

慢性心不全患者に対する認知行動療法の工夫 —身体機能の低下と役割喪失からの回復に焦点を当てて—

東京女子医科大学医学部精神医学講座

コバヤシ サヤカ イシゴウオカ ジュン
小林 清香・石郷岡 純

(受理 平成27年12月11日)

Cognitive Behavioral Therapy for a Patient with Chronic Heart Failure

Sayaka KOBAYASHI and Jun ISHIGOOKA

Department of Psychiatry, School of Medicine, Tokyo Women's Medical University

Depression and anxiety in patients with chronic somatic diseases adversely affect their medical prognosis. Therefore, appropriate intervention to reduce depression and anxiety in patients with chronic somatic diseases is important. Cognitive behavioral therapy is widely recognized as an effective psychotherapy for both depression and anxiety. We proposed that adapting cognitive behavioral therapy for a patient with chronic somatic disease may be effective in improving the prognosis for somatic diseases. We used a case study of a patient with chronic heart failure to review the potential of adapted cognitive behavioral therapy. The patient, a male in his 40s, had a prolonged period of hospitalization with heart failure. He presented with mild depression and moderate anxiety symptoms. For the cognitive behavioral therapy, we planned task achievement through small steps, modifying non-functional cognition, and reconstructing his role within his family. After ten sessions, the patient's depression and anxiety were noticeably reduced. Our results suggest that the provision of appropriately adapted cognitive behavioral therapy may have a positive effect for patients with chronic somatic diseases.

Key Words: cognitive-behavioral therapy, chronic heart failure, chronic somatic disease, depression, anxiety

緒 言

循環器疾患患者の精神的健康は身体的健康に大きく影響する。慢性心不全患者の2割にうつが見られ¹⁾、うつ病が重症になるほど心筋梗塞の冠動脈イベント再発率や死亡率は上昇する²⁾。循環器疾患による入院患者の不安症状を伴う抑うつ状態は、生命予後や心不全増悪による再入院のリスクに関連する³⁾。抑うつや不安のマネジメントは重要な課題である。

認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) は、うつ病や不安障害の症状軽減や再発予防において有用性が示されてきた心理療法で、日常生活上の適切な対処スキルとセルフコントロール法の獲得を目的とする。疾患の急性増悪のための入院に

よる生活の中断や、定期的な通院、服薬、生活管理など多くのセルフケアが求められる心不全患者が、CBTを通して疾患とともに生きることに伴う問題に対処できるようになることは、身体疾患の管理、予後の改善の面からも重要と考えられる。

しかし、心不全患者に対するCBTの在り方と効果については課題がある。うつ病を伴う心不全患者に対し、うつと心不全のセルフケアに焦点をあてたCBTにより、うつは改善を示したものの、セルフケアには有意な効果は見られなかった⁴⁾。また、基本的なモデル⁵⁾⁶⁾に基づくCBTのみでは通常治療と差異がなく、CBTと運動療法を組み合わせた介入でのみ、うつ症状、身体機能、QOLの改善が見られた⁷⁾。

こうした結果は、心不全患者には身体疾患を持たないうつ病患者とは異なる特有の課題、つまり慢性的で治癒しない病による健康な身体の喪失、疾患による症状や苦痛、身体機能の制限、生活上の制約、病気の進行や予後への不安、これらを含めて病気とともに生きることを受容などが、CBTで扱われる可能性のある課題として存在することを示している。

CBTの目的は患者が生活によりよく適応できるようになることであり、患者には自らの問題を理解し、問題に自ら対処するスキルの獲得が求められる⁸⁾。治療者は患者との相互作用を重視し、治療者と患者が協力して問題の解決にあたる「協力的経験主義」を取る⁹⁾。CBTを心不全患者に適用する際には、これらの原則を抑えたうえで、身体状況や疾患特有の課題を考慮し、個別性に合わせた介入の工夫を行う必要がある。しかし、こうした課題に対するCBTにおける工夫について具体的に示された症例報告はほとんど見られない。そこで、本論文では、慢性心不全患者に対して有効であったCBTの実践を一例報告として提示し、慢性身体疾患患者へのCBTの応用可能性について述べる。本論文中では、心不全疾患に接する機会の多い循環器医や看護師等、CBTを専門としない医療者にもこの症例のCBTの経過がわかりやすいよう、CBT固有の専門用語を可能な限り避けるよう留意した。なお、プライバシー保護のため、経過および結果に影響のない範囲で個人に関する情報を改変した。

方法—症例および構造

患者：40代半ばの男性。痩せて長身。身なりは清潔。

主訴：体が思うように回復せず、イライラする。気分が落ち込む。

身体疾患の現病歴：10代後半、自然気胸をきっかけにMarfan症候群の診断を受ける。X-15年、大動脈弁閉鎖不全によりBentall手術施行。X-1年、置換弁感染性心内膜炎、弁輪部膿瘍切除、大動脈弁置換術(再Bentall手術)施行。膿瘍残存し、人口弁逆流および心室中隔解離進行がみられたが、さらなる治療はリスクが高いと判断され、人工弁および人工血管部位再手術は見送られた。患者は突然死の可能性について循環器内科主治医より説明を受け、退院となった。

循環器内科診断：再Bentall手術後、置換弁感染性心筋炎、Marfan症候群、不整脈、NYHA-II。

生活歴：首都圏近郊で生育。3人同胞の第1子。大

学卒業後、就職。結婚、2児をもうける。疾患のため2度休職し、X-1年8月からの入院を契機に退職、現在無職。

家族構成：両親は死去。妻・子ども2人と4人暮らし。

精神科受診までの経過：X-1年9月末に退院以降、徐々に苛立ちや気分の落ち込みを自覚するようになった。X年7月、循環器主治医より精神科紹介受診。精神科診断は、身体疾患に伴う障害の受容に関連する「抑うつと不安を伴う適応障害(DSM-IV)」。精神医学的薬物療法を希望せず、臨床心理士によるCBT導入となった。

CBTの構造：隔週~1ヵ月に1回。1回の面接は40分程度。

心理検査：症状評価のため、Self-rating Depression Scale(SDS)¹⁰⁾によって抑うつ、State-Trait Anxiety Inventory FormX(STAI-X)¹¹⁾によって不安を測定した。SDS、STAI-Xともに自己記入式で得点範囲は20~80点であり、臨床症状の改善とともに得点が低下し、臨床場面での利用に適した尺度とされている¹⁰⁾¹¹⁾。抑うつを測定するSDSは、大うつ病性障害群で 59.8 ± 9.0 点、不安障害群で 50.7 ± 10.3 点であったことが報告されている¹²⁾。不安を測定するSTAI-Xの「状態不安」は主観的で意識的に認知できる一過性の緊張と懸念を、「特性不安」は比較的安定した不安傾向を測定し¹¹⁾、男性では状態不安42点以上、特性不安44点以上では不安が強いと考えられる¹¹⁾。

結果—CBTの実践

1. 概念化と初期課題の設定：第1回面接

第1回面接で心理士は患者とともに、経過と現在の状況を整理した。病状悪化と長期入院を繰り返す自己の身体に対する不安、職を失い妻の収入に頼っている自責感、1日中何もせず過ごしている自己嫌悪などが問題として抽出された。患者は「自分はすべてにおいて、いい加減で情けない人間」と述べ、強い自己否定的思考が確認された。心理検査ではSDS50点、STAI-Xの状態不安60点、特性不安50点と、軽度のうつ状態、中等度の不安状態を示す得点の上昇が認められた。

心理士は患者に生じている問題を行動・身体・認知・感情の面から概念化し(Fig.1)、患者と共有した。このプロセスは治療者と患者が問題を整理し、「問題がどのように維持されているのか」を明らかにし⁸⁾、取り組む課題を共有するために用いられる。これを通して患者は仕事という生活の軸を失い、無計

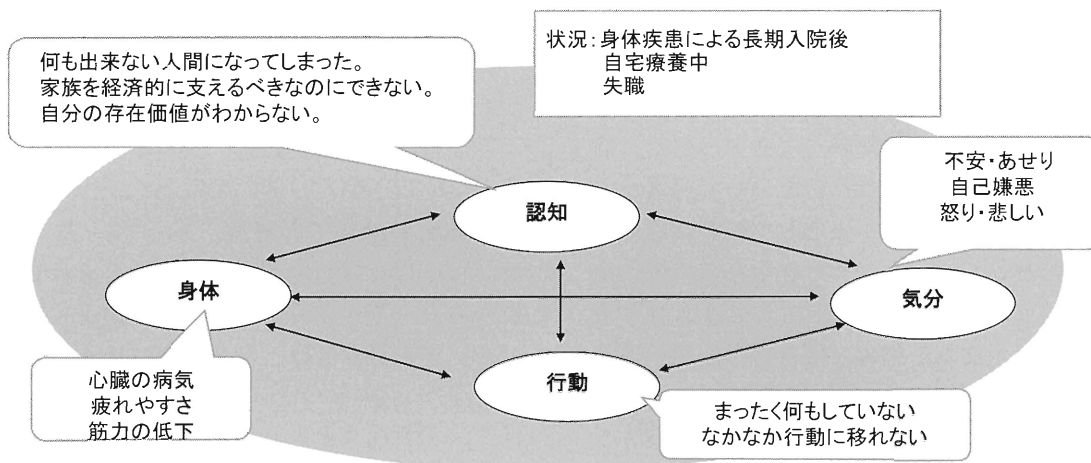


Fig. 1 Case Conceptualization based on the cognitive behavioral model: Session 1
By conceptualizing the case, the problem of the patient can be understood.

Table 1 Homework sheet : Session 1

日付	実行したか (散歩とストレッチ)	気分	感想
Y月○日	散歩○ ストレッチ○	すっきり 晴れやかな気分	散歩中の考えはほとんどポジティブなものである。 …(中略) 血液の流れがよくなるからだろうか。 物事をどこか軽く捉えることができるようだ
Y月△日	散歩○ ストレッチ○	まあまあ 筋肉痛	散歩がてら、ウインドウショッピングをした。欲しいと思うものがあると、やはり経済的に立ち直りたいと強く思える。

Self-monitoring is to be performed as homework during cognitive-behavioral therapy.

画に過ごしていることが自己評価の低下につながっていることに気付いた。また、「夫/父として家族を経済的に支えてこそ価値がある」という考えが強く、失業によって家族の中での役割を喪失した状況にあることが明らかとなった。

心理士は、まず短期的に患者の気分の改善に役立つ課題を設定することを意図し、「今も時々して、続けられたらいいと思っていることはどんなことですか」といった質問により、具体的な行動目標を設定できるよう方向付けた。同時に、主治医からの程度の活動が許可されているかも確認した。患者は体力作りのため、既にしている散歩の後にストレッチを行うことを目標とした。心理士はこの目標の実行の有無と実行して気が付いたことを記録することをホームワークとした。

2. 認知行動モデルの心理教育：第2回面接

第2回面接の最初に、ホームワーク記録 (Table 1) をもとに「散歩の後にストレッチをする」という課題がおおむね実行できていることを称賛した。ホームワークの設定および確認と称賛は「自分の決めたことが自分の意思で実行できる」ことを患者が

自覚し、セルフコントロール感を回復させる目的で毎回行われた。

ホームワーク記録をもとに、行動や考えによって気分が変動することを取り上げ、認知行動モデルについて心理教育を行った。さらに患者の理解を確認したうえで、第1回面接で挙げられた主訴、気分の落ち込みに関連する事象に焦点を当てることとした。落ち込みやイライラが生じたときには何があったか (状況)、その時何を考えていたか (認知) を記録することを次のホームワークとした。

3. 考え方の癖に取り組む：第3~4回面接

記録には、「家の中で息切れする」出来事を契機に、「このまま具合が悪くなって入院になってしまう」「また家族に迷惑をかける」といった認知が記録された。患者からは「眠ったら二度と目が覚めないのではないか、このまま弱って死んでしまうのではないか」という入院中に経験した死への恐怖が語られた。現在も動悸や頭痛などをきっかけに、「貧弱な体を責める思い」と「このまま悪化して、ひどい状態に陥るのではないかという不安」が生じることが話された。心理士はこれまでの経過から患者が健康状態を

懸念することは当然であることを保証したうえで、悪くなることを考え続けることによる影響について患者と共に検討した。患者は考え続けることで不安が増大することに気付き、不安になりすぎないための対処法を身に着ける取り組みに同意した。

CBTでは、他者が本当にどう考えているかを確認せずに「…と思っているに違いない」と決めつけてしまうことを「他者の考えの読みすぎ」と呼ぶような、いくつか特徴的な認知の例が示されている。心理士は患者にこうした例を「考え方の癖」として示し、日常生活で生じている考え方の癖を記録することをホームワークとした。患者は「仕事から帰ってきた妻が“疲れた”と言う」出来事で生じた、「働いていない自分へのあてつけだ」という思考は「他者の考えの読みすぎ」という考え方の癖である、といった気付きを得た。認知が気分を与える影響に気付き、癖として意識する中で、「これまでの自分には「考え方の癖」のほとんどが当てはまる。でもそれに気付いてから、深くネガティブな考えは減ってきた」というようになり、日常の出来事で容易に不安や抑うつを増強させずに、コントロールできるようになっていった。

4. 以前とは違う自分を認める：第5～7回

患者は面接において、子どもの宿題を見たり、家の掃除をして家族に喜ばれたと話す一方、「仕事を始めるための準備を何もしない」「やればいいのにやらないダメな自分」という自己批判は継続した。また、働いていない自分は家族における存在意義がないように思う、といったことが語られた。ここで心理士は、「仕事をしなければ価値がない」という考えが強く、それに反して実際には仕事につながる行動ができていないこと、さまざまな形で家族に貢献していることを本人が評価できていないこと、を取り上げることとした。

患者は行動ができない理由を自覚できず、「自分がだらしないからだ」と決めつけていた。心理士は行動を妨げる思考を明らかにするため、患者にあえてなにか一つ仕事に関する活動に取り組むことを勧め、そこで生じる考えを把握する課題を設定した。患者は仕事に関するレポート作成に取り組み、「何か始めても今の体力では継続できないのではないか」「できない自分を認めるのが怖い」といった、仕事を始めることを阻害する考えが明らかとなった。「仕事をしなければならない」と自分を責める一方で、「体がもたないのではないか」と不安になって動けず、

ますます自分を責めてしまう悪循環であった。

患者は働かない自分を問題視していたが、実際の患者の体はNYHA-II程度で、主治医からも負荷をかけずに生活するよう指示され、入院の前のような通勤・勤務を行うことは難しい状況にあった。そこで、「以前と同じように仕事をするを今の自分に課すことが妥当か」を事実に基づいて検証した。この客観的事実の検証を通して患者は「もどかしいが、今できないことで自分を責めても仕方がない。できないのは自分の意思の問題ではない」という新たな考えを取り入れるようになった。

5. 新たな価値を見つける：第8～10回

「何もしていない」という思考を検証するため、1日のスケジュールを30分ごとに書き出すと、患者は日中の数時間以外の1日の大半を家事など家族のために費やしていることがわかった。残りの数時間を自分のための時間とし、軽運動や仕事に関する書籍を読むことなどをスケジュールに取り入れた。予定通りにいかなかったときには、代わりに何をしてきたかを記録することとした。その結果、「家事には時間がかかり、大変なものだと実感した」と、1日中何もしていないという否定的な認知が実感を持って修正されるに至った。

第10回面接では、「家事は結構大変で、楽しみもある。“男たるもの家族を支えていくべき”と思うけど、大切な家族の役に立つなら、今出来ることをやろうと思う。死なずに生き残ったことに意味があるのでしよう」と話し、「仕事で家計を支える」以外の、今の役割に一定の価値を見いだせたようであった。この回の心理検査は、SDS36点、STAI-X状態不安46点、特性不安38点と、初回面接時に比して大きく低下し、おおむね正常域の数値となった。

その後、月1回程度の短時間のフォローアップで、体調を崩して救急受診した際にも体への懸念にとらわれることなく、「(心配する家族を見て)家族の愛情を感じた。なるべく元気で一緒に生活したいと思った」と肯定的に振り返り、障害者雇用セミナーに通うなど行動の拡大が進んでいることが確認された。X+1年5月、本人の希望を確認したうえで、フォロー終了となった。

考 察

CBTは、人間の情緒が認知の影響を受けることに注目して、認知や行動に働きかけ、問題解決を手助けする構造化された精神療法(心理療法)である¹³⁾。うつ病や不安障害の症状軽減や再発予防について

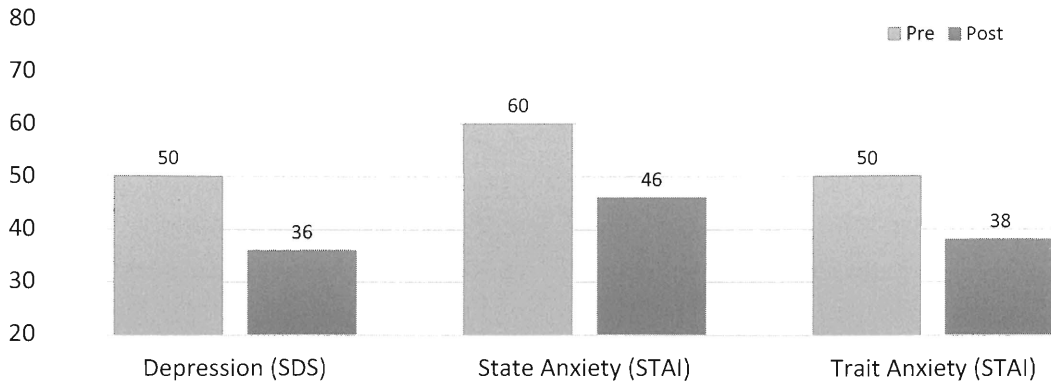


Fig. 2 Change in the psychological scales before and after CBT
 SDS: Self-rating depression scale, STAI-X: State-trait anxiety inventory formX.
 These findings are based on self-rating questionnaires. High scores indicate low well-being scores.
 Patients had decreased depression and anxiety scores after cognitive-behavioral therapy (CBT).

は、薬物療法と同様に CBT の有用性が示されている。今回、慢性心不全患者に対して CBT を適用したが、まずその効果と適用の妥当性について検討し、その後、CBT の実践の工夫について考察する。

1. 本症例における CBT の効果

Fig. 2 に、CBT 開始時および終了時の SDS および STAI の変化を示した。本患者は精神科において抑うつと不安を伴う適応障害と診断された。CBT 導入時には心理検査の結果からも軽度の抑うつ症状と中等度の不安緊張状態にあった。CBT 終了時には SDS、STAI-X ともにおおむね正常範囲内⁽¹¹⁾まで低下し、患者の主観的な抑うつおよび不安の軽減がみられたと考えられる。

日常生活においても、散歩、家事など行動レパトリーが増加し、子どもの世話をするなど他者との交流も回復し、抑うつ症状の改善を示唆する変化がみられ、否定的な思考に捉われる頻度や長さが減少し、否定的な思考への対処スキルが獲得されたことが報告された。さらに、CBT 終了後のフォローアップでは、就職に向けてセミナーに通うなど、さらに積極的な行動拡大が進んでおり、症状改善が維持されていると考えられた。

2. 本症例への CBT 導入の妥当性

日本うつ病学会治療ガイドラインでは、軽症うつ病には支持的精神療法と心理教育を基礎とし、必要に応じて抗うつ薬あるいは CBT の選択が推奨されている⁽⁴⁾。本症例は抑うつ症状を呈していたものの、大うつ病エピソードの基準を満たさず、適応障害と診断され、SDS (初回面接時 50 点) もうつ病患者群

の示す高得点(平均 60 点)⁽¹⁰⁾には至っておらず、うつ症状としては軽症であったと考えられる。

また、同時に強い不安が生じていたことも特徴的であった。鈴木⁽⁵⁾は、うつ病の前駆症状として多くの身体疾患患者が病態変化や療養生活への不安を持続的に訴えることを指摘し、うつ病の予防や QOL 向上の面からも、身体疾患患者の不安のマネジメントの重要性を指摘している。身体疾患患者は既に複数の薬剤を服用していることや、身体疾患への影響を懸念して、精神科薬物療法を希望しないことは少なくない。本患者も有効な治療法として提示された精神科薬物療法と CBT から、CBT を選択するに至っており、患者の希望に沿った適切な治療選択が行われたと考えられる。

3. 本症例における CBT 実践のための工夫

うつ病を伴う心不全患者に対する CBT の報告では、抑うつ症状には一定の改善を認める⁽⁴⁾⁽⁷⁾一方で、セルフケア、身体機能や QOL の改善には CBT のみでの効果は不十分であったとされている⁽⁴⁾⁽⁷⁾。またこれらの先行研究は、既にうつ病に対して抗うつ薬の処方が行われている例も含まれており、CBT 単独の効果を示しにくいという問題もある。

本症例では「協力的経験主義」を取りながら⁽⁹⁾、繰り返される心不全の増悪と、社会生活の制限によって、大きく低下した自己価値観の回復のために CBT の実践の中でいくつもの工夫を必要とした。本介入において、工夫を要した点をまとめる。

1) 課題設定における工夫

CBT においては、自己効力感の獲得・回復のため

に、患者が成功体験を十分に持つことができるようにスモールステップで課題を課す¹⁶⁾。心理士はこの原則に沿い、特に最初の課題は新たな行動ではなく、既にある行動の中から取り上げた。また、身体疾患によって身体機能が低下していることを考慮し、身体科主治医からの指示についても話題に取り上げ目標設定の参考とした。課題が本人の希望する方向(体力の回復)と一致し、行動が確実に達成感につながることを目指した。身体に負荷をかけすぎない安全な課題で、本人の希望に合った目標を確実に遂行できるよう支援することは、身体疾患によって低下した自己効力感の回復の上でも重要と考えられる。

2) 現実的な否定的認知と適切な目標の見極め

うつや不安症状を呈する患者には否定的な認知や、将来悪いことが起こるのではないかという予期不安がしばしば認められる。しかし、身体疾患患者の場合、この否定的な認知や予期不安が現実的であることも多い¹⁷⁾。本患者も突然死の可能性を主治医から示唆されており、「いつか病状が崩れて再入院になる」「病気が進行して死んでしまう」といった認知はある程度現実的なものであった。藤澤¹⁷⁾は、こうした場合は心配を減らすためにできる行動をし、気分を緩和するための対処をすること、不安の内容が現実的なものか否か不明な時には必要な情報を得ることを勧めている。

本症例においては、患者の死への恐怖や病気の増悪に対する不安を当然生じうるものとして認めたくえで、否定的な考えへの没頭によって増強した不安を和らげることを目標とした。それによって、身体疾患が悪くなる可能性ばかりを考えないように気分転換を行う、家族関係に関する懸念や不満については認知の癖に気付いて修正するなど、適した対処を獲得し、遂行することが可能となった。

また、仕事を始めることを防たげていた「現在の身体では仕事が続けられないのではないか」という認知は、身体状況に不適切な高い目標設定からくる妥当な心配と考えられた。その根拠として、現実の体調、主治医からの説明などを改めて検討したことで、今ここで実現可能な目標設定へ切り替えることが可能となった。このように身体疾患による機能低下が生じているときに、適切な目標を見定め、過剰な自己期待から過負荷状況に陥らないために、必要な医療情報を集め、主治医と患者の関係を強化することなども、重要なポイントと思われた。

3) 生活の構造化と役割の再構築

身体疾患の急性増悪やそれに伴う入院加療によって患者の生活は混乱し、それまでの役割を喪失することも少なくない。本症例も失業して、仕事という生活の軸を失い、家庭内の経済的支えという役割を喪失した状態にあった。また長期入院中は病院の管理下で生活リズムが形成されており、自宅で仕事のない生活をどのように送ったらよいかについても混乱した状況にあった。

段階的に、まず1日の中で一つ課題を遂行し自己効力感を回復させ(Table 1)、徐々に範囲を広げながら目に見える形で現状を共有し(1日のスケジュールの把握)、コントロールすべき対象を明確化したことは、セルフコントロール感の回復に有用であったと考える。また、患者が今できていることに目を向け続けていくことも、家族に貢献している自己に気づき、家族内の役割を回復させるうえで重要であったと考える。

Beltmanら¹⁸⁾は身体疾患のCBTに関するメタアナリシスで、Human Immunodeficiency Virus(HIV)やがん、リウマチ性疾患など異なる疾患にCBTが同等の効果を示したことから、コントロール感を高く認識すること、高い自己効力感、積極的な対処スタイルは身体疾患によりよく適応し、抑うつを減らし、身体疾患患者の抑うつ症状に共通するメカニズムであることを指摘している¹⁸⁾¹⁹⁾。本症例におけるCBTの実践においても、自己効力感の回復を目指し、本人自らが抱える問題に対処できるように方向付けて一定の効果を得たが、特にスモールステップでの課題設定で確実に自己効力感を回復させていくことや、疾患に対する否定的な認知自体の修正ではなく、それへの没頭に対処できるようになること、疾患によって混乱した生活の構造の立て直しを通してコントロール感を回復させること、また疾患はあっても担いうる本人の役割に焦点を当てて自己価値観を回復させたこと、などが工夫の要点であった。

結 論

身体疾患患者に並存するうつや不安症状が早期に緩和されることは、身体的予後の面からみても重要である。今回心不全患者に対してCBTを行い、疾病を持つ自分に対する認知、喪失した健康や役割へのとらわれが軽減し、現状への評価の変化がみられた。身体的限界を考慮し、必要に応じて身体科治療との連携を図ることで安全で効果的なCBTが可能となると考えられた。本報告は心不全患者を取り上げて

いるが、ここに示したような生涯にわたる重症疾患患者特有の課題は、心不全以外の身体疾患においても共通する点は少なくない。実践の工夫を通して身体疾患にCBTを適応する可能性が示された。

利益相反はない。

文 献

- 1) **Kato N, Kinugawa K, Yao A et al:** Relationship of depressive symptoms with hospitalization and death in Japanese patients with heart failure. *J Card Fail* **15** (10): 912-919, 2009
- 2) **Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA et al:** Depression and coronary heart disease. Recommendations for screening, referral, and treatment. A Science Advisory From the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. *Circulation* **118**: 1768-1775, 2008
- 3) **Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K et al:** Impact of clustered depression and anxiety on mortality and rehospitalization in patients with heart failure. *J Cardiol* **64** (6): 456-462, 2014
- 4) **Freedland KE, Carney RM, Rich MW et al:** Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* **175** (11): 1773-1782, 2015
- 5) **Beck AT:** *In Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press, New York (1979)
- 6) **Beck JS:** *In Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (2nd ed), Guilford Press, New York (2011)
- 7) **Gary RA, Dunbar SB, Higgins MK et al:** Combined Exercise and Cognitive Behavioral Therapy Improves Outcomes in Patients with Heart Failure. *J Psychosom Res* **69** (2): 119-131, 2010
- 8) **森田慎一郎:** 第5章アセスメント. 「認知行動療法理論から実践的活用まで」(下山晴彦編), pp60-72, 金剛出版, 東京 (2007)
- 9) **Beck AT:** *In Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, International University Press, Madison (1976) (「認知療法」(大野 裕訳), 岩崎学術出版社 (1990))
- 10) **福田一彦, 小林重雄:** 「日本版 SDS 自己評価式抑うつ性尺度使用手引増補版」, 三京房, 京都 (2011)
- 11) **水口公信, 下仲順子, 中里克治:** 「日本版 STAI FormX 使用手引 (増補版)」, 三京房, 京都 (2012)
- 12) **渡部雄一郎, 酒井美和子, 塩入俊樹ほか:** Zung 自己記入式抑うつ評価尺度および不安評価尺度の臨床的有用性について. *臨精医* **30**: 991-996, 2001
- 13) **大野 裕:** うつ病と認知行動療法入門—日常診療に役立つうつ病の知識. *総病精医* **26** (3): 239-244, 2014
- 14) **日本うつ病学会気分障害治療ガイドライン作成委員会:** 「日本うつ病学会治療ガイドライン. II. 大うつ病性障害 2013Ver1.1」, (2013)
- 15) **鈴木伸一:** 身体疾患患者の不安・抑うつのマネジメントに活かす医療心理学と認知行動療法. *分子精神医* **14** (1): 66-70, 2014
- 16) **坂野雄二:** 第7章うつ病の認知療法. 「認知行動療法」, pp77-97, 日本評論社, 東京 (1995)
- 17) **藤澤大介:** メンタルケアの基盤づくりとケースマネジメントにいかす認知行動療法. *認知療法研究* **7** (2): 124-126, 2014
- 18) **Beltman MW, Voshaar RC, Speckens AE:** Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* **197** (1): 11-19, 2010
- 19) **Hirai K, Suzuki Y, Tsuneto S et al:** A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment, and physical condition in Japanese advanced cancer patients. *Psychooncology* **11** (3): 221-229, 2002