

博士（人間科学）学位論文

うつ状態の心理的要因としての  
ネガティブな反すうの検討

A Study of Negative Rumination  
as a Psychological Factor to Depression

2003年1月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

伊藤 拓

Ito, Taku

研究指導教員： 竹中 晃二 教授

第1章では、代表的な抑うつ心理的要因理論を展望し、特に、抑うつ持続・重症化を取り上げている理論では、共通して「反すう」（物事を長い間繰り返し考えること）が重要な要因とされていることを指摘した。さらに、他の代表的な抑うつ心理的要因理論にも反すうと共通する要素があることを指摘し、抑うつ心理的要因として反すうを取り上げる意義を主張した。次に、反すうと抑うつに関する先行研究の展望を行い、（1）反すうの原因を目的の阻害などに限定している、（2）反すうする対象がポジティブなことなのか、ネガティブなことなのかを区別していない、（3）反すうを測定する尺度は、妥当性や信頼性の検討が不十分であるなどの問題点を指摘した。最後に、これらの問題点を踏まえて、本研究では、反すうの原因は限定せず、対象をネガティブなこととした「ネガティブな反すう」（その人にとって、嫌悪的・否定的なことを長い間繰り返し考えること）という独自の概念を取り上げ、うつ状態との関連を検討することを述べた。

第2章では、本研究の目的と意義を述べた。第1の目的は、ネガティブな反すうがうつ状態を引き起こす心理的要因であるかを検討することである。第2の目的は、ネガティブな反すうとうつ状態との関連の程度と、いくつかの代表的な抑うつ心理的要因とうつ状態との関連の程度を比較することである。第3の目的は、従来の抑うつ発症の心理学的メカニズムの中に、ネガティブな反すうがどのように位置づけられるかを検討することである。以上の検討によって、本研究には、うつ状態を引き起こす上での影響力の大きい心理的要因が明らかになること、抑うつ心理的要因がうつ状態を引き起こすメカニズムについての理解が進むことなどの意義があることを述べた。

第3章では、ネガティブな反すうを測定するための質問紙の作成を行った。その結果、「ネガティブな反すう傾向」、「ネガティブな反すうのコントロール可能性」の2因子からなるネガティブな反すう尺度が作成され（研究1）、尺度の妥当性と信頼性が確認された（研究2）。なお、以下の研究では、この尺度を用いてネガティブな反すうの検討を行った。

第4章では、目的1と2を検討するために、ネガティブな反すうと従来の代表

的な抑うつ心の心理的要因との比較を行った。その結果、ネガティブな反すうは、帰属スタイル、非機能的態度、完全主義、メランコリー型性格、執着性格といった代表的な抑うつ心の心理的要因より、うつ状態との関連が強いことが示された(研究3)。また、「ネガティブな反すう傾向」と「ネガティブな反すうのコントロール可能性」のお互いを統制した上で、うつ状態との関連を検討したところ、うつ状態と関連があるのは、「ネガティブな反すう傾向」だけであることが示された。次に、性格の5因子理論を用いて、「ネガティブな反すう傾向」は、性格の5大因子の中で抑うつと関連が深い神経症傾向と正の相関があるか、およびその相関の程度は、代表的な抑うつ心の心理的要因と神経症傾向との相関の程度と比べて大きいかを検討した。その結果、「ネガティブな反すう傾向」は、神経症傾向との間に比較的強い正の相関があるとともに、従来の抑うつ心の心理的要因と比較して、神経症傾向との相関が強いことが示された(研究4)。

第5章では、目的1を検討するために、ネガティブな反すうがうつ状態の発症を予測するかどうかを8ヶ月間の予測的研究によって検討した。その結果、「ネガティブな反すう傾向」はうつ状態の発症の程度を予測することが示された(研究5)。

第6章では、目的3を検討するために、代表的な抑うつ心の心理的要因から、反すう型反応、非機能的態度、執着性格、完全主義を取り上げ、それらの要因がうつ状態を引き起こすメカニズムの中に、ネガティブな反すうがどのように位置づけられるかを検討した。その結果、(1)反すう型反応はうつ状態の程度を予測するが、「ネガティブな反すう傾向」を統制すると、反すう型反応とうつ状態の関連は見られないこと(研究6)、(2)非機能的態度、執着気質、完全主義と「ネガティブな反すう傾向」との間には、正の相関があるとともに、うつ状態を予測するのはネガティブな反すう傾向だけであること、およびそれらの心理的要因がうつ状態を引き起こすメカニズムには、ネガティブな反すう傾向が介在するというモデルが妥当であることが示された(研究7)。これらの結果から、従来の抑うつ心の心理的要因がうつ状態を引き起こすメカニズムには、ネガティブな反すうが介在することが示唆された。

第7章では、本研究の結果がまとめているとともに、総合的な考察を行った。本研究のまとめとして、第6章の結果に基づき、従来の抑うつ発症の心理的要因モデル（ABCモデル：ライフイベントを指すAが、直接的に、抑うつを指すCを引き起こすのではなく、両者の間には、心理的要因であるBが介在するというモデル）に変えて、BとCの間には、N（ネガティブな反すう）が介在するというABNCモデルが提唱された。また、最後に本研究の限界点として、（1）ネガティブな反すうによるうつ状態の説明率が低いこと、（2）対象者が大学生のみであり、本研究の結果を他の対象者へ一般化することはできないこと、（3）不安や怒りなどとの関連の検討を行っておらず、ネガティブな反すうがうつ状態に特異的な要因であるかは示されていないこと、などが挙げられた。

## 第1章 代表的な抑うつ心の心理的要因と反すう

### 第1節 はじめに

うつ病に罹ると、自殺願望や自殺企図が生じ (Cole, 1989)、社会的機能が低下する (Wells, Stewart, Hays, Burnam, Rogers, Daniels, Berry, Greenfield, & Ware, 1989; Broadhead, Blazer, George, & Tse, 1990) などの深刻な事態が引き起こされる。しかも、うつ病は精神疾患の中で最も罹患率が高い (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen, & Kendler, 1994; 島・荒井・大西・黒木・管崎・内野・太田・中根・塚本・白土・大矢・延原・木下・井上・中村・岡本・若田部・西田・橋本・山口・朝井・塩田・中川・中井・南部・倉林・藤縄・飯森・丸田・清水・加藤, 1997)。

主要な疾患と健康面のリスクファクター (例えば、喫煙や大気汚染など) における、死亡率、罹患率、罹患期間、重症度などから各リスクファクターの公衆衛生上の重要度を計算した指標である the disability-adjusted life year (DALY) では、単極性のうつ病が大うつ病が全疾患および健康面のリスクファクターの第4位となっている (Murray & Lopez, 1997)。このデータは、わが国の健康政策の中心である「健康日本21」(健康・体力づくり事業財団, 2002)でも取り上げられており、うつ病がわれわれの生活に及ぼす深刻な影響は、社会的に重要な問題となっている。

また、1990年以前には大うつ病の生涯有病率が10%以下とする報告が多いのに対し、1990年以降は、ほとんどの報告で10%を超えており、「大うつ病の有病率は近年上昇の傾向にある」という (前田・佐藤, 1998, p.25)。深刻な影響をもたらすうつ病の生涯有病率が上昇すれば、社会に与える影響はさらに大きくなると考えられる。

うつ病がわれわれの生活に及ぼす深刻な影響を防ぎ、うつ病の生涯有病率の上昇を止めるためには、うつ病を予防する必要がある。うつ病の予防に取り組むためには、抑うつを引き起こす要因や持続する要因を明らかにすることが求められる。うつ病の発症には、生物学的要因、遺伝的要因および心理社会的要因が関与しており (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994)、抑うつを予防するために様々な

学問からの幅広い検討が必要となる。本研究では、心理学の立場から、心理社会的要因のうち、特に心理的要因に注目する。

ところで丹野(1996)は、特に心理学の立場から抑うつのような臨床的なテーマに関する基礎研究を行う必要性を、次のように述べている。

これまで日本の心理学は、臨床実践と基礎研究が遠く離れており、治療研究に比べれば、精神病理学やアセスメントの研究が少なかったように思われます。しかし、例えば、医学は「臨床医学」と「基礎医学」にわかれますが、臨床医学が華々しく展開する土台には、基礎医学の着実な進歩があります。これと同じように、臨床心理学が展開するためには、その土台となる「臨床基礎心理学」(精神病理学やアセスメント)が大切になります。．．．精神病理学やアセスメント(治療効果研究も含む)の進歩が、新しい治療法を導く原動力となっています。(p.3)

例えば、わが国の臨床現場では、うつ病の心理的要因として、まじめさや几帳面さなどからなる執着気質(下田, 1941, 1950)が指摘されているが(例えば、佐藤・飯田, 2000; 佐藤・横山・飯田, 1994; 矢崎, 1975)、執着気質に関する実証的な研究は少ない。特に、執着気質がうつ病を引き起こす要因であるかどうかを縦断的に検討した研究はみられないことから、執着気質がうつ病を引き起こすという根拠(エビデンス)はまだ提出されていないと考えられる。近年では、根拠に基づく心理療法(Evidence-based Psychotherapy)の重要性が指摘されており(坂野, 2000)、抑うつの治療や予防に貢献できる基礎的な根拠を収集することが重要である。本研究では、根拠に基づく抑うつの予防や治療を行う上で、重要だと考えられる抑うつの心理的要因に関する基礎的な研究を行う。

以下では、本研究で対象とする抑うつの範囲を示した後で、いくつかの代表的な抑うつの心理的要因を展望する。その上で、抑うつの心理的要因として、「反すう」(rumination: 物事を長い間繰り返し考えること)を取り上げる意義を述べ、反すうと抑うつに関する先行研究の展望を行う。

## 第2節 本研究で対象とする抑うつ

### 1. 抑うつの範囲

うつ病や抑うつ症状を意味する「抑うつ」(depression)は、次のようないくつかの段階を指す。特定の感情または特定の症状(symptom)としての「抑うつ」、症状のまとめりである症候群(syndrome)としての「抑うつ」、疾病分類学的な疾患としての「抑うつ」である(Beck, 1967)。特定の感情または特定の症状としての「抑うつ」とは、抑うつ気分や興味や喜びの喪失などのような一つの症状を指す。また症状のまとめりである症候群としての「抑うつ」は抑うつ気分や興味や喜びの減退、睡眠障害、集中困難、精神運動性の焦燥・制止などの抑うつ症状のいくつかが生じている状態である。ただし症状(symptom)を symptoms と複数形で用い、症候群のように用いる場合もある(Horwath, Johnson, Klerman, & Weissman, 1992; Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1995; Kendler & Gardner, 1998)ので、症状と症候群の区別は厳密にされているとは言えない。一方、疾患としての「抑うつ」は、DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition; American Psychiatric Association: 以下, APA とする, 1994)などの診断基準によって、明確に疾患としての基準を満たすものを指す。DSM-IVの大うつ病には、「9つの抑うつ症状の5つ以上が存在すること」、「抑うつ症状が2週間以上続くこと」、「症状が臨床的に著しい苦痛または社会的、職業的な機能の障害を引き起こしていること」などの診断基準がある(表1-1)。

表 1-1

ヲイレル

### 2. 本研究で対象とする抑うつ(「うつ状態」)と対象者

本研究では、大うつ病などの疾患としての抑うつを特に対象とせず、より軽度の抑うつを対象とする。なお、軽い落ち込みやわずかな憂うつ感などと区別するために、症状が2週間以上持続する抑うつ(以下では、うつ状態と呼ぶ)を対象とする。2週間以上の抑うつ症状の持続は、DSM-IVの大うつ病や小うつ病の診断基準の一つでもあることから、軽い落ち込みやわずかな憂うつ感などと区別するための一つの基準になると考えられる。また、2週間以上抑うつ症状が持続する場合には、社

会的機能が障害されることが示されていることが挙げられる (Coyne & Schwenk, 1997) . Coyne & Schwenk (1997) では, 抑うつ自己報告質問紙 (CES-D) によって, 抑うつが高いとされた人であっても, その抑うつ症状が 2 週間以上持続していない場合には, 社会的機能が健常な人と同レベルであり, 特に問題がないことが示されている . なお, 抑うつ持続期間が 2 週間以上かどうかを問わず, また症状であるか症候群であるか疾患であるかの区別を厳密に行わない場合には, 以下, 「抑うつ」と言うことにする .

また, 本研究では, 大学生を対象として検討を行う . 抑うつ研究において, 臨床的なクライアントでない大学生などを対象とする研究は, アナログ研究と呼ばれる (Newell & Dryden, 1991) . アナログ研究は, (1) 条件統制しやすいこと, (2) 大人数を対象に出来ること, (3) 統計的な処理が容易になることなどの利点がある (Newell & Dryden, 1991) . また, 抑うつ研究に学生群を用いる方法論的長所として, (1) 被験者が比較的均質の環境に置かれていること, (2) 学生群は精神疾患に罹患している確率が少ないこと, (3) 薬物治療による影響を受けているものが少ないことなどがあげられる (Vrendenburg, Flett, & Krames, 1993) .

大学生を対象としたアナログ研究は, 以上のような方法論的利点がある一方で, 大学生の抑うつと臨床群のうつ病が連続的であるかどうかについては議論が分かれる (Cox, Enns, Borger, & Parker, 1999; Flett, Vrendenburg, & Krames, 1997; Gotlib, 1984) . そのため, アナログ研究から得られる知見をうつ病に対して一般化するには, うつ病患者を対象とした再検証が必要になると考えられる .

### 3 . うつ状態を取り上げる意義

我が国で行われてきた抑うつ心理的要因に関する実証的な研究のほとんどでは, 抑うつ持続期間を明確に示していないため (例えば, 桜井・大谷, 1995 ; 園田・藤南, 1999 ; 高比良, 2000) , 軽い落ち込み気分のような状態を含んでいる可能性がある . 前述のように, 2 週間以上の抑うつ症状の持続期間は, 大うつ病

や小うつ病の診断基準の一つであるとともに、社会的機能が障害されることが示されている。そこで、うつ状態（2週間以上の抑うつ）を対象として、その心理的要因を検討することにより、単に軽い落ち込み気分のような状態でなく、社会的な機能の低下を引き起こす抑うつの心理的要因についての検討ができるという意義がある。

### 第3節 代表的な抑うつの心理的要因

抑うつの心理的要因は、数多く提唱されている。例えば、抑うつ的なスキーマ(e.g., Beck, 1963, 1964)、自己に焦点付けられた注意(e.g., Pyszczynski & Greenberg, 1987)、完全主義的な傾向(e.g., Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990)、几帳面や自分への要求の高さなどからなるメランコリー親和型性格(Tellenbach, 1961)、抑うつ的な出来事への記憶やネガティブな解釈が活性化すること(Teasdale, 1985, 1988)などが提唱されている。そして、わが国では、まじめや几帳面などからなる執着気質(下田, 1941, 1950)が提唱されている。このように、抑うつの心理的要因として焦点の当てられている要因は様々である。

また、以上のように様々な抑うつの心理的要因が提唱されている一方、各要因の共通点や抑うつを引き起こす共通要素についての幅広い検討はなされていない。各要因を比較し、整理することによって、抑うつを引き起こす心理的要因に共通する要素が示唆されれば、抑うつの心理的要因への介入のための有効な資料が得られると考えられる。

そこで、本研究ではまず、調査や実験によってある程度の仮説検証がなされている代表的な抑うつの心理的要因の概要をまとめ、抑うつの心理的要因に共通要素があるかどうかについて考察する。そのため、各要因の先行研究に関する問題点などについて詳細に論じることはしない。以下で、代表的な抑うつの心理的要因を(1) 認知の内容に関する抑うつの心理的要因、(2) 抑うつに影響する性格要因、(3) 注意の焦点づけに関する抑うつの心理的要因、(4) 情報処理に関する抑うつの心理的要因に分けて展望する。

## 1. 認知の内容に関する抑うつ心理的要因

抑うつ心理的要因として、欧米では、認知に関する研究が最も多く行われている。しかし、どの理論を認知に関する要因とするかについては、一致した見解はなく、例えば、自己意識に関する抑うつ理論 (e.g., Pyszczynski & Greenberg, 1987) を認知理論に含む分類もあれば (Ingram, 1990; 坂本, 1997)、含まない分類もある (Twaddle & Scott, 1991)。Beck(1963)は、認知を解釈、自己命令または自己批判といったある特定の考えと定義しており、これによると、特定の考えを重視していない自己意識に関する理論は、認知に関する要因に含むべきではないということになる。ここでは、ある特定の考えが抑うつを引き起こすという仮説を有するものを「認知の内容に関する抑うつ心理的要因」として、Beck, Ellis, Seligmanらの理論を取り上げる。

### 1) 抑うつ認知モデル

抑うつ認知モデル (the cognitive model of depression) は、抑うつ的なスキーマがうつ病の原因となるとする理論であり、Beck(1963, 1964)によって提唱された。

Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979)は、抑うつ心理的要素を説明するための概念として、「認知の3要素(cognitive triad)」、「抑うつ的なスキーマ」、「誤った情報処理」の3つを仮定している。認知の3要素とは、うつ病の患者が、自分自身、自分の経験、自分の将来という3つの領域で、否定的に考える傾向あるいは認知的パターンのことである。Haaga, Dyck, & Ernst(1991)および Twaddle & Scott(1991)によると、この傾向やパターンは自動思考の形で現れる。

スキーマとは、経験や外界からの情報を解釈する際に、基礎となる型(認知構造という)のことである。抑うつ的なスキーマを持つ人は、否定的な情報処理をしやすい認知構造をもつ。抑うつのない時、あるいは軽度の抑うつ時には活性化されていない抑うつ的なスキーマが、ある内的あるいは外的な刺激に直面することによ

って活性化され ( Kovacs & Beck, 1978 ) , 誤った情報処理を生み出すとされている .

誤った情報処理とは , うつ病患者に見られる情報処理の体系的なエラーのことであり , 以下のような種類がある ( Beck, 1963 ) .

- ・ 恣意的推測 : 結論を支持するような証拠がないときや , 結論と逆の証拠が存在しているにもかかわらず , ある特定の結論を導き出すこと .
- ・ 選択的な抽象化 : ある状況の些細な事柄に注目し , ある状況の目立った特徴を無視し , ごく些細な部分をもとに全体を解釈すること .
- ・ 過度の一般化 : 2 , 3 のばらばらの出来事をもとに結論を導き出してしまい , それを関連のない状況にも当てはめてしまうこと .
- ・ 拡大解釈と過小評価 : 出来事の意味や重要性を拡大解釈したり , 過小評価すること .
- ・ 個人化 : 自分に関係のない出来事を自分に関連付けること .
- ・ 絶対的 , 二者択一的思考 : 全ての経験を相反する 2 つのカテゴリーのうちのどちらかに位置づけようとする傾向 . 例えば , 成功か失敗かなどである .

抑うつ的なスキーマによって思考のプロセスが支配されると , 誤った情報処理が起こり , 思考や認知が歪み , 「うまくやることができないだろう」 , 「私の未来は真っ暗だ」といった否定的な思考が生じる . この否定的な思考は , 意識せずとも自動的に生じることから , 自動思考と呼ばれ , この自動思考によって , 抑うつ気分がもたらされると考えられている . つまり , この理論では , 抑うつ的なスキーマから生み出される誤った情報処理と自動思考によって , 抑うつが引き起こされると考えている . この理論の概要を図 1-1 に示した .

図 1-1  
ライレル

## 2 ) ABC モデル

ABC モデルとは , 不合理な信念が抑うつなどの否定的な感情をもたらすという理論で , Ellis ( 1962, 1994 ) によって提唱された . このモデルでは , ストレスフ

ルな出来事 (A : Activating event) が直接的に、抑うつなどの「不適切でネガティブな感情」という結果 (C : Consequence) を引き起こすのではなく、両者の間には、その人のもつ信念 (B : Belief) が介在し、その信念が合理的であるか、不合理であるかの違いによって、抑うつなどの感情が引き起こされるかどうかが決まると考える。例えば、自分の目的を阻害すると感じる出来事 (A) が起こったときに、合理的な信念 (B) をもてば (例えば、「次の機会にうまくやればいいや。ここで失敗したからといって私は駄目な人間なわけではない」と考えること)、「適切でネガティブな感情」(C : 例えば、悲しみや後悔など) が生じる。一方で、不合理な信念 (B) をもつと (例えば、「こんなことがあったら生きていけない。こんな失敗をするべきではない」と考えること) 、抑うつなどの「不適切でネガティブな感情」(C) が引き起こされる。

代表的な不合理な信念には、「人は全ての面において絶対に有能でなければならず、そうでなければ不完全で無価値な人間である」という考えや「人は絶対に公明正大に行動しなければならず、そうでなければ非難に値する悪い人間である」という考えがある。これらの不合理な信念のもとになる中心的な考え方には、「～しなければならない (must)」や「～すべきである (should)」という考え方を、何事に対しても行う傾向があるとされている。

なお、最近では、人生における中心的な目標と価値 (G) という概念が導入され、A が G を阻害するときに、不合理な信念 (B) をもつかどうか、C を生み出す上で重要であるとされている (Ellis, 1994)。この理論の概要を図 1-2 に示した。

図 1-2

ライレル

### 3) 学習性無力感理論、改訂学習性無力感理論、抑うつのホープレスネス理論

学習性無力感理論 (learned helplessness theory) とは、無力感を学習することによって抑うつが生じるとする理論で、Seligman ら (e.g., Maier & Seligman, 1976) によって提唱された。その後、この理論は改定され、改訂学習性無力感理論 (reformulated learned helplessness theory; Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978)、抑うつのホープレスネス理論 (hopelessness theory of depression; Alloy,

Abramson, Met alsky, & Hartlage, 1988) が発展した。

Seligman らは動物がある状況において、自分でコントロールも回避もできない嫌悪的な刺激にさらされ続けると、コントロール可能、回避可能な状況に変わっても、その刺激に対する行動を起こさなくなることを実験によって示した(Overmier & Seligman, 1967; Seligman & Maier, 1967)。そして、この現象が生じる理由を、刺激を回避するための行動を起こしても望ましい結果が得られないということを経験してしまい(「行動と結果の非随伴性を学習する」)、結果をコントロールするための行動が行われなくなった(「無力感状態」)からだと考えた。このようにして生じる無力感状態を学習性無力感と名づけ、反応性のうつ病のモデルとした(学習性無力感理論; Maier & Seligman, 1976)。

ところが、学習性無力感理論を人間に当てはめると、必ずしも全ての人が無力感状態に陥るわけではないことが明らかになった。その原因は、行動と結果の非随伴性についての原因帰属の違いに個人差があるからだと考えられたことから、学習性無力感理論に原因帰属理論を取り入れた改定学習性無力感理論が生まれた(Abramson et al., 1978)。この理論では、人間が、あるコントロール不可能な刺激(出来事)に直面し、行動と結果の非随伴性を知覚すると、それに対する原因帰属の仕方が個人によって異なるを考える。原因帰属の仕方には、(1)「持続的または非持続的」、(2)「全体的または特定の」、(3)「内的または外的」という3つの次元があり、それらの違いによって抑うつに陥るかどうかが決まるとする。例えば、数学の試験の結果が悪かった場合に、その原因を自分にあると考えたり(内的帰属)、数学だけでなく全体的な才能がないからだと考えたり(全体的帰属)、才能が変化する見込みはないと考えたりする(持続的帰属)場合には、抑うつに陥りやすい。一方で、数学の試験の結果が悪かった場合に、その原因はテスト問題が適切でなかったからだと考えたり(外的帰属)、数学の試験だけが悪く他の教科については関係ないと考えたり(特定の帰属)、悪かったのは今回だけで次回にはよくなるだろうと考えたりする(非持続的帰属)場合には、抑うつに陥りにくい。

また、原因帰属が抑うつを引き起こす寄与的な原因にはなるが、それだけでは抑

うつが引き起こされないと考えるのが、抑うつのホープレスネス理論( Alloy et al., 1988)である。この理論では、抑うつを引き起こす十分条件となる原因は、「非常に望ましい結果が起こらない、または、非常に嫌な結果がおり、何をしてもその結果が生じる確率を変えることができないという見込み」( Alloy et al., 1988, p. 7; これをホープレスネスと呼ぶ)であるとする。

ホープレスネス理論については、図 1-3 の I から によって説明する。まず、初めに否定的な出来事を経験すると (I)、それに対して原因帰属をしたり、その出来事の重要性を知覚したりする ( )。その原因帰属には、ふだんのような帰属を行うかという帰属スタイル ( ) や状況面のてがかり ( ) が影響する。そして原因帰属の内容と出来事の重要性の程度 ( ) がホープレスネスを引き起こすかどうかに寄与し ( )、ホープレスネスが生じると、ホープレスネス抑うつが引き起こされる ( )。ホープレスネスを生じさせる他の要因には、ソーシャルサポートがないことなどがある ( )。

図 1-3  
ファイル

なお、ホープレスネス抑うつとは、ホープレスネスによって引き起こされる抑うつのことで、抑うつのサブタイプのひとつであり、動機面や感情面の症状を中心とするとされている。

また、 の状況面のてがかり (situational cues) とは、原因帰属を行う際には、状況に関する情報が影響を及ぼすという Kelley(1967)の理論から取り入れたものである。例えば、数学の試験に失敗したときに、「他の人は良くできたのに、自分だけ数学の試験に失敗する」(同意性が低い)、「いつも数学の試験に失敗する」(一貫性が高い)、「数学だけでなく他の試験にも失敗する」(弁別性が低い)などの情報が得られると、内的・持続的・全体的な原因帰属が行われる。

#### 4) 認知の内容に関する抑うつの心理的要因の共通点

抑うつの認知モデルでは抑うつ的なスキーマが抑うつを引き起こす素因だと考え、ABC モデルでは不合理な信念が抑うつを引き起こすと考え、改訂学習性無力感理論、抑うつのホープレスネス理論では帰属や帰属スタイルが抑うつを引き起こ

す重要な要因だと考えている。これらの理論は、ストレスフルな出来事の経験の有無ではなく、それをどのように考えたか、認知したかの違いが抑うつを引き起こすと考えている。ここで取り上げた認知の内容に関する抑うつの心理的要因の共通点は、出来事に対する認知の内容の違いが抑うつを引き起こす要因であるとしている点だと考えられる。

## 2. 抑うつに影響する性格要因

抑うつの心理的要因には、いわゆるうつ病の「病前性格」と呼ばれるものがあり、代表的なうつ病の病前性格として、わが国では、メランコリー親和型性格 (Tellenbach, 1961)、執着気質(下田, 1941, 1950)、循環気質(Kretschmer, 1955)が挙げられることが多い(例えば、古川, 1999; 佐藤, 2000)。ここでは、メランコリー型性格と執着気質に加え、米国などで取り上げられることが多い完全主義、および性格の基本特性の一つとされる神経症傾向 (Eysenck, 1947; McCrae & John, 1992) について検討する。なお、循環気質は、うつ病というより躁うつ病の病前性格と考えられることから(例えば、佐藤ら, 1994; 矢崎, 1975)、ここでは取り上げない。

### 1) 完全主義

完全主義(perfectionism)は、多くの研究によって、抑うつをもたらす心理的要因であるとされている(e.g., Burns, 1980; Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1990, 1991)。Burns(1980)は、完全主義者を、自分の仕事や成績などに対する基準が達成できないほど高く、その目標に非常に固執し、自分の価値を生産性や業績によってのみ測るような人と捉えた。このような人は、自分の経験などについて二者択一的な思考や、過度の一般化や、「～すべきである」的な思考を持つと考えた。例えば、「もっと良い仕事をするべきだ。もう二度とこんなことをしてはならない。」という考えは欲求不満や罪悪感を生み出し、完全主義者を非生産的かつ自己批判的な反すう(non-productive, self-critical rumination)に陥らせ、それが抑う

つを引き起こすという。そして、設定する目標の規準が高いため、それを達成することが出来ないので、自分を無能だと考える傾向があり、目標の達成に対して無力感を感じる事が多く、抑うつに陥りやすいとされる。

また、Frost et al.(1990)や Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer(1993)は、完全主義を自分自身の行動に対する過度に批判的な評価をするとともに、パフォーマンスに対する高い基準を設定することと捉えており、完全主義を「ミスをするに対して過度に心配すること」、「自分に対し高い基準を設定すること」、「両親の期待が高いと知覚すること」、「両親からの批判が強いと知覚すること」、「自分の行動の質に対して疑うこと」、「秩序や組織を好むこと」からなる多次元概念だと考えている。そして特に「ミスをするに対して過度に心配すること」が抑うつを引き起こす不適応的な要因だと考えている。

なお、最近では、完全主義の構成要素が、「自分に高い基準を設定すること」と「評価やミスを過度に気にすること」の2因子に分かれることが示されており、「自分に高い基準を設定すること」に関する因子は抑うつと関連しておらず、「評価やミスを過度に気にすること」に関する因子のみが抑うつと関連するという調査結果が得られているのは注目される(Norman, Davies, Nicholson, Cortese, & Malla, 1998; Enns & Cox, 1999; Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams, & Winkworth, 2000)。

## 2) 執着気質

執着気質とは、仕事に熱心、凝り性、徹底的、正直、几帳面など複数の特性からなる気質のことであり、下田(1941, 1950)によって、躁うつ病の病前性格として提唱された。下田(1950)は執着気質について、「この性格の基礎は感情の経過の異常にある。すなはちこの性格者では一度起こった感情が正常人の如く時と共に冷却することがなく、長く其の強度を持続し或いは寧ろ増強する傾向を持つ」(p.1)と述べている。そして、この異常気質が性格として顕在化した特性が「仕事に熱心、凝り性、徹底的、正直、几帳面、強い正義感や義務責任感」(p.1)な

どであるとされている。このような気質をもつ者は、過労によって睡眠障害、過労性亢進などの神経衰弱症候を発しても、休養生活に入らずに疲憊に抵抗して活動を続けて、ますます過労に陥り、疲憊の頂点で突然に発症するとされる。

その後、平沢（1962）は、臨床的観察から下田の理論に合わない患者がいることに気づき、執着性格を几帳面、仕事熱心、対人態度の観点から捉えなおした。例えば、下田の理論では熱中・熱狂の傾向が強調されているのに対し、平沢でいう几帳面・仕事熱心とは「きちんとしておかなくては気になり安心できぬもの」（p. 236）をさす。また、下田は、うつ病発症の際に「疲弊に抵抗して活動を続ける」という経過をたどると考えるが、平沢はむしろ「仕事が気になり休めぬ、病気を人に知られたくないので休めぬ」（p. 234）という症例が多いと報告している。対人態度については、「一見対人態度は円滑で人づき合いが良いが、心の中では気を使い相手の思惑を気にする過敏な一面を持つ人が多く」（p. 236）、「心配性で一つのことを気にするとそれをすぐに忘れることができない」（p. 229）などの特徴を持つという。この点について平沢（1962）は、下田の執着性格でも「過敏・取り越し苦労」、「心配性」などの記述もあり、平沢の執着性格と違いはないと述べている。以上で挙げた平沢による執着性格の再解釈によって、執着性格が、メランコリー親和型性格により一層類似した性格として捉えなおされ、また、平沢の対人態度への注目が、それ以降の日本のうつ病の病前性格理論における対人関係論的な視点の重視を方向付けたと考えられている（佐藤ら，1994）。なお、平沢（1962）は、執着気質ではなく「執着性格」という言葉を用いている。

### 3) メランコリー親和型性格

メランコリー親和型性格とは、几帳面や自分への要求水準の高さや他人への奉仕や敏感さなどからなる性格のことであり、Tellenbach(1961)によって提唱された。なお、Tellenbach(1961)は、メランコリー親和型性格は執着性格とほぼ同じ性格だと述べている。

メランコリー親和型性格の基本的特徴は、几帳面（秩序志向性）と「自己の仕事

に対する過度に高い要求水準」である。また、対人関係では他人のために尽くすという態度を取り、極端に良心的である。このような特性のもとで、以下に示すように、インクルデンツ（封入性）とレマネンツ（負目性）という2つの状況に陥り、うつ病発症の状況ができあがるとされている。

メランコリー親和型性格の人は多量の仕事をこなすのだが、その場合にも持ち前の几帳面さと要求水準のために、正確に仕事を行おうとする。そして「要求水準は高いままなのに、要求水準を厳守しようとしてかえって要求水準の実現が不可能となり、しかもその人の自己実現はこの要求水準の高さとその厳守との両方に動かしがたく依存している」（p.265）という状態に陥る。このような状況がインクルデンツである。また、典型的なインクルデンツ現象として「くよくよ思い悩む」（p.257）ことが指摘されている。それに対して、レマネンツとは自己の要求水準に遅れをとるということであり、その責任を自分にあると考えることである。例えば、仕事上のミスが生じたときに、それが自分の過失ではなくても、責任を感じ、罪責妄想のような状態に落ち込んでいくことがある。

以上のインクルデンツとレマネンツが生じることで、うつ病発症の前状況（前メランコリー状況という）が出来上がるとされている。しかし、この前メランコリー状況からすぐにうつ病に至るわけではなく、両者の間是非連続的であり、「断絶」というべき開きがあるとされる。なお、前メランコリー状況からうつ病に至るメカニズムについては、触れられていない。

#### 4) 神経症傾向

神経症傾向（neuroticism）は、性格を構成する基本的な因子の一つであるとされ（Eysenck, 1947; McCrae & John, 1992）、過度に感情的で、全ての刺激に対して極度に反応する傾向のことであり、一言で記述すると心配性（worrier）のこととされる（Eysenck & Eysenck, 1975）。また、McCrae & Costa(1987)では、心配性、不安定な、人前を気にする、過敏なという用語で定義されている。もともと神経症傾向は、抑うつの心理的要因として提唱されたわけではないが、抑うつと

の関連が示されたことから，Martin(1985)によって抑うつを引き起こす要因であると提唱された．Martin(1985)は，神経症傾向が高い者は，ネガティブな自己に関連した認知プロセスを行う傾向を持っており，嫌悪的なライフイベントの影響を受けやすく，神経症傾向は臨床的な抑うつ予測因となると論じている．

また，近年では，神経症傾向は性格の基本特性である5大因子（Big Five; e.g., McCrae & John, 1992; Goldberg, 1990）の一つとして，捉えられている．Big Fiveとは，多くの研究で性格の基本特性が5因子に収束することが示されたことから（e.g., McCrae & Costa, 1987; Goldberg, 1990; Digman, 1990），提唱されたものである（これを性格の5因子理論と言う）．最も代表的なBig Fiveは，McCrae & Costa(1987)による，外向性(extraversion)，神経症傾向，調和性(agreeableness)，誠実性(conscientiousness)，開放性(openness to experience)である．そして，Big Fiveの中では，神経症傾向が，抑うつと最も関連の強い因子であることが示されている（Trull & Sher, 1994; Bagby, Joffe, Parker, Kalemka, & Harkness, 1995）．

#### 5) 抑うつに影響する性格要因の共通点

完全主義は，「自分に高い基準を設定すること」と「評価やミスを過度に気にすること」という2つの大きな因子からなるとされる．執着気質は，仕事熱心や几帳面などから構成されている一方で，対人態度では心配性や取り越し苦労などの特徴を持つとされる．メランコリー親和型性格は，几帳面（秩序志向性）や「自己の仕事に対する過度に高い要求水準」や良心性という特性を持つとともに，うつ病発症の前状況にいたる上で，「くよくよ思い悩む」ことが典型的だとされている．神経症傾向は，心配性(worrier)のことであるとされる．

以上から，抑うつに影響する性格要因は，完全性や几帳面性や秩序への志向という「完全性・几帳面性」という側面と，ミスを過度に気にする，心配性，くよくよ思い悩むという「気にする・思い悩む」という側面の2つから成り立っているという共通点があると言える．

Norman et al.(1998) , Enns & Cox(1999) , Dunkley et al.(2000)は , 「自分に高い基準を設定すること」(「完全性・几帳面性」という側面)は抑うつと関連しておらず , 「評価やミスを過度に気にすること」(「気にする・思い悩む」という側面)のみが抑うつと関連することを示している . これから , 抑うつに影響する性格要因で , 「完全性・几帳面性」という側面は抑うつを引き起こす要因なのではなく , 「気にする・思い悩む」という側面のみが抑うつを引き起こす要因である可能性が考えられる .

### 3 . 注意の焦点づけに関する抑うつの心理的要因

自己に焦点付けられた注意に関する抑うつの心理的要因 ( e.g., Pyszczynski & Greenberg, 1987 ) の大きな特徴は , 注意の焦点づけが自己に向くことが抑うつを引き起こすと考えることにある . また , 後述する反応スタイル理論 ( Nolen-Hoeksema, 1991 ) も注意の焦点づけの方向が抑うつの要因となるとする理論である . 以上の 2 つの理論を注意の焦点づけに関する抑うつの心理的要因に分類し , 以下でその概要をまとめる .

#### 1 ) 自己に焦点づけられた注意に関する抑うつ理論

Wicklund(1975)や Carver & Scheier(1981)の自己意識理論をもとにして , 自己に注意が向くことをさす「自己に焦点づけられた注意 ( self-focused attention ) 」が感情に与える影響についての研究が始められた . 自己意識理論では , 自己に対して注意を焦点づけると , 理想とする基準と現在の自分を比較するという自己評価の過程が生じると考える . そして , 現在の自分がその基準を上回るとポジティブな感情が生じるが , 現在の自分が基準を下回るとネガティブな感情が生じると考えられている .

自己に焦点づけられた注意が抑うつを引き起こすと考える理論が , 反応性抑うつの自己意識理論 ( self-awareness theory of reactive depression; Pyszczynski & Greenberg, 1987 ) である . この理論では , アイデンティティや自尊心の源となる

ような対象の喪失（例えば、失業や配偶者の死）が生じ、失ったものを回復する方法がないという状況の中で、自己が理想とする状態と現実との間に乖離が生じ、自己に注意が向くと考える。その乖離が埋められないと、注意の自己焦点づけが続き（自己統制的なサイクルと呼ぶ）、自己焦点づけから抜け出せないと、ネガティブな感情が強まる。さらなる自己焦点づけが続くと自己批判や自責などが起こり、抑うつ的な自己焦点づけのパターンが生じ、抑うつが発症、維持されるという。この理論の要点は、「埋めることの出来ない乖離に直面し、自己への焦点づけを持続する傾向（the tendency to persist in self-focusing）が抑うつ症状を引き起こし、その抑うつ症状は、後に出現する抑うつ的な自己焦点づけのパターン（a depressive self-focusing style）によって維持され、悪化させられる」（Pyszczynski & Greenberg, 1987, p. 130）というものである。この理論の概要を図 1-4 に示した。

図 1-4

また、Ingram(1990)は、自己意識や自己に焦点づけられた注意に関する研究は、（1）方向性の程度（注意が自己に向くか、外に向くかという方向性の程度）、（2）持続期間（自己に注意が向く持続期間）、（3）柔軟性（注意の切り替えの柔軟性）という3つのパラメーターを区別していないと指摘した。そして、自己に焦点づけられた注意が、病理をもたらす、不適応的となる場合は、注意の方向性の程度が極端に内方向的であり（自己に向けられ）、注意の持続期間が長く、柔軟性がないという特徴をもつと提唱し、それを self-absorption と呼んだ。

ライレル

また、わが国では、坂本（1997）が、自己に対する注意が継続する傾向をさす自己没入という概念を提唱しており、自己没入が抑うつ発症や持続をもたらす要因であるとしている。なお、自己没入の研究については、本章第5節で詳しく触れることにする。

## 2) 反応スタイル理論

反応スタイル理論（response styles theory）とは、抑うつ気分への反応のスタイルの違いが、抑うつを持続させ、重症化させる要因となるという理論で、Nolen-Hoeksema(1991)によって提唱された。この理論では、抑うつが発症する理

由は特に問わず、抑うつが引き起こされた後に、その抑うつが持続し、重症化する要因に注目しているという特徴がある。

反応スタイルには主に、反すう型反応（*ruminative response*）と気晴らし型反応（*distractive response*）があるとされている<sup>注</sup>）。なお、坂本・丹野（1998）は、*ruminative response* を「考え込み型反応」と訳しているが、本研究では、*ruminative response* を「反すう」と訳していることから、「反すう型反応」という訳を用いる。反すう型反応は、抑うつ気分を感じている時に、自分の抑うつ症状や、抑うつの原因・意味・結果に注意を焦点づける行動や認知と定義されている（Nolen-Hoeksema, 1991）。そして、反すう型反応は、抑うつを持続させ、重症化させると考えられている。例えば、抑うつ気分を感じているときに、「自分のすべての欠点、失敗、落ち度、過ちについて考える」や「自分の気持ちについて考えるために一人でどこかへ行く」などの認知・行動が反すう型反応である。一方、気晴らし型反応は、抑うつ気分を感じている時に、抑うつ気分や抑うつ症状から注意をそらすような行動や認知と定義されており（Nolen-Hoeksema, 1991）、抑うつをより短く、軽度にすると考えられる。例えば、「気分を良くするために何かをしようと考える」や「自分が楽しいと思うことをする」などの認知・行動が気晴らし型反応である。

また、反すう型反応を行うと、否定的思考や否定的解釈が引き起こされたり、問題解決能力が阻害されたり、記憶がネガティブになるなどの影響が出るとされており、それらの影響が引き起こされることで、抑うつが持続し、重症化されることが考えられている。反応スタイル理論の概要を図 1-5 に示した。

図 1-5  
ファイル

### 3) 注意の焦点づけに関する抑うつ心理的要因の共通点

反応性抑うつの自己意識理論（Pyszczynski & Greenberg, 1987）では、自己への焦点づけを持続する傾向が抑うつ症状を引き起こし、抑うつ的な自己焦点づけのパターンが抑うつ症状を維持し、悪化させると考える。Ingram(1990)では、極度に自己に焦点づけられた注意が持続し、その注意の切り替えが出来ない状態である

self-absorption が病理的な状態をもたらすと考える。坂本（1997）では、自己に対する注意が継続する傾向である自己没入が抑うつ発症や維持を引き起こすと考える。反応スタイル理論（Nolen-Hoeksema, 1991）では、抑うつ気分を感じている時に、自分の抑うつ症状や、抑うつ原因・意味・結果に注意を焦点づける行動や認知（反すう型反応）が抑うつを持続させ、重症化させるとしている。反応性抑うつ自己意識理論、self-absorption、自己没入では、注意の対象が自己に限定されるのに対し、反応スタイル理論では、必ずしも注意の焦点が自己に限定されないという違いがある。しかし、それらはともに、注意がある対象に焦点づけられ、その注意が持続することが抑うつをもたらす、持続させると捉えているという点が共通している。

#### 4．情報処理に関する抑うつ心理的要因

特異的活性化仮説（differential activation hypothesis; Teasdale, 1985, 1988）は、認知理論として取り上げられることが多い（Twaddle & Scott, 1991；丹野，1998）が、認知の内容に焦点を当てていないので、本研究では認知の内容に関する抑うつ心理的要因には含めなかった。そして、この仮説では、抑うつ的な情報処理の活性が、重い抑うつをもたらすと考えるとともに、より情報処理過程を重視した理論へと発展していくことから、情報処理に関する抑うつ心理的要因として分類することにした。ここでは、特異的活性化仮説とそこから発展した ICS による抑うつ理論を取り上げる。

##### 1）特異的活性化仮説

特異的活性化仮説は、抑うつ状態のときに、抑うつ的な出来事への記憶やネガティブな解釈が活性化されるかどうか、重い抑うつを発症させ、維持させる要因となるという考えであり、Teasdale(1985, 1988)によって提唱された。

この仮説では、抑うつ状態のないときには、抑うつ的なスキーマが潜在しており、抑うつ状態のあるときには、抑うつ的なスキーマや情報処理が活性化すると活性

化しない人がいると考える。抑うつ気分の存在によって、抑うつ的な出来事への記憶やネガティブな解釈が促進されるなどの情報処理が活性化すると、抑うつが維持される。そして、抑うつ気分によって活性化された抑うつ的なスキーマや情報処理が、さらに抑うつ気分を憎悪させるという悪循環のサイクルが出来上がり、うつ病などの重い抑うつが引き起こされると考える。このような情報処理のサイクルが活性化し、それが維持されるかどうかは、環境要因（ライフイベントやソーシャルサポートの有無）、心理的要因、生物学的要因の複雑な交互作用によって決まるとされる。その中でも特に、体験を嫌悪的およびコントロール不可能と解釈するかどうか、以上のサイクルを活性化するかどうかについての重要な要因となると考えられている。この理論の概要を図 1-6 に示した。

図 1-6  
ライレル

## 2) ICS による抑うつ理論

Teasdale ら (Teasdale & Barnard, 1993; Teasdale, Segal, & Williams, 1995) は、特異的活性化仮説を発展させ、Interacting Cognitive Subsystem(ICS)という情報処理理論の立場から、抑うつ発症と維持のメカニズムに関する理論を提唱した。

ICS とは、情報が感覚コード（視覚、聴覚、体の状態）から入力された後に、コード化され、さらにその後意味として解釈されるまでの流れについての包括的なモデルである。この理論では、感情に関連したスキーマモデルが、低次の意味のパターンと感覚による入力のパターンから作り出されることによって、感情反応が生じると考える。そして、抑うつ状態などの感情は、「抑うつ的なスキーマモデル」(depressogenic schematic model) が持続的に作り出されることによって維持されるとする。

以下では、図 1-7 に基づいて、抑うつ的なスキーマモデルが抑うつを維持するメカニズムについて説明する。抑うつ的なスキーマモデルは「ネガティブな具体的な意味」(negative specific meanings; 未来へのネガティブな予測や失敗への内的な帰属などを指す)を出力する。さらに、ネガティブな具体的な意味が、抑うつ的

なスキーマモデルを再統合する。そして再び、抑うつ的なスキーマモデルが、ネガティブな具体的な意味を生み出すことで、認知面のループにおける情報が抑うつ的な内容で占められるようになる。このようにして、無際限に継続しうる「抑うつ的な連動」形態（self-perpetuating ‘depressive interlock’ configuration）が作り出される。なお、この形態は、ネガティブな自動思考の形で経験されるという。

図 1-7  
ライレハ

感覚面のループも「抑うつ的な連動」形態を持続させるように作用する。覚醒度や活動度の変化をはじめとした身体面の状態もまた抑うつ的なスキーマモデルを統合する。さらに、スキーマモデルからの出力によって再び身体面の影響がもたらされ、それが感覚に関するデータとなる。こうして、認知面のループとともに感覚面のループが、抑うつを維持させる「抑うつ的な連動」形態を維持するように作用する。

後に、Teasdale(1999)は、この形態は、自己の欠点や自責やホープレスネスなどについての「反すう」（rumination）によって特徴付けられ、反すうを通じて「抑うつ的な連動」形態が抑うつを維持すると述べている。そこで、自己の欠点などについて反すうすることによって、図 1-7 の中央部分の「抑うつ的なスキーマモデル」と「ネガティブな具体的な意味」のサイクルが回り続けると解釈できる。このようにして、抑うつ再発の危険性は、抑うつかつ反すう的な処理形態が、不快な気分や自己に関するネガティブな評価などによって生じやすいかどうかによると述べている。そして、Teasdale(1999)は、うつ病予防の目的は、認知療法が行うような特定の信念や認知を修正することよりも、以上で述べた「抑うつ的な連動」形態を活性化させないことにあると提案している。

### 3) 情報処理に関する抑うつ心理的要因の共通点

特異的活性化仮説では、抑うつ的な情報処理の活性化が生じ、それが続くことによって、抑うつが持続・重症化されると考える。ICSによる抑うつ理論では、より詳細な理論化がなされているが、同様に、抑うつ的な情報処理の活性化である「抑うつ的な連動」形態が持続することが抑うつを持続・重症化させると考えている。

そこで、両理論には、抑うつ的な情報処理の活性化が起こり、それが持続することが抑うつを持続・重症化させると考えているという共通点がある。

#### 第4節 代表的な抑うつ心理的要因の整理とうつ状態の心理的要因としての反すう

##### 1. 代表的な抑うつ心理的要因の整理

前節でまとめた代表的な抑うつ心理的要因を発表年によって整理したものが表1-2である。抑うつ心理的要因は、当初、性格や認知の内容に焦点をあてているものが多いが、1980年代後半からは、注意の焦点づけや情報処理に焦点をあてたものが発表されてきている。そして、1980年代前半以前には、特に抑うつを持続・重症化を取り上げた要因は見られないのだが、最近発表されたものでは、ほとんどの要因が抑うつを持続・重症化を取り上げているという点(表1-2の網掛けの部分)が指摘できる。

本研究では、抑うつ症状が2週間以上持続するうつ状態を対象とすることから、抑うつを持続・重症化を取り上げている抑うつ心理的要因の共通点について検討することにする。

表 1-2  
ファイル

##### 2. 抑うつを持続・重症化を取り上げている抑うつ心理的要因の共通点

反応性抑うつ自己意識理論(Pyszczynski & Greenberg, 1987)では、「自己への焦点づけを持続する傾向」によって、抑うつ症状が引き起こされ、自己への焦点づけが持続することによって、抑うつ的な自己焦点づけのパターンが出現し、それによって抑うつ症状が維持され、悪化させられると考える。Ingram(1990)は、(1)注意が極端に自己にむけられ、(2)自己に向けられた注意が持続し、(3)注意の切り替えができないというself-absorptionが病理的な状態をもたらすと考える。また、Sakamoto(1998)は「自己以外のものよりも自己に注目し、それが持続する傾向(自己没入)」が抑うつ発症および持続の要因であるとしている。反応スタイル理論(Nolen-Hoeksema, 1991)では、抑うつ気分を感じている時の反

すう型反応(自分の抑うつ症状や、抑うつの原因・意味・結果に注意を焦点づける行動や認知)が抑うつを持続・重症化させると考える。以上に共通するのは、抑うつを持続・重症化の要因は、注意の焦点がある対象に焦点づけられ、それが持続することという点にある。

特異的活性化仮説 (Teasdale, 1985, 1988) では、抑うつ的な情報処理の活性化が抑うつを持続・重症化させ、ICSによる抑うつ理論 (Teasdale & Barnard, 1993; Teasdale et al., 1995; Teasdale, 1999) では、「抑うつ的な連動」形態が持続することが抑うつを持続、悪化させると考えている。この「抑うつ的な連動」形態は、「反すう」によって特徴付けられ、反すうを通じて「抑うつ的な連動」形態が抑うつを維持すると述べられている。この理論では、反すうについて詳しく論じられてはいないが、反すうが、抑うつを持続・重症化に重要な役割を占めていると考えられる。

以上の抑うつを持続・重症化を取り上げている要因には、「反すう」(物事を長い間繰り返し考え続けること)という共通要素があることが指摘できる。まず、「注意がある対象に焦点づけられ、それが持続している」という状態は、「ある事を長い間繰り返し考え続けている(反すうしている)」状態と置き換えることが可能である。また、反応スタイル理論で抑うつを持続・重症化の要因とされる反すう型反応は抑うつの原因・意味・結果に注意を焦点づける行動や認知のことであるが、特に認知面は「自分のすべての欠点、失敗、落ち度、過ちについて考える」などという反応を指し、反すうと共通点がある。さらに、「反すう型」という言葉が用いられていることから、反すうがこの理論の中心となるキーワードであることがわかる。そこで、これらの理論は、抑うつを持続・重症化させる上で、反すうを重要な要因と位置づけていると解釈できる。

それでは、抑うつを持続・重症化を特に取り上げていない抑うつ的心里的要因には、反すうと考えられる要因は取り上げられているのだろうか。以下では、抑うつに影響する性格要因、認知の内容に関する心里的要因と反すうとの関連を論じる。

### 3 . 抑うつ心理的要因における共通要素としての反すう

まず、本章第3節2で論じたように、抑うつに影響する性格要因は、「完全性・几帳面性」と「気にする・思い悩む」という2つの側面を取り上げているという共通点がある。この「気にする・思い悩む」という側面は、反すうと類似していると考えられる。つまり、何かを気にして思い悩むという状態は、「気にしていることや悩みを長い間繰り返し考えている」(反すうしている)状態とすることが可能である。

例えば、完全主義の「評価やミスを過度に気にすること」は反すうと類似している。注目すべきことは、完全主義の「自分に高い基準を設定すること」は抑うつと関連しておらず、「評価やミスを過度に気にすること」のみが抑うつと関連していることである(Norman et al., 1998; Enns & Cox, 1999; Dunkley et al., 2000)。また、Burns(1980)は、完全主義者の自己批判的な反すう(non-productive, self-critical rumination)が抑うつをもたらすとしており、反すう的な要素が完全主義の構成要素の中で重要な位置を占めていると考えられる。

執着気質では、心配性でひとつのことを気にするとそれをすぐに忘れることができないなどの特徴が記述されており、反すうと類似した要素が取り上げられている。さらに、前述したように、「一度起こった感情が時とともに冷却することがない」という執着気質の中核となる特性は、「気になることを考えはじめるとなかなか止まらなくなる」と解釈でき、反すうと類似している。さらに、メランコリー親和型性格でも、うつ病発症前の状況をもたらすものとして「くよくよ思い悩む」ことが指摘されており、反すうと類似した要因に言及している。また、神経症傾向は、心配性のことであるが、最近、心配と反すうの間には.46の正の相関があることや、両者は反すう的な思考という共通点がある類似した概念であることが示されている(Segerstrom, Tsao, Alden, & Craske, 2000)。そこで、神経症傾向と反すうは重なる概念だと考えられる。

次に、認知の内容に関する抑うつ心理的要因では、理論の主要な部分に反すうに類似した点は見られないが、Seligman(1990)は、反すうと認知の内容の関連性

についての興味深い指摘を行っている。彼は、原因帰属が内的・持続的・全体的である（このような原因帰属を行う人を Seligman(1990)では悲観主義者と呼ぶ）からといって、すぐに無力感の予期が生じ、抑うつに陥るわけではなく、その無力感の予期が頭に頻繁に生じる場合、抑うつが生じると述べている。つまり、反すうしない人は、たとえ悲観主義者であっても抑うつに陥らないというのである。例えば、ある出来事の原因を「自分が悪いのだ」と考えるだけでなく、そのことを何度も繰り返し返し、何日にもわたって考えている人は、より強い抑うつに陥りやすいと考えることができる。うつ状態のようなある程度持続する抑うつが引き起こされるためには、単に認知の内容が問題になるだけでなく、その認知内容を繰り返し考えること（反すうすること）が必要になるという可能性が指摘できる。

また、ある特定の認知内容を反すうすることが、うつ状態を引き起こすことを示唆することが、抑うつ認知モデル（Kovacs & Beck, 1978）では、次のように述べられている。

「抑うつ初期段階において、患者は『私は完全に敗北者だ』、『私の抑うつは、自分の罪への罰だ』などといったいくつかの特徴的な考えを反すうする（ruminate over）傾向がある。抑うつ進行につれて、患者は徐々に自分の思考をコントロールできなくなる。その人が、他の刺激に焦点を当てようとした時でさえ、抑うつ的な認知が侵入し、思考の中心を占めるようになる。抑うつがより重症になった時においては、抑うつ的なスキーマとそれに関連する考えが強力になり、患者は自分の考えや解釈が間違っているかもしれないことについてさえ考えられなくなる。」（p. 529）

以上からは、抑うつ初期段階において、否定的な認知内容を反すうすることに伴って、抑うつが重症化していく流れが読み取れる。抑うつ認知モデルの立場からも、うつ状態の心理的要因として、反すうが重要な役割を果たしている可能性が示唆される。

以上から、代表的な抑うつ心理的要因には、「反すう」が重要な共通要素として存在する可能性が考えられる。そして、前述のように、特に、抑うつ持続・重

症化を取り上げている要因では、反すうが重要な要素とされている。本研究で取り上げる2週間以上持続するうつ状態は、持続した抑うつと考えられ、反すうが重要な要因として関連していると推測できる。

## 第5節 反すうと抑うつに関する先行研究の動向

現在までの代表的な抑うつの心理的要因では、反すう自体を取り上げて検討したものは見られない。一方で、代表的な抑うつの心理的要因ではないが、近年では、「反すう」と抑うつの関連を取り上げている研究が見られる(Martin & Tesser, 1989, 1996; Tait & Silver, 1989; Millar, Tesser, & Millar, 1988)。また、代表的な抑うつの心理的要因の中で、注意の焦点付けに関する要因に分類された自己没入(坂本, 1997)と反応スタイル理論の反すう型反応(Nolen-Hoeksema, 1991)は、前節で論じたように、反すうと重なる部分が多い。本節では、これまで、反すうがどのように捉えられてきたかを展望するために、反すうと抑うつに関する先行研究を(1)制御理論からの反すうの研究、(2)否定的な出来事に関連して生じる反すうの研究、(3)自己を対象とする反すう(自己没入)の研究、(4)反応スタイル理論の反すう型反応の研究に分けてまとめる。また、最後に、以上の研究で用いられている反すうの測定尺度についてまとめる。

### 1. 制御理論からの反すうの研究

Martin & Tesser (1989)は、制御理論(Control Theory; Carver & Scheier, 1982)の立場から反すうを「目的が阻害されることから生じる、意識された思考」(p.311)と定義し、反すうの原因や経過について論じた。制御理論とは、人間は現在の状態と望ましい状態との間に乖離を認識した場合には、その乖離をうめるような行動を行うという仮説から、人間の行動を分析する理論である(Carver & Scheier, 1982)。Martin & Tesser(1989)は、何らかの目的が阻害された時に、なかなか解決策が見つからないと、解決策のことを考えるのではなく、目的そのものやその時の感情について考えるようになり、反すうが生じるとした。そして、その段階で、目的を諦

めることが出来れば問題ないが、目的を諦められず、目的を達成する方法も見つけることが出来ないと、学習性無力感に陥ると述べている。後に、Martin & Tesser(1996, p. 7)は、反すうを「共通した道具的なテーマに関連した自覚されている思考のこと．．」と定義している。「道具的」とは、「現状と達成したい目的との間の乖離を減少するために作用するもの」という意味で、反すうが目的の阻害によって起こり、目的達成の手段を探すプロセスだということを意味する。

以上の理論をもとに、McIntosh & Martin(1992)は、ある特定の目的を達成することが、幸せを得るために必要であると考える傾向を持つ者を linker と呼び、その目的の達成が重要ではあるが幸せになれるかどうかを決定するわけではないと考える者を nonlinker と呼び、linker は反すうをしやすく、nonlinker は反すうをしにくいとした。そして、McIntosh, Harlow, & Martin(1995)では、質問紙調査によって、linker は nonlinker よりも反すうをしやすいことや、linker がストレッサーを数多く経験すると、2 週間後の抑うつ得点が高くなることが示されている。また、Lavalley & Campbell(1995)は、人生の目的を阻害するような否定的出来事が、否定的感情と反すうを生じさせることを示した。

Martin & Tesser(1989,1996)は「反すうは目的の阻害によって生じる」という理論に基づいて反すうの研究を進めているが、反すうの原因が目的の阻害のみによって起こったり、もしくは、反すうの原因の大きな部分を目的の阻害が占めたりすることが実証されているわけではない。Nolen-Hoeksema(1996, p.143)は、目的との乖離を減少するためではなくても「ただ繰り返し熟考する」という反すうもありうると指摘している。また辻(1993, p.71)は、サイバネティクス(制御理論)による人間の行動や認知の研究について、「私たちの行動はすべてが『目標指向的』であるわけではないので、目標指向的でない行動は研究対象から排除される可能性がある」と述べている。さらに、Gold & Wegner(1995)は、反すうに関する先行研究をまとめ、反すうの原因は「目的の阻害」(ここでは「目的の未達成」と呼んでいる)以外にも、トラウマなどの否定的出来事の発生、トラウマなどの否定的出来事を抑圧することなどが挙げられるとしており、「目的の阻害」が反すうの原因の一

部にすぎないことが示唆される。

以上から、反すうの原因を目的の阻害に限定すると、それ以外の反すうが研究の対象から外れてしまうことになるため、反すうの原因を目的の阻害に限定するべきではないと考えられる。

## 2. 否定的な出来事に関連して生じる反すう (event-related rumination) の研究

Tait & Silver(1989)は、大きな否定的出来事を体験した者は、その出来事についての考え、記憶、イメージなどの「意思に関係なく、侵入的で、苦痛な反すう」(involuntary, intrusive, distressing rumination)を経験するとしている。彼らは、人間にストレス刺激を与えると反すうが生じることの根拠として、Horowitzの一連の実験(Horowitz, 1975; Horowitz & Becker, 1971; Horowitz, Becker, & Moskowitz, 1971)を挙げ、ストレスを経験した後に反すうを経験することは、人間にとって一般的な反応と考えられると述べている。そして、Tait & Silver(1989)は、60歳以上の高齢者を対象とした調査を行い、死別体験や配偶者に捨てられるといった否定的な出来事の後には、多くの人々が反すうを経験していることを示している。また、Millar et al.(1988)は、自己にとって脅威となる出来事の後には反すうが生じるという仮説をたて、重要な他者との関係が大学入学によって途絶えた時に反すうが起こるかどうかを調査した。その結果、親密な他者と一緒に多くの行動を行っていた者ほど、離れ離れになると、その人について多く考えており、抑うつが高いことが示されたことから、脅威的な出来事を体験した後には反すうと抑うつを経験するとしている。

以上の研究の共通点は、反すうを否定的な出来事の後には起こる一般的な反応であると捉えていることである。この出来事に関連して生じる「反応」としての反すうは、抑うつを引き起こす要因と言うよりも、ストレス反応や症状に近いと考えられる。

例えば、Tait & Silver(1989)が取り上げている死別体験後の反すうは、症状である可能性がある。Prigerson, Shear, Jacobs, Reynolds, Maciejewski, Davidson,

Rosenheck, Pilkonis, Worman, Williams, Widiger, Frank, Kupfer, & Zisook(1999)は、死別体験後の悲嘆が病的であるものを外傷的悲哀と呼び、その診断基準としていくつかの症状を挙げている。その症状のひとつに、「死別した人についての侵入思考」がある。侵入思考とは、本人が意図していないのに、意識の上ってくる考えのことであり、Tait & Silver(1989)の反すうと類似している現象と考えられる。そこで、死別体験などの出来事に関連して生じる反すうの研究では、症状としての反すうを取り上げている可能性がある。抑うつを引き起こす心理的要因として反すうを捉える場合には、症状や反応とは区別して、特性や傾向としての反すうを取り上げ、反すうが抑うつを引き起こす要因となっているかどうかを検討する必要がある。

以上のことは、反すうと抑うつの相関関係を検討した研究にもあてはまる。例えば、Millar et al.(1988)は反すうと抑うつの中に相関があることを示しているが、これでは、反すうが抑うつの原因なのか結果なのかがわからない。そこで、抑うつを引き起こす要因として反すうを取り扱う際には、反すうと抑うつの相関関係を示すだけでなく、反すうが抑うつを引き起こす要因となっているかどうかを検討する必要がある。

なお、否定的出来事に関連して生じる反すう研究には、Rime や Pennebaker の研究がある。Rime, Mesquita, Philippot, & Boca(1991)は、否定的出来事の後には反すうが生じることを示し、否定的出来事を他者と共有することが遅れると反すうが多く生じることを示した。また、Pennebaker & OHeeron(1984)は配偶者との死別の後、そのことについて友人とたくさん話した人ほど身体的な疾患や症状が少なく、そのことを反すうするほど疾患や症状が多いことを示した。これらの研究は、反すうを否定的出来事の結果として捉えているとともに、研究の主眼が、否定的出来事を他者と共有することやそれを他者に開示することに置かれており、反すうについての検討はほとんど行なわれていない。

### 3. 自己を対象とする反すう（自己没入）の研究

Sakamoto(1998)は、自己没入を「自己以外のものよりも自己に注目し、それが持続する傾向」と定義している。この「自己」に対する「注目」が「持続する傾向」は、自己に対する事柄を反すうする傾向と言い換えることが出来る。坂本(1997)は、4ヶ月の縦断的な研究によって、自己没入傾向が高く、否定的な出来事を経験した者は、より抑うつが高くなることを示している。また、Sakamoto, Tomoda, Iwata, Aihara, & Kitamura (1999)では、自己没入傾向が高い者は、低い者に比べて、大うつ病の既往歴がある者が多いことが示されている。

自己没入の研究では、自己について注目し続けることが抑うつをもたらすとされているが、自己のポジティブな面に注目する人は抑うつに陥りやすいだろうか。McIntosh et al.(1995, p.1241)は、「自己のポジティブな側面に注目する人は、自己に注目しない人よりも抑うつに陥らないだろう」と述べている。同様に Wood & Dodgson(1996)も自己に対する注意は必ずしもネガティブな感情をもたらすものではないと述べ、Scheier & Carver(1977)を引用して、自己に対する注意はポジティブな感情を高めることもあると論じている。なお、Scheier & Carver(1977)は、ポジティブな感情状態にある時に、注意を自己に焦点づけることを促進するとポジティブな感情が高まることを示している。以上のことから、自己に焦点づけられた注意は、ネガティブな感情だけでなくポジティブな感情も高めることがあると言える。そこで、抑うつ心理的要因として自己没入(自己についての反すう)を検討する際には、没入する対象がポジティブなものなのかネガティブなものなのかを明確にする必要がある。なお、これは、自己に対する反すうだけでなく、その他の反すう研究にも当てはまる。

#### 4. 反応スタイル理論の反すう型反応の研究

反応スタイル理論(Nolen-Hoeksema, 1991)の反すう型反応は「抑うつ気分を感じている時に、自分の抑うつ症状や、抑うつの原因・意味・結果に注意を焦点づける行動や認知」と定義されている。思考だけでなく、「悲しい音楽を聞く」や「一人でどこかへ行く」といった具体的な行動も含んでいる点が、他の反すうに関する

研究と異なっている。

反すう型反応を多く行う者は、抑うつ持続期間が長く、より重症だということが示されている（Nolen-Hoeksema, Morrow, & Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994; Schwartz & Koenig, 1996; Just & Alloy, 1997）。例えば、Nolen-Hoeksema et al.(1993)は大学生を対象とした30日間の追跡調査の結果、反すう型反応が多い者は抑うつ持続期間が長く、症状が重いことを示した。さらに、Nolen-Hoeksema(2000)は、25歳から75歳までの地域住民1,132名を対象とした大規模な縦断的調査で、反すう型反応スタイルの高い者は、低い者に比べて、大うつ病に罹患する割合が高いことを示している。また、Spasojevic & Alloy(2001)は、2年以上の縦断的研究を行い、帰属スタイルや抑うつスキーマなど4つの抑うつの心理的要因は抑うつの発症を予測するが、それらの要因と抑うつとの関連は、反すう型反応を統制するとなくなることを示した。そして、それらの心理的要因が抑うつを発症するメカニズムには、反すう型反応が媒介要因として作用していると主張している。

反すう型反応に関する研究にも、自己没入に関する研究と同様に、注意の焦点づけの対象がポジティブなことかネガティブなことかを区別していないという点が指摘できる。抑うつを持続・重症化させる要因となるのは、単に感情や自己に注目することではなく、感情や自己のネガティブな側面に注意を向け、それについて考え続けることであると考えられる。

例えば、名倉・橋本(1999)は、反すう型反応(名倉・橋本(1999)では「考え込み型反応」と訳している)が「否定的考え込み」と「分析的考え込み」の2因子からなることを明らかにし、心理的不適応と関連が強いのは「否定的考え込み」であることを示している。「否定的考え込み」は、「自分がどれだけ消極的でやる気がないと感じているかを考える」など「否定的な」内容からなる因子である。

また、抑うつなどの否定的感情を経験しているときには、自己に注目すると、ネガティブな記憶が活性化したり(Pyszczynski, Hamilton, & Herring, 1989)、ネガティブな予期をしたりする(Pyszczynski, Holt, & Greenberg, 1987)ことが知

られている。つまり、抑うつを感じているときに、自己に注意を向けさせると、結果的に、ネガティブな自己そしてネガティブな感情に注目することになると考えられる。Nolen-Hoeksema(1991, p.569)も、「抑うつ気分を感じている時に、感情に注意を向けると、明らかにネガティブなものに注意を向けることになる」と述べている。

## 5 . 反すうの測定尺度について

反すうと抑うつに関する先行研究では、質問紙によって反すうを測定しているが (Lavalley & Campbell, 1995; McIntosh & Martin, 1992; McIntosh et al., 1995; Rime et al., 1991; Wood, Saltzberg, Neale, Stone, & Rachmiel, 1990) , 妥当性や信頼性などに問題点が多い。

例えば、Rime et al.(1991)や Wood et al.(1990)は 1 項目で、Lavalley & Campbell(1995)も 2 項目で反すうを測定しており、しかも、尺度の信頼性・妥当性の検討が行われていない。McIntosh & Martin(1992)や McIntosh et al.(1995)は、10 項目で反すうを測定しているが、尺度の作成方法が明示されていないとともに、妥当性や信頼性の検討が行われていない。

また、Wood et al.(1990)や Lavalley & Campbell(1995)では、尺度を構成する項目としてふさわしくない、1つの項目で2つ以上のことを質問している項目(堀野, 1998)によって反すうを測定している。例えば、Lavalley & Campbell(1995)の「その状況について後になっても考え続けることによって、そのことについて自分が嫌に感じている程度や、そのことを否定的に捉えている程度が強まりましたか？」という項目は、「嫌に感じている程度」や「否定的に捉えている程度」なども同時に尋ねている。

最近では、Scott & McIntosh(1999)が、制御理論の立場からの反すうを測定する尺度を作成し、妥当性および信頼性の検討を行っているが、その尺度は「動機」、 「情動性」、 「気晴らし」の3つの下位尺度からなっており、反すう以外の概念も同時に測定しているという問題点を持つ。

このように、先行研究で用いられている反すうの測定尺度には、尺度の作成方法を示していないこと、妥当性および信頼性の検討を行っていないこと、項目が不適切であることなどの問題点がある。そこで、以上のような問題点を改善し、妥当性および信頼性のある尺度を作成する必要がある。

## 第6節 反すうと抑うつに関する先行研究の問題点の整理とネガティブな反すう

### 1. 反すうと抑うつに関する先行研究の問題点の整理

反すうと抑うつに関する先行研究の問題点をまとめると、以下(A)～(D)のようになる。

- (A) 制御理論による反すう研究では、反すうの原因を目的の阻害に限定しており、それ以外の原因で生じる反すうが研究対象から除外される可能性がある。
- (B) 自己没入や反すう型反応をはじめ、反すうに関する研究では、反すうする対象がポジティブなことなのかネガティブなことなのかという区別がない。ポジティブな自己あるいはポジティブなことを反すうする場合には、抑うつを引き起こすとは考えにくいので、抑うつの心理的要因としての反すうを研究する際には、ネガティブなことを反すうする場合を取り上げる必要がある。
- (C) 死別体験などの否定的な出来事に関連して生じる反すうの研究や反すうと抑うつの相関関係を検討している研究では、反すうが抑うつの症状なのか、抑うつを引き起こす要因なのかの区別がされていない。
- (D) 反すうを測定する尺度は、妥当性や信頼性の検討が不十分である。

### 2. 本研究で取り上げるネガティブな反すう

#### 1) 本研究で取り上げるネガティブな反すうとその定義

本研究では、本章第6節1でまとめた、反すうと抑うつに関する先行研究の問題点(A)～(D)を参考に、反すうとうつ状態の関連を検討する。

(A)については、反すうの原因は限定しないこととし、(B)については、反すうの対象を、ネガティブな(否定的・嫌悪的な)事柄とする。以下では、ネガテ

ィブな事柄についての反すうをネガティブな反すうと呼ぶことにする。

(C)については、ネガティブな反すうとうつ状態との関連性を検討する際に、反すうが抑うつの症状なのか、抑うつを引き起こす要因なのかを区別できる方法を用いることにする。

(D)については、ネガティブな反すうを測定する尺度を作成した上で、妥当性および信頼性の検討を行う。

なお、本研究では、ネガティブな反すうを「その人にとって、否定的・嫌悪的な事柄(ネガティブなこと)について、長い間繰り返し考え続けること」と定義する。反すうの対象をネガティブなこととしたことが最も大きな特徴であるが、自己没入(坂本, 1997)や self-absorption(Ingram, 1990)において、自己への注意の「持続」が不適応を引き起こす上での重要な条件とされていることを参考に、考え「続ける」という「持続」を取り入れた定義とした。なお、反すうには行動を含まないのが一般的であるとともに、本研究は抑うつの心理的要因の研究であることから、Nolen-Hoeksema(1991)が取り上げる「行動」は定義に含めないこととした。

なお、強迫性障害や外傷後ストレス障害(APA, 1994)の後で生じると考えられる思考やイメージの反復(疾患の症状としての反すう)(e.g., Rachman, 1971; Oppen, Hoekstra, & Emmelkamp, 1995; Steil & Ehlers, 2000)は、抑うつをもたらす要因というよりは疾患の症状であると考えられるので、取り上げないことにする。そこで、本研究で取り扱う「ネガティブな反すう」の対象は、「現実生活の問題についての心配」、および「日常生活で起こる問題」とする。つまり、「単に現実生活の問題についての過剰な心配ではない」(強迫性障害の診断基準のひとつ; APA, 1994)という強迫観念や、「実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事や、自分または他人の身体の保全に迫る危険を体験したり、目撃したり、直面した」(外傷後ストレス障害の診断基準のひとつ; APA, 1994)ことについて考えることは、本研究の対象とはしない。

## 2) 抑うつの心理的要因の共通要素としてのネガティブな反すう

本章第4節で、代表的な抑うつ心理的要因には、反すうが重要な共通要素として存在する可能性を指摘したが、以下に論じるように、反すうよりもネガティブな反すうの方が抑うつ心理的要因の共通要素として適切だと考えられる。

まず、抑うつに影響する性格要因において、抑うつをもたらす「気にする・思い悩む」という共通点は、ネガティブな反すうに類似している。「気にする・思い悩む」ことは、その人にとって、ネガティブなことであるはずだから、反すうよりもネガティブな反すうにより近い概念だと考えられる。

また、注意の焦点づけに関する抑うつ心理的要因の「注意がある対象に焦点づけられ、それが持続している」という状態は、「物事を長い間繰り返し考え続けている」（反すうしている）状態と置き換えることが可能であることを述べた。ところが、本章第5節で述べたように、注意の焦点づけに関する要因である自己没入や反すう型反応では、反すうする対象が、ポジティブなことなのかネガティブなことなのかという区別がない。ポジティブなことを反すうする場合には、抑うつを引き起こすとは考えにくいので、抑うつ心理的要因としては、反すうよりも、ネガティブな反すうの方がより適切だと考えられる。

さらに、認知の内容に関する要因に関しては、本章第4節3で論じたように、ある認知の内容を長い間考え続けることより、ネガティブな認知の内容を長い間考え続けることの方が、うつ状態を引き起こすと考えられる。

以上に示したように、代表的な抑うつ心理的要因の中には、抑うつをもたらす共通要素として、ネガティブな反すうと解釈できる部分が指摘できるとともに、反すうよりもネガティブな反すうの方が抑うつ心理的要因の共通要素として、より適切であると考えられる。

注) 反応スタイルには、反すう型反応、気晴らし型反応、問題解決型反応と危険活動型反応があるとされているが、後の2つについては、ほとんど研究が行われていないので、本論文では特に触れない。

表 1-1 大うつ病エピソードの診断基準

---

A．以下の症状のうち5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている；これらの症状のうち少なくとも1つは、(1) 抑うつ気分、または(2)興味または喜びの喪失である。

注) 明らかに、一般身体疾患、または気分不一致の妄想または幻覚による症状は含まない。

- (1) 患者自身の言明（例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる）か、他者の観察（例えば、涙を流しているように見える）によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。
- (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、全て、またはほとんど全ての活動における興味、喜びの著しい減退（その人の言明、または他者の観察によって示される）。
- (3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加（例えば、1ヶ月で体重の5%以上の変化）、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。
- (4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。
- (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止（他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの）。
- (6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。
- (7) ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感（妄想的であることもある）、（単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない）。
- (8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる（その人自身の言明による、または、他者によって観察される）。
- (9) 死についての反復思考（死の恐怖だけではない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりした計画。

B．症状は混合性エピソードの基準を満たさない。

C．症状は臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

D．症状は、物質（例：乱用薬物、投薬）の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患（例：甲状腺機能低下症）によるものではない。

E．症状は死別反応では上手く説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2ヶ月をこえて続くか、または、著明な機能不全、無価値観への病的とらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

---

(APA, 1994)

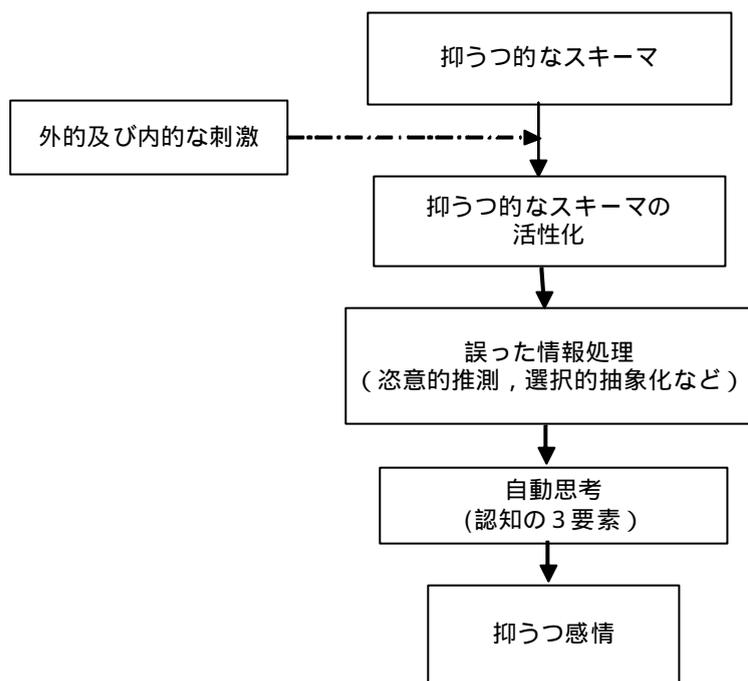


図1-1 Beckの抑うつ認知モデル

Beck(1964), Kovacs & Beck(1978), Beck et al.(1979)に基づいて作成

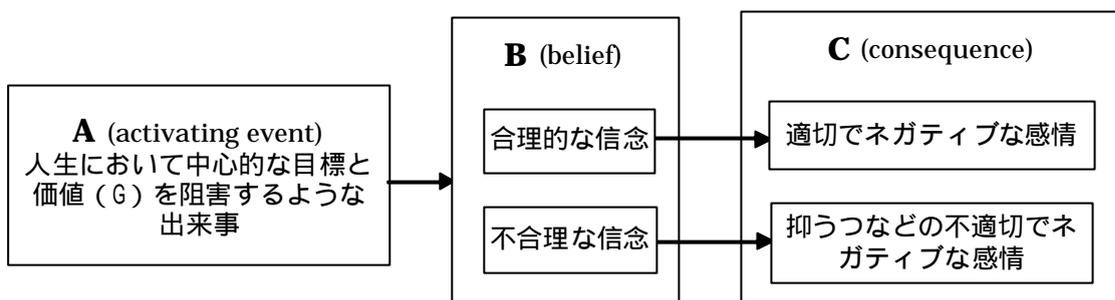


図1-2 ABCモデルの概要

Ellis(1994)に基づいて作成

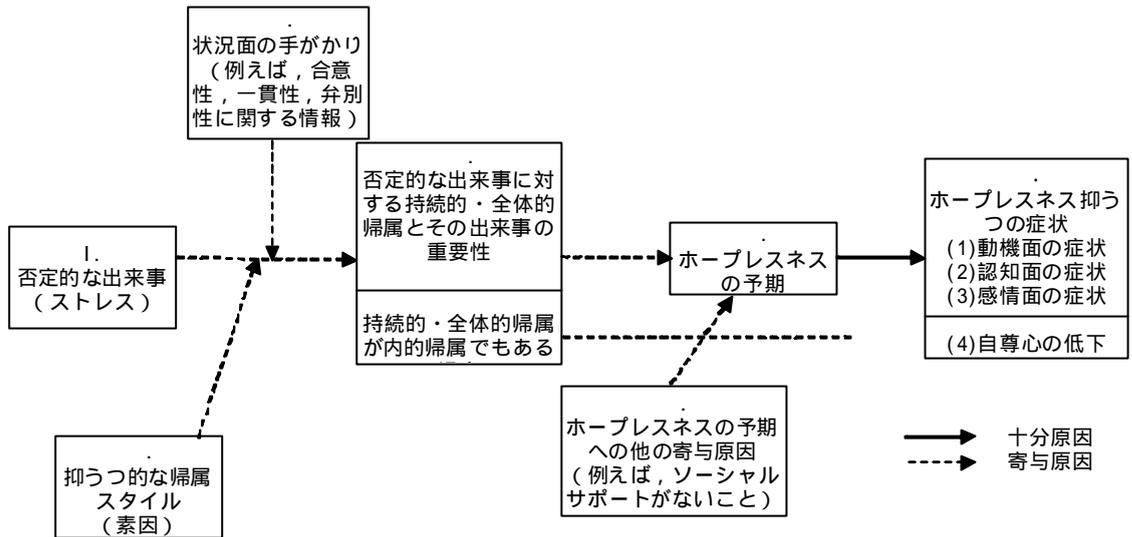


図1-3 抑うつのホープレスネス理論に特有な原因経路  
Alloy et al.(1988)を一部改変

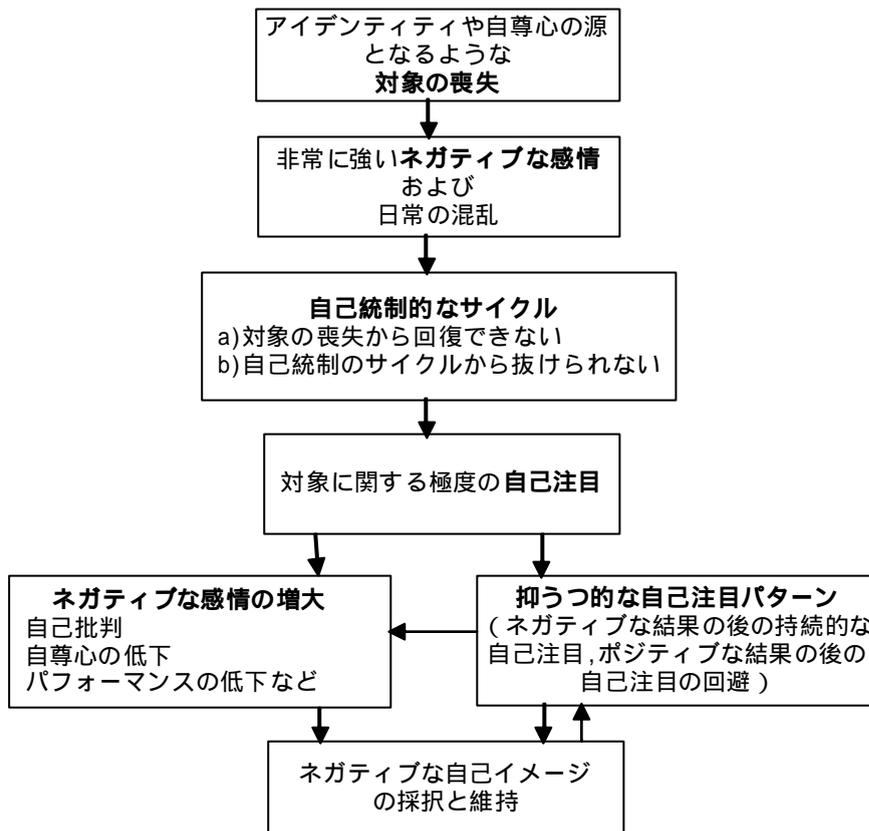


図1-4 自己統制の持続と抑うつ発症と維持

Pyszczynski & Greenberg(1987)を一部改変  
注) 太字は筆者による

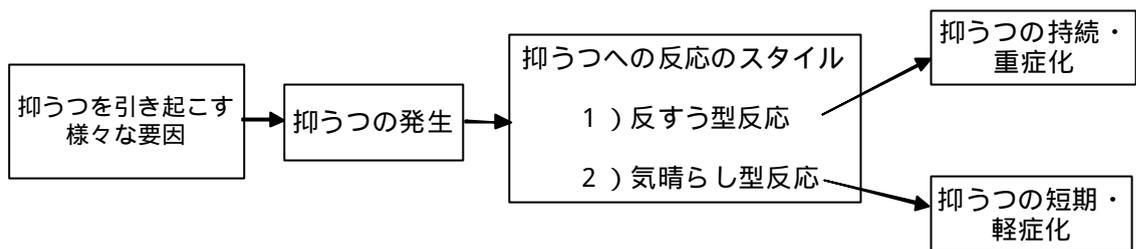


図1-5 反応スタイル理論の概要

Nolen-Hoeksema(1991)に基づいて作成

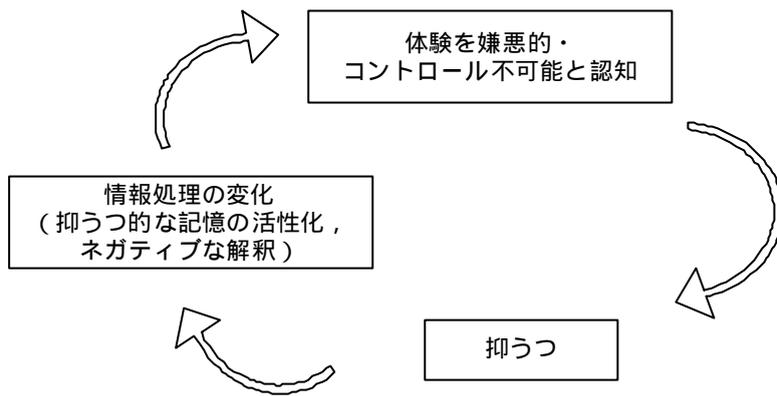


図1-6 特異的活性仮説の概要  
Teasdale(1985)を一部改変

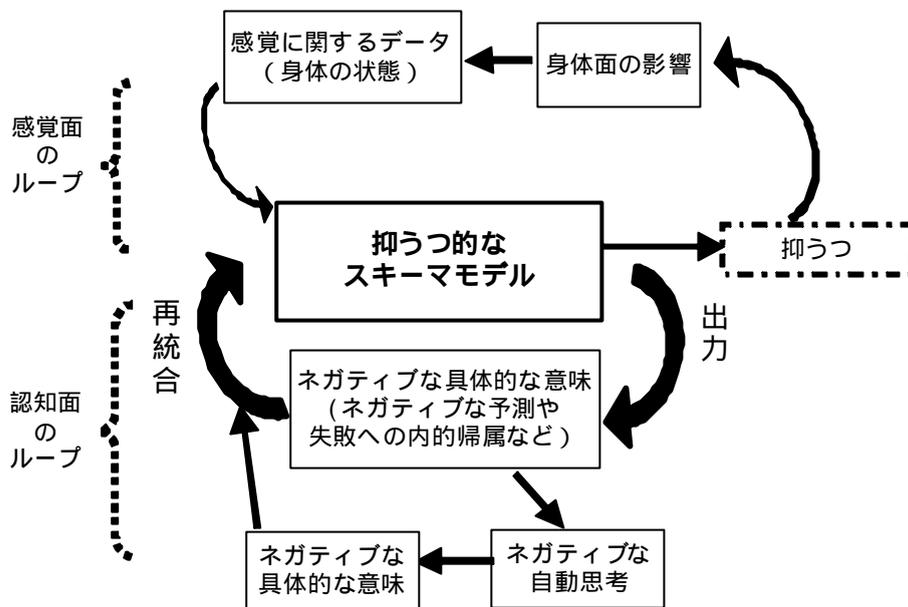
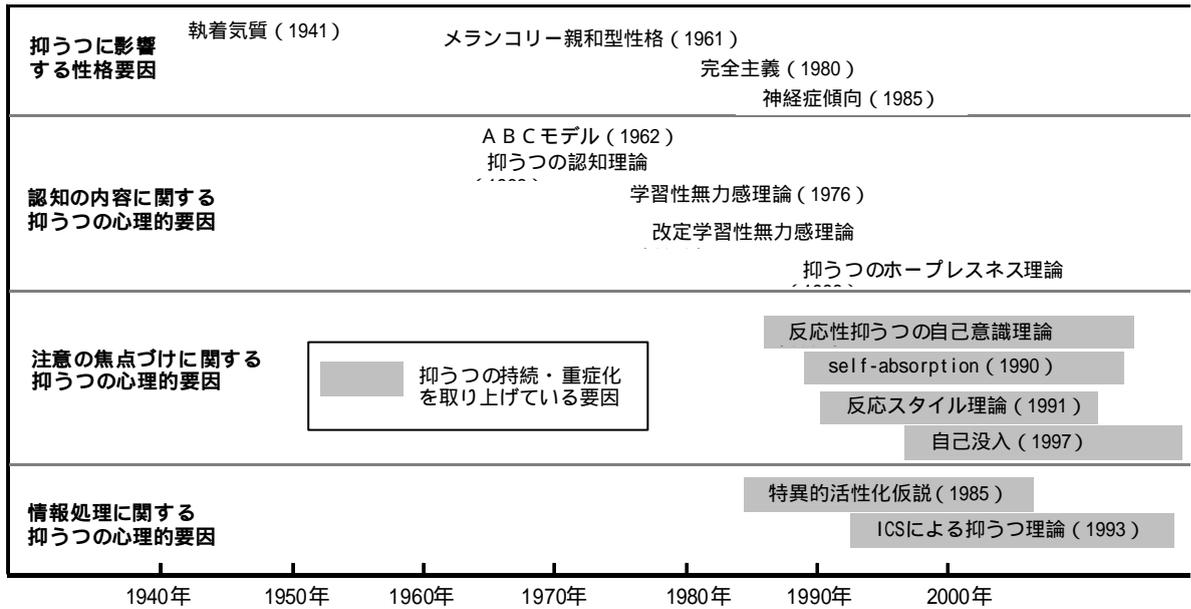


図1-7 無際限に継続しうる「抑うつ的な連動」形態による抑うつ維持  
Teasdale et al.(1995)を一部改変

表1-2 代表的な抑うつ心理的要因の流れ



## **第2章 本研究の目的と意義**

### **第1節 本研究の目的**

本研究では、ネガティブな反すうを測定する尺度を作成した上で、ネガティブな反すうがうつ状態の心理的要因であるかどうかを検討することを第1の目的とする。

ネガティブな反すうが、従来の代表的な抑うつの心理的要因と同程度、あるいはそれ以上にうつ状態と関連が強いことが示され、うつ状態を引き起こす上での影響力が大きい要因であることが示唆されれば、ネガティブな反すうを取り上げる意義がある。そこで、ネガティブな反すうとうつ状態との関連の程度と、いくつかの従来の抑うつの心理的要因とうつ状態との関連の程度を比較することによって、ネガティブな反すうとうつ状態との関連の強さを検討することを第2の目的とする。

また、第1章第4節では、従来の代表的な抑うつの心理的要因を反すうあるいはネガティブな反すうという視点から整理できる可能性を示唆したが、反すうと従来の抑うつの心理的要因との関連性の検討は十分に行われていない。そこで、従来の抑うつの心理的要因とネガティブな反すうとの関連、および従来の抑うつの心理的要因がうつ状態の発症に影響を及ぼすメカニズムにおける、ネガティブな反すうの位置づけを検討することを第3の目的とする。

### **第2節 本研究の意義**

本研究の意義は以下の2点にまとめられる。

本研究では、ネガティブな反すうおよび従来の抑うつの心理的要因とうつ状態との関連の程度をそれぞれ比較することによって、各抑うつの心理的要因とうつ状態との関連の程度を相対的に示すことができる。うつ状態との関連の強さを複数の抑うつの心理的要因間で比較することが可能になり、うつ状態を引き起こす上で影響力が大きい抑うつの心理的要因が明らかになるという意義がある。

次に、本研究では、抑うつの心理的要因（特に、抑うつの持続・重症化に焦点を当てている要因）に共通する要素と考えられるネガティブな反すうを取り上げ、ネ

ガティブな反すうと従来の抑うつとの関連性や、従来の抑うつとの心理的要因がうつ状態を引き起こすメカニズムにおけるネガティブな反すうの位置づけを検討する。この検討によって、複数の抑うつとの心理的要因がうつ状態を引き起こす上で、ネガティブな反すうが重要な共通要素として機能していることが示されれば、異なる抑うつとの心理的要因が、ネガティブな反すうという視点から整理できる可能性がある。現在までに、抑うつとの心理的要因における共通要素についての検討は行われておらず、本研究によって、様々な異なる抑うつとの心理的要因がうつ状態を引き起こすメカニズムについての理解が進むという意義がある。

本研究から得られる知見は、うつ状態の予防やメンタルヘルスの維持を目指したプログラム作成のための基礎的な資料になり得ると考えられる。

### 第3節 本研究の構成

第1章では、従来の代表的な抑うつとの心理的要因には反すうが重要な共通要素として存在している可能性を論じるとともに、反すうと抑うつに関する先行研究の問題点を指摘し、ネガティブな反すうを取り上げること論じた。第2章では、本研究の目的と意義を論じた。以上を受けて、本研究は以下に示す構成で展開される。

第3章では、ネガティブな反すうを測定する尺度を作成し、妥当性と信頼性を検討する。

第4章では、まず、ネガティブな反すうとうつ状態との関連性を検討するとともに、うつ状態との関連の程度を、ネガティブな反すうと従来の抑うつとの心理的要因とで比較する。さらに、性格の5因子理論から、ネガティブな反すうと従来の抑うつとの心理的要因についての比較を行い、ネガティブな反すうと従来の抑うつとの心理的要因のどちらがうつ状態の心理的要因に特徴的な特性構造を有しているかについて検討する。

第5章では、ネガティブな反すうがうつ状態の発症を予測することができるかを縦断的に検討する。

第6章では、従来の抑うつとの心理的要因がうつ状態の発症に影響を及ぼすメカニ

ズムの中に ,ネガティブな反すうがどのように位置づけられるかを縦断的に検討する .

最後に ,第 7 章では ,本研究で得られた結果をまとめ ,うつ状態の心理的要因としてのネガティブな反すうに関する総合的な考察を行う .図 2-1 に ,本研究の構成を示す .

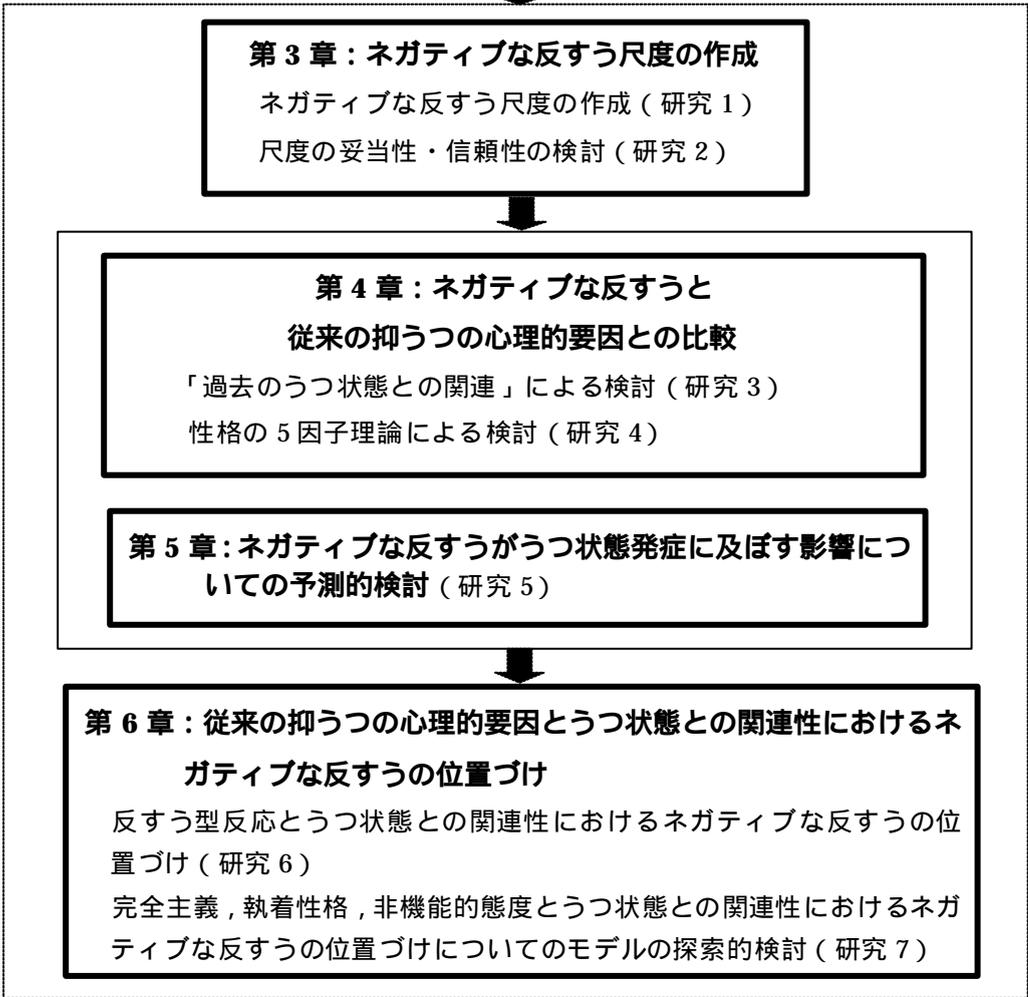
図 2-1  
ライレル

**第1章：代表的な抑うつ心理的要因と反すう**

代表的な抑うつ心理的要因の展望  
代表的な抑うつ心理的要因の整理とうつ状態の心理的要因としての反すう  
反すうと抑うつに関する先行研究の動向  
反すうと抑うつに関する先行研究の問題点の整理とネガティブな反すう

**第2章：本研究の目的と意義**

ネガティブな反すうとうつ状態との関連の検討（目的1） ————— 研究3, 5で検討  
ネガティブな反すうと従来の抑うつ心理的要因との比較（目的2） ——— 研究3, 4で検討  
従来の抑うつ心理的要因とうつ状態の関連性における ————— 研究6, 7で検討  
ネガティブな反すうの位置づけ（目的3）



**第7章：総合考察**

図 2-1 本研究の構成

### 第3章 ネガティブな反すう尺度の作成および妥当性・信頼性の検討

#### 第1節 ネガティブな反すう尺度の作成（研究1）

##### 1. 問題と目的

現在までにネガティブな反すうを測定する質問紙は作成されていない。反すうする内容をネガティブなものに限定せず、反すうを測定している質問紙はあるが、第1章第5節5で論じたように、妥当性や信頼性などの点で問題がある。

例えば、Wood et al.(1990)、Lavalley & Campbell(1995)は、反すうを測定する際に妥当性や信頼性の検討を行っていないうえに、質問項目としてふさわしくない、1つの項目で2つ以上のことを質問している項目を用いている（堀野、1998）。また、McIntosh & Martin(1992)や McIntosh et al.(1995)も妥当性や信頼性の検討が行われていない質問紙を用いており、問題がある。

このように、現在までに作成された反すうを測定する尺度には、妥当性や信頼性などに問題点があるので、反すうやネガティブな反すうを研究するために、新たな尺度を作成する必要がある。そこで、本章では、ネガティブな反すうを測定する尺度を作成し、妥当性および信頼性などの検討を行うことを目的とする。

##### 2. 方法

###### 1) 項目作成の手続き

以下のように、(1) 先行研究を踏まえた項目の作成、および(2) 予備調査に基づいた項目の作成という2つの手続きによって項目を作成した(表3-1)。

###### (1) 先行研究を踏まえた項目の作成

以下の研究を参考にして項目を作成した。

Ingram(1990)の自己に焦点付けられた注意に関する理論

自己に焦点付けられた注意の病理的な状態である self-absorption の条件の一つとされる柔軟性の欠如を参考にし、ネガティブな反すうを促進する要因として、嫌なことを考えている時に、それ以外のことを考えることが出来るかどうかを測定することにした(項目2)。

表 3-1

ヲイレル

Rachman & de Silva(1978)の侵入思考に関する理論

侵入思考の長さ,頻度,取り払うことができるかの違いが正常と異常を分けるといふ仮説を参考に,ネガティブな反すうの長さ,頻度,止めることができるかを測定する項目を取り入れた(項目6,7,10,12,14)。

Jackson(1983)のメランコリーの病前性格に関する仮説

「ひとつのこと,またはひとつのテーマに対する集中」がうつ病の病前傾向であるという仮説を参考にし,ネガティブな反すうの項目として同じ嫌なことを繰り返し考えるかどうかを測定する項目を取り入れた(項目1)。

## (2) 予備調査に基づく項目の作成

予備調査の方法

対象者:首都圏の私立大学大学生・大学院生 19名(男性7名,女性12名,平均年齢  $23.27 \pm 2.86$  歳)

場所:首都圏の私立大学の図書館の個室。

手続き:首都圏の私立大学大学生・大学院生 105名(男性34名,女性71名,平均年齢  $23.16 \pm 2.96$  歳)に,反すうの有無,頻度,コントロール可能性などを尋ねる質問紙を実施し,質問紙の末尾で,「物事を繰り返し考えること」についての面接調査の依頼をした。面接調査の依頼を承諾したものに対して,電話で個別に連絡を取り,面接の日時を決定した。

なお対象者の選定にあたっては,嫌なことを繰り返し考えることをコントロール出来る人と出来ない人とでバランスを取った。対象者の内訳は「嫌なことを繰り返し考える時に,そのことを止めたり,コントロール出来るか」という質問に対し,「ある程度出来る」と答えたものが3名,「どちらかという出来る」と答えたものが5名,「どちらかという出来ない」と答えたものが6名,「ほとんど出来ない」と答えたものが4名であった。

面接を行う前に,調査の目的および面接内容,守秘義務,情報の扱い方についての説明を行った。説明の終了後,外傷後ストレス障害と強迫性障害に罹患している可能性がある被験者をスクリーニングするために,Structured Clinical Interview

for DSM-IV Axis I Disorder(First, Spitzer, & Williams, 1999)をもとに ,以上の疾患の有無を診断する質問を行ったが ,罹患が疑われる者はいなかった .面接の内容は ,ネガティブな反すうの内容 ,経過 (開始・持続・終結) ,繰り返し方 ,性質 ,特徴などであり ,所要時間は一人約 50 分であった .

#### 予備調査の結果と考察

予備調査から質問項目作成の参考になった事項は以下の通りである .なお ,ここではネガティブな反すうという言葉を用いず ,「嫌なことを長い間繰り返し考え続けること」という言葉を用いて ,その具体的な内容について質問した .

まず ,Rachman & de Silva(1978)を参考にして ,嫌なことを考え続けることを「コントロール出来るかどうか」を尋ねたところ ,「嫌なことを考える時は ,突然頭に浮かんで来て ,一瞬にして頭から消え去るので ,コントロール出来ない」と答える者と ,「嫌なことを考えると ,途切れなく考え続けてしまい ,コントロールすることが出来ない」と答える者がいた .前者は「長く考えることはない」のでコントロール出来ないと答え ,後者は「長く考える」のでコントロール出来ないと答えている .このように ,嫌なことを考え続けることを「コントロールすることが出来ない」という表現によって意味される内容は ,個人によって異なる可能性がある .そこで ,「コントロール出来るかどうか」という項目は採用しないことにした .

次に ,「嫌なことを考え続ける」ということがある人の中には ,嫌なことを途切れなく考える人と ,一日の間で頻繁に考えるのだが途切れなく考え続けることはない人がいた .「嫌なことを長い間考え続けるかどうか」という尋ね方では両者の区別がつかないので ,この両者を区別するために ,「1日の内に何度か頭に浮かぶ」のではなく「途切れなく考える」ことがあるかどうかを捉えることにした(項目 3 , 8 , 10 , 12 , 15) .

また ,嫌なことを考え続けることが止まる要因として ,頭の中で考えを変えたり ,納得させたりするだけでなく ,誰かと話したり ,外に出かけたりというような行動を挙げる者がいた .そこで ,嫌なことを考え続けることを止める要因として ,思考の上での柔軟性の有無だけではなく ,行動面での柔軟性の有無を測定する項目を取

り入れることにした（項目 13）。

最後に、嫌なことを考え続けることはどのような場合に止まるかという質問に対して、「やらなければいけないことがある時」と答える者がいたことを考慮し、「やらなければいけないことがある時には、嫌なことを考えるのを中断して、それに取り組むことが出来るかどうか」を測定する項目を採用した（項目 5）。

## 2) 項目の整理

以上の手続きにより、質問項目を作成し、心理学を専攻する博士課程の大学院生 3 名、心理学を専攻する修士課程の大学院生 2 名、日本語学を専門とする教員 3 名、心療内科に勤務する臨床心理士 3 名が、表現の適切さに関する検討を行った。検討の結果、最終的に 12 項目で仮尺度を構成し、さらにダミー項目 3 項目を加えた（表 3-1）。なお、ネガティブというカタカナ語になじみの薄い年代の被験者を対象にする可能性があることを考慮し、「嫌なこと」という表現を使うことにした。

## 3) 質問紙の構成

本質問紙（ネガティブな反すう尺度の仮尺度）は、「質問紙の説明」、「質問項目」、「自由記述」の 3 つの部分からなる（表 3-2）。

まず、質問紙の説明の部分では、調査対象者に「嫌なこと」あるいは「嫌なことを考える」ということが、何を指しているのかを示した。

次に、質問項目の部分では、ネガティブな反すうを測定するための項目 12 項目とダミー項目 3 項目を示し、「あてはまる」（6 点）、「少しあてはまる」（5 点）、「どちらかというにあてはまる」（4 点）、「どちらかというにあてはまらない」（3 点）、「あまりあてはまらない」（2 点）、「あてはまらない」（1 点）の 6 件法で回答を求めた。

最後に、自由記述の部分では、『あなたがよく考える「嫌なこと」がありましたら、その内容を、ごく簡単に結構ですので、記入して下さい。』と尋ね、強迫性障害や外傷後ストレス障害などに該当する可能性のある者をスクリーニングでき

表 3-2  
ライレ



同様の説明を行った。

### 5) 分析方法

尺度の因子構造の検討のために、主因子法、プロマックス回転による探索的因子分析を行った。また、内的整合性の検討のために、 $\alpha$ 係数を算出し、項目の判別力の検討のために、 $t$ 検定による上位下位群分析を行った。最後に、探索的因子分析によって得られた因子構造が妥当であるかどうかを検証するために、検証的因子分析を行った。

## 3. 結果

### 1) 探索的因子分析によるネガティブな反すう尺度の因子構造の検討

因子構造を検討するために、因子分析を行った。累積固有値寄与率が、第1固有値で51.51%、第2固有値までで63.72%、第3固有値までで69.62%であり、また固有値は1因子で6.18、2因子では1.46、3因子では0.71であることから、2因子で解釈することとした(表3-3)。

因子に含まれる項目の内容から、第1因子は「ネガティブな反すう傾向」(7項目、寄与率33.6%、 $\alpha = .73$ )、第2因子は「ネガティブな反すうのコントロール可能性」(4項目、寄与率18.6%、 $\alpha = .81$ )と解釈可能であった。また、項目15)が両因子に対して二重負荷をした。

なお、男女別に分けて同様の因子分析を行ったところ、表3-4および表3-5に示すように、以上と同じ2因子で解釈が可能であり、因子構造が男女で同じであった。各因子に負荷した項目も、項目15)を除いて同じであった。項目15)は、男女で負荷する因子が異なるとともに、女性においては二重負荷をしたので、除外することにした。

### 2) ネガティブな反すう尺度の項目の判別力の検討

判別力の高い項目を選別するために、「ネガティブな反すう傾向」および「ネガ

表 3-3  
ファイル

表 3-4 ,  
表 3-5  
ファイル

「ネガティブな反すうのコントロール可能性」の項目それぞれの合計点の平均値 + 1SD 以上（ネガティブな反すう傾向では 31 点以上，ネガティブな反すうのコントロール可能性では 20 点以上）を上位群（ネガティブな反すう傾向では全体の約 17.8%，ネガティブな反すうのコントロール可能性では約 20.1%）とし，平均値 - 1SD 以下（同様に，14 点以下，および 10 点以下）を下位群（同様に，全体の約 18.0%，および約 14.6%）とし，上位下位群分析を行った．その結果，両群間のすべての項目の平均値には有意差が示された（前者では  $t_s(184) > 19.9$ ,  $ps < .01$ ，後者では  $t_s(179) > 54.7$ ,  $ps < .01$ ）．

### 3) 検証的因子分析によるネガティブな反すう尺度の因子構造の検討

探索的因子分析によって得られたネガティブな反すう尺度の因子構造のモデルが妥当であるかどうかを検証するために，検証的因子分析を行ったところ，図 3-1 に示すように，適合度指標はいずれも良好であった．

図 3-1  
ファイル

## 4. 考察

本研究では，項目作成の際に予備調査を行った．さらに臨床心理士をはじめとした複数の専門家によって，表現の適切さに関する検討が行われた．一方，反すうを測定している先行研究（Wood et al., 1990; Rime et al., 1991; Lavallee & Campbell, 1995; McIntosh & Martin, 1992; McIntosh et al., 1995）では，項目作成のために予備調査などの検討を行ったという記述はない．また，Wood et al.(1990)や Lavallee & Campbell(1995)では，反すうを測定する際に，反すう以外の「嫌に感じている程度」や「否定的に捉えている程度」なども同時に測定しているが，本尺度では反すうのみを測定している．

以上の点から，本尺度は，先行研究と比較して，項目の適切さに関して十分考慮されている尺度であると考えられる．

作成された項目に対して，探索的因子分析を行った結果，本尺度は「ネガティブな反すう傾向」と「ネガティブな反すうのコントロール可能性」の 2 因子からなる

と解釈された。これから、ネガティブな反すうという現象は、反すうをしやすい傾向とそれをコントロール出来るかどうかという2つの側面からなると考えられる。

さらに、両因子とも、十分な係数が得られたことから、内的整合性を有していると考えられた。また、上位下位群分析の結果、全ての項目で両群間に有意差が見られたことから、各項目の弁別力が十分であることが示された。最後に、ネガティブな反すう尺度の因子構造のモデルが妥当かどうかを検証するために、検証的因子分析を行った結果、良好な適合度指標が得られた。そこで、ネガティブな反すう尺度の因子構造は、妥当であると考えられる。

以上から、ネガティブな反すう尺度は、2因子11項目からなり、弁別力、内的整合性、因子的妥当性を有していると考えられる。従来の反すうに関する尺度では（e.g., Wood et al., 1990; Lavalley & Campbell, 1995）、弁別力や因子的妥当性の検討などが行われておらず、本尺度はその点において優れた尺度だと言える。また、本尺度は、反すうの対象をネガティブなことに限定した「ネガティブな反すう」という新たな概念を測定するものである。先行研究では、この概念を測定する尺度は見られず、本尺度の特徴と言える。

## 第2節 ネガティブな反すう尺度の併存的妥当性の検討（研究2-1）

### 1. 問題と目的

ネガティブな反すう尺度は上位下位群分析や係数の検討により、弁別力や内的整合性があることが示された。しかし尺度作成のためには、それらの検討に加え、併存的妥当性の検討を行う必要がある。

併存的妥当性の検討は、ネガティブな反すうと類似した概念を測定している既存の尺度との相関を検討することによって可能である。ここでは、自己没入を測定する尺度（坂本，1997; Sakamoto, 1998）を取り上げる。自己没入は「自己以外のものよりも自己に注目し、それが持続する傾向」と定義されている（Sakamoto, 1998）ことから、自己に関することを反すうする傾向だと解釈できる。一方、ネガティブな反すうは、ネガティブなことを反すうする傾向である。両者は、対象は

異なるが、ともに反すうする傾向を測定する尺度だと言える。そこで、自己没入尺度とネガティブな反すう尺度の関連を調べることで、ネガティブな反すう尺度の併存的妥当性の検討を行う。

## 2. 方法

### 1) 対象者

本章第1節と同じ。

### 2) 質問紙

ネガティブな反すう尺度:本章第1節で作成されたネガティブな反すうを測定するための尺度で、ネガティブな反すうを測定するための11項目と3つのダミー項目の合計14項目からなる。「ネガティブな反すう傾向」と「ネガティブな反すうのコントロール可能性」の2つの下位尺度からなる。「あてはまる」(6点)から「あてはまらない」(1点)までの6件法で回答を求めた。

自己没入尺度(坂本,1997):自己に対する注目の持続を測定するための尺度で、11項目からなり、「とてもあてはまる」(5点)から「全く当てはまらない」(1点)までの5件法で回答を求めた。坂本(1997)では、判別力、内的整合性および再検査信頼性が高いことが確認されており、信頼性がある。

なお、以上の尺度に加えて、自己没入尺度(坂本,1997)、メランコリー型性格の質問紙(笠原,1984)、IDDL日本語版(上原ら,1995)、SDS日本語版(福田・小林,1973)を同時に実施した。これらについては、研究3で分析を行った。

### 3) 分析方法

ネガティブな反すう尺度と自己没入尺度の関連の程度を検討するために、両尺度間のPearsonの相関係数を算出した。

## 3. 結果と考察

自己没入尺度とネガティブな反すう尺度の下位因子である「ネガティブな反すう傾向」( $r = .69, p < .01$ )および「ネガティブな反すうのコントロール可能性」( $r = -.38, p < .01$ )との間に有意な正の相関が見られた。

自己没入尺度とネガティブな反すう尺度は、反すうする対象は異なるが、ともに反すうする傾向を測定していると言える。その両者に中程度の有意な相関が見られたことから、ネガティブな反すう尺度は併存的妥当性をもっていると考えられる。

### 第3節 ネガティブな反すう尺度の再検査信頼性の検討（研究2-2）

#### 1. 問題と目的

ネガティブな反すう尺度は、弁別力や内的整合性に加えて、併存的妥当性があることが示された。尺度作成のためには、それらの検討に加え、再検査信頼性の検討を行う必要がある。

そこで本節では、ネガティブな反すう尺度の再検査信頼性の検討を行う。

#### 2. 方法

##### 1) 対象者

対象者は、4週間の間をあけた2回の調査に参加した首都圏の私立大学大学生・大学院生120名（男性40名、女性80名、平均年齢：20.19（±2.57））であった。欠損値がない回答者81名（男性：23名、女性：58名、平均年齢：20.02歳（±2.50））を対象に分析を行った。なお、「自由記述の質問」で強迫性障害等の精神疾患の可能性が疑われる回答は見られなかった。

##### 2) 質問紙

ネガティブな反すう尺度：研究2-1と同じ。

##### 3) 分析方法

1回目と2回目の調査でのネガティブな反すう尺度の得点の一致度を検討するた

めに、両調査間でのネガティブな反すう尺度の Pearson の相関係数を算出した。

### 3．結果と考察

ネガティブな反すう尺度の1回目の調査と2回目の調査の間の相関係数を調べたところ、「ネガティブな反すう傾向」( $r = .82, p < .01$ )、「ネガティブな反すうのコントロール可能性」( $r = .73, p < .01$ )ともに高い値が得られた。

両因子ともに、両調査間の相関係数が高かったことから、ネガティブな反すう尺度は再検査信頼性があると考えられる。

## 第4節 本章のまとめ

研究1では、予備調査や項目の表現の適切さに関する検討を行った上で、「ネガティブな反すう傾向」および「ネガティブな反すうのコントロール可能性」の2因子11項目からなるネガティブな反すう尺度が作成された。さらに、ネガティブな反すう尺度の内的整合性、弁別力は十分であることが示されるとともに、検証的因子分析によって尺度の因子構造が妥当であることが示された。研究2-1では、ネガティブな反すう尺度の併存的妥当性があること、研究2-2では、再検査信頼性があることが示された。以上から、ネガティブな反すう尺度は、妥当性および信頼性を有することが示された。

表 3-1 項目の説明

### 1. ネガティブな反すうの有無

- 3) 一度嫌なことを考え始めると、そればかりを途切れなく考え続ける方だ。
- 8) 嫌なことがあると、そのことが一日の内に何度か頭に浮かぶことはあるが、長い間考え続けることはあまりない。(逆転項目)
- 15) 嫌なことが頭に浮かんでも、比較的早く頭から消えさる方だ。(逆転項目)

：ネガティブな反すうを経験するかどうかを測定する項目である。嫌なことが頭からすぐには消えず、考え続けることがあるかを測定している。嫌なことを考え続ける際に、頭に浮かぶ時間は短いのだが一日の内に何度か考え続ける人と、一度考え始めると、途切れなく考え続ける人を区別できるようにしてある。

### 2. 頻度

- 10) しばしば、嫌なことばかりを途切れなく考え続けることがある。

：ネガティブな反すうの頻度を測定するための項目である。

### 3. 持続期間(30分以上)

- 12) 嫌なことばかりを30分以上途切れなく考え続けることがある。

：ネガティブな反すうが30分以上継続するかという側面を捉えている。嫌なことを途切れなく考えることはない、という人を除外し、集中的に反すうする人を捉えるための項目である。

### 4. 持続期間(一日中)

- 14) 一日中ずっと、嫌なことばかりを考え続けることがある。

：ネガティブな反すうが1日中続くかどうかを測定するための項目である。

### 5. 持続期間(数日)

- 6) 何日もの間、嫌なことを考えるのに没頭することがある。

：ネガティブな反すうが、何日もの間続くかどうかを測定するための項目である。

### 6. 止めることが出来るか

- 7) 考えたくないと思えば、一時的にでも嫌なことを考えないことが出来る。(逆転項目)

：ネガティブな反すうを自分が止めようと思えば止められるかどうかを測定するための項目である。

### 7. 同じ嫌なことの繰り返し

- 1) 同じ嫌なことを何度も繰り返して考える傾向がある。

：同じ嫌なことを繰り返して考えるという特徴を測定するための項目である。

(表 3-1 の続き)

**8 . 柔軟性の有無 (思考)**

2) 嫌なことを考えている時でも, 頭をきりかえてそれ以外のことが考えられる。(逆転項目)

: 嫌なことを考えている時に, 頭のきりかえをして他のこと注意を向けられるかどうかを測定するための項目である。

**9 . 柔軟性の有無 (行動)**

13) 嫌なことを考えていても, それに没頭せず何らかの行動をすることが出来る。(逆転項目)

: 思考の上での flexibility だけではなく, 行動面での flexibility があるかどうかを測定するための項目である。

**10 . 柔軟性の有無 (やらなければいけないことがある時)**

5) やらなければいけないことがある時には, 嫌なことを考えるのを中断して, それに取り組むことが出来る方だ。(逆転項目)

: やらなければいけないことがある時に嫌なことから注意が切り替えられるかどうかを測定するための項目である。

**11 . ダミー項目**

4) 楽しいことがあると嫌なことを忘れてしまう。

9) 楽しいことを考えれば, 嫌なことが気にならなくなる。

13) 嫌なことなど全く考えない。

---

表3-2 ネガティブな反すう尺度（仮尺度）

次の説明文を読んで以下の質問にお答えください。

自分の失敗や失恋などの出来事，あるいは他人から指摘されたことなどを思い出し，それについて考えることがあります。また，特に何も起こっていないのに，自分の欠点が気になったり，「自分は駄目だなあ」と思ったりして，それを考えることがあります。それから，自分の将来のことを悲観的に想像したり，これからしなければいけないことを心配したりして，そのことを考えるということもあります。

このように，嫌な出来事が起こったり何か気にしていることや悩んでいることがあったりすると，そのことが頭から離れなくなり，そのことやそれに関連した嫌なことを考えることがあります。

ここでは，あなたにとって不快で嫌な事柄を「嫌なこと」と呼びます。そこでまず，あなたが「嫌なこと」を考える際に，どのようにして考えるかを思い浮かべて見てください。

以下の項目で，あなたが嫌なことをどのように考えるかお聞きします。あなたに最もあてはまるところに，一つ をつけて下さい。

あてはまらない	あまりはまらない	どちらかというところ	どちらかというところ	ややあてはまる	あてはまる
↓	↓	↓	↓	↓	↓

1) 同じ嫌なことを何度も繰り返して考える傾向がある。	1	2	3	4	5	6
2) 嫌なことを考えている時でも，頭をきりかえてそれ以外のことが考えられる。	1	2	3	4	5	6
3) 一度嫌なことを考え始めると，そればかりを途切れなく考え続ける方だ。	1	2	3	4	5	6
4) 楽しいことがあると嫌なことを忘れてしまう。	1	2	3	4	5	6
5) やらなければいけないことがある時には，嫌なことを考えるのを中断して，それに取り組むことができる。	1	2	3	4	5	6
6) 何日もの間，嫌なことを考えるのに没頭することがある。	1	2	3	4	5	6
7) 考えたくないと思えば，一時的にでも嫌なことを考えないことができる。	1	2	3	4	5	6
8) 嫌なことがあると，そのことが一日の内に何度か頭に浮かぶことはあるが，長い間考え続けることはあまりない。	1	2	3	4	5	6
9) 楽しいことを考えれば，嫌なことが気にならなくなる。	1	2	3	4	5	6
10) しばしば，嫌なことばかりを途切れなく考え続けることがある。	1	2	3	4	5	6
11) 嫌なことなど全く考えない。	1	2	3	4	5	6
12) 嫌なことばかりを30分以上途切れなく考え続けることがある。	1	2	3	4	5	6
13) 嫌なことを考えていても，それに没頭せず何らかの行動をとることができる。	1	2	3	4	5	6
14) 一日中ずっと，嫌なことばかりを考え続けることがある。	1	2	3	4	5	6
15) 嫌なことが頭に浮かんでも，比較的早く頭から消え去る方だ。	1	2	3	4	5	6
<p>あなたがよく考える「嫌なこと」がありましたら，その内容を，ごく簡単にで結構ですので，記入して下さい。</p> <p>{</p>						

表3-3 ネガティブな反すう尺度の因子分析結果

	第1因子	第2因子
第1因子：ネガティブな反すう傾向 ( $\lambda = .73$ )		
6 何日もの間、嫌なことを考えるのに没頭することがある	.87	.10
10 しばしば、嫌なことばかりを途切れなく考え続けることがある	.80	.02
14 一日中ずっと、嫌なことばかりを考え続けることがある	.80	.03
12 嫌なことばかりを30分以上途切れなく考え続けることがある	.79	.07
3 一度嫌なことを考え始めると、そればかりを途切れなく考え続ける方だ	.72	-.12
1 同じ嫌なことを何度も繰り返して考える傾向がある	.67	.04
8 嫌なことがあると、そのことが一日の内に何度も頭に浮かぶことはあるが、長い間考え続けることはあまりない	-.59	.16
第2因子：ネガティブな反すうのコントロール可能性 ( $\lambda = .81$ )		
13 嫌なことを考えていても、それに没頭せず何らかの行動をとることが出来る	.02	.84
5 やらなければいけないことがある時には、嫌なことを考えるのを中断して、それに取り組むことが出来る	.13	.77
7 考えたくないと思えば、一時的にでも嫌なことを考えないことが出来る	.02	.71
2 嫌なことを考えている時でも、頭をきりかえてそれ以外のことが考えられる	-.20	.61
<15 嫌なことが頭に浮かんでも、比較的早く頭から消えさる方だ>	-.47	.34
	因子寄与	4.03 2.23
	因子寄与率 (%)	36.67 20.30

因子間相関係数

	因子1	因子2
因子1	1.00	
因子2	-.64	1.00

表3-4 男性のネガティブな反すう尺度の因子分析結果

	第1因子	第2因子
第1因子：ネガティブな反すう傾向 ( $\lambda = .72$ )		
6 何日もの間、嫌なことを考えるのに没頭することがある	.79	.04
10 しばしば、嫌なことばかりを途切れなく考え続けることがある	.85	.04
14 一日中ずっと、嫌なことばかりを考え続けることがある	.73	-.05
12 嫌なことばかりを30分以上途切れなく考え続けることがある	.77	.01
3 一度嫌なことを考え始めると、そればかりを途切れなく考え続ける方だ	.77	-.01
1 同じ嫌なことを何度も繰り返して考える傾向がある	.73	.16
8 嫌なことがあると、そのことが一日の内に何度か頭に浮かぶことはあるが、長い間考え続けることはあまりない	-.60	.16
第2因子：ネガティブな反すうのコントロール可能性 ( $\lambda = .81$ )		
13 嫌なことを考えていても、それに没頭せず何らかの行動をとることが出来る	.02	.83
5 やらなければいけないことがある時には、嫌なことを考えるのを中断して、それに取り組むことが出来る	.12	.78
7 考えたくないと思えば、一時的にでも嫌なことを考えないことが出来る	.04	.70
2 嫌なことを考えている時でも、頭をきりかえてそれ以外のことが考えられる	-.23	.59
<15 嫌なことが頭に浮かんでも、比較的早く頭から消えさる方だ>	-.51	.25
	因子寄与	4.03 2.19
	因子寄与率 (%)	36.60 19.88

因子間相関係数

	因子1	因子2
因子1	1.00	
因子2	-.60	1.00

表3-5 女性のネガティブな反すう尺度の因子分析結果

	第1因子	第2因子
第1因子：ネガティブな反すう傾向 ( $\lambda^2 = .74$ )		
6 何日もの間、嫌なことを考えるのに没頭することがある	.91	.09
10 しばしば、嫌なことばかりを途切れなく考え続けることがある	.74	-.06
14 一日中ずっと、嫌なことばかりを考え続けることがある	.92	.14
12 嫌なことばかりを30分以上途切れなく考え続けることがある	.75	.07
3 一度嫌なことを考え始めると、そればかりを途切れなく考え続ける方だ	.66	-.24
1 同じ嫌なことを何度も繰り返して考える傾向がある	.61	-.11
8 嫌なことがあると、そのことが一日の内に何度か頭に浮かぶことはあるが、長い間考え続けることはあまりない	-.54	.21
第2因子：ネガティブな反すうのコントロール可能性 ( $\lambda^2 = .82$ )		
13 嫌なことを考えていても、それに没頭せず何らかの行動をとることが出来る	.04	.83
5 やらなければいけないことがある時には、嫌なことを考えるのを中断して、それに取り組むことが出来る	.09	.77
7 考えたくないと思えば、一時的にでも嫌なことを考えないことが出来る	.01	.68
2 嫌なことを考えている時でも、頭をきりかえてそれ以外のことが考えられる	-.04	.70
< 15 嫌なことが頭に浮かんでも、比較的早く頭から消えさる方だ >	-.34	.49
	因子寄与	3.90 2.38
	因子寄与率 (%)	35.31 21.52

因子間相関係数	因子1	因子2
因子1	1.00	
因子2	-.66	1.00

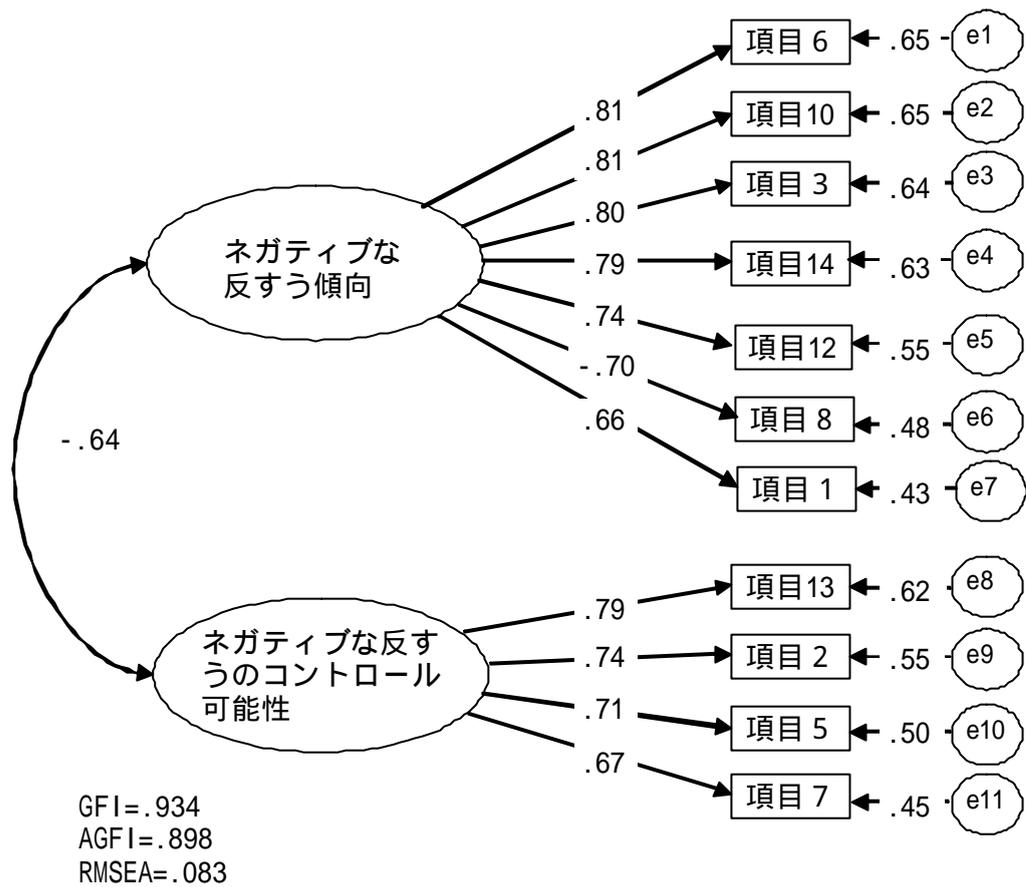


図3-1 ネガティブな反すう尺度の検証的因子分析結果

## 第4章 ネガティブな反すうと従来の抑うつ心理的要因との比較

### 第1節 うつ状態との関連における、ネガティブな反すうと従来の抑うつ心理的要因との比較（研究3）

#### 1. 問題と目的

第3章では、ネガティブな反すう尺度が作成されるとともに、尺度の妥当性および信頼性が確認された。本節では、その尺度を用いて、ネガティブな反すうがうつ状態の心理的要因と言えるかどうかを検討する。第1章第6節で論じたように、ここでは、ネガティブな反すうが抑うつ症状なのか、抑うつを引き起こす傾向なのかを区別するのに有効な方法である”remission” design(e.g., Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998; Silverman, Silverman, & Eardley, 1984)をもとに検討を行う。

また、本節では、いくつかの代表的な抑うつ心理的要因とうつ状態との関連を同様の方法を用いて検討し、ネガティブな反すうとうつ状態の関連の程度と比較する。ネガティブな反すうが、従来の代表的な抑うつ心理的要因と同程度あるいはそれ以上にうつ状態と関連があれば、うつ状態の予防や治療の際に注目すべき要因の一つだと言えるだろう。本研究では、代表的な抑うつ心理的要因として、認知の内容に関する要因から、抑うつ認知モデルの非機能的態度と改訂学習性無力感理論の帰属スタイルを、抑うつに影響する性格要因から完全主義と執着気質とメランコリー型性格を、注意の焦点付けに関する要因から、反すう型反応と自己没入を取り上げる。なお、情報処理に関する抑うつ心理的要因に分類された特異的活性化仮説とICSによる抑うつ理論は、質問紙尺度が作成されていないので、取り上げない。また、抑うつに影響する性格要因の神経症傾向については、性格の5因子理論の立場から、次節で取り上げることとする。

#### 2. 方法

##### 1) 質問紙

(1) ネガティブな反すう尺度：研究1で作成された尺度。

(2) 非機能的態度尺度 (Dysfunctional Attitude Scale: DAS; Weissman, 1979)

日本語版（丹野・坂本，1997）：抑うつ認知モデルの抑うつスキーマである非機能的態度を測定する尺度である。ここでは、短縮版である40項目のDAS-A日本語版を用いた。DAS-A日本語版は、フルバージョンのDASとの間に.98の高い相関が示されている（丹野・坂本，1997）。項目がどの程度自分に当てはまるかについて、「全くそう思わない」（7点）から「完全にそう思う」（1点）までの7件法で評定を求める。得点が高いと、非機能的態度が高いことを意味する。内的整合性の検討から信頼性が確認されており、また、抑うつ尺度（BDI）との間に正の相関が示されていることから併存的妥当性が確認されている（丹野・坂本，1997）。

（3）楽観的帰属様式尺度（沢宮・田上，1997）：帰属スタイルを測定する尺度で、「負（永続性+全体性）」、「負 内在性」、「正（永続性+全体性）」の3下位尺度23項目からなる。「負（永続性+全体性）」とは、悪い出来事が起こった時に、それがずっと続き（永続的）、他のことまで影響する（全体的）と考える傾向を測定する。「負 内在性」は悪い出来事が起こった時に、その原因が自分にあると考える（内在的）傾向を測定する。この2つは悲観的帰属様式だとされる。「正（永続性+全体性）」は良い出来事が起こった時に、それがずっと続き（永続的）、他のことまで影響する（全体的）と考える傾向を測定しており、楽観的帰属様式だとされる。回答形式は、「はい」（1点）、「いいえ」（0点）の2件法であり、得点が高いと、各下位尺度で測定する帰属様式が高いことを意味する。項目分類一致率の検討から、内容的妥当性があることが確認されるとともに、内的整合性の検討から信頼性が確認されており、妥当性と信頼性のある尺度とされる（沢宮・田上，1997）。

（4）新完全主義尺度（桜井・大谷，1997）：完全主義を測定する尺度で、「完全でありたいという欲求（DP）」、「自分に高い目標を課する傾向（PS）」、「ミス（失敗）を過度に気にする傾向（CM）」、「自分の行動に漠然とした疑いをもつ傾向（D）」の4下位尺度20項目からなる。「非常に当てはまる」（6点）から「全くあてはまらない」（1点）までの6件法で評定を求める尺度である。得点が高いと完全主義傾向が強いことを意味する。内的整合性および再検査信頼性が高

いことが確認されるとともに、各下位尺度と構成概念が類似している尺度との相関を確認した結果、構成概念妥当性も十分であることが示されており、妥当性と信頼性のある尺度と言える（桜井・大谷，1997）。

（５）執着性格尺度（塩見・吉岡・田中，1981）：執着性格を測定する尺度であり、下田式性格検査（SPI；塩見ら，1981）の下位尺度の一つである。12項目からなり、「はい」（2点）、「どちらでもない」（1点）、「いいえ」（0点）の3件法で評定を求める尺度である。得点が高いと、執着性格傾向が高いことを意味する。本尺度により執着性格者と分類された者は、正常群や神経症群などよりも、躁うつ病群に多いことが示されており、基準関連妥当性があると考えられる（田中，1974）。また、因子的妥当性も確認されている（塩見・吉岡・田中，1982）。

（６）メランコリー型性格の質問紙（笠原，1984）：メランコリー親和型性格を測定する尺度で、15項目からなる。回答は、「はい」（1点）、「いいえ」（0点）の2件法である。得点が高いとメランコリー親和型性格傾向が高いことを意味する。内的整合性および再検査信頼性が十分であることが示されている（佐藤・坂戸・西岡・笠原，1996）。また、うつ病患者と健常者との判別力に優れていることが示されており、弁別的妥当性が確認されている（佐藤・坂戸・小林，1992）。そこで妥当性と信頼性がある尺度と言える。

（７）反すう型反応尺度（Nolen-Hoeksema, 1991）日本語版（Sakamoto, Kambara, & Tanno, 2001）：反応スタイル理論の反すう型反応を測定する尺度で、22項目からなる。気落ちしているときや悲しいとき、または憂うつなときに、いつもどのような行動をとったり、考え方をしたりしているかについて尋ねる。「いつも」（4点）から「ほとんどない」（1点）の4件法で評定を求める尺度である。得点が高いと、反すう型反応を多くしていることを意味する。再検査信頼性と内的整合性が確認されるとともに、本尺度が2ヶ月後の抑うつの変化量を予測することが示されている（Sakamoto et al., 2001）。

（８）自己没入尺度（坂本，1997）：研究2と同じ。

（９）IDDL 日本語版（上原ら，1995）：DSM-III（APA, 1980）の大うつ病の既

往者をスクリーニングするために作成された尺度で 23 項目からなる。現在では、DSM-III-R (APA, 1987) や DSM-IV (APA, 1994) の大うつ病を測定する尺度として用いられている (Sakado, Sato, Uehara, Sato, & Kameda, 1996; Sato, Uehara, Sakado, Sato, Nishioka, & Kasahara, 1996)。各項目で尋ねられている抑うつ症状を 2 週間以上経験したことのある場合を抑うつ症状ありとし、DSM-IV の大うつ病の診断基準に合致した 9 つの抑うつ症状の合計数を求めた。9 つの抑うつ症状とは、「抑うつ気分」、「興味・喜びの減退」、「体重の減少あるいは増加、または食欲の減退あるいは増加」、「不眠または睡眠過多」、「精神運動性の焦燥または制止」、「易疲労性または気力の減退」、「無価値観または罪責感」、「思考力や集中力の減退または決断困難」、「死についての反復思考、自殺念慮、または自殺するためのはっきりした計画」である。各症状項目による判定はその重症度に対応して 0 から 4 の 5 段階に分かれており、「これまでの人生の中で、最も気分が滅入ったり、最もゆううつと感じた時期」の状態に最もあてはまる「段階の陳述 (重症度)」を選択させる。症状が存在した場合 (0 以外を選んだ場合) は、各項目の最後にその症状が 2 週間以上持続したかどうかを尋ねる。内的整合性および再検査信頼性が確認されるとともに、IDDL の既往診断と「DSM-III-R 診断のための構造化面接 (SCID)」 (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990) による既往診断との間に高い一致率がみられることから、信頼性および妥当性のある尺度と言える (上原ら, 1995)。

(10) SDS 日本語版 (福田・小林, 1973) : 調査時点の抑うつを測定する尺度で、20 項目からなる。「ほとんどいつも」(4 点) から「ほとんどない」(1 点) までの 4 件法で評定を求める尺度である。得点が高いと調査時点の抑うつが高いことを意味する。信頼性係数および再検査信頼性が確認されるとともに、正常対象群とうつ病群との間の弁別的妥当性が確認されており、妥当性および信頼性のある尺度と言える (福田・小林, 1973)。

## 2) うつ状態との関連性の検討方法

”remission” design (e.g., Roberts et al., 1998; Silverman et al., 1984)では、過去に大うつ病などの抑うつ挿話を経験したことがあり、調査時点では抑うつがない者を対象とし、取り上げる心理的変数が挿話の存在している時だけではなく、挿話が終わった後にも存在するかどうかを調べる。挿話が終わった後にも存在する心理的変数は、状態に依存しない特性であると考えられている。

大うつ病の経験前と経験後でパーソナリティに変化はないという調査結果が得られていることから (e.g., Rohde, Lewhinsohn, & Seeley, 1990; Shea, Leon, Mueller, Solomon, Warshaw, Keller, 1996; Zeiss & Lewhinsohn, 1988), 過去に大うつ病を経験した者の特性は、うつ状態を引き起こす可能性が高い要因と捉えることが出来る。例えば、Shea et al.(1996)では、米国の国立精神保健研究所による6年間の縦断的調査の対象者を用い、Minnesota Multiphasic Personality Inventory(MMPI)や Maudsley Personality Inventory(MPI)などのパーソナリティ質問紙において、大うつ病の経験前後で、神経症傾向の増加や外向性の低下などの変化が見られないことが示されている。

以上を参考に、本研究では、過去にうつ状態(2週間以上の抑うつ)を経験したことがあり、調査時点では抑うつがない者を対象とする。本研究では、IDDLによって測定される、大うつ病の診断基準に合致した9つの抑うつ症状の合計数を測定し、過去のうつ状態の程度とする。IDDLにおける症状数の合計数をうつ状態の程度とする根拠としては、小うつ病(2週間以上の抑うつ症状が3から4個)、大うつ病軽症(同5から6個)、大うつ病中等症・重症(同7から9個)の間では、障害の程度や平均挿話数などに質的な差がなく、小うつ病、大うつ病軽症、大うつ病中等症・重症の順でそれらが量的に増加すること(Kessler, Zhao, Blazer, & Swartz, 1997)や、抑うつ症状が無い群、2週間以上の抑うつ症状が1つある群、subsyndromal depressive symptoms(SSD, 2週間以上の抑うつ症状が2または3個)群、小うつ病および気分変調性障害群、大うつ病群の順で、自殺念慮、自殺企図、社会的機能の低下などの割合が高くなること(Judd, Akiskal, & Paulus, 1997)が挙げられる。

本研究では、過去のうつ状態の程度と関連のある心理的変数は、過去にうつ状態を経験した者の特性と考えられるので、うつ状態を引き起こす可能性が高い要因だと解釈する。また、調査時点の抑うつの程度を SDS によって測定し、SDS と関連があり、IDDL と関連がない心理的変数は、うつ状態を引き起こす特性ではなく、抑うつの結果としての症状や抑うつに随伴する特徴である可能性が高いと解釈する。

### 3) 対象者

調査は 3 回にわけて実施した。第 1 回の調査の対象者は、第 3 章第 1 節と同じ首都圏の私立大学大学生・大学院生 640 名であり、以上の質問紙から(1)、(6)、(8)、(9)、(10)を実施した。欠損値のない回答者は 521 名(男性:278 名、女性:243 名、平均年齢:20.0 歳(±1.95))であった。

第 2 回の調査の対象者は、首都圏の私立大学大学生・大学院生 420 名であり、以上の質問紙から(1)、(3)、(4)、(9)、(10)を実施した。欠損値のある回答や自由記述の質問で強迫性障害等の可能性が疑われる回答を除外し、最終的に 360 名(男性:176 名、女性:184 名、平均年齢:20.8 歳(±1.78))を分析の対象とした。なお、(1)の教示に、「ふだん」という言葉を追加し、状態ではなく、特性について尋ねていることをより明確にした。「ふだん」を追加した尺度について、研究 1 の対象者とほぼ同人数である首都圏の私立大学大学生・大学院生 535 名(男性:236 名、女性:299 名、平均年齢:20.6 歳(±2.00))を対象として、因子構造を検討した結果、研究 1 と同じ因子に各項目が負荷した。係数は、「ネガティブな反すう傾向」で.72、「ネガティブな反すうのコントロール可能性」で.78 あった。なお、以下のネガティブな反すう尺度では、同様に「ふだん」という言葉を追加したものをを用いた。

第 3 回の調査の対象者は、首都圏の私立大学大学生・大学院生 310 名であり、以上の質問紙から、(2)、(5)、(7)、(9)、(10)を実施した。欠損値のある回答や自由記述の質問で強迫性障害等の可能性が疑われる回答を除外し、最

最終的に 263 名（男性：144 名，女性：119 名，平均年齢：19.8 歳（ $\pm 1.43$ ））を分析の対象とした。以上 3 つの調査は授業の一部を用いて集団法によって教室で行った。

#### 4) 分析方法

ネガティブな反すうおよび従来の抑うつ心理的要因とうつ状態との関連の強さを検討するために、各尺度と、IDDL および SDS との間の Pearson の相関係数を算出した。

### 3. 結果

調査時点の抑うつが低い者の基準は、Sakamoto(1999)による SDS の平均値 + 1SD 以下（48 点以下）とした。SDS の平均点及び標準偏差は、1 回目の調査では 41.46 点（ $\pm 7.74$ ）、2 回目では 41.01 点（ $\pm 7.93$ ）、3 回目では 41.86 点（ $\pm 6.87$ ）であったことから、調査時点の抑うつが低い者の基準を SDS の平均値が 48 点以下の者（以下では、「調査時点の抑うつが低い者」と呼ぶ）とした。なお、調査時点の抑うつが低い者は、1 回目の調査では 428 名（男性：235 名，女性：193 名，平均年齢：19.9 歳（ $\pm 2.23$ ））、2 回目では 286 名（男性：143 名，女性：143 名，平均年齢：20.8 歳（ $\pm 1.85$ ））、3 回目では 214 名（男性：116 名，女性：98 名，平均年齢：19.8 歳（ $\pm 1.43$ ））であった。

#### 1) ネガティブな反すうおよび従来の抑うつ心理的要因と IDDL, SDS との関連

調査時点の抑うつが低い者を対象として、過去のうつ状態の程度とネガティブな反すうおよび代表的な抑うつ心理的要因との関連を検討するために、IDDL と各尺度との相関係数を求めた（表 4-1）。その結果、IDDL と「ネガティブな反すう傾向」（1 回目および 2 回目）、反すう型反応尺度、自己没入尺度との間に有意な正の相関が見られ、IDDL と「ネガティブな反すうのコントロール可能性」（1 回

目)との間に有意な負の相関が見られた。一方,その他の尺度との間には有意な相関が見られなかった。以上から,調査時点の抑うつが低い者において,「ネガティブな反すう傾向」,反すう型反応尺度,自己没入尺度の得点が高い者は,過去に経験したうつ状態の程度が高く,「ネガティブな反すうのコントロール可能性」が高い者は,過去に経験したうつ状態の程度が低いことが示された。

なお,各変数と IDDL の相関の差の有意差検定を行ったところ, IDDL と「ネガティブな反すう傾向」の 1 回目との相関係数は, IDDL と「ネガティブな反すうのコントロール可能性」(1 回目:  $Z=2.52, p<.05$ ; 2 回目:  $Z=3.31, p<.01$ ), 自己没入尺度( $Z=2.21, p<.05$ )との間の相関係数に有意差が見られた。また, IDDL と「ネガティブな反すう傾向」の 2 回目との相関係数は, IDDL と「ネガティブな反すうのコントロール可能性」(1 回目:  $Z=1.97, p<.05$ ; 2 回目:  $Z=2.77, p<.01$ )との間の相関係数に有意差が見られた。

次に, SDS と各尺度との相関係数を求めたところ(表 4-1), SDS と「ネガティブな反すう傾向」(1 回目および 2 回目), 非機能的態度尺度, 「負 - (永続性 + 全体性)」, 「ミスを過度に気にする傾向」, 「自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向」, 反すう型反応尺度, 自己没入尺度との間に有意な正の相関が見られ, 「ネガティブな反すうのコントロール可能性」(1 回目および 2 回目), 「正 - (永続性 + 全体性)」, 「自分に高い目標を課する傾向」との間に有意な負の相関が見られた。以上から, 「ネガティブな反すう傾向」, 非機能的態度尺度, 「負 - (永続性 + 全体性)」, 「ミスを過度に気にする傾向」, 「自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向」, 反すう型反応尺度, 自己没入尺度の得点が高い者は, 調査時点の抑うつが高いことが示され, 「ネガティブな反すうのコントロール可能性」, 「正 - (永続性 + 全体性)」, 「自分に高い目標を課する傾向」が高い者は, 調査時点の抑うつが低いことが示された。

表 4-1 ライレル
---------------

## 2) ネガティブな反すう傾向およびネガティブな反すうのコントロール可能性と IDDL との関連

第3章の表3-3の因子間相関係数で示されたように、「ネガティブな反すう傾向」と「ネガティブな反すうのコントロール可能性」には、-.64の高い相関がある。そのため、両者とIDDLとの関連性には、「みかけの相関」が影響している可能性があることから、お互いを統制した上で、IDDLとの間に相関が見られるかどうかを検討した。その結果、「ネガティブな反すうのコントロール可能性」を統制し、「ネガティブな反すう傾向」とIDDLとの偏相関係数を算出したところ、有意な値が得られた(1回目の調査で  $pr=.34, p<.01$ ; 2回目の調査で  $pr=.32, p<.01$ )。一方、「ネガティブな反すう傾向」を統制し、「ネガティブな反すうのコントロール可能性」とIDDLとの偏相関係数を算出したところ、有意な値は得られなかった(1回目の調査で  $pr=.00, n.s.$ ; 2回目の調査で  $pr=.06, n.s.$ )。

#### 4. 考察

本節では、うつ状態の心理的要因と考えられる変数が抑うつの症状なのか、抑うつを引き起こす傾向なのかを検討するのに有効な方法である remission design を参考に、ネガティブな反すうと過去のうつ状態との関連を検討するとともに、その両者の関連の程度と従来の抑うつの心理的要因(非機能的態度、帰属様式、完全主義、執着気質、メランコリー型性格、反すう型反応、自己没入)と過去のうつ状態との関連の程度を比較した。

##### 1) ネガティブな反すうとうつ状態との関連性について

調査時点の抑うつが低い者において、「ネガティブな反すう傾向」の得点が高い場合と、「ネガティブな反すうのコントロール可能性」の得点が高い場合に、IDDLの得点が高いことが示された。このことから、過去により高いうつ状態を経験した者は、「ネガティブな反すう傾向」が高く、「ネガティブな反すうのコントロール可能性」が低いという特性を有すると考えられる。大うつ病の経験前と経験後でパーソナリティに変化がないという調査結果が得られていることから(e.g., Shea et al., 1996; Zeiss & Lewhinsohn, 1988)、ネガティブな反すう(ネガティブなこと

を長い間繰り返し考え続けること)はうつ状態を引き起こす要因である可能性が示唆された。

また、第3章の表3-3の因子間相関係数で示されたように、「ネガティブな反すう傾向」と「ネガティブな反すうのコントロール可能性」には、高い相関があるために、お互いを統制した上で、IDDLとの間に相関があるかどうかを検討した。その結果、「ネガティブな反すうのコントロール可能性」を統制しても、「ネガティブな反すう傾向」とIDDLの間には正の相関が見られるが、「ネガティブな反すう傾向」を統制すると、「ネガティブな反すうのコントロール可能性」とIDDLとの相関は有意ではなくなった。これにより、「ネガティブな反すうのコントロール可能性」とIDDLとの相関は、「ネガティブな反すう傾向」を介した「みかけの相関」であることが示唆され、うつ状態と関連があるのは、「ネガティブな反すう傾向」だけであることが示された。

## 2) ネガティブな反すうと従来の抑うつの心理的要因との比較

ネガティブな反すうとIDDLとの関連の程度を、代表的な抑うつの心理的要因（非機能的態度、帰属様式、完全主義、執着気質、メランコリー型性格、反すう型反応、自己没入）とIDDLの関連の程度と比較した。

従来の抑うつの心理的要因を測定する尺度の中で、IDDLとの間に正の相関が見られたのは、反すう型反応尺度と自己没入尺度だけであり、その他の尺度との間には相関が見られなかった。この結果から、ネガティブな反すう傾向は、非機能的態度、帰属様式、完全主義、執着気質、メランコリー型性格などの抑うつの心理的要因よりも、過去のうつ状態の程度との関連が強いことが示唆された。そこで、うつ状態の心理的要因として、ネガティブな反すうを取り上げる意義は大きいと考えられる。

## 3) IDDLとの間に正の相関が見られた従来の抑うつの心理的要因について

ところで、IDDLとの間に正の相関が見られた自己没入、反すう型反応という従

来の抑うつ心の心理的要因は、第1章第4節2で論じたように、どちらも抑うつ心の持続や重症化を取り上げている要因であるとともに、「反すう」や「ネガティブな反すう」と類似した概念であるという共通点が指摘できる。例えば、自己没入は、自己について反すうする傾向と置き換えることが可能であるとともに、自己没入尺度(坂本, 1997)の項目のひとつ「辛かった思い出をいつまでもかみしめていることがある」は、「ネガティブな経験を繰り返し考え続けること」を測定していると解釈でき、ネガティブな反すうとの共通点大きい。また、反すう型反応は抑うつ心の原因・意味・結果に注意を焦点づける行動や認知のことであるが、特に認知面は「自分のすべての欠点、失敗、落ち度、過ちについて考える」などという反応を指し、ネガティブな反すうと共通点がある。さらに、「反すう」型(ruminative)という言葉が用いられていることから、反すうに焦点を当てた概念であることがわかる。過去のうつ状態との間に正の関連が見られた反すう型反応尺度、自己没入尺度には、ネガティブな反すうや反すうとの類似点が指摘できることから、「ネガティブな反すう」がうつ状態をもたらす心理的要因として重要であることが示唆される。

#### 4) IDDL と関連が見られなかった従来の抑うつ心の心理的要因について

非機能的態度尺度、楽観的帰属様式尺度、新完全主義尺度、執着性格尺度、メラニコリー型性格の質問紙は、先行研究では、抑うつ心の心理的要因であるとされている。一方、本研究では、調査時点の抑うつ心が低い者の IDDL との間に関連が見られず、それらは抑うつ心の心理的要因とは言えない可能性が示された。以下では、その理由について論じる。

まず、完全主義と抑うつ心の関連を検討した桜井・大谷(1997, p.185)は、新完全主義尺度の下位尺度である「CM や D は、その傾向が高いほど抑うつや絶望感に陥りやすく、不健康と関連する側面といえる」と述べている。しかし、Twaddle & Scott(1991)の指摘にあるように、調査時点の抑うつ心を測定する尺度である SDS と新完全主義尺度を同一時点で測定し、両者の間に相関関係を見出しても、完全主

義が抑うつをもたらす要因であるとはいえない。本研究では、「CM（ミスに過度に気にする傾向）」および「D（自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向）」と調査時点の抑うつ(SDS)との間には正の相関が見られたが、過去のうつ状態(IDDL)との間には関連がみられなかったことから、「CM」と「D」は、抑うつを引き起こす要因ではなく、抑うつ症状である可能性がある。

また、桜井・大谷(1995)は、「CM」が3ヶ月後の抑うつ(SDSによって測定)を予測するという結果を得ている。しかし、SDSは抑うつ持続期間を測定していないので、短期間で変動する一過性の(transient)抑うつ(e.g., Hatzenbuehler, Parpal, & Matthews, 1983)を測定している可能性もある。そこで、桜井・大谷(1995)で得られた「CM」と抑うつとの関連は、本研究で取り上げたような2週間以上持続するような抑うつには一般化できない可能性がある。

次に、沢宮・田上(1997)は、YG性格検査の抑うつ性と楽観的帰属様式尺度の「負-(永続性+全体性)」との間に正の相関を見出している。YG性格検査の抑うつ性は、陰気な悲観的気分や罪悪感の強い性質を測定する尺度である(矢田部,1993)。そのため、YG性格検査との間に正の相関が見出されても、帰属様式が抑うつをもたらす要因であるかどうかは判断できない。本研究では、「負-(永続性+全体性)」と調査時点の抑うつ(SDS)との間に弱い正の相関は見られたが、IDDLとの間に相関は見られなかったことから、「負-(永続性+全体性)」は、うつ状態を引き起こす要因というより、抑うつに伴う特徴や症状である可能性が指摘できる。

また、非機能的態度尺度については、わが国ではほとんど検討が行われていないが、丹野・坂本(1997)によって、調査時点の抑うつとの間に正の相関が見られている。一方、海外では、縦断的方法を用いて、非機能的態度尺度が抑うつを予測するかどうかを検討されているが、調査開始時点の抑うつを統制すると、非機能的態度尺度単独では抑うつを予測しないという結果が得られている(e.g., Barnett & Gotlib, 1988; Power, 1988)。また、Haaga et al.(1991)は、非機能的態度が臨床レベルの抑うつ発症を予測するという仮説はほとんど支持されていないと結論づけている。さらに、Silverman et al. (1984)や Miranda & Persons(1988)などで

は、抑うつがある場合には非機能的態度尺度の得点が高くなり、抑うつがなくなると低下するというように、非機能的態度は抑うつに依存することが示されている。本研究でも、非機能的態度尺度は、IDDL との間に相関は見られないが、SDS との間には正の相関が見られた。このことから、非機能的態度はうつ状態を引き起こす要因というより、抑うつに随伴する特徴や症状と関連が強い可能性が示唆され、今後の検討が必要である。

メランコリー型性格の質問紙は、IDDL および SDS との間に関連が見られなかった。しかし、佐藤ら（1992）は、大うつ病患者のうち、抑うつがおおむね消失した患者群のメランコリー型性格の質問紙の得点は、健常者群よりも高いという結果を得ており、メランコリー型性格はうつ病の心理的要因だということが示唆されている。本研究では、大うつ病の患者を対象としていないことが、先行研究との結果の違いを生み出した可能性もある。今後、対象者を患者群などに広げて、さらに検討を重ねる必要がある。

執着性格については、田中（1974）が、健常群と臨床群の執着性格を SPI の執着性格尺度によって測定したところ、躁うつ病患者 44 名の 50% が執着性格に分類されたのに対し、健常群（273 名）では 17% であることを報告している。しかし、この研究では、調査時点の抑うつを統制を行っておらず、臨床群と健常群における執着性格の割合の差が抑うつの影響によるものである可能性が指摘できる。その他に、西島・奥羽・平井・河合・坂西・金・井上（1987）が、うつ病が遷延化する患者群には、軽快する患者群に比べて、執着性格の得点が高い者が多いことを示している。しかし、縦断的方法や remission design を用いて、執着性格がうつ状態を引き起こす要因である可能性を示した研究は見られない。本研究では、執着性格がうつ状態を引き起こす要因ではない可能性が示唆され、執着性格についての更なる検討を行う必要がある。

## 5) 本研究の限界点

本節では、過去のうつ状態との関連を示すことで、ネガティブな反すうがうつ状

態をもたらす傾向である可能性を検討したが、ここでは、回顧的方法による検討 (retrospective study) を行ったために、因果関係についての検討は出来ていない。そのため、今後は予測的方法を用いて、両者の因果関係を検討する必要がある。また、本研究では、2 回目の調査において、ネガティブな反すう尺度の教示部分に「ふだん」という言葉を追加し、状態ではなく、特性について尋ねていることをより明確にした。もともと、項目に「同じ嫌なことを何度も繰り返して考える傾向がある」などがあるように、本尺度は、特性について尋ねるものであったが、「ふだん」を追加したことで尺度への回答が異なるものとなった可能性がある。追加の前後で、因子構造や 係数はほぼ同様であることが示されているが、両者が全く同じテストであるかどうかについては問題がある。

## 第 2 節 性格の 5 因子理論によるネガティブな反すうと従来の抑うつ心の心理的要因との比較 (研究 4-1)

### 1. 問題と目的

前節では、ネガティブな反すう傾向が高い者は、過去のうつ状態の程度が高いこと、およびネガティブな反すう傾向は、従来の代表的な抑うつ心の心理的要因である非機能的態度、帰属様式、完全主義、執着気質、メランコリー型性格よりも、うつ状態との関連性が強いことが示された。これから、うつ状態の心理的要因として、ネガティブな反すうを取り上げる意義があると考えられる。

しかし、ネガティブな反すうと抑うつ心の関連性はまだ検討が始められたばかりであり、様々な方法、理論から幅広く検討していく必要がある。そこで本研究では、性格の 5 因子理論を用いた検討を行う。

第 1 章第 3 節 2 で述べたように、性格の 5 因子理論とは、性格の基本特性は 5 因子 (Big Five) からなるというもので、多くの研究で性格の基本特性が Big Five に収束することが示されている (e.g., McCrae & Costa, 1987; Goldberg, 1990; Digman, 1990)。Big Five がどのような因子からなるかについては諸説があるが、最も代表的な Big Five は、McCrae & Costa(1987)による、外向性、神経症傾向、

調和性，誠実性，開放性である．

先行研究では，Big Five のどの因子が抑うつを引き起こす要因なのかが検討されている．Trull & Sher(1994)は大うつ病の既往歴がある者は，既往歴のない者に比べて，神経症傾向と開放性が高く，外向性と協調性が低いという傾向があり，中でも，神経症傾向が高いことが大うつ病の既往歴がある者の特徴であることを示した．なお，他の精神疾患との合併を統制すると，開放性については，大うつ病の既往歴との関連が見られなくなった．また，Bagby et al. (1995)は，大うつ病の寛解者の神経症傾向は，健常者よりも高いことを示し，神経症傾向が大うつ病をもたらす主な要因であると主張している．以上のような結果から，Big Five の中には，神経症傾向が抑うつと最も関連の強い因子であるとされている．

また，Big Five は，様々な心理的変数（性格傾向や特性）がどのような基本特性から構成されているのかを分析するために用いられており，最近では，Big Five の基本特性によって，抑うつと関連する心理的要因がどのように説明できるかが検討されている（e.g., Zuroff, 1994; Hill, McIntire, & Bacharach, 1997; Velting, 1999）．例えば，Hill et al.(1997)は完全主義（Hewitt & Flett, 1991）について，Velting (1999)は絶望感(Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974)について，Zuroff (1994)は依存関係と自己批判（Blatt, 1990）などについて，Big Five を用いて検討している．これらの結果から，抑うつ心理的要因は神経症傾向と正の相関があるということが示されている．このことから，ネガティブな反すうが抑うつ心理的要因であるならば，Big Five の神経症傾向と特に関連が強いと考えられる．

そこで，本節では，Big Five を用いて，ネガティブな反すうがどのような性格の基本特性と関連があるか，そして特に，神経症傾向と比較的高い正の相関があるか否かを検討することを目的とする．様々な抑うつ心理的要因との関連性が明らかかなことから併存的妥当性の基準となり得る Big Five によって，ネガティブな反すうを分析することは，ネガティブな反すうがうつ状態の心理的要因であるかを判断するための資料となる．さらに本節では，前節で取り上げた代表的な抑うつ心理的

理的要因についても同様の検討を行い,その結果をネガティブな反すうと Big Five との関連と比較,検討する.

## 2. 方法

### 1) 質問紙

(1) ネガティブな反すう尺度: 研究1で作成された尺度. 研究3で,「ネガティブな反すうのコントロール可能性」と過去のうつ状態との関連は,「ネガティブな反すう傾向」を介しての「みかけの相関」であることが示唆された. そのために,以下では「ネガティブな反すう傾向」のみを分析の対象とし,これをネガティブな反すう傾向尺度と呼ぶ.

(2) Big Five 尺度 (和田, 1996): Big Five を測定する尺度で,「外交性」,「神経症傾向」,「開放性」,「誠実性」,「調和性」の5下位尺度60項目からなる. 回答形式は,「あてはまる」(5点)から「あてはまらない」(1点)までの5件法である. 内的整合性の検討によって信頼性があること,および関連する尺度との相関の検討から,併存的妥当性があることが示されている(和田, 1996). なお,本研究では,各項目が現在の「状態」ではなく,ふだんの「特性」を測定することを明白にするために,「内容が自分自身にどれくらいあてはまるか,以下の要領で回答してください」との教示を一部変更し,「内容がふだんの自分自身にどれくらいあてはまるか,以下の要領で回答してください」とした.

(3) 非機能的態度尺度: 研究3と同じ.

(4) 楽観的帰属様式尺度: 研究3と同じ.

(5) 新完全主義尺度: 研究3と同じ.

(6) 執着気質尺度: 研究3と同じ.

(7) メランコリー型性格の質問紙: 研究3と同じ.

(8) 反すう型反応尺度: 研究3と同じ.

(9) 自己没入尺度: 研究3と同じ.

(10) SDS 日本語版: 研究3と同じ.

## 2) 対象者

調査は2回にわけて実施した。第1回の調査の対象者は、首都圏の私立大学大学生433名であり、以上の質問紙から(1)、(2)、(4)、(5)、(7)、(9)、(10)を実施した。欠損値のない回答者は411名(男性:179名、女性:232名、平均年齢:20.5歳(±1.90))であった。なお、(10)のSDSを実施した対象者は269名であり、欠損値のない回答者は237名(男性:119名、女性:118名、平均年齢:20.65歳(±1.47))であった。第2回の調査の対象者は、首都圏の私立大学大学生308名であり、以上の質問紙から(2)、(3)、(6)、(8)、(10)を実施した。欠損値のない回答者は253名(男性:127名、女性:126名、平均年齢:19.1歳(±1.80))であった。授業時間の一部を用いて集団法で実施した。

## 3) 分析方法

ネガティブな反すうおよび従来の抑うつ心の心理的要因とBig Fiveの各因子との関連の強さを検討するために、各尺度と、Big Five尺度との間のPearsonの相関係数を算出した。

## 3. 結果

Big Fiveの各因子とネガティブな反すうおよび代表的な抑うつ心の心理的要因との関連を検討するために、Big Fiveの下位尺度と各変数との相関係数を求めた(表4-2)。

その結果、ネガティブな反すう傾向尺度は、「神経症傾向」との間に比較的強い正の相関が見られ、「外向性」および「調和性」との間に弱い相関が見られた。ネガティブな反すう傾向尺度の他に「神経症傾向」との間に正の相関があった尺度は、非機能的態度尺度、新完全主義尺度の「完全でありたいという欲求」と「ミスを過度に気にする傾向」と「自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向」、メランコリー

表 4-2

ファイル

型性格の質問紙,反すう型反応尺度,自己没入尺度であった。なお,「神経症傾向」とネガティブな反すう傾向尺度の間の相関係数は,「神経症傾向」と非機能的態度尺度,「完全でありたいという欲求」,「ミスを過度に気にする傾向」,「自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向」,メランコリー型性格の質問紙との間の相関係数よりも高く,相関の差の有意差検定を行ったところ,その差は有意であった(順番に, $Z=2.26, p<.05$ ;  $Z=3.28, p<.05$ ;  $Z=6.08, p<.01$ ;  $Z=4.71, p<.01$ ;  $Z=2.08, p<.01$ )。「神経症傾向」とネガティブな反すう傾向尺度の相関の程度は,「神経症傾向」と反すう型反応尺度,自己没入尺度の相関の程度との間に有意差が見られなかった。

次に,調査時点の抑うつが高い者は,抑うつによってパーソナリティの自己評価が影響を受ける可能性があり(e.g., Hirschfeld, Klerman, Clayton, Keller, McDonald-Scott, & Larkin, 1983; Liebowitz, Stallone, Dunner, & Fieve, 1979),パーソナリティと抑うつとの関連性を検討する際には,調査時点の抑うつの影響を避ける必要性が指摘されていることから(佐藤・上原, 1995),研究3と同様にSDSが48点以下の者(平均値+1SD以下の者:以下では,「調査時点の抑うつが低い者」と呼ぶ)を対象に検討を行った。調査時点の抑うつが低い者は,第1回の調査では202名(男性:102名,女性:100名,平均年齢:20.6歳( $\pm 1.42$ ))であり,第2回の調査では200名(男性:102名,女性:98名,平均年齢:19.2歳( $\pm 1.96$ ))であった。

その結果,全対象者を対象にした場合とほぼ同様の結果が得られた(表4-3)。ネガティブな反すう傾向尺度は,「神経症傾向」との間に比較的強い正の相関が見られ,「外向性」および「調和性」との間に弱い負の相関が見られた。なお,「神経症傾向」とネガティブな反すう傾向尺度との相関係数は,「神経症傾向」と非機能的態度尺度,「ミスを過度に気にする傾向」,メランコリー型性格の質問紙との相関係数よりも高く,その差は有意であった(順番に, $Z=2.70, p<.01$ ;  $Z=2.80, p<.01$ ;  $Z=2.30, p<.05$ )。「神経症傾向」とネガティブな反すう傾向尺度との相関係数は,「神経症傾向」と「自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向」,反すう型

反応尺度，自己没入尺度との相関係数との間には有意差が見られなかった

表 4-3 ファイル
---------------

#### 4．考察

ネガティブな反すう傾向尺度は，Big Five 尺度の中で特に「神経症傾向」との間に比較的強い正の相関があることが示された．Big Five の中で，大うつ病や抑うつと特に関連が強いのは神経症傾向であり（Bagby et al., 1995; Trull, & Sher, 1994），先行研究で抑うつの心理的要因と指摘されている変数は，Big Five の神経症傾向との間に正の相関があること（Zuroff, 1994; 辻, 1992; Hill et al., 1997; Velting, 1999）が示されている．本研究から，ネガティブな反すうは，神経症傾向と正の相関があるという，抑うつの心理的要因に共通した性質を持つことが明らかになった．

また，ネガティブな反すう傾向尺度は，非機能的態度尺度，楽観的帰属様式尺度，新完全主義尺度の「完全でありたいという欲求」，「自分に高い目標を課する傾向」，「ミスを過度に気にする傾向」，メランコリー型性格の質問紙，執着性格尺度よりも，「神経症傾向」との相関が高いことが示されたことから，ネガティブな反すう傾向は，それらの要因よりも抑うつと関連の強い要因であることが示唆された．このことは，研究 3 の結果と一致しており，ネガティブな反すうが従来の抑うつの心理的要因と同程度あるいはそれ以上に抑うつとの関連性が強いことが示唆された．

ところで，ネガティブな反すう傾向尺度と同程度に「神経症傾向」との間に正の相関が見られた尺度は，反すう型反応尺度，自己没入尺度，および新完全主義尺度の「自分の行動に漠然とした疑いをもつ傾向」であった．このうち，反すう型反応尺度と自己没入尺度については，研究 3 の結果と一致する．この 2 つの心理的要因は，前述のように，反すうやネガティブな反すうに類似した概念であり，反すうが抑うつの心理的要因に共通する要素だということが示唆される．また，「自分の行動に漠然とした疑いをもつ傾向」は，前節で調査時点の抑うつ（SDS）とは正の相関があったが，過去のうつ状態（IDDL）とは相関がなかったことから，うつ状態の心理的要因というよりも，抑うつの症状と関連がある変数と考えることが出来る．

最後に、ネガティブな反すう傾向尺度は、「外向性」及び「調和性」との間に負の相関が見られた。Trull & Sher(1994)では、神経症傾向の高さに加え、外向性と調和性の低さもまた抑うつをもたらす要因であることが示唆されており、ネガティブな反すう傾向が、Big Five の中で神経症傾向以外の抑うつをもたらすと考えられている因子とも相関があることがわかる。

以上から、ネガティブな反すう傾向が抑うつの心理的要因である可能性が、性格の5因子理論からの検討により、示唆されるとともに、ネガティブな反すう傾向が従来の代表的な抑うつの心理的要因と同程度あるいはそれ以上に抑うつとの関連性が強い可能性が示された。

### 第3節 神経症傾向を統制した上でのネガティブな反すうとうつ状態との関連性 (研究4-2)

#### 1. 問題と目的

前節では、性格の5因子理論を用いて、ネガティブな反すうがどのような性格の基本特性と関連があるかを検討したところ、ネガティブな反すうは神経症傾向と比較的高い正の相関があることが示された。さらに、両者の相関の程度は、代表的な抑うつの心理的要因と神経症傾向の相関と同程度、あるいはそれ以上であることが示された。

ところで、神経症傾向とネガティブな反すうとの間に比較的強い正の相関が見られたということは、ネガティブな反すうが神経症傾向に含まれている可能性や、ネガティブな反すうが神経症傾向と同じものである可能性がある。そこで、Zuroff (1994)が指摘しているように、抑うつの心理的要因(ここでは、ネガティブな反すう)と神経症傾向との間に比較的強い関連が見られる場合には、同時に両者が異なるものであることを示す必要がある。そのための方法として、Dunkley, Blankstein, & Flett (1997)は、神経症傾向との間に正の相関が示された抑うつの心理的要因が、神経症傾向を統制した上で、さらにどの程度抑うつを説明できるかを検討している。神経症傾向を統制した上で、抑うつとの間に関連が見られる心理的要因は、神経症

傾向に完全に重なるものではないと考えられる。

以上から、本節では、神経症傾向を統制した上でも、ネガティブな反すうとうつ状態との間に関連が存在するかどうかを検討する。

## 2. 方法

### 1) 質問紙

(1) ネガティブな反すう傾向尺度：研究3, 4-1と同じ。

(2) Big Five 尺度：研究4-1と同じ。

(3) SDS 日本語版：研究3, 4-1と同じ。

(4) IDDL 日本語版：研究3, 4-1と同じ。

### 2) うつ状態との関連性の検討方法

研究3と同様の過去のうつ状態との関連を検討する方法であった。

### 3) 対象者

大学生337名を対象に、以上の質問紙を実施し、欠損値のある者や強迫性障害等が疑われた者を除外したところ、有効回答者は297名（男性：177名、女性：120名、平均年齢：20.5歳(±2.37)）であった。なお、調査時点の抑うつが低い者（SDSが48点以下の者）は、246名（男性：146名、女性：100名、平均年齢：20.6歳(±2.51)）であった。

### 4) 分析方法

まず、ネガティブな反すうおよび神経症傾向とうつ状態との関連の強さを検討するために、ネガティブな反すう傾向尺度およびBig Five 尺度とIDDL との間のPearsonの相関係数を算出した。次に、神経症傾向を統制した上でも、ネガティブな反すうとうつ状態との間に関連が存在するかどうかを検討するために、IDDLを目的変数とし、ネガティブな反すう傾向尺度およびBig Five 尺度を説明変数とし

た重回帰分析を行った。

### 3. 結果

過去のうつ状態の程度とネガティブな反すうおよび Big Five との関連を検討するために、まず、IDDL とネガティブな反すう傾向尺度および Big Five の各下位尺度との相関係数を求めた（表 4-4）。その結果、IDDL とネガティブな反すう傾向尺度および「神経症傾向」との間に正の相関があり、IDDL と「調和性」との間に負の相関が見られた。このことから、過去に経験したうつ状態の程度が高い者は、ネガティブな反すう傾向および神経症傾向が高いこと、調和性が低いことが示され、この3つが過去にうつ状態を経験した者と関連する要因であることが示唆された。

次に、各変数同士を互いに統制した上で、各変数それぞれと過去のうつ状態との関連を検討するために、Big Five 尺度の各下位尺度およびネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とし、IDDL を目的変数とした重回帰分析を行った。

表 4-4

ファイル

最初に、ネガティブな反すう傾向尺度のみを説明変数として投入したところ（表 4-5, Step 1）、重相関係数（ $R$ ）は有意であった（ $F(1,244)=28.02, p < .01$ ）。標準偏回帰係数（ $\beta$ ）については、ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL との間に有意な負の関連が見られた。

表 4-5

ファイル

続いて、Big Five 尺度の各下位尺度のみを説明変数として投入したところ（表 4-5, Step 2）、重相関係数は有意であった（ $F(5,240)=2.63, p < .05$ ）。標準偏回帰係数については、「神経症傾向」と IDDL の間に有意な正の関連が見られ、「調和性」と IDDL との間に有意な負の関連が見られた。

最後に、神経症傾向を統制した上での、ネガティブな反すう傾向と IDDL の関連を検討するために、ネガティブな反すう傾向尺度と Big Five 尺度の各下位尺度を同時に説明変数として投入したところ（表 4-5, Step 3）、重相関係数は有意であった（ $F(6,239)=6.14, p < .01$ ）。標準偏回帰係数を見ると、「神経症傾向」と IDDL の間の正の関連がなくなり、ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間に有意な正の関連が見られ、「調和性」および「誠実性」と IDDL との間に有意な負

の関連が確認された。

#### 4．考察

Big Five 尺度の各下位尺度およびネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とし、IDDL を目的変数とした重回帰分析を行ったところ、ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間には正の関連が見られた。ネガティブな反すう傾向尺度は、「神経症傾向」を統制した上でも、IDDL との間に正の関連があることから、ネガティブな反すう傾向は、神経症傾向とは異なるものであり、神経症傾向では説明できない抑うつの変動を説明できることが明らかになった。このことから、ネガティブな反すう傾向は、神経症傾向に完全に含まれるものではなく、神経症傾向とは異なる概念であると考えられる。

一方で、「神経症傾向」は、ネガティブな反すう傾向尺度を統制しない場合には、IDDL との間に正の関連が見られるが、ネガティブな反すう傾向尺度を統制すると、IDDL との間の関連が見られなかった。そこで、ネガティブな反すう傾向とうつ状態の関連性は、神経症傾向とうつ状態との関連性よりも直接的であることが示唆される。この結果は、過去のうつ状態の程度と反すう型反応 (Nolen-Hoeksema, 1991) との関連を検討した Roberts et al.(1998)と一致している。彼らは、反すう型反応と神経症傾向との間に正の相関があること、およびお互いを統制すると、神経症傾向よりも反すう型反応の方が、過去のうつ状態との関連が強いことを示した。そして、過去のうつ状態の程度と直接的に関連があるのは、神経症傾向ではなく、反すう型反応であることを示唆している。反すう型反応は、ネガティブな反すうとは異なるため、Roberts et al. (1998)と本研究を同列に論じることは出来ないが、両者はともに「反すう」に焦点を当てているという共通点がある。一方、神経症傾向は「悩みがち」や「傷つきやすい」などの項目で測定され、反すうに焦点を絞った概念ではない。そこで、本研究と Roberts et al. (1998)の結果は、反すう的な思考が、神経症傾向よりも、うつ状態との関連が強く、うつ状態をもたらす重要な要因であることを示唆していると解釈することができる。なお、神経症傾向よりも、

反すう型反応の方がうつ状態と関連が強いという結果は、縦断的な研究でも支持されており（Nolan, Roberts, & Gotlib, 1998）、以上で論じたことが、過去のうつ状態との関連だけでなく、うつ状態の予測へも一般化できる可能性が示唆される。ネガティブな反すうは、神経症傾向では説明できないうつ状態の変動を説明できるだけでなく、さらに神経症傾向よりも、うつ状態との関連が強いことが示されたことから、この概念の有効性は高いと考えられる。

最後に、本研究では、「調和性」および「誠実性」と IDDL に関連が見られたため、これら 2 つの要因もうつ状態を引き起こす心理的要因であることが示唆された。調和性については、先行研究（Trull & Sher, 1994）と一致している。一方で、誠実性については、先行研究では見られなかった結果であり、今後の検討が必要である。

なお、本節で用いた方法は、本章第 1 節 4 で述べたように、回顧的方法であり、因果関係についての検討は行えていない。因果関係に言及するためには、ここで得られた結果が、予測的方法によっても得られるかどうかを検討する必要がある。

#### 第 4 節 本章のまとめ

本章では、ネガティブな反すうがうつ状態の心理的要因であるかどうかを検討するとともに、ネガティブな反すうは、従来の抑うつの心理的要因と比較して、抑うつとの関連が強い要因であるか否かを検討した。

研究 3 では、ネガティブな反すうと過去のうつ状態との関連性を検討するとともに、両者の関連の程度といくつかの代表的な抑うつの心理的要因と過去のうつ状態との関連の程度を比較した。その結果、ネガティブな反すうが過去のうつ状態の程度と正の相関があること、およびネガティブな反すうは、従来の代表的な抑うつの心理的要因と同程度あるいはそれ以上に過去のうつ状態との関連が強いことが示された。

研究 4-1 では、性格の 5 因子理論を用いて、ネガティブな反すうが Big Five の神経症傾向と正の相関があるか否かを検討するとともに、両者の相関の程度と代表

的な抑うつ心の心理的要因と神経症傾向との相関の程度を比較した。その結果、ネガティブな反すうは、神経症傾向との間に比較的高い正の相関が見られるとともに、従来の代表的な抑うつ心の心理的要因と同程度あるいはそれ以上に神経症傾向との相関が高いことが示された。

以上の結果から、ネガティブな反すうは、従来の代表的な抑うつ心の心理的要因と同程度あるいはそれ以上にうつ状態との関連が強い可能性が示唆され、うつ状態の心理的要因として、ネガティブな反すうを取り上げる意義は大きいと考えられた。

また、ネガティブな反すうと神経症傾向との間に比較的高い正の相関が見られたために、ネガティブな反すうが神経症傾向に含まれている可能性や、ネガティブな反すうが神経症傾向と同じものである可能性が指摘された。そこで研究 4-2 では、ネガティブな反すうが、神経症傾向では説明できない抑うつの変動を説明できるかを検討することで、ネガティブな反すうが神経症傾向とは異なるものと言えるかどうかを検討した。その結果、ネガティブな反すうは、神経症傾向に含まれるものではなく、神経症傾向とは異なる概念であると考えられた。

表4-1 調査時点の抑うつが低い者の各尺度とIDDL, SDSの相関係数

	IDDL	SDS
<b>ネガティブな反すう尺度</b>		
ネガティブな反すう傾向 (1回目)	.35 **	.29 **
ネガティブな反すう傾向 (2回目)	.33 **	.28 **
ネガティブな反すうのコントロール可能性 (1回目)	-.19 **	-.31 **
ネガティブな反すうのコントロール可能性 (2回目)	-.11 †	-.22 **
<b>認知の内容に関する抑うつ心理的要因</b>		
非機能的態度尺度	-.01	.18 **
楽観的帰属様式尺度		
負 (永続性+全体性)	.03	.14 *
負 内在性	.05	.04
正 (永続性+全体性)	-.02	-.24 **
<b>抑うつに影響する性格要因</b>		
新完全主義尺度		
完全でありたいという欲求(DP)	-.01	-.07
自分に高い目標を課する傾向(PS)	-.01	-.25 **
ミス(失敗)を過度に気にする傾向(CM)	.07	.23 **
自分の行動に漠然とした疑いをもつ傾向(D)	-.05	.21 **
執着性格尺度	.02	-.12 †
メランコリー型性格の質問紙	.00	.03
<b>注意の焦点付けに関する抑うつ心理的要因</b>		
反すう型反応尺度	.29 **	.19 **
自己没入尺度	.21 **	.28 **

†p < .10, \*p < .05, \*\*p < .01

注) それぞれの変数における調査対象者数は以下のとおり。

ネガティブな反すう尺度(1回目), メランコリー型性格の質問紙, 自己没入尺度では, N=428.

ネガティブな反すう尺度(2回目), 新完全主義尺度, 楽観的帰属様式尺度では, N=286.

執着性格尺度, 非機能的態度尺度, 反すう型反応尺度では, N=214.

表4-2 Big Five尺度と各尺度との相関係数

	Big Five尺度				
	外向性	神経症傾向	開放性	誠実性	調和性
ネガティブな反すう傾向尺度	-.21 **	.55 **	-.13 **	.01	-.25 **
<b>認知の内容に関する抑うつ心理的要因</b>					
非機能的態度尺度	-.14 *	.41 **	-.11	.19 **	-.19 **
楽観的帰属様式尺度					
負-(永続性+全体性)	-.01	.08	.00	.32 **	-.15 **
負-内在性	-.03	.03	-.13 **	-.07	.08
正-(永続性+全体性)	.19 **	-.06	.28 **	-.15 **	.13 **
<b>抑うつに影響する性格要因</b>					
新完全主義尺度					
完全でありたいという欲求(DP)	.14 **	.19 **	.26 **	-.36 **	-.03
自分に高い目標を課する傾向(PS)	.23 **	.07	.36 **	-.28 **	.09
ミスを過度に気にする傾向(CM)	-.20 **	.37 **	-.05	-.12 **	-.19 **
自分の行動に漠然とした疑いをもつ傾向(D)	-.18 **	.44 **	-.13 **	-.18 **	-.11 *
執着性格尺度	.10	.09	.33 **	-.37 **	.16 **
メランコリー型性格の質問紙	-.09	.28 **	-.08	-.26 **	.19 **
<b>注意の焦点付けに関する抑うつ心理的要因</b>					
反すう型反応尺度	-.29 **	.58 **	-.09	.16 **	-.22 **
自己没入尺度	-.12 **	.53 **	.01	.01	-.15 **

\* p < .05, \*\* p < .01

注) それぞれの変数における調査対象者数は以下のとおり。

ネガティブな反すう傾向尺度, メランコリー型性格の質問紙, 自己没入尺度, 新完全主義尺度, 楽観的帰属様式尺度では, N=411。

執着性格尺度, 非機能的態度尺度, 反すう型反応尺度では, N=253。

表4-3 Big Five尺度と各尺度との相関係数（調査時点の抑うつが低い者）

	Big Five尺度				
	外向性	神経症傾向	開放性	誠実性	調和性
ネガティブな反すう傾向尺度	-.20 <sup>**</sup>	.49 <sup>**</sup>	-.12	.09	-.29 <sup>**</sup>
<b>認知の内容に関する抑うつの心理的要因</b>					
非機能的態度尺度	-.05	.28 <sup>**</sup>	-.02	.08	-.07
楽観的帰属様式尺度					
負- (永続性 + 全体性)	.06	.06	-.04	.34 <sup>**</sup>	-.19 <sup>**</sup>
負- 内在性	-.06	.02	-.18 <sup>**</sup>	-.15 <sup>*</sup>	.12
正- (永続性 + 全体性)	.26 <sup>**</sup>	-.09	.28 <sup>**</sup>	-.16 <sup>*</sup>	.11
<b>抑うつに影響する性格要因</b>					
新完全主義尺度					
完全でありたいという欲求(DP)	.11	.13	.23 <sup>**</sup>	-.39 <sup>**</sup>	-.04
自分に高い目標を課する傾向(PS)	.30 <sup>**</sup>	-.04	.35 <sup>**</sup>	-.19 <sup>**</sup>	.10
ミスを過度に気にする傾向(CM)	-.21 <sup>*</sup>	.23 <sup>**</sup>	-.09	-.06	-.21 <sup>**</sup>
自分の行動に漠然とした疑いをもつ傾向(D)	-.17 <sup>*</sup>	.47 <sup>**</sup>	-.09	-.18 <sup>**</sup>	-.15
執着性格尺度	.13	.08	.35 <sup>**</sup>	-.33 <sup>**</sup>	.11
メランコリー型性格の質問紙	-.13	.27 <sup>**</sup>	-.17 <sup>*</sup>	-.29 <sup>**</sup>	.17 <sup>*</sup>
<b>注意の焦点付けに関する抑うつの心理的要因</b>					
反すう型反応尺度	-.18 <sup>**</sup>	.48 <sup>**</sup>	.02	.15 <sup>*</sup>	-.11
自己没入尺度	-.07	.44 <sup>**</sup>	.04	.10	-.17 <sup>*</sup>

<sup>\*</sup>p < .05, <sup>\*\*</sup>p < .01

注) それぞれの変数における調査対象者数は以下のとおり。

ネガティブな反すう傾向尺度, メランコリー型性格の質問紙, 自己没入尺度, 新完全主義尺度, 楽観的帰属様式尺度では, N=202。

執着性格尺度, 非機能的態度尺度, 反すう型反応尺度では, N=200。

表4-4 ネガティブな反すう傾向尺度およびBig Five尺度とIDDLとの相関係数  
 (調査時点の抑うつが低い者)

	IDDL (過去のうつ状態) の程度
ネガティブな反すう傾向尺度	.32 **
Big Five尺度	
外向性	-.07
神経症傾向	.15 *
開放性	-.02
誠実性	-.01
調和性	-.16 *

\* p < .05, \*\* p < .01

表4-5 過去のうつ状態の程度（IDDL）と関連する要因についての重回帰分析結果  
（調査時点の抑うつが低い者）

説明変数	Step 1	Step 2	Step 3
	R (R <sup>2</sup> )=.32(.10)**	R (R <sup>2</sup> )=.23(.05) *	R (R <sup>2</sup> )=.36(.13) **
	標準偏回帰係数 ( )		
ネガティブな反すう傾向尺度	.32 **		.34 **
Big Five尺度			
外向性		.01	-.01
神経症傾向		.15 *	-.02
開放性		.01	.05
誠実性		-.12	-.14 *
調和性		-.18 *	-.15 *

\* p <.05, \*\* p <.01

## 第 5 章 ネガティブな反すうがうつ状態発症に及ぼす影響についての予測的検討（研究 5）

### 第 1 節 問題と目的

前章では、ネガティブな反すうがうつ状態の心理的要因であること、および従来の代表的な抑うつの心理的要因と同程度あるいはそれ以上に、うつ状態との関連性が強いことが示唆された。

しかし、前章の研究は、回顧的方法による検討および横断的方法による検討であるために、ネガティブな反すうがうつ状態を予測するかどうかについての検討は行われていない。そこで本章では、予測的研究 (prospective study) によって、ネガティブな反すうがうつ状態の生起を予測する要因であるかどうかを検討することを目的とする。また、抑うつの発症には、ストレスラーが影響することが示されていることから (e.g., Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999; 久田・丹羽, 1987)、ストレスラーの影響を排除した上で、ネガティブな反すうがうつ状態を予測するかどうかを同時に検討する。

### 第 2 節 方法

#### 1. 手続き

2 回にわたる質問紙調査を行った。1 回目の調査 (Time 1: 以下, T1 と呼ぶ) は、5 月中旬に行い、約 8 ヶ月後の翌年の 1 月中旬に 2 回目の調査 (Time 2: 以下, T2 と呼ぶ) を行った。T1 でネガティブな反すう傾向とその時の抑うつを測定し、T2 で T1 から T2 の間で最も落ち込んだ時期のうつ状態の程度を測定し、ネガティブな反すう傾向が、その期間のうつ状態の程度を予測できるかどうかを検討する。さらに、T2 では、T1 から T2 の間で最も落ち込んだ時期の前までに経験したストレスラーを測定し、ストレスラーがうつ状態の程度に与える影響を測定する。

#### 2. 質問紙

1) ネガティブな反すう傾向尺度: 研究 3, 4-1, 4-2 と同じ。T1 で実施した。

2) IDDL 日本語版: 研究 3, 4-2 と同じ。T1 から T2 の間で経験したうつ状態の程度を測定

するために用い、T2 で実施した。なお、本研究では、教示文を一部変更し、T1 から T2 の間で、最も落ち込んだ時期を想起させ、その時期の抑うつ程度と、症状が 2 週間以上持続したかどうかを測定した。研究 3 および研究 4-2 と同様に、特定の抑うつ症状を 2 週間以上経験したことのある場合をうつ状態ありとし、DSM-IV の大うつ病の診断基準である 9 つの抑うつ症状の合計数をうつ状態の程度とした。

3) SDS 日本語版：研究 3, 4-1, 4-2 と同じ。T1 で実施し、T1 の抑うつを測定した。

4) 大学生ストレス自己評価尺度のストレッサー尺度(尾関, 1993)：大学生が経験しやすいストレスフルな出来事(ストレッサー) 35 項目について、体験の有無と体験した場合のつらさを、5 段階で評定する尺度である。T2 で実施し、T1 から T2 の間のストレッサーを測定した。本研究では、教示文を一部変更し、T1 から T2 までの間に、35 項目のストレッサーの経験の有無と体験した場合の辛さの回答を求めるとともに、その体験が、IDDL で尋ねた「最も落ち込んだ時期」の前なのか、後なのかの回答を求めた。分析には、「最も落ち込んだ時期」よりも前に経験したストレッサーの合計点を用いた。

なお、以上の尺度に加えて、反すう型反応尺度を同時に実施した。これについては、研究 6 で分析を行う。

### 3. 対象者

対象者は、首都圏の私立大学大学生であった。T1 では大学生 346 名に、T2 では 272 名に調査を実施し、両方の調査でデータのそろった者は、188 名(男性：83 名、女性：105 名、平均年齢：19.03 歳(±1.45))であった。前述のように、パーソナリティと抑うつとの関連性を検討する際には、調査時点の抑うつの影響を避ける必要性が指摘されていることから(佐藤・上原, 1995; Sakamoto, 1999)、T1 の SDS が 48 点以下の者(平均値 + 1SD 以下の者：以下では、「T1 の抑うつが低い者」と呼ぶ)を対象に検討を行った。なお、T1 の抑うつが低い者は、156 名(男性：72 名、女性：84 名、平均年齢：19.03 歳(±1.20))であった。

ただし、ストレッサーを測定する尺度に欠損値が多く、ストレッサー尺度に関しては、両方の調査でデータのそろった者は 158 名(男性：66 名、女性：92 名、平均年齢：18.94 歳(±1.11))であり、T1 の抑うつが低い者 131 名(男性：58 名、女性：73 名、平均年齢：19.02 歳(±1.15))

を分析の対象とした。

なお、1 回目と 2 回目の調査両方に参加した者と 1 回目の調査のみに参加した者との間に、1 回目の調査で測定した質問紙の得点に有意差は見られなかった。

#### 4. 分析方法

まず、ネガティブな反すう傾向尺度、SDS、ストレッサー尺度、IDDL の関連を検討するために、各尺度間の Pearson の相関係数を算出した。続いて、ネガティブな反すうがうつ状態を予測するかどうかを検討するために、IDDL を目的変数とし、ネガティブな反すう傾向尺度、SDS、ストレッサー尺度を説明変数とした重回帰分析を行った。

### 第 3 節 結果

IDDL への回答から、T1 から T2 の間にうつ状態（2 週間以上の抑うつ）を経験したとされた者は、58 名（男性：24 名、女性：34 名、平均年齢：18.88 歳（ $\pm 0.80$ ））であった。

まず、ネガティブな反すう傾向尺度、T1 の SDS、ストレッサー尺度、IDDL の相関係数を算出した（表 5-1）。分析の結果、各尺度間の相関係数は、多重共線性が問題とされない高さであった（Tabachnick & Fidell, 1989）。

表 5-1  
ファイル

次に、T1 のネガティブな反すう傾向尺度が、T1 から T2 の間のうつ状態の程度を予測するかどうかを検討するために、IDDL を目的変数とし、T1 の SDS、T1 のネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とした重回帰分析を行った（表 5-2, Step 1）。分析の結果、重相関係数は有意であった（ $F(3,154)=10.45, p < .01$ ）。標準偏回帰係数については、ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間に有意な正の関連が見られた。

表 5-2  
ファイル

続いて、ストレッサーがうつ状態の発症に与える影響を考慮した上で、T1 のネガティブな反すう傾向尺度が、T1 から T2 の間の IDDL の程度を予測するかどうかを検討するために、説明変数にストレッサー尺度を加えた重回帰分析を行った（表 5-2, Step 2）。その結果、重相関係数は有意であった（ $F(3,127)=10.24, p < .01$ ）。標準偏回帰係数については、ネガティブな反すう傾向尺度およびストレッサー尺度と IDDL の間に有意な正の関連が見られた。

#### 第4節 考察

ネガティブな反すう傾向がうつ状態を引き起こす要因であるかどうかを予測的方法により検討したところ、調査開始時点のネガティブな反すう傾向尺度の得点が高いほど、その後8ヶ月間のIDDLの得点が高くなるという結果が得られた。そこで、ネガティブな反すう傾向が、うつ状態を引き起こす要因であることが示されたと考えられる。

また、ストレスがうつ状態の発症に与える影響を統制した上でも、同様の結果が得られるとともに、ストレス尺度よりもネガティブな反すう傾向尺度とIDDLの間の標準偏回帰係数の方が大きかった。抑うつを引き起こす要因として従来から注目されているストレス(e.g., Kendler et al., 1999; 久田・丹羽, 1987)よりも、ネガティブな反すうが、うつ状態の発症に強い影響力を持つことが示唆された。

ところで、我が国で行われてきた完全主義や説明スタイルといった抑うつの心理的要因に関する予測的研究(例えば、桜井・大谷, 1995; 園田・藤南, 1999; 高比良, 2000)では、抑うつの持続期間を測定しておらず、軽い落ち込み気分のような状態を測定している可能性がある。一方で、本研究では、うつ状態の基準を、第1章第2節で述べたように、社会的機能の低下が起こると考えられる2週間以上持続する抑うつとした。予測的研究によって、ネガティブな反すうがうつ状態を予測することが示されたことから、ネガティブな反すうは、社会的機能の低下を引き起こすレベルの抑うつを引き起こす要因であることが示唆されたと考えられる。

本研究の限界点として、うつ状態の既往歴を統制していないことが挙げられる。大うつ病を経験した者の多くが再発すること(e.g., Judd, 1997)や2週間以上続く抑うつ症状を2つ以上経験したことがある者は、そうでない者よりも、大うつ病を発症する確率が高いこと(Horwath et al., 1992)から、うつ状態の既往歴はうつ状態のリスクファクターであると考えられる。そのため、うつ状態の既往歴を統制した上で、ネガティブな反すうがうつ状態を引き起こす要因となるかについて検討することが今後の課題と言える。

表5-1 各尺度間の相関係数

	1	2	3	4
1 .ネガティブな反すう傾向尺度	-			
2 .ストレッサー尺度	.17 *	-		
3 .T1のSDS	.36 **	.12	-	
4 .IDDL	.36 **	.25 **	.19 **	-

p < .05, \*\* p < .01

注) ストレッサー尺度と各変数の相関係数の調査対象者数は, N=131.  
 それ以外の変数同士の相関係数の調査対象者数は, N=156.

表5-2 T 1 から T 2 の間のIDDLの程度に影響を与える要因の重回帰分析結果

	Step 1		Step 2	
	R(R <sup>2</sup> )=.37(.14) **		R(R <sup>2</sup> )=.44(.19) *	
	標準偏回帰係数 ( )			
T 1 のSDS	.05		.02	
ネガティブな反すう傾向尺度	.34	**	.36	**
ストレッサー尺度			.18	*

注) Step 1では, N=156 . Step 2では, N=131 .

\* p < .05, \*\* p < .01

## 第 6 章 従来の抑うつ心理的要因とうつ状態との関連性におけるネガティブな反すうの位置づけ

### 第 1 節 本章の目的

第 1 章第 4 節 2 では、抑うつ持続・重症化を取り上げている抑うつ心理的要因には、「反すう」という概念が共通して見られるとともに、抑うつ持続・重症化を引き起こす上で、反すうが重要な要素となっている可能性が指摘された。また、第 1 章第 4 節 3 では、その他の代表的な抑うつ心理的要因にも、「反すう」が共通要素として存在している可能性が指摘された。つまり、従来の抑うつ心理的要因とネガティブな反すうの間にはそれぞれ関連があり、また、従来の抑うつ心理的要因がうつ状態を引き起こすメカニズムにおいて、ネガティブな反すうが共通要素として関与している可能性が考えられるのである。

そこで、本章では、従来の抑うつ心理的要因がうつ状態を引き起こすメカニズムの中に、ネガティブな反すうがどのように位置づけられるかを検討することを目的とする。

なお、本章では、代表的な抑うつ心理的要因の中で、認知の内容に関する要因として抑うつ認知モデルの非機能的態度を、抑うつに影響する性格要因として執着性格と完全主義を、注意の焦点付けに関する要因として反応スタイル理論の反すう型反応を取り上げることとする。

### 第 2 節 反すう型反応とうつ状態との関連性におけるネガティブな反すうの位置づけ - 注意の焦点付けの対象がネガティブかどうかの区別がうつ状態をもたらす要因としての重要な要件となるか - (研究 6)

#### 1. 問題と目的

反応スタイル理論の反すう型反応は、反すうという要素を含む抑うつ心理的要因であり、ネガティブな反すうと関連が強いと考えられる。研究 3 では、反すうという共通要素がある「反すう型反応」と「自己没入」と「ネガティブな反すう」の 3 つが、過去のうつ状態との間に正の関連が見られた一方で、他の抑うつ心理的

要因は過去のうつ状態と関連が見られなかった。そのため、反すうがうつ状態を引き起こす要因として重要であることが示唆された。一方で、ネガティブな反すうと反すう型反応の大きな違いの一つは、ネガティブな反すうが反すうの対象をネガティブなものとしているのに対し、反すう型反応では、注意の焦点づけの対象がネガティブかどうかを限定していないことである。

ところで、第1章第5節4で論じたように、(1)反すう型反応において、注意の焦点付けの対象がネガティブかどうかは問題にされていないが、より抑うつと関連が強いのは、「否定的な」(ネガティブな)反すう型反応であること(名倉・橋本, 1999)、(2)抑うつを感じている時に、自己に注意を向けさせると、結果的に、ネガティブな自己や感情に注目するようになること(e.g., Pyszczynski et al., 1989; Pyszczynski et al., 1987)から、反すう型反応と抑うつとの関連についての知見は、感情や自己のネガティブな側面に注意を向けることによる影響と捉えることが出来る。

このように、先行研究で繰り返し示されてきた反すう型反応と抑うつとの関連性には、第3の変数であるネガティブな反すうが、mediator(媒介要因; Baron & Kenny, 1986)として存在している可能性が指摘できる。第3の変数の媒介的機能とは、Baron & Kenny(1986, p.1173)によれば、「焦点となる独立変数が従属変数へ影響を及ぼす上で、経路となるメカニズムを意味する」とされる。なお、Baron & Kenny(1986)では、媒介要因のモデルを図6-1のように示している。このモデルでは、(1)独立変数の変化が媒介要因の変化を有意に説明する(線a)、(2)媒介要因の変化が従属変数(結果変数)の変化を有意に説明する(線b)、(3)線aと線bを統制すると、統制以前には有意であった独立変数と従属変数の関連(線c)が有意でなくなる、という3つの条件を満たすときに、第3の変数が媒介要因となっていると判断される。

そこで本研究では、予測的方法を用いて、反すう型反応およびネガティブな反すう傾向とうつ状態の関連性が、以上の条件を満たすかどうかを検討する。反すう型反応がうつ状態を予測することはいくつかの先行研究で示されているが(e.g.,

Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 2000 ) , ネガティブな反すう傾向を統制した後では , 反すう型反応がうつ状態を予測しなかった場合には , うつ状態を予測する要因として , 注意の焦点付けの対象あるいは反すうの対象がネガティブであることが重要だということになると考えられる .

## 2 . 方法

### 1 ) 手続き

2 回からなる縦断的な質問紙調査を行った . 1 回目の調査 ( Time 1 : 以下 , T1 と呼ぶ ) は , 5 月中旬に , 約 8 ヶ月後の翌年の 1 月中旬に 2 回目の調査 ( Time 2 : 以下 , T2 と呼ぶ ) を行った . T1 でネガティブな反すう , 反すう型反応とその時の抑うつを測定し , T2 で T1 から T2 の間で最も落ち込んだ時期のうつ状態の程度を測定し , ネガティブな反すうおよび反すう型反応がうつ状態の程度を予測することができるか否かを検討した .

### 2 ) 質問紙

( 1 ) ネガティブな反すう傾向尺度 : 研究 3 , 4-1 , 4-2 , 5 , 6 と同じ . T1 で実施した .

( 2 ) 反すう型反応尺度 : 研究 3 , 4-1 と同じ . T1 で実施した .

( 3 ) SDS 日本語版 : 研究 3 , 4-1 , 4-2 , 5 , 6 と同じ . T1 で実施した .

( 4 ) IDDL 日本語版 : 研究 5 と同じ . 研究 T1 から T2 の間のうつ状態を測定するために用い , T2 で実施した . T1 から T2 の間で , 最も落ち込んだ時期の抑うつ症状の程度と , その症状が 2 週間以上持続したかどうかを測定した . 抑うつ症状を 2 週間以上経験したことがある場合を症状ありとし , 9 つの抑うつ症状の合計数をうつ状態の程度とした .

なお , 以上の尺度に加えて , ストレッサー尺度を同時に実施した . これについては , 研究 5 で分析を行った .

### 3) 対象者

T1 の抑うつが低い 156 名 (男性: 72 名, 女性: 84 名, 平均年齢: 19.03 歳 (± 1.20)) を分析の対象とした。研究 5 の対象者と同じである。

### 4) 分析方法

まず, ネガティブな反すう傾向尺度, 反すう型反応尺度, SDS, IDDL の関連を検討するために, 各尺度間の Pearson の相関係数を算出した。続いて, ネガティブな反すう傾向を統制した上で, 反すう型反応がうつ状態を予測するかを検討するために, IDDL を目的変数とし, ネガティブな反すう傾向尺度, 反すう型反応尺度, SDS を説明変数とした重回帰分析を行った。

## 3. 結果

まず, ネガティブな反すう傾向尺度, 反すう型反応尺度, T1 の SDS, IDDL の間の相関係数を算出した (表 6-1)。ネガティブな反すう傾向尺度と反すう型反応尺度との相関係数は, 多重共線性が問題とならない高さであった (Tabachnick & Fidell, 1989)。

表 6-1

ファイル

続いて, T1 の SDS, ネガティブな反すう傾向尺度, 反すう型反応尺度を説明変数とし, IDDL を目的変数とした重回帰分析を行った。最初に, T1 の反すう型反応尺度が, T1 から T2 の間のうつ状態の程度を予測するかどうかを検討するために, IDDL を目的変数とし, T1 の SDS, T1 の反すう型反応尺度を説明変数とした重回帰分析を行った (表 6-2, Step 1)。その結果, 重相関係数は有意であり ( $F(2,153)=7.47, p < .01$ ), 標準偏回帰係数については, 反すう型反応尺度と IDDL の間に有意な正の関連が見られた。

表 6-2

ファイル

次に, T1 のネガティブな反すう傾向尺度が, T1 から T2 の間のうつ状態の程度を予測するかどうかを検討するために, IDDL を目的変数とし, T1 の SDS, T1 のネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とした重回帰分析を行った (表 6-2, Step 2)。その結果, 重相関係数は有意であり ( $F(2,153)=12.00, p < .01$ ), 標準

偏回帰係数については、ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間に有意な正の関連が見られた。

最後に、T1 のネガティブな反すう傾向尺度および反すう型反応尺度のお互いを統制した上で、両者が、T1 から T2 の間のうつ状態の程度を予測するかどうかを検討するために、IDDL を目的変数とし、T1 の SDS、T1 の反すう型反応尺度およびネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とした重回帰分析を行った（表 6-2、Step 3）。その結果、重相関係数は有意であり（ $F(3,152)=8.34, p<.01$ ）、標準偏回帰係数については、ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間にのみ有意な正の関連が見られ、反すう型反応尺度と IDDL との関連は見られなかった。

#### 4．考察

まず、反すう型反応尺度とネガティブな反すう傾向尺度との間に、比較的高い正の相関が見られたことから、両者は関連の強い変数であることが示された。この結果は、反すう型反応とネガティブな反すうには「反すう」という共通要素があるためだと考えられる。

次に、注意の焦点付けあるいは反すうの対象がネガティブなものかどうか、うつ状態を引き起こす上で重要か否かを検討するために、反すう型反応とうつ状態の関連性に、媒介要因としてネガティブな反すうが存在しているかを調べた。その結果、反すう型反応尺度単独では、うつ状態の程度を予測するが、ネガティブな反すう傾向尺度を統制すると、うつ状態の程度を予測することができなかった。一方、ネガティブな反すう傾向尺度は、反すう型反応尺度を統制してもうつ状態の程度を予測していた。このように、反すう型反応とネガティブな反すう傾向とうつ状態の関連は、図 6-1 の注の 3 つの条件を満たしており、反すう型反応によるうつ状態発症のメカニズムには、媒介要因としてネガティブな反すうが関連していることが示唆された。

以上から、うつ状態の発症が引き起こされるためには、反応スタイル理論のいうように、感情や自己に注目することが影響しているだけではなく、感情や自己など

のネガティブな側面に注意を向け、それについて考え続けること、つまりネガティブな反すうが影響していることが示唆されたと考えられる。

### 第3節 完全主義、執着性格、非機能的態度とうつ状態との関連性におけるネガティブな反すうの位置づけについてのモデルの探索的検討（研究7）

#### 1. 問題と目的

本節では、従来の抑うつの心理的要因のうち、抑うつに影響する性格要因として完全主義と執着性格を、認知の内容に関する要因として抑うつの認知モデルの非機能的態度を取り上げる。各心理的要因とネガティブな反すうの関連性や各々がうつ状態を引き起こすメカニズムにおける、ネガティブな反すうの位置づけを検討する。

#### 1) 完全主義とネガティブな反すうの関連性とうつ状態の発症

完全主義は「自分に高い基準を設定すること」と「評価やミスを過度に気にすること」の2つの因子からなり、後者が抑うつと関連があることが示されているが（e.g., Norman et al., 1998; Enns & Cox, 1999）、「評価やミスを過度に気にすること」は、「嫌なこと」（評価やミス）を「繰り返し考えること」（過度に気にすること）と類似した概念だと考えられる。また、第1章第3節2で触れたように、Burns(1980)は、完全主義者の考え方が、完全主義者を非生産的かつ自己批判的な反すうに陥らせ、それが抑うつをもたらすと論じている。このように、完全主義者の特徴である「評価やミスを過度に気にすること」を持つ者が、ネガティブな反すうを行い、そのことによってうつ状態が引き起こされるというメカニズムが推察される。

本研究では、以上を踏まえて、完全主義の「評価やミスを過度に気にすること」の下位尺度とネガティブな反すうの関連を調べ、両者の共通点について検討するとともに、完全主義がうつ状態を引き起こすメカニズムにおける、ネガティブな反すうの位置づけを検討することを第1の目的とする。

## 2) 執着気質とネガティブな反すうの関連性とうつ状態の発症

下田(1950, p.1)は執着気質について「この性格の基礎は感情の経過の異常にある。すなはちこの性格者では一度起こった感情が正常人の如く時と共に冷却することがなく、長く其の強度を持続し或いは寧ろ増強する傾向を持つ」と述べている。この「一度起こった感情が時とともに冷却することがない」という執着気質の中核となる特性は「気になることを考えるとなかなか止まらなくなる」と解釈でき、反すうの概念と類似している。また、平沢(1962, p.229)は執着気質の特徴として、「心配性・苦勞性で人に何か言われると2~3日気になる。1つのことを気にするとそれをすぐに忘れることができない」などを挙げており、執着気質はネガティブな反すうと近い概念であると考えられる。

本研究では、以上を踏まえて、執着気質とネガティブな反すうの関連を調べ、両者の共通点について検討する。さらに、執着気質およびネガティブな反すうとうつ状態の関連性を明らかにすることにより、執着気質によってうつ状態が引き起こされるメカニズムの中に、ネガティブな反すうがどのように位置づけられるかを検討することを第2の目的とする。

## 3) 非機能的態度とネガティブな反すうの関連性とうつ状態の発症

非機能的態度は、抑うつの認知モデル(Beck et al., 1979)において抑うつの素因とされている。このモデルでは、非機能的態度に代表される抑うつスキーマを変容することが、うつ病の治療や予防のために重要であるとされており、モデルに基づく認知療法はうつ病の治療や予防に効果を挙げている(e.g., Beck et al., 1979; Blackburn, Eunson, & Bishop, 1986)。

しかし、調査開始時点の抑うつを統制すると、非機能的態度単独では抑うつを予測できないという結果が得られている(e.g., Barnett & Gotlib, 1988; Power, 1988)。また、研究4でも、非機能的態度とうつ状態との間には関連が見られなかった。

このように、抑うつの認知モデルにおいては、非機能的態度は抑うつの心理的要

因であるとされる一方で、実証的研究では、それを支持しない結果が得られる原因は、ネガティブな反すうの概念を用いることで解釈できるかもしれない。第1章第4節3では、うつ状態のようなある程度持続する抑うつの発症には、認知の内容が否定的であるとともに、その認知内容を繰り返し考えること（反すうすること）が影響している可能性が指摘された。例えば、抑うつスキーマについて論じた Kovacs & Beck(1978)は、抑うつの初期段階において、患者は『私は完全に敗北者だ』、『私の抑うつは、自分の罪への罰だ』などの特徴的な考えを反すうする傾向があると述べており、否定的な思考を反すうすることによって、抑うつが重症化する流れが示唆されている。このことから、否定的な認知を生み出す元となる非機能的態度を持つことに加え、ネガティブな反すう傾向を持つ場合に、うつ状態が引き起こされることが推測できる。このことから、非機能的態度とネガティブな反すう傾向とうつ状態の関連性を検討することにより、非機能的態度がうつ状態の発症を予測しないという結果が得られる原因についての示唆が得られるかもしれない。

そこで本研究では、非機能的態度とネガティブな反すうの関連を検討するとともに、非機能的態度が抑うつを引き起こすメカニズムにおける、ネガティブな反すうの位置づけを検討することを第3の目的とする。

#### 4) 完全主義、執着気質、非機能的態度、ネガティブな反すうの関連とうつ状態発症の心理的要因における共通要素としてのネガティブな反すう

第1章第3節では、様々な抑うつの心理的要因が提唱されている一方で、各要因間において、抑うつを引き起こす上での重要な共通要素があるかという問題についての幅広い検討がなされていないことを指摘した。うつ状態の予防を行うためには、抑うつの心理的要因の中で、特にうつ状態との関連性が強い要因や、うつ状態を引き起こす上での鍵となる要因を明らかにして、抑うつの心理的要因を整理する必要がある。

ところで、第1章第4節で論じたように、代表的な抑うつの心理的要因には、「反すう」が共通要素として存在している可能性があり、特に、抑うつの持続・重症化

を引き起こす上で、反すうが重要な共通要素として機能している可能性がある。

そこで、最後に、本研究では、完全主義、執着気質、非機能的態度とネガティブな反すうの関連を明らかにするとともに、完全主義、執着気質、非機能的態度がうつ状態を引き起こす上での重要な共通要素として、ネガティブな反すうが機能しているかを検討することを第4の目的とする。

## 2. 方法

### 1) 手続き

2回からなる縦断的な質問紙調査を行った。1回目の調査(Time 1: 以下、T1と呼ぶ)は、5月中旬に、2回目の調査(Time 2: 以下、T2と呼ぶ)は、約8ヶ月後の翌年の1月中旬に行った。T1でネガティブな反すう、完全主義、執着気質、非機能的態度とその時の抑うつを測定し、T2でT1から約2週間後の5月下旬(以下では「T1'」と呼ぶ)からT2の間で最も落ち込んだ時期のうつ状態の程度を測定し、T1で測定した変数がT1'からT2の間のうつ状態の程度を予測するかどうかを検討した。

### 2) 質問紙

(1) ネガティブな反すう傾向尺度：研究3、4-1、4-2、5、6と同じ。T1で実施した。

(2) 非機能的態度尺度：研究3、研究4-1と同じ。T1で実施した。

(3) 執着性格尺度：研究3、研究4-1と同じ。T1で実施した。

(4) 新完全主義尺度：研究3、研究4-1と同じ。本尺度の下位尺度を完全主義の2大因子とされる「自分に高い基準を設定すること」と「評価やミスを過度に気にすること」に分けると、前者に当てはまるのが「完全でありたいという欲求(DP)」と「自分に高い目標を課する傾向(PS)」であり、後者に当てはまるのが「ミスを過度に気にする傾向(CM)」と「自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向(D)」である。T1で実施した。

( 5 ) SDS 日本語版：研究 3 , 4-1 , 4-2 , 5 , 6 と同じ . T1 で実施した .

( 6 ) IDDL 日本語版：研究 5 , 6 と同じ . T1' から T2 の間のうつ状態を測定するために用い , T2 で実施した .

### 3 ) 対象者

対象者は , 首都圏の私立大学大学生であった . 1 回目の調査は大学生 389 名に , 2 回目の調査は 340 名に実施し , 両方の調査でデータのそろった者は , 243 名 ( 男性 : 103 名 , 女性 : 140 名 , 平均年齢 : 18.98 歳 ( ±1.39 ) ) であった . なお , T1 の SDS が 48 点以下の者 ( 「 T1 の抑うつが低い者 」 と呼ぶ ) は , 191 名 ( 男性 : 83 名 , 女性 : 108 名 , 平均年齢 : 18.95 歳 ( ±1.33 ) ) であり , 分析の対象とした .

### 4 ) 分析方法

まず , ネガティブな反すう傾向尺度 , 新完全主義尺度 , 執着性格尺度 , 非機能的態度尺度 , SDS , IDDL の関連を検討するために , 各尺度間の Pearson の相関係数を算出した . 続いて , IDDL を目的変数とし , それ以外の 4 尺度を説明変数とした重回帰分析を行った . 最後に , 以上の分析に基づいて , 尺度間の関連性のモデルを作成し , 構造方程式モデリングによって妥当性の検討を行った .

## 3 . 結果

### 1 ) 各尺度間の相関係数

ネガティブな反すう傾向尺度 , 新完全主義尺度の各下位尺度 , 執着性格尺度 , 非機能的態度尺度 , SDS , IDDL の間の相関係数を算出したところ , 表 6-3 のような結果が得られた .

表 6-3

ファイル

### 2 ) 完全主義とネガティブな反すうについて

#### ( 1 ) 完全主義とネガティブな反すう傾向の関連 ( 相関分析による検討 )

表 6-3 にあるように , 新完全主義尺度の 「 完全でありたいという欲求 」 , 「 ミス

を過度に気にする傾向」, 「自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向」は, ネガティブな反すう傾向尺度と正の相関があることが示されている.

### (2) 完全主義およびネガティブな反すう傾向によるうつ状態の予測(重回帰分析による検討)

T1 の SDS, 新完全主義尺度の各下位尺度, ネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とし, IDDL を目的変数とした重回帰分析を行った. 最初に, T1 の新完全主義尺度の各下位尺度が, T1' から T2 の間のうつ状態の程度を予測するかどうかを検討するために, IDDL を目的変数とし, T1 の SDS, T1 の新完全主義尺度の各下位尺度を説明変数とした重回帰分析を行った(表 6-4, Step 1). その結果, 重相関係数は有意でなく ( $F(5,185)=1.21, n.s.$ ), 標準偏回帰係数については, 「自分に高い目標を課する傾向」と IDDL の間に有意傾向で負の関連があった.

表 6-4

ファイル

次に, T1 のネガティブな反すう傾向尺度が, T1' から T2 の間のうつ状態の程度を予測するかどうかを検討するために, IDDL を目的変数とし, T1 の SDS, T1 のネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とした重回帰分析を行った(表 6-4, Step 2). その結果, 重相関係数は有意であり ( $F(2,188)=4.04, p<.05$ ), 標準偏回帰係数については, ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間に有意な正の関連が見られた.

最後に, T1 のネガティブな反すう傾向尺度および新完全主義尺度をお互いに統制した上で, 両者が T1' から T2 の間のうつ状態の程度を予測するかどうかを検討するために, IDDL を目的変数とし, T1 の SDS, T1 の新完全主義尺度の各下位尺度およびネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とした重回帰分析を行った(表 6-4, Step 3). その結果, 重相関係数は有意傾向であり ( $F(6,184)=2.10, p<.10$ ), 標準偏回帰係数については, ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間に有意な正の関連が見られ, 「自分に高い目標を課する傾向」と IDDL の間に有意傾向で負の関連が見られた.

### (3) 完全主義およびネガティブな反すう傾向とうつ状態の関連性についてのパス図の作成とモデルの検討

まず、相関分析によって（表 6-3）、有意な相関関係にあったネガティブな反すう傾向尺度と「完全でありたいという欲求」、「ミスを過度に気にする傾向」、「自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向」の間、および T1 の SDS とネガティブな反すう傾向尺度および「ミスを過度に気にする傾向」の間に双方向の矢印を引いた。次に、重回帰分析によって（表 6-4、Step 3）、両者間の標準偏回帰係数が有意であったネガティブな反すう傾向尺度と IDDL との間に、ネガティブな反すう傾向から IDDL へ向かう矢印を引き、両者間の標準偏回帰係数が有意傾向であった「自分に高い目標を課する傾向」と IDDL との間に「自分に高い目標を課する傾向」から IDDL へ向かう矢印を引いたところ、図 6-2 のようなうつ状態発症モデルが出来る。

図 6-2  
ファイル

このモデルにおける変数間の関連性が妥当であるかどうかを構造方程式モデリングにより検討したところ、各尺度の相関行列の全分散を説明する程度を表す適合度指標はいずれも十分な値を示したが、「自分に高い目標を課する傾向」から IDDL へ向かう矢印のみが有意ではなかった（図 6-3）。そこで、この矢印を削除した上で、モデルにおける関連性が妥当であるかどうかを再度検討したところ、各尺度の相関行列の全分散を説明する程度を表す適合度指標はいずれも十分な値を示すとともに、全ての関連が有意であった（図 6-4）。なお、このモデルにおいて、修正指標として提示されたパス（矢印）はなかった。図 6-4 に示されているように、ネガティブな反すう傾向尺度と完全主義の「完全でありたいという欲求」、「ミスに過度に気にする傾向」、「自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向」の間には、正の関連が見られるとともに、IDDL を予測するのは、ネガティブな反すう傾向尺度のみであった。

図 6-3、  
図 6-4  
ファイル

## 2) 執着性格とネガティブな反すうについて

### (1) 執着性格とネガティブな反すう傾向の関連（相関分析による検討）

表 6-3 にあるように、執着性格尺度とネガティブな反すう傾向尺度との間には正の相関があることが示された。

( 2 ) 執着性格およびネガティブな反すう傾向によるうつ状態の予測(重回帰分析による検討)

T1 の SDS , 執着性格尺度 , ネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とし , IDDL を目的変数とした重回帰分析を行った . 最初に , T1 の SDS , T1 の執着性格尺度を説明変数とした重回帰分析を行ったところ , 重相関係数は有意でなく (  $F(2,188)=0.09, n.s.$  ) , 標準偏回帰係数も有意でなかった ( 表 6-5 , Step 1 ) .

表 6-5  
ファイル

次に , T1 の SDS , T1 のネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とした重回帰分析を行ったところ , 重相関係数は有意であり (  $F(2,188)=4.04, p < .05$  ) , 標準偏回帰係数については , ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間に有意な正の関連が見られた ( 表 6-5 , Step 2 ) .

最後に , T1 の SDS , T1 の執着性格尺度およびネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とした重回帰分析を行ったところ , 重相関係数は有意であり (  $F(3,187)=2.81, p < .05$  ) , 標準偏回帰係数については , ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間に有意な正の関連が見られた ( 表 6-5 , Step 3 ) .

( 3 ) 執着性格およびネガティブな反すう傾向とうつ状態の関連性についてのパス図の作成とモデルの検討

まず , 相関分析によって ( 表 6-3 ) , 有意な相関関係にあった執着性格尺度とネガティブな反すう傾向尺度の間 , および T1 の SDS とネガティブな反すう傾向尺度の間に双方向の矢印を引いた . 次に , 重回帰分析によって ( 表 6-5 , Step 3 ) , 両者間の標準偏回帰係数が有意であったネガティブな反すう傾向と IDDL との間に , ネガティブな反すう傾向から IDDL へ向かう矢印を引いたところ , 図 6-5 のようなうつ状態発症モデルが出来る .

図 6-5  
ファイル

このモデルにおける変数間の関連性が妥当であるかどうかを構造方程式モデリングにより検討したところ , 各尺度の相関行列の全分散を説明する程度を表す適合度指標はいずれも十分な値を示し , 以上のモデルにおける関連性が妥当であることが示された ( 図 6-6 ) . なお , このモデルにおいて , 修正指標として提示されたパスはなかった . 図 6-6 に示されているように , ネガティブな反すう傾向尺度と執着

性格尺度の間には正の関連があるとともに、IDDL を予測するのは、ネガティブな反すう傾向尺度だけであった。

図 6-6  
ファイル

### 3) 非機能的態度とネガティブな反すうについて

#### (1) 非機能的態度とネガティブな反すう傾向の関連 (相関分析による検討)

表 6-3 にあるように、非機能的態度尺度とネガティブな反すう傾向尺度との間には正の相関があることが示された。

#### (2) 非機能的態度およびネガティブな反すう傾向によるうつ状態の予測 (重回帰分析による検討)

T1 の SDS、非機能的態度尺度、ネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とし、IDDL を目的変数とした重回帰分析を行った。最初に、T1 の SDS、T1 の非機能的態度尺度を説明変数とした重回帰分析を行ったところ、重相関係数は有意でなく ( $F(2,188)=1.58, n.s.$ )、標準偏回帰係数については、非機能的態度と IDDL との間に有意傾向で負の関連が見られた (表 6-6, Step 1)。

表 6-6  
ファイル

次に、T1 の SDS、T1 のネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とした重回帰分析を行ったところ、重相関係数は有意であり ( $F(2,188)=4.04, p < .05$ )、標準偏回帰係数については、ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間に有意な正の関連が見られた (表 6-6, Step 2)。

最後に、T1 の SDS、T1 の非機能的態度尺度およびネガティブな反すう傾向尺度を説明変数とした重回帰分析を行ったところ、重相関係数は有意であり ( $F(3,187)=5.25, p < .01$ )、標準偏回帰係数については、ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間に有意な正の関連が見られ、非機能的態度尺度と IDDL の間に有意な負の関連が見られた (表 6-6, Step 3)。

#### (3) 非機能的態度およびネガティブな反すう傾向尺度とうつ状態の関連性についてのパス図の作成とモデルの検討

まず、相関分析によって (表 6-3)、有意な相関関係にあったネガティブな反すう傾向尺度と非機能的態度尺度の間、および T1 の SDS とネガティブな反すう傾

向尺度および非機能的態度尺度の間に双方向の矢印を引いた。次に、重回帰分析によって（表 6-6，Step 3），有意であった標準偏回帰係数に従い，ネガティブな反すう傾向尺度から IDDL へ向かう矢印と非機能的態度尺度から IDDL へ向かう矢印を引いたところ，図 6-7 のようなうつ状態発症モデルが出来る。

図 6-7  
ライレル

このモデルにおける変数間の関連性が妥当であるかどうかを構造方程式モデリングにより検討したところ，各尺度の相関行列の全分散を説明する程度を表す適合度指標はいずれも十分な値を示し，以上のモデルにおける関連性が妥当であることが示された（図 6-8）。なお，このモデルにおいて，修正指標として提示されたパスはなかった。図 6-8 により，ネガティブな反すう傾向と非機能的態度の間には正の関連があるとともに，ネガティブな反すう傾向が高いと IDDL が高くなり，非機能的態度が高いと IDDL が低くなることが示されている。

図 6-8  
ライレル

#### 4) 完全主義，執着性格，非機能的態度とネガティブな反すうについて

まず，完全主義の各下位尺度，執着性格尺度，非機能的態度尺度，ネガティブな反すう傾向尺度，SDS の各変数の間で，有意あるいは有意傾向で相関が得られた変数間（表 6-3）に双方向の矢印を引いた。次に，以上の尺度全てを説明変数として IDDL を目的変数とした重回帰分析を行ったところ，重相関係数は有意であり（ $F(8,182)=2.62, p<.05$ ），標準偏回帰係数については，ネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間に有意な正の関連が見られ，非機能的態度尺度と IDDL の間に有意な負の関連が見られた（表 6-7）。有意な標準偏回帰係数の見られた変数間に，説明変数から目的変数へと片方向の矢印を引いたところ，図 6-9 のようなうつ状態発症モデルが出来る。

図 6-9  
ライレル

このモデルにおける変数間の関連性が妥当であるかどうかを構造方程式モデリングにより検討したところ，各尺度の相関行列の全分散を説明する程度を表す適合度指標はいずれも十分な値を示し，以上のモデルにおける関連性が妥当であることが示された（図 6-10）。なお，このモデルにおいて，修正指標として提示されたパスはなかった。図 6-10 により，執着性格，完全主義，非機能的態度とネガティ

ブな反すう傾向の間には正の関連があり、ネガティブな反すう傾向が高いと IDDL が高くなり、非機能的態度が高いと IDDL が低くなることが示されている。

図 6-10

ファイル

#### 4. 考察

##### 1) 完全主義とネガティブな反すうの関連および完全主義がうつ状態を引き起こすメカニズムにおけるネガティブな反すうの位置づけ

新完全主義尺度、ネガティブな反すう傾向尺度、SDS および IDDL の関連性についてのモデルの妥当性を検討したところ、完全主義とネガティブな反すう傾向の間には正の関連があるとともに、IDDL を予測するのはネガティブな反すう傾向だけであるという、うつ状態発症モデルが妥当であることが示された(図 6-4)。

図 6-4 を見ると、完全主義の傾向が高い人、特に「ミスを過度に気にする傾向」、「自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向」といった完全主義の「評価やミスを過度に気にする」傾向が高い人は、ネガティブな反すう傾向が高く、完全主義の「評価やミスを過度に気にする」側面とネガティブな反すう傾向には関連があることがわかる。そこで、完全主義には、ネガティブな反すうと重なる部分があると考えられる。

次に、完全主義はうつ状態を予測せず、予測したのはネガティブな反すう傾向のみであったことから、完全主義傾向が直接的にうつ状態を引き起こすのではなく、完全主義傾向が高く、ネガティブな反すう傾向が高い場合に、うつ状態が引き起こされると考えられる。そこで、完全主義がうつ状態を引き起こすメカニズムには、ネガティブな反すう傾向が重要な要素として介在していることが示唆される。

ところで、本研究では、重回帰分析の結果、完全主義そのものは抑うつの程度を予測しなかったが、先行研究には、完全主義が抑うつの変化を予測することを縦断的方法で示したものがある(桜井・大谷, 1995; Flett, Hewitt, Blankstein, & Mosher, 1995; Hewitt, Flett, & Ediger, 1996; Joiner & Schmidt, 1995)。それらは、どれも第 1 回目の調査での完全主義の得点が、第 1 回目の調査での抑うつ得点を統制した上で、第 2 回目の調査での抑うつ得点を予測できるかを検討している。

しかし、この方法で検討されているのは、第2回目の調査での抑うつ得点が、第1回目の調査での抑うつ得点に比べて、「どれくらい変化しているか」を予測する要因であって、「高い抑うつ」を予測する要因ではない。例えば、桜井・大谷(1995)は、完全主義の「ミスを過度に気にする傾向」が3ヶ月後のSDSを予測するという結果を得ているが、その3ヶ月後のSDSの平均点は41点であった。うつ病患者群のSDSの平均点が60点である(福田・小林, 1973)ことを考慮すると、桜井・大谷(1995)は、「抑うつ」(高い抑うつ得点)を予測したとは言えないとの指摘も可能である。つまり、先行研究の縦断的研究では、完全主義は抑うつ得点の変化量を予測する心理的要因であるかどうかは示されているが、ある程度持続する抑うつ挿話を引き起こす心理的要因であるかどうかは検討できていないと考えられる。

一方、本研究では、うつ状態の基準を持続期間が2週間以上としたところ、完全主義とうつ状態には直接的な関連が見られず、完全主義と正の関連があるネガティブな反すうがうつ状態を予測することが示された。このことから、完全主義がうつ状態を引き起こすメカニズムには、ネガティブな反すう傾向が介在していると考えられる。

## 2) 執着性格とネガティブな反すうの関連および執着性格がうつ状態を引き起こすメカニズムにおけるネガティブな反すうの位置づけ

執着性格尺度、ネガティブな反すう傾向尺度、SDS および IDDL の関連性についてのモデルの妥当性を検討したところ、執着性格とネガティブな反すう傾向との間には正の関連があるとともに、IDDL を予測するのはネガティブな反すう傾向だけであるという、うつ状態発症モデルが妥当であることが示された(図 6-6)。

図 6-6 を見ると、執着性格が高い人は、ネガティブな反すう傾向が高いことがわかる。前述したように、執着性格は、ネガティブな反すうと重なる特徴を持つことから、両者には重なる部分があると考えられる。

次に、執着性格はうつ状態を予測せず、予測したのはネガティブな反すう傾向で

あったことから、執着性格が直接的にうつ状態を引き起こすのではなく、執着性格傾向が高く、ネガティブな反すう傾向が高い場合に、うつ状態が引き起こされると考えられる。このように、執着性格がうつ状態を引き起こすメカニズムには、ネガティブな反すう傾向が重要な要素として介在していると見られる。

ところで、わが国では、執着性格がうつ病の病前性格であるとするものが見られる（佐藤・飯田，2000；佐藤ら，1994；矢崎，1975）一方で、執着性格と抑うつとの関連性に関する実証的な研究は少なく（例えば，田中，1974），さらに、執着性格と抑うつとの関連性を縦断的に検討した研究は見られない。本研究では、縦断的な検討の結果、執着性格そのものは抑うつの程度を予測しなかったことから、執着性格が直接的にうつ状態を引き起こすかどうかには疑問があり、改めて検討する必要がある。

### 3) 非機能的態度とネガティブな反すうの関連および非機能的態度がうつ状態を引き起こすメカニズムにおけるネガティブな反すうの位置づけ

非機能的態度尺度、ネガティブな反すう傾向尺度、SDS および IDDL の関連性についてのモデルの妥当性を検討したところ、非機能的態度とうつ状態の間には正の関連が見られるとともに、ネガティブな反すうが高いとうつ状態が高くなり、非機能的態度が高いとうつ状態が低くなるという、うつ状態発症モデルが妥当であることが示された（図 6-8）。つまり、非機能的態度とうつ状態の間には、非機能的態度が高い場合に、ネガティブな反すう傾向も高くなり、うつ状態が引き起こされやすくなるというプロセス（以下では、プロセス A と呼ぶ）と、非機能的態度が高い場合に、うつ状態が引き起こされにくくなるというプロセス（以下では、プロセス B と呼ぶ）があると考えられる。

図 6-8 を見ると、まず、非機能的態度が高い者は、ネガティブな反すう傾向が高くなっている。このことは、第 1 章第 4 節 3 で取り上げたように、Beck が、抑うつの初期段階において、患者は『私は完全に敗北者だ』、『私の抑うつは、自分の罪への罰だ』などといった特徴的な考えを反すうする傾向があると述べている

( Kovacs & Beck, 1978 ) ことと一致しており，抑うつ認知モデルに，ネガティブな反すうと共通する部分があることが示唆されている．

プロセス A からは，非機能的態度が直接的にうつ状態を引き起こすのではなく，非機能的態度が高く，ネガティブな反すう傾向が高い場合に，うつ状態が引き起こされることが示されている．そこで，非機能的態度がうつ状態を引き起こすメカニズムには，ネガティブな反すう傾向が重要な要素として介在していることが示唆される．非機能的態度は，うつ状態をもたらす心理的要因であるとされるにも関わらず，臨床レベルの抑うつを予測しないという結果が得られている ( e.g., Barnett & Gotlib, 1988; Power, 1988 ) ことについて，本章第 3 節 1 では，うつ状態のようなある程度持続する抑うつがもたらされるためには，単に認知の内容が問題になるだけでなく，認知内容を繰り返し考えること ( 反すうすること ) が必要になるという可能性を指摘した．本研究の結果は，この考えと一致しており，非機能的態度が高く，ネガティブな反すう傾向も高い場合に，うつ状態が引き起こされると解釈することができる．

次に，プロセス B では，非機能的態度が高いとうつ状態を経験しにくくなるという関連性が示されている．非機能的態度は，うつ状態をもたらす素因とされるのに，なぜ，それと反対の結果が得られたのだろうか．その理由は，うつ状態発症のモデルに，ネガティブな反すう傾向が組み込まれた影響によると解釈することができる．つまり，非機能的態度が高く，ネガティブな反すう傾向もともに高い場合には，うつ状態に陥りやすい一方で，非機能的態度は高くても，ネガティブな反すう傾向が低い場合には，うつ状態に陥りにくくなる解釈することが可能である．これは，丹野 ( 2001 ) の非機能的態度 ( 抑うつスキーマ ) 自体は適応的であるとの指摘とも一致している．丹野 ( 2001, p.21-22 ) は，「他の人に嫌われたら，幸せになれない」という抑うつスキーマを持つ者は，人に好かれるように努力するだろうから，普段の対人関係は適応的であるかもしれないが，もし，何かのきっかけで人に嫌われたと感じたら，「私は不幸せだ」と感じ，落ち込んでしまうと論じており，非機能的態度には適応的な側面があるとしている．図 6-8 のモデルでは，ネ

ガティブな反すう傾向をモデルに組み込むことで、非機能的態度の「適応的な側面」と「不適応的な側面」がわかれ、「適応的な側面」として、プロセス B が示されたという解釈が可能である。

#### 4) 完全主義，執着性格，非機能的態度がうつ状態を引き起こす共通要素としてのネガティブな反すう傾向

新完全主義尺度，執着性格尺度，非機能的態度尺度，ネガティブな反すう傾向尺度，SDS および IDDL の関連性についてのモデルの妥当性を検討したところ，図 6-10 に示されたうつ状態発症モデルが妥当であることが示された。

まず，図 6-10 を見ると，完全主義，執着性格，非機能的態度とネガティブな反すう傾向との間に正の相関が見られることから，完全主義，執着性格，非機能的態度という異なる抑うつの心理的要因は，共通してネガティブな反すう傾向と正の関連があることがわかる。

次に，完全主義，執着性格，非機能的態度が高くても，うつ状態が直接的に引き起こされるわけではなく，ネガティブな反すう傾向が高いとうつ状態が引き起こされることが示されている。そこで，完全主義，執着性格，非機能的態度がうつ状態を引き起こすメカニズムには，ネガティブな反すう傾向が重要な共通要素として介在していることが示唆される。

例えば，図 6-10 を見てみると，非機能的態度と執着性格は，互いに相関が見られないが，両者とうつ状態の関連性のモデルに，ネガティブな反すう傾向を加えることによって，両者はともにネガティブな反すう傾向と正の相関があり，両者がうつ状態を引き起こす経路にはネガティブな反すう傾向が存在しているという共通点があることがわかる。互いに関連のない非機能的態度と執着性格が，うつ状態を発症させる共通要素としてネガティブな反すう傾向が存在している可能性が考えられる。

#### 5) 本研究の限界点

各モデルに示されたネガティブな反すう傾向とうつ状態の間の標準偏回帰係数は、有意ではあるが、.18 から.25 と低いものであった。ネガティブな反すう傾向は、うつ状態を発症させる共通要素であるといっても、うつ状態への影響力は低いと考えられる。このことは、うつ状態を発症させる要因として、ネガティブな反すう傾向以外の様々な要因が影響することを意味する。近年の研究では、大うつ病は、心理的要因に加えて、遺伝的要因、ストレスフルなライフイベント、過去の大うつ病の既往歴などの多様な要因によって引き起こされることが示されている（Kendler, Kessler, Neale, Heath, & Eaves, 1993）。因みに、この研究では、楽観主義傾向や自尊感情などの心理的要因の中で、神経症傾向が最も大うつ病を予測したことから、神経症傾向を大うつ病発症モデルに組み込んでいるが、両者の間の標準偏回帰係数は、.14 と低いものであった。これは、本研究の結果と一致しており、うつ状態の発症に対する心理的要因の説明率は低いことがわかる。

また、研究5と同様に、本研究では、うつ状態の既往歴を統制していないことが限界点として挙げられる。

#### 第4節 本章のまとめ

本章では、従来の抑うつの心理的要因の中で、注意の焦点付けに関する要因から反応スタイル理論の反すう型反応を、抑うつに影響する性格要因から執着性格と完全主義を、認知の内容に関する要因から抑うつの認知モデルの非機能的態度を取り上げて、それらの心理的要因とネガティブな反すう傾向の関連、およびそれらの要因がうつ状態を引き起こすメカニズムの中に、ネガティブな反すう傾向がどのように位置づけられるかを検討した。

その結果、研究6では、反すう型反応とうつ状態との関連性には、媒介要因としてネガティブな反すうが存在していることが示された。反すう型反応とネガティブな反すう傾向は、ともに「反すう」に着目した概念であるという共通点を持つ一方で、両者の大きな違いは、前者が注意の焦点付けの対象をネガティブなものかどうかで区別していないのに対し、後者は対象をネガティブなものとしていることであ

る。そこで、うつ状態の発症が引き起こされるためには、感情や自己のネガティブな側面に注意を向け、それについて考え続けること、つまりネガティブな反すうが影響していることが示唆されたと言える。このことは、反すう型反応だけでなく、注意の焦点付けの対象を自己とし、ネガティブかどうかを特に問題としない、自己没入にも当てはまると考えられ、注意の焦点付けに関する抑うつの心理的要因がうつ状態を引き起こす上での共通した媒介要因として、ネガティブな反すう傾向が存在することが示唆された。

次に、研究7では、抑うつに影響する性格要因である、完全主義と執着性格がうつ状態を引き起こすメカニズムには、ネガティブな反すう傾向が介在していることが示唆された。第1章第3節2では、抑うつに影響する性格要因には「完全性・几帳面性」という側面と「気にする・思い悩む」という側面が含まれているという共通点があり、後者が特にネガティブな反すう傾向と関連があることを論じた。そして、研究7では、完全主義の「気にする・思い悩む」側面（「評価やミスを過度に気にする傾向」）は、うつ状態を直接的には予測しない一方で、完全主義の「気にする・思い悩む」側面と正の相関のあるネガティブな反すう傾向は、うつ状態を予測した。このことから、完全主義の「気にする・思い悩む」という側面とともに、ネガティブな反すう傾向を持つ場合に、うつ状態が引き起こされると考えられる。そこで、抑うつに影響する性格要因がうつ状態が引き起こされるメカニズムには、ネガティブな反すう傾向が共通要素として介在することが示唆される。

続いて、研究7では、認知の内容に関する抑うつの心理的要因である、抑うつの認知モデルの非機能的態度（抑うつスキーマ）がうつ状態を引き起こすメカニズムには、ネガティブな反すう傾向が介在することが示唆された。うつ状態がもたらされるためには、単に認知の内容が問題になるだけでなく、その認知内容を繰り返し考えること（反すうすること）が必要になる可能性が指摘できる。このことは、非機能的態度だけではなく、その他の認知の内容に関する心理的要因にも当てはまる。例えば、第1章第4節3のSeligman(1990)の指摘にあるように、帰属スタイルが悲観的なことに加えて、反すうをする傾向がある場合に、うつ状態が引き起こされ、

帰属スタイルが悲観的なだけではうつ状態は引き起こされないと考えられる。

以上をまとめると、本章の検討により、本研究で取り上げた従来の代表的な抑うつ心理的要因がうつ状態を引き起こすメカニズムには、ネガティブな反すう傾向が重要な共通要素として介在することが示唆された。

その一方で、各モデルで示されたネガティブな反すう傾向とうつ状態の間の標準偏回帰係数は、有意ではあるが、.18 から .25 と低く、ネガティブな反すう傾向は、うつ状態を発症させる共通要素であるといっても、うつ状態への影響力はそれほど高くないと考えられる。このことは、大うつ病は他要因によって引き起こされ、それぞれのリスクファクターの説明率はそれほど高くないという先行研究と一致している (Kendler et al., 1993)。

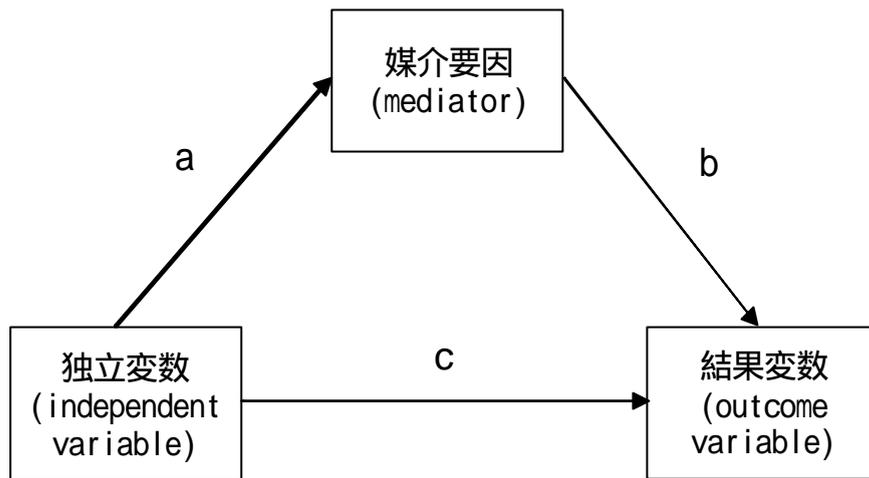


図6-1 媒介要因のモデル

(Baron & Kenny (1986, p.1176) に基づいて作成)  
注)

以下の条件が満たされるときに、ある変数が媒介要因として、機能していると言える。

- (1)独立変数の変化が媒介要因の変化を有意に説明する(線a)。
- (2)媒介要因の変化が従属変数の変化を有意に説明する(線b)。
- (3)線aと線bを統制すると、統制以前には有意であった独立変数と従属変数の関連(線c)が、有意でなくなる。

表6-1 各尺度間の相関係数

	1	2	3	4
1 .ネガティブな反すう傾向尺度	-			
2 .反すう型反応尺度	.56 **	-		
3 .SDS	.36 **	.25 **	-	
4 .IDDL	.36 **	.27 **	.19 **	-

\* p <.05, \*\* p <.01

表6-2 反すう型反応およびネガティブな反すう傾向がうつ状態に与える影響についての重回帰分析結果

説明変数	Step 1	Step 2	Step 3
	R (R <sup>2</sup> )=.30 (.09)	R (R <sup>2</sup> )=.37 (.14)	R (R <sup>2</sup> )=.37 (.14)
	標準偏回帰係数 ( )		
T 1 のSDS	.13	-.06	.06
反すう型反応尺度	.24 **		.09
ネガティブな反すう傾向尺度		.34 **	.30 **

†p <.10, \*p <.05, \*\*p <.01

表6-3 各尺度間の相関係数

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. ネガティブな反すう傾向尺度	-								
2. 非機能的態度尺度	.33 **	-							
3. 執着性格尺度	.13 †	-.03	-						
4. (新 完全でありたいという欲求 (DP)	.14 **	.08	.61 **	-					
5. (全 自分に高い目標を課する傾向 (PS)	.02	.13 †	.38 **	.55 **	-				
6. (主 ミスを過度に気にする傾向 (CM)	.27 **	.53 **	.21 **	.38 **	.16 *	-			
7. (義 自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向 (D)	.27 **	.20 **	.35 **	.50 **	.28 **	.31 **	-		
8. SDS	.33 **	.26 **	-.07	-.02	-.05	.23 **	.02	-	
9. IDDL	.19 **	-.12 †	-.01	.05	-.09	.01	.11	.01	-

† p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01

表6-4 新完全主義尺度およびネガティブな反すう傾向がうつ状態に与える影響についての重回帰分析結果

説明変数	Step 1	Step 2	Step 3
	$R(R^2)=.18(.03)$	$R(R^2)=.20(.05)$	$R(R^2)=.25(.06)$
	標準偏回帰係数 ( )		
T1のSDS	.00	-.06	-.06
完全でありたいという欲求(DP)	.09		.09
自分に高い目標を課する傾向(PS)	-.16 <sup>†</sup>		-.16 <sup>†</sup>
ミスを過度に気にする傾向(CM)	-.04		-.07
自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向(D)	.12		.08
ネガティブな反すう傾向尺度		.21 **	.20 *

<sup>†</sup>p <.10, \* p <.05, \*\* p <.01

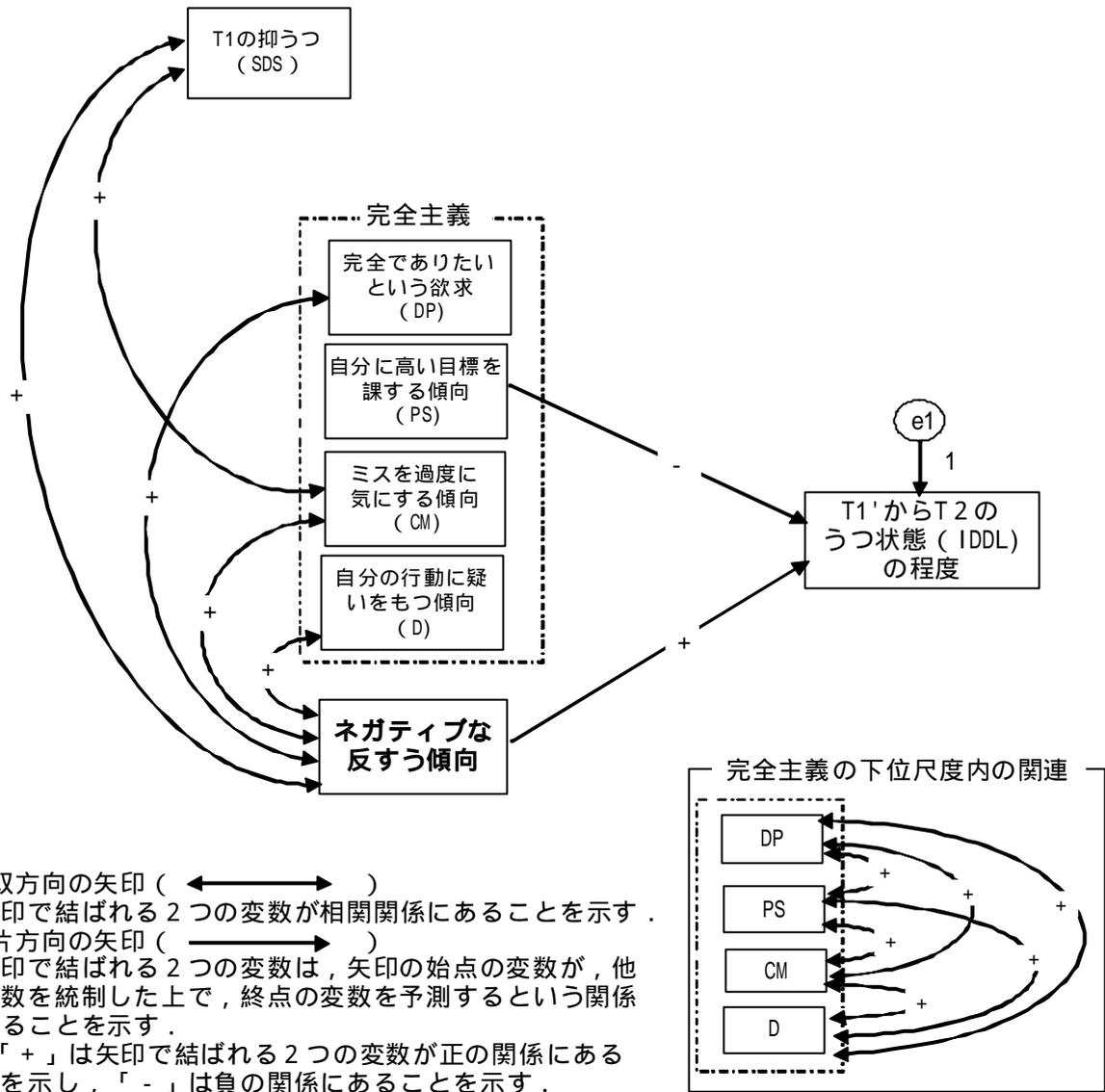
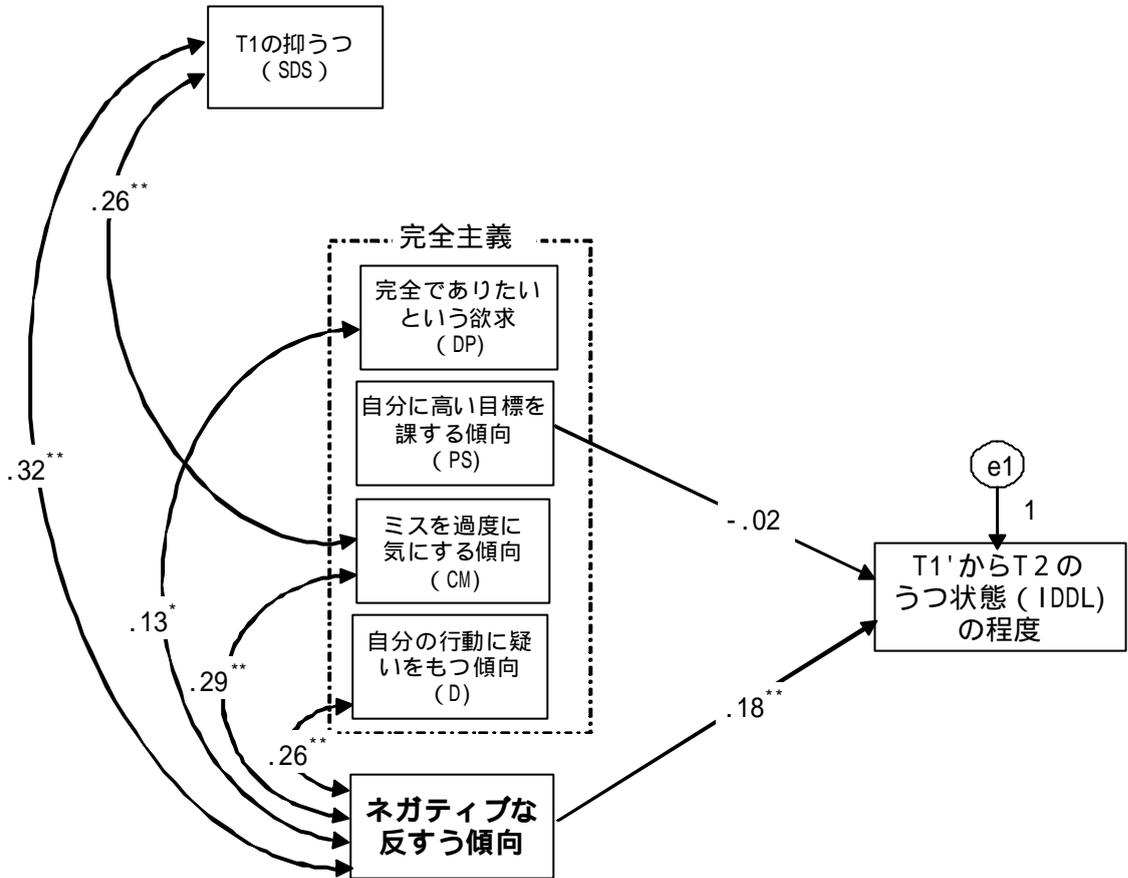
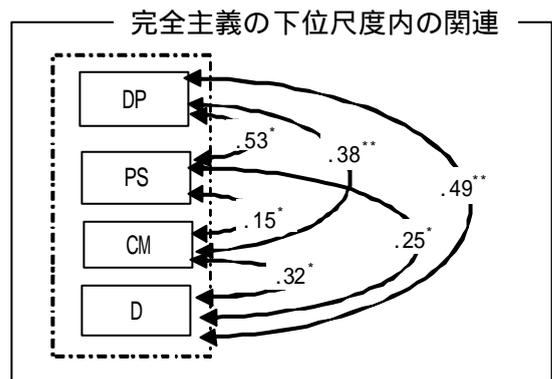


図6-2 うつ状態の心理的要因としての完全主義とネガティブな反すう傾向の関連性

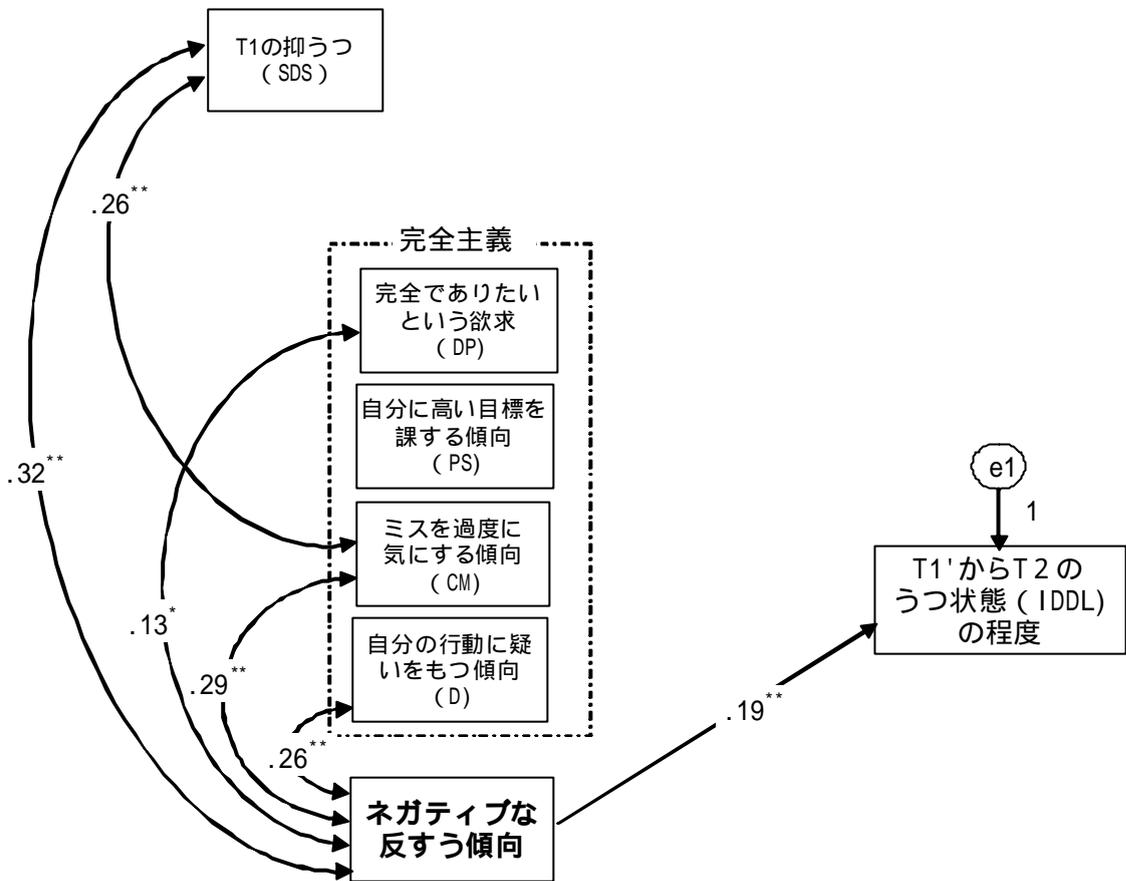


GFI=.990  
 AGFI=.966  
 RMSEA=.000  
 Chi-Square=6.93(p =0.544)

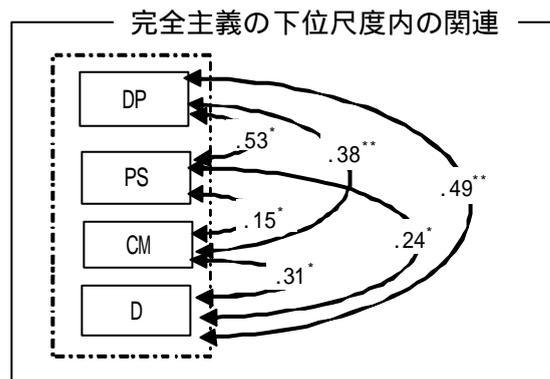


$^†p < .10, ^*p < .05, ^{**}p < .01$

図6-3 うつ状態の心理的要因としての完全主義とネガティブな反すう傾向の関連性



GFI=.990  
 AGFI=.969  
 RMSEA=.000  
 Chi-Square=7.03(p =0.634)



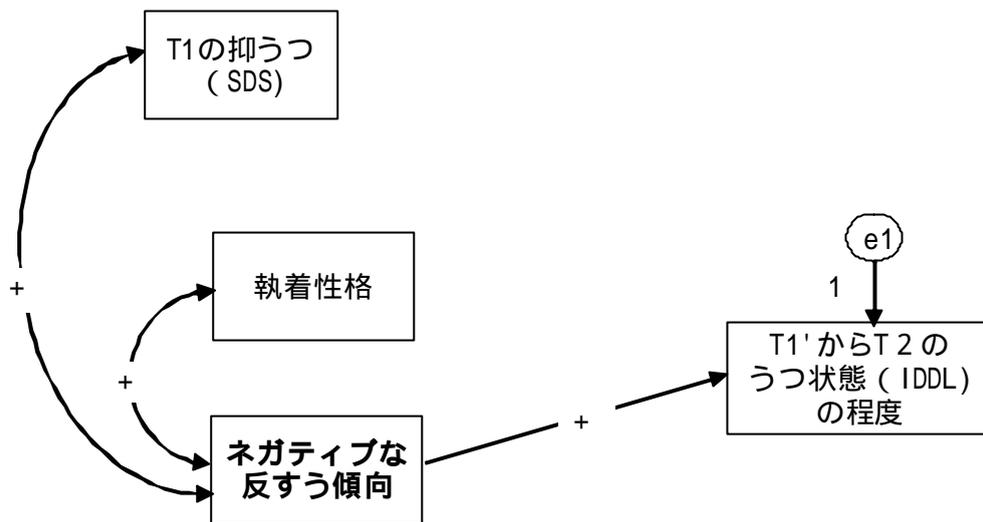
†p < .10, \*p < .05, \*\*p < .01

図6-4 うつ状態の心理的要因としての完全主義とネガティブな反すう傾向の関連性

表6-5 執着性格尺度およびネガティブな反すう傾向がうつ状態に与える影響についての重回帰分析結果

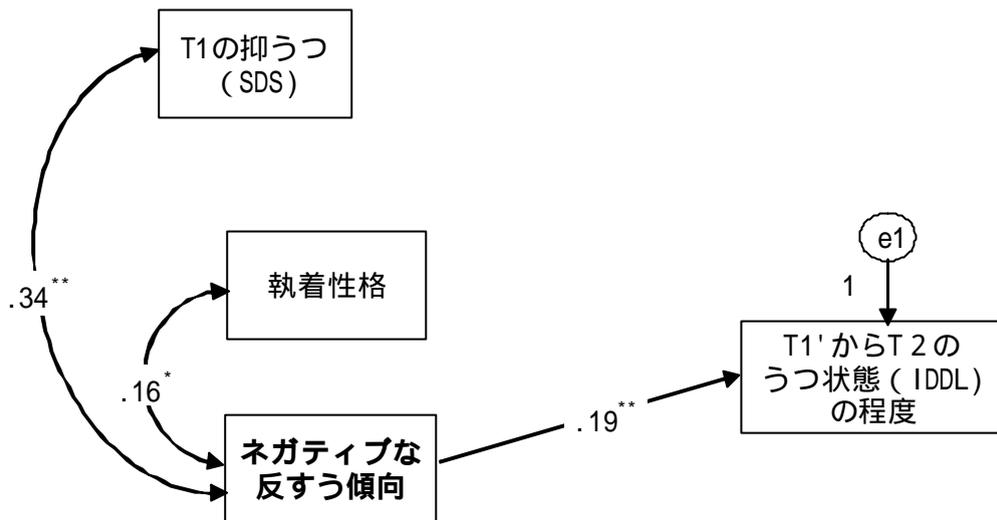
説明変数	Step 1	Step 2	Step 3
	$R(R^2)=.03(.00)$	$R(R^2)=.20(.05)$	$R(R^2)=.21(.04)$
	標準偏回帰係数 ( )		
T 1 のSDS	.01	-.06	-.06
執着性格尺度	-.01		-.01
ネガティブな反すう傾向尺度		.21 **	.22 **

<sup>†</sup>p <.10, \*p <.05, \*\*p <.01



- (1) 双方向の矢印 (  $\longleftrightarrow$  )  
矢印で結ばれる2つの変数が相関関係にあることを示す。
- (2) 片方向の矢印 (  $\longrightarrow$  )  
矢印で結ばれる2つの変数は、矢印の始点の変数が、他の変数を統制した上で、終点の変数を予測するという関係にあることを示す。
- (3) 「+」は矢印で結ばれる2つの変数が正の関係にあることを示し、「-」は負の関係にあることを示す。

図6-5 うつ状態の心理的要因としての執着性格とネガティブな反すう傾向の関連性



GFI=.995  
 AGFI=.982  
 RMSEA=.000  
 Chi-Square=2.09(p =0.55)

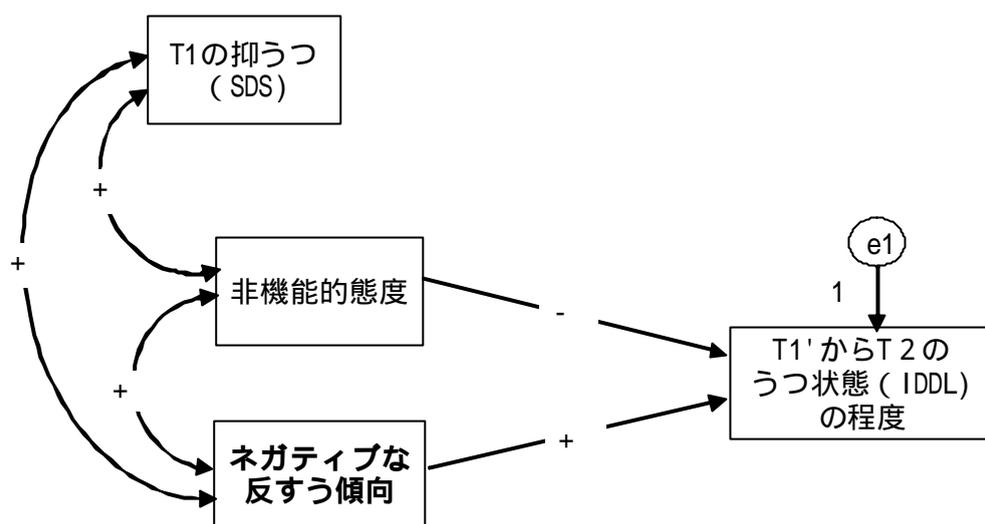
†p <.10, \*p <.05, \*\*p <.01

図6-6 うつ状態の心理的要因としての執着性格とネガティブな反すう傾向の関連性

表6-6 非機能的態度尺度およびネガティブな反すう傾向がうつ状態に与える影響についての重回帰分析結果

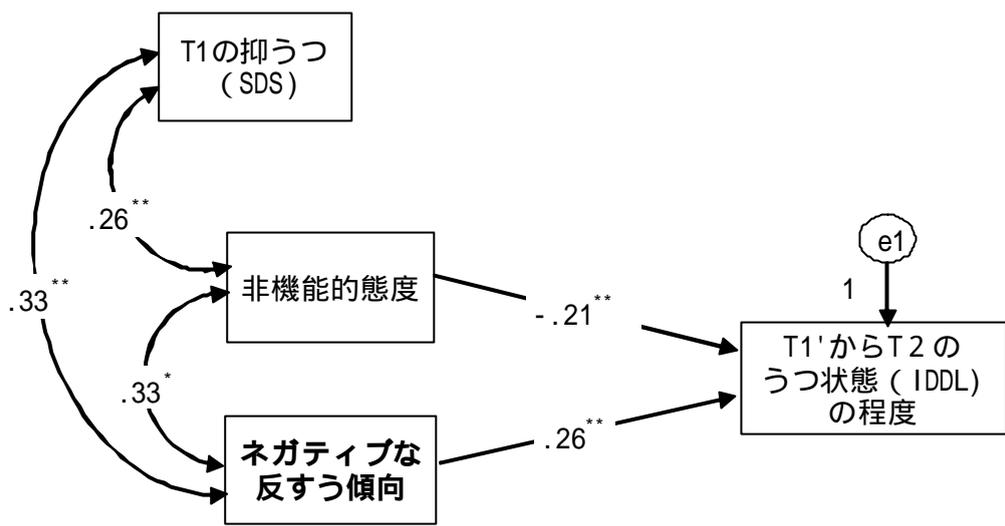
説明変数	Step 1	Step 2	Step 3
	$R(R^2)=.13(.02)$	$R(R^2)=.20(.05)$	$R(R^2)=.28(.08)$
	標準偏回帰係数 ( )		
T 1 のSDS	.04	-.06	-.03
非機能的態度尺度	-.13 †		-.20 **
ネガティブな反すう傾向尺度		.21 **	.27 **

†p <.10, \*p <.05, \*\*p <.01



- (1) 双方向の矢印 (  $\longleftrightarrow$  )  
 矢印で結ばれる2つの変数が相関関係にあることを示す。
- (2) 片方向の矢印 (  $\longrightarrow$  )  
 矢印で結ばれる2つの変数は、矢印の始点の変数が、他の変数を統制した上で、終点の変数を予測するという関係にあることを示す。
- (3) 「+」は矢印で結ばれる2つの変数が正の関係にあることを示し、「-」は負の関係にあることを示す。

図6-7 うつ状態の心理的要因としての非機能的態度とネガティブな反すう傾向の関連性



GFI=1.000  
 AGFI=.996  
 RMSEA=.000  
 Chi-Square=.15(p =.0699)

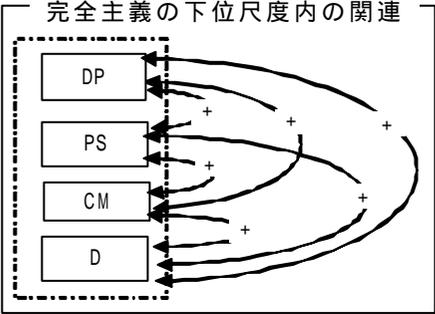
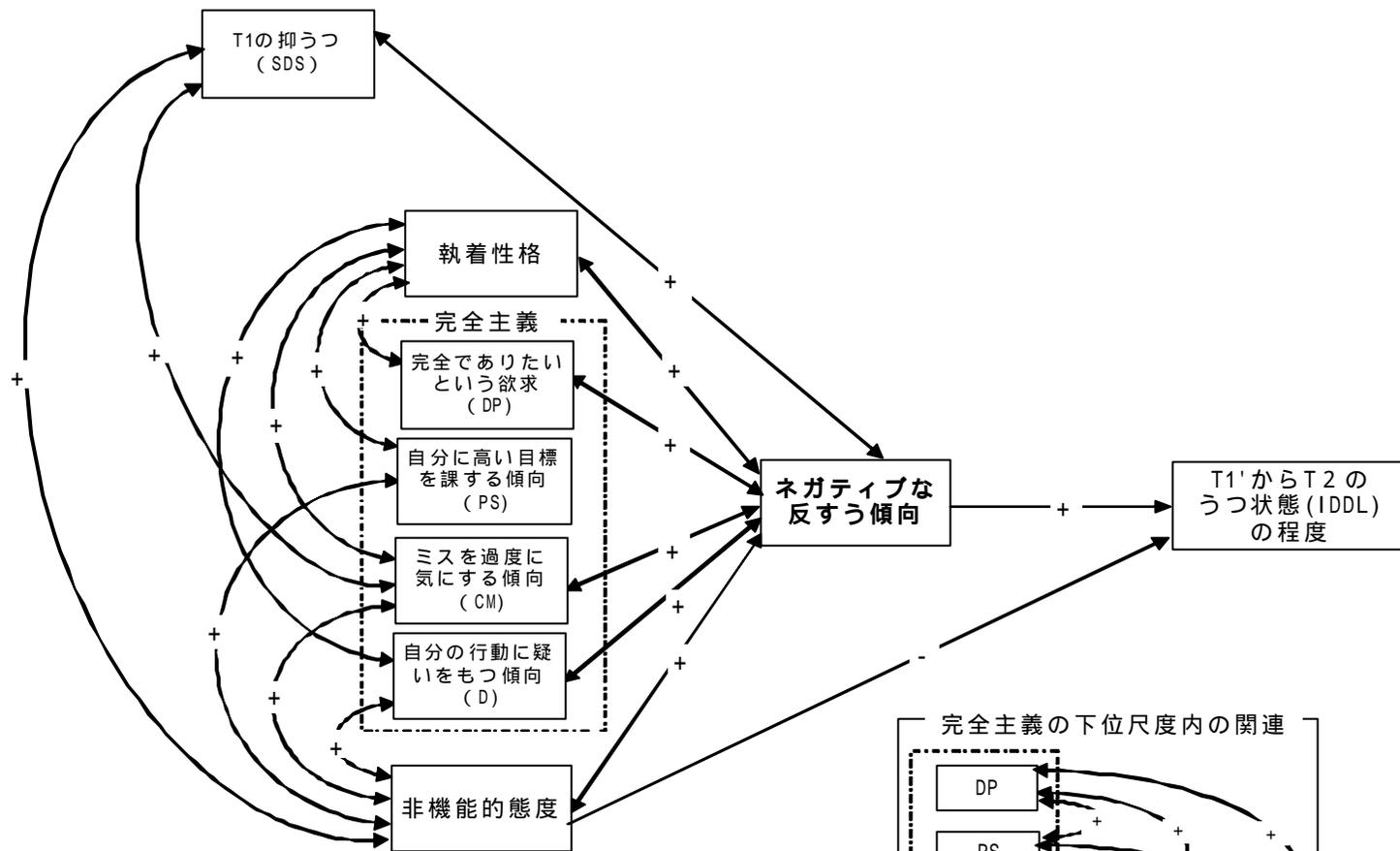
$^{\dagger}p < .10$ ,  $^{\ast}p < .05$ ,  $^{**}p < .01$

図6-8 うつ状態の心理的要因としての非機能的態度とネガティブな反すう傾向の関連性

表6-7 執着性格，完全主義，非機能的態度およびネガティブな反すう傾向がうつ状態に与える影響についての重回帰分析結果

説明変数	R (R <sup>2</sup> )=.32(.10)	
	標準偏回帰係数 ( )	
T1のSDS	-	.04
非機能的態度尺度	-	.24 **
執着性格尺度	-	.11
( 新 完 全 主 義 尺 度 )		
完全でありたいという欲求 (DP)		.09
自分に高い目標を課する傾向 (PS)	-	.11
ミスを過度に気にする傾向 (CM)		.05
自分の行動に漠然とした疑いを持つ傾向 (D)		.10
ネガティブな反すう傾向尺度		.25 **

†p < .10, \*p < .05, \*\*p < .01



- (1) 双方向の矢印 (  $\longleftrightarrow$  )  
矢印で結ばれる2つの変数が相関関係にあることを示す。
- (2) 片方向の矢印 (  $\longrightarrow$  )  
矢印で結ばれる2つの変数は、矢印の始点の変数が、他の変数を統制した上で、終点の変数を予測するという関係にあることを示す。
- (3) 「+」は矢印で結ばれる2つの変数が正の関係にあることを示し、「-」は負の関係にあることを示す。

図6-9 うつ状態の心理的要因としての執着性格，完全主義，非機能的態度とネガティブな反すう傾向の関連性

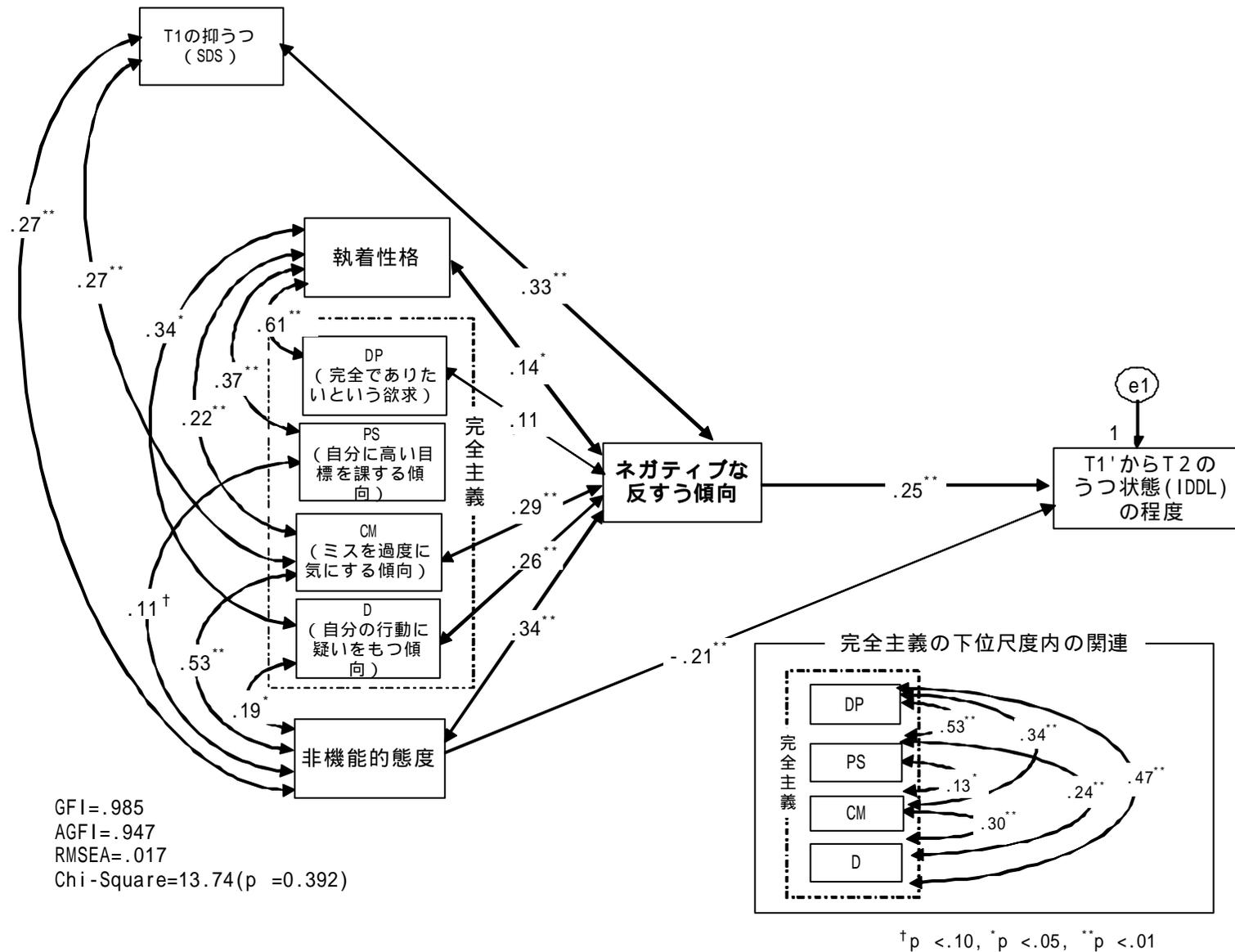


図6-10 うつ状態の心理的要因としての執着性格，完全主義，非機能的態度とネガティブな反すう傾向の関連性

## 第7章 総合考察

### 第1節 本研究のまとめ

第1章では、代表的な抑うつ心の心理的要因の整理を行うとともに、反すうと抑うつに関する先行研究を展望し、その問題点を述べた。主な論点は以下の通りである。

- (1) それぞれの抑うつ心の心理的要因にどのような共通点があるか、各要因に抑うつを引き起こす共通要素はあるかなどといった点についての検討がほとんどなされていない。
- (2) 代表的な抑うつ心の心理的要因には、「反すう」が重要な共通要素として存在している可能性がある。そのため、抑うつ心の心理的要因として反すうに注目する必要がある。
- (3) 反すうと抑うつに関する先行研究 (Martin & Tesser, 1989, 1996; Millar et al., 1988; McIntosh et al., 1995) には、反すうの原因を目的の阻害などに限定しているものがあり、それ以外の原因で生じる反すうが研究対象から除外される可能性がある、反すうする対象がポジティブなことなのか、ネガティブなことなのかを区別しておらず、ポジティブなことを反すうする場合には、抑うつが引き起こされるとは考えにくい、反すうを測定する尺度は、妥当性や信頼性の検討が不十分であるなどの問題点がある。
- (4) 反すうと抑うつに関する先行研究の問題点を踏まえて、本研究では、反すうの原因は限定せず、対象をネガティブなこととした「ネガティブな反すう」(その人にとって、嫌悪的・否定的なことを長い間繰り返し考え続けること)という概念を独自に取り上げる。

第2章では、本研究の目的と意義を述べた。本研究の目的は以下の通りである。

目的1: ネガティブな反すうがうつ状態を引き起こす心理的要因であるかを検討する。

目的2: ネガティブな反すうとうつ状態との関連の程度と、いくつかの代表的な抑うつ心の心理的要因とうつ状態との関連の程度を比較することによって、ネガティブな反すうとうつ状態との関連の強さを検討する。

目的 3 : 代表的な抑うつ心の心理的要因とネガティブな反すうの関連を検討し、代表的な抑うつ心の心理的要因がうつ状態の発症に影響を及ぼすメカニズムの中に、ネガティブな反すうがどのように位置づけられるかを検討する。

本研究の意義は、うつ状態を引き起こす上での影響力の大きい心理的要因が明らかになること、異なる抑うつ心の心理的要因がうつ状態を引き起こすメカニズムについての理解が進むことであることを述べた。

第 3 章では、ネガティブな反すうを測定するための尺度を作成し、以下のような結果を得た。

- (1) 「ネガティブな反すう傾向」、「ネガティブな反すうのコントロール可能性」の 2 因子からなるネガティブな反すう尺度が作成された (研究 1)。
- (2) ネガティブな反すう尺度の併存的妥当性および再検査信頼性が確認された (研究 2)。

第 4 章では、目的 1 と目的 2 を検討するために、ネガティブな反すうと従来の代表的な抑うつ心の心理的要因との比較を行い、以下のような結果を得た。

- (1) ネガティブな反すうと過去のうつ状態との関連の程度と複数の代表的な抑うつ心の心理的要因 (非機能的態度、帰属様式、完全主義、メランコリー型性格、執着性格、反すう型反応、自己没入) と過去のうつ状態との関連の程度を比較した。その結果、ネガティブな反すう傾向は、帰属様式、非機能的態度、完全主義、メランコリー型性格、執着性格より、過去のうつ状態との関連が強いことが示された (研究 3)。
- (2) 従来の代表的な抑うつ心の心理的要因の中で、過去のうつ状態との関連が見られたものは、ともに「反すう」に焦点を当てた概念である、反すう型反応と自己没入であった (研究 3)。
- (3) 「ネガティブな反すう傾向」と「ネガティブな反すうのコントロール可能性」の間には、比較的高い相関が見られたため、お互いを統制した上で、うつ状態との関連を検討したところ、過去のうつ状態と関連があるのは、「ネガティブな反すう傾向」だけであることが示された (研究 3)。

- (4) ネガティブな反すう傾向が、性格の 5 大因子の中で抑うつと関連が深いとされる神経症傾向と正の相関があるかを検討するとともに、その相関の程度を、従来の代表的な抑うつの心理的要因と神経症傾向との相関の程度と比較した。その結果、ネガティブな反すう傾向は、神経症傾向との間に比較的強い正の相関が見られた。また、帰属様式、非機能的態度、完全主義、メランコリー型性格、執着性格より、ネガティブな反すう傾向の方が、神経症傾向との相関が強いという結果が得られた（研究 4-1）。
- (5) 神経症傾向とネガティブな反すう傾向との間に比較的強い正の相関が見られたことから、ネガティブな反すう傾向が神経症傾向に完全に含まれている可能性や神経症傾向と同じものである可能性が示唆されたため、神経症傾向を統制した上での、ネガティブな反すう傾向とうつ状態との関連の有無を検討した。その結果、神経症傾向を統制した上でも、ネガティブな反すう傾向とうつ状態の間に関連があることが示され、ネガティブな反すう傾向は神経症傾向とは異なる心理的要因であり、神経症傾向では説明できない抑うつの変動を説明できることが明らかになった（研究 4-2）。

第 5 章では、目的 1 を検討するために、ネガティブな反すうがうつ状態の発症を予測する要因であるかどうかを検討したところ、以下のような結果が得られた。

- (1) 8 ヶ月間の予測的研究を行った結果、ネガティブな反すう傾向は、うつ状態の程度を予測することが示された（研究 5）。
- (2) ストレッサーがうつ状態の発症に与える影響を統制した上でも、ネガティブな反すう傾向は、うつ状態の程度を予測するとともに、ストレッサー尺度よりもネガティブな反すう傾向尺度と IDDL の間の標準偏回帰係数の方が大きかった。

第 6 章では、目的 3 を検討するために、反すう型反応、非機能的態度、執着性格、完全主義とネガティブな反すうとの関連を検討するとともに、それらの要因がうつ状態の発症に影響を及ぼすメカニズムにおける、ネガティブな反すうの位置づけを検討した。

反すう型反応とネガティブな反すう傾向との間には正の相関が見られた。また、両者はうつ状態の程度を予測する一方で、ネガティブな反すう傾向を統制すると、反すう型反応とうつ状態の関連は見られなくなったことから、反すう型反応とうつ状態の関連には、媒介要因としてネガティブな反すう傾向が存在することが示唆された（研究6）

完全主義、執着性格、非機能的態度とネガティブな反すう傾向によるうつ状態発症モデルを検討した結果、完全主義、執着性格、非機能的態度とネガティブな反すう傾向との間には正の相関があるとともに、完全主義、執着性格、非機能的態度が高くても、うつ状態が直接的に引き起こされるわけではなく、ネガティブな反すう傾向が高いとうつ状態が引き起こされるというモデルが妥当であることが示された。そのため、完全主義、執着性格、非機能的態度がうつ状態の発症に影響を及ぼすメカニズムには、ネガティブな反すう傾向が介在することが示唆された（研究7）。

## 第2節 本研究から示唆される点

### 1. うつ状態の心理的要因としてのネガティブな反すう傾向

本研究では、いくつかの方法によって、ネガティブな反すう傾向がうつ状態を引き起こす心理的要因であることを示す結果を得た。研究3では過去のうつ状態との関連を検討する方法、研究4ではBig Fiveとの関連を検討する方法、研究5では縦断的な方法を用いた。そして、いずれの方法によっても、ネガティブな反すう傾向がうつ状態の心理的要因であることを示す結果が得られた。そこで、ネガティブな反すう傾向は、うつ状態を引き起こす心理的要因であることが示唆されたと考えられる。

さらに、本研究では、取り上げた代表的な抑うつの心理的要因よりも、ネガティブな反すう傾向の方が、うつ状態との関連がより強いことを示す結果が得られた。研究3では、帰属様式、非機能的態度、完全主義、メランコリー型性格、執着性格よりも、ネガティブな反すう傾向の方が、うつ状態との関連性が強いことが示され

た。研究 4 では、帰属様式、非機能的態度、完全主義、メランコリー型性格、執着性格よりも、ネガティブな反すう傾向の方が、Big Five の神経症傾向との相関が強いことが示された。また、研究 6 では、完全主義と執着性格と非機能的態度がうつ状態を予測しないのに対し、ネガティブな反すう傾向はうつ状態を予測することが示された。以上のことから、ネガティブな反すうは、従来の代表的な抑うつの心理的要因と同程度か、あるいはそれ以上にうつ状態と関連があると考えられる。そこで、数多くある抑うつの心理的要因に加えて、新たにネガティブな反すうを取り上げる意義が示されたと考えられる。

ところで、なぜ、従来の代表的な抑うつの心理的要因よりも、ネガティブな反すう傾向の方がうつ状態との関連性が強いという結果が得られたのだろうか。その理由の一つは、第 4 章第 1 節 4 で論じたように、従来の代表的な抑うつの心理的要因の中で、うつ状態との間に関連が見られた要因の共通点を検討することから解釈することが可能である。

研究 3 で、過去のうつ状態との間に関連が見られた従来の抑うつの心理的要因は、反すう型反応と自己没入の 2 つのみであり、また、研究 6 と 7 で、うつ状態を予測することが示された従来の抑うつの心理的要因は、反すう型反応のみであった。この反すう型反応は、第 1 章第 4 節 2 で論じたように、反すうと共通点の大きい概念である。また、自己没入の「自己以外のものよりも自己に注目し、それが持続する傾向」（Sakamoto, 1998）は、自己に対する反すうと言い換えることができる。つまり、本研究でうつ状態との間に関連が見られた、ネガティブな反すう、反すう型反応、自己没入のすべてが「反すう」という共通要素を持つのである。このことから、「反すう」がうつ状態を引き起こす上で、重要な心理的要因である可能性が示されたと考えられる。

一方、本研究でうつ状態との間に関連が見られなかった要因は、第 1 章第 4 節 3 で述べたように、それぞれの理論の中に反すうと関連する部分はあるのだが、特に反すうを重要な要素として、理論の中心に取り上げていない。そのため、反すうに焦点をあてた要因であるかどうかの違いが、うつ状態との関連の有無の違いに現れ

ていると考えられる。そして、ネガティブな反すうは、反すうに関する先行研究の問題点を解決した上で、特に反すうの対象をネガティブなものとした概念である。反すうの対象をネガティブなものに限定することの有用性は、研究6で、反すうの対象をネガティブかどうかで区別しない反すう型反応は、ネガティブな反すう傾向を統制すると、うつ状態を予測しないという結果から示されている。そこで、ネガティブな反すうが、反すうに焦点を当てた概念であるとともに、反すうの対象をネガティブなものとした概念であるために、従来の代表的な抑うつの心理的要因よりも、うつ状態との関連性が強いという結果が得られたと考えられる。

ところで、わが国で行われてきた、桜井・大谷（1995）、園田・藤南（1999）、高比良（2000）などの従来の抑うつの心理的要因に関する検討では、抑うつの持続期間を考慮していない。第1章第2節3で述べたように、抑うつの持続期間を測定しないと、軽い落ち込み気分のような状態を含めて測定してしまう可能性がある。本研究では、うつ状態の基準を、社会的機能の低下が引き起こされると考えられる2週間以上持続する抑うつとした。そのため、ネガティブな反すうは、社会的機能の低下をもたらすレベルの抑うつを引き起こす心理的要因であると考えられる。

## 2. 従来の抑うつの心理的要因がうつ状態を引き起こすメカニズムにおける共通要素としてのネガティブな反すう傾向

研究6では、反応スタイル理論の反すう型反応がうつ状態を引き起こすメカニズムには、媒介要因として、ネガティブな反すう傾向が存在していることが示唆された。研究7では、完全主義、執着性格、非機能的態度といった抑うつの心理的要因だけでは、うつ状態が引き起こされないが、それらの抑うつの心理的要因に加えて、ネガティブな反すう傾向がある場合には、うつ状態が引き起こされることが示唆された。そこで、従来の抑うつの心理的要因が、うつ状態（2週間以上持続する抑うつ）を引き起こすためには「ネガティブな反すう傾向」（ネガティブなことを繰り返し考え続ける傾向）が重要な共通要素として介在している可能性が指摘できる。

また、このことによって、ネガティブな反すうという視点から抑うつ心理的要因を整理できる可能性が示唆される。例えば、研究7において、非機能的態度と執着性格は、互いに関連のない要因であることが示されたが、両者には、ネガティブな反すう傾向と相関があること、両者がうつ状態を引き起こす経路にはネガティブな反すう傾向が介在していることという2つの共通点があった。また、研究7では、完全主義、執着性格、非機能的態度、反すう型反応という4つの要因を取り上げて、ネガティブな反すう傾向との関連性を検討したのだが、第6章第4節で論じたように、他の代表的な抑うつ心理的要因についても、同様のことが示唆されるのである。このように、様々な異なる抑うつ心理的要因がうつ状態を引き起こすメカニズムには、ネガティブな反すう傾向が重要な共通要素として介在していることが示唆され、抑うつ心理的要因が、ネガティブな反すうによって、整理できる可能性があると考えられる。

### 3. うつ状態発症の心理的要因モデルとしての ABNC 図式の提唱

第1章第3節1で、EllisのABCモデルを紹介したが、丹野(2001)によると、抑うつを含む認知行動的なアプローチは、ほとんどこのABC図式で表すことが出来る。ここでいう認知行動アプローチには、本研究で取り上げた要因の中では、Beckの抑うつ認知モデル、Abramsonらの改訂学習性無力感理論や抑うつ hopelessnes理論、Teasdaleの特異的活性化仮説などが含まれ、その全てに「抑うつ感情(C)を生み出すものは、外界の出来事ではなくて、その出来事をどう解釈するかという認知(B)である」(丹野, 2001, p. 178)というABC図式の考えが当てはまるという。抑うつ hopelessnes仮説などは、より複雑なモデルを想定している点(図1-3)、抑うつ認知モデルでは、Aにあたるのは必ずしも外的な出来事だけではない点(Kovacs & Beck, 1978)など、厳密に言えば、ABC図式に収まらない部分があるが、ABC図式は、心理的要因が抑うつを引き起こすメカニズムについての簡略なモデルとして、非常にわかりやすく、有用である。さらに、ABC図式は、反応性抑うつ自己意識理論(図1-4)に当てはめることも可

能であり、ABC 図式の B に当たる認知的反応スタイルは、抑うつ「病前性格」と言い換えることができることから（坂野，1995），完全主義やメランコリー型性格などの抑うつに影響する性格要因にも当てはめることが可能である。例えば、ABC 図式を完全主義の「ミスに過度に気にする傾向」にあてはめると、「抑うつ感情（C）をもたらすものは、失敗が起こったこと（A）ではなくて、その失敗を気にするかどうかという傾向（B）である」と言える。

ABC 図式の「C」に当たるのは、Ellis（1994）や丹野（2001）にあるように、感情（抑うつの場合には、抑うつ感情）である。本研究では、抑うつ「基準」として、DSM-IV の大うつ病の診断基準に合致した抑うつ症状が 2 週間以上持続したかどうかを指す「うつ状態」を用いた。ABC 図式で取り上げられている、比較的容易に引き起こされうる抑うつ感情よりも、本研究で取り上げたうつ状態の方が、より持続期間の長い抑うつだと考えられる。そして、ABC 図式で、B とされてきた非機能的態度、帰属様式、完全主義および執着性格などの心理的要因は、研究 3 や研究 7 などで、うつ状態との直接的な関連が見られないという結果が得られた。この結果から、「抑うつ感情」ではなく、「うつ状態」を引き起こす心理的要因の図式としては、ABC 図式では十分ではない可能性が考えられる。

一方、研究 7 では、完全主義、執着性格、非機能的態度およびネガティブな反すう傾向とうつ状態の関連性を検討したところ、完全主義、執着性格、非機能的態度がうつ状態を引き起こすメカニズムには、ネガティブな反すう傾向が介在しているというモデルが妥当であることが示された。このことから、うつ状態の発症を説明するためには、完全主義や非機能的態度などの「B」だけでなく、ネガティブな反すう傾向（「N」）が必要になると考えられる。そのため、「抑うつ感情」ではなく「うつ状態」を引き起こす心理的要因のモデルとしては、ABC 図式よりも、図 7-1 に示す ABNC 図式が適切だと考えられる。

ABC 図式が示すように、あるストレスフルな出来事が生じた時に、「もう駄目だ。自分は立ち直れない。」と考えると、軽い抑うつ気分が生じることは想像できるが、それが 2 週間以上持続する抑うつにまでつながることまでは説明していない

と考えられる。ABNC 図式では、「もう駄目だ。自分は立ち直れない。」などという考えが浮かぶ信念を持つことに加えて、「もう駄目だ。自分は立ち直れない。」という自分にとって嫌なこと(ネガティブなこと)を繰り返し考えることが含まれており、嫌なことを長い間考え続ける状態(ネガティブな反すう状態)が続くことで、抑うつ感情が持続し、うつ状態が引き起こされると考える。

なお、この図式では、ネガティブな反すう傾向(N)によって、「ネガティブな反すう状態」が引き起こされ、それが続くことによって、うつ状態(C)が引き起こされると想定する。つまり、Bとネガティブな反すう傾向を持つことが、即座にうつ状態をもたらすと考えるのではなく、「ネガティブな反すう状態」が続くことによって、抑うつ感情が持続し、うつ状態が引き起こされると考える。そして、ネガティブな反すう傾向のみが「ネガティブな反すう状態」を引き起こすだけでなく、それ以外の種々の要因(例えば、死別体験などの強いストレス)によっても「ネガティブな反すう状態」が生じることがあると想定する。

ところで、この図式は、第1章第4節3で触れた、抑うつ認知モデルの提唱者である Beck (Kovacs & Beck, 1978, p. 529) による「抑うつの初期段階において、患者は『私は完全に敗北者だ』、『私の抑うつは、自分の罪への罰だ』などといったいくつかの特徴的な考えを反すうする傾向がある」との考えとも一致している。同様に、抑うつが生じるためには、悲観主義者が反すうをする場合に、抑うつが引き起こされるという Seligman(1990)の考えとも一致している。このように、抑うつの認知行動アプローチの代表的な理論家である Beck や Seligman も、抑うつ発症モデルにおける「N」の重要性を認識していたことが示唆される。しかし、その一方で、認知行動アプローチでは、否定的認知の「内容」を中心的に取り上げ、ネガティブな反すうと言える否定的認知の「頻度」についてはあまり注目してこなかった。そこで、本研究は、うつ状態を引き起こす上での、否定的認知の頻度(「N」: ネガティブな反すうと言える)の重要性を実証的データにより示したことで、従来の抑うつの心理的要因を補足したと考えられる。

また、「N」の重要性は、最近のストレスと疾病の関連性についての McEwen

(1998a, 1998b) の理論にも示唆されている。この理論では、ストレスから疾病が引き起こされるメカニズムの一つとして、ストレスの繰り返し(repeated stress)などによって、長期間にわたる生理的变化が生じ続けることで、ホメオスタシスが維持できなくなり、病的な状態が引き起こされるというプロセスが仮説化されている。長期間にわたる変化がなければ、ホメオスタシスは維持され、病的な状態に陥る確率は低くなると考えられる。ところが、ABC 図式では、長期間にわたる生理的变化という要因は、ほとんど考慮されていない。一方で、嫌悪的なストレッサーを想起するだけで、心臓血管系や免疫系に生理的变化が生じること(Dimsdale, Stern, & Dillon, 1988; Knap, Levy, Giorgi, Black, Fox, & Heeren, 1992)から、嫌なことを長い間繰り返し考えることによって、頭の中で長期間にわたるストレスの繰り返しが起こり、生理的变化が生じ続けると考えられる。つまり、McEwen のいう長期間にわたる生理的变化は、ネガティブな思考が継続すること(ネガティブな反すう)によっても生じると考えられる。このように、ABNC 図式の、「N」の部分は、McEwen のいう長期間にわたる生理的变化を引き起こす要因ということができる。

### 第3節 本研究の限界と今後の課題

#### 1. ネガティブな反すうによるうつ状態の説明率

本研究では、ネガティブな反すうがうつ状態を引き起こす要因であることや、従来の抑うつの心理的要因が、うつ状態を引き起こすためにはネガティブな反すうが重要な共通要素として介在していることが示唆された。しかし、ネガティブな反すうはうつ状態を有意に予測したとはいえ、その説明率は低いものであった。この結果は、第6章第3節4で論じたように、大うつ病が、遺伝的要因、ストレスフルなライフイベント、過去の大うつ病の既往歴などの多様な要因によって引き起こされ、心理的要因の影響力はその一部分に過ぎないという知見(Kendler et al., 1993)と一致している。つまり、ネガティブな反すうの高低と無関係に、うつ状態が引き起こされるケースがあるのであって、ネガティブな反すうによるうつ状態の説明は

限定的なものであるということである。しかし、本研究では、従来の抑うつ心理的要因よりも、ネガティブな反すうの方がうつ状態の説明率が高いことが示され、心理的要因の中では、ネガティブな反すうの影響力が大きいと考えられる。今後、より説明率の高いうつ状態発症モデルを構築するためには、心理的要因以外の要因をモデルに組み込むことが課題だと考えられる。

## 2．対象者の問題

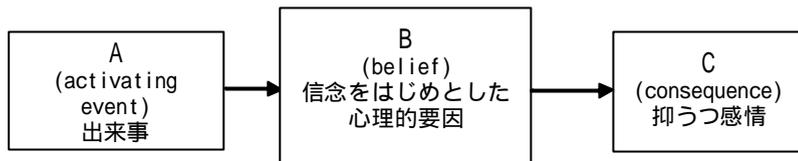
本研究は、第1章第2節で述べたように、大学生を対象としたアナログ研究であることから、本研究で得られた知見が、その他の対象者に一般化できるかについては今後の検討課題である。今後は、高齢者、中高生、臨床群などの様々な対象者を用いて、ネガティブな反すうとうつ状態の関連を検討する必要がある。

## 3．不安や怒りなどとの関連の検討

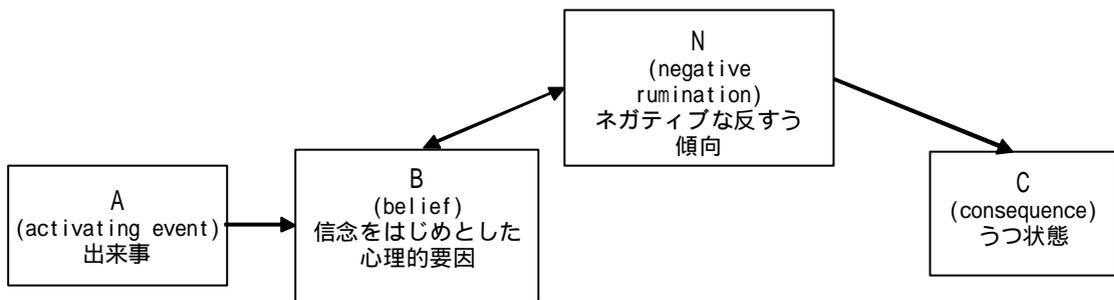
本研究では、うつ状態だけを取り上げ、不安や怒りなどを取り上げなかった。そのため、ネガティブな反すうがうつ状態に特異的なリスクファクターであるかどうかについては言及できない。例えば、反すう型反応は、抑うつだけでなく、不安（Blagden & Craske, 1996; Schwartz & Koenig, 1996）や怒り（Rusting & Nolen-Hoeksema, 1998）を持続させ、強めることが示されている。同様に、「自己に焦点付けられた注意」は、抑うつだけでなく、不安障害、アルコール乱用とも関連があることが示されている（e.g., Ingram, 1990）。このように、ネガティブな反すうと関連がある反すう型反応や自己に焦点付けられた注意で、うつ状態以外の精神状態との関連が示されていることから、ネガティブな反すうが不安などの精神状態とも関連がある可能性がある。今後は、ネガティブな反すうがうつ状態に特異的な要因であるか、あるいは不安や怒りなどを引き起こす要因にもなるのかといった点を検討する必要がある。

## 4．ネガティブな反すうを低減する方法の検討

本研究は、ネガティブな反すうがうつ状態を引き起こす心理的要因であるかどうかを検討したが、ネガティブな反すうを低減する方法や、ネガティブな反すうを低減させることが、うつ状態の予防や治療に効果があるのかについては検討していない。ネガティブな反すうを低減する方法を検討するとともに、うつ状態の予防や治療方法について検討することは今後の課題である。



心理的要因による抑うつ感情発症モデルとしてのABC図式



心理的要因によるうつ状態発症モデルとしてのABNC図式

図7-1 心理的要因によるうつ状態発症モデルとしてのABNC図式とABC図式の概略図

## 引用文献

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. 1978 Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, **87**, 49-74.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Hartlage, S. 1988 The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, **27**, 5-21.
- American Psychiatric Association 1980 *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III*. Washington, DC: American Psychiatric Association. (高橋三郎・花田耕一・藤縄昭 訳 DSM - III 精神障害の分類と診断の手引き 医学書院)
- American Psychiatric Association 1987 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition, Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association. (高橋三郎 訳 1988 DSM-III-R 精神障害の診断・統計マニュアル 医学書院)
- American Psychiatric Association 1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳 1995 DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き 医学書院)
- Bagby, R. M., Joffe, R. T., Parker, J. D., Kalemka, V., & Harkness, K. L. 1995 Major depression and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, **9**, 224-234.
- Barnett, P. A. & Gotlib, I. H. 1988 Dysfunctional attitudes and psychological stress: The differential prediction of future psychological symptomatology. *Cognition and Emotion*, **12**, 251-270.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. 1986 The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical

- consideration. *Journal of Personality and Social Psychology*, **51**, 1173-1182.
- Beck, A. T. 1963 Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, **9**, 324-333.
- Beck, A. T. 1964 Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, **10**, 561-571.
- Beck, A. T. 1967 *Depression: Cause and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. 1979 *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. (坂野雄二監訳 1992 うつ病の認知療法 岩崎学術出版社)
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. 1974 The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **42**, 861-865.
- Blackburn, I. M., Eunson, K. M., & Bishop, S. 1986 A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, **10**, 67-75.
- Blagden, J. C. & Craske, M. G. 1996 Effects of active and passive rumination and distraction: A pilot replication with anxious mood. *Journal of Anxiety Disorders*, **11**, 243-252.
- Blatt, S. J. 1990 Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health*. Chicago: University of Chicago Press. Pp. 299-336.
- Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K., & Tse, C. K. 1990 Depression, disability days, and days lost from work in a prospective

- epidemiologic survey. *JAMA*, **264**, 2524-2528.
- Burns, D. D. 1980 The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, **November**, 34-52.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. 1981 *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. 1982 Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, **92**, 111-135.
- Cole, D. A. 1989 Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **98**, 248-255.
- Cox, B. J., Enns, M. W., Borger, S. C., & Parker, J. D. A. 1999 The nature of the depressive experience in analogue and clinically depressed samples. *Behaviour Research and Therapy*, **37**, 15-24.
- Coyne, J. C. & Schwenk, T. L. 1997 The relationship of distress to mood disturbance in primary care and psychiatric populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **65**, 161-168.
- Digman, J. M. 1990 Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, **41**, 417-440.
- Dimsdale, J. E., Stern, M. J., & Dillon, E. 1988 The stress interview as a tool for examining physiological reactivity. *Psychosomatic Medicine*, **50**, 64-71.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., & Flett, G. L. 1997 Specific cognitive-personality vulnerability styles in depression and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, **23**, 1041-1053.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. 2000 The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and

- perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, **47**, 437-453.
- Ellis, A. 1962 *Reason and emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. 1994 *Reason and emotion in Psychotherapy: Revised and update*(野口京子訳 1999 理性感情行動療法 金子書房)
- Enns, M. W. & Cox, B. J. 1999 Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, **37**, 783-794.
- Eysenck, H. J. 1947 *Dimensions of Personality*. London: Routledge & Kegan Paul Limited.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. 1975 *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. London: Hodder & Stoughton. (Martin, M. 1985 Neuroticism as predisposition toward depression: A cognitive mechanism. *Personality and Individual Differences*, **6**, 353-365 より引用)
- First, M. B., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. 1999. *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I: Users guide, administration booklet and 5 score sheets*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Mosher, S. W. 1995 Perfectionism, life events, and depressive symptoms: A test of a diathesis-stress model. *Current Psychology: Research & Reviews*, **14**, 112-137.
- Flett, G. L., Vrendenburg, K., & Krames, L. 1997 The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bulletin*, **121**, 395-416.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. 1993 A comparison of two measurers of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, **14**, 119-126.

- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. 1990 The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, **14**, 449-468.
- 福田一彦・小林重雄 1973 自己評価式抑うつ性尺度の研究 精神神経学雑誌, **75**, 673-679.
- 古川壽亮 1999 日本における単極性うつ病の治療と病前性格 名古屋市立大学医学雑誌, **50**, 161-168.
- Gold, D. B. & Wegner, D. M. 1995 Origins of ruminative thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, **25**, 1245-1261.
- Goldberg, L. R. 1990 An alternative "description of personality": The big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, **59**, 1216-1229.
- Gotlib, I. H. 1984 Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, **93**, 19-30.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. 1995 Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **63**, 90-100.
- Haaga, D. A., Dyck, M., & Ernst, D. 1991 Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, **110**, 215-236.
- Hatzenbuehler, L. D., Parpal, M., & Matthews, L. 1983 Classifying college students as depressed or nondepressed using the Beck Depression Inventory: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **51**, 360-366.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. 1990 Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, **5**, 423-438.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. 1991 Perfectionism in the Self and Social Contexts:

- Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, **60**, 456-470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. 1996 Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, **105**, 276-280.
- Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. R. 1997 Perfectionism and the Big Five Factors. *Journal of Social Behavior and Personality*, **12**, 257-270.
- 平沢一 1962 うつ病にあらわれる「執着性格」の研究 *精神医学*, **4**, 229-237.
- Hirschfeld, R. M., Klerman, G. L., Lavori, P., Keller, M. B., Griffith, P., & Coryell, W. 1989 Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Archives of General Psychiatry*, **46**, 345-350.
- 久田満・丹羽郁夫 1987 大学生の生活ストレス測定に関する研究 - 大学生用生活体験尺度の作成 - 慶応大学社会学研究科紀要, **27**, 45-55.
- 堀野緑 1998 量的資料収集のための質問紙の作成 鎌原雅彦・宮下一博・大野木裕明・中沢潤 編著 *心理学マニュアル質問紙法* 北大路書房 Pp. 78-86 .
- Horowitz, M. J. 1975 Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress. *Archives of General Psychiatry*, **32**, 1457-1463.
- Horowitz, M. J. & Becker, S. S. 1971 Cognitive response to stress and experimental demand. *Journal of Abnormal Psychology*, **78**, 86-92.
- Horowitz, M. J., Becker, S. S., & Moskowitz, M. L. 1971 Intrusive and repetitive thought after stress: A replication study. *Psychological Reports*, **29**, 763-767.
- Horwath, E., Johnson, J., Klerman, G. L., & Weissman, M. M. 1992 Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Archives of General Psychiatry*, **49**, 817-823.
- Ingram, R. E. 1990 Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, **107**, 156-176.

- Jackson, S. W. 1983 Melancholia and partial insanity. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, **19**, 173-184.
- Joiner, T. E. & Schmidt, N. B. 1995 Dimensions of perfectionism, life stress, and depressed and anxious symptoms: Prospective support for diathesis-stress but not specific vulnerability among male undergraduates. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **14**, 165-183.
- Judd, L. L. 1997 The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, **6**, 243-991.
- Judd, L. L., Akiskal, H. P., & Paulus, M. P. 1997 The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, **45**, 53-63.
- Just, N. & Alloy, L. B. 1997 The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, **106**, 221-229.
- Kaplan, H. J., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. 1994 *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, 7th edition*. Baltimore: Williams & Wilkins. (井上令一・四宮滋子 1996 カプラン臨床精神医学テキスト - DSM-IV 診断基準の臨床への展開 - メディカル・サイエンス・インターナショナル)
- 笠原嘉 1984 各科を訪れるデプレッション 心身医学, **24**, 6-14.
- Kelley, H. H. 1967 Attribution theory in social psychology. In L. David (Ed.), Nebraska symposium on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press. Pp. 192-240.
- Kendler, K. S. & Gardner, Jr. C. O. 1998 Boundaries of major depression: An evaluation of DSM-IV criteria. *American Journal of Psychiatry*, **155**, 172-177.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. 1999 Causal relationship

- between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, **156**, 837-841.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Neale, M., Heath, A. C., & Eaves, L. J. 1993 The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*, **150**, 1139-1148.
- 健康体力づくり事業財団 2002 健康日本 21 - 21 世紀における国民健康づくり運動 - , 総論 第5章 現状分析  
( <http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/souron/index.html> )
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. S. 1994 Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, **51**, 8-19.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D. G., & Swartz, M. 1997 Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, **45**, 19-30.
- Knap, P. H., Levy, E. M., Giorgi, R. G., Black, P. H., Fox, B. H., & Heeren, T. G. 1992 Short-term immunological effects of induced emotion. *Psychosomatic Medicine*, **54**, 133-148.
- Kovacs, M. & Beck, A. T. 1978 Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, **135**, 525-533.
- Kretchmer, H. C. E. 1955 *Korperbau und Character Untersuchungen zum Konstitutions Problem und Zur Lehawe von den Temperament*. Berlin: Springer-verlog. ( 相場均訳 1960 体格と性格 文光堂 )
- Lavallee, L. F. & Campbell, J. D. 1995 Impact of personal goals on self-regulation processes elicited by daily negative events. *Journal of Personality and Social Psychology*, **69**, 341-352.
- Liebowitz, M. R., Stallone, F., Dunner, D. L., & Fieve, R. F. 1979 Personality

features of patients with primary affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **60**, 214-224.

前田雅也・佐藤新 1998 疫学 広瀬徹也・樋口輝彦 責任編集 臨床精神医学講座 第4巻 気分障害 中山書店 Pp.21-41 .

Maier, S. F. & Seligman, M. E. P. 1976 Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, **105**, 3-46.

Martin, L. L. & Tesser, A. 1989 Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought*. New York: Guilford Press. Pp.306-326.

Martin, L. L. & Tesser, A. 1996 Some Ruminative Thoughts. In R. S. Wyer, Jr. (Ed.), *Ruminative Thoughts*. Advances in Social Cognition, IX. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Pp.1-48.

Martin, M. 1985 Neuroticism as predisposition toward depression: A cognitive mechanism. *Personality and Individual Differences*, **6**, 353-365.

McCrae, R. R. & Costa, P. T. Jr. 1987 Validation of the five-factor model of personality across instruments and observer. *Journal of Personality and Social Psychology*, **52**, 81-90.

McCrae, R. R. & John, O. P. 1992 An introduction to the five-factor model and its application. *Journal of Personality*, **60**, 175-215.

McEwen, B. S. 1998a Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals New York Academy of Sciences*, **840**, 33-44.

McEwen, B. S. 1998b Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, **338**, 171-179.

McIntosh, W. D., Harlow, T. F., & Martin, L. L. 1995 Linkers and Nonlinkers: Goal beliefs as a moderator of the effects of everyday hassles on rumination, depression, and physical complaints. *Journal of Applied Social Psychology*, **25**, 1231-1244.

- McIntosh, W. D. & Martin L. L. 1992 The cybernetics of happiness: The relation of goal attainment, rumination, and affect. *Review of Personality and Social Psychology*, **14**, 222-246.
- Millar, K. U., Tesser, A., & Millar, M. G. 1988 The effects of a threatening life event on behavior sequences and intrusive thought: A self - disruption explanation. *Cognitive Therapy and Research*, **12**, 441-457.
- Miranda, J. & Persons, J. B. 1988 Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, **97**, 76-79.
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. 1997 Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. *Lancet*, **349**, 1436-1442.
- 名倉祥文・橋本宰 1999 考え込み型対処スタイルが心理的不適応に及ぼす影響について *健康心理学研究*, **12 (2)**, 1-11.
- Newell, R. & Dryden, W. 1991 Clinical problems: An introduction to the cognitive-behavioural approach. In W. Dryden & R. Rentoul (Eds.), *Adult Clinical Problems: A cognitive-behavioral approach*. London: Routledge. (丹野義彦 訳 認知行動アプローチの基礎理論 (丹野義彦 監訳 1996 認知臨床心理学入門) 東京大学出版会 Pp. 9-54)
- 西島久雄・奥羽徹・平井慎二・河合正登志・坂西信彦・金英雄・井上道雄 1987 自己評価尺度により抽出された躁うつ病遷延化因子 *昭和医学会雑誌*, **47**, 587-596.
- Nolan, S. A., Roberts, J. E., & Gotlib, I. H. 1998 Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, **22**, 445-455.
- Nolen-Hoeksema, S. 1991 Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, **100**, 569-582.

- Nolen-Hoeksema, S. 1996 Chewing the cud and other ruminations. In R. S. Wyer, Jr. (Ed.), *Ruminative Thoughts*. Advances in Social Cognition, IX. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Pp.135-144.
- Nolen-Hoeksema, S. 2000 The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, **109**, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. 1993 Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, **102**, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. 1994 Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, **67**, 92-104.
- Norman, R. M. G., Davies, F., Nicholson, I. R., Cortese, L., & Malla, A. K. 1998 The relationship of two aspects of perfectionism with symptoms in a psychiatric outpatient population. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **17**, 50-68.
- Oppen., P., Hoekstra, R. J., & Emmelkamp, M. G. 1995 The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, **33**, 15-23.
- Overmier, J. B. & Seligman, M. E. P. 1967 Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, **63**, 28-33.
- 尾関友佳子 1993 大学生用ストレス自己評価尺度の改訂 - トランスアクションな分析に向けて - 久留米大学大学院比較文化研究科年報, **1**, 95-114.
- Pennebaker, J. W. & O'Heeron, R. C. 1984 Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accidental-death victims. *Journal of Abnormal Psychology*, **93**, 473-476.

- Power, M. J. 1988 Cognitive failures, dysfunctional attitudes, and symptomatology: A longitudinal study. *Cognition and Emotion*, **2**, 133-143.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds III, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. T., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Worman, C. B., Williams, J. B. W., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., & Zisook, S. 1999 Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*, **174**, 67-73.
- Pyszczynski, T. & Greenberg, J. 1987 Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, **102**, 122-138.
- Pyszczynski, T., Hamilton, J. C., & Herring, F. H. 1989 Depression, self-focused attention, and the negative memory bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, **57**, 351-357.
- Pyszczynski, T., Holt, K., & Greenberg, J. 1987 Depression, self-focused attention, and expectancies for positive and negative future life events for self and others. *Journal of Personality and Social Psychology*, **52**, 994-1001.
- Rachman, S. 1971 Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, **9**, 229-235.
- Rachman, S. & de Silva, P. 1978 Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, **16**, 233-248.
- Rime, B., Mesquita, B., Philippot, P., & Boca, S. 1991 Beyond the emotional event: Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition and Emotion*, **5(5/6)**, 435-465.
- Roberts, J. E., Gilboa, E., & Gotlib, I. H. 1998 Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research*, **22**, 401-423.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. 1990 Are people changed by the

- experience by the experience of having an episode of depression? A further test of the Scar Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, **99**, 264-271.
- Rusting, C. L. & Nolen-Hoeksema, S. 1998 Regulating responses to anger: Effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, **74**, 790-803.
- Sakado, K., Sato, T., Uehara, T., Sato, S., & Kameda, K. 1996 Discriminant validity of the inventory to diagnose depression, life time version. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, **93**, 257-260.
- 坂本真士 1997 自己注目と抑うつ of 社会心理学 東京大学出版会
- Sakamoto S. 1998 The preoccupation scale: Its development and relationship with depression scales. *Journal of Clinical Psychology*, **54**, 645-654.
- Sakamoto, S. 1999 A longitudinal study of the relationship of self-preoccupation with depression. *Journal of Clinical Psychology*, **55**, 109-116.
- Sakamoto, S., Kambara, M., & Tanno, Y. 2001 Response styles and cognitive and affective symptoms of depression. *Personality and Individual Differences*, **30**, 1053-1065.
- 坂本真士・丹野義彦 1998 抑うつ症状と抑うつ気分への反応スタイルに関する縦断的研究 第62回日本心理学会大会発表論文集, 921.
- Sakamoto, S., Tomoda, A., Iwata, N., Aihara, W., & Kitamura, T. 1999 The relationship among major depression, depressive symptoms, and self-preoccupation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **21**, 37-49.
- 坂野雄二 1995 認知行動療法 日本評論社 .
- 坂野雄二 編訳 2000 エビデンスベースト心理治療マニュアル 日本評論社  
(Hasselt, V. B. V. & Hersen, M. *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders*. New York: Plenum Press. )

- 桜井茂男・大谷佳子 1995 完全主義は無気力を予測できるのか 奈良教育大学教育研究所紀要, **31**, 171-175.
- 桜井茂男・大谷佳子 1997 “自己に求める完全主義”と抑うつ傾向および絶望感との関係 心理学研究, **68**, 179-186.
- 佐藤新・飯田眞 2000 うつ病の臨床的特徴 日医雑誌, **124**, 27-32.
- 佐藤新・横山知行・飯田眞 1994 躁うつ病病前人格の日本の特性 - 執着性格概念の展開と構造 - 臨床精神医学, **23**, 13-21.
- 佐藤哲哉 2000 気分障害の病前性格 臨床精神医学, **29**, 863-876.
- 佐藤哲哉・坂戸薫・小林慎一 1992 質問紙法によるメランコリー型性格の測定, F-List (Zerssen)日本語版の信頼性と妥当性 精神医学, **34**, 139-146.
- 佐藤哲哉・坂戸薫・西岡和郎・笠原嘉 1996 メランコリー型性格のための質問紙(笠原)の信頼性 精神医学, **38**, 157-162.
- 佐藤哲哉・上原徹 1995 うつ病と人格 季刊精神科診断学, **6**, 399-428.
- Sato, T., Uehara, T., Sakado, K. Sato, S., Nishioka, K., & Kasahara, Y. 1996 The test-retest reliability of the Inventory to Diagnose Depression, Lifetime Version. *Psychopathology*, **29**, 154-158.
- 沢宮容子・田上不二夫 1997 楽観的帰属様式尺度の作成 教育心理学研究, **45**, 355-362.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. 1977 Self-focused attention and the experience of emotion: Attraction, repulsion, elation, and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, **35**, 625-636.
- Schwartz, J. A. J. & Koenig, L. J. 1996 Response styles and negative affect among adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, **20**, 13-36.
- Scott, V. B. Jr. & McIntosh, W. D. 1999 The development of a trait measure of ruminative thought. *Personality and Individual Differences*, **26**, 1045-1056.
- Seegerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E., & Craske, M. G. 2000 Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative

mood. *Cognitive Therapy and Research*, **24**, 671-688.

Seligman, M. E. P. 1990 *Learned Optimism*. New York: A. A. Knopf.

Seligman, M. E. P. & Maier, S. F. 1967 Failure to escape traumatic stress. *Journal of Experimental Psychology*, **74**, 1-9.

Shea, M. T., Leon, A. C., Mueller, T. I., Solomon, D. A., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. 1996 Does major depression result in lasting personality change? *American Journal of Psychiatry*, **153**, 1404-1410.

Silverman, J. S., Silverman, J. A., & Eardley, D. A. 1984 Do maladaptive attitudes cause depression? *Archives of General Psychiatry*, **41**, 28-30.

島悟・荒井稔・大西守・黒木宣夫・管崎弘之・内野淳・太田保之・中根允文・塚本浩二・白土俊明・大矢大・延原健二・木下利孝・井上桂・中村道彦・岡本裕光・若田部博文・西田牧衛・橋本良・山口利之・朝井忠・塩田一雄・中川学・中井三代子・南部美穂・倉林るみい・藤縄昭・飯森眞喜雄・丸田敏雅・清水宗夫・加藤正明 1997 勤労者における精神障害に関する多施設共同研究 精神医学, **39**, 1117-1122.

下田光造 1941 躁鬱病の病前性格に就いて - 丸井教授の質疑に対して - 精神神経学雑誌, **45**, 101-102.

下田光造 1950 躁鬱病に就いて 米子医学雑誌, **2**, 1-2.

塩見邦夫・吉岡千尋・田中宏尚 1981 SPI 性格検査の標準化(1) - 因子分析的検討 鳥取大学教育学部研究報告 教育科学, **23**, 275-290.

塩見邦夫・吉岡千尋・田中宏尚 1982 SPI 性格検査の標準化(III) - 第2版の統計的検討 - 鳥取大学教育学部研究報告 教育科学, **24**, 403-416.

園田明人・藤南佳代 1999 絶望感理論の因果分析：ストレス反応に及ぼす素質と近接要因の効果 健康心理学研究, **12 (1)**, 1-16.

Spasojevic, J. & Alloy, L. B. 2001 Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, **1**, 25-37.

Spitzer, R. L., Williams, D. S. W., Gibbon, M., & First, M. B. 1990 *Structured*

- Clinical Interview for DSM-III-R Patient Edition*. Washington, D.C. and London, England: American Psychiatric Press. (First Japanese Edition 1992 by Igaku Shoin Ltd., Tokyo, 1992)
- Steil, R. & Ehlers, A. 2000 Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, **38**, 537-558.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. 1989 *Using multivariate statistics, Second edition*. New York: Harper & Row.
- Tait, R. & Silver, R. C. 1989 Coming to terms with major negative life events, In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought*. New York: Guilford Press. Pp. 351-382.
- 高比良美詠子 2000 抑うつへのホープレスネス理論における領域一致仮説の検討  
心理学研究, **71**, 197-204.
- 田中雄三 1974 鳥取大学式性格検査質問紙の作成とその使用成績について 米子医学雑誌, **25**, 355-348.
- 丹野義彦 監訳 1996 認知臨床心理学入門 東京大学出版会 (Dryden, W. & Rentoul, R. *Adult Clinical Problems: A cognitive-behavioral approach*. London: Routledge. )
- 丹野義彦 1998 抑うつスキーマ論争とTeasdaleの抑うつ理論 季刊精神科診断学, **9**, 543-554.
- 丹野義彦 2001 エビデンス臨床心理学 - 認知行動理論の最前線 - 日本評論社
- 丹野義彦・坂本真士 1997 論理的な推論の誤りと抑うつスキーマ - 推論の誤り尺度(TES)の作成 - *Cognitive and Behavioral Science Research Report*, #97-J10. Pp.1-20.
- Teasdale, J. D. 1985 Psychological treatments for depression: How do they work? *Behavior Research and Therapy*, **23**, 157-165.
- Teasdale, J. D. 1988 Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, **2**, 247-274.

- Teasdale, J. D. 1999 Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behavior Research and Therapy*, **37**, S53-S77.
- Teasdale, J. D. & Barnard, P. J. 1993 *Affect cognition and change: Remodeling depressive thought*. East Sussex: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, M. G. 1995 How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training. *Behavior Research and Therapy*, **33**, 25-39.
- Tellenbach, H. 1961 *Melancholie* (Problemgeschichte Endogenitat Typologie Pathogenese Klinik Mit einen Exkurs in die manisch-melancholische Region) Berlin: Springer-Verlag. (木村敏訳 1985 メランコリー みすず書房)
- Trull, T. J. & Sher, K. J. 1994 Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, **103**, 350-360.
- 辻平治郎 1992 完全主義の構造とその測定尺度の作成 甲南女子大学人間科学年報, **17**, 1-14.
- 辻平治郎 1993 自己意識と他者意識 北大路書房
- Twaddle, V. & Scott, J. 1991 Depression. In W. Dryden & R. Rentoul (Eds), *Adult Clinical Problems: A cognitive-behavioral approach*. London: Routledge. (坂本真士 訳 抑うつ (丹野義彦 監訳 1996 認知臨床心理学入門) 東京大学出版会 Pp. 113-179)
- 上原徹・佐藤哲哉・坂戸薫・佐藤聡 1995 日本語版 Inventory to Diagnose Depression Lifetime version(IDDL)の信頼性と妥当性の検討 - 自己記入式質問紙によるうつ病障害既往歴調査について - 季刊精神科診断学, **6**, 73-81.
- Velting, D. M. 1999 Personality and negative expectancies: Trait structure of the Beck Hopelessness Scale. *Personality and Individual Differences*, **26**,

913-921.

Vrendenburg, K., Flett, G. L., & Krames, L. 1993 Analogue versus clinical depression: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, **113**, 327-344.

和田さゆり 1996 性格特性用語を用いた Big Five 尺度の作成 心理学研究, **67**, 61-67.

Weissman, A. N. 1979 The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study. *Dissertation Abstracts International*, **40**, 1389-1390.

Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield S., & Ware, J. 1989 The functioning and well-being of depressed patients. *JAMA*, **262**, 914-919.

Wicklund, R. A. 1975 Objective self-awareness. In L. Berkwitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press. Pp.233-275.

Wood, J. V. & Dodgson, P. G. 1996 When is self-focused attention an adaptive coping response?: Rumination and overgeneralization versus compensation, In I. G. Sarason, G. R. Pierce, & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Pp. 231-259.

Wood, J. V., Saltzberg, J. A., Neale, J. M., Stone, A. A., & Rachmiel, T. B. 1990 Self-focused attention, coping responses, and distressed mood in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, **58**, 1027-1036.

矢田部順吉 1993 矢田部・ギルフォード検査 岡堂哲雄(編) 増補新版 心理検査学 Pp. 426-441.

矢崎妙子 1975 性格と発症との関連 医学のあゆみ **95**, 403-407.

Zeiss, A. M. & Lewinsohn, P. M. 1988 Enduring deficits after remissions of depression: A test of the Scar Hypothesis. *Behavior Research and Therapy*, **26**, 151-158.

- Zimmerman, M. & Coryell, W. 1987 The inventory to diagnose depression, lifetime version. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, **75**, 495-499.
- Zung, W. K. 1965 A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, **12**, 63-70.
- Zuroff, D. C. 1994 Depressive personality styles and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Assessment*, **6**, 453-472.