

臨床援助の視点からみた「新型うつ病」と「現代型不登校」

大石 英史

“The new type of depression” and “the modern type of non-attendance”
from the viewpoint of clinical support

OISHI Eiji

(Received September 28, 2012)

1. はじめに

現在、うつ病と診断される患者が急増しているという。その背景には、「うつ」に対する社会的認知が広がってきたこと、精神科や心療内科を受診することへの抵抗が薄れてきたこと、長引く不況の影響などが考えられる。厚生労働省の推計では、2008年に70万人を突破し、約10年間で3倍に増えたとされている。しかし、うつ病と診断される患者の増大に伴い、うつ病への安易な薬物療法や躁うつ病、不安障害、発達障害など他の疾患との誤診が問題となっている。このような現状を受け、2012年7月、日本うつ病学会は、うつ病に関する医師向けの治療指針をまとめている。その中で、近年注目を集めている「新型うつ病」については、「マスコミ用語であり、精神医学的に深く考察されたものではない」、「医学的知見の明確な裏打ちはない」との理由で、指針の対象外としている。このことは、精神科臨床領域におけるうつ病概念が従来のメランコリー親和型を基盤とするものからディスチミア親和型までを含むことで拡張した結果、臨床現場に混乱が生じていることを示唆している。

また、このような状況の中で、うつ病に対する新たな先入観が発生する危険性もある。臨床援助の観点からすれば、従来型であれ新型であれ、うつ病は自己防衛反応のひとつの形であり、その背景には慢性的な疲労があり、しかも本人はその疲労を自覚しづらい状況にあることに変わりはない。疲労が背景にあるのであれば、治療や援助においては薬だけでなく休息が必要である。そうすると、休息そのものの確保だけでなく、休息後の職場復帰が現実的には非常に重要な事柄となる。職場の受け入れ次第で、病状の回復が左右されると言っても過言ではないからである。企業は、様々なメンタルヘルス対策に取り組んではいるが、精神疾患罹患労働者に関する復職判定や復職後の職場での支援は最も苦慮している部分であると言われてきている(大西、2011)。しかも、働く者自身が自分の悩みを誰かに相談できる風土が心の問題の発生を予防するが、企業がゆとりを失っていくと、職場におけるインフォーマルなかかわりが減り、孤立感や疎外感を抱えやすくなるといった負の循環が広がっていくことが考えられる。

このような状況の中、神山(2011)は、職場の環境調整とは、単に職場と不調者をつなぐことではなく、不調者の職業人としての悩みを職場が深く理解し、受け止め、それを踏まえた対応策をとりまとめ、新たな合意形成をめざして調整していくことであると述べている。

本稿では、まず、「新型うつ病」の中核的病態を反映しているディスチミア親和型の特徴および行動傾向を、従来型の典型であるメランコリー親和型うつ病との比較検討を行うことによって検討する。次に、時代・社会的背景の影響性という観点から、「新型うつ病」と「現代

型不登校」との類似性について言及する。これらの作業を通じて、「新型うつ病」や「現代型不登校」が出現する社会背景を確認するとともに、今後、臨床援助においてどのような認識のもとで援助を行っていけばよいのかについて考察する。

2. 「新型うつ病」とは - 従来型との比較検討

「新型うつ病」は、20代から30代の若者層を中心に広がっていると言われている。笠原(2009)は、「新型は大体、若者のうつ病、とってよい。成長途上の人だけに、そして時代の息吹を一番敏感に受ける世代だけに、定型を見出しにくい」と述べている。この「新型うつ病」に含まれるうつ病としては、「未熟型うつ病」、「ディスチミア親和型うつ病」、「逃避型うつ病」、「現代型うつ病」、「非定型うつ病」の5種を挙げるのが一般的である。これら5種は、それぞれの研究者によって命名されたものであるが、発症年齢が若い、軽症のケースが多い、メランコリー親和型の性格傾向を示さない、自責的な面が目立たない、逃避的傾向がある、人格障害との鑑別が困難など共通する特徴が認められる。

本稿では、内因性うつ病の典型であるメランコリー親和型との対比が行いやすいとの理由から、この中で樽味(2005a, 2005b)が提示した「ディスチミア親和型うつ病」を「新型うつ病」の代表として取り上げたい。

また、一般のメディアなどでは、「新型うつ病」の特徴について、他罰的で、楽しいことがあれば気分が高揚する。一見するとわがままにも見える。自分の状態に対する自覚があり、医療機関を進んで受診する。ネットなどで情報がすぐに手に入るので、受診前に自己診断している患者も増えているなど、その自己中心的な部分だけが強調されている。それは、「新型うつ病」者への誤解をますます深め、社会的なレベルでの受け入れを困難にする可能性がある。

樽味(2005b)は、「ディスチミア親和型うつ病」の特徴について、以下のように述べている。

確かに彼らは「うつ状態」を示し、またそのような状態であることを自ら表明する。しかし彼らはもともとそれほど規範的ではなく、むしろ規範に閉じこめられることを嫌い「仕事熱心」という時期が見られないまま、常態的に「やる気のなさ」を訴えて「うつ状態」を呈する。この特徴は、冒頭の「メランコリー親和型」の人々に比し、より若年層に見られるような印象がある。多くの場合、彼らは自責や悲哀よりも、輪郭のはっきりしない不安全感と心的倦怠を呈し、罪業感薄く、ときに他罰的である。しばしば診断者の裡には、受療者に対する悲哀感よりも「とっかかきの無さ」の感覚が先に立つようである。

そこでまず、従来型の典型とされる「メランコリー親和型」との比較を通して、「新型うつ病」と呼ばれるものの中核的特徴について検討してみたい。樽味(2005b)は、メランコリー親和型うつ病とディスチミア親和型うつ病とを対比し、その違いについて以下の表1のようにまとめている。

表1. ディスチミア親和型うつ病とメランコリー親和型うつ病の対比(樽味 2005bより)

	ディスチミア親和型	メランコリー親和型
年齢層	青年層	中高年層
関連する気質	スチューデント・アパシー 退却傾向と無気力	執着気質 メランコリー性格

病前性格	自己自身（役割ぬき）への愛着 規範に対して「ストレス」であると抵抗する 秩序への否定的感情と漠然とした万能感 もともと仕事熱心ではない	社会的役割・規範への愛着 規範に対して好意的で同一化 秩序を愛し、配慮的で几帳面 基本的に仕事熱心
症候学的 特徴	不全感と倦怠 回避と他罰的感情（他者への非難） 衝動的な自傷、一方で“軽やかな”自殺企図	焦燥と抑制 疲弊と罪業感（申し訳なさの表明） 完遂しかねない“熟慮した”自殺企図
薬物への 反応	多くは部分的効果にとどまる （病み終えない）	多くは良好（病み終える）
認知と行動 特性	どこまでが「生き方」でどこからが 「症状経過」か不分明	疾病による行動変化が明らか
予後と環境 変化	休養と服薬のみではしばしば慢性化する 置かれた場・環境の変化で急速に改善す ることがある	休養と服薬で全般に軽快しやすい 場・環境の変化は両価的である（時に自 責的となる）

表1から読み取れることは、ディスチミア親和型は、メランコリー親和型と比べて周囲の環境の影響を受けやすく、行動面の特徴だけからはそれが疾患によるものなのかどうかの判別が難しいということである。すなわち、「新型うつ病」出現の背景には、人格構造の時代的变化を視野に入れる必要がある。鍋田（2012）は、最近の臨床現場を訪れる青年期患者に見られる新しい傾向を「やみ切れなさ」、「症状のさせなさ」という言葉で捉えており、これらの変化の背景に、彼らが生まれたときから、周囲がすべてシステム化され、自由な選択を許されず、提供された環境の中で育った世代であり、その一方で社会に参入しなくてはならないという要請の弱い時代を生きていることを挙げている。そして、このような状態像を示す思春期・青年期の患者たちの背景に、「主体性の低下」、「外界の枠組みへの依存」、「社会への参入を要請する力の低下」が認められることを指摘し、これらを様々な意味でのエネルギーの低下として捉えている。

しかし、治療を受けている患者の復職支援の観点からすれば、最も重要な課題となるのは、本人の病状回復に伴い、本人を受け入れる職場環境が整うことである。「新型うつ病」のことを、周囲の者が、例えば仕事の時だけうつ状態になって、普段は旅行もできる。怠けに近いものだと認識しているような場合は、適切な受け入れができるとは言い難い。さらに、「新型うつ病」の特徴から、周囲の者が本人のことをうつ病で休職することに対して抵抗が無く、社内の制度を上手に利用して休み、保証を受けているように受け取り、本人を取り巻く人間関係との折り合いが水面下ではますます悪くなることも考えられる。

実は、これと同様のことが「現代型不登校」の子どもを取り巻く仲間関係の中でも生じている。大石（2009、2010）は、不登校の状態像の時代的变化に着目し、葛藤の見えにくい新しいタイプの不登校を「現代型不登校」と命名している。また、このようなタイプの子どもたちは、自分が出たい授業や行事にだけ参加することに罪悪感を示さないため、そのことが他の生徒からは「いいとこ取り」に見え、仲間から受け入れられることをさらに難しくすることを指摘した。

ディスチミア親和型うつ病や「現代型不登校」に共通する行動傾向が、周囲の者から安易に「怠け」や「甘え」として解釈され、意識的あるいは無意識的に本人の受け入れを拒むことが

あり得る。とりわけ、集団規範を大事にし、我慢して頑張っている者からすれば、許容し難い存在に映ることは十分考えられる。その意味で、このようなタイプの人たちへの支援は、実質的にはこのようなあり様の他者を受け入れる側の心の葛藤の問題を内包している。ここに、現代という時代が生み出した新しい人間関係のあり様から発生した新しい不適応の形が、支援の中で再び問われている現状を見ることができる。

3. 「新型うつ病」の社会背景とパーソナリティ上の課題

樽味 (2005b) は、「新型うつ病」と呼ばれる患者が、臨床現場に現れるようになった社会背景について言及している数少ない臨床家のひとりであるが、ディスチミア親和型うつ病と現代社会の関連性について以下のように述べている。

彼らの様態に関連する社会文化的背景については、症状としての罪業感の希薄化を中心に、別の所 (2005a) で述べた。要点をまとめるならば、社会的秩序や役割意識の希薄化が進行した環境要因が、彼らの症候に関係しているのではないかというものである。つまり秩序や役割への愛着と同一化が極度に薄く、逆にそういった枠組みへの編入が「ストレスである」と回避されるような、「個の尊重」を主題として育った世代が、社会的出立に際して呈する「うつ」の症候学的特徴ではないか、としている。ただし現時点ではそれはあくまで試論であり、ひとつの解釈に過ぎない。

樽味 (2005a, 2005b) は、社会文化的背景との関連について示唆してはいるが、その根拠づけについてはあくまでも試論ないしは解釈として位置づけ、慎重な態度を取っている。

もちろん、その一方で、うつ病そのものが時代と共に変容または多様化しているのではなく、DSM診断による「大うつ病性障害」の概念が、従来の鬱病とは関連のない病態を含むようになった結果、このような混乱が起こっている可能性も検討しておく必要がある。すなわち、大うつ病性障害のうち、中核的 (内因性) うつ病とそれ以外の病像とを区別し、パーソナリティ上の課題については力動的な見立てや解釈、すなわち精神療法が必要となる。特に、先に述べた「未熟型うつ病」、「ディスチミア親和型うつ病」、「逃避型うつ病」、「現代型うつ病」、「非定型うつ病」の5種については、パーソナリティの問題として捉えていく視点を持つことが臨床援助を行っていくうえで重要であると考えられる。また、「躁」と「うつ」がはっきりと現れる通常の躁うつ病 (双極性Ⅰ型) とは異なり、「軽い躁」と通常の「うつ」が現れるタイプの双極性障害である「双極Ⅱ型」も、治療上、パーソナリティの視点が必要な疾患である。これらのことは、うつ病とその周辺疾患に対する治療上の認識として重要であり、今後、臨床心理士による対応、あるいは精神科医と臨床心理士の協働が意味を持つてくる局面であると考えられる。

4. 時代の中のうつ病

うつ病の捉えられ方も時代の中で変化している。たとえば、1960年代には「ノイローゼ」という言葉が一般人の間でもしばしば用いられ、「ノイローゼによる自殺」という言い方がなされていた。そして、その背景疾患としてうつ病があると捉えられている。元来、「ノイローゼ」とは神経症のことであるから、この用法は専門的な立場からすれば間違っている。その後、1970年代にかけて、まじめで几帳面、責任感の強い人がうつ病になりやすいとの認識が社会にも広がっていく。これが、従来型のメランコリー親和型うつ病である。このタイプの人たち

は、責任の重い管理職クラスにある中高年の人たちに多いとされていた。日頃から物事に几帳面、仕事一本に打ち込んで、特別の趣味も持っていないまじめ人間が多いとの指摘がなされ、休息が第一とされ、うつ病者に接する際には「励まし」は禁物とされた。その後、しばらくはこの従来型のうつ病がうつ病であるとの認識が続くが、2000年代に入ると、今度は「仕事熱心でないうつ病」すなわち「新型うつ病」が若者層を中心に広がってきたと言われるようになったのである。

阿部（2012）は、確実性、安定性を志向する壮年期のメランコリー親和型は、集団従属的で超自我的価値観の強い時代には、これが仕事や社会規範と固く結合してメランコリー親和型の構成に関与し、うつ病の発症を壮年期まで予防している面があった。しかし、個性が重視され躁的なものを許容する自己愛的価値観の強い時代では、躁的な因子がそのまま表現され、不安定な人格あるいは病像の形成に関与していることを指摘している。すなわち、うつ病の状態像の変化の背景には、規範への同一化が個人の安定を支える時代から集団よりも個人に価値を置く自己愛的な時代へと、社会が変化したことが関与している。

かつては、うつ病概念が、高度経済成長期の仕事人間の行き過ぎを戒め、ブレーキをかける役割を担っていた。精神疾患に対する先入観が今よりも強かったこともあるが、国民全体が頑張っているときには、頑張り過ぎて倒れた人をうつ病によって守ったのである。今や時代は豊かさを達成し、経済成長は頭打ちとなり、秩序や規範に従わず、仕事にまじめに取り組もうとしないかのように見える一部の人間に厳しい時代へと変わってきている。現状以上には頑張れない人がうつ病と診断され、しかも水面下では「昔のうつ病とは違う」という新たな先入観で見られるようになった。無理して頑張っても仕方がないと捉えている若者層に対して、依然として頑張っている人たちの見方は厳しい。社会がある程度の豊かさを達成し、先が見えにくい時代となり、今度は頑張ろうとしても頑張れない人を、「昔とは違う新しいタイプのうつ病」と名付けて排除しようとしているという言い方も可能であろう。

また、そのような状況の中で、現在、若い世代を中心とする就職状況が、とても厳しいものになっていることも確かである。様々な職場において人員が削減され、人材を即戦力として使いたい企業などは、新入社員に対して意図的に過重な労働を強い、自主的に途中でリタイアする者を待つ形を取っているところがあるという。これは、年齢層を問わず起こっている状況であり、1998年から現在まで13年以上に渡って自殺者3万人超えが続いている背景には、このような社会状況があるのではないかと考えられる。厚生労働省は、自殺者減を掲げて様々な形のうつ病対策を行ってはいるが、肝心のうつ病者が新たな先入観で見られるようになっている状況を改善できなければ、当事者たちの社会への受け入れは困難となり、その出現を予防することを難しくするだろう。

5. 思春期の新しい神経症 - 「現代型不登校」

ここで、思春期不登校の近年の傾向について取り上げ、それが「新型うつ病」の出現と地続きであることを示してみたい。大石（2003）は、葛藤が見えにくい新しいタイプの不登校を「現代型不登校」と命名し、その行動特徴を「解離」という視点によって説明した。ここで用いている「解離」とは、精神医学の領域で用いられる「解離性同一性障害」のような病理的な解離ではなく、葛藤に直面することを避け、都合よく自己または対象を分割するという健康な範囲で行われる緩やかな適応機制を意味する。この適応機制を、抑圧を基本とする「神経症モデル」と対比させ、「解離モデル」として捉え直してみることで、彼/彼女らの行動がより理解しやす

くなると考えられる。例えば、従来のよい子の息切れ型不登校が、エスと超自我の葛藤という従来の神経症モデルで説明できるとすれば、「現代型不登校」は、エスと未熟な自我との共謀という適応機制、すなわち「解離モデル」によって説明できる。表2は、神経症的不登校と現代型不登校について、説明モデル、自我機制、行動傾向の3つの側面からその特徴を比較したものである。

表2. 不登校の2つのタイプの比較

	神経症的不登校	現代型不登校
説明モデル	抑圧モデル	解離モデル
自我機制	<ul style="list-style-type: none"> ・学校に行っていないことについて悩んでいる状態、すなわち、超自我とエスとの葛藤が中核にある。 ・時に葛藤を抱えきれず、登校刺激の関数として身体症状が出る場合もある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一見悩んでいないように見える。 ・「面倒くさい」「意味がない」「疲れる」などの言葉を多用し、現実を回避しようとする。 ・エスに自我が妥協または共謀する形で現実に対処しようとする。・葛藤を引き起こすような事柄に対しては、心の中に別の部屋を作ることによって全体の安定を保とうとする。
行動傾向	<ul style="list-style-type: none"> ・行事だけの参加などには罪悪感があり、抵抗を示す。・朝学校に行こうとすると熱や腹痛などの症状が出る。 ・もともと対人緊張・対人恐怖の傾向がある。 ・周囲の人たちの温かい見守りによって自ら動き出す。・不登校になったきっかけや今の自分の状態、気持ち、本当はどうしたいかなどをある程度言葉にできる。 ・思春期以降のケースにおいては、対話によるカウンセリングが可能である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・行事だけの参加をしても罪悪感を感じていないように見受けられる。 ・自分の好きなことや納得が得られたことに対しては積極的に動ける。 ・不登校になることで、結果的に同世代の子と会う場面を避けるようになるが、一緒に遊べる友達はある。 ・自分の言いなりになってくれるよう、症状で親をコントロールしようとする。 ・学校に行けなくなったきっかけがはっきりせず、「何となく」行かなくなる。 ・楽しい行事だけの参加などに対しては抵抗なく参加できる。 ・カウンセリングにおいて一方的に進路などの話題を提示すると、カウンセリングに来なくなる。 ・自分の関心領域については、言葉による表現が豊かである。

「現代型不登校」を従来の神経症とは異なる新しい神経症として捉えることもできる。与えられた環境への不適応を、その都度自己を分割することで葛藤回避していく。だが、現実には人格全体で向き合っていくことができない結果、常に何らかの不適応を抱えている悩めない神経症である。この一見深刻に悩んでいるようには見えない状態の基底に緩やかな心の切り離しと

しての解離機制が働いており、それは「現代型不登校」にも「新型うつ病」にも共通して仮定される心理機制である。しかし、この状態を広義の神経症として捉える場合には、パーソナリティーの問題をも視野に入れたうえで、本人が自分自身と、そして与えられた現実と向き合っていくことを支援していくことが必要となる。もちろん、生物学的基盤を持つ疾患であるのならば、それは脳を基軸とする生物学的レベルでの不調として捉え、パーソナリティーにその責任を帰してはならない。

筆者は、「現代型不登校」の背景にある発達課題として、「ここぞというときに、その場面から退却する心の習慣」をパーソナリティーの中核を持った発達課題であると考えている。そして、その課題は、端からみると、氣遣う他人の存在を無視しているように見えるし、それくらいにマイペースであるようにも見えるだろう。無理に現実と直面させようとすると、適当な言い訳を繰り返す。そのとき本人の中で二つのことが起こっている可能性がある。ひとつは、自分に課した要求、すなわちプライドが高いため、適度なところで自分と折り合いをつけながら物事を処理することができず、現実から逃避してしまっている状況である。もうひとつは、自我の脆弱さゆえに、他者によって何かをさせられるという出来事が侵入として体験されており、それを拒否する形が結果的に現実から逃げるという形を取っているということである。これらは現代人の生育ないしは生活環境に起因する人格形成上の課題と言えるだろう。いずれにせよ、つらい現実と直面すると、本人はほとんど無意識に他者の存在を自分の視界からははずす。はずされた他者は、自分の存在を無視されたと感じ、怒りや悲しみを覚えることになる。さらに、現実と他人に迷惑をかけることにもなる。かかわる側からすれば、肝心なところで逃げられる。肝心なところで向き合えずに、都合のよいところだけで関係を維持しているようにも見受けられる。そのとき、支援者や周囲の者は「報復」をせずにはいられるだろうか。

鍋田(2012)は、軽症化した対人恐怖症状を示す思春期・青年期の患者たちの変化を神経症全体の変化として捉えており、これを「不全型神経症」と呼んでいる。そして、その特徴を、「症状の出し切れなさ」、自我理想をめぐる葛藤状況の希薄さ、「避ける、こもる」という適応機制、社会参入への動機づけの弱さなどの視点から考察している。さらに、時代的変遷の3段階として、第1段階は「優等生の息切れ型」不登校と「メランコリー親和型うつ病」、第2段階は「主体性の落ちている不登校」と「逃避型抑うつ」、そして、第3段階は、ここ数年の間に目立つようになった「マイペース型の不登校」と「ディスチミア型うつ病」、それぞれの類似性について言及している。筆者が指摘する「現代型不登校」は、この区分に即して言えば、「主体性の落ちている不登校」と「マイペース型の不登校」の両者を含んだ概念となる。

1990年代の不登校増大の背景には、行事のみの参加を促すという「部分登校」が教師の側から提案されることが多くなったことが考えられる。これに伴い、「部分登校」、別の言い方では「つまみ食い登校」をすることに対して罪悪感を感じていないように見受けられる子どもたちが出現してくる。もちろん、それは教師や保護者が提案したことが発端にはなっているが、大人たちは「部分登校」をきっかけに本人の学校復帰を促すことを意図していたはずである。さらに言えば、「部分登校」による罪悪感が学校復帰の原動力になればとの意図があった。しかし、子どもたちの行動は、その場限りのものに留まった。この行動を多くの大人たちはまだ理解できずにいるのではないだろうか。これを説明する概念が健康な範囲で行われる緩やかな解離機制であり、子どもたちはこのメカニズムを用いることで優しい大人たちの意図に乗ることを回避したものと考えられる。従来の本人を受容し、温かく見守ることを基本姿勢とするかわりだけでは、援助者の方が無力感に襲われてしまうような一群の子どもたちなのである。

そして、この罪悪感なく行われているように見える「部分登校」は、休職中にも旅行には行けたり、自分の好きなことには没頭できるといった「新型うつ病」者の特徴と地続きのものである。表3は、うつ病および不登校の状態像の時代的変遷と社会背景との関連についてまとめたものである。

表3. うつ病および不登校の状態像の変容と社会背景

状態像	社会背景
1980年代まで … 「メランコリー親和型うつ病」「よい子の息切れ型不登校」 ↓	1950～1960年代 戦後復興期 1970～1980年代 高度経済成長期 …核家族化、地域共同体の衰退、家族的役割意識の衰退
1990年代 … 「新型うつ病」「現代型不登校」の出現 ↓	1990年代以降 経済成長の喪失（バブル期から低成長期）へ <社会>…物質的豊かさの達成、年功序列が崩れ成果主義の導入、将来の見通しが得にくい社会、時間的にゆとりのない社会、規範よりも自分重視の生き方（私事化） <学校>…「個性」尊重、「自己実現」重視の教育、学校教育のサービス業化 <家庭>…家族的役割意識の消失（友達親子化）、地域共同体の消失と家族の孤立化、家庭の二極化（格差社会）
2000年代 … 「新型うつ病」「現代型不登校」の増大	

6. 社会病理としての「新型うつ病」と「現代型不登校」

「新型うつ病」と「現代型不登校」との関連から現代を考えると、現代という時代特有の不適應の形が見えてくる。ところが、時代的背景がその社会に生きる人々の心性に影響を及ぼしていることを考慮せず、人の言動に関する「わからなさ」を個人の問題として説明しようとするれば、そこから次々に新しい病理や障害が設定されていくことになる。例えば、児童・青年期における難治性うつ病について、傳田（2008）は、従来の内因性、心因性、外因性という要因の他に、新たに発達障害の視点を加える必要性が生じてきたことを指摘している。特に、高機能広汎性発達障害を併存する青年期うつ病は、パーソナリティの問題に誤解される可能性があるという。さらに、傳田・佐藤（2010）は、ディスチミア親和型のうつ病患者に対して感じられる「何らかの違和感」として、職場や学校への帰属意識が希薄、社会的規範の取り入れが弱い、自責性に乏しく他罰的、自己中心的、自己自身への愛着、対他配慮性が少ない、私生活におけるリズムに固執、不安・不全感・焦燥が優位、自分が置かれた状況に葛藤を感じられないなどの臨床的特徴を列挙し、この特徴を説明できるのは発達障害という視点であると論じている。

これに対して、筆者は、これまで「新型うつ病」と「現代型不登校」の両者に共通して見出せる特徴を、精神病理カテゴリーを新たに設定したり、病理カテゴリーを併存させることによって説明していくのではなく、解離モデルのような適應機制の視点から説明し理解していく

ことを提案したい。現代人の行動を、このモデルによって説明できる場面が増えた背景には、地域コミュニティの衰退やメールやインターネットによるコミュニケーションを多用するようになった現代社会特有の対人関係の状況が関与している。解離性とは、言葉そのもののニュアンスからすれば、場面Aの自分と場面Bの自分との意識の連続性や一貫性がない状態を想像させる。しかし、その行動が生じる当事者の内的な状態は、今ここで目の前にしている状況がすべてであり、その場面の前後に一貫した自己を仮定しない表層的あり方として説明できる。

また、当人の一連の行動を外部から見て判断すると、その行動は、自己ないしは対象の断片同士が都合よくつながっているようにも見える。あるいは、状況に応じて自分を使い分けられるように見えるかもしれない。多少冷静に観察すると、躁とうつの2つの状態が周期的に現れる双極性障害のように見受けられることもあるだろう。ひとつの場所からその行動の全体を見ていると、「この人は何を考えているのかわからない」とか、場合によっては「この人は私をなめているのではないか」といった疑念を引き起こさないとも限らない。

しかし、患者の病態のつかめなさを個人レベルで解消しようとする、その病態を説明できる新たな診断的視点や臨床概念が提示されることになる。それは個人の病態をより正確に捉え、治療につなげていくという意味を持つてはいる。しかし、新たな病態を説明するために、新たな診断的視点が導入されることで、病理概念はますます複雑多様化し、これに連動してアセスメントや診断が複雑化してくることも確かである。そして、その新しい概念はまた別の患者とのかかわりの中で見直され、治療者をさらに納得させるための新しい病理概念の構築を必要とする。それは確かに精神医学における発展を意味するものであろうが、一人一人の患者の生活に根差した治療論や援助論を、高度に複雑化した概念から導き出すことはできない。特に「新型うつ病」の治療論に関しては、日本うつ病学会において治療指針の対象外とされ、未だに確かな方向性が得られていない状況にある。

筆者は、このようなクライアントに対して、社会病理という環境側の要因を視野に入れるとともに、患者と治療者との関係性を重視した支援を行うことで、より適切な援助論が展開できるのではないかと考える。例えば、「現代型不登校」とのかかわりは、援助者の中に父性のテーマを生起させる。規範よりも個人に重きを置くようになった現代人は、総じて超自我形成が不十分である。その結果、葛藤を抱えながら成長できる自我が脆弱となる。自我とエスの共謀という事態は、脆弱な自我が葛藤を抱えきれずに、自己に課せられた現実を回避することを意味する。したがって、援助者はそのようなクライアントとのかかわりの中で、超自我ロールを引き受けさせられる。超自我形成が不十分なクライアントとのかかわりにおいては、援助者の側にクライアントに向けて説教をしたくなるという逆転移を誘発する。問題は、いかにすればクライアントの超自我形成を促し、その結果として、より適応的かつ柔軟な自我形成が可能となるかということである。その意味では、援助者にはクライアントを無条件に受け入れる母性性だけでなく、必要に応じて現実原則を示せる父性的かかわりが求められる。よき父性とは、クライアントが都合よく援助者を、そして自分自身を欺こうとするときに、クライアントを見捨てることなく現実を提示できることである。それは、かかわりの中で援助者の方が葛藤を抱え、その葛藤状況から適切な言葉をクライアントに伝えていくことである。

7. 臨床援助についての議論 — 治療上の工夫

従来のうつ病精神医療に関する研究領域においては、個人の病態の解明に焦点が当てられたものが中心であり、とりわけ「新型うつ病」と呼ばれる人たちへの臨床援助についての議論は

十分なされているとは言い難い。

たとえば、現在、各地で開かれている専門家を対象としたうつ病に関する研修会などにおいては、ディスチミア親和型うつ病の治療について、「役割意識を持たせること」、「適度に背中を押すこと」、「薬に頼るのではなく本人が変わることが大切だということ」をくり返し伝えることなどが重要であると言われている。しかし、このような指導に近い方法で患者が立ち直れるかどうか疑問が残る。樽味（2005b）は、ディスチミア親和型うつ病の治療に関して、以下の提案を行っている。

まずは当然ながら①チューニングとラポールの確立である。ただし人生全部を委任されないように気を配る必要がある。そして②心的弾力性の継続的評価であり、待合室の姿や足取り、表情や目の動きに現れる。それから③“主役は抗うつ薬ではなく、あくまで受療者自身である”ことの、ふとした時の確認である。そのうえで④本人が自身の選択で行動したり工夫してみたことをこまめに取り上げて、それがよかったこと（少なくとも悪くはなかったこと）を映し返す作業を続ける。端的には、誉めることで弾力性を刺激する。⑤抗うつ薬については「対症的なものに過ぎないけれど“下地”としてはあってもよい」くらいで考えるし、本人にもそう説明している。薬剤名も診断名も、なるべくその名前にまつわるハクを中和することに重点を置く。そのハクで彼らの人生が規定されかねないからである。プラセボ効果の活用とどう折合いをつけるかは、今後の課題である。

松尾（2009）は、ディスチミア親和型うつ病患者とのかかわりにおいては、メランコリー親和型とは対照的に、ポジティブなフィードバックや適度の励まし、適度に背中を推してやる言葉かけが中心となってくることを指摘している。さらに、患者の不調を「病い」という形ではなく、「体力」の過不足といった形に置き換えて説明することで、「体力＝自分でもなんとかできるのかもしれない（せねばならないのかもしれない）」という形で患者自身の関与を引き出すことや役割や義務の意識に馴染んでもらうために、まずは家族の中などで身近な役割から担ってみよう促すことを提案している。これらは、他の論文にない具体性を持った提案として評価できる。

参考までに、傳田（2010）によれば、気分変動性障害でアスペルガー障害を併存しているケースへの心理教育として、①現在の状態について事実を率直に伝える。②当初は休養と薬物療法が必要であることを伝える。③薬物療法だけに頼らず、元気が出てきたら自分自身でできることから行動していくことを繰り返し伝える。④治療の動機づけとして、「本当にやりたいことがあれば、今自分でできることを一つひとつ地道にやっていく必要がある」ことを伝え、集団プログラムを紹介する。いずれの研究者たちも共通して、患者が薬のみに頼ることなく、少しでも主体的に治療に取り組めるための工夫が必要であることを指摘している。表4は、2つのタイプのうつ病を、状態像と援助の方向性の2つの観点から比較した場合の主要な相違点を抽出したものである。

表4. 2タイプのうつ病における状態像と援助の方向性における相違点

	従来型	新型
状態像	<ul style="list-style-type: none"> ・ 罪責感が強く、どんなことに対しても気力減退。 ・ 薬が効きやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 仕事のときだけうつ、仕事以外の好きなことには元気に取り組める。 ・ 薬が効きにくく、心理療法にも乗りにくい。

状態像	・生真面目で責任感が強いという病前性格。	・上下関係が苦手で、傷つきやすい。
援助の方向性	・励ませずに、休養を促す。 ・性格的な基盤は変わらないので、本人が無理しない環境に配慮する。	・薬中心ではなく、本人が主体となる治療を心がける。 ・治療や治療者に対する依存性と受け身性を引き出さない。 ・本人なりの対処行動を評価し、背中を推す。 ・社会的な役割意識の前に、家族など身近な関係での役割意識から担ってみる。 ・治療者との信頼関係の中で成長している可能性がある。

次に、「現代型不登校」の支援上の工夫としては、別室であれば登校できるが、そこで多くの課題を強要すると再び不登校になる。あるいは、教室に行くことを急がせると別室にも行けなくなる。このような現状を踏まえ、支援の初期においては、課題をあえて用意せず、本人のペースを尊重し、まずは学校に毎日通えることを重視した対応を継続していく。本人のペースを尊重するかかわりは、教師の目からすれば怠けとして映りやすく、他の生徒と比べられることで、結果的に本人の居場所を奪っていくことになりがちである。仮に、本人のペースを尊重していくかかわりが滞りなく行われたとしても、最終目標を他の生徒と同じところに見ている限り、教師サイドからは「現状維持」としてネガティブに評価されることが多い。

したがって、このような生徒を支援する際の最終目標は、みんなと同じようにやれることではなく、自分の状態についての理解が深まり、それに応じた自己調節ができるようになることにあると考えることが重要である。例えば、「教室にいるとなぜかとても疲れる」と感じている生徒の場合であれば、「疲れ過ぎないためにどんな工夫ができるか」あるいは「疲れ過ぎる手前で、何らかの自分なりの手が打てるようになること」が本人への実質的な支援となるということである。

特に、自我の中核がまだ十分に育っていない思春期の子どもたちにとって、空気を読んで行動することへの無言のプレッシャーの強い教室という場所は、確かに神経を磨り減らすことになり疲れやすい。しかし、子どもたちは、浮いてしまうことを過度に恐れて、何とかして周囲の乗りについていこうと自分の守りを固めている。そのような場所にいれば誰でも疲れるとの認識を持つことが、教師をはじめとする大人側に求められていることである。不登校へと踏み切る子どもたちは、神経を磨り減らしている自分に気づき始めた存在である。「現代型不登校」は、その意味で、学校での生きづらさを、大人たちに向けて自ら表現している形だと言える。「現代型不登校」の子どもたちへの支援は、この認識から出発しなければならない。表5は、従来型不登校と現代型不登校それぞれのタイプにおける援助の方向性の違いを示したものである。

表5. 不登校の2つのタイプにおける援助の方向性の違い（大石 2010を改変）

神経症的不登校	現代型不登校
・本人を精神的に追い詰めないかかわりを重視する。 ・本人から言い出すまでは、登校刺激は控える。	・ある程度の生活リズムの維持。 ・カウンセリングでは、言語化を急がない。時に話さなくてよいことを伝える。

<ul style="list-style-type: none"> ・長い目で温かく見守る。 ・カウンセリングでは、本人の気持ちをしっかりと受容し、より自分らしい人生の方向について具体的に話し合っていく。 ・本人の自立を暖かく見守ることが支援の中心。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人自身の納得感を重視しつつ、本来ならどうしたいのかを一緒に考えていく。 ・節目となる時期においては、具体的な情報を与え、現実に進みたい方向について意思確認を丁寧に行う。 ・本人が第一歩を踏み出せるきっかけを作れるよう工夫する。 ・行動できたときは、振り返りを丁寧に行う。 ・結果よりも行動に移せたことを十分評価する。
---	--

表5に示したように、大石（2010）は、不登校が発達上の課題を内包しながらも、その後学校に行かない生活が習慣化することでますます改善しにくくなる現状を取り上げ、「現代型不登校」に対する支援として、生活リズムを中心とする生活習慣の改善を図ることを提案した。その一方で、子どもの生活リズムの改善を誰がどのような方法で行えばよいかより実質的な課題として残される。たとえ表面上葛藤が見えにくいとしても、生活リズムが乱れる背景には、家にいることの退屈感や学校に行っていないことで生じてくる罪悪感に何とか対処しようとする心理機制が垣間見える。昼間は人の目が気になるから夜中に起きておく方が楽だということの中に、そうしないとたない当面の対処という側面があるため、それを改善しようとする働きかけは、それ自体が本人の当面のあり様を否定することにもなる。臨床援助は、この一見問題に見える行動を当面の解決努力として認めることから始まる。

8. 生き延び方としての「新型うつ病」と「現代型不登校」

「新型うつ病」や「現代型不登校」の特徴は、「嫌なものは嫌」、「自分が納得できないことはしたくない」という意思がはっきりしていることである。それを周囲の大人たちは、「嫌なことから逃げている」、「わがまま」、「甘えている」と捉える。逆に、「みんながするからする」、「親や先生がするように言うからする」ことを、規範を守れる、協調性がある、社会性があると世の中では捉えがちである。

「新型うつ病」や「現代型不登校」は、心も体も職場や学校に行きたくないことを自覚し、超自我からの責めに対して自分なりに対処しようとした結果の症状である。しかし、臨床援助の過程においては、それまでのその人/その子とは異なる意外な面が表現されるようになり、時にその姿はとてもチャーミングであったりする。いわばその素顔がやがてその人/その子らしさという人格の基盤を形作り、その後、ひとつの人格として統合されていくことをセラピストが媒介していく。これが援助の主眼である。もちろん、このような自己の統合は一生涯かけて行っていく課題であり、当面は、個人が今の職場や学校とどう折り合っていくかという課題から取り組む必要がある。そもそも個人の社会適応をどう考えるかという問題は、単純に「人に迷惑をかけなければどう生きててもよい」という論理で割り切ることができない。言い方を換えれば、人は完全に他者のまなざしを遮断して生きていくことはできない。したがって、マイペースやわがままに見えるという新しい在り方の個人の問題は、そのような少数派に対して、そうでない多数派がどう振る舞うかという受け入れ側の問題と切り離すことができない。このテーマは、実質的には新しい「個人」を認めていく人と社会の成熟可能性を問うものである。

神田橋（2008）は、ディスチミア親和型のうつ病を、生きていくうえでの大きな物語も個

人の物語もともに失った無気力状態として捉え、その治療においては休息や薬物ではなく、個人の物語の再生あるいは創出が必要となるとしている。そして、回復のひとつあり様を「チームを作る欲求の放棄」すなわち「オタク的あり方」であると述べている。

筆者は、神田橋によるこのうつ病治療論は以下のように解釈できると考える。すなわち、ディスチミア親和型うつ病者は、その病前において他者からの期待に答え、他者の期待に沿うことを第一に考える生き方に価値をおこうとしてきた可能性がある。その生き方の破綻した形が、ディスチミア親和型うつ病の特徴として列挙されたあり様だということである。だとすれば、「新型うつ病」者や「現代型不登校」児が集団や規範や常識と呼ばれるものに自己を同一化させて生きる生き方に希望を見出だせなくなる背景には、現代社会のあり様が少なからず影響しているということである。神田橋（2008）は、「チームを作る能力」と「数値目標」を重視する社会の価値観が、このタイプのうつ病出現の背景にあることを指摘しているが、これは言い方を変えれば、このようなスローガンを掲げることで、かえって気力を失っていく一群の人たちが、「新型うつ病」や「現代型不登校」と呼ばれていることを意味する。新しい傾向だと言われている症状は、実は社会からの新しい圧力に対する本人たちのささやかな抵抗の形なのではあるまいか。

個人が人生をいかに生きるかについての物語を回復することを重視する視点からすれば、不適応を起こすきっかけとなった出来事やいきさつについて丁寧に耳を傾けるだけでなく、クライアントの言葉と言葉の間に流れているその人/その子なりの「生きづらさ」を共有していくことが意味を持つと考えられる。そして、クライアント本人の人生への納得感を大切にしながら面接を進めていくことが重要となろう。このように捉えられるとき、その人/その子たちへの支援とそれによる回復のひとつの形として、神田橋がディスチミア親和型うつ病者の回復像として示した「他者のために生きることをやめたオタク的あり方」があるのかもしれない。そして、それは、そのように生きるその人自身の内的な自己承認と、そのような人を受け入れられるかどうかという環境側の心の寛容を同時に問うている。

臨床援助とは、個々の病理診断とそれに基づく治療だけではなく、クライアントが個と集団という普遍的テーマに取り組むことを支え、この社会をどうように生き延びていくのかを見出していこうとする作業に同伴することである。「新型うつ病」や「現代型不登校」の背後に横たわっているのは、新たに増え続ける個人病理ではなく、それを増やし続ける社会病理の方である。症状は、その社会病理にその人が自分なりに対処した一定の形である。したがって、援助者は、クライアントを前にしたときには、いったん個人病理的な枠組みを棚上げし、ひとりの人間に立ち返り、ひとりの生活者としての暮らしを少しでも本人が納得できる方向で地道に支えていくことが求められていると言えるのではないだろうか。

引用文献

- 阿部隆明 (2012) 気まぐれで未熟な「新型うつ病」－現代うつ病の精神病理. 臨床心理学 第12巻第4号;469-474.
- 大石英史 (2003) 不登校の今日的傾向とその課題. 山口大学教育学部研究論叢 第53巻第3部; 35-46.
- 大石英史 (2009) 「現代型不登校」の理解と援助. 青年期の危機とケア. ふくろう出版. 41-58.
- 大石英史 (2010) 「現代型不登校」に関する一考察(1)(2). 山口大学大学院教育学研究科附属臨床心理センター紀要 第1巻;3-13,15-24.
- 大石英史 (2012) 学校臨床場面における不登校について、実祭の支援を通して理解する. 心理学へのいざない－研究テーマから語るその魅力. 北大路書房. 129~151.
- 大西 守 (2011) 労働環境の変化と職場のうつ病－職場復帰を中心に－. 心身医学 Vol.51;402-407.
- 笠原嘉 (2009) 笠原嘉臨床論集:うつ病臨床のエッセンス. みすず書房.
- 神山昭男 (2011) 産業メンタルヘルスの現場から－職場と精神科主治医の連携をめぐる－. 現代のエスプリNo.531;66-78. 至文堂.
- 神田橋條治 (2008) 招待講演 うつ病診療のための物語私案. 日本うつ病学会.Vol.5.
- 樽味伸 (2005a) うつ病の社会文化的詩論－特に「ディスチミア親和型うつ病」について－. 日本社会精神医学会雑誌,13;129-136.
- 樽味伸 (2005b) 現代社会が生む”ディスチミア親和型”. 臨床精神医学34;687-694.
- 傳田健三 (2008) 子どものうつ病と大人のうつ病をつなぐ鍵概念－発達障害の視点から－. 臨床精神医学37 (9) ;1167-1170.
- 傳田健三・佐藤祐基 (2010) 児童・青年期における難治性うつ病－発達障害とbipolarityの視点から－. 精神療法 第36巻第5号;47-52.
- 鍋田恭孝 (2012) 思春期・青年期の病像の変容の意味するもの/「やみ切れなさ」「症状の出せなさ」－現代型うつ病・不全型神経症(軽症対人恐怖症など)・ひきこもりから考える 精神療法 第38巻第2号;164-171.
- 松尾信一郎 (2009) 「ディスチミア親和型うつ病」を通してみる現代うつ病医療. 日本森田療法学会雑誌20;33-40.
- 森岡正芳 (2012) 「うつ」の現在－基本的な考え方 臨床心理学 第12巻第4号;459-463.