

現代における苦悩と救済の一側面
－精神医学と宗教学の接点から－

An aspect of the agony and salvation in the present world
－from a point of contact between psychiatry and science of religion－

大宮司 信 森口真衣
Makoto DAIGUJI Mai MORIGUCHI-SHINODA

北翔大学生涯学習システム学部研究紀要
第 11 号 (2011)

現代における苦悩と救済の一側面 －精神医学と宗教学の接点から－

An aspect of the agony and salvation in the present world
－from a point of contact between psychiatry and science of religion－

大宮 司 信 森 口 眞 衣
Makoto DAIGUJI Mai MORIGUCHI-SHINODA

I. はじめに

現代人を取り囲んでいる様々な苦悩に対し、医療はその全てを対象とするものではない。切り取って対象とできる苦悩のみを医療は扱う。もちろんこれは医療の力不足ではなく、医療の特性及び構造に由来する。

例えばクリニカルパス（注－1）に現れるように、現代の医療は標準的な方法・技術を提供することで医療過誤を少なくし、保険診療という経済的枠組みの中で行われている。これは医療の現場からみた苦悩への対応の基本的な位置であるが、同時に限界でもある。

精神のやまいの原因や誘因となる出来事の中には、誰にとってもショックな体験、例えば突然で大規模な自然災害や、殺人現場の目撃といった体験もあるが、精神科の臨床場面で最もよく出会うのは、嫁姑問題、過酷な仕事、横暴な上司の下での就労といった、断面だけを見れば日常的でありながら逃れようなく続く苦悩状況である。

一方それを受けとる側の要因も、精神医療が着目するところであろう。苦しい状況にも耐えていける強さを持つ者もいれば、簡単にくじけてしまう者もいる。

精神医学は医学の一分野であるから、状況を変えるよりも本人に強くなってもらおうという視点がある。従って実際の対応としては、昔から言われるストレスへの対処法、fight or flight（戦うか逃げるか）という法則¹⁷⁾に従って、戦い方や逃げ方を提示することになる。

苦悩がもたらす症状は、精神面に限ったとしても様々である。筆者の経験から、ずいぶんと粗くまとめることになるが、苦悩の多くはまず不安をもたらし、進行するとうつとなり、放置すれば自殺に至る。うつ病を中心とする感情障害・気分障害と分類される精神障害が増加し、またその不幸な結末としての自殺者が年間3万人をこえ、ここ10年間減少しないことはすでに周知となっている。このように現代における苦悩と精神のやまいの関連を考えると、苦悩が集約された精神のやまいとして注目せざるを得なくなっているのはうつ病である。

本稿では苦悩の現れ方としてのうつ病、そしてそれと対峙する治療者の直面する諸問題を手がかりに、現代の苦悩と精神医学の関与のひとつの側面に触れてみたい。

Ⅱ. うつとうつ病

Ⅱ－1. 精神医学からみたうつ

Ⅱ－1－1. 健康なうつと病的なうつ

統合失調症に見られる症状は幻覚や妄想のように日常的な経験外の状態であるが、うつ病の中心症状であるゆううつ感（精神医学の術語では：抑うつ気分）と億劫さ（行為抑制）は日常だれでも体験する精神状態である。だからゆううつ感を考えるとき、どこまでが健康でどこからがうつ病という病気に由来するののかという、素朴だが答えるに困難な問いがすぐ浮かぶ。

シュナイダー（Schneider, K.）¹⁰⁾は感情の層的構造における最も深い層を構成する生命感情ないし身体感情が消沈していることが「生氣的悲哀感（vitale Traurigkeit）」であり、これがうつ病に特異的なうつであるとした。極端に言えば身体化されたうつ、身体の症状として言語表現されるようなうつが病的なうつであるとする説である。

また感情面については、シュルテ（Schulte, W.）¹¹⁾のいう「表出ができない感情状態」をうつの病的な徴候とする立場が古典的である。シュルテはそれまで悲哀と呼ばれてきた感情状態はうつ病的なうつではなく、悲しむことも喜ぶことも出来ない状態こそがうつ病の病態の本質であると考えた。うつ病者はその体験を表現する言葉を見いだせないために、いわば隠喩として「悲しい」という表現をするのであるという。彼はこの「悲哀不能（nichit-traurig-sein-können）」こそがうつ病体験の一次性の中核症状であると主張した。

上述した2つはもちろん必ずしも境界明瞭に2つの群を分ける指標となるものではない。しかし健康なうつと病的なうつを分ける指標として、いまだに市民権を失っていない。

臨床的に考えると、うつが病気であるのは、もちろんそれが生活障害として現れるからである。日本人の場合、感情面よりも行為面、すなわち、ゆううつ感よりも億劫さとして現れることが多いと筆者は臨床体験から感じている。この場合、日常的・習慣的になっている行為までもが障害され出来なくなってくる程度にまで億劫さが強い場合には、自力では回復できないうつ状態であると考えている。

Ⅱ－1－2. うつ病者の病前性格

うつ病という病気がたとえ脳を含めた身体に何らかの原因・成因をもつとしても、臨床的・経験的には彼らが、いわゆる「うつ病者の徳目」と呼ばれるような性格特徴を持っていることが知られている。例えば生真面目・几帳面という形容はうつ病をあらわす決まり文句となっており、その背景にある性格の類型もこれまであげられてきた。クレッチマーの循環気質⁶⁾、下田の執着気質¹³⁾などである。

一方で現象学的・人間学的な立場からは、こうしたうつ病者の生き方は単なる性格としてでなく、人間存在の現象学的な現れとして描かれるようになる。テレンバッハ（Tellenbach, H）によるメランコリー型（Typus Melancholicus）はその代表であろう¹⁵⁾。

この特性を構成する要素は、言わば「秩序の上に成り立つ生活」と「他者のための自己の存在」である。メランコリー型特性者は、秩序性を重んじ、その上に成り立つ状況構成を重視する。いわば生活規律としての秩序愛で、彼らはその秩序の上においてこそ初めて安心して生活を送ることができるのである。彼らにとって秩序の外にある世界は不確かであり、そういう世界を回避する傾向をもつ。

また彼らは自らがそうした調和のとれた秩序社会で安住した生活をするために他者を求める。このような意味で自己の存在は他者の存在があって初めて成立する。彼らは責任転嫁することなく、総じて自責傾向が強く、良心を過度に有する。メランコリー型特性者がうつ状態を呈するのは、秩序が崩壊し、その維持が困難な状況に追い込まれたときである。この状況は前うつ状況と呼ばれる。

この立場においては、自己のよって立つ秩序の崩壊という苦悩がうつを引き起こすと考えられよう。そうした点では、うつ病という病気としてのうつは、たとえ脳内の変化という生物学的事態が指定されようとも、人間的な事態として捉える視点が成立する。

Ⅱ-1-3. 自殺の危機としてのうつからの開放

うつ病からの開放は当然、うつという苦悩からの開放につながる。しかし医療関係の国家試験の常連問題として出題されるように、うつが軽快する時点、すなわちうつからの開放を患者が自覚できるようになる時点は、自殺の最も重大な危機の時期である。

これにはうつ病のため自殺するほどの力もなくなっていた実行力が、この時期に自殺できる程度の力を回復できるからだといった意味づけがされる。

しかしうつ病だけでなく統合失調症の場合でも、自らが病気であるとわかってきた時期、病識（Krankheitseinsicht）が出てきた時期、表情が明るくなった時期は、同様に自殺の危機の時期でもある。このことを考えると、総じて苦悩からの開放、すなわち自分で自分がわかることは、いつも良き事ではないのかも知れず、治癒の時、自身を知るにふさわしい時というものがあるのかもしれない。

Ⅱ-2. メランコリー：創造の源泉

ギリシャ以来、うつはメランコリーという名称で、一般に否定的に扱われていたが、時代を経るに従い、一種の靈感の源泉と考えられるようになった。念のために例示すれば、アルブレヒト・デューラーによる寓意画『メランコリアⅠ』や、ジョン・ダウランドのリユート音楽「涙のパヴァーヌ」を思い出していただければよいであろう。

もちろんここで使われるメランコリーという言葉は一樣ではなく時代によって変化しており、中には今日からみて他の精神障害が混入していた可能性は否定できない¹⁶⁾。

また今日的な概念のうつ病に創造的な側面がある否かについても見解が分かれている¹⁴⁾（こうした精神のやまいと創造の関係を扱う精神医学の領域を病跡学という：注-2）。

福島³⁾はうつ状態と創造性の関係について、「この病相期を通過することによってはじめて獲得されるような人生観・思想・信念といったものが存在することも、また否定できない」「抑うつが極端でない場合には、その苦悩を表現することが不可能ではなく、その表現が病者にとって治療的に働く」「抑うつは文学的表現や宗教的体験に深みと奥行きを与える」と述べ、特に回復期の創造性を重視している。一方、宮本⁷⁾は、うつ病は創造活動を含めて知的活動一般を停滞させるとして、うつ病と創造性に対して否定的である。

宗教・宗教家に関してはマルティン・ルターとうつ病の関連²⁾が有名であるほか、うつ病と宗教の関連を考えるとときに重要なのが罪責感である。

II-3. 罪責感：うつ病と宗教のひとつの接点

うつ病者の中には、時として非常に厳しい罪責感を語る者がいる。その罪責感の多くが深い宗教的な意味合いをもつ。しかし精神医学者がほぼ一致してもつ見解として、うつ病者がいかに強い罪責感を持つとも、病気がよくなればすっかりそれを忘れてしまうという指摘がある。たとえ強い宗教的な罪責感に苦しむうつ病患者であっても、ひとたびうつ病の波が過ぎ去れば、見事と言っていいほどにそれらを忘れてしまうのである。

脳の病理が解決されたから、そのついでに罪責感という症状もなくなってしまうのだとするのは、単純すぎるが説得力のある意見といえよう。またうつという感情が罪悪感を生み出すのであるから、その感情が衰退していけば罪責感も消失することになり、罪責感とは人格に発するものではなく感情症状の一つにすぎないという見解も成り立ちうる。

あるいはうつ病の罪責感はずっと他者に対するものではなく、自身に対する不十分さであったという自責感の現れの一つとして考えれば、自信が沸いてきたときにその結果として、自責感が消失してしまい、その結果罪責感も消失するという考え方もできる。

このように理由はともかく、うつ病の罪責感は病状の回復と共に消失する。従ってむしろ健康な抑うつの方が、罪責感が人格そのものから発して、宗教的な絡みも含めながら成立していくと考えた方がよいのではないか。

罪責感を持つうつ病者にとって、未来は暗いものであり、また過去は取り返しのつかないものであるという表現もよく耳にする。しかし現象学の立場に立ったうつ病者の時間構造の研究結果から平たく言うと、うつ病者におけるうつ未来とは、健常者のような「暗い」という形容で表される状態ではなく、むしろ「ない」という形容で表される状態である。また「取り返しがつかない」という言葉で表現される過去も、振り返りたくはないが挽回可能性のある時間性ではなく、永久に挽回不可能な時間性を帯びているという意味で「取り返しがつかない」ものなのである。そうであればうつ病者の罪責感は未来永劫に償う可能性がないことになるのかもしれないのだが。

一方、ブーバー (Buber, M)¹⁾は、うつ病者が罪責感に直面することを精神医療が妨げてしまい、人間の本质に根付き考えなければならない罪責という問題から目をそらせてしまうと批

判した。いつの時代もそうであるように、身体をやまいと同様に精神のやまいにも、治療の技法や技術とともに、治療する意味が、現代は現代という時代背景を踏まえて問われている。

Ⅲ．病者としての治療者

Ⅲ－１．受苦と共苦

筆者の目から見て特徴的と思われる現代の苦悩をめぐる状況の一つは、この苦悩の中において、治療され救済されること以上に、あるいはそれと並んでまず、「共に苦しんで欲しい」という願いを病者が強く持っていることである。これまでは家族がこうした役割を背負ってきたが、家族関係が崩壊し、人間関係が希薄になっている現在、病む人は益々「患者」(patient, すなわち受苦し耐える人)とならざるを得ないであろう。

また医療の中にも、「共に苦しみ」ながら治癒をめざすのではなく、痛みを除去しさえすれば事足りるという無痛志向がみられるような気がする。「傷つく」、「傷つけられる」ことを極端なまでに避ける現代社会の方向を連想してしまう。

精神科医は心の苦悩、現代的な苦悩に対し、医療という面から治療者として立ち向かう。彼らは病者の発する苦悩がわからなければならない。しかし治療者が精神分析でいう逆転移、すなわち病者の病理性の中に自らの問題を読みとり、病者が癒されていく経過を自らの治癒過程と関係づけて考えるようになってしまう場合は共倒れになってしまう。

また一見うつ病のように見える境界例人格障害に対応する場合でも、無防備に対処すると患者の行動化や不測の動きの中に治療者が巻き込まれ、共に沈没してしまうことが少なくない。

従って我々は何らかの形で（うつ病者の場合においても）、患者との間に一定の距離を作る。これが治療における境界設定・治療構造構築といわれる構えであり、そのようにして治療の構造安定化を計るのである。しかしこうした構えは視点を変えると、「共に苦しむ」ことからなるべく離れようとする立場を指向することにほかならない。

翻って、現代における医師の作られ方はどうか。昔から「鬼手仏心」、すなわち医師は鬼の手と仏の心をもった者でなければならないといった、冷酷さと温かさを併せもつべきという言葉が知られてきた。もちろんこれは理想であろう。生物学的な膨大な知識の修得、大工や鮫職人にも似た技術の習得は医師として当然だが、現在、医師の教育の中には接遇の仕方までも導入されている。これは医師の態度のマニュアル化だという、ありがちな揶揄はあっても、重要な教育の一環であると考える。

生物学的な学問背景をもつ証拠に基づく医療（evidence based medicine, EBM）（注－３）の称揚から「仏の心になって鬼の手が使えるか」という考え方すら生まれかねないという危惧は確かにありうるが、筆者の周囲にいる現実の若い医師たちは、われわれの世代にないやさしさをもっているように思う。

そうした医師たちの中には、ある種の渴きをもって医療の世界に飛び込もうとする者も多い。

医療人は医療の手を差し伸べるだけでなく、差し伸べた相手の病者によって癒され潤わされる。医師の多くは「ありがとう」という患者の一言によって、明日もこの仕事を続けようという勇気を与えられる。

Ⅲ－２．プレゼンス：カール・ロジャースの場合

患者の話に耳を傾けることは、精神科医にとって「いろは」である。こうした傾聴を強調する最も代表的な精神療法はロジャースの提唱した手法であろう。

筆者の考えでは、ロジャースの手法には治療者が「いかに聞いたか」ではなく、患者が「いかに聞かれたと感じるか」を重要なポイントとするという、ひとつの特徴がある。つまり相談を受ける治療者は、自身ではなく来談者を主体としたかたちで聞くことにより、両者の間に一定の距離を作ったうえで言語的なやりとりをとらえるのである。

しかしロジャースは晩年、むしろただ患者と一緒にいること（プレゼンス）を治療上の重点と述べるようになった⁹⁾。これは神田橋⁵⁾が「離魂融合」という言葉で、治療上のターニングポイントにおける治療者の意識状態を形容し、精神療法の成功・不成功の分かれ目になる事態であるとしたのと類似している。

このプレゼンスは治療者が行為者としてでなく、存在者として治療的役割をはたすことといえよう。医師にとって「先生が居てくれるだけで安心します」という言葉は「ありがとう」という言葉とともに、やはり大きな生き甲斐を与えてくれるものなのである。

Ⅲ－３．サンガイ・ジウネ・コラギ：岩村昇の場合

かつてネパールに医療をもたらすべく援助に出かけた岩村昇という医師が、自らのある体験を次のように述べている。

「・・・結核キャラバンを組んで病人をタンセンの病院に連れてゆく途中、おばあさんの患者を背負って三日も四日もかかって病院まで運んでくれる若者がいる。見ず知らずの人がだ。たまたまその中の一人にお金を払おうと思ったが、私のポケットマネーはとっくになくなっていた。私はその若者にはっきり言った。「にいさん、残念なことに日当は一文もないのだよ」とその若者は憤然とした表情で言ったのだ。「ぼくは日当がほしくて、ばあさんをおつかぐんじゃない」「じゃ、どうしてなの」「サンガイ・ジウネ・コラギ」（みんなで生きるためだ）彼はそう言ってから、こうつけ加えた。「自分の余っている体力を、弱っているおばあさんに提供しただけなのだ」⁴⁾

これこそ、ネパールに医療を提供しにきた岩村が、逆に現地で学んだことであつた。またそれだけでなく、この体験は彼の切り開いた仕事をも様変わりさせたように筆者は考える。医療を提供するのではなく（もちろんそれも重要であり今も継続されているが）、医療者を目指す現地の若者を訓練し、彼らによってネパールの医療が推進されることを計画する方向へと変わっていったのである。

ネパールで岩村が体験したことは、ひとつのエピソードであるかもしれない。しかしそれは治療者－患者という二者関係にも新しい関係をもたらし、ひいては治療者に安心感をもたらすものであるように思う。「生きるための医療を与える」という力の入ったスタンスから「みんなで生きる」という力の抜けたスタンスに。

Ⅲ－４．傷ついた癒し人：ヘンリー・ナウエンの場合

治療者を「苦悩をもった病者」ととらえる者がいる。ここではカソリックの神学者ヘンリー・ナーウエン（Nauwen, H.）を挙げる。

彼は実践神学を修め指導した有能な研究者、教育者であったが、中年期に近づくころから、自分がそのような立場で成した指導や実践が、果たして神の前にひとりの人間として善しとされるのかと深刻に悩むようになった。彼の言葉を筆者なりに敷衍すれば、「神について語り、神について教え、神について実践したが、自分自身としてより深く神を知り神と交わることができるようになったか」という問いである。

彼はこのような疑問を抱くようになってのち、54歳のとき、すべての教職や研究から離れ、最終的にはダイブレイクというカナダの知的障害者の施設に1人の援助者として参加する（この施設の背景にはジャン・パニエによる知的障害者の生活体、ラルシュ共同体の思想がある）。

この中で彼は、それまで自分が治療し教え導かなければならないとしていた対象から多くを学び、またそれが彼を救うことにもなった。全ての癒し人はまた同時に傷ついていなければならないという、それまでも抱いていた思想を彼はさらに発展させる。

「傷ついた癒し人（the wounded healer）」という考え方は、彼のなかでは以前からあったものではある。この名称がタイトルとなった著作の序言でナーウエンは次のように述べている⁸⁾。

「すべての考察の焦点として一つのイメージが徐々に浮上してきた。それは傷ついた癒し人のイメージである。このイメージは最後に現れてきたものである。現代人が直面する苦悩を解明するあらゆる努力の後に、牧師（原文：minister）自身の苦悩を解明する必要性が最も重要になった。なぜなら牧師は、彼の時代の苦しみを彼自身の心の中で知り、そしてその認識を、彼の奉仕の業（わざ）の出発点とするように召されているからである。断絶した世界に踏み込むにしろ、発作的な世代の人間と関わるにしろ、あるいはまた、死にゆく人に話しかけるにしろ、彼が語ろうとする事柄事態が持つ苦悩によって彼自身の心が傷ついていないならば、彼の業は真正なものとして受けとめられないであろう。

このように牧師自身の傷を癒しのよりどころとして用いる方法についてのより深い理解なしには、ミニストリーについてどのような書物も書くことはできない。それだから本書を、「傷ついた癒し人」という書名にした。」

傷ついた者という自覚が同時に優れた癒し手になるという考え方は、ナーウエンだけでなく多くの治療者に共通する。ここに精神療法や治療技法の中に現代欠けていて、再発見されていなければならない契機があるように筆者は考える。

IV. ま と め

かつて札幌で「冬季癌セミナー」という講演会が開かれたとき、哲学者の清水哲郎は、医療者の中に混じった講演の冒頭で、「医療のそれぞれの分野の専門家が登壇するが、それでは自分の専門は何か、自分は言葉の専門家である」と自らを表現していたことを思い出す。彼はのちにそうした自らの位置を臨床にのぞむ「書記」としている¹²⁾。

医療の場にいる者は、具体的ではあるが狭い場所で行動する存在といえよう。だからその行動を広い目を持つ書記によって記述され、歴史の中のどこにいるのかを紹介して欲しいという願いを抱くのである。

それは蛙のように地べたを這いずる存在としての自らが鷹の目から見たときどのように見えるのか、また自分たちがいる空間がどのような場なのかを広い目から位置づけさせたいという願いである。現代の様々な苦悩・問題に対峙していくにあたり、精神医学のような実践を主にする領域と人文科学のように叙述を主にする領域が連携をとっていく必要性を筆者は強く感じている。いま臨床の領域は、それを時代に位置づける「書記」を必要としているのだ。

本稿ではうつ病を中心に、精神医学の立場から現代の苦悩やその救済に関して触れた。精神医療がある限定された範囲で行われていることは言うまでもないが、治療という言葉に示されるよりはさらに広い救済（その中には当然、人と人との和解という契機も入るのであろうが）がどのようなものを希求しつつ、病む者としての治療者自身が示す意味に触れ、思想領域に携わる人々への期待も付言した。

（付記）

本論文の内容は第69回日本宗教学会（2010年9月）のパネルディスカッション「精神的苦悩と宗教体験の諸相—思想的・臨床的アプローチ—」にて発表した。

【注】

1. クリニカルパス

もともとは入院時に患者に手渡される治療・検査や看護などを縦軸に、時間・日付を横軸に作成された診療予定表。アメリカで始まり、日本には1990年代半ばに導入され、現在では広く普及している。同じ病院でも担当医師の経験や判断によって違う方針がとられることがあるが、クリニカルパスを作ることで、ひとつの病院の中での標準化が可能になるだけでなく、さらに質の高い医療を追求していくことが可視化される。患者は、どんな検査があって、いつ手術をして、いつ頃退院出来るかがわかるので、入院生活の不安が少しでも解消できることになる。また医療スタッフにとっても、どのような医療行為をいつ、誰が行うのか、患者への説明はどのようにするか、といったことが明確になるので、チームとしての医療サービスをスムーズに提供できるようになる（日本クリニカルパス学会ホームページに基づく）。

2. 病跡学

ドイツの精神科医メービウスが20世紀初頭に造語したパトグラフィー (Pathographie) の翻訳で、他に、病誌学・病蹟学とも訳される。主な定義としては「精神的に傑出した歴史的人物の精神医学的伝記やその系統的研究をさす」(宮本忠雄)、「精神医学や心理学の知識をつかって、天才の個性と創造性を研究しようという研究領域」(福島章)がある。

3. EBM

evidence based medicine の略称で、「根拠 (証拠) に基づく医療」と訳される。数多くの確実な臨床試験で有効性の根拠がはっきりしている薬や治療法をいう。本来は広く関連文献を調べ、目の患者への適応を判断し、診療することであったが、しだいに個々の診療内容がどの程度、疫学的、統計的に効果を保証されているかといった意味で使われることが多くなっている。

[文 献]

1. Buber, M.: Schuld und Schuldgefühl. In: Der leidende Mensch. E. Diederichs, Düsseldorf, 1960.
2. 平山正実: マルティン・ルター. (笠原嘉 (編) 躁うつ病の精神病理 1, 弘文堂, 東京, 1976) pp. 240-275.
3. 福島 章: 躁うつ病と創造 (福島 章: 創造の病, 新曜社, 東京, 1997) pp. 189-212.
4. 岩村 昇: ネパールの碧い空. 講談社, 1975.
5. 神田橋條治: 精神科診断面接のコツ. 岩崎学術出版社, 東京, 1984.
6. Kretschmer, E.: Körperbau und Charakter, 20 Aufl. Springer, Berlin/Göttingen/Heidelberg (1951) - 相場均 (訳): 体格と性格. 文光堂, 東京 (1960).
7. 宮本忠雄: パトグラフィー研究の諸問題 (宮本忠雄: 病跡学研究集成. 金剛出版, 東京, 1997) pp. 15-81.
8. Nouwen, H.: The wounded healer. Darton, Longman & Todd Ltd, 1994. (1st published in USA in 1979) (西垣二一・岸本和世 (訳): 傷ついた癒し人 - 苦悩する現代社会と牧会者. 日本キリスト教団出版局, 東京, 1981).
9. Rogers, C.R.: The foundation of a person-centered approach (In: Rogers, C.R., A way of being, Houghton Mifflin, Boston, 1980. p. 129) (高島直子 (監訳): 人間尊重の心理学 - わが人生と思想を語る. 創元社, 東京, 1984, pp. 122-123).
10. Schneider K: Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionzustände. Z ges Neurol Psychiatr 59: 281-286 (1921) - 赤田豊治 (訳): 感情生活の生層性と抑うつ状態の構造. 精神医学 18: 441-447, 1976.
11. Schulte W: Nichttaugigkeit im Kern melancholischen Erlebens. Nervenarzt 32:

314-320(1961).

12. 清水哲郎：医療現場に臨む哲学．勁草書房，東京，1997.
13. 下田光造：躁うつ病の病前性格に就いて．精神経誌45：101-102, 1941.
14. 高橋正雄：躁うつ病の病理と創造．(松下正明・高橋正雄 (編)：臨床精神医学講座 S8, 病跡学, 中山書店, 東京, 2000) pp.127-145.
15. Tellenbach H:Malanchoile, 3 Aufl. Springer, Berlin(1978/org. 1961)－木村敏 (訳)：メランコリー．みすず書房，東京(1985).
16. 内海 健：うつ病の治療史．(松下正明・昼田源四郎 (編)：臨床精神医学講座 S1, 精神医療の歴史, 中山書店, 東京, 1999) pp.397-409.
17. 山下 格：情動の精神生理－心身医学の生理的基礎．金原出版．東京，1970.