の類型．精神経誌 **74**：359 (1972)
35) 市川　潤，飯田　真：躁うつ病の慢性化，反復化をめぐる諸問題．臨床精神医学 **4**：35 (1975)
36) 市川　潤：慢性反復うつ病の家族内力動．躁うつ病の精神病理Ⅰ(笠原　嘉編)，弘文堂，東京 (1976)
37) Jacob, H. : Stumme Symptome und Symptomverchmelzung endogenen Psychosen. Fortschr. Neurol. **32** : 188 (1964)
38) Jacob, H. : Symptomvermittlung in symptomarm Stadien endogener Depression. In : Schizophrenie und Zyklothymie (hrsg. Huber, G.), Thieme, Stuttgart (1969) ──保崎秀夫ほか共訳：精神分裂病と躁うつ病．医学書院，東京 (1974)
39) James, M. M. : Early and late onset bipolar affective disorder──A genetic study. Arch. Gen. Psychiat. **34** : 715 (1977)
40) 笠原　嘉，木村　敏：うつ状態の臨床的分類に関する研究．精神経誌 **77**：715 (1975)
41) 木村　敏：うつ病の臨床精神医学的研究の動向 (1959～1973)．精神医学 **17**：4 (1975)
42) Kinkelin, M. : Verlauf und Prognose des manisch-depressiven Irreseins. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. **73** : 100 (1954)
43) Klages, W. : Zur Struktur der chronischen endogenen Depressionen. In : Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen (hrsg. Panse, Fr.), Enke, Stuttgart (1967)
44) Kraepelin, E. : Psychiatrie. 8 Aufl., Bd. 3, Barth, Leipzig (1913)
45) Kupfer, P. J., Pickar, D., Himmelhoch, J. M. & Detre, T. P. : Are there two types of unipolar depression? Arch. Gen. Psychiat. **32** : 866 (1975)
46) Lange, J. : Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch-depressive

Konstitution. In : Bumkes Hb. d. Geisteskrankheiten, Bd. 6, Springer, Berlin (1928)
47) Lauter, H. : Phasenüberdauernder Persönlichkeitswandel und persistierende Symptome bei der endogenen Depression. In : Das depressive Syndrom (hrsg. Hippius, H. & Selbach, H.). Urban u. Schwarzenberg, München (1969)
48) Leonhard, K. : Über monopolare und bipolare endogene Psychosen. Nevrenarzt **39** : 104 (1967)
49) Lewis, A. : Melancholia : Prognostic study and case material. J. Ment. Sci. **82** : 488 (1936)
50) Lundquist, G. : Prognosis and course in manic-depressive psychosis. Acta Psychiat. Neurol. Scand. Suppl. 35 (1945)
51) Matussek, P., Halbach, A. & Tröger, U. : Endogene Depression. Eine statistische Untersuchung unbehandelter Fälle. Urban u. Schwarzenberg, München (1965)
52) Mayer-Gross, W. : Die Enthüllung des Charakters in der Depression. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **27** : 405 (1922)
53) Mayer-Gross, W. : Biologische Rhythmen und ihre Bedeutung für psychiatrische Probleme. In : Problem der phasischen Psychosen (hrsg. Bürger-Prinz, H.), Enke, Stuttgart (1961)
54) Medow, W. : Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose (Erstarrende Rückbildungsdepression). Arch. Psychiat. Nervenkr. **64** : 480 (1922)
55) Meyer, H. H. : Alternieren schizophrenen und zyklothymen Episoden in endogen-psychotischen Verläufen. In : Schizophrenie und Zyklothymie (hrsg. Huber, G.), Thieme, Stuttgart (1969) ── 保崎秀夫訳：精神分裂病と躁うつ病．医学書院，東京 (1974)
56) 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 (1968)
57) Müller, M. : Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten. Thieme, Leipzig (1936)
58) 西園昌久：心理学説．躁うつ病 (新福尚武編)，医学書院，東京 (1972)
59) Olsen, T. : Follow-up study of manic-depressive patients whose first attack occurred before the age of 19. Acta Psychiat. Scand. **37** Suppl. : 162 (1961)
60) 尾野成治，佐藤　道，慶部竜一，兼谷　俊，八島裕子，森　慶秋，兼谷　啓：長期経過をとった内因性うつ病と病前性格．精神医学 **5**：31 (1962)
61) Perris, C. : A Study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 194 (1966)
62) Perris, C. : The course of depressive psychosis. Acta Psychiat. Scand. **44** : 238 (1968)
63) Peters, V. H. & Glück, A. : Die Problematik der ausklingender depressiven Phase. Nervenarzt **43** : 505 (1972)
64) Petrilowitsch, N. : Zur Klinik und nosographischen Stellung der erstarrenden Rückbildungs-depression──Ein Beitrag zur mehrdimensionalen Diagnostik präseniler Psychosen. Arch. Psychiat. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. **198** : 506 (1959)
65) Petrilowitsch, N. : Insuffizienz-syndrom bei abklingenden schizophrenen und zyklothymen Psychosen. In : Schizophrenie und Zyklothymie (hrsg. Huber, G.), Thieme, Stuttgart (1969) ── 保崎秀夫訳：精神分裂病と躁うつ病．医学書院，東京 (1974)
66) Petrilowitsch, N. & Baer, R. : Zyklothymie (1964～1969). Fortschr. Neurol. Psychiatr. **38** : 602 (1970)
67) Pollitt, J. D. : Suggestions for a physiological classification of depression. Br. J. Psychiat. **111** : 489 (1965)
68) Pollitt, J. D. : Depression and its Treatment. William Heinemann Medical Books, London (1965)
69) Pollack, H. M. : Recurrence of attack in manic-depressive psychosis. Am. J. Psychiat. **11** : 567 (1931)
70) Rennie, Jh. A. C. : Prognosis in manic-depressive psychosis. Am. J. Psychiat. **98** : 801 (1942)
71) Schulte, W. : Zum Problem der protrachierten melancholischen Phasen. In : Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung (hrsg. Schulte, W. & Mende, W.), Thieme, Stuttgart (1965)
72) Schulte, W. : Involutionsdepression. In : Schizophrenie und Zyklothymic (hrsg. Huber, G.), Thieme, Stuttgart (1969) ──保崎秀夫ほか共訳：精神分裂病と躁うつ病．医学書院，東京 (1974)
73) Schulte, W. & Tölle, R. : Psychiatrie. Springer, Berlin (1971)
74) Selbach, H. : Die endogene Depression als Regulationskrankheit. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. **94** : 280 (1964)
75) Shobe, F. O. & Brion, P. : Long term prognosis in manic depressive illness. A follow up investigation of 111 patients. Arch. Gen. Psychiat. **24** : 334 (1971)

76）下田光造：躁うつ病の病前性格について．精神経誌 **45**：101（1941）
77）下山尚子：躁うつ病の経過および分類に関する研究．米子医誌 **21**：322（1970）
78）下山尚子：躁うつ病の経過．医学のあゆみ **95**：462（1975）
79）新福尚武，柄沢昭秀，山田　治，岩崎　稠，金井　輝，川島寛司：最近 22 年間のうつ病の臨床における変化．精神医学 **15**：955（1973）
80）Steen, R. R. : Prognosis in manic–depressive psychoses. With report of factors studied in 493 patients Psychiat. Quart. **7** : 419（1933）
81）Stenstedt, A. : A Study in manic–depressive psychosis. Clinical, social and genetic invertigation Acta Psychiat. Scand. Suppl. 79（1951）
82）Stransky, E. : Das manisch–depressive Irresein. Handbuch der Psychiatrie von G. Aschaffenburg（1911）
83）Strecker, E. A., Kenneth, E. & Appel, E. : The prognosis in manic–depressive psychosis. Association for research in nervous and mental disease. Williams and Wilkins, Baltimore（1931）
84）Taschev, T. : Statisches über die Melancholie. Fortschr. Neurol. Psychiat. **35** : 25（1965）
85）Taylor, M. & Abrams, R. : Manic states. Arch. Gen. Psychiat. **28** : 656（1973）
86）Tellenbach, H. : Melancholie, Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik. Springer, Berlin（1976）──木村　敏訳：メランコリー．みすず書房，東京（1978）
87）Van Scheyen, J. D. : Recurrent vital depression. A follow up study of 56 female and 28 male patients. Psychiat. Neurol. Neurochir. **76** : 93（1973）
88）Venkoba Rao, A. & Nammalvar, W. : The course and outcome in depressive illness. A follow up study of 122 cases in Madurai, India. Br. J. Psychiat. **130** : 392（1977）
89）Völkel, H. : Neurotische Depression. Ein Beitrag zur Psychopathologie und Klinik. Thieme, Stuttgart（1959）
90）渡辺昌祐，田口冠蔵，中屋耿爾，大月三郎：うつ状態に対する炭酸リチウムの治療効果．精神医学 **15**：89（1973）
91）Weitbrecht, H. J. : Depressive und manische endogene Psychosen. Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 2, Springer, Berlin（1960）
92）Weitbrecht, H. J. : Die chronische Depression. Wien. Z. Nervenheilkd. **24** : 265（1967）
93）Wieser, St. : Über den Defekt bei phasischen Psychosen. In : Das depressive Syndrom（hrsg. Hippius, H. & Selbach, H.）, Urban u. Schwarzenberg, München（1969）
94）Winokur, G. : The types of affective disorders. J. Nerv. Ment. Dis. **156** : 82（1973）
95）Winokur, G. & Morrison, J. : The Iowa 500 follow up of 225 depressives. Br. J. Psychiat. **123** : 543（1973）
96）Winzenried, F. J. M. : Beziehungen körperlicher Erkrankungen zu endogenen Psychosen. In : Problem der phasischen Psychosen（hrsg. Bürger–Prinz, H.）, Enke, Stuttgart（1961）
97）Woodruff, R., Guze, S. & Clayton, P. : Unipolar and bipolar primary affective disorder. Br. J. Psychiat. **119** : 33（1971）
98）吉益脩夫：犯罪学概論．有斐閣，東京（1958）

解説

DSM-III が病因論を廃するとともにその時点で臨床症状の組み合わせを満たすか否かで診断する，すなわち横断面診断に割り切った時点から，それまで論じられた経過類型の議論はしばらく低迷することになった．しかし，その後，DSM が改訂されるなかで，横断面の診断に加えて，縦断面の情報が付加されるようになり，DSM-IV-TR では縦断的経過を特定するための特定用語が設けられたことは周知のことである．

広瀬が経過類型の論文を発表したのは 1960 年代後半であり，追試を行った下山の報告は 1970 年代前半である．したがって，DSM-III が出版される 10 年以上前の業績であり，経過類型には今日でいう大うつ病性障害と双極性障害が含まれた形になっていることは別にして，発病年齢と間歇期の長さをもとに詳細な症例分析が行われたわけだが，DSM-III 以前であったがゆえに可能な仕事であったともいえるたいへん貴重なデータと分析であり，今日においても臨床上たいへん意義のある内容である．

私見であるが，横断面診断は暫定診断と理解すべきというのが私の基本的考えである．経過を追ってみていくうちに，新たな情報が加わりそれまでの横断面診断が変更されることは当然起こりえることである．典型的なのがうつ病相のみで経過している症例に「大うつ病性障害」という診断がなされる．この横断面診断は，しかし暫定診断でもある．やがて，躁病相が何年か後に出現して，双極性障害と診断変更される．重要なことは，経過を常に押さえていくことである．そのときに役に立つのが「経過類型」である．その症例が今後たどる経過をあらかじめ予測することは治療上きわめて重要だからである．

「経過類型と治療との関連について」の項で，広瀬は大変重要なことを述べている．それは躁うつ病の薬物療法と経過の関係である．今日では，ほぼ常識になっていることであるが，抗うつ薬を躁うつ病のうつ病相に使用した場合に症状の程度は軽減される一方で病相が頻発化（ラピッドサイクラー）する場合があり，その原因に抗うつ薬そのものが考えられている．今日では，このようなケースにはできるだけ抗うつ薬の投与は避けてバルプロ酸などの気分安定薬中心の処方が有効とされるが，当時はまだ炭酸リチウムが市販されていない時代であり，抗うつ薬が中心的に用いられた時代であったがゆえに，抗うつ薬の躁うつ病に対する効果と副作用がきめ細かく考察できたものと思われる．この点は過去の議論として片づけられるべきではなく，今日，気分安定薬を数種類手にすることができてもなお，Bipolar Depression に抗うつ薬を使うことの是非はホットな話題であり，十分参考にすべき内容である．

気分障害の予後や長期経過，残遺症状などの研究課題は今日においても気分障害研究の一つの重要な柱である．統合失調症に比べて気分障害の予後は一般的に良好とされた Kraepelin 以来の「常識」がこの領域の研究を進展させなかったというのは言い過ぎかもしれないが，統合失調症に比べて圧倒的にこの領域の研究が少ないのは事実である．最近では，認知機能障害の立場から，QOL 改善の立場から，あるいは subsyndromal

morbidity の観点からの研究が進展してきたが，まだその成果が臨床に還元されるには至っていない．

このような時代背景のなかで 1960 年代から広瀬らは躁うつ病の残遺状態と人格変化に注目し，それらの性質を詳細に分析していた．これらは，今後，この領域の研究を発展させるうえで貴重な礎になることは間違いないものと思われる．

（樋口輝彦）

精神医学エッセンシャル・コーパス 2

日本の名著論文選集

精神医学を知る

2013 年 3 月 25 日　初版第 1 刷発行 ©　〔検印省略〕

総編集 ——— 松下正明（まつしたまさあき）

編集 ——— 井上新平（いのうえしんぺい）／内海　健（うつみ　たけし）／加藤　敏（かとう　さとし）／鈴木國文（すずきくにふみ）／樋口輝彦（ひぐちてるひこ）　（五十音順）

発行者 ——— 平田　直

発行所 ——— 株式会社 中山書店
〒 113-8666 東京都文京区白山 1-25-14
TEL 03-3813-1100（代表）　振替 00130-5-196565
http://www.nakayamashoten.co.jp/

装丁 ——— 花本浩一（麒麟三隻館）

印刷・製本 —— 株式会社シナノ

Published by Nakayama Shoten Co.,Ltd.　Printed in Japan
ISBN 978-4-521-73696-9
落丁・乱丁の場合はお取り替え致します.

・本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権（送信可能化権を含む）は株式会社中山書店が保有します.
・JCOPY〈(社)出版者著作権管理機構 委託出版物〉
本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています．複写される場合は，そのつど事前に，(社)出版者著作権管理機構（電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください.

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は，著作権法上での限られた例外（「私的使用のための複製」など）を除き著作権法違反となります．なお，大学・病院・企業などにおいて，内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは，私的使用には該当せず違法です．また私的使用のためであっても，代行業者等の第三者に依頼して使用する本人以外の者が上記の行為を行うことは違法です.