成人アトピー性皮膚炎患者の心理的ストレス反応¹⁾

広島国際大学人間環境学部
上里 一郎

Psychological stress responses in adult patients with atopic dermatitis

Emi Okuno*¹ and Ichiro Agari*²

(*¹ Division of Clinical Psychology, Yokohama City University Hospital,

Kanazawa-ku, Yokohama, 236-0004)

(*² Faculty of Human and Social Environment, Hiroshima International University,

Kamo-gun, Hiroshima 724-0695)

To investigate the relationship between Atopic dermatitis (AD) related stressors, cognitive appraisals, coping strategies and psychological stress responses in adult patients with AD, we administered the AD Stressor Scale, Cognitive Appraisal Scale, Tri-axial Coping Scale 24, Stress Response Scale-18, and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale to 104 patients.

The results were as follows. (1) AD related stressors were positively correlated with psychological stress responses, (2) the “impact of stressors” appraisal was positively correlated with psychological stress responses, (3) “avoidance-like” coping was positively, and “positive thinking-distraction” coping was negatively correlated with psychological stress responses, (4) the “impact of stressors” appraisal was positively correlated with “problem solving-support seeking” coping and negatively correlated with “positive thinking-distraction” coping, and “controllability” appraisal was positively correlated with “problem solving-support seeking” coping.

The results of this study suggest that intervention to lower the “impact of stressors” appraisal and “avoidance-like” coping, and to raise “positive thinking-distraction” coping can improve psychological stress responses in adult patients with AD.

Key words: atopic dermatitis, stressor, cognitive appraisal, stress coping, psychological stress responses.

問題

アトピー性皮膚炎 (Atopic dermatitis; 以後 AD) は、「増悪・寛解を繰り返す癢疹のある湿疹病変を主

体とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ」と定義される（日本皮膚科学会学術委員会、1994）。日本におけるADおよび関連病態の総患者数は28万3千人（全人口比約0.2%）と推計されている（厚生省、1995）。ADはかつて乳幼児から学童まで

1) 本研究は、早稲田大学人間科学研究科に提出した修士論文（1999）の一部に再分析を加え、加筆修正したものである。

の疾患であったが、近年は成人患者が増加しており、成人患者は従来の治療法に抵抗が強く、そのため重症化し、しばしば日常生活に支障をきたす（向井、1996）。そのため最近では、身体的側面だけではなく、心理・社会的側面へ注目した研究が行われている。

これまでの研究で、AD患者は健常者と比較して、抑うつ、不安、怒りなどの心理的ストレス反応が高いことが明らかにされているが（奥野ら、2000a；須藤・久保、1995）、これに影響を与える要因として、ADに罹患することによって経験する様々なストレスラーを無視することはできない。それらには、持続する痒みを初めとする症状に関するストレスラーがまずあげられるが、それ以外にも症状が顔面など外部から観察可能な部位に出現することによる対人関係のストレスラー、症状の悪化を避けるために日常生活で制限を強いられるストレスラーなどが考えられる。乾癬患者を対象とする研究で、疾患によるストレスラーを多く経験している患者ほど精神的健康が阻害されていることが報告されているように（Fortune *et al.*, 1997）、経験するストレスラーと心理的ストレス反応には強い関連性があるが、それらは必ずしも明白な因果関係が説明されるわけではなく、様々な媒介変数が推定される。

Lazarus & Folkman (1984) は、経験するストレスラーと表出される心理的ストレス反応との間に介在する変数として「認知的評価」と「コーピング」を重視し、その心理的ストレスの過程は、「ストレスラー→認知的評価→コーピング→ストレス反応」としている。

これまでの研究では、癌に罹患することによって経験するストレスラーに対する回避的なコーピングは情緒の不安定性を高めることや（保坂ら、1995）、逃避型のコーピングを行うリウマチ患者が強い心理的ストレス状態にあることが指摘されている（早坂、1993）。その他、学校ストレスラーに注目した研究が数多く行なわれているが（三浦・坂野、1995；嶋田ら、1996）、研究の対象やストレスラーの性質によってその影響は異なる。

奥野ら（1998）の調査では、AD患者の77%が、自

己の症状の出現や悪化に精神的ストレスや心理・社会的要因が関与していると認識しており、それらの要因の1つとして「ADによるストレス」をあげていること、AD患者の心理的ストレス反応は患者のメンタルヘルスやQOLの低下へ影響を与えることにとどまらず、免疫系や痒み・搔破を介して症状に影響を与えることから（Gupta *et al.*, 1994；岡部、1989）、AD患者の経験するストレスラーを把握し、ストレスラーと心理的ストレス反応、またその間に介在する変数である認知的評価、コーピングとの関連性を検討することは有意義である。そこで、本研究ではそれらの関連性を検討し、AD患者のストレス過程を明らかにすることを目的とする。

方 法

1. 調査対象と手続き

首都圏の大学病院皮膚科2院、総合病院皮膚科1院及び開業皮膚科医院8院へ外来通院中の成人AD患者。

皮膚科医師が調査の趣旨を説明のうえ了解を得た患者に質問紙を手渡し、郵送または外来への持参によって回収した。回収率は57.3%で、記入漏れや記入ミスのあった6名の回答を除いた104名（男性41名、女性63名、16～49歳、平均年齢26.0歳、 $SD=7.3$ ）を分析の対象とした。

対象者の発症年齢は0～9歳が63名、10～19歳が27名、20歳以上が14名で、平均発症年齢は8.6歳（ $SD=8.2$ ）となっており、罹患期間は0～9年が23名、10～19歳が37名、20～29年が33名、30年以上が11名で、平均罹患期間は17.5年（ $SD=9.5$ ）であった。自己評価による重症度は、軽症31名、中等症55名、重症18名であった。また、フルタイムの仕事に従事していたのは45名、パートタイムが4名、無職が9名、学生が40名、その他が6名であった。

2. 調査材料

- (1) AD患者ストレスラー尺度（奥野・上里、1999）：
AD患者が経験するストレスラーを測定する。「症状」、「治療」、「周囲の人の対応」、「行動の制限」、「周囲の人の理解」の5因子構造。

- (2) 認知的評価尺度 (三浦・坂野, 1995): 経験するストレスに対する認知的評価を測定する。「影響性」と「コントロール可能性」の2因子構造。「学校の生活をおびやかすと思う」の項目を、「日常生活～」に改訂して使用した。ADによって経験した最も不快なストレスの記述を求め、それに対して日頃行う認知的評価の回答を求めた。
- (3) TAC-24 (神村ら, 1995): 経験するストレスに対するコーピング採用頻度の個人差を測定する。二次因子分析の結果、「問題解決・サポート希求」、「問題回避」、「肯定的解釈と気そらし」の3因子構造であることが確認されている。「スポーツや旅行などを楽しむ」の項目があるが、AD患者にとってスポーツや旅行は悪化要因であるケースも認められるため、「趣味や好きなことを楽しむ」に改訂して使用した。ADによって経験した最も不快なストレスの記述を求め、それに対して日頃行うコーピングの回答を求めた。
- (4) SRS-18 (鈴木ら, 1997): 心理的ストレス反応を測定する。「抑うつ・不安」、「不機嫌・怒り」、「無気力」の3因子構造。
- (5) CES-D (島ら, 1985): 抑うつ反応を測定する。

結 果

1. 各心理尺度の因子構造

認知的評価尺度は本研究の対象者とは異なった母集団で作成されており、TAC-24は項目を改訂したので、両尺度の因子構造を確認するために各尺度ごとに主因子法、バリマックス回転による因子分析を行った。なお、各尺度の下位尺度に含まれる項目は、固有値1.0以上、因子負荷量.40以上を基準とした。

その結果、認知的評価尺度は三浦・坂野 (1995) の因子分析結果、TAC-24は神村ら (1995) の二次因子分析結果と同様の因子構造であることが確認されたため、今後の分析は、認知的評価尺度、TAC-24は因子分析の結果を、AD患者ストレス尺度は奥野・上里 (1999) の結果を、SRS-18は鈴木ら (1997) の結果を使用し、各下位尺度に含まれる項目の合計得点を個人の得点として用いる。

2. 各変数の性差、年齢差の検討

各変数の性差を検討するために、t検定を行った。その結果、TAC-24の「問題解決・サポート希求」因子で性の有意差が認められ ($t = -4.54, p < .01$)、女性性は男性に比べて問題を解決する、またはサポートを求める積極的なコーピングを使用する傾向があることが認められた。その他の変数では性の有意差は認められなかった。

次に、各変数の年齢差を検討するために対象者を10代、20代、30～40代の3群に分類し、1要因の分散分析を行った。その結果、TAC-24の「問題解決・サポート希求」因子と「肯定的解釈と気そらし」因子で群の効果が認められた ($F [2, 101] = 4.10, F [2, 101] = 3.21$ 、いずれも $p < .05$)。Tukey法による多重比較の結果、「問題解決・サポート希求」因子では、20代と30～40代は10代に比べて有意に得点が高く ($p < .05$)、「肯定的解釈と気そらし」因子では、30～40代は10代に比べて有意に得点が高いことが示された ($p < .05$)。すなわち、ストレスフルな出来事に遭遇した際に、20代以上の対象者は10代の対象者と比較して、問題を解決する、またはサポートを求める積極的なコーピングを多く行い、30代以上の対象者は10代の対象者と比較して、肯定的な解釈や、気を紛らわすコーピングを多く行うことが明らかにされた。その他の変数では、年齢の有意差は認められなかった。

以上のように、いくつかの変数で性差・年齢差があるのみで、多くの変数では認められなかったので、分析は一括して行うこととした。

3. 各変数と心理的ストレス反応との関連性の検討

(1) ストレッサーと心理的ストレス反応の関連性

AD患者ストレス尺度の各下位尺度得点が平均値以上の対象者を高群、平均値未満の対象者を低群として、その群を独立変数、SRS-18の各下位尺度とCES-Dを従属変数としたt検定を行った (Table 1)。

その結果、全ての組み合わせで有意差が認められ、全ての種類でストレスを多く経験する人は少ない人に比べて、心理的ストレス反応が高いことが示された。

(2) 認知的評価と心理的ストレス反応の関連性

認知的評価尺度の各下位尺度得点が平均値以上の対

奥野・上里：成人アトピー性皮膚炎患者の心理的ストレス反応

Table 1 ストレッサーの高群・低群別の心理的ストレス反応の平均値とt検定結果

I. 症 状					
心理指標	低群 [N=49]		高群 [N=55]		t 値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
SRS-18 I. 抑うつ・不安	4.27	(4.27)	8.44	(4.86)	-4.62**
SRS-18 II. 不機嫌・怒り	4.22	(3.94)	7.67	(5.00)	-3.87**
SRS-18 III. 無気力	5.24	(4.27)	8.25	(4.75)	-3.38**
CES-D	13.20	(10.28)	18.87	(9.90)	-2.86**
II. 治 療					
心理指標	低群 [N=49]		高群 [N=55]		t 値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
SRS-18 I. 抑うつ・不安	4.37	(4.61)	8.35	(4.66)	-4.37**
SRS-18 II. 不機嫌・怒り	4.43	(4.43)	7.49	(4.76)	-3.38**
SRS-18 III. 無気力	5.14	(4.41)	8.35	(4.56)	-3.63**
CES-D	12.41	(9.48)	19.58	(10.13)	-3.72**
III. 周囲の人の対応					
心理指標	低群 [N=68]		高群 [N=36]		t 値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
SRS-18 I. 抑うつ・不安	4.79	(4.59)	9.64	(4.27)	-5.24**
SRS-18 II. 不機嫌・怒り	4.75	(4.24)	8.50	(4.98)	-4.03**
SRS-18 III. 無気力	5.38	(4.33)	9.58	(4.33)	-4.71**
CES-D	12.69	(9.32)	22.83	(9.18)	-5.31**
IV. 行動の制限					
心理指標	低群 [N=69]		高群 [N=35]		t 値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
SRS-18 I. 抑うつ・不安	5.28	(4.66)	8.83	(4.96)	-3.60**
SRS-18 II. 不機嫌・怒り	5.21	(4.53)	7.71	(5.04)	-2.57**
SRS-18 III. 無気力	6.12	(4.55)	8.26	(4.88)	-2.21*
CES-D	14.03	(9.63)	20.49	(10.73)	-3.11**
V. 周囲の人の理解					
心理指標	低群 [N=73]		高群 [N=31]		t 値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
SRS-18 I. 抑うつ・不安	5.51	(4.87)	8.74	(4.73)	-3.13**
SRS-18 II. 不機嫌・怒り	5.15	(4.50)	8.16	(5.01)	-3.02**
SRS-18 III. 無気力	6.01	(4.53)	8.77	(4.76)	-2.80**
CES-D	14.21	(9.83)	20.90	(10.42)	-3.12**

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

象者を高群、平均値未満の対象者を低群として、その群を独立変数、SRS-18の各下位尺度とCES-Dを従属変数としたt検定を行った (Table 2)。

その結果、「影響性」では全ての従属変数で有意差

が認められ、経験するストレスに対して影響性があると評価する人の方が心理的ストレス反応が高いことが示された。しかし「コントロール可能性」では有意差は認められなかった。

Table 2 認知的評価の高群・低群別の心理的ストレス反応の平均値とt検定結果

心理指標	I. 影響性				
	低群 [N=43]		高群 [N=61]		t 値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
SRS-18 I. 抑うつ・不安	4.26	(4.43)	8.03	(4.87)	-4.04**
SRS-18 II. 不機嫌・怒り	3.63	(3.61)	7.75	(4.88)	-4.96**
SRS-18 III. 無気力	4.72	(3.72)	8.33	(4.86)	-4.09**
CES-D	12.35	(8.86)	18.92	(10.65)	-3.32**
心理指標	II. コントロール可能性				
	低群 [N=51]		高群 [N=53]		t 値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
SRS-18 I. 抑うつ・不安	6.71	(5.16)	6.25	(4.93)	0.47
SRS-18 II. 不機嫌・怒り	6.24	(4.87)	5.87	(4.84)	0.39
SRS-18 III. 無気力	7.41	(5.05)	6.28	(4.43)	1.21
CES-D	17.59	(10.72)	14.87	(10.05)	1.34

** $p<.01$

Table 3 コーピングの高群・低群別の心理的ストレス反応の平均値とt検定結果

心理指標	I. 問題解決・サポート希求				
	低群 [N=52]		高群 [N=52]		t 値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
SRS-18 I. 抑うつ・不安	6.50	(5.76)	6.44	(4.23)	0.06
SRS-18 II. 不機嫌・怒り	5.75	(5.39)	6.35	(4.24)	-0.63
SRS-18 III. 無気力	6.85	(5.28)	6.83	(4.20)	0.02
CES-D	15.48	(10.71)	16.92	(10.18)	-0.70
心理指標	II. 問題回避				
	低群 [N=53]		高群 [N=51]		t 値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
SRS-18 I. 抑うつ・不安	4.96	(4.44)	8.04	(5.16)	-3.26**
SRS-18 II. 不機嫌・怒り	4.83	(4.49)	7.31	(4.90)	-2.70**
SRS-18 III. 無気力	5.62	(4.06)	8.10	(5.12)	-2.74**
CES-D	13.48	(9.65)	19.27	(10.40)	-3.07**
心理指標	III. 肯定的解釈と気そらし				
	低群 [N=48]		高群 [N=56]		t 値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
SRS-18 I. 抑うつ・不安	7.90	(5.33)	5.25	(4.45)	2.76**
SRS-18 II. 不機嫌・怒り	6.67	(5.15)	5.52	(4.52)	1.21
SRS-18 III. 無気力	8.25	(5.51)	5.63	(3.62)	2.82**
CES-D	19.50	(11.03)	13.38	(9.04)	3.11**

** $p<.01$

(3) コーピングと心理的ストレス反応の関連性

TAC-24 の各下位尺度得点が平均値以上の対象者を高群、平均値未満の対象者を低群として、その群を独立変数、SRS-18 の各下位尺度と CES-D を従属変数とした t 検定を行った (Table 3)。

その結果、「問題回避」の群では全ての従属変数で有意差が、「肯定的解釈と気そらし」では SRS-18 の「抑うつ・不安」と「無気力」、そして CES-D で有意差が認められ、問題回避のコーピングを多く行う人は様々な心理的ストレス反応が高く、肯定的解釈や気そらしのコーピングを多く行う人は抑うつ、不安、無気力の心理的ストレス反応が低いことが明らかにされた。しかし、「問題解決とサポート希求」では有意差は認められなかった。

4. 認知的評価とコーピングの関連性

認知的評価尺度の各下位尺度得点が平均値以上の対象者を高群、平均値未満の対象者を低群として、その群を独立変数、TAC-24 の各下位尺度を従属変数とした t 検定を行った (Table 4)。

その結果、「影響性」では、「問題回避」と「肯定的解釈と気そらし」で有意差が認められ、経験するストレスラーを高く影響性があると評価する人は問題回避のコーピングを多く行うが、肯定的解釈や気をそらすコーピングを少ないことが明らかにされた。しかし、「コントロール可能性」では有意差は認められなかつ

た。

5. ストレス過程の検討

AD 患者ストレスラー尺度、認知的評価尺度、TAC-24 の各下位尺度を説明変数、SRS-18 と CES-D を基準変数として、合計14変数をあらかじめ用意されたモデルに従って投入し、パス係数を算出した (Fig. 1)。その際、パス係数が0.15以上のパスを取り上げ、古谷野 (1992) に従い、統計的有意性をパス削除の基準とはしなかった。その結果、AD 患者のストレス過程は大きく「ストレスラー→認知的評価→コーピング→心理的ストレス反応」であることが明らかにされた。

この結果を心理的ストレス反応への影響の観点から整理すると以下のである。①多くのストレスラーは、直接心理的ストレス反応を増加させる。②「影響性」の評価は、「症状」、「周囲の人の対応」、「行動の制限」のストレスラーの影響を受け、「不機嫌・怒り」の表出を増加させる。③「問題回避」のコーピングは、「周囲の人の対応」と「周囲の人の理解」のストレスラーによって高められ、全ての種類の心理的ストレス反応を高めるが、一方で、「肯定的解釈と気そらし」のコーピングは、「症状」や「周囲の人の対応」のストレスラー及び「影響性」の評価に影響を受け、様々な心理的ストレス反応を低下させる。

Table 4 認知的評価の高群・低群別のコーピングの平均値と分散分析結果

下位尺度	I. 影響性				
	低群 [N=43]		高群 [N=61]		t 値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
I. 問題解決・サポート希求	19.28	(5.73)	20.93	(5.39)	-1.50
II. 問題回避	11.79	(4.54)	13.77	(4.19)	-2.29*
III. 肯定的解釈と気そらし	24.67	(5.01)	21.34	(4.91)	3.38**
下位尺度	II. コントロール可能性				
	低群 [N=51]		高群 [N=53]		t 値
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
I. 問題解決・サポート希求	19.57	(5.95)	20.91	(5.13)	-1.23
II. 問題回避	13.67	(4.38)	12.26	(4.40)	1.63
III. 肯定的解釈と気そらし	22.27	(5.60)	23.15	(4.79)	-0.86

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

※実践は正の関係、点線は負の関係を表す * $p<.05$ ** $p<.01$

Fig. 1 ストレス過程のパス・ダイアグラム (|パス係数|>.15)

※実線は正の関係、点線は負の関係を表す

Fig. 2 AD 患者のストレス過程

考 察

本研究では AD 患者のストレス過程の検討が行われ

た。その結果、(1) AD 患者のストレス過程は大きく「ストレス→認知的の評価→コーピング→心理的ストレス反応」である、(2)ストレスは心理的ストレス反応を増加させる、(3)影響性の評価が心理的スト

ス反応を増加させるが、コントロール可能性の評価と心理的ストレス反応の関連性は見られない。(4)問題回避のコーピングは心理的ストレス反応を増加させるのに対し、肯定的に解釈したり、気をそらすコーピングは心理的ストレス反応を低減させるが、問題解決をはかったり、サポートを求めるコーピングと心理的ストレス反応との関連性は見られない。(5)影響性の評価は、問題解決・サポート希求のコーピングを増加、肯定的解釈と気そらしのコーピングを減少させ、コントロール可能性の評価は、問題解決・サポート希求のコーピングを増加させ、さらに影響性の評価を多くする人は、問題回避のコーピングを多く行う、の5点が明らかにされた。

(1)によって、Lazarus & Folkman (1984) の想定する心理的ストレス過程が成人AD患者にも存在することが確認されたといえる。

(2)については、乾癬患者を対象に行われた Fortune *et al.* (1997) の研究など、ストレスターの経験が多いほど心理的ストレス反応が高いことを示す数多くの報告を支持する結果である。今回の対象者の多くは仕事を持つ人や学生であり、症状に関するストレスターだけではなく、通院による時間の拘束や薬剤塗布の手間など治療に関するストレスターや対人関係のストレスター、行動の制限に関するストレスターも負担になっていることがわかる。

(3)と(5)については、これまでの研究で、関連性の強弱はあるものの、影響性の評価とコントロール可能性の両方が心理的ストレス反応やコーピングの実行に関わっていることが確認されているが(三浦・坂野、1995)、本研究ではコントロール可能性と関連のある変数は問題解決・サポート希求のみに限られていた。本研究では最も不快なストレスターの記述を求め、それに対する認知的評価の回答を求めているが、記述されたストレスターはコントロールの困難な症状に関するものが最も多く、それに対するコントロールの可能性について回答を求めたことがこのような結果に表れたと考えられる。

(4)については、回避的なコーピングは心理的ストレス反応を高め、情動焦点型コーピングは心理的ストレス反応を低減させるとした尾関ら(1991)の大学生を

対象とした研究や、癌患者やリウマチ患者を対象とした保坂ら(1995)や早坂(1993)の報告と同様な結果が得られた。しかし、問題解決やサポート希求のコーピングについては、AD患者の経験するストレスターはコントロールが難しいものが多く、積極的に問題を解決しようとしてもなかなか効果が得られないことから、無気力や抑うつなどの心理的ストレス反応へ結びつくと予想されたが、実際には関連性は見られなかった。これは、本研究の対象者はADに関連する多くのストレスターのコントロールの困難さを長期間にわたって経験している成人患者であり、積極的に問題解決を目指したり、他者にサポートを求めるコーピングに対して大きな期待や絶望を感じるものが少なく、なっていることがこのような結果の背景にあると考えられる。

本研究の結果を簡略化すると、Fig. 2 のようになる。これをもとに、心理的ストレス反応を低減するための心理的介入について考察する。

まず、心理的ストレス反応に直接的に影響を与えているものはストレスターがあるが、ADという疾患の性質を考えると症状、治療、行動の制限など様々なストレスターを直接低減させることは困難である。従って、それらのストレスターへの認知的評価への介入が必要となる。例えば、日中激しい痒みが続いており、「日常生活がおびやかされている」と考えている患者に、「1日中痒いと思っていても、痒みが少なくなっている時間があるのではないか」、「痒みが続いていても、生活の中で取り組めることがあるのではないか」などの気づきを促すことにより、患者の経験するストレスターに対する影響性の評価を低下させることは直接的に、またはコーピングを介して間接的に心理的ストレス反応を低減させることができる可能性がある。また、影響性の評価は、特に症状や周囲の人の対応のストレスターを経験する患者で高まりやすいため、特にその傾向のある患者への介入の必要性が示唆される。一方、コントロール可能性の評価は直接的にも間接的にも心理的ストレス反応に結びつかない。しかし、コントロール可能性が問題解決的なコーピングと結びつくことや、AD患者のセルフケア行動の重要性が指摘されていることを考えると(奥野ら、2000

b)、個々の患者にとって比較的コントロールしやすいストレスラーを見つけ、それに対するコントロール感を高めることによってセルフケアなどの問題解決的なコーピングを促し、それによってストレスラー自体の低減を目指せる可能性がある。

次に、コーピングへの介入については、問題回避のコーピングを減少させることや、肯定的解釈や気晴らしをするコーピングの増加が心理的ストレス反応を低下させるという結果が得られ、これはADという疾患の性質を考えると好都合である。つまり、問題回避のコーピングはセルフケアや治療への関心を失わせる可能性があることを考えると、それを低下させることは心理的ストレス反応のみならず症状の改善の為に望ましいと考えられる。また、AD患者の多くで「集中している時」や「何かに取り組んでいる時」には痒みを感じなかったり、掻破が行われないように（奥野、1999）、気をそらすコーピングはAD患者が痒みから気をそらし、掻破による症状の悪化を避けるためにも必要なコーピングであり、これも心理的ストレス反応の低減だけではなく、症状の改善に結びつく可能性があることから、AD患者が症状とつき合って生活していく中で実行しやすいコーピングであるといえる。経験するストレスラーに対する認知的評価を変容させることによって間接的にコーピングを変容させることが可能であると示唆されたが、自己の採用しているコーピングを認識させ、他のコーピングへの変容を試みるような直接的な介入も可能であろう。

以上より、AD患者の心理的ストレス反応の低減には、Fig. 2のグレーの部分、つまり、①経験するストレスラーに対する影響性の評価を低減させる、②問題回避的なコーピングを減少させ、肯定的解釈や気そらしのコーピングを増加させるの主に2点の介入が有効であるといえる。

これらの介入が行われることにより、患者がADに罹患することで経験する多くのストレスラーの適切な捉え方と対処を知り、ADと上手に付き合う方法を身につけることで、患者の精神的及び身体的な負担が低減し、QOLが向上することを期待したい。

最後に今後の課題について述べる。本研究では客観的な重症度評価は調査方法の制限から行なわれてい

い。また、罹患期間は「調査時の年齢-発症年齢」で算出されており、寛解増悪型の改善していた期間が考慮されていない。そのため、本研究では重症度や罹患期間を考慮に入れた分析が行われていないが、その検討が必要と思われる。

また、本研究はコーピングのパターンは個人内ではある程度一貫性があるという想定で検討が行われているが、ストレスラーの性質や状況により採用される認知的評価やコーピングの種類は変化し、機能も異なることが指摘されていることから（三浦・坂野、1996；大迫、1994）、ストレスラーの種類別に認知的評価やコーピングの実行を評価し、検討することが必要である。また、認知的評価やコーピングを個別に捉えるだけではなく、総合的な検討も課題である。

最後の課題としては、実際の介入の実践とその効果の検討があげられる。

引用文献

- Fortune, D. G., Main, C. J., O'Sullivan, T. M., & Griffiths, C. E. M. 1997 Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *British Journal of Dermatology*, **137**, 755-760.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., Schork, N. J., & Ellis, C. N. 1994 Depression modulates pruritus perception: A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine*, **56**, 36-40.
- 早坂浩志 1993 慢性関節リウマチ患者の対処スタイルの類型—そのクラスター分析と事例研究— 健康心理学研究, **6**, 1-11.
- 保坂 隆・徳田 裕・小城良子・内富庸介・青木孝之・福西勇夫・岸 佳子 1995 がん患者のコーピングと情緒状態 心身医学, **35**, 484-489.
- 神村栄一・海老原由香・佐藤健二・戸ヶ崎泰子・坂野雄二 1995 対処方略の三次元モデルの検討と新しい尺度（TAC-24）の作成 教育相談研究, **33**, 41-47.
- 厚生省大臣官房統計情報部保健社会統計課保健統計室

奥野・上里：成人アトピー性皮膚炎患者の心理的ストレス反応

- 1995 日本の疾患別総患者数データブック 厚生統計協会
- 古谷野亘 1992 数学が苦手な人のための多変量解析ガイド 川島書店
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. 1984 *Stress, appraisal and coping*. New York:Springer Publishing Company.
- 三浦正江・坂野雄二 1995 中学生における認知的評価とストレス反応の関連 日本行動療法学会第21回大会発表論文集, 126-127.
- 三浦正江・坂野雄二 1996 中学生における心理的ストレスの継時の変化 教育心理学研究, 44, 1-11.
- 向井秀樹 1996 成人のアトピー性皮膚炎 西岡 清 (編) からだの科学：アトピー性皮膚炎 日本評論社 Pp. 43-47.
- 日本皮膚科学会学術委員会 1994 アトピー性皮膚炎の診断基準 日本皮膚科学会雑誌, 104, 1210.
- 岡部俊一 1989 皮膚科領域 心身医療, 1, 78-83.
- 奥野英美 1999 成人アトピー性皮膚炎患者の症状とストレス反応に関連する心理・社会的要因の研究 早稲田大学人間科学研究科修士論文
- 奥野英美・上里一郎 1999 アトピー性皮膚炎患者ストレス尺度の作成 日本カウンセリング学会第32回大会発表論文集, 207-208.
- 奥野英美・上里一郎・勝岡憲生・サントイス智恵・向野 哲・堤 邦彦・福山嘉綱 1998 アトピー性皮膚炎の症状に影響を及ぼす心理社会的要因 第94回日本精神神経学会総会プログラム・抄録集, 200.
- 奥野英美・勝岡憲生・サントイス智恵・向野 哲・堤邦彦・福山嘉綱・上里一郎 2000a 成人アトピー性皮膚炎患者の心理・社会的要因の研究(第1報)一痒痒・掻破と心理的要因の関連性の検討— 日本皮膚科学会雑誌, 110, 837-844.
- 奥野英美・勝岡憲生・サントイス智恵・向野 哲・堤邦彦・福山嘉綱・上里一郎 2000b 成人アトピー性皮膚炎患者の心理・社会的要因の研究(第2報)一セルフケア行動の遂行に関連する要因の検討— 日本皮膚科学会雑誌, 110, 845-851.
- 大迫秀樹 1994 高校生のストレス対処行動の状況による多様性とその有効性 健康心理学研究, 7, 26-34.
- 尾関友佳子・原口雅浩・津田 彰 1991 大学生の生活ストレス、コーピング、パーソナリティとストレス反応 健康心理学研究, 4, 1-9.
- 嶋田洋徳・三浦正江・坂野雄二・上里一郎 1996 小中学校の学校ストレスに対する認知的評価がコーピングとストレス反応に及ぼす影響 カウンセリング研究, 29, 1-8.
- 島 悟・鹿野達男・北村俊則・浅井昌弘 1985 新しい抑うつ性自己評価尺度について 精神医学, 27, 717-723.
- 須藤信行・久保千春 1995 皮膚科領域の心身症 臨床皮膚科, 49, 37-40.
- 鈴木伸一・嶋田洋徳・三浦正江・片柳弘司・右馬埜力也・坂野雄二 1997 新しい心理的ストレス反応尺度(SRS-18)の開発と信頼性・妥当性の検討 行動医学研究, 4, 22-29.

謝 辞

本研究の実施にあたり、多くのアトピー性皮膚炎に罹患している方々にご協力をいただきました。また、データの収集にあたり、皮膚科医師の安達正夫先生、勝岡憲生先生、儀保元惟先生、倉片長門先生、塩谷千賀子先生、篠原恵美先生、末延自顕先生、高岡和子先生、南光弘子先生、新村紀子先生、藤岡彰先生に助言、ご協力をいただきました。心よりお礼を申し上げます。

(2000.5.30 受稿, 2002.5.13 受理)