

神経症患者におけるストレス・コーピング・スキル

On the Stress Coping Skills in Neurotic Patients

木 島 恒 一*

Tsunekazu KIJIMA

要旨：本研究では、ストレス関連の疾患として神経症を取り上げ、神経症患者のストレス・マネジメント能力を、コーピング・スキルという観点から検討した。対象は都内 A 精神科クリニックの外来受診患者 53 名で、ストレス・コーピング・スキル尺度 (SCSS) を施行した。これと比較するために、性別・年齢・職業を対応させた健常者 53 名に SCSS を施行した。その結果、次のことが示唆された。神経症患者は健常者と比較して、“情動的ストレス耐性”、“自己主張”、“環境の変化への迅速な適応”、“プラス思考”という 4 つのコーピング・スキルが低かった。事例別に尺度プロフィールをみたところ、平均領域と平均以下の尺度のみの患者が全体の 35.8%、低得点尺度と高得点尺度がともにある患者 47.2%であった。このことから、プロフィールのバランスを考慮して患者のスキルを判断することの必要性が示唆された。

キーワード：神経症患者、健常者、ストレス、コーピング・スキル

はじめに

心療内科を受診する患者は、本来の定義に合致する心身症だけでなく、神経症やうつ病なども少なくない (久村, 2005)。これらの病気の発症にはいろいろな要因が関与しているが、重要な要因の 1 つにストレスが挙げられる。Sperry (2006) は慢性疾患発症についての生物心理社会的モデルを論じる中で、特にストレス・コーピング要因を重視している。コーピングと環境との相互作用は発症だけでなく、病気の経過にも大きな影響を与えることが考えられる。こうしたコーピングの影響は、神経症などのストレス関連の病気ではいっそう重要な要因といえよう。

Cooper & Dewe (2004 大塚他訳 2006) が、ストレスの歴史はある意味、測定法の歴史である、と指摘しているように、コーピングについてもさまざまな測定尺度が提案されてきた (たとえば Carver, Scheier, & Weintraub, 1989 ; Folkman & Lazarus, 1985)。加藤 (2006) は 1990 年から 1995 年までの英語文献を概観した上で、研究での使用頻度の高いコーピング尺度として 7 尺

* きじま つねかず 北陸学院大学人間総合学部社会学科

度を挙げている。これらのコーピング尺度は、いずれも個人のコーピング特徴を捉えることを目的としている。患者に自身のコーピング特徴を気づかせるという点では、これらは有効な尺度といえよう。しかしながら、その個人的コーピング特徴が適応の上で適切なものであるかどうかという点は、これらのコーピング尺度では考慮されていない。Sperry (2006) の生物心理社会的モデルが示唆するように、臨床的には、ストレスに対して適応的なコーピングを行える能力、すなわちコーピング・スキル (coping skills) もまた重要な問題であろう。この観点から木島他 (木島, 2008; 木島・成田・久米, 1997, 1998) は個人の基本的なコーピング・スキルを捉えるための測定尺度 (Stress Coping Skill Scales, 以下 SCSS と略す) を作成している。

SCSS (木島, 2008) は 10 の下位尺度と 1 つの準尺度から構成されている。これは、社会人 644 名 (男性 247 名, 女性 397 名) のデータの因子分析 (最尤法, プロマックス回転) の結果に基づくものである。SCSS の尺度は、次の 4 つに分類される。①ストレス耐性に関するスキル: “情動的ストレス耐性”、“悠然的対応” (準尺度)。②対人的スキル: “社会的サポートの所有”、“社会的サポートの活用”、“対人コミュニケーションにおける適切な対応”。③攻撃性のコントロールに関するスキル: “攻撃性の抑制”、“自己主張”。④上記以外のスキル: “積極的対応”、“環境の変化への迅速な適応”、“プラス思考”、“問題の洞察・把握”。このうち、“社会的サポートの所有”と“対人コミュニケーションにおける適切な対応”は、ストレス事態に直面する前に機能するスキルであり、“問題の洞察・把握”とともに、他のコーピング尺度には見られないもので、“スキル”という概念を導入することで初めて問題となったものである。

本研究では、ストレス関連の疾患として神経症を取り上げ、神経症患者の個人的なストレス・マネジメント能力をコーピング・スキルという点から検討する。この目的のため、53 名の神経症患者に SCSS を実施し、健常者との比較を行った。なお、神経症の診断基準は、こんにち、臨床の現場で伝統的に用いられているものを使用した (大熊, 2005, pp277-278)。

方 法

1. 対 象

対象は都内 A 精神科クリニックに外来通院していた神経症患者 53 例で、内訳は男性 44 名、女性 9 名、平均年齢は 38.1 ± 7.3 歳であった。また、これと比較するために性別・年齢・職業を対応させた健常者 53 名 (平均年齢 38.0 ± 8.5 歳) を 1997 年～2006 年に収集された健常者データ (男性 247 名, 女性 397 名) から無作為に抽出した。

2. コーピング・スキルおよび性格特徴の測定

研究への協力を受諾してくれた上記の神経症患者に対して SCSS (木島, 2008) と Y-G 性格検査を施行した。個人結果は本人にフィードバックされた。なお、以下の分析では、社会人健常者 (644 名) の SCSS 各尺度の平均値と標準偏差 (SD) を男女別に算出し、尺度得点段階を“平均値 + SD 以上”の高得点、“平均値 \pm SD 範囲内”の平均領域、“平均値 - SD 以下”の低得点に分類した。本研究では、SCSS の結果に焦点を絞って報告する。

結 果

1. 神経症患者と健常者の SCSS 尺度の比較

SCSS の各尺度得点についての神経症患者と健常者の結果は表 1 に示すようになった。11 尺度中 9 尺度において神経症患者は健常者よりも尺度得点が低いことが示された。この差を統計的に検討したところ、神経症患者は、“情動的ストレス耐性”、“自己主張”、“環境の変化への迅速な適応”、“プラス思考”の 4 尺度のコーピング・スキルが、健常者よりも有意に低いことが認められた（各 $t(104)=3.72, p<0.001$; $t(104)=2.62, p<0.01$; $t(104)=3.72, p<0.001$; $t(104)=2.31, p<0.05$ ）。また“問題の洞察・把握”のスキルでも有意傾向の差が認められた（ $t(96)=1.67, p<.10$ ）。

表 1 神経症患者と健常者の SCSS 各尺度得点の比較

SCSS 下位尺度	神経症患者		健常者		t 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
情動的ストレス耐性	34.26	10.74	41.75	9.95	3.72 ***
悠然の対応	14.74	3.06	14.96	2.24	0.43
社会的サポートの所有	14.72	4.70	15.81	3.02	1.43
社会的サポートの活用	12.96	4.05	12.98	3.07	0.03
対人コミュニケーションにおける適切な対応	19.62	3.01	19.62	2.92	0.00
攻撃性の抑制	17.81	5.53	16.94	4.98	0.85
自己主張	11.45	4.61	13.55	3.53	2.62 **
積極的対応	30.70	7.70	32.11	6.15	1.05
環境の変化への迅速な適応	9.53	4.16	12.38	3.70	3.72 ***
プラス思考	18.30	4.69	20.17	3.56	2.31 *
問題の洞察・把握	13.79	4.05	14.94	2.97	1.67 +

注 1：神経症患者 53 名、健常者 53 名。

注 2：df=104。ただし分散に差がみられたため Welch の法を用いた“社会的サポートの所有”は df=88、“社会的サポートの活用”と“プラス思考”は df=96、“悠然の対応”と“問題の洞察・把握”は df=95 である。

注 3：+ $p<0.10$ * $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

2. SCSS 尺度の得点分布からみた神経症患者の特徴

健常者データに基づく SCSS の平均領域を基準に、神経症患者および健常者の得点の分布状態をみた結果、表 2 に示すようになった。健常者では低得点者の人数が高得点者数を上回っているのは“情動的ストレス耐性”と“攻撃性の抑制”のみで、しかもわずかな差にすぎない。それに対して神経症患者では 7 尺度で低得点者が高得点者を人数の上で上回っていた。そのうち低得点者数が高得点者数の 3 倍以上である尺度をみると、“情動的ストレス耐性”、“自己主張”、“環境の変化への迅速な適応”、“プラス思考”が挙げられる。このうち“自己主張”については、健常者では高得点者が低得点者の 2 倍おり、神経症患者と対照的な結果となった。以上の 4 尺度は、上記の平均値についての健常者との比較でも有意差のみられたものであり、これらのスキルの低さが、適応的なコーピングという点からみた神経症患者のストレス・マネジメントの問題であることが考えられる。

次に、神経症患者において高得点者数が低得点者数より多い尺度をみると、“社会的サポートの活用”では高得点者は低得点者の2倍みられ、他者への依存によりストレス低減をはかる人が多いことが示唆された。

表2 健常者のSCSS各尺度得点の平均領域を基準とした神経症患者と健常者の得点分布

SCSS 下位尺度	神経症患者			健常者		
	低得点者数	平均領域者数	高得点者数	低得点者数	平均領域者数	高得点者数
情動的ストレス耐性	24 *	23	6	11	34	8
悠然的対応	8	31	14	3	37	13 **
社会的サポートの所有	13	29	11	6	41	6
社会的サポートの活用	6	33	14 **	5	40	8
対人コミュニケーションにおける適切な対応	6	41	6	4	41	8
攻撃性の抑制	12	25	16	12	31	10
自己主張	23 *	23	7	6	35	12 **
積極的対応	10	35	8	8	36	9
環境の変化への迅速な適応	20 *	28	5	8	32	13
プラス思考	18 *	32	3	5	42	6
問題の洞察・把握	18	24	11	10	33	10

注1：“平均領域”とは、“平均値±標準偏差範囲内”を指す。これは、社会人健常者（644名）から男女別に算出した各尺度の平均値および標準偏差に基づく。

注2：* 低得点者数が高得点者数の3倍以上であることを示す。

注3：** 高得点者数が低得点者数の2倍以上であることを示す。

3. 事例別にみた神経症患者のSCSSプロフィール

次に、神経症患者一人ひとりについてSCSS尺度プロフィールのバランスを検討する。全尺度のプロフィールについて“平均以下と平均領域のみの者”、“平均以下と平均以上のある者”、“平均以上と平均領域のみの者”、“平均領域のみの者”の4タイプに分類したところ、表3に示すように、低得点の尺度と平均領域の尺度のみを示す神経症患者は19名（全体の35.8%）で、低得点尺度がある一方で高得点尺度もあるという者も25名（47.2%）みられた。後者の結果は、SCSS尺度が単純に高ければ適応的であるとは必ずしもいえず、全体のバランスが重要であるということを意味する。尺度プロフィールのタイプについて健常者と比較したところ、統計的に有意な差が認められた（ $\chi^2(3)=8.165$, $p<.05$ ）。

表3 事例別にみたSCSS尺度プロフィールのタイプ

尺度プロフィールのタイプ	神経症患者	健常者
平均以下と平均領域のみ	19名（35.8%）	11名（20.8%）
平均以下と平均以上がある	25名（47.2%）	20名（37.7%）
平均以上と平均領域のみ	8名（15.1%）	20名（37.7%）
平均領域のみ	1名（1.9%）	2名（3.8%）

4. SCSS の尺度グループ別にみたプロフィール

SCSS の尺度は、大きく 4 つの尺度グループに分類される。すなわち、①ストレス耐性に関するスキル、②対人的スキル、③攻撃性のコントロールに関するスキル、④上記以外のスキルである。①から③の尺度グループ別に尺度間のバランスを見たところ、表 4 に示すようになった。同一尺度グループ内で高得点尺度と低得点尺度がある者を、プロフィールの不均衡な者と定義すると、ストレス耐性に関するスキルでは、不均衡者 6 名全員が“情動的ストレス耐性”が低得点で、“悠然的対応”が高得点であった。対人的スキルにおいてプロフィールが不均衡である者は 2 名にとどまった。攻撃性のコントロールに関するスキルでは、不均衡者 11 名中 9 名が“攻撃性の抑制”が高得点で“自己主張”が低得点というものがあった。“攻撃性の抑制”が低得点で“自己主張”が高得点の者は 2 名であった。

表 4 神経症患者における尺度グループ別にみた尺度間のバランス

	ストレス耐性	対人的スキル	攻撃性のコントロール
不均衡者	6 名	2 名	11 名
すべて平均以下の者	8 名	0 名	3 名
平均領域と低得点の者	10 名	17 名	18 名
すべて平均領域の者	18 名	18 名	11 名
平均領域と高得点の者	8 名	14 名	8 名
すべて平均以上の者	3 名	2 名	2 名

注：“不均衡者”は、尺度グループ内において平均以上の尺度と平均以下の尺度がある者を指す。

考察と結論

ストレスが病気の発症および経過に大きな影響を与えることは広く知られるところである。Sperry (2006) が指摘するように、コーピングと環境との相互作用は特に重要な要因といえよう。このコーピングの問題は、神経症などのストレス関連の病気ではいっそう重要性をもつ。そこでコーピングそのものの研究に目を向けると、そのほとんどが個人的なコーピング特徴を質問紙によって測定するという形をとるものである。患者のコーピング特徴を捉えることも確かに有益であるが、しかしスキル・トレーニングなどの臨床場面では、患者が有しているコーピング・スキルの程度を把握することの方がより重要であるように思われる。そこで本研究では、心療内科において本来の心身症とともに受診者の多い神経症（久村，2005）を取り上げ、SCSS を用いて神経症患者の基本的なコーピング・スキルについて検討した。

今日、神経症という疾患名は、国際疾病分類第 10 版（ICD-10）（World Health Organization, 1992 融他監訳 1993）と精神疾患の診断・統計マニュアル第 5 版（DSM-5）（American Psychiatric Association, 2013 高橋他監訳 2014）のいずれにおいても用いられていない。しかしながら、“わが国では、…神経症の枠組みを残す方がよいとの意見が強い”という指摘もある（大熊，2005）。また、Sims (2003 飛鳥井他訳 2009) も神経症という用語の有用性を論じている。そこで本研究では、従来の神経症概念に基づいて都内 A 精神科クリニックにおいて神経症と診断された患者 53 名を対象とした。

その結果、神経症患者は健常者と比較して、“情動的ストレス耐性”、“自己主張”、“環境の変

化への迅速な適応”、“プラス思考”という4つのコーピング・スキルが低いことが示唆された。また、健常者の“平均値±標準偏差”を平均領域とし、これを基準に低得点、高得点を操作的に定義したところ、神経症患者において低得点者数が高得点者数の3倍以上である尺度も、上の4尺度であった。このことから、神経症患者は“情動的ストレス耐性”などのスキルが比較的低いという問題を抱えていることがうかがわれる。これらのスキルと神経症の関係については、2つの可能性が考えられる。1つは、スキル不足が神経症発症の一因として関与した可能性であり、もう1つは、神経症の症状の1つとしてスキルが低下した可能性である。本研究で用いた SCSS が測定しているのは、測定時におけるスキルの程度であり、上の2つの可能性のうちどちらがより妥当であるかは、このデータからは決しがたい。しかしながら、スキルの程度と神経症とは、一方向的因果関係で結ばれているのではなく、相互に影響を与え合う関係である、と考えられる。この観点に立てば、2つの可能性を二者択一的に考える必要はなかろう。むしろ、“スキルの低いことが（ストレス事態に対する不適応をもたらし）神経症発症の一因ともなるし、また神経症がスキルを低下させることもある”と考えるのが妥当である。臨床的に重要なのは、現時点でコーピングのスキルが低いという事実に着目して、心理面からのアプローチにおいてコーピングに焦点を置いた社会的スキル訓練などのスキル向上への配慮を行うということであると思われる。

さて、社会的サポートがストレスの緩和に貢献することは広く認められているところである（橋本，2005）。しかし神経症の有無という違いがあるにもかかわらず、平均値でみた場合には、神経症患者は健常者と同程度の“社会的サポートの所有”と“社会的サポートの活用”のスキルを有していた。このことは、神経症患者においては社会的サポートがストレス緩和要因として機能していない可能性を示唆する。しかしながら分散に着目すると、社会的サポートに関する2尺度とも患者では分散が健常者より有意に大きいことがわかる。そこで“平均値±標準偏差”を平均領域としてみると、神経症患者では社会的サポートの活用の高得点者数は低得点者数の2倍以上と、偏って多いことが示された（表2参照）。一般に神経症患者では、健常者に比べ、人への依存性が強い傾向にあることが指摘されている（山本，1990；渡辺，2004）。また、木島（2008）も SCSS の“社会的サポートの活用”尺度に関して、この尺度得点の高いことは“必要な時には、我慢せずに率直にサポートを求めるスキルを示している可能性”と、“単なる他者への依存傾向を示している可能性”が考えられる、とし、その上で社会的サポートの活用に関しては、尺度得点が平均領域にあることが適切である、と示唆している。本研究における神経症患者の社会的サポートについての結果は、彼らの依存的傾向を示すものと考えられる。

次に、SCSS の尺度バランスについて考察することにする。この点に関しては、2つの問題が指摘できよう。第1の問題は、攻撃性のコントロールに関する尺度バランスである。平均値でみた場合、神経症患者と健常者との間に“攻撃性の抑制”では差がみられないのに対し、“自己主張”は神経症患者の方が有意に低かった。さらに“平均値±標準偏差”を平均領域とし、平均以下と平均以上の尺度得点がともにみられた者を尺度プロファイル不均衡者とする、と神経症患者では、攻撃性のコントロールに関する2尺度（“攻撃性の抑制”と“自己主張”）の不均衡者11名（全体の20.8%）のうち9名は、“攻撃性の抑制”が高く“自己主張”が低いという形での不均衡であった。このことは、神経症患者の場合、攻撃性を適応的に抑制できるというより、対人的に自己主張することができず、自己防衛に必要な程度の攻撃性さえも相手に示すことができない、という対人的コミュニケーションでの問題を示唆するものであろう。

第2の問題は、神経症患者のストレス耐性に関する尺度バランスである。“情動的ストレス耐性”と“悠然的対応”の尺度プロフィール不均衡者は6名と少ないものの、全員が、“情動的ストレス耐性”が低得点で“悠然的対応”が高得点という形の尺度プロフィールを示した。表2にみられるように、悠然的対応が高得点であるものは14名であるが、そのうちの6名は実際にはストレス耐性のスキルが十分ではないといえよう。このことから、コーピング・スキルは個々にみるのではなく、他の尺度との関連の中で解釈する必要があるといえる。

以上のことから、神経症患者のコーピング・スキルの特徴の幾つかが明らかになったといえよう。同時に、SCSSの臨床場面における有効性についても支持されたものと考えられる。本研究では例数が53名と少ないものであったが、今後はさらに例数を増やして検討するとともに、心理療法におけるコーピング・スキル訓練をとおして、神経症患者のスキルがどのように変化するかについても検討する必要があるだろう。

謝 辞

本論文は、秋田看護福祉大学看護福祉学部の故成田猛教授と共同で進められた研究によるものである。論文作成に当たっては、故成田教授から貴重なご意見をいただきましたことに深謝申し上げます。

文 献

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Arlington, VA: A Division of American Psychiatric Association.
- (高橋三郎・大野 裕 (監訳) (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 東京：医学書院)
- 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.
- Cooper, C.L., & Dewe, P. (2004). *Stress: A Brief History*. Blackwell Publishing Ltd.
- (大塚泰正・岩崎健二・高橋修・京谷美奈子・鈴木綾子 (訳) (2006). ストレスの心理学：その歴史と展望. 北大路書房)
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- 橋本 剛 (2005). ストレスと対人関係 ナカニシヤ出版
- 久村正也 (2005). 心身症の定義見直し気運に思う 心身医学, 45, 757.
- 加藤 司 (2006) 英語文献におけるコーピング尺度の使用状況 — 1990年から1995年 — 東洋大学社会学部紀要, 43(2), 5-24.
- 木島恒一 (2008). ストレス・コーピング・スキル尺度の作成 — その信頼性・妥当性の検討 — 心身医学, 48, 731-740.
- 木島恒一・成田猛・久米 稔 (1997). ストレス・コーピング・スキル尺度 (SCSS) 作成の試み 日本心理学会第61回大会発表論文集, 1066.
- 木島恒一・成田猛・久米 稔 (1998). 社会人を対象としたストレス・コーピング・スキル尺度 (SCSS) 作成の試み 日本心理学会第62回大会発表論文集, 1059.
- 大熊輝雄 (2005). 現代臨床精神医学 (改訂第10版) 金原出版
- Sims, A. (2003). *Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology Third Edition*. Elsevier-Saunders.
- (飛鳥井望・野津眞・松浪克文・林直樹 (訳) (2009). シムズ記述精神病理学 西村書店)
- Sperry, L. (2006). *Psychological Treatment of Chronic Illness: The Biopsychosocial Therapy Approach*. Washington, DC: APA.

渡辺昌祐 (2004). 新版うつ病と神経症 (不安性障害) 主婦の友社

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.

(融 道男・中根允文・小宮山 実 (監訳) (1993). 東京: 医学書院)

山本博一 (1990). 不安神経症患者の家族のために 渡辺昌祐・洲脇 寛・大月三郎 (編) アルコール症・薬物障害・不安神経症・ヒステリー神経症・強迫神経症 保健同人社