

看護介入としての認知・行動的アプローチ

三上 勇気

The Cognitive Behavior Therapeutic Approach as Nursing Intervention

Yuuki Mikami

国内では、認知行動療法の看護師による取り組みは、始まったばかりであり、認知度は低い。本症例は、肝機能低下のため薬物治療が十分に行えない患者の治療の打開策として、医師の指示により、行動療法のトレーニングを受けた看護師による認知・行動的アプローチが行われた。本症例の患者は様々な認知の歪みを持っており、それらが複雑に絡み合っており、抑うつ気分を伴っていた。そこで、認知の歪みを確信度で順位付けし、患者本人に標的となる認知を確認させ、その低いものから順に治療の標的とすることや、自費記録表を用いた自費行動の促進から、自己の行動に関する出来事を肯定的に捉えるトレーニングを行った。さらに従来から用いられている思考記録表を使用し、プロンプトを利用した段階的な認知再構成の工夫を行った。それによって、対人場面というストレスフルな出来事も自費行動として定着させることができ、抑うつ気分と自己効力感の得点結果が大きく変化した。

キーワード：精神科看護、うつ病、自費行動、認知の歪み階層表、認知・行動的アプローチ

はじめに

認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy：以下CBT）は、うつ病はもちろんのこと、統合失調症や神経症、とりわけ恐慌性障害、さらに人格障害、摂食障害、薬物依存など適応範囲は拡大されてきた。そして、客観性や普遍性を備えた事実によって体系づけられた科学的心理療法として、日本にも1980年代後半に活発に紹介されるようになった¹⁾。しかし、医師や臨床心理士によるCBT実施の報告は年々増加傾向にありながら、日本における認知行動療法の看護師による取り組みは、始まったばかりであり、まだまだ認知度は低いと言わざるを得ない²⁾。

山内ら³⁾は認知行動療法の看護領域への適応について、看護師による心理的ケアの利点として、患者に接する時間がかつとも長い職種であること、病棟での様々な生活場面で関わっていることなどを挙げている。

精神科病棟に勤務する看護職は、日常のケアの中で効果的なコミュニケーション技法を多く用いたケアを求められることから、自分の能力や適性、かかわりそのものに疑問を抱くことも多い⁴⁾⁵⁾。

そうした看護のコミュニケーション技術に科学的視点を取り入れ、看護実践に生かすことが、精神科看護技術のEBNを目指すことなのであれば、認知行動理論は、非常に有用であるといえる。

本症例は主治医の指示を得た上で、行動療法のトレーニングを受けた看護師による認知・行動的アプローチの実践から、多彩な認知の歪みを持つ患者のどの様な認知の歪みが自動思考に影響を与えているか、もしくはスキーマを最もよく反映している認知の歪みは何かを同定する作業で、その確信度を数値化することによって、より深層的な認知と表層的な認知と差が明確になり、抵抗の少ない介入ができるのではないかと考え、認知の歪みの階層表の作成を試みた。また、自分を褒める行動が、自己の肯定的側面の受容につながる可能性の検討を行っ

た結果、若干の考察を得たので報告する。

I. 研究方法

1) 研究デザイン

1 症例の事例研究

2) 認知・行動的アプローチ

認知機能の分析にGuided discoveryを用いた自動思考の同定、矢印法 (downward arrow technique) によるスキーマの確認、認知の歪み階層表を用いた認知の順位づけ、言語的もしくは思考記録表を用いた認知再構成を行った。行動的介入として、自賛記録表 (表1) を用いた自賛行動のプロンプトとセルフモニタリング、思考記録表の記入によるセルフモニタリング、イメージ暴露、面接者の賞賛による強化を行った。プロンプトとは、行動の遂行の直前や遂行中に提示される刺激であり、強化を受ける行動が起きやすいように手助けするものである⁶⁾。

(1) 認知の歪み階層表

通常の認知・行動的アプローチに加え、認知機能分析時に、その認知の内容に関して本人が「絶対に間違いない」と確信しているものを100%とした主観的評価による、認知の歪みの階層表を作成した。そしてその確信度の低い認知から認知再構成を行った。

(2) 自賛行動記録表

自己効力感の低下の改善を目的とした、自賛行動の促進方法として自賛記録表 (表1) を作成した。自賛記録表とは自賛行動の内容、自賛行動の回数を記入するものとし、教示として「日常生活の中でどんな些細なことでも構わないので、自分を褒めてみてください。そしてどんな内容を褒めたのか、何回褒めたのか、この紙に記入してみてください。」と説明し、セッション開始から毎日の記入を求めた。

自賛行動とは、日常生活動作など自分が関わる全ての

表1 自賛記録表

日付	自賛内容	自賛回数

行動に対して肯定的に評価することとした。

(3) 思考記録表

毎日の生活の中でふさぎ込んだ気分を感じた出来事があれば記入するよう説明した。

(4) 認知再構成

ストレス場面での認知や感情を同定し、その認知と感情との随伴性について検討し、妥当性を吟味した。より適応的で合理的な認知に拡大する為、①面接者が言語的にプロンプトを与える、②患者から適応的認知を引き出す、③思考記録表を用いて、視覚的に現実検討をする、④再帰法による帰属スタイルの検討、といった介入を行った。

3) 評価尺度

抑うつ気分の程度の測定尺度としてベック抑うつ尺度 (Beck Depression Inventory: BDI)⁷⁾、自己効力感の測定として特性的自己効力感尺度⁸⁾を使用した。

BDIは21項目からなる4件法の自記式質問紙で、0~3点に得点化した。10~15点は「軽度のうつ状態」、16~19点は「軽度~中等度のうつ状態」、20~29点は「中等度~重度のうつ状態」、30点以上は「重度のうつ状態」とされている⁹⁾。

特性的自己効力感尺度は23項目からなる5件法の自記式質問紙で、「そう思う~そう思わない」の5~1点に得点化した。

4) 面接の手続き

面接は週に1回60分間程度、計12回実施し、面接時に評価尺度への記入を求めた。場所は病棟内の診察室で行った。面接者は、看護師である。面接を行うにあたって、専門家より2週間に1回のスーパービジョンを受けた。

5) 効果の分析方法

面接の経過を4期に分けて、面接時のアセスメントと具体的介入とその結果を質問紙データのグラフから分析した。さらに、SPSS15.0J for Windows Regression Modelsを使用し、BDI得点と特性的自己効力感尺度得点、自賛回数の3要因の関連性をピアソンの積率相関係数により分析した。

6) 倫理的配慮

研究に先立って、作成した研究計画書を患者の入院している施設の倫理委員会に提出し、承認を受けた。研究対象者には、文書を提示しながら研究の趣旨を伝え、協力を拒否しても今後の治療には差し障りのないこと、途中からでも中断できること、学会での発表と論文として投稿する旨を文書及び口頭で説明した。協力の同意書に署名捺印してもらった。入院中の患者を対象としたため、保護者にも同様に説明し、同意を得た。得られたデータは管理に十分注意し、プライバシーの保護を図った。

II. 事例紹介

主 訴：無気力、意欲減退など抑うつ諸症状、および症状による職場不適応。

診断名：うつ病（大うつ病エピソード）

現病歴：幼少期は「何も悪いことはせず叱ったことはない」と両親はいう。対人交流は乏しく、内向的かつ自閉的な病前性格であった。

職場で年下の同僚に「劣っている」と言われたのをきっかけに、頭痛・下痢から抑うつとなり、心療内科受診し職場は休職した。3ヵ月後、本人の希望で復職したが「何為に働いているのか分からない、仕事のペースに乗れない。自分の状態を制御できない」と訴え、「死にたい!」と不安・パニックとなり、翌月精神科を受診し入院の運びとなる。

入院直後より三環系抗うつ薬（塩酸イミプラミン100mg/day）の投与がはじまる。徐々に情動は安定し始めたが他患者との交流は殆どみられない。「夜中に途中で目が覚めて、体も疲れ易いです」とベッドで臥床していることが多い。「こんなところで寝ていて良いのだろうか」「仕事に戻るのが怖い」と検温にきた看護師に語る。入院2週間後、家族より本人が飼育していた小動物が1匹死んだことを告げられ、「自分が小動物を十分に世話できなかった」と無力感・自責の念が出現した。外泊が開始となったが小動物に対して満足のいく世話ができなかった事を想起することで、挫折感から絶望感に発展し、途中で帰院。その後も外泊の失敗（途中帰院）を繰り返す。外泊する行為自体に恐怖を感じるようになる。その後、外泊中止となり、家族より「そんなことで調子が悪くなるなら」と本人が飼っていた全ての小動物を処分した事を告げられ、更に抑うつ状態となる。三環系抗うつ薬が増量（塩酸イミプラミン175mg/day）されたが1ヶ

月ほどで口渇・肝機能低下等の副作用が出現し、150mg/dayに減量となった。

入院して3ヶ月経過後も依然抑うつ気分は強く、夜間浅眠で不安の訴えも多い。集団のリハビリテーションプログラムにも消極的であり、肝機能低下により積極的な抗うつ薬の投与もできないため、主治医の指示の下、薬物療法と平行して認知・行動的アプローチの導入となる。

III. 認知・行動的アプローチの経過

1) 第一期（第1回～第3回面接）

認知・行動的アプローチの導入として認知機能の分析を行った。

まず、認知・行動的アプローチについてA. ElisのABC理論⁹⁾、内山喜久雄のABCP機能相関図¹⁰⁾を使用し、患者が実感している不安・自責感・焦燥・苛立ち等の問題（Consequence）は、必ずしもその場面（Activating event）だけが原因ではなく、見方や捉え方（Belief）も一つの原因であり、それらを改善することで気分を楽にするという方法があることを紹介した。「思い当たることがあります」とすぐに興味を示し、毎週面接を行う事を約束した。

初回面接では患者の積極的な発言もあり、主訴や経過、これまでの対処法について聴取した。Guided discoveryを用いて実際に不安に陥りやすい場面、そこで浮かんだ自動思考を本人の口から語ってもらった。不安要素として本人は「家族の事」と「仕事」があり、その事柄に関しては泣き出してしまう等の強い感情表出が認められた。「息子としてしっかり親の面倒をみなくてはいけない」「仕事は完璧にこなさなければならない」等の絶対的で不合理な信念体系を形成しており、「上手に出来そうもない」「悪いイメージが多い」等、自己効力感（self-efficacy）は低さが伺えた。そして、遂行行動の目標設定が高く、肯定的側面を否定するが故に、些細なことも失敗体験として経験され、その原因を自己の能力や運命など内的なものに帰属させ、極端に一般化することでSelf-efficacyが低下し、行動を抑制するといった不適応のパターンを認めた。さらに矢印法（downward arrow technique）をもちいると、「自分は一人で立派に物事をやり遂げなくてはならない、それができなければ無価値で不必要な人間だ」というスキーマがあることが分かった。

表2に治療の標的となる症状を整理した。これらの症

状に焦点を当て、本人の認知について確信度を評価してもらい、表3のような階層表を作成した。

認知の確信順位として「自己効力感の低下」「肯定的側面の否認」が最も低かったため、これらを当面の介入の標的とすることを本人と話し合った。そして、セッション前のBDI⁴⁾、特性的自己効力感尺度⁵⁾の測定、ホームワークとして毎日の「自賛評価記録表」の記入を求め、同時に「思考記録表」の記入によるセルフモニタリングを実施した。

2) 第二期 (第4回～第6回面接)

自賛評価記録表、思考記録表の記入は毎日のホームワークとして継続。本人の口から「実は以前金融会社から借金をしてしまった。」という事が新たな問題としてあげられ、この事で「いつも不安な気分になって涙が出てくる」と語られた。この件に関しては、家族も了解しており、返済は両親が行うことになっていたが、思考記録表では「いずれ自分や家族は崩壊してしまう。両親も口には出さないが自分の事を迷惑だと思っているに違いない。自分は長男失格だ」等の恣意的で過度に一般化する傾向が改めて確認された。そのエピソードについて本人と検討を加えたところ、「実際に借金があり、両親に肩代わりしてもらっていることは事実であり、両親に負担を与えているかもしれないが、返済できない額ではないし、絶望的ではない。借金を抱えたことで金銭感覚が変わって、金の使い方が上手になるかもしれないし、これを教訓にして今後大きな買い物をするときは家族と相談

してからにしよう」という面接者の提案する適応的な思考に同意できるようになった。この頃より「病気が治ったらすぐに退院しなくちゃ行けないんですか？ 病院の方が慣れてしまって……治りたくないです」と疾病利得的な抵抗もみられ、一時的にBDIの上昇を認めた。

3) 第三期 (第7回～第9回面接)

気分の改善に伴い、外泊の時期について本人と話し合った。しかし、「外泊」に対しては依然「怖い」と拒否反応を示した。前回の外泊で「自分が小動物を十分に世話できなかった。小動物が死んだのは自分のせいだ。周囲の人たちは自分のことを最低の人間とけなすだろう」という恐怖感があり、病院へのエスケープはその恐怖からの回避行動、病院の安全な空間は強化子として機能し、回避行動が促進されたものと解釈することができた。そこで、イメージによる曝露法 (exposure) を取り入れたトレーニングを行うことを試みた。実際には前回の外泊時の出来事を想起させ、想定し得る最悪な出来事を紙に書いてもらい、その場面をロールプレイを用いて再現した。そして、その時の自動思考を言語化してもらおうと「小動物のものが何もない、自分の部屋が変わってしまっていた」という状況から、「小動物を処分されたのは僕に飼育する能力がないからだ。自業自得だ。自分の居場所はここにはない。」という自動思考が発生し、不安や恐怖を感じたということがわかった。ここでは原因を自分の内的なものに帰属させ、過度に一般化する傾向を認めた。そこで、思考記録表を用いて実際の自宅の状況を客観視

表2 治療の標的

情緒面の症状	自分に憤りを感じ、時に強い不安を感じる。
動機付け面の症状	何もやる気が起こらない、興味を感じる出来事が何もない。
認知面の症状	自分は何一つ満足に物事をこなすことが出来ない。家族や周囲の人に迷惑をかけている。
行動面の症状	周囲の人々の視線が気になり、身動きがとれない。
身体面の症状	常に頭重感があり、疲れがとれない。睡眠が浅い。

表3 認知の歪み階層表

順位	患者の発言	認知のカテゴリー	確信度
1	「何事も完璧にこなさなければならない」	～ねばならない思考	100%
2	「失敗の原因は自分の能力が低いせいである」	原因帰属 (安定した内的統制)	90%
3	「自分はこれからもずっと失敗者である」	過度の一般化	80%
4	「物事を上手に運ぶ自信がない」	自己効力感の低下	70%
5	「上手に運んだとしてもたまたまだ」	肯定的側面の否認	70%

する作業と、自動思考と矛盾する事実を自ら言語化する作業をソクラテスの質問法を用いて促し、更に事態の原因についての考えを再構成し代案を出す作業を再帰属法にて行った。すると「小動物の物がなくなっていたことは事実であるが、自分の部屋であることにはかわりはない。小動物がいなくなってしまったことは寂しいが、負担が減って楽な気持ちで過ごせそうだ。」という合理的反応 (rational response) を得ることができ、その考え方は面接者が賞賛することによって大いに強化した。その後、外泊に対する不安は軽減し、自ら主治医に外泊の希望を申し出た。

一泊外泊の許可が出たため早速外泊を行うこととなったが、外泊中の思考記録表では、小動物がいない事で多少の不安を感じたものの、「自分の居場所がない」という自動思考に対して「自分の家であることに変わりはない。退院するための練習だ」と反論し、妥当性を吟味することができたとの報告があった。「出来た」側面に目を向け、満足感を得られたことを面接者の賞賛によって強化し、この考え方を日常の場面でも実践してみることを、ホームワークの課題として追加した。

4) 第四期 (第8回～第12回面接)

一泊外泊の成功体験が自信へとつながり、その後二泊三日と外泊期間を延長したが、不安感は消失し、「リラックスできました」と報告された。この時期には表情にも余裕が出てきてセッションの中でスキーマを自覚するような発言もみられた。この発言に対しても面接者が賞賛することで大いに強化し、スキーマの自覚は再発を予防

するためにもとても大切である事を付け加えた。「最近落ち込みそうになった時に、この紙 (思考記録表) を使わなくても頭の中で妥当性の吟味っていうのができるようになりました」と毎日の生活の中でもセルフモニタリングが行われるようになった。CBT導入より3ヶ月経過し、BDIの得点も7点となった為、本人の同意のもと終結とした。薬物療法を継続 (塩酸イミプラミン25mgに減量) しながら経過をみることになり、その一週間後退院となった。二週間に一回の外來通院も継続され、職場への復帰もでき、退院から1年経過後も再発の兆候は見られていない。

IV. 認知・行動的アプローチの効果

各期に用いた認知・行動的アプローチの技法を表4に、各期における心理尺度値の推移を図1に、各期の自費行動の推移を図2に、各期で特徴的な自費内容の推移を表5に示した。

図1から見て取れるように、第1期ではBDI・自己効力感の得点に変化はなく、自費内容も面接者が例として説明したものがほとんどで、文章も短い。第2期にそれぞれの値が変化しており、自費内容も患者自身の身の回りの話題が出始めたが、回数には変化は見られなかった。第2期中盤は面接者の提案する適応的思考に同意ができるようになり、第2期の後半で退院に対しての不安が表出され、BDIの上昇が認められるものの、自己効力感の上昇している。

第3期に入ると、一旦上昇した自己効力もほとんど変

表4 各期における認知・行動的アプローチの技法

第1期	
認知機能分析	<ul style="list-style-type: none"> ・ Guided discoveryを用いた自動思考の同定 ・ 矢印法 (downward arrow technique) によるスキーマの確認
行動的介入の導入	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知の歪み階層表を患者自身が評価し介入の標的を焦点化 ・ 自費記録表への記入によるセルフモニタリングと自費行動のプロンプト ・ 思考記録表への記入によるセルフモニタリング
第2期	
認知的介入	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知再構成 (思考記録表を用いて面接者が適応的思考のプロンプトを与える)
行動的介入	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自費記録表への記入によるセルフモニタリングと自費行動のプロンプト ・ 思考記録表への記入によるセルフモニタリング
第3期	
認知的介入	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知再構成 (思考記録表に基づきイメージによる曝露・ソクラテスの質問法を用いた肯定的思考の発言を促す)
行動的介入	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自費記録表への記入によるセルフモニタリングと自費行動のプロンプト ・ 思考記録表への記入によるセルフモニタリング
第4期	
フォローアップ	<ul style="list-style-type: none"> ・ ホームワークを主体としたセルフコントロール

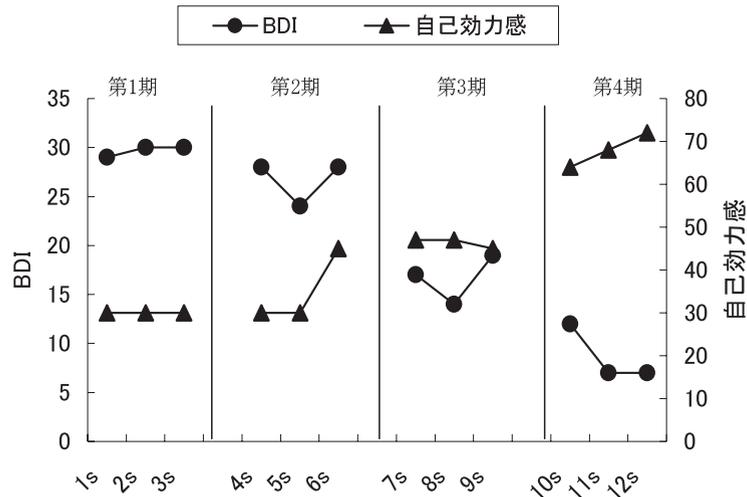


図1 認知・行動的アプローチの経過による心理尺度値の推移

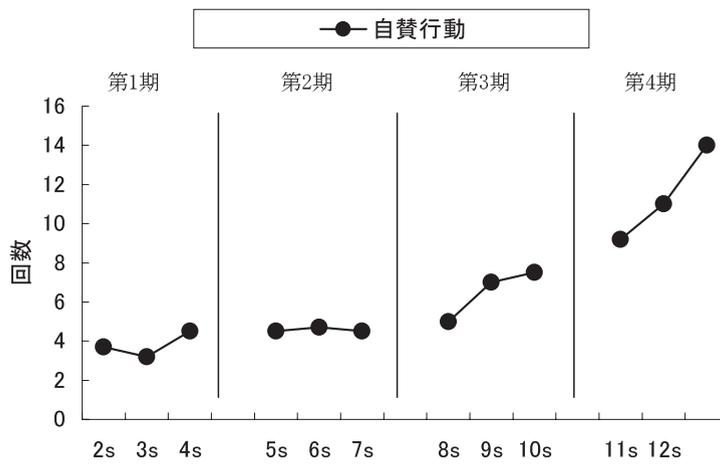


図2 認知・行動的アプローチの経過による自賛行動の推移

表5 4期における自賛内容の代表例

	第1期	第2期	第3期	第4期
自賛内容	朝起きた。 食事が食べれた。 歯が磨けた。 夜寝れた。	頓服をもらいにいった。 挨拶ができた。 同室患者のいびきに耐えた。 掃除ができた。	自分から挨拶ができた。 落し物を拾って届けた。 看護師さんを褒めた。 苦手な人と話ができた。 シーツ交換を手伝った。	TVを見て気分転換ができた。 悪いイメージが浮かんだが思考記録表で反論できた。 外泊で落ち着いて過ごすことができた。 夜眠れなかったが、眠剤をもらって寝ることができた。 卓球は上手にできなかったが、楽しんで遊べた。

化なく経過し、BDIは順調に低下したかと思うと後半で、また上昇している。このBDIの上昇は外泊を目前に控え、一時的にストレスが高まった時期であった。自賛内容はより具体的で、対人場面での出来事の記載が多くなり、中盤から自賛回数が増え始めた。

第4期では、外泊の成功を期に自己効力感が急激に高まり、同時にBDIは急激に低下している。自賛回数は右上がりに増え、内容は自己の内的内容が増えた。

各尺度間の関係性を見るためピアソンの積率相関分析を行ったところ、BDIと特性的自己効力感、自賛回数との間には有意な強い負の相関が認められ(それぞれ、 $r = -.926, p < .01, r = -.907, p < .01$)、特性的自己効力感と自賛回数との間には有意な強い正の相関が認められた($r = .925, p < .01$)。

V. 考 察

今回の症例では、肝機能低下のため薬物治療が十分に行えなかった患者に対し、治療の打開策として認知・行動的アプローチが行われた。認知的には「全か無か思考」「すべき思考」が強く、恣意的に推論し、肯定的な側面を否認するが故に、些細なことも失敗体験として経験され、その原因を自己の内的要因に帰属させ、それを過度に一般化する傾向が認められた。その認知の歪みに焦点を当て、認知・行動的アプローチにより抑うつ気分が改善した一例である。

自己効力感の低下は過去の成功や失敗の経験から形成される¹¹⁾といわれている。本症例の場合、失敗体験を重ねた原因の一つとして、肯定的な側面の否認が考えられる。つまり「できなかった事」にばかり執着し、「できた

事」に目が行かないのである。これはセッションの中からも容易に汲み取れたが、自分を誉める事に不慣れであることも原因の一つと考えられるが、目標設定が高いが故に自分の満足する結果に至らず、誉めることができない状態であったのではないかと考える。そこで、肯定的な側面を認知する作業と自賛する作業が成功体験につながり、自己効力感の改善に有効なのではないかと考え、自賛評価記録表を使用した。

第1期では、自賛記録表や思考記録表への記入によるセルフモニタリングのみでは抑うつ気分や自己効力感の改善は認められず、第2期からの面接者による認知領域への積極的な介入から抑うつ気分や自己効力感に変化が認められるようになった。つまり、思考記録表を用いて面接者が適応的思考へのプロンプトを与えたことにより、患者自身が感情の変化を実感し、学習しはじめ、日常生活での自らの行動を肯定的に捉えるような自賛行動が促進されたのではないかと考える。第3期には、認知再構成を行う際に、面接者のプロンプトなしで、患者自身が解決方法を発言する学習をすることによって、積極的な肯定的認知の作業が促進され、対人場面というストレスフルな出来事も自賛行動として定着させることができ、抑うつ気分と自己効力感の結果が大きく変化した。

認知の歪みと一言で言っても確信された無意識のレベルの歪みをそのまま受け入れられる人は少ないであろう。やみくもに患者に提示すれば、防衛機制としての否認が働き抵抗につながる危険性が出てくるであろうし、その事を論駁すれば患者は自分の殻に閉じこもる事も考えられる。そのような意味でも認知の歪みを順位付けし、確信度の低いものから扱うといった方法は、比較的協力も得やすく、進行も円滑に行われるのではないかと考える。

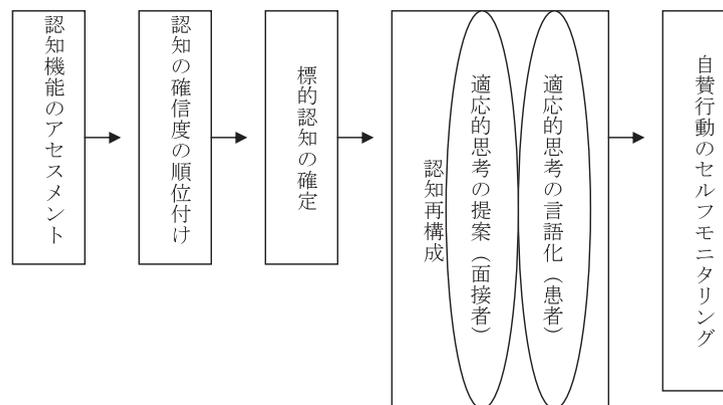


図3 認知・行動的アプローチのプロセス

VIII. 結 論

本症例に認知・行動的アプローチが奏効した要因として整理すると、①認知の歪み階層表を用いて、患者と確認しながら確信度の低い認知から介入の標的とすること、②セルフモニタリングされた思考記録表を手がかりに共同体験として認知再構成を行うこと、③認知再構成では、最初は面接者が適応的思考を提示し、次の段階として面接者がプロンプトを与えながら患者自身が適応的思考を言語化する体験を作れるよう段階的に導入すること、④適応的思考を患者の生活に「自賛行動」のセルフモニタリングとして定着を図ること、が上げられる。

IX. おわりに

わが国では近年、脱施設化や地域医療の強化が謳われ、認知行動療法などを含めた短期療法が注目されつつあるが、看護技術としての認知・行動的アプローチはまだまだ注目されていないのが現状である。CBTは医師や臨床心理士の専門分野ではなく、専門的技術を習得すれば、看護技術にも応用できる心理的援助であり、合理的且つ能率的で短期での効果が期待できる。しかしながら、日常的な看護場面での認知・行動的アプローチの具体的な応用方法が未確立であったり、看護診断とどのようにリンクさせていくかなど、課題も多く残る。EBNが叫ばれる昨今、認知行動療法が精神科看護実践に応用されることにより、理論的根拠に基づく看護の可能性が広がることを期待しつつ、また本症例がその一助になることを願う。

X. 参考文献

- 1) 坂野雄二：認知行動療法. pp. 13-26, 日本評論社, 1995.
- 2) 白石裕子・則包和也：統合失調症の症状への認知行動療法の動向と展望. 香川県立保健医療大学紀要, 1: 117-122, 2004.
- 3) 山内慶太・小口恵子・大野裕：認知療法の看護領域への導入について. 大野裕, 小谷津孝明(編著) 認知療法ハンドブック—下巻—. pp. 165-177, 星和書店, 1996.
- 4) 日暮亜矢・高木たけ子・及川瑞世：当精神科病棟に勤務する看護者のストレス要因に関する実態調査. 日本精神科看護学会, 43(1): 268-270, 2000.
- 5) 松岡純子：精神科臨床における看護者の働きかけの困難さの認識に関する研究. 千葉看護学会誌, 4(2): 1-7, 1998.
- 6) Cooper, Heron & Heward: Applied Behavior Analysis, Macmillan Publishing Company, 1987.
- 7) Beck, A. T.: Center for Cognitive therapy, Philadelphia PA, 1978.
- 8) 成田健一, 下仲順子, 中里克治, 河合千恵子, 佐藤眞一, 長田由紀子：特性的自己効力感尺度の検討—生涯発達の利用の可能性を探る. 教育心理学研究, 43: 306-314, 1995.
- 9) Ellis, A.: Reason and Emotion in Psychotherapy, Lyle Stuart. 1962.
- 10) 内山喜久雄：心身4機能の相関にみる心からくり. ストレスニュース, パブリックヘルスリサーチセンターストレス科学研究所, 2003.
- 11) Bandura, A.: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, Psychological Review, 84: 191-215, 1977.