九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

疾病親和的パーソナリティ特性評価のための自記式質問票開発の試み ： 質問項目の作成過程と内容妥当性について

永野, 純
九州大学健康科学センター

須藤, 信行
九州大学健康科学センター

https://doi.org/10.15017/724

出版情報：健康科学. 23, pp.41-52, 2001-03-01. 九州大学健康科学センター
バージョン：
権利関係：

健　康　科　学
Vol. 23, 2001年3月

—原　著—

疾病親和的パーソナリティ特性評価のための自記式質問票開発の試み

—質問項目の作成過程と内容妥当性について—

永野　純　須藤信行[1)]

Development of a self-administered questionnaire to assess disease-prone personalities: Item construction and content validity

Jun NAGANO and Nobuyuki SUDO[1)]

Abstract

The etiological roles of psychosocial factors in cancer and coronary heart disease (CHD) have received much attention in psychosomatic research, and recent epidemiological studies have added scientific evidence concerning this issue. Grossarth-Maticek and colleagues have shown, through their series of prospective studies, a strong relationship between certain personalities (reactions to stress) and diseases such as cancer, apoplexy, and CHD. Based on the Grossarth-Maticek theory, we have developed a self-administered questionnaire, the Stress Inventory (SI), to assess possible disease-prone personalities in the Japanese population. This paper describes the constructs to be assessed by SI and the procedure for creating items included in SI. Content validity is also discussed. We created a pool of items referring to the Grossarth-Maticek disease-prone/healthy personalities, including "Types 1 to 6", "7 traits", and "self-regulation". Using different sets of items selected from the pool, we interviewed doctors and nurses specializing in psychosomatic medicine if the items were easily understood and if they appropriately asked what we intended. According to their comments, a set of revised items was constructed. Similar procedures were then done with psychosomatic patients, followed by patients with cancer or myocardial infarction. Finally, a set of 75 items for SI was prepared to assess 9 constructs: 'low sense of control', 'having an idealized object that causes persistent hopelessness and depression', 'having a persecuting object that causes chronic irritation and anger', 'ambivalent dependence on an object', 'openness of negative emotions', 'unfulfilled needs for dependence', 'tendency to repress one's own needs', 'rationality and anti-emotionality', and 'lack of emotional experiences'. The current version of SI was found to be usable as a self-administered questionnaire and valid in content. Further examinations will aim at its factorial and construct validity, as well as reliability.

Key words: questionnaire, disease-proneness, personality, stress, content validity, Grossarth-Maticek

(Journal of Health Science, Kyushu University, 23:41—52, 2001)

Phone/fax 092-583-7859; e-mail nagano@ihs.kyushu-u.ac.jp.
1) 九州大学大学院・医学研究院・心身医学
Department of Psychosomatic Medicine, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, Maidashi 3-1, Fukuoka City, 812-8582 Japan.

はじめに

脳卒中や心筋梗塞などの脳心血管病（以下，血管病），および悪性腫瘍（以下，がん）の発症や進展と心理社会的因子との関連について，近年関心が持たれている[1,2]。例えば，虚血性心臓病の危険因子としてのタイプA行動パターンや，これと関連するパーソナリティ特性である敵意傾向が挙げられる[3]。また，抑うつや疲弊感，就労におけるコントロール感の低さ，希望の無さなどの心理社会的因子と虚血性心臓病との関連も報告されている[4-6]。さらに，抑うつや希望の無さはがんとの関連も示唆されている[4,7-9]。

Grossarth-Maticekらは，1965年に旧ユーゴスラビアで開始したコーホート研究や1972年に旧西ドイツで開始したコーホート研究などから，独自のパーソナリティ理論と疾病との関連について報告してきた[10-12]。彼らの理論には，上述のタイプAや敵意，希望の無さやコントロール感の低さといった概念と共通する要素だけでなく，「自立性と対象依存性」，「自律性self-regulation」といった独特の要素が含まれている。これらの要素と血管病やがんによる罹患・死亡との間には強い関連が示されている。例えば，自律性が最も高かったグループに対して，最も低かったグループでの血管病死亡は15年の追跡期間で12倍，がん死亡は8倍であった[12]。しかも，自律性の低い集団を対象に認知行動療法による介入を行うことによって，血管病死亡を44%，がん死亡を36%減らすことができたという[12]。このように注目すべき知見が示されているにも拘わらず，これまでに追試が活発に行われてきたとは言えない[13-15]。その理由の一つは，面接や質問票によるパーソナリティ評価システムが複雑で標準化されていなかったことにある。例えば，彼らの質問票は，十分な時間をかけて被検者と討論した後に実施されたこともあって，質問項目だけを見ると相当難解なものとなっている[16]。

我々は，Grossarth-Maticek理論を基礎として，血管病やがんの危険因子としての心理社会的因子（パーソナリティ特性）を日本人において評価するための自記式質問票「ストレス調査票」の開発を目指してきた[17]。本稿では，本質問票を構成する質問項目の作成過程の概略を記し，これらによって測定を試みる9つの概念を提示する。

ところで，人の心理社会的ストレス（以下，ストレス）は，その人におこる様々な侵害的事象（ストレッサー）と，その人特有の応答様式との相互作用によって決定されると考えられている。本稿では，ストレッサーに対する認知的・行動的応答様式をパーソナリティと呼ぶことにする。

Grossarth-Maticekパーソナリティ理論

疾病親和的パーソナリティについてのGrossarth-Maticek理論は，主として3つのモデルで論じられている。そのうち最も理解しやすいのは，タイプ1からタイプ6までの6つに分けたパーソナリティ類型論である（表1）[18,19]。タイプ1はがん親和的パーソナリティとされ，タイプ2は血管病親和的パーソナリティとされている。いずれのタイプにおいても，個人の精神的満足感・幸福感が特定の外的対象（人物や条件など）によって強く左右される特徴がみられ，この特徴を彼は対象依存的行動パターンと呼んでいる。ただし，タイプ1の人が個人の満足感を決定づける特定の対象を求め，理想化し，その対象との関係において失望や抑うつを主とする経験を繰り返すのに対して，タイプ2の人は特定の対象を個人の不幸の原因と見なし，その対象との関係において怒りや興奮を主とする経験を繰り返す。これらに対してタイプ4は健康的パーソナリティとされる。タイプ4の人はある対象との関係において失望や怒りといった陰性体験が一定期間続いた場

表1．Grossarth-Maticek理論：パーソナリティ類型と疾病親和性

類型	心理社会的特徴	がんと血管病との親和性
タイプ1	希求対象執着、抑うつ・失望感	がん
タイプ2	迫害対象固執、怒り・興奮	血管病
タイプ3	両価的対象依存	なし
タイプ4	自立的、自律的	なし
タイプ5	非感情的／理性的	がん、血管病
タイプ6	反社会的	なし

合，それまでのその対象に対する考え方や行動を柔軟に変化させる。そして，長い目で見て好ましい結果に結びつくような新たな考え方や行動を常に求めてゆく。結果として，タイプ4の人では特定の対象について陰性の体験が繰り返されることは少なくなる。この特徴を彼は自立的行動パターンと呼んでいる。タイプ3の特徴は，タイプ1の典型とタイプ2の典型とを絶えず行き来することであり，両価的タイプと呼ばれている。その意味で対象依存的ではあるが，Grossarth-Maticek理論ではがんや血管病に罹りにくい健康型の一つとされている。このほか，自分の欲求表現に関する特徴として，タイプ1とタイプ2は共に過度に抑圧しがちであること（とりわけタイプ1で顕著），一方，タイプ3は不適切な表現をしがちであることを挙げている[20]。また，利己的・自己中心的な行動傾向もタイプ3の特徴であるとしている[21]。

タイプ5とタイプ6は，後年付け加えられたものである[19]。タイプ5の特徴は，対人関係におけるストレス状況において感情的行動に出ることを自己抑圧し，あくまでも理性的・理論的に対処しようとする傾向（理性非感情性rationality/anti-emotionality）である[20-22]。うつ病やがんに親和的であるとされる[19]。ただし，後述する特性論の中では，タイプ5の特徴である理性非感情性は，がんのみならず，脳卒中や心筋梗塞との関連も示されている[23]。タイプ6は反社会的・攻撃的で，極端に自己中心的なタイプである。がんや血管病には罹りにくいが，薬物依存症になりやすいとしている[19-21]。

2つめのモデルは特性論である。これは類型論よりも先に，7特性として報告されている[16,23-26]。表2に，これらの特性と本稿における略称，およびがん・血管病との親和性を示す。このうち慢性的抑うつはタイプ1の，慢性的怒りはタイプ2のそれぞれ中核概念に相当する。欲求抑圧傾向もタイプ1に含まれる概念であるが，特性論としてがんとの関連を見た研究では，慢性的抑うつに比べると関連は弱かったという[26]。一方，対人関係において人から抑圧されがち，人にゆずりがちな傾向（対人関係被抑圧傾向）interpersonal repressionを面接で評価した前向き研究では，この特性とがんとの間に明らかな正の関連がみられている[27]。欲求抑圧傾向と対人関係被抑圧傾向とは，前者が主として欲求を自ら抑圧するのに対して，後者はどちらかというと他者から抑圧される意味合いが強い，という点で厳密にはニュアンスが異なるが，ここでは類似概念として扱うこととした。症状無視傾向，支援不足傾向，および不安欠如傾向については，これら以外の4特性を同時に含んだ重回帰モデルにおいて，がんや血管病との関連は弱かったという[26]。

3つめのモデルは自律性self-regulationというパーソナリティ特性である[12]。明確な定義はなされていないが，「個人の欲求不満や葛藤を十分に認識することができ，柔軟な対処行動によってこれらを解消して心身共に健康な状態を維持しようとする態度」を意味すると考えて良い。高い自律性を持った人のほとんどがタイプ4であり，がんや血管病を含む様々な疾病に罹りにくかったことが前向き研究から示されている[12]。

ストレス調査票の測定概念と質問項目の作成経緯

Grossarth-Maticekは，共同研究者のEysenckらとともに独自のパーソナリティ理論およびその評価方法についての論文を発表しており[10-12,18,19,28]，これらの論文を参照することでかなりの理解は得ることができ

表2．Grossarth-Maticek理論：パーソナリティ特性と疾病親和性

略称	特性	がん、血管病との親和性
1．慢性的抑うつ	ライフイベントに続いて慢性的に失望感や抑うつを抱く傾向	がん
2．慢性的怒り	ライフイベントに続いて慢性的に怒りや興奮を抱く傾向	血管病
3．理性非感情性	対人関係において感情的にならず、あくまでも理性的に対処しようとする傾向	がん、血管病
4．欲求抑圧傾向	対人関係において欲求を自己抑圧することで和を求めようとする傾向	がん
5．症状無視傾向	身体症状を無視する、あるいは注意を払わない傾向	弱い
6．支援不足傾向	好ましい情緒的支援が不足している傾向	弱い
7．不安欠如傾向	不安などの精神症状を欠く傾向	弱い

た。しかし，評価に用いられた質問項目は難解なものが多く含まれており，その背景理論についても不明な点が残った。そこで，著者の一人が1995年にGrossarth-Maticekを訪ね，直接議論することで理解を深めるよう努めた。その後，自律性を測定する調査票Self-regulation Inventory（SRI)を日本語に翻訳し，この理論に関する知識のない第三者に依頼してドイツ語への逆翻訳を行った。これについてGrossarth-Maticekに確認を求めたところ，原版と一致していた。また，彼らによる認知行動療法の一種である自主性開発訓練autonomy training[10]を日本人心身症ないし神経症患者に応用してみたところ，対人関係を主とする諸問題が解決に向かうとともに様々な身体症状が改善することが確認できた[29,30]。その際に，患者にみられた対象依存的傾向が自立的傾向へと変化する過程を観察することができた。これらのことから，Grossarth-Maticek理論に対する著者らの理解が一定の水準に達していると考えられた。

Grossarth-Maticekパーソナリティ理論の3つのモデルには，それぞれに対応した評価方法（質問票）が用意されている。これらのうち，英語版が入手可能であったものを参考にすることとした。すなわち，6類型（初期のものは4類型）についての“Long Questionnaire”[18]，“Short Scale”[18]，“Personality Stress Questionnaire”[19]，“Short Interpersonal Reactions Inventory”[19,31]，および自律性についてのSRI[12]である。7特性については，入手可能な英語版は理性非感情性についての11項目のみ[23]であったが，他の特性についても論文中で詳細に議論されており[24-27,32]，これらから十分理解可能と考えられた。

3つのモデルは，本質的には同一理論を基礎としているため（私信，1995)，これらの調査票項目は互いに相当重複しているか，類似の項目も多い[33]。そこで，これらを分類，整理することにした。その際，SRIについては予備的に因子分析（対象：健康診断受診男女131人，20歳から67歳まで，平均年齢39.1歳）を行い（未発表データ)，その結果も参考にして項目分類を行った。

「ストレス調査票」開発の主目的は疾病親和的パーソナリティ特性の評価であるため，疾病非親和的パーソナリティ類型であるタイプ3，タイプ4，およびタイプ6に対応する概念は原則として含めないことにした。SRIについても，健康的と考えられる主要な2つの因子（第1因子：問題に対して冷静かつ柔軟に対処しようとする態度，および第2因子：心身の健康に対する積極的・能動的な態度）に対応した項目は，整理の対象から除いた。ただし，タイプ3の中核概念である「両価的対象依存」の要素は例外的に含めることにした。7特性については，疾病との関連が特に強いとされている理性非感情性，慢性的失望感，慢性的怒りの3つに加え，タイプ1概念に含まれる欲求抑圧傾向を含めた。また，支援不足傾向は，Grossarth-Maticekの研究からは必ずしも疾病との関連が明らかでなかったが[26]，他の研究では血管病[34-36]やがん[37-39]との関連が示されているため，ここに含めることにした。

以上のような手続きによって200項目程度の質問項目をプールし，その中から60ないし100項目程度を選んで様々な仮質問紙を作成した。これらをまず，心身医療に携わる医師および看護婦約20名に各質問項目が理解可能であるか否か，および質問の意図が適切に質問に反映されているか否か，あるいは被験者による各質問項目の理解が制作者の意図と一致しているか否かについて意見を求め，訂正を加えた。次に，心身症にて通院ないし入院中の患者約30名に質問票を実施し，その後面接をして同様の意見を求めた。これらの意見を参考にして逐次訂正を行うとともに，不足していたと思われた項目を補った。この際に回答方法を2件法，4件法，6件法，および10件法の各種準備し，回答のしやすさ，回答の安定性についても面接にて意見を求めたところ，6件法が最も適当と思われた。

続いて，心筋梗塞および悪性腫瘍で入院中の患者それぞれ15～20名程度を対象とした調査を行った。その際の面接では，各質問項目に対して，被検者が実際にどのような状況を想起して回答したのかについて意見を求めた。それぞれの被検者の想起した状況が概ね制作者の意図と一致した項目は妥当と見なした。被検者にある程度具体的な状況を喚起することができなかったり，被検者から誤解されたりしがちであった質問項目については，その被検者に意見を求めながら訂正を加えていった。この際，自ずと各人の実際の経験，考え方や行動パターンが明らかになってきた。このことから，Grossarth-Maticekによる疾病親和的パーソナリティ特性を持った人が，確かに対応する疾患を持った患者の中に含まれていることも予備的に確認することができた。

ストレス調査票で測定しようとする9つの概念と，それぞれに対応する項目群について

上記のような一連の作業を経て，ストレス調査票によって測定を試みる9つの概念を定義し，それぞれに

対応した９つの質問項目群を作成した。質問は全部で75項目となった。付録に９概念の略称とそれぞれにの該当項目を示す。付録中の「第１群」から「第５群」は，これら９概念と75項目が意味の上から５つのグループに分けて開発されてきたことを表わしている。また，９概念の基礎になったGrossarth-Maticekパーソナリティ類型および特性を表３に示す。以下，各概念について若干の考察を加える。

低コントロール感：自律性測定のためのSRIには，「何か問題があれば，これを解決できるような新しい考え方やとてもうまい方法を，たいてい見つけることができる。」（項目46）といった質問項目が含まれているが，これは「ストレス状況を自らの手によってコントロール可能と感じること」という概念に対応していると思われる。一方，タイプ１項目「ずっと前に身の上に起こった出来事（誰かを亡くしたとか，災難に遭ったとか）をいまだに引きずっている。」（PSQ項目22）や，タイプ２項目「不満やストレスはもっぱら人の言動が原因なので，自分でこれをコントロールすることはできない。」（SRI項目51）は，逆にストレス状況をコントロールできない，といった感覚を共有している。SteptoeとAppelsは，Karasekのjob control[40]やAppelsらのvital exhaustion[41]など，様々な研究者が提唱する相互に類似した概念をpersonal controlとしてまとめ，疾病親和性の鍵になると述べているが[42]，まさにこの概念に相当していると考えられる。ストレス調査票項目a1－a6（付録参照）によって，コントロール感の低さの測定を試みる。

対象依存傾向：失意対象：タイプ１の中核概念である慢性的抑うつに相当し，「特定の対象を不可欠なものとみなし，その対象との関係において失望する体験を繰り返しているにも拘わらず長い間執着し続ける傾向」の測定を意図している。対象が現在つながりのないもの（例えば死別など）であれば，つながりを失った失意が現在まで続いていること，対象が現在つながりのあるものであれば，その対象との関係に満足していないこと，といった条件を満たすように項目b1－b10を作成した（ただし，項目b11とb12は，単に「不可欠な対象の存在」を意図した）。本概念と重なる「失望感－抑うつ」は，他の前向き研究でもがんとの関連が指摘されている[8,43,44]。

対象依存傾向：怒り対象：タイプ２の中核概念である慢性的怒りに相当し，「特定の対象を迫害対象とみなし，対象に対する態度を変えることなく長い間固執し続ける傾向」の測定を意図している。対象を変化させようとしたり排除しようとしたりするか，あるいは対象から離れようとするものの，これが成功しない，といった意味が含まれること，および対象が過去のも

表３．ストレス調査票の９概念の基礎になったGrossarth-Maticekパーソナリティ類型と特性

ストレス調査票	Grossarth-Maticek 理論										自律性
	６類型					７特性					
	タイプ1	タイプ2	タイプ3	タイプ4	タイプ5	慢性的抑うつ	慢性的怒り	理性非感情性	欲求抑圧傾向	支援不足傾向	
第１群											
低コントロール感	○	○		○		○	○				○
第２群											
対象依存傾向：失意対象	○			○		○					○
対象依存傾向：怒り対象		○		○			○				○
両価的対象依存傾向			○								
第３群											
感情開示性			○		○			○			
受容欲求非充足感	○	○		○	○			○		○	○
第４群											
感情抑圧傾向	○	○	○	○	○			○	○		○
理性非感情傾向			○	○	○			○			○
第５群											
情動体験欠如					?			?			

[a]各概念の基礎になった類型および特性を○印で、関連が想定されるものを？印で示した。

のであれば現在も引きずっていること，現在ものであれば不快な関係が長く続いていること，といった条件を満たすように項目c1－c12を作成した。本概念と重なる「怒り」や[45]，これに近いと思われる「敵意」は[46,47]，他の前向き研究でも虚血性心疾患との関連が指摘されている。

両価的対象依存傾向：タイプ3の中核概念である。項目d1－d6によって，「特定の対象に対して，ある時は自分の幸福のために不可欠な存在と見なすかと思えば，些細なことから反対に自分の不幸の原因と見なす，といったように，2つの相反する依存的態度の間で絶えず極端に大きく揺れ動く傾向」の測定を目指すものである。本概念を疾病親和性と関連づけた研究は，Grossarth-Maticekらによる研究以外では見られない。

感情開示性：項目e1－e4は，「陰性感情体験の開示性の程度」を問う質問である。Grossarth-Maticekの質問票には，SRIにわずかに含まれているにすぎない。むしろ，次の「受容欲求非充足感」と似て非なる要素として本質問票に含めたものであり，本概念に限っては疾病との関連を仮定していない。

受容欲求非充足感：精神的自立は，Grossarth-Maticek理論における健康的パーソナリティ概念の中核をなすものである。一方，依存については，これが対象から受容された場合と受容されない場合とに分けて考えることが重要であり，疾病親和的な要素となるのは後者に限ってのことであるという（私信，1995）。7特性のうちの支援不足傾向がこれに近い概念と考えられる。ここでは，単なる社会的支援の有無ではなく，「依存欲求があって，なおかつそれが満たされていない状態」の評価を項目f1－f8によって試みることにした。

感情抑圧傾向：対象依存傾向：失意対象とともにタイプ1に含まれ，欲求抑圧傾向に相当する概念である。PSQやSIRIでは，「人とうまくやるために，自分の目的をあきらめたり，人にゆずったりすることが多い。」（SIRI項目22）といったように，利他的傾向として表現されている。これは，タイプ3に含まれる利己的態度，自己中心的態度と表裏の関係にあると考えられる。本調査票では，「自分の欲求を抑圧して，人に合わせようとする傾向」の測定を目指すことにした。そのために，利己的・自己中心的態度として項目g1－g3を，利他的傾向として項目g4－g7を，道徳や倫理規範に基づくような自己抑圧傾向として項目g8－g15を，および「自由に振る舞えない」感覚として項目g16とg17を，それぞれ作成した。ただし，本質問群は，互いにニュアンスの異なった質問からなっているため，十分に均質であるかどうかは疑問が残ると考えている。Dattoreらの前向き研究では，これらに類した概念であるMMPIのrepression尺度とがんとの正の関連がみられたが，これは他の研究では確認されなかった[48,49]。

理性非感情傾向：タイプ5の中核概念であり，Grossarth-Maticekパーソナリティ特性のうちの理性非感情性に相当する。項目h1－h5により，「対人関係において感情的になることを極端に嫌い，感情を抑圧して理性のみで葛藤の処理を行おうとするパーソナリティ特性」の測定を試みる。タイプ3には，これと反対の要素，すなわち，対人関係において感情のままに行動しがちな特性が含まれている。理性非感情傾向は，先の感情抑圧傾向を広義に解釈する場合は，その下位概念であるとも考えられる。感情表現の抑圧は，比較的古くからがんとの関連が注目されてきた概念だが[50-52]，前向き研究では必ずしもこれを支持する結果が得られていない[53-55]。その中で，Grossarth-Maticekによる理性非感情性は，がんだけでなく血管病とも明らかな関連が見られており，さらにはがん／血管病リスクとの関連において，タイプ1やタイプ2との正の交互作用があることも示唆されている[16]。

情動体験欠如：言語的に感情表現がなされるまでには，感情の認識identification，処理processing，言語表現verbal expressionの3段階が必要とされる[56,57]。ストレス調査票の開発においては，被検者が感情を認識できることを前提としている。したがって，感情認識の障害の有無を同時に測定し，障害があると判断された被検者の回答は全般的に妥当性に問題あり，とするのが望ましいと思われる。項目i1－i5は「強い情動体験の欠如」の測定を意図したものであるが，この傾向が著しく強い場合は，感情認識障害の存在を疑う必要があるかもしれない。

おわりに

以上，がんや血管病を始めとする疾病親和性パーソナリティ評価のために新たに開発中の「ストレス調査票」について，測定（を試みる）概念の整理と定義，およびそのための項目群の開発経緯を述べた。がんや心筋梗塞患者を含む被検者での実施，およびその後の面接を通して，おおむね作成者の意図が理解されていたことが確認できた。また，Grossarth-Maticek理論のうち，疾病親和的パーソナリティ要素をほぼ網羅して調査票に含めることができた。したがって，現段階

の本調査票の内容妥当性がある程度確認できたと考えられる。また，面接によって予め調査票の理論背景を説明したり，各質問項目の説明を加えたりすることなく，被検者が質問の意図を理解していたことから，本調査票を今後自記式調査票として使用することも可能と思われる。今後，因子的妥当性，構成概念妥当性，および信頼性について検討して行く予定である。

ところで，Grossarth-Maticekの調査票には，疾病親和的パーソナリティだけでなく，健康的パーソナリティについての質問項目も多数含まれている。これに直接対応した質問項目は本調査票には含まれていない。しかし，本調査票で測定される疾病親和的パーソナリティ傾向が弱いことをもって，健康的パーソナリティをある程度評価することも可能かもしれない。すなわち，タイプ4や高自律性は，コントロール感が高く，対象依存傾向が弱く，受容欲求非充足感が少なく，感情抑圧傾向が弱く，そして理性非感情傾向も極端でないことによって定義可能かもしれない。このことについては，タイプ4や高自律性を直接評価するための調査票を，本調査票と同時に調査・比較することで検討してみたい。

謝　辞

本研究に際し，多くの方々にご支援をいただいた。Ronald Grossarth - Maticek 先生（ECPD Institute for Preventive Medicine）には，SRI を提供していただき，有村隆広先生（九州大学言語文化部）と銅直優子先生（九州大学医学部心療内科）には，それぞれSRI 日本語版の逆翻訳および因子分析の労をお取りいただいた。藤野武彦先生と馬場園明先生（九州大学健康科学センター）には，ストレス調査票開発当初，測定概念についてご意見をいただいた。九州大学付属病院心療内科の医師・看護婦諸氏には，ストレス調査票初期版の妥当性についてご意見をいただいた。廣松矩子先生と高野正博先生（高野病院），中村和正先生と増田康治先生（九州大学付属病院放射線科），廣岡良隆先生と竹下彰先生（九州大学付属病院循環器内科），一ノ瀬幸人先生（国立病院九州がんセンター呼吸器部），および大村一郎先生（国立療養所福岡東病院循環器内科）には，検診受診者や患者の方々との面接調査の機会を与えていただいた。九州大学大学院医学研究院の久保千春先生（心身医学）と古野純典先生（予防医学）には，研究全般に渡るご指導をいただいた。この場を借りて深謝する。

引用文献

1) Garssen B and Goodkin K (1999): On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression. Psychiatry Res, 85: 51–61.
2) Rozanski A, Blumenthal JA, and Kaplan J (1999): Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. Circulation, 99: 2192–2217.
3) Matthews KA and Haynes SG (1986): Type A behavior pattern and coronary disease risk. Update and critical evaluation. Am J Epidemiol, 123: 923–960.
4) Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J, and JT S (1996): Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. Psychosom Med, 58: 113–121.
5) Appels A, Falger PR, and Schouten EG (1993): Vital exhaustion as risk indicator for myocardial infarction in women. J Psychosom Res, 37: 881–890.
6) Frasure-Smith N, Lesperance F, and Talajic M (1995): Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation, 91: 999–1005.
7) Spiegel D (1996): Cancer and depression. Br J Psychiatry Suppl,: 109–116.
8) Schulz R, Bookwala J, Knapp JE, Scheier M, and Williamson GM (1996): Pessimism, age, and cancer mortality. Psychol Aging, 11: 304–309.
9) Molassiotis A, Van Den Akker OB, Milligan DW, and Goldman JM (1997): Symptom distress, coping style and biological variables as predictors of survival after bone marrow transplantation. J Psychosom Res, 42: 275–285.
10) Grossarth-Maticek R and Eysenck HJ (1991): Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part I -

Description of treatment. Behav Res Ther, 29: 1–16.

11) Eysenck HJ and Grossarth-Maticek R (1991): Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part II - Effects of treatment. Behav Res Ther, 29: 17–31.

12) Grossarth-Maticek R and Eysenck HJ (1995): Self-regulation and mortality from cancer, coronary heart disease, and other cause: a prospective study. Person Individ Diff, 19: 781-795.

13) Quander-Blaznik J (1990): Personality as a predictor of lung cancer: a replication. Person Individ Diff, 12: 125–130.

14) Schmitz PG (1992): Personality, stress-reactions and disease. Person Individ Diff, 13: 683–691.

15) Amelang M (1997): Using personality variables to predict cancer and heart disease. Eur J Personality, 11: 319–342.

16) Eysenck HJ (1991): Reply to criticisms of the Grossarth-Maticek studies. Psychol Inquiry, 2: 297–323.

17) 久保千春, 永野 純, 須藤信行, 古野純典 (1998): 心血管病や悪性腫瘍の発症と進行に影響する心理社会的因子アセスメント法の開発 — Control Autonomy Questionnaire (CAQ) の信頼性と妥当性の検討：中間解析 —. MOA健康科学財団研究報告集, 7: 13–21.

18) Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ, and Vetter H (1988): Personality type, smoking habit and their interaction as predictors of cancer and coronary heart disease. Person Individ Diff, 9: 479–495.

19) Grossarth-Maticek R and Eysenck HJ (1990): Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. Psychol Rep, 66: 355–373.

20) Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ, and Rakic L (1991): Central nervous system and cancer, In Anticarcinogenesis and radiation protection 2, O.F. Nygaard and A.C. Upton (eds), Plenum Press, New York, pp.429–435.

21) Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ, Boyle GJ, Heeb J, Costa SD, and Diel IJ (2000): Interaction of psychosocial and physical risk factors in the causation of mammary cancer, and its prevention through psychological methods of treatment. J Clin Psychol, 56: 33–50.

22) Grossarth-Maticek R and Eysenck HJ (1991): Personality, stress, and motivational factors in drinking as determinants of risk for cancer and coronary heart disease. Psychol Rep, 69: 1027–1043.

23) Grossarth-Maticek R, Bastiaans J, and Kanazir DT (1985): Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: the Yugoslav prospective study. J Psychosom Res, 29: 167–176.

24) Grossarth-Maticek R (1980): Psychosocial predictors of cancer and internal diseases. An overview. Psychother Psychosom, 33: 122–128.

25) Grossarth-Maticek R (1980): Synergetic effects of cigarette smoking, systolic blood pressure, and psychosocial risk factors for lung cancer, cardiac infarct and apoplexy cerebri. Psychother Psychosom, 34: 267–272.

26) Grossarth-Maticek R, Kanazir DT, Schmidt P, and Vetter H (1982): Psychosomatic factors in the process of cancerogenesis. Theoretical models and empirical results. Psychother Psychosom, 38: 284–302.

27) Grossarth-Maticek R, Siegrist J, and Vetter H (1982): Interpersonal repression as a predictor of cancer. Soc Sci Med, 16: 493–498.

28) Eysenck HJ (1988): The respective importance of personality, cigarette smoking and interaction effects for the genesis of cancer and coronary heart disease. Person Individ Diff, 9: 453–464.

29) 永野純, 久保千春 (1997)：心身症および神経症に対するautonomy trainingの有用性について. 心身医学, 37: 465.

30) 永野純, 田中浩稔, 須藤信行, 久保千春 (2000):

日本人における自主性開発トレーニングAutonomy Trainingの効果：ジストニア患者に対する応用．心身医学，40:159-170．

31) 久保千春，永野 純，須藤信行，古野純典：日本語版Short Interpersonal Reactions Inventoryの心理測定的信頼性と妥当性．MOA健康科学財団研究報告集（印刷中）．

32) Grossarth-Maticek R, Kanazir DT, Schmidt P, and Vetter H (1985): Psychosocial and organic variables as predictors of lung cancer, cardiac infarct and apoplexy: some differential predictors. Person Individ Diff, 6: 313-321.

33) Amelang M and Schmidt-Rathjens C (1992): Psychometric properties of modified Grossarth-Maticek and Eysenck inventories. Psychol Rep, 71: 1251-1263.

34) Orth-Gomer K, Rosengren A, and Wilhelmsen L (1993): Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. Psychosom Med, 55: 37-43.

35) Kaplan GA, Salonen JT, Cohen RD, Brand RJ, Syme SL, and Puska P (1988): Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. Am J Epidemiol, 128: 370-380.

36) Reed D, McGee D, Yano K, and Feinleib M (1983): Social networks and coronary heart disease among Japanese men in Hawaii. Am J Epidemiol, 117: 384-396.

37) Maunsell E, Brisson J, and Deschenes L (1995): Social support and survival among women with breast cancer. Cancer, 76: 631-637.

38) Reynolds P, Boyd PT, Blacklow RS, Jackson JS, Greenberg RS, Austin DF, Chen VW, and Edwards BK (1994): The relationship between social ties and survival among black and white breast cancer patients. National Cancer Institute Black/White Cancer Survival Study Group. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 3: 253-259.

39) Ell K, Nishimoto R, Mediansky L, Mantell J, and Hamovitch M (1992): Social relations, social support and survival among patients with cancer. J Psychosom Res, 36: 531-541.

40) Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, and Theorell T (1981): Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. Am J Public Health, 71: 694-705.

41) Appels A and Mulder P (1988): Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. Eur Heart J, 9: 758-764.

42) A.ステプトー，A.アペル（編）（津田彰監訳）(1995)：ストレス，健康とパーソナル・コントロール．二瓶社．[Steptoe A and Appels A (eds) (1989): Stress, personal control and health. ECSC-EEC-EAEC, Brussel-Luxembourg.]

43) Jensen MR (1987): Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. J Pers, 55: 317-342.

44) Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J, and JT S (1996): Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. Psychosom Med, 58: 113-121.

45) Kawachi I, Sparrow D, Spiro A, 3rd, Vokonas P, and Weiss ST (1996): A prospective study of anger and coronary heart disease. The Normative Aging Study. Circulation, 94: 2090-2095.

46) Koskenvuo M, Kaprio J, Rose RJ, Kesaniemi A, Sarna S, Heikkila K, and Langinvainio H (1988): Hostility as a risk factor for mortality and ischemic heart disease in men. Psychosom Med, 50: 330-340.

47) Barefoot JC, Larsen S, von der Lieth L, and Schroll M (1995): Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women. Am J Epidemiol, 142: 477-484.

48) Persky VW, Kempthorne-Rawson J, and Shekelle RB (1987): Personality and risk of cancer: 20-year follow-up of the

Western Electric Study. Psychosom Med, 49: 435–449.
49) Hahn RC and Petitti DB (1988): Minnesota Multiphasic Personality Inventory-rated depression and the incidence of breast cancer. Cancer, 61: 845–848.
50) Bahnson MB and Bahnson CB (1969): Ego defenses in cancer patients. Ann N Y Acad Sci, 164: 546–559.
51) Kissen DM and Eysenck HJ (1962): Personality in male lung cancer patients. J Psychosom Res, 6: 123–137.
52) Kissen DM (1963): Aspects of personality of men with lung cancer. Acta Psychother, 11: 200–210.
53) Greer S, Morris T, and Pettingale KW (1979): Psychological response to breast cancer: effect on outcome. Lancet, 2: 785–787.
54) Hislop TG, Waxler NE, Coldman AJ, Elwood JM, and Kan L (1987): The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. J Chronic Dis, 40: 729–735.
55) Giraldi T, Rodani MG, Cartei G, and Grassi L (1997): Psychosocial factors and breast cancer: a 6-year Italian follow-up study. Psychother Psychosom, 66: 229–236.
56) Sifneos PE (1973): The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom, 22: 255–262.
57) Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD, Julkunen J, and Salonen JT (1996): Alexithymia and risk of death in middle-aged men. J Psychosom Res, 41: 541–549.

付録．ストレス調査票で測定を試みる９つの概念と、それぞれに対応する質問項目

第１群

A．低コントロール感

a1. とてもつらいことがあると、そのことを忘れるのはなかなか難しいものだと思いますか？
a2. ひどく落胆するようなことがあると、精神的に立ち直るのはなかなか難しいものだと思いますか？
a3. 大切なものを失うようなことがあると、そのことがなかなか頭から離れないものだと思いますか？
a4. とても腹の立つようなことがあると、そのことをすっかり忘れるのは難しいものだと思いますか？
a5. 不愉快な状況におかれたときに、そこからなかなか抜け出せないことも多いと思いますか？
a6. 腹の立つような状況に置かれたときに、なかなか状況を変えられないことも多いと思いますか？

第２群

B．対象依存傾向：失意対象

b1. 亡くしたり別れたりした人の中で、なかなか忘れられない人がいますか？
b2. 特定の人のことで、たびたび思い出してはつらい気持ちになることがありますか？
b3. たびたび思い出してはつらい気持ちになるような過去の体験がありますか？
b4. 思い出すたびに何度も淋しい気持ちになるような、過去の体験がありますか？
b5. 以前失ったものの中で、なかなか忘れられないものがありますか？
b6. なかなか思うような関係になれず、淋しい思いをしてきたような人がいますか？
b7. もっと自分のことをわかってほしい、と長いこと思ってきたような人がいますか？
b8. よい関係になれないとわかっていても、あきらめきれない人がいますか？
b9. 手に入らないとわかっていても、あきらめきれないものがありますか？
b10. 実際にはかなわないのにあきらめきれずに、何度も無力感を味わうような、特定の願望がありますか？
b11. あの人が幸せでなければ自分も幸せになれない、と思うような特定の人がいますか？
b12. あの人がいないと幸せになれない、と思うような特定の人がいますか？

C．対象依存傾向：怒り対象

c1. 過去のことながら、いまだに何度も思い出されるくらい腹の立つような人がいますか？
c2. ある特定の人のことで、たびたび思い出しては腹の立つようなことがありますか？
c3. 過去のことながら、いまだに何度も思い出されるくらい腹の立つような体験がありますか？

つづく

c4. 過去のことながら、たびたび思い出しては腹が立つような体験がありますか？
c5. 好意で何かしてあげても、全然わかってくれずに腹の立つような人がいますか？
c6. こちらの気持ちを理解せず、いつも腹立たしい思いをさせられるような人がいますか？
c7. なかなか態度を変えようとせず、いつも腹立たしい思いをさせられるような人がいますか？
c8. 腹が立つけれども縁を切るのが難しいような人がいますか？
c9. 離れたいと思うけれど、現実には離れるのが難しいような人がいますか？
c10. なかなか抜け出せず、腹立たしい思いをさせられてきたような状況や条件がありますか？
c11. なかなか変えられず、とても不愉快な思いをさせられてきたような状況や条件がありますか？
c12. 長い間とても不満に思ってきたような状況や条件がありますか？

D．両価的対象依存傾向

d1. 特定の人に対して、とても大切だと感じたり、反対にひどく腹が立ったりと、しばしば極端に気持ちが変わりますか？
d2. 特定の人に対して、とても魅力的な人に見えたり、反対に嫌な人に見えたりと、しばしば極端に気持ちが変わりますか？
d3. 大切な人に対しては、優しくしたり、つらく当ったりと、しばしば極端に態度が変わりますか？
d4. とても大切だった人のことが、ふとしたことから急に嫌になってしまう、というようなことを何度も経験しましたか？
d5. 自分にとって必要だった大切な人のことが、反対にひどく重荷になってしまう、というような経験が何度もありましたか？
d6. 親しくしていた人のことが、ある時急に嫌になって別れてしまった、というような経験が何度もありましたか？

第３群

E．感情開示性

e1. 何か心配になることがあったとき、そのことをほかの誰かに話す方ですか？
e2. 何か困るようなことが起こったとき、そのことをほかの誰かに話す方ですか？
e3. 何か不愉快なことがあったとき、そのことを別の誰かに話すことが多いですか？
e4. 何かつらいことがあったとき、そのことを誰かに話すことが多いですか？

F．受容欲求非充足感

f1. つらいことがあったとき、誰かに話せればずいぶん楽になると思っても、現実にはなかなか話せないことが多かったですか？
f2. 腹の立つことがあったとき、誰かに話せればすっきりすると思っても、現実にはなかなか話せないことが多かったですか？
f3. つらいことがあったとき、誰かに話せればずいぶん楽になると思っても、性格的になかなか打ち明けられないことが多かったですか？
f4. 腹の立つことがあったとき、誰かに話せればすっきりすると思っても、性格的になかなか話せないことが多かったですか？
f5. つらいことがあったとき、誰かに話せればずいぶん楽になると思っても、なかなか打ち明ける相手がいないことが多かったですか？
f6. 腹の立つことがあったとき、誰かに話せればすっきりすると思っても、なかなか話せる相手がいないことが多かったですか？
f7. つらいことがあったとき、それを誰かにわかってもらいたいと思っても、なかなか難しいことが多かったですか？
f8. 腹の立つことがあったとき、それを誰かにわかってもらいたいと思っても、なかなか難しいことが多かったですか？

第４群

G．感情抑圧傾向

g1. 周りからいろいろな要求がある場合でも、まずは自分のしたいことを優先する方ですか？
g2. 自分の幸せをまず考えるようにしますか？
g3. 人のことよりも、まずは自分が幸せに暮らすことを考える方ですか？
g4. 人とうまくやっていくために、自分の目的をあきらめることが多いですか？
g5. 自分に不利な条件でも受け入れてしまうことが多いですか？
g6. ほかにしたいことがあっても、人に遠慮してあきらめることが多いですか？
g7. 人間関係に波風が立たないように、人にゆずることが多いですか？
g8. 悪気がなければ、多少人を傷つけることがあっても仕方がないと思いますか？
g9. 大切な目的を達成するためには、人に多少迷惑をかけても仕方がないと思いますか？
g10. 大切な人の期待に背くことは、どんな場合でも絶対にできない方ですか？
g11. 人を裏切るような行為は、どんな場合でも絶対にできない方ですか？
g12. 仕事（や家事）が負担に感じるような時も、性格的に無責任なことができない方ですか？
g13. 面倒なことを抱え込んでしまうことが多いですか？
g14. 自分にとってプラスになることが何もないような頼まれごとでも、引き受けてしまうことが多いですか？
g15. 自分にとってプラスになることが何もないようなつき合いは、できるだけ避けるようにしますか？
g16. もっと自由に振る舞いたくても現実にはなかなか難しい、と思うことが多かったですか？
g17. もっと自分に素直になりたくても現実にはなかなか難しい、と思うことが多かったですか？

つづく

H．理性非感情傾向

h1. 誰かにひどいことをされても、人前はもちろん、家族の前でも感情的になることはできない方ですか？
h2. 人と衝突しそうになったときは、どんな場合でも理性を失わないように努め、感情的になることは極力避けますか？
h3. 誰かに感情をひどく害されても、冷静に考えて、感情的に相手を非難したりしないようにしますか？
h4. 誰かにひどいことをされても、決して感情的になることはなく、あくまでも常識の範囲で対処しようとしますか？
h5. ひどく気に障るような言動をとる人に対しても、その人を何とか理解しようと努めて、極力感情的に接することのないようにしますか？

第５群

Ｉ．情動体験欠如

i1. これまでの人生で、何か特定のことで深く悲しんだような経験は、まったくと言っていいほど無かったですか？
i2. これまでの人生で、何か特定のことで激しい怒りを覚えたような経験は、まったくと言っていいほど無かったですか？
i3. これまでの人生で、何か特定のことに対して心配で仕方が無くなるような体験は、ほとんど無かったですか？
i4. これまでの人生で、飛び上がりたくなるほど嬉しかったような体験は、まったくと言っていいほど無かったですか？
i5. これまでの人生で、胸が高鳴るほど楽しかったような体験は、まったくと言っていいほど無かったですか？