

抑うつ概観及び抑うつ発生に関する諸理論

金 美 伶*

抑うつは、「心のカゼである」と言われるほど現代人に蔓延している。その身体的症状は、交感神経の緊張状態であるいわゆる「不安」とは異なる。不安と抑うつとの差異は、不安の中核症状は、恐怖感、予期懸念、自律症状にあることに対して抑うつの中核は悲しみ、絶望感、喜びや興味の減退にある。抑うつ症状は、一般的に、激しい無価値感、不全感など、低い自己評価を含んだ感情を伴う。不安と抑うつともにネガティブな自己関連情報のアクセシビリティの亢進を示すのに対して、ポジティブな自己関連情報のアクセシビリティの低下は抑うつ者に限られる。本論文では、現代人の抑うつ発生と抑うつの評価に関する諸理論を考察する。抑うつ発生の諸理論を考察することにより抑うつ予防及び、日常生活からくるストレスへの対処に役に立つことを望んでいる。

I 抑うつ概観

1. 抑うつ (depression) とは何か

抑うつに関する分類は、以前は「抑うつか否か」の二分法的な考え方であったが、近年、DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.; American Psychiatric Association, 1994) や国際疾病分類の改訂版 (10th Revision of the international Classification of Disease; World Health Organization, 1989; ICD-10) では、次のように3段階的な評価(①抑うつ気分：軽症、②中等症：抑うつ症候群、③重症：うつ病)に分けている。

① 抑うつ気分 (depression mood) とは、減入った、ふさぎ込んだ、あるいは落ち込んだ心理状態のことである。一時的な気分の変化から、2週間以上持続する場合もある。VAS (Visual Analogue Scale) で測定する。

② 抑うつ症候群 (depressive syndrome) とは、抑うつ気分の亢進によって誘発される症状のあつまりである。例えば、興味喪失、易疲労性、自身喪失、自責感、精神運動性抑制、焦燥、食欲・体重の変化、絶望感、心機的不安、性欲の減退、睡眠の変化などがある。Zung (Zung Self-Rating Depression Scale; Zung, 1965) の自己記入式抑うつ性尺度や Beck (Beck Depression Inventory; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) の

抑うつ質問紙、CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; Radloff, 1977) などによって測定されることが多い。

③ うつ病 (depressive illness) とは、病単位としての「抑うつ」であり、うつ病として定義する場合には、以下の点に留意する必要がある。A) 抑うつ気分が一定期間持続すること、B) 抑うつ気分に関連したいくつかの抑うつ症状が伴うこと、C) 器質的な原因 (脳炎、てんかんなど) や物質性原因 (アルコール、薬物など) が否定できること、D) 精神分裂病や分裂感情病に該当しないこと。DSM-IVでは、抑うつ気分、興味喪失、体重・食欲の変化、睡眠の変化、精神運動性障害、易疲労性・気力減退、罪悪感、集中混乱、自殺企図の9つの症状がうつ病の診断基準として取り上げている。

2. 抑うつ者の性格及び人格構造

Freud (1919, 1921) による精神分析は、抑うつ性格についてうつ病の基本的力動を対象喪失に置き、口唇愛的固着にその理由を求めてきた。Abraham (1977) は抑うつ発症機制を、口唇愛→発達早期の失意体験による自己愛損傷→抑うつ原型という図式に基づき、成人の抑うつをその再現として理解しようとしている。土居 (1966) は幼児期にある種の持続的な精神的な外相を受けて親に甘えるという体験を持たず、その代わりとして想像上の一体感を抱くようになったとし、この一体感があまりに重要なため、すでにそれを失っているにも関わらず、その事実を認める

キーワード：抑うつ気分、抑うつ症候群、うつ病、抑うつ発生、青年期

* お茶の水女子大学人間文化研究科

ことが出来ず、過去の幻影にしがみつき失われたものを求めて、もがくのが抑うつ状態であると述べている。すなわち、抑うつ背景には「甘えたくても甘えられない」という強い依存欲求、そしておそらく依存欲求が満たされないことへの恨み、諦めと諦めないことが交錯していると考えられる。発達論的立場では、抑うつ発症の危機状況とは、防衛機制によって様々な形に置き換えられ安定を保っていた依存欲求が再び脅かされる状況だと考えている。

基本的性格の本質が抑うつ慢性化に決定的な要因となることがある。性格の要因が抑うつ遷延化に決定的な役割を果たしているものでは、未熟な性格、分裂気質的性格、DSM-IVの人格障害の中で、依存性、強迫性、受動-攻撃性、回避性、境界性等の人格障害がある。抑うつ的な人の人格構造は「何をしたい」と言う人格構造に比べて、「何をしなければならない」「何をすべきである」という規範意識が強く、しかも、その規範に束縛されるように思える。

抑うつ的な人の人格構造とは、体格気質などの素因的要素、発達史・生活史的精神力動的要素を含めた病前からの状態を全体的・包括的に捉えたものを示す。抑うつ的な人の病前性格についてはすでに多くの記載がある。すなわち、慢性うつ病者の病前の特徴においては、「臆病、小心で抑うつ的、活力の乏しい、やや気難しく、内向的、時として神経質で不機嫌、稀ならず猜疑的で人嫌い、爆発、無力、自信欠乏、敏感、完全主義、打ち解けない、ものを放棄しやすい傾向、ヒステリー性格、賞賛に敏感、同調性格、注察念慮、気力性性格」などがあげられる。

3. 抑うつを遷延化する要因

① 依存と恨み

抑うつ的な人は依存欲求が深く抑圧されていることが知られている。依存欲求が満たされない時の反応は恨みの反応である。多くの場合は、患者の回復に従って治療者が現実を患者に返却する操作を行ううちに、初期の依存感情から恨みの感情へと転化していく。しかし、患者がそれを抑圧し、再び現実を受け入れる場合、恨みの感情が言語化されることは稀であり、この操作が円滑にいくと、遷延化することから免れることができる。

② 抑うつ者を休ませる能力

抑うつという病態は人が休まないで働くことを前提にしたとき生じるものである(成田, 1991)。抑うつ者を休ませることができるかどうか、その後遷延化し

ないための一つの勝負所である。抑うつは、心の働きが脳に無理をさせ続けたために、脳の自己整理過程が疲弊している状態である。つまり、心が病気の原因である。抑うつ精神療法は、最小の努力で馴染めるような、馴染みやすい外界をしつらえ、脳を休養させることである。

③ 希望を与える能力

抑うつは未来を喪失する病である。抑うつ者は暗く長いトンネルの中で、この切望が無限に続くと思っている。この切望感はほとんど妄想的確信といってもよい。抑うつ遷延はトンネルの暗みの中で出口を失って側路に迷い込んだ人に例えられる。抑うつ者には必ず回復するという希望を与え続ける必要がある。

④ 現実の負荷を軽減、解決させる能力

抑うつ発症は、引越し抑うつに代表されるような対象喪失から起因すると言った精神分析の立場の発言や、荷下ろし抑うつに代表されるような役割の喪失が抑うつ引き金になるという主に現象学の立場からの指摘とは反対に、現実の負荷を解決できず、抑うつから回復できない人もいる。現実の処理能力、当事者能力が奪われ、必要以上に現実の葛藤や困難を過大視する傾向が強い。

⑤ 軽症化と神経症

抑うつ遷延化の要件は抑うつが軽いことである。軽症抑うつ増加は多くの臨床家が認めるが、そのうち少なからぬ例が遷延し、長期間の治療を余儀なくされる。Arieti (1978) の分類でも、不安を伴ううつ病、強迫症を伴ううつ病のように、軽症であることは神経症化につながりやすく、神経症化によって遷延化するということもできる。すなわち、軽症化と神経症化、遷延化は不可分という密接な関係にある。

⑥ 抑うつと不安

抑うつと不安は、同時に存在するが、不安感は、漠然とした不安感として訴えられたり、些細なことが気になるというように表現されたりする。動悸、めまい、吐き気などの自律神経系の症状を呈することも多く、内科などではしばしば「自律神経失調症」と診断される。抑うつ気分は軽度のものであるため、本人も自覚していない場合も多い。不安、抑うつともにネガティブな自己関連情報のアクセシビリティの亢進を示すのに対して、ポジティブな自己関連情報のアクセシビリティの低下は抑うつ者に限られる(Dozois & Dobson, 2001)。抑うつ後に、不安発作が連続して起こるようになると遷延化の傾向の表れてくる。初めから不安と抑うつが混じりあって遷延するものをMixed

anxiety depressive state (10th Revision of the international Classification of Disease; World Health Organization, 1989; ICD-10) と呼ぶこともある。不安と抑うつは分離して出現するほど、それぞれの治療が比較的容易で、良好な経過をとりやすいが、両者が混合し、同時に出現するほど遷延しやすい。

4. 抑うつと自己注目

Duval & Wicklund (1972) は、人は自己か外部かのいずれかに、一方に注意を向けていると指摘している。自己が意識の対象となった状態は、客体的自覚状態 (objective self-awareness) と呼ばれる。逆に、注意が、個人の意識やその人の過去の出来事や身体の外にある対象に向けた状態は、主観的自覚状態 (subjective self-awareness) と呼ばれる。Duval & Wicklund (1972) の理論によると、自己に注目すると行動の適切さの基準が意識され、現実の自己の状態と適切さの基準とが比較される。そして、基準に自己の行動を近づけようと行動する。現実の自己が基準よりも下回っている場合にはネガティブな感情を経験する。そして、自己へ注意を向ける回数が多いほど、自己のさまざまな次元が適切さの基準に達していないことが意識され、自尊心が低下する (Wicklund, 1975)。

自己注目の時見られる現象と抑うつに見られる現象は、次の点に類似している。抑うつ原因帰属との関係については、帰属スタイルを測定する帰属スタイル質問紙 (ASQ) を用いた研究で、抑うつ的な人は抑うつ的でない人に比べて、失敗を内的・安定的・全般的なものに帰属しやすい、という結果が得られている (Peterson & Seligman, 1984; Sweeney, Anderson, & Bailey, 1986)。抑うつと自己報告の正確さとの関係については、抑うつ的な人の自己関連の判断がより正確であり、非抑うつ的な人のそれはポジティブに歪んでいるという指摘がある (抑うつリアリズム; Alloy & Abramson, 1988)。また、自己言及との関係については、抑うつ的な人は他者との相互作用場面で、過剰に自己について言及すると言われている (Coyne, 1976; Hinchliffe, Lancashire, & Roberts, 1971; Jacobson & Anderson, 1982)。このように、抑うつと自己注目の現象は類似した点が多くつがある。

しかし、両者は全く同じものといえない。抑うつとは、ネガティブ情動が亢進し、かつ、ポジティブ情動が低下した状態であるが、自己注目は快の感情を強め

ることがあるし (Scheier, 1976; Scheier & Carver, 1977)、ネガティブな結果だけでなくポジティブな結果に対する内的帰属も強める (Duval & Wicklund, 1973; Fenigstein & Levine, 1984)。従って、抑うつと自己注目は類似な点はあるにせよ、自己注目しやすいことが、即、抑うつにつながるとは言にくい。

II 抑うつ発生の諸理論

1. Beckの認知歪み理論

Beck (1976) によると、抑うつの本質は認知の障害であって、感情の障害はそこから二次的に生じてくる。つまり、抑うつは抑うつ認知から生じてくる。この考え方がBeckの認知療法の基礎になっている。抑うつをもたらす認知は、次の3つのレベルに分けられる。

第1は、ネガティブな自動思考 (automatic thought) のレベルである。抑うつ的な認知は、意図的な思考によるものではなくて、自分の意志とは関係なく意識にポップアップしてくる自動思考によってもたされるのである。これによって自分に自信が持たなくなり、まわりとの関係を否定的に考え、未来を悲観的に考えるようになる。このように、自分・世界・未来という3つの領域にわたって、ネガティブな思考内容で占められる。このことをBeckは、抑うつ認知の三大徴候と呼んでいる。

第2は、推論のレベルである。抑うつ的な人の推論は独特であり、次のような体系的な推論 (systematic logical thinking error) の誤りがある。

- ① 恣意的推論 (arbitrary inference) : 証拠もないのにネガティブな結論を引き出す。
- ② 選択的注目 (selective abstraction) : 最も明らかなものには目もくれず、些細なネガティブなことだけを重視する。
- ③ 過度の一般化 (overgeneralization) : わずかな経験から広範囲のことを恣意的に結論推論すること。
- ④ 拡大解釈と過小評価 (magnification and minimization) : もの事の重要性や意義の評価を誤ること。
- ⑤ 個人化 (Personalization) : 自分に関係のないネガティブな出来事を自分に関係づけて考える。
- ⑥ 完全主義・二分法的思考 (absolutistic dichotomous thinking) : ものごとの白黒をつけないと気が済まないこと。

第3は、スキーマのレベルである。スキーマは、心

の深層にある信念や前提といった認知的構造を指す。抑うつ的な人のスキーマは、独特のネガティブなものであり、これが推論の誤りを生み出すものとなっている。これを抑うつスキーマ (depressogenic schemata) と呼ぶ。これを持った人は「～何をすべきである」「いつも～だ」といった考え方が多い。抑うつスキーマは、幼児期のネガティブな体験などによって形成され、普段は、心の中に潜在している。このような抑うつになりやすい人の素因のことを、抑うつ脆弱性 (vulnerability to depression) という。

A) Beck 理論の評価

① 相関研究

抑うつ気分の程度と、ネガティブな思考内容との間に相関関係が見られるという研究結果が多い。抑うつ程度と「抑うつ認知の三大徴候」の相関をみた研究もある。しかし、このような相関結果では、認知の歪みが抑うつの原因なのか結果なのかははっきりしない。つまり、認知の歪みは、本当は抑うつ症状であるかもしれないのに、原因として解釈しているかもしれない。

② ムード誘導実験

実験的に認知を操作すると、ムード (気分・感情) が変化する。このようなムード誘導実験の結果は、ネガティブな認知が抑うつを引き起こすという主張の根拠になっている。また、逆に注意を転換させてネガティブな思考を減らす方法 (注意転換法) によって、ネガティブな気分が減少したという研究もある。ただし、こうした抑うつ気分の研究と、臨床的な抑うつを、直接結びつけることは慎重でなければならない (Depue & Monroe, 1978)。なぜなら、a) 抑うつ判断は、さまざまな症状を総合的に考えておこなわれるのであって、抑うつ気分が強いというだけで抑うつと判断されるわけではないからである。b) 抑うつ気分を測定するのに、質問紙だけを用いている研究が多いが、質問紙法がはたして正確に抑うつ気分を測定しているかについて疑問もある。

③ 抑うつスキーマの論争

Beck (1976) は、自動思考は、抑うつスキーマ (信念や態度) の結果として形成されてくると指摘している。自動思考は、心の深層であり顕在的で不安定なものであるのに対して、抑うつスキーマはより深層にあって潜在的で、安定しており、変化し難い認知構造である。前者は状態 (state)、後者は人格的特性 (trait) ではある。認知療法により抑うつスキーマを変えない限り、抑うつ症状が軽くなり自動思考が減ったとして

も、抑うつスキーマはいつまでもある。Beckの抑うつスキーマ仮説を支持する研究と支持しない研究がある。

a) 支持する研究: Eaves & Rush (1984) は、うつ病のクライアントについて、抑うつ症状が重いとき、薬物療法などで回復したときに質問紙のATQとDASを行った。結果、回復ときには、自動思考 (ATQ得点) は、大きく低下したが、抑うつスキーマは低下しなかった。

b) 支持しない研究: Hamilton & Abramson (1983) は、抑うつ症状が重いとき、薬物療法などにより回復したときに、DASを行った。結果、回復時には、抑うつスキーマも大きく低下した。つまり、抑うつ症状が軽くなれば、認知療法を行なわなくても、抑うつスキーマが改善された。つまり、認知の歪みは抑うつの原因ではなく、抑うつ結果である (Hamilton et al., 1983)。

B) 抑うつスキーマの仮説の批判

Beckの仮説を支持するEaves & Rush (1984)の研究に対して、Segal & Shaw (1988)は、症状が回復してから2回目の質問紙までの期間が平均17日しかなく、回復が不完全だったために、支持の結果が得られたのではないかという疑問を述べている。このように結果が一貫しない原因の一つとしては、抑うつスキーマを測定する質問紙DASの信頼性の低さがあげられる。Beckは抑うつスキーマこそが抑うつへの脆弱性であると考えているが、Teasdale (1988)はこれを非難しながら「抑うつの処理活性仮説」を提唱している。

2. Teasdaleの抑うつ発生の理論

1) 脆弱性理論としての抑うつの処理活性仮説— Beck理論との比較

① 認知と感情の方向である

Beckは、抑うつ認知が抑うつ感情を引き起こすという「認知から感情」の方向を考えている。これに対して、Teasdale (1987)は「認知から感情」「感情から認知」のように双方性を考え、どちらが先とは考え難いとする。Teasdale (1988)によると、一度抑うつ状態になると、抑うつの認知処理のパターンが活性化される。この認知処理パターンをもつことが、抑うつ脆弱性であるとしている。

② 脆弱性とストレス領域合致

Beckは、ある特定の領域で抑うつスキーマの偏りがある人は、その同じ領域のライブイベントに直面したときに、抑うつに陥りやすいと指摘する。これに対して、Teasdaleによると、どのようなストレスであろうと、それは一度呼び水となれば、抑うつ的な認知的パターンを活性化させようと考えている。つまり、脆弱性（認知処理パターン）とストレス（ライブイベント）に領域合致を考えない。両者はお互い強化し、抑うつを持続させる。ある人がこのサイクルに巻き込まれやすいか否かを決めるのは、環境的、生物学的、心理学的の3つの要因である。

A) Teasdaleの抑うつ的処理活性化の評価

Teasdaleによれば、抑うつになりやすい人は潜在的に抑うつ的処理活性化パターンを持っているが、それは抑うつ気分の時に限って活性化されるのであって、普通の気分の時にはあらわれない。普通の気分の時の認知は、抑うつ者も非抑うつ者と同じである。これに対してBeckは、普通の時でも、抑うつ者はネガティブな認知構造を持っていることになる。この点について、どちらが妥当かを調べる研究が行われた。

まず、質問紙研究では、回復した抑うつ者の認知は、ネガティブに偏っているという研究結果と、非抑うつ者と同じレベルまで下がるという研究結果がある。いまのところは後者を支持する研究が多く、これはTeasdale理論に有利である。ネガティブな気分を実験的に誘導する研究を行なった結果、ネガティブ気分誘導前には以前に抑うつ経験のある人と抑うつ経験のない人に認知の差はあまりなかったが、ネガティブ気分を誘導すると以前に抑うつ経験のある人はネガティブ認知が強くなった。この結果はTeasdale理論を支持する。

3. Ellisの抑うつ発生の理論

A) 抑うつと不合理な信念

Ellis (1970)によると、抑うつをもたらすのは不合理な信念である。これはBeckの抑うつスキーマに類似している。破局的思考の緩和が抑うつと負の関連をもつことを見出している(甘利・馬岡, 2002)。Ellis (1988)は、「ねばならない主義」から次の4つの不合理な思考が引き出されているとしている。

- ① 恐怖化：少し悪い方向に進むと「完全にだめだ」と極端に誇張する。
- ② これにはもう耐えられない病：思い込みどおりに

進まない、その欲求不満に耐えられなくなる。

- ③ 非難：「しなければならないことができない人間は、生きるに値しないダメな人間だ」と考える。
- ④ 狭量思考：「ものごとはいつだってこんなに悪いし、決して良かったためしがない」といった極端な考え。

B) Ellis理論の評価

不合理な信念と抑うつとの有意な相関が見られたが、不合理な信念が抑うつを生む原因となっているか否かはわからない(Haaga & Davidson, 1986)。

4. Rehmの自己コントロール理論

Rehmの抑うつ理論は、Kanfer (1970)の理論を抑うつに応用したものである。例えば、ダイエットするときに食欲を抑制すること自体が不快なことである。しかも、「やせたら、男性にもてるだろう」といった将来の強化を期待しているのであって、ダイエットしたからすぐ誉められるといった直後の外的な強化があるわけではない。このような、直後の外的な強化がない行為は、自分で目標をたて自分で強化するといった内面的なプロセスによって支えられるしかない。このようなプロセスを「自己コントロール行為」と呼び、3つの段階に分けて考えた。

- ① 自己モニタリング：自分自身の行動を自分で観察し摘録する。
- ② 自己評価：モニターされた行動をなんらかの基準と比較し、成功か失敗か判断する。
- ③ 自己強化：評価に基づいて、自分に報償ないし罰を与える。

A) Rehmの自己コントロール行動障害説

Rehm (1977, 1981)は、抑うつ的な人は自己コントロール行動に障害があると考え、3段階の枠組みを用いた。

- ① 自己モニタリング：抑うつ的な人は、自分の行動のポジティブなことに注意を向けず、ネガティブなことに注意を向ける。抑うつ的な人は、自分の行動について、将来の結果に注意を向けず、直後の結果だけに注意を向ける。
- ② 自己評価：抑うつ的な人は自分に対する要求水準が高い。自分の行動について、ネガティブな原因帰属をする。
- ③ 自己強化：自分に対して自己報償をあまり与えない。自分に対して自己処罰を大きく与える。

B) Rehm理論の評価

- ① **自己モニタリング**：抑うつ的な人が自己モニタリングに歪みを持つことは、臨床観察からも明らかである。しかし、抑うつではない人でも、ネガティブなことについてだけ自己モニタリングさせると抑うつ感情が生じる (Lewinsohn & talkington, 1979)。
- ② **自己評価**：抑うつ的な人は、自分に対する要求水準が高い (Golin & Terrell, 1977)。しかし、自己評価基準を調べても、抑うつ者と健常者の間で差が見られなかったという報告もある (Gotlib, 1979)。
- ③ **自己強化**：抑うつ的な人は自己報償が少なく、自己処罰が多いことはいくつかの研究によって確かめられている (Lobiz & Post, 1979)。

5. Seligman et al. 挿入の改訂学習無力感理論

Seligman (1981) は学習性無力感 (Learned helplessness) という概念を提唱し、ここから抑うつを説明しようとした。さらに、Seligmanは、改訂学習性無力感理論を提唱し、次の4つの前提を満たす人は、抑うつになりやすいとしている。

前提1：ネガティブな結果への予期 (expectation of negative outcome)

いやなことがおこるのではないかという予期をもっている場合には、抑うつになりやすい。

前提2：コントロール不可能性への予期 (expectation of uncontrollability)

ネガティブな結果を自分の行動によってコントロールできないだろうと予期する場合には、抑うつになりやすい。

前提3：抑うつ的な原因帰属 (causal attribution)

ネガティブな出来事の原因を①内的、②安定的、③一般的に帰属しやすい人、逆に、ポジティブな出来事の原因を①外的、②不安定的、③特殊のだと帰属しやすい人は、抑うつになりやすい。

前提4：抑うつ症状の重症度 (無力感による抑うつ症状)

- a. 動機づけの障害 (自発的な行動が減る、無気力)
- b. 認知の障害 (コントロール可能な状況でも、行動と結果の帰属性を認知・学習できなくなる)
- c. 感情の障害 (抑うつ的な気分、不安などの身体障害)
- d. 自尊心の低下

A) 改訂学習性無力感理論の評価 (原因帰属に関する研究)

- ① ASQ (帰属スタイル質問紙) を用いた研究では、うつ病者は内科患者に比べて、ネガティブな場面で内的・安定的・全般的な原因に帰属し、ポジティブな場面では、外的・不安定的・特殊な原因に帰属していた。こうした帰属傾向は、精神分裂病患者群にはみられず、うつ病群に特異的であった (Raps, Peterson, Reinhard, Aramson, Seligman, 1982)。しかし、全く有意差がみられなかった研究もあり (Manly, McMahon, Bradley, Davidson, 1982) 全体として、結果は一貫したものとはいえない。
- ② **現実の場面や実験室場面における帰属を調べた研究**：こうした研究の結果は明確ではない (Coyne & Gotlib, 1983)。

B) 改訂学習性無力感理論の評価 (予期についての実験)

自己効力感の期待が低く、結果期待が高い条件のもとでは抑うつが生じるだろうが、両方の期待とも低い条件では抑うつは生じないだろうという仮説である。実験結果、男子においてはこの仮説が実証された。ただし、女子においては実証されなかった。

6. Alloy et al. の絶望感理論

A) 抑うつ素因ストレスモデル

この理論は、抑うつになりやすい素因と、抑うつを引き起こすストレスについて、改訂学習性無力感理論を補ったものである (Metalsky, Abramson, Seligman, Semmel, Peterson, 1982)。まず、素因ストレスモデルでは、コントロール不能性という概念が棄てられた。つまり、コントロールできるかできないか、にはかかわらず、ネガティブなライフイベントがストレスとなり、抑うつを引き起こすことになる。ここから、Seligmanのオリジナル学習性無力感理論の中核であったコントロール不可能性という概念はほとんど消えてしまったといえる。

次に、抑うつ的な帰属スタイルというのは、ネガティブな経験をした場合に、内的、安定的、全般的な原因に帰属しやすく、逆にポジティブな体験した場合、外的、不安定的、特殊な原因に帰属しやすい傾向のことである。

絶望感理論は、①状況の手がかりとしては、手がかりとなる情報の同意性・一貫性・弁別性という3次

元を考えている。ネガティブな体験に対して原因帰属する場合、その状況についての情報として、同意性が低く、一貫性が高く、弁別性が低いときに、その体験に対する帰属が内的・安定的・全般的となる。②絶望感予期については、「ネガティブ結果への予期」と「コントロール不可能への予期」からなっている。③絶望感抑うつ症状についても、改訂無気力とだいたい同じである。④絶望予感をもたらすのは、原因帰属だけではなく、他にいろいろありうることを認めるのである。⑤抑うつには様々な原因がある。このうち、絶望予感をもたらす抑うつのサブタイプを、特に絶望感抑うつと呼ぶのである。抑うつリアリズム (depressive realism: 抑うつ的な人の認知はネガティブに歪んでいるのではなく、正確であり、抑うつではない人のほうが楽天的な認知の歪みがる) に基づくものである。

B) 絶望感理論の評価

① 因果関係の配慮

抑うつ症状を直接決めるのは、絶望感への予期だけである。これを十分原因と呼ぶ。これ以外の原因は、間接的に抑うつ症状に影響する寄与要因にすぎない。

② 抑うつ症状の異種性への配慮

ここまでの研究では、「絶望感による抑うつ症状」と「絶望感以外の原因による抑うつ」を区別していない。このために結果が曖昧になった可能性がある。今後は、絶望感抑うつとそれ以外の抑うつを分けなければならない。

III 結論

思春期のうつ病に関する日本の疫学研究によれば、1995年から1999年までの5年間に、大学病院の精神神経科で初診を受けた17歳以下の児童・青年期の症例111例の内訳では、大うつ病性障害で41%、軽症うつ病性障害で40.5%を占めていたという(傳田, 2002)。その中で学生の抑うつ傾向の高さが指摘される(上田, 2000)。思春期のうつ病には、大人にあまり見られない特有な症状がある。例えば、アメリカの精神医学会によるDSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000)で、青年期の抑うつ気分は、気分の落ち込みが、いらいら感や攻撃的な行動として現れたり、頭痛や腹痛など身体症状を訴えることも多く見られる(傳田, 2002; 猪子, 2003)。青年期の抑うつは、反抗的ともとされる態度や、この時期に誘発されやす

い対人恐怖や思春期痩せ症といった他の精神疾患の陰に隠れることもある。そのため不登校や引きこもりの背景にうつ病の存在の可能性があることを察知しなければならない。

一般に、抑うつCopingの研究は、大きく二つのアプローチが考えられる。即ち、ストレスフルなライフイベントへの対処と日常生活からくるストレスへの対処である。自分でコントロールが出来ないストレスフルなライフイベントへのよりも、友人や親とのけんかといった対人関係上のトラブルのほうが、抑うつになりやすいと言われている(Hankin & Abramson, 2001)。

抑うつ予防のためには、a) Tellenbach (1976) が述べたように、人格を一次的対象への依存から解放して独立させる試みは、病前性格論からみた抑うつ予防として理想的な方法である。しかし、この目標は多大な困難を伴うことが予測される。b) 抑うつ前性格をもつ者に安定した環境を模索していくことが抑うつ予防として実際的な方法である。抑うつ者の根底に強い依存欲求があるとすれば、この依存欲求を満たしてくれる庇護者が存在することが彼らの安定につながるだろう。ところでこの庇護者は必ずしも無条件的な依存対象となることを意味しない。抑うつ的な人にとって過度の接近はかつての満たされない依存欲求からくる恨みの感情を賦活することになる。なぜなら、抑うつ者の訴えや依存を庇護者は受け止めるかのようにみえるが、実は、敵意や拒絶も伝達され、さらなる苦悩を抑うつ者にもたらすという悪循環の形成を生み出すことにもなるからである。c) Schult (1969) は、抑うつを抑制する力の中で、価値や目的を追求する目的志向性緊張に意義をおいている。目的志向性緊張がバランスを失い、その価値と目的が疑わしくなった時は、抑うつが生じる。価値や目的が同一化の対象であり、依存対象の置き換えとなっているという可能性があるという点からも目的志向性緊張の意義は大きい。d) 抑うつ的な人は些細な批判や中傷でさえも耐えることが出来ないために、批判の少ない環境が大切である。批判、拒絶は、彼らに失われた対象への恨みと怒りを抱かせることになるだろう。

本論文では、抑うつ概観と抑うつ発生の諸理論に対して一般的傾向を展望した。抑うつは、今や最もかかりやすい現代の心の病といわれ(坂本, 1997)、心理的、社会的観点からも大きな関心事となっている。今後の課題としては、現代の抑うつ者の増加がみられる点に関して、文化と性格や病態の関連を踏まえた研究

が必要であると思われる。また、抑うつを誘発する刺激条件や学習条件の改善のために、または専門的細部の経験を基に行なわれた多様な臨床的研究が必要と思われる。

文献

- Alloy, L.B., & Abramson, L.Y. (1988). Depressive realism: Four theoretical perspectives. In L. B. Alloy (Eds.), *Cognitive processes in depression*. New York: Guilford Press. 223-265.
- 甘利知子・馬岡清人 (2002). 認知的統制と自己効力感が女子大学生の抑うつと不安に及ぼす影響. 日本女子大学大学院紀要. 家政学研究科・人間生活学研究科, 8, 29-39.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳). (1996). DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院).
- アメリカ精神医学会. 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳). (2003). DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引き新訂版. 医学書院. 1471-147(American Psychiatric Association (2000). *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington, DC and London, England: American Psychiatric Association.)
- Arieti, S. Bemporad, J. (1978). Severs and mild depression. *Basic Books*, New York.
- 木村敏 (1968). うつ病と罪責体験. 精神医学. 10, 375.
- Abraham, K. (1977). 躁うつ状態とリビドーの前性的体制段階(1)~(4)(細木照敏, 飯田眞訳). 季刊精神療法, 1; 266(1), (1976). 季刊精神療法, 2; 72(2), 278(3), 375(4).
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, K. A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International University Press.
- Coyne, J. C. (1976). Toward an international depression of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Coyne, J. C., & Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: a critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- Depue, R. A., & Monroe, S. M. (1978). Learned helplessness in the perspective of the depressive disorders: conceptual and definitional issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 3-20.
- Dozois, D., & Dobson, K. S. (2001). Information Processing and cognitive organization in unipolar depression: Specificity and comorbidity issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 236-246.
- Duval, S., Wicklund, R. A., & Fine, R. L. (1972). Avoidance of objective self-awareness under conditions for high and inter-self discrepancy. In S. Duval & R. A. Wicklund (Eds.), *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic Press, 16-21.
- Duval, S., & Wicklund, R. A. (1973). Effects of object self-awareness on attribution of causality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 9, 17-31.
- Eaves, G., & Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 31-40.
- Ellis, A. (1970). *The Essence of Rational Psychotherapy: A Comprehensive Approach to Treatment*, New York: Institute of Rational Living.
- Ellis, A. (1988). *How to Stubbornly Refuse to Make Yourself Miserable about Anything- Yes, Anything!*, New York, Lyle Stuart.
- Fenigstein, A., & Levine, M. P. (1984). Self-attention, concept activation, and the causal self. *Journal of Experimental Social Psychology*, 20, 231-245.
- Freud, S. (1919). *Das Unheimliche*, G. W. VIII. (高橋義孝訳(1969). 無気味なものフロイト著作集3人文書院. 京都).
- Freud, S. (1921). *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, G. W. VIII. (小此木啓吾訳(1970). 集団心と自我の分析フロイト著作集6人文書院. 京都).
- Golin, S., & Terrel, F. (1977). Motivational and associative aspects of mild depression in

- skill and chance tasks, *Journal of Abnormal Psychology*, 86,389-401.
- Gotlib,I.H. (1979). Self-control processes in depressed and nondepressed psychiatric patients: self-evaluation, paper presented at the meeting of the American *Psychological Association*, New York,September.
- Haaga,D.A.,& Davison,G.C. (1986). Cognitive change methods,in F.H.kanfer and A.P.Goldstein(Eds.), *Helping People Change*,New York, Pergamon.
- Hamilton,E.W.,& Abramson, L.J. (1983). Cognitive patterns and major depressive disorder: a longitudinal study in a hospital setting, *Journal of Abnormal Psychology*, 92,173-84.
- Hankin,B.L.,& Abramson,L.Y.(2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*,127(6),773-796.
- Hinchliffe,M.K.,Lancashire,M., & Roberts,F.J. (1971). Depression: Defense mechanisms in speech, *Journal of Psychology*, 118,471-472.
- 猪子香代 (2003). 子どものうつ病ってなあに？ーひとりぼっちから救う7つの対処法. 南々社.
- Jacobson,N.S.,& Anderson,E.A. (1982). Interpersonal Skill and depression in collage students: An analysis of the timing of self-disclosure, *Behavior Therapy*,13,271-282.
- Kanfer,F.H. (1970). Self-regulation: research, issues, and speculations, in C. Neuringer and K.L.Michael(Eds.), *Behavior Modification in Clinical Psychology*,New York: Appleton-Century-Crofts.
- Lewinsohn,P.M.,& Talkington,J. (1979). Studies on measurement of unpleasant events and relation with depression, *Applied Psychological measurement*, 3,83-101.
- Lobitz,W.C.,& Post,R.D. (1979). Parameters of self-reinforcement and depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 88,22-41.
- Manly,P.C.,McMahon,R.J.,Bradley,C.F.,& Davidson,P.O.(1982). Depressive attributional style and depression following childbirth , *Journal of Abnormal Psychology*, 91,245-54.
- Metalsky,G.I.,Abramson,L.Y.,Seligman,M.E.P.,Semmel,A.,& Peterson,C. (1982). Attributional styles and life events in the classroom: vulnerability styles and life events in the classroom: vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions, *Journal of Personality and Social Psychology*, 43,612-17.
- Peterson,C.,& Seligman,M.E.P. (1984). Causal explanation as a risk factor for depression : Theory and evidence .*Psychological Review Sweeney*, 91,347-374.
- Radloff,L.S. (1977). The CES-D Scale: A new self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*,1,385-401.
- Raps,C.s.,Peterson,C.,reinhard,K.E.,Aramson,L.Y., & Seligman,M.E.P. (1982). Attributional style among depressed patients, *Journal of Abnormal Psychology*,91,102-8.
- Rehm,L.P. (1977). A self-control model of depression, *Behavior Therapy*,8,789-804.
- Rehm,L.P.,Kornblith,S.J., O' hara, M.W., Lamparski,D. M., Romano,J.M., & Volkin,J. (1981). An evaluation of the majorsion, *Behavior Modification*,5, 459-90.
- 坂本真士 (1997). 自己注目と抑うつの社会心理学. 東京大学出版会.
- Scheier,M.F. (1976). Self-awareness, self-consciousness, and angry aggression. *Journal of Personality*,44,627-644.
- Scheier,M.F.,& Carver,C.S. (1977). Self-focused attention and experience of emotion : Attraction, repulsion, elation, and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*,35,625-636.
- Schulte,W. (1969). Zum Problem der protrahierten melancholischen Phasen. In: (Hrsg.), W. Schulte und W. Mende. *Melancholie in Forschung*. Thieme, Stuttgart.
- Segal,Z.V., & shaw,B.F. (1988). Cognitive assessment : issues and methods ,in K.S.Dobson(ed.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, New York; Guilford

Press.

Seligman, M.E.P. (1981). A learned helplessness point of view, in L.P. Rehm(Ed.), *Behavior Therapy for Depression*, New York: Academic Press.

Sweeney, P.D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analysis review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 947-991.

Teasdale, J.D., & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: an investigation of two hypotheses, *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 113-26.

Teasdale, J.D., & Dent, J. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression, *Cognition and Emotion*, 2, 247-74.

Tellenbach, H. (1976). *Melancholie* Springer, Berlin (木村敏訳 1978メラニコリーみすず書房. 東京).

土居健郎 (1966). うつ病の精神力学 精神医学, 8, 978.

上田裕美 (2002). 抑うつ感を訴える大学生. 教育と医学, 50, 428-433.

Wicklund, R.A. (1975). Objective self-awareness. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 8. New York: Academic press.

World Health Organization (1989). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder: Diagnostic criteria for research*. Geneva: Author.

Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archive of General Psychiatry*, 12, 63-70.

指導教官：無藤隆