

認知行動療法と行動医学

林 潔*

本報告は行動医学についての認知行動療法の役割について紹介するものである。今日医療の領域で生活習慣病の比重が増加している。行動医学は生活習慣病や全人的医療の実践にかかわるものである。強固な認知構造はその人の心身の状態に影響を与える。そのため心身の再体制化のために認知構造の修正の手続きが求められる。その手続きとして用いられるものが認知行動療法である。

認知行動療法の手続きで行動医学に影響を与えているものは何かを明らかにするために、創刊以降の行動医学研究の掲載論文について検討した。

記述されている認知行動療法の手続きとしては、セルフモニタリング、リラクセーション/ソーシャルサポート、認知的再体制化、スキル訓練の順となる。認知行動療法の適用は、薬物療法との併用が一般的である。認知行動療法は日常生活の問題に対しても適用できる。また家族は第二の患者ともいわれる。援助行動は援助者の自己コントロールが基本となる。認知行動療法はこのことについても、理念と方法を提示するのである。

Uses of Cognitive Behavior Therapy in Behavior Medicine

Kiyoshi HAYASHI*

Recently, health care problems caused by lifestyle related illnesses have been increasing. Behavior Medicine plays an important part in the treatment of such illness as well as in their total health care work. The roles of Cognitive Behavior Therapy (CBT) in Behavior Medicine were identified. It is known that a strong cognitive structure influences mental and physical conditions. Therefore with some patients, it is necessary to reconstruct their mental constructs, in addition to treating the physical condition. It is known that CBT techniques are useful for cognitive structuring. The *Journal of Behavior Medicine* (Japan) was reviewed (from 1st Issue to current) to identify CBT techniques that have been influential in the field of behavior medicine. As a result, the following techniques were identified and ranked according to frequency of use: self-monitoring, relaxation/ social support, cognitive restructuring, skills training. Results also suggested that CBT procedures could be applied for coping with the daily problems and difficulties of patient. Moreover, family members of the patients are known as the second patient. The helper's self control is a basic consideration in helping work, and activities. CBT can also be used to modify the basic thoughts of helpers and to introduce new techniques to them.

1. はじめに

カウンセリング・心理療法のかかわる領域も拡大しつつある。

本報告は行動医学についての、認知行動療法の果たす役割について啓蒙的に紹介するものである。

今日生活習慣も大きく関係する疾病の比重が増加している。いわゆる生活習慣病である。

* 白梅学園短期大学
Shiraumegakuen College

「習慣病」というのは、つまり良くない習慣がくり返されることによって、そしてそれが慢性疾患

になり、それが甘いものを食べ過ぎる、太りすぎるから糖尿病になる、遺伝子を持っている人はもっとそれを加速される。遺伝子をもっている人でも子どもの時から糖分を制限し、肥満をしないで運動させるようにすれば、糖尿病になる時期を遅くすることができる。心筋梗塞にならないためには、タバコを吸わないとか、あるいはコレステロールを下げるとか、ストレスを上手に受け止めるようにすると、心筋梗塞になるのをずっと遅くすることができるという意味で、習慣病というのはそういう習慣から生まれるものだという定義なのです (日野原, 1998)。

またストレス処置をふくむストレス研究も、大きな進展をみせている。心理社会的ストレスは、病態論的には内臓肥満症候群あるいは Multiple Risk Factor Clustering Syndrome と呼ばれている病態を介し、あるいは直接的に高血圧、糖尿病、高脂血症を引き起こすことにより動脈硬化症を進展させる (下光, 2002)。

このような疾病に学際的にかかわるものが行動医学 (Behavior Medicine) である。また限られた疾患のみではなく、病む人間全般を対象とする全人的医療の実践といってよいほど、広範囲に用いられるのが行動医学である (篠原, 1998)。

認知行動療法は、認知過程を行動変革の媒介とする心理療法である。認知行動療法は常識的な認知の歪みの修整をとおして行う短期精神療法といえる (池見, 1995)。例えば、否定的思考はうつ病の第一原因とはならないとしても、維持する条件にはなる (Segal, 他, 越川監訳, 2007)。

野口 (2006) は、疾病における危険因子を Table 1 のように整理している。これらの危険因子は変容可能である。そして変容の手がかりの一つとなるものが、患者あるいは来談者、利用者の認知構造、特に信念である。

健康心理学の領域では、健康行動を予測しようとする研究ではビリーフ (信念) に焦点をあてたものが多い (Health Belief Model, The Theory of reasoned action, The Theory of planned behavior)。

Table 1. 危険因子

危険因子	死因	心疾患	がん	脳卒中	傷害	肺炎・インフルエンザ	交痛事故による外傷	糖尿病	肝硬変	自殺	他殺	エイズ
行動面での危険因子												
喫煙	●	●			●	●						
高血圧	●			●								
高コレステロール	●											
食習慣	●	●						●				
肥満	●	●						●				
運動不足	●	●		●				●				
ストレス	●			●	●		●			●	●	
アルコール乱用			●		●		●		●	●	●	
薬物乱用	●			●	●		●			●	●	●
シートベルト不使用							●					
銃所持					●					●	●	
性行動												●
生物学的危険因子	●	●	●					●				
環境面での危険因子												
X線被爆			●									
職場の危険環境			●		●		●					
環境汚染			●									
感染						●						●
家庭の悪環境					●							
道路状況							●					
スピード制限							●					
医療機関への近接	●	●	●			●		●	●	●	●	
製品のデザイン					●							
社会的要因	●			●	●		●	●		●	●	

ior, Recede-proceed model) (野口, 2006)。信念は、その人のもつ強固な認知構造である。

例えば 2008 年の日本行動医学会学術総会では、主観的健康観に関する発表がいくつかなされている。主観的健康観は身体的な生活活動能力、社会的な趣味活動と併せて健康の三大要素の一つとなっている。また軽度要介護高齢者が長期間自宅生活を継続するためには社会とのかかわりをもつことと併せて自分自身を健康だと思ふことの重要性が指摘されている (村田, 他, 2008; 星・成木, 2008)。主観的健康観。これもその人の認知構造である。

2. 行動医学

行動医学なる語は、正式には 1977 年イェール大学で開催された Yele Conference of Behavioral Medicine で認知された。しかし実質的にはそれよりはるか以前から発生していた (内山, 1995)。

行動医学は、健康と疾病に関する心理社会的、行動科学および医学生物学的研究を進め、これらの知見を統合の上、疾病の予防、病因の解明、診断、治療およびリハビリテーションに適用することを目的とする学際的学術と定義される [国際行動医学会, 1993 年]。行動医学の研究領域は、生物学的な行動機序の解明から、臨床診断と治療、さらに公衆衛生活動としての疾病予防と健康増進にまでおよんでいる (荒記, 1993)。こうした行動医学の発展を促した主な要因の一つは、急性疾患から慢性疾患への疾病構造の変化である (小林, 1998)。

行動医学は心身医学の流れから誕生する。わが国の心身医学の流れとしては、1960 年池見西次郎らによって日本精神身体医学会が設立された。学会はその後日本心身医学会と改称された。心身医学は、1930-50 年代に、精神分析学による一因的 (心因的)、因果論的な病因論が主流となって展開したものである。しかしこのような狭い視点から、身体病一般についての心身相関を論ずることには無理がある。1970 年代に入って、そのような心身医学を甦らせたのは、この領域への行動医学 (広義の) の導入であった (池見, 1991)。

わが国での行動医学の動向の発端は、医学および看護における行動科学的アプローチをテーマとする 1980 年の第 6 回医療と教育に関する国際セミナーである (篠田, 1989)。

Table 2. 第 10 回国際行動医学会セッションテーマ

アドヒアランス	加齢	感染症 (SARS, HIV, AIDS)
アルコール・喫煙・薬物乱用	遺伝・環境相互作用	
がん	心血管疾患と肺疾患	児童期と青年期
糖尿病・代謝・栄養・肥満および摂食障害		
ジェンダーと健康	保健行動	健康教育と健康増進
医療制度・医療政策・医療経済	疾患・疾患と感情・疾患行動	
計測と方法	疼痛・筋骨格系障害および神経筋障害	
身体活動	身体表現性障害・慢性疲労・不定愁訴	
心身症と睡眠	スクリーニング・早期発見	
社会経済的因子・文化と健康		
ストレス・精神生理学・精神神経免疫・内分泌学		
暴力・いじめ・PTSD	職場の保健	
伝統医療・統合医療・補完医療	複合領域・その他	

心身医学研究の流れを基礎に、以下の理由から心身医学から行動医学へのパラダイムシフトがなされた。

- (1) 精神力動的構造を明らかにする試みを基礎とする従来の心身医学への反省。
- (2) 大規模な疫学的研究からガンや冠動脈疾患といった主要な医療的障害で、生活様式、生活習慣が「危険因子」となることが明らかにされた、行動変容の試みが有効と認識されるに至ったこと。
- (3) バイオフィードバック法、自律訓練法など行動変容の技法が開発され身体障害の治療にも有効な証拠が得られたこと (西川, 1998)。

2008 年に立正大学を会場に、始めてわが国で国際行動医学会が開催された。セッションテーマは Table 2 のとおりであった。

3. 認知行動療法

1) 行動療法と認知行動療法

行動療法の根拠となる学習理論は、連合理論と認知理論に大別される (内山, 1988)。認知行動療法はこの認知理論を基礎とする手続きである。

ほとんどの場合、精神生理的障害が現れ維持されるのは、認知、情緒、および身体症状の持続的な相互作用による (Beck, 大野訳, 1990)。すなわち問題が生じると、生理、行動、情動、認知的変化が生じる。これらは相互に因果関係にある。認知行動療法は認知的側面からの取り組みである。

1960 年代のはじめごろから、臨床心理学者たち

は行動療法に認知的側面を導入することに興味をもちはじめた(岩本, 1997)。1960年代の終わり頃より認知的介在変数を積極的に取り上げないS-R理論や、それを基盤とする治療技法では、人間の行動の説明理論として、あるいは治療技法として、それは不備のあることが次第に指摘されるようになる(高山, 1997)。

久本(2008)は、行動療法の変遷について以下のように述べている。

第1世代の行動療法は不適応行動を改善するために行動を操作しようとするものであった。さらにうつのような不快な気分と感情を治療する必要から、思考を操作することによって気分や感情を改善しようとする第2世代の認知療法が生まれた。そして第3世代の行動療法として注意を操作し、気分や感情をコントロールするマインドフルネスな治療法が生まれた。

なお初期の認知行動療法の立場やわが国における動向については山口・坂野(1981)、坂野(1995)を参照していただきたい。また1974年に邦訳されたKrumboltzとThoresen(1969)の行動カウンセリングにも認知的技術が紹介されている。

認知行動療法の基本的仮説は、(i) 予期や判断、思考、信念体系といった認知的活動が行動に影響すると考える、(ii) 行動をコントロールする自己の役割を重視する、(iii) 認知的活動が行動に影響を及ぼすと考える、(iv) 認知的活動はモニター可能であり、変容可能であると考える、(v) 望ましい行動の変容は、認知的変容によって影響を受けると考える、という諸点である(坂野, 1997)。

2) 認知行動療法の発展の背景

認知行動療法のさまざまなアプローチは、いずれも古典的な行動療法と古典的な精神分析の間に位置し、この両者の特徴をそれぞれ程度の差こそあれあわせてもっているのである(根建・市井, 1995)。

わが国の認知行動療法の発展の背景となり、あるい特に影響を与えた立場としては以下をあげることができる。

1. Bandura の代理強化

直接経験ではなくて、他者の行動観察によっても

学習は成立するというBanduraの代理強化の理論は、認知行動療法に実験的基礎を与えた。

人には思考という能力があるから、洞察行動や見通しのきいた行動をすることができるのだ。そして人間では条件づけの現象は認知的制御の効力を認めなくては十分説明され得るものではない(Bandura, 原野・福島訳, 1974)。なお認知と条件づけとの関係については以下の点が留意されなければならない。すなわち、認知に基づく条件づけが成立するためには、情動反応の原因となる思考が十分な覚醒力を与えられなければならない(Bandura, 前掲書)。

2. Wolpe の系統的脱感作

系統的脱感作法は、神経症的な不安-反応習慣を、段階的な方法で、克服していく治療法である。患者を生理学的に、不安が抑制される状態をとらせ、ついで、弱い不安を起こさせる刺激を呈示する。この呈示は、刺激が完全に、不安を引き起こす力を失うまで、繰り返される。つぎに、だんだんと、より強い刺激が与えられ、同じように繰り返される。この方法は、不安抑制状態として、筋弛緩訓練を使用しているのが特徴であり、非常に多くの神経症的習慣を直接コントロールすることを、はじめて、可能にした。刺激呈示は、想像による。想像の不十分さは(実施)の障害と落とし穴となる(Wolpe, 内山監訳, 1971)。

3. 自律訓練法

自己催眠法の一つであって、定められた公式によって自己暗示を行う。

自律訓練法は、脳制御的な自己調整機構を適切に助長するように組まれたものである。この脳制御的自己調整機構は、動的平衡(ホメオスタシス)を保ち、回復をもたらし、また、自己正常化をはかる過程に関係しており、ストレスによって生起する変化に真向から対抗するものと考えられる(Luthe, 内山監訳, 1971)。なお創始者のSchultzは禅やヨーガの影響を受けたといわれる。確かに東洋の「行」的要素が含まれているといえよう(佐々木, 1976)。

4. バイオフィードバック

自己統制法(self-control)の手続きの一つである。

バイオフィードバックとは、生理反応(または生理反応パターン)に関する情報を、光、音、触覚刺激といったかたちで被験者に提示し、それによって

刻々と変化する生理状態を被験者に関知させる。それによって被験者は自分自身の生理のコントロールを獲得する (Schwartz, 他, 1975) と定義される。そしてこの試みは、瞑想とのかかわりに道を開いていく (渡辺, 他, 1980)。

5. Beck の認知療法

狭義の認知療法 (Cognitive Therapy) は Beck の立場を指す。彼は認知の 3 要素 (triad) として、自己、世界、未来をあげる。そしてこれらに対して否定的な認知しかできない状態を、抑うつの特徴と理解した (Beck, 大野訳, 1990)。

心理的な問題は、誤った学習、不十分な情報や不正確な情報に基づく誤った推測、想像と現実との区別の不適切さなど、ありふれた過程を経て生じた可能性がある。しかも、その考えは、誤った前提から引き出されているために、非現実的である可能性がある。刺激→意識の意味→情緒が、認知療法のモデルである。刺激に意識の意味づけを与える歪曲した考えは自動思考に基づく。

6. Ellis の Rational Emotive Behavior Therapy

Ellis の立場は論理療法、合理情動行動療法、REBT などの名称で紹介されている。出来事 (A Activating event) は直接に結果 (C Consequence 結果) に影響を与えるものではなく、信念 (B Belief) が媒介変数になると理解する。そして反論 (D Dispute)、効果 (E Effect) へと続く (Ellis & Harper, 国分・伊藤訳, 1981)。

ここで特に B の問題すなわち認知の歪みが問題となる。いわば傷口を大きくする条件である。認知の歪み (合理的ではない認知) とは何か。それは現実と願望との混同であると理解する。両者の混同は逆に自分自身を追いつめる。

7. Meichenbaum のストレス免疫訓練

さまざまなストレッサーを処理する上での、対処技術を教え、適応訓練を行うというプログラムである。

ストレス免疫訓練は、情動とストレス反応の性質を話し合うこと、ストレス対処技術をリハーサルすること、これらの技能を実際のストレス条件下でテストしてみることから成り立つ (Meichenbaum, 根建監訳, 1992)。

8. マインドフルネス

マインドフルネスは行動療法と瞑想研究との出会

いである。すること (doing) モードからあること (being) モードへの転換の実践である。マインドフルネスは意図的に今この瞬間に価値判断なしに注意を向ける、すべての体験に親和的に気づくことを意図する。思考は過去から学んだものや現在の気分の状態をふくむさまざまな影響を反映している。その思考は自動的に頭に浮かんできたものか、その状況に合っているか、疑問に感じることはないかチェックする。訓練の内容例はボディスキャン瞑想、3 分間呼吸空間法、座瞑想、マインドフルウォーク、宿題である。呼吸空間法は、1. 心や身体に起こっていることを認める、2. 呼吸へと注意を向ける、3. 身体へと注意を広げるという段階を追う (Segal, 他, 越川訳, 前掲書)。

3) 認知行動療法のモデルと対応

認知行動療法の基本的モデルでは、ストレッサーとストレス反応との間に媒介変数をおく。例えばラザルスは、この媒介変数として認知様式→対処様式を設定する (Lazarus, 他, 本明, 他訳, 1991)。言い換えると、人は出来事それ自体よりも、出来事に対する意味づけに反応する。この受け止め方すなわち認知的評価によって、対処様式が異ってくる。人は自分の判断基準によって出来事を受け止める。ここに認知の歪みが入る可能性があり、適応的な対処様式がとれなくなる。そこでセルフモニタリング (自己監視あるいは自己観察) が、ストレス対処の第一歩となる。

セルフモニタリング、すなわち気になることがあったら立ち止まって考えること。なぜそう思うのか。根拠は何か。本当にそこまで考えないといけなのか。つらく思うと人は心の中で暗い言葉をくり返す (文章記述)。それは病気か、不調の叫びか、本来の自分の思いなのか。弁別が要求される。

認知の歪みは以下のように整理される。

- 1) 選択的抽出 2) 肯定的面の軽視
- 3) 非合理的信念 4) 二値的 (二分的) 評価
- 5) 過度の一般化 6) 事実と判断との混同
- 7) 後からの誤った意味づけ 8) 誤った原因帰属
- 9) 当面する課題解決を困難にする思考様式

いずれも、非現実的な認知様式として理解される

認知行動療法の一般的な技法は次のように整理できる。

1. セルフモニタリング
 - 1) セルフモニタリング
 - 2) 日誌を用いた出来事の検討
 2. 認知的再体制化
 - 1) 認知的再体制化 2) 現実検証
 - 3) 非合理的信念の修正
 3. スキル訓練
 - 1) 不快な思考の停止あるいは軽減
 - A) 思考停止法
 - B) 簡単な計算をする
 - C) 思考に名前をつける
 - 2) 判断決定の学習
 - 3) 問題解決と KJ 法の利用
 - 4) 社会的技能訓練
 4. リラクセーション
 - 1) イマジネーション
 - 2) 筋リラクセーション
 - 3) 呼吸調整
 5. ソーシャルサポート

サポート源の認知
 6. その他

図書・資料の利用など
- アトピー性皮膚炎 (2001)¹⁾ 過食症 (2001)¹⁾
 無月経 (2001)¹⁾
 ストレスマネジメント (2003)²⁾
 身体不定愁訴 (2003)³⁾
- 3) スキル訓練

喫煙予防 (2001; 2004) 糖尿病 (2001)
 高血圧 (2006)
 - 4) リラクセーション

リラクセーション 身体不定愁訴 (2003)³⁾
 自律訓練法 糖尿病 (1993) 慢性疾患 (1999)
 神経症 (1999)
 ストレスマネジメント (2003)²⁾
 筋弛緩法 ストレスマネジメント (2003)³⁾
 瞑想 肥満 (2001)
 ヨガ技法 ストレスマネジメント (2003)²⁾
 - 5) ソーシャルサポート

健康への影響 (1997) 健康行動 (1999)
 過敏性腸症候群 (1999)
 睡眠の質 (2001; 2001) 肥満 (2001)
 糖尿病 (2001) 主観的健康観 (2005)
- 記述されている認知行動療法の手続きとしては、セルフモニタリング、リラクセーション/ソーシャルサポートの利用、認知的再体制化の順となる。セルフモニタリングは認知行動療法の基本となる手続きである。もちろん、強すぎるあるいは強迫的なモニタリングは論外である。
- また 2008 年の第 10 回国際行動医学会の発表論文集に記載されている、認知行動療法を用いた事例は以下のとおりであった。
- 冠動脈疾患 糖尿病 炎症性腸障害 腰痛
 ぜん息 肥満 耳鳴 リウマチ様関節炎
 慢性疼痛 不眠 不安・抑うつ 妄想性障害
 機能性発声障害 慢性疲労 病的ギャンブル
- 疾病に対する認知行動療法の適用は、薬物療法との併用が一般的である。また認知行動療法の単独の技法を用いるというよりも、技法のパッケージが用いられることが多い。
- 行動科学的技法を活用できる保健担当者は限られている (川上, 1999)。行動科学的技法の訓練が、保健領域への心理学のかかわりの課題の一つとなると考えられる。
- 認知行動療法の手続きは、日常生活の問題に対しても応用が可能である。例えば家族は第二の患者と

4. 行動医学における認知行動療法の適用

認知行動療法の理論および手続きが、どのように行動医学の領域で用いられているのであろうか。このことを検討するために 1993 年の創刊以降 2008 年までの日本行動医学会の機関誌、行動医学研究 (合計 16 冊) の掲載論文に記述されている認知行動療法の適用例と手続きを検討した結果は、以下のとおりである。

(¹⁾ REBT による (²⁾ 1312 例対象論文 (³⁾ 971 例対象論文)

1) セルフモニタリング

糖尿病 (1993; 2001)
 歯科口腔外科的心身症 (1993)
 生活習慣病予防 (1999) 肥満 (2001)
 境界知能者 (2003) 受療行動促進 (2005)
 不眠 (2006) 高血圧予防 (2005; 2006)
 肺がん患者の化学療法の意志決定への援助 (2006)

2) 認知的再体制化

虚血性心疾患 (1996) 肥満 (2001)

も呼ばれる。援助行動は援助者の自己コントロールが前提となる。認知行動療法は、これらのことについても具体的な理念と方法を提示するのである。

引用・参考文献

- 荒記俊一 1993 行動医学とは 行動医学研究, 1, 1.
 荒記俊一・谷川 武 1991 「行動医学」研究の国際的動向 公衆衛生, 55, 705-707.
 バンデューラ, A. 原野広太郎・福島脩美訳 1974 人間行動の形成と自己制御 金子書房 (Bandura, A. 1971 *Social learning theory*. General Learning Press.)
 ベック, A. T. 大野裕訳 1990 認知療法 岩崎学術出版社 (Beck, A. T. 1976 *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Mark Parson and International Universities Press, Inc.)
 エリス, T., ハーパー R. A. 国分康孝・伊藤順康訳 1981 論理療法 川島書店 (Ellis, A. & Harper, R. A. 1975 *A new guide to rational living*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.)
 藤沢大介 2008 認知行動療法とアンチエイジング 日本抗加齢医学会雑誌, 4, 647-651.
 小林章雄 1998 行動医学研究の国際的動向 現代のエスプリ 373, 生活習慣病, 49-59.
 西川泰夫 1998 行動医学とは 西川泰夫・山崎久美子編 現代のエスプリ 373, 生活習慣病, 38-48.
 日野原重明 1998 対談「生活習慣病」という名称をめぐって 西川泰夫・山崎久美子編 現代のエスプリ 373, 生活習慣病, 5-37.
 久本博行 2008 行動, 思考から注意へ: 行動療法の変遷とマインドフルネス (Mindfulness) 関西大学社会学部紀要 39, 2, 133-146.
 星丹二・成木弘子 2008 都市在宅高齢者 1.3 万人の六年間生存規定要因 第 14 回行動医学学会学術総会プログラム・論文集, 57.
 池見西次郎 1991 行動医学——なぜ必要か 公衆衛生, 55, 672-674.
 池見西次郎 1995 行動医学と心身医学 行動医学研究, 2, 2-5.
 ISBM and JSBM 2008 *10th International Congress of Behavioral Medicine Abstract Book*.
 岩本隆茂 1997 学習理論と認知行動療法 岩本隆茂・大野裕・坂野雄二編 認知行動療法の理論と実際 培風館
 川上憲人 1999 産業保健: 生活習慣病予防対策 行動医学研究, 6, 16.
 クレンボルツ, J. D., ソアセン, C. E. 沢田慶輔・中沢次郎編訳 1974 行動カウンセリング 誠信書房 (Krumholtz, J. D., & Thoresen, C. E. 1969 *Behavioral counseling* N. Y.: Holt Reinhart and Winston, Inc.)
 ラザルス, R. S. フォークマン, S. 本明 寛・春木 豊・織田正美監訳 1991 ストレスの心理学 実務教育出版 (Lazarus, R. S. & Folkman, S. 1984 *Stress, appraisal, and coping*. N. Y.: Springer Publishing Company, Inc.)
 ルーテ, W. 編 内山喜久雄監訳 1971 自律訓練法第 1 巻 誠信書房 (Luthe, W., ed. 1969 *Autogenetic therapy I*. Grune & Stratton, Inc.)
 マイケンバウム, D. 根建金男監訳 1992 認知行動療法 同朋舎出版 (Meichenbaum, D. 1977 *Cognitive behavior modification*. N. Y.: Plenum Press)
 村田 伸・村田 潤・津田 彰 2008 軽度要介護高齢者における自宅生活の継続要因に関する前向き研究——5 年間の追跡調査より 第 14 回日本行動医学学会学術総会プログラム・論文集, 55.
 根建金男・市井雅哉 1995 認知行動療法の意義と課題——行動医学との関連から 行動医学研究, 2, 29-35.
 西川泰夫 1981 行動医学 講談社
 野口京子 2006 新版 健康心理学 金子書房
 坂野雄二 1995 認知行動療法 日本評論社
 坂野雄二 1997 さまざまな認知行動療法 岩本隆茂・大野 裕・坂野雄二編 認知行動療法の理論と実際 培風館
 佐々木雄二 1976 自律訓練法の実際 創元社
 Schwartz, G. E.・平井 久・渡辺尊巳 1975 バイオフィードバック, 上 誠信書房
 シーガル, Z. V., ウィリアムズ, J. M. G., ティーズデル, J. D. 越川房子監訳 2007 マインドフルネス認知行動療法 北大路書房 (Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. 2002 *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*.)
 下光輝一 2002 心理社会的ストレスから生活習慣病へ産業ストレス研究, 9, 4, 195.
 篠田知璋 1989 行動医学と心身医学 心身医学, 29, 339-348.
 篠田知璋 1998 行動医学的診断と分析 西川泰夫・山崎久美子編 現代のエスプリ, 373, 60-75.
 高山 巖 1997 行動療法と認知行動療法 岩本隆茂・大野 裕・坂野雄二 認知行動療法の理論と実際 培風館
 内山喜久雄 1988 行動療法 日本文化科学社
 内山喜久雄 1995 行動医学——回顧と展望 行動医学研究, 2, 6-11.
 内山喜久雄・坂野雄二 2008 認知行動療法の技法と臨床 日本評論社
 渡辺昭一・平井 久・池田行伸 1980 禅僧による皮膚電気活動の自己コントロール バイオフィードバック研究会編 バイオフィードバックと瞑想

誠信書房

ウォルピ, J. 内山喜久雄監訳 1971 行動療法の実
際 黎明書房 (Wolpe, J. 1969 *The practice of behavior
therapy*. N.Y.: Pergamon Press.)

山口正二・坂野雄二 1981 認知行動療法に関する最近
の研究 千葉大学教育学部研究紀要, **30**, 15-25.

付記 本論文は2008年9月14日日本応用心理
学会第75回大会(横浜国立大学)において, 本学会
企画委員会主催研修会で講演した内容に加筆したも
のである。