

高度資本主義下の日本における企業情勢と職場のメンタルヘルス

加藤 敏（自治医科大学名誉教授、小山富士見台病院院長）

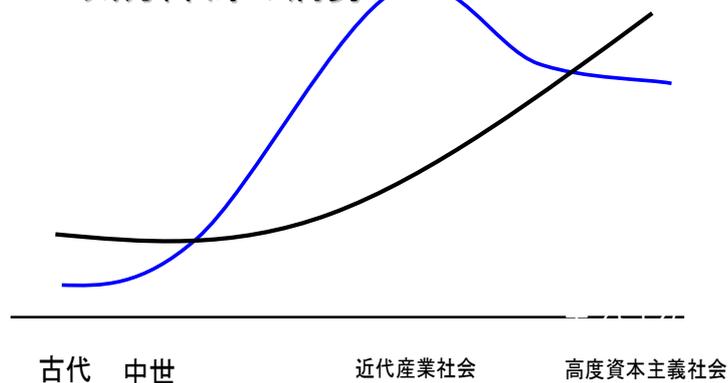
私の勤務先が位置する栃木県には日本を代表する一流企業がたくさんあり、そうした職場の方を精神科外来ないし病棟で診る機会があります。臨床現場での経験を踏まえて、職場のメンタルヘルスについて話したいと思います。

まず、疫学に関して少しお話をして、次いで職場のうつに関して、「職場結合性うつ病」の概念を提示します。具体的な事例を出しながら、現在の日本で支配的になっている労働環境の問題にもふれたいと思います。

疫学

21世紀にはいり、グローバル化の動向の中、世界中でうつ病が問題になっていることは驚きです。69億を超える人を対象にしDALY値（寿命・健康損失）を指標にした各種疾患に関するWHOの統計報告（2004年時）によると、アフリカ、アジア等の途上国では、第1位呼吸器疾患、第2位消化器感染で、なんと第3位にうつ病が位置する。日本についていえば、第1位はうつ病です。また精神疾患全体についていえば、日本では心臓血管障害や糖尿病など内科疾患に加え、認知症、統合失調症等トップ10に精神疾患関連の疾患が5つをしめる。先進国においていかに精神疾患が人々の生活にマイナスの影響を及ぼしているのかを示してくれる知見だと思います。人類史における統合失調症と気分障害の病勢を巨視的にみても、20世紀の敷居をまたぐ前後から統合失調症の病勢が弱まったのとは対照的に、気分障害の病勢が増えています。

図1 人類史からみる統合失調症と気分障害の病勢



加藤「統合失調症の現在 進化論に注目して」『精神神経誌』111:335-46, 2009

精神疾患有病率に関しては、EUの1億6千万の人を対象にしたかなり厳密な統計知見がだされています。それによると、なんと100人に38人が精神疾患をもっている。不眠や認知症を入れているのでかなり対象範囲は広く、不眠症や不安障害、うつ病等々が多いです。

だから 100 人に 38 人ということは、およそ 3 人に 1 名という割合で精神疾患を抱えている人がいるという結果ですが、ここから、現代にはいり精神疾患がふえていることが示唆されます。その要因には、家族共同体の大きな変化に加え、職場環境の変化があげられます。

世界のなかでも、一日の内の長い時間を仕事にさく労働環境をもつ日本において過労死、過労自殺の概念が提唱されたことは意味深いと思います。この際、日本の弁護士の方々の貢献が大きいことも特筆すべきです。過労死は日本だけの社会病理でないことは英米圏の動向から明らかで、英米圏では過労死のことを **drop dead** (急死) の術語で問題にしています。2003年にイギリス労働組合の雑誌「ハザード」(災害)において、21世紀の主要な職業病として、心臓麻痺、脳梗塞、血管障害、そして自殺が挙げられています。さらに自殺が多い職業に、医師、看護師、教師、郵便労働者が挙がっています。確かに日本の医師でも過労の末の血管障害などによる突然死、あるいはうつ病による自殺例がある。残業時間はゆうに 100 時間を超えている医師が多く、仕事中心に心筋梗塞や脳出血にでもなれば労災認定がなされる可能性が高いことでしょう。医療現場がわかりやすい例ですが、現代社会の総体において人々へのサービス(奉仕)のために多くの職場は大変緊張を要する忙しい労働をしなければならなくなっているという面があります。

日本の場合、確かに熊沢先生の発表にあったように、日本なりの特殊な事情があると思います。その一方で、ある程度の普遍性もあると思います。つまり日本は、グローバル化の動きのなかで急速な変貌をとげる世界の労働環境の病理を凝縮した形で先取りして示していると考えられるわけです。

職場結合性うつ病

私は2002年にはじめて「職場結合性うつ病」の概念を提唱しました。その背景には、総合病院での臨床経験に加え、多数の労災事例の検討の経験が基礎にあります。

職場結合性うつ病では、仕事時間が長い。そして仕事密度も高い。そのため、仕事達成のために不眠や認知症を入れているのでかなり対象範囲は広く、不眠症や不安障害、うつ病等々が多い残業をせざるを得ない。栃木県での例をあげると、小山、宇都宮などから東京まで新幹線で通勤している人がかなりいます。朝1番の6時頃の新幹線に乗って会社に行き、帰りは最終のJR宇都宮線で帰る。そうすると、家で寝る時間は3、4時間の生活になってしまう。時々、残業のため東京のカプセルホテルに泊まる。このようなパターンで1年を過ごすだけでも、心身の疲労が起きる。このような生活を続けるだけでも心身の疲弊をきたしうつ病を発症することがある。これに加えて、仕事の納期に間に合わないという事態に直面するといった挫折体験、それによる自己価値低下などが生じ、うつ病を発症する事例が多くあります。

「職場結合性うつ病」の概念を導くにあたって重要な臨床現場となった自治医科大学付属病院は、消防庁の管轄にもあたる総務省によって運営されている関係で、救急医療が非常に盛んで、自殺企図や自傷の事例が多数送られてきます。この種の事例に対しては、内科や外科の緊急対応に引き続く形で、精神科医が診察するシステムをつくっています。こうした事例のなかに、職場結合性うつ病と把握するのが適切な病態を呈している事例があるわけです。

うつ病になりやすい患者の性格というと、本人が几帳面すぎる、あるいは完全癖があり

真面目すぎるといふようなことが一般に言われます。しかし、実際の事例にあたってみると、一確かに一部には古典的な著しい几帳面さ、完全主義をもつ人もいますが、概して際立った几帳面さや完全僻ではなく、一流企業で働くのに求められる、ある程度の平均的な真面目さ、几帳面さ、社交性を備えた不眠や認知症を入れているのでかなり対象範囲は広く、不眠症や不安障害、うつ病等々が多い人が多い。そういう「普通」の人がうつ病を発症するという事例が増えています。その大きな要因は、現代の職場自体が、社員に他社との競争に打ち勝つため、他者配慮的で几帳面、あるいは完全主義であることを強く求め、職場環境が、人間の心身の平衡をくずす潜在性をもつ「過剰な正常性」を要求する態勢を前面に打ち出すといった職場のなりふり構わぬラディカルな方向転換に求められます。私は職場がうつ病患者のパーソナリティ特性を働く人のあるべき指針にしている有様を、「偽性のメランコリー親和型化」と特徴づけています。

注目すべきことに欧米で、職場においては人と人の絆の指針となる人間の倫理が変質をきたしているという論調があります。例えばフランスの André Compte-Sponville という哲学者は、現代の倫理 (ethics) は、マーケエチックはマーケット (market) とエシック (ethics) を合成した術語マーケエチック (markethique) とみるべきだと主張します。つまり、市場経済の原理がそのまま人間が毎日生きるうえでの倫理になっているというわけです。マーケエチックは私のいう「偽性のメランコリー親和型化」と重なることが多い見方だと思います。職場・企業が、病院もそうなんですけども、熾烈な競争を強いられている。この競争に打ち勝つために、マーケエチックや「偽性のメランコリー親和型化」が働く人の倫理となる。そういう中で仕事の時間面に加え密度面で過重になってきている労働者が増えています。高度資本主義のなかでの労働環境の大きな変化が職場のうつ病の背景にあると思います。

職場のうつ病の病型について述べたいと思います。うつ病というと、何もやる気がおこらない、思考面でも行動面でも動きに遅滞が顕著な制止優位型がイメージされやすい。最近の職場のうつ病では、労災適用になるケースが多いんですけども、自殺企図の前の日まで会社に来て一応の仕事をしていて、翌日出勤せず（少なくとも周囲からすると）突然、自殺の挙にでて、どうしてそのような行動にでたのか家族もわからないというような事例がかなりある。制止優位のうつ病であれば仕事に行けなくなって休む。そこで事例化するので、家族も変化に気づいている。前の日まで出勤していて自殺を図り幸い一命をとりとめた事例についてよく聞いてみると、不安あるいは焦燥感があることがわかります。不安や焦燥感を当人は病的なものとしては認識しておらず、むしろ仕事ができない、なんとかしなくちゃいけないという気持ちが強く、そのため必死でなんとか出勤します。よく調べると、集中力低下や中途覚醒、入眠困難などの睡眠障害の存在が明らかになる。一部の事例はパニック発作を起こして救急部を受診してきます。この種の病態は、もし彼（彼女）らが救急部や内科、さらに精神科を受診すると、不安障害ないし不眠症とだけ診断されることが往々にしてあります。

職場のうつ病では、不安・焦燥（感）が病像の前景に出る点で不安・焦燥型と呼ぶのがふさわしい病型がふえている。周囲、また当人自身病気としての認知が低い点が、職場のメンタルヘルスならびに患者の治療を進める上で問題となります。あくまで印象の域をでませんが、わが国では 2000 年入る前後から、首都圏の鉄道で人身事故が多発し、これが日

常の出来事かのようになってしまった異常事態が起こっているように思います。そうした事例のなかに、不安・焦燥型の職場結合性うつ病と診てよい一群の事例があると考えられます。

精神科医にとっても、不安・焦燥優位のうつ病の診断は難しい面があります。本人また家族、職場の人からよく聞いてみないとわかりません。不安障害、不眠症ですと診断された後、自殺してしまう事例もあり、医師の側も、慎重かる迅速な病態把握を求められる病態が増えていると思います。

心身症としてのうつ病

うつ病というと、単なる心の問題と見做す傾向がありますが、専門家の見地からすると、脳神経系をふくむ身体の変化が基底にあるとみる必要があります。例えばうつ病になると、免疫機能が下がる。病歴をとるとうつ病の初期症状が風邪であることがよくあります。いわゆる生活習慣病、あるいはメタボリック症候群、例えば糖尿病や高血圧の発病状況を調べてみると、職場結合性うつ病と同様に緊張を強いられる労働環境のなかでの心身疲弊、さらに職場での挫折体験、自己価値低下が認められることがよくあります。実際のところ、職場結合性うつ病と糖尿病、高血圧の合併例も多く、その場合、男性が圧倒的に多いようです。

悪性腫瘍でも状況因として職場での心身疲弊、挫折体験、自己価値低下を押し量ることができそうな事例が散見されます。こうした生きがい喪失をきたす状況において、つまり前抑うつ的な状況において、正常者でも体内に発生するがん細胞を廃除するリンパ球、つまりNK細胞（natural killer cell）の活性が下がり、そうするとガン細胞の独占的な増殖が始まることが考えられます。もちろん前抑うつ的な状況は悪性腫瘍の一義的な原因であるのではなく、発症を誘発する引きがねになることを指摘したいと考える次第です。この見方を押し進めると、過労死を広義に理解するという留保をつけてのことですが、悪性腫瘍を過重労働の中で発症する過労死とみなすことができる事例も想定できるだろうと思います。

あくまで推論の域をでませんが、みなさんご存じの東日本大震災に続発した原発事故で奮闘した吉田所長は3.11の後、8ヵ月後に食道ガンの診断を下され、手術を受ける。その後、今度は、高血圧等で脳血管障害を起こして、気の毒なことに最終的に亡くなってしまった。吉田所長は、震災直後、周囲からの激しい批判を受けながら、おそらくほとんど寝ずに精魂をつくして働いた。大変な緊張下での仕事だったことは想像にかたくありません。新聞報道などによると、震災が起こる前に通常の予測を大幅に上回る津波に対処して防備を補強工事に関する議論がでていたといいます。所長の立場として、吉田氏はこの意見を採択しなかった。これは所長の対場にあるものとしてもはや取り返しのつかない痛恨の判断となってしまう、この上なく大きな悔やみきれない挫折体験になったことが推し量れる。そういううつ病の発病状況に通じる限界状況の中で、免疫機能の低下が生じた。このことが食道がんの一つの誘因になったことを想定することは可能だと思います。

東日本大震災では、震災関連の精神科事例が多数発生しました。その中には、職場結合性うつ病と診てよい事例が散見されました。栃木県でもこの種の事例が発生しました。一例をあげます。市の職員ですけれども、市庁舎は損壊が激しくテントを設置して、災害対策

本部の業務に携わった。それは本人が予想だにできなかった大変な仕事で、20日間ほどテントで生活して、ほとんど寝る時間も無い仮眠が続いていた。1ヶ月ほどして、少し自宅に帰れるようにはなりましたが、極度に気を張り詰めた毎日が続きました。そうこうしているうちに、しばしば新聞で報道されたように、住民から市当局にいろんな要望、対応がよせられて来た。彼はクレーム対応をする係になり、ひたすら謝罪するしかないというような状態が続きました。

ある日家に帰った折り、家族に突然、元気のない声で「クビになるかもしれない」、息子には、「自分にあまり頼らないように」という主旨のことを言った。家族はいぶかしがったけれども、このとき既に希死念慮があったことが後でわかります。5月に入って、死に場所を考え、川の方に歩いていったことがあった。さらに家の中で縊死自殺を図り、そのため精神科病棟に緊急入院になりました。

この事例の病前性格は、際立った几帳面さはなく、先に述べた平均的な真面目さ、几帳面さを備えた人物とあってよい。突然、災害本部の仕事に追われて休息が取れない毎日が続く。これも一種の職場での過重労働ですね。最初は、当人は震災復興の仕事に生きがいを見だし、多少ともテンションが高い状態で仕事をしていましたが、しばらくすると、心身疲労が蓄積する。さらに、住民からの一方的な苦情を受け、いやな気持ちになる。そういう中休まず最後まで出勤し、挙げ句の果てに自殺企図を図り、はじめて精神科での治療が始められました。

職場結合性うつ病の事例には、初期に、与えられた仕事課題を達成しようとして、本能的にスイッチが入りテンションがあがる「適応性軽躁状態」と呼べる段階が散見され、その後、抑うつが始まる。この震災事例では、その極期に入る前のところで自殺企図がなされている。この事例は、入院加療により良い状態になって復職を果たした完全寛解例です。この事例では震災にとる業務の大きな変化、過重業務が契機となっていて、反応性の抑うつという性格をもちます。しかし、病勢が進むと、死しことしか考えられないというように判断能力の変質・低下をきたす精神病状態になります。このような事例は職場結合性うつ病のなかに多いと思います。

職場結合性双極障碍

最近の職場の抑うつは、躁的成分をもつものが多いと思います。先ほど言及した市の職員もそうですし、多分吉田所長もそのような状態にあったことが考えられると思うのですが、自分の課された仕事、さらには新しい仕事になんとか前向きに立ち向かおうとする。この姿勢は職業人としての義務ですよね。医療でいうと、患者が救急車で病院に運ばれてくれば、夜間全く寝る時間もなく仕事をしなければいけないというような事態です。仕事が増加していくなかで、自分の意志とは無関係に自ずとテンションが上がってくる人がいる。適応性の軽躁状態の時期があり、この自生的な気分変動により難局をなんとか乗り切ろうとする。これで首尾良く課題達成できる人がかなりの数いると思います。今日の社会でさまざまな職種で成功をおさめている人のなかには、適応性軽躁状態のなかで活動していることが少なくないように思いますそうした事例は。

しかし、この状態が切れめなく続くと、真性の躁病を発症し、それに続いてうつ病を発症する事例もある。また適応性の軽躁状態に移行できない人は、そのままうつ病を発症し

ます。

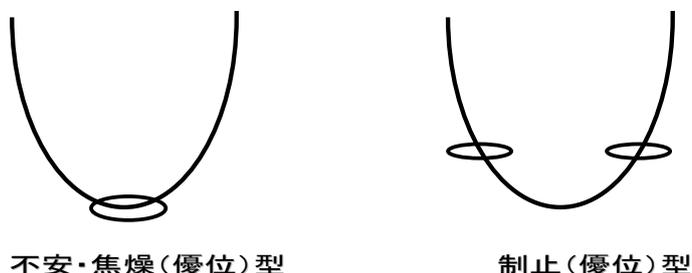
産業社会に入って 1960 年代ぐらいまでは、職場でもうつ病は単極型、つまり躁状態のないものが多かった。ところが現代の高度資本主義社会に入り、職場では抑うつだけではなく、軽躁病相を併せてもっているような双極性障碍の事例が増えています。職場結合性うつ病と並び職場の気分障碍のもう一つの亜型として職場結合性双極障碍が挙げられる次第です。自殺企図はそういう双極性の気分変動をもっている事例に多くみられます。最近私は職場における過重労働を誘因として発症する気分障碍を職場結合性気分障碍と総称し、あくまで理念的な分類ですが、そこには職場結合性うつ病と職場結合性双極障碍が区別できるとみています。

職場結合性双極障碍のなかにアルコール依存を病像の前景にだす事例があることは注意してよいと思います。一流企業で働くある事例では、かつてうつ病のため休職した既往がある。復帰後の適応がよいため、より高い職位に抜擢されて、朝早く 7 時から自主的に仕事をはじめ、夜 10 時まで仕事をする。大手の企業の一つの部門の責任者になると、1 人で億単位の収益が得られる仕事をいくつも引き受け、その分責任が重くなります。そういう中で、適応性軽躁状態になって朝早くからの出勤になった事例です。部下に突然怒鳴るといったようなこれまで見られなかった職場内での攻撃性が出現するようになってきました。そういう中で飲酒量が増えた。適応性軽躁状態を乗り越え、本格的な気分変動の逸脱が生じ、躁病のなかお酒が止まらなくなって、結局、毎日朝からお酒漬けになってしまった。家族に対し暴力も働き精神科の病院に入院を余儀なくされました。

直近の状態だけをみると、アルコール依存ですが、全体の推移に目をやると、双極性障碍と診るのがふさわしい事例です。病歴を調べると、治療的にも双極性障碍の治療をして、改善しました。大手の中間管理職で、レベルの高い仕事を行う能力を持っている人が企業の大きな課題を与えられ、適応性軽躁状態になり、これを端緒に躁病性の気分変動の逸脱が生じ、それを背景にアルコール依存、さらには性的逸脱など社会人としてあるまじき行動が出現する事例が散見される。

自殺好発期

図2 自殺危険期



加藤敏:『職場結合性うつ病』金原出版、2013

私は最近ことあるごとにうつ病の自殺危険期を図のように示しています(図2)。教科書ではうつ病の自殺好発期はうつ病性昏迷に代表される全く動きがとれなくなる極期に入る

手前の時期と、そこから抜け出した時期と述べられていますが、私は、うつ病の病態が制止優位型と不安・焦燥型に区別できるという見地から、この自殺好発期があてはまるのは制止優位型で、不安・焦燥型ではむしろ（不安・焦燥の強い）極期こそ自殺好発期であると考えます。

うつ病のため首都圏の鉄道人身事故の事例の中でうつ病と診断される事例では、不安・焦燥型が多いことが考えられます。自治医科大学病院のすぐ横を JR 宇都宮線が走っています。ここに飛び込み自殺を図り、救急部に運ばれ幸いに一命をとりとめた事例を、最終的に精神科病棟に転棟し診察をしました。その結果、うつ病不安・焦燥型であることがわかりました。いずれにしても、うつ病の自殺危険期に関してももう一度見直す必要があると思います。

最近国際的には、気分障害で自殺が好発する病態につき、うつ病の要素と躁病の要素の双方をもった躁うつ混合状態こそ最も危険な病態であるとする見解が支配的になってきています。不安・焦燥型うつ病も広く解釈すると、躁的要素をもっているとみることもでき、職場結合性気分障害についていうと、職場結合性双極障害において自殺の危険が高いといえるでしょう。

非人間的な仕事の増加

職場環境についてみると、はなはだ遺憾なことに非人間的な作業が増えている印象を禁じ得ません。一つに単純作業の加速化という問題がある。いくつか自験例をあげさせていただきます。

30 代前半高卒の事例を紹介します。車関係の大手企業の社員ですが、流れ作業の工程に配属され、なんと 1 分間のうち 100 個あまりの部品の一部を作成する仕事をしなければなりません。遅れると、ライン全体の作業を遅らすことになり、上司から叱られる。車の生産に関わる仕事ですから間違いも許されない。これが一日の仕事で、夜勤もある。これは大変なことですよ。だいたい医師や弁護士だったらとてもできない過酷な仕事です。その作業に彼はひたすら専念した。その挙げ句、彼は仕事以外の場面で手を何回も洗わないと気が済まない洗浄強迫、また、家に帰る車の運転中、ほかの車にぶつけたんじゃないかといった確認強迫などが出現し、仕事だけでなく日常生活にも影響が出てしまい、精神科外来を受診してきた。従来診断では強迫神経症、今風なら強迫性障害と診断される事例です。これが強迫的な集中を課せられ、極度の神経をつかう作業を行っているなかで出現した。実に皮肉な事態です。

彼に聞くと、上司から、インの仕事に遅れをきたすなら会社全体の作業率低下につながるのだから、職場を辞めてもらおうと強く言われていたという。現代版の女工哀史というほかないと思います。この種のことが、大手一流企業で起こっているんですね。そういう人がいないと日本の企業は成り立たない。

先ほど熊沢先生が「強制された」労働という方をされていましたが、それは非人間的な性格を帯びる危険をもつと思います。

トラックの運転手のなかにも、非人間的な仕事を課せられている人が少なくないと思います。一人で青森—鹿児島を往復し、荷物の積み降ろしまで行う 30 代男性はこのトラックの運転中にパニック発作を何度も起こし、運転が怖くなり精神科外来を受診してきました。

彼に聞くと、車の運転には相当な神経を使う。荷物の運搬先で一泊してもゆっくり睡眠がとれないので、車を運転する心身の状態は万全でなく、いつ疲労感と不安があるという。運転が滞ってしまえば、製品を待っている会社に迷惑をかけることになり、彼が属す運送会社の評価が下がってしまい、別な運送会社に仕事をとられてしまう。企業間競争は配送の領域でも熾烈になっている。この例も非人間的な仕事環境の好例で、仕事の加速度が増したことにより、人間の心身が追いついて行けず、パニック障害が生じている。結局この事例はうつ病も発症し、運転手の仕事はやめることになりました。

それから、電化製品の販売店も熾烈な競争を強いられ、社員のあつかいは非人間なものになっている部署が多くなっているようです。この種の店では、店員がイヤホーンをしていて、盛んにイヤホンごしに話をしている。この若い男性店員が集中力低下、不眠、食欲低下をきたし精神科外来を受診してきた。聞いてみると、彼はあのイヤホーンで、「今入って来た客に接触しろ」などという上司からの指示を受け、接客に臨む。その時、説明のし方が悪かったり、成果が出ないと、「もうお前、仕事を辞めてしまえ」という罵声、叱責を浴びせられることが毎日続き、すっかり意気消沈して、仕事に行けなくなったという。イヤホーンでの命令は密室のなかで行われており、陰湿なハラスメントといった事態が起きているといえる。

さらに IT 関係の仕事環境も問題です。ひたすらコンピュータに向かい作業を行い、横の人と雑談するようなゆとりのある雰囲気はない。上司と顔を合わせて話す機会はほとんどなく、メールで上司と連絡をとる。これも非人間的な仕事環境だと思います。

私は川人 博氏と同世代ですけど、大学に入学した1960年頃はまだ牧歌的で、お昼休みに将棋や囲碁に興じている大学教員や事務職員がいた。今は仕事のスピードが早くなり、昼休みでも休む暇がなくなってしまった。昔はあるデータの集計をするのに関連部署に送り、結果が出るのを待ってました。その間、ゆっくりできましたが、今はそれができない。雑談をする時間がなくなり、ひたすらコンピュータに向かって仕事をする。知性が優位となり人と分かち合う感情表現が乏しくなり。男性的知性の肥大化という形で、知性と感情のあいだの際立った不均衡が認められるという点で、私は現代社会そのものがアスペルガー障害化していると考えています。あえて付け加えると、多少ともアスペルガー障害化しているパーソナリティ特性が、高度資本主義の時代の生存競争に打ち勝つには有利とさえ言えるのではないのでしょうか。

パワハラ

パワハラはセクハラとならび職場のメンタルヘルスにおける重要チェック事項として定着しています。パワハラにも今日的な特徴があるように思います。上司の振舞いが「パワハラである」と部下から訴えられて、抑うつを呈する事例があります。

大手企業の開発部門のリーダーとしてこれまで高い評価を受け信頼のあつかったある40代の方は、業務成績をあげるため今ひとつ仕事の要領を得ない複数の部下に注意することが多くなった。部下達はこの叱責はパワハラだと上の責任者に申し出た。会社として委員会で慎重に検討をし、これにはあたらないが、注意をしてほしい旨のことが当人に告げられた。これを機に、不眠・抑うつが生じてきて仕事に支障をきたし、精神科を受診してきました。

彼の語るところによると、自分としては部下の指導を一生懸命やっただけだった。このことをパワハラと言われたことはショックだったという。高いパーソナリティ機能をもっている有能な技術者で、パワハラに当たるような振舞いをする人ではないように見受けられました。このリーダーの立場からすると、会社から要求される仕事量が増えてきたなか、部下たちにもっと仕事を効率よくするよう注意するしかなかった。このように仕事量の増大のなかで上司から部下への命令がパワハラとして訴えられ、その結果上司が挫折体験をして心身失調をきたす事例もあることにも注意しておく必要があると思います。

パワハラまがいの叱責をする上司のなかには、一この事例にもあたることかもしれないけれど、上司自身も仕事の負荷が多いため心のゆとりが無くなる状態で、自分自身必死で業務にあたっている事例がかなり多い。そのような局面で、自分では意識することなく、知らずに部下への無意識の攻撃性が表出されることもありえます。

人間相互の関係の基本的在り方として、無意識のレベルで愛と憎しみの感情の双方が潜在的にあるということを知っておく必要があると思います。この人間理解は精神分析の創始者フロイトが神経症の葛藤の特徴としてあげたものです。

健全な人も親しい仲間に対し邪悪な攻撃的な感情を秘めていることは、皆さんも言われてみれば察しがつくことだと思います。精神分析の見地からは、一目惚れという現象も神経症性の症状形成にほかなりません。その意味では、だれでも神経症を病んでいるわけです。哲学者のシモーヌ・ヴェイユは、「人間には、おたがいに善を施しあう力があるように、おたがいにわざわいを加え合う力がある」ということを言っています。そのように、確かに人間は、人に対しての愛の感情と同時に、どこかで無意識の攻撃性をもつ。そういう神経症性の病理が、パワハラの後方に認められる事例は少なくないと思います。いわゆる、いじめの多くについても同じ事がいえると思います。

職場における神経症性抑うつ

今日、世界で力をもつアメリカの精神疾患診断体系（例えば、DSM-5）では、精神分析の考え方が棄却され、そのため、神経症の概念がすっかり消滅してしまいました。このことは、職場のメンタルヘルスを考える上でも由々しき問題であると思います。

実際、職場においてうつ病と一括りに診断される事例のなかに、フロイトの意味での神経症の抑うつがかなりある。とりわけ入社してまもない若い青年の中に多い。この種の病理をしっかりと押さえておく必要があると思うんです。例えば、職場で課された仕事で失敗する。上司から注意されて自己愛が傷つく。会社は、とりわけ若い人にとっては、はじめて出会う脅威的な父性をもった他者であり、父の位置にあるんですね。上司から怒られ初めて怖い父に出会う。そういう中で、会社に行くのが怖くなり、気分も落ち込み入社できなくなる事例が少なくない。この場合、父性をめぐるエディプス葛藤が賦活化された状況下でなされた症状形成物こそ、神経症性抑うつに他ならないとみるべきです。この病態は、脳内神経伝達物質が明らかな変化をきたしている内因性うつ病とは質を異にします。神経症性抑うつと内因性うつ病では治療的な対応がかなり違ってきます。ところが、アメリカの操作的診断体系ではこの区別ができない。私は適切な病態把握・治療のために、精神分析の視点の復権の必要性を訴えています。

<参考文献>

加藤 敏『職場結合性うつ病』金原出版、2013年

加藤 敏『精神病理・精神療法の展開——二重らせんから三重らせんへ』中山書店、2015年