

第107回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演現代日本におけるうつ病・双極性障碍の諸病態
——職場関連の気分障碍に焦点をあてて——

加藤 敏 (自治医科大学精神医学教室)

現在、わが国ではうつ病について様々な考えが提出され、百家争鳴の観がある。本稿では、現代日本における気分障碍の諸病態について、疫学の最新知見に言及した上で、職場におけるうつ病および双極性障碍に焦点を絞りながら述べ、合併するアルコール依存や社会恐怖 (social phobia) など病態の外延にもふれたい。また気分障碍における自殺危険期に関し、クレイネス曲線に改めて準拠しながら、混合状態に代表される気分が激しく揺れ動く時期に注意を喚起したい。最後に、最近注目されている比較的若い人 (30代前後) の「うつ病」の中には社会恐怖を主徴とする現代版の抑うつ神経症とみることができるとあることについても附言したい。

1. 最新の疫学知見

WHOは、寿命の低下・健康喪失の程度を表すDALY値を指標にして、2004年における途上国と先進国のすべてを含む世界69億の人々の病気の統計を発表した³³⁾。それによると、第1位は呼吸器感染症、第2位が消化器感染症で、そして第3位がうつ病である。この結果は途上国においてもうつ病が増えてきていることを示す。日本についてみると、うつ病が第1位で、認知症、統合失

調症、双極性障碍がトップテンに入っている。うつ病、あるいは双極性障碍をはじめとした精神疾患が大きな社会的損失を生んでいることがわかる。この疫学知見は、精神疾患の顕在発症において、遺伝子に加えて社会・文化の関与が無視できないことを改めて支持するものといえる。

また、2011年の『ヨーロッパ神経薬理学会誌』に、2010年の1年間におけるEUおよびイギリスなどを含むヨーロッパ29ヵ国の1億6千万あまりの人の有病率を調査した論文が掲載されている³⁴⁾。それによると、100人中38人の人が精神科を受診している。診断別では、第1位不安障碍、第2位不眠症、第3位単極性うつ病、第4位認知症という順になっている。DALY値でみると、うつ病が第1位となる。男性・女性別にみると、女性ではうつ病が第1位で、男性では、アルコール依存が第1位、それを僅差で追う形でうつ病が第2位を占めている。著者は、この論文を発表した意図の1つとして精神疾患に対するスティグマの是正をあげている。不眠症を精神疾患のなかに入れたデータとはいえ、確かにヨーロッパにおいて精神疾患の有病率が38%という高い率は驚きで、精神疾患は高血圧や糖尿病と同様にありふれた疾患であるという認識を促す。

第107回日本精神神経学会学術総会=会期：2011年10月26~27日、会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA、ホテル日航東京

総会基本テーマ：山の向こうに山有り、山また山 精神科における一層の専門性の追求

教育講演 現代日本におけるうつ病・双極性障碍の諸病態——職場関連の気分障碍に焦点をあてて—— 座長：濱田秀伯 (群馬病院)

日本でも、厳密に調査をするとこれに近い結果がでる可能性は否定できないだろう。改めて述べるまでもなく、日本では2011年7月6日に厚生省が国として取り組むべき疾患として、従来のがん・脳卒中・心臓病・糖尿病からなる4大疾患に精神疾患を加えた。その背景には、精神疾患をもつ人が323万人(2.53%)を数え、DALY値で見るとトップテンに4つの精神疾患が入っているという疫学知見があることは間違いない。

このように、わが国においても精神疾患への対策の重要性は一層増している。例えば最近、職場におけるメンタルチェックをすべての会社で義務づける指針を出す方向の動きさえ出ている。古代から中世、近代産業社会、そして現在の高度資本主義といった時代の中で、精神疾患の病勢を極めて大雑把ながら概観すると、統合失調症の病勢が弱まってきているのと対照をなす形で、(広義の)気分障碍はますます病勢を増加させているとみることができる。

うつ病を発病状況を指標に概観すると、愛の領域に関連した愛情関連性うつ病と仕事の領域に関連した仕事関連性うつ病に区別できる。精神医学の歴史においては、愛する人との別離を契機にしたメランコリーを考察したFreudによる「喪とメランコリー」⁴⁾の論文によく示されるように、愛の領域のうつ病がまず最初に問題にされた。それにひき続く形で、産業社会の発展ではともに後進国だった日本とドイツにおいて、下田による執着性格論²⁹⁾、またTellenbachによるメランコリー親和型論³¹⁾といったように仕事領域のうつ病が論じられた。現代では両方の領域のうつ病が問題になっており、いずれも病勢を増し、慢性化傾向を強めている。これは、わが国においてもうつ病、また気分障碍のDALY値が高いことを裏付ける現象といえる。

2. 職場における気分障碍：職場結合性気分障碍

現代の臨床現場において、職場での仕事の荷重を発病状況にしたうつ病の事例がとみに増えてきていることをふまえ、筆者は、こうしたうつ病を、

病態が現代の高度産業社会における職場での仕事に密接に結ばれているという認識のもとに、「職場結合性うつ病」と名付けた。さしあたり以下のような診断指標があがる¹²⁾。

①仕事に追われゆとりのない毎日を過ごし、少なからず睡眠時間の短縮を余儀なくされて、心身疲労が積み重なることが続くのに加え、②仕事課題を「消化」・達成できず、挫折体験をもつことが発病状況となることが多い。③制止に比べ不安・焦燥が前景に出る不安・焦燥優位の病像をとる傾向がある。そのため医師のもとを受診しても、うつ病と診断されないことがしばしばである。職場へは休むことなく行く事例が少なくないので、本人だけでなく周囲も異常に気づかず、自殺企図で初めて事例化することがしばしばである。④元来の病前性格は、必ずしも際だって几帳面、他者配慮的というわけではなく、現代の高いレベルの職場に採用されるに足る平均的な社交性と仕事をこなすための正確さ、熱心さをそなえたパーソナリティが少なくない。もっとも、従来のメランコリー親和型のパーソナリティをもった人もいる。

最近、同類の病態として、軽度の躁病相をもつ双極II型障碍が増加傾向にあるように思う。明らかな躁病相をもつ双極I型障碍も観察される。こうした事例は、「職場結合性双極障碍」と把握できる¹³⁾。そこでわれわれは、これらの病態を包摂した「職場結合性気分障碍」を問題にすることができる。職場を主たる発病状況とするうつ病には、職場内でのセクハラ、上司からのパワハラをはじめとした対人関係上のトラブルが要因となって出現する事例もある。これらは職場関連のうつ病、ないし気分障碍と総称したい。筆者が職場結合性気分障碍という時、仕事課題達成のための労働時間の絶対的延長、あるいは、高密度の業務からなる過重労働を主たる発病状況にしている気分障碍を指すことにする。

岡崎らは2000年4月1日から2008年7月31日の8年4ヵ月間に自治医科大学附属病院精神科に入院した正規雇用労働者である気分障碍症例84例(年齢30代から60代で、少なくとも3年

以上同じ企業や公的機関で勤務をしている人：平均勤続期間 18.5±9.6 年，安定した社会機能を持ち，気分障害発症前に（DSM-IV-TR で定義される）パーソナリティ障害のない事例を対象として，入院気分障害の臨床精神病理学的調査を行った^{24,25)}。これをもとに，職場結合性気分障害に焦点をあてながら職場関連の気分障害の臨床特性についてごく一部に限って言及したい。

1) 頻度

われわれの研究では，職場での明らかな問題が重要な契機となったと判断された職場関連の気分障害の比率は 65.5% (55 例/84 例) で，職場で明らかな契機となりうる問題がなかったと判断された非職場関連の気分障害事例 34.5% (29 例) に比べ，有意に多かった。性差では，男性 92.7% (51 例) 女性 7.3% (4 例) で，男性に有意に多かった²⁴⁾。

この結果は，総合病院精神科に気分障害の診断のもとに入院適応となる男性患者のなかの半数以上が職場関連の気分障害であることを示唆する。

2) 不安・焦燥，混合状態

職場における気分障害の調査において，症状・病態の調査に際し，入院前 1 ヶ月間の状態像を評価対象とし，精神運動制止が強く思考や行動の鈍さが際立っていた症例を「制止優位」と定義し，不安感や焦燥感が強くじっとしてられない様子が際立っていた症例を「不安・焦燥優位」と定義した。症例の中には，制止症状と不安・焦燥の症状がともに認められることもあるが，その際には，入院前 1 ヶ月間においてどちらの成分が優勢であったかに基づいて，いずれかの群に判定した。

その結果，「制止優位」が 31% (17 例/55 例)，「不安・焦燥優位」が 69% (38 例/55 例) であった²⁵⁾。職場における気分障害において入院に至る事例は，不安・焦燥優位の気分障害の方が多いという結果は，以下のことを示唆する。この結果は，①大うつ病性障害でいえば，制止関連症状と不安関連症状との混合状態の事例が多いこと，また，

②双極性障害でいえば，躁的成分と抑うつ成分からなる（Kraepelin の意味での本来の）混合状態の事例が多いことを示唆する。実際，われわれの対象症例で，気分障害における混合状態と把握した方が病態理解が的確になる事例が少なくなかった。

Kraepelin は以下の記述に明らかなように混合状態を躁うつ病の基本に据える見地をうちだす¹⁹⁾。

「実際は躁病と循環性鬱病の教科書通りの記述は主要諸型にのみある程度あてはまるに過ぎない」(p. 234)。

「躁うつ病の様々な形のものに属する多くの症例を詳しくみてゆくと，今まで区別した諸基本型，すなわち躁性興奮と抑うつとの間に多くの移行がみられる」(p. 231)。

「非常によくみられる状態像は，躁の興奮にも抑うつにもうまく適合せず，躁うつ病の 2 つの現れ方の形の症状の混合を示すものである。これはしばしば，何週も何ヶ月にもわたることがある」(p. 231)。

「躁病の患者が一時的に悲しんだり絶望したりするのみならず，抑制されていることもあり，抑うつ患者が微笑したり，歌を歌ったり，歩きまわったりし始めることもある」(p. 231)。

「数時間か 1 日中のこういう突然の変動はいずれかの方向についてでもよくあることである」(p. 231)。

このように Kraepelin が躁うつ病に混合状態をみてとる際，それは症状の質的な把握によってなされている。つまり，現象学的な眼差しに基づく精神病理学的視点からなされており，症状の持続時間は「数時間」で十分で，それ以上の時間的規定は問わない。とりわけ混合状態は，その目まぐるしい動きのある性状からして，しなやかな繊細な把握を要請される。こうした動的な観点から，混合状態を捉える姿勢が重要で，適切な治療を迅速に行うことにつながる。このような臨床実践の要請には，現行の操作的診断体系は馴染まないことを指摘しておかなければならない。

3) 不安障害

すでにふれた「不安・焦燥優位」の病態や「混合状態」とつながる事項だが、われわれは操作診断に基づき、不安障害関連症状の有無について調べるため、DSM-IV-TRでパニック障害など不安障害の診断基準を満たした事例、その他過換気発作を繰り返した事例や書痙が持続した症例を「不安障害関連症状あり」と判定した。その結果、「不安障害関連症状あり」が27%（15例/55例）であった²⁵⁾。

この知見は、操作診断をすると、不安障害と診断される職場における気分障害事例が1/4以上存在することを示す。これは、筆者のいう職場結合性うつ病、ひいては職場結合性気分障害において不安障害とだけ診断がつけられ、うつ病の診断が見逃される事例がかなりあることを裏付ける知見である。職場結合性気分障害のなかに、パニック発作や過換気発作のため総合病院救急部に搬送される事例がある。こうした事例の不安症状は、本能的な自殺回避的な身体化症状とみなすことも可能である。

確かに、DSMやICDにおける現行の診断体系では、うつ病の診断基準に、不安症状は入れられていないため、これらに準拠するとうつ病の診断が下されない可能性がある。このことは、効力ある自殺予防を推進する上できわめて不都合で、DSMやICDの大きな欠点といわざるを得ない。

3. クレイネス曲線の理解と気分障害における自殺危険期

職場におけるうつ病の自殺好発期に関し、「精神疾患と業務関連性に関する検討委員会」は次のような見解を公表している。

「クレイネス曲線で示される病期と自殺企図との関係では、うつ状態が明らかとなった発症時点と症状の軽快過程で現実との直面化が行われた場合が多く、最も状態の悪化した段階では逆に起こりにくい（自殺するエネルギーがないから）とされている」²³⁾。

この見解は、うつ病において自殺企図がなされ

る機制をうつ病を患った患者と患者がおかれた状況とのかかわりに力点をおいて理解する姿勢がみられる。確かにこの側面も重要だが、筆者としては、(内因性)うつ病、気分障害における特有な気分変動に目をむける必要があると考える。つまり、職場におけるうつ病、気分障害において、究極的には激しい気分変動のなかでの自傷・自殺企図がなされることについて論じておかななくてはならない。

そもそも、内因性うつ病、あるいは、躁うつ病は潜在的に病像が変動しやすいことを特徴とする。それは本質的には、一旦発症すると、人間の自己制御の域外にある自生的な気分変動である。したがって、内因性うつ病では、一過性の過活動だけでなく、突然、興奮状態に転じる激越発作も認められるのである。

あまり注目されないようだが、うつ病の自殺好発期に関し、わが国でよく引用されるうつ病の経過を図示したクレイネス曲線がこのことをよく示している²⁰⁾。うつ病の経過中、極期を別にすると、図のように小刻みに上下に揺れ動く波が一貫してみられる (p. 24, 図1)。

そこには、うつ病の病態が、下方向のベクトルで示される制止成分と上方向のベクトルで示される躁的成分、ないし不安・焦燥成分の混合から構成され、その配分が微細に変化していることがよく示されている。Krainesはうつ病の極期をこの気分の揺れが止まる完全な制止に求めている。昏迷がその端的な例となるだろう。Krainesが描いたうつ病の気分曲線は、この制止の極を別にする、うつ病といえども、気分は微細に上下の変動をしていることを示している点で貴重である。

Krainesはこの論文のなかでうつ病における自殺の危険期に関し、極期から脱出していく上昇曲線で自殺の危険があることを指摘している。Kraines自身は少なくともこの論文のなかではそれ以上のことは述べておらず、極期にはいる前段階で自殺が多いとは述べていない。確かにKrainesが描いた上昇曲線をみると、気分のレベルが正常へと近づくに従い揺れが大きくなり、基

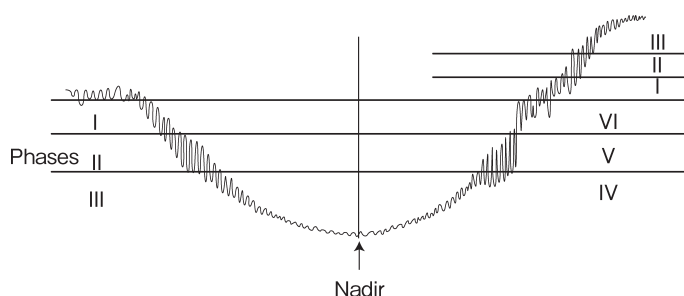


図1 単極性うつ病の気分曲線 (Kraines 論文²⁰⁾ p. 24 より引用)

底気分より少しあがるとさらに気分の揺れは激しさを増す (図1 参照)。うつ病における自殺の危険はこの気分の揺れが一層激しさを増した時期に求めていたと考えるのが妥当であるように思われる。もっとも、気分の上下の波に注目すると、制止の極へと入っていく手前の下降曲線と制止の極から脱して暫くする上昇曲線において、気分の上下変動が増加する。いずれにせよ、自殺企図の危険期は、激しい気分の揺れが生じる時期に対応すると考えることができる。

Kraines の原典²⁰⁾ にあたってみると、わが国でクレイネス曲線と呼んでいるうつ病の気分変動曲線の理解は一面的であるといわざるをえない。わが国でクレイネス曲線と名付けられている気分変動の曲線は Kraines が「単極性うつ病」(unipolar depressive illness) の気分変動の原型として提示したものである (p. 23, 24)。同じ論文のなかで、Kraines は、単極性うつ病とは別にその亜型となる双極性うつ病 (bipolar depression) の気分変動曲線を提示している。それは気分変動が躁の方向に激しく揺れ動く曲線である (p. 31, 図2 参照)。

うつ病性病態における制止の極期以後にみられる、こうした激しい気分変動は、Krapelin のいう「躁うつ混合状態」また「双極性障害、現在混合性エピソード」における気分変動をよく描いていると考えることができる。

筆者は現代日本のうつ病の自殺危険期に関し、次の指摘をした。確かに制止優位のうつ病では、

回復期と制止の極期に入る前の時期が自殺危険期である。しかし、不安・焦燥優位のうつ病では、不安・焦燥の極期こそ自殺の危険期である¹⁴⁾。Kraines が提示した2種類の気分変動曲線をふまえると、筆者が指摘した不安・焦燥優位うつ病における自殺危険期はまさに上下の気分変動が最も激しくなる時期ということになる。不安・焦燥優位のうつ病は、広義の混合状態と捉えることができる。そうすると、われわれは内因性気分障害の自殺危険期として包括的に、上下の激しい気分変動、ひいては混合状態が出現する時期をあげることができる。

海外でも最近、これと類似の見解をだしている研究が散見される。例えば、大うつ病性障害における自殺危険因子を検討した Rihmer は、うつ病患者 89 名の自殺企図者を調べ、71% は自殺企図直前に混合状態にあったことを示し、うつ病の病型としては単極うつ病に比べ、双極 I 型、II 型気分障害が有意に多く、自殺企図において混合状態が重要な役割をしていることを指摘している。さらに双極性障害のなかでも、混合状態を呈することが最も多い双極 II 型気分障害が気分障害のなかで最も自殺のリスクが高いと指摘している²⁷⁾。また Sato らは、純粋躁病と混合性躁病における希死念慮、ないし自殺企図の頻度を比較し、不機嫌性躁病の 40% 以上で希死念慮、ないし自殺企図が認められているのに対し、純粋躁病ではそのような事例は 10% 以下であったと報告している²⁸⁾。他方、Guillaume らは、うつ病を反復する事例で

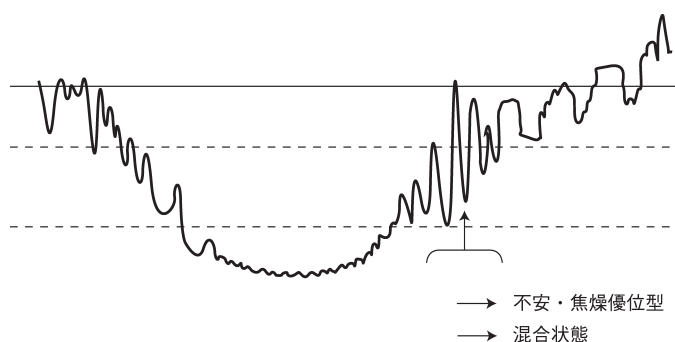


図2 双極性うつ病の気分曲線
(Kraines 論文²⁰ p. 31 より引用, 不安・焦燥優位型, 混合状態は筆者が追加)

激しい自殺企図をする事例を調査し、この種の事例は双極性障害を示唆すると指摘している⁶⁾。

現在わが国で国をあげて取り組んでいる自殺予防はうつ病を主な疾患にして進められているように思う。しかし、今日、双極性障害、また混合状態を念頭においた自殺予防の検討が要請されていることを指摘しておきたい。

4. 職場結合性双極障害

われわれの職場関連の気分障害の調査では、双極性障害の割合が16%（双極I型障害7%、双極II型障害9%）であった²⁴⁾。それらはすべて、仕事過重が発病状況となっている職場結合性双極障害であった。最近、この種の職場関連の気分障害は外来においても増加しているように思う。職場結合性双極障害は、不安・焦燥優位の病像や、躁うつ混合状態を呈しやすく、そのため、自殺リスクが高いという点で臨床的に重要である。双極性障害の診立ては、薬物療法を行う上で、また職場連携をする上でも欠かせない。

しかしながら、不安・焦燥優位の病像や混合状態の病態は、軽躁病相のなかで仕事をしている例が多いこともあるため気分障害と診断することが難しく、その把握にあたっては精神病理学的知に基礎づけられた詳しい病歴聴取が必要となる。

1) 適応性軽躁状態の増加に伴う職場結合性双極障害の増加

グローバル化が加速度的に進む現代の高度資本主義の時代にあって、激しい国際競争に追われる企業では一定期間内に急いで仕上げなければならない仕事課題が著しい増加をみている。そのような環境にあって、仕事課題を遂行すべく自然にテンションがあがり、それまでに比べ一定程度の気分高揚が認められ、より前向きにより多くの仕事に取り組む人が少なくない。残業も自主的に行い、疲れは感じず、普段より短い睡眠で朝はやく目がさめ、職場に出かける。これは、高い仕事課題を遂行するための本能的な態勢といえる適応性軽躁状態とみることができる。この種の人のもと高い活動性の持ち主が多いように思う。Janzarik¹¹⁾の言葉を使用すれば、生来性に高い生命力動(Dynamik)の備蓄がある人ということになる。この適応性軽躁状態は精神分析でいう躁的防衛に類比される振る舞いである。

現代の職場で生き残るには、多くの働く人は適応性軽躁状態になることを大なり小なり要求されるということもできる。一部の人は、この状態から躁病への逸脱が生じる。また一部の人はうつ病への逸脱が生じる。その際、制止優位のうつ病だけでなく、不安・焦燥優位のうつ病も少なくないのである。

Tellenbachは、高いプレッシャーにおかれ、躁

病を発症する事例を圧力マニ (Pressions - Manie) と呼んだ³²⁾。この言い方を借りると、筆者のいう適応性軽躁状態は圧力マニの前段階にあたり、職場結合性双極障害は圧力マニといえる。ここ最近、ソフト・バイポラリティー (軽微な双極性) の概念が注目されている。Akiskal²⁾ のいういわゆる軽微な双極スペクトラムのなかに生来性の発揚気質が含まれ、この概念は生来性の双極性気分変動に力点を置いた概念の色彩が強い。筆者としては、生来性の軽微な双極性だけでなく、今日、時間が加速化する社会構造に条件付けられる形で形成された獲得性の軽微な双極性をもつ人が増えているように思う。もっとも、この種の事例はすでにそのようになる素因をそなえていると推定されることから、生来性か潜在性の双極性をもっているという考え方は不可能ではない。いずれにせよ、適応性軽躁状態は気分障害の危険因子にもなりうるものである。

2) 逸脱行動が前景化する職場結合性双極気分障害

軽躁病相や躁病相、混合状態の時、アルコール多飲や性的逸脱、連日の社内メールによる職場に対する非難を含む社内での攻撃的言動や行動などが出現し、気分障害の認識がないまま、問題人物とだけみなされ、会社で悪い評価が与えられる事例もある。

次のような事例がそのいい例だろう。

事例1 男性 40代 既婚

元来明朗、社交的で仕事面でも周囲から高い評価を受けていた。X年1月他社と製品の開発でしごきを削る開発部門に抜擢される。深夜まで続くこともある仕事を休むことなくこなしていた。

X年8月、妻に「仕事をする自信がない。自分の命は長くないかもしれない」と暗い表情でもらすことがしばしばあった。いつも仕事の納期に追われながら、仕事は続けていた。体重減少が認められ、本来に比べると、仕事の集中力が下がっていた。1度、パニック様発作のため内科を受診

し、不安障害と診断され2日分の低用量の抗不安薬が処方された。以後、この時以外は病院受診歴はない。

X+1年1月、突然、妻に相談なく高級車の購入契約をした。さらに、これまでなかったことだが、水商売の女性との接触が始まり、多額の借金をかかえた。家族は本人の逸脱行動に愛想をつかし、別居生活となる。

突然、夜に会社し明け方まで仕事をした後、家に一旦帰り、定刻に出社することが何度かあった。X+1年3月橋桁から飛び降り自殺を図った。救急部搬送となり、一命をとりとめた。前日まで出勤しており、会社の同僚は異常に気がつかなかったという。外科的治療の後、精神科病棟に移った。

この事例は、家庭および職場では、会社にまで電話をかけてくる女性との過度の接触が問題視されていたのだが、背景に躁的状态、ないし気分障害があるとの認識は全くなかった。躁的成分優位の混合状態のなかで仕事を続け、挙げ句の果てに自殺が試みられたと考えられる。夜中に出勤するという行動は同じ病的な気分変動のなかでなされたものと考えられる。双極性障害の診立てのもとに薬物療法、また職場連携を行い最終的に職場への復帰をみた。

3) アルコール依存を合併する職場結合性気分障害 (双極性障害)

アルコール依存の事例のなかには、背景に気分障害、とりわけ双極性障害が存在しているものがある。かつてはアルコール依存というと、もともと飲酒癖が若い時からある筋金入りのアルコール依存が主流だったように思うが、気分障害が増加している現代日本においては、病歴をよく調べると気分障害が最初に出現し続発性にアルコール依存が出現する事例が増える傾向にあるように思える。とりわけ男性では、職場関連の気分障害にこの傾向が認められるように思う。一般に気分障害を基盤にもつアルコール依存では、躁病相、混合状態においてのみアルコール依存が出現する群と、気分変動はすでに後景に退き、アルコール依存が

前景に出て、診断からするとアルコール依存としかいえない、気分障害からアルコール依存への病態の「路線変更群」とでもいうのが適切な一群が区別できるだろう。

事例2 男性 40代 既婚

大手IT企業ですでに10年以上勤め、周囲から良好な一定の評価を得てきた。グローバル化が進み、毎晩遅くまで仕事をするのが続いた。自分としてはやりがいを感じ、当初、負担には思わず大きなプロジェクトを引き受けこなし、次第に酒量が増え、問題行動をおこすようになり、会社で注意され、休職を命じられる。1ヵ月あまりの復職後、頭が動かず、仕事が手につかず、食事も低下し元気がなく、初めて精神科を受診した。よく聞いてみると、飲酒はやはりやめられないという。

要求される仕事密度、労働時間の延長のなか、レベルの高い仕事をこなす能力を備える本事例は、当初、適応性軽躁状態によって2、3年あまり破綻をきたすことなく仕事をこなしたが、次第にアルコール依存が前景化し、そのうち抑うつが出現して、初めて精神科での治療が始められた。職場結合性気分障害（双極II型障害）に合併するアルコール依存の事例である。

今しがた、混合状態が気分障害における自殺の危険因子であることについて述べた。他方で、気分障害においてアルコール依存の合併は自殺危険因子であることは最近よく指摘されていることである。この見解に関し、アルコール依存により抑うつが悪化するといった事象などいくつかの要因が考えられるが、われわれの視点からはアルコール依存の合併自体に混合状態の関与があると考えられることから、アルコール依存が自殺リスクであるという見解は、少なくとも一部は気分障害の自殺リスクが混合状態であるという見解に帰着するものである。

Oquendoらは1643名の双極性障害を対象に調査し、54%にアルコール依存の併存を認めたと

報告している²⁶⁾。そして、アルコール依存を伴う双極性障害の事例では自傷・自殺企図歴がアルコール依存を伴わない双極性障害に比べ有意に多いという知見を出している。そのほか、アルコール依存を伴う双極性障害の事例では躁病、軽躁病の発症年齢が低く、パニック障害、ニコチン依存、加えて反社会性パーソナリティ障害が有意に多かったという。アルコール依存を伴う双極性障害では治療を受けている人が少ないという知見もだしている。

すべての双極性障害を対象にしたこの調査結果は、職場結合性双極障害にあてはまる部分が多い。アルコール依存を伴う双極性障害で自傷・自殺企図歴が多いという知見だけでなく、パニック障害が多いという知見がその例となる。しかも、アルコール依存を伴う双極性障害では治療を受けている事例が少ないという知見は、職場結合性双極障害でアルコール依存の方に目がいき気分障害としての認識が希薄になるという傾向と符合するところである。

ついでに述べると女性では、これは会社で働く女性や主婦に多いのだが、気分障害を基盤に摂食障害（主に、むちゃ食い/排出型）を併発する群、および気分障害にとって代わる形で摂食障害が前景化する群があるように思う。こうした成人期の摂食障害の増加も、主婦の仕事を含む仕事関連の負荷と関連している今日的な現象といえる。

事例3 女性 30代後半 既婚

元来活動的で知的にも高く、摂食障害の既往はない。会社で勤務し、同時に家事もこなしてきたが、会社での仕事が増えたなか、不眠、情動不安定になったのに引き続き、意欲・集中力低下、不安感が出現した。しばらくして過食と嘔吐が始まり、こちらが習慣性となり、体重減少、電解質異常のため内科からの紹介で精神科受診となった。

この事例では、職場での仕事課題が増え、不安・焦燥優位のうつ病がまず出現し2次的に摂食障害が続発している。過食・嘔吐が習慣化した後はうつ病の明確な症状はなく、うつ病から摂食障

障へと病態変遷を呈している事例とみることができ

4) 社会恐怖 (social phobia) を合併する職場結合性うつ病

グローバル化の時代に入り、社会不安障害が一層注目されているように思う。アメリカだけでなくフランスでも社会不安障害が増えているようで、筆者が2010年にサルベトリエール病院を訪問した折、社会不安障害を持つ患者の専門外来がもうけられ、認知行動療法が行われていた。またフランスで社会不安障害をアツクた書物が数多く出版されているのも驚きであった。わが国でも社会不安障害と診断される事例は多くなっているように思う。そのなかには、うつ病の診断もつく事例もかなり存在すると考えられる。Alpertらは、抑うつ患者の2/3は社会恐怖、ないし回避性人格障害をもっているという報告をしている³⁾。またKesslerらは、社会恐怖の50~70%はうつ病を合併しているという疫学知見をだしている¹⁸⁾。

こうした事例において、うつ病が病態の中核にあり、2次的に社会恐怖を呈している1群があると思われる。そして、アルコール依存や摂食障害について述べたのと同様な形で、うつ病の病態に置き換わる形で社会恐怖が前景化する事例もあると考えられる。特に男性例では、職場結合性うつ病に合併する形で社会恐怖症状が出現する事例が散見される。

事例4 男性 50代 既婚

性格は温厚・誠実で、仕事面では30年あまりにわたり良好な成果をあげていた。

X年4月会社で新しいプロジェクトを任された。仕事が忙しく土曜日(または日曜日)に自主出勤をするようになった。7月頃より胃の痛みが生じる一方、プレッシャーがかかる仕事の夢をみたり、夜2~3時頃に目が覚め、仕事のことが頭に浮かぶことが多くなり睡眠の質が悪くなった。9月に入り、仕事に行きたくないという気持ちが強くなり、仕事のことを考えると動悸・不安が生

じるようになった。同時に、会社(の近く)に行くのが怖い、電車に乗っていて会社の近くの駅に近づくと怖い、という恐怖感が頻繁となり、出勤のため電車に乗ったものの、駅に近づくと家に引き返す行動が繰り返されるようになった。

人に会うのが怖い、死が頭に浮かび怖くなるといった状態になり、9月中旬精神科を受診した。内因性うつ病の診立てで外来加療をし、1ヵ月余り自宅療養をした後、段階的に職場復帰を行い、うつ病の改善に並行する形で社会恐怖症状も消失し、4ヵ月後に首尾よく職場への完全復帰を果たした。自宅療養中、庭の木の手入れはできる状態で、できることはするよう勧めた。

仕事課題の上昇、増加の事態に直面し、勤務時間が延長するなかで、うつ病を発症し、睡眠障害、食欲低下、集中力低下に加え、職場に行くのが怖いという社会不安症状が加わったこの事例は、希死念慮が出没したものの、基本的に主体としての自律性が保たれた内因性うつ病、つまり「神経症レベル」(加藤)¹⁵⁾に留まった職場結合性うつ病と判断される。DSMに基づいて操作診断をするなら、大うつ病性障害(中等度)および社会不安障害の2つの診断がつくと考えられる。

本事例の人格構造についていえば、人格的には高い分化度を持ち、いわゆるメランコリー親和型でも執着性格でもない。本事例において、うつ病相期に、社会不安症状が出現した経緯について考えてみたい。うつ病に付随する2次性の社会不安症状は会社に限局されている点も特徴的である。以下の2つの解釈が可能であるだろう。

まず第1に、うつ病によりJanet¹⁰⁾の意味での心的緊張(tension psychologique)が低下し、職場に直面するまでの力が不足し、一過性に会社恐怖が出現した。会社で仕事をするためには、最も高い段階の心的緊張を要請されると考えられ、実際、患者は庭の手入れをするための心的緊張は保たれている。

第2に、心的緊張の低下によりもともとの神経症性性格が顕在化し、会社恐怖が出現した。会社

は患者にとり父親の位置をもつ権力の象徴として存在し、精神分析でいうエディプス葛藤が賦活化され、会社恐怖が出現したという考え方である。

いずれの解釈も、内因性うつ病が病態の中心にあるという点では変わりがない。一部の事例では、職場で仕事をするなかでこの種の神経症性葛藤をきたし、抑うつに陥るものがあると考えられる。それは抑うつ神経症、ないし神経症性抑うつと把握した方が適切な事例である。最後に、この問題についてふれたい。

5. 職場での仕事のなかで発症する

若いサラリーマンのうつ病、抑うつ神経症

DSM から神経症概念が消滅して以来、Freud の意味での神経症、例えば父とのライバル関係、葛藤を主題にした神経症といった理解がすっかりなくなってしまったのは遺憾である。青年の抑うつのなかには、よくみると精神分析の文脈で初めて理解できる「うつ病」が少なくない。現代の青年の「うつ病」は薬物療法抵抗性で、治療に難渋するという声をよく聞く。もしも、その病態が神経症性抑うつであるなら、当然なことである。内因性うつ病の概念、また神経症性抑うつの概念がともに消滅し、うつ病、ないし抑うつに対する病態理解は平板化し、大きな混乱を招いているという観を禁じ得ない。

ここで敢えて、Horney⁹⁾ が提出した状況神経症 (situational neurosis) を想起したい。この概念は、いま筆者が問題にしようとしている職場での仕事のなかで発症する抑うつ神経症を理解する上で役立つからである。Horney はもともとの神経症性格が素地にある人がある特定の状況における困難にぶつかり、神経症を発症する一群の事例を状況神経症と把握する。その前提として、健常者と神経症者の明確な区別は困難であるという認識がある。この考え方は、健常者は基本的に父と母との関係のなかでエディプス葛藤をかかえるという Freud の考え方を踏襲したものといえる。

状況神経症の具体例として、Horney は研究機関で仕事をする有能な青年を提示している。彼は

上司の考えと対立した理論を導いた。この成果は昇進には不利なため、彼は学問的誠実とキャリアーの葛藤をかかえることになり、神経症の症状が発現したという。神経症の症状の内容について Horney は詳しく記述していないが、例えば職場に行き上司と顔を合わせるのが怖い、そのため職場に向かう途中で動悸、不安が生じる、また仕事をする意欲が低下し、集中力がでないといった症状を思い描くことが可能である。つまり、神経症性不安 (社会恐怖)、神経症性抑うつなどである。精神分析の見地からすると、この青年にとり上司は父の位置を占め、上司の理論をくつがえす理論を発展させたことにより、父親コンプレックスが主題化し、神経症性不安・抑うつが出現したと理解できる。

Freud の理論にとって大きな役割を果たしたハンス少年は、馬が怖いために外出できない。Freud は恐怖の対象となっている馬は父親の置き換えで、馬恐怖は、父による去勢不安によると理解する。興味深いことに、ハンス少年が馬恐怖のため外出できない状態につき彼は制止症状 (Hemmungssymptom) と言い表す⁹⁾。それは父親葛藤に条件付けられた選択的な制止である。

ここ最近わが国で、仕事がない休日には自分の趣味の時間を楽しく過ごすものの、職場に向かうとなると足が動かなくなるという出社困難を特徴とする比較的若いサラリーマンの抑うつが目立ってきて、これらを「新型うつ病」と総称する傾向がある。概してそこには、彼 (彼女) らのパーソナリティを未熟で怠慢なパーソナリティとして非難する論調があるように思う。筆者としては精神分析的観点を再び導入して、そうした事例をより中立的なまなざしで検討する必要性を説きたい。少なくとも一部には、Horney のいう状況神経症、ないし Freud の意味での父親葛藤による制止症状と理解できる事例が見つかることだろう。

現代社会においては父性の力が衰退したため、もはや神経症は存在しないかのような見解が出ることがある。確かに社会・文化の変化のなかで神経症はその内実に変化をみせているものの、

人間が言語にからめ取られ、法の支配のもとに生活している以上、神経症の基本的な骨格は存続しているはずである。エディプスコンプレックスの構成要素として、①父親に対する敵対的な欲動の蠢き、②父親に対する情愛的な欲動の蠢き、③母親に対する情愛的な欲動の蠢きをあげることができる。これらに対する重層的な抑圧のなかでさまざまな神経症の病態が出現するわけで、現代社会においても精神分析パラダイムは有効である¹⁶⁾。

正社員になるには厳しい就職試験を突破しなければならず、正式雇用されると厳しい規律に従った仕事を課せられ、それが満足にできないと解雇されるという職場の現実を目をやるなら、会社組織は強い権力をもつことからして、父性、あるいは法の次元は決して衰退しているとはいえない。会社が大きな家族の布置をもっていた昭和の高度経済成長期の時代に比べ、会社組織をもつ法の力は、むしろ増長している面さえあるように思う。実際、現代社会で就労する青年は昔よりもより高い社会機能とパーソナリティ機能を要求されているという側面があることを忘れてはならないだろう。会社組織から課せられる高い要求に応えられず、神経症性の葛藤をかかえ神経性抑うつに陥る事例が新たに出現していることは間違いないだろう。

入社後まもなく抑うつ状態に陥り、入社恐怖のため、会社に行けなくなる青年のなかにそうした事例が存在すると考えられる。そこでは、会社、あるいは怖い上司は父の位置を占め、青年にとり入社、脅威的な父性をもった他者との出会いの初めての機会となり、父親コンプレックスが賦活化すると理解可能である。入社してすぐさま会社組織と接触すること、あるいは上司から激しく叱責されることは、脅威的な父性をもった他者との出会いを意味し、自己愛が傷つけられるのである。以上の観点から、樽味³⁰⁾が提唱したディスチミア親和型うつ病について少し吟味したい。

代表事例(24歳、役所勤務)の記述の一部を抜粋する。

恋愛結婚した青年は、「上司に叱責された」「その日から眠れなくなった」(p.188)。以後、「上

司がいて顔をみるのが嫌だった」。他方で、「パチンコをするときには少し元気がでるが」、家に帰ると「おもしろくなくて」「再び沈んでしまう」(p.188)。

こうした事例の特徴として、「漠然とした万能感を保持したまま回避行動をとる」自己自身への愛着(p.185)が際立ち、「規範に閉じ込められていることを嫌う」(p.186)ことがあげられる。

あくまで筆者の推測の域を出ないことを断つてのことだが、この代表事例では少なくとも、会社上司から叱責されたことが抑うつ³⁾の端緒となっているだけでなく、この体験が病態の中核に位置している可能性も否定できない。つまり、会社で仕事を始めて、脅威的な父性的他者と出会い、神経症性の選択的な制止(Hemmung)が出現していることが考えられ、職場を発病状況とする状況神経症(Horney)ということになる。

脆弱な自己愛へのしがみつきが特徴とされるディスチミア親和型うつ病は、現代版の「神経症」における抑うつ、つまり現代版の神経症性抑うつとみることができないだろうか。

この病態について、まず人格構造の視座(加藤¹⁷⁾)からみると、基本的にFreudの意味での健常者にも認められる神経症とみなせるように思う。それは、自己愛の要素が強い現代版の「神経症」と捉えるほうが適切かもしれない。次いで、生命力動の視座(加藤)からすると、原則、生命力動の「ぶれ」や「脱線」(Janzarik)などからなる内因性の気分変動は認められない。しかし、社会参加ができず、不全感ないし挫折体験が度重なる事例では、内因性の病態が付加されることもありうるだろう。

近年わが国において、広瀬による逃避型うつ病⁷⁾を皮切りに、阿部らによる未熟型うつ病¹⁾、松浪らによる現代型うつ病²¹⁾など主に青年の病理に注目した一連のうつ病が提唱された。ディスチミア親和型うつ病³⁰⁾を含め、これらのうつ病ではすべて基本的には人格構造の視座に力点がおかれているのが特徴である。いずれのうつ病でも自己愛性が目立つパーソナリティという点で共通

している。そして、人格構造を基礎に特徴的な病像、経過が出現することが記述されている。しかしながら、Freudの意味での神経症概念を主題的に扱う視点はない。もっとも、広瀬、また松浪の症例記述には精神分析的視点に通じる見方が認められることは注目に値する。

広瀬は逃避型うつ病について、「出社拒否がみられることがもっとも特徴的とされてよい」(p. 281)とし、「自己愛的な心性」(p. 282)を保持し、「ぬけぬけと仕事を休んでも、趣味の活動などは活発におこなう」(p. 282)などと記述し、病態の基本は「自己愛性や演技性人格障害と関連する」と述べている⁸⁾。筆者の観点からすると、なによりの特徴とされる執拗な会社に関連した「限定的な恐怖」(p. 282)は、会社組織という権力を前にした神経症性の恐怖症状と考える余地はないのか一考の価値があるように思う。広瀬は、広義の精神療法的アプローチにより出社を始め、昇進を果たし順調な経過をみせた事例を提示している(p. 278)。そこに、人格面での成長をみることができよう。「自己愛性や演技性人格障害と関連する」病態という把握は、Freudの見地からするなら神経症の病態に帰着する点からして、もし人格の成長が問題にできるなら、それは神経症性の人格の成長を推察させる。他面で、提示症例の薬物療法では、アモキサピン、ノルトリプチンなどの三環系抗うつ薬が「比較的有効」であったと述べられている。それゆえ、生命力動の視座(加藤)からすると、内因性病像を呈していることが推察される。

つまり、逃避型うつ病(広瀬)は、少なくとも一部は、人格構造の視座からすると基本的にはFreudの意味での神経症であり、生命力動面からすると内因性うつ病と見なせる事例が存在すると考えられる。あるいはまた、当初内因性うつ病の病態を基礎に会社に対する恐怖症状が出現し、次第に選択性の社会不安障碍が前景化し、こちらへと病態変遷をきたした事例が存在することも考えられる。さらには、当初、神経症性の社会不安障碍で始まり、慢性化するなかで内因性病像が重畳

してきている事例の存在も考えられる。

松浪ら²²⁾は現代型うつ病の特徴を、広瀬の考えを継承しながら出社困難につき「恐怖症的心性」(p. 312)、「選択的制止」(p. 311)の言葉に加え「擬死反射」(p. 312)など元来神経症の病態把握で使用していた一連の術語で記述する。また性格についても、「自己中心的」「趣味を持つ」など神経症性の性格を思わせる記述がなされる。そうすると、ここで強調される「選択的制止」を、先に引用した馬恐怖のため外出できないハンス少年の「制止」(Hemmung)に通じる神経症性制止と理解することは必ずしも見当はずれとはいえないだろう。したがって、松浪のいう現代型うつ病は会社で仕事をするなかで、脅威的な父性的他者と出会い、神経症性の選択的制止(Hemmung)が形成されたというように、Freudの意味での神経症性の布置をもっていることを考えさせる。これは人格構造の視座からの見解である。他面で生命力動の視座からは、日々の生活のリズム性に注目した病態理解、また治療を説いていることをふまえると、内因性気分障碍の力動の「ぶれ」、ないし「逸脱」が認められることが推察される。

このような論述から容易に見通せるように、筆者は最近わが国で提唱されているうつ病につき、人格構造の視座と生命力動の視座の双方から把握する必要があると考える。この複眼的な観点を採用することを通じ、混迷する観のあるうつ病、ないし気分障碍論に1つの展望が与えられるように思う。

文 献

- 1) 阿部隆明, 大塚公一郎, 永野 満ほか: 「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, 1995
- 2) Akiskal, H.S., Pinto, O.: The evolving bipolar spectrum. Prototype I, II, III, IV. Psychiatr Clin North Am, 22; 517-534, 1999
- 3) Alpert, J.E., Uebelacker, L.A., McLean, N.E., et al.: Social phobia, avoidant personality and atypical

depression: co-occurrence and clinical implications. *Psychological Medicine*, 27; 627-633, 1997

4) Freud, S. (伊藤正博訳): 喪とメランコリー (1917). フロイト全集 14. 岩波書店, 東京, p. 273-293, 2010

5) Freud, S. (大宮勘一郎, 加藤 敏訳): 制止・症状・不安 (1926). フロイト全集 19. 岩波書店, 東京, p. 9-102, 2010

6) Guillaume, S., Jaussent, I., Jollant, F., et al.: Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempts with recurrent depression. *J Affect Disord*, 122; 53-59, 2010

7) 広瀬徹也: 「逃避型うつ病」について. 躁うつ病の精神病理 2. 弘文堂, 東京, p. 61-86, 1988

8) 広瀬徹也: 逃避型抑うつ. *精神療法*, 32; 277-283, 2006

9) Horney, K.: *Self-analysis*. Norton & Company, New York, London, 1942

10) Janet, P.: *La Force et Faiblesse Psychologiques*. Edition Médicales Norbert Maloigne, Paris, 1932

11) Janzarik, W.: (岩井一正, 古城慶子, 西村勝治訳): *精神医学の精神力動的基礎* (1988). 学樹書院, 東京, 1996

12) 加藤 敏: 職場結合性うつ病の病態と治療. *精神療法*, 32; 284-292, 2006

13) 加藤 敏: 職場結合性気分障害 (職場結合性うつ病・双極性障害). *治療*, 93; 2353-2362, 2011

14) 加藤 敏: 現代日本における自殺とその予防. *精神経誌*, 107; 1069-1077, 2005

15) 加藤 敏: うつ病の寛解—精神病理学の見地から—. *精神科治療学*, 23; 331-340, 2008

16) 加藤 敏: フロイトの精神分析への誘い. *精神科治療学*, 25; 23-30, 2010

17) 加藤 敏: 生物学的精神医学と精神病理学の架橋の試み. *統合失調症の語りと傾聴*. 金剛出版, 東京, p. 217-233, 2005

18) Kessler, R.C., Stang, P., Wittchen, H.U., et al.: Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29; 555-567, 1999

19) Kraepelin, E. (西丸四方訳): 躁うつ病とてんかん. *精神医学第8版*. みすず書房, 東京, 2007

20) Kraines, S.H.: Weight gain and other symptoms of the ascending depressive curve.

Psychosomatics, 13; 23-33, 1972

21) 松浪克文, 山下喜弘: 社会変動とうつ病. *社会精神医学*, 14; 193-200, 1991

22) 松浪克文, 上瀬大樹: 現代型うつ病. *精神療法*, 32; 308-317, 2006

23) 日本産業精神保健学会精神疾患と業務関連性に関する検討委員会: 「過労自殺」を巡る精神医学上の問題に係る見解. 平成18年12月20日, p. 16 (<http://mhl.or.jp/kenkai.pdf#search='日本産業精神保健学会「過労自殺」を巡る精神医学上の問題に係る見解精神疾患と業務関連性に関する検討委員会&039;>)

24) 岡崎 翼, 加藤 敏: 「職場関連」気分障害の臨床的特性—非関連群との比較. *精神経誌*, 113; 537-553, 2011

25) 岡崎 翼: 職場における気分障害の臨床精神病理学的検討. *自治医科大学 (甲種362号)*, 2011

26) Oquendo, M., Currier, D., Liu, S.M., et al.: Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*, 71; 902-909, 2010

27) Rihmer, Z.: Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 20; 17-22, 2007

28) Sato, T., Bottlender, R., Tanabe, A., et al.: Cincinnati criteria for mixed mania and suicidality in patients with acute mania. *Compr Psychiatry*, 65; 1035-1039

29) 下田光造: 躁鬱病の病前性格について. *精神経誌*, 45; 101, 1941

30) 樽味 伸: うつ病の社会的・文化的論考 (2005). 臨床の記述と「義」. 星和書店, 東京, p. 63-81, 2006

31) Tellenbach, H. (木村敏訳): *メランコリー* (1961). みすず書房, 東京, 1978

32) Tellenbach, H.: *Situationspsychologische Analyse des Vorfeldes endogener Manien* (1965). *Psychiatrie als geistige Medizin*. Verlag für angewandte Wissenschaften GmbH, München, p. 59, 1987

33) WHO: *The global burden of disease 2004: update*. World Health Organization, Geneva, 2008

34) Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., et al.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21; 655-679, 2011