The Illness Behaviour Questionnaire (IBQ) : An investigation of a Japanese version

Tetsumi Honda^{1*}, Minoru Toyokura¹, Keizo Murotsu² and
Toshihiko Maruta³

*Department of ¹Rehabilitation Medicine, ²Psychiatry and Behavioral Medicine,
Tokai University School of Medicine, Kanagawa, Japan and*

³Department of Psychiatry, Mayo Clinic, Rochester, U. S. A.

(Received 7 June 1994, accepted 28 June 1994)

Abstract

The Illness Behaviour Questionnaire (IBQ) of Pilowsky and Spence is widely used for the evaluation of chronic pain patients. We examined the validity and reliability of a Japanese version of the IBQ (J-IBQ). Fifty consecutive rehabilitation patients (M37, F13) completed the IBQ and two psychometric tests (SDS, MAS). Ten of these patients were tested again after 7~10 days. The correlation coefficients between SDS, MAS scores and Scale 5 of the IBQ were 0.43 ($p < 0.01$), 0.60 ($p < 0.01$). The test-retest reliabilities of each scale ranged from 0.63 to 0.91, except for Scale 6 (0.31). This may reflect the tendency for the rehabilitation patients to attribute problems to the effects of illness, owing to the rapid recovery of their physical conditions after orthopedic surgery.

A calculation was performed in the norms in forty-seven healthy office workers (M36, F11). The J-IBQ raw scores for normals were: Scale 1: 1.47, Scale 2: 1.00, Scale 3: 1.87, Scale 4: 3.13, Scale 5: 1.55, Scale 6: 2.77, Scale 7: 1.04, AS: 5.72, DA: 4.13, WI: 2.71. The mean scores of the Japanese control group were higher than in an Australian group in Scale 4, but lower in Scale 7. These may suggest cultural differences. Further investigations are needed to clarify the characteristics of chronic pain patients in Japan.

Key words: chronic pain, IBQ, psychometric test

日本語版 IBQ (Illness Behaviour Questionnaire) の作成過程

本田 哲三^{1*} 豊倉 稔¹ 室津 恵三² 丸田 俊彦³

¹東海大学医学部 リハビリテーション学教室 *現 東京都リハビリテーション病院

²東海大学医学部 精神神経科学教室

³Mayo Clinic 精神科

はじめに

近年、さまざまな器質障害への治療にもかかわらず頑固に痛みを訴える“慢性疼痛”が、リハビリ科、麻酔科・ペインクリニックをはじめとする臨床各科で切実な問題となっている。

このような疼痛は、従来我が国では“心因性疼痛”との理解から、さまざまな心理検査が診断・評価目的に援用されてきた。しかし既存の検査手法は、いずれも本来は神経症やうつ病などの精神疾患を対象としており、慢性疼痛患者特有の精神・心理的特性が描出可能とはいえず難しかった。

例えばもっとも広く用いられている心理検査である Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) にしても、慢性疼痛患者のプロファイルは“神経症 3 尺度”の偏位のみで、この点に関しては一般の心身症患者と同様である²⁾。さらに、MMPI の追加尺度である“Alexithemia Scale”や“腰痛尺度”も、我々の調査では慢性疼痛患者群は正常群と相違を認めなかった²⁾。

以上の状況をふまえて、我々は Pilowsky らの作成した慢性疼痛評価票である IBQ (Illness Behaviour Questionnaire)⁵⁾ 日本語版 (Japanese version of Illness Behaviour Questionnaire, 以下 J-IBQ (Table 1)) の作成をこころみた。

本稿ではまず J-IBQ の妥当性および信頼性を検討したうえで、健常者におけるプロファイルを描出し慢性疼痛患者への適応例を提示する。

IBQ の概要

IBQ は、慢性疼痛患者の“異常疾病行動 (Abnormal Illness Behaviour, 以下 AIB)”の認知面把握を目的とした二件法 (ハイ、イエエで答える) の質問紙票 [Pilowsky ら (1975³⁾, 1983⁵⁾] である。AIB とは、「医師 (あるいは適切な他の医療従事者) により明確な対応 (治療および病状の説明) がなされたにもかかわらず、自己の健康に対して不適当な理解や行動が持続すること (Pilowsky, 1978⁴⁾)」をさす。

Pilowsky らは、52 項目よりなる The Whiteley

Table 1 Sample questions of J-IBQ

以下の項目は、あなた御自身およびあなたの現在のご病気についての質問です。あてはまれば○、あてはまらなければ×をそれぞれの番号の上につけてください。

1. ご自分の健康についてあれこれ心配するほうですか
2. ご自分がなにか非常に悪い病気にかかっていると思いますか
3. ご病気のせいで日常生活が著しく制限されていますか
4. 病気のときも、人あたりはいいですか
5. 家族のだれかが病気になったことがありますか
6. ほかのひとにくらべ自分は病気になりやすい質だとも思いますか
7. もし医者に「どこも悪いところはありません」といわれたら、納得しますか
8. 自分自身のことはわすれ、ほかのひとの事についてあれこれ考えるほうですか
9. 気分がすぐれないときに、ひとから「まえよりいいみたいだね」といわれたら、あなたは不愉快になりますか
10. あなたは、自分自身のからだのなかでおこっている変化を意識することがよくありますか

Index of Hypochondriasis (以下、WI) を 100 名のペインクリニックの患者に施行し、その結果の因子分析から 7 つのスケールを擁立した (Pilowsky & Spence 1975³⁾, 1983⁵⁾)。これに 10 項の質問項目を加え、現行の 62 項目 IBQ を作製した (Pilowsky, 1978)⁴⁾。各スケールの名称および内容は次のとおりである。

スケール 1 (General Hypochondriasis, GH) 心気的態度一般：自分が重篤な病気にかかっているという恐怖への囚われを特徴とする因子。患者は不安状態を呈するものの、一方では自分の怯えが根拠がないかもしれないとの自覚もある程度持っている。

設問例；病気が恐いですか (○)

スケール 2 (Disease Conviction, DC) 疾病への確信：身体的疾病が存在することへの確信と医師の説得に抵抗する態度をあらわす。

設問例；医者から「何も心配することはありませんよ」といわれても、納得するのがむずかしいですか (○)

スケール 3 (Psychological Versus Somatic Perception of Illness, P/S) 心理的関心対身体的関心：高得点は病気について自分自身を責め、精神科（心理）的な援助の必要性を受け入れる傾向をあらわす。低得点は心理的要因が重要である可能性を拒否し、身体的問題に集中しがちな傾向をあらわす。

設問例；ご自分の心になにか問題があると思いますか（○）

スケール 4 (Affective Inhibition, AI) 感情抑制：他人に個人的な感情（特に陰性の感情）を表現することの困難さをあらわす。

設問例；自分の感じるままをほかの人に向かって気軽に表出できますか（×）

スケール 5 (Affective Disturbance, AD) 感情の障害（不快気分）：不安および抑うつ状態が存在していることをあらわす。

設問例；すぐ不安になりやすいですか（○）

スケール 6 (Denial, D) 否認：実生活に問題があることを否認し、現状の原因をすべて身体的な疾病に帰してしまう傾向をあらわす。

設問例；ご病気のほかに、なにか生活上お困りのことがありますか（×）

スケール 7 (Irritability, I) 苛立ちやすさ：怒りや人間関係における葛藤の存在をあらわす。

設問例；他人に対して以前よりイライラしやすいですか（○）

以上の基本 7 スケールに加えて、次の 4 つの追加スケール（2 つの二次的因子、WI および識別機能）が設定されている。

追加スケール 1 (Affective State, AS) 感情状態：スケール 1 (GH)、スケール 5 (AD)、およびスケール 7 (I) 各々の得点総計で慢性疼痛患者の抑うつ、不安および心気的傾向など情動面の変化をあらわす〔GH+AD+I〕。

追加スケール 2 (Disease Affirmation, DA) 疾病への肯定傾向：スケール 2 (DC) の得点と“非スケール 3〔5-(P/S)〕”の合計で器質的疾患が存在していることを確信している傾向を示す〔DC+5-(P/S)〕。

追加スケール 3 (Whiteley Index of Hypochondriasis, WI)：先に述べた 14 項目からなるスケールで、Pilowsky によれば高値は心気症の可能性を示唆する。

追加スケール 4 (Discriminant Function, DF) 識別機能：DC, P/S, AI, D の組み合わせにより転換タイプ（ヒステリー）であるかどうかを識別する。

本稿では、基本 7 スケールおよび追加スケール 1, 2, 3 につき検討を行った。

対象および方法

1. 併存的妥当性 (concurrent validity) の検討

連続するリハビリテーション受診患者 50 名〔男性 37 名、女性 13 名、年齢；14～64（平均 38.1 ± 16.3 ）歳、疾患・外傷名；骨折 22 名、関節疾患 15 名、脳障害 3 名、悪性腫瘍 5 名、その他 5 名〕を対象に、IBQ に加えて自己評価式抑うつ性尺度（Self-rating Depression Scale、以下 SDS）および顕在性不安尺度（Manifest Anxiety Scale、以下 MAS）を施行し、スケール 5 との一致度を検討した。

2. 信頼性の検討

上記患者中の 10 名〔男性 7 名、女性 3 名、年齢；15～60（平均 37.9 ± 15.2 ）歳、主な疾患・外傷名；骨折 4 名、関節疾患 3 名、脳障害 1 名、悪性腫瘍 1 名、その他 1 名〕を無作為に抽出した。これらの患者群に 7～10 日間隔で IBQ を再検し一致度を検討した。

3. 正常プロファイルの描出

健常成人（某病院職員）47 名〔男性 36 名、女性 11 名、年齢；20～63（平均 30.9 ± 16.3 ）歳〕に IBQ を施行した。そして各スケールの平均値を算出し、リハビリ患者群および Pilowsky らのオーストラリア正常群プロファイルと比較した。

結 果

1. 併存的妥当性 (concurrent validity) の検討

SDS および MAS とスケール 5 との相関係数は各々、0.427, 0.600 であり、いずれも有意 ($p < 0.01$) の相関を認めた (Table 2)。

Table 2 Concurrent validity of J-IBQ

	SDS	MAS
Scale 5	0.427☆, p<0.01☆☆	0.600☆, p<0.01☆☆

☆ : correlation coefficient

☆☆ : tests on the regression parameters

2. 信頼性の検討

スケール 1 から 7 および AS, DA, WI の 2 回の施行間では, スケール 6 (D) を除き相関係数は 0.630 ~ 0.906 で 0.05 から 0.01 の有意水準にて相関を認めた (Table 3).

3. 正常プロファイルの描出

正常群はリハビリテーション患者群に比較すると

スケール 1 (GH), スケール 2 (DC), スケール 5 (AD), スケール 7 (I) で低値を呈し (p<0.05), 3 追加スケールもいずれも低値であった (p<0.001). オーストラリア正常群プロファイルとしてはスケール 4 (AI) が高く, スケール 7 (I) が低かった (p<0.05) (Table 4).

ここで慢性疼痛患者 2 名への J-IBQ の適応例を提示する.

症例 1: 転換性障害 (心気症の疑い)

46 歳, 男性. 主訴: 頸部痛. 経過: 1991 年 1 月, 仕事中 4 m の足場から転落した後頭部, 腰部を打撲し近医入院. 安静, 持続牽引, 服薬などさまざまな治

Table 3 Test-retest reliability of J-IBQ

	Scale 1	Scale 2	Scale 3	Scale 4	Scale 5	Scale 6	Scale 7	AS	DA	WI
Correlation coefficient	0.824	0.630	0.826	0.906	0.792	0.305	0.632	0.711	0.667	0.688
Regression parameters	p<0.01	p<0.05	p<0.01	p<0.01	p<0.01	n.s.	p<0.05	p<0.05	p<0.05	p<0.05

Table 4 IBQ Scores of normals, rehabilitation clinic patients in Japan, and those of normals in Australia

	Normals in Japan	Rehab. patients	Normals in Australia ^{a)}
N=	47	50	82
Scale 1	1.47 (1.46)	4.16 (2.11)	1.16 (1.6)
Scale 2	1.00 (1.11)	3.42 (1.22)	1.22 (1.3)
Scale 3	1.87 (0.79)	1.84 (1.24)	2.04 (0.7)
Scale 4	3.13 (1.44)	2.88 (1.05)	2.51 (1.7)
Scale 5	1.55 (1.54)	2.20 (1.19)	1.50 (1.7)
Scale 6	2.77 (1.11)	2.12 (1.19)	3.16 (1.3)
Scale 7	1.04 (0.92)	2.32 (1.35)	2.21 (1.4)
AS	5.72 (2.56)	8.68 (3.79)	4.87 (3.9)
DC	4.13 (1.29)	6.60 (1.23)	4.18 (1.6)
WI	2.71 (1.90)	6.00 (3.15)	2.61 (2.8)

(S. D.)

☆ : p<0.05

☆☆ : p<0.001

療がこころみられるが改善せず、1992年7月疼痛管理目的にて当科紹介される。当院にて慢性疼痛管理プログラムが開始されたが、常に頸部装具と杖を使用し、大げさに痛みを訴える仕草が著しかった。その後心理部門の面接からは、患者は事故の5年前に離婚し短大に通う一人娘に会うことが制限されていたこと、それが事故を契機にして娘との連絡が可能となったこと、などが明らかになり、患者の痛みの訴えは親子のふれ合いを回復する手段となっていたことも指摘された。

IBQ レポート；患者は、心気的態度一般 (GH) や抑うつ傾向 (AD) は少なく、身体的疾病が存在することを確信し (DC 高値, P/S 低値)、実生活に問題があることを否認する傾向が大である (D)。以上の傾向は転換障害に合致するが、追加尺度の WI 高値より心気症の可能性も否定できない (Fig. 1)。

症例 2：気分障害—うつ病

35 歳、男性。主訴；腰痛。経過；1991 年 1 月職場で作業中に腰痛が出現，“椎間板ヘルニアの疑い”にて保存的治療をうけていたが寛解せず、数度にわたる休職を余儀なくされたため当科慢性疼痛管理プログラムに紹介された。しかしその後の面接にて、患者はもともと職場での適応困難、家庭でも妻と実母の不仲や離婚話などの悩みを抱え、それらに対して強い不安や無力感を自覚していること。さらに数年前から某精神科より抗うつ剤の投与を受けていることも明らかになった。

IBQ レポート；患者は不安抑うつ状態 (AD) が強く、対人関係では感情表現が困難 (AI) で現在は葛藤が存在する (I)。患者自身も実生活上での困難さを自覚している。追加尺度でも AS が高値を呈している点も含め気分障害 (うつ病) に合致する (Fig. 2)。

考 案

1975 年に発表されて以来、IBQ は各国でその妥当性および有用性が検討されている (1986 年インド版⁷⁾、1989 年スペイン版¹⁾、および 1990 年ドイツ版⁹⁾)。我々が作成した日本語版 IBQ (J-IBQ) は、妥当性に関しては、スケール 5 (AD) は MAS および

SDS と有意の相関を認めた。Pilowsky らの原著でもスケール 5 の SDS との相関係数は 0.54 ($p < 0.001$) であり、今回の結果はほぼ満足すべきものと考ええる。

さらに信頼性の検討では、一項目〔スケール 6 (D)〕を除く各スケールで良好な結果となった。

スケール 6 (D) に関しては、主な調査対象である整形外科術後患者では、比較的短期間の病状の変化につれて傷害の回復に固着している傾向〔病気のほかに生活で問題がありますか (いいえ)〕などが変化し、それが評点に影響したとも考えられる。

リハビリ科受診患者と正常群の比較では、前者では身体的疾病が存在することを確信し〔スケール 2 (DC) 高値〕、心気的になったり〔スケール 1 (GH) 高値〕、不安および抑うつ状態を呈し〔スケール 5 (AD) 高値〕、入院生活での苛立ちやすさや人間関係における葛藤も存在している〔スケール 7 (I) 高値〕可能性を示唆した。リハビリ科受診患者の多くは器質障害による入院患者である点を考慮すると、3 追加尺度 (AS, DA, WI) の差も含めて妥当な結果と考えられる。

一方、日本およびオーストラリアにおける正常群プロフィールの比較では、日本の方がスケール 4 (AI) が高く、スケール 7 (I) が低かった。この点に関しては、欧米よりも喜怒哀楽の感情表現を抑制しがちな我が国の国民性を反映している可能性もある。また、スケール 7 (I) についてはオーストラリア人のほうが易刺激的な状態にあるとも考えられる⁶⁾。統計学上サンプリングの無作意性が問題となるため、厳密には将来の研究を待たねばならないものの、この相違は欧米とプロフィールの比較する際に常に念頭におかねばならないであろう。

以上の結果をふまえて、今後我が国における慢性疼痛患者のプロフィールの特徴を描出するとともに、症例を重ねて転換症状 (ヒステリー) との鑑別可能な追加尺度である識別機能 (DF) も作成していく予定である。

謝 辞

稿を終えるにあたり、有益なご助言をいただいた東京厚生年

金病院麻酔科 柳田 尚先生および、ご指導を賜った東海大学
医学部リハビリテーション学教室 村上恵一教授に深甚の謝
意を表します。

本稿の一部は第 29, 30 回日本リハビリテーション医学会, 第
33, 34 回日本心身医学会, 第 8 回日本ストレス学会および 7th
World Congress on Pain にて発表した。

文 献

- 1) Grassi, L., Rosti, G., Albieri, G. and Marangolo, M., Depression and abnormal illness behavior in cancer patients, *Gen. Hosp. Psychiatry*, **11** (1989) 404-411.
- 2) 室津恵三, 本田哲三, 篁 一誠, 狩野力八郎, 村上恵一: 慢性疼痛に対する認知—行動療法的アプローチ, *心身医学*, **33** (1993) 683-689.
- 3) Pilowsky, I. and Spence, N. D., Patterns of illness behaviour in patients with intractable pain, *J. Psychosom. Res.*, **19** (1975) 279-287.
- 4) Pilowsky, I., A general classification of abnormal illness behaviours, *Br. J. Med. Psychol.*, **51** (1978) 131-137.
- 5) Pilowsky, I. and Spence, N. D., Manual for the illness behaviour questionnaire (IBQ), University of Adelaide, Adelaide, 1983.
- 6) Pilowsky, I.: 私信, 1992.
- 7) Varma, V. K., Malhotra, A. K. and Chaturved, S. K., Illness behaviour questionnaire (IBQ): Translation and adaptation in India, *Indian J. Psychiat.*, **28** (1986) 41-46.
- 8) Wichmann, E., Nilges, P., Gerbershagen, H. U., Gamber, J. and Sheifling, I., The Illness Behaviour Questionnaire: psychometric properties and validity of a German version, *Pain, Suppl.* **5** (1990) S336.

Address for correspondence: Tetsumi Honda, M.D.,
Tokyo Metropolitan Rehabilitation Hospital, 2-14-1
Tsumumi Dori, Sumida-ku, Tokyo 131, Japan.
Tel : 03-3614-8600
Fax : 03-3614-8705