

がん治療における心理的介入の概観と 新たなイメージ技法について

An Overview of Psychological Studies for Cancer and New Imagery Technique

塗 師 恵 子

はじめに

近年のがん治療は、身体的治療だけではなく、精神面も含めた人間全体としてみる治療の充実が行われるようになってきている(Holland 1990/1993)。身体的治療では、早期発見、外科手術、化学療法及び放射線治療などが駆使されている。今日では、分子標的薬を用いた薬物療法(高橋, 2012)、及び陽子線治療や重粒子線治療などの次世代放射線治療(小口, 2012)が登場し、がん治療は飛躍的に進歩している。しかし、①がんが心理・行動に及ぼす影響、②心理・行動が、がんに及ぼす影響の両面からがん患者の心の問題を取り扱う学問領域で、精神医学の専門家が学術的に関与するようになったのは我が国では1990年代からである(神庭ら, 1991; 矢野ら, 1992; 保坂, 1995; 内富ら, 1995)。さらに、心理士が専門的に臨床心理的介入を実施するようになったのは、1990年代後半ころからである(勝見, 1996; 藤土, 1998, 1999)。したがって、がん治療中の人を対象にしたがんクライアントの内的体験のプロセスと心理力動について詳細に検討した報告や臨床心理的介入についての研究は現在積み重ねられている段階にある。本論では、まず先人達の研究の歴史を振り返る。それを踏まえて、がん治療中の人を対象にした臨床心理的介入技法と

して、新たなイメージ技法を提案する。

I. がん治療における心理的介入に関する先行研究

1. 諸外国の先行研究

Baltrusch (1977/1979)、およびHolland (1990/1993)による、がん患者の心理・社会的因子に対する観察・調査研究の紹介を概観した後、1960年代以降現在までの研究動向をたどる。

1) Baltruschによる先行研究の紹介

がんの発生とその臨床経過に、心理・社会的因子が影響するか否かについて、すでにギリシャ時代にヒポクラテスとガレナスが、メランコリー(うつ病)の患者はがんの発生の頻度が高いことに注目している。そして、20世紀に入るとEvansは1926年に100名のがん患者¹⁾対象の研究で、がん発病に精神的な要因が関与していることを示唆したとBaltrusch (1977/1979)は言う。

また、彼はがん患者の性格の共通点として、自分にとって受け入れがたい感情を抑圧、否認する傾向、感情と緊張を押し込め込む習性、緊張や怒りや不安を表現する能力の欠如などの傾向があると指摘している。そして、それは感じの良い、物静かな態度、社会的規範一

般を守る態度になっていると述べている。

2) Hollandによるがん治療、および精神医学・心理学領域の研究の紹介

Holland (1990/1993) によれば、精神医学領域でがん罹患後の精神的適応に関して、Shands et al. (1951) や Abrams et al. (1953) が最初の調査研究をした。それによると、がんが進行している患者ではコミュニケーションが限られ、罪悪感が強い傾向が認められたと述べている。次に、米国で1950年代に結腸瘻術を受けた人たちの心理・社会的問題について、包括的研究がMemorial Sloan-Kettering Hospital for Cancer and Allied Diseasesで初めて行われた。その報告によると、直腸がん患者の精神状態は、手術を受けた後再発せず、5年以上は生存できた場合でも、うつ状態、慢性的不安、そして社会的孤立感が認められ、神経的原因と精神的原因の両面から身体的機能としての性的機能不全がおきていると言う (SutherLand et al., 1952)。

他方、最近の乳がん治療では、病期分類により、乳房を温存する手術がおこなわれている。しかし、1950年代は定型乳房切除術であったと言われている。その手術法について、福富 (1996, pp. 33) は「乳房全体と大胸筋・小胸筋、腋窩リンパ節を一括して切除する方法。乳がん手術のもっとも古典的な方法」であり、Halsted手術 (胸筋合併乳房切除術) とも言われると説明している。すなわち、乳房の膨らみだけでなく、大胸筋・小胸筋も切除することは胸部をそげ落とす状態であり、胸が単に男性のように平坦になる以上にへこむ状態と考えられる。そのような手術を受けた乳がん患者の手術後の精神状態の調査をBard et al. (1955) がしている。その調査研究から女性は高度の抑うつ状態、不安、自信喪失および肉体的、性的機能不全になることが判明している。

3) 末期がん患者の死にいたるまでの状態像からの心理過程のモデル

Kübler-Ross (1969/1971) は、患者の死に至るまでの心理過程として否認・怒り・取引・抑うつ・受容の5段階があるというモデルを提唱し、末期がん患者には各段階を通して、最後まで「希望」が存在することが多いと述べている。しかし、Shneidman (1973/1980) は末期がん患者が死に向かう過程で、Kübler-Ross (1969/1971) が言うような段階を必ずしも経過するわけではなく、つまり一定の順序はなく、死の受容と否認との間を大きく揺れ動くと言っている。

近年、Buckman (1998) も、末期がん患者の死に至るまでの5段階の心理過程 (Kübler-Ross, 1969/1971) は、どの患者にも見られないことやその心理的状态があっても、段階を踏んで起きるものとは限らず、それらの心理状態が同時にあることもあるとしている。そして、初期段階「脅威と直面」、中期「病気を抱えた状態」、最終段階「受容」という3段階モデルを提示している。

4) がん診断時の一般的な心理的反応

がんが診断されたときにおきる一般的な心理的反応として、三相に分けられるとMassie et al. (1990) は述べている。第一相を「初期反応」と呼び、症状は不信 (例えば「誤診ではないのか」、「スライドの混入があったのではないのか」と疑念を抱くこと)、否認、絶望があり、期間は1週間以内である。第二相を「精神不安」(Dysphoria) と呼び、症状としては不安、抑うつ気分、食欲不振、不眠、集中力が落ちる、日常活動の混乱 (disruption) があり、期間は1～2週間続くが、一様ではない。第三相を「適応」と呼び、新しい情報に適応する、現在の問題に直面する、楽観的見方をする根拠を見つける、活動の再開 (「例えば新しいまたは修正した治療計画、その他の目標」を見つける) という状

態がみられ、この相はがんと言われてから2週間後からはじまる。

5) がんと性格との関係についての研究

Kissen et al. (1962) の研究では、肺がん患者は対照群と比べて、外向性傾向 (extraversion) が高く、神経症傾向 (neuroticism) が低いことを指摘している。また、Bahnsen (1966) は、がん患者は健康な対照群よりも抑うつ、不安、敵意、罪悪感といった感情を有意に抑圧し、否定していると報告している。

次に、LeShan (1977/1979) は、がんと性格との関係を明らかにするために、研究期間を含めて22年間に500人以上のがん患者に心理検査及び面接をしている。用いた心理検査はロールシャッハ・テストおよびTATである。LeShan (1977/1979) は大多数のがん患者の情緒因子に着目し、がんになりやすい性格、あるいは生活歴に感受性のパターンがあることを示している。そして、がん患者がもともと心理的に方向づけられているという仮説を提唱している。それによると、がん患者は幼少期、普通七歳までに心の発達に影響のある体験があったことを特徴としていると言う。例えば、親を失うとか、きょうだいの死に遭遇するなどの出来事である。幼児が体験するこのような有害状況は、はっきりしたノイローゼ症状を生じるほどの強さを持っていないのが普通で、表面上は適度に自分の環境に適合していける程度である。この時期の経験から、情緒的關係が苦痛や人を見放すような感じをもたらすことを学び、孤独が子供の運命となり、自分自身の欠陥のためと考えるようになり、その後の人間関係形成に影響を与え、がんの発生に寄与していくというのである (LeShan, 1977/1979)。

その後、心理・社会的危険要因と死亡数あるいはがん罹患率について前向きコホート研究が行われ、怒りの抑制に関連する合理的で

非情緒的傾向などを検討し、がんと性格要因との関係を示している (Grossart-Maticek et al., 1985; Grossart-Maticek et al., 1990)。また、1353人を対象にしたGrossart-Maticek et al. (1985) の報告では、がん患者の中でも38人の死去した肺がん患者は怒りの抑制に関連した合理的で非情緒性の得点が高かったと報告している。

Temoshok et al. (1992/1997) は、がん性格としてタイプC症候群を提唱する。そのタイプC症候群の行動パターンには、①怒りを表出しない、②他のネガティブな感情、すなわち不安、恐れ、悲しみも経験したり表出したりしない、③仕事や人づき合い、家庭関係において、忍耐強く、控えめで、協力的で譲歩をいとわない、④他人の要求を満たそうと気を使いすぎ、自分の要求は十分に満たそうとしないなどの特徴があると言う。

他方、デンマークのSchghapiro et al. (2001) は、がんと性格に関して1031人を対象に平均年数19.4年にわたる追跡調査をしている。その結果、性格とがんになるリスクとの間には関連性が見出されなかったと報告している。また、Nakaya (2010) は日本人であるが、北欧の研究者などとともにフィンランド人とスウェーデン人の約6万人を対象にした、最大で30年間におよぶ前向きコホート研究をしている。その結果、パーソナリティとがん発症リスクやがん予後に関係性は示されなかったと述べている。

6) がんに対する心理的介入のはじまり

LeShan (1977/1979) は、「危機心理療法」を考案し、70人の末期がん患者に対して行っている。この心理療法はクライアントに生命の熱意、すなわち心理的成長と発展を呼び覚ますことを目的としている。そして、危機心理療法の目標の中に、がんを克服することが含まれていると考えられる。

LeShanと同時期に放射線腫瘍学の専門医のSimonton O. C.と心理療法家である

Simonton S. M.が、がんのセルフ・コントロール療法を提唱している(1978/1982)。それは、がん患者に対して「身体的、精神的、感情的なアンバランスを回復させ、その結果人間全体が健康を取り戻すように、人間というシステムのあらゆる部分に働きかけ、影響を与えるように工夫された治療法」である(Simonton et al., 1978/1982, pp. 140)。このプログラムは医学的治療に代わるものではないとSimonton et al. (1978/1982) は述べている。しかし、最近ではがん治療の代替療法²⁾の一つとして位置づけされている(緒方, 2003)。

また、この頃がん患者対象のグループ療法が始まっている。末期がん患者対象のグループ療法では、死が避けられない参加者はグループの誰かの死去に遭遇する。そのことが、参加者に悪影響があるのではないかと懸念される。しかし、グループ参加者の死を知ることによって自分自身の死ぬ可能性の不安とどう向き合うかということに直面し、そのことにグループ療法は有効であることが示唆されている(Yalom et al., 1977)。

7) 1980年以降の心理的介入の先行研究

1980年以降は心理的介入の報告が数多いため、それらをレビューした報告を中心に述べる。この頃より、心理的サポートが生存率や免疫力にまで影響することを証明しようとする試みが報告され始めている。Simonton et al.は自ら創始した精神的健康プログラムを受けた患者193名について検討している。その患者の内訳は、71名の進行乳がん患者、28名の進行大腸がん患者、24名の進行肺がん患者などである。生存期間の平均は乳がん患者が38.5か月、大腸がん患者は22.5か月、肺がん患者は14.5か月であり、これらの生存期間はさまざまな文献で示されている平均生存期間よりかなり長い。したがって、精神的健康プログラムは生存期間、QOL、および個

人の死への質を損なうものではなく、援助的であり得ると述べている(Simonton et al., 1981)。

このようながん患者へのカウンセリングが、患者の生存期間を左右するという報告が本当なのかを検証するために、計画されたものがSpiegel et al. (1989)の乳がん患者のグループ療法であったとSimonton et al. (1992/1994)は述べている。そして、Spiegel et al. (1981, 1989)は転移のある乳がん患者対象に1年間支持的表出型グループ療法、すなわち構造化されていない、より深い内面を取り扱う実存的グループ療法を実施している。その10年後に追跡調査し、介入群の平均生存期間が36.6ヶ月であったのに対して、対照群は18.9ヶ月で有意差が認められたと述べている。この研究により、がん医療における心理的サポートの重要性が注目される。

Fawzy et al. (1990a, 1990b)は早期悪性黒色腫患者対象にグループ療法をより簡単に実施できる構造化したプログラムを企画し、試行した。そして、グループ療法参加と不安、抑うつ、怒りという情緒が改善すること、及び免疫機能が高まることに関して有意な相関があると報告している。また、Fawzy et al. (1995)は1978年から1994年までのがん患者に対する心理・社会的介入に関して、①教育的、②行動トレーニング的、③個人心理療法的、④グループ介入という4つの領域からのアプローチについて、レビューしている。これらの心理・社会的介入は、がん罹患者の心理的、そして身体面に対して、有益であると述べている。そして、がんの診断を最近受けた、あるいはがん治療早期の患者に対しては健康教育、ストレスマネジメントそして行動トレーニング、問題解決法を含む対処法、及び情緒的サポートから構成された構造化された心理的グループ介入がpotential (潜在的)な有益性を最も提供する

としている。

Sheard et al. (1999) はがんに対する心理的介入の効果に関して、不安と抑うつとを区分けして、それぞれをメタ分析し、不安に関しては中程度の臨床的有効性があると報告している。Edelman et al. (1999) は転移性乳がん患者対象の認知行動療法によるグループ療法を実施し、効果があると述べている。

また、Classen et al. (2001) が転移性乳がん患者対象の支持的感情表出型グループ療法を実施し、統計分析している。利用できるデータの一次解析では、心的外傷の症状については介入群に有意な改善が見られたが、感情状態には対照群と介入群間には有意差が認められない。そこで、感情状態と心的外傷の症状に対して、1年以内に死亡した患者の回答を除いて検討した結果、対照群に比べ介入群は、感情状態と心的外傷の症状が有意に改善していると報告している。

ところで、Newell et al. (2002) は抗がん剤の副作用を減少させる、あるいは生存や免疫機能の改善があるなどと報告されたがん患者対象の心理的介入について系統的にレビューをしている。そして、推薦できる心理的介入はいくつかあるが、より良質なデザインを用いた臨床試験の蓄積が今後必要であるというのが彼の見解である。また、数多くの研究ががん患者の生存や心理的な安寧に関して心理・社会的介入の効果を報告しているが、Ross et al. (2002) はこれから明確な効果については証明されていくであろうと言う。他方、Rehse et al. (2003) は臨床研究の方法論の問題はあるが、全般的には心理療法的介入は心理的・身体的健康に有効であるという見方が多いとメタ分析による結果から述べている。

最近では、the adjustment to the fear, threat or expectation of recurrence (AFTER) interventionという再発不安に対して開発された介入方法が、頭頸部がん患者に有効と考えら

れているという報告がある (Humphris et al., 2008)。

また、メタ分析から乳がん患者の精神的苦痛と疼痛の両方に対する認知行動療法の有効性をTatrow et al. (2006) は明らかにしている。そして、乳がん患者に対して、新しい認知行動療法としてマインドフルネス療法が実施されるようになってきており、不安・抑うつなどに低減効果があったと言う (Lengacher et al., 2009; Matousek et al., 2010; Matousek et al., 2011; Würtzen et al., 2013)。

さて、方法論を厳密にしようとしている研究として、無作為化対照臨床試験を用いて、マインドフルネス・ストレス低減法が早期乳がん患者に有効であるのか検討したものがある。その結果、マインドフルネス・ストレス低減法は患者の感情へのアクセプタンス能力を高め、コーピングや感情コントロール感などを促進させることができたと述べている (Henderson et al., 2012)。

8) 諸外国の先行研究の要約

以上のように、がん発生とその臨床経過の成り行きに心理・社会的因子が多少とも関与している可能性が考えられることは、諸研究の多くの検討から一応肯定できるであろう。しかし、がん患者にはさまざまな条件、すなわち、どのような種類、性質のがんであるのか、早期か末期か、転移の有無、治療の内容やその効果の有無など、またがん患者がおかれた心理・社会的環境条件や生育史の差異、性格要因など、複雑で多様な要因がある。そのため、その科学的、客観的証明となると、かりに厳密な研究方法で得られた結果であると主張するものであっても、その当否やその結果はがん患者一般に適應できるのかどうかという疑問が常に残る。それらを常に限界として念頭におかねばならない。とはいえ、1970年代から始まったがん患者への心理・社

会的介入、心理的援助の試みに限っていえば、それが概して一定の有効性を多かれ少なかれ見出している研究報告が多いという事実は否定できない。

2. 我が国の先行研究

わが国では、すでに前田重治 (1976) が、がんを心身相関が認められる心身症の一種と規定し、心理療法の対象となることを示唆している。とはいえ、小此木 (1979) の対象喪失論からの関心はあるものの、精神医学および臨床心理の専門家が、がん患者の心身両面に対して、研究および治療に携わるようになってきたのは、1990年代にはいつてからである。

1) 精神医学の先行研究

精神医学の先行研究をあげると、精神的症状が生じたときに精神的介入がおこなわれたという報告 (神庭ら, 1991; 矢野ら, 1992)、精神科コンサルテーションに関する報告 (篠崎ら, 1994; 福江ら, 1995; 保坂, 1995; 内富ら, 1995)、告知に関連した報告 (保坂ら, 1995; 厚生省大臣官房統計情報部, 1996; 森田ら, 1998; 河瀬ら, 2000) がある。そして、がん患者の精神症状に関して (明智ら, 2001, 2004; 明智, 2003; 千田ら, 2006)、精神的介入としてのグループ療法の報告 (Fukui et al., 2000; Hosaka et al., 2000a, 2000b, 2001; Hirai et al., 2012) などがある。また、1158人の日本人を対象にしたがんと性格に関する前向きコホート研究では、パーソナリティとがん予後との関連は示唆されなかった (Nakaya, 2003)。

ここで、精神医学領域の先行研究をまとめれば、がん治療に伴う情緒的苦痛や混乱を軽減する治療報告、あるいはがん患者の精神症状などの研究報告が多い。そして、現在まで、心理的介入を深く考察した心理療法的文献は極めて少ない。

2) 心理的アプローチを試みた先行研究

さて、内科医である岸本 (1999) が、内科的治療に加え、描画法などの心理療法的アプローチの試みを報告した。それは、がん患者を心身両面から理解する必要性を提唱したことが臨床心理領域では先駆的試みと位置づけられる。ただ、彼はこの実践によって、患者の死に直面することが治療者に心身の負担をかなり与えるものであることを自ら体験している。

そして、臨床心理学領域において、末期がん患者の内的心理過程を検討した報告 (勝見, 1996; 藤土, 1998, 1999) や心理的介入の試みなどについての事例研究 (岸本, 1999; 中原, 2000, 2002; 辻ら, 2003; 中根, 2004; 飯田, 2011; 小関, 2013) の報告がある。また、辻ら (2005) が初発及び再発クライアント対象に、がん治療に影響を与えていると思われる家族との関係性における感情状態に対しての心理的介入について報告している。

ところで、がん患者の見立てに関して、小池 (2008) はがん患者の身体疾患、適応障害やうつ病などの心身の問題や社会的問題などの一般的な事柄への見立てについて述べている。しかし、がん患者を対象にした心理療法をするにあたっての見立てについての研究は、わが国においては、これからである。

その他に、前田隆子ら (2005) のSAT療法の報告がある。SAT療法とは、『『構造化された (Structured) 問いかけ』によって問題解決脳の右脳を活性化し、意識下あるいは変性意識 (催眠状態) での『ひらめき、連想 (Association)』を用いて、問題の解決法や新しい生き方への気づきをうながす『技法 (Technique)』を意味し、この方法によって扁桃体や脳幹などの潜在記憶にアクセスしていく。』』ものと宗像 (2006, pp. 8) は説明している。そして、彼 (2006, pp. 8) は「病気や問題を作り出す潜在記憶のほとんどは、3歳以前ないしは前世代や、ヒト以前の生物

記憶(遺伝子によって伝達されるものも含む)であると言い切ってもいい。」と大胆な生物学的ともいえる仮説を主張している。

前田隆子ら(2005)は、2002年から2004年の間にがん患者10名を対象にSAT療法を試みている。そして、自己抑制型行動特性尺度、感情認知困難度尺度、情緒支援ネットワーク尺度、SDS(抑うつを程度を測定する心理検査)、および特性不安尺度(STAI)などを使用して、SAT療法の効果を評価している。これらの質問紙の回答結果やがん患者に前向きな言動が見られるように変化した点から、SAT療法はがん患者のサポートケアに一定の効果があると彼女ら(2005)は言う。また、宗像ら(2004)は、がん患者のSAT療法の効果について、チェックリストやがん抑制遺伝子などを用いて評価し、がん抑制遺伝子の活性化などがみられたという一つの事例について報告をしている。そして、がん抑制遺伝子の活性化がみられない場合は、心理的に未解決な問題があることを示唆していると述べている。このようにわが国でも、がん患者に対する心理的介入の効果をがん抑制遺伝子や生理データを用いて検討する試み(帯津, 2004; 小林ら, 2006)をしていることは、ユニークな研究方法である。その当否は別にして、注目に値する。問題は、今後、厳密な科学的検証に耐えられるかどうかが課題であると言える。

いずれも事例研究による考察が地道に積み重ねられてきている段階にあるというのが現状である。他方、数人のがん患者を対象に短期グループ療法を心理士が多職種と共同して実施したという報告がある(辻ら, 2006, 2007; 菊池ら, 2001; 塗師, 2003, 2009; 塗師ら, 2005)。しかし、これもまだ研究途上の状況にある。

3) わが国の先行研究の要約

外国の臨死患者の心理学的知見が直輸入さ

れたわが国では、諸外国の追試的研究とわが国特有の技法を発見しようとする努力が始まっているというのが現状であろう。共感とか支持的接近のような民族や文化の差のない共通の技法もある。しかし、諸民族の文化的特徴の影響を受けている死生観や宗教的背景の違いによって、技法もがんクライアントのそれぞれの特徴に応じた工夫が探索され、日本では日本人に合った技法というものを開発することが必要であることが、諸先行研究が示唆していると考えられる。ただ、がんクライアントへの心理的介入は一般にクライアントにも心理士にも心理的負担をかけることにも注目する研究がおこなわれている点の特徴に挙げられよう。

II. がん患者に対する心理的介入技法としての新たなイメージ技法

がん医療の中で治療を受けている人の心がどのように配慮されてきたのかを諸外国、及び我が国の先行研究で概観した。それによると、がん治療において身体的治療中心から心身両面からのアプローチも大切であるという転換が起きていることが認められる。しかし、それらの多くは因果的思考を用いた医学的観点からのアプローチと思われる。医学的観点とは、治療者(研究者)とその対象である患者とは無関係で、因果的思考を用いて、患者を治療する観点である。医学的観点と臨床心理で用いられる観点とは異なる。がん治療中のクライアントに対する臨床心理的観点での介入の目的は、がんを治療することではない。では、臨床心理的観点とはなんだろうか。臨床心理的観点では、心理士(研究者)とクライアントとの関係性の中から生まれる、変化する生きた互いの存在を対象とすることを前提としている。その関係性の中で、心理士はクライアントの心と自らの心を観察しながら、理論をもって心理的介入を行い、クライ

エントが問題となっている状況に対して自分なりに生きていく姿勢がもてるようにすることを臨床心理的観点と言う。しかし、医学的観点と臨床心理的観点は対立するものと捉えるのではなく、相補足するように用いることが建設的なものとなると言う（河合、2006）。

ところで、がんに罹患したことにより、心の中から沸き起こる心身の破滅不安や恐怖心をいかに軽減し、癒すかということに焦点をあてた技法について、研究報告は未だ少ないことが、先行研究を振り返ってわかった。がんクライアント対象の心理的介入に何かより有効な技法が存在するのではないかということに問題意識をもった。

近年行われているSimonton療法はがん患者対象の心理的療法としては先駆的なものの代表であり、現在でもその心理的介入については、諸外国及び我が国で広く行われている。そこで、その心理的介入技法を参考にして、筆者はがん治療中の人対象に新たなイメージ技法を提案する。

1. イメージ技法とイメージ療法について

イメージについて水島（1989, pp. 174-175）は、「イメージは心理療法を中心とする心理面接において、重要な役割を果たしている。」「一般に行動療法では、イメージが現実行動や現実場面の代わりに用いられているが、そこでイメージは、現実と匹敵する点が強調される。」と述べている。誘導イメージ法として、Leuner（1969）のものがある。それは、最初クライアントに「草原」のイメージを与え、草原に牛や緑の草が発見できるように援助し、その後、「登山」「小川」「家」「親しいもの」などの10個のイメージを与え、各々に反応を誘導するイメージ操作法である。このようなイメージ操作法について、「自由な心理療法と行動療法の接点をなすものとも考えられる。」と水島（1989, pp. 178）は言う。

他方、田嶋（1989）によれば、イメージ技

法は精神分析的な治療から行動療法的なものまで、種々の学派で様々な形で使われている。イメージとは、おおまかに言うと心の中に描くもので、視覚的なものに限らない。しかし、イメージ技法とは、眼を閉じて視覚的イメージを思い浮かべ、その内的イメージを体験してもらうものである。そして、イメージ療法とはイメージ技法を用いてクライアントの内的イメージを体験させるという作業を治療の中心とするものである。イメージ法には、大きく分けるとフリー・イメージ法と指定イメージ法に分けることができると言われる（田嶋、1992）。フリー・イメージ法はクライアントが自在にイメージを思い浮かべるものを面接者が傾聴していく方法であり、指定イメージ法は思い浮かべてもらうイメージを指示する構造があるもので、その指示の程度は各イメージ法により違う。我が国で考案された指定イメージ療法では、田嶋（1989）の壺イメージ法などがあげられる。また、がん患者に実施されているイメージ技法の多くは、指定イメージ技法の範疇に入ると考えられ、その代表として、Simonton療法で用いられる指定イメージ技法がある。

2. Simonton療法

Simonton et al.（1978/1982）は、「セルフ・コントロール療法」を創始している。がん患者の悲観的信念を希望的な信念に替えるという認知療法が中心のプログラムである。具体的には、リラクゼーションとイメージ技法を毎回行う。彼らの初期の「指定イメージ技法」は、患者をリラクセス状態におき、がん細胞を体内で破壊する白血球をイメージさせ、がんを克服し、健康が回復し、自力で病気を克服し、自分の人生の目標に近づくというものである。これは、いわば自力のイメージによって、病と闘って勝つという前向の姿勢や精神力を引き出すことを目指している。

「がん治療への道」（Simonton et al.,

1992/1994) は、基本的考えは、「がんのセルフ・コントロール」(Simonton et al., 1978/1982)と同じである。ただし、イメージの内容を一部改良している。それは、白血球ががん細胞と戦うイメージから、がんはもともと弱くて、不完全な細胞の集まりに過ぎず、からだからたやすく排除できると思うことへと変化している。また、がん細胞は愛の源から送られた本当の自分を気付かせるためのメッセンジャーであるとイメージする。その後、体内の白血球が増し、がん細胞を体の外に楽々押し出し、がんは患者の人生に必要な変化を生じさせる役割を終えて、去っていくとする、治療の回復の手助けする強い味方だと想像するなどである。

3. 新たなイメージ技法

先に紹介したSimonton et al. (1978/1982; 1992/1994) の指定イメージ技法を参考にして、がん患者対象の新たな指定イメージ技法を筆者は考案した。それは、まず指定イメージとして、安心できる、心癒される居場所を思い浮かべてもらうものである。その筆者の居場所感の定義は村瀬ら(2000)や中原(2002)の定義を参考にして、村瀬ら(2000)や中原(2002)の定義をみてみよう。村瀬ら(2000, pp. 221)は思春期・青年期の人を対象にした育ち直りを援助するための居場所の定義として、「心の拠り所となる物理的空間や対人関係、もしくはありのままの自分で安心していられる時間を包含するメタファーであると仮に定義する。」と述べている。それに対して、中原(2002, pp. 60)は主観的体験としての居場所感として、「自分がそこにおいてもいい場であり、自分らしくいられる場であり、自分がありのままにそこにおいてもいいと認知し得る感覚」と定義づけている。これらの定義を参考に、がんクライアント対象に新たな指定イメージ技法を使う際の居場所感とは、「自分が一人でくつろげる安全感を

有した時間であり、物理的空間である」と定義する。

さて、著者のイメージ技法とは、安心のできる、心癒される居場所をイメージしてもらった後は、イメージは指定せずにクライアントの主体性に任せて、イメージしてもらおうという方法である。その思い浮かべたイメージについては、詳細は尋ねず、イメージを思い浮かべたことでリラックスできたかどうか、イメージにより心理深層へと体験を深めることで調子が悪くなったりしていないかということに焦点を当てている。つまり、クライアントの安らぐ、癒しの空間に侵入せず、体験の仕方に注意を払い、万が一何か調子が悪ければそれについて語るように促し、対応するという方法である。したがって、筆者の指定イメージ技法ではクライアントがイメージの中で、一人楽しむ、癒される空間を守る枠として、心理士は存在していると言える。

先に述べたように新たなイメージ技法は、最初に心が安らぐ、癒される居場所をがんクライアントがイメージするように指定する。その後は、クライアントがフリーでイメージするというものである。しかし、クライアントがさらにイメージを展開していくのに対して、心理士はそのイメージの内容を傾聴しない。それは何故なのかという点について説明する。まず、日本では治療者とクライアントが一体化した関係になる状態がみられるのではないかと鎌(2003)は述べている。がん臨床において心理士とクライアント関係が一体化の方向に動くと、クライアントの死が心理士の一人称の死に容易につながりかねないと思われる。また、心理士がクライアントを救うために、心理士の心内にある死と戦う英雄のイメージに動かされて、意識よりも無意識の力の方が大きくなり、心理士自身が危機に陥りかねないことが起きうると考えられる(樋口, 1998)。この諸点に関して、筆者は「がん臨床における心理的介入技法についての検

討」で詳細に述べた（塗師，2008）。

他方、田寫（1990）によれば、イメージ療法をおこなうものは、クライアントのイメージ内容に注目しがちであると言う。そして、クライアントがそのイメージをどのように体験しているのか「体験様式」（田寫，1990）という点を見逃しやすいと述べている。しかし、そのクライアントの「体験様式」とその体験をどのように受容しているのかの「心構え」がイメージ技法を実施する上で、重要な点であると言う（田寫，1990）。筆者の提案しているイメージ技法は、以上について考慮したものである。

今後の課題は、筆者の提案した指定イメージ技法を受けたがんクライアントは心に多少なりとも安心感が増すのかについて、事例研究することである。

（注）

1）本論では身体的がん治療を受けている人を「患者」と表記する。また、心理的介入の対象者のことを、引用する文章で「患者」と表記されている場合、そのままその用語を引用する。しかし、筆者の臨床心理的介入に関しての文脈では「クライアント」と表記する。

2）補完代替医療の定義を日本補完代替医療学会監修の「がんの補完代替医療ガイドブック」（2006，pp. 2）から示すと「現代西洋医学領域において、科学的未検証および臨床未応用の医学・医療体系の総称」である。そのガイドブックによると、米国のNCCAMの補完代替医療の精神・身体インターベンションに分類されるものとして、心理・精神療法、芸術療法、音楽療法、ダンス療法などが挙げられている。

〈謝辞〉

本研究に対して、ご指導してくださっている今川民雄教授に心から感謝いたします。そ

して、いろいろと適切なアドバイスをいただいた諸先生の皆さまに深くお礼を申し上げます。

文献

- Abrams, R. D., Finesinger, J. E. (1953) . Guilt reactions in patients with cancer. *Cancer*, 6, 474-482.
- 明智龍男・中野智仁・内富庸介（2001）. がん患者のうつ病. 今月の治療, 9, 71-73.
- 明智龍男（2003）. がん患者の抑うつへのアプローチ. 松下正明（編）. リエゾン精神医学とその治療学. 中山書店, pp.67-77.
- 明智龍男・森田達也・内富庸介（2004）. 進行・終末期がん患者に対する精神療法. 精神神経学雑誌, 106（2）, 123-137.
- Bahnsen, C. B., Bahnsen, M. B. (1966). Role of the ego defenses : Denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. *Annals New York Academy of Sciences*, 125（3）, 827-845.
- Baltrusch, H. J. F. (1977). Compte rendu des 2e Journees medicales sur les problemes psychologiques en rapport avec le cancer. *Psychologie et cancer*. Marseille, 7-12. 杉田峰康・手嶋秀毅（訳）（1979）. 癌の心身医学的研究における最近の課題. 心身医学, 19（6）, 497-505.
- Bard, M., Sutherland, A. M. (1955) . Psychological impact of cancer and its treatment. IV. Adaptation to radical mastectomy. *Cancer*, 8, 656-672.
- Buckman, R. (1998) . Communication in palliative care. Hanks, G. W. C., MacDonald, N. (Eds) *Oxford Textbook of palliative Medicine*, New York. Oxford University Press, pp. 141-156.
- 千田要一・久保千春（2006）. 「うつ」と身体疾患. 臨床精神医学, 35（7）, 927-933.
- Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., Fobair, P., Carlson, R. W., Kraemer, H. C., Spiegel, D. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *Archives of general psychiatry*, 58, 494-501.

- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., Morton, D. (1990a). A structured psychiatric intervention for cancer patients. : I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, **47**, 720-725.
- Fawzy, F. I., Kemeny, M. E., Fawzy, N. W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N., Fahey, J. L. (1990b). A structured psychiatric intervention for cancer patients. : II. Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, **47**, 729-735.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arndt, L. A., Pasnau, R. O. (1995). Critical Review of Psychosocial Interventions in Cancer Care. *Archives of General Psychiatry*, **52**, 100-113.
- 福江真由美・内富庸介・山脇成人・黒井克昌・峠 哲哉 (1995). 乳がん患者の精神科コンサルテーション. *精神科治療学*, **10** (8), 859-864.
- Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., kamiya, M., Koike, M., Nakanishi, T., Imoto, S., Kanagawa, K., Utitomi, Y. (2000). A Psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, **89**, 1026-1036.
- 福富隆志 (1996). 乳がんカウンセリング. 南江堂.
- 藤土圭三 (1998). 癌に罹患した夫とその妻との心理面接について. 広島文教女子大学紀要, **33**, 129-141.
- 藤土圭三 (1999). 癌患者との心理面接過程についての研究. 広島文教女子大学紀要, **34**, 25-40.
- Grossarth-Maticcek, R., Bastiaans, J., Kanazir, D. T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: the Yugoslav prospective study. *Journal of psychosomatic research*, **29** (2), 167-176.
- Grossarth-Maticcek, R., Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. *Psychological reports*, **66** (2), 355-373.
- 樋口和彦 (1998). 死の心理臨床. 河合隼雄・山中康裕・小川捷之 (総監修) 病院の心理臨床. 金子書房, pp.260-269.
- Henderson, V. P., Clemow, L., Massion, A. O., Hurley, T. G., Druker, S., Hébert, J. R. (2012). The effects of mindfulness - based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *Breast cancer research and treatment*, **131**, 99-109.
- Hirai, K., Motooka, H., Ito, N., Momino, K., Okuyama, T., Akechi, T. (2012). Problem-Solving Therapy for Psychological Distress in Japanese Early-stage Breast Cancer Patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, **42** (12), 1168-1174.
- Holland, J. C. (1990). Societal Views of Cancer and the Emergence of Psycho-oncology. Holland, J. C., Rowland, J. H. (Eds) *Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press, New York. 河野博臣・濃沼信夫・神代尚芳 (監訳) (1993). 歴史的な経緯. サイコオンコロジー 1. メディサイエンス社, pp.3-11.
- 保坂 隆 (1995). 血液腫瘍患者の精神科コンサルテーション. *精神科治療学*, **10** (8), 865-869.
- 保坂 隆・徳田 裕・小城良子・内富庸介・青木孝之・福西勇夫・岸 佳子 (1995). がん患者のコーピングと情緒状態. *心身医学*, **35** (6), 483-489.
- Hosaka, T., Sugiyama, Y., Tokuda, Y., Okuyama, T. (2000a). Persistent effects of a structured psychiatric intervention on breast cancer patients' emotions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **54**, 559-563.
- Hosaka, T., Tokuda, Y., Sugiyama, Y. (2000b). Effects of a structured psychiatric intervention on cancer patients' emotions and coping styles. *International Journal of Clinical Oncology*, **5**, 188-191.
- Hosaka, T., Sugiyama, Y., Hirai, K., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakamura, Y. (2001). Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, **23** (3), 145-151.
- Humphris, G., Ozakinci, G. (2008). The AFTER intervention: a structured psychological approach to reduce fears of recurrence in patients with head and neck cancer. *British Journal of health psychology*, **13**, 223-230.
- 飯田敏晴 (2011). 急性リンパ性白血病の青年の移植前後における心理過程. 心理臨床学研究,

- 29 (4), 397-408.
- 神庭靖子・皆川邦直 (1991). 死にゆく人・見送る人の対象喪失および心の成熟について. *精神分析研究*, 34 (5), 333-341.
- 勝見吉影 (1996). 末期がん患者の内的体験に関する一考察. *心理臨床学研究*, 14 (3), 299-310.
- 河合隼雄 (2006). 医療における臨床心理士の役割. *臨床心理学*, 6 (1), 3-6.
- 河瀬雅紀・川上富美郎・澤田親男・水谷充孝・瀬戸隆一・国澤正寛・富山幸一・松田 幹・福居顕二 (2000). 悪性腫瘍患者にみられた適応障害の特徴. *精神医学*, 42 (1), 89-95.
- 菊池美奈子・横田ちさ都・塗師恵子・磯部 宏 (2001). 肺がん患者の短期グループ療法とその効果. *医療マネージメント学会雑誌*, 2 (1), 66.
- 岸本寛史 (1999). 癌と心理療法. 誠心書房.
- Kissen, D. M., Eysenck, H. J. (1962). Personality in male lung cancer patients. *Journal of psychosomatic research*, 6, 123-127.
- 小林啓一郎・橋本佐由理・林 隆志・坂本成子・堀 美代・帯津良一・村上和雄・宗像恒次 (2006). 免疫データの季節変動を手掛かりとしたがん患者の世代間伝達感情への対応. *ヘルスカウンセリング学会年報*, 12, 37-45.
- 小池眞規子 (2008). がん医療での見立てとアセスメント. *臨床心理学*, 8 (6), 791-797.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (1996). 平成6年度人口動態社会経済面調査報告. 厚生統計協会, pp. 18-22.
- 小関貴之 (2013). 子宮がんを合併した統合失調症患者へのディグニティセラピーを用いた心理援助の試み. *心理臨床学研究* 31 (5), 758-768.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillian Company. 川口正吉 (訳) (1971). 死ぬ瞬間. 読売新聞社.
- Lengacher, C. A., Johnson-Malland, V., Post-White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., Klein, T. W., Widen, R. H., Fitzqerald, S. G., Shelton, M. M., Barta, M., Goodman, M., Cox, C. E., Kip, K. E. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychoncology*, 18 (12), 1261-1272.
- LeShan, L. L. (1977). *You Can Fight for Your Life*. Evans and Company, New York. 田多井吉之助 (訳) (1979). ガンの感情コントロール療法. プレジデント社.
- Leuner, H. (1969). Guided affective imagery: A method of intensive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 23, 4-22.
- 前田重治 (1976). 心理面接の技術. 慶應通信, pp.62-87.
- 前田隆子・橋本佐由理・宗像恒次 (2005). がん患者へのSAT療法による介入の試み. *がん看護*, 10 (5), 453-459.
- Massie M. J., Holland J. C. (1990). Overview of Normal Reaction and Prevalence of Psychiatric Disorders. Holand JC, Rowland JH (Eds) *Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press, New York. pp. 273-282.
- Matousek, R. H., Dobkin, P. L. (2010). Weathering storms: a cohort study of how participation in a mindfulness-based stress reduction program benefits women after breast cancer treatment. *Current oncology*, 17 (4), 62-70.
- Matousek, R. H., Pruessner, J. C., Dobkin, P. L. (2011). Changes in the cortisol awakening response (CAR) following participation in a mindfulness-based stress reduction in women who completed treatment for breast cancer. *Complementary therapies in clinical practice*, 17 (2), 65-70.
- 森田達也・井上 聡・千原 明 (1998). 癌告知に関連して心因嘔吐を繰り返した終末期癌患者の2例. *精神医学*, 40 (11), 1187-1191.
- 村瀬嘉代子・重松正典・平田昌子・高堂なおみ・青山直英・小林敦子・伊藤直文 (2000). 居場所を見失った思春期・青年期の人びとへの統合的アプローチ. *心理臨床学研究*, 18 (3), 221-232.
- 宗像恒次・小林啓一郎・橋本佐由理・前田隆子・初矢和美・庄司進一・帯津良一・持田麻里・林 隆志・村上和雄 (2004). がんのヘルスカウンセリング. 宗像恒次 (監修) カウンセリング医療と健康. 金子書房, pp.57-71.
- 宗像恒次 (2006). SAT療法. 金子書房.
- 中原睦美 (2000). 外科領域での末期癌患者への心理療法的接近の試み. *心理臨床学研究*, 18 (5), 433-444.
- 中原睦美 (2002). 受診が著しく遅延した重症局所進行乳癌患者の心理社会的背景の検討. *心理臨床学研究*, 20 (1), 52-63.
- 中根千景 (2004). 中間領域としての物語. 心

- 理臨床学研究, 22 (5), 488-498.
- Nakaya, N., Tsubono, Y., Hosokawa, T., Nishino, Y., Ohkubo, T., Hozawa, A., Shibuya, D., Fukudo, S., Fukao, A., Tsuji, I., Hisamichi, S. (2003). Personality and the risk of cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 95 (11), 799-805.
- Nakaya, N., Bidstrup, P. E., Saito-Nakaya, K., Koskenvuo, M., Pukkala, E., Kaprio, J., Floderus, B., Uchitomi, Y., Johansen, C. (2010). Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. *American Journal of Epidemiology*, 172,377-385.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients : Overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94 (8), 558-584.
- 塗師恵子 (2003). 肺がん及び乳がん患者への短期グループ療法実施の検討. 日本心理臨床学会第22回大会発表論文集, 180.
- 塗師恵子・松原良次・原田真雄・磯部宏・佐高晶子・今川民雄 (2005). 肺がん患者に対する短期グループ療法の効果. 精神医学, 47(12), 1277-1283.
- 塗師恵子 (2008). がん臨床における心理的介入技法についての検討. 北星学園大学大学院論集, 11, 11-26.
- 塗師恵子 (2009). 乳がん患者対象のグループ介入の試み. 北星学園大学大学院論集, 12, 101-110.
- 緒方憲太郎 (2003). 代替療法. 田村和夫 (編) がん治療副作用対策マニュアル. 南江堂, pp. 222-228.
- 小此木啓吾 (1979). 対象喪失. 中公新書.
- 帯津良一 (2004). ガンに勝った人たちの死生観. 主婦の友社.
- 小口正彦 (2012). 放射線治療, なぜ効くのか. 公益財団法人がん研究会 (監修) がん研が作ったがんがわかる本. ロハスメディア, pp.90-97.
- Rehse, B., Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality life in adult cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 50, 179-186.
- Ross, L., Boesens, E. H., Dalton, S. O., Johansen. (2002). Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being ? *European Journal of Cancer*, 38, 1447-1457.
- Schapiro, I. R., Ross-Petersen, L., Saelan, H., Garde, K., Olsen, J. H., Johansen, C. (2001). Extroversion and neuroticism and the associated risk of cancer: A Danish cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 153 (8), 757-763.
- Shands, H. C., Finesinger, J. E., Cobb, S., Abrams, R. D. (1951). Psychological mechanisms patients with cancer. *Cancer*, 4, 1159-1170.
- Sheard, T., Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 80 (11), 1770-1780.
- 篠崎 徹・中野浩志・志真泰夫・西村 浩・笠原洋勇・牛島定信 (1994). がん患者の精神的苦痛緩和に関する研究. 精神科治療学, 9 (8), 995-1002.
- Shneidman, E. S. (1973). *Deaths of Man. Quadrangle: The New York Times Book Company*. 白井徳満・白井幸子・本間 修 (訳) (1980). 死にゆく時: そして残されるもの. 誠心書房.
- Simonton, O. C., Simonton, S. M., Creighton, J. (1978). *Getting Well Again. Bantam Books*. 近藤 裕 (監訳) 笠原敏雄・河野友信 (訳) (1982). がんのセルフコントロール. 創元社.
- Simonton, O. C., Simonton, S. M. (1981). Cancer and stress: counseling the cancer patient. *The medical Journal of Australia*, 1 (13), 679, 682-683.
- Simonton, O. C., Reid, H. (1992). *The Healing Journey. Bantam Books*. 堀 雅明・伊丹仁朗・田中 彰 (訳) (1994). がん治療への道. 創元社.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H. C., Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 14, 888-891.
- Sutherland, A. M., Orbach, C. E., Dyk, R. B., Bard, M. (1952). The psychological impact of cancer and cancer surgery. *Cancer*, 5, 857-872.

- 高橋俊二 (2012). 分子標的薬とは何か. 公益財団法人がん研究会 (監修) がん研が作ったがんがわかる本. ロハスメディア, pp.70-77.
- 田嶋誠一 (1989). 壺イメージ法. 河合隼雄・水島恵一・村瀬孝雄 (編) 臨床心理学体系 第9巻 心理療法 3. 金子書房, pp.223-241.
- 田嶋誠一 (1990). 「イメージ内容」と「イメージ体験様式」. 家族画研究会 (編) 臨床描画研究 V. 金剛出版, pp.70-87.
- 田嶋誠一 (1992). イメージ療法. 氏原寛・亀井憲治・成田善弘・東山絏久・山中康裕 (編) 心理臨床大辞典. 培風館, pp.408-411.
- 鎌 幹八郎 (2003). 心理臨床と精神分析. ナカニシヤ出版.
- Tatrow, K., Montgomery, G. H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, **29** (1), 17-27.
- Temoshok, L., Dreher, H. (1992). *The Type C Connection*. Random House, Inc. 大野 裕 (監修) 岩坂 彰・本郷豊子 (訳) (1997). がん性格: タイプC症候群. 創元社.
- 辻 裕美子・廣瀬一浩・大塚由美子・盛本太郎・赤松達也・木村武彦・小牧 元・岡井 崇 (2003). 婦人科における心理療法: 子宮がん患者への適応例. 日本女性心身医学会雑誌, **8** (3) 311-316.
- 辻 裕美子・廣瀬一浩・平石 守・長谷川重夫・木村武彦・小牧 元 (2005). 再決断療法を取り入れたがん患者への心理療法の研究. 交流分析研究, **30** (1), 36-42.
- 辻 裕美子・薬師寺あかり・藤本和利・安井玲子・石川俊男・木村武彦・長谷川重夫 (2006). 乳がん手術後の女性への心理的援助としての集団療法. 女性心身医学, **11** (2), 140.
- 辻 裕美子・薬師寺あかり・藤本和利・安井玲子・長谷川重夫・藤井康子・山田高裕・庄司容子・穴見早友里・石川俊男 (2007). 当院におけるチーム医療による乳がん患者への心理的援助. 心身医学, **47** (5), 351.
- 内富庸介・前正秀宣・高見 浩・久賀谷 亮・竹林 実・岡村 仁・岡本泰昌・大森信忠・加賀谷有行・山脇成人・藤原康弘・平本雄彦 (1995). 肺がん患者の精神科コンサルテーション. 精神科治療学, **10** (8), 870-876.
- Würtzen, H., Daltom, S. O., Elsass, P., Sumbundu, A. D., Steding-Jensen, M., Karlsen, R. V., Andersen, K. K., Flyger, H. L., Pedersen, A. E., Johansen, C. (2013). Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: Results of a randomized controlled trial among 336 Danish women treated for stage I - III breast cancer. *European Journal of Cancer*, **49**, 1365-1373.
- Yalom, I. D., Greaves, C. (1977). Group therapy with the terminally ill. *The American journal of psychiatry*, **134** (4), 396-400.
- 矢野栄一・内富庸介・若宮真也・田宮 聡・北野博子・西村良二・大森信忠・山脇成人 (1992). ある乳癌患者の心理的過程の一考察. 精神科治療学, **7** (7), 777-781.