特集

専門家による家族介入の現在——家族を外側から支える実践

家族療法のいくつかの考え方

中 村 伸 一

要 約

家族療法家である著者が、家族をどのようにとらえているかを述べ、家族療法の発生の歴史と基本的な特徴を紹介した。さらに適応疾患や問題行動を列挙した。さらに代表的な3つのモデルであるシステム論に基づいたコミュニケーションモデル、家族構造を把握し変化させる家族構造モデル、ジェノグラムを用いて家族の歴史を紐解くことで治療を行う多世代家族療法モデルについて実例をまじえながら述べた。

キーワード：家族療法，適用，家族療法理論

2017, 家族社会学研究, 29(1): 38-48

Theories of Family Therapy

Shin-Ichi Nakamura

Abstract

Firstly, some definitions of family are noted in this paper. Secondly, the evolutionary history of family therapy is introduced, followed by an explanation of its basic characteristics and its indicative symptoms and problematic behaviors. Three major models (the communication model, the structural model, and the multigenerational model) are also introduced, accompanied by several case examples.

Key words: family therapy, indicative symptoms, family therapy theories

2017, Japanese Journal of Family Sociology, 29(1): 38-48

なかむら しんいち：中村心理療法研究室

Nakamura Psychotherapy Institute, 4-12-16-617 Hongo, Bunkyo-ku, 113-0033 Tokyo, Japan

E-mail: rsh21622@nifty.com

I. はじめに

このたび日本家族社会学会に招聘され報告の機会が与えられたことを大変に光栄に思う。著者の所属する日本家族研究・家族療学会（1984 年設立）は、医師、心理士、ソーシャルワーカー、看護師、家庭裁判所調査官、教員など多職種からなる専門家集団である。だが、家族社会学を専門とする会員は極めて少なく、したがって交流も乏しかった。しかし、一昨年の東京大会では夫婦問題がテーマとして取り上げられ、司会をしてくださっている野沢慎司先生からステップファミリーについてのご講演をいただき、貴学会との交流の先駆けとなったという経緯がある。この報告を機に、この二つの学会の交流が今後深まることを期待している。このたびは家族療法の代表的ないくつかの考え方について紹介したい。

II. 家族とは

家族社会学の立場からの「家族」の定義についてはさておき、家族療法家としての著者の定義はおおよそ以下の 8 項目の箇条書きからなる。

- (1) 情緒的・経済的・物理的基盤を個人が出生してから長らく供給する主に婚姻と血縁および養子縁組などからなる集団。
- (2) 子どもが生まれ成長し独立して、あらたな家族を形成するという歴史的連鎖（家族ライフサイクル）が営まれる集団。
- (3) 「帰属意識」や「忠誠心」が生まれる集団。
- (4) 家族の「内と外」とが区別される集団（家族の外的境界）。
- (5) 情緒的絆が強くなるために常に相互に影響を与えあう集団。
- (6) 「だれもコミュニケーションをもたないことはできない」という原則がよくあてはまる集団。
- (7) 独自の「文化」（昔なら「家風」）を持つ集団。
- (8) 明確なルールや暗黙のルールを持つ集団。

III. 家族療法とは

家族療法が誕生した背景についてごく簡単に述べたい。もともとは 1950 年代に主に米国で統合失調症の発生因として遺伝だけではない環境（家族）の影響があるのではないかという仮説が立てられ、それを検証すべく多くの統合失調症のいる家族を対象とした家族研究が盛んになった。その後、1970 年代に入って、「一般システム論」が脚光を浴び、「システムとしての家族」というとらえ方が広まると同時に、一気に今までの家族研究から家族療法へと関心がシフトし、さまざまな家族療法が誕生した。1980 年代では他の心理療法に肩を並べるくらい隆盛を極めた。わが国も、米国の動向にほぼ 5 年遅れで追従することとなった。我々の学会は先に紹介したように多職種からなる 1000 人を超える会員からなり、学会認定の資格制度もスタートし、これからさらに多くの実践家を認定し、輩出しようとしているところである。

家族療法では、既存の心理療法と違って以下の点に力点をおいて介入する。

- (1) 個人の問題ではなく「関係」の問題として問題を定義し直し、家族の変化への資源を最大限に引き出し、家族関係を変化させ、症状や問題行動を消去したり軽減したりする心理療法

既存の心理療法では、集団療法を除いてもっぱら個人の行動やパーソナリティ、内的心理に焦点が当てられ、具体的な対人関係について扱うものはほとんどなかった。家族療法はとりわけ家族員間の関係性についてアセスメントし、介入することが特徴的である。

- (2) 家族の過去・現在・未来のいずれか、もしくはそのいくつかを扱う心理療法

現在の家族員間の関係を扱うばかりではなく、後述するようにジェノグラムを用いるなどして過去から現在に及ぶ歴史的な家族関係をも視野に入れることで家族関係に介入しようとする。さらに

将来の家族関係を想定してもらうことで現在の家族関係にレジリエンスを醸成しようとする。

(3) 個人と家族、家族とコミュニティの関係を視野に入れた心理療法

家族は個人とコミュニティの狭間に存在する特有な集団である。家族療法家は個人のみならず家族全体のコミュニティへの適応も視野に入れた介入を行う。

IV. 家族療法の適応

精神科や心療内科、心理療法家さらにはソーシャルワーカーが扱うケースでは、圧倒的に家族関係がその持ち込まれた症状や問題に関係していることが多い。以下では、主な家族療法の適応とされる疾患や問題について羅列した。

A. 子ども・青年における適応

1. 問題行動

不登校、家庭内暴力、ひきこもり、自傷行為、非行、薬物乱用、抜毛など

2. 精神疾患

摂食障害、境界例、強迫性障害（特に巻き込み型）、過換気症候群、外傷後ストレス障害（PTSD）、精神遅滞（知的障がい）の心因反応、注意欠損多動性障害（ADHD）、

発達障害など

3. 心身症

アレルギー疾患、喘息、胃腸障害、肥満など

B. 成人における適応（夫婦療法を含む）

1. 問題行動

児童虐待、DV、性機能障害、浮気、帰宅拒否、ギャンブル依存など

2. 精神疾患

うつ病、不安障害、恐怖症、PTSD、境界例、高齢者の精神障害など

3. 心身症

アレルギー疾患、胃腸障害、糖尿病、本態性高血圧、肥満など

V. システム論とコミュニケーション・モデル

図1はわれわれ家族療法家の多くがイメージしているものである。例として摂食障害の場合を示している。摂食障害は左の個人システムに示しているように、思考が強迫的、身体はやせ、やせていることを認知的に否定し、拒食を続け、感情の表出は極めて少ないといった病態である。この子を家族は抱え症状を改善しようと必死になっている。この家族システムは、その患者の症状の解決

図1 摂食障害の家族療法

図2 摂食障害の家族内循環的コミュニケーション

を求めて病院や保健所に助けを求めるが、もちろんのことやせ細った患者がクラスにいる学校システムも気が気ではない。このように家族システムを中心において個人とコミュニティーが問題を解決しようとして相互に影響を与え続けている。

家族療法家は家族内の問題解決のための循環的コミュニケーション・モデルを想定する。この摂食障害の患者の場合でも（図2）、たとえば家族内ではこのようなコミュニケーションに陥っていると考え、これはいわば家族内における問題解決コミュニケーションであると同時に、問題維持のコミュニケーション・パターンであると考え、

この図では、いわゆる患者はIPと記載されている。IPとは Identified Patient の頭文字で、「患者と同定されたもの」の意である。この考え方は家族システム論に由来する。すなわち家族に機能不全が生じることで、ある特定の家族員が症状や問題行動を示すという仮説によっている。したがってIPは家族の機能不全を表現している家族員なのであって、IP自身に問題や症状の起源があるわけではないという仮説である。これはすぐれてシステムックで円環的因果律（circular causality）に則ったもので、ウイルス感染が風邪症状の原因であるといった多くの医学が採用している直線的因果律（linear causality）とは異なり、特

図3 不登校の子どものいる家族のコミュニケーションの悪循環

定の家族員を家族機能不全の「犯人」にしないという治療的利点がある。つまり「個人のある特性」が問題なのではなく、家族員間の「関係性」が問題なのだという仮説である。

もうひとつ例を挙げてこの円環的コミュニケーションの家族間相互関係を図示してみたい（図3）。

これも不登校の子どものいる家族における問題解決コミュニケーションの典型的なパターンである。

しかし、従来の「不登校」の原因はこのような円環的なものではなく、たとえば「過保護な母

図4 不登校の子どものいる家族のコミュニケーションの悪循環を断つ

親」「疎遠な父親（父親不在）」など、家族の「誰か」が原因で息子が不登校になったという仮説に陥りやすい。しかし、われわれ家族療法家は図3のような相互影響的な家族関係を描く。このパターン自体、不登校という問題解決のために家族が引き起こしたパターンである。しかし、問題解決努力が問題を維持するという皮肉な結果を招いていることに家族は気づかないでいる。

そこで硬直したこうしたコミュニケーション・パターンを解決するために、治療者はこの6つの矢印の中の可変性のある一つの矢印にアプローチする。いわば一つ変わればすべてのコミュニケーションの質が変化しうるといふ仮説の元に介入する。図4はその例である。

治療者は父親と信頼関係をまず築くことで、父親に治療者からの指示を受け入れやすくし、いままでの母親を責め立てることから「劳わる」ようにさせる。この変化は他の残る5つの関係性を図のように変えることができる。その結果、不登校という問題行動が解決する。

VI. 家族の構造

家族療法の主要な学派の一つとしてサルバドル・ミニューチン (Salvador Minuchin) の創始した構造派家族療法 (structural family therapy) がある。家族員間の心理・物理的距離とパワー (ある

図5 円環質問法から家族構造を描く

いはヒエラルキー)に注目し介入する。この際に、家族図(family map)を描くことでこうした家族員間の関係を図示する。

図5は精神遅滞の中学生の娘の校内および家庭内暴力で来談し、面接をすることで把握できた家族図である。上方に描かれているものはパワーがあり、線（バウンダリー）の太さが関係性の距離を示す。パワーの順位は、父-姉-母-IPの順ということになる。高校生の長女の娘の方が母よりもパワーがあるのは、やや知的に遅れている母親を社会性もあり知的にも問題のないと思われる長女が庇護し、母親も長女に依存していたからである。この親子のパワーの逆転も健常家族ではあまり見られないものである。父親と最もパワーのないIPとの間には細い線で区切られているのは、父親とIPとは疎遠な関係ではないことを示している。一方で姉と母とは、父やIPとのあいだに厚いバウンダリーが描かれ、母と姉の間にはバウンダリーは描かれておらず緊密な関係を示している。この緊密な二人は父とIPとから距離を隔てた関係にある。

治療者である著者は、父親と姉と協働的な関係を築くことで、今まで妹（IP）のことをさげすみ忌み嫌っていた姉が、IPの世話をすることで関係を改善し、母親もその姉の努力を認めるような関係に変化することができた。こうした家族構造

の変化で IP の問題行動は消失した (図 6)。

図 7 は、健常青年の場合と不登校の子どものいる家族にみられる家族構造を図示したものである。左は健常の青年の場合で、父母の関係は良好で密であり、青年も両親との良好な関係があることを示している。両親は線で囲まれており、青年はその外にある。これは機能的な世代間境界 (generational boundary) が維持されていることを示している。両親も青年も家族の外との交流があり、家族全体を囲んでいる家族の外的境界は、明確 (実線) である。

一方、右の不登校の青年のいる家族全体を囲む外的家族境界は左のものよりも太く描かれており、外的家族境界は強固 (rigid) であることを示し、不登校青年と母親の家族外へのアクセスは破線で示されているように希薄 (disengaged) とな

る。これは家族外からの援助も受け入れず、かつ自分たちからもそれを求めることがないことを示している。

この外的家族境界 (external boundary) は、世代間境界などの内的家族境界 (internal boundary) 以上に重要といってもよい。つまり家族内の情報も家族外の情報も取捨選択され、ほどよく行き来できるような機能的な境界 (clear boundary) であることが望まれる。多くの不登校や「ひきこもり」のいる家族ではこの外的家族境界が固く、家族外からの情報も入らず、外からの援助の手も届きにくい家族となる。当然、こうした家族では、「来客」や「家族旅行」さらには「(家族揃っての) 外食」もほとんどない。

両親関係は潜在的で慢性的な葛藤状態があることが示され、母親と青年は家族内で孤立した二者関係を築き、強固な境界で描かれている。青年と母親との関係は緊密かつ葛藤的であることが示されている。

このように家族構造を家族図で描くことで、叙述するとなると冗長になる記載も一瞥するだけでイメージとして治療者の脳裏に刻みやすくなる。

VII. 家族の歴史を紐解く

同じく家族の歴史を視覚的に把握する方法として、ジェノグラム (genogram) がある。これは 15 歳の中学 3 年の女子が不登校になって来談し

図 6 異常行動消失後の家族構造

図 7 青少年を持つ家族の機能的構造と不登校の家族にみられる構造

図8 来談時の問題

た時点でのジェノグラムである（図8）．家族社会学や司法関係のジェノグラム（あるいは家族関係図）の記載とは異なる部分もあるかと思われるが，以下の解説の中で馴染んでいただけたらと思う．

F（父），M（母），P（本人），S（妹）からなる核家族．□が男性で○が女性で，中の数字は年齢である．×がついて中に数字があるのはそのメンバーが死亡した年齢である．約1年半で問題が解決した時点で，両親のみとの仕上げのための面接をもった．目的は長女の不登校の歴史的背景を両親関係・夫婦関係に立ち戻って振り返るためである．長らく家族と夫婦関係にコミットしてこなかったFが，長女の不登校の問題を契機に，家族にコミットし，不登校の改善に協力する過程で，夫婦関係にも新婚時以上のような親密さを回復することができた．そこで結婚前からのジェノグラムを描くことで，夫婦がどのような生育史を背景に出会い結婚し，現在に至ったのかを示すことでより深い親密な夫婦関係を恒常的なものにするために行った面接である．以下，ごく簡明に説

明したい．詳しくは拙著にあたっていただきたい（中村 2011）．

Fが10歳，Mが7歳のジェノグラムである（図9）．著者の描いたこのジェノグラムに夫婦は大変な興味を示した．破線はその後に生まれるメンバーを示している．Fはその父親と45歳も離れており，自ずとその関係は希薄で，Fの母親は長男であるFを過保護に育てた．Fの父は明治生まれで男尊女卑的な男性であり，のちにFもそのようなになる．Fの母はこうした暴君的な父に辛抱強く従っていたのを覚えている．

Mは利発な長女として，父親にめでられて育った．ただMの母は姑から嫁は忍耐することが大事だと教えられていた．Mの父は農家の次男だったが，都会に出て技術を得，商売が繁盛し比較的裕福な生活ができていた．

この周辺の時期に，Fの家族も，Mの家族にも重要な喪失体験が生じている（図10）．Fの父が亡くなり，長男であるFに母が依存することが多くなった．Fは有名大学を卒業し，大手企業で夜遅くまで働いた．忙しくすることで母からの支

図 9 41 年前の家族関係

図 10 23 年前の家族関係

配的依存から逃れていたともいう。

一方同じ時期に、M の父が心臓を患い急死している。父の商売はこのころ傾いており、英語が優秀で大学も進められていた M は高校を卒業したものの、すぐに大手企業に勤め働かざるを得な

かった。溺愛してくれていた父の死は M に早すぎる自立を余儀なくし、弟と妹の学費も M が出すなど、父に代わって一家の大黒柱になっていた。

これは F と M とが出会った時期である（図

図 11 18 年前の家族関係

図 12 13 年前の家族関係

11). 共通する友人の結婚式の披露宴のあとのパーティーで出会い、Fの方がMを見初め交際が始まった。Fはしっかりした女性としてのMに好意を抱き、家庭を任せて仕事に打ち込めると

思った。Mは高学歴で仕事熱心なFに安定した未来を描いた。姑との関係は良好で、Mは帰宅の遅いFを辛抱強く待った。

13年前に不登校となる長女が生まれ、さらに

図 13 4 年前の家族関係

M は次女を妊娠中である（図 12）。この時期に M の母を胃がんで失う。F は M の傷心を全く気にすることもなく、相変わらず仕事に身を投じていた。M は 2 歳の長女に依存すること（かわいがるという依存）で傷心をいやそうとした。子育てや家族の問題について F に意見を求めようとすると F は、「家庭のことはお前に任せたと云ったろう」と M を怒鳴りつけるといった F の父がかつてとっていた態度を示し、M はますます孤独になり長女に依存した。母親がこのような幼児であるわが子に依存するなどといったことは、想像することが難しいかもしれないが、臨床での事例化する家族ではよく見られることである。

ついに F の母も M の手厚い介護むなしく亡くなった（図 13）。F から M へのいたわりの言葉はなく、M は落胆した。M はこの時自分の人生は、姑の介護、ばかりではなく母を看取り、子どもたちの世話をするといい毎日に明け暮れていたことに治療終結近くになって気づいた。F がいたわりの言葉を面接でぶっきらぼうにかけたときは涙していた。しかしこのころの M は長女の受験を

迎え不安であった。高学歴の F に相談しても「子どものことは、お前の役割」のひとつで拒絶され孤独だった。この M の不安を共有したのが長女であった。それでも長女は M に心配をかけまいと欠席することなく過剰適応的に通学していた。しかし、登校前の緊張は並みでなく、ついに腹痛が生じるようになる。ちょっとした欠席が「全か無か」の傾向の強い長女には許せるものではなく事態はさらに悪化していった。そうした中での来談となっていた（図 14）。

長女は登校できない自分への苛立ちと不安をすべて M にぶつけていた。しだいに F もこの事態にコミットしだし、長女へのいたわりも示し始めた。F は M とは長女の扱いを巡って葛藤関係にあったが、それでも今までのコミュニケーションがない状態に比べれば格段の進展である。いずれにしる長女の不登校が F を家族の問題に向かわせることになった。

両親はこれらのジェノグラムを著者が提示することで、長女の不登校の歴史的背景を共有し、お互いを受け入れ、今までにない良好な夫婦関係を

図 14 来談時の家族関係

築けるようになっていった。このようにジェノグラムを用いるなどして家族の歴史を紐解き介入する家族療法の代表的な学派には多世代家族療法 (multigenerational family therapy) などがある。

VIII. おわりに

家族療法家である著者が、思い描いている家族と家族療法、その適応疾患や問題、システム論に基づいた家族療法の考え方、家族構造という見方、そして家族の歴史を扱う家族療法の例を実際に使われたジェノグラムを交えながら紹介した。家族社会学者の皆さまがどのくらい家族療法について見識があるのかわからないので、ごくごく基礎的な家族療法の準拠枠について紹介するにとどまった。

しかし、これを機会にわれわれの日本家族研究・家族療学会にも関心を持たれる方が増え、交流が増すとともに、現代の、そして今後のわが国の家族の動向について、貴学会からの知見も取り入れてわが国の家族の行方を考えていきたいと思う。

【付 記】

本稿は大会時のシンポジウム報告を本誌の執筆要項にあわせて加筆・修正したものである。

【文 献】

- 中村伸一，2011，『夫婦・家族臨床の実践』金剛出版。
日本家族研究・家族療学会編，2013，『家族療法テキストブック』金剛出版。