

痛み経験とその対処方略

大竹 恵子* 島井 哲志

女性の健康について考える場合、特定の疾患や健康行動における性差がとりあげられることが多い。健康心理学の領域においても、健康との関連を論じる中で、心理的特性や健康行動における性差は重要な要因として研究が進められている。例えば、女性は男性よりも寿命は長いが、病気にもかかりやすいと言われている (Niven and Carroll, 1993)。また、近年、攻撃性との関連で注目されている心臓疾患は、女性よりも男性の方が多く、死亡率の男女比は2 : 1である。もちろんこのような健康問題には、生物学的な要因だけではなく、心理学的、社会学的なさまざまな要因が大きく関わっており、女性特有の疾患や健康問題を考える場合には、これらの多くの要因を考慮する必要がある。本研究では、健康問題の1つとして日常的な痛みに焦点をあて、女性の痛みとその対処方略について明らかにすることをめざして、痛みに関する対処方略の質問紙を作成する。そして、作成した痛みに関する質問紙を用いて、女性の日常的な痛みや痛みの認知、あるいはそれらに関連した健康問題をとりあげ、女性の健康に対する予防や促進に役立てたいと考えている。

男性と女性では生殖に関する機能が異なることから、それらの痛みについて直接比較することは困難であるが、日常的な痛みに注目した場合にも痛み経験や認知、対処方略に性差があると言われている。例えば、Crook, Rideout, and Browne (1984) は、痛みの経験数を比較し、女性は男性よりも痛み経験の報

*1999年3月神戸女学院大学大学院人間科学研究科修士課程修了、現在神戸女学院大学大学院人間科学研究科博士後期課程

告数が多いことを示している。また、Fischer (1987) の痛みに関する閾値の実験によると、女性の方が男性よりもより敏感であり、9つの筋肉のうち8つについて、女性の方が閾値が低かったことが報告されている。さらに、Feine, Bushnell, Mirsch, and Duncan (1991) は、男女の被験者に同じ強さの痛み刺激を与えた場合、女性の被験者は男性の被験者に比べて、痛みの程度をより強く評価することを示している。

それでは、このような痛みの閾値に関する性差はどのようにして起こるのだろうか。この疑問については、単に生物学的な要因というだけではなく、さまざまな要因が関与していると考えられており、男女における知覚や耐性の違い、脳の構造の違いなど、多くの議論がある。また一方で、女性は男性よりも経験的に痛みを感じやすいからだと言う研究者もいる (Goolkasian, 1985)。女性には月経というサイクルがあり、常に痛みや体のホルモンの変化があり、これらが痛みの知覚や感覚、判断などに影響を与えていると考えられている。

この他、痛みの経験や知覚だけではなく、痛みの対処方略についても男女で異なった特徴があると言われているが、一方で、この対処方略の違いには、痛みの経験や痛みを受け取るという認知的な要因が大きく関連しており、性の違いというよりは、痛みに対する認知の違いが対処方略に影響していると指摘する人もいる。Rosenstiel and Keefe (1983) は、痛みに対する対処方略として、Coping Strategy Questionnaire (CSQ) という質問紙を開発した。この質問紙は、認知的対処方略と行動的対処方略の2つの大きな枠組みがあり、痛みに対する対処として認知と行動が区別されている。そして、この認知と行動という大きな枠組みの中にいくつかの対処方略の下位尺度が存在するという構成になっている。このCSQは、痛みに対する対処方略の尺度の中でも妥当性と信頼性が高く評価されており、1983年に尺度化されてから今日まで比較的広く用いられている (Stewart, Harvey, and Evans, 2001)。

このCSQは、慢性疾患患者の痛みの認知や軽減効果に関する研究において広く用いられており、痛みの認知や対処は、心理学あるいは健康医学領域にお

いて重要なテーマの1つだといえる。Rosenstiel and Keefe (1983) は、慢性疾患患者を対象に、痛みに対する対処方略 (CSQ) とうつ、不安との関係について検討している。その結果、もうだめだと思ってしまうような破滅思考型の対処方略をよく行い、痛みを紛らわすために何か他の行動をするなどの活動性行動型の対処方略をしない人は、うつ傾向や不安が高いことを報告している。このように、痛みに対する対処方略の違いによって、精神的健康との関連が異なることが明らかにされている。

先に紹介した CSQ は、慢性疾患の痛みに関する対処方略を測定する質問紙として開発され、多く用いられているが、日常的な痛みや女性特有の痛みに焦点をあてた研究は行われていない。近年、健康心理学領域においても女性特有の健康問題や痛みなどが注目され、1次予防の重要性が示唆されている背景を考えると、この CSQ を日常的な痛みにおいても使用できることが望まれる。そこで、本研究では、日常的な痛みに対する対処方略の質問紙として日本版 CSQ を開発し、CSQ と日常的な痛み経験、うつとの関係について検討することを目的とした。

方 法

対象者

対象者は、4年制大学2校の大学生、女性201名、男性33名、合計234名であった。平均年齢は、 19.84 ± 1.02 歳 (18歳から24歳) であった。

調査時期

2001年7月であった。

調査内容

痛み経験については、日常的にもっとも感じる痛みを1つたずねた。痛みの程度は、痛みを感じない (0点) から非常に痛い (5点) の6件法評定であり、痛み経験の頻度は、痛みを感じない (0点) からほぼ毎日 (6点) の7件法評定であった。

痛みの対処方略の質問紙は、Rosenstiel and Keefe (1983) の痛みに対する対処方略質問紙 (Coping Strategy Questionnaire: CSQ) に基づいて作成したものであった。この質問紙は、認知的対処方略と行動的対処方略の2つの概念から構成されており、痛みに対する対処として認知と行動を区別して考えている。認知的対処方略には、「注意の転換」「思考回避」「自己教示」「無視」「願望思考」「破滅思考」の6つの下位因子があり、すべて認知に焦点をあてた対処方略である。一方、行動的対処方略には、「痛み行動の活性化」と「他の行動の活性化」の2つの下位因子があり、痛みの軽減を目的とした行動と痛みの軽減に直接関係ない他の行動や活動レベルをあげる対処方略の2つの対処方略が測定できる。われわれが作成した日本版痛みの対処方略質問紙は、原版の短縮版であり、認知と行動の計8つの下位因子ごとに各2項目、計16項目から構成されていた。回答方法は、原版と同じように、まったくしない(0点)、ほとんどしない(1点)、あまりしない(2点)、ときどきする(3点)、少しする(4点)、だいたいする(5点)、いつもする(6点)の7件法であった。

痛みの対処方略に関連して、それらの対処方略をすることに対する全体的な評価についての質問紙を作成した。この対処方略に対する全体評価も Rosenstiel and Keefe (1983) に基づいて作成されており、自分の対処方略をすることによって、どのくらい痛みをコントロールできると思うかという「痛みのコントロール感」とどのくらい痛みを軽減できると思うかという「痛み軽減の可能性」の2項目であった。この2項目の回答方法は、原版と同じように、まったくできない(0点)、ほとんどできない(1点)、あまりできない(2点)、いくらかできる(3点)、だいたいできる(4点)、かなりできる(5点)、完全にできる(6点)という7件法であった。

また、個人の抑うつ傾向を測定するため、Radloff (1977) が作成した Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) の20項目を矢富ら (1987) が日本語訳したものをを用いた。この尺度は、計20項目から構成されており、合計得点が高いほどうつ傾向が強いことを示している。回答方法は、ほ

とんどそういうことはなかった（0点）、ときどきあった（1点）、よくあった（2点）の3件法であった。

調査手続き

調査は授業の一環として実施し、自己記入式の無記名調査であった。

結 果

1. 痛み経験

日常的な痛み経験について、男女別の人数割合を Table 1 に示した。これを見てもわかるように、女性の痛み経験として、頭痛、腹痛、生理痛が上位にあがっていた。なお、本研究では男性対象者が少ないが、男性の痛み経験の上位として、頭痛、腹痛があがっており、男女とも痛み経験の内容は類似していることが示された。

痛みの程度について女性の人数割合を見てみると、少し痛いと回答した人が86人（43.0%）でもっとも多く、次いで、あまり痛くないが53人（26.4%）、痛い37人（18.4%）であった。また、かなり痛い、非常に痛いと回答した人は20人（10.0%）であり、日常的にかなりの程度の痛みを経験している女性も多いことが示された。

また、女性の痛みの頻度については、1ヶ月に1回程度と回答した人が63人

Table 1 男女別における日常的な痛みの経験の人数割合（%）

痛み経験	女子 (n=201)	男子 (n=33)
頭痛	59人 (29.4%)	15人 (45.5%)
腹痛	53人 (26.4%)	6人 (18.2%)
生理痛	45人 (22.4%)	—
歯痛	8人 (4.0%)	1人 (3.0%)
腰痛	9人 (4.5%)	1人 (3.0%)
筋肉痛	8人 (4.0%)	4人 (12.1%)
慢性疾患による痛み	2人 (1.0%)	1人 (3.0%)
その他	8人 (4.0%)	4人 (12.1%)
痛みを感じない	9人 (4.5%)	1人 (3.0%)

(31.5%)でもっとも多く、次いで2週間に1回程度が40人(20.0%)、1週間に1回程度が34人(16.9%)であった。また、2・3日に1回の頻度は27人(13.5%)、ほとんど毎日16人(8.0%)であり、日常生活において比較的、高頻度に痛みを経験している人が多いことが明らかにされた。

2. 痛みと対処方略

痛みの対処方略として、認知的対処方略と行動的対処方略の2つの概念があるため、それぞれの対処方略ごとに、主因子法、Varimax回転の因子分析を男女全体で行った。Table 2には認知的対処方略について、Table 3には行動的対処方略について、因子負荷量、固有値、累積寄与率、および共通性を示した。その結果、認知的対処方略、行動的対処方略のどちらも、因子構造は先行研究と一致しており、1つの因子について高い因子負荷量をもつことが示された。また、累積寄与率は、認知的対処方略は80.9%、行動的対処方略は74.2%であり、因子モデルの全体の説明率は非常に高いと考えられた。また、これらの因子分析の結果は、男女別に行った際にも確認されており、因子構造は安定していることが示された。また、内的一貫信頼性については、認知的対処方略が $\alpha = .80$ 、行動的対処方略が $\alpha = .72$ であり、比較的、内的整合性が高いと考えられた。

本研究の対象者は男性が非常に少ないため、以下の分析からは、女性のみを対象として、この計8つの下位尺度の合計点を算出し、女性の痛みに対する対処方略として下位尺度ごとの分析を行った。

痛み経験によって対処方略が異なるのかを検討するため、女性について分散分析を行った結果、破滅思考と自己教示対処方略について痛み程度の主効果がみとめられた。Figure 1に示したように、痛みの程度がひどくなるほど、自分の痛みに対する絶望感やあきらめなどの破滅思考という対処方略をよく採用していることが示された($F(5, 199) = 5.85, p < .001$)。一方、自己教示である自分を励ますという対処方略は、痛みの程度がひどくなるほど行わないことが示された($F(5, 199) = 2.56, p < .05$)。このように、痛みの程度によって、痛

Table 2 認知的対処方略の因子負荷量、固有値、累積寄与率、共通性

項目	因子負荷量						共通性
	I	II	III	IV	V	VI	
I 願望思考							
痛みが持続しないように祈る	<u>.91</u>	.14	.13	.12	-.07	-.03	.87
早く痛みがなくなるようにと願う	<u>.88</u>	.13	.22	.07	-.04	.05	.84
II 破滅思考							
どうすることもできないと悲劇的に思う	.04	<u>.91</u>	.05	.07	.11	-.03	.85
もうだめだと思う	.24	<u>.87</u>	.09	-.04	-.01	.10	.83
III 自己教示							
何とか頑張れると自分に言い聞かせる	.13	.10	<u>.87</u>	.12	-.03	.23	.85
自分自身を励ます	.26	.05	<u>.84</u>	.18	.16	-.08	.84
IV 注意の転換							
気持ちが落ち着くように何か別のことをして注意をそらす	.14	.08	.11	<u>.87</u>	.20	-.03	.83
何か別のことを考えたり頭に思い描いたりして気を紛らわす	.05	-.04	.19	<u>.80</u>	-.02	.35	.80
V 思考回避							
あたかも痛みの感覚がないかのよう考える	-.07	.01	.01	.17	<u>.85</u>	.15	.78
痛みを否定し、無視する	-.04	.11	.11	.01	<u>.76</u>	.32	.71
VI 無視							
痛みを意識しないようにする	.06	-.12	-.06	.25	.28	<u>.78</u>	.76
痛みがないと自分に言い聞かせる	-.04	.22	.26	.02	.30	<u>.74</u>	.75
固有値	3.37	2.21	1.52	1.01	0.89	0.71	
累積寄与率 (%)	28.1	46.5	59.2	67.6	75.0	80.9	

みに対する対処方略が異なることが示された。痛みの頻度、内容については対処方略との関連はみられなかった。

次に、痛みの対処に関する全体的な評価である、痛みのコントロール感と痛み軽減の可能性との関連を検討するため、可能性を高く評価した群と低く評価した群の2群における対処方略の違いについてt検定を行った。その結果、Fig-

Table 3 行動的対処方略の因子負荷量、固有値、累積寄与率、共通性

項目	因子負荷量		共通性
	I	II	
I 他の行動の活性化			
薬にたよる	.87	-.06	.76
医療機関に行く	.85	.12	.72
II 痛み行動の活性化			
注意をそらすために体を動かすなどの活動をする	-.08	.86	.75
気を紛らわすために何か行動する	.14	.84	.73
固有値	1.58	1.39	
累積寄与率 (%)	39.5	74.2	

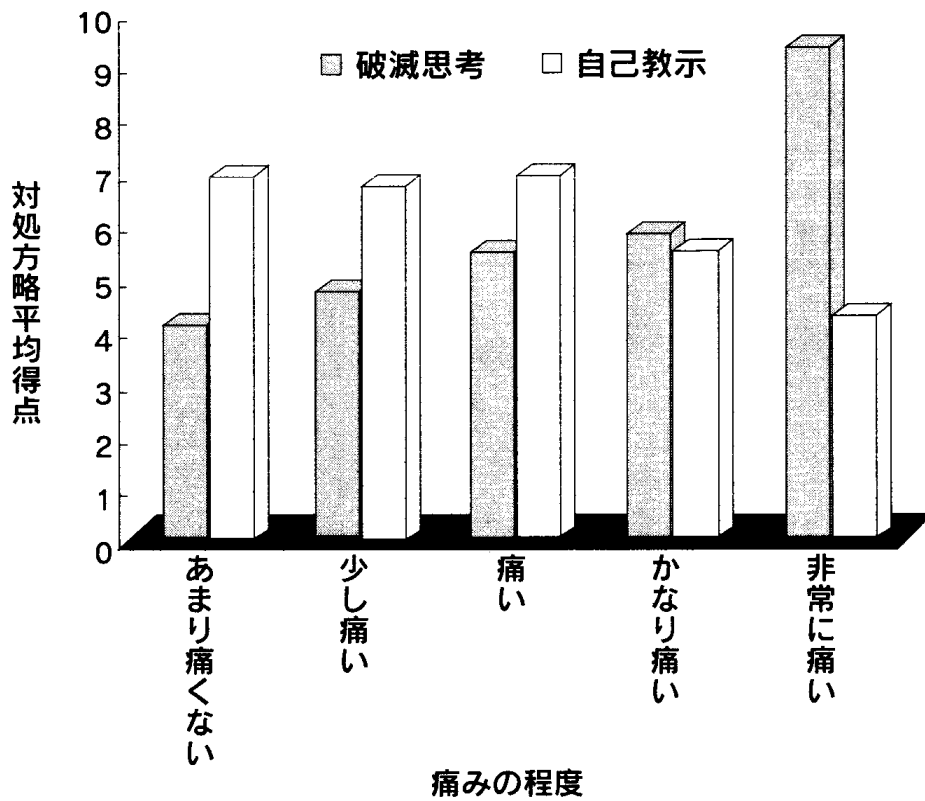


Figure 1 女性における痛みの程度と破滅思考、自己教示対処方略の平均得点

Figure 2 に示したように、痛みをコントロールできると回答した人は、対処方略として無視 ($t=2.26, p<.05$) や思考回避 ($t=2.43, p<.05$) の得点が高いこ

痛み経験とその対処方略

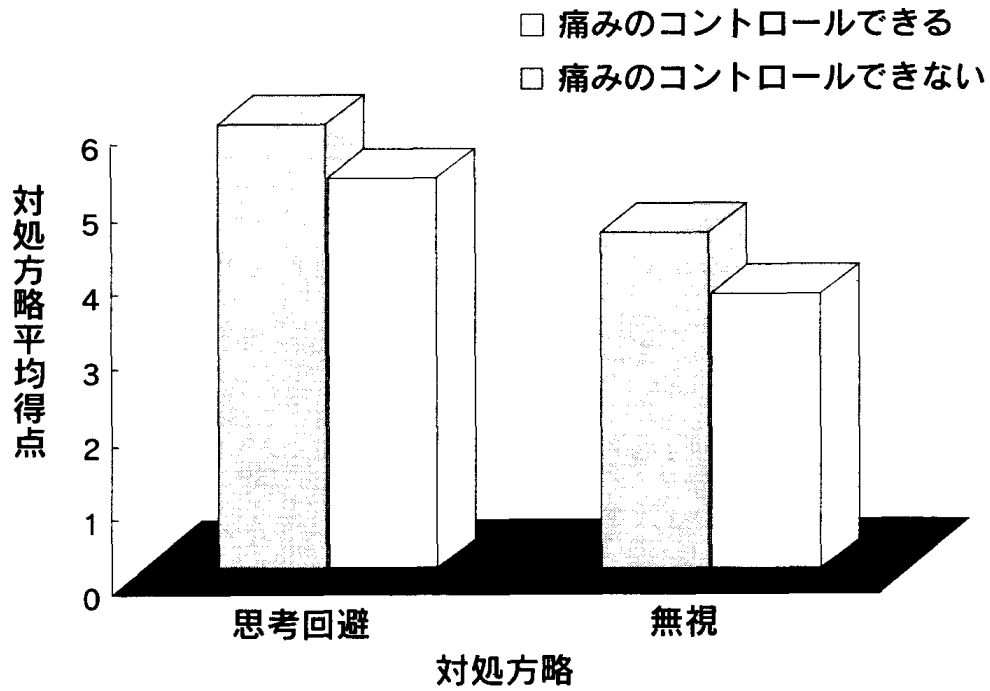


Figure 2 女性における痛みのコントロール感と思考回避、無視対処方略の平均得点

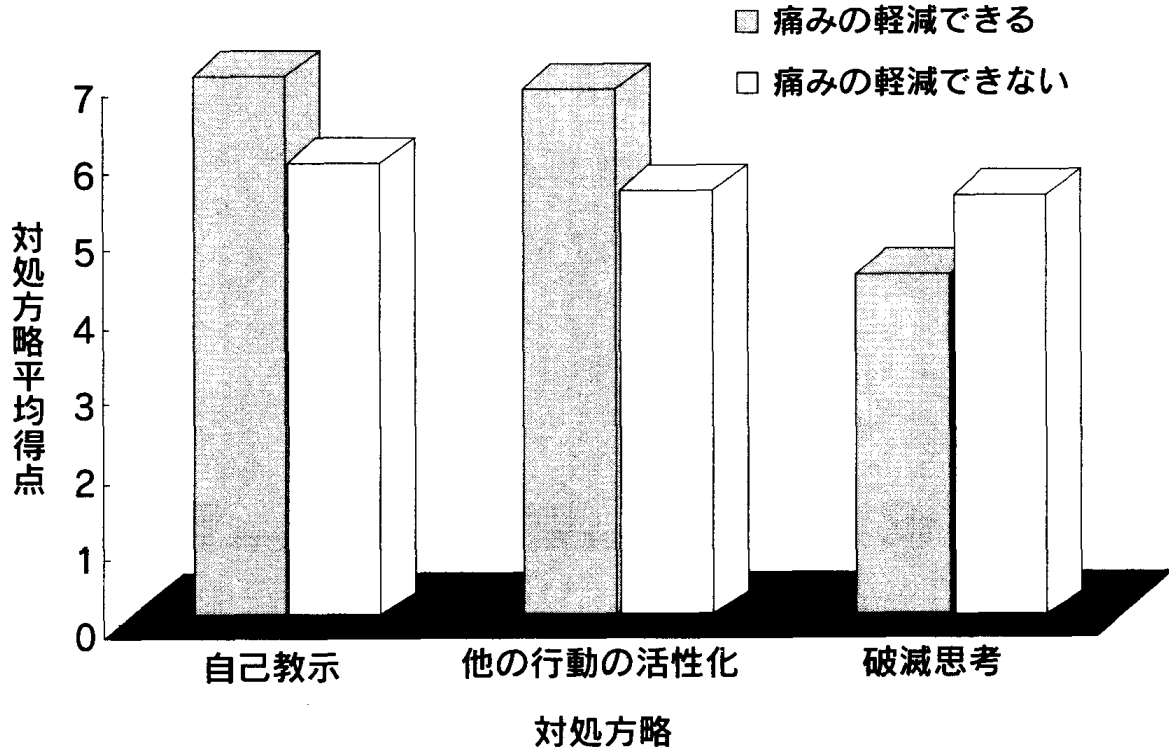


Figure 3 女性における痛みの軽減可能性と自己教示、他の行動活性化、破滅思考対処方略の平均得点

とが示された。また、Figure 3 には、痛みの軽減効果と対処方略との関係を示したが、痛みを軽減できると答えた人は、自己教示 ($t=2.66, p<.01$) や他の行動の活性化 ($t=4.02, p<.001$) という対処方略をよく行い、破滅思考 ($t=2.37, p<.05$) は行わないことが示された。このように、痛みのコントロールや軽減の可能性という個人の認知は、痛みの対処方略と関連しており、対処方略によってこれらの認知要因が異なる可能性が考えられた。

3. 痛みとうつとの関係

女性における痛み経験とうつとの関係について、Figure 4 には痛みの程度、Figure 5 には痛みの頻度におけるうつの合計の平均得点の違いを示した。これを見てもわかるように、痛みの程度と頻度が増すにつれてうつ得点が高くなることが示された (程度： $F(5, 199)=6.47, p<.001$; 頻度： $F(6, 199)=5.03, p<.001$)。

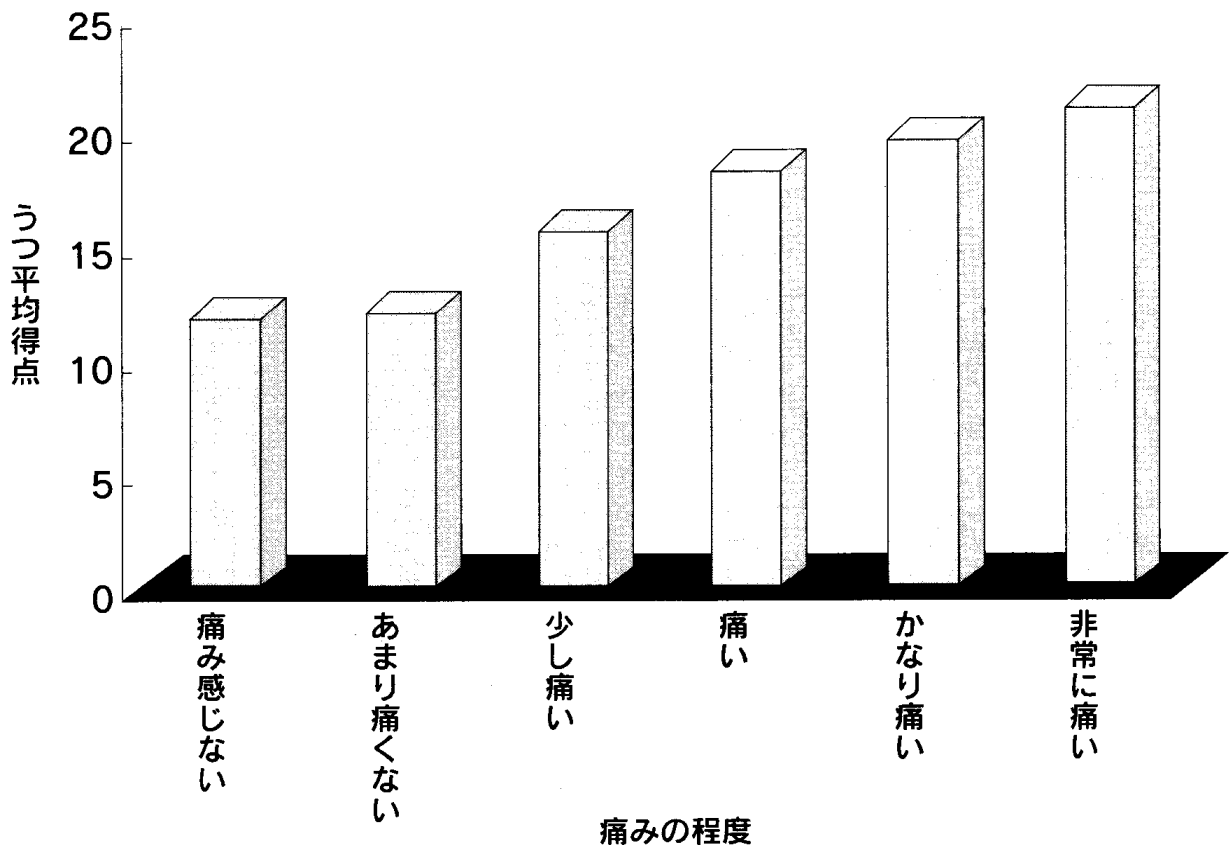


Figure 4 女性における痛みの程度とうつ平均得点

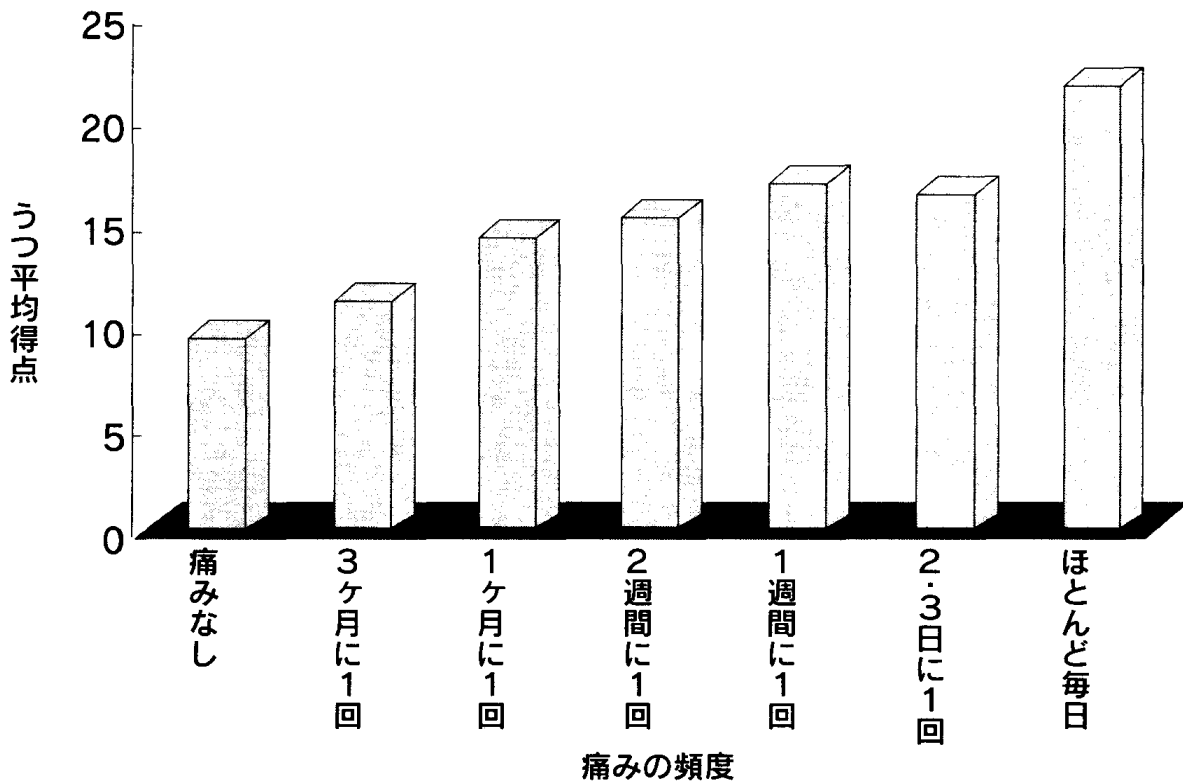


Figure 5 女性における痛みの頻度とうつ平均得点

また、対処方略とうつとの関係では、うつ得点が高い人は、低い人に比べて破滅思考の対処方略をよく採用していることが示された ($t=2.68, p<.01$)。このように、女性における痛みはうつと関連が強く、対処方略にも影響していることが考えられた。

考 察

本研究では、日常的な痛み経験とその対処方略との関係について検討した。その結果、痛みの程度が強くなるほど、破滅思考の対処方略を行い、逆に自己教示は行わないことが明らかにされた。また、痛みの程度や頻度が高まるにつれて、うつ傾向が強くなることが示された。このことは、痛みという刺激によって、無力感やうつ状態を引き起こす可能性が高い回避的な対処方略を行うことを示しており、痛みに対する対処方略によって精神的な健康状態に影響を

及ぼす可能性が考えられる。本研究では、予防的な観点から日常的な女性の痛み経験とその対処方略をとりあげたが、慢性疾患の痛みにおいても同様の結果が指摘されている。Moore and Popomikov (2001) は、慢性疾患患者を対象に痛みに対する対処行動とうつとの関係を検討し、痛みの程度がひどくなればなるほど、うつ傾向が強くなり、何かに立ち向かう対処方略ではなく、回避型の対処方略を行うことを示している。

このように考えると、痛みに対する対処方略は精神的な健康状態だけではなく、その対処方略によってその人の認知が影響を受けていることが予測される。また、痛みそのものが、非常に大きな認知的な影響を受けており、痛みをどうとらえるかというその人の認知と対処方略、うつなどの精神的健康は、相互に関連しあっていると考えられる。本研究の結果から、痛みについてコントロールできると回答した人は、思考回避や無視するなどの認知を変容し、痛みを軽減できると感じている人は、自分を励ましたり、痛みと関係ない他の行動を活性化させ、破滅的な思考には陥らない対処方略を行っていることが明らかにされた。このことは、痛みに対して自分で何とかできるという痛みに対する認知によって、採用する対処方略が異なることを示していると考えられる。また、非常に痛いと感じている人ほど破滅思考に陥りやすく、痛みの程度を高く評価している人ほど、うつ得点が高いことが示され、痛みに対する認知が精神的健康に影響することが考えられた。

このような痛みの認知を変容させ、それを通して痛みに適応した行動を変えろというマネジメントは、痛みの認知—行動マネジメントと呼ばれ、注目されている (Drum, 1999)。島井 (2000) は、これまでの痛みの認知や臨床あるいは予防的介入について紹介し、生物医学モデルの限界から認知—行動モデルへと痛みに対するアプローチが変化していることを示している。そして、痛みの認知—行動的マネジメントの4つの要素である、教育、スキル学習、行動リハーサル、般化を紹介し、その有効性を指摘している。

先に述べたように、女性の方が男性よりも痛みに対する知覚が敏感で、痛み

の訴えが多いことを考えると、このような痛みのマネジメントは女性の健康において非常に重要な対策になると考えられる。女性の場合、出産や月経の痛みという男性とは異なった痛みが存在する。また、女性における痛み症候群とうつとの関係が指摘されており、これらには、心理的、社会的な要因が多く関連して影響していると言われている (Feinmann, 1985; Magni, Caldieron, Rigatti-Luchini, and Merskey, 1990)。このような男女の違いや特徴から、女性に焦点をあてた治療や介入方法が提案されるべきだと主張する研究者もいる (Eiser and Wallander, 1998)。しかしながら、女性の痛みに関するメカニズムや最適な治療あるいは予防対策などは未だ明らかにされていない。本研究では、これまで慢性疾患において用いられてきたCSQを、日常的な痛みにあてはめ、日本版の尺度を開発したが、今後は、女性特有の痛みについてより詳細にとりあげ、検討する必要があると考えている。そして、女性を対象に痛みに対するマネジメントを実際に行い、その効果を検討していきたいと考えている。

引用文献

- Crook, J., Rideout, E., and Browne, G. (1984). The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain*, **18**, 299-314.
- Drum, D. (1999). *The chronic pain management sourcebook*. Illinois: Contemporary Publishing Group.
- Eiser, C., and Wallander, J. (1998). *Women's health*. London: Sage Publications.
- Feine, J. S., Bushnell, M. C., Mirsch, D., and Duncan, G. H. (1991). Sex differences in the perception of noxious heat stimuli. *Pain*, **44**, 255-262.
- Feinmann, C. (1985). Pain relief by anti-depressants: Possible modes of action. *Pain*, **23**, 1-8.
- Fischer, A. A. (1987). Pressure algometry over normal muscles: Standard values, validity and reproductibility of pressure threshold. *Pain*, **30**, 115-126.
- Goolkasian, P. (1985). Phase and sex effects in pain perception: A critical review. *Psychology of Women Quarterly*, **9**, 15-28.
- Magni, G., Caldieron, C., Rigatti-Luchini, S., and Merskey, H. (1990). Depression and pain. *Pain*, **43**, 299-307.

- Moore, K. A., and Popomikov, J. (2001). Coping with chronic pain, depression and accompanying life change. Paper presented at 22nd international conference STAR (Stress and Anxiety Research society), in Spain, 82.
- Niven, C., and Carroll, D. (1993). *The health psychology of women*. Harwood Academic Publishers.
- Rosenstiel, A. K., and Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- 島井哲志 (2000). 痛みの認知心理学 現代のエスプリ別冊「病氣と痛みの心理」至文堂
- Stewart, M. W., Harvey, S. T., and Evans, I. M. (2001). Coping and catastrophizing in chronic pain: A psychometric analysis and comparison of two measures. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (1), 131-138.
- 矢富直美・Liang, J., Krause, N., and Akiyama, H. (1987). CES-Dによる日本老人のうつ症状の測定：その因子構造における文化差の検討 社会老年学, 37, 37-47.

Pain Experiences and Coping Strategies

Keiko Otake
Satoshi Shimai

Recently, interest in cognitive management for pain has increased in health psychology, especially in women's health psychology. The purpose of the present study is to develop a Japanese version of Coping Strategy Questionnaire (CSQ) for daily pain, and to examine its factorial validity and reliability. The CSQ includes six cognitive coping strategies (diverting attention, reinterpreting pain sensations, coping self-statements, ignoring pain sensations, praying or hoping, and catastrophizing) and two behavioral coping strategies (increasing activity level and increasing pain behavior). Participants were 234 undergraduate students (33 male and 201 female), who were asked to complete the translated CSQ, evaluation of daily pain, and Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D). The results show that 1) factor analysis reveals six subscales of cognitive coping strategies and two sub scales of behavioral coping strategies, 2) scale reliability of Cronbach's α as a measuring device is confirmed, 3) participants who marked high scores in daily pain frequently used the catastrophizing coping strategy but did not use the coping self-statements, and 4) high scores in daily pain correspond to high depression scores. These results suggest that cognitive pain management and primary prevention would be necessary for the reduction of daily pain.