

メンタルヘルス不調大学生における 主観的ウェルビーイングと気分状態変化との関連性

田中 芳幸（京都橘大学健康科学部）

大澤 靖彦・加藤 宏一（東京福祉大学心理学部）

I 問題と目的

近年のポジティブ心理学の台頭によって、精神疾患がないことのみをもって精神的に健康とする疾病モデルの問題が指摘され、メンタルヘルスがより良い状態への探求が進められている(Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)。国内でもメンタルヘルスの分野にて幸福感や満足感などに関する研究が散見され始め、メンタルヘルスの主観的かつ肯定的な側面として主観的ウェルビーイング(subjective well-being)に注目が集まりつつある。この主観的ウェルビーイングとは、生活の中で個人自身が評価するものであり、全体的な生活満足感と特定の重要な領域における満足感を有し、かつ、快感情が多く不快感情が少ない状態として定義される(Diener, 1984)。

主観的ウェルビーイングと精神の障害との関係については、逆相関の関係であるという報告がこれまで数多くなされている(Ryff & Keyes, 1995やFrisch et al., 1992など)。しかし、これらはウェルビーイングと精神症状とが一次元上にあることを意味しない。米国公衆衛生局(U.S. Department of Health and Human Services, 1999)は、精神的健康状態と精神疾患とは一直線上の相対するもの

ではないことに言及しており、たんに精神的な症状がないことだけでは、良好なメンタルヘルスにつながらないことを示唆している。

Keyes & Lopez(2002)は、これらの先行研究を論考し、精神症状とウェルビーイングの二軸からなるメンタルヘルスの二次元論(The complete state model for mental health)を提唱した(図1)(田中ら, 2004)。この理論では、精神症状が少ない場合に、ウェルビーイングが高いと完全な精神健康状態として、一方、ウェルビーイングが低いと不完全な精神健康状態として定義される。

また精神症状が顕著な場合には、ウェルビーイングが高いと不完全な精神障害状態、逆に、ウェルビーイングが低いと完全な精神障害状態と定義される。先進諸国におけるストレスの蔓延やメンタルヘルス低下の現状は、不完全な精神健康状態として、個人レベルでは不全感としてとらえることができる。また、これとは正反対の象限である不完全な精神障害状態は、難治性の慢性疾患を患う人々のヘルスプロモーションを考える上で、目指すべき有用な指針としての実践的な枠組みを提供している。

これら二次元間の関係性や影響性について、海外では様々に検討されているが(Fredrickson & Joiner, 2002など)、本邦では主観的ウェルビー

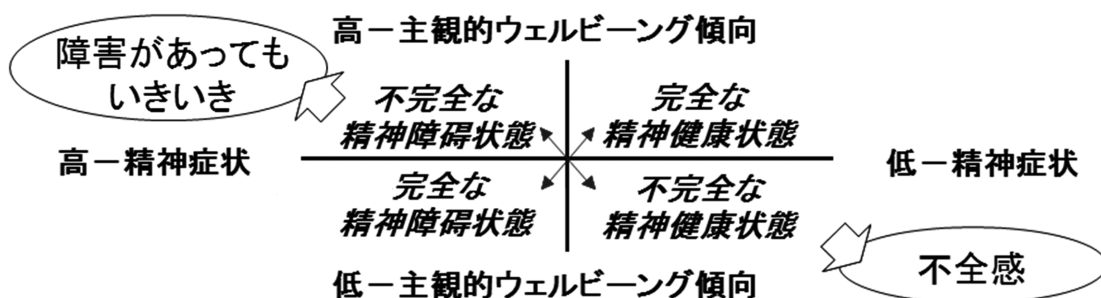


図1 メンタルヘルスの二次元論(Keyes & Lopez, 2002 より改変)

イングや生活の質(Quality of Life)などといった人間性のポジティブ側面に関する研究が遅れていることもあって知見の蓄積が少ない。このため日本人へのメンタルヘルス対策や心理臨床実践にあたって、旧来の疾病モデルに基づく精神症状改善を目指すのみで良いのか、主観的ウェルビーイングも含めた二次元を考慮すべきなのか、実証的根拠が乏しい。

日常生活での気分状態についても、これまでメンタルヘルスの二次元が考慮された検討は少なく、旧来の疾病モデルに基づいて、うつ病者の気分は不良であり躁うつ病者の気分変化は著しいなど、精神疾患を有する者の気分やその動きやすさが数多く検討されてきた。自己評価や自己イメージの在り方と気分との関連性の強さに関しても様々に検討されており(Erber & Erber, 1994など)、精神疾患や症状の程度と他者や自己に対する評価の低さとの関連を示す報告は多い。

例えば古くから、うつ病の患者は自分自身の過去から未来を否定的に捉えたと考えられてきた(Beck, 1976など)。また境界性人格障害では自己への評価が変わりやすいとされてきた(Kernberg, 1976など)。さらに様々な精神疾患が広く認知される近年になり、うつ状態では記憶力が低下し、好ましくない出来事にばかり目が向きやすいなど、快・不快な事態の記憶と精神疾患との関連性について、一般書にも記述されるようになってきた(Carter, 2012)。しかしながら主観的ウェルビーイングと自己評価や記憶内容との関連性の検討は少なく、さらに二次元を包括したメンタルヘルスと自己評価や記憶内容との関連性の報告は本邦では見当たらない。

そこで本研究では、以上の問題点を踏まえて、第一に、日本人大学生を対象としてメンタルヘルス二次元間の関連性、および、メンタルヘルス4象限の各状態にどの程度の者が存在しうののかを検討した。これにより、個人のメンタルヘルスを二次元から捉える必要性を実証的に確認することを目的とした。第二に実験的研究を行い、メンタルヘルス二次元論に則り、個人の主観的ウェルビーイングが課題時の気分変化にどのような関わりを有するか検討することを目的とした。この検討にあたっては、これまでのメンタルヘルスに関する研究にて精神疾患に関する報告が多いことを

踏まえ、大学生の中で精神症状が高めとされる者を抽出して精神症状が高い2群(不完全な精神障害状態と完全な精神障害状態)を比較して本論文で報告することにした。また同一の実験参加者のデータを用いつつ、精神疾患の他者や自己に対する認識や記憶に関する先行報告などを参考として、これら2群の気分変化に影響しうる他者・自己評価や記憶内容に関して考察することも目的とした。

II 方 法

1. 参加者と群の設定

関東圏の4年制某私立大学の学生367名にスクリーニング調査を実施し、回答に不備のなかった358名(男性126名、女性232名)を二次元論に基づくメンタルヘルス状態への分布を確認するための分析対象とした(有効回答率97.5%)。平均年齢 \pm SDは、 20.18 ± 1.13 歳であった。

スクリーニング調査での回答をもとに、不完全な精神障害状態群12名のうち協力が得られた11名(男性2名、女性9名)を、完全な精神障害状態群133から抽出して協力が得られた16名(男性5名、女性11名)を、それぞれ本論文における実験的研究の対象として抽出した。平均年齢 \pm SDは、不完全な精神障害状態群が 20.36 ± 1.36 歳、完全な精神障害状態群が $20.06 \pm .85$ 歳であった。群間で男女比の差はなく($\chi^2[1] = .58, n.s.$)、年齢差もなかった($t[25] = .71, n.s.$)。

2. 調査内容

スクリーニング調査では、メンタルヘルス二次元のうち主観的ウェルビーイング次元を測定するものとして、いきいき度質問表(津田・田中, 2009)を用いた。精神症状次元を測定するものとしては、精神健康調査票(General Health Questionnaire)の28項目版(以下GHQ28)(中川・大坊, 1985)を用いた。

いきいき度質問表 「満足感」「ネガティブ気分」「チャレンジ精神」「気分転換」の4下位尺度に回答信頼性のための2項目を加えた、計16項目から構成されている。項目ごとに若干異なるが基本的には「そうは思わない(1点)」「少しそう思う(2点)」「そう思う(3点)」「かなりそう思う

(4点)」で評定を求める4件法の尺度である。この尺度は、Maslow(1954)の状態自己実現モデルに従い個人の肯定的な側面も網羅できる尺度として、山田ら(1994)により開発されたいきいき健康調査表の改訂版である。回答信頼性項目を除いた14項目について、改訂いきいき度尺度(PLS-R: Psychological Lively Scale-Revised)として、田中ら(2006a・b)などによりその信頼性や妥当性が確認されている。

本研究では、「ネガティブ気分」の得点を逆転させた上で4下位尺度得点を総和することにより算出される「いきいき度得点」を「主観的ウェルビーイング」を反映するものとして利用した。津田・田中(2009)に示される得点区分により、各人の得点をA(良好)、B(中程度)、C(要注意)の3段階に分類した。

GHQ28 Goldberg & Hillier(1979)による The General Health Questionnaire 28 の日本語版(中川・大坊, 1985)を用いた。この尺度は、神経症者のスクリーニングや症状の評価を目的として開発された60項目からなる尺度の短縮版である。「身体的症状」「不安と不眠」「社会的活動障碍」「うつ傾向」の4下位尺度から成り、計28項目で構成される。項目ごとに若干異なるが基本的には「まったくなかった(0点)」「あまりなかった(0点)」「あった(1点)」「たびたびあった(1点)」で評定を求める4件法の尺度である。

本研究では「身体的症状」を精神症状に伴う愁訴としてとらえ、GHQ法で算出した全項目の合計点を「精神症状」を反映するものとした。本尺度のマニュアルによると、6点以上で「何らかの問題あり」とされる。ただし、この区分は感度を優先したものであり、被験者の大多数を「何らかの問題あり」として判定してしまうという問題点も指摘されている。そこで、この問題点を加味した福西(1990)の区分も採用し、本研究では5点以下を健常、7点以上を問題ありと分類した。

気分状態 実験的研究における課題前後での気分状態の変化を測定するために、日本語版 POMS 短縮版(Profile of Mood States-Brief Japanese Version)(横山, 2005)を用いた。McNair et al.(1971)の65項目からなる尺度の短縮版を邦訳したものである。緊張—不安、抑うつ—落ち込み、怒り—敵意、活気、疲労、混乱の6つの気分と全般

的な気分(TMD)を計30項目で評価した。各項目に対して「まったくなかった(0点)」「少しあった(1点)」「まあまああった(2点)」「かなりあった(3点)」「非常に多くあった(4点)」で採点を求める5件法の質問表であった。

3. 実験材料

形容詞リスト 林(1978)の「良い—悪い」軸で判断可能であり、かつ、パーソナリティ認知の測定に有効とされる形容詞(井上・小林, 1985)を、ランダムに46語抽出した。この際、「良い」の方向に集まるポジティブ形容詞と「悪い」の方向に集まるネガティブ形容詞が同数となるように工夫して、各23語を本研究のターゲット語として用いた。また、これらのターゲット語とは別に、練習用の6形容詞とターゲット語の前後に初頭効果・親近効果を排するための各3形容詞を配するために、計12語をあわせて抽出した。

形容詞提示スライド 上記形容詞リストの計58形容詞を実験参加者へ提示するためにMicrosoft パワーポイントによりスライドを作成した。「これから練習を開始します」「用意」の各画面の後、以降自動的に③②①のカウント画面が表示され(1秒ずつ)、続いて10秒間ずつ練習用の6形容詞が自動的に提示されるスライドとした。連続する形容詞提示画面の間に1秒間の空白画面を挿入した。練習用6番目の形容詞が提示された後に、「終了」の画面を提示するものとした。

本試行用のスライドは「これから本試行を開始します」「用意」以降、3秒のカウントや形容詞の提示時間・間隔を練習試行用のスライドと同一のものを準備した。ターゲットとなる46形容詞と前後3語ずつの計52語を自動的に提示するスライドとした。形容詞に対する評価や記憶への提示順序による影響を排除するために、本試行用のスライドはターゲット語と前後3語のそれぞれの提示順序を入れ替えた2種類を準備した。その上で、実験参加者に提示するスライドがいずれか一方に偏らないように注意しながら、実験ごとにランダムに用いた。

形容詞評価表 提示した各形容詞について、「私が親しみやすい人物にあてはまるかどうか?(身近な他者)」と「自分自身にあてはまるかどうか?(自己)」を評価するための評価表を準備した。

各形容詞に対するそれぞれの質問に対して、「あてはまらない」「あまりあてはまらない」「ややあてはまる」「あてはまる」の4件法で回答を求め、いずれかといえば「あてはまらない(0点)」と「あてはまる(1点)」との2段階に分類して採点した。ターゲット語内のポジティブ形容詞23語に対する評価とネガティブ形容詞23語に対する評価のそれぞれについて合計点を求め、本研究の統計学的解析に供した。

計算課題 A4用紙上に2桁の数字を135個配した用紙を準備した。これらの数字のうち、3で割り切れるものに○を、割り切れないものには×を付すという計算課題とした。できるだけ早く正確に行うように教示し、制限時間を2分間とした。

単語の再生課題 本試行で提示した52語を思い出し、用紙にできるだけ多く書き出すという課題を準備した。表示された順序や、漢字、カタカナ、ひらがなは問わないこと、制限時間の5分間を十分に利用してできるだけたくさん思い出すこと、を教示した。実験終了後、ターゲットとしたポジティブとネガティブのそれぞれの形容詞23語中、正しく再生された語数をカウントした。ポジティブとネガティブのそれぞれの形容詞について再生率(%)を算出し、本研究の統計学的解析に供した。

単語の再認課題 ターゲット語46語に、ターゲットとして抽出しなかった形容詞の中から46語を選択して加え、計92形容詞からなる形容詞再認用用紙を準備した。本試行にて画面に表示されたと思う形容詞に○を付け、○をした形容詞が表示されたと思う確信度を「まったく自信がない(0%)」から「100%の自信がある(100%)」で評価するものであった。

4. 課題の概要

形容詞提示スライドを用いて10秒間ごとに画面に形容詞を表示し、各形容詞が表示される都度に形容詞評価表により評価を求めた。その後、2分間の計算課題を実施し、単語の再生課題に続いて単語の再認課題を行った。実験ごとに参加最大人数を6名として刺激提示順序を変更し、提示刺激の目視しやすさを確保するとともに提示順序による結果への影響を除外した。これら一連の課題の前後に、日本語版 POMS 短縮版を用いて各参加者の気分状態を測定した。

5. 倫理的配慮

実験的研究の参加者抽出のためにスクリーニング調査は有記名方式とした。このためインフォームド Consent 時に、データの厳重な管理や回答せずとも不利益がないことなどの説明とともに、希望者にはメンタルヘルス状態を把握するための一助として自らの結果を返却する旨の説明を行った。これらの説明の後、調査用紙への回答前に同意書への記名を求め、同意した者のみを参加者とした。

実験的研究への参加者には、実験室来室時に改めてインフォームド Consent を実施し、実験内容やデータの匿名化、その場もしくは途中で辞退しても何ら不利益が生じないことなどについて説明を行った。同意書へ記名した者のみを対象として、主に時間的負担への補償として実験後に謝金を支払った。

スクリーニング調査と実験的研究のいずれにおいても、インフォームド Consent 時に、途中もしくは後に気分が悪くなった場合には研究者もしくは実験者に申し出るように伝えた。また、学内の学生保健室および臨床心理士が常駐する心理臨床センターの情報も伝え、万が一の場合に備えて十分な配慮を行って本研究を実施した。

III 結 果

1. 二次元論に基づくメンタルヘルス状態への対象者の分布

スクリーニング調査にて、「主観的ウェルビーイング」を反映するいきいき度得点と「精神症状」を反映する GHQ28 全項目合計点との間に中程度の負の相関値を得た($r = -.59, p < .01$) (図2)。また、両尺度点を二次元に組み合わせて各区分点で分類したところ、いきいき度 A ランクで GHQ 健常の完全な精神健康状態の者が38名(10.6%)、不完全な精神健康状態(Cかつ健常)19名(5.3%)、不完全な精神障害状態(Aかつ問題あり)12名(3.4%)、完全な精神障害状態(Cかつ問題あり)133名(37.2%)であった。いずれかの尺度得点が中程度の者を除き、これら4群への分布を χ^2 検定と残差分析で検討したところ、完全な精神健康状態と完全な精神障害状態の者の割合が多かった($\chi^2[1] = 74.90, p < .01$)。

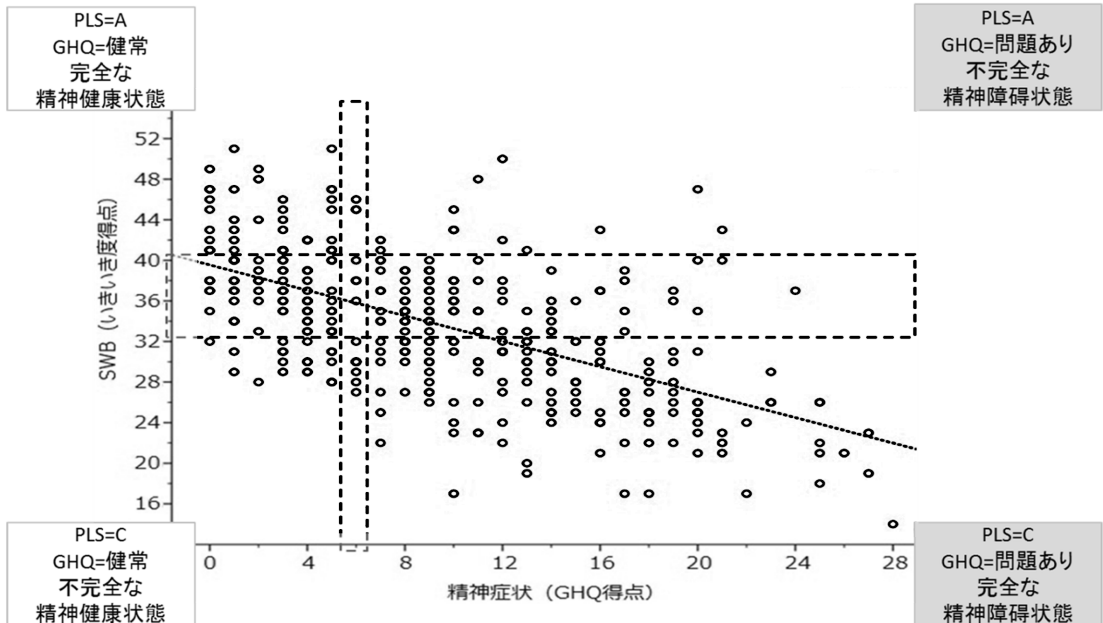


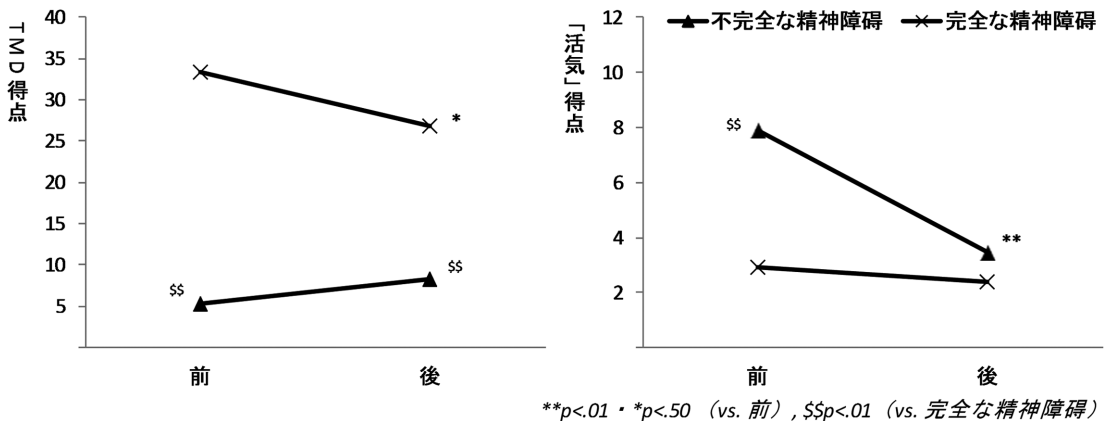
図2 主観的ウェルビーイングと精神症状との相関関係

2. 主観的ウェルビーイングの程度と課題による気分の変化

実験的研究における一連の課題前後での群ごとの気分状態の変化について検討するために、POMSのTMDを従属変数とした群(2: 不完全な精神障害状態群 vs. 完全な精神障害状態) × 前後(2)の反復測定による二要因分散分析を行ったところ、交互作用が認められた($F[1,24] = 5.32, p < .01$)。単純主効果検定の結果、課題前から後にかけて完全な精神障害状態群の気分が改善したものの、前後を通じて完全な精神障害状態群の気分の方が悪い状態という結果を得た(図3左)。

POMSの各下位尺度を従属変数として同様の解析を行い、否定的な気分を示す5下位尺度に関する結果と各平均値(SD)を表1に示した。「怒り-敵意」にて交互作用が認められ($F[1,25] = 4.44, p < .05$)、完全な精神障害状態群の「怒り-敵意」は低下するという結果を得た。ただし、いずれの否定的な気分についても、課題前後を通じて完全な精神障害状態群の方が悪い状態という一貫した結果であった。

一方、唯一肯定的な気分状態を示す「活気」について交互作用が認められ($F[1,24] = 11.27, p < .01$)、不完全な精神障害状態群で課題後にかけて



** $p < .01$ · * $p < .50$ (vs. 前), \$\$\$ $p < .01$ (vs. 完全な精神障害)

図3 群ごとの課題によるTMDおよび活気の変化

表1 群ごとの課題による気分状態の変化

| | | 平均(SD) | | F 値, p | | |
|---------|---|-------------|-------------|---------------------|----------|--------|
| | | 不完全な | 完全な | 交互作用有の場合の単純主効果検定の結果 | | |
| | | 精神障害状態 | 精神障害状態 | 時間の主効果 | 群の主効果 | 交互作用 |
| 緊張－不安 | 前 | 3.82 (2.14) | 9.06 (4.45) | 12.33 ** | 15.24 ** | .36 |
| | 後 | 2.00 (2.68) | 6.50 (3.83) | | | |
| 抑うつ－落込み | 前 | 1.55 (2.21) | 7.38 (4.47) | 10.76 ** | 18.12 ** | .53 |
| | 後 | .27 (.47) | 5.38 (4.22) | | | |
| 怒り－敵意 | 前 | .45 (.82) | 2.75 (3.11) | 10.03 ** | 5.19 * | 4.44 * |
| | 後 | .09 (.30) | .94 (1.65) | | | |
| 疲労 | 前 | 3.36 (2.94) | 8.94 (4.82) | .99 | 8.47 ** | 1.66 |
| | 後 | 4.82 (4.02) | 8.75 (5.20) | | | |
| 混乱 | 前 | 4.09 (2.07) | 9.44 (3.79) | .09 | 15.73 ** | .38 |
| | 後 | 4.64 (1.91) | 9.25 (4.71) | | | |

** $p<.01$, * $p<.05$

活気が低下するという単純主効果を得た(図3右)。これに伴い、不完全な精神障害状態群の活気について、課題前は完全な精神障害状態群に比べて有意に高かったが、課題後は群間差がなくなるという単純主効果も確認した。

3. 主観的ウェルビーイングの程度による他者評価と自己評価

群ごとの他者評価と自己評価の在り方について

検討するために、他者と自分のそれぞれについて群(2)×あてはまるポジティブ vs. ネガティブ形容詞の数(2)の反復測定による二要因分散分析を行った(図4)。その結果他者については、いずれの群もポジティブ形容詞の方がネガティブ形容詞よりもあてはまる数が多いという主効果を得た($F[1,25]=122.43$, $p<.01$)。交互作用および群の主効果は確認されなかった。

これに対して自分にあてはまる形容詞について

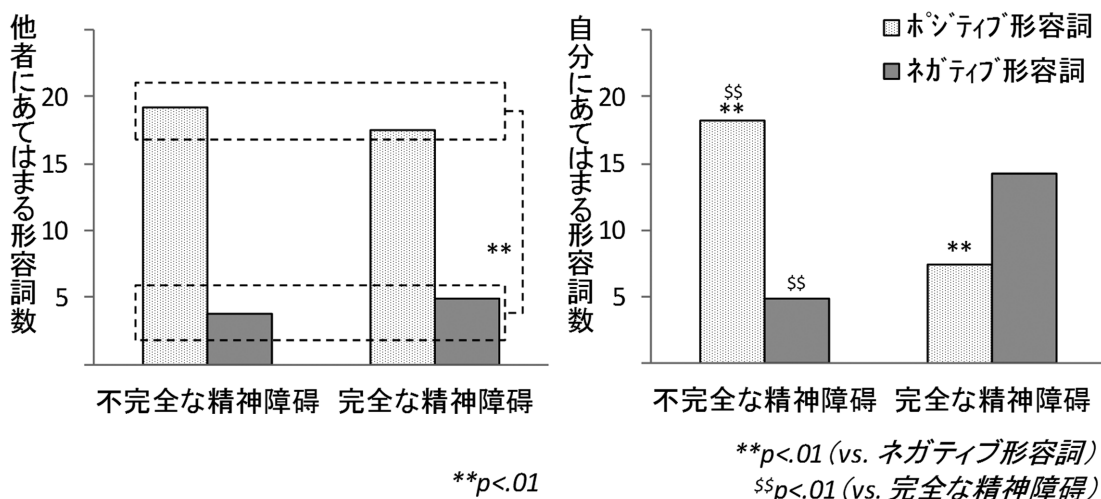


図4 群ごとの他者または自己にあてはまるポジティブ形容詞数とネガティブ形容詞数

は、交互作用効果が有意であった($F[1,25]=63.01$, $p<.01$)。不完全な精神障害状態群ではポジティブ形容詞の方が、完全な精神障害状態群ではネガティブ形容詞の方が自分にあてはまると認知しているという結果であった。ポジティブ・ネガティブそれぞれの形容詞についての群間差も有意であり、ポジティブ形容詞は不完全な精神障害状態群の方が、ネガティブ形容詞は完全な精神障害状態群の方が、それぞれ自分にあてはまるとした数が多かった。

4. 主観的ウェルビーイングの程度によるポジティブとネガティブな事柄の想起

群ごとにポジティブな事柄とネガティブな事柄のいずれを想起しやすいのかを検討するために、群(2)×ポジティブ vs. ネガティブ形容詞の再生率(2)の反復測定による二要因分散分析を行ったところ、交互作用効果が有意傾向に近似した($F[1,25]=2.53$, $p=.12$)。そこで有意差は認められなかったものの解析対象者数の少なさを鑑みて単純主効果検定を行ったところ、ポジティブ形容詞の再生率が、不完全な精神障害状態群の方が少なかった($F[1,25]=2.83$, $p<.10$) (図5)。また、完全な精神障害状態群がポジティブ形容詞の方を多く再生したのに対して($F[1,25]=4.36$, $p<.05$)、不完全な精神障害状態群ではポジティブとネガティブな形容詞の再生率に有意な差がなかった($F[1,25]=.11$, $n.s.$)。

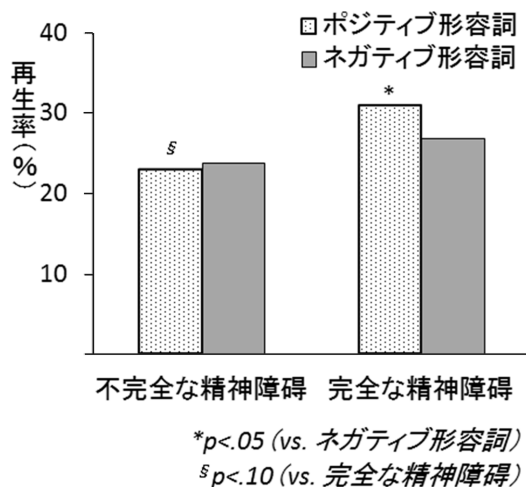


図5 群ごとのポジティブ形容詞とネガティブ形容詞の想起率

IV 考 察

1. メンタルヘルスの二次元性

本研究のスクリーニング調査では、実験的研究の参加者抽出だけでなく、個人のメンタルヘルスを二次元から捉える必要性を実証的に確認することも目的とした。精神症状が高いほど主観的ウェルビーイングが低いという関係性、および、精神症状が高く主観的ウェルビーイングは低い完全な精神障害状態や正反対の象限に位置する完全な精神健康状態の者が多数であることを確認した。これらは主観的ウェルビーイングと精神症状というメンタルヘルス二次元間の関連性の強さを示す結果である。精神症状がなければ精神的に健康であるという旧来医学の疾病モデルが存在したことを鑑みるに、妥当な結果だと考える。

但し本研究で得た二次元間の関連性は中程度のものであり、かつ、旧来の疾病モデルには矛盾する不完全な精神健康状態(5.3%)や不完全な精神障害状態(3.4%)の者も一定程度存在することを確認した。今回それぞれの次元を反映するとして採用した測定尺度はいずれも基準関連妥当性が確認済のものである。また、今回得られた平均値等を基準とした区分値ではなく、それぞれのマニュアルに示されるROC分析などを根拠とした区分値に基づいて、二次元からなる各メンタルヘルス状態への分布を確認した。さらに、特にGHQで測定した精神症状については福西(1990)の区分も採用してマニュアルよりも厳しい基準を採用して、それぞれの次元が中程度の者を除外したうえで分布の確認を行った。これらのことから、本研究の結果は測定尺度の得点区分や統計学的解析に依拠するものではなく、不完全な精神健康状態や不完全な精神障害状態の者の存在を実証したと考える。

今回の研究参加者が大学の講義に出席する学生であったことも考慮すべきであろう。この様な大学生であるにもかかわらず、最少の不完全な精神障害状態ですら3.4%の者が存在した。大学生の休退学や留年が増加傾向にあるとの指摘もあるが(内田, 2014など)、こういった学生を含めると不完全な精神障害状態の者はさらに多いと考える。福祉・医療施設等に通院通所する者では、障害があってもいきいきと生活しているというこのメン

タルヘルス状態(図1)に含まれる者の多さは、なおさらであろう。40%近い者が完全な精神障害状態であるとした結果については、さらなる実態調査を今後の課題としたい。あまりにも多いようにも感ずるが、GHQで測定する軽度の身体的症状または不安や不眠などを生じている大学生が多いことを示す結果である可能性も否めない。

不完全な精神健康状態への分布も5.3%と少なめであったが、これも今回の対象者が大学生であった所以かもしれない。この状態の者は不全感を抱えながら日々の生活を送っている者と捉えられるが(図1)、Frankl(1969)やCrumbaugh & Maholick(1969)がメンタルヘルスに強く寄与することを指摘した「人生の目的意識」を見失い、不全感を抱きながら働いている職業人は少なくない(津田ら, 2012)。以上のような対象者の特徴を有しながらも、疾病モデルとは矛盾する「不完全な」メンタルヘルス状態の者を10%近く確認したことから、本研究により主観的ウェルビーイングと精神症状とは関連しつつも独立することを実証した。二次元を考慮したうえで個人のメンタルヘルスについて検討することの必要性を示唆した。

2. 有精神症状者の気分変化とその要因

本研究の実験的研究においては、メンタルヘルス二次元論における精神症状が高い2群に着目し、これらの者が有する主観的ウェルビーイングが課題時の気分変化にどのような関わりを有するか検討することを目的とした。また、精神疾患の他者や自己に対する認識(Beck, 1976やKernberg, 1975など)や記憶に関する先行報告(Carter, 2012)などを参考として、これら2群の気分変化に影響しうる他者・自己評価や記憶内容に関して考察することも目的とした。

完全な精神障害状態群では、TMD得点が低下したものの前後を通じて不完全な精神障害状態群よりも悪い気分状態にあった。今回実施した課題では、身近な他者も含めて自分自身の良い面と悪い面について考えさせ、後に関連する再生および再認を求めたため、自身の内面を見つめるという一種の心理的ストレスを負荷したと考える。また、再生前に実施した計算課題についてはその計算内容に若干の差はあるものの、メンタルストレス負荷実験にて採用されることが多い課題である。こ

のようなストレス負荷前後を通じてメンタルヘルスの主観的ウェルビーイングと精神症状の二次元が合致して悪い完全な精神障害状態群が不良な気分状態を示したという本結果は、従来の疾病モデルに基づくメンタルヘルス論からも了解可能である。

これに対して二次元不一致の不完全な精神障害状態群の結果は、精神症状が多くと主観的ウェルビーイングが高ければ、ストレスが少ない状況では高い活気を有して生活できることを示唆した。しかし同時に、ストレス状況下では活気が容易に低下してしまうことも示した。現代社会にはストレスが蔓延しており、大学生が晒されるストレスは学業、対人関係、家庭生活など様々である(尾関, 1994など)。当然のことながら今回の結果は、これらすべてのストレス状況下で不完全な精神障害状態の者の活気が低下しやすいことを示唆するものではない。

しかし少なくとも今回用いた課題のように、ストレス状況下で自身の内面を見つめなおすことが生じた場合には活気が低下してしまうことを確認した本研究成果は意義深い。休退学の増加傾向が指摘される大学生への関わりについて(内田, 2014など)、一見いきいきと生活しているようだが背後に精神症状に近いものを抱えている学生は少なくなく、これらの者に対して何らのフォローなく自身の内面を見つめる機会を与えてしまう危険性を改めて指摘したものと考ええる。

次に各群の他者評価と自己評価についてであるが、各形容詞が自他にあてはまるかの評価は課題の最初、つまりストレス負荷前にて実施した。このことを踏まえ本結果は、ストレスが少ない状況下では、精神症状があろうとも主観的ウェルビーイングが高い者は自分自身の良い面を多く評価できることを示すと考える。一方で主観的ウェルビーイングも不良な場合には、身近な他者については肯定的な側面を評価できるのに対して自分自身については否定的な側面に目が向きやすい。

旧来からうつ状態では自らを否定的に捉えたり好ましくない事柄にばかり目が向いたりするとの指摘もあるが(Beck, 1976やCarter, 2012など)、これらの指摘は本研究における完全な精神障害状態についての指摘と捉えた方が良いことを示した。精神症状があっても主観的ウェルビーイングの有

し方によっては自己評価の在り方には大きな違いが生じることを実証し、この自己評価の違いが各群の気分変動のしやすさに関係する可能性を示唆した。

さらに本研究では、各群のポジティブとネガティブな事柄の想起しやすさについても確認した。これについては上述の形容詞評価とは異なり、不完全な精神障害状態群ではポジティブな形容詞とネガティブな形容詞の再生率(いずれも平均23%程)に差がないという結果であった。一方で完全な精神障害状態群ではポジティブ形容詞の再生率の方が多かった。これが「自分には良い面が少ない」ということを強く認識してしまうという上記の結果を反映した結果であるかなど、再生された各形容詞が自他いずれにあてはまると評価されていたのかというような詳細な解析が今後の課題である。

本論文では精神症状が高い者に特化して報告するために割愛したが、精神症状が低い2象限にあてはまるメンタルヘルス状態の者でも完全な精神障害状態群に同じくポジティブ形容詞の方(30-35%程)がネガティブ形容詞(21-27%程)の再生率よりも高いことを確認済みである(田中ら, 2013)。このことからポジティブ形容詞の想起しにくさは、メンタルヘルス二次元論における不完全な精神障害状態群にのみ該当する事象であるといえる。ストレス状況下にてポジティブな事柄を記憶に留めにくいというこの群の特徴が、ストレス負荷により活気が容易に低下する一因の可能性はある。

V まとめと本研究結果からの心理臨床的示唆

今回メンタルヘルス二次元論について検証したうえで、精神症状の高い2群の気分変化やその背景要因を実験的に検討した結果について報告してきた。本研究では、もともと神経症のスクリーニングを目的に作成されたGHQ評点によって、メンタルヘルス二次元の精神症状次元を判定した。このため本論文内での「精神症状が高い」ということと、「医学的な精神症状がある」ということは必ずしも一致しないことを付言する。このことは、精神症状と述べつつ精神疾患者に本結果をあ

てはめて考えることができないという本研究の限界であるとともに、精神疾患患者ほどの症状を有しない在学中の大学生においてすら本実験的研究結果に示したような様相があるという予防的な視点を提示したともいえよう。

最後に本研究の成果を心理臨床的な応用という視点で考察してみたい。メンタルヘルスの二次元論を実証したことから、精神症状だけでなく主観的ウェルビーイングも含めた包括的な視座にて個人のメンタルヘルスを把握する必要性を改めて示唆した。特に、従来は精神症状がないため援助の対象とはなりにくかった不完全な精神健康状態の者については、メンタルヘルスの維持もしくは予防的な関わりを検討していくことも必要であろう。

次に本研究の実験的研究で対象とした不完全な精神障害状態についてであるが、これは症状を有するものの主観的ウェルビーイングは高く、精神的な病を抱えながらもいきいきと日々を過ごしている者に近似すると考えられる。本研究により、このような者が平静な状況ではいきいきと活気を持ちながら生活できることと同時に、環境の変化などのストレス状況下では気分が悪化しやすいことを実証した。

また本研究結果は、これらの人々が自己評価を高くして自身の生活に適応しようとしているものの、ストレス状況下に少なからず存在する自分には直接的には関わらなくとも肯定的な事象に目が向きにくいことを示唆する。換言すれば、真の自己評価ではなくそうありたいと思ひが故の自己評価なのかもしれない。このような人々への関わりについて、日常的に自分自身の良い面に目を向けるように促すとともに、その個人がストレス下に置かれたと判断する場合にはその状況下で存在する小さくとも肯定的な事柄を見つけるように促すなど、ポジティブ心理学における支援(Identifying signature strengthsやThree good things in lifeなど; Seligman et al., 2005)の方向性を提示した。

付 記

本研究の一部は、平成21-24年度日本学術振興会科学研究費(若手研究B 課題番号21730577, 研究代表者: 田中芳幸)の助成を受けた。末筆ではありますが、本研究に御協力いただきました大学

生の皆様に心より感謝いたします。

文 献

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Carter, R. (2010). *Mapping the Mind*. London: Phoenix.
- 養老孟司・内山安男・柚崎通介(訳)(2012). プレインブッカーみえる脳. 南江堂.
- Crumbaugh, & Maholick, L. T. (1969). *Manual of Instruction for the Purpose-in-Life Test*. Psychometric Affiliates.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Erber, R., & Erber, M. (1994). Beyond mood and social judgment: Mood incongruent recall and mood regulation. *European Journal of Social Psychology*, 24, 79-88.
- Frankl, V. E. (1969). *The Will to Meaning*. New York: New American Library. 大沢 博(訳)(1979). 意味への意志. プレイン出版.
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological sciences*, 13, 172-175.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- 福西勇夫(1990). 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point. 心理臨床, 3, 228-234.
- Goldberg, P., & Hillier, V. F. (1979). *A scaled version of the General Health Questionnaire*. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- 林文俊(1978). 対人認知構造の基本次元についての一考察. 名古屋大学教育学部紀要, 25, 233-247.
- 井上正明・小林利宣(1985). 日本における SD 法による研究分野とその形容詞対尺度構成の概観. 教育心理学研究, 33, 253-260.
- Kernberg, O. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson. 前田重治・岡秀樹・竹野孝一郎(訳)(1983). 対象関係論とその臨床. 岩崎学術出版社.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a Science of Mental Health-Positive Directions in Diagnosis and Interventions. In C. R. Snyder, & S. H. Lopez (Eds.) *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 45-59.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego: Educational and Industrial Testing Services.
- 中川泰彬・大坊郁夫(1985). 日本版 GHQ 精神健康調査票手引. 日本文化科学社.
- 尾関友佳子・原口雅浩・津田彰(1994). 大学生の心理的ストレス過程の共分散構造分析. 健康心理学研究, 7, 20-36.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- 田中芳幸・小笠原正志・大島晶子・神宮玲子・津田彰(2004). ストレスマネジメント行動の実行と主観的健康感. 現代のエスプリ, 440, 163-173.
- 田中芳幸・大澤靖彦・加藤宏一(2013). ンタルヘルス状態ごとの気分悪化の容易さに関する一考察—二次元論に基づくメンタルヘルス状態ごとの自他に対する評価とストレス状況下での記憶事項から. 日本心理学会 第77回大会発表論文集, 1205.
- 田中芳幸・津田彰・神宮純江・江上裕子(2006a). 改訂—いきいき度尺度 (Psychological Lively Scale-Revised: PLS-R) の開発. 健康支援, 8, 117-129.
- 田中芳幸・津田彰・神宮純江・江上裕子(2006b). 改訂—いきいき度尺度 (Psychological Lively Scale-Revised) (PLS-R) の信頼性と妥当性—性別と年代別の検討—. 健康支援, 8, 130-141.
- 津田彰・下光輝一・小田切優子・伏島あゆみ・田中芳幸・岡村尚昌・山口英世・山本哲郎・Harald Mori・Alexander Batthyany・Amarendra N. Singh・永田勝太郎(2012). 働く人のこころとからだの早期健康チェック (Comprehensive Health Check for Workers, CHCW) 質問紙の新規開発. 全人的医療, 11, 2-28.
- 津田彰・田中芳幸(2009). いきいき度質問表実施マニュアル. 福岡市健康づくり財団.
- U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health, A report of the Surgeon General*. Maryland: Rockville.
- 内田千代子(2014). 近年の動向と現状 疫学的見地. 精神医学, 56, 375-384.
- 山田裕章・冷川昭子・峰松修(1994). 「いきいき健康調査表」の試み—精神的健康度指標の開発—. 健康科学, 16, 91-98.
- 横山和仁(2005). POMS 短縮版: 手引と事例解説. 金子書房.