Japanese Journal of Applied Psychology
1995, No. 20., 41 - 47

資　料

認知行動療法の臨床的評価の一つとしての否定的自動的思考についての一考察

林　　潔*　　瀧　本　孝　雄**

A Study of Negative Automatic Thought as a Clinical Assessment Used in Cognitive-Behavior Therapy

Kiyoshi HAYASHI* and Takao TAKIMOTO**

Problems of depression at various levels along with corresponding treatments are important challenges in the field of counseling and mental health today.

Self-monitoring is one approach of cognitive-behavior therapy.
Automatic thought is the object of both self-monitoring and treatment in cognitive-behavior therapy.

The aims of this study are:

1) To find the structure of negative automatic thought.
2) To examine the hypothesis that negative automatic thought is related to depressive tendencies.

To examine these questions we surveyed 138 male and 141 female university students in the Tokyo metropolitan area in June 1994 with the Automatic Thought Questionnaire (ATQ) (Hollon & Kendall, 1980) and Beck Depression Inventory (BDI) which aims to measure the subjects depressive tendencies.

Concerning structure in negative automatic thought, we found four factors: (1) Self-reproach and Feelings of Defeat (2) Feelings of Fretfulness and Meaninglessness (3) Anxiety to Change and (4) Feelings of Helplessness. Using the BDI, we compared the level of negative automatic thought in the high score group to the level in the low score group. Our results revealed significant differences in all items and in the total scores of the ATQ. We found a correlation ratio of .580 in male and .505 in females between negative automatic thought as measured by the ATQ and depressive tendencies as recorded by the BDI. In conclusion, having tested the hypotheses, we found that treatment for automatic thought is included in the treatment procedure for cognitive-behavior therapy. More over, it is a useful finding to note that treatment for automatic thought is also part of the procedure used to adminster self-help treatments.

Key Words: automatic thought, cognitive-behavior therapy, depression

* 白梅学園短期大学
Shiraumegakuen College
** 獨協大学外国語学部
Faculty of Foreign Languages, Dokkyo University

目　的

さまざまな水準の抑うつ（depression）の問題と，それに対応する処置が今日のカウンセリング活動や精神保健上の課題となってきている。

今日の抑うつの特徴としてその軽症化が指摘されて久しい[14,18]。うつ病の軽症化とは，軽症うつ病の絶対数が増えたことにある[1]。状況に対応して一時的なうつ状態に落ち込む場合であっても，うつ状態に陥った人をさらに悩ますものの一つが，否定的自動的思考である。これは，その人の心的状態を混乱に導き，さらに不安感情を強め，精神的安定を妨げる。さらにその人を支える役割を果たす時間的展望や self-efficacy（自己有効性）に負の影響を与える。

認知行動療法の取り組みの一つにセルフ・モニタリング（self-monitoring）がある。このモニター（monitor）の対象の一つがその人の自動的思考（automatic thought）である。人は日常特に意図せずして特定の観念や思考内容をくりかえす。また時としてはあるイベント（event）への反応として，ひとりでに特定の思考や観念が生起する。これが自動的思考であって，認知行動療法における認知的変数の一つとみなされる[29]。フリーマン（Freeman）らによれば自動的思考はあらかじめ計画されずに直ちに何らかの出来事に対して下す解釈である。これによって，来談者の理解不能な反応に，単純な説明を与えられることが多い[7]。自動的思考は単に言語的流れとしてではなく，イメージとして現れることもある[26]。自動的思考パターンを気づかせることは認知療法のステップの一つである[30]。また自動的覚醒（autonomic arousal）は不安の一要因とみなされる[4]が，否定的自動的思考もその一つといえる。

自動的思考は，その方向により肯定的自動的思考と否定的自動的思考とに大別できる。このうち肯定的自動的思考の役割については先に報告した[11]。従って本報告では，人をうつ傾向に条件づける機能を果たすとみなされる否定的自動的思考について検討をする。否定的自動的思考については，これが患者の人生の習慣の一部になっているのが普通で，患者自身必ずしも自動的思考の存在や悩みとの関係を理解せず翻弄されている[7]。この循環的な否定的思考は抑うつの中心的成分である[13]。自動的思考や，根本的前提，認知の歪み，認知におよぼす気分の影響は，互いに結合して，自己永続的なサイクルを形成する[7]。認知療法は，無力感，絶望感をもたらす認知，すなわち自動的思考や不適当な思いこみ（maladaptive assumption）への来談者自身の気づきを援助するものである[2]。自動的思考のアセスメントについては，ここでとりあげる一般的な否定的自動的思考の評定の他に，先に報告した肯定的自動的思考[13]，症例別では過食（bulimia）を対象とした評価手続き[6]，児童の自動的思考評価手続き[20]が作成されている。

すなわち，本報告は，この否定的自動的思考について以下の点から検討することが目的である。

1. 否定的自動的思考の構造について明らかにする。
2. 否定的自動的思考は，抑うつ傾向と関連するであろうという仮説を検討する。

方　法

本報告では，否定的自動的思考と抑うつ傾向の検討のために，自動的思考質問紙（Automatic Thought Questionnaire）と，ベック抑うつインベントリー（Beck Depression Inventory）を用いた。

Automatic Thought Questionnaire（以下ATQ）はホロンとケンドール（Hollon & Kendall）[12]による質問紙を項目分析したものであって30項目からなる。これは以下のインストラクションによって実施された。「次に人々の頭に浮かんでくる，いろいろな考えが書いてあります。この1週間の間どの程度そのような考えが頭に浮かんできたでしょうか。その程度を該当するところに○をつけて下さい。」（評価は，1. 少しもないから，5. ずっとあるまでの5段階評定による）。

Beck Depression Inventory（BDIと略）は，ベック（Aaron Beck）による抑うつ測定のための，4段階評定による21項目からなる質問紙である。ここではBDIの1978年版[3]を項目分析をした質問紙[10]を用いた。

これらの質問紙を首都圏の大学2校の学生，男子138人，女子141人，合計279人を対象に実施した（1994年6月）。

結　果

ATQであらわされる否定的自動的思考の結果は，Table 1のとおりである。またこれらの被験者のBDIの得点の平均は11.83，SDは7.48である。

一般学生の被験者を対象とした本調査では，比較的反応の高い項目は，3.「どうしてうまくいかないのだろう」と，9.「人生はうまい具合にはいかない」というものである。また比較的反応の低い項目は，11.「誰にもいい感じはもてない」，12.「もうがまんができない」，19.「消えてしまえればよかったのに」，22.「人生はめちゃめちゃだ」，30.「何もやりとげたくない」の各項目である。

これらのデータに対してvarimax法による因子分析を行った。その結果4因子が抽出された（Table 2）。

Table 1　ATQの項目別結果

	男子		女子	
	M	SD	M	SD
1. 世の中に逆らっているように思う	2.32	1.31	1.70	.94
2. 自分は良くない	2.76	1.28	2.81	1.23
3. どうしてうまくいかないのだろう	3.13	1.30	3.25	1.29
4. 誰も自分を分かってくれない	2.41	1.24	2.12	1.08
5. 他の人にまずいことをしてきた	2.74	1.21	2.76	1.25
6. うまくやっていけないだろう	2.42	1.27	2.36	1.17
7. もっとましな人間だったらよかった	2.55	1.43	2.48	1.22
8. 自分は弱すぎる	2.54	1.37	2.43	1.27
9. 人生はうまい具合にはいかない	3.15	1.34	3.34	1.34
10. 自分に失望している	2.22	1.21	2.28	1.24
11. 誰にもいい感じはもてない	1.77	1.05	1.62	.87
12. もうがまんができない	1.77	1.08	1.78	1.03
13. 何も始める気になれない	2.07	1.24	1.88	1.12
14. 私のどこが悪いんだろう	2.03	1.08	2.02	1.10
15. ほかの所の方がよかった	2.28	1.26	2.21	1.27
16. 一緒にやっていられない	2.04	1.19	1.87	1.06
17. 自分がいやだ	2.29	1.32	2.48	1.24
18. 自分はだめな人だ	2.29	1.34	2.26	1.14
19. 消えてしまえればよかったのに	1.65	1.18	1.40	.79
20. いったいどうしたのだろう	2.22	1.26	2.15	1.33
21. 損をしただけだ	2.16	1.22	1.58	.89
22. 人生はめちゃめちゃだ	1.60	1.02	1.36	.61
23. 失敗した	2.58	1.30	2.45	1.32
24. うまくすることができない	2.53	1.25	2.54	1.12
25. 誰も助けてくれない	2.01	1.18	1.75	.97
26. 何かが変わっていく	2.29	1.31	2.34	1.26
27. 良くないことが起こるに違いない	2.02	1.17	1.76	1.02
28. 将来は厳しい	2.88	1.33	2.66	1.23
29. 意味がないことだ	2.16	1.24	1.78	1.05
30. 何もやりとげたくない	1.49	1.00	1.33	.79
合　計	68.12	22.27	64.56	20.30

第Ⅰ因子は，自分を責める感情や，失敗感に関連する負の感情に関する要因である。従ってこれを自責と敗北感の因子と呼ぶ。第Ⅱ因子は，あせりや，そのようなことをやってはいられないという感じや，行為することに意味がないという感情に関連する要因であるので，焦燥感と無意味感に関する因子とする。第Ⅲ因子は変化を懸念する感情に関連する要因である。これを変化への不安感の因子とする。第Ⅳ因子は無力感や，空虚な自我感情に関連する要因であるので，自我無力感の因子と呼ぶ。

次にBDIの高得点群，低得点群に対応するATQの得点を算出した（これらの被験者の得点の上位31%，下位31%をそれぞれ高得点群，低得点群とした）(Table 3)。

Table 2 ATQの因子分析結果

項　目	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	h^2
1.	-.113	.212	-.306	-.190	.15
2.	-.679	.205	-.007	-.123	.52
3.	-.687	.304	-.132	.147	.60
4.	-.445	.390	-.312	.039	.49
5.	-.500	.106	-.118	-.128	.29
6.	-.591	.367	-.219	-.026	.53
7.	-.734	.184	-.172	.005	.60
8.	-.685	.141	-.058	-.066	.50
9.	-.541	.210	-.301	.170	.46
10.	-.757	.191	-.111	-.096	.63
11.	-.237	.595	-.117	-.148	.46
12.	-.253	.581	-.134	-.090	.43
13.	-.284	.494	.082	-.389	.48
14.	-.426	.399	.004	-.098	.35
15.	-.163	.573	-.136	.047	.38
16.	-.185	.700	-.197	-.129	.58
17.	-.761	.077	-.138	-.306	.70
18.	-.789	.046	-.078	-.351	.75
19.	-.382	.264	-.138	-.532	.52
20.	-.483	.422	-.073	-.123	.43
21.	-.174	.433	-.180	-.169	.28
22.	-.393	.252	-.263	-.419	.40
23.	-.387	.377	-.278	-.114	.38
24.	-.683	.223	-.289	.001	.60
25.	-.340	.433	-.262	-.064	.38
26.	-.223	.183	-.540	.022	.38
27.	-.376	.200	-.483	-.271	.49
28.	-.309	.151	-.569	-.109	.45
29.	-.171	.462	-.392	-.146	.42
30.	-.158	.442	-.054	-.376	.36
寄与率	22.982	13.079	6.289	4.423	
累積寄与率	22.982	36.061	42.350	46.773	

Table 3 BDIの上位群，下位群に対応したATQの得点

項　目	上位群		下位群		
	M	SD	M	SD	
1	2.52	1.31	1.63	1.03	**
2	3.26	1.27	2.29	1.12	**
3	3.73	1.18	2.42	1.70	**
4	2.75	1.30	1.69	.88	**
5	3.00	1.36	2.47	1.25	**
6	2.93	1.32	1.73	.85	**
7	2.82	1.39	1.91	1.07	**
8	2.90	1.37	1.84	1.07	**
9	3.89	1.14	2.60	1.34	**
10	2.82	1.24	1.45	.71	**
11	2.28	1.22	1.32	.64	**
12	2.14	1.19	1.34	.81	**
13	2.58	1.40	1.52	.86	**
14	2.45	1.14	1.64	.90	**
15	2.74	1.46	1.80	.99	**
16	2.54	1.32	1.51	.82	**
17	2.83	1.32	1.73	1.02	**
18	2.66	1.35	1.64	.98	**
19	1.95	1.28	1.14	.45	**
20	2.69	1.42	1.50	.88	**
21	2.17	1.26	1.48	.93	**
22	1.90	1.01	1.07	.30	**
23	3.05	1.44	1.78	.98	**
24	3.06	1.28	1.85	.81	**
25	2.28	1.15	1.41	.79	**
26	2.62	1.35	1.87	1.15	**
27	2.39	1.34	1.39	.71	**
28	3.31	1.39	2.12	1.08	**
29	2.45	1.26	1.36	.66	**
30	1.77	1.28	1.09	.34	**
合　計	79.55	21.66	50.49	13.77	**

* $p < .05$　** $p < .01$

Table 4 ATQの各因子に対応するBDI得点の比較

項目	上位群		下位群		
	M	SD	M	SD	
第Ⅰ因子	16.08	7.62	8.23	7.34	**
第Ⅱ因子	16.60	7.55	8.23	6.60	**
第Ⅲ因子	10.55	1.81	3.92	.80	**
第Ⅳ因子	16.88	7.58	8.80	6.54	**

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

t検定の結果BDIの上位群と下位群とでは，ATQの各項目および全体得点に有意差がみられた。

なおATQとBDIとの相関係数は，男子.580，女子.505である（これはATQを用いたものでは，.617[8]，.80[16]，.87[9]というアメリカのサンプルの結果や，.75[28]，.79[34]というトルコのサンプルの結果よりもやや低い。ATQの修正版（ATQ-M Negative）を用いたデント（Dent）とテイズデール（Teasdale）[5]による.45というイギリスのサンプルの結果よりはやや高い）。ATQの項目でBDIの得点と相関が特にみられたものは，6.「うまくやっていけない」，10.「失望感」，11.「いい感じがしない」，19.「消えてしまいたい」，22.「人生はめちゃめちゃだ」，23.「失敗」，30.「何もしたくない」という諸項目であった。また，BDIの項目でATQとの相関が特にみられたものは，1.ムード，7.自己嫌悪，11.いらいら感であった。

またATQの各要因とうつ傾向との関係をみるために，各因子に対応する項目の合計得点の上位31%を上位群とし，下位31%を下位群とし，これらに対応するBDIの得点を比較した（Table 4）。

これらのいずれにも有意差がみられるが，第Ⅲ因子の場合は他と比べると全体の得点は低く，標準偏差も極めて小さいようである。

なお折半法によってATQの信頼性を検討した。この結果.820の相関係数が得られた。

考　察

まず否定的自動的思考について，ATQの因子分析の結果，Ⅰ．自責と敗北感の因子，Ⅱ．焦燥感の因子，Ⅲ．変化への不安感の因子，Ⅳ．自我無力感の因子の4因子が抽出された。これらの諸要因をもって，否定的自動的思考の構造と考えることができる。

各項目に対する反応の分布では，この一般学生の被験者は「うまく行かない」という種類の自動的思考には悩まされてはいても，特に厳しく落ち込む内容の自動的思考についての反応は比較的低かったようである。なおATQと特に相関のみられたBDIの項目は，BDIの第Ⅰ因子である気分の動揺に関する因子[10]に関係する項目であった。否定的自動的思考は，まず気分の動揺と関連することによって，うつ感情の強化を促すものと考えることもできる。

ATQであらわされた否定的自動的思考と，BDIで示される抑うつ傾向との上位群，下位群との比較で有意差がみられたことによって，先にあげた仮説は成立したといえる。人は否定的観念を意識的に，あるいは意識せずにくりかえすことによって，その観念を短期記憶（STM）から長期記憶（LTM）に移行させる。その結果このような観念は，自己の行動基準の否定的な側面に選択的に意識を向けさせ，これを強化することによって認知の歪曲へと導く。こうして否定的自動的思考と抑うつ傾向とは関連するにいたると思われる。そしてこれに対して消去の機能を果たすものの一つが肯定的自動的思考である。なお否定的自動的思考の構成要因のうちで，第Ⅲ因子すなわち変化への不安感の因子はその中では比較的うつ傾向との結びつきが弱いのかも知れない。

自動的思考への対応としては，自動的思考のチェックリストや非生産的思考の記録（Dysfunctional Thoughts Rocord）の利用，思考停止法という手続きが用いられる。その他，思考捕獲（thougt-catching），現実検証（reality testing）[35]，現実状況で起こる可能性の高い自動的思考への対応法の提示，イメージの利用などさまざまな技法[7]が紹介されている。

事　例

来談者：職業人（男子）50代軽うつ　BDI得点21

問　題：「もう何をしてもむだだ，だから，何をする気にもなれない」という思いがしばしは出てきて，やる気をなくし，気力を失ってしまう。

対　応：このようなくり返し出てくる思考――自動的思考が生じた場合，それが，本当の自分の思いかどうかを知るために，まず現在の自分の心身の状態をチェックする。特に，体調や，疲労感はどうか，また最近の特異な出来事について思い出してみる。

体調や最近の状態に思いつく点があったので，この自動的思考の原因を体調と最近の出来事とに帰属させ

た。「今仕事が重なってしまった。未処理の仕事もあるなかで，新しい仕事も入り，あせっている。また今の仕事が思うような形で終わらなかったのも気になっている。疲労もたまり少し調子も悪い。そのため，何をしてもむだと考えているのかもしれない。何をしてもむだかどうかは，少なくとも今は判断しないほうがよい。またあとで考えてみよう」。

このようにして，いわば間をおき，自動的思考の内容を直ちに自分自身の属性とはしないことで，自動的思考から受ける圧力と，うつ感情とを弱めることができた。

抑うつ的思考をもつ来談者への対応は，肯定的思考を進めることと同時に，自分を取り巻く刺激状況の的確な把握と，その状況に見合う肯定的思考のレパートリーを自ら引き出させるようにすることであり，肯定的思考をすすめることは抑うつの予防に重要な意味をもつ[17]。

周知のようにカウンセリングの活動には，治療と併せて予防の活動もふくまれる。また自己援助（self-help）の促進も，問題に対する処置や予防の役割の一つである。すなわち，人々に自己援助の方法を知らせ，必要に応じて活用するという手続きも臨床活動の一端として求められる。

あえて患者と呼ばれる状態の人ではなかっとしても，不愉快な思考をくりかえす時や，自己を不安定にする観念が生起したと感じる時がある。このような，問題や感情障害に連がる自動的思考に気づいた時，その思考や観念の持続の強化を回避する対処法を，普段身につけておくことも意味がある。自分のうつ状態への対応としては，臨床の場を訪れるよりも，自分でなおしたいと思う人も多いはずである。人々にそのための手続きを知らせ，これを自己援助の手段，自己コントロールの手続きの一つとして身につけてもらうことも有益であろう。

またこれらの手続きを，さまざまなケアワークにあたる人々に，必要に応じて活用してもらうことも意味があると思われる。自己の状態や当面する問題に対するコントロール可能感はうつ状態回避の条件となるものである。自動的思考に対するこれらの試みは，自分自身の状態についてのコントロール可能感を強化し得る条件の一つとなると思われる。

文　献

1) 阿部隆明　うつ病軽症化の社会文化的背景　臨床精神医学，1993, 22, 3, 291-297.

2) Antaki, C., & Brewin, C. *Attributions and psychological change.* London: Academic Press Inc Ltd 1982, 132-133.（細田和雅　古市裕一監訳　原因帰属と行動変容　ナカニシヤ出版 1993）

3) Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. *Cognitive therapy of the depression.* N.Y.: The Guilford Press, 1979

4) Clark,L. A., Watson, D., & Mineka, S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology,* 1994, **103, 1,** 103-116.

5) Dent, J., & Teasdale, J. D. Negative cognition and the persistence of depression. *Journal of Abnormal Psychology,* 1988, **97, 1,** 29-34.

6) Franko, D. L., & Zuroff, D. C. The bulimic automatic thoughts test. *Journal of Clinical Psychology,* 1992, **48, 4,** 505-509.

7) Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. *Clinical applications of cognitive therapy.* N. Y.: Plenum Press, 1990（高橋祥友訳　認知療法ハンドブック　金剛出版，1993, 17.）

8) Garber, J., Weiss, B., & Shanley, N. Cognitions, depressive symptoms, and development in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology,* 1993, **102, 1,** 47-57.

9) Harrell, T. H. & Ryon, N. B. Cognitive-behavioral assessment of depression: clinical validation of the automatic thought questionnaire. *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 1983, **51, 5,** 721-725.

10) 林　潔・瀧本孝雄　Beck Depression Inventory（1978年版）の検討と Depression と Self-efficacy との関連についての一考察　白梅学園短期大学紀要，1991, 27, 43-52.

11) 林　潔・瀧本孝雄　認知行動療法のアセスメントの一つとしての肯定的自動的思考についての検討　応用心理学研究，19, 1994, 103-107.

12) Hollon, S. D., & Kendall, Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thought questionnaire. *Cognitive therapy and Research,* 1980, **4, 4,** 383-395.

13) Ingram, R. E., & Wisnicki, K. S. Assessment of positive automatic thought. *Journal of*

Consulting & Clinical Psychology, 1988, **56, 6,** 898-902, 1988.

14) 飯田　真，他　うつ病と現代　臨床精神医学，1980, 9, 1, 23-33.

15) 井上和臣　恐慌性障害の認知行動療法　臨床精神医学，1991, 20, 7, 939-946.

16) Kauth, M. R., & Zettle, R. D. Validation of depression measures in adolescent populations. *Journal of Clinical Psychology,* 1990, **46, 3,** 291-295.

17) 児玉昌久・片柳弘司・嶋田洋徳・坂野雄二　1994 大学生におけるストレスコーピングと自動的思考，状態不安，および抑うつ症状との関連　ヒューマンサイエンス，7, 1, 14-26.

18) 近藤喬一　最近のうつ病像の変遷　臨床精神医学，1975, 4, 3, 261-264.

19) 越河六郎・山田美和子・山崎慶子・待井和江　日本応用心理学会シンポジウム：ヒューマンケアワークをめぐる諸問題　1995

20) Laurent, J., & Stark, K. D. Testing the cognitive content-specificity hypothesis with anxious and depressed youngsters. *Journal of Abnormal Psychology,* 1993, **102, 2,** 226-237.

21) Lewinsohn, P. M., Munoz, R. F., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. *Control your depression, revised edition.,* 1986 Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall（大原健士郎監修　熊谷久子訳　うつのセルフ・コントロール　創元社　1993）

22) Meichenbaum, D. Evolution of cognitive behavior therapy: Origins, tenets and clinical examples. The 2nd Conference of the Evolution of Psychotherapy., 1990（根建金男訳　認知行動療法の展開 ── 起源，原理，臨床例　行動療法研究，1993, 19, 1, 55-66.）

23) 野村総一郎・成瀬梨花・山内惟光　認知療法が著効を示した遷延性うつ病の2例　臨床精神医学，1991, 20, 3, 329-338.

24) 野村総一郎・友田桂子　とくに遷延性うつ病の治療として　臨床精神医学，1991, 20, 7, 955-962.

25) 大野　裕　抑うつを伴う回避性人格障害の症例を通して　臨床精神医学，1991, 20, 7, 947-954.

26) 大野　裕　うつ病　季刊精神療法，18, 1, 9-15.

27) 小沢康司・上里一郎　認知行動療法：総編　季刊精神療法，1992, 18, 1, 3-8.

28) Sahin, N. H., & Sahin, N. Reliability and validity of the Turkish version of the automatic thoughts questionnaire. *Journal of Clinical Psychology,* 1992, **48, 3,** 334-340.

29) 坂野雄二　認知行動療法の発展と今後の課題　ヒューマンサイエンスリサーチ，1992, 1, 87-107.

30) 坂野雄二・根建金男　行動療法から認知行動的介入へ　季刊精神療法，1988, 14, 2, 17-30.

31) 大野　裕　うつを生かす ── うつ病の認知療法　星和書店，1990

32) Tesser, A., & Cowan, C. L. Some attitudinal and cognitive consequences of thought. *Journal of Research in Personality, 11,* 1977, 216-226.

33) Widlöcher, D. *Les logiques de la de' pression.,* 1983（古河冬彦訳　うつ病の論理　岩波書店，1987）

34) Wierzbicki, M., & Rexford, L. Cognitive and behavioral correlations of depression in clinical and nonclinical populations. *Journal of Clinical Psychology,* 1989, **45, 6,** 872-877.

35) Williams, J. M. G. *The psychological treatment of depression.* London: Croom Helm, 1984（中村昭之監訳　抑うつの認知行動療法　誠信書房，1992）