

危機状態としての抑うつに対する心理的介入

——プロセスに対応した技法の適用を中心に——

袴 田 俊 一*

Psychological Intervention to Depression as Critical conditions

——Adaptation of Technique corresponding to process——

Toshikazu Hakamada

要旨：危機介入には危機をもたらした出来事を重視する一般的アプローチと、クライアントの内的世界に注目する個別のアプローチという2つの方法がある。今回は危機状態としての抑うつに対する介入技法について、一般的アプローチを危機介入のプロセスⅠ、個別のアプローチを危機介入のプロセスⅡと分け、両者の関係を中心に検討した。

その結果、抑うつのタイプによって介入の順序が異なり、性格-状況反応としての抑うつに対して解決志向アプローチがすぐに介入すべき技法として効果的である（危機介入のプロセスⅠ）ことがわかった。また認知療法は、解決志向アプローチの次に適用する技法として位置づけられる（危機介入のプロセスⅡ）ことがわかった。

Abstract : In crisis intervention, there are generic approach which stresses on events bringing crisis and individual approach which takes notice of client's personality. The purpose of this study was to discuss intervention technique to depression as critical conditions, by considering generic approach as crisis intervention process I and individual approach as crisis intervention process II.

The findings were as follows.

- (1) The sequence of intervention depends on type of depression.
- (2) Solution focused approach has immediate effectiveness to characterologic-situational depression (intervention process I).
- (3) Cognitive therapy is to follow solution focused approach (intervention process II).

Key words : 危機介入 Crisis intervention 抑うつ Depression 認知療法 Cognitive therapy 解決志向アプローチ Solution focused approach 行動変容アプローチ Behavioral modification approach

*関西福祉科学大学社会福祉学部 教授

はじめに

〈認知療法〉

筆者はこれまで、職場関連ストレスで抑うつ状態に陥ったケースに認知療法を中心とする介入を行ってきた。現在、認知療法は抑うつに対する有力な技法として確固たる地位を占めている。特に対象喪失が原因で抑うつ状態に陥ると考えた場合、それが大切であればあるほど失った時の反動も大きい。つまり対象への思い入れが強かった分だけ、喪失感ほさらに強いストレスとなるわけだが、失うのは決して外的なものだけではない(客観的事実としての外的対象喪失に対して主観的現実としての内的対象喪失)。ここに抑うつに対して認知療法が効果的な理由がある。しかし、認知療法が必ずしも全ての抑うつに対して効果的であるとは限らない。原因としてのストレスと結果としてのストレスという方向性は、因果関係を明らかにすることであるが、ストレスには誰が見ても明らかなものと本人独自のものがあり、どちらを重視するかによって、解決志向アプローチとの使い分けが必要になってくる。

〈解決志向アプローチ〉

ベック(Beck, A. T., 1976)の認知療法では、まずスキーマがどのように感情に影響を与えたり行動を阻止しているかに注目し(問題)、それに基づいて新しい思考や行動のパターンを獲得できるように働きかける(解決)。しかし問題と解決を明確に区別するのは難しいし、これらの中に必ずしも明確な関係があるとは限らない。また「何が問題か?」と犯人(原因)探しばかりしていても、解決にはつながらない場合も多い。これに対して解決志向アプローチは、問題だけではなく解決にも焦点を当てることで、より効果的な介入を進めようとするアプローチである¹⁾。具体的な技法として、表1にクリスチエンセン(Christensen, D. N., 1999)らのものを中心に示している。

表1 解決志向アプローチの技法

<p>Normalization (問題の一般化) 問題に対して、それは誰もが経験する共通のものであると見なせるように、そして将来への課題として取り組めるように働きかけること</p>
<p>Externalization (問題の外在化) 問題に対して、原因はクライアントの外側にあると見なし、個人の問題ではなく状況の問題として受け止められるように働きかけること</p>
<p>Exception (例外の発見) 問題がなかった時や、問題をうまく解決できた時の状況を認識できるように働きかけること Scaling (数量化や順位づけ)を併用することで、例外の発見はより効果的なものとなる</p>
<p>Tracking (トラッキング) パターン化した問題を過去から現在までという、時間的流れの中でたどること</p>
<p>Cycle Work (サイクルワーク) 問題を円環論的視点から固定化したパターンとして捉え、図を用いてわかりやすい形で示したもの</p>

〈危機介入〉

危機介入とは文字通り、ストレスとしての抑うつ状態に陥っており、これまでのやり方では通用しないという危機状態にある者に対して、少しでも早く脱出できるように介入することである。ただ危機介入は、すぐに対処しなければならないこと(緊急性大)だけを指しているのではない。時間をかけて取り組まねばならない面もある。加えて危機の深刻化や慢性化を防ぐという面や予防的側面など、少なくとも「危機状態を脱すれば終了」というものではない。また危機介入の方法には、危機には共通した特徴があるとして心の内側よりも出来事側を重視する一般的アプローチと、クライアントの内的世界に注目する個別のアプローチの2つがある(Jacobson, G. et al, 1968)。人生において節目となる大きな出来事は、個人側の条件を越えたライフイベント(独立イベント)として日常生活の喪失を引き起こす。一般的アプローチでは危機がもたらす一定の経過に焦点を当てるので、本人から独立したパーソナリティが関与しな

い—外側の出来事によって抑うつ状態に陥った場合に最も効果的である。しかし危機はいつも突然やってくるとは限らない。そこに至るまでには何らかの準備状態があるはずである。したがって一方ではパーソナリティの関与を常に意識しておかなければならない。

今回の目的は、危機介入のプロセスという観点から抑うつに対する介入について検討することである。具体的には職場関連ストレスによって抑うつ状態に陥った男性会社員4ケースを対象に、一般的アプローチを危機介入のプロセスⅠ、個別のアプローチを危機介入のプロセスⅡとした上で、それぞれのプロセスに対応した技法の適用について考えてみたい²⁾。

ケースの紹介

A 「課長から嫌われている!」、「何をして
も駄目だ…」
1週間に1回、途中から2週間に1回、
計12回の面接

営業を統括する部署で、事務職として主に企画を担当している。

新しい課長は前任者のやり方をことごとく否定する。毎日のように皆の前で激しく怒鳴られることが続き、自殺まで考えるようになる。

介入のプロセス

まず、これまでの安定が崩されて抑うつ状態に陥ったことに対して「今度の課長の下では、誰もがこのような気持ちになって当然だろう」と問題の一般化を（以下、一般化と略）、また自殺企図に対して「Aさん自身が死にたいと思っているのではなく、抑うつという病気がそうさせているのではないか」と問題の外在化を（以下、外在化と略）、それぞれ用いた。

次に、課長がAに「自分は嫌われている!」と確信させるだけの言動を取ったのは確かである。しかし紹介経路にもあるように、Aとの面接は課長からの強い希望があったからである。それほど課長はAの状態を非常に心配し、また前任者と同じくらい彼のことを高く評価していた。ただAにはそれが見えていなかった。したがって「課長一人の評価だけに潰されてもよいのだろうか?」とした上で、課長のポジティブな面に気づくことができるように、例外の発見を用いた。

さらに面接を進める中で、「今の仕事は周囲との調整というか、下工作みたいなものも要求される」や「自分は灰色の部分が残せない。この点でむしろ課長と自分は似ているかもしれない」などが語られた。これに対して、背後にあるパーソナリティ特徴について理解することを目標に認知療法を適用した。

その結果、少なくとも新しい課長のAに対する厳しさは、むしろ彼に対する期待（の裏返

表2 ケースの概要

	A	B	C	D
年齢	35才	35才	38才	32才
職種	事務(係長)	営業(主任)	技術(課長)	技術(主任)
結婚	既婚	既婚	既婚	既婚
契機	上司の交替	移動	昇進	出向
紹介経路	上司(課長)より	妻より	本人自ら	本人自ら
診断名 ³⁾	反応性うつ病	抑うつ神経症	うつ病	抑うつ状態
面接回数	12回	9回	8回	12回
具体的な介入	一般化、外在化 例外の発見 認知療法	認知療法 例外の発見	一般化、外在化 認知療法	認知療法 例外の発見

し) であると受け止められるようになっていった。

**B 「誰が頑張るものか!」、 「職場を変える
しかない!」**

2 週間に 1 回、計 9 回の面接

入社して以来ずっと経理を担当していたが、組織の再編方針の下で営業へと移動になる。それから一週間も立たない間に「女性の上司 (係長) が細かいところを突いてくる」という理由から無断欠勤を重ねるようになる。「抑うつ神経症」の診断名で病欠扱いとなる。

復帰後も課長に何度も再移動を願い出ている。

介入のプロセス

B の場合は心理検査 (ロールシャッハ・テスト) に特徴がよく表れており、好きか嫌いかという二者択一的な選択で自分の感情が優先してしまうことや、パーソナリティ傾向としての未熟性 (依存性) が顕著であった。

このように他罰化傾向の強い (抑うつ) ケースであることから、内在化という意味での認知療法が効果的であると考えられた。したがって、まず「職場が変わらない限り、安定を取り戻すこともできない!」に対して「今のような状態が続くと、最終的にどうなると思うか?」と問うた (論理的帰結) 上で、起こるべくして起こった部分が彼自身の内にあると認めることを目標に認知療法を適用した。

抑うつは意欲の障害でもある。意欲を引き出すことができれば、行動にも変化が表れるだろう。また取るべき行動の背後にある思いは「自分で何とかしなければならぬ!」と「周りが変わらなければならぬ!」という両極端の幅のどこかに位置づけることができる。そして表現上ではたとえ後者であっても、自ら援助を求めて来るとするのは「このままではいけない!」と思っているからこそではないか。この

ように考えて「B さん自身が変わらなければならない。たとえ表面的だけであっても、変わったという事実を大切にしよう」と述べた (行動変容アプローチ) 上で、「誰が頑張るものか!」という言葉と裏腹に本当のところでは「やる気が全く見られないわけではない」ことを、例外の発見を用いて確認していった (職場における例外の発見)。

さらに面接を進める中で出てきた妻に対する不満として「彼女はただ励ますだけで、自分のことなど全くかまってくれない」や「休みの日に外へ誘っても、全く応じてくれない」に対しても例外の発見を用いた (家庭における例外の発見)。その結果、二者択一的 (絶対的) な見方から相対的な見方へと変化が見られ、上司の態度も「以前ほど厳しくなくなってきた」とのことである。

**C 「何もかも投げ出したい!」、 「管理職を
続けていく自信がない…」**

2~4 週間に 1 回、計 8 回の面接

入社して以来、ずっと製造のラインを担当してきた。一つひとつ積み上げていくタイプで、それが認められて課長に抜擢された。しかし、完璧主義 (「全てを万全にしておかない限り、部下に指示することは彼らに対して失礼!」) のため、だんだん自信を失っていった。「何とか会社には行けている」、それどころか休日さえ「管理職者としての自分に対して気がすまない」という理由から、ほとんど出社していた。

介入のプロセス

すぐに介入すべき手段として一般化と外在化を、次に認知療法を適用したという点については、基本的に A と同じである。

特に C の場合は、ずっと「まず自分自身の中で完全に納得できないと、周りが何を言っても次には進めない」や「管理職者としての自分

に対する目標がある」、「会社が自分に求めているものよりも、自分の中にある理想と現実のギャップの方が強い」と言い続けていた。

高い目標は自分で設定したもの（おそらく責任感の強さから来ている）であり、誰かに強制されたわけではない。理想が自分自身で勝手に作り上げているところが強い分（頭の中での思い込み）だけ、理想と現実のギャップやセルフ・イメージのズレとなって、現在の自分をポジティブに見ることができず、強い自己不全感を抱くようになったと考えられる。したがって「これまで独り相撲を取っている部分はなかっただろうか？」とした上で、絶対的な見方から相対的な見方へとという変化を目標に、『『絶対』という言葉はなるべく（絶対ではなく）使わない方がよいのではないか』や『『ねばならない』とか『すべきである』よりは『した方がよい』というように考えた方が楽ではないか』というアドバイスを行った。

最終回では「仕事は仕事、家は家と分けて考えられるようになった」と語っている。

D 「出向さえなくなれば、体調も元通りになるだろう！」

1~2週間に1回、計12回の面接

入社して以来、ずっと工事を担当してきた。出向命令を受けた途端、食事が喉を通らない感じを持つようになる。加えて「家を出る時や電車の中（行き）で、足がつったり胃が痛くなったりする」などの理由から出社できない状態となる。身体的な検査では何の異常も認められない。

介入のプロセス

心身症的な訴えの背後には、「事実が変われば、安定を取り戻すことができる」という気持ち（他罰的な傾向）が強いことがうかがわれた。ここでのポイントは、問題となっている（ストレスの源となっている）認知過程を検討

し修正できるかどうかという点である。外在化は他罰化につながりやすい。したがってネガティブな感情は他の誰でもない自分自身の感情であり、原因らしきものが自分側にあると認めることが目標であると考えた。そこで「事実の受け止め方を変えない限り、身体的な具合も変わらないだろう」とした上で、認知療法を適用した。

その後の変化を示す言葉として「気持ちが浮いたり沈んだり浮いたり…、と言っても暗闇の中のうすまりという感じ…（例外の発見）、でも、これは自分自身の問題なんだと…」や「出向先では100%の力を出さなくてもできると思えるようになってきた」などがあげられる。そして上司間の連携やサポートなどもあって、正式に出向となる。

以上、先に示したBや以前に紹介したケース（袴田、2005）と同じように、内在化という意味での認知療法が効果的であった。

考 察

全てのケースに何らかのきっかけがあり、非独立イベントに該当するケースは一つもなかった。例えばAの場合は上司の交替が、Cの場合は課長への昇進が、それぞれきっかけとなる出来事であった。ただこれら全てが独立的であると果たして本当に言えるだろうか？ つまり対応する出来事がなければ発病しなかったか、それとも出来事がなくても発病したのか？ 何をきっかけに発病したかには本人がそれをどのように意味づけたのかの関係しており、出来事について現実的な見方ができないため危機状態に陥る場合も多い。ストレスサーがあれば誰でも抑うつ状態に陥るのではない。AとCでは、たとえ起こった出来事がストレスサーとしての独立イベントと考えられるとしても、発病に至るか否かには受け止め方を含めたパーソナリティが強く関与していた。したがって今回のような出来事がなかったとしても、遅かれ早か

れ抑うつ状態に陥っていたと考えられる。すなわち彼らはパーソナリティ傾向として抑うつ状態に陥りやすいタイプであった。

また、すぐに介入しなければならなかったのも A と C であった。したがって両ケースとも解決志向アプローチがメイン（危機介入のプロセス I：一般的アプローチ）で、まず一般化や外在化に続いて例外の発見を用い、次に認知療法（危機介入のプロセス II：個別のアプローチ）を適用した。特に A の「自分ではどうすることもできない！」状態に対しては、「ストレッサーは自分側にはなく相手の方にある」を強調した（外在化）。

一方 B と D は危機介入のプロセス I の「すぐに介入しなければならない」という緊急性がなかった。したがって認知療法がメインで、後半に解決志向アプローチを適用した。また両ケースとも「変わるべきは周りである！」と思っており、古井（2006）の分類と全く同じではないが、A や C が自分で自分を追い詰めてしまうのに対して、B や D は周りを巻き込んで自分を守ろうとする傾向がうかがわれた。自ら来談したからといって、必ずしも自らの変化についてまで積極的であるとは限らない。このように自らの変化に対する動機づけの乏しいクライアントに対しては、認知療法だけでなく「受診に至るまでのコーピングはどうだったか、それまでのコーピングを使い続ければどういう結果になると思うか？」という論理的帰結も効果的であった。

〈危機介入における解決志向アプローチ〉

「みんな・なに一つ・全く・ずっと…」といった言葉がネガティブな形で出てきた時こそ、絶好の介入機会である。これらの言葉は抑うつに特徴的な自動思考の一つであり、絶対的な思考が反映されている。これに対して、そうではないポジティブな（例外）状況を探して、相対的、客観的に受け止められるように持つていくこと（表 3 の①、以下同じ）。ポジティブな出

表 3 例外の発見と一般化

全面否定
↓
部分肯定 例外の発見①
↓
部分肯定
↓
全面肯定② ポジティブな出来事の一般化 = 強化④
↓
部分否定③ ネガティブな出来事の限局化、特殊化

来事を一般化できれば（②）次にネガティブな出来事を一時的なものに見なせるように（③）、それができないならば元に戻ってポジティブな出来事を例外的なものに見なせるように持つていけばよいだろう（①）。「抑うつ状態にあるから、○○○できなくて当然である」（一般化）に加えて「抑うつ状態にもかかわらず、○○○できる面もある」と持つていけば、これも例外の発見である（①）。また抑うつ状態の中でのポジティブな出来事（例外）の発見は、客観的で相対的なものの見方につながる（②）。ここで一般化の反対は特殊化であり、ポジティブな出来事の一般化はネガティブな出来事の特特殊化につながる。また特殊化とは、ネガティブな出来事を例外として限局化することでもある（③）。

危機には出来事に誘発された思考や感情、それらに基づく行動などが複雑に関係し合っている。それをいかにシンプルな形で整理できるか。きっかけ（誘因）となった出来事について整理できないからこそ、自罰的になったり（A や C）他罰的になったりする（B や D）のであり、ここで危機と直接関連している出来事を同定する作業が必要になってくる。抑うつ状態に陥った時の刺激はどんなものだったのか、どのように反応と対応していたのかななどを一緒に明らかにしていく。出来事を具体的に追っていく中で問題でなかった状況を見つけることができれば、これも例外の発見である。このように例外の発見は後の〈解決志向アプローチと認知療法〉でも述べるように、危機介入のプロセス

IとIIをつなぐ技法として位置づけることができる。ただ例外の発見はあくまで解決志向アプローチの技法であり、スキーマのレベルまで到達した時に初めて認知療法と判断すべきだろう。

また自殺企図などのケースの場合、彼らの多くは自信を持って「自信がない！」と言う。すなわち全体としての自己評価が低くなっているのに、「自信がない！」という評価に対しては絶対の自信を持っている。それだけ精神的エネルギーを有しているからであり、だからこそ自殺企図の危険性に注意する必要がある。その意味で、一般化や外在化は彼らのエネルギーを現実的なものへと方向づける手段として効果的である。

さらに解決志向アプローチはコミュニケーションの問題に対する技法としても利用できる。例えばAやBの抑うつは上司との関係の中から出てきた問題であり、別の上司ならば、たとえ結果として抑うつ状態に陥ったとしても、そこに至るまでのプロセスは違っていたかもしれない。人間関係のトラブル—例えば「自分が悪い！」（自罰）や「相手が悪い」（他罰）—は互いのコミュニケーションの問題であり、関係性の問題と捉え直すことで相対的な見方ができるようになる。「相手がどんな人か」の判断は関係（状況）の中で生じたに過ぎないし、見方が変われば状況も変わる。これは認知療法の考え方にも通じる。

〈解決志向アプローチと行動変容アプローチ〉

解決志向アプローチは思考（認知）面や行動面を中心に見ることができる。そして前者を強調すれば認知療法に、後者を強調すれば行動変容アプローチになるだろう。あるやり方でうまくいくなれば続ければよいし、駄目ならば別のやり方ですればよい。この解決志向アプローチの考え方は正の強化、消去という点で行動変容アプローチとの関係を、また適切な思考パターンを強化し不適切な思考パターンを消去すると

いう点では認知療法と行動変容アプローチの関係を示すものである（表3の④）。特に解決志向アプローチが抑うつを対象とする時、「志向」は「指向」や「思考」に通じる。まず感情面を明らかにし、次にその感情はどこから来ているのかと考えること。それは、ひいてはクライアントの認知を変化させ、行動の変容をもたらす結果となるだろう⁴⁾。

一般化や外在化、例外の発見は、クライアントがこれまでの生活の中から以前に効果的だったやり方を再確認したり、新しいやり方を見つける可能性が高いので、解決に結びつきやすい。生活とは決して抽象的なものではない。日々の営みの中で起こる具体的な出来事一つひとつの積み重ねであり、極めて現実的なものである。したがって、解決志向アプローチは現実的で具体的な変化に注目するという点でも行動変容アプローチと関係している。

〈解決志向アプローチと認知療法〉

解決志向アプローチと認知療法との関係はリフレーミングやトラッキングからも説明することができる。まずリフレーミングとは問題とされていることの内容そのものは変えずに、その枠組み（問題の意味づけ）を変えることである。したがって例外の発見を用いてマイナス面をプラスに受け止められるように持っていくならば、リフレーミングという点で両者は共通している。そして否定的な自動思考に対して例外の発見を繰り返すことで初めて、より深いレベルのスキーマに到達できる。

次にトラッキングとは、問題を時間的な流れの中で捉えることであるが、このトラッキングは習慣化、硬直化した行動や生活のパターン（スタイル）を見つけるのにも効果的な技法である。ネガティブな自動思考に対応する出来事をトラッキングによって具体的に確かめていく中でそれらに共通する特徴（パターン）を明らかにできれば、スキーマに到達する。その中で一つでもポジティブな出来事が見つかれば、そ

これは例外の発見である。ちなみに、抑うつに限らず感情や思考など心の動きを現実的な変化に対応している部分と対応していない部分（変化に関係なく一貫した反応）に分けた場合、後者はよりスキーマに近いと考えられる。

「悲哀（喪）の作業」に代表されるように、変化のためにはかえって抑うつの心的動きが必要な時もある。抑うつ状態に陥るといえるのは、ある程度成熟していることの証である。この意味で解決志向アプローチの一般化や外在化は技法という枠を越えた、受容や共感などカウンセリングの基本的な態度につながるのではない。

まず、長い間しんどさの中にありながら頑張ってきたことを評価する。そのための一般化や外在化であり、それを支えに認知療法を用いて積極的に介入していく。抑うつ状態に陥った時には一旦引いて、問題とその背景（出来事や状況）について考えてみる。周りの情報に見落としがないか、勝手な判断や結論を出していないかなどチェックしてみる。そうすれば、実際に起こっていること（客観的事実）と考えていること（主観的现实）との間にズレがあったことがわかるだろう。病気を作るのはクライアント自身という面があり、それに気づくために認知療法を利用する。また抑うつには「環境への適応反応（大野、2000）」という面もある。パーソナリティ体制を立て直すためにはある程度の時間が必要であり、これもじっくりと取り組まなければならないことの一つ（危機介入のプロセスⅡとしての認知療法）だろう。

ま と め

今回対象とした 4 ケース全てにおいて抑うつ状態に陥ったきっかけは明らかであるが、パーソナリティの関与も否定できないことがわかった。問題はパーソナリティがどのように関与しているかという点にある。職場関連ストレスに即して言えば・A と C のように、メランコ

リー親和性性格傾向の強い者が急激な変化や自分のこれまでのやり方では対処できないほどの負担に直面した時に陥る性格一状況反応としての抑うつ状態を中心とするタイプと・B と D のように、何かにつけて葛藤的になりやすく、それがストレスとして感情面だけにとどまらず行動面でも出社拒否といった、いわゆる職場不適応の問題を呈する葛藤や不安を中心とするタイプ の 2 つに分けることができる。そして抑うつのタイプによって介入の順序も異なり、前者においては解決志向アプローチがすぐに対応しなければならない部分に関して効果的である（危機介入のプロセスⅠ：一般的アプローチ）ことがわかった。その中に、すぐに行う一般化や外在化と少し時間をかけて行う例外の発見がある。また認知療法は、解決志向アプローチの次に適用する技法として位置づけられる（危機介入のプロセスⅡ：個別のアプローチ）ことがわかった。

以上、外側で起こっている出来事（客観的事実）によって誰もがなるように抑うつ状態に陥る（出来事側としての当然）場合だけでなく、心の内側の準備状態（主観的现实）によって抑うつ状態に陥る（パーソナリティ側としての当然）場合も多い。だからこそ前者に対しては原因的なものが外にあると保証することが必要になってくる。これが外在化（解決志向アプローチ）であるが、先（ケース D）でも述べたように外在化は他罰化につながりやすい。感情やその源である思考が自分の中にあると認めることが必要になってくる。これが後者に対する内在化（認知療法）である。つまり外側の出来事を強調すれば解決志向アプローチであり、心の内側を強調すれば認知療法となるだろう。また障害（dysfunction）となっているものを外的なもの（ストレス）と内的なもの（思考面での特徴）に分けた場合、前者に対する解決志向アプローチが危機介入のプロセスⅠに、後者に対する認知療法が危機介入のプロセスⅡに、それぞれ対応すると考えられる。

認知療法と解決志向アプローチの共通点については併用、相違点については使い分けをする。大野（1989）の言葉を借りれば、統合的、選択的に用いる一ことで効果はより強くなるだろう。ただ、それぞれの適用に当たって発達レベルや病態レベルに応じた修正が必要である。特に抑うつの場合、そのレベルによって薬物療法を併用するのは言うまでもない。

〈今後の課題〉

今回は解決志向アプローチの技法として一般化と外在化、例外の発見に焦点を当てて考察した。面接経過もこの部分を中心に紹介したが、トラッキングやサイクルワークから見ることでもできる。まずトラッキングは、問題に対して「どのような状況の中で、何が起こり、その結果としてどのような状況になったか」という時間的な流れの中で捉えるという点で、どんなケースにも適用できる可能性を持っている。次にDのように身体化は心理面からのサインであると見れば、再発予防の手段としてサイクルワークを利用することができるだろう（危機介入と再発予防の橋渡しの役割としての解決志向アプローチ）。

またBやDのように動機づけの乏しい、あるいは動機づけはあっても自らの変化に対する意欲の乏しいクライアントに対する介入として、解釈の主体と問題の所在という2つの軸（Sluzki, C. E., 1992）からアプローチすることもできるだろう。これらは今後の検討課題である。

注

- 1) したがって、ここで言う解決志向アプローチとは、狭い（本来的な）意味での「解決志向アプローチ」（「解決志向モデル」や「解決志向セラピー」と呼ばれることもある）が問題に焦点を当てる従来からのアプローチと統合された形で発展してきたアプローチの方を指している。
- 2) 4ケースとも既婚であるが、家庭内での問題は特にない。なおケースの匿名性を保持するた

め、今回の検討に差し支えない範囲で修正を加えている。

- 3) 4ケースとも主治医が違う。当然それぞれの学派や立場、経験なども違うので、同じ基準に従って診断されたものではない。したがって、DSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）では否定された「神経症」が使われている。
- 4) よく認知療法が「認知行動療法」と言われる理由がここにある。しかし厳密に言えば、認知行動療法は行動や症状に変化がなければ効果があると判断しないという点で解決志向アプローチより課題（問題）中心アプローチに近い。筆者は解決志向アプローチと行動変容アプローチが結びついた形（共通点）の方で行動面の変化を目指しているのので、本論文では「認知療法」に統一している。

文 献

- Beck, A. T. : Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. International University Press. 1976. (大野 裕訳『認知療法—精神療法の新しい発展』岩崎学術出版社 1989.)
- Beck, A. T. : Cognitive Therapy of Depression. Guilford Publications, Inc. 1979. (坂野雄二監訳『うつ病の認知療法』岩崎学術出版社 1992.)
- Christensen, D. N. et al. : Solution-Based Casework. : An Introduction to Clinical and Case Management Skills in Casework Practice. Walter de Gruyter, Inc. 1999. (曾我昌祺・杉本敏夫・得津慎子・袴田俊一監訳『解決志向ケースワーク』金剛出版 2002.)
- Donna, C. A. : Crisis Intervention. The C. V. Mosby Company. 1994. (小松源助・荒川義子訳『危機介入の理論と実際』川島書店 1997.)
- 古井 景：ゴム風船の中で生きる若者たち—自称「うつ病」とその対応— ゆいぼと 2006.
- 袴田俊一：行動変容アプローチ、解決志向アプローチ 小林芳郎監修・杉本敏夫編 社会福祉援助技術論 170-176. 保育出版社 2004.
- 袴田俊一：状態像としての「抑うつ」に対する介入—認知療法と解決志向アプローチの併用を中心に— 関西福祉科学大学紀要第8号 27-38. 2005.
- 袴田俊一・三田英二・櫻井秀雄・西村 武・寶田玲子：福祉現場における臨床心理学の展開—医学モデルとライフモデルの統合をめざして—

- 久美出版 2006.
- 広瀬徹也・内海 健 (編) : うつ病論の現在 星和書店 2005.
- Jacobson, G. et al : Generic and individual approaches to crisis intervention. *American Journal of Public Health*. 58 : 339. 1968.
- 北村俊則 (編) : 抑うつの現代的諸相 ゆまに書房 2006.
- 宮田敬一 (編) : 医療におけるブリーフセラピー 金剛出版 1999.
- 大野 裕 : 精神療法の接点を探って 季刊精神療法 第 15 巻第 3 号 227-234. 1989.
- 大野 裕 : うつを治す PHP 新書 PHP 研究所 2000.
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. : *The Burnout Companion to Study and Practice. - A Critical Analysis.* Taylor & Francis, Inc. 1998.
- Sluzki, C. E. : Transformation. : A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*. 13. 217-230. 1992.
- 丹野義彦 : エビデンス臨床心理学－認知行動理論の最前線－ 日本評論社 2001.
- Wells, A. & Matthews, G. : *Attention and Emotion. : A Clinical Perspective.* Lawrence Erlbaum Associates, Ltd. 1994. (箱田祐司他監訳『心理臨床の認知心理学－感情障害の認知モデル』培風館 2002.)
- Zautra, A. J. : *Emotion, Stress, and Health.* Oxford University Press. 2003.