

<研究論文>

適応障害の遷延に関する精神病理学的考察

小笠原 將之

Ogasawara Masayuki

関西福祉科学大学 心理科学部

I. はじめに

今日の産業領域の現場における健康問題で非常に大きなものは、精神疾患である。例えば、地方公務員の長期病休者の原因に占める精神疾患の割合は年々上昇し、2021年度現在では63.1%が精神疾患によるものとなっている（一般財団法人地方公務員安全衛生推進協会の資料による）。精神疾患によって休職を余儀なくされる職員の多くは、治療や休業によって改善し、必要に応じて環境調整を経た上で復職に至るが、中には業務上のストレスに起因して生じた精神的不調が、上述のような対応によっても改善することなく遷延する事例も散見される。本稿では、そのような休職が長期に至る事例を採り上げ、精神病理学的な考察を加えて論じる。

II. 昨今の本邦の経済情勢について

近年の産業領域における精神疾患の増加には種々の要因が考えられるが、そのうちの一つに、経済情勢の問題を挙げることができるであろう。

わが国は、バブル崩壊後30年以上もの長期に亘るデフレ不況が続いている。デフレ（経済収縮）という現象は、総需要の不足による物価の下落によって企業の収益が減少し、その結果生じた従業員の賃金の下落がさらなる

総需要の不足を助長するという、非常に厳しい経済状況である。結果として、物価の下落以上に賃金が下落し、生活に困窮する者が増加している。

かつてのわが国は、年功序列・終身雇用が概ね成り立っており、余程のことがなければ就職した企業に停年まで勤め上げ、それなりに地位や賃金も上昇していくというような将来に対する安定的・楽観的な見通しを持つことができた。その結果、企業は一種の家族共同体的な存在として、従業員の素朴な帰属意識の対象ともなり、また経済全体のパイの拡大の中で人材を一から育て上げる余力も十分にあった。しかし、バブル崩壊以降の経済環境の激変により、企業収益の悪化によってそれまでの終身雇用が崩れ、賃金の抑制のみならず、主に中高年を対象としたリストラが横行するようになった。それにより、企業は生き残りを賭けた競争の激化や、派遣やパートタイム等の非正規社員の増加などにより、かつてのような共同体性を喪失し、また中高年の社員を中心に「自身がいつリストラの対象になるか分からない」といった先行きの見通しへの不安が強まっている。

企業の収益の悪化は、労働の現場にも暗い影を落としている。例えば、ある部署で退職者が出た際、企業にその欠員を補充するだけの経済的な余裕がない場合には、その退職者の担当していた業務を残った従業員で分担し

て受けざるを得なくなり、一人当たりの従業員の業務負荷は増大する。一方、業務負荷の増大に見合った賃金の増額もなされにくく、従業員の被搾取感やストレス感などの陰性感情が強まりやすい。陰性感情の増悪は、ハラスメント的行動を助長することにより、さらなる就労環境の悪化に繋がりやすい。反面、転職するにしても、経済状況が厳しい中では特に中年以降の再就職のハードルは高く、それまでよりも低い水準の賃金を甘んじて受け入れざるを得ないという厳しい現実も待っている。個々人がいくらスキルアップなどで自身の付加価値を上げようとしても、経済全体のパイが縮小する中では好待遇はなかなか見込めない。

このように、不況下では労働市場は「買い手市場」となり、即ち労働力が買い叩かれる状況に陥りやすく、その極め付けが所謂「ブラック企業」である。本来、経済状況が良好であれば、そのような問題のある企業には人が寄りつかないため、否応なく待遇改善への圧力がかかるものであるが、不況時には劣悪な労働条件でも「無職よりはまし」としてそれに甘んじざるを得ない就労者が出てしまうため、それに胡坐をかいて企業側の待遇改善が進みにくい。

以上のように、不況下に於いては低賃金、業務負担の増大、競争の激化、共同体意識の崩壊などの厳しい就労環境が強いストレスサーとして従業員にのしかかり、従業員の内面の陰性感情の圧力を助長することにより、ストレス関連疾患を生ぜしめる契機として作用しやすくなることが考えられる。

Ⅲ. 適応障害について

筆者は精神科診療所（企業内ならびに一般診療所）での診療業務や精神科領域の産業医としての業務に携わっているが、上述のよう

な経緯で抑鬱状態を中心とした不調を呈する症例に日常よく遭遇する。それらの症例の多くは、診断的には「適応障害」圏に該当する者が多いため、まずは適応障害に関して触れておきたい。

昨今、精神科領域の臨床や学術研究で標準的に利用されている米国精神医学会の診断・統計マニュアル（DSM-5）によれば、適応障害とは、明確なストレス因に反応して、そのストレス因への曝露から3ヶ月以内に抑鬱気分や不安、あるいは行動面の症状が出現して強い苦痛や機能障害が生じ、またそのストレス因が解消から半年以内に症状は消失するものと定義されている。そして、実際の臨床場面でも、休養や環境調整を含めた対応によって、この定義の通りに経過する症例も多い。

しかし、現実には、当初は適応障害と目されて治療に導入されたものの、ストレス因が解消した後も症状が遷延して思わしい回復が生じず、休職期間が長期に亘ったり、就業規則上の在籍年限の間の復職が実現せず退職を余儀なくされたりする症例も存在する。このような場合、当初の「適応障害」との診断が後に「鬱病」等に変更されることになるが、ただ単に診断名を事務的に変更するだけではその症例の事情を理解できたことにはならない。本稿では、かかる症例に生じている事態について自験症例を基に考察を加える。なお、本稿で採り上げる症例は実際の臨床症例に基づいているが、プライバシー保護のため、経過の一部に改変を加えてあることをお断りしておく。

Ⅳ. 症例提示（1）

【症例 A】（初診時30歳代、男性）

X-10年に大学（工学部）を卒業後、建設企業に入社し、建設現場の監督業務に従事し

た。X-2年から新たな企画物件の現場監督を任せられ、当初はA自身も会社の期待を担うことによってやりがいをもって取り組んでいたが、業務の難度が高いことに加えて残業も長時間・長期間に亙るなど、業務負担は非常に強かった。また、A自身の性格として完璧思考が強く、それゆえの強いプレッシャーにも曝されていた。そのうち、X年初頭から業務中の動悸、嘔気、集中力の低下や帰宅後の脱力感、および出勤前の動悸、嘔気、眩暈や発熱等の症状が出現し、欠勤が目立ち始めた。さらに、同年3月に入って思考制止、不眠、脱力感、頭痛、眩暈等の症状が増悪したことから、同年4月に精神科医療機関を初診し、「抑鬱状態」との診断で通院を開始したが、その後も改善は認めず、悲観的思考の増悪や会話時の混乱を来すようになったため、同年6月から休職に入った。以後も強い自責・自己否定傾向、無力感、抑鬱気分、臥床傾向などの不調は遷延し、復職が叶わないままX+2年に就業規則に基づいて自然退職となった（後にAは労災認定を申請するも、却下されている）。退職後も、午前中を中心に強い倦怠感や抑鬱気分のため身動きがとれず、午後になってようやく寝床から出られるというような状態が長期間続いている。Aは終始焦躁感が強く、休息のための時間は十分にあっても実質的な休養はとれない様子であり、根強い自己否定傾向の持続に加えて、自身を現状に追い込んだ社会への強い怒りが般化して、激しい対人不信を抱くに至っている。治療としては、薬物療法（抗鬱薬を中心とする）と精神療法を継続しており、治療者（筆者）との関係性は概して良好ではあるものの、A自身の陰性感情の圧力とそれへの囚われの強さは根強く持続している。Aは、元来の完璧主義的思考や抑鬱の遷延などの特徴から、加藤のいう「職場結合型うつ」の典型例と考えられるが、一言で纏めるならば、自身の陰性

感情から適切な距離をとることができないまま不調が遷延している、と言えるであろう。

V. 適応障害の遷延の背景 —モードの変化—

それでは、療養や環境調整によっても改善しない症例に於いて生じている事態に関して、より詳細に考察してみたい。

前項で紹介した症例Aの不調発現の前後の経過を吟味すると、精神的な不調の出現と軌を一にして、当人の精神状態にある種の「モードの変化」が生じたとの印象がある。無論、筆者（治療者）は不調が露呈する前のAに会ったことはないが、かつてはやりがいをもって職務に熱心に取り組み、長時間の残業もこなしていたことは本人・家族の陳述からも明らかであり、不調出現後のAの長期に亙る停滞とはまさに対照的である。そのモードの変化に大きく関与しているものが強い陰性感情の露呈であることも、Aの経過から明らかである。

一般に、人間の精神活動は思考や感情から成っているが、感情に関しては大雑把に「陽性感情」と「陰性感情」に分けることができる。それらの感情表出は既に新生児の頃から認められ、出生直後はこれらの感情は未分化であるが、成長するにつれて複雑に分化・展開していく。そのうちの陰性感情（特に怒りの感情）は破壊性を帯びており、例えば苛々して物に当たって物を壊したり、他者に対する暴力や暴言によって人間関係を破壊したりするような類の事象は社会全般に広く観察される。また、それは単なる個人の水準に留まらず、国家間の戦争も陰性感情を背景として生じるものであることは言うまでもない。陰性感情は、その破壊性の故に、強い不安や恐怖とも関連する。即ち、他者の陰性感情に起因する破壊的影響が自身に及ぶこともあれ

ば、逆に自身の陰性感情が他者に破壊的影響を及ぼしたり、あるいはそれに対して他者から逆襲や制裁を被って自身に破壊的な影響が及んだりもする。故に、陰性感情は、それが自己のものか他者のものかを問わず、その破壊性の故に精神的な脅威として立ち現れうるため、人間にとってその取り扱いが存外困難なものとなりうるのである。

陰性感情は、人間に限らず他の動物にも共通して認められるように、生来的なものであるため、Aが精神的に不調を呈する以前にAが陰性感情と無縁であったとは考えられない。従って、後のAの不調に鑑みれば、不調が露呈する以前のAに於いては、陰性感情への直面が回避されるという構造・機制が存在していたと考えることが妥当であろう。その機制は、精神分析的には「抑圧」「隔離」などと表現されるものであるが、逆にそのような機制が存在していたことは、Aの元々の潜在的な陰性感情の圧力が半端なく苛烈なものであったことを物語っている。しかし、陰性感情への直面が回避され、陰性感情に纏わる葛藤や緊張を実感しなくても済むような体制が維持されている限りにおいては、一見さしたる問題なく経過することが可能であり、Aの病前の精神的秩序はこのように保たれていたと考えられる。但し、Aの元来の完璧主義的な性格傾向は、「中途半端や怠惰を許さない」という意味合いで陰性感情と密接に関連していると言うことができ、その点に、不調の顕在化以前からAが陰性感情に囚われる傾向を有していたことが垣間見られる。

しかしながら、職場での過重労働が強いストレス要因として当人の陰性感情の圧力を否応なく高め、ある時点で「抑圧」「隔離」という形では防衛しきれなくなると、Aはそれまで直面が回避されてきた苛烈な陰性感情に圧倒されるようになり、それまで陰性感情への直面回避によって維持されてきた精神的秩

序は大きく動揺することとなった。このような陰性感情の顕在化が一旦生じると、本人にとって苛烈な陰性感情の圧力の厳然たる存在は否定できなくなるため、それ以前の状態に戻ることはもはや不可能になる。精神状態のモードの変化とは、そのような事態であると考えられる。

陰性感情の圧力の全面化は、人間の精神状態の不調のみならず、人生それ自体の荒廃を結果することは論を俟たない。何故なら、破壊性の上には安定的・建設的な人生の展開はあり得ず、そこには安心や生きがいなどの成立する余地のない、非常に殺伐とした光景が展開する他はないためである。

なお、以上の考察に基づけば、Aは元々そのような精神的な不調を来すだけの脆弱性を有していたとも言えよう。但し、このような脆弱性を持った人は少なからず存在するであろうし、その中には脆弱性が露呈することなく無難に一生を終えることができる人も多数いるであろう。逆に、そのような不調が生じて初めて当人がそのような脆弱性を持っていたことが明るみに出るとも言えるため、Aが特に脆弱であったと軽々に断言することには慎重でなければならない。

一方、不調の長期化が生じる症例の中には、診察・面接場面では抑鬱気分や不安が目立たないものも存在する。そのような症例の場合、身体次元の不調が前面に表れたり、不調に関する当人の自覚が乏しかったりすることが特徴であり、DSM-5の診断分類上は「身体症状症および関連症群」に該当するものが多いとの印象を受ける。それらの症例は、精神的な不調が前面に表れる症例よりも、精神療法的な接近が困難であることが多い。このような症例に於いては、本来は精神の水準で生じるはずの陰性感情が精神の外側の身体次元で体験されているものと考えられ、即ちこれらの症例も、「自己の陰性感情から適切な

距離をとることの困難さ」という点では、Aなどの精神的不調が前面に表れる症例と共通している。

VI. モードの変化以降の改善とは

モードの変化が一旦生じてしまった症例がそれ以前の秩序に復することが不可能であるとすれば、モード変化後の治療の方向性とは如何なるものであろうか。前項の考察に基づけば、治療の目標は「自己の陰性感情を、それとの間に適切な距離を確保しつつ、動揺せずに感じることができるようになること」と表現できよう。

自身の陰性感情の圧力を短期的に緩和するものとして、薬物療法（気分安定薬、抗鬱薬、抗不安薬、抗精神病薬など）がよく用いられる。但し、薬物療法はあくまで対症療法の域を出るものではなく、陰性感情の圧力が強ければ強いほどその効果は限定的となる。

一方、陰性感情への対応能力の中長期的な改善を図るために、昨今では認知行動療法の枠組を用いた治療が提供されることが多い。しかし、認知行動療法が奏功するためには、当人の認知行動する主体としての一定程度の機能が要求される。即ち、陰性感情が当人の主体的機能を圧倒するほど強力な場合、認知行動療法では歯が立たなくなる。昨今は「アンガーマネジメント」、即ち「怒りを自己にて管理する」ことを目指す向きもあるが、極度の怒りは、それを管理しようとする主体としての自己すら自傷・自殺という形で破壊しかねないほどの圧力を及ぼしうることを、決して甘く見てはならない。

このように、前述のようなモードの変化が生じた症例の抜本的な改善は一筋縄ではいかず、Aの経過はまさにその困難の大きさを物語るものである。しかし、一方ではそのような状態からほぼ瞬時のうちに解放されるとい

う劇的な経過を辿る症例も存在する。以下に、筆者が経験した別の症例を提示する。

VII. 症例提示（2）

【症例B】（初診時40歳代、女性）

発達障害が疑われる父親と、支配的な母親との間に生育した。大学進学を母に反対されたため、高校卒業後は企業の事務職に就職した。元来「100%のことを任されたら120%で返す」ような完璧主義的な性格傾向を有し、Y-10年頃からは週末に単独でのアウトドア活動に没頭するようになった。Y-1年にそれまで懇意にしていた上司の異動に伴って業務負担が増え、Y年初頭に突発性難聴の発症を契機として抑鬱気分・不眠・不安が出現し、精神科通院にて薬物治療を受け、何度か復職を試みるも抑鬱気分のため実現せず、そのうち職場に辞職願を送付して失踪し、趣味のアウトドア活動をしながら放浪生活を送った。母親からの捜索願によって4か月後に保護され、自宅が抵当に入ってしまったため実家に戻るも、母親との折り合いが悪く、抑鬱気分・不安・自発性低下などを訴えたため、入院治療に導入された。入院1ヶ月目は症状に対する不安は訴えるものの内省的な作業の進展はみられず、2ヶ月目に入って少しずつ内省が進展しはじめた一方、抑鬱気分・食欲減退・味覚低下・不眠・希死念慮などが増悪した。3ヶ月目に入り、Bは突如として「大いなる存在」に気付き、それと同時に抑鬱気分や食欲不振が急速に改善し、気になっていた母との関係性を整えようと考えてに至ったが、母親の反応は従来通りの期待外れなものであったことから、自身の内面の激しい怒りの存在に気付き、不安・動悸などが増悪した。4ヶ月目に入った頃、ふと「神に赦され、救われた」という実感を得たことを契機として、ほぼ瞬時に抑鬱気分や動悸などの症状が

消失し、また実家への外泊中も母と心理的距離を保って対応できたことから、入院から約 4 ヶ月で退院となった。以後も経過を観察し得た半年間、再発なく順調に経過したことが確認された。

症例 B は、先述の症例 A と同様に完璧主義的な性格傾向を基盤として、業務負担の増大を機に適応障害的な文脈で精神的な不調が出現した。退職後も抑鬱気分等の症状が遷延し、自身の内面の激しい怒り（陰性感情）に気付いたことによる動揺も生じたが、治療の過程で「大いなる存在」や「神の赦し」と当人が形容するような実感を体験することによって陰性感情への囚われから解き放たれ、同時に心身の症状も消失し、治癒に至ったことが特徴である。

VIII. 陰性感情なる桎梏からの解放とは

人間も動物の一種である以上、陰性感情をなくすことは不可能である。しかし、陰性感情がどのように体験されるのかについては個人差が大きく、陰性感情に圧倒される人（絶対的・直接的なものとして体験する人）もいれば、陰性感情があっても安心して構えていられる人（陰性感情を相対的・間接的なものとして体験する人）もいる。メンタルヘルス上、望ましいのは後者のあり方であることは言うまでもない。

B の経過は、破壊的な陰性感情は自身の力によらず、超越論的他者（筆者は、宗教で「神」「仏」などと表現される超越者の本質を、特定の宗教の文脈から外すため、このように表現している）の到来によって自然と減圧されることを示している。陰性感情はその破壊性故に、「破壊不可能であり、それゆえに安心を担保しうるもの」に触れることによってしか相対化されえない。そして、その破壊不可能な安心とは、破壊可能な具象的なものを超

えたところにしか存在しない。超越論的他者は、破壊不可能であるが故に、人間の精神に対して治療的に機能するのである。即ち、破壊不可能な深い安心に触れた瞬間に、陰性感情は相対化・間接化され、当人は陰性感情の桎梏から解放されるのである。

陰性感情の体験の質的变化（絶対的→相対的）のためには、一旦は陰性感情の「抑圧」「隔離」が解除され、陰性感情の圧力に直面するという段階が避けては通れない。精神分析的にはこの段階を徹底操作することが目指されるが、陰性感情への直面は激しい怒りや恐怖などの強い苦痛をもたらすため、「破壊不可能な安心」という要素が治療者のあり方を通じて治療場面に提供されていない限り、徹底操作の進捗は期待できない。即ち、治療者自身が陰性感情を相対的なものとして体験でき、面接場面で患者・クライアントの陰性感情を取り扱う中で深い安心を携えて（より正確に表現するなら、深い安心に携えられて）構えているという治療者自身のあり方を通じて、治療性が提供されると考えられるのである。無論、治療者がそのようなあり方でさえあれば治療が確実に進むという保証はなく、症例 A のように患者・クライアントの不調が結果的に長期間持続する場合もある。しかし、症例 B の経過が示す通り、停滞からの展開が生じる可能性に対しては常に開かれていることを念頭に置きつつ、治療者が深い安心の中で腰を据えて関与することが、患者・クライアントに根本治療の方向性を示唆するということは、言うてよいであろう。

IX. まとめ

筆者の自験症例の経過を基に、当初は適応障害と目されていた者の精神的な不調が遷延する状況について精神病理学的に考察を加えた。

産業領域を含む精神・心理臨床に携わる者は、適応障害と目される症例であっても、本人の内面に於いて「モードの変化」が生じることによって不調が遷延する可能性があることを常に念頭に置き、不調が遷延する症例に対しては陰性感情の間接化を念頭に置いた対応が特に必要であることについて述べた。

文献

- 一般財団法人 地方公務員安全衛生推進協会
(2023). 【令和4年】地方公務員健康状況等の現況の概要（令和3年度の状況）
<https://www.jalsha.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/02/R4kenkojokyo.pdf>.
- 加藤敏 (2013). 職場結合性うつ病 金原出版, 東京.
- 小笠原将之, 田上真次, 井上洋一, 武田雅俊 (2009). 超越的次元への立脚により治癒した鬱病の一例 精神神経学雑誌, 111 (10), 1203-1211.
- 高橋三郎・大野裕監訳 (2014). DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引 医学書院, 東京.