

## 抑うつ状態、再考

— 軽度抑うつ状態の人格構造および心的世界に関する今日的な理解 —

Reconsider the meaning of depressive states  
Today's aspect of personality structure  
and psychic reality on mild depressive mood

堀江 姿帆

(東京成徳大学)

*Shiho HORIE* (Tokyo Seitoku University)

## 要約

過去、うつ病や抑うつ状態に関する研究は、病前性格や心的構造の解明を中心とした精神病理学研究が盛んであったが、新世代うつ病治療薬の誕生や脳科学の発展によって、生理・薬理学研究に移行していった。しかし近年、定型のうつ病像を形成せず、薬物が奏効しない遷延しやすい軽症抑うつ状態が、精神保健分野を中心に注目を集めている。本論文では、特に日本での抑うつ神経症、抑うつ状態に注目し、これまでの研究や治療法を概観した上で、人格構造と心的世界の理解という観点から抑うつ状態を再考した。多くの研究者によって、人格の未成熟性や背景の自己愛傾向が指摘されている。取り入れや同一化といった自我機能が作動しないため、外的事象の内在化が起らないことにより自己愛的に見えること、援助者を苛むいら立ちなど陰性の感情を利用しながら、彼らの情緒に焦点をあてていく必要があることを論じた。

キーワード：抑うつ状態、人格構造、自己愛、取り入れ、同一化

## 1. はじめに

洋の東西、今昔を問わず、抑うつ状態は人類にとって最も身近な精神症候である。故にそこには、人間の普遍的苦悩である喪失や葛藤に起因する正常な意味での抑うつ気分から、不安や疲労の身体反応としての抑うつ症状、精神疾患としてのうつ病における抑うつ状態まで、広大なスペクトラムが存在している。このことは、抑うつ状態への理解の多様さを認めるものであり、この多様性こそが、うつ病研究を大きく発展させてきた原動力でもある。

抑うつ状態およびうつ病への治療は、1950年代以降、様々な方面からの精力的な研究の蓄積によって、目覚ましい発展を遂げた。また我が国においては、うつ病に関する啓蒙が地道に重ねられた結果、精神保健分野を中心に一般市民にもその理解が浸透し、一次予防としての成果を上げている。それと並行した薬物療法の進歩、SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor) に代表される新世代うつ病治療薬の登場によって、うつ病は「治る病気」として広く周知されるに至った。その認知度や治療可能性は、かつて同じく「内因性精神病」と区分された統合失調症を考え

ると、隔世の感は否めない。

このように“一般的な治る病気”となったうつ病や抑うつ状態の治療で、心理療法家が彼らの心理療法を依頼される機会は、現代で多くはない。認知行動療法の効果は認められているが、抑うつ気分を訴えて精神科を受診すれば、薬物療法が開始され、数週間の服薬加療によって少なくとも睡眠・精神運動性抑制等の中心症状は軽減されることが多い。よほど遷延してない限り、うつ病・抑うつ状態の治療において、積極的に心理療法を導入することもない。心理的理解が必要な場合は、抑うつ状態を呈していても本態性ではない、背後に人格障害等が想定されるような難治例であるという理解が一般的である。「うつ病」「抑うつ状態」の彼らは、我々の面接室から姿を消したかに見えた。

しかし、特に企業内健康管理センターや、大学内保健管理センターなど精神衛生分野で、軽度であるが難治の抑うつ状態にまつわる問題が、昨今静かに騒がれ始めている。うつ病チェックリストに該当するが、休養を中心とする一般に知られているうつ病者への対応では一向に改善していかない。気分変調性障害の診断を満たすほど慢性長期化するわけでもなく、症状も固定化していない。職場環境や生活環境に、特筆すべき状況はない。最終的には適応障害という診断に落ち着いて、休職・休学に至るが、休息が治療的に働かないことも多い。ともすると「わがまま」「子ども」「我慢が足りない」ようにしか見えず、精神保健スタッフの方が共感不全からくる怒りに苛まれたり、際限なく繰り返される休職・休学に策が尽きて、無力感を募らせていることも少なくない。

抑うつ状態に、今、何が起きているのか。本論文では、これまでのうつ病関連疾患に対する理解や治療を概観した後、臨床素材を提示し、現代社会における軽度抑うつ状態について、人格構造および心的世界の観点から理解を試みたい。

## 2. うつ病および抑うつ状態への理解と取り組みの変遷

### 1) 第二次世界大戦以後

先達は、抑うつ気分とどのように取り組んできたのだろうか。古代に遡るうつ病概念の総論は、中川・広瀬の論文(中川他, 2006)に詳しいが、ここではこの半世紀の変遷を、特に我が国を中心として簡単にレビューする。

第二次世界大戦後、国を超えた大規模破壊と外的・内的喪失を深く経験した我が国では、Tellenbach のメランコリー親和型(Tellenbach, 1961)や、下田の執着気質(下田, 1941)に代表される病前性格理解が発展し、内因性うつ病の精神病理学的研究が隆盛期を迎えた。1975年には、我が国独自の躁うつ病精神病理学研究の金字塔となった、笠原・木村論文(笠原・木村, 1975)が発表された。それぞれの症状や病像、誘因のみに留まらず、経過や治療を含めた包括的分類が提示されたことは、戦後のうつ病研究が一定の到達点に至ったことをも意味している。その中で注目すべきは、生物学的素因が少なく心理的要因が影響していると思われる、いわゆる「抑うつ神経症」群が提示されたことである。笠原らの分類でⅢ型は「葛藤反応型うつ病」として、他者配慮、秩序愛などのメランコリーに乏しい未熟な若年層にみられるタイプであり、薬物療法の効果が薄い群として記述されている。

一方で、1950年代の向精神病薬の登場は、精神障害の治療と理解に革命をもたらした。うつ病もその例外ではない。モノアミン酸化酵素阻害薬 monoamine oxydase inhibitor : MAOI、三環系抗うつ薬 imipramine によって大うつ病の治療効率は格段に上がり、モノアミン仮説が裏付けられていく。薬物療法がうつ病治療の第一選択となり、「うつ病の疾病概念においても、薬物療法の普及は、内因性か、心因性かという原因をめぐる議論をひとまず棚上げすることを後押し」する流

れを決定付けたのである（黒木，2005）。

この流れの中、抗うつ薬の治療効果が上がるに従って、薬物療法が奏効しない一群が精神科医達の頭を悩ませるようになっていく。高度経済成長による復興を遂げた1970年以降になると、大うつ病エピソードが認められる内因性うつ病像とは異なる、努力が少なく葛藤が弱い、軽度の抑うつ症候群、抑うつ状態が目立つようになっていった。「抑うつ神経症」群である。うつ病のこころのメカニズムに関する研究は、中核群のうつ病から漏れ出たうつ病周辺疾患、抑うつ状態の研究へと展開していくのである。

## 2) 高度経済成長期以降の変化

笠原・木村分類からはみ出す病像として、広瀬は「逃避型抑うつ」（広瀬，1977）を、笠原は「退却神経症」（笠原，1973；1978）を提示した。「逃避型抑うつ」は、“勝てる競争には参加し、勝てない競争ではあっさり降板する”という行動特性を持った抑うつ神経症である。「逃避」の心理機制が優位で、反応として抑制を主体とする抑うつ状態に逃げ込むという特徴がある。一方「退却神経症」では、“全ての競争そのものから撤退する”という行動特性が顕著で、いわゆるアパシーと言われた抑うつ神経症群である。無気力・無関心・無快楽を主症状として、主観的苦痛を体験しないという特徴がある。双方の心理機制には差異があり、抑うつに至る心的メカニズムには根本的な違いが想定されるが、抑うつ症状によって利得性があり、意識的であれ無意識的であれ、症状が状況回避のための方略として自己愛的に利用されているという共通点が認められる。その意味で、メラニコリー親和型の示す抑うつ症状とは、一線を隔すものである。中井は既に1970年代に、社会の価値観の多様化と家父長的秩序や権威が崩壊しつつあることを指摘し、そのような社会状況と、抑うつ状態との関連を考察している（中井，1975）。これらの葛藤なき抑うつ状態の出現は、かつて疑

いなく社会的価値であった勤勉と几帳面さ、努力と工夫、それを背景とする社会的規範への同一化というメラニコリー親和性が、社会の変化と共に急速に廃れていったことへの反応でもあったのだろう（市橋，2000）。

1980年代に入ると、DSM-IIIの操作的診断基準が世界を席卷し、多軸診断の採用と共に精神疾患の成因論が排除され、神経症という概念は失われた。以後、Akiskalらが主張するように異論を残しつつも（Akiskal，1983；2001）、うつ病は気分障害として双極性・単極性・非定型に、いわゆる抑うつ神経症の多くは気分変調性障害に分類された。

DSM-IVが発表された1994年以降は、うつ病の治療ガイドライン作成が目標とされ、セロトニン再取り込み阻害薬 selective serotonin reuptake inhibitor：SSRI やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor：SNRI とイミプラミン imipramine の効能を比較検討したメタ解析研究が数多く報告され（Anderson & Tompenson，1995，Williams et al，2000）、「うつ病はこころの病ではなく脳病」という認識が広がっていった。心理療法の分野では従来の洞察的心理療法に代わって、エビデンスによって治療効果が証明された認知行動療法が隆盛となる。その成因が異なるものかは別とし、抑うつ症状に対しては生理薬理的变化と認知的変化を促すことが目指されるようになった。

それでは「退却神経症」「逃避型抑うつ」などの抑うつ神経症群は、その後どのように理解されていったのであろうか。気分変調性障害は2年以上の症状持続が診断基準となっており、日本で言われていた上述の抑うつ神経症群は、ほとんどの場合診断基準に満たない。疾病分類から外れてしまったこれらの一群は、DSM診断の中で唯一成因論の疾病概念をもち、その整合性のなさにより最も批判が強い「適応障害」の診断に、現状では

多くの場合組み込まれている。また概念提示当初の“青年期の病”という色彩が薄まり、より若年層に汎化していったことで、精神医学的・精神病理学の問題から心理・社会的問題へと移行していった感も否めない。これらの概念の一部が、「不登校」「引きこもり」概念へと展開していったものと考えられる。

### 3) 21世紀を迎えて

1990年代後半以降、退避さえも選択できず他責的になり、現状から動かず抑うつ症状をくすぶらせ続ける一群が目立ち始めた。これらに呼応して精神医学の分野では、再びうつ関連疾患が注目をあつめるようになる。同時に精神科外来の前段階となる、大学内や職場内の健康管理センターなど精神保健現場で、これらの問題が深刻に報告されるようになっていった。

薬物療法への反応が悪く、軽度であるが従来とは一線を画す抑うつ状態の増加は、彼らの性格傾向や症状成因の理解に再び光を当てるきっかけとなった。1995年にはうつ病の新たな病像として阿部が「未熟型うつ病」を、2005年には樽味らが「ディスチミア親和型うつ病」を提示し、注目を集めた（阿部，1995；樽味，2005；樽見・神庭，2005）。

阿部は「未熟型うつ病」について、人格の成熟度としての未熟と、混合状態を呈しやすく制止優位とならない病像構造の未熟さの2点から「未熟」の意味を説明している。20代後半から40代で何らかの破綻により、自らのライフスタイルを維持できなくなることを契機にうつに陥り、その経過は不安・焦燥優位で自責に乏しく、周囲に対して依存と攻撃を露とする。入院等の依存状況やストレス軽減状態では軽躁状態になりやすいと、その特徴を説明している（阿部，2006）。経過型としては双極Ⅱ型を想定しており、内因性の気分変動も認められるため、基本は内因性としつつ人格統合水準の低さによって病像構造が崩れていると指摘

している。なお、若年層の双極Ⅱ型については、人格統合水準の低さによって、過食や手首自傷・大量服薬などの行動化が目立ち、うつ病と人格との境界が曖昧である一群に対して、境界性人格障害と気分障害との共存や鑑別も重視されてきている（内海，1999）。精神病理学的には、笠原・木村論文の「葛藤反応型うつ病」の流れではあるが、構造として神経症モデルは失われていると言えるだろう。

これらの病像の中で、より回避傾向が強く行動化や躁の要素が薄まった一群を、樽味は「ディスチミア親和型」として説明した。輪郭のはっきりしない不全感と心的倦怠を訴えの中心とし、抑制症状や罪業感より回避が主体で、時に他罰的である。大うつ病診断基準を満たすが、気分変動性障害と診断するには罹患期間が短い。「ディスチミア」の命名について「字義どおり「不機嫌」「活力に乏しい」という意味」であると説明している。要因としてはやはり人格の未発達をあげ、未熟な万能感をもつ自己愛性格のため、葛藤を抱える能力の脆弱性や、葛藤形成し得るだけの社会的役割意識に関する弱力を指摘している。樽味の指摘で興味深いのは、罪責感や罪業感とは異なる「どうせ私が悪い」という「自虐」が表明される場合があり、それは自傷と似た根を持っているという見解である。

これらの議論で共通して指摘されているのは、人格統合水準の低さ、つまり人格の構造化に何らかの問題があるという点である。彼らの人格統合がどのように未発達であるのか、なぜ構造化の失敗がおこるのか、心的世界はどのようなものなのか。これまでの研究では、現象面としての自己愛傾向や不安定性は言及されているが、人格構造そのものに関する理解と考察は未だ充分ではない。以下に典型と思われる臨床素材を呈示して、これらについて検討していきたい。

### 3. 臨床素材

プライバシーの関係上、ここで呈示するのは筆者がZ社健康管理センター（常勤内科産業医・非常勤精神科医・非常勤心理士・保健師で構成。診療所認定を受けていないため医療行為は行っていない）で経験した、複数の自験例を元に創作した架空症例である。ただし症例の病像や人格構造、心的世界に関して、本質を損なわないよう最大限の工夫を行っている。

#### 【症例1 A男】22歳男性 営業職

〈主訴〉やる気がおこらず疲れる、会社に来たくない、眠りが浅い

〈家族歴〉特筆すべきことなし

〈既往歴〉特筆すべきことなし

〈生活歴〉父親（会社員）、母（パート）、妹（大学生）の2人同胞の長男。特別問題なく、普通の子どもだった。友達も普通にいて楽しかった。中学・高校時代は運動部に所属し、顧問に無理なことを言われ一時期辛かったが、仲間と一緒に「気にしないようにして」乗り切り、最後は県大会に出場することが出来た。努力すれば必ず報われると学んだ良い経験だったと言う。退部後は受験勉強に集中し偏差値も上がり、一流大学と言われる首都圏のA大学に現役合格。大学入学後は「色々違うことをしてみようと思って」運動部は選ばず、ダンスサークルに入って友人を作ったり、バイトをしたりして楽しい時間を過ごしたという。グローバルな舞台で活躍できそうなY社を目指し就職活動を行ったが合格せず、第2希望であったZ社が内定。「悔しかったがY社は人気だから仕方ないし、Z社も有名だから」と入社を決定、現在は自宅から本社に通勤している。自らの性格については、優しい、明るい、目標を持って頑張るのが好きと話す。なお家族に精神疾患の遺伝負因は認められない。

〈現病歴〉入社後、重要支店の営業職に仮配属さ

れた。営業は数字で目標がはっきり示されるのでやりがいもあり希望を持っての新卒スタートだった。しかし忙しい部署のため周囲は慌しくしており、不明点があってもゆっくり聞く時間がない、気になったことを聞くと「忙しいのに、そんなことで引き止めるな」と怒られた。「自分は頑張っているのに」と感じ「思っていた営業のイメージと違って」仕事をするのが面倒になってきて、やる気が削がれていったという。しかし営業成績は好成績を保っていた。数ヶ月経ち、他部署への移動を願い出たが聞き届けられず、同支店営業職にて本配属が決定した。その頃から意欲の低下が著しく、入眠困難、倦怠感が出現し辛くなったという。勤怠不良により人事対応となり、健康管理センターに紹介された。「正直しんどい。でも具体的に明確なしんどさがあるわけではない。何かあった時に、自分で対応しなければいけない。その場は上手くいっても、自分が責任を持たないといけない。それが学生時代との違い。周囲も新人を育てる気がない。」と不機嫌に話す。また学生時代と比較して「学生時代は、きつなくても自分が好きなことで大変になれる。自分がやりたいことなら乗り越えられるし、終わってしまえばすっきりして別のことを考えられる。指導してくれる人もいる。仕事は最終的に自分で対応しなければならず、放置される。今の辛さは、今まで経験した“辛かった”感覚とは別物」と言う。受診勧奨により精神科初診、服薬加療、経過観察となるも症状は軽快せず。勤怠不良が著しく3ヶ月休職。復職後、勤務制限の中で現職復帰するも、再燃増悪、再び6ヶ月の休職に入る。休職期間中は安定して調子も良くなるので大丈夫だと思うが復職すると調子が落ちると言う。復職産業医面談で、「営業職が合わないのだと思う。内勤が自分に合っているか分からないが、仕事を辞めても困るから、とりあえず内勤で復職したい」と話す。内勤に配置転換の上復職後、残業制限の措置もあり勤怠不良なく安定して勤務している。なお、内服加療は

継続している。

【症例2 B子】25歳女性 事務職

〈主訴〉不安で落ちつかず泣いてしまう、薬を飲んでも良くならない、職場で居辛い

〈家族歴〉母親が自律神経失調症の診断で、過去に精神科通院歴あり

〈既往歴〉中学校時、起立性調節性障害（五月雨的な不登校あり）

〈生育歴〉父（会社員）、母（専業主婦）、姉（会社員）、弟（大学生）の3人同胞中間子。小さいときから怖がり、初めての場所が苦手によく泣いていたという。幼稚園は元気な男の子がいて嫌だったが、小学校に入ると仲の良い友達が出来て楽しく学校生活を送っていた。成績は中程、学校の係にも熱心で先生から気に入られていたという。中学校入学後は、複数の小学校から生徒が集まり人見知りが強まったこと、元気な人が多い学校の雰囲気苦手さが強まり「小学校に戻りたい」と思っていた。中学2年頃から目眩が出現、朝礼で倒れたり朝起きられず登校できないことが続き、病院に行ったところ起立性調節性障害の診断を受けた。五月雨登校のまま中学卒業。私立高校に進学すると「雰囲気がよくて」学校で居心地が良くなった。友人もたくさんでき、部活動、バイトに明け暮れる日々で元気に過ごし、大学4年間も特別大きな問題なく楽しく過ごしたという。就職活動も「友達と一緒にやっていたから、結構楽しくて」最初に内定が出た現勤務先に就職。「別に夢を持ってというわけじゃないけど、仕事は普通にしないといけないし。一人暮らしも出来るから、結構楽しみだった」と話す。自分の性格は、真面目、人見知り、でも周囲に慣れてくるとムードメーカーになるとのこと。

〈現病歴〉配置転換直後の会議中に倒れて救急搬送され、過換気症候群の診断を受けた。自律神経が原因かもしれないと医師から言われ、健康管理センター対応となる。人事に付き添われ来室する

も泣くばかりで混乱している。「入社後は3年間順調にやってきた。なれた職場から急遽異動になって負担はあったが、何がストレスなのか自分ではわからない。倒れた当日は気が付いたら病院のベッドの上で過換気を起こしたのは今回が初めて」と話す。生理不順、若干の入眠困難（平日のみ）は認められた。同僚と飲みに行くなど、意欲や行動に抑制は見られない。仕事については「上司も同僚もいい人。でもやらなきゃいけないと思う一方で、逃げ出したい気持ちがある。何が嫌なのか上手く言えない。辞めて次を考えてもよいのではと言われるが、次にやりたいものも特にない。友人が数年で辞めているのはどうかと思う、自分も辞めてよいのか考える」と話す。その後も過換気発作が頻発したため、受診勧奨を経てしぶしぶ精神科初診となった。しかし一向に症状は軽快せず、職務中の感情失禁が強まり周囲の業務に支障がでると問題になった。主治医から休職を勧められると、再び泣きながら健康管理センターを訪れ「自分としてもその方がよいと思うが、休んでいる間は何をやっていいかわからない、一度休んだら復帰できなくなるのではないかと泣きどうしの状態となる。1ヶ月の休職を経て復帰するが、再び感情失禁と過換気発作が頻回となり、以後、短期の休職と復職を繰り返した。3回目の復職時、主治医に「早く治したい」と訴えたら焦りすぎだと言われ混乱、過量服薬を行った。「先が見えない」「自分だけ楽をしていると周囲が本当は悪く思っているのではないかと」「辛い職場にいられない。でも休みたくない。早くすぐ治りたい。今仕事が出来ると思えないけど、休んでも不安で不安でいられない」と強く訴え「何も決められない」と頑なであった。主治医、産業医の説得で6ヶ月の長期休職となる。X+2y、回復が見込めず、休職期間満了による退職が決定した。なおこの全時期を通して平日に限定した軽度の入眠困難と、感情失禁、過換気発作以外は、抑うつ感は訴えるものの目立った精神運動性抑制は認められなかった。

## 4. 考察

### 1) 症例の理解

#### 【症例1・A男について】

入社までの生育歴をみる限り、人格の未成熟を感じさせるエピソードはなく、既往もない。意欲低下が顕著となる以前は営業成績を保っており、運動部での達成や大学受験時に心的な崩れがないことから、評価に対する恐怖が強い逃避傾向の抑うつ患者群とは一線を画すものと考えられる。自我機能としては判断力、達成、統合機能は良好であり、弾力性や防衛機制の点で未熟さがやや見られるが、人格は概ね構造化されて機能している。しかし、不安・葛藤・外的圧力に対して自律的に対処しパーソナリティの正常な働きを支える機能である自我自律性の脆弱は認められる。症例1の発症起序は、自己の抱いていた世界観を失ったこと、その世界観を投影していた外界（職場）への幻滅であったと考えられる。しかし興味深いのは、この幻滅によって制止を主格とした抑うつではなく、不全感・倦怠感を主格とした抑うつを呈した点である。つまり制止による抑うつを用いて喪失の痛みを防ぐという防衛が機能不全を起しているため、倦怠感として体験され不全感を中核とした抑うつに留まったのではないだろうか。現象においても外界への適応を過剰に求め自らを追い詰めていくという、いわゆるメランコリー型とは経緯が異なり、外界への同一化と抵抗を基盤とした外界-自己間の葛藤はない。しいて言えば、A男が葛藤しているのは理想的自己と現実自己の不一致という、完結した自己世界においてである。本症例は人格統合水準としては一定レベルを保っているが、その成熟度と洗練度——外界との葛藤を伴った相互的関わりによって発達を促進される領域ということであるが——において、未成熟、もしくは未達成であり、心的発達水準として「欲求（ありたい自分）-現実（じゃまをする外的世界）-葛藤（間に挟まって調整する自分）」という3者関

係に持ちこたえられるレベルになく、その心的構造は「欲求-現実」の2者関係レベルという、幼兒的な心的世界に止まっている状況であると考えられるであろう。

#### 【症例2・B子について】

生育歴のエピソードからは、新規場面や安心感が覚えられない対人場面での過緊張と対処の未熟さが伺え、自我が脅威に晒されると身体化症状を形成するパターンが見られる。現病発症はその意味で初発ではなく、反復と考えられる。症候学的にも抑うつ症状や感情失禁が認められるが制止が主格とならず、過換気症状も呈しており、うつ病像の形成不全が予測される。自我機能面で縦断的・横断的な病理的崩れは見られず人格障害には該当しないが、不安時など状況によっては判断力の低下が著しく迫害感を強めるなど、状態像の不安定性は特徴であろう。刺激障壁が脆弱である上自我自律性に乏しいのは、防衛機能が分化していないためと考えられる。人格の統合水準という意味でも、統合機能の障害までは認められないが、人格構造が固定化されておらず、状況依存的であるため、一過性の統合不全状態が散見する。現病歴中の過量服薬は、人格障害患者が見せるような衝動統制の破綻による自己破壊行動とは本質的に異なり、不安による判断力低下と理解した方が妥当であろう。感情失禁にしても、うつ病患者にみられるような隔離された情動の不随意的表出ではなく、不安を抱える能力の低さ故の情動統制の未熟さと考えられる。症例2の発症は、もともと自我機能の発達が未熟で、漂うような集合体としてぼんやりまとまっていた人格が、本人の不安耐性を超える負荷状況に晒され、それを防衛し適応・調整する自我機能が働かず、人格の統合そのものが霧のように拡散していったことによる混乱が起序であると予測する。そこで処理されずに残った不安感是不安として認知されず、具象レベルで身体症状に置き換わり、抑うつ気分が出現したものと理解

できる。

## 2) 自我構造の観点からみた状態像の理解

前掲の症例に代表されるような、近年増加傾向にある抑うつ状態の共通項として阿部は、発症誘因が「いずれも自分のペースが守れなくなる、あるいは乱されることである」と指摘している（阿部，2006）。症例1、症例2共にあてはまり、筆者の臨床上の実感としても同意できるものである。しかし自らのペースが守れなくなった場合に抑うつ状態を呈するだけならば、うつ病患者の柔軟性に乏しい性格傾向との関係において、発症誘因として既に指摘されているものと相違がない（野村，1998）。従来との差異として彼らを彩るものは、うつ状態を呈したあとの反応であろう。彼らの役割意識の希薄さ、秩序への否定的感情、漠然とした万能感や自己への愛着、そして自責に乏しい他罰傾向は、多くの研究者が共通して指摘するところである。そしてこれらを現象させる病前性格として、人格の未成熟を背景とした自己愛傾向が帰結として論考されている（樽味・神庭，2005；阿部，2006；松浪，2006；神庭，2008）。

果たして彼らの問題は、自己愛の病であるのか。自我構造の観点から、若干の検討を試みたい。確かに彼らの役割意識の希薄さや、外的環境への適応や順応のための努力の乏しさ、あたかも自己の安住が最優先されるかのような自己世界への埋没を前にすると、驚きと共にその背景として幼児的万能感の存在を想定するのは、順当な理解といえる。しかし同時に、彼らが外的環境の提供する秩序を否定し、役割意識を無とする何らかの信念や空想を持つかといえど否である。彼らには既成概念の拒絶を求めるような、また自己の誇大的空想を他者に認めさせようとするような、ある種の欲望は存在しない。どちらかといえば自己存在というものを規定する、確かな帰属性を持ち得ないと言ったほうが近い。その意味で、自己愛対象を否定されることを恐れるあまり自己世界へ埋没する、

自己愛の病理とは本質的に異なるように見受けられる。むしろ彼らの困難は、自我による取り入れ introjection と同一化 identification 機制の破綻であり、外的事象の内在化 internalization の失敗と考えられるのではないだろうか。この二つの機制は、象徴を活用した喪の作業とも関連するといわれている。だとすれば、彼らがそれまで抱いていた何らかの内的世界や対処方法を脅かす外的世界に出会ったときに、それらを対象喪失し、抑うつを伴う喪の作業を遂行することができず、結果的に定型のうつ病像形成にも失敗し、不全感と倦怠感を顕在させるというメカニズムも想定できる。この脆弱な自我が、不安耐性を遥かに超えた対象喪失の危機に出会ったときに、自己への愛着から逃れられなくなるのは想像に難くない。

では、彼らの他罰傾向はどのように理解できるのであろうか。上述の内在化の失敗から考えれば、内界の苦痛やそれを生み出す原因を自己の内に認めず、外界に排出し外在化 externalization するという心的過程が想定できる。この点に関しても、純粋な自己愛的病理とは異なり、外界が悪い対象として激しく価値下げ devaluation されることは少ない。むしろ彼らの実感は、怒りというより「分かってくれない」という不満感に近く、その奥に漂うのは、周囲からいい加減だと思われているのではないか、ずるいと思われているのではないかという薄っすらとした迫害感である。彼らが抑うつ状態を繰り返す、破綻をきたしても仕事や学校に執着するのは症例で示した通りであり、彼らの行動特徴のひとつとして援助職を困らせている要因の一つでもある。この執着は、決断のできなさとといった理解では説明しきれない頑なさを示すことがしばしばである。もし自己愛傾向が強いならば、追い詰められる前に外界を価値下げし、自己の万能的世界を守るため早々の撤退を選択することであろう。彼らの内界には、自責感情が存在するのではなからうか。しかしそれを内的に抱え葛藤するに耐え得る人格構造も、体験でき得る



だけの自我の強度も有さず、持ち堪えられなくなった自責感情は外界に投影され、外在化された迫害感として体験される。結果、不満感を顕として、他罰的言動として周囲に認識されるものと理解できる。

### 3) 心的世界の理解と援助に関する試論

これらの特徴をもつ軽度抑うつ状態の患者群が、彼らと日々接している援助職から“困難症例”といわれるのは、なにも遷延する病状や寛快・増悪を繰り返す経過のみを指してのことではない。彼らと相對したときに味わう、強い徒労感とある種の怒りが、援助者を疲弊させるからである。彼らと関わる専門職が一樣に口にするのは「子どもすぎる」「我慢が足りない」「社会を分かっていない」といった、彼らの年齢不相応の未熟さに対する苛立ちを伴った嫌悪、そしてうんざりとした不毛感である。彼らは決して貪欲ではなく、無理な要求を声高に主張することはない。その意味でこちらに強い反発や怒りを抱かせるような強烈さもない。よく話を聞いていると、自分が何を欲しているのか、どうしてほしいのかという明確なものはなく、「うまくいってほしい」「この苦痛がなくなってほしい」という概念以前の感覚のみが、存在しているように見受けられる。それ故、多くの場合受動的である。援助者側がその時に感じるのは、無力な子どもに対する時のような、何かを提供することを暗に求められているような圧迫感である。そこで援助者は様々な提案を行う。しかし取り入れが作動しない患者達は、それを受け入れられない。まるで、不機嫌に不満を訴えて泣き続けている乳幼児に、様々に思いをめぐらしてあれかこれかと差し出しても、ますます不快感を顕にして顔を背け続けられるような感覚である。強い徒労感と無力感は転じて苛立ちとなり、彼らの年齢に不相応な未熟さを標的に、嫌悪に似た怒りを向けてしまうのではないであろうか。ここで注目すべきは、援助者側が感じる情緒が、そのまま患者達の感覚

なのではないかという理解である。取り入れや同一化によって内的資源が蓄積していかない彼らは、常に不全感を抱いているものと推測する。彼らの心的現実では「この不全感を埋めようとしているのに、周囲は決して与えてくれない」と体験され、無力感と苛立ちが内的世界を支配し、疲労感を強め抑うつ感を募らせていく。そして周囲への他罰的な怒りを表出していくか、受動的攻撃と受け取れる自傷行為や、自傷的な罪業感の表出へと繋がっていくのであろう。

最後に、彼らの支援について考えたい。まずは彼らの自我構造や心的世界を理解すること、彼らのこころの内側で何が起り何が体験されているのかを理解することであろう。その際、いたずらに自己愛傾向という枠組みで片付ける危険は避けたい。そして自らの中に湧き上がる感情が彼らの実感でもあるという予測のもと、彼らの未分化な情緒を拾っていくことは重要である。筆者としては彼らの問題が、従来の抑うつ神経症の連続体であるという理解に異論はないものの、治療的には不登校中核群の子ども達が抱える病の亜型と理解した方が有効ではないかと考えている。一旦抑うつ状態に陥った後の回復期では、行動範囲を狭めた上で段階的に外的環境に触れさせていくこと、外界との段階的接触の各場面では、その都度の細やかな話し合いが必要であろう。しかしこのような労力を果たして誰が担うのか、また医療経済的にも社会経済的にも実現可能かは、疑問の残るところである。現状として可能性があるのはグループの活用であろうと推測するが、学齢期を越えた社会人への援助や治療において、どのような形態のグループを提供していくべきかは明確ではない。彼らにどのような支援を提供していけるのか、更なる検討と議論が必要であろうと考えている。

## 5. まとめ

近年増加傾向にある軽度抑うつ状態の一群につ

いて、これまでの抑うつ神経症研究を概観した上で、人格構造と心的世界の観点から考察を行った。抑うつ症状への生理・薬理的効果を充分理解し活用した上で、抑うつ症状が内包する心的意味やそこから見えてくる人格を捉え、理解に活かすことによって、多彩で奥行きのある援助が生み出されるものと考えている。

#### 〈謝辞〉

平素からご指導頂いております、Z社健康管理センター専属産業医の川久保健先生、嘱託産業医の北里大学医学系研究科准教授田中克俊先生に、心より感謝申し上げます。本論文は、Z社健康管理センターでの保健師のみなさんとの対話の中で着想したものです。日頃の感謝と共に、この場を借りて心より御礼申し上げます。

#### 引用文献

- 阿部隆明・大塚公一郎・永野満ほか 1995 「未熟型うつ病」の臨床精神病理学的検討－構造力動論 (W. Janzarik) からみたうつ病の病前性格と臨床像 臨床精神病理, 16, 239-248
- 阿部隆明 2006 未熟型うつ病 精神療法, 32(3), 293-299
- Akiskal HS 1983 Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtype Am J Psychiatry, 140, 11-20
- Akiskal HS 2001 Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin J Affect Disorder, 62, 17-31
- Anderson IM, Tompson BM 1995 Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants: a meta-analysis BMJ310, 1433-1438
- 広瀬徹也 1977 「逃避型抑うつ」について 躁うつ病の精神病理2 宮本忠雄編, 弘文堂, 61-86
- 市橋秀夫 2000 内的価値の崩壊と結果主義はどのように精神発達に影響しているか 精神科治療学, 15, 1229-1236
- 神庭重信 2008 うつの臨床; うつ病の多様性 Pharma Medica, 26(4), 11-14
- 笠原嘉・木村敏 1975 うつ状態の臨床的分類に関する研究 精神神経学雑誌, 77(10), 715-735
- 笠原嘉 1973 現代の神経症－とくに神経症性 apathy (仮称) について 臨床精神医学, 2(2), 153-162
- 笠原嘉 1978 退却神経症 withdrawal neurosis という新カテゴリーの提唱 思春期の精神病理と治療, 中井久夫・山中康裕編, 岩崎学術出版, 287-319
- 黒木秀俊 2005 薬物反応からみた「うつ状態」 臨床精神医学, 34(5), 695-699
- 松浪克文・上瀬大樹 2006 現代型うつ病 精神療法, 32(3), 308-317
- 中井久生 1975 執着気質の歴史的背景－再建の倫理としての勤勉と工夫 躁うつ病の精神病理1 笠原嘉編, 弘文堂, 117-146
- 中川誠秀・広瀬哲也 2006 うつ病概念の変遷 医学のあゆみ, 219(13), 893-897
- 野村総一郎 1998 「こころの悩み」の精神医学 PHP 出版
- 下田光造 1941 躁うつ病の病前性格について 精神誌, 45, 101-102
- 樽味伸・神庭重信 2005 うつ病の社会文化的試論－とくに「ディスチミア親和型うつ病」について－ 日本社会精神医学会雑誌, 13, 129-136
- 樽味伸 2005 現代社会が生む“ディスチミア親和型” 臨床精神医学, 34(5), 687-694
- Tellenbach H 1961 Melancholie, dritte, erweiterte Auflage. Springer. Berlin, Heidelberg. (木村敏訳 1978 メランコリー みすず書房)
- 内海健 1999 双極Ⅱ型障害の臨床 治療の耳, 2, 267-278
- Williams Jr JW, Mulrow CD, Chiquette E et al 2000 A Systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary Ann Intern Med, 132, 743-756

Reconsider the meaning of depressive states  
Today's aspect of personality structure  
and psychic reality on mild depressive mood

*Shiho HORIE*

(Tokyo Seitoku University)

ABSTRACT

Over the past half century, the study on depression and depressive states has been active area in psychopathological research. Recently, there's increasing research into physiology and pharmacology, on the other hand, psychopathological research on depression receives increasing attention again, because there have been increasing patients of mild depressive states who drug-resistant. In this study, I reconsider the meaning of depressive states in present-day Japan from the viewpoints of their personality structure and psychic reality. Many researchers assume that immature personality and narcissism are one of the essential mechanisms behind mild depression. However, investigating some clinical materials shows that the most important cause of mild depression is the dysfunction of introjection and identification as ego function and consequent failure of the internalization of external elements. And, in case of dealing with the mild depressive patients, it is important that the therapists recognize their negative feelings for the patients and focus the undifferentiated emotion of the patients.

KEYWORDS: depressive states, personality structure, narcissism, introjection, identification