

## 問題領域の同定

認知モデルへの導入とともに、認知療法を始めるときの重要な手順である問題リスト (problem list) の作成に関して、少し述べたいと思います。認知療法の特徴のひとつとして、問題志向型 (problem-oriented) の精神療法である、というものがああります。認知療法が時間限定的な短期精神療法であることを考えると、これはきわめて重要な点と言えます。限られた時間の中で最大限の治療効果を得るには、効率的に患者の問題を処理していく必要があります。ただ、その場合注意しなければならないのは、問題の特定が治療者だけに委ねられているのではない点です。

一時期、内科などと同じように、精神科卒後研修においても、例えば、カルテを記載するのに問題志向型の方法 (POS) が導入されたりもしましたが、そのころは、問題リストの作成は主治医を中心とする治療スタッフの業務であったように思います。もちろん患者の愁訴もそこには盛り込まれてはいたのですが、方向としては、より客観的な問題の特定が重視されていたように記憶しています。

ところが、認知療法における問題リストの作成

表 非機能的認知が生じやすい問題領域

順位	問題領域
8	アランとの関係
1	自尊心の低さを感じる
5	仕事をするときに抵抗感を覚える
9	食物、とくにチョコレートのこと
6	職業選択、とくに今仕事を変わった方がいいのかどうか?
2	人生が無意味に思える
10	外見、身だしなみ、衣服の購入
7	時間を浪費している (何一つ大切なことができていない)
3	仕事一般のこと (人生の中で占める役割とか位置づけ)
4	即断してしまったことへの後悔

## 第2号の発刊にあたって

「認知療法 News」第2号では、問題リストの作成と話題の設定についてご紹介しました。前号と同じように、視聴覚教材から引用してみました。ビデオやオーディオ・カセットの形で発売されている面接の実際には、得るものがたくさんあります。今後も、適宜このような資料を活用したいと思っています。

さて、「認知療法 News」の継続的な刊行とともに、もうひとつ実現させたい計画があります。認知療法に関心を寄せる人たちが一堂に会する研究会の発足がそれです。平成10年3月7日の京都での開催を目下のところ予定しています。詳細は「認知療法 News」の紙上でお伝えするつもりです。

では、患者の主観が大きく前面に出てくる形になります。認知療法の基本である誘導による発見 (ソクラテスの問答法) を用いながら行われる治療者の適切な関与も、その過程では必要ですが、出発点は患者であり、終着点も患者というのが認知療法の精神です。

文献からひとつ例をあげてみます。この気分変調症の33歳の女性は、非機能的認知が出現しやすい問題領域として表のような一覧を作っています。興味深いのは、それぞれの問題について重要度の順位をつけていることです (なお、原文では問題は全部で24項目も記載されています)。一方、治療者はこれらをもとに、主要問題領域 (1. うつ病: 絶望感, 自殺念慮, 2. 低い自尊心, 3. 夫婦の問題: 性的な問題を含む, 4. 職業上の問題, 5. 社会的支持基盤の欠如) を特定しています。

話題の設定

薬物乱用の認知療法に関する視聴覚資料<sup>1)</sup>から、話題(agenda)を決める過程を中心に、セッションの初めの部分を紹介します。

登場する症例マリアヌはコカイン、アルコール、マリファナの乱用がみられる33歳の独身女性です。高校のときから乱用歴があり、薬物をやめようという動機づけは高いのですが、治療中にも何回か再燃しています。

▼話題を選択する

- T(治療者): こんにちは、マリアヌ。  
 P(患者): こんにちは。  
 T: 今日は何のようなことを話題にしましょうか?  
 P: そうね、今日はとっても不愉快な気分なの。ほんとに悲しくって。上機嫌とはいかないのよ。  
 T: それでは、最初の話は、あなたの気分に関することにしましょう。気分が良くなって、減入っているということですね。  
 P: ええ。  
 T: 気分が少しでも良くなりたい、そういうことですね。  
 P: ええ。  
 T: すぐにそのことについて、もう少し詳しく話し合うことにしましょう。他にも何か話題にしたいことがあったら、それを忘れてはいけませんから。他にここで取り組んでおきたいことがありますか?  
 P: こここのところ、ほんとうにずっと町に出て、酔っぱらいたくて、とつても薬をやりたいんです。  
 T: とつても薬をやりたい。そのことについてもう少し話してもらえませんか?  
 P: 恋人とのことです。彼、どうも誰かとつきあ

っているようなんです。私との関係がこんなに長いのに。誰かとデートしているんです。私、ほんとに心配で、だから、薬をやりたいなくなったんです。

T: それでは、もうひとつの話題は、あなたの嗜癖行動についてですね。あなたはもう薬をやらないという確信が持ちたいんですね。そう考えていいですか?

P: そうです。

T: それでは、第一にあなたの気分、不愉快で、悲しい気分。次に、薬をやりたいくてたまらないということ。他にまだ何かありますか?

P: そうですね……。

T: 恋人との関係のことを、さっき言っていましたね。

P: ええ。そんなことで心配したくないんです。自分のことをちゃんとしていたいただけで、こんなことで薬をやりたいくないし。あんな奴とは別れてしまおうか、それとも少しでも何とか処理できるようにしようか、そのことばかり考えてしまうんです。

T: 恋人との関係がうまくいっていないことがあなたを悩ませているのですね。それを話題にしたいと思っているのでしょうか。これで、3つの話題が決まりました。他にありますか?

P: それで全部だと思えます。

T: わかりました。少しばかり復習しておきましょう。沈みがちな気分。それから嗜癖について、また薬をやってしまうのじゃないかという不安。恋人との関係についても、少しだけ話すことにしましょう。そのせいで薬をまたやってしまいそうになるのですから。

P: ほんとうに、そうです。

▼患者の気分について尋ねる

T: それでは、気分のことから話し合しましょう。不愉快で、悲しい、とあなたは言っていましたね。そのことについて話してください。

P: 少し気になるんです。悲しいんです。彼が他の誰かとつきあっているかもしれないんです。心配で、きっと誰かいるんです。良い気がしません。自分のことでも。

T: なるほど。

P: 悲しいし、それから、ちょっとばかり面食らっているんです。また薬をやりたいがっている自分に。こんな気持ちでいるのはいやです。

<sup>1)</sup> Freeman, A.: Dysthymia. In: (eds.), Freeman, A. & Dattilio, F. M. Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy. Plenum Press, New York, p. 129-138, 1992.

<sup>2)</sup> Liese, B., Wright, F. D. & Beck, A. T.: Treating Substance Abuse: A Clinical Demonstration of Cognitive Therapy. Guilford Publications, New York, 1994.

T: 悲しくて、気がかりで、そのせいで、また薬をやりたいと考えてしまう。

P: そのとおりです。

T: 気分について言えば、強い抑うつ感とか圧倒的な不安というほどではない。そうですか？

P: ええ、違います。

▼前回セッション以降を簡単に振り返る

T: この前のセッションと関連させながら話を進めましょう。最初に、薬をやりたいという欲求のことで。前回セッション以降に、薬をやったかということです。そのことから始めましょう。一切やらないというのが、前回の宿題だったように思うので、そのことをここで話したいのです。

P: ええ。

T: あなたにとっては大変な一歩ですが。

P: ええ。

T: どうでしたか、前回以降に薬をやりましたか？

P: いいえ。でも難しかったのです。大変な1週間でした。ほんとうに難しかったです。

T: 難しかったというのは、薬をやりたいという欲求が強かったということですか？

P: そのとおりです。

T: そのことを話してください。

P: やらずにいるのが難しかったです。わずかに1週間なんですけど。難しかったです。いろんな所に行きました。いろんな場所にいることを考えました。前にそこで薬をやった酔っぱらったのを思い出したのです。いろんなもののせいで、薬をやることを思い出してしまっ

T: なるほど。

P: 私の行く所はどこでも、酒屋でも、とにかく難しく、ほんとに難しく。

T: つまり、薬をやりたいという欲求が何度も強くなって、どんな場所にいても起こってしまうんですね、そんな……

P: 考えが、です。

T: そうですね。とくにどんな状況が引き金になるのに、気づきましたか？

P: あの、ブラッドに彼の留守電にあった伝言のことを聞こうと思ったんです。私には彼がその人に留守電を使って話しているように思えたんです。恐かったんです。でも、そのことについ

て彼に話したかったんです。ちょっぴり恐かったんです。

T: 恋人のブラッドに、別の女性に夢中になっている可能性について話したい、そういう状況があったのですね。

P: ええ。

T: 留守電に彼は伝言を残していた。そういうことですか？

P: ええ。

T: 彼は電話を待っている、とあなたは考えた。

P: そうです。

T: わかりました。

P: そうなんです。

T: それで、そのことを彼に話すつもりになった。どんなふうにそれが薬をやりたいという気持ちを起こさせたのですか？

P: もしそのとおりだったら、私の最大の悪夢が現実のものになるんです。誰かと彼がつきあっている。私たちはもう終わりになる。私はきつとまた薬をやりたいくなるだろう。町に出て、きつとまたやりたいくなる。

▼話題に優先順位をつける

T: 重要な事柄が話題としてあがってきましたね。あなたの気分のことが最初に話題になっていましたが、あなたは悲しみから解放されたかった。あなたはまた薬をやってしまいそうで、心配になった。ブラッドとのことがきっかけになって、薬をやってしまうかもしれない。

P: ええ。

T: 話題にあげた事柄に優先順位をつけてみましょう。最初に何を話したいですか？

P: 薬をやらないということです。

T: もっとも重要であなたが最初に話したい事柄は、薬をやらないことですね。

P: ええ。

T: わかりました。では、そうしましょう。

いくつかの話題を設定し、気分について問い、前回セッションとの連続性をつけた後、話題に優先順位をつける過程を提示しました。認知療法ではこのようなセッション構造が重視されます。

(鳴門教育大学人間形成基礎講座 井上和臣)