

平成 22 年 5 月 20 日現在

研究種目：基盤研究（C）  
 研究期間：2007～2009  
 課題番号：19530613  
 研究課題名（和文） 身体的健康のリスクとしての敵意、抑うつ、および、神経症傾向に共通する要因の探求  
 研究課題名（英文） Investigating common factors among depression, neuroticism, and depression: Uncontrollability as a risk factor of physical health

研究代表者  
 大芦 治（OASHI OSAMU）  
 千葉大学・教育学部・准教授  
 研究者番号：30289235

## 研究成果の概要（和文）：

一般に、抑うつ(depression)、敵意(hostility)、さらに、神経症傾向(neuroticism)といった心理的特性は主の心臓血管系の身体的な健康のリスクとされている。また、これらの3つの特性の間には一定の相関関係があることが知られている。このことから抑うつ、敵意、神経症傾向の3特性間には何らかの共通成分が存在し、それらが身体的なリスクとなっている可能性を検討した。今回、取り上げた共通成分はコントロール不可能性の認知に関するもので、2度にわたる質問紙調査を通してコントロール不可能性の認知が3つの特性の共通成分として存在することを明らかにしたが、寄与する割合は必ずしも大きいものではなかった。

## 研究成果の概要（英文）：

It is said that there are correlations among three psychological traits - depression, hostility and neuroticism. It is also reported that these three traits are risk factors for physical health, especial cardiovascular disease. These studies suggested that three traits have a common component -cognition of uncontrollability- which is the risk factor for physical health. In this study measures of depression, hostility, neuroticism, and uncontrollability were administered to college students. Results indicated that uncontrollability was a weak common component among three psychological traits.

## 交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2007年度	500,000	150,000	650,000
2008年度	500,000	150,000	650,000
2009年度	600,000	180,000	780,000
年度			
年度			
総計	1,600,000	480,000	2,080,000

研究分野：健康心理学

科研費の分科・細目：心理学・臨床心理学

キーワード：(1) 健康心理学 (2) 抑うつ (3) 不安 (4) 敵意

## 1. 研究開始当初の背景

一般に、抑うつ(depression)、敵意(hostility)、さらに、神経症傾向(neuroticism)といった心理的特性は身体的な健康のリスクとされている。とくに心臓疾患系の疾患に関してはそのいずれもがリスクになりうるといわれている(うつに関しては Breefoot, & Schroll, 1996; Stepto, 2007 など、敵意に関しては, Mathews, et al., 1977; Shekelle et al., 1983, Smith, 1992 など、神経症傾向については, Stone, 1990; Shukla, et al., 1995 など)。

このように敵意、抑うつ、そして、神経症傾向という3つの心理的特性はそれぞれ異なる特性であるにもかかわらず比較的類似した身体疾患のリスクとなるのはどうしてなのだろうか。実は、抑うつ、敵意、神経症の3つの特性は質問紙調査でも一定の相関があることがこれまでもさまざまな研究で報告されている(神経症と抑うつについては Schmitz, et al., 2003, Saklofske, 1995, 神経症傾向と敵意については, Blumenthal, et al., 1987, Ruiz et al., 2001, 抑うつと敵意については, Blumenthal, et al., 1987; Burns, et al., 1999; Bridewell & Chang, 1997 など)。このうちとくに抑うつと神経症傾向については項目の類似性が高くこの2者間で比較的高い相関が得られるのはやむを得ない面もある。また、敵意を測定する代表的な質問紙である Cook & Medley の Hostility スケールが元とした MMP I の項目のいくつかは抑うつ、神経症などの尺度と重複していた。こうしたことから、敵意、抑うつ、そして、神経症傾向という3つの異なる心理的特性が共通性の高い身体疾患のリスクとなっている事実が説明できるかもしれない。しかし、それぞれの尺度は作成段階で構成概念をある程度煮詰めた上で項目を構成しているのである。それにも関わらず、相互に一定の相関関係が得られる

ことは、抑うつ、敵意、神経症の3つの心理的特性には何らかの共通する要因があり、それが3者に相関関係をもたらし、また、それがこの3者が共通して心臓血管系などの危険因子となりうる可能性をもたらしているのではないかという仮説が考えられる。

## 2. 研究の目的

本研究は、そのような共通要因を探ろうというものである。今回は、その1つの可能性としてコントロールの不可能性を認知しやすい傾向が共通要因として存在する可能性を検討することとした。

## 3. 研究の概要

### <研究1>

**研究1の目的** コントロール不可能性に関する測定尺度を開発し、それらが抑うつ、敵意、神経症傾向とどの程度の共通性を有しているかを偏相関分析によって検討する。

**方法** 被験者 首都圏の国立大学の大学1, 2年生, 187人(男子100名, 女子87名)  
**質問紙** 以下の合計6つの質問紙を行った。

#### ①抑うつを測定する質問紙

日本版BDI (Beck Depression Inventory) -II (小嶋・古川, 2003; 21項目), および, CES-D(島, 1998; 20項目)を実施した。

②敵意を測定する質問紙 2種類の尺度を用いた。まず, Cook & Medley(1954)のHo尺度であるが, これはCook & Medley(1954)がHoを構成した際に用いた項目に該当する日本版MMPI(MMPI新日本版研究会, 1993)の50項目を抜き出し作成した。また, 日本版Buss-Perry攻撃性尺度(BAQ; 安藤ら, 1999)の下位尺度のうち敵意の6項目も実施した。

③神経症傾向を測定する質問紙 モーズレイ性格検査(MPI; MPI研究会, 1964)のうち神経症尺度24項目を抜き出し行った。

④コントロールの不可能性を認知しやすい傾向を測定する項目 これらについては, 今回新たに作成した。まず, さまざまな先行研究

などを参考にコントロール不可能性の認知を表現すると思われる項目12項目を作成した。そして、この項目を大学生20人(男子4人, 女子16人)に5件法で実施し予備調査を行った。その結果を分析し分布の偏りなどを検討し、また、実施時に対象者に分かりにくい表現などがないか意見を求め、それらを参考に項目表現を修正するなどの作業を行った。また、その際、新たに2項目を追加し14項目とした(Table 1参照)。この14項目をコントロールの不可能性を認知しやすい傾向を測定する項目(以下、コントロール不可能性)として行った。

**結果および考察** まず、コントロール不可能性については因子分析を実施したが意味ある解が得られなかった。そこで、14項目の信頼性係数を検討し当該項目を削除するとともに信頼性係数が高まるとされた1項目を削除し13項目とした。この13項目の信頼性係数は.84である。

まず、すべての尺度間の単純相関係数を算出した(Table 1)。

Table 1 尺度間の相関係数

	BDI-II	CES-D	Hoスケール	BAQ 敵意	MPI 神経症	コントロール不可能性
BDI-II	1.00	.80	.31	.48	.61	.48
CES-D		1.00	.33	.51	.64	.51
Hoスケール			1.00	.42	.50	.29
BAQ 敵意				1.00	.57	.51
MPI 神経症					1.00	.59
コントロール不可能性						1.00

つぎにコントロール不可能性の尺度を制御変数として偏相関係数を算出した場合の結果をTable 2に示した。

Table 2 コントロール不可能性を制御した偏相関係数

	BDI-II	CES-D	Hoスケール	BAQ 敵意	MPI 神経症
BDI-II	1.00	.73	.21	.31	.46
CES-D		1.00	.22	.33	.49
Hoスケール			1.00	.33	.43
BAQ 敵意				1.00	.38
MPI 神経症					1.00

単純相関を算出した場合他の尺度との相関係数が比較的小さかったHoスケールとそれ以外の尺度との組み合わせについても相関係数と偏相関係数との値の差は.1前後と小さい。それ以外の尺度間についてはコントロール不可能性を制御し偏相関係数を算出した場合、その値がある程度低下していることが確認できる。ただし、いずれの場合も相関係数から偏相関係数を引いた値も.2をやや下回っている。

### <研究2>

**研究2の目的** 「研究1」で作成した実施したコントロール不可能性の尺度は、抑うつ、敵意、神経症の共通要因であることが認められたもののその寄与する割合は比較的低いものであった。しかし、研究1で用いた尺度は項目数も少なく、コントロール不可能性の構成概念も十分に検討されたものでもなかった。そこで、研究2ではコントロール不可能性の概念を再検討し、尺度の改訂を試み再度調査を行った。

今回は、以下の方針で前回の14項目を改訂し、さらに、新たな項目を追加することとした。改訂の方針は、コントロール不可能性の認知を、①自からの対処行動が不可能なことを認知すること(以下、対処行動のコントロール不可能性)、②自らの行動に関わりなく望ましい結果が得られにくいことを認知する

こと（以下、認知されたコントロール不可能性）、に分け、また、コントロール不可能性に関わる内容も達成場面に関するものと、対人場面に関するものの両者を含めるようにした。

**予備調査**大芦（2008）が作成したコントロール不可能性の認知の尺度の改訂を行う。今回は、前述の①および②にしめした方針に従い前回の14項目を改訂し、さらに、新たな項目を追加することとした。

予備調査の対象者は都内の女子大学の学生106人であった。上記の方針により前回の項目の改訂および新規の項目の作成を行い33項目の尺度を構成し、5件法にて実施した。

結果は、まず、分布を検討し偏りの著しい6項目を削除した。つぎに残りの26項目に因子分析を実施し（主因子法、バリマックス回転）たところ3因子解が比較的説明可能と思われたが、十分ではなかった。このうち第1因子は対処行動のコントロール不可能性を、第2因子は認知されたコントロール不可能性に相当していると考えられたので、この2因子に.4以上の因子負荷量で属する項目得点を合計し因子得点を算出した。つぎに、解釈の難しかった第3因子のうち比較的因子負荷量の高い項目、および、最初に分布の問題で削除した6項目と上記の2つの因子得点との相関を算出したところこのうち3項目は表現を改めるなどして第1因子に含められることが分かった。そこで対処行動のコントロール不可能性、および、認知されたコントロール不可能性の2因子による尺度を作成することを想定し、分布に問題のあった項目の表現を改め、また、新たな項目を作成し、各因子13項目、2因子合計26項目からなる尺度を作成した。

**方法** **被験者** 首都圏の国立大学の大学生359名（男子197名、女子162名）

**質問紙** 以下の合計5つの質問紙を行った。

**うつを測定する質問紙** 日本版BDI（Beck Depression Inventory）-IIを実施した。

**②敵意を測定する質問紙** 日本版Buss-Perry攻撃性尺度（BAQ；安藤ら、1999）の下位尺度のうち敵意の6項目を件法で実施した。

**③神経症傾向を測定する質問紙** モーズレイ性格検査（MPI;MPI研究会、1964）のうち神経症尺度24項目を抜き出し行った。

**④コントロールの不可能性に関する尺度** 上記の予備調査において作成した26項目を5件法で実施した。

**結果および考察** コントロール不可能性に関する尺度については、因子分析を実施した。因子分析は主因子法としプロマックス回転を行ったが、予備調査から予想された結果に反し3因子解が一番適切と見られたので3因子解を採用することとした。第1因子は前述の“認知されたコントロール不可能性”、第2因子は“対処行動のコントロール不可能性”に相当し、第3因子は“対人場面でのコントロール不可能性”に関する因子と考えられた。さらに、このうち第1因子、第2因子に.3以上で負荷している1項目、いずれの因子にも.4以上で負荷しない2項目を削除し再度因子分析を行ったところ、3つの項目が.4以上で負荷しないので削除し、三度、因子分析を行った。ここでも1項目を削除しさらに因子分析を行ったところ、すべての項目が3つのいずれか1つの因子に.4以上で負荷し、他の2因子には.3以上で負荷しない結果となったので、これを最終的な解とした。第1因子は7項目、第2因子は9項目、第3因子は3項目となり、これを3つの下位尺度とした。

今回用いたすべての尺度間の相関係数を算出した（Table 3）。すべての変数間で中程度以上の相関が得られている。つぎに、抑うつ・敵意・神経症傾向の三者間についてコントロール可能性に関する尺度の3つの下位尺度のそれぞれを制御変数として偏相関係数を算出してみた（Table 4）。表からもわかるように抑うつ・敵意・神経症傾向の3者の共通要因として一番寄与しているのは対処行動のコントロール不可能性のような行動の有効性に関する認知ではなく、より一般的な状況に対す

る“認知されたコントロール不可能性”であることがわかる。これは心臓疾患との関連が指摘されているシニシズムに近いもののようにも思われる。しかし、研究1と同様この要因の共通要因として占める割合はそれほど高くなかった。

#### 4. 研究成果

コントロール不可能性の認知の傾向は、仮定されたように抑うつ、敵意神経症傾向に共通する要因として考えられることが実証的に明らかになった点が本研究最大の成果である。また、また、コントロール不可能性の認知を多面的に検討したところ、抑うつ・敵意・神経症傾向の3者の共通要因として一番寄与しているのは対処行動のコントロール不可能性のような行動の有効性に関する認知ではなく、より一般的な状況に対する“認知されたコントロール不可能性”であることがわかったてんなども特筆されてよいであろう。

しかし、上記のようにコントロール不可能性の認知の傾向が3者間の共通要因として寄与する割合は非常に高いわけではない。今後の研究の進め方としては、再度、コントロー

Table 3 尺度間の相関係数

	神経症	敵意	認知されたコントロール不可能性	対処行動のコントロール不可能性	対人場面でのコントロール不可能性
抑うつ	.69	.47	.54	.45	.40
神経症		.54	.51	.46	.42
敵意			.47	.30	.43
認知された…				.52	.50
対処行動…					.42

ル不可能性の認知の概念、測定法を検討することもあるが、むしろ、他の要因を探索することも必要かもしれない。

Table 4 抑うつ・敵意・神経症間の偏相関係数

	制御変数	神経症	敵意
抑うつ	認知されたコントロール不可能性	.57	.30
	対処行動のコントロール不可能性	.61	.40
	対 へのコントロール不可能性	.63	.37
神経症	認知されたコントロール不可能性		.40
	対処行動のコントロール不可能性		.48
	対 へのコントロール不可能性		.44

#### 5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 (計3件)

① 大芦 治 2010 抑うつ、敵意、神経症傾向に共通するコントロール不可能性の認知の要因の検討 (2) 千葉大学教育学部研究紀要, 査読無, 58巻, pp. 275-278

② 大芦 治 2009 抑うつ、敵意、神経症傾向に共通するコントロール不可能性の認知の要因の検討千葉大学教育学部研究紀要, 査読無, 57巻, pp. 229-232.

③ 大芦 治 2008 Cook-Medleyの敵意スケール (Ho) の因子構造と構成概念妥当性の検討 千葉大学教育学部研究紀要, 査読無, 56巻, pp. 261-265.

〔学会発表〕 (計2件)

① 大芦 治 2009 抑うつ、敵意、神経症傾向に共通する要因の検討 (2) —コントロ

ール不可能性の要因の再検討— 日本パーソ  
ナリティ心理学会第18回大会 2009年11  
月29日 岡山市

② 大芦 治 2008 抑うつ, 敵意, 神経症  
傾向に共通する要因の検討(1) —コントロ  
ール不可能性の認知の検討— 日本パーソ  
ナリティ心理学会 第17回大会 2008年  
11月15日 東京

〔図書〕 (計1件)

① 大芦 治 2009 健康リスク要因とパー  
ソナリティ 島井哲志ら編「健康心理学入門」  
有斐閣 pp. 121-134

## 6. 研究組織

### (1) 研究代表者

大芦 治 (OASHI OSAMU)

千葉大学・教育学部・准教授

研究者番号: 30289235