

心理教育 (Psychoeducation) の 役割についての一考察(2) — ダイエットについて —

林 潔

1. 序

今日のカウンセリング・心理療法についての一般的関心の所在は、治療・矯正としてのカウンセリング・心理療法に対する関心と、心理教育 (psychoeducation)・自己援助あるいは心理的ケアに対する関心との2つの方向に比重を置いて考えることができる。心理教育はカウンセリングの予防的・開発的な機能とみなされる。

不健康なダイエットは今日の健康上の問題の一つである (Puska, 2002)。本報告ではダイエットをめぐる問題について、心理教育の果たし得る役割について、主として認知行動療法の方法を中心として検討する。

周知のとおり若い女性の代表的な問題が、摂食障害である。そして過食症では、きっかけとしてしばしばダイエットの失敗がいわれる (宮岡・宍倉, 1998)。そしてダイエットの背景となるボディイメージについては、メディアの与える影響が大きいことが知られている (Smith, & Baird, 2002)。ボディイメージについての研究の多くは、摂食障害に対する関心から生まれており、ボディイメージに対する関心は自己に対する感情と絡み、情報処理に影響を与える (Cash, 1996)。

大学生女子の相談の一つの特徴として、問題の身体化があげられている (獨協大学カウンセリングセンター, 2001)。そしてこれらの人々のなかには中等教育の時点における摂食障害の問題を遷延化させるか、あるいはその影響を残している人々がある。例えば、ここ2年程度「精神・神経・心理」に分類されるであろう相談が増加傾向にあり、ここには摂食障害の問題も含まれている (武庫川

女子大学学生相談センター, 2002)。

減量については、以下が今日の一般的な認識と思われる。すなわち中年肥満者では減量が比較的容易であるのに、小児肥満に由来するものでは減量が困難であり (塚原・池田, 1989)、急速な減量や短期決戦はリバウンドが大きい (大野, 1989)。またセットポイントによって決められているその人固有の目標体重は、摂食量を増減した場合にも変化しないので、代謝機能を低下させても元の身体になろうとするし、切除された脂肪はもとに戻る (鎌原, 1999)。また肥満の家族歴は危険因子の1つである (Pearce, et al, 山上監訳, 1995)。そして肥満の薬物療法としては、現在のところ医学的にその減量効果と長期連用に関する安全性が明確に確認されている薬剤はない (大野, 前掲書)。一般に肥満への対応としては、1.医療的なケア、2.教育と援助、3.健康的なライフスタイルの設計、4.過食・排出をやめる行動プログラムの設定、5.洞察力を深めるためのサイコセラピーがある (Pipher, 杉村・杉村訳, 2000)。

肥満のレベルにも依存するとしても、肥満をめぐっては2つの強調点がみられる。一つは遺伝子の要因を強調する立場である。すなわち、環境因子自体がBMI^{注1)}におよぼす影響は小さく、減量のための行動療法がしばしば徒労に終わる (鎌原, 前掲書)。肥満についての外的刺激理論は該当しない場合もある (Powers, 大原監訳, 1986) という認識である。

一方、心理社会的 (psychosocial) な要因を強調する立場がある。すなわち遺伝的素因と環境因子を比較すると、成人では運動不足など後者の方が重要である (井上, 1989) し、摂食行動には、

緊張からの解放、不安の減少、欲求不満の代償(塚原・池田, 1989) という意味もある。

このように肥満についての理解には、1.遺伝子のレベルと、2.環境のレベルを強調するアプローチとがある。そして後者は、2-1.幼児期および初期の生活および深層のダイナミックスと密接に関係するレベルと、2-2.生活習慣が関係するレベルとに分けられる。この2-1の例としては、食べることで本心を意識しないようにする(Pipher, op cit) ことや、本来はやせたくない気持、大人になりたくない(“子供”のまま周囲から可愛がりたい)という気持(岡本, 1990)をカバーすること、女性性の拒否(篠原, 1989)という潜在的な情動のもたらす問題があげられる。

無理なダイエットの障害も、体重が戻ると心理療法による対応も可能である(Pipher, op cit)。ここが両者の妥協点と見なすことができよう。

本報告で取り上げるのは、主としてこの2-2.の要因である。この対応としては最近の心理療法系統の雑誌では、認知行動療法による事例が紹介されている(Perkins, et al., 2002; Perri, et al., 2002)。

内側からの空腹のメカニズムがつかめなくなると、食行動について外側からの影響を受けやすくなる(Pipher, op cit)。そして直接体重減少をはかるよりも食行動を変化させる方が効果的(篠田, 1989)であるとすれば、訓練による変化にも期待をかけることができる。すなわち、健康なライフスタイルは多くの慢性疾患を防止し、ダイエットの問題と慢性疾患とは結びつく(Snel & Twisk, 2001)のである。

摂食行動における認知的問題としては、以下の条件が関与すると考えられる。

1. 非合理的信念(例 あと2-3キロやせたい、自分はやせられない、周囲は自分と一緒にいると不幸ではないかという思考様式(Pipher, op cit))。
2. 思考の狭窄(例 関心事は体重だけ、人

生を投げている)

3. 完全癖と強迫観念(例 ダイエットが度が過ぎ、自己を完全なものにする努力のもたらす気張らし食い。(Weiss, et al, 末松監訳, 1991)^{注2)})
4. 完全癖とSelf-efficacy, self-esteemの問題(Mulgren & Khawaja, 2002)。
5. 誤帰属(例 ダイエットの失敗を、その手続きではなくて自分のせいにする)
6. セルフハンディキャップとしての肥満(例 異性にもてないのは肥満だから。自己イメージのポジティブな要素としての肥満(岡本, 1990))

本報告は調査I, IIおよびIIIから構成される。調査Iは学生集団で食の問題を持つ人々の割合についての調査である。調査IIではダイエットと肥満についての応用心理学、カウンセリングの領域の養護教諭の意識を、調査IIIではダイエットと肥満についての若い女性の意識を明らかにする。

2. 調査

調査I

<目的>

女子学生の集団において、食をめぐる問題について、どの程度懸念される人々がいるのであろうか。これを明らかにするために、Beck Depression Inventory (BDI) (林・瀧本, 1991)の関連項目に対する大学・短大生女子の反応傾向を探ることとした。

<方法>

2000年4月より2002年3月にかけて首都圏の445人の大学・短大生女子を対象にBDIを実施した。そして特にBDIの項目18(食欲のないこと)、19(体重減少)の項目についての反応を検討した。

<結果>

これらの被検者のBDIの結果は、表1のとおり

(表1) BDIの結果

	平均	標準偏差
1. ムード	.48	.62
2. ペシミズム	.50	.92
3. 失敗感	1.26	.84
4. 不満足感	.59	.73
5. 罪悪感	.80	.59
6. 罰を受けている感じ	.62	.82
7. 自己嫌悪	.89	1.09
8. 自己非難	1.10	.99
9. 自罰願望	.56	.62
10. 泣きたい気持	.38	.69
11. いらいら感	.71	.77
12. 社会的退却	.31	.55
13. 未決定	.51	.80
14. 身体像	.68	.97
15. 仕事の抑制	.97	1.03
16. 睡眠の不全	.33	.66
17. 疲れ易さ	.87	.68
18. 食欲のないこと	.22	.53
19. 体重減少	.15	.44
20. 身体への先入観	.58	.55
21. リビドーを欠く	.18	.49
合計	12.67	7.28

りである。

この結果をみると、18（食欲のないこと）と、19（体重減少）の項目への反応は、21（リビドーを欠く）と併せて、全体的には反応が低いことが理解できる。

BDIの食欲と体重の下位項目への反応は、表2のとおりである。

問18では.4%、問19では2%の女子学生に特に懸念を感じる反応（それぞれの第3段階）が見られる。また第18問（食欲）と、第19問（体重）と抑うつ傾向との相関はそれぞれ.271と.211であった（ $p < .01$ ）。また第18問（食欲）に第2段

階以上の回答をした被検者のBDIの得点の平均は18.10（SD 7.63）、第19問（体重）に同様の回答をした被検者では16.20（SD 7.03）である。またこの2つの質問に共に第2,3段階の回答をした被検者のBDIの得点の平均は31.25（SD 1.92）である。これらの回答者は抑うつ傾向が高いことが理解できる。^{注3)}

調査II

<目的>

ダイエットの問題には、12歳から14歳の食習慣が重視される（Martens, et al, 2002）。こうし

(表2) 食欲, 体重の下位項目への反応

	N	%
第18問 食欲のないこと		
0. 食欲は普通だ	385	86.5
1. 食欲は以前よりは良くない	43	9.7
2. 今は食欲がない	15	3.4
3. 食欲が全くない	2	.4
合計	445	100.0
第19問 体重減少		
0. 最近大きな体重の減少はない	384	86.3
1. 最近2キロ以上体重が減った	43	9.7
2. 最近5キロ以上体重が減った	9	2.0
3. 最近7キロ以上体重が減った	9	2.0
合計	445	100.0

たことから, このことは周知のように学校保健室の課題でもある。

そのために応用心理学, カウンセリングの領域にある養護教諭の立場において, 行き過ぎたダイエットと肥満の問題について, どのような認識と対応がなされているかを明らかにすることが, 調査Ⅱの目標である。

<方法>

養護教諭であって日本応用心理学会および日本カウンセリング学会の会員の115人を対象に, 郵送による調査を行った(2003年1-2月)。回答は40(回収率34.8%), 有効回答は38であった。

これは「保健室での肥満の悩みや, ダイエット特に無理なダイエットの問題を訴える生徒の一般

(表3) 肥満の悩みを訴える生徒の心理的特徴

	1. あまりみられない	2. 分からない	3. みられる	4. よくみられる	無回答
1. 完全癖	13	11	7	2	5
2. 自己嫌悪	5	4	13	9	5
3. 現実的ではないものの考え方	5	11	15	2	5
4. 肥満が逃げ場になっている	8	10	12	3	5
5. 食べることが逃げ場になっている	6	5	16	6	5
6. 女性性の拒否	9	15	4	2	8
7. 体重のことばかり考えている	11	9	6	7	5
8. 食べることをコントロールできない	4	8	12	9	5
9. 自分を持てあましている	6	11	10	6	5
10. 自分はダメという思いこみ	5	5	11	11	5

的な特徴について伺います」というインストラクションによって実施された。各質問項目は、先に上げた摂食行動の問題の背景を形成すると想定される6つの条件を基礎として作成された。

<結果>

A. 肥満の悩み

1. 「肥満の悩み」を訴える生徒の心理的特徴について

「肥満の悩み」を訴える生徒の心理的特徴につ

いて、4件法で回答を求めた。その結果は表3のとおりである。

ここでは、自己嫌悪、摂食行動への逃避、摂食のコントロールの困難、自分はダメという思いこみが強調されている。

2. 「肥満の悩み」への対応

これら肥満の悩みを訴える生徒に対する対応としては、表4の通りである。

健康情報の提供と、受容的話し合い、楽しいこ

(表4) 「肥満の悩み」への対応

	1. 行なわない	2. 場合による	3. 行う	4. よく行う	無回答
1. 健康情報の提供	0	7	15	9	5
2. 受容的話し合い	0	7	11	16	3
3. リラックスさせる／リラックスの仕方を教える	5	10	11	8	3
4. 考えていることが現実的かどうか話し合う	1	16	7	6	6
5. 現実的・合理的でない考え方の修正	2	14	12	3	6
6. 習慣を変える	2	16	9	5	5
7. 自分の行動を見つめる（修正する）	2	12	8	8	7
8. 楽しめることを勧める	3	15	11	5	2

とを勧めるという取り組みがよくなされている。

通りである。

3. 有効と思われる対応

先生の行われた対応として、有効と思われるものをあげて下さい、という設問への結果は表5の

有効と思われる対応としては、健康情報の提示、受容的話し合い、行動修正、楽しいことを勧めるということが強調されている。

(表5) 有効と思われる対応

1. 健康情報の提供	26
2. 受容的話し合い	22
3. リラックスさせる／リラックスの仕方を教える	10
4. 考えていることが現実的かどうか話し合う	12
5. 現実的・合理的でない考え方の修正	10
6. 習慣を変える	13
7. 自分の行動を見つめる（修正する）	18
8. 楽しめることを勧める	16
無回答	4

B. 無理なダイエットについて

1. 無理なダイエットの問題をもつ

生徒の心理的特徴

無理なダイエットの問題をもつ生徒の心理的特徴として指摘されるものは、表6のとおりである。

ここでは、完全癖、自己嫌悪、体重ばかり考える、摂食行動のコントロール、自分はダメという思いこみが特に強調されている。

2. 無理なダイエットの問題を持つ生徒への対応

これらについての対応は、表7のとおりである。健康情報の提供と、受容的話し合い、楽しいことを勧めるという取り組みがよくなされている。

3. 有効と思われる対応

先生が行われた対応として、有効と思われるものあげて下さい、という設問への結果は表8のとおりである。

(表6) 無理なダイエットの問題をもつ生徒の心理的特徴

	1. あまりみられない	2. 分からない	3. みられる	4. よくみられる	無回答
1. 完全癖	4	5	6	14	8
2. 自己嫌悪	3	5	10	11	8
3. 現実的ではないものの考え方	3	11	8	8	8
4. 肥満が逃げ場になっている	9	7	6	2	13
5. 食べることが逃げ道になっている	8	7	5	6	12
6. 女性性の拒否	3	10	9	4	11
7. 体重のことばかり考えている	2	3	11	12	9
8. 食べることをコントロールできない	5	5	4	10	13
9. 自分をもてあましている	1	12	8	6	12
10. 自分はダメという思いこみがある	2	3	11	10	10
11. ダイエットの失敗を自分のせいにする	4	10	6	6	11

(表7) 無理なダイエットの問題を持つ生徒への対応

	1. 行なわない	2. 場合による	3. 行う	4. よく行う	無回答
1. 健康情報の提供	0	5	9	14	8
2. 受容的話し合い	1	3	12	13	8
3. リラックスさせる／リラックスの仕方を教える	3	10	5	10	8
4. 考えていることが現実的かどうか話し合う	4	13	5	9	6
5. 現実的・合理的でない考え方の修正	3	12	6	3	13
6. 習慣を変える	4	13	7	5	8
7. 自分の行動を見つめる（分析させる）	0	14	6	7	9
8. 楽しめることをするように勧める	1	12	11	5	8

(表8) 有効と思われる対応

1. 健康情報の提供	15
2. 受容的話し合い	21
3. リラックスさせる／リラックスの仕方を教える	11
4. 考えていることが現実的かどうか話し合う	10
5. 現実的・合理的でない考え方の修正	9
6. 習慣を変える	4
7. 自分の行動を見つめる（分析させる）	11
8. 楽しめることをするように勧める	1
無回答	8

対応としては、健康情報の提供、受容的話し合い、リラックス、現実検証、行動を見つめるという対応が強調されている。

C. 肥満の悩み・無理なダイエットの問題への対応（自由記述）

このことについて自由記述の例は表9のとおりである。

(表9) 自由記述から

1. 肥満

- ・流行に影響を受けて体重を気にしている生徒には、情報の提供や、違うことに興味を持つように指導している。
- ・自己肯定感を高めるように対応している。
- ・肥満、ダイエット共に強い不安感やストレスを背後にかかえている場合が多いので安心感を持たせる対応をしている。

2. 無理なダイエット

- ・本人の思いこみが強いので、それを変えるのは難しい。今の状態継続のデメリットを事例をいれながら話す。
- ・周りに気づかれぬようにしているために、周囲が気づいた段階では思いこみの修正が難しい。
- ・生命の危険を科学的に伝え食事については「あーしろ、こーしろ」とは言わない。自己否定している生徒が多いので、今のままでOKという受容関係を結んでいく。強制された場合食べても、体の栄養にならないようだ。
- ・長期休暇後の子供の変化は大きい。家庭での習慣を変えるのには医師、病院の力を借りなければ難しい。
- ・受容的なかわりから気づきを与え、そこから行動修正に入る。
- ・かたくなで、まじめな態度はなかなかくずせない。
- ・そうせざるを得ない背景に理解を深めつつ、認知行動的なかわりを心がけて接している

調査Ⅲ

<目的>

女子短大生が、ダイエットについてどのような認識をもっているのか。このことを明らかにすることが調査Ⅲの目的である。

<方法>

首都圏の短大生女子 206 人を対象に、ダイエッ

トについての意識調査を行った（2003年2月－4月）。質問項目は、先にあげた減量についての一般的な了解、および摂食行動の問題の背景の条件の内容を整理して作成した。

<結果>

各設問についての正答率は、表10のとおりである。

(表10) 正答率

-
1. ダイエットのためには、海草や野菜だけ食べるのがよい (81.1%)*
 2. 減量効果とそれを飲み続けるのに安全性の確認されている薬物はない (32.5%)
 3. ダイエットは単品主義はだめ (80.1%)
 4. 減量よりもそのあとの維持が難しい (81.5%)
 5. ダイエットにも栄養のバランスが必要だ (93.7%)
 6. 体脂肪の燃焼には軽度の運動を時間をかけて行う方がよい (84.5%)
 7. 体重と遺伝とは無関係だ (37.4%)*
 8. ゆっくり食べる方がよい (88.8%)
 9. 食事は朝、昼の方に多めに配分する方がよい (76.7%)
-

*設問否定が正答

これによると、薬物の効果、遺伝の条件についての正答率が低いことが注目される。

3. 全体的考察

調査Ⅰの結果から、厳しい食欲・体重減少の問題を持つ女子学生は少数であると理解される。しかしこれらの人々の問題は食や体重の問題に止まらず、情動的な困難に拡大している。すなわち、食欲か体重減少の項目のいずれかに高い反応があった場合では、抑うつ傾向がやや高い。そして両項目に高い反応があった場合には、抑うつ傾向が高いことが理解できる（基準 林, 2003）。

調査Ⅱの結果から、回答を寄せられた養護教諭の現場では、健康情報の提示、受容的話し合い、リラックス、現実を見つめる、行動を見つめる、合理的行動様式の獲得という対応が重視されている。このような行動を促進するために、認知行動

的なアプローチを活用することができる。例えば、リラクセーション、現実検証、セルフモニタリング、ソーシャルスキルズ・トレーニング (SST) の技術である。ただし本調査の被調査者は、養護教諭の中で応用心理学あるいはカウンセリングについて理解され、その方法を身につけている方々である。従ってこれらの意識と試みが、養護教諭一般に共通するものかどうかは別個のこととなる。そのようなことから保健室における活動と合わせて、心理教育としてのストレスマネジメントを学校教育に導入する（山田, 他, 2003）この意味がある。いずれにせよ多角的に生徒の問題へアプローチがなされることが望まれる。

調査Ⅲからは、若い女性の知識としては、遺伝的条件および薬物についての理解の仕方が懸念される。特に薬物についての認識は、願望が関与するところもあろう。これらの問題への対応は具体

的な健康情報の提供が一つの方法ではあるが、それでは納得しない人々がある。調査Ⅱの場合と同様に、ストレス・マネージメントが方法となる。特に無理なダイエットが、意識しない自己破壊の合理的な手段となった場合危険である。

ダイエットの問題は周辺領域に影響する。近年ダイエットからの自殺企図にも関心が持たれている (Haaringen, 2001)。ボディイメージ障害が拡散している現状では、ボディイメージの問題の予防プログラムが小児期、思春期早期を対象に心理教育的に活用されることが望まれる (Cash, 1996)

ダイエットをめぐる問題への対応の方法としての認知行動的な対処を中心とした例は、付録のとおりである。カウンセリング・心理療法の予防・開発的機能としての心理教育は、治療の前段階としても位置づけることができる。

治療としてのカウンセリング・心理療法の前段階になし得るところは何か。これが一連の報告の課題である。今回のテーマである肥満をめぐる問題について、心理社会的アプローチとして発表されているものは少ない^{注4)}。その限界は認めながらも、発症や問題生起の前段階でそれらを阻止するための、心理社会的対応の可能性をも、多方面から模索する必要がある。

注 1 BMI(Body Mass Index) 身体質量指数。肥満度の測定にも用いられる。

$$\text{BMI} = \text{体重(kg)} / \text{身長(m)}^2$$

2 摂食障害と強迫性障害の併存率は15-30%である (上島, 2001)。

3 BDI。認知療法の A.Beck らによる抑うつ測定 の尺度。

4 2003年5-6月に開催された12th European Congress on Obesityのポスター発表447件のうちPsychological, social and economic issuesに分類されているものは42件、10%弱であった (International Journal of Obesity

and Related Metabolic Disorders, 27, Supplement 1, 2003)。

付録

認知行動的アプローチ：例

心理教育に限定せずカウンセリング・心理療法としての対応を含む例を紹介した。

1. セルフモニタリングの活用

A. 認知の歪みのチェック

認知の歪みに気づかせる (佐々木, 2001)。

B. 自己チェックの指示

体重とダイエットや食事内容を毎日インターネットかケータイで送る。必要なフィードバックを行う (Haapala & Surakka, 2002)

2. イメージの利用

イメージを利用して、行動変容をはかる (例 食事をコントロールしている場面のイメージ (Pipher, op cit))。

3. 行動変容の指示 (例)

具体的な行動の指示。

1. ゆっくり食べる (例 一口の咀嚼回数を38回にする (山内))
2. ドカ食い・早食い・ながら食い・つまみ食いの修正
3. 朝食を抜かない (あとで過食するから)
4. 食べる場所を決める
5. やせた自分にふさわしいソーシャル・スキルを身につける
6. コントロール (お腹が空けば食べることができ、適当なときに止めるという自己統制 (Pipher, 杉村, 他訳, 2000))。

4. 生活習慣の形成

具体的な生活習慣の指示。

1. 自分のことを考える時間をとる
2. 人生の問題を避ける方法として食べ物を使わない (Pipher, op cit)
3. 健康なライフスタイル (週3回運動をする, 問題を避けなくて話す)

4. ストレス処置（自律訓練法，食べる代わりの感情処理の方法（緊張したときの一寸した散歩など）

5. 行動目標の設定（小さな／重要な目標設定，楽しむこと）

5. 主張訓練

むりのない感情表現の仕方（篠田，前掲書）

6. 認知行動的プログラムの例

A. 自己チェックの活用

1. 日記をつける，2. 行動分析（誤った摂食行動を一つ一つ修正する（食生活のすべてを記録し，悪いと思われる点を見つける）3. 次に，約束事項を1日に一つずつ実行する，4. 肥満により被っている損失と利得とのリストの作成，5. やせられないと思う理由を書き留める，6. 肥満度の正確な評価，7. 「私は本当に食べたいのか。私は何を食べたいのか」のチェック（Pipher,op cit）

B. 段階的行動修正

1. ボディイメージの包括的評価 2. 教育と再発見 3. エクスポージャーと脱感作 4. 外見についての思いこみの同定と問題の発見 5. 認知的な誤りの発見と修正 6. 自己敗北的な行動の修正 7. 身体についての自己支配感と満足を得る活動 8. 再発防止とボディイメージ変化の維持（Cash, 1996）

7. 認知行動療法の例（Pearce, et al, 1989）

1. セルフモニタリング 2. 栄養についての教育 3. 刺激統制法 4. 運動 5. 自己強化 6. 認知変容技法 7. 社会的サポート 8. 再発防止

8. 行動療法の例

第1週 食べたものの内容の記録（いつ，どこで，誰と，何をしながら，何を・どれくらい・何分間で食べたか？ その時の気分，空腹感の有無など）

第2週 <約束事項>

1. 決められた時間以外に食事はとらない（1日3食）

2. 1回の食事時間はたっぷり取る（20-30分以上）

3. ひと口20回以上は必ずかむ

4. 決められた場所以外では食物を口にしない

5. テレビを見たり，新聞を読みながら物を口にしない

6. 人としゃべりながら食べない

7. 夕食は夜8時までに食べる

8. 夕食のあとはお茶以外一切口にしない

9. お皿は一緒盛りにしない

10. 三食均等に心がけ，一度にドカ食いはしない（大野,1989）

<参考文献>

Cash, T.F., & Grant, J.R. 1996 Cognitive-behavioral treatment of body-image disturbances. Van Hasselt, V.B., & Hersen, M. *Source book of psychological treatment manuals for adult disorders*. (坂野雄二・不安・抑うつ臨床研究会訳編 2000 エビデンスベースト心理治療マニュアル 日本評論社)

獨協大学カウンセリング・センター 2001 獨協大学カウンセリング・センター年報, 21

深町建 1987 摂食異常症の治療 金剛出版

Haapala, I. & Surakka, L. 2002 The role of self-efficacy and program contact in tele dieting. *International Journal of Behavior Medicine*, 9, Supplement, 101.

林 潔 2003 抑うつ傾向と，適応にかかわる認知的条件についての一考察 白梅学園短期大学紀要, 39, 43-56.

林 潔・瀧本孝雄 1991 Beck Depression Inventory (1978年版)の検討と Depression と Self-efficacy との関連についての検討 白梅学園短期大学紀要, 27, 43-52.

- 飯田真・笠原嘉・河合隼雄・佐治守夫・中井久夫
1983 精神の科学 5 岩波書店
- 井上修二 1989 肥満の病因 筒井末春 肥満
同朋舎
- 蒲原聖可 1999 肥満とダイエットの遺伝学 朝
日新聞社
- 黒川昭登・上田三枝子 1998 摂食障害の心理治
療 朱鷺書房
- Martens, M.K., Assema, van P., & Brug, J.
2002 Dietary habits and determinants of
dietary habits of 12-14-year-old students.
*International Journal of Behavior Medi-
cine*, **9**, Supplement, 180-181.
- McDonald, F.L., & Wertheim, E.H. 2002 A
prospective investigation of repeat diet-
ing using self-efficacy and attribution
theories to explore the influence of
weight control beliefs. *Australian Journal
of Psychology*, **54**, Supplement, 44
- 宮岡等・穴倉久里江 1998 若い女性にみられる
こころの問題 中野弘一・高木洲一郎・森田
光子 1988 メンタルヘルス実践体系 8 日
本図書センター
- 水島広子 2001 「やせ願望」の精神病理 PHP
研究所
- 武庫川女子大学学生相談センター 2002 学生相
談センター紀要, **12**, 72.
- Mulgren, K. & Khawaja, N.G. 2002 "Not the
average girl from the video": The effects
of music video clips and the predictors of
body dissatisfaction. *Australian Journal
of Psychology*, **54**, Supplement, 46.
- 野口京子 1998 健康心理学 金子書房
- 大塚俊男・上林靖子・福井進・丸山晋 1998 こ
ころの健康百科 弘文堂
- 岡本浩一 1990 やせたい気持の心理学 日本文
化科学社
- 大野誠 1989 一般的治療法—治療 1 筒井末春
肥満 同朋舎
- Palmer, R.L. 2000 *Helping people with eating
disorders*. (佐藤裕史訳 2002 摂食障害へ
の援助 金剛出版)
- Pearce, S., & Wardle, J. 1989 *The practice of
behavioral medicine*. (山上敏子監訳 1995
行動医学の臨床 二瓶社)
- Perkins, K.A., Marcus, M.D., Levine, M.D.,
D'Amico, D., Miller, A., Broge, M., Ashcom,
J., & Shiffman, S. 2002 Cognitive-behav-
ioral therapy to reduce weight concerns
improves smoking cessation outcome in
weight-concerned woman. *Journal of Con-
sulting & Clinical Psychology*, **69**, 604-
613
- Perri, M.G., Nezu, A.M., McKelvey, W.F.,
Shermaer, R.L., Renjilian, D.A., &
Vegener, B.J. 2002 Relapse prevention
training and problem-solving therapy in
the long-term management of obesity.
*Journal of Consulting & Clinical
Psychology*, **69**, 722-726.
- Pipher, M. 1995 *The modern woman's tragic
quest for thinness*. (杉村省吾・杉村栄子訳
2000 痩せと肥満の心理 川島書店)
- Powers, P.S. 1980 *Obesity* (大原健士郎監訳
1986 肥満の科学と臨床 星和書店)
- Puska, P. 2002 Behavior, noncommunicable
disease and global public health. *Inter-
national Journal of Behavior Medicine*, **9**,
Supplement, 223-224.
- Ramirez, E.M., & Rosen, J.C. 2001 A compari-
son of weight control plus body image
therapy for obese men and women.
*Journal of Consulting & Clinical Psycho-
logy*, **69**, 440-446.
- Renjilian, D.A., Perri, M.G., Neu, A.M.,
McKelvey, W.F., Shermer, R.L., & Anton,
S.D. 2002 Individual versus group
therapy for obesity: Effects of matching

- participants to their treatment preference. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, **69**, 717-721.
- Roefs, A., & Jansen, A. 2002 Implicit and explicit attitudes toward high-fat food in obesity. *Journal of Abnormal Psychology*, **111**, 517-521.
- Rydén, A., Karlsson, J., Persson, L., Sjöström, L., Taft, C., & Sullivan, M. 2001 Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference. *British Journal of Clinical Psychology*, **40**, 177-188.
- 坂野雄二・前田基成 2002 セルフ・エフィカシーの臨床心理学 北大路書房
- 佐々木温子 2001 生活習慣病の対処法——肥満(行動修正法を中心に) 行動医学研究 **7**, 74-82.
- 篠原知璋 1989 行動療法——治療 2 筒井末春 肥満 同朋社
- Smith, M. A., & Baird, L.M. 2002 Sad, glad and fad: The influence of mood and media on women's body image. *Australian Journal of Psychology*, **54**, Supplement, 56.
- Snel, J. & Twisk, J. Assessment of life style. 2001 Vingerhoets, A.ed. *Assessment in behavioral medicine*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- 塚原暁・池田義雄 1989 肥満の概念 筒井末春 肥満 同朋舎
- 上島国利 2001 強迫性障害は怖くない アークメディア
- van Haaringen, K. 2001 *Understanding suicidal behaviour*. N.Y.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Wadden, T.A., Brownell, K.D., & Foster, G.D. 2002 Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, **70**, 510-525
- Weiss, L., Katzman, M., & Wolchik, S. 1986 *You can't have your cake and eat it too*. (末松弘行監訳 1991 食べたい! でもやせたい 星和書房)
- 山田富美男・山中寛・堤俊彦・津田彰・竹中晃二・富永永喜・坂野雄二 2003 動き始めたストレスマネジメント教育 授業が変わる, 学校が変わる, 新たな心理教育の息吹 日本心理学会第 67 回大会発表論文集, S82。
- 山内裕一 1989 肥満のセルフコントロール 筒井末春 肥満 同朋舎。

本研究は、白梅学園短期大学教育福祉研究センター 2000-2001 年度助成金によって実施された。