

精神療法

第39巻 第4号 別刷
2013年8月 通巻第197号

精神分析との対話 I ——生活史・感情・可視化・不履行——

生地 新 —— 井上 和 臣

Ψ 金剛出版
TOKYO

精神分析との対話 I

——生活史・感情・可視化・不履行——

生地 新* —— 井上和臣**

内海メンタルクリニック

井上和臣先生

拝啓 今年桜の開花が早く、東京では、まさに今、満開です。

始めまして。北里大学の生地新と申します。

さて、本題に入ります。私は、先生のことをほとんど存じ上げていません。たぶん、先生も私のことをあまり知らないだろうと想像します。しかも、認知行動療法について、何を知っているかと言われると、ほとんど何も知らないのかもしれない。それなのに、知らない先生に、精神分析の立場から認知行動療法について考えていることを手紙の形でお伝えするというのは、むずかしい仕事で、それで、第一書簡の発送も遅れていました。申し訳ありません。

おそらく、自己紹介から始めるのがよいだろうと思います。私は、1957年生まれで、幼少期は、仙台市で過ごしました。中学生くらいまでは、何となく理科系に進むと思っていたのですが、高校の頃には、勉強はあまりせずに、流行のロック・ミュージックを聴き、日本や英米のサイエンス・フィクション(SF)を夢中になって読んでいました。その頃、SFの世界では、外的宇宙ではなく、内的宇宙を探索することがこれからのSFの方向性であると主張するニューウェーブと呼ばれるムーブメントが起き

ていました。また、ロック・ミュージックの世界では、サイケデリックな音楽やプログレッシブ・ロックが隆盛を極めていました。そうした世の中の動きに触発されて、私も内的な世界、特に「無意識」の世界に興味を持つようになり、自然にフロイトの著作を読むようになったのです。私は、フロイトのような仕事をしたいと考えるようになり、心理学を学ぼうとしましたが、担任教師の勧めもあり、医学部に進むことにしました。医学部といっても、精神医学にしか興味がなかったのです。

1981年に山形大学医学部を卒業して、すぐに母校の精神科に「入局」しました。山形大学でも、精神分析に関する著作の輪読会などがありましたが、それにあきたらず、きちんとした方法を学びたいと考えました。その頃、私の心の中では、心因と器質因、薬物療法と精神療法(心理療法)、行動療法と精神分析は、水と油のように分離し、あるいは対立していました。私は、心因を重視し、精神分析理論に基づいて患者の問題を理解し、治療をしようという野心があったのだらうと思います。そして、1983年、九州大学医学部の神田橋條治先生のもとに1年間内地留学しました。しかし、神田橋先生は、私にとっては意外な助言をされました。「脳波の勉強会と山上敏子先生の行動療法の勉強会にも出るといいですよ」という助言でした。私は、神田橋先生の研究会に毎週出席しながら、山上先生の行動療法の研究会にも毎週出ていました。山上先生の研究会では、患者の行動分析の大切さや強迫性障害の系統的脱感作(段階的な暴露)や反応妨害、トークンエコノミーの技法な

Dialogue with Psychoanalysis I : Life History, Emotion, Visualization, Non-adherence

*北里大学大学院医療系研究科発達精神医学, Arata Oji : Kitasato University Graduate School of Medical Sciences

**内海メンタルクリニック, Kazuomi Inoue : Utsumi Mental Clinic

どを学びました。その頃、ベックの認知療法についても話題になっていました。しかし、九州から帰った後、私は、まず精神分析について系統的に学び始めました。その頃の日本の精神医学の世界は、まだ学園紛争の痛手が癒えない状況でした。そして、心理的な研究は、まだゆるされる雰囲気があり、精神病理学や精神療法の世界には、たくさんの論客やスターがいらしたように思います。そうした華やかにみえる世界に、少しでも近づきたいと思っていました。それで、精神科医として臨床経験を積み重ねながら、精神分析の研修も受け続けました。その後、1990年頃から、私は、児童青年期に専門領域を絞るようになりました。現在では、私の担当患者の9割は、未成年です。そして、いわゆる発達障害という診断がついている患者が7割くらいを占めるようになってきました。精神科臨床以外に、臨床心理士の養成の仕事に携わり、児童福祉施設へのコンサルテーション活動なども行っています。発達障害や被虐待児の発達の支援が大きな仕事になっていますが、その際には、精神分析理論による理解や支援（遊戯療法や精神分析的な精神療法）と、応用行動分析の立場からの支援（ペアレント・トレーニング、PECSなど）、それに薬物療法を組み合わせ使っています。少数例ですが、大人の精神分析的な精神療法も行っています。

さて、以上書いてきた経歴からわかって頂けたと思うのですが、私は、狭い意味の認知療法を学んでいません。行動療法、あるいは応用行動分析については、少し学んで実践しています。私が臨床やコンサルテーションを実践していく中で、精神分析という理解のしかた、患者（クライアント）との関わり方の方法論が有効だと思っています。私は、精神分析という方法論が好きですが、すべての臨床を精神分析的に実践しているわけではありません。私は、精神分析学派というグループの中心というよりは周辺にいます。私は、折衷主義者ともいえるかもしれません。そこで、精神分析というよりは、私自身の立場から、認知行動療法の実践家である井上先生に対して、認知行動療法に関して疑問に

思っていることを率直に書いてみたいと思います。批判するというよりは、そうすることで、二つの学派の違いや意外な共通点、あるいは相補性などが浮かび上がってくるのではないかと期待してのことです。

一つめの疑問です。先生の場合は、患者の生育歴・生活史を聞くことは、臨床上のどのような位置づけになっているのでしょうか？ 認知行動療法そのものの責任ではないと思うのですが、最近、現時点での症状を聞いて、簡単に病歴を聞いて、それで精神疾患の診断ができると思っている精神科医が増えているように私は感じています。そして、その精神科医は、もっぱら薬物療法を行い、臨床心理士には認知行動療法をするように指示することが増えています。そこでは、その精神科医が、その患者さんの育ち方や生き方について理解した上で、診断し、介入方法を決めるというプロセスが抜けています。私にとっては、家族歴を含めた生育歴・生活史を聞くことは、医師として仕事をするときの基本になっています。初診時や治療初期に、どこまで聞くのかは、臨床現場の現実的な要因も考慮して判断しなければなりません。しかし、その人がどのような環境で生まれて、どんなふうで育ち、どのように生きてきたのかを聞かないままでは、診断を下すことも治療方針を決めることもできないと思うのです。精神分析学派は、なんでも過去に還元して考えると思われがちです。確かにその人の抱えている問題を歴史的な視点で理解しようとする傾向はあると思います。過去に還元するというのが、治療を通じて、過去を明らかにすることが治療の中心になるという意味でとらえられているのなら、それは違います。精神分析学派は、「今ここで」を重視しています。これについては後で述べます。

二つめの疑問です。井上先生は、患者の気持ちを聞くということの治療効果をどんなふうで考えているのでしょうか？ 認知行動療法の手順について、本で読んだ知識に基づく理解では、セラピストは、言葉や図式を使いながら、意識しやすいレベルで働きかけていくように思います。そこでは、現在の日常生活の中で起きてく

るさまざまな場面が取り上げられ、その出来事についてどんなことを感じて、どんなふう考えたかを把握し、それについて、自分で、別のとらえ方、多面的な考え方ができるように手助けするのだらうと思います。しかし、日常の臨床の中では、自分の気持ちや考え方について、セラピストが特別な介入をせず耳を傾けただけで、患者が良くなっていくことがあるように思います。ロジャース派も、ユング派も、精神分析学派も、たぶん内観療法も、多くの精神療法の学派では、傾聴することそのものの価値を認めていると思うのですが、認知行動療法、特に認知療法の場合は、どうなのだろうかと、それについての議論はあるのだらうとかいうことを知りたいと思います。

三つめの疑問です。井上先生は、患者がセラピストに向けてくるさまざまな感情を治療場面で取り上げることがあるのでしょうか？ 私は、患者や家族に精神分析的な精神療法と認知療法について、聞かれたときなどには、「認知療法では、日常生活で感じたことや考えたことについて話し合いますが、精神分析では、診察室や面接室の中で感じたことや考えたことについて話し合います。どちらも、その人の否定的な感じ方や考え方を改善するのに効果がありますが、改善へと導く方法や道筋がかなり違います。精神分析では簡単には意識できない心の領域があると仮定しています。認知療法では、意識しやすい心の動きを見ていきます」というようなことを説明します。現在の精神分析学派は、セラピストと患者の間で、今、この場所（面接室）で起きていることに注目し、それについて話し合います。そうすることで、患者は、セラピストとの間の人間関係をどのように体験しているかが明らかになり、その体験について吟味することが可能になると考えます。過去の想起よりも、このようなプロセスが精神分析学派の実践の核にあると思います。しかし、実は、このプロセスは、認知行動療法に通じている部分があると私は思います。行動療法の用語でいえば、in vitroではなく、in vivoの暴露を面接室内で行っているようなものです。先生の場合、患者

が先生にいろいろな感情を表現してきたときに、どのように対応されるのでしょうか？

以上で、私の疑問は終わりです。疑問を整理して、少し認知療法の文献を読んでいる中で、多くの疑問は消えていきましたが、残った疑問は、実は精神分析学派の方法論に深く関連した疑問であるように思います。なんだか、自問自答のようになってしまった気がします。井上先生のお力で、実りのある対話になっていくことを期待しています。

敬具

2013年3月24日

生地 新



生地 新 様

拝復 年度末のお忙しい中、第一書簡をありがとうございました。

兵庫県西宮市もまもなく桜花爛漫の時季を迎えます。内海メンタルクリニックのリワークデイ・ケアでは4月早々の花見を予定しています。去年はデイ・ケア利用者1名にスタッフ2名という簡素なものでしたが、今年は何のくらいの方が参加されるか楽しみです。

小生は昨年3月還暦を機に郷里の徳島を離れ西宮で診療するようになりました（写真はクリニックのホームページ <http://www.rework-rokko.jp/umc/index.html> にありますので、ご笑覧ください）。還暦を起点に年齢を計算すると、先日1歳になったばかりです。まだまだ学ぶべきことがたくさんあるはずですが、西宮市医師会会報『談話室』に「再びの隠居暮らし」という雑文を投稿してしまいました。30歳代後半からの「隠居暮らし」に続いて、第二幕が始まったばかりです。

さて、枕はこのくらいにして、本題に入りたいと思います。

ご質問いただいた事柄について、思うところを述べてみます。“精神療法のエビデンス”とはかけ離れた、バイアス満載の私見になります

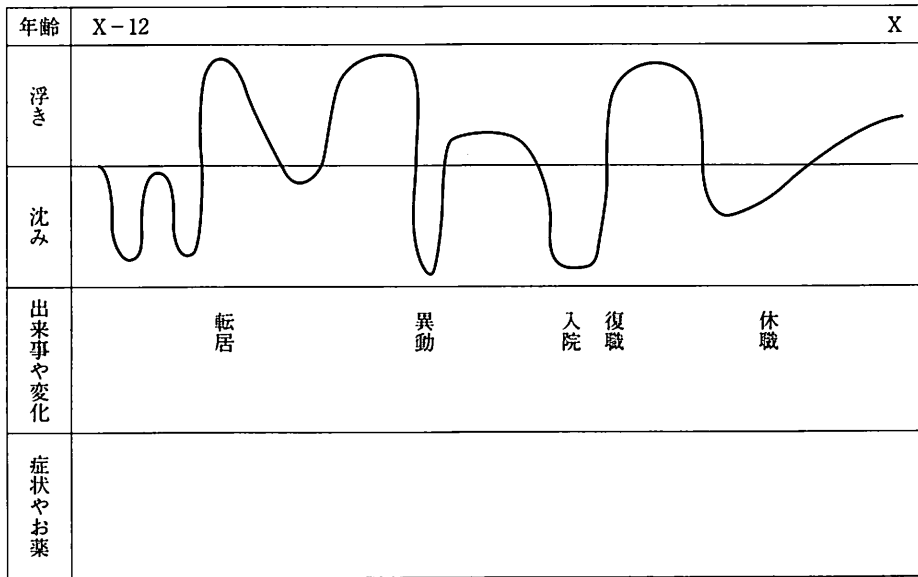


図1 ライフチャート

が、ご容赦ください。

疑問1 患者の生育歴・生活史を聞くことを、臨床士どのように位置づけているか？

回答1 患者の生育歴・生活史の可視化が認知療法には役立ちます。

精神科の実臨床という短い時間枠のなかでは、初診時を除くと、現病歴や現症に重点が置かれるのは致し方ないことかと思われます。精神科医が対象の講演会で認知療法について話すと、5分でできる認知療法はないかという難問が出ます。

生育歴・生活史の軽視は、横断的情報による操作的診断という黒船の襲来（招来？）以降に見られる傾向かもしれません。しかし、認知療法も同じ国からの渡来品ですから、悪くもいえません。そういえば、25年以上前のDr. Beckのお膝元は、初診時に症候学を網羅したSCIDでした。

一般的な精神科臨床では生育歴・生活史は聞くことでしょうが、認知療法の場合は見ることもかもしれません。臨床心理学は聴覚優位で、傾聴を強調しますが、医学は視覚優位で、生きたままの臓器を見ることに執心します。認知療法には治療医学的側面があり、認知療法のための

診断である認知的概念化ですら可視化したがります。認知的概念化図です。認知的概念化図には、どのような（幼少期の）体験がスキーマの形成・維持に関与しているか、という問いへの回答欄が設けられています。

動的に生育歴・生活史を見るには患者にライフチャートを描いてもらったりします（図1）。曲線の屈曲点に位置する出来事を話題にしながら、患者と治療者は一緒に、可視化された患者の人生を眺めるのです。

重要なのは、どの時点まで人生行路を遡るかで、これは治療法の特質である以上に、治療の対象となる患者の病態に関係するように思えます。

疑問2 患者の気持ちを聞くということの治療効果についてどう考えているか？

回答2 認知療法は患者の苦痛な感情の把握に始まり、苦痛な感情の軽減に終わる一連の過程です。

認知療法を始めた当時の紹介状には、患者は考え方が歪んでいるので認知療法が適当と考える、といった依頼がありました。認知療法には非機能的認知やら認知の歪みやら、否定的表現が付着しているの、紹介者の非(!?)を責め

るわけにはいきません。認知療法の背後には、判断は外界の現実に適しているか、という西洋風の論法がありますから、不適合な認知は目の敵にされがちです。

しかし、認知を介した感情の適正化 (optimization) が認知療法のめざすものといえます。患者にまず提案するホームワークは、日常活動記録用紙を用いた抑うつ気分とか不安とか怒りのセルフ・モニタリングです。繁用される思考記録用紙を見ていただくと、状況、感情、と記入した後、自動思考、合理的反応と続き、自動思考の再評価を受けて、感情の再評価で終わっています。状況の複眼視によって感情が適正化されていく体験を反復してもらえ形式になっているのです。

認知療法に表や図はつきものです。可視化されるものは、意識されたものの領域に属します。それは患者と治療者がともに眺められるもの、inter-view できるものでもあります。意識されないものについては判断を停止し、意識されたものに自らを限定することが、認知療法の特質であり、限界でもあると思います。

認知療法ではソクラテス的質問とかソクラテス的対話が重視されます。質問の原語 questioning は尋問とも訳せます。認知再構成法で用いられる根拠とか反証も、証拠物件をめぐる法廷での弁護士と検事のせめぎ合いを連想させます。傾聴とは隔絶した印象があります。しかし、傾聴という前提があってはじめて質問は可能になると思います。

「気持ちや考え方について特別の介入をせず耳を傾けただけで患者が良くなっていく」という臨床的事実は否定できるものではありません。傾聴することは、しかし、習熟が難しい、特別の介入かもしれません。多くの精神療法に共通の、非特異的なものとされがちですが、果たしてそうでしょうか。特別な介入である、と積極的に定義し、前面に押し出したほうがよいかもしれません。

弁証法的行動療法 (DBT) という認知行動療法の第三波には validation という治療方略があります。マインドフルネスに基づく認知療法

(MBCT) においても acceptance が重視されます。患者が語り治療者が傾聴することで得られる改善には、患者と治療者の共同 (collaboration) による validation とか acceptance の機転が働いているのではないかと考えたいところです (Validation は承認, acceptance は受容でしょうか、名訳が思いつかないので、お許しください)。

最近、精神療法の統合という観点から、認知療法に触媒の役割をを求めることを夢想しています。Validation/acceptance はキーワードになるかもしれません。

疑問3 患者が治療者に向けてくる感情を治療場面で取り上げることがあるか？

回答3 認知療法において、ではなく、個人的にはほぼ未経験の領域です。

難問です。お返事に難渋します。先の二つの疑問に対するように、一気に持論が出てくる、とはいきません。回り道をさせてください。

短時間の認知療法を期待するのが医師とすると、講演会での臨床心理士の質問には治療アドヒアランスの問題、とくにホームワークの不履行があります。答えに値しないかもしれませんが、白衣効果を理由としています。白衣高血圧にあるように、診察室では日常とは違う身体反応が起こりえます。小生はいつも白衣を着て診療に臨みます。その場合、認知療法が重視する共同的治療関係とは違ったメッセージが、我知らず(?) 患者に向けられているように思うのです。ホームワークの不履行が発生しにくいような、治療者への感情反応を表出する機会が封印されるような、構造にしているのかもしれません。

ご提言を受け、精神分析学派を認知療法に置換した文を作ってみました。「治療の場において患者・治療者間に起こる今・ここに着目し吟味することが認知療法の実践の核にある」。これは頭で理解できても、「でも、気持ちの上では……」と続きそうです。「でも……」は、質的な理解の問題ではなく、量的な確信度の差である、と認知療法では主張するのですが、小生の場合は確信度 20% というところでしょうか。

実感しにくいことなので、患者が感情を表現してきたときの対応について、デイ・ケアのスタッフから聞いた例をあげてみます。スタッフと趣味について話した日、振り返りシートに患者はこんな記録をします。「尋ねられたのと違うことを話してしまい、嫌になられたようで、つらい」。スタッフの沈黙を前に、相手の心を読み誤る読心術が生じたようです。対人関係に関わるスキーマ（「私は愛されない」「私は嫌な奴である」「私は拒否されている」など）が作動しはじめた場面でもあります。

「沈黙＝拒絶」という等式以外に、スタッフの沈黙をどう解釈するか、患者に考えてもらいます。黙っていたのは、趣味の話の展開に興味深々であったためだ、とスタッフからは率直に伝えます。今後もスタッフとのやり取りでつらくなったら教えてほしい、と追加します。

パーソナリティ障害の認知療法では、治療者に対する感情反応が話題になることがあります。治療者と話すときでも緊張し身構えてしまう患者に問う定石の質問は、「私と話すときに、あなたの心をよぎるのはどんなことですか？」というものです。「最初は親切そうに見えても、結局は裏切られるだけだ」といった類いのスキーマの同定が、介入に先行するのは言うまでもありません。感情を話題にしながらも、背後に控える自動思考やスキーマを取り上げる、ということになりそうです。

紙幅が尽きました。第三書簡をお待ちしたいと思います。

敬具

2013年3月26日

井上和臣



井上和臣先生

拝復 お返事ありがとうございます。新学期の慌ただしさに紛れて、第三書簡が遅くなってしまいました。桜前線は、もう北東北に到達したようです。

私の疑問にていねいにお返事頂きましてありがとうございます。

井上先生の私の疑問1に対するお返事はよくわかりました。認知療法といっても、それほど大きな違いはないようで、ほっとしました。精神分析的な精神療法を始めるときの診断面接の際には、語られたその人の歴史の中から、その人の物事のとらえ方や体験のし方、葛藤への対処のし方の特徴、あるいは対人関係のパターンなどを抽出します。そして、把握された特徴やパターンに基づいて、今後の治療の目標を立てたり、今後の治療の展開を予想したりします。しかし、先生のおっしゃるように、どこまで聞くかは、患者の病理の重さや性質によって違うと思います。ともかく、初診の時点で生育歴・生活史をある程度聞くことで、いろいろなアイデアが得られるし、遺伝的な要因についての情報も得られるのですから、精神療法だけのためではなく、精神科診療では、初診における患者のヒストリーの聴取ははずせない作業だと私は思っています。

先生の私の疑問2に対するお返事の中では、「可視化」という言葉が印象に残りました。私自身、ふだんの児童精神科の外来診療の中では、かなり可視化という方法を使っていることを改めて自覚しました。医学の世界は、視覚優位というものなるほどと思いました。医学部の学生は、解剖所見や病理標本、X線フィルム、心電図、エコー、視診など視覚的な情報の処理をたくさん学びます。精神医学が、医学の中で立場が弱いのも、視覚化できる部分が少ないからかもしれません。しかし、精神分析的な精神療法でも、可視化をまったく使わないわけではありません。最近、私は、成人の自閉症スペクトラムの患者さんに精神分析的な精神療法を行うときには、こちらの理解を伝えるときに、その内容をフローチャートなどの形で図解するようにしていますし、患者さんが自分の体験や考えを伝えるときに、メモ書きや図解を使うように助言しています。また、自閉症スペクトラムに限らず、自由画や夢の内容を絵にしてもらうなど、描画

を取り入れることもあります。精神分析的遊戯療法は、図解とは違いますが、心の中のことを主として視覚的に表現してもらう方法です。

それでも、先生が指摘されているように、精神分析的な心理療法は聴覚優位で傾聴を強調する傾向があると思います。フロイト以来、狭い意味の精神分析においては、毎日カウチの上で自由連想してもらうという方法を用いていますが、この場合、分析家からは患者の表情は見えないし、患者からも分析家の表情や身振りは見えません。普通は図や絵をやり取りすることもあります。必然的に、傾聴という側面が強くなると思います。視覚化されたものは、短時間で理解しやすく、何度も見ることができですが、耳から入ってくる場合、ひとまとまりの情報を把握するのに時間がかかります。しかし、耳から入る情報は、情緒的な体験を伝えるのに適しているようにも思えます。言葉の並び方や声の高さ、抑揚や語りのリズムは情緒的な体験を伝える有力な手段です。精神分析的な精神療法の特徴は、面接室の中で、情緒的な体験とともに味わい、そして、それについて語り合うというところにあります。それで、視覚化は、最小限に留められているのかもしれませんが。精神分析学派が理解したことを伝えるためによく使う手段は、図式的な理解ではなく、言葉による比喩（メタファー）です。私は、患者に「あなたは、ここでミュージカルのオーディションを受けていて、何を踊るかの指示がないのに、審査員の前でもいいから踊りなさいといわれているようなものですね」などと言ったりします。傾聴することは、習熟することが難しい、特別な介入というお考えは、そうだともいえるし、そうではないともいえると思います。つまり傾聴することが苦手な人と得意な人がいて、初心者でも上手にやっけてくれる人もいるし、傾聴という方法を使えるようになるのに時間がかかる人もいるのです。

疑問3に対しては、実は疑問2へのお答えの部分で、かなり回答なさっていると思います。なお、先生が、未体験とおっしゃっているのは、ホームワークの不履行のような、患者の側の治

療や治療者への抵抗感や陰性感情に基づく可能性があるのだが、そもそもホームワークの不履行の体験がないということでしょうか？ 不履行がないというのは、先生のホームワークが患者にとって納得がいき受け入れやすいものになっているという側面もあるように思います。なお、精神分析学派では、治療の方法に対する不履行が起きるときこそ、患者理解が深まり、治療の流れの中の好機と捉えることが多いと思います。もっとも、不履行が頻回に起きるときには、何かうまくいっていないのだらうということもいえると思います。また、精神分析学派でも、患者が緊張して身構えているなら、治療者による面接が患者にどのように体験されているかを尋ねることは多いと思います。ただ、尋ねずに、患者の言動の端々にそのヒントが隠されていると考えて、注意深く聞いて、自分の中に患者の体験について理解が浮かび上がるのを待つこともあります。いずれにしても、疑問3に対して先生が難渋なさったのだとしたら、この部分にこそ、私たちの対話が実りのあるものになる好機が隠されているのかもしれませんが。ただ、今の私にはその好機をうまく生かすような「返し」はできていないように思います。しかし、対話が実りのあるものになるかどうかは、少し時間が経たなければわからないとも思います。

敬具

2013年4月29日

生地 新

◇ ◇ ◇ ◇ ◇

生地 新 様

拝復 第三書簡をありがとうございました。早速読ませていただきました。

まずは聴覚優位と視覚優位の話から続けたと思います。印象に残ったとおっしゃる「可視化」ですが、ライブチャートはまだしも、認知的概念化図はどうしても横断的なものになってしまいます。聴くことは時間の中で進展することなので、聴くことから得られる認知的概念

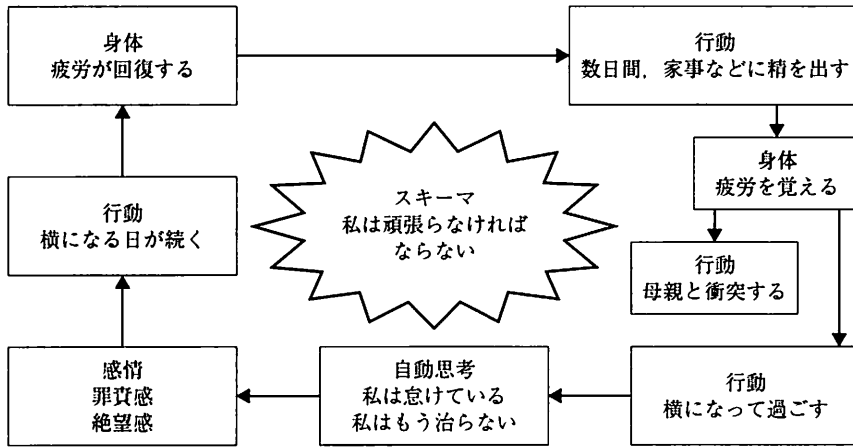


図2 認知・感情・行動・身体変化の悪循環図

化図にも時間の要素，縦断的な視点を加えたいところ。「認知・感情・行動・身体変化の悪循環図」がひとつの解として可能かもしれません（図2）。

治療や治療者への抵抗に回答することに難渋した部分について，少し書いてみたいと思います。第三巻簡を読み終えてすぐに，以前にある著名な精神科医から聞いたこと，「EBMを破る例」という言葉を急ぎ書き留めました。認知療法はエビデンスに基づく精神療法の代表といってよいでしょうが，治療効果がみられてもよいはずなのに，いっこうに期待する効果が得られない症例を集めるのは面白かろう，ということです。

「EBMを破る例」をキーワードに，ホームワークの不履行があった患者を振り返ってみました。精神科外来での短時間認知療法ではホームワークは重要ですから，ホームワーク不履行は治療／治療者へのノー・ゴー・サイン（SSTにいう No-go signals）の可能性が大きいでしょう。

最初に浮かんだのは，認知療法がうつ病相からの回復に寄与したと思われたにもかかわらず，再燃・再発があって，続くうつ病相時にはホームワークを実施できなかった患者でした。このときは日常活動や感情・認知を記録するのも苦痛だという患者の言葉を額面どおりに受け止め，

ホームワークを取りやめました。その後は何年にも及ぶ日記風の生活習慣記録を続けることができた患者でしたから，うつ病の重症度が影響したホームワーク不履行であった，と今も考えています。

次に浮かんだ青年は，認知療法を始めようとした矢先に優良企業を退職し，蓄えがなくなったら自死を選ぶ，と繰り返していました。日常活動記録用紙を用いたセルフ・モニタリングは空白だらけでした。ソクラテスの質問法が認知療法の要だと知ってはいても，ホームワーク不履行に関わる認知を確認するどころか，小生はあっさりホームワークを撤回しました。その後は毎週短時間ですが，薬物療法も併用しないまま，ただただ外来に来ていただきました。休むことなく，次回予約の紙片を受け取って帰る患者とは，来院のたびに，プラモデルの話をしたり愛読の劇画を貸してもらったり，およそ認知療法とは無縁な治療（？）が続きました。そうこうするうちに県外でしばらく過ごすことになった患者に，旧知の精神科医を紹介しました。滞在を終えて帰ってきた患者は，その医師のもとではセルフ・モニタリングのホームワークを継続していたようで，「紹介してもらった以上は，ホームワークをしないわけにはいかない」とか話していました。小生はというと，この好機を活用することもなく，ホームワークもない

ままの通院を続けてもらいました。就職に関わる不安や完璧主義的認知様式について話題にできるようになったのは、さらに時間が経ってからであったと記憶しています。

一般に思考記録用紙を用いたホームワークは、まとまりを欠く覚書風のものから、制止症状のためか簡潔で紋切り型のものもありますが、多くは丁寧に記録され、むしろ克明にすぎる詳細なものになりがちです。しばしば簡略にすることを勧めるほどです。一方で、記録がなされない場合、小生は早々に方向転換をしてしまっているようです。

話がそれてしまいましたが、認知療法でもユーモアや比喩の重要性は指摘されています。それでというわけではないのですが、認知療法を戦国武将の戦法に譬えると（治療を戦争用語で語ることに否定的なはずなのに、またやっしまいました）、信長の桶狭間での戦いぶりになるように思うのです。今川義元だけを目指す、直線的な戦法です。しかし、個人的には、秀吉の高松城水攻めに魅かれます。周囲からじっくりと攻めていく、円環型？の、「待て、そして希望せよ」の戦法です。

ホームワーク不履行を前にしたときの早すぎる撤退には、治療者である小生の内なる「以和爲貴」の精神があるのかもしれない、ある

いは高松城のイメージがあるのかもしれませんが。もちろん好意的に表現すれば、という注釈つきです。真相は、臆病風が吹くだけかもしれません。治療者に対する患者の陰性感情反応という難問では小生固有の傾向（スキーマ？）が明瞭のようにも思えます。治療はいつも患者によって始められ、患者によって続けられ、患者によって終わられる、と口にしながら、そこまで鷹揚に構えてはられない自分がいるのでしょうか。

この往復書簡での小生の役割としては、認知療法を全面的に擁護し称揚することが求められているはずですが。しかし、認知療法は治療のごく一部をなすだけですし、認知療法家であるよりも精神科医でありたいと思いますし、とりわけ治療抵抗性を前にすると、医師であることを乗り越えて、井上和臣という個人になってしまっている可能性が大きいような気がします。第二書簡でEBMから離脱した内容になりそうだという危惧を述べましたが、たしかに予想通りでした。EBMから最も遠い形で第四書簡を閉じることになりますが、貴兄に触発されて、自覚してこなかった自分が見えたような印象です。感謝申します。

敬具

2013年5月11日

井上和臣