

慢性疼痛予備群の心理的特徴

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-09-27 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 兵, 純子 メールアドレス: 所属:
URL	https://osaka-shoin.repo.nii.ac.jp/records/4577

慢性疼痛予備群の心理的特徴

兵 純子

臨床心理学専攻研修員

要約

慢性疼痛はDSM-5において、身体症状症と病気不安症に含まれている。いずれにも身体的な痛みが、器質面だけでなく心理的な側面が原因となって引き起こされている場合が多いとされている。そこで、本研究では、慢性疼痛の特徴として考えられる痛みを感じやすく、健康不安を持ちやすいという個人内要因を有するが、慢性疼痛を発症していない人々を慢性疼痛予備群と考えて、慢性疼痛患者群との間での差異を検討した。大学生、大学院生、一般成人を対象に質問紙、ロールシャッハ・テストをすることにより、慢性疼痛の心理機制を明らかにしていった。その結果、慢性疼痛予備群の心理的特徴として①患者群と同様に身体感覚が過敏で身体的痛みが増幅しやすい自己を否定的に眺めがちであり、心身症に陥りやすい、②患者群ほどではないが、心気症傾向があり、自分の身体に対して不安を抱きがちである、③感情面では、患者群と異なり、感情の表出においてコントロールできる人が多いことが明らかとなった。しかし強いストレスや欲求が発生すると感情に混乱をきたし感情調整が難しくなる可能性が示唆された。

キーワード：慢性疼痛，心身症，ロールシャッハ・テスト，感情調整

I 問題と目的

痛みは国際疼痛学会（1986）によると、“実質的または潜在的な組織損傷に結びつく、あるいはこのような損傷を表す言葉を使って述べられる不快な感覚・情動体験”と定義されている。つまり痛みとは、不快な感覚や情動体験の複雑な組み合わせによって生じるものであり、組織の損傷が明確でなくても、痛みは存在し、その人自身が訴える複雑な感覚である。そのため、痛みを他者と共有することは難しく、個人差があるため症状を断定することは極めて困難であると考えられる。

痛みは病態により“侵害受容性疼痛、機能的疼痛、神経障害性疼痛、学習性疼痛と精神医学的疼痛に分類されている”（細井，2009）。身体的病態の診断と治療が主体となる侵害受容性疼痛は生体の防御反応としての痛みの急性痛として除外し、心理、社会的因子や精神疾患の影響を受けやすい神経障害性疼痛、機能的疼痛、学習性疼痛、精神

医学的疼痛を慢性疼痛としている（小宮山，1996）。つまり痛みが長く持続するものが慢性疼痛と呼ばれている。

慢性疼痛は、国際疼痛学会（1986）において“急性疾患の通常の経過あるいは外傷の治癒に相当する期間を1カ月以上超えて持続するか、継続する疼痛の原因となる慢性の病理学的経過と一体となっている疼痛、もしくは数か月から数年の間隔で反復する疼痛”と定義されており、これは長期間において、身体だけでなく、心理的にストレスや苦しみを与え、思考や感情にも影響していると考えられる。また“疼痛の訴えやそれによって引き起こされている社会的・職業的障害の程度が、器質的所見から予想されるよりも過度であるもの”としている。服部（2006）によると、“日本人における慢性疼痛の罹患率は13.4%であり、約1700万人程度の慢性疼痛保有者がいる”とされ、多くの人が苦しんでいることがわかる。

慢性疼痛はDSM-5において、身体症状症の疼痛が主症状のもと、病氣不安症に含まれている。いずれも身体の痛みが器質面だけではなく、心理的な側面が原因となり引き起こされている場合が多いとされている。そのため、健康に対する強い不安により日常生活における混乱を招いている状態であると考えられる。細井(2009)は、「疼痛性障害」と診断するためには、身体的な病態の発症や経過を理解するのみでは不十分で、心理社会的背景が痛みの発症、症状の持続および増悪にどのように関与しているかを詳細に把握する必要がある」と述べている。その際、病歴を正確に把握する為に、インタビュー面接や心理検査を加えたアセスメントが必要となり、心理社会的背景をより正確に把握する必要がある。

Yamamoto et. al. (2010) はロールシャッハ・テストから、慢性疼痛患者の心理状態や心理的特徴として、“思考の柔軟性に乏しく悲観的な考えに傾きがちで自己の身体への関心が強く、状況ストレスから心理的な不快感や複雑さが増し、対人関係ではやや防衛的で攻撃性を知覚しやすいことを示唆している。それに加えて感情に支配され場当たり的な行動をとりやすく、感情調整も困難なことが窺える”と述べていた。

慢性疼痛患者の心理的特徴については、先行研究で明らかにされつつある。しかし、慢性疼痛患者ではないが、痛みを感じやすく、健康不安を持ちやすい人が、全体としてどのような心理状態や心理的特徴があるかについて検証されている研究はみられない。つまり慢性疼痛に陥りやすいと考えられる心理状態であるが、慢性疼痛を発症していない人々の心理的特徴の傾向はまだ明らかになっていない。

そこで慢性疼痛患者の心理的特徴として考えられる個人内要因を有するが、発症していない人々(慢性疼痛予備群と呼ぶ)と慢性疼痛患者との違いについて、痛みに対する身体感覚の特徴を比較し、慢性疼痛発症にどのように影響するか、両者の違いを心理検査を用いて検討することで、慢性疼痛予備群がどのような心理的特徴を有するか明

らかになると考えた。

そのために、一般成人と大学生、大学院生に対して質問紙調査を行い、質問紙で予備群を分類し、ロールシャッハ・テストにより心理的特徴をとらえていく。そこから、慢性疼痛予備群で留まり慢性疼痛に陥らない者は、どのような心理的特徴を有するか、慢性疼痛患者に関する先行研究の結果との比較を行い、差異を明らかにすることを目的とする。

II 方法

研究対象者は、大学生、大学院生、一般成人141名(男性2名、女性139名、平均年齢19.7歳SD:4.35)である。欠損値はみられなかったため141部全てを分析対象とした。ロールシャッハ・テストについては、事前にもしくは質問紙調査の際に希望者を募り、29名(大学生13名、大学院生8名、一般成人8名)に検査を行い、包括システムの手続きにしたがい、反応数13以下のものを除外し、26名の結果を使用した。

1. 質問紙

中尾ら(2001)の身体感覚増幅尺度、小塩ら(2002)の精神回復力尺度中の感情調整に関する尺度、山内ら(2009)の心気症傾向を測定する尺度、現在の身体の自覚に対しての質問紙の4種類の質問紙を使用した。

①身体感覚増幅尺度(Somato sensory Amplification Scale; SSAS)(質問紙I)

身体感覚の増幅に関連する心理特性を明らかにするための質問紙である。身体症状数、心理社会的ストレス度、気分状態の心理身体指標を併せて質問紙で評価した10項目の尺度である。そのようなことはない(1点)~その通り(5点)の5件法で回答を求める。50点満点で得点が高いほど身体感覚増幅度が強いことを示す。心身症の訴えや機能障害を簡便に評価する指標として使われる。中尾ら(2001)によって、十分な信頼性と妥当性を有していることが示されている。

②感情調整に関する尺度(質問紙II)

24項目からなる精神回復力尺度のうち、下位

尺度の感情調整についての尺度9項目について、いいえ(1点)~はい(5点)の5件法で回答を求める。逆転項目の処理を行い(質問5, 6, 7, 8, 9) 45点満点で、得点が低いほど感情調整が困難であることを示す。小塩ら(2002)によって十分な信頼性と妥当性を有していることが確認されている。

③心気症に関する質問紙(Short Health Anxiety Inventory; SHAI)(質問紙Ⅲ)

18項目からなる項目のうち、全般的な心気症傾向を測定する「メインセクション」(SHAI-MS) 14項目と、「ネガティブな結果予期」(SHAI-NS) 4項目からなる2つの下位尺度によって構成されている。SHAI-MSの1~14は、過去6か月における気分について、SHAI-NSの項目15~18は、重い病気にかかった際に生じる結果への予期について、(a)の文章に0点(b)1点(c)2点(d)3点の4件法で回答を求める。54点満点で得点が高いほど心気症傾向が高いことを示す。山内ら(2009)によって、十分な信頼性と妥当性を有していることが確認されている。

④現在の痛みに対する自覚に関する質問紙(質問紙Ⅳ)

調査対象者が痛みをどのくらい自覚しているか、慢性疼痛患者かそうでないかを分類するために筆者が質問紙を作成した。質問項目は、「現在常に痛みを抱えているか」、「その痛みの箇所はどこであるか」、「医療機関に通院しているか」についての3項目である。「現在常に痛みを抱えているか」については、はい、いいえの2件法で回答を求め、はいと答えた調査対象者には、「その痛みの箇所はどこであるか」を自由記述してもらい、「医療機関に通院しているか」については、はい、いいえの2件法で質問紙回答を求める。

2. ロールシャッハ・テスト

研究対象者の心理的特徴を検討するため、包括システムによるロールシャッハ・テストを用いた。大学生には希望者に対して、質問紙調査後に別日程で行い、大学院生、一般成人には質問紙調査直後に実施した。実施の際に倫理的配慮について説

明し、承諾を得たうえで、氏名、年齢、職業、ロールシャッハ・テストの経験有無について回答を得て、実施した。ロールシャッハ・テストは全例を筆者が施行し、コード化については、筆者および包括システムによるロールシャッハ・テスト経験者と臨床心理学を専攻する大学院生がそれぞれコード化を行いのプロトコルについて3名が協議してコードを決定した。

3. 手続き

調査実施前に途中で中止しても良いことなど、倫理的配慮について説明し、「気分状態についての調査」の質問紙を、大学生は授業内に配布し、大学院生、一般成人にはロールシャッハ・テスト施行前に配布し実施した。質問紙は、質問紙Ⅰ~Ⅳの順に並べ、大学生には最終ページに「ロールシャッハ・テストの協力可否」、可能とする場合には裏面に調査協力に必要な情報を記入してもらい、後日、ロールシャッハ・テストを個別に実施した。大学院生、一般成人に関しては協力者を募り、希望日時を設定した上でロールシャッハ・テスト施行前に質問紙調査を行った。

Ⅲ 結果

1. 質問紙

1-1 各質問紙の結果

本研究ではSSAS(質問紙Ⅰ)、感情調整尺度(質問紙Ⅱ)ならびにSHAI(質問紙Ⅲ)の下位尺度である。SHAI-MS(質問紙Ⅲ-MS)とSHAI-NS(質問紙Ⅲ-NS)について、各質問紙を尺度得点でなく、項目ごとの評定値の平均を得点とした。質問紙Ⅰについては、50点10項目の評定の平均値を各個人ごとに算出して最小を0.0、最大を5.0とし、SSAS得点とした。

質問紙Ⅱでは、9項目の評定の平均値を各個人ごとに算出して、最小を0.0、最大を5.0とし、感情調整尺度得点とした。質問紙Ⅲ-MSでは14項目の評定の平均値を各個人ごとに算出して最小を0.0、最大を3.0としSHAI-MS得点とした。質問紙Ⅲ-NSについては、4項目の評定の平均値を各個人ごとに算出して最小を0.0、最大を3.0

とし、SHAI-NS 得点とした。

各々の質問項目の平均値と標準偏差および内的整合性 (Chronbach's α) の結果を Table 1 に示す。表 1 に示したように、質問紙 I, SSAS 得点の平均は 3.40 (SD:.57)、質問紙 II の感情調整尺度得点の平均は 2.84 (SD:.67)、質問紙 III-MS の SHAI-MS 得点の平均は .73 (SD:.44)、質問紙 III-NS の SHAI-NS 得点の平均は .90 (SD:.67) であった。信頼性については、質問紙 I は α :.65 でやや低めではあるが、質問紙 II は α :.72 で質問紙 III-MS, α :.88 で質問紙 III-NS は α :.83 であり信頼性は高い。このため本研究のデータは信頼性を有していると考えられる。

1-2 各尺度間の関連

各尺度間の関連を明らかにする為に、Pearson の積率相関係数を算出した。

表 2 に示した通り、SSAS と感情調整尺度との間に、中程度の負の相関 ($r = -.33, p < .01$) が確認された。SSAS と SHAI-MS との間においても中程度の正の相関が ($r = .37, p < .01$) がみられた。しかし、SSAS と SHAI-NS との間には有意な相関はみられなかった。感情の調整尺度

と SHAI-MS との間には ($r = -.18, p < .05$) でほとんど相関は見られず、関連性はそれ程強くないと推定された。感情の調整尺度と SHAI-NS との間にも中程度の負の相関が ($r = -.33, p < .01$) みられた。これより、SSAS と SHAI-MS, SSAS と感情調整尺度、感情調整尺度と SHAI-NS の間には関連性は認められたが SSAS と SHAI-NS, 感情調整尺度と SHAI-MS との間には関連性はほとんどみられなかった。

1-3 SSAS・SHAI-MS の各群の関係性

先行研究より、慢性疼痛には心気症傾向が見られ、身体感覚が過敏であるとの結果から、SSAS と SHAI-MS の尺度の得点によって慢性疼痛予備群と非慢性疼痛予備群に分類することにした。そのため、ここでは SSAS と SHAI-MS のそれぞれの平均値 3.4 点, 0.73 点をカット・オフの点数とし、SSAS 得点, SHAI-MS 得点のいずれもその平均値より高いものを High 群 (33 名) とし、SSAS および SHAI-MS のいずれかが平均値より高いものを Middle 群 (57 名), 両方が平均値よりも低いものを Low 群 (51 名) とした。

表 1 各質問紙の平均値と標準偏差

尺度	人数	平均	標準偏差	Chronbach's α
SSAS	141	3.40	0.57	.65
感情調整尺度	141	2.84	0.67	.72
SHAI-MS	141	0.73	0.44	.88
SHAI-NS	141	0.90	0.67	.83

表 2 各尺度の相関関係

	SSAS	感情調整尺度	SHAI-MS	SHAI-NS
SSAS	—	-.33 **	.37 **	.09
感情調整尺度		—	-.18 *	-.33 **
SHAI-MS			—	.10
SHAI-NS				—

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

3群におけるSSASの得点の平均値と標準偏差は、表3に示した通り、High群が3.93、Middle群が3.52、Low群が2.93となり、分散分析を行ったところ ($F(2,138)=60.38$), $p<.001$), 3群間に有意差がみられた。分散分析の結果を表4に示す。

Tukey法による下位検定を行ったところHigh群とMiddle群、High群とLow群、Middle群とLow群すべての間に1%水準で有意差がみられた。これにより、SSAS得点は3群間において有意差があると考えられる。すなわち、SSASとSHAI-MSの両尺度によって分類した3群は、身体感覚に過敏であるというSSAS得点と同様の傾向を持ち、High群は慢性疼痛予備群と考えてよいと思われる。

SHAI-MSの平均値は表5に示した通り、High群が1.25点、Middle群が.72点、Low群が.40点となり、分散分析を行ったところ ($F(2,138)=74.02$, $p<.001$), 3群間に有意差がみられた。分

散分析の結果を表6に示す。Tukey法による下位検定を行ったところ、High群とMiddle群、High群とLow群、Middle群とLow群すべての間に1%水準で有意差がみられた。これによりSHAI-MSの3群間では有意差があることが示された。

従って、表4(SSASの分散分析)表6(SHAI-MSの分散分析)に示した通り、各群の群分けの操作は妥当なものであり、High群は他の群よりも身体感覚に過敏であり、心身症傾向が高いとみなすことが出来る。

1-4 SSAS・SHAI-MSの3群と感情調整尺度の分類

次に、3群における得点関係について考えた。感情調整尺度の平均値は、表7に示した通りHigh群が2.63点、Middle群が2.76点、Lowが3.07点となり、分散分析を行ったところ ($F(2,138)=5.35$), $p<.01$) となり、3群間に有意な差がみられた。分散分析表を表8に示す。Tukey法によ

表3 3群のSSASの平均値と標準偏差

群	人数	平均値	標準偏差
High群	33	3.93	0.31
Middle群	57	3.52	0.42
Low群	51	2.93	0.48

表5 3群のSHAI-MSの平均値と標準偏差

群	人数	平均値	標準偏差
High群	33	1.25	0.33
Middle群	57	0.72	0.38
Low群	51	0.40	0.19

表4 SSASの分散分析

	SS	df	MS	F値	多重比較
SSAS 群	21.27	2	10.63	60.38**	H>M>L**
誤差	24.30	138	0.18		

** $p<.01$

表6 SHAI-MSの分散分析

	SS	df	MS	F値	多重比較
SHAI-MS 群	14.29	2	7.14	74.02**	H>M>L**
誤差	13.32	138	0.10		

** $p<.01$

る下位検定を行ったところ、High群とLow群の間には1%水準で、Middle群とLow群には5%水準で有意差がみられた。しかし、High群とMiddle群の間には有意差はみられなかった。このことから、Low群の方がHigh群、Middle群より感情調整が来ていることが明らかになった。しかし、High群とMiddle群の間には有意差がみられなかったことより、身体感覚が過敏もしくは、心気症傾向のどちらかが平均得点より高い場合もしくは、その両方が平均より高い場合においては、感情調整する際にLow群よりも感情の影響を受けやすいことが示された。

2. ロールシャッハ・テスト

2-1 ロールシャッハ・テストの調査対象者の内訳

ロールシャッハ・テストに協力の同意を得た29名のうち、包括システムの手続きに従い、13以下の反応数のプロトコルを除いた26名分を質問紙調査の結果を元に3群に分類した。協力者の内訳は表9に示す。質問紙調査による分類から、

表7 3群の感情調整尺度の平均値と標準偏差

群	人数	平均値	標準偏差
High群	33	2.63	0.61
Middle群	57	2.76	0.62
Low群	51	3.07	0.71

High群は慢性疼痛予備群と考えられる。SSAS得点、SHAI-MSのいずれもが平均値より高いHigh群8名、SSASおよびSHAI-MSのいずれかが平均値より高いMiddle群が10名、SSAS、SHA-MS両方が低いLow群が8名と分類した。また、各群で感情調整尺度が平均値よりも高い群（感情調整適切群）と低い群（感情調整困難群）に分類した。

2-2 慢性疼痛群と慢性疼痛予備群の比較

筆者が慢性疼痛予備群と仮定した8名(High群)と、慢性疼痛患者を比較するために、Yamamoto et.al. (2010) に述べられているロールシャッハ・テストによる慢性疼痛患者の心理的特徴との比較を行っていく。先行研究において、*t*検定により分析がなされているため、*t*検定により比較した(表10)。

その結果、感情の側面では、FC(形態色彩反応)において、1%水準の有意差($t(54)=5.16, p<.01$)、Col-Shad Bl(色彩濃淡ブレンド)において、5%水準の有意差($t(54)=2.3, p<.05$)がみられた。SumY(拡散反応)において、10%水準で有意な傾向($t(54)=1.73, p<.1$)が認められた。このことから、慢性疼痛予備群は慢性疼痛患者に比べてストレスを適度に解消することが出来、心理的な混乱が少なく、不安や無力感を示す傾向が少ないことが明らかになった(兵, 2014)。

表8 感情調整の分散分析

	SS	df	MS	F値	多重比較
感情群	4.55	2	2.28	5.35*	H>L**, M>L*
誤差	58.67	138	0.43		

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

表9 ロールシャッハ・テストの対象者の内訳

群	人数	感情調整困難群	平均値	標準偏差	感情調整適切群	平均値	標準偏差
High群	8	5	2.29	0.41	3	3.56	0.11
Middle群	10	3	2.30	0.26	7	3.24	0.53
Low群	8	1	2.33		7	3.21	0.31

表 10 慢性疼痛群 (CP) と慢性疼痛予備群 (NP) との差

Cluster	Variable Name	NP(n=8)		CP(n=48)		t値	P
		Mean	SD	Mean	SD		
統制とストレス耐性	AdjD	0	1.07	-0.13	1.39	0.65	n.s
	D	-0.13	0.99	-0.62	1.54	0.01	n.s
	EA	8.69	3.00	7.79	4.16	0.45	n.s
	M	4.13	1.20	3.88	2.77	0.83	n.s
	FM	4.63	2.5	3.77	2.85	0.71	n.s
	M	1.38	1.41	1.40	1.32	0.52	n.s
	Es	9.38	3.29	9.67	5.90	0.31	n.s
感情	L	0.61	0.25	0.64	0.46	0.41	n.s
	SumShading	3.50	1.93	4.50	4.04	1.16	n.s
	SumC'	2.38	1.06	2.21	2.08	0.04	n.s
	SumY	0.13	0.35	1.42	2.07	1.73	†
	WSumC	4.56	2.31	3.71	1.87	1.08	n.s
	FC	5.88	3.83	1.33	1.34	5.16	**
	CF	1.63	1.16	2.67	1.84	1.12	n.s
	Blends	4.13	1.55	4.13	3.38	1.23	n.s
	Col-ShdBlends	0	0	0.92	1.11	2.30	*
情報処理	R	28	10.72	22.02	8.45	1.91	†
	W	14	5.07	10.73	4.93	1.22	n.s
	D	10	7.00	7.25	5.59	1.70	†
	Dd	3.30	2.26	3.81	4.44	0.09	n.s
	ZD	5.44	9.03	0.22	5.80	0.52	n.s
	PSV	0.63	1.06	0.63	1.14	0.8	n.s
	DQ+	4.88	2.10	6.48	3.47	1.22	n.s
認知的媒介	XA%	0.89	0.08	0.86	0.13	0.19	n.s
	WDA%	0.90	0.08	0.88	0.12	0	n.s
	X-%	0.12	0.10	0.16	0.17	0.16	n.s
	FQx-	3.00	1.93	3.50	4.26	0.24	n.s
	S-	0.13	0.35	0.75	1.16	1.18	n.s
	P	3	1.69	5.42	2.31	2.9	**
	X+%	0.59	0.18	0.67	0.17	1.47	n.s
	XU%	0.30	0.13	0.17	0.08	3.33	**
MOR	1.75	1.67	0.98	1.73	1.34	n.s	
Ma	2.50	1.41	2.69	2.24	0.53	n.s	
Mp	1.38	1.69	1.35	1.90	0.19	n.s	

	Inrell	1.38	0.92	1.35	1.67	0.07	n.s
	Wsum6	3.38	7.98	9.96	13.03	1.36	n.s
思考	DV	0	0	0.54	0.97	1.55	n.s
	DR	0.38	0.00	1.33	2.04	1.29	n.s
	INCOM	0.5	1.07	0.04	0.20	2.66	*
	FAB	0.25	0.71	0.69	1.24	0.96	n.s
	ALOG	0	0	0.42	1.18	0.99	n.s
	CONTAM	0	0	0	0	0	n.s
	Fr+rF	0.50	0.76	0.23	0.69	0.08	n.s
自己知覚	3r+(2)/R	0.21	0.18	0.31	0.31	0.78	n.s
	FD	0.13	0.38	0.60	0.82	1.57	n.s
	SumV	0.13	0.35	0.65	1.08	1.12	n.s
	MOR	1.75	1.67	0.98	1.73	1.34	n.s
	SumT	0.88	1.13	0.23	0.69	1.85	†
対人知覚	Human Cont	7.13	1.64	5.63	4.98	0.89	n.s
	H	2.13	1.64	2.54	2.14	0.51	n.s
	PHR	3.25	2.31	3.06	4.15	0.69	n.s
	COP	0.75	0.71	1.02	1.26	0.3	n.s
	AG	1.38	1.30	0.83	1.08	1.54	n.s
	GHR	4.13	0.99	3.52	2.11	2.19	*
	PER	0.38	0.52	1.19	1.54	1.45	n.s

** $p<.01$ * $p<.05$ † $p<.1$

情報処理では、R（反応数）では、($t(54)=1.91, p<.10$)で、10%水準で有意な傾向がみられたが、どちらの群も健常者の資料の70%という期待値内（高橋ら、2007）であった。

D（一般部分反応）において、($t(54)=1.70, p<.10$)で、10%水準で有意な傾向がみられ、どちらの群も期待値内（高橋ら、2007）であった。

認知的媒介の側面では、Xu%（稀少形態反応）($t(54)=3.3, p<.01$)、P（平凡反応）において($t(54)=2.9, p<.01$)で、それぞれ1%水準で有意差がみられた。このことから個性的ではあるが、可塑性と想像力の豊かさを持ち合わせており、平凡反応は期待値（高橋ら、2007）より低めではあるが、他の変数を見る限り判断力が失われているとは考え難く、明確な状況での課題解決や意思

決定にあたり、慣習的な行動がとれていると考えられる。

思考の側面については、INCOM（不調和結合）において、5%水準での有意差($t(54)=2.66, p<.05$)がみられた。期待値（高橋ら、2007）より高いが、反応は動物反応を擬人化したと考えられる形や運動の不調和結合が多く見られ、客観性や判断力は十分に備わっていると推察される。

対人関係の側面では、SumT（材質反応）($t(54)=2.18, p<.05$)とGHR（良質人間表象反応）($t(54)=2.19, p<.05$)において5%水準で有意差がみられた。このことから、他者に対し現実的な関心と肯定的な興味があり、適切な距離で情緒関係を築く事ができると考えられる。

IV 考察

1. 慢性疼痛予備群の質問紙からみた心理的特徴

本研究では、身体感覚増幅尺度 (SSAS)、精神回復力尺度の下位尺度である感情調整尺度、心気症傾向を測定する尺度 (SHAI) の3尺度と、現在の痛みに対する自覚に関する質問紙により、慢性疼痛予備群の心理的特徴について検討した。同時に、これらの質問紙を用いて一般の人の痛みについて調査し、痛みを訴えやすい人と訴えにくい人はどのような特徴をもっているかを明らかにした。

4つの質問紙の中で、SSAS、感情調整尺度、SHAI (下位尺度により SHAI-MS, SHAI-NS に分けた) の3つの質問紙についての相関関係から、SSAS と SHAI-MS の間に中程度の相関がみられた。身体感覚と心気症傾向の関係性については、“心気症や身体化障害を有する患者は統制群に比して身体感覚増幅が顕著に高い” (Barsky et al, 1990) と述べられている。本研究においてもその傾向は見られ、相関関係にあった2つの質問紙から、High 群、Middle 群、Low 群に群分けした結果、3群間に有意差がみられた。このことから、身体感覚が過敏で増幅しやすい人は、心気症傾向が高く、慢性疼痛患者に類似する症状を訴えやすいことが示唆される。

上記の結果より、SSAS と SHAI-MS の値について、両群が研究対象者の平均値より高い High 群、いずれかが平均値より高い Middle 群、いずれもが平均値より低い Low 群が感情調整とどのような関連性があるかについて検討した。その結果、High 群と Low 群、Low 群と Middle 群には有意差がみられたが、High 群と Middle 群の間に有意差はみられなかった。身体感覚の過敏さと心気症傾向の両方が慢性疼痛を発症する性格特性として大きなウェイトをしめており、両症状を訴えやすいと考えられる研究対象者 (慢性疼痛予備群) は、訴えない (非慢性疼痛予備群) と考えられる研究対象者よりも感情調整が困難な傾向にある。慢性疼痛予備群は、身体の過敏さや心気症傾向により、感情が揺れ動かされやすく、非慢性

疼痛予備群よりも感情を調整しにくいのではないかと考える。

2. ロールシャッハ・テストによる慢性疼痛予備群における心理的特徴

本研究では、質問紙調査の結果をもとに、身体感覚に過敏 (SSAS 得点が高く) で心気症傾向 (SHAI と得点が高い) がみられる High 群を慢性疼痛予備群とし、慢性疼痛群との比較をおこなった。慢性疼痛予備群とした High 群のパーソナリティの特徴は、ストレス耐性をもち、問題解決においては思考と感情を適切に働かせ、適度に感情の発散を統制、調節し、喜怒哀楽の感情を状況に適して処理していける。そして、自分の中に引きこもらず、他者と協調できる。しかしながら現在では、感情を統制する自信がなく、内面化された感情を解消できない状態にあり、思考や感情が混乱しがちではないかと考えられる。また、自尊心が低く、自身を否定的に判断しがちな傾向にある。加えて、時に自分の身体について否定的な感情をもち、自身の身体状況への囚われや不安を抱えている可能性がある。また、心身症に陥りやすい傾向にあると示唆された。そこで Yamamoto et.al. (2010) の慢性疼痛群の心理的特徴との相違点について確認をしていく。

感情面においては、慢性疼痛群は“感情に支配され、場当たりの行動をとりやすく、感情調整も困難で、警戒心が高く、感情の混乱が認められ、自己破壊への囚われが強くなっている” (Yamamoto et.al., 2010)。これに対し、慢性疼痛予備群は、基本的には感情調整可能である。しかし、強いストレスや欲求が発生すると感情に混乱をきたし、感情が揺れ動かされやすいのではないかと考えられる。

情報の処理を行う際に、慢性疼痛群、慢性疼痛予備群とも物事を客観的に認知できるが、慢性疼痛予備群は、慢性疼痛群に比べ一般部分反応 (D) が多いため、物事をより現実的・具体的に眺めるという特徴がみられる。

認知的媒介において、慢性疼痛群は“怒りなどの否定的な感情による認知的媒介の機能低下が認

められている”(Yamamoto et.al., 2010)。慢性疼痛予備群では現実検討力があり、慣習的な行動がとれ、個性的な反応をすることが多い。

次に思考の側面において、慢性疼痛群は、“積極性はあるものの、柔軟性は乏しく、考えが悲観的に傾きがちで優柔不断になり、判断力が低下しやすい状態である”(Yamamoto et.al., 2010)。一方、慢性疼痛予備群は、不快なことを処理する思考面に問題はなく、誤った判断や歪んだ認知をしていない。また問題解決においても適切に思考を働かせることが出来る特徴が見られた。このことより、痛みと不快症状が発生し、慢性疼痛予備群では、痛みという不快症状が発生しても現実的な思考を働かせることで慢性疼痛に陥らないと考える。

自己知覚においては、慢性疼痛群では“身体的関心が強い”(Yamamoto et.al., 2010)と述べられており、慢性疼痛予備群では、身体について否定的な感情をもち、身体状況への囚われや不安を抱えている可能性が認められた。症状の軽重はあるものの、身体的関心については両群とも高い。また、身体感覚が過敏であり、身体症状の不快を感じやすいと考えられる。

対人関係に基づく側面では、慢性疼痛群では“感情抑制、自己否定的なとらわれ、状況ストレスから心理的な不快感や複雑さが増し、対人関係に慎重になっている様子が示唆される。また、やや防衛的で攻撃性を知覚しやすいことが示唆される”(Yamamoto et.al., 2010)。慢性疼痛予備群では、他者に対して劣等感を頂くが、支持を求め自己欲求のために他者が行動をすることを期待がちである。また対人関係で、自己主張し攻撃的になりやすく、他者からは攻撃的な人と見られやすい特徴がある。攻撃性を知覚しやすいことは共通するが、否定的な面に対しての対処法が異なる。慢性疼痛患者は、対人関係で慎重になり防衛的になってしまうが、慢性疼痛予備群は、他者に対して支持を求め積極的に自己主張をすると推察される。

3. 総合考察

本研究は、慢性疼痛予備群を研究対象者の中か

ら抽出しその特徴を検討してきた。その結果、慢性疼痛予備群の心理的特徴として、①身体感覚が過敏で身体的痛みが増幅しやすく、自己否定的になり、心身症に陥りやすいと考えられる。このことから慢性疼痛予備群は、自身の身体に対してこだわりを感じていることが証明されたのではないかと考えられる。②心気症に陥りやすい傾向があり、自分の身体に対して不安を抱きがちであることが考えられる。今回の研究では、心気症を訴えるまでの高い値を示すものはみられなかった。しかし類似するような予期不安や不快感を抱えており、感情の変化により心気症になりうるのではないかと考えられる。③感情調整については、身体感覚の過敏さと心気症傾向を持ち合わせている人には、感情調整が難しい人と感情調整がコントロールできる人がいるが、基本的には外的ストレスが加わっても感情調整が出来る為に慢性疼痛に陥らないのではないかと考えられる。しかし、強いストレスや欲求により感情は揺れ動かされやすいと推察される。

しかし、これはあくまで現在、発症していないことから述べられる考えである。慢性疼痛に陥らないメカニズムについてより感情面と心気症傾向について詳細に研究していく必要があると考える。そのためには慢性疼痛予備群と規定した人々がどの程度、将来慢性疼痛者に移行していくかについての検証が必要である。また、慢性疼痛予備群の心理的特徴をより詳細に知るためには、慢性疼痛の症状や心理の特徴をより深く分析し、予備群を細かく分類していくことが必要ではないかと考える。今後、慢性疼痛予備群と考えられる、対象者を増やして検討していきたい。

付記

本論文は、平成26年度大阪樟蔭女子大学大学院人間科学研究科臨床心理学専攻修士論文の一部を加筆、修正したものです。研究の初歩から論文の校閲まで終始ご指導をいただきました高橋依子教授に深謝致します。仲谷兼人教授及び奥田亮准教授には有意義な示唆を頂戴し感謝いたします。

統計処理に際し、ご教示いただきました川上正浩教授にも御礼申し上げます。

文献

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition* American Psychiatric Association, 高橋三郎・大野裕・染谷俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村将・村井俊哉 (訳) (2014). 「DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル」医学書院.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The somato-sensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatry Research*, **24**, 323-334.
- 服部政治 (2006). 日本における慢性疼痛保有率. *日薬理誌*, **127**, 176-180.
- 細井昌子 (2009). 疼痛性障害. 久保千春 (編) 心身医学標準テキスト第3版. 医学書院, pp 178-185.
- 兵純子 (2014). ロールシャッハ・テストに現れた慢性疼痛予備群の心理的特徴. 日本ロールシャッハ学会 第18回大会抄録集.
- International Association for the Study of Pain (1986). Classification of Chronic Pain Descriptions of Chronic pain Syndromes and Definitions of pain terms. *Pain* 27:S1-S225, (Second edition available online <http://www.iasp-pain.org/>) (2012年5月10日)
- 小宮山博朗 (1996). 慢性疼痛. 久保千春 (編) 心身医学標準テキスト第2版. 医学書院, pp 178-185.
- 中尾睦宏・熊野宏昭・久保木富房・Arthur J Barsky (2001). 身体感覚増幅尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討—心身症患者への応用について— *心身医学*, **41**, 539-547.
- 小塩真司・中谷素之・金子一史・長峰伸治 (2002). ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性—精神的回復力尺度の作成—. *カウンセリング研究*, **35**, 57-65.
- 高橋雅春・高橋依子・西尾博行 (2006). ロールシャッハ・テスト実施法. 金剛出版.
- 高橋雅春・高橋依子・西尾博行 (2007). ロールシャッハ・テスト解釈法. 金剛出版.
- 高柳信哉・藤生英行 (2006). 身体感覚増幅とストレス版のが心気症傾向に及ぼす影響—心気症の認知的発展モデルを元にした仮説モデルの検証—. *健康心理学研究*, **21**, 12-22.
- Yamamoto, K., Kanbara, K., Mutsuura, H., Ban, I., Mizuno, Y., Abe, T., Yoshino, M., Tajika, A., Nakai, Y., & Fukunaga, M. (2010). Psychological characteristics of Japanese patients with chronic pain assessed by the Rorschach test. *Bio Psycho Social Medicine* (<http://www.bpsmedicine.com/content/4/1/20>) (2012年5月10日)
- 山内剛・松岡紘史・樋町美華・笹川智子・坂野雄二 (2009). Short Health Anxiety Inventory 日本語版の開発. *心身医学*, **49**, 1295-1304.