

精神力動的な抑うつを理解

池田政俊

Psychodynamic understanding of depression

Masatoshi Ikeda

Abstract

The author discussed how we understand depression from a viewpoint of psychotherapy.

Pathological depression is understood with deviation of normal mourning work from the viewpoint of psychoanalysis. It is a result of innumerable combinations of the object loss and the insufficient handling.

Why is it so? It is because people with pathological depression did narcissistic object-choice. If I express it in other words, the reason is because their mind is not in a condition that depressive position is dominant.

In that case, the object loss becomes the self-loss. Depression is a feeling of ineffectualness and helplessness by the object=self loss. The cause is not primarily a guilty feeling.

A change of a state of recent illness depends on a combination of various patterns. It also depends on a social change.

It is important to understand this. Even if we do help to improve practical adaptation to patients, when we do psychotherapy, it is for them to grieve and to be depressed properly and sufficiently that is important. Work through of mourning work is necessary.

Key words: mourning work, narcissistic object-choice, psychotherapy, psychoanalysis, object loss.

はじめに

巷間、うつ病の増加や軽症化が話題になっている。これは、生物学的精神医学の発展と反精神医学運動、資本主義社会の隆盛などのなかで診断の客観性と治療の効率化を図ろうとして登場したとされるDSM-III (American Psychiatric Association, 1980) などの操作診断がうつ病概念を広げたことが大きく影響しているのだろう。しかし、Kreapelin (1899) の記載に始まり、うつや躁の軽症例の記載は古くから存在した。わが国でも広瀬 (1977) の提唱した逃避型抑うつなどを初めとして1970年代頃からうつ病の軽症化や非定型例が数多く報告されている。(笠原・宮田・由良, 1971) 今でも臨床的に有用な、かの有名な笠原・木村分類が発表されたのは1975年である。(笠原・木村, 1975)

従来提唱されてきた代表的な新しいタイプのうつ病(「退却型」(笠原・大井, 1977), 「逃避型」(広瀬, 1977), 「未熟型」(宮本, 1978; 阿部・大塚・永野・加藤・宮本, 1995; 阿部, 2006), 「現代型」(松浪・山下, 1991), 「ディスチミア親和型」(樽味, 2005) など)の大部分は、社会文化的な背景の下で、「内因性」とされていた「うつ」の病像が変化しうるし変化してきている、対応も変えなければならない、といった文脈で呈示されてきているようである。(但し、笠原はIII型の一つとして論じているし、阿部はこれらを、横軸を人格の統合水準、縦軸を躁の因子(生得的エネルギー水準)の強さとする二次元の配置図の中に位置づけて考えてはいる。)また、アスペルガー症候群などの発達障害という考え方が広がるとともに、それらとの関連で抑うつが論じられることも多くなってきている。更に、双極性スペクトラム、双極II型障害といった概念も詳しく論じられている(内海, 2008など)。その一方で、従来神経症性うつ病、抑うつ神経症、反応性うつ病などと記載されてきた笠原・木村分類のIII型(葛藤反応型うつ病)、V型(悲哀反応)に入るような病態についての報告は極めて少なくなっているようである。

記述的な操作診断は、大規模な臨床研究や疫学調査などで世界的な客観的・普遍的基準を提供する道具としては極めて有用であるが、それはある程度個別性を尊重しなければならない臨床診断や治療法の選択に必ずしも直結するものではない。もちろん病因や病理を包含するものではない。一方でうつ病の変化を捉えようとする精神病理学的論考は、極めて貴重ではあるが、少数例からの論考であり、普遍性に欠けるきらいがあることは否めない。いずれにせよ、これらは共に、ある種の記述的な「臨床単位」を捉えようとするものであり、それらによる「診断」がまるで「実体」があるかのように錯覚され、治療方略や臨床の手続きが一義的に決定されてしまう危険が生じうることに注意しなければならない。

一方、心理療法的アプローチ、特に精神分析のアプローチは必ずしも記述的診断に捉われずに行われる。かなり生物学的な基盤をもつと考えられる病態にも、心理的交流を中心とする介入が有効だとされる昨今、こうした視点を併せ持つことを藤山(2007)は“臨床的複眼視”と

呼んだ。そこでの主題は、心理的・治療的交流のなかで治療者患者関係に何が現われ、それをどう理解し援助するかにある。換言すれば、患者が主体感覚や自律感覚を取り戻し、「自分の切り捨てていた一部と出会う体験」や「自分の心的世界を生き生きとフルレンジで味わい、感じ、情緒的なものを踏まえて理解する」「自分の感情を信頼するようになり、罪悪感をあまり抱くことなく、自分の人生を生きるようになる」にはどうすべきか、という視点である。筆者はこうした視点で抑うつや躁を、そしてその病態の変化をどう理解し援助しうるかを論じた。

前提

操作的診断基準で「Major Depressive Episode」を「大うつ病エピソード」と翻訳し、「Major Depressive Disorder」を「大うつ病性障害」と翻訳することの功罪はともあれ、このように分類されたものを、翻訳された日本語のままに「病」「障害」と捉えてしまうことに問題はないであろうか。そもそも「抑うつ」も「躁」も症状であり状態像だったはずである。操作的診断基準を基にして「うつ病」という診断名がつけられるケースが大幅に増え、SSRIなどの新しい抗うつ薬が次々と登場し、「薬の効かないうつ病が増えた」というのは本末転倒ではないだろうか。それによって精神科医療の敷居が下がり、救われた人々も少なからずいるのは確かであろうが、経済効率を優先し、もともと万能ではない薬物や「診断」を万能視し、「個」をないがしろにしすぎてはいないだろうか。

松木（2007）が言うように、大切なのは、その個人の「抑うつ」が何によるものかを見立てる姿勢であり、「抑うつ」を抱える個人と治療者が真摯に向き合うことではないだろうか。そこには自ずとその人のあり方や生き様、人生の物語が浮かび上がってくる。その理解や治療を進める選択のひとつに、精神分析的な方法がある。

精神分析的な抑うつを理解

基本的な理解

精神分析的には、病的なうつは、正常な悲哀の仕事（mourning work）の逸脱と理解される（Abraham,K 1911; Freud,S.1917）。すなわち対象喪失に基づく悲哀の感情をこころにおくことができないので、必然的にそれが回帰し受身的に体験される、病理的な感情、状態である。この際、悲哀の処理のしかたによって抑うつ病像は異なることになる。

正常な「悲哀の仕事」

まずは正常な悲哀の仕事について論じる。

精神分析の考え方のなかには、人生は喪失体験の繰り返しであるという観点が内包されている。人は、出産時には、すべてが保護されていた母親の子宮という快適な空間を失う。1歳前後には、母親の乳房という暖かな愛情と栄養の源泉を、基本的信頼感の獲得と同時に離乳によって失う。また、周りの人たちと折り合いをつけながら生きていくために、排便排尿はトイレでするなど自らに多くの制限を加え、求められる作法を身につけ、自律性を獲得すると同時に、個人としての欲望や万能空想を失う。その後、エディプス期には、性別をもったひとりの男あるいは女としての自信や誇りを一時的に失い、異性の親への愛着を喪失（断念）し、積極性や自主性、勤勉性を身につける。思春期には性欲動に圧倒されて自らの無垢さを喪失する。また個人の能力の限界を認識すると共に、自我同一性を確立する一方で、完璧な人という自己像を喪失する。受験や就職の失敗、学業や仕事上の失敗、失恋などの喪失も体験される。成人前期には家族などの親密な関係が出来る一方で、同年代の不特定多数の仲間を失い、中年期には若さを失い、人生の先が見えてくることによる野望の喪失に直面する。更に老年期には死を身近に感じざるを得ない。その他、様々な局面で、病による健康の喪失、死去や離別による親しい人の喪失、社会的立場や地位、誇り、それまでの生きがい、経済的な喪失に直面せざるを得ないこともある。

悲哀の仕事とは、こうした生々しい喪失を悲しむところが、その喪失体験を消化していく過程のことである。Bowlby (1961) は、乳幼児の観察から、この悲哀の仕事が無感覚のいわば茫然自失の時期、「抗議」の時期（喪失を否認し、心理的に対象を「保持」しようとする時期）、「断念」の時期（絶望・失意・不穏・不安・引きこもり・無欲の時期）、「離脱」の時期（新しい対象を発見し、心的体制を再建する時期）、に分けて記述した。

また、松木 (2007) は、悲哀の仕事とは、喪失を悲しみ、喪失を受け入れ、哀悼し、新たな対象に向かう過程をなすところの作業であるとし、その過程を1. 喪失の察知：無感覚、茫然自失、2. 対象喪失の否認・拒絶と受け入れの揺れ（怒り、快活、悔やみ、罪悪感、恨み）3. 対象喪失の受け入れと諦念（絶望、失意、無力、孤独、思慕、悲哀、悔い、罪悪感）、4. ころの痛み・悲しみを受け入れ、もちこたえることでの断念（哀悼、償い、修復、感謝、思いやり）と記載した。彼は、結果として、a. 確かなよい内的対象の確立と信頼、外界の新しい対象への関心の広がり、自分自身のよさへの信頼、b. まわりの人たちのころの痛みへの思いやり、心配り、配慮という愛情の細やかな深まり、c. 自己責任に基づく被害的でない健康な罪悪感の深まり、d. 全能感を放棄し、限界やありのままを受け入れること、e. 他罰的にならずに失敗や経験から学ぶ能力が向上すること、が理想的だと述べている。

このほか、様々な人々が悲哀の過程、喪の過程について論じているが、概ね上記のような過程を経ることが理想とされているようである。人生の中で避け得ない様々な喪失体験をどう乗り越えるかが、まさにその人の生き方そのものなのだろうが、中途半端に紛らわさずに、じっくりと落ち込み、乗り越えることの重要性が語られているといえよう。まさに、生老病苦を四

諦によって乗り越えることが理想とされているのである。

病的なうつ

しかし、もちろん理想どおりにこの悲哀の仕事が進むとは限らない。過程のどこかで停滞してあるいは過程から逸脱して長引いてしまうこともある。喪失とその不十分な処理の無数の組み合わせの結果が病的な抑うつである。こころもそしておそらく脳も疲れきってしまっているとも理解されよう。近年の精神薬理学的な知見は、うつ病時の脳内の生物学的な変化を見出しつつあるが、それはあくまでも結果であって原因ではない可能性が高い。セロトニンなどの内因性モノアミンの後シナプス受容体のアップレギュレーションが起きてしまうのはなぜなのか、その原因は神経細胞内の2次メッセンジャー系や遺伝子にのみあるとは限らず、何らかの要因によるこころの疲れ、悲哀の仕事の停滞や逸脱にあるとも考えられよう。

では、こころがなぜ、どう疲れきってしまうのか、なぜうまく休めないのか、なぜ悲哀の仕事が円滑に進まないのか。

精神分析はそれに対して古くからひとつのモデルを呈示してきている。それは、抑うつに陥りやすい人々は、もともと「自己愛型の対象選択」をしている、すなわち抑うつポジション優位のこころの状態になっていないという理解である。したがって、そうした人々が対象の喪失体験の際に失うのは、自己愛的にその対象と同一視されていた自己自身であるという理解である。

Freud, S (1914) は、対象選択の型としてこの自己愛的対象選択のほかに依託型対象選択を挙げているが、それ以外の型は挙げておらず、必ずしも包括的な概念とは言いがたいようである。しかし、現代クライン派の概念である、妄想分裂ポジション優位の状態から抑うつポジション優位の状態への移行の失敗としての病理的組織化、病理構造体 (Steiner, 1993)、自己愛構造体 (Rosenfeld, 1964; Rosenfeld, 1971; Sohn, 1985) といった概念の先駆と考えると抑うつ理解への大きな糸口となるように思われる。

小此木 (1977) によれば、自己愛型対象選択とは、分離の失敗のために、「よい自分」「理想化された自己」を対象に投影し、自他の一体感を味わう心的状態、すなわち投影した自己と対象を万能的に同一視するような対象選択のありようである。言い換えれば、自己が満たしたい欲求を、直接の自己によってではなく、対象による充足を介してでないと満足させられないありようである。(この際、自他境界は、認知されているが、情動・欲動面では成立していない。このため羨望と自己愛的投影同一化によるその防衛との交代を起こしやすい。) このため、先に述べたように、対象喪失の際に失うのは、自己愛的にその対象と同一視されていた自己自身となる。これは現象学的には同調性といった性格傾向として現れるし、この自己愛的投影同一化の対象を、義務・責任・忠誠・献身の対象といった非人格化された存在に求めると、執着性格、メランコリー親和型性格といった(躁)うつ病の病前性格が表れる。(脚注)

すなわち、病的な抑うつに陥りやすい人は、そもそも、認知面では自他分離ができていないが、何らかの要因で情動面では自他分離が充分にはできておらず、情緒的なところの支えを他者の評価に求めざるを得ない面が強すぎる。だから、喪失を感じないようにある種のパターンに必死にしがみつきやすく疲れやすいし、ある種の喪失には脆い。また、喪失を体験してそれまでのパターンで処理しきれないと、統合失調症にはならないものの、様々なレベルの病的な抑うつに陥ってしまう、と理解できそうである。これは一見、力動的には、自己愛パーソナリティの防衛パターンに似ているが、それよりも幅の広い抑うつパーソナリティなどをも含む概念である。このことについては後に論じる。

Freud, S. (1917) は、(1) 病的な抑うつは正常な悲哀の病的防衛であり、(2) この防衛は自己愛段階（口愛期）への自我と対象関係の退行を基本機序とする、と定式化した。この際、失った対象との自己愛的な取り入れ同一化とそれに伴う失った対象への攻撃（恨み）の自己自身への向けかえが、罪悪感や自責につながるとして、攻撃性の内向による罪悪感を病的な抑うつの中心的な病理と考えた。しかしその後、この＜攻撃性の内向→罪悪感＞図式へは様々な異論が唱えられている。小此木（1977）によれば、それは大きく以下の2つに分けられるという。

1. 病的な抑うつの本態を、＜自己喪失→無力＞、つまり失った対象と同一視していた自己の喪失によるスキゾイド状態（ひきこもり）と捉える（Guntrip, 1952; Fairbairn, 1954; Grinberg, 1964）。
2. その本態を、防衛以前の＜適応的、合目的な無力依存状態＞と捉える（Bibring, 1953; Bowlby, 1961; Engel, 1962）。すなわち適応能力の回復を待つために逃避、引きこもり、放棄を行うという合目的な一時的退行あるいは、本人が意識しないままに周囲の保護や助力が与えられるような合目的性を秘めていると捉える。

共に、罪悪感を一義的な抑うつの原因ではないと捉えている。

内海（2008）によれば、Kretschmer（1921）の循環気質（社交的・善良・親切・温厚といった特徴の元に、明朗・ユーモア・活発・激しやすい、といった軽躁型の極と、寡黙・平静・陰鬱・気弱といった抑うつ型の極を併せ持つ気質）という概念の、現実・環境と接触を保とうとしすぎて共振しているありようを、分裂気質（環境からの自律、個体化・個別化の原理からなる）との対比で取り出して、Bleuler（1922）が“同調性”と名づけ、Minkowski（1953）が洗練させた。Tellenbach（1961）の言う几帳面・秩序志向・対他配慮の三徴を持つメランコリー親和型という性格概念は、ある社会文化のなかでのその特殊型と捉えることができる。これは単極型うつ病の病前性格とされるが、実は、環境を自分に同化しようとする方向と環境に自己を合わせる方向という相反する面が内包されている。一方、下田（1941）の言う執着気質は、気質概念であり、一度起こった感情が冷却せずに持続・増強するという生理学的な面を背景に、几帳面・凝り性・徹底性・熱中性といった性格を持つといった概念であるが、これもまた同調性の特殊型と捉えることができる。この執着気質もまた、几帳面と熱中性すなわち我執と脱我という矛盾を内包している。こちらは双極性障害の病前性格とも言われる。いずれにせよ問題の核心は、周りに合わせすぎようとして自分を見失いやすいところであり、Freud（1914）の自己愛型対象選択という概念と標的は同じように思われる。こうしたことから考えると、そもそも「単極型うつ病」自体がある社会文化的な背景での特殊な表現型であって、躁の防衛を伴った双極の形態を取るのが、気分障害の本来の姿なのかもしれない。

また、不安は対象喪失の予知、抑うつは対象喪失の認知（しかし、依然としてその対象に対する強い思慕が続く状態）とされるが、Arieti (1973) は、“悲哀はその苦痛を介して失った対象からの関心の撤回（苦痛の排除）、ないし苦痛からの逃避、ひいては新しい対象の発見を促す信号の機能を果たす”と述べている。

こうした諸家の理論を踏まえて小此木（1977）は、罪悪感の一義性という考え方に一定の理解を示しながらも、病的な抑うつについて以下のようにまとめている。

1. 自己愛的に同一視している対象（=自己）の喪失
2. このため、スキゾイド状態（すなわち、依存欲求の否認、関係からの撤退、ひきこもり）へのおちこみが起きる。（すなわちひきこもり、無欲（アパシー）・離人状態となる。）
3. これがうつ状態であり、それは依存・愛情要求（またはその防衛）とも理解できる
4. これによって生じた抑うつ気分は、自己価値の毀損（または罪悪感・自責）を伴うことがあり、それは苛立ち、不安、怒りとして自覚される。

こうした層構造あるいは心的な回路がうつ状態には見出しうるが、その背景には正常な悲哀の仕事が潜在的並行的に働いている。

一つの例

McWilliams (1994) の記載を参考に一つの例を挙げてみよう。

一般的に、親は、子どもの自律性が育っていくことに喜びや誇りを感じる一方で、ある悲嘆の痛みにも苦しめられる。健全な子どもたちは、親の感じる痛みを歓迎する。すなわち、初めての登校日、年度末の発表会、卒業式などで両親に涙を流してもらうのを期待している。

この際、親側が何らかの要因で悲哀の仕事が不十分だった場合、子どもの成長による分離を辛く感じすぎてしまい、繰り返し「あなたがいないと寂しい」といったメッセージを子どもに送り続けることで、子どもにしがみついて、自立しようとする子どもに罪悪感を持たせてしまうことがある。こうした場合子どもは、積極性を持ち独立したいという普通の願望をも有害だと思ってしまうようになるだろう。

また、対抗恐ろ的に、あるいは、放っておけば子どもは退行的な満足の方を好むだろうから両親は欲求不満を少しずつ与えなければならない、という西洋の固定観念に支配されて、「どうして一人で遊べないの」と子どもを押しやってしまうことが繰り返されると、子どもは依存を求める自然な動きを嫌悪するようになってしまうだろう。

どちらも子どもにとっては、自己の重要な一部分が悪いものとして経験される。これは観察・実証不可能な喪失体験の一つと言える。

子どもたちは、こうした観察・実証不可能な喪失体験から、観察・実証可能な明らかな喪失体験まで、様々な喪失を体験する。その一部は、子どもたち自身の受容能力によっては過剰で対処不可能な喪失と体験されるだろう。

こうした子ども達は、対象を失う恐れを防衛し、早すぎる自律を達成して何とか社会適応する能力を持っているかもしれない。その場合、見捨てられないように必死になって「よく」あろうと努めるが、罪深い人間として暴かれ、価値のないものとして捨てられることを常に恐れ続けてしまう。結果として、すぐに人を好きになったり尊敬するようになるし、憎しみや批判は外に向けるより内に向け「悪いのは自分だ」と考える傾向が強くなる。これは通常寛大で敏感で過ちに対して同情的な性格傾向となる。彼らは物事を他人にとって極力有利になるよう解釈し、どんな代償を払っても関係を持続させようと頑張る。McWilliams (1994) が抑うつパーソナリティとして描き出した性格類型である。もし、社会的に、真面目、几帳面で責任感が強く、律儀、勤勉、誠実、世話好きで、秩序や役割を尊重するようなありようが良しとされているのなら、彼らは過剰に、そして無自覚的にこうした価値観を身につけようとするだろう。いわゆる役割同一性 (kraus, 1977) である。価値観が明確でなく多様な社会では戸惑いながら適応や生きがいを強迫的に模索しつづけるだろう。しかし、いずれにしても内的な究極の目標 (他者に完全に認められて、見捨てられない自分の居場所が得られることなど) は論理的に達成不可能である。内海 (2008) の言うように、とりあえずの目標があり、かつその「目標はつねに一歩先にあり、決して実現されないことが肝要」であり、「努力しているという志向性が保たればよい」。とりあえずの目標の達成は、乗り越えたい対象喪失と体験されてしまう。

あるいは、対象を失う心配は少ないものの、対象の愛を失う心配が強かった場合、子どもたちは、価値のない自分が対象の前で露呈することを恐れ、恥じ、過度に理想化した対象の肯定的な評価をひたすらに追い求めるようになるかもしれない。他者は生きている様々な側面を持った人間とは見られず、自己は他者の評価によってしか存在価値が得られないので、様々な豊かな情緒的交流などは体験できず、常に空しい。いわゆる自己愛パーソナリティのありようである。この場合は、無自覚的ではなく、むなしさ、不足、恥、弱さ、劣等感などはある程度は自覚されている。また、期待したような他者の評価が得られずに挫折したときには、自分を責めずに他者を責め、対象の極端な脱価値化を行う傾向が強い。

パーソナリティの病理の深さ (池田, 2008) にもよるが、一般的に、前者の抑うつの心性が強い人たちは、病理に陥るとかなり自責的で深刻な病態を呈する傾向がある。しかし、休養や抗うつ薬に反応がよく、数ヶ月間でふたたびそれまでと似たような価値観に従おうとして適応的な状態に戻りやすい。但し、似たような価値観が得られにくい状況や休養できにくい心的環境では遷延してしまう傾向がある。一方、後者の自己愛心性が強い人たちは、病理に陥ると他罰的となり、症状は比較的軽く、変動しながら遷延し、再適応しにくい傾向がある。

こうした辛さは様々な形で防衛されることがある。

代表的な防衛は躁的防衛である。これは、いわゆる「苦しいときの空元気」「負け犬の遠吠え」といったありようであり、抑うつというこころの痛みを避けようとして、過剰に元気になり様々な行動化を起こす状態である。松木 (2007) はこの状態を、「硬化しているところが抑

うつ不安を一気に弾き飛ばす状態であり、当人の代わりに、まわりの人たちが、躁に浸る当人の様子を憂慮し、こころの痛みを味わうありようである”と述べている。この状態では、当人は依存を否認し、依存対象との力関係を空想の中で逆転させており、依存対象を軽視、軽蔑し、罪悪感を抱くに値しないとみなし、勝利感・全能感を抱き、思うとおりにコントロールするのだという。

この躁状態も、前者の抑うつ心性をベースに持つ人々では無自覚的で激しく一定期間持続するが、後者の自己愛心性の人々ではある程度自覚的で変動しやすく、傲慢さや他罰傾向が目立つようである。

このほか、自虐的になったり、力を発揮して他者をコントロールするようになったり（反社会的・精神病質的）、見捨てられる前に愛着を持たないようにするために引きこもったり、多食・過食、薬物依存などの嗜癖行動に嵌ったり、様々な身体化を起こしたり、強迫的になったり、解離を起こすなど、さまざまな病的防衛が起こりうる。

病的うつになる道

いずれにせよ、抑うつは、喪失とその不十分な処理の無数の組み合わせによって生じると言える。人生最早期などでの喪失体験の処理が不十分な場合、とりあえずその場は表面的には適応できたとしても、その後の長い人生の中のさまざま喪失体験のどこかで綻びが生じて病的なうつが出現してしまうと言えるのではないだろうか。価値観が多様化し、終着点がわからないままに前へ上へとひたすら進むことを求められる社会、しかもその「進行」が遅くなっている社会、子どもの関心に敏感に耳を傾ける時間を大人が充分に持てなくなっている社会、地域社会のサポートが得られにくくなっている社会では、当然そのありようは様々に変わってくるだろう。自殺の増加や若年化もこうした観点から捉えなおす必要があるのではないだろうか。

病像の違い

病像の違いをどう考えるかについては、悲哀の排除のパターン、パーソナリティとしての理解などさまざまな見解がある。いずれにせよ、かつて体験された喪失の内容（質・程度）、悲哀を抱える能力、抱えるやり方（防衛のパターン）、直近の喪失の内容、社会や環境のありようなどのさまざまな組み合わせによって決まるのだろう。

従来のメランコリー親和型性格をベースにした内因性うつ病は、上記の抑うつ心性、すなわち依存欲求を抑圧して権威や規範との同一化を経て几帳面さや強迫性を発展していた人が、強迫的防衛が破綻することで発症し、強く自責的になると理解されていた。こうした罪悪感や自責を訴えるケースが減少しているのは、一定の価値観に合わせることを求められるのではなく、価値観を定めにくい多様化した社会になっていることが一因のようである。

阿部（1995）は未熟型うつ病という概念を提示し、依存欲求が過度に満たされたまま成長し

た性格的に未熟な人が、社会に出て厳しい上司の下での負荷に曝されたときなどに、それまでに得られていたような庇護の喪失に直面し、自立に失敗することで、分極しきれない未熟性のある躁うつ病像を呈するとした。この際、その人の生得的なエネルギー水準が低いと、「逃避型抑うつ（広瀬，1977）」になるのではないかと論じている。

現代型うつ病という概念を提示している松浪（2008）は、その背景に“対他配慮の裏に潜む自己愛の病理や、実存の証を専ら他者の評価に求めるなどという極端な依存性は認められない”としながらも、“現代のうつ病準備者の強迫性は、日常生活とくに趣味などの公的な倫理的価値とは無縁の私的領域、あるいは「個性」を発揮するとされる領域において、なんら差異を生み出さない反復的営みという現れ方をしている”とやはり「強迫性」がベースにあると論じている。

松木（2007）は、クライン派対象関係論の立場から、深い臨床的な経験をベースに、病的な抑うつを、

1. 精神病性うつ病、2. 躁うつ病・内因性うつ病、3. パーソナリティの病理に基づく抑うつ（自己愛型、心的外傷型、スキゾイド型）の3つに分けて論じている。それぞれ、

1. コンテナーとしてのこころの崩壊（内なる悲哀の仕事でなく、外部の強力な対象に忠実に従属することで安定を保持していたこころが崩壊し、現実世界そのものを否認する）、
2. コンテナーとしてのこころの変成（硬化）（悲哀に触れられず、秩序への内なるこだわり（完全な達成・成就）によって喪失を防衛するこころの硬い生き方の積み重ねがあり、悲哀を無意識的に排出し、対象喪失に基づく悲哀や怒りという感情を否認し、万能的になる一方で、懲罰的罪悪感に由来する絶望感・無力感に自らをさらす）、
3. コンテナーとしてのこころの機能の麻痺や混乱、部分的欠落（悲哀の仕事の不成立。悲哀にもちこたえられず、悲哀の意識的な行動による排出を行おうとするが、排出しきれず、排出を維持するために嗜癖行動に陥ったり、他罰的になる（排出したものが迫害的に押し付けられると感じられる））

があるのだという。

ひとたび病的うつが生じると、それは悪循環的に増悪する。例えば、日常生活のストレスを、他者配慮や他者の評価を得ることを優先し続けて、断らず、頑張り続けることで乗り越えようとし続けたとする。疲れが蓄積し、一方で期待された評価が得られず、あるいは一定の評価が得られたことで当面の目標を見失い、ますます疲れる。疲れて十分な能力の発揮できない自分を情けなく申し訳なく思い、なんとか取り繕おうとして、他者から励まされながら、それに応えてますます断らずに頑張り続けると更に疲弊する。何とかダウンしないように専門家の助言を取り入れてペース配分をすると、慣れていないだけに実際に周りに迷惑をかけ、ついには当初恐れていたようにわがままと非難されてしまったりする。

治療的対応

以上のことから、根本的な治療は、喪失をきちんと悲しみ、乗り越えることであることは明らかであろう。しかし、それが容易ではないのも確かである。内海（2008）は、病的なうつメタサイコロジーを論じつつ、彼らが本質的に、対人相互性に欠け、内的なものに対する気づきの悪さを持ち、基本的信頼の問題を抱えていることから、深い心理療法は困難であると述べている。病態の変化や、背景にある精神力動に目を配りつつ、当面の「適応」を図るといった現実的対応も必要であるし有効であろう。

まずは、職場などへのメンタルヘルス対策、ストレスマネジメント、ハイリスク者のスクリーニング・受診促進などの予防的取り組みを行う。急性期には十分な心身の休養を促し、有効とされる身体療法（薬物、ECT）を行う。（この際、双極スペクトラムが隠れていると想定されるケースに、気分安定薬を併用せずに安易に抗うつ薬のみを投与すると、病像が複雑になる可能性を考慮すべきである。）症状がある程度安定したら、生活リズムの立て直しを促す。情動的な安定や行動面の修正による生活体験の変化が得られるようになったところで、認知行動療法（認知再構成法、問題解決テクニック、ストレスコーピング技術の訓練、対人相互作用の改善のための自己主張トレーニングや行動実験など）などの社会性や適応改善のためのわかりやすい機能的・“処世術”的援助（祖父江，2008）を行う。更に、症状を管理しつつ、就労に向けての準備を進め、社会復帰に向けて職場などと十分に話し合い、職場の状況に配慮しながら段階的に復帰を図る。そして再発予防に努める（鈴木，2008；秋山・山岡・田島・岡崎，2008）。といった援助の流れは、どこに重点を置くかの違いはあれ、どのような病態の抑うつに対しても、必要かつ有効である。

但し、どの場合でもどの段階でも、環境の調整には限界があるだろうし、本質的・実存的な問題に触れずに再適応や再発予防を図るのは困難かもしれない。松木（2007）の言うように、当人の悲哀の仕事の達成が可能になること（きちんと落ち込めること）を助けること（抑うつポジション優位の状態になれるよう援助すること）が重要であるという心理療法的視点は不可欠である。本質的には、援助者が当人に代わって悲哀をかかえつづけるのではなく、当人が本来持っているコンテイン能力を回復することを援助するという姿勢を保ち続けることが重要であろう。ストレスという“危険な”言葉（松木，2007）で安易に問題を単純化し、半ばマニュアル化されたかたちで具体的な助言や訓練や指導や環境調整を行うことは、その妨げにもなりうるという視点を持っていることは必要である。

力動的な心理療法では、治療関係の中で転移として再演される「喪失とその不十分な処理」を扱うことでパーソナリティ要因の軽減・解決を図ることが目標となる。そのために、「自分は何者か、何を信じているか、どのように感じているか、何を欲しているか」を言語化できるようにすること、クライアントが自分の隠された感情についてより洞察を深め、その感情を言語的・非言語的に表現することが問題の解決に繋がると言われている。

おわりに

抑うつは、何らかの喪失に対する悲哀の仕事の逸脱である。とすると、問題はその人が（おそらく無意識的に）大切にしていたものや支えにしていたものは何なのか、かつてあるいは最近、何を失ったのか、それはなぜどのように大切にされていたのか、かつて人生の最早期の喪失体験への対処の方法に何らかの無理があったのではないか、あるいはかつてのあるいは最近の喪失体験があまりにも厳しかった（と体験された）のではないかと、といったことにある。すなわちかつて、そして最近体験された喪失の内容（質・程度）が、その人の抑うつの質や程度を規定する大きな要因となるだろう。さらに、その人のもともとの能力や、かつての人生の最早期のなかば必然的な喪失体験やそれへの対処法によって左右されるであろうその人の悲哀を抱える能力や抱えるやり方（防衛のパターン）によっても規定されるであろう。抑うつの病像の違いは、それら及び現在その人が置かれている環境によって生じるのだろうし、抑うつそのものは出現しなくても、あるいは抑うつに加えて、抑うつ関連症状といわれる躁、強迫、自虐、自傷、恐怖症、解離、身体化、回避など様々な病像を呈することもあるのだろう。

いずれにせよ、人は大切にしている（と少なくとも無意識的に思っている）ものを失うと悲しい。それが生き方や人との付き合い方、価値観など大切なものであればあるほどそうであろう。悲しみが処理できないほど大きいと、疲れの蓄積と相俟って病的な抑うつになる。

この抑うつには防衛的な意味もあり、落ち込んで悲しくて動けないから休息できるし回復もできる。また期せずして援助の手が差し延べられることもあるかもしれない。

どこかで失うことを期待していた大切なものが、本当に失われてしまうと悲しいと同時に、期待していた自分を悔い責めることもある。悔いや責めが悲しみよりも先に起こることもある。

問題は、何故それを大切にしていたか、偏った無理のあるものを無理に大切にしま過ぎていなかったか、寂しさを紛らわすために何かに縋り過ぎていなかったか、例えば、律儀さを売りに他者のいい評価を得続けることに縋ったりしていなかったか、ということにある。

あまり悔いることがなく、ただ引きこもったり、当惑して焦り、ひたすら現実を避けたり恐がったりしたり、人のせいにして人を責めたり、誰かが新しく縋れるものを与えてくれるのを待ち続けたり、妙にハイテンションになったり、開き直って平然とズルする人が増えているとも言われる。

それは、世の中で一般的に良いとされる価値観に従って、ひたすら努力して「いい子」にして相手の愛を得ようとすることで紛らわさなくても、成長しないでただ甘えていれば持ち上げられて、喪失の悲しみにさらされずにある程度まで生きてこられている人が増えたせいなのか、何が良いとされるのか、「いい子」なのかがわからなくなって、極めて個人的な価値観に強迫的に縋るようになった人が増えたせいなのかはわからない。抑うつの診断の幅が広がっただけ

なのかもしれないし、表現の仕方が変わり、悪循環に嵌っているだけなのかもしれない。

いずれにせよ、きちんと落ち込めないからうつ（躁，多食，薬物依存，心身症，強迫，離人・・・）になる。また、きちんと休養できなかつたり、悲哀の仕事が全うできないから遷延する。

援助をする際には、たとえ症状を標的にして、社会復帰や再適応を目標にするにしても、その人が、何を求めている何を失ったのか、何できちんとおちこめなかったのか、どんな対処（防衛）をせざるを得ないでいるのか、などといった心理療法的な視点や理解を持っていることが大切である。そして、可能ならば、その人が悲哀の仕事ワークスルーすることを援助することが望まれる。

文献

阿部隆明，大塚公一郎，永野満，加藤敏，宮本忠雄（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）からみと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32，293-299.

Abraham, K.(1911), Notes on the Psychoanalytic Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions.

秋山剛，山岡由実，田島美幸，岡崎渉（2008），職場との連携—上司，人事担当者，保健師，産業医—，精神科治療学23，963-970.

American Psychiatric Association(1980), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed.3. Washington, D.C.

Arieti,S.(1973), Affective Disorders, Manic Depressive Psychosis and Psychotic Depression. In: American Handbook of Psychiatry, Vol.II

Bibring,E.(1953), The Mechanism of Depression. In: Affective Disorders (ed. By Greenacre), Int. Univ. Press, New York.

Bleuler,E(1922), Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.78: 373-420.

Bowlby, J.(1961), Process of mourning. Int. J. Psychoanal. 42: 317-340.

Fairbairn, W.R.D.(1954), An Object-Relations Theory of Personality. Basic Books, New York.

Engel, G.(1962), Anxiety and Depression-Withdrawal: The primary affects of displeasing, Int, J, Psychoanal. 43.

Freud, S.(1914), On Narcissism: An Introduction. in Standard Edition. XIV, ed. Strachey, J., Hogarth Press. London.

- Freud, S.(1917), Mourning and Melancholia in Standard Edition. XIV, ed. Strachey, J., Hogarth Press. London.
- 藤山直樹 (2007), 臨床的複眼視に向けて, 精神神経学雑誌109, 31-35
- Grinberg, L.(1964), Two kinds of guilt. Their reaction with normal and pathological aspects of mourning. Int. J. Psychoanal. 45.
- Guntrip, H.(1952), Schizoid personality and the external world. In, (1968)Schizoid Phenomena: Object Relations and the Self. Hogarth Press, London.
- 広瀬徹也 (1977), 「逃避型うつ」について, 宮本忠雄編, 躁うつ病の精神病理2, 61-86, 弘文堂, 東京.
- 池田政俊 (2008), 心理臨床におけるパーソナリティの見立て, 帝京大学心理学紀要12, 33-50.
- 笠原嘉, 宮田祥子, 由良了三 (1971), 昨今の抑うつ神経症について, 精神医学13, 1139-1145.
- 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, 715-735.
- 笠原嘉, 大井正己 (1977), ティーンエイジャーのうつ病, 宮本忠雄編, 躁うつ病の精神病理2, 129-152, 弘文堂, 東京.
- Kraepelin, E.(1899), Kompendium der Psychiatrie. 6 Aufl. A. Abel, Leibzig.
- Kraus, A.(1977), Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver. Eine existenz und rollenanalytische Untersuchung. Enke, Stuttgart. (岡本進訳, 1983, 躁うつ病と対人行動—実存分析と役割分析, みすず書房, 東京.
- Kretschmer,E.(1921), Körperbau und Character. Springer, Berlin.
- 松木邦裕, 賀来博光 (2007), 抑うつの精神分析的アプローチ, 金剛出版
- 松浪克文, 山下善弘 (1991), 社会変動とうつ病, 社会精神医学14, 193-200.
- Minkowski, E. (1953) , La Schizophrénie. Desclée de Brower, Paris. (村上仁訳, 1954, 精神分裂病—分裂性性格者及び精神分裂症者の精神病理学, みすず書房, 東京.)
- 松浪克文 (2008), いわゆる「現代型」うつ病にどのように対応するか, 精神科治療学23, 995-1004.
- McWilliams, N.(1994), Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. The Guilford Press. New York. (成田善弘監訳, パーソナリティ障害の診断と治療, 創元社, 2005)
- 宮本忠雄 (1978), 現代社会とうつ病, 臨床医学68, 1771-1773.
- 小此木啓吾 (1977), 精神分析からみたうつ病, 宮本忠雄編, 躁うつ病の精神病理2, 弘文堂.
(小此木啓吾 (1977), 精神分析からみたうつ病, 精神分析の臨床的課題, 金剛出版.)
- Rosenfeld,H. (1964),On the psychopathology of narcissism: a clinical approach, International

- Journal of Psychoanalysis45, 332-337
- Rosenfeld, H. (1971), A clinical approach to the psychoanalytical theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism, International Journal of Psychoanalysis52, 169-178
- 下田光三 (1941), 躁うつ病の病前性格に就いて, 精神神経学雑誌45. 101-102.
- 祖父江典人 (2008), 対象関係論の実践—心理療法に開かれた地平—, 新曜社.
- Sohn, L. (1985), Narcissistic organization, projective identification, and the formation of the identificate, International Journal of Psychoanalysis66, 201-213
- Steiner, J.(1993), Psychiatric Retreats. Hogarth Press, London. (衣笠隆幸監訳 1998 こころの退避, 岩崎学術出版社)
- 鈴木伸一 (2008), 軽いうつ状態に対する認知行動療法の適応, 精神科治療学23, 957-962.
- 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, 687-694.
- Tellenbach, H.(1961), Melanchorie. Zur Problemgesichte, Endogenität, Typology, Pathogenese und klinik. Springer, Berlin. (木村敏訳, 1885, メランコリー改訂増補版, みすず書房, 東京.)
- 内海健 (2008), うつ病の心理—失われた悲しみの場に, 誠信書房

