

# 心身症に対する認知行動療法の治療メカニズムのあり方に関する考察

西原 希里子 堀川 柚 姜 来娜 三井 梓実 嶋田 洋徳 早稲田大学

A review of the treatment mechanism of cognitive behavioral therapy for psychosomatic disorders

Kiriko NISHIHARA, Yui HORIKAWA, Rae Na KANG, Azumi MITSUI,  
and Hironori SHIMADA (Waseda University)

Many reports show that cognitive behavioral therapy (CBT) is an effective treatment for psychosomatic disorders affected by psychosocial factors. Although describing symptom maintenance and exacerbation process is essential in CBT, it is unclear in some reports on the treatment of psychosomatic disorders. This study aims to discuss the application of CBT to psychosomatic patients in Japan, focusing on the standard case formulations and reinterpretation of the reports. Organizing and reviewing the literature revealed that the assessment of psychosomatic symptoms and the case formulation might be different from standard methods. These results suggest that CBT for psychosomatic disorders can be effective when appropriate case formulations are used.

**key words:** psychosomatic disorders, cognitive behavioral therapy, case formulation, assessment

*Waseda Journal of Clinical Psychology*  
2021, Vol. 21, No. 1, pp. 67 - 73

心身症とは、「身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する」とされている（日本心身医学会，1991）。代表的な心身症としては、片頭痛、過敏性腸症候群や気管支喘息など、心身症として生じる身体症状は神経・筋肉系から消化器系、呼吸器系などまで広範囲にわたり存在し、それぞれ器質的疾患と機能的疾患の所見がみられる（守口，2014）。また、明らかな身体疾患であるとみなされるものに加えて、摂食障害のような行動異常が認められるものも含まれる（林，2007）。さらに、先に述べたように、「他の精神障害に伴う身体症状は除外する」（日本心身医学会，1991）とされているものの、心身症患者は不安症やうつ病など、精神疾患を合併していることもある。たとえば、千葉（2003）は気管支喘息患者を対象として精神疾患の分布の調査を行ったところ、心身症としての気管支喘息患者25名全てにDSM-IVによって診断される精神疾患が認められ、中でも不安障害が多く認められたことを示している。このように、心身症患者はさまざまな病態を示している。また、たとえば、過敏性腸症候群は慢性的な疾患であるため、大人や子どもにかかわらず社会経済的にも大きな損失

を生むだけでなく、個人の生活の質（QOL）が著しく低下することから（篠崎・福土，2021）、心身症患者それぞれに対して適切な治療が行われることが求められている。

元来、心身症は発症要因として、心理社会的因子が深く関与していることから、薬物療法のみではなく非薬物療法を取り入れて心身両面への治療が実施されることが求められている（本谷，2018）。これまでは、森田療法や、認知行動療法などが心身症の治療に適用されている（たとえば、太田，2015；端詰，2007）。その中でも、特にリラクゼーション、自律訓練法、バイオフィードバックや認知的リフレーミング等の技法を含む「認知行動療法」は多くの研究において心身症に対する治療効果が認められている（松岡・森谷・坂野・安彦・千葉，2018）。実際に、認知行動療法が実施された心身症の研究を概観すると、相応の効果があることがわかる。

たとえば、本谷（2018）は、頭痛を主訴とする心身症患者に対し、頭痛患者の痛みに対する破局的思考と回避行動への介入を組み合わせ、認知再体制化とエクスポージャーから構成されている認知行動療法プログラムを実施している。その結果、破局的思考と回避行動得点がそれぞれ改善し、頭痛の改善もみられたと

報告している。また、山本他（2016）は、めまいと顎の痛みを主訴とする心身症患者に対し、マインドフルネスを取り入れたセルフケア教育を実施している。その結果、自身の心身に対する「今ここ」での気づきを高めることによって、思考、情動、身体への反応の気づきが促進され、認知と行動の両側面においても適切な対処が可能となり、めまいの改善がみられたと報告している。しかし、顎の痛みの改善に関しては明確な記述が見受けられなかった。これらの心身症に対して、認知行動療法を用いた2報は、心身症の症状のプロセスが規定されており、そのプロセスに具体的な技法を用いて働きかけていると理解可能であると考えられる。

その一方で、認知行動療法を実施したことによって、どのようなプロセスを規定して心身症状が改善されたのかが不明瞭な報告も存在する。たとえば、野原・瀧本・大谷・吉内（2020）は、呼吸困難感を主訴とする心身症患者に対し、支持的精神療法を含めたセルフモニタリングと自律訓練法の認知行動療法的アプローチを用いて、薬物療法と呼吸リハビリテーション（pulmonary rehabilitation：PR）を複合的に実施している。その結果、自身の情動状態が不安定であると訴えていた患者の気分が改善したことを示している。しかし、PRと認知行動療法が、症状のどの側面に対してそれぞれ効果があったのかに関しては明らかにすることができなかつたと報告している。

また、症状に起因する認知行動的な特徴の問題に焦点が当てられている研究報告も存在する。たとえば、端詰・都田・白井（2012）は、頭痛、めまいや立ちくらみを主訴としている心身症患者に対し、バイオフィードバックと自律訓練法を実施している。その結果、治療によって身体活動に対するエフィカシーが上昇し、仕事に復帰することが可能になったと考察し、適用した技法が有効であったと報告している。しかし、心身症に分類される神経性胃炎に関しては記述がなく、心身症の治療経過の報告としては、明確に判断することが困難であると考えられる。

これらのことから、心身症の改善に対する認知行動療法の有効性は、心身症全般に当てはまるのではなく、心身症状の維持や増悪に関するプロセスの記述が規定されている場合に有効であると解釈できる。実際に、齋藤・富田・熊野（2020）は、アメリカ心理学会（American Psychological Association：APA）の精神疾患ごとの実証的研究に基づく心理学的介入のリストを邦訳し、多くの疾患において認知行動療法の理論に基づく介入の有効性を報告している。しかしながら、心身症に分類される過敏性腸症候群および慢性または持続性疼痛は、認知行動療法の適用に関して強い実証的支持が示されているものの、他の心身症に分類される疾患に関しては明確な記述が見受けられない。この点に関しては心身症は独立したひとつの疾患を指すわけで

はなく、日本心身医学会（1991）の定義にあるように他の精神障害に伴って起こる身体症状を除外していることからDSM-5（American Psychiatric Association, 2013 高橋・大野監訳 2014）には「心身症」というカテゴリーが存在しない。すなわち、本邦独自の概念であるということもできる（根本・富田, 2014）。しかしながら、DSMにおける「心身症」の扱いを概観したところ、心身症という名称はDSM-IIIから存在しなくなったものであり、1950年に刊行されたDSM-Iでは「psychosomatic disturbances」、1968年に刊行されたDSM-IIでは「psychophysiological autonomic and visceral disorders」として大項目が存在した（笠原・近藤, 1987）。一方で、DSM-IVにおける「身体表現性障害（somatoform disorders）」は心身症の類似状態であるとされており（岡田, 2014）、現在のDSM-5では、「身体症状症および関連症群（somatic symptom and related disorders）」と改訂されている（American Psychiatric Association, 2013 高橋・大野監訳, 2014）。つまり、心身症というカテゴリーはDSMにおいて再分類されるに至っていると理解することができる。その一方で、認知行動療法の適用を試みるには、ケースフォーミュレーションに準じる症状の維持および増悪に関するプロセスの記述は不可欠であるが、それが不明瞭なまま認知行動療法を用いている報告も散見される。

そこで、本論考では、心身症に対する認知行動療法適用の有効性を検討する一環として、日本語の文献を対象として、心身症として出現している身体疾患や、心身症と合併して出現している精神疾患などの心身症に関連する認知行動的特徴に関するケースフォーミュレーションに着目し、文献の整理を行うことによって、心身症における認知行動療法の適用のあり方について考察することを目的とする。なお、先にも述べた通り、心身症にみられる病態として、明らかな身体疾患がみられるもの、行動異常が認められるもの、精神疾患を合併しているものの3つの病態があげられるが、例えば摂食障害のような行動異常が認められる患者に対しては身体的治療が優先される（林, 2007）ため、本論考では対象としないこととした。

## 方 法

本論考では、心身症に対し認知行動療法を用いた介入が行われたとされる学術論文を考察の対象とした。適格基準は（a）心身症患者を対象とし、心身症として、明らかな身体疾患がみられるもの、または心身症と合併して精神疾患などの心身症に関連する認知行動的特徴の問題を呈しているもの、（b）認知行動療法を用いた介入を行っている、（c）症例研究である、（d）出版された学術論文である、（e）日本語で書かれた研究であることを設定した。論文検索には、文献データベースとして「CiNii」を用いて電子検索を行った（2021

年5月12日時点)。文献データベースにおける検索ワードとしては、「心身症 認知行動療法」、「心身症 リラクゼーション」、「認知行動療法 バイオフィードバック」を用いた。

論文検索の結果、136報の文献が抽出された。抽出された文献のうち、すべての適合基準を満たさなかった131報を除外し、5報の文献に絞られた。また、心身症の症例研究もしくは介入研究のハンドサーチから、適合基準を満たす文献を2報追加した。したがって、レビューする論文として、7報の文献を分析対象とした。

## 結 果

集約した結果をTable 1に示した。心身症に対する認知行動療法の介入効果を検討するために、介入の効果および考察を取り上げ、検討を行った。

### 1. 心身症症状に関する主訴

抽出された7編の論文における9症例のうち、記述がないものを除くと、「気持ちが安定しない、イライラして落ち着いて座ってられない」と訴えていたものが1症例、身体症状に関する訴えが6症例、情動面と身体症状の両方に関する訴えが1症例であった。身体症状の内訳は、「耳が右に引っ張られている感じがする」が2症例、その他には、「めまい、頭痛、立ちくらみ」、「ゲップ、吐き気、腹鳴」、「めまい、ふらつき、胃の不快感」、「蝸牛症状、自律神経症状」であった。

### 2. 心身症症状の発症要因

心身症の発症要因について概観したところ、明確な記述がないものを除くと、物事に対して否定的な考え方をすることによって不安な気持ちが生じ、心身症の発症要因となっているとされるものが4症例、緊張や人間関係のもつれなどに起因する対人関係のストレスが発症要因となっているものが2症例、仕事を辞めたいけれどやめられないなどの、タスクストレスが発症要因となっているものが1症例であった。

### 3. 心身症状の維持要因

心身症の維持要因について概観したところ、明確な記述がないものを除くと、心身症状へのとらわれや心身症状に対する破局的な認知などの、心身症状に起因するものが2症例、自身の緊張状態やストレス状況などの、自己の状況に対する自覚の乏しさに起因するものが1症例、運動量減少の身体的活動に起因するものが1症例であった。

### 4. セッション回数

9症例において概観したところ、総セッション回数が6~10回で実施されたものが4症例、そのほかは36

回、51回、また、セッション回数の記載はなく、実施期間のみ記載していた症例においては、9ヶ月間であった。なお、セッション回数の記述がないものは3症例であったが、そのうち1症例においては自律訓練法と現実脱感作法を6ヶ月間実施し、その後1ヶ月後にバイオフィードバックの実施と記載が見られた。

### 5. 介入内容と介入結果

Table 1を概観したところ、9症例の介入結果は、(a)心身症としての身体症状の改善がみられるもの、(b)心身症としての身体症状の改善がみられるが完治していないもの、(c)心身症に関連する認知行動的特徴の問題が改善しているもの、(d)心身症としての身体症状も認知行動的問題の改善がみられなかったものの4つに分類できると判断した。

**(a) 心身症としての身体症状の改善** 心身症としての身体症状に対して、治療の直接的な働きかけがあることによって身体症状の改善につながったものは2症例であった。具体的な治療法としては、リラクゼーションとバイオフィードバックであった。また、治療法を行うことによって心身相関の気づきが高まり、その結果身体症状が改善したものが2症例であった。具体的には、ヨーガ瞑想と筋電図バイオフィードバックを実施していた。

そのうち、身体面と同時に心身症に関連する認知行動的な特徴の問題も改善されているものが1症例あり、認知再構成法やエクスポージャーが実施されることによって、心身症状を過度に危険なものにとらえるといったような認知の歪みの修正がみられた。

**(b) 心身症としての身体症状が未完治** 心身症としての身体症状に対して、治療の直接的な働きかけがあることによって身体症状の改善につながったものの、十分に改善されず治療の継続が検討されているものが1症例であった。治療法としては、筋電図バイオフィードバックであった。

**(c) 心身症に関連する認知行動的特徴の問題の改善** 心身症に関連する認知行動的特徴の問題に対し治療による働きかけがあることによって、認知行動的特徴の問題が改善されたものが3症例であった。具体的には、自律訓練法を実施することによって精神分析療法の導入につながったと考察されているものが1症例であった。また、バイオフィードバックを行うことによって日常生活の緊張を自覚し、身体症状の出現回数が変わらずとも痛みを能動的にコントロールしようという態度の変容が得られたものが1症例であった。また、自律訓練法とバイオフィードバックを行うことによって自信を得ることができたとされるものが1症例であった。

**(d) 治療による症状に変化がみられなかったもの** 呼吸リハビリテーション、セルフモニタリング、自律訓

Table 1-1 心身症に対する認知行動療法

著者	主訴	診断	発症要因	維持要因	期間/回数	治療法	結果・考察
野原・濹本・大谷・吉内 (2020)	・気持ちが安定しない ・イライラして落ち着いて座っていられない	・慢性呼吸不全 ・慢性適応障害 ・急性適応障害	—	症状へのとらわれ	7回	・薬物療法 ・セルフモニタリング ・自律訓練法 ・支持的精神療法	・PR(呼吸リハビリテーション)の治療効果は不明 ・支持的精神療法も含めたセルフモニタリング、自律訓練法の治療効果も不明 ・治療開始後の経過時間と気分スコアの間には有意な正の相関関係がみられたことから、心理療法が何らかの関連がみられる
宮崎・佐々木 (2010)	不安や身体の症状(嘔吐、牛乳アレルギー)がなくなって、服薬がなくなっても済むようになりたい	・左腸胃型メニエール病 ・パニック障害の既往歴のない広場恐怖症	服薬によって改善されたメニエール病の心身症状に対する予期不安	身体的な認知的な認知	36回	認知行動療法 ・心理教育 ・認知再構成法 ・リラクゼーション ・エクスポージャー ・セルフモニタリング	・認知再構成法によって心身症状を過剰に危険なものとする誤った認知が修正され、習得した対処法(リラクゼーション)を用いて対処可能となった ・エクスポージャーとセルフモニタリングによって広場恐怖場面を回避する必要があることを学習し、回避すると悪循環に陥ることを患者に理解させることができた ・予期不安の低減、自己効力感の増強、広場恐怖症の消失が生じて、心身症状をコントロールできるようになった。
八木・石川・平井・小野 (1977)	耳が右方向に引っ張られているような感じ、傾き、痛みを伴う	心因性慢性斜頸	仕事辞めたい意思があるが、上司から仕事を続けるように言われた	—	6ヶ月と113日	・自律訓練法 ・現実脱感作法 ・EMGバイオフィードバック法	自律訓練、現実脱感作による約6ヶ月の治療では効果が上がらなかったが、EMGバイオフィードバック療法を行うことにより心因性の斜頸は改善された
山本・神原・木場・伊藤・福永・中井 (2016)	めまい、ふらつき、胃の不快感	・眩暈症 ・逆流性食道炎 ・顎関節症 ・慢性胃炎 ・全般性不安障害	—	—	6回	・心理教育 ・ヨーガ瞑想	心身相関の気づきが高まることによって、コントロールが可能となり、心身症が改善された
岡田・太田 (2004)	げっぷ、吐き気、腹痛	・機能的胃腸疾患	長女の出生により生じた不安	—	51回	・自律訓練法 ・精神分析療法	・自律訓練法は心身症患者の治療導入に有効であった ・精神分析療法によって心身症の改善がみられた

Table 1-2 心身症に対する認知行動療法

著者	主訴	診断	発症要因	維持要因	期間/回数	治療法	結果・考察
端詰・郡田 ・白井 (2012)	-	(症例1) ・緊張型頭痛	家族関係 ・夫の介護負担 ・子どもがいないことへの後悔 ・義父との関係	自身のストレス状況や過緊張状態に対する自覚の乏しさ	10回	・バイオフィードバック (視覚的フィードバック) ・漸進的筋弛緩法	・バイオフィードバックを通じて日常生活における緊張を自覚し、筋弛緩法で自発的に対処することができるようになった。 ・受動的に頭痛の治療を受けていた状態から、自身で痛みをコントロールしようという能動的な姿勢への変容が得られた ・身体面への介入、心身相関への気づきを促す心理面への介入に加えて、心理社会的背景の情報収集における媒介としてもバイオフィードバックが有効であった。
端詰・郡田 ・白井 (2012)	頭痛、めまい、立ちくらみ	(症例2) ・神経性胃炎 ・抑うつを伴う適応障害	仕事の忙しさ	運動量減少	10回	・バイオフィードバック ・自律訓練法	身体症状により仕事が続けられなくなっていたが、自律訓練法、バイオフィードバックを行うことで自信をつけ仕事に復帰していった
平井・渡辺 (1988)	首が右に引っ張られる	(症例1) ・癱性斜頸	仕事 発症前後に、食堂経営(自営業)に関して家族さんと感情的なこじれがある	-	-	筋電図バイオフィードバック	心身症状のある程度の改善がみられた
平井・渡辺 (1988)	-	本態性振戦	能の話の際、扇子を持っていて「震えてはいけない」と思った	精神的緊張	-	筋電図バイオフィードバック	・症状が軽減した ・バイオフィードバックを行うことによって心身相関の気づきを高めたり、心理療法の導入に使った

練法、支持的的精神療法が行われたものの、心身症としての身体症状やそれに関連する認知行動的特徴の問題が改善されたという記述みられなかったものが1症例であった。

## 考 察

本論考では、心身症に対する認知行動療法の適用の有効性を検討する一環として、まず、日本語文献を対象として、症状に関連するケースフォーミュレーションに着目し、整理を行うことによって、心身症における認知行動療法の適用のあり方について考察することを目的とした。

その結果、心身症に対する認知行動療法の効果を左右するパターンは4つに分類可能であると考えられた(心身症としての身体症状の改善がみられたもの、みられなかったもの、認知行動的特徴に変化が見られたもの、治療による症状に変化がみられなかったもの)。また、この4パターンが生じる差異は、それぞれの心身症の病態に起因するケースフォーミュレーションの適用のされ方の差異にあると考えられた。

心身症は身体症状が出現する身体疾患であることから、まずは、身体症状の改善が優先される(日本心身医学会, 1991)。しかし、先にも述べたように、本論考において対象としている心身症患者が示す病態として、明らかな身体疾患であるとみなされるものと、精神疾患を合併しているものの2つがある。したがって、たとえば(a)心身症としての身体症状の改善に分類される、八木・石川・平井・小野(1977)は、患者が示す症状が身体疾患のみであったため、身体疾患に対して心理療法による直接的なアプローチがなされていた。一方で、たとえば宮崎・佐々木(2010)は、患者の主訴が身体と情動に関するものであり、また、維持要因としても認知行動的特徴の問題がみられたために、身体症状のみだけではなく、認知行動的特徴の問題に関してもケースフォーミュレーションが行われたと考えられる。これは、標準的な認知行動療法の枠組みから考えた場合、患者が抱える問題を具体化した上で、ケースフォーミュレーションを行う必要があるという、熊野(2012)の知見と一致すると理解可能である。

また、(c)心身症に関連する認知行動的特徴の問題の改善に分類される症例に関しては、その背景にある認知行動的特徴の問題に対するケースフォーミュレーションが行われ、その問題を改善させるような介入が中心に記述されていたために、身体症状の改善効果が不明瞭であったと考えられる。したがって、認知行動療法は心身症に対する治療として一般に有効であるとされているものの、明確な有効性を論じるためには、身体症状の維持および増悪に関する直接的なケースフォーミュレーションが想定できる場合に限定される必要があると考えられる。結果として、宮崎・佐々木

(2010)の報告においては、心身症状と認知行動的な問題の両方の改善がみられている。一方で、野原他(2020)の報告は、どのような問題によって心身症状が生じているのかを仮定したプロセスの読み取りが困難であった。

これらを踏まえると、心身症に対し認知行動療法を用いる際は、患者が抱える心身の症状に起因する問題を多角的にアセスメントすることに加え、認知行動療法における心身症状の維持要因に着目したケースフォーミュレーションの枠組みに従って具体的な諸技法を用いることが必要であると考えられる。この点は、患者の状態を考慮することによって、治療プランに修正を加えていく必要があるという坂野(2020)の知見とも一致する。すなわち、認知行動療法の枠組みから心身症をとらえる際は、患者の病態を明らかにした上で、患者が抱える具体的な生活上の困難感に着目し、症状の発症要因以上に症状の維持および増悪要因に対する具体的なケースフォーミュレーションを行うことが適切な治療プランの策定につなげることができるといことが、あらためて理解できたと考えられる。

また、抽出された9症例のうち治療効果が確認された4症例において、患者自身が認知行動療法に対する動機づけが高いことに言及している報告が多く見受けられた。たとえば、宮崎・佐々木(2010)においては、服薬や生活指導のみでは不安や症状改善の効果が見られなかったため、患者自身が心理療法を希望したという記述が確認できた。また、患者自身が認知行動療法を行うことによって、心身症状に対する認知の修正がなされ、心身症と併発していた広場恐怖においても、回避することなく対処したことが、症状の改善につながったということを患者自身が理解できていたと考察されていた。さらに、山本他(2016)においては、患者がマインドフルネスに対して、「ストレスの前後でどのような変化が見られるのか興味があった」と語られていたという記述が確認できた。また、患者自身が、同様に心身症の改善プロセスを理解していたと報告されていた。一般的に、患者の心理療法への動機づけが高いことが、心理療法を効果的にすることが可能となる(日本心身医学会, 1991)ことを踏まえると、本論考の整理によって、あらためて、それが重要な側面であることが確認できた。

加えて、認知行動療法においては、治療実施による心身の変化に対して、患者自身の気づきが高まっている必要があるとされている(坂野, 2020)。これらのことから、認知行動療法を実施し、症状が改善するプロセスにおいては、患者自身の治療への動機づけの高さと、認知行動療法の治療的效果に対する理解の程度が関連する可能性があると考えられる。

さらに、本論考において抽出され動機づけが高かった4症例のうち、2症例においてバイオフィードバック

クが用いられていたことが共通していた。このことから、バイオフィードバックを行い、筋電図や心電図などの指標の変化を患者が視点を交えて知覚することが可能になることによって、患者自身の症状の変化に対する気づきや認知の変容を促すための促進要因となることが考えられる。「認知行動療法を実施することによって心身に変化が生じるとわかる」ことは、自身の特徴を俯瞰的に理解するメタ認知である可能性が考えられる。その一方で、先行研究においては、バイオフィードバックに対する動機づけが過度に高い患者は、プラセボ効果が認められる傾向にあることも指摘されている(端詰他, 2012) ことにも留意する必要がある。

以上のことから、心身症に対する持続的治療(心身医学的アプローチ)と、認知行動療法の枠組みから見た心身症の治療においては、症状に対するアセスメントやそのケースフォーミュレーションそのものの位置づけが異なることが示唆された。したがって、心身症に対する認知行動療法を実施する際においては、心身症状に関する多角的なアセスメントに基づき、ケースフォーミュレーションを実施することによって、より効果的な治療効果が期待できると考えられる。

## 引用文献

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.  
(米国精神医学会 高橋 三郎・大野 裕 (監訳) (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- 端詰 勝敬 (2007). 片頭痛 (心身症診断・治療ガイドライン 2006・Summary) 心身医学, 47, 1037-1041.
- 端詰 勝敬・都田 淳・白井 幸治 (2012). バイオフィードバック療法の臨床応用 心身医学, 52, 126-133.
- 林 果林 (2007). 摂食障害 (特別講座 4, 心身症診断・治療ガイドライン 2006・Summary) 心身医学, 47, 883-888.
- 平井 久・渡辺 克己 (1988). バイオフィードバック療法 (総説シリーズ / 心身症の最近の治療方法) 心身医学, 28, 104-110.
- 笠原 嘉・近藤 三男 (1987). 心身症と身体表現性障害—精神医学の立場から— (心身症と身体表現性障害) (第 27 回日本心身医学会総会) 心身医学, 27, 117-122.
- 熊野 宏昭 (2012). 認知行動療法のルーツと歴史 臨床精神医学, 41, 959-966.
- 松岡 紘史・森谷 満・坂野 雄二・安彦 善裕・千葉 逸朗 (2018). 頭頸部領域の心身症に対する認知行動療法 心身医学, 58, 152-157.
- 宮崎 友香・佐々木 直 (2010). 不安障害を併発したメニエール病患者に対する認知行動療法 心身医学, 50, 1075-1084.
- 守口 善也 (2014). 心身症とアレキシサイミア—情動認知と身体性の関連の観点から— 心理学評論, 57, 77-92.
- 本谷 亮 (2018). 緊張型頭痛に対する認知行動療法 心身医学, 58, 411-417.
- 根本 純江・富田 寛 (2014). 心因性味覚障害患者における心理的治療法の効果の検討 口腔・咽頭科, 27, 165-172.
- 日本心身医学会教育研修委員会 (編) (1991). 心身医学の新しい診療指針 心身医学, 31, 537-573.
- 野原 伸展・瀧本 禎之・大谷 真・吉内 一浩 (2020). 在宅酸素療法導入後も継続した呼吸困難感の改善にセルフモニタリングと自律訓練法が有効であった間質性肺炎患者の 1 例 心身医学, 60, 532-538.
- 岡田 暁宜・太田 有美 (2004). 呑気症を主訴にした境界例水準の身体表現性障害の 1 例: 自律訓練から精神分析的アプローチへ 心身医学, 44, 217-224.
- 岡田 宏基 (2014). MUS, FSS, 身体表現性障害, そして心身症: 概念の理解と整理についての私案および一般医へのトレーニングプログラム 心身医学, 54, 991-1000.
- 太田 大介 (2015). 総合病院心療内科での森田療法の実践 心身医学, 55, 346-351.
- 齋藤 順一・富田 望・熊野 宏昭 (2020). 保健医療分野への認知行動療法の適用と課題 —うつ病・不安症 / 不安関連障害・摂食障害について— 認知行動療法研究, 46, 67-77.
- 坂野 雄二 (2020). 心身医学を専門とする医師に知ってもらいたいこと——特に、認知行動療法の立場から—— 心身医学, 60, 695-701.
- 篠崎 雅江・福土 審 (2021). 過敏性腸症候群に対する自体訓練法の実践 心身医学, 61, 330-334.
- 千葉 太郎 (2003). 心身症としての気管支喘息と精神疾患との関連性についての検討 心身医学, 43, 257-263.
- 八木 文雄・石川 中・平井 久・小野 道郎 (1977). EMG バイオフィードバックによる心因性痙攣性斜頸の行動療法 行動療法研究, 3, 9-19.
- 山本 和美・神原 憲治・木場 律志・伊藤 靖・福永 幹彦・中井 吉英 (2016). 心身症患者へのマインドフルネスを取り入れたセルフケア教室の試み 心身医学, 56, 1197-1203.