

ドフルネストレーニングは感情の言語化や内省を患者に要求しないため、導入が容易である。しかも、マインドフルネストレーニングの結果、患者のアレキシサイミア傾向が改善し、対話による心理療法が容易になることをしばしば経験する。

心身症患者へ導入の際の注意点

マインドフルネストレーニングも心理療法であるため、通常の心理療法を心身症患者に導入するのと同様の注意が必要である。導入できるかどうかの評価と、患者に対する十分な説明と同意が必要である。パーソナリティ障害、虐待の被害者に多い複雑性心的外傷後ストレス障害（PTSD）を伴う心身症など、ストレス耐性の低い患者の場合、治療導入による症状の悪化などがありうるので、適応をよく検討したうえで、患者にも介入によって症状悪化がありうることをよく説明して、納得してもらったうえで導入することが重要である。入院治療であれば、病棟スタッフにも治療の概要や治療開始に伴って起りうる症状悪化や行動化などについて、十分説明しておく必要がある。

マインドフルネストレーニングの奏効機序として曝露があるが、曝露とは患者に苦痛を体験させる介入法であるため、患者がどれくらいの苦痛に耐えられるのか事前評価が必要である。マインドフルネストレーニングでは痛みや不安や怒りを患者に意識させるため、それに患者がどれくらい耐えられるかということが問題になる。MBSR やマインドフルネス認知療法、弁証法的行動療法では、1セッションの時間が45～90分と長時間である。ストレス耐性のない患者はそれに耐えられないことも多い。その場合は、セッションの時間を患者に合わせて短縮すると実施できることがある。例えば、マインドフルネストレーニングを自分の呼吸を観察する練習を5秒ほど行うことから開始し、トレーニングや患者との対話を含めたセッション全体の時間も、20分程度にしておく、などである。また、トレーニングによると思われる症状悪化について常に面接の話題にしておくことも、安全に面接を進めるためには必要である。

文 献

- 1) Kabat-Zinn J: Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clin Psychol Sci Prac* 10: 144-156, 2003.
- 2) Bear R A: Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clin Psychol Sci Prac* 10: 125-143, 2003.
- 3) Kabat-Zinn J: Full Catastrophe Living. Delta, New York, 1990.
(ジョン・カバットジン 著, 春木 豊 訳: マインドフルネスストレス低減法. 北大路書房, 京都, 2007.)
- 4) Segal ZD, et al: Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression. The Guilford Press, New York, 2002.
- 5) Linehan MM: Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. The Guilford Press, New York, 1993.
- 6) 有村達之: 新世代認知行動療法のエビデンス. 認知療法研究 (印刷中)
- 7) 有村達之, 他: アレキシサイミア評価のための日本語改訂版 Beth Hospital Psychosomatic Questionnaire 構造化面接法 (SIBIQ) 開発の試み. *心身医* 42: 103-113, 2002.

新世代認知行動療法のエビデンス

有村達之¹⁾

要約：新世代の認知行動療法について、特徴、代表的な治療法、治療効果について概説した。新世代認知行動療法はマインドフルネスや認知の機能を強調しているという特徴があり、代表的な治療法としてアクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT)、マインドフルネスストレス低減法、マインドフルネス認知療法、弁証法的行動療法などがある。いくつかのメタ解析によれば、新世代認知行動療法は旧来の認知行動療法とほぼ同等の効果のある治療法との評価が定まりつつある。認知療法研究, 6; 2-8, 2013

キーワード：新世代, 第三世代, 認知行動療法, マインドフルネス

1. 新世代の認知行動療法とは

近年、新世代 (new wave) あるいは第三世代 (third wave) の認知行動療法が注目を浴びている。認知行動療法という用語は、ベックの認知療法 (Beck et al., 1979) など認知変容を介入標的としている治療法の意味で使われる場合 (狭義の認知行動療法) と、それらと伝統的な行動療法を含んだ治療法の意味で使われる場合 (広義の認知行動療法) があるが (熊野, 2012, p.11), 本論文では特に注釈がない場合、後者の意味で用いる。ここでいう「新世代」という用語は、旧来の認知行動療法とは異なる理論や技法を持つ治療という意味で使われている。

新世代の認知行動療法はマインドフルネスの強調、認知の内容よりも認知の持つ機能を重視しているなどの点が従来の認知行動療法と理論的に異なっている。技法面では認知の取り扱いが旧来の認知行動療法とは大きく異なり、認知を直接変える介入はしないのが特徴である。

マインドフルネスとは、Kabat-Zinn (2003) に

よれば「今この瞬間において、次々と生じている体験に、価値判断をしないで意図的に注意を向けることによって得られる気づき」と定義される概念で、東洋の仏教思想にその源流を持つ (Kabat-Zinn, 2003)。過去のことを思い悩んで反芻するのではなく、将来の危険を予想して不安がるのではなく、現在の瞬間に意識をつなぎとめておいて、今やるべきことに集中することができれば、抑うつや不安にわずらわされることなく、さまざまな課題に前向きに取り組むことが可能になるのである。マインドフルネスの発想は、現在の不安を受け入れてあるがままに生きよ、今やるべき目的に集中せよと教える森田療法の発想 (長谷川, 1999) とよく似ている。

認知の内容よりも認知の機能を重視するという特徴は、狭義の認知行動療法の特徴である認知再構成を強調しないということにつながる。認知の取り扱いが第二世代の認知行動療法と新世代の認知行動療法とでは著しく異なるのが特徴である。例えば、ベックの認知療法 (Beck et al., 1979) では否定的認知の再構成が重要視されていたが、新世代の認知行動療法では、認知再構成は行わない。その代わりに、否定的認知から距離をとらせる (脱中心化) など (Segal et al., 2002), 認知が気

¹⁾九州ルーテル学院大学人文学部心理臨床学科

分に悪影響を及ぼさないような工夫、すなわち認知の持つ機能を変化させることで望ましい変化を作り出そうとする。患者が否定的認知から心理的に距離をとることができたら、否定的認知があっても気分の悪化を防げるとするのである。

また、認知を変えようとしなくて介入できるという新世代認知行動療法の特徴は、境界性パーソナリティ障害のような変化への抵抗性の強い患者への介入を容易にするという臨床的メリットがある。パーソナリティ障害患者の場合、変化を指向する治療者の姿勢は、患者にとって、自己の存在を否定するものと受け取られ、治療者患者関係が悪化する原因になる。「あなたの認知を変えましょう」という治療者の提案は、「あなたは間違っているので、変わるべきだ」というように、患者を否定する発言として患者側に受け取られる危険性があるかもしれない。しかし、患者に対して「考えを変えましょう」という提案を行わず、「考えを観察してみましょう」と提案することは、先のような患者側の抵抗に会う確率が低くなると思われる。

新世代認知行動療法にどんな治療法が含まれるかの定義は研究者によって異なるが、アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT; Hayes et al., 2006)、マインドフルネスストレス低減法 (Kabat-Zinn, 1990)、マインドフルネス認知療法 (Segal et al., 2002)、弁証法的行動療法 (Linehan, 1993) などを指すことが多い。

アクセプタンス&コミットメント・セラピーの開発者であるヘイズ (2005) は最初に出現した行動療法を第一世代、その後開発された認知の変容を強調する狭義の認知行動療法を第二世代と呼び、新世代の認知行動療法を第三世代と位置づけている。こうした第一世代、第二世代に続く新世代認知行動療法の発展の全体像は熊野 (2012) によって詳しく解説されている。

2. 新世代認知行動療法の具体例

ここでは新世代認知行動療法のそれぞれについ

て簡単に紹介したい。詳しくは本特集のそれぞれの章を参照されたい。

1) アクセプタンス&コミットメント・セラピー

アクセプタンス&コミットメント・セラピー (Hayes et al., 2006) とは行動分析学に由来する関係フレーム理論を基礎理論としている。関係フレーム理論は言語や認知に関する行動論的な理論である (ブラックレッジ&モーラン, 2009)。そのため、アクセプタンス&コミットメント・セラピーは、理論上は、第二世代の狭義の認知行動療法よりも第一世代の行動療法を拡張したものとして位置づけられる (Hofmann et al., 2010)。アクセプタンス&コミットメント・セラピーでは、不快な私的体験を回避しようとする、すなわち体験の回避は有害な影響をもたらすとされ、その悪影響を減じるためにアクセプタンス、認知的脱フュージョン、今この瞬間との接触、文脈としての自己の体験などの治療技法が使われる (ヘイズ&ピストレッロ, 2009)。

2) マインドフルネスストレス低減法

マインドフルネスストレス低減法 (Kabat-Zinn, 1990) は、仏教の修行法であったマインドフルネス瞑想から宗教色を取り去り、慢性疼痛の治療法として開発されたものである。その出自からわかるように典型的な認知行動療法とは異なり、背景となる心理学的理論を持たない。うつ病の認知療法の理論的基盤としてうつ病の認知理論があり、アクセプタンス&コミットメント・セラピーの基礎理論として関係フレーム理論があることと対照的である。その点、マインドフルネスストレス低減法は厳密な意味での認知行動療法とはいえないかもしれない。

治療プログラム (Kabat-Zinn, 1990) は8週間にわたるもので、静座瞑想、ボディースキャン、ヨーガ瞑想法などから構成されている。これらを毎日45分間練習することでマインドフルネスを体験的に学ぶことができるようになっている。正式

な長時間の瞑想練習以外にも毎日の生活の中でマインドフルに行動することも推奨されており、究極の目標は常に気づきのあるマインドフルなライフスタイルの獲得である。マインドフルであれば、痛みなどの身体症状やストレスがあっても、それに圧倒されず、症状や痛みと共存して生活できるようになる。

静座瞑想とは、椅子に座る、あるいはあぐらをかきなどの姿勢で座る瞑想法である。さまざまな種類があるが、最初に行うのが呼吸法である。これは自分の呼吸を継続して観察し、注意が呼吸からそれたらそのことも観察し、また呼吸に戻るといふシンプルなものである。どうやって呼吸を観察するかはさまざまであるが、息が入ってくるよきの腹部の膨らむ感じや息が出ていくよきの腹部がへこむ感じを意識する方法がよく使われている。

これはよく誤解されるのであるが、意識的な腹式呼吸をしてリラックスしようとするものではない。自然に息をして、そのありようをただ観察するだけである。ゆっくり長く息をしていればそれを意識して、早く短く息をしていればそれを意識するのである。したがって、練習時にとても緊張しながら呼吸を観察しているのであれば、その緊張を意図的に取り去らないように、緊張したまま、緊張に気づきながら練習する。しかし、長期にわたって練習を継続していくと逆説的に次第にリラックスすることが増えていくのであるが。

リラックスした状態を意図的に作り出そうとしないのが重要である。今の状態そのままにいるようにしていると、今の状態は自然に変わっていく。リラックスしようと思いつながら練習するということは、意識が現在からそれて将来へと向いているということである。ここではあくまでも今の一点に意識を向け続けるのである。また、意識が呼吸からそれたから失敗というわけでもない。そのことに気づいていたらよいのである。

ボディースキャンとは、仰向けになった状態で横になり、全身の身体感覚を意識して観察する練習である。最初は身体の一部、例えば左足のつま

さを意識し、そこにどんな感じがあるのかを探るようにして、身体感覚を意識する練習である。また、そこから息が出たり入ったりするように意識して呼吸する。その次はくるぶしから下の部分というように意識する場所を少しずつ移動して練習し、最終的に頭のとっぺんまで意識をくまなく向けていく。ここでもリラックスのような明確な身体感覚を得ることは目的ではない。ただ、身体に注意を向けるだけである。本プログラムは慢性疼痛患者を対象にして開発された方法であるため、ボディースキャンの対象が痛み場所であることも当然あり得る。そのときは痛みをじっくりと観察することになる。本プログラムでは痛みがあってもそれを取り去ろうとせず痛みと共存して生活していくことを指向している。痛みの受容といってもよい。

ヨーガ瞑想法はよく知られているヨーガと同様にさまざまなポーズをとるのであるが、一般的なヨーガが意識的な呼吸を行うのとは対照的に、あくまでも呼吸は自然なペースで行うのが特徴である。また、ポーズを作るときに身体の引っ張られる感じなどを意識するのも本プログラムの中の他の練習法と共通である。

3) マインドフルネス認知療法

マインドフルネス認知療法とは、Segalら(2002)によって開発されたうつ病の再発予防プログラムである。認知療法には再発予防効果があることが従来知られていたが、これは認知療法を受けた患者は否定的な思考や気分に対して脱中心化ができるようになったためと考えられている。脱中心化とは、否定的な思考や気分から距離をとることであり、脱中心化のできる患者は、否定的な気分や思考が生じたときに、そこから心理的に距離をとることができ、それがさらなる抑うつ気分の悪化を防ぐのである。

ところで、前述のマインドフルネスストレス低減法では、思考や気分を含むさまざまな自己の体験に注意を向けるよう訓練するのだが、その結果、例えば「自分はだめだ」という否定的な思考

に対して、思考は思考であって現実ではないという気づきが得られることが多い。つまり「思考は単なる思考なのであって、自分が本当にだめであるということを意味しない」ということに気づくのである。これは脱中心化の体験だと解釈できる。そこでSegalら（2002）は、マインドフルネスストレス低減法をうつ病予防の目的に改変することで、脱中心化を参加者に教えるプログラムを開発した。そのため、プログラムの内容はマインドフルネスストレス低減法に非常によく似ている。個人療法ではなく集団形式で行う点も共通である。

4) 弁証法的行動療法

Linehan（1993）によって開発された境界性パーソナリティ障害のための治療法である。ランダム化比較試験で境界性パーソナリティ障害に対する治療効果が立証されている（Ost, 2008）。従来、境界性パーソナリティ障害への治療効果エビデンスのある治療法は存在していなかったため、弁証法的行動療法の出現は非常に画期的であった。

また、患者の問題の変化を指向する態度と、患者を受容する態度の両者を重視し、バランスよく運用するという方針も、従来、患者の問題の変化を指向してきた認知行動療法の伝統の中では新しい点であった。従来の伝統的心理療法、もちろん認知行動療法でも、患者を受容することは重要だとされていた。しかし、弁証法的行動療法では、患者を徹底的に受容することが重要だとしている。徹底した受容とは、患者の示すさまざまな問題行動を受け入れることである。極端にいうと問題行動をそのままいいと受け入れることである。反対に変化とは、患者の問題行動は問題なのであって変化させる必要があるというスタンスを伴う。このように受容と変化を指向することはまったく矛盾した方向性であって、その両方を指向する治療者は葛藤状態に陥ってしまう。身動きがとれなくなるのである。

弁証法的行動療法では葛藤や矛盾を排除せず、

それらを弁証法的に統合して運用する。弁証法が重要だと明確に指摘したのは、症状や問題の除去を強調してきた認知行動療法の伝統の中では理論的にも臨床的にも大きな前進であったと評価される。患者の問題行動は妥当なものであると徹底的に認めることと、問題行動を変えた方がいいと患者に伝えることは、矛盾した行動であるため、どちらかの行動が不徹底になりがちである。しかし、いつも一貫した態度をとることにこだわらず両者を徹底的に行うという矛盾した姿勢が治療上必要だと明確に認識できれば、治療者は受容の態度と変化への態度の両方を十分に患者に対して示すことができ、治療効果を上げることができる。あるときは徹底して受容し、あるときは変化を勧めるというように、2つの態度の両極を自在に動く自由さを獲得できる。

さらに西洋の伝統である従来の認知行動療法に東洋の伝統である禅仏教の発想や技法を統合して開発されたという経緯も、従来の第一世代、第二世代の認知行動療法とは異なる特徴である。

3. 新世代認知行動療法のエビデンス

新世代認知行動療法の治療効果については、複数のメタ解析が行われ、その治療効果が認められている。

1) 新世代認知行動療法のメタ解析

新世代認知行動療法全体については、複数のランダム化比較試験のメタ解析をOst（2008）が行い、アクセプタンス&コミットメント・セラピーと弁証法的行動療法の効果サイズは中程度であるとしている。しかし、新世代認知行動療法に含まれる治療法は、アメリカ心理学会第12部会（臨床心理学部会）のタスクフォースによって提案された「実証研究によって治療効果が証明されている治療法の基準」（表1）（Chambless et al., 1998）に達していないとOst（2008）は述べ、さらに研究が必要としている。

「実証研究によって治療効果が証明されている

表1 実証研究によって治療効果が証明されている治療法の基準
(Chambless et al., 1998)

十分に確立された治療法
<p>I. 以下に示す基準の1つ以上において、治療効果を示した、よい群間比較デザインの介入研究が最低2つある。</p> <p>A. プラシーボあるいは心理学的プラシーボ対照群、または別の治療法と比較して、統計学的に有意に優れた治療効果がある。</p> <p>B. 十分なサンプルサイズの介入研究において、すでに確立された治療法と治療効果が同等である。</p> <p>または</p> <p>II. 一連の1事例実験デザインによる介入研究 ($n > 9$) による治療効果の立証。これらの介入研究は、</p> <p>A. よい実験デザインであるとともに、</p> <p>B. I Aのように、別の治療法との比較がなされていなければならない。</p> <p>IとIIの両者に加えて以下の基準も必要</p> <p>III. 介入は治療マニュアルに基づいて行わなければならない。</p> <p>IV. クライアントサンプルの特性が明確に特定されていなければならない。</p> <p>V. 少なくとも2名の独立した研究者(または独立した2つの研究チーム)によって治療効果が証明されていなければならない。</p>
おそらく効果がある治療法
<p>I. 待ちリスト統制群より統計学的に優れた治療効果があることが2つの介入研究で示されている。</p> <p>または</p> <p>II. 十分に確立された治療法の基準 I A, I B, III, IV (基準Vは除く) を満たす1つ以上の介入研究がある。</p> <p>または</p> <p>III. 十分に確立された治療法の基準を満たす少数の ($n > 3$) 1事例実験デザインによる介入研究がある。</p>

治療法の基準」とは、近年のエビデンスに基づく臨床心理学の流れの中で、ある疾患や問題に対して確かな治療効果のある治療法を選び出すためにアメリカ心理学会第12部会が提案した基準である。それは心理療法の治療効果エビデンスの強さを2段階に分け、強い治療効果エビデンスのある治療法を「十分に確立された治療法」、その次にエビデンスのある治療法を「おそらく効果がある治療法」として分類するものである。

アクセプタンス&コミットメント・セラピーについては、Powersら(2009)も18のランダム化比較試験のメタ解析を行い、統制群よりも効果的だが、すでに確立した治療法よりも治療効果があるというエビデンスはないとしている。最近、慢性疼痛に対するアクセプタンス&コミットメント・セラピーと認知行動療法の比較試験が実施されたが、両者の効果は同等であった(Wetherell

et al., 2011)。

マインドフルネスストレス低減法については、慢性疼痛、不安障害、がんなどに対して介入研究が実施されている。それらのメタ解析も行われ、中程度の効果があることが示されている(Grossman et al., 2004; Ledesma & Kumano, 2009; Bohmeijer et al., 2010)。また、多発性硬化症患者のQOLを改善するという報告(Grossman et al., 2010)、臓器移植レシピエントのQOLを改善するとの報告(Gross et al., 2010)など慢性疾患におけるQOL低下に効果的とする研究もある。

Hougaard(2011)はマインドフルネス認知療法の複数のランダム化比較試験についてメタ解析を行い、3回以上の再発を繰り返しているうつ病について優れた再発予防効果があると結論づけている。

2) アメリカ心理学会第12部会による評価

最近アメリカ心理学会第12部会はホームページ上 (Website on Research-Supported Psychological Treatments) で、「実証研究によって治療効果が証明されている治療法」のリストを公開している (American Psychological Association, Division12)。これは先に述べた「実証研究によって治療効果が証明されている治療法の基準」に基づいてさまざまな心理療法を評価し、2段階のエビデンスレベル評価を行って継続的に公開しているものである。エビデンスレベルは、「強いエビデンスがある (strong research support)」、「いくらかのエビデンスがある (modest research support)」の2段階で、それぞれ表1の「十分に確立された治療法」と「おそらく効果がある治療法」に相当する。

このホームページには新世代認知行動療法に含まれるアクセプタンス&コミットメント・セラピーや弁証法的行動療法の評価が掲載されている。それによれば、アクセプタンス&コミットメント・セラピーは慢性疼痛について強いエビデンスがあり、抑うつ、さまざまな診断の不安障害、強迫性障害、精神病性障害に対していくらかのエビデンスがあると判定されている。弁証法的行動療法は境界性パーソナリティ障害に対して強いエビデンスのある治療法として判定されている。

3) 新世代認知行動療法の治療効果

新世代認知行動療法は従来の認知行動療法同様の治療効果があるとする研究が増えつつあるが、うつ病や不安障害などすでに効果の確立された治療法がある疾患に対して、それらを上回る治療効果が証明されているわけではない。うつ病及び不安障害に対しては、第一世代の認知行動療法 (行動療法) と第二世代の認知行動療法 (狭義の認知行動療法) の治療効果に差がない (Emmelkamp, 2004) ことと同様である。すなわち、うつ病や不安障害のように第一、第二、第三世代の認知行動療法のいずれもが適応できる疾患の場合、どれも同等の治療効果があるということである。

しかし、伝統的な認知行動療法のエビデンスが乏しい疾患や問題については、新世代認知行動療法を積極的に適用する意義があると考えられる。弁証法的行動療法の対象疾患である境界性パーソナリティ障害は、従来、エビデンスのある標準的治療法が他になかった。また、マインドフルネスストレス低減法が試みられている多発性硬化症などは従来あまり心理療法の介入対象になっていなかった身体疾患である。

4) 新世代認知行動療法の経済性と適用の容易さ

また、治療効果以外の視点、例えば経済性などの視点から見ると新世代認知行動療法は伝統的な認知行動療法より有用かもしれない。マインドフルネスストレス低減法やマインドフルネス認知療法は、集団療法の形式で治療を提供するのが基本である。集団療法は個人療法に比較して医療経済的に有利である。マインドフルネスストレス低減法は30人以上のクラスで、マインドフルネス認知療法は最大12人までのクラスの集団療法で実施されている (Segal et al, 2002)。

4. おわりに

本論文では、第三世代の認知行動療法とも呼ばれる新世代の認知行動療法について概観し、その治療効果についてのエビデンスについて述べた。近年、新世代認知行動療法の治療効果研究は飛躍的に増え、ある一定の治療効果のある介入法という評価が定まりつつある。他方、伝統的な認知行動療法の治療効果が確立している領域では、新世代認知行動療法と従来の認知行動療法の治療効果は、ほぼ同等らしいことが明らかになってきた。したがって、新世代認知行動療法は旧来の認知行動療法のエビデンスが乏しい疾患や領域においてその真価を発揮するのではないかと考えられる。

文 献

American Psychological Association, Division12.

- Website on Research-Supported Psychological Treatments. <http://www.div12.org/Psychological-Treatments/index.html> (2012.10.20)
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. 1979 Cognitive Therapy of Depression. The Guilford Press.
- ブラックレッジ, J.T. & モーラン, D.J. 木下奈緒子 (訳) 2009 臨床家のための「関係フレーム理論」入門. *こころのりんしょう a・la・carte*, 28, 87-97.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E. & Cuijpers, P. 2010 The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease : A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-544.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Kenneth, S., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. & Woody, S.R. 1998 Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Emmelkamp, P.M.G. 2004 Behavior therapy with adults. M.J. Lambert (Eds.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, fifth edition. John Wiley and Sons.
- Gross, C.R., Kreitzer, M.J., Thomas, W., Reilly-Spong, M., Cramer-Bornemann, M., Nyman, J.A., Frazier, P., & Ibrahim, H.N. 2010 Mindfulness-based stress reduction for solid organ transplant recipients : A randomized controlled trial. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 16, 30-38.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. 2004 Mindfulness-based stress reduction and health benefits : A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Grossman, P., Kappos, L., Gensicke, H., D'Souza, M., Mohr, D.C., Penner, I.K. & Steiner, C. 2010 MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training : A randomized trial. *Neurology*, 75 (13), 1141-1149.
- 長谷川和夫 1999 森田療法入門. サンマーク出版.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. 2006 Acceptance and commitment therapy : Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- ヘイズ, S.C. 武藤崇 (訳) 2005 アクセプタンス・コミットメントセラピーと新しい行動療法 : マインドフルネス, アクセプタンス, そして関係性. ヘイズ, S.C. フォレット, V.M. & リネハン, M. M. (編著) 春木豊 (監修) 武藤崇・伊藤義徳・杉浦義典 (監訳) *マインドフルネス&アクセプタンス : 認知行動療法の新次元*. プレーン出版.
- ヘイズ, S.C. & ビストレッロ, J. 木下奈緒子 (訳) 2009 ACTとRFTにおけるカッティングエッジ (最先端) の探求. *こころのりんしょう a・la・carte*, 28, 77-86.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T. & Fang, A. 2010 The empirical status of the "New Wave" of CBT. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 701-710.
- Hougaard, P.J. 2011 The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder : A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 1032-1040.
- Kabat-Zinn, J. 1990 *Full Catastrophe Living*. Delta.
- Kabat-Zinn, J. 2003 Mindfulness-based interventions in context : Past, present, and future. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 10, 144-156.
- 熊野宏昭 2012 新世代の認知行動療法. 日本評論社.
- Ledesma, D. & Kumano, H. 2009 Mindfulness-based stress reduction and cancer : A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 18, 571-579.
- Linehan, M.M. 1993 *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.
- Ost L.G. 2008 Efficacy of the third wave of behavioral therapies : A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Powers, M.B., Vording, M.B.G.V.S. & Emmelkamp, P.M.G. 2009 Acceptance and commitment therapy : A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80.
- Segal, Z.D., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. 2002 *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression*. The Guilford Press.
- Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Solomon, B.C., Lehman, D.H., Liu, L., Lang, A.J., & Atkinson, J.H. 2011 A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107.

