

## 成人アトピー性皮膚炎患者における ストレスと自尊感情との関連に関する検討

横田 裕子・種市 康太郎

### キーワード

アトピー性皮膚炎, ストレッサー, 認知的統制, 自尊感情

**抄録**：近年、青年期以降に発症する心身症としてのアトピー性皮膚炎（Atopic Dermatitis；以下、AD）患者の増加が社会的問題となっている。その増悪と寛解には心理社会的要因が関与するため、様々な心理的介入が試みられている。本研究では認知的変数として、認知的統制と主観的健康統制感（Health Locus of Control；以下、HLC）を、それらの変数から影響を受ける変数として自尊感情を取りあげ、それらの関連について検討することを目的とした。対象は、15歳以上のAD患者78名（男性32名、女性46名、平均年齢32.7歳±8.95）であった。調査は①AD患者ストレス尺度、②認知的統制尺度、③日本版Health Locus of Control尺度、④自尊感情尺度、⑤フェイス項目、⑥ADの病態に関する項目について実施した。その結果、重症群は中等症群や軽症群よりも、ストレスの経験頻度が高く、嫌悪性も強かった。また、認知的統制においては”破局的思考”の傾向がみられた。認知的統制の”論理的分析”、HLC全因子、自尊感情においては、主観的重症度の違いによる有意差は見出されなかった。また、ストレスが高い場合には、“I（自分自身）”“F（家族や身の回りの人々）”“S（超自然的信念体系）”への帰属を行う傾向がみられたが、自尊感情との関連は認められなかった。認知的統制については、”論理的分析”“破局的思考の緩和”の傾向がみられる場合に、自尊感情が高い傾向にあることが明らかとなった。以上の結果から、アトピー性皮膚炎の症状によって低下しがちである自尊感情を低下させないためには、認知的統制を高めるような介入が有意義であると考えられた。

### 1. はじめに

“アトピー性皮膚炎（Atopic Dermatitis；以下、ADと略す）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を持つ”疾患であると定義される（日本皮膚科学会、1994）。厚生労働省による平成17年度の調査によると、日本におけるADの総患者数は、38万4千人と推計されている（厚生労働省平成17年患者調査の概況）。性別では、重症例は男性に多い傾向が、全症例では女性が多い傾向が見られる（上田、2000）。

これまで、ADは幼少期における疾患であり、青年期になると軽快または寛解するものが多いといわれてきた。しかし、近年、青年期以降に発症、再発あるいは悪化するAD患者の増加とその難治性が社会的問題となっている（上田、2000）。西岡（1988）は、これら患者集団は、

これまでのADとは異なった臨床像と経過を示していたため、”成人型AD”というADの新しい下位分類として位置づけた。また、青年期以降のAD患者の増加、および難治化・重症化には、心理社会的要因が強く関与しているとして、ADを心身症としてとらえ、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（宮地ら，2000；Buske-Kirschbaum et al., 2001；境ら，2002；Chida, Hamer, & Steptoe, 2008；古江ら，2009）。

原ら（2000）によれば、心理社会的因子はADの発症と経過に対して①発症準備因子（発症しやすい状態を作る）、②誘発因子（発症のきっかけとなる）、③持続・増悪因子（症状を持続、増強させる）として関与すると考えられている。例えば、Laummintausta et al.（1991）によれば、数百名のAD患者の経過を追跡調査した結果、1/2～2/3の症例で、心理的ストレスが増悪因子として関与していた。また、奥野ら（1998）の調査では、AD患者の77%が、自己の症状の出現や悪化に精神的ストレスや心理社会的要因が関与していると認識しており、それらの要因の1つとして”ADによるストレス”を挙げている。ADに罹患していることによる患者の負担は大きい。強い痒みやそれによる睡眠の障害、スティグマとしての認知、慢性に経過し、悪化と寛解とを繰り返すこと、治療にかかる負担が大きいことなどが要因となる（古江，2004）。重症度も大きな影響を及ぼす要因であり、軽症よりも重症患者で現実検討が障害されていることや、QOLの低下が著しいこと、精神医学的診断を有する割合が大きいことが指摘されており、AD患者の治療や研究の上で個々の重症度等に配慮することが重要である（川原ら，1997；境ら，2002；福録ら，2002）。

ところで、心理社会的要因に加え、AD患者特有のパーソナリティもADに影響を与える要因とされている（Buske-Kirschbaum et al.，2001）。AD患者に特徴的なパーソナリティとして、AD患者は健常者よりも敵意、不安、抑うつ、怒りが高い、感情表現が欠如している、神経症傾向がある、不安定感がある、自尊感情や自己効力感が低く過剰適応的傾向が見られる、内向的で自分の感情を抑圧する傾向があり、外界に対して攻撃性を表に出すことが困難で、これを自己に向ける自己懲罰的な傾向がある、などが挙げられている（堀江，1986；川原ら，1997；境ら，2002）。

このようなAD患者に対して、これまでに様々な心理的介入が試みられている。心理的介入法として、そのストレスに対する介入研究が多く行われている。ADのストレスによる悪化への対処法としては、ベンチレーション（患者の話を受容・共感的に傾聴し、感情を表出させる）、リラクゼーション、環境調整、ストレスコーピング、ソーシャルサポート、セルフモニタリング、ハビット・リバーサル（搔破の動作と両立しない拮抗する動作を行うことを指導する）などが有効である（安藤，2009）。

さらに、このようなADに対する心理的介入として認知的変数への介入が挙げられる。近年、慢性疾患患者の認知的変数を操作することによって、疾患の予防や、セルフケア行動への動機付けを高め、行動変容を試みる介入法が検討されている。ADにおいても同様である。

認知的変数の1つとして原因帰属が挙げられる。原因帰属は、健康行動の実行や継続を規定する要因として、特に主観的健康統制感（Health Locus of Control；以下、HLCと略す）の機

能が目されている。HLCとは、健康や病気を統制する所在の認知である。すなわち、健康は自己の努力の有る無しによることが大きいと考えるか(内的統制傾向)、健康は運や医療従事者など自己に外在するものから得られるとする傾向が強いか(外的統制傾向)といった、健康一般に関する個人の帰属傾向であり、健康行動に関連する変数とされている(堀毛, 1991)。ADは患者自身の力のみで症状を完全にコントロールすることは難しい。そのため、その困難さを長年経験している患者は、HLCが外的統制、つまり、自分自身の行動の結果ではなく、外的な要因によってコントロールされると認知するようになり、その結果セルフケア行動の遂行が欠如する可能性が考えられる。奥野ら(2000)は、AD患者のセルフケア行動の遂行を高めるためには、HLCの内的統制感を高めることが有効であるとしている。

もう1つの重要な認知的変数として、認知的統制が挙げられる。Bandura(1977 原野訳 1979)によれば、認知的統制とは、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、妥当でない場合は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。

さらに、ストレス対処と密接な関連がある変数として自尊感情がある(佐藤・杉原, 2001)。自尊感情とは、人が自分自身についてどのように感じるのかという感じ方のことであり、自己の能力や価値についての評価的な感情や感覚のことである(遠藤ら, 1992)。佐藤ら(2001)によれば、不適切な認知的対処と抑うつは自尊感情を低下させる。自尊感情とADとの関連については、ADにおける症状悪化とその持続はAD患者の二次的集団対人適応の障害をきたし、自尊感情を適切に維持できなくなる心理的弊害をもたらすため、AD患者は健常者よりも自尊感情が低位であることが指摘されている(境ら, 2002; 富家, 2004)。よって、AD患者における自尊感情の低下は、ADの症状によるものと考えられる。しかし、自尊感情は認知的対処の影響を受けるならば、AD患者の自尊感情についても、認知的変数を効果的に操作することによって、低下を減少させること、あるいは適切に維持できることが予測される。

よって、ADにおいては、認知的変数を効果的に用いることで、AD特有のストレスを経験しても、それに対する不適切な認知を軽減することや、セルフケア行動を維持することが可能であると考えられる。そのようにストレス認知を的確に統制することは自尊心を適切に保つことに繋がり、AD患者が疾患を持ちながらも、自己に対する評価を下げることなく生活することに繋がると予測される。

そこで、本研究では、青年期以降に発症したアトピー性皮膚炎患者(以下、成人AD患者と略記)におけるAD患者特有のストレス、認知的統制、HLC、自尊感情との関連について検討し、成人AD患者に対する心理的介入の可能性について考察することを目的とする。

## 2. 方法

### 2-1. 調査対象

15歳以上のAD患者を対象とした。AD自助グループ会員に郵送によって配布し、郵便によ

る返送によって回収する方法と、個別に依頼・回収する方法にて行った。記入漏れや記入ミスのある回答を除いた78名（男性32名，女性46名，平均年齢32.7歳±8.95，回収率41.0%，有効回答率95.1%）を分析対象とした。

## 2-2. 調査票

### (1) AD患者ストレス尺度（奥野ら，1999）

成人AD患者がADであるために経験するストレスの程度を測定する。“痒かった”などの16項目から構成される“症状”，“ステロイド剤を使った”などの13項目から構成される“治療”，“アトピー性皮膚炎のために，人との付き合いで損をしていると思った”などの10項目から構成される“周囲の人の反応”，“旅行に行けなかった”などの7項目から構成される“行動の制限”，“家族が，アトピー性皮膚炎のつらさをわかってくれないと感じた”などの4項目から構成される“周囲の人の理解”の5因子50項目からなる。各項目に対して経験頻度，嫌悪性をそれぞれ4件法で評定を求める。各回答に0から3点を与え，因子毎の“経験頻度”と“嫌悪性”を算出した。また，5因子の経験頻度と嫌悪性をそれぞれ合計し，“経験頻度合計”と“嫌悪性合計”を算出した。それぞれ，得点が高いほど，経験頻度が高いこと，嫌悪性が強いことを意味する。

### (2) 日本版 Health Locus of Control 尺度（堀毛，1991）

個人の健康や病気に関する帰属傾向を測定する。“病気がよくなるかどうかは，自分の努力次第である”などの項目から構成される“自分自身への帰属（I：Internal）”，“病気がよくなるかどうかは，周囲の温かい援助による”などの“家族や身の回りの人々の暖かな配慮への帰属（F：Family）”，“健康でいられるのは，医学の進歩のおかげである”などの“医師などの専門職の影響への帰属（Pr：Professional）”，“健康でいられるのは，運がよいからだ”などの“偶然への帰属（C：Chance）”，“健康でいるためには，よく拝んでご先祖様を大切にするのが良い”などの“超自然的信念体系（自分を越えたより大きな存在である神仏のかかわり）への帰属（S：Supernatural）”の5因子を下位尺度とし，各下位尺度につき5項目ずつ，合計25項目からなる。各々の項目に対して，“非常にそう思う”から“まったくそう思わない”までの6段階で回答を求めた。なお本研究においては，質問紙作成時の誤りのためI因子は4項目で結果を算出した。得点が高いほど，その因子への帰属傾向が強いことを意味する。

### (3) 認知的統制尺度（甘利ら，2003）

“論理的分析”と“破局的思考の緩和”の2因子11項目からなる尺度である。“論理的分析”は，“そうなった理由をいくつか考えられる”などの6項目から構成される。問題に対する別の解釈を検討する，複数の解決策を産出し比較するといったスキルを示す。一方，“破局的思考の緩和”は“よい気分はしないけれど，破局的には考えない”などの5項目から構成される。否定的な思考が浮かんだときにそれに圧倒されず，破局的な思考を止めることができるスキルである。本研究においては，ADストレス尺度50項目から“最もストレスであったもの”を選択した上で，そのストレス者に対し“まったくできないと思う”から“確実にできると思う”の4件法で回答を求めた。得点が高いほど，最も強力なストレス者に対し，各スキルを実行で



きることを意味する。

(4) 自尊感情尺度 (Rosenberg, 1965 を 山本ら, 1982 が訳)

自己全体の能力や価値についての評価的な感情や感覚を測定する。この尺度は全体的な自尊心の測度である。“少なくとも人並みには、価値のある人間である”など10項目から構成され、“あてはまる”から“あてはまらない”までの5段階で回答を求め、逆転項目の得点を逆転させ10項目の評定を合計した。得点が高いほど、自己全体を肯定的に捉え、自己を高く評価していることを意味する。

(5) フェイス項目

フェイス項目として、性別、年齢、職業を尋ねた。

(6) ADの病態に関する項目

ADの病態に関する項目として、以下の項目を尋ねた。①発症年齢：アトピー皮膚炎の症状の初発年齢を尋ねた。②ADの経過：アトピー性皮膚炎の経過について、西岡(1988)の分類に従って代表的な経過を示し、該当する項目を選択させた。③主観的重症度：最近2-3週間と、ここ1-2年における主観的重症度について“軽症”、“中等症”、“重症”の3件法で尋ねた。分析には最近2-3週間の重症度を用いた。④1年のうち、ADが悪化する時期；“( 月頃)・特になし”に該当する形式で回答を求めた。⑤最近2-3週間のADの痒みの程度(日中、夜間)；最近2-3週間と、ここ1-2年におけるADの痒みの程度について、日中と夜間に分けて、それぞれ6件法で回答を求めた。⑥痒みを感じる時(複数回答)；痒みを生じる状況について、12種類の選択肢を提示し、複数回答可として回答を求めた。⑦1日の搔破時間；最近2-3週間と、ここ1-2年における1日の搔破時間について、4件法で回答を求めた。⑧就寝中の搔破の有無；最近2-3週間と、ここ1-2年における就寝中の搔破の有無について、“掻く”、“掻かない”の2件法で選択を求めた。⑨搔破の強さの程度；最近2-3週間と、ここ1-2年における搔破の強さの程度について、“指でさする程度(非常に弱い)”から“血が出るほど掻く(非常に強い)”の5件法で回答を求めた。

## 2-3. 調査時期

2009年6月から10月に実施した。

## 2-4. 分析

分析にはSPSS ver17.0, ANOVA4 on the Web, JavaScript-STAR version 5.5.0jを用いた。

## 3. 結果

### 3-1. 対象者の属性について

発症年齢は、0から5歳が47名(61%)、6から10歳が13名(17%)、11から15歳が9名(12%)、16から20歳が2名(3%)、21から25歳が2名(3%)、26から30歳が4名(5%)であり、0から5歳の間に発症している人が61%と最も多かった。罹患期間は、平均26.0年±9.60であった。経

過で分類すると、幼児発症型 24 名、寛解増悪型 26 名、成人発症型 19 名、その他 8 名であった。職業は、学生が 12 名、就労者が 48 名、それ以外が 17 名であった。

主観的重症度は、軽症 37 名 (48%)、中等症 28 名 (36%)、重症 12 名 (16%) であり、軽症群が半数近くを占め、重症群が少なかった。性別と年代との関連については傾向が認められなかった。

### 3-2. 主観的重症度の分類による各尺度の検討

各尺度について、主観的重症度、すなわち軽症群、中等症群、重症群の 3 群を独立変数として一要因分散分析を行った結果を表 1 に示す。なお、下位検定の多重比較においては、Ryan 法を用いた。

表 1. 主観的重症度の分類による各尺度の平均値と分散分析

|        |          | 軽症 [N=37] |       | 中等症 [N=28] |       | 重症 [N=12] |       | F 値        | 多重比較  |
|--------|----------|-----------|-------|------------|-------|-----------|-------|------------|-------|
|        |          | Mean      | SD    | Mean       | SD    | Mean      | SD    |            |       |
| ストレスサー | 経験頻度     | 45.4      | 31.00 | 69.2       | 22.31 | 86.9      | 17.91 | 13.097 *** | A<B,C |
|        | 症状       | 24.9      | 12.62 | 35.0       | 8.76  | 41.4      | 3.90  | 14.120 *** | A<B,C |
|        | 治療       | 8.9       | 9.94  | 17.2       | 9.84  | 16.3      | 9.51  | 6.158 **   | A<B,C |
|        | 周囲の人の対応  | 4.9       | 6.30  | 5.9        | 4.24  | 9.9       | 6.42  | 3.373 *    | A<C   |
|        | 行動の制限    | 5.1       | 6.93  | 8.8        | 5.58  | 15.0      | 5.92  | 11.184 *** | A<B<C |
|        | 周囲の人の理解  | 1.6       | 2.34  | 2.2        | 2.74  | 4.3       | 3.01  | 4.641 *    | A,B<C |
|        | 嫌悪性      | 38.2      | 32.21 | 58.4       | 26.03 | 78.8      | 27.34 | 9.357 ***  | A<B,C |
|        | 症状       | 20.4      | 12.51 | 31.1       | 12.38 | 35.8      | 9.30  | 10.076 *** | A<B,C |
|        | 治療       | 6.4       | 8.78  | 10.8       | 7.92  | 14.6      | 9.57  | 4.589 *    | A<C   |
|        | 周囲の人の対応  | 5.1       | 7.52  | 6.1        | 5.17  | 10.0      | 6.55  | 2.400      |       |
|        | 行動の制限    | 4.6       | 6.95  | 8.7        | 5.85  | 13.0      | 6.40  | 8.052 ***  | A<B,C |
|        | 周囲の人の理解  | 1.7       | 2.56  | 1.6        | 2.43  | 5.4       | 3.07  | 10.258 *** | A,B<C |
| 認知的統制  | 論理的分析    | 18.8      | 3.26  | 17.5       | 3.38  | 16.3      | 3.35  | 2.892      |       |
|        | 破局的思考の緩和 | 14.8      | 3.51  | 12.8       | 3.32  | 12.7      | 3.79  | 3.215 *    |       |
| HLC    | I 因子     | 18.5      | 3.97  | 17.9       | 2.17  | 18.3      | 3.37  | .229       |       |
|        | F 因子     | 20.2      | 5.80  | 19.2       | 4.07  | 22.0      | 4.02  | 1.276      |       |
|        | Pr 因子    | 15.0      | 5.24  | 15.5       | 4.40  | 15.2      | 4.91  | .062       |       |
|        | C 因子     | 13.9      | 4.46  | 16.0       | 4.54  | 14.1      | 4.80  | 1.748      |       |
|        | S 因子     | 10.8      | 5.06  | 11.4       | 5.08  | 13.3      | 4.57  | 1.087      |       |
| 自尊感情   |          | 25.2      | 7.33  | 21.8       | 6.48  | 22.5      | 7.23  | 1.948      |       |

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

その結果、ストレッサーにおいては、周囲の人の対応（嫌悪性）以外の全11因子において有意差が認められ、全体的に主観的重症度が重症化するほど、ストレッサーの経験頻度も多く、嫌悪性も高いことが示された。

認知的統制のうち”破局的思考の緩和”は5%水準で有意であった ( $F(2,74) = 3.215, p < .05$ )。重症群と中等群は、軽症群よりも、破局的思考の緩和が低い傾向にあったが、多重比較の結果は有意ではなかった。認知的統制の”論理的分析”，HLC全因子，自尊感情においては、主観的重症度の違いによる有意差は見出されなかった。

### 3-3. ストレッサー，認知的統制，HLC，自尊感情間の関連について

#### 3-3-1. ストレッサー尺度において最も強いストレスであった項目の検討

ストレッサー尺度中，“最もストレスであった出来事”を1つだけ選ぶよう指示した。その結果，“痒かった”が14人で最も多かった。また，“痒かった”“痒くて眠れなかった”“顔や手など、外から見える部分に症状が出た”など、症状因子に該当する項目、すなわち一次的ストレッサーに該当する項目に対し強くストレスを感じていた。しかし，“痒みのために、仕事や勉強に集中できなかった”，“アトピー性皮膚炎が、恋愛や結婚の妨げになると思った”など、二次的ストレッサーが最も強いストレスであるとする回答も見られた。

#### 3-3-2. ストレッサーと認知的統制，HLCとの関連について

表2に、ストレッサーと認知的統制尺度，HLC尺度下位因子間における相関係数を求めた。なお、相関は、調査人数が少なく、得点分布の正規性が保証されない可能性があるため、スピアマンの順位相関係数によって算出した。ストレッサーと”論理的分析”については、ストレッサーの”治療（経験頻度）”以外の全因子と”論理的分析”間に-.238～-.457の有意な負の相関が認められた。ストレッサーと”破局的思考の緩和”については、ストレッサーの全因子と”破局的思考の緩和”間に $r = -.251$ から $-.541$ の有意な負の相関が見出された。

ストレッサーと有意な相関が認められたHLC因子は”I（自分自身への帰属）”，”F（家族や身の周りの人々の暖かな配慮への帰属）”，”S（超自然的信念体系（自分を越えたより大きな存在である神仏のかかわり）への帰属）”であった。

表2. ストレッサー, 認知的統制, HLC, 自尊感情間の相関係数

|          | 症状        |           | 治療      |          | 周囲の人の対応   |           | 行動の制限     |           | 周囲の人の理解  |           | 経験頻度      | 嫌悪性       |
|----------|-----------|-----------|---------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|
|          | 頻度        | 嫌悪        | 頻度      | 嫌悪       | 頻度        | 嫌悪        | 頻度        | 嫌悪        | 頻度       | 嫌悪        | 合計        | 合計        |
| 論理的分析    | -0.298**  | -0.457*** | -0.182  | -0.292** | -0.280*   | -0.355**  | -0.320**  | -0.385*** | -0.238*  | -0.321**  | -0.318**  | -0.434*** |
| 破局的思考の緩和 | -0.387*** | -0.541*** | -0.251* | -0.364** | -0.424*** | -0.518*** | -0.389*** | -0.472*** | -0.299** | -0.371*** | -0.422*** | -0.541*** |
| HLC I    | 0.192     | 0.168     | 0.275*  | 0.237*   | 0.200     | 0.153     | -0.063    | -0.074    | -0.047   | 0.012     | 0.179     | 0.133     |
| F        | 0.310**   | 0.268*    | 0.145   | 0.149    | 0.140     | 0.153     | 0.151     | 0.131     | 0.014    | 0.119     | 0.229*    | 0.231*    |
| Pr       | -0.082    | -0.054    | 0.211   | 0.169    | -0.073    | -0.105    | -0.111    | -0.088    | 0.074    | 0.055     | 0.008     | -0.021    |
| C        | 0.015     | -0.033    | 0.025   | -0.053   | 0.133     | 0.111     | 0.142     | 0.144     | 0.054    | -0.072    | 0.052     | -0.003    |
| S        | 0.248*    | 0.230*    | 0.065   | 0.170    | 0.242*    | 0.241*    | 0.225*    | 0.264*    | 0.049    | 0.163     | 0.208     | 0.250*    |
| 自尊感情     | -0.044    | -0.177    | -0.068  | -0.060   | -0.112    | -0.140    | 0.020     | -0.070    | -0.103   | -0.113    | -0.032    | -0.120    |

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

### 3-3-3. 認知的統制, HLCと自尊感情との関連について

表3に, 認知的統制, HLCと自尊感情との関連を示した。その結果, 自尊感情と“論理的分析”間に $r = .340$ の有意な正の相関が, “破局的思考の緩和”間に $r = .409$ の有意な正の相関が見出された。HLCと自尊感情との間には有意な相関は認められなかった。

表3. 認知的統制, HLC, 自尊感情間の相関係数

|          | 論理的      |          | 破局的思考    |         | I        | F      | Pr     | C     | S | 自尊感情 |
|----------|----------|----------|----------|---------|----------|--------|--------|-------|---|------|
|          | 分析       | の緩和      | 分析       | の緩和     |          |        |        |       |   |      |
| 論理的分析    | 1.000    |          |          |         |          |        |        |       |   |      |
| 破局的思考の緩和 | 0.780*** | 1.000    |          |         |          |        |        |       |   |      |
| HLC I    | 0.081    | 0.010    | 1.000    |         |          |        |        |       |   |      |
| F        | 0.074    | 0.029    | 0.390*** | 1.000   |          |        |        |       |   |      |
| Pr       | 0.018    | 0.179    | 0.072    | 0.202   | 1.000    |        |        |       |   |      |
| C        | -0.083   | 0.026    | -0.143   | -0.059  | 0.372*** | 1.000  |        |       |   |      |
| S        | -0.070   | 0.028    | 0.196    | 0.328** | 0.236*   | 0.274* | 1.000  |       |   |      |
| 自尊感情     | 0.340**  | 0.409*** | 0.072    | 0.124   | 0.046    | -0.172 | -0.032 | 1.000 |   |      |

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

## 4. 考察

本研究においては, 成人AD患者におけるAD患者特有のストレッサー, 認知的統制, HLC, 自尊感情の把握と, ストレッサー認知が自尊感情に及ぼす影響について検討することを目的とした。その際, 症状の重症度や病態によって群分けした検討を行った。

各尺度について, 主観的重症度による比較を行った。その結果, ストレッサーにおいては, 周囲の人の対応(嫌悪性)以外の全11因子において有意差が認められた。また, 重症群は中等症群と軽症群よりも, 中等症群は軽症群よりも, ストレッサーの経験頻度が高く, また, 嫌悪性も強かった。すなわち, 主観的重症度が重いほど, ADであることによるストレッサー因子の経験頻度が多く, 嫌悪性も高いことが示された。奥野ら(2002)によれば, ADによるストレ



ッサーは心理的ストレス反応に影響を与える。心理的ストレス反応はADの悪化因子であるため、ストレスラーが多いほどADの症状も悪化しやすいと考えられる。よって、主観的重症度が重症であるほど、症状とストレスとの間の悪化・持続の悪循環に陥りやすいと推察される。川原ら(1997)は、成人型AD患者の治療や研究の上で個々の重症度等に配慮することが重要としたが、本結果からも、ADの主観的重症度に配慮する必要性が示されたと言える。

また、破局的思考の緩和についても、主観的重症度による有意差が見出され、主観的重症度が重いほど、ADによるストレスラーに対して破局的に思考する傾向が示された。川原ら(1997)は、軽症患者よりも重症患者で現実検討が障害されていると考察した。認知が否定的であれば、ADの悪循環も生じやすいと考えられる。すなわち、主観的重症度が重いほどADストレスラーに対する認知が破局的になり、一次的症状と二次的症状の悪循環が起こりやすくなる。ここで、その悪循環を軽減するためには、認知的介入が有効である可能性が指摘できる。

他方、論理的分析、HLC全因子、自尊感情においては、主観的重症度の違いによる有意差は見出されなかった。自尊感情について富家(2004)は、AD患者は健常者よりも自尊感情得点が低いことを指摘している。またAD患者における症状悪化とその持続はAD患者の二次的集団対人適応の障害をきたし、自尊感情を適切に維持できないという心理的弊害をもたらすとしている。本研究においては、自尊感情得点について、主観的重症度による有意差が見出されなかった。この理由については、①サンプル数が足りなかった可能性、②別の要因が関与している可能性、③AD全体に自尊感情が低い可能性、④自尊感情の測定内容が妥当でなかった可能性が考えられる。①については、自尊感情得点の平均値を比較すると、重症群は中等症群と軽症群よりも、中等症群は軽症群よりも、自尊感情得点が低下していた。ここから、十分なサンプル数が得られれば、主観的重症度による自尊感情得点に有意な差異が見出された可能性が考えられる。③については、主観的重症度に関係なくADであること自体が自尊感情の低下をもたらす可能性も考えられる。また④については、本研究で用いたRosenbergの自尊感情尺度は、自己の個人的・個別的側面あるいは私的側面を主に反映した項目から構成され、社会的側面や公的あるいは集合的側面の影響は過小評価されると言われている(伊藤, 1994)。ADが重症化すれば後者の側面に与える影響も大きくなると推測される。そこで後者の側面も反映する尺度を用いれば、主観的重症度の違いによる傾向が見出された可能性も考えられる。

次に、ストレスラーと、認知的統制、HLC、自尊感情との関連について検討した結果において、ストレスラーと“論理的分析”、“破局的思考の緩和”との間に負の相関が認められた。よって、ストレスラーが高いほど、論理的分析や破局的思考の緩和の得点が低いことが明らかになった。すなわち、ストレスラーを高く評価しているほど、認知的評価が悲観的であると言える。また、HLCについては、ストレスラーと有意な正の相関の見られたHLC因子は“I”、“F”、“S”因子であった。I因子は治療のストレスラーと正の相関があった。すなわち、病気や健康の原因を自己に帰属するほど、治療に対するストレスラーが多い傾向にある。奥野ら(2000)は、内的統制感を高めることがAD患者のセルフケア行動を増加させると指摘した。しかし、ADは様々な要因が関与し、コントロールが困難な疾患である。自己自身に帰属する傾向が強いと、

“自分が治さなくてはならない”“きちんと自分で治療しなくてはならない”などと治療に対して強迫的になり、治療についてのストレスも多くなることが推察される。コントロールが難しい要因に対しては、ある程度執着しないことが、治療についてのストレスを増大させないことに繋がると考えられる。

自尊感情については、自尊感情と“論理的分析”および“破局的思考の緩和”との間に正の相関が見出された。よって、ストレスに対して、論理的分析が行える、破局的思考が緩和できるほど、すなわち認知的統制を行うことができるほど、自尊感情得点も高いことが示された。よって、認知的変数を効果的に用いることで、AD特有のストレスを経験しても、それに対する不適切な認知が軽減される可能性が考えられる。よって、認知的側面にアプローチする心理的介入が有意義であると考えられる。

なお、ここには、逆の因果関係も考えられる。すなわち、自尊感情が高いことで、認知的統制を行うことができるという方向性である。この場合には、自尊感情に対して心理的介入を行うことにより、認知的統制感を高めることができると示唆される。どちらの方向性にしても、認知的統制と自尊感情はADのストレスに影響を与える重要な変数であることが示された。そこで、これら変数を高める心理的介入を行うことで、ADであることにより生じるストレスに対して、適切な認知的統制を行うことや、AD患者が疾患を持ちながらも、自己に対する評価を下げることなく生活することに繋がると予測される。

本研究の限界を述べる。本研究の対象はAD自助グループからの回収であり、そのグループはガイドラインが示す従来の治療を用いないことを主眼としたグループを対象としていた。よって、AD患者全体を母集団として考える際、本研究におけるサンプルは標準から、やや偏りが生じている可能性を否認しない。また、今後の課題として、検討したい変数の絞りを研究を行う必要性が挙げられる。AD患者にとって臨床的に有意義な研究とするためには、研究の絞りを、実践的かつ具体的な心理的援助方法が提案できる研究をすることが望まれる。

## 引用文献

- 甘利(杉浦)知子・馬岡清人(2003). 女子大学生における認知的統制と抑うつとの関連 健康心理学研究, 16, 31-42.
- 安藤哲也(2009). アトピー性皮膚炎(特集 ストレス関連疾患—ストレス関連疾患の診断と治療) 治療, 91 (1), 99-104.
- 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)
- Buske-Kirchbaum A., Geiben A., & Hellhammer D.(2001). Psychobiological Aspects of Atopic Dermatitis : An Overview *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 6-16.
- Chida Y., Hamer M., & Steptoe A.(2008). A Bidirectional Relationship Between Psychosocial Factors and Atopic Disorders : A Systematic Review and Meta-Analysis . *Psychosomatic Medicine*, 70 , 102-116
- 遠藤辰雄・井上祥治・蘭千壽(1992). セルフ・エスティームの心理学—自己価値の探求— ナカニシ

- ヤ出版.
- 福録恵子・長野拓三・萩野敏 (2002). アトピー性皮膚炎患者における QOL - SF-36 を用いて - アレルギー, 51, 1159-1169.
- 古江増隆 (2004). アトピー性皮膚炎患者は何に悩み, 治療に何を望んでいるか 治療満足度に関する患者アンケート調査結果の解析 皮膚科の臨床, 46 (1), 73-77.
- 古江増隆・佐伯秀久・古川福実・秀道広・大槻マミ太郎・中村敏明・佐々木りか子・須藤一・竹原和彦 (2009). アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 日本皮膚科学会, 119 (8), 1515-1534.
- 原信一郎・秋元豊・石川俊男・吾郷晋浩 (2000). アトピー性皮膚炎と心身医学 日本臨床皮膚科医学雑誌, 66, 296-303.
- 堀江徹也 (1986). アトピー性皮膚炎と性格 皮膚科の臨床, 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.
- 伊藤忠弘 (1994). 自尊心概念及び自尊心尺度の再検討 東京大学教育学部紀要, 34, 207-215.
- 川原健資・山本晴義・江花昭一・津久井要・佐々木篤代・加藤一郎・向井秀樹・熊野宏昭 (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.
- 宮地良樹・永倉俊和編 (2000). アトピー性皮膚炎コンセンサスアップデート メディカルレビュー社.
- Laummintausta, K., Kalimo, K., Raitala, & Forstes, Y. (1991). Prognosis of atopic dermatitis — A prospective study in early adulthood *International Journal of Dermatology*, 30, 563-568.
- 日本皮膚科学会 (1994). アトピー性皮膚炎定義・診断基準 日本皮膚科学会誌, 104, 1210.
- 西岡清 (1988). 重症成人型アトピー性皮膚炎患者の経過 日本皮膚科学会誌, 98, 873-877.
- 奥野英美・上里一郎 (1999). アトピー性皮膚炎患者ストレス尺度の作成 日本カウンセリング学会第32回, 207-208.
- 奥野英美・上里一郎・勝岡憲生・サントイス智恵・向野哲・堤邦彦・福山嘉綱 (1998). アトピー性皮膚炎の症状に影響を及ぼす心理社会的要因 第94回日本精神神経学会総会プログラム・抄録集, 200.
- 奥野英美・勝岡憲生・サントイス智恵・向野哲・堤邦彦・福山嘉綱・上里一郎 (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2報) —セルフケア行動の遂行に関連する要因の検討— 日本皮膚科学会雑誌 110 (5), 845-851.
- 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.
- 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.
- 富家直明 (2004). アトピー疾患の自尊感情の向上を目指した集団認知行動療法の開発 コスメトロジー研究報告, 12, 117-123.
- 上田宏 (2000). アトピー性皮膚炎の疫学 小児内科, 32, 986-992.
- 山本真理子・松井豊・山成由紀子 (1982). 認知された自己の諸側面の構造 教育心理学研究, 30, 64-68.
- 厚生労働省平成17年患者調査の概況 5. 主な傷病の総患者数  
 < <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/05/05.html> > (2010年9月30日確認)