

『就実大学大学院教育学研究科紀要 2019（第4号）』 抜刷

就実大学大学院教育学研究科 2019年3月10日 発行

# 非定型うつ病傾向者の自我機能および防衛機制

—非定型うつ病患者および健常者との比較から—

**Ego Functions and Defense Mechanisms of People Having a Tendency to  
Atypical Depression**

**— Through Comparison with People with Atypical Depression and  
Healthy People —**

林 秀樹・武井祐子・藤森旭人・竹内いつ子・保野孝弘

# 非定型うつ病傾向者の自我機能および防衛機制 —非定型うつ病者および健常者との比較から—

林 秀樹・武井祐子・藤森旭人・竹内いつ子・保野孝弘

## Ego Functions and Defense Mechanisms of People Having a Tendency to Atypical Depression — Through Comparison with People with Atypical Depression and Healthy People —

Hideki HAYASHI, Yuko TAKEI, Akihito FUJIMORI, Itsuko TAKEUCHI, Takahiro HONO

### 抄録

先行研究において、非定型うつ病傾向者は不適応な防衛機制を用いる一方、健常者と同程度の自我機能を有している可能性が明らかとなった。しかし、これらの研究では、群分けの際にうつ病の有無が考慮されていなかった。そこで本研究では、うつ病の有無を加味しながら群を分け、非定型うつ病傾向者の自我機能および防衛機制を非定型うつ病者および健常者との比較から明らかにすることを目的とした。大学生を対象に質問紙調査を実施し、分析を行った。その結果、非定型うつ病傾向者の全体的な自我の機能状態は健常者より低いものの、自我の諸機能の機能状態は健常者と変わらないことが明らかとなった。その一方、非定型うつ病傾向者は健常者に比べて未熟な水準の防衛機制をより多く使用しており、その程度は非定型うつ病者と変わらないことが明らかとなった。

キーワード：非定型うつ病傾向、自我機能、防衛機制

### 問題と目的

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(川上, 2006)、その患者数は年々増加している(厚生労働省, 2014)。一般に「うつ病」とは、完璧主義や強い責任感を病前性格とした慢性的な気分の落ち込みを示す、メランコリー型うつ病を指すことが多い。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。本研究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。

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、すなわちメランコリー型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）。そして、傳田（2009）は新型うつ病の状態像を整理し、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。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対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、非定型うつ病の診断基準には、「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，2010；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、非定型うつ病の患者数は伸び続け（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症状の程度が軽い者、すなわち非定型うつ病傾向者<sup>1</sup>にも目を向ける必要があると考えられる。

<sup>1</sup> 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。うつ病の健常群から臨床群への連続性は、これまで多くの研究によって明らかにされてきた（例えば、Hankin, Fraley, Lahey, & Waldman, 2005; Okumura, Sakamoto, & Ono, 2009）。その一方、非定型うつ病に限定した連続性に関する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起こりうる「了解不能（Jaspers, 1913）」や「断絶（Tellenbach, 1983）」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）を踏まえ、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、本研究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。

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、非定型うつ病傾向者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。

Hayashi, Takei, Fujimori, Takeuchi, & Hono (2017) や林・武井・藤森・竹内・保野 (2016; 2017; in press) は、非定型うつ病にパーソナリティの問題が仮定される (福西・福西, 2013) ことから精神分析の視点、とりわけアセスメントにおいて重視される自我機能と防衛機制 (Gabbard, 1994 権訳 1998) を取り上げ、非定型うつ病傾向者の心理機序の理解を進めている。自我機能とは「現実検討」や「思考過程」など12の機能から成り、総じて社会適応能力と関連する機能のことである (Bellak, Hurvich, & Gediman, 1973)。一方、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る (American Psychiatric Association, 1994 日本精神神経学会 1996)。これには (a) 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<sup>2</sup>の防衛、(b) 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、(c) 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、(d) 最も適応的で健康的とされる成熟した水準の防衛といった4つの水準が想定されている (Vaillant, 1992)。

先に述べた先行研究の中でも、Hayashi et al. (2017) や林他 (in press) では、非定型うつ病がメランコリー型うつ病との対比から理解されてきたこと (例えば、福西, 2014; Heydendael, 2009)、精神分析によるメランコリー型うつ病の理解が数多く進められていること (例えば、Freud, 1917 伊藤訳 2010; Jacobson, 1971 牛島他訳 1983) から、メランコリー型うつ病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や防衛機制の特徴を検討した。その結果、非定型うつ病傾向者はメランコリー型うつ病傾向者と同程度の自我機能を有していることが明らかとなった。その一方、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をより多く用いていることが明らかとなった。これらの結果から、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不適応な対処をするものの、両者の間に全体的な社会適応能力の差異はないと考えられた。さらに、Hayashi et al. (2017) の研究ではいずれの疾患傾向も示さない非傾向群との比較もなされ、非定型うつ病傾向者の全体的な自我の機能状態は非傾向者と同程度であった。したがって、非定型うつ病傾向者の適応能力は健常者に近い可能性がある。

また、上述のHayashi et al. (2017) や林他 (2016; 2017; in press) の研究ではグローバル

<sup>2</sup> 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。Klein (1957 松本訳 1996) によると、分裂や投影同一化などの原始的防衛機制は未分化な対象関係に基づく防衛機制であることから、(a) 精神病水準の防衛機制に含むことができる。

うつ病評価尺度（以下、GSD：福西・福西，2012a）を用いて群分けを行っている。これは第一段階でうつ病の有無を，第二段階でうつ病の型（非定型うつ病あるいはメランコリー型うつ病）を評価する尺度である。そして，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（福西・福西，2012a）」と考えられている。Hayashi et al. (2017) や林他 (2016; 2017; in press) はこの理解に基づき，第二段階のカットオフのみを用いて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に分類した。しかし，この分類法では非定型うつ病傾向者の中に非定型うつ病患者も含まれることとなるため，非定型うつ病傾向者の心理機序をより正確に検討するためには，うつ病の有無を加味して群を分ける必要がある。

そこで本研究では，うつ病の有無を考慮しながら非定型うつ病患者および健常者との比較を行うことで，非定型うつ病傾向者の心理機序のさらなる理解を試みる。まず，非定型うつ病傾向者の自我機能を非定型うつ病患者および健常者と比較する（研究1）。次に，非定型うつ病傾向者の防衛機制を非定型うつ病患者および健常者と比較する（研究2）。最後に，これらの研究を踏まえて総合考察を行う。

### 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<sup>3</sup>

#### 非定型うつ病傾向者の自我機能（研究1）

**目的** 非定型うつ病患者および健常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。

**方法** 中国地方の大学生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者数は244名（男性77名，女性167名，平均年齢19.8歳， $SD = 1.20$ ）であった。調査期間は2017年1月から2月であり，調査は講義の一部を利用して実施された。

**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2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) GSD（福西・福西，2012a）：うつ病の有無および型を測定するために使用した。GSDは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。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，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。

<sup>3</sup> 本研究は川崎医療福祉大学倫理委員会の承認を受けて実施された（承認番号16-063）。本研究のデータはその一部を使用したものである。

(2) 自我機能調査票 (以下, EFI; 中西・佐方, 1989): 自我機能を測定するために使用した。EFIは42項目から構成され, 合計点が高いほど自我機能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。

**結果** GSD第一段階のカットオフポイントおよび第二段階の非定型うつ病像に関するカットオフポイントを満たした者を非定型うつ病群, GSD第一段階のカットオフポイントを満たさず, 第二段階の非定型うつ病像に関するカットオフポイントのみ満たした者を非定型うつ病傾向群, GSD第一段階のカットオフポイントおよび第二段階の非定型うつ病像とメラニコリー型うつ病像に関するカットオフポイントを満たさなかった者を健常群とした。その結果, 非定型うつ病群31名 (男性8名, 女性23名), 非定型うつ病傾向群10名 (男性6名, 女性4名), 健常群82名 (男性27名, 女性55名) となった。なお, いずれの群にも分類されなかった121名のデータは分析から除外した。

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ために, 非定型うつ病者および健常者との比較を行うことであった。そのため, 群 (非定型うつ病群・非定型うつ病傾向群・健常群) を独立変数, EFI得点および各因子得点を従属変数とする対応のない一要因分散分析を行った (Table 1)。その結果, EFI合計点および全ての下位因子において有意な主効果が認められた (順に $F(2, 120) = 24.45, p < .001$ ;  $F(2, 120) = 15.11, p < .001$ ;  $F(2, 120) = 17.74, p < .001$ ;  $F(2, 120) = 19.26, p < .001$ ;  $F(2, 120) = 3.09, p < .05$ ;  $F(2, 120) = 5.24, p < .01$ ;  $F(2, 120) = 5.99, p < .01$ ;  $F(2, 120) = 11.18, p < .001$ )。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は非定型うつ病群に比べてEFI合計点が有意に高く ( $p < .01$ ), さらに健常群はそれらの群に比べて有意に得点が高かった ( $p < .01$ )。また, 非定型うつ病傾向群および健常群は非定型うつ病群に比べて, 「現実感覚」と「衝動統制」の得点が有意に高かった ( $p < .01$ )。

Table 1 各群の平均値 (SD) と分散分析および多重比較の結果

	群			F	Bonferroni
	1. 非定型うつ病群 (N=31)	2. 非定型うつ病傾向群 (N=10)	3. 健常群 (N=82)		
EFI	119.84 (14.75)	136.80 (11.20)	143.00 (16.47)	24.45***	1<2<3
総合・統合機能 支配・有能性	16.19 (3.44)	17.90 (4.31)	19.82 (2.90)	15.11***	1<3
現実感覚	17.45 (4.52)	22.40 (3.13)	22.12 (3.57)	17.74***	1<2, 3
衝動統制	14.87 (4.22)	19.60 (6.40)	20.11 (3.59)	19.26***	1<2, 3
対象関係	18.87 (3.58)	18.10 (1.73)	20.17 (3.25)	3.09*	
防衛機能	17.81 (3.66)	20.20 (4.24)	20.13 (3.30)	5.24**	1<3
刺激障壁	18.74 (4.26)	20.60 (4.50)	21.63 (3.79)	5.99**	1<3
自律的機能	15.90 (2.81)	18.00 (3.77)	19.01 (3.15)	11.18***	1<3

注) \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

**考察** EFI合計点は健常者が最も高く、次いで非定型うつ病傾向者、非定型うつ病者の順に低かった。Bellak et al. (1973) によると、全体的な自我の機能状態は社会適応能力と関連すると考えられる。したがって、非定型うつ病傾向者は非定型うつ病者に比べて社会適応能力が高いものの、健常者に比べて低いと推察される。一般に、精神疾患が重度になるほど自我機能は下がり、社会適応も低下すると考えられることから (Bellak et al., 1973), 本研究の結果は従来の考えを支持する結果となった。

EFI下位尺度の結果を確認すると、「衝動統制」および「現実感覚」において、非定型うつ病傾向者と非定型うつ病者の差異が認められた。Bellak et al. (1973) によると、「衝動統制」は衝動や感情をコントロールする機能であり、この機能が低下すると気分の移り変わりが激しくなると考えられている。また、「現実感覚」は外的事象を現実的に体験する能力であり、この機能が低下すると離人感が強くなると考えられている。一方、非定型うつ病の症状を確認すると、彼らの主たる症状は「気分の反応性 (American Psychiatric Association, 2013 日本精神神経学会監修 2014)」であり、衝動性も高い (Fava, et al., 1997)。したがって、「衝動統制」および「現実感覚」はいずれも非定型うつ病の特徴的な症状と関連する自我機能の一つといえる。

「衝動統制」や「現実感覚」の中でも、特に前者は非定型うつ病の最も特徴的な症状「気分の反応性」と関連する。実際にHayashi et al. (2017) において、非定型うつ病傾向者はいずれの疾患傾向も示さない非傾向群に比べて、「衝動統制」機能が低かった。しかし本研究の結果を確認すると、非定型うつ病傾向者の「衝動統制」機能は非定型うつ病者に比べて高く、健常者と同程度であった。さらに、非定型うつ病傾向者と健常者の差異を確認すると、いずれの下位尺度においても差異は認められなかった。本研究では、各群を正確に分類することで非定型うつ病傾向者の自我機能をより詳しく検討することを目的としたが、非定型うつ病傾向者は非定型うつ病に最も特徴的な症状を示さず、それどころか健常者と大きくかわらないことが明らかとなった。したがって、非定型うつ病傾向者は際立った特徴を示さない一群であると考えられる。

## 非定型うつ病傾向者の防衛機制 (研究2)

**目的** 非定型うつ病者および健常者との比較を通して、非定型うつ病傾向者の防衛機制を明らかにすることを目的とする。

**方法** 中国地方の大学生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者数は266名 (男性83名, 女性183名, 平均年齢19.6歳,  $SD = 1.34$ ) であった。調査期間は2016年10月から11月であり、調査は講義の一部を利用して実施された。

**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2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) GSD (福西・福西, 2012a) : 研究1で用いたものと同一であった。

(2) Defense Style Questionnaire-42 (以下, DSQ42; 中西, 1998): 防衛機制を測定するために使用した。DSQ42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。また, DSQの信頼性や妥当性は多くの研究によって確認されてきた (Bond et al., 1989; Hayashi, Miyake, & Minakawa, 2004)。ただし, DSQの因子構造にはいくつか疑問が残る。例えば, Andrews, Singh, & Bond (1993) は因子分析の結果から, DSQ40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, Andrews et al. (1993) では, 「否認」や「分裂」は神経症的な防衛スタイルに含まれていたが, これら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。同様に, 「合理化」や「身体化」は未熟な防衛スタイルに含まれていたが, これらは神経症水準の防衛機制と考えられている (Vaillant, 1992)。

以上の知見から, 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。

**結果** GSD第一段階のカットオフポイントおよび第二段階の非定型うつ病像に関するカットオフポイントを満たした者を非定型うつ病群, GSD第一段階のカットオフポイントを満たさず, 第二段階の非定型うつ病像に関するカットオフポイントのみ満たした者を非定型うつ病傾向群, GSD第一段階のカットオフポイントおよび第二段階の非定型うつ病像とメランコリー型うつ病像に関するカットオフポイントを満たさなかった者を健常群とした。その結果, 非定型うつ病群26名 (男性7名, 女性19名), 非定型うつ病傾向群15名 (男性8名, 女性7名), 健常群86名 (男性26名, 女性60名) となった。いずれの群にも分類されなかった139名のデータは分析から除外した。

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, 非定型うつ病者および健常者との比較を行うことであった。そのため, 群 (非定型うつ病群・非定型うつ病傾向群・健常群) を独立変数, DSQ42の各水準得点を従属変数とする対応のない一要



因分散分析を行った (Table 2)。その結果、精神病水準と未熟な水準、成熟した水準において、有意な主効果が認められた (順に  $F(2, 124) = 5.30, p < .01$ ;  $F(2, 124) = 21.69, p < .001$ ;  $F(2, 124) = 3.87, p < .05$ )。Bonferroniの方法による多重比較を行ったところ、非定型うつ病群は健常群に比べて精神病水準の防衛得点が有意に高かった ( $p < .01$ )。さらに、非定型うつ病群および非定型うつ病傾向群は健常群に比べて、未熟な水準の防衛得点が有意に高かった ( $p < .01$ )。

Table 2 各群の平均値 (SD) と対応のない一要因分散分析の結果

	群			F	Bonferroni
	1. 非定型うつ病群 (N = 26)	2. 非定型うつ病傾向群 (N = 15)	3. 健常群 (N = 86)		
DSQ42					
精神病水準	26.62 (7.64)	24.53 (5.44)	22.53 (5.07)	5.30**	1>3
未熟な水準	27.31 (7.13)	24.00 (4.58)	19.79 (4.72)	21.69***	1, 2>3
神経症水準	38.42 (8.14)	36.33 (6.17)	36.45 (6.14)	0.94	
成熟した水準	22.19 (5.54)	21.33 (4.22)	24.29 (4.46)	3.87*	

注) \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

**考察** 林他 (in press) において、非定型うつ病傾向者はいずれの疾患傾向も示さない非傾向者に比べ、精神病水準の防衛機制をより多く使用していた。しかし、本研究では非定型うつ病傾向者と健常者の精神病水準の防衛機制に差異は認められず、一方、非定型うつ病者は健常者に比べて、精神病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。Vaillant (1992) によると、精神病水準の防衛機制には「否認」や「投影同一化」などが含まれており、重度の精神病状態を呈する時に現れる防衛と考えられている。したがって、精神病水準の防衛機制の使用頻度には、うつ症状などの精神疾患の程度が影響していると考えられる。

その一方、非定型うつ病傾向者は健常者に比べて、未熟な水準の防衛機制を用いることが明らかとなった。この知見は、非傾向者との比較を行った上述の林他 (in press) と同様であった。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、「身体化」は心理的問題を身体症状に変換させる防衛機制、「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、「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、「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と考えられている。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, 2008)、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。本研究では、各群を正確に分類することで非定型うつ病傾向者の防衛機制をより詳しく検討することを目的としたが、林他 (in press) の知見と同様に、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。

### 総合考察

研究1から、非定型うつ病傾向者の全体的な自我の機能状態は健常者より低いものの、自我の諸機能の機能状態は健常者と変わらないことが明らかとなった。自我の機能状態は社会適応と関連することから (Bellak et al., 1973), 非定型うつ病傾向者は健常者と同程度の社会適応能力を持つと考えられる。その一方、研究2から、非定型うつ病傾向者は健常者に比べて未熟な水準の防衛機制をより多く用いており、その程度は非定型うつ病者と変わらないことが明らかとなった。未熟な防衛機制は、時に一般の成人にも認められるものの、社会的に望ましくない防衛機制であることから (Vaillant, 1992), 非定型うつ病傾向者は健常者に比べてより不適応な防衛機制を用いていると推察される。

以上の結果をまとめると次のように考えられる。非定型うつ病傾向者は健常者と同程度の自我機能を有していることから目立った特徴がなく、さらに社会適応に必要な能力を備えていることから一見すると適応しているように見える可能性がある。しかし、彼らは葛藤に対して適応的に対処できず、困難さを抱えているものと推察される。したがって、不適応な防衛機制に焦点を当てた支援が大切になる。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。よって、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。

ただし、防衛機制は単独で作用しない。例えば、Freud (1894 渡邊訳 2009) はヒステリー患者の症状について、外傷体験を「分裂」あるいは「解離」し、身体症状に「置き換え」た結果と考えている。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。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た検討が必要である。

### 引用文献

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.
- 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— 岩崎学術出版社
- Bellak, L. Hurvich, M., & Gediman, H. (1973). *Ego Function in Schizophrenics, Neurotics, Normals*. New York: Wiley.
- 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.
- 傳田健三（2009）. 若者の「うつ」—「新型うつ病」とは何か— 筑摩書房
- 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.
- 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）
- 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（2012a）. GSDグローバルうつ病評価尺度—検査手引書— 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. 権成鉸（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)

- 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.
- 林秀樹・武井祐子・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). 大学生における非定型うつ病傾向の自我機能—境界性パーソナリティ障害傾向との比較から— 日本心理学会第81回大会発表論文集, 328.
- 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). 大学生における非定型うつ病傾向者の防衛機制—メランコリー型うつ病傾向者との比較から— ストレスマネジメント研究
- 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.
- 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)
- 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 (監修) (2008). 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
- 香山リカ（2011）. なぜあのかは、 途中でだけ「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.
- Klein, D. F. (1993). The treatment of atypical depression. *European Psychiatry*, 8, 251-255.
- 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）
- 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)
- 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.
- 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・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（EFT）による検討— カウンセリング研究, 21, 129-138.
- 野村総一郎（2012）. うつ病疾患概念の歴史の変遷と現在 医薬ジャーナル, 48, 67-70.
- 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（2010）. 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
- 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
- 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.

- 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
- 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.
- 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.