関西大学心理臨床センター紀要，9，29～37，2018

研究論文

日本におけるがん臨床での臨床心理学的アプローチの展開
― 芸術療法に焦点を当てた文献研究による検討

関西大学大学院心理学研究科心理臨床学専攻　岡田　弘司・杉本　峻也

要約

本邦では、2007 年のがん対策基本法の施行に前後して、がん患者への全人的医療や緩和ケアの重要性が取り上げられるようになり、臨床心理士等ががん患者に医療現場などで臨床心理学的アプローチを展開する機会が増えてきている。本稿では、現在、がんの臨床で展開されているアプローチについて、心理アセスメント、カウンセリング、地域援助の観点から概観した後、カウンセリング技法の中でも適用性や有効性についての研究報告が少ないとされる芸術療法に焦点を当てた。本邦においてこの 20 年間に学術誌などで公表された芸術療法に関する文献を中心に検討したところ、芸術療法は緩和ケアの一助になる可能性があることが示唆された。また同時に芸術療法を安全かつ的確に行うためには、EBM（Evidence Based Medicine）ならびにNBM（Narrative Based Medicine）の視座に立ち、芸術療法に関する研究成果を質、量ともに高め、より一層の知見を蓄積する必要があると考えられた。

キーワード：がんの心理臨床、緩和ケア、カウンセリング、芸術療法

Ⅰ　がん臨床における臨床心理学的アプローチの社会的ニーズ

近年、がんの診断や治療技術はめざましい進歩をとげているが、本邦においては国民の高齢化があいまって、1981 年以来、がんは変わらず死亡原因の第 1 位となっている。政府は対策を打つべく、1984 年から 10 年置きに「対がん 10 カ年総合戦略」、「がん克服新 10 カ年戦略」、「第 3 次対がん 10 カ年総合戦力」と施策を掲げた。この間、2007 年 4 月には「がん対策基本法」を施行し、がんに関する研究、がん医療の均てん化、患者の個別性を重視した医療提供システムの整備を目指した取り組みが本格化するようになった。心理臨床の転機としては、2001 年に「地域がん診療拠点病院の整備に関する指針」が策定され、がんの医療従事者の中に臨床心理に携わる者が配置されることが望ましいと明記され、特に緩和ケアの観点から臨床心理士等に対する期待が高まった。

世界保健機関（WHO）の定義によると、緩和ケア（Palliative Care）とは「身体的苦痛のみではなく、精神的、社会的、スピリチュアル（Spiritual：霊的）な痛みに対処し、患者とその家族が可能なかぎり質の高い人生を全うできるように支援すること」とされている。以前は緩和ケアというと、手術や抗がん剤などの積極的治療が行えなくなった時点で導入される終末期医療の一つとして捉えられがちであった。しかし近年では、緩和ケアは初回診察、検査、診断、またそれらの結果告知を含む罹患初期の時点から、がんの治療プロセスすべてに並行して実施されるべきものとされている。したがって、臨床心理士等はがん患者の様々な治療的局面や生

活の変化に応じて、臨床心理学に基づく援助法をいかんなく発揮して、がん患者のQOL（Quality of Life）の向上に寄与していくことが期待されている。

Ⅱ　がん臨床における臨床心理学的アプローチの展開

臨床心理学的援助のアプローチ法は、心理アセスメント、カウンセリング、地域援助に区分することができるが、それぞれの援助法はがん臨床でどのように適用されているのか以下に概観する。

1. 心理アセスメント

がん患者は診断から治療のプロセスにおいて、その心理状態が様々に変化することが容易に想像でき、この変化を多角的に捉えることが重要となる。病歴、身体の状態などの基本的情報に加えて、生活歴、重要な他者の存在、ソーシャルサポートのあり様、経済的状況などを把握した上で緩和ケアに役に立つ情報を明らかにしなければならない。アセスメントの手段としては、面接や行動観察が特に重要になるが、心理検査の手法を用いると有効な場合もある。最近ではがん患者のQOLを検討するための評価尺度がいくつか開発されている。中でも、EORTC QLQ-30（European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire）は本邦でも信頼性と妥当性が検証されている尺度である（Kobayashi, K., et al, 1998, Shimozuma, K., et al, 1999）。またCCRS（Cancer-Chemotherapy Cancers Rating Sale）は化学療法を受けている患者の身体面、心理面、社会面での戸惑いや生活上の不安などをみるもので、治療や支援を行う上で有用な情報を得ることができる（神田ら，2007）。もちろん、一般の心理臨床で用いる心理検査も有効であり、特にがん患者はうつ病や適応障害を呈しやすいことから、場合によっては描画検査などの投映検査を含め、うつ傾向、不安、気分状態などをみる質問紙検査などを活用して精神的な健康度などを検討するのがよい。

心理アセスメントで得た情報は今後の支援のあり方やカウンセリングの必要性などを検討する際に用いられるが、医療現場において緩和ケアはチームで展開されるのが普通である。アセスメントの情報をチームスタッフが共有することで、全人的医療や包括的な支援が円滑に進むことが期待され、臨床心理士等は守秘をなおざりにすることなく、医療チームの一員として有用な情報を管理、提供することを心がけなければならない。

2. カウンセリング

がん患者は身体症状のみならず、その治療過程において様々な精神的苦痛を呈しやすい。そのため、カウンセリングに際しては、がん患者には直面しやすい特有の問題があることを念頭に置く必要がある（原ら，2007）。がん患者に用いられるカウンセリング技法はいくつかあるが、一般的によく用いられるものとして支持的精神療法と認知行動療法が挙げられる。また、自らの心理状態を言語的に表現することが難しい患者には、非言語的な技法である芸術療法が有効になる可能性がある。ここでは、いくつかあるカウンセリング技法の中から、がん臨床において用いられることの多い支持的精神療法と認知行動療法について概観する。研究報告が少ないとみられる芸術療法については後に詳しく文献検討を加えながらがん患者への適用性と有効性などについて検討する。

（1）支持的精神療法

支持的精神療法は、受容、傾聴、支持、肯定、保証、共感などを中心とした精神療法であり、がんのみならず精神医療全般においても、最も一般的なカウンセリング技法である。支持的精神療法は、がんの診断を告知された後の心理的動揺、治療への不安、再発や死の恐怖などをは

じめとした精神的苦痛を、支持的な態度をとるセラピストとの関係を通して軽減することを目標とする（明智，2009）。また、これまでの日常生活で担ってきた役割の変化などに伴って、人生設計の見直しや自己実現の方向性について見出すための援助を行う場合もある（原ら，2007）。支持的精神療法による面接を通して、病気が患者の生活史に与える衝撃の意味を理解し、患者の感情と苦しみはセラピストに理解されつつあると患者に伝えること自体が精神的安定に寄与すると考えられる。また、常に支持しようとするセラピストに接することはがん患者にとって非日常的な体験であり、患者の自己評価を高め、対処能力を強化することにも繋がる（明智，2015）。

（2）認知行動療法

認知行動療法とは、行動や情緒の問題に加えて、考え方や価値観などの認知的問題に焦点を当てて、行動療法的技法と認知療法的技法を効果的に組み合わせて用いることで問題の改善を図ろうとするカウンセリング技法である。がん患者に対しては、治療過程の中で生じやすい不安や抑うつ感などのストレス反応が強くなっている場合に有効な技法とされている。がん患者に対する認知行動療法の介入研究について、神崎・城戸（2002）は、早期胃がん患者 14 名に対してノート記述によるセルフモニタリングと面接を行い、その効果を気分（DAMS：Depression and Anxiety Mood Scale）、一般性セルフエフィカシー（GSES：General Self Efficacy Scale）、心理的ストレス反応（SRS-18：Stress Response Scale）で測定している。この研究によると、一般性セルフエフィカシーへの介入効果はみられなかったものの、退院時、退院 1 ヶ月時において気分や抑うつ、不安が有意に改善していたことが認められるとしている。

また、最近ではがん患者に対する認知行動療法の介入方法の一つとして、問題解決療法が注目されている。問題解決療法とは、がん患者が抱える問題に対して、問題解決過程と呼ばれる心理プロセスに基づきながら、患者自身がその問題を解決するために最善の有効策を見出すことを援助する技法である。本邦では、厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業として実施された「がん患者に対するリエゾン的介入や認知行動療法的アプローチ等の精神医学的な介入の有効性に関する研究」において、問題解決療法を本邦のがん患者向けにアレンジしたプログラムが開発されている（明智，2010）。そのプログラムの適用可能性と有効性を検討するべく Hirai, K., et al（2012）は、術後の乳がん患者を対象とした前後比較研究を実施した。この結果、早期の乳がん患者の精神的苦痛の緩和に対して、適用可能で一定の効果をもつプログラムであることが確認された。

さらに、漸進的筋弛緩法などのリラクセーション技法も、がん患者に対して実施されることが多い認知行動療法的介入である。近藤（2008）は、15 名のがん患者に対して漸進的筋弛緩法を 2 週間にわたって実施し、その効果を生理学的に評価すると同時に、漸進的筋弛緩法による体験内容について被検者へのインタビューを実施している。この研究によると、2 週間の漸進的筋弛緩法の体験は生理学的評価において統計的に有意に正の効果を認め、がん患者の心身をコントロールしていくために有効な技法であることが示唆されている。また同時に、漸進的筋弛緩法の指導の関わりを通して、がん患者の思いを表出できることも示されている。他にも、吉田（2002）は、がんの痛みを訴える患者に対して漸進的筋弛緩法とイメージ法を使用し、その効果を痛みのビジュアルアナログスケールで測定した結果、痛みの緩和効果が認められたと報告している。

3. 地域援助

「がん対策基本法」の規定に基づいて、2007 年に「がん対策推進基本計画」の施策が行われて以降、がん診療連携拠点病院、小児がん拠点

病院、地域がん診療病院などにがん相談支援センターが設置されるようになった。がん相談支援センターは地域に開かれた、いわばがんに関する相談の総合窓口であり、がんの診断から治療、その後の療養生活、さらには社会復帰と、生活全般にわたって患者や家族が疑問や不安を感じた時に気軽に相談できる体制を整えている。そこで臨床心理士等が相談員としての役割を担うことが増えてきおり、看護師やソーシャルワーカーと協働しながら、地域の資源を視野に入れた心理社会的援助を行う必要性が高まっている。また2007年に内閣府が行った意識調査によると、国民の６割以上が終末期の療養を自宅で行いたいと回答しており、このような国民のニーズと、高齢者人口の増加を鑑みて、厚生労働省では在宅医療を推進している。今後、がんの領域でも在宅医療が増えると見込まれ、在宅での緩和ケアサービスを提供できるような体制づくりが進むと思われる。その中で緩和ケアチームの一員として臨床心理士等がアウトリーチの手法なども用いて心理社会的支援を担うことが求められるようになろう。

Ⅲ　がん臨床における芸術療法の適用の検討

芸術療法は芸術に関する何らかの表現活動を用いて心理的ケアを行うものであり、表現手段の違いによって、音楽療法、箱庭療法など様々なものがある。本邦では、芸術療法のがん患者への適用とその効果についての研究報告が十分にあるとは言えない。本稿では、芸術療法の中でこの20年の間に学術誌で複数の研究報告などが確認できた音楽療法、箱庭療法、描画療法を主に取り上げてそれぞれの適用性や有効性などを検討する。

1. 音楽療法

音楽療法は、音楽を聴いたり演奏したりする時の生理的、心理的、社会的な作用により心身の機能の活性化やQOLの向上などを意図して行われる芸術療法である。音楽療法はいくつかの視点から分類することができ、クライエントへの音楽の提供の仕方によって分類するとすれば、能動的音楽療法と受動的音楽療法に分けられる（星野，2008）。能動的音楽療法はクライエント自身が合唱したり楽器を鳴らしたりするタイプであり、受動的音楽療法はクライエントの好きな音楽を鑑賞するといったタイプである。

本邦において芸術療法の中では、音楽療法が他の療法に比してがん患者への適用性や有効性に関し学術誌等で多くの研究報告などがみられる。高橋ら（2007）は統計的手法を用いて効果を実証しており、その他にも単一の事例報告なども認められる。これらの論文で得られた知見などを捉え、音楽療法のがん患者への適用性や有効性などについて検討する。

（1）　適用対象

先述した高橋らは消化器がん患者に対し、手術が行われる前後に音楽療法を１回ずつ実施し、その効果を不安尺度（STAI：State Trait Anxiety Inventory の状態不安尺度）や痛みのビジュアルアナログスケールなどを用いて評価し、同時に音楽療法を実施しなかったがん患者とも比較している。この研究では音楽療法を適用した患者群が18名、行っていない群が20名と多くのがん患者を分析対象とし、検証にも統計的手法を用いている。この研究によると、音楽療法を行った患者群は不安尺度の得点と痛みのスケールの得点が統計的に有意に低下している。特に不安尺度の得点は音楽療法を実施しなかった群と比較しても有意に減少しており、音楽療法のがん患者への不安軽減の効果を明らかにしている。また、新倉ら（2005）は緩和ケア病棟において倦怠感のある患者あるいはその家族への音楽療法の実践について紹介しており、倦怠感の程度に応じながら音楽療法を適用する工夫がなされている。さらに松田・伊藤（2004）は肺がん患者の音楽療法の適用について単一事

例で報告し、生活記録や看護記録などから音楽による自己表現で満足感と幸福感を得て身体機能の向上をもたらしたことが推察されるとしている。これらのことから、音楽療法はがん患者の不安などの軽減に奏功することが期待でき、多くの患者がその対象になると期待されると同時に、終末期の患者においては精神的、あるいはスピリチュアルな側面への緩和ケアにつながることが示唆される。

(2) 効果の要因

音楽療法は能動的音楽療法や受動的音楽療法など実施や方法の手順によって、クライエントに働きかける作用の要因は一様ではないと思われるが、総じて言うと以下のような3つの特徴があると考えられる。1つ目は音楽を奏でる、あるいは聴くという行為によって、直接身体の器官が働いたり、体が反応したりすることである。2つ目は音楽的要素が情緒に働きかけ、音楽を演奏したり鑑賞したりすることで、カタルシス(浄化)が進んだりリラクセーションが図られたりすることである。3つ目はセラピストや他者と音楽あるいはその場を共有することで、コミュニケーションが円滑になり、一体感を得られたり自己の存在感を感じたりすることである。これら3つの要因はBio-Psycho-Socialな関係にあり、有機的で複合的に機能すると考えられ、全人的ケアが必要とされるがん患者にとって、音楽療法は期待の大きい芸術療法の一つであろう。

(3) 適用上の注意事項

音楽療法は計画的に実行されるものであり、例えば受動的音楽療法であれば、患者の好みの音楽を把握して患者に提供する。しかし、いかに計画的に行っても患者が予測通りの反応を示すとは限らない。その場で患者が楽しんでいるように見えても、後に疲労感を生じることもあろうし、集団で実施する場合などでは、対人関係で生じる力動が思わぬ方向に働いて患者の気持ちを害することがあるかもしれない。特に苦痛を多重に抱えていることが予想されるがん患者には、適用前後を含めた観察が重要になると考えられる。この点からもセラピストには音楽を媒介にしながら患者への理解を深めようとする基本的姿勢が強く求められる。また、音楽療法を安全かつ的確に行うためには、歌唱することに問題はないかなど主治医に医学的判断を仰ぎ、他の医療スタッフなどからの情報も念頭に入れて行う必要がある。なお、がん患者は免疫機能に問題を生じやすいことから、特に楽器などの道具は清潔にしておかなければならない。

音楽療法は先述したように生理面、心理面、社会面に複合的に働きかける療法である。これを施行する者は安全かつ効果的に行うために、心理学や音楽に関する造詣はもとより、学際的な幅広い知識と臨床経験が求められよう。2001年に日本音楽療法学会が設立され、音楽療法士の資格認定や研究などの推進を行っており、このような学会などに参加して研鑽を積むことが望ましいと考えられる。

2. 箱庭療法

箱庭療法は、クライエントがセラピストの見守る中、傍らに用意されたミニュチュアの玩具などを砂箱に置いて表現活動をする芸術療法である。遊戯的な要素を持つことや砂と触れることからクライエントに効果的な退行をもたらし、素直な表現を活性化する面がある。

がん患者への箱庭療法の適用等について、1998年の岡田らと2013年の森本の単一事例研究がある。いずれの事例もがんの再発に関する不安や気分の変化に箱庭療法が奏功した例を示しており、前者が4回の箱庭の実施、後者が7回の箱庭の実施であった。2つの事例研究から得られた知見などを捉え箱庭療法のがん患者への適用性や有効性などについて検討する。

(1) 適用対象

2つの事例研究の箱庭療法の適用対象は、がんの再発後に不安やイライラ感を生じている者

と、がんが再発するのではとの不安や抑うつを呈している者であった。したがって、箱庭療法はがん患者が抱える再発に関する不安や抑うつ感などの軽減に奏効することが示唆される。またがん患者の不安などの反応は、病院を受診した時から始まって、検査、診断、告知、治療、リハビリテーション、終末期に至るまで続くことが多く、箱庭療法が有効になる対象の範囲は幅広くなる可能性がある。一方で、ここで取り上げた研究対象の事例はいずれも終末期の患者ではなく、総合的には身体の機能が保たれている患者である。箱庭療法は砂の入った大きな箱とミニチュアの玩具などを置くスペースが必要になり、患者のベッドサイドで行うことは困難である。このため、通常、がん患者が箱庭療法を行うには、箱庭のある場所まで移動することができ、かつミニチュアの玩具を砂箱に置くことができる身体のコンディションにあることが条件となる。また、医学的治療が施されているがん患者はどうかすると心理的ケアなどについて抵抗感を示すことがある。特に箱庭療法の場合は遊戯的要素が色濃くあって、それを行う者も自覚しやすいことから、「どうしてこのようなことをするのか」といった疑念を生じ、かえって箱庭療法の導入が心理的ケア全般に悪影響を与えてしまうことも考えられよう。箱庭療法が奏功した２事例はともに、箱庭の創作活動に興味を持ち、自発的に取り組んでいることから、箱庭療法が効果を発揮するにはがん患者のこの種の創作活動への馴染みや意欲も重要になると考えられる。

（2）　効果の要因

箱庭療法は非言語的な表現手段を用いていることから、ことばでは言い表せなかったり言い尽くせなかったりするような心情を発露することに優れている。がん患者は診断、告知、治療等の過程の中で言い知れず不安になったり、やり場のない怒りなどを感じたりすることがある。これらをことばで説明するのは容易ではなく、ことばを紡ぐのに時間がかかったり、言い尽くそうとすると、かえって心理的苦痛や疲労を感じたりすることがある。箱庭の制作は既製の道具を用いることで比較的単純な創作活動となり、技術的に得手不得手を感じにくい。加えて、砂に触れたりミニチュアの玩具を使ったりすることで、遊びの感覚を覚え、適度な心理的退行をもたらしやすいために、内面を素直に表現し不安や怒りなどのカタルシスが進むことが期待できる。

また箱庭療法には視覚的フィードバックの作用がある。すなわちクライエントは箱庭の制作を自分の目で捉えながら行うことで、制作過程や作品の中に投影された心情を視覚的に捉えることでき、自己を洞察し、受容する過程が促進すると考えられる。特にこの作用はがんを患うことによって、少なからず危機的状況に直面している患者にとって重要であろう。射場（2003）はFink, S.L.（1967）が提唱した心理的危機を克服する過程についてのモデル（危機理論）をがん患者に応用することが有用であるとしている。すなわち、①衝撃（がんである事実を知ることによる強烈な不安と混乱）、②防衛的退行（病状の否認と退行による現実逃避）、③承認（現実の直視、苦悶、怒り、再度の混乱）、④適応（現状の自己に対する新しい意味づけと展望）、というようながん患者が危機的な状況を心理的に乗り越えるための段階モデルが想定される（原ら，2007）。岡田らが研究対象にした事例では４回の箱庭の展開がこのモデルの段階に則していることがうかがえ、箱庭療法の視覚的フィードバックの作用はがん患者の心理的危機を克服する過程を促進し、精神的安定を図る上で大きな効果をもたらす可能性がある。

（3）　適用上の注意事項

先述したように箱庭療法はがん患者に対し適用可能性は幅広く、治療過程で不安などを呈する患者に有効なカウンセリング技法となることが期待できる。一方で、終末期の患者に対して

は箱庭療法を適用した事例研究は確認できず、がん患者が移動できないなど身体機能等が低下している場合は適用することが困難になると思われる。この点について、箱庭療法と表現手段の本質などが似ているとされるコラージュ療法（森谷，1988）の適用が考えられる。コラージュ療法は雑誌などから切り抜いたパーツを台紙の上に貼るという創作活動を通して行うものであり、箱庭療法に比して準備や実施が容易であることから、移動が困難ながん患者でもベッドサイドなどで行いやすいと考えられる。実際に中原（2000）が終末期の患者2例にコラージュ療法を適用しその有用性などについて検討している事例研究などがある。

箱庭療法は心理的退行をもたらしやすい特徴を持ち、これが適切に奏功すると適度に防衛機制が緩んで内面の表現が活性化されたり、カタルシスが進んだりする。しかし、心理的退行が過度になると、かえって精神的な混乱をもたらすことが考えられ、がん患者の適用についても患者の精神状態を的確に見極める必要がある。

このように考えると、箱庭療法をがん患者に適用する際には、身体科の主治医、緩和ケアチームの担当医、精神科医師など、身体、精神面で医学的な見地から判断と助言を仰ぐ必要があると考えられる。またがん患者は免疫機能に問題を生じやすいことから、箱庭療法で使用する道具、砂箱、ミニチュアの玩具などについて、清潔を心がけておくことが肝要である。

3. 描画療法

描画療法は絵を描く行為を通して、ことばに限定されない多義的な表現を促す芸術療法である。自由に絵を描く方法をとったり、描く絵の課題を決めて行ったりする。また描画を媒介にしながら、セラピストとクライエントとの関係性が深まり、カウンセリングの進展が促進することも期待される。がん患者への描画を介した心理的ケアに関する研究について、学術誌では2007年に片山が報告した複数事例研究と、2012に佐藤が表した単一事例研究がある。2つの事例研究の知見などを捉えて描画療法のがん患者への適用性や有効性などについて検討する。

（1） 適用対象

片山はがん終末期患者複数例にスピリチュアルな痛みに関する緩和を目当てに対話療法の一環として描画（樹木画）を用いて有用性などについて論じている。また、佐藤は咽頭がんにより声での会話ができなくなった患者が、自発的に絵を描きその絵にことばを添えるという行為を通して、スピリチュアルなケアが進んでいく過程を論じている。余命の告知を受けていたり予後が不良であることを察知している者、あるいはがんの進行により身体の重大な機能を失った者は、自分がどのような存在であるのか、生きることとはどのような意味を持つのかといった実存的な苦痛に苛まれやすく、この根源的でスピリチュアルな苦痛に描画あるいはそれに付随した表現活動などが奏功することが示唆される。さらに片山は描画の導入をベッドサイドで行って後日描画を受け取ったり、佐藤は患者が病院外で描いた絵を用いて効果を検討していたりすることなどから、実施する場所やその方法には創意工夫を加えやすく、患者の病状や状況に応じて柔軟に適応できる可能性がある。がんに罹患すると多くの者が少なからずスピリチュアルな痛みに直面すると思われ、描画療法は有用性が高いことが期待される。

（2） 効果の要因

描画の表現手段には、意識している考え、置かれている状況、時間、空間などには縛られない多義的で深みのある心の動きをつまびらかにしやすい特長がある。片山は投映検査として用いられ、被検者の無意識的、意識的側面を同時によく表すとされる樹木画を採用して患者の胸の内にしまわれがちな心情を効果的に引き出しながら緩和ケアを行っている。また佐藤は絵を描くという行為自体が、何を描き、どのように

描くのかなど描き手の自由に任された自己決定的で自律的な行為であるとし、生き方の決定や生の意味の回復につながることを示唆している。

また両者はともに描画だけを用いて緩和ケアを論じているわけではない。片山の場合は、対話的心理療法の枠組みの中で描画を対話素材として効果的に用い、言語的なやり取りなどをがん患者との間で活性化させている。佐藤も描画にことばを添えることの意義を見出し、描画を媒介にしながら他者へメッセージを送ることや他者との関係性を持ち深めることの重要性を示唆している。逆にこれらを捉えて言えば、描画には描く側と見る側の両者にコミュニケーションや情緒的交流を活性化させる特長があり、この機序を効果的に用いてがん患者への深い理解に基づいた関係性の中でスピリチュアルな痛みの緩和に活かされることが期待される。

（3） 適用上の注意事項

描画療法は実施法が簡便であり、がん患者の状態や状況に配慮しながら工夫を施しやすく、有用性が期待される芸術療法であると考えられる。しかし、終末期患者の中でも心身の機能が大きく衰弱している患者には安易に適用すべきではない。紙に描くという行為はそれ自体が創造的であるがゆえに、心身のエネルギーを消費することは否めず、描く過程や描画後に疲労感などを生じる恐れがある。また、いわゆる絵心のある患者の場合、身体の機能が思うに任せず不本意な創作活動になったと感じると、新たな現実に直面し、心理的反応などを誘発することも考えられる。いずれにしてもがん患者の描画療法はセラピストなどとの安定した関係性の中で安全に実施されなければならず、セラピストが適切に描画療法を行うためには、主治医や緩和ケアチームなどの描画療法の適用に関する判断や助言を求める必要がある。

まとめ

本稿では本邦でのがん患者への臨床心理学的アプローチについて概観し、特にカウンセリング技法の中でも研究報告が少ないとみられる芸術療法の適用性や有効性などについて文献を用いて検討した。音楽療法では比較的多くの研究報告等があり、比較対象群を設定し標準化された心理尺度などを使用しながら、統計的分析手法を用いて有効性を検討しているものもあった。しかしその他の芸術療法の研究報告は散見される程度と言え、音楽療法についても、医学的指標などから有効性などを十分には確認できていないようであり、科学的な研究を一層進めていくことが望まれる。芸術療法はその特徴からして、がん患者にとって「どうして私がこれを行うのか」といった疑念を生じやすい面がある。患者に説明責任を果たし患者が安心してこれらの療法に取り組めるようにするためにも研究成果を一段と積み重ねていかなければならない。その際には、先述したように科学的根拠、すなわち、EBM（Evidence Based Medicine）の考え方に基づいた知見を見出していくことが重要である。一方で、全人的医療や緩和ケアのあり方は患者の個別性によって様々であり、統計的手法や確率論では個々の事象を正確には捉えきれないことも考えられる。したがって、NBM（Narrative Based Medicine）の視座にも立って、事例研究などの手法を適切に用いながら芸術療法の適用性や有効性などについてよく検討する必要がある。

引用文献：

明智龍男（2009）がん患者に対する精神療法，精神神経学雑誌，111(1)，68-72.

明智龍男（2010）がん患者に対するリエゾン的介入や認知行動療法的アプローチ等の精神医学的な介入の有用性に関する研究，平成21年度総括・分担研究報告書.

明智龍男（2015）サイコオンコロジー：がん患者に対する精神神経学的アプローチ，日本耳鼻咽喉科学会会報，118（1），1-7.

Fink, S. L.（1967） Crisis and Motivation : A Theoretical Model, *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 48(11), 592-597.

原祐子・本村暁子・二宮ひとみ他（2007）がん患者の理解と心理的援助における臨床心理士の役割，平成19年度文部科学省学術フロンティア研究成果報告書，163-174.

Hirai, K., Motooka, H., Ito, N., et al （2012） Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese early-stage breast cancer patients, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(12), 1168-1174.

星野悦子（2008）音楽療法とは何か──音楽の根源に備わる多様な力の利用──，日本音響学会誌，64(8)，468-474.

神田清子・石田順子・石田和子他（2007）外来化学療法を受けているがん患者の気がかり評定尺度の開発と信頼性・妥当性の検討，日本がん看護学会誌，21(1)，3-13.

神崎初美・城戸良弘（2002）胃切除を受ける早期胃癌患者に対する認知行動療法──セルフエフィカシーと心理的ストレスに対するノート記述と面接による介入効果──，日本看護科学会誌，22(4)，1-10.

片山はるみ（2007）がん終末期患者にたいする“樹木画”を用いた霊的苦痛（Spiritual pain）の緩和，臨床描画研究，22，135-150.

Kobayashi, K., Takeda, F., Teramukai, S., et al （1998）A Cross-validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30（EORTC QLQ-C30）for Japanese with Lung Cancer, *European Journal of Cancer,* 34(6), 810-815.

近藤由香（2008）がん患者に対する漸進的筋弛緩法の継続介入の効果に関する研究，日本がん看護学会誌，22(1)，86-97.

松田真谷子・伊藤康宏（2004）肺がん患者S. S. さんに対する音楽療法（於、七栗サナトリウム緩和ケア病棟），健康創造研究会誌，3(2)，130-138.

射場典子（2003）危機理論（モデル）の理解と実践への適用①，がん看護，8(3)，236-239.

森谷寛之（1988）心理療法におけるコラージュ（切り貼り遊び）の利用，精神神経学雑誌，90(5)，450.

森本美智子（2013）箱庭療法によるがん患者への心理的ケアの試み，箱庭療法学研究，26(1)，67-77.

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──コラージュ・ボックス法を導入した2事例を中心に──，心理臨床学研究，18(5)，433-444.

新倉晶子・村上國男・笠原嘉子他（2005）がん患者の倦怠感緩和に効果をもたらす音楽療法──その方法と効果──，看護技術，51(7)，49-53.

岡田弘司・黒田健治・米田博他（1998）骨肉腫の再発による不安に箱庭療法が奏功した1例，精神科治療学，13(3)，335-340.

佐藤泰子（2012）がん患者の実存的苦悩と絵を描くことの意味──咽頭がんで声を失った1事例，臨床描画研究，27，203-217.

Shimozuma, K., Katsumata, N., Ohashi, Y., et al （1999）Impact of surgical adjuvant chemotherapy on quality of life（QOL）of patients with breast cancer（BC）— A phase III randomized trial comparing UFT（Uracil / Tegafur）with CMF in high-risk node negative patients, *Proceeding of 35th Annual Meeting of ASCO*, 579a.

高橋多喜子・太田憲一朗・高野裕治（2007）消化器がん患者に対する音楽療法効果の検討，日本音楽療法学会誌，7(2)，179-186.

吉田亜紀子（2002）がんの痛み対する漸進的筋弛緩法とイメージ法の効果，高知女子大学看護学会誌，27(1)，51-58.