

講義及び実習、最後のミーティングである。

各教材は、必要に応じて、工夫して使うことが可能である。そして個人であれば治療援助者からの働きかけをするが、グループであれば、クライアント全員で同一の出来事を扱い、個人演習の後、全員のディスカッションでそれぞれ自分の記入内容を発表してもらうようにする。そうすることで、多様な視点や考えかた、心身・行動の反応の差異を知ることができるので、認知行動療法の効果としての多様で柔軟な思考法、脱中心化といわれるものが育成されやすい。ただし集団でのディスカッションでは、発表の強制は好ましくないので、自発的な発表者からの発言で行うことに留意する。さらに重ねて同じ教材①を使って、各クライアントが整理したい出来事を扱うようにすると、個人の問題にも取り組むことができる。また例えば教材⑤⑥では、⑤で各自がチェックした後、集団で多くのクライアントに見つかった認知の偏りについて、⑥で全員で取り組み、①と同じように集団の利点を活かすようにして、その後各自の偏りに取り組むという方法もよいと思われる。

治療的援助については、集団療法の場合に援助形態は集団であるが、ホームワークや個人演習場面でのフィードバックでは、クライアント個人への治療的働きかけを行う。したがってここでは、集団療法の利点と個人療法の利点との双方の利点を併せ持つ治療的援助が行われ、クライアントへの効果的働きかけが可能となる。また当院では、この集団認知行動療法参加者には、1回のカウンセリングを希望により受けている。集団療法の場合だけでは扱いきれなかった個人の問題を整理したり、必要な治療的

援助をするための場として効果的だと考えられる。また集団認知行動療法だけでは回復が難しいのではないかと推測されるクライアントには、スタッフの方から個人カウンセリング併用への導入をはかる場合もある。

当院での実践では、グループ人数が10名まで、スタッフは、精神科医師1名の統括管理指導の下、臨床心理士2名が具体的な治療的働きかけを行っている。

2. 当プログラムの適用：うつ病により長期休職を繰り返した2つの事例

1) 事例A：A氏 男性40代 休職3回

①事例の概要

安定した企業のエリートコースに乗り、多忙な部署で休日も返上するように勤務していたが、X年暮れに手のふるえ、頭痛、不安・焦燥から1回目の精神科受診、うつ病の診断を受けた。職場でも業務を減らしてくれるなどの対応があり、2ヶ月服薬して軽快した。X+1年4月比較的ゆったりした職場に異動となり、そこでの2年間は問題なく過ごした。X+3年4月異動してしばらくすると、動悸やうつ気分、席にじっと座ってられないなどの状態が続くようになり、同12月2回目の精神科受診・服薬となった。調子が回復しないまま、X+4年4月気楽にできる職場に異動となったが、すぐに出社できなくなり、1回目の休職となった。X+5年2月から職場の1ヵ月半の復帰プログラムを開始、同4月復職した。1回目の休職期間は12ヶ月であった。

しかし4月も2日勤務したのみで再び出社できなくなり、2回目の休職となった。3ヶ月の休職で、同7月より復職したが、休みもたびたびで、年休を使い果たすと欠勤

も増えていったため、復職7ヶ月後のX+6年2月より3回目の休職となった。

その後通院服薬して療養するも体調は好転せず、毎週のように新しい薬が増えてしまいが、異常な喉の渇きと顎の動きがおかしくなったり落ち着かず徘徊するといった症状が出現した。処方度を何度か変えられたが、その度に他の症状に変化するだけで軽快する様子がなく、入院治療を勧められるようになってしまった。

同X+6年5月当院を受診したが、A氏は入院ではなく外来通院での治療を強く希望したため、通院での薬物療法にて治療を開始し、やや落ち着いたところで復職支援デイケアの利用も勧めて、同7月より週1回半日からの参加となった。参加に当たっての面談でA氏は、「出世コースから外れてしまったことを思い出しては、自分が負け犬だと感じて自分を責め、イライラ感が強く、家族に当たってしまったりする」と述べた。デイケア参加によって、同じような状況の仲間との交流が得られ、孤独感がなくなったと表情がやや明るくなった。同年秋にはうつ気分もほとんどなくなって(図1)、生活態度にも積極性がみえ、復職をあせるような言動がふえたが、たびたび休職を繰り返していることから復職への精神的準備を慎重に図る必要があり、集団認知行動療法への参加を勧めた。

X+7年1月より集団認知行動療法を開始した。他方復職への不安がなくならないため、同2月ロールシャッハテストを主とした心理検査を実施した。その結果をフィードバックしたところ、A氏の希望もあったので、カウンセリングを平行して実施することになった。集団認知行動療法での気付

きが、カウンセリングにおいて勤務時の不調のからくりを理解していくことにつながり、内的な作業が順調に進んでいった。

同年4月職場の上司・健康管理室スタッフと主治医およびA氏の話し合いが行われて、5月中旬から健康管理室への週3日の出勤練習、6月一杯のリハビリ出勤(復帰予定の職場での慣らし勤務、多くは軽減勤務の形態)、7月からの職場復帰と決まった。リハビリ出勤は、1週目午前のみ、2・3週目午後3時まで(この週でデイケアは終了)、4・5週目午後5時半まで、というスケジュールであった。またA氏が休職となった職場からの異動を強く希望したため、会社側が柔軟な対応を図り、休職前と同じ部署内ではあったがA氏の経験のある業務への異動を認めてくれた。これもA氏の気持を楽にし、復職をスムーズにしてくれたようであった。結果として3回目の休職は1年5ヶ月にわたるものとなった。カウンセリングは引き続き月1回8月まで続け、フォローアップに10月に1回と計13回で終了した。勤務上ではほどよくセルフコントロールができるようになっており、薬物療法のフォローをうけつつ、1年半後も順調で、前向きな明るい様子で経過している。

②集団認知行動療法を中心とする復職への経過

集団認知行動療法の教材①から⑥までの、認知をめぐる4領域の循環的相互作用と自動思考の適応的修正に関わる部分では、仕事でのストレスから身体症状が出ていたと気付くことができ、身体からのケアで気分を変えられることを理解して、自分から積極的に運動を取り入れるようになった。し

かし集団認知行動療法参加後に起こっていた頭痛に対しては、これまでと同じように頑張りすぎて疲れたのかという認識にとどまっていた。教材②③④（人生観・価値観チェック、人生の不満足体験と自動思考）では、最も大事にしている価値観として『社会的に大きな成功をおさめること』『人の役にたつこと』『人生に負けるわけにはいかない』を選んだ。教材⑥（認知の偏りと適応的思考）では、時に完璧主義について周囲から指摘されることがあっても、批判と受け取るだけで、自分を変える必要性は感じていないようであった。しかし失敗は許されないといつも緊張・不安があり、心身ともに元気になっているのに復職には不安が残っている、という訴えが続いていた。この時実施された心理検査の際には、「理想と現実のギャップに苦しんでいるが、これを考えるのをやめたら調子がよくなってきた」と述べていた。

教材⑦（スキーマチェック）後の検査結果フィードバック時には、「誤ったスキーマから理想が作られている可能性がある」と聞いたので、それを考えてみたい」とカウンセリングへの希望があった。集団で行う認知行動療法だけでは、A氏の問題を掘り下げていくのには不十分だと推測されていたので、この希望をよいタイミングとして2週に1回程度のカウンセリングを導入した。A氏が復職せねばと思いつつも不安や焦りを高まらせていた時期であり、集団認知行動療法での刺激が今までの自分が本当にこれでよいのかという振り返りを促していたことが、A氏のカウンセリングへの意欲となって、内面理解への原動力となった。そして教材⑧（スキーマの特定）、⑨

（スキーマの違いによる相互作用の差異）では、「スキーマが信念という形で問題を起こす?!」、「信念が誤っている（適応的でない）こともある?!」と驚きをかくせず、カウンセリングでは「頭を殴られたようなショックを感じた」と述べた。ここではじめてA氏が、自分のスキーマというものに対して知的な好奇心ではなく、現実の自分の問題として真剣に取り組む積極性を見せるようになった。病弱だった自分は常に周囲から世話をされる立場であり、仲間と対等になれずに常に劣った存在だと思ってきた、相手に勝って始めて自分が対等な立場になれるはず、だから『人に勝つことでしか、自分の存在意義を証明できない』『人生に負けるわけにはいかない』『失敗してはならない』という信念で生きてきた、とカウンセリングで語った。この週に集団認知行動療法で出されていたホームワークを翌週すっかり忘れていたということがあったが、その後のカウンセリング終了時には「これまであんな風に忘れたということは経験がない、自分と向きあっているんなことが見え始めて、自分の心がすごく動揺してざわめいていたせいだと思う」と語っている。

教材⑩⑪⑫（スキーマ攻略の6ステップ）では、「完璧主義は負けられないための無敵の方法だと信じてきたが、それがトラブルを生み出していたのか?!」、「自分の『社会の役に立ちたい』という信念が、実は人から感謝され認められたいだけではないか」と内省を進めていった。その後「自分の劣等感に気付くのが嫌で、内面を考えるのを避けてきたみたいだ」「挫折した自分を認めていなかった」「出世することが目的化

していた」、また休職になった時のことを整理していく中で、「今まで自分が考えてきたことは、自分が自分の弱さを許せなくて都合のよいストーリーをつくってきただけではないか」「独り相撲で敗者だ、負け犬だと思い込んで、孤独になって行ったんだ」など洞察を深めた発言が聞かれた。そしてリハビリ出勤を考え始める頃には、「自分がうつ病になるべくしてなったことがよくわかった」「修正法を学んだから、再発させずにやれると思う」とうつ病に対する無力感と不安を軽減させ、今まで常に感じていた緊張・不安・頭痛がなくなったと驚いた。『失敗してはならない』に対する新しい修正スキームとして『失敗を恐れず、リスクを取って一歩前へ』を復職へのモットーとしたい、さらに『周りとは張り合わなくていい、自分は自分』を考えたが、すでにこれは大分そうだと思うようになっていと述べた。

リハビリ出勤では、「不安のない状態がこんなにも楽なのかと驚いた、いつも自分は臨戦態勢でいたんだろう」と自分の変化と振り返りを語って、順調に復職となった。2ヵ月後のフォローアップのカウンセリングでは、「病気になる前より元気」で、「笑顔と大きな声での挨拶を心がけている」と明るかった。集団認知行動療法について、「集団認知行動療法で、誤ったスキームが信念となって問題を起こすと聞いて、頭を殴られた気がしたが、これが自分に気付くチャンスを作ったと思う、ありがたかった」と自分で変化の契機をまとめてみせた。最後に今後の課題を問うたところ、「完璧主義のコントロールが大事だと思う、取り組んでいきたい」とのことで、自分の継続勤

務のためには何が必要かという認識が、明確になっていると考えられた。

2) 事例B：B氏 女性40代 休職2回 ①事例の概要

B氏は外資系会社で、能力評価において男女差の少ない職場で働いている40代の女性である。X年9月の異動を契機に不安、焦燥、抑うつ気分が出現し、判断がまとまらない状態になった。同年10月精神科クリニック受診しその後も通院・服薬していたが、病状は悪化して出社できなくなり、X+1年7月より第1回目の休職となった。地域の復職プログラムに5ヶ月通い、X+2年5月より復職した。1回目の休職期間は約10ヶ月であった。

しかしながらX+3年春には、気分も不安定で、不眠、不安も出現し、6月に当院精神科に転院、以後通院・服薬となった。時に不安焦燥、抑うつ気分が出現し、判断の要領が悪く、思考のまとまりが悪くなり、困惑状態になることがみられたため、同年10月より2回目の休職となった。

休職後ほどなくして10月終わりより当院復職支援デイケアを導入した。過眠・過活動傾向や軽い買い物依存的行動などもみられ、まず生活リズムづくりのサポートと、継続参加を当面の目標として、週2回半日ずつから段階的に参加日数を増やしていった。復職に関しては「年度内に考えようと思うが、自分としてはまだ準備ができていないので、年度内にデイケアを無遅刻無欠席で来れたら、主治医に復職をお願いしようかと思う」という発言が聞かれていた。同年12月より集団認知行動療法の導入を開始した。抑うつ症状はまだ強い状態であり(図3)、デイケアのない日は、ほとん

ど寝ているとの事であった。

X+4年春ごろは、自ら朝通勤電車に乗って会社最寄の駅まで行って帰ってくるという出勤準備的行動も時折みられたが、それ以上の行動には進まない。抑うつ症状は大分緩和されてきていたが、デイケアのない日には相変わらず終日寝ているなどの過眠が続いており、過食や衝動買いもコントロールできないでいた。同年5月、集団認知行動療法を担当していた筆者から、集団認知行動療法でのことを基としていろいろ考えようと勧めて、カウンセリングを導入した。おおよそ2週に1回のペースであった。

X+4年8月に、主治医より「そろそろデイケアを卒業しよう」と言われて喜んだが、他方で復職への心理的準備が不足しているという不安を訴え、集団認知行動療法での気づきをカウンセリングで自ら振り返ろうとする積極性を、ようやく見せ始めた。産業界との面談を踏まえて、9月に人事と主治医とB氏の三者面談でリハビリ出勤の話合いが行われた。同年9月末からリハビリ出勤開始とし、2週間4時間勤務、2週間6時間勤務、その後4週間8時間勤務で残業はしない、という段階的リハビリ勤務となった。集団認知行動療法は9月いっぱいの3クール目の途中までの参加で終了、その後デイケアも終了した。リハビリ勤務は問題なくこなし、同年12月より正式な復職となった。この2回目の休職期間は1年2ヶ月であった。以後薬物療法と数週間毎のカウンセリングを継続しつつ、2年余の勤務を継続している。

②集団認知行動療法を中心とする復職への経過

集団認知行動療法1クール目は、いろい

ろなワークシートによる個人演習では困惑した様子が見え、それに基づく集団ディスカッションでも他人事のような態度で聞いているだけで、欠席することもたびたびであるなど、ほとんど効果が感じられない状態であった。その後の聴き取り調査では、その時の状態を「心が動かない」「心に響くようなスキーマが出てこない」、またワークシートへの取り組みで言葉が出てこなくて大変で「集団認知行動療法で頭が壊れかけていた」と表現し、「グラグラはなかったけど」と内面の動揺を否定している。しかし周囲のメンバーからの聴き取りでは、B氏の動揺は明らかだったと語られており、ここでも自分の内面の不安・動揺を否認しているB氏のあり方が示されているとみられた。しかし他方ではグループであることよさを度々述べるなど、グループに受け入れられていることが大きな支えとなっていたことがうかがわれた。

集団認知行動療法1クール12週のあと、補助グループとして、4週間のソーシャルスキルグループにも参加しているが、そこでようやく自分の人間関係について具体的に考えるような面も見えてきた。「自分の考えている自分イメージと現実の自分との差があるのかと思った」という発言があり、さらに「コミュニケーションの相手が違くと自分の態度が違っていることがわかった。ということは、自分のコミュニケーションのやり方を変えられるということじゃないか、自分が変わるのかと思った」と述べた場面もあったのは、B氏が徐々にでも変化していく可能性を感じさせるものであった。

X+4年4月からの2クール目は、大きな

変化が始まった時期であった。スタッフ側も B 氏の変化の始まりを感じて、より積極的に集団認知行動療法を生かすように、グループで取り組む場合に、B 氏の問題に寄り添うようなケースを設定するように工夫した。例えば教材①（認知をめぐる 4 領域と循環的相互作用）の心を揺らす出来事を、[病気で休んでしばらくぶりに入社したら、自分の担当業務を後輩がやっていた。課長には、ゆっくり身体をならしてくれればいから、と言われた・・・]とした。B 氏はまだまだ自分からこうした出来事に取り組むことはできないように見えたが、グループ全体でやることでメンバーからの支えを感じつつ、半分他人事のような気楽さでできる部分も B 氏には取り組みやすいと思われた。さらに他のメンバーがどのように考えるか・行動するかというディスカッションが、多様な考え方や異なる視点からの考え方などを知るチャンスとなり、認知行動療法の主要な効果と言われる、認知の多様性と柔軟性を身に着けていくために役立つと考えられたからである。B 氏はその日のミーティングで、「今日の職場復帰したときのサンプルケースは、自分が 2 回目に倒れたときの状況と同じだった、その攻略法としっかり取り組みたい」と前向きな姿勢を表現できた。

また教材②（人生観・価値観チェック）と教材③・④（満足体験と不満促体験の自動思考・気分）での展開では、1 クール目と異なり積極性が増したように見え、大事にしている価値観を 3 つ選ぶ際には『人の役にたつこと』『意義あることを成し遂げること』『人に認められること』を取り上げ、それについての③満足体験と④不満足体験

のワークシートにしっかりと取り組むことができた。その後には、「自分には意識できてないことが沢山あるのかもしれない」とか「自分の中で、これまでのできごとの整理がきちんとしていないな—と思った」という発言があった。B 氏が否認・回避という防衛を多少緩めることができるようになったことがうかがえ、それには集団からのサポートがしっかりと感じられていることが大きいと思われた。後の聴き取り調査で、特に 2 クール目の状況について「終わった後そのまま帰るのは重たい気がしたけど、みんなで集まって、今日もなんとなく疲れたねという感じで話して、通じる相手がいるのがよかった。今日のこれはグサツときたねと直接話す人はあまりいなかったけど、仲間との気分の共有が気持を楽にした。」「私は人と関わるのが苦手で、深く関わらないようにしているけど、1 対 1 じゃなくて、私の殻さえ破れば普通にお付き合いができる。だから、こういう仲間ができてホントによかった。みんなで支えあえたと思う」と述べている。

この時点ですでに休職 8 ヶ月目に入っていたが、こうした氏の前向きな変化を活かして、復職へ向けての大きな力とするために、カウンセリングの導入をはかろうとした。集団認知行動療法を担当している筆者から、「ちょっと整理をお手伝いしましょうか」と軽く誘い、予備的面接を 3 回ほどすると、B 氏の詳細な職歴が語られて、そのバリバリとやっていた時代と、うつ病を巡る失意の時代との対比もよく見えてきた。それを十分に傾聴・共感した上で、「集団認知行動療法での気付きを基にして、何が起こったのか、どうしてこんなことになっ

たのか整理して、復職への対策を考えませんか」と改めて2週に1回程度のカウンセリングへと導入した。

教材⑦（スキーマチェック表）は、1クールの中で時期をあけて3回チェックをしてもらうが、2クール目の始めの1回目ではほとんど意識されていなかった項目で、6週後の2回目で50～80%のレベルで確信していると変化したものが目立った：『私は邪魔者だ』『人に愛されたり、必要とされなければ、生きる意味がない』『私はいつも人期待を裏切ってしまう』などであり（それらはそろって3回目の10週後には80%以上の最高レベルへと変化した）、そして『自分は人よりも特別な扱いを受けて当然だ』という自己愛的傾向を感じさせるものも含まれていた。教材⑧（スキーマの違いによる相互作用の差異）では、『私はどうせ駄目な人間だ』と『私はうまくやれる人間だ』という相反するスキーマを取り上げて、仕事のミスを上司に注意されたという出来事に対しての4領域表に取り組んでもらった。ここでもB氏に寄り添ったケースでもあったので、ワークシートには現実味のある自動思考が記入されるようになった。「なるほどスキーマが違くと、こんなに考え方も気分も行動も違うのかと驚いた、ビックリした」と感想を述べた。

教材⑩から⑬（スキーマの攻略1～6）では、スキーマ『人に愛されたり、必要とされなければ、生きる意味がない』に取り組んだ。教材⑪（攻略3；例外体験探し）では、「例外体験を探して書き出していると、結構私やってるじゃんと気付いた、全然ダメ人間じゃないと思えた。自分を褒めてあげようと思えた」との気付きがあった。最

終的にスキーマにやられそうだと感じた時に、それに対抗して前向きになれる現実的な新しいスキーマを作り上げてもらうが、B氏の新しい適応的スキーマは『人に愛されたり必要とされることは、人生の喜びである』『自分にエール！自分にスマイル！』であった。教材⑬（新スキーマ確信度）では、確信度が40となっており、まだまだこの新しいスキーマが有効とまではいえない様子であったが、その後に「認知療法のキーワードは、『柔軟性』と『とらえ方次第』ということだとわかった」と発言しており、まさしく認知行動療法のめざす脱中心化の効果を体験理解していることがわかり、非常に印象的であった。

X+4年8月からの3クール目になると、グループでの最古参となり、周囲の仲間が復職していく中で、B氏も自分も何とかしないとという焦りが強まってきた。集団認知行動療法を中心にして、カウンセリングが相乗効果をもたらすようにと、カウンセリングでは職場での失敗体験・傷ついた体験を中心に、4領域表を意識して整理し、スキーマとの関連で自分に何が起こったのかを理解できるように進めた。「自分について、わたしはちょっと過大評価しているのかもしれない」「私は休職してからも、考えるのが辛くて寝逃げしていた」という気付きもみられた。このようにカウンセリングでは自分の体験を少しずつ見つめる態度が見えてはきていたが、自分から進んで自主的に考えるという姿勢は乏しく、やはりカウンセリングの場でサポートしながら解明していくことが必要と見られた。平行して復職への話が起こってくると、毎晩のように菓子作りに没頭し、夜遅く試食会を

して甘味の過食が続いたり、買い物依存的行動もぶり返してきた。9月になってリハビリ出勤のスケジュールが決まると、吐き気や頭痛といった身体症状や、過眠が目立った。カウンセリングでは、B氏が受け入れられる範囲で活性化されそうなスキーマとそのトラブルを話し合い、それに対する対応法として『私結構やれてるジャン、できてるジャン』と自分をほめたり、『マイナスからの出発なんだから』と気負わない、『何かあった時「でも待てよ」と自分を振り返り、一人認知療法をやる』という新しい認知的受け止め方と対処法を考え出した。このような前向きな取り組みを経ながら、9月末にリハビリ出勤が開始された。

図3にみるように、認知行動療法に参加して後、抑うつ度をみるBDI-IIの得点は順調に低下していったが、これは基本的にデイケアへの参加による生活リズムがついてくると仲間を得たことによる効果も大きいであろう。2クール目の中盤からやや上昇しているのは、やはりスキーマに気付きはじめ、自分の振り返りが進み始めたことと関係している可能性がある。他方GSESによる自己効力感得点が低下気味であるのは、自分を過大評価していたのか？という気付きによって、自己評価の揺れを起こしており、さらにリハビリ出勤開始に向かって、自信がぐらついていた様子がみえる。

以後は過活動傾向や身体症状が出たり、菓子作りが止まらず、過食や買い物依存も見え隠れしていたが、月1回のカウンセリングで整理して、対応も一緒に考えるようにしていくと、遅刻はしても突然の休みはなく、同12月には正式な復職となった。

1年後の状態は、気分の浮き沈みはあり、

業務遂行能力はクライアント自身の感触において80%程度の回復とのことであったが、徐々に任される業務も増えていった。2年後においては、気分の浮き沈みや仕事上の多少のトラブルがあっても、自分で整理して柔軟な考え方と対応ができるようになってきているが、そのためには数週間毎のカウンセリングでのサポートが必要な状態とみられた。その後も薬物療法とともに、カウンセリングによる援助が継続されている。

D. 考察

1) 事例Aについての分析と考察

①事例A：うつ病発症の契機と長期休職を繰り返した要因

集団認知行動療法およびカウンセリングにおいてA氏が見つけ出したスキーマも含めて、今回特に問題となったのは、中核的スキーマである『自分は劣っている』『自分は意味のない存在だ』であり、条件的スキーマは『人に勝つことでしか、自分の存在意義を証明できない』である。またA氏が常に意識していた行動ルールである自己教示的スキーマは『失敗してはならない』『人生に負けるわけにはいかない』であるが、こうしたスキーマから仕事上でも常に失敗を恐れて強い不安を感じており、この不安を徹底した完璧主義により防衛していたと考えられる。

発症の契機となったのは、多忙な部署で出世コースに乗っている状態にうれしさを感じつつも、ミスがあってはならないと徹底的な完璧主義で業務をこなしていた時期に、周囲の人よりもさらに長時間の仕事をする必要があり、休日を返上しても仕事に間に合わないような状態に追い詰められたことであった。自分が納得するまで仕上げ

られない状態で提出することに強い不安全感を感じると共に、ミスがあるのではないかと、不十分な仕事ではないかという強い不安が拭えなくなった。このように同僚のように業務をこなせない自分に対して、『自分は劣っている』、『(敗者になった)自分は意味のない存在だ』というスキーマが活性化したと考えられる。頭痛、不安・焦燥、手の震えなどの症状が出現したが、1回目の精神科受診でうつ病と診断されて服薬し、職場の配慮から業務を軽減されたことで、2ヶ月ほどで軽快した。この時A氏が意識したのは、激務により肉体の限界を超えた状態である自分と、同僚たちのように短時間睡眠で足りる体力がないことであり、共働きだから家事を手伝うべきだという妻への強い不満であった。

その後X+1年4月に比較的ゆったりとした職場に異動となり、2年ほどは順調に勤務した。後にA氏自ら、この職場では周囲が自分ほどの能力のない人々で、自分が彼らより優秀だから『自分は勝者だ』と感じていたために、不安を感じずに仕事できていたからだ、と振り返っている。

X+3年4月に異動すると、新しい業務について他の人に聞くことは自分の無能さと取られるように感じて質問できず、前例の中から答えを見つけようと調べつくしているうちに、本来の自分の仕事に取り掛かるまでに疲れきってしまうような仕事ぶりとなった。その頃の上司からの「ひまなはずだよ」という言葉にも、自分の無能さが知られてしまったとショックを受けた。ますます不安が強まり、ミスを恐れて仕事上必要な判断・決定もままならなくなった。ここでもまた「自分は劣っている」「(敗

者であるから)自分は意味のない存在だ」というスキーマが再び活性化したと考えられ、動悸、うつ気分、席にじっと座ってられないなどの症状が続き、同年12月精神科への2回目の受診、服薬となった。

翌X+4年4月、気楽にできる職場に異動となったが、そこは若い人の多い職場であり、仕事もA氏が誇りを感じることができないものであった。不調な中でも自分がイニシアティブを取らなければと思っていたが、異動後すぐに単純なミスを犯してしまったことで、その後出社できない状態となり、1回目の休職となった。ここでも「自分は敗者だ、意味のない存在だ」というスキーマがさらに強まり、うつ症状を憎悪させたと考えられる。

1年間の休職と1ヵ月半の復職プログラム後、X+5年4月から復職したが、たった2日間で又すぐに出社できなくなった。若い人々の職場でなじめず会話もないまま、『自分は負け犬だ、意味のない存在だ』という思いで過ごしたA氏のつらさは容易に想像できる。ここで2回目3ヶ月の休職となり、同年7月の復職した。しかし休みがちな勤務で順調とは言えず、X+6年2月より3回目の休職となった。前記のスキーマが活性化したまま、基本的にはうつ気分が回復していない状態が続いていたものと考えられる。

A氏のうつ病発症と再発・再燃、休職の繰り返しは、スキーマという視点からは以上のように解明できるであろう。ここから、A氏が安定して勤務を続けられるようになるためには、仕事量を軽減したり責任の軽い仕事に変えるよりも、A氏自身の仕事への考え方や取り組む態度を変える必要があ

る、つまりは認知面からの対応が必要だったと考えられる。

②復職援助における困難点とスキーマに重点を置いた当プログラムの有用性および効果

A氏における治療的援助上の困難さは、まずA氏がうつ病発症と再発・再燃に対して他責的で、自分に問題があるとも自分を変える必要があるとも感じていなかったことである。A氏の考えるうつ病の原因は、激務であり、妻の無理解であり、職場のうつ病に対する無理解、仲間の配慮のなさからくる会話のない状況で苦しんだ孤立感などであった。3回目の休職となって1年後の心理検査においても、非常に悲観的で不安が高く、受容できない自分については抑えこんで意識化をしないようにしている状態から、内的に強いストレス状態にあり、日常的な活動には問題が少ないものの業務遂行には困難が予想される、という結果であった。したがって内面にフタをすることで元気にはなっているが、復職にあたっては問題が出やすく、継続勤務は難しい状態とみられた。安定した復職を可能にするためには、A氏が自ら自分の問題として、うつ気分の改善に取り組むことが必要であった。

しかしA氏は、何事があっても自分を変えようとしない頑固さ・柔軟性のなさが目立っていた。A氏の考え方や問題解決パターンが、失敗や敗者となることへの強い不安を防衛するように作られているため、変化・修正にはそうした自分の強い不安に直面する必要があると考えられた。従って自動思考のゆがみとして表れている『完璧主義』や『ねばならない・すべき思考』に

気づいたとしても、気付きだけではそれを変える必要性自体を受け入れることが困難であろうと推測された。A氏の場合、認知を扱う場合にも、自動思考のみを扱うのでは不十分で、より根本的なスキーマからの認知再構成が必要であると考えられた。

A氏に対する当プログラムの効果は、次の局面に端的に表れている。Part IIに入り、教材⑧（スキーマの特定）、教材⑨（スキーマの違いによる相互作用の差異）に取り組んだあとの、「スキーマが信念という形で問題を起こす?!」、「信念が誤っている（適応的でない）こともある?!」と驚き、「頭を殴られたようなショックを感じた」という部分である。それまで自分の問題とは感じていなかったA氏が、ここではじめて自分のスキーマというものに対して知的な好奇心ではなく、現実の自分の問題として真剣に取り組む積極性を見せるようになった。数年間苦しんできたうつ病というものに、ずっと大きな挫折感と無力感を感じ続けてきたはずであるが、そのうつ病に対して自分の生き方の指針となっている信念が問題の源になっているというのは、なかなか受け入れがたいものであったと思われる。初めの数回の自動思考を扱う部分では、集団認知行動療法後に頭痛が引き起こされる程度のストレスであったが、このショックを感じた週には、A氏にとっては経験のないようなやるべき課題を忘れてしまったという出来事があったのは、やはりはっきり意識することを抑えられていたスキーマを巡る思いが、強い不安を喚起していたのであろうと推測される。さらに教材⑨（スキーマの違いによる相互作用の差異）や教材⑩（スキーマ攻略 2 トラブル編）など

によって、「完璧主義は負けないための無敵の方法だと信じてきたが、それがトラブルを生み出していたのか?!」と仕事上の困難を振り返り、「自分の『社会の役に立ちたい』という信念が、実は人から感謝され認められたいだけではないか」と、自分が苦しんでいると思ってきた理想と現実のギャップについても内省を進めることができている。

以上のように、うつ病の現実的な引き金となった完璧主義についても、これが表れている自動思考を扱うだけでは、このような短期間でA氏の考え方や態度を変えることは非常に困難であったと考えられる。完璧主義を現実的に軽減する必要をA氏が知的に理解して行動しようとしても、それによって強い不安が喚起されてしまい、結局はすべきことをできない自分を責めることになって、さらにうつ症状を増幅してしまう可能性もありえないことではない。これを防ごうとすると、様々な出来事について繰り返し自動思考とそれをめぐる気分・身体・行動の分析を整理して、徐々に知的な理解を内面の納得にまで押しすすめていくというような、忍耐強い取り組みが必要となるだろう。A氏のように自分に問題意識の少ない事例の場合は特に、長期の個別カウンセリングでの治療的援助が必要とされると推測される。他方ここではスキーマを直接扱うことで、短期間での回復と復職が可能になったと考えられよう。

また、一方ではカウンセリングが併用された点であるが、A氏の不安が高く強い防衛もあったため、こうした自分に取り組むことが強い不安を引き起こしていることがあきらかであり、かつ集団のなかでの治療

的働きかけだけでは、十分な援助ができ難いと考えられた。そこで集団認知行動療法で始まった回復へのプロセスを順調に進ませるために、個人カウンセリングが導入され併用された。この点は、さらに結論でふれる。

2) 事例Bについての分析

①うつ病発症の契機と再燃休職をくりかえした要因

CBGTとカウンセリングにおいてB氏が見つけたスキーマを含めて、今回特に問題になったのは、B氏がはっきりと意識化するのは回避している中核的スキーマの『私は邪魔者だ』『私は必要のない人間だ』と、意識化できている『私は人より劣っている』『人に必要とされなければ、生きる意味がない』である。またB氏がぼんやりと意識化できたのは、教材②(人生観・価値観チェック)と④(不満足状況と自動思考・気分)への取り組みで見えていた行動ルールである自己教示的スキーマ『人に必要とされるような意義あることを成し遂げねばならない』である。このようなスキーマについては、それらが仕事上の出来事から活性化されて否定的な大きな影響を及ぼしたが、否認・回避という防衛によって全くと言っていいほど意識することなく過ごしていたと推測される。

不調になっていくきっかけとなったのは、それまでの業績が認められてX-3年9月に大抜擢といえるような人事異動があったが、その異動後まもなく引き起こした大きなミスであった。それは新しい業務についてほとんど何も知らないうちのこと、同情の余地のあるミスであったにも関わらず、周囲は自分の業績を上げることばかりに気

を取られているエリート集団で、積極的にサポートしてくれる人もいなかった。B氏は孤立する中ですっかり自信を失い、周囲の目が気になって自分から仕事について必要な質問をすることもできなくなり、仕事が滞るような事態も起こるようになっていった。気分的にも落ち込んで、体調がすぐれない状態となった。それを挽回しようと自発的に必要な資格の勉強も頑張っていたものの、次第に補助役のような仕事を振られるようになっていた中で、これまで順調な中では忘れていた『私は人より劣っている』というスキーマが表面化しており、人から劣った自分が周囲からどう見られているかを非常に気にして、対人的にもさらに緊張が強まったものと考えられる。しかし自己教示的スキーマである『人に必要とされるような意義あることを成し遂げねばならない』を行動ルールとしてなんとか頑張り、それなりに業務をこなすようになっていった。

3年後のX年9月に新しい部署への異動が決まったものの、これまでの部署の多忙な時期であったため、しばらくは兼任するというようになっていたようであるが、なぜかその異動決定をB氏本人には知らされないままになっていたらしい。周囲は異動した人として距離のあるややもすると冷たい対応をするようになっていたが、B氏はそうした対応の理由もわからず、『私は邪魔者だ』『私は必要のない人間だ』『人に必要とされなければ、生きる意味がない』というスキーマを強く刺激されて、本格的なうつ病を発症したものと考えられる。精神科クリニックを受診し、服薬しつつ勤務していたが、病状は悪化するばかりで出社

できないようになり、X+1年7月より第1回目の休職となった。

休職中は産業医の勧めで、地域の公的復職プログラムに通った。休職10ヶ月で、X+2年5月より新しい部署へ復職したが、1年ほどは自分が何をやっているのかわからないような、頭のボーっとした状態であったという。だんだん仕事の事もはっきり見えてくるようになっていったが、非常に暇なところで、1日の大半を何もすることのない状態で、パソコンの前に座って帰宅時間になるのをひたすら待っていた。朝になると、仕事のない職場に行くのが苦痛で仕方なかったという。ここでも『私は（会社にとって）必要のない人間だ』『人に必要とされなければ、生きる意味がない』というスキーマがさらに強く刺激されて、うつ症状を強めてしまったと考えられる。

X+3年6月に当院に転院して服薬を続けたが、時に不安焦燥、抑うつ気分が出現し、判断の要領が悪い、思考のまとまりが悪い、困惑状態になることがみられ、出社できない日が続いたため、同X+3年10月より第2回目の休職となった。

以上、B氏のうつ病発症と再燃による長期休職を繰り返した要因を、認知行動療法のスキーマという視点から解明した。B氏の場合は、人間関係において、意味のある親密な関係を築くのが難しいという基本的な問題もあったため、社内・プライベートでも家族以外のサポートを得る事ができなかったという点も、ストレスを強めてしまった要因である。残念な点は、1回目の復職に当たって会社側の配慮からか、非常に暇な部署に異動したことである。B氏の場合は前記のようなスキーマがあるために、

むしろこうした配慮がかえって病状を悪化させる要因になってしまったと考えられる。②復職援助における困難点とスキーマに重点を置いた当プログラムの有用性および効果

B氏への治療的援助の上での困難な点は、認めたくない自分の現実の姿を否認し、そのような現実と直面することを回避しようとする防衛が非常に強いことであった。B氏の思いは、「バリバリと仕事をしていた自分が、うつ病のせいで仕事もうまくいなくなり、つらくて出社もできないようになった」という漠然としたものであり、復職についてもそれ以上のことは考えないという、回避的な対処で終始していた。しかし1回目の休職後に受けた、5ヶ月の復職プログラムが充分ではなかったという経過からみても、休息と生活を整えて症状の軽減をはかり復職へという対応では、症状が再燃し再び休職を繰り返すという可能性も高いと懸念された。復職に当たっては、自分のうつ発症のからくりを理解し、自分がどこをどのように修正すればよいのかを考えて、自分も努力すると共に、必要であれば職場にも対応をお願いするということが大切であろう。そこでCBGTで、強い否認・回避という防衛を少しでも緩めて、現実を目を背けずに見ていこうとする態度を育成するような働きかけが、まず重要と考えられた。

B氏の場合、自動思考からのアプローチを丁寧に積み重ねて、少しずつ自分の認知の偏りに気付き、適応的思考を考え、現実を使いこなしていく、というアプローチが一番自然であろう。しかしそれには、長期の個人カウンセリングによる治療的働きか

けが必須である。Young, J. E. らは、短期間の認知療法で治療できる場合、患者に対しては7つの仮定を設定しているとするが¹¹⁾、その中に、患者は少しの訓練で自らの感情把握ができ、自分の思考やイメージを短期間の患者教育で把握できるようになることや、セルフコントロール法をホームワークでも自ら積極的に学ぶ意欲があることなどがある。B氏の場合、前者についても「言葉が出てこなくて大変だった」さらに「認知行動療法は、以前に個人指導を受けたことがあったが、なかなか言葉が出てこないし、適応的思考にまでたどり着けなかった。ものすごくエネルギーを使っていかないと進めないと思った。3回目でやめてしまった」と表現していたが、自力でワークシートに整理記入することに困難を示し、後者についても積極的にやろうとする態度はなく、認知療法に必要な自助努力の姿勢が乏しかった。集団認知行動療法の1クール目は、仲間はずれになることがいやで参加しているとといった印象で、聴き取り調査では「みんながワイワイ言ってるのによくわからなかった。何をやってるのかわからない感じで、心が揺さぶられる以前の状態だった」と述べている。さらにYoung, J. E. らは、そうした条件が整わない患者には、短期間の認知療法の技法を変化させた、個人療法におけるスキーマに焦点付けたスキーマ療法を提唱している¹¹⁾が、B氏がYoungらのスキーマ療法が必須となるほどの障害かどうかはここではおくとしても、通常20回前後の認知行動療法を適用しても効果が期待できない状態であると考えることができよう。

B氏の場合に、本研究が示しているスキーマに重点を置いた認知行動療法が効果的

であった、と結論付けるほどの確かな効果はあきらかではない。図3に示されるように、BDI-IIによる抑うつ得点の推移をみると、2クール目の半ば以降の得点の上下のゆれは、B氏の気付きと連動しているように見える部分もあるものの、B氏が基本的に気分の波の大きいクライアントであることを加味すると、一概に集団認知行動療法の効果とも言い難い。

他方、ではB氏の復職を可能にするまでにしたのは何かと考えると、その要因の一つは、集団療法での仲間からの刺激とサポートであろう。それを示すB氏の発言を重複する部分も含めてまとめてみる：

「集団認知行動療法を勧められて、以前の経験から苦手意識が強くて嫌だったが、でも参加してみると、グループでやったほうがずっとよかった。自分で気付かなかったところを他の人に気付かせてもらったり、こういう考え方があると発見できた。一人でやると考え方が凝り固まっているので、他の考え方とか視点が出てこなかったから。」

「終わった後そのまま帰るのは重たい気がしたけど、みんなで集まって、今日もなんとなく疲れたねという感じで話して、通じる相手がいるのがよかった。今日のこれはグサツときたねと直接話す人はあまりいなかったけど、仲間との気分の共有が気持ちを楽にした。」

「私は人と関わるのが苦手で、深く関わらないようにしているけど、1対1じゃなければ、私は殻さえ破れば普通にお付き合いができる。だから、こういう仲間ができてホントによかった。みんなで支えあえたと思う」

特に2クール目になって、1クール目から

の仲間が元気になっていってリハビリ勤務を話題にしたり、実際に復職の話し合いをするようになっていくと、B氏もいつまでも他人事のように流していることが難しくなってきたのであろう、2クール目に入ると、少しずつ個人演習での取り組みに積極性が感じられるようになった。教材に使う集団で扱うサンプルも、2クール目のB氏の状況により近い設定のものを選ぶようにした。一人で自力で取り組むことは難しくても、集団で他人事のような態度で取り組むことは、2クール目になっていたB氏には比較的容易なものとなっていたはずである。そして、それをディスカッションで取り上げることは、自分の問題に全員で取り組んでもらえたような多様な視点の学びと共に、メンバー全員と一緒に取り組み、全員からサポートしてもらっているかのような気持ちももてたのではないかと思われる。そうした集団からの刺激とサポートが、B氏の防衛を少しずつ緩めることを可能にし、自分の姿を見つめる際の不安を乗り越えていく力となったと推測される。

さらに他の要因としては、やはりスキーマへの取り組みが、B氏をより多様で柔軟な思考・あるいは脱中心化といわれる態度・思考法を徐々に見につけていくために大切なことであったという点である。以下同様にそれを示すB氏の発言を重複する部分も含めてまとめてみる（発言はすべて2クール目以降についてである）：

「ほんとにこういうまずいことあったよな一と、よくわかった感じがした。スキーマってほんとに知らないでいると、いろんないやなことが起こるんだなって。」

「なるほどスキーマが違っていると、こんなに考

え方も気分も行動も違うのかと驚いた、ビックリした」

「あとから見て、いまだにこれがそうだという発見もある。こういうのに気づけると気付けないのでは、すごい違いがあると思う。」

「私はこんなにスキーマがあるのに、あんまり言われても気にならないのは、他人事に知ちゃってるからなのかなと疑問がわいた。チェック表付けて、低いレベルから高いほうへ動いてきた時点で、今まで私は、自分のこと、自分が持っているにも関わらず、他人事にしてなかったかしらと思った」

「2 クール目で、スキーマチェック表で、最初のチェックと 3 回目のチェックの間（約 6 週間）で大きく動いた、私にもこれがあるんだと気付いてよかった！と思えた。この間に自分が変わったんだと思う。」

さらに、復職後もいろいろな職場の出来事から不安定になりやすかったが、カウンセリングでその出来事を整理し、できてきた自動思考と B 氏のスキーマとの関連を話し合うことが重ねられた。その際に、ただ自動思考を適応的思考に直していこうとするだけよりも、なぜこうになってしまうのかという繰り返す根本を知的に理解していることで、物事に知的な理解を図ることに慣れている B 氏には、繰り返しに自責的になるのを軽減し、修正していこうとする動機付けが高まったと考えられる。

他方、B 氏においても個人カウンセリングは必須と考えられる。過眠・過食、買い物依存や連日の深夜のケーキ作りなどのコントロールが難しく、さらに人間関係が困難な点からも、A 氏よりもパーソナリティの弱さがみえる。集団認知行動療法のメン

バーとそしてスタッフからのサポートがあるが、さらに個人カウンセリングにおいての精神的・具体的サポートもこの場合は必要なものであると考えられる。

従って B 氏のように否認・回避の防衛が強く働き、パーソナリティの障害というレベルまでにはいかないが、その基盤が充分とはいえない事例の場合、当プログラムの有用性は、どのようなアプローチが相対的に比較的短期で効果を挙げられるか、という視点からみていく必要がある。以上のように、B 氏における当プログラムの有用性は、集団療法で実践される場合により効果を上げることができるが、個人療法で使われた場合にはさらに長い期間を要したと推測される。B 氏においては、集団での認知行動療法でスキーマを扱う面と、集団であることのメリットの双方が活かされることが重要であると考えられる。

E. 結論

うつ状態から長期休職にいたる場合や、さらに休職を繰り返す困難な事例に対しては、自動思考の奥にひそむ認知的スキーマに重点をおいたアプローチが効果的であると考え、スキーマに重点をおいた認知行動療法プログラムを作成した。ここでは、まずこの当院において作成し、試用しつつ改良を加えてきている、スキーマに重点をおいたプログラムを紹介・報告した。このプログラムは、個人療法でも集団療法でも適用可能である。

次に、うつ病により休職を繰り返さず対応困難な 2 つの事例に対して、集団療法としてこのプログラムを実施した、治療的援助の経過を詳細に分析・報告した。すなわち、うつ病発症の契機と休職を繰り返した

要因の認知的視点からの解明、復職援助における困難さの分析、当院のスキーマに重点を置いたプログラムによる、集団認知行動療法での回復過程の詳細な報告と分析を述べた。そして異なった困難さをもつ2つの事例のいずれにも、このプログラムが有用かつ効果的であったと考えられた。また、B氏の場合に否認・回避防衛が強く働いていたが、そうした事例に対しては、当プログラムの有用性だけではなく、集団による治療法であることからくる利点も、見逃すことができない。すなわち、治療集団の肯定的な力が強いサポートを提供し、否認・回避防衛を緩和することに有効であったと考えられた。

さらに、対応困難なうつ病事例に対しては、このプログラムによる集団療法の実践だけでは、短期間での回復・復職は簡単ではない場合もあり、個人カウンセリングの併用が期間を短縮するのに大きな力を発揮する場合があると考えられた。カウンセリング回数は、A氏の場合、リハビリ勤務開始までに11回、1ヶ月のリハビリ勤務中に1回、さらにフォローアップに1回の計13回で終了した。B氏の場合は、リハビリ勤務開始までに予備面接含めて6回、正式な復職までの2ヵ月半にさらに2回、以降も4週から6週に1回という方法で継続している。このようにカウンセリングを併用する場合も、2つの事例を通してみれば、通常の個人カウンセリングだけで行う場合よりも、非常に少ない回数で復職にいたっている。集団認知行動療法を中心として、個人カウンセリングを併用することで、短期間での回復効果をもたらしているのではないかと考えられる。このプログラムの実践

法として、大いに勧められる方法であろう。

また、これは直接の本研究のテーマではないが、事例Bに対する復職後の会社側の配慮が、むしろうつ症状の再燃と2回目の休職の引き金になっている点に、留意する必要もある。会社側はひまで楽な部署をと配慮し、上司は後に「どの程度の業務を割り振ったらいいのか、図りかねていた」と言っていたそうであるが、図りかねて結局B氏をマンパワーの一人とはみなさず、B氏にやるべき仕事がないという状況を作ってしまったことになる。しかし他方では、B氏も自分から仕事をやらせてくださいというほどに自信が持てず、上司には何も言えずにいたということである。やはり復職に際してと復職後の一定期間は、本人の気持や回復度について、所属部署の方でもその状況と期待について、双方がなるべくオープンに話し合うことが大切であることを確認したい。

今後の課題としては、当プログラムをさらに洗練させ、不安の強いうつ病事例にもより効果的な、構成・内容と教材の開発および実施上の工夫が望まれる。また、当プログラム実施の効果についても、客観的な資料を積み重ねていくことが重要であると考えられる。

表 認知行動療法プログラム 構成と内容

| 回数 | テーマ (教材ナンバー) |
|---------------|---|
| Part I 5回 | <p>認知行動療法の概要 問題と目標の整理 (教材⑭) 認知を巡る4領域と循環的相互作用 (教材①) 循環作用とうつ&不安の問題 人生観・価値観チェック (教材②) 満足状況&否定的状況と自動思考・気分 (教材③④) 認知のくせ・偏りと適応的思考 (教材⑤⑥) 心身セルフコントロール法、ストレスマネジメントプラン</p> |
| Part II 7回 | <p>スキーマの理解・スキーマチェック (教材⑦) スキーマの特定 (教材⑧) スキーマの違いによる自動思考・気分・身体・行動への影響と 循環的相互作用の差異 (教材⑨) スキーマ攻略 1) 該当体験 2) 問題・トラブル・障害編 (教材⑩)、 スキーマ攻略 3) 例外探し編 (教材⑪) スキーマ攻略 4) 適応的新スキーマ編 (教材⑫)、 スキーマ攻略 5) 適応的新スキーマ毎日記録、6) 確信度 (教材⑬) 認知行動療法活用実践プラン (教材⑮)</p> |
| (補) (4回) | <p>ソーシャルスキル グループ：認知行動療法プログラムとは独立して実施される補助グループ 参加は希望あるいは必要とされたクライアント</p> |

②休職を繰り返す労働者に対する心理テストの有用性の検討—心理検査からみた多様化したうつ病患者の特徴—

研究協力者 端 こず恵

研究分担者 黒木 宣夫

A. 研究目的

心理検査において職場復帰困難性を強める個々の知的面・性格面の分析を事例ごとに行い、休務に至った職場環境や業務内容との関連を明らかにする。また職場復帰のために心理検査結果をいかに活用すべきか、それを通じた臨床と職場の連携をいかに進めるべきかの検討を目的とする。

B. 研究方法

0) 用語の操作的定義

当院リワーク：東邦大学医療センター佐倉病院・職場復帰支援ダイケアセンター。うつ病・不安障害等の診断で休務する労働者を対象に復帰支援している。

休務：精神疾患を事由に有給休暇あるいは療養休暇、休務制度等を利用している状態。

復帰：休務状態から賃金報酬の発生する状態で職場復帰した状態。

リハビリ勤務：休務状態・賃金の発生のない状態で、職務に相当する作業を行うこと。

プログラム：当院リワークで復帰訓練として実施するプログラム。オフィスワーク、生活習慣、ストレスマネジメント、コミュニケーションワーク、心理教育、ボディワーク、グループミーティングを指す。

1) 調査期間

2008年8月～2012年11月末。

2) 調査対象者

当院リワークの利用者であり、当院担当

の精神科医師より心理検査を勧められ、それを承諾した者。状態像が比較的安定しており、長時間の心理検査の受検が可能と精神科医師、及び検査実施者が判断した者。受検人数は50名、うち男性46名、女性4名である。受検時年齢は22歳～56歳迄である。なお疾患名が統合失調症、身体障害者、及び就労者は受検人数から除外した。

3) 心理検査方法

実施者は当院、臨床心理士3名が個別に実施した。検査内容(受検者数)は、WAIS-III成人知能検査(29名)、内田クレペリン検査(31名)、MMS記名力検査(1名)、ロールシャッハテスト(50名)、HTPおよび描画テスト(31名)、PFスタディ(2名)、SCT(1名)、TAT(2名)、MMPI(1名)、TEG-II(37名)、POMS(1名)、SDS(3名)、CMI健康調査表(2名)、BADs(1名)、AQ(1名)であった。

4) 休務回数

休務が1期間に1か月以上のものを1回として、当院リワークインテーク日を起点として換算した。休務1回目は20名、2回目は13名、3回目は9名、4回目以上は8名であった。

5) 疾患名

双極性感情障害4名、うつ病15名、その他気分障害13名、人格障害7名、神経症13名、発達障害疑い6名、統合失調症疑い2名、てんかん1名、適応障害1名(重複疾患名あり)であった。

倫理的配慮：事例の氏名や所属先が特定出来ないように配慮し、本稿の論旨に沿うように差し障りのない範囲で加工した。

C. 研究結果

受検者のうち、主に休務回数が2回以上

かつ休務年数が通算 1 年以上の事例を取り上げ、復帰事例と未復帰事例の知的特性や性格特性を挙げる。心理検査は複数を組合せて分析した。

1. 知能検査

事例 1 ; 40 代前半既婚男性 発達障害疑い 交通機関 休務 3 回目通算 1 年以上

高校卒業後、交通機関に就職し 20 年以上勤務。長年同一部署で業務していたが、X-6 年職場異動し、休日出勤が増加、苦手な PC 操作業務が滞り始めた。本人曰く「威圧的な上司」の存在も重なり、X-5 年春より腹痛を起し職場に救急車を要請することがあった。しかし検査の結果は異常なく、上司からは気が弛みや自己管理のなさを注意され、同時期に後輩から陰口をたたかれていることを知り、落ち込みが出現。入社前に憂鬱となり 6 月より休務した。メンタルクリニックを受診し、自律神経失調症診断で服薬加療を開始。半年後の X-4 年 1 月に復帰したが、単独では電話番もできず、また体のふらつき、電車に吸い込まれる感覚が出現し欠勤がちとなる。再休務となり約 1 年後の X-3 年 1 月に復帰し、面倒見のよい上司や同僚の補助で支えられ、軽業務で 2 年半継続することができた。しかし X-1 年秋に職場異動し、電話対応の困難さ、券売のシステム機能変更や手順についていけず、客の対応について上司に注意されたことを理由に、半年経たず再々休務となる。抗うつ薬などを服用し治療は続けていたが、翌 X 年 3 月、リワーク利用目的で当院に紹介され転院した。この時点で、過去 5 年以内に数か月の休務を 3 回、休職期限は 2 年後であった。両親と妻と子の 5 人暮らし、子どもが発達障害で療育施設に通所してい

る。

当院リワーク開始時には、抑うつ気分は軽減していたが午前中の意欲が湧かず、熟眠感がない状態で、散歩には出かけるが、やることがないと臥床傾向にあった。病状経過や診察内容は本人ではなく妻が代わりに職場へ毎週報告していた。リワークでは緊張と困惑した硬い表情で、利用者との交流も希薄、プログラムには受動的な参加の仕方が目立った。3 ヶ月後スタッフに促され PC に向かいネット閲覧、タイピングの練習を始め、次第に苦手意識のあるコミュニケーショングループにも懸命に参加する様子が見られた。しかし PC 操作の拙さは否めずコミュニケーションもごちこちなかった。半年後の職場面談で、復帰業務に電話担当の話が持ち上がったところ、ひどく動揺し、家庭では親と衝突するなど衝動コントロールの悪さが見られだした。その後も職場が配慮の上で呈示してきた負荷の少ない業務にも強い不安と自信のなさを訴え、単独業務を渋り、結局復帰が延長となるとリワークの参加にも足が遠いてしまい半年在籍して中止となった。

その後、通院は継続、次第に「部署異動で具合が悪くなった」「職場の病気に対する理解がない」と今までになく感情的に不満を述べるようになった。また、小学時代は自分の意見を貫き周囲とぶつかることが多かったこと、中学では試験中の行動がカンニングと誤解されたり、女子の着替えの最中に間違えて教室に入ったりして皆に疎外されることが多かったこと、高校では殆ど対人交流がなかったこと、妻から見ると非常に几帳面で融通が利かない夫であることなど、生活歴等の再聴取や心理検査を実

施した結果、主治医より発達障害圏を疑われ、職場には障害者として考慮を申し出ることとなった。X+1 年より補助付きの見習い勤務から開始、現在も経過観察中である。

知能検査では、全検査 IQ88 と平均の下位水準で、言語性 IQ103 と平均であるものの、動作性 IQ70 は特に低い～境界線にあり、統計的な有意差を認めた。言語理解力には大きな問題は認めず、検査上では言語的な情報や知識を用いた状況判断力、及び常識性や社会ルールの理解は年齢相応に達している。一方、知覚統合力と処理速度については同年齢群の平均を大きく下回っており、視覚・空間認知や非言語的推理力が低く、計画力に欠け、複数の視覚情報の操作と統合的処理能力が劣り、作業速度も極めて遅い。同時並行で複数作業を行う場合には優先順位がつかず、特に新規の場面では方略がわからず作業が出遅れ遂行能力は明らかに低下する。状況を正確に判断し機転を利かせて素早く動作に移すことができず、咄嗟の対応は困難が伴いやすい。全体的には非言語性能力の低下を特徴とする学習障害の要素が強いが、生活歴からは集団適応に独特な問題があり、コミュニケーション障害の要素が加わった発達障害圏の特徴を有すると考えられた。なお性格検査からは、自己中心的で他者との共感性が低く配慮に欠ける一方で、依存心が強く他者の指示援助を期待しやすく、それが得られないと被害的になる傾向が示されている。

2. 性格検査

事例 2：40 代前半既婚男性 公務員 休務 2 回目通算 2 年以上

高校卒業後、役場に就職し勤続 25 年以上となる。数回の部署異動の経験はあるもの

の、同一部署に長く在籍、一貫して水道関係業務に従事していた。X-5 年に部署異動により昇格したが、残業や夜間の緊急呼び出しが多く疲弊状態となる。また役職権限で決断を任されることに負担を感じ、不眠が出現。上司に事情を打ち明け、X-4 年精神科にて混合性不安抑うつ障害の診断で、投薬加療を開始した。1 年の休務を経て、X-3 年に元の職場に復帰し、親しい上司の下、残業なしの軽減業務で 2 年間安定した。しかし X-1 年、新年度の事情計画の発表に伴い、以前のような多忙業務への不安が高まり、息苦しさや抑うつ気分が出現、再休務となる。通院と自宅療養で次第に食欲や睡眠は安定、家業である農作業で身体を動かし、ボランティアで高齢者の体操の手伝いなどもするようになった。翌 X 年 2 月には復帰に向けて通勤訓練を開始する予定であったが、直前に親族の葬儀に参列したところ視野狭窄が生じ、不安焦燥感が一気に強まった。また職場より次回の休務は認めない旨の退職勧奨を受け、自信喪失となり、復帰が延期となる。このため同年 3 月、当院リワークに紹介受診となった。本人の希望で服薬はしておらず、この時点で過去 6 年以内に 1 年以上の休務を 1 回、2 回目の休務が 1 年を超過した状態であり、休職期限は 2 年後であった。

当院リワーク開始時は、「降格でも公務員でいたい。今回がラストチャンスなので慎重になっている」とのことであったが、初日より過緊張で来院するもリワーク室に単独入室できないことが頻発し、待合室から電話をかけてきた本人をスタッフが迎えに行くといったことが度々繰り返された。

「リワークに来ることは自分のためになる