

博士論文

月経随伴症状に関する臨床心理学的研究
—マインドフルネスを用いたアプローチの可能性—

稻吉玲美

はじめに

生物の行動・生理学的過程，たとえば体温やホルモン分泌などの機能は，一定のリズムをもって成立している。このような規則的なリズムをサーカディアン（概日リズム）とよぶ。生物は，地球の自転に同調するように，体内環境を変化させて 24 時間周期を繰り返している。長時間労働や交替勤務など，社会的活動とサーカディアンの不一致が心身の不調をもたらすことは，誰にとっても自明のことといえよう。

女性はもうひとつ，特有のバイオリズムを持つ。それが，月経周期である。月経周期とは，月経開始日から次の月経の前日までの 25~38 日の周期のことを指し，2 つの女性ホルモン（エストロゲンとプロゲステロン）の相互作用によって調節されている。この女性ホルモンのバランスの変化によって，さまざまな身体的・精神的症状が発現する。この症状を月経随伴症状とよぶ。

「月経」の捉えられ方について歴史を遡ってみると，古事記では，月経は女性の成熟であり，妊娠可能な体として喜ばれている。それが，平安時代には鎮護国家による女性抑圧システムのイデオロギー〈血穢〉として，「富国強兵」を掲げた明治時代には優秀な子を多産する良妻賢母の育成と貧困差別の助長，「産めよ殖やせよ」の昭和戦前には，すべての女性に対する労働と出産の両立の必要性から労働者の〈母性保護〉主張といったように（田中，2013），女性と月経は，常に政治や社会からの要請を受けてきた。

そして，「女性の社会進出」「少子化対策」を課題とする現代，女性に対する政府の要請はさらに高度化し，そのなかで，月経随伴症状は，社会経済的には「損失」，医学的には「疾患」として扱われる。こうした外的環境下で，女性は自身のサイクルを無視せざるを得ない状況にある。それどころか，本来は健康な体の象徴であるはずの月経を，それに随伴する症状と社会からの要請との不一致のために，女性自らが疑いもなく忌むべき「問題」として捉えていることに，筆者は疑問を感じる。

本研究では，こうした現代女性の苦悩を心理学の立場から捉え直し，症状を限局的に捉えるのではなく，初経から閉経までの約 40 年間，女性の人生に常に伴う「月経周期」という観点を重視した支援のあり方を模索したい。

また、筆者は博士課程教育リーディングプログラムである「東京大学ソーシャル ICT グローバル・クリエイティブリーダー育成プログラム（以下、GCL）」に所属している。プログラミング技術の発展・普及により、誰もが手軽にアプリケーションの開発に携わることができるようになった現代、社会科学の分野においても課題へのアプローチ方法として情報通信技術（Information and Communication Technology：以下、ICT）の活用を積極的に検討することが重要であると、筆者は考える。月経随伴症状に対するアプローチ方法のひとつとして ICT の利用可能性に着目することで、現代女性のライフスタイルに根付いた具体的かつ実現可能な支援のあり方を検討することができると考えられる。

筆者は、GCL のカリキュラムの一環である「グローバルデザインワークショップ（以下、GDWS）」を実施し、その中で月経随伴症状にまつわる課題に対する ICT を用いたアプローチの方法について検討を行った。本論文では、付録（補足資料）においてこのワークショップの成果について考察を行うことにより、現代女性の心身の健康に資する知見を得たいと思う。

目次

はじめに	3
目次	5
第 1 部 問題提起	9
第 1 章 「月経随伴症状」とは	11
1.1 月経随伴症状の定義および症状に対する医学的治療	11
1.2 社会的問題としての月経随伴症状とその対策	17
1.3 月経随伴症状に対する心理学的視点の重要性	20
第 2 章 月経随伴症状に関する心理的観点からの研究の概観	23
2.1 心理的関連要因に関する研究	23
2.2 心理的介入に関する研究	26
第 3 章 月経随伴症状に関する臨床心理学研究の課題と 本論文の目的	30
3.1 月経随伴症状に関する臨床心理学研究の課題	30
3.2 本論文の目的	33
3.3 本論文の構成	35
第 2 部 月経随伴症状による心理的苦痛とは何か	38
第 4 章 【研究 1】月経前症状の医学的評価と心理社会的影響との 関連の検討	39
4.1 問題と目的	39
4.2 方法	39
4.3 結果	42
4.4 考察	44

第 5 章	【研究 2】月経随伴症状による心理的苦痛の構造および メカニズムの検討	49
5.1	問題と目的	49
5.2	方法	49
5.3	結果と考察	52
5.4	総合考察	58
第 6 章	【研究 3】月経随伴症状負担感と困難体験および自己嫌悪感との 関連の検討	62
6.1	【研究 3-1】月経随伴症状負担感尺度の作成	64
6.1.1	問題と目的	64
6.1.2	方法	65
6.1.3	結果	67
6.1.4	考察	72
6.2	【研究 3-2】月経随伴症状負担感と困難体験および 自己嫌悪感との関連	74
6.2.1	問題と目的	74
6.2.2	方法	75
6.2.3	結果	76
6.2.4	考察	79
6.3	【研究 3】まとめ	80
第 3 部	月経随伴症状による心理的苦痛に対する心理的アプローチの 検討	82
第 7 章	マインドフルネスと月経随伴症状による「心理的苦痛」との関連 に関する考察	85
7.1	マインドフルネスとは	85
7.2	マインドフルネスと月経随伴症状による心理的苦痛との 関連	90
7.3	MBPs の月経随伴症状による心理的苦痛への有効可能性	95

第 8 章	月経随伴症状に対するマインドフルネスを用いたアプローチの適用に関する理論的手続き	97
8.1	MBPs を特定の問題に適用する際の理論的手続き	98
8.2	マッピング・モデル 1 月経随伴症状による心理的苦痛のスパイラルモデル	102
8.3	第 9 章に向けて	104
第 9 章	【研究 4】月経随伴症状負担感とマインドフルネスとの関連に関する検討	106
9.1	【研究 4-1】月経随伴症状負担感に影響を与える要因に関する検討	107
9.1.1	問題と目的	107
9.1.2	方法	107
9.1.3	結果	108
9.1.4	考察	111
9.2	【研究 4-2】マインドフルネス特性の要素間の関連が月経随伴症状負担感に与える影響に関する検討	113
9.2.1	問題と目的	113
9.2.2	方法	114
9.2.3	結果	114
9.2.4	考察	116
9.3	【研究 4】まとめ	117
第 10 章	【研究 5】マインドフルネス実践が月経随伴症状の主観的体験に与える影響に関する検討	119
10.1	問題と目的	119
10.2	方法	119
10.3	結果と考察	124
10.4	総合考察	133

10.5	マッピング・モデル2 マインドフルネスによる月経随伴症状 への意識の変容プロセス	139
第4部	総合的な考察	141
第11章	本論文の成果	142
11.1	第2部まとめ	142
11.2	第3部まとめ	143
11.3	月経随伴症状に対するマインドフルネス・アプローチの 理論的検討	145
11.4	Bio-psycho-social モデルに基づく臨床心理学的支援のあり方	149
第12章	本論文の意義と課題	153
12.1	本論文の臨床心理学的意義	153
12.2	本論文の限界と今後の展望	157
文献		162
付録（補足資料）		178
	補足資料1 FFMQの高次2因子モデルの適合度の検討（研究4）	178
	補足資料2 グローバルデザインワークショップ（GDWS）： Make Space –マインドフルネスを用いた月経随伴症状低減 プログラム開発ワークショップ–	179
謝辞		196

第 1 部 問題提起

2013 年、わが国は政治的戦略の中核のひとつとして「女性が輝く日本」を提唱した（平成 25 年 4 月 19 日 安倍総理「成長戦略スピーチ」より）。これには、人口減少社会・労働人口の減少という日本の現状を受け、女性の社会進出を促すことで人材資源を活性化する、という意図がうかがえる。現在わが国では、勤労者の 40%以上が女性である。女性の大学進学率は男性とほぼ同率であり、女性にも学び得た知識・専門技術や取得した資格を社会へ還元することが求められている（独立行政法人労働者健康福祉機構，2015）。さらに国は、単に女性の労働人口を増やすだけでなく、「社会のあらゆる分野で 2020 年までに指導的地位に女性が占める割合を 30%以上とする」という目標を掲げた（平成 22 年 12 月 17 日「第 3 次男女共同参画社会基本計画」より）。また、平成 27 年 12 月 25 日決定の「第 4 次男女共同参画社会基本計画」では、2020 年度末までに中央省庁の課長・室長職で 7%、2020 年の民間企業の女性課長職割合を 15%など、各分野での女性登用目標を明記しており、より現実的な目標が定められている。このように、現代の日本社会では、さまざまな場面で女性がリーダーシップを取ることが期待されている。

2017 年には「働き方改革実行計画」が打ち出され、女性が働くうえで注目すべきテーマが取り上げられた。まず、「女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備」において、女性活躍推進法の情報公表制度の強化策の検討、リカレント教育や再就職支援の拡充により、一人ひとりのライフステージに合った仕事を選択しやすくすることが提案された。また、「子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就労」において、ニーズを踏まえた育児休業制度の在り方について、総合的な見直しの検討に直ちに着手・実行すること、次世代育成支援対策推進法に基づく子育てしやすい企業の認定制度（くるみん）の認定基準引き上げなど、男性の育児・介護等への参加促進のための政策が提唱された。このように、我が国では、子育てと仕事の両立に焦点を当てた社会政策が取られている。また、こうした社会の流れの影響を受け、「女性のキャリア」「ワークライフバランス」というトピックに関して多くの学問領域、あるいはビジネス事業において、以前にも増して耳にするようになった。女性の社会進出を促進することは、男女間の社会的差別をなくし、女性の将来に関する選択肢を広げることにつながる。これは、現代社会の中で女性が自立し、生きがいを持って充実した人生を送るために重要なことであるといえよう。

女性のライフステージは、妊娠・出産を含め生物学的な特徴と密接に関わる。川瀬(2014)は、21世紀における人間の生涯発達を考えるにおいて、従来の男女同一モデルではなく、女性が直面する発達段階そのものに男性とは相違した区分があると指摘し、その女性に特有の発達段階を月経周期の発達によって分けている。月経の発達段階は、「潜在期(0~9歳)」「初経発来期(10~14歳)」「月経周期成熟期(15~22歳)」「成熟月経周期期:出産期(23~42歳)」「更年期(43~55歳)」「閉経期(55歳~)」であり、段階ごとに特有の健康上の問題が発現するとされている。女性特有の健康問題は、一般的な健康問題に比べて仕事との関係がより複雑であり、さらに男性優位な職場では対処が難しい(独立行政法人労働者健康福祉機構, 2015)。しかしながら、男女を平等に扱い評価する意識が強い現代社会では、生物学的な男女の違いは、先に述べたような「子育て」や「女性のキャリア形成」などの社会的トピックに比べ、見落とされがちな観点である。

女性特有の健康問題のひとつに、月経随伴症状があげられる。これは、月経に伴い生じる身体的・精神的に不快な症状のことを指し、主に「成熟月経周期期」に発現する。すなわち、23~42歳という長い期間にわたって、こうした症状が学業や就業上の支障、母親の育児不安や虐待、夫婦関係の不和などさまざまな問題に発展し、女性の生活全般にネガティブな影響を与え得る。また、近年の調査によれば(Tanaka et al., 2013)、月経随伴症状による通院費用、市販薬の費用と労働損失を合計した社会経済的な損失は年間6,828億円にもなると推定され、月経随伴症状は社会経済的にも重大な問題である。とりわけ、自身のキャリア形成において重要な時期であり、かつ月経随伴症状の発現が顕著となる20~30代女性が、症状により女性であることの不利益を感じずにより健康的に自己実現できることに寄与する多角的な観点からの研究が必要である。このことが、社会的にも労働力の確保や社会経済の発展につながると考えられる。

上記の問題意識をもとに、第1部では月経随伴症状に関する先行研究を多角的な観点からまとめ、臨床心理学的な視点からの問題の所在を明らかにする。第1章では、月経随伴症状の定義とその広がりを医学的、社会的視点から捉えたいうえで、心理学的な観点からの研究の意義を明確にする。第2章では、先行研究において検討されてきた月経随伴症状に関連する心理的要因と、その知見をもとに発展してきた介入方法の開発と効果検討の研究を概観する。以上を踏まえ、第3章では、本論文で追及していくべき課題を考察し、論文全体の目的を提示した後、本論文の構成を示す。

第 1 章 「月経随伴症状」とは

本章では、まず、月経随伴症状の定義および関連する用語の整理を行ったあと、これまで症状がどのように捉えられ扱われてきたかについて、その広がりや医学的・社会的視点から概観し、現状における課題について論じる。その後、課題へのアプローチとして Bio-psycho-social model に基づいた全人的な支援を考える重要性について確認し、そのうえで、心理的な観点からの研究の必要性について検討を行う。

1.1 月経随伴症状の定義および症状に対する医学的治療

本節では、まず、月経随伴症状の定義および関連する用語について、医学（産婦人科および精神科）の視点から整理を行い、その測定方法の発展について概観した後、症状に対する医学的治療の現状と限界について述べる。

1.1.1 用語の整理

日本産科婦人科学会によると、月経とは通常約 1 ヶ月の間隔で起こり、限られた日数で自然に止まる子宮内膜からの周期的出血と定義されている（松本，2004）。妊娠・出産がなく、低用量ピル服用や月経異常などの特別な疾患がなければ、一人の女性が生涯にわたって経験する月経日数は、約 2500 日（毎月 1 回×平均 5 日間×約 42 年）と推定される（武谷，2012）。多くの女性は月経を当たり前のこととして受容し、規則的な月経があることで自身の身体が正常に機能していることや妊孕性が維持されていることを確認している。しかし一方で、月経は身体的な痛みや情緒不安定の引き金になる場合があり、また女性性を象徴する意味合いをもつことで心理的苦痛の原因になる場合もある（相良，2009）。すなわち、月経は女性にとって、健康の象徴であると同時に不調や苦痛をもたらすものである、という両価的な意味をもつものであるといえる。

月経に伴う症状、つまり月経随伴症状には、①月経前に生じる症状、②月経中に生じる症状、そして③月経前期から月経期にかけて生じる症状の 3 種類があると考えられている。月経周期の中で、女性の体には次の変化が生じる。まず、周期の前半に卵胞ホルモン（エストロゲン）が分泌され、その後排卵が起き、周期の後半になって黄体ができると、黄体ホルモンが増加する。黄体ホルモンの増加に伴い、基礎体温が上昇し、妊娠の準備として

水分、栄養分を身体に蓄える。このとき、女性の体験としては、体重が増加し、浮腫や便秘が起きやすくなる。その後、妊娠しない場合は、黄体ホルモン、卵胞ホルモンの双方が減少し、月経が訪れる。便秘が解消され、なかには下痢になる人もみられる。黄体ホルモンの効果が強いと、うつ傾向が強くなる、体がだるくなるといった不快症状が発現することもある（早乙女，2014）。我が国における10代後半～20代前半の女性の月経随伴症状の現状について文献考察により概観した調査（甲斐村・上田，2012）では、症状を有する者の割合について、月経前症状は74.2～96.6%、月経時症状は48.4～94.8%と報告している。すなわち、多くの女性が月経周期に伴う心身症状を自覚していることがわかる。

さらに、これらの月経周期に伴い生じる症状が強くと、日常生活が著しく乱され、医療を必要とするようなものをそれぞれ①月経前症候群（PMS）、②月経困難症または月経痛症、③周経期症候群と呼ぶ（松本，2004）。以下に、それぞれの用語の概要を述べる。

月経前症候群（premenstrual syndrome; PMS）とは、「月経開始の3日～10日前から始まり、月経開始とともに消退ないし消失する症状」と定義される（日本産科婦人科学会，1990）。PMSの症状について最初に指摘したのはFrank（1931）であり、「Premenstrual Tension」という概念を提唱した。その後、1953年にGreene & Dalton（1953）が、月経前に周期的に出現する症状を一括して“月経随伴症状（PMS）”と提唱した。1990年に採択されたWHO国際疾病分類ICD-10にもPMSが記載され、現在、この名称が広く用いられている（松本，2016）。また、DSM-5においては、月経前不快気分障害（Premenstrual dysphoric disorder: PMDD）の診断基準が記載された（American Psychiatric Association, 2013）。PMDDはPMSの重症型として扱われているが、PMDDの元となった黄体後期不機嫌性障害（late luteal phase dysphoric disorder: LLPDD）（American Psychiatric Association, 1987）はPMSとは異なり、身体症状のみの場合には診断されない。2011年に欧米・豪州の臨床家および研究者が集結して形成されたInternational Society for Premenstrual Disorders (ISPMD)は、月経前障害（Premenstrual Disorders: PMD）の診断基準を発表したが（O'Brien, Rapkin, Dennerstein, & Nevatte, 2011）、ここではPMS/PMDDを一つのまとまった疾患として扱っている。表1.1に、主要なPMD症状をまとめる。また、診断においては、症状の種類や数よりもむしろ、日常生活や社会活動にも影響を及ぼすほど強いという「強度」と黄体期に繰り返し出現するという「時期」が強調されている。PMSの原因に関しては現在に至るまではっきりとわかっていないが、白土（2017）によれば、最近ではGABA、セロトニンなどの神経伝達物質・受容体の黄体ホル

モン（プロゲステロン）に対する感受性増加が誘因であると考えられている。エストロゲン（卵胞ホルモン）は興奮性神経伝達にかかわるホルモンであるのに対し、プロゲステロンは抑制性（鎮静）を引き起こす一因となることから、プロゲステロンの低下がセロトニン分泌の低下を来し、抑うつ、易疲労性、イライラなどをきたすとされる。実際、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）が PMS や PMDD に有効であるという報告もされている（Dimmock, Wyatt, Jones & O'Brien, 2000）。また、プロゲステロン—ジヒドロプロゲステロンの代謝物のアロプレグナノロンはベンゾジアゼピン類似の作用を有し、その低下は脳内 GABA₁ 受容体活性低下を引き起こすことで、同様の精神症状がおこされる（白土, 2017）。さらに、月経前症状の治療効果を評価する際に高いプラシーボ効果が認められていることから、月経前症候群の原因には心理社会的要素も関わっていると考えられる（松本・伊野田, 1995）。

表1. 1. 月経前障害（PMD）の主な症状

身体的症状	関節痛, 筋肉痛, 腰痛, 頭痛, 乳房緊満感・乳房痛, 下腹部膨満感 皮膚障害, 体重増加, 手足のむくみ
心理・行動症状	疲労・無気力・意欲の減退 気分の変動（突然悲しくなる, または泣きたくなる・ 拒絶されることに対し過敏 など） イライラ, 怒り, 孤独感, 不安, 抑うつ感, 混乱, 緊張, 絶望感 落ち着かない, 抑制できない, 集中力の低下 社会的ひきこもり, 通常の活動への興味減退 睡眠障害 食欲の変化・過食・特定の食べ物に対する食欲増加

※ 松本(2016)より引用

月経困難症は月経期間中に随伴して起こる病的症状のことであり、下腹痛、腰痛、腹部膨満感、吐気、頭痛、疲労、脱力感、食欲不振、いらいら、下痢および憂うつに多くみられる（日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会, 2011）。器質的原因が認められないものを機能性月経困難症、器質的疾患に起因するものを器質性月経困難症という。機能性月経困難症の原因物質としては、子宮内膜で算出される prostaglandin (PG) が有力とされており、これが子宮筋の過度の収縮とそれに伴う血管攣縮、子宮筋の虚血などを引き起こすことにより、痛みが生じると考えられている。器質性月経困難症の場合は、PG の産出量が増加することのほか、子宮筋腫では物理的障害、子宮内膜症や感染症では炎症や癒着の影響を伴うことが推測される（相良, 2009）。なお、月経痛症は月経中またはその直前か

ら起こる下腹痛、腰痛などの疼痛を主体とする身体症状であり、月経困難症と同じ意味の言葉として使用されている（松本，2004）。

周経期症候群（PEMS）とは、「月経前期から月経期にかけて起こり、月経中に最も強くなる精神的、社会的症状で、月経痛症に起因する症状」と定義される（Kawase & Matsumoto, 2006）。PEMS の症状は PMS とほとんど同一であり、イライラ、無気力、不安が高まる、憂うつなどの精神症状と、1 人でいたい、月経が嫌になるという社会的症状などが該当するが、この症状の推移は月経痛に起因することから、月経痛を解決することで精神的・社会的症状も解消する可能性がある。したがって、月経前期から月経期にかけての症状の推移と、月経痛症の有無に注目することにより、PEMS と PMS を弁別することは重要である（松本，2004）。

なお、Woods, Most & Dery（1982）は、月経前と月経時の症状は高い相関を持ち両者の症状を区別できないとして、「月経周辺期（peri menstrual）」という連続した概念を提唱している。我が国では、特に看護学においてこの用語が使用されている。本研究においては、月経周辺期症状は月経随伴症状と同じ意味を持つ概念として扱うこととする。

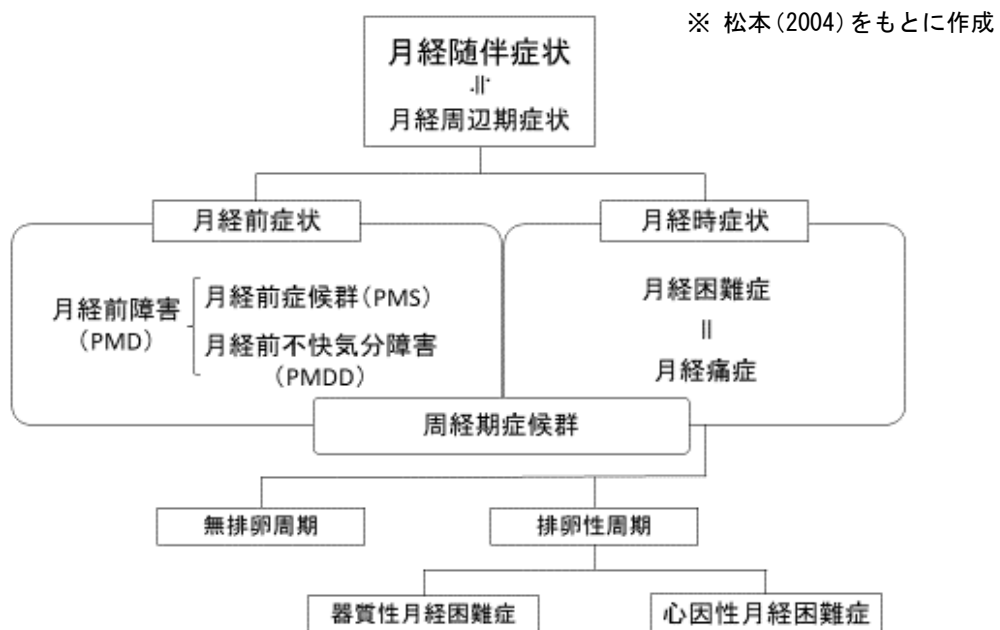


図1.1 月経随伴症状の分類

1. 1. 2 月経随伴症状の測定方法

月経随伴症状を評価するための方法として、自己質問票、カレンダー、日記、visual analogue scale (VAS) などの尺度を用いたものが開発されてきた。なかでも国内の研究では、月経周期と心理状態の関係をとらえるための用具として月経随伴症状日本語版 (Menstrual Distress Questionnaire : MDQ) (秋山・茅島, 1979) がもっとも利用されている (松本, 1995)。この尺度は 1968 年に Moos の作成した 47 項目を邦訳したものであり、「痛み」「集中力の低下」「行動の変化」「自律神経失調」「水分貯蓄」「否定的情緒」「気分の高揚」「コントロール」の 8 つの下位領域によって測定され、各項目について月経前・月経中・月経後の 3 つの時期における状況を尋ねる。一方、Steiner, Macdougall & Brown (2003) は臨床家向けに、簡単に迅速、使用者に役立つ月経前症状のスクリーニング・ツールである”The Premenstrual Symptoms Screening tool (PSST)”を開発した。これは、DSM-IV の PMDD の診断基準を評価尺度に翻訳しており、重症の PMS や PMDD の女性を検出するために役立つ。日本においては、宮岡・秋元・上田・加茂 (2009) がこの尺度を参考にして PMDD 評価尺度を作成した。

PMS の評価に関しては、日誌形式またはカレンダー方式のツールが開発されてきた。Dairy Diary (Smith, Rinehart, Ruddock, & Schiff, 1987) と Calendar of Premenstrual Experiences (COPE : Mortola, Girton, Beck, & Yen, 1990) は、毎日の行動と身体症状を評価し、黄体期の値が卵胞期の値の 2 倍であれば、PMS と診断できるとする。日本においては、川瀬・森・鈴木・高村・石川・松本 (2000) が日本人の身体症状、精神症状、社会的背景を検討し、症状の頻度や程度を視覚的情報として記録する「PMS メモリー」を開発した。PMS の記録方法としては、回顧的な方法は実態より少なく想起されることや (相良・桑原・水野, 1991)、月経に対する期待などの心理的要因が症状の想起に影響を与える (Olasov, & Jacson, 1987) といった指摘があることから、即時的方法で評価する必要がある。またこうした記録者自身の主観的判断を重視する方法は、正常・異常という医学的立場からの診断のみならず、適応・不適応の基準による心理臨床の立場からの治療となり得る。さらに、月経周期との関連で症状が記録されることで、種々の要因の影響を受けて多様な臨床像を示す月経随伴症状をその本質から診断することができる。

近年では、月経随伴症状そのものではなく、症状が女性自身に与える影響 (impact) の測定が着目されている。Wallenstein, et al. (2008) は、PMS が女性の健康関連 QOL に与える影響を測定する尺度として、Premenstrual Symptoms Impact Survey (PMSIS) を

開発した。Kues, Janda, Kleinstäuber, & Weise (2016) は、月経随伴症状が女性に与える影響のうち、機能的な支障 (functional impact) と心理的な影響 (psychological impact) を区別する必要性を唱え、PMS-Impact Questionnaire を作成した。こうした尺度は、月経随伴症状そのものの消失・軽減を目指す医学的モデルに基づいた介入というよりも、寧ろ症状を抱える女性の生活を支援するという観点からのアプローチを前提としており、これら尺度の活用は月経随伴症状への支援を心理学的な観点から広げると考えられる。

1. 1. 3 医学的治療の現状とその限界

本節では、これまで月経随伴症状に関する用語の整理およびその測定方法の発展について概観してきた。月経が女性の身体的な変化であることから、それに随伴する症状についても、これまで主に医学的な文脈でとらえられてきた。以下では、月経随伴症状に対する医学的治療について概観し、その課題について検討する。

PMS/PMDD に対する医学的治療に関しては、対症療法、ホルモン療法、向精神薬、漢方薬などがある。軽症の場合には、症状に応じて抗不安薬、鎮痛薬、利尿薬などを適宜投与する。ホルモン療法では経口避妊薬 (ピル) が用いられることが多いが、実証研究によって有効性が示されているわけではない。精神症状が中等度以上の場合には選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) が投与される (松本, 2016)。月経困難症に対しては、非ステロイド性抗炎症剤 (NSAIDs) が全般的に広く有効であり、機能性月経困難症では、これに漢方薬や鎮痙剤などを併用する。効果が不十分な場合は経口避妊薬の使用を考慮する。薬物療法でのコントロールに限界がある場合は手術療法も考慮される (相良, 2009)。

このように、月経随伴症状に対する主な医学的治療法としては、症状の発現を抑え、その消失・軽減を目的とした薬物療法が広く用いられている。その一方で、薬物療法に対して不安を抱く人も多い。服部・前原・任 (1997) の研究では、対象となった女子大生のうち 61.9% が、鎮痛剤の服用に不安があると答えた。平田 (2011) の研究では、対象となった女子大生のうち 54.2% が鎮痛剤を使用していたが、その半数以上 (55.1%) が依存、耐性、副作用のいずれかについて心配し、約 40% がその効果が不十分であると評価していた。梅澤・武藤 (2014) は、2014 年 1 月 17 日に厚生労働省が「ヤーズ配合剤」を始めとした経口女性ホルモン配合剤の副作用による血栓症の発現可能性を発表したことを受けて、今後薬物療法への抵抗感や不安を示す人がさらに増加する可能性を指摘している。服薬の効果を実感できない女性や服薬に抵抗のある女性がいることから、月経随伴症状に対する非薬物的介入にも視野を広げていくことが必要とされる。

1.2 社会的問題としての月経随伴症状とその対策

前節で示したように、月経に関連した周期性変化は身体的、精神的に不快な症状として現れる。これらの症状は、夫婦関係の不和や育児不安・虐待、学業や就業への支障など、さまざまな問題に発展し、女性の生活全般にネガティブな影響を与えることがある。本節では、月経随伴症状が原因となり引き起こされる社会的問題について概観した後、現行の社会的対策およびその課題について検討を行う。

1.2.1 月経随伴症状が家族関係、子育てに及ぼす影響

国外では、PMS が結婚生活に与えるさまざまな影響についての報告が多くなされている。ダルトン (1987) は、PMS の身体症状や精神症状は結婚生活の質を低下させると指摘する。また、妻に PMS 症状のあるカップルは、黄体期に夫婦関係が悪化する (Ryser & Feinauer, 1992)、PMS の治療にクリニックを訪れている母親群は結婚生活での満足度が低い (Coughlin, 1990) などの報告もある。PMS 離婚という言葉があるとおおり、黄体期の女性の激しいイライラ、攻撃性、暴言というような精神症状や引きこもって家事ができないなどの社会的症状は、家族全体に影響を及ぼす (川瀬, 2014)。

子育て中の母親に関しては、子どもへの虐待など養育上の問題も発生している (Dalton, 1966)。小村 (2004) によれば、20 代後半から 40 代にかけては PMS の訴えが多い年代といわれており、また同時に子育てが集中している時期でもあるため、PMS の認知度が上がるにつれて、幼児虐待を PMS と関連づけて語るが増えてきた。さらに、子どもの不登校と母親の月経随伴症状とのかかわりが認められたケースの報告もなされている (佐藤, 2004)。川瀬・森・吉崎・和田・松本 (2004) は、未産婦よりも経産婦の方が月経前の精神的症状、社会的症状が有意に高いことを報告している。PMS は出産と特異的な関連があると考えられ、子育て中の母親の PMS への支援が必要であるといえる (川瀬, 2014)。

1.2.2 月経随伴症状による学業・職業の遂行困難

川瀬 (2014) によれば、月経が成熟するにしたがって不快な随伴症状が自覚され、それが高等学校、大学と進むに従って増悪することが多く見られる。そのために学業や仕事を休まざるを得なかったり、十分能力を発揮できなかったりするという点で、身体的健康への自信を喪失するのみならず、自尊心の低下や劣等感をもたらす。

小村 (2004) は、試験結果や仕事での業績は、その人の社会的評価に大きな影響を及ぼ

し、さらに社会全体が、男女で差をつけずに評価していこうという方向に動いているため、女性にとって月経が「悩みの種」としてとらえられやすいと指摘している。さらに、社会の中では、まるで月経がないかのごとく、いつも変わらぬ態度でいる女性に良い評価が与えられる傾向にあり、「女性は月経で不利にならないように配慮されるべきだ」と訴える行為自体が、二重の意味で自分の評価を下げることにつながりかねないと述べている。ダルトン(1987)は、月経は人間が次世代を生み出す上でなくてはならない重要なものであり、月経によって女性が社会的不利益を被るのはおかしいのではないかと、という考えから、「学校の試験は、女子学生の月経周期を考慮して、各自が不利にならない時期に受ける権利がある」といった提言をしている。

月経が働く女性の仕事に及ぼす支障については、以下のように報告されている(独立行政法人労働者健康福祉機構, 2011)。1027名の就労女性を対象としたアンケート調査によると、月経痛のため仕事を休むと回答した者は約4.9%、仕事は休まないが能率が悪いと回答した女性は約70.4%であった。なお、月経痛のために離職、転職した経験のある女性も1%以上存在すると報告された。これらの結果から、月経関連障害は健康面でのQOLを低下させているといえる。また、日本医療政策機構による働く女性の健康増進調査(2015年度)によれば、月経随伴症状とQOLとの関連について、通常時・月経時どちらも、症状の重症度が上がるほどQOLが低いことが報告されている。

職場環境および職務内容による検討では、座位一定の姿勢で作業をしている者は月経前の不快症状、下腹痛や腹部膨満感などの不定愁訴に、一方、神経を集中させる作業に従事している者は、月経中の下腹痛や腰痛などに自覚症状があることから、立ったり座ったりすることが少なく静的な作業や低温環境下での作業は、月経前の症状の自覚が増強されやすいことが示唆されている(大川・飯田・梯, 2005)。

1.2.3 月経随伴症状がもたらす社会経済的損失

少子高齢社会において女性の労働力が経済的にも非常に重要となっている現在では、月経に伴う社会経済的損失は社会問題である。厚生労働省の調査(武谷, 2000)によると、月経痛による経済損失は年間約1兆円といわれている。その内訳は、月経痛による6ヶ月あたりの労働損失日数を換算した労働損失金額1890億円、月経痛の診断や治療にかかる医薬品等で年間5500億円、月経痛による仕事量低下に起因する労働損失金額が年間3800億円と報告されている。さらに、女性21,477名を対象にインターネット上で実施された調査(Tanaka, et al., 2013)によると、月経随伴症状による通院費用、市販薬の費用と労

働損失を合計した社会経済的な損失は年間 6,828 億円にもなると推定された。PMS による労働損失に関する諸外国の調査によると、イギリスやイタリアでは全労働賃金の 3%、スウェーデンでは 5%、アメリカでは 8%の損失があると報告されており、女性の社会進出を果たした国々は同じ問題を抱えているといえる（松本, 2004）。

1.2.4 月経随伴症状に対する社会的対策とその課題

女性の月経に配慮した社会的制度として、生理休暇がある。これは、1947年に労働基準法に盛り込まれた、女性労働者を保護する制度であり、「使用者は、生理日の就業が著しく困難な女子又は生理に有害な業務に従事する女子が生理休暇を請求したときは、その者を就業させてはならない」と定められている。

田口（2003）をもとに生理休暇法制化の背景を概観すると、当時の政府が、西欧で生まれた月経を一種の病気ととらえる医学研究を反映し、女性の生理現象を医療によって合理的に管理しようとしたのに対し、「医療漬け」にされることを拒んだ女性たちの抵抗によって、病気休暇とは区別された生理休暇が誕生した経緯がある。リベラリストの多かったGHQの政策担当者たちが男女平等原則の立場から女性の特別扱いを強く否定したのに対し、母性保護フェミニストたちは男女平等を達成する大前提として生理休暇の成立を主張した。すなわち、生理休暇は日本独自の制度であり、一貫して月経の医療化を拒否したかたちで成立したものであるといえる。

しかしながら、生理休暇には、成立当初の理念に反し、女性に限定した保護政策による男女不平等の促進、その権利の乱用とそれともなう女性労働者への評価の低下に関する懸念などといった問題が、制度成立以前から今日に至るまで指摘され続けている（田口, 2014）。厚生労働省による2015年の調査によると、生理休暇中の賃金を「有給」とする事業所の割合は、2007年度調査が42.8%であったのに対して25.5%に減少している。さらに、女性労働者がいる事業所のうち、2014年4月から2015年3月までの間に生理休暇の請求者がいた事業所の割合は2.2%（2007年度は5.4%）、女性労働者のうち、生理休暇を請求した者の割合は0.9%であった。生理休暇をとらない理由として、全国労働組合総連合が2007年に行った同様の調査によれば、「苦痛ではないので必要ない」が28.7%であるのに対し、「人員不足や仕事の多忙で職場の雰囲気としてとりにくい」が44.4%、「はずかしい、生理であることを知られたくない」が22.5%、「生理休暇はとるべきでない」が2.9%であった（複数回答可）。すなわち、男女平等、月経という「自然なことを自然なように」受容することを訴えて成立した生理休暇をとることによって、現代女性が周囲の目を気に

したり、恥ずかしいといった気持ちを抱いたりする、または女性にそうした思いを抱かせる環境がある、という矛盾が課題であるといえる。この課題に対する取り組みとしては、たとえば事業所の産業保健スタッフによる女性の健康に関するアドバイスなど、施策や各企業の取り組みによる教育・普及啓発の充実が必要であろう。また、このように事業所が女性に対して適切な対応ができるようにするためには、事業所自身に対する生理休暇の意義と活用方法の周知が重要となると考えられる。

また、生理休暇はあくまで就労女性に対して就労場面において適用されるものである。学業や対人関係、家事・育児など、その他の日常生活における問題については、適当な制度や政策を即座に打ち出すことは難しい。まずは、女性が月経に伴い抱える可能性のある困難について、女性自身も含めて社会的に理解が深まるような啓発活動が必要であると思われる。

1.3 月経随伴症状に対する心理学的視点の重要性

本章では、これまで月経随伴症状に対する医学的・社会的視点からのアプローチの現状とその課題について検討してきた。医学的治療としては、薬物療法により症状の発現を抑え、その消失・軽減を目指すことにより、周期的に不調な時期でも女性が無理をせず、楽に生活を送れるように支援するアプローチである。一方、薬物の効果は必ずしも十分であるわけではなく、また服薬への不安を抱える女性も多いことが課題である。社会的な対策としては、生理休暇が挙げられる。これは、男女平等を達成する大前提のうえに、女性が月経に伴う症状により就業が困難な際に休養できる権利を保障するものである。しかしながら、その利用については女性が周期の目を気にする、あるいは女性にそうした思いを抱かせる環境があり、制度が十分な機能を果たしているとは言い難い状況がある。また、就労場面以外での月経随伴症状の問題を社会的にサポートすることは難しい現状がある。

本節では、上記の医学的・社会的な視点からの支援に関する課題について、**Bio-psycho-social model** の枠組みの中でとらえ直し、全人的な支援の目標を確認する。そのうえで、それぞれの課題を補完するような心理的な支援のあり方について、検討を行う。

1.3.1 Bio-psycho-social model に基づくアプローチの必要性

甲村（2014）は、近年の女性の社会進出に伴う就労女性の増加、少子化、出産年齢の高齢化といった社会変化が女性に与えるストレスと月経随伴症状との関連を指摘し、個々の

女性が抱える症状を、医学的視点からのみではなくさまざまな視点から心理的社会的にサポートしていく必要性を唱えている。相良（2009）は、PMSをBio-psycho-social modelからとらえ、薬物療法と同時に、当事者の思考や行動パターンを変えていくようなアプローチを行っていくことの重要性を指摘している。このように、月経随伴症状に対しては、ひとつのアプローチに留まらない全人的なサポートが重要であることが共通見解である。

Bio-psycho-social model（生物－心理－社会モデル）とは、個人の発達や身体的・精神的健康に影響するさまざまな要因を「生物」「心理」「社会」という3つの側面でまとめ、効果的な介入を行うための枠組みである。これは、1977年にEngelが、当時の医学において優勢であった生物学的要因を重視する流れに対し、心理・社会的要因も同じように重視する重要性を主張し提案した。

Bio-psycho-social modelからみた月経随伴症状へのアプローチについて、梅澤・武藤（2014）は、月経随伴症状とは月経という健康な女性の身体に生じる生理現象に伴う症状である、ということ強調し、月経に伴う症状を完全に取り去ることよりも、「それらも含めて月経と“ともに”，自分の価値に沿った生活を送れることを一番に考えていく方が、健康的で女性にとって有益なのではないか」と指摘している。すなわち、月経随伴症状がありながらも、それらとうまく付き合いながら、女性が自分自身の生活を送っていくための支援が、Bio-psycho-social modelに基づく全人的な支援の目標であるといえる。

上記の目標に対するBiologicalなアプローチとして、これまで概観してきた医学的なアプローチが重要となると考えられる。すなわち、女性の生活に大きな支障を来すほどの症状は、薬物療法などの医学的方法による消失・軽減を目指す必要がある。また、Socialなアプローチとしては、先述の生理休暇制度の周知・普及をはじめとした、症状が発現した際にそれを支える環境的なサポート、そして、月経随伴症状による女性の苦痛に対する社会の認知度の向上が重要となるだろう。一方、生きている上で生じるさまざまな困難について、それらを抱えながら生きるためには、当事者に対する心理的なサポートは不可欠であり、それこそが心理的支援の基礎であるといえよう。以下では、女性自身が症状を持ちながらも、それらとうまく付き合いながら生活するために必要なPsychologicalなアプローチのあり方について、上述の医学的・社会的支援の課題を踏まえつつ検討を行う。

1.3.2 月経随伴症状に対する心理的観点からの研究の意義

前節に述べたように、月経随伴症状に対する社会的政策である生理休暇制度は、当時の女性たちが月経の医療化を拒否し、月経を女性に訪れる自然な現象として受け入れるため

に成立したものである。医療化とはつまり、身体的・生理学的現象を医療的措置によって解決しようとする過程のことである。現状では、月経随伴症状に対する医学的治療が発展しており、女性が社会で活躍するにあたって症状が不利益となる場合には我慢せず、積極的に治療を行うという考えはごく一般的である。しかし、田口（2014）は、月経の医療化が過剰に突き進むことにより、症状に対する服薬への依存が助長されたり、日頃の生活や労働環境の改善、働き方の工夫、身近な人同士での助け合いの可能性を軽視してしまったりする可能性があるとして指摘している。

こうした月経随伴症状に対する医学的・社会的アプローチの摩擦の影響を受けずに、女性が双方のサポートの効果を十分に得るためには、医療の知恵を借りながらも、それに依存したり強要されたりするのではなく、女性が自身の月経随伴症状に対して自分で判断・選択し対処できるようになること、およびその環境が準備されていることが、重要であると考えられる。そして、女性が症状とうまく付き合いながら生活していくために、自ら主体的に選択を行っていくための支援として、心理学的視点からのアプローチの余地があると考えられる。

女性が自身の月経をとらえ直す観点として、月経は周期的なものであり、女性の人生に常に随伴しているものであるという視点が重要であると考えられる。医療化の観点からは、不快症状が発現した時期に過度に焦点化する傾向が強まり、月経周期全体としてとらえる視点が見落とされがちになる可能性がある。しかしながら、早乙女（2014）の指摘にあるように、自身の月経周期を頭に置き、自分のリズムに合わせて、服薬や生理休暇取得に対する選択も含めて自身の生活をマネジメントできるようになることは、女性が自身の症状とうまく付き合いながら生活することにつながり、女性の QOL 向上のために重要な観点である。このような女性自身の月経に対する意識へのアプローチ方法を検討するために、月経随伴症状に関する心理学的な研究を蓄積する必要があると考えられる。

第 2 章 月経随伴症状に関する心理的観点からの研究の概観

前章により、月経随伴症状に対する生物学的 (Biological) な治療、社会的 (Social) な制度や啓発の拡充と同時に、心理的 (Psychological) な視点から研究を蓄積し、得られた知見をもとに支援を検討することの重要性が示唆された。

第 2 章では、月経随伴症状に関する心理的研究について、「心理的関連要因に関する研究」「心理的介入に関する研究」にまとめる。

2.1 心理的関連要因に関する研究

第 1 章では、月経随伴症状に対する心理学的研究の着眼点として、女性の月経に対する意識、とりわけ月経をサイクルとして捉えることにより、自身の症状とうまく付き合いながら生活するための支援方法を検討することの必要性が示唆された。以下では、月経に関する心理的関連要因について、まずは女性の月経に対するイメージや月経観、母性性・性別役割パーソナリティについてまとめる。続いて、そもそも女性もつ性格傾向や認知的特性、近年その関連が注目されているマインドフルネス特性に関する知見を概観した後、現実場面でのセルフケア能力やストレスとの関連についてまとめる。

2.1.1. 月経イメージ・月経観

月経イメージ・月経観と症状との関連を検討した研究は多く存在するが、そのほとんどは月経周辺期の変化と否定的月経観の相互関係を報告している (野田, 2003)。肯定的な月経観については、症状に直接関連しない (細坂・抜田・茅島, 2010)、「月経は予測できる」という感覚と症状との間に正の相関がある (Lustyk, Gerrish, Douglas, Bowen, & Marlatt, 2011) といった報告がなされている一方、「月経という現象がある自分の人生に意味を見出している (有意味感)」が形成されるほど精神的健康は良好になるという報告もある (小黒・平野, 2014)。また、実験的研究により、月経前の心身の変化に対する否定的な情報を与えた場合、女性の月経前に関する回顧的体験にネガティブな影響を及ぼすことも示されている (Kues, et al., 2016)。以上より、月経随伴症状の安定のためには、生理現象である月経と共存するという消極的な思想だけでなく、女性の健康維持において有意義な特性であるという積極的な認識を持つことの必要性がうかがえる (細坂ら, 2010)。

2. 1. 2. 母性性・性役割パーソナリティ

母性性・性役割パーソナリティと月経随伴症状との関連性を検討した研究においては、母性性は症状に直接関係しないが、母性性と月経観との相関が認められている（宮中，1998）。また、男性的・女性的とされる性格を両方とも併せ持つというアンドロジニー傾向のある者は、より症状を強く感じるという報告もある（細坂ら，2010；福山，2013）。このことから、症状の強弱に関わらず、女性は少なからず伝統的な性役割を感じている一方（近藤・小玉・松宮，2010）、現代社会において、旧来の男性的性役割を要求される女性にとって、月経随伴症状への対応を考えることは自身の QOL 向上のためにも重要であることが示唆される。

2. 1. 3 性格傾向・認知的特性・マインドフルネス

性格傾向との関連について、女性のもつ神経質傾向・身体的不調への過敏性（横瀬ら，2015）や不安気質（小川・橋本，2010）、感情制御、特に不安に対するコントロールの苦しさ（Mahon, Rohan, Nillni, & Zvolensky, 2015；Manikandan et al., 2016）が、月経随伴症状の強さに影響を与えることが指摘されている。一方で、月経前の時期になると被害的思考が強まり（Brock, Rowse, & Slade, 2016）やパニックになりやすくなる（Nillni, Pineles, Rohan, Zvolensky, & Rasmusson, 2017）といった、月経周期による心理的状态の変動が報告されている。ここから、月経随伴症状は、元来持つ性格特性と月経周期による生理的・心理的な状態変化との相互作用により増幅する可能性が考えられる。

また、本人の認知的特性については、低い楽観性・自尊感情により月経観が否定的になり、月経痛を強く意識することが報告されている（野田，2003）。小川・橋本（2010）は、症状の強さは自己否定感の低さと関連することを指摘している。さらに、自己効力感について、症状自体との関連は認められないものの、症状に対する対処行動を促進する要因として（服部・堀内・藤迫，2001）、また QOL 向上（甲斐村・上田，2014）、精神的健康増進（小黑・平野，2014）のための一要因として、間接的に月経随伴症状に影響することが報告されている。

近年では、マインドフルネス特性と症状との関連についての検討が国内外で注目されている。マインドフルネスとは「意図的に、今この瞬間に、価値判断することなく注意を向けること」と定義される（Kabat-Zinn, 1994）。マインドフルネス・アプローチは抑うつ、不安、痛みの軽減に効果的であることから、多様な症状を呈する月経随伴症状に対する有用性が期待されている。Lustyk, et al. (2011) は、マインドフルネス特性のうち、自身の

内的体験を言語化する能力が高いほど「月経は予測できるもの」ととらえる傾向があり、また PMS の症状の一つである水分貯留症状（むくみ）の自覚症状が緩衝されることを指摘した。土井ら（2015）は、思考や感情に対して非評価的な態度を取る傾向、その瞬間の自身の活動への注意がある傾向と PMS を有さない傾向に関連があることを報告している。一方、Gerrish（2010）は、今この瞬間の体験に対する注意と気づきがある傾向が高いほど PMS が高くなることを指摘している。自己注目技能（Self-focused attention skill）が高い者は月経前症状を強く認識する傾向があるという指摘もある（Craner, Sigmon, & Young, 2015）。以上より、月経随伴症状とマインドフルネス特性との関連については、マインドフルネス特性を構成する要素によってその作用が異なることが考えられる。

2. 1. 4 セルフケア能力（生活習慣・ソーシャルサポートの有無）

Bender & Kelleher（1996）は、PMS に関してはセルフケアに自ら取り組んで症状を管理するとの考え方を推奨し、成功のための基本指針として、①即時的記録によって自分の PMS について理解する、②食事と運動を中心とした生活習慣を整える、③家族や友人のサポートを求める、④PMS で悩む仲間と交流する、⑤就労者である場合は雇用者へ申告してサポートを求める、ということを示している。後者 3 つがサポートに関するものであることから、本論では、セルフケアを「セルフモニタリング」「食事・運動・睡眠などの生活習慣」「ソーシャルサポートの獲得」と捉える。また、「セルフモニタリング」に関する議論は次節に譲り、本項では「生活習慣」「ソーシャルサポート」と月経随伴症状との関連について考察する。

生活習慣と PMS に関して、食事の調整は PMS の治療法の一部として用いられる場合もあり、アメリカではいくつもの栄養プログラムが提供されている。食事のとり方に問題があると、体重増加、むくみ、乳房痛が起こると考えられている。また、運動によって分泌される endorphin は、感情状態を改善し、精神神経活動の調整作用を持ち、PMS 症状を軽減すると考えられている（松本，2004）。大学生を対象とした調査によると（緒方・大塔，2013）、日常生活習慣に関する「心がけて運動を生活の中に取り入れていない」「朝食をほぼ毎日食べない」「気分転換を図らない」「睡眠時間を 6-8 時間とっていない」という回答は、PMS と有意な関連性を示し、PMS は食生活、運動、リラックス、睡眠等のセルフケアで改善できることもある、と指摘されている。

月経に関するソーシャルサポートとして、渡邊・奥村・西海（2011）は「情動的サポート」「情緒的サポート」「手段的サポート」「相互的サポート」を挙げ、セルフケア獲得には

情動的・手段的支持が必要であり、サポートが不十分であれば症状があってもその方策を見いだせずに我慢している実態を指摘している。学生を対象とした研究では（難波，2003），月経周期の抑うつ傾向に対して母親情報サポートと同性友人コンパニオンシップ，感情不安定に対して同性友人情緒的支持の有効性が示された。また，母親のサポートは，後述のように症状と関連すると考えられる日常生活上の様々なストレスを緩和し，それによって月経周期症状にも間接的に軽減をもたらすことを指摘している。子どもの月経への感情は母親の月経の受け止め方に影響を受ける，との指摘もあることから（川瀬，1991），特に母親からのサポートが月経随伴症状に大きな影響を与えることが示唆された。

2.1.5 ストレス

ストレスとその対処行動に関して，野田（2003）は，日常のストレスが強くストレス発散が上手にできない者は月経周期の変化を強く自覚するが，ストレスがあってもストレス発散が上手にできている者は変化の自覚は低いことを報告している。また，渡邊・戸田・西海・岡田・奥村（2012）は，PMSの第一要因はストレスであるとの知見から，症状軽減にはストレスマネジメントが先行要因であり，ストレス軽減のためにも生活習慣を整えるといったセルフケアが重要であると指摘している。このように，日常のストレスと月経随伴症状には関係性があるといえる。月経前の変化を生理学・心理学の両側面から検討した研究によれば（織田，2005），PMS症状の強弱は客観的なストレスの数ではなく，ストレスに対する主観的な評価によって異なることが指摘されている。秋元・宮岡・加茂（2009）は，「認知的再解釈」というコーピング特性を持つ者は，PMS/PMDDの抑うつ症状や不安感といった症状の訴えが少ないことを報告している。これらより，ストレスに対して，それをどのように捉えるかといった認知的側面への介入が，月経随伴症状に対して有効であることがうかがえる。

2.2 心理的介入に関する研究

前節にあげた月経随伴症状との関連要因に関する知見をもとに，いくつかの心理的介入方法が開発され，その効果が検討されている。以下では，記録とセルフモニタリング，健康教育プログラム，認知行動療法・マインドフルネス療法の3つに分けて概観する。

2.2.1 記録とセルフモニタリング

前節にて述べたセルフケアの中のひとつである「セルフモニタリング」に関しては，野

田 (2002) により、PMS メモリーによる即時的記録によって月経痛などの症状が有意に軽減することが示されている。さらに川瀬 (2004) は、PMS メモリーによる即時的記録と、その内容に関する心理士からの支持・助言・分析や解説によって、主観的認識から客観的洞察に至ることで症状の軽減が生じる、という「記録認知効果」が見出されたことを報告している。PMS や月経周辺期症状の軽減ためには、女性が独自に自身の月経周期をモニタリングするのみでは、知識不足や誤った状態の解釈の可能性から限界があるといった指摘がされており (Busse, Montori, Krasnik, Patelis-Siotis, & Guyatt, 2009 ; 渡邊・喜多, 2007a), 基礎体温および症状の測定・記録と、それによる自身の月経周期や心身の変化の把握は、そうした記録を基にした専門家からの教育・指導やサポートを合わせることでその効果を発揮すると考えられる。近年では、ICT を活用し、スマートフォン・アプリケーションによる月経随伴症状記録システムが開発され、その実用可能性について検討が行われている (江川・小西, 2016)。こうした新たな取り組みは、女性本人による日頃のセルフケアの促進のみならず、診察時の医師－患者間コミュニケーションの向上に役立つツールとしても、活躍が期待されている。

2.2.2 健康教育プログラム

多くの研究によって月経随伴症状と月経観、セルフケアとの関連性が示されたことから、月経随伴症状に対する健康教育プログラムが、看護学の分野を中心に開発されてきた。月経痛を軽減するための体操として、骨盤を動かす有酸素運動であるマンスリービクスが開発され (松本・湯澤, 1999), その効果が検討されている。苔米地・黒田・野村 (2008) の介入では、マンスリービクスの実施によって血液循環の改善は見られたものの、月経痛の程度や否定的感情の軽減効果はみられなかったが、山内 (2009) による月経教育とマンスリービクスを組み合わせた介入では、PMS 症状の軽減、PMS の各症状に対する対処行動およびセルフケア行動の積極的行動変容に寄与していることが示唆された。

福山・山川 (2007) は、パンフレットを用いた月経随伴症状に関する教育と、基礎体温の測定・緩和プログラムの実施を 3 ヶ月実施するよう指導した介入により、実施終了後の症状の軽減を確認している。しかし、追跡調査 (福山・山川, 2008) によって、プログラムの 6 カ月後にはセルフケアの実施率が低下し、症状の激しい増減が認められた。渡邊・喜多 (2007b) は月経周辺期症状の軽減のための看護介入として、セルフケア行動の促進、月経に対する肯定的イメージの促進、ストレス低減、ソーシャルサポートの増加の 4 要因を含んだプログラムを開発・実施した。その結果、介入後に月経前および月経中の症状の

低減が認められたが、その 3 ヶ月後には月経前の症状が上昇傾向にあった。これらより、介入プログラムは専門家による直接的なインストラクトおよび継続的な関わりが重要であることがうかがえる。

甲斐村・上田（2015）は女性の QOL 向上を目指し、Bandura の社会認知理論（Glanz, Lewis & Rimer, 2002 曾根・湯浅・渡部・鳩野 訳, 2006）を参考とした月経随伴症状低減プログラムを作成した。実施後、症状自体には実施前との差はなかったが、プログラムによる女性の行動変容および自己効力感の向上がみられた。福山・山川・佐藤（2009）の自己効力理論を用いた症状緩和プログラムでは、実施後に月経前の「症状の認識・悪化」を自覚する者が 6 割いたが、月経時症状に対しては症状の改善や消失を多くの者が感じていた。川瀬（2004）は心理学の立場から、「月経に関連した問題について、自らが考え対処する課題との認識を持ち、問題解決の知識と技能を獲得し、月経への認識と態度を積極的・肯定的なものに変容する」ことを目的とした月経教育プログラムを開発・実施し、月経周期や症状の記録および対処に関する指導によって自身の月経周期と随伴症状の客観的な正しい理解が促され、症状の消失・軽減が認められたことを報告している。また、問題への主体性が向上することによって行動化への積極性も高まり、肯定的イメージも促進された。こうした介入プログラムの開発およびその実施結果から、心理的介入においては、症状そのものの低減よりも、月経随伴症状に対しても自身でうまく対処できる、という自己効力感を得ることを目標としていくことの重要性が考えられる。

2.2.3 認知行動療法・マインドフルネス療法

海外では、PMS/PMDD に対する認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy; 以下 CBT）の効果が検討されている。Busse, et al. (2009) は、PMS に対する心理学的介入の効果を検討した無作為化比較試験（randomized controlled trial: RCT）のメタ分析を行い、CBT は PMS の不安症状と抑うつを有意に低減させ、行動変容と日常生活への症状の影響に有益な効果をもたらす可能性を示唆した。Kues, Janda, Kleinstäuber, & Weise (2014) は、PMS に対するインターネットを用いた CBT（internet-based CBT）の効果に対する RCT に取り組んでいる。一方、Lustyk, Gerrish, Shaver, & Keys (2009) は、CBT による介入研究のシステマティック・レビューの結果から、CBT による介入の統計的有意な効果は認められないことを指摘した。Lustyk et al. (2009) は、CBT の効果が安定しない理由として、月経随伴症状には①症状の多様性と一貫性のなさ、②月経自体は予測可能であり、周期的に訪れる、③月経というそれ自体は自然で健康的な営みに随伴する、といった

独自の特征があることを指摘している。この特徴は、PMS や PMDD に限らず、すべての月経随伴症状に共通するものである。

これらの独自性を踏まえたうえで、より効果的な介入として、マインドフルネスとアクセプタンスを重視した第三世代の CBT の可能性を指摘されている (Lustyk et al., 2009)。Bluth, Gaylord, Nguyen, Bunevicius, & Girdler (2015) は、PMDD に対するマインドフルネス・アプローチの有用性を明らかにするため、月経に伴う気分障害を有する女性を対象に 8 週間のマインドフルネス・ストレス低減法 (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) を実施した。その結果、介入後の月経前症状の低減と疼痛耐性が向上した。マインドフルネスは近年注目されてきたアプローチであり、月経随伴症状に対する影響に関する研究は国内外でも少ない。今後さらなる知見の蓄積が期待される。

第3章 月経随伴症状に関する臨床心理学研究の課題と本論文の目的

第2章では、月経随伴症状に関連する心理学的観点からの研究の動向について概観した。これらを踏まえ、本章では、「症状とうまく付き合いながら生活を送るための支援」のあり方を検討する際の月経随伴症状に対する臨床心理学研究の課題について指摘し、本論文の目的および構成について述べる。

3.1 月経随伴症状に関する臨床心理学研究の課題

3.1.1 Bio-psycho-social model に基づく臨床心理学的観点からの検討の必要性

第1章では、月経随伴症状に対する医学的治療および社会的政策に関する意義と課題について概観し、Bio-psycho-social model に基づいた多面的なアプローチの重要性を確認した。月経随伴症状に対する全人的な支援としては、女性が症状を持ちながらも、それらとうまく付き合いながら生活を送ることが目標となる。そのためには、症状の消失・軽減を目指す Biological なアプローチ、症状が発現した際、生活上の困難を緩和させるための制度や環境を整える Social なアプローチと並行し、それらの援助資源を女性が自らの選択によって主体的に活用し、月経周期全体をマネジメントしていく視点の育成としての Psychological なアプローチの重要性が示され、そのあり方を検討するうえでの心理学的な知見の蓄積が重要であることが明らかとなった。

第2章では、月経随伴症状に関する心理学的研究の概観を行った。症状と関連する心理的要因に関しては、これまでも国内外で検討され、月経観、セルフケアやストレス対処、性格・認知特性などとの関連性が示唆されている。これらの知見をもとに、関連要因の改善によって月経随伴症状の低減を目指すアプローチが開発・検討されてきた。国内では、関連要因の中でも特に「月経随伴症状が出現しても、自分自身でうまく対処できる」という自己効力感の促進に焦点を当て、自己モニタリングによる自身の月経周期や症状の把握と、その記録を基にした専門家による教育・指導を組み合わせた健康教育プログラムが主流である。海外では、CBT やマインドフルネスなど、心理療法の有効性が検討されている。

国内における健康教育プログラムについては、教育・指導によって女性自身の問題解決行動を促すアプローチが主流になる。しかしながら、Lustyk et al. (2009) の示すように、

月経随伴症状は、①症状の多様性と一貫性のなさ、②月経自体は予測可能であり、周期的に訪れる、③月経というそれ自体は自然で健康的な営みに随伴する、といった、その他の医学的疾患とは異なる独自の特徴を持つ。とりわけ、月経自体は自然で健康的な営みであること、周期的に訪れるものであることから、女性自身の主観的な体験として、症状を「疾患」ととらえることに違和感があるのではないだろうか。また、月経随伴症状には、周期によって必ず身体的・心理的状态の変動が訪れるものの、その変動は周期ごとに様相や程度が異なり、予測が難しいといった特徴もある。医学的視点に基づき、器質的な疾患の有無も含めて症状をきちんと評価し、必要であれば医療につながり適切な治療を受け、問題の解決に向けたアプローチを行うことが重要であるのは言うまでもない。一方、上記に挙げたような月経随伴症状の独自性を踏まえ、症状を自身がもつ月経周期の一部としてとらえ、月経による心身の変動を価値判断なく受け容れ、そのうえで自分の意思をもって医療の利用も含めて対処行動を起こし、周期全体をマネジメントしながら生活を送ることが、「症状とうまく付き合いながら生活を送る」ということであるといえる。女性の月経に対するこうした態度は、近年月経随伴症状との関係性が注目されているマインドフルネスの「価値判断をしない」「意識的に行動を起こす」といった特性と通じるものである（土井ら、2015；Gerrish, 2010；Lustyk, et al., 2011）。症状を含めた月経周期を価値判断なく受け容れ、行動を選択する態度を支えるためには、女性が症状を持つ自身をどのように認識し、行動を起こすかという心理的プロセスに対する臨床心理学的な関わりを重視した介入方法の検討する必要がある。

3.1.2 臨床心理学的介入の目的と指標となる尺度の検討

ここで今一度、「当事者自身が症状を持ちながらも、それらとうまく付き合いながら生活するための支援」という視点から、改めて先行研究における心理的介入の検討を概観する。

非薬物療法的介入の方向性としては、症状そのものに直接的に介入するのではなく、関連要因、なかでも自己効力感やストレス対処行動など、当事者の認知・行動の変容を目指した介入が発展してきた。これは、症状自体に限局的にアプローチするのではなく、症状とうまく付き合いながら月経周期に合わせて生活する能力を向上させるための支援であると考えられる。しかしながら、その介入効果を検討するにあたって使用されている指標は、症状それ自体の種類や程度を測定する尺度であることがほとんどであり、介入目的に沿った変数が存在していない現状がある。前項で述べたように、「症状とうまく付き合いながら生活を送る」ということが、月経をサイクルとして価値判断なく受け容れ、そのうえで自

分の意思をもって行動を起こすことであるとすれば、その指標としては、症状が存在することによる生活全般における心理的苦痛を、女性がどれだけ抱いているのか、ということになるだろう。

海外では、月経随伴症状が女性の生活全般や日常的な心理状態に与えるインパクト (impact) を測定する尺度の開発が試みられている (Wallenstein, et al., 2008; Kues, et al., 2016)。今後は、月経随伴症状に対する心理的介入の効果を評価できる測定尺度の有効性を検討し、そのような尺度を利用して、知見を蓄積していく必要がある。

3. 1. 3 現代女性のライフスタイルに適した支援方法の検討

国立社会保障・人口問題研究所による 2015 年度の出生動向基本調査では、女性のライフコースを「ひとりの女性がおくる人生のタイプ」と定義し、仕事・結婚・育児の組み合わせから、①専業主婦コース（結婚し子どもを持ち、結婚あるいは出産の機会に退職し、その後は仕事を持たない）、②両立コース（結婚し子どもを持つが、仕事も一生続ける）、③再就職コース（結婚し子どもを持つが、結婚あるいは出産の機会にいったん退職し、子育て後に再び仕事を持つ）、④DINKS コース（結婚し子どもを持たず、仕事を続ける）、⑤非婚就業コース（結婚せず、仕事を一生続ける）の 5 つに分類し、未婚女性（18 歳以上 35 歳未満）2570 名に予定ライフコース（実際になりそうだと考えるコース）を調査した。その結果、再就職コース 31.9%、両立コース 28.2%、非婚就業コース 21%であった。また、同調査では、妻の出産後の就業状態について、子どもの追加予定のある夫婦の場合、29.5%の妻が正規職員、19.9%がパート・派遣であり、自営業等を含め 52.9%が就業していることを報告している。職種や就業スタイルも選択肢が広がる傾向にあり、近年の女性の生き方、働き方は多様化していることがわかる。

前章では、月経随伴症状の低減のために記録とセルフモニタリングが有効であるとの先行研究の知見を挙げたが (2.2.1 参照)、月経をサイクルとして捉えるためには、セルフモニタリングにより自分のリズムを調べ、調子の良いときも悪いときも含めて、どの時期に自分に何が起こるのかを把握することが必要である。しかしながら、多くの女性が、卵胞ホルモンが出ている排卵前の時期を自身の基本と考え、月経前・月経中の不調な時期を「問題」として捉える傾向にある (早乙女, 2014)。さらに、月経随伴症状は周期的に訪れては消えていくという断続性を持ち、診断名がつくほどの強さではないケースも多いことから、多忙な現代女性にとって、断続的な月経随伴症状をケアするモチベーションの維持は難しく、毎月訪れる症状に対してただ我慢するだけとなってしまうことが推察される。

こうした月経随伴症状独自の特徴によるケアに対するモチベーション維持の困難さを考慮に入れ、現代女性の多様なライフスタイルに適合した介入方法を考えていくことも、今後の課題のひとつとなるであろう。近年では、スマートフォン・アプリケーションを用いた簡便な月経管理ツールの開発・使用が開始されている。江川ら（2016）は、月経前症状の診断においては患者の前方視的記録と医師－患者間での症状の確認が重要であることから、ICTを活用し、月経随伴症状やその他の健康状態をスマートフォンで簡便に入力できるアプリケーションと、その内容を病院内のサーバに保管できるシステムを開発した。使用者にアンケート調査をしたところ、従来の紙媒体への記録法と劣らない症状記録法であることが示された。さらに、使用者は主治医とのつながりは紙媒体に比べてより強く感じ、記録の簡便さやデータの見やすさなどのメリットも認識された。また、藤田・堀川・濱田（2018）の女子大学生を対象としたアンケート調査では、月経のセルフモニタリング用スマートフォン・アプリケーションの利用者は年々増加傾向にあること、アプリケーション利用者ほど自身の月経周期を把握できていることが確認された。特に、月経開始に先行するため、月経周期に伴う症状であることを自覚しづらい月経前症状の把握に役立つことが示された。さらに、月経をセルフモニタリングしている者には将来のライフプランに対するイメージがある者の割合が有意に多く、ライフプランの思考とセルフケアの意識の間には相乗効果があることが指摘されている。なお、国外では、インターネットを活用したCBTによる効果の検討がなされており（Kues, et al., 2014）、実用化に向けてのさらなる発展が期待されている。

3.2 本論文の目的

前節でまとめた月経随伴症状に関する臨床心理学的研究の課題を踏まえ、本論文の目的を以下に示す。

まず、Bio-psycho-social model に基づいた月経随伴症状へのアプローチについて、これまでの議論を図 1.2 にまとめた。図の左側に位置する楕円状の矢印の輪は月経周期を示し、周期の中の特定の時期に訪れる症状や、それによる日常生活への支障を「不調」という言葉にまとめた。Biological なアプローチとは、この不調の消失・軽減を目的としている。Social なアプローチは、症状によって生じる日常生活への支障に対して、社会的な制度や女性を取り巻く周囲への理解促進などの環境調整を行うことになる。これら月経周期の特

定の時期に対するアプローチと並行して、Psychological なアプローチとしては、月経は周期的なものであり、症状も周期全体の一部であるとしてとらえる、という女性自身の態度を支援していく必要性が示唆された。

こうした支援を行うにあたっては、女性が症状を持つ自身をどのように認識し、行動を起こすかという心理的プロセスと、それによって月経周期全般に対して抱く主観的な心理的苦痛を明らかにし、指標として定量化することが重要である。図においては、月経周期全体にかかる形で「心理的苦痛」を表し、これが女性の生活全体の QOL の低下につながることを示した。心理的介入にあたっては、月経周期全体をマネジメントするという女性自身の態度を支援することが、この「心理的苦痛」の低減につながると考えられる。

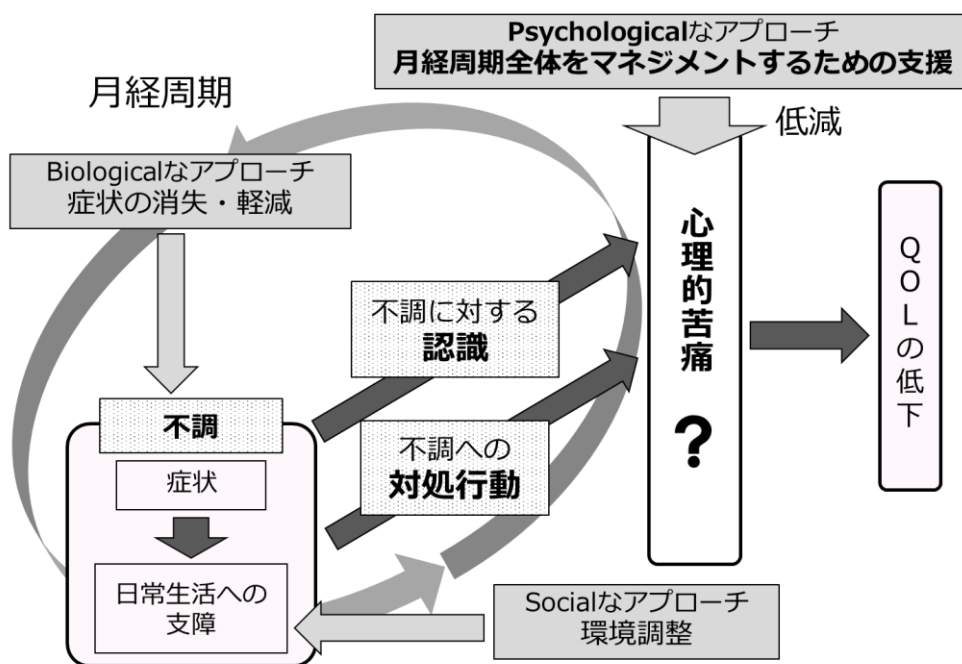


図1.2 Bio-Psycho-Social modelに基づく月経随伴症状に対するアプローチの方向性

以上より、本論文では、月経随伴症状によって女性が月経周期全般において抱える心理的苦痛に焦点を当て、女性が症状を周期の一部としてとらえ、周期全体を主体的にマネジメントしながら生活することで心理的苦痛を低減させるための心理的支援のあり方を提示することを目的とする。この目的を達成するため、具体的には、以下の2つのリサーチクエスチョン (RQ) を設定する。

- (1) 月経随伴症状によって女性が抱く心理的苦痛の全体像とはどのようなものか
- (2) 心理的苦痛全体を低減し、女性の QOL 向上を促すために有効な心理的アプローチはどのようなものか

「心理的苦痛」の様相を明らかにし、定量化可能なものとして確立させることで、心理的介入効果の検討および今後の研究の蓄積に有益な知見をもたらすことを目標とする。さらには、月経随伴症状独自の特徴と、価値観の多様化によりさまざまな様相を呈する現代女性のライフスタイルとを考慮に入れた継続的な介入の方法について検討し、実用的な研究知見を得ることを目指す。

3.3 本論文の構成

本論文は4部構成である。以下、各部および章の概要について説明する。

第1部（第1章－第3章）では、まず第1章において、月経随伴症状の概念整理および測定尺度について概観した後、医学的治療の実際とその課題、月経随伴症状の社会的問題と対策およびその課題について概観した。これらを踏まえ、月経随伴症状に対する心理学的アプローチを検討する必要性について述べた。第2章では、月経随伴症状と関連する心理的要因と、その知見に基づく心理的アプローチに関する先行研究について概観した。これら先行研究のレビューを受けて、第3章では月経随伴症状に関する臨床心理学研究の課題を挙げ、本論文の目的および構成を提示した。

第2部（第4章－第6章）では、まず、既存の概念と尺度を用いた月経前症状の評価と女性本人への心理的影響との関連について検討を行い、その結果に基づいて、本論文における RQ を精緻化した（第4章）。その後、RQ のひとつである「月経随伴症状による心理的苦痛の全体像とはどのようなものか」という問いに対して、その内容と発生・維持・増幅プロセスについて探索的に検討を行った（第5章）。そして、導き出された仮説モデルに基づき、「月経随伴症状負担感」を測定するための尺度の作成を試み、仮説モデルの量的検討を行った（第6章）。以上の行程により、月経随伴症状に対する心理的支援のターゲットとなり得る「心理的苦痛」の様相を描き出した。

第3部（第7章－第10章）では、第2部において描き出された「心理的苦痛」の全体像を基に、もうひとつの RQ である「心理的苦痛を低減し、女性の QOL の向上を促すた

めに有効な心理的アプローチとはどのようなものか」について検討を行った。第7章では、第2部によって得られた知見から、マインドフルネスと月経随伴症状との関連性について着目し、改めて先行研究を概観した後、マインドフルネスを用いた心理的介入の月経随伴症状による「心理的苦痛」低減への有効可能性を予想した。続く第8章では、マインドフルネスを用いたアプローチを特定の問題や文脈に適用する際の理論的手続きに関する先行研究を概観し、第3部にて月経随伴症状へのマインドフルネスの適用を検討するに際して明らかにすべき点について確認した。第9章では、第2部で作成した「月経随伴症状負担感尺度」を用いて、マインドフルネス特性と月経随伴症状負担感との関連性について統計的な検討を行った。第10章では、実際にマインドフルネスによる介入を行い、マインドフルネス実践が月経随伴症状に関する主観的体験に与える影響について、体験者にインタビューを行うことで、月経随伴症状による心理的苦痛へのマインドフルネスの作用について、より詳細かつ実証的なメカニズムを検討した。

第4部（第11章－第12章）では、本論文の総合的な考察を行った。第11章では、第2部、第3部において得られた知見をそれぞれまとめた後、第8章において確認した、月経随伴症状に対するマインドフルネス・アプローチの適用に関する最終的な理論的検討を行った。最後に、改めて **Bio-psycho-social model** に基づいた月経随伴症状へのアプローチにおける **Psychological** な支援のあり方について、その位置づけおよび **Biological, Social** なアプローチとの関係について検討を行った。第12章では、本論文の学術的、臨床的意義と、課題および今後の展望についてまとめた。

第10章（研究5）においてマインドフルネスを用いた介入を実施するにあたり、GCLのカリキュラムの一環であるGDWSの枠組みの中でマインドフルネス・プログラムを実施した。また、先に述べた月経随伴症状に関する臨床心理学研究の課題のうち、「現代女性のライフスタイルに適した支援方法の検討（3.1.3参照）」については、ICTを用いた月経随伴症状に対するマインドフルネス・アプローチの可能性およびその利点に関する発見的な知見を得るため、GDWSにおける課題として検討を行った。その成果については、付録（補足資料）において説明する。

また、第8章における「月経随伴症状に対するマインドフルネスを用いたアプローチの適用に関する理論的手続き」に関する論考および「8.2 マッピング・モデル1 月経随伴症状による心理的苦痛のスパイラルモデル」、第10章「10.4 マッピング・モデル2 マインドフルネスによる月経随伴症状への意識変容プロセス」、第11章「11.1 月経随伴症状に対

するマインドフルネス・アプローチの理論的検討」の内容は、GCLのカリキュラムの一環である海外インターンシップ・プログラムにおいて短期滞在した Bangor University の Centre for Mindfulness Research and Practice における指導のもとで行った。

なお、本論文の第 1 部（第 1 章－第 3 章）は稲吉（2018a）、第 4 章（研究 1）は稲吉（2018b）、第 5 章（研究 2）は稲吉（2018c）、第 6 章（研究 3）は稲吉（2018d）、第 10 章（研究 5）は稲吉・生崎・高橋（2017）に、それぞれ加筆修正したものである。

第 2 部 月経随伴症状による心理的苦痛とは何か

第 1 部において概観したように、先行研究においては、月経随伴症状に対する問題解決型のアプローチの検討が主要に行われてきた。一方で、症状やそれに伴う日常生活の支障がありながらも、それらとうまく付き合いながら生きていくための全人的な支援を行うにあたっては、女性が症状に対して自分もつ月経周期の一部としてとらえ、月経による心身の変動を価値判断なく受け容れたうえで自分の意思をもって行動を起こし、周期全体をマネジメントしながら生活を送ることを支えていく Psychological な支援が重要であると考えられる。国内の非薬物療法の取り組みとしては、これまで教育・指導的な介入が開発・検討されてきたが、それらと並行して、女性自身が症状を持つ自身をどのように認識し、行動を起こすかという心理のプロセスに対する臨床心理学的な関わりを重視した介入方法を検討する必要がある。そして、こうした臨床心理学的介入を検討するための第一歩としては、月経随伴症状と、症状が存在することによって女性が日常生活上で抱く心理的苦痛を明確に区別することが重要である。Psychological な支援のターゲットは、症状そのものの強度よりも寧ろ、症状がありながらも、それによる「心理的苦痛」を低減することになるだろう。

第 2 部では、月経随伴症状があることによって女性が抱く「心理的苦痛」について、その様相を明らかにすることを目的とする。まず第 4 章では、本論文と同様の問題意識のもとに開発された国外の尺度を日本語訳し、既存の尺度を用いた医学的視点による月経前症状の評価と心理的影響との関連について検討を行った。第 5 章では、月経随伴症状による「心理的苦痛」について、その構造と発生・維持プロセスに関する仮説モデルの生成を行った。この結果抽出された新たな概念である「心理的負担感」について、第 6 章において尺度化を試みた。

第4章 【研究1】月経前症状の医学的評価と心理社会的影響との関連の検討

4.1 問題と目的

第1部で概観したとおり、月経随伴症状に対して臨床心理学的に介入を行うためには、症状による困難と、困難が存在することによって女性が日常生活上で抱く心理的苦痛を区別し、この「心理的苦痛」の様相を明らかにし、定量化可能なものとするのが、今後の研究の蓄積に有益であることが予想される。

医学的視点による月経前症状の評価は、①症状の有無、②日常活動への支障、の2点から行われる。Steiner, Macdougall, & Brown (2003)は臨床家向けに、簡単に迅速、使用者に役立つ月経前症状のスクリーニング・ツールである“The Premenstrual Symptoms Screening tool (PSST)”を開発した。日本においては、宮岡・秋元・上田・加茂(2009)がこの尺度を参考にしてPMDD評価尺度を作成した。PMDD評価尺度は、月経前に生じる心身の変化を問う尺度Ⅰと、症状により日常活動にどの程度支障が出たかを問う尺度Ⅱの2段階で構成されており、PSSTを参考に、尺度Ⅰにおける条件かつ尺度Ⅱにおける条件を満たすか否かで、それぞれPMDD、PMS、軽症/症状なし、と評価する。

このように、医学的視点からは女性自身の心理的苦痛は不問とされるが、日常生活に支障を来していないためにPMSやPMDDと評価されなくとも、心理的苦痛を抱いている女性の存在は否定できない。一方、症状および日常活動への支障はあるものの、心理的に折り合いをつけながら生活していく適応的な在り方も考えられる。症状とそれによる日常活動への支障のみならず、症状による心理社会的影響を査定する必要がある。

以上より、研究1では、医学的視点から評価された月経前症状の程度と、症状が与える心理社会的影響との関連を検討することで、第1部において提起した問題を確認し、本論文におけるリサーチ・クエスチョン(RQ)を精緻化することを目的とした。

4.2 方法

4.2.1 調査対象者と手続き

月経を有し、月経周期の中でも月経前に最も心身の変化を感じる20-39歳女性を対象

とした。インターネット調査会社である株式会社クロスマーケティングに調査を委託し、アンケート調査を実施した。調査時期は2017年8月であった。アンケートの冒頭に調査の目的と倫理的配慮に関する説明を載せ、回答をもって協力に同意したとみなした。なお、本研究は東京大学倫理審査専門委員会の承認を受けて実施した（審査番号：17-3）。

4.2.2 調査内容

(1) 基礎情報として、年齢、就労形態、月経状態、回答時の月経状況、出産経験の有無、婦人科受診歴、現在の精神科受診の有無、経口避妊薬の服用の有無、最も強く心身の変化を感じる時期（月経前・月経中・月経後のいずれか）を尋ねた。月経状態に関しては、「1. 規則的（だいたい前回の月経開始日から26-39日の間に次の月経が始まる）」「2. 不規則（前回の月経が始まって25日以内に次の月経が始まるまたは40日以上経っても次の月経が始まらない）」の2件法とした。回答時の月経状況は直近の月経開始から何日経過しているか、「1. 1-12日」「2. 13-20日」「3. 21日-」から選択を求めた。直近の月経開始日から「3. 21日-」である者を「月経前」と判断した。

表2.1 PMDD評価尺度

尺度Ⅰ. 下記のような症状が月経の始まる1~2週間前から始まり、しかもその症状は月経が始まると2,3日で消失するということが、この1年間の月経周期のほとんどの時期にありましたか？

- 1 抑うつ気分になる。または絶望的な気分になる。
- 2 不安になる。または緊張する。
- 3 涙もろくなる。または突然悲しくなる。
- 4 怒りっぽくなる。またはイライラする。または人にあたる。
- 5 興味がなくなる（仕事、学校、趣味など）。
- 6 集中力が低下する。
- 7 疲れやすくなる。または気力がなくなる。
- 8 食欲が増す。または特定の食べ物（例：甘いものなど）が欲しくなる。
- 9 いつもより眠りすぎる。
- 10 いつもより眠れなくなる。
- 11 自分をコントロールできない感じになる。
下記の身体症状のどれかが現れる。
- 12 乳房の痛みや張り、腹部の張る感じ、腹痛、頭痛、関節痛、筋肉痛、
身体がむくんだ感じ、体重増加、便秘

尺度Ⅱ. 上記に挙げた症状が1つでもあった人（少しあった～とても強くあったに○をした人）に伺います。その症状が出現している間、下記の日常活動に支障がでたかお答えください。

- 1 仕事の能率に支障がでた（職場や学校）。
- 2 家事に支障がでた。
- 3 職場の人との関係に支障がでた
（関係に支障がでる例：つきあいを避ける、人にあたる、けんかをするなど）。
- 4 家族との関係に支障がでた。
- 5 友人・知人との関係に支障がでた。

注 「なかった」「少しあった」「あった」「とても強くあった」の4件法で自己評価を行う。

宮岡・秋元・上田・加茂(2009)をもとに作成。

(2) PMDD 評価尺度を用いた。尺度項目の内容を表 2.1 に示す。本研究では、症状の有無、程度に関しては PMDD および PMS と同程度の回答をしつつも、日常活動への支障については報告がないことから「PMDD 群」、「PMS 群」に分類されなかった者を「支障なし群」とした。回答による対象者の分類を表 2.2 に示す。

表2.2 PMDD 尺度による対象者の群分け

	尺度 I		条件3: 尺度 II 項目1-5
	条件1: 項目1-4	条件2: 項目1-12	
PMDD	「とても強くあった」が 1つ以上	「あった」または 「とても強くあった」が 4つ以上	「とても強くあった」が 1つ以上
PMS	「あった」が 1つ以上	「あった」または 「とても強くあった」が 4つ以上	「あった」または 「とても強くあった」が 1つ以上
支障なし	「あった」または 「とても強くあった」が 1つ以上	「あった」または 「とても強くあった」が 4つ以上	全て 「少しあった」以下

注 上記3つの条件を全て満たす者をそれぞれ「PMDD群」「PMS群」「支障なし群」、
いずれにも該当しない者を「対照群」とした。

(3) PMS-I 尺度 (Kues, Janda, Kleinstäuber, & Weise, 2016) を用いた。これは、月経前症状による「インパクト (impact)」を心理社会的側面から測定する尺度である。原版の責任者である Philipps 大学 Marburg 校の Weise 氏により、日本語への翻訳および使用と、論文掲載の許可を得た。翻訳にあたっては、まず Test DaF の全ての項目で 4 以上を持つ心理学専攻の大学院生に依頼し、ドイツ語から日本語への翻訳を行った。その後、Goethe-Zeritifikat C1 を持つ心理学専攻の大学院生、ÖSD B2 を持つ者の 2 名に依頼し、2 度のバックトランスレート (逆翻訳) を行った。なお、Test DaF, Goethe-Zeritifikat, ÖSD はドイツ語能力を証明する検定試験であり、協力者 3 名はいずれも日本人女性である。尺度は、「月経前症候群 (PMS) とは、月経の 3~10 日前から生じる身体症状 (例: 痛み、むくみなど) や精神症状 (例: イライラや落ち込みなど) を指します。以下では、PMS そのものではなく、その症状によってあなたがどのような気持ちになるか・どのような反応をするか、についておうかがいします。」という案内文を示し、その後続く項目について、「1. 全くあてはまらない」「2. あまりあてはまらない」「3. ややあてはまる」「4. あてはまる」「5. 非常によくあてはまる」の 5 件法で自己評価を求めた。

PMDD 評価尺度において、従来の評価ではともに軽症/なし群に分類される「支障な

し群」と「対照群」の間には、PMS-I 尺度の得点に「支障なし群」 > 「対照群」の有意な差が生じると予想される。

4.2.3 分析方法

PMS-I 尺度の妥当性、信頼性を確認するため、因子分析および Cronbach の α 係数の算出を行った。その後、PMS/PMDD 症状の評価が PMS-I 尺度の得点に与える影響の検討を行った。分析には SPSS (ver. 22) を用いた。

4.3 結果

4.3.1 対象者の背景

回収された 500 名から、妊娠中・授乳中の者 89 名、婦人科系の器質性疾患を持つ者 76 名、精神疾患を有する者 41 名を除外した（重複あり）。341 名のうち、心身の変化を月経前に最も強く感じると回答した 254 名を分析対象とした。平均年齢は 30.44 歳 (SD=5.10) であった。年代別に見ると、20 代前半 (20~24 歳) 13.78%、20 代後半 (25~29 歳) 35.25%、30 代前半 (30~34 歳) 25.98%、30 代後半 (30~34 歳) 25.98% であった。職業は、フルタイム就労 43.70%、パートタイム就労 23.23%、主婦 17.72%、学生 5.51%、その他 9.84% であった。出産経験のある者は 22.44%、ピルを服用している者は 6.69% であった。

4.3.2 PMS-I 尺度日本語訳の検討

PMS-I 尺度の因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った結果、表 2.3 の 2 因子構造が確認された。表中の No. は、原版における項目番号である。分析の過程で、負荷量が第 1 因子、第 2 因子ともに 0.3 以上ある 5 項目「1. 家事や仕事などの毎日のタスクが、いつもよりうまくいかなくなる」「9. 仕事に対して、いつもどおりの能力を発揮できなくなる」「12. 引きこもり、独りになりがちになる」「14. 身体的に苦勞をして何かをすることを避けるようになる」「17. 友達や知人とあまり交流しなくなる」を除外した。第 1 因子は、原版の“Psychological impact”因子と同様の項目、第 2 因子は、原版の“Functional impact”因子の項目の一部から構成された。本研究においては第 1 因子を「心理的影響」、第 2 因子を「社会的影響」と呼んだ。因子ごとの Cronbach の α 係数を算出したところ、「心理的影響」因子は $\alpha = .94$ 、「社会的影響」因子は $\alpha = .84$ であり、各因子の内的整合性が示された。

以降の分析には、「心理的影響」因子 9 項目、「社会的影響」因子 4 項目それぞれの得点の平均を用いた。また、両因子を合わせた 13 項目の平均を「PMS-I 平均」とした。

表2.3 PMS-I尺度日本語訳 因子分析結果

因子	No.	項目	因子負荷量		共通性	
			1	2		
心理的影響	8	自分を不安定にさせるような、さまざまな考えが頭に浮かぶ	1.00	-.23	.75	
	10	この先自分に何が起こるのか、と怖くなる	.99	-.17	.78	
	13	ストレスに対処することがより難しくなる	.83	.01	.70	
	7	人生と、その中で起こる困難に対処できない	.78	.10	.73	
	18	自分の考えに圧倒されるような感覚になる	.74	.06	.61	
	16	物事をコントロールできないように感じるものがしばしばある	.72	.18	.72	
	15	毎日の生活において、困難をより強く感じるようになる	.72	.18	.72	
	2	激しい感情(たとえば悲しみやイライラなど)に耐えられない	.57	.11	.42	
	11	親しい人(パートナー、友達、家族)と対立してしまう	.53	.14	.39	
社会的影響	5	余暇活動に従事することが少なくなる	.09	.79	.74	
	3	レジャーをあまり楽しめなくなる	.02	.75	.59	
	4	何に対しても興味がなくなる	.16	.74	.72	
	6	セックスをあまり楽しめなくなったり、興味がなくなったりする	-.18	.69	.34	
	固有値			7.52	1.41	
	寄与率 (%)			55.12	7.94	

4.3.3 月経前症状評価と症状が与える心理社会的影響との関連

月経前症状評価の各群の記述統計量と、 χ^2 検定により人数比率を確認した結果を表 2.4 に示す。

表2.4 月経前症状の評価による群分けと記述統計量

月経前症状評価	人数	PMS-I尺度						χ^2	df	p 値
		心理的影響		社会的影響		PMS-I平均				
		M	SD	M	SD	M	SD			
PMDD群	36	3.99	1.09	3.42	0.98	3.70	0.92	27.76	3	***
PMS群	56	3.33	1.08	2.99	0.97	3.16	0.92			
支障なし群	68	2.65	1.08	2.45	0.97	2.55	0.93			
対照群	94	1.97	1.08	2.09	0.95	2.03	0.92			
全体	254	2.74	1.08	2.57	0.97	2.66	0.92			

群間には有意な人数比が見られたため、月経前症状評価をダミー変数化した独立変数、PMS-I 尺度の各因子および全体の得点を従属変数とした重回帰分析によって、群間における PMS-I 尺度の得点差を検討した。結果を表 2.5 に示す。月経随伴症状評価におけるダミー変数の基準は対照群であり、偏回帰係数 (β) は「PMDD 群」、「PMS 群」、「支障なし群」のそれぞれと「対照群」との間における PMS-I 尺度の得点に有意な差があるか否か

を示す。なお、先行研究では、年代、出産経験の有無、就労形態によって、PMS 症状の質が異なることが明らか（川瀬・森・吉崎・和田・松本，2004）であったため、本研究においても、年齢、就労形態（「フルタイム就労」を基準とし、「パートタイム就労」「専業主婦」をレンジ（1.0）のダミー変数として用いた）、出産経験の有無を統制変数とした。その他 PMS 症状に影響を与え得る要因として、経口避妊薬服用の有無も統制変数として強制投入した。

表2.5 重回帰分析結果

月経前症状評価	心理的影響	社会的影響	PMS-I平均
	β	β	β
PMDD群	.66***	.47***	.63***
PMS群	.52***	.39***	.51***
支障なし群	.30***	.17**	.26***
R-square	.47***	.26***	.44***
Adjusted R-square	.45***	.24***	.42***

注 *** : $p < .001$, ** : $p < .01$

年齢、職業、出産経験の有無、経口避妊薬服用の有無を統制変数として強制投入した。PMDD群、PMS群、支障なし群はレンジ(1, 0)のダミー変数であり、ダミー変数の基準は「対照群」である。

分析の結果、「心理的影響」「社会的影響」の各因子および PMS-I 尺度全体において、「対照群」と比して「PMDD 群」、「PMS 群」、「支障なし群」はそれぞれ 1%水準で有意に得点が高かった。

4.4 考察

4.4.1 研究 1 によって得られた知見

研究 1 では、月経前症状を心理社会的側面から検討する必要性を確認するため、医学的視点による月経前症状評価と、症状が与える心理社会的影響との関連を検討した。国内における現存の尺度には、月経前症状としての精神症状を測定するものはあるが、症状が日常的に女性に与える心理社会的影響を測定できるツールは存在しない。そこで、ドイツにて作成された PMS-I 尺度を活用した。「心理的影響」因子は原版の“Psychological impact”因子と同様の項目から構成されたが、「社会的影響」因子は原版の“Functional impact”因子の項目から、複数の因子に対して高い因子負荷を示す項目が削除された。削除された項目は、今回の対象者である日本人女性にとって心理的・社会的双方の苦痛に

影響を及ぼしている中核的な困難であると考えられる。したがって、今後は、日本人女性の体験に基づいて月経前症状による心理社会的影響を構造化したうえで、定量化の方法を検討する必要がある。

本研究では、月経前症状の程度と心理社会的影響との関連について検討するため、PMDD 評価尺度によって対象者を「PMDD 群」、「PMS 群」、「支障なし群」、「対照群」に分け、群ごとによる PMS-I 尺度の「心理的影響」「社会的影響」の各得点の違いを調べた。その結果、「心理的影響」因子について、「対照群」と比して「支障なし群」は有意に得点が高かった。この結果は仮説を支持するものであり、月経前症状はありながらも日常生活への支障はなく、医学的視点からは PMS・PMDD と評価されなくとも、症状による心理的苦痛を抱えている女性の存在が示された。「社会的影響」因子の項目は PMDD 評価尺度における日常生活への支障を測定するⅡの 5 項目と類似しているが、本研究の結果では、「対照群」に比して「支障なし群」における得点が有意に高かった。両者の違いについて、PMDD 評価尺度におけるⅡの 5 項目は、それぞれ仕事の能率、家事、職場の人との関係、家族、友人・知人との関係に「支障がでた」と表記しており、回答者に客観的な評価を求める問いである。対して、PMS-I 尺度の「社会的影響」因子を構成する質問項目は、「何に対しても興味がなくなる」「レジャーをあまり楽しめなくなる」など、回答者の主観的な困難感を問うものであるといえる。すなわち、実際に日常生活においてトラブルが生じているわけではないものの、女性の主観的体験としては月経前症状による日常生活におけるネガティブな変化を実感しており、それが心理的な負担となっている可能性がある。

4.4.2 本研究の限界と課題

以下では、研究 1 における限界を挙げ、本論文において検討すべき点を確認する。

月経周期全体を扱う必要性 まず、本研究では、既存の尺度が存在する月経前の症状に限定し、検討を行った。しかし、月経周期に伴う症状は月経前のみに限らない。症状の発現のタイミングやその程度、種類については個人差があり、また個人内においても周期ごとに変動がある。また、医学的な発生機序が異なるため、症状を月経前と月経時で区別することは重要である一方、日常生活における女性の主観的体験としてはそこに明確な区別はなく、全体的に「月経による苦痛」として経験している可能性も考えられる。したがって、月経前症状のみに留まらず、広く月経随伴症状によって女性が抱く心理的苦痛について、包括的に検討を行うことは必要である。

使用尺度の測定する概念についての検討 本研究では月経前症状を評価するために PMDD 評価尺度を用いたが、この尺度は回答が自己記入式であり、面接によって PMDD を診断したものではない。また、米国産科婦人科学会（American College of Obstetricians and Gynecologists; ACOG）によれば、PMS の診断は患者本人による全奉仕的な 2 周期以上の症状記録による周期性・反復性の確認に基づくものとされているが（日本女性心身医学会，2015）、そのような調査も行っていない。したがって、あくまで PMS・PMDD が疑われる者をスクリーニングするためのツールを用いたこととなり、医学的基準に基づいた正確な診断ではない。

また、PMDD 評価尺度および PMS-I 尺度はいずれも自己評価式の尺度であるが、日常生活への支障といった観点において、前者はその頻度を問う一方、後者は回答者の気持ちや反応を判断し評価させている点で両者は異なり、その結果にも違いが出るのが、本研究により明らかとなった。このことから、使用尺度が実際には何を測定しているのか、ということについて、慎重に検討していく必要があることが示唆された。

これを受けて、月経に伴う身体的・精神的症状の自己評価式尺度の得点が、回答者の体験の何を反映するのか、ということについて、ここで改めて検討したい。第 1 部でも概観したとおり、症状の程度を測定する尺度としては、秋山・茅島（1979）の作成した月経随伴症状日本語版（MDQ）が研究に最も用いられている。この尺度は、様々な症状について「なし（0）」～「強い（3）」の 4 件法で回答する。PMDD 評価尺度の I の項目も同様である。すなわち、これらは、回答者はそれぞれの症状についてどれほど強く感じているか、ということを用いているのである。このとき、回答者は症状に関する自身の体験に基づいて評価を行う。その体験には、「症状の感覚」、たとえば、どれだけ痛いのか、どれだけ落ち込むか、といった程度と同時に、「症状による苦痛」、すなわち、症状によってどれだけ大変な思いをしているか、といったことも含まれる可能性が考えられる。

4.4.3 第 5 章に向けて

研究 1 によって得られた知見および研究の限界点を踏まえ、以下では、臨床心理学的観点からの月経研究における今後の課題を述べる。

まず、本研究の結果から、医学的診断基準に基づいた身体的・精神的症状の有無および日常生活への支障によって女性の月経前症状の程度を判断するのみでなく、月経前症状によって女性が抱えている心理的苦痛についての検討を行う必要性が確認された。今回、既存の尺度に月経前症状の評価尺度、月経前の心理社会的影響を測定する尺度のみ存在し

ていたため、月経周期の期間を月経前に限定していたが、この心理的苦痛は、月経前症状のみならず、月経随伴症状全般に共通することであると予想される。以下、広く月経随伴症状による心理的苦痛について、研究1によって得られた知見をもとに、その全体像の仮説モデルを生成する（図2.1）。

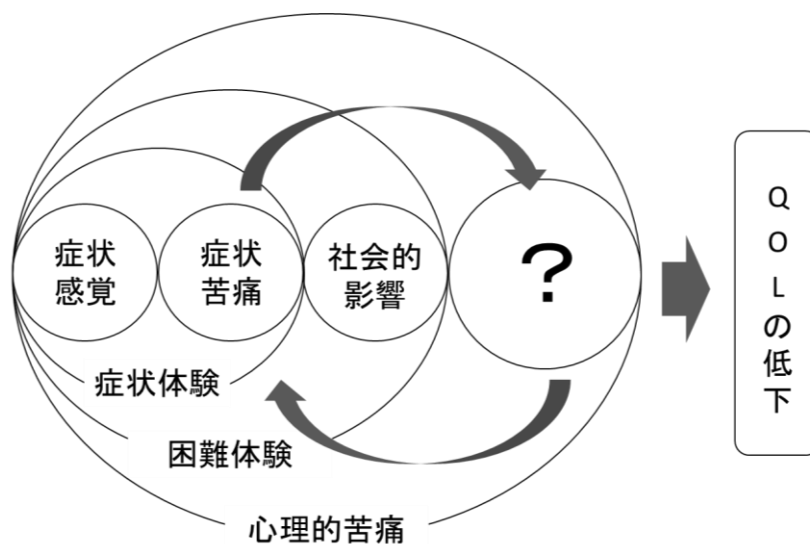


図2.1 月経随伴症状による心理的苦痛の仮説モデル

今回、症状による心理的影響、社会的影響を測定するため、PMS-I 尺度の各因子を用いた。この「社会的影響」因子の得点が、実際の日常活動への支障の有無を尋ねる PMDD 評価尺度の尺度Ⅱの回答の差である「支障なし群」と「対照群」の間で有意な差があった。このことから、「社会的影響」因子は、実際の支障の有無のみではなく、日常活動への支障があることによる主観的苦痛をも同時に測定していることが予測された。さらに、因子分析の結果、PMS-I 尺度の項目のうち「心理的影響」因子および「社会的影響」因子の双方の因子負荷量が高いものが見られた。これらの項目は、日本人女性にとって心理・社会の双方の苦痛に共通する中核的な苦痛であると考えられる。以上から、日本人女性にとっての症状による苦痛の様相を、主観的体験をもとに明らかにしていく必要性が示唆された。図2.1では、この苦痛を症状および日常活動への支障と区別し、「？」で示した。

また、月経随伴症状の自己評価式尺度について改めて考察し、その尺度の得点が示す内容は、「症状の感覚」と「症状による主観的苦痛」の双方が混同している可能性が考えられた。症状の存在を前提とし、それらとうまく付き合いながら生活を送ることを目指す

にあたっては、「症状の感覚」と「症状による苦痛」を区別してとらえる必要があるだろう。図 2.1 においては、この二つをまとめて「症状体験」と示した。そして、「症状体験」と社会的影響、すなわち主観的体験に基づく日常活動のネガティブな変化をまとめて「困難体験」とし、この体験を通して抱く苦痛もすべて包括した全体を、本論文では「心理的苦痛」と呼ぶこととした。また、今後明らかにすべき苦痛と「困難体験」との相互関連性について、図においてはグレーの矢印で示した。

症状による心理的苦痛の全体像を精緻化すること、およびその発生・維持メカニズムを明らかにすることを目的とし、第 5 章では、日本人女性の主観的体験に基づいた探索的検討を行う。

第 5 章 【研究 2】 月経随伴症状による心理的苦痛の構造および

メカニズムの検討

5.1 問題と目的

研究 1 では、月経随伴症状に関する現存の概念および尺度を用い、症状の医学的基準に基づく評価と、症状が与える女性本人への心理社会的影響との関連を検討した。その結果、本論文の目的である「月経随伴症状とうまく付き合いながら生活を送るための心理的支援」を検討するにあたり、症状そのものや日常生活における支障のみに限らず、症状が存在することによって女性が抱く心理的苦痛をターゲットとする必要性が確認されたとともに、現存の概念および尺度では、月経随伴症状を包括的に捉え、日本人女性の主観的体験としての心理的苦痛について議論するには限界があることが明らかとなった。

研究 2 では、研究 1 より得られた知見によって整理されたモデルをもとに、本論文の RQ のひとつである「月経随伴症状によって女性が抱く心理的苦痛の全体像とはどのようなものか」について、その内容と発生・維持・増幅プロセスについて明らかにすることを目的とする。なお、検討にあたっては、現代日本の状況を踏まえ、症状の発現が顕著であるにもかかわらず、学業や就労の場面で男性と同等の成果・生産性を求められる 20 代の日本人女性に焦点を当て、月経随伴症状それ自体や、症状による日常生活の支障に対する女性自身の認識および対処行動を切り口とする。

5.2 方法

5.2.1 対象者の選定

対象者の選定に関しては、月経随伴症状により心理的苦痛を感じた経験を持つ 20 代女性に対し、縁故法および協力の是非を問うアンケートによって募集をかけた。婦人科系の器質的な疾患がある者は月経困難症状の発生機序が異なり、器質的な異常に対する特有の医療を要するため、対象から除外した。機能性の症状に関しては、その発生・維持に心理社会的要因が影響すると考えられるため、本研究の対象とした。また、月経随伴症状に生

物学的に影響を与える可能性がある要因を統制するため、月経周期が成熟するために必要とされる初経後 7 年を経過している者およびホルモンの影響から月経に伴う精神症状が悪化すると考えられている出産経験を有しない者を対象とした（松本，2004）。

5.2.2 データ収集方法

モデルの生成やプロセスの取り扱いには、質的研究法が適しているとされる。したがって、質問紙とともに半構造化インタビューにてデータ収集を行った。質問紙では上記選定基準を確認するとともに、インタビューにあたって協力者の症状の種類や程度について事前に把握するため、秋山・茅島（1979）の作成した月経に伴う心身両面の愁訴に関する尺度である月経随伴症状日本語版（Menstrual Distress Questionnaire: 以下、MDQ）を実施した。本来 MDQ は月経前・月経中・月経後の 3 つの時期について回答を求めるが、本研究では回答者の負担を軽減するため、心理的苦痛をより感じる時期についてのみ回答を求めた。なお、項目については心理測定尺度集Ⅲ（中村・福井，2001）を参照した。インタビューは、①月経に伴う困難をどのようにとらえているか、自分にとってどのようなものか、②症状への対処として行っていること、に関する質問を中心に、一人 50~70 分を行った。内容は IC レコーダーに録音し、逐語録をデータとして扱った。調査期間は 2014 年 12 月～2015 年 8 月であった。

5.2.3 倫理的配慮

インタビュー実施の際には、個人的な経験である自身の生理現象について語ることにより心理的に負担を感じる場合があること、参加は自由意志によるものであり中断も可能であること、答えづらい質問には応える必要がないことを紙面および口頭で説明を行った。研究への協力を同意が得られた後、同意書に署名を頂戴した。なお、本研究は東京大学倫理審査専門委員会の承認を受けて実施した。

5.2.4 データの分析

データの分析はグラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、GTA）を参考とした。GTA は理論の生成が目指され、その構成要素としてデータに基づいた「概念」を構築することが重視されるため（能智，2011）、女性の心理的苦痛の構造および発生プロセスに関する体系化された仮説の生成を目的とする本研究の方法として適切であると考えられる。今回は、分析の手続きが明確に記述されている Strauss & Corbin（1998/2004）の提示する方法を参考にした。

GTA では分析プロセスにおいて生成されたカテゴリを発展させるため、有効な対象者

を選んでデータを収集するという作業が繰り返される。本研究では、目的に応じたデータ収集と分析の1セットを「ステップ」と呼ぶ。ステップ1では、月経に伴い心理的苦痛を感じた経験をもつ者を対象とした。分析の過程で、月経随伴症状による心理的苦痛は、症状が発現する時期や本人の生活状況によって感じ方が異なると考えられた。より精緻な情報を得るため、ステップ2では主に月経前に心理的苦痛を感じた経験をもつ者、ステップ3では主に月経中に経験をもつ者を対象とした。ステップ1-3の対象者は全て大学生・大学院生であったため、カテゴリの確認と対象者の属性の拡大を目的に、ステップ4は主に月経前に心理的苦痛を感じた経験をもつ社会人女性、ステップ5は主に月経中に経験をもつ社会人女性を対象とした。上記の選定基準のもと、表2.6に示す16名の協力者に対して調査を行った。

表2.6 インタビュー協力者

ステップ	Info.	年齢	所属	MDQ得点平均	
				月経前	月経中
1	A	28	院生	2.26	0.57
	B	25	院生	1.06	1.86
	C	23	院生	1.37	0.69
	D	26	院生	1.69	1.14
	E	24	院生	1.94	2.31
2	F	22	院生	2.74	
	G	20	大学3年	1.74	
	H	22	大学4年	1.86	
	I	22	大学3年	2.06	
3	J	23	院生		1.11
	K	22	院生		1.54
4	L	29	事務職	2.40	
	M	25	金融	2.14	
	N	26	営業	1.69	
5	O	28	研究職		0.63
	P	24	心理職		1.63
6	A, B, D, E J, P, O, M, I		メンバーチェック		

分析から見出されたカテゴリ名やモデル図などの研究結果が当人にとって納得いくものであるかを確認するため、メンバーチェックを行った。大方の分析が終了した時点で、協力を得られた9名にフィードバックを行い、意見を求めた。指摘があった部分に関して再検討し、修正を加えた。最終的な結果は心理学系の女性教員1名に確認を依頼した。

5.3 結果と考察

表2.7 カテゴリー一覧 (1)

CG	カテゴリ	サブカテゴリ	語りの例
症状 関連 困難	賦活される 症状	身体面	下腹部・腰の痛み, 頭痛, むくみ, 眠気, だるさ, 体重増加 など
		精神面	イライラ, 寂しくなる, 焦燥感, 絶望感, 不安, 落ち込み など
		行動面	やる気の低下, 集中力の低下, 活動性の低下 など
	日常生活への 支障	対人場面	人にあたる, しつこく連絡する, 人間関係が面倒になる など
		主要な社会的活動	効率・パフォーマンスの低下, 遅刻・欠席, 仕事がたまる など
	困難間の関連	身体面→行動面 精神面→行動面	メンタルにリンクして, ちょっとだるいというか, 動きたくないというか, それは感覚的には, 体よりメンタルからくる感じ。(Info. O)
月経 その もの とら え方	必要なもの	無くなっては困るもの 出産の予行練習	女の人だから, ないとね, 困るじゃないですか. やだになっていうのと, 絶対必要っていうので, しょうがない, みたいな。(Info. N)
		影響が大きすぎる 不快 面倒くさい	悪いイメージもあって. 悪いイメージっていうのは, やっぱその影響が大きくなってますかね. もっと他の方法なかったのかなとか, 思いますね。(Info. F)
	喜ばしいこと	子どもが産める証拠 月経を通した自分理解 女性性の実感 生きている実感	それをきっかけにして, 自分ってこういう人なんだとか, 普段は流しちゃってるけど, 自分ってこういうふうの問題解決しようとするんだ, とか, 意外とこういうことでも人に話せるんだ, とか. 一つの, いろんなことと見れる指標ではあるかもしれないな。(Info. E)
		両価的なもの	すごい両価的になっていうか, ものだと思うんですね。(Info. F)
		ただ存在するもの	月経それ自体には, ポジティブなイメージもネガティブなイメージもなくて, ただあるものかしら思わない, ですね。(Info. H)
	困難 の とら え方	納得感	仕方がない 自分の所為ではない 一過性のもの
自分で管理・対処すべき 月経は病気ではない 周りほうまく対処している			生理って自分のコントロールの範疇にある感じがして. 内臓疾患みたいなものでもない, 精神的なものとか, 普段の生活とか, が関わっている症状だと思うので。(Info. C)
受容すべき		うまく付き合っていくもの 状態のパロメーター 生活の一部	薬でなくすとか, 気持ちの問題でどうにかするっていうものじゃなくて, あるものとして受け入れるのがいいなと. 身体に負担がかかっているんだなって, パロメーターになるもの。(Info. H)
		葛藤	完全には諦められない 無理やり納得させる
症状理解と 予測		周期的変化の把握 月経の記録	日付とかはすごい意識していて, もうすぐ生理が来るなあとかもうすぐ排卵の時期だなあ, みたいな. で, だいたいこの時期にこういうことが起こるなって自分で予想して...(Info. A)
		積極的な症状の 消失・軽減	服薬 病院の受診 温める, リラックス法
困難 への 対処	我慢	我慢	単に耐えるって感じになってる気が. アサインされたシフトに入って, 痛いけど, やるっきゃないっしょーみたいな。(Info. J)
		気そらし	うーん, なんか本を読むとか, 別のことをして, 気を紛らわせるみたいな。(Info. G)
	優先順位 の変更	自分のハードルを下げる 我慢しない・無理しない ゆっくりと過ごす 寝る・横になる	課題が進まないのは, なんか自分のハードルを下げるっていうか. こう, 今はこういう時期だから, たぶんまた, いい時期が, あとで来るから, それまでに, 最低限はこなしておこう, っていうスタンスに切り替えるっていうか。(Info. B)
		友人と話を 同性との症状の共有 異性への開示	今まで, わかってもらえないから誰にも話せないと思ってたんですけど, ほんとに, 仲良くなって思える人には, なんかちょっと, おかしいときあるけど, 気にしなくていいからって。(Info. I)
		予防	生活習慣への心がけ 予定を周期に合わせる ゆとりのある生活 ピルの服用

表2.8 カテゴリー一覧 (2)

CG	カテゴリ	サブカテゴリ	語りの例	
対処の失敗		薬が効かない	結局、いろいろと仕事とか抱えちゃうと、しかもこの仕事はこう、家でやらなきゃいけないこととかあると、どうしても寝る時間が遅くなっちゃったりすることが、否応なしにあるので、そういうの考えると、規則正しい生活なんてできないよ、みたいなの。(Info. D)	
		気分転換できない 対処が持続しない 抑制が効かない		
対処可能性の低さ	環境的要因	対処方法がわからない	落ち込みがなければいつものように生活できると思うので、解決したいと思うんですけど、実際、今やっている対処法以外に何があるかわからなくて。(Info. N)	
		予定調整の難しさ 生理休暇の取りづらさ 職場で休憩しづらい	職場で横になるのが難しくて。休んでいるのを見られて心配されたり。隠れて、誰にも見つからないようになって思いながら休んだりすることもあります。(Info. L)	
	理解を得る難しさ	個人差がある タブー感 異性への話しづらさ 周囲に話す抵抗感 説明の難しさ	言えない感じがするのは、いくらなんでも、オフィシャルな場でも、仕事上のコミュニケーションとはいえ、異性の方に、年上だったら女性にもかな、今月経で辛いんですけどいうのを、言うのがすごく恥ずかしくて、抵抗感があって、それだったら、まあ、言わないで、頑張ろうかなっていう方向になっちゃう。(Info. J)	
		医療への抵抗感	服薬への抵抗 病院受診への抵抗	抵抗ありますね、ピルに対しては。物理的に人間の体のリズムを強制的にコントロールしちゃうのと、あと副作用。(Info. O)
		予測のつけづらさ	つらさの程度 月経日の不正確さ	予測が、自分でなかなかつけづらくて、月によっても違いますし。急にイライラし始めたりとか。(Info. L)
		症状の気づきにくさ	怒っているときは生理前のせいだとは思っていないんですけど、始まると、生理前のイライラで、なんか無意味に怒っていたかなって反省をして、言った人に謝ったり。(Info. M)	
	月経随伴症状負担感	コントロール不能感	いつも通り生活できない 計画どおりにいかない 感情が抑制できない 衝動的な行動への後悔	苦痛だし、焦るし、何でもこんなやらないといけないこととか仕事とかあるのに、なんかこう、寝ちゃうんだらうって、すごい焦って、まあストレスは、大なり小なりあると思うんですけど。(Info. D)
不遇感			不調な期間の損失感 男女不平等感 月経に対する嫌悪感	女の子損ばかりじゃない？みたいな感じが、なんか得はない気がしちゃう。子ども産めるくらい？それも得なのかどうかかわからないけど。代償が大きい。(Info. P)
理解されなさ		親しい人から理解されないつらさ 誰からもわかってもらえない孤独感 知識が浸透していない	人にわかってもらったり、相談するのが、難しくて。相手は、誰でもそういうことあるからって思っていると思うし。でも、私が正常な状態じゃなくて、もうそのときはほんとにどうしようもないのに、それを、こう、わかってくれたらいいな、とは思います。(Info. I)	
		自己不安定感	調子に振り回される 自己否定 本当の自分ではない	普段は自分でいろいろできるのに、こんなふうに落ち込んだりいろんな人にメールとか送ったりして、あのときの自分は、みんなの中でなかったことにしてほしい、消したいって思う。(Info. I)
自己嫌悪	努力不足 他者への申し訳なさ 罪悪感	私はこのまずい状態を放置しているっていうか、ちょっと、気持ちとか、落ち込みがすごいとかも放置してて、割と自分で努力できるところを今できてないっていう自覚があるから。(Info. A)		

分析の結果、7つのカテゴリ・グループ(以下、CG)と32のカテゴリが得られた。表2.7、表2.8にCG、カテゴリ、語りの一例を示す。(《 》はCG、【 】はカテゴリを表す)。以下では、各CGの構成を説明した後、各概念間の関連性を考察し、心理的苦痛の構造と発生プロセスのモデル図を示す(図2.2)。四角枠はCG、丸枠はカテゴリを表し、灰色の矢印はCG内におけるカテゴリの関係、黒の矢印はCG間にまたがる関係を示す。

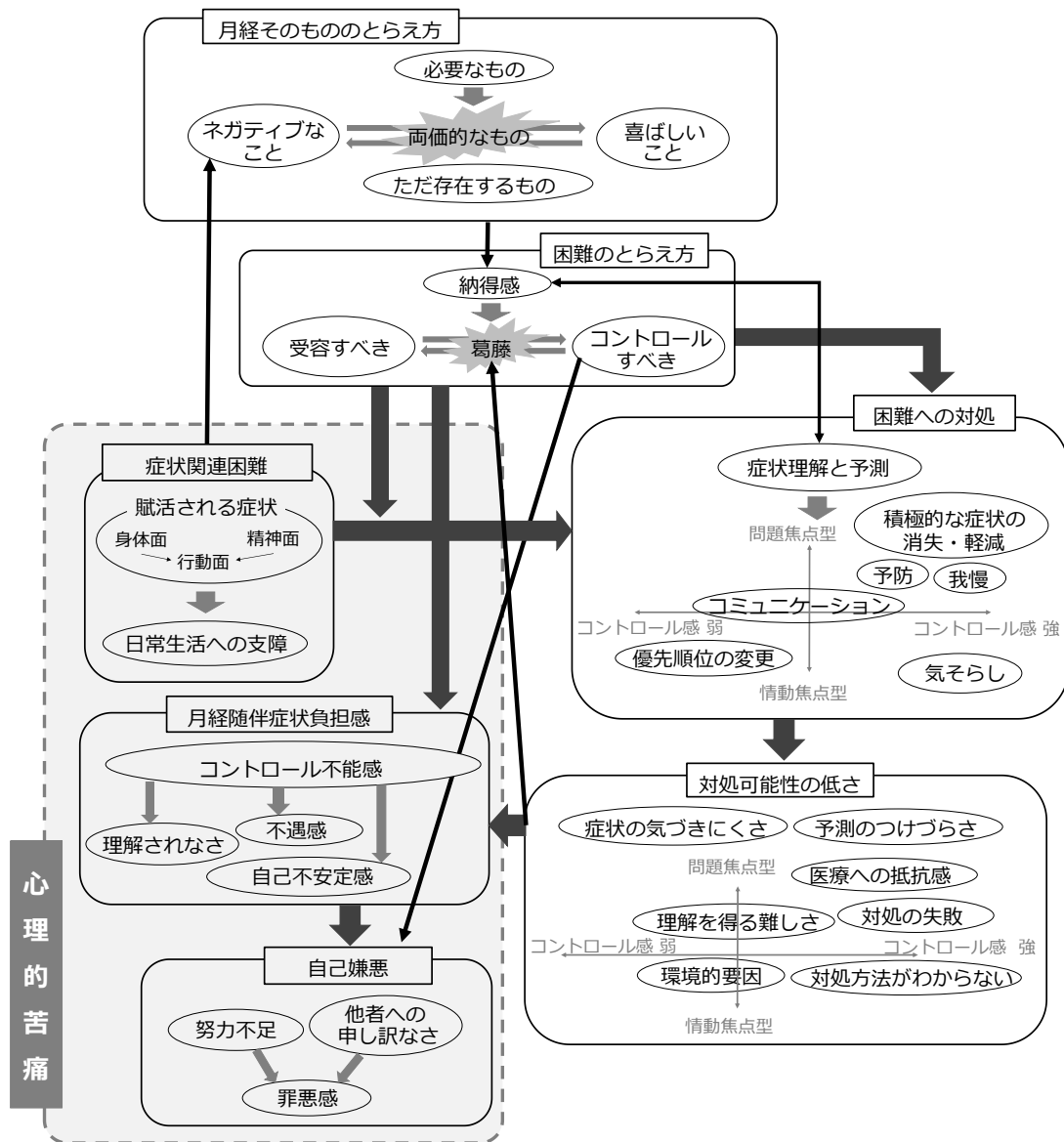


図 2.2 月経随伴症状による心理的苦痛の構造と発生プロセス

5.3.1 各CGの構成

腹痛やだるさなどの身体面，イライラ・寂しくなるなどの精神面，やる気や集中力が低下し，思うように活動できなくなるといった行動面における月経随伴症状そのものを【賦活される症状】，そうした症状から影響を受け，対人場面および主要な社会的活動に支障が生じるという語りを【日常生活への支障】とした。また，賦活される症状は単独で機能するのではなく，身体面や精神面の症状によって行動面の症状が増悪する，という語りもあり，これらは【困難間の関連】とした。これら下位カテゴリ間の関係を，図1では細矢印で示した。なお，以上3つのカテゴリを，CG《症状関連困難》にまとめた。

インタビューの中では症状に限らない月経そのものに関する語りが得られ、それらを《月経そのものとのらえ方》にまとめた。このCGは、月経は女性にとって【必要なもの】であるという前提のもと、症状による影響が大きいだけでなく、月経自体が不快であったり処理が面倒だったりする、という語りをまとめた【ネガティブなこと】、一方で月経は子どもが産める証拠であり、月経を通して女性である自分を実感できる、という【喜ばしいこと】から構成される。この相反するとのらえ方が一人の個人の中で双方とも抱かれており、こうした月経は良い面も悪い面も持つ【両価的なもの】であるとのらえる語りがあ一方、月経それ自体は【ただ存在するもの】とする語りも得られた。

《症状関連困難》のとのらえ方に関する語りを、CG《困難のとのらえ方》にまとめた。困難が月経に伴うものであるとわかると、自分の所為ではない、体質によるものであるから仕方がないといった【納得感】を抱く。このように問題の原因が月経に帰属されたうえで、月経は病気ではないのだから症状も自分で管理しなければならない、など【コントロールすべき】という語りと、困難は【受容すべき】であり、生活の一部として位置づけ付け合っていかなければならない、という語りの双方が得られた。困難との関係について、こうしたコントロールと受容の間で生じる【葛藤】も語られた。

《困難への対処》としては、まず自身の月経に伴う症状に対する【症状理解と予測】を得たうえで、服薬やリラクセス法など【積極的な症状の消失・軽減】、【我慢】、【気そらし】、我慢せずにゆっくりと過ごす時間を優先させる【優先順位の変更】、つらさを他者と共有する【コミュニケーション】、普段から生活習慣に気をつけ、周期に合わせて予定を調整する【予防】といった対処を行うことが見出された。

対処の過程において抱く困難に関する語りとしては、薬が効かない、効果が得られないなどの【対処の失敗】や【対処方法がわからない】、状況的に対処が難しいという【環境的要因】、症状について周囲に話すことへの抵抗感や説明が難しいといった【理解を得る難しさ】、病院の受診や服薬など【医療への抵抗感】、月経日やその時々に関する【予測のつけづらさ】、実際に症状が発現しているときにはそれが月経によるものだと気づかないという【症状の気づきにくさ】といったカテゴリが得られた。これらは、Lazarus & Folkman (1984)のストレス理論における二次評価の段階、すなわち対処可能性を評価する段階と合致すると考えられるため、CG名を《対処可能性の低さ》とした。

困難への認識と対処のプロセスにおいて、《症状関連困難》とは異なる心理的負担感が語られた。これらの語りを《月経随伴症状負担感》にまとめた。このCGは、自分の感情

や生活をコントロールできないことによる心理的苦痛をまとめた【コントロール不能感】と、それによって抱く男女不平等感や時間の損失感といった【不遇感】、他者に理解してもらえない苦痛に関する【理解されなさ】、周期によって本来の自分ではなくなることに對する不満の語りをまとめた【自己不安定感】から構成される。

さらに、上記に述べてきたうまくいかなさは自分の【努力不足】であり、【他者への申し訳なさ】を感じる、こうした状況に対して【罪悪感】を抱く、といった語りが得られた。これらのカテゴリをCG《自己嫌悪》にまとめた。

5.3.2 CG 間の関連

月経に対するネガティブなイメージには、症状やそれによる日常生活の支障に関する体験が寄与していることが示唆された。図1では、《症状関連困難》から【ネガティブなこと】への矢印として示した。しかし、いずれにせよ月経そのものは自然に発生し、女性の体に【必要なもの】であることから、それに随伴する症状として「自分の所為じゃない」「仕方がない」といった【納得感】を抱く。この過程について、図1においては《月経そのものとのとらえ方》から《困難のとらえ方》内の【納得感】に向かう矢印によって示した。この【納得感】は、自身の問題を月経随伴症状として捉え直し把握・管理しようと試みる【症状理解と予測】を促進し、さまざまな《困難への対処》行動へと女性を導く。また、こうした【症状理解と予測】の行為により、自身の困難に対する【納得感】がさらに高まると考えられる。図1では《困難のとらえ方》における【納得感】と《困難への対処》内の【症状理解と予測】を両矢印でつなぐことによって示した。以下に例を示す。

どうしようもないのかなって思っていたのが、月経によるものなんだってわかったことでまあ楽になったし、すっきりした。それで、なんか対処法があるかもしれないっていうふうに思えましたね。(Info. F)

上記の心的プロセスを経て実際に《症状関連困難》への対処を行うこととなるが、その《困難への対処》方法は《困難のとらえ方》の影響を受けることが考察された。すなわち、困難との関係の取り方について【コントロールすべき】という思いと【受容すべき】という態度の間で【葛藤】が生じるが、対処行動の中にも、その状態を何とかしようとするコントロール感の強い方略と、そのときの自身の状態に合わせて行動しようとする方略の双方の語りが得られた。図1では《困難への対処》内の各カテゴリを、コントロール

感の強弱と問題焦点型-情動焦点型 (Folkman & Lazarus, 1980) の 2 軸に位置づけた。

《対処可能性の低さ》は、《困難への対処》の方略によってそれぞれ対応する内容が異なることが考えられた。したがって、図 1 においても《困難への対処》と同様コントロール感の強弱および問題焦点型-情動焦点型の 2 軸を用い、対応させる形でカテゴリを配置した。Lazarus & Folkman (1984)のストレス理論では、一次評価でストレスフルとされた刺激に対し、二次評価で対処不可能であると感じた場合、大きなストレスを感じるとされている。本研究においては、自身の月経随伴症状に対して《対処可能性の低さ》を感じた女性は、CG《月経随伴症状負担感》に示すネガティブな感情を抱くことが示唆された。また、こうした対処のうまくいかなさから、《困難のとらえ方》についてどのように処理する問題として捉えるべきか、といった【葛藤】が強まることが推察される。

《月経随伴症状負担感》と《困難のとらえ方》の関連については、《症状関連困難》に対しては【コントロールすべき】・【受容すべき】といった二極的なとらえ方がなされがちであり、二つのとらえ方の間で【葛藤】が生じ得るが、こうした極端なとらえ方への固執および「問題をどのようにとらえるべきかわからない」といった混乱が、《月経随伴症状負担感》を増幅させることが考えられる。さらに、《月経随伴症状負担感》から、【罪悪感】や自分の【努力不足】であるというとらえ方、【他者への申し訳なさ】といった《自己嫌悪》が生じることもうかがえた。以下に、こうした関連性を示唆する例を示す。

どこから先が休んでよくて、どこまでが休まなくてもやれる範囲なのか自分で判断できな。他人には「休んだ方がいいよ、こんなにツラそうだし」って言えるのに、自分のことになると、生理ぐらいで休んじゃった、みたいな。(Info. B)

こうした《自己嫌悪》には、症状は【コントロールすべき】であるという《困難のとらえ方》がより強く影響していると考えられる。すなわち、月経随伴症状をある程度自分でコントロールすべきであるという認識が強いほど、それがうまくいかない場合に自責的な感情を抱きやすいことが推察される。

5.4 総合考察

5.4.1 月経随伴症状負担感の抽出

本研究では、月経随伴症状を抱える20代の日本人女性が抱く心理的苦痛の内容およびその発生プロセスを明らかにすることを目的に、症状やそれによる日常生活の支障に対する認識および対処行動に関するインタビュー調査を行った。その結果、先行研究において指摘されてきた症状それ自体と日常生活への支障（本研究における《症状関連困難》）では表されない【コントロール不能感】および【不遇感】【理解されなさ】【自己不安定感】といった心理的苦痛が、《月経随伴症状負担感》として抽出された。さらに、月経随伴症状による困難に対する【コントロールすべき】というとらえ方から、こうした負担感が《自己嫌悪》に発展する可能性が示唆された。図1においては、これら《症状関連困難》、《月経随伴症状負担感》、《自己嫌悪》を月経随伴症状による心理的苦痛として点線枠で囲んだ。

5.4.2 月経随伴症状の特異性による対処可能性の低さ

月経随伴症状による心理的苦痛の発生プロセスについては、《症状関連困難》への対処過程において、女性はできる限りの対処をしているにもかかわらず《対処可能性の低さ》を実感し、これによって《月経随伴症状負担感》を抱く、ということが示唆された。先行研究では、月経随伴症状独自の特徴を踏まえた支援のあり方を検討する必要があるとの指摘があるが（Lustyk, et al., 2009）、この《対処可能性の低さ》は、こうした月経随伴症状の特異性に由来する部分が大いだと考察される。具体的には、月経随伴症状はその種類が多様であり、月に一度現れては消えていくという断続的なものであることから、【症状の気づきにくさ】や【予測のつけづらさ】が生じる。また、月経そのものは自然で健康な営みであることから、症状に対する【医療への抵抗感】を抱く。さらに、女性特有の問題であるうえに女性間でも個人差があることから、【理解を得る難しさ】や【環境的要因】による対処の難しさを感じる。これらを含む【対処の失敗】や【対処方法がわからない】経験の積み重ねから、《月経随伴症状負担感》を抱くことが考察される。本研究にて月経随伴症状における《対処可能性の低さ》を見出したことにより、女性自身のコーピング能力に問題があるのではなく、月経随伴症状独自の特徴による対処の難しさがあることを明確にし、この独特な問題への有効な切り口を検討する必要性が再確認された。

5.4.3 困難に対する二極的な認識と心理的苦痛に与える影響

月経随伴症状に対する女性の認識について、本研究では、心身のネガティブな変化が月経周期に伴い生じていることを自覚し、原因を月経に帰属することで、カテゴリ【納得感】内の「自分のせいではない」といった問題の外在化が可能となることが示唆された。川瀬（2004）は月経随伴症状の体験について、主観的認識から客観的洞察に至ることで症状の軽減が生じると指摘しており、本研究における知見は先行研究を支持し、支援のあり方として女性の周期的変化の把握をサポートすることの重要性を示したといえる。

さらに、《症状関連困難》に対しては【コントロールすべき】・【受容すべき】といった二極的なとらえ方がなされがちであり、そうした二者択一への固執および選択肢間での葛藤が、《月経随伴症状負担感》に影響を与えていることが示唆された。先行研究では月経に対する認識と症状の強度との関連が示唆されているが、本研究より得られた知見は、《困難のとらえ方》がこの両者の媒介となる可能性が推察される。すなわち、月経に対する認識は月経随伴症状による《困難のとらえ方》に影響を与え、《困難のとらえ方》の偏りや葛藤が月経随伴症状負担感を生じさせるため、結果として月経随伴症状による心理的苦痛が増幅し、先行研究においてはそれが症状の強度として測定された、と考えられる。また、《困難のとらえ方》でも【コントロールすべき】という認識が強いと、【コントロール不能感】をはじめとする《月経随伴症状負担感》を抱いたとき、それが《自己嫌悪》につながり、心理的苦痛をさらに増幅させる可能性が示唆された。

5.4.4 研究2のまとめと課題

研究2では、「月経随伴症状によって女性が抱く心理的苦痛の全体像とはどのようなものか」という本論文RQに基づき、その内容と発生・維持・増幅プロセスについて、女性の主観的体験から探索的に検討を行ってきた。以下では、本研究の知見をもとに、月経随伴症状による心理的苦痛の仮説モデルを精緻化する（図2.3）。

本研究において抽出された《月経随伴症状負担感》および《自己嫌悪感》は、前章において議論された、症状やそれによる日常活動への支障とは区別される苦痛であるといえる。したがって、図2.3においては、図2.1において「？」と示されていた場所に、それぞれ「心理的負担感」「自己嫌悪感」として示した。なお、本研究の結果図（図2.2）における《症状関連困難》は、図2.3における「困難体験」と一致する。図2.2では、女性は《症状関連困難》について対処行動を取るものの、月経随伴症状の持つ独自性による《対処可能性の低さ》から、《月経随伴症状負担感》を抱く、ということが示されてい

る。図 2.3 においては、このプロセスを、「困難体験」から「対処可能性の低さ」を通過し、「心理的負担感」へと向かうグレーの矢印によって示した。また、《困難のとりえ方》に関する【コントロールすべき】・【受容すべき】といった二極的な認知の固執および葛藤によって《月経随伴症状負担感》が増大するという知見に関しては、図 2.3 においては「困難体験」から「困難のとりえ方」を通過して「心理的負担感」へと向かうグレーの矢印によって示した。

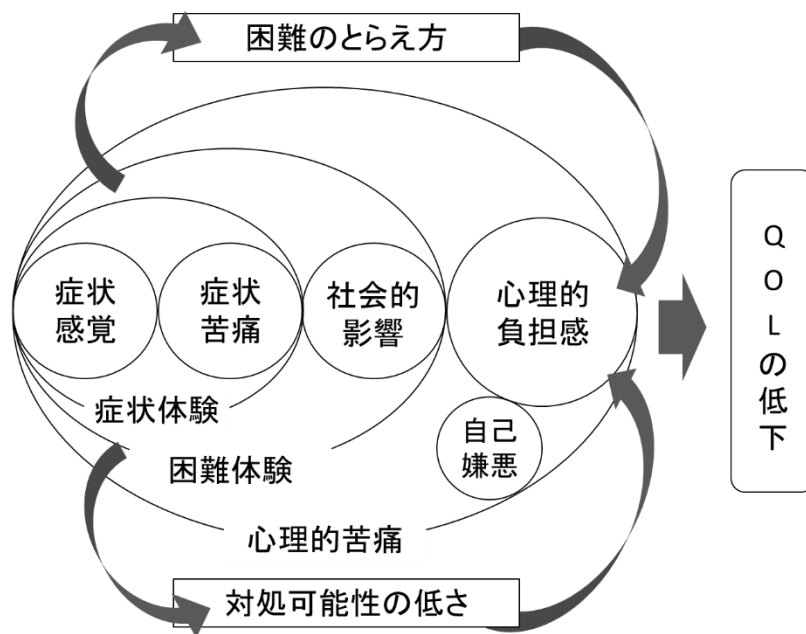


図2.3 月経随伴症状による心理的苦痛の仮説モデル2

精緻化されたモデルをもとに、以下では、本論文のもうひとつの RQ である「心理的苦痛全体を低減し、女性の QOL 向上を促すために有効な心理的アプローチはどのようなものか」という点について考察する。

まず、本研究によって得られた《月経随伴症状負担感》は、症状を抱える女性に共通する概念として抽出された新たな概念である。こうした心理的負担感に着目し、その低減を支援目標とすることは、女性の主観的体験に寄り添い、「症状とうまく付き合いながら生活する」ための心理的支援につながる可能性が考えられる。

また、月経随伴症状負担感は、月経随伴症状の持つ独自の特徴に起因する《対処可能性の低さ》の実感が影響することが示唆された。秋元・宮岡・加茂（2009）は、月経前の症状の強さにはストレス・コーピングにおける「認知的再解釈」傾向が関連することを示しており、このことから、実際の対処行動へのアプローチというよりも、認知的アプロー

チが有効であることが推察される。本研究においては、月経随伴症状による《困難へのとらえ方》について、対象となった女性は極端なとらえ方に縛られたり、葛藤が生じたりすることによって、《月経随伴症状負担感》や《自己嫌悪》といった心理的苦痛が増悪する可能性が示唆された。したがって、女性の心理に寄り添った支援を考えるうえでは、困難に対する二極的な考え方への固執を手放し、状況に合わせたより流動的でバランスの良い考え方ができるよう、支援者が女性とともに探索していくことが重要であると推察される。

研究2の限界としては、第一に対象者の偏りが挙げられる。本研究では症状の発現が顕著でありながら、社会の中で男性と同等のパフォーマンスを求められる20代女性を対象とした。しかし、社会的な活躍を求められる状況は20代に限らず、30代になっても継続する。川瀬・森・吉崎・和田・松本（2004）によれば、女性の年齢や出産・就労形態などの生活環境によって症状に違いがあり、本研究の結果である困難のとらえ方や対処プロセスも属性によって違いがある可能性がある。したがって、今後は年齢別、家族環境別の困難に対する認識および対処プロセスの違いについて詳細に検討する必要がある。また、本研究の協力者はその多くが大学生・院生であったため、平均的な20代女性と比して自身の月経にまつわる体験を認知的に解釈、表現することができ、そのことが本研究の知見に影響を与えた可能性がある。症状に対する女性の認知的なメカニズムに関する有用な知見が得られた一方、月経随伴症状は身体面・行動面での体験が含まれるため、今後は本研究の知見を踏まえた上で、心身の関連に着目した検討も必要だろう。さらに、本研究では月経随伴症状を包括的に取り扱うことを重視したが、月経前の時期と月経期における症状の違いが先行研究において示唆されていることから（川瀬，2004）、今後、時期における心理的苦痛の感じ方の違いについて比較することは重要である。

第6章 【研究3】 月経随伴症状負担感と困難体験および自己嫌悪感との

関連の検討

研究2では、インタビュー調査により、月経随伴症状によって抱く心理的苦痛の内容とその発生プロセスについて、日本人女性の主観的体験に基づいて検討を行った。その結果、女性は月経にまつわる問題について、自身でコントロールすべきである、あるいは仕方のないものとして諦めるべきである、といった二極的なとらえ方をする傾向にあるという認知的特徴、および、実際には適切だと思われる対処方法を試みているにも関わらず、月経随伴症状の持つ多様性、予測のつけづらさ、月経自体は自然な営みであること、という独自性 (Lustyk et al., 2009) から生じる対処可能性の低さのため、効果が十分に得られない、という行動的特徴があることが見出された。これらの特徴により、女性は月経周期全般において「月経随伴症状負担感」という従来の概念枠組みとは異なる心理的苦痛を抱き、さらに、こうした負担感、自分に対する罪悪感や他者に対する申し訳なさといった自己嫌悪感に影響を与えることが示唆された。

本章では、研究2で得られた、月経随伴症状負担感と困難体験、すなわち症状そのものおよび症状による社会的影響、さらに自己嫌悪感との関連に関する仮説モデルに対し、統計的に検討を行うことを目的とする。

ところで、本論文では、これまで対象者の経口避妊薬 (oral contraceptives: OC, ピルとも呼ばれる) の服用については、避妊や月経不順の改善、月経随伴症状への対処など女性個人のさまざまな課題を解決する選択肢のひとつとみなし、不問としてきた。一方、研究2の結果により、女性の月経随伴症状にまつわる困難に対するとらえ方として【コントロールすべき】・【受容すべき】といった二極的なとらえ方がなされがちである、ということが示唆された。この結果を受け、以下では、こうした困難へのとらえ方に基づく対処方法としてのピルの使用について、本論でどのように扱うべきか、改めて考察する。

月経随伴症状と経口避妊薬の服用について そもそも経口避妊薬 (OC) とは、その名の通り避妊法のひとつであり、100%避妊ができることや、男性に頼らなくても女性自身が避妊の主導権を握れるなどの利点から、世界中の女性に最も広く受け入れられている (北村, 1996)。日本では1999年に低用量OCの使用が承認され、2006年には、それま

での臨床経験と、WHOのOC処方に関する医学適用基準、そのほかのエビデンスに基づいて、日本産婦人科学会により新ガイドラインが改訂された（対馬，2006）。また、OCは避妊法としてのみに留まらず、さまざまな副効用についても注目されている。新ガイドラインでは、エビデンスに基づき、子宮内膜症や機能性卵巣嚢胞とともに、月経困難症、過多月経が追加されている（武谷，2006）。また、ほかの良性疾患という項目で月経前症候群（PMS）と心因的障害の管理についても明記されている。しかしながら、月経周期に伴うこれらの症状の発生機序は明確になっておらず、OCが有効であるという明確な根拠も現在のところ示されていない（白土・長塚・千葉・木村・岡井，2006）。

OCの主要な作用機序とは、下垂体から分泌される血液中の卵胞ホルモンおよび黄体ホルモンを人為的に増加させることにより、間脳・下垂体から分泌される卵胞刺激ホルモンと黄体化ホルモンを抑制し、卵胞成熟や排卵を抑制することで避妊を可能にするものである（安達，1996）。一定量のホルモン量を21日間飲み続け、7日間の休薬期間（偽薬の服用）を置く一相性ピルと、時期によってホルモン用量を変化させたものを順番に飲んでいく二相性、三相性ピルといった種類があるが（北村，1996）、いずれにしても毎日服用を続けることで、自身の月経周期を調節することとなる。

本論で改めてOC使用の扱いについて検討を行う必要性は、この性周期の人為的調節という特徴にある。OCによって、医学的作用により、月経痛や気分変動といった症状そのものだけでなく、本来であれば自然なサイクルによって生じる月経周期までも、自身の意思によってコントロールできるのである。この方法は、女性の月経随伴症状による困難に対する【コントロールすべき】というとらえ方が大きく影響しており、また、鎮痛剤の使用などの一時的な症状の緩和としての対処法とは異なり、女性の生涯を通して《月経そのものとのとらえ方》に影響を与えるものとなることが考えられる。経済的な負担や妊娠を望むなど、何らかの理由でOCの使用を中止した場合、月経周期は自然でコントロールできないものに戻る。研究2では、《困難のとのとらえ方》において極端な考えに固執した場合に月経随伴症状負担感を抱きやすくなる傾向が示唆されている。特に、【コントロールすべき】という考えが強い場合は症状を負担に思う気持ちが【自己嫌悪】につながる可能性があり、OC服用を中止した場合には、QOLの低下が予想される。

その一方で、対馬（2006）の指摘にあるように、高学歴で職を持ち、出産回数は極端に少なく、かつ長い寿命を、それぞれの価値観・人生観に基づいて多彩に生きようとする現代女性にとって、予想通りに月経が来ること、月経時期を自由に移動できることは、何に

も増してメリットと感じられることであろう。自分がどのような生活、QOLを実現させた
いかに基づき、将来的なリスクも考慮に入れたうえで、OC 使用を女性自身が判断し、選
択できるような環境を整えることが、支援者側には求められる。

本論が臨床心理学研究として着目すべきは、この“女性が主体的に選択する”というこ
とであろう。研究 2 の結果からも、女性が自身の《困難のとらえ方》について把握してい
ること、すなわち、自身の月経についてどの程度コントロールしたいのか、あるいはしよ
うとしているのか、ということに対して自覚的であることが、実際に対処法として何を選
択するのか、ということよりも重要であると考えられる。

本論において、女性が月経に対する自身のとらえ方に自覚的になるための支援、という
点について検討するにあたり、研究対象として OC の使用をどのように扱うべきだろうか。
ここで改めて考慮に入れるべき事項は、OC が女性の生活全体において生物学的・医学的
な影響を及ぼすものである、という点である。本論では、Bio-psycho-social Model に基
づき、月経随伴症状とうまく付き合いながら生活するための Psychological な支援のあり方
を検討することを目的としている。そのためには、大きな生物学的・医学的ファクターは
統制する必要があるだろう。

以上より、本論文においては、月経随伴症状による困難への対処法である選択肢のひと
つとして OC の使用を捉えたうえでその有効性を認めつつも、医学的・生物学的作用の大
きさから、月経随伴症状に対する心理学的なアプローチの検討を行うにあたり、以降は OC
服用者を本論の研究対象から除外することとする。

研究 3 において月経随伴症状負担感と困難体験および自己嫌悪感との関連を統計的に
検討するにあたり、以下では、まず「月経随伴症状負担感」を定量化するための尺度を作
成し（研究 3-1）、作成された尺度を用いて、月経随伴症状による心理的苦痛の発生・維
持モデルを統計的に検討する（研究 3-2）。

6.1 【研究 3-1】月経随伴症状負担感尺度の作成

6.1.1 問題と目的

研究 2 によって抽出された「月経随伴症状負担感」は、「コントロール不能感」、「自己
不安定感」、「不遇感」、「理解されなさ」の 4 つの下位概念から構成される。症状の存在
を前提とし、それらとうまく付き合っていくための支援を考えるにあたっては、この負担

感を中心とした心理的苦痛の低減を目的とすることが重要である。そのためには、上記の「月経随伴症状負担感」という概念を定量化する尺度を新たに作成し、介入の指標とすることが有用であると考えられる。

以上より、研究 3-1 では、月経随伴症状負担感尺度を作成し、月経随伴症状に対する有効な心理学的アプローチのあり方を検討する際の有用な知見を得ることを目的とする。

6.1.2 方法

調査対象者と手続き 月経を有し、月経周期に伴い心身の変化を感じる 20-39 歳の女性を対象とした。インターネット調査会社である株式会社クロスマーケティングに委託し、アンケート調査を行った。調査時期は 2017 年 8 月であった。アンケートの冒頭に調査の目的および倫理的配慮に関する説明を記載し、回答をもって協力に同意したとみなした。本研究は東京大学倫理審査専門委員会の承認を受けて実施した（審査番号：17-3）。

調査内容 以下に、アンケート調査の内容を示す。

(1) 基礎情報として、年齢、就労形態、月経状態、回答時の月経状況、特に心身の変化を感じる時期、出産歴、婦人科受診歴、経口避妊薬の服用、現在の精神科受診の有無を尋ねた。月経状態は、「1. だいたい前回の月経開始日から 26-39 日の間に次の月経が始まる」「2. 前回の月経が始まって 25 日以内に次の月経が始まるまたは 40 日以上経っても次の月経が始まらない」の 2 件法で尋ねた。回答時の月経状況は、直近の月経開始から何日経過しているか、「1. 1-12 日」「2. 13-20 日」「3. 21 日-」から選択を求め、「3. 21 日-」である者を「月経前」と判断した。心身の変化を感じる時期は、月経前を「月経開始の 3-10 日前から困難を感じ、月経が始まると次第に消失する」、月経中を「月経開始から困難を感じ、月経終了日には消失する」、月経後を「月経終了日から次の月経が始まる 10 日ほど前の間に困難を感じる」と定義し、3 つの中から選択を求めた。

(2) 尺度の併存的妥当性を確認するため、月経随伴症状日本語版（Menstrual Distress Questionnaire; MDQ, 中村・福井, 2001）を用いた。MDQ は「痛み」「集中力低下」「行動変化」「自律神経失調」「水分貯蓄」「否定的情緒」「気分の高揚」「コントロール」の 8 領域によって測定されるが、「気分の高揚」と「コントロール」は日本での訴えが少ないため 6 領域で検討されることが多いことから（後藤・奥田, 2005）、本研究においても 6 領域 35 項目を用いた。また、本来はそれぞれの項目における月経前・月経中・月経後の 3 つの時期について、「症状なし (0)」「弱い (1)」「中程度 (2)」「強い (3)」の 4 件法にて回顧的に回答を求めるが、本研究では回答者の負担を軽減するため、最も心身の

変化を感じると選択した時期についてのみ尋ねた。本研究において作成する尺度は、月経随伴症状の存在によって女性が抱く心理的負担感を測定する。したがって、MDQ 得点との間には、正の相関関係があると予想される。

(3) 尺度の収束的妥当性を確認するため、研究 1 において検討した PMS-Impact 尺度 (Kues, et al., 2016) の日本語訳を用いた。この尺度は月経前症状を扱うものであるが、本研究では月経前に限らず月経周期全体に随伴する身体的・精神的症状について扱うよう、冒頭の説明文を変更することによって示した。月経随伴症状による心理的負担感を測定する本研究の尺度は、症状による影響を測定する PMS-I 尺度との正の相関関係が予想される。

(4) 研究 2 を参考に、「コントロール不能感」「不遇感」「被理解感のなさ」「自己不安定感」の 4 つの因子を想定し、24 項目の尺度を作成した。臨床心理学専攻の大学教員 1 名、大学院生 2 名に項目内容の確認を依頼し、不適切と考えられた 2 項目を削除した。その他の項目の文言を適宜修正し、最終的に 22 項目からなる月経随伴症状負担感尺度原案を作成した。質問の冒頭に、「以下では、月経随伴症状があることによって、あなたが日常的に抱く気持ちについておたずねします」と説明し、それぞれの項目について「全くあてはまらない (1)」「あまりあてはまらない (2)」「ややあてはまる (3)」「よくあてはまる (4)」「非常によくあてはまる (5)」の 5 件法にて回答を求めた。

(5) 尺度の弁別的妥当性を検討するため、日本語版 Ten Item Personality Inventory (TIPI-J; 小塩・阿部・Pino, 2012) を用いた。これは Big Five の 5 つの因子「外向性」「協調性」「勤勉性」「神経症傾向」「開放性」から、回答者の性格傾向を測定する尺度である。月経随伴症状自体は女性のもつ性格傾向とは独立して発生するが、先行研究では神経質傾向 (横瀬ら, 2015) や不安気質 (小川・橋本, 2010) が月経随伴症状の強さに影響を与えることが指摘されていることから、月経随伴症状負担感と神経症傾向の間においてのみ弱い関連性があることが予想される。

分析方法 得られたデータをもとに、以下の分析を行った。

(1) 対象者の属性や背景について、記述統計量を算出した。

(2) 探索的因子分析、確認的因子分析によって、尺度の項目を確定した。

(3) 尺度の内的整合性を確認するため、Cronbach の α 係数を算出した。また、尺度の併存的・収束的・弁別的妥当性を確認するため、それぞれ MDQ, PMS-I 尺度, TIPI-J との相関分析を行った。

(4) 月経随伴症状の記録について、回顧的な方法は実態より少なく想起されるといった指摘がある(相良・桑原・水野, 1991)。本調査においても、心身の変化を感じる時期と回答時の月経周期が一致する者(=即時的回答)と一致しない者(=回顧的回答)の負担感の差を検討した。また、年代、出産経験の有無、就労形態によってPMS症状の質が異なること(川瀬・森・吉崎・和田・松本, 2004)、身体症状は月経前、月経時の双方で高い発症率がみられる一方、PMSは精神症状を主に発症し(川瀬, 2004)、月経周期における時期によって症状の様相が異なることが指摘されていることから、本研究においても、月経随伴症状負担感尺度全体および各因子の平均得点を従属変数、即時性、年代(20代前半、20代後半、30代前半、30代後半)、出産経験の有無、就労形態(パートタイム就労、フルタイム就労、専業主婦)、心身の変化を感じる時期(月経前、月経中)を独立変数として、群間比較を行った。なお、各群の人数に有意な差があったことから、本研究ではダミー変数を用いた重回帰分析によって比較を行った。

(5) 作成された尺度について、回答時の月経状況(月経前・月経中・月経後)による得点の違いがあるかどうかを確認するため、対象者を月経状況に応じて群分けし、群間の得点差について1要因の分散分析を行った。

以上の分析には、SPSS(ver. 22)、AMOS(ver. 22)を用いた。

6.1.3 結果

対象者の背景 回収された500名のデータから、妊娠中・授乳中の者89名、婦人科系の器質性疾患を持つ者76名、精神疾患を有する者41名、ピルを服用している者45名を対象外とし(重複あり)、318名のデータを用いた(有効回答率63.6%)。対象者の平均年齢は30.2歳($SD=5.10$)、月経状態について「だいたい前回の月経開始日から26-39日の間に次の月経が始まる」と回答した者が89.6%、「前回の月経が始まって25日以内に次の月経が始まるまたは40日以上経っても次の月経が始まらない」と回答した者が10.4%であった。機能性の婦人科系疾患(月経困難症など)および月経前における精神障害(PMS, PMDD)の診断を受けている者は、318名中1名であり、診断名は月経困難症であった。

また、属性別の群間の人数比について、カイ二乗検定によって有意差を確認した。その結果、回答の即時性、年代、出産経験の有無、就労形態、特に心身の変化を感じる時期のすべての属性において、群間に有意な人数差がみられた。

属性における記述統計量およびカイ二乗検定の結果を、表2.9に示す。

表2.9 対象者の属性別記述統計量と人数比の偏り

独立変数	人数	月経随伴症状負担感尺度						χ^2	df	p 値	
		全体		コントロール不能感		不遇感					
		M	SD	M	SD	M	SD				
即時性	即時的	103	2.67	0.87	2.78	0.96	2.55	0.91	39.45	1	***
	回顧的	215	2.63	0.93	2.81	1.04	2.45	0.96			
年代	20代前半	43	2.72	0.87	2.84	1.03	2.60	0.84	37.50	3	***
	20代後半	120	2.53	0.84	2.75	0.97	2.32	0.89			
	30代前半	77	2.64	0.96	2.79	1.10	2.49	0.96			
	30代後半	78	2.78	0.97	2.80	1.01	2.68	1.03			
出産経験	有	67	2.70	0.88	2.77	0.91	2.63	0.92	106.47	1	***
	無	251	2.63	0.92	2.81	1.05	2.45	0.95			
就労形態	フルタイム	143	2.63	0.91	2.78	1.02	2.48	0.95	50.58	2	***
	パート	70	2.5	0.86	2.70	0.98	2.31	0.88			
	専業主婦	54	2.81	0.96	2.92	1.03	2.69	1.02			
	学生	23	2.29	0.91	2.50	1.02	2.08	0.95			
変化時期	その他	28	3.04	0.91	3.20	1.02	2.89	0.95	82.82	1	***
	月経前	237	2.73	0.92	2.93	1.02	2.53	0.97			
	月経中	76	2.37	0.84	2.40	0.90	2.34	0.87			
	月経後	5	2.57	0.92	2.78	1.04	2.35	0.94			

*** : $p < .001$

就労形態における学生23名およびその他28名については、川瀬ら(2004)との比較のため群間比較から除外した。変化時期における月経後を選択した5名については、人数比に大きな偏りがあるため群間比較から除外した。

因子分析 月経随伴症状負担感尺度原案 22 項目について、探索的因子分析（最尤法，プロマックス回転）を行った。固有値の減衰状況は（12.00, 1.80, 0.93, 0.70……）であった。スクリープロットからは 1 因子または 2 因子構造が示唆されたが、本研究では固有値 1 基準および解釈可能性から、2 因子が妥当であると判断した。因子負荷量が .50 以下の項目を削除し、再度探索的因子分析を行った結果、第 1 因子 12 項目、第 2 因子 8 項目となった。それぞれ、第 1 因子を「コントロール不能感」第 2 因子を「不遇感」と名付けた。結果を表 2.10 に示す。

探索的因子分析によって得られた 2 因子 20 項目に関して、確認的因子分析を行った。それぞれの因子から該当する項目が影響を受け、全ての因子間に共分散を仮定したモデルで分析を行ったところ、GFI = 0.86, AGFI = 0.83, CFI = 0.93, RMSEA = 0.08 であった。以上の結果より、モデルの適合度は許容できると判断した。以上の手続きによって得られた「コントロール不能感」「不遇感」の 2 因子 20 項目を、月経随伴症状負担感尺度として用いた。

表2.10 月経随伴症状負担感尺度

項目	因子負荷量	
	1	2
10 気持ちのコントロールができなくなることに、うんざりする。	.93	-.15
12 月経周期によって、嫌いな自分が現れる。	.91	-.15
9 調子の悪い時期と普段とのギャップに振り回されているように感じる。	.81	.02
16 症状によって生じるさまざまな問題にうまく対処できず、困ってしまう。	.81	.08
13 本調子でない自分を、周囲に自分の性格や能力だと思われることがつらい。	.79	-.02
18 月経周期によって、自分とは認めたくないような状態になる。	.75	.13
3 他者に迷惑をかけてしまい、申し訳ない気持ちや自分を責めるような気持ちになる。	.74	.04
20 物事が予定どおりにいかなくなることに、不安や焦りを感じる。	.73	.15
11 自分の生活は、効率的ではなくなっていると思う。	.72	.02
15 本来の力が発揮できず、悔しい思いをする。	.71	.10
1 いつもどおりの生活が送れなくなることに、ストレスを感じる。	.68	.00
17 症状によって自分の身に起こることは、自分の力ではどうすることもできない。	.51	.28
22 女性ばかりが損をしていると思う。	-.28	.84
5 自分はなにかと不遇な目にあっていると思う。	.00	.80
2 自分のつらさは、誰も理解してくれないと思う。	.07	.72
4 自分は症状が軽い女性に比べて、なにかと損をしていると思う。	.03	.71
21 症状を訴えても、誰も自分のことを助けてくれないと思う。	.15	.68
8 症状について周囲（職場や学校など）に相談できず、ひとりで抱えるしかない。	.15	.64
7 症状を親しい人（パートナー、友人、家族など）に理解してもらえず、つらい思いをする。	.22	.60
14 女性が男性と同じパフォーマンスを求められるのは、不平等だと思う。	.09	.59

信頼性および妥当性の検討 Cronbach の α 係数を算出したところ、「コントロール不感感」 $\alpha = .951$ 、「不遇感」 $\alpha = .903$ 、であった。以上より、いずれの因子においても高い信頼性が示された。

月経随伴症状負担感尺度全体および各因子の平均得点と MDQ、PMS-I 尺度日本語版、TIPI-J との相関分析を行った。結果を表 2.11 に示す。MDQ の平均点および各因子の平均点との間に $r = .29 \sim .68$ 、PMS-I 日本語版の平均点および各因子の平均点との間に $r = .44 \sim .83$ の有意な正の相関がみられた ($p < .01$)。TIPI-J との相関分析に関しては、「神経症傾向」との正の相関関係がみられた ($r = .32 \sim .40$, $p < .01$) ほか、「協調性」と「コントロール感」 ($r = -.17$, $p < .01$) および「不遇感」 ($r = -.12$, $p < .05$) との間、「外向性」と「不遇感」の間 ($r = -.13$, $p < .05$) に、弱くはあるが有意な負の相関がみられた。

表2.11 月経随伴症状負担感, MDQ, PMS-I 日本語版, TIPI-J の相関分析結果

	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 コンロール不能感	2.80	1.02	1	.72**	.93**	.47**	.61**	.58**	.33**	.42**	.68**	.66**	.83**	.57**	.79**	-.09	-.17**	-.08	.40**	.05
2 不遇感	2.49	0.94		1	.92**	.40**	.47**	.42**	.29**	.28**	.50**	.49**	.66**	.44**	.63**	-.13*	-.12*	-.01	.32**	.05
3 負担感 平均	2.64	0.91			1	.47**	.58**	.54**	.34**	.38**	.64**	.62**	.81**	.55**	.77**	-.12*	-.16**	-.05	.39**	.05
4 MDQ 痛み	1.31	0.72				1	.62**	.61**	.63**	.56**	.58**	.81**	.43**	.40**	.47**	.05	-.07	-.02	.19**	.09
5 MDQ 集中力低下	0.72	0.68					1	.77**	.63**	.49**	.83**	.92**	.65**	.46**	.63**	-.05	-.14*	-.12*	.29**	.05
6 MDQ 行動変化	1.14	0.80						1	.49**	.55**	.71**	.86**	.59**	.56**	.65**	.06	-.08	-.13*	.28**	.04
7 MDQ 自律神経失調	0.53	0.59							1	.44**	.51**	.72**	.36**	.24**	.34**	-.07	-.12*	-.02	.14*	.07
8 MDQ 水分貯蓄	1.21	0.72								1	.49**	.68**	.39**	.32**	.40**	.05	-.01	-.06	.22**	.10
9 MDQ 否定的情緒	1.06	0.81									1	.88**	.75**	.42**	.67**	-.03	-.15**	-.08	.37**	.10
10 MDQ 平均	0.98	0.60										1	.68**	.51**	.67**	-.02	-.13*	-.09	.32**	.09
11 PMS-I 心理的影響	2.57	1.04											1	.59**	.90**	.08	-.16**	-.14*	.44**	.08
12 PMS-I 社会的影響	2.61	0.93												1	.88**	-.01	-.05	-.04	.20**	-.06
13 PMS-I 平均	2.58	0.89													1	-.05	-.12*	-.10	.36**	.01
14 TIPI-J 外向性	3.40	1.53														1	-.08	.10	-.19**	.24**
15 TIPI-J 協調性	4.74	1.23															1	.28**	-.23**	-.02
16 TIPI-J 勤勉性	3.71	1.42																1	-.24**	.13*
17 TIPI-J 神経症傾向	4.55	1.26																	1	-.02
18 TIPI-J 開放性	3.48	1.32																		1

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

回答の即時性および対象者の属性における得点の違い 表 2.9 のとおり、各々の属性における群の人数比には有意な差があった。したがって、群間における月経随伴症状負担感の得点の比較は、ダミー変数を用いた重回帰分析を用いた。3 群以上ある年代、就労形態は、それぞれ 20 代後半、フルタイム就労を参照カテゴリ (reference category) とした。結果を表 2.12 に示す。

表2.12 属性が負担感に与える影響に関する重回帰分析結果

独立変数	負担感	コントロール	不遇感
	全体平均	不能感	
	β	β	β
即時的回答	.05	.02	.08
20代前半	.09	.05	.12†
30代前半	.03	.00	.06
30代後半	.09	.04	.14†
出産経験	-.03	-.07	.02
パート就労	-.07	-.04	-.09
専業主婦	.07	.07	.06
月経中	-.17**	-.23**	-.09
R-square	.05†	.06*	.05
Adjusted R-square	.02†	.03*	.02

** : $p < .01$, † : $p < .10$

独立変数はすべてレンジ (1, 0) のダミー変数であり、ダミー変数の基準はそれぞれ「回顧的回答」「20代後半」「フルタイム就労」「月経前」である。

回答の即時性、出産経験、就労形態においては有意な差はみられなかった。月経随伴症状負担感尺度全体および「コントロール不能感」因子の平均得点に関しては、変化を感じる時期について月経中に比して月経前の得点が有意に高かった。「不遇感」因子の平均得点に関しては、年齢について 20 代後半に比べて 20 代前半、30 代後半の得点が高い傾向にあるものの、属性によって得点に大きな差は見られなかった。

回答時の月経状況による得点差の検討 まず、対象者 318 名を回答時の月経状況 (月経前・月経中・月経後) に群分けした。月経前は 88 名、月経中は 62 名、月経後は 168 名であった。人数比の偏りを検討するために χ^2 検定を行ったところ、有意な人数比率の偏りがみられた ($\chi^2 = 57.59$, $df = 2$, $p < .01$)。各群における月経随伴症状負担感尺度および下位尺度の得点の平均値差について、1 要因の分散分析を行った。結果を表 2.13 に示す。分析の結果、負担感全体および不遇感において、群間差に 10% 水準の有意傾向がみられた。Tukey の HSD 法 (5% 水準) による多重比較を行ったところ、負担感全

体、不遇感の双方について月経中>月経後という結果が得られた。

表2.13 回答時の月経状況による分散分析結果(全員)

	月経前 (n = 88)		月経中 (n = 62)		月経後 (n = 168)		F値	多重比較
	M	SD	M	SD	M	SD		
負担感 平均	2.65	0.87	2.86	0.84	2.56	0.94	2.41†	月経中>月経後
コントロール不能感	2.79	0.97	3.01	0.95	2.73	1.06	1.70	
不遇感	2.50	0.91	2.71	0.88	2.49	0.97	2.54†	月経中>月経後

†: $p < .10$ 自由度はいずれも(2, 315)

次に、回答時の月経状況と、特に心身の変化を強く感じる時期が一致している者(=即時的回答者) 103名について、回答時の月経状況(月経前・月経中・月経後)に群分けした。月経前は67名、月経中は31名、月経後は5名であった。人数比の偏りを検討するためにカイ二乗検定を行ったところ、有意な人数比率の偏りがみられた($\chi^2 = 56.47$, $df = 2$, $p < .01$)。各群における月経随伴症状負担感尺度および下位尺度の得点の平均値差について、1要因の分散分析を行った。分析の結果、有意な群間差はみられなかった(負担感全体: $F(2, 100) = 0.16$, コントロール不能感: $F(2, 100) = 0.14$, 不遇感: $F(2, 100) = 1.32$, ともに $p < n. s.$)。

6.1.4 考察

研究1は、月経随伴症状負担感尺度の作成を目的とした。探索的因子分析の結果、「コントロール不能感」「不遇感」の2因子からなる尺度が作成された。「コントロール不能感」は、周期によって自分の感情や生活をコントロールできなくなることおよび普段の自分とのギャップに対する心理的苦痛、「不遇感」は、月経随伴症状によって自分が損をしているという不満および症状を他者に理解してもらえない苦痛を表す項目で構成される。

尺度の信頼性検討のためCronbachの α 係数を算出したところ、2つの下位尺度についてそれぞれ $\alpha = .951$, $\alpha = .903$ であった。また、尺度の妥当性検討のため、MDQ、PMS-I尺度との相関関係を検討した結果、全ての下位尺度との間に正の相関が認められた。以上より、月経随伴症状負担感尺度は、信頼性・妥当性を有することが確認された。

月経随伴症状負担感と性格傾向については、「神経症傾向」との正の相関関係が示された。これは仮説を支持する結果であった。一方、予測に反し、「コントロール不能感」と「協調性」および「不遇感」と「外向性」に弱いながらも有意な負の相関関係が示された。月経随伴症状負担感とパーソナリティ傾向との間には、症状そのものとは異なる関連性がある可能性が示唆された。女性の主観的体験に寄り添った心理支援を考えるうえで

は、パーソナリティと負担感との関連について、今後もより具体的に仮説生成・検証していくことが必要である。

また、今回作成した尺度が定量化する「月経随伴症状負担感」という概念は、女性の生きづらさを反映するものであるといえる。しかし、今回の尺度作成にあたり、併存的妥当性の検討として一般的な生きづらさを示す概念、たとえばストレスや自己肯定感の低さなどを測定する尺度との関連を検討しておらず、本研究における「月経随伴症状負担感」は極めて限定的な概念に留まった。今後の課題として、負担感が示す生きづらさと類似する概念との併存性を確認することが必要であろう。

即時的および回顧的な回答について、本尺度には得点差がみられなかったことから、月経随伴症状負担感は、症状が発現しているその時期のみでなく、女性の生活全体、すなわち月経周期全体に関わる概念であることが確認された。属性による負担感の違いを検討した結果、20代後半に比べて20代前半、30代後半が「不遇感」を抱きやすい傾向が示されたが、その差は有意傾向に留まった。20代前半は、就職活動など社会的活動において他者と比較される立場におかれる時期であり、そうした状況で月経に伴う症状による「不遇感」を抱くことが考えられる。症状そのものの年齢による違いについては、月経前症状に関して、30代前半が20代後半に比べて有意に高い症状としてむくみ、アレルギー、攻撃的になる、の3症状が報告されている（川瀬ら、2004）一方、主に精神症状を尋ねるPMDD評価尺度を用いた20-40代における程度の判別には有意な差は示されていない（Tanaka, Tasaka, Sakata & Murata, 2006）。以上より、年齢があがるにつれて月経随伴症状の中でも特に女性特有の身体的変化および攻撃性を感じやすくなる傾向があり、こうした身体的変化および攻撃性の上昇によって、より強く「不遇感」を抱くことが予想される。心身の変化を感じる時期による負担感の違いについては、月経中に比して月経前に強く心身の変化を感じる者の方が、日常的な負担感、特に「コントロール不能感」をより抱くことが示された。月経前は月経中に比べて精神症状の訴えが多いといわれることから（川瀬、2004）、女性が月経周期全体において抱く「コントロール不能感」とは、主に精神症状の発現および消失に対して抱く負担感であることが予測される。

最後に、回答時の月経状況による月経随伴症状負担感尺度の得点差を検討したところ、対象者全員に対しては、負担感全体および不遇感において月経中>月経後の群間差がみられたが、有意傾向にとどまった。さらに、回答時の月経状況が特に心身の変化を強く感じる時期と一致する者を抽出し、回答時の月経状況による得点差を検討したところ、群

間に有意な差はみられなかった。したがって、回答者の特に心身の変化を強く感じる時期がいつであるかに関わらず、回答時の月経状況が月経中である場合に、回答者は月経周期全体における不遇感を高く評価する傾向にあることが考えられる。これは、本研究にて作成された月経随伴症状負担感尺度を活用する際に留意すべき点となる。しかし、本研究の結果はあくまで有意傾向に留まるため、回答時の月経状況による負担感の評価の変化については、今後も検討を行う必要があるだろう。

6.2 【研究 3-2】月経随伴症状負担感と困難体験および自己嫌悪感との関連

6.2.1 問題と目的

研究 3-1 の結果、月経随伴症状負担感は「コントロール不能感」「不遇感」の 2 因子から構成されることが示された。「コントロール不能感」因子は、研究 2 における【コントロール不能感】、【自己不安定感】の内容から構成され、「不遇感」因子は、研究 2 における【不遇感】、【理解されなさ】の内容から成り立つものであった。

研究 2 の結果より、月経随伴症状負担感は、困難体験、すなわち症状そのものから直接的に、および症状によって生じる日常生活への支障から影響を受けること、および、自分に対する罪悪感や他者に対する申し訳なさといった自己嫌悪感に影響を与えることが示唆されている。さらに、研究 3-1 において月経随伴症状負担感と女性の属性との関連性を検討した結果、「コントロール不能感」は精神症状の発現および消失によって抱きやすく、「不遇感」は身体症状や攻撃的になることとの関連が強いことが予測された。

以上の知見を踏まえると、月経随伴症状負担感と困難体験および自己嫌悪感との関連については、下記の仮説が立てられる。

仮説 1：MDQ の「否定的情緒」因子は、月経随伴症状負担感尺度の「コントロール不能感」因子に正の影響を与える。

仮説 2：MDQ の「痛み」「自律神経失調」「水分貯蓄」といった身体的変化、および「否定的情緒」因子は、月経随伴症状負担感尺度の「不遇感」因子に正の影響を与える。なお、MDQ の「否定的情緒」因子には、「怒りっぽい」という項目が含まれており、攻撃的になるという心理的变化もこの因子が包含していると考えられる。

仮説 3：MDQ の得点は、月経随伴症状負担感尺度に直接的に、および社会的影響を媒介して正の影響を与える。

仮説 4：月経随伴症状負担感尺度の「コントロール不能感」因子は、自己嫌悪感尺度の得点に正の影響を与える。

研究 3-2 では、上記の仮説について、統計的に検討することを目的とする。

6.2.2 方法

調査対象者と手続き 調査対象者および手続きは、研究 3-1 と同様である。

調査内容 以下に、アンケート調査の内容を示す。

(1) 対象者の基礎情報について尋ねた。内容は、研究 3-1 と同様である。

(2) 症状の種類および程度を測定するため、MDQ を用いた。研究 3-1 と同様、「痛み」「集中力低下」「行動変化」「自律神経失調」「水分貯蓄」「否定的情緒」の 6 領域 35 項目を用い、基礎情報において最も心身の変化を感じると選択した時期についてのみ回答を求めた。MDQ の得点は、月経随伴症状負担感尺度の各因子に対して正の影響を与えることが予想される。

(3) 症状による日常生活への支障を測定する尺度として、研究 1 にて日本語訳した PMS-Impact 尺度の「社会的影響」因子を用いた。なお、研究 3-1 と同様、月経周期全体に随伴する身体的・精神的症状について扱うよう、冒頭の説明文を変更した。「社会的影響」因子の得点は、月経随伴症状負担感尺度の各因子に対して正の影響を与えることが予想される。

(4) 研究 3-1 において作成した月経随伴症状負担感尺度を用いた。

(5) 自己嫌悪感を測定するため、水間 (1996) の自己嫌悪感尺度を用いた。水間は自己嫌悪感を「客観的事実はどうであれ、否定的な感情や事象が自分自身に由来するとし、自分が自分自身のことをいやだと感じる」と定義し、自己への怒り、自己への無力感や意気阻喪感、自己滅亡感の要素を含むとしている。したがって、自己嫌悪感を抱くことは自分の生活をうまく送れている感覚に影響を与えると考えられ、本調査の結果としては、月経随伴症状負担感、とりわけ「コントロール不能感」因子の得点が高いほど、自己嫌悪感尺度の得点も高くなることが予想される。

分析方法 以下の手順で分析を行った。なお、分析には SPSS (ver. 22) を使用し、媒介分析には PROCESS macro for SPSS and SAS ver. 2.16 (Hayes, 2017) を用いた。

(1) MDQ 各因子の平均得点が月経随伴症状負担感尺度の全体および各因子の平均得点

に与える影響について、重回帰分析によって検討した。

(2) PMS-I 尺度の「社会的影響」因子が月経随伴症状負担感尺度の全体および各因子の平均得点に与える影響について、重回帰分析によって検討した。その際、MDQ の各因子を統制変数として強制投入した。その後、MDQ を独立変数、月経随伴症状負担感尺度の得点を従属変数、PMS-I 尺度の「社会的影響」因子の得点を媒介変数として分析を行い、月経随伴症状負担感と症状による困難体験との関係について検討した。

(3) 月経随伴症状負担感尺度と自己嫌悪感との関連の検討 月経随伴症状負担感尺度の各因子の平均得点が自己嫌悪感尺度の平均得点に与える影響について、重回帰分析によって検討した。

6.2.3 結果

MDQ と月経随伴症状負担感尺度との関連の検討 月経随伴症状そのものを測定する MDQ の得点と月経随伴症状負担感尺度の各得点との関連について、前者を独立変数、後者を従属変数として重回帰分析を行った。なお、年齢、就労形態、出産経験の有無、変化を感じる時期、回答の即時性を統制変数として強制投入した。結果を表 2.14 に示す。

表2.14 MDQの各因子と負担感尺度の重回帰分析結果

独立変数	負担感全体平均		コントロール不能感		不遇感	
	β	R^2	β	R^2	β	R^2
年齢	.04		.02		.06	
パート就労	-.05		-.03		-.08	
専業主婦	.09		.09		.08	
学生	.03		.03		.02	
無職	.15*		.13*		.15*	
出産経験	-.02		-.06		.03	
月経中	-.17**		-.23**		-.08	
即時的回答	.05		.02		.07	
Model 1		.04**		.05**		.03*
痛み	.16*		.12†		.19*	
集中力低下	.12		.09		.13	
行動変化	.06		.11		.00	
自律神経失調	-.09		-.11†		-.05	
水分貯蓄	.04		.06		.01	
否定的情緒	.43**		.48**		.31**	
Model 2		.45**		.50**		.28**

** : $p < .01$, * : $p < .05$, † : $p < .10$

独立変数のうち、就労形態(「パート就労」「専業主婦」「学生」「無職」)、出産経験、変化を感じる時期(「月経中」)、即時的回答はレンジ(0, 1)のダミー変数であり、就労形態、変化を感じる時期、即時的回答の基準はそれぞれ「フルタイム就労」「月経前」「回顧的回答」である。

分析の結果、「否定的情緒」因子が月経随伴症状負担感尺度全体および各因子の平均得点に与える影響について、1%水準で有意な正の関連が示された。また、「痛み」因子が月経随伴症状負担感尺度全体および「不遇感」因子に与える影響については、それぞれ5%水準で有意な正の関連が示され、「コントロール不能感」因子に対しては10%の有意傾向が示された。なお、以下の重回帰分析において、許容度は.90以上であり、多重共線性の問題は生じていなかった。

社会的影響と月経随伴症状負担感尺度との関連の検討 症状による社会的影響を測定するPMS-I尺度の「社会的影響」因子の得点と月経随伴症状負担感尺度の各得点との関連について、前者を独立変数、後者を従属変数として重回帰分析を行った。その際、年齢、就労形態、出産経験の有無、変化を感じる時期、回答の即時性に加え、MDQの各因子を統制変数として強制投入した。結果を表2.15に示す。「社会的影響」因子が月経随伴症状負担感尺度全体および各因子の平均得点に与える影響について、MDQの各因子の得点を統制して分析した結果、1%水準で有意な正の関連が示された。なお、許容度は.54であり、多重共線性の問題は生じていないと判断した。

表2.15 「社会的影響」因子と負担感尺度の重回帰分析結果

独立変数	負担感全体平均		コントロール不能感		不遇感	
	β	R^2	β	R^2	β	R^2
年齢	.06		.03		.08	
パート就労	.00		.02		-.04	
専業主婦	.03		.02		.03	
学生	.13**		.14**		.10*	
無職	.11*		.08†		.13*	
出産経験	.05		.02		.08	
月経中	-.05		-.09*		.00	
即時的回答	.04		.01		.07	
痛み	.16*		.12†		.19*	
集中力低下	.12		.09		.13	
行動変化	.06		.11		.00	
自律神経失調	-.09		-.11†		-.05	
水分貯蓄	.04		.06		.01	
否定的情緒	.43**		.48**		.31**	
Model 1		.45**		.50**		.28*
社会的影響	.49**		.50**		.40**	
Model 2		.58**		.64**		.37**

** : $p < .01$, * : $p < .05$, † : $p < .10$

独立変数のうち、就労形態(「パート就労」「専業主婦」「学生」「無職」)、出産経験、変化を感じる時期(「月経中」)、即時的回答はレンジ(0, 1)のダミー変数であり、就労形態、変化を感じる時期、即時的回答の基準はそれぞれ「フルタイム就労」「月経前」「回顧的回答」である。

症状による困難体験と月経随伴症状負担感の関係に関する検討 上記の結果より、MDQの「痛み」因子および「否定的情緒」因子の平均得点を独立変数、月経随伴症状負担感尺度全体の平均得点を従属変数、PMS-I尺度の「社会的影響」因子の得点を媒介変数として媒介分析を行った（図2.4）。

分析の結果、モデルの総合効果は.85、直接効果は.50、間接効果は.35（ $p < .01$ ）となった（調整済 $R^2 = .45$ （ $p < .01$ ））。

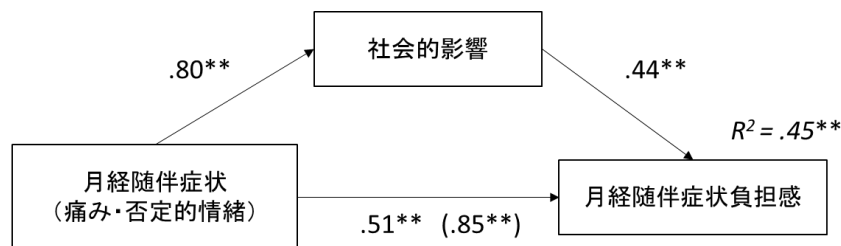


図2.4 月経随伴症状による困難体験と負担感の関係モデル

月経随伴症状負担感尺度と自己嫌悪感との関連の検討 月経随伴症状負担感尺度の各因子の平均得点を独立変数、自己嫌悪感尺度の平均得点を従属変数として、重回帰分析を行った。なお、分析にあたっては、年齢、就労形態、出産経験の有無、特に心身の変化を感じる時期（月経前・月経中のいずれか）、回答の即時性を統制変数として強制投入した。結果を表2.16に示す。

負担感尺度における「コントロール不能感」因子は自己嫌悪感尺度の平均得点を1%水準で有意に説明することが示された。なお、「不遇感」因子は10%の有意傾向を示した。なお、許容度は.92以上であり、多重共線性の問題は生じていなかった。

表2.16 負担感尺度各因子と自己嫌悪感尺度の重回帰分析結果

独立変数	自己嫌悪感	
	β	R^2
年齢	-.03	
パート就労	.07	
専業主婦	.13†	
学生	-.01	
無職	.24**	
出産経験	-.01	
月経中	-.06	
即時的回答	.00	
Model 1		.05**
コントロール不能感	.43**	
不遇感	.13†	
Model 2		.31**

** : $p < .01$, * : $p < .05$, † : $p < .10$

就労形態(「パート就労」「専業主婦」「学生」「無職」), 出産経験, 変化を感じる時期(「月経中」), 即時的回答はレンジ(0, 1)のダミー変数であり, 就労形態, 変化を感じる時期, 即時的回答の基準はそれぞれ「フルタイム就労」「月経前」「回顧的回答」である。

6.2.4 考察

研究 3-2 では, 月経随伴症状負担感と症状による困難体験(症状そのものの程度および社会的影響)および自己嫌悪感との関連について, 研究 2 および研究 3-1 の結果から考えられた仮説の検討を行った。

まず, 月経随伴症状負担感尺度と症状の種類や程度を測定する MDQ との関連性を検討した結果, 「痛み」および「否定的情緒」との関連が示された。この結果は, 研究 3-1 の結果によって予想された「MDQ の「否定的情緒」因子は, 月経随伴症状負担感尺度の「コントロール不能感」因子に正の影響を与える, 「MDQ の「痛み」「自律神経失調」「水分貯蓄」といった身体的変化, および「否定的情緒」因子は, 月経随伴症状負担感尺度の「不遇感」因子に正の影響を与える」という仮説を一部支持するものであった。

また, 症状による社会的影響と月経随伴症状負担感との関連について, 社会的影響と負担感の間に関連が示された。この結果により, 症状そのものの強度に関わらず, 症状が存在すること自体によって日常生活への影響が主観的に感じられ, そのことが負担感につながる, という関係性が示唆された。さらに, 負担感と関連がみられた MDQ の「痛み」「否定的情緒」の得点を足したものを独立変数, 負担感全体の得点を従属変数, 「社会的影響」因子の得点を媒介変数とした媒介モデルを検討した結果, 直接効果, 間接効果とも

に有意な結果となった。これは、「MDQ の得点は、月経随伴症状負担感尺度に直接的に、および社会的影響を媒介して正の影響を与える」という仮説を支持するものである。また、この媒介モデルにおける直接効果が依然として有意であることは、研究 1 の結果より得られた、「月経前症状はありながらも日常活動への支障はなく、そのため PMS / PMDD と評価されなくとも、症状による心理的苦痛を抱いている女性が存在する」という知見と一致する。

最後に、月経随伴症状負担感と自己嫌悪感との関連性を検討した結果、負担感の中でも「コントロール不能感」との間に有意な関連が見出された。「不遇感」と自己嫌悪感との間にも関連性は見られたが、有意傾向に留まった。これは、研究 2 の結果から予想された、「月経随伴症状負担感尺度の「コントロール不能感」因子は、自己嫌悪感尺度の得点に正の影響を与える」という仮説を支持する結果である。

6.3 【研究 3】まとめ

研究 3 では、まず研究 2 によって抽出された月経随伴症状負担感という概念について、定量化を試みた（研究 3-1）。その結果、「コントロール不能感」「不遇感」という 2 因子構造からなることが示された。次に、作成された尺度を用いて、研究 2 で示唆された月経随伴症状の困難体験と月経随伴症状負担感との関係性について、統計的に検討を行った（研究 3-2）。その結果から、月経随伴症状の中でも「痛み」および「否定的情緒」が強いと負担感を抱きやすいこと、女性が症状による社会的影響を感じている場合、症状の強度に関わらず負担感を抱くこと、一方、症状による日常活動への支障がなくても、心理的な負担感を抱くこと、そして、症状があることによるコントロール不能感を抱いている女性は自己嫌悪感を抱きやすいことが示唆された。

以下に、研究 3 の意義を述べる。第一に、月経随伴症状負担感という概念を定量可能な尺度として確立したことによって、「症状とうまく付き合いながら生活を送る」ための心理的支援の介入効果を検討する指標となることが期待される。また、本尺度の作成によって、女性の月経随伴症状による二次的な日常の負担感を明示することができた。これは、男性や症状の軽い女性にはイメージしづらく、タブー視されがちなトピックである月経随伴症状について、女性がどのような心理的苦痛を抱くのか、ということについて、社会の理解を促すことに貢献する知見である。

研究 3 の課題について、第一に、本研究では月経随伴症状負担感と、たとえばストレスや自己肯定感の低さといった一般的な生きづらさとの併存性や関連を確認しなかった。今後は、月経随伴症状負担感が高い女性がどのような精神的・心理的特徴を持つのか、あるいは、どのような生きづらさにつながるのかといった検討を行う必要がある。

第二に、今回は対象者の月経困難症や過多月経、月経前症候群といった医学的診断の有無を不問とした。また、本研究では回答の即時性および属性の違いによる負担感の得点差について検討したが、いずれも人数比に偏りがあった。特に、心身の変化を強く感じる時期については、月経前を選択した者が月経中を選択した者の約 3 倍であった。さらに、本尺度の回答時の月経状況が尺度の評価に及ぼす影響については、回答者がどの時期に最も心身の変化を感じるかに関わらず、月経中の方が月経後に比べて「不遇感」を高く評価する傾向にあることが示唆されたが、その差は有意傾向にとどまった。以上のことから、本尺度を月経随伴症状に悩む女性一人ひとりの状況に合わせ、医学的アプローチと並行した心理的支援に役立てるためには、診断の有無、回答時の月経状況、症状の顕著である時期といった違いによる得点の差について、追試によるさらなる検討が必要である。

第3部 月経随伴症状による心理的苦痛に対する

心理的アプローチの検討

第2部では、月経随伴症状によって女性が抱く「心理的苦痛」の全体像を描き出した。その結果、女性は月経随伴症状によって、これまで先行研究において議論されてきた症状そのものおよび症状による日常活動への支障のほか、【コントロール不能感】および【不遇感】から成る《月経随伴症状負担感》を二次的に抱くことが示された。さらに、この《月経随伴症状負担感》は、月経随伴症状による《困難のとらえ方》および症状の独自性による《対処可能性の低さ》によって発生・維持されること、また、《困難のとらえ方》において【コントロールすべき】という認識が強い場合、【コントロール不能感】を抱いた際に《自己嫌悪》に陥る可能性があることが示唆された。以上の知見を、図3.1にまとめた。

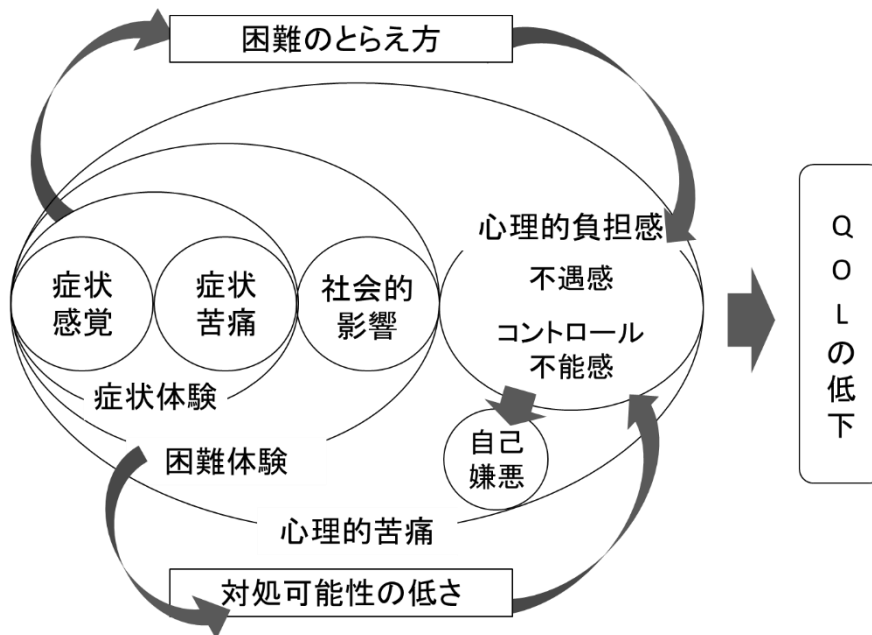


図3.1 月経随伴症状による心理的苦痛の構造モデル

なお、本論文ではこれまで、月経随伴症状そのものと症状による日常活動への支障について、2つをまとめたものの示し方として「困難体験」という言葉を用いていた。研究2では、《症状関連困難》というカテゴリ・グループ名を用いたが、これは困難体験と同義とみなしてよいと思われる。以降では、「困難体験」という言葉に統一して用いることとする。

第3部では、本論文のRQの2つ目である「心理的苦痛を低減し、女性のQOLの向上を促すために有効な心理的アプローチとはどのようなものか」について検討を行った。

検討にあたっては、上記の議論を踏まえ、まずはマインドフルネスを用いた心理的介入がどのように月経随伴症状による心理的負担感を低減しうるかについて、改めて先行研究を概観した(第7章)。そのうえで、特定の問題に対するマインドフルネス心理療法の適用に関する先行研究を参考に、マインドフルネスを用いたアプローチを月経随伴症状に適用するにあたって必要な理論的手続きを検討した(第8章)。

第9章では、マインドフルネスと月経随伴症状負担感の関連について、統計的に検討を行った。得られた知見をもとに、第10章では実践的な研究を行い、マインドフルネス実践が月経随伴症状の主観的体験に与える影響について詳細に検討を行った。

第7章 マインドフルネスと月経随伴症状による心理的苦痛との関連について

の理論的考察

7.1 マインドフルネスとは

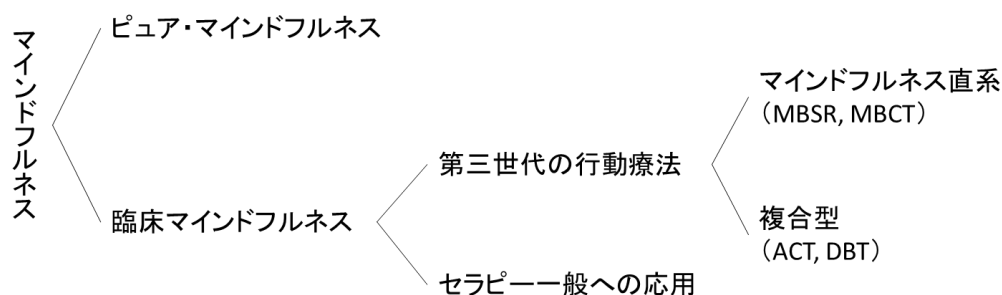
7.1.1 臨床心理学とマインドフルネス

マインドフルネスとは、近年臨床心理学業界において急速に発展・普及が進んでいる概念である。マインドフルネスの語源はパーリ語のサティの英訳とされており（井上, 2005）、元々はテーラワダ仏教の瞑想法に端を発する言葉であるが、その多様性ゆえにマインドフルネスの一元的な特定や操作的定義は困難である（大谷, 2016）。現状では、「意識的に、今この瞬間に、判断せずに、あるがままに意識を向けることで得られる気付き（Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2007）」という定義がマインドフルネスの特徴をよく包含していると考えられる。歴史的には、1960年代、仏教の瞑想法が米国に波及し、1980年代になってマインドフルネスとして体系化された（大谷, 2014）。

介入法としては、慢性疼痛患者に対する介入プログラムとして Mindfulness-Based Stress Reduction（以下、MBSR；Kabat-Zinn, 1990 春木訳, 2007）が開発され、その後、MBSR をうつ病の再発予防に活用した Mindfulness-Based Cognitive Therapy（以下、MBCT；Segal, Williams, & Teasdale, 2002 越川訳, 2007）が誕生した。MBCTは「マインドフルネスの諸技法に、認知と感情・行動との関係を自覚する認知的技法を加えたプログラム（近藤・越川, 2016）」であり、この誕生により、マインドフルネスが臨床心理学界隈で注目を集めることとなった。現代では様々な研究によって、マインドフルネスが精神的、身体的な健康に良い影響を及ぼすことが明らかにされていることから、マインドフルネスは教育、福祉、スポーツ、ビジネス、兵士の訓練などあらゆる形で広がりつつある（藤田, 2016）。

ここまでマインドフルネスという形でひとくくりに論じてきたが、マインドフルネスには2つのパラダイムがあるとされている。一つは宗教的枠組みにおけるピュア・マインドフルネスであり、もう一つが治療や健康増進・維持を目的とした臨床マインドフルネスである（大谷, 2016）。臨床心理学で注目されているのは後者の臨床マインドフルネスである。

大谷（2016）によれば、臨床マインドフルネスはさらに2つに大別される。一つはピュア・マインドフルネスから臨床手段へと発展したタイプであり、幅広い身体症状や精神症状への有効性が実証されている MBSR および MBCT が含まれる。もう一つは、既存の行動理論や行動療法のモデルの中にマインドフルネスが融合された対応であり、パーソナリティ障害を対象とする DBT（Dialectical Behavior Therapy; Linehan, 1993）や行動分析の立場から理論を統合的に再構築した ACT（Acceptance & Commitment Therapy; Hayes, Follette & Linehan, 2004）などが含まれる（図 3.3）。



※ 大谷(2014, 2016)より作成

図3.3 マインドフルネスの構成

この2つの臨床マインドフルネスについて、Crane et al. (2016) は、MBSR を端緒とするマインドフルネス直系を“mindfulness-based programs (以下, MBPs)”, ACT や DBT といった複合型に加え、Compassion Focused Therapy (Gilbert, 2009), Mindful Self Compassion (Neff & Germer, 2013) や、ポジティブ心理学への発展 (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) を“mindfulness-informed programs”と呼び、後者の方を心理療法の第三の波の一部であるとしている。

Crane et al. (2016) によれば、この心理療法の第三の波は、MBPs と比して内的体験のコントロールといった側面が弱まり、「受容」「メタ認知」「体験との関係の持ち方」などのテーマがより強調されている。“mindfulness-informed programs”は理論的背景の多くを MBPs と共有しており、実際のアプローチにもマインドフルネス瞑想が含まれている。一方、MBPs の弁別的特徴は、「システムティックで持続的であるクライアント・セラピスト双方のフォーマル・インフォーマルなマインドフルネス瞑想が、セラピーのアプローチにおいても、理論モデルにおいても中心となること」である。欧米では“mindfulness movement”と呼ばれるほど世間ではマインドフルネスへの関心が高まりを見せている（藤

田, 2016)。この状況において、誤った情報や不十分な手法による研究結果は、消費者を傷つける可能性がある。そのため、「マインドフルネス」の意味を明確に定義し、適切な手法により研究を行い、より統一された形での介入を臨床へ適用することが必要である。したがって、本論文において「マインドフルネスを用いた介入方法」を検討するにあたって、どの理論に立脚するのかを明確にする必要があるだろう。

7.1.2 マインドフルネスの測定尺度

欧米でのマインドフルネス研究で頻繁に使用される尺度に、①The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht & Schmidt, 2006), ②The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith & Allen, 2004), ③The Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2008), ④The Mindful Awareness Attention Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003), ⑤The Tronto Mindfulness Scale (TMS; Lau et al., 2006), ⑥The Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson & Laurenceau, 2007), ⑦The Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008), ⑧The Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ; Chadwick et al., 2008)の8つがある。それぞれマインドフルネスの構成因子数やその名称は異なるが、体験に対する「オープンな気づき」とその「受容」という2因子はすべての尺度に共通している。このことから、体験に開かれ、冷静でありのままにそれを受容する、ということが、マインドフルネスの中核要素であることがうかがえる(大谷, 2014)。

日本において標準化されたマインドフルネス尺度は、日本語版 FFMQ (Sugiura, Sato, Ito, & Murakami, 2012) と DBT 版マインドフルネス尺度 (守谷・斎藤, 2013) の2つである。このうち、FFMQ は、新しく作成された項目で構成されているのではなく、先述の MAAS, KIMS, CAMS-R, FMI に、Chadwick, Hember, Mead, Lilley, & Dagnan (2005) による Mindfulness Questionnaire を加えた5つの既存尺度を併せて調査を実施し、その結果からジョイント因子分析を行い作成されたものである(井上, 2014)。FFMQ は、体験の観察 (Observing ; 感覚, 認知, 感情, 視覚刺激, 音, においなど, 内的・外的な体験に対して気づいていること, 注意を向けていること), 反応しない態度 (Nonreactivity ; 思考や感情を取り上げたり押しのけたりせずそのままにしておく態度), 判断しない態度 (Nonjudging ; 感覚や認知や情動に対して判断をしない態度), 描写 (Describing ; 内的な経験の言語化), 意識的行動 (Acting with awareness ; その瞬間に行っている行動への

気づき) の 5 つの因子から測定する尺度であり、マインドフルネスに関する研究で幅広く用いられている (高田・田中・竹林・杉浦, 2016)。

一方, Tran, Glück & Nader (2013) は, これまでの FFMQ 研究は因子の妥当性, 項目の適切さ, 瞑想熟達者ではない一般人口のマインドフルネスに関する検討が不足していることを指摘し, これらの観点を踏まえたの高次 2 因子モデル (Two-Factor Higher Order Structure) を提示した。この高次 2 因子モデルとは, Kabat-Zinn (1990) の「意図的に, 今この瞬間に, 価値判断をすることなく注意を向けること」というマインドフルネスの定義に対し, 「注意の自己制御 (self-regulated attention)」「体験への志向 (orientation to experience)」の 2 つの概念化がなされていると解釈する Bishop et al. (2004) や Shapiro, Carlson, Astin & Freedman (2006) の理論に基づき, FFMQ の 5 つの因子を用いて検討された高次因子モデルである。具体的には, 「注意の自己制御」は FFMQ の主に「体験の観察」「反応しない態度」の 2 因子, 「体験への志向」は主に「判断しない態度」「意識的行動」の 2 因子から構成される。「描写」因子については, Tran et al. (2013) においては双方の高次因子を同程度説明している一方, Tran et al. (2014) の多文化間における同様の検討においては, 「注意の自己制御」のみを有意に説明することが示されている。

また, Iani, Lauriola, Cafaro & Didonna (2017) は, FFMQ によって関連するアウトカムが異なることを指摘した。すなわち, 体験の観察, 描写, 意識的行動といった把握スキル (“what” skills) は, 自律性や人生の目的, 個人的成長などの「幸せと安寧のウェルビーイング (eudemonic well-being)」に関連し, 反応しない態度, 判断しない態度といった対処スキル (“how” skills) は, うつや不安, ストレスの低減など「快楽のウェルビーイング (hedonic well-being)」に関連する。なお, 意識的行動および描写は, 双方に影響を与えるとの報告がなされている。

このように, マインドフルネスが注目され始めてから 20 年間, その定義やその測定方法は, 常に検討が繰り返されている。

7. 1. 3 マインドフルネスを用いた心理療法の効果研究

前述のように, マインドフルネスを用いた心理介入技法は, 大きく Kabat-Zinn (1990) の MBSR や Segal et al. (2002) の MBCT といったマインドフルネス直系あるいは MBPs と, DBT (Linehan, 1993) や ACT (Hayes et al., 2004), メタ認知療法 (Metacognitive therapy; Wells, 2009) などの複合系に区別され, それぞれについてストレス低減や精神・身体障害への効果を実証する研究が進んできている。表 3.1 は, 大谷 (2014) をもとに作

成した、上記心理療法の適用範囲を示すものである。そこに示されているように、マインドフルネスを用いた心理療法は、精神疾患・身体症状の双方に効果が示されている。以下では、マインドフルネスと身体症状との関係について詳述する。

表 3.1 マインドフルネスを用いた心理療法の適用範囲

大谷（2014）を参考に作成

アプローチ 症状・障害	MBSR	MBCT	DBT	ACT	メタ認知療法
情動調整	○	○	○	○	○
ストレス	○				
うつ	○	○	○	○	○
不安疾患	○	○	○	○	○
疼痛	○	○		○	
薬物依存 (再発予防)	○		○	○	
パーソナリティ 障害			○ (境界性)		

マインドフルネスと身体疾患 マインドフルネスを用いた心理療法の先駆けとなった MBSR は、慢性疼痛やストレス反応障害などへの対処法として開始された（Kabat-Zinn,1982）。MBSR はもともと医学の文脈において、「慢性の痛みと共存すること」を目的としており、注意のコントロールとそれによるセルフマネジメントを強調したものである、と Kabat-Zinn は定義している。大谷（2014）がまとめた海外における MBSR 適用例によれば、癌、線維筋痛症およびリウマチ、過敏性腸症候群や睡眠障害などの心身症、免疫機能や HIV・AIDS、慢性疼痛、2 型糖尿病、緩和ケア、臓器移植などが、その適用領域として挙げられている。春木・石川・河野・松田（2008）によれば、皮膚病にも効果が認められており、さらには食行動、生活習慣（禁煙）といった行動変容にも適用されている。また、Grossman, Niemann, Schmidt & Walach（2004）によるメタ分析では、MBSR の身体的健康に対する効果が認められている。

このような MBSR の身体症状への効果について、大谷（2014）は MBCT やメタ認知療法が単なるマインドフルネスだけではなく、「従来の認知行動療法テクニックを活用し、気分に関わる反応のコントロール」を積極的に行うことと比較して、MBSR はあくまでも感情や身体反応に対する「ありのままの観察」を主としており、「痛みを感覚の一種としてとらえ、それを新たに『今ここ』で観察する」ことに焦点化していることを指摘している。

また、身体症状へは座位によるマインドフルネスだけではなく、ボディ・スキャンや理学療法などの身体の動きに整合させた気づきが効果的であると述べている。春木ら（2008）は、さらに呼吸法、咀嚼瞑想、ヨーガ、歩行瞑想を MBSR の方法としてあげている。このように、MBSR は身体感覚を用いてトレーニングされる特徴があるが、春木ら（2008）は MBSR の実施効果として身体感覚の覚醒をあげ、「身体感覚は自己意識と今、ここにある自己存在の意識の基礎であるといえる」と述べている。

月経随伴症状には身体症状が多く含まれる。したがって、マインドフルネスが身体症状に有効であることは、月経随伴症状による心理的苦痛の緩和に対し、研究 2 において示唆された月経随伴症状による《困難のとらえ方》という認知面へのアプローチとしてだけでなく、身体面における症状体験に対して、直接的にマインドフルネスの適用が有効である可能性を示唆するという点で、非常に重要であるといえる。

7.2 マインドフルネスと月経随伴症状による心理的苦痛との関連

前節で述べたように、マインドフルネスを中核的な要素とした心理療法は、さまざまな精神症状および身体疾患に対してその効果が認められている。本節では、マインドフルネスと月経随伴症状の関連について、先行研究を改めて概観した後、月経随伴症状による心理的苦痛に対する有効可能性について検討を行う。

7.2.1 マインドフルネスと月経随伴症状に関する先行研究

Lustyk et al. (2009) は、PMS に対する CBT のシステマティック・レビューを行い、CBT による介入はある程度の症状改善を示しているけれども、認知に焦点化した療法は薬物療法よりも優れておらず、いくつかの研究では、基本的な行動的介入単独よりも優れていない、ということ報告している。その理由として、PMS および PMDD は、CBT が有効とされている気分障害や不安障害とは異なり、①症状が精神面から身体面に渡り多様であること、②周期的に訪れる断続的な症状であること、③自然で健康な営みに随伴して生じる症状であること、という独特な特徴を持っていることを指摘し、こうした症状に対する有効なアプローチとして、CBT の第三の波、とりわけ ACT を提案している。これは、ACT は自分の思考を価値判断することなく受け入れ、自分自身の価値にしたがって生活することを促す療法であり、従来の CBT のような非機能的な思考をアセスメントし、修正

していく方法よりも、自然なプロセスによる心身の変化を受け入れる ACT のような方法の方が、月経随伴症状へのアプローチとしては有効であろう、という主張である。さらに、Lustyk, Gerrish, Douglas, Bowen & Alan (2011) は、月経前症状の程度を測る Premenstrual symptom severity reports (PMSR) と月経に対する態度、そしてマインドフルネス特性 (MAAS および FFMQ) との関連について、マインドフルネス特性の高い者は PMSR の数値が有意に低いこと、マインドフルネス特性は月経に対する予期と PMSR の数値との関係を緩和することを報告している。一方、Gerrish (2010) は、FFMQ の因子のうち「体験の観察」の得点が高いほど PMS が高いことを指摘している。Bluth, Gaylord, Nguyen, Bunevicius & Girdler (2015) は、PMDD に対するマインドフルネス・アプローチの有用性を明らかにするため、月経に伴う気分障害を有する女性を対象に 8 週間の MBSR を実施した。その結果、介入後の月経前症状の低減と疼痛耐性の向上がみられた。

国内では、後山 (2007) が、月経随伴症状を含めた産婦人科領域の心身症に対する仏教心理学を導入した心理療法の効果の可能性を指摘している。仏教心理学とは、「自己の欲望や希望は周囲の状況や世の中の流れとの間に違和感を生じさせ、ストレスとなり精神・身体症状として発現する」と考え、心理療法では、「欲望を捨てて今の状況をそのまま受け入れること (如実知見)」、「世の中のすべての事象は常に流動しており、水の流れと同じくそのうち別の局面になることへの気づき (諸行無常)」により、ストレスに曝露されても平穏な心でいられるように支援する。この心理療法は、マインドフルネスを用いた心理療法に通じる部分があると考えられる。また、梅澤・武藤 (2014) は文献レビューにより、ACT による月経随伴症状による援助の可能性を指摘している。土井ら (2015) は、FFMQ の因子のうち「判断しない態度」「意識的行動」の得点は PMS 得点と負の関連がある一方、「体験の観察」の得点が高いほど PMS の症状が強くなる、という結果を報告している。

以上、先行研究においては、月経随伴症状の独自性とマインドフルネスを用いた心理療法との相性の良さが指摘されており、なかでも ACT の有効性が注目されている。国内外における FFMQ を用いた統計的調査および実践的研究では、マインドフルネスと PMS・PMDD との関連性が示されている。しかしながら、FFMQ 因子の中でも「体験の観察」因子のみは、月経随伴症状の強さと正の関連があることが複数の研究により報告されており (Gerrish, 2010; 土井ら, 2015)、症状に対するマインドフルネスの作用メカニズムについては、さらなる検討が必要である。

7.2.2 マインドフルネスが月経随伴症状による《困難のとりえ方》に与える作用

先行研究においては、CBTによる認知に焦点化した療法は、薬物療法に比して効果が弱い、との報告がなされている (Lustyk et al, 2009)。一方、本論文においては、月経随伴症状のみでなく、それによって抱く心理的苦痛を対象として検討を行った結果、女性は周期的かつ断続的に生じる「困難体験」によって、恒常的に《月経随伴症状負担感》を抱くことが見出された。この《月経随伴症状負担感》は、「困難体験」に対する【コントロールすべき】・【受容すべき】といった二極的な《困難のとりえ方》への固執および葛藤によって発生・維持されることが示唆されている (研究 2, 研究 3)。すなわち、月経随伴症状による《困難のとりえ方》への認知的アプローチは、《月経随伴症状負担感》を低減させ、その結果、心理的苦痛全体を緩和させることができる可能性が考えられる。

この「月経随伴症状による困難体験に対する二極的な認知からのパラダイムシフト」を促す方法として、マインドフルネスの有効性が予測される。マインドフルネスを用いた心理療法は、問題それ自体を変容するのではなく、問題を観察の対象としてとらえ、それとの関係を変えようとするものである。したがって、研究 2 において示された【コントロールすべき】というとりえ方と【受容すべき】というとりえ方について、より適切な方へと認識の内容を変容させるのではなく、自分のとりえ方を「ありのままに」受け止め、選択肢として認識すること、すなわち「二極的な認知からのパラダイムシフト」が、マインドフルネスを用いたアプローチによって可能になることが考えられる (図 3.4)。

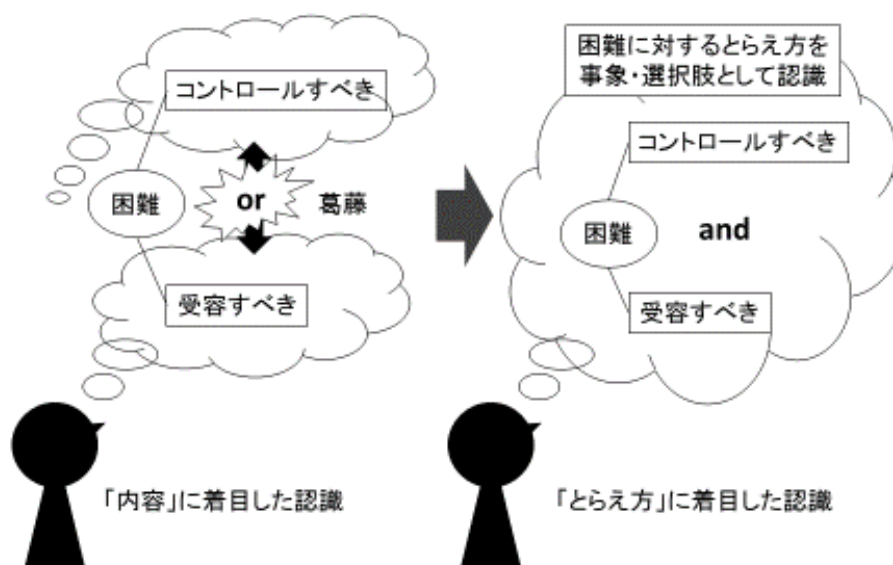


図 3.4 マインドフルネスによる《困難のとりえ方》のパラダイムシフト

なお、月経随伴症状による困難に対する【受容すべき】という認識について、その下位カテゴリである「うまく付き合っていくもの」「生活の一部」に表されるとらえ方は、症状を持ちながらも適応的に生活を送ろうとする態度であるといえる。月経随伴症状による困難を「自然なものとして受け入れる」という認識は、『今ここ』の体験をありのままに受け入れる」というマインドフルネスの定義と一致していると考えられる。一方、研究2における【受容すべき】というカテゴリには、無理に理解しようとする、諦めなければならない、といった意味合いも包含されており、それゆえに《困難のとらえ方》に関する【葛藤】が生じると考えられる。したがって、マインドフルネスを用いたアプローチによって促進される「受容」は、研究2によって得られた【受容すべき】というとらえ方と一部重なりつつも、より柔軟な考え方であると考えられ、そうした要素が促進される結果、女性の適応的な生活につながる事が予想される。

7.2.3 月経随伴症状の独自性とマインドフルネス

先行研究においては、月経随伴症状の独自性とマインドフルネスの相性の良さが指摘されている (Lustyk et al., 2009)。以下では、両者の親和性について詳細に検討していく。

月経随伴症状の特徴のひとつに、①症状が多様である、という点がある。先述のように、マインドフルネスを用いた心理療法は、さまざまな身体症状・精神症状への効果が実証されている。したがって、月経随伴症状に対する包括的なアプローチとして、マインドフルネスの有効性が予想できる。

また、多くの身体・精神疾患と異なる特徴として、月経随伴症状は、②周期的・断続的に訪れる、という点が挙げられる。すなわち、正常な月経は基本的に月に一度訪れるが、正確な日にちや時間の推測は不可能である、という曖昧な確実性と、時期が過ぎれば消失し、また次の時期がくれば発現する、という変動性が、この症状の大きな特徴である。これに対して、MBPsはシステムティックで持続的なマインドフルネス瞑想がセラピーの中心となっており (Crane et al., 2016)、日常的に自己の心身を観察することとなる。また、MBPsの原形であるMBSRは、感情や身体反応に対する「ありのままの観察」を主としており、内容としても座位による瞑想だけでなく、ボディ・スキャンや理学療法などの身体の動きに整合させた気づきが重視されている (大谷, 2014)。こうして、習慣的に自身の心身に気づきを向けること、すなわち、マインドフルネス特性の高次因子のひとつである「注意の自己制御」により、月経周期に伴う変化についても自然とモニタリングができるようになると思われる。

Lustyk et al. (2009) が挙げている 3 つめの特徴として、月経随伴症状は、③自然で健康な営みに随伴して生じるものである。これについて、梅澤・武藤 (2014) は、月経随伴症状は月経という健康な女性の身体に生じる生理現象に伴う症状であり、月経に伴う症状を完全に取り去ることよりも「それらも含めて月経と『ともに』、自分の価値に沿った生活を送れることを一番に考えていく方が、健康的で女性にとって有益」であると述べている。すなわち、MBCT の作用機序として説明されている「問題について、自身を苦しめるものとして捉えるのではなく、自身の行動に対して選択肢を与えるもののひとつとして捉える」(Segal et al., 2002)、という価値判断のない態度および意識的な行動の促進、すなわち、マインドフルネス高次因子のもうひとつである「体験への志向」を、月経随伴症状に応用させることが有効であると考えられる。

これまで議論してきた月経随伴症状の独自性とマインドフルネスとの親和性をまとめると、①月経随伴症状の多様性と、さまざまな身体・精神症状に対するマインドフルネスの効果、②月経随伴症状の周期性・断続性とマインドフルネスの習慣的な「注意の自己制御」、③月経という自然な生理現象への随伴性とマインドフルネスの価値判断のない「体験への志向」、ということができると考えられる。

なお、先行研究においては、月経随伴症状に対する ACT の有効可能性が議論されている (Lustyk et al., 2011; 梅澤・武藤, 2014)。これは、ACT の特徴のひとつである「6 つのコア・コンピテンシー」のなかの「価値づけされた方向性を定義すること」(Luoma, Hayes & Walser, 2007 熊野・高橋・武藤 監訳, 2009) が、女性が「自分の価値に沿った生活を送れることを」支援するための重要な要素とみなしていることから予想される。しかしながら、ACT には日常的なマインドフルネス瞑想の実践が含まれない一方、月経随伴症状に対しては、その独自性ゆえに、習慣的なマインドフルネス瞑想による自身の心身への体感的な理解が、女性が月経をサイクルとしてとらえることを促すと考えられる。したがって、月経随伴症状へのマインドフルネスの適用を検討する本論文においては、女性が自分の価値に意識を向ける、という ACT で強調される作用を重視しつつも、身体への注意を含めたマインドフルネス瞑想の継続的な実施を重視する MBPs を介入手法とする。

7.3 MBPs の月経随伴症状による心理的苦痛への有効可能性

これまでの議論をまとめると、月経随伴症状による心理的苦痛に対する MBPs の効果は、図 3.5 のように予想される。

第一に、症状に対して、その感覚と、症状による苦痛を区別して考えられるようになる。そして、症状について、それらが自身に苦痛をもたらすものではなく、「感覚の一種」としてとらえられるようになることで、全体的な心理的苦痛も低減することが予想される。これは、マインドフルネスを用いた心理療法のなかでも MBSR が強調する、感情や身体反応に対する「ありのままの観察」によって実現されると考えられる。

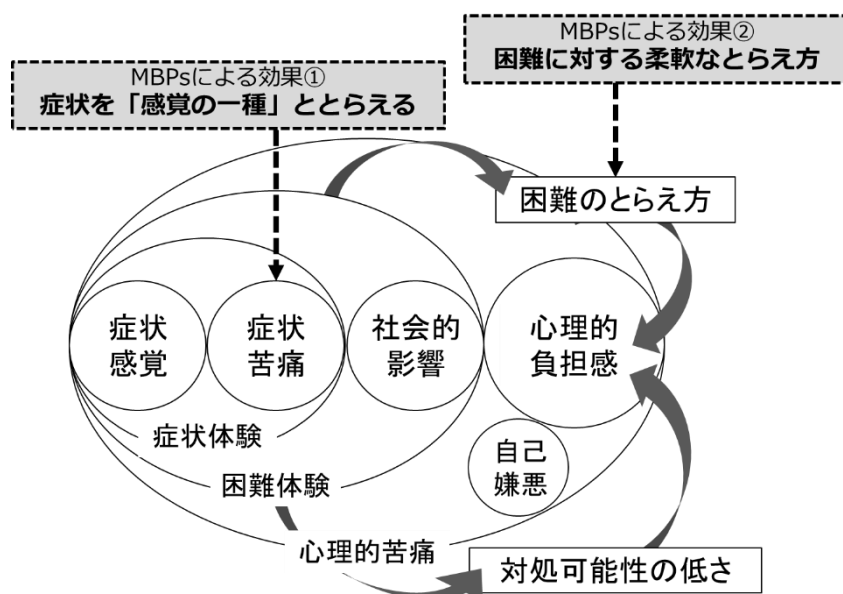


図3.5 「心理的苦痛」に対するMBPsの効果に関する予想図

第二に、症状とそれによる日常生活の支障といった「困難体験」のとらえ方に対する認知的なアプローチが考えられる。すなわち、前節において説明した、【コントロールすべき】、【受容すべき】といった二極的なとらえ方から、それらを選択肢として認識するようになる、というパラダイムシフトが期待される。

この2つの効果は、FFMQの高次2因子である「注意の自己制御」と「体験への志向」による同様の作用によって生じると考えられる。すなわち、まずは「注意の自己制御」により、「症状の感覚を除去すべき」あるいは「困難をコントロールすべき・受容すべき」といった自身の認知に気づくことが可能になる。その認知について価値判断なくとらえ直し、

選択肢のひとつとして改めて認識する「体験への志向」ができるようになることで、「症状による苦痛」および「心理的負担感」が低減されることが予想される。

このうち、「症状による苦痛」に対する効果は、前節に示した先行研究において、既にマインドフルネス特性との関連 (Lustyk et al., 2011; 土井ら, 2015) やプログラムの効果 (Bluth et al., 2015) によって「症状そのものの低減」という形で報告されている(「7.2.1 マインドフルネスと月経随伴症状に関する先行研究」参照)。今後は、マインドフルネスと「月経随伴症状負担感」との関連について、困難体験へのとらえ方に及ぼす影響という上記の仮説をもとに検討を行っていく必要がある。

第 8 章 月経随伴症状に対するマインドフルネスを用いたアプローチの適用に

関する理論的手続き

これまで本論文では、月経随伴症状に対する心理的アプローチについて、症状によって抱く心理的苦痛に着目し、そこに対する心理的アプローチの可能性について検討してきた。第 2 部では、症状による「困難体験」についてのとらえ方への働きかけが有効である可能性が示唆された。その具体的なアプローチとして、第 3 部ではマインドフルネスを用いた介入に着目し、第 7 章ではマインドフルネスと月経随伴症状について、先行研究を改めて概観することでその関連性を検討した。検討の結果、マインドフルネスは月経随伴症状による心理的苦痛における「症状体験」および「困難体験へのとらえ方」に作用する可能性が予想された。このうち「困難体験へのとらえ方」に関しては、その作用メカニズムを詳細に明らかにするとともに、アウトカムである月経随伴症状負担感との関連について検討していく必要性が確認された。

また、マインドフルネスを用いた心理療法は、大きく“Mindfulness-based programs (MBPs)”と“Mindfulness-informed programs”に分けられる (Crane et al., 2016)。月経随伴症状に対するアプローチとしては、症状のもつ ①多様性、②周期性および断続性、③自然で健康な営みへの随伴性、という独自性から、MBPs のもつ習慣的なマインドフルネス瞑想による自分の心身への体感的な理解と受容が重要であることが考えられた。

前章で概観したように、MBPs は Kabat-Zinn が 1979 年に創出した Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) を端緒とし、その後、Segal らによって「うつ発再発予防」という文脈に MBSR が適用され、Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) が誕生した。(「7.1.1 臨床心理学とマインドフルネス」参照)。その後も、現在に至るまでにさまざまな文脈や対象に MBSR および MBCT が適用されてきた。本論文において月経随伴症状という特定の文脈に対する MBPs の適用を検討するにあたり、先行研究による MBPs の適用プロセスは参考とすべきである。

したがって、第 8 章では、特定の問題に対する MBPs の適用に関する先行研究について、まずは MBPs の代表格である MBSR と MBCT との関係について概観することで、MBPs が共通して持つ要素および考えられる適用のあり方について確認した。その後、

MBPs の特定の問題への適用に関する具体例として、Bartley (2012) のがん患者に対する MBCT の適用方法を検討した。以上を踏まえ、本論文において MBPs の月経随伴症状への適用を議論する際の理論的方法について確認を行った。

なお、本章における論考および MBPs の月経随伴症状への適用に関する理論的検討については、第 10 章「10.4 マッピング・モデル 2 マインドフルネスによる月経随伴症状への意識変容プロセス」、第 11 章「11.1 月経随伴症状に対するマインドフルネス・アプローチの理論的検討」の内容とともに、GCL のカリキュラムの一環である海外インターンシップ・プログラムにおいて短期滞在した Bangor University の Centre for Mindfulness Research and Practice における指導のもとで行った。

8.1 MBPs を特定の問題に適用する際の理論的手続き

8.1.1 MBSR と MBCT の関係からみる MBPs 適用の際の留意点

先述のように、MBCT とは本来 MBSR を「うつの再発予防」という特定の文脈へ適用したものであった。Crane (2017) によれば、MBSR は、当初は慢性疼痛の患者を対象に作成されたものの、問題を特定せず、普遍的な脆弱性 (general vulnerability) を扱う。普遍的な脆弱性とは、自動操縦状態でタスクや活動、思考のプロセスを遂行すること、未来や過去に思考を巡らすこと、恐怖への生理的な反応、身体の直接的な体験に気づかず認知的なプロセスに過度に依存するという一般的な傾向、といったものである。一方、MBCT は「うつの再発予防」という特定のターゲットおよびそれにまつわる特定の脆弱性 (specific vulnerability)、すなわち、うつの再発率を高めるリスクを想定している。MBCT は、参加者が自分の普遍的な脆弱性を効果的にマネジメントしていくスキルを身に着けることで、特定の脆弱性をも同時にうまくマネジメントしていけるようになるようにデザインされているところに特徴がある。このターゲットおよび関連する特定の脆弱性として何を想定するかによって、うつの再発以外の問題にも MBCT が適用できるようになると考えられる。

上記を踏まえると、MBSR と MBCT の違いはターゲットの有無であると考えられる。しかしながら、たとえば MBCT for Life (Strauss et al., 2018) のように、MBCT が特定の問題や文脈を問わない一般的な対象者に向けて実施される動きもあり、ターゲットの有無という観点からの MBSR と MBCT の区別は近年大きく変化している。

MBSR と MBCT の関係で注目すべきもうひとつの点は、もともとは医学的な文脈で開

発された MBSR が、心理学的な解釈や発展を経て、認知行動療法 (Cognitive-behavioral therapy; CBT) の要素を含む形で MBCT として成立した、ということである。Crane (2017) は、CBT が MBCT の開発に与えた影響について、①CBT の問題のフォーミュレーションの仕方を用いて、特定の問題のトリガーおよび維持要因を明確にする行程を経たこと、②そのうえで、CBT から有効なカリキュラムとしての要素を引用し取り入れたこと、の 2 点を挙げている。これは、CBT における特定の心理的問題がどのように引き起こされ、維持されているかの包括的枠組みが、MBSR における不特定の問題の扱い方と一致していることから、特定の問題に対する心理教育を取り入れた MBCT が誕生した、といえる。つまり、MBCT は、先ほどの議論にあった普遍的な脆弱性に対する扱いとして今この瞬間のマインドフルな対応を高めると同時に、特定の問題の発生要因および維持要因、すなわち特定の脆弱性への理解を深めることを目的とし、参加者がマインドフルネス実践を通じて学ぶことがそのまま特定の問題へと使われるようにデザインされている、ということである。

以上、MBPs を代表する MBSR と MBCT との関係について、MBSR を応用する形で MBCT が誕生したという文脈に着目し、ターゲットの有無、生成過程における文脈の違いといった観点から概観してきた。以上を踏まえると、MBPs がその他のマインドフルネスを用いたアプローチと弁別される特徴である「システムティックで持続的であるクライアント・セラピスト双方のフォーマル・インフォーマルなマインドフルネス瞑想」(Crane et al., 2016) は、普遍的な脆弱性に対するマネジメント・スキルを促進するものであり、この瞑想実践を根幹としながら、普遍的な脆弱性へのマネジメント・スキルを特定の脆弱性にも使えるような橋渡しのカリキュラムをプログラムに組み込むことが、MBPs の適用においては重要であると考えられる。そうした適用を検討するにあたっては、対象となる問題や文脈に関して、普遍的な脆弱性、特定の脆弱性およびそれらの関係性について、整理しておく必要があるだろう。

8. 1. 2 特定の対象者に合わせたカリキュラムおよびプログラムの工夫

Crane et al. (2016) は、上記のように、ターゲットとなる対象の苦痛や人生のテーマに影響を与える特定の問題のメカニズムに関して詳細な分析を行うことの重要性とともに、MBPs を特定の場に持ち込むことへの文脈的な問題を検討する必要性を示している。すなわち、これまでは MBPs の特定の問題への理論的枠組みに合わせた適用について述べてきたが、その他にも、対象者がより利用しやすく、かつ説得力のあり受け入れやすいプログラムへと調整する必要がある場合がある。たとえば、小さな子どもを持つ親に対するプロ

グラムには、ホームワークとして 40 分間の座瞑想を組み込むことは難しい。瞑想の時間は短くするとともに、子どもとの関わりの中でマインドフルネス実践を行えるようなカリキュラムの工夫が必要となる (Bögels & Restifo, 2014)。また、たとえば病院や学校、職場などといった特定の場所や既存の文脈の中に MBPs を取り入れる際にも、プログラムの構造や期間、1 回のセッションの長さ、デリバリーに工夫が必要だろう。

こうしたカリキュラムやプログラムの工夫を検討する際にも、ターゲットとなる特定の問題について、対象者の生活背景をも含めた広範かつ詳細な理解および分析が必要となる。それと同時に、もともとの MBPs のもたらす効果のメカニズムに関する深い理解をもとに、特定の対象にとって効果が最大となるような適用の工夫を行うことが重要である。

Crane et al. (2016) は、こうした MBPs の適用のプロセスを「マッピング (mapping)」という言葉で示した。本論文でも、以降は MBPs の特定の問題における適用に関する理論的手続きをマッピングという言葉で示すこととする。

8. 1. 3 マッピングの具体例：がん患者に対する MBCT の適用

MBPs の特定の問題に対する適用に関する具体的な例として、ここでは Bartley (2012) のがん患者に対する MBCT の適用 (Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Cancer; MBCT-Ca) について見ていくこととする。MBCT-Ca では、上記に述べた MBCT とがんのマッピングについて、ダイアグラムを用いて説明している。図 3.6 は、Bartley (2012) の最終的なマッピング・モデルを日本語訳したものである。

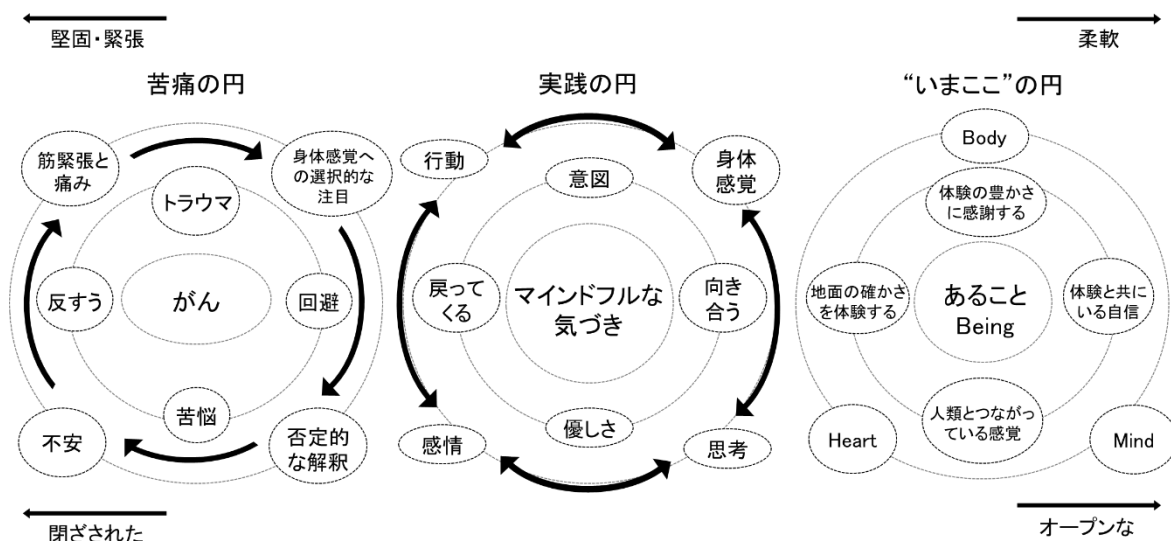


図3.6 がん患者に対するMBCTのマッピングモデル(The Three Circle Model) Bartley (2012)をもとに筆者が作成

このモデルは 3 つの対応する円から成り立っている。左の円は、「苦痛の円 (Circle of Suffering)」である。これは、がんが患者に与える心理的な影響、すなわち、がんの診断およびその治療体験に随伴する苦痛のパターンについて示すものであり、がんという問題の脆弱性に関する分析をもとに作成されている。真ん中の円は、「実践の円 (Circle of Practice)」である。これは、MBCT-Ca におけるマインドフルネス実践が育むものについて説明したものである。右の円は、「“いまここ” の円 (Circle of Presence)」である。最後の円は、MBCT-Ca への参加を経てマインドフルな気づきを高めたがん患者の日常生活における体験を示している。図 3.6 は、これら各段階を説明する 3 つの円を並べることで、参加者が MBCT-Ca のプログラムを通して、「がんを患う (Cancer diagnosis)」状態から、「がんとともにマインドフルに生きていく (Living mindfully with cancer)」状態に進行するプロセスを説明したものである。

3 つの円はいずれも 3 層から構成されており、それぞれの層が対応している。第 1 層は、「がん—マインドフルな気づき—あること (Being)」である。この層は、妨害的で閉ざされた「がん」の体験の中に、「マインドフルな気づき」を通して、“いまここ”に「ある」体験が少しの間でももたらされる、というプロセスを示している。第 2 層は、「がんに対する反応—マインドフルネス実践によって育まれる姿勢—MBCT-Ca 後に身に着く資質」の対応について、それぞれ「トラウマ—意図—体験の豊かさに感謝する」、「反すう—戻ってくる—地面の確かさを体験する」、「回避—向き合う—体験とともにいる自信」、「苦悩—優しさ—人類とつながっている感覚」の 4 点を示している。そして、第 3 層は、「がんによる苦悩の認知モデル—体験の 4 側面—Body, Mind, Heart の連関」である。最も外側の層は、がんの苦悩によって認知的体験が閉ざされていた状態から、マインドフルネス実践によって身体感覚、感情、思考、行動という 4 側面をありのままに体験することが育まれ、そして“いまここ”に「存在し (Being)」、こころとからだを体験することにオープンになる、という、MBCT-Ca によって体験に開かれていくプロセスを包括的に説明している。

以上、特定の問題と MBPs のマッピングについて、その具体例としてがん患者に対する MBCT (MBCT-Ca) を概観した。MBCT-Ca が採用している図式化によるマッピングは、特定の問題のもつ普遍的な脆弱性、特有の脆弱性の双方に関する分析の結果を明示し、それに対応させる形で、MBPs が参加者の中に培う要素のどの部分がどのように作用するかを示すことができる。そして、最終的にターゲットがどのように問題と関係性を築いて生きていくか、ということについて、その構造のみでなく、そこに至るまでのプロセスを説

明することができる。そこで、本論文において月経随伴症状と MBPs のマッピングを検討する際にも、この図式化によるマッピングの手法を採用することとする。

8.2 マッピング・モデル 1 月経随伴症状による心理的苦痛のスパイラルモデル

8.2.1 月経随伴症状のもつ脆弱性の検討

第2部では、心理的苦痛の構造およびその発生・維持・増幅プロセスについて描き出した。その結果得られたモデル(図3.1)は、月経随伴症状がもつ脆弱性について、前節にて述べた普遍的な脆弱性と、月経随伴症状に特有の脆弱性との関係性を包括的に示しているという見方ができるだろう。まず、症状による困難体験が心理的負担感を発生・維持・増幅させるプロセスについて、困難のとらえ方に関する認知的側面および対処行動における困難さの2つの経路が見出された。このうち、前者の「困難のとらえ方」に関する二極的な認知への固執および葛藤については、月経という自然な営みに随伴するものである、というこの問題特有の性質から喚起されるものでありながら、問題に対する認知的な処理に過度に依存し、身体の直接的な体験を重視しない、という普遍的な脆弱性が関わっていると考えられる。また、月経随伴症状の独自性による対処可能性の低さが負担感につながる点に関しては、困難体験を対処すべき「問題」として自動的に特定し、対処行動を遂行し、対処がうまくいかない結果に対して自動的にネガティブな価値判断を下す、といった、“自動操縦状態”という普遍的な脆弱性による一連のプロセスがうかがえる。

月経随伴症状への MBPs のマッピングを検討するにあたっては、第一に、月経随伴症状という特定の問題が持つ普遍的な脆弱性を明示し、そこに MBPs の本質がどのように作用するかを検討することが重要である。そのうえで、MBPs の本質を月経随伴症状の特定の脆弱性に応用させるような細やかな工夫を検討することが可能になるだろう。

したがって、次節では、上記に述べた月経随伴症状という特質によって喚起される普遍的な脆弱性について、Bartley (2012) のマッピング・モデルを参考としながら図式化し、改めて捉え直すこととする。

8.2.2 月経随伴症状による心理的苦痛のスパイラルモデル

月経随伴症状による心理的苦痛の構造とその発生・維持・増幅プロセスについて、この問題が孕む普遍的な脆弱性に焦点を当て、図式化した。モデルを図3.7に示す。図中では、月経随伴症状独自の要素を丸で囲み、それらによって喚起される普遍的な脆弱性と関わる

要素を四角で囲んだ。

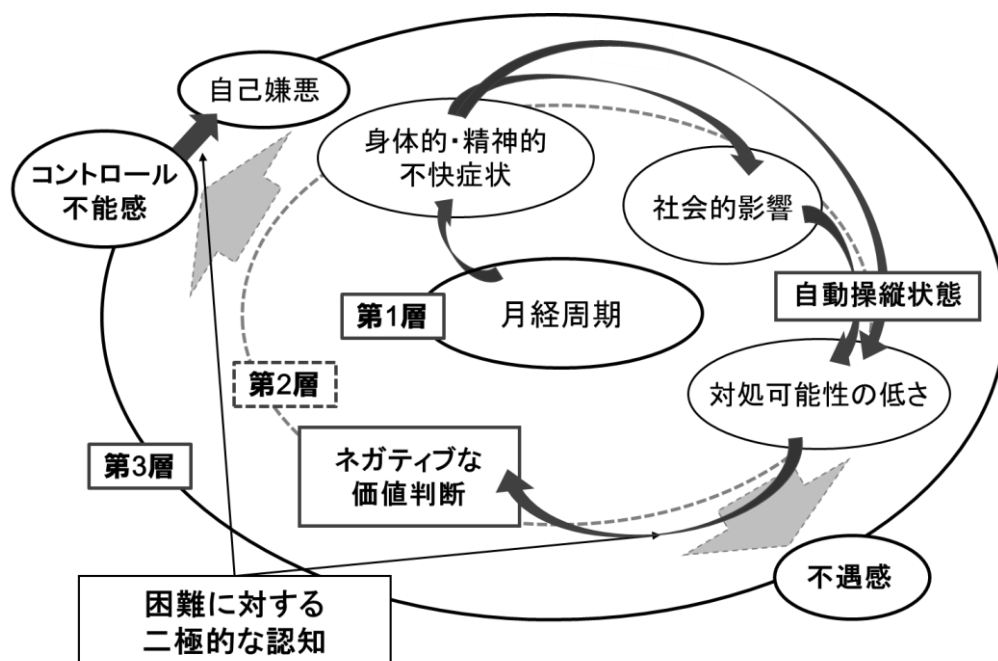


図3.7 月経随伴症状による心理的苦痛のスパイラルモデル

モデルは三層の円から構成される。まず第1層は「月経周期」である。女性が月経周期を持つこと自体が心理的苦痛を生み出すわけではない。ここでは、寧ろ女性が自身の月経周期を意識し、うまく付き合っていく必要があることを表す意図と、月経周期の中で不調な時期が巡ってくるという起点の意味を示し、第1層を月経周期とした。

第2層は、心理的苦痛のなかでも症状発現時のものを表している。症状の発現する時期は、女性によって月経前・月経中とそれぞれであるが、ある時期になると身体的・精神的に不快な症状が現れる。また、研究1において確認されたように、症状の発現によって主観的体験としての日常活動のネガティブな変化を実感する。本論文では、この主観的な日常活動への影響を「社会的影響」と名付け、この「身体的・精神的不快症状」と「社会的影響」を合わせて「困難体験」とよんだ。女性はこの困難体験について対処行動を起こすが、月経の持つ独自性に由来する「対処可能性の低さ」から、思うような効果が得られない場合がある。このような結果に対して、自動的にネガティブな価値判断を行うことが考えられる。こうした一連の認知・行動プロセスは、何が起きているのかにあまり気づかずに、ただ機械的にふるまっている「自動操縦状態」(Segal, Williams, & Teasdale, 2002)であるといえる。さらに、このネガティブな価値判断には、困難に対して「コントロール

すべき」・「受容すべき」といった二極的な認知への固執および葛藤という、状況に対する過度な認知的処理が影響することが示唆された。

第3層は、こうした困難体験に対する認知的・行動的な関わりの積み重ねによって、周期全体を通して日常的に抱く「月経随伴症状負担感」を表している。困難体験のプロセスのうち特定の要素が負担感を引き起こすのではなく、困難にまつわるネガティブな体験の積み重ねが、周期全体に通じる負担感につながる、ということを示す。図中では、第2層の円から第3層の円を指す灰色の矢印によって示した。また、困難に対して「コントロールすべき」という認知が強い場合には、「コントロール不能感」が「自己嫌悪」につながることを示唆されている。

8.3 第9章に向けて

第3部では、これまで月経随伴症状による心理的苦痛を低減するための心理的アプローチについて、マインドフルネスを用いた介入に着目して検討を行ってきた。第7章では、心理的苦痛とマインドフルネスとの関連について検討を行った。その結果、症状による困難体験へのとらえ方に対して、マインドフルネスが作用するメカニズムについて詳細に明らかにするとともに、月経随伴症状負担感との関連について検討する必要性が確認された。

第8章では、マインドフルネスを用いたアプローチの月経随伴症状へのマッピングについて検討するにあたり、第2部によって得られた月経随伴症状による心理的苦痛の構造および発生・維持・増幅プロセスに関する知見をもとに、月経随伴症状が孕む普遍的な脆弱性について検討を行った。その結果、自動操縦状態による対処行動の遂行と、その結果に対するネガティブな価値判断、そして、認知的なプロセスに対する過度な固執、といった普遍的な脆弱性が、月経随伴症状による心理的負担感に寄与していることが推測され、この認知的な傾向にマインドフルネスが作用する可能性が考えられた。これは、第7章において必要性が示唆された、困難体験へのとらえ方に対するマインドフルネスの作用メカニズムの検討について、より詳細な仮説を提示したといえる。

以上を踏まえ、今後においては、まず月経随伴症状負担感とマインドフルネスとの関連について検討することが必要である。第7章にて概観したように、先行研究においては、これまで症状それ自体とマインドフルネスとの関連について、国内外において検討がなされてきた。マインドフルネスという概念は、大きく「注意の自己制御」と「体験への志向」

という2つの要素から成ると解釈され (Bishop et al., 2004; Shapiro et al., 2006), そのなかでも「体験への志向」、つまり自分の感覚や認知、情動に対して判断を下さず、今行っていることに対して意図的に注意を向けようとする態度が、月経随伴症状と負の関連があることが示唆されている (Lustyk et al., 2011; 土井ら, 2015)。アウトカムが「症状の程度」であるということは、先行研究の結果は、本論文の示す「症状体験」のうち「症状による苦痛」を緩和させる可能性を示していると考えられる。マインドフルネスによる症状の発現時における苦痛の低減が考えられる一方、月経周期全体において感じている負担感についての影響については、新たに検討を行う必要がある。また、先行研究においては、マインドフルネス特性を多面的に測定する尺度である FFMQ (Sugiura et al., 2012) のうち、「体験の観察」、すなわち、内的・外的な体験に対し気づいており、注意を向ける特性の高さと、月経随伴症状の程度には正の関連があることが示唆されている (Gerrish, 2010; 土井ら, 2015)。月経随伴症状という問題のどこにマインドフルネスが作用するか、ということと同時に、マインドフルネスのどのような部分が月経随伴症状という問題に作用するか、といった観点からも、さらなる検討が必要である。

これまでの議論をまとめると、月経随伴症状負担感とマインドフルネスとの関連については、以下の仮説が立てられる。

仮説：マインドフルネス特性が高ければ、月経に伴う症状があってもその状態に対して価値判断することなく受け容れ、意識的に対処行動を起こすことができるために、対処行動の内容や結果にかかわらず、負担感は低くなる。

上記の仮説を検討するため、第9章では、月経随伴症状負担感とマインドフルネス特性との関連を、統計的に明らかにする。そして、月経随伴症状による心理的苦痛に対するマインドフルネスのマッピングに関する有用な知見を得ることを目的とする。

第 9 章 【研究 4】 月経随伴症状負担感とマインドフルネスとの関連に

関する検討

第 3 部におけるこれまでの考察から、「マインドフルネス特性が高ければ、月経に伴う症状があってもその状態に対して価値判断することなく受け容れ、意識的に対処行動を起こすことができるために、対処行動の内容にかかわらず、負担感は低くなる」ということが予想された。この仮説について検討を行うため、研究 4 では、月経随伴症状負担感とコーピング特性およびマインドフルネス特性との関連を明らかにすることを目的とする。

第 7 章において確認したとおり、月経随伴症状の強さと FFMQ の各因子との関連に関する先行研究では、「体験の観察」因子が高ければ症状が強くなるという結果を報告している。これについては、マインドフルネス瞑想の未経験者の場合、月経随伴症状以外のネガティブ指標（抑うつ等）と FFMQ の「体験の観察」因子の得点との間に正の相関関係があることを報告している先行研究がいくつかあること（e. g., 中野・田名場, 2013 ; Sugiura et al., 2012), また、マインドフルネス瞑想の初心者においては、自分の体験を観察することによって一時的に抑うつ気分の悪化などの悪影響につながる、と報告されていること（Baer et al., 2008）から、「体験の観察」因子と月経随伴症状というネガティブな体験との間には正の関連があることは妥当であると考えられる。一方、月経随伴症状への Mindfulness-Based Programs (MBPs) のマッピングを検討するにあたっては、マインドフルネスのどの要素がどのように作用するのかを詳細に検討する必要がある、「体験の観察」因子についても、マインドフルネス特性の要素のひとつとして月経随伴症状に作用するメカニズムを、より詳細に検討することが必要である。瞑想の熟達者にとっては自身の体験を観察することがネガティブな体験を低減する要素のひとつになるのであれば、瞑想などの実践を積み重ねることでマインドフルネス特性が高まることにより、自分の経験を観察する傾向が症状の低減に作用することが予想される。すなわち、FFMQ のうち「体験の観察」因子は、その他のマインドフルネス特性を構成する因子と関連の中でその作用を検討する必要が考えられる。

以上を踏まえ、研究 4 では、マインドフルネス特性を測定する尺度として FFMQ を使用し、まず FFMQ の得点と研究 3 にて作成した月経随伴症状負担感尺度の得点の関連に

について検討する。このとき、これらの関係性に対処行動としてのコーピング特性が与える影響の有無についても確認を行う（研究 4-1）。さらに、マインドフルネス特性が月経随伴症状負担感に与える影響について、特にマインドフルネス特性の各要素、すなわち FFMQ の各因子間の関係に着目して検討を行う（研究 4-2）。

9.1 【研究 4-1】月経随伴症状負担感に影響を与える要因に関する検討

9.1.1 問題と目的

研究 4-1 では、月経随伴症状負担感に影響を与える要因について、マインドフルネス特性およびコーピング特性に着目し、その関連を検討する。

9.1.2 方法

調査対象者と手続き 月経を有し、月経周期に伴い心身の変化を感じる女性を対象に、インターネットによるアンケート調査を実施した。更年期症状の影響を除外するため、年齢は 20-39 歳とした。アンケート冒頭に調査の目的と倫理的配慮に関する説明を載せ、回答をもって協力に同意したとみなすことを説明した。なお、本研究の対象者は、研究 3 と同一である。また、本研究は東京大学倫理審査専門委員会の承認を受けて実施した（審査番号：17-3）。

調査内容 以下に、アンケート調査の内容を示す。

(1) 基礎情報として、年齢、就労形態、月経状態、回答時の月経状況、特に心身の変化を感じる時期、出産歴、婦人科受診歴、経口避妊薬の服用、現在の精神科受診の有無を尋ねた。月経状態に関しては、「1. だいたい前回の月経開始日から 26-39 日の間に次の月経が始まる」「2. 前回の月経が始まって 25 日以内に次の月経が始まるまたは 40 日以上経っても次の月経が始まらない」から選択するよう求めた。回答時の月経状況は宮岡・秋元・上田・加茂（2009）を参考に、回答時に月経中か否か、月経中でない場合は直近の月経開始から何日経過しているかについて、「1. 1-12 日」「2. 13-20 日」「3. 21 日-」から選択を求めた。回答時月経中ではなく、直近の月経開始日から「3. 21 日-」である者を「月経前」と判断した。心身の変化を感じる時期に関しては、月経前を「月経開始の 3-10 日前から困難を感じ、月経が始まると次第に消失する」、月経中を「月経開始から困難を感じ、月経終了日には消失する」、月経後を「月経終了日から次の月経が始まる 10 日ほど前の間に困難を感じる」と定義し、3 つの中から選択するよう求めた。

(2) 研究 3 によって作成した月経随伴症状負担感尺度を用いた。

(3) 対象者の日常一般的なコーピング・ストラテジーの使用傾向を評価するコーピング尺度 (GCQ) 特性版 (佐々木・山崎, 2002) を用いた。この尺度は、「感情表出」、「情緒的サポート希求」、「認知的再解釈」、「問題解決」の 4 下位尺度、全 32 項目で構成される。「まったく行わない (1 点)」、「あまり行わない (2 点)」、「ときどき行う (3 点)」、「よく行う (4 点)」、「いつも行う (5 点)」の 5 件法で評定を求めた。各下位尺度の得点範囲は 8 - 40 点であり、得点が高いほどその対処方略を用いる傾向が高いことを示す。研究 2 では、月経随伴症状に対して適切な対処行動を取っているにも関わらず、症状の独自性ゆえに対処の効果が得られにくいことが示唆された。したがって、女性の持つコーピング・ストラテジーと月経随伴症状負担感との関連性は、基本的には弱いことが予想される。一方、秋元・宮岡・加茂 (2009) は、「認知的再解釈」というコーピング特性を持つ者は、PMS/PMDD の抑うつ症状や不安感といった症状の訴えが少ないことを報告している。研究 2 において、月経随伴症状の困難体験に対する「コントロールすべき」・「受容すべき」という二極的なとらえ方への固執および選択肢間での葛藤が、月経随伴症状負担感に影響を与えていることが示唆された。したがって、ストレスに対する認知的解釈は、負担感を低減し、その結果症状の主観的強度も低くなる、といった作用が予測される。

(4) 対象者のマインドフルネス特性を測定するため、日本語版 Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Sugiura et al., 2012) を用いた。対象者には、39 項目について、5 件法 (1 点「まったくあてはまらない」 - 5 点「いつもあてはまる」) で回答を求めた。

分析方法 以下の手順で分析を行った。

(1) 月経随伴症状負担感尺度の得点と GCQ および FFMQ との相関分析を実施した。

(2) コーピング特性と月経随伴症状負担感との関係を検討するため、独立変数を GCQ、従属変数を月経随伴症状負担感尺度として重回帰分析を行った。

(3) マインドフルネス特性と月経随伴症状負担感との関係を検討するため、独立変数を FFMQ、従属変数を月経随伴症状負担感尺度として重回帰分析を行った。

なお、分析には SPSS (ver. 22) を用いた。

9. 1. 3 結果

対象者の背景 回収された 500 名のデータから、妊娠中・授乳中の者 89 名、婦人科系の器質性疾患を持つ者 76 名、精神疾患を有する者 41 名、ピルを服用している者 45 名を対象外とし (重複あり)、318 名のデータを用いた (有効回答率 63.6%)。対象者の平均年

年齢は 30.2 歳 (SD = 5.1), 月経状態について「だいたい前回の月経開始日から 26-39 日の間に次の月経が始まる」と回答した者が 89.6%, 「前回の月経が始まって 25 日以内に次の月経が始まるまたは 40 日以上経っても次の月経が始まらない」と回答した者が 10.4%であった。機能性の婦人科系疾患および月経前における精神障害の診断を受けている者は、318 名中 1 名であり、診断名は月経困難症であった。

相関分析 月経随伴症状負担感, GCQ, FFMQ の平均点および各下位尺度の得点の平均について、相関分析を行った。結果を表 3.2 に示す。

表3.2 月経随伴症状負担感, GCQ, FFMQの相関分析結果

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 負担感 平均	1	.93**	.92**	.08	.05	.03	.09	-.30**	.27**	.02	-.48**	-.10	-.37**
2 コントロール不能感		1	.72**	.10	.10	.10	.12**	-.31**	.30**	.01	-.52**	-.09	-.38**
3 不遇感			1	.05	.00	-.04	.04	-.24**	.20**	.03	-.36**	-.09	-.30**
4 感情表出				1	.51**	-.06	-.07	-.13*	.01	-.14*	-.08	.08	-.16**
5 情緒的サポート希求					1	.22**	.08	.01	.04	-.05	-.08	.17**	-.05
6 認知的再解釈						1	.72**	.24**	.30**	.42**	-.23**	.25**	-.11
7 問題解決							1	.30**	.31**	.28**	-.18*	.34**	.02
8 FFMQ 平均								1	.33**	.46**	.42**	.73**	.43**
9 体験の観察									1	.59**	-.49**	.28**	-.47**
10 反応しない態度										1	-.33**	.32**	-.33*
11 判断しない態度											1	.07	.62**
12 描写												1	.09
13 意識的行動													1

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

月経随伴症状負担感尺度と GCQ との関連について、「コントロール不能感」因子と「問題解決」因子との間に、 $r = .12$ のごく弱い正の相関がみられた ($p < .05$)。月経随伴症状負担感尺度と FFMQ との関連について、負担感尺度のすべての下位尺度において、「体験の観察」因子と弱い正の相関 ($r = .30, .20, p < .01$), 「判断しない態度」因子 ($r = -.52, -.36, p < .01$) および「意識的行動」因子 ($r = -.38, -.30, p < .01$) において弱い～中程度の負の相関がみられた。

重回帰分析 コーピング特性と月経随伴症状負担感との関係を検討するため、独立変数を GCQ, 従属変数を月経随伴症状負担感尺度として重回帰分析を行った。なお、年齢、就労形態、出産経験の有無、月経周期のうち特に心身の変化を感じる時期(月経前・月経中)、回答の即時性(アンケート回答時に変化を感じる時期であったか否か)を統制変数として強制投入した。結果を表 3.3 に示す。

分析の結果、GCQ のうち「問題解決」因子が月経随伴症状負担感尺度の全体平均および

各因子に与える影響について正の関連、「認知的再解釈」因子が「不遇感」因子に与える影響について負の関連が示されたが、いずれも 10%水準での有意傾向に留まった。なお、許容度は.91 以上であり、多重共線性の問題は生じていなかった。

表3.3 GCQおよび月経随伴症状負担感尺度に関する重回帰分析結果

	負担感 平均		コントロール不能感		不遇感	
	β	R^2	β	R^2	β	R^2
年齢	.05		.02		.06	
パート就労	-.05		-.03		-.08	
専業主婦	.09		.09		.08	
学生	.03		.03		.02	
無職	.15*		.13*		.15*	
出産経験	-.02		-.06		.03	
月経中	-.17**		-.23**		-.08	
即時的回答	.05		.02		.07	
Model 1		.04**		.05**		.03*
感情表出	.07		.08		.05	
情緒的サポート希求	.05		.07		.01	
認知的再解釈	-.09		-.02		-.15†	
問題解決	.16†		.15†		.15†	
Model 2		.05		.07*		.03

** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$

次に、マインドフルネス特性と月経随伴症状負担感との関係を検討するため、独立変数を FFMQ、従属変数を月経随伴症状負担感尺度として重回帰分析を行った。なお、年齢、就労形態、出産経験の有無、月経周期のうち特に心身の変化を感じる時期（月経前・月経中）、回答の即時性（アンケート回答時に変化を感じる時期であったか否か）に加え、GCQの各因子を統制変数として強制投入した。結果を表 3.4 に示す。

分析の結果、FFMQにおける「判断しない態度」因子は月経随伴症状負担感尺度の平均および各下位因子を 1%水準で有意に説明すること、「意識的行動」因子は月経随伴症状負担感尺度の平均および「コントロール不能感」因子を 1%水準で、「不遇感」因子を 5%水準で有意に説明することが示された。「反応しない態度」因子は月経随伴症状負担感尺度の平均および「コントロール不能感」因子を 1%水準で有意に説明することが示された。なお、上記はいずれも正の関連性を示した。一方、「体験の観察」因子に関しては、月経随伴症状負担感尺度の平均および「コントロール不能感」因子に負の影響を与えることが示された ($p < .05$)。なお、以下の全ての重回帰分析において、許容度は.83 以上であり、多重

共線性の問題は生じていなかった。

表3.4 FFMQおよび月経随伴症状負担感尺度に関する重回帰分析結果

	負担感 平均		コントロール不能感		不遇感	
	<i>B</i>	<i>R</i> ²	<i>B</i>	<i>R</i> ²	<i>B</i>	<i>R</i> ²
年齢	.07		.05		.08	
パート就労	-.02		.02		-.05	
専業主婦	.10		.09		.09	
学生	.05		.05		.03	
無職	.17**		.16**		.16**	
出産経験	-.04		-.08		.01	
月経中	-.15**		-.21**		-.08	
即時的回答	.06		.03		.07	
感情表出	.07		.08		.05	
情緒的サポート希求	.05		.07		.01	
認知的再解釈	-.09		-.02		-.15†	
問題解決	.16†		.15†		.15†	
Model 1		.05**		.07**		.03*
体験の観察	.14*		.17*		.08	
反応しない態度	-.19**		-.26**		-.08	
判断しない態度	-.34**		-.38**		-.24**	
描写	-.05		-.04		-.05	
意識的行動	-.18**		-.16**		-.18*	
Model 2		.29**		.34**		.18**

***p* < .01, **p* < .05, †*p* < .10

9.1.4 考察

研究 4-1 では、月経随伴症状負担感に影響を与える要因について、マインドフルネス特性およびコーピング特性に着目し、その関連を検討した。月経随伴症状負担感とコーピング特性との関連については、問題解決志向が強いと、月経随伴症状負担感を抱きやすい傾向にあることが示唆された。これは、研究 2 において、症状による困難に積極的に対処しようとするものの、月経随伴症状の独自性により対処可能性が低いことから解決につながりづらく、そのために負担感を抱く、という知見と合致する結果であるといえる。また、状況に対してポジティブに捉え直す認知的特性が高い女性は、症状があることによる不遇感を抱きにくい傾向があることが示唆された。この関連は、認知的な特性が月経随伴症状負担感と関連する、という本論文の予想に示唆を与える結果である。しかしながら、これらの関連は有意傾向に留まり、女性がもつコーピング特性は月経随伴症状に大きな影響を与えないと考えられる。

月経随伴症状負担感とマインドフルネス特性との関連については、まず相関分析によって、FFMQの「判断しない態度」および「意識的行動」と負の相関が示された一方、「体験の観察」については正の相関がみられた。「反応しない態度」および「描写」については、有意な相関がみられなかった。

続いて重回帰分析を行ったところ、「判断しない態度」「意識的行動」は月経随伴症状負担感尺度の「コントロール不能感」「不遇感」の両因子に負の影響を与えることが示された。

「描写」因子との間には有意な関連がみられなかった。「体験の観察」因子は、「コントロール不能感」のみと正の関連が示された。以上は、相関分析の結果からも想定される内容であった。一方、「反応しない態度」については、相関分析では月経随伴症状負担感尺度との関連がみられなかった一方、重回帰分析では「コントロール不能感」に負の影響を与えることが示された。

以上の結果より、自身の思考や感情に対して判断せず（「判断しない態度」）、自身の活動に注意を向けて行動する（「意識的行動」）傾向の高い女性は、症状による負担感を抱きにくいことが示唆された。第7章にて概観したように、Tran, Glück, & Nader (2013) はFFMQにおけるTwo-Factor Higher Order Structure（以下、高次2因子モデル）を提唱し、この2つの因子をまとめて「体験への志向」とよんだ。この「体験への志向」の要素の高い女性は月経随伴症状そのものの程度を低く評価するという報告があり（Lustyk et al., 2011; 土井ら, 2015）、本研究の結果はこれらの先行研究の知見と一致するものである。

内的・外的体験に注意を向け観察する傾向が強いと（「体験の観察」）、症状によるコントロール不能感をより強く抱くことが見出された。先行研究においても、マインドフルネス特性のこの要素と月経随伴症状の程度には正の関連があることが示唆されており（Gerrish, 2010; 土井ら, 2015）、本研究の結果と一致するものである。一方、自身に生じてくる思考や感情に対して反応しない傾向（「反応しない態度」）が高ければ、月経随伴症状負担感のうちコントロール不能感を抱くことが少なくなるということが、本研究によって示唆された。これは先行研究の結果からは見られなかった知見である。また、Tran et al. (2013) によれば、この「反応しない態度」は、「体験の観察」とともにマインドフルネスの2つの特徴の一つである「注意の自己制御」を構成するものであり、この「反応しない態度」と「体験の観察」との関連については、さらなる検討が必要であると考えられる。

9.2 【研究 4-2】マインドフルネス特性の要素間の関連が月経随伴症状負担感に与える影響に関する検討

9.2.1 問題と目的

研究 4-1 では、月経随伴症状負担感に影響を与える要因について、マインドフルネス特性およびコーピング特性に着目し、その関連を検討した。その結果、月経随伴症状負担感とコーピング特性との間には、強い関連は見出されなかった。マインドフルネス特性との関連については、自身の思考や感情に対して反応、判断せず、自身の活動に注意を向け行動する傾向が強ければ月経随伴症状負担感が低くなる一方で、自分の内的・外的体験をよく観察する傾向が強いと、特にコントロール不能感が強くなる傾向が示唆された。この結果は概ね仮説を支持するものである一方、「反応しない態度」因子に関しては、相関分析では月経随伴症状負担感との関連がみられなかったが、重回帰分析においてはコントロール不能感に対して負の影響を与えることが示された。また、「体験の観察」因子のみ負担感に正の影響を与える結果となったことに関して、この結果は先行研究による知見と合致するものである一方、マインドフルネス全体が月経随伴症状によるネガティブな体験に与える影響を考える際、自身の体験をよく観察する傾向がどのように作用するかについて、より踏み込んだ検討が必要であると考えられる。

そこで、研究 4-2 では、マインドフルネス特性の要素間の関連が月経随伴症状負担感に与える影響について、特に「体験の観察」「反応しない態度」について着目し、検討することを目的とした。具体的には、研究 4-1 の結果をもとに以下の仮説を立て、統計的に検討することとした。

仮説 1: FFMQ の「反応しない態度」「判断しない態度」「意識的行動」の各因子は、それぞれ「体験の観察」因子と月経随伴症状負担感尺度の各得点との関連に影響を与える。

仮説 2: 「体験の観察」因子は、直接的には月経随伴症状負担感尺度の「コントロール不能感」因子に正の影響を与えるが、「反応しない態度」を媒介すると、「コントロール不能感」因子に負の影響を与える。

なお、「描写」因子については、研究 4-1 において月経随伴症状負担感尺度の得点および下位尺度の得点双方に対して、相関分析、重回帰分析のいずれも有意な結果が得られなかった。したがって、本研究においては「描写」因子は検討から除外した。

9.2.2 方法

調査対象者と手続き 調査対象者および手続きについては、研究 4-1 と同一である。

調査内容 調査内容は、研究 4-1 と同一である。

分析方法 以下の手順で分析を行った。

(1) 仮説 1 を検討するため、FFMQ の「体験の観察」因子を独立変数、月経随伴症状負担感尺度の下位尺度の得点を従属変数、「反応しない態度」「判断しない態度」「意識的行動」それぞれを調整変数として、階層的重回帰分析を行った。分析においては、ステップ 1 に統制変数として年齢、就労形態、出産経験、周期の中で特に強く心身の変化を感じる時期（月経前・月経中）、回答の即時性（アンケート回答時に変化を感じる時期であったか否か）、GCQ の各因子得点、FFMQ の因子のうち独立変数、調整変数として想定していないものを、ステップ 2 に独立変数と調整変数、ステップ 3 に独立変数と調整変数の交互作用項を投入した。なお、主効果の項と交互作用の項の相関による多重共線性の問題を避けるため、独立変数および調整変数は中心化（センタリング）した値を用いた。

(2) 仮説 2 を検討するため、FFMQ の「体験の観察」因子を独立変数、「反応しない態度」因子を媒介変数、月経随伴症状負担感尺度の「コントロール不能感」因子を従属変数とし、媒介分析を行った。

なお、分析には SPSS (ver. 22) を使用し、媒介分析には PROCESS macro for SPSS and SAS ver. 2.16 (Hayes, 2017) を用いた。

9.2.3 結果

階層的重回帰分析による調整効果の検討 「体験の観察」因子を独立変数、月経随伴症状負担感尺度の下位尺度の得点を従属変数、「反応しない態度」「判断しない態度」「意識的行動」それぞれを調整変数として、階層的重回帰分析を行った。なお、以降の分析すべてにおいて、許容度は.49 以上であり、多重共線性の問題は生じていないと判断した。分析の結果をそれぞれ、表 3.5、表 3.6、表 3.7 に示す。

分析の結果、「判断しない態度」および「意識的行動」を調整変数とした場合、その交互作用項について有意な結果が得られなかった。「反応しない態度」を調整変数とした場合には、月経随伴症状負担感尺度の「コントロール不能感」因子を従属変数とした場合に、交互作用項について 5% で有意な結果が得られた。以上より、「反応しない態度」は、「体験の観察」と月経随伴症状負担感における「コントロール不能感」との関連に影響を与えることが示唆された。

表3.5 階層的重回帰分析の結果(調整変数:反応しない態度)

	コントロール不能感		不遇感	
	β	ΔR^2	β	ΔR^2
体験の観察	.18**		.09	
反応しない態度	-.27**		-.09	
Model 2		.04**		.01
体験の観察×反応しない態度	.12*		.06	
Model 3		.01*		.00

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

表3.6 階層的重回帰分析の結果(調整変数:判断しない態度)

	コントロール不能感		不遇感	
	β	ΔR^2	β	ΔR^2
体験の観察	.18**		.09	
判断しない態度	-.39**		-.26**	
Model 2		.11**		.04**
体験の観察×判断しない態度	-.03		-.07	
Model 3		.00		.01

**; $p < .01$

表3.7 階層的重回帰分析の結果(調整変数:意識的行動)

	コントロール不能感		不遇感	
	β	ΔR^2	β	ΔR^2
体験の観察	.18**		.09	
意識的行動	-.15*		-.17*	
Model 2		.04**		.02*
体験の観察×意識的行動	.02		-.01	
Model 3		.00		.00

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

媒介分析による「注意の自己制御」と「コントロール不能感」との関係性の検討 FFMQの「体験の観察」因子を独立変数, 「反応しない態度」因子を媒介変数, 月経随伴症状負担感尺度の「コントロール不能感」因子を従属変数とし, 媒介分析を行った。なお, 年齢, 就労形態, 出産経験の有無, 月経周期のうち特に心身の変化を感じる時期, 回答の即時性, GCQの各因子, 「判断しない態度」「描写」「反応しない態度」の各因子得点を統制変数として強制投入した。媒介モデルを図3.8に示す。

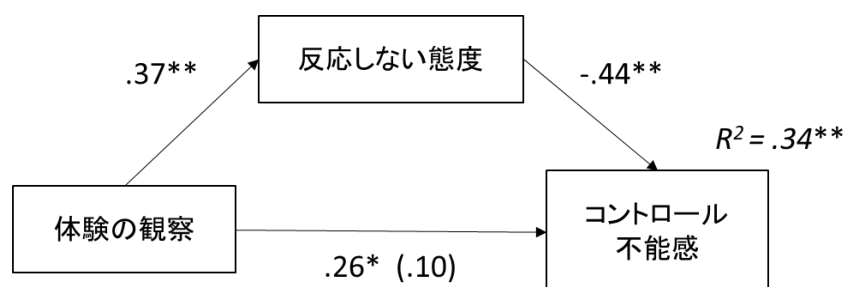


図3.8 注意の自己制御と月経随伴症状負担感の関係モデル

分析の結果、モデルの総合効果は.10 ($p=n.s.$)、直接効果は.26 ($p<.05$)、間接効果は-.16 ($p<.01$)であった(調整済み $R^2=.34$ ($p<.01$))。

9.2.4 考察

研究 4-2 では、マインドフルネス特性の各要素の関連が月経随伴症状負担感に与える影響について、特に「体験の観察」の作用に着目して検討を行った。階層的重回帰分析の結果、「体験の観察」と月経随伴症状負担感のうち「コントロール不能感」との関係性に対して、「反応しない態度」が調整効果をもたらすことが示された。また、媒介分析の結果、「体験の観察」は「コントロール不能感」に対して直接的には正の影響を与えるが、「反応しない態度」を媒介した間接的な効果としては、負の影響を与えること、さらに、それらを総合した効果としては有意な効果とならないことが示された。一方、「判断しない態度」「意識的行動」は、「体験の観察」と月経随伴症状負担感との関連には影響を与えないことが示唆された。

以上の結果より、マインドフルネス特性が月経随伴症状負担感に与える影響としては、その2つの特徴である「注意の自己制御」と「体験への志向」がそれぞれ別途に作用することが考えられる。まず、「体験への志向」すなわち自分の感覚や認知、情動に対して判断を下さず、今行っていることに対して意図的に注意を向けようとする傾向が高いと、月経随伴症状負担感は低いことが考えられる。一方、「注意の自己制御」に関しては、自身の内的・外的体験に注意を向け観察する傾向は、それ自体はより症状によるコントロール不能感を抱きやすくする可能性があるが、観察されたものに対して生じる自身の思考や感情に反応しない傾向があれば、その傾向を抑えられることが考えられる。

なお、本研究のデータについて、Tran et al. (2013) における FFMQ の高次 2 因子モデルの適合度の検討を行った。共分散構造分析の結果、「体験の観察」「反応しない態度」

を「注意の自己制御」の下位因子、「判断しない態度」「意識的行動」を「体験への志向」の下位因子、「描写」を双方の下位因子であると想定したモデルの適合度は、 $GFI = 0.99$, $AGFI = 0.96$, $CFI = 0.99$, $RMSEA = 0.06$ であり、もっとも適合が良かった（補足資料 1 参照）。したがって、本研究において FFMQ の高次 2 因子モデルを想定した議論を行うことは妥当であると考えられる。

9.3 【研究 4】まとめ

研究 4 では、月経随伴症状負担感とコーピング特性およびマインドフルネス特性との関連を明らかにすることを目的に、統計的検討を行った。以下では、本研究によって得られた知見について整理を行う。

コーピング特性と負担感の関連については、月経随伴症状負担感尺度の「コントロール不能感」と「問題解決」との間に弱い正の相関がみられた。「問題解決」志向の強い女性は、月経随伴症状に対してもその消失・低減のために積極的に対処しようとするのが考えられる。しかし、研究 2 による知見に示されるように、月経随伴症状はその独自性により、対処することが難しい。積極的に問題解決を試みているにも関わらず、症状が解消しないことで「コントロール不能感」を抱くことが推察される。また、状況に対してポジティブに捉え直す認知的特性が高い女性は、症状があることによる不遇感を抱きにくい傾向があることが示唆された。しかしながら、この関連は有意傾向に留まり、女性もつコーピング特性は月経随伴症状負担感に大きな影響を与えないと考えられた。

負担感とマインドフルネス特性との関連については、自分の感覚や認知、情動に対して判断を下さず、今行っていることに対して意図的に注意を向けようとする態度である「体験への志向」の要素が、月経随伴症状負担感を低減する可能性が示唆された。また、自身の内的・外的な体験に注意を向けるだけでは負担感の中でも「コントロール不能感」は高まる可能性があるが、それに対して反応せずに観察を行う「注意の自己制御」のスキルがあれば、コントロール不能感を低減させる可能性が考えられた。この「注意の自己制御」に関して、先行研究では、セルフモニタリングが症状の低減に有効であるが（野田，2002；川瀬，2004），一方で、女性が独自に自身の月経周期をモニタリングするのみでは、知識不足や誤った状態の解釈の可能性から限界があるといった指摘もある（Busse, Montori, Krasnik, Patelis-Siotis, & Guyatt, 2009；渡邊・喜多，2007a）。本研究の結果は、先行研

究による知見と合致するものであると同時に、セルフモニタリングの際には正しい知識だけでなく、自身の体験に対して反応しない態度を培うことの重要性が示唆された。

これらの結果から、「マインドフルネス特性が高ければ、月経に伴う症状があってもその状態に対して価値判断することなく受け容れ、意識的に対処行動を起こすことができるために、対処行動の内容にかかわらず、負担感は低くなる」という予想は一部支持されたといえよう。ただし、マインドフルネス特性のうち「注意の自己制御」に関しては、症状に注意を向け観察するだけではなく、その体験に対してすぐに反応しない態度も同時に身に付けることが重要であり、介入にあたっては、マインドフルネス・スキルを包括的に向上させるようなアプローチを検討する必要がある。

これまで本論文では、マインドフルネスと用いたアプローチの中でも MBPs に注目し、その月経随伴症状へのマッピングを検討してきた。マインドフルネスの要素を応用してその他の心理療法と組み合わせた **Mindfulness-informed programs** とは異なり、MBPs は週に 1 回約 2 時間半、8 週間を基本とする構造化されたプログラムの全体を通して、マインドフルネス・スキルを培っていくものである（高橋，稲吉，勝又，2017）。このアプローチは、マインドフルネス・スキルの包括的な向上が必要とされる月経随伴症状に対するアプローチとして適していると考えられる。

今後は、実際に MBPs を行い、プログラム参加者によるマインドフルネス・スキルの月経随伴症状による体験への適用の仕方を具体的に明らかにすることによって、本研究にて得られたマインドフルネスの各要素の月経随伴症状に対する作用についての統計的な知見が、実際にはどのように現れるかについて検討を行う必要がある。

第 10 章 【研究 5】マインドフルネス実践が月経随伴症状の主観的体験に

与える影響に関する検討

10.1 問題と目的

研究 4 の結果、マインドフルネス特性と月経随伴症状負担感との関連について、次の知見が得られた。まず、内的・外的体験に対して、瞬時に反応することなく観察すること（「注意の自己制御」）、そして観察された体験に対して、価値判断することなくとらえたうえで、状況に対して意識的に行動を起こすこと（「体験への志向」）ができる特性が高ければ、月経随伴症状負担感の「コントロール不能感」が低くなる、ということが示唆された。負担感のうち「不遇感」に関しては、「体験への志向」の特性が高いこととの関連性が見出された。

以上の知見を踏まえ、第 10 章では、月経随伴症状による心理的苦痛に対するマインドフルネスの作用に関して、MBPs の体験が参加者の月経随伴症状に関する主観的体験にどのような影響を与えるかについて調査することで、より詳細かつ実証的なメカニズムの検討を行うことを目的とした。

10.2 方法

10.2.1 マインドフルネス・プログラムの実施

マインドフルネス・プログラムを実施するにあたり、本研究では GCL の活動の一環である「グローバルデザインワークショップ（以下、GDWS）」として開催し、その名称を「Make Space —マインドフルネスを用いた月経随伴症状低減プログラム開発ワークショップ—」とした。以下ではワークショップ全体の目的および流れを概説する。GDWS としての内容の詳細およびその成果に関しては、補足資料にて詳説することとし（補足資料 2）、本節では、ワークショップ内で実施した、本研究の目的に沿ったマインドフルネス・プログラムの内容について説明する。なお、以下では、参加者への事前説明から後述する全 5 回にわたる一連の取り組み全体を指して“ワークショップ”と呼び、ワークショップ内で

実施したマインドフルネス・プログラム、すなわちマインドフルネス実践の部分を“プログラム”と呼ぶこととする。

ワークショップ概説 ワークショップ全体の目的は、マインドフルネスという瞑想を基調とした注意コントロールの技術を用いて、月経随伴症状という女性特有の困難を低減させるオリジナルのプログラムを参加者とともに考案することとした。参加者は、ワークショップの中で1ヶ月のマインドフルネス・プログラムを経験し、日頃から感じている月経に伴う心身の不調がどのように変化していくかを観察し、そのうえで、日常にマインドフルネス実践を取り入れていくためのアイデアを検討し、最終的に練り上げたアイデアをプログラムという形にする、ということを求められた。第5回目は、GCLコース生を対象に、ワークショップ全体の企画・運営および自身の活動に関する振り返りを行った。

本ワークショップは、2016年11月5, 12, 19, 26日、12月3日の18時より約2時間～2時間30分、東京大学工学部3号館GCLラボにて開催された。ワークショップの概要を表3.8に示す。

表3.8 ワークショップ概要

	ねらい	活動	ホームワーク
1	<ul style="list-style-type: none"> ・月経随伴症状という問題の理解を深める ・マインドフルネスとは何かを知る・体験する 	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの趣旨確認／自己紹介 ・月経随伴症状ワーク ・マインドフルネスに関する講義 ・「レーズンエクササイズ」 ・「呼吸へのマインドフルネス」 	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸へのマインドフルネス（毎日15分） ・日常生活の中の動作をマインドフルに行う
2	<ul style="list-style-type: none"> ・体を使ったマインドフルネスを体験し、気づきを高める 	<ul style="list-style-type: none"> ・「マインドフル・ストレッチ」 ・宿題の感想シェア ・「ボディスキャン」 ・「呼吸と体へのマインドフルネス」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「ボディスキャン」or「呼吸と体へのマインドフルネス」（交互に毎日15分） ・日常生活の中の動作をマインドフルに行う
3	<ul style="list-style-type: none"> ・音と思考へのマインドフルネスを体験し、思考に気づき、良い関係性を築く ・マインドフルネス実践を日常で継続していく方法を考える 	<ul style="list-style-type: none"> ・「3min Breathing Space」 ・宿題の感想シェア ・「音と思考へのマインドフルネス」 ・マインドフルネスを日常で実践継続するためのアイデアづくり 	<ul style="list-style-type: none"> ・今まで体験してきたエクササイズのうち、毎日1つ選んで15分行う ・日常生活の中の動作をマインドフルに行う
4	<ul style="list-style-type: none"> ・マインドフルネス実践を日常で継続していく方法を考える（続き） 	<ul style="list-style-type: none"> ・実践継続のためのアイデアづくり ・アイデアの発表会 ・感想アンケート回答 	<ul style="list-style-type: none"> ・なし
5	<ul style="list-style-type: none"> ・ワークショップにおける自身の活動の振り返り ・ワークショップの運営方法を知る（GCLコース生向け） 	<ul style="list-style-type: none"> ・企画・運営に関する説明 ・ワークショップ自体への評価検討 ・自身の取り組みへの評価検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・なし

参加者の募集については、まず、GDWSの枠組みに則りGCLコース生に対してSNSによる告知を行った。加えて、知人への声かけによって参加者を募った。募集の結果、9名

(20代前半4名, 20代後半2名, 30代前半3名)が参加した。参加者の属性は, 大学生1名, 大学院生7名(うち社会人経験のある者3名), 社会人1名であった。1回目の後に, 1名が辞退した。

マインドフルネス・プログラム概要 McCown, Reibel & Micozzi (2010), Segal et al. (2002)におけるMBSRおよびMBCTのカリキュラムを参考に, マインドフルネス・プログラムを作成した。Crane et al (2016)は, MBPsに共通する要素として, 「集中的な瞑想の実践トレーニング, 体験的でinquiry(問い)を基調とした学習プロセス, 洞察と理解を促すエクササイズ」によって構成されることを指摘している。本研究においても, これらの要素を含むカリキュラムを作成した。以下, それぞれの要素について説明する。

MBPsは週1回約2時間半, 8週にわたるセッションとホームワークから構成されるプログラムであり, 各週にはテーマが定められている。Crane et al. (2016)によれば, MBPsの共通要素として, 8週間のプログラムを経て参加者が「今ここへの集中, 脱中心化, 体験と新しい関係を築く」といった体験が得られることが, MBPsの共通要素である。また, 高橋・稲吉・勝又(2017)によれば, MBCTは週単位の変化だけではなく, より大きなスパンで段階的変化があり, 前半の3週間は「注意や意識の集中」, 3週目の中盤から6週目の4週間は「曝露」, 最後の6週目から8週目は「対処」がテーマであると考えられる。本プログラムにおけるマインドフルネス実践は, この3つの段階的変化が反映されるような構成とした。1回目は, 「マインドフルネスとは何かを知る・体験する」ことをねらいとし, マインドフルネスという概念に関するレクチャーを行った後, レーズンエクササイズ, 呼吸へのマインドフルネスを行った。2回目は, 「体を使ったマインドフルネスを体験し, 気づきを高める」ことをねらいとし, マインドフルネス・ストレッチ, ボディ・スキャン, 呼吸と体へのマインドフルネスを行った。3回目は, 「音と思考のマインドフルネスを体験し, 思考に気づき, 良い関係を築く」ことをねらいとし, 3min breathing space, 音と思考へのマインドフルネスを行った。1回目から2回目にかけては「注意や意識の集中」, 2回目から3回目にかけて「曝露」, そして3回目に「対処」がテーマとなるような構成とした。

プログラム中のマインドフルネス実践は, MBCTのトレーナーズ・トレーニングを受講した経験のある著者がインストラクターを務めた。

MBPsにはフォーマルな練習とインフォーマルな練習の2種類がある。フォーマルな練習は上記に挙げたセッション中に行う一定時間のマインドフルネス実践である。インフ

フォーマルな練習とは、日常生活における活動をひとつ選び、その活動の瞬間瞬間に気づきを向けて意識的に取り組むものである。これによって、参加者はクラスでの練習で学んだことを毎日の生活に一般化できるようになる (Segal, Milliams, and Teasdale, 2013)。毎回のセッションで課されるホームワークは、1日1回のフォーマルな練習と、毎日の生活の中でマインドフルになれる瞬間を探索するインフォーマルな練習の2つから構成される。ホームワークによって、参加者は継続的なマインドフルネス実践から学びを得るとともに、マインドフルネスを日常の中に習慣化することとなり、MBPsの重要な要素のひとつといえる。本プログラムにおいても、毎回のセッションの後に、フォーマルおよびインフォーマルな練習のホームワークを課した。

さらに、MBPsのセッションにおいては、プログラム中の実践の体験およびホームワークについて振り返る時間が設けられる。これは問い (Inquiry) と呼ばれ、インストラクターを含む参加者の間でなされる交流である (Segal, Williams & Teasdale, 2013)。マインドフルネス実践の体験を意識に上らせて言葉にし、グループで共有することで広げ深めていく問いのプロセスが、ワークを治療的に用いるために重要となる (高橋・稲吉・勝又, 2017)。本プログラムにおいても、セッションの中でのマインドフルネス実践およびホームワークに関する問いの時間を設けた。

うつの再発予防を目的とした MBCT のプログラムには、うつに関する心理教育をねらいとしたエクササイズが組み込まれている (Segal, et al., 2002)。プログラム内でのマインドフルネス体験を自身が抱えている特定の問題に適用させることを促す働きかけが、プログラム内において用意されていることが望ましいと考えられる。本プログラムにおいては、1日目に、月経随伴症状に関する知識の共有を目的としたワークを実施した。2つのグループに分かれ、月経随伴症状による困難について、一般的な知識および自身の体験に基づいてブレインストーミングを行い、KJ法を応用した手法によってまとめるワークを行った。それぞれのグループがワークの結果を発表し合った後、PMSメモリー (川瀬ら, 2000) の項目について全員で確認した。

10.2.2 データ収集方法

ワークショップの全行程が終了した後、改めて参加者にインタビュー調査を依頼し、同意が得られた7名を対象者とした。対象者には、インタビュー実施直前に、改めて PMDD 評価尺度 (宮岡・秋元・上田・加茂, 2009) を使用し、月経前の症状の強度について調査した。表 3.9 に、対象者のインタビュー時における情報を示す。

インタビューについては、期間中のマインドフルネス体験と期間前後の生活の変化および月経随伴症状の体験の変化を中心としたインタビューガイドを作成し、半構造化面接によって調査を行った。インタビューの内容はICレコーダーに録音し、書き起こされた文章をデータとして扱った。表3.10に、インタビューガイドを示す。

表3.9 インフォーマント情報

Info.	年齢	所属	インストラクターとの関係	月経状態	症状を感じる時期	回答時の月経周期	PMDD評価尺度参加前/後	マインドフルネスの事前知識	FFMQ参加前/後
A	26	修士1年(看護学) 社会人経験あり	初対面	正常	月経前	月経後	Part1: 3.0/1.8 Part2: 1.6/1.4	テレビでの紹介を見たことがある	3.4/3.5
B	30	博士1年(心理学) 社会人経験あり	大学院同期	正常	月経前 月経中	月経後	Part1: 3.4/2.1 Part2: 3.0/1.8	授業で学び、知識として知っている	3.1/3.2
C	23	修士2年(心理学)	大学院後輩	正常	月経前 月経中	月経後	Part1: 2.0/2.0 Part2: 1.6/1.8	授業で学び、体験したことがある	3.2/3.2
D	27	社会人5年目 会社員	初対面	正常	月経前	月経前	Part1: 2.4/1.8 Part2: 2.0/1.6	名前は聞いたことがある	3.3/3.3
E	24	修士1年(看護学)	初対面	不順	月経前	月経後	Part1: 2.1/2.0 Part2: 1.4/1.6	ネット記事で読んだことがある	3.2/3.4
F	23	修士1年(経済学)	初対面	正常	月経前 月経中	月経前	Part1: 3.1/2.5 Part2: 1.6/1.2	名前は聞いたことがある	2.5/3.3
G	30代前半	修士1年(心理学) 社会人経験あり	大学院後輩	正常	月経前	月経中	Part1: 2.5/2.5 Part2: 1.4/1.8	授業で学び、体験したことがある	3.6/3.1

表3.10 インタビューガイド

A. ワークショップ中のマインドフルネス体験について

A-1. 11月中のご自身のマインドフルネス体験について、お聞かせください。

- a) どんな感覚がしましたか。
- b) 普段の自分とどのような違いがありましたか。
- c) グループで行う実践は、どのような体験でしたか。
- d) ホームワークは、どのような体験でしたか。

A-2. マインドフルネス実践前と後で自身の日常体験に変化はありますか。

- a) 身体感覚はいかがですか。
- b) 気分・感情はいかがですか。
- c) 行動はいかがですか。
- d) 考え方（認知）はいかがですか。

B. 月経随伴症状の体験について

B-1. 直近の月経随伴症状に関して、ワークショップ前後で変化はありましたか。

- a) どのように変化しましたか。
 - ・身体感覚はいかがですか。
 - ・気分・感情はいかがですか。
 - ・行動はいかがですか。
 - ・考え方（認知）はいかがですか。
- b) 月経随伴症状へのマインドフルネスの影響はありますか。
 - ・どのような影響でしょうか。
 - ・月経随伴症状への考え方、という点では、影響はあるでしょうか。

10.2.3 データ分析方法

得られたインタビューデータについて、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）を参考にした手法を用いて分析を行った。木下（2007）によれば、M-GTAは質的研究法の中でも、プロセス的性格を持った現象の流れを解体せず、データの文脈性を維持したまま、その意味を深く解釈してゆくという特性がある。本研究は、プログラム参加中の主観的体験およびその前後での月経随伴症状の主観的体験の変化といった文脈性を持った現象を対象としており、M-GTAの特性が適していると考えられたため、分析方法として採用した。

10.2.4 倫理的手続き

本研究は、東京大学倫理審査専門委員会の承認を受けて実施した（審査番号：16-77）。プログラム参加者へは、開始前に個別にインフォームドコンセントを行い、開催目的、概要、実施期間、実施後のインタビュー調査協力の可能性、データの取り扱い方、希望者への結果のフィードバックなどについて、紙面および口頭にて説明した。さらに、研究協力にあたっては、個人的な経験を語ることによって心理的苦痛が生じる可能性があること、参加は自由意志によるものであり中断することも可能であることを伝え、研究協力に同意が得られた後に、同意書に署名を頂戴した。ワークショップ終了後、改めてインタビュー調査の目的、方法などについて説明し、同意書への署名をもって、協力への同意を確認した。

10.3 結果と考察

分析の結果、17の概念と5のカテゴリが生成された。表3.11に、それぞれのカテゴリと、内包される概念およびその定義を示す（本文中の< >はカテゴリ、【 】は概念名を表す）。以下、各カテゴリの構成を説明した後、各概念間の関連性を考察し、ワークショップによって参加者が経験したマインドフルネス実践およびその経験の月経随伴症状への適用プロセスをモデル化する。

各カテゴリの説明と概念間の関係 プログラムで行われた内容に関する概念を<マインドフルネス体験>にまとめた。<マインドフルネスの主観的体験>は、プログラムでマインドフルネスを体験することによる、思考や価値観の主観的な変化の過程を示したものである。マインドフルネス体験が日常生活にも汎化されていく過程を<マインドフルネス

の日常化>に示し、参加者が日常生活にどのようにマインドフルネスを取り入れていたのかを<日常生活への適用>として示した。最後に、プログラム参加後の月経随伴症状の主観的体験の変化について、<月経随伴症状への適用>にまとめた。

表3.11 カテゴリおよび概念とその定義

カテゴリ名	概念名	定義
マ ネ イ ン ド フ ル 体 験	一点に集中する練習	注意を一点に集中させるという普段と異なる時間をつくる
	インストラクターによる教示	インストラクターの教示がマインドフルな状態となる支えになる
	他者との体験のシェア	他者とマインドフルネス体験をシェアすることによって得られる気づきと体験の広がり
マ イ ン ド フ ル 体 験 の 主 観 的 体 験	感覚や思考に注意を向ける難しさ	自分の感覚や思考へ集中するという、普段行わないような行為にとまどいを感じる
	「自分に戻ってくる」という感覚	マインドフルな状態では、自分の状態を客観的に見ることで一旦落ち着くような感覚が得られる
	マインドフルネスに対する捉え方の広がり	ワークショップを通して、マインドフルネスへの固定観念が払拭され、体験の幅が広がる
	とらわれからの解放	ワークショップを通して、物事や自分の思考への無意識的な固着に対する気づきが促進される
	心の中を価値判断なくながめる	自分の思考や感情と距離をとり、価値判断なく受け止める
マ イ ン ド フ ル 体 験 の 日 常 化	感度の高まり	マインドフルになることにより、周囲への注意の感度が高まり、普段は得られないような気づきを得る
	日常にマインドフルネスを取り入れる楽しさ	日常生活の中でマインドフルネスになる新鮮さや心地よさを実感する
	自分に合うマインドフルネス実践の探索	日常生活の中で自分に合ったマインドフルネス実践を選択・工夫し、実行する
	実践への足の向かなさ	マインドフルネス実践は、実行にエネルギーを要し、時間や場所の確保も難しい
日 常 生 活 へ の 適 用	気持ちの区切り	日常生活の中で気持ちに区切りをつけるためにマインドフルネスを取り入れる
	生活の区切り	忙しい日常生活の中にマインドフルネスを取り入れることで、時間的な区切りをつける
月 経 随 伴 症 状 へ の 適 用	症状に対する気づきと受容感	うまくいかなさに対し、症状によるものだという事に気づき、それを価値判断なく受け容れる
	症状との上手な付き合い	月経随伴症状を感じた際、ワークショップで学んだことを実践し、症状とうまく付き合う
	症状へのアプローチのひとつとしての期待	医療や我慢以外の有効な対処法としてマインドフルネスが期待できるという予感

上記のカテゴリおよび概念をもとに、マインドフルネス体験が月経随伴症状に適用されるプロセスについて、図 3.9 のようにモデル化した。丸枠はカテゴリ、四角枠は概念を表し、プログラム参加者の体験の変遷を実線の矢印、ある概念が他の概念に与える影響を点線の矢印で示した。

マインドフルネス体験の変遷 マインドフルネスを初めて体験した際、プログラム参加者は【自分の感覚や思考に注意を向ける難しさ】を感じる。しかし、プログラム内にて

【インストラクターによる教示】に従って【一点に集中する練習】を行うことによって、【「自分に戻ってくる」という感覚】を得る。以下にその記述例を示す。

最初やっているうちはいろんな雑念とか思い浮かんでくるんですけど、それをまあ受け止めて、今私はこういうふうを考えているんだな、みたいなことを一歩引いて考えることができて、そのうえで、一回自分に戻ってくるというか、そういう感覚を味わえたので…

(Info. E)

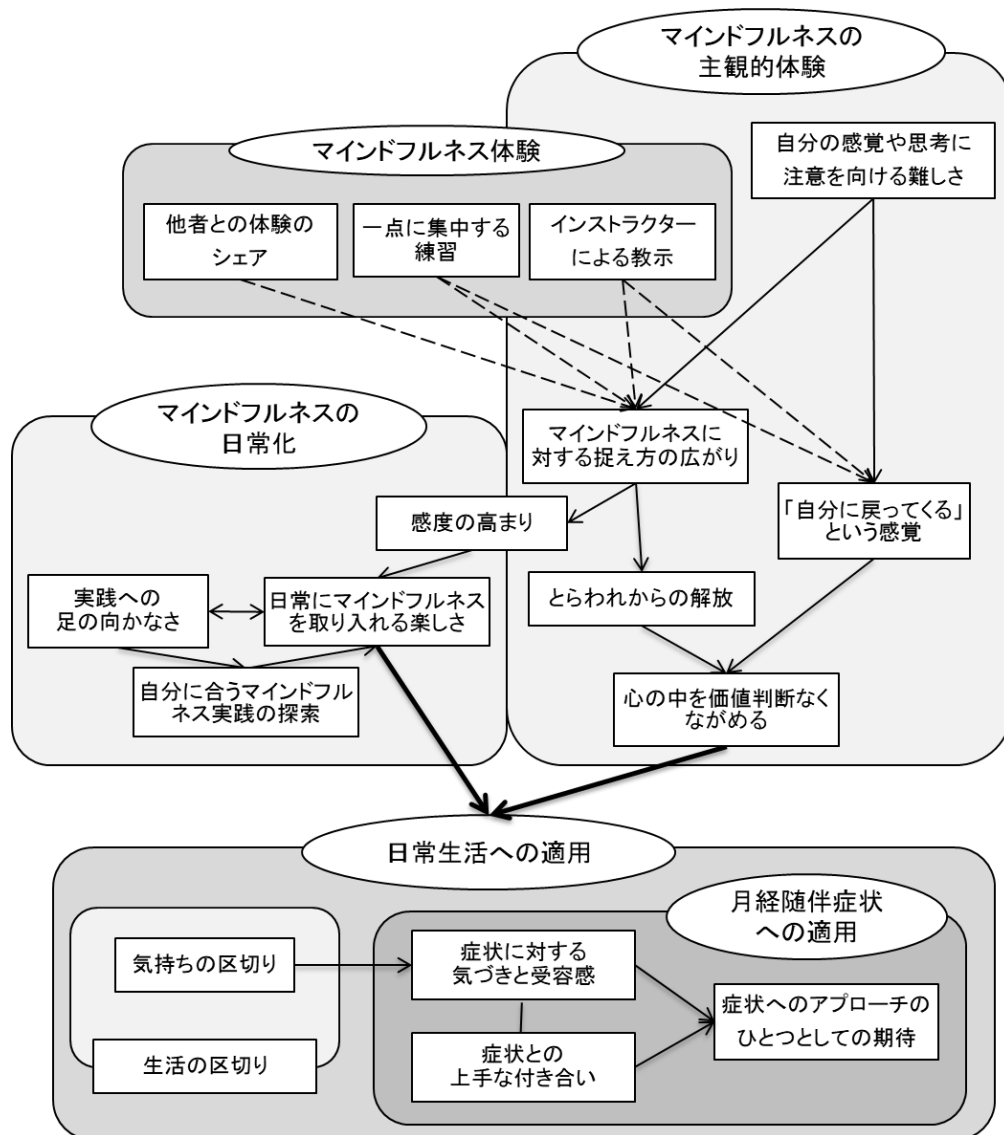


図3.9 マインドフルネスの月経随伴症状への適用プロセス

この【「自分に戻ってくる」という感覚】は、MBCTの座瞑想において、心がさまよった (mind wandering) 際、呼吸を、自分を現在に連れ戻す船の錨 (anchor) のように利用して呼吸に意識を戻す (Segal, et al., 2002) という感覚と類似している。参加者はマインドフルネス実践中、Crane et al. (2016) がMBPsの特徴として指摘する「今ここの集中」を経験していると考えられる。

実践中あるいは実践の後の inquiry (問い) の時間に【インストラクターによる教示】および【他者との体験のシェア】を行う。これらの要素によって、参加者に【マインドフルネスに対するとらえ方の広がり】がもたらされることが見出された。

うまくできていないような気がするなーと思いながらやっていたんですけど、まあでも、それはなんか気持ちがこうさまよっちゃってても、良いみたいなことをインストラクターからうかがっていたので、まあそれはそれでいいのかなって思いつつ… (Info. A)

みなさんが気軽に楽しんでるっていうか、あんま難しく考えないで、感じた感想とかを言っている様子を見て、そんな難しく考えなくてもいいかな、みたいに思ったのかな。もっとストレートに感じとか、その直接の体験を言えたらやりやすいのかな。 (Info. C)

こうしたマインドフルネスに対する固定化された考え方の変化は、日常において思考にとらわれがちな自分への気づきと受容へと汎化し、【とらわれからの解放】に至ると考えられる。以下に記述例を示す。

自動操縦じゃないけど、いろんなことを私は、頭の中でするくる思っているんだ、こんなに考えているんだっていう。思考するクセみたいなのがついちゃっていると思うんだけど、隙間さえあれば考えちゃう。(中略) でも、それがだめなこととかっていうことはなくて、私考えているのが嫌いでもないの、それもまあ悪くはないかな。でも、そればかりやってるとしんどいよね、だからひと呼吸おこう、みたいな。 (Info. B)

ここでの「とらわれ」とは、日常生活の中で無意識のうちに自分が自身の思考に固着していることを指し、それに対して、それを否定することなくただ純粹に気づく、という体験がとらわれからの「解放」である。この気づきは、Crane et al. (2016) の指摘にある「脱中心化」と類似した経験であると考えられる。

マインドフルネス実践におけるこうした【「自分に戻ってくる」という感覚】および【とらわれからの解放】を体験する中で、日常生活のなかでも【心の中を価値判断なくながめる】ようになるプロセスがうかがえた。

負の感情とか正の感情とか抱かずに、いま自分は忙しい時期だからこういう思いを持っているんだな、みたいな感じで、一步引いた状態で見れるようになって、(中略)気分感情っていうのは、自制できるようになったというか、負の感情が負じゃなくなるような気分になったかな。(Info. E)

久しぶりにイラっとしていて、意外と引きずっていたんです。でも、それはそれとして、あるんだねー、OKだよ、みたいな感覚は、ちょっと持てた気がします。(Info. G)

このように、日常活動の中でこころに浮かんでくる自身の思考や感情、すなわち、外的体験およびそれに影響を受けた自身の内的体験について、価値判断することなくただ認める、ということは、Crane et al. (2016) の指摘にある「体験と新しい関係を築く」経験と類似していると考えられる。

マインドフルネスの日常化プロセス 【マインドフルネスに対するとらえ方の広がり】によって、参加者は日常生活におけるあらゆる事象をありのままに感じるようになる。この【感度の高まり】によって得られる気づきに対して新鮮さや心地良さを感じ、【日常にマインドフルネスを取り入れる楽しさ】を抱くことが見出された。

一方で、15分間のマインドフルネス実践を日常生活で行うことは時間・場所の確保が難しく、また退屈を感じる(【実践への足の向かなさ】)。そこで参加者は【自分に合うマインドフルネス実践の探索】を行い、自分に合っていると感じられる方法を用いることでさらに楽しさを感じると考えられた。以下に工夫の例を示す。

呼吸とかよりも、私は景色を見ている方が、自分がこの瞬間マインドフルになるっていう、自分なりに合ってたっていうのがあって。自分で決めたやつは、なんとなくこれがいいからっていう感じで探せるけど、これやりましょうって言われて、集中しなきゃみたいなのは、ちょっと取り組み方が違うのかなって思って。(Info. B)

これは、座瞑想をベースとした標準的な呼吸へのマインドフルネスよりも、景色といった外的刺激を用いた方が、自身にとってマインドフルな状態になりやすいということへの気づきに基づく工夫である。外的刺激を用いたマインドフルネス実践については、参加者はワークショップにおいて「音へのマインドフルネス（第3回）」というフォーマルな練習、日常生活の行動をマインドフルに行うインフォーマルな練習を通して経験している。こうした様々な種類のマインドフルネス実践を網羅的に経験することにより、参加者が自ら積極的にマインドフルネスを日常に取り入れるための選択肢が生まれる。

15分集中するのがどうしてもできなかつたら、10分でちょっと切り上げて、日常のマインドフルネスを代わりにちゃんとやろう、とかにはしてました。(Info. D)

これは、標準的な座瞑想の一連の流れを、ただ指示された通りに行うのではなく、自分で意図的に変容させるという工夫である。マインドフルネス経験の積み重なりにより、参加者は、フォーマルな練習に主体的に取り組む姿勢が育まれると考えられる。

勝又・稲吉・鮫島・高橋（2015）は、坐禅における身体感覚や世界体験の面白さが参加継続を維持する可能性を指摘しているが、マインドフルネス実践も同様に、日常活動を普段と異なる方法で体験してみることの楽しさを持つと考えられる。そのようなマインドフルネス実践そのものが持つ体感的な面白さに加え、時間的制約による【実践への足の向かなさ】を自分なりの工夫によって克服することも楽しさにつながり、実践へのモチベーションが維持され、マインドフルネスの日常化を促進する、ということが推察された。

日常生活におけるマインドフルネスの役割 上述した【日常にマインドフルネスを取り入れる楽しさ】および【心の中を価値判断なくながめる】ことの有効性によって、参加者は日常生活でもマインドフルネスを継続させていく。その適用のあり方として、マインドフルネスが【気持ちの区切り】および【生活の区切り】という役割を果たすことが示された。まず、【気持ちの区切り】カテゴリを構成する記述の例を示す。

すごく緊張している、なんかいろいろ考えている状態から、少しくう、オフにして、リフレッシュさせてくれる感じのイメージはありました。(呼吸や身体に)意識が向くことで、一個のところ自分の、なんか、辛くなっちゃわないでいられるっていうのも変で

すけど、気分転換になっているような感じがするかなって思います。ちょっとこう、スイッチを入れ替えるというか。(Info. A)

結果的に、かもしれない。仕事でイライラしたときとか、日常のマインドフルネスとか呼吸の15分とかやると、なんだろうな、やる前にもほっとしたいな、ちょっと落ち着きたいなって気持ちがあるんだけど、やった後の方が、区切りがついたなって感覚が、終わった後の方がなんとなく、ある気がする。(Info. D)

上述のような、今この瞬間の思考や感情をオフにする、リフレッシュする、切り替える、区切ることで、その場にうまく対処する、といったマインドフルネスの役割について、本研究では【気持ちの区切り】とよんだ。

次に、【生活の区切り】というカテゴリを構成する記述例を示す。

食べながらいろいろやっているときに、あ、ほんとはもっとマインドフルに食べた方がいいな一みたいに思ったりとか、そういう意識みたいなのはできたかなって感じです。

(中略) そしたらちょっと一息つけるし、なんか、その後気持ちよくまた頑張れるみたいなのがあるからだと思うんですけど、そこで、ちゃんと時間とってというか、マインドフルになって、がっつと切り替えられるといいんですけど…。(Info. C)

漫然と生きているというか、何もしないで一日終わっちゃったよって思うこと結構あるんですけど、(中略) 区切る時間なり、自分が意識する時間を、ちゃんと生きているっていうか、一個ずつをちゃんと経験しているみたいな達成感があるなっていうイメージです。(Info. G)

忙しく過ぎていく日々の中でマインドフルに活動を行うことにより、その時間が生活に区切りをつける役割を果たし、次の活動良い影響を与えるとともに、意図的に生活を送っているという実感が得られることがうかがえた。マインドフルネスが生活スタイルに及ぼすこれらの役割について、本研究では【生活の区切り】とよんだ。

【気持ちの区切り】および【生活の区切り】はそれぞれ個別の役割ではなく、時間的な【生活の区切り】の中で【気持ちの区切り】がつく、あるいは、【気持ちの区切り】をつけようと意識することが、日常活動にも影響を与える【生活の区切り】につながる、とい

う関連性が示唆された。図中では、【生活の区切り】の中に【気持ちの区切り】を配置することによって示した。

MBCTでは、心は「することモード (doing mode)」と「あることモード (being mode)」という体験を処理する2つの大きなモードを持っていることを前提としている。「することモード」とは、物事が目標状態でないと心が判断したときに、そのギャップを埋めようとする習慣的なモードであり、ネガティブな感情が伴いやすい。「あることモード」は、目標達成の障害となるものを変えようとせずに、「今ここ」を直接的に体験することで、障害はその瞬間にすることについての選択肢のひとつととらえられ、ネガティブ感情をもたらさなくなる (Segal, et al., 2002)。MBCTでは、この「あることモード」を体験的に理解し、モードを意図的にシフトすることができるようになることを目標としている (Crane, 2009 大野監訳, 2010)。本研究で得られた【気持ちの区切り】、【生活の区切り】という体験は、「あることモード」への意図的なシフト・チェンジと似た役割を果たしており、その後の活動をネガティブな感情を伴わずに行うことにつながると考えられる。この「意図的に生活を送る」感覚、すなわち主体性によって、内的・外的な出来事に意識的に対応し、自らの気分が翻弄されることが少なくなると考えられる。

日常生活の一部として月経随伴症状をとらえる 上記のようにマインドフルネスを日常生活に適用できるようになると、生活のある時点から始まる月経随伴症状に対しても、結果的にマインドフルネスが適用される、ということがうかがえた。

普段落ち込んでいるなっているのを意識したときに、こう、マインドフルネスっていうのを思い出していたので、それと同じ感じで、生理前とかの気持ちの落ち込みが出ても (マインドフルネスを) 思い出せることはできるようになったんだなって。(Info. A)

マインドフルネスを持っていたとしたら、生理のせいだから仕方ないってのもそうなんですけど、うーん、なんか理由付けができるからしょうがないんじゃないかって、そういうものだみたいな、あまり違いが説明し辛いんですけど… (Info. C)

上の記述は、月経随伴症状という理由による諦めというよりも、寧ろ周期的に訪れる自分の状態を自然なものとしてありのままに受け止める、という姿勢が取れるようになることを表しているといえよう。月経随伴症状が日常の一部としてとらえられる様子を、図

においては＜日常生活への適用＞カテゴリの枠内に＜月経随伴症状への適用＞カテゴリを配置することで示した。

普段のマインドフルネスへの意識が月経随伴症状に汎化される過程について、具体的には、日常的に【気持ちの区切り】ができるようになることで、月経随伴症状に対しても【症状に対する気づきと受容感】が得られる。

ほんとはなんかしないといけないのに何もできないみたいな、精神的にどうしようもない感じになるんですけど、それでもなんか、わーってなるときに、1回戻って来るっていうので、生理だからしかたない、そういう状態なんだなみたいな感じで。前だったら、私また生産性なく過ごしてしまったみたいになってたんですけど、そのときはとりあえず休もうってなって、割と休むことに罪悪感覚えずにいれた感じはあって。(Info. F)

上記のように症状を価値判断なく受け止めることができると【症状との上手な付き合い】を持ちながら生活することが可能となる。

会社で生理前とかお腹痛いときに、1分だけ、デスクでお腹の感覚、呼吸に集中してやってみるとか、イライラしたときも同じようにゆったりしてみました。それは結構良かったんですね。わりと和らいた、段々気にならなくなってきた。コントロールしようと思ってやってはないんですけど、結果としてはそうなのかもしれない。(Info. D)

こうした症状との関係性の変化によって、女性は周期的に辛い時期に入っても、症状に翻弄されることなく主体的な日常を送れるようになると推察される。

受容感や上手な付き合いができたという実感が得られることで、マインドフルネスに対して【症状へのアプローチのひとつとしての期待】をするようになることがうかがえた。特に、医学的な対処が難しい精神症状へのアプローチとしておよび薬剤の使用に抵抗のある女性にとってのマインドフルネスは有効性を期待する記述が得られた。

身体もしんどいし気持ちもしんどいってときに、痛み止めとか身体の痛みに対する介入はあっても、じゃあ抗不安薬を飲むかっていったらたぶんあんまりない選択肢だと思う

ので、もう気持ちの部分は自分でなんとかして、になっちゃっているのかなって思って、そういうところにマインドフルネスが使えるのかなって思いました。(Info. A)

特に私薬を使うのが嫌で、やっぱりマインドフルネスのいいところはそこかなって思っていて、ある意味自然療法みたいなものでもあるのかな、と。(Info. E)

このように、マインドフルネスの月経随伴症状への適用は、症状が多様であるにも関わらず実現可能な対処は極めて限定的であったこれまでの状況において、新たな選択肢として期待される。すなわち、マインドフルネスは症状そのものではなく現在の自分の状態に焦点を当てるため、多様な症状の存在に関わらず包括的にアプローチすることが可能な手段となると考えられる。また、鎮痛剤やピルの服薬に抵抗のある女性にとって、マインドフルネスは安心できる選択肢としてその有効性が示唆された。

10.4 総合考察

本研究の目的は、MBPsの体験が参加者の月経随伴症状に関する主観的体験にどのような影響を与えるかについて、詳細かつ実地的なメカニズムの検討を行うことであった。以下ではまず、本研究によって得られた知見について、参加者のMBPsの体験プロセスとその体験が月経随伴症状に関するとらえ方に与えた影響の2点からまとめる。その後、これらの知見と研究4における知見の整合性について確認し、最後に研究5の意義と限界を述べる。

10.4.1 プログラム参加者のマインドフルネス体験プロセス

今回のマインドフルネス・プログラム参加によって、参加者は【「自分に戻ってくる」という感覚】および【とらわれからの解放】の2つを体験するプロセスがうかがえた。そして、プログラム継続の過程でマインドフルネスが日常化され、その後マインドフルネスは日常生活において【気持ちを区切る】、【生活を区切る】という役割を果たす。これによって、参加者は意図的に生活を送る感覚を得られるようになる、というプロセスが見出された。以下では、このプロセスにおける各々の段階について詳細に考察する。

自分の状態を客観的にとらえる 今回得られた概念である【「自分に戻ってくる」という感覚】は、MBCTの坐瞑想において、心がさまよった際に自分を現在に連れ戻すアンカー（錨）として呼吸に意識を戻す（Segal, et al., 2002）という感覚と類似している。

したがって、プログラム参加者は瞑想体験によって、意識を現在にとどめ、自分の状態を客観的に捉えるスキルを獲得したと推察される。

価値判断なくながめる 今回のプログラムにおいて参加者は、何が起きても OK であるという【インストラクターによる教示】や【他者との体験のシェア】によって、まずはマインドフルネスそのものに対するとらわれが払拭され（【マインドフルネスに対する捉え方の広がり】）、この経験が日常における自身と内外の事象との関係に汎化することがうかがえた（【とらわれからの解放】）。Segal et al. (2013) では、Inquiry（インストラクターを含む参加者の間でなされる交流）は体験の学び・文脈の広がりを促進するとされ、その重要性が強調されている。また、MBCTにおける全てのエクササイズ・Inquiry・指導は、Kindness と Compassion の精神とともに提供されるべきであり、それはインストラクターの態度によってもたらされるとされている。このことから、今回のプログラム内のインストラクターの受容的な態度およびそれに支えられた体験シェアが、参加者のKindness, Compassion を育み、その結果、参加者は自身の内外に起きる事象を価値判断なく受容することができるようになるかと考察される。

意図的に生活を送る MBCTでは、心は「することモード」と「あることモード」という体験を処理する2つの大きなモードを持っていることを前提としており、「あることモード」を体験的に理解し、モードを意図的にシフトすることができるようになることを目標としている（Crane, 2009 大野監訳, 2010）。本研究で得られた【気持ちを区切る】、【生活を区切る】という体験は、「あることモード」にシフトし、日常生活を意図的に送ることにつながると考えられる。この「意図的に生活を送る」感覚、すなわち主体性によって、内的・外的な出来事に意識的に対応し、自らの気分に翻弄されることが少なくなると考えられる。

マインドフルネスに感じる「楽しさ」の役割 ホームワークとして参加者に課される自宅練習および日常生活におけるマインドフルネス練習は、MBCTにおいて不可欠である。前者はフォーマルな練習と呼ばれ、自分が養っているスキルが何であるかを体験するためのものである。後者はインフォーマルな練習であり、これは必要な時に練習の成果を活かすために行う（Crane, 2009）。今回、参加者はホームワークによって、日常のふとした瞬間に積極的にマインドフルネスを取り入れてみることの楽しさを感じた。また、フォーマルな練習に対しては足の向かなさを感じながらも、エクササイズの中から自分に合うものを選択するなど、活動にて得たものを自分なりにアレンジする楽しさをも感じている。

た（【日常にマインドフルネスを取り入れる楽しさ】）。勝又・稲吉・鮫島・高橋（2015）は坐禅体験における身体感覚や世界体験の面白さが参加継続を維持する可能性を指摘しているが、そうした体感的な面白さに加え、日常生活にマインドフルネスを主体的に取り入れられる楽しさが、練習へのモチベーション維持やプログラム参加継続につながり、マインドフルネスの日常化を促進することが、本研究によって新たに推察された。

10.4.2 日常生活の一部として月経随伴症状を扱う

マインドフルネス体験によって心の中を価値判断なくながめることが可能となり、日常生活の内的・外的な出来事に対して気分が翻弄されることなく対応できるようになることで、月経随伴症状に対しても結果的に同様に価値判断なく捉え、対応できるようになることがうかがえた。これは、月経随伴症状が女性自身にとって特別な問題としてではなく、日常生活の中で生じるひとつの事象として捉えられ、生活の一部として対応されるようになる、とも考えられる。こうした症状との関係性の変化によって、女性は周期的に辛い時期に入っても、症状に翻弄されることなく主体的な日常を送れるようになると推察される。この知見は、月経という健康な女性の自然な営みに随伴する、という独自の特徴を持つ月経随伴症状とうまく付き合いながら、自分の価値に沿った生活を送る（梅澤・武藤，2014）という先行研究の見解を支持するものであるといえよう。

さらに、マインドフルネスの月経随伴症状への適用は、症状が多様であるにも関わらず実現可能な対処は極めて限定的であったこれまでの状況において、新たな選択肢として期待されるということが、本研究の知見として得られた。すなわち、マインドフルネスは症状そのものではなく現在の自分の状態に焦点を当てるため、多様な症状の存在に関わらず包括的にアプローチすることが可能な手段となると考えられる。また、鎮痛剤やピルの服薬に抵抗のある女性にとって、マインドフルネスは安心できる選択肢としてその有効性が示唆された。

10.4.3 本研究と FFMQ の高次 2 因子モデルとの関係性

研究 4 では、Tran, Glück & Nader（2013）の提唱した FFMQ の高次 2 因子モデルに基づき、月経随伴症状負担感とマインドフルネス特性との関連について統計的に検討を行った。その結果、まず、内的・外的体験に対して、瞬時に反応することなく観察すること（「注意の自己制御」）、そして観察された体験に対して、価値判断することなくとらえたい（「状況に対して意識的に行動を起こすこと（「体験への志向）」）ができる特性が高ければ、月経随伴症状負担感の「コントロール不能感」が低くなること、「不遇感」に関しては、

「体験への志向」の特性が高いこととの関連性が見出された。

本研究では、マインドフルネス・プログラム参加者による実際のマインドフルネス体験のプロセスおよびマインドフルネス・スキルの月経随伴症状に関する体験への適用プロセスについて検討してきた。その結果、研究4における知見と重なる知見が得られた。以下では、本研究の分析によって得られた概念同士およびFFMQの要素を照らし合わせ（表3.12）、研究4によって統計的に明らかとなった月経随伴症状負担感とマインドフルネスとの関係について、そのメカニズムをより詳細に考察する。

表3.12 本研究の知見とFFMQの各要素との関係性

プログラム内での体験	日常生活への適用	月経随伴症状への適用	FFMQ	
「自分に戻ってくる」という感覚	気持ちの区切り	症状に対する気づきと受容感	注意の自己制御 (体験の観察・反応しない態度)	
とらわれからの解放			判断しない態度	体験への志向
心の中を価値判断なくながめる	生活の区切り	症状との上手な付き合い	意識的行動	

本研究の概念は、プログラム内での体験、その体験の日常生活への適用、さらに月経随伴症状への適用へと分けられる。まず、プログラム内で体験された、自分の状態を客観的に見ることで一旦落ち着くような感覚が得られる【「自分に戻ってくる」という感覚】と、物事や自分の思考への無意識的な固着に気づく【とらわれからの解放】の体験は、FFMQの高次2因子の「注意の自己制御」、すなわち、内的・外的体験に注意を向け、それによって生じる自身の思考や感情に反応することなく観察するスキルと重なると考えられる。さらに、そこから自分の思考や感情と距離をとり【心の中を価値判断なくながめる】ようになるプロセスは、FFMQの「判断しない態度」、すなわち、思考や感情を取り上げたり押しつけたりせずそのままにしておく態度と合致する。

本研究における【気持ちの区切り】という概念は、上記のプロセスを日常生活の中で取り入れ、気持ちに区切りをつける、というものである。また、こうしたマインドフルネス・スキルが月経随伴症状による体験に向けられると、月経随伴症状によって日常生活がうまくいかないことに対し、それが症状によるものだということに気づき、それを価値判断なく受け容れる【症状に対する気づきと受容感】となると考えられる。

【生活の区切り】は、忙しい日常生活にマインドフルネスを取り入れることで、時間的な区切りをつける、という概念である。これは、上記に述べたマインドフルネスのプロセスを日常生活の中で行うことで、その後の生活を意図的に送ることができるようになると考えられる。これは、FFMQの「意識的行動」、つまり、その瞬間に行っている行動への気づきと合致する内容である。こうした行動が月経随伴症状の発現時にも行えるようになることで、【症状との上手な付き合い】が可能となると考えられる。

研究4では、「注意の自己制御」が月経随伴症状負担感の「コントロール不能感」、「体験への志向」を構成する「判断しない態度」および「意識的行動」は「コントロール不能感」および「不遇感」の両因子に影響を与えることが示された。上記のように、注意の自己制御スキルが向上し、それが日常生活、ひいては月経随伴症状に汎化すると、自身の体験について判断なくとらえ、意識的に行動する態度が取れるようになるとするならば、月経随伴症状する注意の自己制御はコントロール感につながり、症状が発現しても自分でコントロールし、行動を選択できるという自己効力感が、周囲と比較した際の「不遇感」の低減に寄与する、ということが推察される。

以上、本研究の知見は研究4による統計的検討によって得られた知見を支持するものであり、かつその内容について、女性の実験的な体験に基づき、詳細に描き出すことができたといえる。

10.4.4 研究5の意義および限界

以下に、研究5の意義を述べる。本研究では、マインドフルネスと月経随伴症状との関係について質的に検討できたと同時に、プログラムとしてマインドフルネスが月経随伴症状にどのような作用を及ぼすのか、という点についても知見を得ることができた。

Dimidjian, & Segal (2015) は、昨今のマインドフルネス的介入 (mindfulness-based intervention) の臨床への適用に関する研究について、Onken, Carroll, Shoham, Cuthbert, & Riddle (2014) による行動的介入の発展モデル (National Institute of Health stage model; NIH stage model) を応用して分類している。これによれば、マインドフルネス研究は、特定の問題や対象にマインドフルネス的介入が有効である根拠およびその方法に関する神経科学、行動科学、認知科学、社会科学といった基礎的な研究 (Stage 0)、新たな介入方法の開発または既存の介入方法の修正、適用、洗練に関する研究およびそのパイロット研究 (Stage I)、伝統的な効果研究 (Stage II)、現実場面における提供者が提供した場合の効果研究 (Stage III)、現実場面における効果研究 (Stage

IV), 普及や施行に関する研究 (Stage V) に分けられる。本研究は, 研究 4 において得られた基礎的な知見 (Stage 0) を基づく月経随伴症状に対する MBPs 開発のパイロット研究 (Stage I) の一端を担うという点で意義があると考えられる。

研究 5 の限界については, まず, 今回は GDWS の枠組みにおいてワークショップという形式に則って実施した。そのため, 参加者は, 「マインドフルネスを用いて, 月経随伴症状を低減させるオリジナルのプログラムを考案する」というワークショップ全体の目的および活動内容を念頭に入れた状態でマインドフルネス・プログラムを体験していた。MBPs においては, たとえうつ病の再発防止をターゲットとした MBCT にはうつ病に対する心理教育がカリキュラムに取り入れられており, さらにセッション内の問い (inquiry) の中でも, 「マインドフルネス瞑想における体験が, うつ病の再発防止にどのように役立つか?」ということ積極的に意識させるような問いかけを行う (Segal et al., 2013)。そのため, 今回の参加者が「マインドフルネス実践が月経随伴症状にどのように影響を与えるか」ということを意識しながらプログラムに取り組むことに関しては, MBPs の意図するところであるといえる。しかしながら, GDWS の取り組みとして評価されるという意識や, 自身がアイデアを考案する立場であることに関する自覚が, 本研究の結果に影響を与えた可能性は否定できない。また, 本研究はプログラムの実施者とインタビュー実施者が同一人物であり, かつワークショップ実施直後のインタビューである。以上, これら特徴的な状況下において実施された本研究における知見を一般化する際には慎重を要する。先述のように, 月経随伴症状に対する MBPs の適用に関しては, 次のステップとして伝統的な効果研究 (Stage II) を行う必要がある。

対象者の特徴という点に関しては, 今回の実践的な介入の施行は 1 クールのみ留まり, サンプル数も 7 名と少ない。また, 参加者には GCL コースに所属する大学院生が多く, 高学歴な女性に偏っている。高学歴者ゆえのマインドフルネスへの理解の速さ, 内省力の高さから, 本研究の目的に叶う協力者であると考えられる一方で, 本研究によって得られた知見を一般化することには慎重を要する。さらに, 月経随伴症状の程度に関しては基準を設けておらず, あくまでも主観的に困難を抱えている者としていたため, 症状の種類や程度の違いによるマインドフルネス体験の差異についての詳細な検討はできなかった。

さらに, 本研究はプログラム参加者へのインタビューおよび質的な分析によって, 主観的な体験を詳細に描き出すことができた一方, 統制群を用意し, 介入効果の量的な比較検討を行うことは叶わなかった。加えて, 本プログラムは本来 8 週間である MBPs を 4 週間

に短縮して行っているが、この変更に関する妥当性を評価することも困難である。

以上の限界を踏まえ、今後は、本研究の知見を元に月経随伴症状に特化した MBPs の精緻化を行ったうえで、参加者の抱える症状の種類や程度、プログラムの経過と周期の状況を管理・統制して調査を重ねる必要がある。さらに、介入の効果検証について、その持続性も含めて量的に行うことが求められる。

10.5 マッピング・モデル2 マインドフルネスによる月経随伴症状への意識変容プロセス

第8章にて概観したように、MBPsを特定の問題に適用するにあたっては、その問題が持つ普遍的な脆弱性を明示し、そこにMBPsの本質を月経随伴症状の特定の脆弱性に応用させるような工夫を検討することが必要である。第8章では、第2部において描き出した心理的苦痛の構造および発生・維持・増幅プロセスを図式化した(図3.7)。以下では、研究4,5で得られた知見をもとに、月経随伴症状に対するマインドフルネス実践の作用プロセスについて、モデルにまとめた。モデルを図3.10に示す。図中では、研究5によって得られたマインドフルネス体験および月経随伴症状に対する意識の変容についての知見を丸で囲み、マインドフルネス特性の要素を四角で囲んだ。

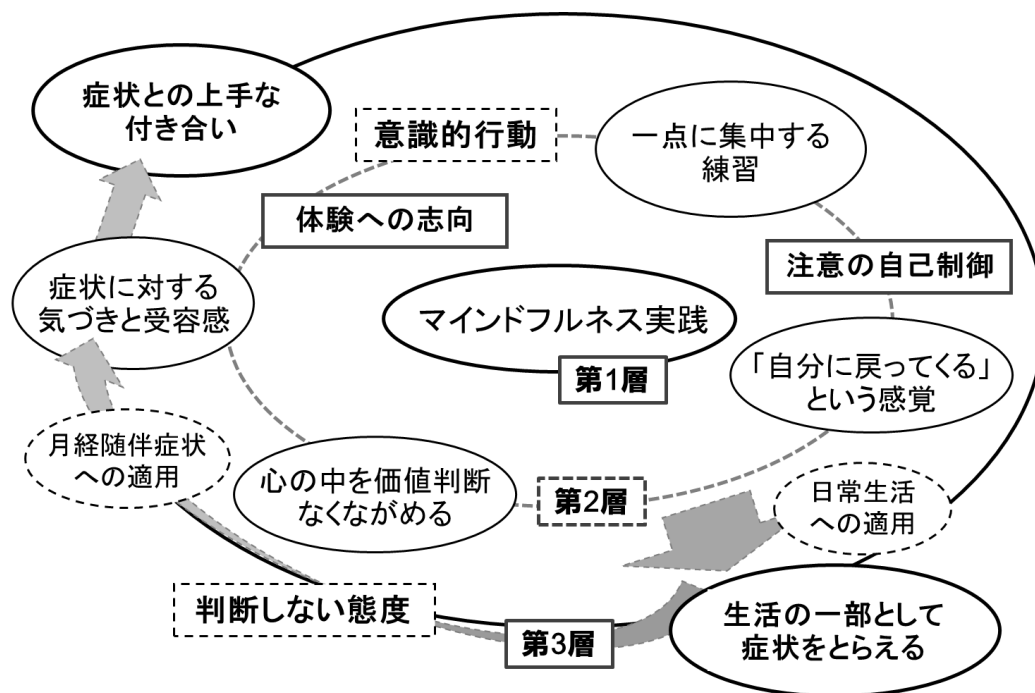


図3.10 マインドフルネスによる月経随伴症状への意識変容プロセス

なお、マッピングの検討については、第8章「8.2 マッピング・モデル1 月経随伴症状による心理的苦痛のスパイラルモデル」、第11章「11.3 月経随伴症状に対するマインドフルネス・アプローチの理論的検討」の内容とともに、GCLのカリキュラムの一環である海外インターンシップ・プログラムにおいて短期滞在した Bangor University の Centre for Mindfulness Research and Practice における指導のもとで行った。

モデルは三層の円から構成される。第1層は、マインドフルネス実践とした。MBPs においては、マインドフルネス瞑想の継続的な実施を重視するところに特徴があり、その習慣性が月経の周期性と親和性が高いと考えられる。

マインドフルネスの主観的体験プロセスを、第2層にまとめた。研究5の参加者は、実践において【一点に集中する練習】を行う中で、【「自分に戻ってくる」という感覚】を体験する。後者の概念は、「マインドフルな状態では、自分の状態を客観的に見ることで一旦落ち着くような感覚が得られる」と定義され、これはマインドフルネス特性のうち「体験の観察」、「反応しない態度」と一致する。これを研究4の結果と照らし合わせると、マインドフルネス実践の中で、参加者は「注意の自己制御」を行っていることが考察される。また、マインドフルネス体験により、参加者は自分の思考や感情と距離をとり、【心の中を価値判断なくながめる】ようになる。これは、マインドフルネス特性のうち「判断しない態度」と一致する。

モデルの第3層は、月経随伴症状へのマインドフルネスの適用を示す。まず、第2層におけるプログラム内での「注意の自己制御」および「判断しない態度」の体験は、＜日常生活への適用＞がなされる。日常生活の内的・外的な出来事に対して気分が翻弄されることなく対応する方法を知ること、出来事に対するそうした態度が月経随伴症状に対しても汎化され、「症状によるうまくいかなさに対し、それが症状によるものだということに気づき、それを価値判断なく受け容れる」という【症状に対する気づきと受容感】を抱くようになることが示唆された（＜月経随伴症状への適用＞）。そして、症状を価値判断なく受け止めることができると、【症状との上手な付き合い】をもちながら生活することが可能となる。これは、マインドフルネス特性の「意識的行動」と重なる。こうした、プログラム中のマインドフルネス体験が日常生活に汎化され、その延長線上として月経随伴症状にも適用される一連の流れは、参加者が症状を特別な問題としてではなく、「日常生活に生じる事象のひとつ」としてとらえるようになると考えられる。図3.10では、この点もマインドフルネスの月経随伴症状への重要な作用のひとつと考え、第3層に位置づけた。

第 4 部 総合的な考察

本論文では、Bio-psycho-social model に基づいた月経随伴症状へのアプローチについて、心理的側面からの支援のあり方を検討してきた。検討にあたっては、月経随伴症状によって女性が月経周期全般において抱える心理的苦痛に焦点を当て、女性が症状を周期の一部としてとらえ、周期全体を主体的にマネジメントしながら生活することで心理的苦痛を低減させるための心理的支援のあり方を提示することを目的とした。そして、この目的を達成するために、以下の 2 つのリサーチクエスチョン (RQ) を設定した。

- (1) 月経随伴症状によって女性が抱く心理的苦痛の全体像とはどのようなものか
- (2) 心理的苦痛全体を低減し、女性の QOL 向上を促すために有効な心理的アプローチはどのようなものか

本論文では、第 2 部において RQ の 1 つ目である「月経随伴症状による心理的苦痛とは何か」ということについて検討を行い、得られた知見をもとに、RQ の 2 つ目である「月経随伴症状による心理的苦痛に対する心理的アプローチの検討」を第 3 部にて行った。

第 4 部では、まず第 11 章において、第 2 部、第 3 部のそれぞれで得られた知見についてまとめ、本論文の成果としてそれらを総合的に考察する。第 12 章では、本論文の意義と今後の課題について述べる。

第 11 章 本論文の成果

本章では、第 2 部、第 3 部において得られた知見をそれぞれまとめた後、それらの知見を総合的に考察し、マインドフルネスを用いた月経随伴症状に対する心理的アプローチのマッピングについて検討を行う。最後に、Bio-psycho-social model に基づいた月経随伴症状に対する支援における心理的アプローチの役割について述べる。

11.1 第 2 部まとめ

第 2 部では、月経随伴症状によって女性が抱く「心理的苦痛」の様相をについて明らかにすることを目的とした。研究 1 では、心理的苦痛についての検討を行う必要性を確認するとともに、心理的苦痛の枠組み、すなわち症状の「感覚」とその発現がもたらす「苦痛」からなる「症状体験」、症状体験が日常活動に支障をきたすと感じる「社会的影響」も含めた「困難体験」、そして、こうした困難体験が生活の中で周期的に訪れることによって抱く広い意味での心理的な苦痛の存在が想定されることを明らかにした（第 4 章「4.4.3 図 2.1 月経随伴症状による心理的苦痛の仮説モデル」参照）。

研究 2 では、上記の枠組みを念頭におきながら、月経随伴症状による心理的苦痛の全体像および発生・維持・増幅プロセスについて探索的に検討した。その結果、症状による「困難体験」があることによって、自身の生活全般において抱く「月経随伴症状負担感」が新たに抽出された。この負担感は、女性が症状による困難体験をどのようにとらえるかによって影響を受ける、ということ、すなわち、月経随伴症状による困難のとらえ方に関する「コントロールすべき」・「受容すべき」といった二極的な認知の固執および葛藤によって、月経随伴症状負担感が増大する、ということが見出された。さらに、困難体験について「コントロールすべき」というとらえ方が強いと、負担感が「自己嫌悪」に発展する可能性が示唆された。さらに、女性は月経随伴症状に対して、一般的に適切かつ有効であるといわれている対処行動を取るものの、症状の多様性や、周期的でありながらその時々で症状の発現の仕方や程度が異なることによる予測のつけづらさ、月経自体は自然な営みであることによる医療への抵抗感、女性特有の問題であり、かつ女性の間でも個人差があることによって周囲から理解を得ることの難しさなど、月経随伴症状の持つ独自性による対処可能

性の低さが、負担感に寄与していることが考えられた。

研究 2 によって得られた仮説モデルをもとに、研究 3 では月経随伴症状負担感と困難体験および自己嫌悪感との関連を統計的に検討した。まず、研究 3-1 において月経随伴症状負担感尺度を作成ところ、「コントロール不能感」、「不遇感」の 2 因子が抽出された。研究 3-2 では、作成した尺度を用いて、月経随伴症状負担感と困難体験および自己嫌悪感の関連を明らかにした（第 3 部「図 3.1 月経随伴症状による心理的苦痛の構造モデル」参照）。

11.2 第 3 部まとめ

第 3 部では、第 2 部によって見出された月経随伴症状による「心理的苦痛」を低減するために有効な心理的アプローチについて検討を行った。月経随伴症状による心理的苦痛を低減するための心理的支援のあり方としては、症状に対する二極的な認知からのパラダイムシフトを促すことで、《月経随伴症状負担感》を低減できる可能性が示唆された。ここに、「症状それ自体を変容するのではなく、症状を観察の対象としてとらえ、それとの関係を変えようとする（越川，2013）」マインドフルネスを用いた心理療法の有効可能性が予測された。そこで、第 7 章では、女性のもつマインドフルネス特性が月経随伴症状による心理的苦痛を低減しうるか、また、低減しうるとすればどのような作用によるものか、ということについて、第 2 部で得られた知見および先行研究をもとに、理論的に検討を行った。

まず、マインドフルネスが月経随伴症状による《困難のとらえ方》に与える作用について、【コントロールすべき】・【受容すべき】の 2 つのとらえ方のうち、より適切な方へと認識を変容させるのではなく、自分のとらえ方を「ありのままに」受け止め、選択肢として認識することが、マインドフルネスを用いたアプローチによって可能となることが予測された。また、月経随伴症状の独自性とマインドフルネスの特徴には、①月経随伴症状の多様性と、マインドフルネスのさまざまな身体・精神症状に対するマインドフルネスの効果、②症状の周期性・断続性と、マインドフルネスの「注意の自己制御」、③月経という自然な生理現象への随伴性とマインドフルネスの「体験への志向」、といった親和性があると考えられた。以上を踏まえ、マインドフルネスは月経随伴症状による「心理的苦痛」に対して、①困難に対する柔軟なとらえ方の促進、②症状を「感覚の一種」ととらえることによる「症状による苦痛」の低減、の 2 つの点で有効であることが予測された。

マインドフルネスへの月経随伴症状による「心理的苦痛」への作用機序のうち、困難に

対する柔軟なとらえ方の促進，という予測に対して、「マインドフルネス特性が高ければ，症状があってもその状態を価値判断することなく受け容れ，意識的に対処行動を起こすことができる為に，対処行動の内容に関わらず，負担感は低くなる」と予測した。研究4では，月経随伴症状負担感とマインドフルネス特性との関連について統計的手法を用いて検討を行った。その結果，生じては消えていく思考や感情に対して反応したり価値判断を加えたりしない態度および自身の活動に注意を向けて行動する傾向は，負担感を和らげる可能性が見出された。一方，内的・外的体験に注意を向け観察する傾向は，症状に対するコントロール不能感と正の関連が示された。マインドフルネスの要素によって負担感への影響の仕方が異なる点についてより詳細に検討したところ，Tran, Glück & Nader (2013)におけるマインドフルネスの高次的な特性のひとつである「注意の自己制御」については，月経随伴症状に注意を向け観察するだけではなく，その体験に対してすぐに反応しない態度も同時に身に付けることで，症状があることによる日常的なコントロール不能感を低減する可能性があることが示唆された。また，もう一方のマインドフルネス特性である「体験への志向」については，自身の思考や感情に対して価値判断をせず，自身の活動を意識的に行う態度は，症状があることによるコントロール不能感および不遇感の双方を低減させる可能性が示唆された。

上記の知見を踏まえ，研究5では，Mindfulness-Based Programs (MBPs)の体験が参加者の月経随伴症状に関する主観的体験にどのような影響を与えるかについて，その実際的なメカニズムの検討を行った。その結果，マインドフルネス・プログラム参加者から，【一点に集中する練習】を経て【「自分に戻ってくる」感覚】といった体験が抽出された。さらに，参加者はプログラムの過程で，【インストラクターの教示】や【他者との体験のシェア】により，マインドフルネスとは目指すべき状態があるわけではなく，何が起きてもOKであるということを実感し，【マインドフルネスに対する捉え方の広がり】が生じる。この経験は，マインドフルネスに対してのみに留まらず，日常における自身と内外の事象との関係に汎化されることが示唆された（【とらわれからの解放】）。こうしたプロセスを経て，参加者は【心の中を価値判断なくながめる】という体験をする。この自身の内的体験に対する態度は，月経随伴症状に対しても同様に【症状に対する気づきと受容感】を抱くこととなり，【症状と上手な付き合い】が可能となることが示唆された。最後に，研究4と研究5の双方の結果を照らし合わせ，知見をまとめた。研究5の知見は研究4による統計的検討によって得られた知見を支持するものであり，かつその内容について詳細に描き出すもの

であった。

11.3 月経随伴症状に対するマインドフルネス・アプローチの理論的検討

第8章において概観したように、MBPsを特定の問題に適用するにあたっては、その問題が持つ普遍的な脆弱性を明示し、そこにMBPsの本質を月経随伴症状の特定の脆弱性に応用させるような工夫を検討することが必要である。その理論的検討の仕方を、Crane et al. (2016)は「マッピング(mapping)」とよんだ。本論文においてはBartley (2012)によるがん患者に対するMBCTの適用方法を参考に、MBPsの月経随伴症状への適用について、ダイアグラムを用いて検討することとした。まず、第2部によって得られた知見をもとに、月経随伴症状による心理的苦痛の構造とその発生・維持・増幅プロセスについて、この問題が孕む普遍的な脆弱性に焦点を当てて図式化した(図3.7 月経随伴症状による心理的苦痛のスパイラルモデル)。次に、第3部で得られた知見をまとめ、月経随伴症状に対するマインドフルネス実践の作用プロセスを図式化した(図3.10)。

以下では、この2つのモデルを照らし合わせることにより、月経随伴症状という問題に対するマインドフルネス実践の作用について、理論的に検討を行う(図4.1)。

なお、MBPsの月経随伴症状への適用に関する理論的検討については、第8章「8.2 マッピング・モデル1 月経随伴症状による心理的苦痛のスパイラルモデル」、第10章「10.4 マッピング・モデル2 マインドフルネスによる月経随伴症状への意識変容プロセス」の内容とともに、GCLのカリキュラムの一環である海外インターンシップ・プログラムにおいて短期滞在したBangor UniversityのCentre for Mindfulness Research and Practiceにおける指導のもとで行った。

11.3.1 第1層：月経周期 — マインドフルネス実践

第1層は、「月経周期」と「マインドフルネス実践」である。これは、マインドフルネス実践が月経随伴症状を局所的に対象としているのではなく、症状を含めた月経周期全体をターゲットとしている、ということを示している。女性は症状が発現している時期のみに心理的苦痛を感じるのではなく、症状によって日常生活の中で繰り返される月経周期全般において心理的負担感を抱えていることが、本論文によって明らかとなった。本論文では、この心理的負担感を《月経随伴症状負担感》と名付けた。

また、GDWSにおいては、MBPsの週を追うごとにマインドフルネスの体感的理解が深まっていく段階的な変遷と、正常であれば約1カ月の月経周期における心身の変化の周期性との連動を活かした介入のあり方の可能性、という発見的な知見が得られた（補足資料2参照）。こうした2つの親和性は、今後もさらなる検討を行っていく必要がある。

11.3.2 第2層：月経随伴症状による困難体験 — マインドフルネスの主観的体験

第2層は、「月経随伴症状負担感の困難体験」および「マインドフルネスの主観的体験」について、それぞれのプロセスを示している。前者は、まさに症状が発現しているときの体験であり、後者はマインドフルネス実践を行っている間の体験である。以下では、それぞれの要素間の対応について、詳細に検討を行う。

自動操縦状態 — 注意の自己制御 月経随伴症状による困難体験について、女性は症状やそれによる社会的影響に対し、それらを「問題」として認識し対処行動を起こす。そして、それらをうまく対処できないことに対して「ネガティブな価値判断」をし、それが月経随伴症状負担感を発生・維持・増幅させることが考えられる。こうした一連の認知・行動プロセスは、何が起こっているのかにあまり気づかずに、ただ機械的にふるまっている「自動操縦状態」であるといえる。一方、マインドフルネス実践においては、【一点に集中する練習】を行う中で【「自分に戻ってくる」という感覚】を体験する。これらの概念は、マインドフルネスを表す2つの特徴のひとつである「注意の自己制御」(Tran et al., 2013)と一致する。以上より、月経随伴症状による困難体験に対する自動的な認知、行動プロセスは、マインドフルネスにおける「注意の自己制御」の機能によって、症状に注意を向け、すぐに反応することなくそれを観察することになると予測できる。

困難に対する二極的な認知 — 体験への志向 困難体験のプロセスにおける「ネガティブな価値判断」には、困難に対する【コントロールすべき】・【受容すべき】といった二極的な認知への執着や葛藤が影響していることが示唆された。

一方、マインドフルネス実践により、自分の思考や感情から距離を置いて【心の中を価値判断なくながめる】態度を身に着けることで、月経随伴症状に対しても【症状に対する気づきと受容感】を抱くことができるようになる。すなわち、これまで症状やそれによる社会的影響およびそれにうまく対処できないことに対してネガティブな意味づけをしていたが、マインドフルネスの作用により、現象を「判断しない態度」で受け容れることができるようになると考えられる。そこには、第7章において検討を行った、困難を【コントロールすべき】か【受容すべき】か、といった認知の二極化とその間の葛藤から、両者を自身の行動の選択肢として柔軟にとらえることができるようになる、という認知のパラダイムシフトが生じると考えられる（「図3.4 マインドフルネスによる《困難のとらえ方》のパラダイムシフト」参照）。

11.3.3 第3層：月経随伴症状負担感 — マインドフルネスの症状への汎化

第3層は、月経随伴症状にまつわるネガティブな体験の積み重ねによって月経周期全体に通じて感じられる「月経随伴症状負担感」と、マインドフルネス実践による体験が月経随伴症状に適用されるプロセスを示している。以下では、それぞれの要素間の対応について、詳細に検討を行う。

コントロール不能感 — 症状との上手な付き合い 「コントロール不能感」は、研究2における【コントロール不能感（自分の感情や生活をコントロールできないことによる心理的苦痛）】および【自己不安定感（周期によって本来の自分ではなくなることにに対する不満）】から成る概念である。一方、マインドフルネス実践による認知のパラダイムシフトにより、症状が発現した際、マインドフルネス実践それ自体も活用しながら、【症状との上手な付き合い】が可能になる。すなわち、症状に対して「意識的行動」がとれるようになると考えられる。このような、症状に対して自身が意識的に行動を選択しているという感覚は、「コントロール不能感」の低減に作用すると考えられる。

不遇感 — 生活の一部として症状をとらえる 「不遇感」は、研究2における【不遇感（月経随伴症状があることによる男女不平等感や時間の損失感）】および【理解されなさ（症状やそれによる自身の境遇を他者に理解してもらえない苦痛）】から構成される。一方、研究5では、マインドフルネス実践における体験は日常生活の中で応用され、その延長線上として月経随伴症状にも適用されることが示唆された。これにより、月経随伴症状の発現を特別な「問題」としてではなく、「日常生活の一部として症状をとらえる」ようになることが考察された。こうしたとらえ方は、症状を自分の生活の一部としてマネジメントし

ていこうという態度につながり、「不遇感」、すなわち、他者や症状発現時以外の自身と比較して抱く苦痛の低減につながると考えられる。

以上、月経随伴症状があることによる周期全般の「心理的苦痛」という観点から、月経周期に対するマインドフルネスの適用について、マッピングという手法を用いてまとめた。まず、マインドフルネス実践によって身に着けた日常生活における問題への対処と同じように、症状の発現時にも、症状に対する自身の思考や感情に反応したり判断したりせず、ありのままにとらえる態度を取ることができるようになることで、症状にともなう苦痛の低減に作用することが考えられる。さらに、症状をコントロールすべきか受け容れるべきかといった、症状に対する認識に対して、一つのとらえ方に偏らず、選択肢として持っているという感覚は、状況に応じて意識的に行動を起こせるということとつながる。この感覚が持てることで、症状を含めて自身の周期全体をマネジメントし、症状とうまく付き合うことができると考えられる。こうした、症状の発現時および周期全体という2つの点で、マインドフルネスは月経周期への対応について効果的である可能性が示唆された。これは、第7章において予想されたMBPsの効果と一致するものである（「図3.5 「心理的苦痛」に対するMBPsの効果に関する予想図」参照）。

11.4 Bio-psycho-social モデルに基づく臨床心理学的支援のあり方

本論文は、月経随伴症状に対して、症状がありながらもそれらとうまく付き合いながら、女性が自分自身の生活を送っていくための Bio-psycho-social model に基づく全人的な支援という前提に立ち、症状の発現時にその消失・軽減を目指す Biological なアプローチおよび環境的サポートとしての Social なアプローチを自ら判断・選択して対処する態度を培うための Psychological なアプローチについて検討を行う必要性を問題意識としてきた。問題への切り口として、月経随伴症状の発現時のみではなく月経周期全体の中で問題を扱い、症状そのものではなく、症状があることによって日常的に抱く心理的苦痛の構造および発生・維持・増幅プロセスを描き出した。そして、心理的苦痛へのアプローチとして、マインドフルネス・スキルの向上の可能性に着目し、マッピングという手法を用いて検討を行った。その結果、マインドフルネスの特徴のうち「注意の自己制御」によって体験を反応せずに観察するスキルが前提となり、体験から生じる自身の思考や感情に対して価値

判断することなくとらえ、意識的に行動を選択し実行する「体験への志向」が、心理的苦痛に作用を及ぼすことが示唆された。

本章の最後に、本論文で得られた Psychological なアプローチを改めて Bio-psycho-social model に基づいた包括的な支援の枠組みでとらえ、月経随伴症状への全人的な支援における位置づけおよび役割について検討を行う。

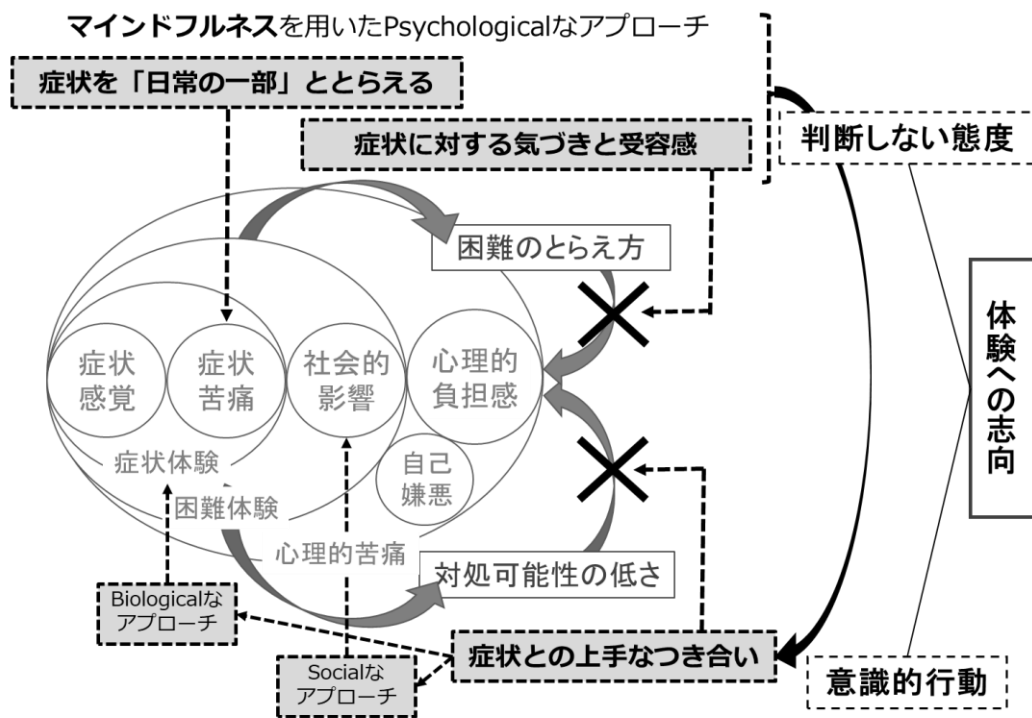


図4.2 Bio-psycho-social modelに基づく心理的アプローチのモデル

図 4.2 は、月経随伴症状による心理的苦痛に対する Bio-psycho-social model に基づく心理的アプローチのモデルである。これは、第 3 部において検討を行った「心理的苦痛」へのアプローチの方向性に関するモデル（図 3.2）および「心理的苦痛」に対する MBPs の効果に関する予想図（図 3.5）と対応している。

前節におけるマインドフルネス・プログラムの月経随伴症状へのマッピング作業によって示されたように、まずはマインドフルネス実践によって、日常生活における問題に対し、その体験について生じる自身の思考や感情に反応することなく観察を行うスキルを身に着けることが前提となる。こうした普遍的な脆弱性に対するスキルが、月経随伴症状の発現時にも適用される。すなわち、症状に対しても自身の思考や感情に反応したり判断したり

せず、ありのままにとらえる態度と取ることができるようになる。これは、月経随伴症状を特別な「問題」としてではなく、日常生活において生じる事象のひとつとして捉えられるようになることと考えられる。この意識の変容は、症状にともなう苦痛の低減に作用することが考えられる。図においては、【症状を「日常の一部」ととらえる】と表現し、心理的苦痛の中の「症状による苦痛」を指す点線の矢印で表した。

さらに、症状による困難体験に対するコントロールすべきか受け容れるべきかといった二極的な認知への固執および葛藤という【困難のとらえ方】に対して、症状を価値判断なく受け容れられるようになることで、一つのとらえ方に偏らず、コントロールするか、それを手放すかという選択肢として持っている、という感覚が持てるようになることが示唆された。こうした認知のパラダイムシフトが、【困難のとらえ方】が月経随伴症状負担感へとつながることを防ぐと考えられる。図においては、心理的苦痛の発生・維持・増幅プロセスである【困難のとらえ方】から月経随伴症状負担感にかかる矢印に対して、【症状に対する気づきと受容感】から伸びる点線の矢印および×印によって示した。

なお、マインドフルネスによる【症状を「日常の一部」ととらえる】作用は、症状の発現時においてその体験を問題としてではなく事情のひとつとしてとらえる、という点で、図 3.5 にて予想した「MBPs による効果① 症状を「感覚の一種」ととらえる」と合致するものである。【症状に対する気づきと受容感】という作用は、図 3.5 における「MBPs による効果② 困難に対する柔軟なとらえ方」と合致する。また、この 2 つの作用は、マインドフルネスの要素の中でも「判断しない態度」によるものであると考えられる。図においては、この 2 つをまとめて「マインドフルネスを用いた Psychological なアプローチ」による作用、とりわけ「判断しない態度」の効用であることを示した。

このような、症状を事象のひとつとみなし、どのようにとらえるかを選択肢として持っているというスタンスによって、状況に応じて意識的に対処行動を起こせる、ということにつながる。この感覚が持てることで、症状を含めて自身の周期全体をマネジメントし、症状とうまく付き合うことができると考えられる。図においては、心理的苦痛の発生・維持・増幅プロセスである【対処可能性の低さ】から月経随伴症状負担感にかかる矢印に対して、【症状との上手な付き合い】から伸びる点線の矢印および×印によって示した。これはマインドフルネスの要素である「意識的行動」による作用であると考えられる。

本論文では、月経随伴症状の発現時に活用する医学的治療や社会制度における課題について、Bio-psycho-social model に基づく全人的な支援の立場から、それらを補完するような

Psychological なアプローチの重要性を唱えてきた。そのあり方として、女性が症状を周期の一部としてとらえ、周期全体を主体的にマネジメントする中で、医療や社会制度も自ら主体的に選択し活用しながら対処できるような態度を培うアプローチについて検討を行ってきた。上記に示された、マインドフルネスにおける「意識的行動」の要素によって症状と上手につき合っていくという感覚には、そうした心理的な変容によって、医療や社会制度に対しても、主体的に選択を行い、活用できるようになることが予測される。図においては、【症状との上手な付き合い】から「Biological なアプローチ」および「Social なアプローチ」にかかる点線の矢印によって示した。なお、先行研究において概観したように、Biological なアプローチとしては薬物治療などの医療が該当し、症状の消失・軽減に寄与する。Social なアプローチとは、生理休暇といった症状の発現時に利用できる社会制度を中心とする環境的なサポートであり、症状による社会的影響を緩和すると考えられる。図においては、それぞれから症状体験、社会的影響にかかる点線の矢印によって表した。

なお、図中に示したマインドフルネスの要素である「判断しない態度」および「意識的行動」は、マインドフルネスの2つの特徴のうち「体験への志向」を構成するものである。一方、もうひとつの特徴である「注意の自己制御」は、月経随伴症状による心理的苦痛に対して直接的に作用しない。しかし、前節におけるマッピングでも示されたように、症状に対して「体験の志向」に表される心の態度で対応するための前提となる普遍的なスキルであると考えられる。したがって、「注意の自己制御」は図 4.2 には反映されないが、月経随伴症状に対するマインドフルネスの作用として重要な役割を果たすものである。

第 12 章 本論文の意義と課題

本論文の最後となる第 12 章では、まず、本論文が臨床心理学にもたらす学術的意義および臨床的意義を述べた後、本論文の限界について論じ、今後の月経随伴症状に関する臨床心理学的研究の展望について述べる。

12.1 本論文の臨床心理学的意義

12.1.1 本論文の学術的意義

本論文の学術的意義について、以下では、①心理学からの新しい切り口、②マインドフルネスの作用に関する知見、③知見の学際性、の 3 点から述べる。

心理学からの新しい切り口 本論文は「月経周期」という考え方に着目し、月経随伴症状を「問題」として捉えるのではなく、周期の一部の事象としてとらえる視点を重視した。そのうえで、「問題」を症状そのものではなく、症状が存在することによる女性の日常全般における「心理的苦痛」であるとし、その低減を目指すといった新たな心理学的切り口を提示した。そして、女性が日常生活において抱く、コントロール不能感および不遇感から構成される「心理的負担感」という新たな概念を抽出し、定量可能な尺度を作成した。このように、月経随伴症状に対する新たな切り口からのアプローチの可能性を示したことは、これまで先行研究で検討を行ってきた、自己効力感やストレス対処行動などの女性の認知・行動の変容を目指した非薬物的介入（第 2 章「2.2 心理的介入に関する研究」参照）の効果を、症状そのものの増減ではなく、月経随伴症状があることによる生活全般における「心理的苦痛」の低減という観点から評価できることとなる。これは、臨床心理学の立場から月経随伴症状という問題を扱うにあたっての土壌を築いたことになると考えられ、臨床心理学において学術的な意義があるといえる。

マインドフルネスの作用に関する知見 月経随伴症状による「心理的苦痛」を低減するための心理学的なアプローチとして、本論文ではマインドフルネス・スキル向上の可能性について検討を行った。先行研究においては、月経随伴症状へのマインドフルネス的アプローチの有効可能性が指摘されてはいるものの、その作用メカニズムに関する知見は少なかった（第 7 章「7.2.1 マインドフルネスと月経随伴症状に関する先行研究」参照）。本論

文では、月経随伴症状に対するマインドフルネスの作用メカニズムについて、症状そのものではなく、その存在による日常的に抱く「心理的苦痛」への影響に着目し、統計的および実践的に検討を行った。検討にあたっては、マインドフルネスのもつ多面的な要素について、一つひとつが果たす役割について検討を行った。そして、得られた知見をもとに、月経随伴症状へのマインドフルネスのマッピングを行った(図 4.1 参照)。その結果、マインドフルネス実践が月経随伴症状に関わる女性の認知・行動にどのような変容をもたらすのか、そのメカニズムを詳細に描き出すことが可能となった。

このように、先行研究では検討されてこなかった月経随伴症状とマインドフルネスとの関連性について、症状そのものの程度ではなく「心理的苦痛」への効果に着目し、マッピングという手法を活用して月経随伴症状へのマインドフルネスの作用メカニズムを詳細に描き出したことは、学術的に新奇性があるといえる。また、マインドフルネスの作用について、いったん要素にわけてその関連性を検討することによって、先行研究では月経随伴症状とプラスの関係が示されつつもその詳細な検討は不問とされていた「体験の観察」という要素について(Gerrish, 2010; 土井ら, 2015)、「反応しない態度」を伴い、双方を合わせて「注意の自己制御」のスキルとして向上させる必要があることを明確にした。これは、月経随伴症状とマインドフルネスの関係性に関する新たな知見を得ることができたといえよう。

知見の学際性 本論文では、月経随伴症状に対して Bio-psycho-social model に基づき、症状がありながらもそれらとうまく付き合いながら生活を送っていくための全人的な支援の中で、Psychological な視点から、女性が自分の月経周期を主体的にマネジメントしていく態度を培うためのアプローチのあり方を提示した。その結果、上に述べたようなマインドフルネスを用いたアプローチによって、月経随伴症状がもたらす普遍的な脆弱性に対して反応することなく観察する「注意の自己制御」のスキルが前提となり、困難体験に対して「判断しない態度」が取れるようになることで、対処についても主体的に選択・実行し「意識的行動」が取れるようになることが示唆された。この「意識的行動」によって、薬物療法などの医療によって症状の低減を図る Biological なアプローチや、生理休暇など症状発現時の社会的活動をサポートする social なアプローチを主体的に活用することができるようになるということが考えられた。

渡辺・小森(2014)は、Bio-psycho-social model の要点として、「生物学的視点・心理学的視点・社会的視点と分割してみるのではなく、その相互性を考えながら統合的に理解

して介入すること」,そして「階層性を超えて互いの因子がフィードバックしあいながら影響しあっている視点を落とさないこと」をあげている。本論文において得られた知見は、上述のように臨床心理学研究として新たな切り口を示す重要な知見をもたらしつつ、その知見が **Bio-psycho-social model** においてどのような立ち位置からどのようにその他の側面に影響を及ぼすか、という示唆も与えている。これは、学術的にはひとつの学問を越えた学際的な知見であるといえ、学術的な意義をもつと考えられる。

12. 1. 2 本論文の臨床実践的意義

本論文の臨床実践的意義については、①月経随伴症状負担感尺度の応用、②MBPs の介入可能性の示唆、③Biological, Social なアプローチに与える示唆、④その他の女性のメンタルヘルス問題への応用、の4点から述べる。

月経随伴症状負担感尺度の応用 第一に、月経随伴症状によって日常的に抱く心理的負担感を測定する尺度として、「月経随伴症状負担感尺度」を作成した点があげられる。研究1では、国外にて開発された月経前症状による心理的・社会的な影響を測定する尺度を日本語訳したが、因子分析の結果、既存の因子をそのまま適用することが妥当ではないことが示された。そこで、研究3では、日本人女性が日常的に抱く心理的な負担感を測定する「月経随伴症状負担感尺度」を作成した。この尺度は、周期によって自分の感情や生活をコントロールできなくなることおよび普段の自分とのギャップに対する心理的苦痛である「コントロール不能感」と、月経随伴症状によって自分が損をしているという不満および症状を他者に理解してもらえない苦痛を表す「不遇感」の2因子20項目から成る。本尺度の回答は、回答時と回答者が心身の変化を強く感じる時期が一致しているか否か(=回答の即時性)の影響を受けず、また回答時の月経状態については、月経中に「不遇感」の評価が高くなる傾向があるもののその差は有意傾向に留まり、いつ回答するかによって大きな得点差が生じないことが予測された。

この尺度を臨床場面、たとえば婦人科や精神科の受診患者に対して活用することにより、女性の症状の種類や程度のみでなく、それによって女性が日常においてどの程度心理的苦痛を抱いているのかを把握することができる。それによって、医学的治療と並行して心理的サポートの方針を立て、介入を行い、**Bio-psycho-social model** に基づいた全人的なサポートが可能となることが期待できる。

MBPs の介入可能性の示唆 研究5においては、Mindfulness-based programs (MBPs) を用いた実際的な介入を行い、その結果、マインドフルネスを用いたアプローチの作用の

可能性が示唆された。本論文では、先行研究を参考に、MBPs の特定の問題に対する適用に関する理論的な手続きとして、マッピング作業を丁寧に行っており、そこから得られた知見は、月経随伴症状への MBPs の介入可能性を示唆するものであるといえる。この知見に基づき、今後は、現代の日本人女性が症状を含めた自身の月経周期とうまく付き合って生きていくことを目指すマインドフルネス・プログラムの開発・実施が期待できる。

Biological, Social なアプローチに与える示唆 本論文は、Bio-psycho-social model に基づいた全人的な支援における Psychological なアプローチの位置づけおよび Biological, Social なアプローチとの関係について考察を行った。マインドフルネス・スキルの向上によって、女性が自身の症状に対して「意識的行動」を取れるようになることで、Biological, Social な資源をも主体的に選択・判断し実行できるようになることが示唆された。

このように、女性が自身の月経にまつわる選択を主体的に判断し実行する態度が培われることで、月経やそれに伴う症状に関する情報が充実する環境が求められることとなると考えられる。月経教育や情報提供によるリテラシーの向上は、心理と医療が協働して行うべきことである。また、Social な側面では、女性自身のみでなく、一般的に月経随伴症状に関する理解が深まることが重要である。本論文によって作成された「月経随伴症状負担感」は、女性の月経随伴症状による二次的な日常の負担感を説明するアドボカシーの役割をものといえる。これは、男性や症状の軽い女性にはイメージしづらく、タブー視されがちな月経随伴症状というものによって、女性がどのような心理的苦痛を抱くのか、ということについて、社会の理解を促すことに貢献する知見であると考えられる。

その他の女性のメンタルヘルス問題への応用 最後に、本論文では、月経随伴症状という生物学的な心身の変化に伴う女性特有の困難に対する心理学的なアプローチを提示した。川瀬（2014）によれば、女性の月経にまつわる変化や関連疾患は、月経随伴症状のほかにも、初経発来時、妊娠・出産時、産後精神病・周産期うつ、更年期障害、そして閉経と、ライフステージによって様々である。本論文において示唆された、「自分の身体とところのメカニズムについてよく理解したうえで、価値判断なくそれを受け入れる」ことへの支援は、こうした女性のバイオリズムに伴うメンタルヘルス・サポートに応用できる可能性が考えられる。先行研究をみると、更年期の身体的精神的症状とマインドフルネス・スキルの関連性が示唆されている（三好・永浦・岩井，2013）。このことは、本論文によって得られた知見をその他の女性特有の問題に応用できる可能性を示唆するものであるといえる。このように、月経随伴症状に限らず、女性特有の問題に対する心理学的アプローチ方

法について示唆を与えたという点で、臨床的意義があるといえる。

12.2 本論文の限界と今後の展望

最後に、本論文の理論的および方法論的限界を確認し、残された課題と今後望まれる研究の展望について述べる。今後の課題となるテーマは、①月経随伴症状負担感という概念の精緻化、②具体的なプログラムの開発および効果検証、③医療との協働のあり方に関するさらなる検討の必要性、④Social なアプローチへの応用可能性、⑤現代女性のライフスタイルに適した支援方法の検討、の 5 点にまとめられる。以下、それぞれについて述べる。

12.2.1 「月経随伴症状負担感」の精緻化

第一に、本論文では、新たに作成した「月経随伴症状負担感」という概念について、たとえばストレスや自己肯定感の低さなど、一般的な生きづらさを表す概念との関連性について検討できなかった。そのため、研究 3 にて作成した尺度は極めて限定的なものとなってしまった。今後は、月経随伴症状負担感尺度の得点と、その他生きづらさを測定する尺度の得点との関係を検討することにより、尺度の質を高めるとともに、月経によって日常的に心理的負担感を抱く女性の精神的・心理的状态についてより詳細に示す知見を得られると考えられる。

さらに、本論文の対象者は、属性に偏りがあった。量的研究でいえば、研究 1 では対象者を月経前症状に関する医学的診断基準に基づき群分けを行った。研究 3 では、対象者を年代、出産経験、就労形態、そして月経周期の中で心身の変化を最も強く感じる時期によって群分けを行い、属性の違いによる月経随伴症状負担感の得点の差を検討した。しかし、いずれにおいても、群間の人数比には有意な差があり、検討方法もダミー変数を用いた重回帰分析を選択せざるを得なかった。そのため、本研究によって得られた群間差に関する知見は、あくまで参考に留まる。今後は、群間の人数比をそろえ、分散分析による詳細な追試は必要である。質的研究においても、研究 2、研究 5 双方とも、大学生・大学院生の協力者が多かった。すなわち、平均的な 20・30 代女性と比べて自身の月経にまつわる体験を認知的に解釈し、言語化することができ、そのため、本論文の知見が認知的なメカニズムに偏ってしまった可能性は否定できない。月経随伴症状は身体面・行動面での体験も含まれるため、今後は、心身の関連に着目した検討が必要である。対象者の認知面だけでなく身体面・行動面、およびその関連性にアプローチするマインドフルネスを用いた介入の

検討をさらに続けることは、この点において有用な知見をもたらすことが期待できる。

本論文では、月経前と月経中の症状の区別をせず、すべてを包括的に取り扱った。そこには、月経を周期としてとらえ、月経随伴症状はその周期の一部の事象として考えることを重視するというねらいがあった。しかしながら、月経前の時期と月経期における症状の違いが先行研究においても指摘されており（川瀬ら、2004）、医学的な治療においてはその手段も異なるため（第1章 1.2.1 参照）、Bio-psycho-social model に基づいた統合的な支援を考えるうえでは、時期による心理的苦痛の違いについても考慮する必要がある。研究3においては、月経前と月経中における月経随伴症状負担感の得点の違いについて検討を行ったが、心身の変化を強く感じる時期として月経前を選択した者が月経中を選択した者の約3倍であり、人数比に大きな偏りがあった。したがって、今後は、特に症状の発現する時期の区別を明確にした研究が必要となる。

また、本論文では研究3にて「月経随伴症状負担感尺度」を作成し、その使用の特徴に関する検討を行った。本尺度の回答は、回答の即時性および回答時の月経状態に対して大きな得点差が生じないことが予測された。しかし、本論文における研究は、横断的な個人間による検討に留まり、個人内における月経周期による心理的な負担感の変動について実際に検討することができなかった。

以上、女性一人ひとりの月経随伴症状による心理的苦痛についてより良く理解し、適した対応を可能にするためには、まずは日常的に月経随伴症状負担感を強く抱くことが、どのような精神的・心理的状态へとつながる可能性があるのか、という点を明らかにする必要がある。また、年齢・生活環境（家庭の有無・就労形態など）・困難な時期・困難の具体的内容といった軸から特徴を整理するとともに、月経随伴症状負担感の測定については、個人内変動について縦断的な検討が必要である。

12.2.2 具体的なプログラムの開発および効果検証

本論文では、月経随伴症状による心理的苦痛に対するマインドフルネスを用いたアプローチの可能性を検討するため、研究5においてMBPsを参考にマインドフルネス・プログラムを作成・実施した。このプログラムはMBPsのプログラム構造における理論（高橋・稲吉・勝又、2017）に則って作成したものの、あくまで試行的なものである。また、その効果の検討も、参加者へのインタビューに基づくものに留まり、量的な検証を行うにはいたらなかった。

Dimidjian, & Segal (2015) は、昨今のマインドフルネス的介入 (mindfulness-based intervention) の臨床への適用に関する研究について、特定の問題や対象にマインドフルネス的介入が有効である根拠およびその方法に関する神経科学、行動科学、認知科学、社会科学といった基礎的な研究 (Stage 0)、新たな介入方法の開発または既存の介入方法の修正、適用、洗練に関する研究およびそのパイロット研究 (Stage I)、伝統的な効果研究 (Stage II)、現実場面における提供者が提供した場合の効果研究 (Stage III)、現実場面における効果研究 (Stage IV)、普及や施行に関する研究 (Stage V) に区分されるとしている。本論文では、研究 4 においてマインドフルネスと月経随伴症状負担感との関連に関する基礎的な知見 (Stage 0) をもとに、研究 5 によって月経随伴症状に対する MBPs 開発のパイロット研究 (Stage I) を行ったといえる。次のステップとして、今後は、MBPs の月経随伴症状に対する介入効果について、本論文で作成した月経随伴症状負担感尺度を含めた尺度を用いて量的に検討する必要がある。

12. 2. 3 医療との協働のあり方に関するさらなる検討の必要性

本論文は、Bio-psycho-social model に基づく全人的な支援において、女性が自身の月経にまつわる選択について主体的に判断・実行を行う態度を Psychological にサポートすると同時に、医学的な知識や情報を提供したり、月経教育を充実させたりする保健医療の面からのサポートが重要であることが示唆された。

医療との協働という点に関して、本論文においては、症状の強度について「正常」か「疾患」かといった弁別ではなく、周期によって自然に発生するスペクトラムとしてとらえることを重視した。そのため、各研究の対象者は、心因性月経痛 (心因的要素が原因の月経痛) および月経前不快気分障害 (PMDD) に関する診断の有無を不問とした。一方で、医学的には月経前症候群 (PMS)、月経前不快気分障害 (PMDD)、月経困難症といった疾患と明確な診断基準および治療法が確立されている。今後は、婦人科、精神科における医学的診断に基づく治療と協働した心理面での支援のあり方について、本論文で得られた知見をもとに、より具体的に検討していく必要がある。

12. 2. 4 本論における知見の Social な視点からのアプローチへの応用

研究 2 および研究 3 の知見により、女性が抱く月経随伴症状負担感のなかには、自らが抱えている困難に対して、「他者からの理解」が得られないことによる苦痛が含まれることが明らかになった。さらに、研究 2 より、周囲の理解を得る難しさについては、タブー感があったり異性に話しづらかったりするだけでなく、症状にはその種類や程度に個人差が

あり、自身の困難に関して他者にうまく説明するのが難しい、説明しても理解してもらえなかった感じがしない、といった複雑さがあることが見出された。こうした知見から、女性一人ひとりの個別の状況に応じた周囲への説明および環境調整の必要性が考えられる。

本論文の知見は、月経随伴症状による女性の心理的苦痛の内容とその発生・維持・増幅メカニズムを提示することによる社会に向けてのアドボケートの役割を果たすことができると考えられる。さらに、月経随伴症状による心理的苦痛への理解が社会的に広まることによつて、本論文によつてその重要性が示唆された、女性自身の月経にまつわる事象に対する主体的な選択がしやすくなることが期待できる。

しかしながら、本論文によつて得られた知見を社会に情報提供し、リテラシーを高めるような Social な視点からの具体的なアプローチ方法については、本論文においては検討するまでに至らなかった。今後は、生活状況や困難のとらえ方などの違いによる周囲への理解の求め方の違いや、個人内での困難感の変動と周囲への理解要求との関係について、より詳細に明らかにし、具体的な支援のあり方について検討していく必要がある。

12.2.5 現代女性のライフスタイルに適した支援方法の検討

最後に、本論文では、現代の日本人女性における仕事・結婚・育児に関する選択によるライフコースの多様性および月経随伴症状の断続性という独自性から、多様な生活様式をとり多忙な現代女性にとって、症状をケアするモチベーション維持の難しさを指摘し、多様なライフスタイルに適合した介入方法について検討する必要性を提唱した（第3章「3.1.3 現代女性のライフスタイルに適した支援方法の検討」参照）。しかしながら、本論においては、あくまでマインドフルネスを用いたアプローチの月経随伴症状への一般的な適用に関する検討にとどまった。

Crane et al. (2016) は、マインドフルネスを特定の問題への適用を検討する際、特定の問題のメカニズムに関して詳細な分析を行うとともに、MBPs を特定の場に持ち込むことへの文脈的な問題、すなわち、対象者がより利用しやすく、かつ説得力のあり受け入れやすいプログラムへと調整する必要性を指摘している（第8章「8.1.2 特定の対象者に合わせたカリキュラムおよびプログラムの工夫」参照）。

現代の日本人女性に対するマインドフルネスを用いたアプローチの導入に関しては、GDWS において「マインドフルネスを私たち現代女性の生活に取り入れるためには」という課題を設定し、アイデアを考案するグループワークを行う中で、発見的な知見を得た（補足資料2参照）。今後は、これら発見的な知見をもとに、月経随伴症状に対するマイン

ドフルネス・プログラムの改良・精緻化を行い、現実場面における適用方法とその効果検討を行う必要があるだろう。このプロセスは、先に述べた Dimidjian, & Segal (2015) のマインドフルネス的介入の臨床適用に関する研究の区分における, StageIII (現実場面における提供者が提供した場合の効果研究) および StageIV (現実場面における効果研究), さらに StageV (普及や施行に関する研究) に関する研究に該当すると考えられる。

文献

- 安達知子 (1996). 低用量ピルの作用機序 (<特集>低用量ピルのすべて: 女性が避妊の主人公に) 助産婦雑誌, 50(3), 18-22.
- 秋元世志枝・宮岡佳子・加茂登志子 (2009). 月経前症候群, 月経前不快気分障害の女性の臨床的特徴とストレス・コーピングについて 跡見学園女子大学文学部紀要, 43, 45-60.
- 秋山昭代・茅島江子 (1979). MDT (Mirror Drawing Test) からみた性周期の心身に及ぼす影響について 四大学看護学研究雑誌, 2(2), 61-66.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition: DSM-5. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村 将・村井俊哉 (訳) (2014) DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykin, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditation and non-meditating samples. *Assessment*, 15, 329-342.
- Bartley, T. (2012). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Cancer*. Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Bateson, G. (2000). 精神の生態学 佐藤良明 (訳) 新思索社 (Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. Ballantine Book.)
- Bender, D. S., & Kelleher, K. (1996). PMS: Women Tell Women How to Control Premenstrual Syndrome. *New Harbinger Publications*, 73-182.
- Bishop, R. S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, D. N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Bluth, K., Gaylord, S., Nguyen, K., Bunevicius, A., & Girdler, S. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction as a Promising Intervention for Amelioration of Premenstrual Dysphoric Disorder Symptoms. *Mindfulness*, 6, 1292 - 1302.

- Bögels, S. & Restifo, K. (2014). *Mindful Parenting: A Guide for Mental Health Practitioners*. New York: Springer Publishing Company.
- Brock, R., Rowse, G., & Slade, P. (2016). Relationships between paranoid thinking, self-esteem and the menstrual cycle. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 271-279.
- Brooks-Harris, J. E. & Stock-Ward, S. R. (1999). *Workshop: Designing and Facilitating Experiential Learning*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84, 822-848.
- Busse, J. W., Montori, V. M., Krasnik, C, Patelis-Siotis, I, & Guyatt, G. H. (2009). Psychological intervention for premenstrual syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 6-15.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15, 204-213.
- Carissoli, C., Villani, D., & Riva, G. (2015). Does a meditation protocol supported by a mobile application help people reduce stress? Suggestions from a controlled pragmatic trial. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 18(1), 46-53.
- Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B., & Dagnan, D. (2005). Responding mindfully to unpleasant thought and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire. (注. 未公刊のため、Bear et al., 2006 より引用)
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 451-455.
- Couplin, P. (1990). Premenstrual Syndrome: How Marital satisfaction and role choice affect symptom severity. *Social Work*, 35, 351-355.
- Crane, R. (2010). 30 のキーポイントで学ぶマインドフルネス認知療法入門—理論と実践 — 大野 裕 (監訳) 創元社 (Crane, R. (2009) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*:

- The CBT Distinctive Features Series* (W. Dryden, Ed.) London: Routledge)
- Crane, R. (2017). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: The CBT Distinctive Features Series Second Edition* (W. Dryden, Ed.) London: Routledge.
- Crane, S. R., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Satorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2016). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, Cambridge University Press [internet publishing], doi: 10.1017/S0033291716003317.
- Craner, J. R., Sigmon, S. T., & Young, M. A. (2015). Self-Focused Attention and Symptoms Across Menstrual Cycle Phases in Women With and Without Premenstrual Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 40(1), 118-127.
- Dalton, K. (1966). The influence of mother's menstruation on her child. *Proceeding of the Royal Society of Medicine*, 1014-1016.
- ダルトン, K. 児玉憲典 (訳) (1987). ワンス・ア・マンズ : 月経前症候群 時空出版
- Dimidjian, S., & Segal, Z. V. (2015). Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. *American Psychologist*, 70, 593-620.
- Dimmock, P. W., Wyatt, K. M., Jones, P. W., & O'Brien, P. M. (2000). Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. *Lancet*, 356, 1131-1136.
- 土井理美・戸田愛貴子・宮本あきら・安喰智美・飯坂彩乃・川辺ひかる・渋川桃子・筒井明日香・百々尚美・坂野雄二 (2015). 女子大学生における月経観と月経前症候群との関連 : マインドフルネス特性による緩衝効果 北海道医療大学大学院心理科学部研究紀要 11, 35-49.
- 独立行政法人労働者健康福祉機構 (2011). 働く女性のためのヘルスサポートガイド第 2 版 労災病院による取り組み
- 独立行政法人労働者健康福祉機構 (2015). 働く女性のためのヘルスサポートガイド第 3 版
- 江川美保・小西郁生 (2016). 月経随伴症状記録システムの開発 : スマートフォンアプリを使用して 産科と婦人科, 83(12), 1408-1413.
- 江川美保・岡本和也・西村史朋・森野佐芳梨・糸直人・青山朋樹・小西郁生 (2016). 月経前症候群の管理におけるスマートフォンアプリを用いた症状記録システムの開発と

- 臨床使用 女性心身医学, 21(1), 105-113.
- Engel, G. H. (1977). The need for a new medical model: A challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engeström, Y. (1999). 拡張による学習：活動理論からのアプローチ 山住勝弘・松下佳代・百合草裕二・保坂裕子・庄井良信・手取義宏・高橋 登（訳）新曜社（Engeström, Y. (1987). *Learning by Expanding: An Activity-theoretical Approach to Developmental Research*. Cambridge University Press.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177-190.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Frank, R. T. (1931). The hormonal causes of premenstrual tension. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 26, 1053-1057.
- 藤田一照（2016）, マインドフルネスと無心：無心のマインドフルネスに向かって 精神療法, 42, 469-475.
- 藤田佐知恵・堀川香吏・濱田朋美（2018）. 月経のセルフモニタリングにおけるスマートフォンアプリの効果的利用 女性心身医学, 22(3), 271-277.
- Gerrish, W. G. (2010). *Assessment of the interrelationships between body awareness, trait mindfulness, and premenstrual symptomatology: Being mindful of symptom experience*. Seattle Pacific University.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind*. London: Constable
- Glanz, K., Lewis, M. F., & Rimer, K. B. (2006). 健康行動と健康教育：理論，研究，実践（曾根智史・湯浅資之・渡部 基・鳩野洋子 訳）医学書院。（Glanz, K., Lewis, M. F., & Rimer, K. B. (2002). *Health Behavior and Health Education: Theory Research and Practice 3th edition*. San Francisco: Jossey-Bass.）
- 後藤由佳・奥田博之（2005）. 月経周辺期における愁訴の変化：Menstrual Distress Questionnaire による変化の追究 岡山大学医学部保健学科紀要, 16, 21-30.
- Greene, R., & Dalton, K. (1953). The premenstrual syndrome. *The British Medical Journal*, 1, 1007-1014.

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- 春木 豊・石川利江・河野梨香・松田与理子 (2008). 「マインドフルネスに基づくストレス低減プログラム」の健康心理学への応用 健康心理学研究, 21(2), 57-67.
- 服部律子・堀内寛子・藤迫奈々重 (2001). 女子大生のセルフエフィカシーと月経時の対処行動 母性衛生, 42(4), 615-620.
- 服部律子・前原恵子・任 和子 (1997). 看護学生の月経時の不定愁訴とライフスタイル 京都大学医療技術短期大学部紀要, 17, 33-39.
- Hayes, F. A. (2017). *Introduction to Mediation Moderation, and Conditional Process Analysis Second Edition: A Regression-Based Approach*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds) (2005). マインドフルネス&アクセプタンス: 認知行動療法の新たな次元 (春木豊 監修, 武藤崇・伊藤義徳・杉浦義典 監訳). ブレーン出版 (Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.)
- 平田まり (2011). 若年女性の月経痛に対する鎮痛剤の使用実態と教育的課題 学校保健研究, 53, 3-9.
- 細坂泰子・抜田博子・茅島江子 (2010). 青年期における月経随伴症状と心身の特性との関連 思春期学, 28(2), 227-238.
- Howells, A., Ivtzan, L., & Eiroa-Orosa, F. (2014). Putting the 'app' in happiness: A randomized controlled trial of a smartphone-based mindfulness intervention to enhance wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 163-185.
- 福山智子 (2013). 月経随伴症状と性役割パーソナリティとの関連性 摂南大学看護学研究, 1(1), 25-33.
- 福山智子・山川正信 (2007). 看護学生の月経随伴症状緩和プログラムに関する研究 日本健康教育学会誌, 15, 特別号, 176-177.
- 福山智子・山川正信 (2008). 看護学生の月経随伴症状緩和プログラムに関する研究 第二報 プログラム終了6ヵ月後の変化 日本健康教育学会誌, 16 巻, 特別号, 74-75.
- 福山智子・山川正信・佐藤賢太 (2009). 自己効力理論を用いた月経随伴症状緩和プログラ

- ムに関する研究 母性衛生, 50(1), 174-181.
- Iani, L., Lauriola, M., Cafaro, V., & Didonna, F. (2017). Dimensions of Mindfulness and Their Relations with Psychological Well-Being and Neuroticism. *Mindfulness*, 8, 664-676.
- 稲吉玲美 (2018a). 月経随伴症状に関する心理学的研究の概観と今後の展望 東京大学大学院教育学研究科紀要, 57, 175-185.
- 稲吉玲美 (2018b). 医学的視点による月経前症状の評価と症状が及ぼす心理社会的影響との関連 女性心身医学, 23(2), 131-137.
- 稲吉玲美 (2018c). 20代女性における月経随伴症状による心理的苦痛についての探索的研究 心理臨床学研究, 36(1), 68-78.
- 稲吉玲美 (2018d). 月経随伴症状負担感尺度作成の試み 女性心身医学, 23(2), 114-122.
- 稲吉玲美・生崎文乃・高橋美保 (2017). マインドフルネス実践が月経随伴症状に与える影響に関する探索的検討：主観的体験の変化に着目して 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要, 40, 95-103.
- 稲吉玲美・勝又結菜・馬場絢子・本田由美・高橋美保 (2018). 臨床場面におけるマインドフルネスの活用に関する課題と今後の展望：セラピスト自身の実践体験から個人面接への導入へ 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要, 41, 69-79.
- 井上ウィマラ (2005). 呼吸による気づきの教え：パーリ原点アーナパーナサティ・スッタ 詳解 校成出版社
- 井上裕美 (2014). マインドフルネスの測定：気分障害に対する第三世代の認知行動療法 同志社政策科学研究, 15(2), 141-152.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. CA: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2007). マインドフルネスストレス低減法. (春木豊 訳). 北大路書房 (Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.)
- 甲斐村美智子・上田公代 (2012). 文献的考察による若年女性の月経周辺期症状に関連す

- る要因と今後の課題 熊本大学医学部保健学科紀要, 8, 11-21.
- 甲斐村美智子・上田公代 (2014). 若年女性における月経随伴症状と関連要因が QOL へ及ぼす影響 女性心身医学, 18(3), 412-421.
- 甲斐村美智子・上田公代 (2015). 女子大学生を対象にした QOL の向上を目指した月経随伴症状を軽減するための健康教育プログラムの検証 女性心身医学, 20(2), 181-192.
- 勝又結菜・稲吉玲美・鮫島 啓・高橋美保 (2015). 坐禅に観るマインドフルネス: ある禅僧の坐禅実践を体験して 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要 38, 79-88.
- 川瀬良美 (1991). 初経時の母親の対応の心理的影響 思春期学, 9(4), 381-386.
- 川瀬良美 (2004). 女子学生の月経問題と教育プログラム 淑徳大学社会学部研究紀要, 38, 171-187.
- 川瀬良美 (2014). 女性の生涯発達における月経周期の発達過程: その心理・社会的問題と臨床発達心理的支援. 淑徳大学研究紀要. 総合福祉学部・コミュニティ政策学部, 48, 61-79.
- Kawase, K., & Matsumoto, S. (2006). Peri-menstrual Syndrome (PEMS): Menstrual associated symptoms of Japanese college students according to prospective daily rating record. 女性心身医学, 11, 43-57.
- 川瀬良美・森 和代・鈴木幸子・高村寿子・石川瑞穂・松本清一 (2000). 月経前症状の即時的記録法の検討—PMS メモリーの開発— 日本女性心身医学, 5(1), 31-37.
- 川瀬良美・森 和代・吉崎昭子・和田充弘・松本清一 (2004). 本邦における成熟期女性の PMS の実態 女性心身医学, 9, 119-133.
- 木下 康仁 (2007). ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法—修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて— 弘文堂
- 北村邦夫 (1996). 低用量ピルとは何か (<特集>低用量ピルのすべて: 女性が避妊の主人公に) 助産婦雑誌, 50(3), 9-17.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 小村富美子 (2004). 医療社会学からみた PMS 松本清一 (監修), 月経らくらく講座: もっと上手に付き合い, 素敵に生きるために(pp. 122-131). 文光堂
- 近藤邦代・小玉ひとみ・松宮良子 (2010). 看護学生の月経随伴症状と母性意識との関係

- 母性看護, 41, 134-137.
- 近藤育代・越川房子 (2016). MBSR/MBCTのグループ療法 臨床心理学, 16, 450-455.
- 越川房子 (2013). マインドフルネス認知療法と森田療法：観ることが症状との関係性を変える 日本森田療法学会雑誌, 24(1), 35-38.
- 甲村弘子 (2014). 月経からみた女性のストレス疾患 心身医学, 54(7), 658-665.
- Kues, N. J., Janda, C., Krzikalla, C., Psych, D., Andersson, G., & Weise, C. (2016). The effect of manipulated information about premenstrual changes on the report of positive and negative premenstrual changes, *Women & Health*, [Internet publishing], doi: 10.1080/03630242.2016.1263274.
- Kues, J. N., Janda, C., Kleinstäuber, M., & Weise, C. (2014). Internet-based cognitive behavioral self-help for premenstrual syndrome: study protocol for a randomised controlled trial. *BioMed Central*, [Internet publishing], doi: 10.1186/1745-6215-15-472.
- Kues, J. N., Janda, C., Kleinstäuber, M., & Weise, C. (2016). How to measure the impact of premenstrual symptoms? Development and validation of the German PMS-Impact Questionnaire. *Women & Health*, 56(7), 807-826.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L, Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., & Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445-1467.
- Laurie, J., & Blandford, A. (2016). Making time for mindfulness. *International Journal of Medical Informatics*, 96, 38-50.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Linehan, M. M. (2007). 境界性パーソナリティ障害の弁証法的行動療法:DBTによるBPDの治療. (大野 裕・阿佐美雅弘・岩坂 彰・井沢功一朗・松岡 律・石井留美 訳). 誠信書房 (Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2009) ACT (アクセプタンス&コミットメントセラピー) をまなぶ：セラピストのための機能的な臨床スキル・トレーニングマニュアル 熊野宏昭・高橋 史・武藤 崇 (監訳) 星和書店 (Luoma, J. B., Hayes, S. C., &

- Walser, R. D. (2007) *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.)
- Lustyk, M. K. B., Gerrish, W. G., Douglas, H., Bowen, S., & Marlatt, G. A. (2011). Relationships Among Premenstrual Symptom Reports, Menstrual Attitudes, and Mindfulness, *Mindfulness*, 2, 37 - 48.
- Lustyk, M. K. B., Gerrish, W. G., Shaver, S., & Keys, S., L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 85-96.
- Ly, K. H., Asplund, K., Andersson, G. (2014). Stress management for middle managers via an acceptance and commitment-based smartphone application: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 1(3), 95-101.
- MacCown, D., Reibel, D., & Micozzi, S. M. (2010). *Teaching Mindfulness: A Practical Guide for Clinicians and Educators*. New York: Springer Publishing Company.
- Mahon, J. N., Rohan, K. J., Nillni, Y. I., & Zvolensky, M. J. (2015). The role of perceived control over anxiety in prospective symptom reports across the menstrual cycle. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2), 239-246.
- Manikandan, S., Nillni, Y. I., Zvolensky, M. J., Rohan, K. J., Carkeek, K. R., & Leyro, T. M. (2016). The role of emotion regulation in the experience of menstrual symptoms and perceived control over anxiety-related events across the menstrual cycle. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 1109-1117.
- 松本珠希 (2016). PMS / PMDD 総論 (診断基準を含む) 産科と婦人科, 12(7), 1383-1388.
- 松本清一 (監修) (1995). PMS の研究 : 月経・こころ・からだ (pp. 33 - 64) 文光堂
- 松本清一 (監修) (2004). 月経らくらく講座 : もっと上手に付き合い, 素敵に生きるために 文光堂
- 松本清一・伊野田法子 (1995). 婦人科学からみた PMS 松本清一 (監修) PMS の研究 (pp. 1-21). 文光堂
- 松本清一・湯澤きよみ (1999). マンスリービクス 日本家族計画協会
- 宮中文字子 (1998). 青年女子の月経随伴症状と母性性に関する研究 (第二報) : 母性性との関連から 母性衛生, 39(2), 245-249.

- 宮岡佳子・秋元世志枝・上田嘉代子・加茂登志子（2009）. PMDD 評価尺度の妥当性および信頼性の検討 日本女性心身医学, 14(2), 194-201.
- 三好裕子・永浦 拓・岩井圭司（2013）. 更年期の身体的精神的症状に及ぼすマインドフルネスの影響 心身医学, 53(9), 865-873.
- 水間玲子（1996）. 自己嫌悪感尺度の作成 教育心理学研究, 44, 296-302.
- Moos, R., H. (1968). The Development of a Menstrual Distress Questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, 30(6), 853-867.
- Mortola, J. F., Girton, L., Beck, L., & Yen, S. S. C. (1990). Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple prospective, and reliable instrument: the calendar of premenstrual experiences. *Obstetric Gynecology*, 76, 302-307.
- 中村美和子・福井里美（2001）. 月経随伴症状日本語版(MDQ: Menstrual Distress Questionnaire) 秋山・茅島（1979） 堀洋道（編）. 心理測定尺度集Ⅲー心の健康をはかる<適応・臨床> サイエンス社, 272-277.
- 中野 和・田名場忍（2013）. 状態としてのマインドフルネスと自己制御・抑うつとの関連 弘前大学教育研究科心理臨床相談室, 10, 1-12.
- 中野民夫（2001）. ワークショップ：新しい学びと創造の場 岩波新書 岩波書店
- 難波茂美（2003）. 女子学生の月経周辺期症状に及ぼすソーシャルサポート効果の検討 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 10, 11-20.
- Neff, K. & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 1, 28-44.
- 日本女性心身医学会（編）（2015）. 最新女性心身医学 ぱーそん書房
- 日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会（編集：監修）（2011）. 産婦人科診療ガイドライン：婦人科外来編 2011 日本産科婦人科学会
- Nilni, Y. I., Pineles, S. L., Rohan, K. J., Zvolensky, M. J., & Rasmusson, A. M. (2017). The influence of the menstrual cycle on reactivity to a CO2 challenge among women with and without premenstrual symptoms, *Cognitive behaviour therapy*, 46(3), 239-249.
- 能智正博（2011）. 質的な分析とはどのような作業か 下山晴彦（編）. 臨床心理学を学ぶ 6：質的研究法（pp.245-261）東京大学出版会
- 野田洋子（2002）. 看護学生の月経周辺期の変化と記録認知効果 順天堂医療短期大学起

- 用, 13, 81-87.
- 野田洋子 (2003). 女子学生の月経の経験 第2報 月経の経験の関連要因 日本女性心身医学, 8(1), 64-78.
- O'Brien, S., Rapkin, A., Dennerstein, L., & Nevatte, T. (2011). Diagnosis and management of premenstrual disorders. *British Medical Journal*, 342, d2994.
- 織田弥生 (2005). 月経前症候群 (PMS) が日常の心理状態及び唾液中コルチゾールに与える影響 心理学研究, 76(5), 426-435.
- 緒方妙子・大塔美咲子 (2012). 大学生の月経前症候群(PMS)と日常生活習慣およびセルフケア実態 九州看護福祉大学紀要, 13(1), 57-65.
- 小川貴子・橋本佐由理 (2010). 看護学生の月経随伴症状と心理社会的要因の関連の検討 日本保健医療行動科学会年報, 25, 123-138.
- 小黒友美・平野裕子 (2014). 女子大学生の月経に関する身体的精神的ストレインに関する要因—精神的健康を規定する要因の検討を中心に— 保健学研究, 26, 15-21.
- 大川洋子・飯田和質・梯 正之 (2005). 就業女性における月経随伴症状と作業形態との関連 母性衛生, 45(4), 414-422.
- Olasov, B., & Jacson, J. (1987). Effects of expectancies on women's reports of moods during the menstrual cycle. *Psychosomatic Medicine*, 49, 65-78.
- Onken, L. S., Carroll, K. M., Shoham, V., Cuthbert, B. N., & Riddle, M. (2014). Re-envisioning clinical science: unifying the discipline to improve the public health. *Clinical Psychological Science*, 2, 22-34.
- 小塩真司・阿部晋吾・Pino Cutrone (2012). 日本語版 Ten Item Personality Inventory (TIPI-J)作成の試み パーソナリティ研究, 21, 40-52.
- 大谷 彰 (2014). マインドフルネス入門講義 金剛出版
- 大谷 彰 (2016). アメリカにおけるマインドフルネスの現状とその実践 精神療法, 42, 491-498.
- Ryser, R., & Feinauer, L. (1992). Premenstrual syndrome and the marital relationship. *The American Journal of Family Therapy*, 20, 179-190.
- 相良洋子 (2009). 月経随伴症状に対する心身医学的対応 (<特集>女性をめぐる心身医学) 心身医学, 49(11), 1163-1170.
- 相良洋子・桑原慶紀・水野正彦 (1991). 本邦における月経前症候群の疫学的事項と問題点

- 産婦人科の実際, 40, 1135-1141.
- 坂口順治 (1994). 体験的参加型学習の意義と展開 社会教育, 49(9), 6-10.
- 早乙女智子 (2014). 20歳からのワークヘルスバランス：仕事とのバランスをとるためにも知っておきたい女性特有の病気, (ワークヘルスバランス：女性特有の病気と働く環境), 女も男も, 124, 20-26.
- 佐々木恵・山崎勝行 (2002). コーピング尺度(GCQ)特性版の作成および信頼性・妥当性の検討 日本公衆衛生雑誌, 49, 399-408.
- 佐藤秋子 (2004). 子どもの不登校と母親の月経 松本清一 (監修) 月経らくらく講座：もっと上手に付き合い, 素敵に生きるために (pp. 40-41). 文光堂
- Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2007). マインドフルネス認知療法：うつを予防する新しいアプローチ (越川房子 監訳). 北大路書房 (Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression second edition*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shapiro, L. S., Carlson, E. L., Astin, A. J., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- 白土なほ子 (2017). PMS, PMDD の診断と治療—他科疾患との鑑別— (特集：女性医学：最近のトピックス) 昭和学会雑誌, 77(4), 360-366.
- 白土なほ子・長塚正晃・千葉博・木村武彦・岡井崇 (2006). 月経前症候群 (ピルの副作用 (利点) と新ガイドライン：エビデンスに基づく解説 6) 臨床婦人科産科, 60(12), 1492-1499.
- Smith, S., Rinehart, J. S., Ruddock, V., E., & Schiff, I. (1987). Treatment of premenstrual syndrome with alprazolam: results of a double-blind, placebo-controlled, randomized crossover clinical trial. *Obstetric Gynecology*, 70, 37-43.
- Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 203-209.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2004). 質的研究の基礎：グラウンデッド・セオリー開発

- の技法と手順 (操華子・森岡崇 訳). 医学書院 (Strauss, A. L., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory second edition*. Thousand Oaks, CA: Sage.)
- Strauss, C., Gu, J., Pitman, N., Chapman, C., Kuyken, W., & Whittington, A. (2018). Evaluation of mindfulness-based cognitive therapy for life and a cognitive behavioural therapy stress-management workshop to improve healthcare staff stress: study protocol for two randomised controlled trials. *BioMed Central*, [Internet publishing], doi: 10.1186/s13063-018-2547-1.
- Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y. & Murakami, H. (2012). Development and validation of the Japanese version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, 3, 85-94.
- 田口亜紗 (2003). 生理休暇の誕生 青弓社
- 田口亜紗 (2014). 探る・深める 生理休暇獲得の歴史から学ぶ (ワークヘルスバランス : 女性特有の病気と働く環境), 女も男も, 124, 33-38.
- 高田圭二・田中圭介・竹林由武・杉浦義典 (2016). マインドフルネスと well-being と注意の制御の関連 パーソナリティ研究, 25(1), 35-49.
- 高橋美保・稲吉玲美・勝又結菜 (2017). MBCT のプログラムとしての治療的要素 : 体験に基づく探索的検討 東京大学大学院教育学研究科紀要, 56, 13-26.
- 武谷雄二 (2000). 厚生科学研究子ども家庭総合研究推進事業 : リプロダクティブヘルスからみた子宮内膜症等の予防 : 診断・治療に関する研究 厚生労働省
- 武谷雄二 (2006). 新ガイドラインで何がか変わったのか 臨床婦人科産科, 60(12), 1437-1439.
- 武谷雄二 (2012). 月経のはなし 中公新書 中央公論新社
- Tanaka, E., Momoeda, M., Osuga, Y., Rossi, B., Hayakawa, M., Kokubo, K., & Wang, E. (2013). Burden of menstrual symptom in Japanese women: results from a survey-based study. *Journal of Medical Economics*, 16(11), 1255-1266.
- 田中ひかる (2013). 生理用品の社会史 : タブーから一大ビジネスへ ミネルヴァ書房
- Tanaka, T., Tasaka, K., Sakata, M., & Murata, Y. (2006). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. *Archives Women's Mental Health*, 9, 209-212.

- 苫米地真弓・黒田 緑・野村紀子 (2008). 月経随伴症状に対する有酸素運動の有効性についての検討 母性衛生, 49(2), 374-381.
- Tran, S. U., Cebolla, A., Glück, M. T., Soler, J., Garcia-Campayo, J., & Moy, T. (2014). The Serenity of the Meditating Mind: A Cross-Cultural Psychometric Study on a Two-Factor Higher Order Structure of Mindfulness, Its Effects, and Mechanisms Related to Mental Health among Experienced Meditators. *PloS one* [internet publishing], doi: 10.1371/journal.pone.0110192.
- Tran, S. U., Glück, M. T., & Nader, W. I. (2013). Investigating the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): Construction of a Short Form and Evidence of a Two-Factor Higher Order Structure of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 951-965.
- 対馬ルリ子 (2006). 現代女性のライフスタイルとピルの効用 (ピルの副効用 (利点) と新ガイドライン: エビデンスに基づく解説 1) 臨床婦人科産科, 60(12), 1467-1473.
- 梅澤友香里・武藤 崇 (2014). 月経随伴症状に対する新たな心理学的アプローチ: アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) による援助の可能性 心理臨床科学, 4(1), 25-27.
- 後山直久 (2007). 女性の心身症に対する心理療法への仏教心理学の導入 産科と婦人科, 74(1), 70-73.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.
- Wallenstein, V., G., Blaisdell-Gross, B., Guo, A., Hagan, M., Kornstein, S., & Yonkers, A., K. (2008). Development and Validation of the Premenstrual Symptoms Impact Survey (PMSIS): A Disease-Specific Quality of Life Assessment Tool. *Journal of women's health*, 17(3), 439-450.
- 渡邊香織・喜多淳子 (2007a). 月経周辺期症状に対するセルフモニタリングによる効果および課題 奈良看護紀要, 3, 1-8.
- 渡邊香織・喜多淳子 (2007b). 月経周辺期症状の軽減に対する看護介入の評価 日本女性心身医学, 12, 288-298.
- 渡邊香織・奥村ゆかり・西海ひとみ (2011). 女子学生における月経随伴症状と月経サポート

- ト機能, およびセルフケアとの関連 日本女性心身医学, 15(3), 305-311.
- 渡邊香織・戸田まどか・西海ひとみ・岡田公江・奥村ゆかり (2012). 月経前症候群におけるストレスと生活習慣との関連分析 母性衛生, 52(4), 437-443.
- 渡辺俊之・小森康永 (2014). バイオサイコソーシャルアプローチ: 生物・心理・社会的医療とは何か? 金剛出版
- Wells, A. (2012). メタ認知療法: うつと不安の新しいケースフォーミュレーション (熊野宏昭・今井正司・境泉 洋 監訳) 日本評論社 (Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.)
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The Mindful Way through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*, New York: Guilford Press.
- Woods, N. F., Most, A., & Dery, K., G. (1982). Towards a Construct of Perimenstrual Distress. *Research in Nursing and Health*, 5, 126-136.
- 山内弘子 (2009). 月経前症候群を有する青年期女性に対する症状改善のための看護介入の検討 母性衛生, 50(2), 468-474.
- 山内祐平・森 玲奈・安斎勇樹 (2013). ワークショップデザイン論: 創ることで学ぶ 慶應義塾大学出版会
- 横瀬宏美・鈴木正泰・金野倫子・高橋栄・石原金由・土井由利子・内山真 (2015). 女子大学生における月経前気分不快障害の有病率と関連要因 女性心身医学, 19(3), 310-321.

URL

国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査（結婚と出産に関する全国調査）」

<http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japanese/shussho-index.html>

厚生労働省「平成 27 年度雇用均等基本調査」（2016）

<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/71-27.html>>

内閣府男女共同参画局 平成 22 年 12 月 17 日決定「第 3 次男女共同参画基本計画」

< http://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/3rd/ >

内閣府男女共同参画局 平成 27 年 12 月 25 日決定「第 4 次男女共同参画社会基本計画」

<http://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/4th/>

日本医療政策機構 2016 年 1 月 21 日「働く女性の健康増進に関する調査結果」

< <https://hgpi.org/lecture/475.html> >

首相官邸 平成 25 年 4 月 19 日 安倍総理「成長戦略スピーチ」（2013）

<http://www.kantei.go.jp/jp/96_abe/statement/2013/0419speech.html>

首相官邸 平成 29 年 3 月 28 日 働き方改革実行計画（2017）

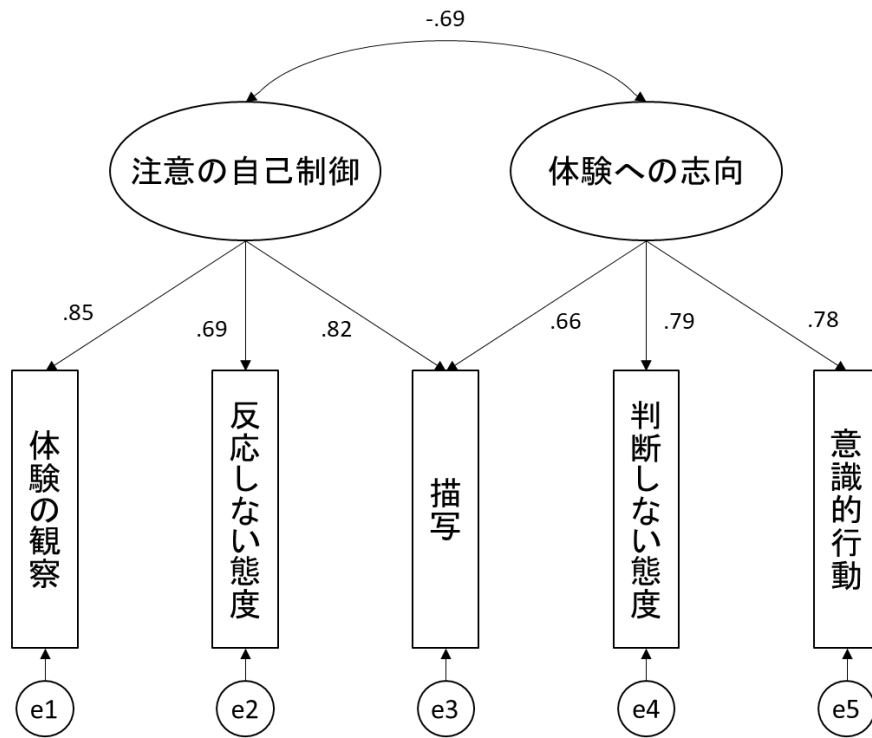
<<https://www.kantei.go.jp/jp/headline/ichiokusoukatsuyaku/hatarakikata.html>>

全国労働組合総連合 「女性労働者の健康・労働実態及び雇用における男女平等調査報告
妊娠・出産・育児に関する実態調査報告」

<<http://www.zenroren.gr.jp/jp/jyousei/2008/data/tyousa/main.pdf>>

付録（補足資料）

補足資料 1 FFMQ の高次 2 因子モデルの適合度の検討（研究 4）



FFMQにおける高次2因子モデル

共分散構造分析の結果、上記モデルの適合度は、GFI = 0.99, AGFI = 0.96, CFI = 0.99, RMSEA = 0.06 であり、先行研究 (Tran et al., 2013; Tran et al., 2014) における高次 2 因子モデルにおいて最も適合の良い結果となった。

補足資料 2 グローバルデザインワークショップ (GDWS) : Make Space

—マインドフルネスを用いた月経随伴症状低減プログラム開発ワークショップ—

目的と概要

Make Space は、月経随伴症状を低減する心理的介入プログラムを作成するワークショップ (以下、WS) である。実施者のこれまでの研究では、月経随伴症状に対するマインドフルネス (心理療法において近年着目されている概念であり、今この瞬間に価値判断なく注目を向ける、という意味を持つ) の有効可能性が示唆された。本 WS では、参加者は月経随伴症状およびマインドフルネスに関する知識を得たうえで、マインドフルネスをいかに現代女性の日常に取り入れ、月経に伴う困難の低減に有効であるか、について考える。最終的にはオリジナルの介入プログラムを作成することを目指す過程において、自身の生活を振り返り、今を丁寧に過ごすことの大切さと、それが自身のメンタルヘルスに与えるポジティブな影響について実感を持つ。

実施者の研究における本 WS の位置づけとしては、研究 5 における実践研究の介入として、WS の前半をマインドフルネス実践のプログラムとして使用する。後半は、研究の枠組みにとらわれず、参加者の自由な発想から予期せぬアイデアが出てくることを期待する。得られたアイデアは、マインドフルネスを現代女性の抱える月経随伴症状という問題に適用する際に考慮すべき知見としてまとめる。研究方法として WS を活用することに関しては、次項にて検討を行う。

なお、GCL コース生に対しては、本 WS への参加を WS B の単位として認める。この場合、コース生である参加者には、5 回目に WS の趣旨や実施までのプロセス等を実施者から開示した後、GDWS 実施に関する質疑応答、ディスカッションを行う。第 5 回までの全参加を以て、GDWS B の単位として認可する。

方法論としての WS

WS とは、「講義など一方的な知識伝達のスタイルではなく、参加者が自ら参加・体験して協働で何かを学びあったり創り出したりする学びと創造のスタイル」と定義される (中野, 2001)。WS という手法は現代の社会教育の方法や心理療法の方法に多大な影響を与えているが、その端緒は、1946 年にアメリカにおいてクルト・レヴィンが開催した体験的参加学習方法であるといわれている (坂口, 1994)。その後 2000 年代になり、情報化・国際

化が進むなかで生産工程の価値の焦点が「生産」そのものから「デザイン」へと移行するに伴い、WS が「学びと創造の技法」として注目されてきた。ここでいう「デザイン」とは、見た目の形状だけでなく、人間にとって意味を持つ人工物の構成のことであり、そこに新しい付加価値を生み出す方法として、WS が取り入れられるようになってきている(山内・森・安齋, 2013)。

WS の枠組みで扱う題材としての適性 中野(2001)は、日本で開催されている WS の全体像を「創造(能動的)ー学び(受容的)」と「社会(外向き)ー個人(内向き)」の2軸に基づき、1 アート系、2 まちづくり系、3 社会変革系、4 自然・環境系、5 教育・学習系、6 精神世界系、7 統合系、の7つに分類した。このうち7 統合系は、精神世界系と社会変革系の統合、つまり、個人の内的なところの問題を扱いながらも、同時に現実の目の前の社会の変革に関わることを統合している WS である。月経随伴症状は、女性が個人的に抱く心理的苦痛という内的な問題でありながら、一方で現代女性の社会的活動に密接に関連する。実施者の研究は、この2つの特徴に着目して月経随伴症状を扱うことを目的としており、7 統合系の WS の枠組みの中で扱う主題として適していると考えられる。

マインドフルネスに対する経験学習 能動的な経験から学習が生起されることを経験学習(Experiential Learning)という。WS は、この経験学習のひとつといえるだろう。Kolb(1984)は、経験学習に関する研究をまとめ、具体的経験、熟慮による観察、抽象的概念化、能動的実験、の4つの循環からなる経験学習サイクルを唱えた。Brooks-Harris, & Stock-Ward(1999)は、この経験学習サイクルをもとに WS の基本構造を6点にまとめており、さらに山内ら(2013)が、この基本構造を「導入→知る→創る→まとめ」という現実的な構造にまとめている。すなわち、「創る」活動の部分は「知る」活動で得られた知識を相対化し新しいことを「発見する」経験を行うことで、経験学習が達成されることになる。実施者の研究の目的は、月経随伴症状による心理的苦痛に対するマインドフルネスの作用メカニズムについて明らかにすることである。その検討にあたり、WS 内の「知る」活動として参加者がマインドフルネス実践を経験し、その経験を参加者自身の月経随伴症状に対する体験にどのように活かすか、すなわち、マインドフルネスの月経随伴症状への適用に対してどのようなことを「発見する」か、という点について検討を行うことは、本研究の目的に対して適切な方法であると考えられる。

創造的経験学習による新たな知見の創出 WS における「創造」と「学び」とのつながりについて、Engeström(1987 山住ら訳, 1999)は、「学習とコミュニケーションの階

型論」(Bateson, 1972 佐藤訳, 2000)に基づき、学習は高次になるにしたがって不可避免的に創造的側面を持つこと、さらに、高次の学習ととらえられる創造的活動が、葛藤状況を解決しようとする活動によって生まれることを指摘した。すなわち、「創造」と「学び」をつなぐものは葛藤であるといえる。また、創造そのものや創造性の育成を WS のねらいとするのであれば、ここで新しいアイデアや形を「創出する」経験が必要になる。新しいアイデアや形を「創り出す」ことによって学ぶ活動、すなわち「創ることによって学ぶ」活動のことを、山内ら(2013)は操作的に「創造的経験学習」と定義した。この創造的経験学習の特徴を用いて、WS における課題を「マインドフルネスの月経随伴症状への適用に関するアイデアの創出」とすることで、参加者が自らのマインドフルネス経験に基づき、その日常生活への適用について、既存の枠組みにとらわれない自由な発想から予期せぬアイデアを創出することが期待される。課題に対する成果物について考察することは、現代の日本人女性という文脈にマインドフルネス実践を適用する際の留意点を検討するにあたり、適切な方法であると考えられる。

本 WS の概要

目的と内容 本 WS の目的について、参加者には、マインドフルネスという瞑想を基調とした注意コントロールの技術を用いて、月経随伴症状という女性特有の困難を低減させるオリジナルのプログラムを考えることであると説明した。また、本 WS の内容について、参加者には、月経随伴症状についてより深く知ってもらい、マインドフルネス実践を 1 ヶ月間体験する中で、日頃から感じている月経に伴う心身の不調がどのように変化していくかを感じてもらおうこと、そのうえで、日常にマインドフルネス実践を取り入れていくためのアイデアを検討し、最終的に練り上げたアイデアをプログラムという形にする、という流れを説明した。

マインドフルネス・プログラム 本 WS、実施者が作成した週 1 回、計 4 回にわたるマインドフルネス・プログラムを実施した。なお、このプログラムは、本論文の研究 5 において実施されたプログラムと同一のものである。

日時および場所 本ワークショップは、2016 年 11 月 5, 12, 19, 26 日 12 月 3 日の 18 時より約 2 時間～2 時間 30 分、東京大学工学部 3 号館 GCL ラボにて開催された。

参加者 月経随伴症状に関する悩みを抱えている 20 代から 30 代の女性を対象とした。参加者の募集については、まず、GDWS の枠組みに則り GCL コース生に対して SNS による告知を行った。告知文を以下に示す。

GDWS ワークショップ SNS 告知文

【WS B】

Make Space
(マインドフルネスを用いた月経随伴症状低減プログラム開発 WS)

このワークショップでは、マインドフルネスという瞑想を基調とした注意コントロールのトレーニングを用いて、月経随伴症状という女性特有の困難を低減させるオリジナルのプログラムを作成します。※本ワークショップは、女性限定です。

内容は以下のとおりです。

- ① 事前に簡単なアンケートに回答していただきます (約 10 分)
- ② 週に 1 回、計 4 回のワークショップに参加していただきます。(1 回 2-3 時間)
ワークショップの中では、参加者のみなさん同士でディスカッションを行います。
- ③ ワークショップ終了後、アンケート (約 10 分) およびインタビュー (約 1 時間) に回答していただきます。

日時は、以下の通りに考えています。(変更の可能性あり)

- 初回： 2016 年 11 月 5 日 (土) 18 時 - 20 時
2 回目： 11 月 12 日 (土) 18 時 - 20 時
3 回目： 11 月 19 日 (土) 18 時 - 20 時
4 回目： 11 月 26 日 (土) 18 時 - 20 時 30 分

場所：工学部 3 号館 GCL ラボ

参加を希望される方は、以下の連絡先までご連絡ください。

教育学研究科臨床心理学コース博士 1 年 稲吉玲美 remi_trace_0918@yahoo.co.jp

さらに、知人への声かけによって参加者を募った。募集の結果、9 名 (20 代前半 4 名、20 代後半 2 名、30 代前半 3 名) が参加した。参加者の属性は、大学生 1 名、大学院生 7 名 (うち社会人経験のある者 3 名)、社会人 1 名であった。1 回目の後に、1 名が辞退した。4 回全てに参加した者の情報を、以下の表に示す。なお、参加者はいずれも婦人科系の器質的な疾患がないことを事前に確認した。

ワークショップ参加者情報

参加者	年齢	所属	GCL コース生	インストラクター との関係	マインドフルネスの 事前知識	症状を 感じる時期	月経状態	グループ
A	26	修士1年(看護学) 社会人経験あり	○	初対面	テレビでの紹介を 見たことがある	月経前	正常	A
B	30	博士1年(心理学) 社会人経験あり	○	大学院同期	授業で学び、知識 として知っている	月経前 月経中	正常	A
C	23	修士2年(心理学)		大学院後輩	授業で学び、自身で も体験したことがある	月経前 月経中	正常	A
D	27	社会人5年目 会社員		初対面	名前は聞いたことが ある	月経前	正常	B
E	24	修士1年(看護学)	○	初対面	ネット記事で読んだ ことがある	月経前	不順	B
F	23	修士1年(経済学)	○	初対面	名前は聞いたことが ある	月経前 月経中	正常	A
G	30代 前半	修士1年(心理学) 社会人経験あり	○	大学院後輩	授業で学び、自身で も体験したことがある	月経前	正常	B
H	35	博士2年(医学系)	○	初対面	(本質問に無回答)	なし	妊娠中	B

ワークショップの経緯

ワークショップの概要を以下の表に示し、それぞれの項目の内容と流れについて説明する。なお、表は本論文における表 3.8 と同一のものである。

ワークショップ概要(再掲)

	ねらい	活動	ホームワーク
1	・月経随伴症状という問題の 理解を深める ・マインドフルネスとは何かを 知る・体験する	・プログラムの趣旨確認／自己紹介 ・月経随伴症状ワーク ・マインドフルネスに関する講義 ・「レーズンエクササイズ」 ・「呼吸へのマインドフルネス」	・呼吸へのマインドフルネス (毎日15分) ・日常生活の中の動作を マインドフルに行う
2	・体を使ったマインドフルネスを 体験し、気づきを高める	・「マインドフル・ストレッチ」 ・宿題の感想シェア ・「ボディスキヤン」 ・「呼吸と体へのマインドフルネス」	・「ボディスキヤン」 or「呼吸と体へのマインドフルネス」 (交互に毎日15分) ・日常生活の中の動作を マインドフルに行う
3	・音と思考へのマインドフルネスを 体験し、思考に気づき、 良い関係性を築く ・マインドフルネス実践を日常で 継続していく方法を考える	・「3min Breathing Space」 ・宿題の感想シェア ・「音と思考へのマインドフルネス」 ・マインドフルネスを日常で 実践継続するためのアイデアづくり	・今まで体験してきたエクササイズ のうち、毎日1つ選んで15分行う ・日常生活の中の動作を マインドフルに行う
4	・マインドフルネス実践を日常で 継続していく方法を考える(続き)	・実践継続のためのアイデアづくり ・アイデアの発表会 ・感想アンケート回答	・なし
5	・ワークショップにおける自身の 活動の振り返り ・ワークショップの運営方法を知る (GCLコース生向け)	・企画・運営に関する説明 ・ワークショップ自体への評価検討 ・自身の取り組みへの評価検討	・なし

月経随伴症状の理解を深めるワーク 1 日目は、自己紹介の後、月経随伴症状に関する知識の共有を目的としたワークを実施した。2 つのグループに分かれ、月経随伴症状による困難について、一般的な知識および自身の体験に基づいてブレインストーミングを行い、KJ 法によってまとめるワークを行った。それぞれのグループがワークの結果を発表し合った後、PMS メモリー（川瀬ら，2000）の項目について全体で確認を行った。

マインドフルネス実践 高橋・稲吉・勝又（2017）の示す MBCT プログラムの段階的変化である「注意や意識の集中」，「曝露」，「対処」を反映させ、1 回目にレーズンエクササイズおよび呼吸へのマインドフルネス、2 回目にマインドフルネス・ストレッチ、ボディ・スキャン、呼吸と体へのマインドフルネス、3 回目に 3min breathing space、音と思考へのマインドフルネスを行った。また、ホームワークとして毎日フォーマルな練習およびインフォーマルな練習を参加者に課した。さらに、セッションの中には実践およびホームワークに関する問い（Inquiry）の時間を設けた。

グループワーク マインドフルネス実践がすべて終了した 3 回目の後半より、「マインドフルネスを私たちの生活に取り入れるためには」というテーマのもと、グループ A、グループ B の 2 グループに分かれて実践継続のためのアイデアづくりを行った。各グループで GCL コース生数、社会人経験者の数が均等になるように留意し、かつ大学院生の専門分野、年齢、大学院生の学年に偏りが生じないように配慮し、ワークショップ実施者がグルーピングを行った。表 3.7 に、グループの内訳を示す。グループワークにあたり、月経随伴症状の独自性①症状の多様性、②周期的に訪れる断続的な症状、③自然で健康な体の営みに随伴する症状（Lustyk et al., 2009）、マインドフルネス継続の難しさ、という 2 つのポイントを共有した。成果物のフォーマットとして参加者に「①ターゲット（どのような問題やシチュエーションを想定するか）、②時期、③場所、④活動、⑤目標」を示した。グループワークの時間は、第 3 回の後半 50 分、第 4 回的前半 100 分を設けた。第 3 回と第 4 回の間、必要に応じて情報収集や話し合いの時間を設けることを許可した。

アイデアの発表会 第 4 回の後半で、グループワークによる成果物の発表を行った。発表時間は 5 分間、形式は自由とした。各グループの発表後、質疑応答やディスカッションの時間を設けた。

WS の振り返り 第 5 回は、GCL コース生が今後、自身の研究テーマに基づいて WS を企画・運営する際の知見を得ることを目的に、本 WS の企画・運営プロセスを説明し、メタ・リフレクションを行った。

WS の成果

成果 A: マインドフルネス・スペース グループ A は、「マインドフルネス・スペースの提案—五感から月経随伴症状にアプローチする—」というプロジェクトに関して、パワーポイントを用いて発表を行った。発表資料は、補足資料の末尾に付記する（資料 2-1）。

このプロジェクトでは、主に職場でデスクワークを行う女性を対象に、職場の一角にスペースを設けることで、周囲を気にせず、気軽に、いつでもマインドフルネスを体験できる場を提供することを提案した。スペースにはマインドフルネスに詳しい専門家が常駐しており、一定時間置きにベルが鳴る。お茶やお菓子、ハンドクリームやアロマオイルなど、五感に訴えるアイテムを置き、自身の感覚に集中できる環境が整っている。こうした各自マインドフルネス実践が行える環境を利用することで、女性は自分の身体や心の状態を知ることができ、不調がある自分を受け入れることができるようになる。また、それによって仕事のパフォーマンス向上につながる行動変容につなげることができると予測される。また、この一連の取り組みにより、女性ならではのメンタルヘルス不調に対する、職場の理解・普及の一助となることをも目的としている。

成果 B: マインドフルネス実践用アプリケーション グループ B は、月経に伴う不調に悩むすべての女性を対象に、日々のマインドフルネス実践をサポートするポータルサイトまたはアプリケーションを提案した。発表の際に使用された模造紙を撮影したものを、補足資料の末尾に示す（資料 2-2）。

コンテンツには、マインドフルネス実践を解説する動画、マインドフルネス実践のモデルプランの提供、実践時間を通知する機能、自身の月経随伴症状の記録と管理、月経に関する制度や薬、病院などの情報提供、そして掲示板機能が想定された。モデルプランには、マインドフルネスに触れるためのプラン、しっかりと体系的に取り組むためのプランの 2 種類が考案されたが、いずれも 4 週間であり、月経周期とリンクして内容が展開していくように構成されている。すなわち、月経開始と同時にプランが始まり、次の月経までに全体を通して経験することとなっている。症状の記録と管理については、他のユーザーがどのような症状で悩んでいるかが統計的に表示されることで、自分の悩みが月経によるものと改めて認識されると同時に、同じ症状で悩んでいる人もいることが確認できる。このことにより、症状を客観的に捉え、うまく付き合っていく自己効力感を促進することが期待される。さらに、掲示板機能については、月経およびマインドフルネスの双方について、他者と気楽に相談、情報交換できることで、ひとりでは持続が難しいマインドフルネス実

践について、仲間と一緒に取り組んでいる感覚が得られ、継続が促されると考えられる。

成果に関する考察

グループ A, B の成果物をもとに、以下では、現代の日本人女性にマインドフルネス実践を導入するにあたり、留意すべき点について考察を行う。

環境の提供とインストラクターの存在 グループ A の成果物は、日常生活を送る場にマインドフルネス実践を行う空間を設ける、というものであった。また、その空間には、マインドフルネスに精通している専門家が常駐している。すなわち、WS 内のマインドフルネス実践の過程において、参加者には実践を行いやすい環境および実践を指導してくれるインストラクターの存在が重要であると捉えられたと考えられる。これは、研究 5 における参加者の〈マインドフルネスの主観的体験〉に影響を与える要素として、〈マインドフルネス体験〉内にて【一点に集中する練習】という普段と異なる時間をつくること、および【インストラクターによる教示】がマインドフルな状態となる支えとなることが挙げられていることと一致する。有識者による指導なく、独自にマインドフルネス実践を行うことは困難であることがうかがえる。また、MBPs における実践・問い (Inquiry) ・指導のすべてについては、Kindness と Compassion の精神とともに提供されるべきであるとされる (Segal et al., 2013)。高橋・稲吉・勝又 (2017) は、MBCT において参加者の Kindness および Compassion を向上させるためには、インストラクター自身の受容的な態度によって作られるマインドフルな環境と、そのなかで環境に対する気づきを広げる、あるいは深めることにより、単なる注意のコントロール以上の、自分がその場にいるという実感を一種の尊さや温かさを伴って抱くことができる、と述べている。マインドフルネス実践を日常生活に導入していくにあたり、有識者による教示およびマインドフルネスの体現に直接的に触れる体験と、現実場面における今この瞬間の体験に注意を向けられる「場」の存在が、マインドフルネス実践には重要な要素であると考えられる。

ICT を用いた他者との交流による体験のシェアとモチベーションの維持 研究 5 において、参加者の〈マインドフルネスの主観的体験〉に影響を与えるもうひとつの要素として挙げられたのは、【他者との体験のシェア】によって気づきを得たり、自身の体験を広げたりすることである。研究 5-2 では、グループ B の成果物であるアプリケーション・ツールの掲示板機能が、この要素と関連すると考えられる。MBPs のように場を共にしている他者との交流を日常の生活の中に確保することは困難であり、その点について ICT

を利用して補完できる可能性が示唆された。また、前節にも述べたとおり、日常生活においてひとりでマインドフルネス実践を継続することは困難であることが予想され、モチベーション維持のためにも、マインドフルネスに関して他者と気楽に相談、情報交換を行い、仲間と一緒に取り組んでいる感覚を得ることが重要であると考えられる。

MBPs の段階的変遷と月経周期による心身の変化の連動性 稲吉・勝又・馬場・本田・高橋 (2018) は、マインドフルネスを個人臨床に活用する際の留意点のひとつに、MBPs ではすでにプログラム化されているマインドフルネス実践の「枠組み」について、個人面接においてはセラピストがクライアントの状況を踏まえながらオーダーメイドで組み立てていく難しさと限界があり、クライアントのニーズに実践がフィットしなければ、継続して取り扱っていくことが困難となることを指摘している。グループ A のようにプログラムの枠組みから外れたオープンなスタイルの実践や、グループ B のようにアプリケーション内で個別に実践を積んでいくような場合にも同様に、月経随伴症状に悩む女性のニーズにフィットした実践を提供するための工夫を検討する必要があると考えられる。

グループ B の成果物であるアプリケーションの中のモデルプラン機能は、マインドフルネス実践の枠組みを提供し、これによって日常生活における実践が容易となることが予想される。このモデルプランの特徴は、マインドフルネス実践のモデルプランが月経周期と連動して展開していくように構成されている点である。これは、月経随伴症状の特徴である周期性と断続性から、症状によって心理的苦痛を体験しており、症状への対処に関するモチベーションが高まっている時期にマインドフルネス実践を開始し、次の症状が訪れる前にひと通り実践を体験するといったねらいがある。これによって、実践へのモチベーション維持に寄与するとともに、マインドフルネス実践を継続する中で自身の月経周期に伴う変化に意識的になることが可能となると考えられる。

WS によって得られた知見まとめ

最後に、月経周期を持つ現代の日本人女性という対象にマインドフルネスを適用する際に検討すべき文脈的な問題および留意点について、検討を行う。

本論文の第 1 部で述べたように、社会より仕事と出産・子育ての両立が要請される現代女性のライフスタイルは多様化しており、多忙な日常生活の中、断続的な月経随伴症状に対してケアを行うモチベーションの維持が困難であることが推察される。現状では、月経管理を簡便にするスマートフォン・アプリケーションが何種類も世に出回っており、その

利用者も増加傾向にある。こうした簡便で参照しやすいツールの利用は、自身の月経随伴症状の把握とケアを促す効果が期待できる（3. 1. 3「現代女性のライフスタイルに適した支援方法の検討」参照）。

マインドフルネスに関しても、欧米での「mindfulness movement（マインドフルネス運動）」と呼ばれるほどの大きな盛り上がりが昨今の日本にも届き（藤田，2016），マインドフルネス瞑想の実践をサポートするスマートフォン・アプリケーションがいくつもリリースされている。国外では，アプリケーションを用いたマインドフルネス実践に関する研究報告が，近年蓄積されてきている。症状や問題への効果については，スマートフォン・アプリケーションによるマインドフルネス実践が，利用者のストレス低減（Carissoli, Villani, & Riva, 2015 ; Ly, Asplund, & Andersson, 2014）や Well-being の向上（Howells, Ivtzan, & Eiroa-Orosa, 2014）に有効であることが示されている。アプリケーションの利用の仕方に関しては，Laurie & Blandford（2016）が，①マインドフルネス実践の時間と環境づくりを，利用者にどのように促すか，②利用者の成果への過度な期待と落胆をどのようにマネジメントするか，③利用者の自己効力感をどのように促進するか，④アプリケーションをより使いやすく役立つものに改良すること，の4つの課題を挙げている。

本WSでは，参加者とともに月経随伴症状へのマインドフルネスの効果的な適用方法について検討を行った。その結果，1) インストラクターによる指導および環境の提供の重要性，2) ICTを用いた他者との交流による体験のシェアとモチベーションの維持，3) MBPsの段階的変遷と月経周期による心身の変化の連動性，の3つの留意点にまとめられた。

このうち，2) 他者との交流による体験のシェアや情報交換による月経随伴症状に対するケアおよびマインドフルネス実践の双方のモチベーションの維持，3) MBPsの段階的変遷と月経周期による心身の変化の連動性に着目し，月経周期の管理とマインドフルネス実践を同時に実行すること，の2点に関しては，月経随伴症状，マインドフルネス実践双方の親和性をICTが結ぶ形で支える可能性が示唆された。今後，支援の実用化を目指すうえで，これらマインドフルネス実践と月経周期との親和性についてさらに知見を深め，双方を結ぶツールとしてのICTの活用について，具体的に検討することが重要である。


上記のように，月経随伴症状およびマインドフルネスの双方にICT，スマートフォン・アプリケーションの有効性が期待される一方で，1) インストラクターによる指導および環境の提供の重要性が見出された。すなわち，マインドフルな状態とは何かを体感的に理解するためには，有識者による直接的な指導が不可欠であるという指摘である。また，江川

ら (2016) の指摘にあるように、月経前症状の診断には、月経周期に伴う状態の変化や症状の発現について、患者－医師の直接的な共有が必要である。さらに、月経随伴症状に対するセルフモニタリングの効果については、女性が独自に自身の月経周期をモニタリングするのみでは、知識不足や誤った状態の解釈の可能性から限界があるといった指摘が先行研究によりなされていることから、記録をもとにした専門家からの教育・指導やサポートが必要であることが考えられる (第 2 章 2.2.1 参照)。また、研究 5 において示された<マインドフルネスの日常化>、すなわち、マインドフルネス実践を日常生活に取り入れることで、日常活動を普段と異なる方法で体験してみることで、中でも特に【日常にマインドフルネスを取り入れる楽しさ】を引き出すような工夫を行う必要があり、これについては、ICT を効果的に活用しながらも、バーチャルではなく現実場面において「今、ここ」にいる感覚を促す必要がある。これらは、Laurie & Blandford (2016) の指摘する、①マインドフルネス実践の時間と環境づくりを、利用者にどのように促すか、といった課題と重なる部分であり、現実場面での対面による支援と ICT の活用が、相乗効果をもたらすような支援体制のあり方について、検討していくことが今後の課題となると考えられる。

資料 2-1 ワークショップの成果 A 発表資料 (PPT スライド)

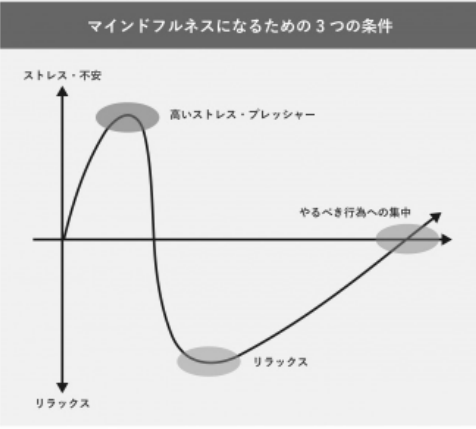
マインドフルネス・スペースの提案
-五感から月経随伴症状にアプローチする-

発表者



背景

マインドフルネスになるための3つの条件



- ▶企業におけるマインドフルネスの注目
- ▶パフォーマンスの向上

マインドフルネススペースの提案



- 休憩室・研究室の一角に設置
- <目的>
 - 1.周囲を気にせず・気軽に・いつでもマインドフルネスを体験できる場の提供
 - 2.女性ならではのメンタルヘルス不調に対する、職場への理解・普及の一助に
- 提供元
 - ・MHに精通する産業保健スタッフ、人事のMH関連スタッフ
 - ・大学一学内の産業保健スタッフ

対象者

- デスクワークをする人（OL, 大学院生）
- 生理前のメンタルの不調を抱える人へ
- オフィスや研究室にて

メリット

- ちょっとした時間を活用することができる
- ルーティンワークに組み込むことができる
（その場に行くとマインドフルネスのことを思い出す）
- 男性も含めたコミュニティのメンバーを巻き込み、マインドフルネスへの理解を広めることができる
- やる人/やらない人それぞれの選択を尊重することができる

マインドフルネス・スペースの目標

- 自分の身体や心の状態を知ることができる
- 生理前の不調がある自分の状態を受け入れることができる
- パフォーマンスの向上につながる行動変容に繋げることができる

スペースの概要



- ・ 専門家が待機している (MH, マインドフルネスに詳しい)
- ・ いつでも利用可能
- ・ ベル(15分に1回)
- ・ 所持品の持ち込みに注意(静かに)
- ・ 現段階では男性も利用可

マインドフルネススペースに置いてあるもの...

(1) 顔まる

「触覚」に意識を集中。
リラックス効果得られる。



マインドフルネススペースに置いてあるもの...

(2) お茶・お菓子

五感でじっくり味わう・香りを感じる・
感触を楽しむ・音を聞く...



(4) ハンドクリーム



(3) アロマオイル



月経随伴症状の対処法を啓発するようなニュースレター



基礎体温表など

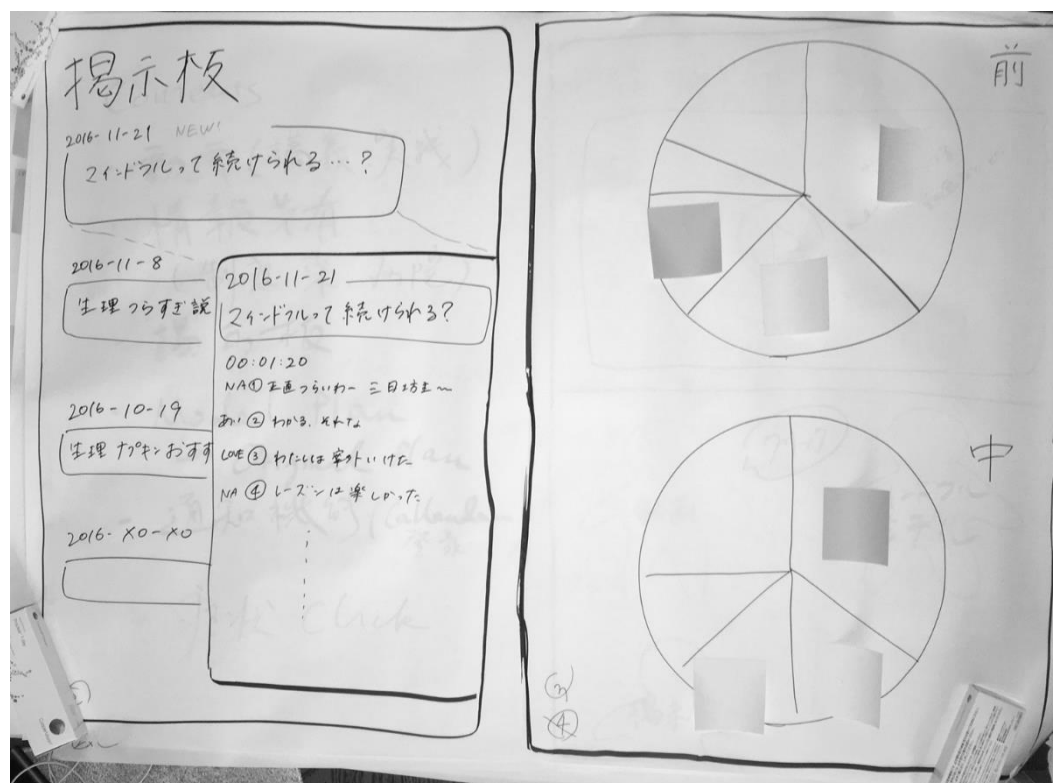
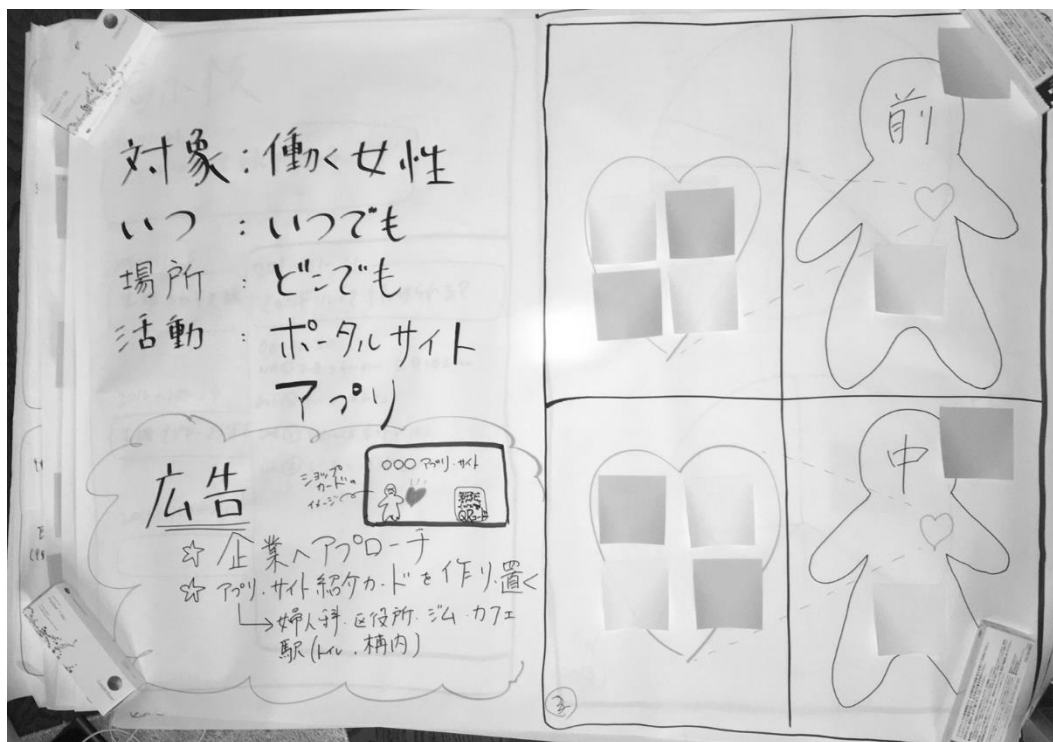
限界・改善点

- マインドフルネスを実践するのが困難な時がある
 - 繁忙なとき
 - 身体が辛いとき
- 継続するためにその場に足を運ぶ必要がある
- 全員を巻き込むため対人関係の影響を受ける可能性がある
- 周囲からの目

月経随伴症状への効用

- 自分の状態を知り受け入れることができる
 - ➔ 精神面での不調からくる月経に対するマイナスイメージの形成や、自己イメージへの負のスパイラルに陥ることを避けることができる。
- パフォーマンスの向上につながる行動変容
 - ➔ 辛い精神状態を自身でコントロールすることができる。
 - 自己コントロール感が増し、女性としての自分への肯定感にも繋がる。

資料 2-2 ワークショップの成果 B 発表資料 (模造紙)



Contents

- 動画 (講義 実践)
- 情報共有 (制度 榮 病院)
- 掲示板
- Model Plan
↳ Original Plan
- 通知機能 (calendar) 登録
- 状況 Click

月経 フォーラム

Week 1

Week 2

Week 3

Week 4

7/17

動画

掲示板

情報共有

モデル

サイトには
必ずある
動画 etc.

♥ がっつり フォーラム

Week 1: マインドフルネスを知ろう

- ・ マインドフルネスを知ろう (講義)
- ・ 自分の感覚・気持ちの足場エクササイズ
- ・ 3分間呼吸法

Week 2: どの感じか・何がわかるか

- ・ positive ノートを書く
- ・ 音と呼吸のエクササイズ
- ・ 身体変化と月経関連症候群を知ろう (講義)
- ・ 自分の感覚に気付く (レース・ニ・エクササイズ)

Week 3: 生活の中でその時間の自分とつながる

- ・ 3分間呼吸法
- ・ 生活の中のマインドフルネスを見つける
- ・ マインドフルネスリッチ・マインドフルネス・キング

Week 4: 自分を大切にできる

- ・ Negative ノートを書く
- ・ 3分間呼吸法
- ・ マインドフルネス

かんたんフォーラム

Week 1

Week 2

Week 3

Week 4

♥ かんたんフォーラムは
5~15分が
続けやすい内容、

♥ がっつりフォーラムは
15~30分が
フォーラムはマインドフルネス
わかりやすく紹介、
実践のもらえり内容

謝辞

本論文をまとめるにあたり、大変多くの人にお世話になりました。殊に、学士課程の頃から指導教員としてお世話になりました高橋美保先生には、未熟な筆者に研究のイロハからご指導くださり、本論文の構成および研究デザインの検討、調査の実施、論文の執筆、投稿といった、すべての過程で支えていただきました。何より、研究の奥深さと面白さを、そのお姿をもって教えてくださいました。心より御礼申し上げます。

博士論文の指導に際しまして、臨床心理学コースの能智正博先生には、質的分析について丁寧なコメントをいただきました。滝沢龍先生には、全体の方向性に関するアドバイスから統計的解析に関する細やかな部分まで、幅広くご指導いただきました。同コース客員教授の中嶋義文先生には、医師の視点から貴重なコメントやご指導を賜りました。

また、情報学環・学際情報学府の苗村健先生をはじめとする GCL の先生方には、現代における心理学的知見と先端技術を融合した研究知見の重要性と、研究によって社会全体に貢献する姿勢を学ばせていただきました。殊に、苗村先生には、GCL コース生として取り組んだ活動を博論研究に活かすにあたり、貴重なご指導をいただきました。

先生方には大変お忙しい中、貴重なコメントやご指導を賜りまして、本当に勉強になりました。記して感謝申し上げます。

本論文における各研究の知見をまとめるに際し、GCLのカリキュラムの一環である海外インターンシップ・プログラムにおいて短期滞在した Centre for Mindfulness Research and Practice in Bangor University の Dr. Rebecca Crane をはじめとする先生方よりご教授いただいた技法を活用いたしました。殊に Dr. Crane には、研究指導のみならず、滞在中の生活面でも大変お世話になりました。ここに、感謝の意を表します。

投稿論文の作成において、また博士論文の執筆過程において、高橋ゼミの皆様には多大なご支援とご協力をいただきました。ゼミ生の勝又結菜さん、中山奈緒子さんには、度々助けていただきました。また、お二人を含め臨床心理学コース同期の皆様が、いつも心の支えとなってくださいました。本当にありがとうございました。

調査に際しましては、非常に多くの女性のご協力をいただきました。プライバシーの問題もありますので、名前の公表は控えさせていただきますが、皆様のご協力なくては本研究はなしえませんでした。深謝申し上げます。他にも、ここには書ききれないほど多くの方々にお世話になりました。誠にありがとうございました。

本研究が女性一人ひとりの精神的健康や QOL の向上に寄与し、女性が女性であることを不利益に感じることなく、自己実現していくことに何がしか貢献できるのであれば幸いです。また、筆者も臨床領域において、本論文で得られた知見をささやかながらでも社会に還元していくことができれば嬉しいと思っています。

平成 31 年 3 月

稲吉 玲美