気分障害の新たな諸相
—ロールシャッハ法を通しての私論—

角藤　比呂志

Ⅰ、はじめに—気分障害新時代—

昨今、気分障害（mood disorder）が注目を集めている。

書店では、いわゆる「うつ病」関連の書籍が並び、テレビや新聞などでも、特集や連載が組まれている。

気分障害は、病的な気分とそれに関連した病像を特徴とする多数の疾患群を包含する。DSM-Ⅳ-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition, Text Revision) では、うつ病性障害と双極性障害に大別され、前者には、大うつ病性障害、気分変調性障害が、後者には、双極Ⅰ型障害、双極Ⅱ型障害、気分循環性障害が含まれる。

この20年、大うつ病と双極性障害は、二つの別個の障害とみなされてきたが、最近では、双極性障害は、実は、大うつ病のより重篤な表現形であるという可能性が出てきた。それは、大うつ病性障害と診断された人の多くが、慎重に調査すると、過去に特定されていなかった躁病または軽躁病的行動をとっていたことが明らかになったからである。(Sadock.B.J&Sadock.V.A.,2000)

つまり、純粋な単極性と双極性との鑑別の難しさが浮き彫りになってきている。

一方、従来のいわゆる「典型例」に比して、「非典型例」が目立つようになった。この背景には、社会的要因をはじめ、さまざまな要因が考えられているが、紙面の都合上ここでは割愛する。こうした「非典型例」の増大の中で、とりわけ臨床家の議論の的となっているのが、双極Ⅱ型障害と非定型うつ病である。それは、後述するように、症状の表現形が境界性人格障害（以下BPDと略す）に酷似し、時として見誤る場合が多いからである。(佐藤，2004；神田橋，2005；大森，2006；徳永ら2008；林，2008)

本論では、双極Ⅱ型障害と非定型うつ病を概説し、BPDとの関連を述べた後で、この三者をロールシャッハ法（以下Ror法と略す）によっていかに見分けることができるかといった私論を提供したい。

Ⅱ、双極Ⅱ型障害について

双極Ⅱ型障害は、1970年Dunnerらによって、単極性うつ病と双極性の躁鬱病といった範疇に入らない気分障害の一類型として提唱され、1994年にDSM－Ⅳに採用されるようになった。

DSMでの診断基準は、「A．1回またはそれ以上の大うつ病のエピソードの存在（または既往歴)。B．少なくとも1回の軽躁病エピソードの存在。C．躁病エピソードまたは混合性エピソードが存在したことがない。D．基準AとBの気分症状は分裂感情障害ではうまく説明されないし、統合失調症、統合失調症様障害、妄想性障害、または特定不能の精神病性障害に重畳するものではない。E．その症状は臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。」となっており、うつ病相に加えて軽躁病相が見られる気分障害の一型である。

発症年齢は、双極Ⅰ型障害（躁鬱病）と同じかやや遅く、単極性うつ病よりは早い。

生涯有病率は、約0.5％で、女性に多い。

遷延化・慢性化する傾向があり、うつ病相では、抑制が主で、妄想を持つ頻度も高い。気分の不安

定さや上機嫌と不機嫌の間を短時間で揺れ動く「むら気」(mood liability) があり、自殺企図や自殺の完遂率は有意に高い。(内海, 2006)

内海 (1997) は、双極Ⅱ型障害のうつ病の特徴を、soft bipolarityとして抽出し、以下のような諸特徴をあげている。

① 抑うつの出現様式は、症状が不揃いになりがちであり (不全性)、うつろいやすく内因反応性の変化を示し (易変性)、抑うつの出現場面に選択性がある (部分性)。
② 比較的特異的な症状として、焦燥 (いらいら、ぴりぴり、不機嫌)、聴覚過敏がある。
③ 関係念慮、行動化 (過量服薬、リストカット、飲酒、過食など) が生じる。
④ パニック障害、摂食障害、アルコール依存などのcomorbidityが高い。
⑤ 病前性格は、マニー型成分の混入がある。
⑥ 抗うつ薬に対し、しばしば軽躁転したり、病相が頻発したり、非定型的な反応をしたりする。

Ⅲ、非定型うつ病について

非定型うつ病は、気分反応性、過食・過眠、拒絶過敏性、鉛様疲労感という四つの症状特性を持つ。気分反応性とは、いやなことはできなくても好きなことはできるといったことであり、「気まぐれ」あるいは「わがまま」と誤解されやすい。気分が落ち込んだ時には、過食・過眠が現れやすい。拒絶過敏性とは、他人の言動に過敏になり、激しく落ち込んだり怒ったりすることであり、相手は驚き、理解できないので、人間関係が壊れたりする。この点がBPDと酷似する。鉛様疲労感とは、まさに手足に鉛がつまったように重く、疲れがひどい。そのほか、不安・抑うつ発作や自傷行為が見られることも多く、これらもまたBPDと酷似する。比較的若い女性に多く、日内変動もあるが夕方から夜にかけて憂鬱になる点が、典型的なうつ病とは異なる。脳の前頭葉の血流障害が原因であるとも言われている。薬物療法は、抗うつ薬と抗不安薬を基本に処方されるが、眠気や疲労、不安、イライラ、焦り、興奮など、様々な症状改善薬が組み合わされる。(貝谷, 2008)

Ⅳ、BPDについて

ところで、双極Ⅱ型障害と非定型うつ病の酷似性については、BPD誕生時にすでに萌芽があった。

つまり、元来、「境界例」は、Federn (1910) やBleuler (1911) の潜在性分裂病 (Latent Schizophrenia)、Hoch&Polatin (1949) の偽神経症性分裂病 (Pseudoneurotic Forms of Schizoprenia) など分裂病の一亜型として捉えられていた。その後、Knight (1953) の境界状態 (Borderline State) に始まる分裂病と神経症の移行状態という考え方が発展し、Schmideberg (1959) の不安定の中の安定 (Stable in their instability) といった概念やGrinker (1968) の境界状態 (Borderline Syndrome) など臨床単位として捉えられるようになり、これらを統合する形でKernberg (1967) の境界性人格構造 (Borderline Personality Organizaition) のようにひとつの特異的な人格構造とする考えが主流をしめるようになった。

その後、DSMⅢの登場により従来の境界例は、二分する。つまり、Ketyら (1968) のBoderline Schizophrenia を分裂病型 (統合失調性) 人格障害 (Schizotypal Personality Disorder) と命名し、残りをBPDとした。前者の臨床経過は統合失調症に酷似し、後者は感情障害に酷似する。(Mc Glashan,1983)

こうして精神病 (統合失調症) との「境界」から生まれた「ボーダーライン」は、本来の姿を変え、感情障害に酷似する疾患群に付されることになった。

つまるところ、抑うつ感情と情緒の不安定さを顕著にもった疾患群にBPDの名が付されたのであり、前述の双極Ⅱ型障害と非定型うつ病との鑑別が困難であることは、至極当然とも言えるのである。

ここで治療的に問題となるのは、こうした特徴をもった人々が、人格の障害（特性）であるのか、気分障害であるのか、気分障害ならば、単極性なのか双極性（双極Ⅱ型）障害なのかといった見極めである。そこで、Ror法はこうした問題にどのくらい有効であるのかについて、以下に事例をあげながら若干の検討を加えたい。

Ⅴ、Ror法の有効性について

Ror法の有効性について検討する前に、1）気分障害、特に双極性障害のRor法研究と2）BPDのRor法研究を概説する。

1）気分障害のRor研究

Rorschachaは14名の躁うつ病患者のプロトコルをもとに、うつ病および躁病のRor特徴を指摘しており、その後の研究もそれを踏襲する結果になっているが、ここでは現代における単極性障害と双極性障害についてのRor研究を概観する。

Donnelly, Murphy, &Scott（1975）は、抑うつ状態にある単極性障害者13名と双極性障害者16名のロールシャッハ結果を検討した。その結果、双極性障害者は、色彩命名反応（Cn）を示すことが多く、インクブロットの形式面に基づいて反応することを見出した。単極性障害者は、知覚に感情を持ち込み、刺激から個人的な連想をすると考えられた。しかし、この研究の限界は、質疑段階をせず、公式な記号化も行われなかったことである。

Wagner & Heise（1981）は、躁状態と抑うつ状態の双極性障害者15名のプロトコルを比較検討した。その結果、躁状態の人は、人間運動反応（M）と全体反応（W）、反応数いずれもが多く、形態質は低かった。一般に、躁状態の人は、多くのエネルギーを持ち、委縮していないように思われた。ただし、この研究では、単極性障害者が含まれておらず、この結果が双極性障害独特のものであるかは不明であった。

Mandel,Last,Belmaker,& Rosenbaum（1984）は、健常者と良好状態にある双極性障害者を比較検討した。その結果、健常者に比べ、双極性障害者は、形態色彩反応（FC）が少なく、形態質（F+%）、組織化活動（Zf）が低く、人間運動反応（M）、人間反応（H）、ペア反応が少なく、特殊スコアが有意に高かった。この研究は、「双極性障害者は、たとえ抑うつ状態や躁状態から回復したとしても双極性障害独特の特徴を持つ」とするAkiskal（1983）の見解を支持していた。しかし、躁状態や抑うつ状態にある双極性障害者群との比較検討がなされていなかった。

これらの研究を踏まえ、Singer &Brabender（1993）は、単極性うつ病の入院患者29名、双極性うつ病の入院患者15名、双極性躁病の入院患者18名の比較検討を行った。その結果、躁病患者の特徴は、思考障害が見られ、他の2群より重篤な特殊スコアが多く示された。また、統合失調症者ほどではないが、現実検討力のかなりの障害が見られた。単極性うつ病者に比べると、敵意感情によって現実検討力が妨げられているように思われた。また、双極性うつ病者よりも、知性化を反映する反応内容を多く示すように思われた。さらには、双極性躁病者の3分の1に統合失調症指標（SCZI）が当てはまった。（現在、Exner法にこの指標は存在しない。）

双極性うつ病者の場合は、高い水準の認知的ずれ（cognitive slippage：言い間違い）が見られ、空想性に欠け、遊びの部分がなく、陽気なトーンが少ない反応が多かった。また、組織化活動と認知的な洗練さに欠けていた。認知的な委縮が顕著であることは、Donnelly et al.（1975），Levey & Beck（1934），Wagner& Heise（1981）の結果とも一致していた。単極性うつ病者と比較すると、双極性うつ病者は入力情報を歪んで受け取る傾向がみられた。そして、うつ病指標（DEPI）は、双極性よりも単極性によく当てはまっていた。

これらの結果は、Ror法という道具が、双極性のうつ病と単極性のうつ病を識別するのに有用であることを示している。特に、Ror法や臨床像で抑うつが顕著で特殊スコアがたくさん存在し（認

知的ずれ)、現実検討力も欠陥がある時、双極性である可能性が高くなる。また、組織化活動(organizational activity)と認知的洗練さ(cognitive sophistication)といったような情報処理過程に関する変数を検討することで識別が促進されることを示唆している。ただし、サンプルの片寄りという問題が残り、この研究は、あくまでも、本質的には予備研究(pilot study)であるとSingerらは述べている。

2) BPDのRor法研究

ここでは、Sugarman(1980)のモデルを紹介する。彼は、Kernbergの境界性人格構造(以下BPOと略す)に基づき、構造論的分析特性がRor法上どのように現れるかを提示した。このモデルは、BPDを見分ける上で、臨床的に最も有効であると筆者は考えている。

1、自我の脆弱性についての特異的・非特異的現れ

①一時的な現実検討力の障害

BPOの人々は、不安定の中に安定した人格構造を持つと考えられるため、現実検討力は基本的には障害されておらず、ストレス状況下において一時的に低下する。この点、Ror法上では、一時的な形態質の低下として現れる。彼らは、内的な手がかりによって創造活動をしようとする時、現実性への歪曲が生じやすい。しかし、統合失調症の人々とは違い、外的な構造が設けられれば、退行から回復することができ、自らのブロット知覚について観察自我を働かすことができる。そのため、WAIS-Rなどの構造化された心理テストでは好成績を示す。彼らが現実を保持する能力があることは、Ror法上、形式的な思考障害(formal thought disorder)を示さないことにも現れている。

②思考過程の障害

統合失調症患者が主に注意力の統制や認知の焦点づけ機能に問題があるのに対し、BPOの人々は推論や理由付けといった思考機能に問題がある。したがって、Ror法では、統合失調症者が、稀有な領域への反応や断片的な連想をしがちであるのに対し、BPOの人々は、適切反応領域に、作話反応や作話的結合反応をすることが多くなる。葛藤・ストレス状況下では、混交反応も見られることがあるが、質疑段階における質問や直面化により回復する。

現実検討力と同様に、外的構造の準備性により、より構造化された状況では思考障害を呈する度合いが違ってくる。

反応数やF%にみられる思考の生産性や柔軟性は性格スタイルにより異なり、例えば、自己愛型では反応数が増え、シゾイド型では反応数が減る。幼児型ではF%が低く、強迫型では高くなる。また性格の型による欲動の負荷の程度により、Ror法の内容が、加虐的、残虐的であったり、原始的欲動の表出がみられたりする。

2、感情統合

BPOの人々は、感情統合が難しく、肯定的情緒体験と否定的情緒体験が不統合に存在する。観念と感情の統合欠如から、Ror法では色彩の多い体験型となり、CF反応あるいはC反応が優位となる。また、現実に沿って情緒を能動的に調整・検閲するというよりは、単純に(simply)、受動的に情緒反応を生じさせてしまうため恣意的なFC反応が見られたりする。

こうした不統合な感情体験の中には、以下のような感情が混在している。

① 攻撃性

BPOの人々の前エディプス期の過度の攻撃性は、Kernberg,Jacobson,Kohutらにより認められている。Ror法上では、赤色の使用(強い攻撃性を意味する)と共にmが見られ、爆発性の内容を含んでいる。前エディプス期の攻撃性と男根期の攻撃性を識別するには、反応内容に着目する必要がある。つまり、前者は、口や歯などの口唇的なものとなり、後者は、槍やロケットなど男根的なものとなる。一方、すべてのBPOの人々が、攻撃性を表出するわけではなく、そうした情動を抑制しようとする。その結果、Ror法では、色彩命名反応、色彩拒否、F/C反応、暖色よりも寒色に反応するといったことが見られるが、そうした

防衛は脆いものであり、予期せぬ情動の表出が見られたりする。また、感情を身体化しやすい人は、解剖反応、性反応、血液反応といった反応が見られることもまれではない。

② 不安

Kernbergは、BPOの人々が不安耐性の低いことに気づいた。Ror法での不安の現れは濃淡刺激への反応の中に見られる。つまり、濃い濃淡カードでの反応遅延・拒否・ショック、濃淡を伴う反応（例えば「毛深い毛皮」）をするものの質疑段階で濃淡に言及しない。また、過度の警戒心の現れとして、未分化な濃淡領域に異常部分反応（dr反応）をする。さらに、検者と被験者の相互関係（interaction）の中にも不安耐性の低さが現れる。たとえば、落ち着きのなさがみられたり、それらを隠そうとしたり、評価されることへの不安から反応が滞ったり、愚かにみられるのではないかと思い過度に警戒したりする。こうした障害は、神経症者にもみられるが、不安反応の強さや混乱の程度などによって識別は可能である。また、ここでも性格スタイルにより多様性が生じる。

③ 抑うつ

抑うつを伴った不快（dysphoric）感情はBPOの人々に共通して見られる特徴であるが、対象恒常性が確立していない依託性の抑うつ（anaclitic depression）であり、いわゆる内在化を経たうつ病（introjective depression）よりも早期の障害や原始的欲求を含んでいる。

Ror法では、抑うつは、黒色反応として表されるが、前者の抑うつは、よるべなさや弱さ、空虚感、自暴自棄、愛されていない感情、劣等感などが反応のテーマとなる。一方、後者の抑うつでは、無価値感、罪悪感、他者の期待に応えることの失敗が反応のテーマとなる。

3、対象関係

BPOの人々は、他者との関係において、部分対象関係に留まる。そのため、Ror法上では、H＜Hd、M＜Hとなり、しかも明細化の乏しい人間反応となることが多い。

ここでも、性格スタイルにより、反応内容の特徴が見られ、幼児型（infantile）の人は、「結びついている」といった知覚あるいは「シャム双生児」といった共生的な反応が見られる。

自己愛型では、「～に映っている」といった反映反応や、誇大感の現れとして「王冠」「紋章」などの反応が伺われる。

4、原始的防衛機制

① 分裂（splitting）

分裂は、BPOの人々の主要な防衛機制である。それは、あたかも彼らが、白か黒かの世界に生き、灰色の世界を受け入れられないかのようである。彼らは、同一対象に、同時に肯定的な感情と否定的な感情を体験するといった「避けられない両価性」を受容することができない。その結果、Ror法では、破壊的で否定的なトーンの反応と理想化された肯定的なトーンの反応が交互に現れる。あるいは、「上半身が女性で下半身が男性」といったように、ひとつの対象を分割し相反する性質を見ることがある。

② 投影性同一視（Projective identification）

投影性同一視は早期の自我分裂と関連しており、分裂した自己の「悪い」表象が外的対象に投影されることにより、外的対象は自己を攻撃する迫害的な対象と化する。自―他の境界の希薄さは、この迫害する対象に自己が一層傷つけられやすくする。この点が、単なる投影と異なる点であり、Ror法では、「投影」により生じた「脅威的な対象」（たとえば「怪獣」など）がまさに今自己に襲いかかるかのような切迫した表現が見られたりする。

以上、BPOのRor法特徴について述べたが、前述のごとく、BPOはBPDではない。BPDは、感情統合の悪さが中核にあり、自我の脆弱性や部分対象関係、原始的防衛機制はあまり表さない。もしそれらが顕著になるようであれば、よりSchizotypalに近い病態であると筆者は考えている。

Ⅵ、事例から考えるRor法の有効性

次に、双極性障害が疑われた3事例を提示し、

解説する。非定型うつ病事例は、ごく最近経験したが、執筆に間に合わなかった。なお、Ror結果については、詳細は省略し、自由反応段階の逐語のみを示す。記号化については、各事例毎に表で示す。

事例A　30代女性

[Ror結果]

カードⅠ　2－30

これが何に見えるか言えばいいんですか。

虫・・・ガみたいな、チョウみたいな。あとなんか仮面にも見える。怖い感じっていうか。

カードⅡ　7－36

なんか、なんか、戦争の絵みたい。ここから血が出てるような・・・。すごい怖い感じ。

カードⅢ　15－1'3

なんか、何、とかじゃなくてもいいですかね。

何、って言ったほうがいいですかね。なんか人ですね。向き合ってるような。でも、なんか魂が抜けちゃったみたいな・・。あとは・・・カエルに見えます。

カードⅣ　4－24

ネコに見えます・・・。なんか死んじゃったみたいな、上向いてる感じ。

カードⅤ　6－22

なんか悪魔みたいな、大きい翼をもってるもののように見えます。人、人みたいな・・。

表1　事例A　Rorschach Scoring List

Ⅰ 2-30						
	ムシ	D1	F±	A		Hh, Msex
	ガ、チョウチョ	W	F±	A	P	Adis
	仮面　おこってる	Ws	F∓	mask		Adef, HH
Ⅱ 7-36						
	戦争の絵	W	F±CFmF	H, Bl, War	P	Hha, HH
	（人、血が出てる）					
Ⅲ 15-1'3						
	人	D_{1+1}	FC' ±	H	P	Mi
	魂	D_{2+2}	CF	たましい		Mi
	カエル	D_{3}s	F∓	Ad		Aobs
Ⅳ 4-24						
	ネコ　死んだ	W	FM∓	A		Agl
Ⅴ 6-22						
	アクマ	W	FC' ±	(H)		Afant, Athr, Hh
Ⅵ 6-25						
	バイオリン	D	F±	music		Prec
	ネズミ	W	F±	Aobj		N
	（アライグマの皮）					
Ⅶ 4-30						
	子供　二人	W	F∓	H		Dch, Hh
Ⅷ 8-33						
	荒れた土地　カメレオン	W	FM∓CF	A, Na		Agl
Ⅸ 39-1'20						
	地球　爆発	Ws	CFmFF	Exp, 地球		Hhat
Ⅹ 13-56						
	人が生きようと	W	M∓	H		Agl, Pst, Dcl
	海の中	W	CF	A, Bot		Pnat

カードⅥ　6－25
うん、バイオリンに見えます。あとは、動物にも、ネズミとかに見えます。
カードⅦ　4－30
あ～子供が、二人いる。うん・・・。はい、向き合ってるような、に、見えます。
カードⅧ　なんか、荒れた土地っていうか。土地に、カメレオンがいるような。なんか、かわいそうな感じに見えます・・・。はい。
カードⅨ　39－1'20
うーん、どうしよう、なんにも見えないんですけど。なんだろう・・なんか、地球みたいな・・・。だけど・・もう、壊れそうな、壊れそうなもの、っていうか。地球に見えます・・。はい。
カードⅩ　13－56
うん・・なんか・・人が、生きようとしている感じ、っていうか・・・だけど、もう、死んじゃってるところっていうか、なんか、頑張ってるっていうか、なんか、生きようとしている感じ。あと海の中に見えます。

[解説]

この事例は、30歳から自殺願望が生じ、店の整頓された陳列を見ると発作的に恐怖を覚えると訴えた。母親には、激しい依存と攻撃を向け、食行動異常も見られたことから、医師は、当初BPDを疑っていたが、病前の適応がいいことや軽度の気分の波が見られたことから、双極性障害を疑い治療薬を変更したところ安定した。

Ror結果は、形態優位で、ＣＦも多いなど、知性的に不安を対処しようとする一方、情緒的な不安定さが前景化してしまいがちな点がうかがわれた。つまり、強迫的な防衛は、情緒的不安定さによって破綻をきたしやすい。
顕著な特徴は、「生と死」「陽と陰」「躁とうつ」といった拮抗する方向性を持つテーマが多いことである。また、微小突起部への注目、ブロット分割の困難さ、「爆発反応」といったEpileptic な signもうかがわれた。

事例Ｂ　50代女性

[Ror結果]
カードⅠ　10－1'9
コウモリみたいな・・アゲハチョウ、黒っぽいのありますよね、チョウに見えます。
カードⅡ　23－2'30
(笑) こちらはなんでしょうか・・うーん
ピエロの、ピエロさんが眠そうな目をした。眠そうな目に見えるんですよ。あとお年寄りの人が笑ってる感じですね。ひげ、お口、お鼻、こう、ちょっとおかしいかな・・。そんなイメージにも感じられますね。なんか明るく見えますよね。さっきのほうは眠そうと思ったので暗そうに見えますけど、こちらは笑ってるようににも。
カードⅢ　16－1'34
こちらは、そうですね。あまり難しく考えてしまうといろいろと・・。そうですね。
まずこのスタイルは二名の女性に見えますね。それで何かをそうですね・・取り合ってるのかな・・ではないな。ではないな、分けっこしましょうって、半分ずつ、分けっこしましょうっていうふうに見えますね。それでこのおリボンが何でしょうね・・分けっこしましょうで、和気あいあい（笑）って感じかしら。
カードⅣ　9－1'2
あら、これは・・何？怪獣に見えますね、それだけですね。うーん、そうね・・怪獣ですね。木には見えません。木にも見えるかなと思ったんですけど、木には、こういうの垂れ下がってるのあるかな、じゃ、怪獣と木ですね。
カードⅤ　20－1'2
こちらは・・うーん、えーなんか・・のイメージですね。コウモリですか？コウモリってこういう形してましたっけ。忘れましたけど、黒ですので、うーん。
ま、人がこう、マント羽織ってるような感じにも見えます。そうですね。そんな感じ。
カードⅥ　3－2'14
ぱっと見て、一瞬ギターに見えました。それだけですね・・ギター・・そうですね、ここまで出て

ませんけど

カードⅦ　50－3’45

えー、これは何ですか、一般の人でもわかるのかしら・・お答えしないと・・・思考力ないとか思われるのもいやなので・・一生懸命考えています・・（笑）でもちょっと浮かんでこない・・なんでしょう・・カレイのお魚のしっぽはこんな長くないし、なんかお魚に見えるんですけど、お魚が群れをなしている、左右みんな向き同じですよね、これは向き合ってるの、何でしょうね。

カードⅧ　1’－1’25

これはなんでしょう。うーむ、（カード回転）なんでしょうね、こういう形だと花ですか、でも花びらが下向いてる、おかしいな・・お花で、ということでいいです。

カードⅨ　20－2’16

あら、また同じような感じですね。こちらは・・なんかね。これだけ見るとこのお顔が、エビかカニに見えるんですね・・（笑）ちょっと、なんですかね、わかりませんね。

表2　事例B　Rorschach Scoring List

Ⅰ 10-1’9						
	コウモリ	W	FC’±　A		P	N
	アゲハチョウ	W	FC’±　A			N
Ⅱ 23-2’30						
	ピエロ	Ws	M∓	(Hd)		Hdpr, Aobs, Mor
	お年寄り	Ws	M∓	Hd		Agl, Aobs, Daut
Ⅲ 16-1’34						
	女性	D_{1+1}	M±	H	P	Msex
	リボン	D_4	FC±	Cg		Porn
Ⅳ 9-1’2						
	怪獣	W	FM±	(A)		Athr
	木	W	F±	Bot		N
	人の顔	d_1	F∓	Hd		Aobs
Ⅴ 20-1’2						
	コウモリ	W	FC’±　A		P	N
	人がマント着て	W	M±	H, Cg		Adef,Hh
Ⅵ 3-2’14						
	ギター	W	F±	Mu		Prec
Ⅶ 50-3’45						
	魚	D_{1+1}	FM∓	A		Prec, Mer
Ⅷ 1’-1’25						
	お花	W	FC±	Bot		Pnat
Ⅸ 20-2’16	エビ	D_{1+1}	F±	Food		Por, Hh
	花	W	FC±	Bot		Pnat
Ⅹ 10-1’59						
	水彩画	W	CF	Art		N
	タコ	D_{5+5}	F∓	Food		Por
	ホタテ	D_{9+9}	FC∓	Food		Por
	お花	D_{13}	FC±	Bot		Pnat
	カマキリ	D_7	F∓	A		Hh, Aobs
	ゴーヤ	D_8	FC±	Food		Por

カードⅩ　10－1’59
えー、何でしょうかね、なんか意味がある絵なんですか、そうですね、すいそう画ですかね。いろんな色がきれいに描かれていますので。ただ、これがなんでしょうね。このグレーの部分がわかりませんね。すいそう画で、すいそう画にしておきましょう。

[解説]

この事例は、数年前から電車内や人中で動悸などの不安発作があり、意欲低下や外出恐怖、抑うつ症状を呈していた。最近近親者が死亡し、抑うつ症状が悪化、被害関係念慮が生じた。一方、回復時には過活動的となるため双極性障害が疑われた。また、過食・飲酒、「わけもなく涙がでる」といった非定型うつ病像もうかがわれた。

Ror結果は、反応数や初発反応時間、認知の歪み、テスト態度などから精神活動が活発で、気分の高揚がうかがわれた。また、知性化傾向、細部への拘泥、思考の固さ（rigidity）など、強迫的傾向が見られたが、「目」への注目が多く、対人関係における猜疑的不安感もうかがわれた。特に顕著であるのは、「お顔」「お花」「食物」「水に関する反応」など、childishで依存的な傾向が見られたことである。さらに、反応の忘却、微小突起部への注目、困惑、認知の中心化などいわゆるOrganic signが疑われた。

事例C　30代男性

[Ror結果]

カードⅠ　22－1’52
(手に取らず、指示により持つ)
コウモリですか、コウモリ、こういうんだったか、・・（回転）あとは戦闘機ですね。（回転）・・あとは犬っていうか、そんな感じ。

カードⅡ　1’25－1’52
（回転）全体を見てですよね。・・うさぎとか手を合わせてるみたい。・・人間の肺の形に見えます。

カードⅢ　21－2’6
人が何かをしている・・向き合ってる。(回転)

カードⅣ　22－1’56
怪獣みたいなんですけど・・あとは皮をはいだ（回転）・・骨盤ですか・・・。

カードⅤ　5－1’12
（回転）チョウチョ・・・ブーメランにも見えます（回転）

カードⅥ　33－1’37
（回転）うちわ・・あっ・・飛行機ですね・・フォーミュラーカーみたいな。・・エイですかね。

カードⅦ　20－2’10
全体でみると人が向き合ってる銅像というか（回転）こことここ、顔に見えますね（回転）・・・カブトのマークじゃないですけど・・（回転）

カードⅧ　44－2’38
飛行機に見えます。ここの部分は何かの動物。こうすると（回転）人の顔の表情にも見えますし、サングラスしている感じにも見えます。飛行機を前から見た。（回転）動物みたい、岩場で水面で映ってるというか。

カードⅨ　40－1’33
聖火台・・・なんかヘビみたいのが口をあけてるような（回転）あとは火山の噴火（回転）クラゲですか。

カードⅩ　59－3’26
（回転）水辺に集まってくる動物たち（回転）
飛行機が山と山の谷を飛ぶというか（回転）・・・きれいな海の中のサンゴ礁みたいな、竜宮城というか。

表3　事例C　Rorschach Scoring List

Ⅰ 22-1'52						
	コウモリ	W	F±	A	P	N
	戦闘機	W	F∓	War		HH
	犬	Ws	F±	Ad		N
Ⅱ 1'25-1'52						
	ウサギ、ネズミ	D_{1+1}	FM±FC'	A		Ps
	人間の肺	D_2	F∓	Ats		Bf
Ⅲ 21-2'06						
	人、むきあう	D_{1+1}	M±	H, Stature	P	N
Ⅳ 22-1'56						
	怪獣	W	FM±FK'	(A)		Athr
	皮	W	F±	Aobj	P	N
	骨盤	W	F∓	Atb		Bb
Ⅴ 5-1'12						
	チョウチョ	W	F±	A	P	N
	ブーメラン	W	F∓	Toy		Pch
Ⅵ 23-2'10						
	うちわ	W	F±	Toy		Pch, HH
	フォーミュラーカー	W	F∓	Tra		N
	エイ	W	F±	A		N
Ⅶ 20-2'10						
	人がむきあって	D_{1+1}	F±	Hd,Stature		Dch
	顔	D	F±	Hd		N
	カブト	W	F∓	War		HH,, Adef
Ⅷ 44-2'38						
	飛行機	W	F∓	Tra		N
	動物	D_{1+1}	F±	A	P	Athr
	人の顔	Ws	F∓	Hd, Cg		Aobs, Adef
	飛行機	W	F∓	Tra		N
	動物、岩場、水面	W	F±CF	A, Na		N
Ⅸ 40-1'33						
	聖火台	W	CF, F	聖火		Prec, Hh
	ヘビ、くちあけて	W	FM∓	Ad		Adis, Mor
	火山の噴火	W	CF, mF	Exp		Hhat
	クラゲ	W	F∓	A		N
Ⅹ 59-3'26						
	水辺の動物	Ws	FM∓	A, Na		Dor
	飛行機、谷	Ws	Fm∓FK	Tra, Na		Pst, Abal
	綺麗な海、竜宮城	Ws	FC∓CF	Arch, Na		Prec, Dsec

[解説]

この事例は、被害関係念慮を伴ううつ状態から亜昏迷状態となり、数か月後に急激に改善し、仕事に復帰した。その3年後、再び抑うつ状態となり、受診。回復すると過活動になることから、双極性障害が疑われた。

Ror結果は、全般的に初発反応時間が遅く、反応抑制が強い一方、反応数は29個と多くの生産性を示し、反応内容も「戦闘機」「フォーミュラーカー」「火山の爆発」など攻撃的でエネルギッシュな反応を示している。つまり、「表出」と「抑制」、「上昇」と「落下」といった二方向の拮抗した力動がうかがわれる。

全体反応優位で、F反応が多く、M反応が乏しいなど、高い達成欲求を持ちながらも、資質に乏しく達成できずに挫折感を生じやすい。

また、対人的な敏感さを有し、強迫的な一面もうかがわせるが、あたかも青年期を思わせるような未熟な反応内容も多い。

わずか3事例によって、その法則性について述べることは、極めて実証性に乏しいことではあるが、一応の傾向を検討してみたい。

まずBPDとの異同については、本事例すべてが情緒的不安定さを持つもののBPDのような不統合さとは質を異にするように思われる。また、単極性うつ病に見られるような委縮した(constrictiveな）プロトコルとも異なっていた。したがって臨床像も踏まえて考察するならばすべての事例が双極性障害に属するRor結果と考えられる。

前述の先行研究結果とは必ずしも一致しないが、一部に「上昇」と「落下」といったテーマが見られたことは特筆すべきことである。森山(1965）は、人間存在に内在する「上昇と落下」の弁証法的相克状態について触れ、上下の意味方向性が何らかの契機によって相克する状態に陥り、やがて二律背反というかたちで硬化していったものが、まさに躁または鬱であると述べている。

また一部には、器質的な徴候（Organic sign)、特にEpileptic な特徴が見られており、双極性障害に感情調整薬として抗てんかん薬が使用されることともあながち無関係とは言い難い。

ちなみに、「精神科薬物治療を語ろう」(神田橋條治他，2007）という臨床医の対談集の中で、「双極性障害になぜ抗てんかん薬が効くのか」という話題について兼本氏は、「無責任に発言させてもらうと、脳の中につまみのようなものがあるとしたら、ふつうの抗うつ薬や抗精神病薬は、テレビの画面を想像すると、色の調整のような微細なことを調整するつまみであるのに対して、抗てんかん薬はそうではなく、電源を切るとか入れるとか、もっと根元のところで電気の量を落としたり上げたりというイメージになるように思います。」と述べ、それを受けて神田橋氏は「・・・・・先生の先ほどの説明が、僕の臨床体験のフィーリングを一番よく説明します。何か一番基盤のところは・・・・発火でしょうから。」と述べている。

もしかすると、双極Ⅱ型障害は、気分障害(mood disorder）というよりも、精神運動発作(psychomotor seizure）性の障害ではないかと想像したりする。

Ⅶ、おわりに

この私論は、端緒についたばかりである。したがって実証性に乏しく、論文としての体をなしていない。しかし、ひとつひとつの臨床事例と接する中で、少しずつ輪郭が見えてきた実感がある。今後は、事例を積み重ねながら、形あるものにしていきたいと考えている。ただ、おそらく個々の事例ごとに気分障害の表現形も異なるように思われ、どこまで行っても「私の論」に過ぎないように思う。

「それが臨床かもしれないなあ」というのが偽らざる実感である。

文　献

Akiskal, H. S. (1983). The bipolar spectrum: New concepts in classification and diagnosis. In L. Grinspoon (Ed.), Psychiatric update: *The American Psychiatric Association annual review* (Vol.2, pp.271-292). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der*

Schizophrenien. Franz Deuticke: Leipzig und Wien.

Donnelly,E.F.,Murphy,D.L.,&Scott,W.H.(1975). Perception and cognition in patients with biopolar and unipolar depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1128-1137.

Grinker, R., Werble, B.&Drye, R.C.(1968). *The borderline syndrome*. New York:Basic Books.

Federn, P. (1947). Principles of psychotherapy in latent schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy*. 1,129-144.

林　直樹（2008）　症例から考える双極Ⅱ型障害とパーソナリティ障害．精神医療，52:49-58.

Hoch, P.H.&Polatin, P.(1949). Pseudoneurotic form of schizophrenia. *Psychiat. Quart*, 23,248-276.

貝谷久宣監修（2008）　非定型うつ病のことがよくわかる本．講談社.

神田橋條治（2005）　双極性障害の診断と治療ー臨床医の質問に答えるー．臨床精神医学，34;471-486.

神田橋條治・兼本浩祐・熊木徹夫（2007）　精神科治療薬を語ろうー精神科医からみた官能的評価ー．日本評論社.

Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *J. Am. Psychoanal. Assoc*, 15,641-685.

Kety,S.,Rosenthal,D.,Wender,P&Schulsinger,F.(1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In Rosenthal, D.&Kety, S. (Eds.). *The Transmission of Schizophrenia*. New York: Pergamon

Knight, R.P.(1953). Borderline states.*Bull Menninger Clin*,17,1-12.

Levey, D.M., &Beck,S.J. (1934). The Rorschach test in manic-depressive psychosis. *Research Publications of the Association for Nervous and Mental Disorders*, 4,31-42.

Mandel, B., Last, U.,Belmaker, R.H., &Rosenbaum, M. (1984). Rorschach markers in euthymic manic-depressive illness. *Neuropsychology*, 12,96-100.

Mc Glashan, T.G.(1983). The borderline syndrome, Ⅱ: is it a variant of schizophrenia or affective disorder? *Arch Gen Psychiatry*,40,1319-1323.

森山公夫（1965）　躁とうつの内的関連について．精神神経誌，67; 1163-1186.

大森哲郎（2006）双極性障害は誤解されやすい．臨床精神医学，35;1395-1398.

Sadock,B.J.,&Sadock,V.A.(2003)*Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry*.Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins.

佐藤裕史（2004）「境界例」と双極性障害Ⅱ型ー見立てと診断上の留意についてー．精神療法，30;176-186.

Schmideberg, M.(1959). The borderline patient. *American handbook of psychiatry*. New York: Basic Books, 398-416.

Singer, H.K., &Brabender,V.(1993). The Use of Rorschach to Differentiate Unipolar and Biopolar Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 60,333-345.

徳永太郎・林直樹（2008）双極Ⅱ型障害と境界性パーソナリティ障害関連しているのか？—自殺関連行動を呈した感情障害患者の検討から—．精神科治療学，23;805-811.

内海　健（1997）うつ状態．臨床精神医学，26;39-44.

内海　健（2006）うつ病新時代ー双極Ⅱ型障害という病ー．勉誠出版.

Wagner, E.E., &Heise, M.R.(1981). Rorschach and hand test data comparing bipolar patients in manic and depressive phases. *Journal of Personality Assessment*, 45,240-249.