

博士〈臨床心理学〉論文

非定型うつ病傾向者の  
自我機能および防衛機制に関する研究

2018年3月

林 秀樹

川崎医療福祉大学大学院  
医療福祉学研究科  
臨床心理学専攻

## 目次

第1部 非定型うつ病研究の概観	1
第1章 本論文の概要と構成	2
第2章 非定型うつ病の研究動向と精神分析による理解	3
第1節 非定型うつ病	3
第2節 非定型うつ病の歴史と研究動向	5
1. 非定型うつ病に関する研究の年次推移	6
2. 非定型うつ病に関する研究のキーワードの推移	11
第3節 非定型うつ病の治療	15
第4節 精神分析による非定型うつ病の理解	20
1. 非定型うつ病の自我機能	21
2. 非定型うつ病の親子関係	23
3. 非定型うつ病の防衛機制	25
第5節 第2章のまとめと本論文の目的	29
第2部 非定型うつ病の自我機能，親子関係，防衛機制に関する研究	31
第1章 非定型うつ病患者の自我機能，親子関係，防衛機制的特徴 (研究1)	32
第1節 研究1の目的	32
第2節 方法	32
1. 調査協力者および調査方法	32
2. 倫理的配慮	33
3. 面接内容	33
4. 分析手法および手続き	33
第3節 結果	34
1. 自我機能	34
2. 父子関係	36
3. 母子関係	38
4. 防衛機制	40
第4節 考察	42
1. 非定型うつ病患者の自我機能	42
2. 非定型うつ病患者の父子関係	42
3. 非定型うつ病患者の母子関係	44
4. 非定型うつ病患者の防衛機制	46

第5節 本章のまとめ	47
<b>第2章 非定型うつ病傾向者の自我機能および防衛機制</b>	<b>49</b>
第1節 非定型うつ病傾向者の自我機能 (研究2)	49
1. 研究2の目的	49
2. 方法	49
2-1. 調査協力者および調査期間	49
2-2. 倫理的配慮	49
2-3. 質問紙の構成	49
3. 結果	51
3-1. 各群の分類	51
3-2. 性差の確認	51
3-3. 自我機能の差異	52
4. 考察	54
4-1. 自我機能の差異	54
4-2. 自我の諸機能の差異	54
第2節 非定型うつ病傾向者の防衛機制 (研究3)	58
1. 研究3の目的	58
2. 方法	58
2-1. 調査協力者および調査期間	58
2-2. 倫理的配慮	59
2-3. 質問紙の構成	59
3. 結果	61
3-1. 各群の分類	61
3-2. 性差の確認	61
3-3. 防衛スタイルの差異	62
4. 考察	64
<b>第3部 総合考察</b>	<b>67</b>
<b>第1章 総合考察</b>	<b>68</b>
第1節 非定型うつ病傾向者の心理機序	68
第2節 非定型うつ病傾向者の支援	70
第3節 本論文の限界と今後の展望	72

引用文献	74
謝辞	88
付録	90

## 第 1 部

### 非定型うつ病研究の概観

## 第1章 本論文の概要と構成

うつ病は古くから注目されている精神疾患である(野村, 2012)。その中でも、近年、非定型うつ病がとりわけ注目されている。そして、彼らに対する有効な薬物療法が明らかにされ(例えば, Klein, 1993; Rothschild et al., 1994), 具体的な対応法も提案されてきた(例えば, 福西・福西, 2013; 坂元, 2011)。しかし、非定型うつ病患者は依然として増加傾向にあり、いまだに職場では彼らへの対応に苦慮していることを鑑みると(上野, 2010; 香山, 2011), 非定型うつ病患者だけでなく、程度が軽い者すなわち非定型うつ病傾向者にも目を向ける必要があると考えられる。

非定型うつ病の背景にはパーソナリティの問題が仮定され、心理療法の重要性が指摘されていることから(福西・福西, 2013), 精神分析の視点を用いて非定型うつ病を理解することが有益な可能性がある。精神分析では患者の自我機能, 防衛機制, 対象関係を理解するために親子関係を見立てることを重視している(Gabbard, 1994 権訳 1998)。しかし、これらの視点から非定型うつ病の理解を試みた研究は不十分である。そこで本論文では、これまで精神分析の視点から理解が進められてきたメランコリー型うつ病および境界性パーソナリティ障害を手掛かりにしながら、非定型うつ病傾向者の自我機能と防衛機制, 親子関係を明らかにすることで、彼らの心理機序を理解することを目的とする。

本論文は3部から成る。第1部では非定型うつ病に関する研究および治療を概観し、精神分析による非定型うつ病の理解を試みる。第2部では、精神科医および臨床心理士への半構造化面接によって、非定型うつ病患者の自我機能と親子関係, 防衛機制の特徴を明らかにしながら、第1部で示した仮説の妥当性を検討する(研究1)。さらに研究1を踏まえ、青年期後期の健常者を対象とした質問紙調査によって、非定型うつ病傾向者の自我機能と防衛機制を明らかにする(研究2, 3)。第3部では、本論文の総括と今後の課題について述べる。

## 第2章 非定型うつ病の研究動向と精神分析による理解

### 第1節 非定型うつ病

うつ病は古くから注目されている精神疾患であり、それは現在でも変わらない(野村, 2012)。近年の大規模調査によると、うつ病の生涯有病率は13.23%とされ(Hasin, Goodwin, Stinson & Grant, 2005)、およそ10人に1人は生涯のうちに一度はうつ病に罹患するとされる。それに比べ、日本におけるうつ病の生涯有病率は3-7%と低い割合を示すものの(川上, 2006)、厚生労働省が3年ごとに行っている患者調査(厚生労働省, 2014)によると、うつ病の患者数は1993年13.3万人、1996年20.7万人、1999年24.3万人、2002年44.4万人、2005年63.1万人、2008年70.4万人、2011年70.8万人、2014年72.9万人とされ、年々増加している。

うつ病の患者数が増加傾向にある中、近年、「新型うつ病」という言葉がしばしば取り上げられている(例えば、中嶋, 2012; 林, 2011)。これは抑うつを主訴としながらも、従来のうつ病とは異なる特徴を示す一群のことである(村中・山川・坂本, 2015)。なお、ここでいう従来のうつ病とは、メランコリー型うつ病のことを指す。メランコリー型うつ病は正式な診断名ではないが、多くの研究はDSM-5(American Psychiatric Association, 2013 日本精神神経学会監修 2014)において抑うつ障害群に記載されている「メランコリアの特徴を伴う」病像をメランコリー型うつ病と定義している。この診断は、主症状である「すべての、またはほとんどすべての活動における喜びの喪失」あるいは「普段快適である刺激に対する反応の消失」、および副症状である「はっきり他と区別できる性質の抑うつ気分」「抑うつは決まって朝に悪化する」「早朝覚醒」「著しい精神運動焦燥または制止」「有意の食欲不振または体重減少」「過度または不適切な罪責感」が現在のエピソードの最も重度の期間に認められる場合に適用される。本論文では先行研究と同様に、「メランコリアの特徴を伴う」病像をメランコリー型うつ病と定義する。

傳田(2009)は新型うつ病の状態像を整理し、新型うつ病を3つのタイプに分類している。それらは、①ディスチミア型うつ病、②非定型うつ病、③発達障害型うつ病である。この中でも、②非定型うつ病はうつ病のおよそ3割を占め(Matza, Revicki, Davidson & Stewart,

2003), 特に若い世代に多く, その患者数が増加傾向にあることから (貝谷, 2007), 近年とりわけ注目されている。なお, 非定型うつ病はメランコリー型うつ病と同様に正式な診断名ではないが, 多くの研究では (例えば, 巢山他, 2014), DSM-5において抑うつ障害群に記載されている「非定型の特徴を伴う」病像を非定型うつ病と定義している。この診断は, 主症状である「気分の反応性」, および副症状である「有意の体重増加または食欲増加」「過眠」「鉛様の麻痺」「長期間にわたり対人関係上の拒絶に敏感」が現在または直近の抑うつエピソードまたは持続性抑うつ障害の大半の日に優勢である場合に適用される。本論文では先行研究と同様に, 「非定型の特徴を伴う」病像を非定型うつ病と定義する。

非定型うつ病の主症状である「気分の反応性」とは, 普段はうつ状態にもかかわらず, 現実または可能性のある楽しいできごとに反応して気分が明るくなる状態とされる。例えば, 仕事に対してはうつ状態を示して休職を求めるが, 友人との娯楽や恋人とのデートにはうつ状態を示さずに楽しく活動できる状態である。さらに, 非定型うつ病の副症状には, 「長期間にわたり対人関係上の拒絶に敏感」が設けられている。これは, 他人の些細な言動に敏感になり, 激しく反応する状態とされる。例えば, 上司の指摘に対して激しく落ち込んだり, 突如立腹して激怒するような状態である。このような病像を示すため, 非定型うつ病患者はその状態像が甘えや怠けと混同されやすく (例えば, 傳田, 2009; 福西・福西, 2012b), しばしば詐病と疑われてしまう (大内, 2010a; 林, 2011)。

しかし, 問題となるのは非定型うつ病患者だけではない。これまで, 非定型うつ病患者に対する有効な薬物療法が示され (例えば, Klein, 1993; Rothschild et al., 1994), 具体的な対応法も提案されてきた (例えば, 福西・福西, 2013; 坂元, 2011)。それにもかかわらず, 非定型うつ病患者数は伸び続け (貝谷, 2012), いまだに職場では彼らへの対応に苦慮していることを鑑みると (上野, 2010; 香山, 2011), 非定型うつ病患者だけでなく, 程度が軽い者すなわち非定型うつ病傾向者にも目を向ける必要があると考えられる。さらに, 非定型うつ病傾向者は軽度のうつ症状や「気分の反応性」「拒絶過敏性」による社会適応の難しさを抱えているものの, 診断基準を満たさないため医療機関による継続的な治療を受けることが難しい状態である。したがって, 彼らの心理機序を理解し, 有効な支援法を検討する



必要があると考えられる。ただし、非定型うつ病傾向者の理解を進めるためには、非定型うつ病傾向から非定型うつ病への連続性に関する議論を押さえておく必要がある。

うつ病の連続性に関する議論はこれまでいくつかなされてきた。例えば、Hankin, Fraley, Lahey, & Waldman (2005) は児童青年を対象に、Slade & Andrews (2005) はコミュニティサンプルを対象に、うつ病の潜在構造モデルを検討した。その結果、いずれの研究においてもうつ病は次元構造であり、健常群から臨床群への連続性が認められた。さらに、Okumura, Sakamoto, & Ono (2009) は同様の研究を日本人を対象として行い、うつ病の次元構造を明らかにした。一方、非定型うつ病に限定した潜在構造モデルの検討は認められない。しかし、中嶋 (2012) は非定型うつ病を含む新型うつ病の発症過程に着目し、新型うつ病には精神疾患の発症過程に認められる「了解不能 (Jaspers, 1913 西丸訳 1971)」や「断絶 (Tellenbach, 1983 木村訳 1985)」が認められないことを指摘している。さらに Parker (2008) はこれまでの研究 (例えば、Parker, 2007; Parker et al., 2002) を踏まえ、「拒絶過敏性」を主としたパーソナリティスタイルを持つ者の示す症状や対処方略が非定型うつ病の症状と関連することを主張し、非定型うつ病をスペクトラム障害と捉えている。以上の知見から、本論文では非定型うつ病傾向から非定型うつ病への連続性を支持する立場を取る。

## 第2節 非定型うつ病の歴史と研究動向

非定型うつ病の歴史は West & Dally (1959) にまで遡る。彼らはうつ病と診断された中に電気けいれん療法が無効で、モノアミン酸化酵素阻害薬が劇的に効く一群を報告した。加えて、彼らはこの種のうつ病患者の特徴として、不安や恐怖症状を合併していること、三環系抗うつ薬の効果が薄いこと、罪悪感が少ないこと、強い疲労感を訴えることを明らかにした。その後、Sargant (1962) はこの種のうつ病患者はストレスによってうつ病を発症すること、電気けいれん療法によって病状が悪化すること、刺激に反応しやすいこと、過活動で攻撃的な特徴を持つことを見出し、定型うつ病と病像が類似しないことを示した。また、Hordern (1965) はこの種のうつ病患者は強い疲労感や情動過敏性、入眠障害、他罰的態度、夕方抑うつを示すことが特徴的であり、定型うつ病と病像が異なることを明らかにし

た。そして、Klein & Davis (1969) はこの種のうつ病を拒絶過敏性類ヒステリー性不機嫌症 (rejection-sensitive hysteroid dysphoria) と命名し、女性に多く認められることを明らかにした。加えて、恋愛関係に一喜一憂する特徴を示し、「気分の反応性」を有することを強調した。その後、Klein を中心としたコロンビア大学グループの働きによって、1994 年の DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994 高橋他訳 1996) に「気分の反応性」を主症状とする非定型うつ病が取り上げられた。以上のように、非定型うつ病はモノアミン酸化酵素阻害薬が奏功したことに端を発し、定型うつ病との病像の違いから確立された精神疾患である。

West & Dally (1959) 以後、非定型うつ病に関する研究は数多く行われている。しかし、その研究動向は十分に明らかにされていない。非定型うつ病が医療現場のみならず、教育現場や職場において注目されていることを鑑みると (小西・百武, 2015; 林, 2011) , これまでの研究を概観し、関心が向けられてきた領域を明らかにする試みは、今後の研究を進める上で有益な可能性がある。

林・武井・藤森・竹内・保野 (2016a) はアメリカ国立医学図書館が提供する文献データベースである Medline とアメリカ心理学会が提供する文献データベースである PsycINFO を用い、非定型うつ病に関する研究動向を検討した。そこでは、非定型うつ病を示す atypical depression を検索語として取り上げ、1960 年から 2015 年までの英語文献を検索した。また、主として非定型うつ病を扱っている文献を検索対象とするために、検索範囲はタイトルあるいはアブストラクトに限定した。その結果、重複したものを除くと 738 件の文献が認められた。

## 1. 非定型うつ病に関する研究の年次推移

まず、文献数の年次推移から非定型うつ病に関する研究動向を検討した。この検討を行うために、該当する文献 738 件を 1 年ごとに分け、文献数の推移を図示した (Figure 1) 。さらに文献数の推移をより簡潔に示すために、1960-1980 年と 1981-1985 年、1986-1990 年、1991-1995 年、1996-2000 年、2001-2005 年、2006-2010 年、2011-2015 年の 8 期に分けて文献数を整理した (Table 1) 。

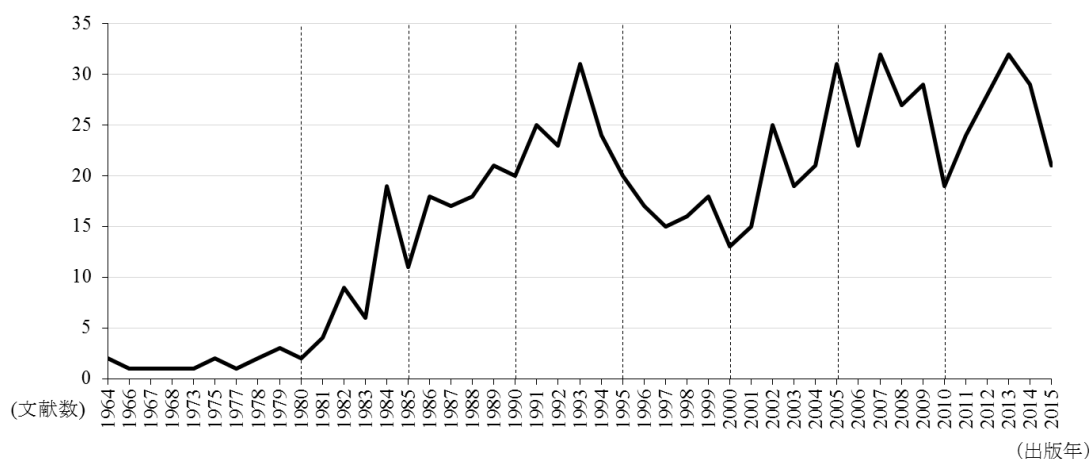


Figure 1 文献の年次推移

Table 1

5年ごとの文献数の推移

年代	1960-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
文献数	16	49	94	123	79	111	130	134

その結果、1960-1980年の文献数は16件であり、最も少なかった。その後、1981-1985年では49件の文献が認められ、およそ3倍に増えていた。さらに、1986-1990年の文献数は94件であり、およそ1.9倍に増加していた。加えて、1991-1995年の文献数は123件であり、およそ1.3倍に増えていた。しかし、1994年から文献数は減少し始め、1996-2000年の文献数は79件となり、0.6倍に減少していた。ただし、このような減少傾向は一時的であり、2001年頃から文献数は徐々に増え始め、2001-2005年は111件、2006-2010年は130件、2011-2015年は134件の文献が認められた。

上記の文献数の年次推移から、非定型うつ病に関する研究動向は次のように理解できる。なお、ここでは特徴的な推移であった(1)1960-1980年の文献数が最少であったこと、(2)1993年まで文献数が増加し、1994年から減少し始めたこと、(3)2000年以降に再び文献数が増加したこと、(4)多少の増減はあるものの、現在も文献数が増加傾向にあることについて取り上げる。

(1)1960-1980年の文献数が最少であったことには、非定型うつ病の定義が曖昧であったことが影響していたと考えられる。すなわち、非定型うつ病が見出された当初、その特徴

として電気けいれん療法が無効であること、モノアミン酸化酵素阻害薬が有効であること、三環系抗うつ薬の効果が薄いことなどさまざまであり、一定の定義がなされていなかった。そのため、後続の研究が難しかったものと推察される。

(2) 1993年まで文献数が増加していることには、1994年に出版されたDSM-IVにより、診断基準への関心が高まったことが影響していると考えられる。実際に1981年以降、DSM-IVの診断基準に多大な影響を与えたコロンビア大学グループは、非定型うつ病の発端であるモノアミン酸化酵素阻害薬の有効性に立ち返り (West & Dally, 1959) , モノアミン酸化酵素阻害薬と三環系抗うつ薬の比較を行うことで非定型うつ病の症状群を明らかにする研究をいくつも行った (Liebowitz et al., 1984a, 1984b, 1988; McGrath et al., 1992, 1993; Quitkin et al., 1984, 1989, 1991, 1993) , 非定型うつ病性障害基準を作成している (Stewart, McGrath, Rabkin, & Quitkin, 1993) 。

その後、非定型うつ病に関する文献数は1994年から減少し始める。これは、DSM-IVによって非定型うつ病の診断基準が明確になり、これまでなされてきた診断基準に関する議論が落ち着いてきたためと推察される。また、DSM-IVが出版されたことで、パーソナリティ障害などの他領域に関心が向けられ、相対的に非定型うつ病に関する研究が減少したとも推測される。

(3) 2000年以降に再び文献数が増加していることには、診断基準に異議を唱える研究が増え始めたことが影響していると考えられる。例えば、ニューサウスウェールズ大学グループは、非定型うつ病の中核症状が不安や恐怖症状であると考え、うつ状態は二次的に生じると主張している。そして、診断基準として用いられている5つの症状の内的整合性が乏しく、主症状である「気分の反応性」の特異性が認められないことから、パーソナリティスタイルを示す「拒絶過敏性」を一次的な特徴として提案している (Parker et al., 2002; Parker, 2007) 。また、ピッツバーグ大学グループは、過眠や過食などの植物症状が認められるうつ病を非定型うつ病症候群と定義し (Pollitt, 1965) , その後、別のグループである Benazzi (2002, 2005) は、非定型うつ病の診断基準を因子分析した結果、過眠と過食からなる第一因子は非定型うつ病と関連するものの、拒絶過敏性と気分の反応性、鉛様の麻痺からなる第

二因子は関連しないことを明らかにし、過眠と過食に基づく新しい定義を提案している。他にも、非定型うつ病と軽症双極性障害との関連を主張するグループは、非定型うつ病と双極Ⅱ型障害はともに女性に多く認められ、両疾患の症状や家族歴が関連することを明らかにしている (Akiskal & Benazzi, 2005; Benazzi, 1999, 2003)。さらに、非定型うつ病と双極Ⅱ型障害、境界性パーソナリティ障害の背景は同一であり、いずれも循環する気分の反応性や不安 - 依存的態度、回避的態度、衝動的行動、反応的行動が相互に関連することから生じると想定している (Perugi, Toni, Traverso, & Akiskal, 2003)。このように非定型うつ病と双極Ⅱ型障害には多くの類似点が認められることから、Akiskal & Benazzi (2005) は非定型うつ病を双極Ⅱ型障害の変形として理解できると結論付けている。

(4) 多少の増減はあるものの、現在も非定型うつ病に関する文献数が増加傾向にあることには、(a) 非定型うつ病患者が今もなお増加していること、(b) 非定型うつ病の病像が従来のうつ病と考えられてきたメランコリー型うつ病と大きく異なること、が影響していると考えられる。

(a) 非定型うつ病患者が今もなお増加していることは、これまでの疫学調査を概観すると明らかである。例えば、1980-1985年に行われたアメリカの疫学統計調査によると、人口における非定型うつ病患者の割合は0.7%であった。その後、1991-1992年にカナダで行われた調査 (Levitan, Lesage, Parikh, Goering, & Kennedy, 1997) では、およそ1.4%が非定型うつ病患者であった。さらに同年代にアメリカで行われた全米併存疾患調査では、およそ3.8%が非定型うつ病患者であった (Matza et al., 2003)。そして、2001-2002年にアメリカで行われた最新の疫学調査によると、非定型像を伴ううつ病の生涯有病率は10.23%であった (Blanco et al., 2012)。このように、非定型うつ病の患者数はここ数十年で2倍以上に増えており、それに伴って非定型うつ病に関する研究も増加傾向にあると推察される。なお、日本における同様の調査は見当たらないが、この増加傾向は大きく変わらないと考えられている (貝谷, 2012)。

非定型うつ病患者の増加理由については、いくつか仮説が立てられている。例えば、貝谷 (2014a, 2014b) や坂元 (2011) は非定型うつ病が不安やストレスによって引き起こされ

ることを前提としながら、非定型うつ病患者数の増加傾向の一因として現代社会の養育環境の変化を挙げている。彼らは近年の核家族の増加や離婚率の上昇により、子どもに十分な愛情がいきわたらない養育環境になってきたと考えている。そして、このような環境では、子どもは十分な安心感を得られず不安体質になり、その結果、非定型うつ病に罹りやすくなると推察している。また彼らは、現代の社会状況の変化についても言及している。彼らは、情報網や交通網の目覚ましい発展により、社会がハイスピード化してきたと考えている。そして、このような社会は人々にストレスを感じさせやすく、その結果、非定型うつ病に罹りやすくなると推察している。

同様に、福西・福西 (2010, 2013) は、非定型うつ病患者の増加傾向の一因として養育環境と社会状況の変化を挙げている。彼らは、近年の少子化傾向によって過保護で過干渉な養育者が増えてきたこと、その一方で養育者は不況時代を生き抜くために多大なストレスを抱えていることを想定し、このような環境では、子どもは自己を抑え込んで「いい子」を演じなければならないと推察している。しかし、「いい子」を演じてきた子どもたちはストレス耐性が低く、上司の叱責などに耐えることが難しい。そのため、非定型うつ病を含む精神疾患に罹りやすくなると考えている。

(b) 非定型うつ病の病像が従来のうつ病とされてきたメランコリー型うつ病の病像と大きく異なることは、両疾患の病像を概観すると明らかである。ここでは、Singh & Williams (2006) や野村 (2010) , 福西 (2010) , 坂元 (2011) , 貝谷 (2008b) の文献を参考にして、両疾患の病像を Table 2 にまとめた。

Table 2

## 非定型うつ病およびメランコリー型うつ病の病像比較

	非定型うつ病	メランコリー型うつ病
患者	・若い女性 (10代から30代) に多い	・中年期の男性に多い
病前性格	・よい子で自己主張しない ・他人の目を気にする	・まじめで責任感が強い ・完璧主義 ・秩序を重んじる
対人関係	・他人の些細な一言に傷つく ・自己愛的傾向が強い ・他罰的になりやすい	・自分の発言に控えめで慎重 ・自己犠牲的で献身的態度 ・自責の念が強く自罰的になりやすい ・不適切な罪悪感
気分	・どんなに落ち込んでいても、好きなことには明るくなる ・感情の統制が突然できなくなる (怒り発作)	・常に落ち込んでいて、大好きなことであっても落ち込んだまま
気分の波	・夕方から夜にかけて憂うつ	・朝から午前中に最も憂うつ
食欲	・有意な増加	・有意な低下
体重	・有意な増加	・有意な低下
睡眠	・過眠	・睡眠不足, 早朝覚醒
性欲	・亢進することがある	・減退する
倦怠感	・身体が鉛のように感じられ、起き上がれない ・好きなことがあると症状が軽快	・常に倦怠感を訴える
薬物療法	・効果は限定的	・比較的有効
診断書	・休職に関する診断書を自ら求める	・休職に関する診断書を自ら求めない
病識	・薄い	・比較的強い

DSM-5において、非定型うつ病とメランコリー型うつ病は抑うつ障害群に含まれている。しかし、Table 2に示したように両疾患の病像は大きく異なるため、現場は混乱している (林, 2011)。非定型うつ病に関する研究の増加は、このような現場の戸惑いを反映している可能性がある。

## 2. 非定型うつ病に関する研究のキーワードの推移

次に、キーワードを用いて非定型うつ病に関する研究動向を検討した。そのため、Table 1と同様にこれまでの研究を8期に分け、各期において使用頻度の高いキーワード上位5語を抽出した。それらを示したものがTable 3である。なお、1981-1985年と1986-1990年、2011-2015年では、同率5位のキーワードが複数あったため、それらを全て記載している。ただし、1960-1980年は文献数が少なく、同率2位のキーワードが21語あったため、この期のみ最頻出だった2語を記載した。

Table 3  
各期において主に取り上げられたキーワードとその文献数の変化

	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
depression (2)	atypical depression (19)	atypical depression (30)	atypical depression (30)	atypical depression (17)	atypical depression (35)	atypical depression (34)	atypical depression (38)
drug therapy (2)	depression (8)	depression (9)	depression (10)	prevalence (9)	major depression (12)	depression (11)	depression (20)
	phenelzine (4)	major depression (8)	major depression (9)	outpatients (9)	major depressive disorder (7)	bipolar disorder (10)	major depression (10)
	endogenous depression (4)	phenelzine (4)	phenelzine (9)	depression (7)	depression (6)	monoamine oxidase inhibitor (9)	major depressive disorder (7)
	monoamine oxidase inhibitor (4)	diagnosis (6)	imipramine (9)	treatment (7)	bipolar disorder (6)	symptoms (9)	monoamine oxidase inhibitor (7)
	major depression (3)	imipramine (6)					diagnosis (7)
	diagnosis (3)	DSM-III (6)					bipolar depression (7)
	treatment (3)						

(注) 括弧内は文献数を示す



Table 3 から、少なくとも 2 期に渡って上位に入っているキーワードが 10 語認められた。それらを頻出順に示すと、8 期に渡って上位に入った depression (うつ病)、7 期に渡って上位に入った atypical depression (非定型うつ病)、5 期に渡って上位に入った major depression (大うつ病)、3 期に渡って上位に入った monoamine oxidase inhibitor (モノアミン酸化酵素阻害薬) と phenelzine (フェネルジン)、diagnosis (診断)、2 期に渡って上位に入った major depression disorder (大うつ病性障害) と bipolar disorder (双極性障害)、imipramine (イミプラミン)、treatment (治療) であった。

atypical depression は 1960-1980 年を除いた全ての期で最も用いられたキーワードであった。林他 (2016a) では、タイトルあるいはアブストラクトに atypical depression が記載されている文献を検索対象としたため、1960-1980 年を除いた全ての期でこのキーワードが最頻出であることは妥当である。一方、depression は全ての期に渡って上位に入るキーワードであった。加えて、major depression は 1960-1980 年と 1996-2000 年、2006-2010 年を除く期において上位に入っていた。さらに major depression disorder は 2001-2005 年と 2011-2015 年において上位に入っていた。そもそも、非定型うつ病はうつ病の診断に加えて特定する診断であるため、これらのキーワードがどの期においても上位に現れることは妥当であると考えられる。したがって、以下では特徴的なキーワードと考えられる (1) bipolar disorder, (2) diagnosis, (3) 治療に関連するキーワードである monoamine oxidase inhibitor と phenelzine, imipramine, treatment を取り上げ、非定型うつ病に関する研究動向を検討する。

(1) bipolar disorder は 2001-2005 年と 2006-2010 年に上位に入っており、2001 年以降に限って注目されているキーワードであった。上述の年次推移を振り返ると、文献数が再び増え始めた時期は 2001 年以降であり、このキーワードが上位に入り始めた時期と近い。したがって、このキーワードに関する研究は診断基準に関する議論と関連している可能性が高い。実際に検索対象となった文献の中には、非定型うつ病の症状が双極性障害と強く関連していることを明らかにした研究があった (Angst et al., 2006)。これは、非定型うつ病と双極性障害との関連を主張することで診断基準に疑義を唱えるグループの一研究である。また、同グループの取り組みではないものの、Lee, Ng, & Tsang (2009) は、非定型うつ病と診断さ

れた者はそれ以外のうつ病と診断された者に比べ、双極Ⅱ型障害との関連が強いことを明らかにしている。その一方で、非定型うつ病と双極性障害との関連を支持しない研究も見受けられる。例えば、Rybakowski, Suwalska, Lojko, Rymaszewska, & Kiejna (2007) は、男性のみ、双極性障害患者が単極性うつ病患者に比べて非定型うつ病エピソードをより多く経験していることを明らかにしている。さらに、入院患者を対象とした Seemuller et al. (2008) では、非定型うつ病患者が双極性障害を併発している割合と、それ以外のうつ病患者が双極性障害を併発している割合を比較した結果、有意差が認められなかった。以上のように、非定型うつ病の診断基準に関する議論の中で双極性障害が取り上げられてきたため、2001-2005年および2006-2010年に bipolar disorder が上位に認められたと推察される。

(2) diagnosis は 1981-1985年と 1986-1990年、2011-2015年の3期において上位に認められたキーワードであった。まず 1981-1985年と 1986-1990年の論文を概観する。Sinaikin (1985) は感情障害に関するレビュー研究を行い、非定型うつ病や双極性障害を含む感情障害の診断基準が混乱状態にあることを指摘している。このような診断基準の問題を踏まえ、Kivela, Pakkala, & Eronen (1989) は気分変調症と非定型うつ病を区別するいくつかの症状を明らかにしている。一方、2011-2015年の論文では診断基準に関するより細やかな検討がなされている。例えば、Kammerer et al. (2011) は妊娠中の女性に対して、DSM-IVによる非定型うつ病とメランコリー型うつ病の判別診断が可能かどうか検討している。その結果、一部の症状を除いて両疾患を区別できないことが明らかとなった。以上のように、1981-1985年と 1986-1990年では診断基準の混乱に起因した研究が認められるが、おそらく DSM-IVの出版によって診断基準に関する混乱が落ち着いたため、近年はより細やかな病態に対する診断基準の検討が進められていると考えられる。

(3) monoamine oxidase inhibitor は 1981-1985年と 2006-2010年、2011-2015年の3期において、モノアミン酸化酵素阻害薬の一種である phenelzine は 1981-1985年と 1986-1990年、1991-1995年の3期において、三環系抗うつ薬の一種である imipramine は 1986-1990年と 1991-1995年の2期において、treatment は 1981-1985年と 1996-2000年の2期において上位に認められたキーワードであった。

まず、monoamine oxidase inhibitor と phenelzine, imipramine のキーワードを用いた文献を確認する。例えば Klein (1993) は、モノアミン酸化酵素阻害薬の一種であるフェネルジンが三環系抗うつ薬の一種であるイミプラミンやプラセボに比べて、非定型うつ病患者に有効であることを示している。同様の研究はいくつも認められ、いずれもモノアミン酸化酵素阻害薬の有効性が明らかにされている (Rothschild et al., 1994; Stewart et al., 1989)。さらにより近年では、生物学的視点による研究も行われている。例えば、Heydendael (2009) はストレス反応との関連が想定される視床下部-下垂体-副腎系から、非定型うつ病患者に対するモノアミン酸化酵素阻害薬の有効性を明らかにしている。

次に、treatment のキーワードを用いた文献を確認すると、その多くは薬物療法に関する研究であった。例えば、Silberman & Sullivan (1984) はこれまでの文献をレビューし、非定型うつ病患者に対する薬物療法の第一選択は四環系抗うつ薬あるいはアルプラゾラム (抗不安薬) であり、モノアミン酸化酵素阻害薬は副作用が激しく治療効果のエビデンスも不足していることから、第二選択の薬物療法であると結論付けている。また、Nierenberg, Alpert, Pava, Rosenbaum, & Fava (1998) は、非定型うつ病患者にモノアミン酸化酵素阻害薬が有効であるものの、その副作用の激しさから、臨床現場ではセロトニン再取り込み阻害薬を使用する傾向が強いと述べている。このように薬物療法に関する議論が中心となる中、Frank & Thase (1999) は非定型うつ病を含む気分障害への治療法として、薬物療法のみならず心理療法も取り上げ、その効果についてレビューしている。

以上のように治療に関するキーワードを用いた文献では、主に薬物療法に関心が向けられていることが明らかになった。非定型うつ病がモノアミン酸化酵素阻害薬の有効性に端を発することや (West & Dally, 1959), 非定型うつ病の治療の中心が薬物療法であることを鑑みると (貝谷, 2008b; 坂元, 2011), 治療に関する研究として薬物療法に関心が向けられていても不思議ではない。

### 第3節 非定型うつ病の治療

上述したキーワードの推移から、非定型うつ病の治療に関する研究は主に薬物療法に焦

点があてられていた。この結果は、薬物療法を主体とする臨床現場の治療方針を反映したものと推察される。実際にわが国でも、非定型うつ病患者に対する治療の中心は薬物療法とされる(貝谷, 2008b; 坂元, 2011)。しかし、日本ではうつ病に対するモノアミン酸化酵素阻害薬の処方認められていない(大内, 2010b)。つまり、日本では非定型うつ病に対して最も高い治療効果をもつ薬物療法が行えない現状がある。そのため、三環系抗うつ薬やセロトニン再取り込み阻害薬が主に使用されている(貝谷, 2007)。しかし、非定型うつ病患者に対する三環系抗うつ薬の治療効果は、モノアミン酸化酵素阻害薬ほどではない(Klein, 1993; Stewart et al., 1989)。さらに、セロトニン再取り込み阻害薬の治療効果は三環系抗うつ薬と同程度とされている(McGrath et al., 2000)。また、貝谷(2007)は自身の臨床経験から、日本で処方可能なセロトニン再取り込み阻害薬の治療効果が限定的であることを指摘している。このような日本の薬物療法の限界を踏まえ、大内(2010b)は非定型うつ病患者が薬物療法のみで回復することが難しい可能性に言及している。したがって、薬物療法以外の治療法を検討することが、非定型うつ病の支援を考える上で重要となる。

薬物療法の他に、非定型うつ病患者に対する有効な治療法の一つとして、多くの専門家は心理療法を提案している。例えば、非定型うつ病の中核症状を不安や恐怖症状とするニューサウスウェールズ大学グループは、パーソナリティスタイルである「拒絶過敏性」を主症状に据え、心理学的介入を推奨している。また福西・福西(2011, 2013)は、非定型うつ病患者の背景にパーソナリティの問題、特に自己愛性パーソナリティ障害との関連を示し(福西, 2014)、心理療法の重要性を指摘している。

心理療法の中でも、認知行動療法や対人関係療法は非定型うつ病に有効な治療法と考えられている。認知行動療法とは、認知療法と行動療法を統合した心理療法である。前者は患者の考え方に焦点をあて、歪んだ思考の修正をはかりながら、問題点を解決していく心理療法である。後者は、不適切な行動は誤った学習の結果と考え、徐々に適切な行動を再学習させる心理療法である。Jarrett et al. (1999)によると、非定型うつ病患者に対する認知行動療法の治療効果は、モノアミン酸化酵素阻害薬と同程度とされている。一方、対人関係療法とは、重要な他者との今現在の関係に焦点をあてて治療を行う心理療法である。そ

ここでは、「悲哀」「対人関係の不和」「役割の変化」「対人関係の欠如」といった 4 つのテーマから 1 つか 2 つを選択して、治療が行われる。Weissman, Markowitz, & Klerman (2000) は Sotsky (1997) の結果を取り上げ、非定型うつ病患者に対する対人関係療法の有効性を示唆している。

しかし、認知行動療法や対人関係療法以外の心理療法も、非定型うつ病に有効な可能性がある。例えば、非定型うつ病に限定したものではないが、Fonagy et al. (2015) は慢性うつ病に対する精神分析的心理療法の治療効果と、薬物療法や認知行動療法などを含めた一般的な治療の効果を、うつ病の程度を測定するハミルトンうつ病評価尺度 (Hamilton Rating Scale for Depression: HRSD) や罹患率によって比較している。治療終了後、精神分析的心理療法を受けた患者の HRSD は 16.4 点、一般的な治療を受けた患者は 17.9 点であり、両治療間に有意差は認められなかった。一方、精神分析的心理療法を受けた患者の 36.4% がうつ病の診断基準を満たさなくなり、この割合は一般的な治療を受けた患者の 11.5% に比べて有意に高かった。さらに 2 年後のフォローアップにおける測定では、次の結果が得られた。精神分析的心理療法を受けた患者の HRSD は 15.9 点であり、この値は一般的な治療を受けた患者の 20.1 点に比べて有意に低かった。さらに、精神分析的心理療法を受けた患者の 44% がうつ病の診断基準を満たさなくなり、この割合は一般的な治療を受けた患者の 10% に比べて有意に高かった (Figure 2)。

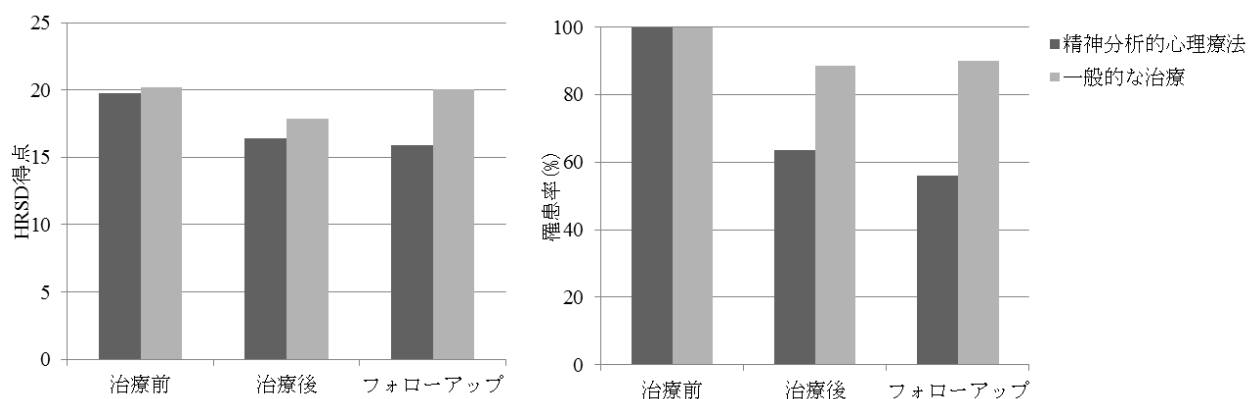


Figure 2 Fonagy et al. (2015) の結果

また、Huber, Zimmermann, Henrich, & Klug (2012) は精神分析的心理療法と認知行動療法のうつ病に対する治療効果を、うつ病の程度を測定するベック抑うつ質問票 (Beck Depression Inventory: BDI) を用いて比較している。治療終了後、精神分析的心理療法を受けた患者のBDIは6.5点、認知行動療法を受けた患者は9.4点であり、両治療間に有意差は認められなかった。しかし3年後のフォローアップを確認すると、精神分析的心理療法を受けた患者の得点は4.6点であり、この値は認知行動療法を受けた患者の12.5点に比べて有意に低かった (Figure 3)。加えて、症状の寛解率を比較したところ、精神分析的心理療法を受けた患者は83%であり、この割合は認知行動療法を受けた患者の52%に比べて有意に高かった。

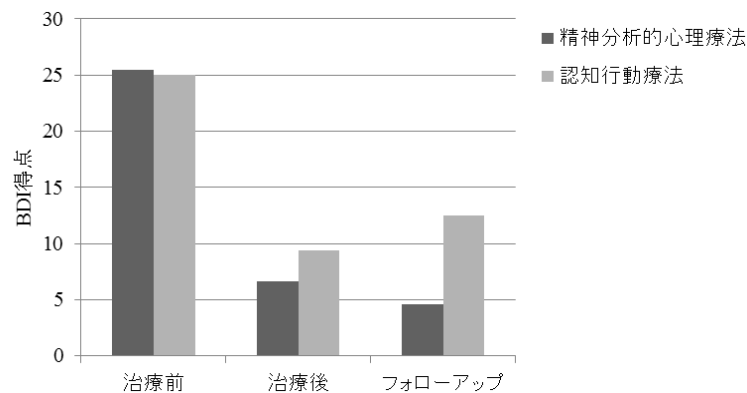


Figure 3 Huber et al. (2012) の結果

Fonagy et al. (2015) や Huber et al. (2012) の研究で特筆すべき点は、精神分析的心理療法を受けた患者は治療終了後のフォローアップ期間においても症状の改善が認められている点である。このような継続する治療効果について Huber et al. (2012) は、精神分析的心理療法が患者の症状のみならず、パーソナリティ構造にも変容をもたらしたためと結論付けている。実際に、同研究ではパーソナリティ構造に関連する指標を用いた比較も行い、精神分析的心理療法を受けた患者は認知行動療法を受けた患者に比べて、有意にパーソナリティ構造が改善していた。

Fonagy et al. (2015) や Huber et al. (2012) の効果研究は非定型うつ病に限定した研究では

ないため、精神分析的な心理療法が非定型うつ病患者に有効であると結論付けることはできない。しかし、非定型うつ病の診断がうつ病の診断基準を前提としていることを加味すると、これらの研究結果を非定型うつ病患者に当てはめられないとは言えない。さらに、精神分析的な心理療法がパーソナリティ構造に変容をもたらすことを鑑みると、パーソナリティの問題が仮定されている非定型うつ病を精神分析の視点から理解する試みは有益であると考えられる。ただし、非定型うつ病を精神分析の視点から理解した研究は限られている。そのため、本論文では非定型うつ病と関連する (1) メランコリー型うつ病、(2) 境界性パーソナリティ障害を取り上げ、これらの疾患と比較しながら非定型うつ病の理解を試みる。

(1) メランコリー型うつ病は、DSM-5において非定型うつ病と同じ障害群に含まれる精神疾患である。そのため、上記 Table 2 でも示したように、非定型うつ病とメランコリー型うつ病は比較されながら理解されてきた。また、両疾患の対比による理解は先行研究でも用いられてきた手法である (例えば、福西, 2014; Heydendael, 2009)。一方、精神分析によるメランコリー型うつ病の理解は、数多く進められている (例えば、Freud, 1917 伊藤訳 2010; Jacobson, 1971 牛島他訳 1983)。したがって、非定型うつ病を精神分析の視点から理解するために、メランコリー型うつ病を取り上げることは有益であると考えられる。

(2) 境界性パーソナリティ障害は、DSM-5においてパーソナリティ障害群に含まれる精神疾患である。DSM-5では、以下の診断基準を設けている。「現実、または想像の中で、見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力」「理想化とこき下ろしとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる、不安定で激しい対人関係の様式」「同一性の混乱」「自己を傷つける可能性のある衝動性」「自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し」「顕著な気分反応性による感情の不安定性」「慢性的な空虚感」「不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難」「一過性のストレス関連性の妄想様観念または重篤な解離性症状」である。

非定型うつ病の診断基準を振り返ると、その多くが境界性パーソナリティ障害の診断基準と類似することが分かる。例えば、非定型うつ病の主症状である「気分の反応性」は、境界性パーソナリティ障害の診断基準「顕著な気分反応性による感情の不安定性」にも認

められる。さらに、非定型うつ病の副症状である「拒絶過敏性」は、程度の差こそあるものの、境界性パーソナリティ障害の診断基準「現実、または想像の中で、見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力」にも認められる。また、診断基準に含まれている症状ではないが、非定型うつ病患者の多くが怒り発作を有するとされている (Fava, et al., 1997)。怒り発作とは、些細なことで過剰な怒りを示し、感情統制ができなくなる症状である。この症状は境界性パーソナリティ障害の診断基準「不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難」にも認められる。同様に、診断基準に含まれていないものの、非定型うつ病患者は自身の苦痛な体験を伝える手段として自殺を企図することもあり (福西, 2010)、この点も境界性パーソナリティ障害の診断基準「自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し」と部分的に重なる。

さらに、非定型うつ病と境界性パーソナリティ障害の類似性は他にもある。例えば、Perugi & Akiskal (2002) は両疾患が循環性の気質を背景に持つことを明らかにしている。さらに Perugi et al. (2003) は、非定型うつ病と双極Ⅱ型障害、境界性パーソナリティ障害の背景は同一であり、いずれも循環する気分の反応性や不安 - 依存的態度、回避的態度、衝動的行動、反応的行動が相互に関連することから生じると考えている。このような類似性のため、非定型うつ病患者は境界性パーソナリティ障害患者と見間違われやすく (例えば、貝谷, 2007)、その多くが境界性パーソナリティ障害の診断を満たすとされる (Perugi et al., 1998)。

一方、精神分析による境界性パーソナリティ障害の理解は、これまで数多くなされてきた (例えば、Masterson, 1981 富山・尾崎訳 1990)。そもそも、境界性パーソナリティ障害を最初に理論化したのは精神分析家の Kernberg と考えられている (岡田, 2004)。したがって、非定型うつ病を精神分析の視点から理解するために、境界性パーソナリティ障害を取り上げることは有益であると考えられる。

#### 第4節 精神分析による非定型うつ病の理解

精神分析は Freud に端を発する。彼はヒステリー患者が症状に関する記憶を想起し、情動を再体験できるようになるにつれて、症状が消失していくことを示した (Freud & Breuer,



1895 芝訳 2008)。その後、彼は自身の臨床経験から、患者の無意識や今ここでの関係性に焦点をあてる重要性を示し、それらへの接近方法に関する数多くの著書を出版した。

治療の焦点は各学派によって少なからず異なるものの、Gabbard (1994 権訳 1998) は精神分析によるアセスメントの視点として、患者の自我の特徴を評価する重要性を指摘している。その一つに、自我機能の評価がある。これは多くの精神分析家によって支持されている視点である (例えば、Bellak, Hurvich, & Gediman, 1973; Chethik, 1989 斎藤他訳 1999)。

さらにより近年では、自我機能の中でも対象関係が注目されている。対象関係とは心の中で生じる自己と対象との関係性のことである (松木, 1996)。そこでは、人は心の中の関係性を参照しながら、対人関係を形成していると考えられている。ただし、対象関係は心の中の関係性であるため、把握が難しい。そのことを踏まえ、Gabbard (1994 権訳 1998) は対象関係を評価する視点として、患者の対人関係や重要他者との関係性の見立てを挙げている。したがって本論文では、一般に重要他者と考えられる母親との関係に焦点をあてる。ただし、林・武井・藤森・竹内・保野 (2016b) は非定型うつ病患者が父親との未解決な葛藤を抱えていることから (福西・福西, 2013)、彼らを理解するために父子関係を取り上げる重要性を指摘している。よって本論文では、父親との関係も取り上げる。

加えて、Gabbard (1994 権訳 1998) は自我の特徴の中でも、特に防衛機制の評価を重要視している。防衛機制とは、不安やストレス因子に気づくことから個人を守る自動的な心理過程のことであり (American Psychiatric Association, 1994 日本精神神経学会 1996)、性格を構成する一要素とも考えられている (Reich, 1933 小此木訳 1966)。そのため、防衛機制は精神分析の領域のみならず、広く注目されている。例えば、1994 年に出版された DSM-IV では「今後の研究のために提案された軸」に防衛機制を測定するための尺度が記載されている。以上のことから、本論文では非定型うつ病の心理機序を理解する視点として、自我機能と親子関係、防衛機制を取り上げる。

## 1. 非定型うつ病の自我機能

自我機能の概念は Freud (1923 道旗訳 2007) の心的構造論に始まる。彼はこの論文で、人の心が 3 つの要素から成り立つことを示した。それらは快感原則にしたがうイド、現実

原則にしたがう自我，道徳原則にしたがう超自我である。その後 Freud (1940 津田訳 2007) は，自我が超自我とイド，外界から生じる要求の調整役を担っていることに言及し，自我を機能として定義した。これ以降，自我機能に関する研究は数多く行われた（例えば，Freud, 1936 外林訳 1985）。

Bellak et al. (1973) はこれまでの知見を参考にしながら，自我機能が 12 の機能から成ることを示し，自我機能評定法を開発した。この評定法では，「現実検討」「判断」「外界と自己の現実感覚」「動因と感情，衝動の制御および統制」「対象関係」「思考過程」「自我による自我のための適応的退行」「防衛機能」「刺激障壁」「自律的機能」「統合・総合機能」「支配・有能性」が測定できる。このように，自我機能にはいくつもの機能が包含されているため，自我の機能状態をアセスメントすることで，社会への適応能力を評価できると考えられている。しかし，非定型うつ病の自我機能を明らかにした研究は見当たらない。

Kernberg (1976) は性格病理構造を提唱した。これは，対象関係や防衛機能，超自我の発達に基づいて考案されたものであることから，自我機能と関連する概念である。そこでは，①「ヒステリー性格」や「抑うつ的 - 自虐的性格」などを含む「高水準の性格病理構造」，②「加虐的 - 被虐的性格」や「自己愛パーソナリティ」などを含む「中間水準の性格病理構造」，③「パラノイドパーソナリティ」や「境界パーソナリティ構造」などを含む「低水準の性格病理構造」といった 3 つの水準が想定されている。Table 2 でも示したように，メランコリー型うつ病患者は自罰的態度を示し，慢性的な抑うつ症状を抱えていることから，「抑うつ的 - 自虐的性格」と考えられる。したがって，メランコリー型うつ病患者は「高水準の性格病理構造」と想定される。同様に，境界性パーソナリティ障害患者は「境界パーソナリティ構造」に含まれるため，「低水準の性格病理構造」と想定される。一方，非定型うつ病患者に関する明確な示唆はないが，非定型うつ病患者と自己愛性パーソナリティ障害との関連が明らかにされていることから (福西, 2014)，非定型うつ病患者は「中間水準の性格病理構造」と予想される。したがって，非定型うつ病患者はメランコリー型うつ病患者に比べて自我の機能状態が悪く，境界性パーソナリティ障害患者に比べて自我の機能状態が良いと考えられる。

さらに各疾患の診断基準や病像を確認すると、上記の仮説はより確かなものとなる。例えば、非定型うつ病の診断基準には「長期間にわたり対人関係上の拒絶に敏感」や「気分の反応性」が設けられている。さらに、非定型うつ病患者は怒り発作を示す割合が高い (Fava, et al., 1997)。したがって、非定型うつ病患者は自我機能の一つである「対象関係」や「動因と感情、衝動の制御および統制」「刺激障壁」の機能が低いと予想される。

一方、メランコリー型うつ病の診断基準には「すべての、またはほとんどすべての活動における喜びの喪失」や「普段快適である刺激に対する反応の消失」が設けられているため、自我機能の一つである「動因と感情、衝動の制御および統制」の機能が低いと考えられる。ただし、メランコリー型うつ病には対人関係に関する診断基準が設けられていない。したがって、メランコリー型うつ病患者は非定型うつ病患者に比べて、自我の機能状態が良いと推測される。

他方、境界性パーソナリティ障害の診断基準には「現実、または想像の中で、見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力」や「理想化とこき下ろしとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる、不安定で激しい対人関係の様式」「自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し」が設けられている。さらに、「自己を傷つける可能性のある衝動性」や「不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難」「顕著な気分反応性による感情の不安定性」が記載されている。したがって、境界性パーソナリティ障害患者は自我機能の一つである「対象関係」や「動因と感情、衝動の制御および統制」「刺激障壁」の機能が低いと考えられる。ただし、診断基準からも明らかなように、境界性パーソナリティ障害の症状は非定型うつ病に比べて激しい。また、貝谷 (2008a) によると、非定型うつ病患者は境界性パーソナリティ障害患者に比べて、治療者以外の対人関係を適切に評価できると考えられていることから、自我機能の一つである「現実検討」能力に長けている可能性がある。よって、非定型うつ病患者は境界性パーソナリティ障害患者に比べて、自我の機能状態が良いと推察される。

## 2. 非定型うつ病の親子関係

福西 (2014) は、非定型うつ病患者の親子関係を検討した。その結果、非定型うつ病の病

像が強い者ほど、父母から愛情のある養育を受けてこなかったと感じていること、父母から過保護な養育を受けてきたと感じていることが明らかとなった。さらに福西 (2014) は、非定型うつ病患者とメランコリー型うつ病患者の被虐待経験を比較している。その結果、非定型うつ病患者の 16.2%が身体的虐待、11.7%が性的虐待、13.4%がネグレクトを受けていたことが明らかとなり、これらの割合はいずれもメラコリー型うつ病患者の割合に比べて有意に高かった。同様に Matza et al. (2003) は、非定型うつ病患者とその他のうつ病患者の被虐待経験を比較した。その結果、非定型うつ病患者の 13.2%が身体的虐待、22.6%が性的虐待、10.6%がネグレクトを受けていたことが明らかとなり、これらの割合はいずれもその他のうつ病患者の割合に比べて有意に高かった。

被虐待経験の多さは境界性パーソナリティ障害患者にも指摘されている (細澤, 2010)。さらに、非定型うつ病患者と境界性パーソナリティ障害患者の病像や背景が類似することから (例えば, Perugi & Akiskal, 2002), 両疾患の親子関係が似ている可能性がある。これまで境界性パーソナリティ障害患者の母子関係は, Masterson (1981 富山・尾崎訳 1990) によって理解されてきた。彼は, Mahler, Pine, & Bergman (1975 高橋他訳 2001) の「分離—個体化理論」に基づき, 境界性パーソナリティ障害発症の起因となる母子関係を次のように理解している。子どもは母親との「正常な自閉期」「共生期」「分離—個体化期」を経て成長する。さらに、「分離—個体化期」は「身体像の分化と発達期」「練習期」「再接近期」「個体化の確立と対象恒常性の始まり期」に分けられる。中でも、境界性パーソナリティ障害発症の起因となる母子関係は、生後 15-22 ヶ月にあたる「再接近期」で主に生じる。この時期、子どもの関心や行動範囲は飛躍的に広がり、自律に向けて動き始める。しかし、子どもは未発達な部分が多いため、一人でできることは少なく、しばしば無力感を抱く。さらに、自律に向けて動き出すことで、母親との分離に対する自覚が強まり、母親の反応をより強く求めるようになる。この時、母親が自律に向かう子どもに愛情や関心といった情緒的備給を行わなければ、子どもは見捨てられ不安や分離不安を感じ、適切な養育を与えてくれない母親を内在化してしまう。その結果、青年期以降、見捨てられ不安や分離不安による不安定な対人関係に陥り、境界性パーソナリティ障害を発症する。

以上の知見から、非定型うつ病患者はメランコリー型うつ病患者に比べて愛情の乏しい過保護な養育を受けており、より不安定な親子関係と推察される。また、非定型うつ病患者の親子関係は境界性パーソナリティ障害患者と同様に、見捨てられ不安や分離不安を感じる関係と予想される。

### 3. 非定型うつ病の防衛機制

防衛機制に関する議論はこれまで数多く行われてきた。その発端は Freud & Breuer (1893 芝訳 2009) である。彼はこの論文の中で、ヒステリー患者が外傷体験を分裂あるいは解離し、身体症状に置き換えている可能性に言及した。これを踏まえ、その翌年に「防衛」の概念を導入した (Freud, 1894 渡邊訳 2009)。その後、娘の A. Freud (1936 外林 1958) は、Freud が示した防衛の概念を「防衛機制」としてまとめ上げた。さらに彼女はその論文で、防衛機制の形成を発達過程と結びつけて考察し、新たな防衛機制を導入した。同時期に Klein (1957 松本訳 1996) は、最早期乳児期の研究を通して未分化な対象関係に基づく防衛機制を提唱した。それらは、「取り入れ」や「投影」「分裂」「投影同一化」「理想化」などである。Kernberg (1975) は後に、これらに「否認」や「脱価値化」を加え、「原始的防衛機制」としてまとめた。

このように、防衛機制に関する議論が多くの精神分析家によって進められる中、Vaillant (1992) はこれまで明らかにされてきた防衛機制を 4 つの水準に整理した。①最も原始的で重度の精神病状態を呈する時に現れる精神病水準の防衛、②社会的に望ましくない防衛機制ではあるものの、時に一般の成人にも認められる未熟な水準の防衛、③比較的適応的で、成人にかなり共通して認められる神経症水準の防衛、④最も適応的で健康的とされる成熟した水準の防衛である。そして、①には「否認」や「投影」、②には「受動攻撃」や「退行」、③には「抑圧」や「合理化」、④には「抑制」や「昇華」などが含まれている。しかし、Vaillant (1992) の示す 4 水準には、Klein (1957 松本訳 1996) が示した分裂や投影同一化などの原始的防衛機制の概念が含まれていない。原始的防衛機制は乳児や境界性パーソナリティ障害の理解のみならず、現代では自己愛性パーソナリティ障害や集団力動の理解にも用いられ、臨床現場に欠かせない概念である。したがって、原始的防衛機制を Vaillant (1992) の示す 4

水準に含む必要がある。分裂や投影同一化などの原始的防衛機制が未分化な対象関係に基づく防衛機制であることから (Klein, 1957 松本訳 1996) , 原始的防衛機制は①精神病水準の防衛機制に含むことができると考えられる。

これまで、非定型うつ病患者の防衛機制は明らかにされていない。防衛機制が事例研究の中で発見されてきたことを振り返ると (例えば, Freud, 1983 芝訳 2009) , 非定型うつ病患者を扱った事例研究を再検討することで、彼らの防衛機制を明らかにできる可能性がある。しかし、非定型うつ病患者を明確に取り上げた事例研究は見当たらない。

林・武井・藤森・竹内・保野 (in press) は非定型うつ病が 1959 年に発端したことを踏まえ (West & Dally, 1959) , それ以前に発表されたうつ病の事例研究の中に非定型うつ病が含まれていると想定し、うつ病に関する基本的な文献を再検討することで、非定型うつ病の防衛機制の理解を試みた。さらに彼らは、非定型うつ病の病像や背景が境界性パーソナリティ障害と類似すると考え、境界性パーソナリティ障害の文献も併せて再検討した。

Gaylin (1968) によると、精神分析におけるうつ病の理解はこれまでいくつかなされてきたが、その中でも基本的な文献は (1) 「Note on the psycho-analytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions (Abraham, 1911 下坂他訳 1993) 」と (2) 「Mourning and melancholia (Freud, 1917 神宮他訳 2010) 」, (3) 「The problem of melancholia (Rado, 1928) 」とされる。一方、境界性パーソナリティ障害を理論化したのは Kernberg とされることから (岡田, 2004) , 彼が境界性パーソナリティ障害について記した (4) 「Borderline condition and pathological narcissism (Kernberg, 1975) 」が参考になると考えられた。

(1) Abraham (1911 下坂他訳 1993) はうつ病を次のように理解している。うつ病患者は外界への敵対的な態度傾向 (サディズム) が強いために、愛他能力が極端に低下させられ、他者への憎悪を募らせていく。うつ病患者はその憎悪を「投影」によって対処しようとするが、患者の「投影」は十分に機能せず、それどころか他者から憎悪が向け返されているような妄想的な体験をする。そのため、患者は他者から憎まれていると感じるようになり、その憎悪を自分の身体的あるいは心理的欠点と結びつけて解釈する。つまり、自分には欠

点があるため他者から憎まれているのだと理解し、それは結果として自分を蔑むことになり、うつ病に至る。しかし結局のところ、患者は自身のサディズムに対処できていない。そのため、今度はサディズムを防衛機制の一つである「抑圧」によって対処しようとするが、「抑圧」も十分に機能せず、サディズムは意識へ回帰する。その結果、患者は他者への攻撃心や敵意を意識し始めることになる。しかし、それは「負い目の観念」といった罪悪感を引き起こすことになり、うつ病がさらに悪化する。

Abraham (1911 下坂他訳 1993) はうつ病発症の背景にサディズムの問題を取り上げ、それが一貫して外界に向けられている状態を示している。これは、非定型うつ病患者の特徴である他罰的態度 (貝谷, 2008b) と類似する。さらに、Abraham (1911 下坂他訳 1993) の言う「負い目の観念」は、非定型うつ病患者が怒り発作を起こした後に抱く罪悪感 (貝谷, 2008b) と似ている。加えて、Abraham (1911 下坂他訳 1993) の提示するうつ病患者はサディズムの対処に伴う激しい情緒的な揺れ動きを示しており、この点も、非定型うつ病患者の特徴とされる激しい感情の揺れ動き (福西, 2010) と類似する。したがって、Abraham (1911 下坂他訳 1993) の示すうつ病患者を DSM-5 の分類から考えると、非定型うつ病患者であると考えられる。よって、非定型うつ病患者は精神病水準の防衛機制である投影や神経症水準の防衛機制である抑圧を用いると推察される。

(2) Freud (1917 神宮他訳 2010) は、正常な喪とうつ病の唯一の違いが自己非難の有無にあると考え、自己非難が以下の過程から生じるとした。人は愛する対象や自由、理想などを喪失すると喪を体験し、喪失した対象に向けていたリビドーの回収を試みる。正常な喪の作業であれば、回収されたリビドーは他の対象へ徐々に備給される。しかし、回収したリビドーを他の対象へ備給せず、喪失した事実を万能的に「否認」するために喪失対象を自我に「取り込む」ことに用いると、うつ病が発症する。なぜなら、取り入れた喪失対象は往々にして愛と憎悪に満ちた両価性を帯びており、その憎悪の部分が自身の中で不快な部分となり、その不快な部分を自ら罵り始めるためである。これが自己非難として患者を苦しめ、うつ病に至る。

Freud (1917 神宮他訳 2010) は、両価的な喪失対象を取り入れた結果として自己非難に陥

り、うつ病に至ると考えている。これは自罰的態度を示すうつ病患者であることから、DSM-5 の分類から考えると、メランコリー型うつ病患者の可能性はある。したがって、メランコリー型うつ病患者は精神病水準の防衛機制である否認や取り入れを用いると推察される。

(3) Rado (1928) はうつ病を次のように理解している。うつ病患者は自己愛型対象選択を行うため、自分に対する好意を飽くことなく対象に求め続け、それを確信すると、今度は利己的に振る舞い始める。このような行動によって愛する対象を喪失することになり、患者は喪失対象への償いに追われる。本来、償いの過程は現実の対象との間で行う必要があるものの、患者は心的世界に「退行」して対処しようとする。すなわち、失った対象を超自我として「取り込み」、自我が超自我に償うことで対処を試みるのである。Rado (1928) はこのような希求－罰－償いの過程でうつ病が発症すると考え、この過程を乳幼児期の超自我形成過程と関連づけて考察している。

Rado (1928) は希求－罰－償いの過程が内的に生じることを示している。これは自罰的態度を示すうつ病患者であることから、DSM-5 の分類から考えると、メランコリー型うつ病患者の可能性はある。したがって、メランコリー型うつ病患者は精神病水準の防衛機制である取り入れや未熟な水準の防衛機制である退行を用いると推察される。

以上のように、Abraham (1911 下坂他訳 1993) から、非定型うつ病患者は投影や抑圧を用いると考えられる。ただし、Abraham (1911 下坂他訳 1993) の示すうつ病患者は、これらの防衛機制によってサディズムに伴う葛藤を処理できていない。一方、Freud (1917 神宮他訳 2010) や Rado (1928) から、メランコリー型うつ病患者は取り入れや否認、退行を用いると考えられる。そして、彼らはこれらの防衛機制を用いることで、部分的ではあるものの、喪失体験にまつわる葛藤に対処できている。したがって、非定型うつ病患者はメランコリー型うつ病患者に比べて病理水準が低いと考えられることから、より低次の防衛機制を用いると推察される。

(4) Kernberg (1975) は、Klein (1946 小此木・岩崎編訳 1985) のポジション論を援用しながら、境界性パーソナリティ障害を次のように理解している。Klein (1946 小此木・岩崎編



訳 1985) によると、人は「妄想－分裂ポジション」から「抑うつポジション」に移行することで、心的発達が進むと考えられている。生後間もなく始まる妄想－分裂ポジションでは、分裂などの原始的防衛機制を背景に他者を全体として捉られないため、他者の中に存在する良い部分と悪い部分を統合できない。その後、生後 6 カ月ごろから始まる抑うつポジションでは、徐々に他者を全体として捉えることが可能となり、一人の対象の中に良い部分と悪い部分を同時に見ることができる。しかし、境界性パーソナリティ障害患者は生得的に攻撃性 (サディズム) が強いこともあり、抑うつポジションに留まることができない。そのため、一人の中に良い部分と悪い部分を同時に見ることができず、ある人に良い部分を投影同一化 (理想化) し、他の誰かに悪い部分を投影同一化 (脱価値化) する。このようにして彼らは理想化と脱価値化を繰り返すため、安定した対人関係を築くことが難しい。

Kernberg (1975) は妄想－分裂ポジションと原始的防衛機制によって、境界性パーソナリティ障害患者の理解を試みた。先に述べたように、非定型うつ病患者の病態や背景が境界性パーソナリティ障害患者と類似することから、非定型うつ病患者と境界性パーソナリティ障害患者は同様の防衛機制を用いると考えられる。つまり、非定型うつ病患者は妄想－分裂ポジションに留まっており、精神病水準である原始的防衛機制、すなわち取り入れや投影、分裂、投影同一化、理想化などの防衛機制を主に用いると考えられる。

## 第 5 節 第 2 章のまとめと本論文の目的

第 2 章では非定型うつ病の概要を示した。そこでは、非定型うつ病傾向者の心理機序を理解し、彼らの支援を検討する必要があることを述べた。次に、非定型うつ病に関する研究動向を概観した。その結果、非定型うつ病に関する研究は増加傾向にあり、この動向には診断基準に関する議論が影響している可能性が示唆された。加えて、非定型うつ病の治療に関する研究は主に薬物療法が中心であり、これは薬物療法を主体とする臨床現場の治療方針を反映していると考えられた。しかし、日本の薬物療法の限界を踏まえると、非定型うつ病の支援として心理療法を検討することが重要である。中でも、精神分析的な心理療法は患者の症状のみならずパーソナリティを改善するため、非定型うつ病を精神分析の視

点から理解することが有益な可能性が示唆された。したがって本論文では、精神分析の視点を用いて非定型うつ病傾向者の心理機序を明らかにしようと試みる。ただし、第5節で示した非定型うつ病の精神分析的理解は文献的検討によって導出されている。そのため、臨床群を対象とした調査によって上記の仮説の妥当性を確認した後、青年期後期の健常者を対象とした調査によって非定型うつ病傾向者の心理機序を明らかにする。

## 第 2 部

非定型うつ病の自我機能，親子関係  
防衛機制に関する研究

## 第1章 非定型うつ病患者の自我機能、親子関係、防衛機制の特徴 (研究1)

### 第1節 研究1の目的

研究1では精神科医および臨床心理士への半構造化面接を通し、非定型うつ病患者の自我機能と親子関係、防衛機制の特徴を明らかにしながら、上述した仮説の妥当性を検討することを目的とする。なお、研究1は林・武井・藤森・竹内・保野(2017)を加筆修正したものである。

### 第2節 方法

#### 1. 調査協力者および調査方法

調査協力者は非定型うつ病患者やメランコリー型うつ病患者、境界性パーソナリティ障害患者の治療を経験したことのある精神科医および臨床心理士であった (Table 4)。縁故法によって調査協力者を募り、2016年3月から12月にかけて面接調査を実施した。

Table 4  
調査協力者のプロフィール

ID	職種	性別	年齢	就業年数
A	精神科医	男性	40代	約20年
B	精神科医	男性	60代	約40年
C	精神科医	男性	60代	約35年
D	臨床心理士	男性	50代	約30年
E	臨床心理士	男性	30代	約15年

面接は調査者2名によって実施された。面接時間はおよそ60分から90分であった。面接内容は調査者がICレコーダーによって録音し、ICレコーダーによる録音の承諾が得られなかった場合には調査者が筆記によって記録した。面接調査の実施場所は調査者が用意した場所もしくは調査協力者の指定する場所であり、いずれも静かな環境を確保した。

Matza et al. (2003)によると、うつ病と診断されるおよそ3割が非定型うつ病とされており、人口に占める非定型うつ病患者数はメランコリー型うつ病や境界性パーソナリティ

障害に比べて少ない可能性がある。しかし、本研究における全ての調査協力者は非定型うつ病患者の治療を10例以上経験していることから、十分な治療経験を有すると考えられた。

また、いずれの調査協力者も本研究が自我機能と防衛機制に関する面接調査であることを事前に承諾していた。さらにデータ分析の際、自我機能や防衛機制の概念から外れた回答は認められなかった。したがって、本研究における全ての調査協力者は自我機能や防衛機制の知識を有すると考えられた。

## 2. 倫理的配慮

本研究は川崎医療福祉大学倫理委員会の承認を得て行われた（承認番号：15-092）。調査協力者には面接開始時に本研究の目的と内容について文書および口頭で説明し、同意を得たうえで、書面にて承諾を得た。その際、調査への参加および不参加の自由を保障した。加えて、調査協力者およびその患者に関する個人情報の匿名性を厳守することを説明した。

## 3. 面接内容

本研究は半構造化面接を用いた。面接では、「これまで治療したことのある非定型うつ病患者、メランコリー型うつ病患者、境界性パーソナリティ障害患者の方々について、複数の方でも特定の方でも構わないので、具体的に思い出しながらお答えください」と教示したうえで、それぞれの疾患について、自我機能は「患者の自我機能について教えてください」、父子関係は「患者と父親との関係について具体的なエピソードを交えて教えてください」、母子関係は「患者と母親との関係について具体的なエピソードを交えて教えてください」、防衛機制は「患者が用いる防衛機制について教えてください」と尋ねた。なお、各疾患の診断基準はDSM-5に準じた。

## 4. 分析手法および手続き

本研究では質的データの分析法の一つであるKJ法を使用した。まず、面接内容の逐語録を作成し、それを分析データとした。その後、分析データから自我の機能に関する言及をラベルとして抽出し、カテゴリーとユニットを作成した。同様に、分析データから父親あるいは母親との関係性に関する言及、父親あるいは母親の死別や離別に関する言及、父親あるいは母親の特徴に関する言及をラベルとして抽出し、カテゴリーとユニットを作成し

た。防衛機制については、分析データから防衛機種の種類を抽出し、上述の4水準にしたがって分類した。なお、本研究の分析は臨床心理士4名によって行われた。

### 第3節 結果

分析結果を自我機能、父子関係、母子関係、防衛機制に分けて以下に示す。【 】はユニット、『 』はカテゴリーを示す。

#### 1. 自我機能

Table 5 は各疾患について報告された自我機能の分析結果を示したものである。非定型うつ病患者の自我機能として5つのカテゴリーが見出され、それらはさらに3つのユニットにまとめられた。【自我機能の性質】は『脆弱な自我』と『揺れ動く自我』から構成された。【自我の機能状態】は『メランコリー型うつ病に比べて低い自我機能』と『境界性パーソナリティ障害に比べて高い自我機能』から構成された。【不明】は『不明』から構成された。

メランコリー型うつ病患者の自我機能として5つのカテゴリーが見出され、それらはさらに3つのユニットにまとめられた。【自我機能の性質】は『脆弱な自我』と『肥大した超自我』から構成された。【自我の機能状態】は『問題なく機能している自我』と『他疾患に比べて高い自我機能』から構成された。【不明】は『不明』から構成された。

境界性パーソナリティ障害患者の自我機能として3つのカテゴリーが見出され、それらはさらに2つのユニットにまとめられた。【自我機能の性質】は『脆弱な自我』と『不安定で揺れ動く自我』から構成された。【不明】は『不明』から構成された。

Table 5  
各疾患における自我機能の分析結果

ユニット名	非定型うつ病	メランコリー型うつ病	境界性パーソナリティ障害
自我機能の性質	<p><b>脆弱な自我</b> 「E: 非常にもろく、傷つきやすい」 <b>揺れ動く自我</b> 「D: 自我が揺れる感じ」</p>	<p><b>脆弱な自我</b> 「D: 本当はもろくて、鎧を強くすることで守った感じ」 <b>肥大した超自我</b> 「E: 超自我肥大」</p>	<p><b>脆弱な自我</b> 「C: 自我機能は悪い」 <b>不安定で揺れ動く自我</b> 「D: 自我が動いている感じ」</p>
自我の機能状態	<p>メランコリー型うつ病よりも低い自我機能 「A: 非定型うつ病はメランコリーよりも自我機能が低い」 <b>境界性パーソナリティ障害よりも高い自我機能</b> 「C: 非定型うつ病は境界性パーソナリティ障害よりも自我機能が低い」</p>	<p><b>問題なく機能している自我</b> 「A: 自我機能の障害がない」 <b>他疾患に比べて高い自我機能</b> 「E: 病態が安定してきたときには、一番機能が良い、適応が良い」</p>	
不明	不明 「B: 一概には言えない」	不明 「B: 一概には言えない」	不明 「E: 一概には言えない」

注) 太字はカテゴリ一名，括弧内はラベルの例を示す

## 2. 父子関係

Table 6 は各疾患について報告された父子関係の分析結果を示したものである。非定型うつ病患者の父子関係として9つのカテゴリーが見出され、それらはさらに5つのユニットにまとめられた。【死別・離別の有無】は『離別』と『離別していない』から構成された。

【希薄な父子関係】は『希薄な関係』から構成された。【ネガティブな父子関係】は『体面を気にする父親との関係』と『十分に理解されない関係』『不満を抱く関係』『父親への依存関係』から構成された。【問題のない父子関係】は『問題のない関係』から構成された。

【不明】は『不明』から構成された。

メランコリー型うつ病患者の父子関係として9つのカテゴリーが見出され、それらはさらに5つのユニットにまとめられた。【死別・離別の有無】は『死別』と『死別していない』『一概に言えない』から構成された。【希薄な父子関係】は『希薄な関係』と『疎遠な関係』から構成された。【ネガティブな父子関係】は『厳しい父親との関係』と『受容しない父親との関係』から構成された。【問題のない関係】は『問題のない関係』から構成された。【不明】は『不明』から構成された。

境界性パーソナリティ障害患者の父子関係として9つのカテゴリーが見出され、それらはさらに4つのユニットにまとめられた。【死別・離別の有無】は『離別』と『離別していない』から構成された。【希薄な父子関係】は『希薄な関係』と『距離をとる父親との関係』から構成された。【ネガティブな父子関係】は『父親の感情に振り回される関係』と『父親から過度な干渉を受ける関係』『遠慮する父親との関係』から構成された。【問題のない関係】は『母性的な父親との関係』と『保護される関係』から構成された。



Table 6  
各疾患における父子関係の分析結果

ユニット名	非定型うつ病	メラニコリー型うつ病	境界性パーソナリティ障害
死別・離別の有無	<p><b>離別</b> 「B: 幼い頃に両親が離婚」 <b>離別していない</b> 「E: お父さんはいた」</p>	<p><b>死別</b> 「E: 亡くなって」 <b>死別していない</b> 「A: 死別していることはあまりない」 <b>一概に言えない</b> 「B: 死別している人もいない人もいる」</p>	<p><b>離別</b> 「E: 両親は離婚」 <b>離別していない</b> 「B: 大体お父さんはいる」</p>
希薄な父子関係	<p><b>希薄な関係</b> 「E: すごく希薄な関係」</p>	<p><b>希薄な関係</b> 「E: 父親との関係は希薄」 <b>疎遠な関係</b> 「A: 頻繁に行き来しているという事はない」</p>	<p><b>希薄な関係</b> 「C: お父さんとの関係は希薄」 <b>距離をとる父親との関係</b> 「D: お父さんは避ける感じ」</p>
ネガティブな父子関係	<p><b>体面を気にする父親との関係</b> 「A: 父親は体面ばかりきにする」 <b>十分に理解されない関係</b> 「A: お母さんからしたら、全然息子のことをわからうとしていない父親」 <b>不満を抱く関係</b> 「E: 父親に対して不満はあった」 <b>父親への依存関係</b> 「A: 環境を変える対処を子どもに提案して、子どもそれぞれにのっっていく」</p>	<p><b>厳しい父親との関係</b> 「B: お父さんもかっさりしていて、まじめで厳しいという感じ」 <b>受容しない父親との関係</b> 「E: 頭ごなしに否定されることは多くて」</p>	<p><b>父親の感情に振り回される関係</b> 「A: 父親は思い通りにならないと感情を爆発させる」 <b>父親から過度な干渉を受ける関係</b> 「A: 自分の思い通り、思っている方針を認めさせたり」 <b>遠慮する父親との関係</b> 「D: 両親も我慢してるといふか、言いなりにならざるをえない」</p>
問題のない父子関係	<p><b>問題のない関係</b> 「E: 関係が悪いわけじゃない」</p>	<p><b>問題のない関係</b> 「A: さほど問題になるようなことはない」</p>	<p><b>母性的な父親との関係</b> 「B: やさしい、母性的なお父さん」 <b>保護される関係</b> 「B: お父さんはすごく自分のことをかばってくれた」</p>
不明	<p><b>不明</b> 「C: わかりません」</p>	<p><b>不明</b> 「C: わかりません」</p>	

注) 太字はカテゴリー名、括弧内はラベルの例を示す

### 3. 母子関係

Table 7は各疾患について報告された母子関係の分析結果を示したものである。非定型うつ病患者の母子関係として11のカテゴリーが見出され、それらはさらに6つのユニットにまとめられた。【死別・離別の有無】は『離別していない』から構成された。【強硬な母親との関係】は『過干渉な母親との関係』から構成された。【振り回し合う母子関係】は『母親を操作しようとする関係』と『母親へしがみつこうとする関係』『子どもへ依存する母親との関係』から構成された。【不安定な母子関係】は『対立関係』と『アンビバレントな関係』から構成された。【子どもへの支援が不十分な母親との関係】は『関心を向けない母親との関係』と『助けてくれない母親との関係』『疎遠な関係』から構成された。【不明】は『不明』から構成された。

メランコリー型うつ病患者の母子関係として8つのカテゴリーが見出され、それらはさらに4つのユニットにまとめられた。【死別・離別の有無】は『死別』と『死別していない』から構成された。【強硬な母親との関係】は『厳しい母親との関係』と『受容しない母親との関係』から構成された。【問題のない母子関係】は『母親への依存関係』と『拒絶されない関係』『問題のない関係』から構成された。【不明】は『不明』から構成された。

境界性パーソナリティ障害患者の母子関係として13のカテゴリーが見出され、それらはさらに5つのユニットにまとめられた。【死別・離別の有無】は『離別していない』から構成された。【強硬な母親との関係】は『侵入的な母親との関係』と『評価する母親との関係』から構成された。【振り回し合う母子関係】は『操作的な母親との関係』と『母親を操作しようとする関係』『我慢する母親との関係』『見捨てられ不安を抱く関係』『密着した関係』から構成された。【不安定な母子関係】は『対立関係』と『母親との不安定な関係』『不安定な母親との関係』から構成された。【問題のない母子関係】は『基本的な養育を受ける関係』と『献身的な母親との関係』から構成された。

Table 7

## 各疾患における母子関係の分析結果

ユニット名	非定型うつ病	メランコリー型うつ病	境界性パーソナリティ障害
死別・離別の有無	死別 「D：他界」 死別していない 「B：お母さんがいないケースは少ない」	死別 「D：他界」 死別していない 「B：お母さんがいないケースは少ない」	死別 「D：他界」 死別していない 「B：お母さんがいないケースは少ない」
強硬な母親との関係	過干渉な母親との関係 「A：お母さんが準備したものをという感じ。息子の方は、過干渉でうるさいと言いながらも自立できん」	過干渉な母親との関係 「D：お母さんになれといわれ、しつこくは厳しかった」 受容しない母親との関係 「E：親は自分のことをあんまり認めてくれなかつた」	過干渉な母親との関係 「D：お母さんになれといわれ、しつこくは厳しかった」 受容しない母親との関係 「E：親は自分のことをあんまり認めてくれなかつた」
振り回し合う母子関係	母親を操作しようとする関係 「A：思いっきり操作されてくれる親」 母親へしがみつき操作しようとする関係 「D：お母さんのことが絶えず気になって、お母さんが視界にいないと不安になる」 子どもへ依存する母親との関係 「B：お母さんも子どもを頼りにしている」	母親を操作しようとする関係 「A：思いっきり操作されてくれる親」 母親へしがみつき操作しようとする関係 「D：お母さんのことが絶えず気になって、お母さんが視界にいないと不安になる」 子どもへ依存する母親との関係 「B：お母さんも子どもを頼りにしている」	母親を操作しようとする関係 「A：思いっきり操作されてくれる親」 母親へしがみつき操作しようとする関係 「D：お母さんのことが絶えず気になって、お母さんが視界にいないと不安になる」 子どもへ依存する母親との関係 「B：お母さんも子どもを頼りにしている」
不安定な母子関係	対立関係 「D：近づきすぎるとけんか」 アンビバレントな関係 「B：アンビバレント」	対立関係 「D：殴り合いのケンカする」 母親との不安定な関係 「E：お母さんとの関係はすごく劣悪」 不安定な母親との関係 「C：母親もボーターライン」	対立関係 「D：殴り合いのケンカする」 母親との不安定な関係 「E：お母さんとの関係はすごく劣悪」 不安定な母親との関係 「C：母親もボーターライン」
子どもへの支援が不十分な母親との関係	関心を向けられない母親との関係 「A：少々うつ病になったぐらいで全然響かなくて無関心のまま」 助けてくれない母親との関係 「E：自分が大変な時に親は何にもしてくれなかつた」 疎遠な関係 「B：(母親は) 統合失調症で発症してから離れて住んでる」	関心を向けられない母親との関係 「A：少々うつ病になったぐらいで全然響かなくて無関心のまま」 助けてくれない母親との関係 「E：自分が大変な時に親は何にもしてくれなかつた」 疎遠な関係 「B：(母親は) 統合失調症で発症してから離れて住んでる」	関心を向けられない母親との関係 「A：少々うつ病になったぐらいで全然響かなくて無関心のまま」 助けてくれない母親との関係 「E：自分が大変な時に親は何にもしてくれなかつた」 疎遠な関係 「B：(母親は) 統合失調症で発症してから離れて住んでる」
問題のない母子関係	母親への依存関係 「B：お母さんは世話をするし、本人もそれに頼る」 拒絶されない関係 「B：お母さんが厳しくして突き放すっていうようなことはあんまりない」 問題のない関係 「B：そんなに病理的な感じをうけない」 不明 「A：気になるエピソードもない」	母親への依存関係 「B：お母さんは世話をするし、本人もそれに頼る」 拒絶されない関係 「B：お母さんが厳しくして突き放すっていうようなことはあんまりない」 問題のない関係 「B：そんなに病理的な感じをうけない」 不明 「A：気になるエピソードもない」	母親への依存関係 「B：お母さんは世話をするし、本人もそれに頼る」 拒絶されない関係 「B：お母さんが厳しくして突き放すっていうようなことはあんまりない」 問題のない関係 「B：そんなに病理的な感じをうけない」 不明 「A：気になるエピソードもない」
問題のない母子関係	基本的な養育を受ける関係 「B：面倒はみている」 献身的な母親との関係 「A：本人のために何でもしてあげたい」	基本的な養育を受ける関係 「B：面倒はみている」 献身的な母親との関係 「A：本人のために何でもしてあげたい」	基本的な養育を受ける関係 「B：面倒はみている」 献身的な母親との関係 「A：本人のために何でもしてあげたい」
不明	不明 「C：わかりません」	不明 「C：わかりません」	不明 「C：わかりません」

(注) 太字はカタゴリー一名，括弧内はラベルの例を示す

#### 4. 防衛機制

Table 8 は各疾患について報告された防衛機制的分類結果を示したものである。非定型うつ病患者については 11 種類の防衛機制が言及され、それらはさらに 5 つのユニットにまとめられた。【精神病水準の防衛機制】については『原始的防衛機制』『投影』『投影同一化』『否認』『分裂』『躁的防衛』が得られた。【未熟な水準の防衛機制】については『退行』が得られた。【神経症水準の防衛機制】については『抑圧』『合理化』『反動形成』が得られた。【成熟した水準の防衛機制】については『回避』が得られた。【不明】については『不明』が得られた。

メランコリー型うつ病患者については 7 種類の防衛機制が言及され、それらは 4 つのユニットにまとめられた。【精神病水準の防衛機制】については『投影同一化』が得られた。【神経症水準の防衛機制】については『抑圧』『隔離』『置き換え』『知性化』が得られた。【成熟した水準の防衛機制】については『回避』が得られた。【不明】については『不明』が得られた。

境界性パーソナリティ障害患者については 10 種類の防衛機制が言及され、それらは 4 つのユニットにまとめられた。【精神病水準の防衛機制】については『原始的防衛機制』『投影』『投影同一化』『否認』『分裂』が得られた。【未熟な水準の防衛機制】については『退行』が得られた。【神経症水準の防衛機制】については『抑圧』『合理化』『解離』が得られた。【成熟した水準の防衛機制】については『回避』が得られた。

Table 8  
各疾患における防衛機制の分類結果

ユニット名	非定型うつ病	メラニコリー型うつ病	境界性パーソナリティ障害
精神病水準の 防衛機制	原始的防衛機制 「C：原始的防衛機制」	投影同一化 「C：投影同一化」	原始的防衛機制 「B：原始的防衛機制」
	投影 「D：投影」		投影 「A：投影」
	投影同一化 「A：投影同一視」		投影同一化 「E：投影同一化」
	否認 「A：否認」		否認 「D：否認」
	分裂 「A：分裂」		分裂 「A：分裂」
未熟な水準の 防衛機制	疎的防衛 「C：マニックディフェンス」		
	退行 「E：退行」		退行 「D：退行」
	抑圧 「D：抑圧」	抑圧 「E：抑圧」	抑圧 「D：抑圧」
	合理化 「E：合理化」	隔離 「D：隔離」	合理化 「D：合理化」
	反動形成 「D：反動形成」	置き換え 「E：置き換え」 知性化 「E：知性化」	解離 「A：解離」
成熟した水準の 防衛機制	回避 「A：回避」	回避 「A：回避」	回避 「D：回避」
	不明 「B：一概には言えない」	不明 「B：一概には言えない」	

注) 太字はカテゴリー名，括弧内はラベルの例を示す

## 第4節 考察

本研究の目的は、メランコリー型うつ病患者や境界性パーソナリティ障害患者との比較を行いながら、非定型うつ病患者の自我機能と親子関係、防衛機制の特徴を明らかにし、上述した仮説の妥当性を検討することであった。以下では、(1) 他疾患との比較から推測される非定型うつ病患者の特徴を考察し、さらに (2) メランコリー型うつ病患者との比較による仮説の妥当性の検討、(3) 境界性パーソナリティ障害患者との比較による仮説の妥当性の検討を行う。

### 1. 非定型うつ病患者の自我機能

(1) 【自我機能の性質】を確認すると、非定型うつ病患者は揺れ動きやすい脆弱な自我であった。これは、メランコリー型うつ病患者の脆弱な自我および肥大した超自我や、境界性パーソナリティ障害患者の不安定で揺れ動く脆弱な自我と部分的に類似していた。したがって、非定型うつ病患者の自我機能の性質に特徴的な点は見当たらない。一方、【自我の機能状態】を確認すると、非定型うつ病患者はメランコリー型うつ病患者に比べて自我の機能状態が悪く、境界性パーソナリティ障害患者に比べて自我の機能状態が良いことから、疾患間に差異が認められた。したがって、自我の機能状態の違いが非定型うつ病患者に特徴的な可能性がある。

(2)(3) 本論文では Kernberg (1976) の性格病理構造や DSM-5 の診断基準から、非定型うつ病患者の自我機能がメランコリー型うつ病患者に比べて低く、境界性パーソナリティ障害患者に比べて高いと仮定した。本研究の【自我の機能状態】の結果から、仮説の妥当性は認められたといえる。上述したように、自我機能は様々な機能を含むため、社会適応能力と関連する。したがって、非定型うつ病患者はメランコリー型うつ病患者に比べて社会適応能力が劣るものの、境界性パーソナリティ障害患者に比べて高い社会適応能力を有することが明らかとなった。

### 2. 非定型うつ病患者の父子関係

(1) 【死別・離別の有無】を確認すると、いずれの患者にも死別や離別の有無が認められた。したがって、このユニットにおいて非定型うつ病患者に特徴的な父子関係は認められ

なかった。同様に、【希薄な父子関係】および【問題のない関係】においても、各疾患のカテゴリーは類似していた。よって、これらのユニットにおいて非定型うつ病患者に特徴的な父子関係は認められなかった。一方、【ネガティブな父子関係】では各疾患において異なるカテゴリーが認められた。

【ネガティブな父子関係】を確認すると、非定型うつ病患者の父子関係は子どものことを十分に理解しない父親との関係であり、子どもは父親への不満を募らせていた。一方、メランコリー型うつ病患者の父子関係は、厳しく受容することが少ない父親との関係であった。他方、境界性パーソナリティ障害患者の父子関係は子どもに対して過干渉で感情的に子どもを振り回す父親との関係であった。

福西・福西 (2013) は、非定型うつ病患者が幼少期から思春期にかけて親にわかってもらえなかった経験を積み重ねていることから、彼らが父親との未解決な葛藤を抱えている可能性を指摘している。したがって、本研究で明らかにされた十分に理解されずに不満が高まるような父子関係は、非定型うつ病患者に特徴的であると考えられる。しかし、メランコリー型うつ病患者の厳しく受容しない父親との関係、あるいは境界性パーソナリティ障害患者の過干渉で振り回してくる父親との関係においても、患者は父親から十分に理解されていないと感じる可能性がある。そのため、本研究で明らかにされた父子関係が非定型うつ病患者に特徴的であると断言できない。

(2) 本論文では福西 (2014) の知見から、非定型うつ病患者はメランコリー型うつ病患者に比べて愛情の乏しい過保護な養育を父親から受けており、父子関係が不安定であると予想した。結果を確認すると、メランコリー型うつ病患者の父子関係には【ネガティブな父子関係】の中に『厳しい父親との関係』や『受容しない父親との関係』が認められた。したがって、メランコリー型うつ病患者は愛情の乏しい過保護な養育を受けていた可能性がある。一方、非定型うつ病患者の父子関係には【ネガティブな父子関係】の中に『体面を気にする父親との関係』や『十分に理解されない関係』『不満を抱く関係』が認められた。したがって、非定型うつ病患者も愛情の乏しい過保護な養育を受けていた可能性がある。さらに、非定型うつ病患者には『父親への依存関係』が認められることから、メランコリー

一型うつ病患者の父子関係に比べて不安定な可能性がある。よって、部分的ではあるものの、仮説の妥当性が認められたといえる。ただし、この仮説をより確かなものにするためには、父親が提供する養育の実際を検討する必要があると考えられる。

(3) 本論文では Masterson (1981 富山・尾崎訳 1990) の知見から、非定型うつ病患者の父子関係は境界性パーソナリティ障害患者と同様に、見捨てられ不安や分離不安を感じる関係と予想した。結果を確認すると、境界性パーソナリティ障害患者の父子関係には【希薄な関係】が認められ、【ネガティブな父子関係】の中に『父親の感情に振り回される関係』が認められた。したがって、境界性パーソナリティ障害患者は見捨てられ不安や分離不安を抱えている可能性がある。同様に、非定型うつ病患者の父子関係には【希薄な関係】が認められ、【ネガティブな父子関係】の中に『十分に理解されない関係』が認められたことから、非定型うつ病患者も見捨てられ不安や分離不安を抱えている可能性がある。ただし、いずれの患者にも【問題のない父子関係】が認められたことから、彼らが見捨てられ不安や分離不安を感じていない可能性もある。したがって、本研究の結果から、仮説の妥当性が認められたと断言できない。

### 3. 非定型うつ病患者の母子関係

(1) 【死別・離別の有無】を確認すると、メランコリー型うつ病患者にのみ、『死別』に関するカテゴリーが認められた。しかし、このカテゴリーは非定型うつ病患者のみならず、境界性パーソナリティ障害患者においても認められていない。したがって、このユニットにおいて非定型うつ病患者に特徴的な母子関係は認められなかった。

【強硬な母親との関係】を確認すると、非定型うつ病患者の母子関係は過干渉な母親との関係であった。一方、メランコリー型うつ病患者の母子関係は子どもに対して厳しく受容しない母親との関係であった。他方、境界性パーソナリティ障害患者の母子関係は侵入的で評価してくる母親との関係であった。この結果から、非定型うつ病患者と境界性パーソナリティ障害患者の母子関係は部分的に類似していると考えられる。したがって、過干渉な母親との関係が非定型うつ病患者に特徴的であると断言できない。

【振り回し合う母子関係】は非定型うつ病患者と境界性パーソナリティ障害患者にのみ



認められた。カテゴリーを確認すると、非定型うつ病患者は母親を操作することがあるものの、相互依存的な母子関係であった。一方、境界性パーソナリティ障害患者は密着して操作し合う母子関係であった。したがって、両疾患の母子関係は部分的に類似すると考えられる。同様に、【不安定な母子関係】は非定型うつ病患者と境界性パーソナリティ障害患者にのみ認められ、カテゴリーは類似していた。したがって、【振り回し合う母子関係】や【不安定な母子関係】が非定型うつ病患者に特徴的な母子関係とは言えない。

【子どもへの支援が不十分な母親との関係】は非定型うつ病患者にのみ認められた。さらに、【問題のない母子関係】は非定型うつ病患者にのみ認められなかった。このような関係は、ネグレクトと一部関連する可能性がある。実際に福西 (2014) や Matza et al. (2003) から、非定型うつ病患者は他のうつ病患者に比べてネグレクトをより多く経験していることが明らかにされている。したがって、子どもへの関心や支援が不十分な母親、および子どもへの基本的な養育が欠如した母親との関係は、非定型うつ病患者に特徴的な可能性がある。ただし、被虐待経験の多さは境界性パーソナリティ障害にも指摘されている (Gabbard, 1994 館監訳 1997)。したがって、非定型うつ病患者の母子関係の特徴を明確にするためには、母親が提供する養育および支援の実際を検討し、改めて境界性パーソナリティ障害患者と比較する必要がある。

(2) 本論文では福西 (2014) の知見から、非定型うつ病患者はメランコリー型うつ病患者に比べて愛情の乏しい過保護な養育を受けており、不安定な母子関係であると予想した。結果を確認すると、メランコリー型うつ病患者には【強硬な母親との関係】の中に『厳しい母親との関係』や『受容しない母親との関係』が認められた。したがって、メランコリー型うつ病患者は愛情の乏しい過保護な養育を受けていた可能性がある。一方、非定型うつ病患者には【子どもへの支援が不十分な母親との関係】が認められ、【強硬な母親との関係】の中に『過干渉な母親との関係』が認められたことから、非定型うつ病患者も愛情の乏しい過保護な養育を受けていた可能性がある。ただし、非定型うつ病患者には【振り回し合う母子関係】や【不安定な関係】が認められ、【問題のない母子関係】が認められなかったことから、メランコリー型うつ病患者に比べてより不安定な母子関係であると推察さ

れる。したがって、仮説の妥当性は認められたと考えられる。

(3) 本論文では Masterson (1981 富山・尾崎訳 1990) の知見から、非定型うつ病患者の母子関係は境界性パーソナリティ障害患者と同様に、見捨てられ不安や分離不安を感じる関係と予想した。結果を確認すると、境界性パーソナリティ障害患者には【振り回し合う母子関係】の中に『見捨てられ不安を抱く関係』が認められ、【不安定な母子関係】の中に『不安定な母親との関係』が認められた。したがって、境界性パーソナリティ障害患者は見捨てられ不安や分離不安を抱いている可能性がある。同様に、非定型うつ病患者には【振り回し合う母子関係】の中に『母親へしがみつこうとする関係』が認められ、【不安定な母子関係】の中に『アンビバレントな関係』が認められたことから、非定型うつ病患者も見捨てられ不安や分離不安を抱いている可能性がある。したがって、仮説の妥当性は認められたと考えられる。ただし、非定型うつ病患者にのみ【子どもへの支援が不十分な母親との関係】が認められ、【問題のない母子関係】が認められなかったことから、この仮説をより確かなものにするためには、母親が提供する養育の実際を検討する必要がある。

#### 4. 非定型うつ病患者の防衛機制

(1) 結果を確認すると、非定型うつ病患者は『投影』や『投影同一化』『否認』『分裂』『躁的防衛』『退行』『抑圧』『合理化』『反動形成』『回避』を用いることが明らかとなった。一方、メランコリー型うつ病患者は『投影同一化』や『抑圧』『隔離』『置き換え』『知性化』『回避』を使用することが明らかとなり、これらは非定型うつ病患者と大きく異なっていた。他方、境界性パーソナリティ障害患者は『投影』や『投影同一化』『否認』『分裂』『退行』『抑圧』『合理化』『解離』『回避』を用いることが明らかとなり、非定型うつ病患者との違いはわずか2点のみであった。したがって、境界性パーソナリティ障害患者の防衛機制と近似する点が、非定型うつ病患者の防衛機制の特徴と考えられる。

(2) 本論文では林他 (in press) の知見から、非定型うつ病患者はメランコリー型うつ病患者に比べて、より低次の防衛機制を用いると予想した。【精神病水準の防衛機制】や【未熟な水準の防衛機制】を確認すると、非定型うつ病患者には7つの防衛機制が認められた。一方、メランコリー型うつ病患者は『投影同一化』のみであった。本研究では防衛機制の

使用頻度を尋ねていないため、結果の解釈は限定的ではあるものの、仮説の妥当性は認められたといえる。

(3) 本論文では林他 (in press) の知見から、非定型うつ病患者の用いる防衛機制は境界性パーソナリティ障害患者と類似し、主に精神病水準であると予想した。結果を確認すると、非定型うつ病患者と境界性パーソナリティ障害患者の違いは2点のみであった。加えて、いずれの患者においても、使用する防衛機制のおよそ半数は【精神病水準の防衛機制】に分類されていた。本研究では防衛機制の使用頻度を尋ねていないため、結果の解釈は限定的ではあるものの、仮説の妥当性は認められたといえる。

Table 2 に示したように、非定型うつ病患者は他罰的態度を示し対人関係は不安定である。Klein (1946 小此木・岩崎編訳 1985) によると、投影同一化などの精神病水準の防衛機制は葛藤やストレスを排出することで即座の安堵を得るために用いられると考えられている。また、Kernberg (1975) は分裂や理想化、脱価値化などの精神病水準の防衛機制によって、対人関係が不安定になる可能性を指摘している。このように、非定型うつ病患者の病像と精神病水準の防衛機制が働いている状態は類似することから、非定型うつ病患者の不適切状態には、精神病水準の防衛機制が影響していると推察される。

## 第5節 本章のまとめ

本章では非定型うつ病患者の自我機能と親子関係、防衛機制の特徴を明らかにしながら、第1部で示した仮説の妥当性を検討した。その結果、非定型うつ病患者の父子関係は父親から理解されずに不満が募る関係であることが明らかとなった。一方、母子関係は基本的な養育や支援が不十分な母親との関係であることが明らかとなった。さらに、これらの関係性をメランコリー型うつ病患者や境界性パーソナリティ障害患者と比較したところ、上記の仮説は概ね妥当であると考えられた。ただし、非定型うつ病患者の親子関係に関する特徴や、非定型うつ病患者と他疾患との差異をより明確にするためには、父母が提供する養育の実際を検討する必要があると考えられた。他方、非定型うつ病患者の自我機能や防衛機制に関する特徴は明らかになり、限定的ではあるものの仮説の妥当性が認められた。

すなわち、非定型うつ病患者の自我機能はメランコリー型うつ病患者に比べて低く、境界性パーソナリティ障害患者に比べて高いことが明らかとなった。さらに、非定型うつ病患者はメランコリー型うつ病患者に比べてより低次の防衛機制を用い、境界性パーソナリティ障害患者と同様に、主に精神病水準の防衛機制を用いると考えられた。したがって以下の研究では、自我機能と防衛機制に絞り、非定型うつ病傾向者の心理機序を明らかにする。

## 第2章 非定型うつ病傾向者の自我機能および防衛機制

### 第1節 非定型うつ病傾向者の自我機能 (研究2)

#### 1. 研究2の目的

本研究はメランコリー型うつ病傾向者や境界性パーソナリティ障害傾向者との比較を通して、非定型うつ病傾向者の自我機能を明らかにすることを目的とする。なお、研究2は Hayashi, Takei, Fujimori, Takeuchi, & Hono (2017) を加筆修正したものである。

#### 2. 方法

##### 2-1. 調査協力者および調査期間

青年期後期の健常者 278 名を対象に質問紙調査を実施した。そのうち、記入漏れのあるものを除外した有効回答数は 244 名 (男性 77 名, 女性 167 名, 平均年齢 19.8 歳,  $SD=1.2$ ) であった。調査期間は 2017 年 1 月から 2 月であった。

##### 2-2. 倫理的配慮

本研究は川崎医療福祉大学倫理委員会の承認を得た上で行われた (承認番号: 16-063)。調査の内容や調査への参加および不参加の自由などについて口頭で説明し、同意が得られた者に回答を求めた。

##### 2-3. 質問紙の構成

本研究の質問紙はフェイスシートと以下の 3 つの尺度から構成された。フェイスシートには、性別と年齢を記入する欄を設けた。

(1) うつ病の型を評価するために、グローバルうつ病評価尺度 (以下, GSD; 福西・福西, 2012a) を使用した。GSD は 30 項目からなり, 2 つの段階に分けてうつ病を評価する尺度である。第一段階では, うつ病の有無および程度を 17 項目から評価する。回答は「まったくない (1 点)」から「しばしばある (3 点)」までの 3 件法で求め, 30 点以上が軽度, 37 点以上が中等度, 44 点以上が重度のうつ病と評価される。第二段階ではうつ病の型を 13 項目から評価する。各項目には, 非定型うつ病像に該当する回答 (-1 点), どちらにもあてはまらない回答 (0 点), メランコリー型うつ病像に該当する回答 (+1 点) が設けられている。したがって, 負の得点が高いほど非定型うつ病像が強く, 正の得点が高いほどメランコリー

一型うつ病像が強いことを示す。さらに、-3点以下は非定型うつ病像、+3点以上はメランコリー型うつ病像と評価される。また、GSDは第一段階のカットオフに達していない場合でも、第二段階でうつ病の病像を特定することが可能と考えられている。例えば、第二段階においてのみ非定型うつ病のカットオフに達した場合、「この状態はうつ病と診断できないが、呈している病像は非定型うつ病の病像と解釈可能」とされている。本研究の目的は、非定型うつ病傾向者の自我機能を明らかにすることである。したがって、本研究では第二段階のカットオフのみを用い、このカットオフに達したものを非定型うつ病傾向者あるいはメランコリー型うつ病傾向者とした。なお、GSDの信頼性と妥当性は福西・福西(2012a)によって確認されている。

本研究は健常者を対象に臨床的知見を用いるため、アナログ研究に位置づけられる。上述したように、うつ病の連続性は多くの研究において認められている(例えば、Hankin et al., 2005; Okumura et al., 2009)。その一方、Haslam(2007)によると、うつ病の連続性はうつ病の型や測定方法によって異なる可能性が指摘されている。本研究で用いるGSDは、非定型うつ病あるいはメランコリー型うつ病に特徴的な病像を質問項目として設け、そこからうつ病の型を特定する尺度である。したがって、これまで用いられてきたうつ病の重症度を測定する尺度とは異なり、連続性が保持できる測定法であると考えられる。

(2) 境界性パーソナリティ障害の有無を評価するために、ミロン臨床多軸目録境界性スケールの日本語版(以下、MCMI; 井沢・大野・浅井・小此木, 1995)を使用した(添付資料1)。この尺度は、Millon(1987)によって作成されたMCMI-II Borderline Scaleを項目分析の結果に基づいて短縮したものである。MCMIは17項目からなり、回答は「あてはまる(1点)」と「あてはまらない(0点)」の2件法で求めた。また、MCMIにはカットオフポイントが設けられており、10点以上は境界性パーソナリティ障害と評価される。なお、MCMIの信頼性と妥当性は井沢他(1995)や井沢(1999)によって繰り返し確認されている。

上述のように、本研究はアナログ研究に位置づけられる。Haslam(2007)によると境界性パーソナリティ障害の健常群から臨床群への連続性は認められている。

(3) 自我機能を測定するために、自我機能調査票(以下、EFI; 中西・佐方, 1989)を使用

した (添付資料 2)。この尺度は Bellak et al. (1973) によって作成された自我機能調査票を邦訳し、不適切な項目の削除と虚偽項目の追加が行われた中西・古市 (1981) の調査票をさらに改訂したものである。この改訂では、項目の文章表現が修正され、各機能を測定する項目数が削減されている。EFI は 42 項目からなり、回答は「まったくあてはまらない (1 点)」から「とてもよくあてはまる (5 点)」の 5 件法で求めた。合計点が高いほど、自我が全体として円滑に機能していることを示す。さらに EFI は自我の諸機能とされる①総合・統合機能および支配・有能性、②現実感覚、③衝動統制、④対象関係、⑤防衛機能、⑥刺激障壁、⑦自律的機能を各 6 項目から測定でき、得点が高いほどより良く機能していることを示す。なお、EFI の信頼性と妥当性は中西・佐方 (1989) によって確認されている。

### 3. 結果

#### 3-1. 各群の分類

GSD の第二段階および MCMI のカットオフを用いて群分けを行った。その際、複数の群に重複して分類されうる 12 名のデータは除外した。その結果、非定型うつ病像を示す非定型うつ病傾向群は男性 11 名、女性 22 名の計 33 名 (13.5%)、メランコリー型うつ病像を示すメランコリー型うつ病傾向群は男性 16 名、女性 30 名の計 46 名 (18.9%)、境界性パーソナリティ障害の症状を示す境界性パーソナリティ障害傾向群は男性 5 名、女性 3 名の計 8 名 (3.3%)、どの病像も示さない非傾向群は男性 43 名、女性 102 名の計 145 名 (59.4%) となった。

#### 3-2. 性差の確認

各尺度の性差を確認するために  $t$  検定を行った。その結果、男性は女性に比べて「総合・統合機能および支配・有能性」の得点が有意に低かった ( $t(229) = 3.41, p < .001$ )。この結果は、中西・佐方 (1989) の結果と同様であった。一方、男性は女性に比べて「衝動統制」の得点が有意に高かった ( $t(229) = 2.71, p < .01$ )。中西・佐方 (1989) によると、「衝動統制」は男女ともに 30 代前後まで低下した後、徐々に上昇するとされる。加えて中西・古市 (1981) では、年齢が低くなるほど男性の「衝動統制」は女性に比べて高くなることが明らかにされている。したがって、本研究で認められた「総合・統合機能および支配・有能性」と「衝

動統制」における性差は、特徴的な結果ではないと考えられる。Table 9 に性別ごとの平均値および標準偏差を示した。

Table 9  
性別ごとの平均値および標準偏差

	男性 (N=74)	女性 (N=157)
GSD		
第一段階	29.70 (7.42)	30.79 (7.60)
第二段階	26.49 (2.81)	26.34 (2.89)
MCFI	3.91 (3.28)	3.24 (2.80)
EFI	132.90 (18.33)	129.61 (18.99)
総合・統合機能	16.66 (3.53)	18.37 (3.57)
支配・有能性		
現実感覚	19.45 (4.05)	19.82 (4.53)
衝動統制	19.14 (4.36)	17.54 (4.11)
対象関係	18.50 (3.79)	18.50 (3.87)
防衛機能	18.88 (3.52)	18.59 (3.37)
刺激障壁	20.70 (3.98)	19.86 (4.25)
自律的機能	16.77 (3.61)	16.94 (3.60)

### 3-3. 自我機能の差異

本研究の目的は、メランコリー型うつ病傾向者や境界性パーソナリティ障害傾向者との比較を通して、非定型うつ病傾向者の自我機能を明らかにすることであった。そのため、独立変数を疾患傾向群 (非定型うつ病傾向群・メランコリー型うつ病傾向群・境界性パーソナリティ傾向群・非傾向群)、従属変数を EFI の平均値とする一要因分散分析を行った。その結果、有意な主効果が認められた ( $F(3, 227) = 9.14, p < .001$ )。Bonferroni の方法による多重比較を行ったところ、非定型うつ病傾向群やメランコリー型うつ病傾向群、非傾向群は境界性パーソナリティ障害傾向群に比べて、有意に得点が高かった (順に、 $p < .01$ ;  $p < .05$ ;  $p < .01$ )。また、メランコリー型うつ病傾向群は非傾向群に比べて、有意に得点が低かった ( $p < .05$ )。

自我機能をより詳しく検討するために、独立変数を疾患傾向群 (非定型うつ病傾向群・メ



ランコリー型うつ病傾向群・境界性パーソナリティ傾向群・非傾向群), 従属変数を EFI の各下位尺度得点の平均値とする一要因分散分析を行った。その結果, 「総合・統合機能および支配・有能性」「現実感覚」「衝動統制」「防衛機能」「刺激障壁」「自律的機能」において, 有意な主効果が認められた (順に,  $F(3, 227) = 4.39, p < .01$ ;  $F(3, 227) = 8.12, p < .001$ ;  $F(3, 227) = 5.77, p < .001$ ;  $F(3, 227) = 7.99, p < .001$ ;  $F(3, 227) = 5.39, p < .001$ ;  $F(3, 227) = 7.36, p < .001$ )。Bonferroni の方法による多重比較を行ったところ, 「現実感覚」および「防衛機能」において, 非定型うつ病傾向群や非傾向群は境界性パーソナリティ障害傾向群に比べて有意に得点が高く ( $p < .05$ ), メランコリー型うつ病傾向群は非傾向群に比べて有意に得点が低かった ( $p < .01$ )。さらに「自律的機能」において, 非定型うつ病傾向群やメランコリー型うつ病傾向群, 非傾向群は境界性パーソナリティ障害傾向群に比べて有意に得点が高かった ( $p < .01$ )。一方, 「総合・統合機能および支配・有能性」や「衝動統制」において, メランコリー型うつ病傾向群や非傾向群は境界性パーソナリティ障害傾向群に比べて有意に得点が高かった ( $p < .05$ )。また, 「刺激障壁」において, 非傾向群は境界性パーソナリティ障害傾向群やメランコリー型うつ病傾向群に比べて, 有意に得点が高かった (順に,  $p < .01$ ;  $p < .05$ )。Table 10 に EFI の合計点および各下位尺度得点の平均値と標準偏差を示した。

Table 10  
各群の平均値および標準偏差

	疾患傾向群			
	非定型うつ病 傾向群 (N=33)	メランコリー型 うつ病傾向群 (N=46)	境界性パーソナリティ 障害傾向群 (N=8)	非傾向群 (N=145)
EFI	128.30 (12.71)	124.30 (17.70)	103.63 (14.67)	133.29 (18.87)
総合・統合機能				
支配・有能性	16.70 (3.10)	18.17 (3.57)	14.25 (2.25)	18.17 (3.69)
現実感覚	19.97 (3.93)	17.72 (4.52)	15.38 (4.84)	20.49 (4.09)
衝動統制	16.61 (5.40)	18.30 (3.87)	13.25 (4.59)	18.57 (3.82)
対象関係	18.85 (2.95)	17.46 (3.75)	18.50 (6.35)	18.75 (3.85)
防衛機能	19.21 (3.64)	17.39 (3.07)	14.63 (2.00)	19.21 (3.28)
刺激障壁	20.15 (4.21)	18.87 (4.48)	16.00 (3.87)	20.72 (3.90)
自律的機能	16.82 (3.06)	16.39 (3.49)	11.63 (2.13)	17.37 (3.57)

## 4. 考察

本研究の目的は、メランコリー型うつ病傾向者や境界性パーソナリティ障害傾向者との比較を通して、非定型うつ病傾向者の自我機能を明らかにすることであった。したがって、以下の考察では、非定型うつ病傾向者とメランコリー型うつ病傾向者あるいは境界性パーソナリティ障害傾向者との比較を主に取り上げる。

### 4-1. 自我機能の差異

本論文では、Kernberg (1976) の性格病理構造や DSM-5 の診断基準から、非定型うつ病患者の自我機能は境界性パーソナリティ障害患者に比べて高いと予想し、研究 1 において仮説の妥当性が認められた。本研究の結果から、非定型うつ病傾向者は境界性パーソナリティ障害傾向者に比べて、EFI 合計点が有意に高いことが認められ、両疾患の違いは傾向者においても変わらないことが明らかとなった。中西・佐方 (1989) によると、EFI の合計点は自我の全体的な機能状態や個人の社会適応能力を示すとされる。したがって、非定型うつ病傾向者は境界性パーソナリティ障害傾向者に比べて、高い社会適応能力を有すると考えられる。

同様に本論文では、非定型うつ病患者の自我機能はメランコリー型うつ病患者に比べて低いと予想し、研究 1 において仮説の妥当性が認められた。しかし、本研究において非定型うつ病傾向者とメランコリー型うつ病傾向者の差異は認められなかった。それどころか、非定型うつ病傾向者と非傾向者との差異も認められなかった。したがって、非定型うつ病傾向者はメランコリー型うつ病傾向者や非傾向者と同程度の社会適応能力を有すると考えられる。

### 4-2. 自我の諸機能の差異

非定型うつ病傾向者とメランコリー型うつ病傾向者あるいは境界性パーソナリティ障害傾向者との間に「総合・統合機能および支配・有能性」の差異は認められなかった。Bellak et al. (1973) によると、「総合・統合機能および支配・有能性」は一致しない感情や行動を統合し、積極的に物事に取り組む活動を支える機能と考えられている。そして、この機能の障害は統合失調症患者において認められると想定されている。しかし、非定型うつ病やメ

ランコリー型うつ病，境界性パーソナリティ障害に統合失調症に関する問題は指摘されていない。つまり，これらの疾患に「総合・統合機能および支配・有能性」の問題はないと考えられる。そのため，非定型うつ病傾向者とメランコリー型うつ病傾向者あるいは境界性パーソナリティ障害傾向者との間に差異が認められなかったと推察される。

自我機能の一つである「刺激障壁」は，内的・外的刺激を感受する感覚閾を適度に保つことで，感覚刺激に効果的に対処する機能と考えられている (Bellak et al., 1973)。また，「衝動統制」は衝動や感情の表現を効率的に遅延させて統制する能力と考えられている (Bellak et al., 1973)。そして，これらの機能が障害を受けると，欲求不満耐性が欠如し，些細な刺激に過敏に反応することで気分の移り変わりが激しくなると考えられている。一方，非定型うつ病患者は「気分の反応性 (American Psychiatric Association, 2013 日本精神神経学会監修 2014)」を示すことから，「刺激障壁」や「衝動統制」の機能障害を抱えていると推察される。しかし，本研究の結果から，非定型うつ病傾向者とメランコリー型うつ病傾向者あるいは境界性パーソナリティ障害傾向者との間に差異は認められなかった。

非定型うつ病の症状に関する議論はこれまでいくつかなされてきた。その中でも，Parker et al. (2002) は非定型うつ病の主症状として「拒絶過敏性」の重要性を指摘し，その知見は支持されてきた。例えば，Parker, Parker, Mitchell, & Wilhelm (2005) は，オーストラリアと北アメリカで行われた非定型うつ病に関する研究をレビューし，非定型うつ病におけるパーソナリティスタイルの優位性を明らかにした。さらに，Derecho, Wetzler, McGinn, Sanderson, & Asnis (1996) は非定型うつ病患者のパーソナリティ特性を検討し，非定型うつ病患者はそれ以外のうつ病患者に比べて，対人拒絶過敏性を抱えていることを明らかにした。そしてこれらの知見を踏まえ，Parker (2008) は「拒絶過敏性」を主としたパーソナリティスタイルを持つ者が示す症状や対処方略が「気分の反応性」であることを指摘している。以上の知見から，非定型うつ病の主な症状は「拒絶過敏性」であり，「気分の反応性」に関する問題は二次的な障害であるため，傾向者を対象とした本研究において「刺激障壁」や「衝動統制」の差異が認められなかったと推察される。

しかし，「拒絶過敏性」との関連が予想される「対象関係」の結果を確認すると，非定型

うつ病傾向者とメランコリー型うつ病傾向者あるいは境界性パーソナリティ障害傾向者との間に差異は認められなかった。ただし、「対象関係」の因子には、例えば項目 4「私は、多くの人たちと仲良くするのは、あまりすきではない (逆転項目)」, 項目 25「私は、多くの人と一緒にいるよりは、一人であるほうが好きである (逆転項目)」, 項目 39「私は、人の集まっているところへ行くのが好きではない (逆転項目)」などが含まれている。このように、EFIの「対象関係」の項目は拒絶に関する内容ではなく、他者との交流に開かれている程度を測定するものである。今後は、対象関係の中でも見捨てられ不安などの拒絶過敏性に焦点をあて、「刺激障壁」や「衝動統制」と比較することで、非定型うつ病の前景となる症状を明らかにする必要がある。

「現実感覚」において、非定型うつ病傾向者は境界性パーソナリティ障害傾向者に比べて有意に得点が高かった。Bellak et al. (1973) によると、「現実感覚」は外的事象を現実的に体験する能力や、身体と行動を自分のものとして感じる能力を支える機能と考えられている。そして、この機能の障害は疎隔感や離人感を引き起こすとされ、解離性パーソナリティ障害との関連が想定されている。実際に DSM-5 を確認すると、境界性パーソナリティ障害の診断基準には「一過性のストレス関連性の妄想様観念または重篤な解離性症状」が設けられていることから、境界性パーソナリティ障害患者は「現実感覚」機能の障害を受けていると考えられる。一方、非定型うつ病患者に疎隔感や離人感に関する問題は指摘されていない。そのため、非定型うつ病傾向者と境界性パーソナリティ障害傾向者との間に差異が認められたと推察される。

一方、非定型うつ病傾向者とメランコリー型うつ病傾向者の間に「現実感覚」の差異は認められなかった。DSM-5 の診断基準を確認すると、非定型うつ病患者やメランコリー型うつ病患者に疎隔感や離人感に関する問題は挙げられていないことから、両者は「現実感覚」機能の障害を受けていないと考えられる。そのため、非定型うつ病傾向者とメランコリー型うつ病傾向者の間に差異が認められなかったと推察される。

自我機能の一つである「自律的機能」は知覚や注意、認知、記憶、運動などの諸機能を十分に働かせ、社会生活を営むために必要な活動を維持する能力と考えられている (Bellak

et al., 1973)。さらにこの機能は、脳の言語野と咽頭の器官が整うにつれて人が言語を活用できるように、あらかじめ生体の能力として内在されている機能と想定されている。そのため、極端に劣悪な環境で養育されない限り、「自律的機能」は自ずと発達し、自動的に機能すると考えられている。本研究の結果を確認すると、非定型うつ病傾向者とメランコリー型うつ病傾向者の差異は認められなかった。しかし、非定型うつ病傾向者は境界性パーソナリティ障害傾向者に比べて、有意に得点が高かった。

Gabbard (1994 館監訳 1997) によると、境界性パーソナリティ障害患者の 10-71%が身体的虐待、26-77%が性的虐待を受けていることが明らかにされている。一方、非定型うつ病患者にも被虐待の問題は指摘されているが、その割合は境界性パーソナリティ障害に比べて低い。例えば、福西 (2014) は非定型うつ病患者の 16.2%が身体的虐待、11.7%が性的虐待を受けていることを明らかにしている。他にも、Matza et al. (2003) は非定型うつ病患者の 13.2%が身体的虐待、22.6%が性的虐待を受けていることを明らかにしている。本研究における「自律的機能」の結果は、このような養育環境の違いによって生じたものと推察される。

自我機能の一つである「防衛機能」において、非定型うつ病傾向者は境界性パーソナリティ障害傾向者に比べて、有意に得点が高かった。Bellak et al. (1973) によると、「防衛機能」は葛藤やストレスに対処することで自我を保護する機能と考えられている。さらにこの機能の障害は、不安や抑うつなどの不快感情を引き起こすと想定されている。

先述したように、非定型うつ病と境界性パーソナリティ障害の状態像は類似するものの、症状の程度には違いが認められる。例えば、DSM-5 において、非定型うつ病には「気分の反応性」や「長期間にわたり対人関係上の拒絶に敏感」が診断基準として設けられている。その一方、境界性パーソナリティ障害には「顕著な気分反応性による感情の不安定性」や「現実に、または想像の中で、見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力」「理想化とこき下ろしとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる、不安定で激しい対人関係の様式」が診断基準として設けられている。このように両疾患の診断基準を比べると、境界性パーソナリティ障害患者は非定型うつ病患者に比べて症状が激しく、不

快感情をより多く感じていることから、「防衛機能」の障害を抱えていると考えられる。そのため、境界性パーソナリティ障害傾向者は非定型うつ病傾向者に比べて、「防衛機能」の得点が有意に低かったと推察される。

一方、非定型うつ病傾向者とメランコリー型うつ病傾向者の間に「防衛機能」の差異は認められなかった。それどころか、非定型うつ病傾向者と非傾向者との間にも差異は認められなかった。したがって、非定型うつ病傾向者は「防衛機能」の障害を受けていない可能性がある。しかし、研究1では、非定型うつ病患者が主に精神病水準の防衛機制を用いる可能性が明らかにされている。そのため、非定型うつ病傾向者も同様に、精神病水準の防衛機制を主に用いる可能性がある。投影同一化などの精神病水準の防衛機制は、葛藤やストレスを排出することで即座の安堵を得るためのものであり(1946 小此木・岩崎編訳 1985)、重度の精神病状態を呈する時に現れる最も低次の防衛機制である(Vaillant, 1992)。したがって、非定型うつ病傾向者は葛藤から自我を保護できるものの、その対処法は非常に不適応な可能性がある。

## 第2節 非定型うつ病傾向者の防衛機制 (研究3)

### 1. 研究3の目的

本研究の目的は、非定型うつ病傾向者の防衛機制を明らかにするために、メランコリー型うつ病傾向者や境界性パーソナリティ障害傾向者との比較を行い、さらに非定型うつ病傾向者内の防衛機制の比較を行うことである。なお、研究3は林・武井・藤森・竹内・保野(2016c)および武井・林・藤森・竹内・保野(2016)を加筆修正したものである。

### 2. 方法

#### 2-1. 調査協力者および調査期間

青年期後期の健常者 293 名を対象に質問紙調査を実施した。そのうち、記入漏れのあるものを除外した有効回答数は 266 名 (男性 83 名, 女性 183 名, 平均年齢 19.6 歳,  $SD = 1.3$ ) であった。調査期間は 2016 年 10 月から 11 月であった。

## 2-2. 倫理的配慮

本研究は川崎医療福祉大学倫理委員会の承認を得た上で行われた（承認番号：16-063）。調査の内容や調査への参加および不参加の自由などについて口頭で説明し、同意が得られた者に回答を求めた。

## 2-3. 質問紙の構成

本研究の質問紙はフェイスシートと以下の 3 つの尺度から構成された。フェイスシートには、性別と年齢を記入する欄を設けた。3 つの尺度のうち、うつ病の型を評価する尺度および境界性パーソナリティ障害を評価する尺度は、研究 1 で用いたものと同一であった。

(1) うつ病の型を評価するために、GSD (福西・福西, 2012a) を使用した。各項目には、非定型うつ病像に該当する回答 (-1 点) , どちらにもあてはまらない回答 (0 点) , メランコリー型うつ病像に該当する回答 (+1 点) があり、負の得点が高いほど非定型うつ病像が強く、正の得点が高いほどメランコリー型うつ病像が強いことを示す。さらに、-3 点以下は非定型うつ病像、+3 点以上はメランコリー型うつ病像と評価される。なお、本研究の目的は非定型うつ病傾向者の防衛機制を明らかにすることである。したがって、研究 2 と同様に、本研究では第二段階のカットオフのみを用い、このカットオフに達したものを非定型うつ病傾向者あるいはメランコリー型うつ病傾向者とした。

(2) 境界性パーソナリティ障害かどうかを評価するために、MCMI (井沢他, 1995) を使用した (添付資料 1) 。MCMI は 17 項目からなり、回答は「あてはまる (1 点) 」と「あてはまらない (0 点) 」の 2 件法で求めた。10 点以上は境界性パーソナリティ障害と評価される。

(3) 防衛機制を評価するために、Defense Style Questionnaire の日本語版 (以下, DSQ-42; 中西, 1998) を使用した (添付資料 3) 。この尺度は Andrews, Pollock, & Stewart (1993) が作成した 40 項目版の DSQ-40 を修正し、邦訳したものである。DSQ-42 は 42 項目からなり、各項目について「全然あてはまらない (1 点) 」から「全く当てはまる (9 点) 」の 9 件法で評定を求める尺度である。本研究では調査対象者の負担を考慮し、臨床心理学を専攻する大学院生 4 名の意見を参考にしながら 5 件法に変更した。

防衛機制は不安やストレス因子に気づくことから個人を守る自動的な心理過程のことで

ある (American Psychiatric Association, 1994 日本精神神経学会 1996)。そのため、質問紙による測定の難しさが指摘されている。しかし、DSQ は防衛機制を直接測定するのではなく、種々の防衛スタイルを測定することから、対象者の防衛機制を評価する尺度である (Bond, Gardner, Christian, & Sigal, 1983)。さらに Bond et al. (1983) は、他者から防衛を指摘された時、あるいは防衛が失敗した時に、人は防衛を意識化できると考えている。

また、DSQ の信頼性や妥当性はこれまで多くの研究によって確認されてきた。例えば、Bond et al. (1989) は 88 項目からなる DSQ-88 を考案し、この尺度によって得られた防衛スタイルと面接調査によって得られた防衛機制の関連から、DSQ-88 の妥当性を明らかにした。また、Hayashi, Miyake, & Minakawa (2004) は本研究で使用する DSQ-42 の妥当性をモーズレイ性格検査との関連から明らかにしている。さらに同研究では、再検査による信頼性を確認している。

本研究では上記の知見に基づき、DSQ-42 によって防衛機制を評価できると考える。ただし、DSQ の因子構造にはいくつか疑問が残る。例えば、Andrews et al. (1993) は因子分析の結果から、DSQ-40 が 3 因子構造であることを明らかにした。それらは、「解離」「合理化」「否認」「行動化」「身体化」「置き換え」「分裂」からなる未熟な防衛スタイル、「エセ愛他主義」「打消し」「合理化」からなる神経症的な防衛スタイル、「ユーモア」「昇華」「抑制」「予測」からなる成熟した防衛スタイルである。しかし、Hayashi et al. (2004) の結果では、第一因子に「解離」「ユーモア」「昇華」「抑制」「合理化」「否認」「予測」が含まれており、Andrews et al. (1993) において成熟した防衛スタイル、あるいは未熟な防衛スタイルに含まれていた項目が混在していた。同様に、第三因子には「エセ愛他主義」「行動化」「身体化」「打ち消し」「理想化」「置き換え」「分裂」が含まれており、Andrews et al. (1993) において神経症的防衛スタイル、あるいは未熟な防衛スタイルに含まれていた項目が混在していた。

さらに理論的に検討すると、DSQ の因子構造に対する疑問は膨らむ。例えば、Andrews et al. (1993) では、「否認」や「分裂」が神経症的な防衛スタイルに含まれていた。しかし、「否認」や「分裂」は未分化な対象関係に基づく防衛機制であることから (Klein, 1957 松本訳 1996)、神経症水準の防衛機制ではない。また、Andrews et al. (1993) では「合理化」や「身



体化」が未熟な防衛スタイルに含まれていた。しかし、「合理化」や「身体化」は神経症水準の防衛機制と考えられている (Vaillant, 1992)。したがって本研究では、DSQ で測定可能な防衛スタイルを上述の防衛機制の 4 水準にしたがって分類して使用する。そのため、精神病水準の防衛スタイルには「否認」「分裂」「投影」「理想化」「価値下げ」、未熟な水準の防衛スタイルには「受動攻撃」「行動化」「身体化」「自閉的空想」、神経症水準の防衛スタイルには「合理化」「反動形成」「置き換え」「打ち消し」「解離」「隔離」「エセ愛他主義」、成熟した水準の防衛スタイルには「昇華」「抑制」「予測」「ユーモア」が含まれることとなる。

### 3. 結果

#### 3-1. 各群の分類

GSD の第二段階および MCMI のカットオフを用いて群分けを行った。その際、複数の群に重複して分類されうる 9 名のデータは除外した。その結果、非定型うつ病像を示す非定型うつ病傾向群は男性 12 名、女性 20 名の計 32 名 (12.0%)、メランコリー型うつ病像を示すメランコリー型うつ病傾向群は男性 17 名、女性 47 名の計 64 名 (24.1%)、境界性パーソナリティ障害の症状を示す境界性パーソナリティ障害傾向群は男性 3 名、女性 6 名の計 9 名 (3.4%)、どの病像も示さない非傾向群は男性 49 名、女性 103 名の計 152 名 (57.1%) となった。

#### 3-2. 性差の確認

各尺度の性差を確認するために  $t$  検定を行った。その結果、いずれの得点においても有意差は認められなかった。したがって、本研究のデータは特徴的ではないと考えられる。Table 11 に性別ごとの平均値および標準偏差を示した。

Table 11  
性別ごとの平均値および標準偏差

	男性 (N=83)	女性 (N=183)
GSD		
第一段階	30.66 (7.53)	31.14 (7.11)
第二段階	25.84 (3.10)	26.65 (3.07)
MCMII	4.00 (3.44)	3.44 (3.22)
DSQ-42		
精神病水準	24.92 (6.07)	23.88 (5.36)
未熟な水準	22.81 (6.33)	21.95 (5.60)
神経症水準	38.27 (6.69)	37.17 (6.40)
成熟した水準	24.28 (4.65)	23.17 (5.04)

### 3-3. 防衛スタイルの差異

本研究の目的は、非定型うつ病傾向者の防衛機制を明らかにするために、メランコリー型うつ病傾向者や境界性パーソナリティ障害傾向者との比較を行い、さらに非定型うつ病傾向者内の防衛機制の比較を行うことであった。

独立変数を被験者間要因である疾患傾向群 (非定型うつ病傾向群・メランコリー型うつ病傾向群・境界性パーソナリティ障害傾向群・非傾向群) と被験者内要因である防衛スタイル (精神病水準・未熟な水準・神経症水準・成熟した水準)、従属変数をDSQの各得点とする混合計画の2要因分散分析を行った。ただし、非定型うつ病傾向群内の防衛スタイルによる比較を行う際、各水準の項目数にばらつきがあるため比較できない。そのため、分析には防衛スタイルの標準得点を使用した。なお、標準得点の算出には、重複して分類され得る者を除いたデータを用いた。

分析の結果、疾患傾向要因の主効果や防衛スタイル要因の主効果は有意であった (順に、 $F(3, 253) = 3.09, p < .05$ ;  $F(3, 652) = 7.50, p < .001$ )。さらに、交互作用も有意であった ( $F(8, 652) = 7.11, p < .001$ )。

防衛スタイル要因における疾患傾向要因の単純主効果の検定を行なった。その結果、いずれの水準においても有意な単純主効果が認められた (精神病水準:  $F(3, 253) = 4.48, p < .01$ ; 未熟な水準:  $F(3, 253) = 8.72, p < .001$ ; 神経症水準:  $F(3, 253) = 3.26, p < .05$ ; 成熟した水準:  $F$

(3, 253) = 3.71,  $p < .01$ )。そのため、Bonferroniの方法による多重比較を行ったところ、精神病水準において、非定型うつ病傾向群やメランコリー型うつ病傾向群、非傾向群は境界性パーソナリティ障害傾向群に比べて有意に得点が低かった (順に,  $p < .05$ ;  $p < .05$ ;  $p < .01$ )。また、未熟な水準において、非定型うつ病傾向群や境界性パーソナリティ障害傾向群はメランコリー型うつ病傾向群や非傾向群に比べて有意に得点が高かった ( $p < .01$ )。一方、神経症水準において、メランコリー型うつ病傾向群は非傾向群に比べて有意に得点が高かった ( $p < .05$ )。さらに、成熟した水準において、非定型うつ病傾向群はメランコリー型うつ病傾向群に比べて有意に得点が低かった ( $p < .01$ )。

疾患傾向要因における防衛スタイル要因の単純主効果の検定を行なった。その結果、非定型うつ病傾向群とメランコリー型うつ病傾向群、境界性パーソナリティ障害傾向群において有意な単純主効果が認められた (順に,  $F(3, 759) = 8.17, p < .001$ ;  $F(3, 759) = 4.64, p < .01$ ;  $F(3, 759) = 7.83, p < .001$ )。そのため、Bonferroniの方法による多重比較を行ったところ、非定型うつ病傾向群において、未熟な水準の防衛スタイル得点は精神病水準や神経症水準、成熟した水準の防衛スタイル得点に比べて、有意に得点が高かった (順に,  $p < .05$ ;  $p < .05$ ;  $p < .01$ )。また、メランコリー型うつ病傾向群において、神経症水準や成熟した水準の防衛スタイル得点は未熟な水準の防衛スタイル得点に比べて、有意に得点が低かった (順に,  $p < .01$ ;  $p < .05$ )。さらに、境界性パーソナリティ障害傾向群において、精神病水準や未熟な水準の防衛スタイル得点は、神経症水準や成熟した水準の防衛スタイル得点に比べて、有意に得点が高かった (順に,  $p < .05$ ;  $p < .01$ )。Table 12 に各群の標準得点の平均値と標準偏差を示した。

Table 12  
各群の標準得点の平均値および標準偏差

	疾患傾向群			非傾向群 (N=152)
	非定型うつ病 傾向群 (N=32)	メランコリー型 うつ病傾向群 (N=64)	境界性パーソナリティ 障害傾向群 (N=9)	
DSQ-42				
精神病水準	0.03 (1.10)	0.06 (0.91)	1.11 (1.27)	-0.10 (0.96)
未熟な水準	0.50 (0.94)	-0.16 (0.91)	1.19 (1.17)	-0.11 (0.97)
神経症水準	-0.20 (0.99)	0.30 (1.00)	0.30 (0.88)	-0.10 (0.99)
成熟した水準	-0.42 (0.94)	0.25 (1.09)	-0.33 (1.17)	0.00 (0.94)

#### 4. 考察

本研究の目的は、非定型うつ病傾向者の防衛機制を明らかにするために、メランコリー型うつ病傾向者や境界性パーソナリティ障害傾向者との比較を行い、さらに非定型うつ病傾向者内の防衛機制の比較を行うことであった。したがって、以下の考察では、非定型うつ病傾向者とメランコリー型うつ病傾向者あるいは境界性パーソナリティ障害傾向者との比較を主に取り上げる。

本論文では林他 (in press) の知見から、非定型うつ病患者がメランコリー型うつ病患者に比べて低次の防衛機制を用いると予想し、研究 1 において解釈は限定的であるものの仮説の妥当性が認められた。そして本研究の結果から、非定型うつ病傾向者はメランコリー型うつ病傾向者に比べて未熟な水準の防衛機制の使用が多く、成熟した水準の防衛機制の使用が少ないことが明らかとなった。したがって、非定型うつ病とメランコリー型うつ病における防衛機制の違いは、傾向者においても変わらないことが明らかとなった。

同様に本論文では林他 (in press) の知見に基づき、非定型うつ病患者は境界性パーソナリティ障害患者と同様に、主に精神病水準の防衛機制を用いると予想した。そして、研究 1 において解釈は限定的ではあるものの、仮説の妥当性が認められた。しかし、本研究の結果から非定型うつ病傾向者は境界性パーソナリティ障害傾向者に比べて、精神病水準の防衛機制を使わないことが明らかとなった。

精神病水準の防衛機制には「分裂」「理想化」「脱価値化」などが含まれる。DSM-5 を確

認すると、この防衛機制に関連する症状として、境界性パーソナリティ障害患者には「理想化とこき下ろしとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる、不安定で激しい対人関係の様式」が認められる。一方、非定型うつ病患者には「長期間にわたり対人関係上の拒絶に敏感」が認められることから、「理想化」や「脱価値化」などの精神病水準の防衛機制の使用が想定される。ただし、非定型うつ病患者は境界性パーソナリティ障害患者に比べて、他者との関係性を適切に評価できることから（貝谷, 2008b）、精神病水準の防衛機制の使用頻度が少ない可能性がある。そのため、精神病水準の防衛機制において、非定型うつ病傾向者と境界性パーソナリティ障害傾向者との差異が認められたと推察される。

その一方、非定型うつ病傾向者内の防衛機制の水準による比較を確認すると、非定型うつ病傾向者は他の水準の防衛機制に比べて未熟な水準の防衛機制をより多く用いることが明らかとなった。未熟な水準の防衛機制には、「身体化」や「行動化」「受動攻撃」「自閉的空想」が含まれる。Vaillant (1992) によると、これらの防衛機制は次のように考えられている。「身体化」は心理的問題を身体症状に変換させる防衛機制である。「行動化」は葛藤を意識しないために、無意識的な願望や衝動を直接行動で表現する防衛機制である。「受動攻撃」は、時に怠けるような態度を示したり病気に罹患することで、他者に対して間接的に攻撃性を表現する防衛機制である。「自閉的空想」は空想にふけて心的世界に逃避することで、葛藤を回避する防衛機制である。

一方、非定型うつ病の病像を確認すると、非定型うつ病患者は不都合な出来事に対してうつ状態を示すことから（American Psychiatric Association, 2013 日本精神神経学会監修 2014）、「身体化」の使用が認められる。さらに、彼らは衝動的に問題行動を示すことから（福西, 2010）、「行動化」の使用が認められる。加えて、彼らは他罰的態度を示し（貝谷, 2008b）、問題を回避する傾向があることから（福西・福西, 2013）、「受動攻撃」や「自閉的空想」の使用が推察される。したがって、非定型うつ病傾向者の不適応状態には、未熟な水準の防衛機制が影響していると考えられる。

他方、神経症水準や成熟した水準の防衛機制には「隔離」や「抑制」が含まれている。Vaillant (1992) によると、「隔離」は認めがたい体験や記憶に関する感情を抑え込む防衛機

制、「抑制」は衝動や葛藤への注意を意識的に抑える防衛機制と考えられており、いずれも葛藤を自身の中に抑え込むことで対処する防衛機制である。非定型うつ病の病像を確認すると、彼らは衝動的な行動が多く (福西, 2010) , 感情統制が苦手とされる (Fava, et al., 1997) 。したがって、非定型うつ病傾向者の不応状態には、適応的な防衛機制の使用頻度の少なさも影響していると推察される。

## 第3部

### 総合考察

## 第1章 総合考察

### 第1節 非定型うつ病傾向者の心理機序

本論文は非定型うつ病傾向者の心理機序を明らかにすることを目的とした。そのため、研究1では精神科医および臨床心理士への半構造化面接によって、非定型うつ病患者の自我機能と親子関係、防衛機制の特徴を明らかにしながら、仮説の妥当性を検討した。その後、研究2, 3では青年期後期の健常者を対象とした質問紙調査によって、非定型うつ病傾向者の自我機能と防衛機制を明らかにした。本章では、本論文で取り上げた3つの研究から得られた結論を記す。

研究1では、非定型うつ病患者の父子関係および母子関係に関する特徴や仮説の妥当性が部分的に認められた。しかし、非定型うつ病患者の親子関係に関する特徴を明確にし、非定型うつ病患者と他疾患との差異を明示するためには、父母が提供する養育の実際を検討する必要があると考えられた。一方、非定型うつ病患者の自我機能や防衛機制の特徴は明らかになり、限定的ではあるものの仮説の妥当性が認められた。すなわち、非定型うつ病患者の自我機能はメランコリー型うつ病患者に比べて低く、境界性パーソナリティ障害患者に比べて高いことが明らかとなった。さらに、非定型うつ病患者はメランコリー型うつ病患者に比べてより低次の防衛機制を用い、境界性パーソナリティ障害患者と同様に、主に精神病水準の防衛機制を用いると考えられた。

研究2から、非定型うつ病傾向者の自我の機能状態はメランコリー型うつ病傾向者のみならず非傾向者とも変わらないことが明らかとなった。自我機能には様々な機能が包含されているため、社会適応能力と関連する (Bellak et al., 1973)。したがって、非定型うつ病傾向者はメランコリー型うつ病傾向者や非傾向者と同程度の社会適応能力を持つと考えられる。

さらに研究2から、非定型うつ病傾向者の防衛機能はメランコリー型うつ病傾向者や非傾向者と変わらないことが明らかとなった。防衛機能とは、葛藤やストレスに対処することで自我を保護する機能である (Bellak et al., 1973)。したがって、非定型うつ病傾向者はメランコリー型うつ病傾向者や非傾向者と同じくらい、葛藤に対処することで自我を保護す



る能力があると考えられる。

一方、研究 3 から、非定型うつ病傾向者は未熟な水準の防衛機制を主に用いることが明らかとなった。未熟な水準の防衛機制には「受動攻撃」や「行動化」「身体化」「自閉的空想」が含まれることから、葛藤やストレスを排出あるいは回避する防衛機制と考えられている (Vaillant, 1992)。したがって、非定型うつ病傾向者は葛藤を排出あるいは回避することで、ストレス状況に対処していると考えられる。

以上の研究結果をまとめると、非定型うつ病傾向者の心理機序は次のように考えられる。非定型うつ病傾向者は社会適応に必要な能力を十分に備えているものの、ストレスフルな状況に直面すると葛藤を抱えることができないため、それらを排出あるいは回避するような不適応な防衛機制を用いることで、自我を守っていると考えられる。

松木 (2007) は「喪の作業」の逸脱によって抑うつが生じることを前提としながら、コンテイナー・コンテインドモデル (Bion, 1962 福本・平井 1999) を用いて、うつ病を「精神病性うつ病」「うつ病」「パーソナリティ病理に基づく抑うつ」の3つに分類している。「喪の作業」とは大切な人や物、価値観の喪失に伴う痛みを避けずに持ちこたえ、解消していく作業のことである。またここで言うコンテイナーは包み込むもの、すなわち悲哀の感情を抱えて処理する心の機能であり、コンテインドは包み込まれるもの、すなわち悲哀の感情のことである。この中でも、「パーソナリティ病理に基づく抑うつ」は現代型うつ病に関連することが示唆されているため (堀川, 2014)、本論文で明らかにされた非定型うつ病傾向者の心理機序と関連する可能性がある。

松木 (2007) によると、「パーソナリティ病理に基づく抑うつ」は悲哀や抑うつ、不安を受け止めて消化するコンテイナーの能力があるにもかかわらず、喪の作業が遂行されていない状態と考えられている。つまり、苦悩の解決に心を使うことを放棄し、意識的・前意識的に心の中の葛藤や感情を排出するやり方が優勢な状態と考えられている。この状態は、本論文で明らかにされた非定型うつ病傾向者の心理機序と類似する。したがって、本論文の結果は松木 (2007) の知見によっても支持されたといえる。

さらに、本研究の知見をより具体的な生活状況に当てはめると、次のように考えられる。

まず、非定型うつ病傾向者と非傾向者の間に自我機能の差異が認められなかったことから、非定型うつ病傾向者は日常生活（仕事や家事など）をそつなくこなすことができる。ただし、ストレスフルな出来事に直面した時、彼らは葛藤を排出あるいは回避する不適応な防衛機制、すなわち受動攻撃や身体化、行動化、自閉的空想によって自我を守ろうとする。例えば、強い負荷のかかる仕事を目前にした非定型うつ病傾向者は、葛藤を抱えきれずに身体に異変が生じたり（身体化）、病欠することで間接的に上司や同僚に対する不満を伝えるかもしれない（受動攻撃）。また、葛藤を意識しないように娯楽に没頭することで葛藤を回避するかもしれない（自閉的空想や行動化）。いずれにしても、普段は適応しているにもかかわらず、葛藤状況にのみ不適応な防衛機制を用いるため、非定型うつ病傾向者は甘えや怠けと捉えられやすいと考えられる。

## 第2節 非定型うつ病傾向者の支援

研究2の結果から、非定型うつ病傾向者と非傾向者の間に自我機能の差異は認められなかった。したがって、非定型うつ病傾向者に自我機能の問題は認められない。一方、研究3の結果から、非定型うつ病傾向者は未熟な水準の防衛機制を主に用いることが明らかとなった。よって、非定型うつ病傾向者は不適応な防衛機制による問題を抱えていると推察される。

精神分析では、患者は治療者との関わりを通して「除反応」「ワークスルー」「洞察」「修正感情体験」を体験し、症状が改善すると考えられている（皆川、1982）。その中でも、防衛機制に対しては「防衛分析（Freud, 1936 小林訳 1985）」を行う。これは防衛の働きと防衛の背景にある不安や葛藤を取り上げることで、それらを意識化させる技法である。したがって、非定型うつ病傾向者の示す未熟な水準の防衛機制の働きやその背景にある不安を伝えることで、彼らの自己理解が深まり、より適応的な防衛機制の使用が可能になると考えられる。ただし、これらの介入を進めていくと「抵抗」が生じる。治療場面であれば、「抵抗分析（Reich, 1933 小此木訳 1966）」によるさらなる進展が見込まれるが、診断基準を満たさない非定型うつ病傾向者に対する継続的な面接は難しい可能性がある。

Goldstein (1984) は、自我心理学的精神分析的技法をソーシャルワークへ応用しようと試みている。この中で Goldstein (1984) は、クライアントの自我機能の状態から、「自我支持的介入」と「自我変容的介入」を使い分けることを提案している。自我支持的介入は個人の適応機能を維持し、向上させるとともに、損傷や欠損のある自我機能を強化し再建を目指す介入法である。この介入は葛藤の中性化や自我の統制を目的としており、現在の行動や思考、感情に焦点をあてる。また、支援者の態度は支持的、受容的、指示的であることが推奨されている。一方、自我変容的介入は基本的な人格構造の変容を目指す介入法である。この介入は、洞察を生じさせて葛藤を解決することを目的としており、過去と現在のいずれにも焦点をあてる。また、支援者の態度は非指示的、解釈的であることが推奨されている。本研究の結果から、非定型うつ病傾向者の自我の機能状態に問題はない可能性が示唆された。したがって、非定型うつ病傾向者には支持的、受容的態度に基づく自我支持的介入を用い、欠損のある機能すなわち防衛機制の改善を目指すことが有益な可能性がある。

さらに、これまで非定型うつ病には自己愛性パーソナリティ障害の問題が想定されてきた(福西, 2014)。自己愛性パーソナリティ障害の発症について Kohut (1971 水野・笠原監訳 1994) は、誇大自己あるいは理想化対象への固着に由来すると考えている。さらに、Kohut (1984 本城・笠原監訳 1995) はこの固着が外傷的な共感不全によって形成される可能性を示し、治療場面における治療者の共感的態度を重要視している。したがって、この視点からも、非定型うつ病傾向者に対する自我支持的介入の有効性が示唆される。

ただし、非定型うつ病傾向者の支援を進める上で、留意すべき点がある。先に述べたように、非定型うつ病傾向者は自我機能が円滑に働いているため、日常生活をそつなくこなすことができる。それにもかかわらず、彼らは負荷のかかる課題に対して未熟な水準の防衛機制を用いる。これらの防衛機制は、葛藤を身体症状として表わしたり、攻撃性を間接的に表現する防衛である。そのため、支援者は彼らの意図や意思を読み取りにくく、その状態像から甘えや詐病と見誤る恐れがある。したがって、非定型うつ病傾向者の支援に際しては、彼らの症状を理解するだけでなく、一見怠けているような行動を立ち止まって考

える姿勢が重要となる。

以上の留意点を踏まえた上で、非定型うつ病傾向者に対するより具体的な支援として、次のことが挙げられる。Vaillant (1977) によると、意識的に成熟した水準の防衛機制を使用することで、低次の防衛機制がより高次の防衛機制に変化すると考えられている。例えば、投影は反動形成に、空想は隔離に改善可能とされている。したがって、自我支持的介入をベースとした高次の防衛機制への意識付けが、非定型うつ病傾向者の防衛機制の改善に寄与できる可能性がある。

### 第3節 本論文の限界と今後の展望

本論文では3つの研究を行った。以下に、各研究の限界と今後の展望を示す。

研究1では非定型うつ病患者の自我機能や親子関係、防衛機制を明らかにすることを目的とした。しかし、調査方法は精神科医や臨床心理士を対象とした半構造化面接であり、非定型うつ病患者から直接データを収集していない。そのため、データに治療者の知識や考えが混入している可能性がある。したがって、今後は非定型うつ病患者を対象とした研究を行うことで、研究1の知見を再確認する必要がある。

より具体的には、次のような研究が必要である。研究1では非定型うつ病患者に特徴的な母子関係が認められ、これがネグレクトな養育と関連する可能性が示唆された。しかし、非定型うつ病患者が母子関係を歪曲して治療者に報告している可能性もある。したがって、今後は非定型うつ病患者の母親が提供する養育および支援の実際と、それらを患者がどのように感じているのかをより細かく検討する必要がある。

研究2では非定型うつ病傾向者の自我機能を取り上げた。しかし、自我機能は容易に変動すると考えられている(神谷・西原, 2006)。したがって、今後は調査対象者の置かれた環境やストレス状況などを考慮し、調査対象者の質を統制した状態で、自我機能を測定する必要がある。

研究3では非定型うつ病傾向者の防衛機制を取り上げた。最初に防衛機制について言及した Freud (1894 渡邊訳 2009) では、ヒステリー患者が外傷体験を「分裂」あるいは「解

離」し、身体症状に「置き換え」ていると考えられている。また、馬場 (2016) によると、欲動は「抑圧」され、溜まった欲動は他の防衛機制によって表現されると想定されている。これらの知見からも明らかなように、防衛機制は単独で作用しない。したがって、非定型うつ病傾向者の状態像をより理解するために、今後は防衛機制の組み合わせを含めて検討する必要がある。

さらに研究 3 では、防衛機制を評価する際、そのきっかけとなる不安や葛藤を特定しなかった。一般に、非定型うつ病傾向者は非傾向者に比べて不適応な状態だと考えられ、不安や葛藤の程度や性質が異なる可能性がある。したがって、今後は特定の不安や葛藤場面に対する防衛機制を比較する必要がある。特に、精神分析では患者が繰り返し感じる対人関係上の不安とその防衛パターンを理解することを重視していることから (Malan, 1979) , 今後は対人関係に関する不安や葛藤への防衛機制を検討する必要がある。

## 引用文献

- Abraham, K. (1911). Note on the psycho-analytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. In E. Jones (Ed.), *Selected papers on Karl Abraham* (pp. 137-156). London: Hogarth Press.
- (アブラハム, K. 下坂 幸三・前野 光弘・大野 美都子(訳) (1993). 躁うつ病およびその類似状態の精神分析的研究と治療のための端緒 アブラハム論文集——抑うつ・強迫・去勢の精神分析—— (pp. 1-18) 岩崎学術出版)
- Akiskal, H. S., & Benazzi, F. (2005). Atypical depression: a variant of bipolar II or a bridge between unipolar and bipolar II? *Journal of Affective Disorders, 84*, 209-217.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Arlington: American Psychiatric Publication.
- (アメリカ精神医学会 高橋 三郎, 大野 裕, 染谷 俊幸 (訳) (1996). DSM-IV精神障害の診断・統計マニュアル 医学書院)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington: American Psychiatric Publication.
- (アメリカ精神医学会 日本精神神経学会 (監修) 高橋 三郎・大野 裕・染谷 俊幸・神庭 重信・尾崎 紀夫・三村 將・村井 俊哉 (訳) (2014). DSM-5 精神障害の診断・統計マニュアル 医学書院)
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *Journal of Nervous & Mental Disease, 181*, 246-256.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Silverstein, B., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., & Rossler, W. (2006). Atypical depressive syndromes in varying definitions. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256*, 44-54.
- 馬場 禮子 (2016). 改訂精神分析的人格理論の基礎——心理療法を始める前に—— 岩崎学術出版
- Bellak, L. Hurvich, M., & Gediman, H. (1973). *Ego Function in Schizophrenics, Neurotics, Normals*.

New York: Wiley.

Benazzi, F. (1999). Atypical depression in private practice depressed outpatients: a 203-case study.

*Comprehensive Psychiatry*, 40, 80-83.

Benazzi, F. (2002). Can only reversed vegetative symptoms define atypical depression? *European*

*Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 288-293.

Benazzi, F. (2003). Testing DSM-IV definition of atypical depression. *Annals of Clinical Psychiatry*, 15, 9-16.

Benazzi, F. (2005). Testing atypical depression definitions. *International Journal of Methods in*

*Psychiatric Research*, 14, 82-91.

Bion W. (1962). *Learning from experience*. New York: Basic Books.

(ピオン, W. 福本 修・平井 正三 (訳) (1999) 経験から学ぶ 精神分析の方法 I (pp. 1-116)  
法政大学出版局)

Blanco, C., Vesga-López, O., Stewart, J. W., Liu, S. M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012).

Epidemiology of major depression with atypical features: Results from the National  
Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Journal of Clinical  
Psychiatry*, 73, 224-232.

Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense  
styles. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338.

Bond, M., Perry, J. C., Gautier, M., Goldenberg, H., Oppenheimer, J., & Simand, J. (1989).

Validating the self-report defense styles. *Journal of Personality Disorders*, 3, 101-112.

Chethik, M. (1989). *Techniques of child therapy: Psychodynamic strategies*. New York: Guilford  
Press.

(チェシック, M. 斎藤 久美子・吉岡 恒生・名取 琢自 (訳) (1999). 子どもの心理療法—  
—サイコダイナミクスを学ぶ—— 創元社)

傳田 健三 (2009). 若者の「うつ」——「新型うつ病」とは何か—— 筑摩書房

Derecho, C. N., Wetzler, S., McGinn, L. K., Sanderson, W. C., & Asnis, G. M. (1996). Atypical  
depression among psychiatric inpatients: Clinical features and personality traits. *Journal of*

*Affective Disorders*, 39, 55-59.

Fava, M., Nierenberg, A. A., Quitkin, F. M., Zisook, S., Pearlstein, T., Stone, A., & Rosenbaum, J. F.

(1997). A preliminary study on the efficacy of sertraline and imipramine on anger attacks in atypical depression and dysthymia. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 101-103.

Fonagy, P., Rost, F., Carlyle, J. A., McPherson, S., Thomas, R., Pasco Fearon, R. M., Goldberg, D.,

& Taylor, D. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14, 312-321.

Frank, E., & Thase, M. E. (1999). Natural history and preventative treatment of recurrent mood disorders. *Annual Review of Medicine*, 50, 453-468.

Freud, A. (1936). *Das ich und abwehrmechanismen*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag

(フロイト, A. 外林 大作 (訳) (1985) 自我と防衛機制 誠信書房)

Freud, S. (1894). The neuro-psychoses of defence. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* 3 (pp. 41-61). London: Hogarth Press.

(フロイト, S. 渡邊 俊之 (訳) (2009). 防衛—神経精神病 兼本 浩祐・中村 靖子 (編) フロイト全集 1 (pp. 393-411) 岩波書店)

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* 14 (pp. 237-258). London: Hogarth Press.

(フロイト, S. 伊藤 正博 (訳) (2010). 喪とメランコリー 新宮 一成・本間 直樹 (編) フロイト全集 14 (pp. 273-293) 岩波書店)

Freud, S. (1923). The ego and the id. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* 19 (pp. 1-59). London: Hogarth Press.

(フロイト, S. 道籟 泰三 (訳) (2007). 自我とエス 本間 直樹 (編) フロイト全集 18 (pp.1-62) 岩波書店)

Freud, S. (1940). An outline of psycho-analysis. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the*



*complete psychological works of Sigmund Freud 23* (pp. 139-207). London: Hogarth Press.

(フロイト, S. 津田 均 (訳) (2007). 精神分析概説 渡辺 哲夫 (編) フロイト全集 22 (pp.175-250) 岩波書店)

Freud, S., & Breuer, J. (1893). On the psychical mechanism of hysterical phenomena: Preliminary communication. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud 2* (pp. 1-17). London: Hogarth Press.

(フロイト, S. 芝 伸太郎 (訳) (2009). ヒステリー諸現象の心的機制について 兼本 浩祐・中村 靖子 (編) フロイト全集 1 (pp. 323-339) 岩波書店)

Freud, S., & Breuer, J. (1895). Studies on Hysteria. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud 2* (pp. 1-309). London: Hogarth Press.

(フロイト, S.・ブロイアー, J. 芝 伸太郎 (編訳) (2008). ヒステリー研究 フロイト全集 2 岩波書店)

福西 朱美 (2014). 非定型うつ病の臨床心理学的研究 国際医療福祉大学医療福祉学研究所 博士論文

福西 朱美・福西 勇夫 (2011). わが国に多い隠れナルシスト——非定型うつ病の精神病理との関連性より—— 現代のエスプリ, 522, 41-50.

福西 勇夫 (編著) (2010). 「非定型うつ病」がわかる本——誤解されやすい新しい心の病—— 法研

福西 勇夫・福西 朱美 (2010). なぜ非定型うつ病はこんなに増えたのか 福西 勇夫 (編著) 「非定型うつ病」がわかる本——誤解されやすい新しい心の病—— (pp. 53-74) 法研

福西 勇夫・福西 朱美 (2012a). GSD グローバルうつ病評価尺度 千葉テストセンター

福西 勇夫 (監修) ・福西 朱美 (著) (2012b). 21世紀の新型うつ病——「非定型」うつ病との向き合い方 ぎょうせい

福西 勇夫・福西 朱美 (監修) (2013). 新型うつ病を知る本 アスペクト

Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition*.

Arlington: American Psychiatric Publishing.

(ギャバード, G. O. 権 成鉉 (訳) (1998). 精神力動的精神医学——その臨床実践  
[DSM - IV版] ①理論編—— 岩崎学術出版)

Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition*.

Arlington: American Psychiatric Publishing.

(ギャバード, G. O. 館 哲郎 (監訳) (1997). 精神力動的精神医学——その臨床実践  
[DSM - IV版] ③臨床編 : 二軸障害—— 岩崎学術出版)

Gaylin, W. (1968). *Psychodynamic understanding of depression: The meaning of despair*. New York: Science House.

Goldstein, E. G. (1984). *Ego psychology and social work*. New York: The Free Press.

Hankin, B. L., Fraley, R. C., Lahey, B. B., & Waldman, I. D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 96-110.

Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Archives of General Psychiatry, 62*, 1097-1106.

Haslam, N. (2007). The latent structure of mental disorders: A taxometric update on the categorical vs dimensional debate. *Current Psychiatry Reviews, 3*, 172-177.

林 秀樹・武井 祐子・藤森 旭人・竹内 いつ子・保野 孝弘 (2016a). 非定型うつ病に関する研究の動向——文献数およびキーワードの推移をふまえて—— 川崎医療福祉学会誌, 26, 1-11.

林 秀樹・武井 祐子・藤森 旭人・竹内 いつ子・保野 孝弘 (2016b). 非定型うつ病と境界性パーソナリティ障害の病態比較——精神分析理論のある視点を手掛かりとして—— 日本パーソナリティ心理学会第 25 回大会発表論文集, 119.

林 秀樹・武井 祐子・藤森 旭人・竹内 いつ子・保野 孝弘 (2016c). 非定型うつ病傾向および境界性パーソナリティ障害傾向における防衛スタイルの差異 岡山心理学会第 64 回

大会発表論文集, 19-20.

林 秀樹・武井 祐子・藤森 旭人・竹内 いつ子・保野 孝弘 (2017). 非定型うつ病の親子関係, 防衛機制, 自我機能の特徴——精神科医および臨床心理士への半構造化面接を用いて—— 川崎医療福祉学会誌, 27, 27-38.

Hayashi, H., Takei, Y., Fujimori, A., Takeuchi, I., & Hono, T. (2017). Differences in ego functions between those with tendency to atypical depression and those with tendency to melancholic depression. *Psychology, 8*, 1657-1668.

林 秀樹・武井 祐子・藤森 旭人・竹内 いつ子・保野 孝弘 (in press). 非定型うつ病に関する精神分析的理解の試み——うつ病および境界性パーソナリティ障害に関する論文から—— 川崎医療福祉大学附属心理・教育相談室年報

林 公一 (2011). 擬態うつ病／新型うつ病——実例からみる対応法—— 保健同人社

Hayashi, M., Miyake, Y., & Minakawa, K. (2004). Reliability and validity of the Japanese edition of the defense style questionnaire 40. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 58*, 152-156.

Heydendael, W. A. (2009). *Antidepressant regulation of endpoints relevant to the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: Implications for predicting treatment response in depression* (Unpublished doctoral dissertation). Albany Medical College, New York.

Hordern, A. (1965). The antidepressant drugs. *New England Journal of Medicine, 272*, 1159-1169.

堀川 聡司 (2014). クライン派精神分析の視点にもとづく「新型うつ」 京都大学大学院教育学研究科附属臨床教育実践研究センター紀要, 18, 115-124.

細澤 仁 (2010). 境界性パーソナリティ障害の見方——外傷性精神障害という視点から—— ころの科学, 154, 19-24.

Huber, D., Zimmermann, J., Henrich, G., & Klug, G. (2012). Comparison of cognitive-behavior therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients – A three-year follow-up study. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 58*, 299-316.

井沢 功一朗 (1999). 境界性人格特性の高さに対する心的外傷体験の持続的効果の検討 正確心理学研究, 7, 88-98.

- 井沢 功一朗・大野 裕・浅井 昌弘・小此木 啓吾 (1995). ミロン臨床多軸目録-II境界性スケール短縮版の構成とその妥当性・信頼性の検討 精神科診断学, 6, 473-483.
- Jacobson, E. (1971). *Depression: Comparative studies of normal, neurotic, and psychotic conditions*. Connecticut: International Universities Press.
- (ジェイコブソン・E. 牛島 定信・奥村 幸夫・安岡 誉・森山 研介 (訳)(1983). うつ病の精神分析 岩崎学術出版)
- Jarrett, R. B., Schaffer, M., McIntire, D., Witt-Browder, A., Kraft, D., & Risser, R. C. (1999). Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine: a double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 56, 431-437.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine psychopathologie: Für Studierende, ärzte und Psychologen*. Berlin: Springer.
- (ヤスパース, K. 西丸 四方 (訳)(1971). 精神病理学原論 みすず書房)
- 貝谷 久宣 (2007). 気まぐれ「うつ」病——誤解される非定型うつ病—— 筑摩書房
- 貝谷 久宣 (2008a). 「非定型うつ病」の診断はなぜ使われないのか 貝谷 久宣・不安・抑うつ臨床研究会 (編) 非定型うつ病 (pp. 21-60) 日本評論社
- 貝谷 久宣 (監修)(2008b). 非定型うつ病のことがよくわかる本——「気まぐれ」「わがまま」と誤解を受ける新型うつ病のすべて 講談社
- 貝谷 久宣 (監修)(2012). 「非定型うつ病」ってどんな病気?——従来型「うつ病」との違いから最新治療法まで—— 大和出版
- 貝谷 久宣 (監修)(2014a). 非定型うつ病——パニック症・社会不安症 主婦の友社
- 貝谷 久宣 (監修)(2014b). やさしくわかる非定型うつ病 ナツメ社
- 神谷 栄治・西原 美貴 (2006). 心理アセスメントにおける自我機能 椋山女学園大学研究論集, 37, 45-54.
- Kammerer, M., Glover, V., Anderman, C. P., Kunzli, H., Taylor, A., von Castelberg, B., & Marks, M. (2011). The DSM IV diagnoses of melancholic and atypical depression in pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 43-48.

- 香山 リカ (2011). なぜあの人は、仕事中だけ「うつ」になるのか PHP 文庫
- 川上 憲人 (2006). 世界のうつ病, 日本のうつ病——疫学研究の現在—— 医学の歩み, 219, 925-929.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline condition and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Maryland: Jason Aronson.
- Kivela, S., Pakkala, K. & Eronen, A. (1989). Depressive symptoms and signs that differentiate major and atypical depression from dysthymic disorder in elderly Finns. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 79-85.
- Klein, D. F. (1993). The treatment of atypical depression. *European Psychiatry*, 8, 251-255.
- Klein, D. F., & Davis, J. M. (1969). *Diagnostic and drug therapy of psychiatric disorders*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-110.
- (クライン, M. 狩野 力八郎・渡辺 明子・相田 信男 (訳) (1985). 分裂機制についての覚書 小此木 啓吾・岩崎 徹也 (編訳) メラニー・クライン著作集 4 (pp. 3-32) 誠信書房)
- Klein, M. (1957). Envy and gratitude. *The Writings of Melanie Klein* 3 (pp. 176-235). London: Tavistock.
- (クライン, M. 松本 善男 (訳) (1996). 羨望と感謝 小此木 啓吾・岩崎 徹也 (編) メラニー・クライン著作集 5 (pp. 3-89) 誠信書房)
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.
- (コフート, H. 水野 信義・笠原 嘉 (監訳) (1994) 自己の分析 みすず書房)
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- (本城 秀次・笠原 嘉 (監訳) (1995) 自己の治癒 みすず書房)
- 小西 香苗・百武 愛子 (2015). 大学生における抑うつ症状および非定型うつ特徴とその関連要因の検討 学苑・生活科学紀要, 902, 21-22.
- 厚生労働省 (2014). 平成 26 年患者 (疾病分類編) 厚生労働省 Retrieved from

- <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubu/dl/h26syobyu.pdf> (July 7, 2017)
- Lee, S., Ng, K. L., & Tsang, A. (2009). Prevalence and correlates of depression with atypical symptoms in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 1147-1154.
- Levitan, R. D., Lesage, A., Parikh, S. V., Goering, P., & Kennedy, S. H. (1997). Reversed neurovegetative symptoms of depression: A community study of Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 154, 934-940.
- Liebowitz, M. R., Quitkin, F. M., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Harrison, W., Rabkin, J. ... Klein, D. F. (1984a). Phenelzine v imipramine in atypical depression. A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 41, 669-677.
- Liebowitz, M. R., Quitkin, F. M., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Harrison, W., Rabkin, J. ... Klein, D. F. (1984b). Psychopharmacologic validation of atypical depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 22-25.
- Liebowitz, M. R., Quitkin, F. M., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Harrison, W., Harrison, W. M. ... Klein, D. F. (1988). Antidepressant specificity in atypical depression. *Archives of General Psychiatry*, 45, 129-137.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- (マラー, M., パイン, F., & バーグマン, A. 高橋 雅志・織田 正美・浜畑 紀共 (訳)  
(2001). 乳幼児の心理的誕生——母子共生と個体化 黎明書房)
- Malan, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Butterworth: London.
- Masterson, J. F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. London: Brunner/Mazel.
- (マスターソン, J. F. 富山 幸佑・尾崎 新 (訳) (1990). 自己愛と境界例 星和書店)
- 松木 邦裕 (1996). 対象関係論を学ぶ——クライン派精神分析入門—— 岩崎学術出版社
- 松木 邦裕 (2007). 「抑うつ」についての理論 松木 邦裕・賀来 博光 (編) 抑うつ

分析的アプローチ——病理の理解と心理療法による援助の実際—— (pp. 15-49) 金剛  
出版

Matza, L. S., Revicki, D. A., Davidson, J. R., & Stewart, J. W. (2003). Depression with atypical features in the national comorbidity survey: Classification, description, and consequences. *Archives of General Psychiatry, 60*, 817-826.

McGrath, P. J., Stewart, J. W., Harrison, W. M., Ocepek-Welikson, K., Rabkin, J. G., Nunes, E. N. ... Klein, D. F. (1992). Predictive value of symptoms of atypical depression for differential drug treatment outcome. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 12*, 197-202.

McGrath, P. J., Stewart, J. W., Janal, M. N., Petkova, E., Quitkin, F. M., & Klein, D. F. (2000). A placebo-controlled study of fluoxetine versus imipramine in the acute treatment of atypical depression. *American Journal of Psychiatry, 157*, 344-350.

McGrath, P. J., Stewart, J. W., Nunes, E. V., Ocepek-Welikson, K., Rabkin, J. G., Quitkin, F. M., Klein, D. F. (1993). A double-blind crossover trial of imipramine and phenelzine for outpatients with treatment-refractory depression. *American Journal of Psychiatry, 150*, 118-123.

Millon, T. (1987). *Manual for the MCMI-II (2nd ed.)*. Minneapolis: National Computer Systems.

皆川 邦直 (1982). 解釈技法その一 小此木 啓吾・岩崎 徹也・橋本 雅雄・皆川 邦直 (編)  
精神分析セミナーⅡ——精神分析の治療機序—— (pp. 107-145) 岩崎学術出版

村中 昌紀・山川 樹・坂本 真士 (2015). 専門家は「新型うつ」をどのようにとらえているか——書籍からの抽出と臨床家への調査—— 日本大学心理学研究, *36*, 44-51.

中嶋 聡 (2012). 「新型うつ病」のデタラメ 新潮新書

中西 公一郎 (1998). The defense style questionnaire 日本語版 (DSQ42) ——日本での防衛機制研究のために—— 慶応義塾大学社会学研究科紀要, *47*, 27-33.

中西 信男・古市 裕一 (1981). 自我機能に関する心理学的研究 大阪大学人間科学部紀要, *7*, 189-220.

中西 信男・佐方 哲彦 (1989). 成人期の自我機能の発達とカウンセリング——自我機能調査票 (EFI) による検討—— カウンセリング研究, *21*, 129-138.

- Nierenberg, A. A., Alpert, J. E., Pava, J., Rosenbaum, J. F., & Fava, M. (1998). Course and treatment of atypical depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 5-9.
- 野村 総一郎 (監修) (2010). うつ病のことがよくわかる本 講談社
- 野村 総一郎 (2012). うつ病疾患概念の歴史的変遷と現在 医薬ジャーナル, 48, 67-70.
- 岡田 博名・桂田 恵美子 (2013). なぜ人は攻撃するのか——攻撃性と愛着スタイル及び防衛機制との関連—— 関西学院大学心理科学研究, 39, 37-42.
- 岡田 尊司 (2004). パーソナリティ障害——いかに接し, どう克服するか—— PHP 研究所
- Okumura, Y., Sakamoto, S., & Ono, Y. (2009). Latent structure of depression in Japanese population sample: Taxometric procedures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*, 666-673.
- 大内 清 (2010a). 治療が必要な場合とは 福西勇夫 (編著) 「非定型うつ病」がわかる本——誤解されやすい新しい心の病—— (pp. 75-104) 法研
- 大内 清 (2010b). 非定型うつ病の治療を考える 福西勇夫 (編著) 「非定型うつ病」がわかる本——誤解されやすい新しい心の病—— (pp. 105-149) 法研
- Parker, G. (2007). Atypical depression: A valid subtype? *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 18-22.
- Parker, G. (2008). 非定型うつ病——その修正モデル—— 貝谷久宣・不安・抑うつ臨床研究会 (編) 非定型うつ病 (pp. 1-8) 日本評論社
- Parker, G., Parker, K., Mitchell, P., & Wilhelm, K. (2005). Atypical depression: Australian and US studies in accord. *Current Opinion in Psychiatry, 18*, 1-5.
- Parker, G., Roy, K., Mitchell, P., Wilhelm, K., Malhi, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (2002). Atypical depression: A reappraisal. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1470-1479.
- Perugi, G., & Akiskal, H. S. (2002). The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatric Clinics of North America, 25*, 713-737.
- Perugi, G., Akiskal, H. S., Lattanzi, L., Cecconi, D., Mastrocinque, C., Patronelli, A., ...Bemi, E. (1998). The high prevalence of "soft" bipolar (II) features in atypical depression.



*Comprehensive Psychiatry*, 39, 63-71.

Perugi, G., Toni, C., Traverso, M. C., & Akiskal, H. S. (2003). The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection.

*Journal of Affective Disorders*, 73, 87-98.

Pollitt, J. (1965). *Depression and its treatment*. United Kingdom: Butterworth-Heinemann.

Quitkin, F. M., Harrison, W., Liebowitz, M., McGrath, P., Rabkin, J. G., Stewart, J., & Markowitz, J.

(1984). Defining the boundaries of atypical depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 19-21.

Quitkin, F. M., Harrison, W., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Tricamo, E., Ocepek-Welikson, K. ...

Klein, D. F. (1991). Response to phenelzine and imipramine in placebo nonresponders with atypical depression. A new application of the crossover design. *Archives of General*

*Psychiatry*, 48, 319-323.

Quitkin, F. M., McGrath, P. J., Stewart, J. W., Harrison, W., Wager, S. G., Nunes, E. ... Klein, D. F.

(1989). Phenelzine and imipramine in mood reactive depressives. Further delineation of the syndrome of atypical depression. *Archives of General Psychiatry*, 46, 787-793.

Quitkin, F. M., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Tricamo, E., Rabkin, J. G., Ocepek-Welikson, K. ...

Klein, D. F. (1993). Columbia atypical depression. A subgroup of depressives with better response to MAOI than to tricyclic antidepressants or placebo. *British Journal of Psychiatry*, 21, 30-34.

Rado, S. (1928). The problem of melancholia. *International Journal of Psycho-Analysis*, 9, 420-438.

Reich, W. (1933). *Charakter-analyse*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

(ライヒ, W. 小此木 啓吾 (訳) (1966). 性格分析——その技法と理論—— 岩崎学術出版社)

Rothschild, R., Quitkin, H. M., Quitkin, F. M., Stewart, J. W., Ocepek-Welikson, K., McGrath, P. J.

& Tricamo, E. (1994). A double-blind placebo-controlled comparison of phenelzine and imipramine in the treatment of bulimia in atypical depressives. *International Journal of Eating*

*Disorders, 15, 1-9.*

Rybakowski, J. K., Suwalska, A., Lojko, D., Rymaszewska, J., & Kiejna, A. (2007). Types of depression more frequent in bipolar than in unipolar affective illness: Results of the polish DEP-BI study. *Psychopathology, 40*, 153-158.

坂元 薫 (監修) (2011). 非定型うつ病——パニック障害・社交不安障害・その他の併発しやすい病気—— PHP 研究所

Sargent, W (1962). The treatment of anxiety states and atypical depression by the monoamine oxidase inhibitor drugs. *Journal of Neuropsychiatry, 3*, 96-103.

Seemuller, F., Riedel, M., Wickelmaier, F., Adli, M., Mundt, C., Marneros, A. ... Henkel, V. (2008). Atypical symptoms in hospitalised patients with major depressive episode: Frequency, clinical characteristics, and internal validity. *Journal of Affective Disorders, 108*, 271-278.

Silberman, E. K. & Sullivan, J. L. (1984). Atypical depression. *Psychiatric Clinics of North America, 7*, 535-547.

Sinaikin, P. M. (1985). A clinically relevant guide to the differential diagnosis of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*, 199-211.

Singh, T., & Williams, K. (2006). Atypical depression. *Psychiatry, 3*, 33-39.

Slade, T., & Andrews, G. (2005). Latent structure of depression in a community sample: A taxometric analysis. *Psychological Medicine, 35*, 489-497.

Sotsky, S. M. (1997). Pharmacotherapy and psychotherapy response in atypical depression: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. Paper presented as part of symposium 73 at the american psychiatric association 150th annual meeting.

Stewart, J. W., McGrath, P. J., Quitkin, F. M., Harrison, W., Markowitz, J., Wager, S., & Leibowitz, M. R. (1989). Relevance of DSM-III depressive subtype and chronicity of antidepressant efficacy in atypical depression: Differential response to phenelzine, imipramine, and placebo. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1080-1087.

Stewart, J. W., McGrath, P. J., Rabkin, J. G., & Quitkin, F. M. (1993). Atypical depression. A valid

clinical entity? *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 479-495.

巢山 晴菜・貝谷 久宣・小川 祐子・小関 俊祐・小関 真実・兼子 唯…鈴木 伸一 (2014). 日本における拒絶に対する過敏性の特徴の検討——非定型うつ病における所見—— 心身医学, 54, 422-430.

武井祐子・林 秀樹・藤森旭人・竹内いつ子・保野孝弘 (2016). 非定型うつ病傾向およびメランコリー型うつ病傾向における防衛スタイルの差異 岡山心理学会第 64 回大会発表論文集, 9-10.

Tellenbach, H. (1983) *Melancholie: Problemgeschichte endogenität typologie pathogenese klinik*. Berlin: Springer.

(テレンバッハ, H. 木村 敏 (訳) (1985). メランコリー (改訂増補版) みすず書房)

上野 玲 (2010). 都合のいい「うつ」 祥伝社新書

Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Cambridge: Harvard University Press.

Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books

West, E. D., & Dally, P. J. (1959). Effect of iproniazid in depression syndromes. *British Medical Journal*, 1, 1491-1494.

## 謝辞

本論文の執筆にあたり、これまで多くの方々に支えていただきました。

まず、指導教員である保野孝弘教授に深く感謝申し上げます。精神分析という仰々しいテーマを携えた行き場のない私に、保野先生は手を差し伸べてくださいました。先生に拾っていただければ、今の私はありません。しかし私は、その恩をあだで返すかのように、いつも自分勝手に進め、多くの迷惑をかけてしまいました。申し訳ありませんでした。それにもかかわらず、先生は私を温かく見守りながら、いつも明確なご指導をくださいました。先生の「頑張ってるね」という言葉に何度救われたかわかりません。

次に、岩淵千明教授に深く感謝申し上げます。岩淵先生には、本論文の分析や結果の解釈に関するご指導をいただきました。さらに岩淵先生がゼミ生にご指導される姿を拝見しながら、教育者としての熱い思いも教えていただいたように思います。また私的には、これからの生き方について悩んでいた時、親身になって話を聞き、「なんとかなるべ」と優しく言っていただきました。その言葉はとても心強いもので、今でも心に残っています。

そして、本論文の主査をお引き受けいただいた福岡欣治教授に深く感謝申し上げます。福岡先生には本論文をまとめるにあたり、特に論文の軸となるストーリーに関する貴重なご指導をいただきました。また学会誌投稿の際には、論文の組み立て方や分析方法など、基本的な部分についても教えていただき、研究の難しさを改めて教えていただきました。

また、共同研究者としてご助言くださった武井祐子教授、藤森旭人講師、竹内いつ子助教に深く感謝申し上げます。臨床と研究の両立が難しくなり始めた頃、武井先生は私をずっと研究の世界に引き戻してくださいました。何かと悩みがちな私に対し、先生は時に厳しく時に優しく、そして、道標となる指針をいつも示してくださいました。先生がいなければ、私はどこかで迷子になり、研究を諦めていたと思います。藤森先生は私の臨床に「精神分析」という軸を与えてくださいました。また、私的には良き先輩のような存在として、多くの時間をご一緒させていただきました。先生と精神分析に出会えなければ、今の私はありません。竹内先生には、ある時は修士時代の同期として、ある時は助教として、ある

時は良き姉のような存在として、本論文の執筆のみならず多くの場面で支えていただきました。

心理・教育相談室室長の進藤貴子教授には、精神分析に関する研究と精神分析的心理療法のどちらもしたいという私の思いに対し、博士後期課程入試の際にはご助言をいただき、また、入学後は相談室での臨床の機会をいただきました。多くのお力添えをいただき、いつも温かい励ましの言葉をかけてくださいましたこと、深く感謝申し上げます。その他にも、川崎医療福祉大学の先生方には実に多くのご支援をいただきました。ここでお一人お一人の先生方との経験を振り返ることはできませんが、先生方の温かい雰囲気を支えられました。本当にありがとうございました。

ただ、こうして論文を書き上げることができたのは、学部・修士時代の恩師である永田博先生にご指導いただけたからだと思います。先生には、「科学は冗長を嫌う」と何度もご指導をいただいております。今もなおその癖は治りませんが、感覚や印象を優先しがちな私に、科学としての心理学を教えてくださいましたこと、深く感謝しております。

本調査をおこなうにあたって、多くの調査協力者の方々にご協力をいただきました。ここでは、協力してくださった方々一人一人のお名前をあげることはできませんが、お忙しいところ貴重なお時間をいただいたこと、心より御礼申し上げます。

最後に、長きにわたり学生をさせてくれた家族に感謝いたします。私はいつも自分勝手に物事を決め、迷惑をかけてきました。心配は尽きなかったと思います。それにもかかわらず、いつも何かと気にかけて、温かく見守り、支えてくれました。また、修士論文執筆や臨床心理士資格試験、博士論文執筆、就職活動と多くの節目を一喜一憂しながらともに体験し、精神分析というマニアックな私の話に嫌な顔一つせずに耳を傾けてくれ、時に私の混乱した情緒をコンテインしてくれた妻に、心より感謝いたします。

平成 30 年 1 月 6 日

林 秀樹

## 付 録

添付資料1 ミロン臨床多軸目録境界性スケール

質問①

以下の文章を読んで、自分に当てはまると思われるものには○, 当てはまらないと思われるものには×を( )の中に記入してください。どちらか決めかねる場合は×を記入してください。

- 1 この2, 3週間, 私はちょっとうまくいかないだけで泣いてしまう . . . . . ( )
- 2 私は自分のしたことが罰に値すると思うことがよくある . . . . . ( )
- 3 私はその日に起こったことを考えていると, 非常に緊張する . . . . . ( )
- 4 私には深く愛してほしいと思っている人から  
愛されなくなるのではないかと強い恐怖がいつも存在している . . . . . ( )
- 5 最近私は物をたたきこわしたいと感じるようになってきている . . . . . ( )

---

- 6 私は最近自殺したいと深刻に考えている . . . . . ( )
- 7 私は不眠で, 夜の疲れが全くとれないまま目が覚めてしまうようだ . . . . . ( )
- 8 私は大きな問題につながるようなばかげたことを衝動的にたくさんやってきた . . . . . ( )
- 9 私は侮辱されたことを許すことは決してないし, 他の人に困らされたことを忘れることも絶対ない ( )
- 10 私はずっと昔から, 自殺しようと何度も真剣に考えた . . . . . ( )

---

- 11 10代のころ私は1度以上家出をしたことがある . . . . . ( )
- 12 私は利用できる人を利用する人が悪いとは思わない . . . . . ( )
- 13 この2, 3年, 私はとても強く罪悪感を感じるようになり,  
自分自身に対してもひどいことをしたのではないかと思うほどになっている . . . . . ( )
- 14 私は人から親切にされると, 混乱して気が動転してしまうことがある . . . . . ( )
- 15 率直にいて, 困った問題から逃げ出すために嘘をつくことが非常に多い . . . . . ( )

---

- 16 私の両親の意見はいつも食い違っていた . . . . . ( )
- 17 最初は非常に崇拝していた人に対して, 後で本当に失望することが多い . . . . . ( )

添付資料 2 自我機能調査票

質問②

以下の文章は、あなた自身にどのくらいあてはまりますか？それぞれについて「1. まったくあてはまらない」から「5. とてもよくあてはまる」の中から、もっともあてはまるものを1つ選んで、数字に○をつけてください。

	まったくあてはまらない	ほとんどあてはまらない	あまりあてはまらない	かなりあてはまる	とてもよくあてはまる
1 私は、イヤなことでも、やるべきことはきちんとやる . . . . .	1	2	3	4	5
2 私は、まるで夢をみているような感じで、ぼんやりしていることが多い . . . . .	1	2	3	4	5
3 私は、とても腹が立っていても、人前ではその気持ちを顔に出さずにいられる . . . . .	1	2	3	4	5
4 私には、互いに信頼し合い、助け合える友人がいる . . . . .	1	2	3	4	5
5 私は、他の人にくらべて、とても清潔好きである . . . . .	1	2	3	4	5
6 私は、物音が気になって、なかなか寝つけなかったり、すぐ目がさめるほうである . . . . .	1	2	3	4	5
7 私は、覚えておかなければいけないことを、度忘れすることが多い . . . . .	1	2	3	4	5
8 私は、毎日、規則正しい生活をしている . . . . .	1	2	3	4	5
9 私は、「これが自分だ」という実感がもてない . . . . .	1	2	3	4	5
10 私は、失敗をしでかしたとき、ゆううつな気分が長く続く . . . . .	1	2	3	4	5
11 私は、多くの人たちと仲良くするのは、あまり好きではない . . . . .	1	2	3	4	5
12 私は、昔あったイヤな出来事や恥ずかしかったことを、よく覚えている . . . . .	1	2	3	4	5
13 私は、着ている服の肌ざわりがよくないと、一日じゅう気になってしかたがない . . . . .	1	2	3	4	5
14 私は、ふだんなら何気なくできていることが、急にむずかしく感じることもある . . . . .	1	2	3	4	5
15 私は、仕事や勉強に全力ではげんでいる . . . . .	1	2	3	4	5
16 私は、自分の身体が変な感じがして、自分のものではないように感じることもある . . . . .	1	2	3	4	5
17 私は、楽しくなったり悲しくなったり、気分がはげしく変わりやすい . . . . .	1	2	3	4	5
18 私は、友だちとつきあっていて、自分の心が傷つけられることが多い . . . . .	1	2	3	4	5
19 私は、いろいろなことを心配しやすいほうである . . . . .	1	2	3	4	5
20 私は、部屋が明るいと思りにくい . . . . .	1	2	3	4	5
21 私は、自分が不器用に思えてくることもある . . . . .	1	2	3	4	5
22 私は、人生で落ちこぼれているように感じる . . . . .	1	2	3	4	5
23 私は、まわりの世界との生き生きしたふれあいを なくしてしまったように感じることもある . . . . .	1	2	3	4	5
24 私は、仕事や勉強が少しでもうまくいかなかったら、とてもがっかりしてしまう . . . . .	1	2	3	4	5
25 私は、多くの人と一緒にいるよりは、一人でいるほうが好きである . . . . .	1	2	3	4	5



質問②の続き

以下の文章は、あなた自身にどのくらいあてはまりますか？それぞれについて「1. まったくあてはまらない」から「5. とてもよくあてはまる」の中から、もっともあてはまるものを1つ選んで、数字に○をつけてください。

ま  
た  
た  
く  
あ  
て  
は  
ま  
ら  
な  
い  
  
ほ  
と  
ん  
ど  
あ  
て  
は  
ま  
ら  
な  
い  
  
あ  
ま  
り  
あ  
て  
は  
ま  
ら  
な  
い  
  
か  
な  
り  
あ  
て  
は  
ま  
る  
  
と  
て  
も  
よ  
く  
あ  
て  
は  
ま  
る

26	私は、トイレやエレベーターのような狭いところに入ると、 出られなくなるのではないかと心配になることがある . . .	1	2	3	4	5
27	私は、ちょっとした病気でも、すぐ寝込んでしまう . . . . .	1	2	3	4	5
28	私は、ひまになると、日頃からやっておきたいと思っていたことに手をつける . . . . .	1	2	3	4	5
29	私は、なりゆきまかせて毎日を過ごしている . . . . .	1	2	3	4	5
30	私は、自分の目の前にあるものが、 ひょっとすると本当はそこにいないのではないかと感じたことがある . . .	1	2	3	4	5
31	私は、つらいときや悲しいときでも、人前ではじつがまんできる . . . . .	1	2	3	4	5
32	私には、友人が多いほうである . . . . .	1	2	3	4	5
33	私は、人の混み合っているところを、こわいと感じる . . . . .	1	2	3	4	5
34	天気が悪かったり、音がうるさかったり、 イヤな臭いのするようなときには、私はすぐにイライラしてしまう . . .	1	2	3	4	5
35	私は、仕事や勉強をやる気がおとろえているように感じる . . . . .	1	2	3	4	5
36	私は、いっしょうけんめいに生きている . . . . .	1	2	3	4	5
37	私は、誰かから「あなたはダメな人だ」といわれると、 本当に自分がダメな人間のような気がする . . . . .	1	2	3	4	5
38	私は、不安になると、それに耐えられなくてイライラしてしまう . . . . .	1	2	3	4	5
39	私は、人の集まっているところへ行くのが好きではない . . . . .	1	2	3	4	5
40	私は、まわりの人のせいで失敗することが多い . . . . .	1	2	3	4	5
41	私には、はっきり原因のわからない頭痛がよくある . . . . .	1	2	3	4	5
42	私は、自分の好きなことや興味のあることをするのに、何か負担を感じることもある . . . . .	1	2	3	4	5

添付資料 3 Defense Style Questionnaire

質問②

この質問紙は、自分の生き方をより豊かにしていくために、自分の特徴的な行動パターンや思考パターンを知るための質問紙です。42の質問事項がありますので、各々の記述があなたに当てはまる程度を判断し、1～5のいずれかの番号を○で囲んでください。

	私に全然当てはまらない	1	2	3	4	5	私に全く当てはまる
1 私は他人を助けることで満足を得る。 もし助ける機会を取り上げられたら、気分が沈むだろう . . . . .	1	2	3	4	5		
2 問題を処理する時間ができる時まで、その問題を考えないようにしておく . . . . .	1	2	3	4	5		
3 不安を抑えるために何か建設的かつ創造的なことをする (例えば描画や工作) . . . . .	1	2	3	4	5		
4 やる事には何でも、正当な理由を見つけることができる . . . . .	1	2	3	4	5		
5 時々今日すべきことを明日まで引き伸ばす . . . . .	1	2	3	4	5		
6 自分の失敗を笑いに変えることが容易にできる . . . . .	1	2	3	4	5		
7 人に利用されることが多い . . . . .	1	2	3	4	5		
8 もし誰かが私を襲ってお金を盗んだとしても、 罰せられるより犯人がそのお金で助かることを望む . . . . .	1	2	3	4	5		
9 不愉快な事実を、それがまるで存在しないかのように 無視する傾向がある、と人から言われる . . . . .	1	2	3	4	5		
10 自分がまるで不死身であるかのように危険を無視する . . . . .	1	2	3	4	5		
11 うぬぼれている人の鼻をへし折る能力は私の誇りだ . . . . .	1	2	3	4	5		
12 何かに悩まされている時には、しばしば衝動的に行動する . . . . .	1	2	3	4	5		
13 物事がうまくいかない時には体の具合が悪くなる . . . . .	1	2	3	4	5		
14 とても内気な人間だ . . . . .	1	2	3	4	5		
15 私がいつでも本当のことを言うとは限らない . . . . .	1	2	3	4	5		
16 実生活でよりも空想上で満足を得る事が多い . . . . .	1	2	3	4	5		
17 問題なく人生をやり過ごせるような特別な才能をもっている . . . . .	1	2	3	4	5		
18 物事がうまくいかない時にはもっともな理由がある . . . . .	1	2	3	4	5		
19 現実の生活においてよりも空想において物事をやり遂げる . . . . .	1	2	3	4	5		
20 私は何も恐れない . . . . .	1	2	3	4	5		
21 ある時には自分が天使であると思い、ある時には悪魔であると思う . . . . .	1	2	3	4	5		
22 傷つけられると、あからさまに攻撃的になる . . . . .	1	2	3	4	5		
23 知っている誰かが自分の守り神のようだといつも感じている . . . . .	1	2	3	4	5		
24 私の知っているかぎりでは、人は善か悪のいずれかである . . . . .	1	2	3	4	5		
25 もし上司が私をいらいらさせたら、 仕事でわざとミスしたり、ゆっくりやったりして仕返す . . . . .	1	2	3	4	5		

質問②の続き

この質問紙は、自分の生き方をより豊かにしていくために、自分の特徴的な行動パターンや思考パターンを知るための質問紙です。42の質問事項がありますので、各々の記述があなたに当てはまる程度を判断し、1～5のいずれかの番号を○で囲んでください。

私に全然当てはまらない

私に全く当てはまる

26	何でもすることができて、絶対的に公平かつ公正である人が知人にいる . . . . .	1	2	3	4	5
27	自分の活動の妨げになるような感情を私は抑え続けることができる . . . . .	1	2	3	4	5
28	苦しい状況でも、そのおもしろい側面を見つけることができる . . . . .	1	2	3	4	5
29	好きでないことをしなければならぬ時には頭が痛くなる . . . . .	1	2	3	4	5
30	当然怒りを感じるべき人に対して、自分がとても親切であることにしばしば気がつく .	1	2	3	4	5
31	人生において自分が不当な扱いを受けていると確信している . . . . .	1	2	3	4	5
32	困難な状況に出会うことが分かった時には、その内容を予測し対策を立てる . . . . .	1	2	3	4	5
33	医者はおのどが悪いのか、けっして本当にはわからない . . . . .	1	2	3	4	5
34	自分の権利のために戦った後で、その主張について謝る傾向がある . . . . .	1	2	3	4	5
35	落ち込んでいたり不安な時には、食べることで気分が良くなる . . . . .	1	2	3	4	5
36	しばしば自分の感情を見せないと人から言われる . . . . .	1	2	3	4	5
37	悲しい出来事が事前に予測できたなら、それにもっとうまく対応することができる . . . . .	1	2	3	4	5
38	たとえどれだけ不平を言っても、けっして満足のいくような回答を得られない . . . . .	1	2	3	4	5
39	激しい感情を引き起こすような状況においても、何も感じないことがしばしばある . . . . .	1	2	3	4	5
40	手近な仕事に集中することで、気分が沈んだり不安になったりすることを避けられる	1	2	3	4	5
41	もし危機にあつたら、同じ問題を抱えている人を捜し出すだろう . . . . .	1	2	3	4	5
42	もし攻撃的な考えをもつたら、それを打ち消すために何かをする必要性を感じる . . . . .	1	2	3	4	5