

日本認知療法研究会第4回大会（抄録）

〈症例報告1〉

抑うつ症状のため職場不適応に陥ったYさんとの認知療法

伊藤絵美 洗足クリニック

1. クライアント：

Yさん。40代男性。会社員。研究職。妻と子ども2人の4人家族。

2. 面接システム：

面接は洗足クリニック（神経科・心療内科）付属の心理室にて行われた。予約制で、1回50分程度、有料である。面接者は臨床心理士（以下、CPと記載）で、Yさんは医師の診療と並行してCPの心理療法を受けた。面接は全部で15回、約半年間を通して行われ、さらにその1年後にフォローアップの面接が実施された。

3. 初回面接に至るまで：

Yさんには、過去に数回のうつのエピソードがあるが、受診歴はなかった。1年前、職場での異動直後に抑うつ症状を呈し、当クリニックを受診、薬物療法を中心とした治療を受けていた。何とか通勤できる程度の状態が続いていたが、抑うつ症状のために職場でのパフォーマンスや人間関係が悪化してきたことと、Yさん自身が心理学に興味を示したことから、主治医より心理療法を勧められ、初回面接の予約を取った。なお主治医からCPへのオーダーは、「うつを含め、考え方や仕事への取り組み方を良い方向にコントロールする方法をYさんに教えて欲しい」というものであった。

4. 面接過程：

初期段階において、Yさんの認知や行動には強

第15号の発刊にあたって

第15号では平成12年10月7日～8日に慶應大学病院（東京）で開催された日本認知療法研究会第4回大会（会長：慶應義塾大学大野裕氏）から「症例報告」「一般演題」の抄録を掲載しました。

日本認知療法研究会への入会をご希望の方は、ファクスまたは電子メールで研究会事務局¹⁾までご連絡ください。

固な「回避・依存」のパターンがあり、それが症状の悪化や不適応と相関していることがわかったので、そのパターンの改善を面接目標とした。CPは毎回の面接で、不適応的認知を修正したり問題解決的に対処したりする方法をYさんに教え、それを毎回のホームワークで実践してもらった。面接への動機づけの高いYさんは、CPとの話し合いやホームワークの実践を通じて、物事から回避せず、具体的・現実的に対処する考え方やスキルを次第に身につけていった。それに伴い職場での不適応が改善され、「何とかやっている」「何とかやっつけていけそうだ」と感じられるようになってきた。CPのアドバイスなしに、Yさん自身が適応的に問題を解決できるようになった時点で、面接を終了した。フォローアップの面接時にも、Yさんの認知行動的パターンの改善は維持さ

¹⁾日本認知療法研究会事務局

〒772-8502 鳴門市鳴門町高島

鳴門教育大学人間形成基礎講座 井上和臣研究室内

FAX 088-687-6245

E-mail kinoue@naruto-u.ac.jp

URL <http://www.naruto-u.ac.jp/~kinoue/jact.html>

れており、元気に通勤していることが確認できた。

〈症例報告2〉

軽度の社会恐怖・気分変調の事例に対する認知療法

神村栄一 新潟大学人文学部

筆者が初めて本格的に認知療法（的カウンセリング）を行った、すでに7年ほど前の事例（未発表）を、あたらめて考察する。

1. 事例について：

クライアントP（女性、来談時30歳、会社員、独身ひとり住まい）は、民間の心理相談室に、「些細なことで、大きく落ち込む。人と接することに恐怖を覚える。性格を改善したい」という主訴で申し込まれた。とりあえず投薬が不可欠な症状ではないと判断し、本人の希望もあり、カウンセリングのみの援助を行うという契約がかわされた。

生育歴、病歴に特記すべき事はないが、母親との関係には難しさを感じており、自分の希望を受け入れてくれなかった、という思いが強かった。

2. 治療経過：

インテーク面接後、「親との関係と現在の対人関係の問題のうち、どちらから扱うか？」とPに質問したところ、しばらく考えた後、「現在のことから」とこたえた。Th（治療者）は、「よい選択だと思います」と返した。引き続き、「考え方の習慣をゆっくり変えていく方法がよいのではないか」と、認知療法を紹介した。

初回以降、11回、毎回1時間のカウンセリングで、「親のことは、脇に置いたままであるが、自信がついた」ということで、6カ月後、終結となった。

Pは、早くも2回目の面接から、思考記録の作成に積極的に取り組み、3回目の面接では、出来事：「会社である男子社員が、自分をからかった」→その時の思考：「やはり、私は職場で疎外されている」→感情：「落ち込み、不安」などの

記録を持参するようになった。このような記録に基づき、上記の例であれば、「親しみの表現なのかもしれない」とか、「他の女子社員には同じことをしても『疎外している』とは感じないのに、なぜ自分に対しての行為だけを、そのように考えてしまうのか、矛盾していないか」というような、オルタナティブの思考を、受け入れ、あるいは、自ら生成できるようになった。ごく最近の出来事について、ひとつひとつ具体的に取り上げていくセッションを繰り返すことで、職場での人間関係にも自信が回復し、お付き合いしている男性との関係の継続についても、以前のような「否定的な証拠探し」をセルフコントロールできるという変化が見られた。

3. 考察：

手探りの中での試みであったが、比較的順調に進んだ。有利に働いた条件（Pの知的な高さ、あるいはThがその「知的に対処したい」というPの態度を活用しつつも、対等な関係に終始してPの依存を調整したこと、など）、あるいは、（今から思えば）ブリーフサイコセラピーに通じる展開が奏効したのではないだろうか。

〈症例報告3〉

頻繁な自傷行為の行動化を繰り返す境界例患者への入院認知療法の試み

○遊佐安一郎、○阿部貴子、三ヶ木聡子

長谷川病院

患者は高校卒業目前にして素行の悪さが目立ち精神科を受診、しかし行動統制の欠如、希死念慮、自傷行為のために当院入院。入院後自傷行為や火災報知器を押すなどの行動化が絶えず、そのために病棟内でも主治医と担当ナースと他の病棟スタッフの関係にも亀裂が生じ始めた。そんな中、病棟で放火事件を起こし、強制退院となった。強制退院後1カ月以内でビルから飛び降りると母と主治医に電話をし、再入院となった。入院後も、病棟内で自傷行為、自殺念慮が止まらず、

頻繁な拘束、隔離が必要となり、クワイエット・ルームでの隔離となる。患者による自傷行為の理由は、ただ「イライラするから」。主治医やスタッフとの面接では、学校でのいじめの経験、親の不理解に対する恨み、自己嫌悪等について話すことがあるが、普段は病棟スタッフに対して人なつっこい、甘えるような態度で接する。行動化の後には、どうしてやってしまったのか、その理由には無頓着なようで、やってしまったことに対しての他者の反応を気にしているようだが、すぐにケロツとして何事もなかったような態度になる。また安定しているときに何度かOT（作業療法）にも参加したが、OTR（作業療法士）からは何をするのに非常に自信がない様子だという報告があった。自傷、自殺念慮がある程度落ち着いてきて、一般室に戻る可能性が出てきたとき、また自傷行為をしてしまったり、火災報知器を押して強制退院になったらどうしようという不安を言語化したので、「認知療法という自分の考え方を整理して自分の感情と行動をより上手にコントロールできるように練習する方法があるが」と持ちかけたら、興味を示し、認知療法を始める。認知療法はセラピストと担当ナースとがコ・セラピストとして患者と3人で2週に1回程度の頻度で行った。担当ナースは認知療法の訓練は受けておらず患者と一緒に認知療法を勉強するというスタンスをとり、患者が宿題をやるときにも一緒にやってみて、次のセッションでセラピストの添削を受け、次の講義を受けるという形態で進めた。10数回のセッションで自傷行為・念慮が顕著に減少し、患者の自己効能感にも成長の兆しが見えてきて退院となった。この患者の病棟内での、担当ナースとの連携のもとで行った認知療法を振り返り、整理してみたい。

〈一般演題1〉

服薬アドヒアランスの不良により症状の遷延化をきたしていたパニック障害の一症例

○前林佳朗¹⁾、西藤直哉²⁾、井上和臣³⁾、福居顯二¹⁾

1) 京都府立医科大学精神医学教室 2) 有馬病院

3) 鳴門教育大学人間形成基礎講座

(症例および治療経過)

28歳の主婦でモデル業の女性。同胞1名の第2子で、子どもはいない。主訴はフワフワ感、発汗、動悸、認知療法希望。初診時診断はパニック障害であった。経過は、平成8年10月(24歳時)、カナダ留学中に膀胱炎にて入院した際、抗生物質の点滴を受け、アナフィラキシーショックを生じた。その後より、しばしば、唐突に、動悸、発汗、呼吸困難を生じるようになり、さらに、薬に対して不安感、恐怖感を持つようになった。帰国後(26歳時)より、神経科医院通院を開始し、薬物療法を開始するも、常に薬剤に強い不安感、および不信感がつきまとい、症状の改善は認めなかった。通院先において、認知療法を勧められ、本人が希望したため、平成12年1月27日、当科を紹介され初診となり、認知療法を試みることとなった。面接については、月に2回、予約制で30分間行なった。内容は、ホームワークとして、日常活動表と思考記録表を作成してもらい、不安、発作の頻度、状況をモニターしながら認知の歪み、自動思考の同定を行い、医師、患者で合理的反応について話し合う形式とした。初診時を含め、5回のセッションにて、服薬について「薬を飲んでいるからしんどい」、発作時について「何か体の病気がひそんでいる」という自動思考が語られ、それぞれについての根拠、反証をあげながら合理的反応について話し合った。これらにより、服薬に対する不安感は著明に減少し、それに伴い、不安発作自体もほぼ消失した。

(考察)

本症例は、薬物によるアナフィラキシーショックを発症の契機とし、薬物療法への強い不安が服

薬アドヒアランスを不良にし、症状の遷延化を招いていたと思われる。認知療法にて、服薬への不安を軽減したことでアドヒアランスが改善され、服薬行動を積極的な行動へ変化させることができ、症状の改善が得られた。また、以前より薬物療法のみを受け身の治療への不満を抱いていた本症例に対し、自ら積極的に参加できるという点で認知療法は有効であったと思われる。

〈一般演題2〉

抑うつ気分における思考過程の認知モデル

○野田浩平, 往住彰文

東京工業大学大学院社会理工学研究科

本研究の目的は、認知科学の視点から情報処理モデルとして、抑うつ気分における思考過程の認知モデルを構築することである。また、従来研究されている脳科学的うつ病病因論、認知社会心理学的抑うつ気分モデルと接続を図り、それぞれのモデルの妥当性を確認し、あるいは問題点を指摘する。

認知モデルが満たす要件として次の項目を設定した。認知モデルの構造としては、(1)モデルは認知、感情、記憶の3エージェントを持ち、(2)目標志向・問題解決型モデルであり、(3)感情エージェントは3種類の機能系(覚醒、抑制、報酬系)を持ち、機能としては(4)目標失敗後は、抑制系が働き、問題解決に集中する機能が発動し、(5)問題解決の解が得られないときは、解検索の焦点系を絞り、より精緻な検索を行う。(6)抑制系による抑うつ感情はそれ自体、認知エージェントに認知される。この要件を満たすモデルにより起こる思考過程は次のようである。目標の失敗が認知されることにより、抑うつ感情が発生すると共に、問題解決過程が開始される。解が見つからないと、抑うつ感情が高まるとともに、記憶検索条件の絞り込み(焦点化)が行われ、より精緻化した問題解決

が行われる。さらに解が見つからない状況では問題解決の堂々巡りが起こる。

本モデルより、抑うつ状態の特徴は、心理システム全体が問題解決過程に集中することであることが示唆された。また、脳科学モデル、認知社会心理学モデルとの接続が矛盾なく達成された。

本モデルは、記号計算プログラムとして実動化することを前提として、細部の設計を行っている。

〈一般演題3〉

「早期回想」使用における認知療法的アプローチ

坂本玲子 山梨県立女子短期大学

「早期回想」という技法は、フロイトと同時代のアルフレッド・アドラーが診断と治療に用いたものであり、人生早期の記憶を語ってもらうことで、個人の認知の特徴や人生への態度、生き方の「癖」を知ろうとするものである。記憶は各個人の認知バイアスによってふるいにかけて選択されたものであり、個人の「信念」を強化するために使われ、それは過去でなく、現在と未来のその人を語るものとして、治療の上でも有用である。

また、「小さい頃の思い出」を話すことは、現在を語るより抵抗が小さいこと、何気ない会話のなかでスムーズに移行でき、他の心理検査のような緊張を与えにくいこと、道具が要らず手軽で、チャンスを逃さずにすむことなどの利点があり、スクールカウンセリングなどで使いやすい。

ここでは、中学生のカウンセリングのケースを例にとって、早期回想が対象とその問題点を理解し、カウンセリングの構想を立てるのに有効なこと、その分析の結果は相手と共有され、認知と行動の修正に用いられること、治療の前後に「早期回想」をとり比較することで治療効果の評価ができることの、3点について紹介した。