サイコオンコロジー研究

—がん患者の心理特性、心理的苦痛および心理療法について—

北里大学大学院医療系研究科
岩満 優美

Psycho-oncology: The psychotherapy, psychological characteristics and psychological distress of cancer patients

Yumi Iwamitsu
(Graduate School of Medical Sciences, Kitasato University)

Research in psycho-oncology has focused on how cancer affects the mental condition of cancer patients, their families, and medical staff, and how the mind and behavior affect the progression of cancer. Psycho-oncology research has developed readily since the 1980s, to address the psychological distress of cancer patients by supporting them psychologically. Research on psychological distress of cancer patients during the clinical course of the disease has identified vague anxieties related to uncertainty. However, each cancer patient is unique in how they experience psychological distress, and therefore, research has focused on the effects of psychological characteristics as factors that influence individual differences. Studies of risk factors for psychological distress in breast cancer patients have identified psychological characteristics, such as the tendency to suppress emotions, trait anxiety, life stress experiences, and coping, as risk factors. Several forms of psychotherapy are available for cancer patients, including psychotherapy for emotional suppression, problem-solving therapy, relaxation, and group therapy. To date, the efficacy of psychotherapy for cancer patients has been investigated through randomized trials mostly in Western countries. It is hoped that such studies would be undertaken in Japan in the near future.

Key words: psycho-oncology, psychological distress, psychological characteristics, psychotherapy

サイコオンコロジー概論

がん患者の心理的側面に注目されるようになった大きな契機は、1977年にアメリカのメモリアルスロンケタリングがんセンター記念病院に精神腫瘍学(psycho-oncology)(以下、サイコオンコロジーとする)が誕生したことによる(内富, 2009)。この精神腫瘍学という言葉は心理学(psychology)と腫瘍学(oncology)を合わせた造語であり、欧米では、心理学、精神医学、免疫学、内分泌学、脳科学、社会学、倫理学など多くの学問により、この領域の研究が発展してきている。サイコオンコロジー研究では大きく分けて2つの側面をもっている。1つめには、がんが、がん患者、家族および医療者の心に与える影響に関する研究であり、Quality of life(以下QOLとする)の向上を目指して研究を行っている。2つめには、心や行動ががんに与える影響に関する研究であり、がんの

罹患や生存率について影響を与える要因について研究を行っている。Figure 1はこれらの研究を図に表している。QOL、がんの罹患や生存率に影響を与える要因として、がんの種類、治療法、身体状況などに加えて、基本属性(性、年齢、経済状態など)、心理行動学的要因(性格、コーピング、健康行動など)、既往の精神疾患(うつ病など)、社会的要因(ソーシャルサポートなど)、環境的要因(がん告知の状況など)が介在変数として考えられており、そこに心理療法、薬物療法、行動療法などのサイコオンコロジー介入の有効性についても検討している。もちろん、研究だけにとどまらず、医療者への教育も行っている。

そもそも、がん患者の心理的援助の重要性が注目されるようになったのは、Derogatis, Morrow, Fetting, Piasetsky, Schmale, Hennichs, & Camicke (1983)が行った研究である。彼らは、無作為抽出した215人のがん患者を対象に、精神科医による面接を実施した。その結果、53%のがん患者は不安などを感じな

Figure 1. QOL とがん罹患・生存に関するサイコオンコロジー研究モデル (内富, 2010, p. 4, 図2)

がらも通常の心理反応であったが、47%のがん患者は何らかの精神医学的診断がつき、最も多かったのが、適応障害で32%であった。日本の国立がんセンターの研究によると、がん患者の10から30%がさまざまな臨床経過において適応障害や大うつ病性障害に罹患すると報告されており (Kugaya, Akechi, Okuyama, Nakano, Mikami, Okamura, & Uchitomi, 2000; Akechi, Okuyama, Sugawara, Nakano, Shima, & Uchitomi, 2004), がん患者の心理的援助の重要性が示唆されている。このような背景のもと、がん患者の心理的苦痛と心理的援助に関する研究が発展してきており、それが臨床実践のなかでいかされている。

臨床経過におけるがん患者の心理反応

がん患者の心理反応はどのように変化するのか、それを理解することが臨床実践へとつながっていく。そのため、がん患者の心理反応に関する研究は多数行われている。ここでは研究結果を示しながら、臨床経過における一般的ながん患者の心理反応について説明をする。

がん確定診断直後の患者の多くは、“頭が真っ白になった” “何も考えられない” などの強い心理的衝撃を受ける。そもそも、がんは死を連想しやすい疾患であるため、がん罹患に伴い、死への恐れまでも感じる患者も少なくない。食欲不振や不眠に陥ったり、不安や抑うつが強くなり集中力がなくなったり、生活に支障をきたすこともある。しかし、このような反応はある程度一時的な通常の心理反応であり、がん診断後、数週間が経過すると、がん罹患に対する情報を収集し現実問題に直面できるようになったり、楽観的な見方ができるようになる (岩満, 2013)。一方、なか

には、うつ病や適応障害を発症する場合もある。

患者は心理的衝撃を受けながら、治療の説明を受け、治療法を選択していく。治療の效果に一喜一憂し、治療の副作用に耐えながら、仕事や家族関係などの問題に直面する。たとえ治療の効果が認められていたとしても、がん患者は常に“将来どうなるかわからない”といった不確実性の問題を抱え、再発、治療、社会復帰などに悩み、不安や抑うつに陥りやすい (山口・石川・堀内, 2005)。

治療を終えたがん体験者が抱える悩みや負担について調べた研究では、再発・転移の不安がもっとも多く、次に将来に対する漠然とした不安が多いことを報告している (山口他, 2005)。治療を終えたがん体験者であっても、“これからどうなっていくかわからない”といった将来に対する見通しのなさ、不確実性の問題を抱えているのである。そのほか、医療費や社会復帰を含めた治療後の生活・健康管理などに悩み。不安を抱えながらさまざまな治療を受けてきたがん患者は、初回治療終了後、“何とか治療をやり遂げた”といった達成感や満足感を感じる一方、治療が終了しても再発・転移などの不安や心配が常につきまとう。診断5年後の乳がん患者の70% (Mast, 1998) が、治療後3カ月の口腔がん患者の80%以上 (Humphris, Rogers, McNally, Lee-Jones, Brown, & Vaughan, 2003) が再発への恐怖を感じている。また、30%から40%の乳がん、直腸がん、前立腺がんの患者が再発不安を抱き、約40%近くのがん患者が再発を示す症状に不安や心配を抱いている (Deimiling, Bowman, Sterns, Wagner, & Kahana, 2006)。

再発・転移が認められた場合、多くの患者が最初の診断を受けた時以上の心理的衝撃を受ける (岩満, 2013)。“これまでの治療が失敗したのではないか”

といった治療への失敗感、憤り、怒りを感じる一方、治らないことや見放されることへの恐れを感じる。とくに、再発・転移後には、過去、現在、未来にわたる生き方について考えることになる。“これまでの人生を無駄に過ごした”といった後悔や自責感、“現在、自立した生活を送っていない”ことからくる自己評価の低下、将来の死、それに伴う不安など、実存的不安が生じる（堀川、2000）。

乳がん患者の心理的苦痛に関する研究

初診時の患者を対象に行った面接調査では、初診時には約 60% 以上の乳がん患者ががん罹患などの不安や心配を抱えながら、検査を受けることを報告している（Okazaki, Iwamitsu, Kuranami, Todoroki, Suzuki, Yamamoto, Hagino, Watanabe, & Miyaoka, 2009）。乳がん確定診断前の患者を対象に行ったこの研究では、乳腺外来初診時の患者が、受診前からすでに、がんの疑いという直接的な影響による不安・心配、恐れや逃避、抑うつ、焦燥感などの否定的感情を、また治療法や術後による不安・心配、恐れや逃避、抑うつ、焦燥感などの否定的感情を圧倒的に多く感じており、受診時においても同様であることを示している。乳がん診断直後は衝撃を感じ、それは死を思い浮かべるほどであるという報告もある（上田・関・竹村、2002）。また、Deimling et al. (2006) によると、治療が開始された後には、がんの転移や副作用への心配を抱えることも報告されている。とくに、化学療法開始前から不安や抑うつなどを強く感じる乳がん患者は化学療法を開始した後も一貫して心理的苦痛を強く感じる事がわかっている（Bardwell & Ancoli-Israel, 2008）。しかし、不安や抑うつといった心理的苦痛の感じ方には個人差がある。乳がん患者を対象とした研究では、経済的問題（Golden-Kreutz & Andersen, 2004）、精神疾患既往歴（Gandubert, Carriere, Escot, Soulier, Hermès, Boulet, Ritchie, & Chaudieu, 2009）、がんのステージ（Gilbar & Hevroni, 2007）、副作用のある治療（Schlatte & Cameron, 2010; Schnur, Ouellette, Dileo, Green, & Montgomery, 2011）、ソーシャルサポートの少なさ（Bardwell, Natarjan, Dimsdale, Rock, Mortimer, Hollenbach, & Pierce, 2006）などががん患者の心理的苦痛に影響を与える。さらに、特性不安（Ollonen, Lehtonen, & Eskelinen, 2005）、ストレスライフイベント（Ando, Iwamitsu, Kuranami, Okazaki, Nakatani, Yamamoto, Watanabe, & Miyaoka, 2011）、感情抑制傾向（Iwamitsu, Shimoda, Abe, Tani, Kodama, & Okawa, 2003）、神経症傾向（Cardenal, Ortiz-Tallo, Martín, & Martínez, 2008）、コーピングスタイル（Gilbar & Hevroni, 2007）といった心理特性が、乳がん患者の心理的苦痛に影響を与えるリスク要因として

考えられている。

乳がん患者の感情抑制傾向と心理的苦痛に関する研究

Watson & Greer (1983) は、臨床経験から、乳がん患者が怒りや不安といった否定的感情の表出を抑制する傾向があることを報告し、乳がん患者に対して半構造化面接を実施し、否定的感情の抑制傾向を測定する Coutauld Emotional Control Scale を作成した。Watson, Greer, Rowden, Gorman, Robertson, Bliss, & Tunmore (1991) は、この質問紙を使用し、否定的感情の表出を抑制する乳がん患者は、がんに対して運命論的な態度や絶望的になりやすいことを明らかにしている。この感情抑制傾向とは、Temoshok (1987) が提唱した、怒りや不安といった否定的感情の表出を抑制し、不平不満を言わず、協調的で、自分の身近な人の要求に献身的に答えようとする“タイプ C 行動パターン”の重要な要素であると考えられている。このような行動パターンをもつ患者は、もともと社会的に望ましくふるまう傾向があり、他者にこれ以上迷惑をかけたくないという気持ちが強く、がん罹患というストレス状況においても、その行動パターンを変えようとしなない。

日本でも乳がん患者を対象に感情抑制傾向に関する研究を行っており、感情抑制者は感情表出者と比べて、すでに初診時から心理的苦痛を感じやすいこと、とくにストレスが急激にかかるがん確定診断後に抑うつや不安といった心理的苦痛を強く感じる事、このような傾向は手術後 1 年経過しても認められることを明らかにした（Figure 2 参照）（Iwamitsu et al., 2003; Iwamitsu, Shimoda, Abe, Tani, Okawa, & Buck, 2005b;

Figure 2. 感情抑制群と感情表出者の抑うつ痛得点の変化
(Iwamitsu et al., 2005b, p. 206, FIGURE 2 (B))

Table 1 術後の乳がん患者における感情抑制の程度と感情表出の出現頻度
(Nakatani et al., 2014, p. 823, Table 2 一部引用)

カテゴリー	サブカテゴリー	感情抑制群 (% (項目数))	感情表出群 (% (項目数))
否定的感情		31.1 (64)	17.8 (41)
	不安	15.5 (32)	9.1 (21)
	苦痛	2.9 (6)	2.2 (5)
	衝撃	1.9 (4)	2.2 (5)
	苛立ち	1.9 (4)	0.4 (1)
	逃避	1.5 (3)	0.4 (1)
	不満	1.5 (3)	0.9 (2)
	あきらめ	1.5 (3)	0 (0)
	葛藤	1.5 (3)	0 (0)
	嫌悪	1.0 (2)	0.9 (2)
	怖れ	1.0 (2)	0 (0)
	辛さ	0 (0)	0.9 (2)
	その他 ^a	1.0 (2)	0.8 (2)
肯定的感情		15.1 (31)	24.8 (57)
	楽観	7.3 (15)	6.5 (15)
	受容	5.3 (11)	6.5 (15)
	安堵感	1.9 (4)	8.3 (19)
	喜び	0.5 (1)	2.6 (6)
	覚悟	0 (0)	0.9 (2)
対処行動		30.6 (63)	33.5 (77)
	現実的行動	15.5 (32)	18.7 (43)
	現実的思考	5.8 (12)	4.4 (10)
	気分転換	5.8 (12)	4.8 (11)
	前向き思考	2.4 (5)	4.4 (10)
	その他 ^b	1.0 (2)	1.2 (3)

a その他の否定的感情は、懸念、驚きそして抑うつを含む

b その他の対処行動は、依存、情報収集、回避そして治療拒否を含む

Nakatani, Iwamitsu, Kuranami, Okazaki, Yamamoto, Watanabe, & Miyaoka, 2013)。さらに、乳がん患者の面接における発言内容においても、否定的感情の抑制者は表出者と比べて、不安などの心理的苦痛を表出する頻度が多いことも明らかにされている (Table 1 参照) (中谷・蔵並・岡崎・山本・渡邊・宮岡, 2012; Nakatani, Iwamitsu, Kuranami, Okazaki, Shikanai, Yamamoto, Watanabe, & Miyaoka, 2014)。感情抑制者は、自身の感情を表出して自己主張するよりも他者との調和を重んじる。そのため、人生が全般的に予測でき統制可能な場合には、協調性に富んだ礼儀正しい人として社会から評価され、適応的な生活を送っている。しかし、がん罹患という非常に強いストレスに遭遇しても抑うつや不安といった否定的感情の表出を抑制するといった対処スタイルに固執する。その結果、がん罹患に伴うストレスのみならず、抑うつや不安といった否定的感情の表出までもを抑制しようとするストレスも加わり、感情抑制者の心理的苦痛はよりいっそう増大し、最終的に、感情抑制者は抑制しきれなくなった否定的感情を、医療者により多く表出したと推

察される。これらの見解は、大学生を対象にした研究において、感情抑制者が否定的感情の表出を抑制することにより、かえって否定的感情の表出を増幅させるという研究結果 (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987; 木村, 2006) を反映した結果であると考えられる。そのほか、否定的感情の表出が生じる理由として、侵入的な思考との関係も考えられており (Quartana, Laubmeier, & Zalowski, 2006)、感情抑制と心理的苦痛との関係については、今後、さらにそのメカニズムを明らかにする研究の発展が期待される。

乳がん患者の心理的苦痛の リスク要因に関する研究

乳がん患者の心理的苦痛のリスク要因として、感情抑制傾向以外に特性不安も考えられる。特性不安が高い人は日常生活において些細なことで不安などの心理的苦痛を感じやすい。Okazaki, Iwamitsu, Kuranami, Hagino, Todoroki, Yasuda, Ando, Yamamoto, Watanabe, & Miyaoka (2009) は、特性不安の高い乳

がん患者は特性不安の低い乳がん患者と比べて、確定診断後に不安や抑うつといった心理的苦痛を強く感じ、同時に否定的感情などの心理的苦痛の表出が多いことを報告した。同様に、確定診断前、確定診断後あるいは術後1から24カ月後において、特性不安の高い乳がん患者は一貫して抑うつや疲労を感じやすく、将来の自分の健康について心配したり、治療の副作用について多く報告することもわかっている (Lockfeer & De Vries, 2012)。治療の副作用が心配される化学療法前に面接調査を行った鹿内・岩満・蔵並・中谷・岡崎・山本・渡邊・宮岡 (2012) の研究においても、特性不安の高い患者は低い患者と比べて、不安や抑うつが高く、絶望感や予期不安を抱きやすく、否定的感情の表出が多いことを認めている。さらには、感情抑制傾向と特性不安が心理的苦痛に与える影響について検討した研究では、特性不安が高くて感情を抑制する乳がん患者は初診時からすでに心理的苦痛が高く、それは確定診断後にさらに上昇しているのに対して、特性不安が低く、感情を表出する乳がん患者は初診時も確定診断後も心理的苦痛は一貫して低いことがわかっている

Figure 3. 特性不安と感情抑制が確定診断前後にあたえる心理的苦痛の変化 (Iwamitsu et al., 2005a, p. 22, FIGURE 1 から一部引用)

Figure 4. 心理特性と心理的苦痛との関連を示すパス解析の結果 (中谷他, 2014, p. 344, Figure 1)

る (Figure 3 参照) (Iwamitsu, Shimoda, Abe, Tani, Okawa, & Buck, 2005a)。

乳がん患者の心理的援助を考える場合、治療経過中に表れる心理反応を心理特性によって予測することができることが重要である。すなわち、治療経過中の患者の心理的苦痛を予測する心理特性を同定できれば、そのリスク要因となる心理特性をもつ患者の心理的援助を円滑に行うことができる。心理的苦痛と関連がある心理特性を初診時に測定し、その後の患者の心理的苦痛との関係について検討した Nakatani et al. (2013) の研究では、初診時に測定した特性不安の高さ、否定的感情抑制の高さ、さらには過去1年間に生じたストレスライフイベントを否定的にとらえる傾向の高さ (以下否定的ストレス経験とする) と術後1年前後の乳がん患者の心理的苦痛との間に正の相関が認められ、重回帰分析の結果、これらの要因が乳がん患者の術後1年前後の心理的苦痛を予測することが示されている。さらに、初診時に測定した感情抑制、否定的ストレス経験、特性不安にコーピングの要因を加えて、術後1年前後の乳がん患者の心理的苦痛との関係についてパス解析を用いて検討した研究では (中谷・岩満・山本・宮岡, 2014)、感情抑制傾向および否定的ストレス経験と術後1年前後の心理的苦痛との関連性は、コーピングである絶望感が媒介していた可能性が高く、特性不安の高さおよびコーピングである回避の低さは心理的苦痛と直接的な関係があることが示唆されている (Figure 4)。

以上より、医療者はがん患者の感情抑制傾向、特性不安および否定的ストレス経験などの心理特性を早期に把握することを心がけ、心理特性の特徴を考慮した適切な心理的援助を行うことが望まれる。

がん患者の心理療法

がん患者の心理療法を実施する際には、精神科診断、病態水準、知的能力、心理特性、生活史、家族関係など、さらにはがんの進行時期、身体的病状、治療などを考慮して行う。基本的には支持的療法が中心のアプローチであると考えられている (明智, 2011)。ここでは、確定診断を受けてから初回治療を行い、それが終了した時期までの心理療法として、認知行動療法、問題解決技法、リラクセーション、グループ療法を紹介し、心理特性との関連について説明する。

認知行動療法は、がん患者に対しても広く使用され、不安や抑うつなどの精神症状のみならず、痛みや倦怠感などの身体症状の緩和に対する有効性が示されている (Gielissen, Verhagen, & Bleijenbergh, 2007)。否定的感情を抑制するがん患者には、この認知行動療法を基盤とした個人の治療プログラムがある (Greer

& Moorey, 1997)。この治療プログラムでは、がんを疑い始めてからこれまでの経過、そのときの思考や感情を十分に表出させ、がんに対する前向き思考を育て、非現実的な思考を修正し（認知療法）、喜びと自己統制感をもたらすような毎日の行動を計画・実行する（行動療法）。このようなプログラムを受けたがん患者はそうでない患者と比較して、絶望感や不安が減少する傾向が認められ、不安の強いがん患者の頻度が、治療1年後において有意に減少したことが報告されている。Iwamitsu & Buck (2008) も、乳がん患者の感情抑制者を対象に、認知行動療法と支持的精神療法を組み合わせた個人心理療法を試みており、その結果、これらの心理療法を受けた感情抑制者はそうでない感情抑制者と比べて一貫して心理的苦痛が低い傾向があることを報告している。

がん患者のコーピングに焦点を当てた心理療法に、“問題解決療法”がある。これは抑うつや不安の軽減を目的とした認知行動療法の1つである。この療法では、患者の問題を定式化し、それを解決するために具体的で実現可能な目標を定め、それを実行することによって患者自身の問題解決技能を向上させることを目標とする。まず、ストレスマネジメントや問題解決に関する心理教育を行ったうえで、心理的苦痛の背景に存在するストレス状況を整理することから始め、最終的には具体的な解決方法を選択・計画し、実行およびその結果を検討することまでを含んでいる。Hirai, Motooka, Ito, Wasa, Yoshizaki, Shiozaki, Momino, Okuyama, & Akechi (2012) は、乳がん患者を対象に問題解決療法を実施した結果、抑うつや不安が有意に低下したことを報告している。

心身のリラクセーションを目的とした心理療法には、“自律訓練法”、“漸進的筋弛緩法”、“催眠”、“瞑想”、“バイオフィードバック”などがある。これらの療法は、不安や抑うつの軽減、治療の副作用の緩和、化学療法の副作用による悪心・嘔吐を経験した結果として生じる予期悪心・嘔吐などの緩和、痛みのコントロール、摂食障害や睡眠障害の改善などが治療対象とされている (Baider, Uziely, & De-Nour, 1994; Luebbert, Dahme, & Hasenbring, 2001)。今後、不安を抱きやすい特性不安の高い患者に対して、不安や抑うつの軽減を目的に、漸進的筋弛緩法や自律訓練法などのリラクセーションの有用性をよりいっそう実証することが必要であろう。

グループ療法は、心理教育、リラクセーション、感情表出、およびストレスマネジメントなどを組み合わせて行われていることが多い (Fawzy & Fawzy, 1998)。日本では、認知行動療法を組み合わせた乳がん患者に対するグループ療法が Fukui, Kugaya, Okamura, Kamiya, Koike, Nakanishi, Imoto, Kanagawa, & Uchitomi (2000) によって行われてい

る。毎週1回、合計6回のセッションにおいて、医学情報、心の対処法、身体のリラックス法を自ら学習し、感情の表出を促すプログラムである。このグループ療法に参加した乳がん患者は、心理的苦痛が低下することを報告している。

がん患者の不安や抑うつの軽減を目的とした心理療法の有効性に関する研究は、欧米を中心に無作為化比較試験によって報告されている。メタアナリシスによって心理療法およびグループ療法の有効性を示唆した研究もあり (Akechi, Okuyama, Onishi, Morita, & Furukawa, 2008; Beltman, Voshaar, & Speckens, 2010)、今後、どのようながん患者を対象に、どのような心理療法およびグループ療法を行うことが不安や抑うつの軽減につながるかといった、がん患者に対する心理療法およびグループ療法の有効性に関する研究が、日本においてもさらに発展することが望まれる。

まとめ

1980年代以降、サイコオンコロジー研究は急速に発展してきており、健康心理学がこの領域に果たす役割は大きい。ここでは乳がん患者の心理特性と心理的苦痛を中心に概説してきたが、乳がん患者のみならず、がん患者の肯定的な側面、たとえば心的外傷後成長に関する研究も最近では実施されている。加えて、第二の患者と言われているがん患者の家族や遺族に対する心理的苦痛や心理的援助に関する研究も実施されている。今後も、がん患者とその家族の心理的苦痛を含む心理反応について、さまざまな介入変数との関連から明らかにし、有効な心理療法を確立することが期待される。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

引用文献

- 明智龍男 (2011). VI心理社会的介入 内富庸介・小川朝生 (編) 精神腫瘍学 医学書院 pp. 194-201.
- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T., & Furukawa, T. (2008). Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005537.
- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2004). Major depression adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: Associated and predictive factors. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 1957-1965.
- Ando, N., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Nakatani, Y., Yamamoto, K., Watanabe, M., & Miya-

- oka, H. (2011). Predictors of psychological distress after diagnosis in breast cancer patients and patients with benign breast problems. *Psychosomatics*, **52**, 56–64.
- Baider, L., Uziely, B., & De-Nour, A. (1994). Progressive muscle relaxation and guided imagery in cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, **16**, 340–347.
- Bardwell, W. A., & Ancoli-Israel, S. (2008). Breast cancer and fatigue. *Sleep Medicine Clinics*, **3**, 61–71.
- Bardwell, W. A., Natarajan, L., Dimsdale, J. E., Rock, C. L., Mortimer, J. E., Hollenbach, K., & Pierce, J. P. (2006). Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, **24**, 2420–2427.
- Beltman, M. W., Voshaar, R. C., & Speckens, A. E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomized controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, **197**, 11–19.
- Cardenal, V., Ortiz-Tallo, M., Martín, F. I., & Martínez, L. J. (2008). Life stressors, emotional avoidance and breast cancer. *The Spanish Journal of Psychology*, **11**, 522–530.
- Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., Wagner, L. J., & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-oncology*, **15**, 306–320.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Piasetsky, S., Schmale, A. M., Henrichs, M., & Camicke, C. L. M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The Journal of the American Medical Association*, **249**, 751–757.
- Fawzy, F. I., & Fawzy, N. W. (1998). Group therapy in the cancer setting. *Journal of Psychological Research*, **45**, 191–200.
- Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., Kamiya, M., Koike, M., Nakanishi, T., Imoto, S., Kanagawa, K., & Uchitomi, Y. (2000). A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, **89**, 1026–1036.
- Gandubert, C., Carriere, I., Escot, C., Soulier, M., Hermès, A., Boulet, P., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2009). Onset and relapse of psychiatric disorders following early breast cancer: A case-control study. *Psycho-Oncology*, **18**, 1029–1037.
- Gielissen, M. F., Verhagen, C. A., & Bleijenberg, G. (2007). Cognitive behavior therapy for fatigued cancer survivors-long-term follow-up. *British Journal of Cancer*, **97**, 612–618.
- Gitlin, O., & Hevroni, A. (2007). Counterfactuals, coping strategies and psychological distress among breast cancer patients. *Anxiety, Stress & Coping*, **20**, 383–392.
- Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology*, **13**, 211–220.
- Greer, S., & Moorey, S. (1997). Adjuvant psychological therapy for cancer patients. *Palliative Medicine*, **11**, 240–244.
- Hirai, K., Motooka, H., Ito, N., Wasa, N., Yoshizaki, A., Shiozaki, M., 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**, 1168–1174.
- 堀川直文 (2000). がん患者の不安とその対応 緩和医療学, **2**, 34–43.
- Humphris, G. M., Rogers, S., McNally, D., Lee-Jones, C., Brown, J., & Vaughan, D. (2003). Fear of recurrence and possible cases of anxiety and depression in orofacial cancer patients. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, **32**, 486–491.
- 岩満優美 (2013). がん患者・家族の不安 ストレス科学, **27**, 18–24.
- Iwamitsu, Y., & Buck, R. (2008). Coping with cancer. In L. K. Jacobs (Ed.), *Toward psychological intervention for cancer patients: Emotional suppression, psychological distress, and coping with cancer*. New York: Nova science publishers, Inc. pp. 77–93.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M., & Okawa, M. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **57**, 289–294.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005a). Anxiety, emotional suppression and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, **46**, 19–24.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005b). The relation between negative emotional suppression and emotional distress in breast cancer diagnosis and treatment. *Health Communication*, **18**, 201–215.
- 木村 晴 (2006). 感情の制御 北村英哉・木村 晴 (編) 感情研究の新展開 ナカニシヤ出版 pp. 193–210.

- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Nakano, T., Mikami, I., Okamura, H., & Uchitomi, Y. (2000). Prevalence, predictive factors, and screening for psychological distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, **88**, 2817–2823.
- Lockefer, J. P. M., & De Vries, J. (2012). What is the relationship between trait anxiety and depressive symptoms, fatigue, and low sleep quality following breast cancer surgery? *Psycho-Oncology*, **22**, 1127–1133.
- Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: A meta-analytical review. *Psycho-oncology*, **110**, 490–502.
- Mast, M. E. (1998). Survivors of breast cancer: Illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology Nursing Forum*, **25**, 555–562.
- Nakatani, Y., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Shikanai, H., Yamamoto, K., Watanabe, M., & Miyaoka, H. (2014). The relationship between emotional suppression and psychological distress in breast cancer patients after surgery. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, **44**, 818–825.
- Nakatani, Y., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Yamamoto, K., Watanabe, M., & Miyaoka, H. (2013). Predictors of psychological distress in breast cancer patients after surgery. *The Kitasato Medical Journal*, **43**, 49–56.
- 中谷有希・岩満優美・蔵並 勝・岡崎賀美・山本賢司・渡邊昌彦・宮岡 等 (2012). 乳がん確定診断時の心理的反応と感情抑制傾向について 心理学研究, **83**, 126–134.
- 中谷有希・岩満優美・山本賢司・宮岡 等 (2014). 術後1年前後の乳がん患者の心理的苦痛に関連する要因の検討 日本心理学会第78回大会発表論文集, 646.
- Okazaki, S., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Todoroki, K., Suzuki, S., Yamamoto, K., Hagino, M., Watanabe, M., & Miyaoka, H. (2009). The psychological responses of outpatient breast cancer patients before and during first medical consultation. *Palliative and Supportive Care*, **7**, 307–314.
- Okazaki, S., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Hagino, M., Todoroki, K., Yasuda, H., Ando, N., Yamamoto, K., Watanabe, M., & Miyaoka, H. (2009). Trait anxiety and emotional response before and after breast cancer diagnosis. *Japanese Bulletin of Social Psychiatry*, **17**, 245–256.
- Ollonen, P., Lehtonen, J., & Eskelinen, M. (2005). Stressful and adverse life experiences in patients with breast symptoms: A prospective case-control study in Kuopio, Finland. *Anticancer Research*, **25**, 531–536.
- Quartana, P. J., Laubmeier, K. K., & Zakowski, S. G. (2006). Psychological adjustment following diagnosis and treatment of cancer: An examination of the moderating role of positive and negative emotional expressivity. *Journal of Behavioral Medicine*, **29**, 487–497.
- Schlatter, M. C., & Cameron, L. D. (2010). Emotional suppression tendencies as predictors of symptoms, mood, and coping appraisals during AC chemotherapy for breast cancer treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, **40**, 15–29.
- Schnur, J. B., Ouellette, S. C., DiLorenzo, T. A., Green, S., & Montgomery, G. H. (2011). A qualitative analysis of acute skin toxicity among breast cancer radiotherapy patients. *Psycho-Oncology*, **20**, 260–268.
- 鹿内裕恵・岩満優美・蔵並 勝・中谷有希・岡崎賀美・山本賢司・渡邊昌彦・宮岡 等 (2012). 化学療法開始前における乳がん患者の心理的反応と特性不安について 北里医学, **42**, 119–124.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surveys*, **6**, 545–567.
- 内富庸介 (2009). I. 総論 1. 精神腫瘍学概論 大西秀樹 (編) 専門医のための精神科臨床リユミエール 24—サイコオンコロジー— 中山書店 pp. 2–12.
- 上田稚代子・関 美奈子・竹村節子 (2002). 乳癌患者の術前・術後の心理的状況の分析 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要, **5**, 19–25.
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, **27**, 299–305.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M., & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, **21**, 51–57.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, **53**, 5–13.
- 山口 健・石川睦弓・堀内智子 (2005). がん患者の不安と悩み 治療, **87**, 1469–1475.

(2014.10.22 受稿, 2014.11.12 受理)