

抑うつを合併する慢性疾患への認知行動療法 ：展望と今後の課題

加曾利 岳美*

This study reviewed empirical studies that investigate the effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for depression associated with chronic illness over the past ten years. The survey was conducted using PubMed up to August 2015 with key words of "CBT," "chronic illness," and "depression." There were six criteria excluding studies such as research reviews. Finally, 21 studies were selected. The following results were discussed. (a) The effectiveness of CBT may be affected by variables such as characteristics or severity of illness, complication of illness except for depression. (b) The individual CBT or group CBT and the number of necessary sessions should be chosen based upon patient age, the illness complexity, or the severity of psychological distress of patients. (c) In some cases, an additional telephone booster call will be effective combined with traditional CBT because it may contribute to improving the therapeutic relationship between the patient and therapist. (d) If there are improvements of depressive symptoms, the effects may be sustained by six or twenty months of follow up.

Key Words : Cognitive Behavioural Therapy (CBT) , depression, chronic illness, hemodialysis

I. 問題と目的

近年、認知行動療法 (Cognitive Behavioural Therapy : 以下、CBT と略記) は、慢性疾患と抑うつとの関連からも研究されるようになってきている。Cole & Vaughan (2005) は、“CBT の慢性的な医学的状态に関連する抑うつへの適応が増してきている”と述べ、Veazey, Cook, Stanley, Lai, & Kunik (2009) は、“CBT は、抑うつや不安を合併する慢性的な医学的疾患に効果を持つ心理療法による介入の選択肢である”と述べている。

欧米では、慢性疾患別に認知行動アプローチの具体的方法を記したセラピスト・ガイドが出版され (例えば、Sage, Sowden, Chorlton, & Edeleanu, 2008)、抑うつを合併する慢性疾患への CBT 効

果を検討した系統的レビューや、メタ分析も多く見られるようになってきている (例えば、Cole & Vaughan, 2005; Smith, Huang, & Manber, 2005; Coventry & Gellatly, 2008; Fritzsche, Clamor, & von Leupoldt, 2011; Bautovich, Katz, Smith, Loo, & Harvey, 2014; Wan Suhailah, Mohd Normani, Nik Adilah, Azizah, Aw, & Zuraida, 2015)。

慢性疾患に合併する抑うつは、疾患の特徴の一部と捉えられ見過ごされやすいため、本人や家族に気付かれにくいという特徴を持つ。特に、高齢者においては“抑うつは一般的で、加齢による心理的適応は複雑であり、関連する慢性身体疾患は抗うつ薬の使用を制限する (Serfaty, Haworth, Blanchard, Buszewicz, Murad, & King, 2009)”との指摘もある。このような複雑な合併に対して、合併する疾患を単数あるいは、複数扱う幾つか

* 人間学部心理学科

の条件を設け、それぞれにおける CBT 効果を比較検討した研究も見られる（例えば、Von Korff, Vitiello, McCurry, Balderson, Moore, Baker, Yarbrow, Saunders, Keefe, & Rybarczyk, 2012）。

慢性疾患に合併する抑うつの割合は、少なくともとされる。Ruesch, Helmes, & Bengel (2015) は、“身体疾患を持つ患者の 3 分の 1 が合併する精神疾患に苦しみ、これらは、病的状態と死亡率を増大させ、生活の質（quality of life: QOL）とヘルスケアにかかるコストを増大させる”と述べている。

また、慢性疾患に合併する抑うつは、アドヒアランスを悪化することも知られている（例えば、Khalil & Frazier, 2010; Matteson & Russell, 2010; Cukor, Ver Halen, Asher, Coplan, Weedon, Wyka, Saggi, & Kimmel, 2014）。Sage et al. (2008) は、複数の合併症を持つ慢性疾患の経済的負担の軽減にも CBT は貢献することを指摘し、“CBT は経済効率が良く、経済的損失を減らすことができ、疼痛のように患者が慢性的で不自由な状況となるのを防ぐ重要な役割を担う”（Sage et al., 2008, P.18）と述べている。

抑うつを合併する慢性疾患への CBT を行う場合、通常の抑うつへの CBT とは異なる点があると考えられる。Picardi & Gaetano (2014) は、“慢性疾患の心理療法では、慢性の患者であること、急性の抑うつ症状を持つことによる幾つかの重要な相違点があることを考慮すべきである”と述べている。そして、“うつ病の同定、社会的スキルの欠如、絶望の感覚の固執（persistent sense of hopelessness）、より良い環境に適応するために多くの時間が必要であること”などを考慮する必要性を指摘している。このような慢性疾患の抑うつの特徴を考慮した上で、実際にどのように CBT による介入をしていくのかについての研究は、まだ始まったばかりであると言える。

さて、最近では、CBT は慢性疾患の QOL の向上という視点からも研究されてきている。Dennison & Moss-Morris (2010) は、“CBT は、感情障害への治療として始まったが、慢性疾患を持つ人々が症状を管理し、抑うつや QOL などの心理社会的な成果を改善させるのを援助するため

に、急速に用いられるようになってきた”と述べている。Sage et al. (2008) は、“CBT は、困難に直面し病気に挑戦している人々がより良い QOL に達し、生存期間さえ延ばすことができることを示唆する研究がある（Sage et al., 2008, P.18）”としている。Wicksell, Lekander, Sorjonen, & Olsson (2010) は、“近年の発展する CBT 研究では、機能性や QOL を向上させるために、痛みや苦痛を制御するよりも、むしろ受容することを強調するようになってきている”と述べ、その一方で、“そのような介入に適合するような、妥当性のある有効な手段はまだ欠けている”と指摘している。このような QOL についての考え方は、痛みや苦痛を制御するよりも受容するという考え方に基づく介入法（Vowles, McCracken, & O'Brien, 2011; Elomaa, de C Williams, & Kalso, 2009; Pull, 2009）にも影響を与えている。

このような視点から、最近海外において多く検討されている慢性疾患が、慢性腎不全である。特に、末期の慢性腎不全については、長期にわたる人工透析の治療から重篤な疲労感と抑うつを持ちやすいことから、心理学的介入の重要性が指摘されるようになってきている。Iyasere & Brown (2014) は、“末期腎不全（end-stage renal disease: ESRD）の患者は高い割合で抑うつを持っており、それは QOL と生存率の低下に関連する”と述べている。Duarte, Miyazaki, Blay, & Sesso (2009) は、“抑うつは、末期の腎臓病の患者の病的状態、死亡率、QOL を予測するため、重要な心理的査定ターゲットである”と述べている。

また、Cukor et al. (2014) は、“社会心理的介入は、透析治療において抑うつ、QOL、水分管理を改善する”と述べ、Bautovich et al. (2014) は、慢性腎不全に伴う抑うつに関する最近の研究を概観し、“治療の安全性と有効性に関する情報を提供するために、慢性腎不全の抑うつへ介入するための、十分に管理された無作為化比較対照試験（randomized controlled trial: RCT）が行われることが急務である”と述べている。

慢性腎不全患者は、複数の合併症を持つことも知られている。Iyasere & Brown (2014) は、“高齢者の末期腎臓疾患の発生率は増加してきてい

る”と指摘し、“この群の患者は複合的な合併症を持ち、症状の高い負担を持つ”と述べている。Iyasere & Brown (2014) によれば、複数の合併症を持つ患者に対して人工透析を行うことは、“生命を維持することができるが、それはしばしば QOL を犠牲にするもの”である。

このような海外での指摘が見られる中で、国内においては、心理的側面から論じた研究は多くはない。その中で、中村 (2015) は、“内科診療所での実践を報告し、30 分間の個別心理面接を 1 人あたり 2 回実施した”結果、“腎機能や尿酸値等の生化学指標と、カリウム摂取制限や病気に伴うストレス緩和の自信等が有意に改善した (Pp. 205-206)”ことを報告している。抑うつを合併する慢性腎不全など慢性疾患への CBT は重要であるが、我が国においては、始まったばかりであると言える。

以上により、本研究では、抑うつを合併する慢性疾患への CBT に関する過去 10 年間の海外の研究を展望し、その効果に関わる要因について検討するとともに、今後の課題を明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 論文検索方法

2015 年 8 月 13 日に、検索エンジンとして PubMed を使用し、過去 10 年間の論文を検索した。キーワードは、“CBT”, “chronic illness”, “depression”であった。

2. 論文選別方法

- (1) PubMed から抽出した論文の英文アブストラクトのタイトルおよび、内容から、本研究の研究内容に該当する論文を抽出した。
- (2) その中から、下記に該当する論文を削除した。
 - 1) レビュー。
 - 2) 詳細な分析結果が記載されていないもの。
 - 3) 慢性の精神科疾患への CBT 効果を検討したものの。
 - 4) 抑うつについての記載が結果に書かれていないもの。

- 5) 伝統的な CBT 技法 (traditional CBT techniques: Cully, Stanley, Deswal, Hanania, Phillips, & Kunik, 2010) 以外の CBT (例えば、マインドフルネス・セラピー, Acceptance and Commitment therapy: ACT など) の効果研究。
- 6) 身体疾患を総合的に扱い検討しているもの。

III. 結果

PubMed から 100 点の論文を検索した。そのうち、(1) に該当する論文 97 点を選別した (1 次スクリーニング)。さらに、(2) の基準から抽出された 1) から 6) までの 76 点 (順に、6 点, 31 点, 17 点, 14 点, 5 点, 3 点) を削除し (2 次スクリーニング)、最終的に 21 点を本研究のレビューの対象とした (表 1)。ほとんどの研究が RCT であったが、患者が治療群を選択できる研究²⁰⁾もあった。²⁰⁾ は、表 1 での論文番号を表わす。

1. 慢性疾患を合併する抑うつへの CBT 効果

本研究では、15 の疾患について、それぞれ 1 から 3 点ずつ、計 21 の論文が選定された。これらの論文について、アブストラクトに記載されていた結果から慢性疾患を合併する抑うつへの CBT 効果を、顕著な改善の有無によりに分類した (表 2)。「顕著な改善有り」については、「介入群間に差あり」「介入群間に差無し」「コントロール群との差有り (他の介入群無し)」「ベースラインとの差有り (コントロール群無し)」の 4 群に分類した。

「顕著な改善有り」の「介入群間に差有り」の論文は、神経性無食欲症 (Le Grange, Fizzsimmons-Craft, Crosby, Hay, Lacey, Bamford, Stiles-Shields, & Touyz, 2014)⁷⁾ および、多発硬化症 (Cosio, Jin, Siddique, & Mohr, 2011)¹⁵⁾ の 2 点であった。「介入群間に差無し」は、糖尿病 (Tovote, Fleer, Snippe, Peeters, Emmelkamp, Sanderman, Links, & Schroevers, 2014)³⁾、咽喉がん (Chen, Chen, & Zhi, 2014)²⁰⁾、慢性障害肺疾患 (Kunik, Veazey, Cully, Soucek, Graham, Hopko, Carter, Sharafkhaneh, Goepfert, Wray, & Stanley, 2008)⁶⁾ の 3 点であった。「コントロール群との差有り (他の介入群なし)」は、多発硬

表 1 慢性疾患を合併する抑うつへの CBT 効果に関する文献の概要

No.	疾患名	論文 No.	著者（年）	対象 人数	抑うつ以外 の合併症	群	形態	結果
1	睡眠障害 (Sleep disturbance)	1)	Fornal- Pawlowska et al. (2013)	263 名	記載なし	・ CBT insomnia (CBT-i) ・ コントロール群	集団	・ 51 名中 10 名に臨床的 改善無し。残りは、抑 うつ、不安が低減し、 QOL が向上。
		2)	Tang (2010)	記載 なし	社交恐怖	・ CBT-i (5 セッ ション) (心理 教育、睡眠制限 セラピー、刺激 統制、認知再構 成)	個人	・ 睡眠が改善。睡眠に対 する非機能的信念・態 度が減少。9 ヶ月後も 効果が持続。 ・ 抑うつ、不安に改善無 し。
2	糖尿病 (diabetes) (1 型あるいは 2 型)	3)	Tovote et al. (2014)	94 名	記載なし	・ CBT ・ mindfulness- based cognitive herapy (MCBT) ・ waiting-list control	個人	・ CBT と MCBT の抑うつ症 状は waiting-list control よりも有意に減少。 ・ CBT と MCBT は双方と も、不安、well-being、 糖尿病に関連した苦痛 を低減。
3	慢性閉塞性肺疾 患 (chronic obstructive pulmonary disease: COPD)	4)	Hynninen et al. (2010)	51 名	不安	・ CBT ・ 通常のケア	集団	・ 不安と抑うつが改善。 8 ヶ月後のフォロー アップ期まで効果が持 続。 ・ 睡眠、健康状態は、通 常のケア群、CBT 群と も顕著な変化無し。
		5)	Livermore et al. (2010)	41 名	パニック・ スペクトラ ム	・ CBT (4 セッシ ョン) ・ 通常のケア	個人	・ CBT 群ではフォロー アップ期までパニック 発作無し。フォローア ップ期に不安と破局的認 知が減少、入院率が低 下。
		6)	Kunik et al. (2008)	記載 なし	不安	・ CBT (8 セッシ ョン) ・ COPD 教育	集団	・ 両条件とも、QOL、不 安、抑うつが改善。フォ ローアップ期まで効果 が持続。 ・ 変化の程度は群間で有 意差無し。

No.	疾患名	論文 No. 著者 (年)	対象 人数	抑うつ以外 の合併症	群	形態	結果
4	神経性無食欲症 (anorexia nervosa: AN)	7) Le Grange et al. (2014)	63 名	記載なし	・ CBT-AN ・ specialist supportive clinical management (SSCM)	個人	・ 有意な予測変数は年齢が若いこと、疾患期間が短い、制限方神経性無食欲症 (AN-R) である、就業している、向精神薬を飲んでいない、社会適応が良好であること。 ・ ベースラインで抑うつが高い患者は CBT-AN など行動にターゲットを当てた治療に効果有り。
5	慢性自覚性めまい (chronic subjective dizziness)	8) Edelman et al. (2012)	41 名	記載なし	・ CBT 群 (3 週間, パニック障害の CBT モデル: 心理教育, 行動実験, 刺激曝露, 再注意法) ・ Wait-list 群	個人	・ めまいによる障害、身体症状が顕著に減少。 ・ 回避と安全行動が減少。 ・ 抑うつ, 不安, ストレスに変化無し。
6	耳鳴り (tinnitus)	9) Londero et al. (2006)	96 名	記載なし	・ CBT ・ Tinnitus Retraining Therapy (TRT)	個人	・ 耳鳴りが 75% 改善。
		10) Heinecke et al. (2010)	95 名	記載なし	・ バイオフィードバックの要素を含む CBT (コントロール群無し)	個人	・ 80% の患者は耳鳴りによるいらだち, 程度, 持続時間, 機能等が有意に改善。 ・ うつ病を合併する患者の改善効果は少し減少。
7	慢性疼痛 (chronic pain)	11) White et al. (2008)	360 名	記載なし	・ CBT (コントロール群無し)	集団	・ 身体的 (歩行, 着席・起立, 階段登り), 心理的測度 (痛みの感度, 自己効力感, 抑うつ, 不安, ストレス, 破局的思考, 障害) が, CBT 後 1, 6, 12 ヶ月で改善。 ・ 90% の患者が治療前より改善したと報告。

No.	疾患名	論文 No.	著者（年）	対象 人数	抑うつ以外 の合併症	群	形態	結果
7	慢性疼痛 (chronic pain)	12)	Palermo et al. (2009)	48 名	慢性頭痛 ・ 腹痛 筋骨格痛 機能的障害	・ 医学的ケア + インターネット で配信される家族 8週間の CBT 群 (リラクセーション トレーニング, 認知的方略, 親 オペラント法, コミュニケーション 方略, 睡眠と 活動の介入) ・ wait-list コント ロール群	個人	・ 活動制限と痛みの強さが有意に減少. 3ヶ月後のフォローアップまで持続. ・ 痛みの改善率は CBT 群が有意に高かった. ・ 抑うつ症状は群間に差異無し.
	非特異的慢性腰痛 (nonspecific chronic low back pain: CLBP)	13)	Smeets et al. (2006)	211 名	記載なし	・ CBT ・ active physical treatment: APT ・ CBT+APT ・ waiting list	個人	・ 痛みの破局的思考 (pain catastrophizing) は 3つの治療群で減少. ・ 3つの治療群で障害, 主訴, 痛みが改善. ・ 4群間で内的統制(internal control) に差異無し. ・ 痛みの破局的思考は, 障害, 主訴, 痛みの強さを媒介. APT 群では, 痛みの破局的思考は抑うつの減少を媒介. ・ 抑うつは APT 群でのみ改善.
8	多発硬化症 (multiple sclerosis; MS)	14)	Hind et al. (2010)	17 名	記載なし	・ コンピュータ化した CBT (週 1 回 8 セッションあるいは, 週 1 回 5 セッション)	個人	・ インタビュー調査から, 人からの入力がないと重荷であり, 出来事, 思考, 信念を区別できなかったとの回等有り.
		15)	Cosio et al. (2011)	127 名	記載なし	・ telephone-administered CBT (T-CBT) ・ telephone-administered supportive emotion-focused therapy (T-SEFT)	個人	・ T-CBT は T-SEFT に比べて QOL が改善. 抑うつとポジティブな影響が QOL を媒介.

No.	疾患名	論文 No. 著者 (年)	対象 人数	抑うつ以外 の合併症	群	形態	結果
9	慢性顎関節症 (chronic temporomandibular disorder)	16) Turner et al. (2006)	149 名	記載なし	・ CBT ・ 教育 / 注意コン トロール条件 (education/ attention control condition)	個人	・ CBT 群はコントロール 条件に比べて 3, 6, 12 ヶ月のフォローアッ プ期まで信念, 破局的 思考が改善. ・ CBT 群はコントロール 条件に比べて痛みの 強度, 顎の機能, 抑う つが治療後 12 ヶ月で 改善.
10	うっ血性心不全 (congestive heart failure: CHF)	17) Cully et al. (2010)	23 名	COPD 不安	・ CBT (心理学訓 練生による 6 週 のセッション + 3 回の電話ブー スターコール)	個人	・ 抑うつと不安は 8 週で 改善. 3 ヶ月後のフォロー アップ期にも維持. ・ COPD が改善.
11	紅斑性狼瘡 (lupus erythematosus)	18) Navarrete- Navarrete et al. (2010)	45 名	記載なし	・ therapy group (TG) 治療群 (週 1 回 10 セッショ ン) ・ control group (CG) コント ロール群	集団	・ TG 群は CG 群に比べ て, 抑うつ, 不安, 日々 のストレスが減少. ・ フォローアップ期まで TG 群の QOL と身体 症状が向上.
12	乳がん (breast cancer)	19) Savard et al. (2005)	57 名	不眠症	・ CBT (週 1 回 8 セッション) (刺 激統制, 睡眠制 限, 認知療法, 睡眠衛生, 疲労 管理等) ・ waiting control 群	個人	・ 治療群は睡眠が改善. 医学的治療を行う日数 が減少, 抑うつと不安 が低下, 全体的 QOL が向上. 治療効果は 12 ヶ月維持.
	咽頭がん (pharyngeal cancer)	20) Chen et al. (2014)	63 名	不安	・ CBT (週 1 回 8 セッション,)) ・ 薬物療法 (56 名 に対して 8 週 間)	個人	・ 両群で不安と抑うつの 罹患率が減少. 群間の 差異無し.
13	慢性腎不全 (chronic renal failure)	21) Cukor et al. (2014)	59 名	記載なし	・ CBT 群 (treatment- first 群) (3 ヶ月の透析 治療期間) ・ wait-list control 群	個人	・ 3 ヶ月後のフォローアッ プ期に CBT 群の 89% が抑うつ改善, コント ロール群は 38% が改善. ・ CBT 群では QOL, 処 方薬コンプライアンス が顕著に向上.

表2 各カテゴリーにおける抑うつの改善

改善	カテゴリー	形態	論文 No.
顕著な改善あり	介入群間に差有り	個人	7), 15)
		集団	なし
	介入群間に差無し	個人	3), 20)
		集団	6)
	コントロール群との差有り	個人	16), 19)*, 21)
		集団	1), 4)*, 18)
顕著な改善なし	ベースラインとの差有り	個人	17)*
		集団	11)
		個人	2)*, 5)*, 8), 9), 10), 12)*, 13), 14)
		集団	なし

*は抑うつ以外の合併症があることを示す（アブストラクトに記載されていたもののみ）

化症（Turner, Mancl, & Aaron, 2006）¹⁶⁾、乳がん（Savard, Simard, Giguère, Ivers, Morin, Maunsell, Gagnon, Robert, & Marceau, 2005）¹⁹⁾、慢性腎不全（Cukor et al., 2014）²¹⁾、睡眠障害（Fornal-Pawłowska & Szelenberger, 2013）¹⁾、慢性障害肺疾患（Hynninen, Bjerke, Pallesen, Bakke, & Nordhus, 2010）⁴⁾、紅斑性狼瘡（Navarrete-Navarrete, Peralta-Ramírez, Sabio-Sánchez, Coín, Robles-Ortega, Hidalgo-Tenorio, Ortego-Centeno, Callejas-Rubio, & Jiménez-Alonso, 2010）¹⁸⁾の6点であった。「ベースラインとの差有り（コントロール群なし）」は、うつ血性心不全（Cully et al., 2010）¹⁷⁾および、慢性疼痛（White, Beecham, & Kirkwood, 2008）¹¹⁾の2点であった。

「顕著な改善無し」の論文は、睡眠障害（Tang, 2010）²⁾、慢性障害肺疾患（Livermore, Sharpe, & McKenzie, 2010）⁵⁾、慢性自覚性めまい（Edelman, Mahoney, & Cremer, 2012）⁸⁾、耳鳴り（Londero, Peignard, Malinvaud, Avan, & Bonfils, 2006）¹⁰⁾、（Heinecke, Weise, & Rief, 2010）¹⁰⁾、慢性疼痛（Palermo, Wilson, Peters, Lewandowski, & Somhegyi, 2009）¹²⁾、非特異的慢性腰痛（Smeets, Vlaeyen, Kester, & Knottnerus, 2006）¹³⁾、多発硬化症（Hind, O'Cathain, Cooper, Parry, Isaac, Rose, Martin, & Sharrack, 2010）¹⁴⁾の8点であった。

2. 個人／集団 CBT による抑うつ改善の違い

21 点の論文のうち、個人 CBT は 15 点、集団 CBT は 6 点であった。「顕著な改善有り」群は、13 点中 7 点が個人 CBT、6 点が集団 CBT であった。「顕著な改善無し」群では、8 点中全てが個人 CBT であった（表 2）。

3. 抑うつ以外の合併症の有無と CBT 効果

抑うつ以外の合併症の有無（アブストラクトに記載があったもののみ）と CBT の効果について、表 2 に示す。「顕著な改善有り」群では、乳がん（Savard et al., 2005）¹⁹⁾に不眠症、慢性閉塞性肺疾患（chronic obstructive pulmonary disease: COPD）（Hynninen et al., 2010）⁴⁾に不安障害、うつ血性心不全（Cully et al., 2010）¹⁷⁾に COPD と不安障害の合併が見られた。

「顕著な改善無し」群では、睡眠障害（Tang, 2010）²⁾に社交恐怖、慢性障害肺疾患（Livermore et al., 2010）⁵⁾にパニック・スペクトラム、慢性疼痛（Palermo et al., 2009）¹²⁾に慢性頭痛・腹痛、筋骨格痛が合併していた。

IV. 考察

1. 慢性疾患を合併する抑うつへの CBT 効果

本研究において選定された 15 の慢性疾患にお

ける 21 の論文のほとんどが、抑うつを、不安や QOL 等と同じように“secondary outcomes”あるいは、“ancillary outcomes (付随的な結果)”として検討していた。すなわち、“primary outcomes”はほとんどが身体疾患の症状であり、主として抑うつに焦点を当てた治療効果研究は、少数^{4), 14), 18), 20)}であった。本研究では、以下、CBT により抑うつに顕著な改善が見られた群と見られなかった群に分類し、それぞれについて、関連する要因を検討することとする。

1-1. CBT により抑うつに顕著な改善が見られた群

「介入群間で差有り」では、Le Grange et al. (2014)⁷⁾が、“高齢者は、摂食に関連するより重篤な精神病理と抑うつのある者は、SSCM (specialist supportive clinical management) のような支持的な治療よりも、CBT-AN (anorexia nervosa) のような、行動に焦点を当てた治療の方が有効であったと報告している。また、Cosio et al. (2011)¹⁵⁾は、抑うつを合併する多発硬化症 (multiple sclerosis) では、電話で行われた CBT (telephone-administered CBT: T-CBT) が、電話で行われた支持的情動焦点化心理療法 (telephone-administered supportive emotion-focused therapy: T-SEFT) に比べて、顕著に QOL が改善し、抑うつと、改善によって生じたポジティブな影響が QOL の改善を媒介していたことを報告している。このことは、認知機能が低下した高齢者や、多発硬化症など心理的苦痛が強い慢性疾患では、認知や情動に焦点を当てたアプローチや支持的療法だけでは十分苦痛が軽減しない可能性があることを示唆している。

「介入群間で差無し」では、Tovote et al. (2014)³⁾が、1 型あるいは、2 型の糖尿病の成人を対象に、マインドフルネスに基づいた認知療法 (mindfulness-based cognitive therapy: MBCT)、個人 CBT、waiting-list コントロール条件間で比較した結果、MBCT と CBT での抑うつは、コントロール条件に比べて有意に低減していたこと、双方の条件で不安症状、well-being、糖尿病に関連する苦痛が低減したことを報告した。

Chen et al. (2014)²⁰⁾は、咽頭摘出手術を受け

た咽頭がん患者を、患者の希望により、8 週間の筆記による個人 CBT あるいは、8 週間の薬物療法に割当て、両群における抑うつと不安を比較した。その結果、双方の群で抑うつと不安は顕著に低減し、群間の差異は無かったことを報告した。

Kunik et al. (2008)⁶⁾は、中等度から重度の不安と (あるいは) 抑うつを合併する COPD に 8 週の集団 CBT ないし、COPD 教育を行った。その結果、両群とも QOL、不安、抑うつが改善し、改善はフォローアップ期まで維持されていたことを報告した。

「コントロール群との差有り」では、Turner et al. (2006)¹⁶⁾が、慢性の顎関節症への短期 CBT の短期的、長期的効果を検討している。RCT により、参加者は CBT ないし、教育/注意コントロール条件に割当てられた。その結果、CBT 群はコントロール群に比べて、12 ヶ月後のフォローアップ期まで、抑うつ、顎の痛み・機能、感情、痛みに関する信念 (pain belief)、破局化思考 (catastrophizing) の改善が持続していたことを報告した。

Savard et al. (2005)¹⁹⁾は、RCT により、乳がんから回復し不眠症を合併する患者への 8 セッションの集団 CBT (刺激制御、睡眠制限、認知療法、睡眠衛生、疲労管理等) と waiting list コントロール条件とを比較している。その結果、CBT 群は睡眠の状態が改善し、医学的治療を行う日数 (medicated nights) が減り、抑うつと不安のレベルが低下し、QOL が向上したこと、また、その効果は、介入後 12 ヶ月維持されていたことを報告した。

Fornal-Pawlowska & Szelenberger (2013)¹⁾は、慢性的不眠症への集団 CBT (CBT-i) の効果を検討したところ、51 名中 41 名が健常者と同等の睡眠状況となり、抑うつ、不安が低減し、QOL も改善したことを報告した。Hynninen et al. (2010)⁴⁾は、外来の COPD への集団 CBT の効果を、通常のケアを行う群と比較した結果、CBT 群では不安と抑うつに改善が見られ、その効果は、8 ヶ月後のフォローアップ期まで持続していたことを報告した。他方で、睡眠と健康状態は、両群で、変化が乏しかったことを報告した。

Navarrete-Navarrete et al. (2010)¹⁸⁾ は、RCTにより紅斑性狼瘡患者をコントロール群（CG）と治療群（therapy group: TG、週1回10セッションのCBT）に割り当て比較したところ、TG群はCG群に比べて、抑うつ、不安、日々のストレスに有意な減少が見られ、フォローアップ期までQOLと身体症状の改善が維持されていたことを報告した。

「ベースラインとの差無し」では、White et al. (2008)¹¹⁾ が、慢性疼痛患者への集団CBTについて検討したところ、身体的測度（12分間の歩行テスト、2分間の着席・起立テスト、2分間の階段登りテスト）および、心理的測度（痛みの強さ、自己効力感、抑うつ、不安、ストレス、破局化思考、障害(disability)が改善し、CBT後1、6、12ヵ月でも維持されていたことを報告した。

Cully et al. (2010)¹⁷⁾ は、うつ血性心不全とCOPDを合併し、慢性のうつ、および／あるいは、不安を持つ退役軍人に対して、心理学訓練生が6セッションのCBTと3回の電話ブースターコール（telephone booster calls）を行ったところ、抑うつ症状と不安が8週で改善し、その効果は3ヶ月後のフォローアップ時にも維持されたことを報告した。

以上により、慢性疾患の特徴や重篤度、合併症の有無等により、認知あるいは、行動に介入するかが分かれ、疾患の複雑さによっては、伝統的なCBTに加えて電話ブースターコールなどを行うことが有効な場合もあることが示唆された。

1-2. CBTにより抑うつに顕著な改善が見られなかった群

「顕著な改善無し」では、Tang (2010)²⁾ が、社交恐怖を合併する不眠症への5セッションの短期CBT（心理教育、睡眠制限療法：sleep restriction therapy、刺激コントロール、認知再構成）を施行し、事例研究を行っている。その結果、全ての睡眠変数が改善し、睡眠に関する不安や非機能的な信念・態度が低下したこと、また、その効果は9ヶ月後も持続していたことを報告した。他方で、抑うつや社交不安には改善が見られなかったことを報告した。

Livermore et al. (2010)⁵⁾ は、肺のリハビリテーションを受けているCOPD患者を対象に、RCTにより4セッションのCBT群とルーティーン・ケア群とを比較した。その結果、ルーティーン・ケア群では18ヶ月のフォローアップ期までに、少なくとも1回のパニック発作を経験し2名（17%）がパニック障害と診断されたが、CBT群ではパニック発作が見られなかった。また、CBT群では、フォローアップ期における不安と破局的認知が減少し、6ヶ月と12ヶ月のフォローアップ時の入院が少なかったが、抑うつに関しては、顕著な改善は報告されなかった。

Edelman et al. (2012)⁸⁾ は、神経耳科学クリニックに通い慢性自覚性めまいを持つ患者への短期CBTの効果を検討した。RCTにより、直ちに治療を行う群（3週間のパニック障害のCBTモデルに基づいた治療：心理教育、行動実験、恐れる刺激への曝露、再注意法）、wait-listコントロール群を比較したところ、めまいによる障害・身体症状は減少し、回避と安全行動は減少した。他方で、抑うつ、不安、ストレスなどに変化は見られなかった。

Londero et al. (2006)⁹⁾ は、“耳鳴りは日々の活動を制限し、不安や抑うつと関連する聴覚症状である”と述べている。そして、6ヶ月以上の慢性の激しい耳鳴りを持つ患者をRCTにより耳鳴り再訓練セラピー（tinnitus retraining therapy: TRT）あるいは、CBTに割当て効果を比較したところ、CBT群では、75%の患者で耳鳴りが改善した。他方で、抑うつについては、顕著な改善は見られなかった。また、Heinecke et al. (2010)¹⁰⁾ は、慢性の耳鳴りを持つ患者へバイオフィードバックの要素を含むCBTの介入を行ったところ、80%以上の患者は耳鳴りによるいらだち、耳鳴りの強さ、持続時間等が改善したが、患者がうつ病を合併している場合は、改善効果が少し減少したことを報告した。

Palermo et al. (2009)¹²⁾ は、慢性の頭痛、腹痛、筋骨格痛を合併し慢性疼痛による機能的障害を持つ子どもと思春期を対象に、RTCにより、インターネットで配信される8週間の家族CBT（医学的治療、リラクセーション・トレーニング、認

知的方略、親オペラント法、コミュニケーション方略、睡眠と活動の介入を含む）と、wait-list コントロール群（医学的治療のみ）を比較した。その結果、CBT 群では活動制限と痛みの強さに減少が認められ、その効果は3ヶ月後のフォローアップまで維持されていたが、抑うつ症状はグループ間で差異は見られなかったことを報告した。

Smeets et al. (2006)¹³⁾ は、RCTにより、非特異的慢性腰痛を持つ患者を、活動的な身体的治療（active physical treatment: APT）群、CBT 群、APT と CBT の組み合わせ（AC）群、waiting list（WL）群に割り当て比較した。その結果、痛みの破局化思考が3つの治療群で減少したが、WL 群では減少しなかった。また、全ての治療群で障害、主訴、痛みに改善が見られたが、WL 群では改善は見られなかったこと、抑うつはAPT 群においてのみ減少したことを報告した。

Hind et al. (2010)¹⁴⁾ は、軽度から中等度の抑うつ症状のある多発硬化症患者にコンピュータ化した CBT（computerised CBT: CCBT）を施行し、その効果を検討した。2つの CCBT パッケージの中から1つを使用し（1つは週1回8セッション、もう1つは週1回5セッション）、インタビューを行った。その結果、参加者からは“身体症状があるため CCBT の使用は重荷である（burdensome）”との回答があったことを報告した。また、Hind et al. (2010) は、“社会的孤立が継続していることに加えて人の入力が欠如していることによって、ある参加者は問題の定義づけができず、ゴールを設定したり、要求されている通りに出来事、思考、信念を区別することができなかった”と述べている。

以上の知見から、抑うつを合併する慢性疾患への CBT では、身体症状については比較的短いセッションで改善が見られ、フォローアップ期までその効果が持続することが多いが、抑うつ症状については、身体症状の改善に伴い変化が見られるという訳ではないと言える。このことは、複数の慢性疾患を持つことによる症状の複雑性や重篤度が関連していると考えられることから、それらに適応した CBT のセッション数、介入形態（個人・集団・家族）などの変数が考慮される必要性が示

された。

2. 個人／集団 CBT による抑うつ改善の違い

ここでは、CBT による抑うつの改善が見られた研究について、個人／集団の観点から CBT 効果を検討し、改善に関連する要因について考察する。

まず、個人 CBT において抑うつの改善が見られた研究は、Le Grange et al. (2014)⁷⁾ Cosio et al. (2011)¹⁵⁾、Tovote et al. (2014)³⁾、Chen et al. (2014)²⁰⁾、Turner et al. (2006)¹⁶⁾、Cully et al. (2010)¹⁷⁾ であった。これらの知見では、高齢者の重篤な慢性疾患、心理的苦痛の大きい疾患、複数の合併症が存在する場合等は、個人 CBT や、それに電話ブースターコールを付加した介入法が効果的である可能性が示されている。このことから、このような慢性疾患においては、セラピストとのより緻密な治療の関係が必要とされる可能性もあることが示唆された。

次に、集団 CBT において抑うつの改善が見られた研究は、Kunik et al. (2008)⁶⁾、Fornal-Pawlowska & Szelenberger (2013)¹⁾、Hynninen et al. (2010)⁴⁾、Navarrete-Navarrete et al. (2010)¹⁸⁾、White et al. (2008)¹¹⁾ であった。これらの知見から、抑うつを合併する慢性疾患への集団 CBT が効果をもたらす要因としては、認知的機能や身体的機能が維持されていること、慢性疾患の症状が重度でないこと、合併症が多くないこと、などがあることが考えられる。

他方、CBT による改善が見られなかった研究は、個人 CBT では、Tang (2010)²⁾、Livermore et al. (2010)⁵⁾、Edelman et al. (2012)⁸⁾、Londero et al. (2006)⁹⁾、Heinecke et al. (2010)¹⁰⁾、Palermo et al. (2009)¹²⁾、Smeets et al. (2006)¹³⁾、Hind et al. (2010)¹⁴⁾ であり、集団 CBT では見られなかった。これらの研究では身体症状は改善したものが多く見られたが、抑うつは改善していなかった。これに関連する要因として、まず、ほとんどの研究でセッション数が少ないことが挙げられる。また、バイオフィードバックなどを取り入れた患者のセルフコントロールを要求する CBT、子どもと思春期を対象とする親参加のインター

ネットによる家族 CBT，直接的な身体的治療の方が CBT よりも抑うつを改善した研究などが見られ，症状の重篤度に応じた患者への課題や，発達段階に応じた介入法を選択することの必要性が示唆された。

3. 抑うつ以外の合併症の有無と CBT 効果

ここでは，抑うつ以外の合併症の有無と CBT 効果について精査し，改善に関連する要因について考察する。

まず，抑うつに改善が見られたのは，Savard et al. (2005)¹⁹⁾，Hynninen et al. (2010)⁴⁾，Cully et al. (2010)¹⁷⁾ であった。Savard et al. (2005)¹⁹⁾ では，8 セッションのグループ CBT により，不眠症を合併する乳がんの抑うつが改善している。Hynninen et al. (2010)⁴⁾ では，不安を合併する COPD において，集団 CBT が改善をもたらしている。Cully et al. (2010)¹⁷⁾ では，うつ・血性心不全，不安を合併する COPD の退役軍人に対し，心理学訓練生による 6 セッションの CBT と電話ブースターコールが抑うつを改善している。

これらの結果から，複数の合併症を持つ抑うつについては，疾患の重篤度，認知・行動機能，集団への適合度等により，個人／集団 CBT が適切に選択された場合，効果が期待される可能性が示唆されている。

他方，抑うつに改善が見られなかったのは，Tang (2010)²⁾，Livermore et al. (2010)⁵⁾ であり，社交恐怖を合併する不眠症への 5 セッションの CBT，パニック・スペクトラムを合併する COPD への 4 セッションの CBT，腹痛，筋骨格痛に伴う機能障害を合併する慢性疼痛の子ども・思春期への親参加のインターネットによる家族 CBT などであった。

これらの背景には，精神疾患への CBT として見ても，短すぎるセッション数であることや，子ども・思春期の特性や親子関係と，介入法とが不適合であったことなどが考えられる。

4. 介入効果の持続

抑うつを合併する慢性疾患への CBT 効果は，改善が見られた研究では，フォローアップ期ま

で持続していたとするものが多く見られる^{6), 11), 19)}。これらの研究では，その効果は，6 ヶ月～12 ヶ月は維持されている。しかしながら，それ以上の期間については詳しく研究されていないため，今後は，この領域において，より長期的に効果を持続する要因を検討し，再発を予防するための介入法の詳しい研究が行われることが期待される。

5. セッション数と CBT 効果

セッション数と CBT 効果との関連については，効果があった研究では，喉頭がん患者への 8 セッションの筆記による CBT²⁰⁾，COPD への 8 セッションの集団 CBT⁶⁾，乳がんから回復した患者への 8 セッションの CBT¹⁹⁾，紅斑性狼瘡¹⁸⁾ への 10 セッションの CBT など，7～8 セッション以上のものが多かった。

他方，効果が無かったものは，Turner et al. (2006)¹⁶⁾ を除いて，社交不安障害を合併する睡眠障害への 5 セッションの CBT-i²⁾，パニック・スペクトラムを合併する慢性障害肺疾患への 4 セッションの CBT⁵⁾，3 週間の慢性自覚性めまいへの CBT⁸⁾ など，短期間の CBT が多かった。これらの研究では身体症状の改善は見られていても，抑うつや不安には改善は見られていないことから，抑うつを合併する慢性疾患への CBT は，疾患の特徴，重篤度，合併症の数などに応じて，十分なセッション数が設けられることが必要と思われる。

6. 媒介変数としての抑うつと破局化思考

本研究においてレビューした論文においては，抑うつや破局化思考を媒介変数として扱うものが多く見られた。例えば，Le Grange et al (2014)⁷⁾ は，成人の神経性食欲不振症では，治療結果の媒介変数が，eating disorder psychopathology (EDE Global)，抑うつ，年齢，AN のサブタイプであったと報告している。他方，Smeets et al. (2006)¹³⁾ は，非特異的慢性腰痛への介入では，活動的な身体的治療群においてのみ抑うつが低下し，痛みの破局化思考が，障害，主訴，痛みの強さ，抑うつを媒介していたことを報告している。同様の知見として，Turner, Holtzman, & Mancl (2007)³⁾，

慢性顎関節症では、痛みに対する信念の変化や、痛みを管理することへの自己効力感が、CBT効果や顎の使用制限等を媒介していたことを報告している。

これらの知見から、神経性食欲不振症や非特異的慢性腰痛、慢性顎関節症など、破局化思考などの認知に焦点を当て介入することにより、結果として、抑うつや身体症状が改善される可能性がある疾患があることが示唆された。

7. 電話、インターネットを媒体とする CBT の効果

Cully et al. (2010)¹⁷⁾は、うつ血性心不全に COPD と不安障害が合併した患者へ電話ブースターコールを付加した CBT (Cully et al., 2012) を行い、抑うつが低減したことを報告した。Cully et al. (2012) は、“患者の感情的、身体的健康の困難さを直接扱う電話ベースのセッションは、伝統的な CBT 技法を拡大した”、“伝統的な CBT を修正したアプローチは、複雑な心肺患者情緒および身体的健康の変化を扱うための潜在力を持っている”と述べ、この方法の妥当性について強調している。

また、Palermo et al. (2009)¹²⁾は、慢性疼痛の子どもと思春期を対象に、インターネットによる家族 CBT を行っている。そして、“CBT による介入は、若者の慢性疼痛を低減することが分かっているが、主要な治療センターへの距離や費用など多くの要因により、CBT の活用は制限されている (Palermo et al., 2009)”として、インターネットによる CBT の有用性を強調している。

他方、Hind et al. (2010)¹⁴⁾は、CCBT では、参加者から身体症状のため重荷であるとの回答があったことから、“社会的孤立が継続している患者にとって人からの入力欠如している条件 (Hind et al., 2010)”では、CCBT は効果が低いことを示唆している。

これらの知見から、電話やインターネットを媒体とする CBT を効果的に行うためには、疾患の特徴、重篤度、患者の年齢、合併症の数などを変数とした、より詳細な研究が必要であると言える。

V. まとめと今後の課題

1. まとめ

本研究では、抑うつを合併する慢性疾患への CBT に関する過去 10 年間の研究を展望し、その効果に関わる要因について検討するとともに、今後の課題を明らかにすることを目的とした。その結果、以下の知見が議論された。

1-1. 慢性疾患を合併する抑うつへの CBT 効果

慢性疾患を合併する抑うつへの CBT 効果は、疾患の特徴、重篤度、抑うつ以外の合併症の数等に影響される。また、患者の認知・行動のレベル、年齢、疾患の複雑さ、心理的苦痛の度合いなどにより、個人あるいは、集団 CBT が選択され、セッション数が考慮される必要がある。伝統的な CBT に加えて電話ブースターコールなどを付加することが有効である場合もある。CBT 介入に効果が見られた場合、その効果は、6 ヶ月～12 ヶ月は維持される可能性がある。

1-2. 媒介変数としての抑うつ・破局化思考

本研究で概観した論文では、抑うつは mainly outcomes としてよりは、secondary outcomes あるいは、ancillary outcomes として検討されるものが多かった。また、抑うつは治療効果を媒介するという知見、破局化思考が、抑うつ、障害、主訴等を媒介するという知見が見られた。これらの研究から、破局化思考などの認知を介入の対象とすることが、抑うつや身体症状を改善する慢性疾患があることが示唆された。

1-3. 電話、インターネットを媒体とする CBT の効果

電話やインターネットを媒体とする CBT を効果的に行うためには、疾患の特徴、重篤度、患者の年齢、合併症の数などを変数とした、より詳細な研究が必要である。

2. 今後の課題

2-1. 慢性疾患における抑うつの見過ごされやすさと家族関係への介入

患者の自覚する抑うつと臨床家が評定する抑うつとの間には、乖離があることが知られている。Carter, Frampton, Mulder, Luty, & Joyce (2010) は、自記式うつ尺度 (Beck Depression Inventory: BDI) と、臨床家が評定するうつ尺度 (the clinician Hamilton Depression Rating Scale) の間には中程度の相関しかない」と指摘している。それに加えて、慢性疾患の場合、患者自身が抑うつを自覚しないことや訴えにくいことがあり、家族にも見逃されやすい。そのため、早期に抑うつのアセスメントを行い、家族同席の面接で結果を示すなどして、医師との協働による治療環境の中で患者と家族を心理的に支援する体制を作ることが大切であると考え。

2-2. クリニックでの個人 CBT における抑うつを合併する慢性疾患への介入

医学的治療と併行して CBT を行い効果が見られた研究 (Wicksell, Kemani, Jensen, Kosek, Kadetoff, Sorjonen, Ingva, & Olsson, 2013)、リハビリテーションの一環として CBT を行い効果が見られた研究 (Verma, Cardenas-Garcia, Mohapatra, & Talwar, 2014)、身体的エクササイズと併行して CBT を行い効果が見られた研究 (Friedberg, Williams, & Collinge, 2012) などから、慢性疾患への CBT は、医学的治療や身体への働きかけと併行して行うことで効果が期待されると言える。

特に、複数の合併症を持つ患者では、全ての外部医療機関との連携は困難であり、医学的治療に応じた心理面接を行うことができにくくなる場合もある。そのため、心理士が外部の複数医療機関と連携を維持しながら介入できるような医療体制の整備が必要である。近年、クリニックなどでは、抑うつを合併する慢性疾患へのカウンセリングが、心理士に対して依頼されることが多くなっている。今後、慢性疾患への医学的治療と心理療法とを併行して行う統合的なプログラムの中で、CBT が十分に機能することが必要である。

2-3. 末期腎不全患者における QOL と緩和ケア

先述したように、慢性腎不全への人工透析治療では長期化する治療による苦痛とそれに伴う抑うつにより、QOL が低下することが知られている (Iyasere & Brown, 2014 参照)。CBT が慢性腎不全を合併する抑うつに効果があるとする研究 (Cukor, 2007; Iyasere & Brown, 2014; Khalil & Frazier, 2010)、CBT が慢性腎不全のアドヒアランス改善に効果をもたらすという知見 (Iyasere & Brown, 2014; Khalil & Frazier, 2010; Matteson & Russell, 2010) が近年多く見られているが、末期腎不全に対しては、今後さらに、QOL の向上と緩和ケアの視点をり入れた CBT 研究が望まれる。

引用文献

- Arundine, A., Bradbury, C.L., Dupuis, K., Dawson, D.R., Ruttan, L.A., & Green, R.E. 2012 Cognitive behavior therapy after acquired brain injury: maintenance of therapeutic benefits at 6 months posttreatment. *The Journal of head trauma rehabilitation*, **27** (2), 104-112.
- Bautovich, A., Katz, I., Smith, M., Loo, C.K., & Harvey, S.B. 2014 Depression and chronic kidney disease: A review for clinicians. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, **48** (6), 530-541.
- Carter, J.D., Frampton, C.M., Mulder, R.T., Luty, S.E., & Joyce, P.R. 2010 The relationship of demographic, clinical, cognitive and personality variables to the discrepancy between self and clinician rated depression. *Journal of affective disorders*, **124** (1-2), 202-206.
- Choose Destination
- Chen, J., Chen, C., & Zhi, S. 2014 Retrospective comparison of cognitive behavioral therapy and symptom-specific medication to treat anxiety and depression in throat cancer patients after laryngectomy. *Shanghai archives of psychiatry*, **26** (2), 95-100.
- Cole, K., & Vaughan, F.L. 2005 The feasibility of using cognitive behaviour therapy for depression associated with Parkinson's disease: a literature review. *Parkinsonism & related disorders*. **11** (5), 269-276.
- Cosio, D., Jin, L., Siddique, J., & Mohr, D.C. 2011 The effect of telephone-administered cognitive-behavioral

- therapy on quality of life among patients with multiple sclerosis. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, **41**(2) , 227-234.
- Coventry, P.A., & Gellatly, J.L. 2008 Improving outcomes for COPD patients with mild-to-moderate anxiety and depression: a systematic review of cognitive behavioural therapy. *British journal of health psychology*, **13**(Pt 3) , 381-400.
- Cukor, D. 2007 Use of CBT to treat depression among patients on hemodialysis. *Psychiatric services : a journal of the American Psychiatric Association*, **58**(5) , 711-712.
- Cukor, D., Ver Halen, N., Asher, D.R., Coplan, J.D., Weedon, J., Wyka, K.E., Saggi, S.J., & Kimmel, P.L. 2014 Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology: JASN*, **25**(1) , 196-206.
- Cully, J.A., Stanley, M.A., Deswal, A., Hanania, N.A., Phillips, L.L., & Kunik, M.E. 2010 Cognitive-behavioral therapy for chronic cardiopulmonary conditions: preliminary outcomes from an open trial. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, **12**(4) . pii: PCC.09m00896.
- Dennison, L., & Moss-Morris, R. 2010 Cognitive-behavioral therapy: what benefits can it offer people with multiple sclerosis? *Expert review of neurotherapeutics*, **10**(9) , 1383-1390.
- Duarte, P.S., Miyazaki, M.C., Blay, S.L., & Sesso, R. 2009 Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney international*, **76**(4) , 414-421.
- Edelman, S., Mahoneym, A.E., & Cremer, P.D. 2012 Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: a randomized, controlled trial. *American journal of otolaryngology*, **33**(4) , 395-401.
- Elomaa, M.M., de C Williams, A.C., & Kalso, E.A. 2009 Attention management as a treatment for chronic pain. *European journal of pain*, **13**(10) , 1062-1067.
- Fornal-Pawłowska, M., & Szelenberger, W. 2013 Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia. *Psychiatria polska*, **47**(2) , 269-279.
- Friedberg, F., Williams, D.A., & Collinge, W. 2012 Lifestyle-oriented non-pharmacological treatments for fibromyalgia: a clinical overview and applications with home-based technologies. *Journal of pain research*, **5**, 425-435.
- Fritzsche, A., Clamor, A., & von Leupoldt, A. 2011 Effects of medical and psychological treatment of depression in patients with COPD--a review. *Respiratory medicine*, **105**(10) , 1422-1433.
- Heinecke, K., Weise, C., & Rief, W. 2010 Chronic tinnitus: which kind of patients benefit from an outpatient psychotherapy?. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, **60**(7) , 271-278.
- Hind, D., O'Cathain, A., Cooper, C.L., Parry, G.D., Isaac, C.L., Rose, A., Martin, L., & Sharrack, B. 2010 The acceptability of computerised cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with chronic physical disease: a qualitative study of people with multiple sclerosis. *Psychology & health*, **25**(6) , 699-712.
- Hynninen, M.J., Bjerke, N., Pallesen, S., Bakke, P.S., & Nordhus, I.H. 2010 A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD. *Respiratory medicine*, **104**(7) , 986-994.
- Iyasere, O., & Brown, E.A. 2014 Determinants of quality of life in advanced kidney disease: time to screen? *Postgraduate medical journal*, **90**(1064) , 340-347.
- Khalil, A.A., & Frazier, S.K. 2010 Depressive symptoms and dietary nonadherence in patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis: a review of quantitative evidence. *Issues in mental health nursing*, **31**(5) , 24-30.
- Kunik, M.E., Veazey, C., Cully, J.A., Soucek, J., Graham, D.P., Hopko, D., Carter, R., Sharafkhan, A., Goepfert, E.J., Wray, N., & Stanley, M.A. 2008 COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, **38**(3) , 385-396.
- Le Grange, D., Fitzsimmons-Craft, E.E., Crosby, R.D.,

- Hay, P., Lacey, H., Bamford, B., Stiles-Shields, C., & Touyz, S. 2014 Predictors and moderators of outcome for severe and enduring anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy*, **56**, 91-98.
- Livermore, N., Sharpe, L., & McKenzie, D. 2010 Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD. *The European respiratory journal*, **35** (3) , 557-563.
- Londero, A., Peignard, P., Malinvaud, D., Avan, P., & Bonfils, P. 2006 Tinnitus and cognitive-behavioral therapy: results after 1 year. *La Presse médicale*, **35** (9 Pt 1) , 1213-1221.
- Matteson, M.L., & Russell, C. 2010 Interventions to improve hemodialysis adherence: a systematic review of randomized-controlled trials. *Hemodialysis international*, **14** (4) , 370-382.
- Navarrete-Navarrete, N., Peralta-Ramírez, M.I., Sabio-Sánchez, J.M., Coín, M.A., Robles-Ortega, H., Hidalgo-Tenorio, C., Ortego-Centeno, N., Callejas-Rubio, J.L., & Jiménez-Alonso J. 2010 Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, **79** (2) , 107-115.
- 中村菜々子 2015. 腎疾患・透析患者への CBT. 認知療法研究, **8** (2) , 204-206.
- Palermo, T.M., Wilson, A.C., Peters, M., Lewandowski, A., & Somhegyi, H. 2009 Randomized controlled trial of an Internet-delivered family cognitive-behavioral therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. *Pain*, **146** (1-2) , 205-213.
- Picardi, A., & Gaetano, P. , 2014 Psychotherapy of mood disorders. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, **26** (10) , 140-158.
- Pull, C.B. 2009 Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current opinion in psychiatry*, **22** (1) , 55-60.
- Ruesch, M., Helmes, A.W., & Bengel, J. 2015 Immediate help through group therapy for patients with somatic diseases and depressive or adjustment disorders in outpatient care: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, **16**, 287.
- Sage, N., Sowden, M., Chorlton, E., & Edeleanu, A. 2008 CBT for Chronic Illness and Palliative Care. A Workbook and Toolkit. John Wily & Sons, Ltd. England.
- Savard, J., Simard, S., Giguère, I., Ivers, H., Morin, C.M., Maunsell, E., Gagnon, P., Robert, J., & Marceau, D. 2005 Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliative & supportive care*, **4** (3) , 219-237.
- Serfaty, M.A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S., & King, M. 2009 Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial. *Archives of general psychiatry*, **66** (12) , 1332-1340.
- Smeets, R.J., Vlaeyen, J.W., Kester, A.D., & Knottnerus, J.A. 2006 Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, **7** (4) , 261-271.
- Smith, M.T., Huang, M.I., & Manber, R. 2005 Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical psychology review*, **25** (5) , 559-292.
- Tang, N.K. 2010 Brief CBT-i for insomnia comorbid with social phobia: A case study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, **38** (1) , 113-122.
- Tovote, K.A., Fleer, J., Snippe, E., Peeters, A.C., Emmelkamp, P.M., Sanderman, R., Links, T.P., & Schroevers, M.J. 2014 Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, **37** (9) , 2427-234.
- Turner, J.A., Mancl, L., & Aaron, L.A. 2006 Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized, controlled trial. *Pain*, **121** (3) , 181-194.
- Turner, J.A., Holtzman, S., & Mancl, L. 2007 Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in

- cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, **127**(3), 276-286.
- Veazey, C., Cook, K.F., Stanley, M., Lai, E.C., & Kunik, M.E. 2009 Telephone-administered cognitive behavioral therapy: a case study of anxiety and depression in Parkinson's disease. *Journal of clinical psychology in medical settings*, **16**(3), 243-253.
- Verma, S., Cardenas-Garcia, J., Mohapatra, P.R., & Talwar, A. 2014 Depression in pulmonary arterial hypertension and interstitial lung diseases. *North American journal of medical sciences*, **6**(6), 240-249.
- Von Korff, M., Vitiello, M.V., McCurry, S.M., Balderson, B.H., Moore, A.L., Baker, L.D., Yarbrow, P., Saunders, K., Keefe, F.J., & Rybarczyk, B.D. 2012 Group interventions for co-morbid insomnia and osteoarthritis pain in primary care: the lifestyles cluster randomized trial design. *Contemporary clinical trials*, **33**(4), 759-768.
- Vowles, K.E., McCracken, L.M., & O'Brien, J.Z. 2011 Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behaviour research and therapy*, **49**(11), 748-755.
- Wan Suhailah, W.H., Mohd Normani, Z., Nik Adilah, N.O., Azizah, O., Aw, C.L., & Zuraida, Z. 2015 The effectiveness of psychological interventions among tinnitus sufferers: A review. *The Medical journal of Malaysia*, **70**(3), 188-197.
- White, D.C., Beecham, R., & Kirkwood, K. 2008 The vocational continuum: how to make sense of vocational outcomes after group cognitive behavioural therapy for chronic pain sufferers. *Journal of occupational rehabilitation*, **18**(3), 307-317.
- Wicksell, R.K., Lekander, M., Sorjonen, K., & Olsson, G.L. 2010 The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) --statistical properties and model fit of an instrument to assess change processes in pain related disability. *European journal of pain*, **14**(7), 771.e1-771.e14.
- Wicksell, R.K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., Ingvar, M., & Olsson, G.L. 2013 Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *European journal of pain*, **17**(4), 599-611.

(2015. 9. 29 受稿, 2015. 10. 29 受理)