Mauz, F.：
内因性精神病の予後学

Friedrich Mauz：Die Prognostik der Endogenen Psychosen

S. 68—121, Thieme, Leipzig, 1930

訳：市川　潤（函館市・旭岡病院）
迎　豊（山形市・千歳篠田病院）
大久保　健（大宮市・大宮赤十字病院）
西尾　幸一（むつ総合病院）

内因性精神病の予後学（Die Prognostik der Endogenen Psychosen. 1930）の著者 Friedrich Mauz は、1900年5月1日 Stuttgart 近郊の Esslingen に生まれた。1979年7月7日 Münster 市郊外の自宅で死去するまでの医師としての生活は、研究者であるよりは何よりも臨床家のそれであったといわれる。周知のように、Mauz は Tübingen 学派の鼻祖 Robert Gaupp の許にあって Ernst Kretschmer の弟弟子として両者から深い影響を受けた。本書は、Mauz が Marburg 大学私講師、30歳（.′）の時、Kretschmer の許で完成し出版したモノグラフである。訳出は紙巾の都合により、躁うつ病の部のみとした。

Mauz の著作には学説的な色彩は薄く、もっぱら事実と実践に基づく実証的なところに特色があるといわれるが、それは本書からも充分に窺われるであろう。本書のような息の長い努力を要する労作は、目前の事象に眼を奪われがちな現代には得難いものであるが、「情動精神病」を内因性の概念のみに固執する愚を避け、状況論的な観点から、ひいては精神療法的な観点からも見つめているところに、本書の新しさと価値があると思われる。われわれが臨床的に発見したと思い込んでいるような情動精神病の諸々の特徴や精神療法に重要な問題が、すでに、あちらこちらにさりげなく記述されていることに改めて驚かされる。このような「事実」には、今も昔も変わりはなく、新たな研究は本来そこから出発すべきものであろうが、現代の現実はどうであろうか。

訳者の一人市川が Münster 大学精神科に留学中、Mauz 教授は15年に及んだ Ordinarius の任を終え、悠々自適の生活に入られた（1967年）。彼の臨床講義は、誠に広い範囲に及び、神経学から精神分析学に至る碩学ぶりは、決して多作とはいえない著作からは想像を越えるものであった。

Mauz は Kretschmer を語るとき必ず Gauppを語った。Gaupp がなければ Kretschmer もなかったであろうという。それは、Kretschmer の偉大さは Gaupp にその種子があり、Gaupp がそれを Kretschmer の天賦の才能に植えつけ育てたものだという意味である。つまり、Tübingen 学派の華やかな開花は、銘木がその種子から丹精こめて育まれた結果であり、その明るさと楽観的な姿勢とは Gaupp の人柄そのままの反映であるということになろう。それは、

Heidelberg 学派との比較において、いっそう明らかになるように思われる。人はまた人によって育まれるということでもあろうか。学派は、とりもなおさず、多様な個性を許容する包容力に富む指導者の存在を前提とすることでもあろうか。

後年、Mauz は、いわば立場を異にするはずの Heidelberg から Pauleikhoff, B. を招き、両 Schule の止揚の場を提供した。それは後の状況論の幕開けの場ともなったことは、周知の通りである。つまり、Gaupp 的な視点の広さと包容力は、Mauz にも見事に受け継がれていたというべきであろう。

（市川　潤）

第2部　躁うつ病

第　1　節

1回性の内因性感情病

第8章
うつ病

I

45歳から55歳までの間に、明確に1回だけ発病しているうつ病で、男性患者33例。

体　　質

1．体型は全くの肥満型。
2．健康時には、例外なく、現実的・活発・快活・明朗・素朴・融通のきく・能力のある人達であり、打てば響くような気質の持ち主、自然で円滑な精神運動性。
3．概して健康な気質を持つ単純遺伝性で、良性の内因性感情病。

彼らは上のような素因のため、大いに活力に富んでいる。クレッチュマーの気分素因性比率は表面的な気分易変性ではなく、深い活力層の中に、つまり、「物事の本質への適合、物事への没入、共に生き、共感し、同情する」（クレッチュマー）といった生命力と生命感情の堅塁の中にある。

生活曲線

この種の人達の社会曲線は、裕福・評価・勢力・声望などに関しての明らかな上昇発展性を有している。資料選択の偏りはないにもかかわらず、この群の患者は全て富裕な階層に属し、例外なく結婚していて、子沢山である。

次の点はきわめて興味深い。

患者の父親の75％が、単純職人、職工長、下級官吏、営農家などであった。

この父の息子達〔患者〕（以下、〔　〕内は訳者による）は、今や、小企業主、支配人、職場

長、大酪農経営家、近代工場主、監督、管理人、工場経営者、医師などである。

三分の二以上が自宅を持ち、土地・畑を所有している。

気質曲線では、反応性・不安定性の欠如が特徴である。生活歴の中で再三にわたり現れる気質特徴のうち、最も多いのは元気はつらつさである。それは。30ないし40歳代の、うつ病が始まるまでの間はきわめて弾力性に富み、活気のある気質であって、直接的な精神反応性の脅威を受けることはほとんどない。この元気はつらつさに動揺がみられる点が注目されるものの、これらの症例の罹病率曲線からみて、その原因は主として身体的なところにある。

とりわけ、高揚感ないし能力減弱感として体験される活力の動揺は、身体的健康の動揺と重なって起こるようにみえる。能力減弱は、軽い感染(風邪やインフルエンザ)、身体疲労、リウマチや神経痛の症状、胃・腸障害、血管運動性クリーゼなどと時を同じくして起こるのであり、これら〔の身体障害〕は、〔精神障害の〕急性障害の時に現れ、あるいはその後期に初めて現れる。一方、高揚した生命感情・幸福感情は身体的健康と一致して進行し、自由な休養（散歩、ボート漕ぎ、水泳、薪割り、庭仕事、魚釣り、狩り）によって回復してくる。

疾　患

うつ病の発現にあたっての外的状況は、個々の例ではさまざまなものがあるが、決してうつ病性素因を形成するようなものではない。

それに対して内的状況の方は、詳細に検討してみると、素因的な基礎を形成している。つまり、この種の人達に特有のはつらつとしたテンポは、すでに40歳ごろから消退し始めており、新たな課題へと向かう元気さが希薄になってきている。また、そのテンポが心ならずも遅鈍化してくるため、次第に環境への変化に遅れをとり、若者達にとり残されてしまうようになる。そして、孤立感のため、自己と外界との明確な一体感がゆるぎ始める。また身体的には、生命力と健康感との堅塁が破綻し、ほころびを生じ始め、疲れやすく、睡眠要求が異常となって、あくびをし、突然汗をかいたりするようになってくる。

まるで欠陥のない人間が病気になる。ここでいう病気とは何であろうか。筆舌につくせない「疾病感」、生命力の「病む感じ」、と同時に、からだ全体をまきこむ「無感覚の感覚」、根本的な制止、空虚、漠然とした圧迫感、身体的な重さと悲哀（Schneider, K., Westermann）である。

このような生命深層の、単位的、基本的、単一的な症状群が全経過を支配しており、平均4～6ヵ月間続く。

合 併 症

合併症のない内因性疾患の治癒は、良くも悪くも外界からの影響を受ける。

発病初期の医学的診断の誤りが予後を悪くする。すなわち、患者は何週間も何ヵ月間もの間、何らかの身体病と考えられて検査を受け、最終的に内因性うつ病ではなく神経病と診断されて治療を受けるに至る。

そのような例では、精神反応性の上部構造が発展してきて、生命的制止がおおい隠されてしまう。このような例に対して精神分析的治療を始めれば、分析中に、真の神経症では決して示

されないような程度の絶望が現れ、結局、他のうつ病には現れない自己破滅衝動を制御できない結果になってしまう。

しかし、精神・反応性の上部構造が、このうつ病の予後を本質的に変えることがあると認めるのは誤りである。この群のうつ病のほとんどは、たとえば、基本的障害の上に、多少なりとも心気的な色彩を帯びている。なぜなら、この種の生命的には健康な症状〔上部構造を形成する要因〕は、患者にとって特にわずらわしいものであるから。一方、精神・反応性は、うつ病が頂点に達した静止状態の時には、いつでも起こりうる可能性がある。つまり、このような時には、過去がうず高く積み重なって、もはや新しい課題に対処できなくなってしまい、未来は破壊され消え失せてしまっているから*。

※原注：Strauss, E. の興味深い論文「内因性うつ病と精神病的気分変化における時間体験」を参照（Mschr. f. Psych. Neurol., 68：640, 1928）

患者はこのような瞬間にあってもまだ外的な精神刺激にさらされていて、ささいな刺激であっても、ものすごく大きく受けとめてしまい、明らかな精神・反応性上部構造の病因的因子となってしまう。

このような理由から、できるだけ早期にクリニックへ送ることが望まれるのである。それはまた、治療が早く始められるほど効果が上がりやすいためでもある。

このような、初期のうつ病の人達に会ったならば、初めは精神的上層にはあまり関与しないようにするこほうが、患者をしてうつ病を身体的代謝疾患として客観化させ、それによって治癒への経過を良好にすることに成功しやすい。

精神的及び身体的治療計画は、全てこの客観化(Objektivierung)に向けて行われる。つまり、心身の外的刺激を全て取り除き、一種の冬眠状態とするのに格好の条件を作ることが当面の目標となる。この冬眠状態は、ちょうど Lange が躁うつ病過程の治療に対して用いた、機知に富む方法と同じである。そこで、われわれは、安静療法中の患者に対して、植物性の軽い食事を与え、室内を静粛にし、空気の流通と温度を調節し、アヘン剤を用いて呼吸中枢の興奮を柔らげる等の方法によって生命的抑止作用を慎重に防御する。

このようにして、初めは漠然とした不安と空虚に色どられていた病感が、多言を要せずとも、次第に本格的な身体病へと仕上げられ、それにつれて精神的には平静がもたらされてくる。

活力を鼓舞し喚起して活性化するための治療の第2期は、内因性制止を巧みに軽減するために用いられなければならない。食事・薬物及び温熱刺激などが、個々例に対しそのつど慎重に行われて、活力が再び甦がえるように用いられる。

一方、経過・予後は、まず第一に、身体的な Noxe によって複雑な影響を受ける。とりわけ不都合なことは、本来、このうつ病の根底にある「中枢性に制御されている障害」(Lange)が、もっと病的な作用を自律神経中枢と循環とに向けてくることである。なぜなら、個々の例証で明らかなように、単位的で緊密な生命感情と快感情との回復が遅れ、困難になってしまうからである。

II

この群に属する１回性うつ病は、27例の女性患者で、上記と同じく１回性ではあるが、境界線が不明瞭で、経過が何年にも長引き、30歳から40歳代の間にみられる。

1．患者は身体的に純粋の無力体質で稀ならず軽い男性化徴候を持つ。
2．病前は、物静か・寡黙・まじめ・取越苦労・くよくよ・瑣事に拘わる・良心的・時に気むずかしい・宗教的なことについて自慢しやすい・小心・情にもろい・貧血気味・内気・結婚生活では冷たい場合が多い。
3．躁うつ病の遺伝性は明確でない。

この種の女性たちは、30歳以後になって結婚するまでに、店員・家政婦・事務長などの仕事をしている。

彼女たちは、同僚と諍いをしたり、仕事に熱中して「頭にきて」しまい、自分を責めたり、関係念慮をもちやすく、あるいは、くよくよとしょげかえり、黙りこくってしまうようになる。

また別の日には、誘因もないのに蒼ざめた顔をして、ぐったりとしているように見えた。それでも、きちんと定刻に仕事場に出て、上司や主人の信頼をかち取るのであった。

結婚（僅か7人のみが未婚であった）の相手は多くの場合、新聞広告で知り合った男やもめ、小店主、農業経営者、小実業家など、いずれも女性の倹約を歓迎する職業の男性であった。

疾　患

この種のうつ病は、結婚をしてから初発する。〔結婚生活には〕「いつも不安が伴うし、良心とかそういった問題などがあるからです。不貞な考えが浮かんだり、重苦しい気分になってきます」。そうこうするうちに数ヵ月がたち、家事を片づけていると、だんだんに陰うつな気分になってくる。彼女たちは、くよくよと考え始め、夜になると焦々し、手足が振るえ、「玉のようなものが胃からこみ上げてくる」ようになる。声が聴こえてくる「人殺し、売春婦、不倫妻」。そして、司祭の顔を撲れとか、水に跳び込め、結婚指輪など捨ててしまえ、夫の首を締めれば救われると。どこにでも悪魔がいる。猫の鳴き声が悪魔の声に聴こえる。「自殺しろ、手首を切れ」と聴こえる。患者たちは男たちの陰部を想像させられ、その罪によって家族全員が破滅させられる。聖霊に罪を犯して地獄に墜ち、永劫の罰を受けなければならない。歓喜と平和。死ぬこともならず、食べることもならず、こうべを「たれて」日の光もささず、嘲られ、頭がまわらなくなって、すべてが空虚で、冷やかとなる。

患者は不安と焦燥にかられてベッドに突っ伏し、寝間着のまま、思い悩みつつ他患と離れてウロウロと歩きまわる。あるいは不信のまなざしで口を閉じて活気なく座り込んでいる。そわそわとドアの方へ突進しては、じっと頑なに立ちすくむ。コンタクトをとることはできず、よそよそしく、ぶっきらぼう。うろたえ、単調な口調で嘆く。強い不安のため「オー、イェー、オー、イェー」などと大声で叫ぶ。また、陰にこもって、じっと立ちすくむ。経過は果てしなく遷延する。病状はだんだんと消退してきて、患者は外見上は穏やかとなり、途方にくれた表情ながらも微笑むこともある。しかし、病状が回復すると思えば、新たな焦らだちが再現してくる。患者は時には「全く調子が良くなったかと思えば、またもや錯乱しちゃうんです」などと説明することもできるほどである。

身体的な状態は、全経過を通じて全くよくない。すでに前から痩せているこの女性達は、今

やほとんど悪液質に近く、Turgor は激しく障害されている。皮膚は黄色味を帯びて蒼白く、顔はやせ細ってしまっている。しかし、元来の体力的な強靱さのため、この女性たちはほとんどの場合、病気を克服する。

治　癒

われわれは、この女性たちが1～3年後には全員が「健康」になっているのを見ている。病後歴によれば、「彼女達は再び仕事に戻るが、全く健康にはなり切っていない。活気がなく、くよくよし、寝込むことが多い。間違いをしないかと心配し、自分の喋ることが誰かを傷つけはしまいかと恐れる。何かを考えれば、それが正しいかどうかと直ぐに疑ってしまう。」ある婦人の言葉を借りれば「私の上に乗っていた石のような重荷が、すべて降ろされたようです。何もかもが、世界中が、全く別のようです。人間が好もしく思えます」と。そのうちの2人は回心したように感じ、「再生を体験し、罪の赦免と不死の確信を得た」と感じた。また、ほとんどの患者が「神に通じる道を取り戻した」と述べている。

彼女たちは復職を果していたが、外来を訪れたときの印象では家庭的なことが性に合っているように思えた。彼女たちはやや疲れ気味であったり、やや狂信的な一面を持っている人たちである。親しみのある人も多いが、そうでない人の方が多い。「夫は良い人で私をいたわってくれています」とか「私は夫のためにつくしています」といった類の女性が多く、迷いや、思い煩いをもちながらも、精神的には何らかの形で「救われ」庇護されていると感じている。何人かは数回の出産をしているが、彼女らは逞しく思慮深い夫をもっていた。本人自身は我満強く、控え目で、従順な女性のようである。一方では男性に対して慎重で、性交渉を拒否し、農場や店を中性的で中立的な愛想の良さで堅実に黙々と切りもりしている。

感情的に強く動揺する危険はなくなっており、多くは夫や子供の死を体験している一方、農業経営や店の経営上の困難・不幸を体験しているものの、再発はしていない。特に興味深いのは、身体的に、あるいは少なくとも精神的な変化をもたらす年代にありながら、全く無事に過ごしていることである。

この種のうつ病は、男性にはきわめて稀であり、それだけに、これと類似の構造をもった〔男性の〕うつ病が3例みられたことは驚きであった。

すなわち、身体的に無力体質で、病前性格も特徴的であり、婚前は童貞を守っており、性生活は淡泊で、衝動も不安定である。

30歳半ばの結婚2～3年目の頃に、不全感、疲労感、焦燥感などを伴ってうつ病が現れる。彼らは「殺される」といった類の、全く馬鹿気たことを喋りだすかと思えば、妻に向かって（性器を）「切り取られてしまう」と訴えたり、「何もかも無駄だ、打ちのめされる」と嘆いたりする。喋ろうとしても言葉にならないことも多い。

病期の長さも同じように長く、疾患と正常の境界が不鮮明である。きわめて徐々に治癒し、女性の場合と同じく、いつのまにか復職していることに気付くといったあんばいである。

III

この群に属するのは12例で、いずれも条件づきである。なぜなら、この群はいずれも、それ

ほど強い進行性ではないものの、中等度の動脈硬化症を伴っているからである。しかし、いずれの例の素因も、体型・病前性格・遺伝性などのような内因性を示唆する背景をもっている。

たとえば57歳の会計士カールは、ひょろひょろと背が高く、無力体質の男であり、細長い卵形の顔で、頭髪は濃く巻き毛、顔面は紅潮していた。性格は真面目だが人嫌いというほどでもない。晩酌をたしなみ、パイプをくゆらし、温和で、野心家ではない。

彼の父親は丸顔の肥満体で、性格は社交的で気だてがよく、親切であった。彼は歳をとっても今だに好んでサーカスを観に出かけるような人であった。

母親は面長で鼻が長く、いつも痩せていた。彼女の甥は分裂病である。患者の妹は50歳頃に幻覚を示し、以来、家にいて呆んやりと無関心な生活を送っている。これに対し、61歳の商人ヴァールは、純粋の肥満体であり、おおむね軽躁気質であり、明らかな躁・うつ病の遺伝歴を有している。

この群の病例の素因は多様なものの混合であるが、示されるうつ病はほとんど同じである。彼らは仕事が出来ないと感じ、職務を遂行したり、新しい規律に従ってやってゆけない。それほど落ち込んだ気分ではないものの、財産もない、路頭に迷う、落ちぶれてしまうなどといった内容のことを単調な調子で嘆く。恩給の許可がおりないとか、給料を返済しなければならないなどともいう。睡眠障害と不平不満が強い。少しおかしなことをいうかと思えば、自分自身や貧困妄想を嘲笑し、夜はベッドを抜け出して徘徊する。

このうつ病は10～15ヵ月ほどかかって徐々に消退する（後の章も参照）。

１回性のうつ病の問題は、これで論じつくされたであろうか。45歳から50歳の間に発病した１回性うつ病のかなりの多数が、慎重に調査してみると、すでに若い時（20歳頃）に１度真性のうつ病に罹患していることが証明された。したがって、これらは周期性うつ病としなければならない。１回性うつ病のその他の例、とりわけ異質性の素因をもつ例は、ランゲのいう意味での心因性うつ病あるいは精神病質性気分異常としてその正体を現わす。これらについては後に検討しよう。

１回性うつ病についての記述は、これで完全というわけではないが、充分な期間をかけて１回性を少しでも確認しえなかった例は、この群の一覧表には入れていない。そこで、１回性のうつ病と周期性および慢性のうつ病とを後に比較検討することにしよう。　　（市川　潤）

第９章
躁　病

一回性内因性躁病は、一回性うつ病に比べると数の上ではとても少ない。いったい真正の一回性内因性躁病が存在するのかという問題は、今のところまだ未決定であろう。

I

いずれにせよ、われわれの資料の中で青春期での一回の発病が「躁病」と診断されたのは11例である。

まず発病年令を確認しておこう。すでに述べたように躁病の発病は、16歳から22歳までであ

る。

ではこの躁病の症候論はどうであろうか。病歴からの症状を無選択に引用すると次のようになる。すなわち激しい観念奔逸、ものすごい談話心迫、荒々しく衝動的な興奮、幻覚、緊張病性運動、しかめ顔、空虚な運動心迫、単調な歌唱、騒々しさ、陽気な爽快さを伴わない叫び、突然の号泣、ののしりの発作、恍惚状態、幸福感、児戯的傾向、夢幻様病像。

3～6ヵ月後には、興奮は次第に弱まっていき、しばしば軽い抑うつ性の後動揺を伴う。退院の時点では、患者はむしろ活気がなく、戸惑いの色を示し、正しい病識はなく、あたりさわりのない態度、全ての行為にわたる薄いヴェールをまとったような疲労と鈍さがみられる。

体型は次のように分けられる：

細長型 …… 4例

闘士型 …… 3例

肥満型の混合型 …… 2例

不明確で非特徴的な型（細長い顔、幅広く短い手、頑丈な体格と長い頭） …… 2例

病歴に列挙されている病前の**性格特徴**は以下のようである。過敏、優しい、善良、無私、熱狂的、我慢強い、精力的、明朗、親切、臆病、まじめな人生観。つまり以下の点がきわ立っていることになる。強力性の傾向、熱狂的な色彩を帯びた明朗さ、人生に対するある種の真剣さと、臆病な過敏さを伴った優しさ。　ところで本当に例外なく一回性の発病なのだろうか。

5例は、17、19、21年後に再発している。

病歴に記載された診断は、その経過を次のように表現している。

「せん妄性躁病、早発痴呆を否定できず」「錯乱躁病、妄想性痴呆」「緊張病」

最終的な予後は、重い荒廃あるいは欠陥となっている。

その他の人は健康を保っており、結婚をし、一部は責任ある職業についている人もある。なぜ一方の人々は健康に過ごし、他の人々はたとえ十数年後とはいえ再発して分裂病性の荒廃にいたったのかについての確かな手がかりを、われわれは見い出すことはできなかった。一部は、後に荒廃に至る症例で、分裂病性遺伝負因がより大きいように思われるし、他方の健康にとどまる例では、内因性の病像の中に心因性を認めさせる場合が多いようである。しかし、それも、予後の決め手にはならない。

II

ごく簡単にではあるが、ここでさらに**外因性**要因と関連のある一回性躁病の可能性について述べておこう。周知のように Bostroem は、この問題に対して一連の重要な観察を行った。私自身の資料には、多くの点で Bostroem の観察例に近く、さらに Kleist、Pohlisch 等によって詳細に記述された多動性運動精神病にも一部あてはまる症例が3例ある。

われわれの症例の外見の病像は、まさに中毒の経過を思わせる。すなわち、意識混濁、錯覚性体験、幻視、舞踏家風の戯れのような運動傾向、緊張病型の傾向などがみられる。気分はおおよそ躁病的であり、強度の外的転導性、談話運動心迫などがみられるが、しかし、これらは全てひどく常同的で単調である。

各症例とも外因性の病原が明らかであり、肺結核、産褥、丹毒などである。

体型は、無力型1例、闘士型1例、肥満型優位な型1例である。

むろんこの種の外因性要因は、内因性**周期性**躁病の際にもっと頻繁にみられる。つまり、外因性要因がひとつあるいはそれ以上の病相の発現に関与していたり、時には内因性の経過の中でより外因に規定された病相が現れることを経験する。外因性の発病が唯一回だけしか現れないのは、むしろ稀でさえある。

同様のことは、躁状態の出現に際しての反応性ならびに心因性の要因にもあてはまる。周期性躁病に関する章を参考にしてほしい。　（西尾　幸一）

第　2　節

周期性・内因性感情病

第10章
二回性うつ病

二回性うつ病は多発性うつ病に対してある特殊な位置を占めている。

どのような人間が一生のうちに2回うつ病になるのだろうか？　主に女性である。76例の二回性うつ病のうち女性は53例で、男性は23例のみであった。

体　　質

1．彼らは肥満型の体型を有する。
2．彼らは陽気で、あたたかい心の持ち主であり、感動しやすく、勤勉・有能で、活動的、誰にも好かれており、単純で快活、決断力に富む一方、涙もろい。それ以外の人ではむしろ穏和、もの静かで、内的な快活さをあわせ持っている。
3．彼らは典型的な循環性の遺伝負因を有している。

疾　　患

初回のうつ病の大多数は20歳頃に発現するが、それらは何らかの出来事と結びついて反応性に生じることが多い。婚約時代、婚約の解消、初回の産褥期、近親者の死あるいはその他の家族的不幸がしばしばうつ病の発現と時間的に一致してみられる。

これらの初回のうつ病はたいてい軽症で、経過も良く、時には在宅のまま病相が終結することもある。制止と単純な悲哀が中心にあるが、その際に強い不全感や不安感もみられるのが常である。8～10週後にはたいていみな回復する。気分変調が残存する場合でも、それは環境変化、小旅行、田舎に滞在することなどによってとり除かれる。この初回のうつ病の予後が、何らかの形であれ、面倒になることはほとんどない。

2回目の「大きな」うつ病が出現するのは45歳と55歳の間である。なお、**中間期**にはさまざまな種類の心的負荷、罹患、苦難が生じても、気分変調が出現することはない。

臨床像をみると、生気的制止や単純な悲哀が欠けることはない。またそれらの上に、複雑で

ないが、定型的な抑うつ観念の世界が構築されるのが常である。その際に重苦しさ、いったいどうなるのだろうかという不安、単純なメランコリー性の貧困・罪責念慮、自己無価値観念、日内変動、胸部の圧迫感や便秘などの症状がいつもみられる。非定型的な症状形成が強くなることはない。

しかし、時にはヒステリー機構が単発的にあるいは短い病期として出現することがある症例によってどうしてそのような差異が生じるのかは不明である。Mayer-Gross の意味での性格露呈がそれに関与しているのでないことは確かである。少なくともこれらの症例では、ヒステリー傾向が疾病によっておおわれていたにすぎないという見解は受け入れられない。上述した範囲内でヒステリー傾向が出現しても、それは予後の悪化を意味しない。

経過予後の上での合併症はこの型のうつ病ではたいして問題にならない。悪影響を及ぼすのは、器質的な心疾患や他の原因で代償不全をきたした血管系の存在である。

その治癒は一般に外的な影響とはほとんど関係がない。その病期の平均は5～6ヵ月であるが、退院までの期間がその平均的な病期を数カ月も超過する症例がしばしばある。それは必ずしも内因によるのではなく、すでに経過したうつ病が心因によって尖鋭化したためと考えられる。厳密に観察すれば、外面的には、この時期では本来の内因性症状は姿を消している。生気的制止、素朴な話し合いへの欲求、つつましく、感謝の気持を失わないあり方などはもはやみられなくなり、代わって、多くの愁訴、過度に抑うつ的な外見、不平、愚痴、願望、家族に向けた絶望的な手紙、偽りの、わざとらしい自己批難などがみられるようになる。

これらの気のやさしい女性の場合、心理的要因は彼女らの結婚状況の中にしばしばひそんでいる。彼女らは50歳位の年齢に達しており、子供は成長しているものの、まだ妻としてあらねばならないところが多い。すなわち、彼女らは自らの欲求と仕事を重視する夫の愛情 —— 性生活から離れた愛情 —— との間にしばしば不調和をきたしており、それが時に苦痛になるのである。うつ病に罹患する前はその感情は仕事などで代償されていたし、強い母親の中にも昇華されていた。それがうつ病に続く苦しみの中で彼女らには人生における損失としてコンプレックス様に体験されるのである。あるいは別の要因として義理の娘や息子の友人に対する抑圧された嫉妬心がみられることもある。次ぎに男性の場合であるが、彼らは50歳位の人によくみられる職業上の不全感に陥っていることが多い。つまり、それは本質的には40歳代の男性に普通にみられる心因的な作用点である。それらはうつ病の発病にはほとんど意味をもたないが、場合によっては病相終結時に病因的な影響を及ぼす。

ここでは適切な時期における理性的、自然かつ率直な対話がとても役に立ち、みかけ上の内因性うつ病の糸をたち切ることがある。

かくしてわれわれは、うつ病の経過が治療的な影響を受けるのかという問いに到達したといえよう。うつ病の発現が更年期にほぼ一致していることから、まず最初にその治療が考えられる。また彼女らの病歴にはしばしば更年期うつ病の診断が書きしるされていることがある。しかし、われわれからみると、このグループではその診断に固有な意味があるとは思われない。まして更年期に病因的役割を、あるいは病像形成的役割だけであっても、賦与する見方にはなおさら意味がない。というのは、その見方を裏付ける有用かつ定型的な徴候はみられないからである。われわれの見解では、他の更年期の精神障害でよくみられような症状・経過の特徴は何一つないし、また Otto Kant が「退行期精神病性の不安機構」と密接に結び付けた「退行期精神病に特異的なことがら」もみられない。もちろんここでは更年期の正常な身体的・精神的

影響すら平均的以上には認められない。

より本質的と思われるのは、ここでも、気持ちを静め、和らげる治療から元気づけ、刺激を与えるそれへと切りかえる適切な時期に注目することであろう。早期退院は本来の疾病経過にはさほどでもないが、治療という最終的な成果には不利に作用する。この種のうつ病者の回復は —— 他のうつ病の型（後述）に比して —— 病院の保護の下で治療した方が在宅でのそれよりもずっと早くまた比較的よく安定化してくる。とりわけ入院治療の期間をうつ病それ自体の期間よりも長めにとることは、反応性の後動揺の予防に役立つ。

第11章
多発性うつ病

3回ないしそれ以上の明確に区別される病相、しかも重篤なそれを有する周期性うつ病は比較的まれである。また病相が長期化しながらも、人生の経過の中で何らかの形で慢性化しないうつ病は特に稀である。

肥満型の体型を有する周期性うつ病は36例であり、その中で2つの群が目立っている。

I

第１群のうつ病は10～30歳代に出現し、その後は次第に再発しなくなる。

そのような周期性うつ病を呈する肥満者は以下のような特徴ある目印を有している。

１．情緒面の著しい不安定さ。

２．明らかな抑うつ反応準備性。

３．個々の病相における内因性の深さが比較的浅いこと。

情緒面の不安定さはあるものの、彼らはKurt Schneiderの意味での気分不安定な精神病質者とは何ら関係がない。

むしろ彼らは、特定の型ではあるが、明らかな循環気質に属する。彼らは自ら活発かつ陽気であるというよりも、のせられ易く、自分自身に夢中になり、容易にある種の悲哀感に陥ってしまうのである。彼らの生活感情はまず第一に彼ら自身の内に根ざしているのではなく、環界および外界に強く左右される。もし周囲の人々が彼らに親切であり、責任を負ったり決定や決心を迫られることなどがなければ、つまり、面倒で軋轢の多い状況がそこになければ、彼らは本当に快活で、悠々としていられる。その際、彼らは行動を共にするが、自分で自分を引張ることはあまりない。彼らが必要としているのは励ましの言葉、元気づけおよび共感である。けれども、それらは過剰になり易い。というのは、彼らは一定のテンポを越えられないからである。結局のところ、毎日の生活が彼らをいつも少しいらいらさせているのである。

彼らは悲哀に陥り易いが、彼らの「定型的な予め形成された抑うつ症状群は、Kretschmer の言によると、悲哀と制止感情から成り」、さらに軽度ではあるが、敏感性の苦悩をしばしば伴う。

それゆえ、これらの患者の**うつ病相**はたいてい**内因性と反応性**がいりまじっている。この事実は、予後を考える上でとても重要であり、それはまたこの周期性うつ病の**経過と転帰ばかりでなく、その出現の有無も内因によってのみ規定されているのではない**ことを指し示している。

そのことによって医師がさまざまな形で経過予後に根本的な影響を及ぼす余地が生じている。そのうち幾つかの可能性のみを挙げよう。

1．特殊な負荷要因を除去し、生活状況を個人の平均的な行為能力に合わせること。

これは個々の病相の治療における一つの重要な要因であり、とりわけ予防的な意味も有している。その意味を理解するには、これらの周期性うつ病者が属している**社会層**に目を向けることが役立つ。すなわち、彼らの多くは下級公務員（機関士、保線係、税務官）と高級公務員（裁判官、教師）であるが、中級公務員は散発的にみられるにすぎない。

この群の女性患者は小さな農家、商店に嫁いでいる。そしてそれらの職業状況の中にしばしば**特異的な負荷要因**がある。すなわち、毎日のように決定や決断を強いられること、責任、上司、部下、同僚、規則や条項、文書、期限、業務上の危険などがそれである。

生活状況の修正と秩序づけ、すなわち、生活状況を個人の行為能力にできるだけ適合させることは、見かけほど、必ずしも常に困難とは限らない。仕事の技法や同僚との仕事の分担を少しかえること、他の権限を引き受けること、上司との話合いなどで充分なことがしばしばある。とりわけ最大限の行為能力を発揮してしまうことは通常避けなければならない。予め形成された症状群を発動させるのは、決断を強いられることのほかに、可能な限界まで仕事と課題の負担がかかっているという感情を持たされることである。

2．慰めと気晴らし。

われわれは激励ではなく、気晴らしと慰めが大切であると強調する。彼らはもとより落胆しているのではなく、特有な様式の悲嘆・制止の状態にある。しかし、真心や共感のこもった理解ある話しかけという精神的援助がもはや及ばないまでに抑うつの度合が深くなっている症例はきわめて稀である。そのことは、はじめにあげた第3の標識、つまり、内因性の深さが比較的浅いという認識にわれわれを導いている。

そのことはそれ自体すでにある種の内因性がそこにあることを物語っている。ただこの型の周期性うつ病では、一回性うつ病の場合と異なり、一般に基本的な、つまり。「中枢性に統御されている」（Lange）身体的障害が第一にあって、それから障害が時に心的な上層にまで到達するというのではない。むしろ逆である。この型のうつ病は精神的・反応性に始まり、それが次第に生気的な深層へと下がっていく。かくして反応性に始まったうつ病はいずれもある時相で純粋な内因性疾患となる。

上述したことから、あらゆる反応的な事柄とは無関係に、ある時点で治療は生気障害を目標としなければならないことが明らかとなる。ただ一般に生気障害を重視する時期は短くてすみ、まもなく刺激と活性化を主とする治療を開始することができる。

この型の周期性うつ病者、しかも肥満型の症例の経過特徴として、はじめに述べたように、40歳以後に病相が出現しなくなることがしばしば観察されるが、それについて今少し述べてみたい。それらの症例の個人的な病後歴は、内因により規定されるところを除くと、その注目に値する経過特徴についていくつかの解釈を可能としている。すなわち、40歳以後にうつ病相が生じなくなることは以下の要因によって相互に規定されていると考えられる。

1．日常生活がその時その時の固有なテンポに次第に適合していくこと。

2．生気的な面の成熟化と安定化。

3．抑うつ的な反応準備性の減衰。

どのようにしてその適合は行われるのだろうか？　本質的には、治療的および予防的な可能

性としてすでに述べた視点に従って行われる。

それに加えて興味深いのは、患者自身および家族の言によって証明されるように、歳月を経るなかで、つつましい、しかし自立的な生活感情が形成されると同時に、抑うつ的な反応準備性が目立たなくなるという観察である。これらの治療した周期性うつ病者の場合には、明らかに、時とともにより恵まれた全体状況が生じている。私見によれば、この全体状況は内因とともにそれ以後のうつ病が生じなくなることの一因となっている。なぜなら、うつ病が40歳以後も生じてくる症例の場合、このようなより恵まれた状況の布置が成立していないのをわれわれはみているからである。

II

肥満型の体型を有する周期性うつ病者の第2群では、初回のうつ病相は第1群でうつ病相が生じなくなる年代で出現してくる。

彼らは発病前までは、どちらかというと、**快活**であるが、その場合でも一回性うつ病者にみられるようなメリハリはみられない。うつ病に前駆する、精神的・反応的要因は何も証明されない、とてもいらいらしやすい状態がみられることが多い。身体的状態は一般に不良である。睡眠、食欲、便通などは障害されており、表情もすぐれない。うつ病それ自体は一般に「中枢により制御されている」生気障害の単一な症候を呈するが、制止が高度となり、全くの昏迷に至ることも稀ではない。重要なのは、初回のうつ病相の**治り方**である。それは、われわれの考えでは、その後の経過を他の要因とともに本質的に規定している。すなわち、活力がもはや完全に回復せず、生活感情にひびが入り、その欠陥が持続し、それによって再発の準備性が高まることがある。

生活感情のそのような不完全な回復が直接明るみに出ることも稀ではない。つまり、患者は年老いて、弾力性を失い、疲れ易く、仕事もきびきびとやれなくなり、もはや自我と外界との確かな統一がとれなくなる。

しかし、一部の症例ではそのような障害は最初はみられない。むしろある種の**見せかけの活力**が生じるが、それを見破るのはそう容易ではない。ただ注意深い観察者の目につくのは、みかけ上の快活さや活発さがどうのように急激に低下し、疲労や疲憊が生じるのか、それらの背後に平常とは異なる緊張がどのようにあるのか、ある種の消耗がどのように始まるのか、などである。

うつ病相は1～5年の間隔で繰り返し、50歳代までおこりうる。個々の病相終結はしばしば明確で、遷延化し、1～2年あるいはそれ以上にわたり持続することがある。

III

次に述べる17例の周期性うつ病者は体型と病前性格、および、初発時期のいずれにおいても上に述べた2群とは本質的に異なっている。

彼らの性格ははっきりと次のように描写される。すなわち、とても内気、静か、無口、控え目、情にもろい、気が弱い、くよくよ考える、とても良心的、過度に几張面、信心深いなどである。

体型をみると、四肢はきゃしゃで、細く、長い。性的発達は遅い。

家族像は著しく異種性である。つまり、陽気で、思いやりのある母親、厳格で、頭がかたく、独裁的な父親、こせこせした考えをもつ祖母とか、10年もの間「とても奔放」だった伯父などから成る。

初回のうつ病は16～18歳で出現する。その臨床症状はたいてい単一で、あまり生産的でなく、自己無価値観念、不安、抑うつ気分、行為能力の喪失、不安夢、内的不穏とその日内変動などがみられる。症状の改善および治癒には約３ヵ月を要する。その後の経過はさまざまである。一部の症例ではうつ病は何年も生じない。そして20歳中頃に2回目の気分変調が出現する。それは稀ならず家族の罹病などの様な不幸に引き続いておこり、不安、宗教的なくよくよした考えや自己非難、不眠、食思不振、頑固な疲労などを呈する。１～２年後にはもう３回目のうつ病が生じる。患者は家を出奔し、本気で自殺を試み、不穏状態で病院に連れてこられる。すべて真暗闇で、光がない、昼も夜も苦しめられる、地獄だ、毒を盛られている、性病だ、コレラに罹患したなど。

行動は制止されていると同時に、拒絶的でもある。彼らはとても苦悶感が強く、不安気で、おちつかず、いらいらしている。

この3回目のうつ病は２～３年も持続することが稀ではない。慢性のうつ状態が形成されなければ、徐々に治癒に向かう。

他の症例では初回のうつ病に続いて毎年のように、主に秋に気分変調が出現する。すなわち、不安にいろどられた抑うつや意欲低下、強迫観念、困惑を伴う制止や苦悩を伴う決断力の喪失などが約２～３ヵ月間持続する。

上述した2つの経過型では30歳頃が分岐点となる。すなわち、その後にうつ病は出現しなくなるか、慢性の衰弱状態に移行するかのいずれかであり、後者の場合には緊張病性の欠陥状態との区別がとても困難となる。

IV

そして最後に周期性うつ病のもう一つの型であるが、これは予後との関連でとくに注目に値する。この型のうつ病は40歳頃に初発するが、女性、とくに気うつで、くよくよして融通のきかない女性に多くみられる。彼女らは気むずかしい血筋の出であることが多い。体型をみると、肥満型の要素が顔、頭蓋の形、体幹、手などにみられるが、あまりはっきりせず、さまざまの異質な要素がからんでいるといえる。発病する前までは彼女らは働き者で、良心的、節約型の家庭の主婦であり、子供も多い。うつ病は不安にいろどられた自己関係づけや妄想観念で始まるのが常である。たとえば、近所の人達から迫害される、以前からどうもおかしい、人々が扇動されて自分を敵視しているのではないか、殺される、1000年も深い穴の中に閉じ込められるにちがいない、死ぬこともできない、世界中の人に対して罪を犯してしまった、みるにたえないほど自分は醜い、子供を食べてしまうにちがいないなど。何日もの間彼女らは身動きすることなく、周囲に無関心で、おし黙ったまま、絶望的な表情でベッドに横たわっている。かと思うと、不安・興奮が高まり、看護婦につかみかかったりする。このようなうつ病は１～２年では完治せず、数年後にようやく健康になって家に戻る。そして50歳近くになって、気分変調が再発する。彼女らは怒りっぽく、過敏、いらいらしやすくなる。ある日、強い不安と衝動的な

自殺企図を伴う興奮状態が突発する。地下室で子供が殺される、人々がとても残酷に苦しめられており、虐待されている、食事の中に毒、汚物、糞便が入っている、土地は使いものにならなくなり、餓死しなければならない、昼も夜も気持ちが安まらない、何の感情も持てない、永久にだめだなど。

彼らの行動は反抗的で、接近しがたいが、再び制止が前景に出ることもある。表情は、ある時はこわばっており、不機嫌で、かたく、またある時は心配気で、抑うつ的、助けを求める顔つきとなる。数カ月間にわたり昏迷や拒食が、高度の運動不穏や過度の大食と交互に出現することがある。

この疾患の病期はとても長く、２～３年はざらで、もっと長期間にわたることもある。

この群の13例の女性のうち９例は再び健康を取り戻した。そのうち5例はその後間もなく同じような状態に陥ったが、比較的短期間で完全寛解している。個人的な病後歴の調査によると、その場合でも気むずかしい面が顕著だったり、はじめは小心な面がみられることがある。しかし、それはいずれ消失する。４例では改善がみられず、妄想形成を伴ううつ状態が持続したままである。彼女らの現在の診断は妄想型精神病である。（迎　豊）

第12章
周期性躁病

I

われわれは、躁病と診断された76人の患者の中に、人生曲線からみて狭義の躁うつ病の意味での真正の周期性躁病と認め得る9症例を見い出すことができた。彼らは

１．体型的に肥満型である。

２．素朴で陽気で複雑でない人間である。

３．古典的な循環病の遺伝負因を持っている。

最初の躁病は、たいてい18歳から22歳までの間に始まり、しばしばほんの数週ないし数ヵ月間続く。病像は稀ならずきわめて激しい。それは、激しい運動性の現象のためである。それにもかかわらず、この躁病は、子供じみて馬鹿げた浮かれ騒ぎの増強の範囲にとどまっている。

第２、第３、場合によっては第４回の躁病相が１～３年の間隔でおこる。その後、30～35歳頃を最後として現れなくなる。

これらのより遅い病相は、思春期によって強く病像形成的に影響されている第１回目に比べるとさほど重くないことが多い。高揚した陽気さと奔放な有頂天のかなり純粋な病像が認められる。それは、間もなくより怒りっぽい、あるいは、より鈍感な色合いをおびていく。しかし、好感のもてる躁病であることに変わりはない。すなわち、不愉快な徴候はほとんど完全に目立たなくなる。それぞれの病相の持続期間は数カ月を越えることは稀である。

付言すれば、数時間ないし数日間で、それ以上長くはならないものの、抑うつの後動揺が出現することからみて完全に純粋な躁病はありえない。

II

一方、30歳代に初発する「周期性躁病」の一型がある。その最も本質的な気質特徴は典型的な循環気質である。すなわち、陽気、社交的、**活動的**などである。最も重要なのは活動性である。これは、飛躍的で、変わりやすく、軽度の緊張と、過度の活動性からなり、格段にきわ立った特徴である。

さて、これに該当する全部で11人の患者は無力型か細長型の体型をしている。肥満型はどの症例にも確認されない。

経過は非常に特徴的であって。6年以内に約8回の入院がなされる。ここに、ある病歴簿に記載された入院年月日とそのつどの病名を例としてあげておこう。

第1回入院、1917. 3. 8～1917. 5. 21　診断：「躁病」。
第2回入院、1917. 11. 18～1918. 3. 27　診断：「非生産性躁病」。
第3回入院、1918. 10. 6～1919. 3. 8　診断：躁病。
第4回入院、1919. 8. 8～1919. 12. 6　診断：「周期性躁病」予後良好。
第5回入院、1919. 12. 9～1920. 6. 26
第6回入院、1920. 12. 21～1921. 7. 2
第7回入院、1922. 2. 9～1922. 6. 30　診断：分裂気質傾向をもつ「周期性躁病」。
第8回入院、1923. 11. 12～1924. 5. 19

その他の患者の経過曲線は、病相間歇期がたまたま1～1年半と長く、それによって病相の回数がいくらか少なくなることを除けば、全く同様である。6～8年後では、病相はやまず、たいてい最終的な治癒にはいたらないが、われわれの患者の約2/3ではそれ以上の病相はもはや出現しない。病後歴によると彼らは完全に治癒していた。

まだ、この種の周期性躁病の症候論を示唆することが残されている。運動性興奮、観念奔逸、空虚な活動性、談話心迫、動機のない児戯的な笑い、時折のしかめ顔、不快な悪態発作、わざとらしい傾向、活動心迫、滅裂、時々のすばやくて唐突な大笑いと号泣の交代をしばしば認める。

III

「周期性躁病」のさらに別な種類（21症例）は、体型的に著明な肥満型成分をもつ混合型として表現され、40歳前に発病することは稀である。これは次のような現れかたをする。

41歳「狂乱発作」
45歳「錯乱躁病」
49歳「躁病、緊張病」
52歳「慢性躁病」、妄想性痴呆、「誇大パラフレニー」

症候論の問題がまだ残っている。病歴簿に記載されている診断は、これらの周期性躁病の症状と経過像を症候論に劣らず正しく描いてくれている。それらは、多くの場合、肥満型の体型であり、軽躁的な色彩を帯びた誇大パラフレニーの領域へと向かう移行型を形成している。同様に、それらは、近年体質論的に厳密に研究されている周期性緊張病へとつながっている。

（西尾幸一）

第13章
躁およびうつ病相を併せもつ周期型

これは躁うつ病周期型の中では最も多く、予後は最も悪いものである。

I

予後が最も良好な病型では、本来の意味で病気と受けとられるのはうつ病期のみである。それに対して躁病は、力と健康感の高揚、生命感情と幸福感のたかまりを伴う時期であり、この種の患者は正常時には全く軽躁状態を示すことはないだけに、躁状態は快適なものと感じられている。

この群に属する24例は、肥満体型で、どちらかといえば循環気質の中ほどの気質を示し、気分変動は強くなく、気分の極期もはっきりしないのがふつうである。

彼らにとって人生最大のアクセントは病期そのもので示される。すなわち、最初のうつ病は軽躁性の後動揺を伴っており、20歳頃に現れる。第2回目は30歳の初めに、多分、上に述べたような性質の「躁病」が現れる。第3回目は40歳過ぎに現れる深い抑うつである。それぞれの病相の症状と経過は複雑ではなく、単純かつ明瞭である。間欠期と後半生は健康かつ正常であり、何ら目立つ点はない。

職業は、職人、小官吏、店員、営農家、主婦などであり、彼らの堅実でユーモアに富むセンス、親しげな表情などは固有のものである。

II

以上をもって肥満体型をもつ躁うつ病型が論じつくされたわけではない。次に例をあげよう。

a)

症例の一部（15例）は病像と経過の点で循環気質に近い点に特徴がある。また、一生を通じて頻回の軽症のうつと躁ないし軽躁の病相が短期間現れる。予後とりわけ社会的な予後は、外因性および状況因性の要因（アルコール中毒、結婚など）によって複雑に影響を受ける（後述）。

b)

他の比較的重症な経過をとる群（9例）は肥満体型を有しており、この例の躁病相は意識混濁、誤認その他「せん妄」「錯乱」性の症状などのような、好んで明らかな「器質性」の形態を示す。

しかし、重症型にもかかわらず、経過と予後は良好である。個々の病相期間は比較的短く（数週間が多く、時に数日間）、重症型は次第に軽症型へと移行していく。一般に初発は20歳過ぎ間もなく、あるいは40歳以後になってであるが、後者の場合の最終的な予後は年齢の影響を受けて容易に錯綜する。

これらの患者達は間欠期には、やや鈍重でどっしりした真摯さを示し、疲れを知らぬ労働力をもっていて、一般に温情あふれ、人嫌いではなく、周囲の人達から高く評価を受けている。彼らの多くは健康時には稀に危機的な爆発性や無動機の興奮性を示す傾向があり、それは、患

者本人には自分の性格とは無縁の身体的な障害と感じとられている。このような主として身体的な性質を帯びた症状の軽いものは、知識のある家族によって時折観察されている。それは、身体的な落着きのなさ、顔面の張りのなさ、緊張した表情、神経質な顔面の落着きのなさ、強い口渇、食欲不振、睡眠障害などである。そのような身体的な素質がこの種の躁病の重症型の発来をもたらすこともありうる。他の2例では、循環病の負因の他に外因反応型の家族負因を有しているように思われた。重症躁病の発作をもつある患者の男性同胞は、肺炎に引き続いてアメンチアタイプの古典的な外因性精神病に罹患し、他の1例では女性同胞が産褥精神病にかかっていた。

III

以下の11例の女性患者では、病前性格と体型が、すでに躁うつ病性素因から大きく外れている。つまり、体型的にはまだしも軽い肥満型の要因を示唆しているものの、本質的には異質な要因とりわけ無力型・細長型を示しており、加えて神経症的な症候群（バセドウ病様の徴候、反射や植物神経系の機能不全）や発育不全の多いこと（とくに男性化傾向）などを伴っている。

病前性格についてみると、きわめて不安定、心弱く、熱中しやすく、有頂天になりやすい、暗示にかかりやすい、いささか誇張された煩悶をする傾向が強い、迷信家などの傾向をもつ。

初発は30歳頃がほとんどである。病像は奇矯で興奮しやすい状態、ひきつった笑い、興奮、多弁衝動、泣きと笑いが絶えず交代するような気分の動揺、好色的な振舞などを示し、診断は「ヒステリー性精神病」「躁病」などとつけられる。予後は良好であり、状態は消退するものの、次の年になればまた再発して、気分爽快、運動不安、時には錯乱や強い多弁状態を示す。そして、その時の病期は1年以上も続く。再び健康状態に回復するが、今度は前よりも短く、2度目の再発が訪れる。それは意欲喪失、無気力のうつ状態で始まるが、特有のヒステリー・緊張病性運動・幼児症の傾向などが目につく。そのうちに多弁・歌唱・運動不安などを伴う興奮が何時間も続く状態になる。

次いで稀ならず2～3年間に及ぶ比較的長い間欠期が続き、家庭生活では変調を示すこともなく経過するが、身体的な障害（胃障害、心悸亢進など）のために治療を受けることとなる。そのうち、ある日またもや充ち足りた微笑を浮かべ、従順だが好色的な状態で精神病院に運ばれてくる。そうこうして1年ほどが経過し、40歳に達して一種の持続状態に入る。この種の老嬢には療養所の年金生活者病棟でお目にかかることができる。彼女らは親しみ深く、気取った乙女という風情で、そわそわと落着かず、いつも何となく何かをしている。ヒステリー性で、色っぽく、やや躁気味で、何となく欠陥性でもある。彼女らは子どもっぽく泣いたり、駄々をこねたりして、抑うつ・気乗りしない態度で、物思いにふけったりもする生活ぶりである。

IV

次の17例は古典的な循環病性の症状と全く非定型の素質構造とが結合しているために、予後の点できわめて興味深い資料を提供してくれる。

目につくのは明らかな無力性の、極めてか細い体型であり、加えて変質性の、きゃしゃで「神経質な」手、蒼白い肌などの兆しがみられる。また、性器不全、幼児症、発育不全、男性化、

女性化などの徴候がちりばめられている。この群の２例の女性患者は男性化徴候を示していて、狭い骨盤、あごひげ、乳頭部の発毛、低音の声などを示し、１人は積極的な、そしてもう１人は比較的潜在性の同性愛者であった。力強い闘士型で、軽い先端肥大症の徴候を伴っている場合もある。

これらの症例の病前の心性は循環気質が唯一の特徴といえばいえるものであり、ほとんどの場合、非定型的な色彩が強いので、注意深い観察者であればその異質性は見逃されないほどのものである。最も早く現れるのは気分亢揚性の精神病質によくみられる像によく似ている。その他、クレペリンが記載した躁性・易興奮性の素因を想起させるものがあり、強い神経質、過剰な活動性、特異なエキセントリックな性質などが目立つ。これらの症例の遺伝歴には、躁うつ病のほか、近親結婚、犯罪、飲酒嗜癖などが証明される。さらに、注目すべきは、重症の肺結核や癌の頻度が高いことである。

最初の発作は20歳の直前ないし間もなく（30歳と40歳の間の初発は少数例のみ）であり、症候論的には純粋のうつ病で３～４ヵ月の持続期間である。その翌年には典型的な躁病が現れ、それもまた――短い抑うつ性の後動揺が続くことはあるにせよ――治癒におもむく。それ以前には診断に疑問が生じていても、この時点になれば診断も予後良好であることも明らかとなっている。やや長い間欠期の後に、ごく短い発作が続き、その後、終極的には健康な間欠期つまり病期の終了も同然となる。同じく病像も次第に躁的色彩が強まってくるが、強い興奮のニュアンスが欠けることは稀である。この点は、この種の患者の一生を通じて特有であって、従って診断は、「興奮躁病」（gereizte Manie）とされることも多い（次章を参照）。

この最後の病型は、その予後の点からみて、次の章に述べられるものと同系列であるので、詳述は次章にゆずる。（市川　潤）

第　3　節

主として慢性経過をとる内因性感情精神病

この節では、発病当初から、あるいは後になって慢性的な経過をたどった、いわゆる躁うつ病について論じる。これらの症例はそのほとんどが大学病院ではなく精神病院の症例である。つまり、多数の新鮮例が入院する大学病院の症例は入っていないので、精神病院の中でのいわゆる躁うつ病の病像が示されることになる。しかし、病後歴によれば精神病院以外の症例の場合、つまり家庭、養老院、救護施設などの例では、主として抑うつ的な色彩をもつ慢性例が見い出される。

この節では予後の問題が最も重要である。われわれは次に示すこれらの症例を臨床症状に基き、まずさしあたり、うつ病型と躁病型とに大別する。

第14章
慢性うつ病

I

最初に躁うつ体質を有する11例の慢性うつ病をとりあげる。それらの症例の体格は本質的に肥満型であり、時に顔や身長、あるいは手の形などが、それぞれ形成不全を示していることがある。

病前の気質特徴には素因がさまざまな比率で混じていることが証明されるが、実際の性格は、先ず第一に、気の小さい、抑うつ的な、生気に乏しい素質が目立つ。女性患者は「すでに婚約した」状態にあるが、結婚を前にして不安を抱いている。男性患者は保護された地位にあって、役に立つ何でも屋さんとして勤勉に働いていた。彼らは時々床についてしまって数日間働かないことがあり、その後特に無気力で弱音をはくようになってしまうのだった。

はっきりしたうつ病は、45～50歳の間にたいていは単純な症状をもって現れてくる。彼らは疲れはてた様子で、一部は意気消沈して座りこみ、一部は周囲に無関心であり、一人ひそかに呻吟し、時に不穏になり興奮したりすることもあるが、じきに再び唯々諾々とした無気力状態に逆戻りしてしまう。彼らは低い声で心気妄想や微少観念や自己告発を述べる。時と共に固有の抑うつ症状はますます色あせ、患者達は病棟の中では勤勉に静かに仕事に従事するようになるが、もはや最終的な回復には至らない。彼らはひとたび古い環境や職務から引き離されると、そこからの帰路が分からなくなってしまい、精神病院やホームの中での静かで小さな場所以上のものを望まなくなる。

II

無力性更年期メランコリー（12例）の一種があり、その構造は全く異なっている。それらの症例は、いずれも躁うつ病圏から外れている。

彼らの体質は肥満体型ではなく、循環気質でもない。彼らはむしろもっとも純粋な形の無力型で、細長型の体型であり、病前性格は内向的で、時に神経質・不機嫌、稀ならず猜疑的で人嫌いである。

更年期は、進行性に発展していく心気・抑うつ・妄想性の持続的変化や身体的な衰弱をもたらす。

これら身体的、精神的な持続的変化が女性の30歳代後半にすでに現れるのを稀に見ることがある。触れておきたいのは、男性化を伴う無力型のひょろ長い体つきと、慢性の月経障害をもつ例であり、そのような例は、身体的更年期の早い訪れと、高度の緊張病性の状態とが引き続いて現れ、まず第一に緊張病と診断されるような例である。しかし間もなく診断はメランコリーに変更されなければならない。そして9年後の今日、依然として硬直したメランコリーの病像が続いており、経過の点を除けば精神分裂病の診断の可能性はない。われわれの考えでは、これらの症例は何よりもある種のメランコリー型の特殊な位置についての Bumke の見解を十分に証明するものである。

III

ここで Reiß が述べた体質的気分変調の一種について極く簡単に触れておきたい。なぜなら、

それが時として慢性抑うつとしての印象を与えることがあるからである。

われわれ自身の観察例14例は、全く変質性の素質を有し、狭義の躁うつ病圏とはほとんど関係がなく、その予後についてはどちらかといえば医学的であるよりは社会的なものである。彼らの体型は主として無力型、すなわち形成不全型で、極く稀には過度にほっそりした細長型を示す。彼らの性格特徴は、敏感・精神衰弱・強迫神経症性の資質に近い。

時にこれらの症例を慢性抑うつと判定することがあるのは、必ずしも誘発要因が認められなくても個々の例で抑うつ現象が特に優勢に持続してみられることがあるからである。しかしながらより詳細に吟味すると、たいていの症例で実際には抑うつ状態を支えている不幸な外的持続状況があることに気づかされる。

第15章
慢性躁病

慢性躁病は精神病院のいわゆる「躁うつ」の症例の中では、最も活発な例として目立っている。しかし、これらの精神病院の躁病患者は、その外的症状が様々であるのと同様にその経過や症状の成立過程もまた異なっている。

I

このグループに属する19例は、厳密にいえば**慢性軽躁病**と名づけられるべきである。病院生活の中で彼らは、慢性的なひょうきん者という印象が強いが、その冗談は独創性に欠けいささか子供じみており、滅裂で使い古されていることが多い。軽躁病としての本質的な特徴はほとんど常に備わっているものの、次の点で異なっているのがふつうである。それは、例えば妄想的、好訴的、ヒステリー的、爆発的な特徴などである。彼らはNitscheの進行性躁病体質や特定の循環気質および体質的な興奮者などと近い関係にある。その他の主として軽躁・妄想型のタイプは、どちらかというとパラフレニー圏内に属する。精神病院での彼らは、軽躁的色彩をもった慢性の幻覚疾患としてとり扱われていることがある。

一般に重症の精神病発作は認められない。もし精神病発作が起こるとすれば、その時はしばしば大きな外からの影響、特にアルコール中毒、夫婦生活の混乱、経済的不幸、失職などが原因となっているように思われる。このような外的要因は、変質性の素質要因とともに、慢性化をもたらすことがあるように思われる。

しかしながら、この種の慢性「躁病」では、いろいろと異質な特徴があるにもかかわらず、真の気だてのよい軽躁的な色彩が支配的であるということを心に留めておかなければならない。

このような狭義の躁うつ病との関係は、肥満型の体型が多いということによってさらに強まる。

II

それに対して、本来の精神病性躁うつ病の末期状態における躁症状は、ほとんど常に親切、気だてがよい、多幸的という面を欠いている。その代わり、非常に怒りっぽい、不平屋、子供っぽい、あるいは爆発的などの傾向が前面に立つ。多くの症例で、躁症状のうち最も目立つ特徴は思考奔逸のみであり、常同性、単調さ、空虚さ、などが目立つのが常である。他の例では、「不安で泣きやすい、怒りっぽい、子供じみた朗らかさなどが絶えず変化しながら持続的に続く」(Kraepelin) ことが、循環病性の症状となっている。また他の例では、再三にわたり不規則な間隔で高度の躁的興奮を示し、その後では、不安で怒りっぽく荒れ狂わんばかりの不穏状態の持続と悪性の体重減少を伴う「悪態躁病」(Schimpfmanien) になる。一方、それらの症例は間欠期には完全に落ち着いてまとまりを示し、極めて静かで多少抑うつ的であったり、ある時はどちらかといえば戸惑いと抑止を示し、ある時は怒りっぽく拒絶的に見える。

経過をみるとそれらの症例は、たいてい循環性の病像から発展してきたものであり (13章IVを参照せよ)、もちろん、その症状は初めからうつ病より躁病の方が多い。循環型から慢性経過型への移行の時期は、おおかたの症例で特定できない。最初の一連の発作は、すでに20歳頃に始まるので、30歳を過ぎてまもなくすれば慢性の経過型といえることも多い。早期発病の少数例のみが一定期間周期的経過をとったのち、40歳代ないし50歳代に至るまで健康な間欠期をもった。それに対して最初の発病が40歳以後に初めて現れるような場合は、一般に慢性経過像もまた50歳から60歳の間に初めて明らかになるのである。それゆえに、この種の循環型が全快するか、あるいは終末状態に至るかを決定するには、ほぼ10年の期間を考えに入れておく必要がある。

上述のような性質の躁うつ病末期状態では、体型的にはいわゆる躁うつ病の体質の枠からまったく外れてしまっている。つまり、肥満的な要素はまったく消褪してしまっている。これらの群の31例では肥満体型は一例も認められず、むしろ非定型的な体型がもっぱらである。

このような意味で、一回型、周期型、慢性型を表面的に比較しただけでも、経過を形成する要因の多様性や多種性に気づかされる。大まかな評価をしただけでもすでにこのように多くのことが言えるのである。つまり、体質は急性か、あるいは慢性経過をとるかという予後の問題に対して重要な指針を与える。しかし、それも経過を形づくる他の要因との関連においてのみ言えることである。

しかしながら人格破壊のより深いタイプが現れるかどうかという問題に対して、予後を決定するのは体質型である。この点で躁うつ型圏内と同様に、精神分裂病においても、真の肥満体型 (注：単に体が大きいという体型ではない) を持った精神病は、予後的にはかなり良好であるという法則が通用する。個々の要因を注意深く詳しく評価することが、予後可能性についてのわれわれの知見をさらに本質的に深めてくれる。それは次章で述べられることになろう。

(大久保　健)

第　4　節

経過を形成する諸要因

第16章

肥満・循環型体質

躁うつ性の疾患類型では、肥満・循環型体質の証明は予後判定にどのような意味を有しているのか？　それが問いである。一般的に、この体質は一回性うつ病、周期性うつ病、慢性うつ病などの諸類型でみられるのが原則である。しかし、その出現頻度を算出すると、慢性型では非定型的な体質に比較してその関与の度合が乏しいことが示される。

純粋な肥満性・循環性体質が顕著な場合、躁うつ性の疾患類型ではある特定の統一的な色彩がみられるが、それはKraepelinの意味での狭義の躁・うつ病に相当している。その臨床的事実にも一つの本質的要因がある。

ここで次の問いに、すなわち、肥満・循環型体質やその亜型がそもそも疾病分類の領域と結びついているのか、この問いに手短かに触れておこう。その際、臨床像がはっきりし、病相が明確に区別される一回性および多発性の純粋な内因性躁うつ病を出発点とすると、次の2点がわれわれの注意をひく。

1．それらの症例の病前性格をみると、本来の意味での発揚性および抑うつ性精神病質者は比較的稀である。

2．それに対して健康で、目立たない循環性格者の頻度が高い。

もとよりそれでもって、重度の循環病質者も躁病やうつ病に罹患しえないといっているわけではない。ここではまず最初に健康な循環性格者が圧倒的に多いという事実だけを確認しておこう。その観察は、著者がみる限り、Kurt Schneider や Lange の経験と一致する。

さて、肥満・循環型体質者と一回性および慢性うつ病を比較してみると、その体質の中に、**予後**を考える上で、本質的と思われる問題点に出くわす。

それと関連して、45～55歳に出現し、病相が明確に区別される一回性うつ病（第8章Ｉ）の病前性格に立ち戻ってみよう。そこには深い**生気層**における素質的均衡が見出され、その均衡の上に「事物の中に生きること、それに没頭すること、共生すること、共感すること、同情すること」(Kretschmer)などがあいまって、**生活力および生活感情の堅固な壁**が形成されている。このことはわれわれには予後判定にとって本質的な意味をもつように思われる。いま少し具体的にいえば、**素質的均衡のまとまりと深さ、生活感情の壁にある裂けめや破れめを再修復するような柔軟な可変能力の緊張と弾力性、要素的な快活さに担われた存在、自己と外界との確実かつ自明な統一性などが本質的な意味をもつものである。**

われわれのみるところでは、肥満・循環型体質者の場合、躁うつ病の治癒は上述した弾力性と快活さ、その両者の性状と程度に本質的に左右される。というのは、肥満・循環型体質を有する慢性うつ病では、病前のあり方が確かに気持ちがやさしく、親切で、感受性も高いが、快活さという面は全く欠けているから。それに対して肥満・循環型体質の周期性うつ病者の多くは、平静で堅固な生活感情をもち、前向きでまとまりがあり、かつ個性的な可変能力を有するというのではなく、むしろ、循環病質の諸々の構成要素が不安定かつゆるく結びついており、生活感情は外界に左右されやすく、また「共に生きること、共に苦悩すること、共感すること」についてはしばしば非生産的、より消極的で、あまり一貫性がないといえる。それらの症例では時とともに、一部には外界の良好な影響の下に、生活感情の確実な安定性と自立性が生じることがあり、その事態が病相が生じなくなることに意味あるようにみえることがある。逆に、病相後に心的快活さがもはや充分に回復しない場合には、いつでも容易に新たな病相発現をき

たすようになる。

かくして躁うつ病者の場合、予後判定により重要となるのは、彼らに固有な、本質にある**単純性**である。もしそれがみられない場合は、実際に本来の、本質を構成している循環性の快活さを眼の前にしているのか、何らかの異なる様式の、別の構造の生気性ではないのか、ということを真剣に疑ってみる必要がある。

というのは、真の躁うつ病者は社会層がどんなに異なっても、一般にその本質をなす単純性と明快さを保持しており、それは一つの特徴ある、また一貫して認められる所見であるから。しかし —— 比較的高い社会層にある患者で時に認められるのだが —— 次第により複雑な性格的上部構造が発展することがあり、その場合にはほとんど常に可変能力、つまり、根本的な直接性と弾力性という点での自我と外界との自明な統一性がそこなわれる。疾病分類学的にみると —— われわれは Gaupp, Wilmanns らと共に確認しえたと思うのだが —— 単純性が損なわれると、少なくとも症候学的に、また稀ならず経過の面でも、多様な複雑さが出現してくる。

内因性の深さ

上述した事柄との関連において、肥満・循環型体質者の個々の病相の症候学と経過にとっての、内因性の深さの意味について触れておく必要があろう。

内因性障害の深さの程度は**症候学的**に次の 2 つの点で重要である。一つは、それがかなり深い場合には、生気的な深層での均一で、要素的かつ単純な症候が現れることであり、それがあまり深くない場合には、むしろ抑うつ観念や反応性の要素が多く現れることである。ここでは一回性の重篤なうつ病でみられる単純な臨床像や、より軽症の周期性うつ病および躁うつ病でみられるきわめて多彩な病像を指摘するだけで充分であろう。

内因性障害の深さの程度が**予後**に対して意味をもつようになることがあるが、それは、その程度が浅いと、患者は外界の影響をうけやすくなることによる。それによって、上述したように、経過予後が良好になることもあれば、不良になることもある。このようにうつ病相終結時に内因性の深さが減じると共に、心因性および状況性要因が好んで複雑にからみあうことがさまざまに説明されうる。さらに予後という点で考慮しておかなければならないのは、内因性が浅いと、むしろ患者は一見健常な思考と行動が可能となり、そのためにかえって社会的に大きな危険にさらされうることであり、さらには内因性障害が見逃がされ、そのため時宜をえた入院治療や管理が妨げられることである。肥満・循環型うつ病の場合はすべて、たとえ反応性の発病が顕著であっても、内因性の背景を考えに入れることは臨床家のなすべきことであろう。なぜなら、反応性に始まった肥満・循環型うつ病のほとんどはある一定の時相では本質的に内因性疾患であるということをわれわれは知っているからである。

外因性要因

上述した以外の要因で、肥満性・循環性体質者の経過形成に影響を及ぼしうるのは、とりわけ外因性の性質をもつものである。

身体的要因は、われわれの経験によれば、狭義の躁うつ病の予後にとって、時に決定的に重要なことがある。けれども**快活さ**は予後に関して重要な気質面の指標であると共に、一つの身

体的要因でもある。それゆえ、われわれは**身体的な**事柄から、つまり、皮膚の緊張度の関係や体重の関係、易疲労性と強壮度、身体的な抵抗力の弱さと病前の身体的回復力などに注目することによって、ここで問題になっている肥満型体質のもつ予後的な有用性についての判断を、すなわち、彼らの快活さと弾力性の程度について判断を下すことができよう。したがって、身体的快活さに影響を及ぼしうる**身体的事象**はすべて注目に値するのである。それは、身体的事象が病相に先行しても、病相中に初めて出現しても、かわりはない。とくに**害をもたらす**のが感冒であることは良く知られている。なぜなら、感冒は明らかに特異的な形で生気気分をその主たる作用点としているからである。内因性うつ病が感冒の回復時に出現する場合、あるいはうつ病相の間に感冒に罹患する場合でも、うつ病の経過は稀ならず遷延することがある。しかし、他の感染性疾患も同様の影響を及ぼしうる。予後的に重要なのはさらに、諸症状に及ぼす外因性要因の影響である。しかもそれは、外因性の要因が経過や予後を悪くするというのではなく、内因性うつ病あるいは躁病にとりわけ重篤な「器質的」色彩を賦与することがあるからである。

感染症と並んでとりわけ好ましくない要因としてあげられるのは、自律神経中枢や循環機能に対する病的な侵襲である。というのは、快活さ、すなわち、肥満・循環型体質者の生命感情は自律神経系や血管系の病的機序によって明らかにおびやかされるからである。それに加わるのが、O. Müller により正確に記述された肥満者における血管系の特殊な事情、すなわち、動脈硬化、糖尿病、リューマチ、痛風などへの素因である。予後的および治療的観点からみると、それらの確認は肥満型の躁うつ病者の身体性を充分に示唆しているといってよいであろう。この点を細かく注意し、また**治療的**に顧慮するようになって以来、われわれは肥満・循環型うつ病の多くが他のうつ病よりもずっと早く治癒するのに気づくようになった。それはとりわけ中・高年の肥満型うつ病者にあてはまる。その際、動脈硬化がはっきりと証明されなくとも、それに応じた循環系の治療を加えることによってまさに驚くべき効果が得られる。これまで通常の治療で数ヵ月以上も持続していたうつ病がしばしば数週間もたたぬうちに全快することがある。Kretschmer により導入されたその治療法については別に詳述することにしたい。

状況性および**精神反応性要因**は、身体的要因と同じく、肥満・循環型体質の疾病学において普遍的な意味を有していない。けれども、個々の症例における予後判定にはとても重要なことがある。治癒を望まないうつ病者の場合に、根の深い家庭問題、経済的な心配事、夫婦間の不和などに行き当たることがよくあるが、それらは治癒しつつある彼らにとって健康への歩みを困難とし、抑うつ的な観念を保持させる条件となっている。われわれは、内因性うつ病相の終了後ただちに退院した肥満・循環型体質者が、間もなく今度は反応性うつ病となって戻ってくることを幾度となくみてきた。それゆえ、躁うつ病者の場合にはみな、退院前に、患者が戻っていく状況の全体についてはっきりした見通しを持つことが是非とも必要であるように思われる。上述したような症例の場合、われわれは内因性疾患から治癒した者やその近親者について掘り下げて調査し、事情によっては、その後に臨床的回復のおくれた患者に対し慎重に精神療法を行うことになる。それは肥満・循環型病者が心を打ち明けたいと希望していることを見込んでのものである。

ともあれわれわれの経験によると、うつ病相終結時には精神療法的接近が、治癒の時期や治癒のしかたにかなりの影響を及ぼす。なぜなら、純粋の内因性、肥満・循環型うつ病の多くは、とくに社会的に比較的高い層の患者の場合には、経過が長くなると、もはや単なる内因性疾患

というのではなく、次第に**心的上層での心因**によって複雑化しているからである。内因性うつ病が本来の内因性障害の時期を越えて持続したり、またそれによって病期が延長したりしないようにすること、それが肥満・循環型体質者のうつ病の精神療法の主たる課題である。最後にここで述べておきたいのは、特殊な負荷要因を除去することによって生活状況を個人の平均的な行為能力に適合させることである（124頁参照）。

第17章
体質の異種性

うつ病像あるいは躁病像の根底に非定型的な体質がある場合、予後判定には以下の点を考慮することが重要である。

1．非定型的な体質が見出される場合、肥満・循環型体質の場合よりもずっと疾病の躁うつ性の真偽が問われることになる。その結果、その後の症候学的および経過面の様式がより不確実なものとなる。

2．非定型的な体質を基盤として多くの、いわゆる躁うつ性精神病が成り立っている。その症候論、経過、予後は異なる種類の内因性が関与していると思われる。

3．どのような症例であれ、非定型的な体質が見出される場合には、分裂性精神病との鑑別診断がとくに重要となる。

4．全体の臨床像と初期の経過から内因性の躁うつ病の存在が疑いない場合でも、非定型的な体質が見出される時は、最終的な予後判定には慎重かつ控え目でなければならない。そのような症例の生活史全体を些細に検討すると、時によって横断像がいかにあてにならないかがわかる。

5．非定型的な体質を有するうつ病では、さまざまな深さに根をおろした心因性障害、発達障害、欲動異常が本質的な役割を果たしている。

6．それに応じてその治療は肥満・循環型体質を有する躁うつ病の場合とは異なってくることが多い。

誤解を避けるために言えば、われわれは肥満・循環型体質が欠けていれば循環性の障害ではないと言っているのではない。ただ経過の観点からみると、全く異質な体質が証明される場合には、循環性障害という点に関して是非とも検討を重ねる必要があると言っているのである。ここで重要なことは、**生活史の断片**ではなく、その全貌であり、それがわれわれの見解をこれまで支えてきているのである。また無力型あるいは闘士型の循環病者の生活史をみると、彼らは驚く程の高い頻度で精神病院に長期入院しているという結果に終わっている。それにもかかわらず、彼らの病歴には長年にわたり予後良好の憶測が繰り返し記載されており、また熟練した精神科医も躁うつ病の診断を支持し、家族にも良性疾患であることが繰り返し説明されているのである。そこでは細く、きゃしゃな体型は何ら注目されておらず、また身体的な無力さや発育不全も、はっきりとしているのにとくにとりあげられていない。

それではどのような非定型的な体質が根底をなしているのだろうか？　体質的にみると、われわれの患者群は無力性の発育不良型、細長型の闘士型を示しており、上述したわれわれの予後についての見解はそのいずれにも同様にあてはまる。とりわけ注目に値するのは、形成不全

および形成不全的傾向である。なぜなら、それらは、場合によっては、内因性障害の**内分泌的**性格を示唆しうるからであり、また患者の**欲動構造**へとわれわれを注目させるからである。たいていの無力性うつ病者では、あらゆる種類の欲動不確実性(冷感症、インポテンツ、同性愛、性的倒錯の傾向など）がみられるが、それは、とくにそれらの症例の臨床像がより多彩な心因性および神経症性障害の諸特徴を混じえている場合に、問題となる。

その他に重要なのは、無力性うつ病の場合は、肥満・循環型体質者のうつ病者の場合よりも、次の2点がよりはっきりと、また意味深い形で呈示されていることである。ひとつは、生物学的な節目の時点（月経、産褥期、退行期、初回の性行為、結婚）がその主な発病時期であること、いまひとつは、それらが感情疾患の誘発要因であるばかりでなく、明らかに原因的要因をも形成していることである。このように内因性の様式は異種性体質者の予後判定に、たとえ目下のところまだ充分に把握されていないとはいえ、ひとつの本質的な要因となる。

異種性体質者の躁うつ病の場合、それが主として外因により規定されている障害でなければ、その**治癒**のあり方について質的な吟味をする必要がある。ここで考えているのは、無力性うつ病の婦人例であり、その治癒が、一部の「治癒した」分裂病者でみられるように、新たな種類の安定性、つまり、「回心」や「再生」によって救済された人格を意味することがあるという点である。他の例では**中途半端**な健康さが生じるにすぎないことがあるが、それは、うまくいくと、正常な生活への慣れによって次第に修正される。

さて、異種性の部分要素はうつ病の経過形成にどのような影響を及ぼしているのだろうか？著しい非定型的な体質の証明は常に重要な予後要因の一つではあるが、部分要素がどのように予後に関与するかといえば、個人的要因によるところが大きい。もちろん、肥満・循環型体質が主である場合、他種の体質が少し混入しているからといって直ちに予後が複雑になると判定するのは誤りであろう。一般に異種性の本質特徴が軽微な場合よりも、全く変質した体型や特殊な身体的要因のあった方が予後的には重要であるとの見解が妥当であるといってよい。それゆえ、主として肥満・循環型体質に加えて他種の体質要因がはっきりと現れている場合には、予後判定に際してそれを留意する必要がある。他種の体質要因が予後に関して実際にどれだけ大きな意味があるかは、多少とも個々の症例ごとに決定されうるにすぎない。そのための基準というものはない。同じことは、肥満・循環型体質を有する躁うつ病者の**家族像**における異種性の成分についてもよくあてはまる。

もとより経過形成要因が以上で尽きたわけではない。けれども年齢の影響、性、人種、知的低さなどについては、すでに Lange が Bumke のハンドブックの中で見事に記述しているので、ここでは触れないこととする。予後を決定づける一要因としての**自殺危険性**について何らかの基準を立てようという気持ちは著者にはない。　　（迎　豊）

補　　遺

躁・うつ病の用語について

ここに挙げた資料を通覧された方は、これらの多彩な病型に精密な命名をすることが必要だと考えられるだろう。そこで、次のような名称を提唱したい。クレペリンが、大づかみな表現

で躁・うつ病と呼んだものに対しては、**情動精神病**の大きな群と呼びたい。この情動精神病の２つの下位群を、一般的で非拘束的な表現で「**気分亢揚性精神病**」と「**うつ病**」と呼ぶ。情動性精神病が相性の経過をとるときは、**周期性**※の表現を付加する。「情動精神病」の概念は、体質的な基礎や精密な臨床病型などについては全く何も表現していない。すなわち、これ〔情動精神病〕は、肥満型・循環気質性で異種性の体質を持つ、いわゆる躁・うつ病型の全てを含んでいる。

それに対し、われわれの認識によれば、クレペリン本来の意味での狭義の躁・うつ病中核群を形成する古典的な肥満型・循環気質性情動精神病は、すでにその名称の中に、単位的かつ中心的位置を表現している。われわれは、肥満型・循環気質体質をもつ狭義の躁・うつ病に「循環病性精神病」の名称を与えることを提唱する。そして、その狭義の病像の下位群のみを、躁病、メランコリー、躁・うつ病などと呼ぶ。同じように、肥満型・循環気質性体質の狭義の躁・うつ病の中での人間が軽躁性と陰うつ性(schwerblütig)と称されるのであれば、広義の情動精神病全般の中での健康人の変種は、気分亢揚性と抑うつ性の人間と称せられるものであろう。

※したがって、「周期性」の語は、相性の経過を示す精神病のすべてのものにあてはまる。

（市川　潤）