

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——

袴 田 俊 一*

The Study of Intervention to Depressive state

——Using Jointly Cognitive therapy with Solution focused approach——

Toshikazu Hakamada

Abstract : Although cognitive therapy is established steady position as psychological intervention technique, it is not necessarily effective to all types of depression. Background behind depression is naturally different in every case, and the influence of personality can not be disregarded. By using not only cognitive therapy but also solution focused approach according depressive level and personality, the intervention will be more effective to depression. The purpose of this study is to examine possibility of this way.

Cognition has something common with thinking and perception in the point that they are inner processes which transact outer informations. Then first, after new recognition of cognitive therapy, I investigated the relation between characteristic thinking pattern (scheme) and Rorschach Test.

Second, I investigated solution focused approach in the view point of attribution theory which is one of the bases of cognitive therapy.

Third, I reported intervention process with a male office worker who became depressive on the pretense of temporary transfer, referring to the relation between solution focused approach and psychoanalysis.

Cognitive therapy and each technique in solution focused approach have adaptation to circumstances in every life situation. On the other hand, an easy going way of using is dangerous. As the future theme, it is needed to improve a level of assessment whether they are applicable or not to depression.

Key words : 抑うつ Depression 認知療法 Cognitive therapy 解決志向アプローチ Solution focused approach 知覚、思考と感情 Perception, Thinking and Feeling 対象喪失 Object Loss

はじめに

現在、認知療法は抑うつに対する心理的介入の手段として確固たる地位を占めている。しか

し、必ずしも全ての抑うつに対して効果的に働くというわけではない。表面的な状態像が同じ抑うつでも、その背景がケースによって違うのは当然であり、そこにパーソナリティの関与を無視することはできない。むしろ認知療法だけではなく抑うつレベルやパーソナリティ傾向

*関西福祉科学大学社会福祉学部 教授

に応じて、認知療法とは違った視点に立つ解決志向アプローチを併用したり使い分けることで、より効果が期待できるのではないか。今回の目的はその可能性について検討することである。

具体的には、まず袴田自身の抑うつに対するこれまでの取り組みを振り返った後で、認知療法の意義について述べたい。次に知覚とは外的なもの(外界)を内的なもの(内界)で処理する過程であり、外界からの情報の受け止め方を示しているという点で知覚と思考(認知)は基本的に同じである。そこで、抑うつに特徴的な思考パターン(スキーマ)とロールシャッハ・テストの関係について考えてみたい。解決志向アプローチについては、一般化(正常化: Normalization)や外在化(Externalization)が効果的な理由として、抑うつに対して成功(ポジティブな出来事)を内的で普遍的なものに帰属させ、失敗(ネガティブな出来事)を外的で一時的なものに帰属させるという立場からも説明できるだろう。認知療法やその理論的基盤の一つである帰属理論、さらには精神分析と解決志向アプローチの共通点や相違点にも言及しながら、出向を契機に抑うつ状態に陥ったある男性会社員との面接過程を振り返りたい。そして最後に、一般化や外在化などの技法は広く対象喪失に対しても適用できるのではないかということから、ソーシャルワークにおける解決志向アプローチの意義について考えてみたい。

I 抑うつのロールシャッハ・テスト とエゴグラム

——メランコリー群と葛藤、不安群の比較——

袴田はこれまで企業の健康相談室などから紹介を受けた抑うつのケースに対して、認知療法を中心とする心理的介入を行ってきた。身体的、素質的なものがウェイトを占める疾病性優位のケースはさておき、事例性(個別性)に注目して対応してきたわけであるが、それが全てのケースに効果的に働くとは限らない。表面的

な状態像は同じ抑うつでも背景がケースによって違うのは当然であり、認知療法が効果的か否かにはパーソナリティが大きく関与している。また勤労者の場合、職場環境の変化が抑うつの誘因になりやすいとも言われている。そこで、1998年から1999年の間に出向を契機として抑うつ状態に陥り総合病院の神経科外来を受診した男性会社員のケース22名を対象に、メランコリー群(Melancholic Type:以下M群と略記、計12名で平均年齢は28.0才)と葛藤、不安群(Conflictive and anxious Type:以下C群と略記、計10名で平均年齢は27.4才)という2つのタイプに分割し、ロールシャッハ・テストとエゴグラムの結果について比較、検討を試みた。

その結果、まずロールシャッハ・テストにおいてM群の特徴は濃淡反応や人間運動反応に、C群の特徴は色彩反応にそれぞれ顕著に認められ、内的活動性や情緒的な統合性はC群よりもM群の方が高く、行動化傾向はM群よりもC群の方が強いことがわかった。特にM群の場合、抑うつの特徴として従来からよく指摘されている攻撃性や敵意の抑圧に加えて、思考優位な面が認められた(2003)。

次にエゴグラムの結果について、M群の現実評価ではC(Child)の方はAC(Adapted Child)得点が高くFC(Free Child)得点が高いという点で共通しているが、P(Parent)の方はCP(Critical Parent)得点が高くNP(Nurturing Parent)得点が高いかCP得点が低くNP得点が高いといった両極端のパターンが多く見られ、どちらのPが高いかでW型かN型のいずれかになっていた。これに対してC群の現実評価ではM群とは逆にAC得点が低くFC得点が高いという点で共通しており、どちらのPが高いかでNP得点が高ければM型、CP得点が高ければ逆N(N)型となっていた。つまり両群ともそれぞれの群内ではCが同じで、Pの高低によってプロフィールのパターンが異なることがわかった。理想評価では両群と

も M 型が多く、特に M 群では AC 以外のスコアで理想の方が現実よりも高い得点を示していた。エゴグラムとロールシャッハ・テストとの間には、A (Adult) 得点と形体反応、AC 得点と人間運動反応、FC 得点と色彩反応にそれぞれ関係が認められた (2004)。

またこれらの結果を通して、両群とも出向という職場ストレスに関連した抑うつ状態であるという点では同じであるが、対象喪失感をもたらす刺激 (ストレッサー) としての出向 (M 群) に対してコントロール面での障害をもたらす刺激としての出向 (C 群) といったように、M 群と C 群では出向に対する受け止め方が違っている (「もう、二度と前の職場には戻れない…」 (M 群) と「前の職場に戻してくれない限り、安定も取り戻せない!」 (C 群) という言葉に代表される、M 群の自罰的な傾向に対して C 群の他罰的な傾向) ことがわかった。

II 認知療法

M 群の場合、自分の中にあるイメージがあまりにも強いので見えたものをそれに強引に合わそうとしたり、客観的に判断する前にまず「自分はどうかとらえたか」を優先するなど、思考面で主観的な傾向が強い。またこの点で「見る前に跳ぶ」よりは「跳ぶ前を見る」-片口 (1960) の言葉を借りれば、外拡型の「行う」に対して内拡型の「考える」-人である。そして、「見る」(思考面) に焦点を当てる認知療法の特徴は、感情に直接働きかけるのではなく思考 (認知) を通して働きかけるという点にあり、これは内拡型に対して認知療法がより効果的であることを示唆している。

今も述べたように、思考優位な分だけ外界の刺激に対して素直に反応するのではなく、自分側に取り込もうとする。だからこそ感情面での開放化が求められるのであるが、感情の開放化といっても「言うは易し、行うは難し」。それならば、思考優位な特徴を逆手に取ろうではないか。ここに認知療法の意義や価値を見出すこ

とができるだろう。

ここで思考と感情の関係について、哲学の領域でカント (Kant, I.) が提唱したとされている知・情・意という精神機能の三分法は心理学の領域では思考 (認知) や感情 (情動、気分)、行動といったテーマとして研究が進められ、行動療法や認知療法などの介入技法が次々と考案されてきた。また、感情には「好き、嫌い」や「快、不快」といった個人的な受け止め方 (評価) が含まれており、時には身体状態や行動面での変化を伴う。したがって感情抜きでの思考は考えられないし、思考抜きの感情も考えられない。感情と思考は表裏一体的なものであり、本来、両者を明確に分けることは不可能である。我が国の代表的な認知療法実践家の一人である大野 (1990) も、「ある気分を表現するのに言葉を使って説明しなければならないとしたら、それは考えである。」「思考には知的に理解したものでだけでなく、心に浮かんでくる言葉や視覚的イメージ (例えば、過去の記憶) までもが含まれる。」といった内容のことを述べている。

機能障害の場合も同じで、感情障害と思考障害は互いに関係し合いながら悪循環を繰り返す。うつ病はもともと感情障害が一次的で、思考障害は二次的なものであると考えられていた。これに対してベック (Beck, A. T., 1976) は、まず一次的に思考障害 (認知障害) があって二次的に感情や動機づけなどの障害が起こると考えた。そして抑うつに特徴的な思考パターン (認知) に注目し、感情面に与える影響を重視した。認知療法では、問題は出来事そのものではなく出来事に対するクライアント自身の認知の仕方 (歪み) にあるとして、この認知の歪みを改善し行動を修正していくことを目的としている。また認知の転換が起こる時、それに伴って感情も変化するはずである。

ベック (1979) は思い込みから引き出される認知的誤りとして、以下の7つを示している (表1)。すなわち、根拠もないのに悲観的な

表1 思い込みから引き出される認知的誤り (ベック、1979)

認知的誤り	思い込み	介 入
1. 過度の一般化	それがもしある場合に正しかったら、少しでも類似するすべての場合に適用される。	誤った論理をはっきり患者に示すこと。“似ている”場合の基準とその程度をはっきりさせる。
2. 選択的抽象化	重要である唯一の出来事は、失敗・剥奪などである。自分自身を誤りや弱さで測らなくてはならない。	患者が忘れていた成功を見いだす“実験記録”を使う。
3. 過度の責任感（個人的因果律を想定すること）	私は、悪い事態や失敗のすべてに責任がある。	再帰属法
4. 一時的な因果律の想定（十分な証拠がないのに予測をする）	もしそれが過去においてずっと正しかったなら、これからもずっと正しいだろう。	誤った論理をはっきりと、患者に示す。過去の出来事以外に結果に影響を与える要因を明確にする。
5. 自己関連化	悪い遂行結果については特に、私はみんなの注目の的である。私は不運の原因である。	患者がいつその注目の焦点になっているかということを決めている基準と、悪い経験をひきおこす要因を決めている基準を打ち立てる。
6. “悲惨な結末に陥ること”	いつでも最悪のことを考える。それは、人にいちばん降りかかりそうなことである。	現実の確率を推定する。最悪のことが起こらない証拠に焦点を当てる。
7. 二分法的思考	すべては両極端（白と黒、善と悪）のどちらか一方である。	出来事は連続的なものとして評価できることを示す。

〔うつ病の認知療法〕岩崎学術出版社、1992より〕

って (1. 4. 6.)、ネガティブなことばかりに目が向いて (2.)、それを大きく考えすぎたり (拡大視：図として前面に)、逆にポジティブな面を見落としたり (縮小視：地として背景に)、自分の責任を感じすぎたり (3.)、自分に関連づけて考えたり (5.)、すぐに結論を出そうとするために一面的なものの見方しかできなくなって、白か黒かで考える (7.)、といった傾向の強さである。

ベックが示した7つの認知的誤りに共通しているのは、部分を全体の中に位置づけられていないということであり、これは同時にパーソナリティとしての抑うつ傾向の特徴でもある。また M 群との面接では、ネガティブな形での「みんな、全て、なに一つ、全く、いつも、ずっと」や「○○○ねばならない、○○○すべきである、○○○に違いない」などの表現 (自動思考) が多く見られ、その背後には自動思考を

規定しているスキーマの強さがうかがわれる。

知覚とイメージ

知覚は単なる物理的刺激のコピーではない。知覚者が作り上げる能動的な過程であり、知覚者の経験や欲求、態度などや、さらにはこれらを含めたパーソナリティが影響している。これはまた知覚がしばしば思考過程と類似したものであるとしてとらえられる理由でもあり、外的刺激の受け止め方を示しているという点では知覚も思考も基本的に同じである。

「知覚とパーソナリティの関係」という仮説に基づいて考案され、「何が見えるか答えて下さい。」という指示で始まるロールシャッハ・テストにおける被検者の課題は、インクプロットという外界からの要請とそれに触発されて浮かび上がったイメージを照合し、調整しながら反応することである。当然これらは全く同

一というわけではないので、知覚に判断という性格が与えられる。またこの過程について、ロールシャッハ (Rorschach, H., 1921) は「偶然にできた図形の判断は、新しく得られた感覚複合と既に持っている記憶痕跡を同化させようとする類似同定の努力である。」「それは知覚 (Perception) や統覚 (Apperception) の概念に属する²⁾。」と説明している。すなわち、知覚とは過去から蓄積されたもので現在を判断する過程でもある。

また、インクプロットには明確な形体性がないので被検者は自分なりのやり方 (内的基準) で判断をしなければならない。外的な枠組みが弱くなるほど、イメージのような内的なものが出やすくなる。イメージは過去の感覚や感情などが心に映し出されたものである。これまでの経験はイメージとして蓄えられている。そしてロールシャッハ・テスト課題で求められるような知覚に支えられながら、動き始める。

知覚とスキーマ

パーソナリティの発達とは、ある意味で経験を内在化する過程でもある。M 群はどのような経験を内在化してきたのだろうか？ 経験からどのような意味を取り入れ、あるいは同一視し、自分のものとしてきたのだろうか？ またベックが子ども時代の出来事を重視していたことからわかるように、イメージだけでなくスキーマにも過去からの経験が蓄えられている。

パーソナリティレベルとしての抑うつ傾向は、行動パターンのような形で乳児期の段階から既に、両親など重要な他者との同一化を通して形成されている。このパターンは一定の記憶構造 (スキーマ) となって、ある状況で自動思考として表れる。スキーマとは外界を知覚 (認知) する際の枠組みや構えであり、抑うつはその中でも特に否定的なスキーマの活性化によって生じる。心の深層にある分だけ変化しにくいので、これを変えない限り、たとえ一時的に抑うつ状態を脱したとしてもスキーマ自体はずっ

と残り続ける。

例えば「人から愛されなければ、生きている価値がない。」というスキーマがあれば、愛情に対して過敏になってロールシャッハ・テストでは濃淡反応が多くなるだろう。人間の最も原始的な愛情は、乳児期に母親の肌の感触を通して満たされる。同様に、濃淡はある種の接触感を引き起こすと考えられている。クロッパーの発達図式 (Klopfer, B., 1954) において最初に濃淡反応が位置していることからわかるように、接触感や依存欲求は基本的信頼感の中核 (発達の土台) となる感覚や欲求である³⁾。したがって M 群の濃淡反応の多さも、スキーマと関連させて考えれば納得できるだろう。

また濃淡反応だけではなく人間運動反応の多さを含めて、「内拡型」の根源的な意味は「外の刺激というよりは、それによって触発された自分の心の動きに対して反応している」点にあると考えられ、これは認知療法の基本的な立場と一致している。スキーマはエゴグラムにも表れる。エゴグラムで理想と現実の評価を求められた時、M 群では現実が理想に引きずられやすい。まず理想があるので、理想が現実の肩代わりをしたり、理想を基準に現実を判断してしまう。自分自身の中で理想を作りあげている部分が強い分だけ、現在の自分をネガティブにしかとらえることができないのだろう。

知覚の選択性とフィルター機能

知覚とは外界の情報を取り込み再構成する過程でもある。ロールシャッハ・テストに即して言えば「外的知覚を内的連想に基づいて処理する」過程であるが、これも入力情報を既知情報に基づいて処理するという認知理論の基本的な立場と一致している。我々が現実と思っているのは外にある客観的な世界ではなく、自分の頭の中で構成された主観的な世界である。我々は事物を見たとおりに、客観的にそのまま知覚しているのではない。自分の心の中のフィルターを通して知覚しているのである。

抑うつの特徴は、先にも述べたように全体の中で部分をとらえるのが困難なことであった。特にM群の場合ポジティブな面がフィルターにかけられて地となり、ネガティブな面が強調されて凶となっている。認知理論における・周囲からの感覚情報の洪水が起こり刺激の凶地関係が崩壊してしまうというベナプレス(Venables, P., 1962)の「凶地関係による信号フィルター障害説」、・無関係な刺激を抑制するフィルターの障害であるというペイネ(Payne, R., 1966)の「フィルター障害説」、・行動に関連する刺激に注意を集中するフィルター機能に欠陥があるというマッギー(McGhie, A., 1969)の「欠陥フィルター説」などは、いずれも抑うつの背後にフィルター障害を想定したものである。

またベナプレスも示唆していることであるが、知覚とは凶地関係を成立させる過程でもあり、凶地関係の逆転(リ・フレーミング)は思考の転換につながる。ネガティブな面の拡大視やポジティブな面の縮小視に対する介入によって、それまで地として見えなかったポジティブな考え方に気づき始めると肯定的な感情を持つようになり、さらにどちらも凶や地として見ることのできる柔軟的な見方が可能になる。こう考えれば、リ・フレーミングも知覚の特徴を利用しているという点では認知療法の一部である。

認知療法と帰属理論

クライアントの思考パターンに注目する認知療法は、行動をコントロールする強化主体を自己の内部に求めるか、それとも外部に求めるかに注目したロッター(Rotter, J. B., 1966)の帰属理論とも共通している。帰属とは結果が何によってもたらされたか(「～のせいで」)であり、原因を求める習慣的な仕方である帰属スタイルにはスキーマが反映されている。この点で認知療法は帰属理論の応用でもある。

M群の帰属スタイル特徴として、成功の外

在化や失敗の内在化があげられる。抑うつ傾向の強い人は成功(ポジティブな出来事)を外的に不安定な特殊な要因に帰属し、失敗(ネガティブな出来事)を内的で安定した全体的な要因に帰属する。エイブラムソン(Abramson, L. Y., 1980)やブルウィン(Brewin, C. R., 1986)など、内的帰属が自尊心や抑うつと関係していたという報告も数多く見られる。また我々は一般に予測された結果を内的に帰属し予測しない結果は外的に帰属する傾向があるが、出向は予想されていなかったもの(急な出来事)であるにもかかわらず、M群は内的で普遍的なものに帰属する。これに対して不適切な帰属を減少させ、望ましい帰属を増加させること。特に表1に示した[3. 過度の責任感]に対する再帰属法は、ベック自身も帰属の方向性に注目していたことを示す良い例だろう。

III 解決志向アプローチ

認知療法では、まず現在の思考パターン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(アセスメント)、それに基づいて新しい思考や行動のパターンを身につけることができるように働きかける(インターベンション)。しかしアセスメント(問題)とインターベンション(解決)を明確に区別することは難しいし、これらの間に必ずしも明確な関係があるわけでもない。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、より効果的なインターベンション(介入)を進めようとするアプローチである⁴⁾。

解決志向アプローチの起源は1960年代からアメリカを中心に発展してきた短期間での終結を目標とするブリーフ・サイコセラピーまで遡る。その中でも代表的なものが、ドゥ・シェイザー(de Shazer, S.)とバーグ(Berg, I. K.)、ミラー(Miller, S. D.)、さらにはホワイト

(White, M.) らによって、それぞれ独自の観点から考案されてきた面接技法である。

解決志向アプローチは、従来の原因と結果を一方向的に結びつける（直線的因果関係）やり方ではなく、原因は結果となり結果が原因となって回るという円環論的な立場に立つ。また医学モデルのようにマイナス部分（欠陥や病理）を修復したり補充しようとするのではなく、クライアントの成長や変化といったポジティブな面を重視する。もちろん原因や問題の解明を全く行わないわけではないが、同時にクライアントの強さにも注目し、彼らが自分自身で解決を見つけ出せるようになることを目指している。また問題を抱えながら、その中で何とかうまく生活を続けるというのも大切なことである。ここでは、具体的な技法としてクリステンセン (Christensen, D. N., 1999) らが『解決志向ケースワーク (Solution-Based Casework)』の中であげているものを中心に示しておく (表2)。

抑うつ状態にある時に、まずその状態を「誰が陥っても不思議ではない。」と見なせば、一般化である。次に内側にある感情を一度外側にあると見なして対象化すれば (外在化)、感情に代わって認知の力 (思考) を引き出すことが

できる。また例外とは抑うつ状態に陥るはずなのにそうならなかった状況や、陥ったとしてもそれほど深刻ではなかった状況であり、以前のちょっとした成功も含まれる。それを発見した時、例外が過去に少なくとも一回はあったのだから、今後も再び起こり得る可能性が高いと考えるわけである。さらに、表1の [2. 選択的抽象化] や [6. 悲惨な結末に陥ること] に対する介入は「現実の確率を推定する」という点でスケーリングにもつながる。

解決志向アプローチはポジティブな出来事を内的で普遍的なものとして、ネガティブな出来事を外的 (外在化) で一時的な (めったに起こり得ない) ものとして受け止めるという点で帰属理論とも関係している。抑うつ状態を一般化できれば次にネガティブな出来事を例外的なものに見なせるように、抑うつ状態を一般化できないならばまずポジティブな出来事を今後も起こり得る可能性があるものに見なせるように持っていくこと (本来的な意味での例外の発見)。「抑うつ状態にあるから、〇〇〇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、〇〇〇できる面もある。」と持っていけば、これも例外の発見である。

表2 解決志向アプローチの技法

Normalization (問題の一般化・正常化)
問題に対して、それは特別な問題ではなく、誰もが経験することとして見なせるように働きかけること。そして、誰にでも共通する課題として取り組めるように働きかけること。
Externalization (問題の外在化)
「悪いのは、自分ではない！」といったように、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。
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。

認知療法と解決志向アプローチ

これまで述べてきたように、解決志向アプローチの一般化や外在化、例外の発見などが効果的な理由は、認知療法 (帰属理論) の立場からも十分に説明できることがわかった。表1で示した認知的誤り—固定的で絶対的、二者択一的などの思考パターン—に対して客観的で相対的な見方ができるように働きかけるという点でも、認知療法と解決志向アプローチは共通している。ただ認知療法が因果関係の方向性を重視しているのに対して、解決志向アプローチは外在化を除いて因果関係そのものをあまり問わない。また情緒の統合性が低く行動化傾向が強いため罪悪感をあまり持たずに責任転嫁をする

タイプであるC群に対しては、難しい場合が多い。外在化はよく一般化の延長として用いられるが、問題の外在化と個人的な責任を問わないことは別であり、外在化が全ての抑うつに対して必ずしも効果的であるとは限らない。すなわち、もともと成功を内的に帰属し失敗を外的に帰属するC群への適用は難しい。

精神分析と解決志向アプローチ

精神分析がパーソナリティに焦点を当てクライアントの生活史(発達のプロセス)を重視するのに対して、解決志向アプローチは過去にはあまりとらわれない。また原因や問題を個人側に求めるといよりは、状況や出来事の流れの中(コンテキスト)で理解しようとする。これはエコロジカルな考え方に由来しており、アセスメントもマイクロ要因(例えば、パーソナリティ)だけでなくマクロ要因(例えば、社会経済的要因)も視野に入れて行う。「問題は人ではなく出来事側にある!」、これを積極的に押し進めるのが外在化であるが、否定的な感情を外にあると見なす分だけ通用が難しいケースもある。それはクリステンセンらも認めている。感情のもとクライアント自身の中に元来からあるもので、出来事は否定的な感情を触発したきっかけにすぎないと考えた方が効果的な場合も多い。

一般化と外在化の適用

これまでのことを念頭に置いた上で、きっかけは出向であるが「もう戻れない…」という訴えが「早く戻してほしい!」へと変わっていったケース(この点でM群ともC群ともはっきりと分けることのできないケースである)に即して、認知療法と解決志向アプローチ(その中でも特に一般化と外在化の適用)について考えてみたい。面接経過もこの部分に絞って紹介している⁵⁾。

ーケースAー

Aは初診時29才の男性会社員で高専卒の技

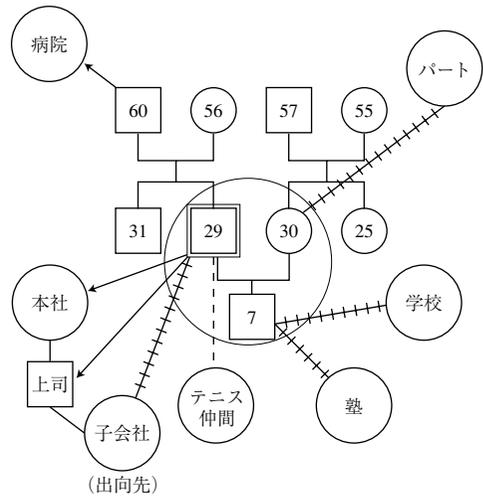


図1 ケースA 受診時のファミリーマップ

術職である。入社以来ずっと情報システム網の構築や回線管理などの業務を担当してきた。それらの能力を高く評価され子会社に出向したが、すぐに抑うつ状態に陥り上司からの紹介で受診となった。そして主治医より「抑うつ反応」という診断名の下で依頼を受け2週間に1回、計9回(約4ヶ月間)の面接を行った。現在は無事3年間の出向を終えた後、昇進して元籍に復帰している。

ー面接経過よりー

初回時(#1)の訴えは「もう戻れない…」(喪失感)に加えて、「やる気がないというか、寂しい暗い気持ち…」(抑うつ)、「自分がわからない。何をやっているのか、何をやればいいのか全くわからない。時々、ふと俺って何でここにいるのかなあとか…」(無力感)、「おまえは負け犬か!」(自罰)、「胃に何かがつまっているようで、だるい。背中にかけて刺すような痛みがして、吐き気を催す時もある。」(身体的な検査で異常は認められず。心身症的)のようなものであった。ここでのポイントは、まず出向をこれまでの心理的安定を脅かすストレスと受け止めることができるかどうかという点である。そこで「急に今回のような出来事に直面する

と、誰もがAさんと同じ状態になって当然でしょう。」と一般化を行った。一般化は感情の受容からポジティブなフィードバックへ、さらに対処へと続く、面接の基本的な態度でもある。次に「自分がわからない。」という訴えには、出向がAのこれまでの枠（スキーマ）では対処できないほどの大きい出来事であることが象徴的に表現されているように考えられる。そこで「自分がわからないのではなく、出向というこれまでのAさんのやり方では対応できないほどの出来事が起きてしまい、収まりがつかない状態にあるということではないのでしょうか。」と外在化を行った。

出向先ではある男性社員と何度もトラブルを起こしていた（#2）が、よく聴くと（上司からの客観的情報を含めて）、相手は意地の悪さで評判の社員-Aとだけではなく「誰とでもトラブルを起こす人（トラブルメーカー）」であることがわかった⁶⁾。したがって、「悪いのはAさんではなく、むしろ相手の方であるとは考えられないでしょうか。」と、ここでも一般化と外在化を行った。

しかしさらに面接を続けていく中で（#4）、心身症的な訴えの背後には「出向がなくなれば、身体的な具合もよくなる。」（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）が強いことがわかった。ここでのポイントは、問題となっている（ストレスの元となっているであろう）認知過程を検討し修正できるかどうかという点である。先にも述べたが、外在化は他罰化につながりやすい。したがって否定的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できるように持っていかなければならない。そこでストレスの成り立ちについて簡単に確認した後⁷⁾、「ストレスは外にあるものだから、なくすことはできない。一方ストレスは内で作るもの。したがって、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でしょう。」と働

きかけた。

－課題－

解決志向アプローチの各技法は日常生活場面で臨機応変に用いることができるという長所がある反面、病院などの医療現場で行う場合、安易な一般化や外在化はかえって危険である。抑うつにもいろいろなレベルがあり、無意識に行われる防衛としての合理化や投影との区別など、それらが適用できるレベルかどうかの見極め（アセスメント）が必要である。また「内拡張型」は妄想のような非現実的思考が優位になった時にも多くなるので、認知療法の適用はM群に限定した方がよいのではないかという点や、先に述べた「抑うつ状態を一般化できれば、次にネガティブな出来事を例外的なことと見なす。」は本来的な例外の発見の使われ方とは違っている点などを含めて、今後の検討課題である。

Aのように、M群ともC群ともはっきりと分けることのできないケースに対する介入にも工夫が必要である。高岡（2003）が双極Ⅱ型障害の病前性格としてメランコリー親和型に依存性が混入したものを想定したように、うつ病者はもともと自己愛的、依存的満足を求める傾向があつて、M群は自分を責めるよりは他者に依存する傾向が強い。一方C群は自分を責めるよりは他者を責める傾向が強いが、いずれにせよ両群とも古典的な特徴とは違っており、そこには現代という時代状況が強く反映しているように思われる。また他罰化（責任転嫁）と責任回避は違うだろう。さらに抑うつに対してよく「励ましは禁物！」と言われるが、「何もしなくてもよい時間と場所の確保」を保証しつつも場合によっては現実と直面させるという方法（ストレス面接）も含め、どこかの時点で背中を押すことも必要ではないだろうか。

今回紹介したのは、面接過程のごく一部にすぎない。同時に上司との面接を何回か並行して行っており、上司をうまく巻き込んだのが好転の理由の一つと考えられるケースでもあると

もに、図1からもわかるようにAが抑うつ状態に陥ったのと同じ時期に妻や子どもも不安定になっており、家族全体の問題として見直す必要もある。また今回のケースだけに限らないことであるが、一般化や外在化以外にも例外の発見やリ・フレーミング、スケーリングなどを用いている。これらについてはロールシャッハ・テストやエゴグラムの結果とも関連づけながら、稿を改めて論じたい。

IV まとめと今後の展望

パーソナリティと環境の組み合わせで抑うつ状態に陥るというケース—すなわち、従来の日常モデルや内因性モデルだけでは説明できないケース—が、たしかに増えて来ている。抑うつを個人と環境の関係の中で理解していこうというテレンバッハ (Tellenbach, H., 1976) の「状況性抑うつ理論」やクラウス (Kraus, A., 1977) の「役割理論」に代表される「性格状況反応モデル」の考え方は、この矛盾を統合するモデルとして今なお強い説得力を持っている。しかし一方、絶望感をもたらすような強烈な出来事は、個人側の条件を越えて抑うつ状態に陥らせる (坂本, 1991) こともよく知られている。そしてこのようなケースに対してこそ、一般化や外在化が効果的に働くとは考えられなかろうか。抑うつ状態に陥った者の多くは、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が、それならば彼らのエネルギーをどのように方向づければよいのだろうか？ その手段として一般化や外在化を利用することもできるだろう。

解決志向アプローチの焦点は、過去よりも現在にある。しかし、過去を全く無視するのではない。むしろ「どのような状況の中で何が起こ

り、その結果としてどういう状態になっているのか？」という問題行動の流れを辿ったり (トラッキング)、以前に効果的だった方法を思い出せるように (例外の発見) するためには、積極的に過去を振り返る場合の方が多くある。「誰が、いつ、どのような状況の下で、何を行ったか (あるいは) 行わなかったのか？」と振り返ることで現実的・具体的な目標を立てやすく、個別的な問題として扱やすくなる。それは、別に新しい情報や方法を集めたり見つけようというのではない。あくまで現在手の内にあるもので勝負することであり、特に過去の成功例は例外の発見として利用することができる。現在は何らかの形で必ず過去からの影響を受けているものであり、その意味で解決志向アプローチは精神分析的な考えを決して否定しているわけではないのである。

喪 (悲哀) 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的な心の動きが必要な時もあるだろう。抑うつ状態に陥るといのは、ある程度成熟していることの証でもある。少なくとも抑うつをただ暗いイメージだけで捉えている限り、本当に理解したことにはならない。この点について、羽下 (1994) も「抑うつは輪郭もないし形もない。しかし、ただ真っ黒いだけではなく動く抑うつもある。手で触って動かしてみる。そして肌合いやテクスチャーが見えてくると、個別的な対応も可能になる。」といった内容のこと⁸⁾を述べている。また状態像としての抑うつには、いろいろなレベルだけでなく、同じレベルの中にもいろいろなニュアンスのものがある。それをどれだけ読み取ることができるか？ 今後、抑うつを理解していく上で大きな鍵となるだろう。

ソーシャルワークにおける解決志向アプローチの意義

抑うつとは何かを失ったことに対する反応である。この意味で出向も大きな喪失体験であり、今回のケースからも、パーソナリティのレ

ベルを超えて誰もが抑うつに陥っても当然の状態に対して一般化や外在化が効果的であることがわかった。そしてこれは、高齢者や身体障害などの領域まで広げて考えることができるのではないだろうか。例えば高齢者の場合、喪失体験が増えることがあっても減ることはない。失うのは人だけではない。これまでできていたことや心身の健康、家庭や社会での役割、さらには自分の存在の意味など、QOLの維持や向上にとって脅威的なものばかりである。また障害受容の問題については、受容に至るまでの各段階に応じたアプローチ（技法の使い分け）があるだろう。今後これらの点を中心に検討を重ねながら、ソーシャルワークにおける解決志向アプローチの適用可能性について考えていきたい。

付記

本研究の一部は「ソーシャルワークにおける解決志向アプローチの意義」というテーマで、2004年10月、日本社会福祉学会第52回全国大会（東洋大学）において報告した（共同研究者：杉本敏夫）。

注

- 1) 「内向 (introverted)」、 「外向 (extraverted)」 と呼ばれる場合が多いが、ギルフォード (Guilford, J. P.) に代表される一般的な意味とは、また厳密に言えばユング (Jung, C. G.) のものとも異なっている。したがってそれらと区別するために、「内拡 (introversive)」、 「外拡 (extratensive)」 という用語を用いた。
- 2) それぞれ原語 (独語) では、“Wahrnehmung” と “Auffassung” である。
- 3) 別宮 (1976) によれば、ハーロー (Harlow, H. F., 1959) が針金製と布製の代理母親を用いて猿の愛情実験を行った時、クロッパーは自分の解釈を証拠づけるものとして、この実験を高く評価したと言われている。
- 4) 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

でソーシャルワークに取り入れられ発展してきたアプローチの方を指している。この詳しい経緯については、別の機会に述べたい。

- 5) 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。
- 6) トラブルメーカー的な存在の社員は A に対して、よく「おまえなんか、どうせすぐ戻るんやろ！」とも言っていた。この言葉の背景には何年も続いてきた「本社から子会社に出向してきた人間は、必ず出世して戻っていく。」という慣例に対する反抗も込められているように思われる。したがって、子会社採用の社員の志気を低下させないためにも、本社と子会社の間で人事面の活性化が必要だろう。ただ本稿の論点と外れるので、これ以上は述べない。
- 7) A と上司は以前、企業内のメンタルヘルス講習会に受講者として参加した経験がある。
- 8) これはロールシャッハ・テストにおいて濃淡が一種の接触感を引き起こすことと、決して無関係ではないだろう。

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. et al.: 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.)
- 別宮 哲: 自我の強さの各段階における自我機能の特徴—ロールシャッハ予後評定尺度の諸研究 心理学評論 第19巻 第4号 273-306. 1976.
- 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.)
- DeYong, P. & Berg, I. K.: Interviewing for Solutions. International Thomson Publishing, Inc. 1988 (玉真慎子・住谷祐子監訳『解決のための面接技法』金剛出版 1998)
- Gregory, J. M.: The Rorschach Factor Structure. — A Contemporary Investigation and Historical Review. Journal of Personality Assessment. 59, 1. 117-136. 1992.

- 羽下大信：サイコセラピストたち—ニューヨークと日本で—神戸市外国語大学研究叢書 第24冊 1994.
- 袴田俊一：「抑うつ」を中心とする職場不適應の研究—ロールシャッハ・テスト決定因との関係を中心に—関西福祉科学大学紀要6. 153-161. 2003.
- 袴田俊一：「抑うつ」を中心とする職場不適應の研究(Ⅱ)—エゴグラムとロールシャッハ・テストの関係を中心に—関西福祉科学大学紀要7. 143-151. 2004.
- 平野 潔・小椋 力：うつ病の認知障害 精神科治療学 4-2. 161-168. 1989.
- 片口安史：ロールシャッハ・テスト—心理診断法詳説—牧書店 1960.
- Klopfer, B. et al. : Development in the Rorschach Technique. Volume I. World Book Co. 1954.
- Kraus, A. : Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver. F. Enke, Stuttgart. 1977. (岡本 進訳『躁うつ病と対人行動』みすず書房 1983.)
- McGhie, A. : Pathology of Attention. Series of Penguin Science of Behavior. 1969. (松平順一・岡田守弘訳『注意の行動病理学』岩崎学術出版社 1975.)
- 大野 裕：「うつ」を生かす—うつ病の認知療法—星和書店 1990.
- Orme, D. R. : Rorschach Erlebnistypus and Problem-Solving Styles in Children. Journal of Personality Assessment. 54-2. 412-414. 1990.
- Rorschach, H. : Psychodiagnostik. 1921. (片口安史訳『精神診断学』改訂版 金子書房 1976.)
- Rotter, J. B. : Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs. 80. 1966.
- 坂本暢典：躁うつ病研究の軌跡—精神病理学研究の立場から—精神科治療学 6-9. 1043-1050. 1991.
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. : The Burnout Companion to Study and Practice. —A Critical Analysis. Taylor & Francis, Inc. 1998.
- 鈴木幹夫・広瀬徹也：うつ病と年齢—臨床実践の視点から—精神科治療学 17-9. 1093-1103. 2002.
- 高岡 健：新しいうつ病論 雲母書房 2003.
- Tellenbach, H. : Melancholie. Springer, Berlin. 1976. (木村 敏訳『メランコリー』みすず書房 1978.)
- 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.