北杜夫の書斎遺品
―「Z 旗」からみる「躁うつ病」と精神科診断学 ―

高　橋　　徹　（信州大学総合健康安全センター）

１．はじめに

2021年、東京世田谷の北杜夫邸は建て替えのため取り壊され、それにともない北杜夫の書斎遺品が松本市立旧制高等学校記念館に寄贈された。その経緯は、岩波書店の雑誌「図書」に掲載した「北杜夫と躁うつ病と Z 旗」（2022年1月号）[38]の前半部を引用する形で報告した[40]。本論は、同じく「北杜夫と躁うつ病と Z 旗」[38]の後半部を引用し、「Z 旗」に関して詳述する。Z 旗の写真や関連する逸話を紹介し、Z 旗からみる北杜夫の躁うつ病について考察した。記述方法は、まず「図書」に掲載した一文（「Z 旗」に関連した後半部）を引用し、それに附随する情報や考察を「解説」として付け加えた。さらに精神科診断学における「内因性精神病」の歴史的な変遷を解説し、筆者なりの「脆弱性・ストレスモデル」[26,28,41]に関して考察した。

２．Z 旗

２−１．『酔いどれ船』『木精』創作時の Z 旗

「この遺品のなかには、未公開資料や希少資料が多数含まれており、なかでも特に私が興味をもったのは「Z 旗」である。Z 旗に関しては、1966年のエッセイ『私は躁病である』[11]のなかで次のように記載されている。

「さて、肝腎の長篇書下ろしであるが、これを私は5月1日、メーデーであり私の誕生日であり日曜日である日を選んで開始した。躁病である。Z 旗をあげた。すなわち、マンの『悩みのひとときの』の末尾にある「くよくよするな。働け。限って、除いて、形造って、成就しろ」という文句を壁に貼りつけた。この Z 旗は『楡家の人びと』のときだけ使用したものである」

『マンボウ酔族館 パート V』（1997年）[16]のエッセイにも Z 旗の記述がある。

「これはという作品にかかるとき、私は机の前の壁に、私の「Z 旗」をかかげた。／それはトーマス・マンの短編「悩みのひととき」の末尾に出てくる文句である。ゲーテがスランプにおちこみ、友人のシラーの仕事ぶりをうらやんだのち、ついにこう独白する。／「くよくよするな。働け。限って、区切って、形造って、成就しろ」／これを日本語とドイツ語で色紙に書いて、壁に貼りつけた。私なりの Z 旗である。／どんな作品に Z 旗をあげたかは忘れてしまったが、確か三度ほどである」

Z 旗とは、もともと船の国際信号旗のひとつで、日本海軍において大規模な開戦時に掲揚されたことから、日本ではここぞというときに奮起させ、成功を祈願して掲げる旗のことを指すよう

になった。北の場合、敬愛するドイツ作家トーマス・マンの一文を色紙に記し、書斎の壁に貼り付けたものをＺ旗としている。

今回の遺品のなかには、小説『酔いどれ船』（1972年）の創作時に掲げたＺ旗（1970-71年）と、処女作『幽霊』（1954年）の続編である『木精』（1975年）の創作時に使われたＺ旗（1973-74年）がみつかった。」[38)]

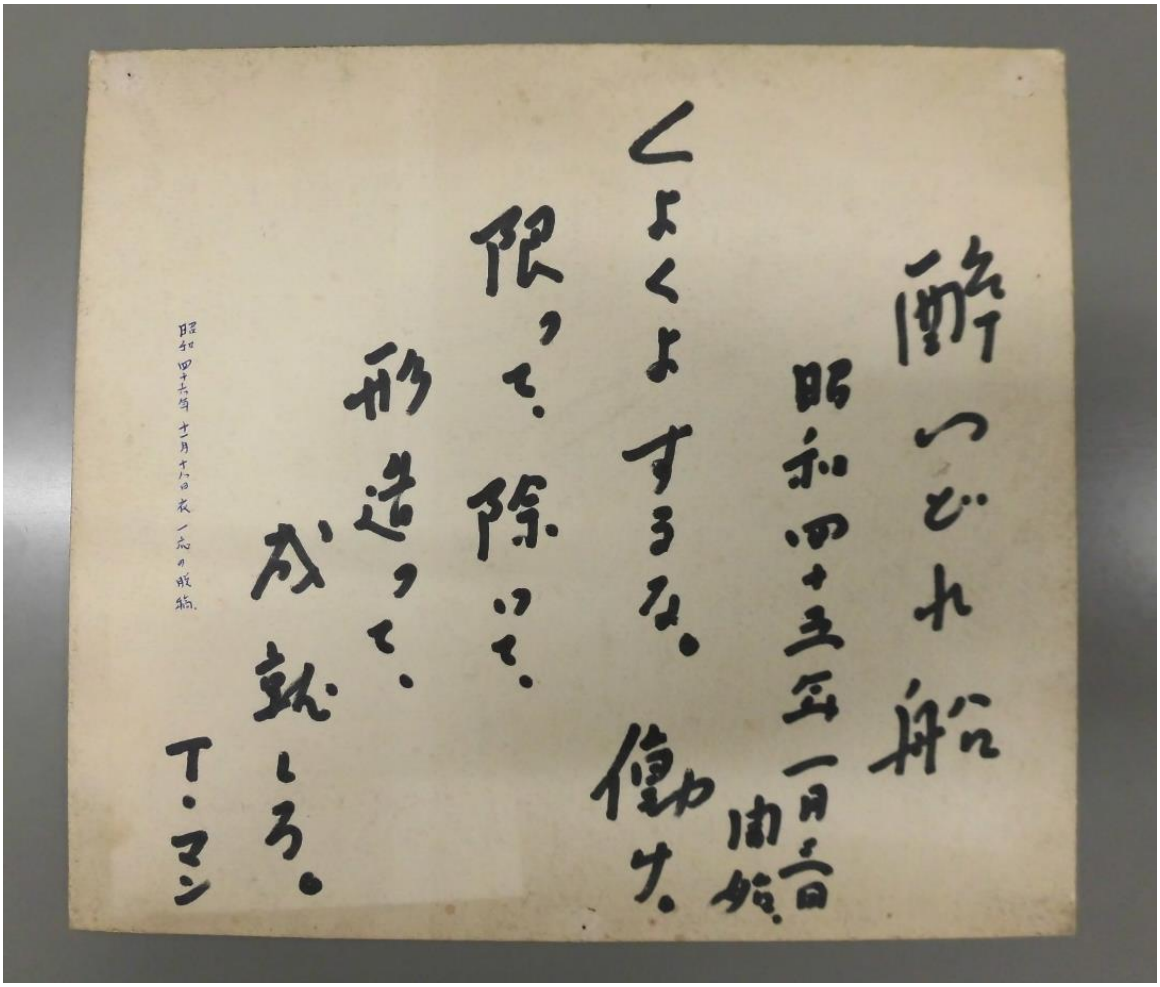


図１（写真）Ｚ旗（松本市立博物館分館　旧制高等学校記念館所蔵）
「酔いどれ船　昭和四十五年一月三日開始。くよくよするな。限って、除いて、形造って、成就しろ。Ｔ・マン　　昭和四十六年十一月十八日夜　一応の脱稿」

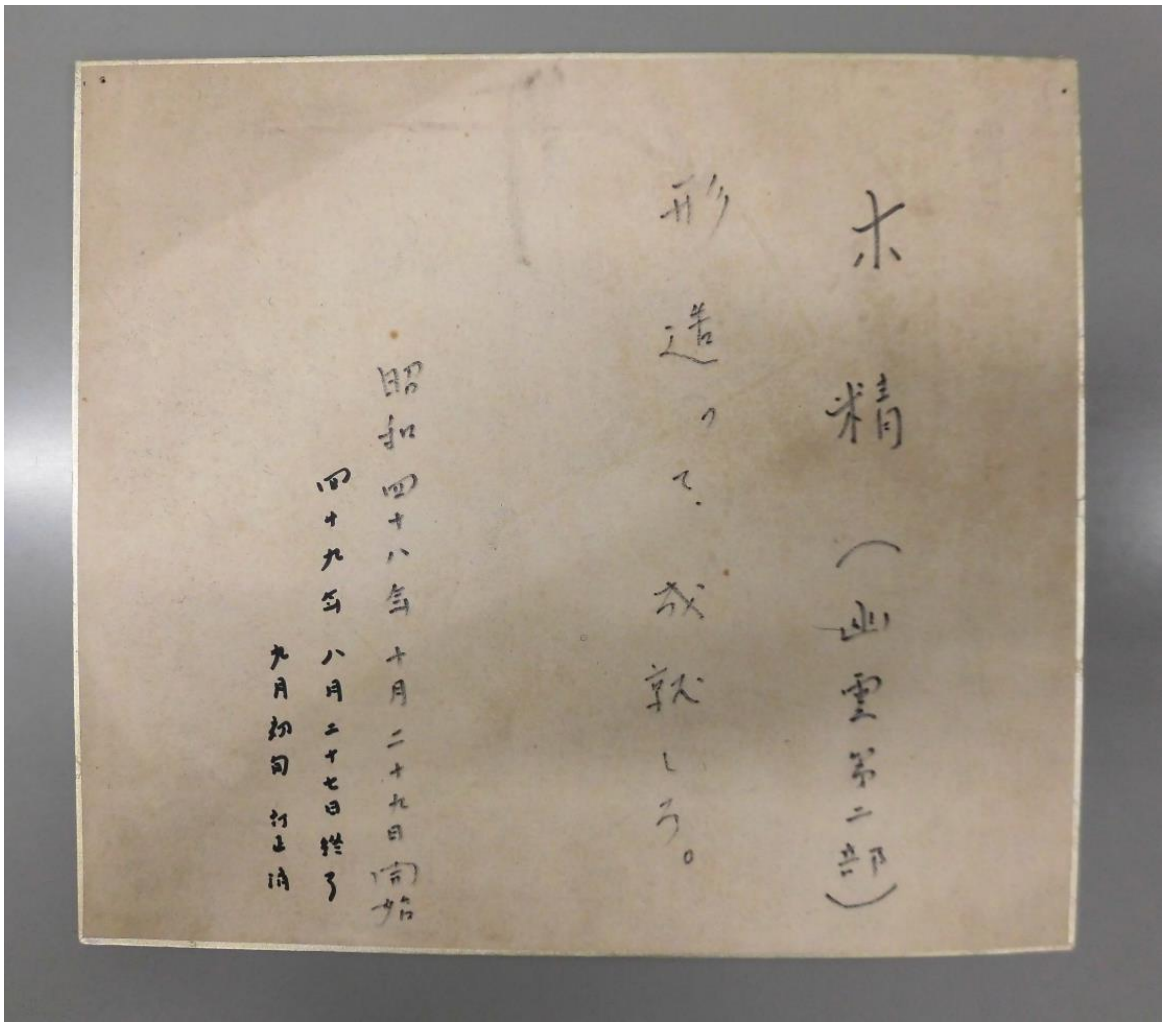


図２（写真）Z 旗（松本市立博物館分館　旧制高等学校記念館所蔵）
「木精（幽霊第二部）　形造って、成就しろ。
昭和四十八年十月二十九日開始　四十九年八月二十七日終了
九月初旬　訂正済」

【解説】

1 枚目の Z 旗は、昭和 45 年から 46 年（1970-1971 年：43-44 歳時）、2 枚目は昭和 48 年から 49 年（1973-74 年：46-47 歳時）に書斎机前に掲げられたものである。この 1970 年から 1974 年の 5 年間は、大半の時期がうつ状態だったようである。前年の 1969 年に躁病エピソードがあり、「7 月、アポロ 11 号取材のため、朝日新聞社よりアメリカに派遣される。出発前から躁になり、かぐや姫の子孫として金を稼ぐ月乞食を思いつき、ニューヨークで試みるもみごとに失敗」「NASA 施設でも月乞食を試みるが職員に追い払われる。」「ニューヨークからロンドン、さらにパリに行き辻邦生と落ち合う。一緒に汽車でチューリッヒに行き、トーマス・マンの墓に詣で、跪いて泣く。（中略）完全な躁状態。」「7 月からの躁が続き、ドクトル・マブゼを名乗ったり、秘書を雇ったりする。」

「昭和 45 年 1 月、『月と 10 セント』を「朝日新聞」日曜版に連載（9 月まで）。（中略）この年の前半は、重い鬱だったが、6 月に躁に転じて、前年を思い出して立腹、前述の NASA に抗議文を送ったりした。」といった躁状態でのエピソードがみられる[11]。よって 1970 年は、1969 年の躁病エピソードに続く逸話が残るものの、その後は 1976 年の大躁病（「「病人でもないのにパジャマを脱がない男」の世界記録を作り、ギネスブックに載ろうと、外出時もパジャマを服の下に着てがんばる。また、株に熱中して、全財産をすべて失ったばかりか、数千万円の大借財を負う。」[11]）まで、大きなエピソードはない。1972 年（昭和 47 年）に発表されたエッセイ「鬱のウツ」が以下。「躁病のときは、人に迷惑はかけるが、自分では愉しい。ところが困ったことに、昭和 46 年以後、躁病というほどの元気さが一度も起らぬのである。やや躁的になったことはある。一昨年までは、これはこのあと三ヶ月くらい躁期がつづくだろうとほぼ推定ができた。それが、ほんの三、四日、長くて一週間でまた元へダウンしてしまう。これは体がおよそ 70 歳なみにガタがきたのが原因であるようだ。9 月、10 月と私はほとんど寝ていた。もはや躁病になって騒ぎまわる体力もなくなったのだと思った。」[11]

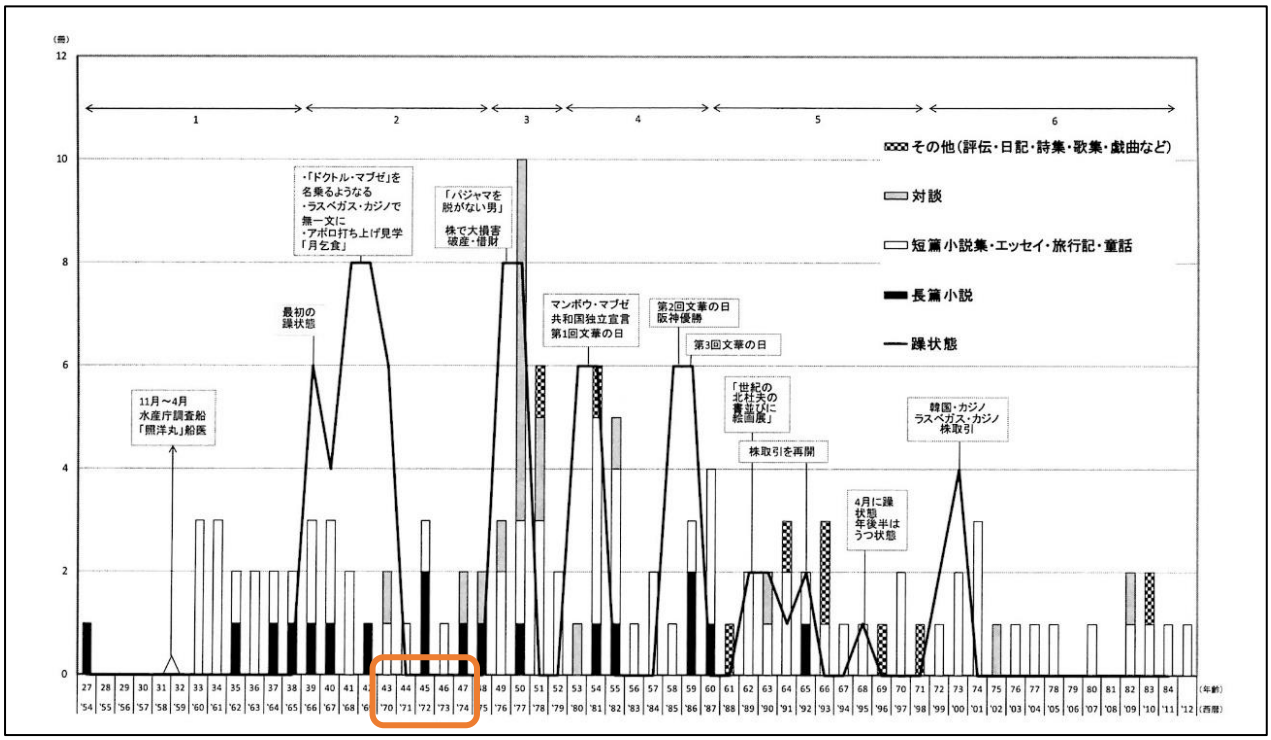


図３　著作物と躁病エピソードの概観図。

横軸上段が年齢、下段が西暦年。棒グラフが各年の初出単行本の数を表す。躁状態の線グラフは、その年に 1 回でも躁病エピソードがあれば上向きにプロット。躁状態の程度をグラフの高さで表したが、これは具体的な逸話を踏まえて筆者が主観的に評価した。（本図は文献 35 から転載）。43 歳-47 歳（1970-1974 年）を枠で囲った。

２−２．色紙「憤り、怒りを、仕事へ!!」

「さらに『酔いどれ船』創作時に、Z 旗の隣に貼られた色紙「憤り、怒りを、仕事へ!!」もみつかった。北は、1966年4月に躁状態を自覚し、エッセイ「私は躁病である」において、「この4月、私はだしぬけに元気になった。人には大なり小なり循環気質というものがある。高揚期と沈滞期がある。その甚しいものが躁鬱病である。人によっていろんな周期がある。私は本質は分裂気質だが、そのほかにどうやら数年おきの大きな循環質の波があるらしい」と著した。

1966年の躁状態で掲げられた Z 旗であるが、4年後の1970年にはその横に、「憤り、怒りを、仕事へ」と記した色紙を追加して貼り付けた。これは易怒性（些細なことで激怒すること。双極性障害の診断基準には、「気分が異常かつ持続的に高揚し、開放的または易怒的となる」が第一にあげられている）と創作との関連性を検討するうえで興味深い資料である。

北が躁状態下で怒った、という逸話は多い。例えば『月と10セント』（1971年）には「5度目の躁病のきざしで他にも無意味のくだらぬ計画をゴマンと立てたりしているうち」「ふたたび怒りの発作に取りつかれると、5分間で在日アメリカ大使館への抗議の手紙を書きあげた」とある。そして「鬱病のときは、ろくに口も利けず、ゴロゴロ寝てばかりいるが、躁期の私の行動力は、まさしく電光石化である」が、「その代り、あとでシマッタと頭をかかえる羽目にもなる」との由。

北は、自分が躁状態にあるという認識（病識）はあるのだが、その躁状態によって生じる逸脱行動や感情を制御できず、後悔することを繰り返している。」[38)]

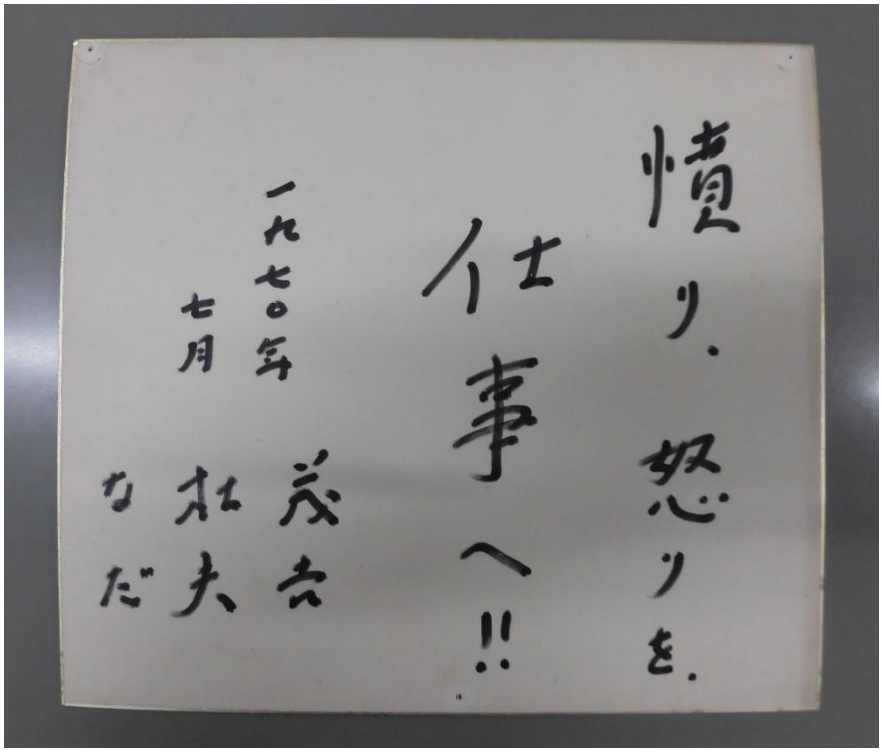


図４（写真）
Z 旗の横に貼られた色紙
（松本市立博物館分館
旧制高等学校記念館所蔵）
「憤り、怒りを、仕事へ!!
1970年7月
茂吉　杜夫　なだ」

【解説】

1970年（昭和45年）7月10日に、書斎机前のＺ旗横に張り付けた色紙である。(巻末資料1)。「茂吉」は父である齋藤茂吉（1882-1953年)、「なだ」は、慶應義塾大学神経科同門の医師で作家の「なだいなだ」(本名・堀内秀）であろう。この三人を連名とした理由は不詳だが、なだいなだは、同人誌「文藝首都」の時代から北と親しい関係にあり、また大学同門医師としても親しく、さらにこの時期には、北の治療にも関与したと考えられる（後述)。

この1970年の状態に関しては、『月と10セント』等に詳述されており、「1970年はつかのまの躁期。その後、およそ4カ月間、これまでにない鬱状態が続く。5月末頃から回復しだし、6月には躁期のきざし。」「1970年6月、急激に躁期となり、大立腹して NASA と米国大使館に抗議文を送る。7月来日した宇宙飛行士コリンズ氏と対談。」（図６）[35]といったエピソードがみられている。

２−３.「熟慮また熟慮」

「創作時期は不明だが、同じように注意喚起として作ったと考えられる「うつ病　躁病　混合期には　熟慮また熟慮」と記された紙もみつかった。混合期（混合状態）とは躁病とうつ病の移行期に、両方の症状が混在する時期を指す。例えば、1969年の状態として次の記述がある（『北杜夫の世界』1979年)。

「この時は前よりもケンカし、怒りっぽくなったため、病勢がはげしく、友人の心理学者、心配して忠告にくる。慶応時代の同僚の医師に薬もらい使用。体力おとろえてフラフラとなる。なだいなだ、今度くるウツ病は大きいぞと予言。3名の友人の医師が警戒体制をしく。11月末、与えられた性格改善の薬（なだいなだの皮肉の言）により、ヘラヘラ笑い、異常。突然に笑い出したり、泣き出したりする。体重減じ、自分でも反省のいろ濃く、すぐ間近の次期ウツ病の予感を覚えて不安だった」(なだいなだは、北と同じ慶應義塾大学神経科同門の精神科医で作家。本名堀内秀。2013年没)

北は、「躁病の方が原稿の出来はいい」と述べ、躁状態で生じるエネルギーを創作の原動力にしていたと考えられる。もしくはそのエネルギーを創作に向かわせようとした痕跡を、これらの資料からは読み取ることができる。一方で、躁うつ病の自覚はあるものの、コントロールが困難であるため、自制を促すための警告文「熟慮また熟慮」を作ったのであろう。」[38]

【解説】

この注意喚起の書（次項：図５）において注目すべきは、「混合期」が言及されている点である。北杜夫が「躁うつ病」の「躁病期（躁状態)」と「うつ病期（うつ状態)」を経験していたことは有名であるが、「混合期」の存在については一般にあまり知られていない。『月と10セント』の内容を基に、1966年（39歳）から1970年（43歳）までの躁状態とうつ状態の推移を図６に示した[35]。かなり短期間で気分の上下変動を繰り返しており、「急速交代型」[1]の定義を満たしている[35]。またこの図からは、躁病エピソードと抑うつエピソードが同時に存在する月を確認できる（1968年5〜6月、1969年7月・11月、1970年1月・7月)。これが混合期（混合状態）[1]であり、「突然に笑い

出したり、泣き出したりする」[22,35,38]といった病状（躁病とうつ病の移行期に、両方の症状が混在する状態）を呈する。

前掲した1969年の状態には、「慶応時代の同僚の医師に薬もらい使用」「なだいなだ、今度くるウツ病は大きいぞと予言。3名の友人の医師が警戒体制をしく。」とあり、なだいなだ（堀内秀）をはじめとする慶応大学同門医師が対応したことが記述されている[22,35]。精神科薬については、東北大学時代の日記『或る青春の日記』[14]には既に、睡眠薬である「ブロバリン」の記述があり[注1]、また躁うつ病が顕在発症（39歳：1966年）する前から不眠症に対して抗精神病薬のクロルプロマジンを服用していた[15]。青田吉正（ペンネーム・斎藤国夫）[9,17]によるインタビューでは、「（クロルプロマジンは）本当の躁病を静めるには1日300ミリ400ミリって使いますけどね。僕は今、薬の連用ってのはよくないですからね、50ミリくらい使ってるんです。」[9]と語っている。それ以外にも「ベンザリン（睡眠薬）」[10]「鬱病の新薬」[15]「躁病の新薬」[12]などがエッセイには記載されており、適宜、薬物調整がなされたものと考えられる[35]。

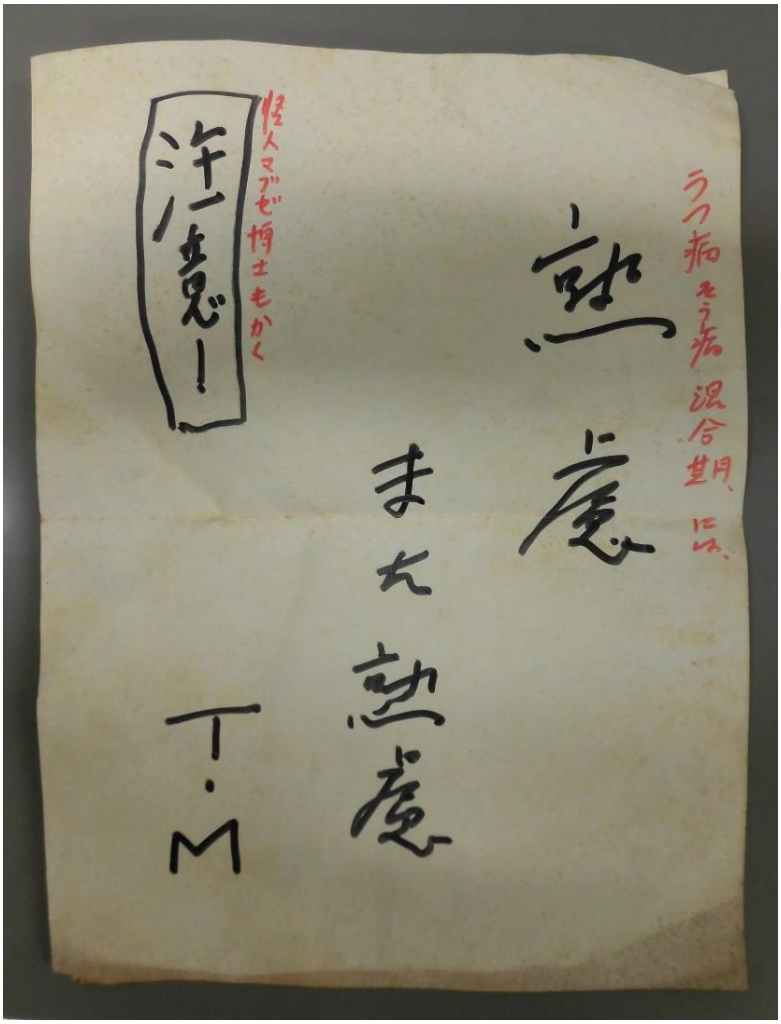


図５（写真）
（松本市立博物館分館　旧制高等学校記念館所蔵）
「うつ病　そう病　混合期には、
熟慮また熟慮　T・M
怪人マブゼ博士もかく注意！」

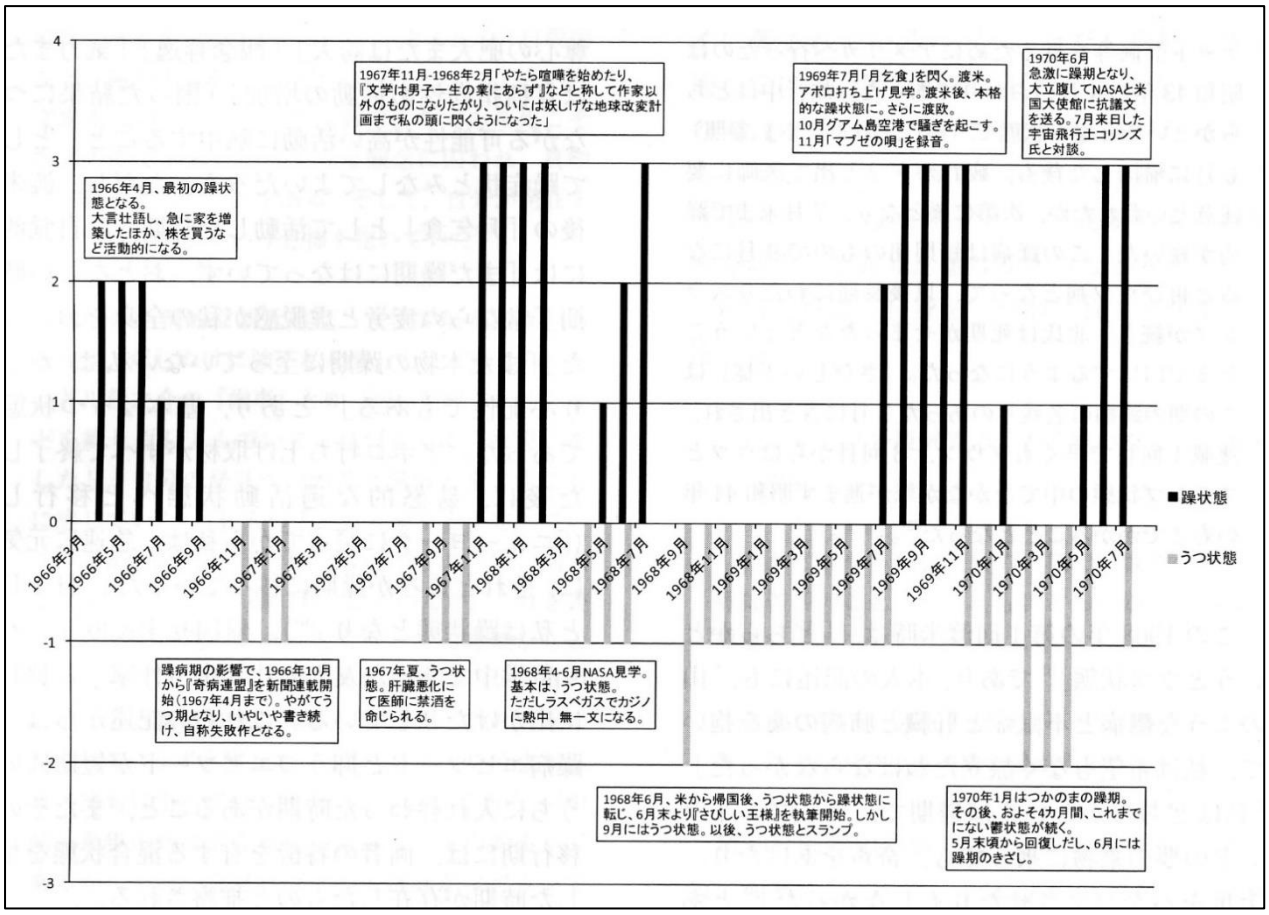


図６　1966 年（39 歳）～1970 年（43 歳）の躁病・うつ病エピソード（文献 35 掲載）

２−４．北杜夫の精神科診断[注2]

「北は、躁うつ病というものは、天然自然の現象で、環境に左右されるものではない」とも述べており、自身の躁うつ病（双極性障害）が、内因性の病態（心因性ではなく、より生物学的な素因に基づく精神疾患）であることを強調している。北が躁うつ病を公にしたことが、精神疾患の啓蒙に一役買ったことは間違いない。一方で、近年の精神医学は、うつ病と双極性障害の概念拡大の時代を経て、内因性と心因性の境界が曖昧となり、ストレス反応による軽微な気分変動も双極性障害の範疇に位置付ける方向性が強くなった。ただし、これは専門家間でも意見の割れる問題であり、精神科診断学が抱える課題のひとつといえる。

北は自らが精神科医であり、専門用語もまじえて、その病状を数多くの著作に書き記した。没後10年を節目に、文学的にも精神医学的にも新たな観点から光があたり、作家・北杜夫が再び注目されることを願っている。北によって躁うつ病の社会理解が進んだように、今後、「北杜夫研究」が精神科診断学の発展に寄与し、それが精神科の啓蒙にもつながっていくことを個人的には期待している。」[38)]

【解説】

北杜夫が自己診断した「躁うつ病」は、現代の操作的診断基準である DSM-5に当てはめると「双極Ⅰ型障害」に該当する[35)]。北杜夫の精神科診断が、「双極性障害」（いわゆる躁うつ病）であることは間違いない。ただし、北杜夫が躁状態を認識した1966年当時から今日に至るまで、精神科診断学は概念的な変遷を経ている[33)]。

北杜夫が東北大学を卒業して精神科医となった1950-60年代は、ドイツ精神医学が主流であり、診断学に関しては、「器質性精神病」「内因性精神病」「心因性精神病」という三つの大きなカテゴリーが存在した[注3]。「器質性精神病」は、脳血管障害や感染症、外傷、腫瘍などの脳器質的病変によって生じる精神症状を指し、脳画像などの検査法が進歩したことで、現代医学では診断が容易となった。「心因性精神病」は、心理的要素が主要因となって病状を説明できるものを言い、心理的負荷によって生じたストレス反応や神経症が含まれ、診断名としては適応障害や不安障害などが該当する。

一方、「内因性精神病」は、「器質性」でも「心因性」でもなく、「明確な原因は不明だが、将来的にはその生物学的基盤が解明されるであろう精神病」のことを指す[32)]。具体的には統合失調症や気分障害（双極性障害やうつ病）が含まれ、病態基盤には中枢神経系の機能異常が想定されている。例えば、統合失調症の第一選択薬である抗精神病薬は、神経伝達物質であるドーパミンを遮断する作用があるため、統合失調症の病態仮説として「ドーパミン仮説」が提唱されている。ただし抗精神病薬がすべての統合失調症に著効するとは限らないため、いまだ「仮説」という位置づけになっている。一方で、ドーパミン遮断作用のない薬剤は抗幻覚・抗妄想作用がないことも証明されており、統合失調症の病態にドーパミンが関与していることは間違いない。このように、「中枢神経系の機能異常」が想定されるものの「明確な病態は未解明」というのが「内因性精神病」の位置づけである。北杜夫が「躁うつ病というものは、天然自然の現象で、環境に左右されるものではない」と述べたのは、環境因によって病状が変動する「心因性精神病」ではなく、「内因性精神病」と自覚しての発言であったと考えられる。

ただし近年の精神医学、特に米国精神医学の潮流は、病態を類推することをやめ、症状から診断を導き出すという方向に舵をきった。理由は幾つかあるが、ひとつには生物学的研究による病態解明が思ったような成果をあげなかったこと、もうひとつには症状に焦点をあてた薬物療法が精神医学界を主導したことがあげられる。日本では1998年の経済破綻（バブル崩壊）を契機に自殺者数が急増し、うつ病対策が急務となり、フルボミサミンやパロキセチンといったSSRI（Selective Serotonin Reuptake Inhibitors：選択的セロトニン阻害薬）と呼ばれる抗うつ薬が販売、臨床においても多用された（図７）[33)]。それまでは統合失調症の概念が相対的に広かったが、この時期から、うつ病の概念が広がることになる。幻覚や妄想などの精神病症状が認められる場合も、抑うつ症状を優先させ、「精神病症状をともなう重症うつ病エピソード」と診断されることが増えた。しかし抗うつ薬の種類は増えたものの、薬理効果はどの薬剤もそれほど高くはなかった。さらにその後、難治性のうつ病は双極性障害と診断するのが妥当ではないかとする考えが強くなった。2013年に改訂された米国精神医学会の診断基準DSM-5において、「気分障害」の概念はなくなり、

「うつ病（抑うつ障害群）」と「双極性障害」はそれぞれ大分類として独立することになった[注4]。それまで「うつ病」と診断されていた症例は、気分の上下変動に着目して「双極性障害」に捉え直されることが増えた。またゲノム研究や脳画像研究などの生物学的な研究で、「双極性障害」と「統合失調症」の共通点が見出され、両者を近縁疾患と位置づけるようになった[6)]。「双極性障害」の概念拡大にともない、幻覚妄想などの症状がある場合でも、「精神病症状をともなう躁病エピソード」と診断されることが多くなったように思われる[33)]。ラモトリギン（抗てんかん薬）やアリピプラゾール（抗精神病薬）の双極性障害への適用拡大も同時期になされた。さらに軽躁病エピソードを拾い上げる概念として「双極Ⅱ型障害」が重視されるようになり、双極性障害の概念は軽度から重度まで広範なものとなった[4)]。この気分障害の概念変遷の過程において、「内因性」と「心因性」の境界は不明瞭となり、「内因性精神病」という概念自体がとりあげられなくなったと考えられる[32)]。

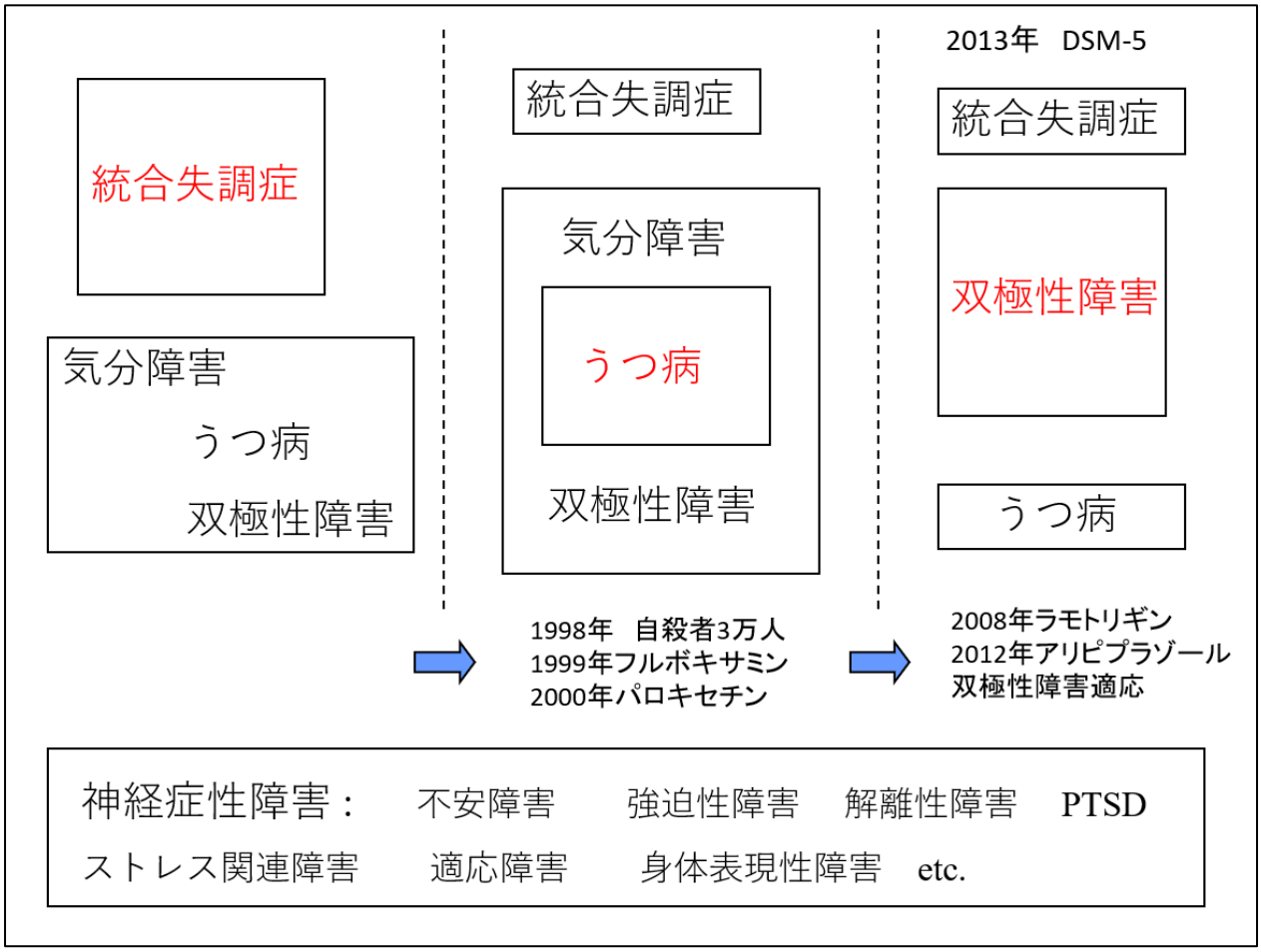


図７　精神科診断概念の変遷

文献 33 の図に加筆して作成。

３．精神科診断学考

精神科診断は、現在のところ「症状診断」である。例えば内科学では、発熱や咳などの感冒症状があれば、検査によって細菌感染なのかウィルス感染なのか、肺炎なのか気管支炎なのかを診断し、それを治療にまでつなげることができる。一方、精神医学では、発熱に対しては解熱剤、咳に対しては鎮咳薬という対応と同様、幻覚妄想には抗精神病薬、気分変動には気分安定薬、不眠症には睡眠薬といった対処療法的選択をしているといえる。表出される症状に焦点をあてているわけだが、これを病気の本態（病態）にアプローチする手法へと変換していくためには、精神医学や脳科学研究における今後の発展を待つしかないだろう。

現状の精神科診断学には限界があることを前提としたうえで、北杜夫研究を通して筆者なりに考えた精神科診断学について考察する。

３−１．混合精神病

北杜夫研究家の青田吉正は、斎藤国夫のペンネームで知られ、北杜夫の年譜作成、企画展協力、新資料の発表や解説などを行っている。青田は、早稲田大学在学中に北杜夫のインタビューを行い、それを基に小冊子「北杜夫ノオト」を作成し、昭和44年（1969年）に刊行した[9)]。

本冊子のインタビューにおいて、青田は「どういうきっかけで躁から鬱になったり、鬱から躁になったりするわけですか。」という質問をし、それに対して北杜夫は、以下の返答をしている。（下線は筆者による）。

「内因性の躁鬱病は、外界の影響は少ないんです。反応性のものじゃない。それにね、これだけはいっておきたいけど、僕、本質は分裂気質なんです。これが一番強い。ただ、これは人に目立たんですね。分裂気質なんだけど、人に会うのが嫌いだとか、閉じこもっているとか、自然が好きとか、そういう内向性それがやっぱり基本だと思うんです。それが何年か前から躁鬱の周期が加わってきたんですね。それは本当の僕の友人の医者にいわせると、ミッシュプシコーゼという混合精神病があるんですよ、躁鬱病と分裂病と混じったようなね、お前はそれに似てるなんて、いわれてますけどね。で、あきらかにね、鬱病の時は僕は自殺までいかんからまあいいけど、躁病の時は家の者は被害甚大ですね。つまり僕はものすごくいらいらして怒りっぽくなる。それから喧嘩も始めます、人と。出版社の今まで俺を侮辱した奴、なんだァーなんていって。それからいらいらして、いろいろなこと、思いついちゃ片端から忘れちゃったり、一つのことをやっちゃ別のことをやりだしたりしてね。躁病の最盛期はまあ仕事にならんですね、計画ばかりたててね。はっきりいってね、これは精神病ですよ、世間でいわれている以上に。僕の躁病の最盛期ね、僕がもし医者だとして、僕みたいのをみたら、『悪いこといわんからこの薬飲んで、もしよかったら一月くらい入院なさい』といいますね。」[9)]

前述した通り、北は自身の躁うつ病を、反応性（心因性）ではなく内因性の精神疾患であると強調している。さらに本インタビューでは、友人の精神科医から「混合精神病」に似ていると指摘されたことを明かしている。

「混合精神病」とは、ミッシュプシコーゼ（Mischpsychose：独語、mixed psychosis：英語）を邦訳した精神科診断概念であり、精神医学事典では以下のように解説されている。「内因性精神病のうち、クレペリンによって分類された早発痴呆（統合失調症）と躁うつ病という二大疾患群には分別できない病型に付された概念。これらは、今日一般的に非定型精神病と呼ばれている病像であるが、歴史的には、①精神分裂病（統合失調症）と躁うつ病ないしはてんかんとの混合状態とする見方と、②独立した数種の疾患群とする見方とがあった。」[23)]

前掲の図７は、米国精神医学会の「精神障害の診断・統計マニュアル」（DSM 分類）をベースに作成したが、これにドイツ精神医学の診断概念（器質性精神病・内因性精神病・心因性精神病）を追加し、「混合精神病」の位置づけを加えたのが図８である。

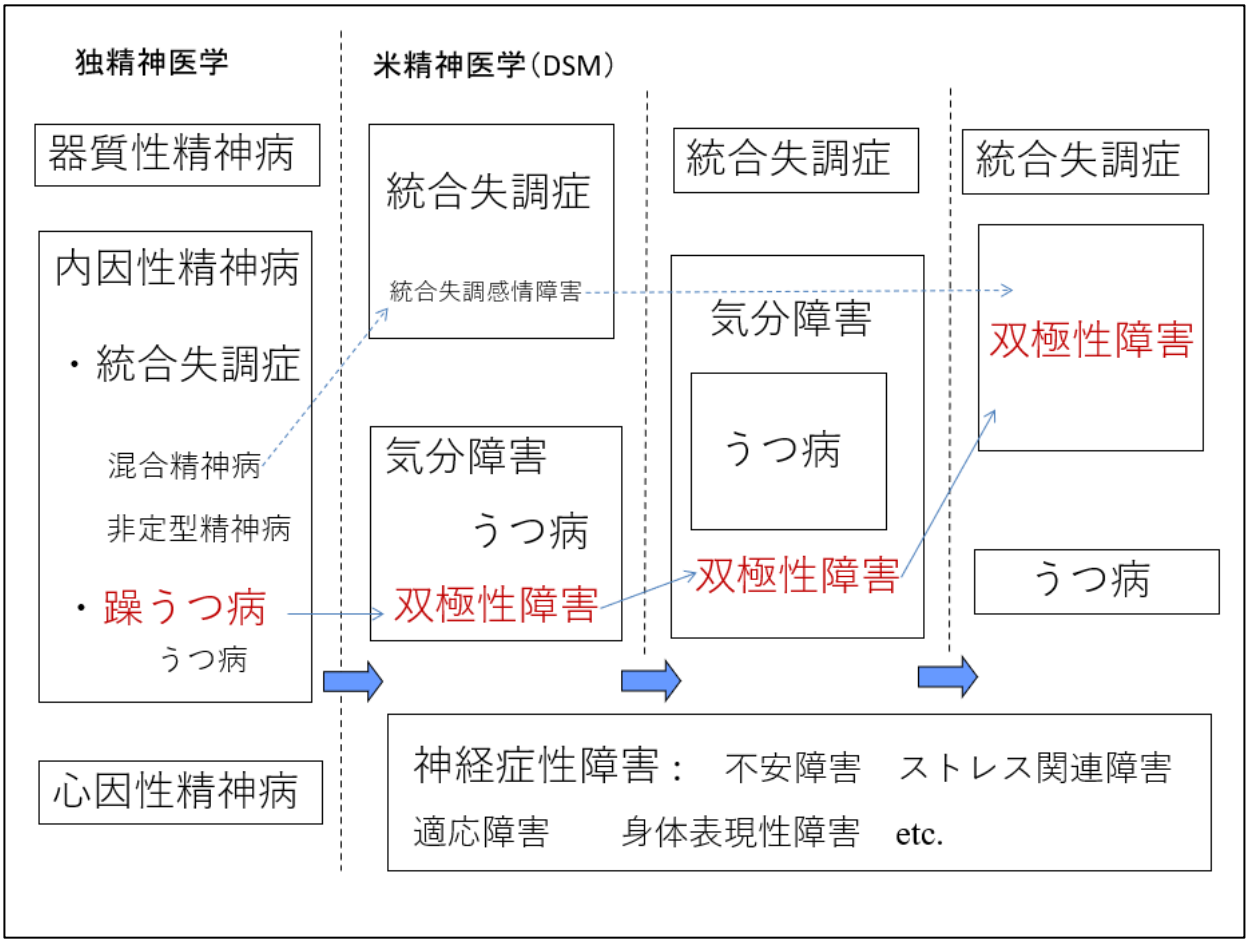


図８　精神科診断学の変遷

ドイツ精神医学から米国精神医学への流れと「混合精神病」の位置づけ

「混合精神病」は、内因性精神病である「統合失調症」と「躁うつ病」の中間に位置付けられ、この二つの精神疾患の特徴が混在しているため、DSM 分類では、統合失調症の下位分類である「統合失調感情障害」に該当したと考えられる（図８）[注5]。「友人の医師」が、北杜夫のどのような病状のなかに統合失調症の特徴をみたかは不詳であるが、入院治療を検討してもよいほどの重症度や、「突然に笑い出したり、泣き出したりする」[22]といった混乱状態などから、そのように感じたのかもしれない。ただしその後、精神科診断学は統合失調症の概念を縮小し、双極性障害の概念を拡大させたため、いずれにしても北杜夫の診断を「双極性障害」に位置付けることに異論はでないものと考える（図８）。

３−２.「内因性精神病」概念の意義と限界

精神科診断学の変遷や「混合精神病」の位置付けなどを考察してきたが、北杜夫の診断が「内因性精神病」の範疇に位置付けられることに疑いの余地はない。それは精神科医でもある北杜夫自身が、なんども強調している点である。北がインタビューのなかで、「はっきりいってね、これは精神病ですよ、世間でいわれている以上に。」と語った理由は、当時の日本では一般に精神疾患の知識が十分に浸透していなかったためと考えられる。北の「躁うつ病」を「総ウソ病」と呼び、北が話題作りのために躁状態を演出していると考える読者もいたようである[25]。

実際、双極性障害の主症状である「気分の上下変動」は、多かれ少なかれ、誰でも経験するものである。そのような心因反応としての気分変動とは区別し、より生物学的因子を強調することを意図した「内因性精神病」の概念は、今日的にも十分に意義のある説明概念である。一方で、うつ病と双極性障害（躁うつ病）の概念拡大は、軽微な気分変動にまで適応され、病態を見据えた「内因性精神病」の概念は顧みられなくなった。その結果、近年の精神科診断は、より「症状診断」に偏ったものになった。

ただし仮に、精神科診断学において気分障害の概念拡大が起きなかったとしても、内因性と心因性の境界が不明瞭となる方向性は変わらなかったとも考える。「心因性精神病」の概念は、「神経症性障害」として引き継がれたが（図８）、そこに含まれる「不安障害」や「適応障害」などにしても、環境因やストレス因によって中枢神経系が作り出す症状であることに違いない。「心」というものを、「脳」が担っているとする心身一元論の考え方が浸透するにつれ、心因性と内因性の垣根は取り払われる方向にある。また感情や思考といった心の機能を、生物進化の結果として理解しようとする「進化心理学」[34]の発展も、心身一元論の立場を補強することになったと考えられる。

そもそも内因性精神病においても、心因（ストレス因）の関与は発症機序の一因とみなされており、統合失調症や気分障害の病態仮説として「脆弱性・ストレスモデル(vulnerability-stress model)」が提唱されてきた[26, 28, 41]（図９）。この「脆弱性・ストレスモデル」では、発病促進的に作用する中枢神経系の生物学的な脆弱性（vulnerability）が内因性精神病の病態基盤に存在し、そこにストレス（心理的負荷）が加わることで様々な精神症状が発症すると考える。

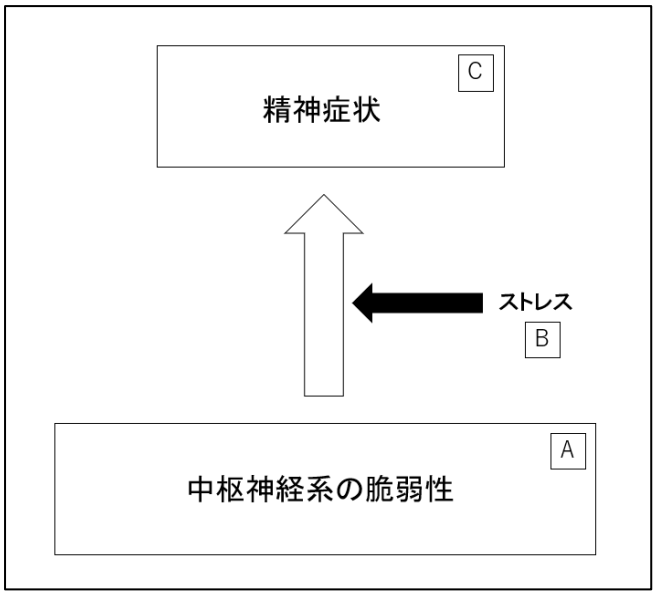


図９　脆弱性・ストレスモデルの概念図
内因性精神病の病態を説明するための発症仮説。中枢神経系の脆弱性(A)にストレス(B)が加わることによって精神症状(C)が発症すると考える。ストレスは発症のきっかけになるが、あくまでも誘因であり、発症後は病気の本態（中枢神経系）に対する治療（薬物療法など）が主となる。

「脆弱性・ストレスモデル」は、生物学的基盤が想定される内因性精神障害の説明概念として使用されてきたが、一般的なストレス反応（心因反応・心因性精神疾患）を理解するうえでも汎用可能な説明概念と考えられる（図１０）。心身一元論の立場からみれば、思考や感情といった「心」とされるものも中枢神経系の一機能であり（図１０：A)、そこで引き起こされる現象の一部が「症状」（図１０：C）となる。身体不定愁訴などの自律神経失調症状を生じやすい人がいるが、これも「中枢神経系の特性」（体質の個体差）（A）を基盤として、ストレス因（環境、天候、寒暖差、加齢など）（B）が加わることで生じる症状（C）と解釈することができる。パーソナリティやキャラクターなども各人の思考パターンや情動パターンに依拠しており、そのような個性も、突き詰めれば「中枢神経系の特性」とみなすことが可能である。

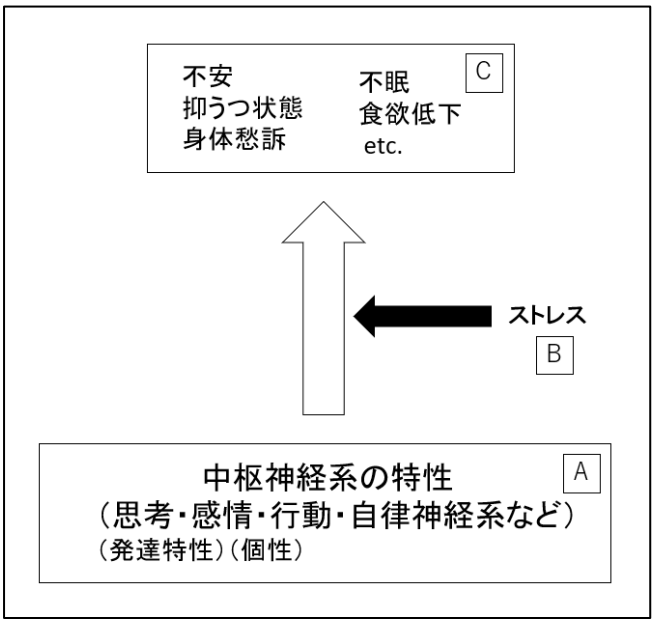


図１０
脆弱性・ストレスモデルを汎用した精神症状の発症機序モデル。
思考パターンや個性（キャラクター・パーソナリティ）といった中枢神経系の特性（A）を基盤として、ストレス因（B）が加わることで精神症状（C）が出現する。

３−３.「発達障害」「発達特性」の概念

「北杜夫研究」からやや話しがそれるが、精神科診断における発達障害[注6]の位置付けに関しても、筆者独自の観点から考察してみる。DSM 改訂（2013年：DSM-5）では、気分障害概念の大幅な変更（「双極性障害」と「うつ病」を独立させて大分類に格上げ）がなされたが、それとは別に、発達障害の領域でも大きな変更があった。それまで「広汎性発達障害」「自閉症」「アスペルガー症候群」などの名称で診断されてきた一群を、DSM-5では「自閉スペクトラム症（ASD：Autism Spectrum Disorder）」[注7]として一括した。また DSM-IV では、「自閉スペクトラム症」と「注意欠如・多動症（ADHD：Attention Deficit Hyperactivity Disorder）」[注8]の二疾患は併存しないとされてきたが、DSM-5では両者の合併を認めることとなった。

「発達障害」の概念は、近年の精神科診断学において注目される領域である。一方で、「うつ病」と「双極性障害」の概念拡大のときと同様、軽度から重度まで幅広く捉えるため、過剰診断の問題も指摘されている。特に「自閉スペクトラム症」は、重症度をスペクトラム（連続体）で捉えるため、軽症から重症まで幅広いケースが包含されるものとなっている[5, 37)]。心理検査が実施されることもあるが、診断確定のための客観的な指標はなく、どこからを障害とみなすかは、診察した医師によっても異なってくる。（ただしこれは、「症状診断」である他の精神疾患でもすべて同じことがいえる）。

小児精神医学を専門とする篠山は、この自閉スペクトラム症の「診断閾値」の問題について、以下のように述べている[30)]。「自閉スペクトラム症と診断されている人は増えている。これが真の増加であるかどうかについては、医学的見地からは明らかではないが、医療的見地からは診断されて支援を必要とする人が増えているのは事実である。（中略）スペクトラム概念が取り入れられた診断基準において，どの程度を診断閾値とするかの判断は難しい。自閉スペクトラム症の特性は定型発達者にもある程度みられるものであり，診断がつく人とつかない人の差は程度の違いであるに過ぎず，診断閾値自体が概念の変遷に伴い変化している。（中略）診療において，生物学的に均一な閾値にするかどうかにこだわるよりも重要なのは，特性が原因で日常生活に大きな問題が生じて支援を必要としている人を診断することで適切な治療，支援につなげることである。自閉スペクトラム症の特徴によって日常生活に支障を来すレベルを医療における診断閾値と考えるべきであろう。」[30)]

概念拡大と過剰診断の問題をはらむ点は、「うつ病」と「双極性障害」にも似ているが、「発達障害」の概念拡大は、気分障害の概念拡大とはやや趣を異にする。精神科診断概念の混乱は、「病態診断」（内因性精神病や心因性精神病など）から「症状診断」へと移行したことが一因にあると考えられるが、一方、発達障害という診断概念は、「生来の脳機能障害」という「病態診断」を大前提として成立している。発達障害という診断自体は、明らかに「病態」を指しており、しかしその評価は「症状」によって為されるという二重構造になっている。さらに発達障害の難しくも興味深いところは、発達障害を背景として、様々な「二次障害」（抑うつ状態、不安障害、問題行動、強迫症状、幻覚妄想状態など）が出現すると考える点にある（図１１）。

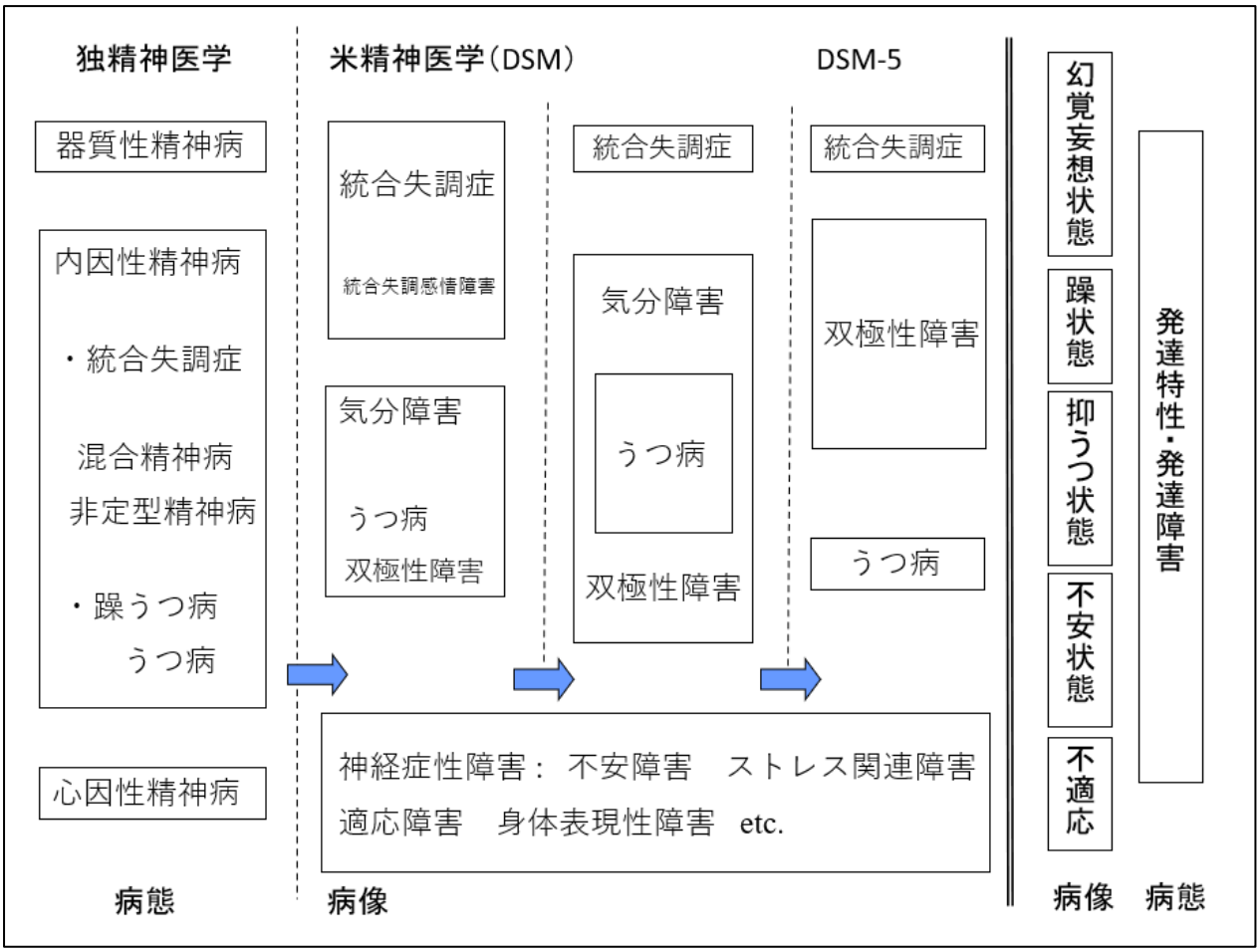


図１１　精神科診断学の変遷

図８に発達障害を追記した。

発達障害の概念は、生物学的な脳機能障害を病態基盤としているため、前述した「脆弱性・ストレスモデル」を適用しやすい。図１２−１４に、発達障害（ASD と ADHD）を組み込んだ脆弱性・ストレスモデルの模式図を作成した。基盤となる「中枢神経系の特性」が「病態」であり、これは「神経基盤」「発達特性」「人格特性」「病前性格」「脳脆弱性」などに置き換えて表現してもよい。そこにストレス因や環境要素、加齢による脳機能やホルモン系の変化などが加わることで、様々な精神症状が出現する。例えば幻覚妄想状態が出現すれば、「統合失調症」（もしくは急性精神病性障害など）と診断されることになる。うつ状態が出現すれば「うつ病」や「適応障害」、躁うつ状態が出現すれば「双極性障害」、強迫症状が出現すれば「強迫性障害」と診断される。一方、ASD の二次障害として、強迫症状（ASD のこだわり症状と見分けがつかないことは多い）や陰性症状（引きこもり、発動性の低下など）が出現する可能性がある。あるいは ADHD の二次障害として、躁うつ状態（多動・過活動が躁状態にみえることがある）、うつ状態（不適応によって抑うつ状態を呈することがある）などが出現する可能性がある（図１２）。（幾つかの精神症状を例示したが、これ以外にもありとあらゆるパターンがある）。

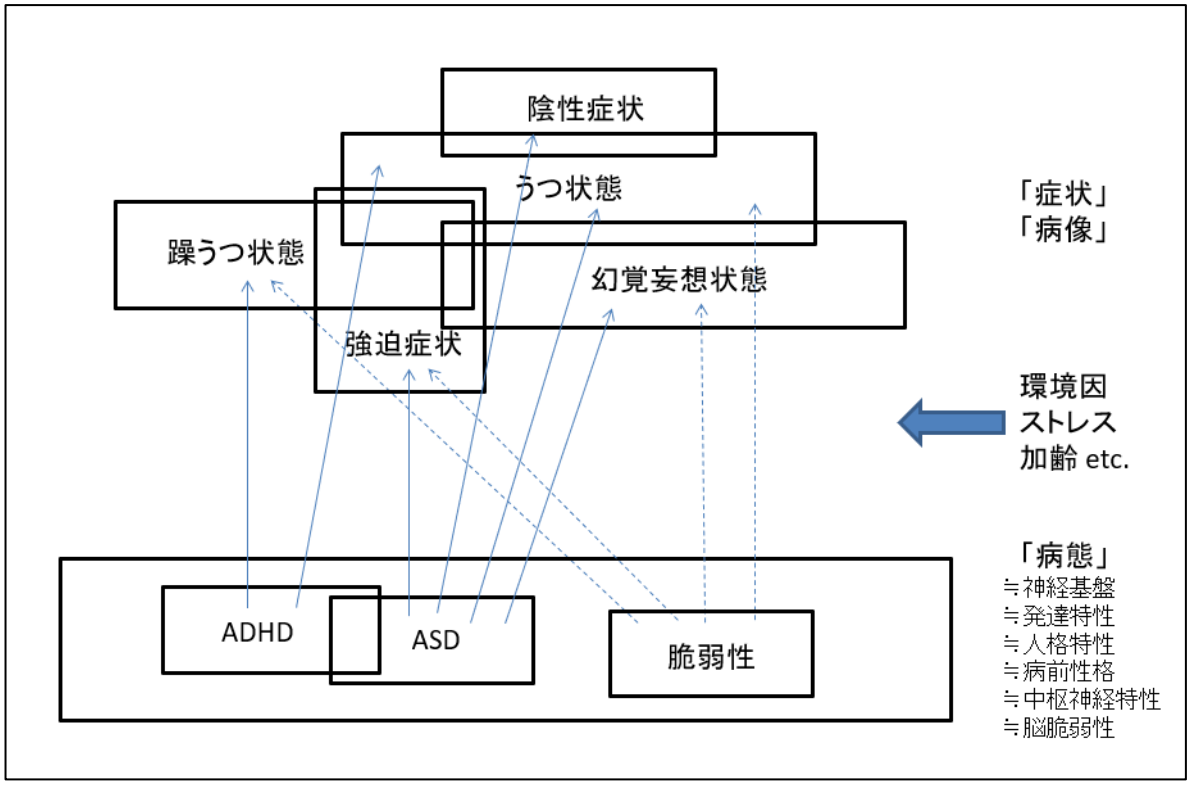


図１２　脆弱性・ストレスモデルに基づく「病態」「ストレス」「症状」の概念図（1）

ただし、どんなに健康的な中枢神経であったとしても、過大なストレス暴露を経験したり、加齢性の変化が生じたりすれば[32]、なんからの精神症状が出現する可能性は誰にでもある。脆弱性がまったくなく、一切のストレス反応を呈さない脳は存在しない。よってこの「脆弱性」の定義は曖昧なものであり、他と明確に線引きすることはできない。ASD や ADHD といった発達障害も、その診断閾値は変動するもので、定型発達と地続きの連続体（スペクトラム）と考えられ、診断概念の境界は不明瞭である（図１３）。

脳神経基盤の特異性は、神経繊維の結合の仕方（神経配線の違い）や神経細胞の活動性の違いなど、個別にすべて異なっている。そのあり方は千差万別であり、あらゆるパターンが存在すると考えられる（図１４：点線の正四角形で個別性を表した）。これはニューロ・ダイバーシティ（Neurodiversity：神経多様性）の考えにも通じるものだろう。精神科医の岡田尊司は、発達障害に関する著作において、「近年、発達の特性は、障害ではなくニューロダイバーシティ（神経多様性）として理解されるようになってきている。それは、それぞれの人がもつ脳の特性であり、個性である。それを、わずか数個の診断カテゴリーで区切ろうとすることは、自然の多様性を、人間の決めた数本の境界ラインで区切るようなものである。」と述べている[27]。

精神症状ではないが、「神経配線の違い」が起こす現象として「共感覚（synesthesia）」がある[2, 3, 36]。共感覚とは、「ある刺激に対して別の領域の感覚が生じる現象」[3]であり、共感覚者は、 文字や数字に色がみえたり、音や言葉を聞いて色を感じたり、味に形が伴うといった知覚現象を

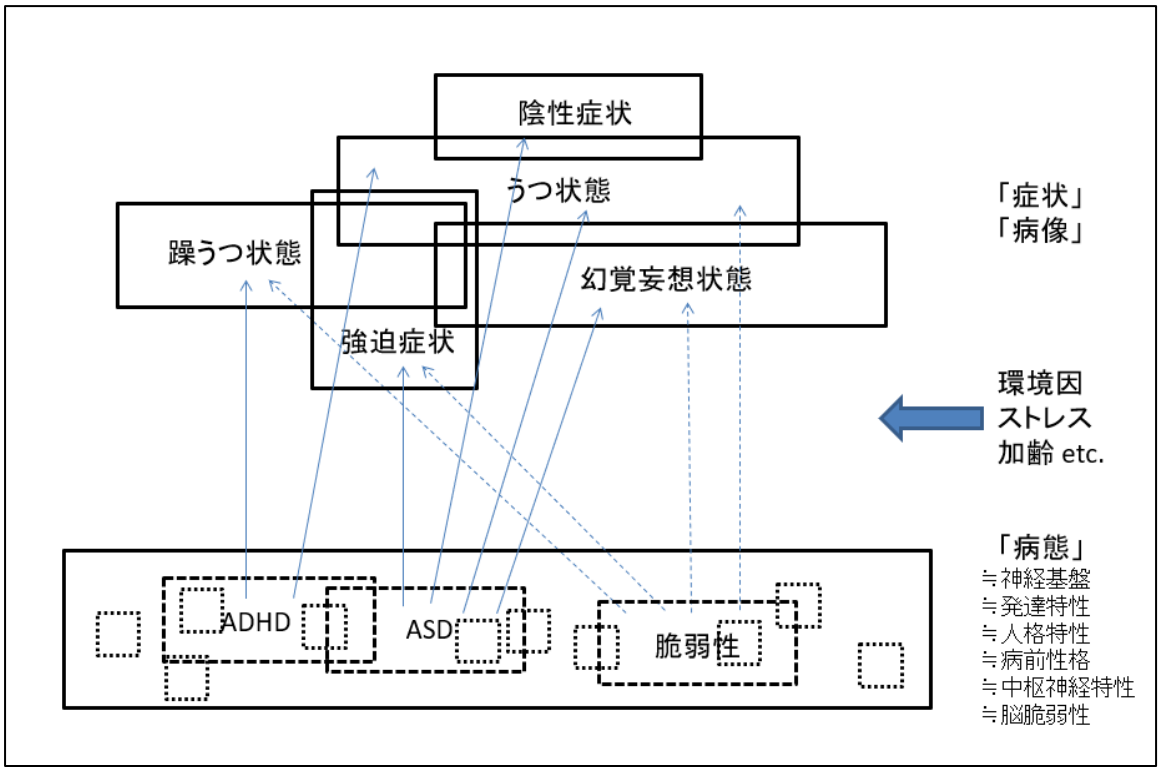


図１３　脆弱性・ストレスモデルに基づく「病態」「ストレス」「症状」の概念図（2）

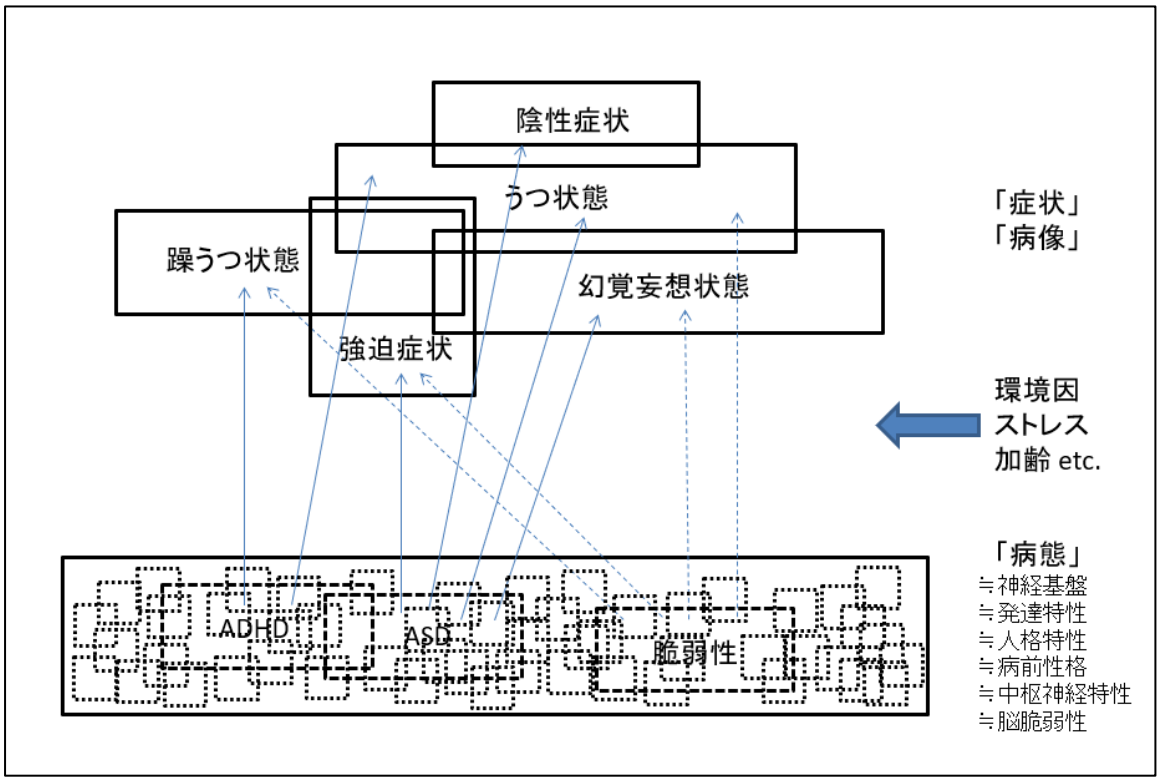


図１４　脆弱性・ストレスモデルに基づく「病態」「ストレス」「症状」の概念図（3）

体験している。共感覚の成因仮説については、「さまざまな 脳領域どうしのクロストーク（混信）が多くなっている」[2]ことが原因と考えられており、共感覚者を対象とした脳機能画像研究（fMRI）では、単語を聞くことによって、色覚に特化した脳の視覚領域が活性化するという所見が見出されている[2]。

３−４．北杜夫と「分裂気質（統合失調症気質）」

北杜夫の精神科診断が、「双極性障害」であることに疑いの余地はない[35]。一方、北杜夫は、自身の「病前性格」が「分裂気質」（「統合失調気質」）であることを、かなり強調して繰返し語っている。

「私の本質は分裂気質で、人間嫌いなところもあるのだ」[13]

「私がどうやら分裂気質の人間で、数多の人間関係は苦手のこと、時とともにどちらかといえば人間嫌いになりそうだということ」[8]

「この4月、私はだしぬけに元気になった。人には大なり小なり循環気質というものがある。高揚期と沈滞期というものがある。その甚だしいものが躁鬱病である。人によっていろんな周期がある。私は本質は分裂気質だが、そのほかにどうやら 数年おきの大きな循環質の波があるらしい」[11]

「僕、本質は分裂気質なんです。これが一番強い。ただ、これは人に目立たんですね。分裂気質なんだけど、人に会うのが嫌いだとか、閉じこもっているとか、自然が好きとか、そういう内向性それがやっぱり基本だと思うんです」[9]

この「分裂気質」（「統合失調気質」）を理解するには、ドイツ精神医学者のクレッチマー（1888−1964年）が著した『体格と性格』（1921年）を知る必要がある[19)注9]。クレッチマーは代表的な三つの内因精神病である「統合失調症（精神分裂病）」「気分障害（躁うつ病）」「てんかん」には、患者の体格と病前性格に一定の特徴があり、それら性格特徴と内因精神病との間に移行を認めると考えた[28]。統合失調症（精神分裂病）の病前性格である「統合失調気質（分裂気質）」は、体格はやせ型、性格は非社交的、内向的、内気、観念的で、社会のほかの人から孤立して自分の中に閉じこもる自閉傾向などの特徴があるとした[24,28]。躁うつ病に親和性があるとされる「循環気質」は、体格は肥満型、性格は多弁、陽気、親しみやすく好人物で、社会のほかの人たちと同調して生きようとし、現実的、実際的で環境に順応しやすく、社会的にも成功しやすい、などの特徴があるとした[24,28]。「てんかん気質」は粘着気質ともよばれ、体格は闘士型で、頑固、固執傾向、易怒性などの性格特徴があるとした[24,28]。

原著の発刊が1921年で、日本にもその説は紹介されていたが、正式な日本語翻訳の出版は1960年、訳者は心理学者の相場均（1924−1976年）であった。相場は、北杜夫と同じ慶應義塾大学神経科に勤務しており、二人は親しい間柄にあった[注10]。当時の日本精神医学はドイツ精神医学の影響

が強く、また相場が訳した『体格と性格』も身近にあったため、北はクレッチマーの説を基に自身の性格特性を語ったのではないかと考えられる。

ただし北も、このクレッチマーの説を「ごく大ざっぱな理論」と評している。内因性精神病である「統合失調症（精神分裂病）」と「双極性障害（躁うつ病）」に対応する気質は、「分裂気質」（「統合失調気質」）と「循環気質」の二者択一しかないことになる。躁うつ病（双極性障害）と自己診断したからには、病前性格は「循環気質」ということになり、確かに躁状態においては「多弁」「陽気」といった循環気質の特徴に該当するものの、しかしうつ状態においては「非社交的」「自閉傾向」などの特徴が顕著となるため、それを「分裂気質」（「統合失調気質」）と言い表したのではないかと推察する。また旧制高等学校時代は、ひとりで山野を歩き、昆虫や登山を好んだ内向的特性を「分裂気質」（「統合失調気質」）と表現したのかもしれない。

北杜夫の診断は、典型的な双極性障害といってよい。ただし双極性障害の診断は症状から診断されるものであり、単一の病態が証明された疾患ではない。また北杜夫の時代、病前性格は「分裂気質」（「統合失調症気質）」）や「循環気質」といった用語で単純化するしかなかったが、実際には個別に多種多様な病態が存在していると考えられる。精神医学の疾患概念は、そのような多種多様なものを理解しやすくするための「分類」[31]であることを忘れるべきではないだろう。

４．結語

精神医学の進歩は紆余曲折しており、発展途上の段階にある。一方で近年、ゲノム解析や脳画像研究によって、疾患本態の解明に向けた成果も着実に蓄積されつつある。特に内因性精神病（統合失調症や双極性障害）と発達障害（自閉スペクトラム症）との比較研究は、かなり重要な知見を含んでいると考えられる。久島らは、自閉スペクトラム症と統合失調症を対象としたゲノム解析研究から、病因・病態上で両疾患がオーバーラップしている可能性を報告した[20]。さらに双極性障害を対象群に追加し、ゲノム変異の共通点と相違についても報告している[21]。脳画像研究においても、四つの精神疾患（統合失調症、双極性障害、自閉スペクトラム症、うつ病）を対象として、形態学的な相違を比較した大規模解析が実施されている[18]。全容解明までの道のりは遠いだろうが、今後、生物学的研究の進歩は、未解明とされてきた内因性精神病の病態をより明らかにしていくだろう。

北杜夫の特殊性は、精神科医として自身の「躁うつ病」を観察し、その病状を膨大なエッセイのなかに著したことにある。ただし疾病概念は時代とともに変遷するため、歴史的な背景を踏まえた考察をする必要がある。

また北の大きな功績として、精神疾患に対する一般の認識を変化させたことがあげられる。精神医学の啓蒙という観点からも、北杜夫研究には多くの潜在的な価値があると考える。最後に、『どくとるマンボウ医局記』[15]の末尾を以下に転載する。

私は現役の精神科医から屢々こう言われたものだ。

「昔は患者に、あなたは躁病です、或いは鬱病ですと告げると、ギクリとした顔をされたものだが、この頃は、ああ、北杜夫さんと同じ病気ですね、と安心する人が増えてきましたよ」

これは確かに私の一功績と称しても不遜ではなかろう。そして私が死亡して何世紀、十何世紀が経てば、そのごく特殊な脳ミソの解明も或る程度でき、かなり精神医学に貢献できると妄信しているのである。

謝辞

本論作成にあたり、ご高閲を賜りました斎藤由香様、斎藤喜美子様に深く感謝申し上げます。またご協力いただきました松下正明先生、猿山直美様、高山峻一様、木下守様に深謝申し上げます。本論に関連して開示すべき利益相反はない。本研究はJSPS科研費JP23K00295の助成を受けたものである。

注

注1：北杜夫著『或る青春の日記』[14]の昭和24年（1949年）2月3日には、「ブロバリン。こんなものを机の上に置くようになった。」の記述がある。

注2：Schizophreniaは従来「精神分裂病」と和訳されてきたが、本病名が精神障害に対する差別や偏見を助長する一因になっているとの指摘から、2002年に日本精神神経学会が「統合失調症」に呼称変更した。本論では、基本的に統合失調症の記載で統一したが、内容を理解しやすくするために、「統合失調症」と「精神分裂病」を併記した箇所がある。また北杜夫による「分裂病」「分裂気質」の記述は原文のままとした。また「分裂気質」は、現在、「統合失調気質」と訳されており、考察中では併記する形とした。

注3：『どくとるマンボウ医局記』[15]におけるドイツ精神医学に関する記述が以下。「昔から私の時代まで、日本精神医学はほとんどドイツのそれを学んできた。」「私の時代の精神医学の教科書はほとんどがドイツのそれの翻案であった。」「フレッシュマンの終り頃には、私はすでに分裂病は単一疾患ではないのではないかと言うようになった。ドイツ医学の三つのタイプに分ける分類法を叩きこまれていたが、あまりにもその病態が多様であるからである。果たして今はアメリカでは分裂病圏という曖昧な用語を使っているようだ。」

注4：米国精神医学会の診断基準である DSM 分類は、2013年の改定（第5版）において「気分障害」の総称を廃止したが[1]、WHO 作成の国際診断基準である ICD 分類では、第11版改訂（ICD-11：2019年に改定承認）においても「気分障害（気分症群：mood disorders）」の枠組みは残す形となった。

注5：「混合精神病」は、『どくとるマンボウ医局記』の夏目漱石についての記述でも使用されている。「漱石は一時被害妄想も強かった。ほとんどの文学者は分裂気質を持つが、漱石の場合がごく強く、分裂病の境界線上の一時期もあった。また躁鬱病にしても非定型なもので、強いて病名をつければ混合精神病と呼んでもよかったろう。」[15]

注6：発達障害は、主に自閉スペクトラム症（ASD）、注意欠如・多動症（ADHD）、学習障害、チック症などが含まれるが、本論では ASD と ADHD を特に取り上げた。

注7：自閉スペクトラム症（ASD：Autism Spectrum Disorder）は、「社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥」や「行動、興味、または活動の限定された反復的な様式で、常同運動や習慣への頑ななこだわり」などが診断基準にあげられている[1)]。わかりやすくすると、「臨機応変な対人関係が苦手（コミュニケーション障害）」「こだわりが強い」というのが ASD の大きな二つの特徴である[5)]。これらの特性が、先天的な脳機能の偏りによって生じていると考えられている。本論の考察では、主症状（「コミュニケーション障害」「こだわり」）は取り上げず、それを基盤として生じる「二次障害」に焦点をあてた。

注8：注意欠如・多動症（ADHD：Attention Deficit Hyperactivity Disorder）」は、「不注意」「多動性・衝動性」を主症状とする発達障害のひとつ[1, 5)]。本論では ASD と同様、この主症状は取り上げず、それを基盤として生じる「二次障害」に焦点をあてた。

注9：『どくとるマンボウ医局記』におけるクレッチマー著『体格と性格』に関する記述が以下。「クレッチマーはこの本の中で、人間の体型を大きく三つに分類した。一つは細長型、一つは闘士型、そしてもう一つは肥満型である。そして細長型は分裂気質、闘士型は癲癇気質、肥満型は循環気質と結びつけた。気質と病気とは違うが、また平たく言って、その気質、性格が高ずると、それぞれ分裂病、癲癇、躁鬱病につながることがある。この学説は、日本の精神医学の教科書　――私の頃はほとんどがドイツの教科書の翻案であったが――にそのあらましが載っている。これを読んだとき、私は初めこう思った。これはごく大ざっぱな理論だ。むろん芥川龍之介の晩年のあの幽鬼のような顔立ちは、まさしく細長型の典型と言えよう。だが、例外が多過ぎる。高名なクレッチマーの大著は、せいぜい統計学の初歩の段階に過ぎぬ、と。」[15)]

注10：相場均は、『どくとるマンボウ航海記』で「A」として登場する。「Aという心理学者で国際ゴロみたいな男が現われ、フカを機関銃で射つのは面白いぞと教えてくれたが、機関銃を買いこむわけにもいかず、ただ彼が船中で飲むコーヒーのいかに美味であるかを力説するので、わざわざネスカフェーなど買いに出かけた。」[7)]『どくとるマンボウ医局記』の記述が以下。「当時、アメリカに長く留学していたアイバ先生という早稲田の心理学者がいると兄から聞いた。（中略）アイバ先生はそのあとチュービンゲン大学に一年ほどいて帰国し、慶応神経科に入って講師となった。なにせ長い留学生活を送ってきた男だから、私は初めのうち先生と呼んでいた。しかし、非常に気さくな人柄で、講師のくせに若い医者をも友達あつかいにするので、私も親しみをこめてアイバちゃんと呼ぶようになった。」[15)] 1962年（北が35歳時）には、「相場均と一緒に、香港、マカオを旅行し、賭博場にのりこみ、スッテンテンとなる。」、1964年にも、「七月、妻を連れて香港、マカオ、台北を旅行する。再び相場均が同行して、マカオのカジノでまたもやスッテンテンとなる。」との逸話がある[11)]。

文献

1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth ed., DSM-5. American Psychiatric Publishing, Washington, D. C., 2013.（日本精神神経学会監修、高橋三郎、大野裕監訳、染矢俊幸、神庭重信ほか訳：DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京，2014.）
2) Cytowic R.E., Eagleman D.M.: Wednesday Is Indigo Blue: Discovering the Brain of Synesthesia. The MIT Press, 2009.（山下篤子訳：脳のなかの万華鏡.「共感覚」のめくるめく世界．河出書房新社，東京，2010.）
3) 濱田秀伯：精神症候学．弘文堂，東京，1994.
4) Healy D. MANIA: A Short History Of Bipolar Disorder. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008.（デイヴイッド・ヒーリー著、江口重幸監訳、坂本響子訳：双極性障害の時代 マニーからバイポーラーへ．みすず書房，東京，2012.）
5) 本田秀夫：発達障害　生きづらさを抱える少数派の「種族」たち．SB新書，東京，2018.
6) 加藤忠史：双極Ⅰ型障害．神庭重信総編集：DSM5を読み解く3双極性障害および関連障害群，抑うつ障害群，睡眠-覚醒障害群．pp. 67-72，中山書店，東京，2014.
7) 北杜夫：どくとるマンボウ航海記．中央公論社，東京，1960.
8) 北杜夫：どくとるマンボウ青春記．中央公論社，東京，1968.
9) 北杜夫、青田吉正編：北杜夫ノオト．北杜夫小研究会，1969.
10) 北杜夫：マンボウ周遊券．新潮社，1976.
11) 北杜夫：北杜夫による北杜夫．青銅社，東京，1981.
12) 北杜夫：マブゼ共和国建国由来記．集英社，東京，1982.
13) 北杜夫：マンボウ交友録．読売新聞社，東京，1982.
14) 北杜夫：或る青春の日記．中央公論社，東京，1988.
15) 北杜夫：どくとるマンボウ医局記．中央公論社，東京、1993.
16) 北杜夫：マンボウ酔族館 パートⅤ．実業之日本社，東京，1997.
17) 北杜夫著・斎藤国夫編：憂行日記．新潮社，東京，2021.
18) Koshiyama D, Fukunaga M, Okada N, et al: White matter microstructural alterations across four major psychiatric disorders: mega-analysis study in 2937 individuals, Mol Psychiatry. 25：883-895，2020.
19) Kretschmer E.: Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Springer, Berlin, 1921.（エルンスト・クレッチメル著、相場均訳：体格と性格　体質の問題および気質の学説によせる研究．文光堂，東京，1960.）
20) Kushima I, Aleksic B, Nakatochi M, et al. Comparative Analyses of Copy-Number Variation in Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia Reveal Etiological Overlap and Biological Insights. Cell Rep, 24：2838-2856，2018.

21) Kushima I, Nakatochi M, Aleksic B, et al.: Cross-Disorder Analysis of Genic and Regulatory Copy Number Variations in Bipolar Disorder, Schizophrenia, and Autism Spectrum Disorder. Biol Psychiatry. 92：362-374, 2022.
22) 前田彰：北杜夫異聞　その操病のすべて．別冊新評 北杜夫の世界．新評社，東京，1979.
23) 松本雅彦：混合精神病．新版 精神医学事典，弘文堂，1993年
24) 松下正明：みんなの精神医学．弘文堂，東京，2009.
25) 中田耕治：訪問大記　北杜夫の周辺．別冊新評 北杜夫の世界．新評社，東京，1979.
26) 野村総一郎、樋口輝彦、尾崎紀夫編：標準精神医学 第4編．医学書院，東京，2009.
27) 岡田尊司：発達障害「グレーゾーン」 その正しい理解と克服法．SB新書，東京，2022.
28) 大熊輝雄著、現代臨床精神医学第12版改訂委員会編：現代臨床精神医学 改訂12版．金原出版，東京，2013.
29) 斎藤国夫編：年譜「北杜夫と松本」展示解説図録．松本市立博物館，松本市立博物館分館旧制高等学校記念館ほか編：松本まるごと博物館連携企画展「北杜夫と松本」展示解説図録．松本市立博物館，松本，2013.
30) 篠山大明：自閉スペクトラム症と児童精神科医療．信州医学雑誌，64：329-339，2016.
31) 高田明典：構造主義方法論入門．夏目書房，東京，1997.
32) 高橋徹、福家知則：セネストパチーからみた精神科診断学考．「思春期好発精神病」と「人生後半期精神病」．精神科，24(1)：67-72，2014.
33) 高橋徹、多田はるか、鈴木一浩ほか：思春期・青年期2例からみる「診断保留」の意義―疾患概念の変遷と治療介入の柔軟性―．臨床精神医学，44：1179-1185，2015.
34) 高橋徹、松下正明：作家「伊藤計劃」―病と創作―．病跡学雑誌，89：65-80，2015.
35) 高橋 徹、松下正明：作家・北杜夫と躁うつ病―双極性障害の診断―．病跡学雑誌，95：58-74，2018.
36) 高橋徹、松下正明：宮崎駿にみる身体感覚―体感体験と創造性―．病跡学雑誌，82：75-86，2011．リポジトリ版補遺（Appendices）（2020年）
37) 高橋徹、金井美保子、下平憲子ほか：信州大学総合健康安全センターにおける発達障害関連相談の実態．CAMPUS HEALTH，58：118-124，2021.
38) 高橋徹：北杜夫と躁うつ病とZ旗．岩波書店「図書」2022年1月号p30-33.
39) 高橋徹：北杜夫の書斎遺品の紹介と活用について．旧制高等学校記念館「記念館だより」第86号（令和4年3月31日発行）p4-7，2022.
40) 高橋徹：北杜夫の書斎遺品―旧制高等学校記念館への寄贈経緯―．信州大学附属図書館研究，12：37-58，2023.
41) Zubin, J. and Spring, B.: Vulnerability - a new view of schizophrenia, J. Abnorm. Psychol., 86：103-126，1977.

巻末資料１

昭和 45 年 7 月 10 日撮影（松本市立博物館分館　旧制高等学校記念館所蔵）[39,40]
書斎机前の壁に「Z 旗」が貼られているのを確認できる。

巻末資料２

念書
キミ子様
株でこれ以上迷惑をかけることは絶対にしません。
もし、したら離婚してもいいです。
（その際は合財半分わけ）
斎藤宗吉
平成二年七月十二日、

北杜夫から喜美子夫人に送られた「念書」（松本市立博物館分館 旧制高等学校記念館所蔵）[39,40]
「念書　キミ子様　株でこれ以上　迷惑をかけることは絶対にしません。もし、したら、離婚してもいいです。（その際は合財半分わけ）　斎藤宗吉　平成二年七月十二日」

北は、躁状態になると株の取引を始めることが多く、49 歳時（昭和 51 年）には「株に熱中、妻や母の制止も聞かず大損害を被る」[29]との逸話がある。平成元年（62 歳）にも「5 月ごろより躁状態となり、株取引を再開」[29]したが、翌平成 2 年（63 歳）には、「1 月、うつ状態」[29]となり、同年 7 月に本念書が作成された。しかし平成 4 年（65 歳）には「夏、軽井沢で躁状態となり、株取引を再開」[29]しており、一時的には反省するものの、同様の行動が繰り返される結果となっている。

巻末資料３　　文献 38 全文　（縦書きのため、本稿最終頁が開始ページ）

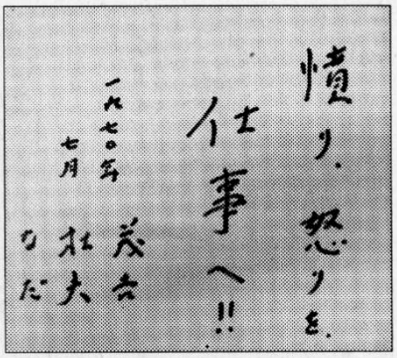
する。体重減じ、自分でも反省のいろ濃く、すぐ間近の次期ウツ病の予感を覚えて不安だった」（なだいなだは、北と同じ慶應義塾大学神経科同門の精神科医で作家。本名堀内秀。二〇一三年没）

北は、「躁病の方が原稿の出来はいい」と述べ、躁状態で生じるエネルギーを創作の原動力にしていたと考えられる。もしくはそのエネルギーを創作に向かわせようとした痕跡を、これらの資料からは読み取ることができる。一方で、躁うつ病の自覚はあるものの、コントロールが困難であるため、自制を促すための警告文「熟慮また熟慮」を作ったのであろう。

北は、躁うつ病というものは、天然自然の現象で、環境に左右されるものではないとも述べており、自身の躁うつ病（双極性障害）が、内因性の病態（心因性ではなく、より生物学的な素因に基づく精神疾患）であることを強調している。北が躁うつ病を公にしたことが、精神疾患の啓蒙に一役買ったことは間違いない。一方で、近年の精神医学は、うつ病と双極性障害の概念拡大の時代を経て、内因性と心因性の境界が曖昧となり、ストレス反応による軽微な気分変動も双極性障害の範疇に位置付ける方向性が強くなった。ただし、これは専門家間でも意見の割れる問題であり、精神科診断学が抱える課題のひとつといえる。

北は自らが精神科医であり、専門用語もまじえて、その病状を数多くの著作に書き記した。没後一〇年を節目に、文学的にも精神医学的にも新たな観点から光があたり、作家・北杜夫が再び注目されることを願っている。北によって躁うつ病の社会理解が進んだように、今後、「北杜夫研究」が精神科診断学の発展に寄与し、それが精神科の啓蒙にもつながっていくことを個人的には期待している。

（たかはし とおる・精神科）



七四年)がみつかった。

さらに『酔いどれ船』創作時に、Z旗の隣に貼られた色紙「憤り、怒りを、仕事へ!!」もみつかった。北は、一九六六年四月に躁状態を自覚し、エッセイ「私は躁病である」において、「この四月、私はだしぬけに元気になった。人には大なり小なり循環気質というものがある。高揚期と沈滞期がある。その甚しいものが躁鬱病である。人によっていろんな周期がある。私は本質は分裂気質だが、そのほかにどうやら数年おきの大きな循環質の波があるらしい」と著した。

一九六六年の躁状態で掲げられたZ旗であるが、四年後の七〇年にはその横に、「憤り、怒りを、仕事へ」と記した色紙を追加して貼り付けた。これは易怒性(些細なことで激怒すること。双極性障害の診断基準には、「気分が異常かつ持続的に高揚し、開放的または易怒的となる」が第一にあげられている)と創作との関連性を検討するうえで興味深い資料である。

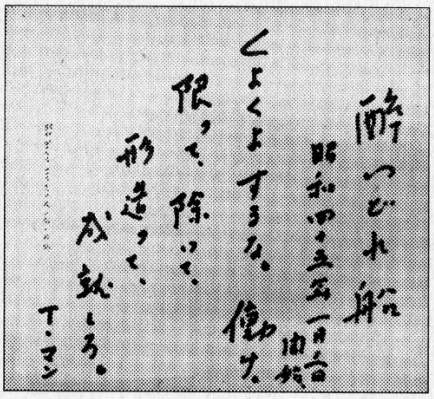
北が躁状態下で怒った、という逸話は多い。例えば『月と一〇セント』(一九七一年)には「五度目の躁病のきざしで他にも無意味のくだらぬ計画をゴマンと立てたりしているうち」「ふたたび怒りの発作に取りつかれると、五分間で在日アメリカ大使館への抗議の手紙を書きあげた」とある。そして「鬱病のときは、ろくに口も利けず、ゴロゴロ寝てばかりいるが、躁期の私の行動力は、まさしく電光石火である」が、「その代り、あとでシマッタと頭をかかえる羽目にもなる」との由。

北は、自分が躁状態にあるという認識(病識)はあるのだが、その躁状態によって生じる逸脱行動や感情を制御できず、後悔することを繰り返している。

制作時期は不明だが、同じように注意喚起として作ったと考えられる「うつ病躁病　混合期には　熟慮また熟慮」と記された紙もみつかった。混合期(混合状態)とは、躁病とうつ病の移行期に、両方の症状が混在する時期を指す。例えば、一九六九年の状態として次の記述がある(『北杜夫の世界』一九七九年)。

「この時は前よりもケンカし、怒りっぽくなったため、病勢がはげしく、友人の心理学者、心配して忠告にくる。慶応時代の同僚の医師に薬もらい使用。体力おとろえてフラフラとなる。なだいなだ、今度くるウツ病は大きいぞと予言。3名の友人の医師が警戒体制をしく。11月末、与えられた性格改善の薬(なだいなだの皮肉の言)により、ヘラヘラ笑い、異常。突然に笑い出したり、泣き出したり

寄贈受け入れに際して審査会を通す必要があったが、コロナ禍にて長野と東京の往来は難しかった。事は急を要する。ご家族と相談し、遺品を信州大学の空きスペースにひとまず移送する計画をたてた。二〇年一二月から二一年一月にかけて、引越し業者や宅配業者を利用し、遺品一式を移動。さらに二一年三月に、信州大学において旧制高等学校記念館の仮審査を受け承認。書斎机等一式と段ボール箱約二四個からなる全資料が記念館に寄贈された。



この遺品のなかには、未公開資料や希少資料が多数含まれており、なかでも特に私が興味をもったのは「Z旗」である。Z旗に関しては、一九六六年のエッセイ「私は躁病である」のなかで次のように記載されている。

「さて、肝腎の長篇書下ろしであるが、これを私は五月一日、メーデーであり私の誕生日であり日曜日である日を選んで開始した。躁病である。Z旗をあげた。すなわち、マンの『悩みのひととき』の末尾にある「くよくよするな。働け。限って、除いて、形造って、成就しろ」という文句を壁に貼りつけた。このZ旗は『楡家の人びと』のときだけ使用したものである」

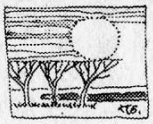
『マンボウ酔族館 パートV』(一九九七年)のエッセイにもZ旗の記述がある。

「これはという作品にかかるとき、私は机の前の壁に、私の「Z旗」をかかげた。／それはトーマス・マンの短編「悩みのひととき」の末尾に出てくる文句である。ゲーテがスランプにおちこみ、友人のシラーの仕事ぶりをうらやんだのち、ついにこう独白する。／「くよくよするな。働け。限って、区切って、形造って、成就しろ」／これを日本語とドイツ語で色紙に書いて、壁に貼りつけた。私なりのZ旗である。／どんな作品にZ旗をあげたかは忘れてしまったが、確か三度ほどである」

Z旗とは、もともと船の国際信号旗のひとつで、日本海軍において大規模な海戦時に掲揚されたことから、日本ではここぞというときに奮起させ、成功を祈願して掲げる旗のことを指すようになった。北の場合、敬愛するドイツ作家トーマス・マンの一文を色紙に記し、書斎の壁に貼り付けたものをZ旗としている。

今回の遺品のなかには、小説『酔いどれ船』(一九七二年)の創作時に掲げたZ旗(一九七〇―七一年)と、処女作『幽霊』(一九五四年)の続編である『木精』(一九七五年)の創作時に使われたZ旗(一九七三―

北杜夫と躁うつ病とZ旗



高橋　徹

昭和を代表する作家のひとりである北杜夫(本名斎藤宗吉)の逝去は二〇一一年であり、二一年は没後一〇年となった。私は精神科医として信州大学に勤務し、一八年から二一年まで「作家・北杜夫と躁うつ病」と題する四編の論文を発表してきた。北は、父の斎藤茂吉と同じ精神科医であり、また専業作家となってからは「躁うつ病」(双極性障害)に罹患し、その病状を数多くのエッセイで詳述した。

論文作成の過程で、斎藤家のご親族(喜美子夫人、長女の由香さん)とお会いする機会に恵まれた。はじめは論文発表の許諾を目的にお手紙をさしあげたが、そのご縁で二〇一九年一〇月に東京、世田谷の斎藤家にお招きいただいた。

旧制松本高等学校(信州大学の前身)を舞台とした北杜夫著『どくとるマンボウ青春記』(一九六八年)は、同校卒業生である北の回想記である。北にとって信州は「第二の故郷」であり、そのつながりから信州大学附属図書館には、斎藤家からの寄贈蔵書からなる「北杜夫文庫」が二〇一五年に創設されている。

二〇一九年に北杜夫邸を訪問したとき、書斎や書庫に遺された書籍や資料などを奥様が整理されているところであった。私の頭のなかには、没後一〇年に向けて、書斎再現を中心とした企画展のアイデアがあった。松本に戻って旧制高等学校記念館(一九八一年に開設された旧制松本高等学校記念館を前身として、全国にあった旧制高等学校の資料を集めて展示している)に、斎藤家からの遺品寄贈の受け入れについて打診したところ、前向きな返答があった。そのため二〇年三月に、同館学芸員と北杜夫邸を再訪する予定としたのだが、コロナ禍で中止に。

同年九月、奥様にご連絡したところ、ご自宅(一九六一年築)の解体を、翌二〇二一年二月に予定しているとのことであった。一方、旧制高等学校記念館では、