

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) —

久本博行

Behavior and Thought to Attention:
Change of Behavior Therapy and Mindfulness

Hiroyuki HISAMOTO

Abstract

Behavior therapy of the first generation was designed to influence maladjusted behavior. Cognitive therapy as the second generation of behavior therapy was designed to improve emotions/moods by influencing thoughts away from the necessity of treating unpleasant emotions like depression. Behavior therapy of the third generation is mindfulness therapy that is designed to control emotions/moods by operating on attention. It introduces mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy as examples of mindfulness therapy.

Key words: Attention, Mindfulness, Meditation, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Mindfulness-Based Stress Reduction,

抄 録

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や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てきた。マインドフルネスな治療の具体例として、マインドフルネス・ストレス低減法とマインドフルネス認知療法を紹介した。

キーワード：注意, マインドフルネス, 瞑想, マインドフルネス認知療法, マインドフルネス・ストレス低減法

1. はじめに

Heys, S. C. (2004) は行動療法の発展経過を3つの時期に分け、現在はその第3世代と捉えており、第3世代のキーワードとしてアクセプタンス (acceptance), マインドフルネス (mindfulness), 認知的デフュージョン (cognitive defusion), 弁証法 (dialectics), 価値 (value), スピリチュアリティ (spirituality), 関係性 (relationship) をあげている。そして、第3世代の行動療法の代表的治療法として、弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy : DBT ; Linehan, M. M. 1993a, 1993b), 機能分析心理療法 (Functional Analytic Psychotherapy : FAP ; Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. 1991), 統合的行動カップルセラピー (Integrative Behavioral Couple Therapy : IBCT; Jacobson, N. S. & Christense, A. 1996), マインドフルネス認知療法 (Mindfulness-Based Cognitive Therapy : MBCT; Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. 2002, Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. & Kabat-Zinn, J. 2007) などをあげている。

ここでは、こうした行動療法の流れを概観するとともに、最も中心的なキーワードの一つであるマインドフルネスについて、その意味と実際の治療技法について検討する。

2. 行動療法, 認知行動療法からマインドフルネス認知療法へ

認知行動療法は、Eysenck, H. J. や Wolpe, J. らが開発した行動療法に、Beck, A. T. や Ellis, A. らの主として認知を取り扱う心理療法が融合し、現在のような形に発展してきている。もともと行動療法という言葉は、Skinner, B. F. & Lindsley, O. R. (1954) によって使われ、その後Eysenck, H. J. (1960) によって広まった。Eysenck や Wolpe らが行動療法 (behavior therapy) という言葉を使うようになり、Skinner は自分たちの方法を行動変容法 (behavior modification) と呼ぶようになった。Eysenck や Wolpe らの行動療法も Skinner らの行動分析学もその基本となるものは学習心理学であり、不適応行動に注目しその行動を変化させることが目的であった。その後Ellis, A. (1957) が論理療法を創始し、Beck, A. T. (1963, 1964) が認知療法の基礎となる考えを示し、思考に焦点を当てそれを変えることで不快な気分や感情を改善しようとした心理療法が生まれてきた。彼らの治療法では、最初から行動療法の技法が取り入れられていたこと、行動療法においてもBandulaの社会的学習理論やイメージによる不安刺激に対する曝露といった認知的要素がその技法に使われていたことなどから、自然に行動療法と認知的な治療法との融合が始まり現在の認知行動療法へと発展していった。

ここで、Beckらが認知に着目したのは、彼らが最初に対象としたのがうつ病という気分障害であったことと大いに関係があるだろう。気分や感情をコントロールするためには、思考を操作することが必要であると考えたのである。もちろん、初期の行動療法においても種々の不安障害が治療対象となっており、不安を取り除くためにリラクゼーション法なども取り入れられている。しかし、行動療法では不安という感情をコントロールすることには治療の主眼が置かれておらず、あくまで顕在的な不適応行動を修正することが主眼であり、不安感情のコントロールは治療目的ではなかったのである。それに対し、Beckらの認知療法では、うつという気分をコントロールすることが目的となっているのである。Ellisにおいてもその治療法の名前Rational Emotive Behavior Therapy やその主たるテキストである”Reason and Emotion in Psychotherapy” からでも分かるように、その治療目標は感情のコントロールなのである。つまり、行動療法の第2世代では思考を操作することによって、気分や感情をコントロールすることに重点が置かれるようになったのである。

Beckのうつ病の認知モデル

図1にBeckのうつ病の認知モデルを示した。彼のモデルは、ネガティブなスキーマ（うつの素因）を持った人がネガティブなライフイベント（ストレス）にあうと、認知の歪みが活性化されネガティブな認知の3徴候（自己、世界、将来に対するネガティブな考え）が生まれ、そこからうつの症状が生じるというものである。そして、その認知の歪みを修正することによってうつ病を治そうとするのがBeckのうつ病の認知モデルである。

ここでスキーマとは、認知構造のことであり信念とも呼ばれるものであり、例えば「私は価値がない。」といったものである。認知の歪みとは、推論の誤りでありBeck, A. T. et al. (1979) は以下の6つのものをあげている。

- ①自分勝手な推測
- ②選択的な抽象化
- ③過度の一般化
- ④誇張と矮小化
- ⑤個人化
- ⑥絶対的、二者択一的思考

現在、Beckらの認知療法は十分に確立され効果のある治療法として検証され認められている（APA 1993, Chambless, D. L. et al. 1998）。

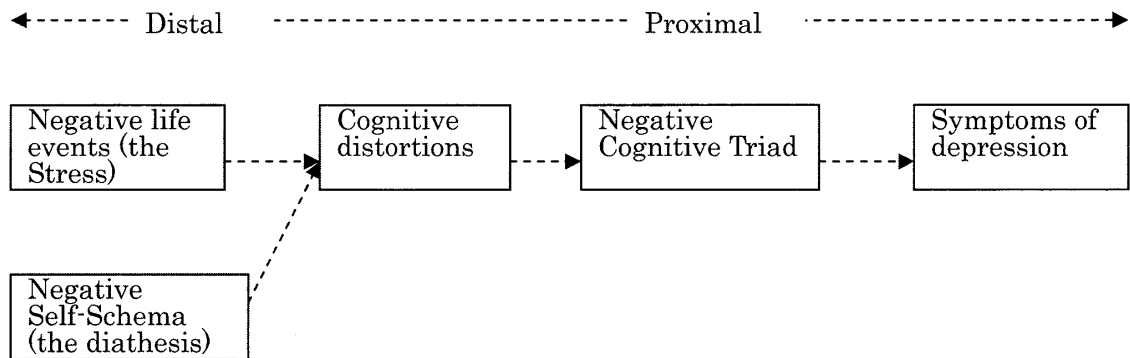


Figure 1. Causal chain implied in Beck's cognitive theory of depression. (The arrow with a solid line indicates a sufficient cause. Arrows with broken lines indicate contributory, causes. Abramson, L. Y. et al. (1988) p.10)

1990年代に入るとHeysのいう第3世代の行動療法として、マインドフルネスやアクセプタンスをキーワードとする新しい考え方や治療法が生まれてきた。その代表的なものの一つとしてLinehanの弁証法的行動療法がある。これは境界性人格障害を対象とした治療法であり、その基本的考え方は、境界性人格障害は情動調節機能の障害であり、情動調節のスキルを身に付けるトレーニングが必要であるというものである。スキルトレーニングの中核としてマインドフルネス・スキルを位置づけており、「自分の心情をコントロールするということは実は集中の過程——つまり、何に注意を向けるか、そしてそれにどのくらい注意を払うかをコントロールすることを学ぶことである。」(Linehan, M. M 1993a)と述べている。

Teasdale, J. D.ら (1995, 2000, Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. 2002) もマインドフルネスを治療技法の中心としたうつ病の再発予防プログラム (MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy) を開発している (Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. & Kabat-Zinn, J. 2007はセルフヘルプ用テキストである)。このうつ病再発予防プログラムの開発の背景にあるのが、Teasdale, J. D. (1985, 1987, 1988) のDifferential Activation Hypothesis (DAH) である。DAHはBeckのうつ病のモデルでは、説明できない現象から生まれてきたものである。

Beckの理論ではうつ病が治った場合、認知の歪みは修正されてもネガティブ・スキーマは変わらないと考えられている。Dobson, K. S. & Shaw, B. F. (1986) はうつ病から回復した場合、ハミルトン抑うつ評価尺度, BDI (Beck Depression Inventory) や自動思考質問票の得点は下がるが、ネガティブ・スキーマを測定するDAS (Dysfunctional Attitude Scale) の得点は下がらないという報告をしている。

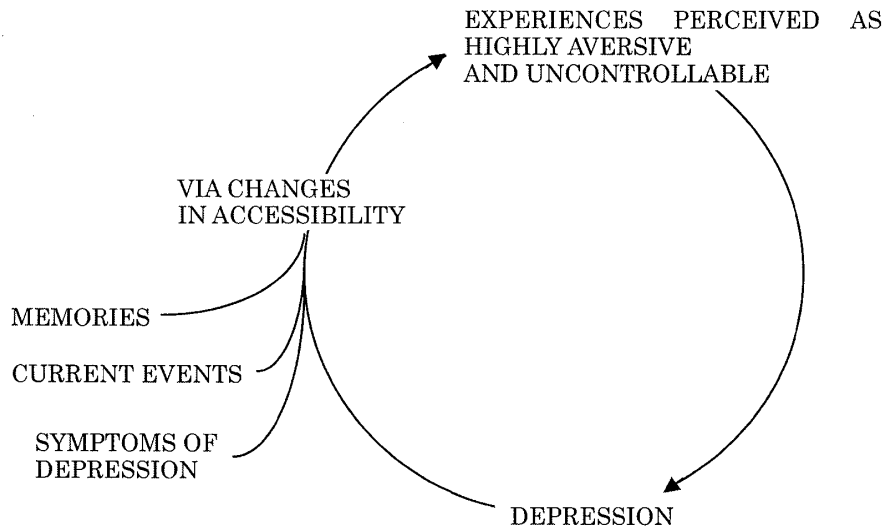


Figure 2. The reciprocal relationship between depression and negative cognitive processing may set up a vicious circle which will act to maintain depression. (Teasdale, J. D. 1985)

しかし、これに反する研究結果も出てきた。Hamilton, E. W. & Abramson, L. Y. (1983) や Silverman, J. S., Silverman, J. A. & Eardley, D. A. (1984) では、うつ病から回復すると DAS の得点も下がることが報告され、Silverman らはネガティブ・スキーマというのはうつ病の原因ではなく、症状であると主張した。

Teasdale, J. D. (1985) は、うつに一度かかると回復後もささいな問題に対し、ネガティブな認知の影響を受けやすくひじょうに嫌悪的で手に負えないと感じてしまい、その時その人の注意が他のものでいっぱいであれば、うつを体験した時の記憶を思い出し、抑うつ的思考を反すうするようになり (図 2)、再発するという Differential Activation Hypothesis (DAH) を提案した。この仮説が Beck のモデルと異なっている点は、Beck のモデルでは感情は思考によって決まると考えられているが、DAH では感情から思考が影響を受けることがあるということ、そして注意がどの方向に向かっているかを重視していることである。この注意を操作することによって、うつという気分を改善することを目指し、マインドフルネスな手法を利用したのがマインドフルネス認知療法 (MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy) なのである。

このように、行動療法から MBCT への流れをまとめると表 1 のようになる。第 1 世代の行動療法では目標となるものは不適応行動の修正であり、操作対象となるものは行動である。その代表的な手法の一つとしては、曝露反応妨害法が挙げられる。曝露反応妨害法は色々な不安障害の治療に用いられる手法であり、クライアントが不安や恐怖を感じる刺激

に曝し、通常クライアントが行っている不安刺激に対する回避行動を行わないようにし、不安レベルが十分に下がるまで刺激に曝す方法である。

第2世代の認知療法では、目標となるものは気分や感情を変えることであり、操作対象となるものは思考である。すなわち、ものの見方、考え方を変えることによって不快な気分や感情を変えようとするものである。この代表的な手法は、認知再構成法が挙げられる。認知再構成法はいくつかの手法をまとめた呼び方で、その中の一つの手法として非機能的思考の記録がある。これはクライアントが不安や抑うつ気分などを感じたとき、その出来事、それに伴う感情、その時の思考（自動思考）を記録し、さらにより合理的な思考を考え出して書き込み、それによってより合理的な考え方を身に付けようとするものである。

第3世代のMBCTでは、目標となるものは気分や感情をコントロールすることであるが、操作対象となるものは注意である。何にどのように注意を向けるかを操作し、不快な気分や感情をコントロールできるようにするのである。ただし、不快な気分や感情が生起するのは避けられないので、それに対しどのように距離をおいて対処できるかということコントロールするのである。不快な気分や感情の生起をコントロールするのではない、ということに注意する必要がある。

このように注意をトレーニングするために、マインドフルネスの技法が行動療法の領域に取り入れられてきたのである。Still, A. (2005), Dryden, W. & Still, A. (2006)によれば、Mindfulnessという英単語は16世紀にさかのぼることができ、20世紀に仏教用語として使われるようになり、認知行動療法に密接に結びついて心理学や心理療法の領域で使われるようになったのは、ここ15年ほどのことである。そして、Dryden, W. & Still, A. が述べているように、瞑想やヨーガをあいまいなものでなく、一つの技法として正確に記述することにより、科学的研究に耐えるようにしたのがKabat-Zinn, J. (1990)であり、彼のマインドフルネス・ストレス低減法（MBSR：Mindfulness-Based Stress Reduction）なのである。

そのKabat-Zinn, J. (1994)はマインドフルネスを「意図的に、今この瞬間に、価値判断をすることなく注意をむけること」と定義している。

表1. 行動療法の3世代の比較

	目 標	操作対象	代表的手法
行動療法	行動の変化	行 動	曝露反応妨害法
認知療法	気分／感情の変化	思 考	認知再構成法
MBCT	気分／感情をコントロール	注 意	瞑 想

次に、実際のマインドフルネスの技法はどのようなものかを、マインドフルネス・ストレス低減法とMBCTで見てみる。なお、井上和臣（2005）は、Mindfulnessの訳語として「観照」を提案している。三省堂の大辞林によれば「観照」とは「主観を交えず、対象のあるがままの姿を眺めること。静かな心で対象に向かい、その本質をとらえること。」とある。しかし、これはまだ定訳とはなっておらず、まだ適当な訳語がない状態で、多くの翻訳書ではマインドフルネスとカタカナ書きになっており、この論文でもカタカナ書きにしている。

3. マインドフルネス・ストレス低減法（MBSR：Mindfulness-Based Stress Reduction）

MBSRはマサチューセッツ大学メディカル・センターのストレス・クリニックでKabat-Zin, J. (1990) によって開発され、ストレス関連障害、慢性疼痛、高血圧、頭痛などの症状を改善するためのプログラムである。これは8週間のプログラムで各週のセッションは2時間半から3時間で、1つのクラスは30人の参加者で行われる。基本は瞑想で、瞑想をすることにより瞬間瞬間に注意を集中し、意識的に現在を生きるという態度を身につけるものである。MBSRを行うにあたって基本的態度として重要なことが7つあげられている。

- ①自分で評価をくたさないこと
- ②忍耐強いこと
- ③初心を忘れないこと
- ④自分を信じること
- ⑤むやみに努力しないこと
- ⑥受け入れること
- ⑦とらわれないこと

以下にKabat-Zin, J. (1990) からMBSRの具体的技法を紹介する。

(1) 食べる瞑想

これはMBSRの最初に行われるプログラムで、瞑想とはどのようなものかを参加者に知ってもらうためのものである。参加者全員に3粒のレーズンを配り1粒ずつ食べていくのである。最初にレーズンを観察することに注意を集中し、2～3分間かけまず感触に次に表面の色や形状、さらに匂いに注意を払い観察するよう順次指示をする。次にまた2～3分

間かけ、それを口に入れ口の中の感覚を確かめ、意識してゆっくりと噛み、味わい、そして飲み込む。このようにして参加者は、食べるという最も日常的な身近な活動を注意を集中して行うことによって、毎日の行動をいかに意識せずに機械的に行っているかを知ることができるのである。

(2) 呼吸法

あおむけに寝るか椅子に座った姿勢で行う。開眼、閉眼どちらでもよい。腹式呼吸を行い呼吸に注意を集中する。呼吸以外のことに注意が向かった場合は、その注意をそらせたものを確認して、また呼吸に注意を戻す。これを毎日15分行う。

ここで注意しなければいけないことは、呼吸に注意を集中するということは、呼吸について考えることではなく、呼吸を意識し、呼吸にともなって生じてくる感覚を感じとることである。

(3) 静座瞑想法

これは椅子に座るか、床に座ってあぐらをかく姿勢で行うもので、5つの段階がある。第1段階では1日1回最低10分間、楽な気持ちで自分の腹部と呼吸に注意を集中し、30分以上座っていられるようになるまで、少しずつ時間を延ばす。第2段階では、ある程度の時間、呼吸に注意を集中する自信ができれば、呼吸と体の一体感を意識し、呼吸や腹部の周辺にも意識を広げる。第3段階では、瞑想している間音だけを聞くようにする。音を判断したり、音について考えず純粋な音として聞く。第4段階は、浮かんでくる思考や感情に注意を向け、瞑想を行う。その際、思考や感情に引き込まれず、それが浮かんでくるプロセスを観察する。これは、静座瞑想のはじめに2、3分間だけ行う。第5段階では、何にも注意を払わず、意識したものは全て受け容れ、あるがままの意識を観察する。

(4) ボディ・スキャン

仰向けになり目を閉じて行う。注意を体の一部に集中し、そこが感じている本当の感覚を感じ取り、十分に注意を集中させたあと体の他の部分へ順番に注意を移動させていくものである。

(5) ヨーガ瞑想法

様々なヨーガの姿勢をとり、そのときに生じる感覚に注意を集中しながら、ゆっくりと

体を伸ばしたり強化するものである。

(6) 歩行瞑想法

歩きながら歩くことに意識的に注意を向けるもので、足の感覚や体全体の動きに注意を集中するものである。ゆっくりと往復できる場所で自分の注意を最大限に集中できる速度で歩く。その際、集中力を維持するために、足先など体の1箇所に注意を集中する場所を決めておく。

(7) 日常瞑想訓練

日常行動（歯を磨く、シャワーを浴びる、食事をするなどといった行動）を行う中で、その行動に注意を集中し、その瞬間の思考や感覚に気づくようにする訓練である。

MBSRの8週間プログラムは、上記の各種技法を組み合わせ週1回のセッション以外に週6日、1日約45分間ホームワークとして行うものである。8週間のプログラムの流れは以下のようなものである。

(1) 第1週と第2週

毎日10分間の静座瞑想, 45分間のボディ・スキャン, 1日1回の日常瞑想訓練

(2) 第3週と第4週

ボディ・スキャンとヨーガ瞑想法を1日ずつ交互に45分間

(3) 第5週と第6週

静座瞑想法とヨーガ瞑想法を1日ずつ交互に45分間

(4) 第7週

静座瞑想法, ボディ・スキャン, ヨーガ瞑想法を自由に組み合わせる。例えば, ヨーガ瞑想法30分, 静座瞑想法15分, あるいは静座瞑想法20分, ヨーガ瞑想法25分など。

(5) 第8週

瞑想法を好きなように行う。いくつかを組み合わせても, 1つだけ行ってもよく, 自分でプログラムする。

4. うつ病に対する MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy)

TeasdaleらはDAHをもとに図3のようなうつ病の再発を防ぐ, MBCTのモデルを作成した。一度うつ病にかかった人は気分の低下によって, ネガティブな思考が再活性化される

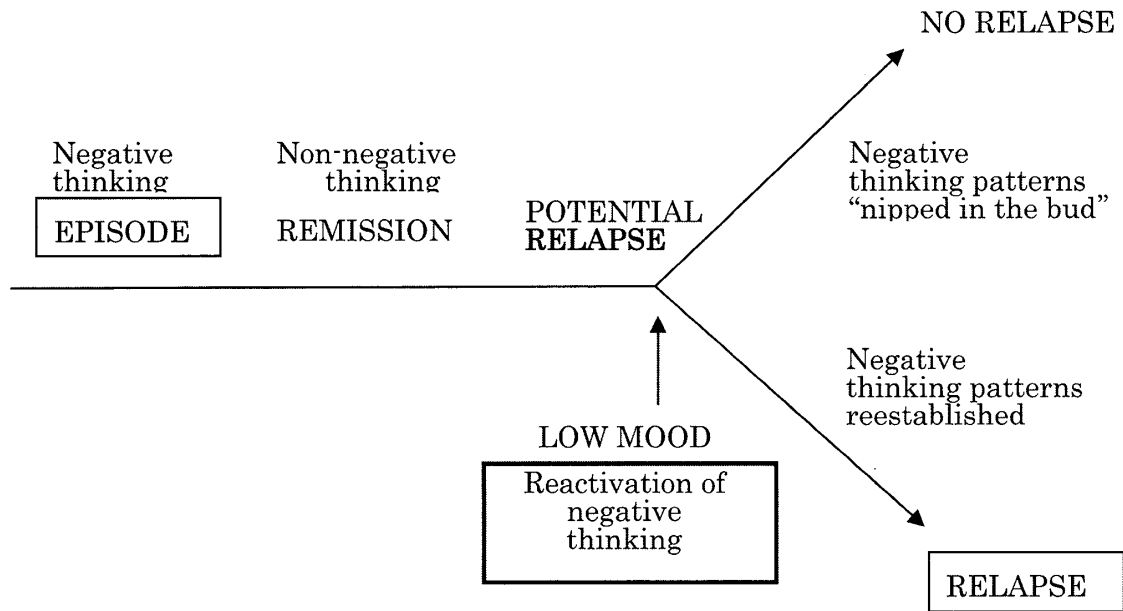


Figure 3. A sketch of the model underlying the development of mindfulness-based cognitive therapy for depressive relapse/recurrence. (Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002) p.37)

が、ネガティブな思考パターンを芽のうちに摘み取るようにすれば再発しないと考えたのである。

マインドフルネス技法としてはKabat-ZinnのMBSRを基本にしている。

Segalらのプログラムは、1週間に2時間で8回のグループトレーニングのセッションを行う。それぞれのセッションの内容をSegal,Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002)に基づき概要を述べる。

(1) 自動操縦状態に気づく

何が起きているかあまり気付かずに、ただ機械的にふるまっている状態を「自動操縦状態」と呼び、その状態に気づき意識的にそこから離れることがこのセッションの目的である。MBSRの食の瞑想とボディ・スキャンが用いられる。ホームワークとして、ボディ・スキャンのテープを聴くことが課せられる。

(2) うまくいかないとき

自分の体験に対し、正しくないとか不完全であるといった批判的考えが出てくるのに気付くことが目的となる。ボディ・スキャン、呼吸法、静座瞑想を行い、ホームワークとし

て、ボディ・スキャンのテープを聴くこと、呼吸法、日常瞑想訓練が課せられる。

(3) 呼吸へのマインドフルネス

忙しく心がさまよふのに気づき、意図的に呼吸に気づきを向けることを学ぶ。静座瞑想、3分間呼吸空間法、歩行瞑想を行う。ホームワークとして静座瞑想、ヨガ、3分間呼吸空間法を行う。

(4) 現在にとどまる

心地よいことを求め、いやなことを避けてしまう傾向に対して、「現在にとどまる」方法を探究することが目的となる。静座瞑想の第3段階の音に注意を向ける瞑想と第4段階の思考に注意を向ける瞑想を行う。3分間呼吸空間法をホームワークとして課す。

(5) そのままでいる

ネガティブな感情、身体感覚、思考をコントロールしようとせず、受容し、そのままでいることを学ぶ。静座瞑想、3分間呼吸空間法を行い、ホームワークとして静座瞑想と3分間呼吸空間法が課せられる。

(6) 思考は事実ではない

思考を事実だと考える程度を減らす方法を見つけ、思考を思考としてみることができるよう援助することが目的となる。静座瞑想を行い、ホームワークとして3分間呼吸空間法を課す。

(7) 自分を大切にす

再発の前兆を見つけ、グループでそれに対処する行動計画を立てる。ここで使われるマインドフルネスの技法は、静座瞑想であり、ホームワークは3分間呼吸空間法が課される。

(8) これからに活かす

これまでの実践をふり返り、今後も実践を続けていく理由や、モチベーションや習慣を維持するための方法を見つけ出す。ここではボディ・スキャンが行われる。

5. むすび

マインドフルネスをキーワードとするMBSR, MBCTの技法やその背景にある理論を紹介したが、注意を操作することによって感情をコントロールする方法としては、他にWells, A. (1990, 2007), Wells, A. & Matthews, G. (1994), Wells, A., White, J., & Carter, K. (1997) Papageorgiou, C., & Wells, A. (1998, 2000) らによる注意訓練法 (ATT: Attention Training) がある。Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000) は、マインドフルネス瞑想法との違いについて1. マインドフルネス瞑想法は仏教の実践から導かれたものであるが、ATTは感情障害の情報処理分析モデルであるS-REF (Self-Regulatory Executive Function) モデルから導かれたものである、2. マインドフルネス瞑想法はうつへの再発予防のためのものであるが、ATTは障害の治療と予防の2つの機能がある、3. 瞑想の要素に自己注目を促進させるものがあるが (例えば、呼吸に焦点をあてる)、ATTにはそのようなものはない、4. ATTの目的は、柔軟なメタ認知的な注意コントロールを増加させ、固定した自己注目処理を少なくすることであるが、瞑想の目的は、今ここの気づきを増加させることである、と述べている。

MBCTとATTの理論的背景について、両者ともまだ完全に立証された理論ではないので両者の違いについて正しく評価することができない。このことは、今後の課題であろう。また、MBCTの効果については大掛かりな研究がなされており (Teasdale, et al. 2000, Ma, S. H. & Teasdale, J. D. 2004) 実証されているが、ATTについてはまだ十分な効果研究が行われていない。今後、MBCTとATTの比較研究が必要になると考えられる。

さらにバイオフィードバック装置を使った瞑想研究も増加しているが、こうした瞑想とマインドフルネス瞑想とは違いがあるのか、検討していく必要があるであろう。

MBCTはその効果を実証してきてはいるが、まだなぜ効果があるかについては不明確なところがあり、Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., et al. (2004) が述べているように、瞑想の役割や作用のメカニズムといったことに関する基礎的研究も今後重要になると考えられる。

引用文献

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B. & Metalsky, G. I. (1988) The Cognitive Diathesis-Stress Theories of Depression: Toward an Adequate Evaluation of the Theories' Validities Alloy L.B. (ed.) *Cognitive Processes in*

- Depression*. New York Guilford Press 3-30
- American Psychological Association Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993) A Report Adopted by the Division 12 Board unpublished manuscript
- Beck, A. T. (1963) Thinking and Depression: 1, Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Archives of General Psychiatry* 9 324-333
- Beck, A. T. (1964) Thinking and Depression: 2, Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry* 9 324-333
- Beck, A. T. (1986) *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. Madison: International Universities Press 大野裕訳 (1990) 認知療法 精神療法の新しい発展 東京 岩崎学術出版
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York Guilford Press 坂野雄二監訳 (1992) うつ病の認知療法 東京 岩崎学術出版社
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004) Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* 11 (3) 230-241
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., et al (1998) Update on Empirically Validated Therapies, II *The Clinical Psychologist* 51 (1) 3-16
- Dobson, K. S. & Shaw, B. F. (1986) Cognitive Assessment with Major Depressive Disorders. *Cognitive Therapy and Research* 10 13-29
- Dryden, W. & Still, A. (2006) Historical Aspects of Mindfulness and Self-Acceptance in Psychotherapy. *Journal of Rational-Emotive Cognitive-Behavior Therapy* 24 (1) 3-28
- Ellis, A. (1957) *How to Live with a Neurotic*. Oxford Crown Publishers
- Eysenck, H. J. (1960) *Behaviour Therapy and The Neuroses*. London Pergamon Press. 異常行動研究会訳 (1965) 行動療法と神経症 — 神経症の新しい治療理論 — 東京 誠信書房
- 井上和臣 (2005) マインドフルネスと認知療法 認知療法 *News* 35 81-84
- Hamilton, E. W. & Abramson, L. J. (1983) Cognitive Patterns and Major Depressive Disorder: Longitudinal Study in a Hospital Setting. *Journal of Abnormal Psychology* 92 173-184
- Hayes, S. C. (2004) Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy* 35 639-665
- Jacobson, N. S. & Christense, A. (1996) *Integrative Couple Therapy: Promoting Acceptance and Change*. New York, Norton
- Kabat-Zinn, J. (1994) *Wherever You Go There You Are. Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York Hyperion
- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full Catastrophe Living: Using The Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York Dell Publishing 春木豊訳 (1993) 生命力がよみがえる瞑想健康法 “こころ” と “からだ” のリフレッシュ 東京 実務教育出版
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991) *Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*. New York Springer 大河内浩人監訳 (2007) 機能分析心理療法 徹底的行動主義の果て, 精神分析と行動療法の架け橋 東京 金剛出版
- Linehan, M. M. (1993a) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York Guilford Press 大野裕監訳 (2007) 境界性パーソナリティ障害の弁証法的行動療法 DBTによるBPDの治療 東京 誠信書房
- Linehan, M. M. (1993b) *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York

- The Guilford Press 小野和哉監訳 (2007) 弁証法的行動療法実践マニュアル 境界性パーソナリティ障害への新しいアプローチ 東京 金剛出版
- Ma, S. H. & Teasdale, J. D. (2004) Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72 (1) 31-40
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (1998) Effects of Attention Training on Hypochondriasis: A Brief Case Series. *Psychological Medicine*, 28 193-200
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2000) Treatment of Recurrent Major Depression with Attention Training. *Cognitive and Behavioral Practice* 7 407-413
- Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy For Depression. A New Approach to Preventing Relapse*. New York. The Guilford Press. 越川房子監訳 (2007) マインドフルネス認知療法 うつを予防する新しいアプローチ 京都 北大路書房
- Silverman, J. S., Silverman, J. A. & Eardley, D. A. (1984) Do Maladaptive Attitudes Cause Depression? *Archives of General Psychiatry*. 41 (1) 28-30
- Still, A. (2005) Introduction. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 23 (4) 275-280
- Teasdale, J. D. (1985) Psychological Treatments for Depression: How Do They Work? *Behaviour Research and Therapy*. 23 (2) 157-165
- Teasdale, J. D. (1988) Cognitive Vulnerability to Persistent Depression. *Cognition and Emotion*. 2 (3) 247-274
- Teasdale, J. D., Dent, J. (1987) Cognitive Vulnerability to Depression: An Investigation of Two Hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology* 26 113-126
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995) How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse and Why Should Attentional Control (Mindfulness) Training Help? *Behaviour Research and Therapy*. 33 (1) 25-39
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000) Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (4) 615-623
- Wells, A. (1990) Panic Disorder in Association with Relaxation Induced Anxiety: An Attentional Training Approach to Treatment. *Behavior Therapy* 21 273-280
- Wells, A. (2007) The Attention Training Technique: Theory, Effects, and a Metacognitive Hypothesis on Auditory Hallucinations. *cognitive and Behavioral Practice* 14 134-138
- Wells, A. & Matthews, G. (1994) *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove Lawrence Erlbaum Associates 箱田裕司, 津田彰, 丹野義彦監訳 (2002) 心理臨床の認知心理学 — 感情障害の認知モデル — 東京 培風館
- Wells, A., White, J. & Carter, K. (1997) Attention Training: Effects on Anxiety and Beliefs in Panic and Social Phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 4 (4) 226-232
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z., Kabat-Zinn, J. (2007) *The Mindful Way through Depression Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*. New York: Guilford Press

—2007.11.21受稿—