Ann. Rep. Asahikawa Med. Coll.
Vol.18, 11-26 (1997)

心身症患者のエゴグラムによる心理特徴の検討

A Study of Psychological Characteristics of Psychosomatic Patients Based on the Egogram

高橋恵子* 奥瀬哲** 八代信義
佐藤豪*** 岩渕次郎*

*Keiko TAKAHASHI **Satoshi OKUSE Nobuyoshi YASHIRO
***Suguru SATO *Jiro IWABUCHI

The egogram questionnaire, which is based on the concept of ego state in transactional analysis, was given to 292 psychosomatic patients. At first, egogram patterns of each subject were classified according to its 5 scale scores. In this classification, most of subjects' patterns were different from each other. Certain features of the egogram pattern based on the diagnostic groups were not found in this classification.

The factor analysis was executed to egogram scales of 125 psychosomatic patients who were definitively diagnosed by three physicians. From this analysis, 3 factors were extracted. Comparison of factor scores derived from each factor showed differences among the diagnostic groups, especially the factor scores of the third factor which related to the Adapted Child (AC) ego state which revealed itself in the specific features of bulimia nervosa and peptic ulcers. The bulimia nervosa patients were non-assertive and nervous to others' evaluation. On the other hand peptic ulcer patients showed the lack of awareness of their depressive or neurotic state.

*旭川医科大学医学部心理学 *Department of Psychology, Asahikawa Medical College
**札幌明和病院心療内科 **Psychosomatic Medicine Section, Sapporo Meiwa Hospital
***札幌医科大学医学部心理学 ***Department of Psychology, Sapporo Medical University
e-mail: keikot@asahikawa-med.ac.jp

To detect the features of psychosomatic patients on the responses to each item of the egogram, dual scaling analysis was performed. Three solutions were extracted from this analysis. The analyses of case weights derived from each solution showed differences among the diagnostic groups on the second solution and the third solution. On the second solution, the analysis showed that bulimia nervosa patients had a tendency towards emotional inhibition and held negative emotions. Patients with peptic ulcers and hyperventilation syndrome showed less emotional problems. On the third solution, the reduction of case weight indicated that patients suffering from nervous vomiting and hyperventilation syndrome were conscious of social desirability and wanted to adapt rationally to the social norm. On the other hand patients of peptic ulcers did not show such a desire to adapt socially.

From this study, some psychological characteristics of psychosomatic patients based on the egogram were discussed. The egogram was able to reveal some characteristics of diagnostic groups, however it is necessary to study further the characteristics of psychosomatic patients and their relation to the egogram.

Key Words: Egogram, psychosomatic patients, transactional analysis, personality, ego state

Ⅰ．はじめに

心身症は、身体疾患のなかでその発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態（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）（日本心身医学会教育研修委員会, 1991）と定義され、その診断や治療には心理的な要因の査定が重要な役割を担っている。本邦においても九州大学に心療内科が開設されてから、これまでに心身医学療法のひとつとして交流分析などを臨床に取り入れた心身症患者の治療的アプローチが行われている。交流分析は Berne, E. によって提唱された人間の行動に関するひとつの理論体系であり、それに基づいた治療法である（杉田, 1990）。これはしばしば精神分析の口語版とも言われるが、自我状態を「親の自我状態（Ⓟ）」、「大人の自我状態（Ⓐ）」、「子供の自我状態（Ⓒ）」に分けて分析する。これらの自我状態のうち親の自我状態は、「批判的な親の自我状態（CP）」と「養育的な親の自我状態（NP）」に分けられ、また子供の自我状態は「自由な子供の自我状態（FC）」と「順応した子供の自我状態（AC）」に分けられる。交流分析のなかの構造分析と呼ばれる方法ではこれら５つの自我状態におけるエネルギーの配分によって、その人の性格、行動などを分析していこうとする。Dusay, J. M. (1977) は、自我状態のそれぞれが放出しているエネルギーの量をグラフ化して表すことを考え、エゴグラムを創案した。本邦でもこの Dusay の考えを参考に、質問紙法の開発が試みられ、応用されてきた (e. g. 和田ら,

1985；松岡ら,1988；芦原ら,1993)。

交流分析に対する関心の広がりとともに、これまで多くのエゴグラムが開発されてきている。そしてこれらのエゴグラムはそれぞれの特性をもちながら、現在に至るまで交流分析という心理療法の枠組みのなかで用いられ続けている。エゴグラムがこのように幾つもの版を持ち、なお使われ続けているのは、これらの自我状態の測定が心身症の心理特徴の査定や治療に重要な位置を占めているからに他ならない。多くのエゴグラムを観察するとき、ある種の生き方をする人や、ある種の病気を病む人には共通したタイプが見られることが指摘されており（杉田,1990)、これまでに心身症や神経症を対象にしたエゴグラムの分析から、疾患特有の自我状態を検出する試みがなされてきた。

本研究では九大版エゴグラムを用いて、心身症患者の心理特徴についての検討を行った。九大版エゴグラムは日本の心身医学の発展と共に用いられてきた、いわば歴史のあるエゴグラムであるが、その一方で統計的な検討の不備もしばしば指摘される。ここでは九大版エゴグラムに改めて統計的な手法を取り入れ分析を行うことにより、心身症患者の心理特徴を明らかにすることを試みた。

II．方　法

1．被検者

心身症患者にエゴグラムを施行し、このうち5個以上の欠測値があるものを除外した計292名（男性146名,平均年齢34.9±9.5歳；女性146名,平均年齢32.1±11.1歳）のエゴグラムについて分析を行った。被検者の主な器官・系統別疾患分類の内訳は、内分泌・代謝系疾患（88名)、消化器系疾患（64名)、神経･骨筋肉系疾患（39名)、呼吸器系疾患（38名)、循環器系疾患（27名)、その他（36名）であった。

2．データの分析

まず心身症患者のエゴグラムについて大まかなパターン分類を行うため、全被検者の得点分布に基づき各尺度得点を四分領域に分割し、それぞれの4つの得点カテゴリーに入るパターンによって、心身症患者のエゴグラムを分類した。本来エゴグラムでは個人の自我状態の包括的な理解を目的として、各個人のプロフィール･パターンそのものを検討するのが基本であるが、本研究では多数のエゴグラムを個々に比較することは困難なため、それぞれの尺度得点を四分領域に分割しそのパターンを比較した。

次にこの中で確定診断がなされた患者125名（男性72名,女性53名）のうち、一疾患あたりの対象数が9名を越えるものについて、疾患別にエゴグラムの特徴を検討した。確定診断は日本心身医学会の定める心身症の診断基準により、日本心身医学会の認定による指導医と認定医および主治医の3人の診断に基づいて行われた。対象疾患の内訳は、神経性過食症（bulimia

nervosa：BN）19名（平均年齢25.0±2.9歳）、消化性潰瘍（peptic ulcer：PU）10名（平均年齢32.1±8.5歳）、過換気症候群（hyperventilation syndrome：HV）9名（平均年齢41.1±8.5歳）、神経性嘔吐（nervous vomiting：NV）15名（平均年齢26.4±5.9歳）、過敏性腸症候群（irritable bowel syndrome：IBS）18名（平均年齢33.7±7.8歳）であった。これらの患者群について、まず各尺度の平均得点を算出し、疾患別にエゴグラムを比較した。次いでエゴグラムの情報をより集約して検討するため、5つの尺度得点について因子分析を行った。さらに項目レベルでの分析を行うために、カテゴリカル・データに対する多次元尺度構成法のひとつである双対尺度法の多肢選択法による解析を行った。これは本来エゴグラムに設定されている5つの尺度にとらわれず、質問項目の内容からそれぞれの疾患についての特徴を明らかにすることを目的としたものである。

Ⅲ．結　　果

1．心身症患者全体のエゴグラム・パターンの分析

全被検者のエゴグラム・データにもとづき四分位偏差をとった各尺度の四分位数は、CPがQ1＝10点,Q2＝14点,Q3＝17点、NPがQ1＝11点,Q2＝14点,Q3＝16点、AがQ1＝9点,Q2＝12点,Q3＝14点、FCがQ1＝9点,Q2＝12点,Q3＝14点、ACがQ1＝10点,Q2＝13点,Q3＝16点であった。これらの四分位数によってカテゴリー化されたデータにもとづき心身症患者全体のエゴグラム・パターンを分類したところ、238パターンが抽出された。各パターンに含まれる被検者は1人ないし2人であり、また器官・系統別疾患の分類などについて一定した傾向は見出されなかった。ただしそれぞれの自我状態で見ると、ACのみ高得点者（9名）、低得点者（18名）、あるいはFCのみ高得点者（6名）、低得点者（7名）は、他の自我状態よりも比較的多く見出された。このことから心身症患者では©の自我状態に何らかの特徴があることが窺われた。心身症患者に関しては従来より©の構造に着目されることが多く（杉田, 1990）、これらについては次の分析でさらに詳細な検討を加えた。

2．疾患別のエゴグラムの尺度得点についての分析

確定診断のなされた患者群についての、疾患別の平均エゴグラムを図1に示す。疾患別の相違を検討するため、それぞれの尺度得点について分散分析を行った結果、いずれの尺度においても統計的な有意差は検出されなかった。

次いでエゴグラムの5尺度に対して因子分析を行った。本来、因子分析は多変数のデータに対する情報集約、あるいはその背景となる共通因子の抽出のために行われ、5つの尺度について因子分析を行うことが妥当であるかは疑問とされる点もあるが、本研究で使用したエゴグラムが本来厳密なテスト理論によって構成されたものでなく、個々の尺度が独立していないことから、因子分析によってこれら5尺度の背景因子を探索的に抽出しようとしたものである。分

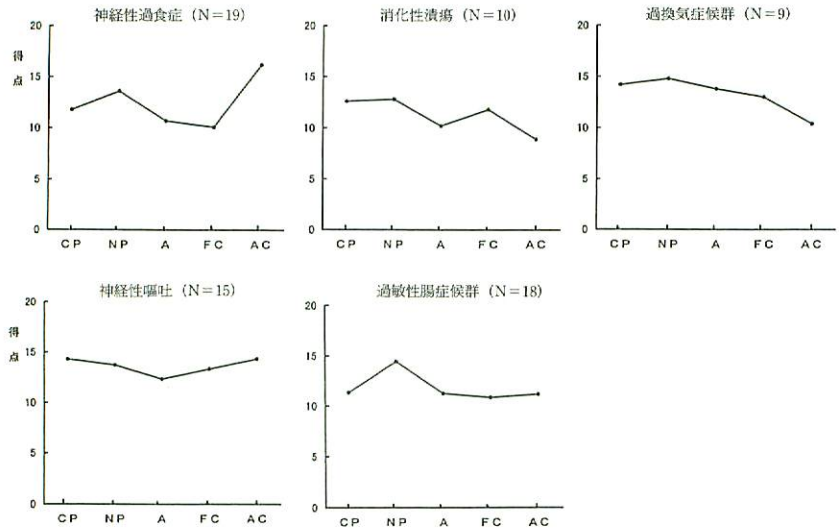

図１　疾患別の平均エゴグラム

表１　エゴグラムの因子分析による因子負荷量

	第１因子	第２因子	第３因子
ＣＰ	−0.06	***0.90***	0.01
ＮＰ	***0.78***	0.24	0.29
Ａ	0.38	***0.75***	−0.05
ＦＣ	***0.83***	−0.00	−0.23
ＡＣ	−0.02	−0.04	***0.96***

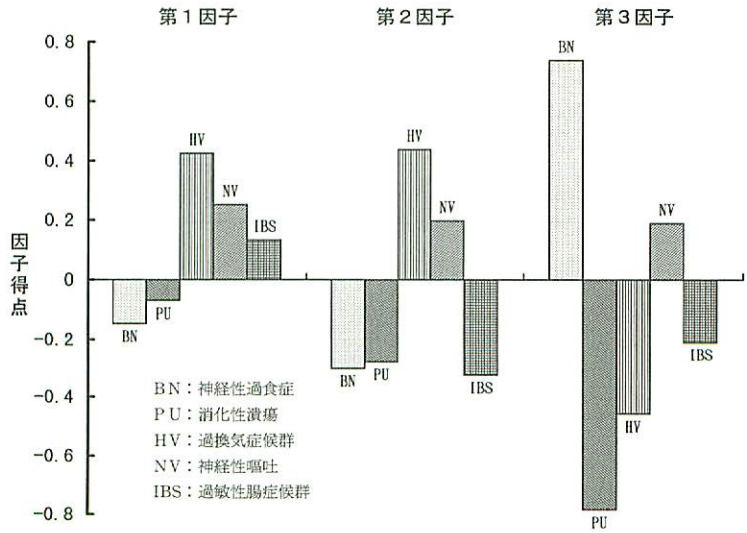

図２　尺度得点の因子分析による疾患別因子得点の平均値

析の結果、3つの因子が抽出された（表1）。第1因子はFCとNP、第2因子はCPとA、また第3因子はACで因子負荷量が高かった。これら各因子の因子得点にもとづき、疾患ごとの特徴を検討した。図2は疾患別の因子得点の平均値を示している。これらの因子得点について分散分析を行ったところ、第3因子で疾患についての統計的な有意差が認められた（$F=5.23$, $df=4/66$, $p<.001$）。多重比較の結果、神経性過食症と消化性潰瘍の間で患者群に差が認められた。

表2　双対尺度法による第1解における項目平方和の大きな質問項目

項　目	平方和
言いたいことを遠慮なく言うことができますか（FC）	147.25
他人の欠点よりも長所を見る方ですか（NP）	134.27
思ったことを言えず、あとから後悔することがよくありますか（AC）	123.84
うれしいときや悲しいときに、すぐ顔や動作に表しますか（FC）	121.20
「わぁ」、「すごい」、「かっこいい！」などの感嘆詞をよく使いますか（FC）	113.66
イヤなことをイヤと言わずに、抑えてしまうことが多いほうですか（AC）	108.56
子供のために、どんなイヤなことも我慢しようと思っていますか（AC）	102.40
子供がふざけたり、はしゃいだりするのを放っておけますか（FC）	97.98
子供や妻（または夫）が間違ったことをしたとき、すぐにとがめますか（CP）	94.99
「ダメじゃないか」、「……しなくてはいけない」という言い方をよくするほうですか（CP）	94.32

表3　双対尺度法による第2解における項目平方和の大きな質問項目

項　目	平方和
イヤなことをイヤと言わずに、抑えてしまうことが多いほうですか（AC）	278.26
あなたは劣等感が強い方ですか（AC）	226.17
思ったことを言えず、あとから後悔することがよくありますか（AC）	223.44
他人の顔色を見て、行動をするようなところがありますか（AC）	195.27
言いたいことを遠慮なく言うことができますか（FC）	176.48
憂うつな気分や悲しい気持ちになることがよくありますか（AC）	173.76
仕事は能率的にテキパキと片付けていくほうですか（A）	138.79
上の人や子供のごきげんをとるような面がありますか（AC）	136.41
自分を責任感の強い人間だと思いますか（CP）	135.60
本当の自分の考えより、親や人の言うことに影響されやすいほうですか（AC）	110.91

表4　双対尺度法による第3解における項目平方和の大きな質問項目

項　目	平方和
自分を責任感の強い人間だと思いますか（CP）	209.09
子供をよくほめたり、頭をなぜたりするほうですか（NP）	174.09
物事はその結果まで予測して、行動に移しますか（A）	157.47
何か分からないことがあると、人に相談してうまく処理しますか（A）	155.97
子供のために、どんなイヤなことも我慢しようと思っていますか（AC）	141.48
仕事は能率的にテキパキと片付けていくほうですか（A）	128.44
何事もやりだしたら最後までやらないと気がすみませんか（CP）	126.67
あなたはよく冗談を言うほうですか（FC）	124.24
上の人や子供のごきげんをとるような面がありますか（AC）	117.29
子供がふざけたり、はしゃいだりするのを放っておけますか（FC）	112.23

注）（　）内は尺度名

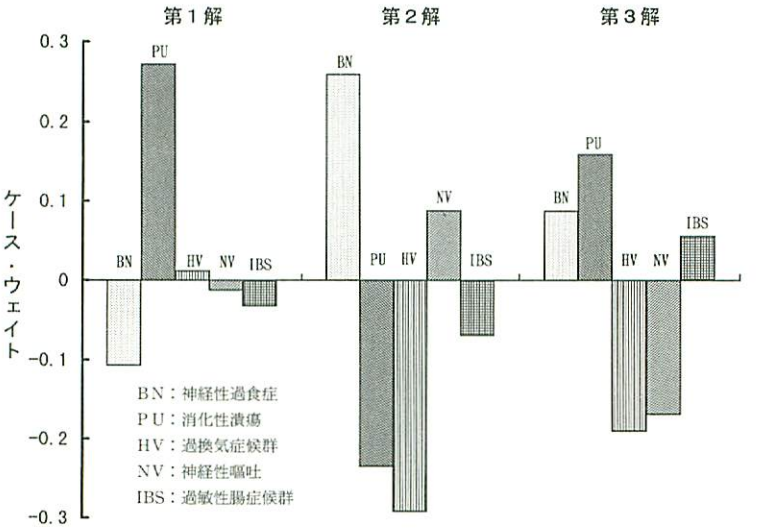

図３　項目についての双対尺度法による疾患別ケース・ウェイトの平均値

３．疾患別のエゴグラムの項目レベルでの分析

質問項目そのものから疾患についての特徴を分析するため、カテゴリカル・データに対する多次元尺度構成法のひとつである双対尺度法の多肢選択法を行った結果、３次元の解が抽出された。表２～４は各解において項目平方和の大きい質問項目を上位10項目まで挙げたものである。

第１解において項目平方和が大きかったエゴグラムの質問項目（表２）は「言いたいことを遠慮なく言うことができますか」をはじめとする自己表現に関する解、また第２解（表３）は「イヤなことをイヤと言わずに抑えてしまうことが多い方ですか」をはじめとする感情抑制に関する解、そして第３解（表４）は「自分を責任感の強い人間だと思いますか」をはじめとする社会性に関する解と考えられた。図３は疾患別のケース・ウェイトの平均値を示している。これらのケース・ウェイトについて分散分析を行ったところ、第２解と第３解において疾患についてのそれぞれ統計的な有意差（$F=6.31, df=4/66, p<.01$）および有意な傾向（$F=2.48, df=4/66, p<.10$）が検出された。多重比較の結果、第２解では神経性過食症と、消化性潰瘍および過喚気症候群との間で疾患群に差が認められ、同様に第３解では消化性潰瘍と、過換気症候群および神経性嘔吐との間で疾患群に差が認められた。

Ⅳ．考　　察

１．心身症患者のエゴグラムの分析

心身症患者のエゴグラム・パターンの分析では、四分領域による分割というかなり大まかな

分類を用いて各被検者のパターンを比較したにもかかわらず、ほとんど同一のパターンを示さず、器官・系統別の疾患分類に対応した特異なパターンは見出されなかった。一方で単一尺度に着目すると、AC、FCのみで高得点、低得点の者は他の自我状態と比べて比較的多かったことより、このような©の構造には何らかの特徴があると考えられた。

これについてはエゴグラムの尺度についての因子分析で3つの因子が抽出され、そのうち第1因子、第3因子はそれぞれFCとNP、そしてACにおいて因子負荷量が高く、ともに感情のエネルギーに関するものと考えられた。前者は明るく楽しい陽性の感情状態、後者は自己抑制的な陰性の感情状態を表すものと考えられる。このような感情のエネルギーを表す因子が抽出されたことは、上述のパターン分類で見出された©の構造特徴に関連するものと考えられる。これまでのエゴグラム研究においては、FCは心身症のいずれの疾患においても健常者と比べて低い傾向にあること（大島ら,1996)、また心身症患者は健常者と比べて特にACが高いこと(杉田,1990）などが報告されており、心身症患者は陽性感情に乏しく陰性感情が優位な感情状態にあることが指摘されている。本研究の2つの因子の抽出は、このような見解と関連するものであろう。そして第2因子ではCPとAにおいて因子負荷量が高く、社会規範や合理性、理性的な対人関係や社会適応性に関わる因子が抽出された。心身症患者においては外界に対するこのような理性的な面での適応努力と、一方で上述のような内面の感情状態をめぐる葛藤などの問題が示唆され、心身症の心理特徴を考える上で重要であると考えられた。

次にエゴグラムの項目について双対尺度法を用いて分析を行ったところ、3次元の解が抽出された。このうち第1解は自己表現に関する解と解釈され、この解に含まれる項目には、「言いたいことを遠慮なく言うことができますか」、「思ったことを言えず、あとから後悔することがよくありますか」、「子供や妻（または夫）が間違ったことをしたとき、すぐにとがめますか」などが挙げられた。平木（1993）は、対人関係の持ち方、自己表現の仕方を以下の三種類に分類している。第一は自分のことだけを考えて他者を踏みにじるやり方(aggressive：攻撃的)、第二は自分よりも他者を常に優先し自分のことを後回しにするやり方（non-assertive：非主張的)、そして第三は自分のことをまず考えるが他者をも配慮するやり方(assertive：アサーティブ）である。このような三種類の対人関係、自己表現の仕方のなかでaggressiveやnon-assertiveは不適切な方法とされる。また心身症患者に見られる適応様式においては攻撃性の抑制が特徴的であり、その背景には役割期待に応えようとする外界への適応努力と率直な自己表現欲求との間で葛藤が存在するという指摘（小林ら,1994）もある。さらに冠状動脈疾患の発症の危険因子とされるType A行動パターンではaggressiveな自己表現をとりやすいことが指摘されている(Friedmanら,1974)。このような見解は、本結果に示された自己表現のあり方に関連する心身症患者の適応様式上の問題点を示唆するものと考えられる。すなわちnon-assertiveなあり方は自己抑制、それに伴う怒りなどの陰性感情の蓄積を生じやすく、またaggressiveなあり方は交感神経優位の緊張型の適応様式を生みストレスを増大させやすいこ

となどが考えられる。

また第2解は感情抑制に関する解と解釈され、エゴグラムのACの項目が多く含まれていたことから、AC尺度の因子とほぼ同様のものが抽出されたと考えられる。

そして第3解は社会性に関する解と解釈され、社会的望ましさを意識する傾向、合理的、理性的に行動しようとする面を示した。心身症患者のなかにはこのように外界に対しては自らの社会的な望ましさを示そうとする一方で、自己の内面的な問題の洞察については防衛的で、内省が適切に働きにくい群のあることが窺われた。一方でこれとは対照的に自らの社会性についてはむしろ不適応感が強い群も見られた。このように心身症患者は、社会的適応性や対人関係に関して様々な葛藤を持つことが窺われた。

以上、心身症患者のエゴグラムを分析して挙げられた特徴として、外界への適応努力と感情抑制、また自己表現をめぐる問題などが示唆された。心身症発症のメカニズムについての研究で、木村ら(1995 a)は、多くの心身症の発症には心理的抑制あるいはその基盤として生理的抑制が関与している可能性が考えられると述べ、心身症患者の自己抑制的で利他的な心理—行動特性を指摘している。また田中(1994)は、怒りの発散が出来るラットと出来ないラットの両者でその神経科学的メカニズムを比較した結果、怒りを発散出来なかったラットは、ストレスから解放された後もストレス状況と同様の脳のnoradrenaline放出および血漿corticosterone含量などの神経伝達物質の放出の亢進が続き、生体としては依然ストレス状態の反応をし続けたことを報告した。同様に久保(1994)は、視床下部刺激による情動ストレスが免疫・内分泌系に大きな影響を与えることを明らかにした。このような研究からも、先に指摘した心身症患者に特有な心理—行動特性および情動反応は、その発症や経過に大きく関わっている可能性が考えられる。今後これらの点については、心理・神経・内分泌学的な研究によって明らかにされてゆくことが必要と考えられる。

2．心身症の疾患別エゴグラムの分析

疾患別のエゴグラムを比較してみたところ、尺度レベルの分析についてAC得点に有意な特徴が見られた。ACはとりわけ心身症の発症と関連しやすいとされる自我状態である(杉田,1990)。これはACが感情抑制、それによる慢性的な陰性感情の蓄積という側面を持つためと考えられる。特に神経性過食症の患者でこの傾向が顕著であった。本症はACの特性から自己抑制的で他者評価に敏感な面を持ち、その裏返しとして内面には怒りや抑鬱気分などの陰性感情を蓄積させやすい傾向を持つことが考えられる。これとは対照的に、消化性潰瘍や過換気症候群ではACが低く、抑鬱気分などの精神症状を自覚したり表現したりしにくい傾向が窺われた。項目レベルの分析では、感情抑制に関する解(第2解)と社会性に関する解(第3解)において疾患群に差が認められた。前者ではACの尺度レベルでの分析とほぼ同様の結果を示した。後者では神経性嘔吐や過換気症候群の患者で、たとえば責任感などの望ましい社会性を示そうとする意識が高い傾向にあり、一方で消化性潰瘍などの患者ではそのような社会的な望ましさ

を強調することはむしろ少なかった。

今回の分析を通じて明らかにされた疾患別の心理特徴を比較してみる。まず神経性過食症については特徴的にFCが低くACが高いプロフィールを示した。神経性過食症患者は外界に適応しようと努力しながら不適応が強く、他者主体的で感情抑制的な適応様式を持つことが窮われた。他者評価に敏感で自己不全感が強く、内面に陰性感情を蓄積させやすい傾向を最も顕著に示した。神経性過食症は過食や嘔吐などの食行動の異常をともなう疾患で、その発症の心理的背景には、母子関係における依存安心の乏しさや母子分離不安をめぐっての葛藤などが挙げられる。神経性過食症患者は愛情を得るため、いわゆる「イイ子」で自己主張せず、周囲に順応しようとすること（末松ら,1993)、あるいは抑鬱―不安の訴えが多いこと（Casperら,1980）がこれまでにも報告されており、本結果もこれを支持するものであった。また本結果から示された他者主体性や自己表現の乏しさは、自己無力感や抑鬱―不安感の蓄積を生じ、怒りや攻撃性を内向化させ(Rizzuto,1985)、神経性過食症患者にしばしば見られる自虐行為、自罰的な行動化などを引き起こしやすいなどの問題点を含んでいることが考えられる。

消化性潰瘍では他疾患と比べてACが低く、不安―抑鬱気分などの情動を言語化しにくかった。社会性の面では自らの社会的態度の望ましさの強調は少なかった。一方自己表現性の面では統計的な有意差はないがaggresive、non-assertiveのいずれも他疾患と比べて多く見られた。これらの点を考え合わせると、消化性潰瘍の患者は、情動は言語化されにくいが、行動特性として示される攻撃性や抑圧型の反応様式があることが窮われる。

消化性潰瘍は従来から心身症の典型とされ、'潰瘍性格'の概念も言われている。これは依存欲求を基本に持ちながら、その欲求を抑え、過度に独立的に振る舞おうとする傾向のために、内的には常に依存と独立の葛藤を有する性格特性として述べられている。また潜在的な愛情欲求のため、他者からの承認や支持、感謝や愛情を求め、この願望を満たすため、日常生活においては自らを競争の場におき、攻撃的なふるまいをするとも説明される(Alexander,1950)。一方、最近の研究では本症の性格特徴は、活動的、独立的、野心的というよりは、むしろ受け身的、過剰適応的に振る舞う傾向にあるとし（中川ら,1980)、本報告でもこのような側面を示した。また心理ストレスに対する気付きは不充分で、alexithymia的な特徴を示すという報告（金沢ら,1990）もある。十河ら（1987）が指摘するように、愛情や依存を求める傾向の強い点を交流分析的に解釈すればACの高いエゴグラムが形成されることが予想される。しかし本結果をみれば、本症エゴグラムのACは他疾患と比べてむしろ低い。また質問紙を用いたこれまでのエゴグラムの研究でもこの点について明示したものはなく(和田ら,1978；佐々木ら,1978)、消化性潰瘍患者のパーソナリティ研究の多くは特異な性格傾向を把握できないでいること（Wolf,1982）が指摘されている。本結果に示された本症に関する情動などの言語化が難しい側面は、心身症の中核群が有するalexithymia傾向を反映するものとも考えられる。しかし消化性潰瘍患者が必ずしもalexithymia傾向を強く有するとはいえないという報告（Greenbergら,1983）

もあり、いずれにしてもこのような alexithymia 傾向の検討には、感情状態について被検者の内省報告に拠るこれまでの質問紙法の欠点を補う新たな質問紙法の開発が必要になると考えられる（Sato ら, 1996）。

上述したような消化性潰瘍患者の承認や愛情を得るための外界に対する過剰な適応努力は、一方でそれらが満たされないことに対する強い怒りの感情を内在化させる。木村ら（1995 b）は、消化性潰瘍患者は「お人よし」という利他主義の戦略を用い、感謝という prestige（信望）を得て self-esteem（自尊）を達成しようとしたがそれに失敗した人々といえると述べ、消化性潰瘍の発症にこのような自己抑制あるいはその基盤としての生理的抑制が関与している可能性を指摘している。また上原ら（1994）は、胃潰瘍は胃局所の疾患ではなく、中枢神経系はもちろんのこと免疫系までも含む全身病であることを示唆した。消化性潰瘍が一度は治っても再発しやすい疾患であること、またその発症や経過に精神力動が強く影響しているという指摘（Alexander, 1950；Wolf, 1982）などを考え合わせると、消化性潰瘍の再発の防止にあたり、上述のような心理・社会的ストレスの背景にある本症の心理特徴および情動に関する問題などを検討してゆくことは重要であろう。

過換気症候群は発作的に起こる機能的な呼吸調整障害に基づく過換気により生じるさまざまな症状を呈する症候群で、精神医学的にみると不安神経症、転換ヒステリーが多いと言われる（五島ら, 1987 参照）。消化性潰瘍同様、低い AC を示し、不安―抑鬱感などの情動についての言語化の乏しさが示された。一方で社会性の面では、消化性潰瘍、神経性過食症と比べ、望ましい社会的態度を示そうとする意識はより高かった。過換気症候群は AC を除いたいずれの尺度も他疾患より高い傾向にあったことから、外的適応への要求水準が高く、理性的、知的に自らを統制しようとする姿勢が強いことが窺われる。また AC が低いことは他疾患と比べ批判性が強く協調性に乏しい面を持っていること、さらに内省的に自己を洞察する力の乏しいことを窺わせた。本症は不安、恐怖、怒りの抑圧などの心理的な要因によって引き起こされることが多いと指摘されているが（五島ら, 1987 参照）、本結果からも理性的、知的に内面の感情的な問題を抑圧しやすい側面が窺われ、このような心理的な防衛機制が身体化という転換性障害をもたらしている可能性も考えられる。このようなことから過換気症候群の治療にあたっては、身体的な状態像の把握とともに、このような心理面についての理解も重要であると考えられた。

神経性嘔吐は器質的な病変によらない、いわゆる機能的、心理的な機序によって生じる嘔吐のことである（筒井ら, 1996 参照）。過換気症候群同様、双対尺度法の分析により望ましい社会的態度を示そうとする意識は他疾患と比べ高い傾向が示された。さらに神経性過食症同様、自己抑制的、他律的で、陰性感情を伴う過剰適応的傾向を顕著に示した。本結果からは神経性嘔吐の患者は外界に対しかくあるべしという理性的構えを持ち、批判性も高い。一方では他律的、自己抑制的で、自らの感情を適切に表現しにくいため、内面の葛藤やそれに伴う心的緊張が強いことが窺われる。本症はヒステリー性の心理機制でおこり、嘔吐という症状、行為のなかに

象徴的な意味が含まれていることも多いことが指摘されるが（筒井ら，1996 参照）、適切に発散されない内面の陰性感情を吐き出すという器官言語的な意味合いとともに、心身の緊張を緩和する治療的アプローチが重要な疾患と考えられた。

過敏性腸症候群は大腸の機能的疾患で、便通異常、腹痛などの腹部症状を愁訴とする疾患であるが、精神的な状態によって直接的な影響を受ける functional somatic symptom（Kellner, 1985）とされる。本研究における他疾患との比較検討からは過敏性腸症候群の心理特徴について特に有意なものは示されなかった。本症では不安感、抑鬱感、睡眠障害などの精神症状を伴っている症例の多いことが報告されており（筒井ら，1996 参照）、さらに下痢型、便秘型、下痢便秘交替型、ガス型などの病型によってその心理的障害に違いがあるという指摘もある。たとえば不適応傾向はガス型に最も強く、過剰適応傾向は便秘型に最も強く認められ（松本ら，1994）、またデプレッションは下痢優位型の発症に関与する最も重要な心理機制と考えられた（美根ら，1993）。このような点から疾患についてのパーソナリティーの査定には、その病態までも視野に入れた包括的な検討が必要であることも考えられる。

各種の心身症にそれぞれ固有の心理特徴が見られることは、たとえば消化性潰瘍における潰瘍性格（Alexander, 1950）、冠状動脈疾患に関する Type A（Friedman ら，1974）など歴史的にこれまで指摘されてきたものは少なくなく、このような関連性について個々の心身症の core structure の存在を想定している立場もある（辻，1968）。本研究では、エゴグラムを用いて心身症の心理特徴について検討してきたが、前述の如く神経性過食症などの疾患群については特異的な心理特徴を見出し得たものの、過敏性腸症候群などでは固有の心理特徴との対応関係がなお不明確であった。これには本研究で用いたエゴグラムが、本来、交流分析理論に基づく自我状態を測定するための質問紙法であって、必ずしも症状診断を目的としているわけではないこと、また自記式質問紙を用いての調査であることから、主として被検者自身に自覚された心理特徴のみが扱われやすいという研究上の制限も考えられる。

まず前者の問題について、本研究ではその限界を補うべく交流分析理論に基づくエゴグラムの自我状態とそれによる尺度構成の枠を越え、項目レベルでの分析を併せて検討した。その結果、尺度レベルの分析では抽出されえない各疾患の性格特徴を検出することができた。このことはエゴグラムの項目について、今後さらに検討に値する可能性を提示している。また後者の問題については Sifneous（1973）の唱えた alexithymia の考えを踏まえながら検討を行う必要があろう。すなわち心身症患者が内面を言語化しにくい alexithymia の特徴を持つとするならば、このような自覚の乏しい心理特徴を自記式質問紙の心理検査だけから査定しようとすることは困難であったことが考えられる。自記式質問紙による alexithymia の心理特徴の測定困難性を克服する最近の試みとしては、心身症患者に心理・神経・内分泌学的検査と質問紙法検査を併せて施行し、両者の関連性から心身症あるいは alexithymia に関する新たな質問紙法検査を構成しようとする発展的な研究（Sato ら，1996）も行われており、今後さらに検討が加えられ

てゆく必要があろう。本研究で得られた知見も、これらの問題点や限界を踏まえつつ、日常の臨床、治療の実践に生かしてゆくべきと考えられる。近年、alexithymia と心身症の関わりについても確かにそのような患者は認められるものの、alexithymia の特徴を示す患者は必ずしも心身症領域に限定されるわけではなく、治療はその成因理解にかかっていることも指摘されており(西園,1993)、alexithymia の臨床上における意義を検証してゆく必要性が述べられている(宮岡ら,1995)。杉田(1995)は、心身症に対する治療的アプローチにおいて冒しやすい誤りの一つは、心理的ないし性格的な問題が関与すると思われるケースに対して、各自我状態の内容や構成にさほど厳密な注意を払うことなしに、ただ一律に心理療法を行うことだとしている。各ケースが抱える心理的問題に応じた治療的アプローチが必要である。今後これらの視点に立った研究が積み重ねられてゆくことにより、心身症の発症や経過に関わる心理特徴の解明がなされてゆくことが期待される。

V. まとめ

心身症患者の心理特徴を交流分析理論に基づく質問紙であるエゴグラムを用いて検討した。

(1) 尺度得点の因子分析から AC に関連した自我状態で、神経性過食症は感情抑制とそれによる慢性的な陰性感情の蓄積傾向を顕著に示し、不適応感が強く、不安―抑鬱気分を伴った過敏な対人関係、過剰適応傾向が示された。

(2) 消化性潰瘍は、不安―抑鬱気分などの心理状態についての自覚が乏しい傾向にあった。一方で自己表現の様式から aggressive あるいは non-assertive なあり方が示唆され、行動特性として示される攻撃性やその抑圧をめぐる問題について考察を加えた。

(3) 過換気症候群や神経性嘔吐の患者群は、理性的、知的に自己を統制し、外界に対して望ましい社会性を示そうとする意識が高かった。一方、不安感などの内面的問題に関しては防衛的傾向にあり、抑圧的で緊張の強い適応様式が窺われた。

(4) また過敏性腸症候群の患者のエゴグラムについては特にきわだった傾向は見出されなかった。

(5) 九大版エゴグラムはその作成過程で統計的な検討が必ずしも充分ではないが、本研究で AC の特徴が尺度レベル、項目レベルの両者の分析で検出できたことから、妥当性の一端が検証されたものと考えられる。

今後、疾患の病態、alexithymia などについての詳細な検討を進めるとともに、心身症の発症に関与している心身症患者特有の心理・社会的ストレスと情動反応との関連性、それらが免疫・内分泌系に及ぼす影響およびそのメカニズムについての心理・神経・内分泌学的な究明が行われ、これらの知見をもとに各ケースが抱える心理的問題に応じた治療的アプローチの策定が必要と考えられる。

文　献

Alexander, F. 1950 *Psychosomatic medicine*. New York: W. W. Norton & Co.

芦原睦・酒井淑子・伊藤章代　他　1993　自己成長エゴグラム（SEG）の開発経緯と研究の現状　交流分析研究，**18**(1)，11-16.

Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., et al. 1980 Bulimia. Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, **37**, 1030-1035.

Dusay, J. M. 1977 *Egograms: How I see you and you see me*. Harper & Raw.（デュセイ J. M. 池見酉次郎監修、新里里春訳　1980　エゴグラム　創元社）

Friedman, M., & Rosenman, R. H. 1974 *Type A behavior and your heart*. New York: Alfred A Knopt Inc.

五島雄一郎・後藤由夫・鈴木仁一（編）　1987　心身症の新しい診断と治療　医療ジャーナル社

Greenberg, R. P., & Dattore, P. J. 1983 Do alexithymic traits predict illness? *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **171**, 276-279.

平木典子　1993　アサーション・トレーニング　日本・精神技術研究所

金沢文高・美根和典　1990　潰瘍性格　河野友信・末松弘行・新里里春（編）　心身医学のための心理テスト　朝倉書店　Pp.193-194.

Kellner, R. 1985 Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, **42**, 821-833.

木村和正・菊池長徳・吾郷晋浩　1995 a　再発しやすい消化性潰瘍患者にみられる行動特性―心身症の進化論的理解（第 1 報）心身医学，**35**，649-655.

木村和正・菊池長徳・吾郷晋浩　1995 b　再発しやすい消化性潰瘍患者にみられる行動特性―心身症の進化論的理解（第 2 報）心身医学，**35**，657-663.

小林豊生・古賀恵里子・早川滋人　他　1994　心理テストからみた心身症―パーソナリティと適応様式からみた心身症―　心身医学，**34**，105-110.

久保千春　1994　心身症の発症のメカニズム―動物モデルを用いての基礎的研究―　心身医学，**34**，243-248.

松岡洋一・中川哲也　1988　九大心療内科におけるエゴグラムの適用：その工夫と問題点　交流分析研究，**13**，15-22.

松本浩二朗・美根和典・金沢文高　他　1994　過敏性腸症候群の病型と心理的評価の関連についての研究　心身医学，**34**，307-317.

美根和典・松本浩二朗・金沢文高　他　1993　過敏性腸症候群の治療について―重症例からみた考察―　心身医学，**33**，185-191.

宮岡等・片山義郎・北村俊則　他　1995　Alexithymia は神経症，心身症とどのような関係にあるか　心身医学，**35**，693-699.

中川哲也・中井吉英・野田敏之　他　1980　消化器心身症の進歩　医学と薬学，**3**，203-209.

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，**20**，193-199.

西園昌久　1993　アレキシサイミアをめぐって　心身医学，**33**，91.

大島京子・堀江はるみ・吉内一浩　他　1996　東大式エゴグラム（TEG）の第2版の臨床的応用―TEG パターン分析および多変量解析を用いた健常者と患者群との比較―心身医学，**36**，315-324.

Rizzuto, A. 1985 Eating and monsters: A psychodynamic view of bulimarexia. In S. W. Emmett (ed.), *Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia: Biomedical sociocultural and psychological perspectives*. New York: Brunner/Mazel.

佐々木大輔・相場信・斉藤吉春　他　1978　エゴグラムからみた胃潰瘍　交流分析研究，**3**，3-8.

Sato, S., Sugiyama, Y., Okuse, S., & Yashiro, N. 1996 The relationships between the psychological-behavioral characteristics and the central dopaminergic activity in psychosomatic disorders with reference to MMPI, Egogram and a newly constructed question list. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*, **36**, 411-424.

Sifneous P. E. 1973 The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **22**, 255-262.

十河真人・石川中・和田迪子　他　1987　新しい質問紙法エゴグラムの臨床的応用―その3．心身症のエゴグラム―　心身医学，**27**，329-336.

末松弘行・和田迪子・野村忍　他　1993　エゴグラム・パターン―TEG 東大式エゴグラムによる性格分析―(第7刷)　金子書房

杉田峰康　1990　講座サイコセラピー8交流分析（第7刷）　日本文化科学社

杉田峰康　1995　人間関係のゆがみ―心身症への全人的アプローチ―　朱鷺書房

田中正敏　1994　心身症発症の神経科学的メカニズム　心身医学，**34**，265-272.

辻悟　1968　心身症における人格要因について　精神医学，**8**，82-85.

筒井末春・中野弘一　1996　新心身医学入門　南山堂

上原聡・並木正義　1994　ストレス潰瘍の発症メカニズムにおけるサイトカインの役割―「免疫―脳―胃腸」軸の存在―　心身医学，**34**，249-255.

和田迪子・杉田峰康・新里里春　他　1978　内科外来患者のエゴグラムについて　交流分析研究，**3**，3-8.

和田迪子・十河真人・伊藤たか子　他　1985　新しい質問紙エゴグラム（東大式・TEG）の臨

床応用への検討　交流分析研究，**10** (2)，75-82.

Wolf, S. 1982 Peptic ulcer. *Psychosomatics*, **23**, 1101-1105.