

# 「現代のナルシズム」に関する研究ノート

中 広 全 延

## 1. はじめに

Kernberg<sup>1,2)</sup>とKohut<sup>3,4)</sup>の自己愛理論は歴然とした違いがあるが<sup>5)</sup>、現代の（特に1960年代後半以降における）自己愛の概念は彼らに負うところが大きい。そして、1980年のDSM-Ⅲ<sup>6)</sup>に人格障害の一型として自己愛性人格障害（Narcissistic Personality Disorder）が取り入れられ、DSM-Ⅲ-R（1987）<sup>7)</sup>、DSM-Ⅳ（1994）<sup>8)</sup>、DSM-Ⅳ-TR（2000）<sup>9)</sup>と続き、現在に至っている（註）。現代の精神医学において自己愛と言われれば、DSMの自己愛性人格障害を頭に思い浮かべるとよいという状況である。現代の自己愛の概念がその語（narcissism）の由来となったギリシア神話のナルシシスの物語から遠く離れたかどうか、これに関してはいろいろな見方が可能であろう<sup>10)</sup>。私は先行する論文<sup>11)</sup>において、現行のDSM-Ⅳ-TRの自己愛性人格障害の診断基準の有効性について討論を提起した。この研究ノートでは、私の自己愛に関する研究の一環として、現在「自己愛性人格障害」と言われているものの問題点、例えばそれとうつ病あるいはうつ状態との関係をどのように考えるか、の概観を試みたい。その試みが同時に、自己愛という視点から現代における精神の病理のひとコマを素描することにもなると思う。

## 2. 「現代のナルシズム」

笠原嘉はDSM-Ⅲに触れて、「アメリカあたりでしきりに現代のナルシズムのことがいわれる」、「右は（DSM-Ⅲの自己愛性人格障害の項を訳出した箇所を指す）必ずしも大学生に限ってのものではないが、大学生中にも残念ながら増えつつあるようだ」と、1981年の時点で言っていた<sup>12)</sup>。それから四半世紀を経た現状は、どうであろうか。市橋秀夫は、不登校や家庭内暴力の子供、職場不適應の青年のかなりの部分が、自己愛性人格障害であるとしている<sup>13)</sup>。現在世間の注目を集め社会問題となるほどその数が増えている社会的ひきこもりに関して、最も早くから取り組み多数の事例を経験している斎藤環は、ひきこもる若者たちの心理に自己愛を見ている<sup>14)</sup>。自己愛性人格をもつ人は「残念ながら増えつつある」傾向が持続して現在に至るとの印象は拭えないのではないか。しかし、これを実証することは、とてつもなく困難であることがすぐわかる。

私が提唱する「自己愛性人格をもつ人」と「自己愛性人格〈障害〉をもつ人」を区別する用語法<sup>11)</sup>を使えば、精神科医が接するのは何らかの不都合あるいは障害を起こして自己愛性人格障害となった人である。自己愛性人格をもつ人のなかでも、障害を起こさない人（それは現実で成功している人）は、精神科と縁のない世界の住人である<sup>11)</sup>。何らかの仮定、例えば自己愛性人格をもつ人のうち一定の割合が自己愛性人格障害を起こす、というような仮定を導入しなにかぎり、臨床場面での経験だけから、自己愛性人格をもつ人の数について推定することはできない。では、考察の対象を自己愛性人格障害をもつ人に限定すれば話が簡単になるかということ、決してそうではない。自己愛性人格障害という診断は、以下のような困難さをはらんでいると思われる。

### 3. 「自己愛性人格障害」という診断名

自己愛性人格障害の患者は、うつ状態、摂食障害、ひきこもり、職場の対人関係困難、家庭生活の不具合、家庭内暴力、不登校、物質依存などで精神科を受診する、DSM-IV（DSM-IV-TRも同じ）の自己愛性人格障害の各診断項目を主訴として来院すると考えるのは非現実的である、DSM-IVの基準が通常の面接の過程で本人から述べられることはまずない、ゆえに、臨床場面で自己愛性人格障害は診断上見逃されやすい、と主張する立場がある<sup>15)</sup>。DSM-IIIとDSM-III-Rは、自己愛性人格障害の有病率について、「この障害は以前に比し最近多くみられるようである。しかし、これはこの障害に対する専門家の興味（原文ではprofessional interest）がましたことだけによるのかもしれない<sup>7)</sup>」としていた。自己愛性人格障害に対する専門家の興味がませば自己愛性人格障害と診断することが多くなると言っているわけだが、逆にそれに対する興味がなければ自己愛性人格障害と診断することは少なくなることになる。このDSMの記載は、上に挙げた「臨床場面で自己愛性人格障害は診断上見逃されやすい」とする主張と裏表の関係であり、実質的には同じ言明ではないか。要するに、自己愛という視点を設定しないとそれは見えてこず、自己愛性人格障害という診断名がつけられない場合もある、ということである。では現在の日本の自己愛性人格障害に対する専門家の興味（professional interest）はどうであろうか。例えば「自己愛性人格障害をもつ人のうつ状態」とか「自己愛性人格障害をもつ人が呈する摂食障害」等々の診断名をカルテに記載したとしても、それは一般的ではないであろう。「うつ状態」、「摂食障害」とだけ書くほうが多数派ではないか。

下坂幸三は、「摂食障害者は例外なく、「並嫌い」である。これをジャルゴンにするなら「平凡恐怖（mediocrity phobia）」である。治っていくことは、大方の摂食障害者にとっては、退屈で凡俗な生活に埋没することを意味する」と、摂食障害者の自己愛的側面を描写している<sup>16)</sup>。ゆえに、「自己愛性人格障害をもつ人が呈する摂食障害」という見方は十分受け入れられると思うが、自己愛性人格障害という診断名が摂食障害とともに記されるかどうか。

#### 4. 自己愛性人格障害をもつ人のうつ状態

「自己愛性人格障害をもつ人のうつ状態」をめぐるのは、状況は複雑である。広瀬徹也の「うつ病概念の広範化によって、かなり異質で、多様なうつ状態がうつ病と診断されているのがわが国、そして世界の現状だと思われる」<sup>17)</sup>や、豊嶋良一の「いわゆる操作的診断基準が登場した後、「うつ状態」＝「Depression」＝「うつ病」という用語法が蔓延し、本来多様な「うつ状態」の見分けが軽視されがちになったように感じられます」<sup>18)</sup>という指摘がある。ゆえに、「自己愛性人格障害をもつ人のうつ状態」が、横文字で「Depression」、曖昧な用語法としての「うつ病」と、記載される可能性もあろう。ただし、DSM-IV（DSM-IV-TRも同じ）は症状と持続期間で診断するから、「自己愛性人格障害をもつ人のうつ状態」がDSM-IVの大うつ病の診断基準を満たすことが絶対ないとは言えない。その大うつ病の診断基準を満たした症例を「大うつ病」とすることは間違いではないが、そう診断することが有意義であるか、つまり「大うつ病」とのみ診断するのでは治療方針が決まらないのではないかと、との疑問が残る。このあたりが、「私は実はICDやDSMの最大の弱点を躁鬱病の項目に見ている」<sup>19)</sup>と木村敏が批判する点ではないか。「Depression」、「うつ病」、「大うつ病」と基盤を異にする用語が混乱をきたしかねない現状で、「本来多様な「うつ状態」の見分け」に自己愛性人格障害が考慮されるかどうか。

津田均は、「メランコリー型<sup>20)</sup>の性格を基盤に発症する内因性のうつ病」と反対の特徴を持ったうつ病、その患者は「必ずしも几帳面、規範尊重、自責的で社会に対して適応的というわけではなく」、「メランコリー型のものより早期に、青年期においてすでに臨床的に顕在化する傾向がある」ようなタイプのうつ病について論じている<sup>21)</sup>。ここで便宜上、「メランコリー型<sup>20)</sup>の性格を基盤に発症する内因性のうつ病」をTellenbach-typeのうつ病、それとは反対の特徴を持った後者のうつ病をnon-Tellenbach-typeの「うつ」、と呼ぶことにする。non-Tellenbach-typeの「うつ」は、「そもそも実際には神経症性のうつ状態やパーソナリティ障害に伴ううつ状態」<sup>21)</sup>なのではないかという疑問が生じる。「パーソナリティ障害に伴ううつ状態」は、本稿の関心の範囲内では、自己愛性人格障害をもつ人が呈するうつ状態ということになる。「後者のタイプの「うつ」（上の表記法のnon-Tellenbach-typeの「うつ」を指す：筆者註）のすべてを非内因性とするのは適当ではないであろう」<sup>21)</sup>とするのは、正当性のある主張である。自己愛性人格障害に伴う「うつ状態」なのか、自己愛性人格障害をもつ人が「うつ病」を発症し自己愛性の人格が「うつ病」の病状を修飾しているのか、これは精神医学全体の体系にもかかわる大問題であり、議論の沸騰する所であろう。現実には、ある症例は自己愛性人格障害をもつ人が「うつ病」を発症したのであり、別の症例は自己愛性人格障害をもつ人が自己愛性の人格に基づく「うつ状態」を呈しているのだ、ということになるのかもしれない。しかしこの鑑別は、診断する精神科医の考え方、見方に左右されるのではないかと。（これを言い出すと、

schizophreniaでも中核群ではない周辺群のどのあたりまでをschizophreniaと診断するかは、その精神科医の精神医学体系に対する考え方に左右されるということになるのだが…。)「うつ病」という疾患なのか、「うつ状態」という状態像なのか、どちらと診断しても抗うつ剤を投与するのであれば、結局治療方法は同じであり、診断にこだわる必要はないかもしれないが、精神療法ということになると、鑑別診断によりそのアプローチはおのずと違うものになってくるのではないかと。状況は複雑である。

## 5. 暫定的な結論

自己愛性人格障害の患者の呈するうつ状態と摂食障害についてのみ触れ、ひきこもり、職場の対人関係困難、家庭生活の不具合、家庭内暴力、不登校、物質依存などについては省略したが、それらも同様である。自己愛という視点を設定するかどうかが、診断名に影響すると考えられる。ただし、自己愛性人格障害と診断しないことに手落ちがある、とは必ずしも言えないかもしれない。診断確定の意義は、医学研究を目的とする場合もあるだろうが、一般には、治療方針が決定すること、そう診断することにより治療が効率よく効果的におこなえることであると考えられる。ならば、自己愛性人格障害と診断することが有用なのは、自己愛性人格障害を治療する技法をもつときであろう。自己愛という視点を設定せず別のアプローチによって治療が可能であるのならば、自己愛性人格障害と診断しなくとも治療上は特にデメリットがないと言えるかもしれない。

うつ状態の患者がすべて自己愛性人格障害ではないように、上記の症状や不適応状態の患者がみな自己愛性人格障害であるのではない。しかし、それらの患者の一部分またはかなりの部分に自己愛を見るのであれば、自己愛性人格障害の患者数は増えたとせざるをえないのではないかと。ゆえにここでの暫定的な結論は、自己愛性人格をもつ人も増えているかもしれないと予想することにはそれなりの説得力がある、ということである。

## 6. おわりに

「現代のナルシズム」という視点を設定すれば、「うつ」(最近、一部の若者の患者がよく「うつ」ということを口にするという、自称「うつ」の大量発生が指摘されている<sup>14)</sup>)、摂食障害、ひきこもり、家庭内暴力、不登校、物質依存などの現代の精神の病理は、ばらばらに個々の表面に現れた症状だけを見ている時には気づきにくかった、それらに共通するひとつのよく似た顔をのぞかせる。もしそうであるならば、「現代のナルシズム」という視点は現代の精神の病理の分析や理解に有益なものだろう。

註：DSMとは、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders（精神疾患の診断・統計マニュアル）の頭文字の略である。DSM-ⅢはそのThird Edition（第3版）、DSM-Ⅲ-RはThird Edition-Revised（改訂第3版）、DSM-ⅣはFourth Edition（第4版）、DSM-Ⅳ-TRはFourth Edition, Text Revision（テキスト改訂第4版）のことである。DSMのような操作的診断については、本文でも触れるように、賛否両論がある。しかし、人格障害（Personality Disorder、最近は「パーソナリティ障害」と訳されることも多い）という用語は、DSMに反対するにせよ、かつてのSchneider, K.の精神病質人格と同じく、知らない者（もちろん精神医学を専門とする者のなかで）はいなくなった。

## 文 献

- 1) Kernberg, O.F. : Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Jason Aronson, New York, 1975
- 2) Kernberg, O.F. : Severe Personality Disorders. Yale University Press, New Haven, 1984
- 3) Kohut, H. : The Analysis of the Self. International University Press, New York, 1971
- 4) Kohut, H. : The Restriction of the Self. International University Press, New York, 1977
- 5) 丸田俊彦 : Narcissitic Personality : KernbergとKohut —その共通点と相違点—. 精神分析研究, 26 ; 30-40, 1982
- 6) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition ; DSM-Ⅲ. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1980
- 7) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised ; DSM-Ⅲ-R. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1987(高橋三郎訳 : DSM-Ⅲ-R 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1988)
- 8) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition ; DSM-Ⅳ. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994
- 9) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision ; DSM-Ⅳ-TR. American Psychiatric Association, Washington D.C., 2000
- 10) 中広全延 : ナルシシスの神話と視覚、「ナルシズムは視覚を愛する」. 夙川学院短期大学健康管理報告, 15 ; 4-8, 2006
- 11) 中広全延 : 自己愛性人格障害の診断基準の有効性について, 指揮者フォン・カラヤンをめぐって. 精神経誌, 106 ; 304-310, 2004
- 12) 笠原嘉 : アパシー・シンドローム. 岩波書店, 東京, 2002
- 13) 市橋秀夫 : 強迫症状と自己愛性人格構造. 精神科治療学, 14 ; 835-842, 1999
- 14) 斎藤環 : 「負けた」教の信者たち ニート・ひきこもり社会論. 中央公論新社, 東京, 2005

- 15) 市橋秀夫：自己愛と人格. 新世紀の精神科治療 第5巻 現代医療文化のなかの人格障害(新宮一成, 加藤敏編), 中山書店, 東京, p.247-260, 2003
- 16) 下坂幸三：摂食障害治療への入口. 精神科治療学, 15 ; 679-684, 2000
- 17) 広瀬徹也：うつ状態 (抑うつ症候群) という「状態像診断」の今日的意義. 臨床精神医学, 34 ; 537-542, 2005
- 18) 豊嶋良一：「うつ状態」の精神医学, 特集企画にあたって. 臨床精神医学, 34 ; 535-536, 2005
- 19) 木村敏：操作診断の問題点——人間学的精神医学の立場から. 精神経誌, 99 ; 746-749, 1997
- 20) Tellenbach, H. : Melancholie. Vierte Erweiterte Auflage. Springer, Berlin, 1983
- 21) 津田均：青年期の「抑うつ」と社会変化. 精神科治療学, 21 ; 1215-1221, 2006