

認知行動療法の理論と基本モデル

塚野 弘明*

(2015年2月12日受理)

Hiroaki TSUKANO

The Theory and Basic Model of Cognitive Behavior Therapy

1. 認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy)とは

認知行動療法(CBT)とは、患者自身が自分の心(認知、行動、身体、気分)の状態や関連性を知り、それを変えられるという実感を通して自らを制御する力をつけていく自己コントロール法である。こうした方法の発想自体はそれほど珍しいわけではなく、古くから指摘されてきた。たとえば、ギリシャのストア哲学者エピクテトスは、

「人間は、生じる物事によってではなく、その物事に対する考え方によって煩わされるのである」と述べている(Epictetus 1991)。

また、ダライ・ラマは、

「私たちがじぶんの思考や情動を新たな方向に向かわせ、自らの行動を整理し直すことができれば、苦悩をうまく処理する術をもっと簡単に習得することができるだけでなく、そうした苦悩の発生を最初からかなり防ぐことができる」と述べている(Dalai Lama 1999)。

このように、人間の気分や行動は、認知のあり方(ものの考え方や受け取り方)の影響をうけることから、しばしば認知の偏りを生じることがある。CBTでは、その偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって精神疾患を治療することを目的とした心理療法である。

これがCBTとして確立したのは、1970年代に

ベックがうつ病に対する心理療法として構造化してからである(Beck, Ruth, Shaw et.al 1979)。その後、うつ病はもちろん、不安障害やストレス関連障害、パーソナリティ障害、摂食障害(神経性大食症)、統合失調症などの精神疾患に対する治療効果と再発予防効果を裏付ける優秀なエビデンス(科学的証拠)が多く報告されてきたことから、欧米を中心に世界的に広く使用されるようになった。また精神疾患以外でも、日常のストレス対処、夫婦問題、司法や教育場面の問題など、その適応範囲は広がりを見せている。

日本では、特に1980年代後半から注目されるようになった。それとともに治療効果の検証も進み、2010年度からうつ病のCBTが保険診療報酬の対象になった。その背景には、薬物療法中心の精神医学に限界が生じ、心理社会的治療を併用することの重要性が認識されるようになったことが大きく影響している。また、従来の心理療法の問題点(話は共感的に聞いてもらえるが有効なアドバイスをもらえない)の指摘などもCBTが注目される理由となっている。マスコミで取り上げられたこともあり、最近では受診の際に「CBTを受けたい」と希望する患者が多くなっている。しかし、定型的なCBTを実施できる専門家の数に限りがあるなど課題も多い。

* 岩手大学教育学部附属教育実践総合センター

2. 認知行動療法の概要

2-1. CBTの理論

CBTは、近年発達してきた行動理論や認知理論を基盤にした治療法である。私たちは、自分が置かれている状況を絶えず主観的に判断し続けているが、通常は半ば自動的にそして適応的に行っている。しかし、強いストレスを受けるなど特別な状況下では、その判断に偏りが生じ、非適応的な反応を示すようになる。その結果、抑うつ感や不安感が強まり、非適応的な行動が引き起こされ、さらに認知の歪みが強くなるという悪循環が生じると考える⁴。

治療においては、情緒や行動に直接的に介入するだけでなく、情緒や行動に影響を及ぼしている認知的要因を積極的に治療ターゲットとして扱う。また、それらを適応的な認知へと変容していくことによって、情緒の安定や行動の修正を効果的に行っていくことを目的としている。さらに、考え方が変わることによって、気分や行動は変わるということをクライアント自身が繰り返し経験することを通して、「自分の考え方を変容していくことで、情緒や行動をコントロールすることができる」ということを自覚できるように促していく。すなわち、CBTとは、セルフコントロールの獲得をねらった治療法である（Wright, Basco, and Thase 2006）

2-2. 認知行動療法の実践

CBTでは、「自動思考」と呼ばれる、様々な状況でその時々自動的に沸き起こってくる思考やイメージに焦点を当てて治療を進めていく。治療は対面式の面接が中心で、一回の面接時間は30分以上である。面接は、原則として16~20回行うが、患者の状態に合わせて延長を検討することもある。また、場合によってはフォローアップ面接を行うこともある。

ホームワーク（宿題）といって、面接で話し合ったことを実生活で検証しつつ認知の修正を図ることが必須の課題となる。つまり、観念的な議論ではなく、あくまで現実に目を向けた検証を基本

とする点に特徴があり、日常生活が治療の場となる。

治療の流れは、①患者を一人の人間として理解し患者が直面している問題点を洗い出して治療方針を立てる。②自動思考に焦点を当て認知の歪みを修正する。③より心の奥底にあるスキーマ（中核的信念）に焦点を当てる。④治療終結となる。

心理療法では、良好な治療関係が重要だが、CBTでは特に、患者を暖かく受け入れると同時に、患者の考えや思い込みを治療者と患者が一緒になって「科学者」のように検証していく協同的经验主義と呼ばれる関係の重要性が強調される。その時に治療者は、患者の主体性を尊重し、患者が自分の意見を表現しやすい雰囲気を作りながら、患者が自分で答えを見つけ出し得るような「ソクラテス的問答」と呼ばれる関わり方をすることが大切である。

3. 認知行動療法の基本モデル

3-1. 自動思考と気分との関係

CBTでは、人間の心の状態を理解する際に、個人の環境・社会および個人の認知、行動、気分や感情、身体的反応は、密接に関係していると考えられる。この場合の認知とは出来事に対して半ば自動的に沸き起こる一定の考え方（自動思考）や幼少期から形成されてきた信念（スキーマ）を指す。たとえば、ある出来事において人間の認知（自動思考）と気分がどのように関わるかについて説明してみよう。

【出来事】集会で会った知り合いが挨拶もしないし、視線を合わせようとしめない

こうした出来事をどのように受け止めるかによって気分はかなり異なってくる。仮にここでは4種類の自動思考を想定してみよう。

【自動思考1】あの人を何か怒らせるようなことをしたんだろうか

【自動思考2】誰も私のことなんか気にかけないんだ

【自動思考3】挨拶くらいしてくれてもいいのに、ひどい人だ

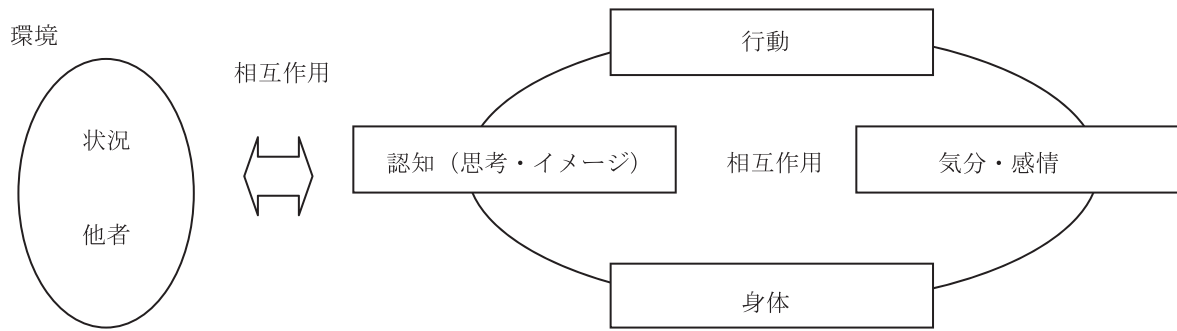


図1 認知行動療法の基本モデル

【自動思考4】 ずいぶん忙しそうだ、大丈夫かな。

こうした4種類の自動思考をした場合、どのような気分になるだろうか。実際には様々な感情が沸き起こる可能性があるが、ここではわかりやすくするために次の4種類の感情に絞ることにしたい。

【怒り、悲しみ、不安、気遣い】

自動思考1では、自分の言動などが相手を怒らせ、そのために自分を避けていると考えている。この場合、4種類の感情の中では「不安」になることが多いのではないだろうか。自動思考2では、自分の存在が周囲の人によって気に留められていない、どうでもいい存在であると捉えている。この場合は、「悲しみ」が該当しそうである。自動思考3では、相手の行動を責めるような受け止め方をしているが、この場合は「怒り」ではないだろうか。自動思考4では、相手の忙しさに原因帰属させているが、この場合は「気遣い」という感情が当てはまりそうである。このように、どのような自動思考をしたかで沸き起こる感情・気分が異なることがわかるだろう。

3-2. 認知、気分、行動、身体の相互関係

認知と密接に関わるのは気分だけではない。行動や身体的な反応なども相互に関係してくる。このことを日頃誰にでもよくありそうな出来事に照らして説明してみよう。

【出来事】 仕事の締切が近づき間に合いそうもない

こうした出来事に対して、次のような認知で受け止めたでしょう

【認知】 間に合わないかもしれない。引き受けなければよかった。

そうした場合、気分、行動、身体にどのような影響をもたらすであろうか。一例を上げてみよう。

【気分】 あせり、いらだち、落ち込み

【行動】 仕事が手に付かない、職場に足が向かない

【身体】 不眠、食欲不振、頭痛

このように、人間の心は、認知、気分、行動、身体が相互に関係しあって構成されており、出来事や状況との間で相互作用がある。このことを図示すると以下のようなになる(図1)。

3-3. 認知の歪み・偏り

人間は常に自らの環境における状況や出来事について様々な認知(自動思考)をしており、その内容が行動、気分、身体反応と相互に関係している。通常的生活の中では、多少ストレスを感じる出来事に遭遇したりしても、自分なりに解消をしたり、気を紛らわしたりして対応している。しかし、時には、自前の解消策がうまく行かず、貯めこんでしまったり、不適応を起こしてしまうこともある。CBTではこうした不適応状態を、出来事を受け止める際の認知に歪み、ないしは偏りが生じていると捉える。こうした歪みをもってしまった認知は、気分や行動に悪影響をもたらし、自分ではそのことに気がつかなくなってしまうことがある。そして、一種の無限ループのように悪循

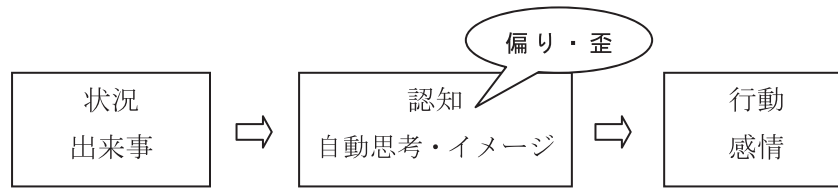


図2 自動思考と出来事、認知、感情の連鎖

表1 大うつ病患者の例

出来事	自動思考	感情・行動
母親から電話があり、なぜ姉の誕生日を忘れたのかと問いただされる	またやってしまった。人を思う気持ちが足りないんだ。いつも母を失望させてしまう。どうせ何をやってもダメだ。	悲しみ、怒り 食欲がない 外出する気にならない
締め切りが迫っている大きなプロジェクトについて考える	私には荷が重すぎる。期限に間に合わせるなど不可能だ。上司に顔向けできない。仕事を失うかもしれない。	不安 会社に足が向かない 眠れない
夫からいつもイライラしていると不平を言われる	夫は私に心の底から嫌悪感を抱いている。私は妻として失格だ。何をやっても楽しくない。私と一緒にいるとみんな不幸になる。	悲しみ、不安 家事をやる気がない 買い物に行けない

環から抜け出せなくなり、時にはそれが不適応、病理といった症状をもたらすのである。

こうした状況を実際に、うつ病患者（女性）の例を取り上げて説明してみよう。

【出来事】朝、なかなか布団から出られずいたら、姑に叱られた

こうした出来事の場合、うつ病患者でなくてもストレスの掛かる場面であろう。しかし、うつ病患者の場合は、認知に歪みが生じているので、次のように受け止める。

【認知】 また叱られた…私はいつも失敗する…私は嫁失格だ…

こうした自動思考は偏るために、「また…」 「いつも…」 「失格だ」 など過剰な受け止め方をするとところに特徴がある。そして、以下のような気分、行動、身体反応を引き起こし、こうした悪循環から抜け出せないのである。

【気分】 憂うつ、落ち込み

【行動】 姑の顔を見ることができない。ますます布団から出られない

【身体】 身体がだるい、眠れない、食欲がない

図2は、この連鎖を表したものである。

一般に、うつ病患者の場合は、内向（過剰に自分を責める）、包括（悪影響が広範囲に及ぶ）、固定（状況を変えることができない）という特徴がある。また、不安障害の場合は、エレベータのきしみ音が落下の不安をかきたてたり、頭痛が脳卒中になるのではないかと、動悸が心臓発作を引き起こすのではないかとというように「過大評価」をする傾向があることが知られている。

そこで、この図式に沿って、大うつ病患者が具体的にどのような連鎖を引き起こすか、実際の例を紹介してみよう（表1）。

3-4. ベックの認知の歪み理論

出来事に付随して喚起される自動思考は、本来、一時的、突発的なものであるが、認知に歪みが生じている場合は、この自動思考にバイアスをかける信念のようなものが働いている。CBTの創始者であるアーロン・ベックは、表層的な自動思考と認知の歪み、それらの根底に潜在する深層的信念の関係を図3で説明している（Beck 1976）。

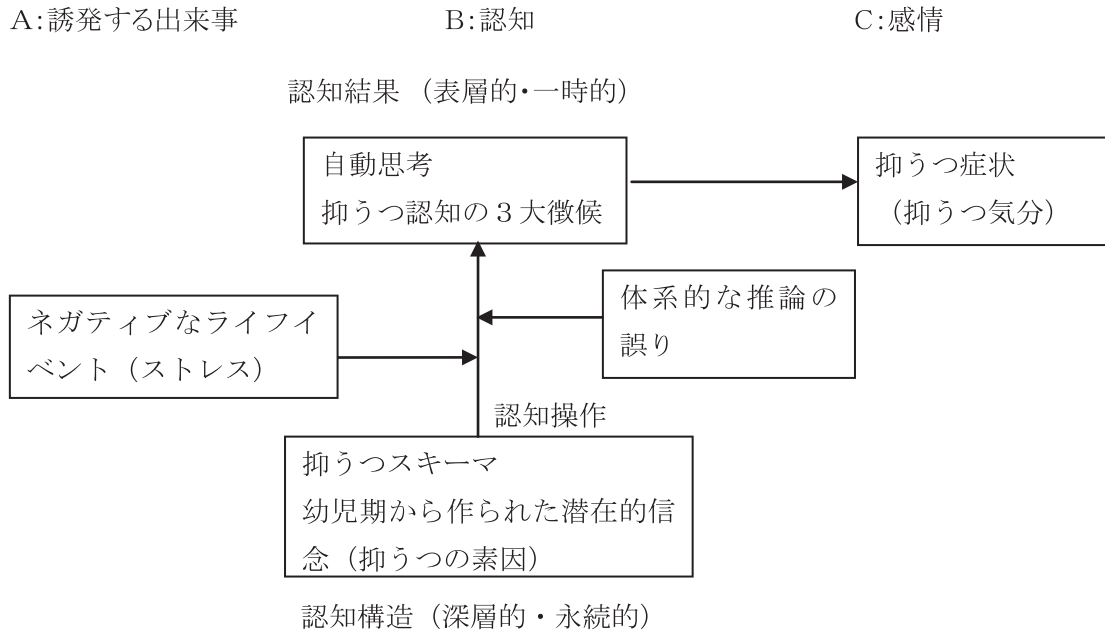


図3 ベックの認知の歪み理論

ベックの理論においては、不適応的な感情や行動が現れる認知の歪みには、「体系的な推論の誤り」があるとして、次のような例を取り上げている。この体系的な誤りを患者自身がそのことに気づき、認知の歪みを修正することで感情や行動が改善することを実感することが重要である。

・**恣意的推論** 相反する根拠があるか、または根拠がないのに結論を出す。

例：パニック障害の女性

「エレベーターが落下する確率は10%以上あり、自分はけがをする」多くの人々が、大惨事につながるエレベーター事故の確率は無視できるほど小さいことをこの女性に納得させようとしてきた。

・**選択的注目** 最も明らかなものには目もくれず、些細なネガティブなことだけを重視する。

例：旧友からクリスマスカードが届かない自己価値の低いうつ病の男性

「友人を失ってしまう。もう誰も自分に関心を抱いてくれない」と考える。他に多数のカードをもらっていること、当の旧友は過15年間、毎年カードを送ってきていること、この友人は転居と転職のためこの1年間が多忙であったこと、自分

は他の友人たちとは相変わらず良好な関係を保っていることを無視している。

・**過度の一般化** わずかな経験から広範囲のことを恣意的に結論すること。

例：テストでB評価を受けたうつ病の大学生

この成績を不十分と感じている。この学生が「自分はこの授業で困ったことになっている…人生のいたるところで落第することになるだろう…どうせ何をやってもダメだ」という自動思考を持つ時、過剰な一般化が起きている。

・**拡大解釈と過小評価** 属性、出来事または感覚の意味を誇張または軽視して捉える。

例：パニック障害の女性「動悸=心臓発作」「息切れ=呼吸停止」と解釈する

・**個人化** 自分との関連性を裏付ける根拠がほとんどないにも関わらず外的出来事と自分自身とを関連付ける。負の出来事に対して過剰な責任や責めを負う。「もし私がタバコをやめるように忠告しておけば、彼は心臓発作で死ぬことはなかったのに」と考える

・**完全主義・二分法的思考** ものごとの白黒をつけないと気が済まないこと。「ものごとは完璧か悲惨かのどちらかしかない」というぐあいに極端

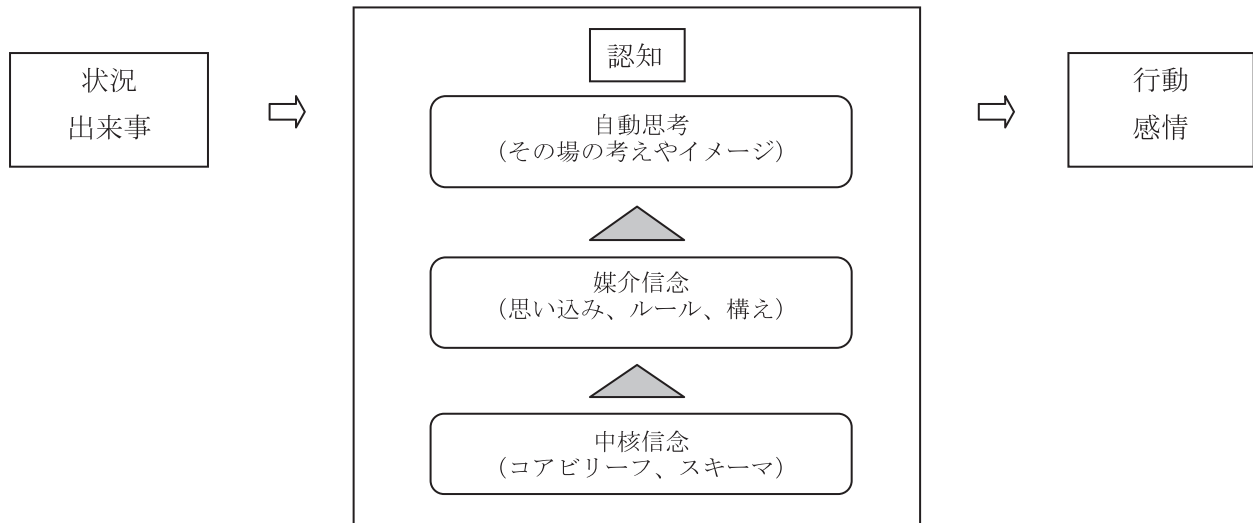


図4 階層的認知と出来事・認知・感情の連鎖

に考える。

教員：授業中に寝ている生徒がいる「自分は授業が下手だ。自分は教師として失格だ」

・べき思考 「こうすべきだ」「あのようにはすべきではなかった」と過去のことをあれこれ思い出して悔やんだり、自分の行動を自分で制限して自分を責める。

例：家事が十分にできない自分を見て「主婦なら家事を完璧にするべきだ」と責める

・情緒的な理由付け

その時の自分の感情に基いて、現実を判断してしまう。

例：新しい仕事についたときに不安を感じると「初めてでよくわからないから不安なんだ」とは思わずに「こんなに不安なんだから、自分にはできないほど難しい仕事に違いない」と思い込む

・自分で実現してしまう予言

自分で否定的予測を立てて自分の行動を制限してしまい、自分の行動を制限するものだから、予測通り失敗してしまう。その結果、否定的な予測をますます信じ込み、悪循環に陥ってしまう。

例：人前で話そうとすると声が震えるのではないかと心配にしているために、いざ実際に人前で話すことになると、失敗することばかり考えて意識過剰になり声が震えてしまって結局

やはりそうだったと考える。

・他者非難

自分のネガティブな気分の原因をすべて他人のせいにして自分の責任を認めようとししない。

・不公平な比較

自分よりできる人とばかり比較し、自分が劣っていると決めつける。

3-5. スキーマ (中核的信念)

ベックの理論においては、自動思考を生成する認知プロセスは、幼少期から形成された深層的認知構造の「抑うつスキーマ」が歪んだ体系的な推論の結果として画かれている。これは、認知プロセスは深層構造から表層構造の階層を形成していることを意味する。このことを出来事、認知、感情の連鎖との関わりで図示すると図4のようになる。

こうした階層的認知を実際に様々な症状を示す具体例で説明してみよう。

具体例1：仕事の締め切り (うつ病)

自動思考：間に合わないかも。引き受けなければ良かった

媒介的信念：この仕事は自分には向いていない

中核的信念：自分には能力がない

具体例2：恋人の別れ際の冷たい態度 (ストーカー)

表2 適応的なスキーマと非適応的なスキーマの比較

適応的なスキーマ	非適応的なスキーマ
<ul style="list-style-type: none"> ・私は何が起こってもどうにか対処できる ・何であれ懸命に努力すれば必ずマスターできる ・私は生き延びていける人間である ・私は人から信頼されている ・私は堅実でしっかりした人間である ・周りの人は私に敬意をもっている ・何人も私の叩きのめすことはできても打ち負かすことはできない ・私は他の人のことを気遣う ・たいてい、事前に準備した方がうまくいく ・私は尊敬に値する人間である ・私は難問に挑むのが好きである ・私にとって怖いものなどいくつもない ・私は知的だ ・私は物事を解決することができる ・私は親しみやすい友好的な人間である ・私はストレスに対処することができる ・問題が手強いほど私は粘り強くなる ・私は自分の過ちから学び人間として成長できる ・私は良い伴侶（親、子、友、恋人）である ・すべてはうまくいく 	<ul style="list-style-type: none"> ・人から受け入れられるためには常に完璧でいなければならない ・一度何かをやると決めたら必ず成功しなければならない ・私はおろかな人間である ・女性（男性）であること以外、私には何の価値もない ・私は見せかけだけの人間である ・自分の弱さは決して人に見せない ・私を愛してくれる人はいない ・一つでも間違いを犯せばすべてを失うことになる ・人としてリラックスできることはない ・私は何一つやり遂げることができない ・私は何をやっても成功しないだろう ・私にとってこの世界は恐怖に満ちた場所である ・他人は信用出来ない ・どんなときも自分がコントロールしなければならない ・私には魅力がない ・自分の感情は決して表に出さない ・人はいつも私のことを利用しようとしている ・私は怠け者である ・私の本当の姿を知ったら、皆私を好きではなくなるだろう ・受け入れてもらうためには、いつも皆を満足させるようにしなければならない

自動思考 : 嫌われてしまったかもしれない

媒介的信念 : 相手がいやがるのは、自分を理解していないから

中核的信念 : 自分は誰からも愛されていない

具体例3 : 鏡の自分を見て愕然とする（体重39kg 摂食障害）

自動思考 : 太っていて醜い

媒介的信念 : 痩せないと幸せにならない

中核的信念 : 自分には魅力がない

こうした具体例の中核的信念にあたるスキーマは、いずれも非適応的なものである。このことを適応的スキーマと非適応的スキーマの比較を通して対照してみよう（表2）。

こうしたスキーマは、人間の認知の深層において直接間接に様々な影響を自動思考にもたらす。しかし、たとえ適応的なスキーマを持っていたとしても、喪失や災害、事故などによってトラウマ経験やストレス反応が発症することもある。たとえば、ある癌患者は、日常生活では不適応行動を示してはいなかったが、辛い治療を通して次のような否定的思考をするようになった。

ある癌患者の否定的思考

- ・なぜ神は自分を（患者として）選んだのか
 - ・こんな仕打ちはあまりにもひどい
 - ・この世には自分より不幸な人間は山ほどいる
 - ・自分は弱虫で情けない人間だ（苦痛に耐えかねて）
 - ・こんな汚いほろきれのような人間になってしまった
 - ・こんな醜い人間が生きていていいのか
 - ・自分は役立たずな人間だ
 - ・家族のお荷物になるくらいなら離婚する
 - ・もうダメかもしれない
 - ・自分が死んだって世の中には何の影響もない
 - ・人の愛だけにすがって生きている自分
 - ・自分は生きている価値のない人間だ
- 同様に、ある喪失体験をした東日本大震災の被災者は、次のような否定的思考をしている。

震災被災者の否定的思考

- ・困っている人に何もできない自分は無力だ
- ・何をしても意味がない
- ・笑って過ごすなんて不謹慎で薄情だ
- ・なぜ私だけが無事だったのか

- ・もっと備えておけばよかったのに
- ・みんな頑張っている中、自分だけが取り残されている
- ・悩む自分は弱い人間だ
- ・誰も自分のことなんて気にかけていない
- ・孤独だ、寂しい

CBTは、他の心理療法と異なり、高度に理論的であり、多くの研究と連携して進化している。CBTの様々な技法もこうした理論や基本モデルと密接に関連しており、その関連性を理解することが第一の出発点となるだろう。

4. CBTの基本原則

CBTは、カウンセリングの進め方、クライアントとの関係に関して基本となる原則がある。

(1) 常に基本モデルに沿ってクライアントの体験を理解する

認知行動療法の基本モデルは、不適応的行動や感情が発生するメカニズムの実証的研究から作られており、クライアントを理解する際にもこの基本モデルを利用する。

(2) カウンセラーとクライアントはチームを形成し、信頼関係を通じて実証的見地から共同作業を行う → **協同的経験主義**

カウンセラーは治療者、クライアントは患者という役割ではなく、クライアント自身が治療を行う主体であり、カウンセラーは協働で問題に取り組むチームメイトであると捉える。治療のための実証研究に基づく心理学的、精神医学的データを共有し、認知行動療法そのものについても理解しながら問題解決を図る。カウンセラーの過度な共感、クライアントの自己非難や絶望的態度を正当化する危険性もあるので注意が必要である。望ましい態度は、「楽観的感覚」と「患者の回復力への信頼」である。協同的経験主義を実現するために、セラピストはクライアントと「双方向的なコミュニケーション」を実施する必要がある。ただクライアントの話しを傾聴するだけでなく、また一方的にアドバイスするのではなく、必要に応じて心理教育的な説明をしたり、ソクラテス式質

問法を使ってクライアントの体験を引き出したり、話を聞くときは傾聴したりする必要がある。

ソクラテス式質問法

この質問法は、患者が自分の思考を論理的に分析するように促すものであり、患者の探究心や治療への意欲を高めるために、質問によって患者を刺激し、自分の思考についてもっとよく知りたいと思わせることが重要である。

(1) 誘導による発見－当事者が自問し、自ら発見できるように問いかける質問を繰り返すことで相手に気づいてもらう。議論でも、単なる傾聴だけでもない。基本モデル（思考が情動と行動に影響を与える）を指針として質問するように心がけることで、どのように思考を修正すれば、患者は苦痛を軽減したり、対処能力を高めたりできるかが理解できる。

(2) 非適応的な思考パターンの打破

患者が自問し、硬直した非適応的思考パターンを打破するために、新たな洞察を深め、思考の変化を肯定的な情動の変化と関連付けるように促す。

(3) 思考について考えるスキルの学習

質問によって患者の好奇心を刺激し、患者が自分を見つめ、新しいものの見方に目を向けることができるようにする。

(4) 自由に回答できる余地を残す

多肢選択式の質問を用いる場合でも、様々な回答ができる余地を残しておく。

(5) 患者の症状の程度や認知能力を考慮し、適切な質問を選ぶ。

患者を混乱させたり圧倒させたりしないように、適切なレベルの質問を投げかける。

以下に誘導による発見の対話例を記す。

対話例－誘導による発見 Co：カウンセラー
C I：クライアント

Co: お嬢さんの問題がどれほどあなたを動揺させているかについて話していただきました。最近起きた出来事を具体的に思い出すことはできますか？

CI: はい、昨日娘に3回電話を掛けたのですが、

出ませんでした。夜10時によく娘から折り返し電話がありましたが、私が一日中電話をかけてきたことに腹を立てているようでした。

Co: お嬢さんは何とおっしゃったのですか？

Cl: 「私が仕事と子育てで一日中忙しいことを知らないの？すべてを放り出してすぐに電話をかけ直すことなんてできないわ」というようなことを言っていました。

Co: では、お嬢さんのその言葉を聞いた時、どのようなことが頭の中をよぎりましたか？

Cl: 娘は私のことをもう必要としていない…娘は気にかけてくれない…私はただの厄介者だ。

Co: 他にも考えましたか？つまり、その時にあなたの脳裏を突然よぎった考えはありましたか？

Cl: 心の底から私自身にうんざりしたと思います。私は役立たずで、もう誰も私を必要としていないと考えていました。残りの人生をどうやって過ごしたらよいかわかりません。

(3) クライアントが今抱えている問題に焦点を当て、その解決を目指す

→ 問題解決志向

クライアントの心を共感的に理解したり、話を聞くだけに留めず、「今、ここ」で発生している問題を基本モデルに沿って解明しながら、様々な技法を用いて解決することを目指す。

(4) 心理教育を重視し、クライアント自身が自己治療やセルフカウンセリングができるようになることを目指す。それによって再発を予防する。

認知行動療法の目的は、自分で自分のカウンセリングができることであり、学問的データを始め、認知行動療法の考え方、手法そのものについても学習をしながらカウンセリングを進めていく。教師-コーチとしての治療者という性格を持つ（親しみやすさ、懸命さ、想像力、問題解決力、ユーモア）

(5) 毎セッションおよび初回から終結までの流れを**構造化**する

患者は、「治療の見通し」をカウンセラーと共有しながらカウンセリングを進めていく。たとえば、「今はアセスメントの段階である」「今は選択

した技法を練習する段階である」「今は終結に向けての再発防止の準備をしている段階である」「今はフォローアップの段階である」など。

(6) カウンセリングにおける**具体的目標**を定め、その達成のために多様な技法をパッケージ化して活用する。

認知行動療法では、「何のためにその技法を使うのか」という具体的目標を明確に立ててカウンセリングを進めていく。

参考文献

- Beck, A.T. 1976 *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, International University Press.
- Beck AT, Ruth AJ, Shaw BF, et.al. 1979 *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Dalai Lama 1999 *Ethics for the New Millennium*. New York, Riverhead Books.
- Epictetus 1991 *Enchiridion*. Translated by George Long. Amherst, NY, Prometheus Books.
- 伊藤絵美 2006 「認知療法・認知行動療法－面接の実際」 星和書店
- Leahy, R. L. 2003 *Cognitive therapy techniques-A practitioner's guide*. New York, Guilford Press. (伊藤絵美、佐藤美奈子訳 2006 「認知療法全技法ガイド－対話とツールによる臨床実践のために」 星和書店)
- Wright, J.H., Basco, M.R. Thase, M.E. 2006 *Learning Cognitive-Behavior Therapy-An Illustrated guide*. American Psychiatric Publishing. (大野裕訳 2007 「認知行動療法トレーニングブック [DVD付] 医学書院)
- Wright, J. H., Sudak, D. M. Turkington, D. Thase, M. E. 2010 *High-yield cognitive-behavior therapy for brief sessions: An illustrated guide*. American Psychiatric Publishing. (大野裕訳2011 「認知行動療法トレーニングブック」 医学書院)