

アパシーおよび新型うつ病への心理療法についての一試論

——葛藤を抱えることの困難に着目して——

時 岡 良 太*

1. はじめに

近年、心理臨床の場において、葛藤を抱えにくいクライアントが多くなってきていることが指摘されている。たとえば岩宮（2009）は、「スクールカウンセラーとして学校現場にいても、葛藤に苦しみ、悩みがあるがゆえに相談を希望するという思春期の子たちの割合が、以前より確実に減ってきているのを感じる」と述べている。また河合（2010）は、今世紀に入って「流行」している発達障害について、その様々な特徴を「主体のなさ」という視点で捉えており、これまでの心理療法で前提としてきた主体が成立していないために、自分で自分のことについて考えるような、内省的な意識を持つことが不可能であるとしている。さらに野間（2012a）によると、心理的苦痛が生じる状況に際して主体を拡散させ、抑うつ不安に陥ることを回避しようとするという解離的なあり方が、近年精神科臨床においてクローズアップされてきた現象に共通して見られるという。このように、主体性をもって葛藤を抱えていくことの困難さは、特定の病態に限らず様々なところで指摘されており、そのことが現代の心理臨床において、一つの大きな課題となっているものと考えられる。

そして、そうした葛藤を抱えることの困難を示す特徴が表れているものの内、大学生や若い社会人の青年後期の人々において見られやすく、主に本業（学業・労働など）からの退避的なあり方を示すものとして、「アパシー」と「新型うつ病」を挙げることができる。本稿では、特にアパシーと新型うつ病への心理療法的アプローチについて、葛藤を抱えることの困難に着目しながら、先行研究の知見をもとに考察することを試みる。

2. アパシーと新型うつ病

まず、本稿で取り上げる二つの病態について、先行研究を概観する。

* 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

アパシー

一般的にアパシーとは、無関心、無感動というような状態を指す言葉であり、精神医学的にはもともと、統合失調症の行動特徴の一つとして用いられてきたが、現在では青年期特有の無気力状態を指すことが多い(徳田, 1992)。青年期のアパシーについてははじめに論じられたのは50年以上前にも遡り、アメリカのWalters (1960) が、多くの学生が経験するような現実的な困難による一過性のアパシーではなく、心理的問題に対する防衛反応の一種として一部の学生に生じるアパシーを指して、” student apathy” と呼んだのが最初である。しかしそれ以降、外国においては青年期のアパシーの研究はあまり見られなくなった(笠原, 1984)。一方、日本においては特に学生相談の領域において、アパシーについての研究が継続的に積み重ねられてきている。土川(1990)によると、日本におけるスチューデント・アパシーは「最初、大規模国立総合大学でみられたものが、現在では地方大学でもみられるようになり、一方、一部の留年学生にみられたアパシー現象が一般学生にもアパセティックな傾向として汎化していくという展開をとった」という。笠原(1984)は、学生相談における臨床実践を基盤に、青年後期から成人期にかけての男子に見られる無気力について1970年頃から記述してきたものをまとめている。笠原(1984)の段階では「アパシー・シンドローム」という名称が用いられ、その特徴が以下のように述べられている。

(1) 主観的には無関心、無気力、無感動そして生甲斐・目標・進路の喪失が自覚されるのみで、教科書的な症状神経症者のように不安・焦燥・抑うつ・苦悶・後悔など自我違和的(ego-alien)な体験をもたない。したがって当然自ら治療を求めるといふ動機に欠ける。(2) 客観行動は世界からの「退却」「逃避」と表現するのがぴったりする。苦痛な主観体験を「内側に」「症状」として形成することがほとんどなく、もっぱら「外に」「行動化」する。ただし、行動化といっても無気力、退却、それによる裏切りといった「陰性の行動化」である。

(中略)(3) 病前はむしろ適応のよすぎるほどの人である。しかし広い意味では強迫パーソナリティ(obsessive personality)である。(以下省略)

ここに端的に述べられているように、アパシーでは葛藤を内側に抱えることがほとんどできず、無気力に陥ったり、退却したりするという形で対処するのである。こうした根本的な特徴については、多くの臨床家・研究者の間で見解が一致しているようであるが、下山(1995)はアパシー概念について論者間で見解の相違があることを指摘し、行動・心理・性格という3つの次元からなる、「アパシーの多元的構造モデル」を提案した。それによると、行動の次元では回避・否認・分裂という「悩まない」ことを特徴とし、心理の次元では欲求・感情・時間感覚の希薄さのために「悩まない」ことを指摘し、性格の次元では場の期待に合わせること、きちんとしていないと気が済まないこと、他人に情緒的に依存できないことを挙げ、これを『自立適応強迫』性格と名付けている。そして、上記のモデル概念とアパシーを呈する大学生2人の面接過程および心理テスト結果から、アパシーでは情動を否認して代わりに知性を働かせることで情動的場面を回避し、その否認された情動を周りの関係者が引き受けさせられ、代わりに悩まされるという「陰性

の分裂による行動化」が生じるとしており、その点から「アパシーの障害レベルは、人格障害とすることが妥当」と述べられている。

新型うつ病

「うつ病」といえば従来、単極性の内因性うつ病が典型とされてきた。Tellenbach (1961) はその病前性格を「メランコリー親和型」と呼び、「秩序志向性」が根底にあり、まじめ、几帳面、責任感の強さ、円満な人間関係への志向といった特徴を持つと述べている。そして、秩序と一体化している彼らにとって、その秩序が崩れることは自分自身が崩れることと同じであり、結果抑うつ状態に陥るといふ。中高年に多いが、一般的に予後は良く、休息と抗うつ剤の処方によって症状が改善されることが期待できるという認識が広く共有されている。しかし、そうした描写に当てはまらないタイプの「うつ」についての報告もこれまでに多くなされてきており、広瀬 (1977) の「逃避型抑うつ」をはじめとして、松浪・山下 (1991) の「現代型うつ病」、阿部ら (1995) の「未熟型うつ病」、樽味 (2005) の「ディスチミア親和型うつ病」などがある。これらは総じて「新型うつ病」と呼ばれることが多く、その呼称は近年うつ病と診断される患者が増えている状況とも相まって、マスコミを通じて一般的にも広まっている。新型うつ病の特徴としては一般的に、若い世代 (10代～30代) に多く見られ、自責的というより他責的であること、回避的な傾向があることなどが挙げられている。ここにも、アパシーと同じように、葛藤を自ら抱えることが難しく、回避したり他者を責めたりする姿が見て取れる。野間 (2012b) は「現代型うつ病」「未熟型うつ病」「ディスチミアうつ病」について、「共通するのは、責任を自分ではなく他者に向けた他責傾向、回避傾向、趣味の継続といった特徴であるが、これは、つらい記憶を忘れるために、それを思い出させる状況を回避し、趣味に没頭し、ほかの人に責任を委ねようとする姿と考えることができないだろうか」と述べている。なお、ここまでの記述では新型うつ病がひとつの特定の疾病概念であるかのように感じられてしまうかもしれないが、新型うつ病に含まれるとされる各概念の間には相違点があり、本質的には互いに対照的ですからあることが主張されたり (広瀬, 2008)、他の論者が提唱した病型に対する診断学的な批判がなされたりして (松浪, 2011)、それぞれの論者自身としては決して、新型うつ病として一括りにされる概念として記述したものではない。しかし本稿では、診断学的な議論よりも、新型うつ病に共通して見られる葛藤の抱えにくさに着目し、その心理療法について論じることがテーマである。そのため、従来の内因性うつ病とは異なる病態を示すうつ病として記述されてきた概念を、ひとまず「新型うつ病」とし、それについての先行研究から、彼らに対する心理療法のための手掛かりとなるような材料を得るという方法をとることとする。

3. 心理療法的アプローチ

ここまで述べてきたように、現代の青年後期の若者の臨床においてしばしば見られるアパシーと新型うつ病には、葛藤を自分自身で抱えることが難しいという特徴が見られる。河合（2013）も述べるように、心理療法はもともとクライエントの主体性、内面性といったものを前提としており、葛藤を抱えられるがゆえに生じる症状からくる苦しみを、また葛藤を抱える内省的意識を深めていくことによって軽減しようとするものである。しかし、葛藤を自ら抱えることが難しいクライエントの場合、従来のクライエントの主体性にどこまでも沿っていくようなアプローチだけではうまくいかないことが多く、新たなアプローチを模索していく必要があると考えられる。

ただし、心理療法が内省的可能な神経症のみを対象としていた時代は古く、これまでも人格障害、精神病と、その対象を広げてきており、臨床的な試行錯誤の中で、新しい理論・技法を生み出してきている。そして、アパシーと新型うつ病は、既述のように苦しみを自らの内に抱えるよりも、回避したり、外に向けたりする点に鑑みると、病態水準としては人格障害圏にあたりと考えられる。笠原（1984）および下山（1995）はアパシーの症状について「陰性の行動化」と記しているし、自分を責めて抑うつになるよりも、不全感の責を他者に求め、傷つく状況を回避しようとする新型うつ病についても同様のことが言えるであろう。

松木（2007a）は、対象関係論の視点から、なんらかの対象喪失による「こころの痛み」に持ちこたえられず、正常な悲哀の過程から逸脱する際に生じる感情を「抑うつ」とし、その抑うつの病理を「精神病性うつ病」「躁うつ病」「パーソナリティ病理に基づく抑うつ」に分けて論じている。そして「パーソナリティ病理に基づく抑うつ」とは、こころの痛みを保持しておくための機能自体は発達しているものの、それを「意識的前意識的にあえて能動的に排出しているところから発生している」（傍点原著）という。その排出は嗜癖、性倒錯、反社会行為、自傷、ひきこもり、家庭内暴力、過食（嘔吐）など、幅広いものを含む行為として表れる。新型うつ病の場合、境界例のような激しい（陽性の）行動化は見られにくいのが、葛藤の排除、回避的行動という「陰性の行動化」が見られているものと言える。松木（2007b）は、自らのこころに悲しみを置いておけない患者への治療において、治療者が彼らの排出された感情のコンテイナーとなり、共感的理解を伝えていくことを通して、少しずつその感情を彼らの中に戻していくという治療過程を描き出している。このように精神分析による治療過程においては、治療者がいかに患者の排出された感情を適切に理解し、受け止め、適切な形で返していけるかということが重要になる。その困難な過程をともに乗り越え、患者自身がそれまで排出していた感情を抱え、自ら悲しむことができるように援助するのである。その中で、患者が「陽性の」行動化を示し、排出された感情を治療者に直接的にに向けてくるような場合には、それをいかにコンテインしていくことが大切になってくると思われるが、アパシーや新型うつ病のように、「陰性の」行動化の形で感情を排出する場合は、コンテインする前にまずその感情の行き場を探し、輪郭を捉えていく作業が必要にな

ると考えられる。そのような精神分析的な作業においては、言語による解釈が中心的な役割を果たすものと思われるが、もともと回避的で治療意欲にも乏しいと言われる彼らにとって、その作業はたいへんな心理的負担を伴うため、治療自体から逃避してしまう場合も少なからずあると思われる。それは治療者の力量不足であるという見方もできるが、ほかのアプローチの可能性についても見ていきたい。

身体感覚や具体的な体験への着目とその利用

アパシーや新型うつ病に対する治療を論じたものの中には、身体感覚や具体的な体験に着目するものが散見される。たとえば田中ら（2013）は、文献のレビューから、「現代うつ」（本稿における「新型うつ病」と同内容のもの）に対して身体性へのアプローチが有効であることを示唆している。田中ら（2013）によると、「現代うつ」では、自己と対象が未分化なために、根底にある空虚感を覆い隠すことなく、自己と一体化してしまっている周囲の対象に向かって空虚感を投げかけ続けるしかない。彼らの治療に際しては、「最終的にはその空虚感を本人が自分のものとして受け入れていく必要がある」が、彼らは「対象と自己が未分化であるために、内省的に自身と向き合うことが困難である」。それゆえ、なんらかの手掛かりを必要とするのだが、その一つが「身体性」である。「身体は自己存在そのものでありながら、なおかつ、自己の所有物としての感覚を抱ける対象化可能なものである。この性質ゆえ、現代うつ患者は、自分自身の抱える曖昧な感情を身体感覚を通して味わいつつ、それ自体を客観化して理解することが可能になる。このことは、自他の未分化な個人が、自己を確立することに大きな役割を果たすであろう。」（田中ら、2013）つまりここでは、「空虚感」という彼らの根本にある感情を自分自身のものとして引き受け、抱えていくという大きな目標に向かうためのステップとして、「身体性」にアプローチするということが提案されているのである。

ほかに、樽味（2003）はあるひきこもり男性の症例を提示している。彼は「やる気が出ない」「仕事が続かない」「人ごみでは気分が悪くなる」ということを主訴とし、治療者との面接では、生きることの無意味さについて語り続けていた。やりとりを続けていく中で、治療者には徐々に彼が身体へ意識を向けてきていることが感じられ、はじめは抽象的な考えを独白のように語っていたのが、いつのまにか、「感じたこと」を報告するようになった。樽味（2003）によれば、身体感覚は抽象的な思考（生きる意味を観念的に問うこと）とは違って、「雑多なまま、様々な感触として重層的に織り込まれる」ものである。抽象的な観念としての「生きる意味」に対しては、彼は辟易し、退却してしまう。しかし「身体性を介在させることで、〈生きる意味〉を一方向的に問う空虚さをやわらげ、〈生きる感触〉にずらすことが可能となり、それが重層的で雑多（heterogeneous）なく意味〉として再生することになる」という。これは、樽味自身が言及していることではないが、おそらく患者自身が葛藤できることを目指したのではなく、身体感覚への意識により、実感を伴ったなまなましい「感触」を得ていく過程を共にしていくというプロセ

スを描いているのだろう。最終的に葛藤を抱えられるところを形成しようとするのではなく、身体感覚という次元を持ち込むことによって、自然と空虚感が和らいでいくような動きを生み出すとするものとも言えるかもしれない。

次にアパシーに関しては、土川（1990）が「体験知、すなわち直接自分のからだを通して知ることが、彼らに欠如している」「体験知の乏しさや、体験知と情報知のバランスの逆転などが、スチューデント・アパシーの発症の基本的な状況因としてはたらくのではないか」と述べている。これは、当時の受験体制の激化、急激な都市化の進展といった社会状況と絡めて述べられたものであり、現在の状況と同じものとして扱うことには慎重を要するであろう。しかし現代においてはインターネット環境やモバイル機器の急速な発展により、若年層における直接体験の乏しさと情報知の過多というバランスの悪さは、当時よりも更に増しているとも考えられる。そして、土川（1990）はアパシー学生との面接過程における留意点として、「適当な時期を見計らって大学生活以外の現実生活の中へ押し出し」、その体験を治療者と二人のあいだで味わうということを行っている。また松原（1990）は、アパシー学生を対象とした「生活分析的カウンセリング」という技法を開発した。これは、「現在の自己の生活全体を細かく反省・分析させ、自らの目標を明確にして意欲的・行動的に生活できるように、援助・助言をする」ためのものであるという。本人の自発性・自主性を尊重しながら、目標を明確化し、そのための具体的行動について、ラベルとグラフを用いて視覚的に表現していく。その中で自己洞察が得られるように援助する。ただ、この方法の適用対象は比較的エネルギー水準の高い学生に限るという。以上挙げてきたように、アパシーの治療過程においては、生活における具体的な体験に焦点づけがなされるというアプローチがしばしば見られるのである。これらは、回避的に生きている彼らに乏しい「実感」に積極的に焦点つけていき、それを感じられるようにしていくようなアプローチであると言える。

これに関連して、吉良（2002）が「無気力で登校拒否の状態になっている」と言って来談した男子大学生に対し、「体験的応答」という技法を用いている事例を挙げたい。彼の心理療法において治療者は、「C1の語る話題に含まれたさまざまな体験のニュアンスを感じ取って応答することにより、それをC1が十分に感じていけるように促すような作業」を行っていった。その中でクライアントは自分の体験について振り返り、無気力の背後にある「モヤモヤ」や「うっとおしいかんじ。重苦しい、暗い感じ。」などといった感覚の存在を感じ取り、言葉にして表すことができた。すると、その体験自体が変化し、その感覚は軽減していった。これは、Gendlin（1981）の理論がもとになっており、クライアントの体験における「暗々裡の意味」に着目し、それを言葉で言い表すことによってその体験自体が変化していくという機序が想定されたものである。さらに吉良（2002）は、「体験」を「当事者の活動に伴って当事者に直接感じられる、認知的側面、情緒的側面、身体感覚的側面を含む主観的心理的事象」と定義し、「体験の変化は必ずしも言葉による概念化の作用にもとづくものとは考えない。体験に含まれる3つの側面、すなわち、認知的側面、情緒的側面、身体感覚的側面のいずれかの変化が、他の側面にも変化をもたらしうると考える」と

述べている。そして、身体感覚について語ることの多い、身体感覚に親和性のあるクライアントに対して、「身体の姿勢」に着目し、それに働きかけてクライアントが主体的に変化を起こしていくことによって、身体感覚の変化から体験自体の変化を起こしていくことが有効であることを、先に挙げたものとは異なる事例¹を通して示している。「クライアントは身体感覚を通じて自分自身の体験に直接向き合うことが可能であり、自分の力で、自分自身の身体感覚を変えるような操作を行うことができる」という。これは、アパシーや新型うつ病のような、内省の難しい事例に対しても多くの示唆を与えるものと思われる。面接場面において、自分の情緒に直接的に目を向けようとしても中々難しい場合に、視点をずらして身体感覚に焦点を当てることで活路が開ける可能性がある。さらに、吉良（2002）も述べているように、身体は、その感覚を客観的に振り返って見つめていくことに加えて、主体的に動かしていくこともできるものである。あえて主体的に身体を動かし、変化させることにより、クライアントの苦しんでいる体験自体に変化をもたらしていくというアプローチは、世界に対して回避的に生きている彼らにとって、主体的に物事に対処していく感覚を養っていくことにもつながると考えられる。それを積み重ねていくことにより、今度は主体的に、それまで見ないようにしてきた情緒面に自ら向き合っていく動きが生じていくかもしれない。

ここまで、クライアントの身体感覚や体験に着目するアプローチについて述べてきた。しかし、面接場面はクライアントとセラピストの両者が織りなす場であり、セラピストの身体感覚や体験に着目するというアプローチも考えられよう。吉良（2002）も、「体験的応答」がうまく奏功しないクライアントに相対しているとき、セラピストの側にも「主体感覚の希薄化」という事態が起こるが、その際にセラピストの側が自身の体験を見つめ、つかんでいくことでその事態から回復することが重要だとしている。「セラピストは自分自身の体験を通じてクライアントの体験の様相をつかみ、面接の場での自分自身の体験にもとづいてクライアントへのアプローチの方策を発見していく」（吉良，2002）。これは精神分析における逆転移の利用についての方法論と通じるものであろう。そしてセラピストの側に湧き起ってくる感情だけでなく、身体感覚も含めて体験全体を見つめていくことで、クライアントの体験を理解することができ、クライアント自身がそれを吟味していくことを援助することができると考えられる。市川（1984）は身体的な同調について、「共感以前にそういった身の構造的同一化としての同調があり、それに基礎づけられて初めて共感も可能になります」と述べている。そして、「内面的に同調が行われている場合」として、「身体図式的・筋肉的同調」「イメージ的同調」「観念的同調」の三種類を挙げている（後ろに挙げられているものほど抽象度が高い）。このことを心理臨床場面に即して考えると、内省が難しく、自らの体験について見つめていくことが進められないクライアントに向き合う中で、セラピスト

1 なお、この事例はアパシーや新型うつに当てはまるようなものではない。しかしそのアプローチ自体は、本稿のテーマである葛藤を抱えられない若者に対する心理療法について考える際に大きな手掛かりとなるものと思われる。

も、クライアントが見ないようにしている感情、あるいはイメージについてとらえることが難しい場合に、セラピストがその面接場面において具体的に生じている身体の状態を手掛かりにするということが考えられる。たとえば、あるクライアントを前にすると生じてくる強い眠気を、クライアントとの身体レベルでの同調と捉えると、クライアントがもつ、面接場面において自分のことに意識を向けて考えていくことの難しさという感覚が、身体感覚という具体的なレベルにおいて理解されてくる。そして、そこに実際に生じている感覚を吟味しながら、クライアントとともにそれを深めていくというアプローチも考えられるであろう。

イメージを深めていくこと

葛藤を自らの内面に抱え、内省することが難しい彼らに対するほかのアプローチの可能性として、夢や箱庭、描画などのイメージを用いるものが挙げられる。菅・大原(1983)は、「アパシー症候群に属すると考えられる1大学生」に対して、「言語交流のみでは治療の進展が覚束なく、来談意欲を維持すること自体も危ぶまれたため、」箱庭と夢を用いた心理療法を行った。彼は、自分の内面を見つめ、言語化していくようなことが非常に苦手な様子であったが、箱庭の教示には「救われたようにさっと了解し、作品を置き始め」、夢分析を導入すると、数多くの夢を報告した。しかし、箱庭や夢について説明や連想を求めると、あまり話そうとはしなかったという。外にあらわれている姿としてはおとなしい彼であったが、夢は攻撃的なエネルギーに満ちていて、そのことに彼自身も驚いていた。そして、初期の夢では彼自身は「傍観者的存在」であったが、しだいに攻撃的行動の主体になっていくという変化が見られ、対決のテーマも現れてくるようになる。現実においても、人からの非難に対して後へ引くことなく対立するような動きが生じ、最後には自分なりの生きる道を自らの意志で選択し、決意をもってそこへ進んでいくことができた。菅・大原(1983)は、「おそらく彼は、無意識的なレベルではかなりのエネルギーをもちながら、現実のなかでは闘う前に敗北を予想し、泥にまみれることを回避してしまった青年の一人なのであろう」と述べているが、イメージを用いたアプローチにより、そのような無意識と意識のギャップを埋め、統合していくプロセスが進んでいったものと考えられる。このように、言語的に内省することが難しい場合に、イメージを用いることにより、内的なプロセスが進んでいく場合があると思われる。

ほかにイメージを用いたアプローチによる事例報告として、古川(2008)によるスチューデント・アパシーの男子大学生の事例が挙げられる。この報告においては、「様々な病理の境界、現実と夢の境界、生と死の境界など、狭間の世界を生きていた」「それらの狭間で決定的にどちらにもいけずに、生きしのいでしまう」(著者による見立ての言葉)という問題を抱えるクライアントの心理療法過程について、イニシエーションという視点から考察されている。クライアントは心理療法の中で、夢やイメージを通じて、「落ちる」体験を繰り返し語っていく。それはクライアントにとって非常に苦しい心理的体験であったが、それと同時に、イニシエーションのプロセスでもあつ

た。そして、「繰り返し、全力で落下が体験されたことで、この落下の体験も少しずつその質を変じて」いき、ついには、イメージの中で、「強烈な身体感覚を伴って、底に足が着くという体験がもたらされた。」そして彼はその中で、地獄の底に一輪の花が咲いているのを見つけるのである。古川（2008）は、「意識的な努力によって段階的、直線的に境界を超えていこうとする水平的なあり方ではなく、心理療法の中でますます垂直的に境界を深めていくことによる過渡が重要である」と述べている。つまりこの事例においては、クライアントのアパシーという問題に意識的に取り組むのではなく、徹底して内的イメージを深めていくというアプローチが取られ、それによりイニシエーションのプロセスが進んでいったのである。そしてそこに臨む治療者については、「治療者自らも、面接で生起している瞬間の中に身を投じて体験することによってはじめて、内側から自ずと展開がもたらされる」（古川，2008）と述べられている。

河合（2013）は、心理療法における「第三のもの」としてのイメージについて論じている。それによると、イメージは単にクライアントの内面が投影されたものではなく、またセラピストとクライアントとの関係性のみから捉えられるものでもない。イメージ自体が自律性をもち、「第三のもの」としてクライアントとセラピストの双方に変容を起こすものとするのである。そして、そのイメージの世界にクライアントもセラピストもともに、積極的に入っていくこと（これは「イメージへの内在的アプローチ」（河合，2013）と呼ばれている）により、変容が生じると述べられている。上述の古川（2008）の事例も、まさにイメージの世界に両者が積極的に入っていくことにより、変容がもたらされたものと考えられる。しかし、そのようなイメージを用いたアプローチは、やろうとすれば誰にでも適用できるようなものではなく、イメージとの関わりかたはクライアントによって（セラピストによっても）様々に異なり、イメージに関わることがそもそも困難である場合もある（河合，2013）。特にアパシーや新型うつ病の場合、治療意欲の乏しさや回避的なあり方のために、クライアント自身がイメージに積極的に関わっていくことも難しくなりやすいものと思われる。河合（2013）は「従来の症状や病態水準による見立てではなくて、イメージとの関わり方によって見立てを行うことも大切なのである」と述べているが、クライアントのイメージとの関わり方のあり方についてセラピストが適切に見立てたうえで、どのようにイメージを扱っていくか、あるいは、イメージを扱わないか、ということ判断していく必要があると言えよう。そしてアパシーや新型うつ病の場合、何かにじっくりと向き合い、深めていくという方向にエネルギーを注ぐこと自体が難しいと考えられる。そのため、より一層、セラピストの側が彼らのイメージに入り込むということが求められるのではないだろうか。それはいわば、彼らのイメージに、彼ら自身よりも先行して入り込んでいくような動きである。そしてその動きに導かれて、彼らが自分なりにイメージと関わり始めることができれば、変容へむけてのイメージ自体のプロセスが動き出すことも期待されるのではないだろうか。

4. おわりに—葛藤を抱えられない若者との心理療法にむけて

ここまで、アパシーと新型うつ病への心理療法についての試論として、身体感覚や体験の感覚へのアプローチと、イメージを用いたアプローチを挙げてきた。ただ、当然のことながら、“彼らは言語的に内省していくことは難しいが、それ以外のアプローチならうまくいく”というような単純な話ではない。どのようなアプローチを用いるにしても、彼ら自身が回避的であり続ける限り、心理療法的プロセスは進んでいかないであろう。河合（2013）は、心理療法における「第三のもの」とは、イメージに限るものではなく、クライアントの症状や、語り（雑談風のものも含めて）もそのひとつと見なせると述べている。そして、「第三のもの」が生じて来ない場合もあり、そのときにはそれをまず生み出していくことが必要であるとしている。アパシーや新型うつ病の心理療法の場合においても、まずは「第三のもの」を生み出していくことが必要になるとされる。それは、イメージに限らず、身体感覚であったり、雑談風の語りであったりするかもしれないし、言葉による内省であるかもしれない。そして、そこで重要になるのは、彼らが心理療法の場に持ち込んでくるものが、「第三のもの」とみなせるものなのか、それともただ彼らが自身の問題に取り組むことからの回避の一つとして、いわばカモフラージュのような形で出しているものなのかを区別することであると思われる。そのためには、セラピストの側のコミットがより一層求められるだろうし、彼らが持ち込んでくるものに積極的に関わっていき、見極めていく必要がある。何が「第三のもの」となるかは予め分かるものではなく、クライアントとセラピストの共同作業のなかで生み出していき、そこに両者がコミットしていくことで、自ずと治療的な展開が生じるものと思われる。このように、葛藤を抱えることが難しく、回避的なあり方を示すアパシーや新型うつ病への心理療法においては、セラピスト側の積極的な関与がより一層必要になるし、それゆえに、必然的にセラピスト自身も、クライアントとともに（あるいは先行して）変容していくことになると思われる。

引用文献

- 阿部隆明・大塚公一郎・永野満・加藤敏・宮本忠雄 (1995). 「未熟型うつ病」の臨床精神病理学的検討—構造力動論(W.Janzarik)からみたうつ病の病前性格と臨床像. 臨床精神病理, 16, 239-248.
- 古川真由美 (2008). イニシエーションによる境界の過渡—スチューデント・アパシー青年との面接過程から—. 東洋英和大学院紀要, 4, 81-99.
- Gendlin, E. (1981). *FOCUSING*, second edition. Bantam Books, Inc. 村山正治・都留春夫・村瀬孝雄 (訳) (1982). フォーカシング. 福村出版.
- 広瀬徹也 (1977). 「逃避型抑うつ」について. 宮本忠雄 (編). 躁うつ病の精神病理2. 弘文堂. pp. 61-86.
- 広瀬徹也 (2008). 逃避型抑うつとディスチミア親和型うつ病. 臨床精神医学, 37(9), 1179-1182.
- 市川浩 (1984). <身>の構造—身体論を超えて. 青土社.
- 岩宮恵子 (2009). フツウの子の思春期—心理療法の現場から. 岩波書店.
- 笠原嘉 (1984). アパシー・シンドローム. 岩波書店.
- 河合俊雄 (2010). はじめに—発達障害と心理療法. 河合俊雄 (編). 発達障害への心理療法的アプローチ. 創元社. pp. 5-26.
- 河合俊雄 (2013). ユング派心理療法. ミネルヴァ書房.
- 吉良安之 (2002). 主体感覚とその賦活化—体験過程療法からの出発と展開—. 九州大学出版会.
- 松原達哉 (1990). 生活分析的アプローチ. 内山喜久雄・筒井末春・上里一郎 (監修). 土川隆史 (編). スチューデント・アパシー. 同朋舎. pp. 215-233.
- 松木邦裕 (2007a). 「抑うつ」についての理論. 松木邦裕・賀来博光 (編). 抑うつ of 精神分析的アプローチ 病理の理解と心理療法による援助の実際. 金剛出版. pp. 15-49.
- 松木邦裕 (2007b). 悲しみをここに置いておけないこと—抑うつ状態についての覚書—. 松木邦裕・賀来博光 (編). 抑うつ of 精神分析的アプローチ 病理の理解と心理療法による援助の実際. 金剛出版. pp. 93-106.
- 松浪克文・山下喜弘 (1991). 社会変動とうつ病. 社会精神医学, 14, 193-200.
- 松浪克文 (2011). 「ディスチミア親和型」と「現代型うつ病」. 神庭重信・内海健 (編). 「うつ」の構造. 弘文堂. pp. 74-98.
- 野間俊一 (2012a). 解離する生命. みすず書房.
- 野間俊一 (2012b). 身体的时间 <今>を生きるための精神病理学. 筑摩書房.
- 下山晴彦 (1995). スチューデント・アパシーの構造の研究—モデル構成現場心理学の試みとし

- て. 心理臨床学研究, **13**(3), 252-265.
- 菅佐和子・大原貢 (1983). アパシー状態にあった青年の面接過程——夢、箱庭などを併用して. 季刊精神療法, **9**(1), 59-70.
- 田中崇恵・加藤のぞみ・國崎貴弘・時岡良太・堀川聡司・小出文香 (2013). 現代うつとその治療—身体性に着目して—. 最新精神医学, **18** (1), 57-63.
- 樽味伸 (2003). 〈生きる意味〉と身体性, 行為, 文脈——ある「ひきこもり」症例から. 治療の聲, **5** (2), 3-13.
- 樽味伸 (2005). 現代社会が生む“ディスチミア親和型.” 臨床精神医学, **34** (5), 687-694.
- Tellenbach H (1961). *Melancholie : Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik*. Berlin: Springer-Verlag. 木村敏 (訳) (1978). メランコリー. みすず書房.
- 徳田完二 (1992). アパシー. 氏原寛・亀口憲治・成田善弘・東山紘久・山中康裕(共編). 心理臨床大事典. 培風館, pp. 878.
- 土川隆史 (1990). スチューデント・アパシーの輪郭. 内山喜久雄・筒井末春・上里一郎 (監修). 土川隆史 (編). スチューデント・アパシー. 同朋舎. pp. 1-65.
- Walters, P. A. Jr. (1960). Student apathy, Blaine, G. B. Jr. & McArthur, C. C. (Eds). *Emotional Problems of the student*. Appleton-Century-Crofts. New York. 笠原嘉・岡本重慶 (訳). 学生のアパシー. 石井完一郎・岨中達・藤井虔 (監訳) (1975). 学生的情緒問題. 文光堂. pp. 106-120.