

◆第四回目

<討論 前回の条件付、無条件のプラスのふれあいについて>

前回の振り返り、日常生活ではどういう場面で体験しているか、どういう気持ちになるか、などシェアリングする。人からどのような条件付・無条件のふれあいをされているのかを思い起こす。

<教示>「前回は、条件付、無条件のプラスのふれあいについて体験してみました。日常生活を振り返ってみて、自分がどのような条件付・無条件のふれあいを受けているか、逆にどのようなふれあいを自分がしているのか考えてみましょう。」

<講義 人生における自分の立場について>

目的： 交流分析における人生における基本的な立場について説明し、自らの対人関係を振り返る。

<教示>

「今日は、自分自身の人との対人関係を考

える時に重要になってくる、人生における基本的な立場というものについてお話します。人生における基本的な立場とは、自分に対して、あるいは相手に対してどのような態度で接しているかということの意味します。それは自分に対して OK の軸と相手に対して OK の軸があり、4つの立場が考えられます。たとえば、自分は OK ではなくて、相手が OK な場合だと何か相手から頼まれた場合、無理な要求でも承諾してしまい、後でもやもやしてしまうことなどはないでしょうか？（以下の図や別紙に従って順に説明していく）・・・」

→自分自身の人生の立場が、基本的にはどこに

あるのかについて考えてもらい、できるだけ自分も相手も OK の立場でいられるように持っていく。

講義において下記の図を活用する。

・人に対する構えについて

私にとってあなたは OK である

私にとって私は OK でない	私にとって私は OK でない。 私にとってあなたは OK である。 ~の逃避 憂うつな立場	私にとって私は OK である。 私にとってあなたは OK である。 結果として 一緒にやっていく(健康的な立場)	私にとって私は OK である
	私にとって私は OK ではない。 私にとってあなたは OK ではない。 行き止まり 不毛な立場	私にとって私は OK である。 私にとってあなたは OK ではない。 排除する 被害妄想的立場	

私にとってあなたは OK ではない

<グループワーク 自分自身の対人関係について>

グループに分かれ、身近な対人関係を各自に想起してもらい、どのようなやり取りをしているのか、どういうところに気を使っているのか(工夫)、どういうところが難しいと感じるか、どういうように支えられているかなど自由に意見を出してもらおう。個別の事例について、どのように解決すればよいか、グループ内で考えてみる。グループ全体で問題を解決することで集団におけるサポート感を高めていくことを念頭におく。

<教示>「今のお話について何か疑問なところはありますか?(質疑応答する) さて、自分の身近な対人関係を見直してみましょう。どのようなやり取りをしていて、どんなところに気を使っているのでしょうか? また、自分はどの立場にたっていることが多いと感じますか?」

具体例

①子どもに対してどうしても、条件付のふれあいで接してしまう。よく考えると、それは自分自身が OK で相手が OK でないという立場が多いということから来るのではないか、と思った。それに対してどうすればよいか?

→ファシリテーターは、直接その質問には答えずとも、まずグループの中でどうしたらよいか話し合ってもらい議論の経過を見守る。

<教示>「さて、いま～さんが、言ってくれた事にたいして、皆さんはどうしていますか? あるいはどうしたら良いと感じるのでしょうか?」

- ・ (時間があれば)「今、あなたが一番欲しいプラスの無条件の言葉は何か」思い描いてもらい、周囲に頼んでその言葉をかけてもらうワーク(第1回に実施のワークと同様)を行う。

◆第五回目

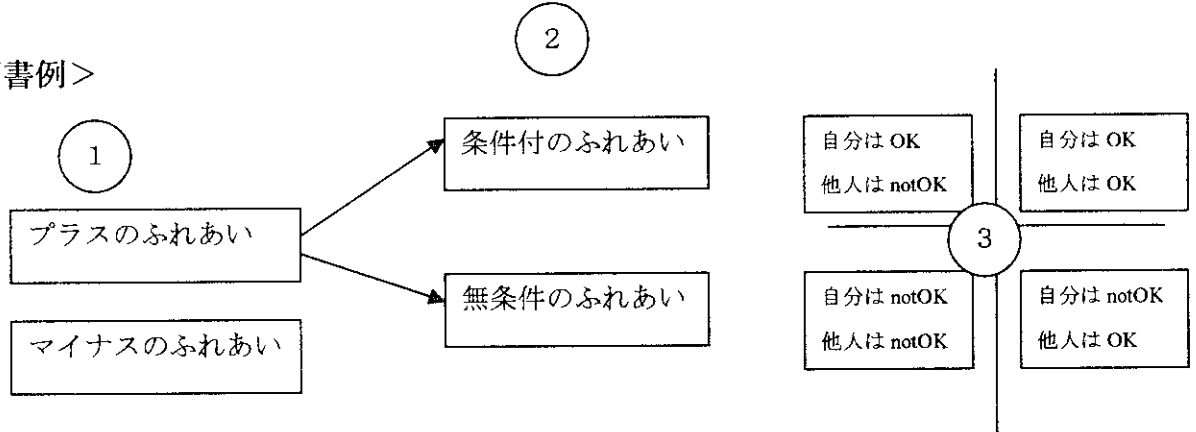
＜講義 全体のまとめ＞

・基本的には、これまで説明してきた概念をざっと説明する。全体を振り返り、(プラスのふれあいの気持ちよさ・条件付のふれあい・無条件のふれあい・自分自身の立場(I am OK You are OK など)を確認する

＜教示＞「さて、これまで、人と人とのふれあいの大切さについてやってきました。今日はこれまでの確認をしたいと思います。まず、日常生活の中で人と人とのふれあいの中にも、プラスのふれあいと、マイナスのふれあいがあることをやりました。(適宜板書しながら)その中で、プラスのふれあいについて特に取り上げて実際体験していただき、その大切さについてお話したわけです。また、その次の回には(さらに板書を加える)、

その中でも条件付のふれあいと無条件のふれあいがあるということをやりました。条件付のふれあいとは自分が相手を操作したいときに意図的に使うものですが、知らず知らずこの条件付のふれあいに偏ってしまうことが多いものです。できれば、相手の存在を肯定して、無条件にふれあいをするというほうが望ましいということも分かりました。相手の存在を肯定することに関連しますが、前は、人生における基本的な立場についてお話しました。(板書を加える)基本的には、自分自身に対して OK かそうでないか、という軸と、他人に対して OK かそうでないか、という軸で 4 つの立場があることをお話しました。基本的にはこれらの知識を踏まえて、今日は自分自身の対人関係についてもう一度振り返ってみることにしましょう。」

＜板書例＞



* ① ② ③ の順に話に従って板書を追加していく。

＜グループワーク 自分自身のサポート環境について＞

目的:自分自身のサポート環境についてふりかえり、認識を新たにするとともにどのように改善していけば良いか意見を交換し、収束させる。

・今の自分の生活の中で日常のふれあいがどのように変わったか、

＜教示＞「さて、今までの話を踏まえて、自分の生活の中で日常のふれあいがどのよう

に変わったか、何かありますか?」

・些細なことでもすでにしてもらっていることはないか、

・どんなことを大事にすればよいのか・どんなことを変えれば良いのかについてそれぞれ意見を出してもらおう(個別に解決する)。

(できれば満遍なく意見を募り、グループとしての意見(グループとしての意見の形成はその後の行動変容・態度変容に役立つため)をなんとなく収束させるようファシリテーター

ターは持っていく)→最後にそれぞれの課題「ふれあい」をよりよい方向にもって行けるようがんばることが健康につながることを確認し、終了する。

＜教示＞「さていろいろな課題が出てきました。人とのふれあいについて振り返り、より良い対人関係を持つことは実際に健康につながります。どうかそれぞれの課題を持って、よりよくいきることを目標にしていきましょう。」

具体例:

①自分自身それほどふれあいが大事とは思っていなかったが、今思い返してみると、病気のときに周囲の人にしてもらったことが本当に大事なことだと分かって、これからは他人に対してもおなじようにせつするように

課題をもってしようと思った。

②今回の講義の中で、自分の方から積極的に挨拶をするようにしてみたら思ったよりも自分の方の心持が違うことに気づいた。これからもおなじように継続したい。

等など、基本的には肯定的な変化に対して評価し、グループとして一つの意見に集約するようにまとめる。

- ・研究としてデータを使用する場合、質問紙への記入時間を取る
- ・まず、それぞれに以前実行した質問紙を返却し、満足度の変化を記入してもらう。新しい質問紙に、サポート行動が増えたかどうか記入してもらう。

“健康および慢性疾患概念における Allostasis” に関する研究

分担研究者 小牧 元 国立精神・神経センター精神保健研究所 心身医学研究部長
 研究協力者 前田基成 女子美術大学芸術学部
 有村達之 九州大学大学院心身医学
 中田光紀 産業医学総合研究所
 篠田晴男 茨木大学教育学部
 緒方一子 営団地下鉄総合生活相談室
 志村 翠 国立精神・神経センター心身医学研究部
 川村則行 国立精神・神経センター心身医学研究部
 久保千春 九州大学大学院医学院心身医学

研究要旨 ストレス研究における“アロスターシス allostasis”（内部環境を平衡に保つように変化する active process）概念（McEwen BS ら）から、個々人はストレス下で生体が環境に能動的に適応する過程＝能力によって、ストレッサーへの暴露が持続したり、繰り返しが生じたりすると不適応反応あるいは組織障害を惹起することが明らかとなった。特に心理、社会的ストレスと密接な関係のある心身症領域においては、各個人の情動のレギュレーションは、この過程に大いに関与している可能性がある。この生体のストレス反応と不可分の関係のある情動のレギュレーションの異常を評価する心理的尺度を確立することは、健康度の測定法および計算式の開発にとり重要と考えられる。そこで今回、情動のレギュレーションの障害の一つと広く考えられてきたアレキシサイミア alexithymia（感情言語化障害）を評価する自記式質問紙である Toronto Alexithymia Scale-20（TAS-20）の日本語版を作成した。この情動のレギュレーションに関しては、諸外国において、文化社会の違いが反映されるものであり、今回、日本人の健常人ならびに心療内科受診の患者を対象に、その信頼性ならびに因子妥当性について検討をおこなった。TAS-20 は（1）感情の同定困難、（2）感情の伝達困難、さらには（3）外的志向（自己の内面よりも外的な事実へ関心が向かう）の3因子で構成されている。検討の結果、日本語版 TAS-20 の信頼性および因子妥当性が支持されたが、外的志向を特徴付けるとされる第3因子に関しては、質問項目における均質性の問題が認められ、欧米における結果とは若干異なる結果となった。この背景には社会文化的背景の差などの存在が考えられるが、詳細は今後の検討課題として残った。

A. 研究目的

ストレス研究における“アロスターシス allostasis”（内部環境を平衡に保つように変化する active process）概念（McEwen BS ら）が注目されている。個々人はストレス下で生体が環境に能動的に適応する過程＝能力によって、ストレスへの曝露が持続したり、繰り返しが生じたりすると不適応反応あるいは組織障害を惹起するという概念である。この反応においては、特に心理、社会的ストレスと密接な関係のある心身症領域で各個人の情動のレギュレーションがこの過程を踏む可能性が高い。

ところで、一般に心身症患者の特徴として Sifneos によって提唱された概念“アレキシサイミア Alexithymia”は、心身症に留まらず、広くストレス関連疾患においても注目されているが、ストレス研究における“アロスターシス”を明らかにする上で、この“アレキシサイミア”は重要なキーファクターであると予想される。

この“アレキシサイミア”とは語源的には「感情の言語化障害」という意味であるが、具体的には（1）自分の感情や身体感覚に気付いたり、区別したりすることが困難であり；（2）感情を表現することが難しく；（3）空想力に乏しい；また（4）自己の内面よりも外的な事実へ関心が向かう（機械的思考）、などの心理的特徴を指している。

我が国における“アレキシサイミア”の評価については以前より種々の自己記述式質問紙が用いられて来たが、確立

したものはなかった。近年、Taylor らは TAS を簡略化し、20問という自記式の簡単なアレキシサイミア測定法 TAS-20 を開発した。これは世界的に最も有用性の高い自記式評価尺度の一つとして数えられている。

そこで我々は、この日本語版 TAS-20 についてより広くわが国における健康人および心療内科外来患者に対して調査を行ない、その日本語版の信頼性、因子的妥当性の統計学的検討を行なったので報告する。

B. 研究方法

（1）測定尺度

TAS-20

アレキシサイミア傾向を測定する 20 項目からなる自己記入式の質問紙である。感情の同定困難（F1）、感情伝達困難（F2）、外的志向（F3）の 3 つの下位尺度から構成される。各質問項目は 1 点から 5 点まで連続した得点として計算される。日本語版 TAS-20 の作成に当たっては、原著者 Taylor らに対して日本語への翻訳に関する許諾を得たのち、原文と日本語文との間にニュアンスの差がないか数回に渡って検討・バックトランスレーションし、原版との差がないか最終的にチェックを行い、日本語版を完成させた。特に翻訳上問題となる質問項目については、原著者の Taylor の確認も得た。

（2）対象

(a) 健常人：347 名（男性 217 名、女

性 130 名；平均年齢 29.1 ± 12.4 才，18～67 才）の健常人である。内訳は，大学生，専門学校生，教師，会社員である。学生については教室内で集団で回答してもらい，教師および会社員については個別に回答してもらった後，封筒に入れたものを回収した。全て無記名である。ただし，一部には 2 週間以上経ってから，再度質問紙に回答してもらうために個人が特定できる形（出席番号など）とした。

（倫理面への配慮）全て，本心理テストを行う目的およびその結果についてはプライバシーが保護されること，個人が特定される形では公表されないことなどが記された説明文章を，学生については口頭で説明し，教師および会社員に対しては集団で実施する場合は口頭で説明後，両者とも個人で読んでもらい，また個人で実施する場合は書面を各個人で読んでもらった後，本心理テスト実施に同意したもののみ実施した。

（b）患者群：大学病院心療内科の初診時に，予診時に実施する他の抑うつ尺度，不安尺度などの自記式質問紙と共に，本心理質問紙に回答した 1097 名のうち，病名不明のもの，統合失調症や薬物乱用などの疑いのあるもの，あるいは罹患中のもの，さらには質問紙回答に基本情報の不備の認められたものを除いた 940 名（男性 357 名，女性 583 名；平均年齢 35.5 ± 15.4 才，12～85 才）である。診断名は第一病名としてう

つ病圏（神経性うつ病およびうつ状態），神経症圏（不安神経症，パニック障害など），心身症圏（自律神経失調症，摂食障害，過敏性腸症候群，慢性疼痛，筋緊張性頭痛，過換気症候群，慢性胃炎，食道痙攣，NUD，気管支喘息，本態性高血圧症，多汗症など）である。

（3）統計方法

（a）確証的因子分析 Taylor らが報告した英語版 TAS-20 の 3 因子構造モデルが，我々が作成した日本語版 TAS-20 においても妥当か否かを検証するために，共分散構造分析を行なった。因子構造モデルの適合度の検定には，Bagby らの方法と同様に Cole および Marsh らの推奨した Goodness-of-fit (GFI) $0.85 >$ ，修正済み GFI (AGFI) $0.80 >$ ，平均二乗誤差平方根 (root-mean-square residual; RMS) < 0.10 ，さらには Tucker-Lewis 指標 (TLI) > 0.80 を用いた。赤池情報量規準 (AIC) も用いた。

（b）内的一貫性および項目均質性の検討 また日本語版 TAS-20 の内的一貫性および項目均質性を検討するために，Cronbach の α 係数および項目間平均相関係数 (mean interitem correlation coefficients; MIC) の検討，また各項目点数および各因子点数と 20 項目合計点数の相関を検討した。さらに，健常群の一部に対して再テストを行ない，両テスト間の相関も同様に検討した。

（c）性別，年齢などによる検討 最後

に健常群と患者群の TAS-20 総得点, 各因子得点について考察を行った。また, 性別, 年齢の差による検討も行なった。

統計検定には SPSS (ver. 11 for Windows) を用いた。2 群の差の検定には独立したデータによる t 検定, 複数の群にまたがる比較の場合は一元配置分散分析 (ANOVA) による検定, また相関については 2 変量による Pearson の相関係数を用いた。数値は全て平均 ± S.D. で表し, 両側有意差検定にて $p < 0.05$ を統計的有意水準とした。

C. 研究結果

確証的因子分析

Taylor らの 3 因子モデルに対する確証的因子分析を健常群および患者群についてそれぞれ共分散構造分析法を用いておこなった。その結果, 健常群では GFI, AGFI, TLI, RMS の全て, 満足に行くものであった。患者群でも GFI, AGFI, TLI, RMS であり, 同様に満足に行くものであった。

各質問項目の標準化係数推定 (parameter estimates) は Table 1 に示した。健常群では, 各因子に対する帰属は全ての項目は統計的に有意であった。ただし患者群では質問項目 15 および 20 が第 3 因子 (F3) に対してそれぞれ有意ではなかった (項目 15, $p=0.072$; 項目 20, $p=0.101$)。また項目 16 は統計的に有意ではあったが, 低値を示した。

また, 3 因子全てをまとめて 1 因子とした 1 因子モデルによる確証的因子分析をおこなったところ, 健常群, 患者群の両群共に不満足な結果が得られた。

次に F1 および F2 をまとめて 1 因子とし, F3 との 2 因子の 2 因子モデルによる確証的因子分析を行った。健常群では 1 因子同様に健常群では不満足であり, また患者群では満足に行くものであったが 3 因子モデルに比してやや劣っていた。

日本語版 TAS-20 の内的一貫性および項目均質性の検討

TAS-20 平均総得点, 各因子得点, ならびに内的一貫性を示す α 係数および項目均質性の指標である MIC について Table 2 に示した。健常群では全項目に対する α 係数はほぼ満足するものであった。ただし, 各因子の α 係数は, それぞれ F1, F2 はほぼ満足するものであったが, F3 は低値であった。患者群も同様であった。MIC に関しては, 両群共に Briggs らの提唱する値をほぼ満足したが, 患者群における F3 はやや低値であった。

TAS-20 総得点と各質問項目得点との相関に関しては, 健常群の F3 に含まれる質問項目 16 以外, 両群とも全ての項目で有意な正の相関関係を認めた。総得点と各 3 因子得点の相関については Table 3 に示した。健常群, 患者群共に F1, F2, F3 共に総得点と有意に正の相関が認められた。各因子間の相関をみると, 両群共に F1 と F2 との間では高い正

の相関が認められたが、F3 に関しては患者群で F2 と弱い正の相関が認められた他、いずれの群においても他の因子との間に有意な相関は認められなかった。

性別、年齢などによる検討

男女差をみると、健常群では TAS-20 総得点には有意差なかった。患者群ではわずかではあるが有意差が認められた。

年齢と TAS-20 総得点の関係については、年代ごとに表すと、健常群では各年代間に統計的に有意差はなかった ($df=4$, $F=0.827$, $p=0.509$)。一方患者群では有意差が認められた ($df=4$, $F=7.117$, $p<0.0001$)。

テスト、再テストの比較

健常群の一部 ($n=84$) において、2週間以上の間を置いておこなったテスト、再テストの比較では、TAS-20 総得点および各因子間においてそれぞれ全て統計的に有意の正の相関関係が認められた。

D. 考察

日本語版 TAS-20 においても英語原版と同様に、日本人の健常群および心身症圏、神経症圏、うつ病圏を主とする患者群において 3 因子構造モデルに十分合致していることが示された。このことにより、ただし患者群においては F3 の項目で標準化係数推定値が低いものが少ないながら存在し、「外的志向」因子の

収束的妥当性にやや課題が残された。

α 係数をみると、両群共に全体の質問項目および F1, F2 の質問項目にはそれぞれ内的一貫性があり、また項目均質性もほぼ満足できるものであった。一方、F3 の α 係数値は低く、内的一貫性に問題が認められた。本傾向は、南欧の研究報告においても同様であった。これは、アレキシサイミアの構成要素としての F3 測定に関しては、文化的背景の差がある可能性が示唆された。F3 は外的志向を表しており、感情の同定、言語化といった内的な状態を認知する F1, F2 とはやや異なった性格特徴を有する因子と考えられる。

一方 TAS-20 総得点と 3 因子得点および各質問項目得点の関係については、両群共 3 因子は全て総得点と正の相関関係を示し、両群ともほぼ全ての項目で総得点と有意に正の相関関係が認められた。さらにはテスト、再テストの間では総得点、各因子得点においても有意な正の相関が認められたことは、時間的に比較的安定した質問紙であることが示唆された。

日本語版 TAS-20 の併存的妥当性の検討に関して、アレキシサイミアを測定する構造化面接得点 (SIBIQ) と日本語版 TAS-20 総得点と正の相関が認められたことは既に報告している。今回、F3 の収束的妥当性、内的一貫性に問題があることが示唆されたが、構造化面接法という臨床家評定と質問紙法という異なる測定手段でアレキシサイミア構成概念を測定し、その相関が認められたと

いうことは日本語版 TAS-20 の妥当性を支持するものである。

TAS-20 総得点については、海外の成績と比較しても、健常群および対象疾患の種類に違いがみられるものの患者群共に、おおむね一致した。男女差については、健常群、精神疾患群共にそれぞれ差がなかったという報告、女性が有意に高値であったとの報告など、種々である。今回の我々の結果では患者群ではわずかながら女性が高値であったが、健常群では有意差はなかった。また年齢と TAS-20 得点との関係については患者群においては若年層が高値を示したが、健常群においては有意な相関関係は認められず、海外の報告と一致した。

他方、アレキシサイミアと教育歴との負の関連が従来報告されている。今回健常群の教育程度をみると、中学卒業がわずかにみられた以外は全員専門学校および高等学校卒業以上の学歴を有しており、教育歴での差は検討出来なかった。また患者群においては学歴に関する情報が得られていない。今後の検討課題であろう。

E. 結論

日本語版 TAS-20 の 3 因子モデルは、原版と同様に確証的因子分析により確認、再現された。TAS-20 質問紙全体としてほぼ満足できる内容であり、テスト-再テスト間の安定性も高いことなどから、日本語版 TAS-20 の信頼性および因子的妥当性が支持された。“健康および慢性疾患概念における Allostasis”

のプロセスの評価法の一つとしての“アレキシサイミア”測定に日本語版 TAS-20 は有用である可能性が示唆された。ただし外的志向を特徴付けるとされる第 3 因子に関しては質問項目における均質性の問題が認められ、今後の検討課題として残った。

F. 健康危険情報

特記すべき事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

原著

1) 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: 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 2003, 印刷中

2) 有村達之, 小牧 元, 村上修二, 玉川恵一, 西方宏昭, 河合啓介, 野崎剛弘, 瀧井正人, 久保千春: アレキシサイミア評価のための日本語改訂版 Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire 構造化面接法 (SIBIQ) 開発の試み. 心身医学 42 : 260-269, 2002. 4

3) 深尾篤嗣 高松順太, 小牧 元, 呉美枝, 植野茂樹, 小森剛, 宮内昭, 隈寛二, 花房俊昭: バセドウ病患者の自我状態と,

抑うつ傾向,アレキシサイミア傾向,および治療予後との関連についての前向き検討:644-652,心身医学,Vol142,2002.

2. 学会発表

一般講演

1) 安藤哲也,羽白誠,野田啓史,寺尾浩,志村翠,佐久間正寛,古江増隆,横田欣児,西間三馨,石川俊男,小牧 元:アトピー性皮膚炎患者の心身医学的な診断基準と評価尺度の作成.第43回日本心身医学会総会ならびに学術講演会.東京,2002,5.23

2) 宮崎隆穂,小牧 元,石川俊男,川村則行:知覚されたソーシャルサポートと免疫系の関連(2).第43回日本心身医学会総会ならびに学術講演会,東京,2002.5.24

3) 朴 商会,小牧 元,川村則行,鄭晋郁,金 基雄:「中高年労働者の職業性ストレスおよび生活習慣が Th 1/Th 2比に及ぼす影響」,第18回日本ストレス学会学術総会,東京,2002.11.21

3. その他

講演

小牧 元:「各種身体疾患における心身相関と心身医学臨床,内分泌疾患」日本心身医学会認定医試験 第5回特別講習会,仙台 2003.2.9

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

Table 1 Item/factor parameter estimates from the results of confirmatory factor analyses of the TAS-20

Item number	Normal sample (N=347)			Clinical sample (N=940)		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3
Difficulty identifying feelings						
1 I am often confused about what emotion I am feeling.	0.69 ***	0.00	0.00	0.73 ***	0.00	0.00
3 I have physical sensations that even doctors don't understand.	0.58 ***	0.00	0.00	0.46 ***	0.00	0.00
6 When I am upset, I don't know if I am sad, frightened, or angry.	0.64 ***	0.00	0.00	0.68 ***	0.00	0.00
7 I am often puzzled by sensations in my body.	0.75 ***	0.00	0.00	0.66 ***	0.00	0.00
9 I have feelings that I can't quite identify.	0.75 ***	0.00	0.00	0.79 ***	0.00	0.00
13 I don't know what's going on inside me.	0.71 ***	0.00	0.00	0.69 ***	0.00	0.00
14 I often don't know why I am angry.	0.62 ***	0.00	0.00	0.55 ***	0.00	0.00
Difficulty describing feelings						
2 It is difficult for me to find the right words for my feelings.	0.00	0.70 ***	0.00	0.00	0.75 ***	0.00
4 I am able to describe my feelings easily.	0.00	0.58 ***	0.00	0.00	0.49 ***	0.00
11 I find it hard to describe how I feel about people.	0.00	0.57 ***	0.00	0.00	0.58 ***	0.00
12 People tell me to describe my feelings more.	0.00	0.53 ***	0.00	0.00	0.42 ***	0.00
17 It is difficult for me to reveal my innermost feelings, even to close friends.	0.00	0.49 ***	0.00	0.00	0.43 ***	0.00
Externally oriented thinking						
5 I prefer to analyze problems rather than just describe them.	0.00	0.00	0.33 ***	0.00	0.00	0.49 ***
8 I prefer to just let things happen rather than to understand why they turned out that way.	0.00	0.00	0.34 ***	0.00	0.00	0.30 ***
10 Being in touch with emotions is essential.	0.00	0.00	0.47 ***	0.00	0.00	0.61 ***
15 I prefer talking to people about their daily activities rather than their feelings.	0.00	0.00	0.16 *	0.00	0.00	0.08
16 I prefer to watch "light" entertainment shows rather than psychological dramas.	0.00	0.00	0.25 **	0.00	0.00	0.09 *
18 I can feel close to someone, even in moments of silence.	0.00	0.00	0.48 ***	0.00	0.00	0.26 *
19 I find examination of my feelings useful in solving personal problems.	0.00	0.00	0.62 ***	0.00	0.00	0.56 ***
20 Looking for hidden meanings in movies or plays distracts from their enjoyment.	0.00	0.00	0.32 **	0.00	0.00	0.07

F1=Difficulty identifying feelings; F2=Difficulty describing feelings; F3=Externally oriented thinking.

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Table 2 Means, standard deviations(SD), internal reliability coefficients(α), and mean interitem correlation coefficients(MIC) for the Japanese version of TAS-20 and the three factors

	Normal samples (N=347)				Clinical samples (N=940)		
	Mean	SD	α	MIC	Mean	SD	α
TAS-20	50.5	9.5	0.79	0.14	55.2	10.5	0.75
Factor 1	15.9	5.7	0.85	0.46	19.5	6.5	0.84
Factor 2	14.8	4.0	0.72	0.34	15.7	4.2	0.66
Factor 3	19.8	3.9	0.58	0.15	19.9	4.0	0.48

Table 3 Correlations between the full scale TAS-20 and its three factors in the normal and clinical samples

	TAS-20	F1	F2	F3
TAS-20	-	0.84****	0.78****	0.42****
Factor 1	0.85****	-	0.57****	0.00
Factor 2	0.78****	0.55****	-	0.04
Factor 3	0.43****	0.01	0.10**	-

The normal sample is above the diagonal and the clinical sample is below the diagonal. ** p<0.01, **** p<0.0001

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
川村則行	産業人メンタルヘルスの動向～職域におけるメンタルヘルスの成 因分析と介入に関する試論～	財団法人 社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所,	産業人メンタルヘルス白書	財団法人 社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所,	東京	平成14年	pp18-30

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
川村則行	サイコオンコロジーから学ぶ 2. ストレス・心理社会的要因と免疫機能	臨床透析	17	623-626	平成 13 年
Drube J, Kawamura N, Nakamura A, Ando T, Komaki G, Inada T	No leucine(7) - to - proline (7)polymorphism in the signal peptide of neuropeptide Y in Japanese population or Japanese with alcoholism.	Psychiatric Genetic	11	52-53	平成 13 年
朴商会, 李京用, 川村則行, 小牧元, 鄭晋郁, 富岡光直	韓国勤労者のための Daily Stress 尺度開発	保健と社会科学	9	47-65	平成 13 年
S Sakami, T Ishikawa, N Asukai, T Haratani, F Kobayashi, O Fujita, No Kawakami, S Araki, A Fukui, H Iimori, Ni Kawamura	Suppression of cellular immunity and readjustment problems in subjects with a past history of posttraumatic stress disorder.	Jap J Stress Sci	16	233-240	平成 14 年
Hanaoka T, Kawamura N, Hara K, Tsugane S	Urinary bisphenol A and plasma hormone concentrations in male workers exposed to bisphenol A diglycidyl ether and mixed organic solvents.	Occup Environ Med	59	625-628	平成 14 年

Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, Miyake Y, Nishizono-Maher A	Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events.	J Nerves Mental Disease	190	175-182	平成 14 年
Sakami S, Nakata A, Yamamura T, Kawamura N	Psychological Stress Increases Human T Cell Apoptosis in vitro.	Neuroimmuno modulation	10	224-231	平成 15 年
Bedoui S, Kawamura N, Straub RH, Pabst R, Yamamura T, von Hoersten S	Relevance of Neuropeptide Y for the neuroimmune crosstalk.	Journal of Neuroimmunol ogy	134	1-11	平成 15 年
酒見正太郎, 川村則 行	ストレスと免疫細胞 基礎的側面	PROGRESS IN MEDICINE	2	23-28	平成 15 年

IV. 研究成果の刊行物・別刷り
最終年度の報告書に記載する。