



精神疾患患者の被養育体験認知が不安・抑うつ・自尊感情に及ぼす影響

メタデータ	言語: jpn 出版者: 宮崎大学教育文化学部 公開日: 2020-06-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 中元, 茉衣, 堀, 徹也, 佐藤, 容子, Nakamoto, Mai, Hori, Tetsuya, Sato, Yoko メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10458/5030

精神疾患患者の被養育体験認知が 不安・抑うつ・自尊感情に及ぼす影響

中元茉衣 堀徹也 佐藤容子

Influence of a Psychiatric Patient's Parental Bonding Cognition Regarding Anxiety, Depression and Self-esteem

Mai Nakamoto* Tetsuya Hori** Yoko Sato***

問題と目的

1. 精神疾患

近年、我が国において精神疾患患者数が増加し続けている。厚生労働省が2011年に発表したデータによると、精神疾患により医療機関にかかっている患者数は、1996年では218万人、2002年では258万人と増加しており、2011年には320万人を越えている。近年においては、うつ病や認知症の著しい増加がみられている。精神疾患は、自殺や就学・就労困難など社会的な機能の低下を引き起こすなど、大きな社会的損失をもたらす重要疾患である（日本精神神経学会、2013）。我が国では、こうした精神疾患の問題に対して様々な対策を講じている。例えば、平成16年には、厚生労働省精神保健福祉対策本部が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を提唱し、現在まで様々な施策を行っている。また、従来の4大疾病に精神疾患を追加し、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の5大疾病として重点的に対策を実施していく新しい医療計画が平成25年度から実施されている（厚生労働省、2011）。このように、我が国における精神疾患の問題は患者数の増加に伴って深刻化しており、国全体で対策を講じていかなければならない重要な課題である。

2. 精神疾患と被養育体験

2013年に日本精神神経学会・日本生物学的精神医学会・日本神経薬理学会・日本うつ病学会・日本統合失調症学会の5学会が発表した精神疾患克服に向けた研究推進の提言において、精神疾患発症の要因の一つとして「被養育体験」が挙げられている。これまで多くの臨床家が、幼少期の被養育体験がその後の精神疾患の発症に少なからぬ影響を指摘しており、両者の関連を実証的に検討することが精神疾患の理解を深めるための作業として重要である（染矢、1996）。

* 宮崎県立子ども療育センター

** 医療法人向洋会 協和病院

*** 宮崎大学教育文化学部

被養育体験とは先行研究によって様々な定義があり、統一したものはみられないが、子どもからみた親の養育のことであることから、本研究では「自身が両親から受けた養育」と定義する。

精神疾患と被養育体験には関連があることが明らかになっている。小川（1994）は、精神科に通院している不安神経症患者群と健常群の両親の養育態度を比較した結果、患者群の両親（特に母親）に、子どもに対して愛着、暖かさ、共感、親密さなどの養護的特徴に欠け、かつ操縦的、侵入的、幼児扱い、自立行動の妨害などの過干渉的統制傾向が強くみられることを報告しており、不安神経症の発症に重要な役割を果たしていると考えられている。また大久保（2012）は、社交恐怖との関連が強い対人恐怖性と被養育体験との関連について調査した結果、両親からの養護が少なく、過保護が強い養育態度がみられ、対人恐怖性症状全般が重くなると考えられると報告している。これらの先行研究では、質問紙によって過去の被養育体験を回顧的に測定する方法を取っている。しかし、人は過去をありのままに思い出すのではないことが指摘されている（花井ら、2005）。また、小川（1994）は疾患による精神状態に影響され、親を現実より否定的に解釈していることも考えられ、テスト結果が実際の親の養育態度を反映していない可能性を指摘しており、実際の親子関係の観察や兄弟からの情報を考慮することが必要となると述べている。つまり、実際の被養育体験を測定するには、質問紙だけではなく行動観察などの方法を加える必要があるといえる。しかし、過去の被養育体験を行動観察するのは容易ではない。これらの先行研究において測定されている被養育体験は、患者の記憶に頼り質問紙による患者からの報告のみであることから、実際の被養育体験というよりも、患者の捉えた被養育体験の「認知」として検討することが適切であると考えられる。そこで、本研究では被養育体験を認知として捉え、精神疾患患者の被養育体験認知を検討することとする。

3. 被養育体験認知

親の養育を子どもがどのように捉えているかという被養育体験認知の重要性は、多くの先行研究で報告されている。小玉（2010）は、親の養育スキルが子どもの自尊感情に及ぼす影響について、子どもの認知に焦点を当て調査を行った。その結果、子どもが親の養育をどのように捉えているかが、子どもの自尊感情に影響を及ぼすことを報告している。また、大学生を対象に心理的自立と親の養育態度との関連を調査した高富ら（2011）は、親の養育態度に関して、親からの報告と子ども（大学生）からの報告を比較した。その結果、親がどのような養育をしているかよりも、子どもが認知する被養育体験の方が心理的自立に関連していることが明らかになっている。つまり、親の養育態度の影響を受ける子ども自身が、親の養育態度をどのように捉えるかという子ども自身の認知が重要である（篠原ら、1987）と考えられる。日本において、精神疾患患者の被養育体験認知に焦点を当てている研究は、摂食障害を対象とした研究がいくつかみられる。例えば、岡本ら（2001）は、摂食障害患者（女性）36名と健常群（女性）18名の被養育体験を調査し比較した結果、患者は両親から特別に拒絶されたり、過保護に育てられたと認知していなかった。その一方で、両親もしくは母親からの情緒的暖かみが乏しく、他の兄弟のように大切にされていなかったと認知していることを報告している。また、武井（2004）は、摂食障害患者84名、健常群104名を対象に調査を行った結果、患者は両親を拒絶的で、情緒的暖かみに乏しかったと認知していたことや、他の兄弟と比べ母親からひいきされていたと認知していることを報告している。これら2つの研究は、対象者の疾患は同じだが、対象者数や性別の違いも大きく、一貫した結果は得られていない。また、摂食障害以外の精神疾

患についての研究は少なく、精神疾患患者がどのような被養育体験認知の特徴を持っているかは十分に明らかになっていない。

4. 被養育体験認知と不安・抑うつ・自尊感情

多くの精神疾患に影響している症状として、不安と抑うつが挙げられる。例えば、日本において精神科外来に通院する患者の疾患の大多数を占めているのは、気分障害であるうつ病と不安障害である（厚生労働省，2011）が、気分障害は抑うつが主な症状であり、不安障害は不安が主な症状である。また、摂食障害においては、その他の疾患を併存することが多く、その中でも気分障害の併存が多い（永田，2010）。睡眠障害においても、うつ病患者の約90%に不眠の症状が現れることから（うつ病学会ガイドライン，2012）、睡眠の問題と抑うつには関連があるといえる。このように、不安と抑うつの問題は多くの精神疾患に影響しているが、精神疾患と被養育体験認知の関連を調査した研究において、患者の被養育体験認知が不安と抑うつにどのように影響しているかについては明らかになっていない。

精神疾患と自尊感情に関連があることも明らかになっている。61名の統合失調症患者を対象に國方ら（2006）が行った調査において、精神症状が自尊感情に時間的に先行することが報告されており、精神症状が自尊感情に影響を及ぼすといった因果関係が明らかになっている。また、子どもが親の養育をどのように捉えているかが、子どもの自尊感情に影響を及ぼすことも報告されている（小玉，2010）。これらの先行研究から精神疾患と自尊感情との関連、一般対象者の被養育体験認知と自尊感情との関連については明らかになっている。しかし、精神疾患患者の被養育体験認知が自尊感情にどのように影響しているのかは検討されていない。

以上のことから、本研究では精神疾患患者を臨床群と設定し、一般群との比較を通して、精神疾患患者がどのような被養育体験認知の特徴を持っているのかを検討すること及び、精神疾患患者の被養育体験認知が、不安・抑うつ・自尊感情にどのように影響しているのかを検討することを目的とした。

方法

1. 調査対象者

臨床群は、県内の精神科病院及びメンタルクリニックに通院する成人患者56名（男性25名女性31名）とした。診断名は限定していない。対象となった患者の診断名の例としては、気分障害や不安障害などであった。脳の器質性疾患、統合失調症や精神遅滞、認知症を含む患者は除外した。

一般群は、研究の趣旨を説明した上で、許可を得ることが出来た県内の企業に勤務する会社員及び、調査を依頼した企業が主催するイベント参加者である成人男女56名（男性27名、女性29名）であった。

2. 手続き

調査期間は、2013年8月～10月であった。

臨床群については、事前に主治医により比較的症状が安定していると判断され、許可を得ることが出来た患者のみを対象とした。外来診察時に、主治医または心理士を通し、調査協力の

依頼を行い、調査の目的、個人情報取り扱いなどについて説明を行った後、書面による同意を得ることができた患者のみが対象となっている。質問紙は、診察の待ち時間などを利用して回答してもらい、終了後回収を行った。

一般群については、筆者が初めに企業の担当者に調査手続きの方法について説明を行った。調査対象者に対して調査の目的、個人情報取り扱いについての説明をした後、書面による同意を求めた上で質問紙に回答をしてもらうように依頼をした。一週間ほどの期間を空け、担当者よりまとめて回収した。

3. 調査材料

1) Eegna Minnen av Barndoms Uppfostran 養育体験認知に関する自己記入式調査表日本語版(EMBU: 染矢ら, 1996)

自身の被養育体験をどのように認知しているかを測定するために、EMBU尺度日本語版を用いた。EMBU尺度は、Perrisら(1980)によって作成され、オーストリア、デンマーク、スペイン、ハンガリー、ギリシャにおいて翻訳され、比較文化研究や精神疾患を対象とした研究などに用いられている。日本語版は、染矢ら(1996)によって作成され、高い信頼性が確認されている。

EMBU尺度は、全81項目からなるが、本研究では染矢らによって分けられた「拒絶」19項目、「情緒的暖かみ」12項目、「過保護(成績重視)」3項目、「過保護(過干渉)」3項目、「ひいき」5項目の計5因子を使用した。質問項目は、「両親は、ほんの小さな違反でも私に罰を与えました(拒絶)」や「両親は、私を好きだと言葉や態度で示しました(情緒的暖かみ)」、「両親は、私がよい点数を取ることに関心がありました(過保護(成績重視))」、「私が必要とするものを友人が持っている、両親は私にも持たせようと精一杯努力しました(過保護(過干渉))」や「兄弟や姉妹と比べて、私は両親に甘やかされました(ひいき)」などである。項目ごとに、父親と母親のそれぞれを「1. 決してなかった」「2. 時々そうだった」「3. しばしばそうだった」「4. いつもそうだった」の4件法で回答を求めた。

2) State-Trait Anxiety Inventory日本版(STAI: 中里ら, 1981)

STAIは、不安の程度を測る自己評価尺度であり、Spielgerら(1970)によって作成され、中里ら(1981)によって日本版が作成、標準化されており臨床場面における有効性も示されている。

全40項目で構成されている。特性不安に関する20項目(例「疲れやすい」「泣きたい気持ちになる」など)について、ふだん感じている通りに「ほとんどない」「ときたま」「しばしば」「しょっちゅう」の4件法で回答を求めた。状態不安に関する20項目(例「緊張している」「くよくよしている」など)について、今現在の気持ちにあうように「全くちがう」「いくらか」「まあそうだ」「その通りだ」の4件法で回答を求めた。得点範囲は「1点」～「4点」であり、得点が高いほど不安が高いことを示す。状態不安とは、ある時点での不安の程度を示し、特性不安とは不安になり易さの程度を示している。

3) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D: 島ら, 1985)

CES-Dは、Radloff(1977)によって作成され、島ら(1985)によって翻訳、標準化された抑うつ状態の程度を測る自己評価尺度である。

全20項目で構成されている。抑うつ気分、不眠、食欲低下などうつ病の主要症状が含まれた

質問項目について、過去1週間における各項目の症状の頻度を問い、「A. ない」「B. 1-2日」「C. 3-4日」「D. 5日以上」の4件法で回答を求めた。得点範囲は、「0点」～「3点」であり、得点が高いほど抑うつが高いことを示す。

4) 自尊感情尺度(山本ら, 1982)

自尊感情尺度は、Rosenberg(1965)によって作成され、山本ら(1982)によって翻訳、標準化されている。自尊感情とは、他者との比較により生じる優越感や劣等感ではなく、自身で自己への尊重や価値を評価する程度のことであり、自身を「これで良い(good enough)」と感じる程度が自尊感情の高さを示すと言われている(Rosenberg, 1965)。

全10項目で構成されており、各質問に対して自身をどのように思っているかをありのままに「5. あてはまる」「4. ややあてはまる」「3. どちらともいえない」「2. ややあてはまらない」から「1. あてはまらない」の5段階で回答を求めた。得点が高いほど自尊感情が高いことを示す。

結果

1. 各尺度における臨床群・一般群の群間の差について

EMBU尺度は、各質問に父親母親のそれぞれについて回答するようになっている。しかし、様々な理由から片親のみの回答しかできない被検者もみられたが、本研究では父親と母親のそれぞれを独立して検討することを目的としていた為、片親のみの回答でも分析対象とした。従って、父親に関する回答では99名(臨床群48名, 一般群51名), 母親に関する回答では103名(臨床群51名, 一般群52名)が分析対象者となった。また、その他のSTAI, CES-D, 自尊感情尺度においては下位因子ごとの項目に欠損やミスがあった対象者を除外した。STAIでは、101名(臨床群50名, 一般群51名), CES-Dでは102名(臨床群51名, 一般群51名), 自尊感情尺度では103名(臨床群51名, 一般群52名)が分析対象となった。因子ごとの平均点と標準偏差をTable 1に示す。

各尺度において、臨床群と一般群の群間で差がみられるかどうかを検討するため、*t*検定を行った。

その結果、情緒的暖かみ(父)($t(97)=-3.09, p<.01$), 情緒的暖かみ(母)($t(101)=-2.54, p<.05$), 自尊感情($t(101)=-3.71, p<.001$)においては一般群が臨床群に比べて有意に高く、状態不安($t(99)=4.09, p<.001$), 特性不安($t(99)=3.38, p<.01$), CES-D($t(100)=4.07, p<.001$)においては、臨床群が一般群に比べて有意に高かった。

この結果から、STAI得点, CES-D得点において群間に有意差が見られたため、臨床群と一般群の分け方で以降の分析も続けることとした。

Table 1 各尺度における臨床群・一般群の比較

	群	N	平均値	SD	有意確率
拒絶 (父)	臨床群	48	28.19	(8.60)	.054
	一般群	51	25.35	(5.60)	
拒絶 (母)	臨床群	51	27.90	(9.14)	.243
	一般群	52	26.15	(5.46)	
情緒的暖かみ (父)	臨床群	48	25.48	(8.33)	.003**
	一般群	51	30.69	(8.42)	
情緒的暖かみ (母)	臨床群	51	29.37	(10.67)	.012*
	一般群	52	34.08	(7.92)	
過保護 (成績重視) (父)	臨床群	48	5.52	(1.82)	.07
	一般群	51	6.27	(2.24)	
過保護 (成績重視) (母)	臨床群	51	6.16	(1.97)	.100
	一般群	52	6.83	(2.12)	
過保護 (過干渉) (父)	臨床群	48	4.75	(1.68)	.989
	一般群	51	4.75	(1.79)	
過保護 (過干渉) (母)	臨床群	51	5.22	(1.89)	.623
	一般群	52	5.40	(1.98)	
ひいき (父)	臨床群	48	7.42	(2.01)	.601
	一般群	51	7.69	(2.98)	
ひいき (母)	臨床群	51	8.04	(2.91)	.947
	一般群	52	8.00	(3.04)	
状態不安	臨床群	50	51.66	(12.24)	.000***
	一般群	51	42.06	(11.32)	
特性不安	臨床群	50	57.88	(13.61)	.001**
	一般群	51	48.90	(13.07)	
CES-D	臨床群	51	24.14	(14.19)	.000***
	一般群	51	14.18	(10.21)	
自尊感情	臨床群	51	26.49	(8.46)	.000***
	一般群	52	32.48	(7.90)	

***p<.001 **p<.01 *p<.05

小数点 3 位以下は四捨五入

2. 被養育体験認知と、状態不安・特性不安・抑うつ・自尊感情との関連性の検討

1) 相関係数

養育体験認知と、状態不安・特性不安・抑うつ・自尊感情との関連性を検討するために、EMBU尺度の各下位因子「拒絶」「情緒的暖かみ」「過保護・成績重視」「過保護・過干渉」「ひいき」と、STAIにおける状態不安・特性不安、CES-D、自尊感情の相関係数を臨床群と一般群それぞれで算出した。

その結果、臨床群においては、ひいき(母)と状態不安との間に正の相関 ($r=.33, p<.05$) がみられた (Table 2)。一般群においては、過保護・成績重視(母)とCES-Dとの間に正の相関 ($r=.30, p<.05$) がみられた (Table 3)。

EMBU尺度とSTAI (状態不安・特性不安) CES-D, 自尊感情間の相関係数

Table 2 臨床群

	状態不安	特性不安	CES-D	自尊感情
拒絶 (父)	.07	.04	.06	-.04
拒絶 (母)	.22	.19	.24	-.20
情緒的暖かみ (父)	-.09	-.01	.04	.07
情緒的暖かみ (母)	-.19	-.11	-.15	.12
過保護・成績重視 (父)	.09	-.06	.09	.03
過保護・成績重視 (母)	.10	.11	.16	-.18
過保護・過干渉 (父)	.20	.20	.13	-.10
過保護・過干渉 (母)	.21	.21	.07	-.16
ひいき (父)	.25	.19	.17	-.13
ひいき (母)	.33*	.25	.12	-.15

*** $p<.001$ ** $p<.01$ * $p<.05$
小数点3位以下は四捨五入

Table 3 一般群

	状態不安	特性不安	CES-D	自尊感情
拒絶 (父)	.13	.08	.21	-.18
拒絶 (母)	.21	.16	.24	-.10
情緒的暖かみ (父)	-.28	-.22	-.22	.24
情緒的暖かみ (母)	.02	.07	.13	-.01
過保護・成績重視 (父)	.01	-.01	.07	-.04
過保護・成績重視 (母)	.27	.21	.30*	-.18
過保護・過干渉 (父)	.05	.00	.01	.00
過保護・過干渉 (母)	.14	.15	.11	-.16
ひいき (父)	-.18	-.22	-.18	.17
ひいき (母)	-.07	-.21	-.21	.16

*** $p<.001$ ** $p<.01$ * $p<.05$
小数点3位以下は四捨五入

このことから臨床群においては、養育体験認知におけるひいき(母)と状態不安との間に関連があること、一般群においては過保護・成績重視(母)と抑うつとの間に関連がみられることが示された。

2) 重回帰分析

次に、被養育体験認知が状態不安・特性不安・抑うつ・自尊感情に及ぼす影響を検討するために、EMBU尺度の各下位因子を説明変数とし、STAIにおける状態不安、特性不安、およびCES-D、自尊感情を従属変数とする重回帰分析を臨床群・一般群それぞれに行った。

その結果、状態不安に対して、臨床群ではひいき(母)が有意な正のパスを示した($\beta = .50, p < .05$) (Fig. 1)。一般群では、状態不安に対して情緒的暖かみ(父)が有意な負のパスを示した($\beta = -.83, p < .01$) (Fig. 2)。このことから、臨床群では母親からのひいき認知の高さが状態不安の高さに影響することが示された。一般群では、父親からの情緒的暖かみ認知の高さが状態不安の低さに影響することが示された。また、母親からの情緒的暖かみ認知の高さ、父親からの過保護・過干渉認知の高さが状態不安の高さに影響することが示された。

特性不安に対しては、臨床群ではひいき(母)が有意な正のパスを示した($\beta = .49, p < .05$) (Fig. 3)。一般群では、特性不安に対して、情緒的暖かみ(父)が有意な負のパスを示し($\beta = -.94, p < .01$)、情緒的暖かみ(母)が有意な正のパスを示した($\beta = .80, p < .05$) (Fig. 4)。このことから、臨床群では母親からのひいき認知の高さが特性不安の高さに影響することが示された。一般群では、父親からの情緒的暖かみ認知の高さが特性不安の低さに影響することが示され、母親からの情緒的暖かみ認知の高さが特性不安の高さに影響することが示された。

CES-Dに対しては、臨床群では拒絶(母)が有意な正のパスを示した($\beta = .48, p < .05$) (Fig. 5)。一般群では、CES-Dに対して情緒的暖かみ(父)が有意な負のパスを示し($\beta = -1.0, p < .01$)、情緒的暖かみ(母)が有意な正のパスを示した($\beta = 1.0, p < .01$) (Fig. 6)。このことから、臨床群では、母親からの拒絶認知の高さが抑うつの高さに影響することが示された。また、母親からの情緒的暖かみ認知の高さが抑うつの低さに影響する可能性が示され、母親からのひいき認知の高さが抑うつの高さに影響する可能性があることが示された。一般群では、父親からの情緒的暖かみ認知の高さが抑うつの低さに影響することが示され、母親からの情緒的暖かみ認知の高さが抑うつの高さに影響することが示された。

自尊感情に対しては、臨床群では有意なパスは見られなかったが、拒絶(母)からのパスが負の有意傾向を示した($\beta = -.41, p < .10$) (Fig. 7)。一般群では、情緒的暖かみ(父)が有意な正のパスを示した($\beta = .92, p < .05$) (Fig. 8)。このことから、臨床群では、母親からの拒絶認知の高さが自尊感情の低さに影響がある可能性が示された。一般群では、父親からの情緒的暖かみ認知の高さが自尊感情の高さに影響することが示された。

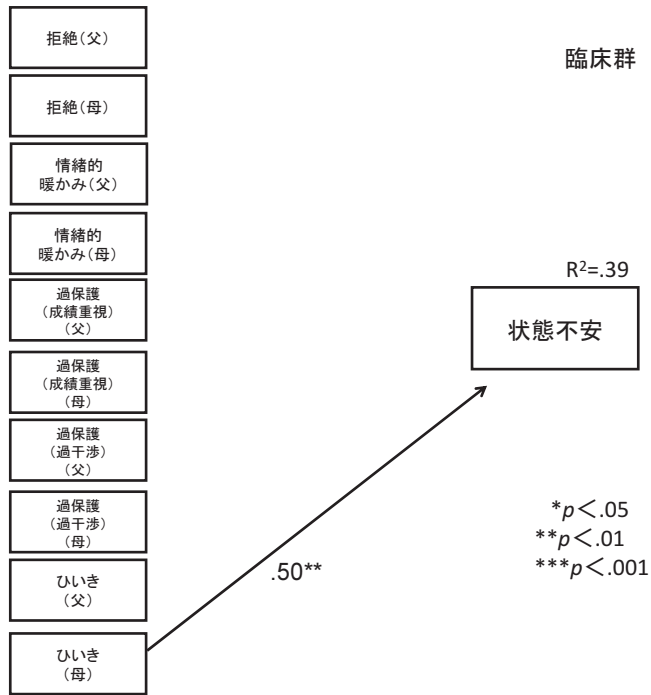


Fig. 1

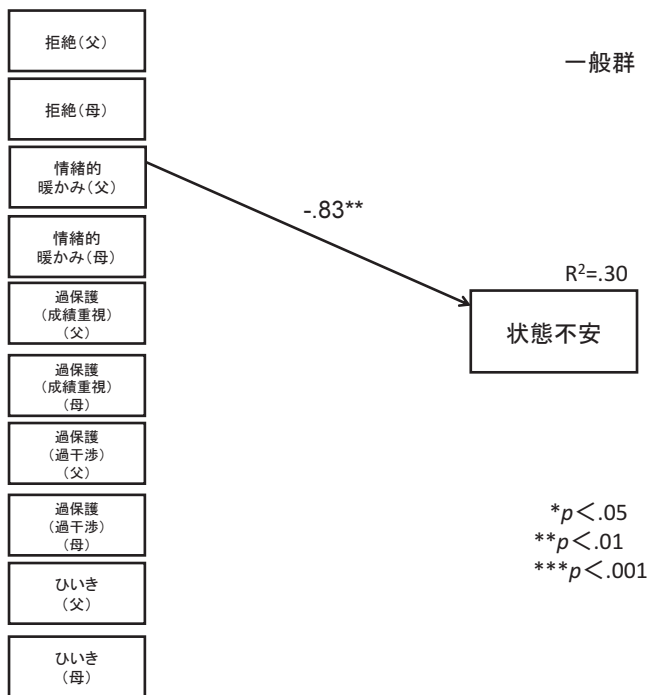


Fig. 2

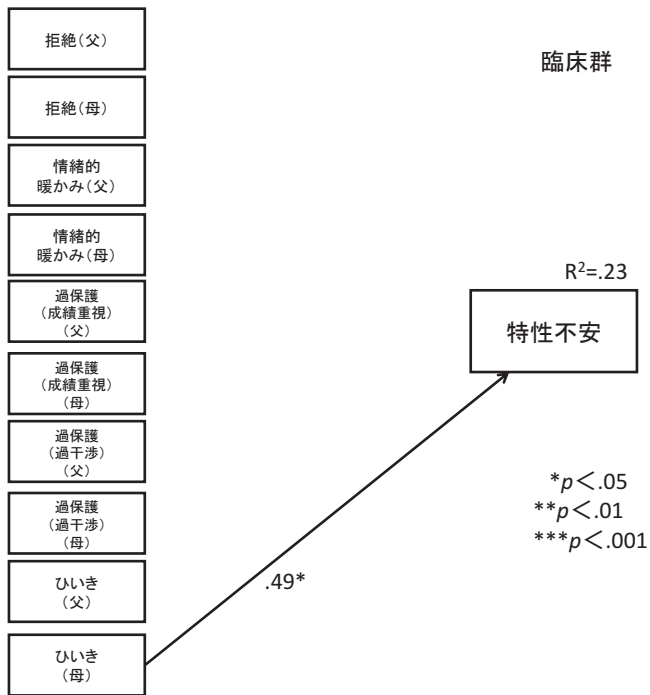


Fig. 3

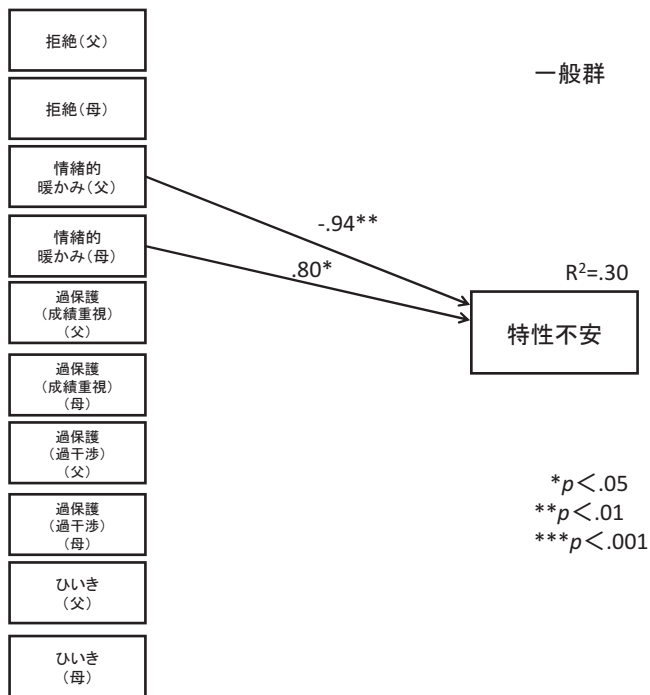


Fig. 4

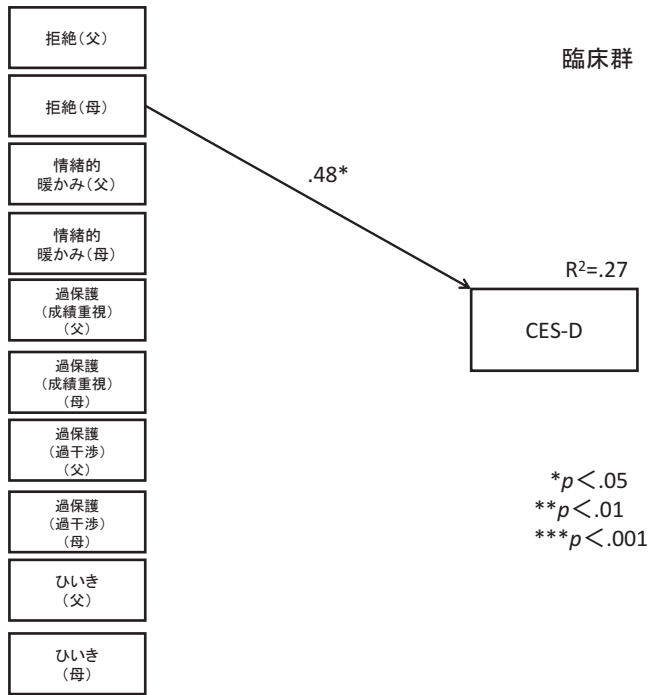


Fig. 5

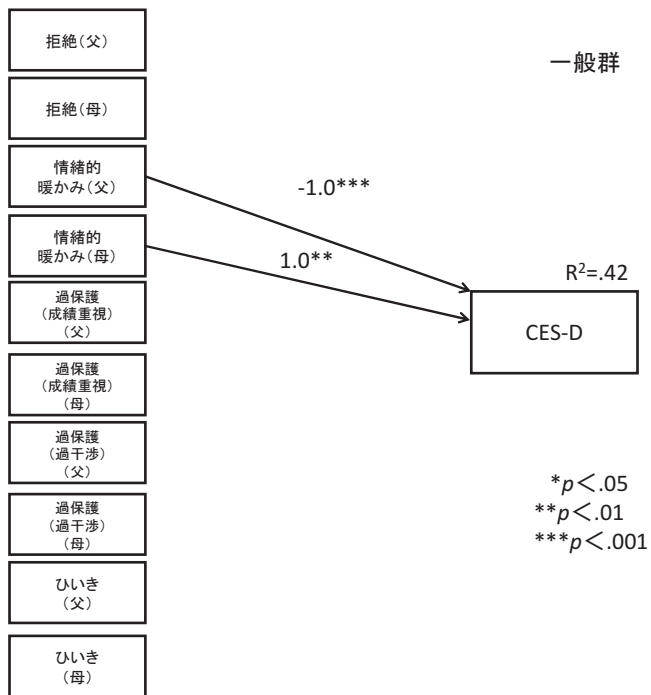


Fig. 6

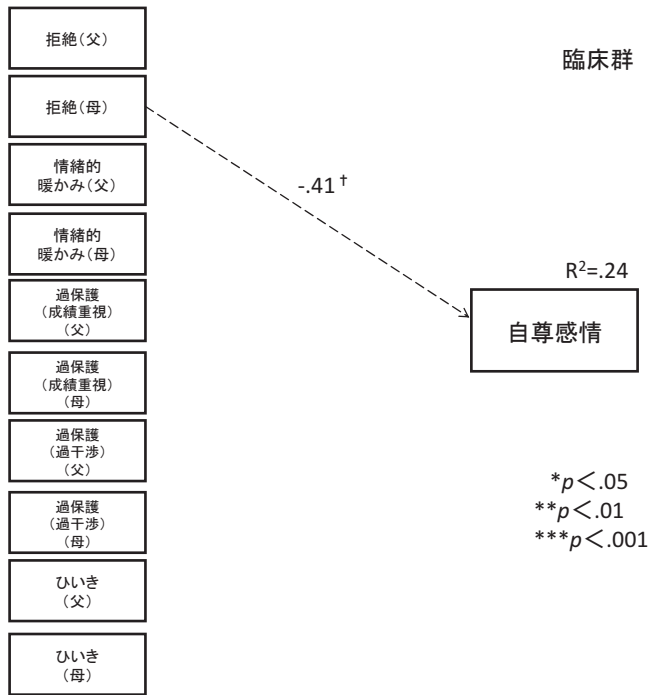


Fig. 7

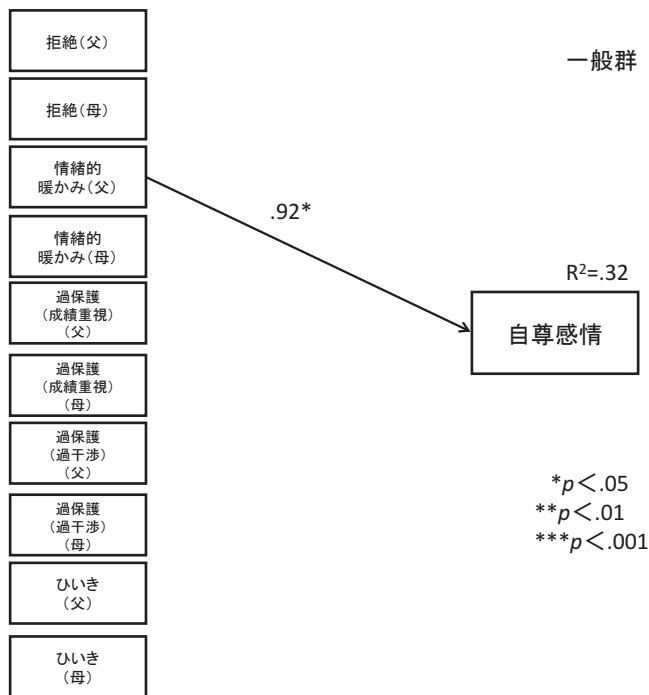


Fig. 8

考察

本研究の目的は、一般群との比較を通して、精神疾患患者の被養育体験認知の特徴を検討すること及び、患者の被養育体験認知が不安・抑うつ・自尊感情にどのように影響しているのかを検討することであった。

1. 精神疾患患者の被養育体験認知の特徴及び、各尺度における群の比較

被養育体験認知と不安・抑うつ・自尊感情について臨床群と一般群との群間に差がみられるかどうかを検討するために検定を行った。その結果、臨床群は一般群に比べて、両親からの情緒的暖かみ認知が有意に低いことが示された。本研究では、調査対象者の疾患名を限定していないことから、一つの疾患に限らず精神疾患患者の被養育体験認知の特徴として、両親からの情緒的暖かみが乏しいと認知していることが示唆された。

また、自尊感情においても臨床群は一般群に比べて有意に低いことが示された。Rosenberg (1965)によると、自尊感情が低いということは、自己拒否、自己不満足、自己軽蔑を表し、自己に対する尊敬を欠いていることを意味している。精神疾患患者は、疾患を持つ自己を十分に受け入れることが出来ておらず、自己を拒否・軽蔑している可能性が考えられる。加えて、國方ら(2006)の研究によると、精神疾患の精神症状が患者の自尊感情に影響を及ぼすことが報告されている。また、患者が精神疾患に罹患する以前に元々持っていた自尊感情が低かった可能性も考えられる。自尊感情の低さは引込み思案行動に影響し、ソーシャルスキルの欠如に繋がるということが報告されている(原田ら, 2010)。ソーシャルスキルは、良好な人間関係を形成・維持するために重要なスキルであり、ソーシャルスキルの欠如は、適切な対人コミュニケーションの難しさや対人トラブルに影響することが予想される。このようなコミュニケーションの難しさや、対人トラブルは患者にとって強いストレスとなり、不安や抑うつに影響することから、精神疾患発症のリスク要因の一つになりうるのではないかと考えられる。今後もさらなる検討が必要である。

状態不安・特性不安・抑うつにおいては、臨床群が一般群に比べて有意に高いことが示された。このことから、患者の罹患している疾患の症状が影響していると考えられる。一方で、特性不安においても臨床群が一般群に比べて有意に高いことから、患者は元々不安を感じやすい特性を持っていることが予想される。不安を感じやすいと、様々な場面で不安を感じるが多くなり、ストレスを強く受けることが考えられ、こうした特性も精神疾患発症のリスク要因の一つになっていると考えられる。

2. 被養育体験認知が不安・抑うつ・自尊感情に及ぼす影響について

被養育体験認知が不安・抑うつ・自尊感情に及ぼす影響について検討するために、相関係数の算出と重回帰分析を行った。その結果、被養育体験認知が不安・抑うつ・自尊感情に及ぼしている影響が、臨床群と一般群ではそれぞれ異なっていることが明らかになった。

1) 状態不安・特性不安

状態不安に対しては、臨床群において母親からのひいき認知が正の影響を示し、一般群では父親からの情緒的暖かみ認知が負の影響を示すことが明らかになった。特性不安に対しては、臨床群では母親からのひいき認知が正の影響を示した。一般群では、父親からの情緒的暖かみ

認知が負の影響を示し、母親からの情緒的暖かみ認知が正の影響を示すことが明らかになった。このことから、臨床群においては母親からのひいき認知が状態不安・特性不安を高め、一般群では父親からの情緒的暖かみ認知が状態不安・特性不安を軽減し、母親からの情緒的暖かみ認知が状態不安・特性不安を高めることが示唆された。

母親からひいきされ甘やかされることは、自分が悪い場合でも母親から味方をしてもらえたり、実績を出さなくても実力以上に高く評価されたりする経験をする事が予想される。こうした経験は、自己の実力を過信したり、極端なポジティブイリュージョン (positive illusion) を持つことにつながる可能性がある。ポジティブイリュージョンとは、自己に都合が良いように傾いた認知のことであり、極端なポジティブイリュージョンは精神的健康にネガティブな影響を与えることが報告されている (John et al., 1994)。一方で、困難な問題を自身で解決することや、ストレスに耐える経験は乏しくなると予想され、問題解決スキルの乏しさやストレス耐性の低さに繋がる可能性がある。しかし、問題解決スキルはストレスフルな出来事に適切に対処する為に重要なスキルであり、問題解決スキルの乏しさは抑うつリスク要因になることが報告されている (石ら, 2006)。こうした極端なポジティブイリュージョンや、スキル不足が対人関係のトラブルなどを引き起こし、患者の精神的健康に影響を与え、現在の不安に影響していると考えられる。

2) 抑うつ

抑うつに対して、臨床群では母親からの拒絶認知が正の影響を示し、一般群では父親からの情緒的暖かみ認知が負の影響を示し、母親からの情緒的暖かみ認知が正の影響を示すことが明らかになった。このことから臨床群では、母親からの拒絶認知が抑うつを高めることが示唆された。今野 (2001) は、拒絶の中でも虐待を受けた子どもは自分自身に対して、価値がなく適切な注意を引きつけることができず、愛着の対象から愛情を受けることができないという表象を形成すると述べている。このことから、拒絶を受けた患者は自分自身に価値がなく愛情を受けることができないといった偏った認知を持っていることが予想され、こうした認知の偏りが抑うつに影響していると考えられる。

3) 自尊感情

自尊感情に対しては、臨床群では有意な影響はみられなかった。このことから、精神疾患患者の自尊感情には、被養育体験認知よりもその他の要因の影響が強いと考えられる。自尊感情は精神疾患の精神症状に影響を受けることが報告されている (國方ら, 2006) ことから、精神症状の影響が強い可能性がある。一方で、統計的な有意水準には至らなかったものの、母親からの拒絶認知が自尊感情を下げる傾向が示唆された。精神疾患に罹患し療養生活を送る患者にとって、身の回りの世話をしてもらった必要があった場合、一番身近に接するのは母親であると予想される。母親から拒絶されることは患者の現在の生活に強く影響し、自尊感情にも影響を及ぼすことが考えられる。

3. 総合考察

全体を通して、臨床群では父親からの被養育体験認知の影響は示されず、母親からのひいき認知と拒絶認知が不安や抑うつを高め、自尊感情を下げる事が示唆された。また、精神疾患患者の被養育体験認知の特徴として、両親からの情緒的暖かみが乏しいと認知していることが示唆された。一方で、一般群は、両親からの影響が示され、特に父親からの情緒的暖かみ認知

が、不安や抑うつを下げ自尊感情を高めることが示唆された。このことから、両親からの特に父親からの情緒的暖かみ認知は、心の健康を保つ為に重要であると同時に、精神疾患発症のリスク要因の一つになっていると考えられる。しかしながら、患者の現在感じている不安・抑うつ・自尊感情に対しては、両親からの情緒的暖かみ認知の影響は何も示されなかった。情緒的暖かみを受けた経験に乏しいと、自分は情緒的暖かみを受けることができないといった偏った認知を持っている可能性があり、情緒的暖かみを受けることへの期待が低いことが予想される。こうした認知や期待の低さの影響から、患者の現在持っている不安・抑うつの症状や、自尊感情に対して両親からの情緒的暖かみ認知の影響が示されなかったと考えられる。以上のことから、両親からの情緒的暖かみ認知は、精神疾患発症のリスク要因の一つではあるが、発症後の不安・抑うつの症状や自尊感情に対しては、情緒的暖かみ認知よりも母親からのひいき認知や拒絶認知の影響がより強いと考えられる。

4. 本研究の限界と臨床場面への応用可能性

本研究は、一時点での調査であり、この結果のみを用いて因果関係を決めつけることはできない。また、調査対象者は臨床群56名一般群56名と決して多くはなく、今後は対象者数を増やすことや、より多くの医療機関でデータ収集を行うなどさらなる検討が必要である。今回の調査においては、疾患の重症度や罹患期間や親と同居か独立しているかといった生活環境については調べていないが、今後考慮に入れることでより詳しい情報を得ることができると考えられる。

最後に、本研究の臨床場面への応用可能性について検討する。本研究では、過去の被養育体験を患者のとらえた「認知」として測定を行った。従って、報告された被養育体験認知が、患者が実際に過去に受けた養育がそのまま反映しているとは言えず、患者が捉えた認知が影響していると考えられる。しかしながら、実際に受けた養育が今回の報告通りであったとしても、患者の現在の適応を促す為の介入が重要である。英国のNICE (National Institute for Health and Care Excellence) のガイドラインにおいて、うつ病や不安障害など多くの精神疾患で認知行動療法が有効であることが示されている。本研究において測定された被養育体験は、患者の捉えた認知であることから、認知行動療法の技法を用いて、現在の患者の被養育体験認知に介入し、よりバランスの取れた認知を持つように働きかけることが有効であると考えられる。また、患者の不足しているソーシャルスキルを習得するために、社会的スキル訓練を行い適切なスキルを習得することも重要である。

一方で、予防的な視点から、幼少期における親の適切な養育行動も重要である。学習理論に基づいて、親が適切な養育スキルを学ぶ事で、子どもの問題行動などの改善を目指すペアレントトレーニングが有効であると考えられる。

引用文献

- 原田恵理子・渡辺弥生 (2010). 高校生の自尊心とソーシャルスキルの関連—自尊心の高低群に注目して—日本パーソナリティ心理学会大会論文集, 49(19), 10.
- 石川信一・戸ヶ崎泰子・佐藤正二・佐藤容子 (2006). 児童青年に対する抑うつ予防プログラム—現状と課題—教育心理学研究, 54, 572-584.
- John OP & Robins RW. (1994). Accuracy and bias in self-perception: individual differences in self-enhancement and the role of narcissism. *J Pers Soc Psychol*, 66(1) 206-19.
- 国方弘子・豊田志保・矢島祐樹・沼本健二・中嶋和夫 (2006). 統合失調症患者の精神症状と自尊感情の関連性 日保学誌, 9(1), 30-37.
- 厚生労働省 (2011). 精神疾患のデータ 精神疾患による患者数
- 厚生労働省 (2011). 精神保健医療福祉の改革ビジョンについて
- 小玉陽士 (2010). 親の養育スキルが子どもの自尊感情に及ぼす影響 日本教育心理学会総会発表論文集 (52), 3
- 今野義孝・水谷徹・星野恒夫 (2001) わが子虐待の早期発見と早期教育に関する考察—母子愛着形成とわが子虐待の予防— 文教大学教育学部, 35, 105-117.
- 中里克治・谷口公信 (1981). 新しい不安尺度STAI日本版の作成—女性を対象とした成績— 心身医学, 22(2), 207-112.
- 日本うつ学会 (2012). 日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ大うつ病製障害 2012 Ver.1.
- 日本精神神経学会・日本生物学的精神医学会・日本神経精神薬理学会・日本うつ病学会・日本統合失調症学会 (2013). 精神疾患克服に向け研究推進の提言
- 小川雅美 (1994). 不安神経症患者と両親の養育態度の関連 東女医大誌, 64(5), 418-423.
- 大久保純一郎 (2012). 対人恐怖心性と養育体験の関係性について 帝塚大学心理学部紀要, 1, 191-199.
- 篠原弘章・福山久子 (1987). 両親の養育態度が児童の達成動機と学習意欲および学校不安に及ぼす影響について 熊本大学教育学部紀要, 50(1), 12-22.
- 染矢俊幸・高橋三郎・門脇真帆 (1996) EMBU尺度(養育体験認知に関する自己記入式調査票)の日本語版作成と信頼性検討 精神医学, 38(10), 1065-1072.
- 高富莉那・桂田恵美子 (2011) 大学生の心理的自立と親の養育態度との関連 臨床心理学研究, 37, 27-32.
- 武井美智子 (2004). 心理・生理・行動面からみた摂食障害の慢性化要因 心身医学, 44(12), 912-918.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-images*. Princeton Univ. Press.