対処行動と精神身体症状における因果関係について

慶應義塾大学 中 野 敬 子

The cause-effect relationship between coping and psychological/physical symptoms

Keiko Nakano (*Department of Psychology, Keio University, Minato-ku, Tokyo 108*)

This research was conducted to explore the cause-effect relationship between coping and adaptational outcomes. Cognitive behavior therapy was employed to change coping styles. During a 4-week period, 10 subjects were treated with methods of relaxation as an active-coping skill (RCT) and problem-solving training (PST), while 10 subjects served as a waiting list control. Coping scale scores measured by the revised Ways of Coping Checklist and psychological/physical symptom levels were obtained before and after the treatments, and also after a follow-up period of 14 months. The subjects treated with RCT and PST showed significant reductions in symptoms as well as significant increases in problem-focused coping both after the treatment and at the follow-up measurement. The control group did not show any significant change in symptoms and coping. The results indicate that RCT and PST are effective in changing tangible coping styles and, therefore, in reducing psychological/physical symptoms.

Key words: coping, relaxation as an active-coping skill, problem-solving, problem-focused coping, psychological/physical symptoms.

ストレス、対処行動 (coping) と精神身体的健康度との関係が近年、注目されている。対処行動は生活ストレスと精神身体症状の間で媒介の役割を果たしている (Folkman, 1984)。ある種の対処方略 (coping strategy) を用いたり、用いなかったりすることが神経症や心身症の発病につながることも報告されている (Jemmott & Locke, 1984)。Folkman & Lazarus (1980) は対処行動を機能上、大きく2つに分類した。情緒的危機を調整しようとする情緒中心対処 (emotion-focused coping) と危機の原因である問題を処理しようとする問題中心対処 (problem-focused coping) である。

情緒中心対処は利害の程度を評価し直したり、悪い事態の中にも利点を見つかったり、状況の意味を良く解釈したりする二次的コントロールである。問題中心対処は問題解決、決断、直接的行動による環境及び自己のコントロールである (Folkman, 1984)。これらの対処行動の概念に基づき、対処過程 (coping processes) の評価測定を目的として作成されたのが Ways of Coping Checklist (WCCL) である。

WCCL (Folkman & Lazarus, 1980) は元来、情緒、問題中心対処の2局面により評価されていたが、主要構成分析により、7つの対処方略で評価がなされるようになった。その対処方略は問題中心対処、希望的観測 (wishful thinking)、成長 (growth)、脅威の最小化

(minimize threat)、社会援助の探求 (seeks social support)、自己非難 (blamed self)、混成対処 (mixed scale) である。混成対処は回避 (avoidance) と援助の探求 (help-seeking) からなる。

WCCL の7スケール間の相関は高く、構成要素に安定性を欠くため、Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker (1985) はより大きなサンプルを用いて因子分析を行ない、WCCL の改訂版を作成した。42項目から成る改訂 WCCL を構成する5スケールは問題中心対処、社会援助の探求、自己非難、希望的観測、回避である。改訂 WCCL の内部一致性による信頼性は .83、5スケール間の共分散は .12 である。

さらに、Vitaliano et al. (1985) は改訂 WCCL の5スケールとうつ病の関係を重回帰分析し、問題中心対処はうつ病と負の相関があり、希望的観測はうつ病と正の相関があることを示した。また、回避はうつ症状、不安、心身症いずれとの間にも高い相関があると報告されている (Billings & Moos, 1981)。

Levenkron, Cohen, Mueller, & Fisher (1983) はセルフコントロールを中心とした認知行動療法により、不適応的対処方略の1つとされている Type A 行動 (Glass, 1977) の修正を試み、認知行動療法を実施した群においては、統制群と比較して、Type A 行動の減少がみられた。日本人を対象とした Type A 行動の修正における

セルフコントロールの効果も実証されている (Nakano, 1990)。また、慢性病とその治療に関連したストレス事態においては、認知行動療法による問題中心及び情緒中心対処の使用を促進させる訓練が、ストレスの軽減に有効であると指摘されている (Auerbach, 1989)。

本研究は認知行動療法の技法を用いたストレス管理トレーニングが、日常的ストレス事態における対処行動パターン及び精神身体症状を変化させることができるか否かを分析し、さらに、対処行動パターンと精神身体症状間の因果関係を検討する目的で行なわれた。

方 法

被験者 地域紙の広告で集まったストレスで悩む 28 歳から 60 歳までの主婦、家事手伝い 28 名中、精神身体症状チェックリストの得点が 5 以上であった 23 名が対象者であり、実験中の脱落者は 5 名であった。本研究でデータ分析の対象となった被験者 18 名は精神科への通院及び入院歴はなく、現在、他科にも係っていない。

評価方法 1. 対処行動の測定。対処行動は改訂 WCCL で測定された。改訂 WCCL は 42 テスト項目からなる、はい・いいえ回答方式の質問紙である。被験者は現在、最も重荷となっているストレスを明記し、それに対して項目にある対処方法を用いたか否かを回答する。データ分析には 5 対処方略スケールの粗点の合計を用いた。5 スケールは問題中心対処 (例、良い結果を生むことがあれば全力をそれに集中する；あきらめてしまわずに何か可能性を見つける。)、社会援助の探求 (例、その問題について誰かと話して情報を得る；人に同情や理解を求める。)、自己非難 (例、自分自身を責める；問題の責任は自分にあると悟ろうとする。)、希望的観測 (例、奇跡が起こることを望む；いやな経験が消えてしまえば良いと考える。)、回避 (例、問題など何もないように毎日を過す；飲食により気晴らしをする) から成る¹。

2. 精神身体症状の測定。Langner (1962) の調査表における 19 項目 (Billings & Moos, 1981) で、精神身体症状の測定がなされた。精神症状としてのうつ症状は 7 項目 (例、する価値があることなどないと思う；外出する気になれない。) で測定され、身体症状は 12 項目 (例、頭痛、胃のもたれ、不眠、動悸。) で測定された。

手続き 被験者は調査用紙に記入後、症状チェックリストの粗点により、ストレス管理群と処置遅延コントロール群に分けられた。ストレス管理群は 1 セッション 1 時間、4 セッションの訓練を受け、第 4 セッション後 1 週間目に再び調査用紙に回答した。さらに、14 カ月後のフォローアップ調査用紙にも回答した。コントロール群は

次の訓練グループに参加できると告げられ、4 週間後に再び調査用紙に記入した後、ストレス管理の訓練を受けた。

ストレス管理群に対しては、認知行動療法を中心としたプログラムにより訓練を実施した。第 1 セッションではガイダンス、ストレス一般に関する講義、漸進的弛緩訓練 (progressive relaxation；Wolpe, 1973) が行なわれた。第 2 セッションは対処技術としての弛緩訓練 (relaxation as an active-coping skill；Goldfried, 1971)、問題解決法 (problem-solving；Garfield & Kurtz, 1977) に関する説明及び実地訓練がなされた。第 3、第 4 セッションは対処技術としての弛緩訓練、問題解決法の実施訓練及びこれらの技法に関する討論がなされた。

筋肉の弛緩状態を学習させる方法が漸進的弛緩訓練である。不安を引き起す思考や出来事に対しては、筋肉の緊張という身体的反応が伴う。身体的緊張はより不安を強くするため、筋肉の緊張をほぐし、弛緩させることにより不安を軽減することができる。漸進的弛緩訓練は、16 の筋肉群を緊張させてから弛緩させる過程を繰返し行なうことにより、筋肉を容易に弛緩した状態にさせることを可能にする。

対処技術としての弛緩訓練は、漸進的弛緩訓練の習得を前提としている。被験者は不安を誘発したり、ストレスとなる情景を想像し、その時点における感覚を合図として漸進的弛緩訓練で習得した弛緩状態にまで筋肉を弛緩させる訓練を行う。この訓練は、いかなるストレス事態においても感覚の変化を合図として緊張を緩和し、筋肉の弛緩した状態を保つことができるようにする自己コントロール法を身に付けるものである。

問題解決法は問題状況において、可能なかぎり多様な解決方法の中から、最も効果的なものを見出す手法である (Garfield & Kurtz, 1977)。訓練は (a) から (d) までの 4 段階で行なわれた。(a) 問題の局面、要素について系統的に詳しく記述させた。(b) 出来るだけ多数の解決方法を考えさせた。突拍子もない、過激な解決法でも考えてみる様に励ました。(c) これらの解決方法から幾つか適当なものを選択し、その方法を用いた場合の利益と損失を分析させ、最も良い方法を選ばせた。(d) 最後に、実際場面を想定してリハーサルを行なった後、選択した方法を実行させた。第 2 セッションで (a)-(c)、第 3 セッションで (d) を実施した。第 4 セッションでは、問題解決法実行の結果を報告させ、引続き解決のため行動することを指示した。

結 果

ストレス管理群とコントロール群の処置前後及び、ストレス管理群のフォローアップ時に見られた症状、対処行動 5 スケールの得点における平均及び標準偏差は

¹ 改訂 WCCL の全 42 項目は著者に請求されたい。

Table 1
Means and standard deviations of treatment groups
on pre-, post-, and follow-up measures

	Stress management group			Control group	
	Pre	Post	Follow-up	Pre	Post
Symptoms	8.89 (2.32) ^{a)}	4.56 (1.81)	4.89 (1.54)	8.22 (2.59)	7.89 (2.03)
Problem-focused	5.00 (2.44)	7.33 (3.97)	6.78 (2.68)	4.67 (1.22)	4.89 (1.45)
Wishful thinking	4.67 (1.73)	3.11 (.93)	4.11 (1.05)	4.67 (1.12)	4.78 (1.48)
Avoidance	3.33 (1.94)	2.44 (1.24)	2.44 (1.13)	4.00 (2.60)	4.11 (2.15)
Seeks social support	2.44 (.88)	2.89 (1.17)	2.56 (.88)	2.55 (1.01)	2.78 (.67)
Blamed self	1.11 (.78)	.89 (.78)	1.00 (.71)	1.33 (1.00)	1.44 (.53)

a) Values in parentheses indicate standard deviations.

Table 1 に示した。うつ症状と身体症状の和を従属変数とする二元配置くりかえし分散分析 (ANOVA) の結果、処置前後における主効果 ($F=46.23$, $df=1/16$, $p<.001$) と群×処置前後の交互作用 ($F=33.96$, $df=1/16$, $p<.001$) に有意差が認められた。2 群間の主効果は有意でなかった。この結果は、ストレス管理群において処置後に症状の大きな減少がみられたことによるものである (Table 1)。

2 群の対処行動パターンにどのような変化がみられたかについても ANOVA により分析した。5 対処方略のうち有意な変化が認められたのは、問題中心対処と希望的観測のみであった。問題中心対処スケールの粗点を従属変数とする ANOVA の結果、処置前後における主効果 ($F=8.80$, $df=1/16$, $p<.01$) 及び、群×処置前後の交互作用 ($F=6.01$, $df=1/16$, $p<.05$) に有意差が認められた。2 群間の主効果は有意差を示さなかった。希望的観測スケールの粗点を従属変数とした ANOVA においても、処置前後における主効果 ($F=6.51$, $df=1/16$, $p<.05$) と群×処置前後の交互作用 ($F=8.69$, $df=1/16$, $p<.01$) に有意差がみられ、2 群間の主効果には有意差は認められなかった。Table 1 は、ストレス管理群の被験者が処置後に問題中心対処方略を多く用いるようになったと共に、希望的観測をする傾向にも減少がみられたことを示している。

ストレス管理群の被験者において処置後の変化がみられた精神身体症状、問題中心対処、希望的観測を従属変数として一元配置くりかえし分散分析 (ANOVA) を行ない、長期にわたる処置の効果も検討した。精神身体症状を従属変数とする ANOVA の結果、処置前後及びフォローアップ時における症状に有意な差 ($F=48.46$, $df=2/16$, $p<.001$) が認められた。3 時点における症状について多重比較 (Tukey's test) を行なったところ、処置後と同様、フォローアップ時にも処置前に比較して症状に有

意な減少がみられた。問題中心対処を従属変数とする ANOVA においても、処置前後及びフォローアップ時の得点に有意な差 ($F=7.86$, $df=2/16$, $p<.01$) がみられた。3 時点の多重比較分析 (Tukey's test) により、処置後と同様にフォローアップ時においても処置前に比較して問題中心対処の有意な増加が認められた。希望的観測を従属変数とする ANOVA の結果では、処置前後とフォローアップ時の得点に有意差 ($F=6.98$, $df=2/16$, $p<.01$) がみられたが、多重比較分析 (Tukey's test) では処置前後における希望的観測の得点に有意差が認められただけで、フォローアップ時には処置前後いずれとも有意な差がみられなかった。

考 察

うつ症状とある種の対処行動パターン間に高い相関のあることが、Vitaliano et al. (1985) により報告されている。本研究は対処行動パターンを変化させる処置を施せば、うつ症状及び身体症状に変化がみられるとの仮説に基づき行なわれた。処置前後及びフォローアップ時における精神身体症状と対処行動の変化を分析することにより、相関では得られない因果関係の検討が可能となる。本研究では対処行動パターンを変化させる処置として、対処技術としての弛緩訓練と問題解決法の併用を行なった。

分散分析の結果、ストレス管理群の処置前後において精神身体症状に有意差がコントロール群と比較してみられ、対処技術としての弛緩訓練と問題解決法の併用が精神身体症状を減少させるのに有効であることが示された。さらに、処置後の精神身体症状の減少は 14 カ月後のフォローアップ時においても保たれていることが分散分析の結果により示され、処置後における症状の減少が処置の偽薬効果や実験者の期待効果によるものでなく、対処技術としての弛緩訓練と問題解決法を習得し、対処

行動パターンを変化させることが精神身体症状の減少に有効であったと指摘される。

対処技術としての弛緩訓練と問題解決法を習得し、ストレス事態に対して有効な対処方略を身に付けた被験者は、問題中心対処及び希望的観測スケールの得点にも処置前後で有意な変化を示した。さらにフォローアップ時では、問題中心対処のみに処置前の得点と有意差が認められ、対処技術としての弛緩訓練と問題解決法の併用は、対処方略のうち問題中心対処を増加させることに長期にわたる効果のあることが指摘される。認知行動療法の技法により、問題中心対処のような具体的対処行動を増加させることはできるが、情緒的対処行動パターンの修正も可能であるか否かについては疑問が残る。

Folkman (1984) は対処行動パターンは暫定的なものであり、ストレスの種類の種類や状況要因により用いられる対処方略が異なると指摘している。本研究における被験者のストレス事態は日常的解決可能な問題であり、14カ月後のフォローアップ時においても生活環境に大きな変化はみられなかった。不治の病気、家族の死、その他解決不可能な問題では回避や希望的観測がプラスの対処方略として用いられるかもしれない。対処行動の変化に状況要因が強く影響しているとなれば、被験者が異なるストレス事態に直面した場合、いかなる対処方略を用いるかは予測できないこととなる。

しかし、日常的ストレス事態に対しては、対処技術としての弛緩訓練及び問題解決法の習得は問題中心対処を増加させ、さらに精神身体症状を減少させることが本研究により実証された。対処行動パターンと精神身体症状間に因果関係があり、ある対処行動パターンはストレスと精神身体症状の間で媒介の役割を果たしているという概念を本研究の結果は支持したといえる。本研究の被験者数は各群10名と少なく、今後、他のサンプルを用い、状況要因を加えた縦の研究が対処行動の性質及び役割を解明するに必要であると思われる。また、本研究ではFolkman & Lazarus (1980) により提唱された対処行動の概念に基づくスケールを用いたが、対処行動は理論的ではなく、経験的に生みだされた概念であるため、分類の異なる多くの対処行動スケールが作成され、研究に用いられている (Billings & Moos, 1981; Aldwin & Revenson, 1987). Lazarus, Folkman らも一連の研究 (e.g., Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986) において、新しい対処行動の分類を発表し、WCCL の改訂も行っているがスケールは未完成である。さらに、それぞれの対処行動カテゴリーの構成要素が論理的一貫性を欠いていること、文化の違いが対処行動の特性に影響を及ぼすこと (Strong, 1984) などから、日本人の行動特性を考慮に入れた新しい対処行動カテゴリーに関する研究も、今後、ストレス事態と適応状態との間における

対処行動の役割について解明するために必要であるかもしれない。

引用文献

- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. 1987 Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, **53**, 337-348.
- Auerbach, S. M. 1989 Stress management and coping research in the health care setting: An overview and methodological commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **57**, 388-395.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. 1981 The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, **4**, 139-157.
- Folkman, S. 1984 Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 839-852.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. 1980 An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, **21**, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. 1986 Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, **50**, 571-579.
- Garfield, S. L., & Kurtz, R. 1977 A study of eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **45**, 78-83.
- Glass, D. C. 1977 *Behavior patterns, stress and coronary disease*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Goldfried, M. R. 1971 Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **37**, 228-234.
- Jemmott, J. B., & Locke, S. E. 1984 Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know? *Psychological Bulletin*, **95**, 78-108.
- Langner, T. S. 1962 A twenty-two item screening score of psychiatric symptoms in indicating impairment. *Journal of Health and Human Behavior*, **3**, 269-276.
- Levenkron, J. C., Cohen, J. D., Mueller, H. S., & Fisher, E. B. 1983 Modifying the Type A coronary-prone behavior pattern. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **51**, 192-204.
- Nakano, K. 1990 Effects of two self-control procedures on modifying Type A behavior. *Journal of Clinical Psychology*, **46**, 652-657.
- Strong, C. 1984 Stress and caring for elderly relatives: Interpretations and coping strategies in an American Indian and white sample. *The Gerontologist*, **24**, 251-256.

- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Maiuro, R., & Becker, J. 1985 The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavior Research*, 20, 3-26.
- Wolpe, J. 1973 *The practice of behavior therapy*. 2nd ed. Oxford: Pergamon.

——1987. 9. 25. 受稿, 1990. 5. 19. 受理——