

神経症患者におけるコーピング・スキルの変化

Change in 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、治療経過における神経症患者のストレス・マネジメント能力の改善の有無を、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 9 名で、その治療経過をみるために、ストレス・コーピング・スキル尺度 (SCSS) を平均 21.4 か月の間隔をおいて 2 度施行した。その結果、次のことが示唆された。2 回目の SCSS では、“環境の変化への迅速な適応” のコーピング・スキルが有意に上昇することが認められた。またパーソナリティ特性としてのコーピング特徴について検討するために、Carver et al. の COPE を実施したが、COPE では有意な変化は認められなかった。第 1 回目の検査は初診時ではなく、すでに治療が進んだ段階で実施されたものであることから、“環境の変化への迅速な適応” 以外のコーピング・スキルやコーピング特徴に変化が認められなかった可能性が考えられた。今後は、1 回目の調査時期を初診時などに一律に定めて治療経過におけるコーピング・スキルの変化について検討する必要がある。

キーワード：神経症患者、ストレス、コーピング・スキル、治療経過

はじめに

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、コーピング・スキルの果たす役割を重視している。コーピングと環境との相互作用は、慢性疾患の発症だけでなく、病気の経過にも少なからず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疾患ではいっそう重要な要因といえよう。

コーピングの測定尺度は、Folkman & Lazarus (1985) の Ways of Coping 以来さまざまな尺度が提案されてきた。加藤 (2006 : 2007 : 2008 : 2009) は、1990 年以降の英語文献を概観した上で、もっとも使用頻度の高いコーピング尺度として Carver, Scheier, & Weintraub (1989) の COPE を挙げ、Ways of Coping がこれに次ぐという。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する。本人に自身のコーピング特徴またはコーピング

* きじま つねかず 北陸学院大学人間総合学部社会学科

傾向のあり方への自覚を促すという点では、これらは有効な尺度といえる。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ことに関しては、これらの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。木島 (2008) はコーピング・スキルを“ストレスフルな状況に適切に対応するための学習可能なスキル (技能)”と定義した。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 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。

木島 (2015) は、SCSS を用いて神経症患者のコーピング・スキルについて健常者のそれとの比較をとおして検討している。その結果、神経症患者では“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つのコーピング・スキルが低いことが示唆された。

本研究では神経症患者を対象に、治療経過におけるコーピング・スキルの変化について SCSS によって検討する。あわせて Carver et al. (1989) の COPE 日本語版 (須永・木島, 1996) によってコーピング特徴の変化についても検討する。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 9 例 (男性 7 名, 女性 2 名) である。第 1 回目の調査時の平均年齢は 36.8 ± 6.8 歳であった。調査に当たっては、研究への協力の了承を得た。

2. コーピング・スキルおよびコーピング特徴の測定

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) および COPE 日本語版 (須永・木島, 1996) を施行した。COPE は教示の違いにより、COPE-dispositional と COPE-situational の 2 つがある。前者は“ストレス事態に遭遇したときのふだんのコーピング”について、後者は“特定のストレス事態に対するコーピング”についての回答を求めるというものである。本研究では COPE-dispositional を用いた。個人結果は本人にフィードバックされた。SCSS と COPE は 2 度施行されたが、その間隔は 17 ~ 25 か月で、平均 21.4 ± 2.5 か月であった。

結 果

1. 1回目と2回目のSCSS尺度の比較

神経症患者のコーピング・スキルの変化をみるためにSCSSを2度施行した。1回目と2回目のSCSSの各尺度得点についての結果は、表1に示すようになった。“環境の変化への迅速な適応”のコーピング・スキルが2回目で有意に上昇したことが認められた ($t(8) = 2.63, p < 0.05$)。また、“積極的対応”では有意傾向の低下が示唆された ($t(8) = 2.09, p < 0.10$)。

表1 神経症患者 (N=9) のSCSS各尺度得点の第1回目と第2回目の比較

SCSS 下位尺度	第1回目		第2回目		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	31.00	9.41	29.22	10.92	1.28
悠然的対応	14.56	2.24	13.67	3.00	1.13
社会的サポートの所有	14.11	4.78	14.44	5.81	0.37
社会的サポートの活用	13.67	4.09	13.89	3.66	0.22
対人コミュニケーション における適切な対応	18.44	2.79	18.67	2.60	0.21
攻撃性の抑制	16.22	5.45	15.11	7.42	0.96
自己主張	11.00	5.72	11.78	4.94	1.18
積極的対応	31.56	6.09	28.33	6.73	2.09 ⁺
環境の変化への迅速な適応	6.78	2.95	8.00	2.96	2.63 [*]
プラス思考	17.22	3.27	15.67	5.52	1.70
問題の洞察・把握	12.11	3.22	11.44	3.40	0.68

注1 : $df=8$.

注2 : ⁺ $p < 0.10$ ^{*} $p < 0.05$

2. SCSS 尺度の得点分布からみた変化

木島（2008）の健常者データに基づいて、SCSS 各尺度の平均値と標準偏差を算出し、尺度得点段階を“平均値 +SD 以上”の高得点、“平均値 ± SD 範囲内”の平均領域、“平均値 - SD 以下”の低得点に分類した。この基準により神経症患者の1回目と2回目の得点分布状態をみた結果、表2に示すようになった。“積極的対応”のスキルで低得点者がやや増加したことがみられた。“情動的ストレス耐性”や“自己主張”、“環境の変化への迅速な適応”、“問題の洞察・把握”などは1回目の段階で低得点者が多く、大きな変化は認められなかった。

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の第1回目と第2回目の得点分布

SCSS 下位尺度	第1回目			第2回目		
	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	5	4	0	6	3	0
悠然的対応	1	8	0	2	5	2
社会的サポートの所有	3	5	1	3	4	2
社会的サポートの活用	2	5	2	0	6	3
対人コミュニケーションにおける適切な対応	1	8	0	2	6	1
攻撃性の抑制	2	5	2	3	5	1
自己主張	4	4	1	4	4	1
積極的対応	1	7	1	4	5	0
環境の変化への迅速な適応	6	3	0	5	4	0
プラス思考	3	6	0	5	4	0
問題の洞察・把握	5	3	1	6	3	0

注1：“平均領域”とは、“平均値 ± 標準偏差範囲内”を指す。“低得点”は“平均値 - SD 以下”を、“高得点”は“平均値 +SD”を指す。これは、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。

3. 1回目と2回目のCOPE尺度の比較

パーソナリティ特性としてのコーピング特徴について、治療経過による変化の有無をみるために、COPEを施行した。COPEの各尺度得点の結果は、表3に示すとおりである。1回目と2回目の間には、全尺度で有意な差は認められなかった。

表3 神経症患者 (N=9) のCOPE各尺度得点の第1回目と第2回目の比較

COPE 下位尺度	第1回目		第2回目		t 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
計画	7.67	1.73	7.44	1.67	0.37
積極的対処	6.67	2.34	6.44	2.07	0.31
競合活動抑制	3.11	0.93	3.11	1.17	0.00
道具的社会的サポート	7.11	3.10	5.89	3.98	1.65
感情的社会的サポート	6.56	3.94	6.33	4.09	0.29
神仏頼み	2.67	4.09	3.44	4.10	1.31
受容	5.00	2.65	4.33	2.83	1.16
目標放棄	2.56	1.88	3.00	2.35	0.69
感情表出	5.67	3.50	5.56	3.57	0.15
対他的現実否認	2.00	1.41	2.22	1.39	0.69
現実否認	0.67	1.12	0.89	1.54	1.00
心的回避	4.89	2.26	4.22	2.22	1.03
悠然的対処	4.89	1.62	4.33	1.58	0.78
建設的再解釈	5.67	1.32	5.00	2.65	0.78
嗜好品依存	1.22	1.48	1.00	1.22	0.80

注1 : df=8.

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、病気の発症・経過において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。Sperry のモデルは慢性疾患についてのものであるが、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と考えられる。例えば、津田・片柳 (1996) は“攻撃反応の表出”というコーピングが神経症や心身症などの疾患の発現に影響を与えることを指摘している。木島 (2015) も、個人的なストレス・マネジメント能力としてのコーピング・スキルに着目して、神経症患者の場合、健常者に比して幾つかのコーピング・スキルが低いことを報告している。

そうした過去の知見を踏まえ、本研究では神経症患者を対象に治療経過におけるコーピングの変化について検討した。以下、結果の考察に入る前に、“神経症”の概念について考察しておく。こんにち、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” という指摘もあり (大熊, 2005), 小此木 (1998) も“神経症の定義は、現在もまだ十分に実用可能なものと考えられる”としている。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 9 名を対象とした。

本研究では、コーピングについては 2 つの尺度を実施した。1 つは個人のコーピング・スキルをみる SCSS (木島, 2008) であり、もう 1 つは一種のパーソナリティ特性としてのコーピング特徴をみる COPE (Carver et al., 1989; 須永・木島, 1997) である。SCSS は 11 の下位尺度から構成されているが、第 1 回目と第 2 回目では有意な変化が認められたのは、“環境の変化への迅速な適応”のみで、平均 21.4 か月の治療経過により、環境的变化への適応スキルの上昇が示された。さて、木島 (2015) は健常者と神経症患者を比較して、後者では“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 つのコーピング・スキルが低いという報告をしている。本研究の結果は、これら 4 種のスキルのうち、“環境の変化への迅速な適応”については、治療の進行とともに、多少の改善がみられることを示すものであろう。しかしながら、これは平均値に着目する限りでのことであり、表 2 にみられるように、“健常者の平均領域”という基準で見た場合には、全体的には改善されたというレベルとは必ずしもいえないように思われる。また、表 1 に示したように、“積極的対応”のスキルは、第 2 回目でやや低下する傾向にあることが示唆された。これは、神経症症状が長期に持続した結果の現象かも知れない。

SCSS の多くの下位尺度で有意な変化がみられなかったことについて考察するにあたって、まず指摘されるのは、第 1 回目の調査の時期である。“第 1 回目”というのは、“初診時”ということではない。この調査への依頼は、セラピストと患者の間に十分なラポールが形成された後に行われた。したがって患者の中には、最初の SCSS が施行された時には、ある程度治療が進められた段階にあった人も含まれていた可能性が考えられる。また対象とした 9 例は慢性化した神経症であり、治療経過における病態が比較的安定していたということも挙げられる。以上のことが、SCSS の 9 つの下位尺度で大きな変化がみられなかった理由として考えられる。

SCSS で“環境の変化への迅速な適応”のスキルについては上昇がみられたのに対し、COPE ではすべての下位尺度で有意な変化は認められなかった。COPE には、教示の違いにより、COPE-dispositional と COPE-situational の 2 つがあり、本研究では“ストレス事態に遭遇したときのふだんのコーピング”についての回答を求める COPE-dispositional を用いた。これはパーソナリティ特性としてのコーピング特徴を測定するものである (Carver et al., 1989)。“特性”としてみたコーピング特徴は比較的安定したものであり、これが 1 回目と 2 回目とで COPE で大きな変化がみられなかった理由の一つであろうと解せられる。

SCSS が神経症患者の特徴を捉える上で有効な尺度であることは、木島 (2015) で示唆されている。それを受けて、本研究では、神経症患者におけるコーピング・スキルが治療経過に伴い、どのように変化するかについて検討した。しかしながら、対象とした患者は 9 名と少ないことから、本研究は、あくまでも探索的な研究として位置づけるべきものである。また対象とした患者は、慢性化した神経症の人たちであり、軽症の患者の場合には異なるスキルの変化がみられる可

能性が考えられる。また、1回目の調査時期を一律に定めて施行する、という配慮も必要であろう。今後は、上記の問題を考慮した上で更なる検討を進めることが必要であろう。

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

- 1) 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)
- 2) Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, **56**, 2, 267-283.
- 3) 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** (1), 150-170.
- 4) 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.
- 5) 加藤 司 (2007). 英語文献におけるコーピング尺度の使用状況—1996年から1999年—東洋大学社会学部紀要, **44**(2), 71-87.
- 6) 加藤 司 (2008). 英語文献におけるコーピング尺度の使用状況—2000年から2002年—東洋大学社会学部紀要, **45**(2), 49-72.
- 7) 加藤 司 (2009). 英語文献におけるコーピング尺度の使用状況—2003年から2005年—東洋大学社会学部紀要, **46**(2), 47-79.
- 8) 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** (8), 731-740.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 木島恒一 (2015). 神経症患者におけるストレス・コーピング・スキル 生活科学研究, **37**, 107-114.
- 12) 大熊輝雄 (2005). 現代臨床精神医学 (改訂第10版) 金原出版
- 13) 小此木啓吾 (1998). 神経症 小此木啓吾・深津千賀子・大野 裕 (編) 心の臨床家のための必携精神医学ハンドブック 創元社
- 14) 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)
- 15) Sperry, L. (2006). *Psychological Treatment of Chronic Illness: The Biopsychosocial Therapy Approach*. Washington, DC: APA.
- 16) 須永範明・木島恒一 (1996). 対処行動質問紙 (COPE) 日本語版作成の試み 日本健康心理学会第9回大会発表論文集, 62-63.
- 17) 津田 彰・片柳弘司 (1996). ストレス—コーピング過程と心理生物学的ストレス反応との関連性 行動医学研究, **3**(1), 1-7.
- 18) 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)