

Segal, Gemer, & Williams (1999) はうつ病治療（認知行動療法または薬物療法）後において、ネガティブな認知の反応性が高い場合にはうつ病再発リスクが高まることを見出している。また非臨床群を対象とした研究においても、過去数週間強い抑うつ状態にあった者は、そうではなかった者と比べて、日常生活上で高いネガティブな反応性を示すこと（Wenze, Gunthert, & Forand, 2006）や、ネガティブな認知の反応性が高い場合には、強い抑うつを呈すること（Barnhofer & Chittaka, 2010; Raes, Dewulf, Heeringen, & Williams, 2009）が報告されている。加えて、ネガティブな認知の反応性が高い者は、低い者と比較すると、6カ月後により強い抑うつ症状を呈していたこと（Wenze, Gunthert, & Forand, 2010）も見出されている。これらの研究から、ネガティブな認知の反応性を軽減させる要因は抑うつ症状の悪化やうつ病リスクの抑制を図るうえで重要であると考えられる。

一方、うつ病へのリスク要因やその治療に関する研究において、抑うつを軽減させる要因として脱中心性が注目されている。脱中心性とは、心理的な距離を保ちつつ思考や感情を体験することを指す（Safran & Segal, 1990）。そして、ネガティブな認知や感情を脱中心的な視点で体験する過程はメタ認知的知覚と呼ばれる（Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, & Segal, 2002）。メタ認知的知覚が高い場合、ネガティブな認知や感情は必ずしも自己や現実を正しくとらえたものではなく、一過性のメンタルイベントのように知覚される。一方、メタ認知的知覚が低い場合には、ネガティブな認知や感情に同一化し自己や環境を一義的、悲観的に知覚してしまう。このことから、Teasdale (1999a) はメタ認知的知覚を伴う体験はネガティブな認知の反応性を低減させ、抑うつを悪化させる悪循環（抑うつが高まることで強いネガティブな認知が想起し、それがさらに抑うつを悪化させるプロセスが繰り返される過程）を抑制することができると指摘している。

これまでの研究において、歪曲した認知の検討を繰り返し行う認知療法によってメタ認知的知覚／脱中心性が改善されることが報告されており（Teasdale, 1999b; Teasdale et al., 2002）、さらにネガティブな認

知や感情の非評価的体験を促すマインドフルネス認知療法（以下、MBCTとする）でも、メタ認知的知覚の改善が認められている（Teasdale et al., 2002）。またメタ認知的知覚とネガティブな認知の反応性に関する研究では、MBCTやマインドフルネストレーニングによってネガティブな認知の反応性が軽減すること（Raes et al., 2009）、抑うつの悪循環の一例である反すう（Teasdale, 1999a; Teasdale, Segal, & Williams, 1995）が減弱すること（Ramel, Goldin, Carmona, & McQuaid, 2004）、および抑うつの悪循環に関わる抑うつ症状やネガティブな認知が弱まること（Frewen, Evans, Maraj, Dozois, & Partridge, 2008; Kenny & Williams, 2007）が報告されている。また関連研究では、メタ認知的知覚（脱中心性）が高い者は低い反すう傾向にあることが示されている（Fresco, Moore, van Dulmen, Segal, Ma, Teasdale, & Williams, 2007; 村山・岡安, 2010）。これらの研究から、メタ認知的知覚が高い場合には、ネガティブな認知の反応性は低く維持されていると考えられる。そして、このネガティブな認知の反応性の低さによって、これまで指摘されているように、メタ認知的知覚が高い者は抑うつへの脆弱性が低いと思われる。しかしながら、これまでの研究において、メタ認知的知覚がもたらすネガティブな認知の反応性への効果は、ほとんど検討されていない。さらにメタ認知的知覚に関する多くの研究は臨床群（うつ病寛解期にある者など）を対象としており、メタ認知的知覚が健常者の精神的健康の増進や維持に寄与する心理的な要因であるかも明らかにされていない。そこで本研究は、抑うつ症状の悪化やその慢性化への予防およびうつ病予防へのメタ認知的知覚の応用可能性を視野に入れつつ、メタ認知的知覚がもたらすネガティブな認知の反応性に及ぼす効果を検討することを目的とした。

本研究はメタ認知的知覚がもたらす効果を検討する萌芽的な研究であり、さらにメタ認知的知覚の予防的応用を見据えていることから、本研究の調査対象は幅広い年齢層からなる対象をコミュニティから得ることが適当であると考えられた。またメタ認知的知覚によるネガティブな認知の反応性への効果の検討にあたり、本研究ではメタ認知的知覚、抑うつ、ネガティブ

な認知の強さを横断的に測定し、階層的重回帰分析を用い（目的変数にネガティブな認知、説明変数に抑うつ、メタ認知的知覚、および抑うつとメタ認知的知覚の交互作用を投入）、メタ認知的知覚がもたらすネガティブな認知の反応性への効果を検討することを目的とした⁽¹⁾。これまでの研究において、メタ認知的知覚を向上させるMBCTによってネガティブな認知の反応性が減弱すること（Raes et al., 2009）や、メタ認知的知覚（脱中心性）が高い者は低い反すう傾向を示すこと（Fresco et al., 2007；村山・岡安, 2010）が報告されていることから、メタ認知的知覚が高い者ではネガティブな認知の反応性が低いと予測される。つまり、メタ認知的知覚が低い者では高い抑うつ状態の悪化に伴いネガティブな認知が強まるが、メタ認知的知覚が高い者では抑うつが高い状態であってもネガティブな認知は強まらなると予測される。

方 法

調査対象者と手続き

関東、近畿地方に在住または勤務する成人492名に本調査を実施した。すべての質問項目に回答した428名（31.16±11.47歳、関東地方：41.4%、近畿地方：58.6%、男性143名、女性285名、年齢範囲20-69歳、20歳代36.0%、30歳代31.1%、40歳代18.2%、50歳代10.3%、60歳代4.4%）を最終的に本研究の対象とした。一部の質問紙は本研究の協力者によって近隣住民に、他は地域のコミュニティセンターや企業に勤務・来所する者に研究者によって配布され、本調査への協力を依頼し、回答後に回収した（回収率は89.5%、回答所要時間はおよそ10分）。なお、調査への協力は調査対象者の自由意思に任され、個人を特定する情報の回答は求めなかった。

調査材料

メタ認知的知覚尺度（metacognitive awareness scale; 村山・岡安, 2010, 以下MCASとする）：MCASは2つの下位尺度で構成され（ネガティブな認知や感情への対応尺度、ネガティブな認知の評価尺度）、日常生活でのメタ認知的知覚を伴う体験傾向の測定を目的にしている。回答形式は6件法（1：非常

に当てはまる—6：全く当てはまらない）であり、得点が高いほどメタ認知的知覚が高いことを表す。本研究ではネガティブな認知や感情への対応尺度のみを用い、メタ認知的知覚を測定した。その項目には“不安なときや落ち込んでいるとき、一方的な考え方をしてしまう方だ”などがある。高い信頼性が認められており、反すう、体験の回避、思考抑制などとの間に高い相関が示され、高い基準関連妥当性も認められている（村山・岡安, 2010, 2011）。なお、本研究におけるCronbach α 係数は.870であった。

自己記入式抑うつ尺度（Self-rating Depression Scale; Zung, 1965, 以下SDSとする）：抑うつ測定にはSDSの日本語版（福田・小林, 1973）を用いた。SDSは20項目で構成され、その半数の項目は否定的表現で、残りの半数が肯定的表現で記述されている。回答形式は4件法（1：ない、またはたまに—4：ほとんどいつも）であり、高得点は強い抑うつを示す（ $\alpha=.803$ ）。

抑うつスキーマ尺度（Depressogenic Schemata Scale; 家接・小玉, 1999, 以下DSSとする）：ネガティブな認知の測定には、DSSを用いた。DSSは非機能的態度尺度を参考として作成され、3つの下位尺度（高達成志向、他者依存的評価、失敗不安）によって構成される。回答形式は7件法（1：全くそう思わない—7：全くそう思う）であり、高得点はネガティブな認知が強いことを示す。DSSは十分な内的整合性と再検査信頼性ととともに、抑うつや自動思考などとの間に正の相関が認められ、基準関連妥当性が確認されている（ α 係数-高達成志向：.829, 他者依存的評価：.766, 失敗不安：.865）。

結 果

メタ認知的知覚、ネガティブな認知、抑うつ、および年齢の関連性を検討するため、相関係数を求めた。その結果および各変数の記述統計量をTable 1に示す。メタ認知的知覚は抑うつおよびネガティブな認知との間に比較的高い負の相関（抑うつ $r=-.536$, ネガティブな認知 $r=-.400$, ともに $p<.001$ ）が認められた。また抑うつとネガティブな認知との間に正の相

関が認められ ($r=.307, p<.001$), 年齢はメタ認知的知覚との間に正の相関 ($r=.159$), 抑うつおよびネガティブな認知との間に負の相関 (抑うつ $r=-.162$, ネガティブな認知 $r=-.160$) が認められた (すべて $p<.001$)。

メタ認知的知覚がネガティブな認知の反応性に影響を及ぼすかを検討するため, 年齢, 抑うつ, メタ認知的知覚, および抑うつとメタ認知的知覚の交互作用を説明変数, ネガティブな認知の強さを基準変数として階層的重回帰分析を行った。なお, 各変数を Z 得点に

Table 1 各変数の統計量と各変数間の相関係数

	M	SD	1	2	3
1 年齢	36.16	11.46	—		
2 メタ認知的知覚	28.80	7.19	.159	—	
3 ネガティブな認知	84.52	17.15	-.160	-.400	—
4 抑うつ	39.78	7.69	-.162	-.536	.307

Note. 相関係数はすべて $p<.001$

換算したうえで分析を行った。分析では Step 1 に年齢, Step 2 に抑うつ, Step 3 にメタ認知的知覚, Step 4 にメタ認知的知覚と抑うつの交互作用項を投入した。階層的重回帰分析の結果は Table 2 に示してある。Step 1 から 4 の各ステップにおいて有意な重決定係数の変化が認められた (Step 1: $\Delta R^2=.026$, Step 2: $\Delta R^2=.081$, Step 3: $\Delta R^2=.072$, Step 4: $\Delta R^2=.027$, すべて $p<.001$)。なお, 各ステップにおいて, 多重共線性の問題は認められなかった ($VIFs<1.41$)。最終的に Step 4 での各説明変数の標準偏回帰係数は, 年齢 $\beta=-.080$ (*n.s.*), 抑うつ $\beta=.108$ ($p<.05$), メタ認知的知覚 $\beta=-.305$ ($p<.001$), 抑うつとメタ認知的知覚の交互作用 $\beta=-.168$ ($p<.001$) であった。

抑うつとメタ認知的知覚との交互作用の標準偏回帰係数が有意水準にあったことから, Simple Slope Analysis の手法 (Aiken & West, 1991) に従って, メタ認知的知覚が平均よりも 1 SD 高い者 (Z 得点=1) と 1 SD 低い者 (Z 得点=-1) が示すネガティブな認知の反応性を検討した。なお, 階層的重回帰分析において, 年齢は有意な説明変数ではなかったことから,

Table 2 階層的重回帰分析の結果

モデル	目的変数	R^2	ΔR^2	F	β
1		.026	.026	11.208**	
	年齢				-.160**
2		.107	.081	38.721***	
	年齢				-.113*
	抑うつ				.289***
3		.179	.072	37.016***	
	年齢				-.091*
	抑うつ				.129*
	メタ認知的知覚				-.315***
4		.206	.027	14.536***	
	年齢				-.080
	抑うつ				.108*
	メタ認知的知覚				-.305***
	抑うつ×メタ認知的知覚				-.168***

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

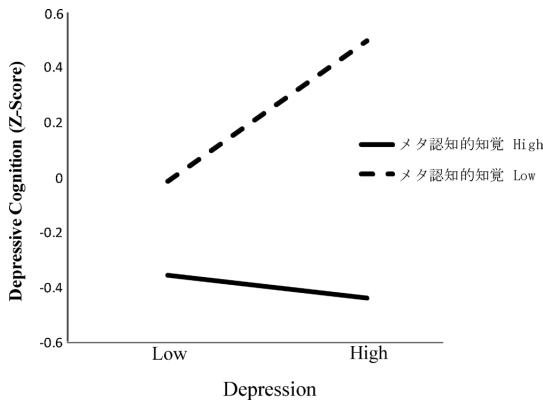


Figure 1. メタ認知的知覚が高い者と低い者が示すネガティブな認知の反応性

今回の分析では説明変数から除去した。その結果を Figure 1 に示す。Simple Slope Analysis の結果、メタ認知的知覚が低い者では抑うつが増幅に伴いネガティブな認知が強まったが ($t=4.06, p<.001$)、メタ認知的知覚が高い者では抑うつが増幅してもネガティブな認知の強さは変化しないことが明らかになった ($t=-0.68, n. s.$)。

考 察

本研究は、コミュニティから得られた幅広い年齢層の成人を対象として、メタ認知的知覚がもたらすネガティブな認知の反応性への効果を検討する目的で行われた。ネガティブな認知を基準変数、年齢、メタ認知的知覚、抑うつ、およびメタ認知的知覚と抑うつとの交互作用を説明変数として階層的重回帰分析を行った結果、メタ認知的知覚が低い（平均よりも 1 SD 低い）者では抑うつが強まるにつれてネガティブな認知も強まったが、メタ認知的知覚が高い（平均よりも 1 SD 高い）者では抑うつが悪化してもネガティブな認知は強まらなかった。このことから、メタ認知的知覚はネガティブな認知の反応性の強さに影響を及ぼし、メタ認知的知覚が低い場合には、強いネガティブな認知の反応性が示されることが明らかになった。

Teasdale (1988) は抑うつ処理活性化仮説を示し、うつ病既往歴がある者が抑うつ状態に陥った際、うつ病エピソード中に見られた抑うつの認知パターンが

即座に再現されることがあると指摘している。そして、軽度抑うつ状態でのこの認知パターンの再現性（反応性）の強さはうつ病への脆弱性を示すものであり、その再現性の強さは個人差があると指摘していた。この仮説を検証するために、これまで一部の研究ではうつ病既往歴がある者と既往歴のない者との比較によって、ネガティブな認知の反応性が抑うつへの脆弱要因となることが指摘されてきた。たとえば、Miranda, Gross, Persons, & Hahn (1998) は、実験的に抑うつに誘導された後、既往歴がある者ではネガティブな認知は強まったが、既往歴のない者ではネガティブな認知は弱まったことを明らかにし、非臨床群と比べ、臨床群ではネガティブな認知の反応性は著しく高いと報告していた。しかしながら、臨床群と非臨床群との比較のみからでは、非臨床群におけるネガティブな認知の反応性が抑うつへの脆弱性を高める要因であるかを知ることはできなかった。そのため、ネガティブな認知の反応性の高さは、臨床群のみに特異的に見られる脆弱性要因であると誤解される可能性もあった。しかしながら、コミュニティを対象とした本研究の結果、同程度の抑うつを示す者であってもネガティブな認知を想起する強さが異なることが明らかになった。このことから、コミュニティサンプルにおいても、ネガティブな認知の反応性の強さは抑うつを悪化させる要因である可能性が示されるとともに、その反応性を低減させる要因を明らかにすることで、効果的な抑うつやうつ病予防を図ることができると考えられる。

これまでメタ認知的知覚（脱中心性）には感情と認知の関係性を変容させる効果があると示唆されていた (Segal, Williams, Teasdale, 2002; Teasdale, 1999a) が、その実証的な検討はほとんど行われていなかった。しかしながら、本研究の結果、この示唆のとおりメタ認知的知覚にはネガティブな認知の反応性の強さに影響を及ぼす効果があることが明らかになった。階層的重回帰分析の結果、メタ認知的知覚が低い場合では抑うつ状態の悪化に伴いネガティブな認知が強まったが、メタ認知的知覚が高い場合には抑うつが悪化してもネガティブな認知は強まらないことが示された。この結果から、メタ認知的知覚はネガティブな認知の反応性

を弱める効果があることが示唆され、メタ認知的知覚は感情と認知の関係性に影響を与える心理的な要因であることが明らかになった。

これまでの一部の研究において、うつ病寛解期の患者は既往歴がない者と比べてメタ認知的知覚が低いことや、メタ認知的知覚の向上によって、うつ病再発率が低減したこと (Teasdale et al., 2002) が報告されていることから、メタ認知的知覚は抑うつへの脆弱要因であることが示唆されていた (Segal et al., 2002; Teasdale, 1999b)。また同様に、ネガティブな認知の反応性は抑うつおよびうつ病への脆弱要因であることが見出されていた。そして本研究の一連の結果から、これら2つの脆弱要因間には関連があり、メタ認知的知覚はネガティブな認知の反応性に影響を与える心理的要因であることが明らかになった。このことから、メタ認知的知覚が低い者が示す抑うつ脆弱性は、メタ認知的知覚が低いことによってネガティブな認知の反応性が高く維持されていることがその一因であると示唆される。また Teasdale (1999a) は脱中心的な視点から感情や思考を体験することによって、抑うつの悪循環や反すうへの没入を防ぐことができると指摘していた。本研究の結果、メタ認知的知覚が低い者はネガティブな認知の反応性が高いことが明らかになった。この結果に加え、これまでの研究で示されている強いネガティブな認知は抑うつを強めること (Alloy, Abramson, Hogan, Whitehouse, Rose, Robinson, Kim, & Lapkin, 2000) を踏まえると、メタ認知的知覚が低い場合には、抑うつ→強いネガティブな認知の想起→さらなる抑うつの悪化…のプロセスが繰り返し起りやすいと考えられ、それゆえ、他の者と比べるとメタ認知的知覚が低い者は抑うつの悪循環に陥りやすいと思われる。

本研究の一連の結果から、メタ認知的知覚に介入しその向上を促すことで抑うつの悪化につながるネガティブな認知の反応性の低減を図ることができるのではないかと期待される。これまでの先行研究を考慮すると、2つの方法によってメタ認知的知覚への介入が図れると思われる。1つは想起される認知に焦点を当てた認知療法的アプローチである。Ingram & Hollon (1986) はネガティブな認知を繰り返し検討すること

で脱中心的な視点が獲得できると指摘しており、Teasdale et al. (2002) は認知療法を受けたうつ病寛解患者はメタ認知的知覚が改善したことを報告している。このことから、ネガティブな認知や歪曲した認知を検討する技法を教育しそのトレーニングを行うことで、メタ認知的知覚の向上を図ることができると思われる。またマインドフルネスを用いた介入も有効であると考えられる。これまで、8週間にわたる集団プログラムである MBCT によって、メタ認知的知覚は向上することが報告されている (Teasdale et al., 2002)。MBCT では、マインドフルネストレーニングなどを通じ、ネガティブな感情や認知を非評価的に体験することが繰り返し訓練される (Segal et al., 2002)。しかしながら、MBCT はうつ病歴がある者を対象としていること (Segal et al., 2002) から、コミュニティや健常者を対象とした予防的介入にメタ認知的知覚を応用する場合には、MBCT ほど重厚にマインドフルネストレーニングを施す必要はないのかもしれない。このことから、健常者を対象とする場合には、メタ認知的知覚や心理的柔軟性に関する心理教育、“今・ここ”での認知や、感情を非評価に体験することへの導入的な援助などが有効なのではないだろうか。しかしながら、本邦においてマインドフルネスに焦点を当てた予防的介入はあまり開発されていない。今後、わが国に適応した形でのマインドフルネスを導入した抑うつの予防的介入の開発が期待される。

本研究の限界としては、本研究での測定は自己評価式尺度を用いたことがあげられる。これまでのネガティブな認知の反応性に関する一部の研究では、抑うつ感情誘導操作の前後のネガティブな認知を測定するなどの実験的な手法によってネガティブな認知の反応性が検討されている (Miranda et al., 1998)。本研究の調査対象者は幅広い年齢層からなる 500 名近くであったために、実験的な手続きが困難であり横断的な手法を用いた。しかしながら、より詳細にメタ認知的知覚がもたらすネガティブな認知の反応性への影響を検討するためには、実験的な手法によって検討する必要があると考えられる。

本研究では、精神疾患の既往歴、調査時点での通院状況、投薬の有無などの医療情報は得なかった。この

ことから、コミュニティから得られた本研究の対象者が明確に非臨床群であるとは言えない。今後、医療情報を得ることで非臨床群を選定し、本研究結果を再検討する必要がある。加えて、調査対象者の職業やその就労体制などの情報も得られなかった。日常生活の習慣によってメタ認知的知覚が維持・強化されている可能性もあることから、職業やその就労体制によって、メタ認知的知覚レベルは影響を受けている可能性があるかもしれない。つまり、就労の有無や職種が剰余変数として作用している可能性も考えられる。実際、一部の研究（Fresco, Segal, Buis, & Kennedy, 2007）では、抑うつに低減に伴って脱中心性が弱まることが報告されており、ストレスの程度によってもメタ認知的知覚の程度は変化する可能性もある。それゆえ、今後就労や職種を考慮して、メタ認知的知覚をはじめとする体験の過程に関する研究を行っていく必要があるかもしれない。またこれまでの研究において、メタ認知的知覚が高い者は抑うつ抑制機能が高いことが示唆されていた。しかしながら、本研究の結果から示唆されたように、メタ認知的知覚が高くても、強い抑うつを呈する者がいる可能性がある。これは一時的に強いストレスを受けたためかもしれないし、他の要因の影響かもしれない。今後、メタ認知的知覚と抑うつに介在する要因の検討を含め、メタ認知的知覚の機能をより理解し検証するために、さらなる研究が期待される。

脚注

(1) これまでの抑うつ研究において、抑うつとネガティブの認知の間は双方向的（循環的）であることが指摘されている（Teasdale, 1983など）。しかしながら、一部の研究では、ネガティブな認知が抑うつを悪化させるモデルに対して、懐疑的な指摘がなされている（Barber & De Rubeis, 1989など）。一方で、多くの研究において、対象者の属性を問わず、抑うつが強まった場合には、ネガティブな認知も併せて強まることが報告されている（Segal et al., 1999；富山, 2003など）。また抑うつや感情制御に関する近年の研究において、抑うつ状態下でのネガティブ

な認知が強まる程度は、抑うつリスクを考慮するうえで重要な要素であることも指摘されている。こういった研究結果を踏まえ、横断的調査である本研究では抑うつがネガティブな認知を強めるモデルを仮定し、メタ認知的知覚がもたらすネガティブな認知の反応性への効果を検討することとした。

引用文献

- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, London: Sage.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., Kim, R. S., & Lapkin, J. B. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive vulnerability to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **109**, 403–418.
- Barber, J. P., & De Rubeis, R. J. (1989). On second thoughts: Where the action is in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, **13**, 441–457.
- Barnhofer, T., & Chittaka, T. (2010). Cognitive reactivity mediates the relationship between neuroticism and depression. *Behaviour Research and Therapy*, **48**, 275–281.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: A systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **109**, 325–331.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, **38**, 234–246.
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depres-

- sion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **75**, 447-455.
- Frewen, P. A., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J. A., & Partridge, K. (2008). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Therapy and Research*, **32**, 758-774.
- 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.
- 家接哲司・小玉正博 (1999). 新しい抑うつスキーマ尺度の作成の試み 健康心理学研究, **12**, 37-46.
- Ingram, R. E. (1984). Toward an information-processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research*, **8**, 443-477.
- Ingram, R. E., & Hollon, S. D. (1986). Cognitive therapy for depression from an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando, FL: Academic Press, pp. 259-281.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, **54**, 989-991.
- 川上憲人・大野 裕・宇田英典・中根充文・竹島 正 (2003). 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究: 3地区の総合解析結果, 平成14年度厚生労働省科学研究補助金(厚生労働省科学特別研究事業) 心の健康問題と対策基盤に関する研究 分担研究報告書
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, **45**, 617-625.
- Lau, M. A., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: Implications for mechanism of depressive relapse and suicidal behavior. *Behaviour Research and Therapy*, **42**, 1001-1017.
- Miranda, J., Gross, J. J., Persons, J. B., & Hahn, J. (1998). Mood matters: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive Therapy and Research*, **22**, 363-376.
- 村山恭朗・岡安孝弘 (2010). 大学生を対象としたメタ認知知覚尺度 (MCAS) の作成と信頼性と妥当性の検討 明治大学心理社会学研究, **6**, 101-113.
- 村山恭朗・岡安孝弘 (2011). メタ認知知覚尺度 (MCAS) の作成と妥当性の検討 (2) 日本心理学会第75回大会発表論文集, 406.
- Murray, C. L., & Lopez, A. D. (1998). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and predicted to 2020*. Boston: Harvard University Press.
- Raes, F., Dewulf, D., Heeringen, C. V., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, **47**, 623-627.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., & McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness mediation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, **28**, 433-455.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Segal, Z. V., Gemar, M. C., & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **108**, 3-10.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, **5**, 3-25.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, **2**,

- 247-274.
- Teasdale, J. D. (1999a). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **6**, 146-155.
- Teasdale, J. D. (1999b). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, **37**, 53-77.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **70**, 275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, **33**, 25-39.
- 富山尚子 (2003). 認知と感情の関連性—気分の効果と調整過程— 風間書房
- Wenze, S. J., Gunthert, K. C., & Forand, N. R. (2006). Influence of dysphoria on positive and negative cognitive reactivity to daily mood fluctuations. *Behaviour Research and Therapy*, **45**, 915-927.
- Wenze, S. J., Gunthert, K. C., & Forand, N. R. (2010). Cognitive reactivity in everyday life as a prospective predictor of depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, **34**, 554-562.
- Zung, W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, **12**, 63-70.
(2011.11.8 受稿, 2012.5.15 受理)