

Title	アトピー性皮膚炎患者の精神的ストレス反応に影響を及ぼすコーピングに関する研究：ストレス予防因子とリスク因子としてのコーピング探索
Author(s)	中島, 園美
Citation	大阪大学, 2016, 博士論文
Version Type	VoR
URL	<a href="https://doi.org/10.18910/56019">https://doi.org/10.18910/56019</a>
rights	
Note	

*Osaka University Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

# 博士論文

アトピー性皮膚炎患者の精神的ストレス反応に  
影響を及ぼすコーピングに関する研究  
—ストレス予防因子とリスク因子としてのコーピング探索—

平成 27 年度

中島 園美

大阪大学大学院  
人間科学研究科人間科学専攻臨床教育学講座  
臨床心理学研究分野

## 目次

### はじめに

1. 身体的疾患患者へのストレスマネジメント支援 . . . . 1 頁
2. 研究の背景と意識 . . . . 1 頁
3. 研究の目的と構成 . . . . 3 頁

### 第 I 部：緒論

#### 第 1 章：アトピー性皮膚炎について

1. アトピー性皮膚炎の歴史と語源 . . . . 5 頁
2. アトピー性皮膚炎の症状と特徴 . . . . 5 頁
3. アトピー性皮膚炎患の治療と悪化因子 . . . . 8 頁
4. アトピー性皮膚炎患者の増加 . . . . 8 頁
5. アトピー性皮膚炎患者の心理学的研究 . . . . 9 頁
  - 1) アトピー性皮膚炎患者の心理的特性
  - 2) 重症アトピー性皮膚炎患者の心理的症状
  - 3) 患者の家族に関する研究

#### 第 2 章：ストレスとアトピー性皮膚炎との関連 . . . . 11 頁

#### 第 3 章：コーピングとアトピー性皮膚炎との関連 . . . . 12 頁

#### 第 4 章：心身症としてのアトピー性皮膚炎 . . . . 13 頁

##### 過剰反応とアレキシサイミアとの関連

#### 第 5 章：アトピー性皮膚炎患者への心理的支援の現状 . . . . 15 頁

### 第 II 部：重症アトピー性皮膚炎患者の精神的ストレス反応とコーピングの調査

#### 第 1 章：(研究 1) ストレス予防因子とリスク因子としてのコーピングの探索

1. 問題と目的 . . . . 17 頁
2. 方法 . . . . 18 頁
3. 結果 . . . . 22 頁
4. 考察 . . . . 29 頁

#### 第 2 章：(研究 2) アトピー性皮膚炎症状にまつわるネガティブ体験とコーピングとの関連

##### -搔破行動と「自責」コーピングに焦点を置いて-

1. 問題と目的 . . . . 48 頁
2. 方法 . . . . 48 頁

3. 結果	・・・ 49頁
4. 考察	・・・ 52頁

第3章：(研究3) 心身症傾向のアトピー性皮膚炎患者のコーピング-アレキシサイミア (感情制御の障害) の影響-

1. 問題と目的	・・・ 59頁
2. 方法	・・・ 60頁
3. 結果	・・・ 62頁
4. 考察	・・・ 64頁

第4章：(研究4) 重症アトピー性皮膚炎患者の寛解維持によるコーピング変化

—重症時と症状が軽減した6か月後のコーピング比較検討—

1. 問題と目的	・・・ 72頁
2. 方法	・・・ 73頁
3. 結果	・・・ 74頁
4. 考察	・・・ 76頁

第5章：(研究5) 搔破行動やアトピー性皮膚炎の症状に対する, 患者視点からの家族, 医療者, 周りの関わり方について—自由記述の分析—

1. 問題と目的	・・・ 81頁
2. 方法	・・・ 82頁
3. 結果	・・・ 82頁
4. 考察	・・・ 85頁

第Ⅲ部：総括

1. 総合考察	・・・ 94頁
2. アトピー性皮膚炎患者へのストレスマネジメントの課題	・・・ 95頁
3. 今後の課題	・・・ 95頁

付記	・・・ 96頁
----	---------

引用文献	・・・ 97頁
------	---------

## はじめに

### 1. 身体的疾患患者へのストレスマネジメント支援

ストレスが精神的な疾患の発症と経過に関連していることは広く知られているが、近年、ストレスは、身体的な疾患（例えば、喘息やアトピー性皮膚炎などのアレルギー疾患やがんや糖尿病などの生活習慣病）とそれに関連するライフスタイルなどの心理行動（セルフケア、健康信念などの認知と思考を含む）に深くかかわっていることが明らかになっている（河野・石川, 2005）。津田ら（2013）は、今日、ストレスと関係しない病気はないといわれるくらい、ほとんどすべての病気が何らかの形でストレスの影響を受け、同時にまた全ての病気は何らかのストレスを患者に与えることから、ストレスとストレスマネジメントはこれからの実証に基づく臨床心理学における中心的なテーマの一つと言って過言ではないと述べている。

医療現場では、疾患や障害に苦しむ患者が抱えるストレスへの対応がこれまで以上に求められるようになってきている。症状を抱える人間に焦点を当て、症状のみならず患者の感情や価値観などに配慮した心理的援助やストレスマネジメントを含む全人医療を展開することが必要であると津田ら（2013）は述べている。全人医療とは、人間全体を見ずに、人間の生物学的側面や疾患部分に重点を置く西洋医学に対して警鐘を鳴らす意味合いから、1960年代のアメリカで生まれた概念で、人間を身体的、心理的、社会的という3つの側面から捉えて、個々人にあった総合的な疾病予防や治療を実践することである。

この考え方にに基づき、医療専門職がチームを組み各々の専門性を提供し患者の援助を行う“チーム医療”が実践されつつあり、今後は主流になっていくと考えられる。よって、医療領域における臨床心理士の役割は大きくなり、特に心身医学的アプローチのひとつであるストレスマネジメント支援は様々な医療領域において重要性は増してくるであろう。ストレスマネジメント支援として、2つの方向性が考えられる。1つには、カウンセリングなどの心理療法や心理教育プログラムといった“直接的な支援”，2つ目には、精神疾患のみならず身体的疾患患者を対象とした基礎研究や心理的介入の効果研究などの“間接的な支援”で、この2つを併行して提供することが医療領域における臨床心理士の責務と考えられる。

### 2. 研究の背景と意識

筆者はアレルギー性疾患の専門医療機関であるA医療センター 皮膚科において、2009年よりアトピー性皮膚炎患者を対象にした心理教育プログラムとカウンセリングを担当している。アトピー性皮膚炎（Atopic Dermatitis, 以下ADと表記）は、治療や自己管理が難しく、乳幼児期に発症し思春期以降も治癒せず慢性・難治化し、罹患年数が長期に渡ることが多い慢性疾患である。A医療センターの皮膚科は、他の医療機関では改善しない

重症例を治療することを大きな役割としている。そのため、他の医療機関より治療が困難であると判断され紹介されて受診した患者や医療機関に長年受診せず、厳格食事療法などの民間療法や脱ステ（脱ステロイド）などで慢性化・難治化し、インターネット検索などで探しての受診という患者が多く、集中的治療が必要なため入院加療となることが多い。軽症化し寛解状態が維持できるようになると地域の医療機関に戻すというシステムになっている。

AD 症状のコントロールのためには、ステロイド薬物治療と併行して、患者自身が疾患のことをよく知るとともに、自己管理に必要なスキルを獲得するために患者教育が重要であると認識されている。そこで、A 医療センターでは 2009 年より入院加療が必要な重症成人 AD 患者（高校生以上の未成年を含む）を対象に、教育入院プログラム（呼称“アトピーカレッジ”）を開始し、現在（2014 年の時点）まで 529 名の患者の治療、教育を行ってきた。“アトピーカレッジ”は、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士と多職種によるチーム医療で実施し、AD の疾患理解、良好な自己管理を目標としている。

筆者が臨床心理士として担当している心理教育のプログラムは、AD の発症・悪化因子のひとつであるストレス（針谷ら、2000：檜垣ら、2000）に焦点化したストレスマネジメントで、週 1 回 90 分を 2 回実施している。入院教育プログラムは 2 週間と設定されている。ストレスマネジメント教育プログラムの内容は、ストレスと AD 増悪との関係を心身相関の点から概説、心理テストによるストレス度とストレス対処法であるコーピング、精神的苦痛が適切に自覚・表現されているかの 3 つの尺度を使用した自己チェック、適切なストレス対処法（コーピング）の説明、リラクゼーション（腹式呼吸・漸進性弛緩法）、不快な状況での感情と行動についての認知行動療法的なワークとグループディスカッションなどで構成されている。ワークでは、自身の不快な体験を 1 つ書き出し、その時の行動、感情、思考、そして AD 症状を書き加えてもらう。それを基にグループディスカッションの形態をとり、他のメンバーは自分だったらそのような状況でどのように行動し、どう感じているか等を話すという方法をとる。他者の認知の評価が、自身の認知の評価や修正に役立つ効果（Beck et al, 1979）を意図している。さらに、AD に関する不快な体験がグループディスカッションで挙げた場合は、共通の体験として共感を呼び、参加者から「(AD 症状で苦しんでいるのは) 自分だけでないと知り、元気づけられた」という感想が語られることも多い。本教育プログラムは患者が自身のストレスや心身相関の気づきを得ること、そして、ストレスマネジメントへの動機付けを高めることを目標としている（中島ら、2012<sup>a</sup>：中島ら、2012<sup>b</sup>）。

本教育プログラムを実施する中で、コーピングの自己チェックの結果、「自分のせいだと感じてしまう」等の項目であるコーピング下位尺度の「自責」を用いる患者が多いことに気が付いた。全般的に適切なコーピングが用いられているにもかかわらず、この点が特徴的であった。AD 患者の心理的特性として、感情抑圧傾向（堀江、1986）や他者への攻

攻撃性を抑圧し自分自身に搔痒という形で向けられている (Alexander, 1950) という攻撃性に関する指摘は多いが、「自責」の傾向が高いという報告は得られていない。しかしながら、搔破行動は自己への攻撃的行為となり、一方「自責」も自分自身に向けられる心理的な攻撃性と言え、根底は同じと考えられた。そこで、AD 患者の心理的特性として、自身への心理的攻撃つまり「自責」について検討する必要があると考えた。さらに、どうしてこのような認知パターンが形成されるか、また「自責」のコーピングを用いることによって、どのような心理的影響があるのかを明らかにすることで、有効な患者へのストレスマネジメント支援ができるのではと考えたことが本研究の出発点である。

AD は増加傾向にあり、同じ慢性疾患でありアレルギー疾患である喘息での入院患者が有効なステロイド薬物療法により減り始めたのに対し、入院加療を必要とする重症・難治化する AD 患者が増加している。A 医療センターにおいても、症状のため数年間から長くても 20 年間、引きこもりの状態であった重症 AD 患者も後を絶たない。よって、AD 患者の特徴に即したストレスマネジメント支援のためにエビデンスを得ることは急務と考えられた。

### 3. 研究の目的と構成

本論文の目的は、代表的な慢性疾患であり心理的困難も高いといわれているアトピー性皮膚炎患者へのストレスマネジメント支援のため実証的知見を得ることである。その知見を活用することによって、エビデンスに基づいたストレスマネジメント・プログラムを構築することができ、臨床学的意義は大きいと考える。

本論文は、3 部構成からなる。第 I 部は、AD の疾患特徴や、その心理・社会的問題と最近の動向について取り上げた 5 つの章からなる。まず、第 1 章の 1 では、AD の歴史と語源について、第 1 章の 2 では、AD の症状と特徴について述べた上で、激しい搔痒感や顔面などに表出する顕著な湿疹や赤みという症状ゆえの患者の葛藤や症状による日常生活における喪失体験を述べ、患者が体験している世界を明らかにした。第 1 章の 3 では、AD の治療と悪化因子について、そして、第 1 章の 4 で、AD 患者が増加傾向にあることについてふれ、第 1 章の 5 で、AD 患者の心理学的先行研究の概説を行った。第 2 章では AD の悪化要因のひとつと言われているストレスとの関連について述べ、第 3 章で、AD のコーピングについて述べる。第 4 章では、心身症の特徴であるアレキシサイミアによる問題点について先行研究で明らかになっていることを述べた上でアレキシサイミア傾向が AD にどのような影響を与えるか述べる。第 5 章では、AD 患者に対して、現在、我が国ではどのような心理的支援がなされているのか先行研究を概観した。

第 II 部は、重症 AD 患者の精神的ストレス反応とコーピングの調査編となり、研究 1、研究 2、研究 3、研究 4、研究 5 についての目的、方法、結果、考察について記述した 5 つの章から

なる。

まず第1章では研究1として、「ストレス予防因子とリスク因子としてのコーピングの探索」についてである。重症AD患者への質問紙調査に基づき、AD悪化に影響を及ぼすストレスによる精神的ストレス反応を予防するコーピングとリスクとなるコーピングを探索することを目的とした。また、男女差や年代差の検討を行った。第2章では研究2として、「アトピー性皮膚炎症状にまつわるネガティブ体験とコーピングとの関連-搔破行動と「自責」コーピングに焦点を置いて-」についてである。研究1の結果より明らかになった、AD患者が多用し、且つ精神的ストレス反応のリスク因子である「自責」コーピングに焦点をあて、「自責」がどのようなADにまつわるネガティブ体験から生じているのかを示唆した。第3章では研究3として、「心身症傾向のアトピー性皮膚炎患者のコーピング-アレキシサイミア（感情制御の障害）の影響-」についてである。心身症の病態をもつ患者のコーピング特徴やリスク因子となるコーピングを検証し、問題点を明らかにしようとするものである。心身症の病態をもつ患者の判別については、心身症の特徴であるアレキシサイミア傾向を測定して行った。第4章では研究4として、「重症アトピー性皮膚炎患者の寛解維持によるコーピング変化-重症時と症状が軽減した6か月後のコーピング比較検討-」についてである。AD患者のコーピング特徴は実は長年の慢性難治化状態から得られた2次的なコーピングではないかという仮説を立て、入院加療によって症状が軽症化し、退院6か月後に寛解維持できている患者のコーピング変化や精神的ストレス反応の低減を検証した。第5章では研究5として、「搔破行動やアトピー性皮膚炎の症状に対する、患者視点からの家族、医療者、周りの関わり方について-自由記述の分析-」である。AD患者への関わり方を考えていくために、搔破行動への対応や湿疹に対する対応について患者へ自由記述で記入を求め、患者視点からの望ましい心理的支援について明らかにした。

第Ⅲ部は、総括として3つの点から述べる。まず1つ目は、第Ⅱ部の5つの研究結果を総合的に考察をし、それらの内容を踏まえて、2つ目では望ましい心理的援助について、教育プログラムのストレスマネジメントに焦点付けて提示する。最後に、今後の研究における課題や展望について述べる。



## 第 I 部： 緒論

### 第 1 章：アトピー性皮膚炎について

#### 1. アトピー性皮膚炎の歴史と語源

AD と呼ばれる皮膚病はおそらく有史以前より存在していたのであろうが、今日残っている最初の記録はローマ時代の Augustus 皇帝についての記述の中に見いだされる（太藤, 1985）。「彼の体は皮膚の痒みと激しい搔爬によりひき起こされた多くの硬い、乾いた局面により損なわれていたといわれる。また彼は早春には横隔膜が硬くなり, sirroco（アフリカからくる吹く熱風）が吹く時はカタル<sup>1</sup>が起こるとい季節的な病気をもっていた」という記述で, AD 症状とアレルギーのマーチといわれ AD と合併することが多い喘息症状, 鼻炎が示されていると太藤（1985）は述べている。現代社会において医療が飛躍的に進化しているにもかかわらず, AD による激しい痒みと搔破行動による皮膚の損傷という患者の苦しみが古代から現在まで変わっていないことに本疾患の困難さを知る。病名は 6 世紀になって eczma などいろいろな名で呼ばれ, 1891 年, Brocq と Jaquet らが AD の発症病理における精神神経的要因を強調し, neurodermite diffusa と名付けた。neurodermite とは通常以上の感受性, 激怒する性癖, もっともな理由もないのに泣きやすい素質, 抑うつ, 異常感覚, 感覚過敏, アルコール依存, ヒステリー性などを包括した意味であるが, 今日発症病理の主因として認める人はほとんどいない。その後も様々な名で呼ばれ, 1933 年に Sulzberger によって, アトピー性皮膚炎 (atopic dermatitis) という名称が付けられ定着した。「アトピー」とはギリシャ語の「アトポス」(atopos : a=不特定 topos=場所・位置) に由来し「奇妙な」「とらえどころがない」という意味である。現在でも未だ病因ははっきりしておらず, 疾患そのものを完治させる薬物療法はない。さらに, どこからか生じてくるひどい搔痒感により, まさしく AD は「とらえどころがない」疾患であると言える。そのような見通しのつかないさが, AD 患者の苦しみを深くしていると考えられた。

#### 2. アトピー性皮膚炎の症状と特徴

かつて AD は乳幼児期特有の病気で, 2 歳で半分の患者が治り, 10 歳でさらに半分治り, 18～20 歳でほとんど治るといわれていたが, 近年では, その年齢になっても寛解しない患者や, 成人になって再発する患者, 思春期以降に初めて発症する成人型が増加していると言われている（川原ら, 1997）。患者の QOL の低下や学業や就業などに対して症状が様々な制限や障害を与えることになる。

症状については, “AD は痒みを伴う湿疹がある” という認知は世間に広く知れ渡っている。しかしながら, 人々の AD に対する認識は, よく見られる皮膚の疾患でガンのように死に

---

<sup>1</sup> 感染症の結果生じる粘膜腫脹と, 粘液と白血球からなる濃い滲出液を伴う病態。

いたる病ではない、痛みなどなく痒みが伴うだけというものであろう。患者の苦しみは想像されにくく、患者から会社側や家族に症状の辛さを「理解してもらえていない」という声も多い。悪化すると、その痒みと湿疹が不眠を生じさせるほど大変な症状であるということを理解されず、時には「さぼっている」「我慢が足りない」などの批判を受け、世間一般の人々の認知と実際の症状の辛さとのズレに苦しんでいるAD患者の多いことが臨床現場では感じられる。そこで、「ADじゃない人に、言ってもわからない」という患者の諦めの声も多い。

皮膚は人目につくものであり、他者からの評価や印象に大きく関係し、そのため、自己の評価にも影響してくる。そのような皮膚の変化は患者の抱える苦しみと直結しているために、まず症状について詳細に述べる必要があると考え、臨床場面で聞かれた患者の声も含めながら詳しく述べていきたい。

日本皮膚科学会により、「ADは、増悪・寛解を繰り返す、掻痒のある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因<sup>2</sup>を持つ」と定義されている。つまり、人の体には体の中にいった特定の異物（アレルゲン）に対して抗体（IgE）を作り体から取り除く免疫というシステムがあるが、アトピー素因を持っていると、免疫が異常に強く起こるということである。本来、自身の身体を守ってくれるはずの免疫が、自身の身体を攻撃するということになる。

さらにAD患者はアトピー素因のほかに皮膚が乾燥しやすい素因（ドライスキン）も持っていることが多い。健康な皮膚は「皮膚のバリア」があり、体内の水分が出ていったり、外から様々な物質が侵入するのを防いでいる。ドライスキンの場合、皮膚のバリア機能が弱いので、異物（アレルゲン）や汗などの刺激に弱くなる。少しの刺激で掻痒感が生じて掻破行動にいたり、その行動によって皮膚のバリア機能が破壊され、刺激物がますます侵入しやすくなり、炎症を起こして掻痒感がひどくなるという悪循環に陥る。本来、自身を守ってくれるはずの「免疫」や「皮膚」が、ADでは自身を守ることを拒否しているということになる。このような“守られなさ”を繰り返し体験することの意味を考えていくことが患者理解に繋がると思われた。

皮膚は外界と内界の境界を司る機能をもっており、私たちの内から外へ自我が現れる部分が皮膚であると精神分析の世界ではいわれている。そのため、皮膚は身体の中でも心理学的に関心もたれてきた経緯がある。皮膚に現れる状態で、ここをモニターすることができ、「隠しても、顔に出てしまう」とよく言われる。その他にも、「怒ったり、恥ずかしくなったりすると、真っ赤になる」、「恐怖を感じて真っ青になる」など、皮膚はここと深いつながりをもっていることが理解できるであろう。さらに、皮膚は身体を守る唯一の器官であり、情報伝達である知覚作用や表現作用の役割を担っている（傳田, 2013）。このような、重

---

<sup>2</sup> アトピー素因とはアレルギーを起こしやすい体質で、①家族歴・既往歴、または②IgE抗体を産生しやすい素因をもっている。

要な役割を担う皮膚が危機にさらされることは、他の部分とは違う精神的苦痛を感じる事が想像できる。

皮疹のよく現れる箇所は、前額、眼囲、口囲・口唇、耳介周囲、頸部、四肢関節部、体幹で、年齢によって特徴的な臨床状態を呈するとされている。乳児期では、頭、顔にはじまりしばしば体幹、四肢に下降する。幼少児期では、頸部、四肢関節部に症状が現れやすい。思春期・成人期では、次第に顔面・頸部を中心として上半身に皮疹が強くなり、苔癬化紅斑<sup>3</sup>がみられ、全身に拡大し、掻痒を繰り返しながら慢性化する（中村, 2013）。さらに、顔の赤みがとれなくなったり、丘疹<sup>4</sup>やびらん<sup>5</sup>がでることや、炎症が繰り返し生じてきたために、首や顔などに色素沈着が生じていることもある。顔の赤みは「昼間からお酒に飲んでいるのか」という無神経なからかいを受けるといった患者の声も多い。「こちらをじろじろ見る」「避けられた」という声も聞かれる。「周りに自分がADということを知られたくない」という患者の声も多く、思春期や青年期になると顔に症状が表出しやすく隠せないという状況は、彼らにとって非常に苦痛であることは想像に難くない。その結果、対人関係の回避なども含め、QOLの低下に繋がってくる。

重症の場合、外見に現れる状態は、赤く盛り上がった湿疹が全身に広がり、湿疹に対する掻破行動によって体液が滲みだし、その浸出液の臭いもある。乾くとカサブタとなつてはがれるときに出血する。また、乾くと関節が動かせなくなるため「洋服を着替えるのが辛い」

「時間がかかり遅刻しないように朝が大変」という声もよく聞かれる。就寝中に無意識に掻破行動にいたることが多く、「ふとんが血や膿ですぐに汚れてしまう」といったことが生じる上に、それを「起きた時見つけると、ショックを受ける」という声がよく聞かれる。乾燥した皮膚のはがれが落ちることを「落屑：らくせつ」と呼ばれ、常時、無数の落屑がいたるところに落ちるため「落ちてないかといつも気にしている」と周囲に常に気を使い、ふけと勘違いされ「汚い」と言われ傷ついた経験も臨床現場ではよく聞かれる。頭部にも炎症が生じるが、薬を塗布することは髪の毛のべたつきを引き起こすために、社会生活を送る上で支障になる。そこで、頭部への薬の塗布を回避しがちとなり、炎症が悪化するということが多々ある。

掻破行動では、掻くと皮疹が悪化することを患者自身が分かっているため、顔を叩くという行為で激しい掻痒感をやりすごそうとし、そのために網膜剥離に至ってしまうこともある。このような、壮絶な痒みは患者のQOLを阻害したり、不眠に至らせる。そして、痒み、ストレス、不眠、ADの増悪の4つがお互い影響し合い悪循環が生じ難治化・慢性化となる。

---

<sup>3</sup>苔癬化紅斑（苔癬化：たいせんか：掻き壊しを繰り返して、ごわごわと皮膚が厚く硬くなってしまった状態/紅斑：こうはん：赤い腫れ）

<sup>4</sup>丘疹（きゅうしん：ぶつぶつしたドーム状の盛り上がり）

<sup>5</sup>びらん（皮膚がはがれて、じくじくとただれた状態）

### 3. アトピー性皮膚炎の治療と悪化因子

治療法としては、日本皮膚科学会のアトピー性皮膚炎診療ガイドラインでステロイド外用薬を用いた薬物療法が明言されている。それだけでなく、生活の中から悪化因子を可能な限り除去することを治療の基本とするコンセンサスが確立されている。

悪化因子としては、乳児では食物アレルギーの関与が認められることがあり、乳児期以降では環境アレルギー（ダニ、ハウスダストなど）の関与が疑われ、その他すべての年齢層で外用薬を含んだ接触因子、ストレスなどが悪化因子になりうることが報告されている（古江ら, 2009）。特に成人の重症患者においては、人間関係、多忙、進路葛藤、自立不安などのAD以外の心理社会的ストレスが関与し、嗜癖的あるいは依存症とも呼べるべき搔破行動が生じ皮膚の悪化をもたらしている患者もまれでない（小林, 2000）ことから、心身両面からの治療が必要であり、チーム医療が必要なことが言及されている。

### 4. アトピー性皮膚炎患者の増加

ADは増加傾向にあると言われている。代表的なアレルギー疾患であるために遺伝的要素が高いが、この数十年間に急増したことから、遺伝子だけでなく、環境因子との相互作用によって患者が増加しているということが指摘されている（大矢, 2010<sup>a, b</sup>）。

しかしながら、同じアレルギー疾患である喘息は吸入ステロイド薬の普及で入院治療が必要な重症の患者が減っている。AD患者がそのような状況にならないのは、次のような事情がある。ひとつは、喘息の吸入ステロイドのように吸引するという簡便な手続きではなく、かなりの量のステロイドの塗り薬を入浴後に背後も含めて全身に塗るという時間と手間、さらに塗るというよりも塗り薬を載せていくと形容したほうが理解しやすいくらい厚く塗るために不快感と下着へのべたつきで不自由さが残るといことがある。重症の場合は毎日その手順を踏まなければならない。当直などによって職場での塗布が困難な場合もあるだろう。もうひとつには、ステロイド外用薬への間違っただけによる強い忌避感である。この問題は大きく、1990年代にマスコミまでがステロイド外用薬を用いることに対するバッシングを行い、多くの国民にステロイドフォビアが広まった。医療機関でも「脱ステ」（脱ステロイド療法）を治療方針とするところもあり、現在、日本皮膚科学会のガイドラインでステロイド外用薬が標準療法であると明確に言及されているにもかかわらずその治療方針が継続されていたり、悪化しても多量のステロイド外用薬使用を恐れ必要量より少なく処方するという混乱もある。脱ステによって、さらに皮膚が深刻な状態になり非常に苦しむことになった患者も多くみられる。そして、今なおステロイドフォビアを利用した厳格食事療法、アトピービジネスという効果が不確かな民間療法も広まり、患者やその家族たちは翻弄されている状況がある。このように、ステロイドフォビアから重症化・難治化する患者が増えた

ことが指摘され（大矢と山下, 2013）, AD 患者は他の慢性疾患患者と違う困難さを抱えていることが理解できる。

## 5. アトピー性皮膚炎患者の心理学的研究

AD 患者の心理学的研究としては, AD 患者の心理特性に関する研究, AD 患者が生じやすい心理的症状に関する研究, 患者の AD をどのように体験しているかということ明らかにする研究, AD 患者の症状悪化につながる搔破行動やストレス対処に関する研究, AD 患者の家族に関する研究が行われている。どのような研究が行われ, どのような知見が得られているか整理していく。

### 1) アトピー性皮膚炎患者の心理的特性

患者支援の指針となる心理的特性を対象とした研究では, 攻撃性についての文献が多い。例えば, 内向的で自分の感情を抑圧する傾向, 外界に対して攻撃性を出すことが苦手で, これを自己に向ける自己懲罰的な傾向であると指摘されている（堀江, 1986 ; 川原ら, 1997 ; 境ら, 2002）。Alexander (1950)は, AD 患者の攻撃性と搔破行動についての関係を考察し, 「(搔痒の) 重要な要因は敵対的衝動であり, それは罪悪感のためにその最初の標的からそらされ, 自分自身に向けられる」としている。患者からは「親に怒られた時, かいてしまう」「いらいらしてくると搔いている」という声がよく聞かれる。他者に対しての怒りが高まると, その矛先が相手に対してではなく自身の身体に向かっている様相が示され, Alexander の指摘にそうものである。

土井 (2002) は患者の TAT 反応から, 強い攻撃的衝動性が表現されながらその原因について詳述されず, 容易に抑え込まれる特徴を見出している。また, 情緒的刺激に対して攻撃的衝動が統制不可能な威力をもって表現されたり, 逆に情緒的なものを遮断するような客観的描写で処理されるといった現れ方の極端な 2 面性も見出している。さらに, 「かゆみは本人にとって, 突如として襲ってくる非常に暴力的なもので, どこから来るのか容易に特定できないものであり, それに対して無力にさらされるか, あるいは乱されないように感覚を閉ざそうと努めざるを得ないのかもしれない」と症状との関連について言及し, 皮膚症状を攻撃的衝動の身体における具体化と捉えた場合, 強い情緒的刺激に対する増悪の危険性と症状の除去が精神安定に及ぼす影響は大きいと考察している。土井 (2003) は, AD 患者を心理的特徴で類型化し, 心身症者により近いアレキシサイミアの特徴を有する群と神経症的構造を持つ群, 刺激に対する両価的な態度を持つ群の 3 つの群に分類した。AD 患者をひとくくりに心身症であると言えないことや援助の際, 実態の差異をみていく必要を述べている。

その他にも, 赤坂と中村 (2010) は, AD 患者は対人関係において明確な自己主張を避け

るが、他者の行動に要求期待しがちなことを示唆し、Ginsburg ら (1993) は、症状の発症や慢性化における怒りの役割に注目し、敵意・怒りの処理の仕方に困難が見られたことを報告している。以上を踏まえると、AD 患者は直接的な攻撃性を抑えるということと、その処理の仕方に問題があるということが一致している。

次に多く検討されているのは、自己の捉え方としての自尊感情や自己肯定感についてである。自尊感情は低位（境ら, 2002）という指摘は多い。赤坂と中村（2010）は、自己受容感の下位尺度である「身体的自己」「社会的自己」が低いことや自己肯定感の下位尺度である「充実感」が低いことが指摘し、これらに結果は、もともとの性格特性であることも考えられるが、AD の慢性的な症状が影響を与える面もあると考察している。

以上を踏まえると、AD 患者の攻撃性や自己の捉え方については、もともとの性格特性とも考えられるが、慢性疾患である AD の影響が強いということが両方の研究から言及されている。

## 2) 重症アトピー性皮膚炎患者の心理的症狀

AD 患者の生じやすい心理的症狀として、不安や抑うつ傾向（新谷ら, 2010）、対人関係の回避や過敏傾向（羽白ら, 2006；樋町ら, 2010；中島ら, 2012<sup>b</sup>）が多く指摘されている。さらに、重症化するとその度合いが強くなったり、様々な様態をも示すことが報告されている。例えば、重症患者ほど、現実検討が障害されていること（川原ら, 1997）、他者の評価が気になり自己主張しにくいこと、不安、抑うつがさらに高まること（新谷ら, 2010）、心身症的な様態が強まり、それが対人関係の閉鎖性と関連する（赤坂・中村, 2010）ということが報告されている。

このことから鑑みても、治療や研究の上で個々の重症度に配慮することの重要性（川原ら, 1997）や、心理的問題を抱えやすい重症患者の支援を厚くする必要があることが窺えるであろう。

## 3) 患者の家族に関する研究

AD は乳児期からの発症が多い慢性疾患であり、介護する家族側の心理的問題を検討することは、患者の援助にも繋がるため重要であると考えられる。AD 患者や喘息患者などを含めた慢性疾患児を対象とした研究では大きく 2 つに分けられる。ひとつは、家族の介護にまつわるストレスで、もうひとつは、養育態度とその影響である。AD のみを対象にした研究は少ないため、様々な慢性疾患の家族に関わる研究からまず述べる。

家族のストレスについては、丸ら（1997）によって、患児の母親は健常児の母親より育児ストレスが高く、ソーシャルサポートとしては父親の利用が高く、父親のサポートが高いと母親の抑うつ感が低くなることを示し、父親の夫としてのサポートの実態を把握することも

必要と言及している。一方、扇野と中村（2010）は、全ての母親はストレス度が高いというわけではないと述べている。患児の罹患年数が長期の方が母親のストレス度が高く、進学や就職についての心配を持っている母親ほどストレス度は高いことや、家庭での患児へのケアの数が多いほど「回避・逃避」のコーピングを用いていないことを見出し、ケアに忙しく回避的コーピングを取れずに、結果的にストレスが高まることが考察されている。病気の改善のために何もできない場合に否認は有益になりうるということが Lazarus & Folkman(1984)によって指摘されている。見通しが立ちにくく解決が困難な状況の場合、一時的に現実から回避していくというコーピングが実はストレス軽減に対して有効であった可能性にも言及している。

藤原（2004）は、母親がコーピングの「自責」が高いと情動的ストレス反応を高めるという報告もある。幼い頃は母親が多数のケアを担い、それにまつわる失敗体験（例えば、管理不足からくる症状の悪化、それによって、医師から責任を追及される等）も多いと考えられ、自責傾向のある母親へのサポートは必要と考えられるだろう。

以上を踏まえると、母親の患児へのケアを医療側がどのようにサポートするかが重要な課題であると考えられた。

次に養育態度とその影響についての研究は、過干渉な養育態度がAD患者の抑制的で主張性が低いという特徴の遠因になっている可能性を示唆したものや（富田・野村, 2005）、大脇ら（2002）による親の主観的重症度が悪いほど皮疹や痒みを気にする度合いが多い傾向や健康な子どもの親に比べて統制的なかかわりの養育態度をもつ傾向があることを明らかにしているものがある。

## 第2章：ストレスとアトピー性皮膚炎との関連

ストレスはADの発症・悪化因子の一つであることは周知されているが（針谷ら, 2000；檜垣ら, 2000）、一方ADに罹患していることが患者にとって大きなストレスであり（川島ら, 2000）、重症患者ほど適応障害の割合が高いと報告されている（境ら, 2003）。ADによるストレスとは、慢性的に持続する痒み、またそれに起因する不眠、増悪と寛解を繰り返すことからくる予期不安、症状による日常生活の制限、顔面に表出する症状への悩み、薬物療法の副作用に対する不安など、枚挙にいとまがない。それらによって心理的苦痛や社会的機能の低下、QOLの低下を引き起こすことが報告されている（Linnet & Jemec, 1999；Stores et al, 1998；Hashiro & Okumura, 1997）。さらに、ストレスにより治療のコンプライアンスやセルフケアが障害されるという報告もある（Charman et al, 2000；Richards et al, 1999；Ohya et al, 2001）。AD患者では健常者に比べて精神的健康度の低いものの割合が多いことが報告されている（Hashiro & Okumura, 1998；境ら, 2004）。ストレス反応としての心理的症状では「対人関係過敏症状」や「抑うつ症状」の程度が他の心理的症状より程度が高

くなる傾向が示唆されている（中島ら,2012<sup>a</sup>）。

さらに,重症患者ほど適応障害の割合が高くなっていることが報告されている（境ら,2003）。しかしながら,上記の中島らの調査では,重症患者を対象にしているが,重症でも全員が心理的症状をもっているわけではなかった。重症度とストレスが正比例するわけではないと言えるが,どのような要因によってストレス反応が軽減されたり増加したりするのだろうか。

ストレス反応の増減に影響する要因として様々なものが今まで研究されている。例えば,金ら（1998）は慢性疾患患者のストレス反応を低減させる要因として資源に注目し,外的な資源としてのソーシャルサポートと内的な資源としての自己効力感を検討している。その他,自尊感情（佐藤・杉本,2001）,原因帰属（堀毛,1991）,認知的統制<sup>6</sup>

（Bandura,1977）などがある。その中でも,ストレスに対する対処法であるコーピングは影響力が大きい媒介変数として認められている。ストレスによるADの発症,再燃,悪化,持続の心身医学的治療として,ストレス状況への対処の仕方を話し合うことが重要であるとされていることから患者のストレスを軽減させる大きな要因であることが理解できるであろう。そこで,次の章で,コーピングの概念とADとの関連について述べる。

### 第3章：コーピングとアトピー性皮膚炎との関連

人にストレスがかかった場合に,それに対処するために心的な対処機制が働く。その対処機制をコーピングと呼ぶ。コーピングとは,Lazarus & Folkman（1984）によって,自己の能力を超えていると重荷に感じる環境や自己の内界に起きる問題に対して適切に処理し統制していこうとなされる,絶えず変化していく認知的・行動的努力と定義されている。ストレスを生じさせるストレスラーの認知的評価と対処には個人差があるため,コーピングがストレス反応の重要な媒介変数となる（Lazarus & Folkman,1984）。

Folkman & Lazarus（1980）は,コーピングには問題焦点型と情動焦点型2つの種類があるとしている。前者は苦痛をもたらす問題を巧みに処理し変化させていくことで,ストレスフルな状況が自分の力で変えることができると評価される時に起こるものであり,後者は問題に対する情動反応を調節していくことで,ストレスフルな状況を自分では変えることはできないと評価される時に起こるものである。

医療領域におけるコーピング研究はガン患者を対象によく検討されている。患者のガンの種類,治療,診断,今までの生活の質などが疾患の今後の成り行きを決定するものだが,適応のプロセスに明らかに影響するコーピングがあり（Nezu et al,1999）,患者支援のひと

---

<sup>6</sup> 認知的統制：刺激を解釈し検証する過程を通して自分の思考が妥当かどうか判断し,妥当でない場合修正する制御である。効果的な認知による制御ができると,ストレスや不安を操作し,ストレス反応に関する精神的出来事の成り行きを統制して,思考の問題に基づいている多くの困難や苦痛を回避できると考えられる。



つとしてコーピング研究の重要性が指摘されている。研究としては、QOL との関連 (Danhauer et al, 2009), インタビューによる患者のコーピング分析 (Kyngäs et al, 2008), 肯定的・否定的心理変化との関連 (Schroevers et al, 2011), 抑うつとの関連 (Okano et al, 2001), 前向きなコーピングの生存期間への影響 (Greer et al, 1991), 肯定的なコーピングと人生における意味に関連する変数 (内的穏やかさの感覚, 現在や将来について人生の満足度, スピリチュアリティなど) との関連 (Jim et al, 2006), 効果的なコーピングを強化する要因 (向井ら, 2012), コーピングへの介入効果 (Yang et al, 2008), 等様々な面から検討されている。それらと比較すると AD 患者を対象とした研究は少ない。

AD 患者を対象にしたコーピング研究では、ストレスに大きな影響を与えるコーピング・スタイル (「陰性感情の発散」や「自己統制」) の指摘 (原ら, 2006b) や、「積極的気分転換」を多く用いているが、一方で「抑圧」や「発散」という非効果的なコーピングによって、ストレスを対処していることが明らかにされている (入江ら, 1998)。また、AD は慢性疾患であり心身症の代表的な疾患とも言われているが、慢性疾患患者や心身症患者は効果的なコーピングをあまり用いられていない傾向が検証され (芦原ら, 1994; 辻ら, 1994; 工藤ら, 1996), さらに非効果的なコーピングとアドヒアランス不良との関連を示した研究がある (Barton et al, 2003)。

これらの研究からは、ストレス軽減や良好なアドヒアランス<sup>7</sup>のために効果的なコーピングスタイルに変化させる必要があるということが理解できるが、ではどのようなコーピングが患者のストレスを軽減させるかという課題にはいたっていない。非効果的なコーピングスタイルの指摘だけでなく、患者のストレスに予防的に働くコーピングを明らかにすることも必要である。ストレスの増加を予防するコーピングと増加させるリスク的なコーピングを明らかにし、それをストレスマネジメントのプログラムに反映させることが患者支援にとって重要と言えるだろう。

#### 第4章：心身症としてのアトピー性皮膚炎：過剰適応とアレキシサイミアとの関連

心身症とは、「身体疾患の中で、その発症と経過に心理・社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する」と日本心身医学会が定義している (1991)。AD も心身症の様態をとりやすい疾患のひとつとされている。つまり、AD は、発症や経過などにストレスによる強く影響を受ける疾患であるということである。しかしながら、AD 患者全てが心身症というわけではなく、心身症として治療したほうが治りやすい患者が含まれているということである。

<sup>7</sup> アドヒアランス：患者の理解、意思決定、治療協力に基づく内服遵守。以前よく用いられていた内服遵守の用語はコンプライアンスであったが、医師の指示による服薬管理の意味合いで用いられていたため、治療は医師の指示に従うという考えから、患者との相互理解ものに行っていくものであるという考えの変化によってアドヒアランスの概念に移行した。

ある。心身症であるAD患者は、従来の薬物療法だけでは寛解するのは難しく慢性難治化しやすい傾向にあり、全人的な心身医療を行うことの重要性が指摘されている（古江ら, 2009）。

菅野（1981）は、心身症患者は一見安定し情緒の統合性が良いが、内面的な過度の統制と関わりの回避、感情閉鎖の傾向があることを指摘している。心身症傾向のAD患者を対象とした研究では、菅野らの指摘と同様に、自己肯定感の下位尺度である「自己閉鎖性・人間不信」に正の相関、「自己表明・対人的積極性」とは負の相関があり、閉鎖的人間関係を招くことが指摘されている（赤坂と中村, 2010）。過度な統制や感情閉鎖は、心身症患者の特徴として言及されている過剰適応（Krystal, 1979）とアレキシサイミアの傾向を示したものである。

過剰適応とは、人の期待に応えようと、必要以上に適応努力を払い続けたりする状態が特徴である。吾郷（1991）は慢性疾患の再発の心理社会的背景として、もともとのアレレギー素因が基盤にあり、「情動抑圧」、「過剰適応」、「不適応的なコーピング」が再発準備状態を形成することを示している。

アレキシサイミアとは、Sifneos（1973）により提唱された概念で、①自らの感情を表現するに適切なことばをもたない、②自分の置かれている状況や症状など事実関係については詳細に述べるが、それに伴う内的体験を表出しえない（自己の内面よりも外的な事実へ関心が向かう）、③想像力に乏しい、④治療に必要な人間関係を発展させることが困難である、と述べている。Krystal（1979）は、本概念を情動障害（自分の情動を特定できず、身体感覚と未分化な不快感に留まる。すなわち分化した情動となりにくく、言語化が難しい）、認知機能の障害（思考内容が単調で、目の前の事実のみかかわるか、抽象的観念になるかである。しかしながら、具体的現実的目標に対しては熱心で、社会的にはむしろ過剰適応といえる）、そして自己表象と対象表象の障害（治療者に無関心であり、また身体を含め、自分自身を気遣いケアすることが難しい。）であると指摘している。そして、Taylorら（1997）によって、自己の情動処理能力の欠損であり、「情動制御の障害」と言われるようになってきている。

アレキシサイミックな心身症患者は身体からのサインへの気付きが鈍いアレキシソミア（失体感症）を示し、セルフケア行動も不適切になりがちなのが指摘されている（橋爪, 1992）。さらに、不健康な生活習慣やライフスタイルとの関連も指摘され（Lumley et al, 1996<sup>a</sup>）、心身症患者の症状のコントロール不良にアレキシサイミアが関連しているという報告は多い。また、対人関係、ソーシャルサポートの利用、うつ、コーピングなどにおいて問題が生じていることが指摘されている。

対人関係については、中島（2013）は、アレキシサイミア傾向の高い喘息患者は、緊張する対人状況での不安や動揺が喚起する「個人的苦痛」が高いことから、自身の嫌悪反応を減らす

ために他者との情動的接触を回避することや、他者の視点から物事を認知する「視点取得」が低いことから、他者の情動を理解するという関係志向的な能力が未熟なため、親密な対人関係が乏しくなる可能性を指摘している。そして、このような特性がソーシャルサポートの不十分さと結びつくことを考察している。

ソーシャルサポートにおいては、Kojima ら (2003) は、ノンアレキシサイミックな人は、低いソーシャルサポートの場合にうつスコアが高く、一方、アレキシサイミックな人はソーシャルサポートの違いによるうつとの関係は認められなかったことから、アレキシサイミックな人は情緒の認知の欠如のためにソーシャルサポートの利益を得ることができないのではないかと考察している。Lumley ら (1996<sup>b</sup>) は、アレキシサイミックな人は情緒的支援ネットワークの認知が低いことを指摘しており、心理的支援として、ソーシャルサポートの認知向上も考える必要があると考えられた。

コーピングスタイルについては、健常者を対象とした Parker et al. (1998) の研究によって、個人のコーピングスタイルはアレキシサイミアと関連があることを示唆している。このことから、アレキシサイミックな人は、問題焦点型のコーピングはあまり用いず、逃避のコーピングをよく用いることを述べている。よって、アレキシサイミア傾向が高い場合、ストレスが適切に対処されにくいという問題が考えられる。

土井 (2003) は、AD 患者を心理学的特徴で類型化し、その中で感情を言葉で表現せず実用本位で思考するというアレキシサイミア傾向を有したより心身症に近い群の存在を指摘し、その群の 1 事例から、外界との接触を最小限にし、豊かな心の動きを犠牲にすることで安定を図ろうとしているものの、爆発するエネルギーをはらんでいるという特徴を指摘している。これは、Krystal (1979) がアレキシサイミアの特徴として、突然未分化な感情が爆発することがあると報告していることと一致する。

## 第 5 章：アトピー性皮膚炎患者への心理支援の現状

介入の事例研究では、森田療法 (細谷, 2009) , 動作法 (田中・石和, 2005) , 集団コラージュ療法 (中島, 2014) などがある。中島 (2014) の AD 患者への集団コラージュ療法はグループディスカッションも導入し、ピアサポート的要素も期待した取り組みである。

入江ら (1999) によって、小児期に発症し 10 年間の寛解後の再発した青年期の成人患者への個別面接、日記療法、自律訓練法導入が報告されている。患者は、先天的なアトピー素因を基盤として、情動への不適切な反応 (抑圧、過剰適応) が再発準備状態を形成し、空虚感を埋めるために情動の抑圧と過活動で対処していること、さらに内的問題への無関心が認められ、アレキシサイミア傾向も有しているとアセスメントしている。そこで内省を促し、気づきを得るために日記療法を導入し、青年～成人期に再発した患者へは、再発準備因子への気づきを促してその解消を図ることが重要であると述べている。

## 第Ⅱ部

# 重症アトピー性皮膚炎患者の精神的ストレス反応と コーピングの調査

## 第1章：(研究1) ストレス予防因子とリスク因子としてのコーピングの探索

### 1. 問題と目的

アトピー性皮膚炎（以下、ADと表記）は従来、幼児期に発症し、思春期前後に寛解にいたる例が多いとされてきた。しかし近年、成人のAD患者の増加が指摘されている。アトピー性皮膚炎は、増悪・寛解を繰り返す掻痒のある湿疹を病変とする疾患であり、様々な研究や解析にもかかわらず、いまだ治療や対応方法が確立されているとは言い難い。成人AD患者の増加の背景には様々な要因の関与があり、ストレスは発症や増悪要因として挙げられている。そのため、成人AD患者には皮膚科的治療に加えて、心理的援助としてストレスマネジメントの必要性が強調されており、片岡（2004）はAD治療の臨床体験を踏まえて、どのようなストレス教育が症状の軽減につながるか、思春期以降のAD発症予防など臨床研究の課題は多いと指摘している。

AD患者は日常的なストレスに加え、慢性的に持続する痒み、またそれに起因する不眠、増悪と寛解を繰り返すことからくる予期不安、症状による日常生活の制限、顔面に表出する症状への悩み、薬物療法の副作用に対する不安など、AD患者を取り巻くストレスは枚挙にいとまがない。そのために、精神的ストレス反応を抱えやすいが、特にストレス反応として「対人関係過敏症状」や「抑うつ症状」の程度が他の精神的ストレス反応より程度が高くなる傾向が明らかになっている（中島ら、2012<sup>a</sup>）。一方、同程度の皮膚症状をもちながらも精神的ストレス反応が認められなかったり、その程度が低い例もある。その違いは、ストレスに対するコーピングの個人差が大きく影響していると考えられる。

AD患者を対象にしたコーピング研究は少ないが、ストレスに大きな影響を与えるコーピング・スタイル（「陰性感情の発散」や「自己統制」）の指摘（原ら、2006<sup>b</sup>）や、「抑圧」や「発散」という不適切なコーピングによって、ストレスを対処していることが明らかにされている（入江ら、1998）。また、ADは慢性疾患であり心身症の代表的な疾患とも言われているが、慢性疾患患者や心身症患者は適切なコーピングをあまり用いられていない傾向が検証されている（芦原ら、1994；辻ら、1994；工藤ら、1996）。これらの研究からは、ストレス軽減のために患者が適切なコーピングスタイルに変化させる必要があるということが理解できるが、ではどのようにコーピングを変化させたらいいかという課題には十分といえない。不適切なコーピングスタイルの指摘だけでなく、患者のストレスに予防的に働くコーピングを明らかにし、両方に対して介入していくことが有効と言えるだろう。教育プログラムにおいて、一般的に効果的であるというコーピングスタイルの知識を伝えるだけでなく、もう一步踏み込んでAD患者に生じがちな精神的ストレス反応を予防するコーピングと精神的ストレス反応を導きやすいリスク的なコーピングというADに特化した情報を伝えることが、患者のストレスマネジメントの動機付けを高めることに結び

つくと考える。また不適切なコーピングを抑制するという指導よりも、現在できている適切なコーピングを伸ばす、つまり長所として意識し活用するという指導のほうが、自尊感情の低位（境ら, 2002）が指摘されている AD 患者には意義があると考えた。

そこで、本研究では AD 患者を対象にストレスによる精神的ストレス反応への予防となるコーピング及びリスクとなるコーピングを明らかにすることによって、AD 患者へのストレスマネジメントの教育プログラム構築への知見を加えることを目指した。

## 2. 方法

### 1) 対象

2011 年 8 月から 2014 年 12 月までに A 医療センターにおける AD 教育入院プログラムに参加した重症 AD 患者 317 名（13～74 歳 平均年齢 30.38 歳,  $SD=10.86$ ）を分析した。男性は、193 名（13～74 歳, 平均年齢 28.79 歳,  $SD=10.46$ ）。女性は、124 名（14～68 歳, 平均年齢 32.87 歳,  $SD=11.05$ ）。心療内科および精神科で治療中の患者は分析から除外した。AD 教育入院プログラムの期間は 2 週間であり、参加した患者は A 医療センターの主治医より早急に入院治療が必要であると判断されたり、他の医療機関より慢性難治化のために A 医療センターに紹介されてきた重症 AD 患者である。

（参加者の重症度分類について）

重症度の分類は、皮診の経過も加味した「Rajka & Langeland による重症度分類」を用い主治医が診断を行った。この分類は、「Ⅰ. 皮診の範囲」：（1～3 点）, 「Ⅱ. 皮診の経過」（1～3 点）, 「Ⅲ. かゆみの強さ」（1～3 点）のスコアの合計点によって診断される。「Ⅰ. 皮診の範囲」においては、（a）小児期・成人期：体表面積の 9%未満が 1 点, スコア 1 とスコア 2 の間が 2 点, 体表面積の 36%以上が 3 点, （b）幼児期：体表面積の 18%未満が 1 点, スコア 1 とスコア 2 の間が 2 点, 体表面積の 54%以上が 3 点である。「Ⅱ. 皮診の経過」においては、1 年のうち 3 か月以上の症状なしが 1 点, 1 年のうち 3 か月未満症状なしが 2 点, 過去 1 年間症状継続が 3 点, である。「Ⅲ. 痒みの強さ」においては、軽度の痒み, まれに睡眠を妨げられるが 1 点, スコア 1 とスコア 2 の間が 2 点, 高度な痒み, いつも睡眠を妨げられるが 3 点である。スコアの合計で、3～4 が軽症, 4.5～7.5 が中等症, 8～9 が重症とされている。

本研究参加者は、「Ⅰ. 皮診の範囲」において、体表面積 36%以上で 3 点, 「Ⅱ. 皮診の経過」において、過去 1 年間症状継続の 3 点, 「Ⅲ. 痒みの強さ」において、スコア 1 とスコア 2 の間で 2 点, または、高度な痒み, いつも睡眠を妨げられるで 3 点と、合計 8 以上の重症と診断されている。

(参加者の AD の状態)

入院時の患者状態は全身(頭部,顔面も含む)に赤く盛り上がった湿疹があり,そのために激しい掻痒感と掻痒感による不眠を伴っていることが多い。入院当初は,掻痒感が治療によって落ち着くまで睡眠導入剤を服薬する患者が少なくない。ステロイド剤を大量に用いる集中的な薬物療法により,2週間の入院中にはほぼ全員劇的に湿疹が治まり掻痒感が消失する。退院後は月1回の外来受診が一般的であり,自己管理としてステロイド剤の塗布を毎日行う。徐々にステロイド剤を減らしていき毎日塗布しなくてもよい状態,つまり寛解にもっていくことをA医療センターは目標としている。

## 2) 手続

寛解導入を兼ねたAD教育入院プログラムのストレスマネジメントに参加するAD患者に入院時,入院担当事務員が質問紙を渡し,自己記入後返還してくれるように依頼する。質問紙は,精神的ストレス反応とコーピングを測定する尺度を用いている。1回目のストレスマネジメントのプログラム時に筆者が回収し,次回フィードバック用紙に結果を記入して返却し,ストレスによる精神的ストレス反応,コーピングについて説明している。

## 3) 調査内容—自己記入質問紙

### (1) 精神的ストレス反応

ストレスによる精神的ストレス反応を測定するために,日本語版 Hopkins Symptom Checklist (以下,HSCL) (Nakano & Kitamura, 2001) を用いた(資料1-1)。

HSCLは,Derogatisら(1974)によって作成され,精神神経科領域において,症状を評価する上で妥当性が高く,ストレス反応を総合的に測定する尺度として使用頻度が最も高いとされている(岡安ら,1993)。「心身症状」「強迫症状」「対人関係過敏症状」「不安症状」「抑うつ症状」の5つの下位症状で,54項目からなる自己報告式の症状調査票である。54の質問は外来患者によくみられる症状を元に作成され,その症状にどのくらい悩まされているかを,「よくある」を4,「時々ある」を3,「たまにある」を2,「全くない」を1で回答する4件法で行う。

下位症状の「心身症状(9項目)」は,身体の機能に障害があるという感覚からくる苦痛を指し,自律神経系に関連した身体機能に関する訴え,身体に対する不安も含んでいる。「強迫症状(9項目)」とは,自分の意志に関係なく,ある考えにとらわれたり,行動を繰り返したりすることである。「対人関係過敏症状(10項目)」は,対人関係において適切な行動がとれなかったり,人と比較して劣っていると感じたり,対人コミュニケーションにおいて自分を軽く見たり,窮屈に感じたり,不快に感じたりすることで,さらに対人関係において自意識過剰となって,悪いことを予測してしまうことである。「不安症状(8項目)」とは,落ち着き

のなさ, 神経質, 緊張, 心配が特徴的で, 対象の定まらない不安や, 不安と緊張が極度に高まり自己コントロールができない状態も含まれる。「抑うつ症状 (13 項目)」とは, 引込み, 興味の減退, 意欲の低下, エネルギーの低下のサインとなる気分や感情で, 希望のなさ, 空虚さ, 失意, 落胆, 悲しみ, 不安, 心配, 自尊心の低下や, 睡眠障害などが見られる。

入院中は, 日常の身体的・精神的ストレスから隔離された状態であり, 集中的な皮膚科的治療により症状が改善され, 症状からくるストレスも軽減されている可能性が高いために, 入院前の状態を振り返って回答するよう教示した。症状有無の判定は中野 (2014) によって, 心身症状は, 23 点以下は平均以下の得点, 24~29 点はやや高い得点, 30 点以上は高得点で, 強迫症状は, 22 点以下は平均以下の得点, 23~27 点はやや高い得点, 28 点以上は高得点で, 対人関係過敏症状は, 17 点以下は平均以下の得点, 18~21 点はやや高い得点, 22 点以上は高得点で, 不安症状は, 16 点以下は平均以下の得点, 17~20 点はやや高い得点, 21 点以上は高得点で, 抑うつ症状は, 24 点以下は平均以下の得点, 25~30 点はやや高い得点, 31 点以上は高得点と示されている。カットオフポイント以上の得点を陽性とし未満を陰性と判別した。心身症状は 24 点以上, 強迫症状は 23 点以上, 対人関係過敏症状 18 点以上, 不安症状は 17 点以上, 抑うつ症状は 25 点以上を症状有と判定した。

## (2) コーピング

ストレス対処法であるコーピングを測定するために, 日本語版 Brief COPE (大塚, 2008) を用いた (資料 1-2)。Brief COPE は, Carver ら (1989) によって, 乳がん患者などの臨床群に対する繰り返しの測定や, 多くの尺度を組み合わせた調査などに使用するために作成された COPE の短縮版である。COPE は 15 下位尺度 60 項目で構成されている。そして, 下位尺度の多くは, Lazarus & Folkman (1984 本名他訳 1991) の心理学的ストレスモデルと, Carver & Scheier (1981, 1998) による行動自己制御モデル (model of self-regulation) に基づき作成されている (Carver et al, 1989)。本研究において短縮版の Brief COPE を選択した理由は, 項目数が少ないため患者の負担が少ないことと, Brief COPE の方は健康指標との関連について重要とされる「自責」が新たに下位尺度として追加されたことが挙げられる。また, COPE とともに, Brief COPE は, 世界で最もよく使用されているコーピングの測定尺度である (加藤, 2010)。

Lazarus & Folkman (1984) によって, ストレス低減が適切なコーピングを情動焦点型と問題焦点型の 2 つに分類されることが言及されている。Brief COPE の下位尺度である「受容」, 「情緒的サポートの利用」, 「ユーモア」, 「肯定的再解釈」, 「祈り・信念」が情動焦点型で, 「積極的問題対処」, 「道具的サポートの利用」, 「計画」が問題焦点型と分類できるであろう。これらの下位尺度の項目の説明を行う。また, この日本語版 Brief COPE を用いて日本人労働者 2000 名を対象にした調査が行われて平均値や標準偏



差も提示されているのでそれも付記する (Otsuka et al, 2009 ;岩崎ら, 2007)。今後、この平均値を基準値として参照することにした。

「受容」の項目は、「それが起こったという現実を受け入れる」、「それが受け入れられるようになる」(平均値: 5.8  $SD$ : 1.1) で、「情緒的サポートの利用」とは、ストレス状態にある個人に対して、他者が共感的、受容的に接することで支えていこうとする態度である「情緒的サポート」を利用することである。例えば、勇気づけられたり、励まされたりすることである。項目は、「誰かから精神的な支えを得る」、「誰かから励ましや理解を得る」(平均値: 4.7  $SD$ : 1.4) である。「ユーモア」の項目は、「それについて冗談を言う」、「その状況をおもしろおかしくとらえる」(平均値: 3.7  $SD$ : 1.4) である。「肯定的再解釈」の項目は、「それがよく思えるように、別の視点から見ようとする」、「起こっていることの良いところを探す」(平均値: 5.1  $SD$ : 1.3) である。「宗教・信仰」の項目は、「宗教や自分の信念の中にやすらぎを求めようとする」「祈ったり、黙想したりする」(平均値: 2.9  $SD$ : 1.2) である。下位尺度名として、日本人は欧米人と違い特定の宗教に支えられるというより、祈ったり信念に支えられていることが推測されるために「祈り・信念」に変更して利用した。「積極的問題対処」の項目は、「自分が置かれている状況について何かをすることに集中する」、「よりよい状況にしようと行動する」(平均値: 5.7  $SD$ : 1.0) である。「道具的サポートの利用」とは、何らかのストレスに苦しむ個人に問題解決のために提供された資源(直接的サポート)やその資源を手に入れることができるような情報(間接的サポート)である「道具的サポート」を利用することである。項目は、「誰かからの援助やアドバイスを得る」「何をすべきか誰かからアドバイスや援助を得ようとする」(平均値: 5.0  $SD$ : 1.4) である。下位尺度名として、「助言や援助の利用」のほうが明確で理解しやすいために変更して利用した。上記の「情緒的サポート」と「道具的サポート」とは、対人関係による援助でソーシャルサポートと呼ばれているものである。「計画」の項目は、「何をすべきか戦略を立てようとする」、「どんな方法をとるか一生懸命考える」(平均値: 5.8  $SD$ : 1.2) である。

下位尺度の「行動的諦め」、「気晴らし」、「自責」、「アルコール・薬物使用」、「不快感情表出」、「否認」はストレス低減効果が低い不適切なコーピングと考えられる。

「行動的諦め」の項目は、「それに取り組もうとすることをあきらめる」、「それに対応しようとするのをあきらめる」(平均値: 3.6  $SD$ : 1.1) である。「気晴らし」の項目は、「そのことから気をそらすために、仕事や他の活動にとりかかる」、「そのことについてあまりかんがえないようにするために、映画やテレビをみたり、本を読んだり、空想にふけったり、寝たり、買い物をしたりする」(平均値: 4.7  $SD$ : 1.3) である。「自責」の項目は、「自分自身を批判する」、「起こったことについて自分自身を責める」(平均値: 4.4  $SD$ : 1.4) で。「アルコール・薬物使用」の項目は、「気分をよくするためにお酒や

薬を飲む」, 「それを乗り越えるためにお酒や薬を飲む」(平均値: 3.3  $SD$ : 1.6) である。「不快感情表出」の項目は, 「口に出して不快な気持ちから逃れようとする」, 「いやな気持ちを外に出す」(平均値: 4.4  $SD$ : 1.3) である。「否認」の項目は, 「これは現実ではない, と自分に言い聞かせる」, 「それが起こったことを信じない」(平均値: 2.9  $SD$ : 1.1) である。合計 14 下位尺度 28 項目で構成されている。回答は, 「全くそうしない」を 1, 「あまりそうしない」を 2, 「時々そうする」を 3, 「よくそうする」を 4 の 4 件法で実施した。

#### 4) 倫理的配慮

データの利用について文章と口頭にて説明し患者から同意を得ている。その際, 協力が得られなくても治療において何ら患者に不利益をもたらさないことを伝えている。データを処理する際には, 対象者の身元を示すような氏名は記載せず番号にてデータ管理を行わない, 個人が同定されないよう処理して, プライバシーの保護に十分注意を行った。実施機関での倫理審査委員会の許可を得ている。

### 3. 結果

#### 1) AD 患者の精神的ストレス反応の発現率と状態 (HSCL の調査結果)

AD 患者の 83.1% (273/317) に何らかの精神的ストレス反応が認められた。下位尺度においては, 「心身症状」は 50.5% (160/317), 「強迫症状」は 30.9% (98/317), 「対人関係過敏症状」は 63.7% (202/317), 「不安症状」は 28.4% (90/317), 「抑うつ症状」は 83.6% (265/317) の発現率であった (Fig. 1-1)。

AD 患者の精神的ストレス反応の下位症状平均値を症状発症のカットオフポイントと  $t$  検定によって比較した。その結果, 「心身症状」 ( $t(316)=3.53, p<0.001$ ), 「対人関係過敏症状」 ( $t(316)=9.43, p<0.001$ ), 「抑うつ症状」 ( $t(316)=4.39, p<0.001$ ) は, カットオフポイントより有意に高く, 「強迫症状」 ( $t(316)=-4.44, p<0.001$ ), 「不安症状」 ( $t(365)=-3.97, p<0.001$ ) は, カットオフポイントより有意に低いことが示された (Fig. 1-2)。

よって, 発現率の高い「抑うつ症状」「対人関係過敏症状」「心身症状」において, AD 患者の平均値も高いことが示された。

#### 2) AD 患者のコーピング特徴 (Brief COPE の調査結果)

岩崎ら (2007) によって調査された日本人労働者 2000 人の Brief COPE の平均値を基準値とし AD 患者群と 1 標本  $t$  検定により比較した。適切なコーピングにおいては, 「受容」 ( $t(316)=4.46, p<0.001$ ), 「情緒的サポート」 ( $t(316)=4.66, p<0.001$ ),

「ユーモア」 ( $t(316)=8.17, p<0.001$ ) , 「肯定的再解釈」 ( $t(316)=2.47, p<0.05$ ) , 「祈り・信念」 ( $t(316)=4.48, p<0.001$ ) , 「助言と援助の利用」 ( $t(316)=3.36, p<0.01$ ) , 「計画」 ( $t(316)=3.52, p<0.001$ ) が有意に基準値よりも高い平均値であった (Fig. 1-3, 4)。不適切なコーピングは, 「行動的諦め」 ( $t(316)=10.04, p<0.001$ ) , 「気晴らし」 ( $t(316)=13.95, p<0.001$ ) , 「自責」 ( $t(316)=10.09, p<0.001$ ) , 「不快感情表出」 ( $t(315)=-4.05, p<0.001$ ) が有意に基準点よりも高い平均値を示した (Fig. 1-5)。

よって, 適切なコーピングを多用してストレスを軽減しているものの, 一方で不適切なコーピングも多用していることが明らかになった。

### 3) 予防因子となるコーピングとリスク因子となるコーピングの検討

精神的ストレス反応に対する予防因子, そしてリスク因子となるコーピングを特定するために, 精神的ストレス反応の下位尺度を目的変数, コーピングの下位尺度を説明変数としてステップワイズ法を用いて重回帰分析を行った (Table 1-1)。

#### (1) 心身症状とコーピングとの関連

心身症状には, 「助言や援助の利用」 ( $\beta=-0.22, p<0.05$ ) が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」 ( $\beta=0.30, p<0.001$ ) , 「行動的諦め」 ( $\beta=0.16, p<0.01$ ) , 「アルコール・薬物使用」 ( $\beta=0.12, p<0.05$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2=0.19$ )。

#### (2) 強迫症状とコーピングとの関連

強迫症状には, 「受容」 ( $\beta=-0.12, p<0.01$ ) が有意な負の影響を示し予防と考えられた。「自責」 ( $\beta=0.41, p<0.001$ ) , 「行動的諦め」 ( $\beta=0.26, p<0.001$ ) , 「気晴らし」 ( $\beta=0.12, p<0.01$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2=0.36$ )。

#### (3) 対人関係過敏症状とコーピングとの関連

対人関係過敏症状には, 「助言や援助の利用」 ( $\beta=-0.17, p<0.01$ ) , 「受容」 ( $\beta=-0.15, p<0.01$ ) が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」 ( $\beta=0.43, p<0.001$ ) , 「行動的諦め」 ( $\beta=0.25, p<0.001$ ) , 「不快感情表出」 ( $\beta=0.12, p<0.05$ ) , 「計画」 ( $\beta=0.12, p<0.05$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2=0.38$ )。

#### (4) 不安症状とコーピングとの関連

不安症状には、「受容」 ( $\beta = -0.12, p < 0.05$ ) が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」 ( $\beta = 0.45, p < 0.001$ ) , 「行動的諦め」 ( $\beta = 0.21, p < 0.001$ ) , 「祈り・信念」 ( $\beta = 0.11, p < 0.05$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2 = 0.35$ )。

#### (5) 抑うつ症状とコーピングとの関連

抑うつ症状には、「助言や援助の利用」 ( $\beta = -0.17, p < 0.001$ ) , 「受容」 ( $\beta = -0.13, p < 0.01$ ) が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」 ( $\beta = 0.46, p < 0.001$ ) , 「行動的諦め」 ( $\beta = 0.26, p < 0.001$ ) , 「祈り・信念」 ( $\beta = 0.10, p < 0.05$ ) , 「計画」 ( $\beta = 0.11, p < 0.05$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2 = 0.42$ )。

#### 4) 男女差の検討

男性は 193 名 (13~74 歳, 平均年齢 28.79 歳,  $SD=10.46$ ) で, 女性は 124 名 (14~68 歳, 平均年齢 32.87 歳,  $SD=11.05$ ) である。

##### (1) 精神的ストレス反応の発現率と程度の男女差

精神的ストレス反応の男女差を検討するために, まず男性患者の中でどのくらいの割合の患者が精神的ストレス反応を発症しているか, また女性患者の中でどのくらいの患者が精神的ストレス反応を発症しているかを調べ, その人数の差を  $\chi^2$  検定で分析し, 男女による症状の程度の差を検討するために t 検定を行った。

その結果, 男女別の精神的ストレス反応の発現率は, 「心身症状」は男性が 40.4% (78/193) , 女性は 66.1% (82/124) で有意に女性の方が高く ( $\chi^2(1) = 19.97, p < 0.001$ ) , 「強迫症状」は男性が 27.5% (53/193) , 女性 36.3% (45/124) で女性が高いが有意差はなく, 「対人関係過敏症状」は男性が 58.5% (113/193) , 女性は 71.8% (89/124) で有意に女性の方が高く ( $\chi^2(1) = 5.71, p < 0.05$ ) , 「不安症状」は男性が 22.8% (44/193) , 女性は 37.1% (46/124) で有意に女性の方が高く ( $\chi^2(1) = 7.59, p < 0.01$ ) , 「抑うつ症状」は男性が 78.8% (152/193) , 女性 91.1% (113/124) で有意に女性の方が高い ( $\chi^2(1) = 8.43, p < 0.01$ ) ことが明らかになった (Fig. 1-6)。男女差と精神的ストレス反応の発現率との関連度を表す連関関係も「心身症状」 ( $\phi = 0.25, p < 0.001$ ) , 「対人関係過敏症状」 ( $\phi = 0.13, p < 0.05$ ) , 「不安症状」 ( $\phi = 0.16, p < 0.01$ ) , 「抑うつ症状」 ( $\phi = 0.16, p < 0.01$ ) は有意であった。

精神的ストレス反応の程度の違いを検討した結果, 全ての精神的ストレス反応において女性の方が有意に高得点であった (「心身症状」 ( $t(315) = -4.61, p < 0.001$ ) , 「強迫

症状」 ( $t(315) = -2.08, p < 0.05$ ) , 「対人関係過敏症状」 ( $t(315) = -4.05, p < 0.001$ ) , 「不安症状」 ( $t(232.30) = -3.98, p < 0.001$ ) , 「抑うつ症状」 ( $t(240.29) = -4.39, p < 0.001$ ) (Fig. 1-7)。

## (2) 男女別コーピングの検討

男性患者と女性患者のコーピング特徴を明らかにするために、平均値と基準値とで1標本  $t$  検定を行った。

### (男性のコーピング特徴)

その結果、適切なコーピングである情緒焦点型コーピングにおいては、適切なコーピングにおいては、「受容」 ( $t(192) = 3.77, p < 0.001$ ) , 「ユーモア」 ( $t(192) = 7.57, p < 0.001$ ) , 「肯定的再解釈」 ( $t(192) = 2.19, p < 0.05$ ) , 「祈り・信念」 ( $t(192) = 1.99, p < 0.05$ ) が有意に基準値よりも高い平均値であった (Fig. 1-8)。問題対処型コーピングにおいては、有意な差は見られなかった (Fig. 1-9)。

不適切なコーピングは、「行動的諦め」 ( $t(192) = 6.20, p < 0.001$ ) , 「気晴らし」 ( $t(192) = 9.22, p < 0.001$ ) , 「自責」 ( $t(192) = 6.11, p < 0.001$ ) が有意に基準点よりも高い平均値を示した (Fig. 1-10)。

### (女性のコーピング特徴)

適切なコーピングである情緒焦点型コーピングにおいては、「受容」 ( $t(123) = 2.45, p < 0.05$ ) , 「情緒的サポート」 ( $t(123) = 8.19, p < 0.001$ ) , 「ユーモア」 ( $t(123) = 3.57, p < 0.01$ ) , 「祈り・信念」 ( $t(123) = 4.47, p < 0.001$ ) (Fig. 1-11)。問題対処型コーピングにおいては、「助言と援助の利用」 ( $t(123) = 4.17, p < 0.001$ ) , 「計画」 ( $t(123) = 3.50, p < 0.01$ ) が有意に基準値よりも高い平均値であった (Fig. 1-12)。不適切なコーピングは、「行動的諦め」 ( $t(123) = 8.48, p < 0.001$ ) , 「気晴らし」 ( $t(123) = 11.24, p < 0.001$ ) , 「自責」 ( $t(123) = 8.90, p < 0.001$ ) , 「不快感情表出」 ( $t(123) = 5.73, p < 0.001$ ) が有意に基準点よりも高い平均値を示した (Fig. 1-13)。

適切なコーピングについては男女とも基準値とほぼ同じかむしろ高い値を示していたが、不適切なコーピングは男女とも基準値より高値を示すコーピングが見られた。

## (3) 男女によるコーピングの違い

男女によるコーピングの違いがあるか検討するために、男女別のコーピングの下位尺度得点について  $t$  検定を行った。その結果、情動焦点型コーピングにおいて、「情緒的サポート」 ( $t(301.89) = -5.36, p < 0.001$ ) , 「祈り・信念」 ( $t(229.07) = -2.60, p < 0.05$ ) は女性の方が有意に高い得点を示し、「ユーモア」 ( $t(315) = 2.30, p < 0.05$ ) が

男性の方が有意に高い得点を示した (Fig. 1-14)。問題焦点型コーピングについては、「助言と援助の利用」 ( $t(315) = -2.33, p < 0.05$ ) が女性の方が有意に高い得点を示した (Fig. 1-15)。

不適切なコーピングは、「行動的諦め」 ( $t(315) = -2.73, p < 0.01$ ) , 「気晴らし」 ( $t(284.57) = -2.15, p < 0.05$ ) , 「自責」 ( $t(315) = -2.58, p < 0.05$ ) , 「不快感情表出」 ( $t(315) = -4.05, p < 0.001$ ) が女性の方が有意に高い得点を示した (Fig. 1-16)。

#### (4) 男女別による精神的ストレス反応への予防因子となるコーピングとリスク因子となるコーピングの検討

上記により、コーピングに男女差があることが明らかになったため、精神的ストレス反応に対する予防因子、そしてリスク因子となるコーピングに違いを検討するため、男女別に精神的ストレス反応の下位尺度を目的変数、コーピングの下位尺度を説明変数としてステップワイズ法を用いて重回帰分析を行った (Table 1-3, 4)。

##### 1) 心身症状とコーピングとの関連

###### ①男性

心身症状には、「助言や援助の利用」 ( $\beta = -0.22, p < 0.01$ ) が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」 ( $\beta = 0.26, p < 0.001$ ) , 「行動的諦め」 ( $\beta = 0.18, p < 0.05$ ) , 「アルコール・薬物使用」 ( $\beta = 0.14, p < 0.05$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた。しかし、寄与率が 20% (決定係数  $R^2 = 0.20$ ) と小さく、予測精度は低いことが示された。

###### ②女性

心身症状には、特に有意な負の影響を示す予防因子は認められなかった。「自責」 ( $\beta = 0.36, p < 0.001$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2 = 0.13$ )。

##### 2) 強迫症状とコーピングとの関連

###### ①男性

強迫症状には、「不快感情表出」 ( $\beta = -0.12, p < 0.05$ ) が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」 ( $\beta = 0.57, p < 0.001$ ) , 「行動的諦め」 ( $\beta = 0.28, p < 0.001$ ) , 「気晴らし」 ( $\beta = 0.18, p < 0.01$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2 = 0.42$ )。

###### ②女性

強迫症状には、「受容」 ( $\beta = -0.17, p < 0.05$ ) が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」 ( $\beta = 0.37, p < 0.001$ ) , 「行動的諦め」 ( $\beta = 0.26, p < 0.01$ )

が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた（決定係数 $R^2=0.26$ ）。

### 3) 対人関係過敏症状とコーピングとの関連

#### ①男性

対人関係過敏症状には、「助言や援助の利用」（ $\beta = -0.34, p < 0.001$ ）が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」（ $\beta = 0.40, p < 0.001$ ）、「行動的諦め」（ $\beta = 0.30, p < 0.001$ ）、「情緒的サポート」（ $\beta = 0.21, p < 0.01$ ）、「計画」（ $\beta = 0.14, p < 0.05$ ）が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた（決定係数 $R^2 = 0.39$ ）。

#### ②女性

対人関係過敏症状には、「受容」（ $\beta = -0.17, p < 0.05$ ）、「情緒的サポート」（ $\beta = -0.16, p < 0.05$ ）が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」（ $\beta = 0.48, p < 0.001$ ）、「行動的諦め」（ $\beta = 0.19, p < 0.05$ ）が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた（決定係数 $R^2 = 0.34$ ）。

### 4) 不安症状とコーピングとの関連

#### ①男性

不安症状には、「助言や援助の利用」（ $\beta = -0.25, p < 0.01$ ）が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」（ $\beta = 0.40, p < 0.001$ ）、「行動的諦め」（ $\beta = 0.25, p < 0.001$ ）、「祈り・信念」（ $\beta = 0.14, p < 0.05$ ）、「アルコール・薬物使用」（ $\beta = 0.12, p < 0.05$ ）が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた（決定係数 $R^2 = 0.41$ ）。

#### ②女性

不安症状に特に有意な負の影響を示す予防因子は認められなかった。「自責」（ $\beta = 0.51, p < 0.001$ ）が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた（決定係数 $R^2 = 0.26$ ）。

### 5) 抑うつ症状コーピングとの関連

#### ①男性

抑うつ症状には、「助言や援助の利用」（ $\beta = -0.22, p < 0.001$ ）が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」（ $\beta = 0.49, p < 0.001$ ）、「行動的諦め」（ $\beta = 0.21, p < 0.001$ ）、「祈り・信念」（ $\beta = 0.14, p < 0.05$ ）が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた（決定係数 $R^2 = 0.43$ ）。

#### ②女性

抑うつ症状には、「情緒的サポート」 ( $\beta = -0.19, p < 0.05$ ) が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」 ( $\beta = 0.51, p < 0.001$ ) , 「行動的諦め」 ( $\beta = 0.22, p < 0.01$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2 = 0.36$ )。

#### 6) 年代による精神的ストレス反応とコーピングの違い

対象者 317 名の年齢層ごとの内訳は, 10 代が 51 名, 20 代が 121 名, 30 代が 80 名, 40 代が 52 名, 50 代が 8 名, 60 代が 4 名, 70 代が 1 名であった。1 名の場合, その後の検定が不可能なために, 70 代患者 1 名を分析から除き, 316 名で分析を行った。

精神的ストレス反応に年代による違いがあるか検討を行うために, 年代 (10 代・20 代・30 代・40 代・50 代・60 代) の 6 群を独立変数, 精神的ストレス反応の下位尺度得点を従属変数とした 1 要因分散分析を行った。同様にコーピングについても 1 要因分散分析で検討した。

その結果, 精神的ストレス反応においては有意な差は認められず, コーピングでは, 総得点の「問題対処型コーピング」 ( $F(5, 310) = 3.07, p < 0.05$ ) は 10 代が有意に低く, 下位尺度を見てみると, 「積極的問題対処」 ( $F(5, 310) = 2.37, p < 0.05$ ) が, 50 代より有意に低く, 「計画」 ( $F(5, 310) = 4.20, p < 0.01$ ) において 20 代, 30 代, 40 代, 50 代より有意に 10 代が低く示された。10 代は問題対処型コーピングを用いることが他の年代よりも少ないことが明らかになった (Table 1-4)。不適切なコーピングについては, 「気晴らし」 ( $F(5, 310) = 2.31, p < 0.05$ ) に有意差が認められ, 若い年代の平均値が高く示された。「アルコール・薬物使用」 ( $F(5, 310) = 3.78, p < 0.01$ ) は 40 代が 10 代や 20 代より有意に高く示された (Table 1-5)。

#### 高校生の危険性

10 代の群には高校生, 大学生, 既に職業に就いている社会人が混在していた。高校生の場合は, ストレス対処法が未熟であり, そのため精神的ストレス反応も高いのではないかという仮説を立て, 対象者 367 名を成人 (10 代の大学生, 社会人も含む) 群 (279 名) と高校生群 (37 名) の 2 群に分類し  $t$  検定を行った。不適切なコーピングの下位尺度「アルコール・薬物使用」は分析から省いた。その結果, コーピングについては, 高校生群は成人群よりも「助言と援助の利用」 ( $t(314) = 1.99, p < 0.05$ ) と「計画」 ( $t(314) = 3.33, p < 0.01$ ) , そして総得点の「問題対処型コーピング」 ( $t(314) = 2.81, p < 0.01$ ) が有意に低い得点を示した (Table 1-6) 。それ以外の情動焦点型・問題解決型コーピングについても有意な差は示されなかったものの, 成人群よりすべて低い得点を示した。不適切なコーピングにおいては, 有意な差はなかった。そして, 精神的ストレス反応には



有意な差は認められなかった。

#### 4. 考察

##### 1) 重症 AD 患者の精神的ストレス反応

本研究により、対象者とした重症 AD 患者の 83.1%に何らかの精神的ストレス反応が示された。特に「抑うつ症状」は 83.6%と示され、重症 AD 患者の 8 割以上が抑うつ感を抱えていることが明らかになった。さらに、「抑うつ症状」と「対人関係過敏症状」の得点が非常に高いことから、この 2 つの精神的ストレス反応は重くなりがちなのが窺われた。

AD は顔面など目に見える症状のため、臨床場面で、「症状が悪化すると、誰とも会いたくない」「電車に乗ったり歩いている時、人の視線を感じる」という言葉がよく聞かれる。このような感覚が高まると対人関係の回避や引きこもりが生じる。そして、対人回避が社会的活動の低下、ストレスを軽減させる機会の減少、社会支援の欠乏、アドヒアランス低下など様々なことが重なり、抑うつ感が高まるといった負の連鎖が生じると考えられた。羽白（2009）は 2 次的な心理症状として、人間関係を良好に保てなくなるという点を指摘しており、重症 AD 患者にとって、「抑うつ症状」と「対人関係過敏症状」への予防となる介入が重要であるといえるだろう。

##### 2) AD 患者のコーピング特徴

本調査では、適切なコーピングである情動焦点型や問題焦点型コーピングは、基準値とほぼ同じ程度に用いられていたが、一方で不適切なコーピングの「行動的諦め」「気晴らし」「自責」「不快感情表出」が多用されているという問題点が明らかになった。「不快感情表出」については、女性 AD 患者のみ多用し、男性 AD 患者は基準値とほぼ同様な値であったため女性特有の対処法と考えられた。そこで、AD 患者の特徴としては、「行動的諦め」「気晴らし」「自責」の 3 つが挙げられるだろう。これらは、心身症患者を対象とした、健常者に比して、「積極的コーピング」を取らず「静観、思考回避コーピング」を取る傾向を明らかにした工藤ら（1996）の研究と似た結果となったが、「自責」を多く用いるのは AD 患者に特化した特徴と考えられた。

「行動的諦め」「気晴らし」「自責」の多用する理由を以下のように考察した。まず、「行動的諦め」「気晴らし」について述べる。

AD は乳児期に発症し、寛解と悪化を繰り返すというケースが多く、代表的な慢性疾患である。また AD はステロイド薬物療法が日本皮膚科学会のガイドラインにおいて、第一療法として記載されているものの、その扱い方が医療機関でも一貫しておらず、有用な使い方をしていない医療機関も実は多いために、患者は治療を受けていても症状が軽減しないことが

生じている。このため長年の AD によるストレスに対する対処法が、日常のストレス対処パターンとして定着した可能性は大きい。AD 治療の体験によって、治療への「諦め」や自分ではどうしようもない症状から気をそらせる「気晴らし」が生じ、コーピングスタイルとして形成されたのではないかと考えられる。また、乳幼児から症状を持っているために「痒い状態」や「不快な状態」が日常となり、受診せずに我慢している場合が少なくないことも、臨床場面で患者から語られている。そこで症状への「諦め」や症状からの「気晴らし」のパターンが形成され、コーピングスタイルとして般化されるようになったのではないかと考えられた。

状況へのコントロール可能性が低い場合には、むしろ回避的コーピングの方が有効であるという指摘がなされ (Forsythe & Compas, 1987) , 「気晴らし」が有効の場合もあると言及されているが、一方では、短期的には気分を和らげるが、長期的にはさらなる情動悪化を引き起こし、過度の気晴らしにつながる可能性 (Baumeister et al, 1994) や、ストレスとなる出来事から注意をそらすために飲食や飲酒、危険な運転などといった衝動的で代償を伴う気晴らし対象は逆効果である (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993) と報告されている。AD の症状によるストレスは長期にわたって持続するストレスである。そのような場合は、長期の気晴らし使用となる可能性が高く、そのためリスク因子となることと考えられた。臨床現場では、痒みから注意をそらすために、自分の身体のある部分を叩くことや喫煙といった有効でない「気晴らし」対処法を用いていることが語られ、このような場合は問題があるといえるだろう。

#### AD 患者は「自責」をなぜ多用するのか？

皮膚科的治療では、AD の掻破抑制をポイントとする向きも強い。そのため治療者からの掻破抑制の指示や教育、さらに親からの掻破行動への叱責が多くなりがちである。AD 患者はこのような注意や叱責されることを幼少の頃から繰り返し体験する。そのため、掻くのを我慢できない自分が悪く、全てが自分の努力不足という認知となり、“自責”傾向に至ったのではないかと考えられた。臨床現場では、「掻くなとよく叱られた」「掻きむしった後に罪悪感をもってしまう」と語られることが多い。過度な「自責」は気分を落ち込ませ、アドヒアランスの低下が危惧される。調査に使用した尺度 Brief COPE において、COPE から「自責」追加されたのは、「自責」はストレス下でうまく適応できないことを予測させる指標であるということが報告された (Bolger, 1990 ; MaCrae & Costa, 1986) からという経緯もある。

慢性疾患患者は日常的に自己管理が求められる。そして、その必要性を理解しているために自己管理がうまく実行できない時には自己嫌悪が生じ、自責にいたることが多いと指摘されている。例えば、糖尿病では石井 (2011) が糖尿病特有の感情負担を測定する糖尿病問題領域質問票 (PAID) を用いて、自己管理や血糖コントロールの状態がよくないほど感情負

担度が高いことを明らかにしている。また石井は米国の留学先で、自己管理の不良は患者の問題ではなく「原因は、非現実な目標の設定、具体策の不足、完璧な療養をしなければという切迫感、家族の期待に添わなければならないという気持ち、などにある」と言われ当時の日本の医療者の受け止め方との違いに大きな衝撃を受けたと述べている。この考え方はAD患者の搔破行動への捉え方にも取り入れる必要がある。患者や家族への搔破行動に関する指示や教育は、医療側が搔痒感は治療対象であるという認識を共有し、適切で具体的な対応法を説明する必要があるだろう。特に親に対しては、子どもの搔破行動を責めるのではなく、搔破してしまった辛さに対して共感的に対応するといった関わり方や搔痒感を少しでもそらすような関わり方などを助言することが必要と考えられた。

### 3) 予防因子のコーピングとリスク因子のコーピング

ストレス反応である精神的ストレス反応において、「抑うつ症状」と「対人関係過敏症状」の程度が他の精神的ストレス反応より高いということが本調査で明らかになり介入の必要性を上記で指摘した。よって、この2つの症状に対する予防因子となるコーピングとリスク因子となるコーピングについて焦点を当てる。

まず、予防因子となるコーピングは、「抑うつ症状」と「対人関係過敏症状」において、「助言や援助の利用」「受容」であった。一方、リスク因子となるコーピングは、「抑うつ症状」においては「自責」「行動的諦め」「祈り・信念」「計画」であった。「対人関係過敏症状」のリスク因子となるコーピングは「自責」「行動的諦め」「不快感情表出」「計画」であった。「諦め」や「気晴らし」による先延ばしは、不安と抑うつと正の関連があり、抑うつを促進すると指摘されており（芦原ら, 1994）、同様の結果が得られた。

### 4) 「祈り・信念」のストレス対処法は有効か？

情動焦点型コーピングである「祈り・信念」が本研究ではリスク因子と示された。この項目は「宗教や自分の信念の中にやすらぎを求めようとする」と「祈ったり、黙想したりする」である。欧米においては、宗教によるコーピングは疾患の精神的苦痛に対して意味を与えたり、精神的安定に寄与している（Phelps et al, 2009）。しかしながら、我が国での先行研究においては、「祈り・信念」が主体的健康状態の悪さと関連すると指摘されている（檜垣, 2011）。日本人の場合、このコーピングは宗教的な支えというよりは自分の中の信念や祈りによって問題を対処しようとするスタイルと考えたほうが一般的と言える。よって、自分の「信念」への固執は他の人からの助言を受け入れにくく、他の人に援助を求めにくいといった不適切な対処法と考えられた。さらに、「祈り」の行動パターンは、問題解決行動にはつながらない。そのため、「祈り・信念」は、ストレス軽減に効果的に働かない場合が多い可能性が考えられた。

## 5) 男女による比較

男女を比較して精神的ストレス反応の異なる点と、精神的ストレス反応を生じさせるリスク因子のコーピングとそれらを予防するコーピングの異なる点を挙げる。

まず、精神的ストレス反応としては、女性は男性より精神的ストレス反応の発現率や程度が高いことが示された。外見上に症状がみられるADは、女性の方が男性よりQOLが低くなる傾向が報告されており(Holm et al, 2004; 檜垣, 2011), 同様な傾向が示された。

発現率は、女性の方が「心身症状」「対人関係過敏症状」「抑うつ症状」が男性より高い。症状の程度は、女性の方が「対人関係過敏症状」と「抑うつ症状」が男性より重い。一方「心身症状」「強迫症状」「不安症状」については、男女の有意な差は見られなかった。ADは外見上の症状が強く表れるため、男性よりは女性の方が苦痛感を感じやすいだろう。そのため、対人関係に敏感さや抑うつ感が強まったと考えられる。本調査では、女性がストレスへ対処として「情緒的サポート」を用いることが男性より多いことが明らかになっている。女性は男性より他者とのコミュニケーションが重要な位置を占めると言われている。対人関係過敏による対人関係の回避が生じた場合、ストレスを軽減させる「情緒的サポート」の利用が減少し、さらに抑うつ症状が高くなるという悪循環が推測された。

次に、精神的ストレス反応を生じさせるリスク因子のコーピングとそれらを予防するコーピングの男女の異なる点を挙げる。

男性は精神的ストレス反応に有効な予防するコーピングは見当たらなかった。女性では様々な精神的ストレス反応への予防因子として働くコーピングは、「助言や援助の利用」「情緒的サポート」が示された。

リスク因子としてのコーピングについては、男女ともに「自責」「行動的諦め」が特定され、精神的ストレス反応への大きなリスク因となることが明らかになった。男性の特徴としては「祈り・信念」が精神的ストレス反応増加に大きく関係していることが挙げられる。「祈り・信念」は女性も多用していたが、精神的ストレス反応にはつながっていなかった。そこで、男性で「祈り・信念」を多用している患者は、頑な信念をもち柔軟に対処できないパターンに陥るのではないかと考えられた。よって「祈り・信念」の得点が高く示した男性患者に対しては、サポートしていく必要があるだろう。

以上のような男女差から次のような介入の指針が考えられた。女性の方が精神的ストレス反応の発現率や程度が高いため、女性患者への心理的介入を積極的に導入していくことが必要である。Kiran(2009)は、慢性疾患の心理学的介入は、教育を超えて、女性の特定のニーズに対応することが必要だと述べている。よって、まず皮膚症状への薬物療法によ

る外見上の不満を解消してから、心理的介入を導入するということが有効ではないかと考えられた。

さらに、男性は「祈り・信念」のコーピングがリスク因子となることが特徴的で、女性は「助言や援助の利用」「情緒的サポート」が精神的ストレス反応の予防となっていた。そこで、AD患者への心理的援助としての教育プログラムは、男と女性のコーピングの差異を考慮すること、予防因子コーピングの促進とリスク因子コーピングの抑制を課題として構成することが重要であることが示唆された。

## 6) 高校生の未熟なストレス対処

本研究において、高校生のストレス対処の未熟さが明らかになった。特に「積極的問題対処」と「計画」といった問題を行動で解決しようとする対処法を成人と比較して用いられていないことが示された。入江ら(1998)は、青年期ADのコーピングを検討し、日々のストレスに積極的に取り組もうとしているが、適切に対処しきれていないために、抑圧や発散を用いていることを述べている。入江らの対象より若年層である高校生の場合、思春期の不安定さにAD症状によるストレスが心理的負担に拍車をかけるが、未熟なコーピングのため十分に対処できないという危険性が考えられる。

吾郷(2002)は、年齢が低いほど精神的環境としての両親、特に母親の言動の影響を受けると述べている。高校生が「積極的問題対処」や「計画」をあまり用いることができているのは、ADの治療方針は両親によって選択、決定されることが多いため、ADに関する問題対処を放棄する行動パターンが形成されたことが影響しているのではないかと考えた。保護者のステロイドに関する間違っただ信念により適切な治療を受けられず難治慢性化した患者も少なくない。また、長年疾患を抱えている子どもの親は、実際の子どものよりも様々な能力を過小評価しがちで過保護になりやすいことも指摘されている。

高校生には自身での自己管理を行っていくことをサポートしていくことが、積極的に自分の問題を解決しようとする問題焦点型のコーピング活用を促すことに寄与すると考えられる。よって、医療側は治療方針決定を本人主導となるよう配慮すること、そして自らが疾病管理することが重要であるという指針を、本人と親両方に理解してもらう教育的介入が重要であろう。

最後に、本研究の限界を述べる。精神的ストレス反応の予防因子のコーピングとリスク因子のコーピングを重回帰分析によって提示したが、寄与率は高いとはいえない数値を示していた。よって、他の要因が影響している可能性があるために、他の要因、特に対象者の状況要因を加える必要があるだろう。要因の1つとして、対象者の発症時期を考慮すべきであったが、調査施設は難治性重症患者を治療対象にしている機関で長期にわたってADに罹患している患者がほとんどであったため、質問紙には発症時期を問う項目を作成しな

かった。しかしながら、弱冠数であったが、成人での発症の患者も存在したため分析要因に加える必要があったであろう。今後の課題として、乳幼児からの発症患者と成人後の発症した患者の違いを検討することが必要と考えられた。さらに、成人ADの患者の調査を行う場合は、職業の有無、結婚の有無も分析要因に加えて分析されることが今後の課題として考えられる。

また、調整変数である年齢において、精神的ストレス反応やコーピングに有意な差は認められなかった。各年代の人数が十分でなかったことや年代によって人数の偏りがあったために有意差が示されなかった可能性がある。今後の課題として、対象数を増やして年代による特徴を再検討し、細やかな支援につながる知見を得ることも挙げられる。

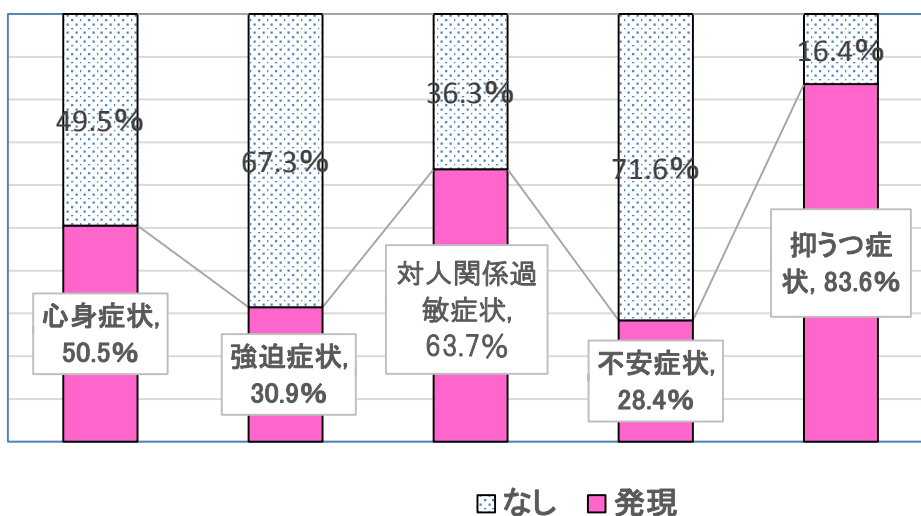


Fig. 1-1 精神的ストレス反応発現率 (n=317)

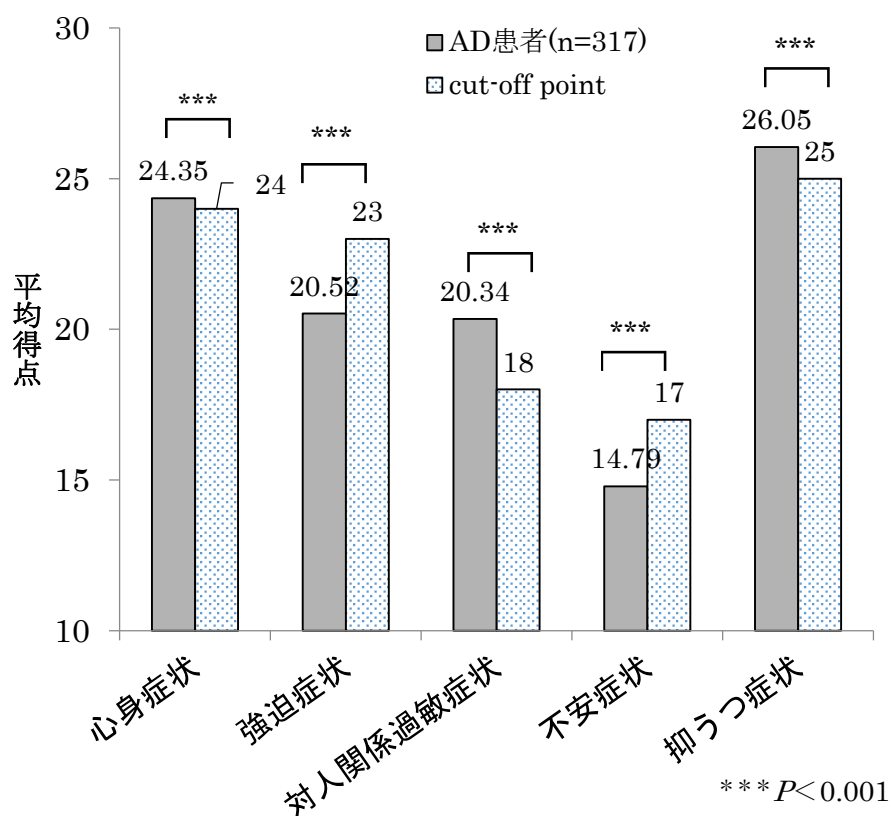


Fig. 1-2 アトピー性皮膚炎患者の精神的ストレス反応の平均得点とカットオフポイントとの比較 (n=317)

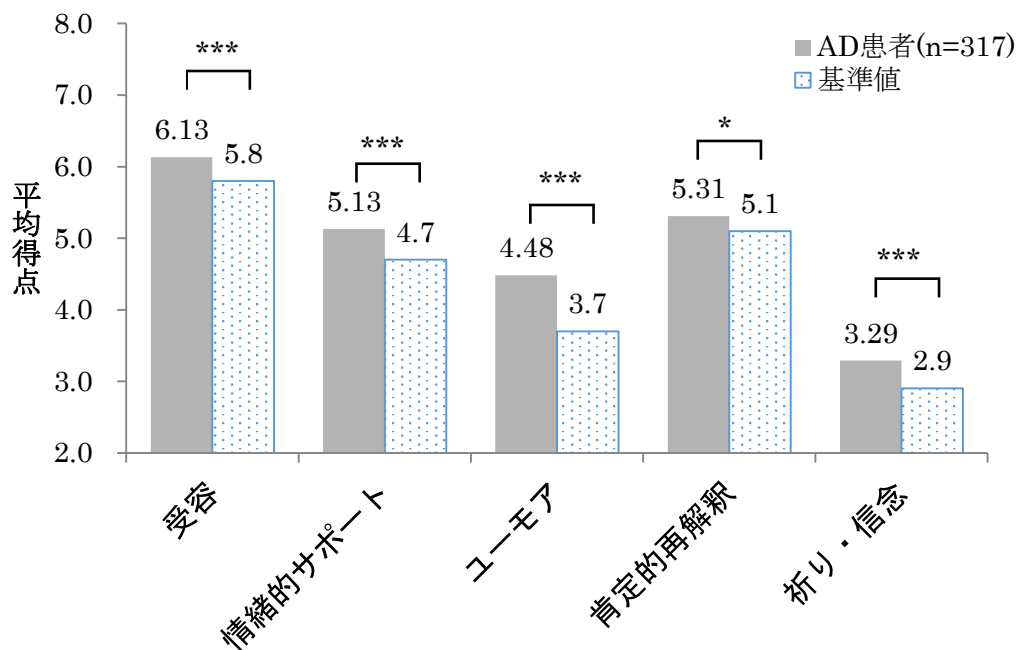


Fig. 1-3 アトピー性皮膚炎患者の情緒焦点型コーピング平均得点と基準値との比較 (n=317)

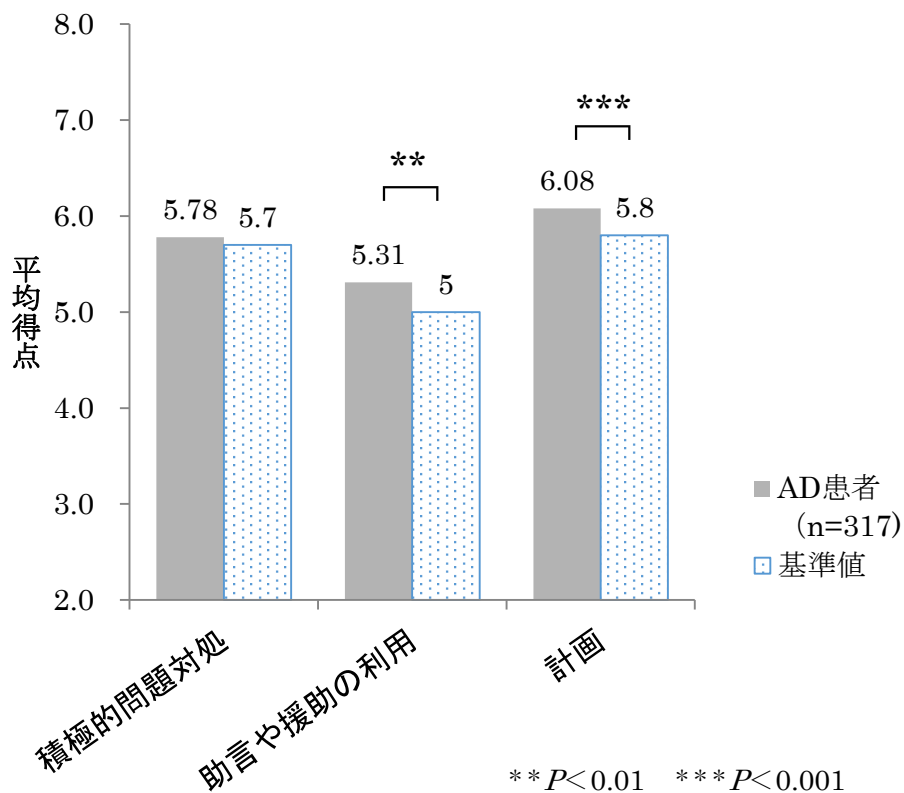


Fig. 1-4 アトピー性皮膚炎患者の問題焦点型コーピング平均得点と基準値との比較 (n=317)



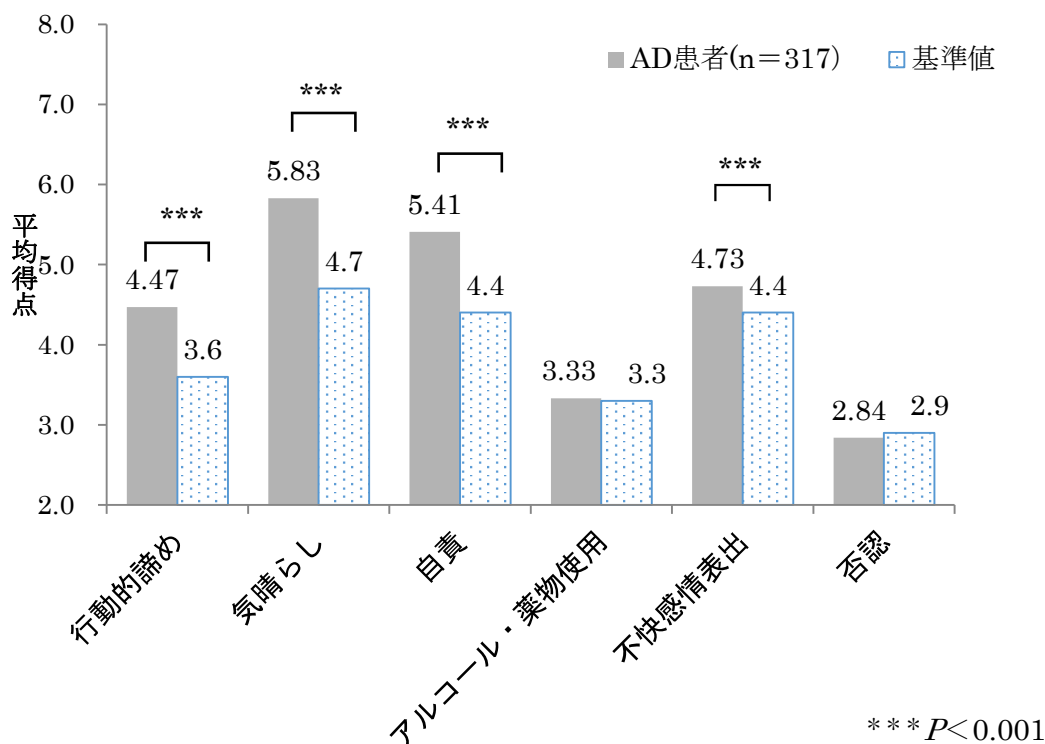


Fig. 1-5 アトピー性皮膚炎患者の不適切なコーピング平均得点と基準値との比較 (n=317)

Table 1-1 精神的ストレス反応に対する予防因子とリスク因子となるコーピング：重回帰分析 (n=317)

	予防因子のコーピング		リスク因子のコーピング		R <sup>2</sup>
		B		B	
心身症状	助言や援助の利用	-0.22 *	自責	0.30 ***	0.19 ***
			行動的諦め	0.16 **	
			アルコール・薬物使用	0.12 *	
強迫症状	受容	-0.12 **	自責	0.41 ***	0.36 ***
			行動的諦め	0.26 ***	
			気晴らし	0.12 **	
対人関係過敏症状	助言や援助の利用	-0.17 ***	自責	0.43 ***	0.38 ***
	受容	-0.15 **	行動的諦め	0.25 ***	
			不快感情表出	0.12 *	
			計画	0.12 *	
不安症状	受容	-0.12 *	自責	0.45 ***	0.35 ***
			行動的諦め	0.21 ***	
			祈り・信念	0.11 *	
抑うつ症状	助言や援助の利用	-0.17 ***	自責	0.46 ***	0.42 ***
	受容	-0.13 **	行動的諦め	0.26 **	
			祈り・信念	0.10 *	

HSCL 下位尺度得点を従属変数, Brief COPE 下位尺度得点を独立変数としてステップワイズ法を用いて重回帰分析を行った。標準偏回帰係数 B と重決定係数 R<sup>2</sup> で表記した。

\*\*\* p < 0.001 \*\* p < 0.01 \* p < 0.05

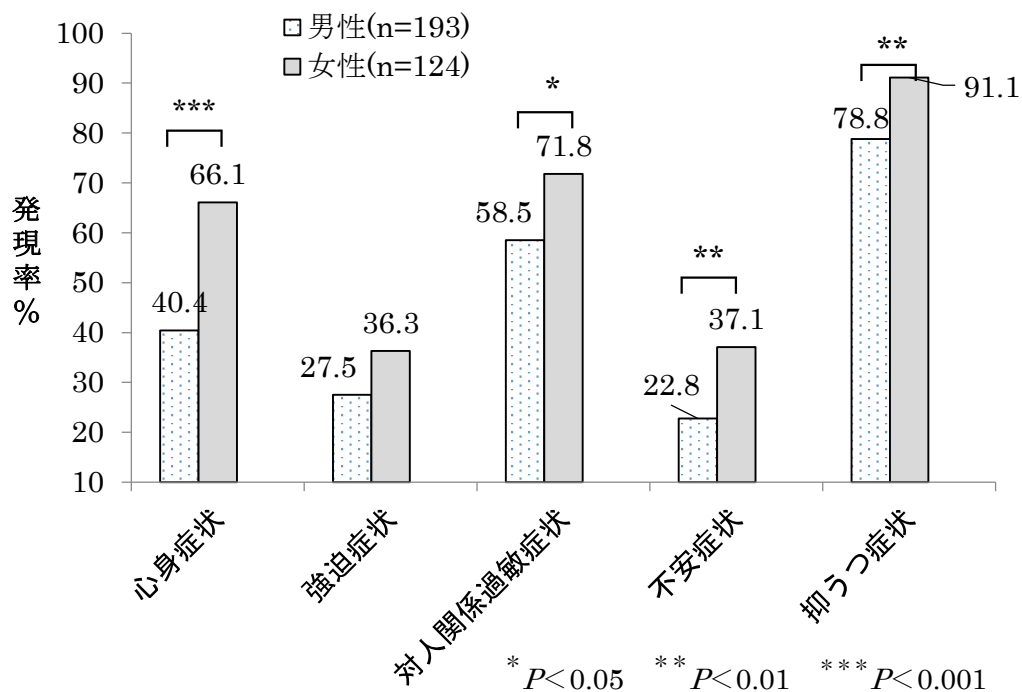


Fig. 1-6 精神的ストレス反応発現率の男女差 (n=317)

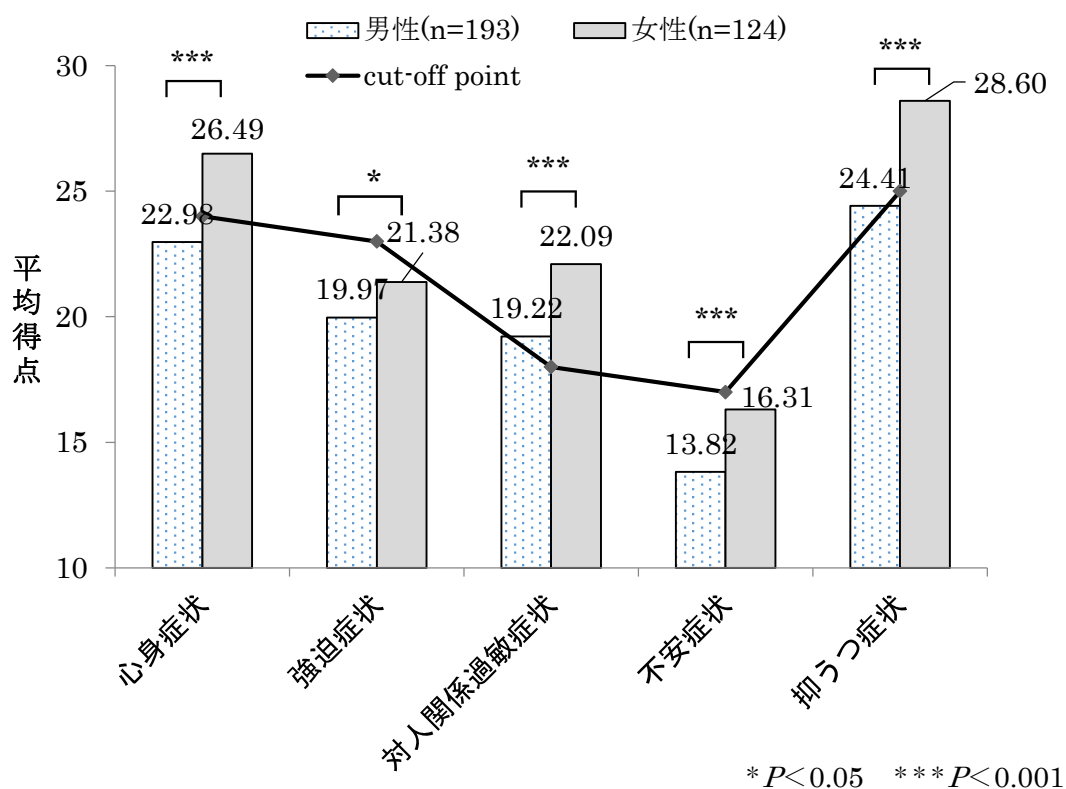


Fig. 1-7 精神的ストレス反応の男女差

(カットオフポイントを資料として追加) (n=317)

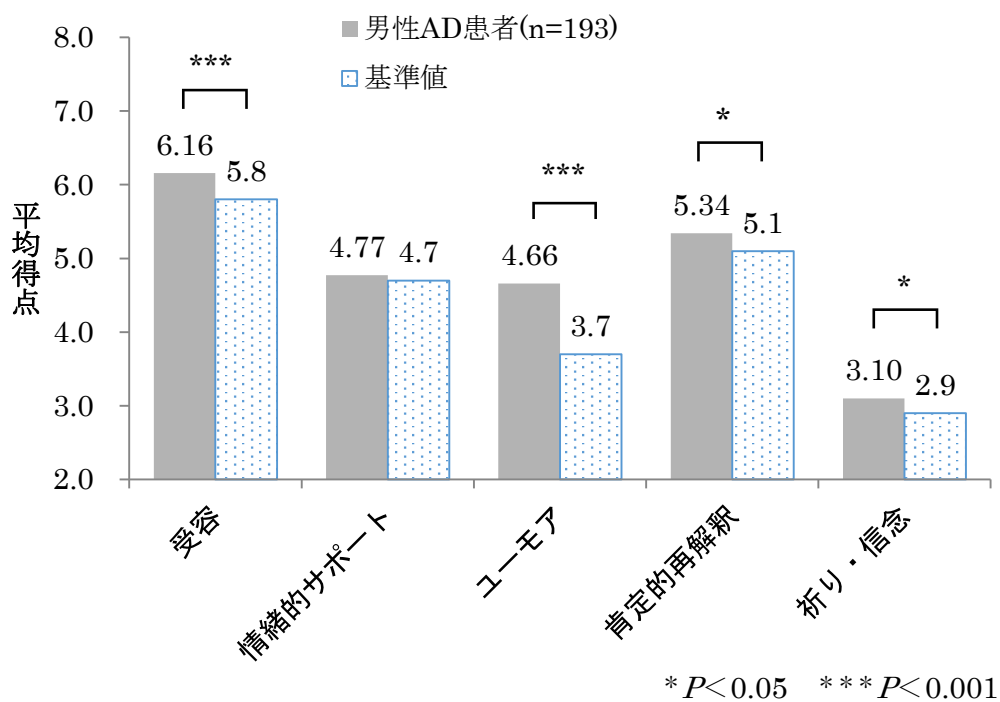


Fig. 1-8 男性アトピー性皮膚炎患者の情緒焦点型コーピング  
平均得点と基準値との比較 (n=193)

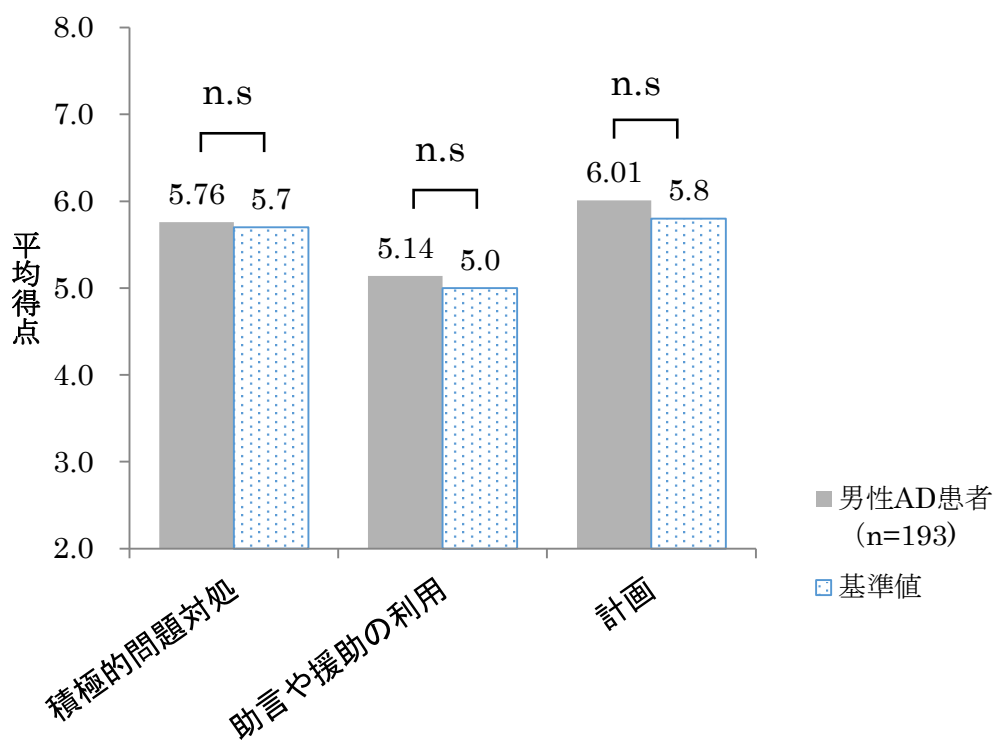


Fig. 1-9 男性アトピー性皮膚炎患者の問題焦点型コーピング  
平均得点と基準値との比較 (n=193)

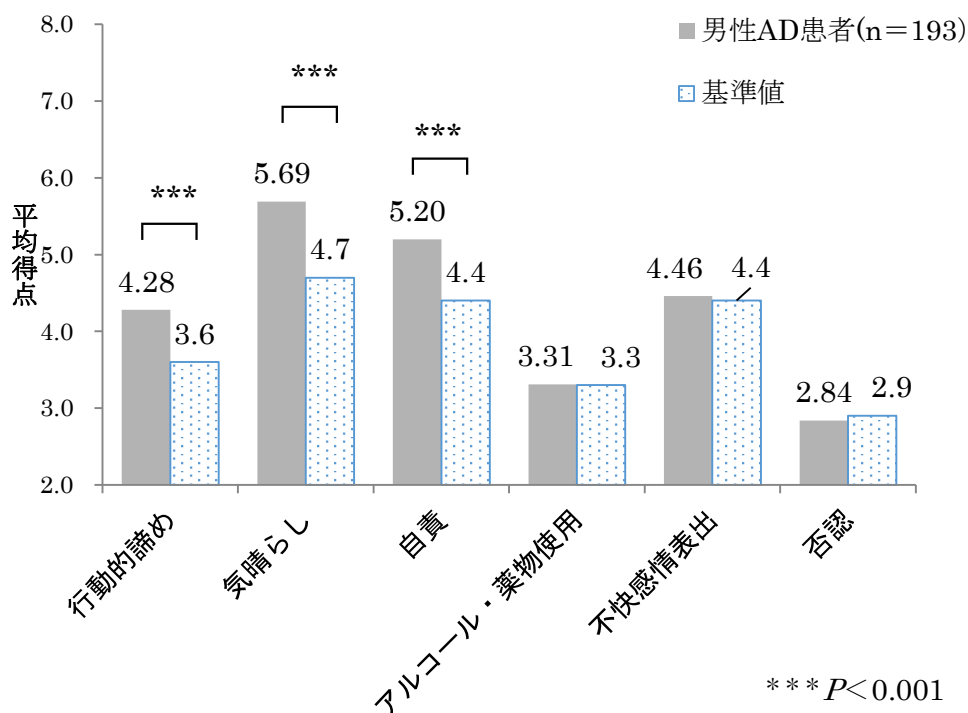


Fig. 1-10 男性アトピー性皮膚炎患者の不適切なコーピング  
平均得点と基準値との比較 (n=193)

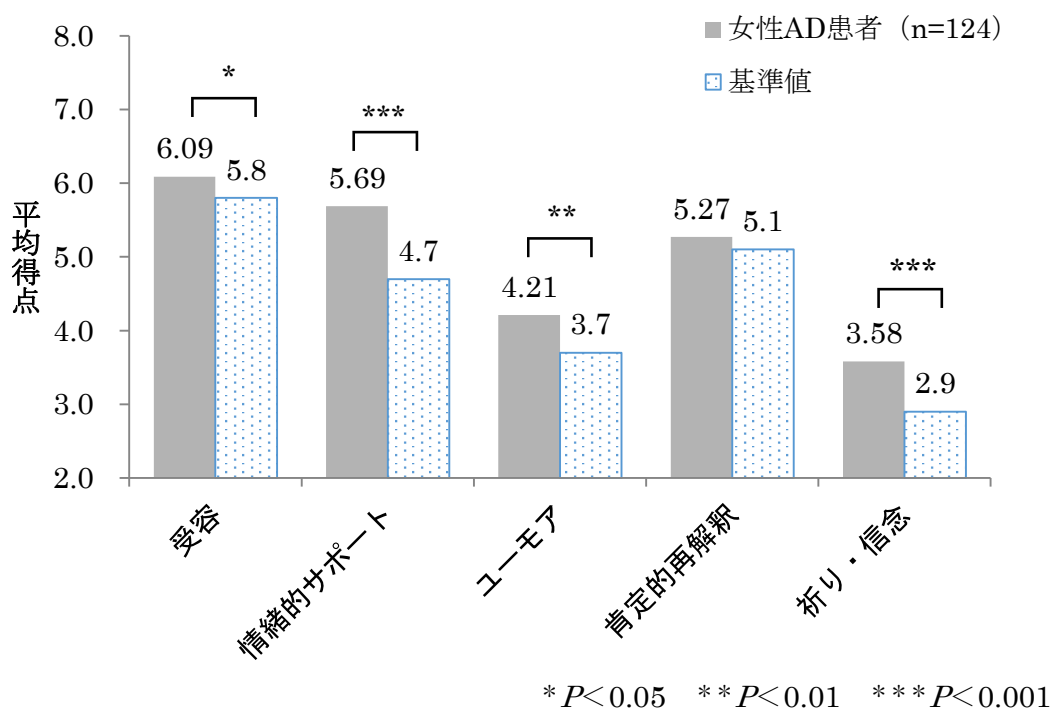


Fig. 1-11 女性アトピー性皮膚炎患者の情緒焦点型コーピング  
平均得点と基準値との比較 (n=124)

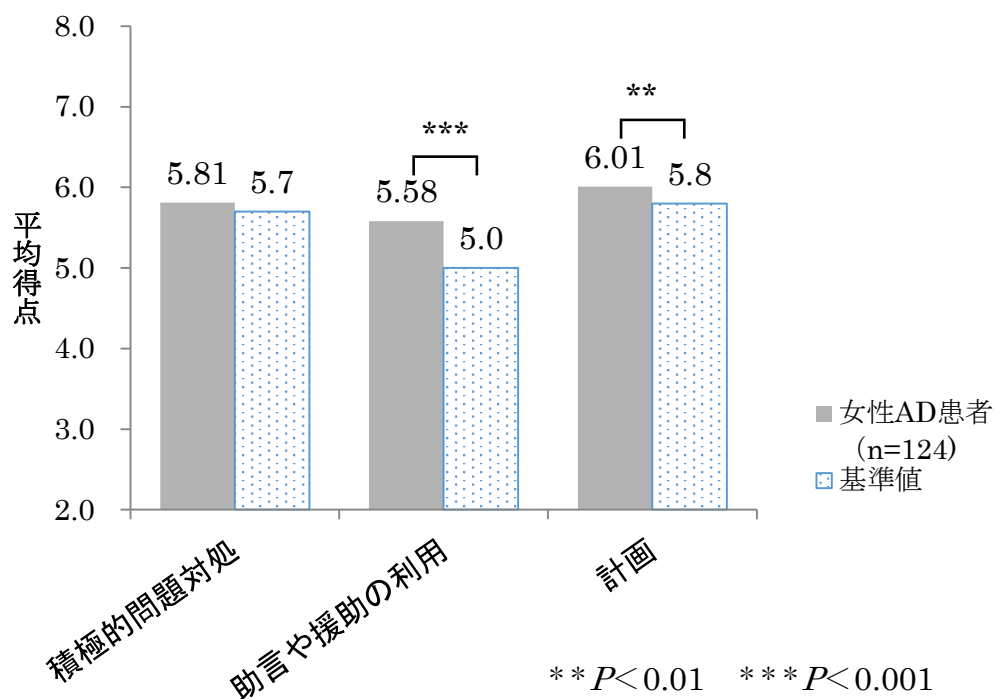


Fig. 1-12 女性アトピー性皮膚炎患者の問題焦点型コーピング  
平均得点と基準値との比較 (n=124)

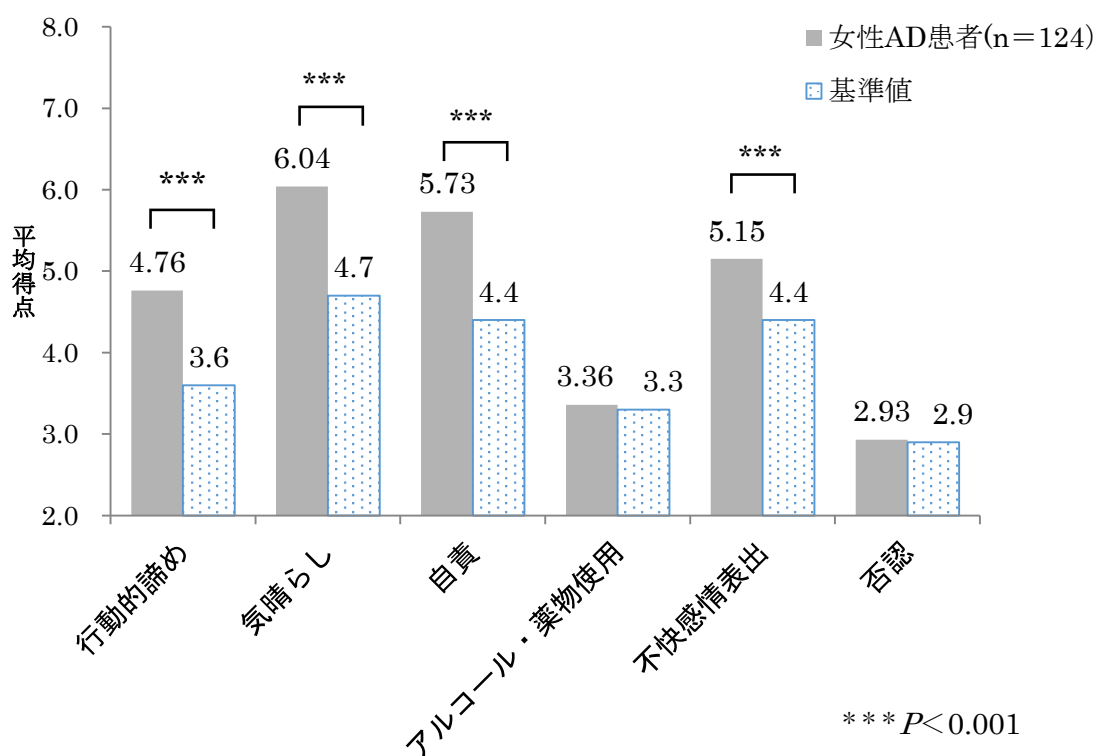


Fig. 1-13 女性アトピー性皮膚炎患者の不適切なコーピング  
平均得点と基準値との比較 (n=124)

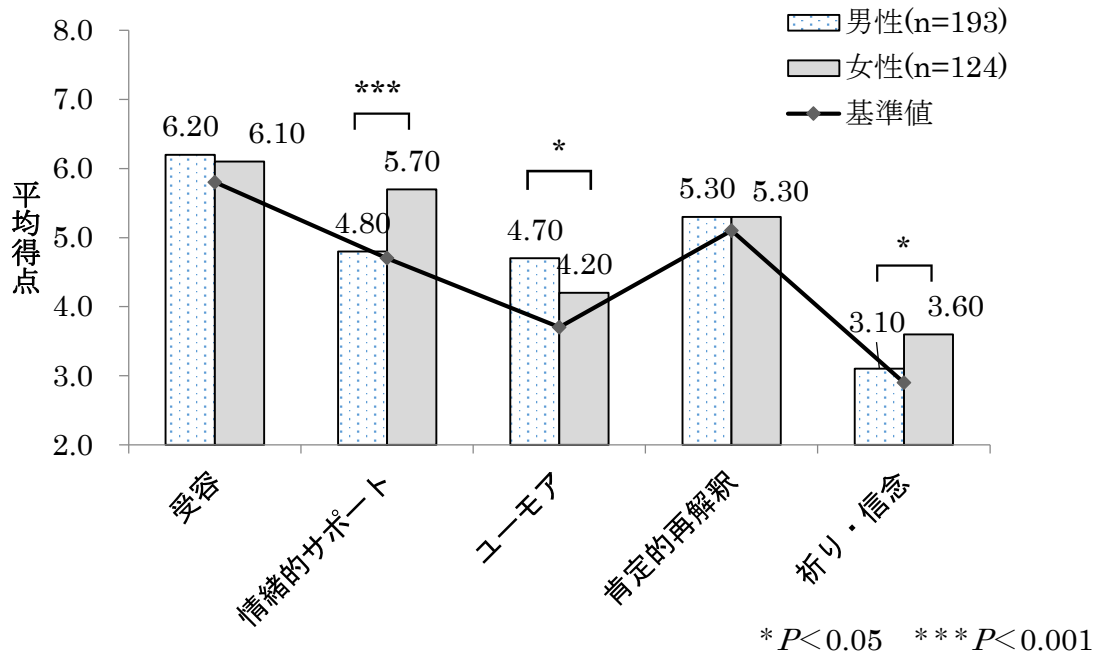


Fig. 1-14 情緒焦点型コーピングの男女による比較 (n=317)  
(基準値を資料として追加)

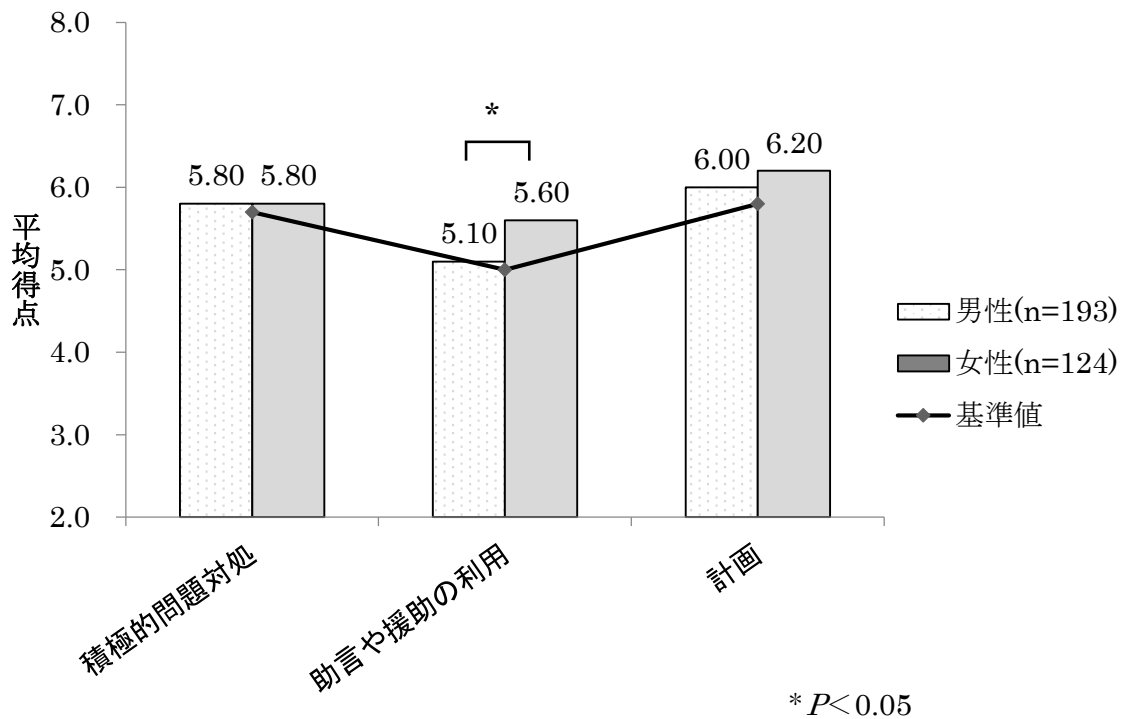


Fig. 1-15 問題焦点型コーピングの男女による比較 (n=317)  
(基準値を資料として追加)

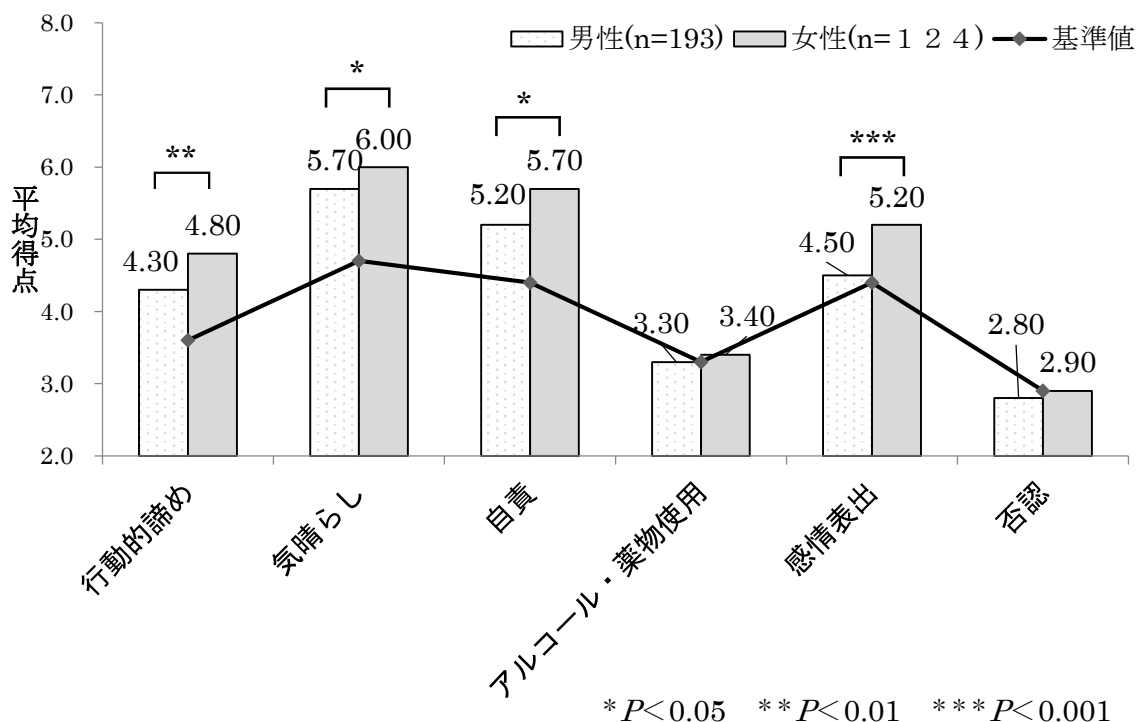


Fig. 1-16 不適切なコーピングの男女による比較 (n=317)

(基準値を資料として追加)

Table 1-2 男性の精神的ストレス反応に対する予防因子とリスク因子となるコーピング：重回帰分析 (n=193)

	予防因子のコーピング		リスク因子のコーピング		$R^2$
		B		B	
心身症状	助言や援助の利用	-0.22 **	自責	0.26 ***	0.20 ***
			行動的諦め	0.18 *	
			アルコール・薬物使用	0.14 *	
強迫症状	感情表出	-0.12 *	自責	0.57 ***	0.42 ***
			行動的諦め	0.28 ***	
			気晴らし	0.18 **	
対人関係過敏症状	助言や援助の利用	-0.34 ***	自責	0.40 ***	0.39 ***
			行動的諦め	0.30 ***	
			情緒的サポート	0.21 **	
			計画	0.14 *	
不安症状	助言や援助の利用	-0.25 **	自責	0.40 ***	0.41 ***
			行動的諦め	0.25 ***	
			祈り・信念	0.14 *	
			アルコールや薬物利用	0.12 *	
			情緒的サポート	0.15 ns	
抑うつ症状	助言や援助の利用	-0.22 ***	自責	0.49 ***	0.43 ***
			行動的諦め	0.21 ***	
			祈り・信念	0.14 *	

HSCL 下位尺度得点を従属変数, Brief COPE 下位尺度得点を独立変数としてステップワイズ法を用いて重回帰分析を行った。標準偏回帰係数  $\beta$  と重決定係数  $R^2$  で表記した。\*\*\*  $p < 0.001$  \*\*  $p < 0.01$  \*  $p < 0.05$

Table 1-3 女性の精神的ストレス反応に対する予防因子とリスク因子となる  
 コーピング：重回帰分析（n=124）

	予防因子のコーピング		リスク因子のコーピング		R <sup>2</sup>
		B		B	
心身症状			自責	0.36 ***	0.13 ***
強迫症状	受容	-0.17 *	自責	0.37 ***	0.26 ***
			行動的諒め	0.26 **	
対人関係過敏 症状	受容	-0.17 *	自責	0.48 ***	0.34 ***
	情緒的サポート	-0.16 *	行動的諒め	0.19 *	
不安症状			自責	0.51 ***	0.26 ***
抑うつ症状	情緒的サポート	-0.19 *	自責	0.51 ***	0.36 ***
			行動的諒め	0.22 **	

HSCL 下位尺度得点を従属変数, Brief COPE 下位尺度得点を独立変数としてステップワイズ法を用いて重回帰分析を行った。標準偏回帰係数  $\beta$  と重決定係数  $R^2$  で表記した。

\*\*\*  $p < .001$  \*\*  $p < .01$  \*  $p < .05$

Table 1-4 年代による問題対処型コーピングの平均得点の違い  
 : 分散分析（n=316）

下位尺度	10代 (n=51)	20代 (n=121)	30代 (n=80)	40代 (n=52)	50代 (n=8)	60代 (n=4)	F値	下位検定の結果
積極的問題対処	5.39 (1.70)	5.81 (1.31)	5.89 (1.27)	5.75 (1.42)	7.13 (1.13)	5.75 (2.63)	2.37*	10代<50代*
助言と援助の利用	5.06 (1.76)	5.44 (1.62)	5.53 (1.49)	5.00 (1.74)	5.13 (2.10)	5.25 (2.50)	1.04n.s	
計画	5.33 (1.49)	6.21 (1.34)	6.21 (1.26)	6.17 (1.48)	6.88 (1.25)	6.75 (1.50)	4.20**	10代<20代**、 30代**、40代*、 50代*
問題対処型	15.78 (3.58)	17.46 (2.98)	17.63 (2.89)	16.92 (3.47)	19.13 (4.09)	17.75 (6.50)	3.07*	10代<20代*、 30代*

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



Table 1-5 年代による不適切なコーピングの平均得点の違い  
: 分散分析 (n=316)

下位尺度	10代 (n=51)	20代 (n=121)	30代 (n=80)	40代 (n=52)	50代 (n=8)	60代 (n=4)	F値	下位検定 の結果
行動的諦め	4.88 (1.56)	4.45 (1.55)	4.30 (1.41)	4.56 (1.55)	3.88 (2.17)	3.50 (1.29)	1.54n.s	
気晴らし	5.88 (1.76)	6.07 (1.62)	5.76 (1.49)	5.56 (1.74)	4.88 (2.10)	4.75 (2.50)	2.31*	
自責	5.27 (1.88)	5.60 (1.81)	5.21 (1.67)	5.56 (1.78)	4.63 (1.51)	5.50 (1.00)	0.94n.s	
アルコール・ 薬物使用	2.35 (1.56)	3.12 (1.58)	3.56 (1.97)	4.10 (2.38)	3.75 (2.44)	3.25 (2.50)	3.78**	10代<40代** 20代<40代*
不快感情 表出	4.53 (1.63)	4.64 (1.56)	4.83 (1.52)	5.06 (1.47)	4.63 (1.30)	4.25 (0.96)	0.89n.s	
否認	3.08 (1.43)	2.82 (1.29)	2.75 (1.11)	2.83 (1.28)	2.50 (1.07)	3.25 (0.96)	0.66n.s	
不適切なコー ピング	26.29 (5.64)	26.69 (5.26)	26.41 (4.45)	27.65 (6.08)	24.25 (6.16)	24.50 (5.80)	0.91n.s	

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

カッコ内は標準偏差

Table. 1-6 高校生と成人のコーピングの違い  
平均得点と標準偏差 : t 検定 (n=316)

下位尺度	高校生 (n=37)	成人 (n=279)	t値
積極的問題対処	5.59 (1.79)	5.81 (1.36)	0.87n.s
助言と援助の利用	4.81 (1.81)	5.38 (1.63)	1.99*
計画	5.38 (1.57)	6.18 (1.35)	3.33**
問題対処型	15.78 (3.74)	17.38 (3.17)	2.81**

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

カッコ内は標準偏差

## 資料 1-1

## 質問紙：日本語版 Hopkins Symptom Checklist (HSCL)

以下の質問を注意深くお読みになって、今日も含めて、ここ1週間で感じたことを、4段階でお答え下さい。

1:全くない 2:たまにある 3:時々ある 4:よくある

1. 頭が重く、痛い ( ) S	30. いろんなことに興味がなくなった ( ) Y
2. 気持ちが落ち着かず、不安定である ( ) F	31. 恐ろしいと感じる ( ) F
3. 不快な考えが頭から離れない ( ) K	32. 些細なことでも傷ついてしまう ( ) T
4. ふらふらし、めまいがする ( ) S	33. 人に指示してもらわないと行動できない ( ) Y
5. 異性に対して興味がなくなった ( ) Y	34. 誤解され、理解してもらえないと感じる ( ) T
6. 他人に対して批判的である ( ) T	35. 人は自分に不親切で、嫌っていると思う ( ) T
7. 興奮して話しがうまくできない ( ) T	36. 間違いがないか確かめるのに、 時間がかかる ( ) K
8. 物事を記憶するのが困難である ( ) K	37. 心臓の鼓動を激しく感じる ( ) F
9. 不注意やだらしなしいことについて悩む ( ) K	38. 劣等感に悩む ( ) T
10. すぐにいらいらし不快を感じる ( ) T	39. 筋肉が痛む ( ) S
11. 胸や心臓に痛みを感じる ( ) S	40. 寝付かれなかったり、 夜中に目が覚めたりする ( ) Y
12. 気力がなく、元気がない ( ) S	41. 間違いがないか何回も確かめる ( ) K
13. 死ぬことを考えている ( ) Y	42. なかなか決断ができない ( ) K
14. 汗を多くかく ( ) S	43. 一人になりたいと思う ( ) T
15. ちょっとしたことにもびくびくする ( ) F	44. 息苦しくなる ( ) S
16. 困ってどうしたらよいか分からなくなる ( ) F	45. 発作を起こす ( ) S
17. 食欲がない ( ) Y	46. 不安を感じ、ある場所や行動を避ける ( ) F
18. すぐに涙が出る ( ) Y	47. ぼんやりしていることがある ( ) K
19. 異性といると落ち着かず、避けてしまう ( ) T	48. 身体の一部がひりひりしたり、 無感覚になったりする ( ) S
20. わなにはめられて、 身動きがとれない感じ ( ) Y	49. のどがつまる ( ) S
21. 理由もなくおびえる ( ) F	50. 将来に希望が持てない ( ) Y
22. 怒りの爆発をコントロールできない ( ) T	51. 物事に集中できない ( ) K
23. よく便秘する ( ) S	52. 身体に具合の悪いところがある ( ) S
24. 自分を責めることが多い ( ) Y	53. 緊張し、神経過敏になる ( ) F
25. 腰が痛い ( ) S	54. 手足が重く感じる ( ) S
26. 目的を達成することに困難を感じる ( ) K	
27. 孤独を感じる ( ) Y	
28. 憂うつである ( ) Y	
29. 心配でよくよする ( ) Y	

## 資料 1-2

## 質問紙：日本語版 Brief COPE

困った出来事やいやな出来事を体験したときに、あなた自身が普段どのように感じたり、対応してきたか、4段階で回答してください。

1：全くそうしない 2：あまりそうしない 3：時々そうする 4：よくそうする

コーピング項目	
・ そのことから気をそらすために、仕事や別の活動に取りかかる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 自分が置かれている状況について何かをすることに集中する	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 「これは現実ではない」と自分に言い聞かせる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 気持ちをよくするためにお酒や薬を飲む	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 誰からか精神的な支えを得る	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ それに取り組もうとすることをあきらめる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 状況をよくしようと対応策を取ってきた	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ それが起こったことを信じない	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 口に出して不快な気持ちから逃れようとする	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 誰かから援助やアドバイスを得る	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ それを乗り越えるためにお酒や薬を飲む	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 物事をもっとポジティブに捉えるために、別の視点から見ようとする	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 自分自身を批判する	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 何をすべきかという対処法を見つけ出そうとする	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 誰かから励ましや理解を得る	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ それに対応しようとするのをあきらめる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 起きていることの良いところを探す	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 冗談にして笑いとばす	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ そのことについてあまり考えないようにするために、映画やテレビを見たり、本を読んだり、空想にふけったり、寝たり、買い物をしたりする	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ それが起こったという現実を受け入れる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ いやな気持ちを外にだす	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 宗教や自分の信念の中にやすらぎを求めようとする	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 何をすべきか誰かからアドバイスや援助を得ようとする	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ それを受け入れるようになる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ どんな対策を講じたらよいか真剣に考える	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 起こったことについて自分自身を責める	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ 祈ったり、黙想したりする	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
・ その状況をおもしろおかしくとらえる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4

## 第2章：(研究2) アトピー性皮膚炎症状にまつわるネガティブ体験とコーピングとの関連 -搔破行動と「自責」コーピングに焦点を置いて-

### 1. 問題と目的

医療機関で筆者が担当している教育入院プログラムにおいて、アトピー性皮膚炎（以下、ADと表記）患者のコーピングを測定しその結果をフィードバックしていくという内容が含まれている。そこで、「自責」コーピングを多用している患者が多いということに気が付いた。そして、研究1でも明らかになったように、「自責」は、AD患者の精神的ストレス反応「抑うつ症状」や「対人関係過敏症状」を高めるリスク因子のコーピングである。どうして、「自責」を使用する患者が多いのかを考えていくうちに、臨床現場で患者から「掻くなと小さい頃から注意され、掻く自分が悪いと思っていた」と“自責”することが多かった体験がよく語られていたことと結びついた。つまり、このような、掻くことに対する叱責というネガティブ体験とそのことに起因する自責が幼少時より繰り返された結果、自責という対処行動を獲得したのではないかと考えた。

ADは日本皮膚科学会の診断基準（古江ら、2009）の第一項にも掲げられているように強い搔痒を伴うことが症状の特徴である。搔痒は搔破行動を誘発し、搔破行動は皮膚症状の悪化をもたらし、さらにイライラや焦りなどの情動及び心理社会的負荷によって誘発され、搔破行動は激しくなっていく（小林、2000）。医療側は、これらは調節を欠いた習慣への執着と見なし、嗜癖的搔破行動と呼称して問題視している。搔破行動は湿疹病変の形成を促し、皮膚のバリアー機能を減弱させることによる皮膚症状の悪化を引き起こす（末廣、2003）ことから、医療側や家族からの指摘や叱責を引き起こし気味となる経緯がある。患者からは、「掻くなということは、刃物で刺されてもそのままにしてろというのと同じなんです」、「ただ掻くなというのではなくて、寄り添ってもらいたかった」など、搔破行動を叱責されたことが精神的に辛かったという声が多く聞かれる。

搔破行動への叱責が、患者に対して精神的にどのような影響を与えるのかを医療側は知っておくことが重要と考えた。そこで研究2として、掻くことに対する叱責体験が「自責」コーピングを招いたという仮説を検証することを主な目的とする。さらに、AD症状にまつわるネガティブな体験が、患者の問題処理の認知・行動パターンにどのように影響しているかを明らかにする。

まず、臨床現場でAD患者からよく聞かれるネガティブ体験を測定する尺度を作成し、「自責」に関わる要因の探索を行う。この研究で得られた知見によって、医療従事者や家族のAD患者への関わり方を提案できると考えた。

### 2. 方法

### 1) 対象

2014年1月から2015年7月までにA医療センターにおけるAD教育入院プログラムに参加した重症AD患者81名(15~63歳,平均年齢29.49歳, $SD=10.62$ )を分析した。男性は,59名(15~63歳,平均年齢29.12歳, $SD=10.95$ )。女性は,22名(18~52歳,平均年齢30.50歳, $SD=9.86$ )。心療内科および精神科で治療中の患者は分析から除外した。AD教育入院プログラムの期間は2週間であり,参加した患者はA医療センターの主治医より早急に入院治療が必要であると判断されたり,他の医療機関より慢性難治化のためにA医療センターに紹介されてきた重症AD患者である。

参加者の重症度分類について第1章の研究1と同じである。

### 2) 手続

AD症状に起因する患者のネガティブな体験を測定する尺度を作成した。まず,臨床現場でAD患者からよく聞かれるネガティブ体験を書き出し,皮膚科の責任者である医師1名とで項目を選出した。患者に負担がかからないように項目数を抑えるために8項目に絞った。本尺度は「ネガティブ体験」尺度と命名した。回答は,「なかった」,「たまにあった」,「時々あった」,「よくあった」の4件法で求めた。得点が高いほど,それぞれのネガティブな出来事を多く体験していることを示すように,各項目の回答に1から4の数値を割り当てた。また,総合得点を「ネガティブ体験」得点とした(質問紙は資料2-1参照)。

研究1と同じく,寛解導入を兼ねた教育入院プログラムのストレスマネジメントに参加するAD患者に,入院時,入院担当事務員が質問紙を渡し,自己記入後返還してくれるように依頼した。

### 3) 倫理的配慮

第1章の研究1と同じである。

## 3. 結果

### 1) ネガティブ体験尺度の因子分析

より詳細に分析をするために,ネガティブ体験尺度において,因子分析をして下位尺度を作成することにした。そこで,ネガティブ体験尺度8項目に対して主因子法による因子分析を行った。固有値や累積率で50%を超えることなどを考慮したうえで,因子数は3因子か4因子構造が妥当と考えた。再度,3因子を仮定した場合と4因子を仮定した場合の主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。その結果,因子抽出後の共通性の値,累積寄与率,また因子の解釈がより明確であるなどから4因子構造とした(Table 2-1)。

4 因子の場合の累積寄与率は 67.28%であった。F7 と F8 の因子負荷量がそれぞれ 0.32 と 0.33 であり 0.35 未満であったが、0.35 に近い値であり分析に必要な項目であるために削除しないことにした。

## 2) 因子名

各因子は以下のように解釈された。第 1 因子は「家族に症状で迷惑をかけているように思った」「アトピー性皮膚炎皮膚炎悪化のために予定をとりやめた」など家族や友人といった対人関係にまつわるネガティブな体験の内容を示す項目が高い正の負荷量を示していた。そこで「対人関係ネガティブ体験」因子と命名した。第 2 因子は「アトピー性皮膚炎の湿疹をかいて、かくなと叱られたり、注意された」「湿疹をかいて注意された時、かく自分が悪いと思った」というアトピー性皮膚炎の特徴である痒みにまつわるネガティブな体験の内容を示す項目が高い正の負荷量を示していた。そこで「痒みネガティブ体験」因子と命名した。第 3 因子は「家族や友人がアトピー性皮膚炎の辛さをわかってくれたと思った」(逆転項目)と家族や友人らの AD という疾患への無理解さにまつわるネガティブな体験の内容を示す項目が高い正の負荷量を示していた。そこで「疾患無理解ネガティブ体験」因子と命名した。第 4 因子は「過去の医療機関で医師の言われたとおりに治療しているのに良くならなかった」「症状で困ったことがあれば医療者になんでも相談できた」(逆転項目)と治療や医療者との関係でのネガティブな体験の内容を示す項目が高い正の負荷量を示していた。そこで「医療ネガティブ体験」因子と命名した。この因子分析結果に基づき、下位尺度得点をそれぞれ算出し分析に用いた。

## 3) ネガティブ体験と精神的ストレス反応との関連

ネガティブ体験と精神的ストレス反応の相関関係 (Table 2-2) は、「対人関係ネガティブ体験」と「心身症状」( $r = .34, p < .01$ )、「強迫症状」( $r = .39, p < .001$ )、「対人関係過敏症状」( $r = .40, p < .001$ )、「不安症状」( $r = .35, p < .01$ )、「抑うつ症状」

( $r = .45, p < .001$ ) が有意な正の相関を示した。「痒みネガティブ体験」と「強迫症状」( $r = .27, p < .05$ )、「不安症状」( $r = .23, p < .05$ )、「抑うつ症状」( $r = .31, p < .01$ ) が有意な正の相関を示した。

「疾患無理解ネガティブ体験」や「医療ネガティブ体験」は有意な相関は見られなかった。

## 4) ネガティブ体験とコーピングの関連

ネガティブ体験とコーピングの相関関係は (Table 2-3)、「対人関係ネガティブ体験」とコーピングとの相関関係は認められなかった。「痒みネガティブ体験」と「気晴らし」( $r = .22, p < .05$ )、「自責」( $r = .39, p < .001$ ) に正の有意な相関が示された。「疾患無理

解のネガティブ体験」と「行動的諦め」( $r = -.42, p < .001$ ) , 「気晴らし」

( $r = -.35, p < .01$ ) , 「不快感情表出」( $r = -.29, p < .05$ ) に負の有意な相関が認められた。「医療ネガティブ体験」は有意な相関は見られなかった。

ネガティブ体験の差によるコーピングとの関連を検討するために、ネガティブ体験得点の平均値 (22.38) で高群 (23 点以上 : 42 名) と低群 (22 点以下 : 39 名) に分類し、ネガティブ体験の高群と低群によるコーピングの下位尺度得点の違いを  $t$  検定によって検討した。その結果、適切なコーピングについては有意な違いは認められなかったが、不適切なコーピングである「自責」( $t(79) = -2.87, p < 0.01$ ) について、低群よりも高群の方が有意に高い得点を示した (Fig. 2-2)。

#### 5) 「自責」とネガティブ体験との関連

ネガティブ体験得点の高群は「自責」コーピングが有意に高いことが明らかになったので、次にどのようなネガティブ体験が強く影響しているかを明らかにするために重回帰分析を行った。「自責」得点を従属変数に、ネガティブ体験の 4 下位尺度得点を独立変数にとりステップワイズ法を用いた。重回帰分析の前に、相関の強いものどうしの独立変数が存在しないように、相関関係を調べたが、独立変数においては有意な相関は認められなかったため、ネガティブ体験の 4 下位尺度得点を投入した。

結果は、ネガティブ体験のうち「痒みのネガティブ体験」のみが「自責」に対し有意な正の影響を示した ( $\beta = 0.39, p < 0.001$ )。寄与率は 15% (決定係数  $R^2 = 0.15$ ) が示された。

#### 6) 搔破行動への叱責体験

ネガティブ体験尺度の項目 1 の「アトピー性皮膚炎の湿疹をかいて、かくなると叱られたり、注意された」における結果を述べる。まず、搔破行動の叱責体験の割合を Fig. 2-1 に示した。「よくあった」が全体の 49.4% (81 名中、40 名) 占めた。 $\chi^2$  検定を行ったところ、有意な人数比率の差異が認められた ( $\chi^2 = 41.12, d. f. = 3, p < 0.001$ )。

誰からの叱責が多いと感じられていたのかについての質問を、医療者から、家族から、周りの人たちからの 3 つに回答を求めた。その結果、医療者と家族など複数に体験があったという回答や家族からなど単独での回答も得られた。家族からの叱責体験が一番多く、「よくあった」が全体の 46.9% (81 名中、38 名) 占めた。 $\chi^2$  検定を行ったところ、有意な人数比率の差異が認められた ( $\chi^2 = 31.44, d. f. = 3, p < 0.001$ )。医療者からの叱責体験は、「よくあった」が全体の 13.6% (81 名中、11 名) 占めた。 $\chi^2$  検定を行ったところ、有意な人数比率の差異が認められた ( $\chi^2 = 58.70, d. f. = 3, p < 0.001$ )。周りの人からの叱責体験は、「よくあった」が全体の 19.8% (81 名中、16 名) 占めた。 $\chi^2$  検定を行ったところ、

る,有意な人数比率の差異が認められた ( $\chi^2=11.20, d.f.=3, p<0.05$ )。

患者の約半数が「アトピー性皮膚炎の湿疹をかいて,かくなと叱られたり注意された」体験があり,その中でも家族からの叱責が多いということが明らかになった。本来なら,最大の理解者になるはずの家族からの叱責体験は,患者に大きな影響を与えたと考えられる。

#### 4. 考察

「対人関係に関わるネガティブ体験」「痒みに関するネガティブ体験」「周りの疾患無理解からくるネガティブ体験」「医療機関でのネガティブ体験」のうち,「自責」に影響を与えている要因は何かという調査において,重症AD患者81名における重回帰分析の結果,「痒みに関するネガティブ体験」が「自責」の対処法を導きやすいことが検証された。これは,臨床現場での印象が実証されたといえる。

そして,「アトピー性皮膚炎の湿疹をかいて,かくなと叱られたり,注意された」など,搔破行動を自己責任として叱責されたネガティブな体験は,抑うつ症状をはじめとした精神的ストレス反応と関連があることも明らかになった。「自責」以外にも「気晴らし」といったコーピングと関係があることが明らかになった。奥野ら(2000)は,搔破行動を自分でコントロールできないという自責感や,傷ついた患部を見ることによる後悔から不安や抑うつを引き起こすことを指摘しており,本研究と同じ結果を示唆している。症状を軽減する以外,AD症状の痒みを取り除く治療薬はまだ開発されていない。搔痒及び搔破行動を抑制するため補助的に薬物治療が行われているが,それだけでは搔破行動は抑止できない現状がある(江畑,2001)。AD症状の搔痒感は,眠ることができなくなったり,睡眠中に激しく搔くという程強いもので,自分ではどうしようもできないために気晴らしや搔く自分が悪いと自分を責めるというパターンを獲得したのではないかと考えられた。

よって,個人の努力では制止できない搔くという行為を自己責任として叱責された体験は,我慢できない自分が悪いという「自責」のパターンを獲得したり,精神的ストレス反応として抑うつのようになることが示唆されたといえよう。

Bandura(1977)の社会的学習理論において,ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信を自己効力感と呼び,特に“そのような行動を行うとどういう結果になるか”という評価を結果予期,“自分に対処することができるか”という評価を効力予期と呼んでいる。個人がこの効力感をどの程度身につけているのかを知覚することが,個人の行動の変容を予測し,情動的な反応を抑制する重要な要因の1つとなることが明らかにされている(坂野ら,1988)。自己効力感とは反対に,ある状況下で不快な体験をし,何をしてもその状況を変えることができないことが続くと,諦めのよ



うな感覚が生じ、自発的行動すら起こせなくなるという学習性無力感（セリグマンによって提唱され、失敗に直面して統制不能を感じた時に解釈（失敗が自分の能力のせい、今後も続くかもしれない、いつでも失敗するなど）が行われ、解釈の仕方によって無力感が生じ、その度合いも変わってくると考えられている（Abramson et al, 1978）。重症AD患者の場合、搔破行動を抑制できなかったという体験が繰り返されるため、自己効力感が低下し、さらに、学習性無力感をもちやすいのではと考えられた。

これらから、医療側の患者指導やさらに家族への助言の際、搔破行動に対する患者への言動には注意しなければならないことは明らかである。AD治療においては、皮膚を搔破することは、皮膚のバリアを傷つけ症状悪化に結びつく行動であるが、我慢できる搔痒感の範囲を超えているということを通感認識することや、痒みは治療すべきものであるという考え方を徹底する必要があるだろう。

他の「ネガティブ体験」下位尺度と関係する精神的ストレス反応やコーピングについて見てみると、「家族に症状で迷惑をかけているように思った」など対人関係にまつわるネガティブな体験は、精神的ストレス反応と関係があることが明らかになった。一方コーピングとの関係は認められなかった。そして、「家族や友人がADの辛さをわかってくれたと思った」（逆転項目）などADに対する無理解にまつわる体験は、直接的に精神的ストレス反応との関連は認められなかったが、自分で自分を守るしかないという考えに至ったり、一人で問題を解決をするという対処行動と関係していることが明らかになった。医療によるネガティブ体験はストレス反応やコーピングと有意な相関は見られなかったことから、AD患者にとっては、痒みに対する叱責や周りの人たちからの無理解さや家族への気兼ねなどが、大きな精神的苦痛となっていることが示唆された。

以上のことから、臨床現場で配慮すべき点が明らかになったと考えられる。まず1点目は、医療者や家族に対して、搔破行動への叱責は、自責傾向をうえつけ、抑うつ症状など生じさせやすい危険性をもつことを周知させることである。2点目は、AD症状の特徴とAD症状にまつわる特有の感情負担についての理解に関する啓発活動、家族への教育プログラム導入、特に小児期の保護者への導入が重要であると考えた。

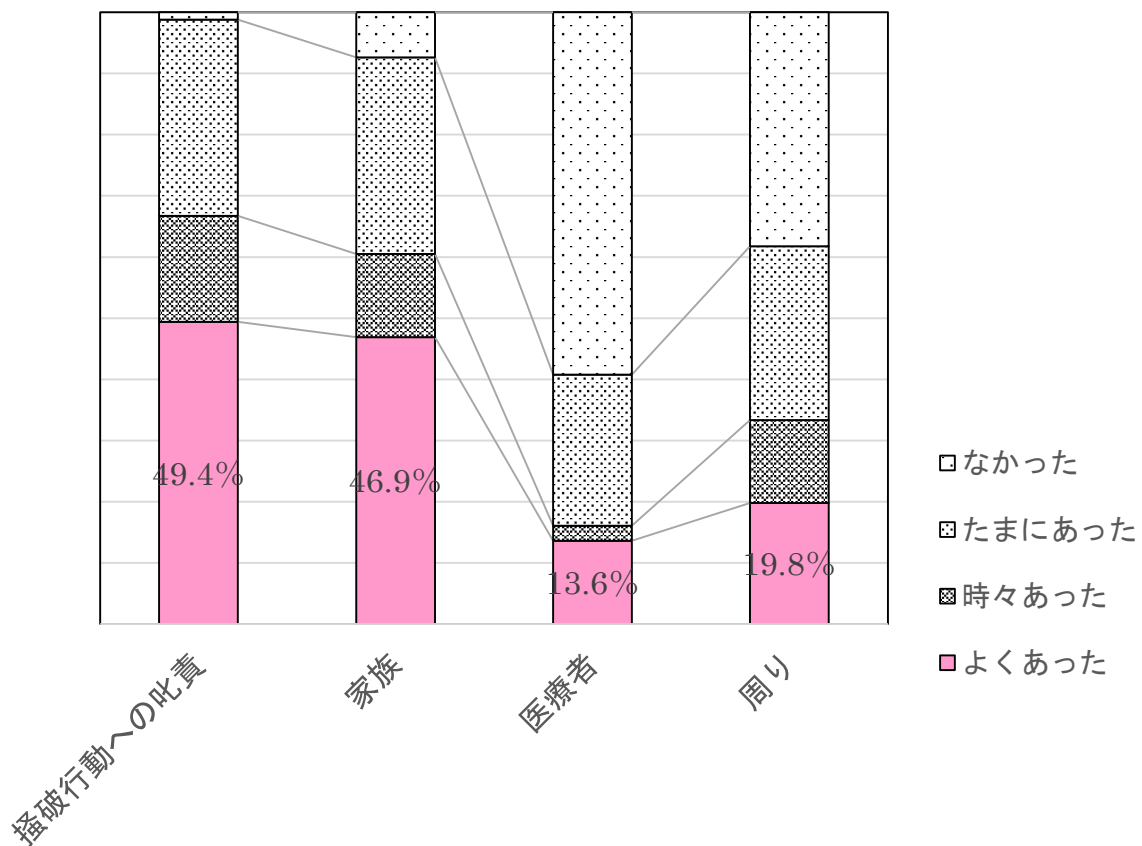


Fig. 2-1 搔破行動への叱責 (n=81)

Table 2-1 ネガティブ体験尺度の因子分析 (n=81)

項目	因子負荷量			
	I	II	III	IV
<b>I . 対人関係ネガティブ体験</b>				
6. 家族に症状で迷惑をかけているように思った	.97	.07	-.03	-.18
3. アトピー性皮膚炎悪化のために予定をとりやめた	.48	-.11	.12	.40
7. 友人や職場の人などにアトピー性皮膚炎だと気づかれるのが嫌だと思った	.32	.03	-.10	.11
<b>II . 痒みネガティブ体験</b>				
1. アトピー性皮膚炎の湿疹をかいて、かくなと叱られたり、注意された	-.01	.67	.14	-.03
2. 湿疹をかいて注意された時、かく自分が悪いと思った	.09	.48	-.12	.16
<b>III . 疾患無理解ネガティブ体験</b>				
4. 家族や友人がアトピー性皮膚炎の辛さをわかってくれたと思った (逆転項目)	-.06	.02	.77	.02
<b>IV . 医療ネガティブ体験</b>				
5. 過去の医療機関で医師の言われたとおりに治療しているのに良くならなかった	-.06	.12	-.10	.53
8. 症状で困ったことがあれば医療者に何でも相談できた (逆転項目)	.01	.01	.11	.33
	因子相関行列			
	I	II	III	IV
I	-	.26	-.04	.20
II		-	.19	-.18
III			-	-.03
IV				-

Table 2-2 ネガティブ体験と精神的ストレス反応の相関関係と記述統計量 (n=81)

	対人関係 ネガティブ 体験	痛みネガ ティブ体験	疾患無理解 ネガティブ 体験	医療ネガ ティブ体験	ネガティブ 体験	心身症状	強迫症状	対人関係 過敏症状	不安症状	抑うつ 症状
対人関係 ネガティブ体験	—	.18	-.08	.18	.75 **	.34 **	.39 **	.40 **	.35 **	.45 **
痛み ネガティブ体験	—	—	.09	.05	.59 **	.15	.27 *	.17	.23 *	.31 **
疾患無理解 ネガティブ体験	—	—	—	.02	.27 *	.04	-.05	-.03	-.13	.02
医療 ネガティブ体験	—	—	—	—	.54 **	.12	.05	.18	.08	.09
ネガティブ体験	—	—	—	—	—	.33 **	.37 **	.38 **	.32 **	.45 **
心身症	—	—	—	—	—	—	.64 **	.59 **	.67 **	.69 **
強迫	—	—	—	—	—	—	—	.75 **	.79 **	.77 **
対人過敏	—	—	—	—	—	—	—	—	.70 **	.74 **
不安	—	—	—	—	—	—	—	—	—	.77 **
抑うつ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
平均値	8.89	5.72	2.56	5.22	22.38	22.54	18.62	18.19	13.32	23.49
標準偏差	2.41	1.68	1.03	1.57	3.91	6.66	6.46	6.3	5.48	8.12

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

Table 2-3 ネガティブ体験と不適切なコーピングの相関関係と記述統計量  
(n=81)

	対人関係 ネガティブ体験	痒みネガティブ 体験	無理解ネガ ティブ体験	医療ネガティブ 体験	ネガティブ 体験	行動的ゆき らめ	気晴らし	自責	アルコール 薬物利用	不快感情表 出	否認	不適切な コーピング
対人関係 ネガティブ体験	—	.18	-.08	.18	.75 **	.09	.00	.21	.12	-.05	.05	.13
痒み ネガティブ体験		—	.09	.05	.59 **	.18	.22 *	.39 **	.12	-.08	.05	.28 *
無理解 ネガティブ体験			—	.02	.27 *	-.42 **	-.35 **	-.13	.16	-.29 **	-.16	-.36 **
医療 ネガティブ体験				—	.54 **	-.07	-.10	.03	.00	-.02	.08	-.03
ネガティブ体験					—	.00	-.04	.28 *	.17	-.15	.05	.10
行動的ゆき らめ						—	.48 **	.25 *	-.01	.34 **	.29 **	.70 **
気晴らし							—	.22 *	-.07	.20	.15	.61 **
自責								—	.14	.23 *	.14	.63 **
アルコール、薬物 利用									—	-.18	.13	.29 **
不快感情表 出										—	.32 **	.57 **
否認											—	.54 **
不適切な コーピング												—
平均値	8.89	5.72	2.56	5.22	22.38	4.47	5.40	5.20	2.84	4.65	2.89	25.44
標準値	2.41	1.68	1.03	1.57	3.91	1.55	1.61	1.76	1.54	1.59	1.14	5.14

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

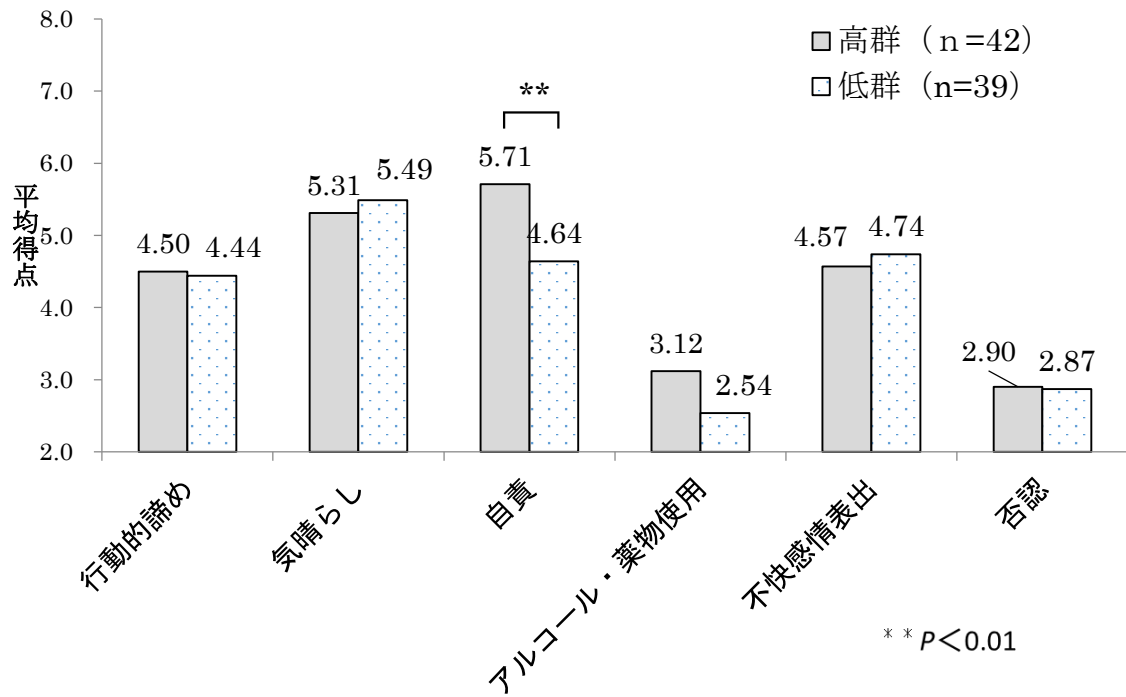


Fig. 2-2 不適切なコーピングの「ネガティブ体験」高群と低群による比較  
(n=81)

## 資料 2-1

## アンケート

皆様のご意見を、アトピー性皮膚炎に対する医療側や家族を含めた周りの人たちの理解を深めるために役立てたいと考えております。

学会報告等の資料にもさせていただきますが、個人のプライバシーが発表されることは決してございません。

\*本アンケートにご協力いただけなくても、当医療センターにおける治療に一切不利益がこうむることはございません。

1	2	3	4
全くない	たまにあった	時々あった	よくあった

下記のような体験が、どの程度あったか、**1~4**の番号を□の中に記入して下さい。

1. アトピー性皮膚炎の湿疹をかいて、かくなと叱られたり、注意された。 □

下記の□の中にも、該当する**1~4**の番号を記入してください。

医療者から     家族から     周りの人たちから

2. 湿疹をかいて注意された時、かく自分が悪いと思った。 □

3. アトピー性皮膚炎悪化のために予定をとりやめた。 □

4. 家族や友人がアトピー性皮膚炎の辛さをわかってくれたと思った。 □

5. 過去の医療機関で医師の言われたとおりに治療しているのに良くならなかった □

6. 家族に症状で迷惑をかけているように思った。 □

7. 友人や職場の人などにアトピー性皮膚炎だと気づかれるのが嫌だと思った。 □

8. 症状で困ったことがあれば医療者に何でも相談できた。 □

医療者や家族を含めた周りの人たちは、どのような対応の仕方がよいと思われますか？（例えば、かくことに対してや、皮膚の赤みなどの症状に対して）

ご意見をお聞かせ下さい。

( )

ご協力ありがとうございました。

### 第3章:(研究3) 心身症傾向のアトピー性皮膚炎患者のコーピング -アレキシサイミア(感情制御の障害)の影響-

#### 1. 問題と目的

ADは心身症の病態を考えることのできる疾患のひとつである。心身症とは、日本心身医学会の定義(1991)によれば「身体症状・身体疾患において、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的・機能的障害が認められる病態をいう。神経症やうつ病など他の精神障害にともなう身体症状は除外する」である。一般的に、心身症の病態を有する患者の場合は、通常の医学的治療だけではなかなか寛解に至りにくいことや様々な問題を抱えやすいことが報告され、心理学的アプローチも並行して導入する必要があるとされている。

心身症患者の特徴としてSifneos(1973)の臨床的観察から提唱されたアレキシサイミアという概念がある。SifneosはNemiahらとの共同研究(1976)により、①自らの感情への気づきや表現が困難である、②自分の置かれている状況や症状など事実関係については詳細に述べるが、それに伴う内的体験を表出しえない(自己の内面よりも外的な事実に関心が向かう)、③想像力に乏しい、④治療に必要な人間関係を発展させることが困難、というアレキシサイミアの状態像を示した。そして、Taylorら(1997)によって、自己の情動の認知処理能力の欠損であり、情動制御の障害と言われるようになってきている。その障害のため、他者の立場に自分を置き換えるといったことの困難さや他者と親密な関係を築くことの困難さという社会性の問題(Fitzgerald & Molyneux, 2004; Moriguchi et al, 2007)を生じさせることになる。このように、アレキシサイミアが様々な身体的・精神的疾患の危険因子になることが明らかになっており(Weiner & Fawzy, 1989)、中島(2013)は、アレキシサイミア傾向の高い喘息患者は、緊張する対人状況での不安や動揺が喚起する「個人的苦痛」が高いことを検証し、自身の嫌悪反応を減らすために他者との情動的接触を回避する可能性を示唆した。また、他者の視点から物事を認知する「視点取得」が低いことを検証し、他者の情動を理解するという関係志向的な能力が未熟なため、親密な対人関係が乏しくなる可能性を指摘している。他者との関係の築きにくさは、ストレスの効果的な対処法である他者からの助言や援助の利用の困難さにつながり、そのためストレスが軽減しにくいということが考えられる。

摂食障害の患者を対象とした研究は多く、アレキシサイミア傾向が高く、感情表出・発動性において抑制的(太刀川ら, 2005; 可知ら, 2006)で、抑うつ的(Groot et al, 1995)、対人不信、無能感、そして、空虚感や孤独感をコントロールすることの困難さ(Taylor, 1987)と関係していることが報告されている。摂食障害患者の治療には患者が自分の感情に触れるのを助ける必要があると強調されている(可知ら, 2006)。さらに、冠動脈性心疾患

(Kauhanen et al, 1994) , 糖尿病 (Fonagy & Moran, 1994) , 慢性疼痛 (Cox et al, 1994) など, 心身症の病態をとりやすい疾患を対象とした研究報告がなされている。また, 健常者を対象とした研究では, アレキシサイミックな人は, 問題焦点型のコーピングはあまり用いず, 逃避のコーピングをよく用いること (Parker et al., 1998) や情緒的支援ネットワークの認知が低いことからソーシャル・スキルの低さを引き起こしていること (Lumley et al, 1996<sup>b</sup>) が報告されている。情緒的支援ネットワークとは, ソーシャルサポートの1つであり, 患者が抱えた問題や悩みに対し, 家族あるいは家族以外の人から安心させる, 察するなどの情緒的な支援やつながりをさし, 本人が情緒支援ネットワークを認知しているか否かが重要視される。

AD患者を対象にした研究は少ないが, 原ら (1998) によって, AD患者はアレキシサイミア傾向が高く, 下位概念である「感情同定困難」, 「感情伝達困難」が高く, 「外的思考」は高くないということが報告され, さらに, 思春期・青年期のAD患者は怒りや欲求などの感情を抑え過剰な適応努力を払い続けるような不適切な対処行動をとる傾向がみられるが, その背景としてアレキシサイミア傾向があるのではと言及されている。さらに原ら (2006<sup>a</sup>) は, アレキシサイミア傾向が高い場合, 健常群よりストレス反応が強く, 主にアレキシサイミアの「感情同定困難」の影響が大きいことを検証している。ADにおいて, アレキシサイミア傾向がストレス反応を増幅させることは実証されたが, どのようなストレス反応を生じさせるかや, ストレスに対してどのような対処法をとっているかなど, AD患者に有効なストレスマネジメントに必要な基礎的知見はまだ明らかにされていない。

そこで, 研究3として, 心身症の病態をもつAD患者, つまりアレキシサイミックなAD患者は, ①ストレスに対してどのような精神的ストレス反応を生じがちになるのか, ②ストレスに対してどのようなコーピングを用いているのか, ③精神的ストレス反応を予防するコーピングはどのようなものか, の3点を明らかにして, 心理的介入への基礎的知見を得ることを目的とした。本調査ではAD患者のアレキシサイミアを測定し, カットオフポイント以上の得点を示した場合, アレキシサイミックであり, 心身症という病態をもっていると認定した。アレキシサイミアを測定する尺度であるTAS-20を用いてAD患者におけるアレキシサイミアの発現率とコーピングのスタイル, そして精神的ストレス反応への影響を検討する。

アレキシサイミックなAD患者のストレスに関する問題点を明らかにすることによって, 心身症の病態を取るAD患者への医療従事者の関わり方や, 心理教育プログラムにおける課題が提案できると考えた。

## 2. 方法

### 1) 対象



2011年8月から2014年12月までにA医療センターにおけるAD教育入院プログラムに参加した重症AD患者274名(13~74歳,平均年齢30.62歳, $SD=11.20$ )

)を分析した。男性は,170名(平均年齢28.99歳, $SD=10.64$ )。女性は,104名(平均年齢33.28歳, $SD=11.62$ )。心療内科および精神科で治療中の患者は分析から除外した。AD教育入院プログラムの期間は2週間であり,参加した患者はA医療センターの主治医より早急に入院治療が必要であると判断されたり,他の医療機関より慢性難治化のためにA医療センターに紹介されてきた重症AD患者である。

参加者の重症度分類については研究1と同様である。

本研究参加者は,Ⅰ.皮診の範囲において,体表面積36%以上で3点,Ⅱ.皮診の経過において,過去1年間症状継続の3点,Ⅲ.痒みの強さにおいて,スコア1とスコア2の間に2点,または,高度な痒み,いつも睡眠を妨げられるで3点,合計8以上の重症と診断されている。

## 2)手続き

教育入院プログラムのストレスマネジメントに参加するAD患者に入院時,入院担当事務員が質問紙を渡し,自己記入後返還してくれるように依頼する。質問紙は,ストレス反応としての心理症状とコーピング,アレキシサイミアを測定する尺度を用いている。1回目のストレスマネジメントのプログラム時に筆者が回収し,次回フィードバック用紙に結果を記入して返却し,ストレス反応としての精神的ストレス反応とコーピング,情動の制御について説明している。

## 3)調査内容—自己記入質問紙

### (1)精神的ストレス反応

ストレス反応として精神的ストレス反応を測定するために,研究1と同じ日本語版 Hopkins Symptom Checklist (以下,HSCL) (Nakano & Kitamura,2001)を用いた。

### (2)コーピング

ストレス対処法であるコーピングを測定するために,研究1と同じ日本語版 Brief COPE (大塚,2008)を用いた。

### (3) The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

アレキシサイミア傾向を測定する TAS-20 (Bagby et al,1994) の日本語版 TAS-20

(小牧ら,2003)を用いた(資料3-1)。感情を同定することの困難さを示す「感情同定困難」(7項目),感情を他者に伝えることの困難さを示す「感情伝達困難」(5項目),

自己の内面よりも外的な事実へ関心が向かう考え方を示す「外面性志向」(8項目)の3因子の20項目から構成されている。「まったくあてはまらない」から「非常にあてはまる」までの5件法で評価される。総得点は20~100点までの範囲で分布する。得点の高いほどアレキシサイミア傾向が強いととらえられる。各下位尺度に相当する項目の合計得点を算出し下位尺度得点とする。TAS-20の総得点において、カットオフポイントの61点以上はアレキシサイミア傾向があると示されている。

#### 4) 倫理的配慮

第1章の研究1と同じである。

### 3. 結果

#### 1) 重症AD患者におけるアレキシサイミアの存在率

重症AD患者274名(13~74歳,平均年齢30.62歳, $SD=11.20$ ,男性:170名,平均年齢28.99歳, $SD=10.64$ ,女性:104名,平均年齢33.28歳, $SD=11.62$ )のうち,アレキシサイミア傾向(TAS-20の合計得点がカットオフポイントである61点以上)の患者数は61名(16歳~49歳,平均年齢29.00歳, $SD=9.33$  男性:28名,平均年齢28.89歳, $SD=9.77$ ,女性:33名,平均年齢29.09歳, $SD=9.08$ )であり,患者総数の22.3%(61/274)を占めた。今後,これらの患者をアレキシサイミア群と呼び,TAS-20の総得点が61未満の患者をノンアレキシサイミア群と呼ぶことにする。

アレキシサイミア群(61名)のTAS-20の下位尺度の平均点は,「感情同定困難」は24.87点, $SD=4.54$ ,「感情伝達困難」は20.56点, $SD=2.38$ 点,「外面志向」は21.75点, $SD=3.80$ であった。ノンアレキシサイミア群(213名)のTAS-20の下位尺度の平均点は,「感情同定困難」が13.87点, $SD=5.13$ ,「感情伝達困難」は13.86点, $SD=3.89$ ,「外面志向」は19.01点, $SD=4.04$ であった。

アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群で,アレキシサイミアの3下位尺度に違いがあるかを検討するために $t$ 検定を行った。その結果,全ての下位尺度においてアレキシサイミア群の患者の平均点がノンアレキシサイミア群の患者より有意に高く示され(「感情同定困難」: $t(272)=-15.13, p<0.001$ ),「感情伝達困難」: $(t(160.70)=-16.55, p<0.001)$ ,「外面志向」: $(t(272)=-4.73, p<0.001)$ ),特に「感情同定困難」と「感情伝達困難」の平均値の差が大きく情動制御の問題が高いことが示唆された(Fig. 3-1)。

重症AD患者の約2割が,自身の情動認識や他者に自分の気持ちを伝えるのが困難という心身症の病態をもっていることが明らかになった。

#### 2) アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群による精神的ストレス反応の差を検

## 討

アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群で、精神的ストレス反応に違いがあるかを検討するために  $t$  検定を行った。

その結果、アレキシサイミア群の患者は全ての精神的ストレス反応において、ノンアレキシサイミア群の患者より有意に高い値を示した（心身症状 ( $t(272) = -4.61, p < 0.001$ )、強迫症状 ( $t(272) = -2.08, p < 0.001$ )、対人関係過敏症状 ( $t(315) = -4.05, p < 0.001$ )、不安症状 ( $t(272) = -3.98, p < 0.001$ )、抑うつ症状 ( $t(240.29) = -4.39, p < 0.001$ ) (Fig. 3-2)。

### 3) アレキシサイミア群の精神的ストレス反応の発現率

アレキシサイミア群の患者の精神的ストレス反応の発現率を確認するために、カットオフポイント以上の患者数を算出した。その結果、心身症状では、77.0% (47/61)、強迫症状では、73.8% (45/61)、対人関係過敏症状では、88.5% (54/61)、不安症状では、67.2% (41/61)、抑うつ症状では、80.3% (49/61) (Fig. 3)。(注：この数値は一人の患者が複数の精神的ストレス反応を有している場合も換算されている)

### 4) アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群によるコーピングの差を検討

アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群で、コーピングに違いがあるか検討するために、コーピングの下位尺度得点について  $t$  検定を行った。

その結果、情動焦点型コーピングにおいて、「祈り・信念」 ( $t(272) = -2.13, p < 0.05$ ) がアレキシサイミア群の方が有意に高い得点を示した (Fig. 3-4)。問題焦点型コーピングについては、アレキシサイミア群は有意に低い得点を示した ( $t(272) = 2.27, p < 0.05$ )。そして、問題焦点型コーピングの下位尺度のうち、「積極的問題対処」 ( $t(272) = 2.57, p < 0.05$ ) がアレキシサイミア群の方が有意に低い得点を示した (Fig. 3-5)。

不適切なコーピングについては、アレキシサイミア群が有意に高い得点を示した ( $t(272) = -5.46, p < 0.001$ )。そして、不適切なコーピングの下位尺度のうち、「行動的諦め」 ( $t(272) = -5.77, p < 0.001$ )、「気晴らし」 ( $t(272) = -2.48, p < 0.05$ )、「自責」 ( $t(272) = -6.02, p < 0.001$ )、「否認」 ( $t(82.38) = -3.54, p < 0.01$ ) がアレキシサイミア群の方が有意に高い得点を示した (Fig. 3-6)。

### 5) アレキシサイミア群の精神的ストレス反応の予防因子となるコーピングとリスク因子となるコーピングの検討

アレキシサイミア群の精神的ストレス反応に対する予防因子、そしてリスク因子となるコーピングを特定するために、精神的ストレス反応の下位尺度を目的変数、コーピングの下

位尺度を説明変数としてステップワイズ法を用いて重回帰分析を行った (Table 3-1)。

(1) 心身症状とコーピングとの関連

心身症状には、「否認」 ( $\beta = -0.23$ ,  $p < 0.05$ ) が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」 ( $\beta = 0.41$ ,  $p < 0.01$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2 = 0.22$ )。

(2) 強迫症状とコーピングとの関連

強迫症状には、「精神的サポート」 ( $\beta = -0.25$ ,  $p < 0.05$ ) が有意な負の影響を示し予防と考えられた。「自責」 ( $\beta = 0.63$ ,  $p < 0.001$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2 = 0.41$ )。

(3) 対人関係過敏症状とコーピングとの関連

対人関係過敏症状には、「助言や援助の利用」 ( $\beta = -0.25$ ,  $p < 0.05$ ) が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」 ( $\beta = 0.50$ ,  $p < 0.001$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2 = 0.31$ )。

(4) 不安症状とコーピングとの関連

不安症状には、「助言と援助の利用」 ( $\beta = -0.26$ ,  $p < 0.05$ ) が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」 ( $\beta = 0.52$ ,  $p < 0.001$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2 = 0.33$ )。

(5) 抑うつ症状とコーピングとの関連

抑うつ症状には、「助言や援助の利用」 ( $\beta = -0.23$ ,  $p < 0.05$ ) が有意な負の影響を示し予防因子と考えられた。「自責」 ( $\beta = 0.52$ ,  $p < 0.001$ ) が有意な正の影響を示しリスク因子と考えられた (決定係数  $R^2 = 0.32$ )。

#### 4. 考察

重症アトピー性皮膚炎患者においてはアレキシサイミアという心身症患者がもつ特徴をみられた患者は 22.3%であった。アレキシサイミアとの関連を調査した研究数が多い摂食障害の患者の調査では、40%~63%程度みられると報告があり (Jimerson et al, 1991; Schmidt et al., 1993), アレキシサイミックな AD 患者は比較的少ないことが示された。AD は心身症の病態をもちやすい代表的な疾患であると言われているが、本研究では心身症傾向の患者は多くないということが明らかになった。

しかしながら、アレキシサイミックな患者は、原ら (1998) の結果と同様に「感情同定困難」と「感情伝達困難」が顕著に高いという感情制御の困難さを抱えていることや、ノン・アレキシサイミックな患者よりも精神的ストレス反応を生じやすく、対人関係過敏症状は発現率が一番多く 85.5%で、次に抑うつ症状が、80.3%という高い確率で発症していることが明らかになった。自身のストレスに気が付きにくく、また自身の辛い状況を伝えることができないことから、周りからの援助を利用できなかつたりし、知らない間にストレスが蓄積され精神的ストレス反応が発現するという経過をたどりやすいことが示唆された。

ストレスのコーピングについては、アレキシサイミックな患者は「祈り・信念」をよく用いることが示された。この「祈り・信念」は研究1で精神的ストレス反応を生じさせるリスク因子であることが明らかになっている。自分の「信念」への固執は他の人からの助言を受け入れにくく、他の人に援助を求めにくいといった不適切な対処法であり、「祈り」の行動パターンは、問題解決行動にはつながらないため、「祈り・信念」は、ストレス軽減に効果的に働かないということを示唆した。人が意思決定をする際、感情が大きな役割を果たす (Damasio, 1994) が、アレキシサイミックな場合、自身の感情の認識や認知処理が不十分なことから、感情を情報処理に利用できないと考えられる。よって、アレキシサイミックな患者は、強い信念を形成して情報処理の基準としている可能性が考えられた。

さらに、「行動的諦め」「気晴らし」「自責」「否認」という不適切なコーピングを多く用い、Parker ら (1998) の結果と同様に、ストレス軽減に有効な問題焦点型コーピングを用いることが少ないことが明らかになった。これらから、ストレスが高まった際、積極的に問題解決という行動はとらずに、諦めや気晴らし、否認、または自分に対する攻撃とも捉えることができる自責と内向的な状態に向かうことが示唆された。研究1でのAD患者のコーピング特徴と違う点は、アレキシサイミックな患者は「否認」を多用するという点であった。アレキシサイミアの特徴である感情同定困難がストレスに対して、「否認」の項目である“それが起こったことを信じない”といった解決法を容易に用いることになると考えられた。つまり情動の機能をうまく利用できないという問題点が考えられた。

以上のことから、重症AD患者においては心身症の病態をもっている者は比較的少ないと言えるが、心身症の病態をもっている場合は、感情制御の障害と問題解決につながるコーピングは用いず不適切なコーピングを多用するという2点から精神的ストレス反応の発現率が非常に高いという問題点が明らかになった。

そこで、ではこのような危険因子を持つアレキシサイミックなAD患者にはどのような心理学的アプローチが有効かについて研究結果を踏まえて論じる。

約8割のアレキシサイミックな重症AD患者が抑うつ症状と対人関係過敏症状をもっている状態で、これらの症状には「助言や援助の利用」のコーピングが予防因子となることが明らかになった。しかしながら、アレキシサイミックな人は情緒的支援ネットワークの認知が

低いことからソーシャル・スキルの低さを引き起こしていること (Lumley et al, 1996<sup>b</sup>) が報告されており,アレキシサイミックな AD 患者は医療側の支援や周りのサポートもうまく利用できないことが危惧される。高木と上出 (2011) は情緒的支援ネットワーク認知が高い場合は,ストレス対処能力が高くなることを明らかにしており,AD 患者に対してサポート認知を向上させていくことが必要と考えられた。

まず,心理アセスメントの際,TAS-20 のような質問紙を用いアレキシサイミア傾向をチェックし,アレキシサイミックと判別した患者には,集団での教育入院プログラム後に個別での心理療法を継続的に導入していくといった積極的なアプローチが必要と考えられた。

サポートの受け手は,送り手によって異なるソーシャルサポートを期待しており,患者は,医師や看護師には道具的サポートを期待しているが,家族や友人からは情緒的サポートを期待していると指摘されている (Dakof & Taylor, 1990 ; 浦, 1992)。そこで,教育入院プログラムの間は,患者から「背中など自分ではうまく塗りにくい」ということがよく聞かれるため,看護師による塗り薬の塗布などの手助けなどを積極的に行っていくことや,家族に対しては,患者をうまくサポートできるように,患者の AD 症状からくる困難さや症状の辛さを伝えるといった家族への教育プログラム提供が重要と考えられた。

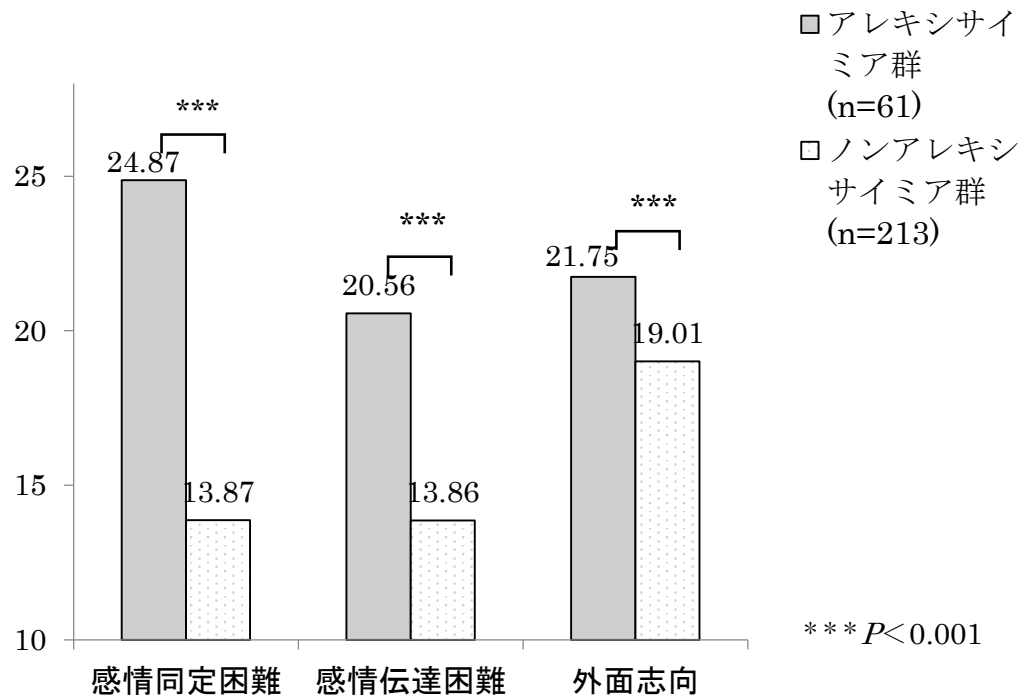


Fig. 3-1 アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群による  
下位尺度の差の検討 (n=274)

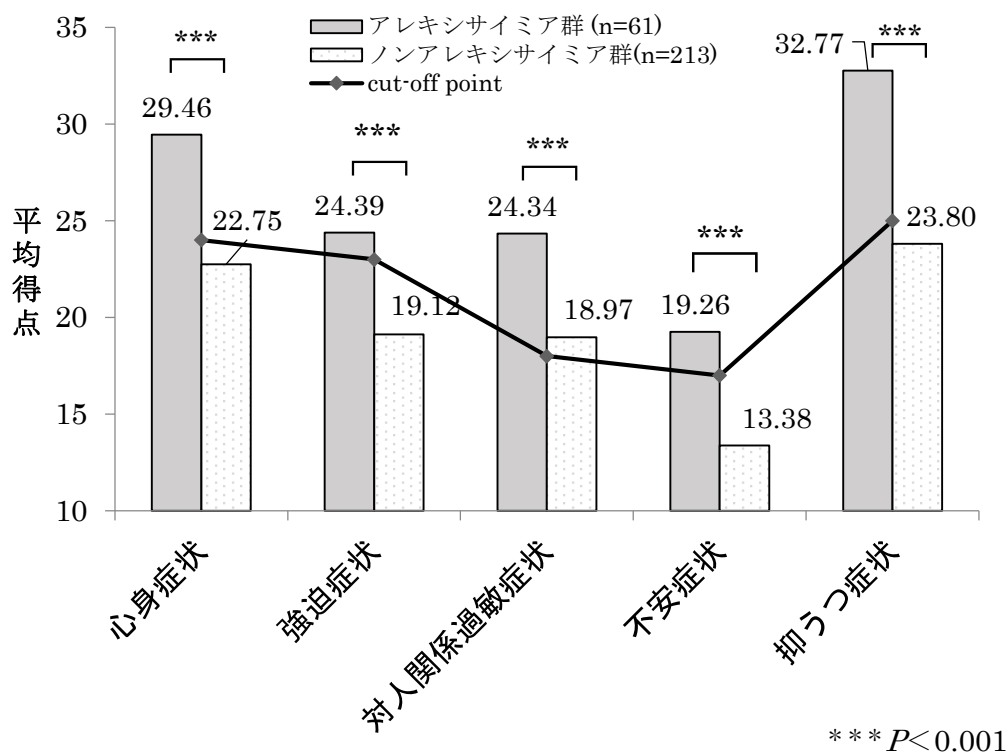


Fig. 3-2 アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群による  
精神的ストレス反応の違い (カットオフポイントを資料として追加) (n=274)

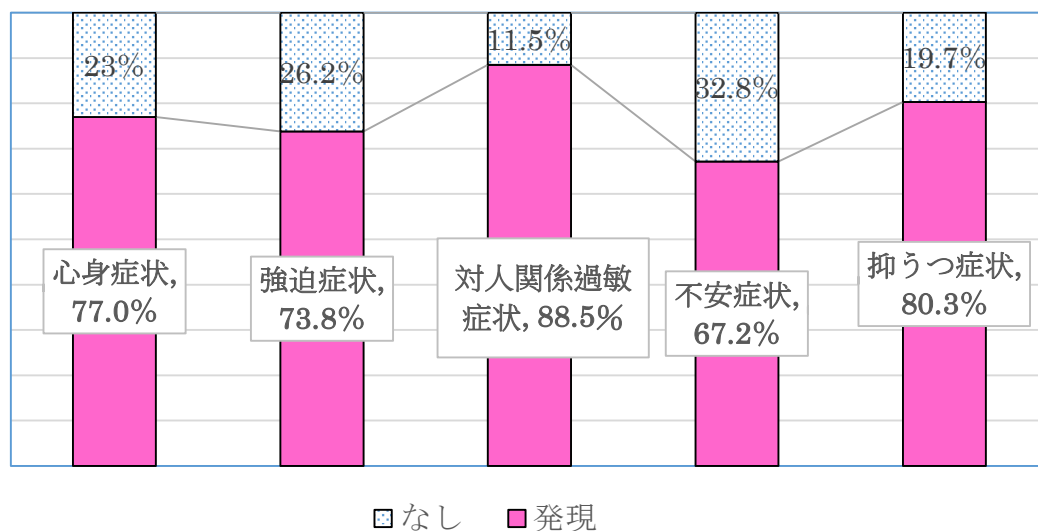


Fig. 3-3 アレキシサイミア群の精神的ストレス反応発現率 (n=61)

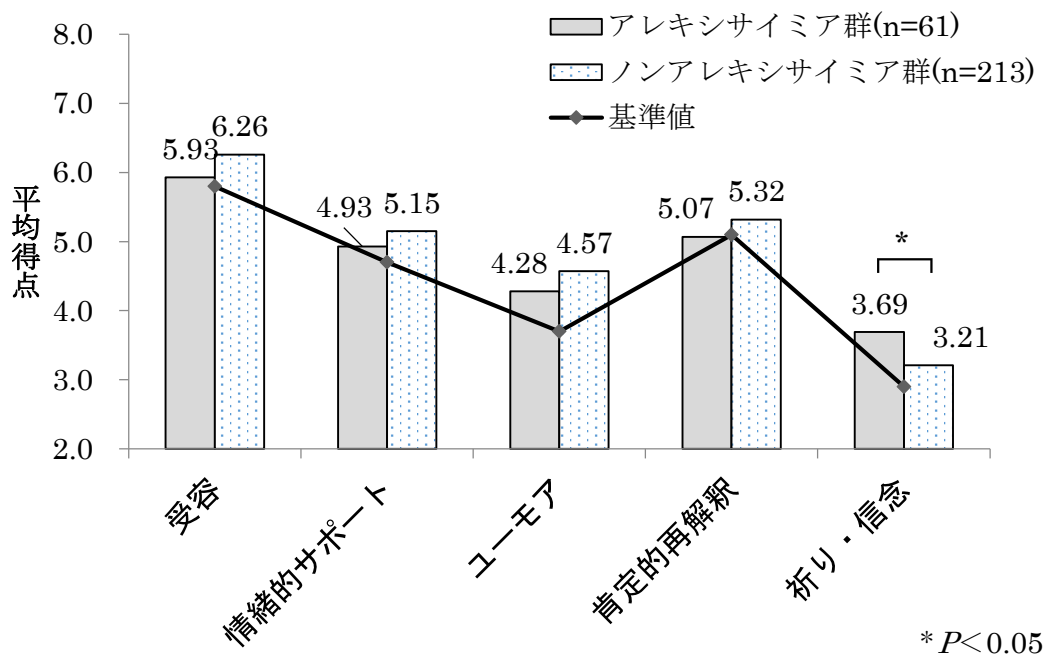


Fig. 3-4 アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群による  
情緒焦点型コーピングの比較 (n=274)  
(基準値を資料として追加)



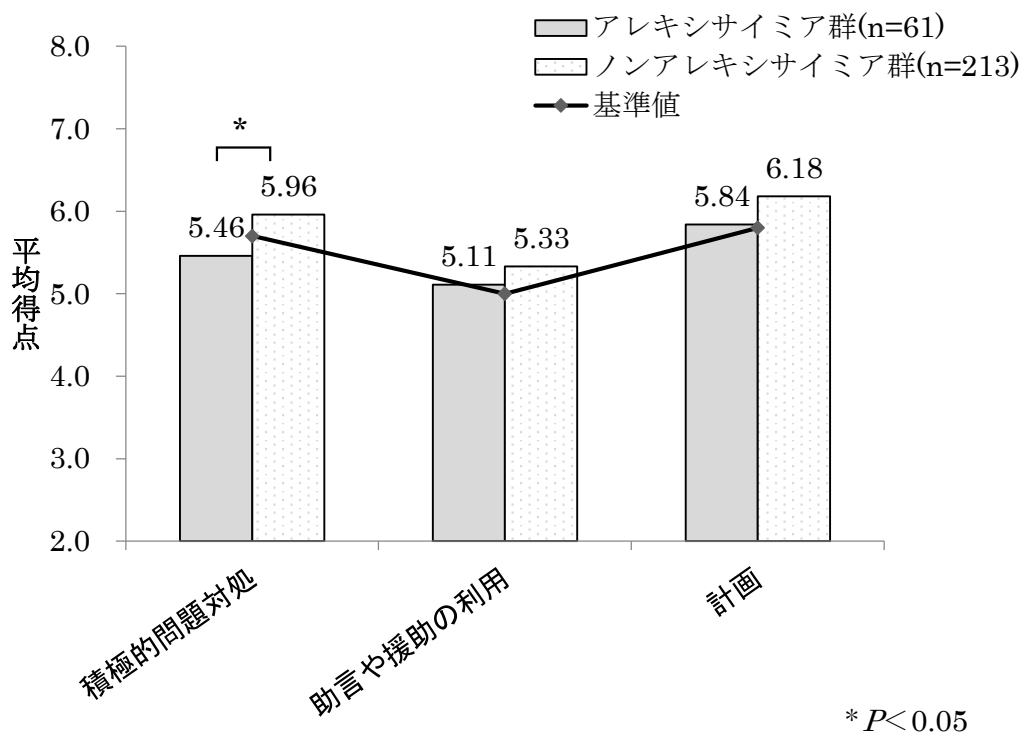


Fig. 3-5 アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群による  
問題焦点型コーピングの比較 (n=274) (基準値を資料として追加)

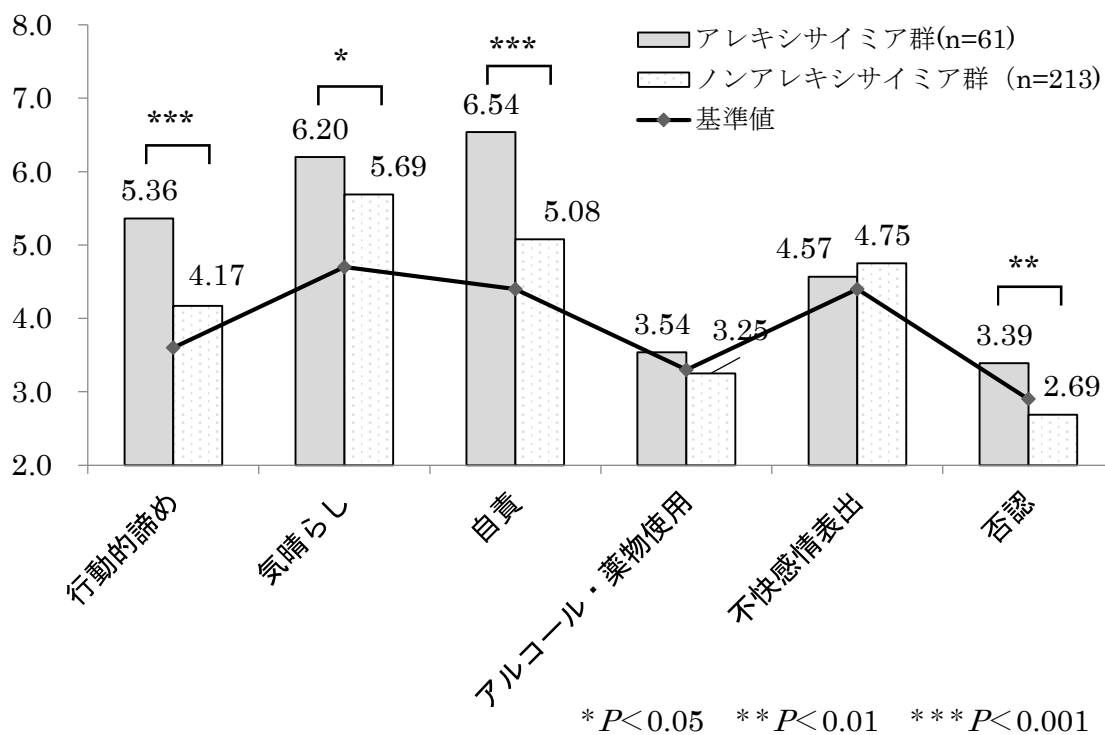


Fig. 3-6 アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群による  
不適切なコーピングの比較 (n=274) (基準値を資料として追加)

Table 3-1 アレキシサイミア群の精神的ストレス反応に対する予防因子と  
リスク因子となるコーピング：重回帰分析（n=61）

	予防因子のコーピング		リスク因子のコーピング		R <sup>2</sup>
		B		B	
心身症状	否認	-0.23 *	自責	0.41 **	0.22 ***
強迫症状	精神的サポート	-0.25 *	自責	0.63 ***	0.41 ***
対人関係過敏 症状	助言や援助の利用	-0.25 *	自責	0.50 ***	0.31 ***
不安症状	助言や援助の利用	-0.26 *	自責	0.52 ***	0.33 ***
抑うつ症状	助言や援助の利用	-0.23 *	自責	0.38 ***	0.32 ***

HSCL 下位尺度得点を従属変数, Brief COPE 下位尺度得点を独立変数としてステップワイズ法を用いて重回帰分析を行った。標準偏回帰係数  $\beta$  と重決定係数  $R^2$  で表記した。

\*\*\*  $p < .001$  \*\*  $p < .01$  \*  $p < .05$

## 資料 3-1

## 質問紙：The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

以下のそれぞれの項目について、あなた自身にどのくらい当てはまっていますか。  
あてはまる番号に一つ○印をお付けください。

	全然あてはまらない	どちらかといえばあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	あてはまる
1	しばしば、どんな感情を自分が感じているのかわからなくなる	1	2	3	4 - 5
2	自分の気持ちにぴったりの言葉を見つけるのが難しい	1	2	3	4 - 5
3	自分には医師にさえわかってももらえないような身体の感覚がある	1	2	3	4 - 5
4	簡単に自分の気持ちを表現できる	1	2	3	4 - 5
5	問題について単に説明するより、なぜそうなったか問題を分析するほうをより好む	1	2	3	4 - 5
6	気が動転している時、自分が悲しんでいるのか、おびえているのか、怒っているのかわからない	1	2	3	4 - 5
7	しばしば、自分のからだの中の感覚にとまどってしまう	1	2	3	4 - 5
8	物事がなぜそうなったのか、そのわけを理解するより、ただ起こったままにさせておく方を好む	1	2	3	4 - 5
9	自分にはそれを何と名づけてよいかわからない様な気持ちがある	1	2	3	4 - 5
10	自分の感情に気づき、それがどんなものか理解していることは大切である	1	2	3	4 - 5
11	他の人についてどのように自分が感じているか 言い表すのは難しい	1	2	3	4 - 5
12	自分の気持ちをもっと表現するように、人から言われる	1	2	3	4 - 5
13	一体 自分の中で 何が起きているのかわからない	1	2	3	4 - 5
14	自分がなぜ怒っているのか、その理由がわからない時がしばしばある	1	2	3	4 - 5
15	人と話すとき、その人の気持ちよりも その人の日常の行動に関する話題の方を好む	1	2	3	4 - 5
16	心理ドラマよりも「軽い」 娯楽番組を見るほうが好きである	1	2	3	4 - 5
17	たとえ親しい友人であっても、自分の奥底の気持ちを打ち明けることは難しい	1	2	3	4 - 5
18	ある人に対しては、沈黙があっても 身近にいる気持ちになれる	1	2	3	4 - 5
19	自分の内面を観察してみることが 直面した問題を解決するのに役に立つことがある	1	2	3	4 - 5
20	映画や劇を鑑賞するとき、そこに隠された意味を探しては楽しみの妨げになると思う	1	2	3	4 - 5

## 第4章：(研究4) 重症アトピー性皮膚炎患者の寛解維持によるコーピング変化

### —重症時と症状が軽減した6か月後のコーピング比較検討—

#### 1. 問題と目的

ADは慢性疾患の代表的な疾患であり、幼少時より悪化と寛解を繰り返し、成人になってもちこすことが多く、患者は長期に渡って顔面に表れる症状や激しい痒み、皮膚の剥落に苦しむ。また、医師や家族からの搔破行動への叱責、民間療法のひとつである厳格な食事制限、そして顔面の症状からのいじめや回避、無遠慮な視線という体験が少なくない。このような体験は、患者の問題処理の認知・行動パターンに影響することが想像された。

臨床場面では、「搔くなど小さい頃から注意され、搔く自分が悪いと思っていた」と“自責”することが多かった体験や、治療をしても繰り返し悪化したため「治療をあきらめていた」と“行動の諦め”に陥っていたこと、「痒みから気をそらすために、たばこを吸い、どんどん量が増えていった」など、“気晴らし”に用いられた不適切な行動が習慣化されていったことが語られる場面に多々会う。このような患者の語りと結びつくように、ADはストレス軽減に結びつかず精神的ストレス反応を生じさせやすい「自責」「行動的諦め」「気晴らし」というコーピングを多用し、抑うつ症状や、対人関係過敏症状にリスク因として影響を及ぼしていたことが研究1で明らかになっている。さらに、研究2では、ADの特徴である搔破行動に対する医療側や家族による叱責が、「自責」のコーピングと関連していることが明らかになった。

上記のことを踏まえると、AD患者のコーピング特徴である「自責」「行動的諦め」「気晴らし」が実は長年にわたって持続する難治化した状態に起因する2次的なコーピングと呼べるものではないかと考えられる。

コーピングは、一般的に時間や状況にかかわらず安定した特性・スタイルとして捉えられる特性論的な視点(Edwards, 1988)と、コーピングは状況の変化に応じて変化するという視点もある(Pearlin & Schooler, 1978)。これは、コーピングのプロセス論的な視点であり、ストレスを個人と環境との能動的な相互作用と捉え、コーピングをその過程の一部として位置づけている(小杉, 2002)。すなわち、人がどのようなコーピングを用いるかは、個人の特性よりはむしろ、ストレス状況の性質や認知的評価の在り方に強く影響されているという観点をもっている。そのような観点から考えると、激しい搔痒感と外部に表出する湿疹や膿、剥落といった特徴のあるAD症状によって2次的に獲得されたコーピングならば、ADが軽症化した場合は変化するのではないかと考えた。

ストレスマネジメントのコーピング修正に焦点化したプログラムを構成するうえで、症状の変化によって、変化するコーピングと変化しにくいコーピングを明らかにする必要があると考えられる。つまり、疾患の医学的治療によって変化するコーピングと心理学的介

入が必要なコーピングという分類が必要と考えられる。

研究3において、AD患者はアレキシサイミアという心身症の特徴をもった患者は22.3%と比較的少ない割合しか認められなかったが、アレキシサイミックな患者はそうでない患者より、精神的ストレス反応は有意に高く、発現率においても対人関係過敏症状で88.5%、抑うつ症状で80.3%と高いことが明らかになった。また、研究1で明らかになった抑うつ症状を発症させやすいリスク因子のコーピングとして「行動的諦め」「自責」「祈り・信念」が示唆されたが、研究3によりアレキシサイミックな患者はそうでない患者よりそれらを多用していることが明らかになっている。

このように精神的ストレス反応を生じるリスクをもったアレキシサイミックな患者は、感情制御の問題があるために、たとえ症状が軽症化してもコーピングは修正されにくく、それゆえ精神的ストレス反応も軽減しにくい危険性が考えられた。そこで、アレキシサイミックな患者だけを取り出し、コーピングや精神的ストレス反応の変化を検討することが必要と考えられた。

本研究では、第1目的として、ストレス対処パターンであるコーピングが、重症状態から軽症となり寛解維持した場合にリスク因子のコーピングは低減するのかどうかを明らかにし、寛解維持によって、変化しやすいコーピングと変化しにくいコーピングに分類する。第2目的として、ADで抑うつ状態を併発することが少なくないことが指摘されており（羽白, 2010；羽白と安藤, 2006）、皮膚科的治療に加え、支持的精神療法やSSRI内服によって抑うつ気分の改善がみられたという報告（上田ら, 2013）はあるが、症状が軽症化された場合、抑うつ状態が低減するかについての報告はみられないため、抑うつ症状を含めた精神的ストレス反応の変化も調査を行う。第3目的として、感情制御の問題を抱えるアレキシサイミックな患者は、軽症化した後も精神的ストレス反応を発症に関連するリスク因子のコーピングの変化が生じにくいという仮説の検証を行う。

## 2. 方法

### 1) 対象

2014年6月から2015年6月までにA医療センターにおいてAD教育入院プログラムに参加し、集中加療した重症AD患者55名（17～61歳、平均年齢33.20歳、 $SD=10.00$

）を分析した。男性は、35名（17～61歳、平均年齢32.89歳、 $SD=10.64$ ）。女性は、20名（20～56歳、平均年齢33.75歳、 $SD=11.34$ ）。心療内科および精神科で治療中の患者は分析から除外した。AD教育入院プログラムの期間は約2週間であり、参加した患者はA医療センターの主治医より早急に入院治療が必要であると判断されたり、他の医療機関より慢性難治化のためにA医療センターに紹介されてきた重症AD患者である。いずれも、重症から軽症になった時点で退院となる。

参加者の重症度分類については研究 1 と同様で、皮診の経過も加味した「Rajka & Langeland による重症度分類」を用い主治医が診断を行った。本研究参加者は、Ⅰ．皮診の範囲において、体表面積 36%以上で 3 点、Ⅱ．皮診の経過において、過去 1 年間症状継続の 3 点、Ⅲ．痒みの強さにおいて、スコア 1 とスコア 2 の間で 2 点、または、高度な痒み、いつも睡眠を妨げられるで 3 点、合計 8 以上の重症と診断されている。

## 2) 手続き

教育入院プログラムに参加する AD 患者に入院時、入院担当事務員が質問紙を渡し、自己記入後返還してくれるように依頼する。質問紙は、精神的ストレス反応としての心理症状とコーピング、アレキシサイミアを測定する尺度を用いている。教育入院プログラム時に筆者が回収を行った。退院 6 か月後、外来受診の日に、ドクタークラークが精神的ストレス反応とコーピングの質問紙を患者に渡し回収を行った。

## 3) 調査内容—自己記入質問紙

### (1) 精神的ストレス反応

ストレス反応として精神的ストレス反応を測定するために、研究 1 と同じ日本語版 Hopkins Symptom Checklist (以下、HSCL) (Nakano & Kitamura, 2001) を用いた。

### (2) コーピング

ストレス対処法であるコーピングを測定するために、研究 1 と同じ日本語版 Brief COPE (大塚, 2008) を用いた。

### (3) The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

アレキシサイミア傾向を測定するために、研究 3 と同じ TAS-20 (Bagby *et al.*, 1994) の日本語版 TAS-20 (小牧ら, 2003) を用いた。

## 4) 倫理的配慮

第 1 章の研究 1 と同じである。

## 3. 結果

### 1) 重症時と症状が軽症化して退院 6 か月後のコーピングの変化

入院時の重症であった時のコーピングの下位尺度得点と軽症化して退院した 6 か月後のコーピングの下位尺度得点に変化があるかを検討するために対応のある t 検定を行った。

その結果、不適切なコーピングにおいては、下位尺度の総得点の平均値は有意に軽減していた ( $t(54)=2.97, p<0.01$ )。下位尺度では、「気晴らし」が ( $t(54)=3.52, p<0.01$ ) が有意に低減していた。平均値も全て低減し、不適切なコーピングを用いることが少なくなっていることが検証された (Fig. 4-1)。一方、適切なコーピングについては、有意な変化は見られなかった。

## 2) 重症時と症状が軽症化して退院 6 か月後の精神的ストレス反応の変化

入院時の重症であった時の精神的ストレス反応の平均値と軽症化して退院した 6 か月後の精神的ストレス反応の平均値に変化があるかを検討するために対応のある  $t$  検定を行った。

その結果、抑うつ症状は重症時より有意に軽減し ( $t(54)=2.02, p<0.05$ )、平均値も全て低下が認められた (Fig. 4-2)。

## 3) アレキシサイミックな患者のコーピングと精神的ストレス反応の変化

アレキシサイミックな患者が感情制御の問題を含んでおり、精神的ストレス反応やコーピングについてリスクをもっていたことから、本研究の参加者もアレキシサイミック群だけを取り出して、症状の軽減によっても変化が生じにくいという仮説を検証する。

TAS-20 総得点がカットオフポイントの 61 点以上の患者は患者総数の 18.2% (10/55) を占めた。今後、これらの患者をアレキシサイミア群 ( $n=10$ ) と呼び、TAS-20 総得点が 61 未満の患者をノンアレキシサイミア群 ( $n=45$ ) と呼ぶことにする。

アレキシサイミア群において、退院 6 か月後に不適切なコーピングの減少が認められるかどうかを確認するために、不適切なコーピングの総合得点と 6 つの下位尺度得点において  $t$  検定を行った。また、同様にノンアレキシサイミア群だけで  $t$  検定を行った。その結果、アレキシサイミア群は想定したように有意な低減は認められなかった (Fig. 4-3)。一方、ノンアレキシサイミア群では、不適切なコーピング下位尺度の総得点は有意に低減し ( $t(44)=3.16, p<0.01$ )、下位尺度では、「行動的諦め」 ( $t(44)=2.63, p<0.05$ )、  
「気晴らし」 ( $t(44)=3.45, p<0.01$ )、  
「否認」 ( $t(44)=2.49, p<0.05$ ) が有意に低減していた (Fig. 4-4)。

次に、アレキシサイミア群は精神的ストレス反応の低減が認められるかどうか検討するために、精神的ストレス反応の下位尺度得点で  $t$  検定を行った。その結果、アレキシサイミア群では、有意な低減は認められなかった (Fig. 4-5)。一方、ノンアレキシサイミア群は、抑うつ症状は重症時より有意に低減し ( $t(44)=2.25, p<0.05$ )、他の症状の平均値も全て低下が認められた (Fig. 4-6)。

よって、アレキシサイミア群では症状が軽症化しても不適切なコーピングや精神的スト

レス反応は低減が困難なことが明らかになった。次に、アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群によるコーピング変化や精神的ストレス反応に違いがあるか検討を行うために、アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群を被験者間因子、精神的ストレス反応の下位尺度の平均点とコーピングの下位尺度の平均点を被験者内変数とした分割プロットデザインの2要因分散分析を行った。

その結果、精神的ストレス反応においては有意な差は認められず、コーピングでは、「気晴らし」のみ、Mauchlyの球形検定の結果、 $p < 0.05$ で有意であった。そこで、Greenhouse-Geisserの $\epsilon$ 修正による検定を確認し、「気晴らし」が有意に低下し ( $F(1, 53) = 4.30, p < 0.05$ )、アレキシサイミア群とノンアレキシサイミア群に有意な違いが認められた ( $F(1, 53) = 5.64, p < 0.05$ )。アレキシサイミア群はノンアレキシサイミア群ほど、不適切なコーピングである「気晴らし」は大きく低減しないことが明らかになった。

#### 4) 男女差

男性 (35名, 17~61歳, 平均年齢 32.89歳,  $SD=10.64$ ) と女性 (20名, 20~56歳, 平均年齢 33.75歳,  $SD=11.34$ ) によるコーピング変化や精神的ストレス反応に違いがあるか検討を行うために、男女を被験者間因子、精神的ストレス反応の下位尺度の平均点とコーピングの下位尺度の平均点を被験者内変数とした分割プロットデザインの2要因分散分析を行った。

その結果、男女でコーピング変化、精神的ストレス反応の有意な違いは認められなかった。

## 4. 考察

ADの難治化していた症状の寛解維持により、不適切なコーピングを用いることが減少し、コーピング下位尺度を見てみると、「気晴らし」が有意に軽減していた。状況へのコントロール可能性が低い場合には、むしろ「気晴らし」のような回避的コーピングの方が有効であるという指摘がなされている (Forsythe & Compas, 1987) が、研究1の結果からは、AD患者にとって精神的ストレス反応を低減させるような働きは認められないだけでなく、強迫症状へのリスク因子のコーピングであることも示唆されている。

ADは1年を通して何度も再発や症状悪化を繰り返すことが多い。例えば、夏になると汗から痒みが生じたり、冬の乾燥で悪化することが臨床現場でよく聞かれる。その他にも、花粉症の季節、季節の変わり目、仕事が忙しくなった時など様々なことが引き金になっている。たとえ、医療機関を受診していても症状をコントロールできないということが繰り返され、自分の力ではコントロールできないAD症状に起因するストレスサーに対処するため、不適切コーピングを2次的に獲得されたと考えられた。そこで、2次的な不適切なコー



ピングを軽減させるためには、まず寛解状態にもっていくことが重要であることが示された。

寛解維持の状態では不適切なコーピングを用いることが減少し、それに伴い抑うつ症状の軽減も認められた。先行研究（羽白, 2010 ; 羽白と安藤, 2006）では抑うつ状態がADに悪影響を及ぼすことが指摘されているが、ADの症状が患者の「抑うつ症状」に大きく関与していることが明らかになった。つまり、重症皮膚症状の遷延化が患者の問題処理の認知・行動パターンに影響を与え不適切なストレス対処法を増やし、さらにADの悪化を強化する悪循環を形成していたことが示唆された。一方で、症状の寛解維持にも関わらず、リスク因子のコーピングである「自責」は変化しにくいことが明らかになった。寛解によって変化するコーピングと心理的・教育的介入プログラムが必要なコーピングとに分類することができた。

次に、心身症という観点で考察してみる。研究3では22.3%, 本研究では18.2%と比較的少ないもののアレキシサイミア傾向がある心身症の存在が確認された。そして、研究3では心身症の病態をもたない患者に比べて、精神的ストレス反応が高く、不適切なコーピングも多く活用しているというリスク因をもっていることが明らかになったが、本研究では、心身症の病態をもつ患者は症状が軽症化してもコーピング改善がされにくく、その影響から精神的ストレス反応も軽減しにくいということが検証された。そのために、心身症の病態をもったAD患者には、コーピング変化を目標にした積極的な心理的教育プログラムが求められるであろう。

#### 本研究の問題点と今後の課題

本研究の参加者は寛解導入を兼ねた教育入院した患者である。そこではストレスマネジメントも含まれ、自身のストレス対処法はどういうものかを心理テストで自己チェックし、適切なストレス対処法と不適切な対処法に関する説明を行っている。しかし、今回の結果は、教育入院プログラムでコーピング修正の介入までは行っていないことと、対象者が難治重症化した患者であるため、寛解維持による影響が高いと考えた。しかしながら、今回の結果が教育入院プログラムによる変化の可能性がないといきれないため、次の課題として教育入院プログラムに参加した患者と参加しなかった患者の比較調査が必要と考えられた。教育プログラムの構成については、今回、症状の寛解維持にも関わらず、「自責」は変化しにくいコーピングということが明らかになったことから、「自責」コーピングには、認知的な変化を促す心理的介入プログラム構成が今後の課題である。そして、アレキシサイミックな患者、つまり心身症の病態をもつAD患者は症状が寛解維持できてもコーピングの変化や精神的ストレス反応の軽減が認められなかったために、積極的な心理教育的介入が課題となる。

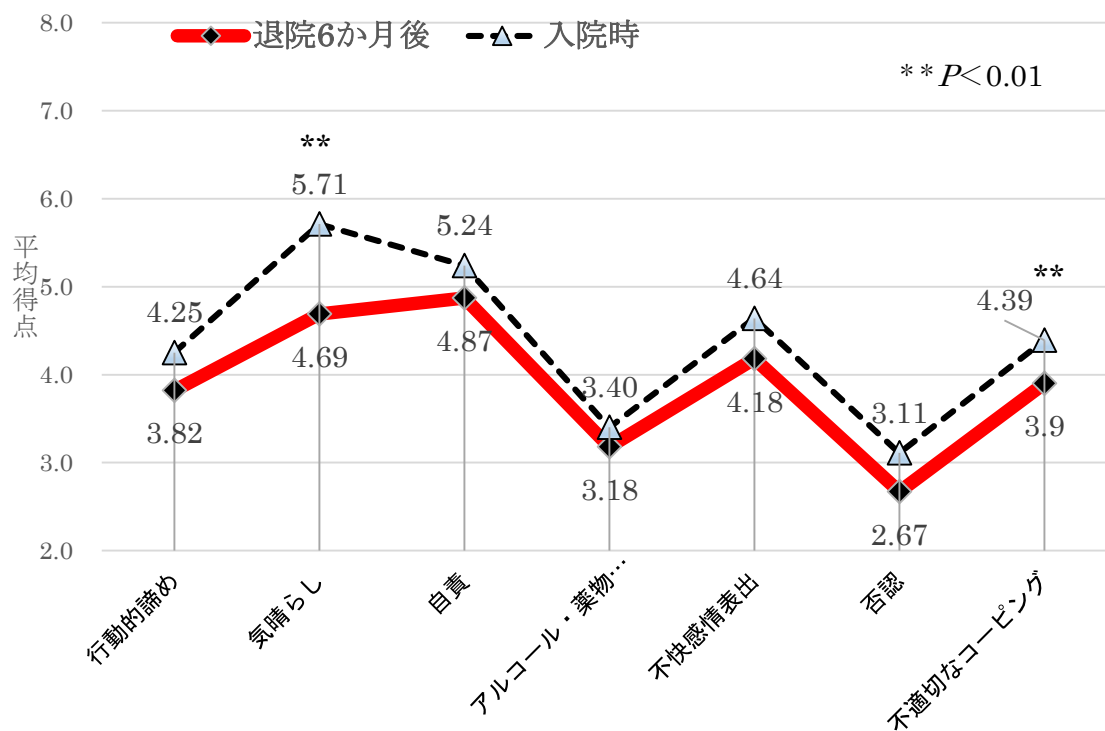


Fig. 4-1 不適切なコーピングの入院時と退院6か月後の変化 (n=55)

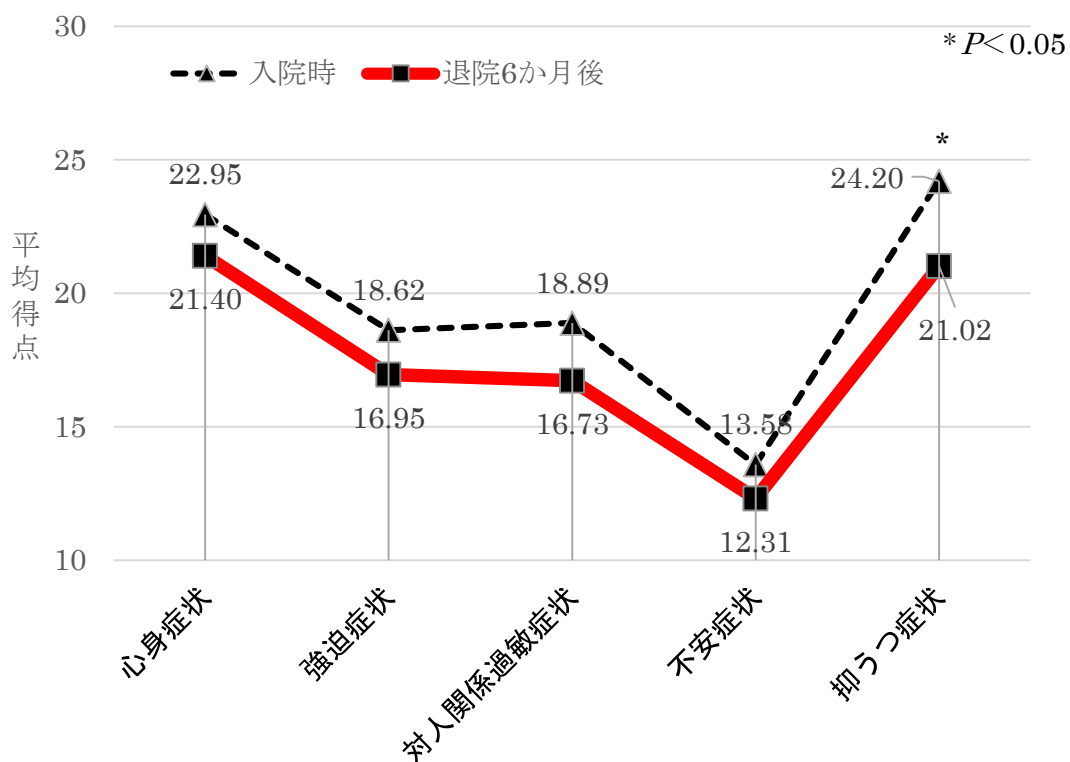


Fig. 4-2 精神的ストレス反応の入院時と退院6か月後の変化 (n=55)

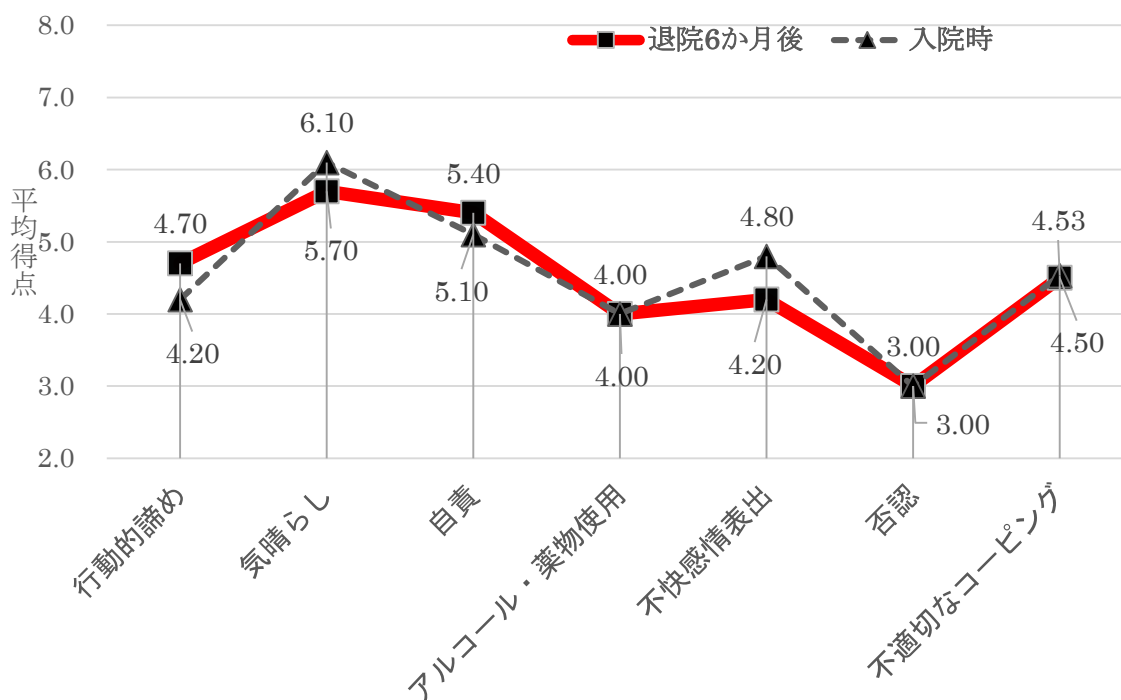


Fig. 4-3 アレキシサイミア群の不適切なコーピングの  
入院時と退院6か月後の変化 (n=10)

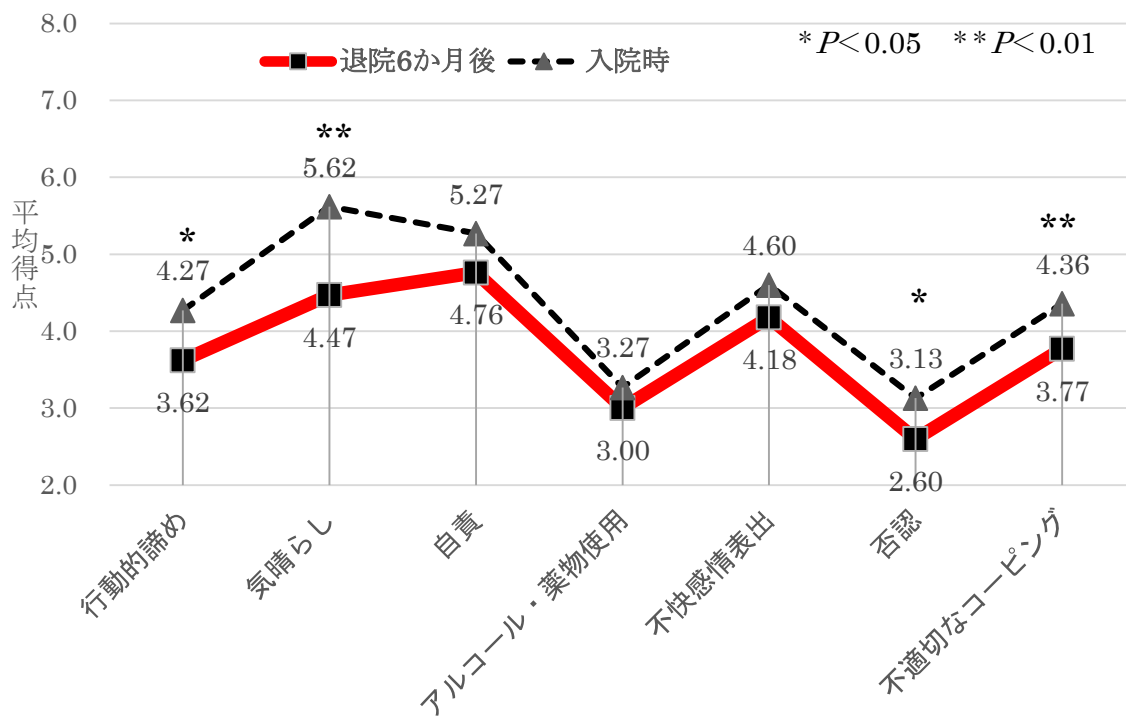


Fig. 4-4 ノンアレキシサイミア群の不適切なコーピングの  
入院時と退院6か月後の変化 (n=45)

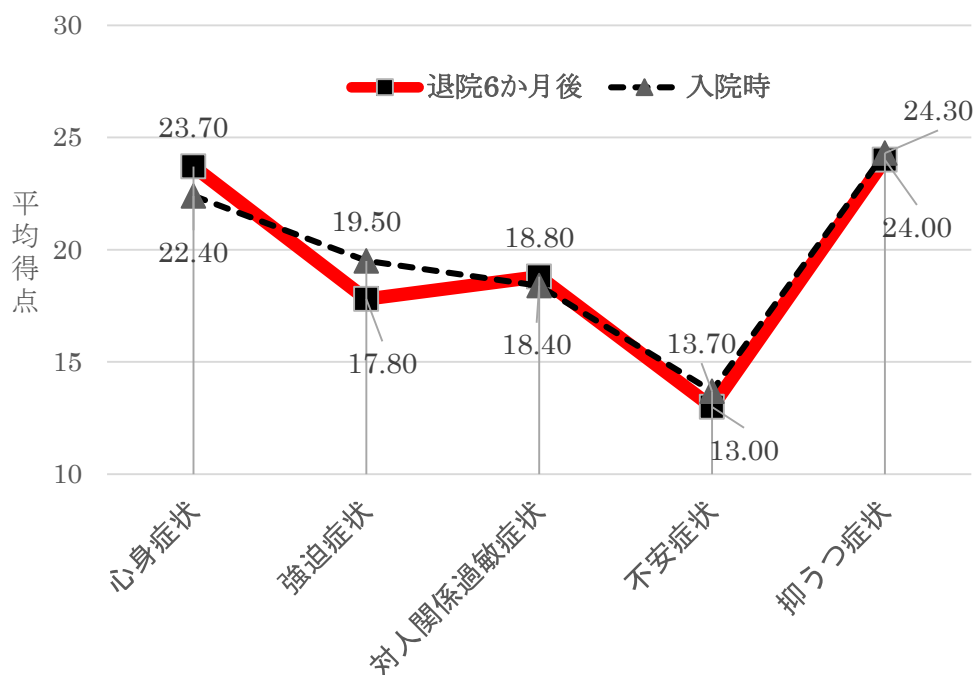


Fig. 4-5 アレキシサイミア群の精神的ストレス反応の入院時と退院6か月後の変化 (n=10)

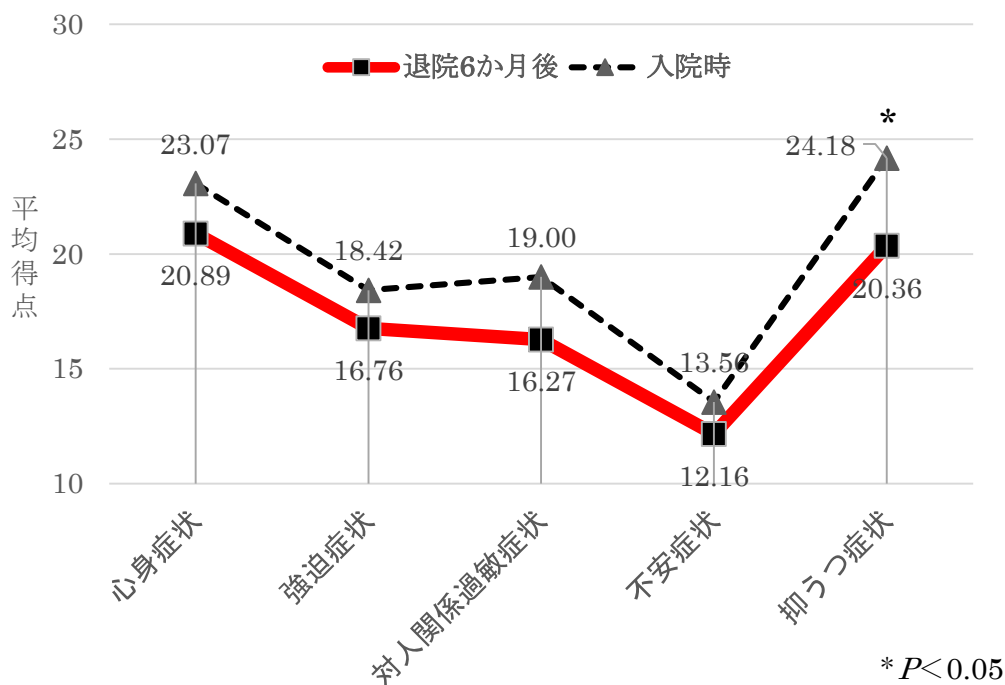


Fig. 4-6 ノンアレキシサイミア群の精神的ストレス反応の入院時と退院6か月後の変化 (n=45)

## 第5章：(研究5) 掻破行動やアトピー性皮膚炎の症状に対する、患者視点からの 家族、医療者、周りの関わりについて－自由記述の分析－

### 1. 問題と目的

アトピー性皮膚炎（以下、AD）のようなアレルギー疾患は、慢性疾患と位置づけられている。そのため、症状によっていじめや学校そして会社への欠席などによる自己効力感の低下や抑うつ症状など 2 次障害を受ける危険性があり、医学的だけでなく、心理社会要因にも配慮が必要とされている（鈴木ら、2008）。特に、小児においては、患児とその家族だけでなく、患児を取り巻く社会環境（学校、友人など）への介入も必要になってくることが指摘されている（大矢、2007）。このような心理的配慮や介入が指摘されているものの、患者自身の内的体験に基づいたニーズを調査したものは少ない。特に他者からの AD を介した関わりについて、患者の視点から研究されることが重要だと考えられる。

一旦 AD を発症すると、長期にわたって医療者はもとより、家族や周りの人々も AD に関わっていき、患者は AD を介した他者体験が積み重ねられていく。AD を介した他者との関係を今までどのように感じ、体験したかという研究はあるが、その体験を通してどのような対人援助を欲しているかということまで明らかになってはいない。一方、他者側の家族や周りの者も AD 症状が顔面などに表れている患者にどのように接したらよいか、どのような声かけをしたらいいかと戸惑うという声もきかれる。

AD にまつわる内的体験として、武藤（2007）による患者が AD をどのように体験しているかというものや、得田と高間（2004）による AD 患者のディストレスについて、そして、高木（2013）の増悪期から回復期に至るまで患者がどのように向かいあってきたのかというプロセスを明らかにしたものがある。これらは、疾患に対する自己体験を明らかにしたものと言える。両者の研究にも対人関係がおのずと含まれており、武藤（2007）は、家族とのやりとりにも言及し、高木（2013）は、回復までのプロセスに関与した対人関係のカテゴリーも含まれており、「対人関係の悲嘆」とその概念として「家族友人との隔たり」「外見に対する偏見やいじめ」、「対人関係の軋轢」とその概念として「周囲への過剰適応」「親との確執」、そして「治療意欲の低下」とその概念として「医療者への不信感の増幅」を示している。症状によってネガティブな対人関係が導かれていき、それをどのように内的体験をしているかを明らかにしているものといえよう。そのようなネガティブな体験を認知している患者の QOL を上げるには、他者が AD 患者の心理的葛藤の理解を深めるだけでなく患者の視点を踏まえた適切な態度が求められる。

そこで本研究では、AD 症状で特に顕著な掻痒感による掻破行動と皮膚の湿疹に焦点化した他者との体験を明らかにし、他者に対してどのような関わりを欲しているかを示すことを目的とした。本研究により、患者主体の医療者、家族、周りの人という 3 者の態度、関わり

方の示唆を得ることができると思う。

## 2. 方法

### 1) 対象

2014年1月から2015年7月までにA医療センターにおけるAD教育入院プログラムに参加した重症AD患者でアンケートの自由記述欄に記載された36名(平均32歳, 15~57歳, 男性23名, 女性13名)の文章を分析した。参加した患者はA医療センターの主治医より早急に入院治療が必要であると判断されたり, 他の医療機関より慢性難治化のためにA医療センターに紹介されてきた重症AD患者である。

参加者の重症度分類について第1章の研究1と同じである。

### 2) 手続

掻くことや皮膚の赤みなどの症状に対して, どのような対応の仕方がよいかについて, 自由記述で回答を求めた。

データ分析は, KJ法(川喜多, 1967)を参考にカテゴリー分類を行った。具体的には, 以下の手順で行った。①自由記述文の意味単位に基づいて, 50の記述文が得られた。②記述文の内容を要約し, 各切片にラベリングを行う。③臨床心理士の資格所有者である筆者と臨床心理士資格所有者1名の合計2名が, 同一あるいは類似した内容のラベルをまとめ, 13のサブカテゴリーが得られた。さらに, サブカテゴリーを7のカテゴリーに分類した。

### 3) 倫理的配慮

第1章の研究1と同じである。

## 3. 結果

掻くことや皮膚の赤みなどの症状に対して, どのような対応の仕方がよいかについて, 自由記述(50切片)を分析した結果, 「症状にふれない」「掻破行動を叱責するのではなく思いやりの態度」「医療側の道具的サポート」「家族の道具的, 情緒的サポート」「サポート的関わり」「患者の孤立感」「責める言葉」の7カテゴリーにまとめられた(Table 5-1)。以下, カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉, 代表的な発話内容を《 》で示す(資料 5-1)。

### 1) 症状にふれない

【症状にふれない】は〈何も言わない〉〈見ないふり〉〈普通にしてほしい〉という3つのカテゴリーから構成されている。

代表的な発話内容として, 〈何も言わない〉では, 《理解者以外の発言には, 傷つくこと

が多いので、赤みなどについては、ふれないでほしい。本人は隠しているつもりなので／赤みの症状など現在の状態には何も言わない。自分で現在これを改善する方法がないから／皮膚の事を言われると、責められている気分になった。だから、ふれてほしくはなかった。私も言わなかった》などが記入された。

〈見ないふり〉では、《「私は昔アトピー性皮膚炎で～で治った」等、きれいな皮膚の人が言うのはイヤな気持ちがします。見ないふりをして何もないように接して欲しいです》などが記入された。

〈普通にしてほしい〉では、《皮膚の赤みに対してはほっておいて欲しい／掻いても、皮膚が赤くても、どのような状態でも、気にしないでいてくれたら気兼ねなく、接することが出来たであろう》などが記入された。

## 2) 掻破行動を叱責するのではなく思いやりの態度

【掻破行動を叱責するのではなく思いやりの態度】は〈掻破行動への考え方の変化〉〈掻破行動への思いやりのある態度〉〈掻破行動への叱責の辛さ〉〈掻破行動への理解〉〈掻破行動への叱責とは違う関わり〉という4つのカテゴリから構成されている。

代表的な発話内容として、〈掻破行動への考え方の変化〉では、《「掻く自分が悪い」という考え方を改め、体が無意識に掻くのは仕方がない、という考え方の方が楽になりました（症状を改善すれば自然と痒みはとれていく、という前提です）》などが記入された。

〈掻破行動への思いやりのある態度〉では、《掻くことを注意するのは大切ですが責めるのではなくいたわる気持ちを根底に持つことが重要だと思います／子どもなら、掻いているところをとんとんと優しく叩いてもらったりうると気持ちも収まるように思います／掻くことをとがめるのではなく「かゆいのはつらいねー」と共感してもらえると楽になります》などが記入された。

〈掻破行動への叱責の辛さ〉では、《掻いている時に、掻くなと言われるのは辛い／掻くことでひどくなるのは自分でわかっている、朝起きた時など血だらけ、落屑だらけで自己嫌悪に陥る》などが記入された。

〈掻破行動への理解〉では、《掻くことは生理現象のように思ってもらえるとよい／痒いことは仕方がないと認めた上で、理解して見守っていてほしい／掻くなと注意せずに、理解してあげる》などが記入された。

〈掻破行動への叱責とは違う関わり〉では、《掻くことは良くないのは分かっているのですが、家族には一緒に考えて欲しい／掻くなとばかり言うのではなく、どうしたら痒くなくなるかを教えてほしい／冷静に掻くことのデメリットを指摘するのみ》などが記入された。

### 3) 医療側の道具的サポート

【医療側の道具的サポート】は〈医療側からの具体的な助言・指導〉〈医療側からの見通し〉〈医療側の教育プログラムの充実〉という3つのカテゴリから構成されている。

代表的な発話内容として、〈医療側からの具体的な助言・指導〉では、《学びやアドバイスをしてほしい／医療者（特に看護師）の丁寧な「外用薬の塗り方」指導／できるだけ傷にならないように爪を短く切るように勧めたりする》などが記入された。

〈医療側からの見通し〉では、《入院患者の経過を数多く説明してほしい》が記入された。〈医療側の教育プログラムの充実〉では、《アトピーカレッジのより一段の充実》が記入された。

### 4) 家族の道具的, 情緒的サポート

【家族の道具的, 情緒的サポート】は〈家族からの具体的な援助〉〈家族が同じ方向を向く〉という2つのカテゴリから構成されている。

代表的な発話内容として、〈家族からの具体的な援助〉では、《家族の方は、いろいろな医療者に出来ない家族でのケアをお願いしたい／「薬を塗ったるか」という言葉がけがほしい。塗れない所（背中）が塗れない。薬を塗ることがストレス》などが記入された。

〈家族が同じ方向を向く〉では、《家族も患者と同様の知識（アトピーカレッジの内容など）を持ち同じ方向に向かって治療することが重要だと考えます／医師に従わず、家族が自分の（間違った）やり方を押し通す／早い時期の親のAD理解》などが記入された。

### 5) サポート的関わり

【サポート的関わり】は〈サポート的関わり〉で、《気持ちや行動を肯定してほしい／傾聴や共有した会話／しんどい時は話を聞いてくれたりすると嬉しい》などが記入された。

### 6) 患者の孤立感

【患者の孤立感】は〈ADになった人にしかわからない〉〈同情への嫌悪感〉という2つのカテゴリから構成されている。代表的な発話内容として、〈ADになった人にしかわからない〉では、《ADになった人しかわからないと思います。家族とかは特にわかってくれないと思います／相手には辛さはわからない。自分で言うしかない／ADの人にしかわからないことが80%はある》などが記入された。

〈同情への嫌悪感〉では、《かわいそうと思われることが嫌悪感になるので／難しいと思いますが、同情的な感情を態度に示されるよりは、ごく自然に対応して欲しい。／言葉や対応に困ったのか、また搔いているわ、かわいそう、こんなことが相手の表情に出てきている。それがものすごいストレスに感じる。どうしてくれたらいいか僕にはわかりま



せん》などが記入された。

#### 7) 責める言葉

【責める言葉】は〈責める言葉〉〈前向きな言葉かけ〉〈焦らず見守る〉という3つのカテゴリーから構成されている。

代表的な発話内容として、〈責める言葉〉では、《なかなか治らない時に「生活がだらしない」「治そうとしていない」「治す気があれば治っている」等の言葉は患者を苦しめるので、一つ一つの声かけに気をつける。逆に「大変だけどいつか治る。絶対大丈夫」と言われるとすごい支えになると思う》が記入された。

〈前向きな言葉かけ〉では、《ポジティブに接する／あまりネガティブな発言をしない》が記入された。

〈焦らず見守る〉では、《治療法、対応法、悪化因子は人それぞれである事をもっと伝えていくべきであり、又、周囲は焦らずに見守っていくべきだと思う／周囲は治らないことに対して焦っているが患者本人はもっと焦って苦しんでいる》などが記入された。

#### 4. 考察

本研究では、AD を介した他者とのやりとりを通して得られた、患者視点からの関わり方の知見を得ることを目的とし、掻痒感による搔破行動や皮膚の湿疹に対して、どのような対応の仕方がよいかについて自由記述を分析した結果、【症状にふれない】【搔破行動を叱責するのでなく思いやりの態度】【医療側の道具的サポート】【家族の道具的、情緒的サポート】【サポート的関わり】【患者の孤立感】【責める言葉】の7カテゴリーにまとめられた。

小さい頃は、主に肢体の部分にAD症状の湿疹が生じやすいが、大人になると顔面に湿疹が生じやすくなる。患者にとっては、隠したいが隠せないところに現れるため、自己肯定感の低下や対人関係の回避が生じるほどの苦痛となることは想像に難くない。指摘される毎に症状の悪化を感じさせられ、一層の苦痛を増すため〈何もいわない〉〈見ないふり〉〈普通にしてほしい〉という【症状にふれない】態度を求めていることが明らかになった。得田と高間(2004)は、「人の視線に対する恐れ」が患者のディストレスになっていることを示している。臨床現場でも「電車に乗ると人が見ている」などよく聞かれる言葉である。そのように特別視されることや同情されることに嫌悪を感じ、患者からは「普通になりたい」と「普通」という言葉が頻繁に語られる。「小さい頃から、普通と違うと感じていたが、それに負けないように頑張ってきた」と症状を抱えながら努力されてきたことも語られる。そのように頑張られ、ADであることを隠そうとしてきた患者からすると、症状についてふれられることで、その努力が台無しになる思いであろう。また、周りの人が、湿疹や落屑を不快に感じているのではと不安に思っている患者も少なくない。得田と高間(2004)によって、人が

気持ち悪く思わないか気になるといった「皮膚に対する他者のネガティブな評価の恐れ」が患者のディストレスになっていることを示している。そのような気持ちが根底にあり、指摘されることにより他者のネガティブ評価を意識してしまうと考えられた。

コントロールできない搔破行動に対する、他者から受ける禁止的な言葉や叱責は患者にとって心理的負担になるばかりで、有益なものとして認知されていないことが明らかになった。自己嫌悪にもつながる〈搔破行動への叱責の辛さ〉を挙げ、まず〈搔破行動への理解〉をもって、子どもなどには《搔くことをとがめるのでなく「かゆいのはつらいねー」と共感してもらえると楽になります》、《子どもなら、搔いているところをとんとんと優しく叩いてもらったりうると気持ちも収まるように思います》と〈搔破行動への思いやりのある態度〉が必要であり、とりわけ子どもの頃にはそのような態度を希求していたことが示された。そして、違う関わり方、例えば、《搔くことは良くないのは分かっているのですが、家族には一緒に考えて欲しい／搔くなとばかり言うのではなく、どうしたら痒くなくなるかを教えてほしい／冷静に搔くことのデメリットを指摘するのみ》と、気をそらせるように援助することや辛さを共有してくれたりという【搔破行動を叱責するのではなく思いやりの態度】を欲していることが明らかになった。

搔破行動の叱責や赤みの指摘を他者からされるというネガティブな体験を通して、《AD になった人しかわからないと思います。家族とかは特にわかってくれなないと思います／相手には辛さはわからない。自分で言うしかない／AD の人にしかわからないことが 80% はある》という〈AD になった人にしかわからない〉と感じたり、相手の表情の変化を一瞬を読み取り〈同情への嫌悪感〉を感じ、【患者の孤立感】を抱くことが明らかになった。これは、AD だけでなく他の疾患患者も同様に感じる事が多く、村木と大西（2006）によって、がん患者が「健康な人とはどこか気持ちを共有できない」という周囲の人からの孤立感が報告されている。

医療者に対してどのようなことを求めるかは、家族に対してと求めるものが若干違うことが示された。サポートの受け手は、送り手によって異なるソーシャルサポートを期待していると言われている（Dakof & Taylor, 1990；浦, 1992）。患者が慢性的な AD 症状を乗り越えていくために、医療側へは《医療者（特に看護師）の丁寧な「外用薬の塗り方」指導》という AD 治療で非常に重要な点における〈医療側からの具体的な助言・指導〉やマスメディアの誤った情報から生じたステロイドフォビアに翻弄された AD 患者にとって大切な正しい情報や知識を提供する〈医療側の教育プログラムの充実〉という【医療側の道具的サポート】を望んでいることが明らかになった。慢性疾患患者にとって、周囲の安易な大丈夫という言葉にうんざりすることが少なくないであろう。医学的根拠に基づいた予後、見立てが重要であり、寛解にいたった患者の経過については希望を与えるものとなる。それゆえ《入院患者の経過を数多く説明してほしい》という〈医療側からの見通し〉が挙げられ

た。それによって、疾患をもちながらも前向きに生きていくことができ、アドヒアランスの向上に寄与すると考えられた。

家族に対しては、【家族の道具的, 情緒的サポート】を欲していることが明らかになった。長い罹患年数の間の体験があり、家族に対して複雑な思いを抱えていることがある。例えば、《医師に従わず、家族が自分の（間違っただけの）やり方を押し通す》という親が治療の主導権をもって患者の意思が尊重されなかった経験が挙げられる。親がステロイド薬物療法を拒否し、厳格な食事療法を代替治療として選択し難治慢性化した例も聞かれる。臨床場面では、患者は「小さい時はもっと～してほしい」という温かい声かけやサポートを望んでいたことが語られ、それを得られなかった悲しみを抱いている患者も少なくない。患者の中には「一番の敵は親です」とも語られることがある。高木（2013）は、「家族の中で特に母親の理解を望んでいても、実際に辛さを伝えて、理解してもらうのは難しい」ことや、「親との間ですれ違いが繰り返されると、見てくれなかった、心配してくれなかったとの思いが、深い確執につながっていた」という患者の声を報告している。よって、《家族も患者と同様の知識（アトピーカレッジの内容など）を持ち同じ方向に向かって治療することが重要だと考えます／早い時期の親のAD理解》という〈家族が同じ方向を向く〉ことが必要と考えられる。家族の情緒サポートを求めることは、ADだけでなく他の疾患でも指摘されている。例えば、Kyngäsら（2001）は16歳から22歳の青年期のがん患者を対象に、家族は情緒的サポートの最も重要な資源であることを明らかにしている。

一方、AD患児の母親は、子どもの掻破行動や夜子どもが掻痒感で寝むれないこと、そして他人の視線などにより、「治らないのは食事の配慮が不十分だから？」「掃除が足りないから？私のせい？」と自責的になったりしてストレスが高いことが報告されている（細谷, 2005）。このように子どものADがストレスとなった場合、症状を悪化させる掻破行動に対して過敏になり、叱責しがちになると考えられた。細谷（2013）は、臨床現場で母親には、holding environment<sup>8</sup>と encouragement<sup>9</sup>の必要性を伝え具体的な指導を行っている」と述べている。母親へのストレス介入や患児への接し方への助言は重要と考えられる。

家族にたいしては、情緒的サポートだけでなく、《家族の方は、いろいろな医者に出来ない家族でのケアをお願いしたい／「薬を塗ったるか」という言葉がけがほしい。塗れない所（背中）が塗れない。薬を塗ることがストレス》と自分で塗りにくい部分に薬を塗るのを手伝うなど〈家族からの具体的な援助〉である道具的なサポートも欲していることが明らかになった。

<sup>8</sup> holding environment とは、Winnicott の言葉で、子どもの心身を「抱える環境」で、子どもが必要とする家族の協力やマネジメントなどである。

<sup>9</sup> Encouragement とは、アドラー心理学の用語の「勇気づけ」で、子どもが自身の問題を解決するよう援助することである。

長年疾患を抱えて生きていく中で、疾患に関するネガティブな言葉や母親の苛立ちが患児もしくは患者に向けられることがある。《周囲は治らないことに対して焦っているが患者本人はもっと焦って苦しんでいる》ということを書き、〈焦らず見守る〉ことをしてほしいとが挙げられた。治癒への焦りについては、得田と高間（2004）によって、患者のディストレスになっていることを示している。

臨床現場では、しばしば、生活がだらしないと自身で思っていたり、また家族から指摘されたという話を聞くことがある。症状から身体の倦怠感が強く、朝起きられず遅刻や欠席することや、落屑、血や膿での寝具の汚れなどから感じていることが窺える。得田と高間（2004）によって、疲労感が強いことや搔破行動による痛みや寝具が血や落屑で汚れることが患者のディストレスになっていることを示している。患者自身が自己嫌悪に陥っていることに周りからの〈責める言葉〉は辛いものである。反対に、《あまりネガティブな発言をしない》で〈前向きな言葉かけ〉をしてほしいことが窺われ、【責める言葉】が患者の援助にはつながらないことが明らかになった。辛い状態にある患者にとっては、《気持ちや行動を肯定してほしい／傾聴や共有した会話／しんどい時は話を聞いてくれたりすると嬉しい》などの【サポート的関わり】を欲していることが明らかになった。

よって、AD 患者へ関わる際、【症状にふれない】【搔破行動を叱責するのではなく思いやりの態度】【サポート的関わり】が必要で、【責める言葉】は患者の気持ちに寄り添った態度ではなく、医療側からは【医療側の道具的サポート】、そして、家族からは【家族の道具的、情緒的サポート】が有効であり、【患者の孤立感】を念頭に置きながら援助していくことが必要であることが示された。先行研究では、患者の心理的苦痛感が明らかになっているが、本研究では医療心理学的支援に必要な患者視点に立った知見を提示できたと考える。

本研究の結果は、36名の患者から得たものである。よって、この知見が全てのAD患者に適用できるとは言えない。人それぞれ感じ方は違い、もっと違う関わり方を望んでいることもあるだろう。しかしながら、本研究の結果は筆者の6年間の臨床現場で患者から語られる言葉と重なっており、関わり方のひとつの指針として活用できると考えた。

最後に、単に「痒い」という程度ではない、AD患者の想像を絶する過酷な搔痒感についてイメージしてもらうために、20代前半からADが重症・難治化し10年以上引きこもりの生活をおくられ、A医療センターで寛解維持が可能になったBさんから、搔痒感に悩まされた時に書かれた絵を提供して頂いた。AD患者の搔痒感への苦しみが表現されているため、Aさんの許可をとり提示することにした。臨床場面で患者からよく聞かれる「ADの人にしか分からない」という、言葉では言い表せない壮絶な搔痒感をこの絵によって、共有したいと考えた。

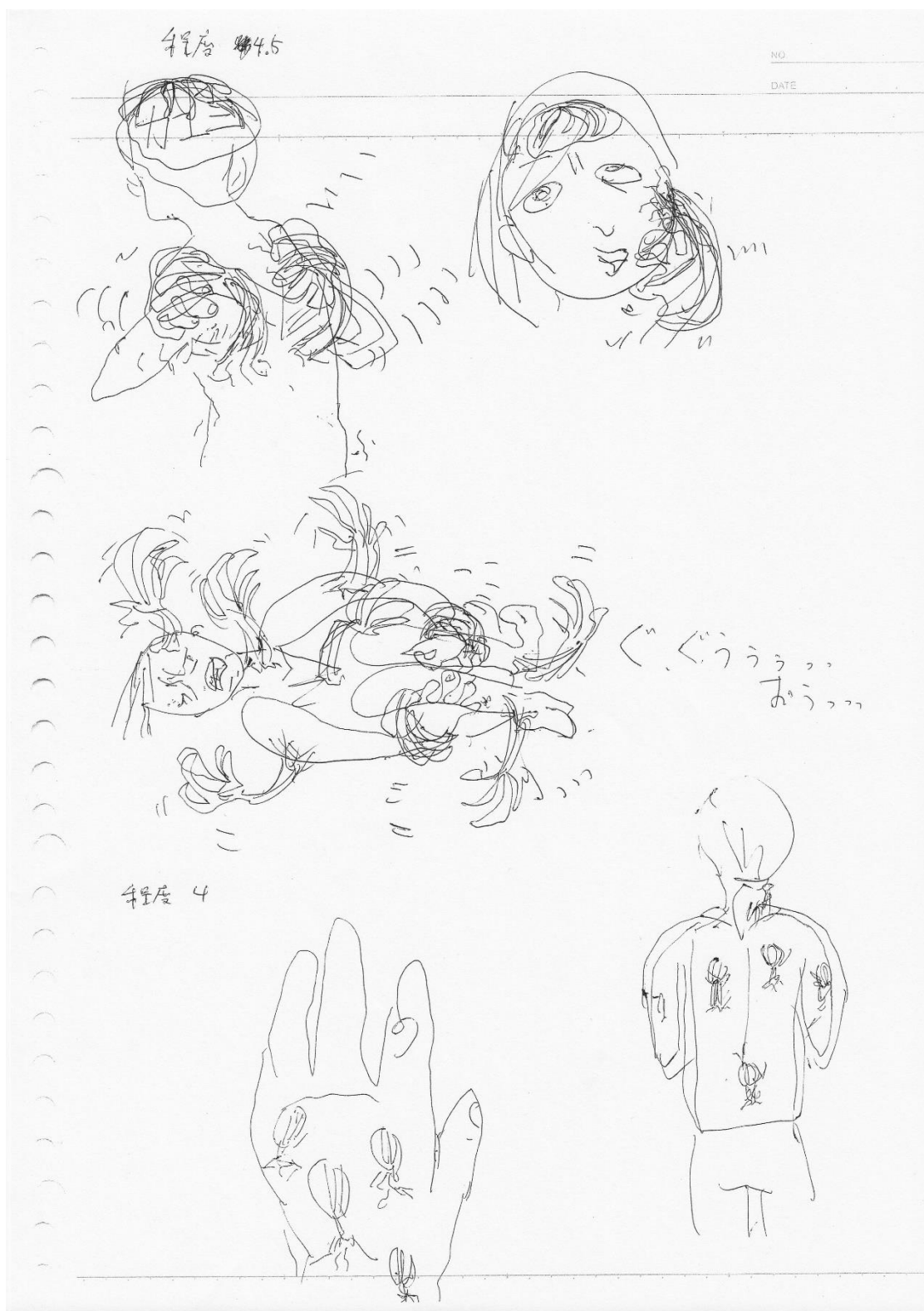


図 アトピー性皮膚炎患者Bさんが表現した「搔痒感」

Table 5-1 カテゴリーとサブカテゴリー：患者主体の関わり方

カテゴリー	サブカテゴリー
症状にふれない	何も言わない
	見ないふり
	普通にしてほしい
掻破行動を叱責ではなく思いやりの態度	掻破行動への考え方の変化
	掻破行動への思いやりのある態度
	掻破行動への叱責の辛さ
	掻破行動への理解
	掻破行動への叱責とは違う関わり
医療側の道具的サポート	医療側からの具体的な助言・指導
	医療側からの見通し
	医療側の教育プログラムの充実
家族の道具的、情緒的サポート	家族からの具体的な援助
	家族が同じ方向をむく
サポート的関わり	サポート的関わり
患者の孤立感	ADになった人にしかわからない
	同情への嫌悪感
責める言葉	責める言葉
	前向きな言葉かけ
	焦らず見守る

## 資料 5-1

サブカテゴリー		内容
何も言わない	1	本当に苦しんでいる時以外は、当人に任せてみるのもいいかなと思います。
	2	理解者以外の発言には、傷つくことが多いので、赤みなどについては、ふれないでほしい。本人は隠しているつもりなので。
	3	赤みの症状など現在の状態には何も言わない。自分で現在これを改善する方法がないから
	4	皮膚の事を言われると、責められている気分になった。だから、ふれてほしくはなかった。私も言わなかった。
	5	何も言わないでほしいと思いました
	6	あまり干渉しないで欲しい
見ないふり	7	「私は昔アトピー性皮膚炎で〜で治った」等、きれいな皮膚の人が言うのはイヤな気持ちがします。見ないふりをして何もないように接して欲しいです。
普通にしてほしい	8	皮膚の赤みに対してはほっておいて欲しい
	9	普通にしてほしい
	10	掻いても、皮膚が赤くても、どのような状態でも、気にしないでいてくれたら気兼ねなく、接することが出来たであろう
掻破行動への考え方の変化	11	「掻く自分が悪い」という考え方を改め、体が無意識に掻くのは仕方がない、という考え方の方が楽になりました(症状を改善すれば自然と痒みはとれていく、という前提です)。
掻破行動への思いやりのある態度	12	掻くことを注意するのは大切ですが責めるのでなくいたわる気持ちを根底に持つことが重要だと思います。
	13	子どもなら、掻いているところをとんとんと優しく叩いてもらったりうると気持ちも収まるように思います
	14	掻くことをとがめるのでなく「かゆいのはつらいねー」と共感してもらえると楽になります。
掻破行動への叱責の辛さ	15	掻いている時に、掻くなと言われるのは辛い
	16	掻くことでひどくなるのは自分でわかっている、朝起きた時など血だらけ、落屑だらけで自己嫌悪に陥る
掻破行動への理解	17	掻くことは生理現象のように思ってもらえるとよい
	18	痒いことは仕方がないと認めた上で、理解して見守っていてほしい。
	19	掻くなと注意せずに、理解してあげる。
掻破行動への叱責とは違う関わり	20	掻くことは良くないのは分かっているのですが、家族には一緒に考えて欲しい
	21	掻くなとばかり言うのではなく、どうしたら痒くなくなるかを教えてほしい。
	22	注意しないほうが良いと思う
	23	冷静に掻くことのデメリットを指摘するのみ
責める言葉	24	なかなか治らない時に「生活がだらしない」「治そうとしていない」「治す気があれば治っている」等の言葉は患者を苦しめるので、一つ一つの声かけに気をつける。逆に「大変だけどいつか治る。絶対大丈夫」と言われるとすごい支えになると思う。

医療側からの具体的な助言・指導	25	学びやアドバイスをしてほしい。
	26	医療者(特に看護師)の丁寧な「外用薬の塗り方」指導
	27	軟膏については、毎日塗るのは大変だけど、歯磨きと同じような生活のルーティンにするとよい等、苦痛にならない様に説明をすると良いのではないかと思う。
	28	できるだけ傷にならないように爪を短く切るように勧めたりする
医療側からの見通し	29	入院患者の経過を数多く説明してほしい
医療側の教育プログラムの充実	30	アトピーカレッジのより一段の充実
家族からの具体的な援助	31	家族の方は、いろいろな医者に出来ない家族でのケアをお願いしたい
	32	「薬を塗ったるか」という言葉がけがほしい。塗れない所(背中)が塗れない。薬を塗ることがストレス
サポート的関わり	33	気持ちや行動を肯定してほしい。
	34	傾聴や共有した会話
	35	しんどい時は話を聞いてくれたりすると嬉しい
	36	その人の性格に合わせて、明るい人には軽い感じで話しかけ、暗めの人には心配する口調で聞けばいいと思う。
	37	私は家系的にアトピー性皮膚炎なのですが、幼少期小学校に入る前、痒みがひどくてかきむしっている時、「バイキンあつかいされるよ、やめなさい！がまんしなさい！」と言われていました。ですが、それが子ども心に恐怖に感じて、そんな事を直接言われることはなかったのですが、周りから少し離れるようになってしまいました(自分のからに閉じこもって?)。それが今思うと良くないのかなと思いました。母の経験からだと思うのですが、その経験をする前から子どもに言うてしまうのはダメだなと思います。同じ経験を私がした時によりそってくれて、前にすすめるようにしてくれたら良かったのかな?と少し思います。
ADになった人にしかわからない	38	ADになった人しかわからないと思います。家族とかは特にわかってくれないと思います
	39	相手には辛さはわからない。自分で言うしかない。
	40	ADの人にしかわからないことが80%はある
家族が同じ方向をむく	41	家族も患者と同様の知識(アトピーカレッジの内容など)を持ち同じ方向に向かって治療することが重要だと考えます
	42	医師に従わず、家族が自分の(間違っ)やり方を押し通す
	43	早い時期の親のAD理解
同情への嫌悪感	44	かわいそうと思われることが嫌悪感になるので
	45	難しいと思いますが、同情的な感情を態度に示されるよりは、ごく自然に対応して欲しい。
	46	言葉や対応に困ったのか、また搔いているわ、かわいそう、こんなことが相手の表情に出てきている。それがものすごいストレスに感じる。どうしてくれたらいいか僕にはわかりません。
前向きな言葉かけ	47	ポジティブに接する
	48	あまりネガティブな発言をしない



焦らず見守る	49	治療法、対応法、悪化因子は人それぞれである事をもっと伝えていくべきであり、又、周囲は焦らずに見守っていくべきだと思う。
	50	周囲は治らないことに対して焦っているが患者本人はもっと焦って苦しんでいる。

### 第Ⅲ部 総括

#### 1. 総合考察

本研究の目的は、AD 患者のストレスマネジメント支援のために実証的知見を得ることであった。そこで、各研究の目的を以下のように設定した。

研究1として、AD 患者の精神的ストレス反応に関与する予防因子とリスク因子のコーピングの探索をし、研究2として、研究1より明らかになった、AD 患者が多用し、且つリスク因子のコーピングと示された「自責」に焦点をあて、「自責」がどのようなADにまつわるネガティブ体験から生じているのかを明らかにすることである。研究3として、ADは心身症の代表的な疾患であるため、心身症の病態をもつAD患者とそうでない患者を判別し、コーピングの違いを示し、心身症患者のコーピングに関する問題点を明らかにすることであった。研究4としては、患者のコーピング特徴は実は長年の慢性難治化状態から得られた2次的なコーピングではないかという仮説を立て検証を行うことであった。さらに、研究5として、掻破行動への対応や湿疹に対する対応について、患者視点からの望ましい心理的支援の知見を得ることであった。これらの研究を通して、AD患者対象のストレスマネジメント教育プログラムの課題、さらに医療者のAD患者支援の知見を加えることを目指した。

研究1で、重症AD患者において高い発現率であった「抑うつ症状」の予防因子のコーピングは「助言や援助の利用」「受容」、リスク因子のコーピングは、「自責」「行動的諦め」「祈り・信念」「計画」と示された。AD患者は、予防因子は活用できているものの、リスク因子と示された「自責」「行動的諦め」を多用していることからリスク因子のコーピングへの介入が必要なことが示された。研究2では、患者のADにまつわるネガティブ体験を探索した結果、「対人関係ネガティブ体験」「痒みネガティブ体験」「疾患無理解ネガティブ体験」「医療ネガティブ体験」の4因子が抽出された。そして、AD患者が多用し、且つ抑うつ症状のリスク因子のコーピングである「自責」には、掻破行動による叱責などの「痒みネガティブ体験」が影響していることが示された。研究3では、心身症の病態をもっていると言えるアレキシサイミックな患者は22.3%と少ないものの、ノンアレキシサイミックな患者よりも不適切なコーピングの多用と精神的ストレス反応が高いという問題が示された。そこで、心身症の病態をもっているかどうかというスクリーニングをTAS-20で行い、心身症と判定されたAD患者には積極的な介入が必要なことが示唆された。研究4では、AD症状の寛解維持により不適切なコーピング得点が減少し、それに伴い抑うつ症状も軽減されることが検証され、重症皮膚症状の遷延化が患者の問題処理の認知・行動パターンに影響を与えたことが不適切なストレス対処法を増やし、さらにADの悪化を強化する悪循環を形成していたことが示唆された。一方で、症状の寛解維持にも関わらず、リスク因子のコーピングである「自責」は変化しにくいことが明らかになり、「自責」に焦点化した心理教育的介入が必要なことが示され

た。研究5では、AD患者への心理的援助の際、【症状にふれない】【搔破行動を叱責するのではなく思いやりの態度】【サポート的関わり】が必要で、【責める言葉】は患者の心理的負担を増大させ、医療側からは【医療側の道具的サポート】、そして、家族からは【家族の道具的、情緒的サポート】が有効であり、【患者の孤立感】に配慮する必要があるが示された。

## 2. アトピー性皮膚炎患者へのストレスマネジメントの課題

まず教育的介入として、抑うつ症状などのリスク因子となるコーピングの理解を促すことと予防となるコーピングの有効性を訴えることが必要と考えられた。そして、精神的ストレス反応のリスク因子となるコーピングにおいて、医学的治療による寛解維持が有効なコーピングと、心理教育的介入が必要なコーピングに分類されることが示された。そこで、今後ストレスマネジメント・プログラムでは、寛解維持でも軽減しないコーピングの変容を課題として構成されることが求められ、認知行動療法導入など検討する必要がある。さらに、本研究の知見は個々への教育プログラム後の継続支援の判断基準になると考える。リスク因子となるコーピングを多く用いている患者には積極的な継続支援へとつなげていくことが重要であり、チーム医療の中では、情報としてAD患者のコーピング特徴を共有することが、予防的サポートにつながるであろう。心身症の病態をもつAD患者は、不適切なコーピングを多用し、そのため精神的ストレス反応も高く、さらに寛解維持によっても低減が見られないことから積極的な介入が必要であることが明らかになった。そして、AD患者への搔破行動の叱責など痒みに関する他者とのネガティブな体験はリスク因子のコーピングである「自責」を形成させる可能性が高いことを、医療者はもとより家族や周囲に対して周知されることが重要であろう。

## 3. 今後の課題

喘息患者の研究において、発作で緊急医療を使用する喘息患者は「否認」のコーピングがよく用いられていることを報告し、アドヒアランス不良との関連が示されている(Barton et al, 2003)。AD患者においても喘息と同様にアドヒアランス不良は症状の経過に影響を与えるため、アドヒアランス不良を調査しコーピングとの関連を検討することは重要であると考えられる。慢性疾患に関する臨床心理学研究としては、糖尿病の患者を対象にしたものが多く、糖尿病問題領域質問票(PAID)で糖尿病特有の感情負担を測定している。このツールは研究に使用できるだけでなく、スクリーニングツールとして用いることができ、心理的リスクが高い患者の判別を行い、カウンセリングなどの心理的介入を導入することができる。ADもこのようにAD特有の感情負担を測定するツールの開発は今後の課題と考えられる。

## 付記

論文作成にあたり,ご指導,ご助言をいただきました井村修教授に感謝申し上げます。また,副査をご担当いただきました佐々木淳准教授,藤岡淳子教授に感謝申し上げます。そして,博士課程の間,ご指導をいただきました故宮田敬一教授に感謝申し上げます。

そして,調査をさせていただいたアトピー性皮膚炎患者の皆様,アトピー性皮膚炎の掻痒感の過酷さを表現された貴重な絵をご提供して下さった B さんにお礼申し上げます。

最後に,A 医療センターにて重症アトピー性皮膚炎患者さんの寛解を目指して休むことなく治療や講演活動に専心されている片岡葉子先生に患者さんに寄り添っていく姿勢を学ばせて頂いたことと,ご指導を頂いたことに厚くお礼申し上げます。

## 引用文献

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- 吾郷晋浩 (1991). 慢性疾患と心身症的諸問題—アレルギー疾患. *小児内科*, 23, 366-371.
- 吾郷晋浩, 守口善也, 大場真理子 (2002). アレルギー疾患の発現と経過に影響を及ぼす人間関係 総論(解説/特集). *アレルギー・免疫*, 9 (4), 393-397.
- 赤坂豊, 中村延江 (2010). 成人期アトピー性皮膚炎患者の心理特性—自己の認知と PF スタディに表れたアグレッションの特徴について—. *心理学研究*, 創刊号, 72-80.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Application*. New York: Norton. 末松弘行監訳 (1989). *心身医学の誕生*. 中央洋書出版部.
- Anzieu, D. (1985) *Le Moi-peau* 福田素子 (訳) (1996). *皮膚-自我*. 言叢社
- 新谷卓弘, 森山健三, 中尾紀久世ら (2010). アトピー性皮膚炎患者における心身一如の東洋医学的治療の実際. *皮膚の科学*, 9 (15), 28-32.
- 芦原睦, 酒井淑子, 伊藤章代, 西井香奈子 (1994). 慢性関節リウマチ患者における心身医学的検討 (第3報) —RA 患者におけるストレスとストレスコーピング—. *心身医学*, 34: 129-135.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall (バンデュラ, A. 原野広太郎 (監訳) (1979). *社会的学習理論—人間理解と教育の基礎—金子書房*)
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 33-40.
- Barton, C., Clarke, D., Sulaiman, N. et al, (2003). Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Res Med*, 97, 747-761.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F. & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail a self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Show, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press (坂野雄二 (監訳) *うつ病の認知療法*. 岩崎学術出版, 1992)
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1981). *Attention and Self-Regulation: A Control-Theory Approach to Human Behavior*. Springer-Verlag New York Heidelberg Berlin.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies:

- A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1998). *On the Self-Regulation of Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Charman, C. R., Morris, A. D., Williams, H. C. (2000). Topical corticosteroid phobia in patient with atopic eczema. *Br Journal Dermatol*, 142, 931-936.
- Cox, B. J., Kuch, K., Parker, J. D., Shulman, I. D., & Evans, R. J. (1994). Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of psychosomatic research*, 38(6), 523-527.
- Dakof, G. A., & Taylor, S. E. (1990). Victims' perceptions of social support: what is helpful from whom?. *Journal of personality and social psychology*, 58(1), 80.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' Error; Emotion, Reason, and the human brain; 生存する脳*, 田中三彦訳.
- Danhauer, S. C., Crawford, S. L., Farmer, D. F. et al. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal Behavioral Medicine*. 32, 371-379.
- 傳田光洋 (2013) .皮膚感覚と人間のこころ. 新潮選書
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19 (1), 1-15.
- 土井真由子 (2002) .アトピー性皮膚炎を抱える人の攻撃的衝動心性に関する研究 TAT 反応をもとに. *心理臨床学研究*, 20 (4), 394-399.
- 土井真由子 (2003) .アトピー性皮膚炎患者の TAT 反応をもとにした語りの構成に関する一研究. *心理臨床学研究*, 20 (6), 521-532.
- 江畑俊哉 (2001) . アトピー性皮膚炎の痒み(痒みのメカニズムとその対策). *アレルギー*, 50(9・10), 871.
- Edwards, J. R. (1988). *The determinants and consequences of coping with stress*. CL Cooper y R. Payne: *Causes, Coping Consequences of Stress at Work*, Chichester, John Wiley and Sons, 233-266.
- Fitzgerald, M. & Molyneux, G. (2004). Overlap between alexithymia and Asperger's

- Syndrome. *American Journal Psychiatry*, 61(11), 2134-2035.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Social Behavior*, 21, 219-239.
- Fonagy, P., & Moran, G. S. (1994). Psychoanalytic formulation and treatment of chronic metabolic disturbance in insulin dependent diabetes mellitus. *The Imaginative Body: Psychodynamic Psychotherapy in Health Care*. Whurr Publications: London.
- 堀江徹也 (1986) . アトピー性皮膚炎と性格. *皮膚臨床*, 28, 1355-1361.
- 堀毛裕子 (1991) . 日本版 Health Locus of Control 尺度の作成. *健康心理学研究*, 4, 1-7.
- Forsythe, C. J., & Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 473-485.
- 保坂隆, 徳田裕子, 城良子, 内富庸介, 青木孝之, 福西勇夫, 岸圭子 (1995). がん患者のコーピングと情緒状態. *心身医学*, 35, 384-489.
- 細谷律子 (2005) . 母親を明るい気持ちにさせる接し方. *皮膚アレルギーフロンティア*, 3, 235-239.
- 細谷律子 (2009) . アトピー性皮膚炎に対する外来森田療法. *皮膚に科学*, 8, 636-641.
- 細谷律子 (2013) . アトピー性皮膚炎から搔破行動依存へ. *日本アルコール関連問題学会雑誌*, 15(2), 103-106.
- 藤原千恵子 (2004). 入院中の小児がんの子どもをもつ母親のコーピングと状況要因および心理的ストレス反応との関係. *日本小児看護学会誌*, 13 (1) , 40-45.
- 古江増隆, 佐伯秀久, 古川福実, 秀道弘, 大槻マミ太郎ら (2009). アトピー性皮膚炎診療ガイドライン. *日本皮膚科学会雑誌*, 119 (8) , 1515-1534.
- 古江増隆 (総編集), 中村晃一郎 (専門編集) (2011). *アトピー性皮膚炎 湿疹・皮膚炎パーフェクトマスター*. 中山書店.
- Ginsburg, I. H., Prystowsky, J. H., Kornfeld, D. S. & Wolland, H. (1993). Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. *International Journal of Dermatology*, 32, 656-660.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J. D. et al. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21, 43-49.
- Groot, J. M., Rodin, G. & Olmstead, M. P. (1995) Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 53-60.
- Hashiro, M. & Okumura, M. (1997). Anxiety, depression and psychosomatic symptoms in

- patients with atopic dermatitis: comparison with normal controls and among group of different degrees of severity. *Journal of Dermatol Science*, 14, 63-67.
- Hashiro, M. & Okumura, M. (1998). The relationship between the psychological and immunological state in patients with atopic dermatitis. *Journal of Dermatological Science*, 16, 231-235.
- 羽白誠 (2006). アトピー性皮膚炎患者における性格傾向と親子関係について. *心身医学*, 46 (6), 518.
- 羽白誠, 安藤哲也 (2006). アトピー性皮膚炎. 小牧元, ほか編集. *心身症診断・治療ガイドライン 2006*. 協和企画, 250-280.
- 羽白誠 (2009). ストレスと皮膚科疾患. *日本心療内科学会誌*, 13, 90-95.
- 羽白誠 (2010). 皮膚科疾患とうつ病. *総合臨床*, 59 (5), 1263-1267.
- 橋爪誠 (1992). 気管支喘息の心身医学的診断 Alexithymia の観点より. *心身医学*, 32, 233-236.
- 原信一郎, 入江直子, 積文雄, 桑名真, 宮城英慈, 吾郷晋浩ら. (1998). 青年期アトピー性皮膚炎の心身医学的検討: アレキシサイミアについて (アトピー性疾患など). *心身医学*, 38, 55.
- 原信一郎, 吾郷晋浩, 富岡光直 (2006<sup>a</sup>). アトピー性皮膚炎の発症と経過に関与しうる心理社会的因子の共分散構造分析 (II) - ストレス反応とアレキシサイミア傾向の多母集団同時分析 -. *心身医学*, 46 (2), 171.
- 原信一郎, 吾郷晋浩, 富岡光直, 辻裕美子 (2006<sup>b</sup>). アトピー性皮膚炎の発症と経過に関与しうる心理社会的因子の共分散構造分析 (III) - ストレス反応とストレス対処行動の多母集団同時分析 -. *心身医学*, 46 (9), 842-843.
- 針谷毅, 平尾哲二, 勝山雅子ら (2000). アトピー性皮膚炎患者における心身の状態と皮膚症状の関連性について. *アレルギー*, 49, 463-471.
- 檜垣祐子, 有川順子, 吉原伸子ら (2000). アトピー性皮膚炎の難治化における心理社会的負荷の関与について. *日本皮膚科学会雑誌*, 110, 27-34.
- 檜垣祐子, 有川順子, 吉原伸子, 川本恭子, 加茂登志子, 堀川直史, 川島眞 (2001). 重症アトピー性皮膚炎における搔破行動および心理社会的負荷の関与について. *日本皮膚科学会雑誌*, 111 (5), 837-842.
- 檜垣祐子 (2011). 外見の問題と QOL: 皮膚ボディイメージについて. *日本皮膚科学会雑誌*, 121 (2), 757-759.
- 樋町美華, 岡島義, 羽白誠, 坂野雄二 (2010). 成人型アトピー性皮膚炎患者の社会不安症状の特徴についての検討. *心身医学*, 50 (6), 553.
- Holm, E. A., Emann, S. & Jemec, G. B. E. (2004). Does Visible Atopic Dermatitis Affect Quality of Life More in Women Than in Men? *Gender Medicine*, 1 (2)



- 細谷律子 (2005) . 母親を明るい気持ちにさせる接し方. 皮膚アレルギーフロンティア, 3, 235-239.
- 細谷律子 (2013) . 子どもの QOL を高めるために. 日本皮膚科学会雑誌, 123, 3019-3022.
- 入江直子, 釈文雄, 桑名真, 宮城英慈, 原信一郎, 吾郷晋浩, 石川俊男 (1998) . 青年期アトピー性皮膚炎の身医学的検討—ストレス対処行動について. 心身医学, 38, 57.
- 入江直子, 釈文雄, 桑名真, 宮城英慈, 原信一郎, 吾郷晋浩, 石川俊男 (1999) . 青年期再発型アトピー性皮膚炎の 1 例に対する心身医学的アプローチ. 心身医学, 39 (5) , 356-359.
- 石井均 (2011) . 糖尿病医療学入門 - こころと行動のガイドブック. 医学書院.
- 石井均 (2014) . 糖尿病とうつ病の合併・併存. CNS today. Medical tribune, 4 (3) , 17-21.
- 岩崎健二, 大塚泰正, 佐々木毅, 毛利一平 (2007) . 「2006 年度働き方と健康に関するアンケート調査」報告書—平成 18 年度 蓄積疲労に関する疫学調査 2006 年の概要—. 労働安全衛生総合研究所, 1-92.
- Jim, H. S., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D. M. & Andersen, B. L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. Health Psychology, 25(6), 753-761.
- Jimerson, D. C., Walton, B. E., Sifneos, P. E., Franko, D. L., & Covino, N. A. (1991). Alexithymia and affect-deficit symptoms in bulimia. In American Psychiatric Association 144th Annual Meeting.
- 片岡葉子 (2004) . アトピー性皮膚炎とストレスマネジメント. アレルギー・免疫, 11 (8) , 1062-1069.
- 可知悠子, 前田基成, 笹井恵子, 後藤直子, 守口善也ら (2006) . 摂食障害患者におけるアレキシサイミアの特徴. 心身医学 46(3), 215-222.
- 加藤司 (2010) . 英語文献におけるコーピング尺度の使用状況 : 2006 年から 2007 年. 東洋大学社会学部紀要, 47, 59-81.
- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Salonen, R., Salonen, J. T. (1994) . Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease. Psychosomatic Medicine, 56, 181-276.
- 川原健資, 山本晴義, 江花昭一, 津久井要, 佐々木篤代ら (1997) . 成人型アトピー性皮膚炎の心身医学的研究 (第 1 報) —特に重症度・経過からみた心理学的特徴の検討—. 心身医学, 37, 337-346.
- 河合隼雄 (2001) . 心理療法における「物語」の意義. 精神療法, 27(1), 3-7.
- 川喜多次郎 (1967) . 発想法想像性開発のために. 中央公論社
- 川島眞, 瀧川雅浩, 中川秀己, 古江増隆ら (2000) . 日本皮膚科学会編 アトピー性皮膚炎治

- 療ガイドライン. 日本皮膚科学会雑誌, 110 (7), 1099-1104.
- 金外淑, 島田洋徳, 坂野雄二 (1998) 慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果心身医学. 心身医学 38(5), 317-323.
- Kiran, R. (2009). Recent research in stress, coping and women's health. *Current Opinion in Psychiatry*, 22 (2), 188-193.
- 小林美咲 (2000). アトピー性皮膚炎患者の搔破行動の検討. 日本皮膚科学会誌, 110, 275-282.
- Kojima, M., Senda, Y., Nagaya, T., Tokudome, S. & Furukawa, T. A. (2003). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 307-314.
- 小牧元, 前田基成, 有村達之, 中田光紀, 篠田晴男ら (2003). 日本語版 The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) の信頼性, 因子的妥当性の検討. 心身医学, 43(12), 839-846.
- 小杉正太郎編著 (2002). ストレス心理学-個人差とプロセスとコーピング. 川島書店.
- 河野友信, 石川俊男 (編) (2005). ストレスの事典. 朝倉書店.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33 (1), 17-31.
- 工藤理恵子, 松野俊夫, 村上正人, 中村延江, 堀江孝至, 桂戴作 (1996). 心身症患者のストレス, 認知, コーピング. 心身医学, 36, 215.
- Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E. M., Ryttilahti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R. & Jämsä, T. (2001). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 10(1), 6-11.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company, New York. (本明寛, 春木豊, 織田正美 (監訳) (1991). ストレスの心理学-認知的評価と対処の研究. 実務教育出版)
- Linnet, J. & Jemec, G. B. (1999). An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *Br journal Dermatol*, 140, 268-272.
- Lumley, M. A., Stettner, L. & Wehmer, F. (1996<sup>a</sup>). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatics Research*, 41, 505-518.
- Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F. & Lakey, B. (1996<sup>b</sup>). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatics Research*, 41, 519-530.
- 丸光恵, 兼松百合子, 中村美保, 工藤美子, 武田淳子 (1997). 慢性疾患患児をもつ母親の育

- 児ストレスの特徴と関連要因：健康児の母親との比較から．千葉大学看護学部紀要, 19, 45-51.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1986), Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- Moriguchi, Y., Decety, D., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H. & Komaki, G. (2007). Empathy and judging other's pain: an fMRI study of alexithymia. *Cerebral Cortex*, 17(9), 2223-2234.
- 向井未年子, 大石ふみ子, 大西和子(2012). 外来通院中の進行肺がん患者のストレスコーピングとソーシャル・サポートの検討. *三重看護学誌*, 14, 29-39.
- 村木明美, 大西和子 (2006). 外来化学療法を受けている非小細胞肺がん患者の苦痛に関する研究. *三重看護学誌*, 8, 33-41.
- 武藤百合(2007). アトピー性皮膚炎患者の体験世界—共に生きる生活をめぐって—. 京都大学大学院 博士論文
- 中島園美, 西野洋, 岸田寛子, 前田七瀬, 吉岡詠理子, 片岡葉子(2012<sup>a</sup>). アトピー性皮膚炎教育入院プログラムにおける心理的アプローチ-体験型ストレスマネジメント. *皮膚の科学*, 11, 39-42.
- 中島園美, 片岡葉子(2012<sup>b</sup>). 成人アトピー性皮膚炎におけるストレスマネジメント—重症患者教育入院プログラムの経験から— アレルギー 61 (3.4) , 419.
- 中島園美(2013). 喘息患者の自己管理不良に影響を及ぼす情動認知—アレキシミアと共感性からの検討—. *カウンセリング研究*, 46 (2) , 73-82.
- 中島園美(2014). 重症アトピー性皮膚炎患者への長期的支援としての集団コラージュ療法—作品と認知物語療法を通して表現された心的世界の検討—. *日本コラージュ療法学会第6回大会 抄録集*, 20-21.
- 中村晃一郎(2013). アトピー性皮膚炎—皮膚湿疹最新の治療 2013-2014. 南江堂. 35-45.
- Nakano, K. & Kitamura, T. (2001). The relation of anger subcomponent to Type A behavior to psychological symptoms in Japanese and International students. *Japanese Psychological Research*, 43, 50-54.
- 中野敬子 (2014) . ストレス・マネジメント入門. 金剛出版.
- Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. *Modern trends in psychosomatic medicine*, 3, 430-439.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Houts, P. S., Friedman, S. H. & Faddis, S. (1999). Relevance of problem-solving therapy to psychosocial oncology. *Journal of Psychosocial Oncology*, 16, 5-26.
- 日本心身医学会教育研修委員会編(1991). 心身医学の新しい診療指針. 心身医学,

- 31, 537-576.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1993). Effect of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.
- 尾川美弥子, 中井吉英, 橋爪誠, 西井聡, 竹林直紀ら(1992). 潰瘍性大腸炎患者における心身医学的検討(第4報). *心身医学*, 32(抄録号), 53.
- 尾川美弥子, 中井吉英, 橋爪誠, 藤基荘太郎(1993). 潰瘍性大腸炎患者における心身医学的検討. *心身医学*, 33, 310-314.
- Ohya, Y., Williams, H., Steptoe, A. et al, (2001). Psychosocial factors and adherence to treatment advice in childhood atopic dermatitis. *Journal invest Dermatology*. 117, 852-857.
- 大矢幸弘(2007). アレルギー疾患. *小児科*, 48(8), 1115-1122.
- 大矢幸弘(2010<sup>a</sup>). 小児アレルギー性疾患—今後の展望. *アレルギーの臨床*, 30(4), 342-347.
- 大矢幸弘(2010<sup>b</sup>). 環境変化と小児アレルギー疾患の増加に関するパラダイム変換. *Endocrin Disrupter News Letter*, 12(4), 7.
- 大矢幸弘・山下裕史郎(2013). 医療, 教育, 地域の連携とストレス心理学. 津田彰, 大矢幸弘, 丹野義彦(編). *臨床ストレス心理学*. 東京大学出版会.
- Okano, Y., Okamura, H., Watanabe, H. et al. (2001). Mental adjustment to first recurrence and correlated factors in patients with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 67, 255-262.
- 岡安孝弘, 片柳弘司, 嶋田洋徳, 久保義郎, 坂野雄二(1993). 心理社会的ストレス研究におけるストレス反応の測定. *早稲田大学人間科学研究*, 6(1), 125-134.
- 奥野英美, 勝岡憲生, サンティス智恵, 向野哲, 堤邦彦ら(2000). 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・搔破と心理的要因の関連性の検討一. *日本皮膚科学会雑誌*. 110(5), 837-844.
- 太藤重夫(1985). アトピー性皮膚炎の歴史, *皮膚科MOOK アトピー性皮膚炎*. 編集主幹 今村貞夫, 小川秀興 金原出版株式会社. 1-6.
- 扇野綾子, 中村由美子(2010). 慢性疾患患児を育てる母親の心理的ストレスおよび生活の満足感に影響を与える要因. *日本小児看護学会誌*, 19, 1-7.
- 大塚泰正(2008). 理論的作成方法によるコーピング尺度: COPE. *広島大学心理学研究*, 8, 121-128.
- Otsuka, Y., Sasaki, T., Iwasaki, K., Mori, I. (2009). Working Hours, Coping Skills, and Psychological Health in Japanese Daytime Workers. *Industrial Health*, 47, 22-32.

- 大脇淳子, 佐藤みつ子, 比江島欣慎 (2002) . アトピー性皮膚炎児の親の疾病認知と養育態度との関連. 山梨医大紀要, 19, 17-24.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M. (1998). Alexithymia : relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 91-98.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 2-21.
- Phelps, A. C., Maciejewski, P. K., Nilsson, M. et al. (2009). Religious Coping and use of Intensive Life-Prolonging Care Near Death in Patients With Advanced Cancer. *Journal of the American Medical Association*, 301(11), 1140-1147.
- Richards, H. L., Fortune, D. G., O' Sullivan, T. M. et al, (1999). Patients with psoriasis and their compliance with medication. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 41, 581-583.
- 境玲子, 大西秀樹, 山田和夫, 木村博和, 石和万美子, 高橋一夫, 相原道子, 池澤善郎, 小阪憲司 (2002). アトピー性皮膚炎専門外来患者における精神医学的検討. 総合病院精神医学, 14, 44-53.
- 境玲子, 相原道子, 石和万美子ら (2003). アトピー性皮膚炎患者における適応障害 (第1報) —精神医学の実態について. 日本皮膚学会誌, 113, 19-24.
- 境玲子, 相原道子, 石和万美子ら (2004). アトピー性皮膚炎患者における POMS の活用 (第1報) —横断的検討. 心身医学, 44, 263-269.
- 坂野雄二, 前田基成, 東條光彦 (1988) . 獲得された無力感の解消に及ぼす Self-Efficacy の効果. 行動療法研究, 13(2), 143-153.
- 佐藤逸子, 杉原一昭 (2001). 自尊感情によるストレスコーピングの発達的变化 日本教育心理学会総会発表論文集, 43, 16.
- Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 34(1), 54-58.
- Schroevers, M. J., Kraaij, V., Garnefski, N. (2001). Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho - Oncology*, 20, 165-172.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 22, 255-262.
- Stores, G., Burrows, A., Crawford, C. (1998). Physiological sleep disturbance in children with atopic dermatitis: a case control study. *Pediatr Dermatology*, 15, 264-268.

- 末廣豊 (2003) . 搔破予防対策. *Journal of pediatric dermatology*. 22(2), 113-115.
- 菅野信夫 (1981) . 心身症における症状の身体化について. *心理学研究*, 52 (1) , 30-37.
- 鈴木伸一 (編著) (2008) . 医療心理学の新展開. 北大路書店.
- 太刀川弘和, 畑中公孝, 山口直美 (2005) 摂食障害患者におけるアレキシサイミア傾向—  
Tronto Alexithymia Scale 短縮版 (TAS-20) を用いた検討. *臨床精神医学*, 34, 805-811.
- 高木博子 & 上出良一 (2011). 成人型アトピー性皮膚炎患者の情緒的支援ネットワーク認  
知が QOL およびコーピング能力へ及ぼす影響. *心身医学*, 51(6), 581.
- 高木博子 (2013) . 入院経験のある成人型アトピー性皮膚炎患者の回復のプロセス. *心理臨床  
学研究*, 30(6), 842-852.
- Taylor, G. J. (1987) . *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*.  
Madison, CT: International Universities Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect  
Regulation : Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge  
University Press. (福西勇夫監訳(1998). アレキシサイミア—感情制御の障害と精  
神・身体疾患—. 星和書店)
- 田中尚子・石和万美子 (2005) . 皮膚科外来におけるアトピー性皮膚炎患者に対する臨床動  
作法の適用. *臨床動作法研究*, 8~11. 11-20.
- 得田恵子, 高間静子 (2004) . 成人型アトピー性皮膚炎患者のディストレスに関する研究 富  
山医科薬科大学看護学会誌, 5 (2) , 69-80.
- 富田美穂, 野村忍 (2005). 成人型アトピー性皮膚炎患者の怒り表出と搔破行動および養育態  
度との関連. *人間科学研究*, 18, 43.
- 辻裕美子, 塚本尚子, 近喰ふじ子, 川田まり, 原信一郎, 石川俊男, 吾郷晋浩 (1994). 日常スト  
レス対処行動調査票よりみた心身症患者の特徴. *心身医学*, 34, 178.
- 上田英一郎, 福井義一, 金沢徹文, 米田博 (2013). 光トポグラフィー検査を用いたアトピー性  
皮膚炎患者における抑うつ状態の評価. *心身医学*, 53(6), 554-554.
- 浦光博 (1992). 支えあう人と人. ソーシャルサポートの社会心理学 サイエンス社.
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S. (1999). Influence of psychological response  
on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *Lancet*, 354,  
1331-1336.
- Weiner, H., & Fawzy, F. I. (1989). An integrative model of health, disease, and  
illness. *Psychosomatic medicine: Theory, physiology, and practice*, 1, 9-44.
- Yang, H. C., Brothers, B. M., Andersen, B. L. (2008). Stress and Quality of Life in  
Breast Cancer Recurrence: Moderation or Mediation of Coping? *Annals of  
Behavioral Medicine*, 35, 188-197.