世界の幸せをカタチにする。
Creating Peace & Happiness for the World
Musashino University
武蔵野大学 学術機関リポジトリ
Musashino University Academic Institutional Repository

The Relationship among Lifestyle,Automatic Thoughts and Depressive Symptoms in University Students

メタデータ	言語: jpn
	出版者:
	公開日: 2017-03-30
	キーワード (Ja):
	キーワード (En):
	作成者: 野田, 昇太, 城月, 健太郎
	メールアドレス:
	所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/416

大学生における生活習慣と自動思考・抑うつ症状との関係性

The Relationship among Lifestyle, Automatic Thoughts and Depressive Symptoms in University Students

野　田　昇　太*
NODA, Shota

城　月　健太郎†
SHIROTSUKI, Kentaro

うつ病の主な症状として抑うつ気分と興味または喜びの喪失があり、その他に体重・食欲の変化、睡眠の変化、精神運動性障害、易疲労性・気力減退、罪悪感、集中困難、自殺企図が挙げられている（American Psychiatric Association, 2014）。これらの症状の内、5つ以上の症状が2週間以上持続することは、DSM-5によるうつ病の診断基準の1つである。米国においてうつ病の12か月有病率はおよそ7%であり、発症は20代が最も多いことが報告されている（American Psychiatric Association, 2014）。本邦において、うつ病の12ヶ月有病率は2.1%である（川上, 2007）。大学生の12ヶ月有病率についても8.9%と高い値が報告されている（西村・田中・久根木・藤井・高山, 2009）。社会状況の変化が著しい現代で、抑うつ症状を感じている大学生は多いと示唆されており（上田, 2002）、大学生の主たる年齢層である10代後半から20代前半にかけては、他の年齢層に比べて抑うつ症状の危険性が高いと指摘されている（西河・坂本, 2005）。そのため、大学生の抑うつ症状の理解とその予防は重要な問題となっている。

抑うつ症状に関連のある要因には、さまざまな要因がある。抑うつ症状は、遺伝的に規定された素質、素質や状況から作られた性格傾向、対人関係の問題や生活習慣の変化などの抑うつ症状の誘因になる心理社会的要因、身体的要因などのいろいろな要因が重なり合って起こる（渡辺・光信, 1988）。心理社会的要因については、誘因になり得る状況を知り、それに対する対策を行うことで、抑うつ症状を予防することができる。その中でも、抑うつ症状に関連のある心理社会的要因の一つに生活習慣が挙げられる。川上・原谷・金子・小泉（1987）の企業従業員を対象とした研究では、睡眠時間・朝食の頻度・運動習慣・飲酒習慣・肥満度の各習慣は、抑うつ症状との間に関連性があることを示している。原田・浜崎・今津（2011）の地域住民を対象とした研究では、抑うつ症状の高い者は低い者と比べて、睡眠・喫煙・運動・食習慣の各習慣が悪いことを示している。大学生において抑うつ症状の発生が多い理由として、大学進学に伴う生活習慣の変化が考えられる（西河・坂本,

*武蔵野大学大学院人間社会研究科修士課程　†人間科学研究所研究員／人間科学部人間科学科講師

2005)。大学生の睡眠状態は非常に悪く（山本・野村，2009)、20 代が最も生活習慣が乱れていることも報告されている（池田・森，1997)。大学生において生活習慣が悪い者は生活習慣が良い者に比べて抑うつ症状が高く、気分状態が悪く、活動性が低い（片山･水野･稲田，2014)。内田（2009）は、大学生において悪い生活習慣が抑うつ症状を引き起こすこともあると示唆している。これらのことから、抑うつ症状に関連する要因の中で、生活習慣は大学生において強く影響を及ぼすと推測され、生活習慣の変容が抑うつ症状を軽減させ得ると予測される。ところが、大学生における生活習慣と抑うつ症状との関係性については十分に明らかにされていない。

さらに、いくつかの先行研究で、抑うつ症状は否定的な自動思考との間に強い関係性があると指摘されている。自動思考とは、頭の中に自動的に何度も繰り返し出てくる考えのことである（福井，2008)。例えば、否定的な自動思考が抑うつ症状へ影響することが指摘されている（丹野，2001；Beck，Rush，& Emery，1979；福井・坂野，2000)。また、否定的な自動思考は、抑うつ症状と負の関係にある肯定的な自動思考を抑制させ、より抑うつ症状を強める（義田・中村，2007)。上記の指摘を踏まえると、抑うつ症状は生活習慣の悪化の影響を受けるだけでなく、否定的な自動思考の影響も受ける。また、自動思考が抑うつ症状を引き起こすプロセスについて、素因ストレスモデルでも説明がされている。素因ストレスモデルとは、抑うつ症状を引き起こす要因に、心理的要因と遺伝的要因を挙げており、ストレスによりそれらの要因が活性化させ、抑うつ症状が引き起こされるプロセスである（Ingram，2015)。否定的な自動思考は心理的要因の１つであり、ストレスを感じる状況や出来事に直面するとネガティブな気分や抑うつ症状を引き起こす（酒井，2010；黒沢・高塩，2014；Dozois & Beck, 2008；Ingram, 2015)。

生活習慣の問題は、ストレッサーを生成する要因になり得る（小杉，2002)。つまり、生活習慣の乱れが、生活上でストレスを生じさせる様々な出来事や状況を生起させ得る。以上のことより、生活習慣の乱れから、ストレスとなる出来事や状況が生起され、それにより、否定的な自動思考が喚起される可能性がある。すなわち、生活習慣の乱れが否定的な自動思考の誘因になり得ると仮定される。このことから、生活習慣の乱れが否定的な自動思考を活性化させ、その否定的な自動思考が抑うつへ影響を及ぼすというプロセスが想定できる。よって、生活習慣の変容が抑うつ症状を軽減させる可能性がある。しかし、生活習慣と自動思考との関係性については十分に明らかにされていない。大学生の抑うつ症状に強く関与する生活習慣と自動思考は、増悪要因として機能することが考えられる。そのため、これらの関係性を明らかにすることは、大学生の抑うつ症状の増悪に関するメカニズムを理解することにつながる。

以上より、本研究では、大学生の生活習慣と自動思考および抑うつ症状との関係性を検討することを目的とする。本研究を行う意義として、大学生の抑うつ症状に関与する要因の基礎理解が進むことがあげられる。

方法

調査対象者

調査は、調査への回答は強制ではないこと、個人の情報は守られることを教示した上で

調査に協力の同意が得られた大学生に実施した。回答の得られた 170 名のうち、回答に不備の無い大学生 156 名（男性 62 名，女性 91 名，不明 3 名；平均年齢 20.43，SD=5.33）を分析対象とした（有効回答率 90.00%）。

調査材料

1．日本版自己評価式抑うつ尺度（Self-rating Depression Scale；以下 SDS とする；福田・小林，1973）

SDS は、Zung（1965）が開発した抑うつ症状を測定する質問紙で、福田・小林（1973）が日本語版を作成した。20 の質問項目により構成され、各項目を 4 段階で自己評価をする。総得点が高いほど抑うつ症状が高い。

2．自動思考尺度（Automatic Thoughts Questionnaire-Revised；以下 ATQ-R とする；児玉・片柳・坂野，1994）

本尺度は、Kendall，Howard，& Hays（1989）によって開発された Automatic Thoughts Questionnaire-Revised（ATQ-R）の邦訳をもとに児玉他（1994）が修正した自動思考尺度である。ATQ-R には、15 項目からなる「将来に対する否定的評価（ATQ-R1）」、13 項目からなる「自己に対する非難（ATQ-R2）」、10 項目からなる「肯定的思考（ATQ-R3）」の 3 つの下位尺度から成り立っており、全 38 項目を 4 件法で評価する尺度である。ATQ-R1 と ATQ-R2 は、合計得点が高いほど自動思考が否定的であることを示し、ATQ-R3 は、合計得点が高いほど思考が肯定的であることを示している。今回、ATQ-R3 の合計得点を逆転して、ATQ-R の総得点を算出した。ATQ-R の総得点が高いほど自動思考が否定的であることを示す。

3．生活習慣に関する質問

森本・丸山（2001）は健康習慣として、「喫煙をしない」、「適量飲酒」、「定期的な運動」、「7 ～ 8 時間の睡眠」、「栄養のバランス」、「労働時間 10 時間未満」、「毎日朝食を食べる」、「ストレスを適正に保つ」の 8 つの習慣を抽出した。その 8 つの習慣をもとに、自覚的ストレス量、睡眠、食習慣、飲酒、喫煙、運動、栄養バランス、朝食、拘束時間を生活習慣の下位項目と定義し、その 8 つの項目を測定する質問紙を作成した。拘束時間に関する項目は、実際の拘束時間の記入を求めた。ほかの項目については、それぞれの項目に関しての健康状態を 4 件法で自己評価するように求めた。得点化については、拘束時間に関する項目は、記入した拘束時間が全体の平均拘束時間（8.54 時間）以上あれば 0 点、平均拘束時間未満であれば 1 点と得点化し、他の項目についてはそれぞれの項目の得点が全体の平均得点以上であれば 1 点、平均得点未満であれば 0 点と得点化し、その合計を健康習慣生活得点とした。健康習慣生活得点は、得点が高いほど健康的な生活習慣を過ごしているということを意味する。

分析方法

分析には、SPSS ver 16.0 for Windows および Amos ver 5.0 を用いた。まず健康習慣生活得点と SDS、ATQ-R の総得点の平均と標準偏差および健康習慣生活得点における各項目の得点の平均と標準偏差について算出した。次に生活習慣、自動思考、抑うつ症状の関係を検討するため、健康習慣生活得点およびその得点における各項目の得点と SDS、

ATQ-R の各得点との相関係数を算出した。さらに、生活習慣と自動思考が抑うつ症状に与える影響を検討するため、仮説モデルを２つ構成し、それらのモデルの適合度を共分散構造分析により検討を行った。

仮説モデル

本研究では、２つの仮説モデルを構成した。１つ目は、生活習慣が自動思考に影響を及ぼし、その自動思考が抑うつ症状へ影響を与えるプロセスと生活習慣が抑うつに直接影響を与えるプロセスの２つの経路を想定した生活習慣と抑うつ症状の関係モデル（以下モデル A）である。２つ目は、生活習慣が自動思考に影響を及ぼし、その自動思考が抑うつ症状へ影響を与えるプロセスの１つの経路を想定した生活習慣と抑うつ症状の関係モデル（以下モデル B）である。なお、本研究の仮説モデルでは、生活習慣について、抑うつ症状との関連が認められたもののみを用いて構成することとした。

結果

初めに、各尺度の得点および健康習慣生活得点における各項目の得点の平均と標準偏差を Table1 に示した。次に健康習慣生活得点およびその得点における各項目の得点と SDS、ATQ-R の各得点との相関係数を算出した。分析結果から SDS 得点と ATQ-R 得点は強い正の相関関係があることが認められた（$r = .84$, $p < .01$）。健康習慣生活得点は、SDS 得点とあまり相関がない傾向にあると認められたが（$r = -.15$, $p < .10$）、健康習慣生活得点における「運動」、「自覚的ストレス量」の項目の得点は、SDS 得点と弱～中程度の負の相関関係があることが認められ（$r = -.22$, $p < .01$；$r = -.47$, $p < .01$）、「拘束時間」の項目の得点に関しては SDS 得点と弱い正の相関関係があることが認められた（$r = .20$, $p < .05$）。また、健康習慣生活得点における「自覚的ストレス量」の項目の得点は、ATQ-R 得点に弱い負の相関関係が認められた（$r = -.37$, $p < .01$）。しかし、健康習慣生活得点における「飲酒」、「拘束時間」、「運動」の項目の得点は、ATQ-R 得点にほとんど

Table1 The means and standard deviations of each scale

	Mean	*SD*
SDS	46.19	9.48
ATQ-R	76.21	22.03
健康習慣生活得点	4.69	1.50
喫煙	.92	.27
飲酒	.71	.45
朝食	.72	.45
睡眠	.24	.42
拘束	.54	.50
運動	.37	.48
栄養	.49	.50
自覚的ストレス量	.69	.46

Table2 Correlations coefficients among SDS and each other scale

	SDS	ATQ-R
ATQ-R	.84**	
健康習慣生活得点	–.15†	–.06
喫煙	–.06	–.01
飲酒	.13	–.16**
朝食	–.04	.06
睡眠	.04	.07
拘束	.20*	.18*
運動	–.22**	–.17*
栄養	–.11	–.11
自覚的ストレス量	–.47**	–.37**

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

相関関係がないことが認められた（$r = -.16$, $p < .01$；$r = .18$, $p < .05$；$r = -.17$, $p < .05$）。分析により得られた相関係数を Table2 に示した。

また、SDS の得点と相関関係が認められた「拘束時間」、「運動」、「自覚的ストレス量」の項目の各得点を生活習慣を構成する要素として、仮説モデルの適合度の検討を共分散構造分析により行った。その結果、モデル A は GFI = .997、AGFI = .988、RMSEA = .001 と高い適合度指標が得られた。まず、生活習慣が抑うつに直接影響を与える経路について、生活習慣から抑うつ症状へのパスは有意と認められなかった（$\beta = -.62$, $p = .27$）。そのため、生活習慣から抑うつ症状への経路は支持されなかった。次に、生活習慣が自動思考に影響を及ぼし、その自動思考が抑うつ症状へ影響を与える経路について、生活習慣から自動思考へのパスは有意傾向にあると認められた（$\beta = -.73$, $p < .10$）。しかし、自動思考から抑うつ症状へのパス係数は有意と認められなかった（$\beta = -.38$, $p = .34$）。そのため、生活習慣が自動思考に影響を及ぼし、その自動思考が抑うつ症状へ影響を与える経路についても支持されなかった。さらに、生活習慣について因子構造を確認したところ、生活習慣に対する「運動」の因子負荷量は .24 であり、「自覚的ストレス量」の因子負荷量は .52、「拘束時間」への因子負荷量は –.23 であった。モデル A の各パス係数については Figure1 に表した。モデル B は GFI = .954、AGFI = .862、RMSEA = .138 と概ね高い適合度指標が得られた。生活習慣から自動思考へのパスは有意傾向にあると認められた（$\beta = -.72$, $p < .10$）。そして、自動思考から抑うつ症状へのパスは有意であると認められた（$\beta = .84$, $p < .01$）。そのため、生活習慣が自動思考に影響を及ぼし、その自動思考が抑うつ症状へ影響を与える経路は支持された。さらに、生活習慣について因子構造を確認したところ、生活習慣に対する「運動」の因子負荷量は .22 であり、「自覚的ストレス量」の因子負荷量は .52、「拘束時間」の因子負荷量は –.23 であった。モデル B の各パス係数については Figure2 に表した。これらの 2 つのモデルの分析を行った結果、モデルの適合度とパス係数の有意性を踏まえ、総合的に判断を行った。その結果、やや適合度は低いものの、パス係数が有意であることを考慮すると、モデル B を採用することが妥当であると考えられた。

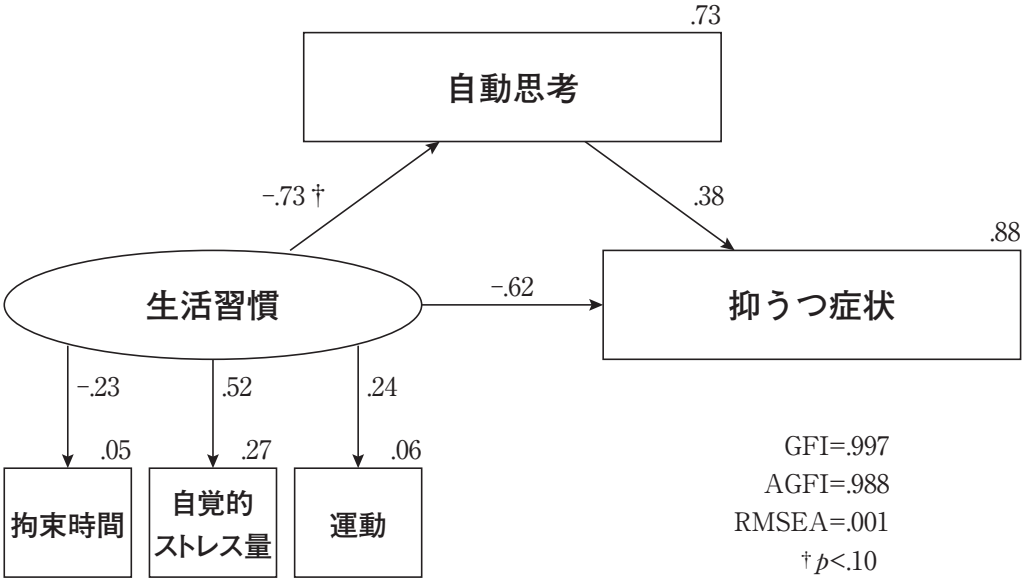

Figure 1 Model A

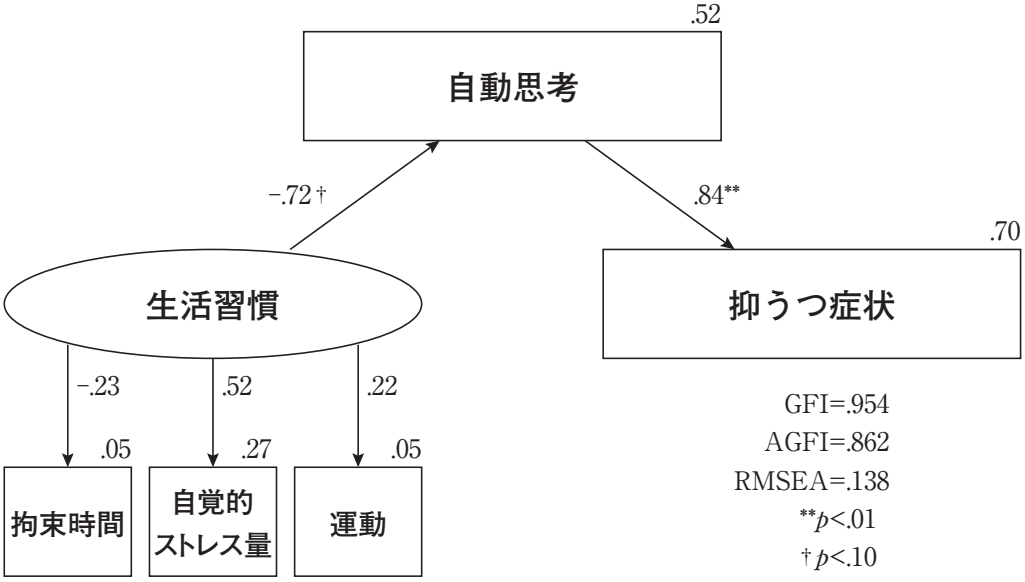

Figure 2 Model B

考察

本研究の目的は、生活習慣と自動思考・抑うつ症状の関係性を明らかにし、生活習慣と自動思考が抑うつ症状に与える影響について検討することであった。まず、相関分析の結果から、８つの生活習慣の内で「運動」、「自覚的ストレス量」が抑うつ症状と負の相関にあり、「拘束時間」においては正の相関にあった。そのため、「運動」、「自覚的ストレス量」、「拘束時間」の生活習慣が、抑うつ症状に関与する要因であると考えられる。すなわち、大学生にとって、ストレスが少なく、適度な運動を行うと抑うつ症状が改善され、拘束時

間が短くなると抑うつ症状が悪化するということが考えられる。拘束時間について、自由時間の長いことが抑うつの悪化を促進させるという解釈もできる。内田（2009）によれば、大学生は、高校時代よりも自由度が増えたことで、どのように過ごせばいいのか迷い不安になることがあると指摘している。この知見を踏まえると、大学生において自由時間が長いことが抑うつ症状に関連しているという結果の背景に、大学生は上手く自由時間を過ごすことができずにいることが、本研究の結果に反映された可能性が考えられる。また、「自覚的ストレス量」のみが自動思考との間に正の相関があった。ストレスを高めることにより自動思考が否定的になる可能性が示唆された。

次に、抑うつ症状と相関関係が認められた生活習慣と自動思考・抑うつ症状との関連を検討するため、2つのモデルを構成し、モデルの適合度を検討した。1つ目のモデルAは、生活習慣が自動思考に影響を及ぼし、その自動思考が抑うつ症状へ影響を与えるプロセスと生活習慣が抑うつに直接影響を与えるプロセスの2つの経路を想定したモデルである。2つ目のモデルBは、生活習慣が自動思考に影響を及ぼし、その自動思考が抑うつ症状へ影響を与えるプロセスの1つの経路を想定したモデルである。

共分散構造分析の結果、構成した2つのモデルは、双方とも高い適合度を有することが認められた。その中でもモデルAの方が、適合度が高かった。一方、モデルAでは有意なパスが認められず、モデルBにおいて有意なパスが認められた。適合度と有意なパス係数などの得られた結果を総合的に考慮すると、本研究ではモデルBを採択することが妥当であると考えられる。そのため、以下にモデルBをもとに生活習慣と自動思考と抑うつ症状の関係性を考察する。

モデルBにおいては、生活習慣が自動思考を媒介し、抑うつ症状に影響するパスを構成している。つまり、生活習慣の乱れが否定的な自動思考に影響を及ぼし、活性化された否定的な自動思考が抑うつ症状に影響を与える経路が認められたと考えられる。

このパスを踏まえると、大学生の生活習慣の乱れを介入することは、結果として否定的な自動思考や抑うつ症状を軽減させる可能性がある。例えば、生活習慣の一つの「自覚的ストレス量」の軽減方法の1つに、適切なストレスコーピングを行うことが挙げられる。加藤（2007）によれば、対人関係のストレスに対して、対人関係を問題視することなく、時間が解決するのを待つという解決先送りコーピングがストレスを軽減すると指摘している。また、大学生に解決先送りコーピングを訓練し、訓練直後に解決先送りコーピングを使用している者ほどストレスは軽減している（加藤、2005）。これらの先行研究より、大学生に解決先送りコーピングの方法を促すことが、抑うつの予防になると考えられる。

また、抑うつの軽減には、従来の研究からも自動思考の変容をターゲットにした心理的介入が有効であると報告されている。例えば、白石（2005）は、否定的な自動思考を変容させる技法を含む認知療法を大学生に行った結果、否定的な自動思考の頻度が有意に軽減し、抑うつ感の程度も軽減したと示唆している。そのため、本研究の結果を踏まえると、抑うつ症状を有する大学生に対しては、自動思考の変容と生活習慣の改善の双方の介入がより効果的だと考えられる。

今後の限界と課題として、4つ挙げられる。まず第1に、拘束時間の長い大学生と短い大学生の生活全体を比較考察する必要がある。本研究で、「拘束時間」が長くなると抑うつ症状が改善するといった結果となった。この結果から考察すると、大学生にとって拘束

時間の短さ、つまり、自由時間の長いことが抑うつの悪化を促進させるという解釈もできる。しかし、拘束時間の長い学生の中には、講義や課外活動に取り組んでおり、充実し、かつ整った生活習慣を過ごしている可能性がある。本研究では、詳細な日中の活動を測定していないため、抑うつ症状へ影響を与える拘束時間の要因について明確な検討できなかった。今後は拘束時間の長い学生と短い学生の生活全体を比較考察し、大学生の拘束時間のどのような要因が抑うつ症状に影響を及ぼすのか明確にすることが求められる。第２に、今後は生活習慣と不合理な信念との関連について検討する必要がある。不合理な信念が自動思考を引き起こし、自動思考が抑うつ気分を引き起こしているので（福井・坂野, 2000）、生活習慣が不合理な信念に影響を及ぼし、その不合理な信念が自動思考を媒介して抑うつへ影響を及ぼしている可能性がある。第３に、大学生とうつ病患者を比較検討の必要性が挙げられる。今回は授業に参加している大学生を対象に研究を行った。調査の対象とした大学生の SDS の平均得点は 46 点であった。福田･小林（1973）の研究によれば、うつ病患者の SDS の平均得点は 60 点であることから、今回の対象者はうつ病患者と比べて抑うつの健康度が高い。そのため、うつ病患者においては、今回検討したモデルとは異なるモデルが成り立つ可能性が考えられる。今後の検討では、うつ病患者を対象として、本モデルの適合度や、生活習慣が抑うつ症状に及ぼす影響を検討する必要がある。第４に、サンプル数を増やして検討をする必要がある。本研究では、モデルの適合度はあてはまりの良さを示す値であったが、モデル A のパス係数については有意水準を満たさなかった。この点については、本研究の参加者が比較的少数であったことが要因の一つとして考えられる。

引用文献

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM- Ⅴ Fifth edition text . Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
（アメリカ精神医学会　高橋三郎･大野　裕･染矢俊幸･神箱重信･尾崎紀夫･三村　將･村井俊哉（訳）（2014）．DSM- Ⅴ 精神疾患の診断・統計マニュアル　医学書院）

Beck, A. T., Ruch, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). C*ognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
（ベック，A. T.・ラッシュ，A. J.・ショー，B. F.・エメリー，G. 坂野雄二（監修）（1992）．うつ病の認知療法　岩崎学術出版社）

Dozois, K. S., & Beck, A. T.(2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozoizs (Eds.), *Risk factors in depression*. San Diego: Academic Press. pp.121-144.

原田亜紀子・浜崎伸夫・今津芳江（2011）．地域住民の抑うつ状態と生活習慣の検討　ストレス研究, 26, 68-71.

福井　至（2008）．図解による学習理論と認知行動療法　培風館

福井　至・坂野雄二（2000）．抑うつと不安における不合理な信念と自動思考および気分の関連　人間福祉研究，3, 1-12.

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，75, 673-679.

池田順子・森忠三（1997）．女子学生の食生活とライフサイクルに対する介入研究　小児保健研究，56, 644-654.

Ingram, R. (2015). Depression. In, H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health*. San Diego: Academic Press. pp. 26-33.

片山友子・水野由子・稲田　紘（2014）．大学生の生活習慣とメンタルヘルスの関係性　総合健診，41,

283-293.
加藤　司（2005）．ストレス反応の低減に及ぼす対人ストレスコーピングの訓練の効果に関する研究―看護学生を対象に―　心理学研究 , 75, 465-502.
加藤　司（2007）．看護学生における対人ストレスコーピングがストレス反応に及ぼす影響　東洋大学人間科学総合研究所紀要，7, 265-275.
川上憲人（2007）．厚生労働科学研究費補助金　こころの健康科学研究事業「平成 18 年度総括・分担研究報告書 こころの健康についての疫学調査に関する研究.
川上憲人・原谷隆史・金子哲也・小泉明（1987）．企業従業員における健康習慣と抑うつ症状の関連性　産業医学，29, 55-63.
小杉正太郎（編著）（2002），ストレス心理学　川島書店.
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, 14-26.
黒沢顕三・高塩　理（2014）．認知行動療法　昭和学士会誌，74, 641-653.
森本兼曩・丸山総一郎（2001）．ライフスタイルと心身の健康　心身医学，41, 241-251.
西河正行・坂本真士（2005）．大学生における予防の実践・研究　抑うつの臨床心理学　坂本真士・丹野義彦・大野裕（編）抑うつの臨床心理学（pp. 213-133）東京大学出版会 .
西村由貴・岩佐好恵・田中由紀子・藤井　香・高山昌子（2009）．大学生のメンタルヘルス調査 2008：うつ病・社交恐怖・自殺の危険の時点および 12 ヶ月有病率　慶應保健研究，27, 41-45.
酒井佳永（2010）．ストレスの対処法―認知行動療法的アプローチ　順天堂医学，56, 534-549.
白石智子（2005）．大学生の抑うつ傾向に対する心理的介入の実践研究―認知療法による抑うつ感軽減・予防プログラムの効果に関する一考察―　教育心理学研究，53, 252-262.
丹野義彦（2001）．エビデンス臨床心理学　日本評論社
上田裕美（2002）．抑うつを訴える大学生　教育と医学，50, 428-433.
内田千代子（2009）．大学生のうつ病－ライフサイクルと治るうつ病―　こころの科学，149, 59-65.
渡邉昌祐・光信克甫（1988）．プライマリケアのためのうつ病診療 Q&A　金剛出版
山本隆一郎・野村　忍（2009）．Pittsburgh Sleep Quality Index を用いた大学生の睡眠問題調査　心身医学，49, 817-825.
義田俊之・中村知靖（2007）．抑うつの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.