

抑うつにおける自動思考の制御困難性と思考コントロール方略：A B M Cモデルの提案とB M Cの検証

義田, 俊之

<https://doi.org/10.15017/4060258>

出版情報 : Kyushu University, 2019, 博士 (心理学), 論文博士
バージョン :
権利関係 :

博士論文

抑うつにおける自動思考の制御困難性と
思考コントロール方略
——ABMC モデルの提案と BMC の検証——

義田 俊之

目次

はじめに	1
第一部 研究の展望	
第1章 抑うつにおける思考の特徴.....	5
1.1 認知の歪み理論の概観	5
1.1.(1) 「認知」という観点からの抑うつの定式化	5
1.1.(2) 自動思考の発見	5
第2章 認知の歪み理論の展開	7
2.1.(1) 感情障害の認知理論へ: 認知の歪み理論の不安への拡張	7
2.1.(2) 感情障害間の相違点を明確化する流れ.....	7
2.1.(3) 感情障害間の共通点を見出す流れ.....	9
第3章 感情障害における認知の「制御」の問題	11
3.1.(1) 感情障害における認知の「制御」への着眼	11
3.1.(2) 侵入思考と自動思考との関係.....	12
3.1.(3) 抑うつにおいて思考はコントロールの対象となるか.....	12
3.1.(4) ABMC モデルの提案.....	15
3.2 思考コントロール方略の研究動向	16
3.2.(1) 思考コントロール方略の測度 TCQ について	16
3.2.(2) 不安障害・気分障害関連の諸変数との関連.....	18
3.2.(3) 関連アプローチで分かっていること.....	18
3.2.(4) 群間比較アプローチで分かっていること.....	23
3.2.(5) 思考コントロール方略の研究で分かったこと	24
3.2.(6) 思考コントロール方略の研究で分かっていること	24
第4章 本研究の目的と構成	26
4.1 本研究の目的	26
4.2 本研究の基本モデル	26
4.3 本研究の構成.....	27
4.4 本研究の方法論.....	28
4.5 本研究の意義.....	28
第5章 研究1 自動思考の役割の検討.....	31
5.1 問題と目的.....	31
5.1.(1) 問題	31
5.1.(2) 目的	34
5.2 方法.....	34
5.2.(1) 調査協力者	34

5.2.(2)	調査時期	34
5.2.(3)	調査手続きおよび調査内容	34
5.2.(4)	自己スキーマの精緻性に関する指標の算出	35
5.3	結果と考察	38
5.3.(1)	記述統計量	38
5.3.(2)	自動思考の役割を検証するパス解析	39
5.3.(3)	次の課題	44
5.4	第5章(研究1)の要約	44
第6章	研究2 思考コントロール方略を測定する質問紙 TCQ-J の開発(信頼性と妥当性の検討)	46
6.1	問題と目的	46
6.1.(1)	問題	46
6.1.(2)	目的	46
6.2	方法	48
6.2.(1)	TCQ-J の作成過程	48
6.2.(2)	質問紙	48
6.2.(3)	調査手続きと調査協力者	49
6.3	結果と考察	50
6.3.(1)	TCQ-J の因子構造	50
6.3.(2)	記述統計量	52
6.3.(3)	TCQ-J の信頼性の検討	52
6.3.(4)	TCQ-J の妥当性の検討	52
6.3.(5)	考察	54
6.3.(6)	次の課題	55
6.4	第6章(研究2)の要約	55
第7章	研究3 TCQ-J と抑うつとの関連の検討	57
7.1	問題	57
7.1.(1)	思考コントロール方略と抑うつに関連した諸変数との関連	57
7.1.(2)	自動思考との関係と予想	57
7.1.(3)	反すう傾向との関係と予想	58
7.1.(4)	抑うつ症状との関係と予想	58
7.2	目的	59
7.3	方法	60
7.3.(1)	調査協力者	60
7.3.(2)	質問紙	60

7.3.(3)	調査手続き	60
7.4	結果と考察	61
7.4.(1)	下位尺度得点の記述統計, 信頼性, 下位尺度得点間の相関	61
7.4.(2)	TCQ-J と抑うつに関係した3種類の自動思考との関連	61
7.4.(3)	TCQ-J と反すう傾向との関連	62
7.4.(4)	TCQ-J と抑うつ症状との関連	63
7.4.(5)	思考コントロール方略における抑うつと不安との共通点・相違点	63
7.4.(6)	研究3の意義	64
7.4.(7)	次の課題	64
7.5	第7章(研究3)の要約	65
第8章	研究4 思考コントロール方略が自動思考を媒介する効果の検討	66
8.1	問題と目的	66
8.1.(1)	問題	66
8.1.(2)	目的	66
8.2	方法	67
8.2.(1)	調査時期・倫理的配慮	67
8.2.(2)	調査協力者	68
8.2.(3)	質問紙	68
8.3	結果と考察	69
8.3.(1)	記述統計量	69
8.3.(2)	相関分析	70
8.3.(3)	媒介分析	72
8.3.(4)	考察	77
8.3.(5)	次の課題	78
8.4	研究4の要約	78
第9章	研究5 慢性疼痛群における思考コントロール方略と痛みの破局的思考との関連の検討	81
9.1	問題と目的	81
9.1.(1)	問題	81
9.1.(2)	目的	84
9.2	方法	84
9.2.(1)	調査協力者	84
9.2.(2)	測度	85
9.2.(3)	調査手続き	86
9.2.(4)	データ解析	86

9.3	結果と考察.....	87
9.3.(1)	記述統計量.....	87
9.3.(2)	回帰分析.....	88
9.4	慢性疼痛における非適応的な思考コントロール方略.....	89
9.5	研究5の要約.....	90
第10章	研究の結論とその示唆.....	92
10.1	結果の要約.....	92
10.2	総合考察.....	93
10.2.(1)	検証したモデル(再掲).....	93
10.3	理論的貢献.....	98
10.3.(1)	認知の歪み理論に対する貢献.....	98
10.3.(2)	臨床メタ認知理論に対する貢献.....	99
10.3.(3)	病理の持続因子に着目する他のモデルとの比較.....	100
10.3.(4)	マインドフルネス瞑想法の奏効機序への示唆.....	100
10.4	今後の方向性・展開.....	100
10.4.(1)	思考コントロール方略による横断的なフォーミュレーション.....	100
10.4.(2)	調査対象者の拡張.....	101
10.4.(3)	思考コントロール方略とメタ認知的信念との関連の検証.....	102
10.4.(4)	思考コントロール方略をターゲットにした介入.....	102
10.5	結語.....	103
AppendixI	認知の歪み理論とABCモデル.....	104
I-i	自動思考の母体としてのスキーマ(信念).....	105
I-ii	ABCモデル.....	106
AppendixII	臨床メタ認知理論.....	107
II-i	メタ認知の諸概念.....	108
II-ii	メタ認知の感情障害への適用(メタ認知による感情障害の概念化).....	110
II-iii	臨床メタ認知理論による抑うつ概念化.....	115
II-iii-i	抑うつのメタ認知モデル.....	123
II-iii-ii	AMCモデル.....	124
II-iii-iii	感情障害の認知理論と臨床メタ認知理論との共通点・相違点.....	125
AppendixIII	自己記述課題の教示.....	127
AppendixIV	TCQ-Jの教示.....	128
	引用文献.....	129
	謝辞.....	147

はじめに

人は「考えに煩わされる」という体験をすることがある。気づかないうちに考えが始まり、同じような考えが繰り返し訪れ、堂々めぐりになり、やがて行き詰まる。すなわち、我々は、外側にある問題だけでなく、内側にある思考にも悩まされる。そこで、煩わしい思考自体を何とかしようとする人は手を尽くす。それが奏効し平穏を取り戻すこともあれば、かえって思考が厄介になる場合もある。

これまで、「思考」に焦点を当てた臨床心理学のアプローチは認知療法であった。抑うつというコモンメンタルディスオーダーを対象とし、介入では、思考の「モニタリング」を行い、様々な技法を駆使して「思考内容の変容」を試みる。自らの思考を対象化して扱うこうした認知療法の介入は、創始者 Beck が明確な意図を持っていなかったと思われるが、潜在的には、メタ認知を **change agent** として利用していると言える。さらに、近年発展を見ているマインドフルネス認知療法も、自らの思考を、良し悪しの判断を控え、受容的に「観察」する新しいスタンスを築く介入によって、特にうつ病の再発予防を期する (Segal, Williams, & Teasdale, 2001)。しかしながら、介入の場でいかにして認知を変えるか以前に、ふだん、我々は自己の認知をどのようにコントロールしようとし、それがどのような効果を生じているのかを明らかにする必要があるのではないか。ところが、このことは認知療法の理論では説かれていない。言い換えれば、煩わしい思考に対して、発症や維持の局面でどのようにしているのか、実態の解明なきままに、介入の局面でどのようにしたらよいか提案されるという状況が続いていた。

心理学では、既に、自己注目、すなわち自己の内面全般に注意を向けることと抑うつに関連があることは指摘されていた (坂本, 1997)。また、反すう (i.e., 軽微な抑うつ症状に対してその原因や今後の成り行きを繰り返し考えること) が抑うつを維持するという知見も存在した (Nolen-Hoeksema, 1991)。さらに、思考抑制研究では、抑うつ的な大学生を対象に、失敗した場面について考えないように教示すると、かえって失敗に関する思考が押し寄せてくることを示した (Wenzlaff, Wegner, & Roper, 1988)。これらは、自己の内的体験を対象にした、何らかのメタ的な働きかけや態度が、抑うつを維持することを示唆する。

そして近年ようやく、抑うつ維持において、メタ認知が果たす一定の役割を位置づけようとする議論が登場した。臨床メタ認知理論である。臨床メタ認知理論では、煩わしい思考を対象とし、それへ対処の仕方を「思考コントロール方略」として概念化し、思考コントロール方略いかにによって、思考の煩わしさが変わると考えられている。

そこで、本研究では、思考コントロール方略に着目し、制御困難な思考に対処するため

のどのような方略があるのか、それらの方略のどれが、抑うつに関連した種々の変数とどのような関連を持ち、抑うつに自動思考にどのような影響を与えるのかについて、実証的な検討を行うことを目的とする。

本書は以下のように構成されている。第一部では、認知行動療法の中で起きた、思考の内容から思考の制御困難性への関心事の変化を跡づける。第 1 章では、自動思考に着目した認知の歪み理論を概観する。第 2 章では、認知の「内容 (テーマ)」が取り上げられ、認知の歪み理論が抑うつから不安へ拡張されたことを記す。第 3 章では、認知の制御困難性が取り上げられるようになった流れを指摘し、「外的事象 (Activating event) によって活性化された自己スキーマ (Belief) から自動思考が生起し、その自動思考に対処するために非適応的な Metacognition (思考コントロール方略) が発動される結果、自動思考が制御困難となって、最終的に感情や行為面の症状という帰結 Consequences に至る」という、ABMC モデルを提案する。その上で、思考コントロール方略の代表的な測度である Thought Control Questionnaire (以下 TCQ と略記) (Wells & Davies, 1994) を紹介し、不安・抑うつに関連した変数 (i.e., 症状, 侵入思考) と TCQ との関連を検討した先行研究のレビューを行う。そこから、TCQ を用いた研究で現在まで明らかにされていることをまとめ、TCQ を用いた研究において、ABMC モデルの中核的な要素である BMC, すなわち、「どのような自動思考がどのような思考コントロール方略を発動させるのかの同定」と、「どのような思考コントロール方略が自動思考の頻度や思考の制御困難感にどのような影響を及ぼすのか」が未解明であることを指摘する。第 4 章では、この 2 つの解明を本研究の目的に位置づけ、本書の構成を述べる。

第二部では、抑うつにおける自動思考とメタ認知の関連について、5 つの研究を行う。第 5 章では、研究 1 として、抑うつ症状に対する自動思考の影響を検証する。これは、思考コントロール方略の自動思考への影響を検討する前提として、そもそも自動思考が抑うつ症状に影響していることを確認しておくためである。

第 6 章では、研究 2 として、思考コントロール方略の測度として頻用される Thought Control Questionnaire (TCQ) の日本語訳 TCQ-J を作成して、信頼性、妥当性について先行研究との異同を検討する。これは、思考コントロール方略を取り上げる本研究において不可欠となる。

第 7 章では、研究 3 として、思考コントロール方略と抑うつとの関連を、抑うつに特徴的な侵入思考である自動思考、CAS の構成要素であり抑うつと強い関連を持つ反すう傾向、抑うつ症状の 3 つの観点で、質問紙調査によって調べる。これは、抑うつに自動思考の制御困難性をもたらす要因、その背景や帰結を解明するために有用であろう。

第 8 章では、研究 4 として、思考コントロール方略が、抑うつに自動思考によって発動され、その後の自動思考の頻度や思考の制御困難感を媒介する効果を、3 時点でのパネル調査 (縦断調査) によって検証する。ABMC モデルから導かれる、自動思考がトリガーとな

って思考コントロール方略が発動されるパスと、発動された思考コントロール方略が思考を制御困難にするパスとを分離可能なデザインのもとでデータを収集した上で明らかにすることは、本研究の関心事を直接に検証する重要な部分である。

第9章では、研究5として、慢性疼痛を有する筋ジストロフィー患者のサンプルにおいて、思考コントロール方略が、破局的思考（i.e., 慢性疼痛において抑うつを予測する制御困難な思考）の頻度を予測するという仮説を検証する。抑うつは疼痛のような身体疾患においても生じていることから、本研究の枠組みを敷衍する試みとして意義を持つ。

最後に、第三部で総合考察を行い、研究の理論的貢献と今後の方向性について議論し、本書を結ぶ。

第一部 研究の展望

第1章 抑うつにおける思考の特徴

1.1 認知の歪み理論の概観

1.1.(1) 「認知」という観点からの抑うつの定式化

抑うつには、様々な症状がある。すなわち、感情の障害（抑うつ気分など）、認知の障害（悲観的思考など）、動機づけの障害（意欲や関心の喪失）、行動の障害（活動量低下）、生物学的症状（睡眠・食欲・性欲などの障害）である。これらの症状の中で、最もはっきりしているのは感情の障害（抑うつ気分）である。抑うつ気分は持続し、質的にも、通常の悲哀感情とは異なる。そのため、旧来、感情障害こそが抑うつの基本症状であり、認知・動機づけ・行動の障害は、そこから派生した二次的な症状であると考えられてきた(Dryden & Rentoul, 1991/1996)。すなわち、抑うつとは感情の病であると見られてきた。しかし、Beck, Rush, Shaw, & Emery(1979/1992)が、抑うつにおいて、ネガティブな自動思考が抑うつ感情を生じさせる役割に注目したことから、うつ病が認知の観点から捉えなおされるようになった。自動思考とは、思考やイメージのような、意識に顕在化した一過性の反応である(坂野 et al., 1996)。さらに、自動思考を生じさせる母体として、自己に関する信念やスキーマのような安定した構造が潜在すると仮定された。そして、ストレスフルなライフイベントによって、潜在的なネガティブな自己スキーマが活性化され、ネガティブな自動思考として意識に浮かぶことで抑うつに陥ると考えられた(Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979/1992)。こうした考えが、今日、「認知の歪み理論」として知られている。以下では、自動思考について概観する¹。

1.1.(2) 自動思考の発見

Beck (1976/1990) は、自動思考とは、ストレスフルな外的事象と、不快な情緒反応との間に存在し、両者を結びつけている一連の思考であると述べている²。ここでは、自動思考がどのような現象なのかを、「どのように始発し、どのような形態で体験され、何をテーマとし、その後どのような影響をもたらし、どのように終息する（ことが難しい）のか」という、様々な観点から明確にしたい。

始発については、自動思考は、ストレスフルな外的事象をきっかけにして生じる。しかも、特定の事柄について制御的、論理的に熟考して生じるのではなく、自動的に automatically 現れる³。

形態については、自動「思考」と命名されてはいるものの、多様な形態の認知現象が含

¹ 自己スキーマの役割も含め、認知の歪み理論全体の詳細に関しては、「Appendix I 認知の歪み理論とABCモデル」を参照のこと。

² 日常語では「雑念」が最も近いかもしれない。

³ Beck は、この始発時の特徴から「自動思考」と命名したと考えられる。

まれる。すなわち、言語的思考であったり、回想であったり、視覚イメージであったり (e.g., 自分が担当した課題がすべて失敗に終わった場面を空想する) する。また、電報文のように、文章の中の重要な言葉だけが現れる場合もある (e.g., 「さびしい……病気になる……我慢できない……癌……まったくダメ」 (Neenan & Dryden, 2004/2010)。しかも、これら多様な形態の認知現象が、単独でなく、複数連鎖して生じる場合がある。多様な形態の認知現象だが、意識に浮かぶ点では共通している。

自動思考のテーマは、抑うつの場合、「喪失」であると考えられている(Beck, 1976/1990)。すなわち、何らかの好ましい属性や、他者からの愛情、関心を失っているというテーマが通底している。言い換えれば、自己に対するネガティブな評価の成分が含まれている。しかも、こうした思考には現実の歪曲が多く存在していると Beck (1976/1990) は指摘した⁴。ただし、自動思考を経験する当人は、それに違和感を抱かず、真実、現実であると受けとめる傾向にある。

自動思考が生じた影響として、感情や行為等、他の次元の症状が生じる。まず、「喪失」というテーマと密接に関連した情動・気分が生起する。例えば、「私はダメな人間だ」という思考が生じたことによって、抑うつ感情が生じる。また、自動思考は、行為に影響を与える。状況を見極め、心の中で議論し、決定を下す結果、自分自身に、ある行為を行うこと (あるいは行わないこと) を指示するメッセージ (i.e., 自己指示) が生じるためである。例えば、抑うつ患者は、日常生活を重荷と受け止める (e.g., 「大変だ、大変だ」といった自動思考を多く体験する)。すると、「大変だからしないでおこう」と考えやすくなり、大変なことから身を引き、受け身的な状態で過ごすようになる。

Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979/1992) は、自動思考がパターン化されて次々と意識に浮かぶと指摘した。すなわち、自動思考はしばしば、ひとつの自動思考が次の自動思考を招くというかたちで、複数が連鎖して生じ、持続する。また、抑うつにおける反すうは、パニック障害群の心配と比べ、持続時間が長く、より制御不能であると評価された (Papageorgiou & Wells, 1999b)。

上述の、自動思考の様々な特徴は、「内容 (テーマ)」と、「制御困難性 (意図しない自動的な始発、反復・持続)」の 2 つに大別できるだろう。その後、Beck は、同じ診断を受けた患者に共通して、同様の内容の自動思考が見られることに気づき、自動思考の内容面での分類と拡張を通して、感情障害の理論化を行った (詳細は「2.1.(1) 感情障害の認知理論へ：認知の歪み理論の不安への拡張」で説明する)。一方、制御困難であるという特徴について、なぜ制御困難になるのか、制御困難性をもたらす要因についての研究は行われなかった。

⁴ 内容の歪み。この特徴をとらえて、「認知の歪み理論」と呼ぶ場合がある。

第2章 認知の歪み理論の展開

2.1.(1) 感情障害の認知理論へ：認知の歪み理論の不安への拡張

「1.1.(2) 自動思考の発見」において、自動思考の様々な特徴が、「内容（テーマ）」と、「制御困難性（侵入，反復・持続）」の二つに大別できることを述べた。このうち、Beckは、内容の面を発展させ、抑うつだけでなく、不安の問題をも含んだ感情障害全般の認知理論を構築していった。すなわち、Beck(1971)は、感情障害ごとに、思考のテーマが異なっており、特定の内容（テーマ）の自動思考が、特定の感情、情動、気分を生起させると考えた。そして、どのような内容（テーマ）の思考が、どのような感情や症状を招くかを精緻に追求した。以後の認知療法理論の発展は、それぞれの感情障害に特異的な思考内容を同定することだった。

Beckは、抑うつ自動思考のテーマは「喪失」であると考えた(Beck, 1976/1990)。一方、不安の自動思考のテーマは「危険」であると指摘した(Beck, 1976/1990)。Beck, Brown, Steer, Eidelson, & Riskind(1987)は、618名の精神科外来患者から得られた言語反応を分析して、不安と抑うつ自動思考の頻度を測定するCognition Checklist (CCA)という質問紙を作成した。不安の自動思考(e.g., 「私は傷つけられるだろう I am going to be injured.」)の頻度を測定する下位尺度 CCL - A (14項目)は、面接者による不安症状の評定尺度であるHamilton Psychiatric Rating Scales for Anxiety(Hamilton, 1959)と、抑うつ自動思考(e.g., 「自分には価値がない I'm worthless.」)の頻度を測定する下位尺度 CCL - D (12項目)は、面接者による抑うつ症状の評定尺度であるHamilton Psychiatric Rating Scales for Depression(Hamilton, 1960)と、それぞれ有意な正の相関を示した。また、DSM-III(American Psychiatric Association, 1980/1982)でうつ病性障害と診断された患者はCCL-Dの得点が、DSM-IIIで不安障害と診断された患者はCCL-Aの得点が、有意に高かった。

2.1.(2) 感情障害間の相違点を明確化する流れ

認知内容特異性仮説 このような、抑うつと不安には、特徴的な認知内容が存在するという仮説を、Beckは認知内容特異性仮説 cognitive content-specificity hypothesis と呼んだ(Beck, Emery, & Greenberg, 1985)⁵。言い換えると、抑うつと不安の違いは、認知のテーマの違いだという仮説である。具体的には、抑うつ自動思考は「(既に起きた) 喪失」をテーマとしているのに対して、不安の自動思考は「(まだ起きていないが、目前に迫った) 危険」をテーマしていると仮定する。

Beck(1974)は、不安神経症（急性のパニック発作や強い慢性不安）の患者32名に半構造

⁵ 認知内容特異性仮説は、臨床群どうしの違いだけでなく、日常的な情動体験まで含んで、情動および情動障害の汎用的な理論化を企図している。

化面接を実施し、認知内容と不安との関係を調べた。その結果、不安神経症の患者たちの思考内容は、身体的危険の予期か、心理社会的なトラウマの予期（特定の状況で拒絶されることから完全に仲間外れにされることまで）であった。さらに、Wilkinson & Blackburn, (1981)が開発した Cognitive Style Test という質問紙では、抑うつにおける否定的認知の三つのテーマ (i.e., 自己否定, 世界否定, 未来否定) が指摘された。

また、認知内容特異性仮説を直接に扱ったわけではないが、抑うつと不安の思考を様々な観点から比較した研究も、内容特異性仮説と整合的である。(Papageorgiou & Wells, 1999a, 1999b)は、思考サンプリング課題によって、抑うつの思考と不安な思考との比較を行った。Papageorgiou & Wells (1999a) は、健常群で、2週間、毎日、落ちこんだ気分有的时候に思い浮かんだ思考と不安・心配なときに思い浮かんだ思考を2つずつ書き出させ、問題解決の努力・自信の低さなど、様々な次元で自己評定を求めた。その結果、落ちこんだ気分有的时候に思い浮かんだ思考の方が、内容が過去志向的であった。

さらに、Papageorgiou & Wells (1999b) は、臨床群を対象に、同様の調査を行った。臨床群は、大うつ病性障害の患者と、パニック障害の患者であった⁶。対照群として健常群も設定した。大うつ病性障害の患者群の中で、抑うつの思考と不安の思考とを比較すると、抑うつの思考の方が過去志向的であった。大うつ病性障害群とパニック障害群とを比較すると、大うつ病性障害群の思考は過去志向的であった。大うつ病性障害群の抑うつの思考は、パニック障害群および健常群の抑うつの思考と比べて、過去志向的であった。抱えている問題に対して、解決の努力および解決の自信という2つの次元で、抑うつの思考が低く評定された。この研究では、「喪失」という次元の評定は行われていない。しかしながら、内容特異性仮説における「能力の欠如・喪失」という考えと整合的であろう。

このように、認知内容特異性仮説を検証するために、抑うつの自動思考および不安の自動思考と、抑うつ症状および不安症状の関連を調べることが一般的である。すなわち、抑うつの自動思考と抑うつ症状との相関、不安の自動思考と不安症状との相関が、抑うつの自動思考と不安症状との相関や、不安の自動思考と抑うつ症状との相関よりも大きいならば、認知内容特異性仮説を支持する結果であると言える。Beck & Perkins(2001)は、抑うつの自動思考、不安の自動思考、抑うつ症状、不安症状の質問紙間の相関係数を検討した13の研究のメタ分析を行った。これらの研究には、CCLだけでなく、他の質問紙も使用されていた。協力者は、健常群の場合もあれば臨床群の場合もあった。その結果、抑うつの自動思考と抑うつ症状の相関係数の平均値は、それ以外の3つのペア (i.e., 不安の自動思考と抑うつ症状, 抑うつの自動思考と不安症状, 不安の自動思考と不安症状) の相関係数の平均値に比べて有意に大きかった。しかし、不安の自動思考と不安症状の相関係数の平均値は、それ以外の3つのペア(i.e., 不安の自動思考と抑うつ症状, 抑うつの自動思考と不

⁶ 診断上の重複を避けるため、どちらか一方の障害を持つ患者しか研究に含めなかった

安症状、抑うつ)の自動思考と抑うつ症状)の相関係数の平均値に比べ有意に大きいとは言えなかった。ここから、Beck & Perkins (2001) は、抑うつ)の自動思考については、認知内容特異性仮説がある程度裏付けられるものの、不安の自動思考については、そうではないと結論付けた。また、抑うつ)症状と不安症状の質問紙間で、相関係数の平均は.45であった。さらに、抑うつ)の自動思考と不安の自動思考の質問紙間では、相関係数の平均は.66であった。

こうしたことから、抑うつ)の自動思考の内容と、不安の自動思考の内容が、全く異なっているのではなく、両者に共通の内容と、それぞれに独自の内容とが存在する可能性が指摘されるようになった。

2.1.(3) 感情障害間の共通点を見出す流れ

抑うつ)症状と不安症状との相関 抑うつ)症状を測定する HRSD (Hamilton, 1960) と、不安症状を測定する HRSA (Hamilton, 1959) などを用いた研究においては、抑うつ)症状と不安症状が一般的に.40-.50 程度の相関を示すことが報告されている(Clark, Beck, & Brown, 1989)。さらに、Beck & Perkins (2001) は、抑うつ)症状の様々な質問紙と、不安症状の様々な質問紙との間の相関係数を検討した 13 の研究のメタ分析を行った。協力者は、健常群の児童、青年、大学生、臨床群の青年、成人と多様であった。その結果、抑うつ)症状と不安症状の質問紙間で、相関係数の平均は.45であった。

抑うつ)の自動思考と不安の自動思考との相関 このように抑うつ)症状と不安症状とに相関があることから、抑うつ)と不安とで、自動思考の内容にも何らかの関連があるのではないかと考えられるようになった。そして、福井 (1998) は、自動思考の内容面で、抑うつ)と不安との共通点および相違点を明らかにした。それによると、抑うつ)と不安とに共通するのは「過去・現在否定」であり、これに「自己否定」と「将来否定」という独自要素が加わることで、抑うつ)気分が招かれる。一方、「過去・現在否定」に「状況の脅威度・嫌悪度」と「脅威・嫌悪状況予測」という独自要素が加わることで、不安気分が招かれることが分かった。このようにして、抑うつ)気分と不安気分との間の相関は、共通要素である「過去・現在否定」によるものであることが明らかにされた。

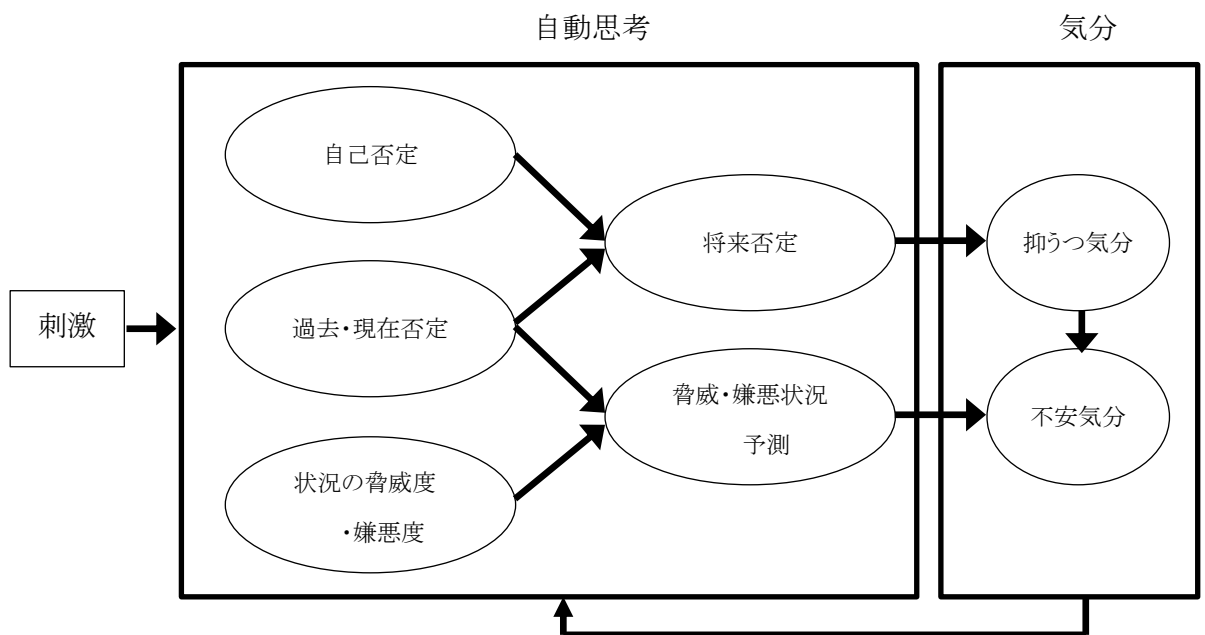


Figure 2-1 抑うつと不安の自動思考の内容面の共通要素と独自要素 ((福井, 2002) より)

第3章 感情障害における認知の「制御」の問題

3.1.(1) 感情障害における認知の「制御」への着眼

「自動思考の発見」で述べたように、自動思考の主要な属性は、内容（i.e., 何を考えるか）と、制御困難性（侵入、反復・持続）（i.e., どのように考えるか）の二つに大別できる。認知の歪み理論は、このうち、内容の面を細分化する方向で発展を遂げた。すなわち、どのような内容の思考が、どのような感情や症状を招くかの解明を目指してきた。それが認知内容特異性仮説を元にした研究知見を生み出した。そして、認知内容特異性仮説の流れの中で、福井(1998)において、思考の内容の観点から、抑うつと不安とに共通の要素と、それぞれに独自の要素とが明らかにされた。一方で、認知の歪み理論では、思考の制御困難性に対する関心が乏しかった。

その後、複数の心理的障害に認められる、意思とは無関係に浮かぶ妨害的認知が「侵入思考」という名前と呼ばれ(Clark, 2005)、その特徴として、「意識に入ってくる、他とは区別される思考、イメージ、または衝動」、「意思とは無関係なもとのとして認識される」、「進行中の認知活動、行動を妨げる」、「繰り返し生じる」、「注意資源を容易に奪い、他から注意をそらす」、「否定的な感情を伴う」、「消えにくい」といったことが挙げられた。すなわち、思考の内容(i.e., 何を考えるか)でなく、その体験的性質(i.e., どのように考えるか)に関心が移り、思考の制御困難性という問題を扱う議論が出現した。しかも、思考の制御困難性を扱う議論は、診断横断性（i.e., 抑うつと不安に共通の要素）という議論と密接に絡んでいる。例えば、repetitive thoughts/thinking という議論がある(Watkins, 2008)。Repetitive（しつこく繰り返す）という言葉が示唆するように、思考の制御困難性に関心が持たれている。そして、抑うつと不安に共通する（=診断横断的）思考がどのようなものか、その働きを調べる流れが生まれている(McEvoy & Brans, 2013; McEvoy, Mahoney, & Moulds, 2010; Topper, Molenaar, Emmelkamp, & Ehring, 2014)。このように、近年では、認知行動療法において、思考を巡る議論は、診断特異的な方向性から、制御困難性に着眼しつつ診断横断的な方向性へと変化していると言える。

ここでは一步踏み込んで、制御困難な思考を体験した場合、我々はどうするのかを考えてみよう。制御困難な思考（i.e., 自動思考）も、ネガティブな情動が付帯すること、反復持続すること、制御困難さのために、不快な体験である。実際、自動思考の持続性に対して、煩わしさや違和感も体験されている(野村, 2002)。そのため、不快な情動・気分には様々な方略で対処するように、我々は何らかの手段で、制御困難な思考に対処するはずである。さらに、不快な情動・気分に対する対処が当の情動・気分を強めたり弱めたりする効果を生じさせるように、制御困難な思考に対する対処も、当の思考の頻度や強度、確信度などに何らかの効果を生じさせると考えられる。こうした、制御困難な思考に対する対処方略

は「思考コントロール方略」と呼ばれている(Wells, 2000)。この、思考コントロール方略こそが、本研究のテーマである。思考コントロール方略は、抑うつと不安という臨床的事態における認知の問題を、内容ではなく制御困難性に着目した上で、認知の制御を扱うメタ認知の諸概念を援用して扱う「臨床メタ認知理論」から出てきた概念である⁷。

3.1.(2) 侵入思考と自動思考との関係

ここで、侵入思考と自動思考との関係について、本論文の立場を明らかにしておく。侵入思考は、始発、持続、終息、干渉、感情、形態など、複数の次元で以下の特徴を持つ(Clark & Rhyno, 2005)。

- ・侵入してくる：自己の意思で生じるというより、不意に、勝手に意識の中に割りこんできた感じがする。

- ・干渉：それまで考えていたことやしていたことが、その思考が生じたために、さまたげられてしまう。

- ・マイナスの感情：それが生じるとマイナスの感情（例えば不安、イライラ、憂うつ、罪悪感など）を経験する。

- ・形態：言葉のこともあれば、イメージ（何かの場面の絵・写真や、ストーリーのある映像）であることや、何かをしそうになる衝動のこともある。

抑うつにおいて、自動思考と侵入思考は別のものであるという立場があり得る。Wenzlaff(2005)は、両者の体験的な性質の違いに着目している。すなわち、(a) 侵入思考は、大半はネガティブだが、中立的な場合やポジティブな場合もあること、(b) 自動思考よりも侵入思考の方が侵入性（i.e., 意識の中の突然現れたという印象）高いこと、(c) 抑うつの自動思考は一連のネガティブな思考の流れに沿って生じているのに対し、侵入思考はそれまでの思考の流れを変えてしまう度合いが強いことを指摘している。確かに、強迫観念やフラッシュバックは、体験している本人にとって違和感が強いものである。しかし、始発において、本人が知らぬ間に始まるという意味では、本人の意思とは無関係に生じている。しかも、それが生じると、それまで考えていたことでなく、その思考の方を考える。さらに、持続し、収束しない。そのため、本研究では、自動思考は侵入思考に含まれるという立場を取る。

3.1.(3) 抑うつにおいて思考はコントロールの対象となるか

さらに、認知の制御という文脈においては、「自動思考は侵入思考と同じか、違うか」という観点よりも、抑うつにおける認知活動のコントロール（の困難）という観点から、以下のような問いを立てるべきであろう。

⁷ メタ認知の諸概念および臨床メタ認知理論の詳細については「Appendix II 臨床メタ認知理論」を参照のこと。

第一の問いは、「自動思考および侵入思考が、認知のコントロールとどのような関連を持つか（あるいは持たないか）」である。これは、「自動思考および侵入思考は、認知のコントロールの試みを発動させるのか」という問いに言い換えることができる。この問いに対しては、Wells(2009/2012)は、自動思考がコントロールの試みを発動させると指摘している。（強迫観念に代表される）侵入思考は、一個が生じたときに、強い違和感が体験される。確かに、それと比べると、ひとつひとつの自動思考が生じた際の違和感は強くはないかもしれない。しかしながら、自動思考は連鎖し、持続する。この、持続性に対する煩わしさや違和感も体験されている（野村, 2002）。よって、自動思考はコントロールの対象となり、その後にはコントロールの試みを発動させ得る。

第二の問いは、「抑うつにおいて、人は自己の認知活動やその問題をどのように捉えているか」である。この問いに対しては、メタ認知的信念（i.e., 自己の認知に関する信念）に関する研究から、抑うつ症状の強い人ほど認知活動のコントロールに問題を感じていることが示唆される⁸。

Sun, Zhu, & So(2017)は、メタ認知的信念の測度である Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ-65) (Cartwright-Hatton & Wells, 1997)とその短縮版である MCQ-30(Wells & Cartwright-Hatton, 2004)の 5 つの下位尺度（i.e., 「心配に関するポジティブな信念」、「思考の制御困難性と危険に関するネガティブな信念」、「思考コントロールの必要性に関する信念」、「認知的自己意識」、「認知的自信の低さ」）、および MCQ-65 から派生した統合失調症のための Meta-Cognitions Questionnaire Shortend and Modified (MCQ-SAM) (Lobban, Haddock, Kinderman, & Wells, 2002)の中で MCQ-65 および MCQ-30 の 5 つの下位尺度と一致した 4 つの下位尺度⁹、強迫性障害のために認知的自己意識尺度を拡張した Cognitive Self Consciousness Scale-Expanded (CSC-E) (Janeck, Calamari, Riemann, & Heffel, 2003)尺度の得点を、健常群と様々な臨床群（i.e., 強迫性障害、全般性不安障害、大うつ病性障害、摂食障害、統合失調症）とで比較した研究のメタ分析を行った。その結果、健常群よりも、（大うつ病性障害を含む）臨床群の方が、上記の 5 つの下位尺度全ての平均が高く、効果量も大きかった。すなわち、健常群よりも、大うつ病性障害群の方が、心配することにメリットを見出しつつ、制御困難さを感じている。さらに、これらの尺度得点を、様々な臨床群同士でも比較した¹⁰。その結果、「思考コントロールの必要性に関する信念」と「認知的自信の低さ」では、臨床群間で有意差が見られなかった。すなわち、大うつ病性障害も他の臨床群と同程度に、認知活動をコントロールする責任を感じつつも、その自

⁸ メタ認知的信念の役割、メタ認知的信念の測度に関する詳細は「Appendix II 臨床メタ認知理論」を参照のこと。

⁹ MCQ-SAM には7つの下位尺度があるが、MCQ-65およびMCQ-30の下位尺度と一致する4つの下位尺度（i.e., 「心配に関する肯定的信念」、「思考の制御困難性と危険に関する否定的信念」、「認知的自己意識」、「認知的自信の低さ」）だけをメタ分析に使用した。

¹⁰ 「心配に関する肯定的信念」の効果量では、臨床群間で有意差が見られなかった。すなわち、大うつ病性障害群も他の臨床群と同程度に、心配することにメリットを感じている。

信が弱いことが示唆される。

また、MCQ-30 を用いて、臨床群でなく、健常群（大学生）を対象にした調査も行われている。MCQ-30 日本語版(山田・辻, 2007)を用いた調査では、抑うつ症状は、反すうと正の相関を示したことに加え、「心配に関する肯定的信念」、「思考の制御困難性と危険に関するネガティブな信念」と有意な正の相関を示した(池田 et al., 2017; 黒田 et al., 2015)。また、抑うつ症状は「認知的自信の低さ」、「認知的自己意識」とも有意な正の相関を示した(池田 et al., 2017)。

抑うつと関連が強い制御困難な認知は反すうであると考えられている。そこで、抑うつ症状と、「反すうに関するポジティブなメタ認知的信念」、「反すうに関するネガティブなメタ認知的信念」との関連も検討されている。反すうに関するポジティブなメタ認知的信念との関連では、反すうすることの対処行動としてのメリットを内容とした Positive Beliefs about Rumination Scale(Papageorgiou & Wells, 2001b)を邦訳した PBRs 日本語版(高野・丹野, 2008)と抑うつ症状との間で正の相関が認められている(池田 et al., 2017; 高野・丹野, 2008)。反すうに関するネガティブなメタ認知的信念との関連では、Negative Beliefs about Rumination Scale (NBRS; Papageorgiou & Wells, 2001a)の、反すうの制御困難性と反すうすることの害を内容とした下位尺度である NBRS1、反すうの社会的悪影響を内容とした下位尺度である NBRS2 がともに抑うつ症状と正の相関を示した(Papageorgiou & Wells, 2003)。また、日本でも、反すうが思考の制御困難性、社会的機能障害、ネガティブな思考や感情の増加につながるという内容の「抑うつの反すうに関するネガティブなメタ認知的信念尺度 (Negative Beliefs about Depressive Rumination Questionnaire: NBDRQ) (長谷川, 金築, 井合, & 根建, 2011)が、抑うつ症状と正の相関を示した(池田 et al., 2017; 黒田 et al., 2015)。

第三に、抑うつ傾向の強さと、思考の体験、評価の仕方とには、どのような関連があるのか、という問である。Muris, Merckelbach, & Horselenberg(1996)は、健常群において、BDI で測定した抑うつ症状と、思考抑制傾向の測度である WBSI(Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987)との間に有意な正の相関を見出した。この相関は、STAI で測定した不安や、EPQ-N で測定した神経症傾向を統計的に統制しても有意であった。また、Wenzlaff(2005)は、抑うつにおける侵入思考の相対的な強度、頻度、制御困難度を把握するために、複数の研究 (Wenzlaff & Eisenberg, 2001; Wenzlaff & Luxton, 2003; Wenzlaff, Rude, & West, 2002; Wenzlaff, Rude, Taylor, Stultz, & Sweatt, 2001) を統合して解析を行った。その結果、BDI 短縮版(Beck & Beck, 1972)の得点で非抑うつ群と定義された大学生協力者と、抑うつ群と定義された大学生協力者とで、WBSI の尺度得点を比較した結果、非抑うつ群よりも抑うつ群の方が、WBSI の下位尺度の一つである「意思とは無関係な侵入思考」の得点が有意に高かった。抑うつ傾向が高いと、意思とは無関係な思考の強度、頻度、制御困難度が高いことが示唆された。これらの結果から、抑うつ傾向が強いと、望ま

ないネガティブな思考を考えないようにしていることが分かる。

まとめると、「抑うつにおいて、人は自己の認知活動やその問題をどのように捉えているか」という問いに対しては、うつ病に罹患している場合でも、健常群で抑うつ症状が強い場合でも、心配や反すうという認知活動を行うメリットを感じつつも、そうした認知の制御困難性、危険性、悪影響を感じるとともに、認知活動のコントロールに困難、問題を感じていることが示唆される。ここから、抑うつが強いと、何らかの手段で認知活動をコントロールする必要性を強く感じ、思考コントロール方略という手段に訴える可能性が高いと考えられる。

3.1.(4) ABMC モデルの提案

本研究では、「自動思考が生じたことで、それへの対処が行われ、かえって制御困難となった自動思考が、感情面や行為面の症状を招く」という過程を想定している。こうした一連の過程は、「外的事象 (Activating event) によって活性化された自己スキーマ (Belief) から自動思考が生起し、その自動思考に対処するために非適応的な Metacognition (思考コントロール方略) が発動される結果、自動思考が制御困難となって Consequences (症状) に至る」というモデルで整理できる。本研究では、自動思考とそれへの対処、症状の関係について、この ABMC モデルを提案する¹¹(Figure 3-1 本研究で提案する ABMC モデル)。

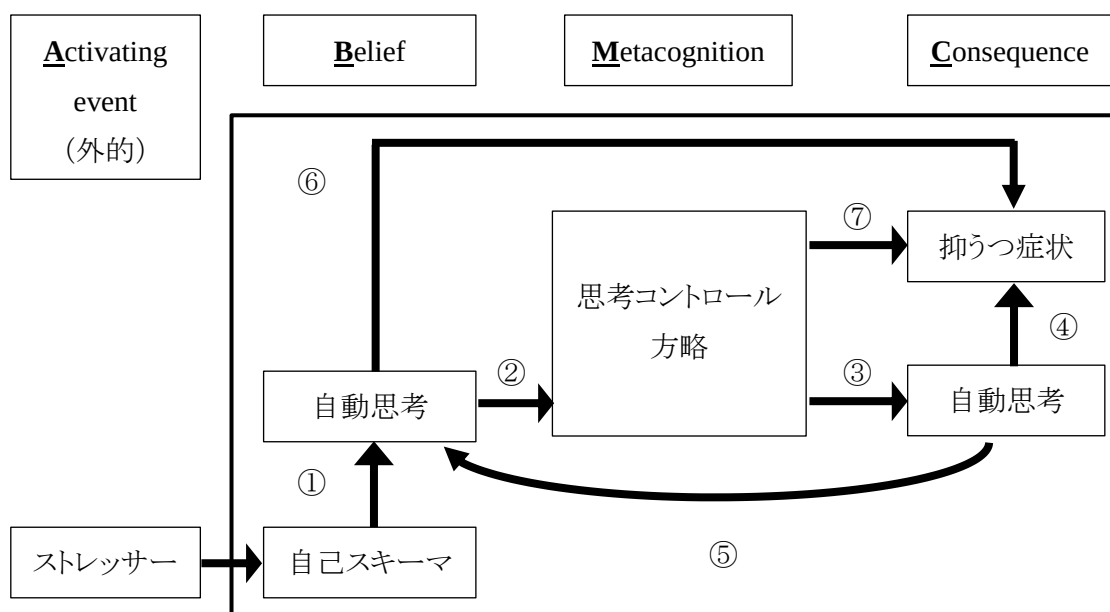


Figure 3-1 本研究で提案する ABMC モデル

¹¹ 本研究では、抑うつにおいて、この ABMC モデルをもとに、先行研究をまとめ、実証研究を展開する。

認知の歪み理論では Metacognition の役割が等閑視されていたと言える。すなわち、Figure3-1 で言えば、認知の歪み理論には Metacognition の部分の「思考コントロール方略」が存在せず、思考コントロール方略の前の「自動思考」と、その後の「自動思考」とが一体となって捉えられていたと考えられる。これに対して、ABMC モデルは、Metacognition の役割を明示的に取り上げたものである。

以下では、思考コントロール方略の代表的な測度である Thought Control Questionnaire について、どのような測度なのか、何が分かっており、何が分かっていないのかをレビューする。

3.2 思考コントロール方略の研究動向

3.2.(1) 思考コントロール方略の測度 TCQ について

侵入思考に対するコントロール方略を測定する質問紙に Wells & Davies(1994)の Thought Control Questionnaire (以下 TCQ と略記)がある。TCQ はドイツ語版(Fehm & Hoyer, 2004), スペイン語版(Luciano et al., 2006)も作成され、各版で「再評価」(距離を置いて侵入思考の意味を見直す), 「罰」(侵入思考を生じさせた自己を罰することで止めようとする), 「社会的コントロール」(侵入思考の意味や対処方略の情報を他者に求める), 「心配」(ある心配を別の心配で置き換える), 「気晴らし」(侵入思考と無関係な思考や活動に注意を移す)の5因子が抽出されている。そして、以下の3つの特徴を備えている。

1.信頼性 内的整合性に関して、健常群、臨床群を対象にした複数の研究(Fehm & Hoyer, 2004; Rassin & Diepstraten, 2003; Reynolds & Wells, 1999; Wells & Davies, 1994)で、 α 係数は概ね.70以上である。しかし、再評価尺度で.46(Rassin & Diepstraten, 2003), 気晴らし尺度で.55 (Fehm & Hoyer, 2004)と、因子によっては揺らぐ部分もある。また、再検査信頼性に関して、再検査時の相関係数は、6週間の間隔で.67から.83 (Wells & Davies, 1994)であった¹²。

2.妥当性 Wells & Davies (1994)は、TCQと、侵入思考および心理的脆弱性の複数の尺度との関連を検証している。さらに、侵入思考との関連については、Fehm & Hoyer (2004), Luciano et al. (2006), McKay & Greisberg(2002)によって、Wells & Davies (1994)の追試が行われている。それらの結果をTable 3-2にまとめた。このうち、私的自意識は自己の内面に注目する傾向を測定する質問紙 (e.g., 「その時々のおもひの動きを自分自身でつかんでいたい」), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) は心配という侵入思考の頻度を測定する質問紙 (e.g., 「思い悩む必要はないと分かっているが、そうしないではいられない」), Padua Inventory の思考の制御困難感(Thought Control Inventory)を測定する質問紙 (e.g., 「あることについて考え始めるとそれに取りつかれてしまう」)である。

¹² 気晴らし ($r=0.68$) ; 罰 ($r=0.67$) ; 再評価 ($r=0.83$) ; 心配 ($r=0.72$) ; 社会的コントロール ($r=0.83$) であり、気晴らし尺度、罰尺度は再検査信頼性が若干低い。

Table 3-2 TCQと侵入思考, 心理的脆弱性の尺度との相関係数の符号に関する先行研究のまとめ¹⁾

Table 3-2

TCQと侵入思考, 心理的脆弱性の尺度との相関係数の符号に関する先行研究のまとめ^a

	侵入思考		心理的脆弱性				
	PSWQ	思考の 制御 困難感	特性 不安	自意識		EPI	
				私的 自意識	公的 自意識	神経症 傾向	外向性
1.再評価	+ or 0			+			
2.罰	+	+	+		+	+	
3.社会的コントロール	+ or 0						
4.心配	+	+	+			+	
5.気晴らし	- or 0						

^a これらは Wells & Davies (1994), McKay & Greisberg (2002), Fehm & Heyer (2004), Luciano et al. (2006) をもとに作成した。

Table 3-2 にまとめた結果からは、主に再評価、罰、心配の3つの下位尺度に関しては、妥当性を示す知見が得られていると言える。具体的には、原著者である Wells & Davies (1994) の研究では、再評価尺度は私的自意識と有意な正の相関を示している。罰尺度は、上述の4つの先行研究全てにおいて、PSWQと有意な正の相関を示し、2つの先行研究 (McKay & Greisberg, 2002; Wells & Davies, 1994) において、思考の制御困難感と有意な正の相関を示している。また、罰尺度は、特性不安、神経症傾向、公的自意識と有意な正の相関を示している (Wells & Davies, 1994)。心配尺度は、4つの先行研究全てにおいて PSWQ と有意な正の相関を示し、Wells & Davies (1994) では、思考の制御困難感、特性不安、神経症傾向と有意な正の相関を示している。

一方で、尺度によっては結果が揺らぐ部分もある。例えば、再評価尺度は、Wells & Davies (1994) では PSWQ との相関が有意でないが、Luciano et al. (2006) では PSWQ と有意な正の相関を示している。社会的コントロールは、2つの先行研究 (McKay & Greisberg, 2002; Wells & Davies, 1994) では PSWQ との相関が有意でないが、Fehm & Hoyer (2004) では有意な正の相関を示している。また、気晴らし尺度は、Wells & Davies (1994) では PSWQ との相関が有意でないが、(Fehm & Hoyer, 2004) では有意な負の相関を示している。

3.多様な病態との関連 Wells & Davies (1994) は、健常群 (大学生) を対象とし、侵入思考と心理的脆弱性との関連を検討した。その後の Wells & Davies (1994) の追試も健

常群（大学生）を対象としていた。これらに加えて、TCQ と様々な精神障害に関連した侵入思考や症状との関連が、臨床群や健常群を対象として調べられている。うつ病、PTSD(Reynolds & Wells, 1999), 全般性不安障害(Coles & Heimberg, 2005), 強迫性障害(Rassin & Diepstraten, 2003), 統合失調症(Morrison & Wells, 2000)などについては、健常群と比べて、これらの病態を抱えた群が心配や罰方略を多く使用することが示されている。このことは、「群間比較アプローチ」で詳述する。

3.2.(2) 不安障害・気分障害関連の諸変数との関連

これまで、不安障害（強迫性障害、心的外傷後ストレス障害、全般性不安障害）、不安症状、うつ病と TCQ との関連を調べた研究が行われている。それらは、「これらの障害における侵入思考、症状の尺度と TCQ との相関を調べるアプローチ（以下、相関アプローチと略記）」と、「これらの障害の群および健常群の間で TCQ の得点を比較するアプローチ（以下、群間比較アプローチと略記）」とに大別される。そこで本論文では、まず、この 2 つのアプローチに分けて先行研究を概観し、知見をまとめる。次いで、上記の 3 つの論点に沿って今後の課題を指摘する。

3.2.(3) 相関アプローチで分かっていること

相関アプローチの研究のまとめでは、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害、全般性不安障害、不安症状、うつ病のそれぞれについて、最初に、各精神障害に特徴的な侵入思考および各障害の症状と、それらの尺度を概観する。その上で、まず、(a) 健常群を対象として、侵入思考の尺度と TCQ との関連を調べた研究と、その障害の症状の尺度と TCQ との関連を調べた研究とに分け、知見を概観する。次に、(b) 臨床群を対象として、その精神障害に特徴的な侵入思考の尺度と TCQ との関連を調べた研究と、その障害の症状の尺度と TCQ との関連を調べた研究とに分け、概観する。

強迫性障害 強迫性障害（Obsessive-Compulsive Disorder; OCD）では、強迫観念、強迫行為が認められる(American Psychiatric Association, 1994/1996)。OCD において、侵入思考は強迫観念のカテゴリーに入るものとして扱われる。強迫観念の例として、「玄関の鍵を閉め忘れたのではないか?」という考えが朝、バス停でバスを待っている時に突然に侵入してくることがある。場合によっては、泥棒に入れ荒らされた自宅の視覚イメージまでもが浮かぶ。こうした強迫観念は著しい不安を喚起する。そのため、強迫観念によって喚起された不安を低減したり、恐れる事態を回避したりするために行われるのが強迫行為である。上記の例の場合、バス停から自宅まで引き返し、玄関の鍵が閉まっていることを確認してしまうことが挙げられる。強迫症状には、この確認（不完全さについての不安と確認強迫）の他に、洗浄（汚染についての恐怖と洗浄強迫）、儀式（正確さや対象性へのこだわりと儀式行為）、加害（他人に危害を加える危惧と確認強迫）など様々なテーマがあり、

それぞれのテーマごとに、特徴的な強迫観念と強迫行為とが存在する。

強迫症状の代表的な尺度に Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, et al., 1989; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, et al., 1989)がある。Y-BOCS は、患者が抱える複数の強迫症状の中から、最も顕著な症状ひとつを選び、その症状について、強迫観念と強迫行為とに分けて症状の重症度を測定するものである。また、強迫観念と強迫行為とに分離せずに、強迫症状のテーマごとに重症度を測定する尺度もある。Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson & Rachman, 1977)は、「確認」、「清潔」、「優柔不断」、「疑惑」のテーマごとに重症度を測定する尺度である。さらに、強迫観念・強迫行為の尺度と、テーマごとの尺度とを混在させた尺度として Padua Inventory(Sanavio, 1988) (以下PIと略記)がある。PIは強迫観念を測定する「思考の制御困難」尺度と、強迫行為を測定する「行動の制御困難」尺度に加えて、「確認行為」、「汚染」などのテーマごとの下位尺度がある。

1.健常群を対象として強迫観念の尺度とTCQとの相関を調べた研究 大学生を対象とした Wells & Davies (1994), McKay & Greisberg (2002) で、心配、罰が、PIの思考の制御困難尺度と正の相関を示した。しかしながら、Wells & Davies (1994) ではTCQがPIの行動の制御困難尺度と相関を示さなかったのに対して、McKay & Greisberg(2002)では、罰、心配がPIの行動の制御困難尺度とも正の相関を示した。日本語版では、義田・中村(2014)で、PIの日本語版(杉浦, 2000)との相関を調べた結果、罰、心配、再評価が、PIの思考の制御困難尺度と正の相関を示した。

2.健常群を対象として強迫症状の尺度とTCQとの相関を調べた研究 McKay & Greisberg (2002) は大学生を対象として、MOCIとTCQとの関連を調べた。その結果、再評価が確認尺度、洗浄尺度、緩慢尺度と正の相関を、罰が確認尺度、洗浄尺度、緩慢尺度、疑惑尺度と正の相関を、心配が洗浄尺度、緩慢尺度、疑惑尺度と正の相関を示した。また、McKay & Greisberg (2002) は大学生を対象として、罰がPIの確認尺度および汚染尺度と正の相関を、心配がPIの確認尺度と正の相関を示した。スペイン語版(Luciano et al., 2006) では、罰、心配がMOCI総得点と正の相関を示した。

3.臨床群を対象として強迫観念および強迫症状の尺度とTCQとの相関を調べた研究 強迫性障害の患者を対象とした Amir, Cashman, & Foa(1997), および Abramowitz, Whiteside, Kalsy, & Tolin(2003)で、罰、心配がY-BOCSの強迫観念尺度と正の相関を示した。また、出産直後の母親を対象にした(Larsen et al., 2006)では、罰、心配に加えて、再評価が、Y-BOCSの強迫観念尺度短縮版(4項目のみを選抜)(Goodman et al., 1989; Goodman et al., 1989)と正の相関を示した。ドイツ語版(Fehm & Hoyer, 2004)では、臨床群を対象に、罰、心配が、強迫観念を測定する Hamburger Zwangs Inventar (HZI; Klepsch, Zaworka, Hand, Lünenschloss, & Jauering, 1993)の強迫観念尺度と正の相関を示した。ま

た、罰は HZI の強迫行為尺度とも正の相関を示した。強迫症状に関しては、強迫性障害の患者で、再評価が MOCI 総得点と負の相関を、罰が MOCI 総得点と正の相関を示した (Rassin & Diepstraten, 2003)。

心的外傷後ストレス障害 心的外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD) では、外傷的な出来事に遭遇した後に、再体験症状 (e.g., フラッシュバック), 回避行動 (e.g., 外傷を想起させる刺激を回避する), および生理的覚醒の亢進 (e.g., 眠れない, 物音に敏感になる) が認められる (American Psychiatric Association, 1994/1996)。PTSD において、外傷に関連した反復的な思考, イメージ, 記憶, 衝動などは、再体験症状のカテゴリーに入るものとして扱われる。外傷性のイメージや記憶とは、(対人暴力の場合), 加害者の顔が視覚的に蘇ったり, 外傷体験が視覚的に再演されたり, 外傷的出来事の直前, 直後の場面が蘇ることである。侵入的な認知としては、外傷的出来事が起きた時に頭に浮かんだこと (死の恐怖, 嫌悪感, 逃避などについてそのとき考えたこと) が浮かぶ。なお、症状の持続期間によって、PTSD と急性ストレス障害 (Acute Stress Disorder; ASD) が区別され、症状の持続期間が 4 週間までのものを急性ストレス障害 (ASD), 1 ヶ月以上のものを PTSD と呼ぶ (American Psychiatric Association, 1994/1996)。

PTSD に関する尺度では、侵入的な思考やイメージは、再体験症状の構成要素として評価されている。代表的な自記式質問紙として、Impact of Event Scale (IES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979)がある。IES は、外傷的な出来事に起因する再体験症状を測定する「侵入」尺度と、回避行動を測定する「回避」尺度とで構成される。また、PTSD における侵入思考に特化した尺度に Posttraumatic Cognition Inventory (PTCI; Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999)がある。PTCI は外傷とその後遺症に対する、(a) 自己に関する否定的認知 (e.g., 自分は無力だ), (b) 世界に関する否定的認知 (e.g., 環境は脅威に満ちている), (c) 自己非難の 3 種類の思考を測定する質問紙である。また、PTSD 症状を測定する自記式質問紙として Penn Inventory (Hammarberg, 1992), PTSD 症状を測定する構造化面接として Clinician Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 1995) がある。

1.健常群を対象として PTSD 症状の尺度と TCQ との関連を調べた研究 Roussis & Wells(2006)で、罰, 心配が IES 総得点, Penn Inventory と有意な正の相関を示し、再評価, 社会的コントロールが Penn Inventory と有意な負の相関を示した。

2.臨床群を対象として再体験症状, 侵入思考と TCQ との関連を調べた研究 急性ストレス障害群で、社会的コントロールが IES 侵入尺度と負の相関を、罰, 心配が IES 侵入尺度と正の相関を示した(Warda & Bryant, 1998)。一方、罰, 心配は IES 回避尺度とも正の相関を示した。Reynolds & Wells (1999) では、PTSD 群で、社会的コントロールが IES 回避尺度と負の相関を示し、うつ病群では、再評価が IES 侵入尺度と負の相関を示し、罰が IES 侵入尺度と正の相関を示した。また、うつ病群では社会的コントロールが IES 回避

尺度と負の相関を示した。Bennett, Beck, & Clapp(2009)では、交通事故による PTSD 群で、社会的コントロール、気晴らしが PTCI と負の相関を、罰、心配が PTCI と正の相関を示した。

3.健常群を対象として PTSD 症状の尺度 と TCQ との関連を調べた研究 Guthrie & Bryant(2000)では、急性ストレス障害群で、社会的コントロールが症状の重症度と負の相関、罰、心配、気晴らしが症状の重症度と正の相関を示した。Bennett et al. (2009)が、交通事故による PTSD 群で、再評価、社会的コントロール、気晴らしが CAPS と負の相関を、罰、心配が CAPS と正の相関を示した。

全般性不安障害 全般性不安障害 (Generalized Anxiety Disorder; GAD) では、仕事や学業、事故、病気など様々な事柄についての制御困難な心配¹³ (i.e., 予期憂慮) が長期間持続することを主体とし、緊張感、過覚醒、易疲労性、集中困難などが認められる (American Psychiatric Association, 1994/1996)。GAD における侵入思考は心配のカテゴリーに入るものとして扱われる。心配の頻度と制御困難性を測る質問紙として Penn State Worry Questionnaire(PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990)がある。

1.健常群を対象として GAD 症状の尺度 と TCQ との関連を調べた研究 Wells & Davies(1994), McKay & Greisberg(2002)で、罰、心配が PSWQ との間に有意な正の相関を示した。また、ドイツ語版 (Fehm & Hoyer, 2004) では、社会的コントロールと PSWQ が正の相関を示した。スペイン語版 (Luciano et al., 2006), 日本語版 (義田・中村, 2014) では再評価、罰、心配と PSWQ が正の相関を示した。

2.臨床群を対象として GAD 症状の尺度 と TCQ との関連を調べた研究 全般性不安障害の患者と健常者の混合群を対象とした Coles & Heimberg(2005), 大うつ病性障害に罹患中の患者と大うつ病性障害が寛解した群、健常者の混合群の 3 群を対象とした Watkins & Moulds(2009)で、罰、心配が PSWQ との間に有意な正の相関を示し、社会的コントロール、気晴らしが PSWQ と有意な負の相関を示した。ドイツ語版 (Fehm & Hoyer, 2004) では、臨床群を対象にして、罰、心配と PSWQ が正の相関を、気晴らしが PSWQ と負の相関を示した。

不安症状 これまで述べてきた、OCD, PTSD, GAD のような特異的な不安障害の症状に限定されない、より一般的な不安症状との関連も調べられている。一般的な不安症状の尺度として、Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983)の不安尺度 (HAD-A) がある。

1.健常群および臨床群を対象として不安症状の尺度 と TCQ との関連を調べた研究

¹³心配のより詳細な定義は、「否定的な情緒を伴った、制御が難しい思考やイメージの連鎖。結果がどうなるか分からないが、否定的な結果が予測される問題を精神的に解決しようとする試み」(Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983)である。

Fehm & Hoyer (2004) は、健常群で、罰および心配と BAI との間に有意な正の相関を見出した。また、Warda & Bryant(1998)では、健常者と ASD 者の混合群で、社会的コントロールが BAI と負の相関を、罰と心配が BAI と正の相関を示した。Reynolds & Wells (1999)では、うつ病群で気晴らしが HAD-A と負の相関を、PTSD 群では罰、心配が HAD-A と正の相関を示した。また、ドイツ語版 (Fehm & Hoyer, 2004) では、パニック障害を伴う広場恐怖、社会不安障害、強迫性障害、健常者の混合群で、罰および心配と BAI との間に有意な正の相関を見出した。

うつ病 旧来、うつ病は感情の病であると考えられてきた。しかし、Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979/1992) が、抑うつにおける侵入思考である自動思考に注目したことから、うつ病が認知の観点から捉えなおされるようになった。自動思考とは、自己に関する悲観的な内容の「考え」であり、考えようとしないうちに自動的に、パターン化されて次々と意識に浮かび(Beck, 1976/1990)、考えが一度始まったら止めるのが困難である。このような悲観的な自動思考が意思に反して頻繁に意識に浮かぶために、抑うつ気分という感情面や、意欲低下という行為面の症状が強まると考えられている(Padesky, 1994; 義田・中村, 2007)。

福井(1998)は 抑うつと不安の両方に共通する内容の自動思考、およびどちらか一方にのみ見られる内容の自動思考の質問紙として Depression and Anxiety Cognition Scale (DACS) を開発し、抑うつと関連する自動思考の尺度として、「自己否定」(e.g., 「私には才能がない」), 「現在・過去否定」(e.g., 「私は人に悪口をいわれている」), 「将来否定」(e.g., 「私はこの先嬉しいことがないだろう」) の 3 つを見出した。抑うつ症状の尺度には、Self Depression Scale (SDS; Zung, 1973), Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983)の抑うつ尺度 (HAD-D) がある。

1.健常群を対象として自動思考の尺度と TCQ との関連を調べた研究 義田・中村(2010) は、抑うつと関連する 3 種類の自動思考との相関を調べた。その結果、罰が自己否定および過去・現在否定と有意な正の相関を、心配が現在・過去否定と有意な正の相関を、気晴らしが自己否定、現在・過去否定、将来否定と有意な負の相関を示した。

2.健常群を対象として抑うつ症状の尺度と TCQ との関連を調べた研究 ドイツ語版 (Fehm & Hoyer, 2004), スペイン語版 (Luciano et al., 2006) で、心配、罰と BDI との間に正の相関を見出した。日本語版 (義田・中村, 2010) では、罰が SDS と有意な正の相関を示し、気晴らしが SDS 日本語版(福田・小林, 1973)と有意な負の相関を示した。

3.臨床群を対象として抑うつ症状と TCQ との関連を調べた研究 Warda & Bryant (1998) は急性ストレス障害の患者を対象に BDI との相関を調べた。その結果、社会的コントロールが BDI と負の相関を、再評価、罰、心配が BDI と正の相関を示した。Coles & Heimberg (2005) は、全般性不安障害の臨床群と健常群との混合群を対象に、BDI との相関を調べた。その結果、社会的コントロールが BDI と負の相関を、罰、心配が正の相関を示した。

Reynolds & Wells(1999)では、PTSD 群では気晴らしが BDI と負の相関を示し、うつ病群では気晴らしが BDI, HAD-D と負の相関を示した。Watkins & Moulds(2009)では、大うつ病性障害に罹患中の患者と大うつ病性障害が寛解した群、健常者の混合群で、社会的コントロールおよび気晴らしが BDI と負の相関を、罰および心配が BDI と正の相関を示した。また、ドイツ語版 (Fehm & Hoyer, 2004) で、パニック障害を伴う広場恐怖、社会不安障害、強迫性障害、健常者の混合群で、心配、罰と BDI との間に正の相関を見出した。

関連アプローチで分かったこと 関連アプローチの結果を概観すると、罰および心配が、様々な精神障害に共通して、侵入思考や症状の尺度と正の相関を示している。一方、TCQ の下位尺度の中には、特定の精神障害における侵入思考や症状の尺度と特異的な相関を示すものもある。例えば社会的コントロールは PTSD の侵入思考、症状と負の相関を示すことが多く、気晴らしは抑うつ症状と負の相関を示すことが多い。

義田・中村 (2010) は、侵入思考との関連では、抑うつと不安との共通点として、罰、心配と侵入思考の制御困難性とが関連していることを、相違点として、気晴らし方略は、様々な不安障害の侵入思考とは関連が見られず、抑うつの自動思考と関連していることを指摘している。「3.1. (10) 思考コントロール方略の研究で分かっていること」においても、こうした指摘が支持された。ただし、健常群を対象として PTSD の再体験症状、侵入思考と TCQ との関連を調べた研究や、臨床群を対象として抑うつの自動思考と TCQ との関連を調べた研究は未だ行われていない。

3.2.(4) 群間比較アプローチで分かっていること

様々な診断の臨床群および健常群の間で TCQ の下位尺度得点を比較した研究からは、思考コントロール方略の、健常群と臨床群の相違点や、臨床群同士の相違点について示唆が得られる。Coles & Heimberg (2005) は、全般性不安障害群と健常群とで、TCQ の下位尺度得点を比較した。その結果、健常群に比べ全般性不安障害群で、心配尺度と罰尺度の得点が有意に高く、社会的コントロール尺度と気晴らし尺度の得点が有意に低いことを見出した。また、Wells & Carter(2009)は、うつ病群と全般性不安障害群、健常群の 3 群で、TCQ の得点を比較した。その結果、全般性不安障害群は健常群よりも心配得点が有意に高く、全般性不安障害群はうつ病群、健常群よりも罰得点が有意に高いこと、全般性不安障害群は健常群よりも再評価得点が有意に低く、社会的コントロールに関しては、全般性不安障害群、うつ病群ともに、健常群よりも低いことを見出した。Belloch, Morillo, & Garcia-Soriano(2009)は OCD 群、うつ病群、OCD 以外の不安障害群、健常群の 4 群で、スペイン語版 Thought Control Questionnaire 短縮版 (TCQ-r; Luciano et al., 2006) の下位得点を、BDI, STAI を共変量とした共分散分析で比較した。その結果、TCQ-r の気晴らしは、うつ病群が OCD 以外の不安障害群より有意に低かった。TCQ-r の再評価は、OCD 群がうつ病群より高かったものの、OCD 群は他の 2 群と有意差は見出されなかった。TCQ-r

の罰は、他の3群に比べOCD群だけが有意に高かった。Reynolds & Wells (1999) は、PTSD群とうつ病群とを比較し、PTSD群に比べうつ病群で気晴らし尺度の得点が有意に低いことを見出した。

さらに、ある精神障害に現に罹患中の群と、その精神障害が寛解した群とでTCQの下位尺度得点を比較すると、障害が寛解した際に、患者の思考コントロール方略のうち、どれは変化し、どれは残存するのかについて示唆が得られる。Watkins & Moulds (2009) は、大うつ病性障害に罹患中の患者群と大うつ病性障害が寛解した群、健常者の3群で、TCQの得点を比較した。その結果、大うつ病性障害が寛解した群、健常群に比べて、大うつ病性障害に罹患中の患者群では、心配尺度の得点が有意に高いことを見出した。また、大うつ病性障害に罹患中の患者群、大うつ病性障害が寛解した群、健常者の3群の間で、この順に罰尺度の得点が高かった。Halvorsen, Hagen, Hjemdal, & Eriksen(2014)は、大うつ病性障害に罹患中の患者群と大うつ病性障害が寛解した群、健常者の3群で、判別分析を行った。その結果、大うつ病性障害に罹患中の患者群、大うつ病性障害が寛解した群、健常者の3群の間で、この順に罰尺度と心配尺度の得点が高かった。また、大うつ病性障害が寛解した群は、他の2群よりも、再評価尺度の得点が高かった。うつ病が寛解することに伴い、患者は、心配方略、罰方略を使用することが少なくなると言えよう。

群間比較アプローチで分かったこと 群間比較アプローチの結果を通覧すると、健常群と様々な臨床群とを分けるものは主に罰方略、心配方略である。すなわち、健常群に比べ、臨床群の方が、これら二つの方略をよく用いるようである。一方で、様々な臨床群同士の相違については、未だ研究は少ないものの、再評価方略と罰方略はうつ病に比べて不安障害の患者で多用される一方、気晴らし方略については、不安障害に比べてうつ病で使用頻度が低い。

3.2.(5) 思考コントロール方略の研究で分かったこと

思考コントロール方略のレパートリーにおける健常群と臨床群の群間差について「健常群は適応的な方略をよく行使し、かつ（または）非適応的な方略をあまり行使しない」という可能性と、「臨床群は非適応的な方略をよく行使し、かつ（または）適応的な方略をあまり行使しない」という可能性の、二つがあり得る。先行研究を概観したところ、後者の可能性が当てはまるようであった。すなわち、健常群に比べ、不安・抑うつに関わる臨床群は、罰方略、心配方略をよく用いるようである。

3.2.(6) 思考コントロール方略の研究で分かっていないこと

思考コントロール方略に注目する研究者らは、上述のような群間差に留まらず、「思考コントロール方略が侵入思考に影響を与える」という因果の方向性に関心事とし、その検証を目的にしているようである。確かに、TCQと、様々な侵入思考の測度との相関は、様々

な思考コントロール方略が侵入思考の制御困難性に及ぼす影響を示唆する(義田・中村, 2010)。そうして、相関係数に「思考コントロール方略が侵入思考に影響を与える」という方向を読み込んで解釈されることが多い。しかしながら、侵入思考と思考コントロール方略との間には、「侵入思考が思考コントロール方略を発動させる」という方向性もあり得るだろう。なぜなら、思考コントロール方略は制御困難な思考に対する対処方略であり、制御困難な思考が発生して初めて発動されるからである(制御困難な思考が発生していないなら、そもそも対処する必要がない)。このようにして考えると、相関係数が表すのは「侵入思考が思考コントロール方略を発動させる」という情報かもしれない。

また、群間比較アプローチで得られた健常群と寛解群、臨床群との違いについても、両者の因果の方向性に関して同様の可能性が指摘できる。すなわち、「思考コントロール方略が侵入思考に影響を与える」という方向で解釈するならば、健常群、寛解群と臨床群とに、思考コントロール方略のレポーターに違いがあり、その結果、臨床群では、侵入思考がより顕著になると考えられよう。しかしながら、「侵入思考が思考コントロール方略を発動させる」という方向で解釈することも可能である。すなわち、健常群に比べて、臨床群では、思考コントロール方略以外の要因によって侵入思考が顕著となり、それに対処するために、臨床群では思考コントロール方略を発動させている可能性である。寛解群においても、思考コントロール方略以外の要因によって侵入思考が弱まったために、それに対処する必要がなくなり、思考コントロール方略を使用しなくなった可能性である。

ABMC モデルでは、「侵入思考が思考コントロール方略を発動させる」か、「思考コントロール方略が侵入思考に影響を与える」か、の二者択一ではなく、両方のパスが存在していると考えられる。すなわち、「侵入思考が特定の思考コントロール方略を発動させ、今度は、その思考コントロール方略が、当の侵入思考に影響を与える」という過程が存在している可能性がある。ところが、相関アプローチでも群間比較アプローチでも、思考コントロール方略と侵入思考のデータが同一時点で測定されるため、両者の時間的な前後関係の情報が得られず、二つのパスを分離して過程を検証することができない。

すなわち、上述の「侵入思考が思考コントロール方略を発動させる」と「思考コントロール方略が侵入思考に影響を与える」の 2 つのパスを分離可能な研究デザインのもとでデータを収集した上で、以下の 2 つの課題に取り組む必要がある。

課題 1. どのような自動思考がどのような思考コントロール方略を発動させるのかの同定。

課題 2. どのような思考コントロール方略が自動思考の頻度や思考の制御困難感にどのような影響を及ぼすのかの解明。

第4章 本研究の目的と構成

4.1 本研究の目的

前章までの検討から、抑うつについて、外的な事象によって活性化された自己スキーマから生じた抑うつの自動思考が、それに対処する思考コントロール方略のために制御困難となり、最終的に抑うつ症状に影響するという過程を、ABMC モデルとして提案し、このモデルの中で「どのような自動思考がどのような思考コントロール方略を発動させるのかの同定」、「思考コントロール方略が自動思考の頻度や思考の制御困難感にどのような影響を及ぼすのかの解明」、すなわち BMC の検証が未だ行われていないことを指摘した。そこで、本研究では、これらを検証することを主たる目的とした。本研究では、ABMC モデルに沿って、当初の自動思考が、思考コントロール方略によって制御困難性となる過程に関する示唆を得たい。

4.2 本研究の基本モデル

本研究で提案する ABMC モデルを図示する (Figure 4-1 ABMC モデル)。

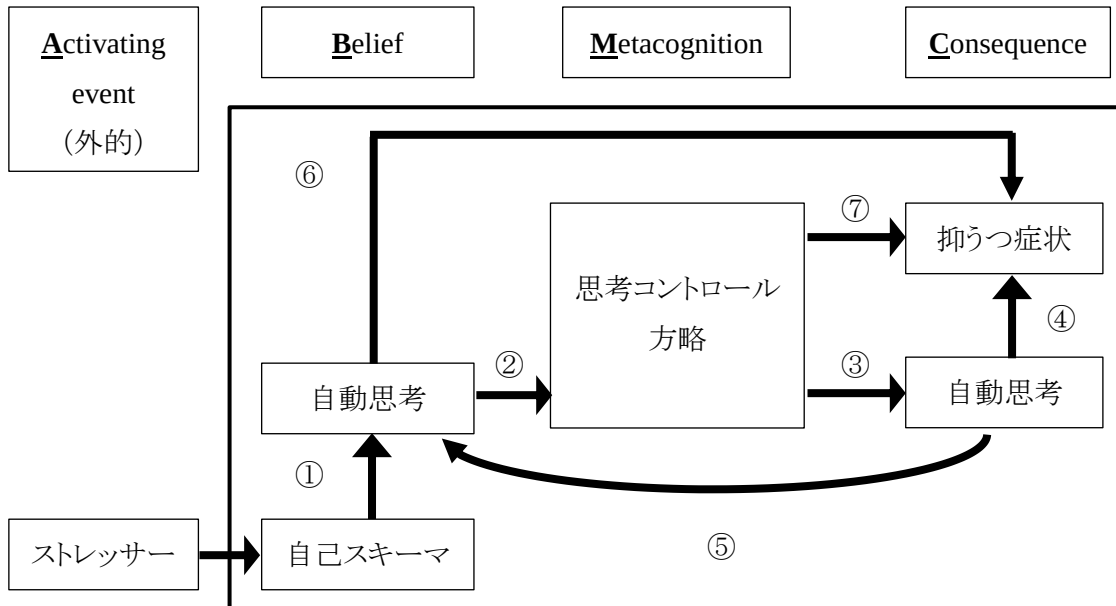


Figure 4-1 ABMC モデル

ABMC モデルを細かく見ると、以下のように、様々なパスが連鎖していると考えられる。

パス①。(外的な Activating event によって活性化された) 自己スキーマが、自動思考を生じさせる。

パス②.自動思考がトリガーとなって、思考コントロール方略が発動される。

パス③.思考コントロール方略が自動思考の頻度や思考の制御困難性に影響する。

パス④.自動思考が抑うつ症状に影響する。

パス⑤.増強（促進）された自動思考が再び思考コントロール方略を発動させる。

パス⑥.自動思考が、思考コントロール方略を介さず、症状に対して直接に影響するというパスも併存している。

パス⑦.思考コントロール方略が、自動思考を介さず、感情、行為面の症状に対して直接に影響するというパスも併存している。

本研究では、「自動思考が思考コントロール方略を発動させ、それが自動思考を制御困難にする結果、抑うつ症状に至る」と想定することから、パス②、パス③、パス④の検証が中心的な課題となる。特に、パス②を検証することが「どのような自動思考がどのような思考コントロール方略を発動させるのかの同定」に相当する。パス③を検証することで、「思考コントロール方略が自動思考の頻度や思考の制御困難感にどのような影響を及ぼすのか」を示すことができる。なお、これらの、本研究の主眼となるパスに加えて、パス⑤ - ⑦のような、周辺のパスも存在する可能性がある。

4.3 本研究の構成

上で述べたように、ABMC モデルは様々なパスが階層的に連鎖するモデルである。こうしたモデルを単一の研究によって検証することは困難である。そこで、ABMC モデルをいくつかの段階に分割し、順を追って、複数の研究を積み重ねることで検証を進める。

研究 1 では、自動思考が抑うつ症状を招く効果を検証する (Figure 4-1 のパス①とパス④)。これは、思考コントロール方略の自動思考への影響を検討する前提として、そもそも自動思考が抑うつ症状に影響していることを確認しておくためである (もしも、自動思考が抑うつ症状に影響していないのであれば、思考コントロール方略から自動思考への影響を検討する意味はなくなる)。その上で、BMC の検証を行うために以下の研究を展開する。研究 2 では、思考コントロール方略を測定する質問紙 TCQ の日本語版である TCQ-J を開発し、信頼性と妥当性を検討する。これは思考コントロール方略を取り上げる本研究にとって必須である。研究 3 では、TCQ-J と、抑うつに関連した複数の変数 (e.g., 反すう、自動思考、抑うつ症状) との関連を検討する¹⁴。これは、TCQ-J の妥当性の検証であるとともに、本研究の主要な検証課題である、思考コントロール方略と自動思考の因果 (媒介) 関係の前提となる、相関関係の検証でもある。研究 4 では、作成された TCQ-J を利用し、縦断調査から得られたデータに媒介分析を実施し、思考コントロール方略が自動思考を媒介する効果を検討する (Figure 4-1 のパス②とパス③)。なお、「侵入思考と抑うつ」とい

¹⁴ これは、因果関係の前提として、何らかの相関関係があるのかを検証するためである。また、TCQ-J の妥当性の検討でもある。

う問題は、感情障害だけでなく、痛みのような身体の問題においても生じる。そして、そこにも思考コントロール方略が関与していると予想される。そこで研究 5 では、本研究の枠組みを一般化する試みとして、思考コントロール方略と痛みの認知 (i.e., 破局的思考) との関連を調べる (Figure 4-1 のパス③とパス⑦)。

論文の最後では、実証研究の知見をまとめたうえで、自動思考に対するコントロール方略が当の自動思考どのような影響を及ぼすかについて考察する。その上で、本研究の理論的位置づけ、および今後の研究への示唆について述べる。

4.4 本研究の方法論

本研究の方法論は、質問紙法を用いてアナログ調査を実施して得られたデータに、多変量解析を適用することである。

続 & 村上(1975)は、質問紙法の本質を、被験者が受けている他者から観察できない刺激や、被験者自身の経験に関する資料、あるいは、他者から観察できない行動についての知識を得るために、被験者の言語的報告を求めるところにある、と指摘している。本研究で取り上げる自動思考は、まさに、被験者が受けている他者から観察できない刺激や経験である。さらに、思考コントロール方略の多くも、他者から観察できない、被験者の心内で行われる操作である。よって、それらを把握するためには、質問紙法によって、協力者自身に自己の心内で起きる刺激や、自己の心内で行われる操作を顧みてもらい、言語的報告を求めることが適している。協力者の立場に立つと、このとき、既存の様々な方略が提示され、そこに記されたそれぞれを自分がどの程度行っているのかについて回答することが容易であろう。そこで、本研究では一貫して質問紙調査を実施する。

杉浦(2009)が挙げた、アナログ研究の方法的な利点の中で、「多数のデータを収集できる」、「幅広い個人差が期待できる」ことが、本研究にもあてはまる。まず、本研究では、思考コントロール方略を中心に、自己スキーマ、自動思考、抑うつ症状、性格特性など様々な変数間の関係を、実験的操作によってではなく、調査によって検証するため、多変量解析を用いる。多変量解析では、結果を安定させるためには、一定数の協力者が求められる。また、特定の思考コントロール方略を使用することの多さ (少なさ) と、自動思考を経験することの多さ (少なさ) との関係を明らかにする上では、幅広い個人差があることが望ましい。

4.5 本研究の意義

自動思考や侵入思考は、制御困難で苦痛な体験である。そのため、人は通常、「煩わしい思考を避けたい」という目標を持つだろう。しかし、人がこうした目標を持つことやその帰結は、認知の歪み理論では取り上げられなかった。その後、この、「煩わしい思考を避け

たい」という目標を持つことやその帰結に取り組んだのが、思考抑制研究である (Wenzlaff, Wegner, & Roper, 1988)。抑うつ的な大学生を対象に、失敗した場面 (e.g., 就職面接の日に寝過ごし、会場へ向かうため急いで運転中に交通事故を起こす) のビネットを読ませ、その場面について考えないように教示すると、かえって失敗に関する思考が押し寄せてくることを示した (Wenzlaff, Wegner, & Roper, 1988)。しかしながら、思考抑制は、ある思考を「考えない」という目標を持つことが、かえって当の思考を増強するという皮肉な過程を記述したものの、その目標を達成するための方略が扱われていないという批判がある (Wells & Davies, 1994)。実際には、同じ目標を実現するための方略にも様々なものがあり、その種類によっては、当初の目標を達成できることもあれば、逆効果になることもある。侵入思考が制御困難になるという帰結をもたらす要因を解明するためには、それにつながる方略がどのようなものなのかを特定する必要がある。そのために、自動思考や侵入思考をトリガーとし、それをコントロールする方略、その帰結を盛り込んだ枠組みをもとに、それら諸変数の関連を調べていくことは有用と期待される。

また、思考コントロール方略という視点は、個人内での侵入思考の変動に新たな論点を提供する。すなわち、思考コントロール方略は、精神病理の発症と維持、寛解に関わる、侵入思考の変動を説明する要因になる可能性がある。言い換えれば、侵入思考が顕著になったり、その状態が持続したりする背景には、何らかの不適切な思考コントロール方略が介在しているのかもしれない。精神病理の持続因子、増悪因子を、メタ認知の観点から解明することにつながることを期待される。反対に、何らかの適切な思考コントロール方略を使用することによって、侵入思考が顕著でなくなる可能性もあるだろう。このように、思考コントロール方略は、個人内での侵入思考の変動を説明する要因となる可能性がある。

第二部 実証研究

第5章 研究1 自動思考の役割の検討

5.1 問題と目的

5.1.(1) 問題

感情障害の認知理論において、自動思考が症状を招くと考えられてきた。ABMC モデルは、この自動思考に対して、メタ認知が影響していることを明示的に取り出したモデルである。しかし、その場合でも、自動思考が抑うつ症状を招くという仮定に変わりはない。そこで、ABMC モデルを検証するためには、その前提として、まず、自動思考が抑うつ症状に及ぼす影響を検証しておく必要がある。

自動思考が自己スキーマと抑うつ症状とを媒介する役割を担っているという考えからは、「自己スキーマ→自動思考→抑うつ症状」というパスを含んだモデルが想定される。研究1では、人格社会心理学で提唱されている自己複雑性理論を援用しつつ、このモデルを検証する。自己複雑性理論を援用する理由は以下のとおりである。

1.自己スキーマのネットワーク構造という仮定とその定量化 認知の歪み理論では、自己スキーマがどのような構造になっているかは明示されていない。研究1では、自己スキーマがネットワーク構造を取っていると仮定する¹⁵(Wells & Matthews, 1994/2002 箱田・津田・丹野監訳 2002)。そして、自己スキーマのネットワークを構成するノード間のリンクの多寡を、指標 H^{16} や、そこから派生した Positive Self-Complexity(P-SC), Negative Self-Complexity (N-SC)¹⁷として定量化できる自己複雑性理論を援用する。

¹⁵ 自己スキーマがネットワーク構造を取っているという仮定は、以下に述べるように、自動思考の連鎖という現象を説明するのに適している。

¹⁶ 自己複雑性理論では、自己スキーマが自己の様々な「側面」から出来ており、各側面に特徴的な認知や感情といったノードがリンクされると考える。また、ある側面にリンクされたノードには他の側面にもリンクされるものもあると考える。そして、自己スキーマのノードの多さとそれらのリンクの多さを表す重要な特徴が精緻性である(林 & 堀内, 1997)。自己スキーマの精緻性を測定するために行われる自己記述課題(佐藤, 1999)では、ポジティブな性格特性語とネガティブな性格特性語を混在させたリストが提示される。そして参加者は自分の様々な側面を書き出し、各側面にあてはまる性格特性語をリストの中から選ぶ。その結果に、情報理論から得られた計算式を適用して得られる指標 H (Attneave, 1959; Scott, 1969)が自己スキーマの精緻性の指標として用いられる。 H は、複数のカテゴリーに様々なノードがどのようにばらついているのかを表すと考えられる。自己記述課題に即して言えば、カテゴリーが自己の側面に、ノードが性格特性語に相当する。林・堀内(1997)は、自己記述課題で書き出される側面や使用される性格特性語の数の増加が H の値を高めることを指摘した。これは H が自己スキーマのノードの多さを反映することを示している。林・堀内(1997)は指標 H と側面数とに正の相関を見出し、佐藤(1999)は、自己スキーマの側面同士の独立性を表す平均ハミング距離(小沢, 1980)と指標 H に正の相関を得た。さらに Woolfolk et al., (1995)は指標 H と側面間のリンクの程度の指標である独自属性率とに有意な負の相関があることを見出した。これらの結果は H が側面間の分化度(独立性)を反映すると同時に、それら側面同士が、ノード間のリンクを通じて他の側面と複雑なネットワークを形成していることを表し、指標 H は自己スキーマの精緻化の程度を反映する指標と解釈された(Woolfolk et al., 1999)。

¹⁷ また、自己スキーマにはネガティブな感情価のノードとポジティブな感情価のノードがある。したがって各感情価のノード同士の精緻性を考えることもできる。実際、Woolfolk et al., (1995)は、自己記述課題において、各側面のポジティブな性格特性語を無視し、ネガティブな性格特性語だけに対して、情報

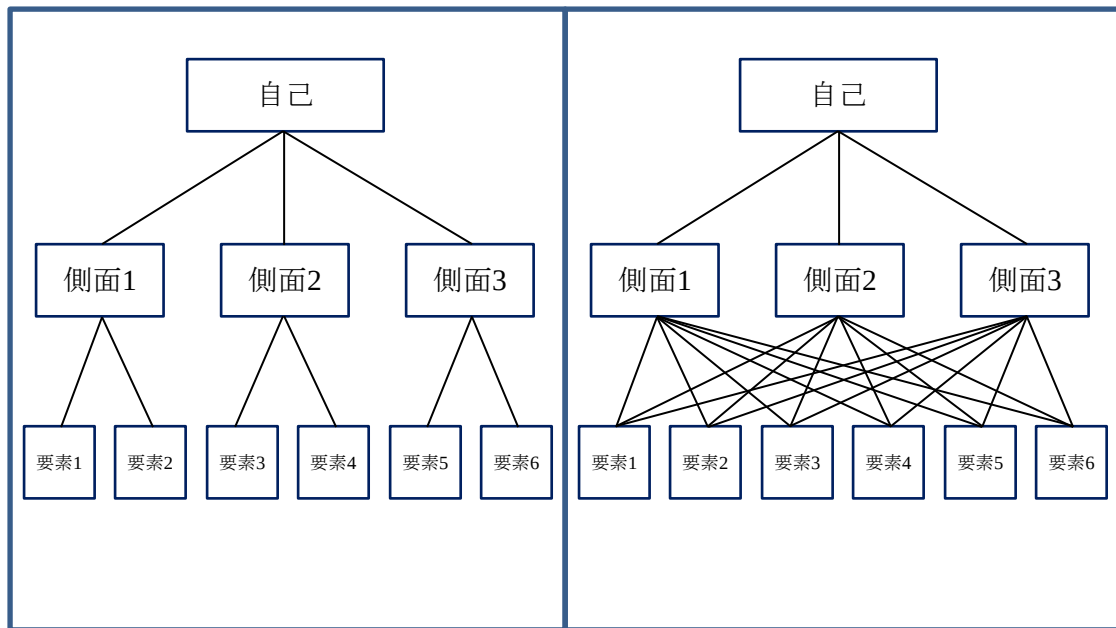


Figure 5-1 H が低い場合 (独自属性率が1) (左)と H が高い場合 (独自属性率が0) (右)

2. 認知の歪み理論における自動思考と自己複雑性理論における自己評価との類似性 認知

知の歪み理論における自動思考は、連鎖的に意識に生じる、(ネガティブであれポジティブであれ) 自己に関する評価を伴う思考という性質を持つ。一方、自己複雑性理論において抑うつ促進と低減に重要な役割を果たす顕在的認知である、(ネガティブおよびポジティブな) 自己評価は、以下の3つの性質から、自動思考に類似性が高い。第1に形式である。自己複雑性理論の自己評価は、「私はいつも失敗ばかりしている」といった、自己をテーマとした評価的「推論」である(Linville, 1985, 1987)。第2に、意識との関係である。自己複雑性理論における自己評価は、何かの出来事や活動の際にそれに関連した自己スキーマのノードが活性化されて意識に浮かぶと考えられる(Linville, 1985, 1987)。この点は、認知の歪み理論における、「意識に浮かぶ」という自動思考の性質と整合的である。第3に、意識への浮かび方である。自己複雑性理論における自己評価は、いくつかの思考がある程度一定の順序で連鎖的に意識に浮かぶと思われる。なぜならその背後にある自己スキーマは、ノード同士に一定のリンクが張られ安定したネットワーク構造を成しているからである。この性質も、連鎖的に浮かぶ自動思考の性質と類似している。

自己スキーマにネットワーク構造を仮定した場合、抑うつ促進と低減は以下のように表現される。まず、抑うつ促進プロセスについて述べる。ネガティブなライフイベントが起きると、自己スキーマのあるネガティブなノードが活性化される。しかし、ネガティ

理論から得られた前述の式を適用している。そうして算出される指標である Negative Self-Complexity (以下 N-SC) は、自己スキーマのネガティブなノード同士の精緻性を表すと考えられる。同様にポジティブな性格特性語だけから算出される Positive Self-Complexity (以下 P-SC) は自己スキーマのポジティブなノード同士の精緻性の指標と考えられる。

ブなノード同士の精緻性が高いと、そのノードに関するネガティブな自動思考が生じるだけでなく、リンクされた他の多くのネガティブなノードにもドミノ倒しのよう活性化が拡散する。その結果、ネガティブな自動思考が連鎖的に生じると考えられる。例えばある人の自己スキーマの「テニス選手」という側面と「学生」という側面がリンクしあっていないなら、テニスの試合で失敗した後、「今日は大事な試合で失敗してしまった」というネガティブな自動思考に留まるかもしれない。しかし 2 つの側面が「成果が重要」というノードをリンクしあっていると、テニスの試合で失敗した後で、学生という側面における試験の失敗のエピソードにまで活性化が拡散する。そして「この間の試験も緊張してうまくやれなかった」というネガティブな自動思考さえもが生じるかもしれない。極端な場合、自己の個々の側面を越えて、「自分はいつも失敗ばかりだ」、「自分の人生には全く意味がない」と自己全体にネガティブな自動思考が起き、抑うつを招くのもかもしれない。

実際、成人において、N-SC の高さが抑うつ促進効果を持ち(Woolfolk, Novalany, Gara, Allen, & Polino, 1995; 佐藤, 1999), 抑うつの慢性化を予測すること(Woolfolk et al., 1999), 12 歳 3 ヶ月の子どもでも抑うつを予測すること(Abela & Véronneau-McArdle, 2002)が分かっている。また、N-SC の高さは、抑うつと関連の強い低自尊心とも関連を示している(Locke, 2003; Woolfolk et al., 1995; 林・堀内, 1997)。

他方で、自己スキーマにネットワーク構造を仮定した場合、抑うつの低減プロセスは以下のように表現される。佐藤(1999)は、様々な側面でネガティブな自動思考が多く意識されても、自己スキーマのポジティブなノード同士の精緻性が高いと、自己の別のポジティブな側面が自動思考として想起されやすく、それによってネガティブな自動思考の連鎖が断たれ抑うつが低減されるというメカニズムを想定した。例えば、テニス選手、学生という側面でネガティブな自己評価が起きて、「アルバイト先で頼りにされている自分」という側面を想起することができればネガティブな自己評価の悪影響を低減することができる考えたのである¹⁸。

このように自己スキーマの構成ノード間のネットワーク構造を仮定することは、認知の歪み理論と整合的である。

¹⁸ ところが佐藤(佐藤, 1999)では、ポジティブな自己スキーマの複雑性という潜在レベルの認知と抑うつとの関連を検証するに留まった。そのため、別のポジティブな側面が実際に意識に顕在化しているかは調べられていなかった。そこで Sakaki(2004)は自己複雑性、顕在的認知(自伝的記憶)、抑うつとの関連を調べた。しかしながらこの研究には自己スキーマの精緻性の測定と、顕在的認知の性質に問題がある。まず、採用している指標が *H* と異なる。そのため、自己スキーマの精緻性が調べられているか明確ではない。また、自己スキーマの精緻性はそのノードの感情価によって抑うつとの関連の仕方が異なる(Woolfolk et al., 1995)。にもかかわらず Sakaki(2004)においては自己スキーマを構成するノードの感情価が区別されていない。さらに、自伝的記憶ではなく自己に関するポジティブな思考を顕在的認知として取り上げるべきであろう。Linville(1987)は抑うつ低減プロセスについて「別の側面に関する思考、感情が緩衝になる」と述べている。認知や思考の役割に着目すると、この主張は、別の側面や自伝的記憶といった過去の出来事よりも、それがまさに今現在の自己に対して持つポジティブな意味を考えることの方を Linville が重視していたことを示唆する。したがって、Linville が主張する抑うつ低減プロセスを忠実に検証するためには、現在の自己に関するポジティブな思考を変数として直接に扱い、抑うつとの関連を検証すべきである。

5.1.(2) 目的

研究 1 では、自動思考が抑うつ症状に及ぼす影響をパス解析によって検討することを目的とする。具体的には、「スキーマ→自動思考→抑うつ症状」という過程を検討する。これは、「Figure 4-1 ABMC モデル」のパス①とパス④を検証することに他ならない。

5.2 方法

5.2.(1) 調査協力者

大学と専門学校の学生 95 名（男性 26 名，女性 68 名，不明 1 名： $M=23.4$ 歳， $SD=5.26$ ）から有効回答を得た。

5.2.(2) 調査時期

2003 年 12 月から 2004 年 2 月，福岡市内の大学と専門学校の講義時間内に行った。

5.2.(3) 調査手続きおよび調査内容

「自己認識に関する調査」と題した冊子による無記名集団方式の調査を行った。調査実施時に，調査の背景と目的，生じうる不利益，調査への参加と取り消しは協力者の自由な意思によるものであり，不参加や取り消しがいかなる不利益も生じないこと，辛くなったらいつでも回答を辞めてよいこと，研究結果の公表時も含め個人情報は一貫して保護されること，希望者には個人の結果のフィードバックを行うことを説明し，同意書に協力者からの署名を得た。回答冊子は以下の 2 種類の質問紙と，1 種類の課題で構成された。まず 2 種類の質問紙を調査協力者のペースで実施した。調査協力者全員が質問紙に回答し終えたことを確認し，一斉に自己記述課題を行った¹⁹。なお，実施に際して，を事前に伝えた²⁰。

1. 抑うつ症状 SDS 日本語版(福田・小林, 1973)から，希死念慮を除く 19 項目を使用し²¹，「1：ほとんどない」から「4：ほとんどいつもある」の 4 件法で回答を求めた。

2. 自動思考 抑うつに関連したポジティブ，ネガティブ両方の自動思考の生起頻度を測定するために開発された質問紙 Automatic Thought Questionnaire - Revised(Kendall, Howard, & Hays, 1989)（以後 ATQ-R と略す）を翻訳して用いた²² (Table 5-1)。なお，研究 1 では，ネガティブな内容の 30 項目（e.g., 「私は駄目な人間だ。」）から成る下位尺度

¹⁹ Locke(2003)は，抑うつ症状と性格特性の質問紙の後に自己記述課題を実施した場合と，その逆順の場合を比較した。そして，測定された変数に順序効果が認められないことを示している。

²⁰ この調査を実施した当時，九州大学大学院人間環境学府に研究倫理委員会は設けられていなかった。そのため，この調査の実施に先立ち，倫理審査を受けてはいないものの，本文に記したような手順を踏み，倫理面に配慮して調査を実施した。

²¹ 講義担当者から削除依頼があったため，削除した。

²² 翻訳に際して坂本，田中，丹野，& 大野(2004)の翻訳を参考にした。坂本らの翻訳では，‘I’m proud of myself.’ を「自分はイケてると思う」とするなど，日本語として口語的過ぎる表現に意識している項目があった。本研究ではなるべく原文に忠実になるよう訳した。訳文の正確さを，筆者を含む大学院生 5 名が検討した。

を ATQ-RN, ポジティブな内容の 10 項目 (e.g., 「私は自分に自信がある。」) から成る下位尺度を ATQ-RP とした。「1: 全く思い浮かばない」から「5: いつも思い浮かぶ」の 5 件法で回答を求めた。

3. 自己記述課題 自己スキーマの精緻性を測定するために行った。林・堀内 (1997) が Big Five モデルの各因子についてポジティブ, ネガティブな語それぞれ 4 つを選定した合計 40 の性格特性語を用いた (Table 5-2)。手法は基本的に (Linville, 1985, 1987) に従ったが, 以下の 2 点を変更した。(a) 教示については, Linville (1987) が側面の候補と考えた属性 (i.e., 役割, 人間関係, 活動・行動, 目標, 性格) を例示した。これは予備調査で複数の協力者から, 「側面」が何を意味するのか分かりにくいという指摘を得たためである。

(b) 回答様式 (形式) については, 自己の側面をできるだけ多く書き出すための空欄を 1 ページ目に設けた。2 ページ目以降に, 上部に各側面を転記する空欄を設け, 下部に林・堀内 (1997) が用いた 40 の性格特性語 (Table 5-2) をランダムな順序で配列した用紙を 10 枚添付した。そこに, 1 ページ目で列挙した側面を, 1 枚に一側面ずつ転記させた。その後, 転記した側面に該当する形容詞に○をつけさせた。林・堀内 (1997), Woolfolk et al. (1995) を参考に教示を与えた (「Appendix III 自己記述課題の教示」を参照)。

5.2.(4) 自己スキーマの精緻性に関する指標の算出

自己記述課題の結果から, Linville(1985)に従い自己スキーマの精緻性の指標 H を, (Woolfolk et al., 1995)に従い, ネガティブな自己スキーマの精緻性の変数である N-SC (Negative Self-Complexity) と, ポジティブな自己スキーマの精緻性の変数である P-SC (Positive Self-Complexity) を算出した。なお, 指標 H は以下の式によって算出した。また N-SC, P-SC は該当する感情価の特性形容詞のみで計算した。

$$H = \log_2 n - (\sum n_i \log_2 n_i) / n$$

n: 特性形容詞の総数

n_i : グループの組み合わせ各パターンに出現する特性形容詞の数

Table 5-1 ATQ-R の翻訳 ^a

項目	感情価
1. 私はあらゆることに取りくむのが難しい気がする。	N ^b
2. 私にはいいところがない。	N
3. 私は自分に自信がある。	P ^c
4. どうして私はいつもうまくいかないのだろう。	N
5. 誰も私のことを分かってくれない。	N
6. 私は人をがっかりさせてきた。	N
7. 調子がいい。	P
8. 私はこれから先やっていけると思わない。	N
9. 私は今よりましな人間だったらよかったのに。	N
10. どんなことが起きても、私はうまくやれるだろうと分かっている。	P
11. 私はとても弱い。	N
12. 私の人生は私が望むようにいっていない。	N
13. 私はどんなことでもやりとげることができる。	P
14. 私は自分自身にひどく失望する。	N
15. もう何も気分よく感じない。	N
16. 気分がいい。	P
17. こんなのもう我慢できない。	N
18. 私は何も始められない。	N
19. 私のどこがいけないのだろう？	N
20. 私は温かく、くつろいでいる。	P
21. どこか別のところに行ってしまうたらいいのに。	N
22. 私は物事をきちんとできない。	N
23. 自分のことが嫌いだ。	N
24. 私は、やると決めたらどんなことでもできる自信がある。	P
25. 私には価値がない。	N
26. 今すぐ消えてしまいたい。	N
27. 私はどうかしてしまったんじゃないか？	N
28. 私はとても幸せだ。	P
29. 私は駄目な人間だ。	N
30. 私の人生はくずだ。	N
31. 私は敗北者だ。	N
32. これはすごい！	P

33. 私はぜったいうまくやれないだろう。	N
34. 私はとても無力だ。	N
35. 何かが変わらなくてはいけないのに。	N
36. 私に何かいけないところがあるにちがいない。	N
37. 私は大半の人より運がいい。	P
38. 私の将来は暗い。	N
39. それはまったくやる価値がない。	N
40. 私は何も最後までやりとげられない。	N

^a 「頭に思い浮かぶ考えのリスト」と題して呈示され、教示は以下の通りであった：下のリストには、人の頭に思い浮かぶいろいろな考えが書かれています。ひとつずつよく読んで、そのような考えが、過去一週間のあいだに、どのくらいよく（頻繁に）思い浮かんだかを思い出してください。そして、最もよく当てはまるとされる頻度を 1～5 の中からひとつだけ選んで、選んだ番号を○で囲んでください。

^b N はネガティブな内容の項目である。

^c P はポジティブな内容の項目である。

Table 5-2 自己記述課題に用いた性格特性語

	ポジティブ	ネガティブ
外向性	陽気な	内向的な
	活発な	ひかえめな
	社交的な	消極的な
	自己主張の強い	無口な
協調性	思いやりのある	とげのある
	やさしい	反抗的な
	親切な	意地悪な
	協力的な	わがままな
勤勉性	勤勉な	あきっぽい
	慎重な	雑な
	しんぼう強い	ルーズな
	几帳面な	無責任な
情緒安定性	安定した	傷つきやすい
	動揺しない	神経質な
	感情的でない	悩みがちな
	くよくよしない	心配性の
知性	美的感覚の鋭い	視野が狭い
	独創的な	のみ込みの悪い
	機転のきく	不器用な
	好奇心が強い	興味の狭い

5.3 結果と考察

5.3.(1) 記述統計量

分析で利用した変数の平均値と標準偏差を Table 5-3 に、それらの変数間の相関係数を Table 5-4 に示した。また、 α 係数に関しては、ATQ-RNが.95、ATQ-Pが.84となり、それぞれ十分な内的整合性が得られたと言える。SDSでは $\alpha=.76$ であった。この値は先行研究と同程度であった。

Table 5-3 SDS, ATQ-RP, ATQ-RN, P-SC, N-SC の記述統計量

変数	平均	(SD)	α 係数
SDS	2.19	(.35)	.76
ATQ-RN	2.11	(.74)	.95
ATQ-RP	2.41	(.74)	.84
N-SC	2.00	(1.00)	—
P-SC	2.56	(.97)	—

Table 5-4 変数間の相関係数

変数	1	2	3	4
1 SDS				
2 ATQ-RN	.57**			
3 ATQ-RP	-.54**	-.29**		
4 N-SC	.33**	.40**	-.12	
5 P-SC	-.22**	-.03	.25*	.25*

* $p < .05$, ** $p < .01$

5.3.(2) 自動思考の役割を検証するパス解析

自己スキーマの精緻性から抑うつへと至る直接効果と、自己スキーマの精緻性から自動思考を介して抑うつへと至る間接効果の相対的な大きさを感情価ごとに検討するために、パス解析を行った²³。

分析で利用したモデルは、ネガティブな自己スキーマの精緻性から抑うつへ至る直接のパス、ネガティブな自己スキーマの精緻性からネガティブな自動思考を介して抑うつへ至る間接のパス、ポジティブな自己スキーマの精緻性から抑うつへ至る直接のパス、ポジティブな自己スキーマの精緻性からポジティブな自動思考を介して抑うつへ至る間接のパスから成るものを基本モデルとした。

また、Kendall et al. (1989)で ATQ-RN と ATQ-RP に負の相関が認められたことから、両者の間に双方向の因果関係の可能性と一方向の因果関係の可能性を想定した。そしてこれらの可能性をもとに、ATQ-RN と ATQ-RP との間に双方向の因果関係を仮定するモデル A、ATQ-RN から ATQ-RP へのパスを仮定するモデル B、ATQ-RP から ATQ-RN へのパス

²³ 解析には SPSS 社の Amos5.0を使用した。

を仮定するモデル C の 3 つのモデルを，基本モデルの枠組みを守りながら構成し (Figure 5-2)，構造方程式モデリングによるパス解析を行った。

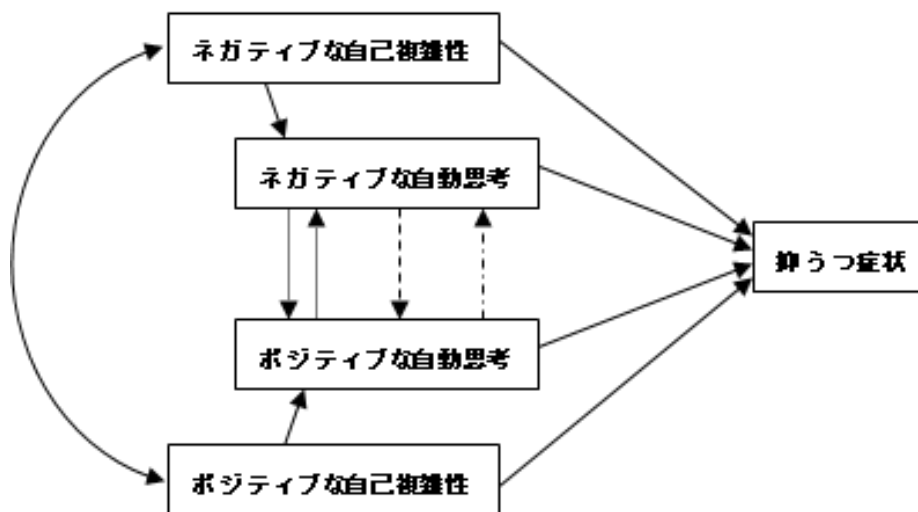


Figure 5-2 研究1で設定した3つの理論モデル a), b)

a) 誤差項は省略した。

b) ——— は3つのモデルに共通して設定したパスを表す。——— はモデル A のみで，
 ----- はモデル B のみで，····· はモデル C のみで設定したパスを表す。

Table 5-5 は，上記の 3 つのモデルの適合度指標を比較したものである。その結果，RMSEA が 0.1 以下であり，また CAIC も 3 つのモデルの中で最も小さいことからモデル B を採択した。

Table 5-5 ATQ-RN と ATQ-RP の関係に着目した3つのモデルの適合度指標の比較

モデル	χ^2	df	GFI	AGFI	RMSEA	AIC	BIC	CAIC
A:双方向因果	2.838	1	.988	.824	.140	30.838	66.592	80.592
B:ATQ-RN→ ATQ-RP	2.842	2	.988	.982	.067	28.842	62.043	75.043
C:ATQ-RP→ ATQ-RN	4.353	2	.982	.866	.112	30.353	63.553	76.553

採択されたモデル B とその標準化パス係数を Figure 5-3 に示した。統計的に有意なパスに着目すると以下のような関連性が認められた。

まず，ネガティブな自己スキーマの精緻性，ネガティブな自動思考と抑うつ症状の関連

に着目すると、ネガティブな自己スキーマの精緻性からネガティブな自動思考のパスが有意であった。また、ネガティブな自動思考から抑うつ症状へのパスも有意であった。そして、ネガティブな自己スキーマの精緻性からネガティブな自動思考を介して抑うつに至る間接効果 ($.16 = .40 \times .40$) は、ネガティブな自己スキーマの精緻性から抑うつへの直接効果 (.17) とほぼ等しい値であった。

次に、ポジティブな自己スキーマの精緻性とポジティブな自動思考、抑うつ症状の関連では、ポジティブな自己スキーマの精緻性からポジティブな自動思考に至るパスが有意であった。また、ポジティブな自動思考から抑うつ症状へのパスが有意であった。そして、ポジティブな自己スキーマの精緻性からポジティブな自動思考を介して抑うつに至る間接効果 ($-.0912 = .24 \times -.38$) よりも、ポジティブな自己スキーマの精緻性から抑うつへの直接効果 ($-.16$) の方が大きい値であった。

ネガティブな自己スキーマの精緻性とポジティブな自己スキーマの精緻性に、 $r = .25$ の有意な正の相関が認められた。また、自動思考間の関連では、ネガティブな自動思考からポジティブな自動思考に至るパス係数が $-.28$ の有意な負の値を示した。

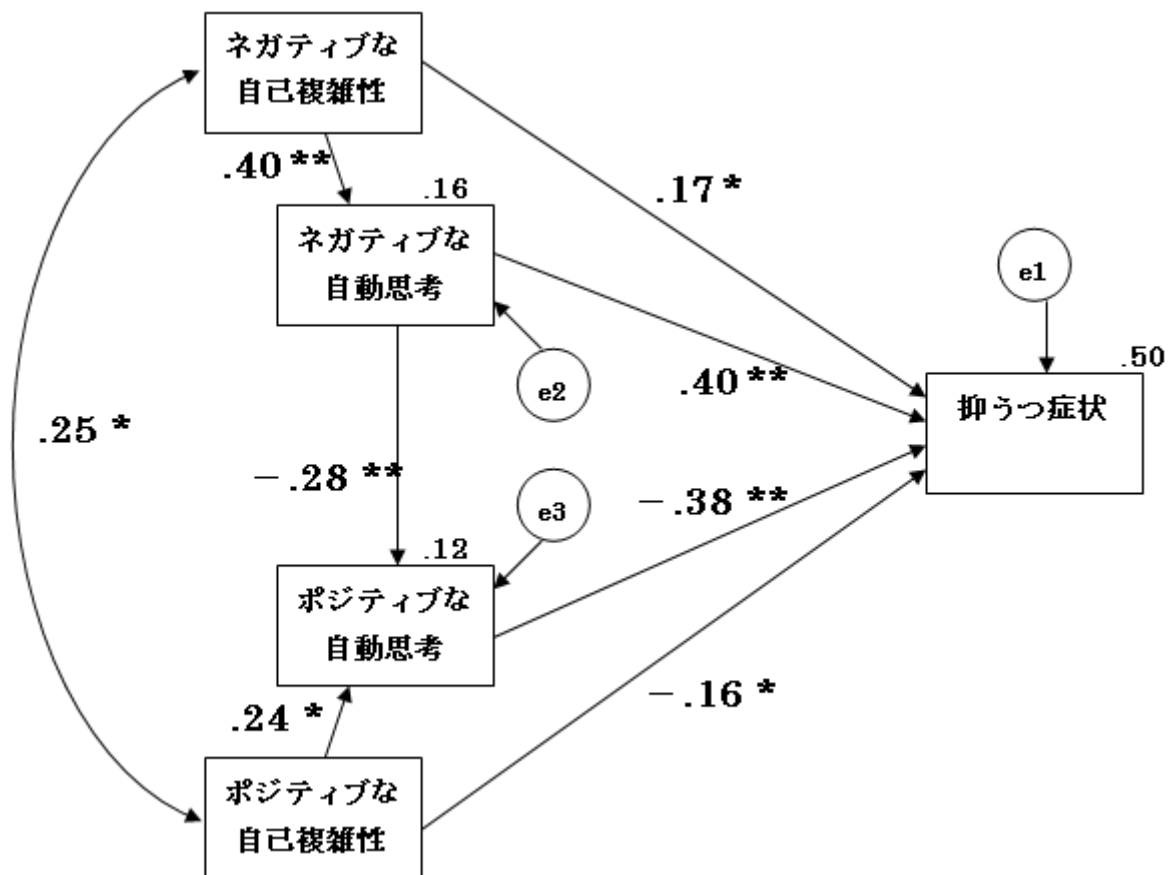


Figure 5-3 採択されたモデル B とその分析結果 (* $p < .05$, ** $p < .01$)

ネガティブな自己スキーマの精緻性、自動思考と抑うつとの関連 ネガティブな自己スキーマの精緻性が抑うつを促進する効果は Woolfolk et al. (1995)や佐藤 (1999), Locke (2003) から一貫して得られている。研究 1 では、一步踏み込み、この促進効果を、ネガティブな自己スキーマの精緻性の高さによる直接効果とネガティブな自動思考による媒介効果とに分けて検討した。その結果、ネガティブな自動思考の媒介効果の大きさはネガティブな自己スキーマの精緻性の高さによる直接効果とほぼ等しかった。自動思考を媒介とした抑うつ促進プロセスを確認することができたと言える。

通常、ネガティブな出来事が起きると、人はネガティブな自動思考が多少は意識に浮かぶ。その背後では、自己スキーマの中の関連するネガティブなノードが活性化されている。しかし、ネガティブな自己スキーマの精緻性の程度により、ネガティブな自動思考が意識に浮かぶ頻度に違いが生じると考えられる。

ネガティブな自己スキーマの精緻性の高さは、自己スキーマを構成するネガティブなノード同士にリンクが数多く存在することを表す。これは、ネガティブな出来事によって活性化されたノードからの活性化拡散を受けるネガティブなノードが数多く存在することを意味する。そして活性化の拡散を受けたネガティブなノードでも処理が行われ、自動思考が意識される。このプロセスが繰り返されることでネガティブな自動思考が頻繁に意識されると思われる。

さらに、ネガティブな自動思考が頻繁に意識されることで抑うつ症状が生じると考えられる。自己の将来について否定的な評価を頻繁に意識することは、意欲の欠如や課題場面の回避、逃避といった動機付け面での症状を生み出すかもしれない。自分には直面している問題を解決する能力がないという自動思考が余りに頻繁に意識されれば、そこから逃避するために希死念慮のような症状が生み出されるかもしれない。

N-SC から抑うつへの直接パスには、ネガティブな感情の湧出を表す可能性と、自己に関するネガティブな情報がコード化されやすい可能性の 2 つが考えられる。自己複雑性理論では、自己スキーマのネガティブな認知以外にも感情のノードが活性化され、他のノードへと活性化が拡散することで抑うつが促進されると考えられる。N-SC から抑うつへの直接効果に含まれるのは、このネガティブな感情の湧出である可能性が高いだろう。実際、Woolfolk et al. (1995) において N-SC はネガティブな感情と正の相関を示している。

また、佐藤 (1999) は精緻な自己スキーマが情報のコード化を促進することを指摘している。N-SC が高いと、様々な情報の中で自己に関するネガティブな情報がよりコード化されやすいと考えられる。すなわちネガティブな情報に敏感になったり、ネガティブな情報を自己に関連付けたりしやすい可能性がある。その結果抑うつが促進されると考えられる。

ポジティブな自己スキーマの精緻性、自己評価と抑うつとの関連 ネガティブな認知と同様に、ポジティブな認知においても自己評価を媒介としたプロセスを検証した。その結果、ポジティブな自己複雑性から抑うつ症状への直接効果ほどではないが、自動思考を媒介と

した間接効果も認められた。

ポジティブな自己スキーマの精緻性が高いと、活性化されたノードから、リンクされた他の数多くのノードに活性化が拡散し、ポジティブな自己評価が頻繁に意識されると考えられる。なお、自己スキーマのポジティブなノードを活性化するものには、日常生活におけるポジティブな出来事だけでなく、周囲の人からの助言や慰めや、個人の気分制御方略があると考えられる。

思考抑制に関する研究 (e.g., Wenzlaff, Wegner, & Roper, 1988) から、ネガティブな思考が頻繁に意識に浮かんでも、他者がポジティブな思考を与えることでポジティブな思考が意識されやすくなり、ネガティブな思考の頻度が低まることが明らかにされている。こうした、注意が移る焦点となる思考は **distractor** と呼ばれる。日常において、他者から与えられる助言や慰めが自己スキーマのポジティブなノードを活性化し、意識されたポジティブな自己評価が **distractor** となるのかもしれない。あるいは助言や慰め自体が **distractor** になる場合もあると思われる。

また、否定的な思考のコントロール方略の1つに、「何か別の楽しいことを考える」という気晴らし方略がある(Wells & Davies, 1994)。そして気晴らし方略はうつ病患者における抑うつ症状の低減を予測する(Reynolds & Wells, 1999) (Woolfolk et al., 1995)。気晴らし方略においては、人は他者の助けによらず自らポジティブな **distractor** を生み出しているのかもしれない。そこにはポジティブな自己評価も含まれるだろう。このようにして頻繁に意識されるようになったポジティブな自己評価によって、ネガティブな自己評価の連鎖が断ち切れ、抑うつが低減されるのかもしれない。

P-SC から抑うつへの直接のパスについて、N-SC の場合と同様に2つの解釈が考えられる。一つ目は、研究1で取り上げなかったポジティブな感情の湧出という解釈である。この場合 P-SC とポジティブな感情に正の相関が予想される。しかし実際は P-SC とポジティブな情動特性とに負の相関がある (Woolfolk et al., 1995)。さらに、この Woolfolk らの知見をポジティブな感情という点から解釈すれば、自己スキーマのポジティブなノード同士の精緻性が高いとポジティブな感情が発生しにくいことが示唆される。そしてポジティブな感情の少なさは抑うつを促進すると考えられるであろう。ところがこの考えは、P-SC が抑うつを低減するという研究1の結果と矛盾する。このように、P-SC から抑うつへの直接パスをポジティブな感情と解釈することは整合性が低い。

むしろ、この直接パスは、自己スキーマのポジティブなノード同士の精緻性が高いために、自己に関するポジティブな情報がコード化されやすい (e.g., 敏感さが高まったり自己関連付けが起きたりする) ことを表すのかもしれない。その結果抑うつに陥りにくいと考えられる。

自動思考間の関連および自動思考と抑うつの関連 研究1のモデルの大きな特徴として、ポジティブな自動思考とネガティブな自動思考の関連を取り上げたことがある。Figure 5-3

に示すように、ATQ-RN から ATQ-RP へのパスは有意だった。これはネガティブな自己評価の頻度の高さがポジティブな自己評価の頻度を抑制する効果を持つと解釈される。一方、ATQ-RP から ATQ-RN へのパスは有意でなかった。これはポジティブな自己評価の頻度の高さはネガティブな自己評価の頻度には影響しないためと考えられる。これらの結果から、ネガティブな自動思考とポジティブな自動思考はお互いに対する効果が非対称であることが示唆される。

さらに、これら自動思考同士の効果とともに、自動思考の抑うつに対する効果を検討することで、ネガティブな認知とポジティブな認知の役割の違いに関して興味深い示唆が得られる。Figure 5-3 の因果パスの方向と数から、ポジティブな認知は抑うつに対し1つの経路で効果を持つのに対し、ネガティブな認知は抑うつに対して2つの経路で効果を持つことが示唆された。すなわちネガティブな自動思考が、抑うつを直接に促進する効果に加え、抑うつを低減するポジティブな自動思考を抑制する効果をも持つと考えられる。すなわち、抑うつへの影響として大事なものはネガティブな自動思考である。そこで今後の研究では、ネガティブな自動思考に焦点を当てる。

5.3.(3) 次の課題

本研究の目的は ABMC モデルの検証である。その中核は、思考コントロール方略が自動思考を媒介する効果を明らかにすることである。そこで、思考コントロール方略の測度である TCQ の日本語版を作成し、信頼性と妥当性を検討する。

5.4 第5章（研究1）の要約

研究1では、抑うつの促進ならびに低減プロセスにおける自動思考の媒介効果を検証した。大学生と専門学校生計95名を対象に、自己スキーマの精緻性を測定するために自己記述課題を、自動思考の頻度と抑うつを測定するために質問紙を実施した。構造方程式モデリングによる分析を行った結果、(a) ネガティブな自己スキーマの精緻性は、ネガティブな自動思考に媒介されて抑うつを促進していること、(b) ポジティブな自己スキーマの精緻性は、ポジティブな自動思考に媒介されて抑うつを低減していることが明らかとなった。これらの結果から、自己スキーマから自動思考を介した抑うつの促進および低減プロセスが存在することが示唆された。自動思考の媒介効果を支持する結果が得られた。

Table 5-6 研究1のまとめ

1. 分かったこと

・ネガティブな自己スキーマの精緻性は、ネガティブな自動思考に媒介されて抑うつを促進している (Figure 5-3)。

・ポジティブな自己スキーマの精緻性は、ポジティブな自動思考に媒介されて抑うつを低減している (Figure 5-3)。

2. 次の課題

・思考コントロール方略の役割を検討するために、その代表的な質問紙である Thought Control Questionnaire の日本語版を作成し、信頼性と妥当性を検討する。

第6章 研究2 思考コントロール方略を測定する質問

紙 TCQ-J の開発（信頼性と妥当性の検討）

6.1 問題と目的

6.1.(1) 問題

研究1では、抑うつへの自動思考の役割を検証した。その結果、「自己スキーマ→ネガティブな自動思考→抑うつを促進」、「ポジティブな自動思考→抑うつを低減」というパスがあることが分かった。すなわち、抑うつへの自動思考の媒介効果は支持された。

本論文では、以後、自動思考・侵入思考をコントロールしようとするものの役割を明示した ABMC モデルの検証を進めていく。そのためには、思考コントロール方略を測定する手段が必要となる。

思考コントロール方略は、心内で行われる操作であるため、質問紙による自己評価が適切であろう（続, 1975）。また、対処方略には様々なものがあることから、それらのバラエティをある程度網羅した質問紙が適切であると考えられる。そうした思考コントロール方略の質問紙として、先行研究では、Thought Control Questionnaire (Wells & Davies, 1994) がある^{24, 25}。

6.1.(2) 目的

日本でも、侵入思考に対するコントロール方略の役割が注目されている（杉浦・杉浦, 2008）。しかしながら、日本語で利用可能な、侵入思考に対するコントロール方略の質問紙は未だ開発されていない²⁶。「3.1. (10) 思考コントロール方略の研究で分かっていること」で述べたように、TCQ の下位尺度に信頼性や妥当性の点で揺らぎがあることを踏まえると、日本で TCQ のどこまでが使用に堪え、どこは更なる検討を要するかを見極めることは、今後、日本で侵入思考のコントロールに関する議論、研究を展開する上で不可欠であると考えられる。

そこで研究2では、TCQ の日本語訳を作成して、信頼性、妥当性について先行研究との

²⁴ Thought Control Ability Questionnaire (Luciano, Algarabel, Tomas, & Martinez, 2005)（日本語版は（小林, 服部, 上野, & 川口, 2016）も開発されているが、先行研究の数は Thought Control Questionnaire の方が多い（2019年11月25日現在、Google scholar において、「Thought Control Ability Questionnaire」で検索すると101件が該当するのに対し、「Thought Control Questionnaire」で検索した場合の該当件数は1130件である）。

²⁵ Thought Control Questionnaire の開発過程および信頼性・妥当性に関しては、「3.1. (10) 思考コントロール方略の研究で分かっていること」でまとめた。

²⁶ 近年、TCQ の日本語版を作成する試みについての学会発表（安藤・古川・坂野, 2009; 山田・辻, 2007）が行われていることも、こうした関心の高さを示すと考えられる。なお、これらの研究者には本研究を論文として公表する旨を伝え、了解を得た。

異同を検討する。そのために、まず、TCQ 日本語版（以下 TCQ-J と略記）を作成し Wells & Davies（1994）と同様の 5 因子が抽出されるかを検討し、信頼性（内的整合性、再検査信頼性）について確認する。次に、妥当性については以下の二つの観点で検討を行う。第一に、先行研究に基づき、侵入思考および心理的脆弱性の複数の尺度にも同時に回答を求め、TCQ-J とこれらの尺度との間に Table 3-2 と同様の相関関係が見られるかを検討する。

第二に、Table 3-2 で示したように、先行研究で他の尺度との関連が不明瞭な、社会的コントロール尺度、気晴らし尺度の妥当性の検討を行う。Wells & Davies（1994）は、TCQ の妥当性を検証する尺度として、自意識尺度、神経症傾向と外向性、特性不安を選んだ。しかし、社会的コントロール尺度や気晴らし尺度と、これらの尺度との関連は確認されなかった。その理由として、Wells & Davies（1994）が妥当性検討のために選んだこれらの尺度が、社会的コントロール尺度や気晴らし尺度の性質を適切に表すものでなかった可能性がある。そこで、この二つの尺度の性質と理論的に関連が予想される変数を取り上げることで、妥当性を検証することができると考えられる。

まず、社会的コントロール尺度に関しては、その項目内容（e.g., その考えについて友達と話をする）から、ネガティブな侵入思考に対する他者を巻き込んだ対処を測定すると考えられる。そこで、一般他者版愛着スタイル尺度(中尾・加藤, 2004)の親密性の回避尺度（以下、親密性の回避と略記）との関連を調べる。親密性の回避は、自己のネガティブな経験を親密な他者に開示するのを避ける傾向を測定する尺度であるため、社会的コントロール尺度と有意な負の相関があると予想される（予測①）。

次に、気晴らし尺度に関しては、侵入思考というネガティブな体験が生じた時に、それと無関係な思考や活動に注意を移す方略を測定すると考えられる。こうした方略を持つ人は、侵入思考以外のネガティブな状態に陥った時にも、注意を無関係な思考や活動に移しやすいと考えられる。そこで、反応スタイル尺度(名倉・橋本, 1999)の気晴らし尺度（以下 RSQ の気晴らしと略記）との関連を調べる。RSQ の気晴らしは、抑うつ状態に陥った時に抑うつと無関係な思考や活動に注意を移す方略を測定する尺度であることから、気晴らし尺度と有意な正の相関があると予想される（予測②）。

6.2 方法

6.2.(1) TCQ-J の作成過程

まず、原著者である Wells 博士より翻訳使用許可を得た。教示と項目の翻訳を業者に依頼し、その翻訳を参考にして第一著者が日本語としての自然さに留意し訳文を作成した。次に、留学経験を持ち心理学を専攻する大学院生にその訳文を再度英訳することを依頼し、協議の上で翻訳の整合性を確認した。翻訳された教示と項目の分かりやすさを確かめるために予備調査を行ったところ、Unwanted thought の訳語であった「望まない思考」の意味が分かりにくいという感想が得られた。そこで Unwanted thought の文意について補足した教示を作成した(「AppendixIV TCQ-J の教示」を参照)。最後に、Wells 博士に依頼し、翻訳等価性の確認を行った。

6.2.(2) 質問紙

上記の手続きで翻訳した TCQ-J の 30 項目を使用し、侵入思考が生じた時に、普段、それぞれの対処法をどのくらい頻繁に使うのか、「1:ほとんどしない」から「5:ほとんどの場合する」の 5 件法で回答を求めた。

それに加えて、以下の 7 種類の尺度を使用した。そのうち、1.と 2.は侵入思考の尺度、3.から 7.は心理的脆弱性の尺度であった。なお、以下では特に断らない限り、5 件法では「1:全く当てはまらない」から「5:非常によく当てはまる」、7 件法では「1:全く当てはまらない」から「7:非常によく当てはまる」の反応選択肢をそれぞれ用いた。

1.日本語版 PSWQ 心配の頻度を測定する Penn State Worry Questionnaire(Meyer et al., 1990)の日本語版(杉浦, 2000) 16項目 (e.g., いつも心配している) を使用し、5 件法で回答を求めた。

2.Padua Inventory 日本語版 Padua Inventory(Sanavio, 1988)の日本語版(杉浦, 2000)から、心的活動 (e.g., 思考, 記憶) の制御が困難となり、煩わされる程度を測定する「思考の制御困難感」²⁷尺度 18 項目 (e.g., 不快な考えが意に反して頭に浮かんできても、それらを取り除くことができない) を使用し、5 件法で回答を求めた。

3.STAI State Trait Anxiety Inventory(Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970)の日本語版(清水・今栄, 1981)から、特性不安を測定する 20 項目を使用し、「1:全くそうでない」から「4:全くそうである」の 4 件法で回答を求めた。

4.自意識尺度 Self Consciousness Scale(Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975)の日本語版である自意識尺度(菅原, 1984)から、思考や感情など他者が直接観察できない自己の内部の側面に注意を向ける傾向を測定する私的自意識尺度 10 項目と、容姿や振る舞い

²⁷ 原尺度では「思考の制御困難感」という因子名だったが、杉浦(2000)は簡潔さのために「疑惑」と命名し直した。本研究では、因子の内容がより明確になるように、原尺度の命名を採用した。

など他者から観察可能な自己の側面に注意を向ける傾向を測定する公的自意識尺度11項目を使用し、7件法で回答を求めた。

5.Big Five 尺度 Big Five 尺度(和田, 1996)から、ストレスナーに対して情緒的混乱を起こしやすい傾向を測定する情緒不安定性尺度と、活動性、社交性、易興奮性を測定する外向性尺度、各12項目を使用し、7件法で回答を求めた。

6.一般他者版愛着スタイル尺度 Experiences in Close Relationships inventory(Brennan, Clark, & Shaver, 1998)の日本語版で、親密な他者として一般的な他者を念頭に回答させるバージョン(中尾・加藤, 2004)から、親密な他者に対して自己開示を回避する傾向を測定する親密性の回避尺度12項目 (e.g., 心の奥底で何を感じているかを人にみせるのはどちらかというとき好きではない) を使用し、7件法で回答を求めた。

7.日本語版 Response Style Questionnaire 日本語版 Response Style Questionnaire (名倉・橋本, 1999) から、抑うつに陥った時にそれと無関係な思考・活動を行う傾向を測定する気晴らし尺度13項目 (e.g., 気分転換するためにテレビを見る) を使用し、「1:ほとんどない」から「4:ほとんどいつもそうだ」の4件法で回答を求めた。

6.2.(3) 調査手続きと調査協力者

2008年11月から12月、および2009年12月に、A 県内の大学で心理学の講義時間内に講義担当者の許可を得て調査を実施した²⁸。調査実施時に、調査の背景と目的、生じうる不利益、調査への参加と取り消しは協力者の自由な意思によるものであり、不参加や取り消しがいかなる不利益も生じないこと、辛くなったらいつでも回答を辞めてよいこと、研究結果の公表時も含め個人情報は一貫して保護されること、希望者には個人の結果のフィードバックを行うことを説明し、同意書に署名をした協力者から回答を得た。分析終了後、全体の傾向、および希望者に個人の結果をフィードバックし、自己の心身の状態が気になる協力者には相談先を示した。調査協力者は大学生498名（男性199名、女性296名、未記入3名）であり、平均年齢は19.70歳 ($SD=1.73$) であった。

2008年の調査では、協力者317名（男性100名、女性214名、未記入3名、平均年齢20.05歳、 $SD=1.99$ ）に、TCQ-J30項目に加え、妥当性を検討するための尺度にも回答を求めた。なお、7種類全ての尺度に回答を要請するのは協力者にとって負担が大きいと考えたため、上記の1から4および7で構成したA版と、1,2,5,6で構成したB版の2種類の冊子を作成し、どちらか一方に回答を求めた。183名（男性45名、女性137名、平均年齢19.85歳、 $SD=2.20$ ）からA版への回答を、134名（男性55名、女性77名、平均年

²⁸ この調査を実施した当時、九州大学大学院人間環境学府に研究倫理委員会は設けられていなかった。そのため、この調査の実施に先立ち、倫理審査を受けてはいないものの、本文に記したような手順を踏み、倫理面に配慮して調査を実施した。

年齢20.34歳、 $SD=1.42$) から B 版への回答を得た。また、再検査信頼性を検討するために、B 版に回答した協力者の中で85名(男性35名、女性48名)に、6週間後に再度 TCQ-J に回答を依頼した。

2009年の調査では、協力者181名(男性82名、女性99名、平均年齢19.09歳、 $SD=.86$) に TCQ-J30項目のみに回答を求めた²⁹。

6.3 結果と考察

6.3.(1) TCQ-J の因子構造

原版と同じように 5 因子が抽出されるかを調べるために、TCQ-J30 項目について 5 因子を仮定し、最尤法・プロマックス回転を行った。解釈可能性と、因子負荷量がいずれかの因子に.35 以上であるという基準により項目を選択した。その結果、28 項目が残った³⁰。Wells & Davies (1994) に従い、第 1 因子を「再評価」、第 2 因子を「社会的コントロール」、第 3 因子を「罰」、第 4 因子を「心配」、第 5 因子を「気晴らし」と命名した (Table 6-1)。

²⁹ 2008年の調査のデータで5因子を仮定して予備的な因子分析を実施したところ、共通性が1を超える結果が得られた。そこで、サンプルサイズを増すことで因子分析の結果が安定するかを確認するために、2009年にも調査を行った。

³⁰ 気晴らし尺度で除外された項目は、「(9) そのことを考える代わりに、仕事や勉強に専念する」、「(30) 忙しくしておく」の2つであった。これらの項目番号は Wells & Davies (1994) の Table 1と同じである。

Table 6-1 TCQ-J の因子分析結果 (最尤法・プロマックス回転, N=498)

	F1	F2	F3	F4	F5	共通性
F1: 再評価						
(14) その考えがどういうものなのかを, 理性的に掘り下げて考える。	.84	-.05	-.13	-.06	-.07	.74
(10) その考えを裏付ける根拠がどれくらい確かなのかを, 突き詰めて考える。	.76	.07	-.03	.02	-.04	.59
(3) その考えがどういうものなのかを, 注意深く考える。	.74	-.07	.03	-.05	.00	.56
(20) その考えが何を意味しているのかを, もう一度解釈し直そうとする。	.70	-.02	.07	.00	.06	.50
(27) どうしてそのことを考えたのか, 理由をあれこれと考える。	.55	.13	.06	.02	-.03	.33
(23) その考えについて, 今とはちがう考え方をしてみる。	.38	-.12	.03	.11	.15	.19
F2: 罰						
(11) そのことを考えたことで自分のことを怒る。	-.03	.90	.02	-.03	.01	.82
(6) そのことを考えたことで自分を叱り付ける。	.02	.86	.05	-.08	.00	.75
(13) そのことを考えたことで自分を責め立てる。	.02	.72	-.02	-.03	-.09	.53
(15) その考えを止めるために, 自分の体をたたいたりつねったりする。	-.07	.48	-.05	-.01	-.01	.23
(28) そのことを考えると何か悪いことが起きるぞ, と自分に言い聞かせる。	.01	.42	-.05	.17	.02	.21
(2) ばかなことはやめるよう, 自分に言い聞かせる。	.02	.36	.01	.10	.26	.21
F3: 社会的コントロール						
(29) その考えについて友達と話をする。	.01	.05	.80	.02	.02	.64
(5) その考えについて誰にも話さないでおく。(R) ^a	-.11	-.01	.76	-.05	-.10	.60
(25) 友達に, 似たような考えが頭に浮かぶことがあるかどうか尋ねる。	.05	.06	.64	.09	.08	.43
(12) その考えのことを人とは話し合わないようにする。(R)	.01	-.04	.60	-.11	-.08	.38
(17) 同じような考えが浮かんだとき友達がどう対処しているのかを見つけ出す。	.10	.00	.56	.18	.11	.37
(8) その考えを自分の胸の内にしまっておく。(R)	-.01	-.09	.49	-.11	-.02	.26
F4: 心配						
(18) そのことを考える代わりに, もっとささいなことを心配する。	-.05	-.11	.05	.75	-.04	.59
(22) その考えよりも, 自分が抱えるもっとささいな問題のことの方をもっとよく考える。	-.10	-.06	.01	.69	.00	.50
(24) そのことを考える代わりに, 過去の心配事について考える。	.09	-.05	-.02	.58	-.05	.35
(7) ほかの心配事についてあれこれと考える。	.06	.07	-.09	.57	.04	.34
(4) その考えを, もっとささいなよくない考えに切り替える。	-.02	.11	.01	.54	-.01	.31
(12) その考えとはちがうマイナスのことに注意を集中させる。	.02	.09	-.02	.53	-.09	.30
F5: 気晴らし						
(16) そのことを考える代わりに, 楽しいことを考える。	-.07	-.04	-.05	-.04	.90	.81
(19) 何か楽しいことをする。	.06	-.02	.09	-.07	.67	.47
(1) そのことを考える代わりに, プラスのイメージを思い浮かべる。	.02	-.03	.04	-.08	.65	.43
(21) その考えとはちがうことを考える。	-.01	.09	-.13	.06	.58	.36
	F2	.23				
	F3	.16	-.01			
因子間相関	F4	.29	.30	.03		
	F5	.08	.05	.08	.09	

注) 項目の番号は Wells & Davies (1994) の Table 1 と同じである。また, 項目中の「その考え」とは, 「考えたくない, 不快な思考(考え)」を指す。

^a (R) は逆転項目を表す。

6.3.(2) 記述統計量

これら 5 因子で構成される尺度 TCQ-J について、各下位尺度の記述統計量、下位尺度得点間の相関を Table 6-2 に示した。なお、下位尺度の尺度得点の性差については、社会的コントロール尺度において女性が男性よりも高かった ($t(480) = 2.65, p < .01$)。

Table 6-2 TCQ-J の下位尺度得点の記述統計、尺度得点間の相関、信頼性

下位尺度	尺度得点の平均 (SD)				尺度得点間の相関				信頼性	
	全体	男性	女性	性差 (<i>t</i> 値)	2.	3.	4.	5.	α 係数	再検査 信頼性 ($r; N=85$)
1.再評価	13.23 (4.28)	13.30 (4.54)	13.20 (4.09)	.27ns.	.20*	.14**	.16**	.12*	.82	.60**
2.罰	9.45 (3.34)	9.60 (3.53)	9.36 (3.21)	.81ns.		-.07	.27**	.04	.78	.71**
3.社会的コントロール	13.37 (4.23)	12.74 (4.18)	13.78 (4.24)	2.65*			.01	.06	.81	.62**
4.心配	8.92 (2.90)	8.92 (3.06)	8.94 (2.80)	.06ns.				.06	.78	.50**
5.気晴らし	10.17 (2.40)	10.15 (2.26)	10.19 (2.47)	.13ns.					.78	.60**

* $p < .05$, ** $p < .01$

6.3.(3) TCQ-J の信頼性の検討

TCQ-J の内的整合性を調べるために α 係数を算出した結果、 α 係数の値は.78 から.82 であった (Table 6-2)。次に、再検査信頼性を検討するために、6 週間間隔で実施した TCQ-J の下位尺度得点間の相関係数を算出した。その結果、相関係数の値は.50 から.71 であった (Table 6-2)。

6.3.(4) TCQ-J の妥当性の検討

Wells & Davies (1994) およびその追試で TCQ との関連が検討された 1.から 6.の尺度、ならびに親密性の回避、RSQ 気晴らしについて、先行研究の手続きに従い、尺度得点を算出した (これらの尺度の基本統計量は Table 6-3 に示した)。

Table 6-3 TCQ-Jとの相関を算出した尺度の記述統計量

尺度	尺度得点の平均 (<i>SD</i>)						α 係数
	全体		男性		女性		
PSWQ	50.43	(12.58)	47.47	(11.96)	51.73	(12.97)	.92
思考の制御困難感	44.33	(12.80)	42.13	(11.88)	45.34	(12.56)	.90
特性不安	49.96	(9.91)	49.44	(10.79)	50.10	(9.68)	.87
私的自意識	50.47	(9.62)	48.35	(11.52)	51.17	(8.91)	.84
公的自意識	60.04	(10.89)	57.58	(10.99)	61.01	(10.66)	.89
情緒不安定性	49.05	(11.64)	45.44	(11.29)	51.65	(11.26)	.80
外向性	55.32	(14.60)	55.06	(15.28)	55.51	(14.19)	.92
親密性の回避	42.24	(11.72)	43.70	(11.34)	46.34	(11.93)	.81
RSQの気晴らし	31.95	(7.63)	32.20	(7.93)	31.87	(7.55)	.83

まず、TCQ-Jと侵入思考の尺度との相関係数を計算した。(Table 6-4)。その結果、再評価尺度が思考の制御困難感と有意な正の相関 ($r=.19, p<.01$) を、罰尺度がPSWQ, 思考の制御困難感と有意な正の相関 (それぞれ $r=.35, p<.01$; $r=.46, p<.01$) を、心配尺度がPSWQ, 思考の制御困難感と有意な正の相関 (それぞれ $r=.28, p<.01$; $r=.22, p<.01$) を示した。また、気晴らし尺度がPSWQと有意な負の相関 ($r=-.19, p<.05$) を示した。

次に、TCQ-Jと心理的脆弱性の尺度との相関係数を計算した (Table 6-4)。その結果、再評価尺度が私的自意識と有意な正の相関 ($r=.46, p<.01$) を、罰尺度が特性不安, 私的自意識, 公的自意識, 情緒不安定性と有意な正の相関 (順に $r=.23, p<.01$; $r=.16, p<.05$; $r=.17, p<.05$; $r=.33, p<.01$) を、社会的コントロール尺度が外向性と有意な正の相関 ($r=.28, p<.01$) を示した。また、心配尺度が私的自意識, 情緒不安定性と有意な正の相関 (それぞれ $r=.18, p<.05$; $r=.22, p<.05$) を、気晴らし尺度は特性不安と有意な負の相関 ($r=-.31, p<.01$) を、外向性と有意な正の相関 ($r=.20, p<.01$) を示した。

予測①を検証するために、TCQ-Jの尺度得点と親密性の回避の尺度得点との相関係数を計算した (Table 6-4)。その結果、社会的コントロール尺度が親密性の回避と有意な負の相関 ($r=-.41, p<.01$) を示した。したがって予測①は支持された。また、再評価尺度が親密性の回避と有意な正の相関 ($r=.20, p<.05$) を示した。

予測②を検証するために、TCQ-Jの尺度得点とRSQの気晴らしの尺度得点との相関係数を計算した (Table 6-4)。その結果、気晴らし尺度がRSQの気晴らしと有意な正の相関 ($r=.58, p<.01$) を示した。したがって予測②は支持された。また、社会的コントロール尺度がRSQ気晴らしと有意な正の相関 ($r=.25, p<.01$) を示した。

Table 6-4 TCQ-J の下位尺度と侵入思考, 心理的脆弱性の諸尺度との相関

	侵入思考		心理的脆弱性						
	PSWQ	思考の 制御困 難感	特性 不安	自意識		Big Five		愛着	RSQ
				私的 自意識	公的 自意識	情緒 不安定性 ^a	外向性	親密性 の回避	気晴らし
1.再評価	.09	.19**	.11	.46**	.15	-.09	.04	.20*	.09
2.罰	.35**	.46**	.23**	.16*	.17*	.33**	.03	.08	.00
3.社会的コントロール	.09	.11	-.02	.00	.08	.16	.28**	-.41**	.25**
4.心配	.28**	.22**	.13	.18*	.11	.22*	-.13	.11	.03
5.気晴らし	-.19*	-.10	-.31**	.08	-.05	.01	.20*	-.13	.58**

^a 本研究では EPI の代替として Big Five (和田, 1996) を使用したため, 神経症傾向でなく情緒不安定性との相関を検討した。

* $p < .05$, ** $p < .01$

6.3.(5) 考察

研究 2 では, 大学生を対象にした調査によって TCQ-J を作成し, その因子の構造, および信頼性と妥当性を検討した。探索的因子分析を行ったところ, 原版と同様の 5 因子が抽出された。また, 下位尺度の α 係数の値は先行研究と同程度であり, 下位尺度の内的整合性は良好な水準であると思われる。再検査信頼性に関しては, 罰尺度では Wells & Davies (1994) と同等, それ以外では Wells & Davies (1994) よりやや低かったものの, 全体として許容可能な範囲であると思われる。よって, TCQ-J は原版と同じ 5 因子構造を有すること, および各下位尺度は概ね十分な信頼性を持つことが示されたと言えよう。

次に, TCQ-J の妥当性を検討した。第一に, Wells & Davies (1994) とその追試 (Fehm & Hoyer, 2004; Luciano et al., 2006; McKay & Greisberg, 2002) で TCQ との関連が検討された, 侵入思考および心理的脆弱性の尺度との相関を検討した。その結果, 先行研究と同様に, 罰尺度と心配尺度が PSWQ, 思考の制御困難感と有意な正の相関を示した。心理的脆弱性の尺度との関連では, Wells & Davies (1994) と同様に, 再評価尺度が私的自意識と有意な正の相関を示し, 罰尺度が特性不安, 公的自意識, 情緒不安定性と有意な正の相関を示し, 心配尺度が情緒不安定性と有意な正の相関を示した。以上の点から, TCQ-J と侵入思考および心理的脆弱性の尺度との相関は先行研究とほぼ一致しており, 妥当性が概ね支持されたと言える。

また, 先行研究では, 再評価尺度, 社会的コントロール尺度, 気晴らし尺度と PSWQ との相関が有意でない場合と有意な場合とで結果が揺らいでいたが, 研究 2 では, 再評価尺度に関しては, PSWQ との相関が有意でなかった Wells & Davies (1994) の結果と一致し, 社会的コントロールに関しても PSWQ との相関が有意でなかった Wells & Davies (1994)

および McKay & Greisberg (2002) の結果と一致していた。一方、気晴らし尺度については、PSWQ と有意な負の相関を示した Fehm & Hoyer (2004) の結果と一致していた。

第二に、妥当性の検証では、Wells & Davies (1994) で結果が見出されなかった、社会的コントロール尺度および気晴らし尺度の妥当性を検証した。社会的コントロール尺度は親密性の回避と有意な負の相関を示した。親密性の回避は、他者に自己開示をしない傾向を表すと考えられる。これと社会的コントロール尺度との負の相関は、他者に自己開示しやすい人は、侵入思考の体験や対処法の情報を他者から引き出して侵入思考をコントロールしようとすることを示唆する。また、気晴らし尺度と RSQ 気晴らしが有意な正の相関を示した。RSQ 気晴らしは、抑うつに陥った時にそれと無関係な思考や活動に注意を移す方略を測定すると考えられる。これと気晴らし尺度との有意な正の相関は、気晴らし尺度が測定しているのが、侵入思考が生じたとき、それと無関係な思考や活動に注意を移す方略であることを示唆する。したがって、研究 2 では、Wells & Davies (1994) で見出されなかった社会的コントロール尺度および気晴らし尺度の妥当性を検証できたと言える。

以上の結果から、TCQ-J は十分な妥当性を備えていることが示唆された。

6.3.(6) 次の課題

本研究の主要な目的は、TCQ-J を活用して、抑うつにおける思考コントロール方略の媒介効果を実証的に明らかにすることである。言い換えれば、因果関係を持つことを示すことである。しかし、その大前提として、思考コントロール方略と、抑うつに関連したいくつかの変数との間に、一定の関連（相関）があるかどうかを検証しておく必要がある。具体的には、抑うつに特徴的な侵入思考である自動思考、臨床メタ認知理論において思考コントロール方略とともに病理の中核的要素と考えられる Cognitive Attentional Syndrome(CAS)の構成要素である反すう傾向、抑うつ症状の 3 つの観点で調べる。

6.4 第6章（研究2）の要約

研究 2 では、侵入思考のコントロール方略を測定する Thought Control Questionnaire (TCQ) の日本語版 (TCQ-J) を作成し、信頼性と妥当性を検討した。大学生 498 名を対象に質問紙調査を行い、探索的因子分析と再検査信頼性の検討から、再評価、社会的コントロール、罰、気晴らしの 4 因子を抽出した。これら 4 尺度では十分な内的整合性と再検査信頼性が確認された。妥当性では、再評価尺度と私的自意識、罰尺度と PSWQ、思考の制御困難感、特性不安、情緒不安定性の相関パターンは先行研究に類似していた。さらに、これまで妥当性が見出されていなかった社会的コントロール尺度と、関連が理論的に予想される、親密性の回避との相関は予測と一致していた。以上の結果から、TCQ-J の再評価、社会的コントロール、罰、気晴らしの 4 尺度は十分な信頼性・妥当性を備えていることが示唆された。

Table 6-5 研究 2 のまとめ

1. 分かったこと

・再評価, 社会的コントロール, 罰, 気晴らしの 4 尺度では十分な内的整合性と再検査信頼性が確認された。

・妥当性では, 再評価尺度と私的自意識, 罰尺度と PSWQ, 思考の制御困難感, 特性不安, 情緒不安定性の相関パターンは先行研究に類似していた。

・これまで妥当性が見出されていなかった社会的コントロール尺度と, 関連が理論的に予想される, 親密性の回避との相関は予測と一致していた。

・TCQ-J の再評価, 社会的コントロール, 罰, 気晴らしの 4 尺度は十分な信頼性・妥当性を備えていることが示唆された。

2. 次の課題

・思考コントロール方略と抑うつとの関連を, 抑うつに特徴的な侵入思考である自動思考, 抑うつに特異的な脆弱性と考えられる反すう傾向, 抑うつ症状の 3 つの観点で調べる。

第7章 研究3 TCQ-J と抑うつとの関連の検討

7.1 問題

7.1.(1) 思考コントロール方略と抑うつに関連した諸変数との関連

「3.2 思考コントロール方略の研究動向」で述べたように、TCQ と不安との関連については、様々な不安に特徴的な侵入思考、思考コントロール方略とともに CAS の構成要素であり抑うつと強い関連を持つ心配傾向、不安症状の 3 つについて、関連を示す知見が得られている。その反面、不安と密接に繋がる現象である抑うつについては、侵入思考の役割がはじめてクローズアップされたにもかかわらず、Fehm & Hoyer (2004), Luciano et al. (2006) が TCQ の罰尺度、心配尺度と、Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) (以下 BDI と略記) で測定した抑うつ症状との間に有意な正の相関を見出したに留まっている。抑うつに関連した諸変数 (i.e., 自動思考、CAS の構成要素である反すう傾向) との関連は未検証である。思考コントロール方略と抑うつの自動思考、反すう傾向、抑うつ症状との関連を調べることは、抑うつの自動思考の制御困難性をもたらす要因、その背景や帰結を解明するために有用であると考えられる。

そこで、まず、ABMC モデルに即して、思考コントロール方略と、抑うつに関連した諸変数 (i.e., 自動思考、反すう傾向、抑うつ症状) との間にどのような関係が想定されるのかを整理した上で、検証するための具体的な予想を導く。Figure 7-1 における自動思考、反すう、思考コントロール方略、抑うつ症状の関係とそこから導かれる予想は以下のとおりである。

7.1.(2) 自動思考との関係と予想

自動思考が思考コントロール方略のトリガーであるなら、自動思考を多く経験すると、(特定の) 思考コントロール方略を多用するであろう。また、思考コントロール方略が自動思考に影響を及ぼしているなら、(特定の) 思考コントロールの使用頻度が高いと、自動思考を多く (あるいは少なく) 経験しているであろう。すなわち、いずれの場合にせよ、(特定の) 思考コントロール方略と自動思考との間には正の相関 (あるいは負の) が予想される。

具体的には、以下の予想①、②が導かれる。まず、罰方略は、侵入思考という現在の体験を、また、そのような体験をしている自己を否定視する方略と考えられる。そこで、罰方略については、予想① (a) として、TCQ-J の罰方略と自動思考の現在・過去否定との間に有意な正の相関を、 予想① (b) として、TCQ-J の罰方略と自己否定との間に有意な正の相関を予想する。 また、不安と比べ、抑うつの思考内容は過去志向的である (Papageorgiou

& Wells, 1999a, 1999b)そのため、ある問題の思考を、別の過去の問題に関したもので置き換えることが多いと考えられる。そこで予想②として、TCQ-Jの心配方略と自動思考の現在・過去否定との間に正の相関を予想する。

7.1.(3) 反すう傾向との関係と予想

ABMCモデルの母体であるAMCモデルにおいて、思考コントロール方略も、反すう傾向も、ともにCognitive-Attentional Syndromeの構成要素と位置付けられている(Wells, 2009/2012)。すなわち、反すうの実行と(特定の)思考コントロール方略の使用は連動している(i.e., 反すうを多く行う人は、特定の思考コントロール方略を多く使用する)と想定されている。そのため、反すう傾向と(特定の)思考コントロール方略との間には正の相関が予想される。

具体的には、反すう傾向との相関について、以下の予想③、④が導かれる。まず、反すうを行うと自己非難に陥りやすい(Lyubomirsky, Tucker, Caldwell, & Berg, 1999)。そのため、予想③として、罰方略と反すう傾向を表す考えこみ型反応スタイルとの間に有意な正の相関を予想する。また、反すうを行う際、念頭に浮かぶのは、抑うつの原因としては過去に起きた様々な問題、帰結としてはこれから起き得る様々な問題であると思われる。そこで予想④として、心配方略と反すう傾向との間に正の相関を予想する。

7.1.(4) 抑うつ症状との関係と予想

抑うつ症状はABMCモデルのoutcome変数である。しかも、先行研究では、罰および心配方略とBDIとの間に正の相関が得られている(Fehm & Hoyer, 2004; Luciano et al., 2006)。そのため、予想⑤として、罰方略と抑うつ症状との間に有意な正の相関を予想する。また、予想⑥として、心配方略と抑うつ症状との間に有意な正の相関を予想する。

さらに、気晴らしは抑うつ症状を低減する(及川, 2003)。そのため、予想⑦として、TCQ-Jの気晴らし方略と抑うつ症状との間に有意な負の相関を予想する。

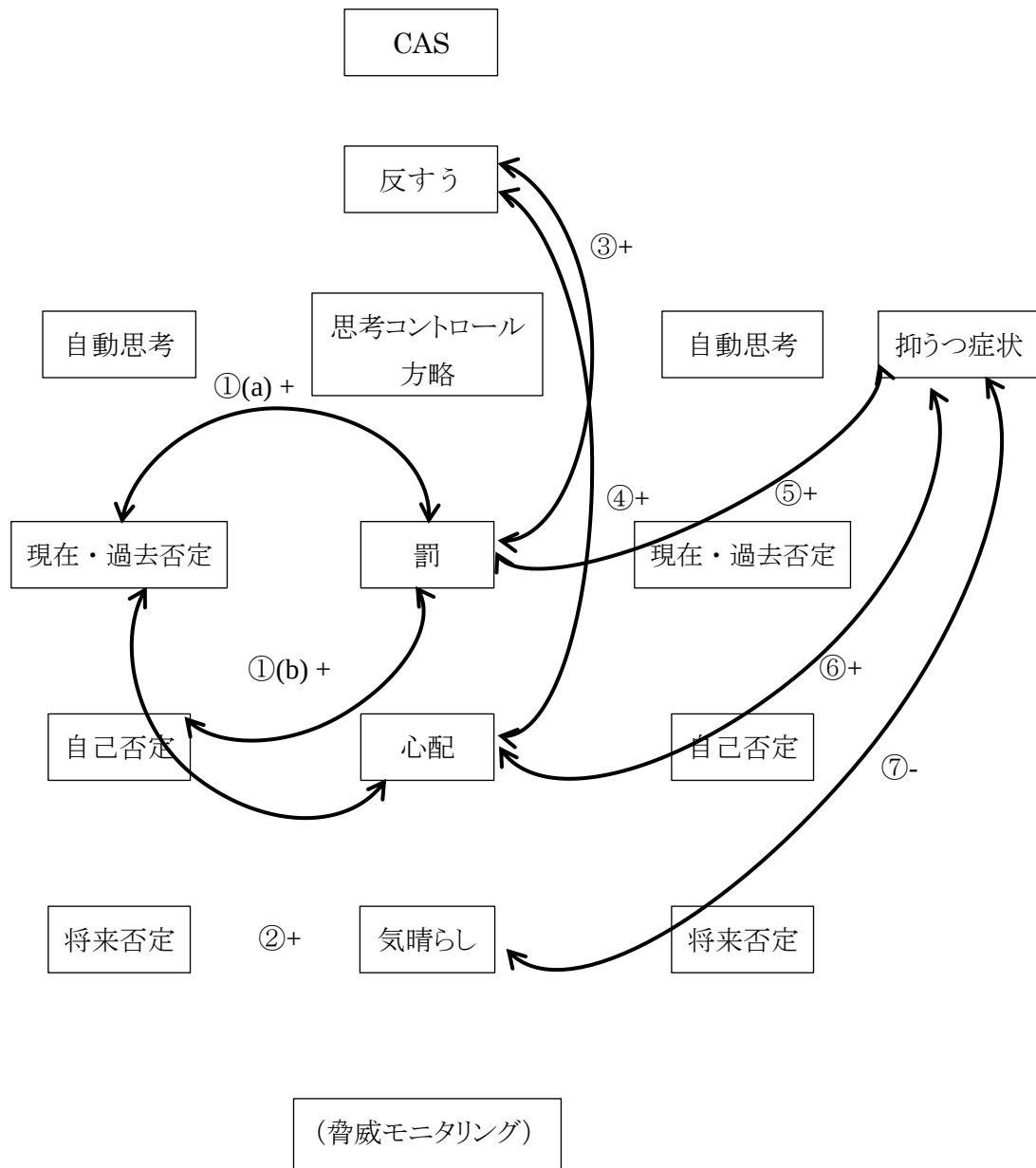


Figure 7-1 研究4の予想を導く概念図

7.2 目的

そこで研究 3 では、思考コントロール方略と抑うつとの関連を、抑うつに特徴的な侵入

思考である自動思考³¹、思考コントロール方略とともに CAS の構成要素であり抑うつと強い関連を持つ考えられる反すう傾向、抑うつ症状の 3 つの観点で調べる。そして、不安における先行研究の結果と比較し、抑うつと不安における思考コントロール方略の異同を考察する。なお、不安における先行研究の分析手法は相関分析であった³²。そこで研究 3 でも先行研究と分析手法をそろえ、TCQ-J と、自動思考、および反すう傾向との相関について、上記の予想①-④を検証する。また、TCQ-J と抑うつ症状との相関を調べ、先行研究との異同を確認するために、予想⑤-⑦を検証する。

7.3 方法

7.3.(1) 調査協力者

調査協力者は大学生 317 名（男性 100 名、女性 214 名、不明 3 名）であり、平均年齢は 20.25 歳（ $SD=1.99$ ）であった。

7.3.(2) 質問紙

1.TCQ-J 義田・中村(2014)が作成した「再評価」、「社会的コントロール」、「罰」、「心配」、「気晴らし」という侵入思考に対する 5 種類のコントロール方略を測定する 26 項目を使用し、「1：ほとんどしない」から「5：ほとんどの場合する」の 5 件法で回答を求めた。

2.DACS Depression and Anxiety Cognition Scale(福井, 1998)から、抑うつに関係した自己否定、過去・現在否定、将来否定の自動思考を測定する 3 下位尺度、各 10 項目を使用し、「1：全く当てはまらない」から「7：非常によく当てはまる」の 7 件法で回答を求めた。

3.RSQ 日本語版 Response Style Questionnaire(名倉・橋本, 1999)から、反すう傾向を測定する、否定的考え込み尺度 23 項目を使用し、「1：ほとんどない」から「4：ほとんどいつもそうだ」の 4 件法で回答を求めた。

4.SDS 抑うつのような様々な症状（e.g., 認知症状、感情症状、身体症状）を測定する Self Depression Scale (Zung, 1973) の日本語版（福田・小林, 1973）から、希死念慮項目を除いた 19 項目を使用し、「1：ほとんどない」から「4：ほとんどいつもある」の 4 件法で回答を求めた。

7.3.(3) 調査手続き

2008 年 11 月から 2009 年 1 月、A 県内の大学で講義時間内に講義担当者の許可を得て「考えたくない、不快な思考のコントロール法に関する調査」と題した冊子を配布した³³。調査

³¹ 抑うつに特徴的な侵入思考である自動思考について、福井(1998)は、現在・過去否定（e.g., 私は人に嫌われている）、自己否定（e.g., 私には才能がない）、将来否定（e.g., 私はこの先幸せになれないだろう）の 3 種類を指摘している。

³² 詳細は「3.2.(3) 相関アプローチで分かっていること」を参照のこと。

³³ この調査を実施した当時、九州大学大学院人間環境学府に研究倫理委員会は設けられていなかった。そのため、この調査の実施に先立ち、倫理審査を受けてはいないものの、本文に記したような手順を踏み、

実施時に、調査の背景と目的、生じうる不利益、調査への参加と取り消しは協力者の自由な意思によるものであり、不参加や取り消しがいかなる不利益も生じないこと、辛くなったらいつでも回答を辞めてよいこと、研究結果の公表時も含め個人情報は一貫して保護されること、希望者には個人の結果のフィードバックを行うことを説明し、同意書に署名をした協力者から回答を得た。分析終了後、全体の傾向、および希望者に個人の結果をフィードバックし、自己の心身の状態が気になる協力者には相談先を示した。

なお、協力者の負担を考慮し、以下のA版とB版の2種類の冊子を作成し、どちらか一方に回答してもらった。A版はTCQ-JとRSQ, SDSで構成され、B版はTCQ-JとDACS, SDSで構成された。183名がA版に、134名がB版に回答した。

7.4 結果と考察

7.4.(1) 下位尺度得点の記述統計、信頼性、下位尺度得点間の相関

TCQ-Jの尺度得点は、義田・中村(2014)の算出手続きに従い評定値の合計得点を用いた。TCQ-Jの尺度得点の平均値と標準偏差、各尺度の α 係数、下位尺度得点間の相関の値をTable 7-1に示した。TCQ-Jの内的整合性を調べるために α 係数を算出した結果、.76から.84であった(Table 7-1)。

Table 7-1 TCQの5つの下位尺度得点の記述統計、信頼性、尺度得点間の相関

下位尺度	下位尺度得点 ^a			信頼性	尺度得点間の相関			
	全体	男性	女性	α 係数	2.	3.	4.	5.
1. 再評価	11.04 (3.91)	11.10 (4.13)	11.01 (3.80)	.84	.13*	.22**	.14**	.07
2. 社会的コントロール	13.50 (4.31)	12.59 (4.03)	13.94 (4.39)	.81		-.09	-.01	.06
3. 罰	7.13 (2.75)	7.20 (2.63)	7.09 (2.82)	.80			.23**	.02
4. 心配	8.87 (2.82)	8.77 (3.01)	8.92 (2.74)	.76				.06
5. 気晴らし	10.17 (2.40)	10.15 (2.26)	10.19 (2.47)	.76				

^a カッコ内はSD。* $p < .05$, ** $p < .01$

7.4.(2) TCQ-Jと抑うつに関係した3種類の自動思考との関連

抑うつに関係した3種類の自動思考とTCQ-Jとの相関係数を調べた(Table 7-2)。その結果、罰尺度が自己否定および過去・現在否定と有意な正の相関を、心配尺度が現在・過去否定と有意な正の相関を、気晴らし尺度が自己否定、現在・過去否定、将来否定と有意な負の相関を示した。これらの結果は予想①(a)および(b)を支持していた。

倫理面に配慮して調査を実施した。

罰尺度、心配尺度に関しては、PSWQ との関連 (Fehm & Hoyer, 2004; Luciano et al., 2006; McKay & Greisberg, 2002; Wells & Davies, 1994; 義田・中村, 2014), 思考の制御困難感との関連 (McKay & Greisberg, 2002; Wells & Davies, 1994; 義田・中村, 2014) など、不安に關係した侵入思考との関連が見出されている。罰尺度、心配尺度は、こうした不安に關係した侵入思考に加えて、抑うつ自動思考とも関連があることが研究 3 により明らかにされた。

一方、気晴らし尺度に関しては、先行研究では PSWQ で測定した心配(Fehm & Hoyer, 2004; Luciano & Algarabel, 2006; McKay & Greisberg, 2002; Wells & Davies, 1994), 思考の制御困難感(McKay & Greisberg, 2002; Wells & Davies, 1994; 義田・中村, 2010), Impact of Events Scale で測定したフラッシュバックの頻度・回避(Roussis & Wells, 2006) などの侵入思考との関連はほぼ見出されなかった。そのため、どのような侵入思考と関連があるのか不明であった。研究 3 で、気晴らし尺度が関連を持つ侵入思考が見出されたと言えよう。

Table 7-2 TCQ-J の5下位尺度と抑うつ自動思考, 反すう傾向, 抑うつ症状の測度との相関

TCQ - J の下位尺度	抑うつ自動思考			反すう傾向	抑うつ症状
	自己否定	現在・ 過去否定	将来否定	否定的考え こみ型反応	SDS
1.再評価	-.06	-.02	-.09	.36**	.06
2.社会的コントロール	-.15	-.11	-.15	.06	-.09
3.罰	.17*	.31**	.17	.41**	.24**
4.心配	.08	.21*	.15	.23**	.11
5.気晴らし	-.24**	-.17*	-.21*	-.12	-.21**

* $p < .05$, ** $p < .01$

7.4.(3) TCQ-J と反すう傾向との関連

再評価尺度、罰尺度、心配尺度が RSQ の否定的考えこみ (反すう傾向) と有意な正の相関を示した (Table 7-2)。罰尺度、心配尺度に関しては予想③, ④を支持する結果であった。

再評価尺度と反すう傾向との正の相関は、反すうが引き起こした侵入思考に対する反応を示すのかもしれない。反すうが著しいと雑念が多くなる(Lyubomirsky, Kasri, & Zehm, 2003)。そこで、増加した雑念を見直そうとして再評価を行うのかもしれない。今後、検討が必要である。

罰尺度、心配尺度は、神経症傾向 (Wells & Davies, 1994)、情緒不安定性 (義田・中村, 2014)、特性不安 (Wells & Davies, 1994; 義田・中村, 2014) など、不安の脆弱性との相関を示すことがこれまで指摘されてきた。今回、罰尺度、心配尺度は、抑うつにおける CAS の要素である反すう傾向とも関連を有することが明らかになった。

TCQ-J と反すう傾向との相関は、反すう傾向の認知面での特徴を示すものと考えられる。従来の概念化では、反すう傾向が強い人は、抑うつ状態に陥ったとき、抑うつ感情に対し、その原因や帰結を思い巡らすというかたちで注意を向けやすいことが強調されていた。研究 3 の知見からは、反すう傾向が強い人は、抑うつ状態に陥ったとき、自動思考のような認知面の症状に対して、罰や心配というかたちで注意を向けやすいことが示された。

7.4.(4) TCQ-J と抑うつ症状との関連

抑うつ症状との関連では、罰尺度が SDS と有意な正の相関を示し、気晴らし尺度が SDS と有意な負の相関を示した (Table 7-2)。予想⑤は支持された。予想⑥ (i.e., 心配尺度と SDS との正の相関) は支持されなかった。気晴らし尺度に関しては予想⑦を支持する結果であった。

Fehm & Hoyer (2004) では、罰尺度、心配尺度が、BDI で測定した抑うつ症状と有意な正の相関を示した。研究 3 および先行研究の結果からは、罰尺度と抑うつ症状との相関は、抑うつ症状の測度が異なっても観察されると思われる。一方、気晴らし尺度、心配尺度と抑うつ症状との相関は、抑うつ症状の測度に依存するのかもしれない。今後の検討が必要である。

7.4.(5) 思考コントロール方略における抑うつと不安との共通点・相違点

侵入思考との関連では、抑うつと不安との共通点として、罰尺度、心配尺度と侵入思考の制御困難性との関連していることが挙げられる。不安と抑うつに共通して、侵入思考が生じた際、それを別のネガティブな思考で置き換えたり、そうした思考を経験している自己を責めたりすることによって侵入思考をコントロールしようとすることは、侵入思考の制御困難性を高めると考えられる。また、相違点として、気晴らし方略は、様々な不安障害の侵入思考とは関連が見られず、抑うつの自動思考と関連していることが挙げられる。侵入思考が生じた時に、注意を無関係な思考や活動に移すことは、抑うつの自動思考に対してのみ有効であるのかもしれない。

脆弱性との関連では、抑うつと不安との共通点として、罰尺度および心配尺度が、不安と抑うつに共通の脆弱性と考えられる神経症傾向、情緒不安定性、私的自意識とも、抑うつに特異的な脆弱性と考えられる反すう傾向とも関連することが挙げられる。神経症傾向、情緒不安定性はネガティブな情動の喚起されやすさを表し、私的自意識は自己の内面に注意を向けやすさを意味する。しかし、ネガティブな情動は内面への注意を誘発しやすく、

また、内面への注意はネガティブな情動を高めやすい。すなわち、両者は密接に結びついていると考えられる。さらに、反すう傾向は、抑うつに対する注意の向けやすさという、情動と注意の 2 点を織り込んだ概念である。これらと罰尺度および心配尺度との相関は、ネガティブな情動への注意の向けやすさが、侵入思考というネガティブな体験に対する、罰や心配というかたちでの注意の向けやすさの背景因子となっていることを示唆する。

症状との関連では、抑うつと不安との共通点として、罰方略と症状とが関連していることが挙げられる。相違点として、気晴らし方略は様々な不安症状とは関連が認められず、抑うつ症状と関連していることが挙げられる。不安と抑うつに共通して、侵入思考を経験している自己を責めることによって侵入思考をコントロールしようとすることは、感情面や行為面での症状を悪化させると考えられる。一方、注意を侵入思考と無関係な思考、活動に移すことは、抑うつ症状に対してのみ有効であるのかもしれない。

7.4.(6) 研究3の意義

研究 3 では、TCQ-J と、抑うつにおける自動思考、反すう傾向、抑うつ症状との関連を検証した。特に、TCQ-J と、自動思考との相関を検証したものは研究 3 がはじめてである。また、反すう傾向との相関を検証した先行研究では、未だ少なく、先鞭をつけたのはこの研究である。今後、TCQ-J を使用して、思考コントロール方略の観点から抑うつの自動思考の研究を展開することができると思われる。また、抑うつ症状との相関に関しては、BDI を用いた先行研究と類似した結果を一部見出した。

TCQ と、抑うつの侵入思考である自動思考との関連を検証したことの意義は大きい。抑うつにおいて、自動思考が制御困難となり頭を悩ますこと（福井, 1998）、さらに、こうした自動思考が抑うつ症状と密接な関連を持つことが指摘されてきた（福井, 1998）。ところが、侵入思考の制御困難性に影響を与える要因として思考コントロール方略の役割を検証する流れは、様々な不安障害において顕著な反面、抑うつでは立ち遅れていた。そのため、どのような要因で自動思考が制御困難になるのかが未検証であった。研究 3 の知見は、抑うつにおいて、自動思考に対して罰や心配という手段でコントロールしようとするのが制御困難性を高める反面、気晴らしが制御困難性を低める可能性を示唆するものであった。

7.4.(7) 次の課題

思考コントロール方略を研究する重要な目的は、各方略が侵入思考に及ぼす効果の解明である。研究 3 の結果はそれに示唆を与えるものであった。しかしながら、横断的デザインであったため、侵入思考の測度と TCQ-J の下位尺度との相関には、各方略が侵入思考に及ぼす効果だけでなく、侵入思考が各方略を発動させる効果も含まれていたと思われる。

各方略が侵入思考の制御困難性に及ぼす効果についての知見を、今後より強固にするためには、縦断的デザインによって、ある時点でのある方略の傾向と、その後の侵入思考と

の関連を調べる研究を行う必要がある。例えば、罰方略を使用する傾向が、その後の心配の傾向に及ぼす効果を調べる研究が考えられる。そこで、研究 4 では、相関からさらに一歩踏み込んで、どのような思考コントロール方略が抑うつ時の自動思考を媒介するのかを検討する。

7.5 第7章（研究3）の要約

研究 3 では、思考コントロール方略と抑うつとの関連を、抑うつに特徴的な侵入思考である自動思考、CAS の構成要素であり抑うつと強い関連を持つ反すう傾向、抑うつ症状の 3 つの観点で調べた。大学生 317 名を対象とした質問紙調査を実施した。相関分析の結果、(a) 罰尺度が自己否定および過去・現在否定と有意な正の相関を、(b) 心配尺度が現在・過去否定と有意な正の相関を、(c) 気晴らし尺度が自己否定、現在・過去否定、将来否定と有意な負の相関を示した。思考コントロール方略と抑うつとの間の関連が示された。

Table 7-3 研究 3 のまとめ

1. 分かったこと

- ・ 罰尺度が自己否定および過去・現在否定と有意な正の相関を示した。
- ・ 心配尺度が現在・過去否定と有意な正の相関を示した。
- ・ 気晴らし尺度が自己否定、現在・過去否定、将来否定と有意な負の相関を示した。

2. 次の課題

- ・ どのような思考コントロール方略が抑うつ時の自動思考を媒介するのかを検討する。
-

第8章 研究4 思考コントロール方略が自動思考を媒介する効果の検討

8.1 問題と目的

8.1.(1) 問題

本研究の背景理論である臨床メタ認知理論は、なぜ、いかにして認知が制御困難になるのかを問う。本研究のモデルは抑うつ時の自動思考を問題にしている。自動思考の頻度の高さは、抑うつ的な思考が、考えようとしなくても頻りに浮かんでしまうことを意味しており、制御困難性の一端であると考えられる。

「3.2. (5) 思考コントロール方略の研究で分かっていないこと」で指摘したように、ABMC モデルでは、「(a)侵入思考が特定の思考コントロール方略を発動させ、今度は、(b)その思考コントロール方略が、当の侵入思考に影響を与える」という過程を想定する。ところが、先行研究における相関アプローチでも群間比較アプローチでも、思考コントロール方略と侵入思考のデータが同一時点で測定されるため、両者の時間的な前後関係の情報が得られず、(a)と(b)の二つのパスを分離して過程を検証することができない。そのため、自動思考によってトリガーされた思考コントロール方略が自動思考・症状に影響するという媒介過程が未検証である。そこで、研究 5 では、上記のような思考コントロール方略による媒介過程を検証するためには、上述の 2 つのパスを分離可能な研究デザインのもとでデータを収集する (Figure 8-1)。

8.1.(2) 目的

そこで研究 4 では、思考コントロール方略が抑うつ時の自動思考の頻度を媒介する効果について検証を行う。さらに、思考が制御困難な状態になっていることをより明確に記述した変数を基準変数として取り上げ、どのような思考コントロール方略が、思考が制御困難な状態を生じているのかについても検討する。

先行研究、およびそのレビュー、研究 3 から、心配方略と罰方略が、抑うつ時の自動思考の頻度を高め、思考を制御困難にする媒介効果を持つという予想を検証する。そのために、「Figure 4-1 ABMC モデル」のパス②とパス③の検証を行う。

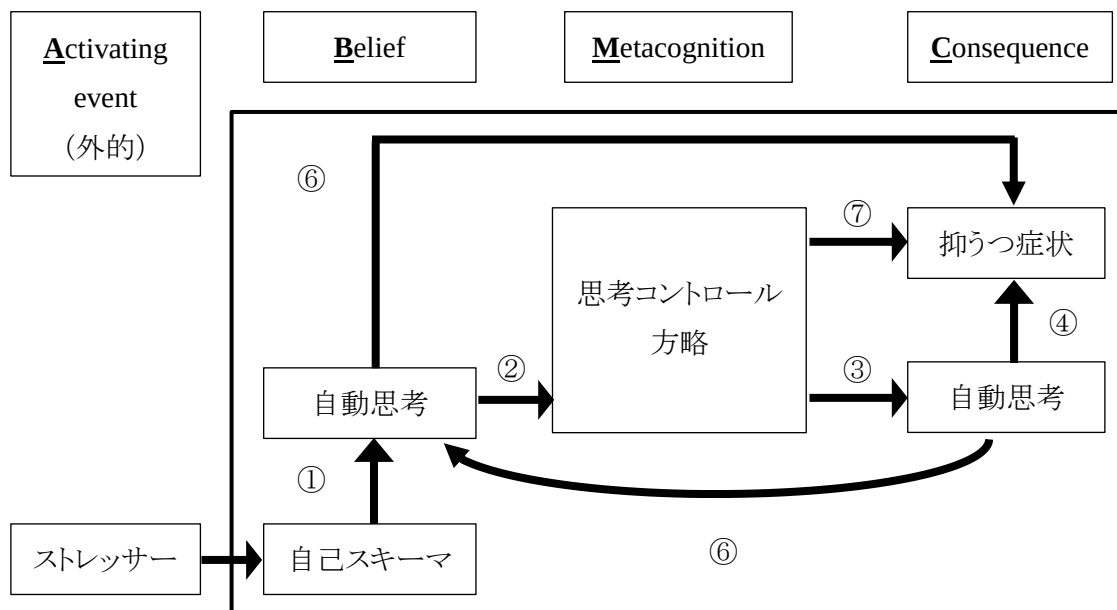


Figure 4-1 ABMC モデル（再掲）

8.2 方法

8.2.(1) 調査時期・倫理的配慮

A 県内で、2010 年 12 月から 2011 年 1 月にかけて B 大学および C 大学で、2015 年 5 月から 7 月、2016 年 5 月から 7 月にかけて D 大学で、それぞれ講義時間内に講義担当者の許可を得て、3 週間の間隔で、第 1 回調査、第 2 回調査、第 3 回調査の 3 回、調査を実施した³⁴。まず、第 1 回調査実施時に、調査の背景と目的、生じうる不利益、調査への参加と取り消しは協力者の自由な意思によるものであり、不参加や取り消しがいかなる不利益も生じないこと、辛くなったらいつでも回答を辞めてよいこと、研究結果の公表時も含め個人情報は一貫して保護されること、希望者には個人の結果のフィードバックを行うことを説明し、同意書に署名をした協力者から回答を得た。また、第 1 回調査で、携帯電話の番号の下 4 桁と生年月日とを組み合わせた 8 ケタの ID 番号を作成するよう求めた。そして、毎回の調査でそれを調査用紙に記入するよう依頼した。ID 番号によって、個人を特定することなく、3 回の調査のデータを連結可能にした。分析終了後、全体の傾向、および希望者に個人の結果をフィードバックし、自己の心身の状態が気になる協力者には相談先を示した。

³⁴ この調査を実施した当時、九州大学大学院人間環境学府に研究倫理委員会は設けられていなかった。そのため、この調査の実施に先立ち、倫理審査を受けてはいないものの、本文に記したような手順を踏み、倫理面に配慮して調査を実施した。

8.2.(2) 調査協力者

3回の調査全てに回答した協力者 137 名（男性 38 名，女性 97 名，未記入 2 名，平均年齢 19.24 歳（ $SD = 3.42$ ））を解析の対象とした。

8.2.(3) 質問紙

1. 抑うつの**自動思考** Depression and Anxiety Cognition Scale(福井, 1998)(以下 DACS と略記) から，抑うつに関係する 3 つのテーマ（自己否定，現在・過去否定，将来否定）の自動思考の頻度を測定する各 10 項目，合計 30 項目を使用し，「1: 全く当てはまらない」から「7: 非常によく当てはまる」の 7 件法で回答を求めた。第 1 回調査時および第 3 回調査時に回答を求めた。

2. 思考コントロール方略 Thought Control Questionnaire 日本語版(義田・中村, 2014) (以下 TCQ-J と略記) 30 項目を使用し，侵入思考が生じた時に，普段，それぞれの対処法をどのくらい頻繁に使うのか，「1: ほとんどしない」から「5: ほとんどの場合する」の 5 件法で回答を求めた。第 2 回調査時に回答を求めた。

3. 思考の制御困難感 Padua Inventory(Sanavio, 1988)の日本語版(杉浦, 2000)から，心的活動（e.g., 思考，記憶）の制御が困難となり，煩わされる程度を測定する「思考の制御困難感」³⁵尺度 18 項目（e.g., 不快な考えが意に反して頭に浮かんできても，それらを取り除くことができない）を使用し³⁶，5 件法で回答を求めた。第 3 回調査時に回答を求めた。

統計解析 解析には尺度得点を項目数で割った値を使用し，ソフトウェアは HAD 15.0 を使用した。

³⁵ 原尺度では「思考の制御困難感」という因子名だったが，杉浦(2000)は簡潔さのために「疑惑」と命名し直した。本研究では，因子の内容がより明確になるように，原尺度の命名を採用した。

³⁶ 抑うつにおける認知活動の制御困難感を直接に測定する測度は開発されていない。そこで本研究では，強迫性障害の認知理論の研究で開発された Padua Inventory の下位尺度の中で，認知活動の制御困難感を測定する「思考の制御困難感」尺度を用いた。

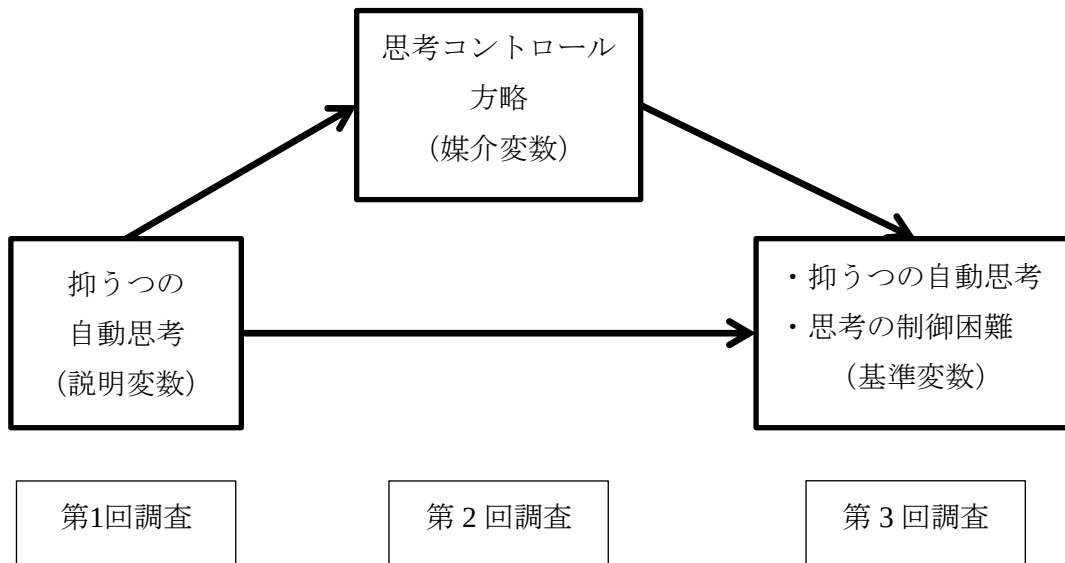


Figure 8-1 縦断調査のデザインと使用した質問紙の概念図

8.3 結果と考察

8.3.(1) 記述統計量

第1回調査時の DACS の3つの下位尺度得点の記述統計量，信頼性，尺度得点間の相関を Table 8-1 に示した。また，第2回調査時の TCQ-J の5つの下位尺度得点の記述統計，信頼性，尺度得点間の相関を Table 8-2 に示した。第3回調査時の DACS の3つの下位尺度得点の記述統計量，信頼性，および第3回調査時の思考の制御困難感尺度得点の記述統計量，信頼性を Table 8-3 に示した。

Table 8-1 第1回調査時の DACS の3つの下位尺度得点の記述統計量，信頼性，尺度得点間の相関^{a) b)}

Table8-1 第1回調査時の DACS の3つの下位尺度得点の記述統計，信頼性，尺度得点間の相関^{a) b)}

下位尺度	下位尺度得点 平均 (SD)	信頼性 <i>a</i> 係数	尺度得点間の 相関	
			1.	2.
1.自己否定	1.96 (0.74)	.89		
2.現在・過去否定	2.58 (0.97)	.92	.67 **	
3.将来否定	1.80 (0.77)	.92	.76 **	.65 **

^{a)} カッコ内は SD

b) * $p < .05$, ** $p < .01$

Table 8-2 第2回調査時の TCQ-J の5つの下位尺度得点の記述統計量, 信頼性, 尺度得点間の相関 a) b)

下位尺度	下位尺度得点	信頼性	下位尺度得点間の相関			
	平均 (<i>SD</i>)	α 係数	1.	2.	3.	4.
1.再評価	2.14 (0.70)	.82				
2.罰	1.84 (0.66)	.78	.30 **			
3.社会的コントロール	2.25 (0.72)	.80	.24 **	.10		
4.心配	1.65 (0.61)	.85	.43 **	.36 **	.06	
5.気晴らし	2.62 (0.63)	.77	.20 *	.37 **	-.04	.05

a) カッコ内は *SD*

b) * $p < .05$, ** $p < .01$

Table 8-3 第3回調査時の DACS の3つの下位尺度得点およびPIの思考の制御困難感尺度の記述統計量, 信頼性 a) b)

下位尺度	下位尺度得点	信頼性	尺度得点間の相関	
	平均 (<i>SD</i>)	α 係数	1.	2.
1.自己否定	1.96 (0.74)	.89		
2.現在・過去否定	2.58 (0.97)	.92	.67 **	
3.将来否定	1.80 (0.77)	.92	.76 **	.65 **
思考の制御困難感	2.31 (0.81)	.94		

a) カッコ内は *SD*

b) * $p < .05$, ** $p < .01$

8.3.(2) 相関分析

媒介分析では, 説明変数, 媒介変数, 基準変数がそれぞれ関連していることが前提条件となる(清水, 2014)。そこで, まず, 説明変数である第1回調査時の3つの自動思考の尺度と, 基準変数である第3回調査時の3つの自動思考の尺度で, 同一の下位尺度間 (e.g., 第1回の自己否定と第3回の自己否定) の相関係数を算出した。その結果, 第1回調査時の3つの自動思考と, 第3回調査時の3つの自動思考の尺度との相関は全て有意であった ($r_s \leq .82$, $p_s < .01$) (Table 8-4)。つぎに, 説明変数である第1回調査時の3つの自動思考

の尺度と、第3回調査時の思考の制御困難感尺度との相関係数を算出した。その結果、第1回調査時の3つの自動思考と第3回調査時の思考の制御困難感との相関は全て有意であった ($r_s \leq .51, p_s < .01$) (Table 8-4)。

Table 8-4 第1回調査時の DACS の3つの下位尺度得点と第3回調査時の DAC の3つの下位尺度得点および思考の制御困難感尺度得点の相関^{a) b)}

第1回調査時の変数	第3回調査時の変数						思考の制御困難感	
	自己否定	現在・過去否定	将来否定	自己否定	現在・過去否定	将来否定		
自己否定	.89	**	.69	**	.73	**	.69	**
現在・過去否定	.63	**	.86	**	.60	**	.55	**
将来否定	.74	**	.66	**	.87	**	.51	**

a) * $p < .05$, ** $p < .01$

次に、媒介変数である第2回調査時の TCQ-J の下位尺度と、説明変数である第1回調査時の3つの自動思考、および基準変数である第3回調査時の3つの自動思考、第3回調査時の思考の制御困難感との相関係数を算出した (Table 8-5)。その結果、第2回調査時の TCQ-J の罰尺度が、第1回調査時の自己否定と $r = .191$ ($p < .01$) の有意な正の相関を、第1回調査時の現在・過去否定と $r = .212$ ($p < .01$) の有意な正の相関を、第1回調査時の将来否定と $r = .247$ ($p < .01$) の有意な正の相関を示した。また、第2回調査時の TCQ-J の罰尺度が、第3回調査時の自己否定と $r = .23$ ($p < .01$) の有意な正の相関を、第3回調査時の現在・過去否定と $r = .26$ ($p < .01$) の有意な正の相関を、第3回調査時の将来否定と $r = .27$ ($p < .01$) の有意な正の相関を示した。加えて、TCQ-J の罰尺度が、第3回調査時の思考の制御困難感と $r = .44$ ($p < .01$) の有意な正の相関を示した。

罰尺度に加えて、第2回調査時の TCQ-J の心配尺度が、第1回調査時の自己否定と $r = .33$ ($p < .01$) の有意な正の相関を、第1回調査時の現在・過去否定と $r = .34$ ($p < .01$) の有意な正の相関を、第1回調査時の将来否定と $r = .28$ ($p < .01$) の有意な正の相関を示した。また、第2回調査時の TCQ-J の心配尺度が、第3回調査時の自己否定と $r = .32$ ($p < .01$) の有意な正の相関を、第3回調査時の現在・過去否定と $r = .39$ ($p < .01$) の有意な正の相関を、第3回調査時の将来否定と $r = .33$ ($p < .01$) の有意な正の相関を示した。加えて、第2回調査時の心配尺度が、第3回調査時の思考の制御困難感と $r = .41$ ($p < .01$) の有意な正の相関を示した。

さらに、第2回調査時の TCQ-J の再評価尺度が、第1回調査時の現在・過去否定と $r = .20$ ($p < .01$) の有意な正の相関を示した。第2回調査時の TCQ-J の再評価尺度は、第3回調査時の現在・過去否定と $r = .17$ ($p < .05$) の有意な相関を示し、第3回調査時の思考の制御

困難感と $r = .24$ ($p < .01$) の有意な正の相関を示した。

以上の結果から、主として第 2 回調査時の罰尺度と心配尺度に関しては、説明変数、媒介変数、基準変数の間に関連があることが明らかとなり、媒介分析を行うための前提が確認された。また、第 2 回調査時の罰尺度と心配尺度も、媒介分析を行うための前提が部分的に確認された。

Table 8-5 第2回調査時の TCQ-J の下位尺度と第1回調査時の説明変数および第3回調査時の基準変数との相関係数^{a)}

Table8-5 第 2 回調査時の TCQ-J の下位尺度得点と、第 1 回調査時の DACS の下位尺度得点および第 3 回調査時の DACS の合計得点と思考の制御困難感得点との相関係数^{a)}

	第 2 回調査時の TCQ-J の下位尺度得点				
	再評価	罰	社会的 コントロール	心配	気晴らし
第 1 回調査時の DACS 下位尺度得点					
自己否定	.09	.19 *	-.12	.33 **	-.11
現在・過去否定	.20 *	.21 *	-.13	.34 **	-.12
将来否定	.13	.25 **	-.04	.28 **	-.13
第 3 回調査時の DACS 下位尺度得点					
自己否定	.08	.23 **	-.17	.32 **	-.09
現在・過去否定	.17 *	.26 **	-.10	.39 **	-.09
将来否定	.07	.27 **	-.09	.33 **	-.17
第 3 回調査時の思考の制御困難感	.24 **	.44 **	.05	.41 **	.00

^{a)} * $p < .05$, ** $p < .01$

8.3.(3) 媒介分析

第 2 回調査時の TCQ-J の罰尺度および心配尺度が、第 1 回調査時の自動思考と第 3 回調査時の自動思考、および第 3 回調査時の思考の制御困難感との関係を媒介する変数であるか否かを、ブートストラップ法を用いて検討した。この方法を用いた媒介分析を行うことは、第 1 回調査時の変数から第 3 回調査時の変数に対する有意な総合効果がある場合に限られる (清水, 2014)。そこで、第 1 回調査時の変数から第 3 回調査時の変数に対する単回帰分析によって総合効果を検定した。その結果、第 3 回調査時の 3 つの自動思考に関しては、第 1 回調査時の自己否定は第 3 回調査時の自己否定の分散の 78.9%を説明し

ていた ($F(1, 135) = 505.49, p < 0.1$)。第1回調査時の現在・過去否定は第3回調査時の現在・過去否定の分散の73%を説明していた ($F(1, 135) = 365.33, p < 0.1$)。第1回調査時の将来否定は第3回調査時の将来否定の合計得点の分散の75.1%を説明していた ($F(1, 135) = 407.72, p < 0.1$)。また、第3回調査時の思考の制御困難感に関しては、第1回調査時の自己否定は第3回調査時の思考の制御困難感の分散の47.6%を説明していた ($F(1, 135) = 122.86, p < 0.1$)。第1回調査時の現在・過去否定は第3回調査時の思考の制御困難感の分散の30.7%を説明していた ($F(1, 135) = 59.91, p < 0.1$)。第1回調査時の将来否定は第3回調査時の思考の制御困難感の分散の25.7%を説明していた ($F(1, 135) = 46.62, p < 0.1$)。

次に、第1回調査時の3つの自動思考の得点から、罰または心配方略を介した第3回調査時の3つの自動思考の得点および思考の制御困難感への間接効果について、Bootstrap法を用いて、 $3 \times 2 \times 2 = 12$ 種類の検定を行った(それぞれサンプリング回数:2,000回;信頼区間:95%)。その結果、以下の結果が得られた。

第3回調査時の3つの自動思考の得点に対する罰方略の媒介効果 まず、第3回調査時の3つの自動思考に対する罰方略の媒介効果について述べる。

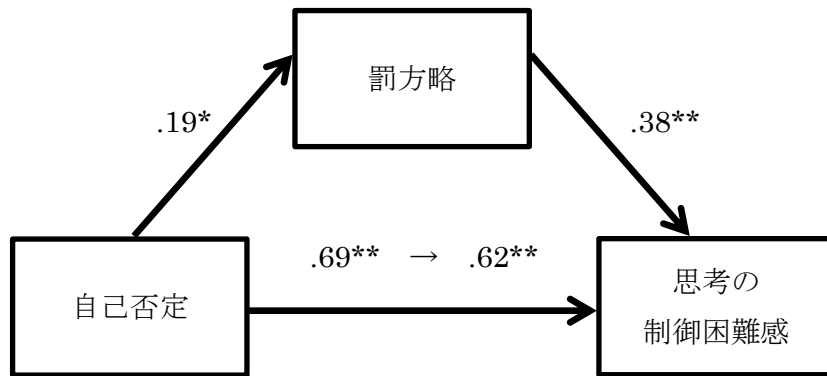
第一に、罰方略は、第1回調査時の自己否定と、第3回調査時の自己否定との関係を媒介していなかった ($z=1.24, p = .22$; 係数: .012, 95%CI[-0.001, 0.043])。

第二に、罰方略は、第1回調査時の現在・過去否定と、第3回調査時の現在・過去否定との関係を媒介していなかった ($z=1.43, p = 0.15$; 係数: .018, 95%CI[.000, .052])。

第三に、罰方略は、第1回調査時の将来否定と、第3回調査時の将来否定との関係を媒介していなかった ($z=1.19, p = .23$; 係数: .0016, 95%CI[-.004, .051])。

第3回調査時の思考の制御困難感に対する罰方略の媒介効果 次に、第3回調査時の思考の制御困難感に対する罰方略の媒介効果について述べる。

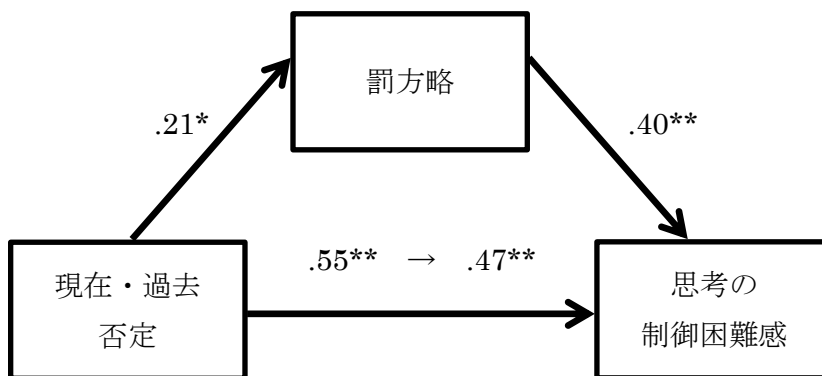
第一に、罰方略は、第1回調査時の自己否定と、第3回調査時の思考の制御困難感との関係を媒介していた ($z=2.22, p < .05$; 係数: .061, 95%CI[.013, .120])。自己否定から罰方略を介して思考の制御困難感に至る間接効果 ($.07 = .19 \times .38$) は、自己否定から思考の制御困難感への直接効果 (.62) より小さな値であった。



* $p < .05$, ** $p < 0.1$

Figure 8-2 罰方略による第1回調査時の自己否定と第3回調査時の思考の制御困難感の媒介効果

第二に、罰方略は、第1回調査時の現在・過去否定と、第3回調査時の思考の制御困難感との関係を媒介していた ($z=2.19, p < .05$; 係数: .092, 95%CI [.016, .188])。現在・過去否定から罰方略を介して思考の制御困難感に至る間接効果 ($.08 = .21 \times .40$) は、現在・過去否定から思考の制御困難感への直接効果 (.47) より小さな値であった。

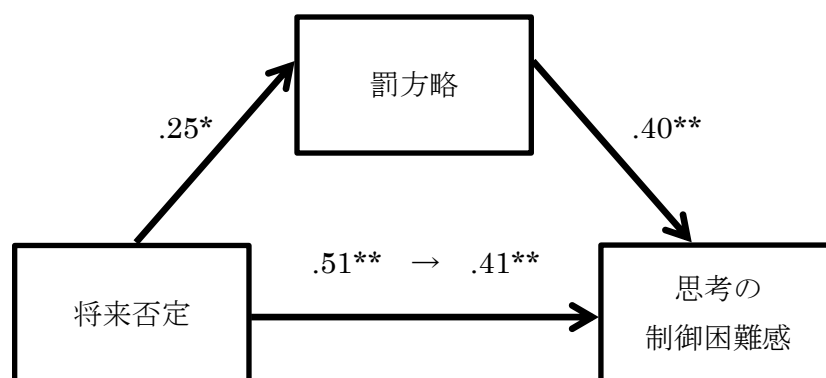


* $p < .05$, ** $p < 0.1$

Figure 8-3 罰方略による第1回調査時の現在・過去否定と第3回調査時の思考の制御困難感の媒介効果

第三に、罰方略は、第1回調査時の将来否定と、第3回調査時の思考の制御困難感との関係を媒介していた ($z=2.73, p<.01$; 係数: .001, 95%CI[.042, .190])。

なお、これらの結果で、直接効果は有意なままであった。将来否定から罰方略を介して思考の制御困難感に至る間接効果 ($.10=.25 \times .40$) は、将来否定から思考の制御困難感への直接効果 (.41) より小さな値であった。



* $p<.05$, ** $p<0.1$

Figure 8-4 罰方略による第1回調査時の将来否定と第3回調査時の思考の制御困難感の媒介効果

第3回調査時の3つの自動思考得点に対する心配方略の媒介効果 次に、第3回調査時の3つの自動思考に対する心配方略の媒介効果について述べる。

第一に、心配方略は、第1回調査時の自己否定と、第3回調査時の自己否定との関係を媒介していなかった ($z=0.73, p=.46$; 係数: .013, 95%CI[.001, .084])。

第二に、心配方略は、第1回調査時の現在・過去否定と、第3回調査時の現在・過去否定との関係を媒介していなかった ($z=1.87, p=.062$; 係数: .039, 95%CI[0.005, 0.088])。

第三に、心配方略は、第1回調査時の将来否定と、第3回調査時の将来否定との関係を媒介していなかった ($z=1.30, p<.19$; 係数: .032, 95%CI[0.002, 0.100])。

第3回調査時の思考の制御困難感に対する心配方略の媒介効果 次に、第3回調査時の思考の制御困難感に対する心配方略の媒介効果について述べる。

第一に、心配方略は、第1回調査時の自己否定と、第3回調査時の思考の制御困難感との関係を媒介していた ($z=2.39, p<.05$; 係数: .060, 95%CI[.019, .124])。自己否定から心配方略を介して思考の制御困難感に至る間接効果 ($.07=.33 \times .22$) は、自己否定から思考の制御困難感への直接効果 (.62) より小さな値であった。

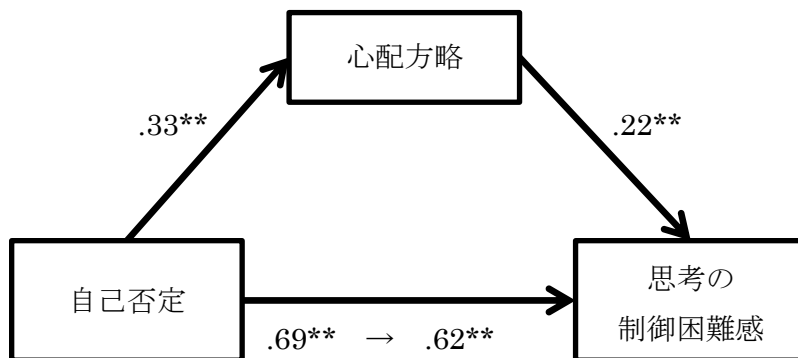


Figure 8-5 心配方略による第1回調査時の自己否定と第3回調査時の思考の制御困難感の媒介効果

第二に、心配方略は、第1回調査時の現在・過去否定と、第3回調査時の思考の制御困難感との関係を媒介していた ($z=2.62, p<.01$; 係数: .099, 95%CI[0.039, 0.192])。現在・過去否定から心配方略を介して思考の制御困難感に至る間接効果 (.09 = .34 × .26) は、現在・過去否定から思考の制御困難感への直接効果 (.46) より小さな値であった。

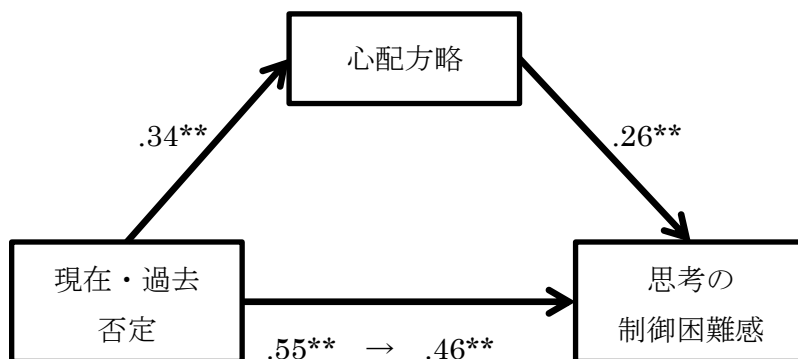


Figure 8-6 心配方略による第1回調査時の現在・過去否定と第3回調査時の思考の制御困難感の媒介効果

第三に、心配方略は、第1回調査時の将来否定と、第3回調査時の思考の制御困難感との関係を媒介していた ($z=2.17, p<.05$; 係数: .089, 95%CI[.026, .193])。

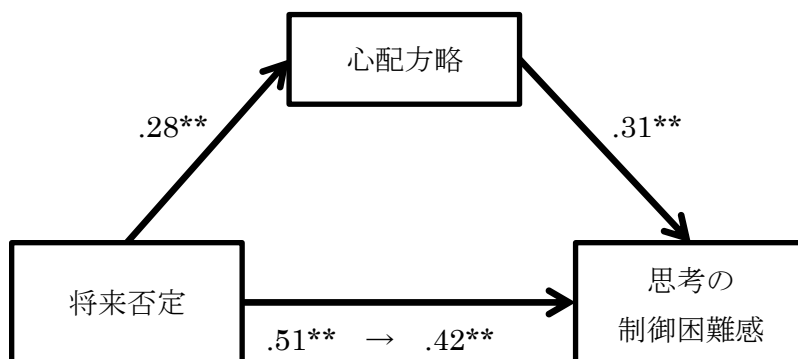


Figure 8-7 心配方略による第1回調査時の将来否定と第3回調査時の思考の制御困難感の媒介効果

再評価方略は、第1回調査時の現在・過去否定と、第3回調査時の思考の制御困難感との関係を媒介していなかった ($z=-0.005, p>.05$; 係数: .000, 95%CI[-0.023, 0.026])。また、再評価方略は、第1回調査時の現在・過去否定と、第3回調査時の思考の制御困難感との関係を媒介していなかった ($z=1.50, p>.05$; 係数: .039, 95%CI[.005, .114])。

8.3.(4) 考察

思考抑制の研究では、侵入思考を抑制しようとする目標を持つことが、かえって思考を制御困難にするという指摘がなされた (Wenzlaff et al., 1988)。しかしながら、具体的にどのような操作が思考の制御困難性を招くのかまでは明らかでなかった。その後、思考抑制傾向が高い人は罰方略を取りやすいことが明らかにされた (Rassin & Diepstraten, 2003)。また、思考抑制において、罰方略および心配方略の使用の多さと、WBSI との間に正の相関があることも明らかにされた (Watkins & Moulds, 2009)。さらに、義田・中村 (2014) では、TCQ-J の罰尺度、心配尺度が「思考の制御困難感」と有意な正の相関を示した。このように、先行研究では、罰方略や心配方略と思考との相関の結果から、罰方略や心配方略が思考に及ぼす影響を推測してきた (詳細は 3.2.(6) を参照)。しかし、これら先行研究は横断的デザインであったため、制御困難な思考がトリガーとなって、これらの方略を生じさせているのか、それとも、そのような方略を取ることによって自動思考の頻度が高まったり、思考が制御困難になったりしているのか、因果の方向性を区別することができなかった。これに対して、研究4では、縦断デザインで調査を実施することによって、トリガーとしての自動思考によって思考コントロール方略が発動されるパスと、思考コントロール方略によって自動思考および思考の制御困難状態が生じるパスとを明確に分離した。加えて、媒介分析を実施することによって、これら2つのパスを検討した。その結果、思

思考コントロール方略を介した媒介効果の値は大きくはなかったものの、抑うつ自動思考を経験すると、それへの対処として罰方略や心配方略が取られやすいこと、および、罰方略や心配方略を行うことで、その後の抑うつ自動思考全般の頻度が上がり、思考が制御困難になりやすことが示された。ここでは、そのメカニズムについて考察する。

罰尺度の媒介効果 自動思考に罰方略で対処するとは、具体的には、自動思考を体験したことの責任を自分に帰属し、自分を非難することによって、その後に生じる自動思考を止めようとするのである。その結果、以下のようにして思考が制御困難になると考えられる。まず、自分を責めることは抑うつ症状を強める (Watkins & Moulds, 2009)。そうして強まった抑うつ症状が、ネガティブな自己スキーマを活性化し、自己に関するネガティブな思考に対するアクセシビリティが高まる。

心配方略の媒介効果 抑うつ自動思考が発生したとき、その思考を回避するために、別の思考を distractor として注意を移す方略が取られることがある。心配方略とは、その distractor の思考として、ネガティブな内容の思考を採用する方略であると考えられる³⁷。その結果、distractor となった新たなネガティブな思考を回避するために、再び心配方略を取る必要性が生じる。このようにして、抑うつ自動思考の回避・払拭を意図しつつも、心配方略によって、当のネガティブな思考を連鎖的に増やすこととなる。その結果、思考が制御困難であるという感じを持つのかもしれない。

抑うつ自動思考には「自己否定」、「現在・過去否定」、「将来否定」という 3 つの内容 (テーマ) がある。しかし、いずれの内容の自動思考が浮かんだ場合でも、罰方略あるいは心配方略という対処が行われやすいことが分かった。そして、それらの対処の結果、思考の制御困難状態を招きやすいことが分かった。

8.3.(5) 次の課題

「侵入思考 (i.e., 制御困難な認知) と不安・抑うつ」という問題は、感情障害だけでなく、痛みのような身体の問題においても生じる。そこには、思考コントロール方略も関与していると予想される。そこで、本研究の枠組みを一般化する試金石として、研究 5 では、痛みにおける不安・抑うつと関連する侵入思考である破局的思考を取り上げ、その頻度に対する、思考コントロール方略の予測変数としての役割を検証する

8.4 研究4の要約

研究 4 では、思考コントロール方略が、抑うつ自動思考と、その後思考の制御困難感を媒介する効果を検証した。大学生 137 名を対象に、3 回の調査で構成された縦断調査を行って得られたデータをもとに媒介分析を行った。その結果、効果の値は大きくないものの、

³⁷ Thought Control Questionnaire を開発した当初、Wells & Davies (1994) は Worry-displacement (心配による置き換え) と命名した。

罰方略および心配方略の媒介効果が示された。すなわち、(a) 自己否定、現在・過去否定、将来否定のいずれの場合でも、これらの抑うつ自動思考を多く経験すると、罰方略および心配方略によってそれに対処しようとする事、(b) 罰方略を多く用いると、その後、思考の制御困難感が強まる事、(c) 心配方略を多く用いると、その後、思考の制御困難感と、抑うつ自動思考の頻度が高まる事が明らかとなった。

Table 8-6 研究4のまとめ

1. 分かったこと

- ・抑うつの自動思考の頻度が高いと、その後、罰方略や心配方略を多く用いる。
- ・罰方略を多く用いると、その後、思考の制御困難感が強まる。
- ・心配方略を多く用いると、その後、思考の制御困難感が強まる。

2. 次の課題

- ・本研究の枠組みを一般化する試金石として、痛みにおける不安・抑うつと関連する侵入思考である破局的思考を取り上げ、思考コントロール方略による影響を検証する。
-

第9章 研究5 慢性疼痛群における思考コントロール

方略と痛みの破局的思考との関連の検討

9.1 問題と目的

9.1.(1) 問題

「侵入思考 (i.e., 制御困難な認知) と不安・抑うつ」という問題は、感情障害だけでなく、痛みのような身体の問題においても生じる。そこには、思考コントロール方略も関与していると予想される。そこで、本研究の枠組みを一般化する試金石として、痛みにおける不安・抑うつと関連する侵入思考である破局的思考を取り上げる。すなわち、研究5の目的は、痛みで経験される制御困難な認知³⁸ (i.e., 破局的思考) の頻度に対する、思考コントロール方略の予測変数としての役割を検証することである (Figure 4-1 のパス②とパス③の検証)。

研究5の協力者は、顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー³⁹ (facioscapulohumeral muscular dystrophy: FSHD) あるいは筋強直性ジストロフィー⁴⁰ (myotonic muscular dystrophy: MMD) のいずれかを有した患者であった。ともに神経筋疾患に含まれ、遺伝性であり、筋力低下およびジストロフィーの変化が進行する(西野, 2017)。まず、これらの疾患の患者において、痛みが広範に経験されており、破局的思考も経験されていることを述べる。

³⁸ 研究5で使用した、破局的思考を測定する代表的な質問紙である Pain Catastrophizing Scale は「拡大視 (e.g., 「痛みがひどくなるのではないかと怖くなる」)」、「無力感 (e.g., 「もう何もできないと感じる」)」、「反すう (e.g., 「痛みについて考えないようにすることはできないと思う」)」という3つの下位尺度で構成される。このうち、「拡大視」と「無力感」は思考の内容を表している。一方、「反すう」は、思考の制御困難性を表す。すなわち、破局的思考も侵入思考の特徴を備えている。

³⁹ 顔面肩甲上腕型筋ジストロフィーの原因は、4番染色体の遺伝的欠陥である。4q サブテロメア領域内の反復数 (D4Z4) が大幅に少ない。特徴は骨格筋の脱力および消耗である。具体的には、顔面筋の筋力低下を来し、肩甲部、肩、上腕を中心に障害される(西野, 2017)。進行すると腰や下肢の障害も生じ、歩行困難となることもある。肩や上腕の筋萎縮が高度なものに比べ、前腕部は比較的保たれるため、ポパイの腕と形容される。下肢の障害は、下腿に強いもの、腰帯・大腿に強いものなどいろいろである。通常、心臓は関与しないが、呼吸不全が見られることがある。

⁴⁰ 筋緊張性ジストロフィーは、第19番染色体における3文字反復配列の延長 (i.e., 一般集団では30回未満であるのに対し、MMD患者は50-1000回以上) を原因とする。この遺伝的欠陥によって生じた、長い CUG または CCUG リピートを含む異常な RNA によって、細胞代謝の広範な異常が引き起こされる。多数の蛋白の構造の変化を生じる。MMD I は、骨格筋では、筋鞘膜を横切る塩化物チャネル伝導が損なわれている。主症状は、収縮した骨格筋が弛緩しにくくなる現象 (ミオトニア現象) と、全身の筋力低下・筋萎縮である(西野, 2017; Harper, 2009/2015)。前者は、顔筋、舌筋、手内在筋の筋強直などに見られる。一方、後者は、咬筋・胸鎖乳突筋の筋萎縮 (西洋斧顔貌)、側頭筋の筋萎縮 (白鳥の頸)、または遠位筋の筋萎縮に見られる。筋力低下 眼瞼挙筋の障害による眼瞼下垂、顔面筋の障害により表情がなくなる、側頭筋や咬筋の障害により下顎が下がる、胸鎖乳突筋の障害により頭を持ち上げるのが難しい、海外金、手首背屈筋の障害によって、物を持ち上げるのが難しくなる、骨間筋、拇指屈筋の障害により微細運動 (e.g., ボタン留め) がしにくくなる、前脛骨筋、腓骨筋、足背屈筋の障害によってふらつきが出る。さらに、視覚系 (視力低下)、心臓系 (心拍の乱れ)、呼吸器系 (繰り返す胸部感染)、消化器系 (腹痛、嚥下障害、胃腸障害 (下痢、便秘))、および内分泌系、日中の眠気など、多様な健康上の問題が起きる (Harper, 2009/2015)。

筋ジストロフィー患者にとって痛みが身近な問題であることが明らかにされてきた。Bushby, Pollitt, Johnson, Rogers, & Chinnery(1998)は、痛みを最も disabling な症状として訴える 4 名の FSHD 患者の症例報告を行った。Engel, Kartin, Carter, Jensen, & Jaffe(2009)によると、様々な神経筋疾患 (Duchenne 型筋ジストロフィー: DMD, MMD, Becker 型筋ジストロフィー: BMD, 肢帯型筋ジストロフィー: LGMD, 先天性筋ジストロフィー, シャルコー・マリー・トゥース病 (Charcot-Marie-Tooth: CMT), 脊髄性筋萎縮症 SMA, ミトコンドリア脳筋症, 先天性ミオパチー) の若年層 (平均 14.8 歳) サンプル 42 名のうち、55%が慢性の痛みを抱えていた。Guy-Coichard, Nguyen, Delorme, & Boureau (2008)では、フランスにおいて様々な神経筋疾患 (FSHD, 一型 MMD⁴¹に加えて, Duchenne 型や Becker 型, 代謝性ミオパチー, 重症筋無力症も含む) の協力者の 64%が, 直近 3 ヶ月の痛みの問題を抱えていた。日本でも, FSHD 患者の 50%が痛みを抱えていた(Fujino et al., 2018)。Abresch, Carter, Jensen, & Kilmer(2002)では, FSHD, MMD に加えて, ポリオ後症候群, 脊髄性筋萎縮症 II 型 (SMA II) および III 型 (SMA III), 遺伝性運動 - 感覚性ニューロパシー, 肢帯型筋ジストロフィー (LGMD) など, 多様な緩徐進行性疾患の患者の 83%が何らかの痛みを抱えており, 中でも, FSHD, MMD と LGMD で構成される NMD 群の痛み得点は, 米国の一般人口の基準得点と同等の高さであった。また, Jensen, Abresch, Carter, & McDonald(2005)では, LGMD, シャルコー・マリー・トゥース (Charcot-Marie-Tooth; CMT) 病, 筋萎縮性側索硬化症 (ALS), MMD, FSHMD, ポリオ後症候群などの神経筋疾患の患者において, 全体の 73%, MMD の患者群では 69%, FSHD の患者では 89%が直近 3 ヶ月に痛みを経験していた。Jensen et al. (2008)では, FSHD の協力者の 82%, MMD の協力者の 60%が, Moris et al. (2017)では, FSHD 患者の 88.5%が痛みを抱えていた。さらに, Smith, McMullen, Jensen, Carter, & Molton(2014)では, MMD および FSHD の患者の 77%が痛みを抱えており, 痛みのある患者の中で, 直近半年で痛みが「悪化した」と回答した患者が 29.4%, 「変化なし」が 44.1%, 発症以後では「悪化した」が 45.3%, 「変化なし」が 26.5%と, 経過中に痛みが改善しないことが示唆される。

MMD と FSHD の患者において, 痛みと, 生活行為や QOL との間に関連が認められる。Guy-Coichard et al. (2008)では, 様々な神経筋疾患の協力者で, 生活の中で痛みの悪影響が最も強いのは余暇活動と家事, 次いで移動と気分だった。Abresch et al. (2002)では, FSHD および MMD, LGMD を含む協力者の痛みの強さと, 健康, 活力, 社会的機能, および身体的役割などの低下との間に有意な相関があった。痛みは, 疲労の増加, ストレス

⁴¹ MMD II は MMD I よりもはるかに少なく, MMD 患者の 1-5%を占めると推定されている (Harper, 2009/2015)。MMD II は第 3 染色体の変異によって引き起こされる。MMD I との類似点は, MMD II でも筋強直が見られることである (ただし MMD II の方が軽度)。相違点は, MMD II では大きな筋 (e.g., 大腿) が小さな筋よりも強く侵され, MMD I や先天性 MMD (この疾患の小児期の形態) よりも重症度が低く, 発症が遅く, 筋以外の困りごとは稀である (Harper, 2009/2015)。

に適切に対処できないこと、および睡眠障害に関連していた。Morís et al. (2017)では、痛みがある FSHD 患者は痛みがない患者に比べ、The Individualized Neuromuscular Quality of Life (INQoL) (Sadjadi et al., 2011; Vincent, Carr, Walburn, Scott, & Rose, 2007)という尺度で測定した QOL が全般的に低く、特に筋力低下、身体イメージ、日常生活行為 (e.g., セルフケア, 家事, 外出や買い物) に対して痛みの影響が強かった。Jensen et al. (2008)では、FSHD と MMD の患者で、痛みの強度が様々な生活機能障害 (特に移動, 家事, 気分) と正の相関を示した。

こうした生活行為上の問題、QOL の低さは、メンタルヘルス (の悪さ) とも関連すると考えられる。事実、MMD および FSHD の患者で、痛みの強度が、健康関連の QOL を測定する SF-36 (Ware, Snow, Kosinski, & Ware, Jr, 2000) のメンタルヘルスの 4 領域 (活力, 社会的機能, 日常役割機能 (精神), 心の健康) の合計得点 (Smith et al., 2014), SF-36 の「心の健康」下位尺度を抜粋した MHI-5 で測定した患者のメンタルヘルス⁴²と負の相関 (Miró, Gertz, Carter, & Jensen, 2014) を示した。

さらに、これらの疾患の患者において、痛みと破局的思考との関連も示唆されている。MMD と FSHD の協力者を対象とした調査では、破局的思考の強さが、Brief Pain Inventory (Cleeland & Ryan, 1994; Daut, Cleeland, & Flanery, 1983) で測定した痛みによる干渉と正の相関を、SF-36 で測定したメンタルヘルスと負の相関を示し、痛みの強度を統計的に統制しても、破局的思考の強さがメンタルヘルスの悪さを予測した (Miró et al., 2009)。加えて、MMD と FSHD の協力者を対象に 2 年の間隔で縦断調査を行った Nieto, Raichle, Jensen, & Miró (2012) では、破局的思考の変化が、SF-36 で測定したメンタルヘルスの変化、痛み強度の変化と正の相関を示した。すなわち、2 年間で破局的思考が悪化した協力者は、2 年間でメンタルヘルス、痛み強度も悪化していた。また、痛みの認知と対処の中で、破局的思考の変化が、痛み強度の変化を予測した。

まとめると、MMD と FSHD の患者において、痛みは広く経験されており、QOL、メンタルヘルスのような心理社会的変数と関連があることに加えて、破局的思考というかたちで制御困難な認知が生じている。さらに、様々な慢性疼痛の患者で、破局的思考は抑うつ⁴²の強さを予測することが指摘されている ((Haythornthwaite, Clark, Pappagallo, & Raja, 2003; Keefe, Brown, Wallston, & Caldwell, 1989; Keefe et al., 1990; Tan, Jensen, Robinson-Whelen, Thornby, & Monga, 2001)。すなわち、慢性疼痛患者における破局的思考も、抑うつを招く制御困難な認知であると言える。当然、思考コントロール方略が破局的思考を予測するのか、予測するとすればどの方略なのか、という問題意識もあり得る。しかしながら、慢性疼痛患者において思考コントロール方略と破局的思考とがどのような関連を持つのかは未検証である。不安・抑うつにおける認知の制御困難性をもとに構築さ

⁴² 神経質, 落ち込み, おだやかな気分, ゆうつな気分, 楽しい気分を測定する5項目で構成され、得点の高さは精神的健康の良好さを表す。

れた本研究の枠組み、知見が、慢性疼痛において抑うつを招く破局的思考に対してどこまで敷衍できるのかを検証することによって、本研究の枠組みを一般化することができる。

不安・抑うつの問題と、痛みの心理面の問題の双方で近年注目されるアプローチに Acceptance and Commitment Therapy⁴³(Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)がある。ACT はメタ認知療法とは独立に発展してきたが、ACT においても、厄介な内的事象 (e.g., 感情や侵入思考) の強度、形態、頻度、持続時間を変えようとする試みそのものが、当の内的事象の維持因子として一定の役割を果たすことが想定されている(Waltz & Hayes, 2010)。こうした想定、および「罰方略を多く用いると、その後、思考の制御困難感が強まる」、「心配方略を多く用いると、その後、抑うつの自動思考の頻度が高まる」という研究 4 の結果から、痛みにおいても、破局的思考に対して、罰方略のような、制御困難な認知の発生そのものを止めようとする方略や、心配方略のような、制御困難な認知を回避する方略によって対処することは、当の破局的思考を強める可能性がある。

9.1.(2) 目的

そこで研究 5 では、「ネガティブな思考の抑制・回避を狙う対処は、破局的思考の頻度を高める」という想定に基づき、慢性疼痛患者において、思考コントロール方略が破局的思考を予測するのか、予測するとすればどの方略なのかを検討する。具体的には、慢性疼痛を抱えた筋ジストロフィーの患者で、(a)「罰方略が破局的思考の頻度の高さを予測する」、(b)「心配方略が破局的思考の頻度の高さを予測する」という仮説を検証する。

9.2 方法

9.2.(1) 調査協力者

研究 5 の協力者は、筋ジストロフィーと痛みを抱えた 270 名のサンプルのプールから得られた。このサンプルプールは、筋ジストロフィーを抱える人における痛みの性質と範囲について、過去に調査に回答し、追加の研究に協力することに同意していた (Jensen, Karoly, & Braver, 1986)。この 270 名の住所宛に調査票を郵送した。住所が間違っていたため 32 名分が返送された。また、3 名が死去していた。1 名が調査への協力を辞退した。返送された調査票の中で、3 名は、**participant ineligibility** (i.e., 医師の診断を裏付けられない) ために除外された。その結果、欠損値がなく、解析に利用可能な調査票が 190 名分残った (反応率: オリジナルの協力者プール 270 名の 70%=189)。その 190 名の中で、過去 3 か月の間に痛みを経験したと報告した 144 名 (オリジナルのプールの 54%) を、研究 5 に含めることとした。

痛みがあったと報告した 144 名の大半は、顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー (FSHD;

⁴³ ACT は、慢性疼痛を対象に Contextual Cognitive-Behavioral Therapy (CCBT) for chronic pain (McCracken, 2005)として発展した。

54.1%)あるいは筋強直性ジストロフィー (MMD; 36.1%) の診断を受けていた。我々のグループで現在進行中の研究と整合性を持たせるため、研究 5 の解析はこれら 2 つの診断を受けた協力者に限定した。その結果、FSHD または MMD で、かつ慢性疼痛を抱えた 129 名 (オリジナルプールの 48%) が最終的なサンプルとなった。協力者の診断は、ほぼ全て神経科医 (92%) によって行われ、DNA (59%)、筋生検 (50%) かつ/または EMG (76%) によって確認された。このサンプルにおけるアレキシサイミアと痛み、機能との関連を検討した論文が公刊されている(Hosoi et al., 2010)。

研究 5 の協力者 ($n=129$) は、平均年齢は 52 歳 ($SD = 12.4$, $range=22-85$) で、56 名 (72%) が女性であった。協力者の大半がコケイジアン (98%) で既婚者 (67%) であった。二つの診断群とも、痛みの部位で最も多かったのは腰 (FSHD で 71%, MMD で 66%) および脚 (FSHD で 71%, MMD で 71%) であった。

9.2.(2) 測度

1. 人口統計学的情報 協力者に、以下の人口統計学的情報の回答を求めた; 性別, 教育水準, 現在の雇用状況, 人種, 婚姻状態。また, 神経筋疾患に関係した以下の情報にも回答を求めた; 神経筋疾患の診断, 診断を行った医師の専門, 診断を確認した方法 (e.g., DNA や EMG)。

2. 痛みの強度 協力者は、過去 1 週間の痛みの平均的な強度を、0 (“まったくない”) から 10 (“最悪”) で評定した(Jensen et al., 1986)。こうした尺度は痛みの研究で広く用いられており、信頼性、妥当性を支持する知見も多い(Tan et al., 2001)。

3. 思考コントロール方略 思考コントロール方略をアセスメントするために、Thought Control Questionnaire (Wells & Davies, 1994) を用いた。TCQ は、ネガティブな感情 (i.e., 不安と抑うつ) を経験している際の思考コントロール方略をアセスメントするために開発された。TCQ の下位尺度は、(1) 心配, (2) 罰, (3) 再評価, (4) 気晴らし, (5) 社会的コントロールの 5 つであり、各下位尺度は 6 つの項目で構成される。協力者はこれらの思考コントロール方略を取る頻度を、1 (never) から 4 (almost always) の 4 件法で回答する。尺度得点は、各項目の評定値を合計して得られ、得点の高さは各方略を用いる頻度が高いことを表す。各下位尺度の得点の範囲は 6-36 点である。TCQ は良好ないし十分な内的整合性 (α 係数は.65 から.78) を示し(Reynolds & Wells, 1999)、臨床群において、侵入思考 (e.g., 強迫観念, 心配) の測度や、心理的機能 (e.g., 不安症状や抑うつ症状) の測度と有意な相関を示している(Coles & Heimberg, 2005; Reynolds & Wells, 1999)。

既述の仮説 (a), (b) を検証するために、ネガティブな認知の抑制・回避を狙う思考コントロール方略の測度として、TCQ の罰尺度と心配尺度を取り上げた。社会的コントロール尺度と破局的思考の測度との関連については、事前に仮説を設けなかった。その理由は、社会的コントロール尺度が測定しているのは、回答者がネガティブな認知を減らそうとして

いるかではなく、そうした思考について他者と話す頻度であると考えられるためである。

4. 破局的思考 痛みに関係した破局的思考の頻度を測定するために、Pain Catastrophizing Scale(Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995)を使用した。PCSは、痛みの状態にあるときに体験し得る様々な思考を記述した13項目で構成されている。協力者は、破局的思考(e.g.,「痛みはひどく、決して良くなれないと思う」)を経験した頻度を、全くない(0)から常にある(4)の5件法のリッカート尺度で示す。研究5では合計得点を用いた⁴⁴。合計得点の高さは、破局的思考の頻度の高さを表す。得点の範囲は0-52点を取り得る。PCSは高い内的整合性を示しており($\alpha=.87$)、痛みの強度、生活障害、雇用状況と関連を示している(Sullivan et al., 1995; Sullivan, Stanish, Waite, & Tripp, 1998; Sullivan & Stanish, 2003)。

9.2.(3) 調査手続き

研究5の研究協力候補者は、研究5の調査の2年前に行われた1回目の研究の参加者であった。1回目の研究以後に研究の機会があった場合に、我々がコンタクトを取ることに同意するという意思表示を取得済みであった。そこで、以下のことをアセスメントする調査票を郵送した；神経筋疾患、および神経筋疾患に伴う痛みと関係のある、臨床、人口統計学、適応の変数(上述の測度も含む)。調査票の回答には約1時間を要した。調査票を返送した協力者に25ドルの報酬を支払った。回答に欠損や不完全なものがあった場合、リサーチアシスタントが協力者に電話でフォローアップを行い、できる限り完全なデータセットを得た。ワシントン大学ヒト被験者レビュー委員会(The University of Washington Human Subjects Review committee)がすべての研究手続を承認し、全ての協力者からインフォームドコンセントを取得した。様々な測度を以下の順番で協力者に呈示した：(1)人口統計学的/記述的変数、(2)TCQ、(3)痛みの強度の評定、(4)PCS。

9.2.(4) データ解析

上述したように、TCQの社会的コントロール尺度は解析に用いなかった。その理由として、第一に、社会的コントロール尺度と、研究5の基準変数との間に特定の仮説を設けなかったためである。第二に、社会的コントロール尺度の内的整合性が低かったためである。社会的コントロール尺度以外の変数について、計画した解析手法の前提を満たすだけの十分なレンジを持ち、適切に正規分布しているかを検討した。次に、TCQの下位尺度と破局的思考の測度との間で、相関係数を計算して0次の相関を検討した。最後に、ベースラインの痛みの強度を統計的にコントロールしたときに、TCQの4つの下位尺度が破局的思考をどの程度予測できるのかを明らかにするために、重回帰分析を行った。

⁴⁴ 本尺度のオリジナル版では3つの下位尺度(反すう、拡大視、無力感)の得点が計算される。

9.3 結果と考察

9.3.(1) 記述統計量

使用した測度の記述統計量を Table 9-1 に示した。回答値の範囲は適切であり（各尺度で、取り得る範囲の全体をカバーしているものが多かった）、適切に正規分布していた。そのため、計画した解析を行うことが可能と判断した。TCQ の 4 つの下位尺度と、破局的思考および SF-36 との相関係数は Table 9-2 に示した。TCQ の心配尺度および罰尺度は、ともに破局的思考と有意な正の相関を示した（それぞれ、 $r = .25, p < 0.01$; $r = .37, p < .01$ ）。これらの結果は仮説と一致していた。罰尺度が、SF-36 で測定した心理的機能と有意な負の相関を示した（ $r = -.23, p < .01$ ）。一方、再評価方略と気晴らし方略とが、心理的機能と有意な正の相関を示した（それぞれ、 $r = .18, p < .05$; $r = .18, p < .05$ ）。

研究 5 のサンプルでは、TCQ の下位尺度の内的整合性は、罰尺度で .69、心配尺度で .72、再評価尺度で .78、気晴らし尺度で .79 と概ね良好であった。ただし、例外として、社会的コントロール尺度では $\alpha = .39$ と、内的整合性が低かった。社会的コントロール尺度については特定の仮説を持たなかったことに加え、内的整合性が大変低かったことから、以下の解析では社会的コントロール尺度を含めなかった。

研究 5 において、PCS の α 係数は .93、SF-36 の α 係数は .86 であり、ともに優れた内的整合性を示した。

Table 9-1 痛みの強度、TCQ、PCS の下位尺度得点の記述統計

測度	平均 (SD)	項目得点 の範囲	尺度得点 の範囲	歪度	尖度
痛みの強度	4.6 (2.4)	0-10	0-10	0.18	-0.68
Thought Control Questionnaire					
心配	1.6 (0.4)	1-4	1.0-3.0	0.54	0.05
罰	1.5 (0.4)	1-4	1.0-2.8	1.25	1.66
再評価	2.2 (0.6)	1-4	1.0-3.4	0.09	-0.55
気晴らし	2.5 (0.7)	1-4	1.0-4.0	-0.05	-0.56
破局的思考	0.89 (0.8)	0-4	0.0-3.5	0.98	0.46

Table 9-2 TCQ の 4 つの下位尺度と PCS との相関係数

Thought Control Questionnaire	破局的思考
心配	.25**
罰	.37***
再評価	.03
気晴らし	.04

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

9.3.(2) 回帰分析

破局的思考を予測する回帰分析の結果を Table 9-3 に示した。Step 1 に痛みの強度を投入し、Step 2 に TCQ の 4 つの下位尺度得点を投入した。それぞれの Step ごとに R^2 の増加分の有意性検定を行い、影響力の大きさと方向性については β 係数を示した。その結果、Step 2 の R^2 の増分が有意であった ($\Delta R^2 = 0.1$, $p < .05$)。痛みの強度を統計的に統制しても、TCQ の下位尺度は、破局的思考の予測に有意な寄与をした。他の TCQ の下位尺度を統制した時、TCQ の罰尺度だけが、破局的思考の予測に対して独立で有意な寄与を示した ($\beta = .27$, $p < .01$)。

研究 5 の結果は、「ネガティブな思考の抑制・回避を狙う対処は、破局的思考の頻度を高める」という想定と整合的であった。特に、仮説 (a) 「罰方略が破局的思考の頻度の高さを予測する」は支持された。これらの所見の意味は以下に述べる。

Table 9-3 破局的思考を予測する重回帰分析の結果

Step and variables	Total R^2	ΔR^2	F 変化量	β
1: 痛みの強度の平均	0.21	0.21	32.79***	.46***
2: TCQ scales	0.31	0.1	4.27*	
心配				0.09
罰				.27**
再評価				-0.08
気晴らし				0.05

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Note: TCQ = Thought Control Questionnaire; PCS = Pain Catastrophizing Scale

9.4 慢性疼痛における非適応的な思考コントロール方略

CCBTは、「特定の思考の抑制・回避を狙うと、その思考の頻度が増加する」という想定に基づく。ネガティブな思考を抑制・回避しようとする思考コントロール方略（i.e., 罰および心配）が、破局的思考と正の関連を示した相関分析の結果は、この想定と整合的だった。また、思考コントロール方略と制御困難な思考との相関は、研究4の結果と一致していた。

慢性疼痛患者において、思考コントロール方略が破局的思考を予測するのか、予測するにすればどの方略なのか、という問題に照らすと、(a) 特定の思考の頻度や出現に影響を与える思考コントロール方略が存在する可能性がある。(b) (TCQの罰尺度に反映されているように) 自分自身を罰することによってネガティブな思考の発生を止めようとするのは、逆説的に、ネガティブな思考を増やす可能性がある。

相関分析における先行研究との異同 先行研究をまとめると、「3.2.(3) 相関アプローチで分かっていること」で述べたように、不安障害・気分障害の臨床群においても、健常群においても、不安・抑うつへの侵入思考に対して、心配方略および罰方略が正の相関を示す。例えば、心配と罰が、全般性不安障害の患者における心配思考の頻度や、強迫性障害の患者における強迫観念との正の関連を示している(Abramowitz, Whiteside, Kalsy, & Tolin, 2003; Amir, Cashman, & Foa, 1997; Fehm & Hoyer, 2004)。また、研究3では、罰尺度が自己否定および過去・現在否定と有意な正の相関を示し、心配尺度が現在・過去否定と有意な正の相関を示した。研究4では、第2回調査時のTCQ-Jの罰尺度が、第3回調査時のDACSの合計得点、第3回調査時の思考の制御困難感と有意な正の相関を示した。また、第2回調査時の心配尺度が、第3回調査時のDACSの合計得点、第3回調査時の思考の制御困難感との有意な正の相関を示した。研究5でもこれと類似した結果が示された。すなわち、慢性疼痛群において、破局的思考に対して、心配方略および罰方略が正の相関を示した。

回帰分析における先行研究との異同 回帰分析では、TCQを用いた先行研究、および思考に対するコントロールの試みとその帰結に関するACTの想定から、破局的思考を予測する上で、罰尺度と心配尺度が統計的に有意であると仮定して、TCQの4つの下位尺度すべてが投入された。その結果、罰尺度だけが独立で有意な寄与を示した。この結果は、罰が特に重要であり、思考コントロール方略の変容が適応と不適応の認知の頻度に影響を与えるかどうかを決定する将来の実験的研究のターゲットとなるべきであると示唆している。

研究4では、「罰方略を多く用いると、その後、思考の制御困難感が強まる」という結果が得られた。研究5の結果はこれと類似していた。罰方略は、健常群の抑うつの思考においても、慢性疼痛群の破局的思考においても、それらを強める。抑うつにおける思考の制御困難性をもとに構築された本研究の枠組みが、慢性疼痛において抑うつを招く破局的

思考に対しても敷衍され得る。

なお、研究 4 では、「心配方略を多く用いると、その後、思考の制御困難感が強まる」という結果が得られた。しかし、研究 5 では、こうした結果は得られなかった。

臨床的意義 認知の再構成を志向する様々な介入法の多くは、目的によって 2 つに大別することができる。すなわち、(a) 非適応的なネガティブな認知の影響力を削ぐことを目的としたものと、(b) 自分を擁護し、安心させる認知 (e.g.,) の頻度を増やすことを目的としたものである。罰方略が破局的思考を予測することを明らかにした研究 5 の結果は、痛みのある患者の認知面への介入において (a) が有用であることを示唆する。すなわち、罰方略の使用頻度を低減することで、破局的思考の頻度を低減させることが望ましいと考えられる。

9.5 研究5の要約

研究 5 では、筋ジストロフィーで慢性疼痛を有するサンプルにおいて、思考コントロール方略が、慢性疼痛において抑うつを予測する制御困難な認知である破局的思考の頻度に関連するという仮説を検証した。

筋ジストロフィーで慢性疼痛を有する 119 人を対象とした質問紙調査の結果、心配および罰方略を使用する頻度の高さが破局的思考の頻度の高さとの正の相関を示し、罰方略の使用する傾向が破局的思考の頻度の高さを予測した。本研究の目的に照らして重要な点は、抑うつにおける認知の制御困難性をもとに構築された本研究の枠組みが、慢性疼痛において抑うつを招く破局的思考に対して敷衍できることが分かったことである。

Table 9-4 研究 5 のまとめ

1.分かったこと

- ・ TCQ の罰尺度が、破局的思考の予測に対して独立で有意な寄与を示した。
 - ・ 抑うつにおける認知の制御困難性をもとに構築された本研究の枠組み、知見が、慢性疼痛において抑うつを招く破局的思考に対して敷衍できることが分かった。
-

第三部 結論

第10章 研究の結論とその示唆

10.1 結果の要約

本研究では、抑うつ時の自動思考が、それへの対処によって持続し制御困難となり抑うつ症状に影響を与えるメカニズムについて、ABMCモデルを提案して検討を行った。抑うつ時の自動思考は頭を悩ます、煩わしい性質を持つ。こうした自動思考に対して、我々は何らかの対処をし、それが自動思考の持続や制御困難性に影響を与えていると考えられるためである。本研究では、抑うつ時の自動思考と思考コントロール方略との関連、特に、抑うつ時の自動思考がどのような思考コントロール方略を始発させ、それが抑うつ時の自動思考を制御困難にし、抑うつ症状に影響するのかを検討した。

研究1では、抑うつ症状に及ぼす自動思考の役割を、抑うつ時の促進プロセスに加え、低減プロセスまで含めて検証した。その結果、抑うつ時の促進と低減プロセスの双方において、「自己スキーマ→自動思考→抑うつ症状」というパスが関与していることを確認できた。自動思考が抑うつ症状に影響していることを支持する結果が得られた。

研究2では、侵入思考のコントロール方略を測定する Thought Control Questionnaire (TCQ) の日本語版 (TCQ-J) を作成し、信頼性と妥当性を検討した。その結果、原版と同様の再評価、社会的コントロール、罰、心配、気晴らしの5因子を抽出した。TCQ-Jの再評価、社会的コントロール、罰、気晴らしの4尺度は十分な信頼性・妥当性を備えていることが確認された。

研究3では、思考コントロール方略と、抑うつに関連した諸変数 (i.e., 抑うつ時の自動思考、反すう、抑うつ症状) との関連を検討した。その結果、(a) 罰方略を多用する人は自動思考、反すう、抑うつ症状が強いこと、(b) 心配方略を多用する人や自動思考、反すうが強いこと、(c) 気晴らし方略を多用する人は、自動思考と抑うつ症状が弱いことが分かった。思考コントロール方略と抑うつに関連した諸変数との間に一定の関連が存在することが初めて示された。

研究4では、TCQ-Jを利用し、思考コントロール方略が、抑うつ時の自動思考と、その後の自動思考の頻度や思考の制御困難感を媒介する効果を検証した。その結果、(a) 自己否定、現在・過去否定、将来否定のいずれの場合でも、これらの抑うつ時の自動思考を多く経験すると、罰方略および心配方略によってそれに対処しようとする、(b) 罰方略を多く用いると、その後、思考の制御困難感が強まること、(c) 心配方略を多く用いると、その後、心配方略を始発させた抑うつ時の自動思考の頻度が高まることが明らかとなった。罰方略および心配方略の媒介効果が示された。

研究5では、「抑うつを招く制御困難な思考」に対する思考コントロール方略の役割とい

う本研究の枠組みを一般化する試みとして、思考コントロール方略と、慢性疼痛において抑うつ症状を招く制御困難な思考である破局的思考との関連を検証した。その結果、罰方略の強さが破局的思考の頻度を予測した。

ここでは、本研究の結果に基づいて、抑うつ症状の自動思考が思考コントロール方略を始発させ、抑うつ症状に至る過程について考察する。その上で、本研究の理論的位置づけ、および今後の研究への示唆について述べる。

10.2 総合考察

10.2.(1) 検証したモデル（再掲）

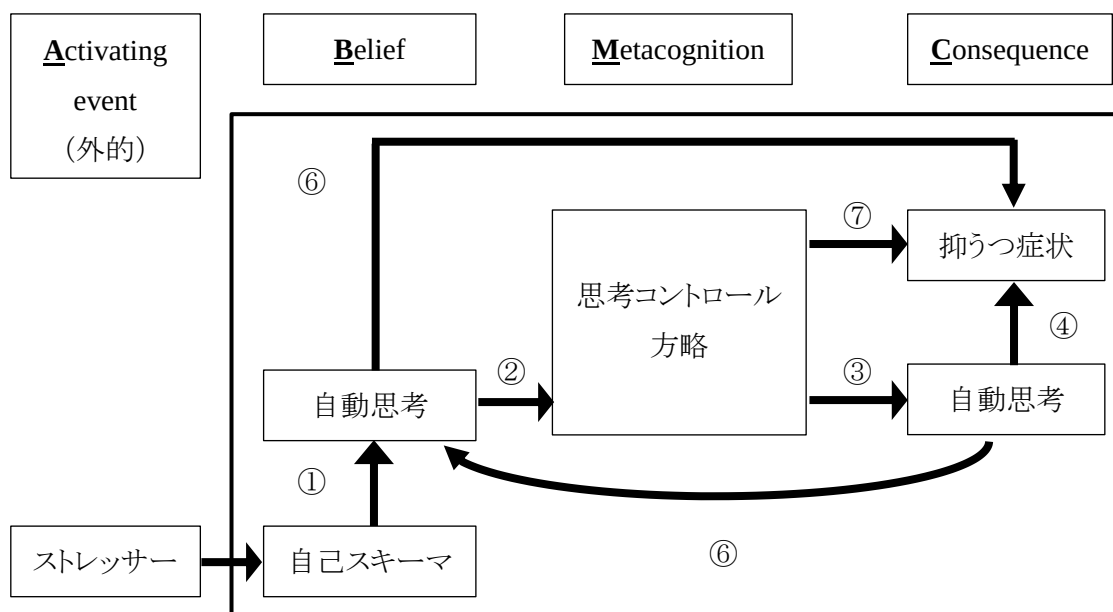


Figure 4-1 ABMC モデル（再掲）

本研究の結果に基づくと、抑うつ症状の自動思考が生じ、制御困難となり、抑うつ症状が強まる過程は、「(外的事象→) 自己スキーマ→自動思考→思考コントロール方略→自動思考 (思考の制御困難感) →抑うつ症状」というモデルで表現できる (Figure 4-1 ABMC モデル)。この過程においては、「思考コントロール方略が発動されるまで」と、「思考コントロール方略が発動された後」という 2 つの局面に分け、各局面における論点を指摘する。

まず、思考コントロール方略が発動されるまでに関しては、「コントロールの対象となるのは何か、それはどこから生じるのか」、「様々な思考コントロールの中で、抑うつ症状の場合はどの方略が取られやすいか」が論点である。

さらに、思考コントロール方略が発動された後に関しては、「そのコントロール方略が、自動思考の頻度や思考の制御困難感にどのような影響を与えるのか（さらに、自動思考を介して抑うつ症状にどのような影響を与えるのか）」が論点である。以下では、この2つの局面に即して考察する。

まず、思考コントロール方略が発動されるまでは、以下のような段階を踏むと考えられる。

パス①. (外的な **Activating event** によって活性化された) 自己スキーマが、自動思考を生じさせる。

研究1からは、抑うつの自動思考は、自己スキーマが活性化された結果として生じることが示された。自己スキーマが自動思考を発生させる基盤となっていることが示唆された。さらに、本研究は、自己スキーマについて、以下に述べるように、自己スキーマの構造と、ポジティブな自己スキーマの役割について明らかにした。

第一に、自己スキーマの構造を明示した上で検証を行った。自己知識がどのような構造を取っているのか、認知の歪み理論では具体的に明らかにされていなかった。そこで研究1では、自己スキーマがネットワーク構造を取っていると仮定した。そして、ネットワークを構成するノード間の連結の緊密さを表す自己複雑性によって、自動思考が生起する頻度の違いを説明した。

こうした「ネットワーク構造を取る自己スキーマ」という仮定は、(Bower, 1981)に端を発する。Bower (1981) は、一般的な意味記憶が複数のノードとそれらの間のリンクによって構成されたネットワーク構造であると仮定する議論を、自己をめぐる気分と認知の問題に援用、敷衍した。すなわち、記憶や知識を構成するノード群に、感情(気分)の要素も加味することによって、感情と認知の関係を扱うことを可能にした。さらに、この議論が、抑うつのような臨床的事態にまで敷衍されている(Lemoult & Gotlib, 2018)。

「ネットワーク構造を取る自己スキーマ」という観点からは、自動思考の発生は以下のように説明される。まず、ネガティブな外的事象(e.g., テニスの試合での失敗)によって、ネットワーク内の特定のノード(e.g., 「テニス選手」)が活性化されると、そのノードからリンクされた他のノード(e.g., 「学生」)へと活性化が拡散する。そうして、活性化を受けた他のノードで自己に関する認知的処理が行われ、思考として出力される(e.g., 「この間の試験も緊張してうまくやれなかった」)。そしてこの思考が感情を招く。ここで、自己スキーマ内のネガティブなノード間の連合が緊密である(i.e., ひとつのノードから他のたくさんのノードにリンクが張られている)場合、活性化されたネガティブなノードから、他の多くのネガティブなノードに活性化が拡散し、多くのネガティブな思考を経験するだろう。反対に、ネットワークのノード間の連合が希薄であるなら、活性化の拡散が食い止められるため、ネガティブな外的事象が起きても、ネガティブな思考は少ないと考えられる。

こうした、こうした「ネットワーク構造を取る自己スキーマ」という仮定は認知心理学に由来するが、自動思考が連鎖的に生じるという抑うつ症状の臨床的な特徴を説明可能であり、この特徴を病理の中核と捉えた抑うつ症状の認知理論と整合的である。

第二に、上記のネットワーク構造の議論を踏まえて、ポジティブな自己スキーマの役割を検討した。すなわち、ポジティブな自己スキーマの複雑性が高いと、ポジティブな自動思考が高頻度で生成され、ポジティブな自動思考が多いと抑うつ症状が低減されることを明らかにした。これは、抑うつを低減するプロセスを認知内容の観点から検証したものと言える。自動思考のレベルでは、「ネガティブな要素の過剰が抑うつを招く」という抑うつ症状の認知理論の元来の主張に対して、ポジティブな要素も加味する意義が提案されていた。すなわち、抑うつはネガティブな自動思考の過剰だけでなく、ポジティブな自動思考の不足も特徴であるという指摘である(Kuiper & Derry, 1982)。この指摘に沿って、ポジティブな自動思考のみ測定する質問紙 Positive Automatic Questionnaire (ATQ-P) (Ingram & Wisnicki, 1988)、抑うつに関連したポジティブ、ネガティブ両方の自動思考の生起頻度を測定するため質問紙 Automatic Thought Questionnaire - Revised (ATQ-R) (Kendall et al., 1989) が開発された。ATQ-P に関しては、健常群において、BDI で測定した抑うつ傾向との間に負の相関があること(Ingram, Kendall, Siegle, Guarino, & McLaughlin, 1995)、健常群よりも重臨床的な抑うつ群で ATQ-P の平均点が低いこと(Ingram, 1989)、うつ病患者は ATQ-P の平均点が低いこと(Ingram, Slater, Atkinson, & Scott, 1990)が明らかにされ、抑うつとポジティブな自動思考の不足という関連を支持する知見が得られた。さらに近年では、西川, 松永, & 古谷(2013)が、本研究と同様に、ネガティブな自動思考が抑うつ症状を促進する一方でポジティブな自動思考が抑うつを低減することを明らかにしている。しかしながら、西川 et al. (2013)では、自己スキーマが取り上げられていない。これに対して、本研究では、自己スキーマのポジティブなノード間のネットワークの粗密を取り上げた。ポジティブな外的事象によって、ネットワーク内の特定のポジティブなノードが活性化されると、自己スキーマ内のポジティブなノード間の連合が緊密である場合には、他の多くのポジティブなノードに活性化が拡散し、多くのポジティブな思考を経験すると考えられる。反対に、ネットワークのノード間の連合が希薄であるなら、活性化が拡散しにくいため、ポジティブな思考は少ないと考えられる。このように、本研究では、自己スキーマという、自動思考の源泉となる潜在的な認知のレベルまで含めて、ポジティブな要素が抑うつ症状の低減に一定の役割を果たしていることを明らかにすることができた。

パス②.自動思考が思考コントロール方略を発動させる。

臨床メタ認知理論では、侵入思考がトリガーとなって CAS が始まると仮定されている(Wells, 2009/2012)。この CAS の構成要素の一つが思考コントロール方略である(Wells, 2009/2012)。よって、抑うつ症状の場合、自動思考がトリガーとなって、思考コントロール方略が発動されると予想される。研究 4 の結果からは、自己否定、現在・過去否定、将来否

定のいずれの場合でも、これらの抑うつ自動思考がトリガーとなって、罰および心配という思考コントロール方略が発動されることが示唆された。

思考コントロール方略は、自動思考という、煩わしい内的なストレスに対する対処方略と見ることができる(Wells & Davies, 1994; Wells & Matthews, 1994/2002)。すなわち、思考コントロール方略は、対処の対象である自動思考が生じたために発動されると考えられる。従来、このパスは理論的には仮定されていたものの、実証的には未検証であった。本研究で初めて、このパスが存在することを実証的に裏付けることができた。

次に、思考コントロール方略が発動された後は、以下のような段階を踏むと考えられる。

パス③.思考コントロール方略が（自動）思考の頻度や制御困難感に作用する。

臨床メタ認知理論では、不適切な思考コントロール方略が、(思考と感情に)非適応的な結果を招くと考えられている(Wells, 2009/2012)。先行研究をレビューした「3.1. (10) 思考コントロール方略の研究で分かっていること」から、罰方略と心配方略とがその候補として挙げられた。さらに、研究 4 の結果からは、罰および心配という思考コントロール方略を使用することが、その後の思考の制御困難感の強さを予測することが示された。また、研究 5 の結果からも、罰という思考コントロール方略を使用することが、破局的思考の頻度の高さを予測することが示された。

まず、罰がなぜ自動思考の頻度や思考の制御困難感を強めるのかについて考察する。以下の 2 つの可能性がある。(a)思考抑制研究を踏まえると、自動思考に対する警戒心の強さが、自動思考を検出する確率を高めている可能性がある。そうして、検出された自動思考をコントロールするために、罰を使用しているのかもしれない。Halvorsen, Hagen, Hjemdal, Eriksen, et al. (2014)は、判別分析を行い、TCQ の罰尺度と MCQ のネガティブな信念とが、同一の判別関数に負荷することを見出した。これは、罰方略を多く用いる人は、制御困難な認知に対してネガティブな信念 (i.e., 「一度考え始めると頭から離れなくなる」)を抱いていることを示唆する。実際、義田(2019)では、MCQ-30 日本語版(田崎, 2013)の「認知的自信の欠如」、「迷信・罰・責任」が罰尺度を予測した。「認知的自信の欠如」は、記憶や注意に自信がなく、雑念を現実の反映と捉え、とらわれやすい素地があることを意味する。「迷信・罰・責任」の強さは、思考を平穩に保つことへの過剰な価値を意味する。ここで雑念が生じると、思考を平穩に保てなかった自己の責任と解釈され、自己を罰しやすくなると考えられる。(b)第二の可能性として、self- invalidation (「自己の内的体験 (i.e., 思考や感情) を是認しないこと」)との関連が考えられる。これまで、抑うつ傾向が強いと自己批判 self-criticism を行いやすいことが指摘されてきた(Beck, 1976/1990)。この場合、自己批判の対象は、自己の過去の外顯的な言動である (e.g., 「あんなことを言わなければよかった」)。一方、罰方略とは、侵入思考や自動思考という、自己のネガティブな内的経験を是認せず、批判することである (e.g., 「いつもマイナスのことを考えてばかりいるのはおかしい」)。臨床心理学において、「自己の内的体験 (i.e., 思考や感情) を是認しないこ

と」を直截に扱った概念として **self-invalidation** がある (Linehan, 1993)⁴⁵。従来、**self-invalidation** は境界性人格障害において、ネガティブな内的経験 (i.e., 感情や衝動, 思考) の著しい制御困難性をもたらす中核的病理と位置付けられてきた。しかしながら、**self-invalidation** は、境界性人格障害で顕著に生じるものの、他の精神病理、さらには健常人においてもある程度生じていると考えられる。罰方略は、**self-invalidation** のうち、自己の思考を是認しない側面を捉えているのかもしれない。

次に、心配がなぜ思考の制御困難感を高めるのかについて考察する。元来、心配は全般性不安障害における認知的回避説の文脈で取り上げられてきた。すなわち、心配には、言語的思考によってイメージ⁴⁶を回避することで、不快な情動を回避する機能があるという議論である (Sibrava & Borkovec, 2008)。ここでは、不快情動の回避のために、ある考えを別の考えに移す操作によって、どのような効果や機能が想定されるかに着目して議論する。

思考コントロール方略としての心配は、頭を過ぎった懸念 A に対して、ネガティブな自己スキーマを検索し、そこから取り出されてきた懸念 B へ注意を移す操作と考えられる。このとき、もともとの懸念 A と、新たな懸念 B との間に連合が形成される可能性がある。この操作を繰り返すことで、自己スキーマ内の懸念どうしに数多くの連合が出来上がる。その結果、懸念 A のノードが活性化されると、それと連合した多数の懸念事のノードも活性化される可能性が高まるのかもしれない。

この、「自己スキーマ内の懸念事のノードどうしの連合が、心配という思考コントロール方略の使用を下支えしている」という議論と統合的な研究として、どのような思考を **distractor** として使用するかを、抑うつ傾向が高い大学生と低い大学生とで比較した Wenzlaff et al. (1988)がある。それによると、抑うつ傾向が高い大学生は、ネガティブな思考よりもポジティブな思考の方が **distractor** として有用であることを知的には理解しつつも、実際にはネガティブな思考を **distractor** として使用していた。これは、抑うつ傾向が高い大学生が、ネガティブな思考を意図的に **distractor** として選んでいるのではなく、ネガティブな思考の方が意識にアクセスしやすいからであると考えられた。そして、ネガティブな思考のアクセスしやすさの背後には、ネガティブなノード同士の連合が多く形成されていることがあると考えられた。

パス④.自動思考が抑うつ症状に作用する。

研究 1 から、(a) ネガティブな自動思考の頻度が高いと、抑うつ症状が強いことが分かった。(b) ポジティブな自動思考の頻度が高いと、抑うつ症状が弱いことが分かった。さ

⁴⁵ **Self-invalidation** は非承認的環境 **invalidating environment** から生じると考えられている。すなわち、非承認的環境では、思考・感情に対して、周囲 (特に養育者) が、「認めない・理解し難い・事実ではない」と伝える。こうした非承認的環境の中に置かれ続けると、人は、気持ちが乱れた時に叱られたり、無視されたりして、自分の思考や感情に対して恐怖を覚えたり、自分の思考や感情のほうがおかしいのではないかと疑うようになる。これが **self-invalidation** である。

⁴⁶ イメージは、言語的思考と異なり、情動や身体反応に密接に結びついていると考えられる。

らに、(c) ネガティブな自動思考とポジティブな自動思考との関係として、ネガティブな自動思考の頻度が高いと、ポジティブな自動思考の頻度が低いことが分かった（一方で、ポジティブな自動思考の頻度が高くともネガティブな自動思考の頻度は低くない）。これまで、抑うつ認知理論の中で、ポジティブな自動思考とネガティブな自動思考のバランスを重視する議論が一部にあった(Kendall et al., 1989)。ネガティブな自動思考の過剰が抑うつを促進する一方、ポジティブな自動思考が抑うつを低減するという研究 1 の結果は、抑うつ症状に対するポジティブな自動思考の役割も考慮する必要性があることを示唆する。さらに、研究 1 では抑うつへの影響だけでなく、自動思考間の関係を明らかにすることができた。すなわち、ネガティブな自動思考が過剰である場合、ポジティブな自動思考が弱い。大局的に見ると、ポジティブな自動思考は抑うつ症状を低減するという単一の影響しか持たないのに対して、ネガティブな自動思考は抑うつを促進し、かつ、ポジティブな自動思考を低減するという、複合的な影響を持つ。そのため、本研究では、ネガティブな自動思考に限定して研究を進めた。

パス⑤.増強（促進）された自動思考が再び思考コントロール方略を発動させる。

認知の歪み理論では、自動思考はネガティブな外的事象が生起することによって発生すると仮定されている(Beck, 1976/1990)。しかし、実生活では、ネガティブな外的事象が終わった後でも、あるいは、一人で過ごしておりそうした事象が起きない状況になっても、自動思考が頭を悩ませ続ける。これは、外的事象とは無関係な、自動思考の持続因子が存在することを示唆する。

本研究では、この、外的事象とは無関係な、自動思考の持続因子を、メタ認知の観点からモデル化したと言える。すなわち、自動思考をトリガーにして発動された思考コントロール方略が、当の自動思考の頻度や制御困難性を高める。さらに、その自動思考が再びトリガーとなり、思考コントロール方略を発動させるという循環的なプロセスが介在していると考えられる。

パス⑥.自動思考が直接に症状に作用するというパスも併存している。

研究 1 の結果から、ネガティブな自動思考は抑うつ症状を促進する一方、ポジティブな自動思考は抑うつ症状を低減することが明らかとなった。思考コントロール方略に媒介されず、自動思考が直接に抑うつ症状に作用するパスも存在していると考えられる。

10.3 理論的貢献

10.3.(1) 認知の歪み理論に対する貢献

認知の歪み理論のモデルは「外的事象によって自己スキーマが活性化され、出力された自動思考によって抑うつ症状が生じる」というものだった。このモデルは、スキーマが活性化されてしまえば、その後の処理は自動的になされるという考え方であり、「認知がどの

ように制御されているのか」は扱われなかった。これに対して、ABMC モデルでは、メタ認知という観点を導入することにより、「認知がどのように制御されているのか」を扱うことが可能になった。自己スキーマが活性化され、出力された自動思考に対し、対処というメタ認知的操作が加えられ、自動思考の性質が増強・変容されるという考え方の ABMC モデルは、認知の歪み理論を踏まえつつ、それをより精緻にしたと言える。

さらに、認知の歪み理論では、自動思考は原因系 (A) に配置され、結果系 (C) に配置された抑うつ症状に及ぼす影響だけを検討する一方向モデルであった。これに対して、本研究で提案した ABMC モデルでは、C で頻度を増した自動思考が、再び A となり、M を発動させるという循環的なパスを措定した。これにより、ストレスフルな外的事象が生起していないにもかかわらず抑うつが維持されることを説明した。

10.3.(2) 臨床メタ認知理論に対する貢献

臨床メタ認知理論に対する貢献として、ABMC モデルを提案したことが挙げられる。そして ABMC モデルの中で、これまで未検証であった、思考コントロール方略が自動思考の頻度および思考の制御困難感を媒介する効果を持つことを実証的に明らかにした。すなわち、モデルの提案と検証を行ったことが、臨床メタ認知理論に対する本研究の貢献である。

近年の認知行動療法のテーマのひとつが「反復性の思考 repetitive thoughts/thinking」である(Ehring & Watkins, 2008; McEvoy, Mahoney, & Moulds, 2010)。すなわち、認知行動療法の関心事が、思考の内容（「何を考えるのか」）から、思考の持続性（「繰り返し考えてしまう」）へと移ってきている。臨床メタ認知理論は、CAS という概念を導入し、感情障害の持続因子に認知面から着目した。本研究も、この方向性と一致している。しかしながら、臨床メタ認知理論は、自己知識の役割やメタ認知の役割を初めて明確化したものの、メタ認知的手続きの部分が、理論化、実証ともに手薄であった。本モデルはこの、メタ認知的手続きが思考の持続に関わるプロセスを具体化した。

人は常に、自己をコントロールするという目的を持っている。コントロールの対象には自己の感情、身体、社会的行動だけでなく、認知過程も含まれる。感情障害を持つ患者、感情障害傾向者は、「特有の認知的な事象は危険である」と懸念するようなメタ認知を示す。こうした問題に対して、これまで、臨床メタ認知理論の研究は、専ら、メタ認知的信念の観点から行われ、多くの知見が集積されてきた(Sun et al., 2017)。

しかし、コントロールは必ず、何らかの操作を経て行われる。そして、実際の操作が、認知の制御困難性に影響を与えていると考えられる。この操作の部分を、本研究では、思考コントロール方略というかたちで取り上げた。本研究では、「自動思考によって発動された思考コントロール方略が、その後の自動思考を強め、症状に影響する」というプロセスを取り出し、実証的に検証した。その結果、思考とのつきあい方（対処方略）が、その思考の制御困難性の一因であることを明らかにした。

10.3.(3) 病理の持続因子に着目する他のモデルとの比較

認知行動療法の枠内で、病理の持続因子に注目するモデルがいくつか提案されている。杉浦(2003)は、心配という侵入思考が持続する要因として、考え続ける努力、義務感といった要因に注目した研究を行っている。さらに、抑うつ症状の持続因子として、認知的な操作に注目するモデルも提案されている。坂本(1997)は、当初の軽度な抑うつに対して、自己注目という操作 (e.g., 外的環境でなく、自己の性格、思考、感情、体調、理想の自己像などを考えること) が行われることで抑うつが持続するという自己注目の三段階モデルを提唱した。

これらの研究と比較すると、杉浦は心配という思考、坂本は抑うつ症状をテーマとしたのに対し、本研究は抑うつ症状の自動思考を取り上げた。その持続因子として、杉浦が注目した「考え続ける努力、義務感」がメタ認知的評価であり、坂本の自己注目は認知的操作であるのに対し、本研究で着目した思考コントロール方略はメタ認知的手続きという操作である。すなわち、精神病理の持続因子に着目する流れの中で、本研究は、抑うつ症状の自動思考の持続因子としてのメタ認知的手続きの役割を明らかにしたとも言える。

10.3.(4) マインドフルネス瞑想法の奏効機序への示唆

本研究は、マインドフルネス瞑想法の奏効機序への示唆を与える。マインドフルネス瞑想法は、抑うつ症状の再発防止のための有効な心理的介入として注目を浴びた(Segal, Williams, & Teasdale, 2001)。しかし、技法が先行し、その奏効機序について、心理学的理解は後付けになるきらいがあった。

「今の瞬間の体験をあるがままに観察すること」と定義されるマインドフルネス瞑想法は、臨床メタ認知理論の観点からは、メタ認知的モニタリングをひたすらに行うことと言える。観察の対象となる「今の体験」には、クライアントが行っている思考コントロール方略も含まれるだろう。例えば、罰方略を使用している際に、無自覚なままに使用を続けるのではなく、「自分は今、マイナス思考ばかりでダメだと考えていた」と、有害なメタ認知的コントロールを、さらにメタ的な視点からモニターするのである (これは、いかなる時も行いうることができ、決して失敗しない)。このようにして、一貫したメタ認知的モニタリングを行うことで、徐々に、罰や心配に代表される、有害なコントロール方略の使用が減り (i.e., BMC の M が弱まる)、自動思考と思考コントロール方略の悪循環を断っていると考えられる。その結果、抑うつ症状が改善するのかもしれない。

10.4 今後の方向性・展開

10.4.(1) 思考コントロール方略による横断的なフォーミュレーション

思考の制御困難性という問題と絡んで、抑うつと不安の診断横断的な議論が行われていることは、「3.1.(1) 感情障害における認知の「制御」への着眼」で述べた。臨床メタ認知理

論は、当初から、不安と抑うつを包摂した、感情障害の診断横断的な理論として構想されている。臨床メタ認知理論の着想を引き継ぐ本研究もまた、思考コントロール方略による診断横断的な考察を目論んでいる。抑うつと不安の診断横断的な議論に対して、思考コントロール方略の観点からは、抑うつと不安に共通する思考コントロール方略が存在する可能性を指摘できる。すなわち、ある思考コントロール方略を取ることで、抑うつの自動思考も不安の自動思考も強められるのかもしれない。そこで本研究では、端緒として、抑うつに限定して検証を行った。今後は、同様の媒介過程が、不安においても働いているのかを検証することが求められるだろう。

具体的には、思考コントロール方略の観点から様々な侵入思考や精神障害を比較したとき、それらに共通する思考コントロール方略や、各侵入思考や精神障害に独自の思考コントロール方略が明らかになると期待される。そのためには、以下の方向性が考えられる。(a) 健常群で抑うつの自動思考について行った研究を、健常群で経験される様々な侵入思考に拡張する方向性（抑うつのアナログ研究を横へ拡張する方向性）。(b) 臨床群へ拡張する方向性。

(a) の方向性としては、様々な侵入思考（e.g., PTSD におけるフラッシュバック、強迫性障害における強迫観念、統合失調症における妄想（様観念）、社会不安障害における *Fear of Negative Evaluation*, や *Post-event processing* などの侵入思考との関連を精査することが挙げられる。また、侵入思考が問題となる他の身体疾患（e.g., 慢性疼痛、がん）に対して拡張することも挙げられる。これらの侵入思考において、共通して非適応的な帰結を招く思考コントロール方略や、特定の侵入思考においてのみ非適応的な帰結を招く思考コントロール方略があるのか、さらに、共通して適応的な帰結を招く思考コントロール方略や、特定の侵入思考においてのみ適応的な帰結を招く思考コントロール方略があるのかを検証する方向性が考えられる。その際、研究4で確立した、「縦断調査+媒介分析」という方法論で臨むことで、思考コントロール方略の媒介効果を明示的に検証できるだろう。(b) の方向性としては、様々な精神障害の診断を受けた臨床群に拡張することが考えられる。

10.4.(2) 調査対象者の拡張

研究3の協力者は、健常と思われる大学生であった。しかし、健常群はポジティブな記憶を想起することで抑うつ気分を低減できるが、うつ病の臨床群は、ポジティブな記憶を想起できても抑うつ気分は低減されないという知見もある(Joormann, Siemer, & Gotlib, 2007)。すなわち、想起されたポジティブな記憶が気分に対して及ぼす影響は、健常群と臨床群で異なる可能性がある。こうした影響の違いが、ポジティブな記憶を利用して自動思考をコントロールする気晴らし方略にも認められるのか、今後、うつ病の臨床群での検証を行い、健常群と臨床群の異同を明らかにすることが考えられる。

また、困難や不調への対処の仕方が加齢によって変化しうることから、健常な中高年者を対象にした検証も望まれる。例えば、調和焦点型二次的コントロール（i.e., 統制困難な状況を変化させようとするのではなく、それを受容し状況に合わせるために自己を調整すること）の高い高齢者は、困難や不調に遭遇した時、現在の目標や認知、行動を身体の衰退に合わせて調整できること、老いの受容や自己調整を維持するために、身近な人との交流や気晴らしをする（竹村・仲, 2013）。こうした高齢者の場合、抑うつに対しても、罰方略は使用せず、社会的コントロールや気晴らしを多く使用するかもしれない。

10.4.(3) 思考コントロール方略とメタ認知的信念との関連の検証

今後は、どのようなメタ認知的信念が、思考コントロール方略を使用する背景となっているのかを解明する方向性が考えられる。例えば、思考の危険性に関するメタ認知的信念の強さは、まず (a) 侵入思考の検出率を上げる働きを有するかもしれない。そのようにして検出された侵入思考に対して、思考の危険性に関するメタ認知的信念の強さは、(b) 罰方略を使用することを促す可能性がある。本研究では、思考コントロール方略を始発させる要因として、自動思考という至近因に着目した。今後は、メタ認知的信念のような遠因にも着目することで、臨床メタ認知理論の枠内で、思考コントロール方略の使用に影響している要因の解明が進むと期待される。

10.4.(4) 思考コントロール方略をターゲットにした介入

これまでの認知行動療法の介入は、現に生じ、病的な状態に陥った侵入思考を取り上げ、それに論駁することであった(Wells & Matthews, 1994/2002 箱田・津田・丹野監訳 2002; 坂野 et al., 1996)。これに対し、思考コントロール方略も介入のオプションとなり得る。本研究で得られた ABMC モデルを心理教育に活用し、雑念との付き合い方が雑念を強めたり弱めたりしていることを伝えるとともに、TCQ を使用して、思考コントロール方略のプロフィールをクライアントに提示する。そうして、侵入思考を顕著にしたり、それを維持したりする非適応的な思考コントロール方略を同定し、その使用を控えてもらうことで、侵入思考を弱めることが期待される。あるいは、適応的な方略を同定し、それを促す介入を行うことで、侵入思考が顕著になることを予防できるかもしれない。

そのためには、思考コントロール方略の変容をターゲットにした心理的な介入研究を行う必要がある。その中で以下の事柄の検証が望まれる。(a) どのような心理的介入 (e.g., 伝統的な認知療法, メタ認知療法, マインドフルネス瞑想法) を行うことで思考コントロール方略が変容されるのか。さらに、(b) 思考コントロール方略を変容することによって、侵入思考も変化するのか (i.e., 非適応的な思考コントロール方略の使用頻度を減少させた結果、侵入思考が減弱されるのか。あるいは、適応的な思考コントロール方略の使用頻度を増大させた結果、侵入思考が減弱されるのか)。このような、思考コントロール方略の変

容に伴う侵入思考の変化に関する知見は、思考コントロール方略が侵入思考に影響を与えていることのさらなる論拠ともなる。

10.5 結語

この研究を通じての目標は、抑うつにおいて、自動思考をコントロールするために用いられる方略が自動思考の制御困難性に影響していることを述べた ABMC モデルを提案し、抑うつにおける自動思考によって発動された思考コントロール方略が、抑うつにおける自動思考の頻度や制御困難感を高める BMC のプロセスを検証することであった。

抑うつに関係した様々な認知（自己スキーマ、自動思考や痛みの破局的思考という制御困難な思考）と思考コントロール方略との関連を検討した 5 つの質問紙調査の結果、様々な思考コントロール方略の中で、罰方略および心配方略が、当初の自動思考と、その後の思考の制御困難感とを結ぶ要因であることが示唆された。

そこで、その知見をもとに、自動思考に対処することが抑うつ症状を促進する過程に関して、「(外的事象→) 自己スキーマ→自動思考→思考コントロール方略→自動思考(思考の制御困難感) →抑うつ症状」というシーケンスに沿って諸研究を統合的に議論した。

この研究では、方法論としては、縦断調査と媒介分析を試みることによって、「自動思考がある思考コントロール方略を発動させること」と、「思考コントロール方略が思考の制御困難感や自動思考の頻度に影響を与えること」の 2 つを明確に取り出そうとした。

本研究では、ABMC モデルを提案し、その上で、抑うつのメタ認知理論において、思考コントロールの役割が等閑視されていたことを指摘し、思考コントロールの役割を実証的に検証した。その上で、本研究で提示した「ABMC モデル」から、思考コントロール方略が、抑うつにおける思考の制御困難感を高めることを明らかにしたことが、本研究の重要な意義であろう。

このように、本研究で提示した「ABMC モデル」モデルは、様々な知見と整合的だった。今後は、様々な制御困難な思考や障害で思考コントロール方略の役割を検証することで発展が期待される。

AppendixI 認知の歪み理論と ABC モデル

自動思考は認知の歪み理論の一部である。ここで、認知の歪み理論と、そこから導出された ABC モデルについてまとめておく。なお、後述するように、ABC モデルでは、ストレスフルなライフイベント (Activating event) によって、潜在的なネガティブな自己スキーマ (Belief) が活性化され、ネガティブな自動思考として意識に浮かぶことで、抑うつ症状が生じる (Consequences) と考えられる。これに対して、本研究の基盤である臨床メタ認知理論では、認知の歪み理論で等閑視されていたメタ認知の役割を取り上げる。そして臨床メタ認知理論から導出された AMC モデルでは、内的事象 (i.e., 侵入思考) (=Activating event) をトリガーとして、メタ認知的信念が活性化され CAS が起きる (Metacognitive Belief と CAS)。そして、CAS によって、感情や行為面の症状という帰結 (Consequences) が生じると想定されている。

さらに、本研究では、上記の ABC モデルと AMC モデルを統合し、「外的事象 (Activating event) によって活性化された自己スキーマ (Belief) から自動思考が生起し、その自動思考に対処するために非適応的な Metacognition (思考コントロール方略) が発動される結果、自動思考が制御困難となって Consequences (症状) に至る」というモデルを立てる。すなわち、AMC モデルも、ABMC モデルも、ABC モデルを起点として展開されている。

I-i 自動思考の母体としてのスキーマ（信念）

特定の状況に対して、同じ人が一貫して同じような自動思考を経験する。ここから、(Beck, 1976/1990)は、自動思考の母体となる認知構造が各人の中に潜在する可能性を示唆し、それを（自己）スキーマと呼んだ。そして、人はこの（ネガティブな自己）スキーマをもとにして、事象の解釈や予期、自己の行為の判断、自己の価値の評価、さらには、他者の行動の評価や判断を行うと考えた(Beck, 1976/1990)。

すなわち、（ネガティブな自己）スキーマは、潜在的な認知構造であり、何らかの事象によって活性化されて自動思考が産出され、顕在化する。以下の Table I - i で、自動思考とスキーマとの違いをまとめた。

Table I - i 認知の歪み理論におけるスキーマと自動思考の違い

スキーマ	自動思考
認知構造（自動思考の原因＝抑うつ脆弱性）	認知結果（抑うつスキーマ活性の結果）
意識の深層にある（潜在性）	表層にある（顕在性）
永続的・安定的	一次的・不安定
症状とともに変化しない	症状とともに変化する
抑うつ人格の特性（trait）	抑うつ状態（state）
根本治療	対症療法

Dryden & Rentoul(1991 丹野監訳 1996). Adult Clinical Problems: A Cognitive Behavioural Approach. p119 表 I より一部改編して引用

I-ii ABC モデル

抑うつ促進について、これらの概念を組み合わせ提唱されたのが「ABC」モデルである(Wells, 2009/2012)。Aとは、Activating event (スキーマを活性化させるトリガーとなる、外的事象)である。Bとは、Belief (信念≒自己スキーマ)、およびそれが活性化された帰結としての自動思考であり、レベルが異なる2つの認知概念を包摂している点に注意が必要である。Cとは、感情や行為面の症状という自動思考がもたらす帰結(Consequences)である。

ABCモデルでは、ストレスフルなライフイベント(Activating event)によって、潜在的なネガティブな自己スキーマ(Belief)が活性化され、ネガティブな自動思考として意識に浮かぶことで、抑うつ症状が生じる(Consequences)と考えられる(Beck et al., 1979)(Figure I-i)。

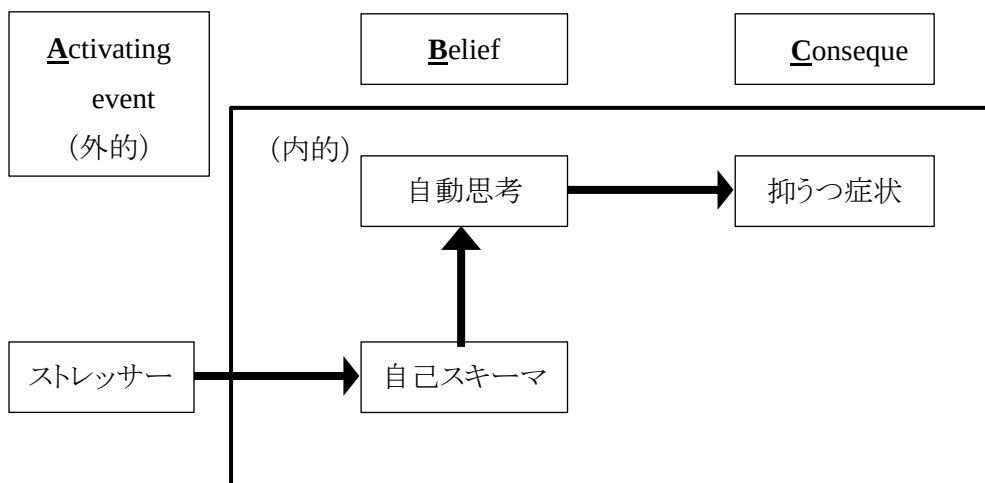


Figure I-i ABCモデル

言うなれば、認知の歪み理論は、様々な症状の中で、認知面の問題(認知の歪み)を、感情面や行為面の症状に対して原因系に置き、(因果連鎖の上流に位置する)認知の歪みが、感情面や行為面にどのような帰結をもたらすかを検討する理論である。

AppendixII 臨床メタ認知理論

臨床メタ認知理論は、抑うつや不安という臨床的問題を、認知の制御困難性という観点で、一貫して、メタ認知の概念を随所に折り込みながら捉える。本研究のテーマである思考コントロール方略も、臨床メタ認知理論に由来する。ここでは、まず、「メタ認知の諸概念」でメタ認知の諸概念を短観し、次に、「メタ認知の感情障害への適用（メタ認知による感情障害の概念化）」で臨床メタ認知理論についてまとめておく。

II-i メタ認知の諸概念

メタ認知の性質 メタ認知の研究は、発達心理学に端を発し(Flavell, 1979)、記憶、加齢、神経心理学など、多様な領域で発展した(Dunlosky & Metcalfe, 2009)。近年、Wells はメタ認知の視点を援用して、感情障害を説明する理論を構築した。

「メタ認知」とは、相互に関連し合う、認知の解釈、モニタリング、制御に関与するあらゆる知識または認知過程である(Dunlosky & Metcalfe, 2009)。メタ認知は多面的な概念である。そのため、下位概念について未整理の部分がある(三宮, 2008)。メタ認知に関する下位概念について、ここでは、「メタ認知的モニタリング、メタ認知的コントロール、メタ認知的知識」という 3 つ組で整理する枠組み(Dunlosky & Metcalfe, 2009)と、「メタ認知的経験、メタ認知的方略、メタ認知的知識」という 3 つ組で整理する枠組みとを概述する。次に、「3.1. (4) メタ認知の感情障害への適用 (メタ認知による感情障害の概念化)」において、これらの枠組みに即して感情障害の問題を整理する。

Nelson & Narens(1990)は、認知に対して、対象レベル object level とメタレベル meta level という区分を導入し、これら 2 つのレベル間で情報が流れる方向によって、(メタ認知的) モニタリングと (メタ認知的) コントロールという概念を定義した (Figure II-i)。まず、対象レベルとは、目下進行中の認知過程 (e.g., 注意, 学習, 言語処理, 問題解決など) である。一方、メタ水準とは、人が遂行している課題や、人が課題の達成途上で携わっている進行中の認知過程についてのモデルも含む。

そして、対象レベルからメタレベルに情報が流れる方向性、言い換えればメタレベルが対象レベルから情報を得ることを、モニタリングと呼んだ。これは、対象レベルで起きていることに基づき、対象レベルの活動のモデルを更新することである (e.g., 認知についての気づき、フィーリング、予想、点検、評価など)。これに対して、メタレベルから対象レベルに情報が流れる方向性、すなわちメタレベルが対象レベルを修正することを、コントロールと呼んだ。これは、メタレベルからの情報が働いて対象レベルで進行中の活動を左右することであり、具体的には、何らかの行為を始発する、継続する、止める、のいずれかであり、目標設定、計画、修正を行う。コントロールがなされた対象レベルの状態が新たにモデルに反映されることから、モニタリングとコントロールは循環的な関係にあると言える。

メタ認知的知識とは、認知についての知識（あるいは信念）である。より具体的には、どのような要因（i.e., 人, 課題, 方略）がどのように（相互に）働いて、認知的な過程と帰結に影響を与えるかを内容とすると考えられる(Flavell, 1979)。メタ認知的知識は、モニタリングに対しては、メタレベルに構成されたモデルを特徴づける役割を果たす。コントロールに対しては、具体的な方略やプランの源泉となる。

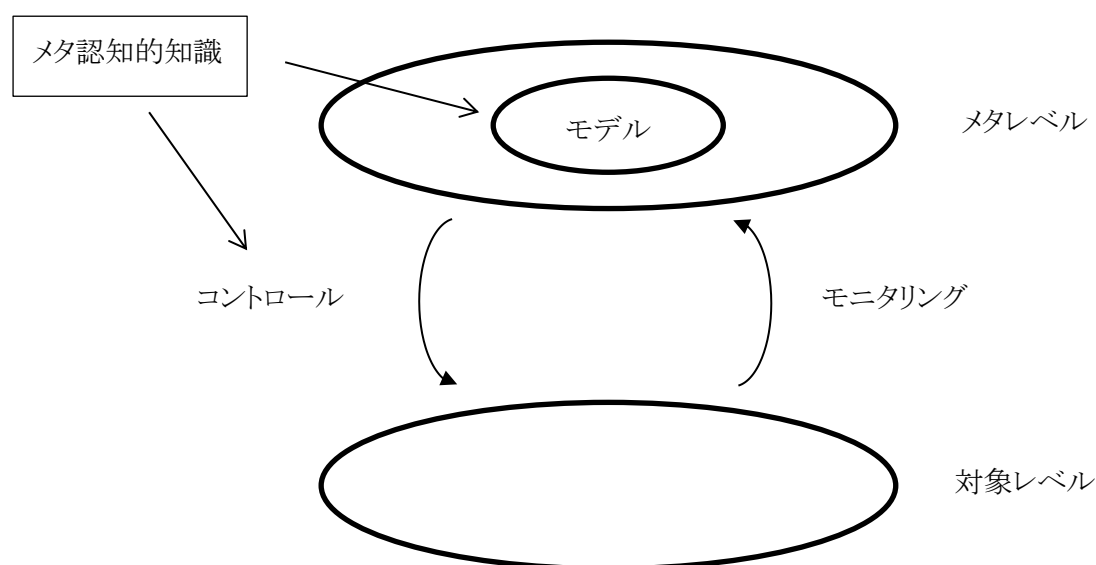


Figure II-i 対象レベルとメタレベル間の情報の流れによるメタ認知的モニタリングとメタ認知的コントロールおよびそれらに対するメタ認知的知識の役割

メタ認知の下位概念に関して、「メタ認知的経験、メタ認知的方略、メタ認知的知識」という分類枠組みもある (Dunlosky & Metcalfe, 2009)。メタ認知的経験とは、自己の精神状態について、状況ごとに生じる評価や感情である。健全な例としては、Tip of the Tongue (TOT) や Feeling of Knowing (FOK) が挙げられる。メタ認知的方略とは、情動面および認知面の自己調整を目的として、認知の様々な要素をコントロールし、変化させる反応である。メタ認知的方略の結果、認知活動が増強されることも、抑制されることも、変容されることもある。例えば、自分の理解を確かめるために自問自答することが挙げられる。メタ認知的知識とは、自身の思考およびその帰結についての信念（i.e., その人なりの素朴理論）である。例えば、自身の記憶に関する効力感や、集中力についての信念が挙げられる。

臨床メタ認知理論(Wells, 2009/2012)は、感情障害における認知の問題を、こうしたメタ認知の諸概念を随所に援用しつつ、一貫して制御困難性という観点から定式化している。そこで、感情障害における認知の制御困難性という問題が、これらメタ認知の諸概念によってどのように整理されるのかを以下で詳述する。

II-ii メタ認知の感情障害への適用（メタ認知による

感情障害の概念化)

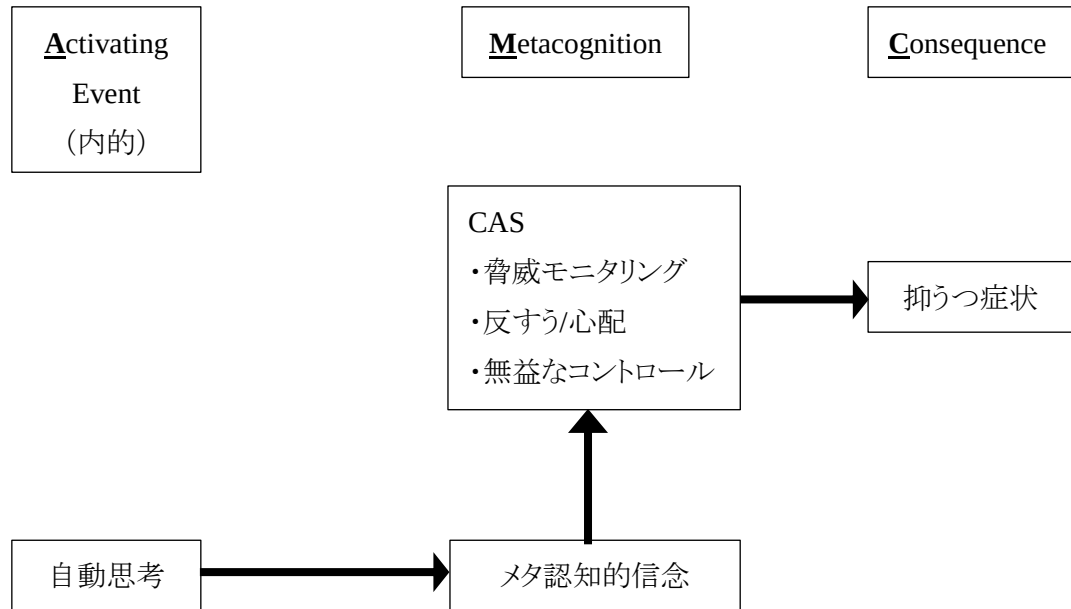


Figure II - ii AMC モデル

CAS：病理の中核的要素 感情障害（傾向）者の思考パターンには、陰鬱で、自己に関連したトピックに焦点化され、繰り返し生じ、制御困難であるという性質がある。Wellsらは、こうした思考パターンを、Cognitive Attentional Syndrome (CAS)⁴⁷と命名、概念化した。CASは、「脅威モニタリング」、「反すう/心配」、「無益なコントロール方略」の三つ組で構成される。以下、脅威モニタリング、反すう/心配は簡潔に説明する。無益なコントロール方略は、本研究のテーマである「思考コントロール方略」を含むため、詳述する。

1.脅威モニタリング 脅威モニタリングは、脅威関連刺激に注意を固着させる注意バイアスである(Wells, 2009/2012; Wells & Matthews, 1994/2002)。「認知内容特異性仮説」で指摘されたように、感情障害（傾向）者には、脅威となる特異的な事象 (i.e., アキレス腱)がある。その脅威事象に関連した事柄が、脅威関連刺激となる。例えば、「喪失」が脅威事象の場合、周囲から関心を失ったことを示唆する兆候や事象が脅威関連刺激となる。では、

⁴⁷ CAS (Cognitive-Attentional Syndrome) は、「症候群」という名称ではあるが、Wells (2009) は、これを一種の対処方略と見ているようである。すなわち、脅威モニタリングは本人が恐れる事態に備えるために、反すう/心配は問題解決の糸口をつかむために、無益なコントロールは、厄介な感情や認知を回避するために行われていると考えられる。

人は、脅威関連刺激に対してどのようなスタンスを取るのでしょうか（脅威であるから回避するのであるか?）。感情障害（傾向）者は、脅威関連刺激に注意を固着させてしまう。

こうした注意バイアスについて、実験的研究の代表的なパラダイムは感情ストループ課題である。この課題では、協力者に、感情あるいは脅威となる内容が書かれた単語の色名を呼称させる。一般的に、協力者は自分の障害や問題と一致する単語の色名呼称が遅くなる。例えば、全般性不安障害の人は、脅威的な単語（e.g., 身体的脅威として *disease*, 社会的脅威として *foolish*）の色名呼称が遅くなる(Mathews & MacLeod, 1985)。また、うつ病の人は、ネガティブな単語の色名呼称が遅くなる(Gotlib & McCann, 1984)。ベトナム帰還兵は戦闘に関連したネガティブな単語（e.g., 遺体袋 *bodybags*, 銃撃戦 *firefight*）の色名呼称が遅くなる(Kaspi, McNally, & Amir, 1995)。

脅威モニタリングは、実生活においてどのように現れるのだろうか。強盗に入られて心的外傷を負った人の場合、「潜在的な危険」が脅威事象である。そこで、強盗が入る可能性がないか環境を徹底的に調べる⁴⁸。また、脅威事象が「喪失」の場合、周囲から関心を失ったことを示唆する事象が、脅威関連刺激となる。そこで、この人の脅威モニタリングは、無視や拒絶のサインに敏感になるというかたちで顕現する。

従来、感情障害（傾向）者が示すこうした注意バイアスの背景要因は「注意の自動性」と考えられてきた(Wells & Matthews, 1994/2002)。これは、感情障害（傾向）者が語る、「気にするつもりがないのに、勝手に気にしてしまっている」という現象、性質を反映してのものであろう。しかし、臨床メタ認知理論では、脅威モニタリングは注意方略の一種であり、「脅威関連刺激への備え」というメリットを見出しているからこそ、能動的に行われると考えられている⁴⁹。すなわち、メタ認知的方略として採用されていると考えられる。そして、こうしたメリットが、メタ認知的信念に書き込まれている、言い換えれば、脅威モニタリングはメタ認知的信念によって動機づけられていると考えられている。具体的には、問題が起きていない段階では、それが起きる兆候を調べる。さらに、現に問題が起きた場合、それに気づかず見過ごすのは危険であるため、やはり、問題が起きている兆候を調べるのである。

しかし、「脅威関連刺激への備え」というメリットを見出し、方略として使用したとしても、脅威モニタリングが実際に有益帰結に至るとは限らない。むしろ、苦痛を増す場合の方が多実情であろう。潜在的な脅威のソースに対して注意を固着させることは、以下のような、問題含みの帰結を生じる。(a) 主観的な危険の感覚を強めることによって、情動的な活性化を維持・促進する。(b) 認知をガイドするプランないしプログラムを強化することによって、熟練した、敏感な脅威検出者となる。すなわち、制御困難というメタ

⁴⁸ 当人の体験としては、ひとつのことに心が「とらわれていた」、「気にする（し過ぎる）」、「気になる」、「○○のことで頭がいっぱいになる」と報告される。

⁴⁹ そうしたメリットが貯蔵されているのが、後述の「メタ認知的信念」である。

認知的経験に至る。

2. 反すう⁵⁰/心配 反すう/心配は、内的事象 (e.g., ネガティブな思考や感情) をトリガーとして生じ、身近な個人的問題 (e.g., ストレスフルな出来事, ネガティブな感情, ネガティブな認知) への対処を目的とした反復性の思考である (Wells, 2009/2012)。反すう/心配は過剰な概念的処理であり、言語的思考が次々に連鎖するかたちで顕現する。反すうの場合は「なぜこんな落ち込んだ気持ちになるのだろうか?」、心配の場合は「脅威となる事態が現実になったらどうしよう?」といった問いに自問自答しようとする。

ここで、ネガティブな自動思考と、反すう/心配とを区別しておく必要がある。感情障害の認知理論では、ネガティブな自動思考は、感情や行為面での症状を招く役割を持つ病因と位置づけられてきた。それに対して、臨床メタ認知理論では、ネガティブな自動思考は、非機能的な処理スタイル (e.g., 反すう/心配) を発動させるトリガーと位置付けられる。そして、臨床メタ認知理論では、この、非機能的な処理スタイル (反すう/心配) こそが病因として重視される。

3. 無益なコントロール方略 CAS の第三の要素が、無益なコントロール方略である。これは、外的な脅威事象 (i.e., 拒絶) および不快な内的事象 (i.e., 思考や感情) を、外顕的あるいは内潜在的な行動によってコントロールする試みである。これに含まれるのは、思考コントロール方略、回避行動 (行動, 認知, 思考の回避) である。これは、メタ認知的コントロールやメタ認知的方略を援用したものである。

まず、外的な脅威事象に対するコントロールを取り上げる。拒絶されないために、社会的場面に出ない (e.g., 自ら人を誘うことはしない。人に誘われても断る)。次に、不快な内的事象に対するコントロールについては、不快な内的事象は、「情動, 気分」と「侵入思考」とに大別できる。抑うつにおいて、気分が落ちこむと、それをコントロールするために、外顕的な行動を取る (e.g., 気分を回復させるために休息の意味合いで活動水準を低下させる。抑うつ気分を体験しないために、睡眠時間を延長したり、過食に没頭したり、アルコールや薬物を使用して意識を変容させたり、自傷行為をする)。

侵入思考も、付帯するネガティブな情動、反復持続すること、制御困難さのために、不快な体験である。そのため、不快な情動・気分には様々な方略で対処するように、我々は何らかの手段で侵入思考に対処するはずである。さらに、不快な情動・気分に対する対処が当の情動・気分を強めたり弱めたりする効果を生じさせるように、侵入思考に対する対処も、侵入思考の頻度や強度、確信度などに何らかの効果を生じさせると考えられる。侵入思考に対する対処方略は思考コントロール方略と呼ばれる (Wells, 2000)。この、思考コントロール方略こそが、本論文のテーマである。

⁵⁰ 反すうは、抑うつにおける CAS の中核であると Wells (2009) は考えている。反すうの定義は、論者や理論によって様々であるが、臨床メタ認知理論では、「個人的な問題に関する、制御困難な反復的思考」(Wells, 2009) と定義されている。

メタ認知的知識（信念）⁵¹ 臨床メタ認知理論において、メタ認知的信念は、CAS を制御（i.e., これら処理操作を行わせたり、それを評価したり）する基盤となる知識ベースであると考えられている。すなわち、感情障害（傾向）者が持つ、認知についての誤った信念が、思考にどのように反応し、思考を組織化するかに影響を与える。感情障害におけるメタ認知的信念は、内容領域（i.e., CAS に対する意味付け）によって、「ポジティブなメタ認知的信念」と「ネガティブなメタ認知的信念」の2つに分類される^{52 53}。

1. ポジティブなメタ認知的信念 内容は、CAS の認知活動（i.e., 脅威モニタリング、反すう/心配、無益なコントロール）を行う必要性・メリットである⁵⁴（e.g., 「将来について心配することは、私が危険を避けられることを意味する」）。CAS の認知活動に必要性・メリットを見出しているからこそ、それらを実行すると考えられる。すなわち、ポジティブなメタ認知的信念は CAS を発動させることに寄与する。

2. ネガティブなメタ認知的信念 内容は、内的な認知的事象（e.g., 思考と通常的信念）が孕む問題（i.e., 制御困難性、意味、危険性）である⁵⁵（e.g., 「私は自分の考えをコントロールできない」）。より詳細には、(a) 思考の制御困難性に関するもの（e.g., 「私は、自身の心配や反すうのコントロールを失っている」）、(b) 制御困難な思考の危険性、意味に関するもの（e.g., 「心配することは、私の身体に害を与えることがある」）である。CAS の認知活動に問題を見出すからこそ、特定の思考を脅威と解釈することや、コントロールを控えることにつながる。すなわち、ネガティブなメタ認知的信念は CAS を持続させることに寄与すると考えられる。なお、ネガティブなメタ認知的信念は、認知的事象だけでなく、感情的経験まで拡張されうる（Wells, 2009/2012）。すなわち、ある種の情動、気分、身体感覚が孕む問題についてのネガティブな信念も存在すると考えられる。

臨床メタ認知理論の想定は、メタ認知的信念が、ネガティブな思考、信念、症状、感情などへの反応の仕方（i.e., CAS）に影響し、その結果、長期化する感情的苦痛を招くというものである。

メタ認知的経験⁵⁶ 自己の認知や思考をどのように経験するか（自己の認知や思考に対す

⁵¹ CAS という認知活動に対する信念であることから、「メタ認知的」信念と呼ばれる。

⁵² 無論、メタ認知的知識は、認知心理学における伝統的分類に則り、顕在的/潜在的という観点での分類も可能である（三宮, 2008）。すなわち、(a) 顕在的（宣言的）知識：言葉で表現できるものである。e.g., 「自分の考えをコントロールできないのは、私の弱さの印である」という信念が挙げられる。

(b) 潜在的（手続的）知識：直接、言語的には表現できない。思考過程を導くルールやプログラムのようなものであると考えられる。（e.g., 判断形成時の注意の配分、記憶検索、ヒューリスティックスの使用を制御する要因）。個々人の「考え方のスキル」である。顕在性/潜在性による分類は従来の認知心理学における分類である。一方、「内容領域による分類」は、臨床メタ認知理論独自のものである。

⁵³ 個々の精神障害は、これらの領域の中で、何らかの内容特異性を持つと考えられる。

⁵⁴ すなわち、CAS の認知活動を行うことは「役に立つ」という意味でポジティブである。

⁵⁵ すなわち、思考や認知が「問題を孕む」という意味でネガティブである。

⁵⁶ メタ認知的経験は、人が認知課題を達成するときに生じる認知的あるいは感情的経験であり、メタ認知的モニタリングと緊密に連携している（三宮, 2008）。

る主観的感情および評価)である。例えば、パニック障害の患者が自分の行動のコントロールを失いつつあると信じることや、全般性不安障害の患者が心配について心配を呈すること、抑うつ傾向者が、「考えが堂々めぐりになっている」と感じる事が挙げられる。

臨床メタ認知理論の想定では、認知に対する主観的感情 *subjective feeling* および評価 (i.e. メタ認知的経験) が情報として用いられることで、脅威の知覚が生じるとともに、思考を制御する対処が動機づけられる。しかし、こうしたメタ認知的経験は、しばしば目的に反し、逆効果である。

メタ認知的方略 メタ認知的方略の例としては、脅威事態に備えるために脅威刺激に注意を向けること (脅威モニタリング)、苦痛な思考を抑制すること、ポジティブシンキングすること、気晴らしをすること (無益なコントロール方略) などが挙げられる。感情障害 (傾向) 者の主観的経験は、「制御できないこと *out of control*」である。そのため、メタ認知的方略は、一般に、思考過程を制御する試みとなる。しかし、そうした方略は、長期的には脅威の感覚を維持し、逆効果である。こうしたメタ認知的方略も、自身の認知と感情の働き方に関するメタ認知的信念によって規定されると考えられる。

まとめると、臨床メタ認知理論では、メタ認知的知識、経験、方略における不適応が合わさることで、無益な思考パターン (i.e., CAS) が生じ、それが感情障害につながると想定されている。

II-iii 臨床メタ認知理論による抑うつ概念化

ここでは、上述の臨床メタ認知理論の諸概念を用いて抑うつを整理する。最初に、抑うつの場合、CAS がどのようなものかを説明する。次に、抑うつの場合に、CAS を生じさせる原動力としてのメタ認知的信念がどのような内容かを説明する。最後に、CAS の帰結として抑うつ症状にどのような悪影響が生じるのかを説明する。

抑うつにおけるCAS 抑うつの場合、CASの構成要素である脅威モニタリング、反すう、無益なコントロール方略がどのようなことなのか、順番に見ていく。

1.抑うつにおける脅威モニタリング 抑うつの場合、脅威モニタリングは、抑うつ症状および気分変動への注目というかたちで生じる。例えば、抑うつ（傾向）者は、自己のエネルギーレベルをモニターしたり、疲労の兆候がないか確認したりする。その目的は、問題の深刻さと対処能力を見積もることである。

2.抑うつにおける反すう 抑うつにおける反すうは、ネガティブな自動思考⁵⁷、悲哀感、喪失体験をトリガーとして発動される。反すうは、悲哀感の理由を理解し、厄介な思考と感情に対処する方法を見出すことを目的とした心理的処理であり、「なぜこんな気持ちになるのだろう?」、「どうやったらましな気分になるのだろう?」と自問自答するかたちで行われる。

3.抑うつにおける無益なコントロール方略 抑うつにおいて、無益なコントロール方略は様々なかたちを取る。まず、抑うつ気分をコントロールする方略は、活動および社会的接触の回避する外顯的な行動として行われやすい⁵⁸。すなわち、活動水準を低下させる⁵⁹、睡眠時間を延長する⁶⁰、過食する⁶¹、アルコールや薬物を使用する⁶²。また、悲哀感や感情の疎隔（loss of affect）を経験している場合、自傷行為を行う⁶³。しかしながら、回避やコントロールという試みが、当の不快な感情を維持、強化してしまう。また、しつこく続く自動思考を止めるために、思考抑制という内潜在的な行動が取られやすい。思考抑制は「考えないようにする」という目標を達成しようとするものであり、思考コントロール方略との関連が強い。

抑うつにおけるメタ認知的信念 こうしたCASを発動させる原動力がポジティブなメタ

⁵⁷ ネガティブな自動思考と、それに続いて起きる反すうとの間の区別は重要である。ネガティブな自動思考は、認知療法理論では重視されるものの、臨床メタ認知モデルでは非機能的な処理スタイル（e.g., 反すう）の単なるトリガーと位置づけられる。一方、臨床メタ認知モデルでは、その処理スタイル（反すう）の方を病因として重視し、セラピーのターゲットに据える。

⁵⁸ その背後には、「反すうや休息は回復のための貴重な時間になる」という誤った信念が存在する。

⁵⁹ 背後には「休息することで気分を回復させられる」という思い込みがあると考えられる。

⁶⁰ 背後には「眠っていれば抑うつ気分を体験せずにすむ」という思い込みがあると考えられる。

⁶¹ 背後には「過食に没頭している間は抑うつ気分を体験せずにすむ」という思い込みがあると考えられる。

⁶² 背後には「意識が変容している間は抑うつ気分を体験せずにすむ」という思い込みがあると考えられる。

⁶³ 背後には自傷行為によってこれらと異なる感情を得ようとするという思い込みがあると考えられる。

認知的信念であり、非適応的な帰結を招く原動力がネガティブなメタ認知的信念である。

1. ポジティブなメタ認知的信念 脅威モニタリングの有用性の知覚 (e.g., 「抑うつ症状はうつ病のシグナルであり、脅威だから、モニターする必要がある」), 反すうの有用性の知覚 (e.g., 「抑うつ気分の克服や、問題の答えの発見法として、反すうは必要 (役立つ)」と、CAS の必要性やメリットを内容としている。トリガーの意味と原因を反すうする必要がある」), 無益なコントロールの有用性・必要性の知覚 (e.g., 「思考をコントロールしなくてはならない、さもなければ私はなにか悪いことをするだろう」, 「感情を平坦にコントロールし続けることで、感情の浮き沈みを回避することができる」, 「自分の考えは常にコントロールしていなければならない」) である。

2. ネガティブなメタ認知的信念 「反すうは制御不能、自分は心理的に脆弱、抑うつ体験は危険」と、反すうすることの危険性や害を内容としている。また、「私は、自分の心と気分をコントロールできない」, 「自分の考えをコントロールできないのは、私の弱さのしるしである」, 「自分の考えをコントロールできないようでは、何事もうまくやれないだろう」と、自分の思考や感情をコントロールできないことに対する否定的な評価を内容としている。

ポジティブなメタ認知的信念は CAS のメリットを内容としており、CAS の始発の局面に関与する。一方、ネガティブなメタ認知的信念は CAS の害を内容としており、CAS の維持と悪影響の局面に関わる。

メタ認知的信念の測度として Meta-cognitions Questionnaire (MCQ-65) (Cartwright-Hatton & Wells, 1997)が開発された。これは、5つの下位尺度 (i.e., 心配することのメリットを内容とした「positive beliefs about worry 心配に関するポジティブな信念」, 「Negative beliefs about the uncontrollability and danger of thoughts 思考の制御困難性と危険性」, 「Negative beliefs about thought in general, including themes of superstition, punishment and responsibility」, 自己の認知活動をコントロールする自信の低さを表す「cognitive confidence 認知的自信の低さ」, 自己の認知活動をモニターする必要性を表す「cognitive self-consciousness 認知的自己意識」)であった。

MCQ-65 は項目数が多いため、短縮版である MCQ-30(Wells & Cartwright-Hatton, 2004)が開発され、MCQ-65 と同様の 5 因子が得られている (ただし、「Negative beliefs about thought in general, including themes of superstition, punishment and responsibility」の名称が変更され、「beliefs about need to control thoughts」になった)。また、山田・辻(2007)による日本語版 MCQ-30 では原版と同様の 5 因子が得られている⁶⁴。田崎 & 諫早(2007)による日本語版 MCQ-30 では、「Negative beliefs about the uncontrollability and danger of thoughts」が「制御不能と消極性」と「制御不能と積極性」

⁶⁴ 5つの下位尺度の名称は、それぞれ、「ポジティブな信念」, 「統制不能な思考と危機に関するネガティブな信念」, 「思考統制の必要性に関する信念」, 「認知的自己意識」, 「認知への自信」と和訳されている。

という別個の 2 因子を構成した。しかし、田崎(2012)では、原版と同様の 5 因子として扱われている⁶⁵。本研究では「心配に関するポジティブな信念」、「思考の制御困難性と危険に関するネガティブな信念」、「思考コントロールの必要性に関する信念」、「認知的自己意識」、「認知的自信の低さ」という名称を用いる。

MCQ-65, MCQ-30 の「ポジティブな信念」、「ネガティブな信念」尺度で取り上げられた制御困難な認知は、心配であった。しかし、心配は全般性不安障害をはじめとした不安と関連が強く、抑うつと関連が強い制御困難な認知は反すうであると考えられている。そこで、反すうに特化して、ポジティブなメタ認知的信念とネガティブなメタ認知的信念を測定する尺度が開発された。反すうに関するポジティブなメタ認知的信念では、反すうすることの対処行動としてのメリットを内容とした次元性の尺度として、Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRs) (Papageorgiou & Wells, 2001b)と、Why Ruminates Scale(Watkins & Baracaia, 2001)がある。

日本でも、PBRs の邦訳である PBRs 日本語版(高野・丹野, 2010)も開発された。一方、長谷川, 金築, & 根建(2009)は、次元性の尺度である PBRs, WRS の項目に様々な内容のものが混在していること⁶⁶を問題視して、一般大学生を対象にした自由記述調査から抽出された項目をもとに、「抑うつの反すうに関するポジティブなメタ認知的信念尺度 (Positive Beliefs about Depressive Rumination Questionnaire: PBDRQ) を開発した。PBDRQ では、反すうする利益として、「問題解決能力の向上 (e.g., 「反すうすれば、問題を解決するための手段が見つかる)」と「感情制御の促進 (e.g., 「反すうすることで、気持ちに区切りがつけられる)」, 反すうしない不利益として「人生への悪影響の回避 (e.g., 「反すうしないと、問題から逃げてばかりの人生を歩むことになる)」と「現状の悪化の回避 (e.g., 「反すうしないと、問題状況を理解できない)」という 4 つの下位尺度が得られている。さらに、高抑うつ傾向者が保持しやすい信念の内容を把握するため、高抑うつ傾向者に対して実施した半構造化面接の結果から考案された項目をもとに、「反すうする理由尺度 Reasons for Rumination Inventory: RRI)」が開発された(長谷川 & 根建, 2011)。RRI では、反すうする利益として、「自己や状況の洞察 (e.g., 「反すうすることで、自分の性格の改善すべき点に分かる)」, 「将来の問題状況への準備 (e.g., 「反すうすることで、将来トラブルが起きた際に、どのような対処をすれば良いのかが分かる)」, 「共感性の増加 (e.g., 「反すうすることで、辛い思いをしている人の気持ちをわかってあげられるようになる)」, 「不快感情の予防と緩和 (e.g., 「反すうすれば、極端に落ち込むことが少なくなる)」が、

⁶⁵ 5つの下位尺度の名称は、それぞれ、「積極的信念」、「制御不能と危険」、「思考制御欲求」、「認知的自己意識」、「認知的自信」と和訳されている。

⁶⁶ 例えば、PBRs では、「自分の憂鬱な気持ちを理解するために、私は自分の問題について反すうする必要がある」と「過去について反すうすることは、私が未来の過ちや失敗を未然に防ぐのに役立つ」が同一因子に含まれている。また、WRS では、「(反すうするのは) 自分の人生に意味を見出すためだ」と「(反すうするのは) 自分の抑うつを理解しそこから立ち直る助けにするためだ」が同一因子に含まれている。

反すうしない不利益として「将来の失敗の回避 (e.g., 「反すうしないと, 間違いを犯してしてしまう回数が増える」)」、「感情の持続と悪化の回避 (e.g., 「反すうしないと, いつまでたっても気分が晴れない」)」、「性格や状況への悪影響の回避 (e.g., 「反すうしなければ, 自分にどのような欠点があるのかを把握できない」)」という下位尺度が得られている。

一方, 反すうに関するネガティブなメタ認知的信念に関しては, **Negative Beliefs about Rumination Scale (NBRS; Papageorgiou & Wells, 2001a)**が開発された。これは, 反すうの制御困難性と害 (e.g., 「Ruminating about my problems is uncontrollable」) を内容とした下位尺度である **NBRS1**, 反すうの社会的悪影響 (e.g., 「People will reject me if I ruminate」) を内容とした下位尺度である **NBRS2** から構成されている(Papageorgiou & Wells, 2003)。また, 日本でも, 反すうが思考の制御困難性, 社会的機能障害, ネガティブな思考や感情の増加につながるという内容の, 一次元性の「抑うつ反すうに関するネガティブなメタ認知的信念尺度 (Negative Beliefs about Depressive Rumination Questionnaire: NBDRQ) (長谷川 et al., 2011)が開発された。

抑うつにおける CAS の帰結

抑うつにおける CAS は, メタ認知的信念, 記憶などの認知的なメカニズム, 抑うつの認知症状, 感情症状, 身体症状に, 以下の様々な帰結をもたらす。

1.抑うつにおける脅威モニタリングの帰結 脅威モニタリングは, 自身を「熟達した脅威検出装置」に仕立て上げるプランやプログラムを強化する。すなわち, 微弱な抑うつ症状, 気分変動であっても, 重い抑うつ症状が生じる兆しとして目ざとく気がつくようになる。また, 対人的には, 相手からの拒絶や無関心をうかがわせる徴候を常に気にかける。その結果, 事実か否かは別にして, そのような徴候を検出しやすくなる。

2.抑うつにおける反すうの帰結 反すうは常にバイアスを持ち, 個人をネガティブな情報に集中させる。これは, 自己と世界に関する歪んだ印象につながる。

反すうで自問される問いの多く (e.g., 「なぜこんな落ち込んだ気持ちになるのだろう?」) には, 単一の解答や明確な答えがない。したがって問いに不確実感が伴い, それが反すうを持続させる。さらに, 反すうが脅威の感覚を活性化する結果, 抑うつは一過性でなく持続的なものになる。これらのプロセスは, 貴重な注意資源を浪費し, プレッシャー下において明快で制御された意思決定と思考を行うことを妨げる。そうして, 反すうを繰り返すことでこれらの反応の習慣強度が高まる。その結果, 反すうしていることへの気づきが低下し, 反すうが無自覚なまま進行するようになる。習慣強度の高まりと気づきの低下は, これらの心理的プロセスに対するコントロール感の喪失につながる。さらに, 反すうは, 他の自己制御認知プロセスに干渉し得る。例えば, 過去の失敗や間違いを省みることは, 今後判断を下す際に, こうした題材へのアクセシビリティを高める。

反すうの影響を検証する研究は, (a) 反すう傾向を質問紙で測定する調査によるものと, (b) 反すう誘導実験によるものとに大別される。質問紙によるものでは, 協力者の反すう

傾向を測定する質問紙（代表的なものとして Response Style Questionnaire (RSQ: Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994) を使用し、協力者のふだんの反すう傾向と、他の様々な心理的変数 (e.g., 抑うつ気分, 抑うつ症状, 認知, 社会的問題解決) との関連を、横断的ないし縦断的デザインで検証する。一方、誘導実験では、高抑うつ状態の協力者とそうでない協力者に対して、反すう誘導条件と気晴らし誘導条件とを設ける。そして、高抑うつ・反すう誘導群 (i.e., 抑うつの反すうに該当) だけが、様々な従属変数 (e.g., 感情・気分, 思考, 記憶, 社会的問題解決, 意欲) に対して悪影響を及ぼすことを示そうとする。また、研究の協力者は健常者の場合とうつ病の臨床群の場合がある。反すうが気分, 思考, 行動, 社会的問題解決にもたらすネガティブな帰結に関して、多くの知見が報告されている⁶⁷。

反すうが気分にもたらす帰結について、数多くの研究が行われている。健常群を対象とした質問紙調査では、日常的に生起する抑うつ気分に対して反すうによって対処する傾向にある人 (以下、高反すう傾向者と呼ぶ) は、気晴らしによって対処する人と比べて、抑うつ症状が重く、長期化しやすい (Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Nolen-Hoeksema et al., 1994; Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998; Schwartz & Koenig, 1996; Segerstrom, Tsao, Alden, & Craske, 2000; Wood, Saltzberg, Neale, Stone, & Rachmiel, 1990)。近親者との死別に対して反すう傾向が強かった人は、当初のうつ病レベル, ソーシャルサポート, および同時期のストレスを統制した後でも、近親者の死から 6 ヶ月後にうつ状態が深刻化した (Nolen-Hoeksema et al., 1994)。

臨床レベルの抑うつ症状について質問紙を用いて縦断調査を行った研究では、高反すう傾向者は、当初はうつ病でなくとも、1-2.5 年後に大うつ病エピソードを経験しやすく、抑うつ症状が重篤である (Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 2000)。さらに、初回評価時に臨床的うつ病と反すう傾向の両方を呈した地域の成人協力者は、1 年後に長期・重度の抑うつ症状を示し、うつ病, および不安の症状を持つ可能性が高かった (Nolen-Hoeksema, 2000a)。退院後に反すう傾向を示した単極性うつ病患者は、うつ病の症状が重く、4 ヶ月後に大うつ病エピソードの徴候を示しやすい (Kuehner & Weber, 1999)。反すう傾向がうつ病患者の経過に悪影響を及ぼすことが示唆される。

反すうの思考への帰結についても、様々な研究が行われている。健常群を対象にした反すう誘導実験では、高抑うつ・反すう誘導条件の協力者は、対人問題に悲観的な帰属を行いやすく、架空のライフイベント⁶⁸や、自分が抱えている問題に対しネガティブなバイアス含みの解釈を選択しやすい (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Lyubomirsky, Tucker,

⁶⁷ 詳細は Nolen-Hoeksema(2004)によるレビュー論文を参照。

⁶⁸ 例えば、学友会の会長選挙に立候補することなど。

Caldwell, & Berg, 1999), 人生をコントロールしていると感じづらい (Lyubomirsky et al., 1999), 最近の出来事からネガティブな記憶を多く検索し (Greenberg, Pyszczynski, Burling, & Tibbs, 1992; Lyubomirsky, Caldwell, & Nolen-Hoeksema, 1998; McFarland & Buehler, 1998), 人生でネガティブな出来事が多く起きたと回答する⁶⁹。反すう中の思考を思考発話法で捉えた研究 (Lyubomirsky et al., 1999) では, 反すうは, 最も厄介な問題を繰り返し考えるのと同時に, ネガティブで自己批判的で, その問題について自分を非難し, 自信や楽観主義が弱く, コントロール感が弱い (Lyubomirsky, Kasri, & Zehm, 2003)。

さらに, 反すうは将来の予測とも関連がある。高抑うつ-反すう誘導条件で, 未来における肯定的な出来事について, より悲観的な予測を行う (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995), 「自分の問題を解決するだろう」という予期が低い (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1998), 「楽しい活動に従事する」という予期が低い (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993) といった結果が得られている⁷⁰。

健常群を対象とした誘導実験では, 高抑うつ-反すう誘導条件で, 自己や家族にネガティブな評価を下し (Ward, Lyubomirsky, Sousa, & Nolen-Hoeksema, 2003), ネガティブなバイアスを持った記憶を想起し (McFarland & Buehler, 1998), 自らの計画に自信がなかった (Ward et al., 2003)。

健常群対象の質問紙調査では, 反すう傾向の強さは, 悲観的な帰属スタイル (i.e., ネガティブな事象を安定的, 全体的および内的な次元で説明すること), 非適応的な態度 (e.g., 悲観, コントロール予期の低さ, 完全主義), 自己批判 (e.g., 「期待に満ちていなければ価値がない」と関連がある (Spasojević et al., 2001)。地域住民を対象とした研究では, 反すう的スタイルは悲観的な物の見方 (Nolen-Hoeksema et al., 1994), 人生に対するコントロール感の弱さ (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001) と関連している。

反すうの社会的問題解決⁷¹への帰結では, 代表的なモデルである規範的モデル⁷²に即して, 反すうが 5 つの段階の目的をいかに損なうのかが検証されている。以下, 各段階の名称, 目的と, 各段階における反すうの影響を瞥見する。

第一の段階は「問題志向」であり, その目的は, 問題に直面した時に問題解決を促進する認知的構えを持つことである。(a) 問題志向性に関しては, 思考発話法を用いた研究 (Lyubomirsky et al., 1999) によると, 低抑うつ群や高抑うつ-気晴らし誘導群と比べ, 高抑うつ-反すう誘導群の思考内容は問題に焦点化されていた。(b) 問題帰属に関しては, 仮

⁶⁹ これらの研究のすべてで, 抑うつ的な協力者であっても, 気晴らしを行うと, 思考は悲観的でも否定的でもないことが分かった (On & Pyszczynski (1989), Pyszczynski, Holt, & Greenberg (1987) も参照)。

⁷⁰ これらの研究において, 気晴らしを8分間誘導された抑うつ的な協力者の, 思考における悲観度・ネガティブさは, 非抑うつ的な協力者と変わりがなかった。すなわち, 反すうすることで, 将来予測が, 「よいことが起きない」, 「嫌なことが起きる」というバイアスを受ける。

⁷¹ 社会的問題解決とは, 日常生活で直面する困難な問題を解決することである。

⁷² 問題解決能力は単一の能力でなく, 一連の過程を為す複数の個別的スキルの集合体である (D'Zurilla, 1986/1995)。その代表的モデルに, 社会的問題解決の規範的モデルがある (D'Zurilla, 1986/1995)。

想の問題（e.g., 友人の勧めで学生自治会長選挙に立候補し落選した）について、原因を説明させ、原因帰属の結果を独立な評定者が評定したところ、反すう誘導群は内的、安定的、全般的次元への帰属を行う傾向にあった（Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995）。また、思考発話法を用いた研究（Lyubomirsky et al., 1999）では、高抑うつ-反すう誘導群で問題に対し自己の責任を考える割合が高かった。反すうによって、問題の原因・責任を自己（の性格）に求めやすくなることがうかがわれる⁷³。

第二の段階である「問題定義・公式化」では、問題の性質の解明と目標設定が求められる。その際、(a) 問題の脅威・重大性を低く、(b) その解決・コントロール可能性を高く評価することが問題解決につながる。しかし、Lyubomirsky et al. (1999) では、高抑うつ-反すう誘導群だけが、現在直面する問題の重大性が高く、解決可能性が低いと評価した⁷⁴。義田（2009）は、「友だちから自分の欠点を指摘される」という問題を提示し、認知的評価測定尺度（鈴木 & 坂野, 1998）で問題に対する評価を求めたところ、日本語版 Response Style Questionnaire（名倉・橋本, 1999）のネガティブな反すう得点の高さは、脅威性の評価と正の、コントロール可能性の評価と負の相関を示した。(c) 思考発話法を用いた研究（Lyubomirsky et al., 1999）では、一般的なコントロール感（i.e., 自分が抱えた問題や life outcomes に対するコントロールの覚知）、自信（i.e., 自分が達成したことへの言及、自賛）は高抑うつ-反すう誘導群が他の 3 群より低かった。反すうによって、問題の脅威性を高く、そのコントロール可能性を低く評価すると言える。

また、目標設定に関わる将来の見通しについて、高抑うつ-反すう誘導群は他の 3 群に比べて、楽観（i.e., 将来の肯定的な出来事を期待すること）が低く（Lyubomirsky et al., 1999）、高抑うつ-反すう誘導群の大学生協力者は、卒業後の 1 年間に自分に肯定的な出来事が起きる可能性を他の 3 群よりも低く予想した（Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995）。これらの知見は、反すうによって肯定的未来像の予期が困難になる可能性を示唆する。問題解決においては、今抱えた問題を脱して将来どのような状態を達成したいのかが明確にイメージできないため、これからどう行動していいのか解決策が決まらない。その結果「どう（行動）したらいいのだろうか？」と考えこまざるを得ないのかもしれない。

第三の段階である「解決策の案出」では、解決策の候補をできるだけ多く考え出すこと（i.e., 量の原則）が求められる。しかし、高反すう傾向者は案出する解決策の数が少なく（Morrow, 1990）、量の原則に反している。

第四の段階である「意思決定」では、第三の段階で案出された複数の解決策を様々な観点で比較し、最良のものを選択する。解決策評価の観点として、結果予期（i.e., ある解決策が問題を解決にどの程度有効か）と自己効力予期（i.e., ある解決策を自分がどの程度実

⁷³ Greenberg et al. (1992)は、高抑うつ者であっても成功後に自己注目、失敗後に他者注目させると、低抑うつ者と同様、成功時に内的次元に帰属を行った。そして高抑うつ者が成功時に内的次元への帰属が低下するのは、成功時に外的注目、失敗時に自己注目させた場合であることを示した。

⁷⁴ 高抑うつ-気晴らし誘導群では重大性、解決可能性とも低抑うつ傾向群と同程度であった。

行可能か) が代表的である。協力者が実際に抱える問題や仮想の問題に対して解決策を案出させ、その結果予期を評価させると、高抑うつ・反すう誘導群でも結果予期は他の 3 群と同程度に保たれており、役に立つと評価していた (Lyubomirsky et al., 1993)。

第五の段階である「実行と効果の検証」では、第四の段階で選択された解決策を、実際に、速やかに遂行することが重要である。それによって問題を解決し、感情の問題も解消され得る。解決策を遂行しない間は、よくて現状維持、悪ければ状況が悪化するであろう。しかし、反すうによって、解決策を実行する意欲が損なわれる。高抑うつ・反すう誘導群は身近な問題であれ、仮想的な問題であれ、結果予期は低下しないにもかかわらず、解決策を実行に移す可能性が低いと回答した (Lyubomirsky et al., 1999)。反すう傾向者は、楽しい活動が気分改善に有用と認識していても、実行しないと述べた (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993)。さらに、高反すう傾向の女性は、乳房の凝りに気づいても、低反すう傾向の女性よりも受診が 2 ヶ月遅く⁷⁵、深刻な結果を招く (Lyubomirsky, Kasri, Chang, & Chung, 2006)。また、大学生をコミュニティの問題解決⁷⁶に携わらせた際、反すう傾向者は、非反すう傾向者よりも、考案した計画の実行に消極的であった (Ward et al., 2003)。まとめると、反すう傾向者に意欲の問題があるため、解決策の実行や、適切な行為をとらない可能性がある。

3. 抑うつにおける無益なコントロール方略の帰結

抑うつを生じる可能性がある外的、内的な事象をコントロールしようとすることは、以下の帰結を生む。まず、活動や社会的接触を回避することは、かえって孤独感を募らせる。睡眠時間を延長すると、寝てばかりいたことで自分を責める。過食やむちゃ食いをする女子大生 (Skinner, Haines, Austin, & Field, 2012)、むちゃ食いをする大学生 (Reyes-Rodríguez et al., 2010) はその後に抑うつ症状を発しやすい、むちゃ食い行動をする女子大生はその後に自己卑下が募る (島谷・椿, 2013) など、過食は抑うつを招く。アルコールを数日間に渡り継続的に摂取することで、直接的な薬理作用により抑うつ症状様の状態が生じる (湯本・樋口, 2015)。つまり、回避やコントロールという試みが、当の抑うつを維持、強化してしまう。

思考抑制することによって、望まない思考が止めようとしても、意に反してリバウンド効果が生じる。さらに、この局面が「コントロールの喪失」と解釈される (e.g., 「考えをコントロールできないのは、自分が弱いせいだ」という誤帰属) (Magee, Harden, & Teachman, 2012)。

⁷⁵ 反すうと受診の遅れの関係は、不安やがん関連の恐怖によって媒介されなかった。

⁷⁶ 大学の住宅システムを見直したり、コースのカリキュラムを改善したりする計画を立てること。

II-iii-i 抑うつのメタ認知モデル

Wells(2009/2012)によると、抑うつの臨床メタ認知モデルにおいて重要な特徴は以下の4つである。

- (1) ポジティブなメタ認知的信念：「抑うつ気分の克服や、問題の答えの発見法として、反すうは必要（役立つ）」
- (2) ネガティブなメタ認知的信念：「反すうは制御不能であり、自分は心理的に脆弱であり、抑うつ体験は危険である」
- (3) 反すうに関するメタ認知的気づきの弱さ
- (4) CAS（脅威モニタリング、反すう、無益なコントロール方略）

これら4つが、以下のように組み合わさることによって、抑うつが増強・維持されると考えられる。まず、ネガティブな自動思考や、誰にでもある軽微な抑うつ体験（疲労、意欲の低下、悲哀感）がトリガーとなって、CASのメリットや必要性を認める「ポジティブなメタ認知的信念」が活性化される。その内容は、「トリガーとなった軽微な抑うつの意味と原因を反すう（brooding）する必要がある」（反すうの有用性の知覚）、「抑うつ症状はうつ病のシグナルであり、脅威だから、モニターする必要がある」（脅威モニタリングの有用性の知覚）、「感情を平坦にコントロールし続けることで、感情の浮き沈みを回避することができる」（不適切なコントロールの有用性の知覚）といったものである。その結果、抑うつ症状の原因と意味、生活状況について考え込むこと（反すう）が持続される。その帰結として、抑うつ症状が持続、増強される。

こうして抑うつ症状が持続すると、今度は、抑うつの思考や症状がコントロール困難であるという内容の「ネガティブなメタ認知的信念」が活性化され、「抑うつはコントロールできない」という思い込みが顕在化する。その結果、反すうが維持され、無益なコントロール方略を行う。

II-iii-ii AMC モデル

認知の歪み理論の ABC モデルでは、外的事象 (Activating event) をトリガーとして、潜在していた自己スキーマが活性化され、自動思考が起きる (Belief)。その結果、感情や行為面の症状という帰結 (Consequences) が生じると想定された。これに対して、AMC モデルでは、内的事象 (i.e., 侵入思考) (=Activating event) をトリガーとして、メタ認知的信念が活性化され CAS が起きる (Metacognitive Belief と CAS)。そして、CAS によって、感情や行為面の症状という帰結 (Consequences) が生じると想定されている (Figure II - ii AMC モデル)。

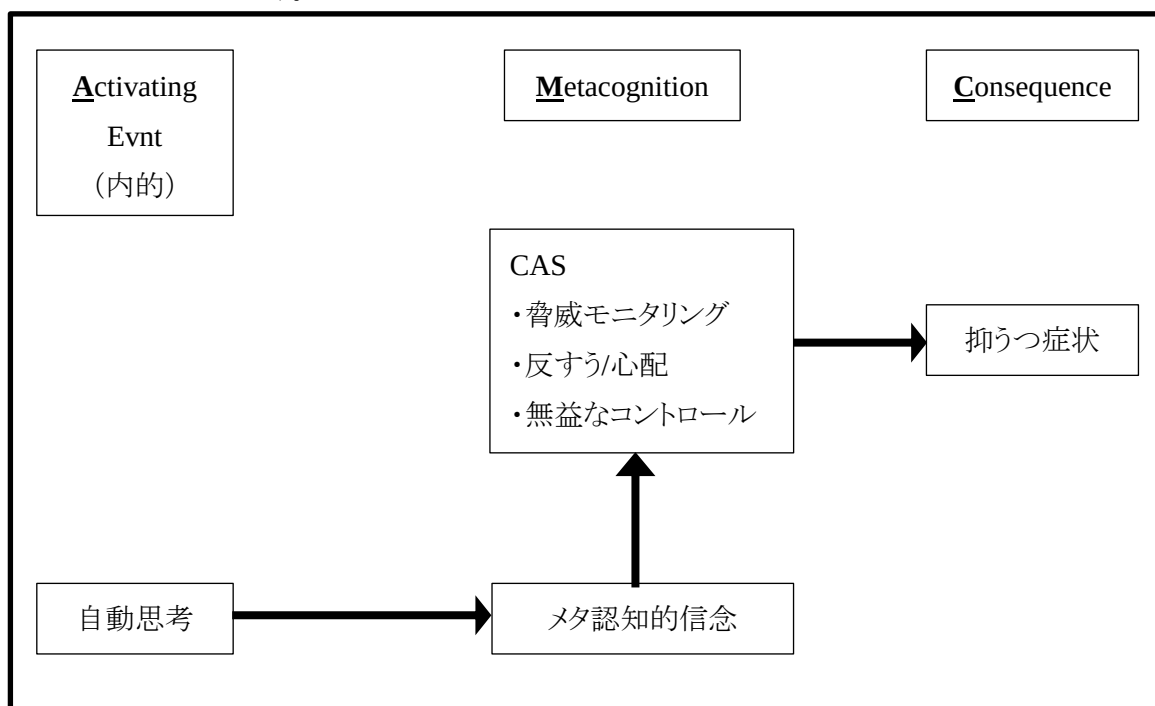


Figure II - ii AMC モデル

ABC モデルと比べると、AMC モデルは、認知の制御困難性に着目したモデルである。すなわち、症状を導く顕在的な認知として、内容が強調された自動思考に替わって、制御困難性を強調した CAS が導入された。また、こうした認知の制御困難性をもたらす要因として、自己スキーマでなく、メタ認知的信念が導入された。さらに、このメタ認知的信念 (認知構造) を活性化させるのは、外的事象でなく、内的事象 (i.e., 侵入思考) であると考えられている。つまり、AMC モデルの始発条件は、外的事象ではなく、内的な認知的事象である。そのため、AMC モデルは ABC モデルの下流において始まると考えることができる。すなわち、ABC モデルの B (自動思考) が、AMC モデルの A になる。その意味で、AMC モデルは、ABC モデルを後方へ拡張したものと考えられる。

II-iii-iii 感情障害の認知理論と臨床メタ認知理論

との共通点・相違点

Wells(2000, 2009)をもとに、様々な観点から感情障害の認知理論と臨床メタ認知理論とを比較した結果を、以下の Table II-i に記した。

第一に、双方の理論における病理の中核を比較する。感情障害の認知理論では、認知の内容（何を考えるか）に焦点を当て、不安、抑うつなどの感情や、不安障害、気分障害を持つ人の問題は、(自動)思考の内容の歪みとして顕在化し(e.g., 抑うつであれば「喪失」、不安であれば「脅威」、パニック障害であれば「身体感覚」)、人はそのテーマに関係する事象をコントロールしようとする、と考えられている(e.g., 抑うつであれば、喪失をもたらしたかもしれない自分の側の要因について振り返りを繰り返したり、喪失を回復しようしたりする。不安であれば脅威を生じさせる物事を回避しようとする。パニック障害であれば、身体感覚の微小な違和感を検出し、それを生じさせる環境を回避しようとする)。これに対して、臨床メタ認知理論では、認知の制御（どのように考えるか）に焦点を当て、個々の感情や障害を持つ人の問題は、認知の内容ではなく、CAS という、制御困難な認知として顕在化するのであり、認知システムの挙動こそが、人がコントロールしようと躍起になる事柄である、と考えられている。

第二に、双方の理論における、スキーマや信念の位置づけを比較する。感情障害の認知理論では、スキーマや信念は、自動思考を生み出す基盤である。一方、臨床メタ認知理論では、認知の不適切な処理操作を生じさせ、持続させる基盤である。また、感情障害の認知理論では、スキーマや信念を活性化するのは、外的事象であると考えられているのに対して、臨床メタ認知理論では、自動思考をはじめとした内的事象であると考えられている。

第三に、双方の理論における、介入・セラピーの目的を比較する。感情障害の認知理論では、歪んだ思考の根拠を調べ、その妥当性を検証することを通じて、思考の内容を中和、変容することが目的となる。これに対して、臨床メタ認知理論では、CAS という有害無益な処理スタイルを除去し、自身の認知的活動をコントロールできるようになることが目的となる。

Table II - i 感情障害の認知理論と臨床メタ認知理論の比較

	感情障害の認知理論	臨床メタ認知理論
モデル	Activating event(外的事象)→ Belief→Consequences	Activating event (内的事象)→ Metacognition→Consequences
病理の中核について		
焦点	何を考えるか (思考の内容, テーマ)	どのように考えるか (認知や思考の制御の仕方)
認知の何が問題か	内容の歪み 各障害に特徴的な事柄 (思考内容に顕現)	制御困難性 認知活動(注意, 思考)
自己の何がコントロールの 対象となるか	・抑うつ-喪失 ・不安-脅威 ・パニック障害-身体感覚 ・社会不安-見られる自己	Cognitive-Attentional Syndrome ・脅威モニタリング ・心配/反すう ・無益なコントロール
スキーマや信念について		
スキーマや信念の位置づけ	思考を生み出す基盤, 母体	認知領域における不適切な処理操作 を生じさせ, 持続させる基盤
スキーマや信念を 活性化するのは何か	外的事象(状況)	内的事象 (自動思考)
介入やセラピーについて		
介入・セラピーの目的	根拠と妥当性の検証による, 思考内容の変容, 中和	有害無益な処理スタイル(CAS)の 除去。認知的活動のコントロール

AppendixIII 自己記述課題の教示

この調査は、あなたが自分自身をどのように認識しているか調べるためのものです。はじめの課題は、あなたという人のいろいろな側面を書き出すことです。それはどんなものでもかまいません。いろいろな側面の中で、あなたにとって意味があるもの、重要なものだけを、ページの下欄に書きこんでください。‘側面’がどんなものか考えにくい場合は、自分にはどんな役割があるか、自分にはどんな人間関係があるか、自分はどんな活動や行動をしているか、自分はどんな目標を持っているか、自分はどんな人からか、といったことを考えてみてください。いろいろなものが思い浮かぶかもしれませんが、その中で、あなたにとって意味があるもの、重要なものだけを選んで書きこんでください。制限時間はありませんので、ご自分のペースで書き込んでください。側面の数は多くても少なくてもかまいませんが、あなたにとって意味があるもの、重要なものだけを書きこんでください。もしも重要な側面がたくさんある場合は、自分で番号を書いて記入してください。(被験者の大半がこの作業を終えるまで待つ)。それではページをめくってください。今書いた①を‘側面①’に、②を‘側面②’にというように、順番に書き写してください。用紙が足りない方は、余分の用紙を差し上げますので手を挙げてください。書き写す作業が終わった方は、用紙を裏返し、手を休めて待っていてください。こちらから合図があるまで次の作業をしないでください。(大半の被験者がこれを終えるまで待つ) 側面①と印刷されたページを開けてください。次の課題は、今書いてもらったあなたの側面について尋ねるものです。あなた自身の側面①にはどの言葉が当てはまりますか。当てはまる番号に○をつけてください。いくつ○をつけてもかまいません。側面①が終わったら側面②に進んでください。では、始めてください。

AppendixIV TCQ-Jの教示

たいていの人には、「考えたくない、不快な思考（考え）」が浮かぶことがあります。

その思考の特徴は次のようなものです。

- ・侵入してくる：あなたの意思で生じるというより、不意に、勝手に意識の中に割りこんできた感じがする。

- ・さまたげになる：それまで考えていたことやしていたことが、その思考が生じたために、さまたげられてしまう。

- ・マイナスの感情：それが生じるとマイナスの感情（例えば不安、イライラ、憂うつ、罪悪感など）を経験する。

- ・かたち：言葉のこともあれば、イメージ（何かの場面の絵・写真や、ストーリーのある映像）であることや、何かをしそうになる衝動のこともある。

こうした考えはうまくコントロールするのが難しい場合もあります。私たちは、あなたが通常こうした考えをどのような方法でコントロールしているのかに関心があります。こうした考えをコントロールするために人が行ういろいろなことを、以下にまとめました。以下の文を一つずつよく読んで、それぞれの方法をどのくらい頻繁に使うか、当てはまる数字に○をつけてください。正解・不正解はありません。あまり考えすぎように気をつけてください。

引用文献

- Abela, J. R. Z., & Véronneau-McArdle, M. (2002). The relationship between self-complexity and depressive symptoms in third and seventh grade children: a short-term longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30*, 155–166.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., & Tolin, D. F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 529–540. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00026-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00026-8)
- Abresch, R. T., Carter, G. T., Jensen, M. P., & Kilmer, D. D. (2002). Assessment of pain and health-related quality of life in slowly progressive neuromuscular disease. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *19*, 39–48. <https://doi.org/10.1177/104990910201900109>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
(アメリカ精神医学会 高橋 三郎(訳) (1982). DSM-III 精神障害の分類と診断の手引 医学書院)
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
(アメリカ精神医学会 高橋 三郎・大野 裕・染矢 俊幸 (訳) (1996). DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 775–777.
- 安藤 孟梓・古川・和洋・坂野 雄二 (2009). 不快な侵入思考やイメージに対する対処方法が病理的心配に及ぼす影響——大学生を対象とした研究——. 日本心身医学会北海道支部第 34 回例会プログラム抄録集, 28.
- Attneave, F. (1959). *Applications of information theory to psychology: A summary of basic concepts, methods, and results*. New York: Holt Dryden.
- Beck, A. T. (1971). Cognition, Affect, and Psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, *24*, 495–500. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1971.01750120011002>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
(ベック, A. T. 大野 裕(訳) (1990). 認知療法——精神療法の新しい発展—— 岩崎学術出版社)

- Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening Depressed Patients in Family Practice. *Postgraduate Medicine*, *52*, 81–85.
<https://doi.org/10.1080/00325481.1972.11713319>
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*, 179–183.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.96.3.179>
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias - A cognitive perspective*. N: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 893–897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
 (ベック, A. T. 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., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561–571.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, R., & Perkins, T. S. (2001). Cognitive Content-Specificity for Anxiety and Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, *25*, 651–663.
<https://doi.org/10.1023/A:1012911104891>
- Belloch, A., Morillo, C., & Garcia-Soriano, G. (2009). Strategies to control unwanted intrusive thoughts: which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder? *Cognitive Therapy and Research*.
- Bennett, S. A., Beck, J. G., & Clapp, J. D. (2009). Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 1018–1023.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.015>
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, *8*, 75–90.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 9–16.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, *36*, 129–148.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.36.2.129>

- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford Press.
- Bushby, K. M. D., Pollitt, C., Johnson, M. A., Rogers, M. T., & Chinnery, P. F. (1998). Muscle pain as a prominent feature of facioscapulohumeral muscular dystrophy (FSHD): Four illustrative case reports. *Neuromuscular Disorders*, *8*, 574–579. [https://doi.org/10.1016/S0960-8966\(98\)00088-1](https://doi.org/10.1016/S0960-8966(98)00088-1)
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about Worry and Intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its Correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*, 279–296. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00011-X)
- Clark, D. A. (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders: theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: a test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 958–964. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.6.958>
- Clark, D. A., & Rhyno. (2005). Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals: Implications for clinical disorders. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders: Theory, Research, and Treatment* (pp. 1–29). New York: Guilford Press.
- (クラーク, D.A.・ライノ, S. (2006). 健常者にみられる侵入思考: 臨床的障害との関連性. クラーク, D. A. (編) 丹野 義彦 (監訳), 侵入思考—雑念はどのように病理へと発展するのか— (pp. 1–36) 星和書店)
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, *23*, 129–138. [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(94\)00457-0](https://doi.org/10.1016/0029-7844(94)00457-0)
- Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2005). Thought Control Strategies in Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *29*, 47–56. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1647-x>
- D’Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer Pub. Co.
- (ズリラ, T. J. 丸山 晋 (監訳) (1995). 問題解決療法—臨床的介入への社会的コンピテンス・アプローチ— 岩崎学術出版社)
- Daut, R. L., Cleeland, C. S., & Flanery, R. C. (1983). Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain*, *17*, 197–

- Dryden, W., & Rentoul, R. (1991). *Adult Clinical Problems: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- (ドライデン, W.・レントウル, R. 丹野 義彦(監訳). (1996). 認知臨床心理学入門—認知行動アプローチの実践的理解のために— 東京大学出版会)
- Dunlosky, J., & Metcalfe, J. (2009). *Metacognition*. Los Angeles: Sage.
- (ダンロスキー, J.・メトカルフェ, J. 湯川 良三・金城 光・清水 寛之(訳) (2010). メタ認知—基礎と応用— 北大路書房)
- Ehring, T., & Watkins, E. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*, 192–205. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.192>
- Engel, J. M., Kartin, D., Carter, G. T., Jensen, M. P., & Jaffe, K. M. (2009). Pain in youths with neuromuscular disease. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, *26*, 405–412. <https://doi.org/10.1177/1049909109346165>
- Fehm, L., & Hoyer, J. (2004). Measuring Thought Control Strategies: The Thought Control Questionnaire and a Look Beyond. *Cognitive Therapy and Research*, *28*, 105–117. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000016933.41653.dc>
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *43*, 522–527. <https://doi.org/10.1037/h0076760>
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, *34*, 906–911. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.34.10.906>
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PCTI): Development and validation. *Psychological Assessment*, *11*, 303–314. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>
- Fujino, H., Saito, T., Takahashi, M. P., Takada, H., Nakayama, T., Ogata, K., ... Matsumura, T. (2018). Validation of The Individualized Neuromuscular Quality of Life in Japanese patients with myotonic dystrophy. *Muscle and Nerve*, *58*, 56–63. <https://doi.org/10.1002/mus.26071>
- 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.
- 福井 至 (1998). Depression and Anxiety Cognition Scale (DACS) の開発. 行動療法研究, *24*, 57–70.

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *46*(11), 1006–1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, *46*(11), 1012–1016.
- Gotlib, I. H., & McCann, C. D. (1984). Construct accessibility and depression: an examination of cognitive and affective factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, *47*, 427–439. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.2.427>
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Burling, J., & Tibbs, K. (1992). Depression, self-focused attention, and the self-serving attributional bias. *Personality and Individual Differences*, *13*, 959–965. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90129-D](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90129-D)
- Guthrie, R., & Bryant, R. (2000). Attempting suppression of traumatic memories over extended periods in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 899–907.
- Guy-Coichard, C., Nguyen, D. T., Delorme, T., & Boureau, F. (2008). Pain in Hereditary Neuromuscular Disorders and Myasthenia Gravis: A National Survey of Frequency, Characteristics, and Impact. *Journal of Pain and Symptom Management*, *35*, 40–50. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.041>
- Halvorsen, M., Hagen, R., Hjemdal, O., & Eriksen, M. S. (2014). Metacognitions and Thought Control Strategies in Unipolar Major Depression: A Comparison of Currently Depressed, Previously Depressed, and Never-Depressed Individuals. *Cognitive Therapy and Research*, *39*, 31–40. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9638-4>
- Halvorsen, M., Hagen, R., Hjemdal, O., Eriksen, M. S., Sørli, Å. J., Waterloo, K., ... Wang, C. E. A. (2014). Metacognitions and Thought Control Strategies in Unipolar Major Depression: A Comparison of Currently Depressed, Previously Depressed, and Never-Depressed Individuals. *Cognitive Therapy and Research*, *39*, 31–40. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9638-4>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, *32*, 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *23*, 56–62.
- Hammarberg, M. (1992). Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder:

- Psychometric Properties. *Psychological Assessment*, 4, 67–76.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.67>
- 長谷川 晃・根建 金男 (2011). 抑うつ的反すうと関連する信念の内容. *感情心理学研究*, 18, 151–162.
- 長谷川 晃・金築 優・井合 真海子・根建 金男 (2011). 抑うつ的反すうに関するネガティブな信念と抑うつとの関連性. *行動医学研究*, 17, 16–24.
- 長谷川 晃・金築 優・根建 金男 (2009). 抑うつ的反すうに関するポジティブな信念の確信度と抑うつ的反すう傾向との関連性. *パーソナリティ研究*, 18, 21–34.
<https://doi.org/https://doi.org/10.2132/personality.18.21>
- 林 文俊・堀内 孝 (1997). 自己認知の複雑性に関する研究--Linville の指標をめぐって. *心理学研究*, 67, 452–457.
- Harper, P. (2009). *Myotonic dystrophy* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
(ハーパー, P. S. 川井 充・大矢 寧(訳) (2015). 筋強直性ジストロフィー 改訂第2版 —患者と家族のためのガイドブック— 診断と治療社.)
- Hayes, S. C. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Haythornthwaite, J. A., Clark, M. R., Pappagallo, M., & Raja, S. N. (2003). Pain coping strategies play a role in the persistence of pain in post-herpetic neuralgia. *Pain*, 106, 453–460. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.09.009>
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389–395. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.
- 池田 寛人・宮崎 球一・松野 航大・根建 金男 (2017). 大学生における、心配の影響を含めた抑うつ の メタ認知モデルの検討. *行動医学研究*, 23, 24–31.
<https://doi.org/10.11331/jjbm.23.24>
- Ingram, R. E. (1989). Unique and Shared Cognitive Factors in Social Anxiety and Depression: Automatic Thinking and Self-Appraisal. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 198–208. <https://doi.org/10.1521/jscp.1989.8.2.198>
- Ingram, R. E., Kendall, P. C., Siegle, G., Guarino, J., & McLaughlin, S. C. (1995). Psychometric Properties of the Positive Automatic Thoughts Questionnaire. *Psychological Assessment*, 7, 495–507. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.495>
- Ingram, R. E., Slater, M. a., Atkinson, J. H., & Scott, W. (1990). Positive automatic

- cognition in major affective disorder. *Psychological Assessment*, *2*, 209–211. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.2.209>
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffel, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive ± compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*, 181–195.
- Jensen, M. P., Abresch, R. T., Carter, G. T., & McDonald, C. M. (2005). Chronic pain in persons with neuromuscular disease. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *86*, 1155–1163. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.028>
- Jensen, M. P., Hoffman, A. J., Stoelb, B. L., Abresch, R. T., Carter, G. T., & McDonald, C. M. (2008). Chronic pain in persons with myotonic dystrophy and facioscapulohumeral dystrophy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *89*, 320–328. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.08.153>
- Jensen, M. P., Karoly, P., & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*, *27*, 117–126. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(86\)90228-9](https://doi.org/10.1016/0304-3959(86)90228-9)
- Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2007). Mood regulation in depression: Differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 484–490. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.484>
- Just, N., & Alloy, L. (1997). The Response Styles Theory of Depression: Tests and an Extension of the Theory. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 221–229.
- Kaspi, S. P., McNally, R. J., & Amir, N. (1995). Cognitive processing of emotional information in posttraumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *19*, 433–444. <https://doi.org/10.1007/BF02230410>
- Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A., & Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, *37*, 51–56. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90152-8](https://doi.org/10.1016/0304-3959(89)90152-8)
- Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Williams, D. A., Gil, K. M., Mitchell, D., Robertson, C., ... Helms, M. (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: A comparative study. *Behavior Therapy*, *21*, 49–62. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80188-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80188-1)
- Kendall, P. C., Howard, B. L., & Hays, R. C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 583–598. <https://doi.org/10.1007/BF01176069>
- Klepsch, R., Zaworka, W., Hand, I., Lünenschloss, K., & Jauering, G. (1993).

Hamburger Zwangsinventar—Kurzform (HZI-K). Manual [Hamburg Inventory for obsessive-compulsive disorders—short form]. Göttingen: Beltz.

小林 正法・服部 陽介・上野 泰治・川口 潤 (2016). 日本語版 Thought Control Ability Questionnaire の作成及び信頼性・妥当性の検討. *心理学研究*, *87*, 405–414. <https://doi.org/10.4992/jjpsy.87.15217>

Kuehner, C., & Weber, I. (1999). Responses to depression in unipolar depressed patients: An investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine*, *29*, 1323–1333. <https://doi.org/10.1017/S0033291799001282>

Kuiper, N. A., & Derry, P. A. (1982). Depressed and nondepressed content self-reference in mild depressives. *Journal of Personality*, *50*, 67–80. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1982.tb00746.x>

黒田 彩加・友惠 眞理子・富田 望・岸野 有里・荒木 美乃里・樋沼 友子・熊野 宏昭 (2015). メタ認知的観点から見た抑うつ症状と心配の関連性の検討. *早稲田大学臨床心理学研究*, *15*, 65–72.

Larsen, K. E., Schwartz, S., Whiteside, S. P. H., Khandker, M., Moore, K. M., & Abramowitz, J. S. (2006). Thought Control Strategies Used by Parents Reporting Postpartum Obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *20*, 435–446. <https://doi.org/10.1891/jcpiq-v20i4a007>

LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, *69*, 51–66.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linville, P. W. (1985). Self-Complexity and Affective Extremity: Don't Put All of Your Eggs in One Cognitive Basket. *Social Cognition*, *3*, 94–120. <https://doi.org/10.1521/soco.1985.3.1.94>

Linville, P. W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 663–676.

Lobban, F., Haddock, G., Kinderman, P., & Wells, A. (2002). The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences*, *32*, 1351–1363. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00123-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00123-4)

Locke, K. D. (2003). *H* as a measure of complexity of social information processing. *Personality and Social Psychology Review*, *7*, 268–280.

Luciano, J., & Algarabel, S. (2006). Individual differences in self-reported thought control: The role of the repressive coping style. *Psicothema*, *18*, 228–231.

- Luciano, J., Algarabel, S., Tomas, J., & Martinez, J. (2005). Development and validation of the thought control ability questionnaire. *Personality and Individual Differences, 38*, 997–1008. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.06.020>
- Luciano, J., Belloch, A., Algarabel, S., Tomás, J. M., Morillo, C., & Lucero, M. (2006). Confirmatory factor analysis of the white bear suppression inventory and the thought control questionnaire a comparison of alternative models. *European Journal of Psychological Assessment, 22*, 250–258. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.4.250>
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 166–177. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.1.166>
- Lyubomirsky, S., Kasri, F., Chang, O., & Chung, I. (2006). Ruminative response styles and delay of seeking diagnosis for breast cancer symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 276–304. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.3.276>
- Lyubomirsky, S., Kasri, F., & Zehm, K. (2003). Dysphoric rumination impairs concentration on academic tasks. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 309–330. <https://doi.org/10.1023/A:1023918517378>
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 339–349.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 176–190. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.1.176>
- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D., & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of depressive rumination. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 1041–1060. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.1041>
- Magee, J. C., Harden, K. P., & Teachman, B. A. (2012). Psychopathology and thought suppression: A quantitative review. *Clinical Psychology Review, 32*, 189–201. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.001>
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 563–569. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90104-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90104-4)
- McCracken, Lance, M. (2005). *Contextual Cognitive-behavioral Therapy for Chronic pain*. Seattle, WA: IASP Press.

- McEvoy, P. M., & Brans, S. (2013). Common versus unique variance across measures of worry and rumination: predictive utility and mediational models for anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, *37*, 183–196. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9448-5>
- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E. J., & Moulds, M. L. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 509–519. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.008>
- McFarland, C., & Buehler, R. (1998). The impact of negative affect on autobiographical memory: the role of self-focused attention to moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 1424–1440.
- McKay, D., & Greisberg, S. (2002). Specificity of measures of thought control. *The Journal of Psychology*, *136*, 149–160. <https://doi.org/10.1080/00223980209604146>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 487–495.
- Miró, J., Gertz, K. J., Carter, G. T., & Jensen, M. P. (2014). Pain location and intensity impacts function in persons with myotonic dystrophy type 1 and facioscapulohumeral dystrophy with chronic pain. *Muscle & Nerve*, *49*, 900–905. <https://doi.org/10.1002/mus.24079>
- Miró, J., Raichle, K. A., Carter, G. T., O'Brien, S. A., Abresch, R. T., McDonald, C. M., & Jensen, M. P. (2009). Impact of biopsychosocial factors on chronic pain in persons with myotonic and facioscapulohumeral muscular dystrophy. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *26*, 308–319. <https://doi.org/10.1177/1049909109335146>
- Morís, G., Wood, L., Fernández-Torrón, R., González Coraspe, J. A., Turner, C., Hilton-Jones, D., ... Evangelista, T. (2017). Chronic pain has a strong impact on quality of life in facioscapulohumeral muscular dystrophy. *Muscle & Nerve*, *57*, 380–387. <https://doi.org/10.1002/mus.25991>
- Morrison, A., & Wells, A. (2000). Thought control strategies in schizophrenia: a comparison with non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 1205–1209.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Horselenberg, R. (1996). Individual differences in thought suppression on the WBSI. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 501–513. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00005-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00005-8)
- 名倉 祥文・橋本 幸 (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

- て 健康心理学研究, 12, 1-11.
- 中尾 達馬・加藤 和生 (2004). “一般他者”を想定した愛着スタイル尺度の信頼性と妥当性の検討. 九州大学心理学研究, 5, 19-27.
- 西川 大志・松永 美希・古谷 嘉一郎 (2013). 反すうが自動思考と抑うつに与える影響. 心理学研究, 84, 451-457.
- 西野 一三. (2017). 筋疾患. 医療情報科学研究所 (編) 病気がみえる (vol.7) 脳・神経 第2版 (pp. 372-397) メディックメディア
- Neenan, M., & Dryden, W. (2004). *Cognitive therapy: 100 key points and techniques*. Brunner-Routledge.
- (ニーナン, M.・ドライデン, W. 石垣 琢磨・丹野 義彦(監訳) (2010). 認知行動療法100のポイント 金剛出版)
- Nieto, R., Raichle, K. A., Jensen, M. P., & Miró, J. (2012). Changes in pain-related beliefs, coping, and catastrophizing predict changes in pain intensity, pain interference, and psychological functioning in individuals with myotonic muscular dystrophy and facioscapulohumeral dystrophy. *The Clinical Journal of Pain, 28*, 47-54. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31822019b1>
- 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. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504-511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response styles theory. Papageorgiou, C., Wells, A (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (pp. 107-124). Chichester: Wiley.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). “Thanks for sharing that”: Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 801-814. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.801>
- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly, 25*, 37-47. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00005>
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 1061-1072. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.1061>
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta

- Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 115–121.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, *7*, 561–570. <https://doi.org/10.1080/02699939308409206>
- 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.
- 野村 総一郎 (2002). ぐるぐる思考よ、さようなら—気持ちがのびのびとする心のストレッチ. 文春ネスコ.
- On, A., & Pyszczynski, T. (1989). Depression, self-focused attention, and the negative memory bias. *57*, 351–357. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90129-D](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90129-D)
- 小沢 一雅 (1980). 情報理論の基礎 国民科学社.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *1*, 267–278. <https://doi.org/10.1002/cpp.5640010502>
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (1999a). Dimensions of depressive rumination and anxious worry: A comparative study. In *33rd Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Toronto*.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (1999b). Process and meta-cognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *6*, 156–162. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<156::AID-CPP196>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<156::AID-CPP196>3.0.CO;2-A)
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001a). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, *8*, 160–164. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80012-3](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80012-3)
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001b). Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, *32*, 13–26. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80041-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80041-1)
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). Papageorgiou, Wells. 2003. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression.pdf. *Cognitive Therapy and Research*, *27*, 261–273. <https://doi.org/10.1023/A:1023962332399>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.5.994>

- Rassin, E., & Diepstraten, P. (2003). How to suppress obsessive thoughts. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 97–103.
- Reyes-Rodríguez, M. L., Franko, D. L., Matos-Lamourt, A., Bulik, C. M., Von Holle, A., Cámara-Fuentes, L. R., ... Suárez-Torres, A. (2010). Eating disorder symptomatology: Prevalence among latino college freshmen students. *Journal of Clinical Psychology, 66*, 666–679. <https://doi.org/10.1002/jclp.20684>
- Reynolds, M., & Wells, A. (1999). The Thought Control Questionnaire--psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychological Medicine, 29*, 1089–1099.
- 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. <https://doi.org/10.1023/A:1018713313894>
- Roussis, P., & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences, 40*, 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.019>
- Sadjadi, R., Vincent, K. A., Carr, A. J., Walburn, J., Brooks, V. L., Pandya, S., ... Rose, M. R. (2011). Validation of the individualised neuromuscular quality of life for the USA with comparison of the impact of muscle disease on those living in USA versus UK. *Health and Quality of Life Outcomes, 9*, 114. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-114>
- Sakaki, M. (2004). Effects of self-complexity on mood-incongruent recall. *The Japanese Psychological Research, 46*, 127–134. <https://doi.org/10.1111/j.0021-5368.2004.00244.x>
- 坂本 真士 (1997). 自己注目と抑うつ の社会心理学 東京大学出版会.
- 坂本 真士・田中 江里子・丹野 義彦・大野 裕 (2004). Beck の抑うつモデルの検討 : DAS と ATQ を用いて 日本大学心理学研究, *25*, 14–23.
- 坂野 雄二・鈴木 伸一・浅野 桂子・海老原 由香・小林 みずき・嶋田 洋徳 (1996). 認知行動療法における認知的変数の検討 早稲田大学人間科学研究, *9*, 143–162.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua inventory. *Behaviour Research and Therapy, 26*, 169–177.
- 三宮 真智子 (2008). メタ認知研究の背景と意義 三宮 真智子 (編) メタ認知——学習力を支える高次認知機能—— (pp. 1–16) 北大路書房
- 佐藤 徳 (1999). 自己表象の複雑性が抑鬱及びライフイベントに対する情緒反応に及ぼす

緩衝効果について 教育心理学研究, 47, 131–140.

- Schwartz, J. A. J., & Koenig, L. J. (1996). Response styles and negative affect among adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 13–36. <https://doi.org/10.1007/BF02229241>
- Scott, W. A. (1969). Structure of natural cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, 261–278.
- Segerstrom, 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. <https://doi.org/10.1023/A:1005587311498>
- Sibrava, N. J., & Borkovec, T. D. (2008). The Cognitive Avoidance Theory of Worry. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment* (pp. 239–256). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470713143.ch14>
- 島谷 まき子・椿 徳子 (2013). 大学生女子のむちゃ食い行動中の気分の認知の変化 昭和女子大学生生活心理研究所紀要, 15, 21–32.
- 清水 秀美・今栄 国晴. (1981). STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY の日本語版(大学生用)の作成 教育心理学研究, 29, 348–353.
- 清水 裕士 (2014). 媒介分析 小杉 考司・清水 裕士(編著) M-plus と R による構造方程式モデリング (pp. 151–164) 北大路書房
- Skinner, H. H., Sc, M., Haines, J., Ph, D., D, R., Austin, S. B., ... Sc, D. (2012). A prospective study of overeating , binge eating , and depressive symptoms among adolescent and young adult women. *Journal of Adolescent Health*, 50, 478–483. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.10.002>
- Smith, A. E., McMullen, K., Jensen, M. P., Carter, G. T., & Molton, I. R. (2014). Symptom burden in persons with myotonic and facioscapulohumeral muscular dystrophy. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93, 387–395. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000032>
- Spasojević, J., Alloy, L., Zabaras, G. J., & Dukler, A. E. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1, 25–37. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- 杉浦 義典 (2000). 強迫症状の自己記入式質問票-日本語版 Padua Inventory の信頼性と妥当性の検討 精神科診断学, 11, 175–189.

- 杉浦 義典 (2003). ストレス対処から見た心配の認知的メカニズム 風間書房.
- 杉浦 義典 (2009). アナログ研究の方法 (臨床心理学研究法) 新曜社.
- 菅原 健介 (1984). 自意識尺度(self-consciousness scale)日本語版作成の試み 心理学研究, *55*, 184–188. <https://doi.org/10.4992/jjpsy.55.184>
- Sullivan, M., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, *7*, 524–532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Sullivan, M., & Stanish, W. D. (2003). Psychologically based occupational rehabilitation: the Pain-Disability Prevention Program. *The Clinical Journal of Pain*, *19*, 97–104.
- Sullivan, M., Stanish, W., Waite, H., & Tripp, D. A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*, *77*, 253–260.
- Sun, X., Zhu, C., & So, S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *European Psychiatry*, *45*, 139–153. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.05.029>
- 鈴木 伸一・坂野 雄二 (1998). 認知的評価尺度(CARS)作成の試み ヒューマンサイエンスリサーチ, *7*, 113–124.
- 高野 慶輔・丹野 義彦 (2008). メタ認知的信念と自己注目: 適応的・不適応的自己注目の観点から. 日本パーソナリティ心理学会発表論文集 (pp. 50–51). 日本パーソナリティ心理学会. https://doi.org/10.24534/amjspp.17.0_50
- 高野 慶輔・丹野 義彦 (2010). 反芻に対する肯定的信念と反芻・省察 パーソナリティ研究, *19*, 15–24. <https://doi.org/10.2132/personality.19.15>
- 竹村 明子・仲 真紀子 (2013). 身体や健康の衰退に調和するための高齢者の対処:二次的コントロール理論を基に 発達心理学研究, *24*, 160–170.
- Tan, G., Jensen, M. P., Robinson-Whelen, S., Thornby, J. I., & Monga, T. N. (2001). Coping with chronic pain: a comparison of two measures. *Pain*, *90*(1–2), 127–133.
- 田崎 権一 (2012). PE-038 MCQ-30(Wells & Cartwright-Hatton,2004)の信頼性の検討 日本教育心理学会第 54 回総会発表論文集, 519.
- 田崎 権一 (2013). メタ認知質問紙法短縮版 MCQ-30(Wells & Cartwright-Hatton, 2004)の手引 熊本県立大学文学部紀要, *23*, 45–58.
- 田崎 権一・諫早 正行 (2007). MCQ-30(Wells & Cartwright-Hatton, 2004)日本語訳版作成の試み 日本教育心理学会第 49 回総会発表論文集, 500.
- Topper, M., Molenaar, D., Emmelkamp, P., & Ehring, T. (2014). Are rumination and worry two sides of the same coin? a structural equation modelling approach. *Journal of Experimental Psychopathology*, *5*, 363–381. <https://doi.org/10.5127/jep.038813>

- 続 有恒 (1975). 質問紙調査法の意義 続 有恒・村上 英治(編) 心理学研究法 9 質問紙調査 (pp.1-12) 東京大学出版会
- Vincent, K. A., Carr, A. J., Walburn, J., Scott, D. L., & Rose, M. R. (2007). Construction and validation of a quality of life questionnaire for neuromuscular disease (INQoL). *Neurology*, *68*(13), 1051–1057. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000257819.47628.41>
- 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.
- Waltz, T. J., & Hayes, S. C. (2010). Acceptance and commitment therapy. In *Cognitive and behavioral theories in clinical practice*. (pp. 148–192). New York, NY, US: Guilford Press.
- Ward, A., Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't quite commit: rumination and uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *29*, 96–107. <https://doi.org/10.1177/0146167202238375>
- Warda, G., & Bryant, R. A. (1998). Thought control strategies in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 1171–1175.
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Ware, Jr. (2000). *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. *Spine*, *25*, 3130-3139. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>
- Watkins, E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, *134*, 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Differences*, *30*, 723–734. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00053-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00053-2)
- Watkins, E., & Moulds, M. L. L. (2009). Thought control strategies, thought suppression, and rumination in depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, *2*, 235–251. <https://doi.org/10.1521/ijct.2009.2.3.235>
- Wegner, D., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 5–13.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- (ウェルズ, A. 熊野 宏昭・今井 正司・境 泉洋 (監訳) (2012) . メタ認知療法——うつと不安の新しいケースフォーミュレーション——日本評論社)

- Wells, A., & Carter, K. E. P. (2009). Maladaptive thought control strategies in generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and nonpatient groups and relationships with trait anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, *2*, 224–234. <https://doi.org/10.1521/ijct.2009.2.3.224>
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 385–396. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- Wells, A., & Davies, M. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. (ウェルズ, A.・マシューズ, G. 箱田 裕司・丹野 義彦・津田彰 (監訳) (2002). 心理臨床の認知心理学—感情障害の認知モデル— 培風館)
- Wenzlaff, R. M. (2005). Seeking Solace but Finding Despair: The Persistence of Intrusive Thoughts in Depression. In *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. (pp. 54–85).
- Wenzlaff, R. M., Wegner, D., & Roper, D. W. (1988). Depression and mental control: the resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 882–892.
- Wilkinson, I. M., & Blackburn, I. M. (1981). Cognitive style in depressed and recovered depressed patients. *British Journal of Clinical Psychology*, *20*, 283–292. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1981.tb00528.x>
- 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.
- Woolfolk, R. L., Gara, M. A., Ambrose, T. K., Williams, J. E., Allen, L. A., Irvin, S. L., & Beaver, J. D. (1999). Self-complexity and the persistence of depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*, 393–399.
- Woolfolk, R. L., Novalany, J., Gara, M. A., Allen, L. A., & Polino, M. (1995). Self-complexity, self-evaluation, and depression: an examination of form and content within the self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 1108–1120.
- 山田 尚子・辻 平治郎 (2007). ネガティブな思考へのメタ認知及びそのコントロール方略: Metacognitions Questionnaire 及び Thought Control Questionnaire 日本語版の作成 日本心理学会第 71 回大会発表論文集, 960.

- 義田 俊之 (2019). 思考を制御困難にする方略を使用してしまうのはなぜか? メタ認知的信念からの検討 日本心理学会第 83 回大会発表論文集, 872.
- 義田 俊之 (2009). 抑うつ的反すうと社会的問題解決に対する脅威性および解決可能性の評価の関係 (未公刊)
- 義田 俊之・中村 知靖 (2007). 抑うつ促進および低減プロセスにおける自動思考の媒介効果 教育心理学研究, 55, 313–324.
- 義田 俊之・中村 知靖 (2010). 抑うつにおける思考コントロール方略——自動思考, 反すう傾向, 抑うつ症状との関連—— 九州大学心理学研究, 11, 9–15.
- 義田 俊之・中村 知靖 (2014). Thought Control Questionnaire 日本語版の開発 ——信頼性・妥当性の検討—— 応用心理学研究, 39, 236–245.
- 湯本 洋介・樋口 進 (2015). うつ病の危険因子と予防: 飲酒 臨床精神医学, 44, 521–525.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zung, W. W. (1973). From art to science. The diagnosis and treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 29, 328–337.

謝辞

博士論文を作成するに当たり、本当に多くの方にお世話になりました。全ての方のお名前を記すことは叶いませんが、この場を借りて感恩の思いを表します。

九州大学教育学部、九州大学大学院人間環境学研究科（修士課程）の指導教員であった北山修先生（現北山精神分析室）は、クライアントさんのお世話をすることの厳しさと大切さを、真摯な態度で示してくださいました。遠藤利彦先生（現東京大学）は、研究において理を通すことの楽しさと厳しさを教えてくださいました。九州大学大学院人間環境学府（博士課程）の副指導教員であった箱田裕司先生（現京都女子大学）には、臨床心理学的なテーマに認知心理学的な観点からアプローチすることの面白さをご薫陶いただきました。九州大学大学院人間環境学府（博士課程）の指導教員であった中村知靖先生には、調査の実施、テスト理論とデータ解析の基礎はもとより、多変量解析を駆使して概念を測り、因果関係に迫るといふ、本研究の骨格の部分を受けていただきました。また、遅々として進まぬ博士論文の作成に、ご心配をおかけしました。先生方の学恩に深謝いたします。ここに辿り着くまでの執筆の過程で有意義なコメントをくださった、査読論文審査者と、博士論文審査者の先生方にもお礼申し上げます。

江上由美子先生、小田部貴子さん（現九州産業大学）には、調査実施でご協力をいただきました。

愛着あたり研の研究会のメンバーの皆さん（奥村弥生氏（現中国短期大学）、工藤晋平氏（現名古屋大学）、中尾達馬氏（現琉球大学）、西村佐彩子氏（現京都教育大学）、中村研究室の皆さんには、研究計画や論文執筆に際し、有益なコメントを数多くいただきました。リベラルな空気の中で心理学することの楽しさを体現されていた、九州大学文学部心理学研究室的の皆さんと一緒に過ごせたことを幸せに感じます。

九州大学大学院人間環境学府附属心理教育相談室で相談員としてともに腕を磨いた皆さん、スーパーバイザーとして認知行動療法の指導をしてくださった有村達之先生（現九州ルーテル学院大学）、行動療法の指導をしてくださり、臨床の機会をくださった中島勝秀先生（なかしまクリニック院長）には、ケースに真摯に取り組む姿勢を育んでいただきました。

慢性疼痛に対する心理面からのアプローチという、新たな興味深い研究テーマを示してくださった細井昌子先生（現九州大学病院心療内科）をはじめ九州大学医学部心療内科の先生方、OpenでProductiveな心理学研究者の姿を示してくださったMark P. Jensen先生（現Washington大学）は、研究の途上で私を大いに力づけてくださいました。

研究 5 に関しては、the National Institutes of Health, National Institute of Child Health and Human Development, National Center for Rehabilitation Research（grant no. P01 HD33988）, the National Registry of Myotonic Dystrophy and

Facioscapulohumeral Muscular Dystrophy Patients and Family Members, and the National Institute for Disability Rehabilitation Research (grant no. H133B031118) の支援を受けました。

Thought Control Questionnaire の日本語版作成を許可して下さった A. Wells 先生(現 Manchester 大学), すでに日本語版を作成しておられたにもかかわらず, 私に日本語版の作成を許可して下さった安藤梓先生 (現大谷地病院), 山田尚子先生 (現甲南女子大学) に感謝いたします。

調査にご協力くださった協力者の皆様, ありがとうございます。

最後に, これまでの私の歩みを支え続けてくれた両親, 博士論文の完成を心待ちにしてくれた妻と, いつも幸せと元気をくれる二人の息子たちに感謝します。

2020年2月