

# 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——

袴 田 俊 一\*

## Solution focused approach in Psychiatric field

——Psychological Intervention to Depressive Case  
with suspicion of Sensitive delusion of reference——

Toshikazu Hakamada

**Abstract :** I experienced psychological intervention to a male office worker E who became depressive on the pretense of temporary transfer and promotion. As he was moreover under suspicion of Sensitive delusion of reference, I devised a way of using jointly Solution focused approach with Cognitive therapy. In the concrete, I regarded temporary transfer and promotion as Necessity as Events on the one hand, Sensitive delusion of reference as Necessity as Personality on the other. Then I used Solution focused approach to the former and Cognitive therapy to the latter. In this manner, intervention consists of common part through whole process and different parts corresponding to various conditions. The purpose of this study is to discuss intervention process.

First, I looked back upon intervention process about E taking notice of Necessity as Personality. Second, depression has connection with thinking, feeling, and behavior one another. Then I gave attention to commonness between Solution focused approach, Cognitive therapy and Behavior modification approach. Third, I considered adapting Solution focused approach to Social work from a viewpoint of Life Model.

**Key words :** 抑うつ Depression 敏感関係妄想 Sensitive delusion of reference 出来事側としての当然 Necessity as Events パーソナリティ側としての当然 Necessity as Personality ライフモデル Life Model

### I はじめに

従来の心因論や内因論だけでは抑うつの成立を説明できないというケースが増えてきた。テレンバッハ (Tellenbach, H.) やクラウス (Kraus, A.) に代表される「性格-状況反応論」は、これら2つを統合する理論として現在でも強い説得力を持っている。また一方で性格-状

況反応論とは対照的に、外傷となる出来事に注目する「ストレス-ストレス理論」も広く認められている。絶望感をもたらす出来事は強烈なストレス-となつて、個人側の条件とは無関係に安定を脅かす。そして筆者は前回 (2005) ストレス-ストレス理論の立場から、出向を契機に抑うつ状態に陥った男性会社員のケース A に解決志向アプローチの一般化 (Normalization) や外在化 (Externalization) が効果的に働くことを明らかにした。

\*関西福祉科学大学社会福祉学部 教授

「問題はパーソナリティ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。ただネガティブな感情を外にあると見なす分だけ、適用の対象となるケースも限られる。たしかにストレッサーは外にあるものだから、取り除くことはできない。しかし同時にストレスは内で作るものであり、たとえ抑うつに先立って心的外傷となるような出来事が認められたとしても、それが抑うつの原因であるとは言えないケースも多い。やはり性格-状況反応論に従って、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、出来事はネガティブな感情を触発した誘因にすぎないと考えるべきなのだろうか。また一般化は合理化に、外在化は投影につながりやすい。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、特に病院など精神科医療現場で用いる場合、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、無意識的に行われる防衛としての合理化や投影との区別など、一般化や外在化などが適用できるレベルかどうかの見極め(アセスメント)が求められる。

さて、この度筆者は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るケース E<sup>1)</sup>に心理的介入をする機会を得た。抑うつとは何かを失ったことに対する反応である。E にとっても出向や昇進は大きな対象喪失体験であり、自殺企図の危険性に注意しなければならなかった。また敏感関係妄想には E 自身の体験の仕方が深く関与しており、ロールシャッハ・テストの結果からもむしろ思考優位な面を積極的に利用できると判断した。そこで基本的には解決志向アプローチを用いながら、中期からは認知療法を併用した。すなわちストレッサー-ストレス理論の立場から出向や昇進を抑うつをもたらす「出来事側としての当然」に、性格-状況反応論の立場から敏感関係妄想を「パーソナリティ側として

の当然」に分けて介入を進めるというプロセスをたどった。このように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て技法の使い分けや併用などアプローチの修正をしなければならない部分がある。大野(1989)によれば、修正には発達レベルに応じた技法の修正(modification)と病態レベルに応じた技法の修正(adaptation)の2つに分けられる。そして A や E と関わった経験は、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よい機会ではないか。本研究の目的はこの問題について検討することである。

今回はまず E との面接を振り返り、パーソナリティ側としての当然に注目したい。次に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合っている。それをいかにシンプルな形で整理できるか。解決志向アプローチは狭い(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ソーシャルワークに取り入れられて発展してきた。解決志向アプローチは思考(認知)面を中心にみることができるし(認知療法)、行動面を中心にみることができる(行動変容アプローチ)だろう。特に解決志向アプローチの「志向」は、出来事の受け止め方に注目するという点で「思考」に通じるのではないか。実際に今回のケース E でも、抑うつと敏感関係妄想の間にメランコリー親和性性格が介在しており、この意味で抑うつに対する解決志向アプローチと敏感関係妄想に対する認知療法は決して対立するものではない。したがって今回は解決志向アプローチと認知療法の相違点に注目したが、今回は行動変容アプローチを含めた共通点に注目したい。さらに、これまで抑うつケースと関わってきた中で得られたことは、抑うつにとどまらず障害受容を含め広くソーシャルワークへ適用できるのではないか。その可能性についてライフモデルの立場から考えてみたい。

## II ケース E への心理的介入

### 1. 面接に至るまで

E は初診時 27 才の男性会社員である。工業高校を卒業後すぐ技術職として機械機器製造会社に入社、主に契約企業先で点検や修理などの業務に携わってきた。家族構成は両親と父方祖母、姉、兄、E の 6 人家族。E だけが入社と同時に実家を出て、独身寮で生活をしている。

穏和で物静か。社会的ではないが、堅実な仕事ぶりが周りからも常に高い評価を得ていた。抑うつ状態に陥ったきっかけは、X 年 3 月末前任者の急な退職により、係長（実質上の現場責任者）として子会社へ出向となったことである。前の職場への引き継ぎも終え、新しい職場での仕事が軌道に乗りかけるはずの 5 月の連休明け、急に緊張の糸が切れた感じになる。6 月には身体的なだるさも出始め、さらに不眠で朝起きるのもつらくなってきたため近くのクリニックを受診し、眠剤を服用しながら何とか出勤だけはするという状態が続いていた。そして 8 月に盆で帰省した時、「生きていくのに疲れた。」という遺書を残し自室で首を吊ろうとしているところを家人に発見される。救急車で病院へ運ばれ、その後総合病院神経科での数日間の入院を経て単科精神科病院へ転院となる（約 3 週間、医療保護入院）。物事を被害的に受け止める傾向も強かったことから、当時の診断名は「抑うつ状態と敏感関係妄想の疑い」となっている。

退院後はずっと自宅で療養生活（休職）を送っていた。しかし X+1 年 2 月になって「このままでは退職に追い込まれてしまうのではないか。」という不安から、職場復帰を上司に強く訴えるようになる。上司が健康相談室の保健師に相談、嘱託医の常勤先である総合病院神経科を紹介され受診となる。診察や心理検査（ロールシャッハ・テスト）などの結果から、降格及び勤務時間の軽減という条件で復職が認められる。なお服薬については、抗うつ剤だけが処方

される。

---

### ロールシャッハ・テスト結果

---

総反応数は 31、人間運動反応優位の典型的な内拡型で内的活動性が高い。しかし被害的な動きに直接つながるような反応を含め、知覚の基本的な歪みは見られない。

カードの変化に柔軟に対応できないなど思考面での堅さが見られるものの、ポピュラー反応が多く、ある程度他の人と同じような見方は可能である。

被害感には投影が働いているが、非現実的で確信的（自閉的）なレベルのものではなく、統合失調症の妄想と区別できるだろう。

---

### 2. 面接経過

主治医からの依頼により、原則として 2 週間に 1 回、計 10 回（約 6 ヶ月間）の面接を開始する<sup>2)</sup>。勤務形態は抑うつに特徴的な日内変動を考え、最初は午後だけの 4 時間勤務（約 2 ヶ月間）から始め、次に午前 2 時間と午後 4 時間の計 6 時間勤務、（約 2 ヶ月間）、そして通常 8 時間勤務となった。面接の 3 つの段階（前期：3 回、中期：5 回、後期：2 回）も大体それに対応している。

なお、ここで紹介することは面接の全てではない。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削除や修正をしている。また E との面接と併行して、上司との面接を計 4 回行っている<sup>3)</sup>。

#### 〈抑うつ〉

- 
- #1
- ・自分は人の上に立つ資格などない、部下に迷惑をかけるだけである。
  - ・係長という肩書きをもらった限り、自分の仕事だけでなく部下をまとめて当たり前。そのため昇級（昇進）であり、それができない自分は最低。皆から嫌われても当たり前！
  - ・6 年前にテニスサークルを結成して以来ずっとリーダーを任されてきたが、最近は全く参加していない。
- 

初回時のこれらの言葉には、出向や昇進が E にとって相当なプレッシャーとなっていたことがよく表れている。抑うつは一般化（合理化）

してもよい場面にもかかわらず、自罰的に受け止め続ける。特に昇進は異例(普通、高卒では考えられないほどの昇進)であると同時に、Eにとっても全く予想できない出来事であった。普通、予測できなかった出来事は外的で一時的なものに帰属するのに対して、抑うつは内的で普遍的なものに帰属し、過度の自責感を持つ。そこで、まず前期は「落ち込むのはEさんだけではない!」や「誰もが落ち込んで不思議ではない!」と一般化を行った。

〈自殺企図〉

- #1 ・今は「死にたいという気持」は全くない。(一回だけを除き、これまで自殺したい気持を実際には行動に移さなかった理由を尋ねると)「せっかく抜擢してもらったのだから」と思っていたので、「何とかやりとげなければならぬ!」と必死だった。  
 ・(職場復帰については)平社員(一般職)に戻してもらったし、勤務時間も考慮してもらえそうなので、何とか続けられそう。

自責感が自殺の歯止めとなっている一方、抑うつと背中合わせになっていた。「自殺だけは絶対しない! 重要な決断は控える! 悪くなつたと思っても、今が最悪の時でこれ以上悪くなることはない。」と述べた上で、「Eさん自身が死にたいと思っているのではなく、うつ病(抑うつ)という病気がそうさせているのではないのでしょうか?」と外在化を行った。

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、Eの場合もロールシャッハ・テストにおいて高い内的活動性を示していた。だからこそ自殺企図の危険性に注意する必要があった。その意味でも、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った。

〈敏感関係妄想〉

- #2 ・外で食事をするのが怖い!  
 ・自分のせいで、よく通っていた食堂や洗濯屋、CDショップなどが店じまいしたんじゃないだろうかとか、喫茶店でも目の前で大きい音を立てられて「もう帰れ!」と言われてるんじゃないだろうかとか…。  
 ・高校生の時にホテルでバイトしてたから宴会を時間通りに終わらせたり、デパートでバイトしてた時も万引のアナウンス(隠語)を知ってたので、カウンターの前で食器をガチャガチャされると「もう帰れ!」と言われてるようで駄目。

「外で食事をするのが怖い理由について、Eさんの話を取り敢えず認めよう。だからと言って、そうでもないかもしれないという可能性を全く否定して生活範囲が狭くなるのは、もったいないのではないか。安心できる生活範囲を少しずつでも広げていこう。」と述べた上で、よく利用する飲食店などを中心とする地図を作成してもらい、現時点でも気にしなくてもよい店が何軒かあることを確認する。それは客の少ない店、静かで落ち着ける雰囲気のお店であった。

さらに、これまで行った店を一つずつ具体的に被害感を持った時の状況、刺激が反応とどう対応しているのかを振り返ってもらい、一緒に検討して行動範囲を広げることができるよう働きかけた。そして「Eさんに対してだけでなく他の客に対しても同じ刺激であるにもかかわらず、自分だけが被害的に受け止めている。」ことを確認し、認知療法への導入とした。

- #4 20才の時、入社して2年目の夏、地元での祭の夜に同級生の友人に車で家にも送ってもらって帰る時に事故を起こした。被害者も同級生で、結局その事故が原因で死亡。同じように車に乗っていたのに、運転者だけが罪に問われて、自分は何も問われなかった。この頃から、悪いことが起こると自分自身のせいであると思うようになった。

4回目には、敏感関係妄想の発症に関与していると思われるエピソードが明らかになる。中期は、それをめぐって認知療法を中心に進め

た。

まず「長い間、しんどさの中で頑張ってきた。」と評価し、「そうならざるを得なかった状態や感情」を受容した上で、「ということは今回の出来事（昇進を伴う出向）があったからはっきりとした形で出てきたのであって、遅かれ早かれこのような状態になったとしても不思議ではないと思うのですが…」と「実際に起こっていることと感じていることのズレ」や「きっかけとなった事実の引きずり方」を指摘する。そして、「被害的になりそうになったら、一旦引いて状況についてよく考えてみる。そのためにも日頃から自分自身の物事の受け止め方の特徴（癖）を知っておく」必要性を確認する。

以下に、認知療法を中心とするアプローチによる変化を、E 自身の言葉として示す。

#3 昼は社員食堂で、夜は○○○や○○○○○  
○（いずれも、いわゆるテイクアウトの店）  
で買って…社員食堂では全く問題がない。一  
回だけ○○に入った。混んでなかったので、  
わりと静かに食べさせてもらえた。

#5 おかげさまで気楽にやらしてもらっている。  
あまり気にならなくなっている。2週間  
前はここでの面接が終わって駅前の喫茶店で  
食事をしたが全くどうもなかったし、○○○  
に行った時も全く気にならなかった。

#6 土曜日は半日以上寝て、日曜日は久しぶ  
りにテニスの練習をした。仕事の方は、いつ  
までに仕上げるというよりそれまでにでき  
る分だけでいいという感じで、忙しいけど慌  
てるということはない。

#7 だいぶ楽になってきた。外でも全くでは  
ないが、ほとんど気にならない。

#8 この前打ち上げがあった時に、隣に座  
った人が次の日に休んだ。でも数日前からず  
っと「風邪気味だ。」と鼻をくすくすやっ  
ていたし、それほど気にはならなかった。以  
前なら当然気になっていただろう。

#9 ・「本社に戻らないか！」と言われたが、  
もう少しここ（出向先）で頑張ってみよう  
と思っている。  
・（笑いながら）若い人間にテニスを教  
えている時や帰省した時に甥らを叱る時の  
口調が、まるで自分に対する上司のよう  
で…。（1ヶ月前から、ずっと中断していたテニ

スも本格的に再開し始めている。）

・ずるさも出てきた。2時間年休（有給休  
暇）を使わないで「ちょっと出かけま  
す。」とだけ言って面接に来た。

最終回（#10）では、「自分だけ生産性が低いし、よく失敗もするし…こんなことを言ったらあれだけど、他の人が失敗するとほっとする部分がある。」と言って、現在の問題として「仕事の能力が低い」、「メンタル面で弱い」、「体力面でも弱い」の3点をあげた。これに対しては、仕事の優先順位づけを提案している。そして「被害的になりそうになったら、一旦引いてそうなった状況を吟味してみる」必要性（#4）を再確認した後、今後、調子が悪くなった時でも・今が最悪の時で、これ以上悪くなることはない・「否定的になるのではなく、無理をしているのではないか」というサインとして受け取ればよいのではないか（リフレーミング）・自分の性格を根本的に変えるのは不可能であり、「自分の性格とどのように折り合いをつけるのか、つきあっていくか」を考えるのが大切ではないか、などを確認する。ちなみに、これらはEに限らず、抑うつのかげに対してよく言っていることでもある。

### 3. パーソナリティ側としての当然一抑うつと敏感関係妄想

「友人の死に関わっているのに、自分だけが何の罪も問われなかった」。この時以来ずっと引きずってきた罪悪感が被害的な形で表れたのが、敏感関係妄想であると考えられる。Eは自分の内にある罪悪感を他者からの非難に置き換えることで、バランスを保とうとしたのだろう。敏感関係妄想は、控え目で内気で相手の気持ちや相手との関係に非常に敏感な性格の持ち主が、一定の対人的社会的状況に直面した時に発症する（荻野、1975）もので、非常に高い理想や倫理観を持っているという点では、メランコリー親和性性格（以下、メランコリーと略記）に酷似している。Eのように引き金となっ

た出来事など因果関係も比較的はっきりとしており了解可能で、統合失調症の妄想とは異なって対応さえ間違えない限り早期に解決する。クレッチマー (Kretschmer, E., 1918) は、敏感関係妄想の発症には性格と体験、環境の3つが関係していると考えた。これは性格と状況との相互関連によって発病するというを示した先駆的な業績 (切替、1981) であり、発病状況論としてテレンバッハの状況性抑うつ理論にも強い影響を及ぼしている。またパーソナリティの発達とは過去からの経験をスキーマとして内在化する過程でもある。E 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? 両親の関係など生育史は明らかではないが、「やっぱり出向までは温室育ちだったのかなあ。」や、小さい頃の記憶として「母の姿が見えないと、すぐに泣き叫んで捜し回っていた。」(#10) といった言葉からは、抑うつ状態に陥りやすいパーソナリティ傾向としてのメランコリーがうかがわれる。

テレンバッハ (1976) はメランコリーの特徴として、几帳面で秩序を重んじる傾向 (秩序指向性) と強迫的なまでに他者からの期待に答えようとする傾向 (対他配慮性) を指摘した。極端に言えば、メランコリーは他者からの期待に応じることによってしか自己の存在価値を確かめられない。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考察した。クラウスによると、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) をするために、それが次第に自我同一性にとって代わるようになって結局、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わけである。つまり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ので、対象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る。」と述べており、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点や、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) 完全な分離かの二者択一的になる点などをあげている。

またメランコリーの背後には強い依存性が認められる。今回は特に筆者から話題として取り上げなかったが、E は面接場面で「させてもらおう」や「してくれる」など受け身的な言葉が多く、これは被害感と表裏一体的なものである。「上司から勧められたこともあるし、話を聞いてもらって少しでも楽になるのならばと思って…」のように、信頼する上司が心配してくれているからといった受動動機を含め、上司に対して非常に依存的であった。後期 (#9) には出向先で頑張ってみると意志表示できる (自律) ようにまでなったが、自律とは役割の相対化であり、与えられた自分を生きるのではなく (役割を絶対的なものとして受け取ったり、過度に同一化するのではなく)、自己の内的な判断や責任において主体的に取り組めるようになることである。たしかに自己評価は他者 (特に自分にとって重要な他者からの) 評価によって規定される部分が強い。しかし「他者が見ている自分」と「自分自身の思っている自分」はあくまで別のものであり、それらを区別して他の人がどう思っているかよりも自分がどう思っているかを重視するように働きかけること (2000、市橋) が必要である。時には「○○○から高く評価してもらえない限り、自分には何の価値もないと思っているのではないですか?」といった質問も効果的だろう。メランコリーの増加は時代の変化と無関係ではない。変化の早さや価値観の多様化などに伴って行動選択の対象となるチャンネルの数も多くなってきており、その中で以前は安定できていたメランコリーが自己の存在基盤を見出せず、自己決定が難しくなるのも当然だろう。

ところでメランコリーと同じように悲哀も対象喪失に対する反応であるが、悲哀が現実的な喪失によって引き起こされるのに対して、メラ

ンコリーの対象喪失は精神内界の無意識的な出来事であるというように必ずしも現実的なレベルのものとは言えない。対象に対する思い入れが強い分だけ、それを失った時の喪失感がさらに強いストレスとなる。失うのは人だけではない。「もの」や「こと」など自分にとって大切であればあるほど、それを失った時の反動が大きい。思い入れは時として思い込みとなって被害感につながる。

#### 4. 自我機能の評価（アセスメント）と認知療法

「係長という肩書きをもらった限り部下をまとめて当たり前。それができない自分は最低、皆から嫌われても当たり前！」。既に初回時のこの言葉の中に、抑うつに特徴的な思考パターンがよく表れている。

特にパーソナリティ側としての当然に認知療法が効果的な理由について、Eのロールシャッハ・テストは極端な内拡型であった。主観的な傾向が強い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必要なわけであるが、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るうではないか。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。またこれができるのも事前評価（アセスメント）の段階で、被害感や妄想など確信的（修正不可能）なレベルから来たものではないという消極的理由だけでなく、自我の強さという裏付けがあったからである。自我は構造的には現実的な働きに関する心の中心領域であり、機能的にはコントロールタワーとして周囲の世界を受け止め（知覚）感じたり判断し（感情や思考）行動を選択する（適応）という一連の過程に関わっている。マイナス部分だけでなく健全に機能している自我や、現在は効果的に機能していないが潜在的に有している自我の強さといったプラス面に注目し、それに基づいた介入を進めること。認知療法という介入はあくまでアセスメン

トという結果の上に成り立っている。

#### 5. 認知療法とフィルター機能、リフレーミング

我々が現実と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、そのまま知覚するのではない。心の中のフィルターを通して知覚しているのである。外界からの情報を自分にとって重要なものとそれ以外のものに分けるのがフィルターの役割であるが、抑うつではポジティブな面がフィルターにかけられてネガティブな面が強調されやすい。自分に対するマイナスの評価だけ集めて「だから自分は嫌われても当たり前！」（#2）と言うのは一つのよい例だろう。しかし、彼ら自身で思っているほど他者からの評価は悪くない。普通にしている限り必ずプラスの評価もあるはずであり、ただ表面に出にくいだけである。

また知覚とは図地関係を成立させる過程でもあり、認知療法における思考の転換は図地関係の逆転（リフレーミング）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して介入することで、それまで地として見えなかった考え方に気づくとポジティブな感情を持てるようになり、さらにどちらも図や地として見るができるという柔軟な見方が可能になる。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。

#### 6. 認知療法と解決志向アプローチ

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る。思考過程を重視する認知療法は、「人間の心は無意識（感情）に支配されており、知的能力（思考）は感情のコントロールには役に立たない。」（成田、2000）という精神分析的な考え方とは逆である。そして、むしろ感情は出来事をどう解釈するかに大きく影響されるとして、原因（思考）と結果（感情）を一方向的に結びつける（直線的因果関係）方法を採用して

きた。これに対して解決志向アプローチは、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（循環論）的な立場を取るため、外在化を除いて因果関係そのものをあまり問わない。しかし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すぎないのではないかという理由から、円環論的に考える傾向（古川ら、2004）が強くなってきている。

固定化したパターンは円環論的で非生産的である。それ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、過去から現在までの時間的流れを追うトラッキングである。特に抑うつの場合、過去にネガティブなスキーマを獲得した状況と似たような状況に直面した時、因果関係にとらわれた思考を重ね、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く。今回は原因としての思考と結果としての感情だけにこだわらず、サイクルワーク<sup>4)</sup>を用いて被害的な心の動き（思い込み）の輪を断ち切ることを目指した。

## 7. 行動変容アプローチと解決志向アプローチ

行動療法の考え方がソーシャルワークに取り入れられて、発展してきたのが行動変容アプローチである。学習理論に基づき、文字通りクライアントの問題行動の変容（変化）を目的とする。また精神分析とは違って、クライアントのパーソナリティよりも行動を重視する。精神分析のように問題の背景にある心の動きを明らかにするのではなく、あくまで行動面での変化を目指している。

問題を理解し変化の目標を設定するためには、問題行動について具体的に調べることから始めなければならない（アセスメント）。これが行動のベースライン測定と言われるものであり、①まず問題行動が、いつ、どこで、どれくらいの頻度で起こっているのかを明らかにする。②次に問題行動がどんな状況で生じ、その

結果どんな状況となったのかという流れをつかむ。③そして問題行動に影響を与えている刺激を見つける。以上の手順で行われる。また問題は明確に定義されなければならない。例えば「反抗的な態度」という問題について、どんな行動を指して「反抗的」と言うのか？ 誰に対して反抗的なのか？ どうしてそれが問題なのか？ いつ頃から問題になってきたのか？ 問題が全くない時はないのか、あるとすれば、それはどんな場面なのか？ 効果的な介入を進めるためには、アセスメントの段階で具体的な行動の記録が必要である。

行動変容アプローチと解決志向アプローチの共通点は、どちらも具体的な行動を重視するところから明確性と客観性の2点に集約されるだろう。目標を設定しやすいし、そこに至るまでのプロセスも明確である。行動という測定可能なレベルから、ある行動が何回起こったかのよう数量化して表すので、変化を客観的に評価することができる。行動を具体的に追うことで問題でなかった状況が明らかになれば例外の発見に、課題とする行動に優先順位をつけることができればスケールリングにつながるだろう。あるやり方でうまくいくなればそれを続ければよい（正の強化）、うまくいかないならば別のやり方を工夫すればよい（消去）。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、認知療法とも無関係ではない<sup>5)</sup>。一般化や外在化、例外の発見といった技法は、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、新しいやり方を発見する可能性が高く、解決に結びつきやすい。今回共同作業としての面接をスムーズに進めることができたのも、被害感を持った時の状況について刺激はどんなもので反応とどう対応していたのかを一緒に明らかにしようとしたからであると考えられる。



### Ⅲ ソーシャルワークへの適用可能性 ——ライフモデルの立場から——

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という場合（出来事側としての当然）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という場合（パーソナリティ側としての当然）がある。そして今回はパーソナリティ側としての当然に注目した。しかし最初にも触れたように、2つの当然は決して相互排他的なものではない。出向や昇進がなければ問題は起こらなかったかもしれない（出来事側としての当然）、それらがなくても出現したかもしれない（パーソナリティ側としての当然）。「今回の出来事があったからはっきりとした形で出てきたのであって、遅かれ早かれこのような状態になったとしても不思議ではないと思うのですが…」(#4)。筆者のこの言葉も、この点を意識していたからである。

#### 1. 危機介入との関係

抑うつに対する介入は、危機介入の観点から見ることでもできるだろう。危機には誰にも起こり得るレベル（出来事側としての当然）の危機と、個人レベル（パーソナリティ側としての当然）の危機がある。そして危機的な出来事に対する受け止め方には一定の段階がある（一般的アプローチ）として、これまで各段階で特徴的な感情や行動に応じた介入が試みられてきた。この段階説は身体障害領域の受容概念を喪（悲哀）の作業のように心理的なレベルまで広げて考えることができるという可能性を示した。しかし一方では、段階説に対する批判も多い。また危機介入には、内的世界や対人関係に注目する方法（個別的アプローチ）もある。個別的アプローチは長期療法とは異なって個人の過去にはあまりこだわらないし、危機とは関係のないエピソードは取り上げない。この点で解決志向アプローチと共通している。今後これらを課題

として、危機介入との関係について検討していきたい。

#### 2. ライフモデル

抑うつかどうかはすぐに判断できても、背後にあるパーソナリティを即座にかつ正確に把握するのは簡単ではない。その中で、やはり時間を要しても生活上の出来事と関係づけながら介入を進めることが大切である。またこれは時間的視点からの発達を軸とする縦断的な見方であるが、加えて発達に伴う生活空間の広がりとしての横断的な見方も必要だろう。その際の大きな支えとなるのが、ライフモデルである。

ソーシャルワークでは1960年代に入ると、人々の生活状況や社会生活を重視し、問題を個人だけでなく回りとの関係の中でとら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。ソーシャルワークは利用者（クライアント）に働きかけて悪い部分を改善したり環境に働きかけて障害を取り除くといった消極的なものではなく、彼ら自身の成長や変化のような積極的な面にもっと注目すべきである。この主張は「変わるべきなのは個人か、それとも社会か？」としてきた従来の視点とは対照的なものであった。

ゴードン（Gordon, W. E., 1969）やジャーメイン（Germain, C. B., 1973）は、ソーシャルワークの独自性は人間と環境の接触面（interface）にこそあると考えた。そして生態学の基本的な考え方である交互作用を積極的に取り入れることで、ライフモデルの体系化を目指した。「交互作用（transaction）」には一方的な因果関係である「相互作用（interaction）」とは違って、相互的な因果関係である「互いに影響しあう」の意味がある。診断主義に代表される従来の方法では、問題を個人のパーソナリティに帰するか社会的な環境に帰するかは違っていても、原因と結果を一方的な法則性で結びつける直線的因果論的な見方であるという点では変わらなかった。これに対して交互作用では、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(小島、1992)という円環論的な視点に立つ。

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する対処能力を向上できるように利用者を援助することである。したがって介入の対象も「利用者か、それとも周りか」ではなく、「利用者と周りを含めた全体」になってくる。またライフモデルでは、ストレスも人と環境の交互作用から生じたものと見なし、両者のバランスが崩れた時に生活上の問題として表面化すると考える。ストレスサとなる生活上の変化には ①発達の変化 ②役割や地位の変化、危機となる出来事 ③偶発的危機(久保、1986)などがあるが、①はライフサイクルにおける危機と同時に病気への準備状態(パーソナリティ体制)でもあると考えられる。また②や③はこれまでの心理的安定を脅かすストレスサであり、出向はまさにそれに該当するだろう。なお、抑うつは予想できない出来事に対して過度の自責感を持ちやすいことは先に述べたとおりである。

### 3. まとめ

今回、解決志向アプローチと認知療法や行動変容アプローチの共通点に注目した。この共通点は、ライフモデルを基盤とするソーシャルワークを進めていく上で強い推進力になると期待できる。解決志向アプローチは、円環論的な視点をサイクルワークやトラッキングなどの技法として取り入れてきた。サイクルワークは因果関係的に問題(原因)を探るのではなく、あくまで将来の解決につながるものを見つけるための技法として位置づけられる。問題は問題にとどまらない。問題は課題でもあり、そこには過去よりも現在の、さらに将来に向かっての変化の可能性といった積極的な意味が込められている。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、それは認知療法で言うスキーマである。また人間は環境の影響を受けるだけではなく同時に環境を変える存在であり、この意味で環境は決して固定的なものではない。津田(2004)も「人間行動と環境との関係を重視した行動療法が、人と環境との関係を重視したソーシャルワークの中で実践的価値の高いものとして再認識される…」ことを強調している。しかし考えてみれば解決志向アプローチにしても行動変容アプローチにしても、解決志向セラピーと行動療法がそれぞれソーシャルワークに取り入れられ発展してきた経過からして、ライフモデルの考え方が強く反映しているのは当然と言えば当然だろう。

現在サイクルワークを参考にしながら発達を縦軸に、発達に伴う生活空間を横軸としてジェノグラムとエコマップの両方が一目でわかる図の作成を試行錯誤中である。空間的にも時間的にも広く高い視点から見ることができ、しかも共同作業としての面接を進めることができるようなものを追究していきたい。

ジャーメイン(1973)は、ライフモデルの登場によって「個人-状況」の伝統的な視点が洗練されたと述べている。伝統的な視点が具体的に何であるかについてジャーメイン自身は特に言及していないが、リッチモンド(Richmond, M. E.)を指しているのは明らかである。またソーシャルワーク領域だけにとらわれないならば、その中に性格-状況反応論や発病状況論を入れることもできるだろう。武本(2003)によればメランコリーには「状況を内に含んだ」という意味が込められており、テレンバッハはこの言葉を使うことで「個と環境」という二項対立を克服しようとしたと考えている。このように医学モデル、ライフモデルという違いはあっても、性格-状況反応論や発病状況論の基本的な考え方は交互作用と決して矛盾するものではない。

症状が日常生活を送って行く上で、どの程度

の障害 (dysfunction) となっているかを具体的に一つひとつ確かめながら介入を進めていくのも大切だが、それ以上に症状を抱えながらも何とか仕事や生活を続けることにこそ意味があるだろう。医学モデルに基づく医療という場で、どれくらいライフモデルからの視点を持ち続けられるか？ そして、いかに効果的な介入を進めればよいのか？ 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が変わりはない。問題を病気のレベル (疾病性) だけでなく生活上の課題として見ることで、初めて個別的な理解 (事例性) が可能となることだけは言えるだろう。

#### 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Ⅱ－認知療法や行動変容アプローチとの併用を中心に－」というテーマで、2005年10月、日本社会福祉学会第53回全国大会 (東北福祉大学) において報告した (共同研究者：杉本敏夫)。

#### 注

- 1) ケース名のEは、出向や転勤、転籍などを契機とする抑うつケースの中で、特に筆者が関わったのが前回のAから数えて5番目であったことから来ている。
- 2) 小柄であるが、いつも背筋をしっかりと伸ばした姿勢で、一糸乱れぬ服装が印象的であった。また上司によれば、現在Eは出向先に残って課長として活躍中であり、結婚して子どもも二人いるとのことである。
- 3) Eの上司は出向前と出向先の両方の人事を統括する立場にあった。Eに限らず、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は多い。なお、上司の役割についてはまた別の機会に述べたい。
- 4) サイクルワークとは、パターン化・固定化した問題行動を図として視覚的に理解しやすい形で表したものの、あるいはその技法である。
- 5) これが「認知行動療法」と称される大きな理由であろう。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た。したがって、本論文では敢えて「認知療法」に統一している。

#### 文 献

- Arieti, S. & Bemporad, J.: Severe and Mild Depression. Bssic 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.)
- 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.)
- 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.
- Gregory, J. M.: The Rorschach Factor Structure. -A Contemporary Investigation and Historical Review. Journal of Personality Assessment. 59, 1. 117-136. 1992.
- 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.
- 市橋秀夫：私のうつ病の再発・再燃防止策 精神科治療学 15-2. 155-158.1991.
- 切替辰哉：精神疾患の性格因 金剛出版 1981.
- 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.
- 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.)
- Kretschmer, E.: Der sensitive Beziehungswahn.

- Springer Verlag. 1918. (切替辰哉訳『敏感関係妄想』星和書店 1979.)
- 久保絃章：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.
- 成田善弘：抑うつと心的外傷 河合隼雄他編 心的  
外傷の臨床 (臨床心理学大系第17巻) 77-  
95. 金子書房 2000.
- 荻野恒一：敏感関係妄想 加藤正明他編 増補版  
精神医学事典 569-570. 弘文堂 1975.
- 岡本民夫：ライフモデルの理論と実践 ソーシヤ  
ルワーク研究 第16巻第2号 86-92. 相川書  
房 1990.
- Orme, D. R. : Rorschach Erlebnistypus and Problem-  
Solving Styles in Children. *Journal of Personality*  
*Assessment*. 54-2. 412-414. 1990.
- 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.
- 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.
- Tellenbach, H. : *Melancholie*. Springer, Berlin. 1976.  
(木村 敏訳『メランコリー』みすず書房  
1978.)
- 津田耕一：ソーシャルワークにみる行動療法アプ  
ローチの意義 行動療法研究 第29巻第2号  
119-132. 2004.
- Zautra, A. J. : *Emotion, Stress, and Health*. Oxford  
University Press. 2003.