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

林　　潔　瀧本孝雄

今日学生に対するカウンセリング，心理療法の分野においても，軽いうつ状態からうつ病までのさまざまな水準の depression の問題と，その処置が課題となってきている。例えば学生集団における抑うつ状態の全体的増加，特に大学院生における成人型抑うつの増加も指摘されている（新宮，他，1988）。

さらに最近，カウンセリング，心理療法の分野で，認知療法あるいは来談者や患者への認知的取り組みが注目を集めてきている。来談者の問題を理解する際，認知障害を前提とすることが妥当とみなされる問題も存在する[注1)]。認知療法は，Beck，A.T. によれば，「自分の心理的問題を理解し解決する鍵はその人自身の意識の範囲内に存在しているという視点からのアプローチである」（大野訳，1990，p.ii）。

今日 Ellis，A. や Beck の治療論がわが国の認知療法の分野に影響を与えつつある[注2)]。Ellis や Beck の認知療法は，行動療法の一分野としても理解されている（認知療法と行動療法との比較についての Beck の見解は，Beck，大野訳，op cit，p.262-276参照)[注3)]。

特に抑うつの認知療法の測定方法として発案された Beck Depression Inventory は，欧米のカウンセリング，心理療法の分野において，広く用いられている。わが国では，先の報告（林，1988）に記した他，うつ病研究（岡部，1972；山口，他，1975；山角，他，1977，星野，1988），いわゆるマタニテイ・ブルー研究（渡辺，他，1983）における活用が報告されている。

BDI は抑うつ状態に陥った時の症状理解に役立つものである。うつ病の症状に対するアプローチとして，Beck（大野訳，op cit，228-229）は，行動面の症状，自殺願望，希望の喪失，満足の欠如，自己非難，苦痛な感情，外部の問題に分け，それに見合う処置をあげている。

本研究は，研究Ⅰと研究Ⅱから構成されている。

研究Ⅰは1978年版の Beck Depression Inventory の信頼性，妥当性についての再検討の試みである。

研究Ⅱは Beck Depression Inventory と self-efficacy すなわち自己遂行可能感との関連について検討するものである。

self-efficacy は認知療法において用いられる基礎概念の一つでもある。

すなわち self-efficacy とは，ある個人が感じる「自己遂行可能感」である。これは，坂野ら（1986）によると，行動の積極性，失敗に対する不安，能力の社会的位置づけという因子から構成される。またこれは competence ということばにつきあたる。一人一人の人間が，自分自身の持つこのような能力について判断していくときの内容が，self-effi-

cacy と呼ばれる（祐宗，他，1985，p. 105）。これらの諸要因は，うつ状態からの回復の手がかり刺激となるものと思われる。

研　究 I

目　的

1978年版の Beck Depression Inventory について，先の報告（林，op cit）にデータを加え，その信頼性と妥当性とを再検討することが，研究 I の目的である。

方　法

本研究では，Beck Depression Inventory（1978）を項目分析し，一部修正した質問紙（以下，"BDI" という）とＹＧ性格検査とを用いた。これらの質問紙とテストとを首都圏の国立大学，私立大学各１校の学生男子170人，女子149人，私立短期大学１校の学生女子190人に対して実施した。実施の時期は1986年から1989年である。

この BDI は，21項目から成る４肢選択の質問紙である。BDI については，先に報告を行ったが（林，op cit），今回データを加え改めて項目分析を行った。その結果，先に除外された５項目にもＧＰ分析の結果，有意差が認められたため，21項目のすべてが有効となった。

これらの質問項目は，次の内容に対応する。

1. ムード　2. ペシミズム　3. 失敗感　4. 不満足　5. 罪悪感　6. 罰を受けている感じ　7. 自己嫌悪　8. 自己非難　9. 自罰願望　10. 泣きたい気持　11. いらいら感　12. 社会的退却　13. 未決定　14. 身体像　15. 仕事の抑制　16. 睡眠の不全　17. 疲れやすさ　18. 食欲のないこと　19. 体重減少　20. 身体への先入観　21. リビドーを欠く

結　果

この合計519人の被験者のデータの BDI とＹＧ性格検査の結果は，Table 1 のとおりである。

この被験者合計519人のデータを用いて，BDI についての検討を行った。

1.　BDI の各項目間の検討

BDI の21項目間相互の関係について検討するために相関係数を算出した。この結果は，Table 2 のとおりである。この結果，1. ムードと 10. 泣きたい気持，4. 不満足感と 7. 自己嫌悪との間に相関がみられた。しかし全体的に相関係数は高いものはなかった。

2.　BDI の各項目と合計得点すなわち抑うつ傾向との関係

21項目と合計得点との間の相関係数を算出した（Table 3）。

この結果，合計得点，すなわち抑うつ傾向との相関が比較的高いものは，7. 自己嫌悪，15. 仕事の抑制，4. 不満足感，17. 疲れやすさなどである。

3.　BDI の信頼性の検討

折半法によって BDI の信頼性の検討をおこなった。その結果，.618の相関係数が算出された。

4.　BDI の質問項目の構造の検討

BDI についての因子分析。

BDI の21項目について全データについて改めて varimax 法による因子分析を行った。この結果次の４因子が抽出された（Table 4）。

Table1-1　BDIの結果

	大学生男子		大学生女子		短大生女子	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1．ムード	.27	.55	.44	.55	.36	.56
2．ペシミズム	.32	.76	.38	.85	.43	.84
3．失敗感	1.24	.84	1.44	.82	1.42	.75
4．不満足感	.73	.77	.63	.76	.83	.85
5．罪悪感	.58	.53	.69	.67	.74	.59
6．罰を受けている感じ	.40	.70	.60	.90	.64	.83
7．自己嫌悪	.47	.87	.87	1.13	1.07	1.17
8．自己非難	.78	.93	1.03	.98	1.09	.89
9．自罰願望	.45	.57	.71	.55	.83	.65
10．泣きたい気持	.25	.55	.37	.64	.50	.81
11．いらいら感	.62	.95	.62	.82	.73	.88
12．社会的退却	.22	.55	.28	.61	.32	.53
13．未決定	.28	.65	.59	.90	.60	.88
14．身体像	.49	.88	.44	.89	.76	.99
15．仕事の抑制	.76	1.00	.96	1.13	1.10	1.18
16．睡眠の不全	.17	.46	.17	.54	.23	.51
17．疲れ易さ	.62	.78	.63	.69	.77	.72
18．食欲のないこと	.12	.38	.13	.43	.19	.50
19．体重減少	.21	.60	.18	.49	.15	.41
20．身体への先入感	.44	.50	.52	.53	.43	.51
21．リビドーを欠く	.17	.96	.19	.54	.21	.52
合　計	9.47	6.71	11.83	7.47	13.38	7.59

Table1-2　YG性格検査の結果

	大学生男子		大学生女子		短大生女子	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
D．抑うつ性	10.34	5.62	11.67	5.66	11.17	5.73
C．回帰性	9.18	4.90	10.95	4.73	10.60	5.07
I．劣等感	8.52	4.91	10.57	5.23	9.76	5.07
N．神経質	9.99	5.29	10.32	5.15	10.11	5.25
O．客観性	8.87	4.13	10.08	4.05	9.42	4.16
Co.協調性	7.81	4.43	7.86	4.79	8.22	3.94
Ag.攻撃性	11.09	4.01	10.99	4.13	11.79	3.86
G．一般的活動性	10.71	4.91	10.46	4.23	10.46	4.40
R．のんきさ	11.44	4.85	12.09	3.96	12.93	4.33
T．思考的外向	8.52	4.52	8.99	4.53	9.19	4.56
A．支配性	9.18	4.81	9.68	5.57	10.25	4.87
S．社会的外向	11.24	5.55	12.63	5.10	13.16	5.02

第Ⅰ因子　気分の動揺に関する因子
　項目1，2，4，7，9，10，11，15，17がこれに該当する。
第Ⅱ因子　抑制感と身体的条件についての因子
　項目12，13，14，15，20がこれに該当する。
第Ⅲ因子　自責感についての因子
　項目3，5，6，8がこれに該当する。
第Ⅳ因子　生理的反応の因子

Table 2 BDI の21項目間の相関係数

1	1.000																				
2	.263	1.000																			
3	.187	.145	1.000																		
4	.289	.371	.160	1.000																	
5	.135	.120	.298	.124	1.000																
6	.175	.165	.139	.196	.386	1.000															
7	.384	.363	.252	.419	.219	.283	1.000														
8	.154	.103	.233	.224	.124	.142	.248	1.000													
9	.252	.241	.186	.216	.229	.213	.337	.154	1.000												
10	.487	.298	.086	.312	.209	.310	.309	.117	.295	1.000											
11	.290	.263	.122	.320	.125	.198	.280	.159	.220	.358	1.000										
12	.223	.104	.020	.266	.037	.208	.199	.081	.091	.229	.182	1.000									
13	.237	.202	.158	.252	.091	.178	.298	.231	.109	.237	.282	.309	1.000								
14	.269	.207	.176	.267	.186	.239	.323	.173	.134	.215	.203	.214	.381	1.000							
15	.257	.229	.149	.302	.182	.207	.399	.192	.243	.256	.361	.221	.378	.304	1.000						
16	.144	.078	.012	.153	.149	.249	.141	.059	.167	.291	.240	.200	.176	.171	.253	1.000					
17	.353	.309	.151	.394	.136	.190	.348	.113	.331	.374	.388	.177	.233	.225	.364	.192	1.000				
18	.173	.163	.038	.157	.108	.106	.154	.052	.199	.157	.207	.057	.110	.083	.117	.252	.204	1.000			
19	.051	.065	-.006	-.045	.077	.130	-.049	.067	.078	.117	.086	.016	.020	-.028	.077	.122	.096	.258	1.000		
20	.053	.101	-.013	.121	.206	.146	.113	.092	.117	.086	.118	.017	.018	.071	.078	.133	.174	.099	.093	1.000	
21	.188	.144	.074	.142	.052	.035	.115	.027	.094	.106	.097	.250	.251	.185	.148	.072	.142	.130	.095	.117	1.000
項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Table3　BDIの各項目と合計得点との相関

項　　目	相関係数	項　　目	相関係数
1．ムード	.539	12．社会的退却	.385
2．ペシミズム	.513	13．未決定	.542
3．失敗感	.384	14．身体像	.530
4．不満足感	.591	15．仕事の抑制	.622
5．罪悪感	.405	16．睡眠の不全	.392
6．罰を受けている感じ	.496	17．疲れ易さ	.590
7．自己嫌悪	.667	18．食欲のないこと	.330
8．自己非難	.417	19．体重減少	.178
9．自罰願望	.481	20．身体への先入感	.257
10．泣きたい気持	.576	21．リビドーを欠く	.281
11．いらいら感	.575		

項目10，11，12がこれに該当する。

5.　BDI　の各項目とＹＧ性格検査の12の特性との関係

BDI の各項目とＹＧの各特性との間の相関係数を算出した(Table 5)。この結果，BDIの得点とＹＧ性格検査のＤ．抑うつとの間に.623の相関が認められた。全体に BDI の得点はＹＧの情緒安定性一不安定性の尺度（O，C，I，N）の得点と関連がみられた。そして，社会適応性（O，Co，Ag）と向性（G，R，T，A，S）の特性との間には特に相関はみられないか，みられても低いものであった。

Table4　BDIの因子と因子負荷量

	第Ⅰ因子	第Ⅱ因子	第Ⅲ因子	第Ⅳ因子
1	−.590	−.225	.071	.049
2	−.634	−.041	.055	.001
3	−.207	−.049	.570	−.294
4	−.629	−.241	.073	−.081
5	−.061	−.007	.776	.159
6	−.113	−.216	.585	.279
7	−.611	−.212	.331	−.145
8	−.190	−.173	.397	−.169
9	−.522	.102	.297	.162
10	−.562	−.186	.127	.280
11	−.559	−.205	.011	.212
12	−.113	−.676	−.041	.120
13	−.216	−.704	.104	−.042
14	−.212	−.566	.282	−.089
15	−.416	−.420	.187	.068
16	−.123	−.296	.135	.539
17	−.688	−.119	.032	.177
18	−.285	.011	.041	.564
19	.017	.032	.098	.637
20	−.107	.060	.243	.351
21	−.073	−.517	−.073	.176
寄与率	16.082	10.210	8.939	7.745
累積寄与率	16.082	26.292	35.230	42.976

Table5 BDIの項目とYGの特性との相関係数

	D	C	I	N	O	Co	Ag	G	R	T	A	S
1.	.459	.285	.401	.322	.335	.341	−.005	−.310	−.060	−.203	−.193	−.238
2.	.264	.175	.266	.202	.201	.295	.017	−.174	.000	−.060	−.103	−.115
3.	.246	.175	.256	.207	.131	.163	−.041	−.115	.002	−.093	−.063	−.094
4.	.412	.198	.285	.284	.226	.329	−.071	−.288	−.055	−.186	−.218	−.231
5.	.226	.206	.207	.205	.215	.098	−.012	−.066	.005	−.205	−.018	−.042
6.	.265	.221	.204	.198	.248	.245	.094	−.082	.121	−.160	−.007	.009
7.	.417	.257	.416	.317	.223	.313	−.045	−.320	.008	−.152	−.216	−.192
8.	.282	.193	.303	.214	.120	.143	−.049	−.130	−.053	−.117	−.126	−.082
9.	.407	.288	.248	.262	.330	.263	.028	−.219	.033	−.118	−.059	−.085
10.	.381	.209	.259	.254	.311	.305	.036	−.207	−.002	−.197	−.057	−.116
11.	.384	.221	.301	.295	.315	.339	.042	−.254	.000	−.182	−.172	−.187
12.	.282	.156	.168	.118	.239	.207	−.047	−.184	−.040	−.083	−.116	−.148
13.	.302	.268	.431	.309	.263	.260	−.109	−.348	−.030	−.051	−.298	−.259
14.	.297	.193	.320	.253	.205	.259	−.003	−.185	.016	−.155	−.092	−.132
15.	.343	.197	.260	.228	.250	.213	−.047	−.275	.030	−.077	−.130	−.149
16.	.275	.164	.133	.212	.316	.137	.064	−.107	.061	−.104	−.033	−.042
17.	.440	.370	.336	.378	.395	.382	.051	−.244	.031	−.196	−.192	−.182
18.	.097	.029	.036	.105	.154	.073	.019	−.031	.018	−.061	−.001	−.037
19.	.056	.075	−.008	.043	.130	−.037	.039	.095	.025	−.096	−.070	.043
20.	.159	.176	.134	.202	.178	.046	.016	.002	−.030	−.186	−.044	−.003
21.	.183	.154	.132	.111	.095	.131	−.045	−.129	.001	−.032	−.096	−.138
合計	.623	.415	.530	.477	.468	.470	−.011	−.376	.009	−.262	−.223	−.243

研　究Ⅱ

目　的

抑うつ傾向と self-efficacy との関連について検討することが研究Ⅱの目的である。

すなわち，BDI で示される抑うつ傾向と self-efficacy の傾向とは関連があるであろうという仮説を検討することが目的である。もし self-efficacy が抑うつと矛盾するものであれば，抑うつ状態の消去のための刺激とすることができるであろう。

方　法

BDI と self-efficacy の質問紙（坂野，東条，1986）とを首都圏の短期大学1校の学生女子138人に対して実施した（1990年6月）。

結　果

これらの学生の self-efficacy の質問紙の得点は，平均9.36，SD3.62，最小値0，最大値16であった。

BDI の各項目の得点と self-efficacy の得点との相関を算出したところ，この結果は Table 6 のとおりであった。すなわち BDI 全体と−.348の相関係数を得た。なお項目2ペシミズムとは−.319の相関がみられた。

全体的考察

研究Ⅰの BDI の検討の結果次のことが明らかになった。

BDI の21項目間の検討の結果，一般に相関係数は高いものではなく，これらの21項目はそれぞれ独立の項目であるとみなすことができる。そしてこれらは4因子―気分の動揺，抑制感と身体的条件，自責感，生理的反応―から構成されていると考えられる。なお先の報告の因子分析は parsimax 回転によって行ったものであった。また先の報告では項目数が5項目少ないので，因子構造には相違がみられる。

BDI の信頼性については，折半法によって.618の相関がみられたことによって信頼性が，YGの抑うつと.623の相関がみられたことによって妥当性がそれぞれ認められたといえる。

この BDI で測定される抑うつ傾向は，情緒安定性―不安定性に関連する次元のものと推定される。

各項目と全体の得点である抑うつとの関係では，不満足感，自己嫌悪，仕事の抑制，疲れやすさという，学生生活の場面で感知しやすい傾向が特に表れたものと思われる。

研究Ⅱの結果.348の相関係数が算出されたことによって，BDI で表現される抑うつ傾向と self-efficacy とは関連があることが明らかになった。従って先の仮説は検証されたといえる。

self-efficacyは学習された無力感の解消（坂野，前田，東条，1988）のみならず，抑うつ解消にも意味をもつものと思われる。従って来談者の self-efficacy の強化の手続きが注5，6），カウンセリング，心理療法における一つの課題になってくるものと思われる。

Table6 BDI の項目と self-efficayの得点の相関

BDI項目	相関係数
1	−.176
2	−.319
3	−.273
4	−.297
5	−.186
6	−.161
7	−.236
8	−.215
9	−.094
10	−.130
11	−.226
12	−.110
13	−.291
14	−.164
15	−.238
16	−.189
17	−.243
18	−.058
19	−.052
20	−.038
21	−.166
合　計	−.348

注1）　ただしこのことには発達の条件が関与すると思われる。すなわち，老人のうつ病については，非言語面も加えて支持的に接すること（広瀬，1982）や，受容的，支持的，非指示的精神療法がきわめて有用である。患者の訴えを治療者が，年長者への尊敬の念をもって耳を傾けるだけでも十分効果が上がることが少なくない（山田，水木，1986）。面接は短時間でも回数は多い方が望ましい（大原，他，1974；安永，1973）。

注2）　うつ病を遺伝以外に環境要因との関係でとらえていこうとする動きは，アメリカを中心とする力動精神医学，ドイツを中心とする状況論の中にみることができる（鈴木，1986）。Ellis，Beck は前者の流れに位置づけることができる。

注2）　中野（1989）は，主要な行動主義的技法として，operant 条件づけ，新行動主義的媒介的 S-R モデル，社会的学習理論，認知的行動修正，嫌悪療法をあげている。この認知療法は，RET（Rational Emotive Therapy），社会技能・問題解決技能訓練，自己制御法とあわせて，認知的行動修正のグループに分類される。

また坂野（1988）は認知行動的介入の方法として，内潜条件づけ，カベラント，RET，認知療法，認知的行動的変容をあげ，Ellis の立場はRETに，Beck の立場は認知療法に分類している。

わが国の行動療法の発展は，梅津（1956），松山（1957），丸井（1958）の著作（浜，1969），1959年の内山の著作にさかのぼる。しかし一般的にそれは，1965年の H.J.Eysenck の「行動療法と神経症」訳書の刊行に始まるといわれている。また1961年に発足した異常行動研究会もこの分野に先駆的役割を果たしている。わが国の認知療法の展開は上里（1980）のいうこの定着期に始まるといえる。そしてこれは「顕在行動だけではなく，思考，イメージ，感情など潜在行動，私的事象を含む」（内山，1980，p.6）という行動観に表現されている。

認知論を取入れたわが国の文献としては，1970年に J.D.Krumboltz らの「カウンセリングの革命」の訳が，1974年には Krumboltz と Thoresen, C.E. の「行動カウセリング」の訳書が刊行される。この時期，内的コントロールの重視を行動療法の発展の方向の一つとする報告がみられる（内山，1972；福島，松村，1977）。また環境による制御とあわせて認知的制御も重視する社会的学習理論の Bandura, A. の訳が刊行され（原野，福島訳，1974）臨床活動に影響を与えている。その後，1980年代になって Ellis の訳書が刊行される。Lazarus, A.A. が一般に関心を持たれるようになったのも80年代と思われる。不適応な行為の原因帰属様式を修正すること，すなわち帰属スタイルの変容を方法とする帰属療法（高野，1989）もこの分野に含まれる。

その他，認知療法の手続きとして報告されているものは，坂野（1985），生和（1986），Patridge, K.（1987），青木，他（1987），高石，他（1988）である。また市川（1990）は認知カウンセリングを認知療法から分離させ，主として学習活動に応用した例を報告している。認知カウンセリングの学習上の問題についての適用は F.N.Watts（1985）の報告がある。

なお本報告では，行動カウンセリングは行動療法の下位概念であるととらえる。

認知・行動的アプローチは1989年現在では確固とした基盤を築いているとはいえない（茨木，1990）。認知・行動的事例の方法論的検討を今後の課題としたい。

注3）　BDI の質問項目については林（1988）を参照。ただし，項目番号を次のように修正する（カッコ内は旧番号）。4(3)，6(4)，7(5)，8(6)，9(7)，10(8)，11(9)，13(10)，14(11)，15(16)，16(13)，17(14)，18(15)，21(16)。

本研究では次の5項目を加えた。

第3問　0.私は自分が失敗するとは思わない。
　　1.私は他の人よりは失敗をしてきたと思う。
　　2.今までのことを考えると失敗をくり返してきたと思う。
　　3.私は人間として全くだめだと思う。

第5問　0.私は特に罪悪感をもっていない。
　　1.私はときどき罪悪感を感じている。
　　2.私は多くの時間罪悪感を感じている*。
　　3.私はいつも罪悪感を感じている。

第12問　0.私は他の人に対する興味を失った。
　　1.私は以前より他の人に興味を持たなくなった。
　　2.私は他の人への興味を大部分失った。
　　3.私は他の人への興味を失った。

第19問　0.最近大きな体重の減少はない。
　　1.最近2キロ以上体重が減った。
　　2.最近5キロ以上体重が減った。
　　3.最近7キロ以上体重が減った。
　　（食事制限の減量をしていますか
　　1.はい　2.いいえ）

第20問　0.私は健康について特に気にしない。
　　1.私は体の問題について気にしている。
　　2.私は体の事が大変気になるので他の事を考えるゆとりがない。
　　3.体の問題について大変悩んでいるので他の事は何も考えられない。

＊予備調査の結果質問紙の内容を修正した。

注5）　東条らはチックの例において，この点について，「治療過程全般を通じ，self-efficacy が強く認知されないうちに治療操作を撤去してしまうと，self-efficacy は下降し，チックも増加するが，self-efficacy が最も強く認知されてから治療操作を中止しても，その効果は維持されていた」と述べている。

注6）　self-efficacy を生み出す判断は，次のような情報源に基づく。

(1)自分で実際にやり，直接体験する。(2)他者の行動観察による代理性の経験，(3)やればできる能力があるということについて，社会的影響を受ける，(4)自分自身を判断する基礎となる生理的変化の体験の自覚。(祐宗，他，1985，p.80)

参考文献

Antaki, C., & Brewin, C. 1982 *Attribution and personality change*. N. Y. : Academic Press (細田和雅　古市裕一訳　1991　帰属と人格変化　ナカニシヤ出版)

青木宏之　西間よしみ　岡田隆雄　夏目高明　竹野孝一郎　岡　秀樹　揚　思根　1987　摂食障害に対する認知療法　日本行動療法学会第13回大会

上里一郎　1980　わが国における行動療法関係文献集1　行動療法研究5，1，2，6，3—77

Bandura, A. 1971 *Social learning theory*. General Learning Cerporation. (原野広太郎　福島修美訳　1974　人間行動の形成と自己制御　金子書房)

Beck, A. T. 1976 *Cognitive theory and the emotional disorders*. (大野　裕訳　1990　認知療法岩崎学術出版社)

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emerry, G. 1979 *Cognitive therapy of depression*. N.Y. : Guilford Press.

Ellis, A. 1973 *Humanistic psychotherapy*. Institute for Rational Living Inc. (沢田慶輔　橋口英俊　1983　人間性主義心理療法　サイエンス社)

Ellis, A., & Harper, R. A. 1975 *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J. : Prentice Hall, Inc (国分康孝　伊藤順康訳　1981　論理療法　川島書店)

福島脩美　松村茂治　1977　内潜的学習の理論と行動変容　春木　豊編著　人間の行動変容　川島書店

浜　治世　1969　行動療法の歴史　教育と医学17，9，781—786

林　　潔　1988　学生の抑うつ傾向の検討　カウンセリング研究20，2，162—169

林　　潔　1989　認知的カウンセリング　未公刊資料

平井　久　1983　抑うつの病理と治療　上里一郎編　行動療法　福村出版

広瀬徹也　1982　老年期うつ病　臨床精神医学11，5，571—579

星野良一　1988　うつ病のパーソナリティ・アセスメント　臨床精神医学17，1，45—54

市川伸一　1990　認知カウンセリングの構想と展開　心理学評論32，4，421—436

茨木俊夫　1983　抑うつ反応　長島貞夫監修　性格心理学ハンドブック　金子書房

茨木俊夫　1990　認知・行動アプローチーうつ反応を中心として　第27回全国学生相談研修会報告書　53—56

生和秀敏　1986　嫌悪事態到来予測状況下における心拍変化と認知方略との関連　行動療法研究12，1，8—15

Krumboltz, J. D. 1966 *Revolution in counseling*. Boston : Houghton Mifflin Co. (中沢次郎訳編　1970　カウンセリングの革命　誠信書房)

Krumboltz, J. D., & Thoresen, C. E. 1969 *Behavioral counseling*. N. Y. : Holt Reinhart & Wilson, Inc. (沢田慶輔　中沢次郎訳編　1974　行動カウンセリング　誠信書房)

Mcmalin. R. E. & Guils, T. R. 1981 *Cognitive-behavior therapy*. Grune & Stratton, Inc. (岩本隆茂，他訳　1990　認知行動療法入門　川島書店)

前田基成　坂野雄二　東条光彦　1987　系統的脱感作法による視線恐怖反応の消去に及ぼす self-efficacy の役割　行動療法研究12，2，68—80

丸井澄子　1958　学習論からみた心理療法　心理学評論2，2

松山義則　1957　異常行動論　理想社

中野良顕　1989　行動療法　伊藤隆二編　心理治療論ハンドブック　福村出版

中沢　潤　大野木裕明　伊藤秀子　坂野雄二　鎌原雅彦　1988　社会的学習理論から社会的認知理論へ　心理学評論31，2，229—251

大原健士郎，他　1974　老人患者の精神療法　臨床精神医学15，19—25

大野　裕　1989　認知療法　心身医学29，1，9—15

Patridge, K. 1987 Cognitive therapy. 日本行動療法学会第13回大会

坂野雄二　1988　テスト不安の継時的変化に関する研究　人間科学研究（早稲田大学）1，131—44

坂野雄二　1989　一般性セルフ・エフィカシー尺度の妥当性の検討　人間科学研究2，1，91—98

坂野雄二　根建金男　行動療法から認知的介入へ　季刊精神医学14，2，17—32
坂野雄二　東条光彦　1986　一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み　行動療法研究12，1，73—82
坂野雄二　前田基成　東条光彦　1985　リラクセーションと認知的行動変容を適用した強迫神経症の一例　日本行動療法学会第11回大会
沢田慶輔　1984　カウンセリング　創価大学出版会
新宮一成　浜野清志　大東祥孝　三好暁光　1988　後期青年期の抑うつ状態の病像と予後——大学精神保健の経験から　臨床精神医学17，4，505—514
祐宗省三　上里一郎　1969　行動理論　三好稔編　相談心理学の理論と実際　明治図書
祐宗省三　原野広太郎　柏木恵子　春木　豊　1985　社会的学習理論の新展開　金子書房
鈴木康訳　1986　家族調査表よりみたうつ病者の両親像　臨床精神医学15，9，1525—1533
高石　昇　川島恵美　本城千恵子　黒木賢一　1988　うつ症候群への行動療法的接近　行動療法研究13，2，34—42
高野清純　1989　帰属療法　日本文化科学社
東条光彦　前田基成　1988　チックに対する認知的変容と症状改善　カウンセリング研究21，1，47—53
筒井末春　1987　わが国における行動療法の歴史と展望　行動療法研究12，2，8—15
内山喜久雄　1959　小児緘黙症に関する研究1，2　北関東医学9，772—785
内山喜久雄　1972　行動療法　文光社
内山喜久雄　1980　行動臨床心理学　岩崎学術出版社
内山喜久雄　1981　行動療法の沿革と展望　行動療法研究6，2，3—10
梅津耕作　1956　条件づけ法による夜尿症の治療について　精神医学研究所業績表3
梅津耕作　1969　行動療法と心理療法　教育と医学17，9，774—780
梅津耕作　1976　行動理論の展開　行動療法研究1，1，3—7
山田通夫　水木　泰　1986　老人のうつ病　臨床精神医学15，11，1753—1757
安永　浩　1973　老人に対する精神療法　臨床精神医学2，627—633
渡辺洋一郎，他　1983　出産前後における妊産婦の精神状態　川崎医学会誌9，2，113—119
Watts, F. N. 1985 Individual-centred cognitive counselling for study problems. *British J. of Guidance and Counselling*, *13*, *3*, 238—247
Wiiliams, J. M. G. 1984 *The psychological treatment of depression.* London : Croom Helm

はやし　きよし（心理学）
たきもと　たかお（獨協大学・心理学）