

「それって本当にHSP？」

～精神科医が観たHSP概念普及の功罪～

追手門学院大学心理学部 溝部 宏二

1. はじめに

近年HSPという言葉が頻繁に聞くようになった。HSP (Highly Sensitive Person) とは、アメリカの心理学者Elain N. Aron (以下Aron) が1996年に“The Highly Sensitive Person” (邦題「ささいなことにすぐ『動揺』してしまうあなたへ。(2008)」は、原著の刊行25周年を機に改訂が行われ「敏感すぎる私の活かし方 (2020)」とタイトルを変え再版) で提唱した概念である。HSPとは Highly Sensitive Personの略語で、日本語に訳すと「とても敏感な人」となる。この考え方は、世界的にも衝撃を与え瞬く間に巷を席卷する事となった。同時に2010年頃より、筆者が勤務する相談施設にも教育機関や福祉施設からHSPに関する問い合わせを受ける機会が増えた。しかし、その多くは敏感さを伴う他の疾患 (特に発達障害) であったり、HSPとラベリングすることが好ましい結果を導くことに成り難いケース (目的反応) であったりもした。筆者は、内科医としてキャリアをスタートさせて精神科医を経て現在は主に心理士 (臨床心理士・公認心理師) という立場で患者 (来談者) と関わっている。自身の立場を「精神科医」と言い切るには多少の違和感があるが、多くの精神科医はこの概念に否定的な見解を持っているかを精神医学の方法論から説明した上で、何故この概念が世界的に認知され普及に至ったのかを考え、その概念が広まる事によって生じた功罪を検討してみた。

2. HSPの概念と評価尺度

まず、HSPとはどの様に定義されているのだろうか? 「敏感すぎる私の活かし方 (2020)」を読んでも明確に定義されている箇所が見つからない。Aron (2011) が報告した論文の中でDOESと言う特性について初めて記載がなされた。ここでは、Aron (2020/2020) の主著を参照しながらHSPの概念について、その特性を踏まえて検討する。「序文」の書き出しに、「やーい、弱虫!」「意気地なし」「空気読めよ」聞き覚えのある言葉だろうか? では、これはどうだろう。「あなたは繊細過ぎるのね」あなたが私と同じなら、こうした言葉を何度となく耳にし、自分は人と違うのだと思った経験があるはずだ。私は、自分には人に知られてはいけない致命的な欠陥があり、いい人生は送れない運命なのだと思っていた。自分はどこかおかしいのだと。実際には、そうではなかった。本書のはじめに掲載されている自己診断テスト (Aron, E. N. & Aron, A. 1997, 表1.) で12個以上「はい」と答えたら、あるいは1章の内容が自分に当てはまるように思えたら、あなたは特別なタイプの人間、とても敏感な人 (Highly Sensitive Person) - 以下HSPと呼ぶ- であり、本書はあなたのためのものである。敏感な神経系を持っているのは正常なことで、基本的にはニュートラルな性質である。おそらくは遺伝で、全人口の15パーセントから20パーセントが当てはまる。その性質を備えていると、周囲の些細なことによ

表1. HSP自己診断テスト (Aron, E.N. & Aron, A.)

周囲の些細なことによく気がつくと思う	はい・いいえ
他人の機嫌に影響される	はい・いいえ
痛みにとっても敏感だ	はい・いいえ
忙しい日は、ベッドや暗い部屋、もしくはプライバシーを確保できて刺激から解放される場所に引きこもりたくなる	はい・いいえ
カフェインに対して敏感だ	はい・いいえ
まぶしい光、強いにおい、粗い生地、近くから聞こえるサイレンなどにすぐに反応する	はい・いいえ
豊かで複雑な内面世界を持っている	はい・いいえ
大きな音が苦手である	はい・いいえ
芸術や音楽に心を大きく揺さぶられる	はい・いいえ
良心的である	はい・いいえ
すぐに驚く	はい・いいえ
短時間でたくさんやるがあると混乱する	はい・いいえ
誰かが居心地の悪さを感じていると、その理由を察し（明かりを調整したり、席を変えたりしたりして）心地よくしてあげようと思うことが多い	はい・いいえ
一度にたくさんのことをやるように言われると困ってしまう	はい・いいえ
失敗や忘れ物をしないよう、とても気をつけている	はい・いいえ
普段から暴力的な映画やテレビ番組は見ないようにしている	はい・いいえ
周囲でいろいろなことが起こると動揺してしまう	はい・いいえ
極度の空腹によって強い反応が引き起こされ、集中力や気分がそがれる	はい・いいえ
環境の変化に動揺する	はい・いいえ
繊細な、あるいは良質なにおい、味、音、芸術作品を堪能する	はい・いいえ
動揺や混乱を引き起こすような状況を極力避けて生活している	はい・いいえ
仕事で誰かと競ったり、評価されたりすると、普段より緊張して動揺してしまう	はい・いいえ
子どものころ、親や教師から繊細、あるいは内気だと思われていた	はい・いいえ

く気がつき、多くの状況で有利になる。一方で、刺激の強い環境に長時間いると気圧されやすく、景色や音にやられ、神経系がへとへとに疲れてしまう。敏感であることには、利点も欠点もある。以上長々と引用したが、この文章から「自己診断テスト」に当てはまるか否かがHSPであることの唯一の指標となる。「自己採点をしてください」に、「はい」が12個以上あった人は、おそらくHSPでしょう。ただし、こうした心理テストは必ずしも正確ではないので、参照するにとどめてください。「はい」の数が1～2個であっても、それが完全に当てはまるのであれば、HSPと言えるかもしれません。HSPについて詳述した本書の1章を読んで、その内容が当てはまるようなら、HSPかもしれません。これらの

説明を読んでも明確なHSPの評価基準は見えてこない。このテストに参加する人物の主観に影響を受ける評価基準と言わざるを得ない。この点に関して、デンマーク人のSand (2014/2016) によれば、Aronの自己診断テストは「質問内容が精緻ではなく、曖昧な聞き方をしているので、受け取り方によって回答が大きく変わる」「調査票がセルフチェックのみで構成されているので、客観的判断基準は何もない」「デンマーク人はアメリカ人と異なり、HSPであることをポジティブに捉えるので12項目にイエスと答える」と問題点を指摘している。日本人なら、なお更イエスと答えそうである。

また、HSP概念の普及に伴い、より深刻な影響が出ている教育現場で重要視されて

いるHSC (Highly Sensitive Child) についても言及してみる。HSCは、HSPと同様にAron (2002) が著した書籍『The Highly Sensitive Child』(邦題『ひといちばい敏感な子 (2021)』は2015年改訂第2版の翻訳) による造語である。この評価にはHSPと類似のチェックリスト (表2.) を、親が「子どもについて、どちらかといえば当てはまる場合には『はい』、全く当てはまらないか、ほぼ当てはまらない場合には、『いいえ』と答えてください。として、13個以上『はい』ならお子さんはおそらくHSCでしょう。しかし、チェックリストよりも、子どもを観察する親の感覚のほうが正確です。たとえ『はい』が

1つか2つでも、その度合いが極端に強ければ、お子さんはHSCの可能性あります。」HSPと同様、親の主観に影響を受ける評価基準である。この評価基準を読んでみて、「はい」と答えるに易しく「いいえ」と答えるに難しいと感じないだろうか。評価基準製作者の誘導性が感じられる。特に採点する際の但し書きにある「チェックリストよりも、子どもを観察する親の感覚のほうが正確です。たとえ『はい』が1つか2つでも、その度合いが極端に強ければ、お子さんはHSCの可能性あります。」との文章が添えられているが、これにより親の恣意性を更に高めてしまうのではなかろうか。

表2. HSCかどうかを知るための23のチェックリスト (Aron, E.N.)

すぐにびっくりする	はい・いいえ
服の生地がチクチクしたり、靴下の縫い目や服のラベルが肌に当たったりするのを嫌がる	はい・いいえ
驚かされるのが苦手である	はい・いいえ
しつけは、強い罰よりも、優しい注意のほうが効果的である	はい・いいえ
親の心を読む	はい・いいえ
年齢の割に難しい言葉を使う	はい・いいえ
いつもと違う臭いに気づく	はい・いいえ
ユーモアのセンスがある	はい・いいえ
直観力に優れている	はい・いいえ
興奮した後はなかなか寝につけない	はい・いいえ
大きな変化にうまく適応できない	はい・いいえ
たくさんのことを質問する	はい・いいえ
服がぬれたり、砂がついたりすると、着替えたがる	はい・いいえ
完璧主義である	はい・いいえ
誰かがつらい思いをしていることに気づく	はい・いいえ
静かに遊ぶのを好む	はい・いいえ
考えさせられる深い質問をする	はい・いいえ
痛みに敏感である	はい・いいえ
うるさい場所を嫌がる	はい・いいえ
細かいこと (物の移動、人の外見の変化など) に気づく	はい・いいえ
石橋をたたいて渡る	はい・いいえ
人前で発表する時には、知っている人だけのほうがうまくいく	はい・いいえ
物事を深く考える	はい・いいえ

HSPやHSCの評価基準の危険性は、自己暗示や自己診断一般に導き出される危険性と同一であると考ええる。こうした簡便な自己診断

テスト・チェックリストは、利用者が提示された基準を自らに物差しの様に当てはめることが可能であり、大抵は幾つかの項目が当て

はまることとなる。厳密に当てはまらなくても、その気になって自分の中に探し出そうとして、基準のハードルを少し下げてみれば、簡単に見出すことが出来る。そこで「自分はHSP（わが子はHSC）ではないか」と思い始めることとなる。Jaspers（1913/1971）は、自己暗示に関して以下の様に述べている。「何かの了解しうる理由からある観念や期待が浮かび上がると、直ちにその人の精神生活の中でその内容が現実化される。ある事柄が推測されるともうそれが本当だと確信してしまう。」基準が曖昧で、自己診断テスト・チェックリストに頼る評価はSchneider（2007/2007）が述べている目的反応になる可能性がある。目的反応とは、打てば響く様な狭義の反応である感情的反応とは異なり、目的を意識した志向性であり意志であり、その目的は表面的には不快な状況を避けたいと現実逃避となるものである。結果的にHSP（HSC）は、本人にとって欠くことが出来ないもの、簡単に取り除かれては困るものである可能性を秘めることとなる。精神障害者保健福祉手帳（一定程度の精神障害の状態にあることを認定し、様々な支援策が講じられている）や障害年金（病気やけがによって生活や仕事などが制限されるようになった場合に、現役世代も含めて受け取り可能な年金）の申請書類を精神科医が記載する場合に、苦痛に苛まれている患者の訴えに真摯に耳を傾けながらも、目的反応の可能性を意識しながらの聴き取りを行う感覚と同質の注意が必要ではないかと感じている。医師は患者の訴えをそのまま鵜呑みにして症状を取り扱うことを常としているが、患者の主観的症状を主な素材とする精神科医にとって身体科（検査結果や客観的徴候が判断材料として多く存在する）の医師とは異なる苦勞があるので言葉の吟味が重要な技能となり、患者の訴えに懐疑的に臨むことがある。

3. HSPとはどんな人たちなのか

AronらHSP概念の普及に尽力している研究者は、HSPをどのような人々と考えているのであろうか。幾人かの研究者はAronの陳述を踏襲しているだけであったり、部分的に発展させただけであったりするが、長沼（2020）は小児精神科医らしく、症候（症状と徴候）と言う観点からの記載が心理学者その他の研究者より明確故に理解しやすい為、彼が主張する5つの特徴を引用してから症候について概説する。HSPの特徴は、①刺激に敏感に反応する、②人の影響を受けやすい、③直観力があり、ひらめきが強い、④慎重で、自分のペースで行動する事を好む、⑤内的生活を大事にする。以上の5点を挙げている。

まずは①の「刺激に敏感に反応する」を概説する。外的刺激に反応する視覚・聴覚・嗅覚・味覚・触覚の所謂五感（外受容感覚）ばかりではなく、五感を超えた感覚である所謂第六感（内受容感覚・身体感覚）である狭義の内臓感覚、広義の姿勢や温感などを含めた自己感覚にも敏感である。狭義の内受容感覚である内臓感覚は、主に自律神経系の二重支配による内臓のホメオスタシス（恒常性）の状態を意識するためのものであり、求心路である内受容感覚の鋭敏さは、同時に遠心路である感情体験の鋭敏な身体反応を伴う。つまり、身体の些細な変化に振り回されやすく不安が身体に影響を及ぼしやすいと言える。心気症（DSM-5の病気不安症）や身体表現性障害（DSM-5の身体症状と関連障害）が合併するリスクが高くなる。外受容感覚の過敏さは、神経発達障害にもよく見られる感覚過敏として現れる。外的刺激の些細な変化をキャッチして反応してしまうこととなる。このセンサーが敏感であることから、常にセンサーが反応して危険を知らせるのだから神経は休まる機会が無く疲弊する。

次に②の「人の影響を受けやすい」を概説

する。筆者は、この項目こそがHSPの本質であり、精神障害へ発展する可能性を持つ特性ではないかと考えている。この特性は、外界や他者と自分を区別する外界への対立性意識（自他境界や、自分との差異に関する意識）の曖昧さ（薄さ）と関係している。つまり、自他未分化となりやすく自分と他人の（考え方の）区別がつきにくくなるのである。自我の対立性意識が薄いために生じる特徴として、主体性の欠如や情動的共感（静的了解・共鳴）能力の高さが認められる。共感には、「今、相手の考えている（感じている）ことが分かる」情動的共感と、「相手が何故そう考える（感じる）のか分かる」認知的共感（発生的了解・心の理論）がある。優れた心理臨床家は、認知的共感に秀でているとの見解があるのだが、情動的共感が可能となって初めて認知的共感も可能となるが故に情動的共感の精度が低ければ認知的共感は「ただの思い込み」に過ぎなくなる。そういう意味では、情動的共感能力が高いHSPは極めて的確な共感能力を有すると考えられる。そしてこの特性は、医師・看護師・心理士（心理師）・福祉士・介護士・保育士・養護教諭等、支援を行う職業者に必須の能力である。HSPに関する書籍を読むと、筆者自身がその特性を持ち苦悩してきた事実を公言しているか透けて見えるのである（やや客観性に欠ける印象を読者に与える）。しかし、HSPは自他未分化傾向が強いため相手の志向性と自己の志向性の区別が曖昧となり、主体性を喪失した「過剰同調」となる危険性が高い。「アイデンティティ（自我同一性）」の確立こそが、成熟の証と考える米英の価値観からは真に好ましからざる特性と言わざるを得ない。ここで、筆者が研究しているエヴァンゲリオンのA.T.フィールド（Absolute Terror Fieldとは、全ての生命体が自らの個体生命を形成するために持っている排他的精神領域のこと。群体生物にとって自己を他者と隔てる障壁は

自分を守るために必要ではあるが、その障壁のために分かり合うことが困難になる「誰もが持っている心の壁」）を用いて自我の対立性意識の脆弱さと心地よさを、綾波レイとHSPであることが推測される碇シンジくんの会話を通して例示する（溝部，2022）。「レイ『A.T.フィールドを失った 自分の形を失った世界』『どこまでが自分でどこからが他人なのかわからない 曖昧な世界』『どこまでも自分で どこにも自分がいない 脆弱な世界』と述べこれがシンジくんの望んだ世界であると説明する。そこは確かに『だれも苦しまないだれも悲しまない 争いも 諍いも 支配も 服従も 飢えも 寒さも 傷みも なにもない 幸せな世界』なのだが、シンジくんは『一度は望んだかもしれないけれど 今は違う ここにはしあわせなんてない悪いこともないけど いいこともない 誰もいないもの 死んでいるのと同じ』と応える。レイが『他人の存在を今一度望めば 再び心の壁がすべての人々を引き離すわ 再びA.T.フィールドがあなたを閉じ込めてもいいの？ 他人という恐怖がまた始まるのよ』とさらに問う。」HSPはこうした曖昧で脆弱な世界を生きようとしているのである。曖昧で脆弱な世界を素面で生き抜くのはなかなか困難な作業であり、現実不適応的な生き方へ逸脱して行っても何の不思議もないのである。

続いて③「直観力があり、ひらめきが強い」を概説する。長沼は、直観を「考えなくても瞬間的に本質が分かる機能」と定義している。つまり、以心伝心である。更に「意識下に沈んでいる記憶を潜在記憶と呼び、直感とは、ある状況に遭遇したとき、意識下の領域に蓄えられた膨大な潜在記憶の中から、その状況に関連した情報を瞬時に選び出して答えを見いだす機能」とも述べている。これは、Husserl (1977/1979) の言う「ノエマ（思考されるもの：What）」「ノエシス（思考すること：How）」との関連性が窺える。ノエマ

とはノエシスの作用によって志向され構成された対象とされる。それを木村（2005）は、ノエシス的とは有機体である人間が、その生命の根拠に根ざした活動として世界に向かって働く動的志向性と捉え、ノエマ的とはノエシス的な生命活動が意識面に送り込んだ表象と捉えている。簡単に言えば、意識の作用そのものがノエシスで、意識の対象としての側面がノエマである。有機体の出会う世界は常に変化しているので、有機体も常に行為面・知覚面を変化させないと繋がりを維持できない。これが主体のノエシス的作用である。このノエシスの働きは、生命の根拠とのつながりを直接感知する一種の感覚によってつねに一定の方向に導かれる（メタノエシス的性格）。これは五感を越えた深い感覚で、共通感覚と呼ばれる。この共通感覚は、全ての感覚に共通しているものであり、感覚を感覚するものでもある。生命の根拠に支えられ世界と出会う行為的原理であり、世界との実践的な関わりの感覚である。共通感覚・コモンセンスとは、ある共同体のメンバーが共有する「間主体的世界である『あいだ』との実践的な関わり」である。HSPは、この共通感覚を強く持つものと考えられる。それ故、直観力に優れることとなるのであるが、同時に「あいだ」で様々な感覚が生起するのを感じ取るために②の「人の影響を受けやすい」を併せ持つこととなる。②の「人の影響を受けやすい」と③の「直観力があり、ひらめきが強い」は不可分の事象である。

次に④の「慎重で、自分のペースで行動する事を好む」について概説する。この特徴を長沼は、HSPは感覚が鋭敏であり、他者の気持ちは分かるが故にストレス耐性が低く疲れやすいのは、自分を守るための機能であるとの見解を持つ。そこで、「周囲に心をかき乱されることなく、自分のペースで慎重にゆっくりと物事を進めることに心地よさを覚え、そういう環境でこそ力を発揮できる」と説明

している。また、その作用機序について、交感神経が関与するノルアドレナリン、副腎皮質が関与するコルチゾール・副腎髄質が関与するアドレナリンによる過剰なストレス反応が脳皮質を抑制すると説いている。ストレス耐性が低いHSPにおいて、抑制がかかり易い根拠を、視床下部・脳下垂体・副腎皮質系であるHPA axis（H：Hypothalamus→P：Pituitary gland→A：Adrenal cortex）と自律神経系である「交感神経終末（ノルアドレナリン）→副腎髄質（アドレナリン）」に置いている。もちろん、この仮説は急性ストレス反応においては説得力がある。しかし、この急性ストレス反応は合目的反応であるので、それが遷延化してしまつて病的状態を引き起こしたと考えると、慢性ストレス状態での反応と考える方が良いのではなかろうか。Cloninger et al.(1997) が提唱した、新奇探索傾向を司るドーパミン神経系よりも損害回避傾向を司るセロトニン神経系が常に活発に働く特徴を持つと人々と理解する方が気質と言う考え方の説明がつき易い。

最後に⑤「内的生活を大事にする」について概説する。AronがJung派のトレーニングを受けている影響か、HSP概念の普及に尽力している研究者は、Jungの理論を引用するケースが多く、Aron自身もHSPの7割が「内向型」と述べている。Jungの提唱したタイプ論（1921/1987）の基本となる「心の方向性」には、「外向性：コミュニケーション能力が富み多くの場合社交的だが、世の中の流行に流されやすい場面が多く見られ、関心が社会や他人など客観的な方向へ向かいやすい」「内向性：気分が左右されるところもあるが、我慢強さを持っている傾向が見られ、関心が自己の内面など主観的な方向へ向かいやすい」の2つのタイプが想定されている。内向性（内向型）が優位なHSPは、④の「慎重で、自分のペースで行動する事を好む」で述べた、新奇場面に弱い点を有する

可能性が高くなる。

次にAron (2011) 自身が提唱したDOESという4つの特性について説明する。DOESとは、D：Depth of Processingの略で「処理の深さ」を表し、O：Overstimulationの略で「刺激に過敏」を表し、E：Emotional Reactivityの略で「情緒的反応」を表し、S：Sensing the Subtleの略で「些細なことも気づく」を表している。

まずは、D「処理の深さ」について概説する。Acevedo et al.(2017) は、敏感な性質を備えた脳は、知覚した情報を念入りに調べる傾向があり、HSPの脳内では、その時々で内部の状態、感情、身体状況、外部の出来事に関する状況を統合する、島皮質の活性化を発見したことにより、HSPの自分の判断が人より遅いと感じる理由が明らかになり、卑下する必要のない特徴であると述べている。

次に、O「刺激に過敏」について概説する。これは長沼の①の「刺激に敏感に反応する」とほぼ同一内容である。しかしAronは、ASD、ADHD、統合失調症、PTSD、ダウン症候群と言った精神障害者も敏感な気質を備えているが、HSPの持つ敏感さは病者のそれとは異なると述べている。特にASDと比較しているのだが、HSPの感覚に優れている特性とは異なり、ASDその他精神障害者のそれは感覚的不快感であるとしている。精神障害者のそれは、何に注意を向け、何を無視すべきかの判断が困難としている。確かにASDの感覚過敏や初期統合失調症の気付き亢進の症状説明としては理に適った解釈である。そして、このネガティブな特性は長い休息を取れば問題ないとしている。

次に、E「情緒的反応」について概説する。Jagiellowicz et al.(2016) は、HSPの敏感な反応性は特にポジティブな事象に対して生じると報告している。島皮質の活発化と同時にミラーニューロンが活性化することから、いい結果をじっくり味わうことに、いい結果を

出すための方法論を編み出す術に長けているとしている。

最後に、S「些細なことも気づく」について概説する。HSPの敏感さは、五感の特殊性と言うより、感覚情報を慎重に処理する「感覚処理感受性」の高さ故であるとしている。例えば、形から文字を認識したり、言葉を読んだりする領域ではなく、言葉の微妙な意味を読み取る能力に秀でている。この些細なことに気づく特性は無限の可能性を秘めているとしながらも、その為に疲れてしまい休むことしか考えられなくなるなどの諸刃の剣である旨を説明している。

4. 気質とは何か

気質とは何かを「広辞苑第7版」にて調べると、①[隋書文学伝 序]きだて。かたぎ。気性。「穏やかな — の人」②中国で、気によって形体をもつ個物の実質。③[心](temperament) 個人の性格の基礎になっている遺伝的・生物学的な一般的感情傾向または性質。古くは多血質・憂鬱質・胆汁質・粘液質の四類型に分類する試みがあるが、今日では精神医学上の分類や生物統計による分類などがある。と記載されている。一般用語としては①が用いられるが、勿論Aronが「HSPは生まれながらの気質」と述べたのは③の意味であることは論を待たないであろう。ここで、気質の詳細を考える前に所謂「人格」と「気質」の関係について説明する。Kretschmer (1931/1944) は、「人格 (Personality)」には「気質 (Temperament)」と「性格 (Character)」が含まれていると述べている。その中でも「気質」は遺伝的・生物学的な側面が強く、先天的なものと言える。狭義には、個人の体質に起因する情緒的特性や環境刺激に対する感受性の強さ・順応性・あるいは反応の速さを意味する。「性格」は周りの環境・社会・

文化などの相互作用に強い影響を受ける後天的に獲得されたものであると言える。③に記載してある四類型は、ギリシア時代のHippocratesとGalēnosの4体液説のことであり、血液・粘液・黄胆汁・黒胆汁のそれぞれの体液の多寡で気質が決まるとしたことを示している。20世紀に至ると上述のドイツの精神医学者Kretschmer (1931/1944) の精神分裂病（統合失調症）と躁うつ病患者の行動特徴と体型との関連を基礎にして、一般の成人の気質を3つの気質類型（分裂気質・躁うつ気質・粘着気質）に分類した理論が現われる。前述の様にKretschmerは、性格と気質を人格の2つの側面とみなし、性格は人格の意志的側面で後天的に形成される一方、気質は情動的側面を表わし先天的に形成されるものとしたことが現在の気質の概念に寄与した。Jung (1921/1987) は人間の気質を4つの心の機能（合理機能：思考・感情、非合理機能：感覚・直観）と2つの心の方向性（一般的態度：内向的・外向的）に分類し、これらを掛け合わせ8つの類型に分類した（後に、判断型と知覚型の2種類の対立軸が追加され16のタイプ分けがなされた）。また、20世紀末には、Cloninger (1997) のパーソナリティ理論でも、脳内の神経伝達物質と関連づけた4つの気質因子（新奇性追求・損害回避・報酬依存・固執）が想定されている。新奇性追求はドーパミンと、損害回避はセロトニンと、報酬依存と固執はノルアドレナリンとそれぞれ関連するとされ、これらの脳内物質に関する遺伝子多型と行動特徴との関連についての分子生物学的な検討も行なわれている。その他、うつ病との親和性を認める下田 (1929) の執着性格やほぼ同時期に報告されたTellenbach (1983/1985) のメランコリー親和型性格（「性格」と記載してあるが「気質」）、1928年に報告された森田 (2004) による「とらわれの機制」が関与する森田神経質なども提唱されている。以上気質につい

て概説したが、何か気質を決定する原因遺伝子が確定されている訳ではなく、「たぶん遺伝が関係しているだろう」との仮説にすぎない。

5. 類型と疾患

前章で、Aronが「HSPは生まれながらの気質」と述べて気質について概説したが、この項では精神医学で考えられる「異常」について検討する。

「疾患 (disease)」は一定の病因、症状、経過、予後、病理組織所見などを備えた状態である生物学的概念であり医学モデルと呼ばれる。「疾病・病気 (illness)」とは「健康」に対比される概念で、疾患によるだけでなく、人間が社会で生存していく上で不都合な状態を示す医療モデルと呼ばれる。「障害・障碍 (disorder)」とは「さわり・さまたげ」の意味で、日常生活、社会生活上の困難を有することを言い、福祉モデルと呼ぶ。医療モデルと福祉モデルは、社会学的概念で、ほとんど同義に用いられている。別の言い方をすれば、診察して一定の症状や行動異常を認めれば、「精神障害mental disorder」で、医学の対象となれば「精神疾患mental illness」であり、ある特定の重度の症状があるものを「精神病psychosis」となる。精神障害の頻度は、一般成人人口の9～12%（12か月間の有病率）で、生涯有病率となれば18～36%と言われている。また、生理的な機能障害のimpairmentと、その結果ものごとを遂行するための能力障害disabilityが日本語の「障害」では区別されておらず、精神障害では、「変調」を意味するdisorderに障害の語が当てられる、また社会的不利をhandicapという。以上の説明から理解できると思うが、HSPという気質が、単に「敏感である」ことを表すのならば「特性」と呼ぶのみで問題はないのだが、「生き辛さ」を伴うのなら「障

害」と呼ばれることとなる。

次に、精神障害についての分類を古茶(2019)の論述に沿って考えてみる。古茶は、精神障害を「疾患である精神障害(疾患単位)」と「疾患ではない精神障害(類型)」に大別している。これは従来型の診断における身体的基盤が明らかな「外因性精神病」と現時点では身体的基盤が存在しないとされる「心因性精神病」に相当する。疾患単位が想定されながらも、現時点では身体的基盤が明らかではなく要請される移行状態(疾患的である精神障害)のものを「内因性精神病」と考えている。やや抽象的な説明過ぎるので、古茶の説明を引用する。「精神医学において、すべての精神障害を『疾患(disease)』として見るべきではありません。精神障害とひと口にいても、少なくともまず大きく二

つに分けられます。それは『疾患である精神障害』と『疾患ではない精神障害』です。たとえばアルツハイマー型認知症は疾患のひとつにあたります。甲状腺機能亢進症によっても、様々な精神症状が出現しますが、これもまた疾患によるものと考えてよいでしょう。これらの精神障害は身体的基盤が明らかな精神障害であり、自然科学的に『疾患』と呼ぶことに異論はありません。その一方で、パーソナリティ障害や発達障害など、様々な人間のバリエーションに対して、いわば『タイプ分け』をしているに過ぎない精神障害もあるわけです。これらは、少なくとも現時点では『疾患ではない精神障害』と見るべきものであると考えます。」これを表示したのが(表3.)である。表3を多少補足すると、「理念型」の説明が必要となるので「広辞苑第7

表3. 精神医学における「疾患単位」と「類型」の比較(古茶, 針間)

	疾患単位	類 型
性 質	実 在	理 念 型
個々の症例への適応の仕方	であるか・でないか	どの程度当てはまるか
境 界	身体的水準での境界は明瞭	精神症候学上の境界は曖昧
喻えるならば	症例を入れることのできる「容器」 症例に「境界」を与えるもの	症例を測るための「定規」症例に 「構造」を与えるもの
診断をつけるためには	確定された症例に基づき作成された 診断基準を使う	診断基準には理念型を当てはめる疾 患診断に見せかけるためには操作的 診断基準を用いる

版」より抜粋する。「Max Weberの社会科学方法論の重要な概念の一つ。ある現象について、現実をありのままに再現するのではなく、現実には分散的に存在している諸特徴をとりだし、それ自身矛盾のないように構成したもの。現実に対するあるべき規範ではなく、実在の現象と比較し、またその文化的意義を明らかにするための手段。理想型。」よって、類型は、理念型から導き出された「それ自体は存在しない理想のモデル」と理解できる。そこで、疾患単位と類型を比較してみること

にする。疾患単位と考えることが出来る「身体的な基盤がある」とは、知覚的に把握できる物理的・空間的に形而下で「そこに疾患がある」と指摘出来るものが確立しているのである。身体医学で取り扱うほとんどの疾患(身体疾患)は、この定義が当てはまる。しかし、類型とは「診断基準」と言う物差しに照らし合わせて「いくつかの条件が揃ったら、それを取り敢えず〇〇と『呼ぶ』」という取り決めである。つまり、本当に実在するかどうかは分からないが、ひとまずこう呼んでお

こうという約束事である。

もし、外来にHSPもしくはHSCが「生き辛さ」を訴えて来談したと仮定する。確かに精神科医の中には、「病気（疾患）じゃないよ。精神科ではすることは何もないね」と簡単な説明のみでお引き取り願う場合もあるだろう。別の精神科医は、「病気じゃないけど、悩みがある様だから心理相談室を紹介しよう」と言うかもしれない。これらの反応は、疾患に関心が高く生物学的精神医学を標榜するタイプの医師に起こりがちである。冷たいようだが医師の役割は、「疾患を治すこと」であるとの職業倫理に支えられている行動である。それとは異なり人間学的精神医学を標榜するタイプの医師は、精神疾患より精神病者に関心が高く、「神経症」などの類型を「取り敢えずの保険病名」と設定して関りを開始するであろう。一見人道的なこうした姿勢も、医師の役割を拡散させてしまいやや万能感に囚われている印象がある。どちらが良いかどうかの問題ではなく、その医師の倫理観や哲学に基づいての行為である。しかし、精神的に生き辛さを抱えるタイプのHSPは、「疾患ではない精神障害」に分類可能であると考えるなら類型と判断できる。Aron (2011)

が述べている、「この気質は病気や欠陥ではないことをセラピストによく知ってもらおう」との見解は、「疾患（disease）」「疾患単位」については明確に否定しているが、「類型」を包含する「疾病・病気（illness）」もしくは「障害・障碍（disorder）」は否定していないと考えるべきだと思う。この気質が精神障害（「疾患的な精神障害：内因性」や「疾患ではない精神障害：心因性・類型」）を生じさせる素地になる可能性については言及していない。これらの精神障害は、「ストレス×脆弱性」が発症因と仮定する考え方も存在しており、HSPは「脆弱性」となり得る気質であり、「病気や欠陥ではない」と言い切るのには語弊がある様に感じる。HSPと言う気質から生じやすい精神障害をストレス反応と言う視点から図解してみたものが図1。（溝部, 2019）である。そこには、通常のストレス反応と同様に身体症状・精神症状・行動化の3通りの対処法（コーピング）が見られる。しかし、HSPという気質を媒介にして「対処法」が現実適応的ではないものになる可能性が高いと考えている。

前述のKretschme (1931/1944) は、「細長型－分裂気質－統合失調症（精神分裂

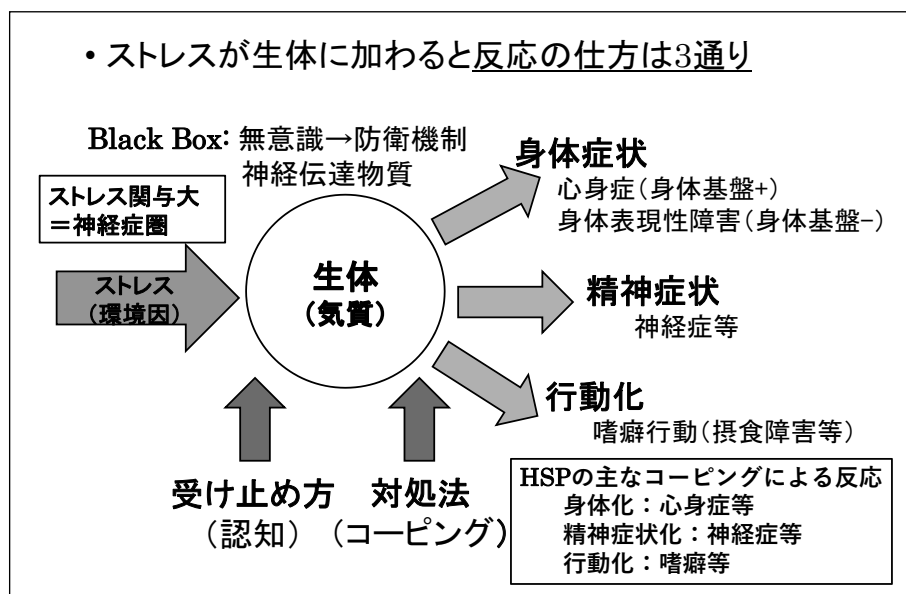


図1. HSPのストレス反応（溝部）

病)」「肥満型－循環気質－躁鬱病（双極性障害)」「闘士型－粘着気質－てんかん」の3つの類型で表される体型性格理論を展開した。現在の精神医学の実証主義的な研究では、体型（体格）と気質と精神疾患の間には有意な相関関係はないとされているが、Kretschmerの気質類型論は芸術的直感に基づいたもので、日常的に観察される人の性格類型では当てはまる様に感じている精神科医も多い。体型（体格）はともかくとして、気質と精神疾患との関連性は「病前性格」として今でも着目する精神科医は多い。

医学的に「障害者」を定義しようとするとうちのようになるのであるが、日本における「障害者」の法律上の定義は下記の様になる。障害者基本法（内閣府，2013）における「障害者」とは、「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。」と定義している。また、障害者権利条約（外務省，2022）では、目的規定において、「長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害であって、様々な障壁との相互作用により他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げ得るものを有する者を含む。」とされている。精神保健福祉法第5条（厚生労働省，1950）では、「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用薬物による急性中毒またはその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」としている。精神保健福祉法以外では法律上は、「精神疾患」であることに焦点は置かれておらず、「精神障害」であるかどうか重要なのである。よって、「生き辛さ」を抱えていれば精神障害者としての対応は可能であろう。しかし、気質に導かれた生き辛さを医療化することへの問題意識は持

たねばならない。この視点は、激増する「うつ病」の中でかなりの割合を占めるに至った「ディスチミア親和型うつ」への関わり方と同様の困難さが存在する。蛇足ながら簡単に解説すると、従来のうつ病（抑うつ症状を呈する疾病）の主流であった「メランコリー親和型うつ」は、几帳面で真面目な中高年に発症し、抑うつと共に「自罰的感情」や「疲弊」を持つのである。それとは異なり、「ディスチミア親和型うつ」は、自己愛的な若年層に発症し、抑うつと共に「他罰的感情」や「逃避」を持つ。「メランコリー親和型うつ」に対しては、医師として患者に寄り添うという姿勢が純粹に実施可能であるが、「ディスチミア親和型うつ」に対しては、寄り添う姿勢が目的反応を強化する場合もあり、対応に精神療法的技術が必要となる。

6. セロトニントランスポーター遺伝子と気質

セロトニントランスポーターは、シナプス間隙におけるセロトニンの再取り込みを行う部位なので、これはシナプス間隙におけるセロトニン濃度を減少させる働きがある。うつ病の治療では、セロトニントランスポーターの働きを抑制するSSRI（Selective Serotonin Reuptake Inhibitor）にてうつ病の改善を図るのであるが、Cowen（2008）が報告している様に単純にセロトニンレベルの増減で気分が変化するのではない。セロトニントランスポーター遺伝子とは、神経伝達物質であるセロトニンの伝達に関係する遺伝情報が書き込まれた遺伝子であり、自閉症性スペクトラム障害と関連が疑われている17番染色体上に存在する。LESCH et al. (1997) は、ヒトのセロトニントランスポーター遺伝子のプロモーター領域には繰り返し配列の長さが異なる多型が存在し、短い型（S型）は長い型（L型）よりセロトニントランスポー

ターの発現量が少ない（セロトニンがリサイクルされず慢性的に不足気味）と述べている。遺伝子型の組み合わせはSS（S型）・SL・LL（L型）がある。S型は不安の性格特性に関連し、ストレスを受けた際のうつ病発症のリスクが高い。さらに、Pezawas et al. (2005) は、S型を持つヒトの脳では情動に関与する扁桃体の反応性が高まっており過剰反応を抑えられなくなり、扁桃体と扁桃体周辺にある各部位の連絡路になっている帯状回という回路がうまく働かなくことを解明した。その結果、不安を感じてしまい、うつ病などの神経疾患につながってしまうのではないかと考えられている。つまり、S型を多く持つ人物は不安になりやすい特性を持ち、精神疾患に親和性を持つことになる。この遺伝子のこの遺伝子型によって、この遺伝子型を持つ者の割合は国や民族によって異なり、日本人ではSSが最も多く、全体の68.2%を占める。アメリカ人のSSは全体の18.8%となり日本人は、3倍以上の保有者が多いこととなる。逆に、日本人のLL保有者は3%と世界で最も少ない。傾向としては、アフリカ>欧米>アジアの順番で、LLが減少する。

日本人の民族的傾向として不安になりやすい気質を持つことが、上記の研究により生物学的に明らかにされた。しかし、「不安になりやすい」=「神経症」と考える必要はないのは当然である。この特性（気質）で、生き辛さを抱えている人物の割合が一定数居るのは事実である。その際、「生き辛さを抱えている」=「障害」と考えるならば、疾患とは言えなくとも障害と言えるのかもしれない。また、HSPは全人口の15パーセントから20パーセントが当てはまると報告しており、民族によりバラツキのあるセロトニントランスポーターに規定される気質よりヒトにとってより根源的な気質であるとの見解なのであろうか。

もう一つ重要な視点に、「不安になりやすい気質」を文化的にどの様に理解されている

かということがある。上記セロトニントランスポーターの件でも明らかな様に、日本人にとって「不安になりやすい」ことはあまり異常とはみなされず、「そんな人もいるよね。自分にもそう言う傾向あるし…。」と受け入れられている。「うつ病の病前性格」の研究成果として挙げられる、秩序を愛してそれに従う几帳面な性格故に、その秩序が脅かされると発病しやすいとする「メランコリー親和型性格」も、いったん生起した感情が冷めることなく持続し、しかも強くなっていくという性格基盤の上に、仕事熱心・凝り性・徹底的・ばか正直・几帳面・強い責任感と義務感を特徴とする「執着性格」もTellenbach (1983) の母国であるドイツや下田 (1929) の母国である日本の民族的特質と関係があると考ええる。ドイツ人も日本人も国民性として「真面目」「勤勉」「協調的」が美徳されており、珍しくない一般的特性であった（やや国粹主義的なニュアンスを感じるが）。しかし、米英ではこれらの気質は「面白みがない」「主体性が無い」「迎合的」と捉えられがちだったのではなからうか。米英の文化的価値観から、否定されていた特性である。また、不安障害の一種である対人緊張が強い、対人恐怖を呈する「社交不安障害」のアメリカ人の12か月有病率についてKessler et al. (1994) の報告では13.3%と高い割合が認められたが、日本人においては非公式データながら0.8%ととても低い値であった。常識的に考えても、セロトニントランスポーターの遺伝子型を考えてみても、日本人がアメリカ人より対人緊張が低いと考える人間は居ないであろう。これは、日本人にとって「社交不安」は病的なものとみなされず精神科受診に至っていないからに過ぎない。「積極性」「自己主張」が当然であるアメリカ的文化背景からすると、「社交不安」は極めて重要な障害と考えられる。もちろん、日本社会でも「自己主張」が社会人の重要な要素と

なりつつある現在、日本においても「社交不安障害」は増加するであろう。さらに、「執着性格」由来の同調圧力を有する「邑社会的な文化」を持つ日本では、欧米化に伴う「自己主張」と邑社会的「協調性・過剰同調」の狭間で葛藤が生じる可能性がある。現代日本におけるHSPは、元来の民族的特徴に加えて哲学・宗教・民族的背景を考慮していない異文化の無批判的導入により、どんどん生き辛くなる可能性が高いのではなかろうか。

7. 対応法

HSP（HSC）が、個人の人格の基礎になっている遺伝的・生物学的な一般的感情傾向または性質と考えられる気質であるから、治療と言う考えとはそぐわないのは当然である。この気質とどの様に付き合っていくかを考えるを得ない。理想的に考えるのなら、生

物学的・先天的に形成される「気質」に対して、「人格」のもう一つの側面である、社会的・後天的に形成される「性格」で補完していくこととなる。神経発達障害の治療における「療育（治療教育）」的視点の実施である。もちろん、この気質を持つが故に罹患してしまう可能性がある「疾患的な精神障害」や「疾患ではない精神障害」の予防に努める必要がある。これらは、補完が上手くいかず社会不適応を引き起こしたことで生じる可能性がある。もし、罹患してしまったならば、二次的に生じた精神障害の治療に努める外はない。HSPが精神障害を併発して医療化してしまった場合に、どのような要因に対してどのような対処法があるのかを「うつ病」が発症した場合を例にとって説明したものが図2。（溝部, 2019）である。対処法のポイントは、「HSP（HSC）だから配慮が必要なのではな

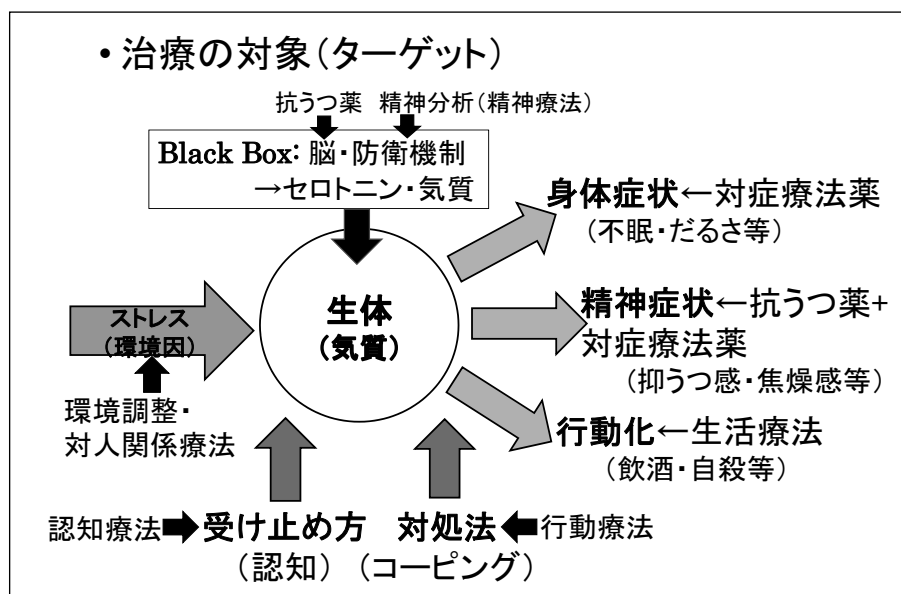


図2. 医療化したHSPへの対応（うつ病）（溝部）

く、HSP（HSC）から派生した精神障害に配慮が必要なかだけである」ことを理解しておくべきである。

予防法として最重要な姿勢は、自らの特性を理解し認めることである。神経発達障害の療育的関りの第1歩が、「障害受容」である

のと同様である。HSPという気質が良いか悪いかと言う問題ではなく、少数派であるHSP（HSC）が多数派の中で生き延びるためには致し方ないことである。心理臨床家ならば、「ありのまま受け止める」との姿勢を好むであろう。この姿勢は理想的なのだが、独特の

感性故に決して共感しやすい人ではないHSP (HSC) に対してそれを貫くには、親や支援者に相当な覚悟と揺るぎない自己肯定感を備えた人間性を要求すると考える。中途半端な「受容」や口先だけの「共感」では太刀打ちできない。もちろん近年頓に喧伝されているDiversity (多様性) を認める世界が実現すれば、この様な苦労は必要無いのだが、その様な世界が出現するには程遠い現状では療育的関りを中心に据えるのは仕方ないと考えている。

8. ラベリングの功罪

再びAron (2020/2020) の「序文」を引用する。「しかし私たちの文化では、こうした性質を持っていることは理想とされていない。この事実は、あなたに大きな影響を及ぼしてきたのではないだろうか。両親や先生は、これがまるで欠陥であるかのように、この性質を『克服』するようあなたに促し、励ましたかもしれない。他の子供たちに意地悪をされたこともあるだろう。そして大人になってからは、適切な仕事や人間関係を探り当てるのが困難で、自信や自尊心を保つのがむずかしかったのではないだろうか。」とある様に、自らもHSPであると公言しているAronからの敏感さと曖昧さ故に生きにくい人生を送っている多くのHSP (HSC) に対する応援歌であり勇気づけた点が、HSP (HSC) 概念普及の最大の功績であろう。特に、米英の様に強固なアイデンティティ (自我同一性) を有することが「善」であると考え世界に於いて、敏感で他者に影響を受けやすいHSP (HSC) を肯定的に捉えたことは画期的見解と考えられる。

同時に、HSP (HSC) と自らをラベリングして自らの成長を阻害してしまう「障害者役割」や「目的反応」に至る可能性を秘めているのは忘れてはならない。Aronが、「自信や自尊心を保つ」と述べている姿勢には大いに

賛同するのだが、自尊心を保つために必要な「自己肯定感」を獲得させるつもりが、誤った自分の姿勢すらも正当化してしまう「自己正当化」を得させてしまう危険性を保護者や支援者は注意する必要があることを強調してこの小論を締めくくりたいと思う。特に、「敏感」であることが通常であり、「敏感でないこと・空気を読めないこと・鈍感であること」が虐めの対象となる日本民族に於いては、HSP (HSC) 概念の普及が米英とは真逆の差別を生む可能性を危惧している。

9. 文献

- Acevedo, B. P., Jagiellowicz, J., Aron, E.N., Marhnke, R., & Aron, A. (2017). "Sensory processing sensitivity and childhood quality' s effects on neural response to emotional stimuli." *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 14(6), 359-373.
- Aron, E. N. & Aron, A. (1997). "Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality." *Journal of personality and social psychology*, 73(2), 345.
- Aron, E. N. (2011). *Psychotherapy and the highly sensitive person: Improving outcomes for that minority of people who are the majority of clients*. London: Routledge.
- Aron, E. N. (2015). *The Highly Sensitive Child 2nd Edition*. New York: Broadway Books. 明石大二 (訳) (2021). ひといちばい敏感な子. 青春出版社.
- Aron, E. N. (2020). *The Highly Sensitive Person: How to Thrive When the World Overwhelms You 25th Anniversary Edition*. New York: Kensington Books. 片桐恵理子 (訳) (2020). 敏感過ぎる私の活

- かし方. パンローリグ.
- Cowen, P. J. (2008). Serotonin and depression: pathophysiological mechanism or marketing myth? *Trends in pharmacological sciences*, 29(9), 433-6.
- Cloninger, C. R., Svrakic, N. M., & Svrakic, D. M. (1997). Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, 9, 881-906.
- 外務省 (2022). 障害者の権利に関する条約 (略称: 障害者権利条約). 第一条 目的. https://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/hr_ha/page22_000899.html (2023年1月10日取得)
- Husserl, E. & Schuhmann, K. (1977). *“Ideen zu einer Reinen Phaenomenologie und Phaenomenologischen Philosophie.”* Berlin: Springer. 渡辺二郎 (訳) (1979). イデーン I-I 純粹現象学への全般的序論. みすず書房.
- Jagiellowicz, J., Aron, A., & Aron, E.N. (2016). “Relationship between the temperament trait of sensory processing sensitivity and emotional reactivity.” *Social Behavioral and Personality: an international journal* 44(2), 185-199
- Jaspers, K. T. (1913). *Allgemeine Psychiatrie: Für Studierende, Ärzte und Psychologen.* Berlin: Springer. 西丸四方 (訳) (1971). 精神病理学原論. みすず書房.
- Jung, C. G. (1921). *Typologie.* Zürich: Rascher Verlag. 林道義 (訳) (1987). タイプ論. みすず書房.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Zhao, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- 木村敏 (2005). あいだ. 筑摩書房.
- Kretschmer, E. (1931). *Physique and Character.* London: Routledge. 斎藤良象 (訳) (1944). 体格と性格. 肇書房.
- 厚生労働省 (1950). 精神保健福祉法. 第一章 総則 (この法律の目的) 第五条 (定義). https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80126000&dataType=0&pageNo=1 <https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kihonhou/s45-84.html> (2023年1月10日取得)
- 古茶大樹, 針間博彦 (2010). 病の「種」と「類型」, 「階層原則」－精神障害の分類の原則について. *臨床精神病理*, 31(1), 7-17
- 古茶大樹 (2019). 臨床精神病理学－精神医学における疾患と診断. 日本評論社.
- Lesch, K. P., Bengel, D., Heils, A., Sabol, S. Z., Greenberg, B. D., Petri, S., Benjamin, J., Müller, C. R., Hamer, D. H., & Murphy, D. L. (1996). “Association of Anxiety-Related Traits with a Polymorphism in the Serotonin Transporter Gene Regulatory Region”. *Science* 274(5292), 1527-1531.
- 溝部宏二 (2019). うつ病の早期発見と養生のコツ. 追手門学院大学地域支援心理研究センター紀要, 15, 2-12
- 溝部宏二 (2022). さらば, 「私の」エヴァンゲリオン。～僕らは贖罪を終えて成仏出来たのだろうか?～ 追手門学院大学地域支援心理研究センター紀要, 18, 7-22
- 森田正馬 (2004). 新版神経質の本体と療法. 白揚社.
- 長沼睦雄 (2020). 「敏感過ぎる」自分を好きになれる本. 青春出版社.
- 内閣府 (2013). 障害者基本法. 第一章 総則 (定義) 第二条. <https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kihonhou/s45-84.html> (2023年1月10日取得)
- Pezawas, L., Meyer-Lindenberg, A., Drabant, E. M., Verchinski, B. A., Munoz, K. E., Kolachana, B. S., Egan, M. F., Mattay, V. S., Hariri, A. R. & Weinberger, D. R. (2005).

“5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: a genetic susceptibility mechanism for depression.” *Nature Neuroscience* 8, 828–834.

Sand, I. (2014). *Elsk dig selv*. Kopenhagen : Saxo. 枇谷玲子(訳)(2016). 鈍感な世界に生きる敏感な人たち ディスカヴァー・トゥエンティワン

下田光造(1929). 異常児論. 大道學館出版部.

Schneider, K. (2007). *Klinische Psychopathologie. Mit einem aktualisierten und erweiterten Kommentar von Huber G und Gross G. 15. Auflage*. Stuttgart: Georg Thieme. 針間博彦(訳)(2007). 新版臨床精神病理学. 文光堂.

Tellenbach, H. (1983). *Melancholie : Problemgeschichte Endogenität Typologie Pathogenese Klinik. Vierte, Erweiterte Auflage*. Berlin :Springer. 木村敏(訳)(1985). メランコリー 改訂増補版. みすず書房.