

## 「看護実践における認知行動療法」 ワークショップセミナー報告

### A Report about Workshop of “Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice” in Japan

白石 裕子

Yuko Shiraishi

#### 1. はじめに

筆者は2008年10月に星和書店からSharon Freeman博士の『Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice』<sup>1)</sup>の翻訳本である『看護実践における認知行動療法』<sup>2)</sup>を発刊した。認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy: CBT) は、近年世界のメンタルヘルスの分野において最も有効な介入法として幅広く用いられている技法である。主に、心理士や精神科医によって用いられることが多いが、看護師の実践例も少しずつではあるが報告されるようになってきた。

筆者は、日頃から日本において看護師のための認知行動療法の本が非常に少ないことを感じていた。そのため、S. Freeman博士の本に出会ったとき、この本を日本語で翻訳をすることで、日本の看護師の認知行動療法に関するテキストになると確信した。

今回、この本の発刊を契機に、著者のS. Freeman博士による日本でのワークショップを企画・開催 (主催: 星和書店) したので、ワークショップの報告と共に日本の看護実践における認知行動療法の現状についての紹介を行ないたい。

#### 2. 認知行動療法について

認知行動療法の歴史はA. ベックに遡る。彼は、1960年代に精神分析的な心理療法モデルがうつ病の

治療に有効だという経験的なエビデンスの評価に興味を持ったが、精神分析的な心理療法モデルにもとづいた介入の効果のエビデンスを確認するのは難しいことを発見した。彼が代わりに見いだしたのは、うつ病の人は一般に自己否定的認知、思考の誤り、見通しの短縮など特殊な思考をするという示唆であった。このことから彼は、(1) 外部事象のみでなく、思考・知覚は個人の感情や気分、結果的に行動的反応を形成する。(2) 歪曲された否定的思考や自滅的な信念は、不安、うつ状態および怒りのような不快な感情を引き起こす。(3) 非効果的、もしくは歪められた思考パターンを変更することによって、人はどのように行動し、感じるかを変える事が出来る。という理論をうちたて、この理論は主にうつ病に適用される認知療法として発展した。

もう一つの流れとしての行動療法の起源は、1920年代のPavlovの条件反射、1930年代のThorndikeの試行錯誤過程と効果の法則の研究に遡る。その後、1950年代にSkinnerによって、オペラント条件づけにより、行動は環境を操作することにより発生頻度が自在に変容していくことが実験証明された。オペラント条件づけの学習理論の原理に基づいた行動療法の代表的な例として、トークン・エコノミーがある。これは、標的行動と結果の随伴性を計画的に管理する統括的な治療

法であり、開発当初は精神病院で長年社会生活から遮断されていた精神病患者たちに生活技術を再学習させ不適切行動を軽減することに焦点があてられた。

やがて、この技法は米国では精神病院のほかにも教育、矯正、職場等の改善にも広く用いられるようになった。その後、1960年代にWolpeは神経症の研究に焦点をしばり、系統的脱感作による新しい治療を開発した。彼は不安反応である自律神経の興奮を統制するために、それと相容れない反応(筋弛緩によるリラクゼーション等)をクライエントに教えた上で、徐々に恐怖刺激をイメージさせて不安や恐怖を除去することを治療の目的とした。

認知療法と行動療法は異なった技法として開発されたが、1980年代になって融合し、欧米を中心に「evidence based psychotherapy：実証に基づく心理療法」の研究と実践に貢献してきた。

### 3. ワークショップセミナー

Freeman博士のワークショップセミナーは、2008年10月27日～28日に大阪、10月30日～31日に東京で開催された。講師のFreeman博士は、1998年から2004年までアメリカのペンシルベニア・プレスピテリアン大学医療センターの依存症入院施設、精神科急性期病棟の臨床管理者を務め、認知療法学会認定の認知療法士、APRN (Advanced Practice Clinical Nurses Specialist) の資格、社会学の博士号と心理学、看護学の2つの修士号を有している。

ワークショップ参加者は、大阪、東京とも50人程度であり、各地でCBTの実践や研究を行っている看護師や心理士などの実務者、CBTに関心のある大学教員、大学院生、これから実践を行なっていきたいと考えている看護師などの出席があった。

セミナーは両日とも午前9時から午後4時まで行なわれ、どちらのワークショップにも、同時通訳として、心理士で実践家でもある方々に参加していただいた。

### 1) ワークショップの内容

#### 【ワークショップ1日目】

1. What is Cognitive Behavior Therapy?  
認知行動療法とは何か？  
Basic theory of Cognitive Behavior Therapy  
認知行動療法の基礎理論
2. The Application of CBT to Nursing Practice  
看護実践へのCBTの適用  
Integration of Nursing Theory and CBT  
看護理論とCBTの統合  
Examples of Nursing Practice with CBT in USA  
米国におけるCBTを使った看護実践の例
3. CBT of Depression うつ病のCBT
4. Practice of CBT in Nursing Practice by using clinical cases (including role play exercise)  
臨床例の使用による看護実践におけるCBTの実践 (ロールプレイ演習を含む)

1日目は、CBTの理論を様々な例を用いてわかりやすく説明がなされた。CBTでは、「個人の信念、思考、スキーマが、内的・外的な出来事の知覚や解釈を形成する」という基本的前提があり、特にうつ病の人々については自己、将来、世界についてのネガティブな見方が基底に存在し、その“ The Cognitive Triad 認知の三つ組み ” をポジティブな方向性を持っていくことが重要とされる。そのために、出来事を経験したときに自動的に沸きあがってくる自動思考 (Automatic thought) に焦点をあてる自動思考記録を用いて、その人の持つスキーマや認知の歪みを同定することが重要であることがレクチャーされた。

また、曖昧な目標を立てると、曖昧な治療、曖昧な結果しかもたらさないため、治療目標は明確に、具体的に行なっていくこと、治療の焦点化(今、ここで何が起きているのか、今、何が問題になっているのかを明らかにする)を行なうことが強調された。その中の一つの例として「スープを作る」というテーマが与えられ、スープを作るにはいくつのステップが必要かをみんなで考えた。会場からは「買い物に行って、材料を切って、鍋で煮込む3ステップ」という答えが多かったが、Freeman博士は「この会場を出て、電車に乗っ

て、買い物に行って、家に帰って・・・」というようにスープを作るには非常にたくさんのステップが必要であることが示された。このことから、患者の目標を高く掲げ、少ないステップでその目標に到達しようとする、目標達成が出来ないということがわかった。具体的に達成可能な目標をあげ、具体的にどのように達成していくかを患者と考えることが、CBTの治療にとって非常に重要であることがわかりやすい例を用いて理解することができた。

1日目の終わりには、抑うつ状態にあるクライアントに対する面接場面のセッションのロールプレイが行われた。その場面を一部再現する。



ワークショップ風景 1

Client : 「私は仕事をしていて子育てを十分にしていないことを姑に責められて落ち込み、自分はだめな母親だと自分を責めてしまうんです」

Freeman : 「子育てを十分にしていないということはどういうことですか？」

Client : 「例えば子どもの行事に十分に参加できていないことです。」

Freeman : 「どのくらいの頻度で参加しているのですか？」

Client : 「半年に1回くらいです。」

Freeman : 「あなたが十分だと思うにはどのくらいの参加が必要ですか？」

Client : 「3ヶ月に1回くらいなら参加できそうです。」

Freeman : 「では、参加するために必要なことは

何でしょうか？」

Client : 「仕事を休めるかどうかです。」

Freeman : 「仕事を休むにはどうしたら良いですか？」

Client : 「上司に頼むか、もしくは同僚に頼むことが必要です。」

Freeman : 「では、どのように上司に頼んだら良いかを一緒に考えてみましょう」

このように、患者の落ち込む状況をまず明確に具体的に把握し、その対処を具体的に考え、行動療法的に取り組むことで、達成可能な目標にしていく。そのことで患者は「これなら自分にも出来るかもしれない」という自信がつき、自分は「だめな母親だ」という認知を変えることが出来るのである。このようなセッションをライブで見ることが出来、看護場面でCBT技法を用いることへの示唆が得られた。

#### 【ワークショップ2日目】

1. CBT of Chronic diseases such as Dependency and Personality Disorder 依存症やパーソナリティ障害などの慢性疾患のCBT
2. Practice of CBT in Nursing Practice by using clinical cases 臨床例の使用による看護実践におけるCBTの実践
3. Role Play Exercises ロールプレイ演習

2日目は、主にパーソナリティ障害についてのCBTの技法がレクチャーされた。パーソナリティ障害はわが国でも増加しており、近年臨床の中でも対応することが多くなっている障害である。

パーソナリティ障害を理解するときに、以下のような様式の理解が重要である。

- Personality disorders are styles of responding (behavioral) パーソナリティ障害は反応様式である (行動的)
- That evolve through life (adaptive) 生涯をかけて発達する (適応的)
- Are designed for survival (life protecting) 生存を目的としている (生命保護)



- Come to be self-defining (cognitive) 自己定義的になる (認知的)
- Become how others define the individual (situational) 他者はそれによってその個人を定義するようになる (状況的)

彼らの症状は、以前は適応的なものだったものもあるが、現在はその行動様式、思考様式に何らかの不応が生じているものである。そのため、彼らは変化に対するモチベーションが弱いという問題がある。変化に対するモチベーションを検討する枠組みとして、Prochaska and DiClemente (1982) の変化のステージがある。

- 前熟考期：患者は、自分の問題行動を変えることを考えていない
- 熟考期：患者は何となく変化を考えてはいるが、すぐにではない
- 決定期：患者は変わろうと決め、そのプロセスを開始する
- 行動期：患者は問題行動を実際に変え始める
- 維持期：新しい、健全な行動を持続させるコミットメントを維持する
- 再発：問題となる行動に戻る

患者の変化への準備段階がどこにあるかをアセスメントできていないと、介入が非効果的なものになってしまう。Freeman博士は、患者に変化を起こそうとするときには、変化を起こすことは患者の側にあることを常に念頭に置き、治療のバカ (Therapeutic stupid) を装い、患者と綱引きをしないこと (患者と理論的な争いをしないこと) などについて例を挙げて説明された。

また、彼らのセラピーの指針として、境界を設けること (limit setting) がある。そのため、Freeman博士が実際に行なっているセラピーの現場では、始まる15分前に席についていること、お金を払うまでは次のセッションに進めないなどのルールを設定し、セラピーを受けることの責任レベルを明確にさせているということであった。参加者から「看護場面では、構造化された面接場面が持ちにくく、CBTに結びつけていくための動機づけをどのようにしたらよいか？」との質問があり、短いかかわりの中でも相手に“YES



ワークショップ風景 2

(はい)”と答えてもらう質問の技法についての演習を行なった。例えば「私はもう病院にいたくありません。」という患者の言葉に「どうしてですか？」と聞くよりは「あなたは病院を出て退院したいのですか？」と聞くと、患者は「はい」と答えることができる。その後、「あなたは治療を続けることに何か抵抗があるのですか？」などのような質問を行なうことで、治療を継続していくために具体的にどのような問題があるかを明確にして、治療継続の動機づけにつないでいくことが重要であることが示された。

#### 4. 日本の看護実践における認知行動療法の状況

日本へのCBTの紹介は、1980年代後半に、A. Beckの下で認知療法を学んでこられた大野裕先生、井上和臣先生が日本に認知療法を導入されたことが契機となっている。また1989年にはA. Freemanの『認知療法入門』(遊佐安一郎訳)<sup>3)</sup>が発刊され、同時にA. Freemanの来日公演の開催により、日本における認知行動療法の活動が促進された。1998年には京都で「日本認知療法研究会」が会員数150名ほどで発足し、2001年には「日本認知療法学会」が創設された。当時の会員数は300名程度であったが、2004年には世界行動療法認知療法学会 (World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies : WCBCT) が神戸で開催されたことにより、CBTが注目を浴び、会員数が飛躍的に増加し、2008年5月時点における会員数は1,171名となった。その内訳は心理学関係が約

40%，医師28%，看護師5%，その他教諭，PSW（精神保健福祉士），OT（作業療法士），大学院生等で構成されている。

2008年に開催された日本認知療法学会は、日本行動療法学会と初めての同時開催となった。その学会の中でも、CBTにおける看護師の役割が今後重要となるであろうということが強調された。現在わが国の看護におけるCBT実践例は様々な看護の学会で報告されるようになってきた<sup>4)</sup>。また、『精神看護』<sup>5)</sup>などの雑誌でも特集や連載記事が掲載されるなど、特に精神看護の方面で注目を浴びている。2008年7月には岡田らのNTT東日本関東病院での実践をまとめた『うつ病の集団認知行動療法』<sup>6)</sup>が刊行された。このように近年看護のCBTに関する報告、出版などの動きが見られるようになってきたが、看護実践においては、各自がそれぞれの現場で試行錯誤しながら行なっていることが多い。今回のワークショップでも、看護師に向けたCBTの情報の少なさ、研修の少なさなどが話題となった。そこで、ワークショップに参加した有志で、CBTに関心を持つ看護師の情報発信ができるようなグループの設立を検討

している。また、来年度の日本認知療法学会・日本行動療法学会では看護師のためのシンポジウムの企画・運営も予定されており、今後看護師が臨床で行なうCBTの発展にむけて今まさに準備が整いつつある段階である。

## 5. 文献

- 1) Freeman, S. M., Freeman, A.: Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice, Springer Publishing Company, NY, 2004
- 2) 白石裕子, 國方弘子, 榮 玲子他: 看護実践における認知行動療法, 星和書店, 2008
- 3) アーサー・フリーマン著 (遊佐安一郎 監訳): 認知療法入門, 星和書店, 東京, 1989
- 4) 森 義文: 強迫性障害患者の手洗い場面に認知行動療法的アプローチを用いた検討, 第32回日本精神科看護学会島根大会学会誌, 358, 2007
- 5) 岡田佳詠: 連載看護のための認知行動療法・3, 精神看護, 11(5), 66-72, 医学書院, 2008
- 6) 岡田佳詠, 田島美幸, 中村聡美: うつ病の集団認知行動療法, 医学映像教育センター, 2008