

St. Luke's International University Repository

冠状動脈疾患の自己観〔1〕:TST(二十答法)手法による心筋梗塞疾患の自己観の査定およびその因子分析

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 木村, 登紀子, 白崎, けい子, 長谷川, 浩, 関口, 守衛 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/186

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



冠状動脈疾患の自己観〔I〕

——TST(二十答法)手法による心筋梗塞疾患の
自己観の査定およびその因子分析——

木村登紀子*1 白崎けい子*2
長谷川 浩*3 関口 守衛*4

はじめに

狭心症や心筋梗塞などの冠状動脈疾患の発症に関与する危険因子として、従来から言われている身体・生理的因子のほかに、近年、過度の喫煙・高カロリー食・運動不足などの生活習慣や持続的情動ストレスといった、心理・社会的危険因子の存在が注目されている。内科医で病理学者であるFriedman, M.と内科医Rosenman, R. H.らは、冠状動脈疾患者に特有の行動傾向があることを見出し、これをA型行動パターン(Type A Behavior Pattern)^①と名づけた。¹⁾²⁾その後、心理学者Jenkins, C. D.を共同研究者に加えて、8年半にわたる追跡研究(WCGS)を行い、A型行動パターン群は、A型の行動傾向をもたないB型行動パターン群に比べて、約2倍の心筋梗塞の発症および死亡率を示すという結果を報告した。³⁾これは別個に行われたFramingham Heart Study⁴⁾の結果とも一致し、以来、米国を中心に、危険因子としての行動パターンやその変化に関する研究が盛んである。⁵⁾⁶⁾⁷⁾

A型行動パターンの大まかな特徴としては、「競争心や成就衝動が強く、性急でいらつきやすい。攻撃傾向も強いが、時にはそれを嚴重に抑圧しており、過度に用心深い。語気の激しい爆発的な喋り方をし、表情は緊張しやすい。」などである。⁵⁾⁸⁾

行動パターン査定の方法としては、前述のRosenman, R. H.らの開発したSI法(Structured Interview 即ち、行動観察およびチェックリストによる構造化された面接法)⁹⁾⁵⁾、SI法の目録に基づきJenkins, C. D.の考案した質問紙法(JAS、即ち、Jenkins Activity Survey)⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾、Bortner, R. W.と前記Rosenmanらにより作成された動作性検査(Bortner's Rating Scale)¹²⁾など、多様である。¹³⁾

日本においても、われわれの共同研究者、関口は、心臓専門医としての日常の診療経験の実感においても、また心筋の病理学的論拠においても、自律神経を

介して生ずる心理的・生理的反応の相互関連としての疾患者に特有で共通の行動傾向が存在し得ることに注目しており、それに基づき、われわれは、1977年以来、医学と心理学の学際的研究に着手している。その成果の一部については、日本心身医学会、¹⁴⁾ 東北心理学会、¹⁵⁾ 日本医事新報¹⁶⁾などにおいて報告された。

わが国における冠状動脈疾患のA型行動パターンに関する研究(および、その査定方法)は、現在、東京女子医大・心研(PCL-R)、東海大第1内科(GOTH)、¹⁷⁾ 東北大心療内科(JASの日本語訳)¹⁸⁾などを中心に進められている。

ところで、われわれは、この疾患者の性格・行動傾向査定のための質問紙の開発段階で、疾患者と心理面接を重ねるうちに、次のような無視できない課題に直面した。すなわち、疾患者が言語表現する自分の性格・行動傾向が多様であること、疾患者の自分自身とのかかわり方や病気の受けとめ方が種々であり、且つ本人にとっては、そのことが重要であること、さらには、無意識をも含むその人のパーソナリティ力動の把握が、疾患者を心理的に理解するためにも、この疾患の発症機序の解明や再発防止のためにも、重要な要因であることなどに気づかされた。そこで、医学データ(冠状動脈造影法を含む)や、性格・行動傾向および生活習慣・家族歴・職歴などについての質問紙のほかに、投影法や自己観の把握をも含む心理検査バッテリーを必要とするに至った。各心理検査の目的やそれらの相互関連、研究の全体的計画などについて、ここでは詳述しないが、本論文のテーマは、上に述べた自己観の把握の試みの部分に相当し、これまでに得られたデータの一部について報告を行う。なお、今回検討する対象者は、冠状動脈疾患者のうち、冠状動脈造影法(CAG)により、医学的に疾病診断が明確になされた心筋梗塞

① Coronary-prone Behavior Pattern 冠状動脈疾患傾向の行動パターンとも言われる

* 1 聖路加看護大学 (心理学)

* 2 東京都江東区城東保健所 (心理学)

* 3 東京女子医科大学看護短期大学 (心理学)

* 4 東京女子医科大学 (循環器内科)

疾患者に限定している。

目 的

心筋梗塞疾患者は、自分自身をどのようなものとみなし、そうした自分自身とどのようにかかわっているのであろうか。

人がそれぞれ、自分として感知し、自分の全体像として心に抱いているものは、自己観(Self-concept)と呼ばれ、「客体としての自己」(北村)¹⁹⁾、「the Me」(主体としての自我によって知られるもの。Mead, G. H.)²⁰⁾および「我我」(梶田)²¹⁾の、中核的で比較的恒常的な一部を成している。自己観はまた、自己概念(Self-concept, Concept of self)とも呼ばれ、自己像(Self-image)とも類似の概念である。いずれにしても、自己観や自己像は自分がある程度対象化して内省的に捉えるときに、「自分自身」として心に描かれ得るものである。

ところで、人を理解しようとする際、その人の思考や行動様式を第三者的に外側から(いわゆる客観的に)捉えることや、無意識的な側面をも含むパーソナリティ力動や行動の規定因を探ることも重要であるが、しかし同時に、人を、相手の住む内的世界に沿って、その人の内側から外界をみる、すなわち、各人の現象的な場において理解することも大切である。Snygg, DとCombs, A. W.によれば、人の現象的な場において、その人が自己とみなしているすべてが現象的自己(Phenomenal self)であり、この現象的自己のうち本人にとって特に重要な意味で「自分」とみとめられるものが自己観であるという。²²⁾そして彼等は、この自己観が、その人の行うあらゆることの準拠点(Point of reference)としての機能をもつことに注目し重視している。Rogers, C.もまた、自己観(自己概念)を、彼の一連の理論体系の中心的なテーマの一つにしており、まず、人はすべて自分がその中心となっている絶えず変化する体験の世界に生きていることを指摘し、自己観は体験の世界すなわち現象的な場の中核を成すと考えている。そしてさらに、有機体としての人間のいわば心身の全体験のうち、一部分のみが覚知され、自己観に組み込まれるが、この体験と自己観の一致、すなわち自分の中で有機体として体験されていることに、より多く深く気づき意識化され自分の体験として自己観に組み込まれる度合が大きくなる程、人は十分に機能し精神的により健全であり得ると唱えるのである。²³⁾²⁴⁾²⁵⁾

ここでは、自己観をめぐる論議や用語の吟味を行なう余地はないが、こうした主体としての自分によって捉えられた自己、そして特に自己観が、人間理解の重大な一側面であるのは、大略すると以上のような理由においてである。したがって、心筋梗塞疾患者が自分

自身をどう捉えているのかを知ることは、疾患の発症に関与する心理的メカニズムの解明や、疾患者のパーソナリティ特徴の把握のために大切であるばかりでなく、臨床場面において、人間としての相手をそのまま理解する上でも、病気をかかえてどう生きるかについての助言の際にも、また、再発防止への適切な指導のためにも、極めて重大な課題と言えよう。

方法

1. 自己観把握の方法

自己観ないし、自己像把握の方法の主なものには、自己評定式の多肢選択質問紙法、Q技法(Q-sort technique)、SD (Semantic Differential)法、自由作文法や手記によるもの、ロールシャッハ・テストやTAT、SCTなどの投影法の一部としての自己像の分析などがある。ここでは、前述のように、心筋梗塞疾患者の自己観を、(1)できるだけその人の内面世界に沿って本人の言語表現において捉えること、(2)ある程度集計整理ができ、疾患者の独自の全体的傾向の把握が可能であること、(3)各人の反応の特徴を加味しながら、心筋梗塞疾患者の自己観の構造を、いくらかでも知る手掛りを得られること、を目指している。そこで、他の測定法に比べて相対的にこれらの条件を満すものとして、Kuhn, M. H.とMcPartland, T. S.の開発した、二十答法(Twenty-Statements-Test)²⁶⁾を採用し、一部修正を加えた。すなわち二十答法とは、もともと“Who am I?”という問に対して、1~20番までの余白があり、各人、最大20の記述を行わせるものであるが、ここでは今回の目的からみて、質問様式を日本人において性格傾向に関する記述が比較の出やすい「あなたは自分自身をどんな人だと思っていますか。」に変更し、また、記述された各側面について、その人自身がどのように受けとめているかを知る手掛りとして、各記述側面への満足度の自己評定を加えたもの(修正二十答法)を使用した。²⁷⁾²⁸⁾²⁹⁾尚、これは菊池(1968 a, 1972)によるmodified Twenty-Statements-Testの「質問様式 r-sA」ないし「Question-form A」に相当する。²⁷⁾³⁰⁾

2. 施行方法

今回報告する調査対象者は、東京女子医大・日本心臓血圧研究所に1982年より1984年にかけて冠状動脈疾患で入院した者のうち、主として冠状動脈造影法によって、心筋梗塞と確認され、かつ原則として、他の心理的側面に関する資料のそろっている者、男子39名である。健常者群は、一般企業サラリーマン、教職者、公務員などで、CMI質問紙の循環器項目を中心に、特別な健康上の異常の認められなかった者、男子45名で

表1 対象者の平均年齢および年代別人数

平均年齢	患者群	健常者群
	57.13($SD_{9.42}$)歳	51.58($SD_{8.92}$)歳
30代	2(人)	0(人)
40代	6	20
50代	17	15
60代	11	9
70代	3	1
総計	39	45

あり、両群の平均年齢その他は表1の通りである。

施行方法は、修正二十答法を自己記述、自己評定式で記入。施行順序は、ロールシャッハ・テストの後、各自の都合のよい時間にTSTおよびPCL-Rの質問紙に答える(回答の順序は、TSTの方が多肢選択式の性格・行動傾向評定に先行する)。なお、患者の各々には回答されたTSTおよび質問紙の内容は、受持医をはじめ、病院内スタッフには見せないという原則を予め知らせる。TSTの施行時期は、平均的には退院前1~2週間であり、一般に、症状が落ち着き、リハビリテーションも軌道に乗り、心理的にも比較的安定してきて、退院後の生活展望などを具体的に描き出した頃である場合が多い。

3. TST 反応の分析方法

(1)記述内容の分類方法

TSTの記述の分類については、このテストの前述のような特質からみても、定型的・標準的な分類方法が

あるわけではなく、Kuhnが二分法(ConsensualとSub-consensual)で分類したのに始まり、²⁰⁾各国の研究者が、それぞれの目的に応じた分類法を試みている。³¹⁾³²⁾³³⁾

今回、われわれは、次のような分類方法を採用した。まず、対象者によって記述された反応はすべて分類の対象とし、それぞれの意味内容に基づき、A型行動パターンとの関連で前回作成した分類項目を基本にし、¹⁶⁾修正・追加を行いながら、性格・行動傾向に関するもの62項目、身体や健康に関するもの4項目、その他(信条・意見・趣味・地位・身分に関するものなど)1項目の合計67項目に分類した。

次に、これらの67項目を、以下の分類基準に従って意味内容が同じ範疇に属するとみなし得るものをまとめ、21分類項目とした。すなわち、既に報告された結果にもとづき、A型行動パターンを反映するとみなされる性格・行動傾向に関するもの(Aa~Ag)、その反対の意味内容をもつもの(Ba~Bg)、さらに、日常の臨床経験での印象および前回得られた結果から日本人の心筋梗塞患者において特徴的ではないかと予想された対人親和的方向のもの(AP)、その反対の対人回避的傾向のもの(BP)、その他の性格・行動傾向(AY, AZ, BY, BZ)、その他(X)である。その結果は表2の通りである。

なお、これらすべての分類作業において、心理学を専門とする共同研究者2名のコンセンサスを基準とした。

(2)分類された記述内容の分析方法

上記分類方法に従って分類された記述内容について、心筋梗塞患者群に特有の傾向があるかどうかを

表2 21分類項目一覧

1	Aa	短気・せっかち	11	Ba	のんき・のんびり
2	Ab	仕事熱心・仕事中心	12	Bb	家庭・趣味を中心
3	Ac	意欲的・高い水準で沢山のことをする 実行力	13	Bc	無気力・欲がない
4	Ad	粘り強い・徹底的・忍耐強い・凝り性	14	Bd	あきやすい・意志が弱い・妥協的
5	Ae	一本気・負けず嫌い・頑固・ 気性がはげしい	15	Be	争いを好まない・温和・協調的
6	Af	几帳面・何ごとにも注意深い・真面目	16	Bf	だらしない・おっちょこちょい いい加減
7	Ag	責任感	17	Bg	無責任
8	AP	人情家・世話好き・社交的	18	BP	他人に無関心・内気・非社交的・無口
9	AY	明朗・自信がある 自制的・いやな事はすぐ忘れる・決断力	19	BY	憂うつ・不満が多い・劣等感・優柔不断
10	AZ	おおまか・物事にこだわらない 気がきかない	20	BZ	神経質・細心である・人を気にする
21	X	体力・健康・スポーツ・嗜好・信念・身分・地位・意見 etc.			

(1987年試作)

調べるために、まず、単純集計を行ない、(1)総記述数、(2)各分類項目における記述数、(3)各記述側面への満足度の自己評定に分けて、健常者群と比較対照させながら検討する(結果I-1, 2, 3)さらに、パーソナリティの多様な局面から自己観に関わると思われる6局面を設定し検討を行った(結果I-4)。

次に、TSTにおいては自己の諸側面が併列的に羅列されるので、これらの記述側面相互の関連やその構造は、そのままでは明らかではない。しかし、対象者達が自分について記述した自己の諸側面について何らかの潜在的な構造があることは十分に期待され得る。そこで、因子分析を行い、³⁴⁾それらの構造を知る手がかりとした。(結果II)。

尚、TSTの記述内容に関して因子分析を行った研究は今のところ、われわれの調べ得た範囲では内外に見当たらないが、以上のような理由から、この目的と方法に照らして、結果の妥当な分析方法と言い得るであろう。

結果 I

1. 総記述数

個人ごとの総記述数の平均値は、患者群 10.67、健常者群 14.60 であり(表3)、患者群の記述数が少ない($p < 0.004$)。

表3 平均記述数

	平均記述数	SD	Welch
患者群	10.667	5.516	0.0037
健常者群	14.600	6.420	

※Welch法による限界確率 $P < 0.0037$

2. 記述内容

(1)分類項目別の記述数

患者群と健常者群それぞれの分類項目別記述数およびその百分率は表4の通りである。各分類項目ごとに2群の百分率のプロフィールを描くと図1のようになる。図より、Ae, Af, APにおいて患者群が、BPでは健常者群の百分率が大きい傾向がうかがわれる。また、この図の内容をおおまかに捉えると、Aa~Ag,

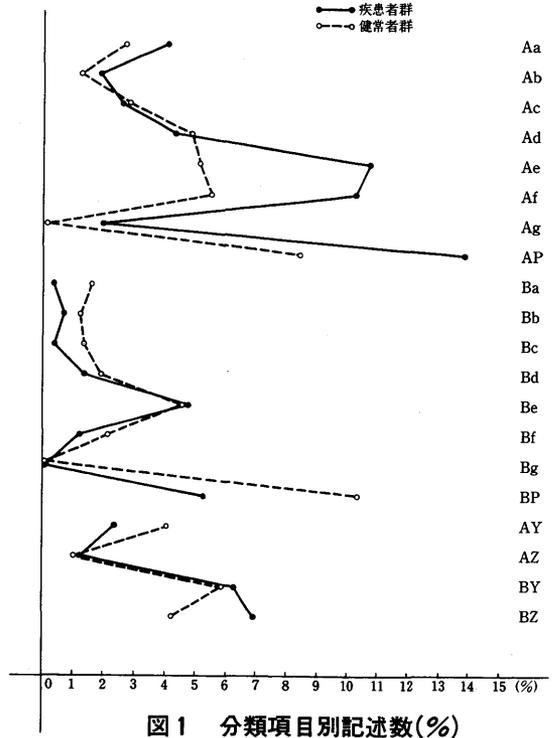


表4 分類項目別記述数およびその百分率

分類項目		患者群		健常者群		分類項目		患者群		健常者群	
番号	記号	記述数	%	記述数	%	番号	記号	記述数	%	記述数	%
1	Aa	17	4.09	18	2.71	11	Ba	2	0.48	11	1.65
2	Ab	8	1.92	8	1.20	12	Bb	3	0.72	8	1.20
3	Ac	11	2.64	19	2.86	13	Bc	2	0.48	9	1.35
4	Ad	18	4.33	32	4.81	14	Bd	6	1.44	13	1.95
5	Ae	45	10.82	34	5.11	15	Be	20	4.81	31	4.66
6	Af	43	10.34	37	5.56	16	Bf	5	1.20	14	2.11
7	Ag	9	2.16	1	0.15	17	Bg	0	0	1	0.15
8	AP	58	13.94	56	8.42	18	BP	22	5.29	69	10.38
9	AY	10	2.40	27	4.06	19	BY	26	6.25	39	5.86
10	AZ	5	1.20	7	1.05	20	BZ	29	6.97	28	4.21
21	X	77	18.51	203	30.53						

表5 A型傾向対非A型傾向別の記述数(%)

分類項目群	記述数 (%)	
	疾患患者群	健常者群
Aa~Ag	36.30	22.40
AP	13.94	8.42
Ba~Bg	9.13	13.08
BP	5.29	10.38
AY・AZ	3.60	5.11
BY・BZ	13.22	10.08
X	18.51	30.53

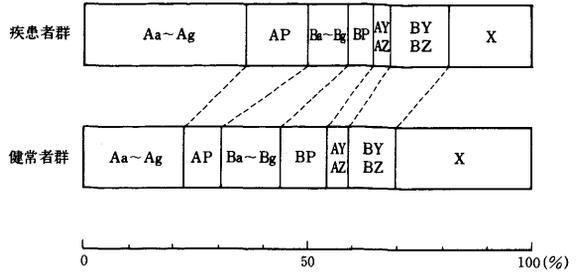


図2 A型傾向対非A型傾向別の記述数(%)の比較

すなわち従来の結果からA型行動パターンを反映するとみられる分類項目と、AP、すなわち「対人親和的傾向」の分類項目においては疾患患者群が、一方、それぞれ反対のものとして設定されたBa~BgおよびBPにおいては健常者群が、記述数百分率が大きい傾向がみられる。次に、上記のA型傾向の項目(Aa~Agお

びAP)、その反対の項目(Ba~BgおよびBP)、その他の性格傾向(AY・AZ・BY・BZ)、その他(X)に分類項目をまとめて記述数を加算して百分率を求めると、表5および図2となる。それによると、疾患患者群においてAa~APの合計が50%を越えるのに対し、健常者群では30.8%であること、健常者群ではXすなわち性格・行動傾向に関連のない記述内容が30%を占めるのに対し、疾患患者群では20%以下にすぎないことが特徴的と言えよう。

表6 分類項目別平均記述数および有意差検定

分類項目 番号 記号	疾患患者群		健常者群		t又はWelch法 による限界確 率(P<の値)
	平均記述数	SD	平均記述数	SD	
1 Aa	0.436	0.598	0.400	0.720	† 0.8061
2 Ab	0.205	0.409	0.178	0.576	0.8006
3 Ac	0.256	0.498	0.467	0.726	0.1220
4 Ad	0.462	0.682	0.689	0.874	0.1851
5 Ae	1.128	1.361	0.778	1.277	† 0.2272
6 Af	1.128	1.031	0.844	1.086	† 0.2249
7 Ag	0.282	0.605	0.022	0.149	0.0122
8 AP	1.410	1.482	1.267	1.321	0.6428
11 Ba	0.026	0.160	0.244	0.435	0.0027
12 Bb	0.103	0.307	0.178	0.535	0.4247
13 Bc	0.051	0.223	0.200	0.457	0.0578
14 Bd	0.154	0.540	0.333	0.603	0.1539
15 Be	0.513	0.914	0.689	1.145	0.4357
16 Bf	0.128	0.469	0.333	0.603	0.0837
17 Bg	0	/	0.044	0.208	/
18 BP	0.564	0.852	1.533	1.646	0.0010
9 AY	0.308	0.468	0.600	0.780	0.0380
10 AZ	0.128	0.522	0.156	0.475	0.8035
19 BY	0.667	0.806	0.822	1.193	0.4809
20 BZ	0.744	0.966	0.644	1.048	† 0.6550
21 X	1.974	1.980	4.489	3.501	0.0001

(†印以外はWelch法による)

次に、分類項目ごとの記述数の平均値を疾患患者群と健常者群において比較するために、Fテストで分散が等分散か不等分散かを調べ、T検定(等分散の場合)ないしWelch法による検定(不等分散の場合)を行った結果が表6である。両群を分類項目ごとの平均記述数において比較すると、Ba, BP, X(いずれも $p < 0.01$)およびAg, AY($p < 0.05$)に有意差が認められた。すなわち、疾患者は、「責任感が強い」において有意に高く、「明朗・自制的・いやなことはすぐ忘れる」のんき・のんびり」「他人に無関心・冷たい・非社会的」「その他」において健常者に比べて、平均記述数が有意に低い。

表7 相対応する分類項目間の記述数の差

相対応する 分類項目	記述数の差	
	疾患患者群	健常者群
(Aa - Ba)	15	7
(Ab - Bb)	5	0
(Ac - Bc)	9	10
(Ad - Bd)	12	19
(Ae - Be)	25	3
(Af - Bf)	38	23
(Ag - Bg)	9	0
(AP - BP)	36	-13
(AY - BY)	-16	-12
(AZ - BZ)	-24	-21

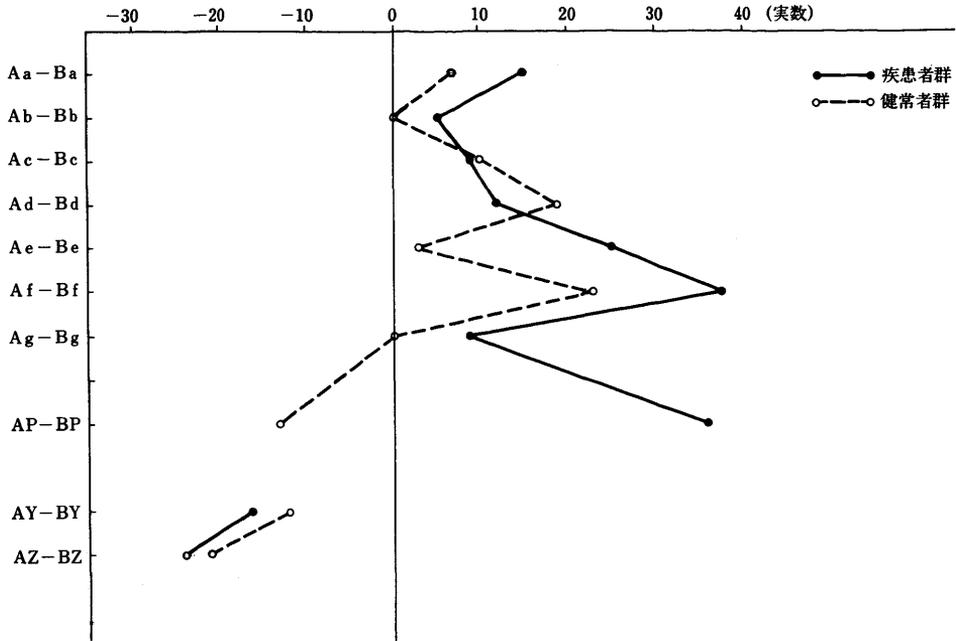


図3 相対応する分類項目間の記述数の差

(2) 対応する分類項目ごとの記述数の差

方法において述べたが、分類項目の設定の際、A型傾向を反映するもの(Aa~Ag, AP)とその反対の傾向(Ba~Bg, BP)をそれぞれ1対ずつに配置してあるので、1対ずつの対応する分類項目の記述数において、その差を求めることができる。それぞれの差、すなわちAa(短気・せっかち)からBa(のんき・のんびり)を(以下順次に)引いた実数が表7および図3に示されている。この結果では、a(Aa-Ba), b(Ab-Bb), e(Ae-Be), f(Af-Bf), g(Ag-Bg), P(AP-BP)の各対応項目において、患者者群が正の方向に実数が大きい。特に、APとBPの差では、患者者はA傾向(+36)に、健常者は非A傾向(-13)に分かれる。

3. 各記述側面の満足度

各記述側面の満足度評定の結果は、表8の通りである。

Aa~Agの各記述側面については両群とも満足している傾向が強い。APに関しては、健常者群において60%の満足率を示し、患者者も40%以上である。一方、APと反対のBPについては、両群とも不満足であるかどちらとも言えない場合が多い(患者者群72.73%、健常者群68.11%)。各記述側面への満足度を合計してみると、両群とも「満足している」が40%前後で最も比率が大きい。不満足は25%前後、「どちらともいえない

い」および「無評定」の合計は患者者群に多い(患者者群39.7%、健常者群28.4%)。

4. パーソナリティ6局面からの分類

21分類項目のおおのが持つ意味内容とパーソナリティの多様な諸局面とを照らし合わせ、自己観に関わると思われる以下の6つの局面を設定し検討した。すなわち、「活動性」、「内面的堅固さ」、「仕事の質」、「対人関係」、「情緒の安定性」、「刺激に対する反応性または感度」の6つの局面である。

まず、「活動性」に関する項目はAa~AcとBa~Bcであり、Aa~Acは「活動性」が高く、Ba~Bcは低い傾向であることを示している。「内面的堅固さ」に関する項目はAd~AeおよびBd~Beであり、Ad~Aeはそれが強く、Bd~Beは弱いことを示す項目である。「仕事の質」に関しては、「几帳面、注意深い、責任感」などを含むAf~Agの項目が「良好」であり、「だらしない、無責任」などを含むBf~Bgの項目が「粗い」ことを示す項目である。次に、「対人関係」に関しては、APは積極・親和的であり、BPは消極・回避的傾向である。「情緒の安定性」に関しては、「明朗、自信がある、自制的、決断力」などを含むAYが安定度が高く、「憂うつ、優柔不断、劣等感」などを含むBYが安定度が低いと推定される。最後に、外界の「刺激に対する反応性または感度」に関しては、「神経質、細心である」などを含む

表8 A型傾向対非A型傾向別記述数と満足度

項目群 自己評定	疾 患 者 群										健 常 者 群									
	×		△		○		無評定		×		△		○		無評定					
	記述数	%	記述数	%	記述数	%	記述数	%	記述数	%	記述数	%	記述数	%	記述数	%				
Aa~Ag	151	36.30	24	15.89	37	24.50	67	44.37	23	15.23	149	22.40	32	21.48	34	22.82	79	53.02	4	2.68
AP	58	13.94	9	15.52	16	27.59	24	41.38	9	15.5	56	8.42	10	17.86	11	19.64	34	60.71	1	1.79
Ba~Bg	38	9.13	10	26.32	11	28.95	14	36.84	3	7.89	87	13.08	23	26.44	19	21.84	37	42.53	8	9.20
BP	22	5.29	7	31.82	9	40.91	5	22.73	1	4.55	69	10.38	25	36.23	22	31.88	11	15.94	11	15.94
AY·AZ	15	3.60	0	0	7	46.67	5	33.33	3	20	34	5.11	4	11.76	6	17.65	23	67.65	1	2.92
BY·BZ	55	13.22	28	50.91	14	25.45	6	10.91	7	12.73	67	10.08	39	58.21	18	26.87	7	10.45	3	4.48
X	77	18.51	17	22.08	17	22.08	35	45.45	8	10.39	203	30.53	45	22.17	37	18.23	107	52.71	14	6.90
合 計	416	100	95	22.84	111	26.68	156	37.5	54	12.98	665	100	178	26.77	147	22.10	298	44.8	42	6.32

×不満足 △どちらともいえない ○満足

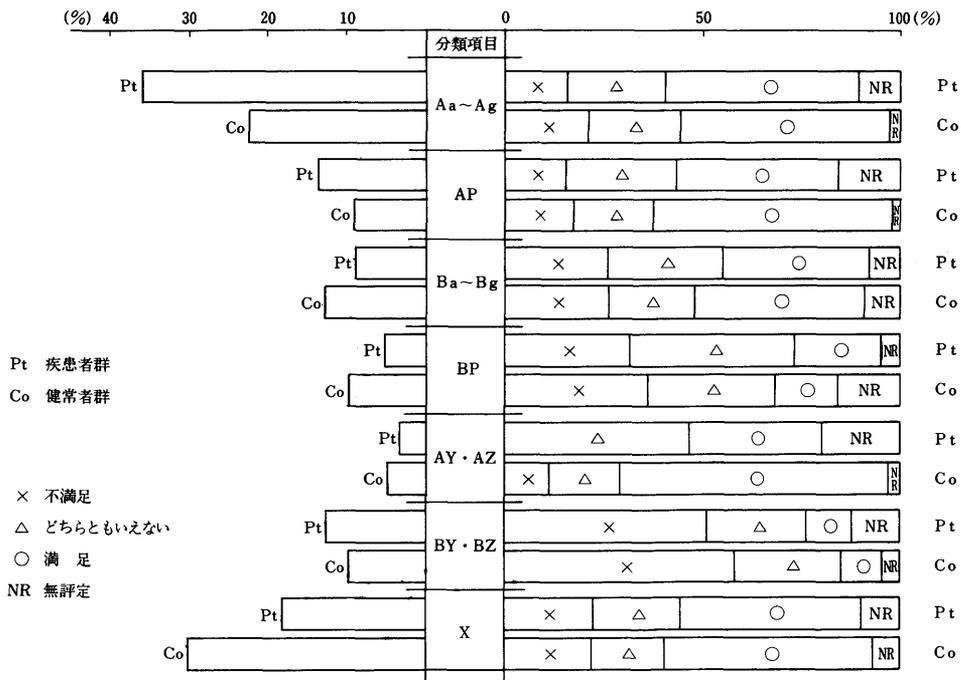


図4 A型傾向対非A型傾向別記述数と満足度(%)

BZが「反応性、感度」が高く、「おおまか、物事にこだわらない、気がきかない」などを含む項目であるAZの方が「反応性、感度」が低いと考えられる。

これらの分類に従って集計した結果は表9の通りである。結果を比較検討してみると、Ad~Ae, Af~Ag, AP, BZにおいては疾患患者群の方が健常者群よりも平均記述数が多く、特にAf~Agにおいては有意差がみられた。一方、Aa~Ac, Ba~Bc, Bd~Be, Bf~Bg, BP, AY, BYにおいては健常者群の方が平均記述数が多くっており、Ba~Bc, Bf~Bg, BP, AYにおいて疾患

者群との間に有意差が認められた。

次に各群における各局面の平均記述数をA項目とB項目とでそれぞれ比較してみると、両群ともに「活動性」「内面の堅固さ」「仕事の質」においてはA項目の平均記述数の方が多くなっている。一方、その他の局面、特に「情緒の安定性」および外界の「刺激に対する反応性または感度」に関しては、両群ともB項目の方が多く、この局面に関しては「感愛性が高く、情緒的安定性が低い」という自己観を持っている傾向がみられる。「対人関係」に関しては、疾患患者群ではAPの方が多く、

表9 パーソナリティ6局面別平均記述数と有意差検定

パーソナリティ局面		平均記述数		t又はWelch法による限界確率(P<の値)
		疾患者群	健常者群	
活動性	Aa~Ac	0.897	1.044	† 0.4914
	Ba~Bc	0.179	0.622	0.0049
内面の堅固さ	Ad~Ae	1.590	1.467	† 0.7265
	Bd~Be	0.667	1.022	† 0.1442
仕事の質	Af~Ag	1.410	0.867	† 0.0454
	Bf~Bg	0.128	0.378	0.0450
対人関係	AP	1.410	1.267	† 0.6399
	BP	0.564	1.533	0.0010
情緒の安定度	AY	0.308	0.600	0.0380
	BY	0.667	0.822	0.4809
刺激に対する反応性または感度	AZ	0.128	0.156	† 0.8021
	BZ	0.744	0.644	† 0.6550

(†印以外はWelch法による)

健常者群ではBPの方が多いという結果が得られた。結果I-2でもみられたように、疾患者群のみならず、健常者群においてもAa~Ac, Ad~Ae, Af~Agに関しては平均記述数がB項目よりも多くなっている。しかし、疾患者群では、Ad~Ae, Af~Agにおいて、よりその傾向が強いと言えよう。

健常者群との間に有意差が得られたものを考慮しながら疾患者群の特徴をまとめてみると、健常者群に比べて、「対人親和的であり、仕事の質が良好で、内面的堅固さも有している」といった傾向の自己観を持っていると推察される。

以上の結果Iを全体的にまとめると、疾患者において平均記述数は少ないが、記述された内容の実数においてはA型傾向を反映するものの方が非A型のものより多い。また、百分率においても健常者のプロフィールと比べてA型傾向の分類項目で右側に、非A型傾向の項目で左側に位置する、すなわちA型傾向が強い

表10 21分類項目の因子分析 回転後の因子負荷量(直交回転)バリマックス法

変数名(分類項目)	因子I	因子II	因子III	因子IV
Bd あきやすい・意志が弱い	0.5745	0.0064	-0.2398	-0.0375
BP 内気・無口・非社会的	0.5007	-0.1745	0.2319	0.2230
Bf だらしない・おっちょこちょい	0.4690	0.0698	-0.1629	-0.0633
BY 憂うつ・不満が多い・劣等感	0.4460	-0.0265	0.2186	0.0099
Bc 無気力・欲がない	0.3523	0.0124	0.2206	0.0907
Ba のんき・のんびり	0.3961	0.3902	0.0676	-0.0222
AY 明るい・自信がある・自制的	0.0510	0.5767	-0.0202	-0.0733
Ad 粘り強い・凝り性	-0.1073	0.5362	-0.0359	0.0819
AP 人情家・社交的	-0.0117	0.4460	0.3199	0.0954
Ac 意欲的・高水準で沢山行う	-0.1475	0.3880	0.0893	0.1108
Af 几帳面・慎重	0.0354	0.0134	0.5786	-0.0511
Ae 一本気・負けず嫌い	-0.0834	0.0820	0.4710	0.0132
Be 競争が嫌い・温和・協調的	0.0462	0.1324	0.4053	0.0563
Ag 責任感	-0.1948	-0.1818	0.3672	0.0763
Bb 家庭・趣味を中心	0.0437	-0.2094	0.0811	0.6220
X その他	-0.0052	0.2771	-0.0194	0.5816
Bg 無責任	0.0977	0.2595	-0.1758	0.3963
Aa 短気・せっかち	0.0863	-0.0347	0.0786	-0.2904
Ab 仕事中心・仕事熱心	-0.2369	0.0876	-0.0816	0.3080
AZ おおまか・物事にこだわらない	0.2625	-0.0156	-0.0876	-0.1443
BZ 神経質・細心・人を気にする	0.2690	-0.0118	0.2654	-0.2458
因子負荷量2乗和	1.5813	1.4127	1.3345	1.2518
寄与率(%)	7.5298	6.7273	6.3548	5.9610
累積寄与率(%)	7.5298	14.2571	20.6119	26.5729

表11 21分類項目の因子得点の平均値と有意差検定

因子	疾患者群		健常者群		t 又は Welch 法による限界確率 (P<の値)
	平均因子得点	SD	平均因子得点	SD	
因子 I	-0.320	0.642	0.277	0.913	0.0008
因子 II	-0.236	0.572	0.205	0.966	0.0117
因子 III	0.116	0.870	-0.101	0.781	† 0.2323
因子 IV	-0.240	0.491	0.208	0.986	0.0090

(†印以外はWelch法による)

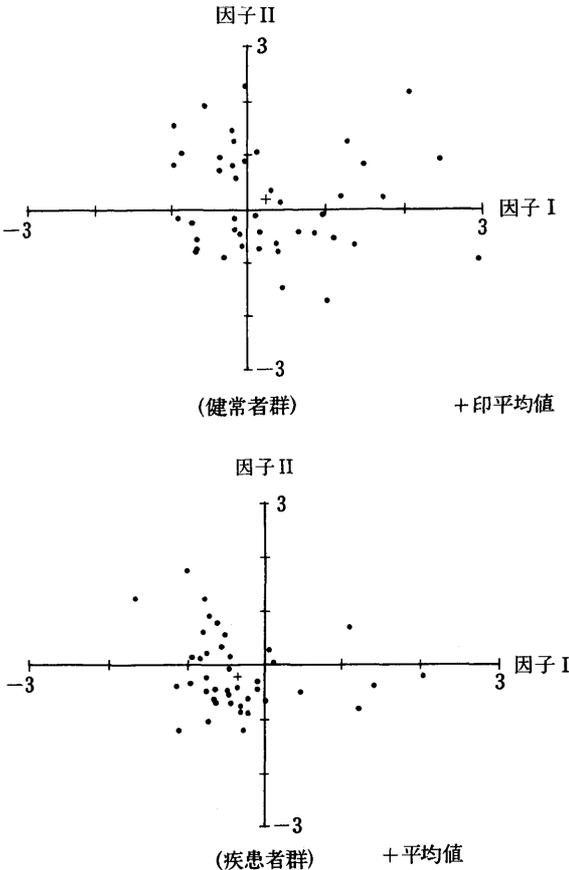


図5-a 21分類項目の因子分析における回転後の因子得点の分布 (因子 I, II)

特徴がみられる。しかも、そうした自分の傾向に対して少なくとも「不満足」ではない。パーソナリティ6局面からの分類結果からは、疾患者群は「対人親和的で内面的堅固さを有し、仕事の質も良好である」という傾向がみられた。

結果 II 因子分析

TST 反応の記述内容を分類し、それらの分類項目を因子分析することによって、潜在的構造を探る意義については「方法」で述べた。

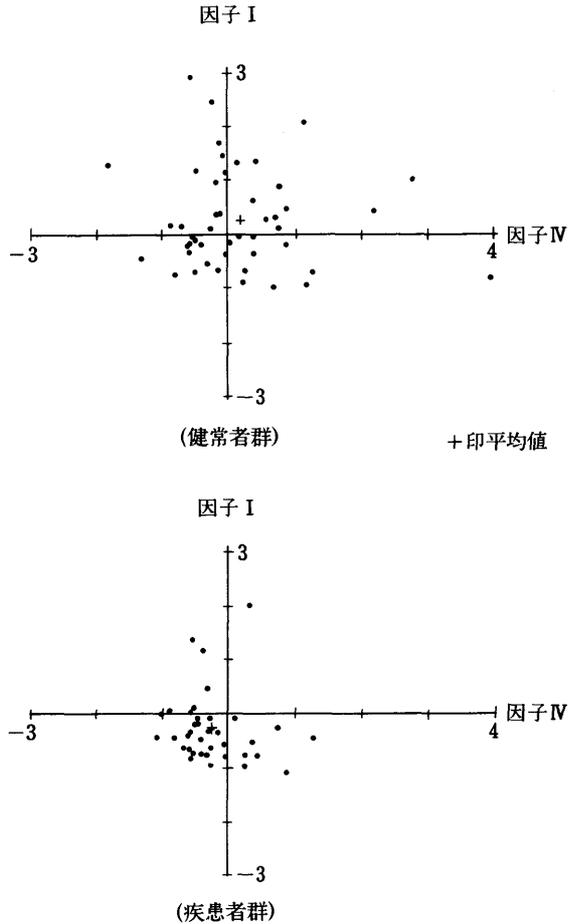


図5-b 21分類項目の因子分析における回転後の因子得点の分布 (因子 I, IV)

ここでは分類項目 21 個の場合と 67 個の場合のそれぞれについて、バリマックス法による因子分析を行った結果について述べる。21 分類項目の場合は 3 因子から 6 因子について (4 種類)、67 分類項目は 5 因子から 10 因子について (6 種類)、それぞれの場合の因子負荷量と因子得点を求めて検討した。TST 反応にあらわれる自己観の因子構造を探り、心筋梗塞患者の特徴を明らかにするという目的にとって、21 分類項目および 67 分類項目のいずれの因子分析の結果も確定的因子構造を得たとみならずには至らなかったが、ここでは変数(分類項目)の数からみて妥当とされる因子数、すなわち 21 変数では 4 因子 67 変数では 10 因子について、結果とその解釈を報告する。

ところで、得られた結果について心理的解釈を行うためには、各因子として列挙された項目群を、目的との関連でどのような視点から特徴づけるかが重要な問題となろう。すなわち、特徴を浮き彫りにするための

基準の設定そのものが、解釈を方向づけることになるからである。われわれの研究の目標の1つは、冠動脈疾患の発症に関与する心理的因子の解明にあり、今回は自己観を中心に、心筋梗塞患者の心理的特徴の探索をしている。そこで、ここでは、模索的に21分類項目の場合と67分類項目の場合に、それぞれ別の基準を設定して解釈を試みた。

因子の解釈と得点の比較

II-1 21分類項目の場合

21分類項目について因子分析を行ない、得られた結果は表10に示す通りである。因子負荷量の絶対値0.35以上の項目をもとに、結果I-4において試みた分類局面にそって各因子の特徴をみてみると、次のようになるであろう。

まず、因子Iは「活動性および内面的堅固さを欠き、仕事の質が粗く、対人関係は消極・回避的で、情緒の安定度が低い」という特徴が推察される。因子IIはこれとは対照的に、「活動性が高く、内面的堅固さもあり、対人親和的で、情緒が安定している。」という特徴とともに、「のんき」という特徴も有している。因子IIIは、「内面的堅固さ」、「仕事の質」の2つの分類局面に限定され、その特徴は、「内面的堅固さを有するが協調性も持ち合わせ、仕事の質が良い」となる。最後に、因子IVに関しては、性格、行動特性以外の記述を示す“X”が含まれることから、「自分自身をみつめることが比較的少なく、活動性が高くなく、仕事の質が粗い」といった特徴がみられる。

次に、それぞれの因子における疾患患者群と健常者群の因子得点の平均値を比較してみると、相反する傾向がみられた(表11)。まず、因子I、因子II、因子IVでは、健常者群の因子得点の方が正の値を示し、疾患患者群は負の値を示し両群間に有意差が認められた。一方、因子IIIでは疾患患者群の因子得点の方が正の値を示し、健常者群の方が負の値を示したが、有意差を認めるには至らなかった。因子I、因子II、因子IVにおける疾患患者群と健常者群の因子得点の分布の状況は、図5-a, bに示す通りである。この分布図より、これらの因子のいずれにおいても、疾患患者群の因子得点の平均値はマイナスの範囲に位置し、個々人の因子得点も平均値を中心として比較的限られた範囲に分布していることが判明した。

以上のことより、疾患患者群には、因子I、因子II、因子IVの特徴を否定する方向の性格・行動特徴がうかがわれ、しかも、個々人がかなり似かよった傾向を示し、群としてのまとまりがみられると言えよう。

因子分析の結果を結果Iとの関連で検討してみる

と、因子II、IIIは主に結果Iで述べられたA型傾向の性格・行動特徴の分類項目で構成されており、一方、因子I、IVは非A型傾向の分類項目で構成されている。

また、因子IIIは結果I-4で得られた疾患患者群の特徴、すなわち「内面的堅固さ、仕事の質の良さ」をその因子の構成要素として含むものであり、因子得点の平均値も健常者群と有意な差ではないが、疾患患者群の方が正の値を示している。

以上まとめると、21分類項目の因子分析からは、疾患患者群において、非A型傾向を主な構成要素とする因子に関しては、それを否定する特徴がみられ、しかも、疾患患者群は健常者群に比べて群としての同質性を持つという結果が得られた。

II-2 67分類項目の場合

67分類項目について因子分析を行い、得られた10因子について直交回転後の因子負荷量の絶対値が0.35以上の項目を各因子ごとに羅列すると表12の通りである。ここでは、21分類項目の因子分析の場合とは異なる角度から、すなわち第一には、「外界からの心理的刺激的受けやすさや受けとり方」(心理的ストレスとの関連を探るための一局面としての基準)に、第二には、「問題の処理における内面的バランス、外界とのバランスおよびそれらの調和のとり方」(広義のコーピングを反映する一側面としての基準)に、焦点をあてて各因子について特徴記述を試みた。さらに、各因子における疾患患者群と健常者群との因子得点の比較を行った(表13)。

因子Iは外界からの刺激に対して感度はあるらしい(Ao)が、自己中心的(Ae₅, Bo)内的バランスをとって(Bn, Ajk), 状況を押し切ってしまうような特徴とみられる。

因子IIは、外界との密接な接触をなるべく避けることによって(Bc₁, Be₂, Ae₄, Be₅, Aj)内外のバランスを維持するものとみなされよう。

因子IIIは、内面的バランスにおいても(Ak, Bjj, Bjl)外界とのかかわり方においても(Bs, Bq, Ah)調和に失敗しやすい特徴と考えられる。そしてそれらの背景としては、外界からの心理的刺激に対する内面的処理の不適切さが推定される因子である。

因子IVは、外界からの心理的刺激的受けとり方においても(Ap₃, Ba), 問題処理においても(Ba, Bd₁, Bg, Bf, および非Ae₁, 非Au), 10因子のうちで最も心理的ストレスを受けにくい特徴をもつ因子と言えよう。疾患患者群は、この因子得点が低く(-0.374), 健常者群(0.324)との間に、有意差(p=0.0009)があり、しかも他の9因子との比較においても最も強い有意の差を示して

表12 67分類項目の因子分析における因子負荷量0.35以上の項目

因子 I			因子 VI		
Bn	気分の浮沈は激しくない	0.8437	Ap1	人情家	0.6075
Ae5	自己主張が強い	0.8250	Ac2	活動家	0.5706
Bo	物事にこだわらない	0.7568	Bw	飲酒・喫煙なし	0.5132
Ao	神経質	0.6013	Ae2	負けず嫌い	0.4878
Ajk	明るい	0.5087	Aq	社交的	0.3802
因子 II			Ajj	決断力	0.3794
Bc1	消極的	0.6542	Ab	仕事熱心	0.3620
Be2	争いを好まない	0.6542	因子 VII		
Ae4	干渉されるのが嫌い	0.6323	Ajl	自信が強い	0.7556
Be5	自己主張しない	0.6270	Bp1	他人に無関心	0.7319
Aj	慎重	0.4961	Bf	だらしない	0.4815
Be1	人に左右されやすい	0.3730	Bq	内気・非社交的	0.4771
因子 III			Bv	体力がない	0.3838
Ak	くよくよする	0.6327	因子 VIII		
Bjj	優柔不断	0.5440	Br	わがまま	0.7213
Bjl	劣等感	0.4821	An	情緒不安定	0.6779
Bs	機転がきかない	0.43389	Ae3	気性が激しい	0.6427
Bq	内気 非社交	0.3943	Bj	おっちょこちょい	0.4690
Ah	出しゃばり	0.3833	Ah	出しゃばり	0.4579
因子 IV			Ap3	おひとよし	0.4070
Ba	のんき	0.5728	因子 IX		
Bd1	あきやすい	0.5474	Ai	完全主義	0.7323
Ap3	お人よし	0.4185	Ar	協調的	0.7012
Bg	無責任	0.4150	Af	几帳面	0.4713
Bf	だらしない	0.3873	Be3	温和・やさしい	0.4303
Ael	一本気	-0.4196	Bt	寛容	0.3683
Au	他人に迷惑かけたくない	-0.3674	Ag	責任感	0.3618
因子 V			因子 X		
Av	健康	0.6663	Bb	家庭・趣味が中心	0.5807
Ac1	意欲的	0.5838	Bh	無口	0.5090
Ad2	忍耐強い	0.5772	Bp3	甘言にのらない	0.5029
Al	自制的	0.4595			
Ap2	親切・思いやり	0.4581			
X	その他	0.3613			

表13 67分類項目の因子得点の平均値と有意差検定

因子	疾患 者 群		健 常 者 群		†又は Welch 法による限界確率 (P<の値)
	平均因子得点	S D	平均因子得点	S D	
因子 I	-0.135	0.565	0.117	1.247	0.2268
因子 II	-0.116	0.855	0.100	1.088	†0.3203
因子 III	0.076	0.734	-0.066	1.159	0.4967
因子 IV	-0.374	0.772	0.324	1.036	†0.0009
因子 V	-0.303	0.591	0.262	1.175	0.0060
因子 VI	0.059	0.796	-0.051	1.120	0.5992
因子 VII	-0.202	0.487	0.175	1.247	0.0670
因子 VIII	0.076	0.729	-0.066	1.169	0.4993
因子 IX	0.049	0.866	-0.042	1.088	†0.6748
因子 X	-0.100	0.925	0.086	1.018	†0.3864

(†印以外は Welch 法による)

いる。

因子Vは、内的・外的バランスをとりながら(Ad₂, Al, Ap₂, Av)問題を解決しようとする(Ac₁, Ad₂)特徴といえる。そして、これらの特徴の背景としての外界からの刺激への感受性は、過敏でも鈍感でもなく、普通程度とみなしてよからう。この因子において疾患 者群は、有意に因子得点が低い。

因子VIは、外界のものごと(Ab)や対人関係 (Ap₁, Aq)など種々の問題に立ち向かって解決をはかろう (Ac₂, Ae₂)とする特徴を示しており、外界からの心理的 刺激への感度は比較的高いことが推察され得る (Ap₁, Ae₂, Aq)。

因子VIIは、外界からの対人的刺激に対して感度が低く(Bp₁)、自己中心的に(Bp₁, Bf, Bq)自分の中でのみ調和をはかり満足している(Aj1)という特徴とみなすことができよう。疾患群(-0.202)は、健常者群(+0.175)より有意ではないが得点が低い傾向がある(p=0.0670)。

因子VIIIは、外界の状況に動かされやすく、(An, Ae₃, Bj, Ap₃)、内的・外的ともに、調和をとりにくく(Br, An)トラブルを引き起こしやすく(Ae₃, Bj, Ah)、それがまた自分にはねかえって悪循環に陥るというような特徴がうかがわれる。

因子IXは、他人とは調和的に(Ar, Be₃, Bt)自分には厳しく(Ai, Af, Ag)、内的・外的問題の処理において高い水準を望み(Ai, Af, Ag)これらのことから外界への感度は比較的高いという特徴を示す因子とみなされ得る。

因子Xは、困難な状況を引き起こす機会そのものを避けることによって(Bb, Bh, Bp₃)内的・外的調和を保とうとする特徴を示す因子と考えられる。

以上、多少の無理はあるが、外界とのかかわり方、問題の処理における内的・外的バランスのとり方などに焦点を合わせて、因子ごとの特徴の記述を試みた。ここで10個の因子にみられる特徴を全体的にまとめてみると、以下のことが言えよう。すなわち、外界からの心理的刺激に対する感度が比較的高いと考えられる因子(III, VI, VIII, IX)において、有意の差ではないが、疾患群はいずれも因子得点の平均値が正の値をとり、健常者群は負の値を示している。また、感度が低い(IV*, VII)、普通(I, V*)あるいは外界との密接な接触そのものを制限したり回避したりする(II, X)特徴をもつ因子においては、疾患群はすべてに負の平均得点を示し、健常者は正の値を示した。しかも因子IV, Vにおいては有意差(*印)がみられた。

問題の処理に関しては、種々な結果を示すが、少なくとも、困難な状況を避けて解決をはかるのではなく、真正面から受けて立って失敗(因子III, VIII)したり、立ち向かって解決しようとする(VI, IX)方向にある。要するに疾患群は、仮に設定した、いわゆる心理的ストレスとの関連でみると、受けとり方の感度が相対的に高く、問題の処理の仕方も回避的ではなく正面から取り組み、ストレスを受ける機会も多い。しかも処理の仕方が必ずしも良好ではなく、再び心理的ストレス状況に陥ることも多いというパターンが特徴として描かれ得る。

考 察

この論文は、次の4点において、独自で探索的な試

みであるため、それぞれの点について考察が必要となろう。すなわち、第1に心筋梗塞疾患者の心理的特徴を、行動レベルにおいてではなく疾患者の自己観という角度から明らかにしようとしたこと、第2にその自己観の査定の方法としてTST手法を採用したこと、第3にTST反応をA型傾向かどうかという基準において分類したこと、さらにその結果を因子分析法によって処理し解釈したことの4点において、新しい試みと言えよう。

第1点の心筋梗塞疾患者の自己観を把握することの意義については、目的の箇所で大略を述べたのでここでは省略し、第2点以降の問題について次の1~3に分けて考察を述べる。

1. 自己観把握の方法としてのTST手法

自己観の把握に際しては、その背景に極めて大きなテーマ、すなわち自己観の理解が共感的・了解的方法であるか説明的・因果的方法であるかという、アプローチそのものの問題が潜んでいるが、ここでは、この研究報告としては説明的方法において行うという指摘のみに留める。

まず、自己観把握の方法としてのTSTおよびその変形手法の特質について取りあげるが、今回の目的にとってこの手法が相対的に妥当な尺度であると判断した理由については、方法1に述べた。またTSTそのものの限界と効用については、従来いくつかの角度から述べられているので、ここでは今回の目的および結果との関連を中心に述べよう。

TST手法においては、20番までの空白に各自が自由に記入するので、被検査者の思い浮べる自分自身の特徴が、各々独自にしかもその人の言葉で表現される。したがって第1に、多肢選択法やQ-sort技法などの自己観査定の道具においても、またA型行動パターンの査定のための質問紙法や行動観察、動作性検査においても査定の道具を作成する時点ですでに研究者側に概念枠組が、明確にまたは暗々裡に設定されている。そして被検査者は、その枠組との照合において反応の有無とその程度という形で査定される。一方、TST手法においては、被検査者の反応に基づいて、検査者はテーマとの関連で自分が知りたい角度を設定しながら、反応の背後にあるいわば被検査者側の枠組みを見出し、それに合わせて被検査者を理解するという方法である。言い換えると、TST手法では、反応の枠組みを対象となっている被検査者の側に求めようとする研究枠組みを、検査者ないし研究者がもっているということになる。

第2に、TST手法においては、各人にとって意識化され概念化された特徴のみが言語表現されるのである

から表出された反応は確実にその人の自己観の中に存在するものと言える。また、自発的にその特徴が言語化された点からみて、20番までに表現されなかった他の自己観内容よりも、意識にのぼりやすいものとみなされ得る。この点に関する結果の解釈その他については、考察の3において述べる。

第3には、TSTを変形して、各記述側面への満足度の自己評定を求めたが、満足度を知ることにより、自己観の各側面に対するその人の意味づけの一端を捉えることが出来る。これは、いわゆる一般的・社会的基準からみた評価ではなく、その人自身の基準における評価を知ることになり、各人の内的世界に沿って自己観を把握しようとする際に、極めて有効な方法と言えよう。²²⁾²³⁾²⁸⁾

第4には、前述の第1と第2の点から派生する特質であるが、自己観査定他の方法においては予め研究者が考え及ばなかった諸側面や諸反応は、質問や評定の項目に取り上げられずデータから欠落するのに対し、TST手法においては、被検査者が意識化しているものであればそこに記述されるので自動的に網羅される。これは利点である。しかし、被検査者が明確に意識していない自己に関するイメージなどについては、投影法以外の自己観査定の方法においては、たとえ刺激語を与えられても評定において無視され、積極的な意味での特徴としては浮び上がらない。しかもTSTにおいては、刺激語そのものが無いので、明瞭に意識されていないものは被検査者が自己観として検討する機会さえない。この点は短所と言える。しかし見方を変えれば、刺激語に合わせて無理にあるいは受動的に自己観として報告される危険性がないので、長所とも言える。なお、われわれの研究全体としての心理検査バッテリーにおいては、無意識的自己イメージに相当するものの査定は主としてロールシャッハ・テストの一部に含めて行い、各心理検査で得られた局面を統合的に検討することにより、疾患者のパーソナリティ像の全体を把握しようとしている。

2. 施行方法および分析方法について

対象者については、今回集計整理を行った疾患者は、疾患診断名が確定していることや、原則として質問紙(PCL-R)やロールシャッハ・テストなどの心理的検査に関する資料が整っていることを重視しており、他のさまざまな影響因子、例えば、職業・地位・経済状況・学歴あるいは趣味などという多様な社会・文化的要因について、疾患者群と健常者群との間のマッチングを行って、その意味での対象者の斉一性は整っていない。また、生理的諸指標あるいは心筋梗塞の部位や重症度分類(たとえばKillip分類)などとのつき合わ

せも、今回は行っていない。将来対象者数が十分蓄積されれば、これらの諸要因を加味した整理が理想的であろう。また結果においてすでに述べたが、対象者の人数が基本的統計処理のための最小のサイズであり、且つサンプリングそのものも厳密な意味で母集団を代表するような方法をとっているわけではない。その上、今回の対象者において疾患者群と健常者群との間には、年齢に有意差がみられる($p=0.0069$)。しかし、この年齢の有意差が、今回の疾患者群と健常者群との比較を不可能にする程の、決定的な異質性を示しているとはみなさなかつた。なぜなら確かに、心筋梗塞は40才以上の中高年に発症率が高く、また、前述のRosenmanらの追跡研究(WCGS)では、A型行動パターンを示す男性が、B型行動パターンの者の6倍もの高率で発症しているのは、39才から49才の中年層においてであり、発症にかかわる年齢因子は無視できない要因である。しかし、従来の研究において、一般にA型行動傾向は30才から40才代の若年層の方でより強く、高年層では相対的に弱くなっていることが知られている。したがって疾患者群と同年齢の健常者群に推定されるA型行動傾向の得点よりわれわれの対象となった健常者群は相対的に高得点を示していることになる。そして、実際の結果においては、高得点であるはずの相対的若年層の健常者群より疾患者群がもっとA型傾向において高い得点を示していた。すなわち、もしも同年齢層の疾患者群と健常者群を比較すれば、今回の結果よりもその差はもっと大きくなることが十分に推定され、したがって今回の健常者群は統制群として十分使用できると判断された。

しかし何と言っても対象者の人数を増やす必要があり、取りあえず、因子分析の結果をよりよく検討するためには、基本的に同質とみなし得る対象者を200名確保することを目標にしたい。³⁴⁾

分析方法については、方法に述べた通りであるが、67分類項目から21分類項目への縮小に際して今回は論理的・経験的にみて同類とみなし得る項目群を集めて行ったが、反応の相互関連に着目した統計的手法による分類項目の縮小も可能である。また、今回は故意に無視したことの中に、1個の反応のもつ等価性が確保されていないという統計的には重要な問題点がある。しかしこれは、ある意味で質的データを量的処理において論じようとする際に、大なり小なり必然的に直面する矛盾とも言える。この論議と解決への試みは別の機会にゆずり、ここでは問題の指摘に留める。

3. 結果とその解釈について

結果I-1の総記述数における両群の差について考

察すると、疾患者が A 型行動パターンないし「積極・達成志向的」であるとすれば、¹⁶⁾与えられた TST 施行場面においても、より高い水準をめざして沢山記述することが予想される。ところが健常者群に比べて、記述数は有意に低い。これは病気に伴う体力や気力の低下によるのか、入院中という環境条件によるのか、あるいはまた、青年期と同様に、内省的傾向が記述数に対し阻害的に作用するためか、吟味が必要である。内省的傾向が記述数の低下を引き起こすという示唆²⁰⁾からみると、疾患者群においては、性格・行動傾向以外の記述(分類項目 X)が、健常者に比べて有意に少なく、且つ、全記述数の 90%以上が、自分の性格・行動傾向に関するもので占められていることから、より内面を振り返った記述をしていると言い得る。しかし、次にも述べるような、病気、入院という要因も重大からんでいる可能性がある。

次に、結果 I-2、すなわち記述内容を分類項目によって検討した結果をみると、疾患者群は、平均記述数が少ないにもかかわらず、内容的には、A 型傾向を示す分類項目に関して、記述実数の健常者との比較においても、疾患者内の A 型対非 A 型分類項目の実数の差においても、また、A 型対非 A 型分類項目の百分率の比較においても、一貫して高い値を示している。また上記のように性格・行動傾向以外の記述が、健常者と比べて有意に少ない。これらのことを、TST の方法としての特質と考え合わせると、疾患者たちは、日頃からあるいは少なくとも TST 施行時において、自分について性格・行動傾向の局面を多く認知していること、しかもその内容として A 型行動パターンを反映しているとみなされるものを、より多く自己観内容としてもっていることになる。このことをさらに考察してみると、疾患者は、病気の発症という危機的状況に遭遇したあとで、自分の生き方や性格傾向などについて内省的に吟味せざるを得ない心境にあった可能性や、あるいは、最近では素人向けの医学書にも A 型行動について触れられていることがあるため、A 型行動と対比させながら自分の傾向を意識する機会があったことなどが考えられる。しかしながら、今回対象となった主として 40 才以降の日本人男性は、健常者群においても A 型傾向の記述が、非 A 型傾向のものよりはるかに多く表出されている点を考え合わせると、むしろ両群とも、非 A 型傾向の性格・行動に関する概念はあまり持ち合わせていず、自分を A 型的な特徴において認知しているとみなす方が、妥当かもしれない。そして、目的の箇所ですべてのように、自己観はその人の行動の内的準拠枠として機能するので、²²⁾これらの両群の男性は、ひたすら自己観に沿って A 型の諸特徴のように行動し、その傾向が疾患者群において、健常者よ

り強いと解することもできる。

結果 I-3 の、各記述側面への満足度については、疾患者群も健常者群もともに A 型傾向の分類項目に対して、満足と評定する傾向がある。これには青木³⁵⁾³⁶⁾のいう一般的性格記述においては「社会的望ましき評定」が入り込みやすいという点からの吟味も必要であるが、われわれの前回得た結果では、¹⁶⁾疾患者群に A 型傾向項目への満足度が高いことになっており、取りあえず対象者数を増やすなどの検討が必要であろう。

次に、結果 I-4 で得られたことについては、心筋梗塞疾患者は「対人親和的で、内面的堅固さを有し、仕事の質も良好である」という特徴である。その内容と I-1 から I-3 までの結果を総合してみると、心筋梗塞疾患者は、責任感が強く、高い水準をめざして仕事に取り組み…という従来から言われている A 型行動パターンの傾向と同時に、日本人心筋梗塞疾患者の全般の特徴として、対人関係においても、人情厚く他人のめんどもよく見て、時には一本気な頑固さも示しながら、積極的に人とかかわっていくという姿が、浮き彫りになる。このことは、われわれが前回の論文で示した、心筋梗塞疾患者が、積極・達成志向的であるとともに積極・対人親和的であるという知見を支持し、再び強調する結果を得たことになる。そして以上のことをまとめて日本人心筋梗塞疾患者のこうした全体像の内面的特徴を、ここでは仮に「A¹I 型」とでも名づけておこう。すなわち、A 型傾向とともに「アイ (I) 型」の傾向 (interpersonal-relationship および intimacy の頭文字、愛情のアイであり、序でに infarction の頭文字も兼ねて) を合わせ持つという意味においての命名である。なお、この特徴について、たまたま話しをする機会があった日本の心臓専門医たちも、普段から疾患者に接していて、なる程確かにそんな感じがしていたと評するのである。しかしまた、米国人心筋梗塞疾患者が A 型で、日本人のそれが AI 型なのか、それとも日米の心筋梗塞疾患者がともに、AI 型なのかについては、米国人心筋梗塞疾患者を TST で査定した研究がないので厳密な意味では明確に断言できる段階ではない。したがって、日本人を対象とした研究結果の信頼性を高めるための努力とともに、今回と同一方法によって、米国人心筋梗塞疾患者のデータを収集し分析してみる必要がある。しかし、この点に関しては、言語差 (20 答に自由に記入するので多様な表現がなされ、母国語においてさえ難しい) がある上に、社会・文化的差異を考慮しながら内容を読み取り、米国人に合わせて分類・集計・分析・解釈を行なう必要があるので、理想的には、各々の言葉を母国語とする人々の、比較文化的研究法の土台に立った共同研究が望ましい領域であろう。

なお、血圧・血液や尿中の化学物質・食生活習慣などの身体的ないし生理的危険因子における日米比較は、1977年にすでに東京とニューヨーク市の電々公社(NTTとAT&T)の管理職者を対象とした研究が発表されている。³⁷⁾また、最近の米国の研究動向の一つには、例えばMMPIの敵意(hostility)尺度に着目したものの³⁸⁾など、A型行動パターン全般についてよりも、その中のある特性が発症と相関が高いのではないかという方向への発展がある。しかし、文化や社会構造が異なれば、ある性格・行動傾向がもつ、社会にとっての、あるいは個人にとっての、意味内容にはおのずから違いが生ずる。³⁹⁾たとえば、A型行動パターンの中の敵意とか攻撃(aggression)という特性が問題にされる場合、自己主張を積極的に(aggressive)に行うことを是とする米国の文化と、控えめに行動しお互いに察し合って和合することを良しとしてきた日本文化においては、それらの特徴のもつ辞書的・心理的意味内容そのものが異なることになる。そして、上述のTST反応の日米比較においても、厳密な意味ではこうしたことが常に考慮を払うべき大きな問題となるのである。

一方また、A型傾向の諸特徴のもつ意味が、社会や文化によって異なるとすれば、のちにも考察するが、A型傾向を示す個人が受ける心理的ストレスにも、さまざまな違いがあるにちがいない。

このように、結果Iを見てきただけでも、冠状動脈疾患者の心理的特質を理解するには、その人の住む環境の社会的・文化的要因のさまざまな絡み合いを視野に入れて検討する必要が生ずる。

結果IIでは、因子分析を行ない、その解釈を模索的に2種類試みた。

21分類項目の場合、分析を行った3因子から6因子までのいずれの結果においても共通していることは、疾患者群が、非A型傾向の特徴をもつ因子にたいして、負の因子得点をもつという点であった。ここで取り上げた4因子の場合も(結果II-1)、因子Iと因子IVが、非A型傾向の特徴をもち、それらに対して疾患者群の因子得点は有意に低い。しかし、因子IIおよびIIIは、A型行動パターンを反映しているとみなされる特徴をもつ因子であるが、因子IIIにおいて疾患者群と健常者群との間に有意差はなかった($p < 0.232$)。その点とはともかくとしても、因子IIにおいて、疾患者群の得点が有意に低かったことについては、どう説明をつけるべきであろうか。これら因子IIおよびIIIの各因子に含まれる非A型傾向(のんき、競争がきらい、温和)などによる、すなわち因子の構成要素の組み合わせによるものか、分類項目の設定の仕方の問題、たとえば、対象群全体がA型的傾向をもつのであればA型傾向

の中をさらに強弱に分けるべきであるか、あるいはまた、対象者や標本数の問題であったのか不明であり、今後の吟味が必要である。

結果II-2に示した67分類項目の因子分析では、模索的に2つの基準、すなわち外界からの心理的刺激的受け易さ・受けとり方と問題処理における内面的および対外的バランスのとり方を基準として設定し解釈を試みた。これらの基準が妥当であるとの保証はないが、疾患者群が、刺激への感度が高いとみなされる因子において、健常者群より相対的に高い因子得点を有し、感度が低いあるいは普通、また回避的な方向の特徴においては、因子得点が一貫して低く、しかも有意差を示す因子が多いことから考えると、設定された基準は、心理的ストレスや疾患の発症との関連はこの段階で明らかにならないとしても、心筋梗塞疾患者群に共通にみられる何らかの特徴を識別していることにはなろう。

また、今回基準の一つとして、外界からの心理的刺激的への感度を取りあげたが、次のような2つの観点から見直すと、内面的刺激への感度、すなわち、個人の内部に生ずるさまざまな、有機体としての刺激や体験を、その人がどう感知し処理していくか、その様式や程度という基準からの検討も有効かつ必要ではないだろうか。すなわち、それらの観点とは、第1には、目的の箇所においても触れた有機体の体験とその覚知および自己意識への組み込みの問題であり、²³⁾²⁴⁾また同時に、第2には、自律神経を介して行われる心身の相互作用の問題である。これらの観点のうち、主として身体的・生理的側面を中心とした自己内刺激の感知については、すでに不安管理および心臓ストレスマネジメント技法において⁴⁰⁾それらの技法の基本として活用されている。

こうした心身の相互作用という角度からは、心身医学の種々の研究において、カテコールアミンが損傷物質として機能すること、敵意や攻撃という感情がカテコールアミンの分泌と深く関連していること等がすでに見出されており、最近の研究の中には、 β -blockerの投与が、心筋梗塞の再発の頻度を下げるという知見もある。¹³⁾そもそも、ストレス学説の創始者であるSelye, H.自身が、一医学者の個人的見解として、ストレスから身を守るには、人間関係においては「感謝」という感情状態が有効であると述べている。⁴²⁾このことと照らして考えても、感情と損傷物質の分泌との関連、そして疾患の発症との関係を明らかにすることは重要な課題である。そしてまた、当然のことながら、心筋梗塞の発症には、遺伝的・体質的な素因が関与すると考えられるし、この素質とその後の環境との相互作用により、生理-心理的な刺激の感受性や易損性(vulnerabil-

ity)にはかなりの幅で個人差があるとみられる。したがって、この角度からのアプローチは、心理・生理的諸要因が相互不可分に、しかも複雑に絡み合う問題領域でもある。そして、性格・行動傾向の理解においても、こうした生理的ないし心理・生理的要因との関連を吟味することが、さきに述べた社会・文化的要因の検討とともに重要である。

最後に、今回の諸結果を踏まえて、行動パターン改変にかかわる心理的問題を考察してみたい。少なくとも今回の対象者は全般的に、A型行動パターンを反映した性格・行動傾向とみなし得る自己観をもつ人々が多く、それらの諸特徴に対して満足ないし不満足ではないという評定を下す傾向がある。もしも日本人のこれらの年齢層の男性において、A型傾向の自己認知が多く、それに対して満足しているとすれば、A型行動の改変をめざす種々のアプローチにおいて留意すべき点が2つあろう。

第1には、その社会ないし集団が、全般的にA型傾向の特徴をもつとすれば、その中でそれとは逆の傾向、すなわち非A型的な行動をとることや、そのような自己観を抱えていることは、社会的に摩擦を生じたり、自分の中で葛藤や疎外感を感じたりして、かえって心理的ストレスを引き起こしたり増大させたりする可能性があるということである。

第2には、A型傾向の諸特徴をもつと自分を認知し、そのことに満足している人々にとって、A型傾向でない行動へと自分を変えることは、少なくともその人の意識においては、満足でないあるいは不満足な方向へと自分を改変しようとするることになり、心理的に難しい作業になる。人々は現在満足している自分のあり方に固執しようとするであろうし、また、自から変えようとするのでなければ、改変プログラムは、心理的負担になるばかりで、かえってストレス生成的にもなり得る。そして行動の上でもA型であるとすれば、その人々は改変そのものをやめようとする、あるいは最初から受けつけようとしないうであろう。一方、行動改変プログラムの研究者である Suinn, R. M.も指摘するように、⁷⁾もしもA型行動の人が、改変の必要性を納得してプログラムに参加するならば、熱心に高い水準で達成しようとすることになる。したがってA型傾向をもつ人々に対しては、特に動機づけの問題が重要になる。この点を、われわれの観点から言うならば、⁴³⁾本人が自分自身に対して行う「意味づけ」が、大切な鍵になるであろう。すなわち、自分の性格・行動傾向やその改変について、その人がどう感じ、それをどのように受けとめ、終局的には、自分が、心身の健康をも含めて全体的生き方として、どのようにありたいと思っているのかということである。したがって、

こうした視点から疾患を理解し、行動の改変あるいは改変しないことをも含めて、この問題に取り組むことが必要となろう。

要 約

Friedman, M.と Rosenman, R.H.により、冠状動脈の心疾患の発症に「A型行動パターン」が心理・社会的危険因子として関与することが指摘されて以来、冠状動脈疾患者に独自で特徴的な行動傾向があることが注目されている。

本研究は、冠状動脈疾患者のうち、特にCAGにより疾患診断が確定された心筋梗塞疾患者を対象として、その自己観を、修正二十答法(TST)を用いて検討した。TSTに記述された各被験者の反応は、A型行動パターンとその反対の行動傾向を含むパーソナリティ特性の諸側面との照合において作成された分類項目に沿って集計された。すなわち、まず67項目に分類され、つぎに21項目にまとめられた。対象者は心筋梗塞疾患患者39名および健常者45名のいずれも男性である。

結果は平均記述数では心筋梗塞疾患患者群が健常者群よりも少ないが、心筋梗塞疾患患者群の場合、記述内容のほとんどが性格傾向や態度に関するものであり、しかもA型行動パターンに関連したものが50.2%を占めていた。このことから、実際の行動のみならず、自己観においても、心筋梗塞疾患患者群はA型傾向を持っていることが示唆された。さらに、前回のわれわれの報告で、日本人の心筋梗塞疾患患者の場合、積極・対人親和傾向があることが推察されていたが、今回の結果からもそれが明確となり、このタイプを「AI型」と名づけた(Iはinterpersonal-relationshipおよびintimacyの頭文字を意味する。)

さらに、バリマックス法による因子分析を行なった。その結果は、67分類項目については10因子、21分類項目については4因子の場合を取り上げ解釈を試みた。いずれも疾患患者群のみに特有な因子を確定するには至らなかったが、各因子得点について、疾患患者群と健常者群それぞれの平均値を比較すると、いくつかの特徴がみられた。すなわち、21項目に関しては4因子中2因子が非A型行動パターンの項目から成り立っているものであるが、これらの2因子に関して、疾患患者群は負の因子得点平均値を示した。一方67分類項目に関しては、外界からの心理的刺激に対する感度が比較的高いと考えられる因子において、疾患患者群は有意の差ではないがいずれも因子得点平均値が正の値をとり、健常者群が負の値を示した。逆に感度が低い因子においては疾患患者群が負の値を示した。また問題の処理に関しては問題に正面から取り組む姿勢のみられるもの、あるいは取り組みながらも失敗すると解釈され

る因子において疾患患者群は因子得点平均値が正の値を示した。すなわち、疾患患者群では心理的ストレスとの関連では外界刺激への感度が相対的に高く、問題へ正面から取り組むが処理の仕方が必ずしも良好ではなく、心理的ストレス状態に陥りがちであるという結果が得られた。

謝 辞

この研究の準備と遂行およびまとめの段階において、次のような多くの方々の御協力を得ました。まず、

研究の対象者に、今回の分析の対象から除外された方々をも含めて、多大の御協力を戴きました。また、東京女子医科大学日本心臓血圧研究所の医療・看護スタッフの方々からはもちろん、共同研究者の1人の木村に、研究の便宜を与えて下さいました前任校の昭和女子大学をはじめ、聖路加看護大学の皆様からもさまざまな御援助を頂戴しました。そして統計的処理の段階においては、聖路加看護大学高木廣文助教授から御助言御示唆を戴きました。

ここに記して、心からの謝意を表します。

参考文献

1. Rosenman, R. H., Friedman, M. et. al. A Predictive Study of Coronary Heart Disease. JAMA, 189 No. 1 p 103-110, 1964.
2. Friedman, M. Pathogenesis of Coronary Artery Disease. McGraw-Hill, 1969.
3. Rosenman, R.H. et. al. Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study.— Final Follow-up Experience of 8 1/2 years. JAMA, 233 No.8 p 872-877, 1975.
4. Haynes, S. G. et. al. The Relationship of Psychosocial Factors to Coronary Heart Disease in the Framingham Study. American J. of Epidemiology, vol.111 No.1, 1980.
5. Dembroski, T. M., Weiss, S. M. et. al. (ed.) Coronary Prone Behavior, Springer-Verlag, 1978.
6. Dembroski, T. M. & MacDougall, J. M. Coronary-Prone Behavior, Social Psychophysiology, and Coronary Heart Disease. In Social Psychology and Behavioral Medicine (Eiser, J. R. ed.), John Wiley & Sons, 1982.
7. Suinn, R. M. Type A Behavior Pattern. In Behavioral Approaches to Medical Treatment. (Williams, R. B. Jr. and Gentry, W. D. ed.). Ballinger Publishing Co., 1977. 日野原重明監訳 新しい治療法としての行動医学 医学書院 1981 第5章 A型行動パターン(木村・篠田訳)
8. Jenkins, C. D. Psychologic and Social Precursors of Coronary Disease. New England J. of Medicine, vol. 284 No.6, 1971.
9. Jenkins, C. D. Rosenman, R. H., Friedman, M. Development of an Objective Psychological Test for the Determination of the Coronary-prone Behavior Pattern in Employed Men. J. of Chron. Dis. vol.20 p 371-379, 1967.
10. Jenkins, C. D., Zizanski, S. J. and Rosenman, R. H. Progress toward Validation of a Computer-Scored Test for the Type A Coronary-Prone Behavior Pattern. Psychosomatic Medicine, vol.33 No.3 p 193-202 1971.
11. Jenkins, C. D. A Comparative Review of the Interview and Questionnaire Methods in the Assessment of the Coronary-prone Behavior Pattern. In Coronary Prone Behavior (ibid 5)
12. Bortner, R. W. and Rosenman, R. H. The Measurement of Pattern A Behavior. J. of Chron. Dis. vol. 2 p 525-533, 1967.
13. Bass, C. Type A Behavior: Recent Developments. J. of Psychosomatic Research, vol.28 No.5 p 371-378, 1984.
14. 長谷川浩, 木村登紀子, 関口守衛 冠状動脈疾患者の人格特性 I 第21回日本心身医学会総会 発表抄録 1980
白崎けい子, 長谷川浩, 木村登紀子, 関口守衛
同上II 第26回日本心身医学会総会発表抄録 1985
15. 長谷川浩, 木村登紀子, 関口守衛 冠状動脈疾患者のパーソナリティ特性第1報, 第2報 東北心理学会第33, 34回大会 1979, 1980
および 白崎けい子を加えた第3報, 第4報 東北心理学会第36, 38回大会 1982, 1984
16. 長谷川浩, 木村登紀子, 関口守衛, 中島由美子 冠状動脈疾患者のパーソナリティ特性 日本医事新報 No.2993, 1981
17. 五島雄一郎らによる一連の研究 A型行動パターンと虚血性心疾患——質問紙の作成(保坂隆他), 他のcoronary risk factorとの関係(大枝泰彰他), 冠動脈所見における検討(田川隆他)
心身医学研究 vol.24 No.1.2.3, 1984
18. 杉田敬, 鈴木仁一他 CHD予測のための日本版 JAS

- (Jenkins Activity Survey)の作成(1) 第23回日本心身医学総会発表抄録 1982 杉田敬, 鈴木仁一他
日本語版JASの基礎的検討 第24回日本心身医学総会発表抄録 1983
19. 北村晴朗 新版 自我の心理 誠信書房, 1977
 20. Mead, G. H. Mind, Self and Society 1947. 稲葉三千男他訳 精神・自我・社会 青木書店, 1973
 21. 梶田毅一 自己意識の心理学 東大出版会, 1980
 22. Combs, A. W. and Snygg, D. Individual Behavior — A perceptual Approach to Behavior — New York Harper, 1959, 友田不二男編 手塚郁恵訳 人間の行動 上, 下 岩崎学術出版社, 1970
 23. Rogers, C. R. A Current View of Client-Centered Therapy, 友田不二男編 サイコセラピー 岩崎学術出版社, 1966
 24. Rogers, C. R. Becoming A Person, 村山正治訳 人間論 岩崎学術出版社, 1979
 25. Rogers, C. R. Theory of Personality and Therapy, 伊東博編訳 パースナリティ理論 岩崎学術出版社, 1966
 26. Kuhn, M. H. and McPartland, T. S. An Empirical Investigation of Self-attitudes. Amer. Sociol. Rev. vol.19 p 69-76, 1954.
 27. 菊池登紀子 女子大学生の自己観 修紅短期大学紀要 vol.1 No.1, 1968 a.
 28. Kikuchi, T. Studies on the Development of the Self-concept (I), Tohoku Psychologica Folia, vol. 27 p 23-31, 1968 b.
 29. 菊池登紀子 青年期における自己観[I]——私立女子校生における発達の様相——岩手大学教育学部研究年報 第30巻 1970
 30. Kikuchi, T. (married name Kimura, T.) Studies on the Development of the Self-concept (II), Tohoku Psychologica Folia, vol. 31, 1972.
 31. Spitzer, S., Couch, C. and Stratton, J. The Assessment of the Self. Escort Sernoll, Inc. 1971.
 32. 上野轟 相手の身になって考える 有斐閣 1981
 33. 星野命 二十答法 詫摩武俊監修 性格の理解と把握 (パッケージ・性格の心理第6巻) プレーン出版, 1986
 34. 柳井晴夫, 高木廣文編著 多変量解析ハンドブック 現代数学社, 1986
 35. 青木孝悦 性格表現用語の心理・辞典的研究——455語の選択, 分類および望ましき評定, 心理学研究 vol.42 No.1 1971.
 36. 青木孝悦 性格表現用語における個人的望ましきの因子分析的研究 心理学研究 vol.42 No.2 1971.
 37. Sakai, Y., Comstock, G. W. et. al. Cardiovascular Risk Factors Among Japanese and American Telephone Executives. International J. of Epidemiology, vol. 6 No.1 p 7-15, 1977.
 38. Surwit, R. S. and Williams, R. B. Jr. Behavioral Approaches to Cardiovascular Disease. Academic Press. 1982.
 39. 松島たつ子, Williams, R.B.Jr.他 冠動脈性心疾患における行動型A, および敵意評価の検討 心身医学研究 vol. 23. No4, p 321-328, 1983.
 40. Suinn, R. M. and Bloom, L. J. Anxiety Management Training for Pattern A Behavior. Behavioral Medicine vol.1 No.1, 1978.
 41. Suinn, R. M. The Cardiac Stress Management Program for Type A Patients. Cardiac Rehabilitation. vol.5 No.4 p 13-15, 1975.
 42. セリエ, H. 杉靖三郎他訳 現代生活とストレス 法政大学出版局, 1974
 43. 木村登紀子 「性格」および「性格理解」とは 看護 32巻 11号, p 36-47, 1980
 44. 木村登紀子 「生きる場」としての病院 病院第46巻 第1号 p 32-34, 1987
(聖路加看護大学紀要 昭和62年7月7日受理)

The Self-Concept of Coronary Heart Disease Patients [I]

—Assessment of Myocardial Infarction Patients by Modified Twenty-Statements-Test (TST) and Factor Analysis Study—

Tokiko Kimura, Keiko Shirasaki,
Hiroshi Hasegawa and Morie Sekiguchi

Since Friedman, M. and Rosenman, R. H. reported the Type A behavior pattern with reference to coronary heart disease in the 1960 s, it has been discussed as the characteristic behavior pattern of coronary patients.

This is a study of the self-concept of myocardial infarction patients (MI patients) from the viewpoint of the Type A behavior pattern and other personality characteristics. The self-concept of MI patients was investigated by using a modified form of the Twenty-Statements-Test. The statements made by the subjects were listed into 67 items at the first stage, which were then grouped into 21 categories, including Type A categories. Thirty-nine male MI patients were compared with 45 healthy male subjects.

The results were as follows: The total number of statements of the MI patients was smaller than that of the control subjects. But most of the MI patients' statements were about their "character, tendencies and attitude", and the number of Type A categories among the statements was 50.2 percent. This means that MI patients have a Type A tendency in their self-concept as well as in their behavior. Moreover, the Type A tendency in Japanese MI patients was characterized as achievement-oriented and intimacy-seeking, which we named "Type AI" personality (I=intimacy-seeking).

Statistically, factor analysis using 10 factors and 4 factors for the 67 items and 21 categories, respectively, revealed that no particular factor was characteristic for MI patients. But the factor-scores of 2 factors containing non-Type A behavior in 21 categories, were negative. The MI patients' factor-scores using 10 factors were consistently positive to those factors interpreted as showing sensitivity to psychological stimuli from the outer world, and lack of skill in coping with problems.