

スキーマとは正反対のことが真実であるかのような思考や感情や行動を通じて、スキーマに反撃し闘うスタイルである。スキーマの活性化による辛い感情を完全に避けるための、第一次プロセスとして働く。精神分析の反動形成と似たプロセスである。

・スキーマの回避

スキーマに伴う苦しみからのがれるために、思考や感情や行動を通じて、スキーマに気づかないための回避をするスタイルである。過剰補償がうまく働かなかった場合の第二次プロセスとして働く。精神分析の抑圧・否認と似たプロセスである。

・スキーマへの服従

そのスキーマが真実であると認め、スキーマがもたらす感情的な苦痛をそのまま感じ、スキーマを自ら確証するような行動を繰り返すスタイルである。

これらはスキーマに関わる非常に否定的な体験を回避するためには役立つが、結局このような回避のせいでスキーマはいつまでも修復されることがなく、スキーマの持続に利することになるため、不適応的コーピングスタイルと言えるものである。

表-2に各スキーマに応じた対処スタイルが、具体的に表現された言動（対処反応）の例を示す。

Young<sup>35)</sup>は、各々のスキーマと対処スタイルの表現としての対処反応を、幼少期の起源と関連付けた上で、難治性の慢性障害が形成される際の重要な要因や、障害を区別する重要な根本的要因を捉えていくためには、障害の中核にある内的スキーマと、観察可能な不適応的対処法の両面から見ていく必要性を述べている。

A-2) 早期不適応的スキーマを巡る研究

EMSs の測定には自己記入式の質問紙 (YSQ<sup>36)</sup> , YSQ-S<sup>37)</sup> が作られている。

EMSs が有するとされる特性から、この質問紙を使用しているいろいろな病理の認知的特徴や発病への脆弱性、再発リスクサインなどを特定しようとする研究が、各国で行われ始めているが、2010年までのところ、ある障害にある特定のEMSsが特性づけられるという発見は明確ではない<sup>13)</sup>。

気分障害については、再発性が高く反復性の経過を持つこと<sup>11,37)</sup>、さらに従来の認知行動療法では困難な気分障害の治療の必要から、EMSs やそれを使うスキーマ療法に関心が寄せられている<sup>13)</sup>。

・うつ病性障害

YSQあるいはYSQ-Sを使用した研究では、健常群と比較して、うつ病性障害者は、高いEMSs得点を一貫して示している<sup>13)</sup>。その研究内容をみると、慢性うつ病者の得点は、非慢性うつ病者の得点よりも高いとする研究<sup>21)</sup>、うつの重症度とEMSs得点が相関しており、EMSsがうつ病発症とその重症度の予測因子となるとする多くの研究<sup>3,8,11,28,etc.)</sup>がある。2009年のHalvorsen,M.らの研究において、うつ病患者（以下うつ群と略記）とうつ病の既往はあるが検査時点では回復している者（以下回復群と略記）、健常者（以下健常群と略記）との比較研究が行われるようになり、EMSs得点が高い方からうつ群>回復群>健常群となり、回復群ではうつ症状がないにもかかわらず健常群よりもEMSs得点が高い<sup>11,13,29)</sup>ことも知られるようになってきている。またうつ病者のEMSsが比較的安定して変わりにくい部分があることから、それがうつ病に

対する脆弱性を示すマーカーとなるのではないかとする研究<sup>13,20,22,28,29)</sup>もある。こうした研究から、EMSs が抑うつ臨床において、その理解と診断に役立ち、EMSs の測定が抑うつ症状の理解と症状予測に貢献できること、通常のパーソナリティ検査にはその特徴を改変する方法がないが、EMSs の検査にはスキーマの修正の治療法があり、遷延性うつ病者や再発リスクの高い人々に利すると考えられている<sup>20,28)</sup>。

#### ・双極性障害

気分障害の中でも、双極性障害についてのEMSs 研究は限られている。Hawke, L.D.<sup>12)</sup>によると、EMSs 得点において、双極群（以下躁群と略記）がうつ病群と比較して、『評価と承認の希求スキーマ』と『権利要求 / 尊大スキーマ』のふたつでうつ病者よりも有意に高い得点となり、そしてその2スキーマではむしろ不安障害混合群と同レベルの高さであった。また、双極性障害に関わる可能性の予測因子として、『評価と承認スキーマ』が高いことであり、同時に『感情抑制』と『見捨てられ / 不安定スキーマ』が高いことは可能性を否定する因子であると述べている。

#### ・対処スタイルの研究

気分障害に関しての対処スタイルの研究は、2012 年前半までほとんど見られず、今後の課題のようである。

他の障害では、例えば摂食障害では、まとまった研究が行われている<sup>2,18,19,26)</sup>。拒食の場合のEMSs は他の衝動的な障害と似ており、過食は他の衝動的な障害と似ているが、このEMSs の内容ではこれらの拒食

と過食という行動の差は説明できない<sup>19)</sup>、しかし対処スタイルをみると、拒食には過剰補償が目立って使われるが、過食では回避が目立つ、という差がある<sup>18,19,26)</sup>とする。また過食は、アルコール依存と対処スタイルが似ているとされる<sup>7)</sup>。

#### A-3) 研究の目的

本研究は、近年目立つ職場における精神的不調による休職者の増加という問題を、この早期不適応的スキーマとその対処スタイルという視点から、調査研究していこうとするものである。今回の調査対象者となる63名のうち57名が気分障害であり、休職者、特に長期化したり、休職を繰り返すような重症の休職者の問題の主たる部分が、気分障害者への治療と再発予防・復職支援の問題だと言えるように思われる。

調査研究の目的の一つは、この早期不適応的スキーマやその対処スタイルが、健常者と比較してうつ病者とうつ病既往者に特有な差異があるかどうか、を調べることである。これは先行する研究において、早期不適応的スキーマがうつ症状の重症度への予測因子となる可能性が強く示唆されていること、うつ病の発症と再発につながる役割を果たしている可能性が強く示唆されていること、があげられるが、本研究では、検査時にうつ症状を有している群と、回復している群、および健常群とのスキーマ得点を比較することで、うつ病にかかわるスキーマやその対処スタイルについて調べる試みをするのである。

目的の二つ目が、休職者および休職経験者の有する早期不適応的スキーマと、対処スタイルの特徴をしらべることで、不調が

遷延化したり、再発を繰り返したりする休職者への治療、再発予防、復職支援、受け入れる職場の支援態勢づくりなどに、有益な知見を得ることである。

## B. 研究の方法

### B-1) 調査対象

調査対象者は、首都圏郊外の住宅地にある大学病院の精神科の患者のうち、過去 5 年以内に仕事を 1 ヶ月以上休務（有給休暇、療養休暇、休職等）したことがあり、休務時に精神科の医療を受けていた者で、統合失調症の診断を持たない者である。受診の医療形態は、主として外来通院（1 部入院時期を含む者）で、薬物療法、復職支援デイケア、集団認知行動療法、カウンセリングなどを過去に受けていたか、現在も継続している者である。調査時点で休務している場合と、復務している場合、およびどちらの場合も休務を複数回繰り返している者を含んでいる。

コントロール群は、調査対照群の通院する大学病院の様々な職種の職員、大学職員、およびそれらの関係者から募った。

いずれのグループでも、雇用形態は正規職員か、契約社員や派遣を含む非正規職員かは問わないが、週 35 時間程度以上の継続勤務をしている者とした。また経過の途中で転職する場合も見られたが、調査時点で転職先が決まっている場合や新しい職場に勤務している者は対象者とし、他方復帰する職場がなく、次の新しい職場も決まっていなない場合は対象から除いた。

### B-2) 調査手続き

調査対象者の病院長来院時に、臨床研究同

意説明書を読んでもらい、同時に主治医あるいは臨床心理士から口頭で説明し、同意を表明した者に、①同意書に署名をもらう、②M.I.N.I.精神疾患簡易構造化面接法<sup>24)</sup>（以下 M.I.N.I.と略記）を対面で実施、③質問紙をその場で回答してもらうか、あるいは家に持ち帰って回答して返送してもらうか、のいずれかで回収した。①の同意書の提出と②M.I.N.I.を受けた者でも、質問紙の回答が戻ってこない場合は、同意撤回の意思の表明として扱い、調査対象から除いた。

調査対象者として①②③のすべての資料を得られた者は 63 人（男性 43 人、女性 20 人）で、平均年齢 42.76 才、年齢幅は 25—65 才であった。また勤務状態の内訳は、休務中の者は 39 人（男性 26 人、女性 13 人）、復務中の者は 24 人（男性 17 人、女性 7 人）であった（表-6 参照）。休務経験回数は、1 回が 26 人、2 回が 22 人、3 回が 10 人、4 回が 3 人、5 回以上が 2 人であった。休務回と休務期間を、M 型群・他型群・躁群・その他の群（後述）別の人数を表-8 に示した（群別については、B-4) 調査グループの分類 参照）。

コントロール群は、臨床研究同意書を読んでもらい、臨床心理士より口頭で説明して、同意を得られた者に、①同意書に署名をもらい、②質問紙を渡し、持ち帰って回答し返送してもらった。質問紙が返送されない場合は、同意撤回の意思の表明として扱った。質問紙には、①これまでに、怪我・妊娠出産あるいは育児休暇を除いて、心身の不調で 1 ヶ月以上の休務経験があるか、②5 年以内に睡眠薬・精神安定剤・抗うつ薬等（精神的不調に対する薬物）を服用した事があるか、について回答してもらった。

それにより、①の休務経験のある場合、②の服薬した事のある場合を除いて、健常群とした。

コントロール群として 59 人からの回答が得られたが、そのうち①休務経験者 1 人（女性）、②服薬経験者 7 人（男性 2 人、女性 5 人）またこれら①②には該当しなかったが、抑うつ度のチェックで抑うつ度が重症で、その程度が他の場合から大きく外れた抑うつ得点を示した者 1 人（男性）を除いて、健常群としては 50 人（男性 32 人、女性 18 人）、平均年齢は 39.66 才、年齢幅は 25—59 才であった（表－6 参照）。

### B - 3) 調査方法

調査期間は、平成 24 年 5 月から同 11 月である。

調査には、以下の検査法および検査紙を使用した。

①M.I.N.I.<sup>24)</sup>精神疾患簡易構造化面接法  
調査対象者の病像を確認するために、精神科医師 4 名と総合病院精神科での臨床経験 15 年以上の臨床心理士 2 名が実施した。M.I.N.I.の中の、A；大うつ病エピソード、およびメランコリー型の特徴をともなう大うつ病エピソード、B；気分変調症、D；躁病エピソード、軽躁病エピソード、L；精神病性障害、精神病像を伴う気分障害、の部分を使用した。

#### ②BDI-II<sup>6)</sup>

抑うつの自己記入式質問紙として、世界的に広く使われている BDI-II を使用した。質問項目は 21 問あり、0 から 3 の 4 段階で回答する。YSQ あるいは YSQ-S3 への回答が、うつ症状の程度にかなりの影響をうける事が知られていることから<sup>11,27)</sup>、BDI-II

得点により統計的補正をするためである。その合計点により、抑うつレベルは、0～13：極軽症、14～19：軽症、20～28：中等度、29～63：重症、と分類される。

#### ③新版 STAI<sup>6)</sup>

不安の自己記入式質問紙として新版 STAI を使用した。状態不安として、検査時の今まさにどのように感じているかを査定する 20 問と、特性不安として、脅威を与える様々な状況をどのように感じるかという、個人の比較的安定した不安傾向を査定する 20 問からなっている。回答は、1～4 の 4 段階で行う。本調査では特に不安の調査を目指してはいないが、調査に不安が何らかの影響を与えている可能性がある場合に、解析に使用できるように実施された。

#### ④YSQ-S3<sup>37)</sup>

EMSs の測定には自己記入式の質問紙が作られており、YSQ (232 問)<sup>36)</sup> と短縮版 YSQ-S (90 問)<sup>37)</sup> の 2 バージョンがある。これらの質問紙は、EMSs を査定するための測定具として妥当性・信頼性があることが検証されてきている<sup>8,12,25,28,29)</sup>。本研究では短縮版の YSQ-S の第 3 版である YSQ-S3 を使用した。質問は 90 問で、EMSs の 18 スキーマにそれぞれ 5 問ずつの質問があり、[1；全くあてはまらない]～[6；完全に当てはまる]の 6 段階で回答する。各スキーマに対する質問例を表－3 に示す。

#### ⑤YCI<sup>33)</sup>

#### ⑥YRAI<sup>32)</sup>

スキーマの対処スタイルを測定するために開発された質問紙を使用した。ヤング過剰補償質問紙 (Young Compensation Inventory<sup>33)</sup>、YCI と略記) と、ヤング・リグ回避質問紙 (Young-Rygh Avoidance

Inventory<sup>32)</sup>、YRAI と略記) である。これらは測定具としての妥当性・信頼性があると検証されている<sup>19,26)</sup>。

YCI は、48 問からなり、YSQ-S3 と同様に 1~6 の 6 段階で回答を行う。YCI の項目の分析研究により、過剰補償という対処スタイルは、3 種類のタイプにわけられている<sup>19)</sup>。

(A) 社会的コントロール **Social Control**  
苦痛を避けるために、置かれた状況や周囲からの要求をコントロールする

(B) 個人主義 **Individuality**  
感情的に動揺させられるのを避けるために、他者から距離を取る、孤立する

(C) 自己コントロール **Personal Control**,  
否定的感情が引き起こされるのを避けるために、自分自身をコントロールする  
3 タイプに対する質問例を表-4 に示した。

YRAI は、40 問からなり、YSQ-S3 と同様に 1~6 の 6 段階で回答を行う。YRAI の項目分析研究により、回避という対処スタイルは 2 種類のタイプに分けられている)。

(A) 行動化 / 身体化による回避  
体験している感情を、行動もしくは身体表現 (身体症状など) により遮断する

(B) 認知的 / 感情的回避  
感情への気づきを、認知的もしくは感情的に遮断する  
2 タイプに対する質問例を表-5 に示す。

#### B-4) 調査グループの分類

調査対象者は、以下のような分類で、比較検討された。

休務経験者 63 人のうち、調査時点で休務中の者 39 人 (以下休務群)、復務中の者 24 人 (以下復務群) である。

M.I.N.I.による分類は、大うつ病の既往のある者で躁あるいは軽躁症状を持たない者が 39 人で、そのうち、a.調査時点でうつ症状があると認められる場合として、BDI-II の抑うつ得点が 14 点以上の者 19 人 (以下うつ群)、b.調査時点でうつ症状が認められない場合として、BDI-II の抑うつ得点が 13 点以下の者 20 人 (以下回復群)、また上記の大うつ病の既往のある者 39 人のうち、c.メランコリー型の者は 28 人 (以下 M 型群)、d.その他の型の者は 11 人 (以下他型群) である。他方 e.躁あるいは軽躁を伴う者 18 人 (以下躁群) である。それらに含まれない者は、気分変調性障害 2 人、特定不能のうつ病性障害 1 人、広汎性発達障害 1 人、不安障害 2 人であった。また M 型群の平均年齢は 41.64 才、他型群は 42.73 才、躁群は 46.06 才であった (表-7 参照)。

#### B-5) 分析方法

得られた回答は、4 分類の比較検討を行った。

- I. イ.休務経験群、ニ.健常群の比較
- II. ロ.休務群、ハ.復務群、ニ.健常群の比較
- III. ①うつ群、②回復群、③健常群の比較
- IV. ④M 型群、⑤他型群、⑥躁群の比較

分析手続きでは、まず素点のままの群間の比較を行った (以下補正前比較と表記)。次に、各スキーマ関連検査紙は、抑うつ程度が回答に影響を与えることがわかっているため、これを BDI-II 得点によりコントロールした後に比較した (以下 BDI-II による補正後比較と表記)。

また比較内容は以下の 4 種類を行った。  
a. 合計点として、BDI-II、STAI 状態不安、STAI 特性不安、YSQ-S3、YCI、YRAI の

比較

b. YSQ-S3 の合計、領域、および各 18 スキーマ別の比較

c. YCI の合計、社会的コントロール、個人主義、自己コントロール別の比較

d. YRAI の合計、行動化/身体化による回避、認知的/感情的回避別の比較

統計解析は JMP9.0.3 (SAS インスティテュートジャパン) を用いた。群間の平均値の比較は二群の場合は対応のない t 検定、三群以上の場合は分散分析後、Tukey の方法で解析した。BDI-II によるコントロール (補正) は BDI-II 値および BDI-II 値と群の交互作用を共変量としてモデル化した後、t 検定または Tukey の方法で平均値の差を解析した。統計的有意水準 ( $\alpha$ ) は 0.05 とした。

## C. 研究結果

### C-1-a) 合計点の解析による比較

合計点比較表は、a-I、a-II、a-III、a-IV として、表-9 に示した。

a-I では、補正前にはすべての得点が、休務経験群が健常群より高くなっているが、補正後には YSQ-S3 と YRAI だけが差を示している。

a-II では、補正前にはすべての得点で、休務群が復務群と健常群より高くなっているが、補正後には YSQ-S3 と YRAI でその差が残るが、YCI では休務群と復務群の差のみとなった。

a-III では、やはり補正前には、すべての得点で、うつ群が回復群と健常群より高くなっているが、補正後には、STAI 特性不安と YRAI ではそのままの差が残り、YCI では休務群と復務群の差だけとなった。

YSQ-S3 の差が消えてしまったため、

うつ群を除いて回復群と健常群の差を、

BDI-II・性別・年齢を共変量として Post Hoc に比較検討したところ、 $p=0.02$  で有意な差が見られている。

a-IV では、I,II,III とは全く異なり、補正前も補正後も統計的に優位な差は見られなかった。

### C-1-b) YSQ-S3 得点の解析による比較

YSQ-S3 得点の比較表は、b-I、b-II、b-III、b-IV として、表-10 に示した。

b-I は、補正前と補正後に、YSQ-S3 合計点と 5 つの領域、18 スキーマ別に、休務群と健常群を比較した。補正前には、領域 III の『権利要求/尊大スキーマ』と、領域 IV の『自己犠牲スキーマ』のみ差が見られなかった。補正後には、5 領域のうち III 領域以外で差が見られ、18 スキーマのうち 6 スキーマで差が見られた。特に領域 I で 5 スキーマのうち 3 つ、領域 II で 4 スキーマのうち 2 つで差が残っている。

b-II では、補正前は、領域 I,II,IV,V で休務群と復務群・健常群とに差が見られ、領域 III では休務群と健常群に差があった。スキーマでは、18 スキーマ中 12 スキーマで休務群と復務群・健常群とに差が見られ、6 スキーマで休務群と健常群に差があった。補正後では、差があったのは領域 I・IV・V であり、18 スキーマ中 7 スキーマであった。

b-III では、補正前には、すべての領域と 3 つを除くスキーマでうつ群 > 回復群・健常群という差が見られるが、領域 IV の『厳密な基準/過度の批判スキーマ』でうつ群 > 健常群という差があり、他の 2 つは b-I と同じに、領域 III の『権利要求/尊大スキーマ』

マ』と領域 IV の『自己犠牲スキーマ』のみ差が見られない。補正後には多くのスキーマで差が見えなくなっているが、領域 I の『不信/虐待スキーマ』と領域 IV の『服従スキーマ』で、うつ群>健常群という差があり、領域 II の『損害や疾病に対する脆弱性スキーマ』で回復群>健常群という差がある。

b-IV では、a-IV と同様、他の比較表とは全く様相が異なっているが、補正前には全く差が出ず、補正後には領域 II の『失敗スキーマ』のみで M 型群と他型群とに差が見られる。

#### C-1-c) YCI 得点の解析による比較

YCI 得点の比較表は、c-I、c-II、c-III、c-IV として、表-11 に示した。補正前には I,II,III 共に同様で、合計・『個人主義』・『自己コントロール』で差が出ているが、IV では前記 I・II・III で差が出ていない『社会的コントロール』で、M 型群>躁群という差が出ている。補正後では、I で差が見えなくなり、II では合計で休務群>回復群という差が見え、III では『自己コントロール』でうつ群>回復群・健常群という差が示されている。IV では補正前と同様に、『社会的コントロール』で M 型群>躁群という差が見られる。

#### C-1-d) YRAI 得点の解析による比較

YRAI 得点の比較表は、d-I、d-II、d-III、d-IV として、表-12 に示した。

I では、補正前と補正後に、合計と『行動化/身体化による回避』に休務経験群>健常群という差が出ている。

II では、補正前も補正後も 1 つを除いて

休務群>復務群・健常群となっているが、そのひとつは『行動化/身体化による回避』で、補正前に休務群>復務群>健常群となっている。

III では、補正前後に合計と『行動化/身体化による回避』でうつ群>回復群・健常群となるが、ひとつだけ補正前の『行動化/身体化による回避』が回復群>健常群となっている。

IV では、補正前も補正後も差が見えていない。

#### C-2-a) YSQ-S3 の素点比較

今回の調査では、統計的な差異だけではなく、スキーマ質問紙それぞれの素点も重要な意味がある。それは休職者あるいは復職者の、その時点でのスキーマの認知的状態を示していると考えられるからである。

YSQ-S3 合計点では、a-I においては「休職経験群 234>健常群 185、a-II では休務群 255>復務群 204>健常群 185、a-III ではうつ群 270>回復群 198>健常群 185 と、明らかに状態の悪い群ほど YSQ-S3 合計点が高いことがわかる。また、a-III のように、BDI-II 得点によってグループ分けされた比較においては、a-II の休務が復務かという就業状態での分類よりも、合計点もうつ群 270>休務群 255 とうつ群で高く、回復群 198<復務群 204 と回復群の方が低くなっている。

次に個々のスキーマや領域について見てみる。特徴がはっきり見えやすい b-III から見ると、一番①うつ群・②回復群・③健常群の差が大きいのは、領域 II 『自律性と行動の損傷』で、①うつ群と②回復群の差 1.05、①うつ群と③健常群の差 1.18 である。中で

も、『損害や失敗に対する脆弱性スキーマ』での差は、それぞれ①-②が 0.81, ①-③が 1.23 であり、かつ②回復群と③健常群の差も最も大きく 0.43 である。また『依存/無能スキーマ』でもそれぞれ①-②が 0.87, ①-③が 1.11 で、『失敗スキーマ』で①-②が 1.82, ①-③が 1.55 となり、回復群が健常群よりも 0.27 低い。次に大きな差が見られているのが領域 I『断絶と拒絶』で、①-②

で 0.94, ①-③で 1.10 である。この領域ではすべてのスキーマが①うつ群で、回復群よりも健常群よりも高く、特に『社会的孤立スキーマ』『情緒的剥奪スキーマ』『欠陥/恥スキーマ』『不信/虐待スキーマ』で回復群や健常人との差が大きい。さらに領域 V では、健常人のレベルも他領域に比して 1 番高いが、①うつ群も②回復群も同じように 1 番高く、①と②の差も①と③の差も大きくなっている。特に『否定/悲観スキーマ』で①-②が 1.30, ①-③が 1.42 と大きい。また『感情抑制スキーマ』で①-②が 0.75, ①-③が 1.16, さらに②回復群は③健常群との差も大きく 0.41 である。領域としては特に高くはないが、領域 IV の『服従スキーマ』で①-②が 0.97, ①-③が 1.26 と大きい。また『失敗スキーマ』『評価と承認の希求スキーマ』『罰スキーマ』で②回復群が③健常群よりも低い。

b-II では、b-III よりもロ休務群・ハ復務群・ニ健常群との差はやや小さくなってはいるが、やはり領域 II と I でロ休務群とハ復務群・ニ健常群との差が大きい。また健常群との差が大きいのは、『損害や疾病に対する脆弱性スキーマ』『社会的孤立スキーマ』『不信/虐待スキーマ』『否定/悲観ス

キーマ』である。

#### C-2-c) YCI の素点比較

c-I, II, III, IV のすべての群で、社会的コントロール得点<個人主義得点<自己コントロール得点となっている。また IV にある群（M 型群、他型群、躁群）を除き、不調な群ほど、社会的コントロールよりは個人主義を、さらに個人主義よりは自己コントロールの方に差が大きくなっている。

#### C-2-d) YRAI の素点比較

d-I, II, III において不調な群ほど合計点が高い傾向があるが、行動化/身体化による回避と、認知的/感情的回避のどちらをより使うかと見ていくと、まず健常群は、行動化/身体化による回避よりも明らかに認知的/感情的回避をより多く使うが、ロ休務群と①うつ群では反対に、認知的/感情的回避よりも行動化/身体化による回避をより多く使っている。その中間に位置するハ復務群と②回復群では、ほとんど同じ程度に両者が使われている。これは、ハ復務群とニ健常群とがほとんど同程度の合計点であり、②回復群と③健常群も同じ程度の合計点であるのに、明らかに使用する対処スタイルの種類が異なっていると言えよう。

d-IV の M]型群、他型群、躁群では不調の程度を考慮しないグループなため、そうした傾向が曖昧になっている。

## D. 考察

### D-1) うつ病群における早期不適応的スキーマの検討

もし Young が仮定するように、EMSs(早



期不適応的スキーマ) がうつ病をはじめとする深刻で慢性化しやすいような精神病理の基礎に想定されるならば、YSQ-S3 得点が大うつ病や双極性障害において、健常者と比較して何らかの差異がみいだせるのではないか、という仮説が立てられよう。特にうつ病から回復した回復群と健常群との差異に注意してみる。

YSQ-S3 の合計点を調べてみる。a-I では確かに休務経験群で補正前も補正後も健常群よりも高い。a-II では、休務群は確かに補正前後で健常群よりも高いが、復務群との差がみえないため、症状がとれて復務している状態では、YSQ-S3 得点そのものも健常者と差がみえないことになる。そこでうつに限定した a-III でみると、素点では①のうつ病状態にある群で合計 270 は、②うつ病から回復している群の 198 と③健常群の 185 とに差が見えるが、②回復群と③健常群との有意な差はみられない。さらに BDI-II によるうつ得点の補正をした後では、これらの①②③の差そのものも見えなくなっている。

これらの有意な差の出にくい背景として、特に休務を経験している群での標準偏差の大きいことがあげられる。健常群の標準偏差 37 に比して、a-II の復務群で 51、休務群では 65 にもなり、a-III では回復群で 43、うつ群では 57 とやはり大きくなっているため、統計的処理を行う際に素点で感じるほどの有意差が出にくいことがわかる。そこで先にもふれたとおり a-III の特にばらつきの大きい①うつ群を除いて、②回復群と③健常群の差を調べてみる。BDI-II 合計点、性別、年齢を共変量として Post Hoc な解析の結果、 $p=0.02$  で②回復群と③健常群

に有意な差が認められた。つまり大うつ病を経験した者は、健常の人に比して、EMSs（早期不適応的スキーマ）を有する強い傾向が見いだせたと言えよう。

しかしもともと明らかな差異のあるものであれば、いずれの検定法でも差が見いだせるはずだと考えるならば、ここで見られた差は少なくともそうした背景のある差異であることに留意する必要があるだろう。この点は、本研究に先行してうつ群と回復群と健常群とを本格的に比較検討した Halvorsen, M. らの報告(2009)<sup>1)</sup>でも触れられている。すなわち、うつ群と回復群と健常群の YSQ 得点差を比較する際に、解析法の違いにより有意差が出ないが、それは現在の診断基準に照らしてみても、大うつと診断される患者群に多様な要素が含まれていることが予想され、それが変数の大きなばらつきとなって標準偏差の大きさにも表れており、これが統計的な有意差を出すのを難しくしていると述べている。本研究でも同様な結果を得たということが言える。しかしながら、うつ症状のないうつ病既往群が、うつ病にかかったことのない健常群と比較して、多くの、あるいは程度の強い早期不適応的スキーマを有し、それがうつ病発症あるいは再発と関わっているという可能性は高いということは確認されたと言えるだろう。

#### D-2) 早期不適応的スキーマとその対処スタイルの検討

次に、休職経験者における早期不適応的スキーマや、その対処スタイルの特徴を明らかにして、治療や復職支援、職場の受け入れ態勢づくりに活かす道を考えてみよう。

表-6に見るとおり、調査対象者63名の病型分類は、大うつ病既往者が39名、躁・軽躁を伴う者が18名で、それらを合わせた気分障害群が57名となる。つまり、本研究における休職者というグループは、そのほとんどを気分障害者が占めているということが出来る。したがってb-IIIのうつ群と回復群、健常群の素点の比較を中心において、本研究の結果を検討してみたい。

まずはじめに、領域I『断絶と拒絶』で差が大きく、中でも『社会的孤立/疎外スキーマ』『情緒的剥奪スキーマ』『欠陥/恥スキーマ』『不信/虐待スキーマ』が問題となりやすい。この領域は、特に心理的発達の土台となっている部分であり、『情緒的剥奪スキーマ』『欠陥/恥スキーマ』『不信/虐待スキーマ』は幼少期の体験が大きく影響している。『社会的孤立/疎外スキーマ』がそれらの土台の上に、比較的遅く思春期の頃までの体験から形成されると言われている。これらのスキーマを持っていると、人間関係の中で受け入れられるかどうか自信が持てないために、積極的に自分から関係を作ることが難しい。それにさらに休職ということが重なると、職場復帰が大変ハードルの高い挑戦になりやすいだろう。つまり休職後の復帰で問題になりやすい問題のひとつが、職場の対人関係であるということが、このスキーマからも説明されると考えられる。職場のストレスを軽減するポイントのひとつは、職場の人間関係であると言われているが、こうしたスキーマから考えてみると、休職者の復職にあたっては、特にこの点が配慮の大切なポイントとなるだろう。同じ強いストレスがあっても、職場で、仲間意識が持てること、自分を理解

してくれる人がいると思えること、実際に相談に乗ってくれたり励ましてくれたりアドバイスしてくれたり等のサポートが得られること、の3つが存在するほど、主観的なストレスは軽減する。復職支援の立場にある者には、こうした点について復職者と話し合い、実際に復帰する職場でどのようにこうした対人関係を作っていけばいいか、について一緒に対策を考えるという実際の支援を、大切なステップとして取り入れる事を勧めたい。また復職者を迎える職場としても、この点は職場の態勢作りの大事なポイントのひとつとして考えていくことを勧めたい。これらは、休職者ばかりでなく、常日頃からの職場でのストレスを軽減するためにも大切なポイントであり、そうした関係を育む職場態勢も大切にされると良いと思われる。

これと関係して、YCIスキーマへの過剰補償についても、触れておきたい。不調な群ほど、不快なスキーマが意識に登ってくるのを防ぐために、スキーマへの過剰補償も多く使われる傾向が見えるが、なかでも個人主義というタイプの過剰補償も増えてくる。これは、人と交わることでいろいろ刺激を受けて、自分のスキーマがさらに活性化されて自分が動揺したりふさいだりなどが起こらないように、人から距離をとり、孤立化したり引きこもったりする対処法である。この個人主義というタイプの過剰補償が強く働くために実際に孤立した状態が作られやすくなり、さらに『社会的孤立/疎外スキーマ』が刺激されて、強く活性化してくるのではないかと推測することも可能であろう。

さらには領域V『過剰警戒と抑制』も、

そもそも健常人も通常から他領域に比して高いが、うつ群・回復群もさらにこの領域で高い傾向がある。『否定/悲観スキーマ』『感情抑制スキーマ』が特に問題となりやすい。否定・悲観という傾向は、Beckの抑うつスキーマ<sup>10)</sup>としても知られている。これは何事も暗く考えてしまう、うつに直接つながりやすい認知の典型のようなものだが、ある意味で「こんな風に暗くマイナスに考えていると、落ち込んでやる気がでないですよー」という日常的説明で理解しやすいテーマであるとも言える。まず医療や復職支援の場で、こうした考え方がうつを長引かせ再発もさせやすいことを本人に意識してもらい、その後は復職支援の場でも職場でも、日常的に周囲が留意して観察し、そうした言葉や態度を見つけた時に、さりげなく指摘していくことも可能だろう。また感情抑制しすぎるという傾向も、周囲の日常レベルでの働きかけがしやすい面である。怒りや不安を表現せず、心に溜め込んでいくことは人間として非常に無理な状態であり、心のバランスを壊すことになりやすい、本人にこうしたことを理解してもらったあとは、職場の仲間意識がうまく作られれば、こころの鎧もある程度自然に緩めることができるだろう。自分のちょっとした失敗やドジさ加減を、仲間と笑い飛ばすことができれば、こころに負担とならずに済む。周囲にそうしたオープンな人がいて、それを自然にやっていく姿を日常の環境にすることで、堅苦しい抑制的な人でもたまにはちょっと緊張を緩めることができる、特に昼食時や飲み会などの仕事以外の歓談の場や、職場の催し物の際には、そのような場作りを大切にすることも良いと思わ

れる。

最後に、最も健常群との差が大きいのは、領域 II『自律性と行動の損傷』であり、中でも『損害や疾病に対する脆弱性スキーマ』、『依存/無能スキーマ』『失敗スキーマ』が問題となっている。損害や失敗に対する脆弱性というのは、うつ群ばかりでなく、回復群でも健常群との差が大きく、これは休職を引き起こすほどの精神的病気を体験したという事実が大きく影響しているだろうことは疑いがない。筆者の体験する個人カウンセリングでも、集団認知行動療法のメンバーとでも、こうした印象は目立っているように思われる。このスキーマが、回復群でも高めなのは、一度うつ病を体験した者が、うつ病やその他の精神的不調に対して、自分ではどうしようもないというような、無力感を感じやすいということになる。服薬のみで回復した者が、認知行動療法との併用者よりも再発しやすいという理由の一端が、ここにあると考えることもできよう。うつ病が再燃・再発しやすいという事実を考えるならば、この無力感を医療の場で軽減していけるようにしていくことが大切だと思われる。休職者自身が、この無力感をきちんと受け止められるように働きかけるとともに、自分に何ができるかをアドバイスされ、実行していく事を、復職支援や受け入れる職場の留意事項として、周囲がサポートしてくことも大事にされるべきであろう。

『依存/無能スキーマ』と『失敗スキーマ』は、どちらも職場での能力と実行力に関わるものである。言ってみれば自分に自信がない状態で、自己イメージが否定的で、不安や劣等感を感じやすく、そのため却って

自分の持つ能力も発揮できない、ということになりやすいとも言える。ここでもまた、自分は何をやってもダメだという無力感とつながってくるものであり、前記の無力感とも重なっていってしまうだろうことは容易に想像できる。

YCI スキーマへの過剰補償の比較においても、不調な群ほど個人主義というスタイル、さらにはもっと多くの自己コントロールというスタイルが使われるという結果が得られた。この依存/無能スキーマや失敗スキーマが活性化するのを防ぐために、自己コントロールの対処反応として、たとえば完璧主義を徹底させて失敗しないようにしたり、決断する際にはあらゆる可能性を検討してなお最終判断に悩んだり、理想の自分であろうとして自分を追い詰めてしまったりなど、自分のもてるエネルギーの全てを注ぎ込むような働き方になりやすいことが理解できる。こうした状態は、従来の典型的なうつ<sup>35)</sup>の疲弊をよく説明していると思われる。真面目で几帳面で責任感が強い・・・といううつのパーソナリティの基本に、こうしたスキーマが働いている、という異なった理解もできると思われる。

これらのスキーマと自己コントロールという過剰補償の対処反応に対しての働きかけには、スキーマの問題が働き方に直接反映されたものであるだけに、かなりの困難が予想される。

“スキーマは患者が幼少期に学んだ自分自身及び世界に対する信念であり、それは患者の中に深く染み込んでいる。……たとえば自滅的スキーマであっても、それは患者に安心感や予測可能感を与える。スキーマ

は患者の自己同一性感覚の中心にある。……患者にとってスキーマを手放すことは、世界がひっくり返ることに等しいのである。このように考えると、治療に対する患者の抵抗は、内的一貫性と自己制御を保つための一種の自己防衛であると言える。スキーマを手放すことは、「自分はどのような人間か」「この世界はどのようなところか」という自らの知識を放棄することでもある”<sup>35)</sup>。

これらのスキーマから起こるこうした不都合な生き方を変えていくためには、やはり小手先のことではかなわない。望ましくは、医療者ばかりでなく、病者本人もこれを意識化すること、そしてこのスキーマと向き合い、自分を変化していけることを信じて、言葉となったスキーマを少しずつ適応的な表現に変え、それに基づいて行動していく努力を継続すること、等の努力を続けてもらうことである。これは例えば自分で認知行動療法の本を読んでやろうとするのは難しい、やはり専門家の援助を受けながら、共に歩いていく、というやり方になるだろう。職場では、仕事の進め方や職場での態度などを見ながら、行き過ぎた面が見えたら、さりげなく仕事の優先順位を考えるようにアドバイスしたり、仕事上の相談に乗ったり、何か困っていることはないかと問いかけてみたり、言葉をかけやすい雰囲気をつくったりなど、孤立化させないで、仕事を一人で抱え込ませないようにする工夫も大切にしたい。

YRAI スキーマの回避の結果からも、興味深い事実に気づかされる。結果で見たように、不調な群ほど合計点が高い傾向があ

るが、質的な差として、対処スタイルの種類を選択が異なっているという点である。健常群は、行動化/身体化による回避よりも明らかに認知的/感情的回避をより多く使うが、不調の強い群では反対に、認知的/感情的回避よりも行動化/身体化による回避をより多く使っている。これは、うつ的になるほど、身体的不調を感じやすくなったり、あるいは自分の問題に直面するよりも行動で紛らわせるような対処スタイルをより多く使うようになるということを示している。仮面うつ病と言われる病態があるが、うつ病者のこの行動化/身体化による回避という対処スタイルの反応が、顕著に身体愁訴に表れていると考えることができよう。したがって、通常よりも強い・しつこい身体不調の訴えや、通常とは違和感のある言動についても、それがうつ的になっているサインではないか、と留意して見ていくことも必要であろう。職場での不調の始まりや、不調の再発などへの留意点として、心得ておくことも大切であろうと思われる。

最後に、M型群、他型群、躁群として比較検討した調査について述べておきたい。結果としてこの3群の比較は、はっきりした差も見出せず、いろいろな点で筆者自身が納得できる感じが薄かったのは事実である。例えば、それぞれの群の平均年齢が、M型群：41.64歳で、他型群が42.73歳、という点はどうか。筆者の予想では、他型群にいわゆる現代型うつ<sup>117)</sup>と言われる休職者が多いであろうから、メランコリー型であるM型群より平均年齢が若いのではないか、という予想とは逆の結果であった。また、自己愛とのかかわりが高いとみられている『権利要求/尊大スキーマ』で、

他型群がこれらの3群中、1番低かったことや、『感情抑性スキーマ』で、躁群が3群中でむしろ若干高めであったことも、どう説明がされるべきか、今のところよくわかっていない。また、各検査得点での標準偏差が、この3群は他の分類群よりもかなり大きかったことも見逃せない。臨床的な症状の程度を区別しない分類が、必要以上にこのようなばらつきが大きくなった可能性も否めない。そのため、他群比較以上に、有意な差が出なかったということもできる。さらにM.I.N.I.による鑑別が、適切になされたかどうか、検討の余地があると思われる。筆者自身もこの鑑別診断の役割を担ったが、回答してくれる調査対象者自身の記憶がかなりあいまいな場合も多く、また細かい質問表現の部分をあまり考慮しないで回答する者も少なからずいたように感じている。また当院では復職支援デイケアに力を入れており、今回の調査対象者にはこのデイケア参加者が多かったが、このなかでの心理教育プログラムでは、現代型うつの教育的理解を図る事も行われているが、もし調査対象者が現代型うつである事に居心地の悪さやマイナスイメージを持つ場合には、回答も偏ってくる可能性はないであろうか、という疑問も持たれる。これらはいくまで印象ではあるが、従って調査者の方から、鑑別の大事なポイントを再確認する、曖昧な点を聞き直す、丁寧な説明を加えて確認する、という態度が必要とされる場合も多かった。これらの様な点を振り返ると、M.I.N.I.実施担当者の間では、もちろん事前に実施法の確認などの打ち合わせは行われたが、さらに問題となりやすいチェックポイントなど詳細なディスカッ

ションをする事が望ましいのではないかと考えられ、これは今後の課題にしたいと思う。

#### E. 結論

人格障害をはじめ、難治あるいは遷延性の不安障害やうつ障害を含む、より慢性的で、遷延性の障害に対して、Young, J.E.により、それらの障害の問題の中核にある認知的因子として早期不適応的スキーマ (Early maladaptive schemas) が提唱されている。本研究は、職場における精神的不調による休職者の増加の問題を、この早期不適応的スキーマと、その対処スタイルという視点から調査研究したものである。調査対象者となった63名のうち57名が気分障害であり、休職者、特に休職を繰り返すような重症の休職者の問題の主たる部分が、気分障害者への治療と再発予防・復職支援の問題だと言えるようである。

調査研究の目的の一つは、この早期不適応的スキーマが、健常者と比較してうつ病患者とうつ病既往者に特有な差異があるかどうか、を調べることであった。先行する研究において、早期不適応的スキーマがうつ症状の重症度への予測因子となる可能性と、うつ病の発症と再発につながる役割を果たしている可能性が強く示唆されている。本研究では、検査時にうつ症状を有している群と、回復している群、および健常群とのスキーマ得点を比較することで、うつ病にかかわるスキーマを探す試みを行った。結果としては、うつ病の診断基準により、患者群のバラつきが大きいため、解析後に有意差が出にくく、解析法の違いで有意差が見えなくなることから、明確な統計的有意

差があるとは結論づけられなかった。しかしながら、うつ回復群においても、健常人と比較してこの早期不適応的スキーマ得点が高い傾向が示唆され、うつ病既往群に健常人に比してこの早期不適応的スキーマに差異がある可能性が示されたと考えられる。

さらに、目的の二つ目が、休職者の有する早期不適応的スキーマと、対処スタイルの特徴を調べることで、不調が遷延化したり、再発を繰り返したりする休職者への治療、再発予防、復職支援、受け入れる職場の支援態勢づくりなどに、有益な知見を得ることであった。うつ病者に特有のスキーマ領域は、領域I『断絶と拒絶』で差が大きく、その領域の中でも『社会的孤立/疎外スキーマ』『情緒的剥奪スキーマ』『欠陥/恥スキーマ』『不信/虐待スキーマ』が問題となる。これらへの支援には人間関係作りへの支援の大切さが検討され、示された。領域Vの『過剰警戒と抑制』も、そもそも健常人も通常から他領域に比して高いが、うつ群・回復群もさらにこの領域で高い傾向がある。中でも『否定/悲観スキーマ』『感情抑制スキーマ』が問題となるが、これらに対しては日常的な対応の大切さが示唆された。一番差の大きく出たのが、領域II『自律性と行動の損傷』であり、中でも『損害や疾病に対する脆弱性スキーマ』、『依存/無能スキーマ』『失敗スキーマ』が問題となるが、特に無力感と仕事への向かい方の問題が大きいと見られるが、対応の困難な問題となりやすく、対応には専門的な援助が必要とされると考えられた。またスキーマへの対処スタイルの検討からは、うつになると、過剰補償では個人主義と自己コントロールの対処スタイルが多く使用され、

またスキーマの回避では、行動化/身体化による回避が多用されやすい事が明らかであり、仮面うつ病や身体愁訴に結びつきやすい背景が理解されると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表  
該当せず
2. 学会発表  
該当せず

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得  
該当せず
2. 実用新案登録  
該当せず
3. その他  
該当せず

H. 引用文献

- 1) 阿部隆明 (2011) : 未熟型うつ病と双極スペクトラム 気分障害の包括的理解に向けて 金綱出版
- 2) Anderson, K., Rieger, E., & Caterson, I.(2006) : A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 245-252
- 3) Atalay, H., Atalay, F., & Bagdacicek, S. (2011) : Effect of short-term antidepressant treatment on early maladaptive schemas in patients with major depressive and panic disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15, 97-105
- 4) Beck, A.T. (1967) : *Depression : Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- 5) Beck, A.T. (1976) : *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Mark Paterson and International University Press, Inc. 大野裕 訳 (1990) : 認知療法 : 精神療法の新しい発展 岩崎学術出版社
- 6) Beck, A.T. et al. (1996) : *Beck depression inventory 2<sup>nd</sup> ed.* 小嶋雅代・古川壽亮 訳 (2003) : BDI-II, 日本文化科学社
- 7) Brotchie, J., Hanes, J., Wendon, P., & Waller, G.(2006): Emotional avoidance among alcohol and opiate abusers: The role of schema-level cognitive processes. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 35, 231-236
- 8) Colman, L.K. (2010) : *Maladaptive schemas and depression severity: Support for incremental validity when controlling for cognitive correlates of depression. A Thesis Presented for the Master of Arts degree,* The University of Tennessee, Knoxville.
- 9) Dryden, W., & Rentoul, R.(eds) (1991):*Adult Clinical Problems : A Cognitive-Behavioral Approach*. Routledge. 丹野義彦 (監訳) : 認知臨床心理学入門. 東京大学出版会
- 10) Freeman, A. et al.(1990) : *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. Plenum Press. 高橋祥友訳 (1993) : 認知療法臨床ハンドブック, 金剛出版
- 11) Halvorsen, M., Wang, C.E., Richter,

- J., Myrland, I., Pedersen, S.D., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2009) : Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 394-407
- 12) Hawke, L., & Provencher, M.D. (2011) : Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. Doi:10.1016/j.jad.2011.09.036
- 13) Hawke, L.D. & Provencher, M.D. (2011) : Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(4), 257-276
- 14) 肥田野直・福原真知子・岩脇三良・蘇我祥子・Spielberger, C.D. (2000) : 新版 STAI 実務教育出版
- 15) Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L.M., Wang, C.E., Holthe, H., Haugum, J.A., Nordahl, H.M., Hovland, O.J., & Holte, A. (2005) : The structure of maladaptive schemas : A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 627-644
- 16) 伊藤絵美 (2008) : 事例で学ぶ認知行動療法. 誠信書房
- 17) 貝谷久宣 (2007) : きまぐれ「うつ」病 筑摩書房
- 18) Lawson, R., Waller, G., & Lockwood, R. (2007) : Cognitive content and process in eating-disordered patients with obsessive-compulsive features. *Eating Behaviors*, 8, 305-310
- 19) Luck, A., Waller, G., Meyrt, C., Ussher, M., & Lacey, H. (2005) : The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 717-732
- 20) Renner, F., Lobbrdtael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers M. (2012): Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136, 581-590
- 21) Riso, L.P., du Toit, P.L., Blandino, J.A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J.S., et al (2003) : Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 72-80. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843x.112.1.72>
- 22) Riso, L.P., Froman, S.E., Raouf, M., Gble, P., Maddux, R.E., Turini-Santorelli, N., et al.(2006) : The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 515-529.
- 23) Schmidt, N.B., & Joiner, T.E. Jr. (2004) : Global maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 65-72
- 24) Sheehan, D.V., & Lecrubier, Y. (1998) : MINI international neuro-



- psychiatric interview. <http://www.medical-outcomes.com> 大坪天平、宮岡等、上島国利訳（2000）：M.I.N.I.精神疾患簡易構造化面接法 星和書店
- 25) Soygut, G., Karaosmanoglu, A., & Cakir, Z. (2009) : Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish young schema questionnaire-short form-3. Turkish Journal of Psychiatry.
- 26) Spranger, S., Waller, G., & Bryant-Waugh, R. (2001) : Schema avoidance in bulimic and non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 302-306
- 27) Stopa, L., & Waters, A. (2005) : The effect of mood on responses to the Young schema Questionnaire: short form. *Psychology & Psychotherapy*, 78(Pt 1), 45-57
- 28) Thimm, J.C.(2010) : Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 41, 373-380
- 29) Wang, C.E.A., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010) : Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas : A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 389-396
- 30) Weissman, A.N., & Beck, A.T. (1978) : Development and validation of the dysfunctional attitudes scale: a preliminary investigation. In paper presented at the annual meeting of the Education Research Association. Toronto, Canada.
- 31) Young, J.E. (1990) : *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- 32) Young, J.E. & Rygh, J. (1994) : *Young - Rygh Avoidance Inventory*. New York: Schema Therapy Center. (日本語訳：文献 51、p101-p103 所収)
- 33) Young, J.F. (1998) : *Young Compensation Inventory*. New York: Schema Therapy Center. (日本語訳：文献 51、p104-p107 所収)
- 34) Young, J.E. (1999) : *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach 3<sup>rd</sup> ed.* 福井至ら訳（2009）：パーソナリティ障害の認知療法 スキーマ・フォーカスト・アプローチ 金網出版
- 35) Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003) : *Schema therapy : A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press. 伊藤絵美 監訳(2008)：スキーマ療法 —パーソナリティの問題に対する統合的認知行動療法アプローチ. 金網出版
- 36) Young, J.E.(2005) : *Young Schema Questionnaire, 3<sup>rd</sup> ed.* New York: Schema Therapy Center. (日本語訳：文献 51 p83-p95 所収)
- 37) Young, J.E. (2006) : *Young Schema Questionnaire-S3*. New York: Cognitive

Therapy Center.

表－1 早期不適応的スキーマ：スキーマ5領域と18スキーマの特徴<sup>(1)(2)</sup>

領域とスキーマの特徴	
領域 I	<b>断絶と拒絶</b> 様々な基本的欲求（安心、安全、安定、養育、共感、感情の分かち合い、受容、尊重）が安定して満たされないだろうという予期。典型的家族像は、孤立、冷淡さ、拒絶、じらし、寂しさ、感情爆発、予測不能性、もしくは虐待。
1	見捨てられ / 不安定 重要他者が予測不可能で信頼できない、感情的な支持、絆、励まし、保護などを与え続けてくれないだろうという感覚。
2	不信 / 虐待 他者が自分を傷つけたり、虐待したり、恥をかかせたり、だましたり嘘をついたりして操り、利用しようとするだろうという予期。
3	情緒的剥奪 自分の望む通常的情緒的サポート（養育・愛情、共感・理解、保護・指導）さえも、他者からは適切には満たされないだろうという感覚。
4	欠陥 / 恥 自分は欠陥があったり、劣っていたり、悪かったり、望まれない存在で、それがわかると重要な他者の愛情を失うだろうという感覚。
5	社会的孤立 / 疎外 自分は周囲から孤立している、他の人と違っている、どこにも所属できないという感覚。
領域 II	<b>自律性と行動の損傷</b> 自分が家族から分離し、自律的に機能し、一人で何かをやり遂げることができない、あるいはその力が邪魔されているという予期。典型的家族像は困らせたり、自信をなくさせたり、きちんと出来たことを強化しない、過保護等。
6	依存 / 無能 他者からの多大な助けがなくては、自分の責任（健康管理、日常的問題解決、判断・決断、課題への取り組み）を果たせないだろうという信念、多くは無力感を伴う。
7	損害や疾病に対する脆弱性 常に突然の破局（破局的病気、発狂などの感情的問題、災害・事故）が訪れ、それを阻止できないだろうという著しい恐怖感。
8	巻き込まれ / 未発達の自己 個性化や通常の社会的発達が犠牲にされ、重要他者に感情的に巻き込まれている。他者に取り込まれ窒息させられる感じ、空虚感、閉塞感、方向性を持たない感じ、多くは自我同一性の不確実感を伴う。
9	失敗 達成に関する分野（学業、仕事、スポーツなど）で失敗してきた・失敗するだろう、劣っていてダメだという信念。
領域 III	<b>制約の欠如</b> 内的な制約の欠如、長期目標を達成する能力の欠陥や、他者への責任感の欠如。他者の権利を尊重し、協力し、参加するのが困難。典型的家族像は、甘やかし、躰・教育不足、誤った優越感を与える、子供に適切な責任を持たせない事等。
10	権利要求 / 尊大 自分が人より優れているという感覚、特権があるとか、常識的なギブ&テイクのルールに従う必要がないといった信念。現実を無視し、どう思われるかに関係なく、他者を犠牲にし、自分の欲求を実現させられると考えやすい。
11	自制と自律の欠如 目標達成のために、自制したり、欲求不満に耐えたり、感情や衝動を抑制することが困難だったり、それを拒否したり、軽度な場合には嫌なことを回避しようとする。
領域 IV	<b>他者への追従</b> 自分の欲求を犠牲にして、愛や賞賛を得たり、絆を感じたり、報復を受けたりしないために他者の欲求・感情・反応などに過度に関心を示すこと。自分の欲求や怒りを抑圧し、それらへの気付きの欠如を伴う典型的家族像は、愛や注目を得るために自分の重要な何かを犠牲にしなければならないという“条件付きの受容”。

12	服従	怒りや報復・見捨てられを避けるため過度に従順に、自分の欲求を犠牲にして服従したり、感情を抑圧して服従したりする。通常怒りが蓄積し、最終的には種々の不適応症状（心身症、薬物乱用、感情爆発等）が出現。
13	自己犠牲	日常的に自分の満足を犠牲にして、他者の欲求を何でも満たそうとする。他者の苦痛に過敏であることが多いが、自分の欲求が満たしてもらえないと感じて相手に恨みを抱くこともある（共依存の概念と重なる）。
14	評価と承認の希求	安心感や自我の発達を犠牲にしても、他者からの賞賛や承認や注目を得ることに過度にとらわれている。自尊心は自己評価でなく、他者の反応のみによって決定される。他者からの拒絶には過敏になる。
領域 V	過剰警戒と抑制	自然な感情や衝動や好みを抑圧すること、もしくは自分の行為や倫理的行為について、内的な厳しい規則や期待に合わせようとしたりする。典型的家族像は、厳格で、要求の多い、懲罰的な態度。
15	否定 / 悲観	人生の否定的な側面（苦痛、死、喪失、失望、後悔、トラブル、裏切り等）ばかりに注目し、肯定的で明るい側面は矮小化したり無視したりする傾向。自分が最悪の状況に陥ることをひどく恐れているため、慢性的な心配、警戒心、不満、優柔不断などの特徴を示す。
16	感情抑制	自然な感情や行為を抑制し、コミュニケーションを過度に抑制する。通常は他者からの非難や羞恥心を避けるためだったり、自分の衝動が抑制できなくなることを避けるためである。
17	厳密な基準 / 過度の批判	批判を避けるために、行動や行為は、自分の内面化された非常に高い基準を満たさねばならないという信念。完璧主義、広範で厳格な基準と、べき思考、極端な効率主義などとして示される。
18	罰	ミスをしたら厳しく罰せられなければならないという信念。自分にも他人にも、自分の基準にあわない人に対して怒りやすく、忍耐できず、懲罰的という傾向を伴う。