

心理的ウェルビーイングとウェルビーイング療法に関する展望

Psychological Well-Being (PWB) and Well-Being Therapy (WBT): A review

西尾悠佑¹ 石川信一²

Yusuke NISHIO Shin-ichi ISHIKAWA

要約

本稿の目的は、心理的ウェルビーイング (Psychological Well-Being : PWB) および、ウェルビーイング療法 (Well-Being Therapy : WBT) についてレビューすることであった。まず先行研究を概観したところ、PWB はさまざまな精神疾患との関係性が示されており、PWB の向上が精神疾患の改善に有効であることが示唆された。次に、WBT のこれまでのエビデンスを概観したところ、WBT は認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy : CBT) に追加されて実施されることが多いとわかった。しかし、CBT 単独の実施より、CBT に WBT を追加した方が、効果が高いかについては、今後検討していく必要性があげられた。最後に WBT では“肯定的な側面の否定や割り引き”という思考の誤りを扱っている可能性が推察された。そのため WBT の介入により、この思考の誤りが変化しているかについて検討する余地がある。

キーワード：ウェルビーイング療法 (Well-Being Therapy)、心理的ウェルビーイング (Psychological Well-Being)

はじめに

近年、ポジティブ心理学の発展に伴い、ウェルビーイングに関する研究が増加している (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006)。Ryff & Singer (1996) によると、長きにわたり精神的健康に関する研究は、心理的な非機能性に大きく焦点が当てられてきたとされている。すなわち、精神的健康は積極的な健康状態を意味するのではなく、精神病理がない状態を表してきた。それに対して、Ryff &

Singer (1996) はウェルビーイングが欠如していることは将来の困苦に対する脆弱性になることを指摘している。そのため精神疾患の介入過程において、その症状をやわらげるだけでなく、ウェルビーイングといったポジティブな心理的機能を向上させる必要性を提言している。

またポジティブな心理的側面とネガティブな心理的側面は精神疾患の治療において異なる機能を有するといわれている。Macleod & Moore (2000) は、精神疾患と心理的機能との関係を考える上で、ポジティブな心理的側面とネガティブな心理的側面は、一次元の連続体でなく、異なる二次元上で扱うことが適切であると述べている。たとえば、大うつ病性障害の再発率を予測するのはネガティブな認知過程で

¹ 同志社大学大学院心理学研究科 (Graduate School of Psychology, Doshisha University)

² 同志社大学心理学部 (Faculty of Psychology, Doshisha University)

はなくポジティブな認知過程であるという研究が報告されている (Ilardi, Craighead & Evans, 1997)。以上をふまえると、ネガティブな心理的側面だけでなくポジティブな心理的側面に着目することは、精神疾患にアプローチをする上で意義のあることといえる。

ポジティブな心理的側面に焦点をあてた心理療法の一つに、ウェルビーイング療法がある (Well-Being Therapy : WBT ; Fava, 2016a)。WBT は Ryff の心理的ウェルビーイングの概念 (Psychological Well-Being : PWB ; Ryff, 1989) に基づいており、その向上を目的とする心理療法である。本稿では PWB および、WBT についてのこれまでの研究を概観し、展望を行うことを目的とする。

PWB について

Ryan & Deci (2001) のレビューによると、ウェルビーイングとは最適な心理的機能や経験のことを表す。ウェルビーイングは、ヘドニックなウェルビーイング (hedonic well-being) とユーダイモニックなウェルビーイング (eudaimonic well-being) に大別されるといわれている。ヘドニックなウェルビーイングは、快楽主義とも表現され、ポジティブ感情や喜びを感じ苦痛や不快感がない状態を表す。これに基づく心理学的な概念として、主観的ウェルビーイングがある (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999)。一方、ユーダイモニックなウェルビーイングとは、人間の潜在能力が十分に機能している状態のことを表し、快楽主義とは異なる。本稿で扱う PWB は、ユーダイモニックなウェルビーイングに基づく概念である (Ryan & Deci, 2001)。

PWB は人生全般にわたるポジティブな心理的機能と定義され、6つの次元から構成されている (Ryff, 1989)。6つの次元とは、自己受容 (self-acceptance)、積極的な他者関係 (positive relations with others)、自律性 (autonomy)、環境制御力 (environmental mastery)、人生

の目的 (purpose in life)、人格的成長 (personal growth) である。自己受容は、自分の多面的な側面を認め、自己に対して肯定的な態度を有していることを表す。積極的な他者関係は、他者とあたたかく信頼できる関係を築いている状態を表す。自律性は、個人の基準で自己評価を行い、周囲からのプレッシャーに流されず自己決定ができる状態を表す。環境制御力は、周囲の機会を有効に活用できるという有能感のことを表す。人生における目的は、人生に意義を感じ、人生の目的や方向性が定まっている状態を表す。人格的成長とは、成長し続けている感覚を有している状態を表す。

これまでに PWB と精神疾患の関連についての報告がなされている。Wood & Joseph (2010) の10年間の縦断調査によると、人口統計学的データや性格特性などを統制した上でも、PWB の欠如は後のうつ病発症のリスクとなることがわかっている。また Rafanelli et al. (2000) の横断調査では、大うつ病性障害や不安症が寛解した者の PWB と健常な者の PWB が比較されている。それによると、精神疾患が寛解した者の PWB が、健常な者のそれに比べて、低いことが示されている。この関係性は、パニック症や広場恐怖についても、報告がなされている (Fava et al., 2001)。それに加え、精神疾患を有する者と健常な者における PWB の比較も行われている。たとえば、統合失調症や摂食障害の罹患者は、健常な者に比べて PWB が低いことが示されている (Strauss, Sandt, Catalano & Allen, 2012 ; Tomba, Offidani, Tecuta, Schumann & Ballardini, 2014)。その他には、地震により心的外傷後ストレス障害を発症した患者において、人生における目的 (PWB の下位次元の一つ) の水準が低いほど、症状が重篤であることが示されている (Feder et al., 2013)。したがって、PWB はさまざまな精神疾患と関連があるといえる。

WBT

WBTは、大うつ病性障害や不安症の残遺症状に対するアプローチとしてFavaらにより考案された心理療法である (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti & Grandi, 1998a)。WBTは認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy: CBT)、特にBeckの認知療法 (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979 坂野監訳 1992) に基づいたアプローチである (Fava, 1999)。従来のCBTが、主にネガティブな体験についてモニタリングするのにに対し、WBTはウェルビーイングに関する体験についてモニタリングすることが特徴である (Fava, 2016b)。Fava (2016b) を参考によると、ここでのウェルビーイングとはPWBのことではなく、漠然とした快感情のことを表している (以後、“ウェルビーイング” と表記したものは、PWBでなく快感情を表すものとする)。

WBTのセッションは、1回あたり30-50分であり、隔週に渡って実施される。セッション数は概ね8セッションであり、WBTの治療開始から終結までのセッションは、大きく3段階に分けられる (Ruini, Albieri & Vescovelli, 2015)。それぞれの段階で取り扱われる内容について、Fava & Tomba (2009), Ruini et al. (2015) を参考に、以下に示した。

セッションの序盤 (1-2セッション) では、主にウェルビーイングに関する体験を同定することが実施される。クライアントは、構造化された日記にウェルビーイングを感じる体験を記入するといったホームワークが課される。クライアントは、ウェルビーイングの大きさを0-100の段階で評価するよう求められる。0はウェルビーイングを全く感じない状態を表し、100は最も強く感じる状態を表す。

セッションの中盤 (3-5セッション) では、ウェルビーイングを阻害する自動思考の同定が実施される。ウェルビーイングに関する体験について適切にモニタリングできるようになると、クライアントはウェルビーイングを阻害する自動

思考を同定するよう求められる。

セッションの終盤 (6-8セッション) では、先のウェルビーイングを阻害する自動思考に対し、認知再構成法を行う。またセラピストは、Ryffの概念的枠組み (Ryff, 1989) にしたがって、クライアントのPWBのどの次元が特に不足しているかを、先の自動思考を利用し、理解する。WBTにおける認知再構成法は、PWBの概念を基に実施される。認知再構成法などを通じて、クライアントのPWBを適切な水準に変容していくことが目標である。

以上にセッションの概要について記した。セルフモニタリングや自動思考、認知再構成法といったCBTの技法や概念が用いられている。Fava (2016a) は、WBTの特徴として、セルフモニタリングの際にウェルビーイングに関する体験を扱うことや、PWBの概念を取り入れていることをあげている。その特徴により、WBTは、従来のCBTの効果を補完する機能を持つといわれている。

WBTのエビデンスについて

これまでにWBTの効果を検証した研究が数多く報告されている。それらの研究は、4種類に大別される。その4種類とは、(a) CBTにWBTを追加した介入を実施している研究、(b) WBTとCBTを比較した研究、(c) 学校でWBTを実施した研究、(d) 本邦でWBTを実施した研究である。この分類に従い、それぞれのエビデンスについて、以下に記述する。なお便宜上、WBT単独で介入がなされている群をWBT群、CBT単独で介入がなされている群をCBT群、CBTの介入後にWBTが実施されている群をCBT-WBT群と表記することにする。

CBTにWBTを追加した介入

Fava, Rafanelli, Grandi, Conti & Belluardo (1998b) では、大うつ病性障害が再発した40名の対象者を無作為割り付けした上

で、介入を実施している（1回30分、計10回）。薬物療法によりうつ病が寛解した後、対象者はCBT-WBT群とClinical management群（CM群）に振り分けられている。CBT-WBT群では、CBTが7-8セッション実施された後、WBTが2-3セッション実施されている。CM群では、10セッションにわたって病態の経過確認が行われている。介入の結果、2年後のフォローアップにおいて、CM群の再発率が80%であったのに対し、CBT-WBT群の再発率は25%であったことが報告されている。さらにFava et al. (2004)により、6年後のフォローアップにおける再発率が報告されており、再発率はCBT-WBT群で40%、CM群で90%であったことが報告されている。

Stangier et al. (2013)では、大うつ病性障害の再発を経験したことがある180名を対象に、介入が実施されている。対象者はCBT-WBT-マインドフルネス群と、心理教育群（PE群）に、無作為に振り分けられている。CBT-WBT-マインドフルネス群では1回50分、計16回のセッションが実施されており、PE群では1回20分、計16回のセッションが実施されている。介入以前に大うつ病エピソードの経験が5回以上あった者において、再発率（1年後のフォローアップ）に群間の有意差があったと報告されている。再発率は、CBT-WBT-マインドフルネス群で50%、PE群では73.2%であったと報告されている。

Fava, Rafanelli, Tomba, Guidi & Grandi (2011)では、62名の気分循環性障害を有する対象者を2群に無作為に割り付けた上で介入を実施している（1回45分、計10回）。気分循環性障害の患者は、CBT-WBT群とClinical management群（CM群）に振り分けられている。CBT-WBT群では、1-6セッションにかけて、CBTが実施されており、7-10セッションにかけて、WBTが実施されている。CM群では、10セッションにわたって、病態の確認、対象者に対する助言が行われている。介入直後、1年後のフォローアップ、および2年後

のフォローアップにおいてCBT-WBT群の方がCM群に比べて、抑うつ症状および躁の症状が有意に低かったことが報告されている。

Fava et al. (2005)では、全般不安症に対する介入の効果が検討されている（1回40分、計8回）。20名の全般不安症を有する対象者を2群に無作為に割り付けた上で介入が実施されている。対象者はCBT-WBT群とCBT群に振り分けられている。CBT-WBT群では、1-4セッションでCBTが実施されており、5-8セッションでWBTが実施されている。CBT群では8セッションにわたって、CBTが実施されている。介入の結果、CBT-WBT群の方がCBT群より、介入後のPWBが有意に高かったことが報告されている。それに加え、不安症状が有意に低かったと報告されている。

WBTとCBTを比較した研究

大うつ病性障害や不安症の残遺症状に対し、WBTが単独で実施された際の効果を検証した研究が報告されている（Fava et al., 1998a）。上記の残遺症状を有する20名を、WBT群、もしくはCBT群に無作為に割り付けた後、介入が実施されている（1回40分、計8回）。その結果、両群において、残遺症状の有意な低減が示されている。また介入後における残遺症状は、WBT群の方が、CBT群より有意に低かったと示されている。PWBについては、両介入群とも下位尺度の一部が有意に向上していたことが示されている。

Moenizadeh & Salagame (2010)では、大うつ病性障害を有する40名を対象者をWBT群、もしくはCBT群に無作為に割り付けた上で、介入が実施されている（1回45-60分、計8回）。介入の結果、どちらの群も抑うつ症状が有意に低減していた。しかし群間の比較において、統計的な有意差は報告されていない。

学校での介入

PWBの向上を目的に、学校でWBTを応用した介入の実施が3報、報告されている（Ruini,

Belaise, Brombin, Caffo & Fava., 2006 ; Ruini et al. 2009 ; Tomba et al., 2010)。

Ruini et al. (2006) では、中学生111名を、2群に無作為割り付けした上で介入を実施している (1回120分, 計4回)。中学生は、WBT 群と、CBT 群に振り分けられている。介入の結果、WBT 群ではPWBの合計、およびその下位尺度である自己受容が、介入の前後で有意に向上していた。一方、CBT 群ではPWBの合計、およびその下位尺度である人生の目的と自己受容が、介入の前後で有意に向上していた。

Ruini et al. (2009) では、高校生227名を、2群に無作為割り付けをした上で介入を実施している (1日2時間, 計6回)。高校生は、それぞれ WBT 群とプラセボ群に振り分けられている。介入の結果、WBT 群のPWBの合計、および人格的成長が、プラセボ群より有意に向上していた。

Tomba et al. (2010) では、中学生162名を、2群に無作為割り付けした上で介入を実施している (1回2時間, 計6回)。中学生は、それぞれ WBT 群と Anxiety-management protocol 群 (AM 群) に振り分けられている。AM 群では、セルフトークや認知再構成法などを実施している。介入の結果、WBT 群では介入後から6ヶ月後のフォローアップにかけて、PWBの自律性が向上していたことが示されている。

本邦での介入

本邦では、岩野 (2015) により健常な大学生12名を対象とした予備的研究が行われている。セッションは、1回50分, 計4セッションから構成されており、介入群のみのデザインが用いられている。介入の結果、介入前後でPWBが有意に向上していたことが示されている。また1ヶ月後のフォローアップまで、その効果が維持されていたと報告されている。

エビデンスについてのまとめ

これまでエビデンスについて、(a) CBT に WBT を追加した介入を実施している研究、(b)

WBT と CBT を比較した研究、(c) 学校で WBT を実施した研究、(d) 本邦で WBT を実施した研究の4つのカテゴリーに分類し、それぞれ記載した (Table 1)。カテゴリーごとのまとめを以下に行う。

CBT に WBT を追加して介入を行った研究では、すべてにおいて、その効果が示されていた。全般不安症の治療では、その効果が、CBT との比較により示されている。気分循環性障害の治療や、大うつ病性障害の再発予防では、Clinical management や心理教育といった心理学的プラセボと比較して示されている。

WBT と CBT との比較を行った研究は、大うつ病性障害や不安症の残遺症状に対する介入研究と、大うつ病性障害に対する介入研究の2報であった。両研究とも、WBT 群、CBT 群ともに有意な改善がみられていた。一方、WBT 群と CBT 群を比較した際、残遺症状に対する介入では、CBT 群に比べて WBT 群が有意に高い効果を示していた。しかし大うつ病性障害に対する介入では、WBT の介入の効果が CBT と同等であった。

学校で WBT を実施した研究では、Anxiety-management protocol, もしくは心理学的プラセボと比較した際に効果が示されていた。一方、CBT と比較した際に効果は示されなかった。

本邦で WBT を実施した研究は、健常な大学生のPWBを向上させることを目的に行われていた。介入群のみのデザインを用いた予備的研究ではあるが、介入前後でPWBの向上がみられ、その効果が1ヵ月後まで維持されていた。本邦で実施されている WBT はこの1報のみであり、再発予防や学校での介入を目的とした介入は、未だ実施されていない。

CBT に WBT を追加して 実施することの意義

先のエビデンスから、WBT はしばしば他のアプローチ、特に CBT に追加して実施されることが多いとわかる。Fava & Tomba (2009)

Table 1 WBT のエビデンス

文献	参加者の数 ／特徴	介入	アウトカムの 測定	主な結果 (統制群との比較)
Fava et al.(1998b) Fava et al.(2004)	40名 ／大うつ病性障害の 再発予防	CBT+WBT vs. Clinical management	介入前後・6年後 まで	2年後のフォローアップに おいて, 再発率が25% (対 照群は80%), 6年後では 40% (対照群は90%)
Stangier et al. (2013)	180名 ／大うつ病性障害の 再発予防	CBT+WBT+ マインドフルネス vs. 心理教育	介入前後・1年後 まで	過去の大うつ病エピソード の頻度が5回以上であった 者は, 1年後のフォローアッ プにおいて再発率が50% (対照群は73.2%)
Fava et al.(2011)	62名 ／気分循環性障害	CBT+WBT vs. Clinical management	介入前後・1年後 ・2年後	介入後において, 抑うつ症 状, 軽躁症状の改善, 1年後, 2年後まで維持
Fava et al.(2005)	20名 ／全般不安症	CBT+WBT vs. CBT	介入前後・1年後	介入直後における不安症状 の改善, PWB (全ての下 位尺度) において向上
Fava et al.(1998a)	20名 ／大うつ病性障害や 不安症の残遺症状	WBT vs. CBT	介入前後	介入後における残遺症状の 改善
Moenizadeh & Salagame (2010)	40名 ／大うつ病性障害	WBT vs. CBT	介入前後	両群において介入前後で抑 うつ症状が低減(群間差なし)
Ruini et al. (2006)	111名 ／健常な中学生	WBT (school intervention) vs. CBT (school intervention)	介入前後	群内の比較において介入前 後で PWB (合計, 人生の 目的の向上, 自己受容)
Ruini et al. (2009)	227名 ／健常な高校生	WBT (school intervention) vs. Attention-placebo school intervention	介入前後・ 6ヵ月後	介入直後における PWB(人 格的成長, 合計) の向上
Tomba et al. (2010)	162名 ／健常な中学生	WBT (school intervention) vs. Anxiety managements	介入前後・ 6ヵ月後	介入後から6ヵ月後にかけ て PWB (自律性) の向上
岩野 (2015)	12名 ／健常な大学生	CBT-PWB (WBT の応用)	1ヵ月前・介入前後 ・1ヵ月後	(群内比較において) PWB の向上 (介入前後) と1ヵ 月後まで維持

注) WBT=Well-Being Therapy, CBT=Cognitive Behavior Therapy

によると, WBT は CBT を基盤に考案された
心理療法であり, CBT の効果を補完する目的
で実施されることが多いといわれている。
WBT では, 複数あげられている特徴のうち,
ウェルビーイングに関する体験についてのセル

フモニタリングが, 主である (Fava, 2016b)。
WBT では, ウェルビーイングに関する体験を
阻害する自動思考を同定し, その思考について
検討を行う。ネガティブな体験を中心に扱う
CBT に追加して実施することで, 自動思考を

より包括的に扱えるといわれている (Fava & Tomba, 2009)。

ところでポジティブな体験に対し、ネガティブな思考が生じる認知的過程を示す概念として、思考の誤り (Beck et al., 1979 坂野監訳 1992) がある。思考の誤りとは、A. T. Beck により提唱された概念であり、否定的な自動思考につながる偏った認知的操作のことを表す (Beck et al., 1979 坂野監訳 1992)。当初の思考の誤りには、過度の一般化や選択的抽象化、二分法的思考などがあげられていた。さらに近年では、“肯定的側面の否定や割引 (disqualifying or discounting the positive)” といった思考の誤りが報告されている (Beck, 2011 伊藤・神村・藤澤訳 2015)。この思考の誤りは、肯定的な自己の経験や功績、長所などを不合理に無視するか、割り引いて考えることを表す。これにより生じた自動思考には、「計画は成功したが、それは自分が有能だからではない。単に運が良かっただけだ」という例があげられている。

ウェルビーイングに関する体験を阻害する自動思考は、この“肯定的な側面の否定や割り引き”により生じた自動思考である可能性が高いといえる。そのため WBT で扱われている自動思考は、WBT に特化したものではなく、従来の CBT でも扱われているものといえる。とはいえ、WBT はウェルビーイングに関する体験についてのセルフモニタリングを重視しており、先の“肯定的な側面の否定や割り引き”に対し、積極的な介入を行っているといえる。以上から CBT に WBT を追加して実施することの意義は、“肯定的な側面の否定や割り引き”に焦点化した介入を行うことで、CBT を補完する効果をもたらされていることと推察される。

まとめと今後の課題

本稿の目的は、PWB および WBT について展望を行うことであった。まず PWB と精神疾患との関係性について概観したことから、得られた知見を述べる。数々の調査研究により

PWB が低いことは精神疾患につながることを示唆された。PWB を向上させることは精神的健康を目指す上で重要であり、WBT が PWB にアプローチを行うのは妥当であると判断された。しかし、本稿で取り扱った PWB と精神疾患との関係性を示した研究の多くは、横断的調査によって得られたものである。そのため因果関係について、縦断的調査などを用いて、今後より明らかにしていく必要性があげられる。

次に、WBT のエビデンスから示される課題について述べる。本稿では、WBT のエビデンスについての研究を (a) CBT に WBT を追加した介入を実施している研究、(b) WBT と CBT を比較した研究、(c) 学校で WBT を実施した研究、(d) 本邦で WBT を実施した研究の4つに分類し、それぞれの知見をまとめた。この分類に則り、得られた知見を、以下に述べる。

全般不安症の介入では、CBT に WBT を追加した介入の有効性が、CBT 単独での介入との比較で示されている。したがって CBT を単独で実施するよりも、CBT に WBT を追加した方が、効果が高いことが示された。一方、気分循環性障害の治療や大うつ病性障害の再発予防においては、この介入様式の有効性が、心理学的プラセボとの比較でしか示されていない。そのため、これらの精神疾患では、CBT 単独による介入に比べて、CBT に WBT を追加した介入が有効であるかは明白でない。それをふまえて、今後は全般不安症で行われていたような介入のデザインを用いて効果の比較を行う必要性があげられる。

WBT と CBT の比較を行った研究は2報あり、両研究とも、WBT 群、CBT 群、両介入群で有意な改善がみられていた。WBT 群と CBT 群を比較した際、残遺症状に対する介入では、WBT 群の方が、有意に高い効果を示していた。一方、大うつ病性障害に対する介入では、両介入群の間に統計的に有意な差は示されなかった。このことから残遺症状に対しては CBT よりも WBT の方が有効であることが示されたが、大

うつ病性障害に関してはどちらの介入も効果が変わらないことが示された。これらの知見から、WBTは精神疾患が寛解した後に導入されるのが望ましいといえる。

学校でWBTを実施した研究では、Anxiety-management protocolやプラセボと比較した際にWBTの効果は示されていた一方で、CBTと比較した際に効果は示されなかった。したがって学校での介入において、WBTにはプラセボやAnxiety-management protocol以上の効果はあるが、CBT以上の効果はないと示された。

本邦でWBTを実施した研究は、1報のみ報告されていた。効果は示されていたが、介入群のみのデザインであり、今後は対照群を設定した良質なデザインでの効果検証が求められる。また海外では再発予防のエビデンスが数多く示されているが、本邦で実施されているWBTは健常な者を対象としている介入のみである。今後は再発予防を目的としたWBTの実施も求められる。

最後に、CBTにWBTを追加して実施する意義を検討した結果から得られた今後の課題について述べる。WBTは“肯定的な側面の否定や割り引き”という思考の誤りに焦点化して介入が行われていると推察された。この仮説を検証するためには、実際に介入を行い、“肯定的な側面の否定や割り引き”といった思考の誤りが変化しているかを調べる必要がある。しかし、現段階で“肯定的な側面の否定や割り引き”を測定する適切な尺度がないことが課題としてあげられる。先の思考の誤りを測定する項目は、de Oliveira et al. (2015)のCognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest)、およびRobert (2015)で扱われている尺度に含まれている。しかしCD-Questには、測定できる項目が1項目しかなく、妥当性が十分でないといえる。一方、Robert (2015)で扱われている尺度では、“肯定的な側面の否定や割り引き”に該当する因子が抽出されているが、これは非臨床群でしか抽出されない因子であるこ

とが分かっている。したがって、今後“肯定的な側面の否定や割り引き”を測定する尺度を作成し、WBTの介入が、その思考の誤りに影響しているかを検証する必要性があげられる。

引用文献

- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy basics and beyond (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
(ベック, J. S. 伊藤 絵美・神村 栄一・藤澤 大介 訳 (2015) 認知行動療法実践ガイド: 基礎から応用まで 第2版——ジュディス・ベックの認知行動療法テキスト—— 星和書店)
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
(ベック, A. T., ラッシュ, A. J., ショウ, B. F. & エメリー, G. 坂野 雄二 (監訳) (1992) うつ病の認知療法 岩崎学術出版社)
- Diener, E., Suh E. M., Lucas R. E., & Smith H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.
- Fava, G. A. (2016a). Well-Being Therapy: Current Indications and Emerging Perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 136-145.
- Fava, G. A. (2016b). *Well-being Therapy: Treatment manual and clinical applications*. Basel: Karger Medical and Scientific Publishers.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998a). Well-being therapy. A novel

- psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. (1998b). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816-820.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Ottolini, F., Ruini, C., Cazzaro, M., & Grandi, S. (2001). Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 65, 185-190.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 136-143.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872-1876.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 26-30.
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77, 1903-1934.
- Feder, A., Ahmad, S., Lee, E. J., Morgan, J. E., Singh, R., Smith, B. W., ... & Charney, D. S. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: Purpose in life, religious coping and social support. *Journal of Affective Disorders*, 147, 156-163.
- Ilardi, S. S., Craighead, W. E., & Evans, D. D. (1997). Modeling relapse in unipolar depression: The effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 381-391.
- 岩野 卓 (2015). ウェルビーイングを高めるための認知行動的介入法の精緻化 北海道医療大学大学院心理科学研究科博士論文
- Linley, A. P., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *Journal of Positive Psychology*, 1, 3-16.
- Macleod, A. K., & Moore, R. (2000). Positive thinking revisited: Positive cognitions, well-being and mental health. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7, 1-10.
- Moenizadeh, M., & Salagame, K. K. K. (2010). Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2, 107-115.
- de Oliveira, I. R., Seixas, C., Osório, F. L., Crippa, J. A. S., de Abreu, J. N., Menezes, I. G., ... & Wenzel, A. (2015). Evaluation of the psychometric properties of the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest) in a sample of undergraduate students. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 12, 20-27.
- Rafanelli, C., Park, S. K., Ruini, C.,

- Ottolini, F., Cazzaro, M., & Fava, G. A. (2000). Rating well-being and distress. *Stress and Health, 16*, 55-61.
- Robert, B. M. (2015). Inventory of cognitive distortions: Validation of a measure of cognitive distortions using a community sample (Unpublished doctoral dissertation) Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Philadelphia.
- Ruini, C., Albieri, E., & Vescovelli, F. (2015). Well-being therapy: State of the art and clinical exemplifications. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 45*, 129-136.
- Ruini, C., Belaise, C., Brombin, C., Caffo, E., & Fava, G. A. (2006). Well-being therapy in school settings: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*, 331-336.
- Ruini, C., Ottolini, F., Tomba, E., Belaise, C., Albieri, E., Visani, D., ... & Fava, G. A. (2009). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 522-532.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*, 14-23.
- Stangier, U., Hilling, C., Heidenreich, T., Risch, A. K., Barocka, A., Schlösser, R., ... & Hautzinger, M. (2013). Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: A multicenter prospective randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 170*, 624-632.
- Strauss, G. P., Sandt, A. R., Catalano, L. T., & Allen, D. N. (2012). Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 1137-1144.
- Tomba, E., Belaise, C., Ottolini, F., Ruini, C., Bravi, A., Albieri, E., ... & Fava, G. A. (2010). Differential effects of well-being promoting and anxiety-management strategies in a non-clinical school setting. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 326-333.
- Tomba, E., Offidani, E., Tecuta, L., Schumann, R., & Ballardini, D. (2014). Psychological well-being in outpatients with eating disorders: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders, 47*, 252-258.
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders, 122*, 213-217.