

【論文】

ライフモデルを基盤とするソーシャルワーク における心理的介入

－ 認知療法と解決志向アプローチを中心に －

袴田 俊一

Psychological Intervention in Social Work on the basis of Life Model
－Using jointly Cognitive therapy with Solution focused approach－

Toshikazu Hakamada



2011年3月

総合福祉科学研究

Journal of Comprehensive Welfare Sciences

【論文】

ライフモデルを基盤とする ソーシャルワークにおける心理的介入

—認知療法と解決志向アプローチを中心に—

袴田 俊一*

Psychological Intervention in Social Work on the basis of Life Model
–Using jointly Cognitive therapy with Solution focused approach–

Toshikazu Hakamada

要 旨

本研究の目的は、認知療法や解決志向アプローチを中心とする心理的介入について、ライフモデルを基盤とするソーシャルワークへの適用可能性を検討することである。今回は特に認知療法と解決志向アプローチの共通点に注目し、以下の点を中心に論じた。

- 1) 利用者のプラス部分に焦点を当て、それを積極的に活用する。
- 2) 利用者と周りの相互作用に注目し、問題を状況の中で理解する。
- 3) 利用者の問題を現在のニーズ、さらには将来へ向けての課題として理解する。

疾病性を重視する医学モデルに対して、事例性を重視するライフモデルが登場した。このライフモデルを基盤に、利用者の問題を生活上の課題として捉えることが出来て、初めて個別的な理解が可能になる。またドゥ・シェイザー (de Shazer, S., 1985) はソーシャルワーカーの役割として、①外的資源動員者 ②セラピスト ③社会的統制者の3つを示した。特に②セラピストとしての役割について、カウンセリング的な態度を支えとしながら、利用者と一緒に内的資源を確認する。その意味でも認知療法や解決志向アプローチは、ライフモデルを基盤とするソーシャルワークを効果的に進めていく上で、強い推進力になることが期待できるだろう。

Abstract

The purpose of this study is to examine the possibility of psychological intervention in social work on the basis of life model. The similarity between cognitive therapy and solution focused approach is pointed out in this thesis, and the appliance of the similarity to social work is made from the point of view of life model.

受付日 2010.9.6 / 受理日 2010.11.10

* 関西福祉科学大学 社会福祉学部 教授

In this thesis the following points are particularly focussed on:

- 1) We confirm service user's strengths and make effective use of them.
- 2) We recognize service user's problems from the point of "person in environment".
- 3) We regard the problems as their needs and tasks for the future.

In opposition to medical model which pays attention to illness, life model has been established, emphasizing caseness. It is not until user's problems are seen as life task that respective cases can be fully understood. As the role of social worker, De Shazer (1985) presented three factors: (1) mobiliser of external resources, (2) therapist, and (3) social controller. We will focus on the second point (the role of therapist along with the counselling attitude), and work with users to certify the internal resources. In this sense, there will be every reason to expect that cognitive therapy and solution focused approach develop effective social work on the basis of life model.

● ● ○ **Key words** 抑うつ depression / 認知療法 cognitive therapy / 解決志向アプローチ solution focused approach / ライフモデル life model

<はじめに>

これまで筆者は、出向や転勤、昇進など職場関連ストレスを契機として抑うつ状態に陥った社員に対して、認知療法や解決志向アプローチを中心とする心理的介入を行ってきた。そして現在、抑うつレベルやパーソナリティに応じて、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と考え、試行錯誤を重ねている。抑うつ状態かどうかはすぐにわかっても、背後にあるパーソナリティ特徴や病態レベルについて、すぐに判断することは難しい。時間を要しても、これまで周りどどのように関わり、生活を送ってきたかを理解することが大きなポイントとなる。生活とは、決して抽象的なものではない。具体的、現実的な出来事一つひとつの積み重ねである。ニーズを生活の具体的な営みから出てきたものとして捉えることで、解決の糸口も現在の生活状況の中にあることがわかる。

認知療法や解決志向アプローチの特徴は、・クライアント中心療法、行動療法などの長所を合わせ持っている、・クライアントの主体性を尊重しながら、積極的に働きかける、・個人だけでなく周りとの関係にも注目し、生活上の具体的な課題に焦点を当てて取り組

む、などの点にある。したがって、これらの心理的介入はソーシャルワークにおいて問題を理解する視点の一つとして、利用できるのではないか。すなわち、抑うつに対する筆者自身の経験は、ソーシャルワークにも十分に適用できるのではないか。そこで本研究の目的は、認知療法や解決志向アプローチを中心とする心理的介入について、ライフモデルを基盤とするソーシャルワークへの適用可能性を検討することである。具体的には、まず筆者自身の抑うつケースに対するこれまでの取り組みや基本的枠組みを紹介し、認知療法と解決志向アプローチの共通点に注目したい。そして、それらの接点（共通点）にライフモデルを位置づけたい。

抑うつに対する心理的介入

I 病気としての抑うつ：うつ病

抑うつとは、簡単に言えば気分的な落ち込みである。誰もが日常生活で一度ならず経験する感情であり、その意味で状態像としての抑うつは誰が陥っても不思議でないが、酷くなると感情面だけでなく身体面や行動面でも変化が表れ、日常生活にも支障が出始める。その程度や期間によっては自殺を初めとする様々な問題

が生じ、ここに抑うつが問題として取り上げられる理由がある。

うつ病と言っても、身体疾患に伴う症状性うつ病や他の精神疾患の中で表れる抑うつ、内因性うつ病、抑うつ反応、神経症性うつ病など、身体因と心因という2つの軸から捉えたキールホルツ（Kielhorz, P, 1969）の分類¹⁾（図1）に加え、パーソナリティの障害に伴う抑うつなど、さまざまなレベルのものがある。したがって、よく「身体的なもの」と「心理的のもの」の接点にある。」と表現されるように、身体的と心理的、素質と環境といった両面からの理解が求められる病態の一つである。ちなみに、診断の客観性を目指したアメリカ精神医学会の『精神障害の診断・統計マニュアル』（DSM：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）では、1980年のDSM－Ⅲから「感情障害」という名の下で、従来の内因性に加えて心因性や外因性のものを含め統一的に扱われるようになった。また1987年の改訂版（DSM－Ⅲ－R）からは、比較的持続する「気分」という用語の方がより適切であるとして「気分障害」が採用されている。さらに同じくDSM－Ⅲからは「神経症」が消え、それに伴って「神経症性うつ病（抑うつ神経症）」も「気分変動性障害」に変わっている。

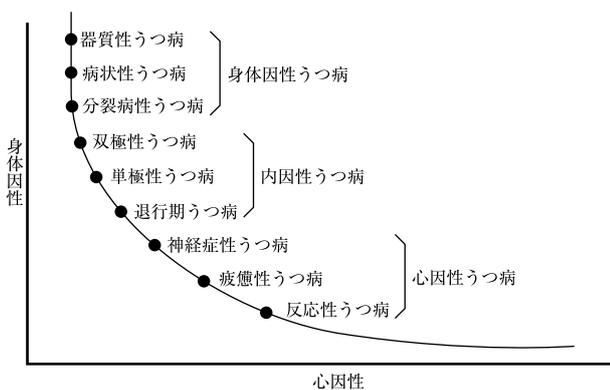


図1: キールホルツのうつ病分類

Ⅱ 発病状況論

従来の内因論や心因論だけでは説明できないという抑うつケースが増えてきた。その中でテレンバッハ（Tellenbach, H.）の病前性格論やクラウス（Kraus, A.）の役割論に代表される発病状況論は、内因論と心因論を統合する理論として強い説得力を持っている。発病

状況論とはクライアントの性格と周りの出来事が関係し合って状況因を作るという考え方であり、「内因か心因か」の二分法を越えるのが状況である。

うつ病者は他者への攻撃的な感情表現などを含め自己主張が苦手であり、病前性格の特徴であると同時に、病気を引き起こしやすいという準備状態ともなっている。テレンバッハ（1976）は、この病前性格として「メランコリー親和型」（以下、「メランコリー」と略）を提示し、特徴として几帳面で秩序を重んじる傾向（秩序指向性）とともに、他者を気遣ったり他者からの期待に応えようとする傾向（対他配慮性）が強いことを示した²⁾。秩序指向性と対他配慮性の間には深い関係がある。例えば清水と森（1988）は、「早期乳幼児期に秩序指向性が強力に形成されている場合には、青年期において対他配慮性が通例よりも早く完成し、うつ病の基盤が形成される。」と考えた³⁾。笠原（2009）はそれを一歩進めて、秩序志向性は「他者との円満な関係の維持」に支えられたものであって、後者の対他配慮性の方がより根本的であると考えた⁴⁾。この他者との関係を円満に維持しようとする配慮（対他配慮性を基盤とした秩序志向性）の弱点は、他者からの是認や賞賛なしには自己評価を確立できないということである。メランコリーは、日常生活に何の変化のない限り破綻を来さず、社会的にも几帳面な人として高い評価を受けている。それが深刻な危機に見舞われ抑うつ状態に陥るのは、自分の存在を支えてきた秩序が失われたり、他者から受け入れられるのが困難になった時である。対象関係の観点から見れば（内海、2008）⁵⁾、対象に対する尽力的、献身的な関わりの中で守られたり評価を受けることで、初めて落ち着くと言えるだろう。

メランコリーの特徴は、他者からの期待に応えることで自己の役割同一性を確実に保とうとする姿勢として見ることも可能である。発達とは役割を内在化していく過程でもあり、自我同一性はその中でさまざまな同一化を通して形成される。では、彼らは発病に至るまで、どのような役割を内在化してきたのだろうか？

役割の遂行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？ クラウス（1977）は、テレンバッハの対他配慮性を自我同一性の観点から検討した。そしてメランコリーは与えられた役割に対して過度の同一化（役割同一性）

をするため、次第に自我同一性にとって代わるようになっていくと考えた⁶⁾。さまざまな役割を統合していくべき自我同一性の発達が妨げられるので、結局、他者から期待される行動を取り続けざるを得なくなるという訳である。メランコリーの対象関係には常に重要な他者との同一視が大きな位置を占めているために、他者との心理的距離が失われやすい。同じことをアリエティ (Arieti, S., 1978) は「自分自身のためではなく、支配的他者のために生きている。」と述べており⁷⁾、弱点として他者から認めてもらえない限り自己評価を確立できないことや、他者と過剰に同一化するために距離が取れなくなるか、その反動としての完全な分離かといった二者択一的になることなどを指摘している。

Ⅲ 心理的介入

抑うつに対する心理的介入の手段として、認知療法は現在、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は限らない。状態像が同じ抑うつであっても、背景がケースによって違うのは当然であり、パーソナリティの関与を無視することは出来ない。むしろ認知療法だけではなく、抑うつのレベルやパーソナリティに応じて、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。筆者はこのように考え、出向や転勤、昇進などを契機として抑うつ状態に陥った会社員に対して試行錯誤を重ねてきた (2001, 2004, 2005, 2007)^{8) 9) 10) 11)}。

外側で起こっている出来事によって、誰もがなるように抑うつ状態に陥る場合があり、もう一方では心の内側の準備状態によって、抑うつ状態に陥る場合がある。ここで心の内側 (パーソナリティ) を強調すれば認知療法であり、外側の出来事を強調すれば問題の一般化 (以下、一般化と略) や問題の外在化 (以下、外在化と略) となるだろう。図1に即して言えば、認知療法は神経症性の抑うつに対して、解決志向アプローチの一般化や外在化は反応性の抑うつに対して、それぞれ効果的である。また、うつ病者の多くは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。精神的エネルギーが強い分、自殺企図の危険性にも注意す

る必要が出てくるのであり、そのエネルギーを方向づける手段として、一般化や外在化を利用することが出来る。

外在化はよく一般化の延長として用いられる。しかし、外在化と個人的責任を問わないこととは別である。外在化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。もともと成功 (ポジティブな出来事) を内的に帰属し、失敗 (ネガティブな出来事) を外的に帰属するタイプへの適用は難しい。「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、ネガティブ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った。感情の源は思考としてクライアント自身の中に元来からあるので、出来事はネガティブな感情を触発しただけであると考え、認知療法を用いた方が効果的な場合も多い。また、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出来るという長所がある反面、病院など精神科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な結果を招きかねない。抑うつにもいろいろなレベルがあり、無意識的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) が必要となってくる。したがって当然、解決志向アプローチも全ての抑うつに対して効果的であるとは限らない。罪悪感をあまり持たずに責任転嫁をする (他罰的な傾向の強い) タイプに対しては難しい場合が多く、むしろ認知療法を用いるべきである。職場関連ストレスに即して言えば ①メランコリーが急激な変化や自分で対処できない負担に直面した時に陥る、性格-状況反応としての抑うつを中心とするタイプ、②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止まらず、行動面でも出勤拒否のような、いわゆる職場不適應の問題を呈する、葛藤や不安を中心とするタイプ、の2つがある。①に対して「あなたには責任のない病気である」と伝える (外在化) のは効果的であるが、②に対しては、必ずしも援助的であるとは言えない。何故ならばそう伝えることで、自分には何の責任もないと受け止められやすく、治療への動機づけも出てこないからである。

上記のような点を含めて、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

として効果的であり、認知療法は解決志向アプローチの次に行う技法として位置づけられる。このように、心理的介入にはプロセス全体を通して共通する部分と、さまざまな条件に応じた技法の使い分けや併用など、修正しなければならない部分がある。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) によれば「統合的、選択的に用いる」¹²⁾ – ことで効果はより強くなる。その意味でも、今回の一連の経験は、心理的介入をクライアント側だけでなくプロセス側の問題として見直す絶好の機会となった。

IV 認知療法と解決志向アプローチの共通点

解決志向アプローチは、円環論的な視点をリフレーミングやトラッキング、サイクルワークなどの技法として採用してきた。抑うつ状態に陥った時、あるいは抑うつ状態に陥りやすいパーソナリティの者は、何事も自罰的に受け止めやすい。これに対して、まず「誰が陥っても不思議ではない状態」と見なせば一般化であり、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である。ここには、感情に代わって認知の力（思考）を引き出そうという意図がある。特に抑うつを対象とする時、解決志向アプローチの「志向」は解決を目指した「指向」や「思考」に通じる。例えば、マイナスをプラスに受け止めるように持っていけばリフレーミングであり、問題の意味づけ＝思考（認知）という点で、認知療法と解決志向アプローチは共通している。トラッキングは習慣化・硬直化したライフスタイルを見つけるのに効果的な技法であるが、ライフスタイルを行動の準拠枠に置き換えれば、認知療法で言うスキーマである。

固定化した問題パターンは円環論的で非生産的である。このパターンを終わらせるためには、まず思考と感情が互いにどのように関係し合い、問題となっている状況に至ったのかを理解しなければならない。その手段として効果的な技法がサイクルワークである。問題とその背景（出来事や状況）について考え、周りの情報に見落としがないか、自分勝手な判断や結論を出していないかなどチェックして、実際に起こっていること（客観的事実）と考えていること（主観的現実）との間のズレを明らかにする。例えば、昇進を伴う出

向を契機に抑うつ状態に陥った男性会社員で、同時に敏感関係妄想の疑いのあったケースの場合（2005）、過去にネガティブなスキーマを獲得した時と似た状況に直面した時、まさに螺旋階段を転げ落ちるように、抑うつ状態へと陥っていった。したがって、因果関係だけに拘るのではなく、サイクルワークを用いて被害的な心の動き（思い込み）の輪を断ち切るが必要であった。ちなみに最近では認知療法も、思考と感情の間にあるのは因果ではなく相関に過ぎないのではないかという理由から、円環論的に考える（古川ら、2004）¹³⁾ ようになってきている。

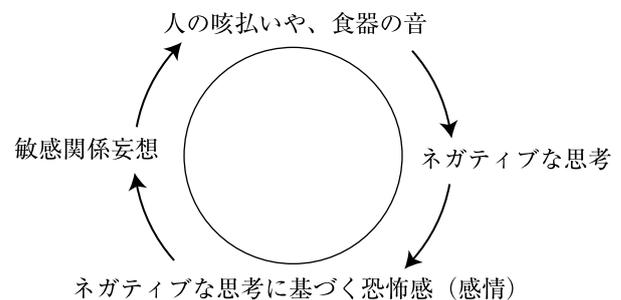


図2: ケース (2005) のサイクルワーク

解決志向アプローチの「解決」は、決して問題について知る前に解決を探すということではない。認知療法のように、問題に焦点を当てた質問も必要である。特に抑うつに対する介入には、常に認知療法的な側面が含まれている。認知療法のポイントは、問題となっている（ストレスの源となっている）認知を検討し修正できるかどうかにある。問題とは出来事そのものではなく、出来事に誘発された思考や感情、行動などが複雑に関係し合って、一つの心理プロセスを形成している。したがって、認知療法ではクライアント内部の認知や感情といった心の動きだけでなく、行動や他者との関係などにも注目する。そして、問題となっている状況を時間的流れに沿って考えられるような質問を続けていくことで、クライアント自身が思考（認知）、感情、行動の悪循環に気づき、問題を客観的に理解できるように支援する。

ところで今回、筆者が関わったケース全て、何らかの出来事によって抑うつ状態に陥っていた。たしかに、絶望感をもたらすような出来事は強烈なストレスサーとなって、個人側の条件とは無関係に安定を脅かす。しかし一方では、同じ出来事を経験したとしても、

抑うつ状態に陥らない人がある。出向や転勤、昇進などが原因であると果たして言えるのだろうか？ 対応する出来事がなければ発病しなかったのだろうか？あるいは、出来事がなくても発病したのだろうか？ ストレッサーからストレスへという方向づけは、因果関係を明確にすることである。ストレッサーは外にあるものだから、取り除くことは出来ない。これに対してストレスは内で作るものである。感情の源は元来より思考という形で自分自身の中にあって、何かや誰かは誘因に過ぎない。そこには受け止め方が関与している。特に対象喪失が原因で抑うつ状態に陥ると考えた場合、人だけではなく「もの」や「こと」など自分にとって大切であればあるほど、それらを失った時の反動も大きい。対象に対する思い入れが強い分だけ、喪失感さらには強いストレスとなる。つまり、これまでの安定を崩すものとしてのストレッサーの存在が仮定される訳であるが、失うものは必ずしも現実的であるとは限らない（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）。また出来事について現実的な見方が出来なかったために危機に陥ることも多く、最近ではストレスと抑うつをつなぐものとして、ストレスに対する感受性や解釈（認知）などが明らかにされてきている。しかし、いずれにせよ起こった客観的事実（出来事）の受け止め方がネガティブになっている（認知療法で言う認知の歪み）という意味でも、パーソナリティが関与していることは否定できない。

ソーシャルワークと心理的介入

V ライフモデルを基盤とするソーシャルワーク

ソーシャルワーク領域では1960年代に入ると、診断主義から機能主義への変化という流れの中から、利用者の生活状況を重視し、問題を個人だけでなく周りとの関係の中で捉えようとする動きが出てきた。これがライフモデルである。ライフモデルに基づくソーシャルワークの目標は、問題となっている交互作用を立ち切って環境に対処できるよう利用者を支援することである。

ジャーメイン（Germain, C.B., 1973）らは、ソーシャルワークの独自性は人間と環境の接触面（interface）

にあると考えた。そして生態学から交互作用の概念を取り入れ、ライフモデルの体系化を目指した¹⁴⁾。従来のやり方では、問題を個人のパーソナリティに求めるか社会的な環境に求めるかは違っていても、因果論的な見方であるという点では同じであった。これに対して交互作用（transaction）では、原因は結果となり結果が原因となるというパターンを繰り返すという円環論的な視点に立つ。円環論には一方的な因果関係を示す相互作用（interaction）とは違って、「互いに影響し合う」という意味が含まれている。

利用者の問題に取り組む場合も、まず状況や出来事の流れ（コンテキスト）に注目する。例えば、アセスメントとはある意味でニーズの個別化作業であり、個別化とは問題を具体的にすることである。いつ、どこで、どんな状況で、何が起こったのだろうか？ 彼らはどのように行動し、周りの人たちはどのように対応したのだろうか？ このように考えながら、問題が人と状況の組み合わせの中にあることを明らかにしていく。

またライフモデルでは、ストレスについても人と環境の交互作用から生じ、両者のバランスが崩れた時に問題として表面化すると考える。ストレッサーとなる生活上の変化には ①発達的变化 ②役割や地位の変化、危機となる出来事 ③偶発的危機など（久保、1986）¹⁵⁾がある。特に人生上の大きな出来事（ライフイベント）は日常生活の喪失を引き起こし、抑うつ状態に陥らせる。その意味で②や③はこれまでの心理的安定を脅かすストレッサーであるが、ストレスフルな状況を利用者が自ら選択する場合も多い。また、①の発達的变化はライフサイクルにおける危機と同時に、うつ病など病気への準備状態（パーソナリティ体制）を示している。

利用者のパーソナリティに注目し、生育歴や生活史の分析を積極的に行う。これは時間的流れを軸とする縦断的な見方であるが、加えて時間的流れに伴う生活空間の広がりとしての横断的な見方も必要である。この複眼的な見方は、ライフモデルの基本的な考え方につながる。ちなみに技法の使い分けという点から言うと、前者に注目すれば認知療法、後者に注目すれば解決志向アプローチとなるだろう。

パーソナリティとは、時間的流れとそれに伴う生活空間の広がりや人間関係の中で形成されるものであ

る。これまで周りの人たちとどのように関わり、どのように社会生活を送ってきたのだろうか？ このように生活史上の出来事と関係づけながら、高く広い視点から理解していく。ライフモデルには問題をパーソナリティと出来事との関係の中で捉える（交互作用）という点で、適応的な観点が含まれている。

Ⅶ ライフモデルを基盤とするソーシャルワークにおける認知療法と解決志向アプローチ

ライフモデルの基本的な考え方は、一人の人間を全体の中の個人として見なすという点にある。全体と部分は互いに関係し合っており、部分が変化すれば全体も変化するし、全体が変化すれば部分も変化する。全体を理解するには部分の理解が必要であるように、部分は全体を理解するために必要である。人間は環境の影響を受けるだけでなく環境を変える存在でもあり、同時に、身体的な状況、心理的な状況、社会的な状況が密接に影響し合っている。そこに焦点を当てるのが認知療法や解決志向アプローチであり、先にも述べたように、内部の心理プロセスだけでなく周りとの関係も重視する。

またライフモデルでは、利用者のマイナス部分を修復し補充するという治療的なプロセスよりも、成長や変化のようなプラス部分に注目し、それを積極的に活用するというプロセスを取る。これがストレングス・アプローチである。問題をどのように解決するかは、元々の原因とはあまり関係ない。利用者は問題で苦しんでいるのと同じくらい、うまくやっつけていける人である。だから彼らのマイナス部分ばかりを追求するのではなく、内的資源をどのように開発すればよいか（エンパワメント）という視点に立って、それらを駆使して解決を作ることができるように支援する。その基盤には、「利用者は多くの力量を持っている」（コンピテンス）という、彼らへの強い信頼感がある。

この「出来ないこと」（短所）よりも「出来ること」（長所）を見つけ、それを伸ばしていこうという姿勢、態度は、最近の心理的介入でも同じである。特に認知療法や解決志向アプローチには、基本的な考え方や目標、効果や限界などについて説明するだけでなく、どのアプローチを選択するというクライアントの自己決定を重視するという、インフォームド・コンセントか

らインフォームド・チョイスへの変化が顕著に反映されている。

さらにライフモデルでは、過去よりも現在、現在から将来に向かっての変化という可能性に注目する。問題に対しても、ネガティブなものとしてだけではなく、将来に向けての希望や期待、課題と見なす（時間的）。ニーズを欠陥と見なし「－ができない、だから一方的に治療や訓練を行う」のではなく、利用者は「何を求めているのか、どのようになればよいと思っているのか？」と考え、環境調整など周りに働きかける（空間的）。また現在のニーズは、過去の生活の中から出てきたものであると同時に、将来への希望や期待によっても変化する。このように、利用者の問題を生活上のニーズとして、時間的、空間的に理解することが求められる。生活とは、決して抽象的なものではない。具体的・現実的な出来事一つひとつの積み重ねである。ニーズを生活の具体的な営みから出てきたものと見なすことで、解決の糸口も現在の生活状況の中にあることがわかるだろう。

認知療法や解決志向アプローチの長所は、各技法がそのままクライアント自身の生活に直結しているという点にある。解決志向アプローチはソーシャルワークにおいて、狭い（本来的な）意味での解決志向セラピーが、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。また、認知療法はホームワークなどの課題を用いて、面接外（日常生活）での変化をより確かなものにしたたり、対処スキルの獲得を目指している。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。厳密に言えば、認知行動療法は症状や行動などに変化がなければ効果を認めないという点で解決志向アプローチよりも課題（問題）中心アプローチに近いが、面接場面以外も重要であると考えているという点で両者は共通している。

ところでライフモデルのライフには、「生命」、「生命を持った人」、「生物」、「生涯」、「日々の生活や暮らし」、「人生」、「元気や活気」、「生きがい」などの意味がある。これらの側面を全て押さえた時、初めて生活の全体性を的確に捉えたと言うことが出来る。医学の発展に伴って以前は難病とされてきた病気も治療可能なものとなり、その対象も広がってきた。また「成人病」から「生活習慣病」へという変化に表れているように、生活の視点に立って病気を病者自身のライフス

タイトルから見直そうという動きも出てきた。そして現在、健康は単に病気の有無だけで判断されるのではなく、生活のあり方に対する個人の意識や状態、さらには環境まで含めたものとして考えられている。

松木(2001)が『『ゆううつ』に代わり『落ち込む』という言葉こそが、日常生活の中で抑うつ表現を可能にした。』といった内容のことを述べている¹⁶⁾ように、最近では「ゆううつである」よりも「落ち込んだ」という理由で自ら来談するクライアントが増えてきた。「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。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もある。抑うつをただ暗いイメージだけで捉えている限り、本当に理解したとは言えない。

うつ病という実体があるのではない。そのように診断された一人の生活者がいるだけである。病者はただ病気に圧倒されているだけの無力な犠牲者ではない。病気が日常生活を送って行く上で、どの程度の障害(dysfunction)となっているのだろうか? 病気を抱えながらも、その中でどのようにすれば仕事を続けることができるのだろうか? 少なくとも生活は、病者にとっても医療の場を含めた全体としての生活の場に変わりはない。疾病性を重視する医学モデルに対するものとして、事例性を重視するライフモデルが登場した。病気についても、問題を生活上の課題として見ることが出来て、初めて個別的な理解が可能になる。

VII まとめ

本研究では、ライフモデルを基盤とするソーシャルワークにおいて、問題を理解する視点の一つとして、認知療法や解決志向アプローチの可能性について以下の点を中心に論じた。

- 1) 利用者のプラス部分に焦点を当て、それを積極的に活用する。
- 2) 利用者と周りの交互作用に注目し、問題を状況の中で理解する。
- 3) 利用者の問題を現在のニーズ、さらには将来へ向けての課題として理解する。

解決志向アプローチの創始者の一人であるドゥ・

シェイザー (de Shazer, S., 1985) は、ソーシャルワーカーの役割として、①外的資源動員者 (mobiliser of external resources)、②セラピスト (therapist)、③社会的統制者 (social controller) としての役割を示している¹⁷⁾。①外的資源動員者としての役割 – ソーシャルワークの一番の目標である現実的・具体的・社会的な援助 – に加えて、②セラピストとしての役割には、内的資源の確認、すなわち健康的な部分 (ワーカビリティ) の評価 (アセスメント) も含まれると考えられ、心の拠り所や支えになる記憶やイメージ、これまでの成功体験 (安・高崎, 2000)¹⁸⁾などを内的資源として積極的に利用するのが、認知療法や解決志向アプローチであると言えるのではないだろうか。

本来、相談援助面接では来談者が自由に話ができるように傾聴し、共感的に理解していくことが理想であるが、ソーシャルワーク面接の場合、時間的、空間的制約のために、それが困難なことも多い。このような制約の中で、受容や共感、傾聴などカウンセリング的な態度を支えとしながら、利用者と一緒に内的資源を確認していくことが求められる。その意味でも認知療法や解決志向アプローチは、ライフモデルを基盤とするソーシャルワークを効果的に進めていく上で、強い推進力になることが期待できるだろう。

VIII 今後の課題

ストレスと抑うつの関係について、今回、直接関わることはなかったが、ライフイベントより慢性ストレスの方が強い影響を与えている抑うつケースも多い。ストレッサーがあれば誰もが抑うつ状態に陥るのではない。ストレッサーとしてのライフイベント、慢性のストレス状況、パーソナリティという3つの要因を考慮する必要がある。ベック (Beck, A.T., 1976, 1979) の認知療法は本質的に発病状況論 (素因 – ストレスモデル) に基づいているが^{19) 20)}、ライフイベントのように大きな一つの出来事であっても、中には主観的なものもあるし、慢性ストレスのように小さな出来事の積み重ねであっても、中には主観的だけでなく客観的なものもある。このギャップを埋めるものは何だろうか? またテレンバッハは、うつ病を性格と環境の組み合わせで発症すると考え、個人と環境から構成される統一体としての状況を想定した。この特徴はパーソ

ナリティを縦断的+横断的に捉えたことであり、個人と周りの関係に注目しているという点でライフモデルにつながる。武本(2003)によれば、発病状況論には「状況を内に含んだ」の意味が込められており、テレンバッハはこの言葉で「個と環境」という二項対立の克服を目指したことを示唆している²¹⁾。したがって、医学モデル、ライフモデルという違いはあっても、発病状況論と相互作用の間には共通点があるのではないだろうか？ これらは今後の課題である。

注

- 1) Kielhorz, P. : Klassifizierung der depressiven Verstimmungszustände. Das depressive Syndrom. 341-346. 1969.
- 2) Tellenbach, H. : Melancholie. Springer, Berlin. 1976. (木村敏訳『メランコリー』みすず書房 1978.)
- 3) 清水将之・森省：ライフサイクルにおけるうつ状態－青年期 現代精神医学大系年刊版 1988-B 19-32. 中山書店 1988.
- 4) 笠原嘉：うつ病臨床のエッセンス 笠原嘉臨床論集 みすず書房 2009.
- 5) 内海健：うつ病の心理－失われた悲しみの場に－ 誠信書房 2008.
- 6) 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.)
- 7) Arieti, S. & Bemporad, J. : Severe and Mild Depression. Basic Books, New York. 1978. (水上忠臣他訳『うつ病の心理－精神療法的アプローチ』誠信書房 1989.)
- 8) 袴田俊一：状態像としての「抑うつ」に関する事例的研究－ある女性ケースの面接過程とロールシャッハ・テスト－ 関西福祉科学大学紀要第5号 101-107. 2001.
- 9) 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. 2004.
- 10) 袴田俊一：精神科医療における解決志向アプローチの適用－敏感関係妄想を伴った抑うつケースへの心理的介入を中心に－ 関西福祉科学大学紀要第9号 49-60. 2005.
- 11) 袴田俊一：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－ 関西福祉科学大学紀要第11号 1-10. 2007.
- 12) 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.
- 13) 古川はるこ他：うつ病の治療と認知行動療法の活用 精神療法 第30巻第6号 631-638. 2004.
- 14) Germain, C.B. : An ecological perspective in casework practice. Social Casework. Vol54. No6. The Family Service Association of America. 323-330. 1973. (小島蓉子編訳『エコロジカル・ソーシャルワーク－カレル・ジャーメイン名論文集－』学苑社 1992.)
- 15) 久保紘章：ライフモデル 武田建・荒川義子編 臨床ケースワーク 133-145. 川島書店 1986.
- 16) 松木邦裕：精神科臨床での日常的冒険 金剛出版 2001.
- 17) de Shazer, S. : Keys to Solution in Brief Therapy. Norton. 1985.
- 18) 安克昌・高崎吉徳：総合病院精神科における精神療法の工夫『精神療法第26巻第4号』360-366.1989.
- 19) 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.)
- 20) 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.)
- 21) 武本一美：性格はすでに病であるのか？－気分障害と性格 新宮一成編 病の自然経過と精神療法 新世紀の精神科治療第8巻 125-156. 中山書店 2003.

参考文献

- 青木省三：うつ状態に対する精神療法的アプローチについて考える 臨床精神医学 34 (5) 717-722. 2005.
- 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.)
- Geldard, K. & Geldard, H. : Counselling Skills in Everyday Life. Palgrave Macmillan. 2003.
- Gilbert, P. : Counselling for Depression -Second Edition-. Sage Publications. 2000.
- Jacobson, G. et al : Generic and individual approaches to crisis intervention. American Journal of Public Health. 58 : 339. 1968.
- Lazarus, R.S. : Measuring Stress to Predict Health Outcome. -Edited and Translated from the Lecture.- (林峻一郎編・訳『ストレスとコーピング』星和書店 1990.)
- 太田義弘：ソーシャルワーク実践とエコシステム 誠信

書房 1992.

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.

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.