

Burnout and depression

入江, 正洋
九州大学基幹教育院

<https://doi.org/10.15017/1800858>

出版情報：健康科学. 39, pp.41-47, 2017-03-24. 九州大学健康科学編集委員会
バージョン：
権利関係：



バーンアウトとうつ病

入江正洋*

Burnout and depression

Masahiro IRIE*

Abstract

Recently, according to the increase in physical and psychological fatigue due to overwork and/or emotional labor, burnout has been received broad attention and has widely infiltrated the popular culture. Despite an extended concept of burnout, however, the distinction between burnout and depression remains inconclusive. Furthermore, in spite of a rapid increase in research dedicated to physical and biological aspects in addition to symptomatic and psychosocial ones of burnout, a clear difference between burnout and depression remains uncertain as well. Burnout has mainly been investigated in the research field of psychology, but not medicine. So far, as a reason for that, no binding medical diagnostic criteria exist for identifying cases of burnout. In contrast, major depressive disorder is a classified mental disorder. The definition of the burnout syndrome is insufficient. Substantial studies including medical ones are needed in order to answer the question if burnout and depression represent different pathologies with overlapping symptoms or if they describe aspects of the same disorder.

Key words: burnout, depression, overlap, stress, medical diagnosis, review

(Journal of Health Science, Kyushu University, 39: 41-47, 2017)

1. はじめに

近年、ヒューマンサービス業の発展に応じて、医療や福祉、教育などの現場に係る看護師や保健師、医師、臨床心理士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、教師などを代表とする、対人援助職に対する依存度が増加している。それと共に、自己犠牲的に他者に尽くす慢性的なストレスに曝される対人援助職が、精根尽き果て、空虚で無関心となり、もはや適応できなくなる過程、いわゆるバーンアウト (burnout、燃え尽き症候群と訳) の概念が、離職などとの関係で注目されるようになった¹⁾。バーンアウトは、感情労働などの精神疲労の増加とともに次第に普及し、今や対人援助職に限らず、あらゆる職業において起こり得る病態となりつつある²⁾。例えば、文献検索サイトの PubMed で burnout と入力すると、1万1千件以上の文献を検索できる。このような精神疲労に関しては、従来からうつ病が広く知られていたが、バーンアウトの概念の広がりとともに、バーンアウトがうつ病の概念と同じであるか否かが問題となってきた。この命題を明らかにするために、症状や心理社会的背景、生物学的側面など、様々な観点から検討が行われているものの、未だ明確な結論は得られていない。うつ病が医学的診断の対象であるのに対して、バーンアウトを医学的側面から論じた報告が少ないことも、その一因と思われる。

そこで今回、バーンアウトとうつ病の相違を明らかにすることを目的として、それぞれの定義や診断基準を含めた、両者のオーバーラップと相違に関する現状について述べる。

2. バーンアウトの定義

バーンアウトの概念を初めて提唱したのは米国の心理学者フロイデンバーガー³⁾である。彼は1974年に、介護施設に勤務中、同僚が精神的・身体的不調を訴えて、1年もすると、あたかも燃え尽きたかのように仕事に対する意欲や活力を失い、社会に適応できなくなるのを見て、ドラッグ常用者状態を意味するスラングの「バーンアウト」を用いて表現した¹⁾。フロイデンバーガーの最初の論文³⁾では、バーンアウトは、「エネルギー、力、あるいは資源を使い果たした結果、衰え、疲れはて、消耗してしまったことを意味する」と定義されており、人によって症状や程度が異なるとされる¹⁾。

その後、バーンアウトに関する様々な研究が行われてきたが、なかでも代表的な尺度である Maslach

Burnout Inventory (MBI) を開発したマズラック⁴⁾の研究が有名である。彼女は、バーンアウトを、「長期間にわたり人を援助する過程で心的なエネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の身体疲労と感情の枯渇状態を示す状態であり、卑下、仕事嫌悪、思いやりの喪失を伴うもの」と定義⁵⁾し、MBI が「情緒的消耗感」(Emotional exhaustion: 仕事を通して心身ともに疲れ果て、消耗した状態)、「脱人格化」(Depersonalization: クライアントに対する無情、冷淡な対応)、「個人的達成感」(Personal accomplishment: 仕事に対する効力感や達成感)の3因子から成ることを報告した⁴⁾。フロイデンバーガー³⁾よりは具体的な定義ではあるものの、まだ曖昧な印象は否めない。このような状態は、職場での慢性的な対人ストレスの結果、生じることがある。

バーンアウトの概念は、当初看護師、介護福祉士、教師などの対人援助職において注目された。すなわち、過重労働のみならず感情労働への関心が高まり、職場における長期に及ぶ対人関係や情緒的なストレスにより対人援助職の心理的エネルギーが次第に枯渇していく状態を表していた。しかし、1990年代以降は、対人援助職に限らず、あらゆる職業でみられるようになった²⁾。例として、2008年の時点で、6千以上の書籍や論文、雑誌などが出版されていると見積もられている²⁾が、未だに研究者間での定義に関する共通認識は得られていない。

3. バーンアウトの評価

バーンアウトには、後述するように臨床診断基準がないため、その評価には、様々な尺度、特に MBI がよく用いられてきた。1990年代までではあるが、バーンアウトに関する尺度が使用されている 498 編の論文において、93%で MBI が用いられていたとの報告もある⁷⁾。MBI は、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感(低下)から構成される、バーンアウトの特徴を最も包括的に表す尺度である⁴⁾。このなかでも、情緒的消耗感が中心的意義を有するものとみなされている⁸⁾。しかし、元々 MBI は、バーンアウト研究のために開発されたものであり、臨床診断のためのツールではない。カットオフポイントがないことから、診断のための基準も存在しない。この点に関して、開発者のマズラック⁹⁾は、個人の精神的な臨床診断がなされることによる弊害(ラベリング)を考慮したためとしている。

しかしながら、バーンアウトの定義や評価あるいは診断に関して、研究者間での共通認識が得られていな

いため、様々な尺度が本当にバーンアウトを評価できているか否かは釈然としないように思われる。

4. バーンアウトとうつ病の医学的診断

現在、精神疾患の診断には、米国精神医学会による「精神障害の診断と統計マニュアル」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)の第5版(DSM-5)¹⁰⁾と、死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関(WHO)によって公表された、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD)の第10版(ICD-10)¹¹⁾が広く用いられている。

うつ病に関する診断も、主にDSMやICDなどの国際基準に則って行われており、臨床だけでなく研究にも活かされている。具体的には、DSM-5では表1、ICD-10は表2のような基準が用いられているが、基本的に大きな差異はない。

一方、バーンアウトの診断については、バーンアウト自体の記述がDSMにはなく、ICD-10において、「Z73生活管理困難に関連する問題(Problems related to life-management difficulty)」の中に、「Z73.0 燃えつき(状態)(Burn-out)」と記載されているにすぎない。そのため、DSMに基づいて精神疾患の診断を行う場合、バーンアウトは医学的診断とはみなされない。スウェーデンやオランダを代表とするヨーロッパの一部の国などで、ICD-10を活用した診断がなされているのみである²⁾。

つまり、うつ病は国際的に認められた、公式かつ代表的な精神疾患であるのに対して、バーンアウトは公式な精神疾患の診断名というよりは、職場で過度な要求にさらされた労働者、特に対人援助職にみられる機能不全や著しい疲労などに関して用いられる用語ということになる。バーンアウトがDSMに記載されていないのは、概念が曖昧であり、バーンアウト自体の診断基準やうつ病などの他の疾患との区別が明確ではない

表1 DSM-5による大うつ病性障害の診断基準

A. 以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の帰納からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは、(1)抑うつ気分、または(2)興味または喜びの喪失である。

※明らかに他の医学的疾患による症状は含まない。

1. その人自身の言葉(例: 悲しみ、空虚感、または絶望を感じる)か、他者の観察(例: 涙を流しているように見える)によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。

※子どもや青年では易怒的な気分もありうる。

2. ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、または喜びの著しい減退(その人の説明、または他者の観察によって示される)。

3. 食事療法をしていないのに、有意の体重減少、または体重増加(例: 1ヶ月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の食欲の減退または増加。

※子どもの場合、期待される体重増加がみられないことも考慮せよ。

4. ほとんど毎日の不眠または過眠。

5. ほとんど毎日の精神運動焦燥または制止(他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)。

6. ほとんど毎日の疲労感、または気力の減退。

7. ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感(妄想的であることもある。単に自分をとがめること、または病気になったことに対する罪悪感ではない)。

8. 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる(その人自身の言明による、または他者によって観察される)。

9. 死についての反復思考(死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。

表2 ICD-10によるうつ病エピソードの診断基準

大項目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 抑うつ気分 ・ 興味と喜びの喪失 ・ 易疲労感の増大と活動性の減少
小項目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集中力と注意力の減退 ・ 自己評価と自信の低下 ・ 罪責感と無価値感 ・ 将来に対する希望のない悲観的な見方 ・ 自傷あるいは自殺の観念や行為 ・ 睡眠障害 ・ 食欲不振
重症度	<p>軽症：大項目の2つ以上、小項目の2つ以上</p> <p>中等症：大項目の2つ以上、小項目の3つ以上</p> <p>重症：大項目の3つ以上、小項目の4つ以上</p>

融 道男、中根允文、小見山 実、岡崎祐士、大久保善朗監訳：ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン 新訂版、医学書院、1993

ためと推測される。

5. バーンアウトとうつ病の症状のオーバーラップ

うつ病の診断は、従来 DSM や ICD などの国際基準に照らして行われている。これらは、症状診断であるため、診断基準を満たす症状があればうつ病と診断できる。つまり、原因に係らず、バーンアウトでもうつ病の診断基準に当てはまれば、临床上はうつ病と診断されることになる。このようなこともあって、バーンアウトとうつ病のオーバーラップについては、1970年代にバーンアウトの概念が提唱された頃から議論されてきた。例えば、フロイデンバーガー³⁾は、既に初期の頃から、バーンアウトを呈する者は、うつ病者のように見え、振る舞う、と指摘している。確かに、バーンアウトの症状はうつ病の症状と類似している。バーンアウトでみられるエネルギーや希望、支援がない感じは、学習性無力感の希望のなさや似ている。バーンアウトの情緒的消耗感は、うつ病の悲哀や疲労と通じるものがある。バーンアウトの脱人格化は、うつ病の社会的引きこもりに比較的近い徴候かもしれない。また、多大な労力を要する仕事や子育てなどの後に、虚無感や無気力などを生じ、休息によって回復せずに何も手につかない状態に陥る、いわゆる「荷おろしうつ病」や「空の巣症候群」と呼ばれるうつ病は、バーンアウトに類似した経過をたどることが知られている。

実際、うつ病の診断にしばしば用いられるベックのうつ病調査票では、バーンアウト労働者とうつ病の患者で有意差が認められなかったことが報告されている¹²⁾。バーンアウト労働者の症状の90%がうつ病の診断基準に当てはまるため、バーンアウトはうつ病の一型かもしれないとする報告もある¹³⁾。その一方で、3276名の大規模集団を対象にした調査では、重度のバーンアウトを呈するにも係らず、その53%しかうつ病の診断基準が適合されなかったことも報告されている¹⁴⁾。さらに、MBIとベックのうつ病調査票におけるクラスター分析では、38.7%しか、両者の間にオーバーラップが認められなかったとの報告もある¹⁵⁾。バーンアウトとうつ病の移行過程については、バーンアウトからうつ病になる場合もあれば、うつ病からバーンアウトに至る場合もあり、双方向性が認められている¹⁶⁻¹⁸⁾。

また、バーンアウトとうつ病の症状は似ているが、それぞれの評価尺度を含む因子分析では、バーンアウトとうつ病は異なる因子として抽出されることがあり、MBIを用いた場合に認められるという¹⁹⁾。しかし、BMでは区別が困難であったとの報告もあり¹⁹⁾、質問票への回答の際の選択肢の違いなどに起因することも考えられる。

マズラックらのバーンアウトの3因子（情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感）のうち、情緒的消耗感が最もうつ病との相関が強いとの指摘もある^{8,12)}。

DSM-5、ICD-10 共に、うつ病の診断基準には情緒的消耗感の概念が抱合されているものの、脱人格化や個人的達成感の概念は含まれているようには思えない。個人的達成感の低下は、結果的にそのような状態を呈することは予想されるが、うつ病の診断基準にはみられない。そのため、情緒的消耗感とうつ病と最も近いものの、脱人格化や個人的達成感を含めて捉えると、バーンアウトとうつ病とは乖離しやすいのかもしれない。そうであれば、バーンアウトとうつ病は、症状以外の点でも異なる部分があることが推測される。

これより、バーンアウトとうつ病は全く別の症状から成るわけではなく、程度の差こそあれ、ある程度の症状のオーバーラップがみられるものと解される。バーンアウトでは疲労や脱人格化、イライラ感の増加などがみられやすいのに対して、うつ病は興味や喜びの消失を中心症状とするため、症状でもやや趣を異にする面がある²⁰⁾。

6. バーンアウトとうつ病の相違点

バーンアウトとうつ病の症状はある程度オーバーラップするが、バーンアウトがうつ病の一系か明確に区別される成因あるいは病態かについては、論争が続いている。そうしたなかで、バーンアウトとうつ病は、症状以外のいくつかの点で異なることも指摘されてきた。例えば、バーンアウトが自由な労働時間を有する女性労働者や若年労働者が多いのに対して、うつ病は年配労働者や社会的支援が少ない労働者が多いとの報告がある²¹⁾。発症にまつわる社会的背景に関する教師を対象とした研究では、職場での助け合いが欠如しているとバーンアウトになりやすく、職場以外で親しい人との助け合いがなくなるとうつ病になりやすいことが報告されている²²⁾。バーンアウトが仕事に関連して発症するのであれば、仕事に限らず、人生のあらゆるストレスに関連して発症しうるうつ病とは異なることになる。しかし、バーンアウトを、専ら仕事に関連した現象と捉える研究者²³⁾もいれば、家庭でも親が子供に尽くした結果バーンアウトを生じる場合もあることなどから、仕事に限定せずにより広く捉えようとする研究者²⁴⁾もいるなど、見解が分かれており、仕事に限定されないようになってきているものと思われる²⁵⁾。また、発症に関わるストレスの認知や対処行動についても、自己評価が低い教師はうつ病になりやすいが、バーンアウトになりやすいとはいえないことが報告さ

れている²⁶⁾。うつ病、特にメランコリー型のうつ病は自罰的になりやすいとされるが、バーンアウトは概して外罰的とされる²⁷⁾。しかし、イライラして他罰的になるうつ病もあるため、必ずしもそのように区別されるとは言い切れないかもしれない。

生物学的側面に関しても、イスラエルの女性労働者のバーンアウトが、血中の炎症に係る C 反応性蛋白やフィブリノーゲンと正の相関がある一方、うつ病患者ではなく、炎症性マーカーでの違いがあるとの報告がある²⁸⁾。しかし、バーンアウトに特異的なバイオマーカーが見出されているとは言い難いように思われる。バーンアウトとうつ病を区別する一つの試みとして、バーンアウトでは代表的なストレスホルモンである副腎皮質ホルモン（コルチゾール）の分泌低下がみられるのに対して、うつ病では分泌過剰となり、コルチゾールの反応性が異なることが議論されてきた²⁹⁾。しかし、必ずしもこのように判別されるわけではなく、メランコリー型のうつ病ではコルチゾールの分泌過剰³⁰⁾に、非定型うつ病では分泌低下³¹⁾になるとの報告もあり、うつ病の病型によってコルチゾールの反応が異なることも示唆されている。

これより、バーンアウトは、長期的で解決困難な仕事に関連して発症するとみなされていることが多いのに対して、うつ病は仕事によらず、日常生活などでも認められ、遺伝的要素も含んで内的要因と外的要因が複雑に絡み合っ発症しやすいのかもしれない。

7. おわりに

バーンアウトとうつ病の相違に関しては、分子生物学をも導入した検討が行われているものの、定かではない。総じて、バーンアウトがうつ病と一線を画するという根拠は脆弱であるように思われる。その一因として、バーンアウトは主に心理学の領域で研究され、発展してきた概念であるのに対して、うつ病は主に医学領域で研究されてきた概念であるため、両者の主な研究分野が異なっていることが挙げられる。そのため、医学領域でのバーンアウトに関する研究が少ない。しかしながら、バーンアウトとうつ病を同一視するのも早計であり、バーンアウトはうつ病の一側面と考えた方がいいのかもしれない。いずれにしても、バーンアウトの定義や診断基準をさらに明確化した後に、医学領域も含めて、うつ病との実質的な相違について検討する必要があるものと思われる。臨床的には、バーン

アウトとのラベルを貼ることで、本来のうつ病の治療が行われなかったり、不適切な治療になったりしないように、留意すべきである。

文献

- 1) 久保真人 (2004): バーンアウトの心理学. サイエンス社, 東京.
- 2) Wilmar B, Schaufeli WB, Michael P, Leiter MP, Maslach C (2009): Burnout: 35 years of research and practice, *Career Dev Int*, 14: 204-220.
- 3) Freudenberg HJ (1974): Staff burn-out. *J Soc Issues*, 30: 159-165.
- 4) Maslach C, Jackson SE (1981): The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*, 2: 99-113.
- 5) 小堀彩子 (2005): 対人援助職のバーンアウトと情緒的負担感. 東京大学大学院教育学研究科紀要, 45: 133-142.
- 6) Maslach C, Jackson SE (1986): *Maslach Burnout Inventory manual* (2nd ed.). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- 7) Schaufeli WB, Enzmann D (1998): *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Taylor & Francis, London.
- 8) Hakanen JJ, Schaufeli WB (2012): Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *J Affect Disord*, 141: 415-424.
- 9) Maslach C, Schaufeli WB (1993): Historical and conceptual development of burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis, New York, pp1-16.
- 10) 日本精神神経学会 (監修)、高橋三郎、大野 裕、染矢俊幸、神庭重信、尾崎紀夫、三村 将、村井俊哉 訳 (2014): *DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル*, 医学書院, 東京.
- 11) 融 道男、中根允文、小見山 実、岡崎祐士、大久保善朗監訳 (1993): *ICD-10 精神および行動の障害臨床記述と診断ガイドライン 新訂版*, 医学書院, 東京.
- 12) Bianchi R, Boffy C, Hingray C, Truchot D, Laurent E (2013): Comparative symptomatology of burnout and depression. *J Health Psychol*, 18: 782-787.
- 13) Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E (2014): Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *Int J Stress Manag*, 21: 307-324.
- 14) Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J (2005): The relationship between job-related burnout and depressive disorders-results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord*, 88: 55-62.
- 15) Gan Y, Kakiashvili T, Koczkodaj WW, Li F (2013): A note on relevance of diagnostic classification and rating scales used in psychiatry. *Comput Methods Programs Biomed*, 112: 16-21.
- 16) Ahola K, Hakanen J (2007): Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *J Affect Disord*, 104: 103-111.
- 17) Toker S, Biron M (2012): Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *J Appl Psychol*, 97: 699-710.
- 18) Nyklíček I, Pop VJ (2005): Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *J Affect Disord*, 88: 63-68.
- 19) Shirom A, Eizrachi Y (2003): On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety: A re-examination of the Burnout Measure. *Anxiety, Stress, Coping*, 16: 83-97.
- 20) Kakiashvili T, Leszek J, Rutkowski K (2013): The medical perspective on burnout. *Int J Occup Med Environ Health*, 26: 401-412.
- 21) Martin F, Poyen D, Boudier E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P, Martinez O, Scotto JC (1997): Depression and burnout in hospital health care professionals. *Int J Occup Environ Health*, 3: 204-209.
- 22) Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Janssen PPM, van der Hulst R, Brouwer J (2000): Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress, Coping*, 13: 247-268.
- 23) Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP (2001): Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52: 397-422.
- 24) Bianchi R, Truchot D, Laurent E, Brisson R, Schonfeld IS (2014): Is burnout solely job-related? A critical comment. *Scand J Psychol*, 55: 357-361.
- 25) Maslach C (1998): A multidimensional theory of burnout. In: Cooper C (Eds), *Theories of organizational stress*. Oxford University Press, Oxford, pp 68-85.
- 26) Brenninkmeijer V, van Yperen NW, Buunk BP (2001):

- Burnout and depression are not identical twins: Is decline of superiority a distinguishing feature? *Pers Individ Dif*, 30: 873-880.
- 27) Firth H, McIntee J, McKeown P, Britton P (1986) : Burnout and professional depression: related concepts? *J Adv Nurs*, 11: 633-641.
- 28) Toker S, Shirom A, Shapira I, Berliner S, Melamed S (2005): The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occup Health Psychol*, 10: 344-362.
- 29) Marchand A, Durand P, Juster RP, Lupien SJ (2014): Workers' psychological distress, depression, and burnout symptoms: Associations with diurnal cortisol profiles. *Scand J Work Environ Health*, 40: 305-314.
- 30) Gold PW, Chrousos GP (2002): Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: High vs low CRH/NE states. *Mol Psychiatry*, 7: 254-275.
- 31) Tops M, Riese H, Oldehinkel AJ, Rijdsdijk FV, Ormel J (2008): Rejection sensitivity relates to hypocortisolism and depressed mood state in young women. *Psychoneuroendocrinology*, 33: 551-559.