

学位（課程博士）論文

青年期の否定的認知とアレキシサイミアに関する
臨床心理学的研究

神戸学院大学大学院 人間文化学研究科
博士後期課程 人間行動論専攻 行動発達論講座

9515103 陶山 和美
指導教員 石崎 淳一

提出日 2019 年 12 月 9 日

目次

第 1 章 序論.....	1
第 1 節 はじめに	1
第 2 節 本論文の構成.....	4
第 2 章 不安と抑うつ の併存群に対する反芻および否定的自己認知の関連	8
第 1 節 問題と目的	8
第 2 節 方法	9
第 3 節 結果	10
1. 各尺度間の相関および偏相関	10
2. 不安と抑うつ の有無による 4 群における反芻得点と DACS 得点	11
第 4 節 考察	11
第 2 章 図表	14
第 3 章 非臨床群のアレキシサイミア傾向に対する心理学的研究の意義ー情動 認知と自己理解に注目してー	19
第 1 節 はじめに	19
第 2 節 アレキシサイミアの測定（心理尺度）	21
1. TAS-20	21
第 3 節 TAS を用いた非臨床群の研究	22
第 4 節 アレキシサイミアの脳画像研究	23
1. 感情の構成論的理解.....	24
2. 自己認知関連のネットワーク	25
3. 「トラウマ」臨床における脳と感情制御の発達に関連する議論	26
第 5 節 終わりに	29
第 3 章 図表	31
第 4 章 大学生のアレキシサイミア傾向と認知的感情制御方略, 精神的健康の関 連	37

第 1 節 問題と目的	37
1. アレキシサイミア	37
2. 認知的感情制御.....	38
第 2 節 方法	39
第 3 節 結果	40
1. 3 群の精神的健康度およびアレキシサイミア傾向	40
2. アレキシサイミアに対する認知的感情制御方略の影響	41
第 4 節 考察	41
1. アレキシサイミア傾向と精神的健康度の関連	41
2. 認知的感情制御と精神的健康度の関連	42
3. アレキシサイミア傾向と認知的感情制御の関連	42
4. 本研究の限界点とまとめ	43
第 4 章 図表	45
 第 5 章 青年期のアレキシサイミア傾向と親からの精神的自立と親への親密性- 不安と抑うつ, 認知的感情制御方略との関連-	 50
第 1 節 問題と目的	50
1. 研究 1 アレキシサイミアと親子関係	50
2. 研究 2 不安と抑うつの併存群における CERQ とアレキシサイミア	54
第 2 節 方法	54
第 3 節 結果	56
1. 全体の各尺度の平均値 (<i>SD</i>) と信頼性係数, 性別ごとの平均値 (<i>SD</i>) の比較	 56
2. 研究 1 の結果	56
3. 研究 2 の結果	57
第 4 節 考察	59
1. 全体の各尺度の平均値 (<i>SD</i>) と信頼性係数, 性別ごとの平均値 (<i>SD</i>) の比較	 59
2. 研究 1 の考察 (アレキシサイミアと親子関係)	59
3. 研究 2 の考察	60

第 5 章 図表	63
研究 1	65
研究 2	68
第 6 章 親子関係, アレキシサイミア, 認知的感情制御方略, 精神的健康度の関 連における包括的モデルの検討	73
第 1 節 第 4 章における大学生のアレキシサイミア傾向, 認知的感情制御方略, 精神 的健康度の 3 変数の包括的モデルの検討	73
1. 問題と目的	73
2. 方法	78
3. 結果	79
4. 考察	80
5. 補足	81
第 2 節 第 5 章における大学生のアレキシサイミア傾向, 認知的感情制御方略, 現在 の親子関係の 3 変数の包括的モデルの検討	82
1. 問題と目的	82
2. 方法	83
3. 結果	84
4. 考察	85
第 3 節 第 5 章における大学生のアレキシサイミア傾向, 現在の親子関係, 不安とう つの 3 変数の包括的モデルの検討	87
1. 問題と目的	87
2. 方法	89
3. 結果	89
4. 考察	90
第 4 節 追加の分析	93
第 5 節 6 章のまとめ	93
第 6 章 1 節 図表	96
第 6 章 2 節 図表	100
第 6 章 3 節 図表	103

第 6 章 4 節 図表	105
第 7 章 おわりに	106
引用文献	110
第 1 章 文献	110
第 2 章 文献	111
第 3 章 文献	113
第 4 章 文献	117
第 5 章 文献	119
第 6 章 文献	121
付録（使用尺度質問項目）	124

第1章 序論

第1節 はじめに

現代の臨床心理学において最も代表的な心理療法のモデルである認知行動療法では、心理的な障害（精神病理）に対する認知的な要因を重視している。その認知行動療法では、心理的障害のなかでも有病率の高い抑うつや不安にはそれぞれに特異的な認知内容があると考えられてきた。Beck & Emery（2005）は、抑うつを対象として認知療法を開発し、不安と抑うつには高い共通性が認められるとしながらも、それぞれの特異的な認知的特徴について述べており、抑うつは「喪失」を主題とし、不安は「危険」を主題としていると指摘した。米国の認知行動療法家である Greenberger & Padesky（1995 監訳 大野，2001）は、クライアント自身に対して認知行動療法の技法を説明しているセルフヘルプのための本の中で、うつと不安について次のように説明している。うつの特徴的な認知内容は自己や世界や将来への否定的な考えであり、その否定的に偏った考えを修正するための心理的介入方法として自己や世界や将来に関する事実などを再検討する認知再構成法があげられる。一方、不安の特徴的な認知内容はうつとは違い、危険や脅かされるという考えであり、また身体的な不安反応を伴うため、認知再構成法に加えてリラクセーションなどの身体に働きかける介入を行うとしている。しかし、このようにそれぞれの特徴に特化した心理的介入方法が目立つ中で、筆者にはうつと不安の両者はそれほどはっきりと別々の問題として扱えるのだろうかという疑問があった。特に、不安の強さとうつに特徴的であるとされる否定的認知に関連はないのかという疑問である。このような疑問から不安について調べはじめた結果、臨床的な観点から不安とうつはそもそも併存する率が高いことや、両者に共通する部分に介入する診断横断的認知行動療法が考案されていることがわかった。これらのことは第2章の研究の中で詳しく述べた。

さらに、それ以降の章でふれているように、不安やうつに共通する精神的な病理として情動調整の障害があげられ、近年、不安やうつに限らず様々な障害に共通して情動を調整することの困難さが問題とされてきていることがわかった。このことは、第三世代の認知行動療法と呼ばれる一連の新しい認知行動療法においても重要なテーマとなっている。新しい認知行動療法として広く知られているものには、マインドフルネスストレス低減法、マインドフルネス認知療法、メタ認知療法、弁証法的行動療法、スキーマ療法、アクセプタンス&コミットメントセラピーなどがある。例えば、『マインドフルネス&アクセプタンスー認知行動療法の新次元』のなかでは、情動の制御困難は、個人に降

りかかる情動経験を受け入れる（気づくあるいは気づこうとする，識別する，少なくとも有益な経験に変化するまで耐える，体験する，正確にラベルづけする，正確に表現する）ことができない場合に生じると述べられている（Hayes, Follette, & Linehan, 2004 監修 春木, 2005）。それではどのような場合に情動の調整困難が生じるのだろうか。『スキーマ療法最前線－第三世代 CBT との統合から理論と実践の拡大まで』の中では次のように論じられている。母親や他の養育者との関係性によって，養育者が子どもに対し感情的に冷淡だったり，予測のつかない接し方をしたり，敵意を向けたり，虐待を加えたりする場合，対人関係や関係性にまつわる認知的スキーマが損傷を受けて非機能的になり，感情調節に問題を抱えるようになる。すなわち，感情を経験したり表出したりすることについて大きな制約を受けることになる。そして適切なセルフコントロールができない，あるいはコントロールしすぎたりしなさすぎたりすることを繰り返すと述べられている（van Vreeswijk, Broersen, & Nadort, 2012 監訳 伊藤・吉村, 2017）。

上記のような，自己の感情を経験したり表出したりすることに制約がある状態は，心理学や特に心身医学の領域においてアレキシサイミアと呼ばれている。アレキシサイミアは，心身医学の分野で身体の不調を訴えて来院する患者の背景にある感情表出の問題として注目され，その後心理学の分野での実証研究も多くなってきている。このアレキシサイミアは日本語で失感情症と訳されているが，現在はカタカナでアレキシサイミアと記述される場合も多く，本論文においてもカタカナのアレキシサイミアという表現を用いた。失感情症という言葉からは，「感情がない」という誤った印象を受ける可能性があるが，実際には感情の認知が困難であったり，それを他者に伝えることが難しかったりする状態であり，決して感情そのものが失われているわけではない。むしろアレキシサイミア傾向が高い人では感情的な反応が亢進していることがアレキシサイミアの脳画像研究の結果からは示されている。このことは，第 3 章でとりあげている。そして，第 3 章での考察をもとに，アレキシサイミアに関わる認知的要因および親子関係の要因についてそれぞれ第 4 章と第 5 章で検討している。

アレキシサイミアと認知的要因の関連や，アレキシサイミアと親子関係要因の関連についてはこれまでも多くの研究が行われている。しかし，それらの研究を見てみると，さまざまな分野において，それぞれの理論背景をもとに調査が行われ，考察されてきており，要因間の関連の方向性や因果関係に一貫した結論が述べられるわけではないことがわかった。本研究の第 4 章，第 5 章，第 6 章においては，そのような背景を概観しな

がら、実際に大学生を対象にアレキシサイミア、認知的要因、親子関係、精神的健康度についての質問紙調査を行い、統計解析を行った結果をもとに考察した。

本論文では、このような問題意識にしたがって一連の心理尺度を用いた質問紙調査による実証的研究を行ってきた。それらの結果について報告し、臨床的な観点も含めて青年期の精神的健康度に関わるアレキシサイミアと否定的認知について考察する。

第2節 本論文の構成

第1章

本研究に対する筆者の基本的な関心の持ち方について簡単に述べた。

第2章

不安と抑うつは併発することが多いことから、第2章では、一般群を対象に不安と抑うつの併存状態における認知的特徴を調べることを目的とした。大学生244名を対象に、不安、抑うつ、不適応的および適応的な自己注目の認知（反芻と内省）、3つの否定的自己認知（自己に対する否定的自動思考）を質問紙によって測定した。分析の結果、不安と抑うつの間には有意な正の相関が認められた。偏相関分析の結果、反芻は不安とも抑うつとも有意な関連を示した。一方、内省は不安とも抑うつとも有意な関連は認められなかった。不安と抑うつのカットオフ得点によって正常群、不安群、抑うつ群、併存群の4群を構成し、反芻と3つの否定的自己認知の得点について比較したところ、反芻と3つの否定的自己認知の両方で併存群の得点が最も高かった。これらの結果は、反芻が不安と抑うつに共通する心理障害であることを確認するとともに、併存群は最も重症であることを示唆している。有効な心理的介入を考えるために併存群の認知的特徴についてさらに検討する必要があると考えられた。

第3章

アレキシサイミアは、診療場面において、治療に対する反応が不良な患者が、自分の感情を表現する適切な言葉を見つけるのに際立った困難を示すという観察から、その特徴を表す語として提起された。近年、この状態は、心理尺度である Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) で測定されることが多く、非臨床群においてもこの得点が高い人が多いことが確認されている。そこで、第3章では、非臨床群のアレキシサイミア傾向に対する心理学的研究について、特に情動認知と自己理解に注目し、展望した。その結果、アレキシサイミアは、健康度と負の関連があり、さらに、強いストレス反応である解離傾向と正の関連があることや愛着の問題との関連が指摘されていた。また、脳画像研究によると、アレキシサイミア傾向の人は、脳のレベルでは、周囲の情動表現や社会的場面对する反応は低下しているが、身体反応などの内的な反応は亢進していた。また、

自己参照ネットワークの機能的連結が低下していることが報告されていた。ここから、アレキシサイミアの情動認知の構造が図式化され、これは、子どもの感情制御の発達におけるトラウマの影響と関連する可能性が示唆された。

第4章

第4章の目的は、非臨床群のアレキシサイミア傾向と精神的健康度の関連を調べ、さらにアレキシサイミアに特異的な認知的感情制御方略を探ることである。大学生152名を対象に、アレキシサイミア、精神的健康度、認知的感情制御方略を測定する3つの心理尺度による質問紙調査を行った。精神的健康度から「健康群」「軽度群」「中等度以上群」の3群に分け、アレキシサイミアと認知的感情制御方略の点数を比較した結果、精神的健康度が悪い群ほど感情の同定困難と感情の伝達困難の程度が高く、また反芻、自責という認知的感情制御方略が中等度以上群で高く、肯定的再焦点化は低かった。さらに重回帰分析の結果、大局的視点、反芻、自責、破局的思考が感情の同定困難に、自責と破局的思考が感情の伝達困難に、計画への再焦点化が外的志向に影響することが判明した。以上のことから、精神的健康度と関連の強いアレキシサイミアには特徴的な認知的感情制御方略があると考えられた。

第5章

第5章では、まず青年期のアレキシサイミア傾向と親子関係の関連について調べることを目的とした。さらに、第2章や第4章をもとに不安と抑うつの併存群における認知的感情制御やアレキシサイミア傾向について検討した。大学生217名を対象に、アレキシサイミア（TAS20）、不安とうつ（HADS）、親子関係（親子関係における精神的自立と親への親密性尺度）、認知的感情制御方略（CERQ）を測定する心理尺度を使用した質問紙調査を行った。アレキシサイミアの有無と親子関係の関連をみるためにTAS20のカットオフ得点を使用してアレキシサイミア低群（健康群）と高群（アレキシサイミア群）の2群に分けて親子関係尺度の下位因子得点を比較した結果、親の価値へのとらわれ因子がアレキシサイミア低群よりも高群の方が有意に高く、親への絶対的安心感因子はアレキシサイミア高群が低群よりも有意に低かった。このことから、アレキシサイミア高群は低群に比べて親への絶対的安心感が低く、それと同時に親との過度の情緒的一体性が強いことが特徴的であると考えられた。

次に, HADS のカットオフ得点を使用して不安とうつの有無によって健康群, 不安群, 抑うつ群, 併存群の 4 群を作成し, アレキシサイミアや認知的感情制御方略の点数を比較した。その結果, 併存群は不安とうつのどちらか一方が高い群よりも有意にアレキシサイミアが高く, 併存群は不安とうつが高いうえにアレキシサイミアも高い群であると推察された。また, 同様の 4 群の認知的感情制御方略について検討した結果, 併存群に特徴的であると言える認知的感情制御方略は見られなかった。したがって, 不安とうつの併存という点では不安とうつのそれぞれに特異的な認知へのアプローチ, または診断横断的な認知へのアプローチとなると考えられる。一方, アレキシサイミアが高いという特徴に対しては第 4 章で見いだされた自責や破局的思考への介入についてさらに検討する必要があると考えられた。

第 6 章

第 6 章では, 第 4 章および第 5 章の調査で得られたデータは調査対象者が大学生であり, 一般群であることを考え, 第 4 章と第 5 章のデータを使用したさらなる横断的分析を行った。アレキシサイミア, 認知的感情制御方略, 親子関係, 精神的健康度や不安と抑うつの関係を 2 変数間の関連見るだけではなく, 3 変数間の関連を仮定してモデルとしてまとめる場合, どのようなモデルが成立しうるのかという統計解析の結果を示した。また, モデルを作成する際に, 第 4 章, 第 5 章に述べた先行研究に加え, それぞれの変数間の関係を仮定する背景となる先行研究や理論的背景について述べた。

第 1 節において, 第 4 章のデータを使用して, 認知的感情制御方略→アレキシサイミア→精神的健康度という 3 変数のモデルを検討し, 第 2 節と第 3 節, 第 4 節においては第 5 章のデータを使用し, 親子関係→認知的感情制御方略→アレキシサイミアという 3 変数のモデルと, 親子関係→アレキシサイミア→不安・うつという 3 変数のモデル, 認知的感情制御方略→アレキシサイミア→不安・うつという 3 変数を検討した結果を示した。

第 7 章

各章の結果や考察を概観し, 本研究において見出された結果をまとめ, その限界点や意義について述べた。

用語について

本論文において、「情動」と「感情」、「調整」と「制御」という語を特に区別せずに相互に交換可能な語として用いている。それぞれの語は英語表記では「emotion」、「regulation」となるが、引用箇所では引用した先行研究の雑誌や著者の所属する分野によって表記が異なるようであった。そのため、ここでは引用箇所においては引用文献の表現を尊重しており、本稿においてはほぼ「感情」および「制御」という語をあてている。

第2章 不安と抑うつの併存群に対する反芻および否定的自己認知の関連

第1節 問題と目的

不安障害とうつ病は、ともに現代社会において有病率の高い精神疾患であり、わが国の不安障害の12か月有病率は4.9%、気分障害は2.3%である（Ishikawa et al., 2016）。その併発率は非常に高く、大うつ病の40～50%が何らかの不安障害を、不安障害の7割は何らかの気分障害を併発するとも報告されている（貝谷, 2010; 吉野, 2013）。DSM-IV（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV）では両者の併存状態を「混合性不安抑うつ障害」と呼び、比較的軽症で一過性の障害としていたのに対し、DSM-5では、高い不安を持つうつ病をうつ病の重症亜型として「不安うつ病」と提起している。このような併存状態は、近年精神医学において、臨床的により重症で薬物療法に対する治療抵抗性が高いことが問題であるとされ、注目されている（貝谷, 2010; 吉野, 2013）。

抑うつの主要な認知論的議論の一つに抑うつの反応スタイル理論がある（Nolen-Hoeksema, 1991; 石崎・陶山, 2016）。この理論では、否定的な自己注目による繰り返しの思考である「反芻（rumination）」が抑うつに関連することを提起した。これはその後も多くの研究によって確認され、反芻は抑うつ以外の不安などの精神医学的な問題にも関連することが報告されてきた（Nolen-Hoeksema et al., 2008）。さらに、McLaughlin & Nolen-Hoeksema（2011）は、反芻が不安と抑うつの診断横断的な共通要因であることを確認し、反芻に焦点を当てた新しい心理的介入の開発が、一種の情動障害に対する介入として不安にも抑うつにも効果がある可能性があることを提起した。わが国では、田中ら（2007）が一般群において、また松浦ら（2013）が臨床群において、不安と抑うつの両者に対する反芻^{（注2-1）}の関連を報告している。田中ら（2007）は、反芻は不安との関連が強く、反芻と抑うつの間に見られる関連は潜在的な不安の影響によるものではないかと指摘した。松浦ら（2013）も、臨床群において、不安と抑うつの併存を統制して分析した結果、反芻は不安との関連が強く、抑うつとの関連は弱かったと述べている。

近年、不安障害、うつ病性障害に対する心理療法として、それぞれの疾患の特異性だけでなく共通性に焦点を当てる診断横断的 CBT（Cognitive Behavior Therapy）が議論されている。その中には、不安障害とうつ病性障害をともに感情調整不全を有する障害ととらえ、従来の疾患特異的 CBT から効果的と考えられる技法を一つの介入プロトコルとして構成したものなどがある（中島ら, 2013）。こうした心理的な介入には、その対象の

認知やその他の特徴を知っておく必要があるが、不安と抑うつが併存する状態に関する心理学的な特徴についての知見はまだ確立されてはいない。

反芻は自己注目の一種であるが、反省的に自身を見つめること自体は、何らかの困難に遭遇した時の個人の反応として必ずしも不適応的であるとは言えない。これらは、「反芻」と「内省 (reflection) ^(注 2-2)」として区別される。Treyner et al. (2003) は、反芻が抑うつに寄与し、縦断研究では内省が抑うつを軽減させると報告した。したがって、抑うつや不安と反芻との関連を検討するには、同時に内省についても調べる必要がある。ただし、この両者を測定するために Nolen-Hoeksema が開発した RSQ (Response Style Questionnaire) には、文化的に相応しくない表現などの問題が存在する (石崎・陶山, 2016)。そのため本研究では、RSQ と同様の目的で 2 種類の自己注目を測るために開発された RRQ (Rumination-Reflection Questionnaire) の日本版を使用する (Trapnell & Campbell, 1999; 高野・丹野, 2008)。なお、反芻が不適応的であることは繰り返し確認されてきたのに対し、内省が適応的であることについては結果が一致していない (Nolen-Hoeksema et al., 2008)。

また、Nolen-Hoeksema の抑うつの反応スタイル理論や RRQ の議論に示されるように、反芻はもともと自己に関する否定的な認知内容を含んでいる。実際、さまざまな抑うつに関連する脆弱性を考える認知モデルにおいて否定的自己認知が共通して取りあげられている (Reilly et al., 2012)。わが国では、福井 (1998) が、「自己否定」その他の否定的自動思考が抑うつや不安という心理的障害と相互作用するという循環モデルを提起し、それらの自動思考を測定する心理尺度として DACS (Depression and Anxiety Cognition Scale) を開発した。これまで否定的自己認知はおもに抑うつの特徴として報告されているが、不安と抑うつが併存している状態においては明らかではない。

以上のことから、本研究では不安と抑うつの両者を同時に測定し、不安や抑うつと反芻、否定的自己認知の関連について検証する。それとともに、不安と抑うつの併存がより重症であるとする近年の臨床的議論を踏まえて、不安と抑うつが併存している状態における認知的特徴を明らかにすることを目的とする。

第 2 節 方法

2013 年 7 月に A 大学の大学生 244 名 (男性 142 名, 女性 102 名, 平均年齢 19.6 歳, $SD=1.13$) を対象に質問紙調査を行った。質問紙は、大学の講義内の時間に、調査の説

明を行い、配布および回収を行った。不安を測定するものとして State-Trait Anxiety Inventory- FormJYZ（新版 STAI：肥田野ら，2000）の特性不安項目 20 項目 4 件法、抑うつ測るものとして日本版 Beck Depression Inventory 2nd（BDI-II：Beck，1996 訳 小嶋・古川，2003）21 項目 4 段階等評価、反芻と内省を測るものとして日本版 Rumination - Reflection Questionnaire（RRQ：高野・丹野，2008）24 項目 5 件法、否定的自己認知を測るものとして Depression and Anxiety Cognition Scale（DACS：福井，1998）の 5 因子の中から自己否定的認知であると考えられる 3 因子「将来否定」「自己否定」「過去否定」30 項目 5 件法を使用した。

統計解析において欠損値補完の処理は行わず、欠損値データを分析対象から外したことにより、4 群の分散分析における対象者数が違っている。そのため分析ごとに対象者数を図中に示した。

倫理的配慮

本研究の趣旨と方法、結果の公表等について十分に説明し、調査への参加は対象者の自由意志であることを明示した。質問紙への回答をもって調査への同意とみなした。

第 3 節 結果

1. 各尺度間の相関および偏相関

各尺度間の関連について検討するため、まず相関分析を行った（表 2-1）。その結果、STAI と BDI の間に有意な中程度の正の相関（ $r=.60, p<.001$ ）を認めた。さらに、反芻と STAI（ $r=.52, p<.001$ ）および BDI（ $r=.45, p<.001$ ）との間に有意な正の相関が認められたが、内省と STAI、BDI との間には有意な相関が認められなかった。

次に、不安と抑うつをそれぞれ統制したうえで反芻および DACS の 3 つの下位因子との関連を検討するために偏相関係数を算出した。BDI を制御変数とすると、STAI と反芻との間に有意な弱い正の相関（ $r=.33, p<.001$ ）、STAI と将来否定の間に有意な弱い正の相関（ $r=.21, p<.01$ ）、STAI と自己否定の間に有意な弱い正の相関（ $r=.14, p<.05$ ）が示されたが、STAI と過去否定の間には有意な相関は認められなかった（表 2-2）。STAI を制御変数とすると、BDI と反芻との間に有意な弱い正の相関（ $r=.22, p<.01$ ）、BDI と将来否定との間に有意な中程度の正の相関（ $r=.51, p<.001$ ）、BDI と自己否定との間に有意な中程度の正の相関（ $r=.43, p<.001$ ）、BDI と過去否定との間に有意な中程度の正の相

関 ($r=.49$, $p<.01$) が示された (表 2-3)。

2. 不安と抑うつの有無による 4 群における反芻得点と DACS 得点

さらに、調査対象者の STAI と BDI のそれぞれのカットオフ得点に基づき、4 群を構成した。不安は STAI のカットオフ得点に基づき、得点が 1, 2, 3 段階の者を「正常群」、4, 5 段階の者を「不安群」とし、抑うつは BDI のカットオフ得点に基づき、得点が 14 点未満の者を「正常群」、14 点以上の者を「抑うつ群」とみなした。不安と抑うつがともにカットオフ値を超えた者を「併存群」とした。その結果、正常群 79 名 (34%)、不安群 28 名 (12%)、抑うつ群 36 名 (15%)、併存群 90 名 (39%) となった。4 群それぞれの STAI の平均値 (SD) は、正常群が 43.6 (5.71)、不安群が 55.3 (2.43)、抑うつ群が 48.0 (3.41)、併存群が 59.3 (5.31) であった。4 群それぞれの BDI の平均値 (SD) は、正常群が 7.4 (3.37)、不安群が 8.8 (3.67)、抑うつ群が 19.8 (5.33)、併存群が 24.6 (7.64) であった。

この 4 群間で各尺度の得点を比較するために 1 要因分散分析を行った。その結果、RRQ の内省得点の群間の差は有意でなかったが ($F(3, 223) = .73$, $n.s.$)、RRQ の反芻、DACS の 3 因子の得点において群間の差が 1%水準で有意であったため、Tukey の HSD 法による多重比較を行った。その結果、反芻得点は、正常群よりも不安群と抑うつ群が有意に高く、さらに抑うつ群より併存群が有意に高かった ($F(3, 222) = 60.95$, $p<.001$)。この結果を図 2-1-a に示す。DACS の将来否定、自己否定、過去否定の得点は、いずれも正常群と不安群の間には有意な差はなく、それらよりも抑うつ群が有意に高かった。そして、将来否定と自己否定においては、抑うつ群よりも併存群がさらに有意に高かった。(将来否定: $F(3, 228) = 49.2$, $p<.001$, 自己否定: $F(3, 224) = 36.98$, $p<.001$, 過去否定: $F(3, 229) = 28.33$, $p<.001$)。3 つの否定的自己認知は、それぞれを分析した結果ほぼ同様の結果であったため、3 因子を合計した DACS 総得点を用いて図 2-1-b に示す。

第 4 節 考察

不安と抑うつとの尺度間には中程度の正の相関が認められ、両者の関係を考慮に入れた分析を行う必要性が確認された。そこで、不安と抑うつそれぞれの相関を制御して偏相関分析を行なった結果、なお反芻は不安と抑うつとの両者と有意な正の相関を示した。田中ら (2007) および松浦ら (2013) は、反芻は不安との関連が強いことを強調していたが、

本研究では反芻と抑うつに関連が認められた。一方、内省は不安とも抑うつとも有意な相関がみられなかった。高野・丹野（2009）は、大学生を対象として RRQ と抑うつの関係を縦断的に調査し、その結果、反芻は抑うつと有意な正の相関が認められたのに対し、内省は抑うつと相関がなかったと報告している。本研究も同様の結果であった。反芻と内省の尺度間には正の相関が認められ、両者には共通の成分があると考えられる。反芻の不適応的部分が不安や抑うつに関連するのに対し、内省が適応的に働くことについてはこれまで結果が一致していない。今後、内省が適応的に働くための条件についてさらに研究する必要があるであろう（Nolen-Hoeksema et al., 2008）。また、否定的自己認知は、偏相関分析において将来否定、自己否定、過去否定の3つすべての因子が抑うつと強い関連が確認されたのに対し、不安との関連は弱かった。

次に、STAI と BDI のカットオフポイントを使用し、調査対象者を正常群、不安群、抑うつ群、併存群の4群に分けて反芻得点および3つの否定的自己認知を比較した。田中ら（2007）は、不安と抑うつの心理尺度の得点をもとに本研究と類似の4群を構成し、反芻得点を比較した結果、反芻は不安群と併存群が抑うつ群と非抑うつ不安群よりも同程度に高かったことを報告し、反芻は不安に関連し、反芻と抑うつとの関連は潜在的な不安の影響を見ているのではないかと提起した。しかし本研究では、正常群よりも抑うつ群と不安群の反芻の程度が高く、さらに併存群では反芻が最も高いという結果であった。このような違いが生まれたのは、使用した反芻や抑うつを測定する心理尺度の違いの影響の他、田中らが平均値で4群を構成したのに対し、本研究が尺度のカットオフポイントを使用して4群を構成したためであるのかもしれない。さらに、反芻と同様に4群の否定的自己認知の得点を比較したところ、3つ全ての否定的自己認知において、抑うつ群と併存群は正常群と不安群に比べて点数が高く、併存群は抑うつ群よりさらに高い得点であった。以上の結果から、本研究の併存群は不安にも抑うつにも関連する認知的特徴が強く、臨床的によりハイリスクな状態にある可能性が示唆された。そして、併存群に対する心理的な介入として、両者に共通して関わる反芻をターゲットとすることの有効性が期待されるが、同時に併存群は否定的自己認知が高い群であるという認知的な特徴を考慮して臨床的な介入を行なうことが必要であると考えられた。

本研究は、不安と抑うつの併存がより重症であるとする近年の臨床的議論を踏まえて、特に併存群の認知的特徴を心理質問紙によって調べた。しかし、本研究は一般群を対象とした調査結果であり、この結果をそのまま臨床群に適用して論じることは慎重である

べきだろう。また,一般的な結論を得るには本研究の調査対象者の数は十分とは言えず,さらに対象者数を増やして確認する必要があるだろう。

注 2-1 : 田中ら (2007), 松浦ら (2013) は自己注目を測定する尺度として自己没入尺度を使用している。そのため, 本稿では自己注目的認知に関するものとして反芻と同様に扱っている。

注 2-2 : RRQ の 2 つの因子を高野・丹野 (2008) は「反芻と省察」と訳しているが, その後, 内省と表記されているものもあり, 本稿では「反芻と内省」とした。

第2章 図表

表2-1 各尺度の平均値、標準偏差と各尺度間の相関係数

	STAI	BDI	反芻	内省	将来否定	自己否定	過去否定	平均	SD	α
STAI	-	.60 ***	.52 ***	.01	.55 ***	.46 ***	.46 ***	51.5	8.55	.83
BDI		-	.45 ***	.00	.66 ***	.57 ***	.60 ***	16.3	9.99	.91
RRQ										.88
反芻			-	.32 ***	.43 ***	.41 ***	.43 ***	39.5	8.52	.86
内省				-	-.03	-.06	.09	38.0	8.58	.85
DACS										.96
将来否定					-	.67 ***	.60 ***	22.7	9.73	.95
自己否定						-	.51 ***	29.9	10.01	.93
過去否定							-	24.1	8.26	.89

注) *** $p < .001$, STAI : State-Trait Anxiety Inventory-FormJYZ(Trait)., BDI : Beck Depression Inventory 2nd., RRQ : 日本版Rumination - Reflection Questionnaire., DACS : Depression and Anxiety Cognition Scale.

表2-2 BDIを制御変数とした場合の偏相関係数

	STAI	将来否定	自己否定	過去否定	反芻	内省
STAI	-	.21 **	.14 *	.13	.33 ***	.04
DACS						
将来否定		-	.46 ***	.32 ***	.17 **	-.04
自己否定			-	.24 ***	.18 **	-.07
過去否定				-	.18 **	.12
RRQ						
反芻					-	.38 ***
内省						-

注) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, STAI ; State-Trait Anxiety Inventory-FormJYZ(Trait)., BDI ; Beck Depression Inventory 2nd.

表2-3 STAIを制御変数とした場合の偏相関係数

	BDI	将来否定	自己否定	過去否定	反芻	内省
BDI	-	.51 ***	.43 ***	.49 **	.22 **	-.03
DACS						
将来否定		-	.56 ***	.48 ***	.20 **	-.06
自己否定			-	.38 ***	.22 **	-.08
過去否定				-	.23 **	.09
RRQ						
反芻					-	.37 ***
内省						-

注) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ STAI ; State-Trait Anxiety Inventory-FormJYZ(Trait)., BDI ; Beck Depression Inventory 2nd.

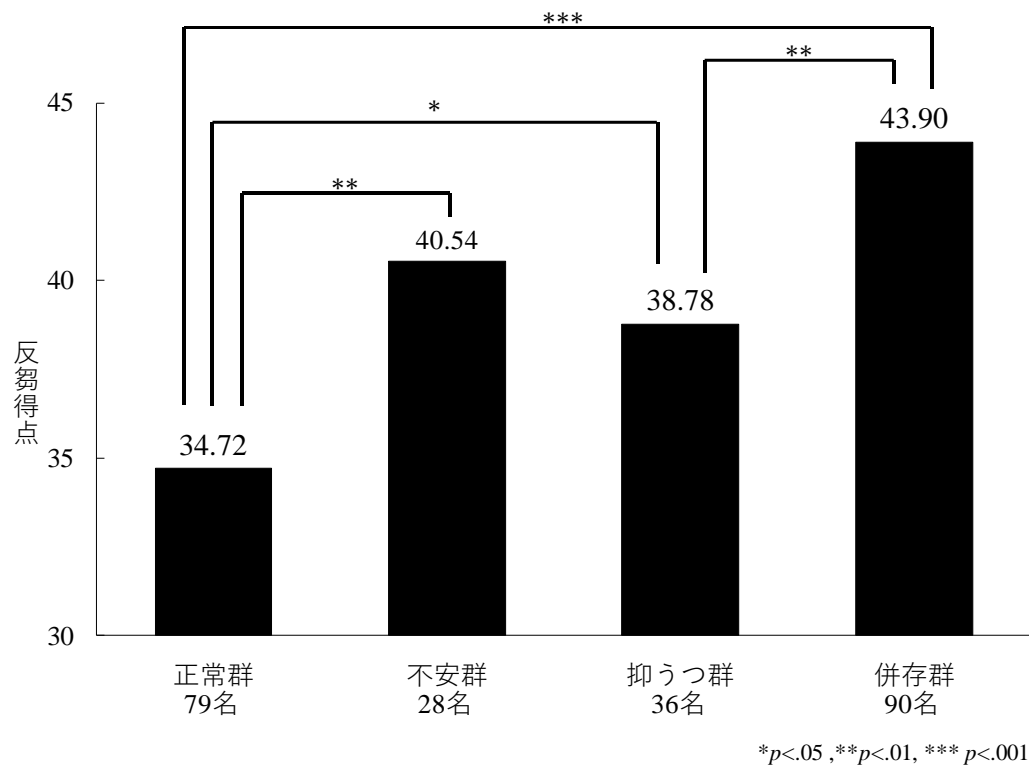


図2-1-a 不安と抑うつの有無による4群の反芻得点の差

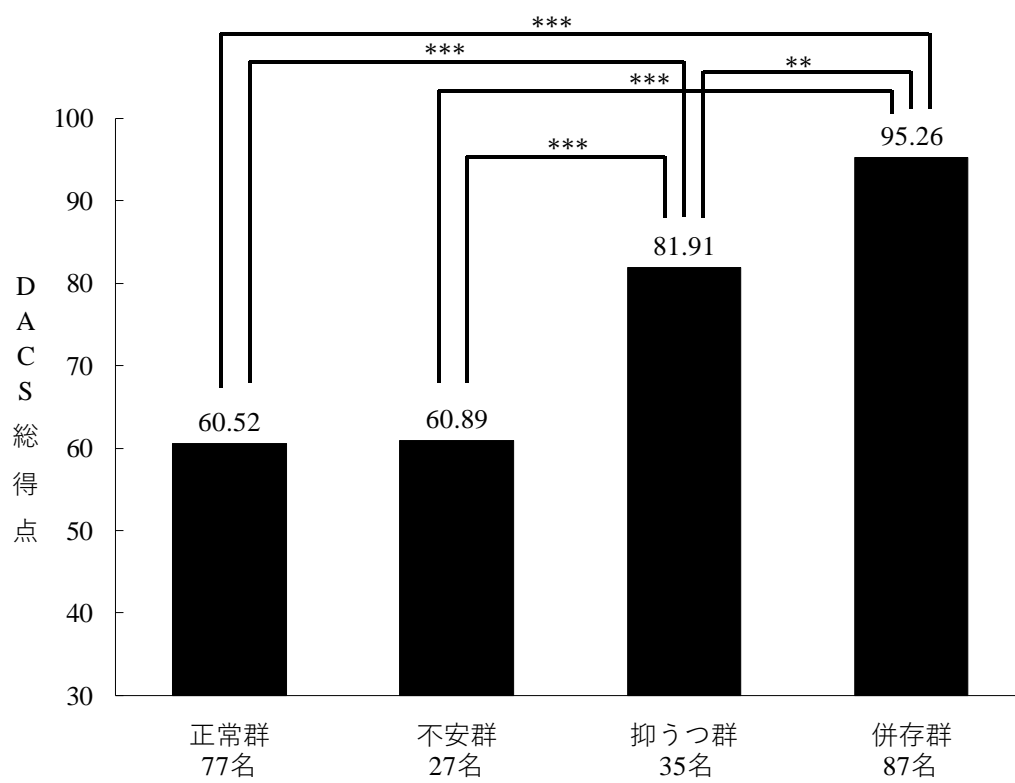


図2-1-b 不安と抑うつの有無による4群の
DACS(Depression and Anxiety Cognition Scale)の総得点の差

** $p<.01$ *** $p<.001$

第3章 非臨床群のアレキシサイミア傾向に対する心理学的研究の意義—情動認知と自己理解に注目して—

第1節 はじめに

アレキシサイミアとは、アメリカの精神科医である Sifneos P.E. (1973) が、臨床的な観点から心身症患者の心理的な特徴として提起したものである。心身症とは、発病や経過に心理社会的因子が密接に関連し、器質的ないし機能的障害を伴う身体疾患であり、循環器系、呼吸器系、消化器系から歯科口腔外科領域に至るなど非常に多くの領域で見られる疾患である（太田・上野，2002）。心身症は身体の機能的障害がみられるだけでなく心理的要因に関連しているため、心理療法が必要とされてきた。心理療法的な面接場面では、治療者はクライアントの自己の内面に対する気づきを重視するために、「それをどのように思うのか」、「そのとき自分はどう感じたのか」などと聞くことが多いが、アレキシサイミアの傾向を持つクライアントはこうした質問にうまく返答できない。例えば、友人が約束の時間に 30 分遅れてきたという出来事について語る際に、「連絡してほしいと思った」などとは言うが、その時どのような気持ち（感情）になったのかについてははっきりと述べない。繰り返し「その時の気持ちは？」と聞いても「何だろうな...」と言葉に詰まってしまうのである。表情や話す様子から不快な気持であったろうことは推察されるが、話し方は淡々としており、治療者が「腹が立ったのかな？」などの感情の例えを出してもよくわからない様子で事実に説明に戻ってしまう。このように、アレキシサイミアの最も中心的な特徴は「自分の感情を表現する言葉を見つけるのが難しい」ということであった。Sifneos (1973) は、このような純粋に心理的障害というよりむしろ神経生理学的障害と心理的障害の組み合わせによるものと思われる特徴を表す語として、ギリシャ語の「欠如」「言葉」「気分あるいは感情」という単語を組み合わせ「アレキシサイミア alexithymia」という語を提起した。

アレキシサイミアを測定するために、様々な質問項目や観察チェックリスト、心理尺度が開発されてきたが、現在最も広く使用されている心理尺度として Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20 ; Bagby, Parker & Taylor, 1994a) があげられ、そのマニュアル（小牧・前田，2015）ではアレキシサイミアを次のように説明している。TAS については、後に述べる。

「Sifneos P.E. は Nemiah J.C. と共に、長年、いわゆる古典的『心身症』と言われていた

患者たちの治療に取り組んでいた。しかしその患者たちには彼らの内省を促す精神分析的治療が役立たず、治療反応性に乏しいことに気づいた。注意深い観察により、この患者たちには『あまり生気が感じられず (dull)、葛藤状況やフラストレーションがたまる状況では、内省したり困難に上手に対処したりするのではなく、むしろ、それらを避けるための行動に走ってしまう』という特徴があることに気づいた。」

以上のような臨床的観察や、チェックリストの開発の過程から、アレキシサイミアは以下のような 4 つの特徴で構成されていることが示された。(1) 自分の感情 (feelings) がどのようなものであるか言葉で表したり、情動喚起 (emotional arousal) によってもたらされる感情 (feelings) と身体感覚 (bodily sensation) とを区別したりすることが困難である。(2) 感情 (feelings) を他人に言葉で表すことが困難である。(3) 貧弱な空想力 (fantasy) から証明されるように、想像力 (imaginal process) が制限されている。(4) (自己の内面よりも) 刺激に結びついた (a stimulus-bound), 外的な事実へ関心が向かう (externally oriented) 認知スタイル (Sifneos, 1973; Bagby et al., 1994ab; Taylor, Bagby, Parker, 1997 監訳 福西, 1998)。

アレキシサイミアは、現在の精神疾患の診断分類からは、診断分類的 (カテゴリーカル) な概念ではなく、軸的 (ディメンジョナル) なパーソナリティ特性であり、その程度に連続性があるものと考えられている (Karukivi & Saarijavi, 2014; Keffer, Taylor, Parker & Bagby, 2017)。すなわち、アレキシサイミアは、境界の明確な (全か無かの) 現象ではなく、一般人口にも正規分布して見られる多次元的概念 (あるいは人格特徴) として定義されるものと捉えられている。さらに、アレキシサイミアの根底に、感情処理と感情制御能力の障害が横たわっていると考えると、アレキシサイミアは「感情制御の問題に関係した様々な身体的・精神的障害にとっての危険因子」であり、「情動反応システムの認知的・体験的領域と対人間での情動制御のレベルにおける欠陥を反映する」と考えられる (Taylor et al., 1997 監訳 福西, 1998)。これらのことから、非臨床群におけるアレキシサイミア傾向に注目し、理解を深めることで、多くの人の日常的な心身の不調の予防、改善への適切な対応につながる研究が期待されると思われる (注 3-1)。

ここでは、非臨床群におけるアレキシサイミア傾向に関する研究の中から、まずわが国の TAS を使用した心理学的研究を概観し、次に脳画像研究からみられるアレキシサイミアの特徴、さらに子どもの「トラウマ」臨床からみられる親子関係と感情制御の問題とアレキシサイミアの関連性について文献を展望し考察する。

第2節 アレキシサイミアの測定（心理尺度）

これまで複数のアレキシサイミアを測定する尺度が開発されているが、その中で現在最も広く国際的に翻訳され使用されている代表的なアレキシサイミアを測定する心理尺度として TAS-20 があげられる。TAS-20 はわが国でも小牧らによって翻訳され、心療内科の患者、学生から一般成人まで健常人を対象にした調査をもとに標準化されている（小牧ら，2003，Moriguchi et al., 2007b）。

1. TAS-20

Bagby et al. (1994ab) はアレキシサイミアの4つの構成概念に基づいて TAS を作成した。その後、幾度かの見直しと改良がおこなわれ TAS-20 となった。TAS-20 は、「感情の同定困難 (Difficulty in Identifying Feelings : DIF)」7項目、「感情の伝達困難 (Difficulty in describing feelings: DDF)」5項目、「外的志向 (Externally oriented thinking : EOT)」8項目の3つの下位尺度から構成される。各質問項目は1点「全く当てはまらない」から5点「非常に当てはまる」までの5件法であり、合計得点は最低20点から最高100点に分布し、得点が高いほどアレキシサイミア傾向が強い。TAS-20 日本語版（小牧・前田，2015）の項目を表3-1に示す。

開発者らは、構成概念の(3)で示された貧弱な空想力と制限された想像力に関する項目はすべて、修正項目—総得点間相関が低く、社会的望ましさの尺度との相関が高かったために除去されたと報告した。しかし、第3因子である外的志向の認知様式は、内面的思考や空想の欠落、感情表現の幅の広さに関連していると考えられ、空想力や想像力について直接訪ねる項目はないものの、TAS-20 が、アレキシサイミア構成概念のうちの貧弱な空想力と制限された想像力という側面を測っていると結論づけている。さらに、TAS-20 は内的整合性 ($\alpha=.81$) や、3か月間隔でのテスト—再テスト信頼性 ($r=.77$) も優れていることが判明し、この3因子構造の安定性と再現可能性は、確証的因子分析によって、患者・非患者両方の対象について証明されたとしている。3因子モデルは、いくつかの異なるサンプルから得られたデータにおいて2因子モデルおよび1因子モデルのいずれよりも適合していた (Bagby et al., 1994ab; Parker, Taylor & Bagby, 2003; Taylor, Bagby & Parker, 2003)。

第3節 TAS を用いた非臨床群の研究

これまでに日本において TAS を使用して行われた研究の中から、主に非臨床群を対象として行われた研究結果のうち、TAS-20 の平均値、男女の違い、TAS とそのほかの様々な心理尺度との関連を表 3-2 に示し、以下に簡単に記述する。

福西らは、心身医学的な一連の研究で健常群と何らかの精神疾患や身体疾患がある患者群を対象に TAS-26,20 を使用し、アレキシサイミア傾向を持つ人の特徴を検討している (Fukunishi & Rahe, 1995 ; Fukunishi & Kaji, 1996 ; Fukunishi & Miguchi, 1996 ; Fukunishi, Sei, Morita & Rahe, 1999)。アレキシサイミアとソーシャルサポート、ストレス対処行動の関連を見ると、アレキシサイミア傾向の高い人はそうでない人に比べてソーシャルサポートを求めたり、受けたりすることが少なく、回避的なストレス対処行動を行い、問題解決に向かう対処行動が少なかった。また、年齢によるアレキシサイミアの得点の比較を行っており、30 歳未満の群が 30-50 歳の群と 50 歳より上の群に比べて有意に点数が高かったことを報告している。

清瀧 (2008) は、TAS-20 と対人的信頼感などの心理尺度の関連を検討し、TAS-20 の「感情の同定困難」「感情の伝達困難」は、自分や他者に対する信頼の高さと負の相関がみられ、アレキシサイミアの傾向の高い人は自分や他者を信頼することが難しいと述べている。

福井らは、TAS-20 と精神的健康度や解離傾向、養育環境との関連を見ており、TAS-20 の「感情の同定困難」と精神的健康度との間に負の関連があり、「感情の同定困難」は解離傾向を予測すると報告している (福井, 2009 ; 福井・野村・小澤・田辺, 2010)。

津山・中村 (2011) は、TAS-20 と愛着や防衛機制との関連を見ており、アレキシサイミア傾向の高い人は、回避型愛着と関連が強く、他者と親密で感情的な交流を持ちにくい。ストレスフルな事態が生じても、他者に頼ろうという認識はなく、1 人で解決しようとする。身体症状や非現実的な想像をしたり、ストレスに関連する感情を切り離すことで対処していると考察している。

有村・岡・松下 (2012) は、失体感尺度を開発する過程で TAS-20 を使用しており、TAS-20 と失体感症尺度の間には有意な正の相関があり、DIF と体感同定困難、過剰適応、体感に基づく健康管理との間に有意な正の相関、DDF と体感同定困難、体感に基づく健康管理の欠如との間に有意な正の相関があったことを報告している。

反中・寺井・梅沢 (2013, 2014, 2015) は、中学生を対象としてアレキシサイミア傾

向の特徴について検討しており、DIF、DDF は男性より女性のほうが有意に高く、EOT は女性より男性のほうが有意に高かったこと、DIF や DDF が年齢による増加傾向にある一方で、EOT は減少傾向を示していたことを報告している。さらに、アレキシサイミア傾向の高い中学生では、DIF が身体的不調感を強める形で作用し、DDF が怒りの抑圧を強めていたと記述している。

以上のように、非臨床群において TAS で測定したアレキシサイミア傾向とそのほかの様々な心理的な特徴との関連についての研究結果が、わが国において約 20 年の間に報告されている。総じてアレキシサイミア傾向は精神健康度と負の関連があり、主にストレス場面での対処行動や、対人関係の持ち方に否定的な影響が表れていると思われる。

第 4 節 アレキシサイミアの脳画像研究

近年は、アレキシサイミアの脳科学的研究も行なわれている。以下は、脳画像の研究報告について概観しながら、アレキシサイミアにおける情動認知と自己理解について考察する。

脳科学研究では、アレキシサイミア傾向を持つ人は、情動刺激に対する反応が低下するという特徴がみられると考えられ、対象者を心理尺度によってアレキシサイミア群と健常群に分け、情動刺激となる課題を提示し、その行動的な反応および脳活動の反応の差を検証するという研究が行われてきた。Berthoz et al. (2002) は、TAS-20 によってアレキシサイミア群を分け、情動的な写真刺激に対する脳の活動状態を fMRI (functional magnetic resonance imaging) で観察した。その結果、アレキシサイミア群において情動写真の中でも特にネガティブな情動写真に対する左内側前頭野—前帯状回での血流低下が認められた。また Kano et al. (2003) は、TAS-20 で対象者を 2 群に分け、PET (positron emission tomography) を使用して表情写真による刺激実験を行い、アレキシサイミア群の怒りの表情に対する前帯状回と右の前島皮質の血流低下を報告した。こうした報告から、アレキシサイミア群において前帯状回、前頭葉内側部、島皮質などの反応の低下が確認された。これらの脳部位は近年の脳科学研究において自己認知関連のネットワークとして働いているといわれている領域（権藤ら, 2017; 越野・苧坂・苧坂, 2013）と重なっている。このことから、アレキシサイミアの人は外的な情動刺激に対する反応の低下が観察されるだけでなく、外的な情動刺激に対する自己内部の反応に対する認知が低下しており、アレキシサイミアの人の脳では情動処理機能の低下があることが確認され

たと推察される。

1. 感情の構成論的理解

Moriguchi & Komaki (2013) は、感情の構成論的な理解を図式化し、自己の感情への気づき (emotional awareness) には、より原始的、基礎的な身体感覚レベルと、より高次の認知的レベルという質的に差のある 2 つのレベルがあるとしている。図 3-1 にこの図式を示す。ここで示されている、より原始的、基礎的なレベルである自己の身体感覚に対する気づきが障害されている状態は、心身症の患者が疾病を抱えているにもかかわらず自己の身体の不調に対する気づきが不足している状態として報告されており、「アレキシソミア (失体感症)」と名づけられている (岡・松下・有村, 2011)。図 3-1 において、アレキシソミアは基礎的な身体感覚の気づきの障害であり、アレキシサイミアはより高次の認知的なレベルでの感情の気づきの障害であると階層的に示されている。これらは臨床的には連続性があり、感情の気づきのレベルの差であると考えられる。感情に気づくというのは、まず刺激に対する自己の身体感覚に気づき、その身体感覚に伴う評価的な認知 (安全か危険かなど) をとおして感じた情動にラベルづけをし、ある一つの感情 (安心や不安や怒りなど) として構成していくという階層性がある一連の働きであると考えられる。さらにこれは、脳幹、間脳、辺縁系、傍辺縁系、大脳皮質 (前頭葉) という脳の階層性とも一致した図式であると考えられるのである。

守口 (2014) は、対人コミュニケーションの中で必要とされる「共感」の働きにおいてもアレキシサイミアの人には特徴的な脳画像上の反応が見られると報告している。「共感」の働きには「情動的共感」と「認知的共感」という 2 つの能力が必要とされる。情動的共感とは、ミラーニューロンの働きにより、無意識的、自動的に行われるもので、運動感覚レベルでの自他の同調としてとらえられる。1990 年代にサルの研究から発見されたミラーニューロンは、他者の運動に対する自動的な同調反応でよく知られている。このミラーニューロンによる自動的な自他の同調反応 (脳内表象) は、脳画像研究においてヒトでも確認され (小川, 2014)、さらに「痛み」を喚起するような画像による感覚刺激においても同様の現象が見出されている。自分は身体的な痛みを受けていないにもかかわらず、他者の痛みと同調して自己の感覚野の関連領域が賦活する。このような無意識的、自動的な反応が情動的共感の基盤となるものであると考えられる。このような他者との同調的な運動・感覚表象の自動的なシステムは発達の最初期の乳児期に形成され

ていくものと推測されている。一方、認知的共感は、自他の同調を超えて自己と他者を区別しつつ他者の心的状態を推測するという、より複雑で高度な能力であると考えられる。例としては発達心理学的な「心の理論」課題があげられ、こうした推論を必要とする課題を達成できるのは、4、5歳以降であることが知られている。

Moriguchi et al. (2009) は、情動への気づきの障害であるアレキシサイミアでは情動的共感や認知的共感がどのような状態であるのか、共感の障害があるのかという疑問を持ち、運動表象の自動的同調システムの活動を fMRI で検討した。その課題は、自分の手は動かさずに、人の手がペンやコップといった日用品をつかもうとする動画を観察させるという一般的なミラーニューロン課題である。その結果、人でも前運動野や頭頂葉などのミラーニューロンシステムの反応が確認され、さらにアレキシサイミア群ではその活動がアレキシサイミアでない群よりも亢進していることが発見された。さらに、感覚課題として「痛み」画像の刺激に対する反応を調べた結果 (Moriguchi et al., 2007a), アレキシサイミアの対象者における左背外側前頭前野 (DLPFC) や左背側前帯状回 (dACC) における脳血流の低下を見出し、また同時に、前部・中部島皮質や腹側前帯状回 (vACC) における脳血流の亢進を認めた。これは、アレキシサイミアの対象者では、認知的な情動処理は低下しているが、身体感覚レベルの情動処理は亢進している可能性を示唆したものである。

したがって、アレキシサイミアの人たちが自己および他者の情動に対する気づきや反応が鈍いという臨床像は、一般的に共感性の乏しい姿として理解されるが、一方でより身体的なレベルでは過剰に情動的な同調の傾向をもっていることも併せて考えなければならないのである。この身体的なレベルの情動刺激への反応の亢進は、アレキシサイミアにおける身体症状の増悪および訴えの強さにつながっている可能性が高い。

2. 自己認知関連のネットワーク

自己や他者の感情を機能的に処理するうえで必要であると考えられる脳の働きとして、先に触れた自己認知関連のネットワークについて簡単に述べる。この自己認知関連のネットワークは Default Mode Network (DMN) と呼ばれ、自己生成的な自己参照に関する思考に関連すると言われている。DMN は、エピソード記憶・自伝的記憶の想起時、展望記憶、心の理論、道徳的判断など、自己参照処理を必要とする思考活動に関与していると考えられている。DMN の中心領域は大腦皮質正中内側部の頭頂葉内側部と前頭葉

内側部であり、そのほかの領域は下位領域だと考えられている。前頭葉内側部で中心的な役割を果たすのが内側前頭前野で、自己や他者に関する情報処理、将来の出来事の期待、計画や展望記憶、社会的情報の処理、エピソード記憶の検索に関係していると言われている（権藤ら，2017；越野ら，2013）。Liemburg et al. (2012) は、アレキシサイミア的な健常者とそうではない健常者の DMN を比較し、アレキシサイミア的な人は感情への気づきや自己参照処理に関わる領域の機能的連結が弱く、感覚の入力や感情の抑制に関わる領域の機能的連結が強いことを報告した。

アレキシサイミアの脳画像研究は、①身体的な感覚運動レベルの自他の情動刺激に対する無意識的な反応は亢進し、②一方、外的な情動刺激に対する意識的で認知的な反応は低下しており、③さらに社会性の反応が低下していることを示していた。これは心理療法的な観点からアレキシサイミアという概念が提起されるに至ったクライアントの臨床像を脳画像研究から支持する結果となっている。この①と②は感情への気づきの2段階構成に対応するものであり、③はその対人関係を表すものである。この①、②、③は独立したものではなく、必然的に結びついた反応のパターンであると理解することができる。

3. 「トラウマ」臨床における脳と感情制御の発達に関連する議論

現在、アレキシサイミアの発達の要因についての関心が高まっており、その中での愛着関係や「トラウマ」の影響が注目されている（注3-2）。実証的な研究も積み重ねられているが、それらは横断的な研究であるために、今後さらに縦断的な研究が行われることが期待されている（Karukivi & Saarijarvi, 2014）。

しかし、臨床的にはアレキシサイミアの特徴をもつ患者・クライアントの治療に関わる議論として発達の観点や「トラウマ」の影響についての考察も提起されている。精神分析的な関わりにおいては、精神分析的な理論それ自体がクライアントの成育史を重要視し、また「トラウマ」の視点を内包しているものである。そのため、アレキシサイミアが提起されてから比較的早い時期の1970年代、80年代において、すでにアレキシサイミアの特徴をもつクライアントに対する理解と、その有効な治療を開発するうえで、クライアントの成育史を重視した議論が行われていた。

その代表的な論者の一人が Krystal H. だろう。彼は心理力動的な精神科医の立場からアレキシサイミアの臨床研究を行い、その特徴について論じた（Krystal, 1979, 1982/83,

1988)。アレキシサイミックな患者は、嗜癖傾向があり、心身症的であり、またトラウマの問題があるという指摘をしていた。患者は情動を気持ちとしてよりも複合的な生理的反応や身体感覚として体験することが多く、その情動反応が意味することよりも自身の反応自体に注意が焦点づけられてしまうのである。したがって、治療者は、これらの患者が自分自身の感情を認知し、区別し、命名し、かつ管理できるように助けなければならない、これは神経症に対するアプローチとは異なるものである。

Krystal は、もともとは精神分析的な立場の治療者であるが、彼のアレキシサイミアの治療論における、患者が感情を信号として用いる能力を獲得すれば、感情を惹起するような出来事を認知的により良く評価できるようになるという指摘や、これらの患者が情動喚起に付随する身体感覚を増幅し誤って解釈する傾向を修正するといった議論は、現代の認知行動論的な議論と近いものであると思われる。Krystal は、アレキシサイミアの患者の精神療法において、支持的なアプローチは有害である場合もあると述べている。そして、認知や感情面の欠陥を明確化したり解釈したりすることの重要性や、患者が自己の内的体験や他者との関わり方に注意を向けるようにするなどの、心理教育的、指示的な関わり方の必要性について述べている。

さらに Krystal は、乳児期のトラウマという考え方も提示しており、これは現代の愛着トラウマ (attachment trauma) や情動的虐待 (emotional abuse) といった議論につながるものであろう。乳児期のトラウマの結果には、情動制御や想像力の発達の停止、生涯にわたる無快感症、感情自体に対する恐怖などが含まれている。クライアントの情動耐性の障害や認知の否定的な方向への歪み、セルフケア能力の低下など、Krystal が論じているアレキシサイミアの諸特徴は、現代の発達性のトラウマの臨床において重要なテーマとなっている (van der Kolk, 2014 訳 柴田, 2016)。

このようなトラウマの発達に対する影響について、日本の親子関係を含めて検討している近年の研究として大河原 (2015) について述べる。大河原はトラウマ記憶処理の方法として開発された EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) の臨床家である。大河原 (2015) は、子どもの感情制御に関する問題や感情制御機能の学習プロセスを「不快感情を安全に抱える力の発達」として、その発達過程を脳の階層性と親子の関わり方 (愛着) の関連から論じている。これは、日本的な親子関係の中で日常的な不快な出来事がトラウマ的ストレスとなって子どもの感情制御の発達に影響を与える状況について説明しようとしたモデルである。

脳は、人間が環境に適応して生きのびられるよう、環境に応じて発達していくものであり、そのプロセスは環境に応じて大きく変化する感情を制御する能力の発達としてもとらえられる。そして、子どもの感情制御機能の発達における環境とは「感情に対して大人がどのように反応するか」というありかたを意味している。子どもは不快感情を感じたときに泣いて大人に知らせる。その子どもの訴えに対して適切な保護的対応がなされなければ、子どもの脳の中で **Fight / Flight / Freeze** 反応が起こり、子どもは落ち着くことができなくなる。このプロセスを図 3-2 に示す。発達のプロセスにおいて重要なのは、「体が感じている感情を発し、大人にその感情を承認され、言語化され、安心する」という 3 拍子であり、「身体が感じている感情（辺縁系）→ボトムアップ方向→大人にその感情を承認され言語化される（前頭前野）→トップダウン方向→安心する（辺縁系）」という情報の流れの中で感情制御の機能は育つというモデルを提示している。

ところが日本では、子どもの訴えに対して大人が「痛くない」「大丈夫」などと子どもの訴えを否定するタイプの声かけをすることが多くみられ、子どもは自分の身体の痛みを「痛くない」状態に処理し、親の働きかけに適応しようとすると考えられる。子どもの身に変化が起こった時の痛みなどの不快感情の生起と子どもの訴えそれ自体は、状況に対する合理的で正常な反応である。それが過度に抑圧、否定されると、子どもは自身の中の否定的な情動を意識から分離することになる。これは養育者との関係の中での持続的なストレスを少なくしようとする子どもの側の対処法であると考えられる。こうして不快感情をもたない非現実的な「よい子」のパートと「不快感情（Fight/Flight/Freeze 反応）」を抱えた「悪い子」または「麻痺した」パートに分裂する、というのが大河原の「解離様式による適応」のモデルである。この解離は、認知（皮質）と感情（辺縁系・身体）の分離となっている。したがって、大河原の議論はストレス下の情動の制御におけるトラウマ的反応として、認知と感情を切り離すという解離的反応様式を示したものであり、認知と感情の解離＝断絶をも意味しており、これはアレキシサイミアという状態と重なるものである。そして、ここでは詳細に論じる余裕がないが、このような自己の内側で断絶するという適応様式に至ったのは、つまり親子が共に強い情動に巻き込まれ、共に情動制御がうまくいかなかったという事態への対応であったと推測されるのである。これは前に見た守口のアレキシサイミア群で他者との身体感覚的なレベルの情動的共感の反応はむしろ亢進しているという報告と一致するものである。大河原は、現在このような子どもが多く存在し、そして「このような子どもたちは困っていることを表

出するすべをもたない」と指摘しているが、これは多分にアレキシサイミアの臨床像と重なると考えられるだろう。

第5節 終わりに

アレキシサイミアは、心身症の心理学的な問題として臨床場面での観察から提起された概念であり、現在では心身医学的研究や心理学的研究、脳画像研究において検討が積み重ねられている。本稿では主に心理学的研究と脳画像研究を取り上げた。

アレキシサイミアを測定する代表的な心理尺度として TAS があげられ、TAS を使用した心理学的研究からは、アレキシサイミア傾向は精神健康度と負の関連があり、主にストレス場面での対処行動や、対人関係の持ち方に否定的な影響が表れていることが示されていた。脳画像研究からは、TAS-20 で測定されたアレキシサイミア高群では、アレキシサイミア低群に比べて、無意識的で身体的な情動反応に関連する脳領域の活動が亢進し、一方、意識的で認知的な情動反応に関連する脳領域の活動が低下していた。さらに、近年の脳内ネットワークの研究からも、アレキシサイミア傾向の人は感情への気づきや自己参照処理に関わる領域の機能的連結が弱く、感覚の入力や感情の抑制に関わる領域の機能的連結が強いことが示されていた。こうしたアレキシサイミア高群の人における脳機能上の変化は、発達のプロセスを通して形成された可能性が高い。

そして、脳は、人間が環境に適応して生きのびられるよう、環境に応じて発達していくものであり、そのプロセスは環境に応じて大きく変化する感情を制御する能力の発達としてもとらえられる。その子どもの感情の制御機能の発達のためには、大人の適切な共感的な対応が重要であることが子どもの「トラウマ」の臨床から指摘された。

以上のように、この約 20 年の間に、様々な領域においてアレキシサイミアに関する研究が進められてきたが、アレキシサイミアの発達のプロセスについてはまだ十分には解明されていない。したがって、今後非臨床群におけるアレキシサイミア傾向に注目し、発達のプロセスの理解を深めることが必要である。それにより、多くの人の日常的な心身の不調の予防、改善につながる適切な対応が見いだされることが考えられる。

注 3-1: アレキシサイミアにはパーソナリティ特性としての一次性アレキシサイミアと、身体疾患などにより人生を脅かすような状況下に置かれることによって一時的にみられる二次性アレキシサイミアがあるが（福西・尾崎・遠山・岡田，1992）、本稿で

扱うアレキシサイミアは一次性アレキシサイミアである。

注 3-2:本節では、アレキシサイミア傾向の発達に関連するものとして精神医学的、臨床心理学的なトラウマの議論を扱うが、それは必ずしも重大な出来事によるトラウマを想定しているのではなく、より軽度で日常的な出来事によるトラウマもその議論の中に含めて考えている。

第3章 図表

表3-1 TAS-20日本語版（小牧・前田，2015より引用）

感情の同定困難 Difficulty in Identifying Feelings :DIF

しばしば、どんな感情を自分が感じているのかわからなくなる。
自分には医師にさえわかってもらえないような身体感覚がある。
気が動転しているとき、自分が悲しんでいるのか、おびえているのか、怒っているのかわからない。
しばしば、自分の体の中の感覚にとまどってしまう。
自分にはそれを何と名づけてよいかわからないような気持ちがある。
自分がなぜ怒っているのか、その理由がわからないときがしばしばある。
一体自分の中で何が起きているのかわからない。

感情の伝達困難 Difficulty in Describing Feelings : DDF

自分の気持ちにぴったりの言葉を見つけるのは難しい。
簡単に自分の気持ちを表現できる。
他の人についてどのように自分が感じているか言い表すのは難しい。
自分の気持ちをもっと表現するように人から言われる。
たとえ親しい友人であっても、自分の奥底の気持ちを打ち明けることは難しい。

外的志向 Externally Oriented Thinking : EOT

問題について単に説明するより、なぜそうなったか問題を分析する方をより好む。
物事がなぜそうなったのか、そのわけを理解するより、ただ起こったままにさせておくほうを好む。
自分の感情に気づき、それがどんなものか理解していることは大切である。
人と話すとき、その人の気持ちよりもその人の日常の行動に関する話題のほうを好む。
心理ドラマよりも「軽い」娯楽番組を見るほうが好きである。
ある人に対しては、沈黙があっても身近にいる気持ちになれる。
自分の内面を観察してみることが直面した問題を解決するのに役立つことがある。
映画や劇を鑑賞するとき、そこに隠された意味を探しては楽しみの妨げになると思う。

表3-2 TASを使用した非臨床群の研究

著者	目的	対象者の年齢, 性別, 使用尺度	TASの平均値	TASと各尺度下位因子との関連
Fukunishi & Rahe (1995)	成人のアレキシサイミア傾向とストレスコーピングの関連を検討する	成人179名(33-64歳) (男性101名, 女性78名) TAS-26 Stress and Coping Inventory(SCI)	Total: 66.7(<i>SD</i> =8.8)	TAS-26とコーピング尺度との相関 Health Habits($r=-.351, p<.01$) Social Support($r=-.462, p<.01$) Negative Responses to Stress($r=.218, p<.01$) Positive Responses to Stress($r=-.329, p<.01$) Life Satisfaction($r=-.289, p<.01$)
Fukunishi et al. (1996)	成人のアレキシサイミア傾向を検討する	成人1008名(22-74歳) (男性510名, 女性498名) TAS-26 Beth Israel Hospital Psychosomatic Question(442名)	TAS-26Total A group: 30歳未満(男192, 女206), 72.7(<i>SD</i> =10.2) B group: 30-50歳(男169, 女159), 59.9(<i>SD</i> =24.9) C group: 50歳より上(男149, 女133), 54.5(<i>SD</i> =27.1)	分散分析の結果 A > B($p<.05$), A > C($p<.05$), B vs C
Fukunishi et al. (1996)		大学生260名 18-24歳 精神障害患者92名 18-56歳 TAS-26 MMPI-2	Total: 大学生 67.6(<i>SD</i> =9.0), 患者 74.0(<i>SD</i> =9.7) Factor1(感情の同定困難): 大学生 29.2(<i>SD</i> =6.7), 患者 32.2(<i>SD</i> =7.6) Factor2(感情の伝達困難): 大学生 22.2(<i>SD</i> =4.9), 患者 22.4(<i>SD</i> =4.7) Factor3(空想の欠如): 大学生 11.9(<i>SD</i> =4.0), 患者 14.8(<i>SD</i> =4.7) Factor4(外面性志向): 大学生 15.0(<i>SD</i> =3.0), 患者 15.0(<i>SD</i> =3.2)	大学生のTASとそのほかの尺度との相関 Hypochondriasis($r=.277$) Depression($r=.258$) Paranoia($r=.272$) Psychasthenia($r=.406$) Schizophrenia($r=.374$) Hypomania($r=.239$) Social Introversion($r=.254$) Anxiety($r=.477$) Fears($r=.221$) Obsessiveness($r=.333$) Depression($r=.362$) Bizarre Mention($r=.223$) Cynicism($r=.286$) Low Self-esteem($r=.314$) Social Discomfort($r=.220$) Work Interference($r=.397$) Negative Treatment($r=.298$) 他のスケール Ego Strength($r=-.431$) Hostility($r=.206$)
Fukunishi et al. (1999)	母親の少ないケアを伴うアレキシサイミア傾向者における交感神経のはたらきを検討する	大学生201名 (男性111名, 女性90名) TAS-20 Parental Bonding Inventory Profile of Mood States Stress and Coping Inventory MMPI-2	Total: 47.1(<i>SD</i> =7.5)	

TAS-20(Toronto Alexithymia Scale-20):DIF(感情の同定困難), DDF(感情伝達困難), EOT(外的志向)。

TAS-26: Fukunishi et al,1995,1996に使用されているTAS-26はTAS-20の旧版。

表3-2 TASを使用した非臨床群の研究

著者	目的	対象者の年齢, 性別, 使用尺度	TASの平均値	TASと各尺度下位因子との関連
小牧ら (2003)	日本語版TAS-20の信頼性, 因子的妥当性の検討	健常群347名 (18-67歳, 平均29.1歳, $SD=12.4$) 男性217名, 女性130名 患者群940名 (12-85歳, 平均35.3歳, $SD=15.4$) 男性357名, 女性583名 TAS-20	Total: 健常群50.5($SD=9.5$), 患者群55.2($SD=10.5$) DIF: 健常群 15.9($SD=5.7$), 患者群 19.5($SD=6.5$) DDF: 健常群 14.8($SD=4.0$), 患者群 15.7($SD=4.2$) EOT: 健常群 19.8($SD=3.9$), 患者群 19.9($SD=4.0$)	
Moriguchi et al. (2007)	TAS-20における年齢差, 性差の影響を確認する	一般成人2718名 (平均41.1歳, $SD=13.4$) 男性1348名, 女性1370名 患者1924名 (平均35.4歳, $SD=15.6$) 男性712名, 女性1212名	Total: 48.3($SD=8.9$) DIF: 14.4($SD=5.2$) DDF: 14.3($SD=3.7$) EOT: 19.6($SD=4$)	健常群では各年代に統計的有意差はなかった。 患者群では若年層が著名に高値を示し, 有意差が認められた。
清瀧 (2008)	青年期における攻撃行動および自傷行為について, 対人的信頼感, アレキシサイミア傾向, Locus of Controlとの関連を検討する	大学生289名 (男性65名, 女性224名) TAS-20のDIF,DDF Buss-Perry攻撃性質問紙 信頼感尺度 自傷行為経験		DIFと各尺度との相関 自分への信頼($r=-.25, p<.001$), 他人への信頼($r=-.25, p<.001$) 不信($r=.41, p<.001$) 身体的攻撃($r=.17, p<.01$) DDFと各尺度との相関 自分への信頼($r=-.34, p<.001$), 他人への信頼($r=-.29, p<.001$) 不信($r=.35, p<.001$) 言語的攻撃($r=-.42, p<.001$), Locus of Control($r=-.23, p<.001$)
福井 (2009)	青年期における解離性体験とアレキシサイミア傾向の関連を検討する	大学生152名 TAS-20 Dissociative Experiences Scale- II (DSQ- II) Gotow Alexithymia Questionnaire	DIF: 19.46($SD=6.17$) DDF: 16.09($SD=3.72$) EOT: 21.76($SD=4.13$)	DIFとDES- II ($r=.327, p<.001$) 体感・感情の認識不全とDES- II ($r=.410, p<.001$) DDFとDES- II ($r=.181, p<.05$) 感情の表現不全とDES- II ($r=.216, p<.05$)
福井ら (2010)	虐待的養育環境と心身の解離傾向およびアレキシサイミア傾向と, 精神的・身体的症状の関連について探索的に検討する	大学生252名(男性69名, 女性175名, 無記入8名) TAS-20 Child Abuse and Trauma Scale Dissociative Experiences Scale II Somatoform Dissociation Questionnaire(SDQ-20) General Health Questionnaire(GHQ-30) Cornell Medical Index(CMI)	DIF: 15.9($SD=6.82$) DDF: 12.6($SD=3.61$) EOT: 20.4($SD=3.38$)	DIFと各尺度との相関 GHQ($r=.58, p<.001$), CMI-1($r=.451, p<.001$) CMI-2($r=.441, p<.001$), CATS($r=.464, p<.001$) DES- II ($r=.479, p<.001$), SDQ($r=.356, p<.001$) DDFと各尺度との相関 GHQ($r=.449, p<.001$), CMI-1($r=.301, p<.001$) CMI-2($r=.259, p<.001$), CATS($r=.348, p<.001$) DES- II ($r=.326, p<.001$), SDQ($r=.214, p<.001$)

TAS-20(Toronto Alexithymia Scale-20):DIF(感情の同定困難), DDF(感情伝達困難), EOT(外的志向)。

TAS-26: Fukunishi et al,1995,1996に使用されているTAS-26はTAS-20の旧版。

表3-2 TASを使用した非臨床群の研究

著者	目的	対象者の年齢, 性別, 使用尺度	TASの平均値	TASと各尺度下位因子との関連
津山・中村 (2011)	一般大学生におけるアレキシサイミア傾向と愛着および防衛機制の関連を検討する	大学・大学院生330名 (男性100名, 女性230名) TAS-20 Internal Working Models尺度 Defense Style Questionnaire 42	Total: 全体57.7($SD=9.8$), 男性57.1($SD=9.7$), 女性58.0($SD=9.8$) TAS-20が61以上: 全体138名(41.8%), 男性41名(41.0%), 女性97名(42.2%)	因子分析で6項目削除したTAS-20合計と各尺度との相関 回避型愛着($r=.53, p<.01$), アンビバレント型愛着($r=.27, p<.01$) 安全型($r=.36, p<.01$) 身体化($r=.31, p<.01$), 自閉的空間($r=.36, p<.01$), 隔離($r=.42, p<.01$) ユーモア($r=.25, p<.01$)
有村ら (2012)	失体感症尺度を開発し, 信頼性と妥当性の検討を行う	大学生415名 (男性332名, 女性105名) TAS-20 失体感症尺度	Total: 54.1($SD=9.1$) DIF: 18.2($SD=5.5$) DDF: 16.2($SD=3.6$) EOT: 19.7($SD=3.8$)	TAS-20のTotalと失体感症尺度のTotal($r=.45, p<.001$) DIFと体感同定困難($r=.45, p<.001$), 過剰適応($r=.28, p<.001$), 体感に基づく健康管理の欠如($r=.17, p<.05$) DDFと体感同定困難($r=.21, p<.01$), 体感に基づく健康管理の欠如($r=.19, p<.01$) EOTと体感同定困難($r=.19, p<.01$)
反中ら (2014)	中学生を対象として, アレキシサイミア傾向の特徴について検討する。	中学生1465名 (男子785名, 女子680名) Rieffe et al.(2006)が作成した Alexithymia Questionnaire for Children:AQCをもとにした青年期 用アレキシサイミア尺度 (alexithymia scale for adolescence:ASA)	ASA Total: 53.92($SD=9.60$) DIF: 16.94($SD=5.76$) DDF: 14.47($SD=3.78$) EOT: 22.51($SD=3.82$)	DIF,DDFは男性より女性のほうが有意に高く, EOTは女性より男性のほうが有意に高い。 DIF, DDF, Totalにおいて1年生より2, 3年生が有意に高い。
反中ら (2015)	中学生から大学生のアレキシサイミア得点を比較する。	中学生, 高校生, 大学生2051名 (男性1045名, 女性1006名) ASA		DIFやDDFが年齢による増加傾向にある一方で, EOTは減少傾向を示した。 合計得点, DIF, DDFは有意に女子が高く, EOTは男子の方が高かった。

TAS-20(Toronto Alexithymia Scale-20): DIF(感情の同定困難), DDF(感情伝達困難), EOT(外的志向)。

TAS-26: Fukunishi et al,1995,1996に使用されているTAS-26はTAS-20の旧版。

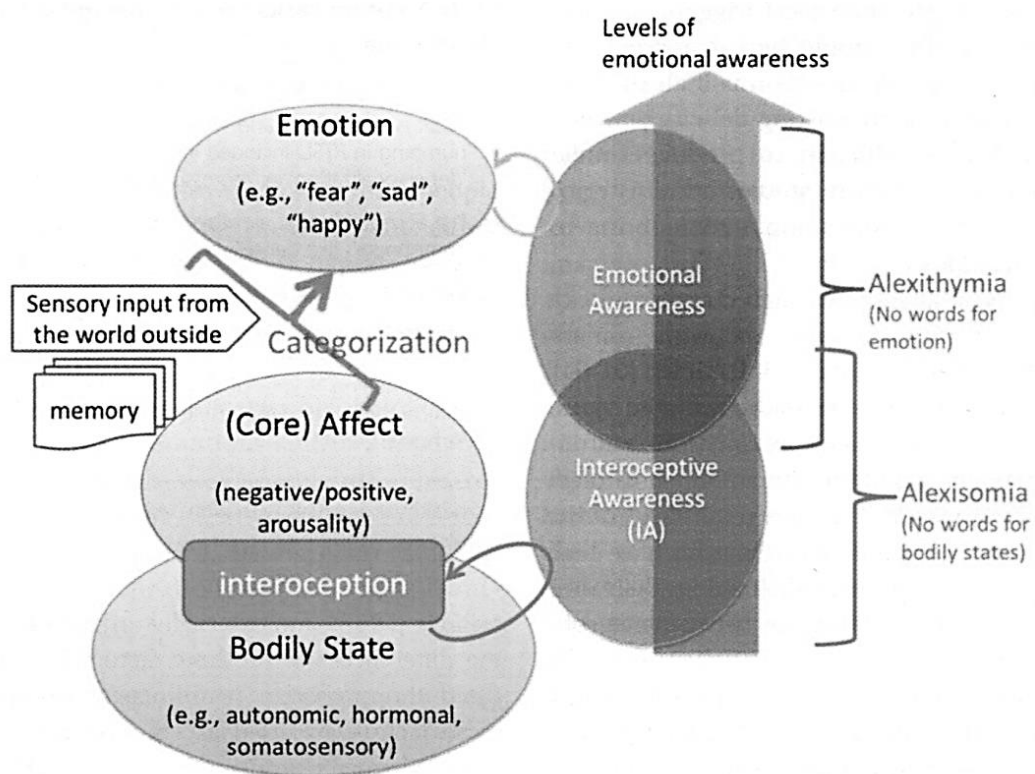


図3-1 感情の構成論的な理解(Moriguchi & Komaki, 2013より引用)

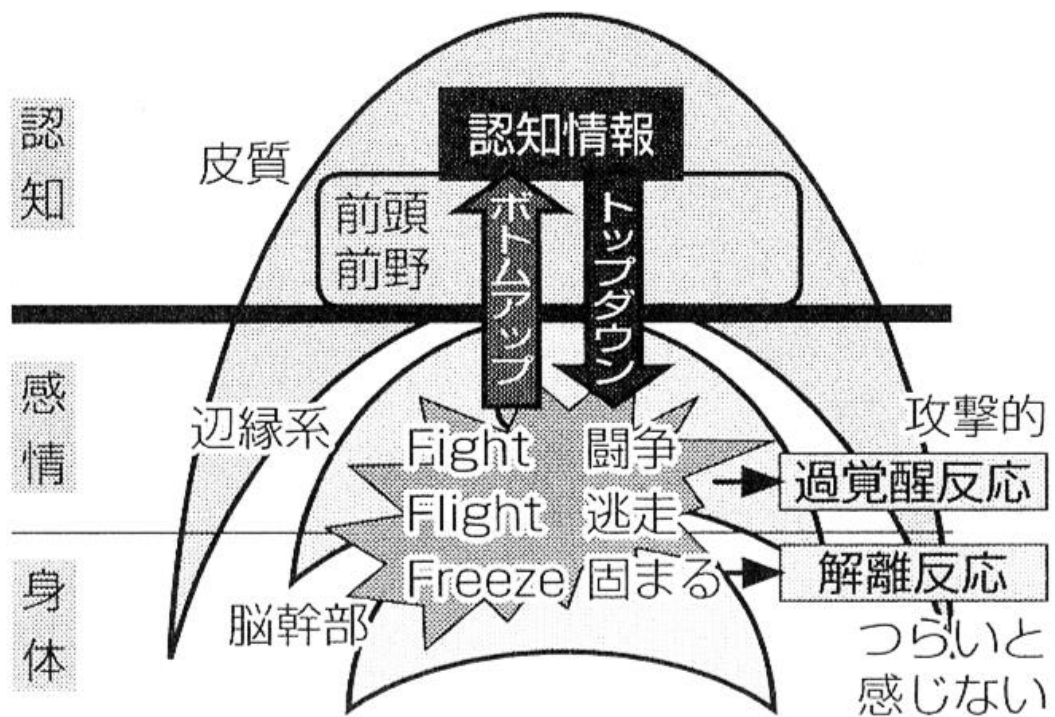


図3-2 子どもがおちつかなくなるプロセス（大河原，2015より引用）

第4章 大学生のアレキシサイミア傾向と認知的感情制御方略，精神的健康の関連

第1節 問題と目的

1. アレキシサイミア

アレキシサイミアの最も中心的な特徴は「自分の感情を表現する言葉を見つけるのが難しい」ということである（Sifneos, 1973）。アレキシサイミアは主に心身症の特徴として注目されてきたが、現在では特性的アレキシサイミアは診断分類的（カテゴリーカル）な概念ではなく、軸的（ディメンショナル）なパーソナリティ特性であり、その程度には連続性があると考えられている（Karukivi & Saarijavi, 2014, 小牧・前田, 2015）。アレキシサイミアは、感情制御の問題に関係した様々な身体的かつ精神的障害にとっての危険因子であり、アレキシサイミックな人々は未分化な否定的感情に陥りやすいのみならず、喜びや幸福感や愛情といった肯定的な感情を体験する能力のうえでも貧困さが見られ、これは情動反応システムの認知的・体験的領域と対人間での情動制御のレベルにおける欠陥を反映しているとされる（Taylor, Bagby & Parker, 1997）。

現在最も広く使用されているアレキシサイミアを測定する心理尺度として Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) があげられる。TAS-20 は、感情をラベリングすることの困難さである「感情の同定困難 (Difficulty in Identifying Feelings: DIF)」，感情を他人に伝えることの困難さである「感情の伝達困難 (Difficulty in describing feelings: DDF)」，対外志向的な考え方である「外的志向 (Externally oriented thinking: EOT)」の3因子で構成されており（小牧・前田, 2015），この3因子構造は文化を越えて安定していることが確認されている（Taylor & Bagby, 2012）。

日本で非臨床群を対象に TAS を使用してアレキシサイミアと精神的健康度の関連を実証的に検討した報告は多くないが（陶山・石崎, 2018a），福井らは解離に関する論文の中でアレキシサイミア傾向と心身の健康の関連をみている。その結果，TAS-20 の中でも DIF, DDF と精神的な不健康との間に有意な正の相関があり，重回帰分析の結果，特に DIF が精神的な不健康に有意な正の影響を与えていると指摘した（福井・野村・小澤ら, 2010）。

また，Fukunishi & Rahe (1995) は，アレキシサイミアとストレス対処行動やソーシャルサポートとの関連を検討している。偏相関分析の結果から，TAS-26 が高いほどストレスに対する否定的な反応が増え，肯定的な反応が減り，周囲からのソーシャルサポート

を求めたり受けたりすることが少ないことを示した。

2. 認知的感情制御

近年、心理学の代表的な感情理論とされる Gross の理論では、感情反応には「状況」、「注意」、「評価」、「反応」という時間軸に沿った反応の諸段階があり、それぞれの反応段階に対して「状況選択」、「状況修正」、「注意の方向付け」、「認知的変化」、「反応調整」という感情制御方略があるとされる (Gross & Jazaieri, 2014, 図 4-1)。

Garnefski, Kraaij & Spinhoven (2001) は、こうした感情理論をもとに、認知的な感情制御方略を詳しく測定する心理尺度である Cognitive Emotion Regulation Questionnaire : CERQ を作成した。CERQ は 9 因子で構成され、適応的な方略として、人の成長という観点から出来事にポジティブな意味を置く思考である「肯定的再評価 positive reappraisal」、出来事の重大さを軽視する、またほかの出来事との相対性を強調する思考である「大局的視点 put into perspective」、ある出来事を受け入れる、あるいは出来事に従おうとする思考である「受容 acceptance」、現実の出来事について考えず楽しいことや嬉しいことを考えることである「肯定的再焦点化 positive refocusing」、ネガティブなできごとにどのように対処するか考えることである「計画への再焦点化 refocus on planning」がある。他方、不適応的な方略として、ネガティブなできごとに関する気持ちや思考について考えることである「反芻 rumination or focus on thought」、ある出来事について自身を非難する思考である「自責 self-blame」、極端にある出来事の悪い点を強調する思考である「破局的思考 catastrophizing」、ある出来事について他者を非難する思考である「他者非難 blaming others」がある。榊原 (2015) は、CERQ の日本語版を作成し、うつや不安と認知的感情制御方略の関連を検討した。その結果、反芻、自責、他者非難、破局的思考は、うつや不安と有意な正の相関を示し、肯定的再評価、肯定的再焦点化、計画への再焦点化はうつや不安と有意な負の相関を示した。ただし、Garnefski & Kraaij (2007) が適応的な感情制御方略であるとしていた受容はうつとも不安とも無相関であったと報告した。

なお、感情を認知的に制御する方略に関する類似の心理学的な概念では他にストレスコーピングの中の認知的コーピングがあげられるが、認知的コーピングと認知的感情制御方略ではもとにするモデルが違っている (Garnefski & Kraaij, 2007)。まず、コーピングは問題焦点型と情動焦点型の 2 つの型に分けられ、さらにそれぞれに認知的か行動的かという 2 つの方略に分かれる。これは個人がどの型のどの方略を選択するかというこ

とでタイプ分けするものである。それに対して認知的感情制御方略は、Gross の「感情反応は時間軸にそって段階的に移行していく」というモデルをもとにしており、認知と行動は時間軸上で違う段階であると考えている。

アレキシサイミアの最も中心的な特徴は、自身の感情反応に気づき、その反応を区別し、それぞれにラベリングするという処理の問題であり、これは部分的には認知的な処理であると考えられる。したがって Gross のモデルでは主に注意と評価にあたると考えられる。

しかし感情制御における Gross のプロセスモデルと、様々な感情制御方略（主に認知的な）の一連の研究が別にある、さらに、アレキシサイミアのような感情制御の障害に関する議論がある。これら 3 者は現在様々に関連付けられて研究されているものの、それらが理論的、実証的に完全に統合されて理解されているわけではない (Naragon-Gainey, McMahon, & Chacko, 2017)。

以上のことから、本研究では大学生のアレキシサイミア傾向と精神的健康度、アレキシサイミア傾向と認知的感情制御の関連を調べることを目的とした。

第 2 節 方法

2017 年 11 月から 12 月にかけて A 大学の大学生 152 名（男性 66 名、女性 86 名、平均年齢 21.0 歳、 $SD=1.01$ ）を対象に質問紙調査を行った。

アレキシサイミアを測定するものとして日本語版 Toronto Alexithymia Scale-20: TAS-20 (小牧・前田, 2015) を使用した。TAS-20 は、「感情の同定困難: DIF」7 項目、「感情の伝達困難: DDF」5 項目、「外的志向: EOT」8 項目の 3 つの下位尺度から構成される。各質問項目は 1 点「全く当てはまらない」から 5 点「非常に当てはまる」までの 5 件法であり、合計得点は最低 20 点から最高 100 点に分布し、得点が高いほどアレキシサイミア傾向が強い。

認知的感情制御方略を測定するものとして日本語版 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: CERQ (Garnefski et al., 2001; Garnefski & Kraaij, 2007; 榊原, 2015) を使用した。CERQ は、「肯定的再評価」、「大局的視点」、「反芻」、「受容」、「自責」、「肯定的再焦点化」、「他者非難」、「破局的志向」、「計画への再焦点化」各 4 項目の 9 つの下位尺度から構成される。各項目は使用頻度を 5 件法で問うものであり、各因子は 4 点から 20 点の範囲となる。CERQ の 9 因子構造はこれまでに繰り返し支持されていることから

(榊原, 2015), 本研究ではこの 9 因子構造をそのまま使用して分析する。

精神的健康度を測定するものとして, 日本版 GHQ 精神健康調査票 28 項目版 (The General Health Questionnaire : Goldberg・中川・大坊, 2013) を使用した。大学生を主とする青年期層については一般成人より平均値が高く (6.6 ~ 7.8), 上位群は概ね 12 点以上, 下位群は概ね 2 点以下と見なしてよいとされる。このことから本研究では, この基準をもとに調査対象者を GHQ が 0~2 点, 3~11 点, 12~18 点という基準で 3 群に分け, それぞれ「健康群」, 「軽度群」, 「中等度以上群」とした。

倫理的配慮

本研究の趣旨と方法, 結果の公表等について十分に説明し, 調査への参加は対象者の自由意志であることを明示した。質問紙への回答をもって調査への同意とみなした。

本研究は神戸学院大学人を対象とする医学系研究等倫理審査委員会の審査により承認された。(承認番号: HEB17-23)

第 3 節 結果

1.3 群の精神的健康度およびアレキシサイミア傾向

GHQ28 の大学生を主とする青年期層の基準をもとに調査対象者を 3 つの群に分けた結果, 健康群は 31 名 (21%), 軽度群は 74 名 (49%), 中等度以上群は 45 名 (30%) であった。もともと TAS-20 では下位因子に性差があり, DIF や DDF は男性よりも女性の方が高く, EOT は女性よりも男性の方が高いと報告されているが (Moriguchi et al., 2007), 本研究において t 検定を行った結果, 性差はみられなかったため両者を分けることはせず, 分析を行った。

3 群の TAS-20 と CERQ の各因子の点数を比較するため 1 要因の分散分析を行った (表 4-1)。その結果, TAS-20 においては TAS-20 の合計点, DIF, DDF の得点において 1 パーセント水準で有意な群間の差がみられたため, Tukey の HSD 法による多重比較を行った。その結果, TAS-20 合計 ($F(2, 147) = 30.88, p < .001$) と, DIF ($F(2, 147) = 32.73, p < .001$), DDF ($F(2, 147) = 29.3, p < .001$) の 2 因子で中等度以上群の点数が最も高く, 健康群の点数が最も低かった。一方, EOT には差が見られなかった。

CERQ においては反芻と自責において 1 パーセント水準で有意な群間の差が, 肯定的再焦点化において 5 パーセント水準で有意な群間の差がみられたため, Tukey の HSD 法

による多重比較を行った。その結果、反芻 ($F(2, 147) = 7.323, p < .01$) と自責 ($F(2, 147) = 9.895, p < .001$) において中等度以上群の点数が他の 2 群に比べて高く、肯定的再焦点化 ($F(2, 147) = 4.2, p < .05$) において中等度以上群の点数が他の 2 群に比べて低かった。

2. アレキシサイミアに対する認知的感情制御方略の影響

次に、TAS-20 と CERQ の間の関連を見るために相関分析を行った。その結果、DIF は大局的視点 ($r = .31, p < .001$)、反芻 ($r = .42, p < .001$)、受容 ($r = .23, p < .01$)、自責 ($r = .39, p < .001$)、破局的思考 ($r = .37, p < .001$) と有意な正の相関がみられた。DDF は反芻 ($r = .29, p < .001$)、受容 ($r = .26, p < .01$)、自責 ($r = .50, p < .001$)、破局的思考 ($r = .31, p < .001$) と有意な正の相関が、肯定的再焦点化 ($r = -.18, p < .05$) と有意な負の相関がみられた。EOT は、肯定的再評価 ($r = -.43, p < .001$)、反芻 ($r = -.20, p < .05$)、計画的再焦点化 ($r = -.50, p < .001$) と有意な負の相関がみられた。

また、DIF と DDF はともに、肯定的再評価、肯定的再焦点化、他者非難、計画への再焦点化とは有意な関連はみられず、DDF はさらに大局的視点とも有意な関連がみられなかった。EOT は大局的視点、受容、自責、肯定的再焦点化、他者非難、破局的思考とは有意な関連がみられなかった。

さらに、アレキシサイミアの各因子に対してどのような認知的感情制御方略が影響を与えるのかを検討するため、相関分析において有意な相関が確認された CERQ の下位因子を独立変数とし、TAS-20 の各下位因子を従属変数として強制投入法による重回帰分析を行った (表 4-2, 3, 4)。DIF には大局的視点 ($\beta = .20, p < .01$)、反芻 ($\beta = .23, p < .01$)、自責 ($\beta = .30, p < .001$)、破局的思考 ($\beta = .20, p < .01$) が有意な影響を与え ($R^2 = .32, p < .001$)、DDF には自責 ($\beta = .43, p < .001$) と破局的思考 ($\beta = .22, p < .01$) が有意な影響を与え ($R^2 = .31, p < .001$)、EOT には計画への再焦点化 ($\beta = -.47, p < .001$) が有意な影響を与えていた ($R^2 = .34, p < .001$)。

第 4 節 考察

1. アレキシサイミア傾向と精神的健康度の関連

TAS-20 と GHQ の関連について福井ら (2010) は、相関分析の結果、TAS-20 の DIF、DDF と GHQ との間に中程度の正の相関があったと報告した。本研究では、GHQ28 の青

年期の基準によってわけた 3 群において TAS-20 の下位因子の点数を比較すると、DIF と DDF は健康群より軽度群が高く、さらに軽度群より中等度以上群と高く、段階的に悪化していることを確認した。アレキシサイミア傾向の特に第 1 因子と第 2 因子は全般的な精神的健康度に対して敏感に反応する指標であることが示唆された。

さらに、本研究において、精神的健康度が最も低い中等度以上群の TAS-20 の平均値は 63.4 点であった。この点数は Moriguchi et al. (2007) が健常群と臨床群を対象に TAS-20 を実施した大規模調査における臨床群の平均値 (55.4 点) と比較しても高く、大学生においても精神的健康度が低い人はアレキシサイミア傾向が強く、問題があると考えられた。

2. 認知的感情制御と精神的健康度の関連

GHQ の 3 群における CERQ の 9 つの下位因子の点数の比較では、すべての因子で健常群と軽度群の間には有意な差がみられなかった。軽度群と中等度以上群の間では反芻と自責が中等度以上群で有意に高く、肯定的再評価では中等度以上群が有意に低いという結果であった。この中等度以上群の反芻と自責の高さは、第 2 章に述べた自己否定や反芻が不安やうつが高い群において高かったという結果と同様の結果である。さらに、中等度以上群では肯定的再評価という適応的な認知的感情制御方略が低下しており、問題がある群では問題がないあるいは軽度である群に比べて不適応的な認知的感情制御方略が多く使用され、適応的な認知的感情制御方略が使用されていないという特徴が認められた。しかし、GHQ による 3 群のアレキシサイミア傾向の高さの差が顕著であることを考えると、精神的健康度と認知的感情制御の関連にアレキシサイミアを含めたこの 3 者の関連をさらに検討する必要があると考えられる。

3. アレキシサイミア傾向と認知的感情制御の関連

CERQ を開発した Garnefski らは、CERQ の 9 つの認知的感情制御方略は適応的なものと不適応的なものにわけられ、うつや不安と 9 つの認知的感情制御方略との関連を一般の人を対象に調査し、他の認知的感情制御方略を統制した後でも、自責、反芻、破局的思考はうつや不安と正の関連があり、肯定的再評価は負の関連があることを報告した (Garnefski et al., 2001, Garnefski & Kraaij, 2007)。

本研究において TAS-20 と CERQ の関連を分析した結果、CERQ の 9 因子の中で大局

的視点、反芻、自責、破局的思考が DIF に、自責と破局的思考が DDF に有意な正の影響を与えており、EOT には計画への再焦点化が有意な負の影響を与えていた。DIF と DDF にともに影響を与えていた自責や破局的思考は、先に述べたようにうつや不安と関連していることが確認されている。本研究においては、反芻が DIF に影響を与えていることが確認された。反芻はうつに関連する不適応的な認知として広く議論されてきたものである（石崎・陶山，2016）。このように、アレキシサイミアの中核的な特徴である DIF および DDF に対してうつや不安と同じような不適応的な認知が関連しているという結果であった。近年、不安障害とうつ病性障害をともに感情調整障害を有する疾患と捉え、従来のそれぞれの持つ特異的な特性に介入する特異的 CBT から、疾患に共通している特性に焦点を当てて介入を考える診断横断的 CBT が議論されている（陶山・石崎，2018b）。今後、アレキシサイミアに関わる不適応的な認知的感情制御方略がうつや不安に関連するものと共通していたことについて、さらに詳しく検討する必要があると考えられる。このことは、アレキシサイミアに対する認知的介入を考える上で重要な問題であろう。

一方、Garnefski らが適応的な認知的感情制御方略としていた大局的視点であるが、本研究の結果では DIF に対して正の影響を与えていた。大局的視点は、出来事の重大さを軽視する、またほかの出来事との相対性を強調する思考であり、アレキシサイミアにおいては自己の内側で生起する感情を軽視したり相対化したりすることによって、むしろアレキシサイミア傾向を強める可能性があるのかもしれない。この点についてはさらに調べる必要があると考えられた。

また、本研究では EOT に負の影響を与える認知的感情制御方略として計画への再焦点化が見いだされた。このことは、EOT の自己の内面より外的なものに目を向けるという傾向には、自身の感情に関わるネガティブなできごとにどのように対処するか考えられないという問題があることを示唆している。

4. 本研究の限界点とまとめ

本研究は自記式の心理質問紙調査であるため、結果は調査対象者の自己評価にもとづくものであるという点で限界があるだろう。また、本研究は一般の大学生を対象としており、年齢に幅のない集団の結果である。TAS20 や GHQ28 の結果には年齢層によって差があるという報告もあり、今後年齢の幅を広げた調査や臨床群を対象とした調査を行

うことが必要であると考えられる。

以上のような限界点はあるものの、本研究において、精神的健康度とアレキシサイミアおよび認知的感情制御方略の関連を見いだした。さらに、アレキシサイミアに対して反芻や自責、破局的思考のような、うつや不安と共通する認知的感情制御方略の問題があることが示唆された。今後、これらの点を考慮してアレキシサイミアに対する心理的介入について検討する必要があると考えられた。

第4章 図表

表4-1 GHQ28青年期カットオフ得点による3群の各下位尺度の平均値と標準偏差, 群間の得点の比較, 信頼性係数

	健康群 <i>n</i> =31	軽度群 <i>n</i> =74	中等度以上群 <i>n</i> =45			
	平均値(<i>SD</i>)	平均値(<i>SD</i>)	平均値(<i>SD</i>)	<i>F</i> 値	多重比較	<i>α</i>
TAS20	47.1 (8.17)	55.0 (9.34)	63.4 (8.90)	30.88 ***	健康群<軽度群<中等度以上群	.79
DIF	13.7 (3.63)	19.1 (5.67)	23.9 (5.98)	32.73 ***	健康群<軽度群<中等度以上群	.86
DDF	12.6 (3.54)	16.4 (4.02)	19.1 (2.91)	29.30 ***	健康群<軽度群<中等度以上群	.75
EOT	20.7 (4.34)	19.4 (3.87)	20.3 (4.36)	1.31		.51
CERQ						.80
肯定的再評価	14.7 (2.92)	13.5 (3.84)	13.1 (4.03)	1.83		.82
大局的視点	12.4 (2.73)	12.4 (2.24)	13.4 (3.35)	2.31		.41
反芻	12.8 (3.23)	14.0 (3.01)	15.5 (3.19)	7.31 **	健康群, 軽度群<中等度以上群	.66
受容	13.3 (2.53)	13.5 (2.50)	14.5 (2.66)	2.67		.47
自責	12.9 (3.33)	13.6 (3.31)	15.9 (3.16)	9.90 ***	健康群, 軽度群<中等度以上群	.81
肯定的再焦点化	13.4 (3.03)	12.1 (3.42)	11.0 (3.93)	4.18 *	健康群, 軽度群>中等度以上群	.79
他者非難	10.2 (3.54)	10.8 (3.20)	10.0 (2.74)	1.01		.71
破局的思考	10.1 (3.34)	10.8 (3.14)	11.7 (2.95)	2.49		.65
計画への再焦点化	15.9 (2.48)	15.2 (2.97)	14.6 (3.86)	1.67		.82

注) *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, 健康群: GHQ0-2点, 軽度群: GHQ3-11点, 中等度以上群: GHQ12-28点, TAS-20: Toronto Alexithymia Scale-20, DIF: 感情の同定困難, DDF: 感情伝達困難, EOT: 外的志向, CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, GHQ-28: The General Health Questionnaire-28

表4-2 従属変数を感情の同定困難(DIF)とした重回帰分析

	感情の同定困難(DIF)		
	β	t 値	p
CERQ			
大局的視点	.20	2.69	.008
反芻	.23	2.66	.009
受容	-.14	-1.63	.105
自責	.30	3.79	.000
破局的思考	.20	2.68	.008
R^2	.32		.000

注) CERQ : Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

表4-3 従属変数を感情の伝達困難(DDF)とした重回帰分析

	感情の伝達困難(DDF)		
	β	t 値	p
CERQ			
反芻	.03	0.39	.697
受容	-.01	-0.12	.908
自責	.43	5.17	.000
肯定的再焦点化	-.10	-1.34	.181
破局的思考	.22	2.89	.004
R^2	.31		.000

注) CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

表4-4 従属変数を外的志向(EOT)とした重回帰分析

	外的志向(EOT)		
	β	t 値	p
CERQ			
肯定的再評価	-.13	-1.46	.146
反芻	-.10	-1.40	.162
計画への再焦点化	-.47	-5.43	.000
R^2	.34		.000

注) CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

図

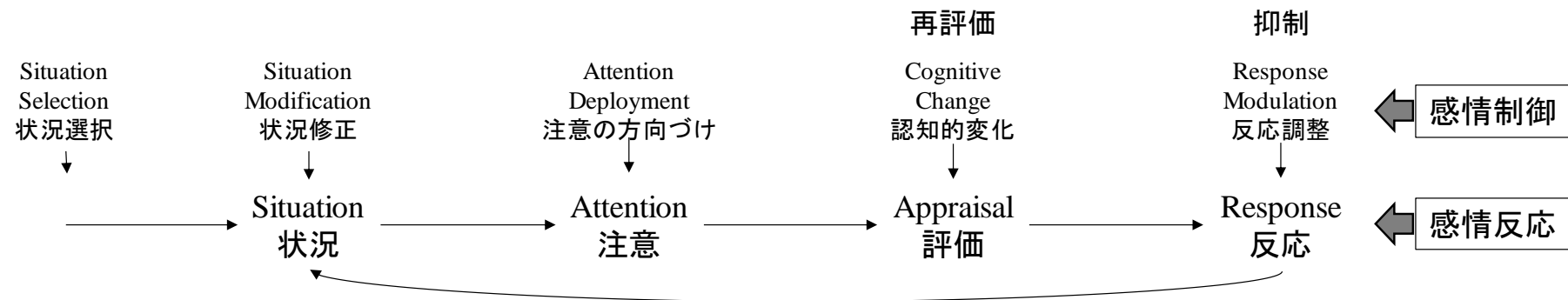


図4-1 Gross & Jazaieri (2014)の感情反応，感情制御方略モデル

第 5 章 青年期のアレキシサイミア傾向と親からの精神的自立と親への親密性-不安と抑うつ、認知的感情制御方略との関連-

第 1 節 問題と目的

1. 研究 1 アレキシサイミアと親子関係

(1) アレキシサイミア

第 3 章、第 4 章において述べたように、アレキシサイミアの最も中心的な特徴は「自分の感情を表現する言葉を見つけるのが難しい」ということである (Sifneos, 1973)。アレキシサイミアは、感情制御の問題に関係した様々な身体的かつ精神的障害にとっての危険因子であり、アレキシサイミックな人々は未分化な否定的感情に陥りやすいのみならず、喜びや幸福感や愛情といった肯定的な感情を体験する能力のうえでも貧困さが見られ、これは情動反応システムの認知的・体験的領域と対人間での情動制御のレベルにおける欠陥を反映しているとされる (Taylor, Bagby, & Parker, 1997 訳 福西, 1998)。

Taylor はさらに、同書の中で感情制御障害が目立つ境界性パーソナリティ障害 (Border line Personality : BP) について論じ、「BP の発展において生物学的諸要因が一役買っているという証拠が増えつつある一方、患者の子供の頃に被虐待体験があることから、発達の・心理的要因もまた重要な役割を果たしていることが示された」と述べている。そして、生物学的変数と心理学的変数は相互に影響を及ぼし合うことがあるという考え方を紹介した。このように、BP に見られる感情制御障害が生じる基底にある発達の欠陥の一つとしてアレキシサイミアがある可能性に触れながら、体系的な実証研究はまだないと指摘した。

(2) 特性的アレキシサイミアと親子関係

第 3 章で述べたように、近年の脳画像研究によるとアレキシサイミア高群の人では脳機能上の変化が起こっており、脳は、人間が環境に適応して生きのびられるよう環境に応じて発達していくものであり、そのプロセスは環境に応じて大きく変化する感情を制御する能力の発達としてもとらえられる。そして、その子どもの感情の制御機能の発達のためには、大人の適切な共感的な対応が重要であることが子どものトラウマの臨床や愛着の研究から指摘された (陶山・石崎, 2018b)。以上のように、この約 20 年の間に、様々な領域においてアレキシサイミアに関する研究が進められており、感情の発達過程

に対して養育環境が与える影響は大きいと考えられるが、アレキシサイミアの発達のプロセスについてはまだ十分には解明されていない。

一般の青年を対象にアレキシサイミアと親子関係の関連について質問紙調査を行った心理学的研究を以下に年代順に簡単にまとめる。またそれらのアレキシサイミアと親子関係の尺度間相関の有無等の結果を表に示した（表 5-1）。

Berenbaum et al. (1994) の調査では、アレキシサイミアは家庭内での表現のできなさや安全感の少なさと関連していた。また、解離はネガティブなコミュニケーションが高いことと関連し、アレキシサイミアはポジティブなコミュニケーションの少なさと関連していたと報告した。

Fukunishi et al. (1999) は、アレキシサイミア (TAS-20) と両親の養育態度 (Parental Bonding Instrument: PBI) の関連を検討している。両親の養育態度 (PBI) は「ケア」と「過保護」の2因子で構成されている。その結果、アレキシサイミアと母親のケア的養育態度との間に有意な負の関連がみられ、アレキシサイミアの3因子の中でもDDFと有意な負の相関が見られた。一方、アレキシサイミアと両親の過保護的養育態度の間には有意な関連はみられなかった。さらに、Fukunishi et al. は交感神経活動の測定を行っており、アレキシサイミア傾向が高い学生では、低い学生に比べて安静時に高い交感神経活動を示す傾向があると報告している。これらのことから、安静時のアレキシサイミアと交感神経活動との間の有意な関連が母親のケアのレベルによって制御されており、乳児期や小児期における母親との愛着が安静時のアレキシサイミア特性や交感神経活動の発達に重要な役割を果たすことを示唆した。

Kooiman et al. (2004) は、成人期におけるアレキシサイミアや不安やうつなどの感情調整不全におけるリスク要因として両親の養育態度 (PBI) や小児期の逆境体験をあげ、アレキシサイミアとの関連を検討している。アレキシサイミアは両親のケア的養育態度と有意な負の相関がみられ、過保護的養育態度と有意な正の相関が見られた。また小児期の逆境体験の有無で有意な差があるのかどうかを検討した結果、性的虐待の有無によってうつの点数にのみ有意差があり、そのほかのアレキシサイミアや解離、身体的解離、不安には、小児期の逆境体験の有無による差はみられなかった。したがって虐待のアレキシサイミアなどへの直接の関連はみられなかった。

Mason et al. (2005) は、アレキシサイミアと両親の養育態度 (PBI)、解離との関連を検討している。その結果、アレキシサイミアと両親のケア的養育態度の間に有意な負の

相関が見られたが、両親の過保護的養育態度とは有意な相関はほとんどなかった。

Thorberg et al. (2011) は、これらの PBI と TAS を使用した研究を含む 9 つの研究をデータとしてメタ分析を行った。その結果、母親のケアと TAS-20 の合計得点、DIF、DDF との有意な負の関連、父母の過保護と TAS-20 の合計得点、DDF との有意な正の関連がみられた。

福井ら (2010) は、虐待的養育環境 (Child Abuse and Trauma Scale: CATS) と心身の分離傾向、アレキシサイミア傾向、心身の健康との関連を検討している。その結果、アレキシサイミアの 3 因子のうち DIF と DDF は虐待的養育環境と有意な正の相関を示した。

Karukivi et al. (2011) は、アレキシサイミアとソーシャルサポートおよび親の養育態度 (PBI) との関連を検討している。その結果、男女ともに、アレキシサイミアと母親の過保護的養育態度との間に有意な正の関連がみられ、さらに女性のみ、父親の過保護的養育態度と有意な正の関連がみられた。アレキシサイミアとケア的養育態度との間には有意な関連はみられなかった。そして、著者らはアレキシサイミアは母親の過保護的養育態度との強い関連がみられたことから、アレキシサイミアの 3 因子の中でも DDF が母親の過保護的養育態度と特に関連しており、母親の行動制限や侵入的関与が後の子どもの感情表現に影響しているという De Panfilis et al. (2008) の臨床研究を引用している。

Aust et al. (2013) は、アレキシサイミアと 5 つのタイプの早期トラウマ経験との関連を検討している。その結果、アレキシサイミアと有意な関連がみられたのは 5 つの早期トラウマ経験のうち、感情的ネグレクト経験のみであった。さらに、アレキシサイミアの高群と低群に分けて早期トラウマ経験の点数を比較すると、感情的ネグレクトの経験でのみアレキシサイミア高群の点数が有意に高いという結果であった。感情的ネグレクトはアレキシサイミアのレベルを予測していたことから、早期の感情的ネグレクトは、自身の情動を受け入れてもらえないことや情動の身体化、情動制御がうまくできないことと関連することが確認された。

以上の PBI を使用した親子関係とアレキシサイミアの関連をまとめると、Fukunishi et al. (1999), Kooiman et al. (2004), Mason et al. (2005) ではケア的養育態度とアレキシサイミアの間に有意な負の関連がみられたが、Karukivi et al. (2011) では有意な関連はみられなかった。さらに、Kooiman et al. (2004), Karukivi et al. (2011) では過保護的養育態度とアレキシサイミアとの間に有意な正の関連がみられたが、Fukunishi et al. (1999),

Mason et al. (2005) では有意な関連はみられなかったと報告している。これらの報告や Berenbaum et al. (1994), 福井ら (2010), Aust et al. (2013) の報告から、アレキシサイミアと親子関係には一貫して何らかの関連はあるが、どういう親子関係が関連しているのか、男女で差があるのかについてはそれほど明確になっていない。以上のことから、本研究では、第3章での考察と先行研究をもとに、青年期の親子関係とアレキシサイミアとの関連について発達の議論を踏まえて検討する。

これまでに概観した先行研究が主に用いていたのは、対象者に過去（子どもの頃）の親子関係を評価させるものであったが、本研究においては、現在の親子関係を測定する尺度を使用する。本研究においては、青年期の親子関係を測定することを目的として開発された、親子間の精神的自立と親密性尺度（水本, 2018）を使用する。この尺度は、母娘関係の測定のために作成された「母子関係における精神的自立尺度」（水本・山根, 2011）および「母親への親密性尺度」（水本, 2016）が父息子、父娘、母息子といった親子関係にも適用できることを確認したものである。これらのすべての組み合わせの親子関係において両尺度の因子的妥当性が実証された。「親子関係における精神的自立尺度」および「親への親密性尺度」の尺度項目を確定し、各尺度が、父息子、父娘、母息子、母娘関係を測定できることを確認している。特に愛着の研究結果から、発達過程では親密な関係における安定的な絆を基礎に自立へと向かうことが論じられている。本尺度は、そうした現代の発達心理学的な理解に基づいて作成された。親子間の精神的自立尺度は独立した相関のない2因子から構成され、親子間の親密性尺度は独立ではない相互相関がある3因子から構成される。

先行研究ではかつての親の養育態度を振り返って評価させ、その評価とアレキシサイミアとの関連をみている。過去の親子関係を評価させることに妥当性が無いわけではないが、現在の状態を評価する方がより妥当であると考えられる。また、子どもが親の態度を評価するよりも、自分自身の親との関係性を評価する方がより妥当であると考えられる。そして、現在の親子関係から親の養育態度についてある程度推測が可能であると考えられる。そこで本研究では、現在大学生が親とどのような関係にあると感じているのかという親子関係を評価させ、アレキシサイミアとの関連を調べた。

なお、本研究の仮説として、年齢を重ねても続く親と子の過度な一体化が、子どもの情動機能の発達の観点から、子どもの自身の感情の同定や伝達の困難さにつながると考える。以上のことから、本研究の第1の目的は、大学生を対象として、一般青年群のア

レキシサイミアと親子関係の関連を調べることである。

2. 研究 2 不安と抑うつ併存群における CERQ とアレキシサイミア

(1) 不安と抑うつ併存群にかかわる認知—CERQ による検討

第 2 章で示したように、代表的な心理障害である不安と抑うつは非常に併存率が高く、併存群は反芻や否定的自己認知という不安とうつに特徴的な認知を強く持ち、臨床的によりハイリスクな状態にある可能性が示唆された（陶山・石崎，2018a）。そこで本研究では、さらに不安と抑うつ併存群における認知的感情制御について検討する。ただし、第 2 章で述べたように、不安とうつを測る尺度はもともと両者の相関が高いという問題がある。そこで本研究では、不安と抑うつを分け、両者の関連が低く作られている Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) を用いた。また第 2 章では、不安と抑うつに関連があると考えられた認知要因として反芻と否定的自己認知についてのみ検討したが、ここでは CERQ を用いて反芻や否定的自己認知を含む感情制御に関わる認知的特徴についてより広く検討する。

(2) 不安と抑うつ併存群におけるアレキシサイミア

さらに、第 4 章では、アレキシサイミアは精神的健康度との関連が強いことが示された。ここでは、不安と抑うつ併存群への関心から、不安と抑うつ単独群および併存群とアレキシサイミアとの関連について検討する。もし併存群においてアレキシサイミア的傾向が高ければ、この群に関してアレキシサイミアという観点からもその特徴を理解することができる可能性があるだろう。

第 2 節 方法

2018 年 12 月から 2019 年 1 月にかけて A 大学の大学生 217 名（男性 92 名、女性 125 名、平均年齢 19.5 歳、 $SD=.91$ ）を対象に質問紙調査を行った。

不安とうつを測定するものとして日本語版 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS: 八田ら, 1998) を使用した。HADS は不安 7 項目、うつ 7 項目から構成され、4 件法で問うものであり、各質問項目は 0 から 3 点で得点化する。不安と抑うつそれぞれにカットオフ得点が設定されており、0–7 点を non, 8–10 点を doubtful, 11–21 点を definitex としている。本研究では、この基準をもとに調査対象者を不安もうつも 0–7

点の「健常群」，不安が 8－21 点でうつが 0－7 点の「不安群」不安が 0－7 点でうつが 8－21 点の「抑うつ群」，不安と抑うつともに 8－21 点の人を「併存群」という 4 群に分けた。

アレキシサイミアを測定するものとして日本語版 Toronto Alexithymia Scale-20:TAS-20 (小牧・前田, 2015) を使用した。TAS-20 は，「感情の同定困難：DIF」7 項目，「感情の伝達困難：DDF」5 項目，「外的志向：EOT」8 項目の 3 つの下位尺度から構成される。各質問項目は 1 点「全く当てはまらない」から 5 点「非常に当てはまる」までの 5 件法であり，合計得点は最低 20 点から最高 100 点に分布し，得点が高いほどアレキシサイミア傾向が強い。

青年期後期の親子間の関係を子どもの側がどう評価しているのかを測定するものとして，親子関係における精神的自立尺度と親への親密性尺度を使用した (水本, 2018)。親子関係における精神的自立尺度は「親との信頼関係」6 項目，「親からの心理的分離」5 項目の 2 因子で構成される。親への親密性尺度は「親への心づかい」9 項目，「親の価値観へのとらわれ」5 項目，「親への絶対的安心感」3 項目の 3 因子で構成される。各質問項目は 1 点「全くそう思わない」から 5 点「非常にそう思う」までの 5 件法である。

認知的感情制御方略を測定するものとして日本語版 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire : CERQ (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001 ; Garnefski & Kraaij, 2007 ; 榊原, 2015) を使用した。CERQ は，「肯定的再評価」，「大局的視点」，「反芻」，「受容」，「自責」，「肯定的再焦点化」，「他者非難」，「破局的志向」，「計画への再焦点化」各 4 項目の 9 つの下位尺度から構成される。各項目は使用頻度を 5 件法で問うものであり，各因子は 4 点から 20 点の範囲となる。CERQ の 9 因子構造はこれまでに繰り返し支持されていることから (榊原, 2015), 本研究ではこの 9 因子構造をそのまま使用して分析する。

倫理的配慮

本研究の趣旨と方法，結果の公表等について十分に説明し，調査への参加は対象者の自由意志であることを明示した。質問紙への回答をもって調査への同意とみなした。

本研究は心理学部人を対象とする研究等倫理審査委員会の審査により承認された。(承認番号 : HP18-14)

第3節 結果

1. 全体の各尺度の平均値 (SD) と信頼性係数, 性別ごとの平均値 (SD) の比較

本研究では親子関係を取り扱い、親子関係に関わる尺度には男女の点数差があると考えられる。そこで、性別によって尺度の点数に差があるのかどうかを確認するため、 t 検定を行った。その結果を表 5-2 に示す。

HADS, TAS-20 においては性別による得点の差はみられなかった。親子間の精神的自立尺度の、親からの心理的分離では男性の方が女性より有意に高かった ($t(214) = 1.99$, $p < .05$)。一方、親子間の親密性尺度の、親の価値へのとらわれは女性の方が男性よりも有意に高かった ($t(215) = 2.69$, $p < .01$)。CERQ では、受容は男性の方が女性より有意に高く ($t(214) = 1.99$, $p < .05$)、肯定的再焦点化は女性の方が男性よりも有意に高かった ($t(215) = 2.55$, $p < .05$)。さらに男女の差に統計的に有意な傾向が見られたのは、自責で女性の方が高い傾向 ($t(215) = 1.84$, $p < .10$)、他者非難で男性の方が高い傾向がみられた ($t(215) = 1.90$, $p < .10$)。

以下は、目的と対応し、研究 1 と研究 2 に分けてそれぞれの結果を示す。

2. 研究 1 の結果

(1) 性別ごとのアレキシサイミアと親子関係尺度の相関

水本らが青年期の親子関係と複数の心理的要因との関連を調べた結果、男子学生と女子学生では関連の仕方に違いが見られたという報告から、性別ごとに TAS-20 の合計点および下位因子と親子関係尺度の各下位因子との関連について検討するため相関分析を行った。その結果を表 5-3 に示す。

TAS-20 の合計点と親子関係尺度の下位因子の関連をみると、男女ともに、TAS-20 と親からの心理的分離とは有意な関連がみられず、TAS-20 と親の価値へのとらわれとの間に有意な正の相関が見られた (男性 $r = .27$, $p < .05$, 女性 $r = .32$, $p < .001$)。女性では、TAS-20 と親との信頼関係 ($r = -.23$, $p < .01$)、親への絶対的安心感 ($r = -.21$, $p < .05$) との間に有意な負の関連がみられたが、男性ではその関連はみられなかった。

次に、TAS-20 の下位因子と親子関係尺度の下位因子の関連をみると、DIF と親子関係尺度の下位因子の関連は、男女ともに DIF と親からの心理的分離、親への心づかいとは有意な関連はみられず、女性では、DIF と親との信頼関係 ($r = -.19$, $p < .05$)、親への絶対

的安心感 ($r=-.20, p<.05$) との間に有意な負の関連がみられ、DIF と親の価値へのとらわれとの間に有意な正の相関が見られたが ($r=.28, p<.01$)、男性ではその関連はみられなかった。

DDF と親子関係尺度の下位因子の関連は、男女ともに、DDF と親との信頼関係、親からの心理的分離、親への心づかい、親の価値へのとらわれとの有意な関連はみられなかった。女性では、DDF と親への絶対的安心感 ($r=-.21, p<.05$) との間に有意な負の関連がみられたが男性ではその関連がみられなかった。

EOT と親子関係尺度の下位因子の関連は、男女ともに、EOT と親からの心理的分離との間に有意な負の関連がみられた (男性 $r=-.25, p<.05$, 女性 $r=-.30, p<.01$)。女性では EOT と親の価値へのとらわれとの間に有意な正の相関がみられたが ($r=.18, p<.05$)、男性ではその関連はみられなかった。

(2) TAS-20 の得点による 2 群の親子関係尺度得点の比較

さらに、アレキシサイミアの有無と親子関係の関連を見るために TAS-20 による 2 群を構成した。TAS-20 合計得点のカットオフ得点である 61 点を基準に TAS-20 低群 (健康群) と TAS-20 高群 (アレキシサイミア群) の 2 群に分けた結果、TAS-20 低群は 157 名 (73%)、TAS-20 高群は 57 名 (27%) であった。なお、男女の割合に統計的な有意差はなかった。TAS-20 合計得点の分布とカットオフ得点を図 5-1 に示す。

2 群における親子関係尺度の各下位因子の平均値 (SD) の差を検討するため、 t 検定を行った。その結果を表 5-4 に示す。その結果、親への親密性尺度の親の価値へのとらわれは TAS-20 高群が低群よりも有意に高く ($t(212)=3.45, p<.01$)、親への絶対的安心感 は TAS-20 高群が低群よりも有意に低かった ($t(212)=2.28, p<.05$)。親への心づかいに差はなかった。また親子関係における精神的自立尺度において 2 群間の差は見られなかった。

3. 研究 2 の結果

(1) 不安と抑うつ の併存群におけるアレキシサイミアの比較

HADS のカットオフ得点を使用して、不安と抑うつ の有無によって 4 群に分けた結果、健康群は 82 名 (38%)、不安群は 38 名 (18%)、抑うつ 群は 37 名 (17%)、併存群は 59 名 (27%) であった。なお、この 4 群における男女の割合に統計的な有意差はなかった。

4 群の TAS20 の各因子の点数を比較するため 1 要因の分散分析を行った（表 5-5、図 5-2-a, b, c, d）。その結果、TAS-20 においては TAS-20 の合計点、DIF、DDF の得点においていずれも 1 パーセント水準で有意な群間の差がみられたため、Tukey の HSD 法による多重比較を行った。その結果、TAS-20 合計 ($F(3, 209) = 21.09, p < .001$) は、健康群よりも不安群が有意に高く、抑うつ群よりも併存群が有意に高かった（健康群 < 不安群、抑うつ群 < 併存群）。

DIF ($F(3, 212) = 28.17, p < .001$) は、健康群よりも不安群と併存群が有意に高く、抑うつ群よりも併存群が有意に高かった（健康群 < 不安群・併存群、抑うつ群 < 併存群）。

DDF ($F(3, 210) = 12.74, p < .001$) は、健康群が他の 3 群に比べて有意に低かった（健康群 < 不安群・抑うつ群・併存群）。EOT には 4 群の差が見られなかった。

以上の結果から、併存群において TAS-20 の合計点が不安や抑うつ単独群と比べても有意に高いことを確認した。またその平均点は 60.3 点であり、ほぼカットオフ得点に相当する水準であることを見出した。

(2) 不安と抑うつの併存群の CERQ

併存群における認知的特徴を検討するために不安とうつ 4 群による CERQ の各因子得点の 1 要因の分散分析を行なった。

CERQ においては反芻、肯定的再焦点化、破局的思考において 1 パーセント水準で有意な群間の差が、肯定的再評価において 5 パーセント水準で有意な群間の差がみられたため、Tukey の HSD 法による多重比較を行った。その結果、肯定的再評価 ($F(3, 212) = 2.91, p < .05$) は不安群が併存群より有意に高く（不安群 > 併存群）、反芻 ($F(3, 212) = 9.56, p < .001$) は健康群および抑うつ群よりも不安群と併存群が有意に高かった（健康群・抑うつ群 < 不安群・併存群）。肯定的再焦点化 ($F(3, 212) = 4.16, p < .01$) は併存群より健康群が有意に高く（健康群 > 併存群）、破局的思考 ($F(3, 212) = 7.47, p < .001$) は健康群と抑うつ群よりも併存群が有意に高かった（健康群、抑うつ群 < 併存群）。

以上の結果から、CERQ の各下位因子の得点においては、併存群はいくつかの因子で健康群とは差があるものの、不安と抑うつの各単独群と比べて両者と併存群に有意差のある因子は見出されなかった。

第4節 考察

1. 全体の各尺度の平均値 (SD) と信頼性係数、性別ごとの平均値 (SD) の比較

各尺度の下位因子における平均値 (SD) の性差をみると、アレキシサイミア (TAS20)、不安とうつ (HADS) の平均値に性差はなく、親からの精神的自立尺度の「親からの心理的分離」において男性の方が女性よりも有意に高く、親との親密性尺度の「親の価値へのとらわれ」において女性の方が男性よりも高かった。TAS-20 はもともと、総得点には有意な性差がなく、感情の同定困難 (DIF) は女性が高く、外的志向 (EOT) は男性が高いと報告されているが、本研究の結果で性差は認められなかった。親子関係尺度の一部に性差が認められたのは、青年期の親子関係における男性と女性の発達的な特性の違いを反映したものと考えられる。

認知的感情制御方略 (CERQ) では、受容は男性の方が女性よりも有意に高く、肯定的再焦点化は女性の方が男性よりも有意に高かった。男女の差に有意な傾向が見られたのは、自責で女性の方が高い傾向、他者非難で男性の方が高い傾向がみられた。なお、CERQ における性差はもともと想定されてはいない。

2. 研究1の考察 (アレキシサイミアと親子関係)

(1) アレキシサイミアと親子関係との関連について

相関分析の結果、アレキシサイミア (TAS-20 合計得点) と親の価値へのとらわれとの間に男女ともに有意な正の関連がみられた。さらに、女性では TAS-20 と親との信頼関係、親への絶対的安心感との間に有意な負の関連がみられたが、男性ではそれらの関連はみられなかった。「親の価値へのとらわれ」因子は、「何かを判断するとき、親はどう思うかが気になる」などの項目から構成され、自立の2側面を抑制すると考えられており、親の価値基準枠にしたがっている関係にある場合には対等な大人同士の関係を築くのが困難であると考えられる (水本, 2016)。本尺度を開発した水本 (2018) は、特に母娘関係において、情緒的な一体性が母親を女性モデルとするアイデンティティの形成に寄与するが、一方で同時に自立のためには母親との差異化を行わなければならないという青年期の女性の発達プロセスの困難さを指摘している。この因子の得点が高いことは、親との分離の難しさを示すものであり、養育環境における親の干渉や侵入性に関連するものと推測されるだろう。

したがって、これは養育態度 (PBI) を検討した先行研究における過保護的養育態度

と類似の因子であると考えられる。本研究ではアレキシサイミアと親の価値へのとらわれに関連が見られたことから、Kooiman et al. (2004) や Karukivi et al. (2011) の報告を支持する結果であった。さらに、本研究においては、アレキシサイミアと「親との信頼関係」「親への絶対的安心感」に女性で負の関連がみられた。これらの親子関係の因子は養育態度を測る PBI のケア的養育態度に類似していると考え、Fukunishi (1999) や Kooiman et al. (2004), Mason et al. (2005) の結果を部分的に支持するものであった。本研究の結果は、アレキシサイミアとケア的養育態度との間の負の関連は主に女性でみられ、アレキシサイミアと過保護的養育態度との正の関連は男女ともにみられたことから、青年期の親子関係を通して子どものアレキシサイミア傾向と養育環境との関連が確認されたと言えるだろう。なお、TAS-20 の下位因子ごとに親子関係との関連を見てみると、男性では外的志向 (EOT) と親からの心理的分離のみ有意な相関がみられたが、女性では感情の同定困難 (DIF)、感情の伝達困難 (DDF)、外的志向 (EOT) の各因子において複数の有意な相関がみられた。このことからアレキシサイミアと親子関係の関連には性差があり、男性よりも女性においてその関連は明らかであると考えられた。

また、TAS-20 のカットオフ得点を使用して TAS-20 が 61 点以上の「高群」(アレキシサイミア群)、TAS20 が 60 点以下の「低群」(健康群) に分けて 2 群の親子関係について比較した結果、親の価値へのとらわれはアレキシサイミア低群よりも高群の方が有意に高く、親への絶対的安心感も有意に高かった。これは、アレキシサイミア傾向の人は、親への絶対的安心感が低く、親の価値へのとらわれが高い可能性があるということである。先の相関分析の結果に加えて、カットオフ得点によって分けた非正常群とも考えられるアレキシサイミア高群において、親との過度な情緒的一体性が強い可能性が示唆された。したがって、このような親子関係およびそのような親子関係を形成しやすい養育環境は子どものアレキシサイミア傾向を生じさせる危険性があると言えるだろう。一方、青年期の親への絶対的安心感を高めるような親子関係はアレキシサイミア傾向を抑制するように働く可能性があると考えられる。

3. 研究 2 の考察

(1) 不安と抑うつ併存群のアレキシサイミア

HADS のカットオフ得点を使用して、不安と抑うつの有無によって 4 群に分けてアレ

キシサイミアの点数を比較した結果、TAS-20 合計得点において健康群は他の 3 群より有意に低く、不安群と抑うつ群との間に有意な差は無く、不安群、抑うつ群よりも有意に併存群が高かった。第 4 章における精神的健康度（GHQ）が最も低い群のアレキシサイミア得点がありに高いことと、本研究の結果から併存群は単独群よりも有意にアレキシサイミアが高いことをあわせて考えると、併存群は不安とうつが高いうえにアレキシサイミアも高い群であると推察される。実際に併存群の TAS-20 の合計点は 60.3 点であり、カットオフ得点に近い水準である。

また、アレキシサイミアの下位因子における 4 群比較の結果では併存群は健康群および不安と抑うつの各単独群よりも有意に感情の同定困難（DIF）が高かった。また、健康群が他の 3 群よりも感情の伝達困難（DDF）が有意に低かった。外的志向（EOT）においては 4 群の間に有意な差は無かった。以上の結果から、併存群の TAS-20 合計点の高さはアレキシサイミアの中核的な特徴である感情の同定困難の結果を主に反映したものであると考えられ、併存群は自己の感情を扱うために必要な感情の同定の段階で困難さを感じていると見なすことができるだろう。

（2）不安と抑うつの併存群における認知的感情制御

HADS による 4 群の CERQ の下位因子の比較では、9 つの下位因子のうち 4 つの下位因子において主効果が認められた。4 群の多重比較の結果、肯定的再評価は不安群が併存群より有意に高く（不安群＞併存群：併存群は健康群とは差が無い）、反芻は健康群および抑うつ群よりも不安群と併存群が有意に高かった（健康群・抑うつ群＜不安群・併存群：併存群より不安群が高い）。肯定的再焦点化は併存群より健康群が有意に高く（健康群＞併存群：併存群と単独群との間に差は無い）、破局的思考は健康群と抑うつ群よりも併存群が有意に高かった（健康群、抑うつ群＜併存群：併存群と不安群との間に差が無い）。以上の結果をまとめると、CERQ の下位因子においては、併存群が不安群や抑うつ群と比較して特に認知的感情制御が困難であったり、併存群に特異的な認知的感情制御方略があるなどの特徴はみられなかったと言える。このことは少なくとも CERQ が測定している認知的な要因において併存群に特異的に関与しているものは無いことを示唆しているだろう。このことから、併存群は不安とうつの認知的要因が合併した状態であり、もしも認知的な介入を考えるならば、併存群への特別な新たなアプローチを考えるというよりも、不安とうつが両方あるということを踏まえて、それらに関わる認知的要

因に広くアプローチするという考え方になるであろう。

さらに、研究 2 の結果 1 と 2、さらに第 4 章の結果をあわせて考えると、併存群に対する臨床的なアプローチとしては、不安やうつに関わる認知的な要因に介入する際にはアレキシサイミア的な特性を持っている可能性があることを考慮することが望ましいと思われる。そして、認知的な観点からは、不安、うつ、アレキシサイミアにおいては共通した認知要因を想定することが可能であり、共通要因をターゲットとする診断横断的な認知行動論的アプローチを実行することが考えられるだろう。

最後に臨床的な観点から、不安と抑うつの併存および感情の同定困難の間にある必然的な心理生理的関連性について考えてみる。ここでは BP に対する心理的介入法として Linehan, M.により開発された認知行動療法の一技法である弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy: DBT) の指導的臨床家である Marra (2004) の説明を参考に考えてみる。初めに述べたように BP は感情制御障害が目立つ障害であり、不安とうつが併存することも多い。

不安障害は身体機能に乱れを生じさせ、筋肉が硬直し心拍数を増加させる。そのため不安があるところ这样的身体で生じる緊張を避けようとする切迫感に駆られる。一方、うつは努力しても無駄で何をしても悲惨な結果にしかないと悲観的に考える。したがって不安とうつが併存していると、一方では緊張から逃れたいという気持ちに駆られながら、他方では何をしても事態は変わらないという無力感に襲われる。そしてこの 2 つの感情は矛盾しているため、身動きがとれなくなる。その結果、矛盾した反応を抱える自分の感情や思考を尊重できず、自分の感情が妥当なものと思えなくなる。Marra の説明は、臨床的な観点から不安とうつが併存していると感情の妥当性が否定される可能性を説明している。したがって、不安とうつの併存群においてアレキシサイミア傾向が高いことには認知行動論的な意味がある可能性があり、併存群へのアプローチを行う場合は、DBT が示すように、不安とうつの併存の必然性、さらにはそれに感情制御障害が加わる可能性を考慮して心理的介入を行なう必要があるといえるだろう。

第5章 図表

表5-1 心理尺度を用いたアレキシサイミアと親子関係についての報告(年代順)

PBIを使用してアレキシサイミアと親子関係を調査した研究		
	PBIのケアと 有意な負の関連	PBIの過保護と 有意な正の関連
Fukunishi et al.(1999)	○	-
(性差の検討なし)		
Kooiman et al.(2004)	○	○
(性差の検討なし)		
Mason et al.(2005)	○	-
(男女に共通した結果)		
	-	○
Karukivi et al.(2011)	・ 男女ともに、母親の過保護と有意な正の関連 ・ 女性のみ、父親の過保護と有意な正の関連	
アレキシサイミアと親子関係を調査した研究		
Berenbaum et al. (1994)	解離はネガティブなコミュニケーションが高いことと関連。 アレキシサイミアはポジティブなコミュニケーションの少なさと関連。 (性差の検討なし)	
福井ら(2010)	アレキシサイミアの3因子のうちDIFとDDFは虐待的養育環境(CATS)と有意な正の相関 (性差の検討なし)	
Aust et al.(2013)	5つの早期トラウマ経験のうち、感情的ネグレクト経験でのみアレキシサイミアと正の相関が見られ、アレキシサイミア高群は低群よりも高い点数。 (性差の検討なし)	

注) PBI : Parental Bonding Instrument, DIF : 感情の同定困難, DDF : 感情伝達困難,
CATS : Child Abuse and Trauma Scale

表5-2 全体と性別ごとの平均値、SDと信頼性係数

	全体		男性 (n=92)		女性 (n=125)		t値	α
	平均	SD	平均	SD	平均	SD		
TAS20	53.7	10.11	53.5	10.06	53.8	10.19	.19	
DIF感情の同定困難	17.5	6.22	17.1	5.74	17.8	6.57	.82	.84
DDF感情の伝達困難	15.9	3.85	15.6	3.77	16.0	3.92	.86	.60
EOT外的志向	20.4	4.24	20.9	4.11	20.0	4.30	1.63	.51
HADS								
HADS不安	7.6	4.23	7.9	3.77	7.4	4.54	.96	.81
HADSうつ	6.7	3.29	7.1	3.35	6.5	3.24	1.37	.60
親子関係における精神的自立								
親との信頼関係	21.3	3.60	21.0	3.96	21.5	3.32	.89	.51
親からの心理的分離	18.4	3.07	18.8	3.15	18.0	2.98	1.99 *	.59
親への親密性尺度								
親への心づかい	28.4	6.68	27.9	7.51	28.7	6.00	.84	.87
親の価値へのとらわれ	13.5	4.94	12.5	4.94	14.3	4.82	2.69 **	.82
親への絶対的安心感	9.9	3.06	9.7	2.89	10.0	3.19	.79	.75
CERQ								
肯定的再評価	13.5	3.87	13.8	3.91	13.3	3.85	.80	.82
大局的視点	12.7	3.00	12.6	2.87	12.7	3.10	.06	.47
反芻	13.7	3.41	13.4	3.36	13.8	3.44	.91	.66
受容	13.6	2.74	14.0	2.61	13.3	2.81	1.99 *	.48
自責	13.9	3.64	13.4	3.64	14.3	3.61	1.84 †	.85
肯定的再焦点化	12.6	3.65	11.8	3.66	13.1	3.57	2.55 *	.63
他者非難	10.5	3.15	10.9	3.17	10.1	3.11	1.90 †	.76
破局的思考	10.5	3.60	10.8	3.40	10.4	3.74	.86	.75
計画への再焦点化	15.3	3.07	15.5	2.78	15.2	3.27	.78	.82

注) ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .01$, TAS-20: Toronto Alexithymia Scale-20, DIF: 感情の同定困難, DDF: 感情伝達困難, EOT: 外的志向, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

研究 1

表5-3 アレキシサイミアと親子関係尺度の男女別相関係数

		親との 信頼関係	親からの 心理的分離	親への 心づかい	親の価値へ のとらわれ	親への 絶対的安心感
TAS-20 合計	男性	-.19	-.07	-.19	.27 *	-.12
	女性	-.23 **	-.10	.01	.32 ***	-.21 *
DIF 感情の 同定困難	男性	-.13	.06	-.13	.20	-.09
	女性	-.19 *	-.03	-.03	.28 **	-.20 *
DDF 感情の 伝達困難	男性	-.17	.00	-.18	.15	-.11
	女性	-.14	.12	-.03	.16	-.21 *
EOT 外的志向	男性	-.14	-.25 *	-.11	.24	-.07
	女性	-.13	-.30 **	.09	.18 *	.01

注) *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, TAS-20: Toronto Alexithymia Scale-20

表5-4 TAS-20カットオフ61点で高低に分けた2群の親子関係尺度得点の比較

	TAS-20低群(<i>n</i> =157)		TAS-20高群(<i>n</i> =57)		<i>t</i> 値
	平均	<i>SD</i>	平均	<i>SD</i>	
親子関係における精神的自立					
親との信頼関係	21.6	3.54	20.7	3.77	1.55
親からの心理的分離	18.4	3.21	18.3	2.75	.14
親への親密性尺度					
親への心づかい	28.4	6.64	28.3	6.95	.09
親の価値へのとらわれ	12.8	4.84	15.4	4.87	3.45 **
親への絶対的安心感	10.2	3.05	9.1	3.06	2.28 *

注) ** $p < .01$, * $p < .05$

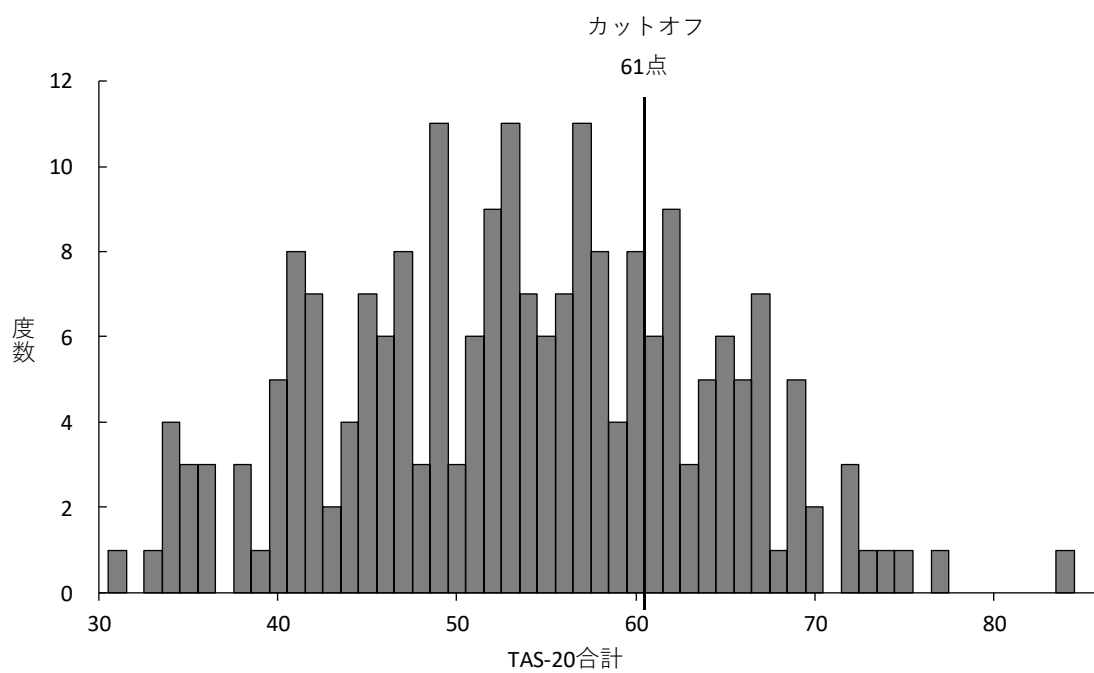


図5-1 TAS-20合計得点の分布

研究 2

表5-5 HADSのカットオフ得点を使用して群分けした4群の各尺度得点の比較

	健康群(<i>n</i> =82)		不安群(<i>n</i> =38)		抑うつ群(<i>n</i> =37)		併存群(<i>n</i> =59)		<i>F</i> 値	
	平均	<i>SD</i>	平均	<i>SD</i>	平均	<i>SD</i>	平均	<i>SD</i>		
TAS20	48.3	9.17	55.1	8.92	53.2	8.51	60.3	8.76	21.09	***
DIF感情の同定困難	14.1	4.72	18.9	5.90	16.0	5.18	22.1	5.70	28.17	***
DDF感情の伝達困難	13.9	3.69	16.6	3.30	16.8	3.47	17.4	3.63	12.74	***
EOT外的志向	20.3	4.56	19.8	4.47	20.5	4.16	20.8	3.71		
CERQ										
肯定的再評価	13.7	4.03	14.5	4.00	13.9	3.35	12.3	3.71	2.91	*
大局的視点	12.7	3.09	12.8	2.32	12.3	3.14	12.7	3.23		
反芻	12.7	3.15	15.3	2.49	12.5	3.94	14.7	3.25	9.56	***
受容	13.3	2.69	13.6	2.73	13.1	2.73	14.4	2.76		
自責	13.3	3.39	14.8	3.50	13.2	3.99	14.6	3.74		
肯定的再焦点化	13.5	3.66	12.8	2.68	11.7	3.61	11.5	3.91	4.16	**
他者非難	10.2	2.99	11.3	3.80	9.6	3.11	10.8	2.86		
破局的思考	9.4	3.43	11.0	3.42	10.1	3.37	12.1	3.54	7.47	***
計画への再焦点化	15.3	2.86	16.3	2.99	15.3	3.45	14.7	3.05		

注) *** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$, 健康群: 不安うつともに7点以下, 不安群: うつが7点以下 & 不安8-21点, 抑うつ群: 不安が7点以下 & うつ8-21点, 併存群: 不安うつともに8-21点

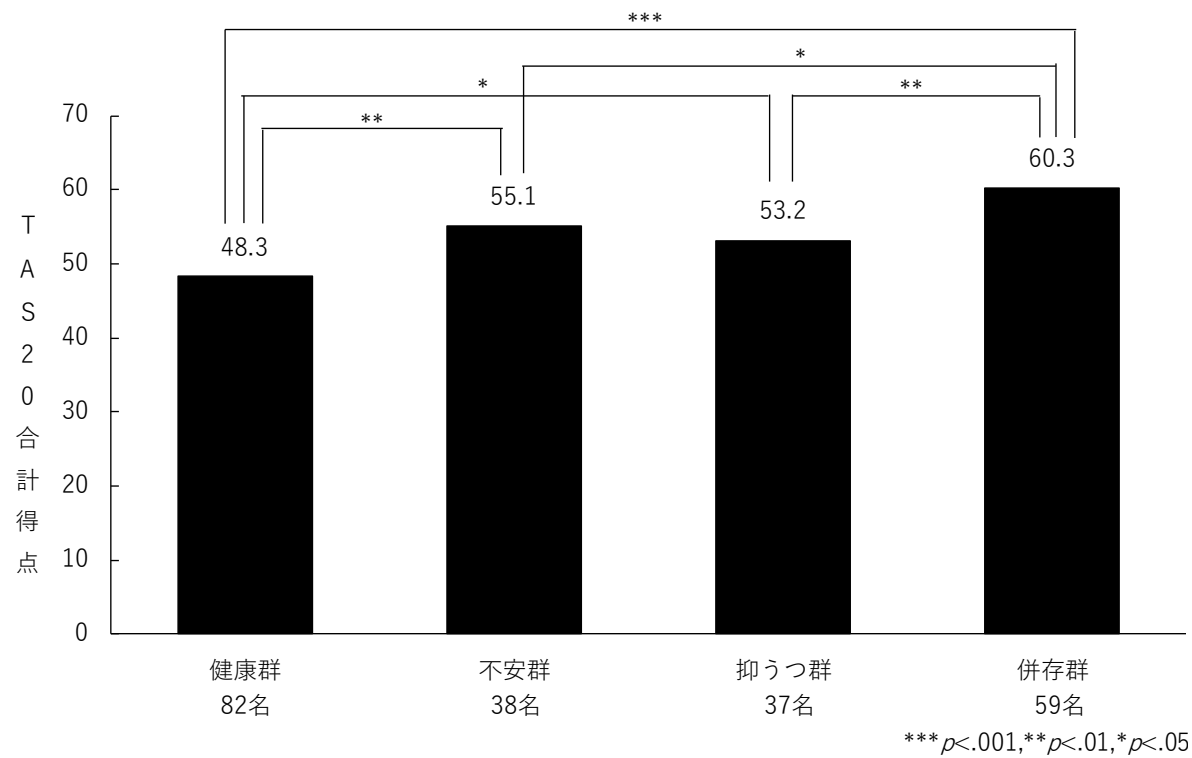


図5-2-a HADSのカットオフによる4群のTAS20合計得点の比較

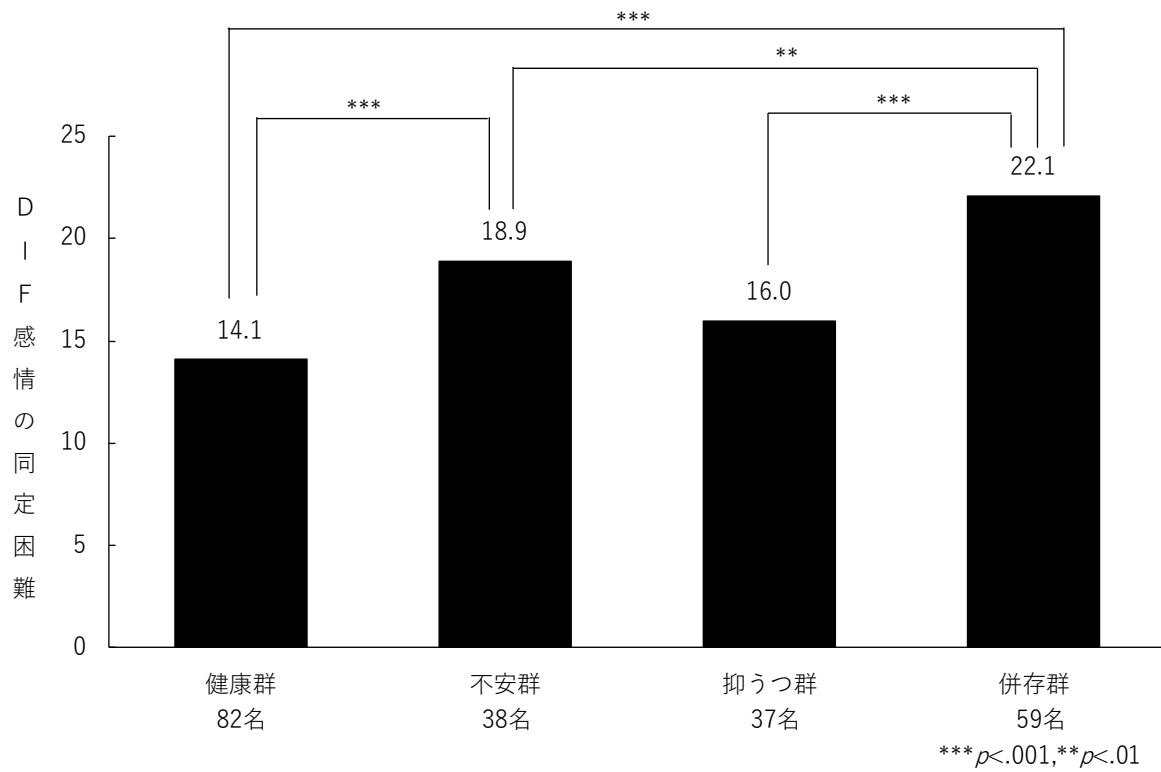


図5-2-b HADSのカットオフによる4群のDIF得点の比較

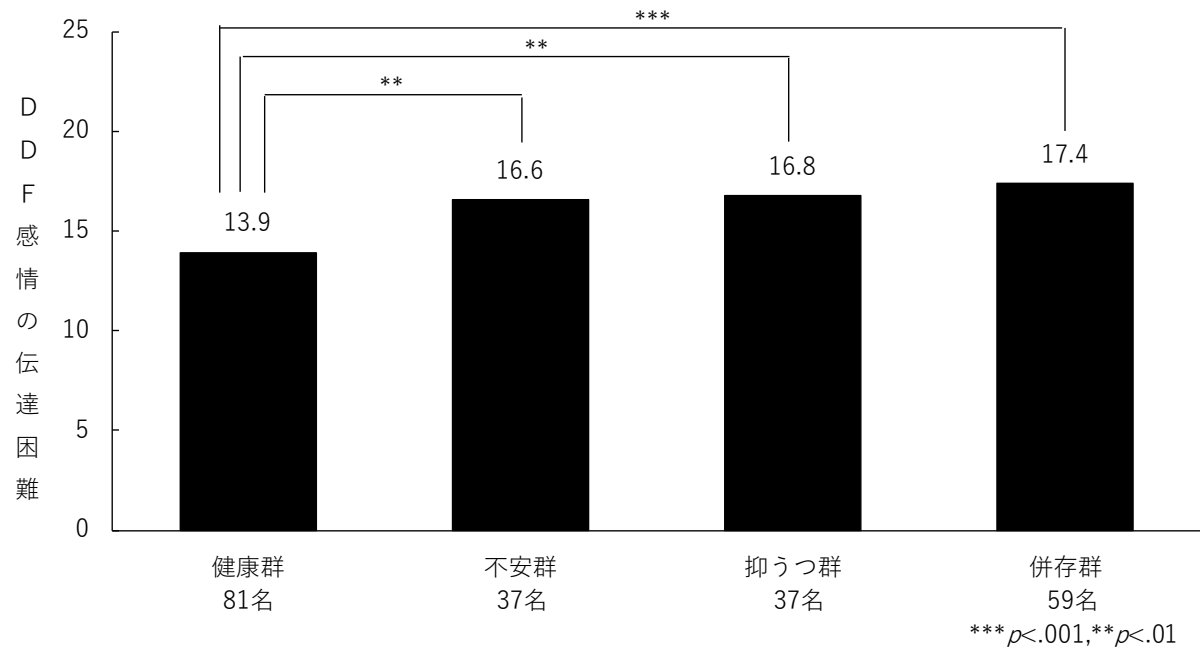


図5-2-c HADSのカットオフによる4群のDDF得点の比較

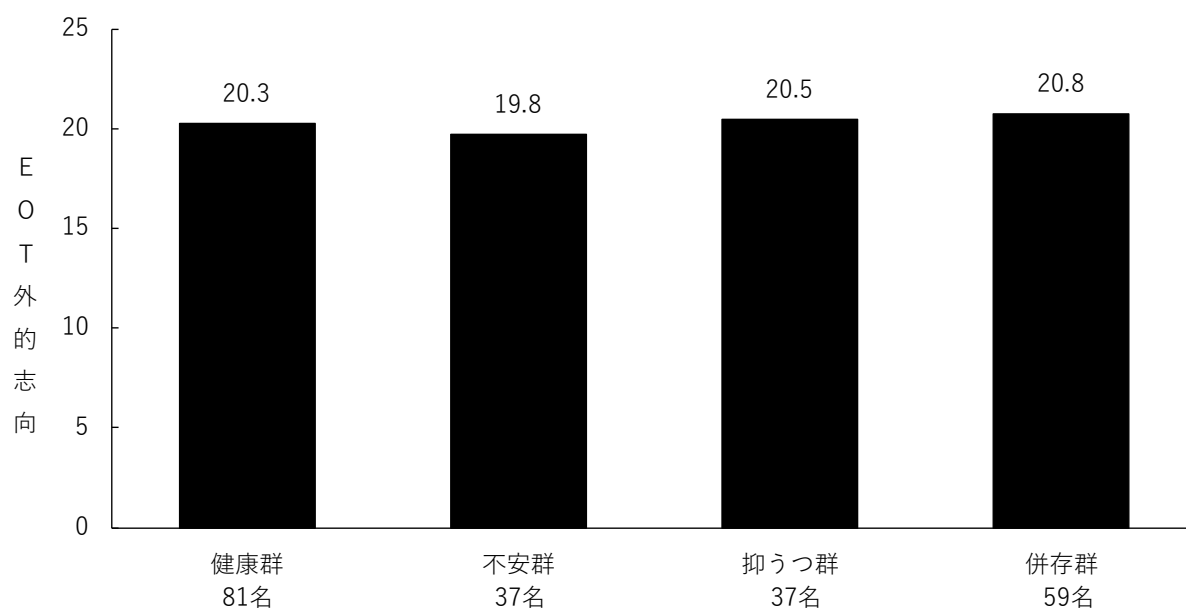


図5-2-dHADSのカットオフによる4群のEOT得点の比較

第6章 親子関係、アレキシサイミア、認知的感情制御方略、精神的健康度の関連における包括的モデルの検討

第4章および第5章においては精神的健康度、第1章ではうつと不安の併存群という、おもに臨床的な関心を重視した分析を行った。本章においては、第4章および第5章のデータにおいて調査対象者が大学生であり一般群であることを考え、さらなる横断的分析を行った。各変数をモデルとしてまとめる場合、どのようなモデルが成立しうるのかという統計解析を示し、そこにおいて、感情制御方略とアレキシサイミアの関係に対する筆者の仮説を提示した。

第1節において、第4章のデータを使用して、認知的感情制御方略→アレキシサイミア→精神的健康度という3変数のモデルを検討し、第2節と第3節においては第5章のデータを使用し、親子関係→認知的感情制御方略→アレキシサイミアという3変数のモデルと、親子関係→アレキシサイミア→不安とうつという3変数のモデルを検討した結果を示した。

第1節 第4章における大学生のアレキシサイミア傾向、認知的感情制御方略、精神的健康度の3変数の包括的モデルの検討

1. 問題と目的

本節では、第4章のデータから各尺度の回答に欠損のない対象者のデータを使用し、大学生のアレキシサイミア傾向、認知的感情制御方略、精神的健康度の3変数の包括的モデルを検討する。

(1) アレキシサイミアと精神的健康度

アレキシサイミアは元々は心身症の特徴として提起されたが、これまでに身体化障害だけでなく、抑うつや不安、摂食障害、物質使用障害等、さまざまな精神医学的な問題の危険因子であることが報告されてきた (Luminet, Bagby, & Taylor, 2018)。また、心理質問紙調査による横断的研究の結果では、抑うつや不安と TAS 等で測定したアレキシサイミアの関連が報告されている。例えば、Li et al. (2015) は、うつとアレキシサイミアに関する 20 の研究をメタ分析し、その結果抑うつと TAS-20 合計点および DIF, DDF と中

程度の関連があったと報告した。また、Karukivi et al. (2010, 2014) は、大規模調査において抑うつを統制した上でなお不安とアレキシサイミアとの間に有意な関連があったと報告した。

さらに、本研究で用いた全般的な精神的健康度を測定する GHQ (General Health Questionnaire) とアレキシサイミアとの関連について報告した研究では、TAS-20 の合計点と GHQ の合計点に中程度の関連を認め、TAS-20 の下位因子においては特に DIF と GHQ の各下位因子の間に中程度の相関が認められ、DDF と GHQ の各下位因子には弱い相関を認め、EOT においては社会的活動障害とうつとは相関を認めたが、身体症状と不安とは相関がなかった (Atari, & Yaghoubirad, 2016)。わが国でも福井ら (2010) は大学生を対象とした調査で、GHQ が DIF および DDF と中程度の相関があったことを報告している。

Chen & Chung (2016) は、中国の学生を対象に、トラウマ的体験、アレキシサイミア、GHQ との関連を調べた結果、過去のトラウマ的体験から現在の精神的健康度に対する影響は、その影響のほとんどがアレキシサイミア、特に DIF によって媒介されていたことを報告した。さらに Fang & Chung (2019) は、同じく大学生を対象とした調査において、過去のトラウマ的体験から GHQ への影響を、歪んだ認知とアレキシサイミアが部分的に媒介するというモデルが成立することを示している。

(2) 認知的感情制御と精神的健康度

近年、心理学の代表的な感情理論とされる Gross の理論では、感情反応は複合的な過程であり、その感情制御において時間軸に沿った 5 つの感情制御段階 (状況選択, 状況修正, 注意の方向づけ, 認知的評価, 反応調整) を区別している (Gross & Jazaieri, 2014)。この感情制御段階のうち前の 4 段階は感情反応の活性化の途上における感情の制御であり、5 段階めの反応調整は感情反応の活性化の後にその表出や経験の変化を試みる感情制御とされる。Gross & John (2003) は、認知・行動的な感情制御方略として、適応的であり認知的評価の段階に関わる「認知的再評価 (reappraisal)」と、不適応的であり反応調整の段階に関わる「抑制 (suppression)」の 2 つを提起し、それらを測定する心理尺度を開発した。その後、この 2 つの方略と抑うつや不安その他の精神的健康度との関連が検討されてきた (Luminet et al., 2018)。その結果、抑うつや不安などの心理的障害がある状態と抑制方略の使用との関連が強いことが一貫して示されてきた。一方、再評価

方略の使用については抑制方略ほどの明確な関連は示されていない。

Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer (2010) はより多くの感情制御方略と心理的障害との関連を調べることが必要であると考え、受容、回避、問題解決、再評価、反芻、抑制という6つの認知的感情制御方略と不安、うつ、摂食障害、物質使用障害の4つの心理的障害との関連をメタ分析した。その結果、心理的障害の種類によって関連の強さに差はあるものの、受容以外の回避、問題解決、再評価、反芻、抑制という5つの感情制御方略と4つの心理的障害との間に有意な関連を見出した。ここでも不適応的な方略である回避、反芻、抑制は、適応的な方略である問題解決や再評価よりも関連が明確であることが見出された。

Garnefski et al. (2001) は、一つの尺度で多くの感情制御方略を測定する心理尺度である Cognitive Emotion Regulation Questionnaire : CERQ を開発した。CERQ は9因子で構成され、適応的な方略と不適応的な方略が含まれている。適応的な方略として、「肯定的再評価 positive reappraisal」、「大局的視点 put into perspective」、「受容 acceptance」、「肯定的再焦点化 positive refocusing」、「計画への再焦点化 refocus on planning」がある。他方、不適応的な方略として、「反芻 rumination or focus on thought」、「自責 self-blame」、「破局的思考 catastrophizing」、「他者非難 blaming others」がある。Naragon-Gainey, McMahon, & Chacko (2017) は、こうした認知的感情制御方略は、Gross の感情制御モデルの状況選択から反応調整までのすべての段階において関わる可能性があると指摘している。

榊原 (2015) は、CERQ の日本語版を作成し、うつや不安と9つの認知的感情制御方略の関連を検討した結果、不適応的な方略である反芻、自責、他者非難、破局的思考の4つは、うつや不安と有意な正の相関を示し、適応的な方略である肯定的再評価、肯定的再焦点化、計画への再焦点化の3つはうつや不安と有意な負の相関を示したと報告した。しかし、現在 mindfulness 等の第3世代の認知行動療法の介入法として重視されている受容は有意な関連を示さなかった。受容と心理的障害との関連が見いだされないことについては、先に述べたメタ分析においても報告されている (Aldao et al., 2010)。なお、CERQ の適応的及び不適応的と想定される方略の心理的障害との関連については、各国版においても概ね榊原の結果と類似した結果となっている (榊原, 2015, ; 榊原・北原, 2016)。

Aldao や Garnefski らの研究が示すように、精神疾患の症状の一部として考えられてきた反芻などの認知的傾向は感情制御方略という観点から再検討されている。そして、感

情制御方略は精神的健康度との関連が大きいこと、またその効果を調べるためには複数の方略の使用傾向について検討することの重要性が提起されている（榊原・北原, 2016；榊原, 2017；Garnefski & Kraaij, 2007; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Aldao, 2013）。

（3）認知的感情制御、アレキシサイミア、精神的健康度の3者の関連

上記に述べた認知的感情制御方略およびアレキシサイミアと精神的健康度の関連については、精神的健康度が低いほどアレキシサイミア傾向が高く、不適応的な認知的感情制御方略を使用している傾向があることを第4章の結果において示した。これまで、認知的感情制御と精神的健康度の関連を検討した多くの研究があり、反芻と否定的自己認知を扱った第2章の結果もその一つであると言えるだろう。さらに、先行研究および第4章における精神的健康度の程度とアレキシサイミアの高さの関連の結果を見ると、アレキシサイミアが精神的健康度に強く影響していると考えられる。

そこで、ここでは認知的感情制御、アレキシサイミア、精神的健康度の3変数の包括的なモデルについて検討する。まず、それぞれの2者の相関関係を確認し、さらに認知的感情制御方略から精神的健康度への影響に対してアレキシサイミアがその関係をどの程度媒介しているかを調べる。

アレキシサイミアと、「再評価」と「抑制」という2つの感情制御方略の関連を調べた先行研究においては、アレキシサイミア高群は感情制御の能力が乏しく、より抑制方略を使い、再評価方略を使わない傾向が示唆されている。さらに、アレキシサイミアと抑うつや不安などの精神的健康度の関連を抑制と再評価、あるいは回避という感情制御方略が媒介しているかを調べた少なくとも8つの研究があり、そのうち3つの研究がアレキシサイミアと精神的健康度の関連を認知的感情制御方略が媒介していると報告した（Luminet et al., 2018）。これらの研究では特性としてのアレキシサイミアが精神的健康度に影響しており、その両者を再評価や抑制、回避などの適応的、不適応的な感情制御方略の使用傾向が媒介していると見なしている。

しかし、このような3者の関係は、おもに実験場面での結果であったり、特定の状況においてある特定の感情制御方略を使用するかどうかを調査する形で検討されており、アレキシサイミアの高低によってその方略の使用頻度が異なるという考え方である（アレキシサイミア→感情制御方略）。一方、日常の生活では、様々な場面に応じるための個人の習慣化した感情制御方略の使用傾向があり、その傾向が感情反応に影響している可

能性がある（感情制御方略→アレキシサイミア）。

近年 Gross らは感情制御における認知的な要因を強調しており、感情に対する「根本的な信念 (fundamental beliefs)」が彼らの提起してきた感情制御のプロセスモデルの全段階に対して強く影響しているという新しい感情制御モデルの考え方を提起している (Ford & Gross, 2018; De Castella et al., 2018)。こうした信念は一般に感情を制御不能なものと捉えることにより特徴付けられており、抑うつや不安などの心理的障害と関連することが指摘されている。

なお、習慣的な不適応的感情制御方略の使用と、アレキシサイミアにおいて障害される、感情に気づいたり感情を把握するような基礎的な能力や、否定的な感情への耐性（感情を抱える力）との間に繋がりがあることが報告されている (Naragon-Gainey, McMahon, & Chacko, 2017)。また, Sendzik et al. (2017) は、感情への気づきや感情制御方略、不安やうつとの相互の関連は確認されているものの、その変数間の方向性については理論的には様々な方向性が考えられ、それらの方向性はまだ実証的には結論づけられていないと述べている。

例えば、これまで心理的障害の症状としてや維持・憎悪要因と考えられてきた自責や自己否定のような認知は、把握された感情反応に対して「このような感情反応を引き起こす出来事が起きたのは自分の責任である」と考えて怒りや悲しみなどのネガティブな感情を抑え込んだり自身を責めることで感情を制御する方略として影響するというだけではなく、「出来事に対してこのような感情を抱く自分は間違っている」と自己の感情の妥当性を疑ったり、「わき上がる感情を無視しなければ制御不能になる」と自己の感情反応を自身から切り離すというような形でアレキシサイミアの特性を形成するというように、より根本的に影響を与えている可能性があるのではないだろうか。その典型的なケースが、Chen & Chung (2016) や Fang & Chung (2019) が報告したようなトラウマ的体験によって形成される認知的な偏りであり、このような観点からは、感情制御方略は感情反応に対する根本的な信念として働いている可能性があるのではないだろうか。

したがって本研究においては、CERQ の認知的感情制御方略を使って調べるが、ここで測定されるのはその個人の習慣的な感情制御方略の使用傾向であり、精神的健康度に対する短期的というよりは長期的な影響があるものと見なす (Alado, 2010)。これらは個人の人生早期からの感情制御の発達過程において形成された認知的な信念というべきものと思われる。養育環境や発達過程のトラウマ等が成人期のアレキシサイミアと関連す

ることについてはよく知られている (Luminet et al., 2018 ; Karukivi, & Saarijavi, 2014)。さらに、アタッチメントスタイルのアレキシサイミアへの影響が認知的感情制御によって部分的に媒介されていることが示されている (Besharat, 2005)。この点については 3 章や 5 章、本章の第 2 節、第 3 節においてもふれている。

そして、先に述べた Fang & Chung (2019) の研究では、発達上のトラウマ体験が精神的健康度に与える影響に対する媒介モデルとして、トラウマ→歪んだ認知→アレキシサイミア→精神的健康度というパスが成立し、アレキシサイミアが認知の偏りと精神的健康度の関連を部分的に媒介していることが報告されている。

そこで本研究においては、認知的感情制御→アレキシサイミア→精神的健康度というパスを仮定し、アレキシサイミアを媒介変数とするモデルを検討する。

2. 方法

2017 年 11 月から 12 月にかけて A 大学の大学生を対象に質問紙調査を行い、解答に不備のなかった 150 名(男性 66 名、女性 84 名、平均年齢 20.7 歳、 $SD=.87$)を分析対象とした。

アレキシサイミアを測定するものとして日本語版 Toronto Alexithymia Scale-20: TAS-20 (小牧・前田, 2015) を使用した。TAS-20 は、「感情の同定困難: DIF」7 項目、「感情の伝達困難: DDF」5 項目、「外的志向: EOT」8 項目の 3 つの下位尺度から構成される。各質問項目は 1 点「全く当てはまらない」から 5 点「非常に当てはまる」までの 5 件法であり、合計得点は最低 20 点から最高 100 点に分布し、得点が高いほどアレキシサイミア傾向が強い。なお、DIF、DDF においては十分な内的一貫性が確認されたが (TAS20 : $\alpha=.79$: DIF : $\alpha=.86$, DDF : $\alpha=.75$)、EOT は十分な内的一貫性が得られなかったため ($\alpha=.51$)、相関分析の結果のみを示し、それ以降の分析では除外した。

認知的感情制御方略を測定するものとして日本語版 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire : CERQ (Garnefski et al., 2001 ; Garnefski & Kraaij, 2007 : 榊原, 2015) を使用した。CERQ は、「肯定的再評価」、「大局的視点」、「反芻」、「受容」、「自責」、「肯定的再焦点化」、「他者非難」、「破局的志向」、「計画への再焦点化」各 4 項目の 9 つの下位尺度から構成される。各項目は使用頻度を 5 件法で問うものであり、各因子は 4 点から 20 点の範囲となる。肯定的再評価 ($\alpha=.81$)、反芻 ($\alpha=.67$)、自責 ($\alpha=.81$)、肯定的再焦点化 ($\alpha=.79$)、他者非難 ($\alpha=.71$)、破局的思考 ($\alpha=.65$)、計画への再焦点化 ($\alpha=.82$) の

7 因子は解析に十分な内的一貫性が確認された。CERQ の 9 因子構造は複数の研究において支持されていることから（榊原，2015），本研究ではこの 9 因子構造をそのまま使用したが，Cronbach の α 係数が十分な値を示さなかったため，大局的視点（ $\alpha=.40$ ），受容（ $\alpha=.48$ ）の 2 因子は以下の解析から除外した。

精神的健康度を測定するものとして，日本版 GHQ 精神健康調査票 28 項目版（The General Health Questionnaire : Goldberg, 訳 中川・大坊，2013）を使用した（ $\alpha=.92$ ）。GHQ28 は，「身体的症状」，「不安と不眠」，「社会的活動障害」，「うつ傾向」各 7 項目の 4 つの下位尺度から構成される。各項目は 4 件法で問うものであり，1 あるいは 2 という回答を 0 点，3 あるいは 4 という回答を 1 点として採点した。

3. 結果

（1）全体の平均値と標準偏差，各尺度の信頼性係数

まず，本研究で用いた各尺度の平均値と標準偏差，信頼性係数を表 6-1-1 に示す。

（2）各尺度の下位因子間の相関

TAS-20 と GHQ28 と CERQ の下位因子との間の関連を見るために相関分析を行った。その結果を表 6-1-2 に示す。

まず，TAS-20 と GHQ28 の関連を見た結果，GHQ28 と TAS-20 合計得点，DIF，DDF との間に有意な中程度の正の相関が見られたが，EOT との間には有意な相関は見られなかった。次に，TAS-20 と CERQ の関連を見た結果，DIF と DDF に共通して有意な正の関連が見られたのは，CERQ の 7 つの因子のうち，反芻，自責，破局的思考の 3 つであった。また，DDF と肯定的再焦点化との間に有意な負の相関が見られた。

さらに，GHQ28 と CERQ の関連を見た結果，反芻，自責，破局的思考との間に有意な正の相関が見られ，肯定的再焦点化との間に有意な負の相関が見られた。

（3）共分散構造分析

1. で述べた仮説と相関分析の結果から，反芻，自責，破局的思考，肯定的再焦点化という CERQ の 4 つの観測変数から DIF と DDF というアレキシサイミアの 2 つの観測変数へのパスを仮定し，次に DIF と DDF から精神的健康度へのパスを仮定するというモデルを作成し，そうした媒介モデルが適合的なものであるか，そして変数間のパスの有

意水準について共分散構造分析を用いて検討した。その際、CERQ の 4 つの観測変数から精神的健康度への直接のパスについても検討した。このモデルを図 6-1-1 に示す。

その結果、自責と破局的思考という不適応的な認知的感情制御方略は DIF と DDF に、加えて反芻は DIF に正の影響を及ぼし、さらに DIF と DDF は精神的健康度に正の影響を及ぼしていた。肯定的再焦点化は DIF, DDF へのパスは残らず、精神的健康度へ直接の有意な負の影響を与えているという結果であった。加えて、反芻が精神的健康度への有意傾向の正の影響を与えるというパスが見られた。反芻、自責、破局的思考の全てが DIF に影響し、また DIF から精神的健康度への関連が強いことから ($\beta=.47, p<.001$), 特に DIF の媒介要因としての影響の大きさが示唆された。このモデルの適合度を推定した結果、適合度指標は $\chi^2(25)=1.13$ ($p=n.s.$), GFI=.96, AGFI=.92, NFI=.95, CFI=.99, RMSEA=.03, AIC=88.31, CAIC=208.63 であり、このモデルは必要な基準を満たしていると考えられた。

4. 考察

まず、TAS-20 と GHQ の関連を検討した結果、TAS-20 合計と DIF, DDF と GHQ28 の間には中程度の有意な正の相関が見られたが、EOT と GHQ の間には有意な関連が見られなかった。アレキシサイミア傾向を測定する TAS-20 の 3 因子の中では、特に DIF と DDF が全般的な精神的健康度に関連する指標であることが示唆された。また、TAS-20 と CERQ の関連を見た結果、CERQ の 7 つの因子のうち反芻、自責、破局的思考、肯定的再焦点化の 4 因子が DIF, DDF と有意な関連を示していた。

CERQ を開発した Garnefski らは、うつや不安と 9 つの認知的感情制御方略との関連を一般群を対象に調査し、他の認知的感情制御方略を統制した後でも、自責、反芻、破局的思考はうつや不安と正の関連があることを報告した (Garnefski et al., 2001; Garnefski, & Kraaij, 2007)。本研究においては、抑うつや不安に関連があるとされてきた反芻、自責、破局的思考という 3 つの認知的要因が、アレキシサイミア傾向における感情の同定困難や感情の伝達困難に関連していることを見いだした。

さらに、認知的要因と精神的健康度の間をアレキシサイミアが媒介するというモデルを共分散構造分析によって検証した結果、反芻、自責、破局的思考の 3 つの不適応的な認知的感情的制御方略が DIF と DDF に正の関連を有し、さらにこれらの 2 つの因子が精神的健康度に正の関連があることを見いだした。また、適応的な認知的感情制御方略

である肯定的再焦点化は精神的健康度へ負の影響を及ぼすことを見いだした。すなわち、認知的感情制御方略、アレキシサイミア、精神的健康度の3者の包括的な関連を見ることにより、CERQの3種の認知的感情制御方略がアレキシサイミアの2つの下位因子を媒介して精神的健康度に関連するというモデルが成立することを確認した。これは、アレキシサイミアが精神的健康度に影響する脆弱性因子である可能性を確認するものであり、また、これまで様々な心理的障害で問題であるとされてきた反芻、自責、破局的思考が同時に関連している状態を把握することが重要であると考えられる。

また、習慣的な不適応的認知的感情制御方略の使用が自己の感情を把握できず、他者に伝達できないというアレキシサイミア状態を維持、促進している可能性が示唆される。特に本研究の結果では、アレキシサイミアに影響を与える不適応的な認知として、反芻、自責、破局的思考の3つが見いだされた。抑うつや不安に強く関連するとされてきたこれらの認知が感情反応に対する根本的な認知的な信念として働き、アレキシサイミアに対しても促進要因として働くと考えられる。さらにいえば、このような3つの認知的感情制御方略は、Fang & Chung (2019) の提示した過去のトラウマ的体験が認知の偏りを生じさせ、それによってアレキシサイミア傾向が進み、最終的に精神的健康度が悪化するというモデルを支持する結果であるように思われる。

5. 補足

補足の分析として、従来主に検討されてきた、アレキシサイミア→認知的感情制御方略→精神的健康度というアレキシサイミアの精神的健康度に対する影響を認知的感情制御方略が媒介するというモデルについても確認した。その結果、図 6-1-2 のようなモデルが得られた。しかし、この場合、反芻のみが DIF と精神的健康度の間を媒介し、DIF と DDF から精神的健康度への直接的影響が強く、認知的感情制御方略がアレキシサイミアと精神的健康度を媒介しているとのモデルはほぼ成立しなかったと考えられる。

第2節 第5章における大学生のアレキシサイミア傾向、認知的感情制御方略、現在の親子関係の3変数の包括的モデルの検討

1. 問題と目的

本節では、第5章のデータから各尺度の回答に欠損のない対象者のデータを使用し、大学生のアレキシサイミア傾向、認知的感情制御方略、現在の親子関係の3変数の包括的モデルを検討する。

第3章や第5章の研究1に述べたように、これまでに養育態度や愛着スタイルとアレキシサイミアの関連が示されてきた。ケア的養育態度と過保護的養育態度の2つの養育態度とアレキシサイミアの関連を検討した研究を概観すると、2つの養育態度とアレキシサイミアの関連が確認された研究もあれば、どちらか一方の養育態度とアレキシサイミアの関連のみが確認された研究もあり、関連の仕方は一貫していない。

第5章の研究1の結果から、相関分析の結果、アレキシサイミアと親の価値へのとらわれとの間に男女ともに有意な正の関連がみられた。「親の価値へのとらわれ」因子が高いことは、親との分離の難しさを示すものであり、養育環境における親の干渉や侵入性に関連するものと推測される。したがって、これは養育態度（PBI）を検討した先行研究における過保護的養育態度と類似の因子であると考えられる。また、アレキシサイミアのカットオフ得点によって分けたアレキシサイミア高群において、親への絶対的安心感が低い傾向があり、親の価値へのとらわれが高い傾向があるという結果であった。このことから、アレキシサイミアが高い人は、親との過度な情緒的一体性が強い可能性が示唆された。したがって、このような親子関係は子どものアレキシサイミア傾向を生じさせる危険性があると言えるだろう。

また、Besharat, & Shahidi (2014) は、本研究でも使用している CERQ を用いて認知的感情制御方略を測定し、適応的または不適応的な認知的感情制御方略と3つの愛着スタイル（安定、回避、両価的）とアレキシサイミアの関連を検討している。その結果、愛着スタイルからアレキシサイミアへの影響を不適応的または適応的な認知的感情制御方略が部分的に媒介していると報告している。さらに、第6章の第1節に述べたような過去のトラウマ的体験とアレキシサイミアとの関連を確認した研究の結果などを含めて考えると、アレキシサイミアと親子関係、さらにこの2つと認知的要因の関連をさらに検討していく必要があると思われる。

そこで、本節では、青年の現在の親子関係とアレキシサイミアとの関連を検討し、さらに CERQ において適応的か不適応的かというだけでなく、その中でも特にどのような方略がこの関連を媒介しているかを検討する。

媒介モデルを作成する際には、先に述べた養育態度を測定した先行研究と相関分析の結果をもとに、肯定的な親子関係として「親との信頼関係」、否定的な親子関係として「親の価値へのとらわれ」を代表的に使用した。

2. 方法

第 5 章のデータにおいて、欠損が見られた対象者のデータを除外し、再分析した。大学生 207 名（男性 85 名、女性 122 名、平均年齢 19.5 歳）。

アレキシサイミアを測定するものとして日本語版 Toronto Alexithymia Scale-20: TAS-20（小牧・前田，2015）を使用した。TAS-20 は、「感情の同定困難：DIF」7 項目、「感情の伝達困難：DDF」5 項目、「外的志向：EOT」8 項目の 3 つの下位尺度から構成される。各質問項目は 1 点「全く当てはまらない」から 5 点「非常に当てはまる」までの 5 件法であり、合計得点は最低 20 点から最高 100 点に分布し、得点が高いほどアレキシサイミア傾向が強い。

青年期後期の親子間の関係を子どもの側がどう評価しているのかを測定するものとして、親子関係における精神的自立尺度と親への親密性尺度を使用した（水本，2018）。親子関係における精神的自立尺度は「親との信頼関係」6 項目、「親からの心理的分離」5 項目の 2 因子で構成される。親への親密性尺度は「親への心づかい」9 項目、「親の価値観へのとらわれ」5 項目、「親への絶対的安心感」3 項目の 3 因子で構成される。各質問項目は 1 点「全くそう思わない」から 5 点「非常にそう思う」までの 5 件法である。

認知的感情制御方略を測定するものとして日本語版 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire : CERQ（Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001 ; Garnefski & Kraaij, 2007 ; 榊原，2015）を使用した。CERQ は、「肯定的再評価」、「大局的視点」、「反芻」、「受容」、「自責」、「肯定的再焦点化」、「他者非難」、「破局的志向」、「計画への再焦点化」各 4 項目の 9 つの下位尺度から構成される。各項目は使用頻度を 5 件法で問うものであり、各因子は 4 点から 20 点の範囲となる。CERQ の 9 因子構造はこれまでに繰り返し支持されていることから（榊原，2015），本研究ではこの 9 因子構造をそのまま使用して分析する。

記述統計において、TAS の第 3 因子である EOT、および CERQ のなかの受容、大局的

視点の2因子は十分な α 係数の値が得られなかったため、分析からは除いた。

3. 結果

(1) 全体の平均値と標準偏差、各尺度の信頼性係数

本研究で用いた各尺度の平均値と標準偏差、信頼性係数を表 6-2-1 に示す。

(2) 親子関係とアレキシサイミア、認知的感情制御方略の尺度間相関の結果

親子関係とアレキシサイミア、認知的感情制御方略の下位尺度間の相関分析を行った。その結果を表 6-2-2 に示す。親子関係とアレキシサイミアの関連を見ると、親との信頼関係、親への絶対的安心感は TAS-20 の合計点、DIF、DDF と有意な負の相関を示していた。一方、親の価値へのとらわれと TAS-20 の合計点、DIF、DDF と有意な正の相関を示していた。

また、親子関係と認知的感情制御方略の関連を見ると、親との信頼関係は、CERQ の中の適応的な CER である肯定的再評価、肯定的再焦点化、計画への再焦点化と有意な正の相関が認められ、一方、親の価値へのとらわれは、不適応的な CER である反芻、自責、破局的思考と有意な正の相関が認められた。

(3) 共分散構造分析の結果

相関分析の結果、下位尺度間に部分的な相関があることがわかった。ここでは、青年の現在の親子関係とアレキシサイミア、認知的感情制御方略の3つの変数の包括的な関連を検討するため、先行研究の結果、相関分析の結果、重回帰分析の結果（ここでは結果は示していない）をもとに、共分散構造分析を行い、最終的に作成したモデルを図 6-2-1 に示した。

結果、親との信頼関係は、適応的な認知的感情制御方略である肯定的再評価と肯定的再焦点化に正の影響を与え、この2つはアレキシサイミアに負の影響を与えていた。また、親の価値へのとらわれは、不適応的な認知的感情制御方略である反芻と破局的思考に正の影響を与え、この2つはアレキシサイミアに正の影響を与えていた。さらに、親との信頼関係と親の価値へのとらわれからアレキシサイミアへの直接のパスについても検討した結果、親の価値へのとらわれからアレキシサイミアへの直接のパスが認められた。一方、自責と計画への再焦点化は有意なパスが残らなかった。

このモデルの適合度を推定した結果、適合度指標は $\chi^2(11) = 9.02$ ($p = n.s.$), GFI=.99, AGFI=.96, NFI=.97, CFI=1.00, RMSEA=.00, AIC=61.02, CAIC=173.67 であり、十分な値を示していた。特異的な親子関係が、特定の適応的または不適応的な CER を媒介してアレキシサイミアに影響するというモデルが成立すると考えられた。

4. 考察

最終的に共分散構造分析によって 3 変数の関係を検討した結果、特異的な 2 種類の親子関係が、それぞれ 2 種類の適応的または不適応的な認知的感情制御方略を媒介してアレキシサイミアに影響するというモデルが成立することを見出した。

CERQ の肯定的再評価と肯定的再焦点化は、その内容から Gross らの再評価および、Nolen-Hoeksema らの気晴らし方略と同様のものと推察される。Nolen-Hoeksema et al. (2008) は、抑うつの不応的な認知要因として反芻があるのに対して、適応的に働く認知要因として気晴らしがあげられるとしている。これらは従来、代表的な肯定的な認知的感情制御方略であると考えられてきた。一方、反芻と破局的思考は抑うつや不安と関連の強い方略である。このことは、第 2 章や第 4 章の結果にも示されている。

本節の解析結果は、仮説として述べた CERQ からアレキシサイミアへというパスの方向が成立しうる可能性を示唆している。そして、反芻や破局的思考という不適応的な認知が強いと、よりアレキシサイミア的になると考えられる。この 2 つの認知的感情制御方略＝認知要因は不安に強く関連するものであり、本節の解析の結果とあわせて考えると、不安とアレキシサイミアの性質には何らかの類似性があることが想定でき、不安のなかには感情を扱うことに関する不安定さや、感情耐性の低さなどの要素が含まれている可能性があるのではないだろうか。

また、親の価値へのとらわれから不適応的な認知的感情制御方略への関連が認められ、さらにそれらの認知的感情制御方略がアレキシサイミアに影響しているということを確認した。親子関係と認知的感情制御方略の関連を直接調べた先行研究はあまりない。

親子関係とアレキシサイミアとの関連は、第 5 章の第 1 研究において述べた 2 種類の養育態度がアレキシサイミアにどのように関連しているかを調べた一連の先行研究がある。本節のモデル解析の結果からは、そうした親子関係とアレキシサイミアの関連を認知的感情制御方略が媒介しているという側面が認められた。

第 1 節において、認知的感情制御方略とアレキシサイミアの関連の方向性について論

じ、認知的感情制御方略が感情反応に対しての根本的な認知的な信念として働いている可能性があると推測したが、本節の結果はそうした推測を支持する結果であると考えられる。

成人の愛着スタイルのアレキシサイミアに対する影響を認知的感情制御方略が媒介しているかどうかを分析した Besharat & Shahidi (2014) は、安定的な愛着スタイルも不安定的な愛着スタイルもともに、適応的または不適応的な認知的感情制御方略が媒介してアレキシサイミアへ影響を与えていることを示していた。愛着スタイルにおける安定的または不安定的な性質と、本研究における親子関係の2側面は比較的似たような性格を持つと考えられ、本節の結果はこの先行研究の結果を支持していると思われる。ただし先行研究においては CERQ の9因子ではなく適応的か不適応的かという分類で分析しており、個別の認知的感情制御方略については分析していない。本研究においては、肯定的親子関係および否定的親子関係においてそれぞれ2種類(肯定的再評価と肯定的再焦点化、反芻と破局的思考)の特定の認知的感情制御方略が親子関係からアレキシサイミアへの影響を媒介していることを見出した。

以上のことから、本節の結果をまとめると、青年期において親との信頼関係を築けていることは適応的な認知的感情制御方略を高め、アレキシサイミアに防御的に働くと推測された。一方、自身が親の価値観にとらわれていることは、不適応的な認知的感情制御方略を高め、アレキシサイミア傾向を促進する可能性があると考えられる。

なお、適応的な方略がアレキシサイミアと負の関連があるという結果は、先行研究においては一貫した結果が得られていない。しかし、本研究では肯定的再評価や肯定的再焦点化の2因子が残った。このことから、これらの影響をさらに確認、検討していく必要があるだろう。

第3節 第5章における大学生のアレキシサイミア傾向、現在の親子関係、不安とうつの3変数の包括的モデルの検討

1. 問題と目的

(1) 第5章の結果のまとめと本節の目的

本研究では、第5章の分析結果として、TAS-20と親子関係尺度の間には部分的な相関が認められたこと、その関係には男女差が認められたこと、TAS-20のカットオフ得点を使用して2群にわけたアレキシサイミア高群において「親の価値へのとらわれ」「親への絶対的安心感」が高いことを示した（第5章、研究1）。さらに、HADSによる4群「健康群」、「不安群」、「抑うつ群」、「併存群」の比較においては、併存群はTAS-20が最も高いこと、またCERQの4つの下位因子（受容、自責、肯定的再焦点化、他者非難）に4群間の差が認められたこと（第5章、研究2）などを示した。

特に研究2においては、おもに臨床的な関心や第2章との関連から、不安とうつの点数による4群の差に関心の焦点を置いて分析した。本節では、すでに述べた1節や2節と同様の考え方よって、第5章の研究2において扱った3つの変数の関連を包括的に検討する。そのため、第5章においては必ずしも触れていなかった先行研究を含め、3つの変数間の2者の関連に関する先行研究について以下にあらためて簡単に述べる。

(2) アレキシサイミアと親子関係（親の養育態度、被養育経験）

第3章において論じたように、子どもの感情の制御機能の発達のためには、大人の適切な共感的な対応が重要であることが子どものトラウマの臨床や愛着の研究から指摘された。また、第5章の研究1で述べたように、一般の青年を対象にアレキシサイミアと親の養育態度や愛着スタイルなどの親子関係との関連について質問紙調査を行った研究の結果、アレキシサイミアと親子関係には一貫して何らかの関連はあるが、どういう親子関係が関連しているのか、男女で差があるのかについてはそれほど明確になっていない。

(3) 親子関係と不安、うつ

親子関係などと不安やうつとの関係については多くの研究がある。例えば、小川（1984）は、養育態度を測定するPBIを不安神経症患者に実施し、患者群は健常対象群

に比較して有意に、両親（特に母親）を低養護、高過保護と評価するという結果を得た。そして、「養護なき統制」つまり子どもに対して養護的特徴に欠け、かつ過保護的、過干渉的統制傾向が強いという親の養育態度が不安神経症の発症に重要な役割を果たしている」と結論づけている。さらに、小川は、先行研究の結果から、「養護なき統制」という特徴は不安神経症に限らず、そのほかの抑うつ神経症、社会恐怖、空間恐怖などの神経症患者にも認められるという。また、その他の思春期の非特異的な精神障害や、境界性人格障害患者にもこの特徴が認められるという。しかし統合失調症、躁鬱病などの内因性精神病にはこの特徴は認められないという。このように明らかな内因性精神病でない、神経症、人格障害などの病態は両親との関係が患者の心理的発達に色濃く影響されて発症すると議論されている。

（4）アレキシサイミアと不安、抑うつ

アレキシサイミアと不安、うつとの関連についてもこれまでに多くの検討がなされている。第1節でも触れたが、Luminet et al. (2018) は、抑うつとアレキシサイミアの関連を扱った23の研究をレビューし、それらの関連があることを概観している。また19研究、3572人のメタ分析を行なったLi et al. (2015) は、アレキシサイミア（TAS-20）と抑うつとの関連について、TAS20の合計得点と各種の抑うつ尺度得点には中程度の関連があり、さらに詳しく見ると、DIFとDDFと抑うつとの関連が見られ、一方、EOTと抑うつとの関連は見られなかったと報告している。

また、各種の不安障害とアレキシサイミアの関連についても、これまでにさまざまな報告があるが、大規模調査において抑うつを統制した上でなお不安とアレキシサイミアとの有意な関連が報告されている（Karukivi et al., 2010; Karukivi et al., 2014）。これまでの先行研究や本研究の第5章の結果、本章の第1節の結果から、アレキシサイミアと抑うつや不安などの心理的障害との間には関連があることが想定される。

以上のことから、第5章の研究2で扱った3つの変数（親子関係、アレキシサイミア、不安と抑うつ）については、相互に関連することが理論的にも実証的にも仮定できるだろう。そこで本節においては、まずその相互相関について確認する。その上で、これまでの先行研究の結果と理論的な観点から、親子関係→アレキシサイミア→不安・抑うつというパスを仮定する。したがって、ここでは親子関係は抑うつや不安という心理的障害に対して影響を与えているが、その両者の関係をアレキシサイミアという感情認知や

感情制御に関わる障害が媒介要因として重要な働きをしているという可能性について、共分散構造分析を用いて検討する。

2. 方法

第5章のデータにおいて、欠損が見られた対象者のデータを除外し、再分析した。大学生207名（男性85名、女性122名、平均年齢19.5歳）。

不安とうつを測定するものとして日本語版 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS: 八田ら, 1998) を使用した。HADS は不安7項目、うつ7項目から構成され、4件法で問うものであり、各質問項目は0から3点で得点化する。

アレキシサイミアを測定するものとして日本語版 Toronto Alexithymia Scale-20: TAS-20 (小牧・前田, 2015) を使用した。

青年期後期の親子間の関係を子どもの側がどう評価しているのかを測定するものとして、親子関係における精神的自立尺度と親への親密性尺度を使用した (水本, 2018)。

認知的感情制御方略を測定するものとして日本語版 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: CERQ (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; Garnefski & Kraaij, 2007; 榊原, 2015) を使用した。

3. 結果

(1) 各尺度の下位因子間の相関係数

アレキシサイミアと親子関係、不安とうつと関連を検討するため、各尺度の下位因子間の相関分析を行った。その結果を表6-3-1に示す。

アレキシサイミアと親子関係との関連を見ると、DIFとDDFともに、親との信頼関係、親への絶対的安心感との間に有意な負の相関が認められ、親の価値へのとらわれとの間に有意な正の相関が見られた。EOTは、親との信頼関係、親からの心理的分離との間に有意な負の相関が認められ、親の価値へのとらわれとの間に有意な正の相関が見られた。アレキシサイミアと不安とうつの関連を見ると、DIFとDDFともに、不安とうつと有意な正の相関が認められた。EOTは不安とうつと有意な相関は見られなかった。

(2) 共分散構造分析

先行研究の結果および相関分析の結果から、3つの心理尺度の間には相互の関連が認

められた。前節と同じく PBI との対比から、親子関係の 5 因子の中でも「親との信頼関係」と「親の価値へのとらわれ」の 2 つの因子に注目する。親との信頼関係はアレキシサイミアの 3 因子、不安とうつに負の相関が認められ、親の価値へのとらわれはアレキシサイミアの 3 因子と正の相関が認められたが不安やうつとの相関は認められなかった。これらの結果をもとに、この 3 者の関連を包括的に検討するために共分散構造分析を行った。この結果を図 6-3-1 に示す。TAS の第 3 因子である EOT は十分な α 係数の値が得られなかったため本分析からは除いた。

まず、「親との信頼関係」と「親の価値へのとらわれ」の 2 つの観測変数から、TAS-20 の下位因子である DIF, DDF, 不安とうつへのパスを仮定し、次に DIF, DDF から不安とうつへのパスを仮定した。

このモデルを推定した結果、親との信頼関係は DIF と DDF へ負の影響を与え、親の価値へのとらわれは DIF と DDF へ正の影響を与え、さらに DIF から不安へ、DDF からうつへ正の影響を与えるというパスが認められた。また、親との信頼関係は不安とうつへ直接負の影響を与えていた。そして、不安からうつへの正の影響関係が認められた。

このモデルの適合度を推定した結果、適合度指標は $\chi^2(4) = 2.99$ ($p = n.s.$), GFI=1.00, AGFI=.98, NFI=.99, CFI=1.00, RMSEA=.00, AIC=36.99, CAIC=110.65 であり、このモデルは必要な基準を満たしていると考えられた。

4. 考察

共分散構造分析によって、2 種の親子関係が TAS-20 の DIF と DDF に影響し、さらに DIF と DDF が不安とうつに影響するという 3 つの変数の包括的な関連を確認した。

(1) 親子関係とアレキシサイミア

親子関係とアレキシサイミアの関係をみると、親との信頼関係は DIF, DDF に負の影響を与えていた。一方、親の価値へのとらわれは DIF, DDF に正の影響を与えていた。この結果は、PBI のケア的養育態度と過保護的養育態度の因子とアレキシサイミア (TAS-20) の関連を見た Kooiman ら (2004) の結果に類似していると考えられる。すなわち、本節では肯定的な親子関係はアレキシサイミアと負の関連、否定的な親子関係はアレキシサイミアと正の関連があることを見出した。親子関係のある種の性質がアレキシサイミア傾向の形成に対して特定の影響を与えているということが確認されたとと言えるだろ

う。

なお、親子関係の影響については、男性と女性で関連の仕方に違いがある可能性がある。発達心理学等における親密性と自立の研究において、母親と娘、母親と息子、父親と娘、父親と息子の組み合わせによって関係性の違いがあるといわれている(水本, 2016)。本研究では父母を分けずに親に対しての認識のみ調査している点で、性差について議論をするには限界がある。今後、親子関係については父母それぞれに対する認識を調査することで、さらに詳細に検討する必要があるだろう。

(2) アレキシサイミアと精神的健康度

本研究の第1節においてもアレキシサイミアと精神的健康度の関連を示したが、本節ではアレキシサイミアと不安やうつとの関連が確認された。本節においては、アレキシサイミアを TAS-20 の第1因子、第2因子に分けて、また HADS の不安とうつそれぞれへの影響を見た。

DIF からはまず不安に対してパスが引かれ、不安からうつに至るという経路を見出した。一方、DDF は直接うつに至る。本研究のモデルは、親子関係がアレキシサイミアに影響し、さらにアレキシサイミアが不安とうつに影響するというものである。また、不安とうつの関連については、不安からうつへというパスを採用した。なお、第1節で述べたように、アレキシサイミアと心理的障害の横断的な研究における2者のパスの方向性については、理論的、実証的にどちらの方向も可能であり、結論は出ていない (Sendzik et al., 2017 ; Hemming et al., 2019)

本節では、アレキシサイミアの影響はまず不安に対して強く、そこからさらにうつへ至るという関係が示唆された。ここからは、アレキシサイミア傾向が高い人は、まず不安が高くなり、さらに状態が悪化した場合にうつ的な状態も強くなるという臨床的な状態が推測された。このことは、第2章で述べた不安とうつの併存群に関しての議論や、第3章以降において述べてきたアレキシサイミアと不安やうつなどの心理的障害との関連に関する本研究の立場（発達上の親子関係における否定的な影響がアレキシサイミア傾向を促進し、そのアレキシサイミア傾向が精神的健康度を悪化させるという可能性）を支持しているように思われる。

青年期を対象とした研究において、Karukivi et al. (2010, 2014) の横断と縦断研究では、アレキシサイミアと不安の間に強い関連があることを報告している。その関連はう

つの影響を制御しても有意であったと述べている。また、この影響はおもに DIF によるものと報告されている。本節の結果は、Karukivi らの結果と矛盾しないだろう。

ところで、Marchesi, Brusamonti, & Maggini (2000) は、TAS-20 と HADS の尺度の問題について報告している。TAS-20 と HADS を一緒にして因子分析を行うと、アレキシサイミアとうつは別の因子として分かれたが、DIF と不安は部分的に重なっていた。この結果からは、DIF と不安にはそれらが高い人の状態に何らかの共通性があることを反映している可能性と、単に尺度の項目間に高い共通性があることを反映している可能性が考えられる。したがって、本節のモデルの DIF と不安との関連の強さは、本当に両者の状態の関連が強いのか、ある程度尺度上で重なる部分がある可能性があることによる結果なのか、考慮して捉える必要があると思われる。

(3) 3 者の関係

本節の結果から、親子関係の不適応的な面はアレキシサイミアを高め、DIF を介して不安を高めうつへ至る、DDF からはうつへ至るという経路を見出した。一方、親子関係の適応的な面はアレキシサイミアの 2 側面に負の影響を与える経路と、うつや不安に直接負の影響を与える経路もあった。したがって、親子関係の適応的な面はアレキシサイミアを弱める働きと、不安やうつを直接弱める働きをすると考えられる。

本節の結果から、大学生における親子関係の親の価値へのとらわれは、アレキシサイミアに正の影響を与え、さらにそのアレキシサイミアが不安やうつに影響を与えるという 3 者の関連性が示唆された。侵入性や過干渉、過保護などの不適応的な親の養育態度はアレキシサイミアにも、また不安やうつにも関連することが報告されてきたが、本節では親子関係のうつや不安に対する影響をアレキシサイミアが媒介するという 3 者の関係性の可能性を示したと言えるだろう。

第4節 追加の分析

第1節および第2節の各モデルの検討結果から、認知的感情制御方略からアレキシサイミアへというパスが成立すると考えられた。先行研究において、認知的感情制御方略と不安やうつとの関連が前提とされ、複数の認知的感情制御方略およびアレキシサイミアなどの基礎的な感情機能とうつとの関連をメタ分析した研究において、それらに関連があることが報告されている。その中で、認知的感情制御方略やアレキシサイミアとうつとの関連を調整する要因として、不安や発症年齢が指摘されている。さらに、早期に発症するうつは人生早期のストレスと関連があると論じられている (Visted et al, 2018)。このような議論は本研究で論じてきた問題意識と関連するように思われる。このことから、CERQ からアレキシサイミア、さらに不安とうつへというモデルについても検討する。

解析の結果、図 6-4-1 のようなモデルを見出した。複数の認知的感情制御方略が不安とうつに関連し、かつそれらを DIF と DDF が部分的に媒介していることを確認した。このモデルの適合度を推定した結果、適合度指標は $\chi^2(4) = 2.99$ ($p = n.s.$), GFI=.986, AGFI=.947, NFI=.972, CFI=.996, RMSEA=.026, AIC=79.658, CAIC=222.638 であった。

第1節およびこの追加の分析の結果から、不安やうつなどの心理的障害に対する認知的感情制御方略の影響はアレキシサイミアのような感情機能の障害によって強く媒介されている可能性があり、さまざまな心理的障害に対する認知的な要因について扱う各種の臨床心理学的介入において、感情機能不全についてより注目して行く必要があるだろう。

第5節 6章のまとめ

第6章では、第4章および第5章の調査で得られたデータを使用し、アレキシサイミア、認知的感情制御方略、親子関係、精神的健康度や不安と抑うつとの関係を、3変数間の関連を仮定してモデルを作成し、どのようなモデルが成立しうるのかを共分散構造分析を用いて検討した。

まず第1節においては、アレキシサイミアと精神的健康度の間の関連、認知的感情制御方略と精神的健康度の関連はこれまでも確認されてきており、本研究の第4章においても、精神的健康度が低い群では高い群に比べてアレキシサイミアが高く、不適応的

な認知的感情制御方略を使用しているという特徴が見られた。また、調査対象者のトラウマ的体験の精神的健康度への影響を扱った研究から、生育上のトラウマ→歪んだ認知→アレキシサイミア→精神的健康度という関係性が提示されていたことについて論じた。このことから、本研究の第4章のデータを使用して、認知的感情制御方略→アレキシサイミア→精神的健康度というパスの方向性を仮定した共分散構造分析を行った。

その結果、自責、反芻、破局的思考という3つの不適応的な認知的感情制御方略がアレキシサイミアにおける感情の同定困難や感情の伝達困難という特徴を強め、このアレキシサイミアの特徴が精神的健康度を悪化させるという方向性が認められた。また、肯定的再焦点化という適応的な認知的感情制御方略は精神的健康度を改善させるという関係も認められた。

次に第2節では、第3章や先に述べた生育上のトラウマ→歪んだ認知→アレキシサイミア→精神的健康度という関係性の報告、親の養育態度とアレキシサイミアの関連を示す先行研究の結果、第5章で見られた現在の親子関係とアレキシサイミアの関連の結果をもとに、親子関係→認知的感情制御方略→アレキシサイミアというパスの方向性を仮定した。

その結果、親の価値へのとらわれという否定的な親子関係が反芻や破局的思考という不適応的な認知的感情制御方略を強め、アレキシサイミアに影響するという方向性、親との信頼関係という肯定的な親子関係が肯定的再評価や肯定的再焦点化という適応的な認知的感情制御方略を高め、アレキシサイミア傾向を低下させるという方向性が認められた。

そして第3節では、第3章に述べた情動認知や自己認知などの感情の認知や制御に関わる認知要因と親子関係やトラウマ的体験との関連や、第5章の結果、第1節の結果から想定される親子関係、アレキシサイミア、不安とうつの関係性をもとに、親子関係→アレキシサイミア→不安・うつというパスの方向性を仮定し、包括的に検討した。

その結果、親子関係の不適応的な面はアレキシサイミアにおける感情の同定困難と感情の伝達困難を高め、感情の同定困難を介して不安を高めうつへ至る、感情の伝達困難からはうつへ至るという経路を見出した。一方、親子関係の適応的な面はアレキシサイミアの2側面に負の影響を与える経路と、うつや不安に直接負の影響を与えるという関係性が認められた。

様々な先行研究やこれらの結果から、①アレキシサイミアは精神的健康度を低下させ

る脆弱性因子であり、様々な心理的障害に関連している可能性があること、②アレキシサイミアにおいても、これまで様々な心理的障害において問題であるとされてきた自責、反芻、破局的思考という認知的要因が関連しており、これらが自身の感情反応に対する根本的な信念のような働きをしている可能性があること、③これらの認知は、青年の持つ親子関係の影響を受けており、親と子のやりとりや距離感、過去のトラウマ的体験によって偏りが生じる可能性があることが示唆された。

第6章 1節 図表

表 6-1-1 各下位尺度の平均値, *SD*と信頼性係数

	<i>n</i> =150	平均値	<i>SD</i>	α
GHQ28		8.7	6.37	.92
身体的症状		2.7	1.90	.75
不安と不眠		2.9	2.13	.83
社会的活動障害		1.6	1.88	.81
うつ傾向		1.5	1.97	.89
TAS-20		55.9	10.63	.79
DIF		19.5	6.47	.86
DDF		16.4	4.26	.75
EOT		20.0	4.13	.51
CERQ				.80
肯定的再評価		13.6	3.75	.81
大局的視点		12.7	2.74	.40
反芻		14.2	3.24	.67
受容		13.8	2.58	.48
自責		14.2	3.46	.81
肯定的再焦点化		12.0	3.58	.79
他者非難		10.4	3.14	.71
破局的思考		10.9	3.16	.65
計画への再焦点化		15.2	3.19	.82

注) GHQ-28: The General Health Questionnaire-28, TAS-20: Toronto Alexithymia Scale-20, DIF: 感情の同定困難, DDF: 感情伝達困難, EOT: 外的志向, CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

表 6-1-2 GHQ28, TAS20, CERQの下位尺度間相関係数

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 GHQ28	-	.56 ***	.60 ***	.47 ***	.02	-.13	.37 ***	.34 ***	-.24 **	-.08	.20 *	-.13
2 TAS-20		-	.85 ***	.79 ***	.42 ***	-.28 **	.30 ***	.41 ***	-.13	.11	.36 ***	-.33 ***
3 DIF			-	.60 ***	.01	-.09	.42 ***	.39 ***	.13	.08	.37 ***	-.09
4 DDF				-	.07	-.16	.29 ***	.50 ***	-.19 *	.02	.31 ***	-.15
5 EOT					-	-.43 ***	-.20 *	-.08	.05	.15	.03	-.57 ***
CERQ												
6 肯定的再評価						-	.11	.07	.19 *	-.18 *	-.15	.63 ***
7 反芻							-	.38 ***	-.08	-.01	.41 ***	.20 *
8 自責								-	-.23 **	-.19 *	.20 *	.07
9 肯定的再焦点化									-	.17 *	.05	.06
10 他者非難										-	.30 ***	-.03
11 破局的思考											-	.00
12 計画への再焦点化												-

注) *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, GHQ-28 : The General Health Questionnaire-28, TAS-20 : Toronto Alexithymia Scale-20, DIF : 感情の同定困難, DDF : 感情伝達困難, EOT : 外的志向, CERQ : Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

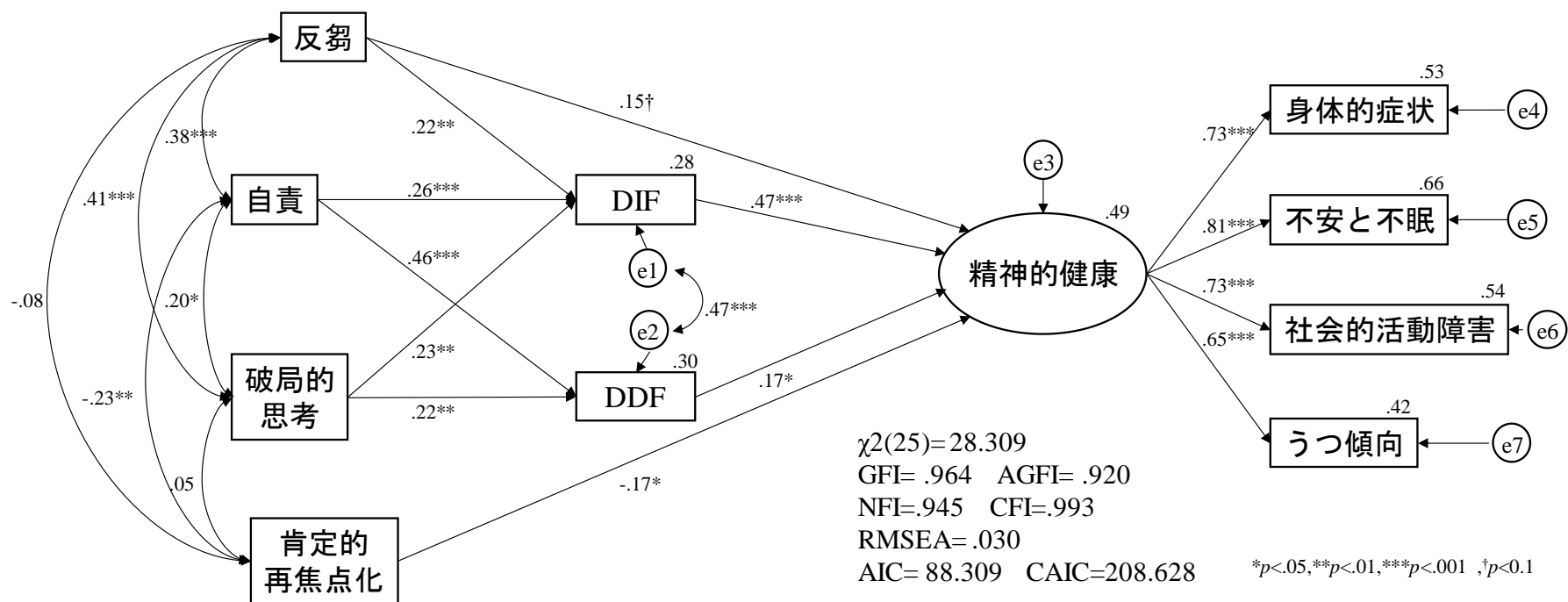


図6-1-1 共分散構造分析によるアレキシサイミア，認知的感情制御，精神的健康の関連

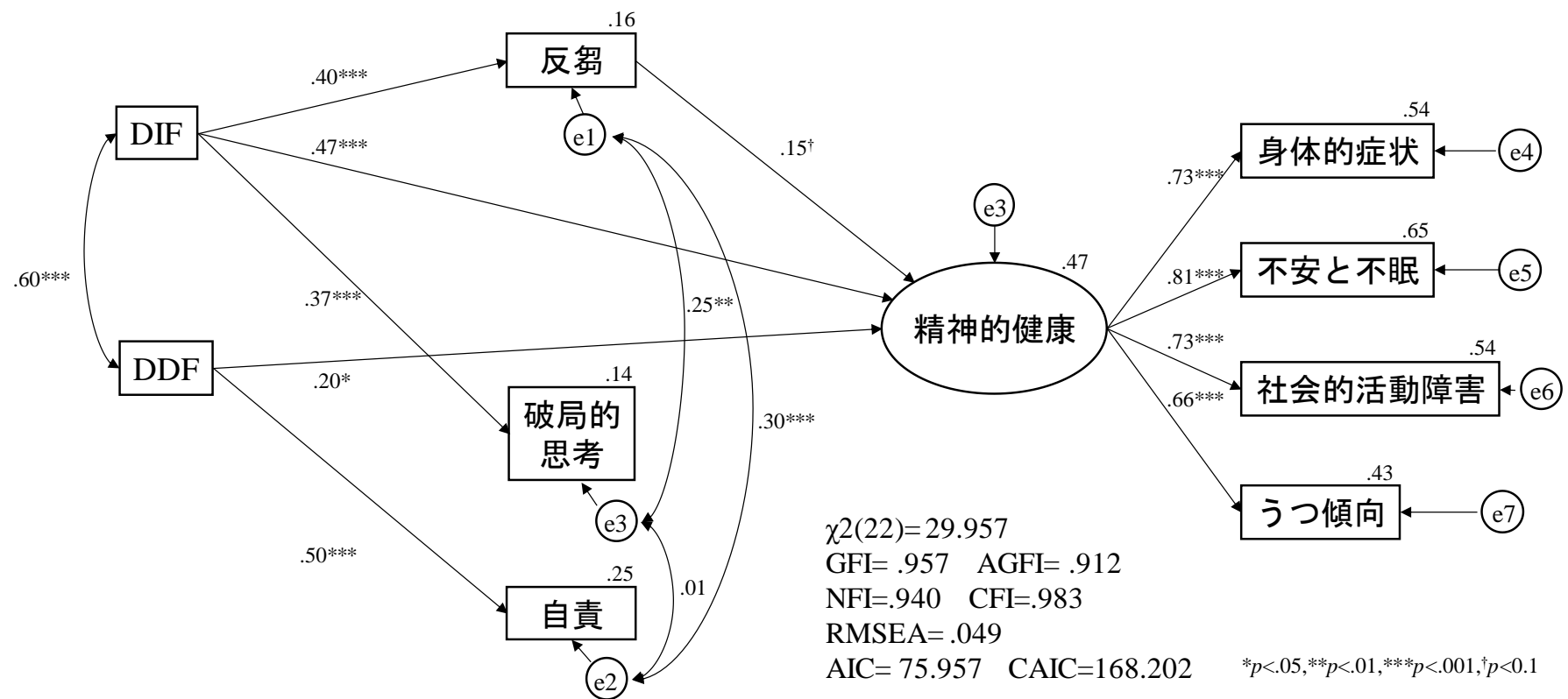


図6-1-2 共分散構造分析によるアレキシサイミア，認知的感情制御，精神的健康の関連

第6章 2節 図表

表6-2-1 各尺度の平均値, *SD* と信頼性係数

	全体 (<i>n</i> =207)		
	平均	<i>SD</i>	<i>α</i>
TAS20	53.4	10.10	.76
DIF	17.3	6.22	.84
DDF	15.8	3.87	.60
EOT	30.3	4.25	.52
親子関係における精神的自立			
親との信頼関係	21.3	3.60	.51
親からの心理的分離	18.4	3.05	.58
親への親密性尺度			
親への心づかい	28.3	6.68	.87
親の価値へのとらわれ	13.5	4.99	.82
親への絶対的安心感	9.9	3.09	.76
CERQ			
肯定的再評価	13.5	3.93	.83
大局的視点	12.7	3.01	.49
反芻	13.7	3.42	.66
受容	13.6	2.75	.48
自責	14.0	3.64	.85
肯定的再焦点化	12.6	3.66	.81
他者非難	10.4	3.16	.77
破局的思考	10.5	3.64	.76
計画への再焦点化	15.4	3.07	.83

注) TAS-20 : Toronto Alexithymia Scale-20, DIF : 感情の同定困難, DDF : 感情伝達困難, EOT : 外的志向, CERQ : Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

表6-2-2 親子関係とアレキシサイミア，認知的感情制御方略との間の相関係数

	TAS20 合計	DIF	DDF	肯定的 再評価	反芻	自責	肯定的 再焦点化	他者 非難	破局的 思考	計画への 再焦点化
親との信頼関係	-.21 **	-.15 **	-.14 *	.29 ***	-.05	.11	.29 ***	.02	-.04	.22 **
親からの心理的分離	-.08	.00	.07	.11	.06	-.08	.00	.04	-.11	.15 *
親への心づかい	-.10	-.09	-.10	.29 ***	.08	.10	.22 **	-.01	.05	.21 **
親の価値へのとらわれ	.29 ***	.24 **	.16 *	.01	.21 **	.14 *	.01	.08	.34 ***	-.06
親への絶対的安心感	-.18 *	-.16 *	-.17 *	.25 ***	-.07	-.03	.26 ***	-.01	.00	.15 *

注) *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, TAS-20 : Toronto Alexithymia Scale-20, DIF : 感情の同定困難, DDF : 感情伝達困難, EOT : 外的志向, CERQ : Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

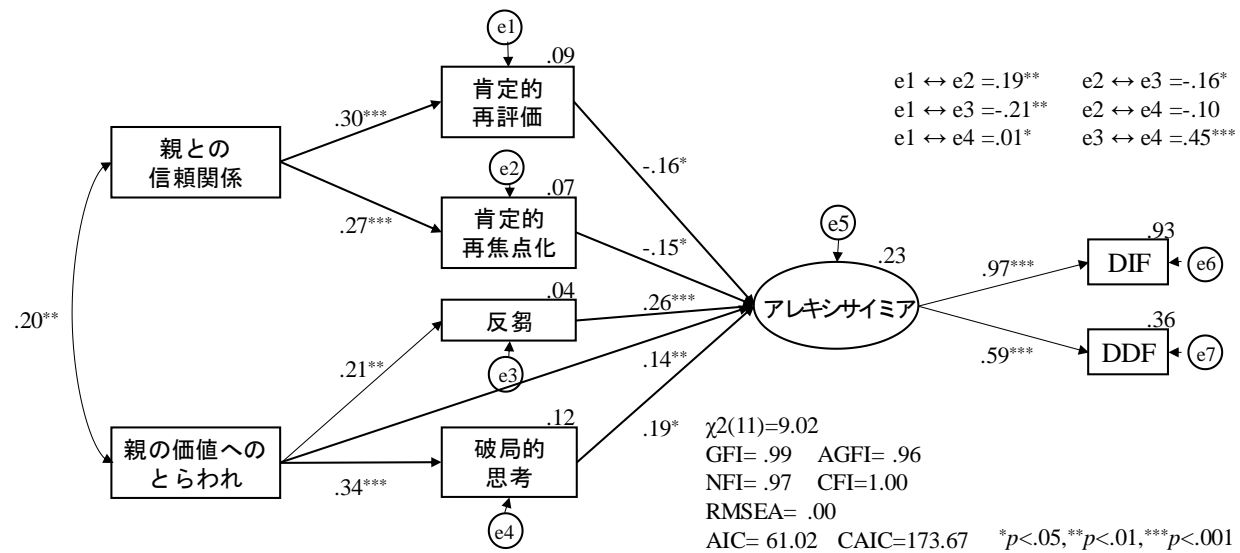


図6-2-1 共分散構造分析による親子関係とアレキシサイミア，認知的感情制御方略の関連

第6章 3節 図表

表6-3-1 TAS-20, 親子関係尺度, HADSの下位因子間の相関係数

	TAS20			精神的自立		親への親密性			HADS	
	DIF	DDF	EOT	親との信頼関係	親からの心理的分離	親への心づかい	親の価値へのとらわれ	親への絶対的安心感	不安	うつ
TAS20										
DIF	-	.58 ***	.04	-.15 **	.00	-.09	.24 **	-.16 *	.54 ***	.45 ***
DDF		-	.01	-.14 *	.07	-.10	.16 *	-.17 *	.33 ***	.43 ***
EOT			-	-.15 *	-.25 ***	-.01	.20 **	-.03	.02	.08
精神的自立										
親との信頼関係				-	-.09	.60 ***	.20 **	.63 ***	-.20 **	-.30 ***
親からの心理的分離					-	-.05	-.41 ***	-.17 *	.06	.06
親への親密性										
親への心づかい						-	.35 ***	.58 ***	-.14 *	-.29 ***
親の価値へのとらわれ							-	.17 *	.09	.01
親への絶対的安心感								-	-.23 **	-.30 ***
HADS										
不安									-	.50 ***
うつ										-

注) ***p<.001, **p<.01, *p<.05, TAS20; Toront Alexithymia Scale-20, DIF; Difficulty in Identifying Feelings, DDF; Difficulty in Describing Feelings, EOT; Externally Oriented Thinking, HADS; Hospital Anxiety and Depression Scale.

第6章 4節 図表

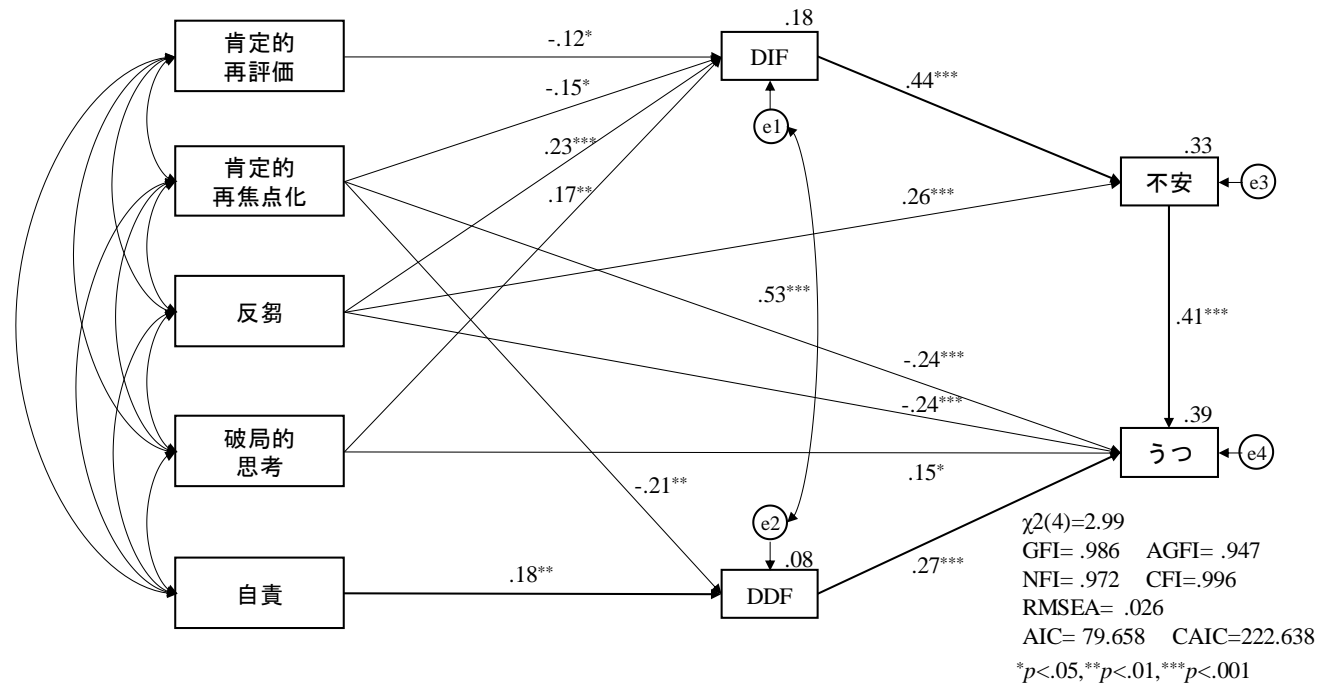


図6-4-1 共分散構造分析による認知的感情制御方略とアレキシサイミア，不安とうつの関連

第7章 おわりに

近年さまざまな心理的介入方法が開発され、それらは、はじめはある特定の心理的障害に対する介入法として開発されたものであったが、広く使用される中で他の心理的障害に対しても適応できることが報告されるようになる。しかし、それぞれの介入方法がなぜ、どのような作用をもたらして、さまざまな心理的障害に対して役に立っているのかは不明な点が多い。

はじめに述べたように、本研究は、うつに特徴的な認知要因と不安に特徴的な認知要因があり、それぞれに特化した介入方法が提案されている中で、不安とうつはそれほどはっきり別々の問題として扱えるのか、特にうつに特徴的であるとされている否定的認知は不安では問題にならないのかという疑問からはじまった研究であった。その過程で、第2章に述べたように不安とうつは臨床的には併発している率が高いことや両者の共通部分に注目した介入方法があること、実際に大学生を対象にした調査を行った結果、大学生においても不安とうつの両方が高い人が多く存在し、その人たちは健康的な人に比べて反芻を多くする傾向や自己に対する否定的な認知が高いという特徴があることがわかった。

この結果からさらに、不安やうつが高く、ネガティブな内容を繰り返し考え続けたり、自己や世界を否定的に考えたりするというのはどういう状態なのか、なぜそのようなのかという疑問を持った。そこで、不安やうつに共通する精神的な病理について調べる中で、情動調整の障害があげられ、これもまた不安やうつに限らずさまざまな障害に共通した問題とされていることがわかった。その中で、自身の感情の妥当性を疑うという状態があり、出来事に対する自身の感情反応に対して、このような感情を持つべきではない、このような感情反応をする自分は間違っていると考え、自然な感情反応を抑え込もうとする二次的な反応があることがわかった。

このようなことから、情動調整の障害には、自身の感情の捉え方、扱い方に困難があるといえ、この状態をあらわすものとしてアレキシサイミアがあると考えられた。第3章に述べたように、アレキシサイミア傾向が高い人は、感情を喚起させる刺激に対して、脳画像上は感情反応が亢進していることが示されているにもかかわらず、本人は自身の感情反応がどのような感情であるのか（怒りなのか、悲しみなのかなど）を同定し、言葉にして表現することができないために、身体的な感情反応と本人の感情表現との間にずれが生じる。そして、自身の感情状態よりも問題である状況についての説明をするた

めに、周囲には本人の中で強い感情反応が起きていることが伝わりにくい。そのために、本人も自身の感情反応を適切に調整、制御することが難しく、身体症状となって不調が現れたり、周囲からの理解や助けも得られにくい。

このような状態と、自身の感情の妥当性を疑うという認知との間には関連があるのではないかと考え、また、感情を適切に扱えないことと、解決には向かわないにもかかわらず繰り返し考えることには関連があるのではないかと考え、第4章において、アレキシサイミアと認知的要因と精神的健康度の3つを扱う調査研究を行った。その結果、精神的健康度が低い群は健康群に比べてアレキシサイミア傾向が強いこと、また認知的要因がアレキシサイミア傾向にどの程度影響を与えているかを見たところ、反芻や自責、破局的思考がアレキシサイミア傾向を高める働きをしているという結果が得られた。

また、第3章では生育史上の持続したトラウマ的体験が子どもの感情制御の習得に影響を与えるということを述べた。この生育史上の持続したトラウマ的体験は、必ずしもひどい虐待を受けるなどの明らかな問題を指すのではなく、日常的な親と子のやりとりの中で、子どもの感情反応に対して親がひどく動揺したり、子どもの感情反応の妥当性を認めることなく「泣くな」「痛くない」など、とにかく感情反応を抑えることを求めたり、問題となりそうな子どもの感情反応が起こらないように過度に干渉し、自由に経験し反応する機会を奪ってしまうことなどを指している。子どもが自身の経験として感情反応を体験し、泣くことしかできないような未分化な感情反応を繰り返すのに対して、親が落ち着いて「怒ったのかな?」「悲しいのかな?」というラベル付けをして返したりすることで、子どもは自身の感情反応が受け入れられることを経験し、また、感情が落ち着いて行くのを体験することができる。このような感情反応を分化してそれぞれに適切な対処方法を学ぶというような親子のやりとりが不足することで、自身の感情をうまく捉えられなかったり、感情の妥当性を疑ったりするようになるのではないかと考えた。

これらを心理尺度により実証的に扱ったのが第5章であり、親子関係とアレキシサイミア、さらに認知的要因や不安とうつの関連を検討した。その結果、アレキシサイミア傾向が高い群は低い群に比べて「親の価値へのとらわれ」という不適応的な親子関係の点数が高く、「親への絶対的安心感」という親を信頼しているという親子関係の点数が低いことがわかった。さらに第5章では、第2章で述べた不安とうつの認知的要因の関連や第4章に述べたアレキシサイミアと認知的要因の関連についても検討した。その結果、不安とうつの両方が高い併存群は不安やうつが単体で高い群や健康群に比べてアレキシ

サイミア傾向が高いことがわかった。

さらに、第2章から第5章までで扱った変数の包括的なモデルを第6章において検討した。その結果、第1節「認知的要因→アレキシサイミア→精神的健康度」、第2節「親子関係→認知的要因→アレキシサイミア」、第3節「親子関係→アレキシサイミア→不安・うつ」、第4節「認知的要因→アレキシサイミア→不安・うつ」という4つのモデルが成立することを示した。

ただし、本研究の限界点として次のようなことがあげられる。本研究は横断的な研究であるため、変数間の因果関係をより詳細に見るためには、さらに縦断的に調べる必要がある。また、本研究の対象者は大学生であり、あくまでも青年期における各変数の関連を調べたものであるため、幅広い年齢層に対してもこの結果がこのままあてはまるかは不明である。そして、本研究では心理的障害に関わる臨床的な要因を扱っているが、本研究の対象者は一般の集団であるため、その結果はアナログ的な情報を提供するものである。臨床群におけるこれらの変数の関連を知るためには、そうした対象に対して調査を行う必要がある。特に、アレキシサイミアについては、その主要な構成要因とされる外的志向（EOT）の内的整合性が低いという結果であり、他の尺度との関連について考察することが難しいという結果であった。今後、これが対象者の属性によるものなのか、尺度上の問題なのかなど、さらに検討していく必要があるだろう。

結論として、本研究はアレキシサイミアと認知的要因の関連に関するいくつかの新しい知見を実証的に提供した。それらは臨床的な介入場面においても寄与できるものと期待している。

アレキシサイミアや認知的要因は、それらの特性を持つ本人には常態化しているものであるために、困りごととして本人から直接表現されることがあまりない可能性がある。このことは、そもそも臨床場面においてアレキシサイミアが最初に提起された時の状況であるだろう。アレキシサイミアの患者は、身体的な訴えなどはあってもアレキシサイミア状態それ自体を主訴とするわけではない。そのため、本人や周囲がこの特性に気づくときには、これらが精神的健康度の低下や心理的障害によって引き起こされているものとする可能性も高く、もともとあるその人の特徴であるとはあまり考えず介入の対象にはならなくなってしまうだろう。状況に応じて自身の感情を整理したり表現、抑制したりして制御することは誰においても必要なことであるが、自身や世界に対する偏った認知はこの作業を妨害するというのではないだろうか。そして、このような感情の

扱い方や、自身や世界に対する考え方は個人の生育歴とは切り離せないものであるだろう。本研究におけるさまざまな結果は、このような感情反応の扱い方、自身や世界に対する偏った考え方、親子関係の関係性に対する理解を深めるための基礎的な情報を提供しているものと思われる。

引用文献

第1章 文献

Beck, A. T. & Emery, G. (2005). *Anxiety disorders and phobias : A cognitive perspective*. Basic Books, A Member of the Perseus Books Group.

Greenberger, D. & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood -Change how you feel by changing the way you think*. The Guilford Press.

(大野 裕 (監訳), 岩坂 彰 (訳) (2001) うつと不安の認知療法練習帳 創元社)

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness & Acceptance*. The Guilford Press.

(春木 豊 (監修), 武藤 崇・伊藤 義徳・杉浦 義典 (監訳) (2005) マインドフルネス&アクセプタンスー認知行動療法の新次元ー プレーン出版)

Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2012). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy Theory, Research, and Practice*. John Wiley & Sons, Ltd.

(伊藤 絵美・吉村 由未 (監訳) (2017) スキーマ療法最前線ー第三世代 CBT との統合から理論と実践の拡大までー 誠信書房)

第2章 文献

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-2*.

The Psychological Corporation: San Antonio, TX.

(小島 雅代・古川 壽亮 (訳) (2003). 日本版 BDI-II-ベック抑うつ質問票-手引. 日本文化科学社)

福井 至 (1998). Depression and Anxiety Cognition Scale (DACS) の開発—抑うつと不安の認知行動モデルの構築に向けて 行動療法研究, 24, 57-70.

肥田野 直・福原 眞知子・岩脇 三良・曾我 祥子・Spielberger, C. D. (2000). 新版 State-Trait Anxiety Inventory-Form JYZ マニュアル 実務教育出版.

Ishikawa, H., Kawakami, N., Kessler, R. C., & the World Mental Health Japan Survey

Collaborators (2016). Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25, 217-229.

石崎 淳一・陶山 和美 (2016). 抑うつ反応スタイル理論の検討—Rumination-Reflection Questionnaire (RRQ) を用いた研究結果 神戸学院大学心理臨床カウンセリングセンター紀要, 9, 1-10.

貝谷 久宣 (2010). 「不安と抑うつ」再考. 臨床精神医学, 39, 403-409.

McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a Transdiagnostic Factor in Depression and Anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 186-193.

松浦 隆信・北西 憲二・立松 一徳・橋本 和幸・比嘉 千賀・原田 憲明・亀山 晶子・坂本 真士 (2013). 自己に対する注意の持続と不安障害との関連 臨床心理学, 13, 531-538.

中島 俊・伊藤 正哉・加藤 典子・堀田 亮・藤里 紘子・大江 悠樹...大野 裕 (2013). 不安障害/うつ病性障害に対する新しい認知行動療法の潮流—診断横断的認知行動療法 精神医学, 55, 1145-1154.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 592-582.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.

Reilly, L. C., Ciesla, J. A., Felton, J. W., Weitlauf, A. S., & Anderson, N. L. (2012). Cognitive

vulnerability to depression: A comparison of the weakest link, keystone and additive models. *Cognition & Emotion*, 26, 521-533.

高野 慶輔・丹野 義彦 (2008). Rumination-Reflection Questionnaire 日本語版作製の試み. パーソナリティ研究, 16, 259-261.

高野 慶輔・丹野 義彦 (2009). 抑うつと私的自己意識の2側面に関する縦断的研究. パーソナリティ研究, 17, 261-269.

田中 誠一・佐藤 寛・境 泉洋・坂野 雄二 (2007). 自己注目と抑うつおよび不安との関連. 心理学研究, 78, 365-371.

Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.

Treynor, W., Gonzales, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Therapy and research*, 27, 247-259.

吉野 相英 (2013). 不安うつ病の諸相. 精神医学, 55, 961-970.

第3章 文献

- 有村 達之・岡 孝和・松下 智子 (2012). 失体感症尺度（体感への気づきチェックリスト）の開発—大学生を対象とした基礎研究— 心身医学, 52, 745-754.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-II. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Berthoz, S., Artiges, E., Van De Moortele, P. E., Poline, J. B., Rouquette, S., Consoli, S. M., & Martinot, J. L. (2002). Effect of impaired recognition and expression of emotions on frontocingulate cortices: an fMRI study of men with alexithymia. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 961-967.
- 福井 義一 (2009). 青年期における解離性体験とアレキシサイミア傾向の関連 心理臨床学研究, 10, 35-42.
- 福井 義一・野村 早也佳・小澤 幸世・田辺 肇 (2010). 虐待的養育環境と心身の解離傾向, アレキシサイミア傾向, 心身の健康の関連. 感情心理学研究, 18, 25-32.
- 福西 勇夫・尾崎 進・遠山 尚高・岡田 宏基 (1992). Alexithymia の発生機序に関する臨床研究 心身医学, 33, 68-75.
- Fukunishi, I. & Kaji, N. (1996). An investigation of the psychometric properties of the 26-item Toronto Alexithymia Scale in a Japanese culture. *Psychological Reports*, 79, 555-562.
- Fukunishi, I. & Miguchi, M. (1996). Influence of ego strength on associations of alexithymia and depression. *Psychological Reports*, 79, 999-1005.
- Fukunishi, I. & Rahe, R. H. (1995). Alexithymia and coping with stress in healthy persons: Alexithymia as a personality trait is associated with low social support and poor responses to stress. *Psychological Reports*, 76, 1299-1304.
- Fukunishi, I., Sei, H., Morita, Y. & Rahe, R. H. (1999). Sympathetic activity in alexithymics with mother's low care. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 579-589.
- 榎藤 元治・河合 啓介・守口 義也・樋渡 昭雄・高倉 修・吉原 一文・森田 千尋・山下 真・江藤 紗奈美・須藤 信行 (2017). 心身医学における安静時機能的

- MRI 研究 心身医学, 157, 724-729.
- Kano, M., Fukudo, S., Gyoba, J., Kamachi, M., Tagawa, M., Mochizuki, H., Itoh, M., Hongo, M., & Yanai, K. (2003). Specific brain processing of facial expressions in people with alexithymia: an H2 150-PET study. *Brain*, 126, 1474-1484.
- Karukivi, M., & Saarijavi, S. (2014). Development of alexithymic personality features. *World Journal of Psychiatry*, 22, 91-102.
- Keffer, K. V., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby R. M. (2017). Taxometric Analysis of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Further Evidence That Alexithymia Is a Dimensional Construct. *Assessment*, 1-11.
- 清瀧 裕子 (2008). 青年期における攻撃行動および自傷行為について—対人的信頼感,アレキシサイミア傾向, Locus of Control との関連から— 心理臨床学研究, 26, 615-624.
- 小牧 元・前田 基成・有村 達之・中田 光紀・篠田 晴男・緒方 一子・志村 翠・川村 則行・久保 千春 (2003). 日本語版 The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) の信頼性, 因子的妥当性の検討 心身医学, 43, 839-846.
- 小牧 元・前田 基成 (2015). 日本版 TAS-20 Toronto Alexithymia scale-20 トロント・アレキシサイミア尺度 使用手引 三京房.
- 越野 英哉・苧坂 真理子・苧坂 直行 (2013). 脳内ネットワークの競合と協調—デフォルトモードネットワークとワーキングメモリネットワークの相互作用— 心理学評論, 56, 376-391.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17-31.
- Krystal, H. (1982/1983). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy*, 9, 353-88.
- Krystal, H. (1988). Integration and self-healing: affect, trauma, alexithymia. *Analytic Press*. (1994, Routledge; Reprint)
- Liemburg, E. J., Swart, M., Bruggeman, R., Kortekaas, R., Knegtering, H., Curcic-Blake, B., & Aleman, A. (2012). Altered resting state connectivity of the default mode network in alexithymia. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7, 660-666.
- 守口 義也 (2014). 心身症とアレキシサイミア—情動認知と身体性の関連の観点から—

- 心理学評論, 57, 77-92.
- Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., & Komaki, G. (2007a). Empathy and Judging Other's Pain : An fMRI Study of Alexithymia. *Cerebral Cortex*, 17, 2223-2234.
- Moriguchi, Y. & Komaki, G. (2013). Neuroimaging studies of alexithymia: physical, affective, and social perspectives. *Biopsychosocial medicine*, 7, 1-12.
- Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Shoji, M., Kubo, C., & Komaki, G. (2007b). Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and Clinical samples:a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale(TAS-20). *Biopsychosocial medicine*, 1, 1-15.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Decety, J., Hirakata, M., Maeda, M., Matsuda, H., & Komaki, G. (2009). The human mirror neuron system in a population with deficient self-awareness: an fMRI study in alexithymia. *Human Brain Mapping*, 30, 2063-2076.
- 小川 健二 (2014). ミラーシステムと社会認知ネットワーク 神経心理学, 30, 277-283.
- 岡 孝和・松下 智子・有村 達之 (2011). 「失体感症」概念のなりたちと, その特徴に関する考察 心身医学, 55, 978-985.
- 大河原 美以 (2015). 子供の感情コントロールと心理臨床 日本評論社
- 太田 保之・上野 武治 (編) (2002). 学生のための精神医学 医歯薬出版株式会社
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale.III.Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22, 255-262.
- 反中 亜弓・寺井 堅裕・梅沢 章男 (2013). 中学生のアレキシサイミア傾向と身体不調感, 怒り表現との関連 心身医学, 53, 601.
- 反中 亜弓・寺井 堅裕・梅沢 章男 (2014). 中学生におけるアレキシサイミア傾向の学年差, 性差の検討 感情心理学研究, 22, 11-19.
- 反中 亜弓・寺井 堅裕・梅沢 章男 (2015). 青年期用アレキシサイミア尺度による中学生から大学生の比較研究 感情心理学研究, 23, 11.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of Affect Regulation-Alexithymia*

in medical and psychiatric illness-. Cambridge University Press.

(福西 勇夫 (監訳) 秋本 倫子 (訳) (1998) アレキシサイミア—感情制御の障害と精神・身体疾患—. 星和書店)

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale.IV.Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 277-283.

津山 雄亮・中村 延江 (2011). 一般学生におけるアレキシサイミア傾向者の愛着と防衛機制について 心理学研究, 2, 1-9.

Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Random House.

(柴田 裕之 (訳) (2016) 身体はトラウマを記録する—脳・心・体のつながりと回復のための手法. 紀伊國屋書店)

第4章 文献

- 福井 義一・野村 早也佳・小澤 幸世・田辺 肇 (2010). 虐待的養育環境と心身の解離傾向, アレキシサイミア傾向, 心身の健康の関連 感情心理学研究, 18, 25-32.
- Fukunishi, I., & Rahe, R. H. (1995). Alexithymia and coping with stress in healthy persons: Alexithymia as a personality trait is associated with low social support and poor responses to stress. *Psychological Reports*, 76, 1299-1304.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology : An Affective Science Perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387-401.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problem. *Personality and Individual difference*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 141-149.
- Goldberg, D. Manual of general health questionnaire. Windsor: Nfer-Nelson. (中川 泰彬・大坊 郁夫 (訳) : 日本版 GHQ 精神健康調査票―手引き (増補版). 日本文化科学社, 1978, 1985, 1996, 2013
- 石崎 淳一・陶山 和美 (2016). 抑うつ反応スタイル理論の検討ー Rumination-Reflection Questionnaire (RRQ)を用いた研究結果ー 神戸学院大学心理臨床カウンセリングセンター紀要, 9, 1-10.
- Karukivi, M., Saarijavi, S. (2014). Development of alexithymic personality features. *World Journal of Psychiatry*, 4, 91-102.
- 小牧 元・前田 基成 (2015). 日本版 TAS-20 Toronto Alexithymia scale-20 トロント・アレキシサイミア尺度 使用手引 三京房
- Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, C., & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and Clinical samples: a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Biopsycho Social Medicine*, 1, 1-15.
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143, 384-427.

- 榊原 良太 (2015). 認知的感情制御方略の使用傾向および精神的健康との関連—日本語版 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) の作成及びネガティブ感情強度への着目を通して— 感情心理学研究, 23, 46-58.
- 陶山 和美・石崎 淳一 (2018a). 不安と抑うつ併存群に対する反芻および否定的自己認知の関連 心理臨床学研究, 36, 452-457.
- 陶山 和美・石崎 淳一 (2018b). 非臨床群のアレキシサイミア傾向に対する心理学的研究の意義—情動認知と自己理解に注目して— 人間文化, 43, 31-41.
- Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22, 255-262.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of Affect Regulation - Alexithymia in medical and psychiatric illness-*. Cambridge University Press.
- (福西 勇夫 (監訳), 秋本 倫子 (訳) (1998) . アレキシサイミア—感情制御の障害と精神・身体疾患— 星和書店)
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2012). Psychoanalysis and empirical research: the example of alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61, 99-133.

第5章 文献

- Aust, S., Hartwig, E. F., Heuser, I., & Bajbouj, M. (2013) The Role of Early Emotional Neglect in Alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 225-232.
- Berenbaum, H. I., & James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 56, 353-359.
- De Panfilis, C., Salvatore, P., Marchesi, C., Cazzolla, R., Tonna, M., & Maggini, C. (2008). Parental bonding and personality disorder: the mediating role of alexithymia. *Journal of Personality Disorders*, 22, 496-508.
- 福井 義一・野村 早也佳・小澤 幸世・田辺 肇 (2010). 虐待的養育環境と心身の解離傾向, アレキシサイミア傾向, 心身の健康の関連 感情心理学研究, 18, 25-32.
- Fukunishi, I., Sei, H., Morita, Y., & Rahe, R. H. (1999). Sympathetic Activity in Alexithymic with Mother's Low Care. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 579-589.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 141-149.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problem. *Personality and Individual difference*, 30, 1311-1327.
- 八田 宏之・東 あかね・八城 博子・子笹 昇太郎・林 恭平・清田 啓介・井口 秀人・池田 順子・藤田 きみゑ・渡辺 能行・川井 啓一 (1998). Hospital Anxiety and Depression Scale 日本版の信頼性と妥当性の検討—女性を対象とした成績— 心身医学, 38, 310-315.
- Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K., Liuksila, P., & Saarijarvi, S. (2011). Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia? A study in Finnish late adolescents. *Psychiatry Research*, 187, 254-260.
- 小牧 元・前田 基成 (2015). 日本版 TAS-20 Toronto Alexithymia scale-20 トロント・アレキシサイミア尺度 使用手引 三京房.
- Kooiman, C. G., van Rens Vellinga, S., Spinhoven, P., Draijer, N., Trijsburg, R. W., & Rooijmans, H. G. (2004). Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 107-116.
- Marra, T. (2004). Depressed and Anxious : The Dialectical behavior therapy workbook for

- overcoming depression & anxiety. (永田 利彦 (監訳), 坂本 律 (訳) (2011) うつと不安のマインドフルネス・セルフヘルプブックー人生を積極的に生きるための DBT (弁証法的行動療法) 入門. 明石書店)
- Mason, O., Tyson, M., Jones, C., & Potts, S. (2005). Alexithymia: Its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 113-125.
- 水本 深喜 (2016). 母親への親密性が青年期後期の娘の精神的自立に与える影響ー「母親への親密性尺度」による検討ー 青年心理学研究, 27, 103-118.
- 水本 深喜 (2018). 青年期後期の子の親との関係ー精神的自立と親密性からみた父子・父娘・母息子・母娘間差 教育心理学研究, 66, 111-126.
- 水本 深喜・山根 律子 (2011). 青年期から成人期への移行期における母娘関係ー「母子関係における精神的自立尺度」の作成および「母子関係の 4 類型モデル」の検討ー 教育心理学研究, 59, 462-473.
- 榎原 良太 (2015). 認知的感情制御方略の使用傾向および精神的健康との関連ー日本語版 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) の作成及びネガティブ感情強度への着目を通してー感情心理学研究, 23, 46-58.
- Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22, 255-262.
- 陶山 和美・石崎 淳一 (2018a). 不安と抑うつの併存群に対する反芻および否定的自己認知の関連 心理臨床学研究, 36, 452-457.
- 陶山 和美・石崎 淳一 (2018b). 非臨床群のアレキシサイミア傾向に対する心理学的研究の意義ー情動認知と自己理解に注目してー 人間文化, 43, 31-41.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of Affect Regulation - Alexithymia in medical and psychiatric illness-. Cambridge University Press.*
- (福西 勇夫 (監訳), 秋本 倫子 (訳) (1998) . アレキシサイミアー感情制御の障害と精神・身体疾患ー 星和書店)
- Thorberg, F. A., Young, R. McD., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 26, 187-193.

第 6 章 文献

- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 155-172.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology ?. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 276-281.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Atari, M., & Yaghoubirad, M. (2016). The big five personality dimensions and mental health: The mediating role of alexithymia. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 59-64.
- Besharat, M. A., & Shahidi, V. (2014). Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Europe's Journal of Psychology*, 10, 352-362.
- Chen, Z. S., & Chung, M. C. (2016). The relationship between gender, posttraumatic stress disorder from past trauma, alexithymia and psychiatric co-morbidity in Chinese adolescents: A moderated mediational analysis. *Psychiatry Quarterly*, 87, 689-701.
- De Castella, K., Platow M. J., Tamir M., & Gross, J. J. (2018). Beliefs about emotion : implications for avoidancebased emotion regulation and psychological health. *Cognition and Emotion*, 32, 773-795.
- Fang, S., & Chung, M. C. (2019). The impact of past trauma on psychological distress among Chinese students: The role of cognitive distortion and alexithymia. *Psychiatry Research*, 271, 136-143.
- Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2018). Emotion regulation: Why beliefs matter. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 59, 1-14.
- 八田 宏之・東 あかね・八城 博子・子笹 昇太郎・林 恭平・清田 啓介・井口 秀人・池田 順子・藤田 きみゑ・渡辺 能行・川井 啓一 (1998). Hospital Anxiety and Depression Scale 日本版の信頼性と妥当性の検討ー女性を対象とした成績ー 心身医学, 38, 310-315.
- 福井 義一・野村 早也佳・小澤 幸世・田辺 肇 (2010). 虐待的養育環境と心身の分離傾向, アレキシサイミア傾向, 心身の健康の関連 感情心理学研究, 18, 25-32.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire :

- Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 141-149.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problem. *Personality and Individual difference*, 30, 1311-1327.
- Goldberg, D. Manual of general health questionnaire. Windsor: Nfer-Nelson. (中川 泰彬・大坊 郁夫 (訳) : 日本版 GHQ 精神健康調査票―手引き (増補版). 日本文化科学社, 1978, 1985, 1996, 2013
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology : An Affective Science Perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387-401.
- Hemming L., Haddock G., Shaw J., Pratt D. (2019). Alexithymia and its associations with depression, suicidality, and aggression: an overview of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 10.
- Karukivi, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M., & Saarijarvi, S. (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 125, 383-387.
- Karukivi, M., & Saarijavi, S. (2014). Development of alexithymic personality features. *World Journal of Psychiatry*, 22, 91-102.
- Karukivi, M., Vahlberg, T., Polonen, T., Filppu, T., & Saarijarvi, S. (2014). Does alexithymia expose to mental disorder symptoms in late adolescence ? A 4-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry*, 36, 748-752.
- Kooiman, C. G., van Res Vellinga, S., Spinhoven, P., Draijer, N., Trijsburg, R. W., & Rooijmans, H. G. (2004). Childhood adversities as risk factors for alexithymia and othe aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 107-116.
- Li, S., Zhang, B., Guo, Y., & Zhang J. (2015). The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 227, 1-9.
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2018). Alexithymia: Advances in research, theory,

and clinical practice. *CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS*.

- Marchesi C., Brusamonti E., Maggini C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 43-49.
- 水本 深喜 (2018). 青年期後期の子の親との関係ー精神的自立と親密性からみた父息子・父娘・母息子・母娘間差 教育心理学研究, 66, 111-126.
- 小川 雅美 (1984). 不安神経症患者と両親の養育態度の関連 東京女子医科大学雑誌, 64, 418-423.
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143, 384-427.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- 榊原 良太 (2015). 認知的感情制御方略の使用傾向および精神的健康との関連ー日本語版 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) の作成及びネガティブ感情強度への着目を通してー 感情心理学研究, 23, 46-58.
- 榊原 良太 (2017). 認知的評価は認知的感情制御と精神的健康の関連をいかに調整するか. 社会心理学研究, 32, 163-173.
- 榊原 良太・北原 瑞穂 (2016). メタ分析による認知的感情制御尺度と抑うつ・不安の関連の検討 心理学研究, 87, 179-185.
- Sendzik, L., Schafer J.O., Samson A.C., Naumann E., Tuschnsn-Caffier B. (2017). Emotional awareness in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46, 261-276.
- Visted, E., Vollestad, J., Nielsen, M. B., & Schanche, E. (2018). Emotion regulation in current and remitted depression : A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9.

付録（使用尺度質問項目）

State-Trait Anxiety Inventory- FormJYZ（新版 STAI：肥田野ら，2000）

- 1.楽しい気分になる。
- 2.神経質で落ち着かない。
- 3.自分に満足している。
- 4.とりのこされたように感じる
- 5.気が休まっている。
- 6.冷静で落ち着いている。
- 7.困ったことが次々におこり克服できないと感じる。
- 8.本当はそう大したことでもないのに心配しすぎる。
- 9.しあわせだと感じる。
- 10.いろいろ頭に浮かんできて仕事や勉強が手につかない。
- 11.自信がない。
- 12.安心感がある。
- 13.すぐにものごとをきめることができる。
- 14.力不足を感じる。
- 15.心が満ち足りている。
- 16.つまらないことが頭にうかび悩まされる。
- 17.ひどく失望するとそれが頭から離れない。
- 18.落ちついた人間だ。
- 19.気になることを考えだすと緊張したり混乱したりする。
- 20.うれしい気分になる。

1 悲しさ

- 0 わたしは気が滅入っていない
- 1 しばしば気が滅入る
- 2 いつも気が滅入っている
- 3 とても気が滅入ってつらくて耐えがたい

2 悲観

- 0 将来について悲観していない
- 1 以前よりも将来について悲観的に感じる
- 2 物事が自分にとってうまくいくとは思えない
- 3 将来は絶望的で悪くなるばかりだと思う

3 過去の失敗

- 0 自分を落伍者(らくごしゃ)だとは思わない
- 1 普通の人より失敗が多かったと思う
- 2 人生を振り返ると失敗ばかりを思い出す
- 3 自分は人間として完全な落伍者だと思う

4 喜びの喪失

- 0 自分が楽しいことには以前と同じくらい喜びを感じる
- 1 以前ほど物事を楽しめない
- 2 以前は楽しめたことにもほとんど喜びを感じなくなった
- 3 以前は楽しめたことにも全く喜びを感じなくなった

5 罪責感

- 0 特に罪の意識はない
- 1 自分のしたことやすべきだったことの多くに罪悪感を感じる
- 2 ほとんどいつも罪悪感を感じている

- 3 絶えず罪悪感を感じている

6 被罰感

- 0 自分が罰を受けているようには感じない
- 1 自分は罰を受けるかもしれないと思う
- 2 自分は罰を受けるだろう
- 3 自分は今罰されていると感じる

7 自己嫌悪

- 0 自分自身に対する意識は以前と変わらない
- 1 自分自身に対して自信を無くした
- 2 自分自身に失望している
- 3 自分自身が嫌でたまらない

8 自己批判

- 0 以前よりも自分自身に批判的ということはない
- 1 以前より自分自身に批判的だ
- 2 あらゆる自分の欠点が気になり自分を責めている
- 3 何か悪いことが起こると、全て自分のせいだと思う

9 自殺念慮

- 0 自殺したいと思うことはまったくない
- 1 自殺したいと思うことはあるが、本当にしようとは思わない
- 2 自殺したいと思う
- 3 機会があれば自殺するだろう

10 落涙

- 0 以前よりも涙もろいということはない
- 1 以前より涙もろい
- 2 どんなささいなことにも涙が出る

- 3 泣きたいと感じるのに涙が出ない

11 激越(げきえつ)

- 0 普段以上に落ち着きがなかったり緊張しやすくはない
- 1 普段より落ち着きがなかったり緊張しやすい
- 2 気持ちが落ち着かずじっとしているのが難しい
- 3 気持ちが落ち着かず絶えず動いたり何かしていないと気が済まない

12 興味喪失

- 0 他の人や活動に対する関心を失ってはいない
- 1 以前より他の人や物事に対する関心が減った
- 2 他の人や物事への関心がほとんどなくなった
- 3 何事にも興味をもつことが難しい

13 決断力低下

- 0 以前と同じように物事を決断できる
- 1 以前より決断するのが難しくなった
- 2 以前より決断するのがずっと難しくなった
- 3 どんなことを決めるにもひどく苦勞する

14 無価値感

- 0 自分に価値がないとは思わない
- 1 以前ほど自分に価値があり人の役に立てる人間だと思えない
- 2 他の人に比べて自分は価値がないと思う
- 3 自分はまったく価値がないと思う

15 活力喪失

- 0 以前と同じように活力がある
- 1 以前と比べて活力が減った
- 2 活力が足りなくて十分動けない

3 活力がなく何もできない

16 睡眠習慣の変化

0 睡眠習慣に変わりはない

1a 以前より少し睡眠時間が長い

1b 以前より少し睡眠時間が短い

2a 以前よりかなり睡眠時間が長い

2b 以前よりかなり睡眠時間が短い

3a ほとんど一日中寝ている

3b 以前より 1～2 時間早く目がさめて、再び眠れない

17 易刺激性

0 普段よりイライラしやすいわけではない

1 普段よりイライラしやすい

2 普段よりかなりイライラしやすい

3 いつもイライラしやすい

18 食欲の変化

0 食欲は以前と変わらない

1a 以前より少し食欲が落ちた

1b 以前より少し食欲が増えた

2a 以前よりかなり食欲が落ちた

2b 以前よりかなり食欲が増えた

3a まったく食欲がなくなった

3b いつも何か食べたくてたまらない

19 集中困難

0 以前と同じように集中できる

1 以前ほどは集中できない

2 何事にも長い間集中することは難しい

- 3 何事にも集中できない

20 疲労感

- 0 以前と比べて疲れやすいわけではない
- 1 以前より疲れやすい
- 2 以前ならできた多くのことが疲れてしまってできない
- 3 以前ならできたほとんどのことが疲れてしまってできない

21 性欲減退

- 0 性欲は以前と変わらない
- 1 以前ほど性欲がない
- 2 最近めっきり性欲が減退した
- 3 まったく性欲がなくなった

日本版 Rumination - Reflection Questionnaire (RRQ : 高野・丹野, 2008)

反芻

- 1.自分のある側面について考えるのをやめたいと思っても、そこに注意が向くことが多い
- 2.最近自分が言ったことやしたことについて、頭の中でいつも思い返しているように思う
- 3.時々、自分自身について考えるのをなかなかやめることができない
- 4.口論や意見の不一致があると、その後長い間私は起こったことを考えつづける
- 5.本当に長い間、自分に起こったことを繰り返し考えたり、つくづくと考えたりしがちだ
- 6.終わったことやしてしまったことを思い返すために時間を使うことはない
- 7.過去にあった場面で、自分がどう振舞ったかを頭の中でよく思い返している
- 8.自分がしたことについて、自らもう一度評価をしていることに気が付くことがよくある
- 9.あまり長い間、自分自身のことを繰り返し考えたり、じっくり考えたりすることは決していない
- 10.不愉快な考えを頭の中から外へ出すことはたやすい
- 11.もはや関心を持つべきではない人生の出来事について熟考することがよくある
- 12.私は、恥ずかしい、あるいはがっかりした瞬間を思い返すのに、非常に多くの時間を費やしている

内省

- 13.哲学的、抽象的な考えは、それほど私の興味を引くものではない
- 14.私はそれほど物事を深く考えるタイプの人ではない
- 15.「内的な」自己を探るのがとても好きだ
- 16.物事に対する自分の態度や気持ちに、強い興味がある
- 17.内省的、自省的な考え方は本当に好きではない
- 18.なぜそうするのかを分析するのがとても好きだ
- 19.私は、「深い」、内省的なタイプの人だとよく人に言われる

- 20.自己分析はあまり好きではない
- 21.もともと自己をとて探求したいと思っている
- 22.ものごとの本質や意味について深く考えることがとても好きだ
- 23.自分の人生を哲学的に見ることがとても好きだとしばしば思う
- 24.自分自身についてじっくり考えることは、楽しいとは思わない

Depression and Anxiety Cognition Scale (DACS : 福井, 1998)

将来否定

- 1.私にはこの先嬉しいことがないだろう。
- 2.私はこの先幸せになれないだろう。
- 3.私にはこの先良いことがないだろう。
- 4.私の生活はこの先寂しいものになるだろう。
- 5.私は幸せになれないだろう。
- 6.私はこの先きっと孤独になるだろう。
- 7.この先の私の生活は充実感のないものになるだろう。
- 8.この先の私の生活は楽しくないものになるだろう。
- 9.この先の私の努力は報われないだろう。
- 10.私にはこの先恋人ができないだろう。

自己否定

- 11.私には才能がない。
- 12.私は他人に自慢できる取り柄がない。
- 13.私は無能だ。
- 14.私は自信がない。
- 15.私はダメな人間だ。
- 16.私は自己主張できない。
- 17.私は皆より劣っている。
- 18.私は何をやってもうまくできない。
- 19.私は思い通りにできない。
- 20.私は意志が弱い。

過去・現在否定

- 21.私は悪口を言われている。
- 22.私は人に裏切られている。
- 23.私は人に約束を破られる。

- 24.私は人から無視されている。
- 25.私は人に嫌われている。
- 26.私は他人を傷つけてしまう。
- 27.私は人から叱られてばかりいる。
- 28.私は人から注意されてばかりいる。
- 29.私は嘘つきだ。
- 30.私は身に覚えのないことで責められている。

日本語版 Toronto Alexithymia Scale-20 : TAS-20 (小牧・前田, 2015)

感情の同定困難 (Difficulty in Identifying Feelings : DIF)

- 1.しばしば, どんな感情を自分が感じているのかわからなくなる。
- 3.自分には医師にさえわかってもらえないような身体感覚がある。
- 6.気が動転しているとき, 自分が悲しんでいるのか, おびえているのか, 怒っているのかわからない。
- 7.しばしば, 自分の体の中の感覚にとまどってしまう。
- 9.自分にはそれを何と名づけてよいかわからないような気持ちがある。
- 13.一体自分の中で何が起きているのかわからない。
- 14.自分がなぜ怒っているのか, その理由がわからないときがしばしばある。

感情の伝達困難 (Difficulty in describing feelings: : DDF)

- 2.自分の気持ちにぴったりの言葉を見つけるのは難しい。
- 4.簡単に自分の気持ちを表現できる。
- 11.他の人についてどのように自分が感じているか言い表すのは難しい。
- 12.自分の気持ちをもっと表現するように人から言われる。
- 17.たとえ親しい友人であっても, 自分の奥底の気持ちを打ち明けることは難しい。

外的志向 (Externally oriented thinking : EOT)

- 5.問題について単に説明するより, なぜそうなったか問題を分析する方をより好む。
- 8.物事がなぜそうなったのか, そのわけを理解するより, ただ起こったままにさせておくほうを好む。
- 10.自分の感情に気づき, それがどんなものか理解していることは大切である。
- 15.人と話すとき, その人の気持ちよりもその人の日常の行動に関する話題のほうを好む。
- 16.心理ドラマよりも「軽い」娯楽番組を見るほうが好きである。
- 18.ある人に対しては, 沈黙があっても身近にいる気持ちになれる。
- 19.自分の内面を観察してみることが直面した問題を解決するのに役立つことがある。
- 20.映画や劇を鑑賞するとき, そこに隠された意味を探しては楽しみの妨げになると思う。

日本版 GHQ 精神健康調査票 28 項目版 (The General Health Questionnaire : Goldberg ・
中川 ・ 大坊, 2013)

- 1.気分や健康状態は
- 2.疲労回復剤（ドリンク・ビタミン剤）を飲みたいと思ったことは
- 3.元氣なく疲れを感じたことは
- 4.病気だと感じたことは
- 5.頭痛がしたことは
- 6.頭が重いように感じたことは
- 7.からだがほてったり寒気がしたことは
- 8.心配ごとがあつて、よく眠れないようなことは
- 9.夜中に目を覚ますことは
- 10.いつもより忙しく活動的な生活を送ることが
- 11.いつもより何かするのに余計に時間がかかることが
- 12.いつもよりすべてがうまくいっていると感じる事が
- 13.毎日している仕事は
- 14.いつもより自分のしていることに生きがいを感じる事が
- 15.いつもより容易にものごとを決めることが
- 16.いつもストレスを感じたことが
- 17.いつもより日常生活を楽しく送ることが
- 18.いらいらして怒りっぽくなることは
- 19.たいした理由がないのに、何かが怖くなったり取り乱すことは
- 20.いつもよりいろいろなことを重荷と感じたことは
- 21.自分は役に立たない人間だと考えたことは
- 22.人生にまったく望みを失ったと感じたことは
- 23.不安を感じ緊張したことは
- 24.生きていることに意味がないと感じたことは
- 25.この世から消えてしまいたいと考えたことは
- 26.ノイローゼ気味で何もすることができないと考えたことは
- 27.死んだほうがましだと考えたことは

28.自殺しようと考えたことが

日本語版 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire : CERQ (榊原, 2015)

肯定的再評価

- 1. 私はその状況から何かを学ぶことができると考える。
- 10. 私は起きたできごとによって、より強い人間になれると考える。
- 19. 私はその状況には前向きな側面もあると考える。
- 28. 私はそのできごとの前向きな側面を探す。

大局的視点

- 2. 私はそのことがもっとひどい状況になったかもしれないと考える。
- 11. 私はほかの人はもっとひどい経験をしてきたと考える。
- 20. 私は、それはほかのことと比べればそれほどひどいことではないと考える。
- 29. 私は人生にはもっとよくないこともあると自分自身に言い聞かせる。

反芻

- 3. 私は経験したできごとに対する感情についてたびたび考える。
- 12. 私は経験したできごとについての考えや感情で頭がいっぱいになる。
- 21. 私は経験したできごとに対して自分がどうしてそのように感じるのか理解したいと考える。
- 30. 私はその状況がもたらした感情を抱き続ける。

受容

- 4. 私は起きたできごとを受け入れなければならないと考える。
- 13. 私はその状況を受け入れなければならないと考える。
- 22. 私はそのことについて何も変えることはできないと考える。
- 31. 私はそのできごとを抱えて生きていけるようにならなければいけないと考える。

自責

- 5. 私はそのことについて悪いのは自分であると感じる。
- 14. 私は起きたできごとは自分に責任があると感じる。

- 23.私はそのできごとにおいて自分がおかした誤りのことを考える。
- 32.私は基本的には、できごとの原因は自分にあるに違いないと考える。

肯定的再焦点化

- 6.私は経験したことに比べ、より好ましいことについて考える。
- 15.私はそのこととは関係のない楽しいことについて考える。
- 24.私は起きたできごとについて考えるよりも何か好ましいことについて考える。
- 33.私は楽しかった経験について考える。

他者非難

- 7.私はそのことについて悪いのはほかの人であると感じる。
- 16.私は起きたできごとは他の人に責任があると感じる。
- 25.私はそのできごとについて他の人がおかした誤りについて考える。
- 34.私は基本的には、できごとの原因は自分以外の人や物にあるに違いないと考える。

破局的思考

- 8.私は自分の経験したことがほかの人が経験したことに比べずっとひどいものだとよく考える。
- 17.私は自分の経験したことがどれほどひどいものであるかについて考え続ける。
- 26.私は自分の経験したことが人に起こりうるものの中で最もひどいことだとよく考える。
- 35.私はその状況がどれだけひどかったかについて頻繁に考える。

計画への再焦点化

- 9.私は自分にできる精一杯のことを考える。
- 18.私はどうすればその状況に最も上手く対処できるかについて考える。
- 27.私はどうしたらその状況を変えることができるかについて考える。
- 36.私は自分にできる最善の策について考える。

日本語版 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS : 八田ら, 1998)

HAD(不安)

- 1.緊張したり気持ちが張り詰めたりすることが
- 3.何か恐ろしいことが起ころうとしているという恐怖感を持つことが
- 5.心配事が心に浮かぶことが
- 7.楽に座って,くつろぐことが
- 9.不安で落ち着かないような恐怖感を持つことが
- 11.じっとしていられないほど落ち着かないことが
- 13.突然, 理由のない恐怖感(パニック)におそわれることが

HAD(うつ)

- 2.むかし楽しんだことを今でも楽しいと思うことが
- 4.物事の面白い面を笑ったり,理解したりすることが
- 6.きげんの良いことが
- 8.仕事を怠けているように感じる事が
- 10.自分の顔, 髪型, 服装に関して
- 12.物事を楽しみにして待つことが
- 14.面白い本や, ラジオまたはテレビ番組を楽しむことが

親子関係における精神的自立尺度と親への親密性尺度（水本，2018）

親子間の精神的自立

親との信頼関係

1. 親は私の考え方を尊重してくれていると感じる。
3. 親は私のことを信頼してくれていると思う。
5. 私が親になったら、親がしてくれたのと同じように子供にしてあげたいと思う。
7. 親は、いざという時には何をおいても私を助けようとしてくれるだろう。
9. 親の生き方を支持している。
11. 親に理解されていないと感じることが多い。

親からの心理的分離

2. 私には、親とは異なる独立した考えがあると思う。
4. 私と親とは、互いに独立した関係だ。
6. 私の人生は親の人生とは別の独自のものである。
8. 親の考えや期待にとらわれず、自分の信じたとおりに行動する。
10. 親のことを一人の人間として客観的に見ている。

親子間の親密性

親への心づかい

12. 親をいたわっている。
14. 親が楽しい生活を送れるように気を配っている。
16. 親の気持ちをよく理解しようとしている。
18. 親の気持ちを察して、適切な対応ができる。
20. 親の立場を考えて親に接することができる。
22. 親自身の人生を大事にしている。
24. 自分に余裕のないときでも親を気づかうことができる。
26. 親にこれまで受けた恩を返すよう意識して行動している。
28. 親が困っていたら、自分のしたいことを犠牲にしても助けになろうとする。

親の価値へのとらわれ

- 13.私の意見に親が賛成してくれないと、不安になる。
- 15.親からどう評価されるか、気になる。
- 17.親のアドバイスに従わないと、後ろめたい気がする。
- 19.何かを判断するとき、「親はどう思うか」が気になる。
- 21.親に相談せずには、自分で決心できないことが多い。

親への絶対的安心感

- 23.親には本音と言える。
- 25.親に助けてほしいときには、素直に助けを求めることができる。
- 27.親といるとき、私は自分らしくいられる。