

C. 結果

サイコオンコロジーに関する知識を問う質問票のスコアを、前後で比較した。そのうち大分・青森での講座参加者の結果を【図-1】に示した。他のどこの会場の受講者も、同様に平均点は有意に($p<0.01$)増加し、この養成講座には、一定の知識としての教育効果があることがわかった。

また各レッスンでのVASによる理解度の平均は【図-2a,b,c】に示した。全体的には理解度は高く、今回のファシリテーター養成講座の方法によって、ある程度の教育効果が得られることが示された。19年度の6カ所の結果では、次第に理解度が増していることがわかった。これは、講師の教え方の方法や質が改善されたことを示していた。しかし、20年度になってからは、ある一定以上の理解度が示され、回を追う毎に理解度が増すという傾向はみられなかった。【表-4】には、各開催地による受講者の理解度を分散分析した結果を示したが、いくつかの場所で理解度に差が見られることもあったが、一定の固定した傾向ではなかった。

しかし、いずれの開催地においても、リラクゼーションの技術の獲得への自信が少なくなることがわかったので、リラクゼーションDVDを作成することになった。

最終的には、図に示したように、90ページから成るテキストと、3回のレッスンを収録したDVD3枚組と、受講者からの希望が多かったリラクゼーションDVD1枚を作成した。

D. 考察

この養成講座では、計5回の構造化されたグループ介入ができるように、グループ介入用のマニュアル(2年間の研究期間中

だけでも第4版まで改訂された)を配布し、約1時間をかけて、教育的介入で教えるための基礎知識を得るための講義をした。そして、その後は、数名~10名程度のグループとなり、グループワークをした。このグループの構成メンバーは、3回を通じて同じ構成とした。その理由は、3回のセッションのなかでも患者の中で生じるグループダイナミクスを体得するためであり、受講者からの感想ではその目的は達成できたようである。

グループワークでは、まず1対1でその日学んだ教育的介入を、お互いがミニレクチャーをして相互に評価し合い、その後はグループ・ミーティングの中でミニレクチャーのテーマの是非について、毎回ファシリテーター役を交代しながら話し合った。当然その目的は、ファシリテーターの役割を体験するためであり、これも有意義であったことが受講者から聞かれている。

さらに、各グループのファシリテーター役が、そのグループでの話し合いの内容を、全受講者の前で発表するようにした。その目的は、数名のグループというだけでなく、全体をひとつのグループとして成熟させるためであり、受講者の主観ではあるが、それも十分に目的は達成されたと思われる。

次に、サイコオンコロジーに関する知識についての前後評価からは、この講座を通して、受講者らは効率よくその知識が獲得できたと言える。しかし、教育的介入のテーマに関しては、3回のセッションの中で話し合われた最も大きな問題であり、さまざまな意見が交わされた。今後はテーマを修正していく必要もある。

さてグループワークの後では、そのグループの形で着席したままリラクゼーションの実習をした。全体の前でリラクゼーションの指導をするのは無理があったため

に、3回とも研究者（講師）が指導をしたが、その意味では、リラクゼーションの指導について課題が残ったことになる。

また、【図-2a,b,c】には各開催地の理解度を並べて示した。初年度は、理解度が回を増す毎に増えていった。それは、講師を務めた筆者が、自らの経験や、受講者からの意見や要望を取り入れ、少しずつ資料に手を加えたり、教え方を修正したためだろうと思っている。しかし、2年目の理解度は既にほぼ一定以上に達し、大きな変化はなかった。

いずれの開催地においても、リラクゼーション技法の獲得への自信は少ないことがわかった。医療職の卒前・卒後教育のなかでリラクゼーション技法は十分に教えられていないが、今後の医療の中でもリラクゼーションは重要な意味があると思われるので、今後、この技法は卒前・卒後教育の中にもっと取り入れられなければならない。

また、本養成講座は、2.5時間を3レッスンまで行うが、初年度の当初は実際の患者が体験できるとされる週1回のセッションで生ずる集団力動を体験できるように週1回ずつで3週間の開催をしていたが、地理的・時間的な理由で、その後、土曜日の午後から日曜日の午前・午後の3レッスンを1.5日で受講できるように修正した。感覚的にはこの方が集中力が増し、知識や技術の習得のためにも、また、同一メンバーで行うグループワークで生ずる集団力動的にも凝縮力が高まるようである。今後も、形式的には1.5日バージョンのほうが望ましいと思っている。その後、2カ所で1日バージョンも施行したが、受講者からはほぼ同じような満足度が得られているので、時間がない場合には、この1日バージョンも可能であると思っている。(17,18)

現在考えているファシリテーター養成プログラム全体は、【表-1】で示したように、本講座の後で、実際に患者あるいは模擬患者を対象にしてグループ療法を実践し、その後、補講を2回するという、計20時間に及ぶプログラムである。この中で、補講を行う理由は、グループ療法を実践中に生じた問題を、改めて質問したり確認する時間が必要なためである。この構成は筆者が、在宅介護者支援ファシリテーター養成講座の研究のなかで明らかにした必要時間・内容・組み合わせなどが元になっている。(19)

これが実際に、がん患者のグループ療法のファシリテーター養成のために必要十分であるのかについては、引き続き検討していかなければならない。

E. 結論

がん患者へのグループ療法ファシリテーターの養成プログラムのうち、2時間半ずつ3レッスンの養成講座を全国15カ所で実施し、その教育的効果を検討した。受講者は計1,038名と1,000名を越えた。

サイコオンコロジーに関する知識を問う質問票のスコアを前後で比較した結果、平均点は有意に($p<0.01$)増加し、この養成講座には一定の教育効果があることがわかった。また、VASによる理解度調査でも一定以上の高い理解度であることが示された。しかし、3レッスンの中で毎回体験学習した「リラクゼーション・スキル」の習得に関しては、最後まで、習得度や今後の自信が少ないことがわかった。これらはわが国の医療者にとって、卒前・卒後教育のなかで十分に教えられていない点が問題である。そのため、リラクゼーションDVDを作成し、必要な場合には配布する準備をしている。

また、2009年度には改訂を重ねた約90ページから成るテキストと、3レッスンを収録したDVD3枚組みと上述したリラクゼーションDVDを作成したので、今後はこれらの媒体を用いた研修方法も可能になってきた。

ファシリテーター養成プログラムは、本養成講座に続いて、実習と補習を加えた計20時間から構成されている。2008年に、ファシリテーター養成プログラムが完全に実施できた施設は数カ所に過ぎなかった。プログラム完成には課題はまだ多い。

筆者のグループ療法の経験からは、グループ療法には「3回目の法則」があることがわかっている。これは、グループを始めると最初の1回目、2回目は緊張しながら、他の参加者を観察する時期であり、それが済んだ3回目になると急速に集団の凝集性が高まる、というものである。その感じを体得してもらうために、グループワークを含めるべきであり、それは最低3回は必要である、といった私見から、養成講座は3回と決めた。

もちろんもっと長いほうが、たとえばリラクゼーション・テクニックの習得には有効だということも予想されるが、それよりも実際にグループ療法のファシリテーターを体験したほうが、講座中には気づかなかった疑問が明確化されたり、ファシリテーターとしての技能もより短期間で会得できるだろうと期待したからである。間もなくその期待が立証できるだろうと思っている。

【謝辞】

東京会場の養成講座の一部は財団法人日本対がん協会がん医療水準均てん化推進事業(平成20年度)の助成を受けています。

【文献】

- 1) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al.: Effect of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, ii: 888-891, 1989
- 2) Classen C, Butler L.D., Koopman C, et al.: Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: A randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry* 58: 494-501, 2001
- 3) Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, et al.: The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New Eng J Med* 345: 1719-1726, 2001
- 4) Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, et al.: Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology* 16:277-86, 2007
- 5) Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, et al.: A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 47: 720-5, 1990
- 6) Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, et al.: A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Arch Gen Psychiatry* 47: 729-35,

- 1990
- 7) Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, et al.: Malignant melanoma-Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. Arch Gen Psychiatry 50: 681-689,1993
 - 8) Fawzy FI, Canada AL, Fawzy NW.: Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. Arch Gen Psychiatry 60:100-103, 2003
 - 9) Gottlieb BH, Wachala ED.: Cancer support groups: a critical review of empirical studies. Psychooncology 16: 379-400, 2007
 - 10) Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, Imoto S, Kanagawa K & Uchitomi Y.: A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. Cancer 89: 1026-36, 2000.
 - 11) Hosaka,T.: A pilot study of a structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. Psychooncology 5: 59-64, 1996
 - 12) 保坂 隆：がん患者への構造化された精神科的介入の有効性について。精神医学 41：867-870, 1999
 - 13) Hosaka T, Tokuda Y, Sugiyama Y.: Effects of a Structured Psychiatric Intervention on Cancer Patients' Emotions and Coping Styles. Internat J Clin Oncol 5:188-191,2000
 - 14) 平井啓, 保坂 隆, 杉山洋子, 他：乳がん患者に対する構造化精神科介入とその影響要因に関する研究。精神医学 43: 33-38, 2001
 - 15) Hosaka T, Sugiyama Y, Tokuda Y, et al.: Persistent effects of a structured intervention on breast cancer patients' emotions. Psychiatry Clin Neurosci 54: 559-563, 2000
 - 16) Hosaka T, Sugiyama Y, Hirai K, et al.: Effects of a psychiatric intervention with additional meetings for early-stage breast cancer patients. Gen Hosp Psychiatry 23: 145-151, 2001
 - 17) 保坂 隆：グループ療法のファシリテーター養成講座の実際と意義。緩和医療学 10: 56-61, 2008
 - 18) 保坂 隆：がん患者のためのグループ療法のファシリテーター養成講座の実際と意義。総合病院精神医学 20: 156-163, 2008
 - 19) 保坂 隆：介護者のうつ予防のための支援の在り方に関する研究報告書。平成 18 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

【表-3a】

ファシリテーター養成講座評価表：レッスン1

職種（医師 看護師 SW 心理士 患者 家族 その他 ）

下記の項目についてVAS(Visual Analogue Scale)線上に×を記してください。

1. ファシリテーター養成講座の位置づけについて

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

2. 身体疾患患者への心理社会的アプローチの種類について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

3. がん患者への集団療法の歴史と概要について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

4. わが国での乳がん患者への集団療法の研究成果について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

5. グループ療法第1回目の導入や方法について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

6. グループ療法内で行われるリラクゼーションの種類について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

7. グループ療法内で行われるリラクゼーションは3回のレッスンでマスター

絶対できない | ——— | ——— | ——— | ——— | できる

○レッスン1全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

--

【表-3b】

ファシリテーター養成講座評価表：レッスン2

職種（医師 看護師 SW 心理士 患者 家族 その他 ）

下記の項目についてVAS(Visual Analogue Scale)線上に○か×を記してください。

1. 日本のがんの告知率について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

2. がんの告知率が低い理由の3つについて

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

3. 非告知はがん患者の心を守っているのかについて

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

4. がんを受容していく段階について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

5. がん患者の精神疾患合併率について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

6. がんへのコーピングと予後の関係について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

7. グループ療法内で行われるリラクゼーションは3回のレッスンでマスター

絶対できない | ——— | ——— | ——— | ——— | できる

○レッスン2全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

【表-3c】

ファシリテーター養成講座評価表：レッスン3

職種（医師 看護師 SW 心理士 患者 家族 その他 ）

下記の項目についてVAS(Visual Analogue Scale)線上に○か×を記してください。

1. がんの医療チームの概念について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

2. がんになりやすい性格（C型性格）について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

3. 好かれる患者の予後が悪い理由について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

4. ソーシャルサポートとがんの予後との関係について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

5. グリーフワークが1年間必要な理由について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

6. 家族は第2の患者である理由について

理解できない | ——— | ——— | ——— | ——— | 理解できた

7. グループ療法内で行われるリラクゼーションは3回のレッスンでマスター

絶対できない | ——— | ——— | ——— | ——— | できる

○レッスン3全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

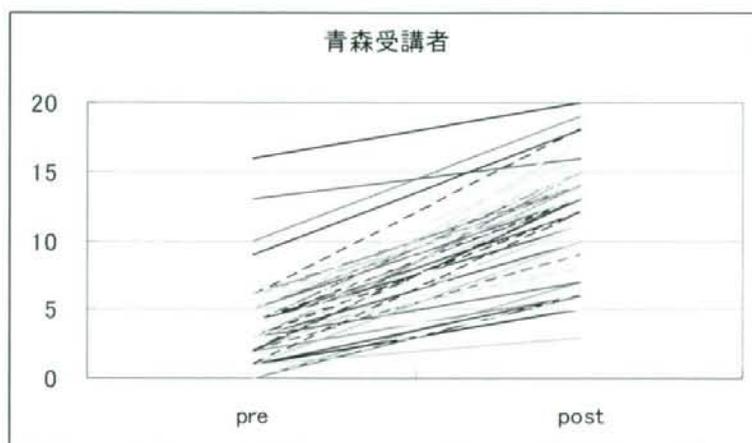
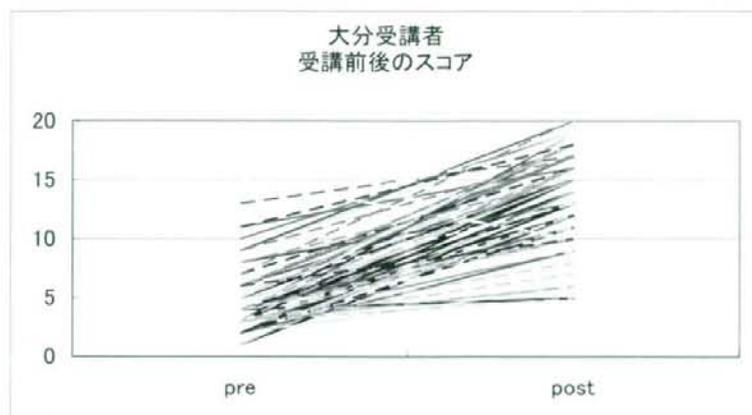
【表-4】開催地別の受講者の理解度

項目	全体	① 沖縄	② 仙台	③ 福岡	④ 群馬	⑤ 東京	⑥ 名古屋	⑦ 青森	⑧ 京都	⑨ 大分	F検定	多重比較
L1-1	4.13	4.05	3.94	4.01	4.18	4.37	4.13	4.20	4.07	4.17	*	⑤>②
L1-2	3.69	3.63	3.66	3.56	3.71	3.92	3.64	3.62	3.69	3.78	ns	
L1-3	3.94	3.81	3.92	3.74	3.84	4.20	4.04	3.84	3.88	4.08	*	⑤>④
L1-4	4.05	3.92	3.99	3.94	4.13	4.10	4.17	4.03	3.88	4.14	ns	
L1-5	4.17	4.05	3.95	3.96	4.30	4.31	4.12	4.69	3.97	4.17	ns	
L1-6	4.23	4.25	4.05	4.18	4.41	4.41	4.28	4.16	4.05	4.23	*	④,⑤>②
L1-7	3.67	3.69	3.52	3.73	3.54	3.78	3.57	3.84	3.70	3.68	ns	
L2-1	4.60	4.58	4.63	4.47	4.83	4.62	4.62	4.52	4.57	4.58	*	④>④,⑦
L2-2	4.49	4.50	4.51	4.29	4.55	4.57	4.49	4.48	4.46	4.52	ns	
L2-3	4.45	4.55	4.40	4.30	4.62	4.51	4.35	4.52	4.36	4.44	*	④>④
L2-4	4.37	4.29	4.43	4.22	4.46	4.35	4.37	4.44	4.33	4.41	ns	
L2-5	4.38	4.44	4.48	4.18	4.47	4.46	4.25	4.44	4.25	4.39	*	②>④
L2-6	4.20	4.06	4.31	3.98	4.40	4.22	4.20	4.18	4.15	4.23	*	④>④
L2-7	3.61	3.77	3.60	3.45	3.68	3.88	3.21	3.67	3.60	3.74	*	①,⑤,⑦,⑧>⑥
L3-1	4.33	4.42	4.30	4.23	4.21	4.22	4.29	4.15	4.08	4.88	ns	
L3-2	4.38	4.13	4.27	4.06	4.53	4.33	4.40	4.57	4.22	4.80	ns	
L3-3	4.07	3.94	4.10	3.92	4.30	4.03	4.04	4.14	3.99	4.11	ns	
L3-4	4.46	4.39	4.54	4.38	4.61	4.49	4.53	4.42	4.22	4.46	*	②,④>⑥
L3-5	4.44	4.29	4.63	4.27	4.57	4.50	4.46	4.34	4.24	4.53	*	②>①,③,⑤
L3-6	4.54	4.61	4.63	4.38	4.61	4.60	4.56	4.50	4.36	4.57	*	②>④,⑥
L3-7	3.79	3.66	3.70	3.78	3.93	4.04	3.51	3.79	3.64	4.00	*	⑤,⑧>⑥

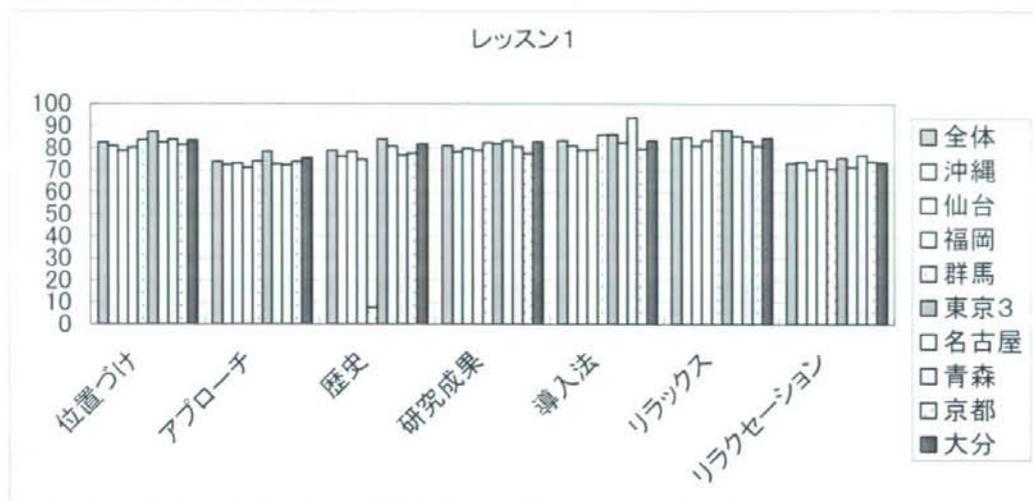
*p<.05 ns 有意差なし

L1-1:レッスン1の評価表の項目1の意味, 以下同

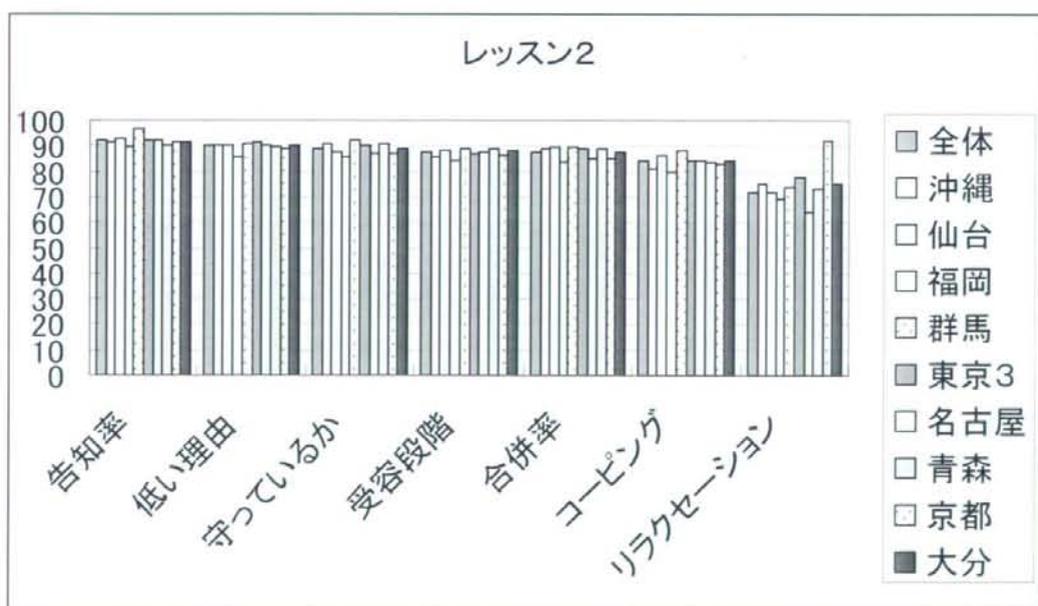
【図-1】



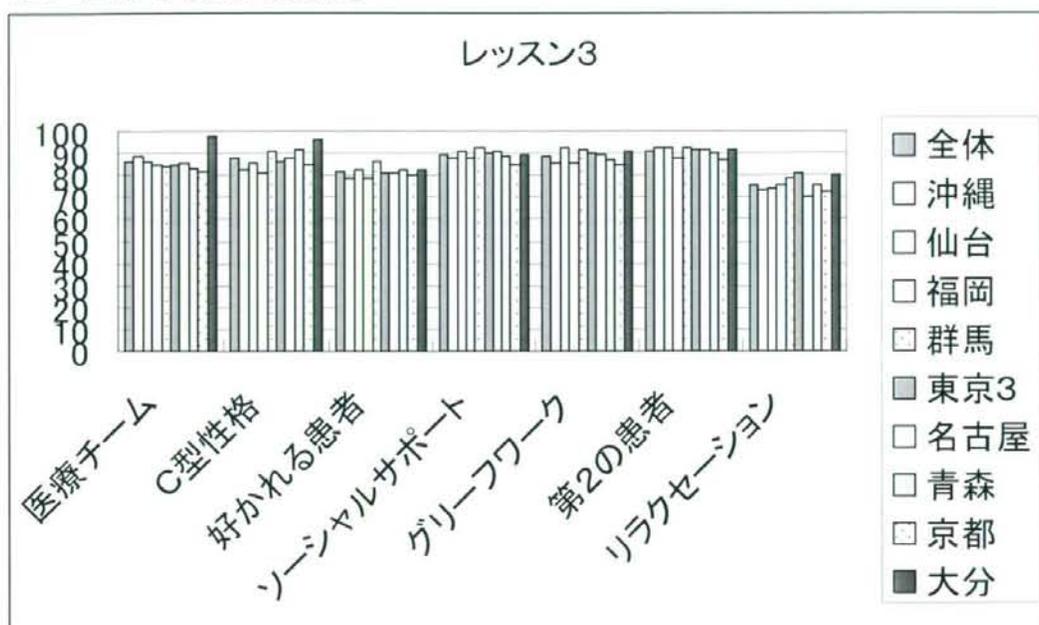
【図-2a】 レッスン1の評価



【図-2b】 レッスン2の評価



【図-2c】 レッスン3の評価



がん患者さんのためのグループ療法マニュアル（第4版）

1回目

「皆さんのなかには、きょうはじめてお会いする方もいらっしゃるでしょうし、もうすでに病棟で仲よくなっている方もいらっしゃるかと思います。そこで、まず自己紹介を兼ねて、ご自分の病気の経過について順番にお話してください。その際、プライベートな話はしていただいなくても結構ですから、いつごろどのような症状に気づいて、どのような経過でこの病院を受診するようになったか、外来ではどのような検査をして、いつごろ入院して、どのような手術を受けたのか、といった事実関係だけで結構です。

その際に、わたしどもには守秘義務があるのももちろんなのですが、みなさんもこの場で他の方たちの話を聞いても、それは個人のプライバシーに関係することですので、できればよそでは話さないでくださいね。では、Aさんから始めましょうか。」

患者さん「Aと申します。・・・」

個人の情報を記入できるようなケース・カードと、席順と名前を書ける図を用意しておく（配布資料あり）

この自己紹介の中で特に押さえておきたいことは、症状に気づいてから受診までの期間・明確な告知の有無・家族構成・夫や家族の反応・手術の術式への本来の希望・リンパ節転移の有無・抗がん剤治療の種類・有無とその日程・放射線治療の有無・ホルモン剤治療の有無・家族や友人からのサポート、など

人数にもよるが、全員が話せるように時には、時間制限をする必要もある。

「いつもは、最後にリラクゼーションとイメージ療法の時間を取ります。今日はあと5分しかありませんから、その触りだけやってみましょう。

では、椅子の背に寄りかかって楽な姿勢を取ってください。目を閉じて、両手は、両方の膝の上に置きましょうか。さあ始めましょう。ここではいくつかの段階で、リラクゼーションからイメージ療法まで連続的に行っていきます。

最初は深呼吸です。腹式呼吸ですから、おなかで息をするようにします。意識すると、胸で呼吸するようになることが多いようです。普通の睡眠状態のときには、皆さん意識しなくても腹式呼吸をしているんですよ。朝起きたらお腹の上に手をのせてみると、お腹が膨らむような息をしているんです。それが腹式呼吸です。さあやってみましょう。ゆっくり息を吐くところからやってみましょう。ではゆっくり吐いて・・・吸って・・・息を吐いて・・・。

次は、全身の筋肉の力を順番に抜いていくリラクゼーションです。だんだん進んでいくという意味で、漸進性筋弛緩法といいます。まず、肩の力を抜いてください。・・・次に足の裏の力を抜いてください。・・・はい、やりにくいですね。いきなり力を抜くというのは簡単ではありません。そんなときには、一旦その部分に力を入れて、そして一気に力を抜くという方法でやってみます。じゃ、まず肩をギュッと耳に付けるように上げてください。そうです、もっともっとです。これを5秒から10秒くらいやって、ハイ、一気に息を吐きながら力を抜いてください。力を抜いたら、さっきの腹式呼吸です。ゆっくり吸って、はい、吐いて・・・吸って・・・吐いて・・・

では、次のリラクゼーションに移りましょう。これは自律訓練といわれるものの、ごく一部です。一種の自己暗示です。いいですか、じゃあ目を軽く閉じてください。そして、「両手がだんだん温かくなる」と、声には出さなくて、何度も何度も心の中で繰り返してみてください。両手がだんだん温かくなる・・・両手がだんだん温かくなる・・・両手がだんだん温かくなる・・・これは訓練すると必ず出来るようになりますから、次回からゆっくり練習してみましょう。

そして、最後に、十分にリラックスした状態で、イメージ療法に移っていきましょう。

A案

ここではこれまで行ったことがあったり、映画やテレビで見ていつか行ってみたいと思うような場所に実際にいて、リラックスしているところを想像してみましょう。その時には五感をすべて使ってイメージを作ってみましょう。

海辺でノンビリしている場合には、まぶたを閉じても太陽や海の輝きが視界に入ってきますし、波の音が聞こえ、海からの風が頬をなでていき、潮の香りを残していきます。

林のハンモックに揺られている場合には、木漏れ日を感じ、小鳥のさえずりが聞こえ、そよ風が頬をなでていきます。木のおいも感じることでしょう。

自分自身がとてもリラックスしているところを2分間想像してみてください。はい、始めてください。

B案

ここでは、がん細胞とリンパ球のイメージを頭の中に作って、がん細胞がリンパ球に負けてしまうところを、まるで映画やビデオを見ているかのように映像化するものです。みなさんは、実際にはがん細胞やリンパ球を見たことはないと思いますので、イメージでいいんです。100人いたら100種類のイメージが出来るはずですよ。

今までの経験ですと、がん細胞の場合はあまりいいイメージではないので、黒っほかったり、暗い色だったり、形もゴツゴツしていたり、イガイガが出ていたりしているようです。一方、リンパ球のほうは、みなさんのからだを守っている細胞ですので、元気がいい感じで、色や形もきれいなイメージを作る方が多いようです。そして、このリンパ球が、がん細胞を取り囲んで、がん細胞がだんだん弱く、小さくなっていき、やがて死んでしまうところをイメージしていくんです。あまり、他の人の例ばかり話しますと、それに左右されてしまいますので、早速やってみましょう。どんなイメージでもいいんですよ。

はい、軽く目を閉じて・・・ゆっくりした呼吸をしてみましょう・・・はい、頭の中にがん細胞とリンパ球のイメージをつくり、両方が戦って、やがてはがん細胞が弱って行って死んでしまうところをイメージしてください。

・・・・・・はい、それでは今から数字を七つまでゆっくり数えます。五つ目までは、今のイメージを強く持ち続けてください。ひとつ・ふたつ・みっつ・よっつ・五つ・・今度はだんだん目を覚ましていきます・六つ・・だんだん目を覚ましていきます・・ななつ・・・・・・はい、ゆっくり目を覚ましましょう、ゆっくり目を開けてください。・・両手を組んでギュッと身体の前に伸ばしてください。・・はい、では力を抜いて楽にしてください。

さて、きょうはこれで終わりです。今日は自己紹介があったので、他のことが十分にできせんでしたが、次回からはもうちょっとゆったりした感じでやっていけるとと思います。あと4回、同じメンバーでやっていきますから、できるかぎり休まないで参加してください。(配付資料1枚を渡しながら)これでリラクゼーションを毎日練習してみましょう。

2回目

「さあ、この1週間どうでしたか？Aさんから順番に話してください。」

術後のこの時期には、退院したら孤立感を感じたとか、抗がん剤が始まったとか、リハビリでここまで出来たとか、傷の痛みについての話など、いろいろな意味で変化の多い時期のため、医療者に向けた質問も多い。また、全摘をした患者が再建術を受けた患者に再建術について質問する場面や、抗がん剤の副作用について相互に話しあったりする場面も多い。その都度、質問にはできる限り答えるし、具体的な対策を教えたりするが、これが「問題解決技法」である。また、情緒的に支持が必要な場面では適時行っていくことも必要で、これが「心理的サポート」である。具体的には、「大変ですね」「大丈夫ですよ」「そんな心配は無用です」「もう少しで良くなってきますよ」などの言葉で支持する。

問題解決技法や心理的サポートが、患者相互間でごく自然に行われることもある。

30分間程度—これは絶対的ではないが—このような話が続き全員が終わった時点で、次の「教育的介入」に移る。雑談的になってしまう場合もあるので、軌道修正的な意味もある。

「さて、今日の話は、・・・・」

配付資料1枚：

- 衝撃の段階を経て行ったり来たりしながら受容していく
- 周囲に怒りが向いたり自分に向けて後悔したり、さまざまな想いが交錯している
- うつは軽症の適応障害も入れると1/3くらい
- 適応障害では周囲に相談してみましよう。話ただけで楽になったり環境調整を手伝ってくれるでしょう
- うつ病の可能性があったら主治医に伝えて専門医を紹介してもらいましょう

(残り 20-25 分間くらいのところで)

以下のリラクゼーションの部分は、照明を落としたり、カーテンを閉めるなりして少し暗くしたほうが集中しやすく、リラックスしやすいようである。それに、少し暗いということは、どことなく儀式的な感じてあり、2度目からはそれだけで、条件反射的に集中したりリラックスできたりするようである。

「さあ、最後にリラクゼーションの練習をしましょう。前回はさわりだけをやりましたから、今日のはじめてのようなものです。改めてはじめてから、ゆっくりやってみましょう。荷物などは別の椅子の上や机の上に置いておいてください。

では、椅子の背に寄りかかって楽な姿勢を取ってください。目を閉じて、両手は、両方の膝の上に置きましょうか。さあ始めましょう。ここではいくつかの段階で、リラクゼーションからイメージ療法まで連続的に行っていきます。」

「ここから先は頷いたり返事はしないでいいですよ。一気に最後までいってしまおう」と言ってあげたほうがよい。気を使って施行者の言葉に反応してくれる患者さんもいるからである。

「最初は深呼吸です。腹式呼吸ですからおなかで息をするようにします。意識すると、胸で呼吸するようになることが多いようです。普通の睡眠状態のときには、皆さん意識しなくても腹式呼吸をしているんですよ。朝起きたらおなかの上に手をのせてみると、おなか膨らむような息をしているんです。それが腹式呼吸です。さあやってみましょう。ゆっくり息を吐くところから始めましょう。息をゆっくり吐いて・・・吐き終わったら腹筋に力を入れてもっと息を吐き切るようにしましょう、息を吐いて・・・吐き終わったら腹筋の力を抜いてみましょう、反動でお腹が膨らんできます・・・では吸って・・・息を吐いて・・・。そうです・・・吸って・・・はい、いいですよ、そのまま目を閉じていてください。

今度は全身の筋肉の力を順番に抜いていくリラクゼーションです。だんだん進んでいくという意味で、漸進性筋弛緩法といいます。どんな人でも、1日起きて仕事したり動いたりしていると、からだの筋肉には自然に力が入って固くなっているはずで、そこで、リラックスする時にはまず、この筋弛緩法が必要になってくるわけです。

いきなり力を抜くというのは簡単ではありませんから、一旦その部分に力を入れて、そして一気に力を抜くという方法でやってみます。じゃ、まず両肩をギュッと耳に付けるように上げてください。そうです、もっともっとです。これを5秒から10秒くらいやって、ハイ、一気に息を吐きながら力を抜いてください。力を抜いたら、さっきの腹式呼吸です。ゆっくり吸って、はい、吐いて・・・吸って・・・。このように、からだの部分部分を順番に、一旦、5秒から10秒間くらい力を入れて、そして一気に力を抜く。力を抜いたらそこで2-3回腹式呼吸をするというのが第2段階です。じゃあ、一通りやってみましょう。

まずは足の裏にもギュッと力を入れて、足の指先にギュッと力を入れて、土踏ますの部分が靴の底から浮くように、です。はいこれを5秒から10秒くらいやって、さあ一気に力を抜いてください。腹式呼吸です・・・はい、次には足全体に力を入れて下さい。5秒から10秒くらいギュッとです。はい、そこで一気に力を抜いて下さい。はい、息を吸っ

て・・・吐いて・・・。

次にはお尻の周りにギュッと力を入れて下さい。ギュッとです・・・はい、そこで一気に力を抜いて下さい。はい、息を吸って・・・吐いて・・・。

次には、胸からおなかにかけてです。息を吸ったところで、息を止めてこらえてください。胸からおなかの筋肉にギュッと力を入れて下さい。・・・5秒から10秒くらいギュッとです。はい、そこで一気に力を抜いて下さい。はい、息を吸って・・・吐いて・・・。

次には両手全体です。握りこぶしをつくって両手全体に力を入れて下さい。5秒から10秒くらいギュッとです。・・・はい、そこで一気に力を抜いて下さい。はい、息を吸って・・・吐いて・・・。

次には肩です。はい、ではさっきと同じように、肩をギュッと上げて下さい。そうですね、もっともつとです。術後で痛みのある方は無理をしないでいいですよ。これを5秒から10秒くらいやって、ハイ、一気に力を抜いてください。力を抜いたら、さっきの腹式呼吸です。ゆっくり吸って、はい、吐いて・・・吸って・・・吐いて・・・。

最後に顔のほうに移っていきましょう。唇をすぼめて下さい。ギュッと力を入れて・・・はい、そこで一気に力を抜いて下さい。最後に、目をギュッと閉じて下さい。はい、もっともつと、です。これを5秒から10秒くらいやって、ハイ、一気に力を抜いてください。力を抜いたら、さっきの腹式呼吸です。ゆっくり吸って、はい、吐いて・・・吸って・・・吐いて・・・。これが第1の筋弛緩法です。ゆっくりした呼吸を続けていて下さい。

そのまま次の、もうひとつの漸進性筋弛緩法に移っていきます。これは、一旦、力を入れるということをしないで、その部分に気持ちを集中して、スッと力を抜いていくやり方です。さっきと同じ順番でやってみましょう。足全体に気持ちを集中して・・・はい、その力をスッと抜いてください。力を抜いた後はまた、ゆったりした深呼吸です。次はお尻の周りの筋肉に気持ちを集中して・・・はい、その力をスッと抜いてください。力を抜いた後はまた、ゆったりした深呼吸です。次は胸からおなかです。気持ちを集中して、・・・はい、その力をスッと抜いて下さい。はい、次は両手全体です。そこに気持ちを集中して・・・両手がだらんと重く感じるように力をスッと抜いて下さい。では、次に肩に気持ちを集中してみましょう。肩に気持ちを集中して・・・はい、その力をスッと抜いてください。力を抜いた後はまた、ゆったりした深呼吸です。はい、次は口の周りです、口の周りに気持ちを集中して・・・はい、口の周りの力をスッと抜いてください。・・・次は目の周りです、目の周りに気持ちを集中して・・・はい、目の周りの力をスッと抜いてください。ゆっくりした呼吸を続けましょう・・・はい、最後に、全身に気持ちを集中して・・・はい、全身の力を抜いて下さい。力を抜いた後はまた、ゆったりした深呼吸です。

はいこの状態で、次のリラクセーションに移りましょう。これは自律訓練といわれるものの、ごく一部です。一種の自己暗示です。いいですか、じゃあ目を軽く閉じたまま、
「両手がだんだん温かくなる」と声に出さないで心の中で何度も何度も繰り返してみてください。両手がだんだん温かくなる・・・両手がだんだん温かくなる・・・両手がだんだん温かくなる・・・

話し方を徐々にゆっくりにして、トーンを徐々に落としてくると暗示効果は高くなる。

皆さんも覚えていらっしゃるかと思いますが、赤ちゃんが寝入る前には手足が温かくなってきますよね。リラックスすると末梢血管が広がって手足が温かくなるんです。末梢血管は自律神経が支配していて、身体が自然に調節しているんですが、この自律訓練によって、自律神経もある程度は自分でもコントロールできることがわかってきました。これは訓練すると必ず出来るようになりますから、次回もまた練習してみましよう。

そのまま気持ちがとても落ちついているところで、最後に、イメージ療法に移っていきます。

上のA案かB案を選ぶ

2分間くらいの時間で自由にイメージを作ってください。はい、始めてください。

(その後は1分間くらいは何も指示しない)

はい、それでは今から数字を七つまでゆっくり数えます。五つ目までは、今のイメージを強く持ち続けてください。ひとつ・ふたつ・みっつ・よっつ・五つ・今度はだんだん目を覚ましていきます・六つ・だんだん目を覚ましていきます・ななつ・はい、ゆっくり目を覚ましましょう、ゆっくり目を開けてください。」

この状態は、「類催眠状態」である。そのため、覚醒状態への移行は無意識レベルでかなりの抵抗があるものであるため、かなり時間をかけなければならない。暗くしていた場合にはすぐには明るくしないほうがよく、暗いままで下の質問を始め、途中から部屋を明るくしていく。

「いろいろなイメージを持ったと思いますが、最初の筋肉の力が抜けたか、両手が温かくなったか、どのようなイメージが出てきたか、順番に話してくれませんか、じゃあAさんからどうぞ。」

リラクゼーションの熟達度をケースカードに評価しておく。イメージについても同様で、ここでは特にイメージの内容を具体的に言葉で説明させたり、時間があれば絵に描かせたりすると効果的であると言われている。

「さて、きょうはこれで終わりです。」

3回目

「さあ、この1週間どうでしたか？ Aさんから順番に話してください。」

(2回目を参照。「問題解決技法」「心理的サポート」)

30分間程度—これは絶対的ではないが長くても40分間程度—このような話が続きが
終わった時点で次の「教育的介入」に移る。雑談的になってしまう場合もある
ので、軌道修正的な意味もある。

「さて、今日の話は、がんに対する構え方、コーピングの話です。
(配布資料1枚)

コーピングとは、目の前の事実をどう受けとめて、どのように対処するのか、というそ
れぞれの人で異なる様式です。

がんへのコーピング・スタイルを以下のように分類した研究があります。

①前向き・ファイティングスピリット

: 診断を受け入れ積極的に取り組む

②否認: がんを否定する

③あきらめ: 診断を受け入れるが運命としてあきらめる

④悲観・絶望: もうダメだと希望をなくす

このうち以下のことがわかっています。

●前向き→QOL 向上, 悲観→QOL 低下

●悲観は再発や生存率と関係するという報告があります

(悲観はうつ病の可能性もある→免疫機能が低下)

これまでのストレス時はどんなコーピングでしたか?

今回の病気に対してはどのようなコーピングがありますか?

(全員が話せるようにし、それぞれに対して他の患者が発言するように促す。悲観的にな
る場合はダメ、前向きのほうが少なくともQOLの向上には役立つことを説明する。しか
し頑張らせるのは不要であるばかりか有害なこともある)

「さて、積極的なコーピングのひとつとして正しい情報を集めることは大切です。どこか
ら集めるのかと言えば、

●主治医から●看護師から●病院の相談室から●地域での相談室から●友人から●患者会
などから●インターネットから●本や雑誌から、などがあります。

皆さんの場合にはどのような集め方をしていますか?他にはどのようなものがあります
か?

(全員が話せるようにし、それぞれに対して他の患者が発言するように促す)

【参考文献】

- 1) Greer, S, Morris, T and Pettingale K.: Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. Lancet. ii: 785-787, 1979
- 2) Pettingale, K.: Coping and cancer prognosis. J Psychosom Res. 28(5): 363-364, 1984
- 3) Pettingale K, Morris T, Greer S, et al.: Mental attitudes to cancer: An additional prognostic factor. Lancet. i: 750, 1985
- 4) Watson M, et al.: Cancer 53: 2008-12, 1984
- 5) Watson M, et al.: Psychol Med 21: 51-57, 1991
- 6) Watson M, et al.: Lancet 354: 1331-1336, 1999

「さあ、最後にリラクゼーションの練習をしましょう。・・(以下、前回と同じ)」

4回目

「さあ、この1週間どうでしたか？Aさんから順番に話してください。」

30分間程度このような話が続き、全員が終わった時点で次の「教育的介入」に移る。

「今日は、がんになりやすい性格があるのかなのかという話です。

(配付資料1枚)

性格と病気の関係で一番有名なのは「A型性格と心筋梗塞の関係」です。A型といっても血液型のことではありません。いつも時間に追われて、イライラした感じで、職場や家庭で怒鳴ることが多くて、競争が好きで、車で追い抜かれたら「チクショー」と思って追い抜き返そうとするなどの傾向を持った性格のことです。・・そして、A型ではない人を全部B型と呼んでいた時代がありましたが、その後、B型よりももっとA型の対極にある性格があると言った学者がいました。それをC型と言ったのですが、そのCというのが、A・Bの次だからC型だという説と、がんを表すCancerの頭文字のCだという説もあります。いずれにしても、そのC型性格とがんが関係しているという話があるので、

そのC型の特徴というのは、協調性が高く相手に合わせる傾向が強く、控えて従順で、頼まれればノーとは言えず、自分の感情を抑える、などです。特に、自分の感情の中でも、否定的な感情、すなわちイヤだとか、嫌いだとか、攻撃的になるような気持ちを抑え込んで、絶対に外に出さないという特徴があります。さて、皆さんはいかがですか？」

この質問にはほとんどの患者さんが「私もそうだ」と言う。自責的な傾向の強い患者さんの場合には、ややもすれば自分の性格のためにがんになったと思ってしまうがちである。それに対しては、次のような説明を加えて、自責感を助長させないことが必要である。

「しかし、このC型性格は正しい研究—プロスペクティブ研究と言いますが、その結果から、がんとの関係が立証されたわけではありません。それに、よくよく考えてみますと、このC型の特徴というのは、日本人の間では美徳と思われる傾向が強いもので、わたしたちは知らず知らずのうちに教育されてきている可能性があります。イヤだとはっきり断ることが出来る人が多いアメリカだから、ことさらC型は強調されているのかもしれませんが。しかし、このような傾向が強い方は、これからはもう少し自分の感情、特にイヤだと言ったり、断るようになってきたらいいですね。」

「もうひとつの話は、ソーシャル・サポートの話です。結婚している方は配偶者、またはパートナー、その他、家族や友人や近所の人大切なソーシャルサポートです。そのような人の全体をソーシャル・ネットワークとも言います。皆さんの場合には、誰が一番支えになりますか？」

(順番に話してもらう)

「このグループで知り合った方もソーシャル・ネットワークになりますが、どうでしょうか？」

ファシリテーターはこの時点ではすでに気づいているだろうと思われるが、参加者らは多くの場合、3回目くらいからお互いへの親密感が増すようであり、4回目くらいになると帰りに一緒に軽食を取ることもあるようである。

(残り 15-20 分間くらいのところで)

「さあ、最後にリラクゼーションの練習をしましょう。・・・(以下、前回と同じ)」

このくらいになると、筋弛緩法に関して、一旦、力を入れてその後弛緩させるという部分は省略して、腹式呼吸から、いきなり、ある部分に気持ちを集中させてスッと力を抜くという方法に移っていてもよい。

イメージに関しても、がん細胞とリンパ球の戦いだけでなく、自由にイメージを作らせるか(この場合には誘導イメージ guided imagery とは言わない)、別の誘導イメージ、例えば「体が小さくなって行って、自分の体の中に入り込んで、宇宙船のようなものに乗って、体中を点検に行って、がん細胞を見つけたらレーザー光線のようなもので撃つてしまおう」という映画もどきのものを利用するとよい。

5回目

「さあ、この1週間どうでしたか？Aさんから順番に話してください。」

(順番に話す)

「今日は最後ですから、特別なテーマはありません。わかりにくかったことを質問して下さい。また、ここでどのようなことを学んだのかということと、このカウンセリングへの感想を聞かせて下さい。」