

続・がん医療における コミュニケーション・スキル

実践に学ぶ悪い知らせの伝え方

- 編集** 藤森麻衣子 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部
内富 庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部・部長
- 執筆** 内富 庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部・部長
藤森麻衣子 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部
鷺池 直邦 国立病院機構九州がんセンター血液内科・部長
山田 祐 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部
白井 由紀 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部
藤阪 保仁 近畿大学内科学腫瘍内科部門
田中 桂子 がん・感染症センター都立駒込病院緩和ケア科・医長
野崎 善成 富山赤十字病院外科
二宮ひとみ 大阪医科大学神経精神医学教室・臨床心理士
高橋 通規 国立病院機構仙台医療センター総合診療科・医長
岸澤 進 グリーンヒルズ若草病院・副院長
竹川 茂 国立病院機構金沢医療センター外科・医長
坂本 雅樹 名古屋市立大学病院緩和ケア部・病院講師
大島 彰 国立病院機構九州がんセンターサイコオンコロジー科・医長
小早川 誠 広島大学病院緩和ケアチーム
木下 寛也 国立がんセンター東病院緩和ケア病棟・医長
小川 朝生 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部・室長
木澤 義之 筑波大学大学院人間総合科学研究科・講師
佐藤 菊枝 つくばSP会代表
小室龍太郎 国立病院機構金沢医療センター精神科
高橋 幸子 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部
(執筆順)

医学書院

続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル
—実践に学ぶ悪い知らせの伝え方

発行 2009年10月1日 第1版第1刷©

編者 藤森麻衣子・内富庸介

発行者 株式会社 医学書院

代表取締役 金原 優

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23

電話 03-3817-5600(社内案内)

組版 インフォーム

印刷・製本 平河工業社

本書の複製権・翻訳権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)
は(株)医学書院が保有します。

ISBN978-4-260-00870-9 Y2800

JCOPY (社)出版者著作権管理機構 委託出版物

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。
複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構
(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, info@jcopy.or.jp)の
許諾を得てください。

贈呈

不安と抑うつに対する 問題解決療法

Problem-solving treatment
for anxiety
and depression:
A practical guide
by Laurence
Mynors-Wallis

ローレンス・マイナーズ・ウォリス=著

明智龍男
平井啓
本岡寛子=監訳

AKECHI Tatsuo
HIRAI Kei
MOTOOKA Hiroko

Ψ
金剛出版



・ 訳者

- 第1章 平井 啓 (大阪大学コミュニケーションデザイン・センター)
Introduction to PST
- 第2章 塩崎麻里子 (大阪大学大学院人間科学研究科)
Evidence supporting the use of PST
- 第3章 和田奈緒子 (大阪大学大学院人間科学研究科)
The seven stages of PST
- 第4章 吉田 沙蘭 (東京大学大学院教育学研究科)
How to structure a 6-session course of PST
- 第5章 伊藤 直 (関西学院大学大学院文学研究科)
Other techniques to assist the PS process
- 第6章 伊藤 有里 (大阪赤十字病院精神神経科)
Additional guidelines for effective PST
- 第7章 岡田 紫甫 (大阪大学大学院人間科学研究科)
Three courses of PST
- 第8章 五十嵐友里 (早稲田大学大学院人間科学研究科)
Potential problems with PST
- 第9章 中村奈々子 (兵庫教育大学発達心理臨床研究センター)
Teaching PST
- 付録1 本岡 寛子 (関西福祉科学大学社会福祉学部)
Teaching aids
- 付録2 本岡 寛子 (関西福祉科学大学社会福祉学部)
Additional information

第1章

問題解決療法 (problem-solving treatment) の紹介

問題解決療法の概要

問題解決療法は、簡便な心理療法の一つで、特にプライマリケアで用いることができるように開発されている。その名称が示すように、この治療法は問題解決アプローチを、精神障害の治療に用いる。問題解決療法においては、抑うつと不安といった精神症状は、人々が日常生活で直面する実際の問題によってしばしば引き起こされるという仮説を背景としている。患者自身は、彼らの抱える問題と精神的問題の発現との関係を容易に認識できる。それゆえ、多くの患者にとって問題解決療法は理解しやすい、適切な介入方法であるとみなされる。

問題解決療法は、患者が経験している精神症状と、患者が直面している実際の困難な問題との間の関係を確認することから始まる。この治療法は、彼らの直面している問題が解決すれば、症状も改善されるという予測とともに、患者自身が自らの問題を解決することができるという明解な構造を提供する。この治療法は、まさに“今ここで”を扱う治療技法であり、患者が直面している現在の困難さと将来の目標設定に焦点を当てる。従って、問題解決療法では、過去の人間関係や過ちに焦点を当てることはない。

問題解決療法には、行動的側面と認知的側面という2つの治療的側面がある。行動的側面には、患者が問題を克服できるように援助するための課題設定が含まれる。認知的側面には、患者は、問題に圧倒され、悩ま

されるのではなく、むしろ問題の解決につながる实际的で効果的な段階的方法があることを感じるようになることが含まれている。問題解決療法においては、これら双方の治療的側面により、患者自身が、自分自身の困難を克服できるのだという感覚を得ることができるよう援助されるのである。

問題解決療法は、患者とセラピストとの協働作業に基づくものであるが、回復の過程で主体的な役割を果たすのは患者自身である。また問題解決療法は比較的簡便な心理療法であるため、患者がセラピストに対して依存してしまう危険性がほとんどないという利点を有する。またセラピストへの依存を生じにくいもう一つの理由として、問題解決療法は、問題解決を行うスキルをトレーニングするという方法をとっていることが挙げられる。問題解決療法が有効であった場合、患者は、セラピストや薬のおかげで改善したと感じるのではなく、むしろ彼ら自身が習得したスキルを用いたために改善したと感じることができるのである。

本書ではまず、問題解決療法の有用性を支持する根拠を提示している。そして、最大の目的は、本書が、臨床家にとって、問題解決療法を実践できるための手引きとなることであるため、続く項では、問題解決療法の過程を詳しく紹介している。

問題解決療法の目標

問題解決療法を行うことによって、セラピストと患者は以下に示す四つの主要な目標の達成を試みる。

1. 患者の現在の精神症状と、現在生じている日々の問題が関係していることについて理解を深める。問題は日々の生活において誰にでも起こり得るものである一方、このような問題を効果的に解決することが、彼らの気分を改善する手助けとなることを理解できるようになることも目標に含まれる。

2. 現在起きている問題を、患者自身が、明確に定義できるようになるための能力を高める。加えて、問題解決療法においては、具体的で現実的な目標を設定することの重要性が強調され、それを実際に練習する。
3. 構造化された方法で問題を解決することができるようになるために、患者に問題解決のスキルを教える。問題解決のスキルは、患者が今まさに経験している実生活での問題に対して導入され、実際に練習される。
4. 問題は解決することができるのだという、患者自身のポジティブな体験を増やす。これによって、問題解決を行う能力への自信を深め、問題となる状況において、自己コントロール感を高めることができるようになる。問題解決のスキルを学んだ後には、患者自身で今後起こり得る問題に対処することができるようになるため、情緒的な苦痛を経験しなくて済むようになるか、経験したとしてもその苦痛を最小限にすることができるようになる。

なぜ問題解決療法が開発されたか？

問題解決療法は、頻度の高い精神障害に対する、有効かつ実行可能な心理療法の必要性に呼応して開発された。介入の有効性は、無作為化比較試験で治療の効果を評価することによって示すことが可能である。実行可能性は、その介入が有効である患者にとって、すぐに利用可能であることで示される。これらを実現するためには、その治療法は、比較的簡便で、患者にとっても受け入れられやすいものでなければならず、さらに可能であれば、メンタルヘルスの専門家以外の医療従事者によっても提供され得るものでなければならない。

精神障害は、欧米において、最も主要な疾患であり、現在も増え続けている。これら精神障害には、統合失調症や双極性障害といった重篤な精神障害が含まれるだけでなく、より頻度の高い不安障害やうつ病といったいわゆる神経症的障害も含まれる。これら疾患の有病率は、16歳から65歳までの

13,000人を対象とし、そのうち10,800人に面接することができた英国(UK)の全国精神医学有病率調査により報告されている(Jenkins et al. 1997)。この調査によると、全体での神経症的障害の最近1週間の時点有病率は、男性12.3%、女性19.5%であった。これらの神経症的障害は頻度が高いのみならず、相当な健康上の損失の原因ともなっていた。たとえば、うつ病は、仕事を欠勤する原因となる疾患の中で第4番目に頻度の高いものであり、2020年までには第2番目になるであろうと予想されているのである(Murray and Lopez 1996)。

精神障害の頻度は一般人口において高いため、家庭医(general practitioners: GP)が、ほとんどの精神障害の診療にあたっている。さまざまな研究において、スクリーニングのための自己記入式の質問紙を用いて、プライマリケアにおける、これら精神障害の有病率を検討しているが、それらの研究によると、家庭医を訪れた患者の有病率は16%から43%であったことが明らかにされている(Barrett et al. 1988)。英国とウェールズの第4回目の全国調査の結果では、精神障害は、プライマリケアに訪れる際に、3番目に頻度の高い理由であることが明らかとなった(第1位と第2位は呼吸器の障害と循環器の障害であった)。

プライマリケアにおいて頻度の高い精神症状が、ゴールドバークとハクスリー(Goldberg and Huxley 1992)によって特定されている。彼らはプライマリケアで精神障害を有していると診断された88人を対象に精神症状に関して調査した。その結果、最も頻度の高い症状は不安と心配(82名)であり、次いで落胆と悲しみ(71名)が続いていた。他の症状は、倦怠感(71名)、睡眠障害(50名)、そして焦燥感(38名)であった。精神障害はしばしば身体的な症状も伴い、身体的な症状によって精神症状が前景に立たないこともある。プライマリケアにおいては、多くの気分障害の患者は、精神症状よりも身体的な症状を呈して受診することが多い。

もともと、プライマリケアにおけるほとんどの精神障害は、日常生活において生じた危機状態に対する一過性の反応であると考えられてきた。しかし

ながら、これらの状態のすべてが良好な転帰をとるわけではなかった。南ロンドンにおける家庭医の診療記録を用いた検討から、精神障害の5年以上にわたる転帰が明らかとなったが、それによると、最も多かったのは、慢性化もしくは再発であった。たとえば、新たに精神障害と診断された患者のうち、男性の18%、女性の35%は、翌年同じように精神障害の診断をされていた。マン (Mann 1981) らは、ウォリックシャー州において、家庭医によって気分に関する障害と診断された100名(89名は不安障害もしくはうつ病性障害と診断された)の1年間の追跡調査を行ったが、この研究においても対象者の予後は良いとは言えなかった。4分の1の患者は最初の数カ月で回復し、再発することはなかった一方で、2分の1は間欠的な再発があり、さらに残りの4分の1は、症状が持続し、適切な診療を必要とする慢性化した状態となった。このコホートに対する11年間の追跡調査の結果 (Lloyd et al. 1996) も報告されているが、その結果によると、約半数が再発を経験するか、あるいは継続した症状を伴う慢性化の経過をたどっていたことが明らかとなった。さらに、これらの患者群では、精神障害の有病率が高いだけでなく、身体疾患で頻回に受診する傾向にあり、またあらゆる原因を含んだ死亡率が高かったことも示された。

プライマリケアで診療を受けている患者の中には、気分障害、特にうつ病性障害により引き起こされる顕著な社会機能障害が見られる症例が存在する。マンチェスターの6つの診療所の家庭医によりうつ病性障害と診断された207名の患者のうち、半数以上が通常の生活を送ることができず、仕事を辞めざるを得ないなど、生活スタイルを大きく変化させることを余儀なくされていた (Johnson and Mellor 1977)。アメリカ合衆国の Medical Outcomes Study においては、うつ病性障害の患者と、8つの慢性疾患 (高血圧、糖尿病、進行性心臓疾患、狭心症、リュウマチ、背部の障害、肺の障害、消化管障害) の患者が比べられている (Wells et al. 1992) が、うつ病性障害の患者は、慢性的な身体疾患を持つ患者に比べ、社会機能が有意に悪かった。

気分障害のみならず財政的な損失は、非常に大きいことが知られている。1985年当時の、英国における精神病性の疾患ではない精神障害による経済的損失の試算がなされている（Croft-Jeffreys and Wilkinson 1989）が、直接的な損失は3億7,200万ポンドであり、失われた生産性を考慮すると損失の総計は56億ポンドにもものぼることが示されている。この研究は以前に行われたものであるが、そのもたらしたメッセージは現在にも当てはまる。このように、精神障害の主要な損失は、治療にかかるコストではなく、社会的な損失、特に働くことのできない日々によってもたらされる損失である。2000年においては、成人の抑うつ患者のための損失の総計は、90億ポンドと推定されている。そのうち治療にかかる直接的なコストは、3億7000万ポンドであった。そして仕事に従事することが可能であったはずの1億1000万日が失われていた（Thomas and Morris 2003）。

以上を要約すると、不安障害とうつ病性障害は頻度の高い精神障害であり、そのほとんどは、二次医療機関よりはむしろプライマリケア領域においてよく見られる障害である。しかし、これら精神障害は、しばしば慢性的な経過をたどり、個人のみならず国家に対しても非常に大きな社会的、経済的な損失をもたらすのである。

精神障害に対する治療

不安と抑うつは広く見られ、一般的には、メンタルヘルスの専門家に紹介されることなく、プライマリケアにおいて治療が行われている。専門家に紹介されている不安および抑うつ状態の患者は10人に1人以下程度であると見積もられている。それゆえ、これらの障害に対する治療法に関しては、有効であるだけでなく、プライマリケアの場において実行可能であることが求められる。抑うつと不安に対する効果的な治療には、薬物療法、心理療法、そして社会的介入が含まれる。

薬物療法

多くの研究が、抑うつと不安に対するさまざまな種類の薬物療法の有効性について示している。うつ病性障害と不安障害に対する抗うつ薬の無作為化比較試験の結果、6～12週間の投薬で、3分の2から4分の3の患者において改善が認められることが示されている。残念ながら、通常の臨床における回復率はわずか50%にとどまっている。臨床試験で見られた薬物療法の効果と、実際の臨床における効果が異なる背景としては多くの理由が挙げられる。まず、実際の臨床での患者の多くは、臨床試験の患者のように明確に診断された、ある特定の障害を持つ患者というわけではない。それゆえ、臨床においては、より複雑な状態にある患者に対応しなければならないので、臨床試験の患者に比べて効果があまり良くないというのが想定される理由の一つであろう。もう一つの重要な要因は、臨床試験に参加している患者は、実際の臨床の患者と比べてより綿密にモニターされていることである。実際、臨床において患者をより強力にフォローアップした場合、そのことで回復率の改善が期待されるものである。抗うつ薬による薬物療法の有効性を限定的にしている3番目の理由は、薬に対するコンプライアンスが最適といえる状態ではないことであり、実際50%以上の患者が4週間以内に服薬を止めてしまうことが知られている。患者が服薬を中断してしまうことに関して、主に以下の4つの理由が挙げられる。

1. 不快な副作用
2. 薬では問題を解決することができないという考え
3. 依存に対する恐怖
4. どのぐらいの期間、服薬を続けるべきかを知らないこと

それゆえ、薬物療法は、うつ病性障害、不安障害の双方に対して簡便で効果的な治療法ではあるけれども、その一方で大きな制約がある治療法でもある。もし、薬物による治療を行うなら、医師は想定される治療のメリットに言及し、患者の抱く懸念を軽減するような明確で注意深い説明をしなければいけない。

心理療法

心理療法がもっと利用できるようにと強く要望されている。英国家庭医協会 (Royal College of General Practitioners) と英国精神科医協会 (Royal College of Psychiatrists) が行った一般市民に対する意識調査の結果 (Paykel et al. 1998), 一般市民の 90% は、抑うつ状態にはカウンセリングを用いるべきだと考えていることが明らかになった。これに対して治療に抗うつ薬を含むべきだと考える人はわずか 24% であった。

薬物療法の有用性に加えて、抑うつと不安に対する心理療法の有用性を示す研究が多数報告されている。抑うつと不安の双方に対して効果を有する心理療法は、時間制限の設定があり、構造化されたもので、かつ過去の困難に対して焦点を当てたものではなく、“今ここで”に焦点を当てたものであった。スコット (Scott 1998) は、効果的な心理療法において共通して見られる要因を以下のように同定している。

1. 疾患について理解可能なモデルを患者に提供している。
2. 治療は、綿密に計画された理論的根拠を持ち、高度に構造化されている。
3. 論理的な手順によって、患者に変化を起こすよう計画されている。
4. 治療は、変化を促進するスキルを用いることを促す構造となっている。
5. 患者に起こる変化は、セラピストのスキルではなく患者のスキルに帰属されている。
6. 患者が、より高い自己効力感 (セルフ・エフィカシー) を持つことができるようになっている。

不安障害やうつ病性障害に効果があることがわかっている最近の心理療法には、特に、認知行動療法 (Cognitive Behavioural Therapy : CBT) と対人関係療法 (Interpersonal Therapy : IPT) がある。これらの心理療法を受けるには、よく訓練された、経験豊かなセラピストを容易に受診できる医療環境が整っている必要性があることに加え、CBT や IPT には比較的多くの時間、典型的には 16 ~ 20 時間を要するという側面がある。患者はしばしば、

それらの療法に高い関心を持っているが、残念ながら、ふさわしいセラピストがなかなか存在せず、多くの地域では、そのような治療は利用可能でなかったり、長い待ち時間を必要としたりする。

社会的治療 (Social treatment)

抑うつと不安に対する社会的介入（たとえば、有意義な日常生活の活動を提供する、ボランティアの派遣、育児や家事、借金などの手助けをする）も効果的である。これらの介入の有効性は直感的に理解できるものであるが、これらの治療法の利用を支持する根拠はそれほど多くはない。

問題解決療法 (Problem-solving treatment)

問題解決療法の開発は、プライマリケアにおける不安障害とうつ病性障害に対する心理療法の必要性に端を発している。つまり、問題解決療法は、薬物療法や特別な専門家による心理療法の代替となる、簡便で効果的な治療法として開発されたのである。

治療期間

問題解決療法は、簡便であり、一般的には4～6セッションで行われる。最初の2セッションは1時間、残りのセッションは30分である。患者とセラピストによっては、もう少し長いセッションを設定する場合もある。それゆえ全体としての治療プログラムは、だいたい3～4時間で実施することが可能である。最初の3セッションは、たいていは1週間の間隔をあけて行われ、残りのセッションはより長い間隔をあけて行われる。

だれが治療の恩恵を受けるか？

問題解決療法は、抑うつ状態をはじめとしたさまざまな情緒的苦痛の治療

として効果があることが示されている。また、働き盛りの成人だけでなく、高齢者に対しても有効性が示されている。それゆえ、多くのプライマリケア受療中の患者はこの治療の恩恵を受ける可能性がある。うつ病性障害のマネジメントについて記した2004年度英国立研究所ガイドライン (National Institute for Clinical Excellence Guideline) では、軽度と中程度の抑うつに対して問題解決療法が推奨されている (NICE 2004)。第2章で、問題解決療法のエビデンスとなる研究を紹介する。

だれが治療を提供するのか？

問題解決療法は、その技法のトレーニングを受ければ、さまざまな種類のセラピストにより提供され得るものである。実際、問題解決療法は、精神科医、家庭医、心理士、看護師により行われた際のいずれにおいても有効であることが示されている。この治療技法は、認知行動療法に精通した実践家であれば、容易に理解することができる。しかし、精神力動的な心理療法を中心に行っている臨床家が、問題解決療法を確実に理解し、プライマリケアの時間的制約の中で実施することができるようになるには、より多くのトレーニングが必要かもしれない。

付録 1

教育のための補助資料

スライド A:
問題解決療法の導入

問題解決療法の 7つのステージと
問題解決の目的

7つのステージ

1. 説明と理論的根拠
2. 問題の定義
3. 達成可能な目標の設定
4. 解決方法の産出
5. 解決方法の評価と選択
6. 選択した解決方法の実行
7. 成果の評価

理論的根拠

- | 情緒的症狀 | 身体的症狀 |
|----------|-------|
| ◆気分の落ち込み | ◆睡眠困難 |
| ◆楽しみの欠如 | ◆食欲減退 |
| ◆心配 | ◆倦怠感 |
| ◆集中力低下 | ◆頭痛 |
| ◆過敏 | ◆痛み |
| ◆絶望感 | |

問題リスト

- ◆関係……パートナー / 配偶者
- ◆関係……子ども / 親戚
- ◆関係……友人
- ◆仕事 ◆アルコール・薬物
- ◆金銭 ◆法的問題
- ◆家事 ◆余暇活動
- ◆健康

関連づけ

- ◆問題が症状を引き起こす
- ◆もし問題が解決されれば、症状も改善する
- ◆問題解決法を用いて問題は解決される

問題の定義と分割

- ◆問題を明確に具体的に記述する
- ◆コントロールできるもの
- ◆実行可能なもの
- ◆非常に明確に定義づける

問題の分割

- ◆より明確に定義するのを援助する
- ◆初期にコントロール感と達成感が得られるように
- ◆事実 もしくは 推測か？
- ◆何を、いつ、どこで、誰が、そして、どのように？
- ◆人生における重要性

達成可能な目標の設定

- ◆変化したことが判断できるかどうか？
- ◆適度な時間で達成することができるか？
- ◆資源 / 障害
- ◆開始から短期間
- ◆中期間
- ◆長期間以降
- ◆厳密でないが明瞭である

達成可能な (SMART) 目標

- ◆ Specific : 明確である
- ◆ Measurable : 測定できる
- ◆ Achievable : 達成可能である
- ◆ Relevant : 問題と関連がある
- ◆ Timed : 時間に期限がある

解決方法の産出

- ◆ブレインストーミング
- ◆解決方法が多ければ多いほど、問題が解決される可能性が高くなる
- ◆考え出した解決方法を組み合わせたり、修正してみる
- ◆解決方法の良し悪しの判断を避ける
- ◆褒める

解決方法の選択

- ◆良い点と悪い点
- ◆家族、友達、同僚への影響
- ◆実際にその問題がどのくらい重要か
- ◆その解決方法を実行する可能性
- ◆かなりの否定的なことでない限り、セラピストによる選択は避ける
- ◆1つ以上でも OK

適切な解決方法の実行

- ◆ 詳細な計画を立てるステップ
- ◆ 活動できない機会を最小限にする
 - 面接 / 対決を繰り返す
 - 必要ならば、最初に戻る
 - 期間・頻度・困難について特定する
 - 記録する

結果の評価 (フォローアップセッション)

- ◆ 宿題を見直す
- ◆ すべてのステップを振り返り、賞賛を与える
- ◆ 課題完了と症状軽減を結びつける
- ◆ 困難であったことを検討する

潜在的な困難

- ◆ 目標は明確に定義されていたか？
- ◆ 目標は現実的であったか？
- ◆ 新たな障害が浮上しなかったか？
- ◆ ステップの実行が難し過ぎなかったか？
 - 他に何ができたか？
- ◆ 問題に働きかけることに同意していたか？

困難を克服するには

- ◆ 問題リストを振り返る
- ◆ 同じ過程をたどる
- ◆ 積極性を維持する
- ◆ 活動スケジュールを考える

活動スケジュール

もし、次のようなことが示されれば、活動スケジュールは問題解決に有益である

1. 問題リストを用いて、楽しい出来事の欠如を特定する
2. 他人の問題は自分ではコントロールできない
3. 解決方法が短期間で否定的な結果を招いたとき
4. 問題はないと主張するとき

まとめ

- ◆ PST は簡便な心理療法である
- ◆ PST は協働的で積極的である
- ◆ PST は明確なステップに沿っている
- ◆ PST は生活におけるコントロール感を増加させる
- ◆ セッション以外に活動させる
- ◆ PST は役に立つ！

スライド B:
コミュニケーションスキルの
振り返り

コミュニケーションスキルのブ
リーフリハーサル

質問法

- ◆開かれた質問
- ◆プローブを用いた質問
- ◆プロンプト
- ◆閉ざされた質問
- ◆誘導的質問
- ◆繰り返しの質問

傾聴と応答

- ◆説明する
 - 個々の患者に合わせる
 - 患者のペースに沿う
 - 理解度をアセスメントする
- ◆交渉する
 - セラピストが指導、患者が選択
 - 楽しむことも計画するよう求める

傾聴と応答

- ◆説明する
 - 個々の患者に合わせる
 - 患者のペースに沿う
 - 理解度をアセスメントする
- ◆交渉する
 - セラピストが指導、患者が選択
 - 楽しむことも計画するよう求める

非言語的コミュニケーション

- ◆セラピスト
 - アイコンタクトをとる
 - リラックス姿勢を心がける
 - 時々、補助的にジェスチャーを用いる
- ◆患者
 - 表情で感情を表現する
 - 姿勢で表現する
 - ジェスチャーで表現する

付録 2

トレーニング時に用いる事例についての付加的な情報

アニー

問題 1 : 仕事

- アニーの目標 : (a) 仕事のストレスを軽減する方法を見つける
 (b) 仕事における自信を増加させる方法を見つける
 (c) 仕事の負担を少なくする方法を整理する

目標達成のためのブレインストーミングによる解決方法 :

	良い点	悪い点
1. スキルを増加するために役立つコース (科目) を探す	コースを楽しめるかもしれない	時間がない ; 見つけるのが困難である
2. 同僚と仕事を別のやり方で行なう方法を話し合う	新しいアイデアが得られるかもしれない	同僚はひとりしかおらず、彼女の仕事とはかなり異なっている
3. ストレスについて職場の上司と話をする	よい提案をしてもらえるかもしれない	困難 - 私は彼女とコミュニケーションを取るのが難しい。彼女は私をばかにするかもしれない
4. 他の仕事を探し始める	もし見つければ、ストレスの多くは解消される	見つけるのが困難かもしれない。諦めるのは早すぎるかもしれない

アニーの選択は、3 と 4 の組み合わせだった。

計画：

1. 明日、職場の上司と、今週もしくは来週のいずれかの日に会う約束をする。もし、明日、彼女と約束できなかつたら、今週中に彼女がいるときを見つけて約束をする。
2. 自分がやりたいことについてのアイデアを得るために、今日、インターネットや新聞を見る。そして、明日、就職斡旋所に電話をする。

彼女は、目標 (a) を優先した。目標 (b) と (c) については、重要性を感じなかつたので、選ばなかつた。

結果：

彼女は職場の上司と会う約束をして、問題について話し合った。期待していたよりもうまくいった。上司と一緒に、彼女の希望に合う可能性がある病院内の他の仕事を見つける計画を立てることになった。その結果、いくつかの選択肢がみつき、その一つに応募して、3カ月後に別の仕事を始めることになった（そこで1年後も仕事を楽しんでいる）。

問題2：寂しい

SMART な目標：1週間の間に少なくとも2つの楽しめる活動を計画する。ひとりであることを1つ、誰かと一緒にすることを1つ。

ブレインストーミングによって産出された解決方法：

	良い点	悪い点
1. 買い物に行く	買い物は好きだ	お金をたくさん使ってしまうかもしれない
2. 映画を観に行く	映画を観に行くのは好きだ	友達には時間がないかもしれない
3. 泳ぎに行く	リラックスできる	努力がいる
4. 友達に会う	良いと思う	私の押しつけかもしれない
5. 演奏する	好き	
6. 良いビデオを借りる	映画は好きだ	寂しいと感じるかもしれない