

# 日常ストレスと心理的対処から見た心身症患者の alexithymia 的傾向

佐藤 浩信\*

## Alexithymic Traits of Psychosomatic Patients from the Viewpoint of Daily Life Stress and Coping Theory

Hironobu Sato

**要 旨** 通常勤務可能である心身症患者集団に対し、日常ストレス・心理的対処、対処前の自覚的な不安と身体不調、対処後の現実のおよび心的な自覚的な効果について調査を行い、普通健常勤労者、軽度メンタルヘルス不全勤労者と比較検討を行った。心身症群は日常ストレス・対処ともに最小量を示すが、軽度メンタルヘルス不全群とは逆の特徴を示した。即ち、彼らの日常ストレスの認知的評価は頻度強度ともに極小であり、対処においては「自分ではどうにも出来ない」型が減少する。また、心身症群の初期不安の量は最少であり「いわゆるストレス」の訴えも小となった。不安、身体不調、心的効果への対処の機能を重回帰分析でみると、心身症群は不安や心的効果について普通健常者集団とは逆の様相が示された。「問題直面」型の対処は普通健常者群においては初期不安を抑制する方向に働くが、心身症群では逆に増加させる方向へ働く。「じっとして静観する」型の対処は心身症群では心的な効果を生む。心身症群の日常ストレスおよび心理的対処は、環境との出会いへの一次的な認知的評価とそれへの二次的な認知的評価が乏しく矛盾した特徴を示し、心身症群にみられる対処は顕在的には無効であるように見える。その特徴的な矛盾は、隠された日常的な不安を隠されたままにしておく周到な努力と解釈できるが、神経症等を含む軽度メンタルヘルス不全群は理解可能であり心身症群の alexithymia という特殊な心的過程を示唆する。日常ストレスと心理的対処の観点から眺めると、alexithymia は環境的・心内界的な状況への認知の欠如のみならず、隠された日常的な不安を顕在化させない周到かつ無意識的な認知的評価の努力の様相が示唆された。

キーワード 認知的評価、日常ストレス、心理的対処、alexithymia、心身症

### I. 諸言

心身症の発症には alexithymia という特異な心的状態が深く関与し、情動体験の認識あるいは心内界の言語化に乏しく、感情の認知機能による障害と考えられている<sup>1-3)</sup>。その評価法なども考案されている<sup>4,5)</sup>が、精神病理的内容や成因については精神力動的<sup>2-6)</sup>その他多くの議論があり、この心的過程については心身症と神経症の機制は対照的とも相対的とも指摘されている<sup>2,6,7)</sup>。また、この概念は、心身症のみの特徴とは言い難く、ストレス関連疾患やうつ病をはじめとする幾つかの疾患にも見られることも指摘され、再考されている<sup>7-11)</sup>。

ところで、Lazarus, R.S. 等により理論化された認知論的ストレス研究では、日常ストレス daily

\* 本学准教授 産業精神保健学

stress および心理的対処 stress coping (以下, 対処)<sup>12-14)</sup>は, 心理社会的ストレス研究における「生活事件 life event 型ストレス」<sup>15)</sup>への相補理論として位置付けられ, 後者では生活に一時的に変化を来すような事件を心理社会的ストレス因と見做すが, 前者では持続的な日常生活でよく遭遇する些事による情動変化の集積がストレス源として影響すると考えられている。日常ストレスは環境との出会いの一次的な認知的評価, 対処はそれへの二次的な認知的評価であるとし, どちらも情動の表現であるとされ, これらの相互作用から心理的ストレス過程が成立すると理論化されている<sup>13, 14)</sup>。これらの測定には通常, 多項目にわたる認知的評価を行う自記式質問紙が用いられている。日常ストレスは, 日常生活の各側面をカバーする些事を列挙し, 個々の出来事について過去一定期間における実際に体験された情動変化を, 日常精神混乱 daily hassles と日常精神高揚 daily uplifts に分け, それぞれに評価を行うものである<sup>12, 13, 14, 16)</sup>。また, 対処は, そこで生じた認知的評価に対し, 日常的によく行う感じ方・考え方を複数列挙したものであり, どちらも多数項目からなる自己評定調査票として構成されている<sup>12, 14, 16)</sup>。

これまでの我々の報告<sup>12, 14)</sup>では, 日常ストレスおよび対処それぞれについて, 健常者群とうつ病・神経症等の精神科患者集団に対応した異なる2種のパターンが示され, それらは各々のもつ日常生活における雰囲気を表すとともに, 情動の持続的かつ基礎的なベースラインを表す認知的評価の特徴を反映しているものと理解できた。また, 心身症患者群は, この日常ストレスおよび対処のパターンにおいては, 頻度および強度の極小など他の集団に比し極めて特徴的な様相を示していた<sup>12)</sup>。これらの報告においては, いずれも alexithymia を意図したものではなかったが, 心身症圏内の状態にあると思われる集団の特徴を示唆する特異的な結果を含んでいた。そこで今回新たなサンプルを用いて分析を行い, その内容の理解を試みる。

## II. 方法

### 1) 対象

著者らが支援者として関わる関東近郊に所在する企業内において, 身体不調およびメンタルヘルス不全を訴える者への支援を行う部署(以下, 相談室)への来談者を対象とした(表1)。収集されたサンプルは, 身体不調のみならず職場内外で被る様々なストレスについての訴えが見られたが, いずれも対象者個人が行う日常業務の履行については支障を来さないレベルにある。また, 限定された職場集団による少数サンプルの収集であるため, 集団ごとに行うべき年齢のマッチングは行っていない。

心身症群の背景特性は, 身体不調を訴えながらも勤務可能状態にある勤労者であり, 直近の休務が30日を超える連続休務中の者は含まれていない。睡眠時間の過不足や不定愁訴など, 多少

表 1. サンプル

	N	平均年齢 ± S D (歳)
普通健常者群	35	38.91 ± 8.55
心身症群	28	38.54 ± 7.77
軽度メンタルヘルス不全群	25	41.56 ± 8.49

の生活の歪みがあるものの日常生活の維持が十分になされている者である。症状の確認については、本人による病状の申告および主治医が作成した診断書の記載内容によるものであり、質問紙への記入時点における専門医の確定診断によるものではない。事業所を担当する産業医も心身症の色彩が強いと判断した事例であり、主として自律神経系の不調を伴う身体症状を訴える者で、かつ発症や経過に職場内外での精神的緊張や圧迫が認められる者である。職務遂行上のトラブルや個人が被る不利益を避けるため、調査者と被調査者との関係は、相談室でのメンタルヘルス相談において聴く者と話す者としての通常の関係にあり、心理あるいは行動療法の実施や施術、特別な評価尺度による測定等は行っていない。内訳は第1病名のみとし、高血圧症等16、過敏性腸症候群等8、気管支喘息等2、蕁麻疹2、である。平均年齢は38.54 ± 7.77歳である。

軽度メンタルヘルス不全群は、軽度の神経症圏内の症状または軽度抑うつ状態を呈する症状を主訴とする者である。症状の確認については心身症群と同様とし、相談室で行うメンタルヘルス相談への来談時の本人による症状の申告と主治医が作成した診断書の記載内容によって行い、調査時点での確定診断および処方薬の情報等によるものではない。また、サンプルの収集場所が医療機関ではないことから概ねの状態を把握する程度に留まり、本来必要となるであろうDSMやICDによる症状の分類は行っていない。いずれにおいても、就労および家事履行が可能範囲ではあるが、メンタルクリニックなどの精神科医療機関を定期受診し、主治医から体調に応じた投薬処方を受けている者である。但し、リチウム製剤等の処方を受けるものは含まれていない。尚、質問紙への記入については業務上の規約に含まれない行為となることから、被調査者への不容易な負担や倫理的な配慮に十分留意した上で双方の協力関係が得られた者だけに留め、時間外労働の制限を含めた就業制限措置を受けている者については含まれていない。平均年齢は41.56 ± 7.77歳である。

また、対照集団は同企業に勤務する事務系部門に属する通常勤務者である。心身症群および軽度メンタル不全群の実質的な労働時間に近づけるため、1か月あたりの時間外労働が比較的長時間となる者を除外し、40時間を超えない者のみとした。労働安全衛生法により2～6か月の平均時間外労働が80時間を超える労働者に対し、医師による面談指導等の措置が努力義務として果されているが、今回はその二分の一に相当する時間を超えない者とした。平均年齢は38.91 ± 8.55歳である。

## 2) 質問紙

用いた質問紙は、過去に我々が尺度化を試みたLazarus,R.S.原法<sup>13)</sup>の改訂版を用いた<sup>12, 14, 16, 17)</sup>。また、対処の効果を評価するために、現在のストレスの主観的な認知とその内容、対処前の初期状態、対処の主観的な効果、を付加した。日常ストレスについては、混乱と高揚を一对とした71項目について、過去1年間の実際経験について3件法により評価させた。対処については、53項目にわたるその状況への実際の感じ方・考え方を3件法で評価させた。これらの質問紙の各尺度の信頼性については概ね $\alpha = 0.6\sim 0.8$ 程度であるが、0.6を下回る尺度については内的整合性が不足しているものと見做し、解釈には注意を要しながら使用した。また、対処の各項目への

印象を明確かつ具体的なものとするために、過去1年間での悩み事、即ち「いわゆるストレス」が大きかった時の状況について、仕事、家庭、健康、経済、人間関係、自分に関して、の6カテゴリーとして尋ねた。また、対処を発動する際に生じるであろう「不安・緊張・落込み」および「身体不調」の程度（以下、初期状態）に関する主観的な評価についても4段階で評価を求めた。次いで、自身が発動した対処により、現実的に効果を得たと感じられたか、および気持ちが落ち着いたように認識できたかを尋ね、それぞれ4段階での評価を求めた。

### 3) 調査および分析

2007年～2009年に相談室へ来談した従業員に対し、質問紙への記入を依頼し1ヶ月の留め置きを経て回収を行った。回収に際してはあくまでも自発的な参加協力とし、未提出者に対する提出を促す声掛けは面談時の1回のみとし、それ以降は回答者側の利益を最優先とするため、督促等を行わないこととした。

収集されたサンプルは、調査票で示される尺度に基づき、回答頻度および強度、量的比較、を行った。尚、強度とは各人ごとに求められる合計得点を回答頻度で除して求められる値の集団ごとの平均値である。また、既報<sup>12)</sup>において心身症群では、対処が量的に少なく激増する尺度が低得点となること、かつ現実的効果は大きいこと、心的効果においても小さな対処量に対し大きな効果を上げていることを示唆し、心身症群の対処の機能への興味をひいた。著者らは53項目からなる対処を因子分析により6軸を抽出し、因子得点を用いて各軸の比較検討を行ってきたが、対処においても日常ストレス測定時と同様に、普通健康者の示すパターンと精神病理的な状況下にある者のパターンがそれぞれ存在し、対応する2種のパターンの存在を示唆した。特に、心身症群においては、Axis II「自分ではどうにも出来ない」型、Axis III「気持ちを何かで紛らせる」型の2つの対処において因子得点量の激減を報告してきた<sup>12, 14)</sup>。これらとの直接的な比較検討には、外挿法因子分析による因子得点の推定も可能であるが、因子得点の不定性など推定上の問題が払拭されないため、実測値からみた検討を行うこととした。各軸に相当する実測値の割り当てにおいては、尺度化時に行った項目の配当を用いた<sup>16)</sup>。

また、対処はそれを起こす前の苦しさへの反応的行動でもあり、同時に何らかの効果を生むものと考えられる。その解明のため、初期状態・効果を基準変数とし、対処の各尺度の実測値を説明変数として変数選択法重回帰分析を行った。有意となる変数の採択の基準は赤池の情報量基準AICを用いた変数増加法を用いた。サンプル数が少ないため、結果の不安定性が残るものの、今回収集した心身症集団の特徴を把握するために、ラフではあるが初期状態および効果への対処各尺度の影響力の推定を試み、標準偏回帰係数（ $\beta$ 係数）を求め検討を行うこととした。

## Ⅲ. 結 果

### 1) 量的比較

各項目での生活小事件の全体として日常ストレスの頻度・強度・および量を見ると、混乱では心身症群では頻度・強度ともに最少となり、最大を示す軽度メンタルヘルス不全群とは対照的で

あった（表2）。高揚については、頻度・強度ともに普通健常者群とは同程度であり、逆説的な高揚（即ち少数項目で強度が大）が示唆され、大きな量となる軽度メンタルヘルス不全群より小となる。混乱と高揚を合併し両測定次元の合算を求めると、生活の認知による情動の変動の全体を意味するものと見做せるが、その合併においては、心身症群では頻度は最少で強度も比較的小となる。これは、最少程度の混乱のみしか経験せず、高揚は中等度に呈するが、混乱と高揚を合併した認知的評価全体では最少となり、最大となる軽度メンタルヘルス不全群とは様相に大きな違いを認める。統計学的検定を行ったところ、混乱においては、心身症群では普通健常者群に対して頻度で有意に小となるが、軽度メンタルヘルス不全群では有意に大となる。高揚においては、有意差は認められなかった。合併においては、混乱と同様の様相が窺えた。

また、対処の量については、心身症群は頻度強度ともに普通健常者群に比し有意に小となった。対処量の大きな軽度メンタルヘルス不全群とは際立った様相をなし、中等度の普通健常者群に比べても遥かに小となり、その中心は対処を行う頻度が少ないことによる。

表2. 日常ストレス（精神混乱・精神高揚・合併）及び心理的対処の量的比較

集 団	N	精神混乱			精神高揚		
		頻度 ± SD	強度 ± SD	強度 ± SD	頻度 ± SD	強度 ± SD	強度 ± SD
普通健常者群	35	25.89 ± 9.00	1.71 ± 0.35		29.91 ± 8.31	1.70 ± 0.39	
心身症群	28	16.61 ± 6.43 ***	1.69 ± 0.54		27.96 ± 8.23	1.71 ± 0.45	
軽度メンタルヘルス不全群	25	36.72 ± 13.88 ***	2.08 ± 0.50 **		26.96 ± 11.81	2.20 ± 0.57 ***	
		合併		対処			
		頻度 ± SD	強度 ± SD	頻度 ± SD	強度 ± SD		
		55.81 ± 12.80	1.70 ± 0.27	16.66 ± 3.20	1.67 ± 0.35		
		44.57 ± 8.40 ***	1.68 ± 0.37	11.46 ± 4.02 ***	1.46 ± 0.37 *		
		63.68 ± 13.38 *	2.13 ± 0.44 ***	18.40 ± 9.16	2.06 ± 0.55 **		

t test (対普通健常者群) : p<.05\*, <.01\*\*, <.001\*\*\*

## 2) 「いわゆるストレス」の訴え

各集団ともに全員が何らかの「ストレス」を抱えている。各群のカテゴリー別のそれを持つ人数の割合を普通健常者群と比較した（表3）。「仕事」の項目への訴えが最も多いのは普通健常者群であった。軽度メンタルヘルス不全群では「家庭」で有意に大となる。心身症群では、どのカテゴリーも比較的訴え率は低いが、「仕事」、「経済」、「人間関係」、「自分に関して」が際立つ。これらは自分の能力や適性・正当性に関する項目といえるが、うち有意傾向を示し小となったものは「経済」、「人間関係」であった。

表3. 各集団における「いわゆるストレス」の訴え率（%）

集 団	N	内 容					
		仕事	家庭	健康	経済	人間関係	自分に関して
普通健常者群	35	88.57	60.00	65.71	62.85	71.42	65.71
心身症群	28	78.57	57.14	75.00	39.28*	50.00*	46.70
軽度メンタルヘルス不全群	25	72.00	84.00**	76.00	48.00	52.00	68.00

$\chi^2$  test (対普通健常者群) : p < .10 : \*, < .05 : \*\*



### 3) 初期状態と効果の量的比較

不安・緊張は、心身症群は最少となり、普通健常者群とは有意差を示さないが、最大範囲となったメンタルヘルス不全群とは対称的な様相で有意に小となったが、身体不調では、普通健常者群に近い値を示し、高値を示すメンタルヘルス不全群とは対称的であり有意に小となった。現実的な効果については、心身症群では最大となった。普通健常者群においても比較的大となる値を示した。また、メンタルヘルス不全群との間において有意に大となった。心的効果については、メンタルヘルス不全群、普通健常者群ともに同程度の中等度の値となり、いずれにおいても有意差は認められなかった（表4）。

表4. 初期状態・効果の量的比較

集 団	N	初期状態		効 果	
		不安・緊張	身体不調	現実的	心的
		強度 ± SD	強度 ± SD	強度 ± SD	強度 ± SD
普通健常者群	35	1.82 ± 0.78	0.99 ± 0.89	1.40 ± 0.76	1.43 ± 0.74
心身症群	28	1.67 ± 0.70	0.96 ± 0.92	1.60 ± 0.94	1.58 ± 0.89
軽度メンタルヘルス不全群	25	2.53 ± 0.62 ***	2.13 ± 0.96 ***	0.63 ± 1.11 ***	1.53 ± 1.09

t test (対心身症群) : p<.05\*, <.01\*\*, <.001\*\*\*

### 4) 対処各尺度の強度

各集団において、対処各尺度に配当される項目の平均強度を求め比較を行った（表5）。今回の心身症群の各尺度の対処の強度をみると、Axis II「自分ではどうにも出来ない」型の減量を中心に近似的な様相が認められた。この対処は、軽度メンタルヘルス不全群が最大の値となる。尚、これまでの我々の研究においては、心身症群と他群との差異は結果的に選択される対処パターンとの相違として捉えてきており、対処尺度ごとの推計学的な有意差検定がどこまで有意義なのかは不明な点も残るが、各尺度に割り当てられる対処の素点の平均値を用いて有意差検定を行ったところ、心身症群においては、Axis I「問題直面」型、Axis II「自分ではどうにも出来ない」型、Axis III「気持ちを何かで紛らせる」型において、普通健常者群に対し有意に小となった。Axis IIについては最少の対処量であった。軽度メンタルヘルス不全群においては、Axis II「自分ではどうにも出来ない」型、Axis V「じっとして静観する」型において、普通健常者に比し有意に大となった。対処の各尺度の強度においては、軽度メンタルヘルス不全群が比較的量的

表5. 心理的対処の各尺度の平均強度

尺度名	項目数	普通健常者群	心身症群	軽度メンタルヘルス不全群
		強度 ± SD	強度 ± SD	強度 ± SD
Axis I「問題直面」型	15	0.47 ± 0.46	0.22 ± 0.26 **	0.54 ± 0.53
Axis II「自分ではどうにも出来ない」型	11	0.33 ± 0.36	0.18 ± 0.14 *	0.73 ± 0.58 **
Axis III「気持ちを何かで紛らせる」型	9	0.58 ± 0.45	0.33 ± 0.35 *	0.72 ± 0.52
Axis IV「問題分析」型	3	0.99 ± 0.80	0.74 ± 0.70	1.06 ± 0.89
Axis V「じっとして静観する」型	8	0.62 ± 0.49	0.46 ± 0.38	0.88 ± 0.47 *
Axis VI「対人的対策」型	7	0.39 ± 0.43	0.26 ± 0.34	0.61 ± 0.54

t test (対普通健常者群) : p<.05\*, <.01\*\*, <.001\*\*\*

に大となる中、心身症群の対処は比較的少量で行われる傾向が示された。また、心身症群と軽度メンタルヘルス不全群を比較した際に、Axis IV「問題分析」型を除く全ての尺度において有意差 ( $p<.01$ ) が認められた。

### 5) 初期状態・効果への各対処の役割

各集団において、初期状態および効果への各対処の役割を変数増加法重回帰分析によって検討を行った(表6～8)。各変数間の内部相関を考慮した目的変量と説明変量の相関である重相関係数 ( $R^2$ ) は、対処全体と初期状態や効果との結びつきの程度を表している。心身症群の重相関係数は、初期不安等で大となり身体不調の値を上回る。心身症群の対処は効果との結びつきよりも、不安などの初期状態との結びつきの方が大となり、現実的にはそれによって引き起こされる傾向が高いことが窺える。普通健常者群においては、初期状態・効果との結びつきは同程度であった。軽度メンタルヘルス不全群においては、有効な対処が見当たらないものも多く、その解

表 6. 心身症群の対処各尺度の影響力 ( $\beta$  係数)

尺 度	初期状態		効 果	
	不安・緊張	身体不調	現実的	心的
Axis I	0.733	-	0.500	-
Axis II	-0.467	-	-	-
Axis III	-	0.333	-	-
Axis IV	-0.800	-0.267	-	-
Axis V	-	-	-	0.427
Axis VI	0.267	0.600	-	-
$R^2$	0.634	0.607	0.497	0.409

表 7. 軽度メンタルヘルス不全群の対処各尺度の影響力 ( $\beta$  係数)

尺 度	初期状態		効 果	
	不安・緊張	身体不調	現実的	心的
Axis I	-	-	-	0.733
Axis II	-	-	-	-
Axis III	-	-	-	-
Axis IV	-	-	0.507	-
Axis V	-	0.600	-	-
Axis VI	-	-0.547	-	-
$R^2$	-	0.622	0.487	0.678

表 8. 普通健常者群の対処各尺度の影響力 ( $\beta$  係数)

尺 度	初期状態		効 果	
	不安・緊張	身体不調	現実的	心的
Axis I	-0.267	-	0.200	0.467
Axis II	0.367	0.307	-	-0.267
Axis III	-	0.213	-	-
Axis IV	0.133	-	0.333	-
Axis V	-	-0.167	-	-
Axis VI	0.233	0.133	-	-
$R^2$	0.404	0.427	0.470	0.355

積は複雑であり様相については一概には言えない。

重回帰分析により求められた $\beta$ 係数の大小は各説明変数（対処の型）の基準変数（不安・身体不調、現実的・心的効果）に対する影響の大きさと見做せ、心身症群では独特の様相を示した。心身症群においては、不安・緊張を抑制する対処はAxis IV「問題分析」型、Axis II「自分ではどうにも出来ない」型であり、Axis I「問題直面」型、Axis VI「対人的対策」型では、むしろ増加させる方向へ働く。身体不調についてはAxis IV「問題分析」型は抑制方向へ働くが、Axis VI「対人的対策」型、Axis II「気持ちを何かで紛らわす」型では増加させる方向へ働いている。現実的効果を増加させる対処はAxis I「問題直面」型のみであった。心的効果を増加させる対処はAxis V「じっとして静観する」型であった。また、不安・緊張に影響を及ぼす対処は普通健常者群と比し、Axis I「問題直面」型、Axis II「自分ではどうにも出来ない」型、Axis VI「対人的対策」型において、数量の程度の差こそあるが影響を与える方向が逆となっている。

軽度メンタルヘルス群においては、初期の不安・緊張に対する有意な対処は認められなかったが、身体不調に対しては、Axis VI「対人的対策」型は抑制する方向へ、Axis V「じっとして静観する」型は増加させる方向へ働いていた。

普通健常者群においては、比較的多くの対処が機能しているように窺え、初期状態および効果のそれぞれの場合において複数の対処が影響していた。

## IV. 考 察

### 1) 心身症群の日常ストレスと対処の特徴

上術のように、心身症群の日常ストレス・対処には特徴的な様相が示され、量的には極小であるが、内容的には極めて理解が困難である。

量の乏しさについては、主として混乱の頻度と強度が小であることから日常ストレス量が極小となる。調査票では、もしその経験があっても「煩わしさ」を感じない時には記入しないように構成されており、この点のみでは被調査者が混乱状況を実際生活上避けているのか、精神混乱と評価していないのかは判断出来ない。然し、彼等が企業内での就労下にあることを考えると、實際上混乱場面を避けることはあっても、企業での業務を知るならば避けきれものではないと推測でき、むしろ混乱として認知し評価することを行っていないと理解すべきであろう。つまり、「快い」ことは他集団と同程度に感じるが、「煩わしい」という認知的評価は非常に少ないといえる。林らの報告では、通常の身体疾患と見做せる内科患者については、認知的ストレス研究の上では、混乱・高揚ともに健常者諸群と近似し、その延長上にあるものと理解されている。軽度メンタルヘルス不全群については混乱が増え、その病態からも十分理解が可能である。また、彼等の高揚は普通健常者群より大となるが、この集団に特有に見られる「天気の良いこと」など通常生活下においては一見すると何でもないと高揚を感じる「逆説的な高揚」<sup>18)</sup>等を考えると理解可能である。然しながら、心身症群では逆説的な高揚は認められず、その高揚は自然な意味のものと言える。既報においても、日常ストレスのパターンでは健常者諸集団や内科患者群とは異なり、心身症群は頻度および強度ともに最小部にかけ離れて布置され特異であるが、軽度メン



タルヘルス不全群の範囲に属するものとも解釈でき、この点からも不完全ではあるが認知の歪みを感じ取れる。

また、「いわゆるストレス」即ち悩みごとについては、心身症群では「仕事」、「経済」、「人間関係」、「自分に関して」のカテゴリーで小となった。これらの項目は、特に自己の強さや正当さの評価に関係するものと言え、文字通りに解釈すれば最も悩みの少ない自信ある生活内容といえる。然し、実際には自身の体調不良により相談室を来訪しており矛盾を感じる。これに反し、軽度メンタルヘルス不全群においては心身への自信の欠乏または実際の悩み事を表現していると理解でき、この点は自然である。この心身症群では不安と身体不調とがアンバランスに自覚的に評価され、全体として不安が少なく評価されたと思われる。

対処量についても他群に対し極小であるが、これは対処の定義からすると、二次的な認知的評価が少なく、心理的行動を起こさなくてもストレス状況をそのまま受け取り、自動的に生活が成り立っているようにも思われる。この特徴は、彼等に確定診断がつく状況下にある者という条件を無視しても、他群に比べ特異である。対処は特に初期不安に対して大きく影響することが示唆されるが、自覚された不安は極めて小であり、この点についても矛盾を感じさせる。また対処では、「自分ではどうにも出来ない」型、「気持ちを何かで紛らわす」型において極小を示し、自身の気持ちに関心が薄く、目前の問題に対して関心が集中しているかのように解釈できる。これに対して、軽度メンタルヘルス不全群においては、心的状態からそれなりの理解が可能である。

対処の効果については、心身症群は現実効果でも心的効果でも、普通健常者よりも大きな自己評価をしている。対処量の少なさから本当にそうなのだろうかと疑問に思える。同様に対処と現実・心的効果の重相関係数は普通健常者と同程度ではあるが、対処量の少なさから考えると、本当に効果が得られているのかが疑問ではある。初期不安等へ影響する対処は、「問題分析」型と「問題直面」型が大きく働くが、前者は抑制させる方向へ、後者は増加させる方向へ働いている。

心的効果については、「問題直面」型対処では、普通健常者群、軽度メンタルヘルス不全群で効果を生じるが、心身症群では効果を生まず特異である。「どうにもできない」と思う対処は、普通健常者群では心的効果を損なうが、心身症群では影響を受けない。

以上をまとめると、心身症では、環境、内心、その両者の関係全てにわたる認知的評価の範囲が極めて狭く、不安や混乱等の自分に対する驚異的と感じられる出来事に対して顕著に示されると解釈できる。一方、「いわゆるストレス」では、訴え率の少ない「家庭」、「経済」、「人間関係」、「自分に関して」などのカテゴリーや、比較的高い高揚の値から、表面的な自信が窺える。これらは意図的なのか否かはここでは不明であるが、心身症群の特徴の1つであろうと推察できる。また、軽度メンタルヘルス不全群とは、概ね逆の様相を示しており、心身症群の対処量は少ないが、ともに小となる日常混乱、即ち「煩わしさ」や対処前の不安に起因し、普通健常者群以上の現実・心的効果を上げているように見える。対処の影響力については、初期不安等への影響力が概して普通健常者群と逆であり、各軸の対処量が及ぼす影響力は大きく異なっている。また「じっとして静観する」型の対処は特異的であり、心身症群において心的効果を生むが、それ以外ではあまり効果的な機能を有してはいない。いずれにおいても、心身症群の対処については、

極めて特異的であり、既報の神経症群や通常の身体病としての内科疾患群とは明らかに異なるもので、理解が困難なものである。

## 2) 特異さと「隠された不安」

この心身症群特有の日常ストレス・対処の全体にわたる特異さは、暗闇の中での暗転劇のように、軽度メンタルヘルス不全群の様相のように全体的な理解を拒否しているようにも見える。しかし、一つの精神状態である以上は、本来は何かの総合的な統一をもち、それを何かの文脈で断片的に物語るのではないかとも思える。対処は重相関係数の示すように不安との結びつきが強く、それにより引き起こされると考えるのが合理的ではあるが、心的効果もそれなりにあげている。そうだとすれば、それに見合う混乱や不安がなければならないが、そのように評価された認知は極めて少ない。これは、隠されて表面化、即ち認知的評価されていない混乱や不安が大きく存在しているのではないかと思われる。また、初期不安等に対し「問題直面」型の対処は、普通健常者集団においては抑制する方向で働いているが、心身症集団においてはむしろ不安等を増加させる方向へ働いている。その「問題直面」型対処は他集団では心的効果を生じているが、心身症群では有意な影響力を示していない。この部分は疑問が残る。一見、正面から立ち向かうように見える「問題直面」型の対処は、心身症群においては不安等を和らげることはとて遠く、全く異なる意味を帯びているようである。「自分ではどうにも出来ない」型の対処は、普通健常者群では初期不安等を増加させるが、心身症群では抑制される。これも同様に、そのような対処を行うと、根底にある隠された不安が表面化しかねないからであろうか。他集団においては効果を生じない「じっとして静観する」型の対処が、心身症群では心的効果を生む唯一のものとなることから容易に想像できる。心身症群の場合、心的効果、即ち気持ちを落ち着かせることは、本来の意味ではなく隠された不安を隠されたままにしておくことを意味しているのではないかと思われる。自分の能力や正当さに直接関係する仕事、経済、人間関係、自分に関する事、等、について、「いわゆるストレス」が小と自己評価することも同じ意味であろう。当然、不安と混乱（煩わしさ）では、不安が先行するものであろうが、「混乱」と評価する認知も、また隠された不安を顕在化させるからこそ小となり、これが日常ストレス全体を小とさせているように思われる。故に、一次的にも二次的にも認知的評価が減じるものと思われる。心身症群の日常ストレス及び対処の矛盾ないし特異さは、これ等の事から現れてくるものと考えられる。これ等の矛盾は、心身症群においては認知的評価全体に周到に張り巡らされた精巧な仕組みのようにも見てとれる。或いは、見る人への一種のメッセージのようにも解釈でき、精巧な周到さはとても意識的な操作とは思えない。また、この隠された不安は日常的な些事で触発されるものであるから、何らかの事件による不安ではなく、むしろ日常的で生活の基礎的な不安または生活の情動のベースラインとしての不安といえよう。以上の特徴は、身体疾患全般の特徴ではないかという疑問も生じるかもしれないが、少なくとも我々が行った過去の内科疾患群の調査においては、そのようなことは認められなかった。

### 3) 認知論的ストレス研究から見た alexithymia

alexithymia とは本来は自己の内心への認知能力の欠如を中心とし、その一方、実際問題への関心は高く、情緒的交流性が欠如している臨床概念と総括できる。上記の知見から、すぐに連想されるものはこのような心的現象で、これらはその例証の1つと考えられる。同時に alexithymia という特殊な心的現象における認知的評価の内容についての幾分かの推測を生む。即ち、その心的現象においては認知的評価の全体像が矛盾し特異となっている。これは、隠されている日常的な不安が存在し、且つそれが顕在化するのを防ぐための周到な努力と考えるならば、全体的な理解が可能となる。この認知的ストレス理論に基づく調査票上においては、alexithymia という状態について一種の認知の歪みが示されたようにも思われ、その精神病理的内容と理解については、単に認知の乏しさと情緒的交流の支障というだけでなく、それら一切を含めたある心的状態の現れと解釈できる。それは認知的評価の内容自体に矛盾を生み、その中核は隠された日常的な不安または生活での情動のベースラインとしての低下を「隠されたまま」にしておく心的な努力であると考えられる。この機制が精神力動的な意味によるものか否かについては、本法では解明に至らない。今回の心身症群のサンプルにおいては、冒頭で述べたように alexithymia の傾向についてのクリニカルレベルでの評価および診断は行っていないが、いわゆる「心身症」圏内の疾患に一般的にみられる一種の心的特徴とも解釈できる様相が示されたものと思われ、認知的ストレス理論という観点から眺めた alexithymia の特異な様相が反映されたものと考えられる。

## V. おわりに

就労可能程度であるが一般的な心身症が疑われる勤労者において、日常ストレスと心理的対処、および初期の不安や身体不調、対処の自覚的効果を尋ね、普通健常者群、および軽度メンタルヘルス不全者群と比較したところ、alexithymia を強く示唆する特徴的な結果を得た。これは、一次的な環境への認知的評価が乏しく、且つそれへの二次的な認知的評価も乏しいことが示された。初期状態としての不安等や「いわゆるストレス」への認知的評価も乏しく、極めて自分の力に自信のある自己評価をなし、少ない対処量で大きな効果を上げているが、認知的評価全体に特異で理解困難な様相が随所に見られた。包括的な理解をするためには、日常的な生活のベースラインとしての情動の「隠された不安」の存在と、それを隠されたままにしておく周到な努力としての二次的な認知的評価の仕組みを十分に吟味し解明していく事も必要であると思われる。心身症群の心理的対処は、定義で示される心的努力という対処としての本来の意味が反映されず、顕在的には有効なものとは思えない結果となった。

従って、日常ストレスおよび対処から眺めた alexithymia の内容は、本来存在している日常的な不安を隠し、且つ隠されたままにしておく周到な努力が生んだ合理的とは程遠い矛盾した認知的評価であろうと考えられる。軽度の不安障害および気分障害などの神経症圏あるいは抑うつ圏を含むメンタルヘルス不全者群においては、認知の歪みはあるものの、その限りにおいては十分に理解可能であり alexithymia 的とはいえず、今回の分析においては心身症群にのみ現れた特異

な傾向であったと考えられる。

本調査にご協力いただいた皆様、諸施設に感謝申し上げます。また、サンプル収集においては、実施者と被験者において十分なインフォームドコンセントがなされていることを申し添えます。

## 文献

- 1) Nemiah,L.C., Sifneos,P.E.: Psychosomatic illness: A problem of communication. *Psychother Psychosom* 18, 150-160, 1970.
- 2) Sifneos,P.E.:The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 22: 255-262, 1973.
- 3) Sifneos,P.E.: Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychother Psychosom* 26: 65-70, 1975.
- 4) Kleiger, J.H., Kinsman, R.A.: The development of MMPI alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 34: 17-24, 1980.
- 5) 小牧元, 前田基成, 有村達之, 他: 日本語版 The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) の信頼性, 因子の妥当性の検討. *心身医学* 43: 839-849, 2003
- 6) 西園昌久, 野中幸保, 西岡雄二: 心身症と身体表現性障害 – 力動精神医学の立場から –. *心身医学* 27, 124-132, 1987.
- 7) 西園昌久:アレキシミア再考. *心身医学* 31, 9-15, 1991.
- 8) 池見西次郎: 神経症と心身症—アレキシミアをめぐる—. *心身医学* 20, 193-199, 1980.
- 9) 広瀬徹也: 心身症と神経症. 武正健一(編): 心身症. *精神科 Mook*24. 金原出版, 東京, p23, 1989.
- 10) 広瀬徹也: 精神科領域におけるアレキシサイミアの意義と問題点. *心身医学* 33, 58-65, 1993.
- 11) 諏訪望:アレキシサイミアに関する正しい理解を. *心身医学* 33:89-90, 1993.
- 12) 林峻一郎, 佐藤浩信, 棗田衆一郎: 日常生活ストレスと心理的対処行動の対応する2種のパターン – 心身症・神経症・うつ病と健常条件 –. *社会精神医学* 7: 65-76, 1992.
- 13) Lazarus,R.S., Folkman,S.: *Stress Appraisal and Coping*. Springer, New York, 1984.
- 14) 林峻一郎, 佐藤浩信, 棗田衆一郎, 他: 日常生活ストレスの頻度と強度による2種のパターン – 健常条件と神経症・うつ病での認知的評価 –. *臨床精神医学* 21, 283-292, 1992.
- 15) Holmes,T.H., Rahe,R.H.: The Social Readjustment Rating Scale. *J.Psychosom Res* 11:121-132, 1970.
- 16) 佐藤浩信, 林峻一郎, 金子昌代: 北里版心理的対処調査表 (89) の信頼性・妥当性の検討の試み. *ストレス科学* 9: 70-80, 1995.
- 17) 林峻一郎, 佐藤浩信, 金子昌代: 北里 (林) 版日常ハッスルズ・アプリフツ調査表 (89) の信頼性・妥当性検討の試み. *日本社会精神医学会雑誌* 4: 31-42, 1995.
- 18) Hayashi, S., Sato, H.: “Degree of Stress” and “Paradoxical Uplifts” – from viewpoint of cognitive stress theory. *Jap J Stress Sci.* 11:321-240, 1996.