

慢性疲労症候群患者の認知と認知行動療法

山田 妙 韶* ・志 水 彰**

最 上 多美子*** ・日 下 菜穂子****

Cognition and cognitive behavior therapy in patients suffering from chronic fatigue syndrome

Myosho Yamada, Akira Shimizu

Tamiko Mogami and Nahoko Kusaka

要約：これまで健康に生活していた人が、ある日突然原因不明の激しい疲労感に襲われ、日常生活ができなくなってしまうような状態が6ヶ月以上続く慢性疲労症候群に対し、ここ数年認知行動療法の有効性が報告されている (Whiting, P., et al. 2001)。回復率も35～73%と比較的高い値であるが、(Deale, A., et al. 1997, Sharpe, M., et al. 1996, Prins, J. B., et al. 2001) この高い数値には精神疾患を併発している慢性疲労症候群の患者も含まれているため、精神疾患に対して認知行動療法が有効であった可能性もある。

また、慢性疲労症候群の患者の疲労は、運動後の疲労のように肉体的な負荷による疲労ではなく、「疲労感」という主観的な疲労である。つまり「疲れた」という「認知」による疲労であるため、肉体の休息による疲労回復は期待できない。このような慢性疲労症候群の疲労が遷延されるモデルを認知行動療法の一つである論理療法のABC理論 (Activating event：反応を引き起こす出来事、Belief：思考スタイル、Consequence：行動・情動反応) にあてはめると、出来事 (ストレッサー)→認知 (受け取り方)→疲労の遷延とみなすことができる。したがって、慢性疲労症候群の治療には患者自身の認知の仕方が左右すると推論できる。

本研究では、精神疾患を併発していない慢性疲労症候群患者へ認知の歪みによって疲労が遷延するという推論のもとに、疲労の軽減に対して認知の修正の有効性を認知行動療法で検証した結果、認知の修正と疲労の改善に関係性が認められたことを報告する。

Summary： A number of studies have previously reported on the efficacy of cognitive behavior therapy in treating patients suffering from chronic fatigue syndrome. Despite leading apparently healthy lifestyles these patients were all affected by a sudden onset of fatigue with no discernable cause, and were subsequently unable to lead a regular lifestyle over a six month period (Whiting, P., et al. 2001). At 35 to 73% the recovery rate for this particular therapy is comparatively high compared to other methods (Deale, A., et al. 1997,

*関西福祉科学大学大学院社会福祉学研究科臨床福祉学専攻 学生

**関西福祉科学大学社会福祉学部 教授

***関西福祉科学大学社会福祉学部 助教授

****同志社女子大学現代社会学部 助教授

Sharpe, M., et al.1996, Prins, J. B., et al. 2001) ; additionally, as the number of patients suffering from both chronic fatigue syndrome and mental illness were included within this group then there is also a high possibility that this cognitive behavior therapy may also prove to be effective in treating sufferers from mental illness.

The exhaustion experienced by patients suffering from chronic fatigue syndrome differs from the exhaustion that follows physical exercise, with the patient not feeling actual physical exhaustion but rather a subjective feeling of fatigue which they recognize as exhaustion. As this fatigue is a result of the patient's own cognition then the patient cannot be expected to recover from this fatigue by simply taking an extended rest. One method of treating prolonged cases of this type of fatigue associated with chronic fatigue syndrome is with a particular form of cognitive behavior therapy known as the ABC technique of irrational beliefs (Activating event : An event that leads to some type of emotional response ; Beliefs : The patient's way of thinking ; Consequences : An emotional behavioral response to a perceived activating event). Looking at these cases of prolonged fatigue in this way then they can be seen as being caused by each patient's own cognition of an action (stressor). This has led us to propose that treatment for chronic fatigue syndrome is dependent on each individual patient's cognitive process.

Based on the idea of this type of fatigue being prolonged by cognitive distortions to sufferers of chronic fatigue syndrome not suffering from a mental illness, through an examination of cognitive behavior therapy examining the efficacy of improvements to cognition we have successfully identified the close connection between adjustments in cognition and an improvement in patient fatigue in reducing fatigue.

Key words : 慢性疲労症候群 Chronic Fatigue Syndrome 認知の歪み cognitive distortions 認知行動療法 Cognitive Behavior Therapy

はじめに

慢性疲労症候群が日本で知られるようになったのは、1991年11月に日本語版ニューズウィーク誌にこれが掲載された頃からである。これまで健康に生活していた人が、ある日突然原因不明の激しい疲労感に襲われ、日常生活ができなくなってしまうような状態が6ヶ月以上続くのである。慢性疲労症候群の患者の疲労は運動後の疲労のように肉体的な負荷による疲労ではなく、「疲労感」という主観的な疲労である。つまり「疲れた」という「認知」による疲労であるため、肉体の休息による疲労回復は期待できない。認知と身体感覚に関連があることはパニック障害 (Clark, M. 1986, 1988)、慢性疼痛

(室津、本田、1996)などの研究によって知られており、慢性疲労症候群の疲労感覚(身体感覚)も認知と関連があると推論できる。

ここ数年慢性疲労症候群に対し認知行動療法の有効性が報告されている(Whiting, P., et al. 2001)。回復率も35~73%と比較的高い値である。(Deale, A., et al. 1997, Sharpe, M., et al. 1996, Prins, J. B., et al. 2001) 認知行動療法は、刺激的な出来事から日常生活での出来事に至るまでのさまざまな出来事に対して、患者がその状況をどう捉え、何を考え、どのように行動するかを問題とする。よって、行動・情動反応に問題・障害が生じた場合、認知過程にゆがみがあると考える。そして、認知過程のゆがみを修正することにより問題・障害を治すことを

目的とする治療法である。認知行動療法の一つである論理療法のABC理論（Activating event：反応を引き起こす出来事、Belief：思考スタイル、Consequence：行動・情動反応）にあてはめると、慢性疲労症候群の疲労の遷延モデルは、出来事（ストレッサー）→認知（受け取り方）→疲労の遷延とみなすことができる。したがって、慢性疲労症候群の治療には患者自身の認知の仕方が左右すると推論できる。

I 慢性疲労症候群と認知行動療法

1. 慢性疲労症候群(Chronic Ffatigue Syndrome)について

1987年よりアメリカを中心に関心が高まった慢性疲労症候群（Chronic Ffatigue Syndrome：以下CFS）が、日本では1990年にこの症例が初めて学会で報告され、マスコミなどでも大きくとりあげられるようになり、よく知られる病気となった。翌1991年に厚生省慢性

疲労症候群研究班が発足し、アメリカの診断基準に基づいたわが国なりの診断基準（表1）が設定され現在に至っている。

慢性疲労症候群の症状の中心は疲労感だが、副次的な症状のなかには微熱やリンパ腺の腫れ、のどが痛むなどのウイルス感染でよくみられる症状がある。

このため最初は原因となるウイルスを探すことから研究が始まった。しかし特定のウイルス発見には至っていない。ただし、少数ではあるが細菌による感染症がきっかけとなりCFSを発症した例もある。

感染症の関与が明らかでない症例では、ストレスとの関連が考えられている。

CFS患者は健常者より「人生の出来事」型ストレス（成田、1993）を多く経験しており、「日常生活の厄介事」型ストレス（成田、1993）に対しても健常者よりストレスを感じている（上田、2002）という調査もある。

表1 厚生省 慢性疲労症候群診断基準試案（平成7年3月、一部改変）

<p>A. 大クライテリア（大基準）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 生活が著しく損なわれるような強い疲労を主症状とし、少なくとも6ヶ月以上の期間持続または再発を繰り返す（50%以上の期間認められること）。 2. 病歴、身体所見、検査所見で別表（省略）にあげられている疾患を除外する。 <p>B. 小クライテリア（小基準）</p> <p>ア）症状クライテリア（症状基準） （以下の症状が6ヶ月以上にわたり持続または繰り返して生じること）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 微熱（腋窩温37.2～38.3℃）または悪寒 2. 咽頭痛 3. 頸部あるいは腋窩リンパ節の腫脹 4. 原因不明の筋力低下 5. 筋肉痛または不快感 6. 軽い労作後に24時間以上続く全身倦怠感 7. 頭痛 8. 腫脹や発赤を伴わない移動性関節痛 9. 精神神経症状（いずれか1つ以上）：羞明、一過性暗点、物忘れ、易刺激性、錯乱、思考力低下、集中力低下、抑うつ、 10. 睡眠障害（過眠、不眠） 11. 発症時、おもな症状が数時間から数日の間に発現 <p>イ）身体所見クライテリア（身体所見基準） （少なくとも1月以上の間隔をおいて2回以上医師が確認）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 微熱 2. 非滲出性咽頭炎 3. リンパ節の腫大（頸部、腋窩リンパ節） <p>◎大基準2項目に加えて小基準の“症状基準8項目”以上か、“症状基準6項目+身体基準2項目”以上を満たすとCFSと診断する。 ◎大基準2項目に該当するが、小基準で診断基準を満たさない例は“CFS（疑診）”とする。 ◎上記基準で診断されたCFS（疑診を除く）のうち感染症が確認された後、それに続発して症状が発現した例は“感染後CFS”とよぶ。</p>
--

ここでは、ストレスが誘因となり免疫力の低下が生じ、脳や神経機能の異常を引き起こし、慢性の疲労感をまねくという図式(倉恒、2003 a) など CFS の病因に関し様々な推測がなされているが、いまだ明らかではない。

岩瀬、志水¹⁾は CFS 診断基準の大クライテリアを満たす慢性疲労(Chronic Fatigue: CF)のエピソードを CF エピソードと名づけ、CFS が疑われる患者を CF エピソードの初発時期と精神疾患の診断基準を満たした時期の時間的關係に注目し CFS を分類している。分類は、① CF 発症時より現在まで精神疾患の診断基準を満たさず、CFS 診断基準を満たす群(CFS のみ)(I 群)、② CF 発症時に精神疾患の診断基準を満たさなかったが CFS の診断基準を満たした後、精神疾患の診断基準を満たした群(II 群)、③ CF 発症と同時期に精神疾患の診断基準を満たした群(III 群)、④精神疾患を先に発症し完全寛解に達しないうちに CF エピソードを続発した群、あるいは CFS 診断基準の除外規定に挙げられた精神疾患を現在または過去に有する群(除外群)の 4 つである。I 群の患者は後に精神疾患を合併して II 群となる可能性がある。

CFS においては精神疾患との合併率が 60% から 70% にのぼる²⁾。大うつ病性障害、不安障害、身体表現性障害が代表的な合併精神疾患である。CFS と大うつ病性障害では、疲労感、筋肉痛、頭痛、思考力・集中力の低下、抑

うつ気分、睡眠障害などが共通する症状であるが、CFS では大うつ病性障害にみられる興味・喜びの喪失、体重変化、不適切な自責感、希死念慮はあまりみられず、むしろ疾病を身体的原因に帰す傾向がみられる。不安障害との合併では分類判断上、不安障害の発症が CF エピソード発症後なのか、あるいは同時または先行発症かを判断する必要がある。また、CFS と身体表現性障害は多くの類似をもつ。身体表現性障害の診断基準で診断すると、ほとんどの CFS 患者を鑑別不能型身体表現性障害と診断することが可能である³⁾。

CFS への治療は医療機関によりさまざまであるが、CF エピソードの分類に基づく治療では I 群は内科治療を中心に、II 群は内科治療と精神科治療を平行して、III 群は精神科治療を中心に行われる⁴⁾。

CFS の病因は、いまだ明らかにされていないため治療法もまだ確立されていない。薬物療法では免疫力を向上させる補中益気湯や十全大補湯の漢方薬による疲労感の軽減、ビタミン C 製剤による組織障害の軽減、ビタミン B 12 は睡眠障害のみならず、脱力感と疲労感を取り、思考力の回復を促す。さらに消炎・鎮痛剤使用による筋肉の痛みの緩和、抗不安薬による抑うつや不安の軽減などが報告されている⁵⁾。また Whiting, P., et al. (2001) は、Fulcher, KY. and White, P. D. や Powell, P., et al. などによる運動療法の有効性を報告している。ここ数年 CFS

表 2 CFS に対する CBT の治療成績(岩瀬、志水、2003. より改変)

研 究	治 療 法	追跡期間	患者数	計測した主な結果変数	有効率
Deale, et. al.	CBT	26 週	60	MOS SF, 疲労尺度	70%
Deale, et. al.	CBT	5 年	60	自己評価 (7 段階)	68%
Sharpe, et. al.	CBT	52 週	60	Karnofsky スコア	73%
Risdale, et. al.	CBT & counseling	26 週	45	自己評価	有効
Prins, et. al.	CBT	61 週	278	CIS, SIP	35%
Friedberg and Krupp	CBT	9 週	44	自己評価 (7 段階)	無効
Lloyd, et. al	CBT と免疫療法	60 週	90	自己評価 (VAS)	無効

MOS SF: Medical Outcomes Surver Short Form, CIS: Checkist Individual Strength, SIP: Sickness Impact Profile, VAS: visual analogue scale. 疲労尺度については Chalder fatigue scale がおもに使用されている。

に対する治療として、認知行動療法の有効性が報告されている。有効率は35～73%と比較的高い値である⁴⁾(表2)。

2. 認知行動療法について

認知行動療法は、症状そのものを直接の治療対象とするのではなく「症状が維持されている過程」を対象とする。そして、認知行動療法の基本理論はその維持過程を記述的に説明するものである。

その基本理論とは、①行動は単に刺激と反応の結果生じるものではなく、そこには認知的活動も介在していると考えられる。②行動はコントロールできるものであることを重視し、セルフコントロールという観点から行動変容をねらう。③認知的活動が行動に影響を及ぼす。④認知的活動はモニター可能であり変容可能である。⑤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。

提唱されている認知行動療法の代表的な治療体系として、Ellis, A. の合理情動療法、Beck, A. の認知療法、Meichenbaum, D. の認知的行動変容がある。Ellis, A. (1962) は、神経症患者にみられる感情や行動は、個人が経験する出来事(A)とその出来事に対するその人の持つ不合理な信念(B)との相互作用の結果生じるもの(C)であることを指摘した。そして、問題となっている感情や行動(C)を変えるには不合理な信念を合理的なものへと変え、その上で患者が事態を直視して効果的な動きができるように教えることをねらいとした論理療法を提唱した。この論理療法の考え方をABC理論と言い、他の認知行動療法も基本的にはこのABC理論のかたちをとっている。Beck, A. (1963, 1964) は、うつ病患者の思考プロセスには彼ら特有の思考パターンがあることを指摘し、その思考パターンの原因となっている個人のスキーマを変えることで、うつ病の治療を行うという認知療法を提唱した。スキーマ(Beck, A. 1964)とは、生得的要因と環境的要因の影響を

受けながらそれまでに(特に幼少児期に)体験したことがらに基づいて形成された、心の底に気づかれないうま存在している個人的な確信で、これが周囲からの情報を取捨選択する基準を提供するのである。Meichenbaum, D. (1993) は「行動は相互に影響しあう」を強調し、患者の不適応行動や情緒障害の改善に取り組んだ。

認知行動療法の治療体系では、①治療行為において行動の変容のみに注目するのではなく、患者の思考や信念など認知的変容そのものあるいは認知の変容をきかとした行動の変容をねらう。②治療技法は行動と認知の両面からのアプローチをとる。③認知と行動を分離して評価するのではなく、それらの相互関連性をも評価の対象とする⁶⁾。

認知行動療法は技法的折衷主義である。つまり多様な技法の中に認知そのものの変容をねらった技法、行動変容をねらった技法、認知の変容を媒介とする行動変容をねらった技法が含まれている。その共通する核となる技法がセルフモニタリングと認知的再体制化法である⁷⁾。セルフモニタリングとは、患者自身が自己の行動や態度、感情、思考等を観察したり記録することによって、自己の行動や態度、感情、思考過程等に対する具体的で客観的な気づきをもたらす、評価可能なものとする手続きをいう。認知的再体制化法は患者が自己を取り巻く刺激や状況を適切にラベリングすることで歪んだ思考の仕方が変容し、不適応行動の減少につながる方法である⁷⁾。Ellis, A. の合理情動療法では認知的再体制化法によって不合理な信念の変容をねらい、Beck, A. の認知療法では、自動思考(ある場面に直面したとき「自動的」に頭の中に思い浮かんでくる考えや視覚的イメージ)(Beck, A. 1976)やその背景にある思い込みの変容をねらう。セルフモニタリングは認知的再体制化法を有効に引き起こすための前段階としてほとんどの認知行動療法に取り入れられており、認知的再体制化法は患者の認知そのものを直接変

容しようとする方法で、すべての認知行動療法に何らかの形で用いられている技法である⁷⁾。

II 認知行動療法にみる 慢性疲労症候群患者の認知的変容

1. 認知行動療法における認知と認知査定

認知行動療法において認知は大きく二つに分けられている⁸⁾。第一は「認知は操作可能な変数」である。不合理な信念（自分に起こったことに対する不適切な評価）、自動思考、自己効力感、原因帰属などがこれにあたる。第二は「基本的には過去の経験を体制化した、かなり持続的でしかも将来の経験や行為に影響を及ぼす『認知的構え』⁸⁾で、スキーマ、自己概念、自己イメージなどである。認知行動療法が科学的な心理療法でありうるために客観性と測定の可能性は無視できないとすると、第一に含まれる認知的変数は第二に含まれるそれより客観性と測定可能性が優れている⁹⁾。

これまで行われてきた認知の査定方法では、自己記録法が主要である。これは特定の書式にしたがって患者が自由に記述するものと、評定尺度や多肢選択法を用いた質問紙法があるが、質問表形式のものが多用されている。不合理な信念（松村、1991）、自動思考（Hollon, S. D. & Kendall, P. C., 1980）、自己効力感の強度（坂野と東條、1986）、原因帰属の型（Peterson, C.,

et al, 1982）などが開発されている。そして得られた点数をその患者の認知的反応（認知）と考えるのである。

2. 慢性疲労症候群の遷延

図 1 は CFS の維持過程のモデル（Fred Friedberg and Lauren B. Krupp (1994) を参考に作成）である。

このモデルでは CFS の発症後、疲労や頭痛などの症状によって活動が制限され、その置かれた状況の影響で不適切な認知的反応を起し、その結果抑うつや不安などの症状が生じ心因性疲労につながる過程を説明する。そしてこの心因性疲労によって再度、不適切な認知的反応を起し、さらなる抑うつや不安を生じるのである。つまり、疲労のサイクルが出来上がるのである。この説明で見られる不適切な認知とは、自動思考や不合理な信念である。つまり CFS は身体疾患で自分は何もできないという認知であったり、活動すれば疲労が続くので活動を控えねばならないという認知である。あるいは発症前と同じように活動できるはずだ、活動すべきだという認知である。そしてこれらの不適切な認知（自動思考や不合理な信念）によって抑うつや不安などの症状のみならず、活動の回避、反復される休息、過剰活動をもたらし、疲労症状を生じさせるのである。こうして

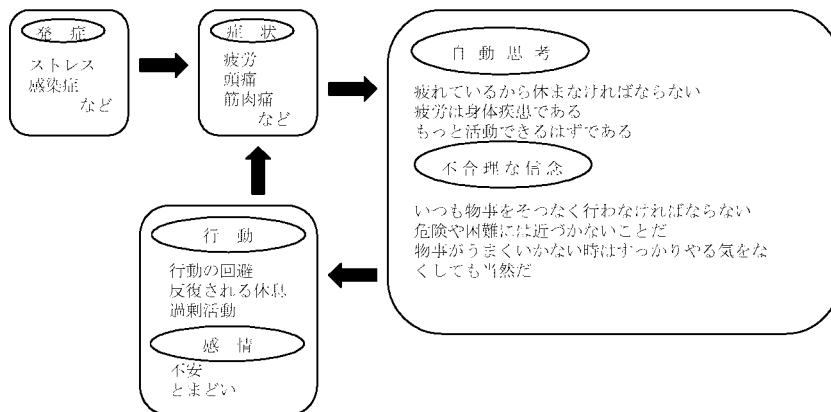


図 1 CFS の維持過程モデル

疲労は維持されると考えられる。

3. 慢性疲労症候群患者の認知査定

(1) 対象

①慢性疲労症候群（以下 CFS）患者

O 大学医学部付属病院の疲労外来を 200 X 年 Y 月～200 X 年 Z 月に受診した者のうち、厚生労働省が定めた CFS 診断基準（表 1）を満たす 10 代～60 代の CFS 患者 80 例（男性 26 例、女性 54 例）。

CFS の診断基準を満たす患者は、精神科医の診断により、CFS 発症時より精神疾患の診断基準を満たさない群（I 群）、CFS 発症時に精神疾患の診断基準を満たさなかったがその後、二次的に精神症状を示す群（II 群）、CFS 発症と同時に精神疾患の発症がみられた群（III 群）に分類（志水、他、1996 a、1996 b、1998、2000）。

CFS 患者の中には、JIBT-20 を実施した時点で、CFS 発症時より精神疾患の診断基準を満たさない群（I 群）と診断されて 1 年から 10 年以上経過する者も含まれている。よって JIBT-20 を実施した時点で、CFS 発症時に精神疾患の診断基準を満たさなかったがその後、II 群へと移行している可能性がある。そこで JIBT-20 を実施した時期と同じ時期に I 群と診断された患者（II 群へ移行していない可能性が大きい、つまり精神疾患を持たないと考える患者）を「純 I 群 CFS 患者」（本論文においてのみ筆者が命名）として選出。対象者の内訳は、表 3 の通りである。

②健常者

200 X 年 Z 月に調査協力を依頼した一般人のうち日常生活に支障をきたすような疲労症状をもたない 10 代～60 代の男女 27 名（表 4）を対象。

(2) 方法

①査定質問表（JIBT-20）について

本研究では、認知の歪みを不合理な信念として査定する。不合理な信念は、Eills, A によっ

表 3 CFS 患者の内訳

		人数	平均年齢	標準偏差	最小年齢	最大年齢
CFS 患者	I-男	7	39.3	11.46	26	56
	女	19	35.7	10.05	17	59
	計	26	36.7	10.33	17	59
	II-男	7	32.6	8.3	19	47
	女	13	41.8	10.32	29	69
	計	20	38.6	10.48	19	69
	III-男	12	33.7	6.11	24	46
	女	22	34.9	9.38	18	56
	計	34	34.5	8.3	18	56

表 4 健常者の内訳

		人数	平均年齢	標準偏差	最小年齢	最大年齢
健常者	IV-男	9	35	11.31	17	57
	女	18	38.9	9.45	24	65
	計	27	37.6	10.07	17	65

て提唱された合理情動療法（論理療法、論理情動療法とも訳される）の中心概念の 1 つである。不合理な信念の代表的な尺度として、日本版 Irrational Belief Test (JIBT) (松村、1991) をあげることができる。しかし、JIBT は項目数が多く（70 項目）臨床現場で使用するには被験者に負担を強いることなどの理由から、JIBT の短縮版（JIBT-20）（表 5）が開発されている。（森、長谷川、石隈、嶋田、坂野、1994）

JIBT-20 は質問表の上から、「自己期待」「依存」「倫理的な非難」「問題回避」「無力感」の 5 つの不合理な信念に関する項目について査定する尺度である。「自己期待」は「私は欠点のない人間でなければならない」というような完全性を自己に求める信念、「依存」は「自分以外の人に頼らなければうまくいかない」という信念、「倫理的な非難」は道徳・倫理に反する行為に対する非難の信念であり他人に完全性を求め

表 5

J I B T - 2 0										
名前	才	男・女	年	月	日	作成				
						まったくそう思う	だいたいそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	まったくそう思わない
いつも目覚しい行いをしなくてはならない										
私は常に業績を上げなければならない										
私はいつも頭がよく働かなければならない										
私は全ての点で有能でなければならない										
いつも自分を引っ張っていつてくれる人が必要だ										
頼れる友達がいなければやっていけない										
相談できる人が常にいないと困る										
常に指示してくれる人がいなければならない										
泥棒はこらしめられて当たり前だ										
重罪を犯した人は厳しく罰せられて当然だ										
殺人を犯した人は死刑に処せられるべきである										
不道德なことをする人間は墮落した人間だ										
いざこざが起こった時には知らん顔をしているのにこしたことはない										
人と話をする時は差しさわりのないことだけを話したほうがいい										
物事を決める時ははっきり賛否を表さない方が無難だ										
危険や困難には近づかないことだ										
状況が思わしくない時は投げ出さなくなって当然だ										
何をやってもうまくできない時にはすっかりやる気をなくしても当然だ										
大きな災難に出会ったら精神的に混乱するのが当たり前だ										
大切な仕事をしている時に邪魔されるのは我慢のならない事だ										
	群		年	月	日	初診	サイン			
備考										

る信念、「問題回避」は「面倒なことは避けるべきだ」という問題回避の信念、「無力感」は「自分ではどうすることもできない」という信念を表わしている。回答は 25 の質問項目に五件法（まったくそう思う＝5、だいたいそう思う＝4、どちらでもない＝3、あまりそう思わない＝2、まったくそう思わない＝1）で評定を求める。（満点 20 点、最低点数 4 点）本研究で

は、CFS 患者は重度の疲労症状を示すことから、項目の多い JIBT は患者の負担となると考え、JIBT-20 を使用する。

得られた点数を被験者の認知的反応（認知）と考えるが、JIBT-20 においては（JIBT もそうであるが）、高いから悪いとか低いから良いというような評価はしない。例えば「自己期待」の点数が 20 点の場合、「私は欠点のない人間で

なければならない」というような完全性を自己に求める傾向が強いと捉え、4点の場合は、自己評価の低さ、つまり不合理な自己への評価として捉える。

②手順

対象とした CFS 患者及び健常者に対し内容を十分説明し、同意を得たうえで、CFS 患者には医師が、健常者には著者が JIBT-20 を実施。

慢性疲労症候群（CFS）患者全体と健常者の認知の比較と、I 群 CFS 患者と健常者の認知の比較を結果としてまとめた。

(3) 結果

図 2 は CFS 患者全体と健常者における JIBT-20 の比較である。CFS 患者は健常者より自己に対する期待が強く、問題を回避する傾向にあると捉えることもできるが、統計（ノンパラメトリック検定、Mann-Whitney 検定）では両者には有意な差は認められなかった。

図 3 は CFS I 群患者と健常者における JIBT-20 の比較である。CFS 患者は健常者より問題を回避する傾向にあると捉えることもできるが、統計（ノンパラメトリック検定、Mann-Whitney 検定）では両者には有意な差は認められなかった。

図 4 は CFS 純 I 群患者と健常者との比較である。統計（ノンパラメトリック検定、Mann-Whitney 検定）で、「自己期待」、「倫理的非難」、「問題回避」でそれぞれ有意（ $p < .05$ ）であった。

(4) 考察

図 3 と図 4 より、CFS I 群患者と CFS 純 I 群患者の認知の歪みにおいて、「自己期待」と「倫理的な非難」に差がみられるが、I 群の患者は後に精神疾患を合併して二次的に精神症状を示す II 群となる可能性がある¹⁰⁾という報告を考慮するなら、CFS I 群患者の中に II 群へ移行した者が含まれていたため、その差が「自己期待」と「倫理的な非難」に表われたのではないかと考える。そして、CFS I 群患者と健常者にお

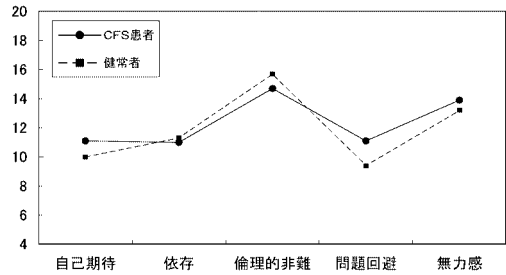


図 2 CFS 患者全体と健常者の JIBT-20

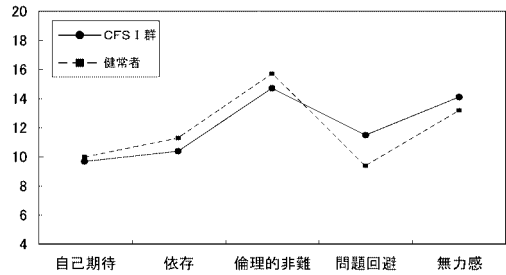


図 3 CFS I 群患者と健常者の JIBT-20

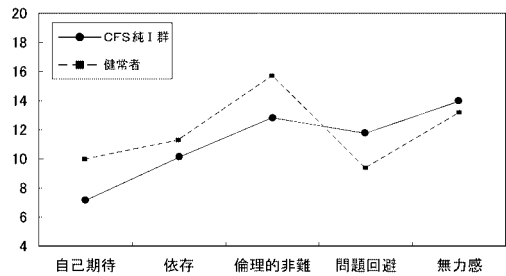


図 4 CFS 純 I 群患者と健常者の JIBT-20

いては統計的に有意な差は認められなかったが、CFS 純 I 群患者と健常者においては統計的に有意な差が認められなかったことから、CFS I 群患者と CFS 純 I 群患者においては認知の歪みの傾向が異なると推論できる。

また、図 4 で分より、CFS 純 I 群患者と健常者の認知の歪みに統計的に差が認められた。CFS 純 I 群患者は健常者より「自己期待」、「倫理的な非難」が、「問題回避」が高かった。これを解釈すると、CFS 純 I 群患者は自己評価が低く、他人には完全性を求めず、問題から回

避する傾向があると考えられる。

4. 慢性疲労症候群患者の認知行動療法による治療的介入

目的

精神疾患を伴わない慢性疲労症候群患者 (CFS) の認知と疲労の遷延との関連性を認知行動療法 (CBT) で検証することを目的とした。

(1) 方法

慢性疲労症候群 (CFS) への認知行動療法の介入について CFS 患者は不適切な自動思考と同時に不合理な認知がみられる¹¹⁾とする報告がある。純 I 群 CFS 患者の不合理な認知を査定し、そこで得られた点数を認知的反応 (認知) の強さとし、この認知的反応の修正を標的として治療した。

(2) 対象

①精神疾患を伴わない慢性疲労症候群患者

純 I 群 CFS 患者 10 例のうち、認知行動療法についての説明を精神科医より受け、治療に同意した 5 症例のうち治療が終了した 3 症例を検証対象とした。

②3 症例について

3 症例とも、O 大学医学部付属病院の疲労外来を 200 X 年 Y 月～Z 月に受診、診察の結果厚生労働省が定めた CFS 診断基準 (表 1) を満たし、その後 CFS 患者 I 群と分類、さらに本研究で純 I 群 CFS と分類した。3 症例の内訳は平均年齢 31.3 才、標準偏差 9.61、男性 0 例、女性 3 例。

(3) 方法

①治療形態と導入について

治療形態：心理療法家 2 名で分担。筆者は、治療者による治療過程を観察する目的で各治療者の治療現場に同席する形をとり治療には直接携わらない。

治療への導入：CFS への認知行動療法の有効性や治療はおおむね 10 回の面接であることなどを説明し治療への同意を得た (インフォーム

ドコンセント)。

(4) 手順

①治療目標の設定

患者の考える治療目標を優先するが、その治療目標は具体的なものにする。さらに認知行動療法では患者と治療者が共同で行うことを強調する。患者は治療者との治療共同体という意識を持つことで自分をかえるために必要な課題を勇気をもって行える。

②認知の査定と自動思考の同定

認知の査定 (JIBT-20) は、治療による認知の修正の効果を評価するため、治療の初回と中間、そして最終回 (必要なら中間でも) に行う。自動思考は治療初期で同定することは困難なため日常生活状況を共同で把握する作業のなかで行なう。CFS の疲労に特有な自動思考はないのである。

③行動的介入

CFS の患者は疲労による活動量を問題にすることが多い。そのため認知の修正により行動の変容を初期の目的とするほうがよい。活動量の状況をみるために、患者に一日の活動状況を記録してもらう (表 6)。ただし疲労のために記録作業が無理な場合があるので、「強制」ではないことを告げておく。活動表が完成されたらその活動表をもとに患者と治療者が共同で疲労につながるような生活パターンはないかなどの検討を行う。悪循環となるような活動と休息のパターンが見られたらパターンの改善を計画する。過剰な休息はかえって疲労をまねくことの説明や、一定量の活動の導入などをすすめる。

④認知的介入

CFS の患者には「疲労は身体的なものだから活動せず休息することしか私にできることはない」、あるいは「以前のように活動しなければならぬ、活動できるはずだ」という認知がみられる。行動的介入が患者に受け入れられ活動のパターンに改善がみられると、このような認知の歪みへの介入 (認知的再体制化) も容易

になる。認知的再体制化の方法として思考の記録をする課題をすすめる。思考記録表とは、疲労を特に強く感じた状況、その時の疲労感や不安、怒り、落胆などの不快感情とその強さ（0

～10）、不快感情を感じている時に考えていたこと（自動思考）、自動思考にかわる合理的な考え、不快な感情の強さの変化を記入してもらう表である（表7）。

(5) 症例1: 21歳、女性、無職

[主訴] 全身がだるく疲れがひどい。一日を寝て過ごす。

[家族構成] 両親と同居。

[学歴] 高校卒。

[職歴] 高卒後、就職するも頭痛・身体の痛み・全身のだるさで一日を寝て過ごすことが多くなり休職。

[現病歴] 200X年Y月にカゼをひいて以来、全身がだるく動けなくなった。雷恐怖・対人不安がある。200X年XY月にO大学付属病院で慢性疲労症候群の診断をうけた。精神科でのスクーリングでは腰痛など身体的な痛み、全身のだるさが顕著にみられ、慢性的な不眠や疲れを訴えた。

[経過] 200X年Y月から二週間に1回、1回45分の面接を計10回実施。

1回目：治療への導入

CBTと疲労との関係、認知と行動や感情との関連性について説明したが反応は薄く、「疲れて体がだるいので休む。認知は疲労に関係があるのか…」といった洞察であった。そこで一日の行動状況を患者本人に自覚してもらうことを目的に、日常活動表記入を実施。

2回目：疲労を持続・蓄積させる行動パターンの把握

日常活動表より、夜遅い就寝時間と不適当な

表6 日常活動表

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							
6-7							
7-8							
8-9							
9-10							
10-12							

表7 思考記録表

日付	状況	不快な感情	自動思考	合理的反応	結果
	疲労を特に強く感じた状況	疲労感、不安、怒り、落胆など（強さ0-100）	不快な感情を感じている時に考えていたこと	自動思考に対する自分なりの反論	不快な感情の強さの変化

休息の導入を発見。就寝時間を早くすることを目標にして、日常活動表記入を実施。その際、楽しさ度を 0～10 として記入してもらう。睡眠薬を医師に調剤してもらうことを勧める。

3 回目から 6 回目：自動思考と不合理な信念の測定

2～3 AM の就寝時間が 10～12 PM に改善した。疲労度も起床時に疲れがとれている自覚があり、睡眠で疲労がとれていると思われる。思考パターン（自動思考）同定のため、思考記録表記入を実施。活動量の増大→強い疲労度→「休まなければ」という自動思考→不安→身体的な痛みや疲労が生じていることが分かった。自動思考を規定している不合理な信念の測定（JIBT-20）を実施。結果は、自己期待“4”、依存“17”、倫理的な非難“18”、問題回避“11”、無力感“19”であった。

7 回目から 9 回目：疲労への洞察と自動思考の修正

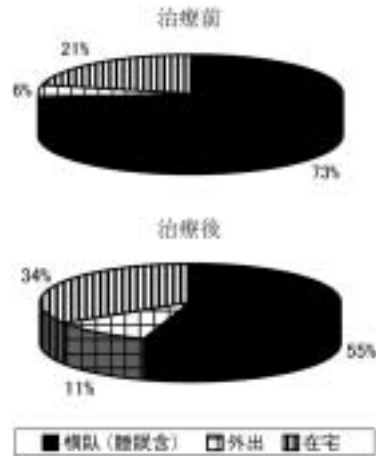
疲労を感じる出来事に対して「外に出れない→不安」という自動思考がみられたので合理的な反応について一緒に考え、自動思考の修正を試みた。母親の協力やウォークマンの使用などで、不快な感情“100”から“80”に軽減した。自分から何か対策をたてようという行動が見られた。CBT の効果をみるため日常活動表、JIBT-20 を実施。

10 回目：

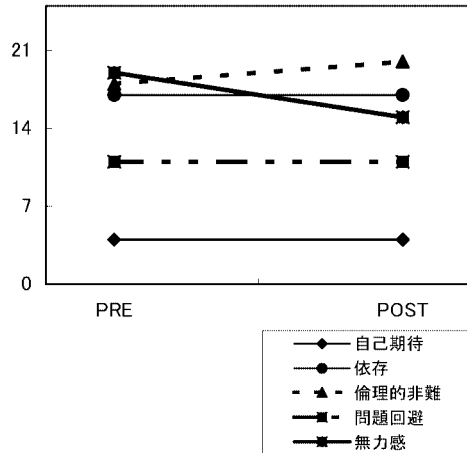
9 回目の面接が終わった頃より母親を伴ってではあるが、外出回数が増えている。活動量も増え、就寝も早くなり、疲労も睡眠によって回復している。自覚はないようだが、服装、振舞いなど治療者からみて元気に明るくなったことが感じとれた。治療継続の希望はなかったので 10 回の面接を終了した。

【統計分析】

一日の活動量の変化



不合理な信念尺度 (JIBT-20)



【効果分析】

JIBT-20 の“無力感” 19 から 15 の点数の減少を認知が修正されたと仮定すると、「動きたくない」「何もしたくない」「何をやってもだめ」といった無力感が減少したため疲れたという自覚が減少し、行動する気持ちが向上し活動量の増加につながったと考える。具体的には、一日の平均外出量が 6% から 11% へ、在宅での活動量も含めると 27% から 45% へ増加している。治療終結の頃には 10 時間の外出の次の日も 5 時間の外出をしており、その疲労も睡眠

によって解消されている。よってこの症例において、患者の「日中寝て過ごす時間を少なくして活動したい」という目標は達成できたとみる。

症例 2: 40 歳、女性、専業主婦（週に 3 日程度のパート勤務）。

[主訴] 不眠。食欲不振。5 時間以上活動すると疲労のためその後何もできなくなる。家族に症状を理解して欲しい。

[家族構成] 42 歳の主人、長男、長女。

[学歴] 大学卒。

[職歴] 大学卒業後事務員として勤務。結婚後専業主婦。パート、アルバイトを継続的にする。

[現病歴] 200 X 年、長男出産。育児ストレスから疲労を感じる。200 Y 年、内科、歯科、婦人科、心療内科と受診するうちに疲労感が増し、長男の中学入学の頃から一日中横になる状態が続き、周りから「寝てばかりのなまけもの」と非難され、会社勤務を始める。長女の旅行に付添った後、重度の疲労を感じた。慢性疲労症候群のことで知り O 大学付属病院を紹介される。

[経過] 200 Y 年 Y 月から二週間に 1 回、1 回 45 分の面接を計 13 回実施。

1 回目：治療への導入

CBT への期待は強いが、抑圧された感情の存在が見て取れたので患者の語りを聴取することに終始した。話の内容は主に家族の変化の中で患者が体験した対応の困難さという文脈で語られ、精神的身体的症状と日常生活の活動との関係が十分に意識化されていないと考えられたので、日常生活状況の自覚を目的に日常活動表記入を実施。

2 回目から 3 回目面接：治療目標と認知の歪みの同定

疲労感に不安になるが、頼まれると断われず几帳面で完璧主義的な性格のため、適度の休息をとるのが苦手という自覚があった。計画的な活動と休息を治療目標とした。何が起こった

か、その時の不安度（0 点から 10 点）、その不安がどのくらい続いたか、を記録する課題を実施。

4 回目から 6 回目：活動調整

日常活動表の記入以後、疲労のサインを感知するようになった。サインを感じたら休憩することを実行し、「少しだが休息のとり方の要領が分かった」ようである。しかし、体力以上の仕事を請負うため、仕事の計画を立てること、削れる仕事は削ることを提案し、実行。結果、若干の疲労感の軽減がみられた。

7 回目から 10 回目：認知の歪みの再同定と合理的思考づくり

「自分では出来ないこともある。疲労も家族が原因ではなく自分の問題」と思うようになった。夫に対する「私をもっと大切にしたい」という気持ちはまだ残っていた。認知の査定のため JIBT-20 を実施。結果は、自己期待“4”、依存“7”、倫理的非難“13”、問題回避“12”、無力感“15”であった。合理的な認知の体制化を目的に思考記録表記入を実施。

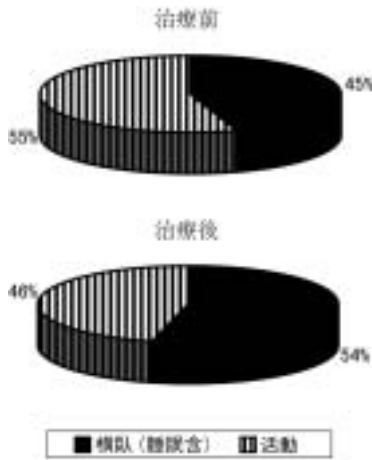
過活動→休息→継続する疲労症状といった悪循環がみられた。「人には任せられない」→「任せられる仕事もあるだろう」と、思考できるように修正する。

11 回目から 13 回目：認知の修正

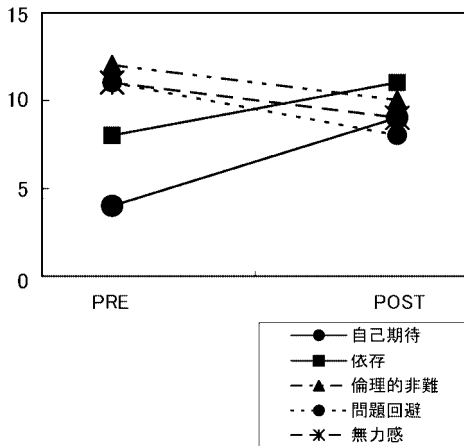
日常生活は、決まった時間に適度な休息をとりながら活動できるようになった。家族以外の人に会う（出来事）と明るく振舞わなければいけない（自動思考）と思い負担に感じる（結果）という認知パターンがあったが、「明るくできなくてごめんね」と合理的に対処できるようになったので、その旨を伝え治療を終結。

【統計分析】

一日の活動量の変化



不合理な信念尺度 (JIBT-20)



【効果分析】

自己期待 4 から 9、依存 8 から 11、問題回避 11 から 8、無力感 11 から 9 の結果より、「自分は家族に対し無力である」(自己期待の低さ) という状況に患者がおかれ、面倒なことは避けたい (問題回避の高さ) と感じるも、「自分がやらねばならない」(依存の低さ) といった思いから過活動となっていたと推測する。認知が修正されたと仮定すると、「自分にはできないこととできないことがある」と認知が修正され、「できる事とできない事」を適切に評価して、

できない事は他の人に頼むというような活動の調整ができるようになったと推測する。

治療前は、一日の半分以上を活動して過ごし「ねむけ、不快感、だるさ」が顕著であったが、治療後は半分以下の活動量に減少した。以上より、この症例において「活動量をコントロールする」という目標は達成されたとみる。

症例 3: 33 歳、女性、無職。

[主訴] 頭痛、全身のだるさ。

[家族構成] 両親と同居。

[学歴] 大学卒。

[職歴] 大学卒業後就職。会社では重要なポストを任されていた。退職後アルバイトを継続的にする。

[現病歴] 会社を退社した後全身のだるさ、頭痛、微熱が続く。200 X 年 Y 月、O 大学付属病院で CFS と診断され CBT を紹介される。

[経過] 200 X 年 Z 月から二週間に 1 回、1 回 45 分の面接を計 12 回実施。

1 回目から 2 回目：治療への導入認知の歪みの同定

疲労による苦痛を理解してもらえない辛さが語られた。仕事について「自分は充分できていた」「疲労がなければ仕事を続けられたのに…」などといった完璧さ、疎外感、身体的帰属の認知がみられた。

疲労に関連する生活習慣を特定するため、日常活動表記入を実施。

3 回目から 4 回目：日常活動表・思考記録表を振り返って

過活動と疲労のパターンが見られた。「疲れたときは寝ればいい」、「自分がしょうもなく感じる」という自動思考もみられたので JIBT-20 を実施。活動できないこと、慢性的な頭痛、食欲の低下の原因を父親と考える。そこで、疲労の辛さを日記につけ、父親とは距離をおく、テレビや雑誌などをみることなどを提案。

5 回目から 9 回目：治療目標と認知の歪みの修正

治療目標の設定にあたり、患者に CFS を治

癒する目的がないことが分かった。現実可能で身近なことでやりたいことを考えて、イメージを使用して否定的思考の修正を試みた。「活動量を増やすこと」を当初の治療目標とした。「自分で出来る軽い活動」リストの中から実施。父親が描く回復のイメージと自分のそれとが違うことが判明した。父親のイメージを受入れ実施。

JIBT-20の結果では、自己期待“4”、依存“7”、倫理的な非難“13”、問題回避“12”、無力感“15”であった。「自分がしょうもなく感じる」という自動思考と通じるものがある。

10回目から11回目：疲労パターンの自覚

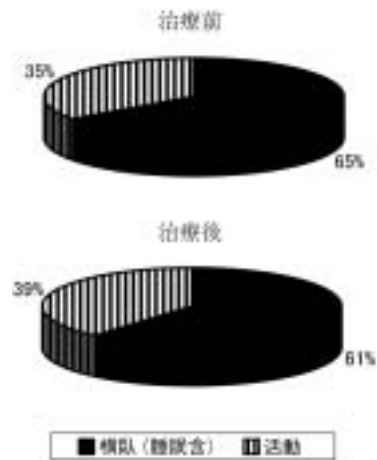
「苦手なことや打撃をうけるものがストレスとなり寝つきの悪さを招き、疲労と発熱につながる」という患者自身の洞察が見られた。その後、父親の「思うとおりに、リラックスを中心に」という言葉がけなどをきっかけに、夜12時迄の就寝と翌朝9時頃迄の起床が可能となった。

12回目：終結

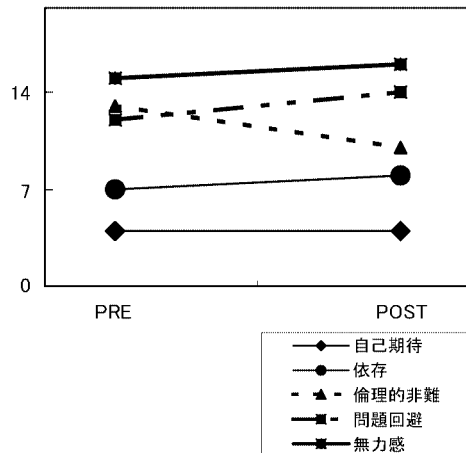
疲労が生じるパターンや熱がでた時の休息の仕方、調子がいい時にできることと調子が悪いときにできることの活動の種類も分かった。また元気がでる活動も見つけた。結果、治療過程における中での何度かの具体的な目標を達成する過程で、疲労と上手く付き合う技術を習得したと考えられたため終結。

【統計分析】

一日活動量の変化



不合理な信念尺度 (JIBT-20)



【効果分析】

活動量の変化はあまりみられないが活動量の質に変化がみられた。つまり調子の良いときの長時間の活動と翌日あるいは翌々日までの休息というパターンが、治療後は適当な活動と休息を計画的に行うようになった。そのため活動の分散がなされた。

認知に関しては、ほとんど変化はなかった。他人に完全性を求める「倫理的な非難」の点数が13点から10点には減少している。「倫理的な非難」の解釈については、「他者からの否定的な

評価に対する恐れなどの否定的感情と関係がある(森、長谷川、石隈、嶋田、坂野、1994)」という研究報告があるが、「倫理的非難」の認知が修正されたと仮定すると、「怠けているのではない、辛い疲れを分かって欲しい」という感情が「疲労とうまく付き合っていこう」という考えに変化したとみる。

(6) 考察

3 症例とも活動量の増加ないし過剰な活動が抑えられ、活動と休息の分散も成された。認知の歪みに関して 3 症例に共通する歪みとして「自己期待」の低さ、「倫理的非難」の高さ、「無力感」の高さである。

症例 1 は慢性的な低活動であり、症例 2 と 3 はどちらも過剰適応であるが、症例 2 は慢性的過活動、症例 3 は集中的な活動と休息である。治療後、症例 1 は活動量の増加、症例 2 は活動の抑制、症例 3 は活動の分散が見られた。3 症例に共通する活動の変化は、計画的な活動と休息がとれるようになったことである。

活動の変化によって疲労への認知に変化があらわれた。治療初期に見られた疲労に対する自己評価の低さ、自己放棄、他者への辛さの理解の要求が減少し、対処法を用いて疲労と付き合いおうとする態度が変わった。具体的には、音楽を聴く、旅行に出かける、TV をみるなど気分転換を目的とするものである。

認知の歪みの修正と活動の変化をみると、症例 1 の「無力感」の減少は活動量の増加に、症例 2 の「自己期待」の増加、「倫理的非難」の減少、「無力感」の減少は活動量の抑制に、症例 3 の「倫理的非難」の減少は活動の分散に、とそれぞれ変化がみられた。以上から「自己期待」の低さ、「倫理的非難」の高さ、「無力感」の高さの修正は活動に変化を与える可能性があると考える。

(7) まとめ

①慢性疲労症候群患者の認知と認知行動療法

CFS への認知行動療法は、「疲労の原因を探すことに労力を費やすのではなく、疲労とうま

く付き合って生活を送ることを目的とする。それには現在の状況に対する誤った捉え方の修正と、活動と休息を調整するスキルを身につけることを目標とする。そのためには疲労を遷延させている認知の歪みの修正が必要である」という前提で実施される。本研究の 3 症例においては、状況への捉え方の修正と活動・休息を調整するスキルを身につけるという「目標」も、認知の歪みの修正も成されたと考えられる。よってこの 3 症例については、認知行動療法は有効であったと考える。

したがって、認知の歪みによって疲労が遷延するという推論のもと、認知の修正による疲労の軽減を認知行動療法で検証した本研究においては、精神疾患を伴わない慢性疲労症候群患者(純 I 群患者 CFS)の認知と疲労には関連性があると推測する。

②本研究結果の問題点と課題

本研究では精神疾患を伴わない CFS 患者を純 I 群とした。しかし、その対象数が 10 名という少数であったため、精神疾患を持たない CFS 患者(CFS 純 I 群)の認知の歪みの査定結果は、信頼性は低いと言わざるをえない。

また、認知の歪みの査定に使用した JIBT-20 で測定される不合理な信念は、患者の一般的な不合理な信念を示すものであり、CFS という特異的な現象における不合理な信念については、「CFS 患者の不合理な信念」などといった尺度を開発する必要がある。実際、質問項目に「私はいつも活動してはいけない」などといった CFS に関する項目が必要であったと感じる。

引用文献

- 1) 岩瀬真生・志水 彰 2003 「慢性疲労症候群の精神医学的側面」『医学のあゆみ』Vol. 204 (5), 392.
- 2) 志水 彰、他 1996 厚生省特別研究事業：慢性疲労症候群の治療に関する研究・平成 7 年度研究業績報告書, 72-75.
- 3) 岩瀬真生・志水 彰 2003 「慢性疲労症候群

- の精神医学的側面』『医学のあゆみ』Vol. 204 (5), 394.
- 4) 岩瀬真生・志水 彰 2003「慢性疲労症候群の精神医学的側面』『医学のあゆみ』Vol. 204 (5), 396.
- 5) 井上正康・倉恒弘彦・渡辺恭良編 2001『眠らない現代社会への警鐘』, 講談社, 117.
- 6) 坂野雄二 1992「認知行動療法の発展と今後の課題』『早稲田大学ヒューマンサイエンスリサーチ』Vol. 1, 93.
- 7) 坂野雄二 1992「認知行動療法の発展と今後の課題』『早稲田大学ヒューマンサイエンスリサーチ』Vol. 1, 94-97.
- 8) 岩本隆茂・大野 裕・坂野雄二 2003『認知行動療法の理論と実践』, 培風館, 21-54.
- 9) 坂野雄二 1992「認知行動療法の発展と今後の課題』『早稲田大学ヒューマンサイエンスリサーチ』Vol. 1, 99.
- 10) 岩瀬真生・志水 彰 2003「慢性疲労症候群の精神医学的側面』『医学のあゆみ』Vol. 204 (5), 393.
- 11) 井上和臣 1998「心身症の治療 6 認知療法』『診療内科』2, 235.
- B. Krupp. 1994 A Comparison of Cognitive Behavioral Treatment for Chronic Fatigue Syndrome and Primary Depression. *Clinical Infectious Diseases*, 18, S 105-10.
- 倉恒弘彦 2003「慢性疲労症候群の病因・病態と診断の手引き』『医学のあゆみ』Vol. 204 (5), 383.
- 松村千賀子 1991「日本版 Irrational Belief Test (JIBT) 開発に関する研究』『心理学研究』62, 106-113.
- 森 治子・長谷川浩一・石隈利紀・嶋田洋徳・坂野雄二 1994「不合理な信念測定尺度 (JIBT-20) の開発の試み』『早稲田大学ヒューマンサイエンスリサーチ』3.
- 室津恵三・本田哲三 1996「慢性疼痛に対する認知行動療法」大野 裕・小谷津孝明編『認知療法ハンドブック (下)』星和書店, 141-164.
- 成田義弘 1993『心身症』, 講談社現代新書
- Peterson, C., et al. 1982 The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-299.
- Prins, J. B., et al. 2001 Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomized controlled trial. *The lancet*, 357, 841-847.
- Sharpe, M., et al. 1996 Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial *BMJ*, 312, 22-26.
- 志水 彰他 1996 厚生省特別研究事業：慢性疲労症候群の治療に関する研究・平成 8 年度研究業績報告書, 56-64.
- 志水 彰他 1998 厚生省特別研究事業：慢性疲労症候群の治療に関する研究・平成 10 年度研究業績報告書, 95-99.
- 志水 彰他 2000 厚生省特別研究事業：慢性疲労症候群の治療に関する研究・平成 11 年度研究業績報告書, 156-168.
- 坂野雄二・東條光彦 1986「一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み』『行動療法研究』12, 73-82.
- 上田素子 2002「慢性疲労症候群のストレスとの関連—患者のストレスとストレスコーピングに関する研究』『関西福祉科学大学大学院修士論文』
- Whiting, P., et al. 2001 Interventions for the Treatment and Management of Chronic Fatigue Syndrome *JAMA*, 286, (11), 1360-1368.

参考文献

- Beck, A. 1963 Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. 1963 Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. 1976 Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Univ. Press (大野 裕訳 1990『認知療法』, 岩崎学術出版)
- Clark, D. M. 1986 A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470.
- Clark, D. M. 1988 A cognitive model of panic attacks. In: Panic. *Psychological perspectives* (edited by Rachman, S., & Maser, J.D.), Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey, 71-89.
- Deale, A., et al. 1997 Cognitive Behavior Therapy for Chronic Fatigue Syndrome. *Am. J. Psychiatry*, 154, 408-414.
- Ellis, A. 1962 *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart. F. Friedberg and Lauren

