

〈研究ノート〉

心身症に見られる悪循環過程への心理治療的介入

曾 我 昌 祺*

Psychological treatments to vicious circle processes in psychosomatic disease

Masayoshi Soga

要旨：たいいていの慢性症状の背後に悪循環過程が窺われ、それが問題解決を遷延化させている。本研究では、主として心身症にみられる悪循環過程が概観され、その悪循環を解消するための介入ポイントについての解説が試みられた。

今回取り上げた心身症は以下の通りである。過換気（過呼吸）症、遷延型頸肩腕症候群、腰痛、痙性斜頸症、筋緊張性頭痛、眼瞼下垂、吃音、書癡症、パーキンソン氏病の歩行障害、気管支喘息、胃腸系の潰瘍、過食症、神経性食思不振症、過敏性腸症候群、頻尿症、子どもの心身症。

Abstract : In most cases, a vicious circle process is found in psychosomatic disease. In this study, surveyed about the vicious circle process that makes psychosomatic disorder procrastination some of intervention point to break off the vicious circle were tried. Psychosomatic disorder taken up here is as follows.

Overventilation, procrastination type neck shoulder arm syndrome, a lumbago, a spasticity stiff neck symptom, a muscle tonus-related headache, an eyelid bottom appendix, stammering, scrivener's palsy symptom, a walk disorder of Parkinson disease, bronchial asthma, an ulcer of gastrointestinal system, bulimia, anorexia nervosa, a hypersensitive colon syndrome, sychnuria, psychosomatic disorder of child.

Key words : 悪循環過程 vicious circle process 心身症 psychosomatic diseases 心理療法的介入 psychological treatment intervention

I はじめに

1. 問題解決と認知枠

心理療法の多くは、解決できにくい心理的な悩みや精神症状に対して、その解消や軽減を図るためのサポートの試みであり、そのサポートをきっかけに、心の安定や適応的行動の展開が可能になることが望まれている。われわれの日常生活は問題解決の連続であるが、その解決策

が行き詰まり、思うような結果が得られなくなった時に悩みや葛藤が生じることになる。図1は何らかの要因で目標に到達できにくい欲求阻止状態で発生する葛藤状況を模式的に示したものであるが、この葛藤状況では焦燥や怒りなどのさまざまな情動が喚起され、その多くは解決行動をさらに動機づけ、さまざまな対処行動を触発し、試行錯誤やモデリング(Bandura & Walters, 1963)等を経て有効な対処の発見(認知

*関西福祉科学大学社会福祉学部 教授

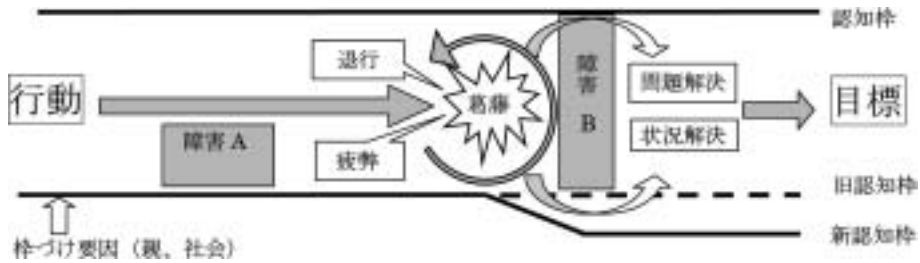


図 1 問題解決過程での葛藤状況と認知枠

の転換：Sharoff, 2002) によってこの葛藤状況が解消され、再び安定的な習慣的的日常行動が展開されることになる。しかし、無効な対処へのこだわりや変容しにくい硬直した認知枠はこの葛藤状況を持続させ、心身を疲弊させ、自己効力感や問題解決能力 (Zurilla & Nezu, 1999) の減退をもたらし、発達の退行などのサポート希求行動を経て、保護者やカウンセラーなどの外部サポートを得ることによって葛藤解消が展開されることにもなる。

大抵は、この種の葛藤状況に伴う情動状態が引き金となって、結果予期や自己効力感 (Bandura, 1997) との絡みの中で、過剰な心身の消耗を回避する方向で、必要な援助を周囲から求めながら、目標設定の見直しや実現可能な対処戦略へと認知の切り替えがなされることによって課題解決や葛藤回避が実現されていくことになる (Folkman & Lazarus, 1988)。その意味ではソーシャルサポートを受け入れていく柔軟な認知枠と豊かな対処方略 (Sharoff, 2002) はスムーズな問題解決と適応的行動を保障していくことになる。

しかし、対処方略が少なく、適切な対処方略を選択できない偏狭な認知の枠組みへの執着や認知の変容を許さない周囲の圧力などの枠づけ要因 (図 1 参照) が強いと、葛藤解決を求める情動の悲鳴に対しては“情けない、弱虫”などと本人自身や周囲から無視や否定がなされ、解決不能状態へと追い込まれていくことになる。認知の変容を受け入れにくい状況での解決への試みは多かれ少なかれ挫折と自己不全感をもた

らし、自己嫌悪や無力感に苛まされることになり、欲求不満とストレス状態で発生する様々な心身症状の増大は解決行動の継続を困難にし、やがて解決努力の放棄や課題場面からの逃避・回避行動につながる症状対応行動が選択されることになる (曾我, 2003)。

つまり、不眠や食欲低下、腹痛などの体調不良が強まるとその関心は症状推移に移行し、その苦痛を軽減するための対処行動として、消耗的な課題解決の試みは中断され、症状軽減のための対症療法的対処が優勢化していく。特に、問題解決に伴う挫折や消耗が強ければ強いほど、葛藤解決場面は回避され、心身症状の回復に手間取ることになり、この症状対処への執着がやがて問題となっていた課題解決を放棄させ、目標の再構成や対処方略の見直しを推し進めることになるかもしれない。

2. 症状対処に見られる悪循環過程

このような症状の出現は、生体防衛システムの機能であり、消耗と症状悪化をもたらす非有機的対処を中断させ、葛藤状況を回避し、心身の機能回復のための休息や回復行動を喚起していく機能をもっている。つまり、症状の増悪をもたらす葛藤状況から、症状を軽減する対処への転換を促す機能であり、当面の課題解決放棄が合目的化され、解決できない問題解決に執着し続ける当人の関心を一時的に問題から離脱させ、一息つくことによって、事態の再構成やサポート希求を含む認知の転換、或いは問題解決策の再検討などを進める機会を提供することに

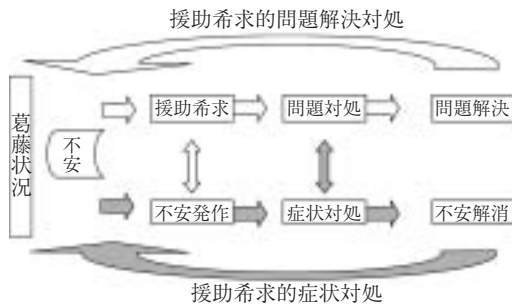


図2 症状対処に見られる悪循環過程

なる。

持続する葛藤状況と症状は多かれ少なかれさまざまな水準の支援希求行動を喚起する可能性がある。解決をすべて周囲の援助者に委託してしまう高水準の直接的援助希求から、睡眠薬や胃腸薬を求めるなどの自己処理的な低水準の間接的な援助希求行動などが含まれ、症状とその対処過程で、偏狭な自己処理的な認知枠が拡大し、変化やサポートを受け入れ、さらにはモデリング等によって適切な対処法を習得し、選択することができるようになる可能性が含まれている。

しかし、図2の不安→症状対処の流れとそのフィードバックに示すように、症状対処の選択の仕方によっては悪循環的対処が持続することになり、この悪循環から容易に抜け出せない状態に陥ってしまう可能性がある。ひとつの例として過換気症を取り上げてみよう。

3. 過換気症（過呼吸発作）にみられる悪循環

過換気症（過呼吸発作）とか不安発作の背後には、何らかの心配事つまり容易に解決できにくい葛藤（どうしよう状態）など、心因を基礎とする大脳の過覚醒状態があり、不眠や睡眠不足状態や心身の不十分な休息状態からくる疲労状態がある。たいていの睡眠不足状態は眠気や睡眠傾向など休息方向の反応を生み出し、むしろそれに逆らい難い状況に陥るのが通常であるが、心因や眠りへの焦燥などが大脳の覚醒レベル上昇を招き、不眠のままに翌朝の日常活動が

開始されることになる。

未解決の葛藤状態を内包する大脳の過覚醒状態は、心配事に絡む刺激事象をきっかけに、心理生理的過緊張を経て、全身の酸欠や代謝状態を補う心肺機能の亢進など生理的平衡状態回復の自律神経活動として、心拍、呼吸機能の亢進や末梢血管の収縮などを誘発し、その心身の変化への驚きや不安などの反応がさらに症状の亢進（パニック状態）を引き起こしていく。その際、重要な役割を果たすのが周囲の反応や周囲への気遣いで、それがさらに混乱を含む「どうしよう状態」と過剰興奮を引き起こし、鎮静の機会を減少させることになる。

過呼吸や心悸亢進の強烈な体験はそのトリガー（触発要因）となった出来事や発作状況への情動条件づけと、「もし～なったら」との予期不安を生み出し、「どうしよう状態」に自立的に対処できなかった孤独で困難な状況から、周囲への依存的対処によって心理的負担が一時的に軽減する体験を経ることで（オペラント強化）、再発への準備状態が形成されることになる。具体的には、何らかの葛藤問題を抱えて、パニック発作に陥り、救急車で病院に運び込まれたが、なかなか治まらずに特定のA医師の処方によってやっと治まったとすると、葛藤問題→発作→救急車→A医師→安堵との図式が成立し、このパニック発作再発の悩みは、以前と同様に安堵につながるかどうかなどの症状対処が新しい課題となる。

それは解決不能状態に陥っていた心因や葛藤から目をそむけ、症状の増減と対処が日常的課題となり、問題解決的行動は症状増悪につながるから棚上げ状態のままという問題場面からの逃避・回避という悪循環過程が日常化し、症状につきまといわれ、悩みが持続することになる。たいていの長引く心身症や神経症はこの状態に陥っているといえよう。この症状への捉われと解決先延ばしは、自他からの解決圧力による消耗を減らし、猶予の中で再挑戦の機会と可能性を保留し、或いは、周囲への援助期待など

の積極的な意味を持つ場合もあるが、症状の慢性化と共に、その関心は、解決問題から症状対処行動へと移行し、放置する未解決課題は更に重篤なサインや機能障害を喚起することになる可能性を内包することになる。

4. 慢性肩凝りに見られる悪循環

その例として、最も高頻度の心身症例として慢性の肩凝りと針治療を取り上げてみよう。感染症や身体起因性の疾患を除いて、慢性の肩凝りは、血流を介する代謝機能以上に、僧帽筋などの肩筋の緊張が持続し、筋肉組織に老廃物が蓄積され、血行悪化、代謝機能低下をもたらし、酸素欠乏状態に伴う発痛物質ブラジキニン等により、痛みや重みを感じる状態になっている。その痛みは心身の不均衡状態を示す警告信号で、その痛みは首や肩を廻すなどの対処反応を誘発し、その悪化は改善方向の対処行動を動機づけていく (図 3 参照)。

基本的には、筋緊張と弛緩が程よく交互に繰り返され、疲労と回復の代謝機能が維持されることが望ましいのであるが、十分な筋弛緩を許さない日常の緊張状態や課題状況が続き、睡眠等による回復の機会が十分でないと、疲労状態は慢性化し、さらなる悪化に伴う機能障害の可能性を含む生活状況への警鐘が鳴らし続けられる。人によってはこの警鐘を認知できなかったり、筋弛緩が却って違和感や気持ち悪さとして受け止められるほど緊張状態が日常化している場合も見受けられる。たいていは頸肩部をまわ

してみたり、貼り薬をはり、時にマッサージや針治療などの血行促進の対処によって一時的な症状軽減策がとられることが多く、緊張状態の解消や肩筋のリラクセーションの日常化が図られることは少ない。

しかし、この緊張緩和と疲労回復の機会が日常化されないと、状態の反復的悪化は避けられず、マッサージや針治療が定期化されるなど悪循環の対処が固定化されることになり、さらに重篤な機能障害をひき起こす可能性を残すことになる。つまり、慢性の疲労状態は、ホルモン、免疫系の機能低下を経て重大な身体疾患につながる可能性があることは周知のことであろう。短時間の午睡が、メラトニンなどのホルモンや免疫系を介して活性酸素を除去し、さらには悪性腫瘍発生率を低下させるなどの巷説につながっていくかもしれない。

いずれにせよ、症状は対処行動を動機づけ、事態の改善を推し進める重要な機能を持っているが、対処には悪循環的な症状対処が潜んでおり、的確な対処と思いついてそれなりに努力しても一進一退を繰り返すような状況の中で、症状が遷延化し、なかなか悩みから解放されない臨床例は多い。多くの心身症や神経症にはこのような悪循環の対処が見られており、その悪循環から離脱し、心理生理的機能の回復を図っていくための手立てを見出すことは、問題症状の遷延化を防ぎ、良好な適応行動への復帰を促進していくことになるであろう。

II 心身症に見られる悪循環の諸相

以下、さまざまな臨床症状を取り上げ、そこに潜む悪循環過程の分析を試み、治療的介入のポイントと方向についての試論を呈示して見たい。尚、呈示する治療的介入は私見ではあるが、いずれも良好な効果につながった介入策を提示している。

前述の過呼吸発作もこの肩腕部の過緊張による悪循環が見られている。つまり、頸肩腕部と胸部筋の過緊張のためにうまく排気ができず、

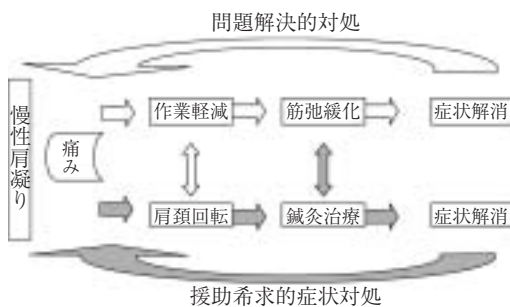


図 3 肩凝り対処に見られる悪循環過程

吸気が肺に滞留したままに、吸気を促迫的に重ねていく過程で、血液中の酸素過剰による電解質バランスのくずれから、テタニー（筋硬直）と共に死の不安などの強烈な情動体験が発生し、更に二次性の悪循環へと発展していく。その詳細は後述するが、過呼吸の初発時にうまく排気・脱力が実現できるとビニール袋などは万が一に携帯していても使う必要はなくなる。過呼吸時に援助する方法はビニール袋呼吸とか頸動脈の圧迫とかいろいろとあるが、排気時に「もっと吐いて、吐いて、吐いてーそぉー」と2・3回声をかけることで沈静化する。しかし、すでに強烈なテタニーと死の不安を体験していたり、発作の背後に複雑な心因が絡んでいると、このような発作対応策のみではうまく対処できないが、初期対応としては有効な対処法である。

1. 遷延型頸肩腕症候群

長期間の手指や肩腕の酷使に伴って発生する筋組織の炎症を機に発症する頸肩腕症候群は遷延化し、時には休職状態が2～3年に及ぶ場合もある。慢性化するケースの背後に対人葛藤などの職場の人間関係不良などが窺え、職場回避傾向が定着しているとみなされるケースも散見されるが、慢性ケースの多くにみられる悪循環行動として患部マッサージの習慣化があげられる。筋肉の凝りを感じた場合、揉む・摩るなどの反射に近い対処行動が誘発され、その結果、血流改善等が進み、患部の違和感が解消されるのは自然の理として広く認識されているところ

である。しかし、強い炎症時には刺激によって喚起される痛みによって、痛みをひき起こすような、揉む・摩るなどの行動は選択されない可能性が高い。

しかし、大抵の炎症反応は3週間もすれば沈静化し、痛みも和らぎ始めるが、その治りはじめに持続している患部の違和感に対して、揉む・摩るなどの自己刺激が加えられていくと、その違和感はむしろ維持されることになり、その違和感と自己刺激との悪循環過程が形成されていく。つまり、違和感を解消しようとする反復的な自己刺激が違和感を強め、維持させるようになる。問題のない身体部位に対してでも繰り返し自己刺激を与え続けるとその部分に刺激由来の違和感が持続するようになる。そこに、なかなか治らない焦燥や不安が強くなれば、この自己刺激による悪循環過程が強化、維持されることになる。その背後には、不安に伴う患部への注意の集中と知覚閾値の低下による感覚鋭敏化が作用している。

したがって、その治療的介入は、患部への自己刺激の程度や症状に絡む職場や家庭の人間関係についての一次及び二次的葛藤の有無などについての的確なアセスメントに基づき、その心因の整理とともに、自己刺激や不安が知覚閾値に影響を与えていることについての心理教育と、患部への自己刺激の停止を要請することが必要となる。つまり、「肩や腕を揉むことによってよくなりますか」と問いかけ、「あまり変わらない」との返答を受けて、「揉むのは逆効果で、患部を刺激すればするほど違和感や変

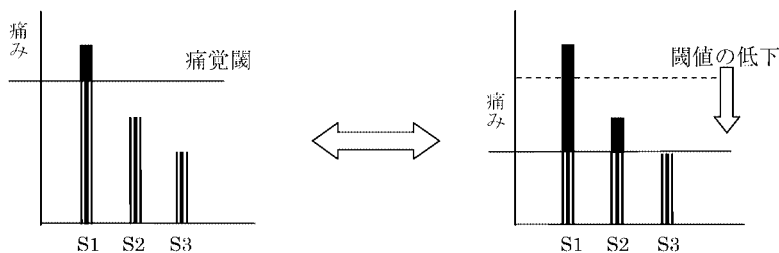


図4 注意集中や不安による痛覚閾値の変化と痛み

調を引き起こし、それが悪循環になる可能性が高いのであまり刺激しないほうがよい」と、刺激によって痛みの閾値が変化するなどの説明を加えながら話し合うのである。

図4は、同じ程度の刺激でも注意の集中や不安の程度によって痛覚閾値が変化し、それによって、痛みが増減することを示している。慢性疼痛など痛みの問題につきまとう現象で、痛みへの注意集中がさらに痛みを増大させるという悪循環過程で、そこからの離脱は容易ではない。次に、この痛覚閾値に関連する症例として、「慢性腰痛症」に見られた悪循環を取り上げてみる。

2. 腰痛(腰痛で長期休職中のA係長)

事例 1

腰痛治療が長引き、すでに2年ほど休職を続けるA係長は、病院通院を続けながらもなかなか痛みがなくならないために家で横になる生活を繰り返していたが、退職の危機が迫っていた。過去何度か入社して仕事を始めるが、やはり痛みが強まるために再び会社を休み、自宅療養するというパターンを繰り返し、本人も退職もやむなしと覚悟を決めにかかっていた。それというのも、時折入社するも職場ではAさんの出社が当てにならない所から他の人が仕事をカバーしてしまっているために、ほとんど仕事が無い状態が続くことになり、そんないたたまれない気持ちと腰痛とが重なり、早退、病休を繰り返し、かつての仕事人は見る影も無くなっていたのである。

痛みは座位時には比較的ましで、立ち振る舞いがダメとのことであった。そこで、「痛みは帰宅することで、ましになりますか」の質問にあまり変わらないとのことであったので、「座り姿勢が比較的ましなのであれば、このまま失職するよりも、毎日出社してデスクワークを続けてみられたらいかがですか。仕事が無くて、じっとしていると神経は痛み集中するため増悪しますが、そこで帰宅してしまいますとますます

す仕事はなくなり、いたたまれない気持ちが痛みへの感受性を高め、退社によってほっとするという悪循環の結果、職を失ってしまうのはもったいない。デスクに座り続けていると以前のように仕事はどんどん回ってきますよ、痛みが強くなったらちょっと一服して……」との助言に納得したAさんは入社し続けるなかで、痛みは座位から立位に移る時に感じる程度までに減少し、やがて消失し、予防にとジョギングにまで手を伸ばすようになった。この痛みさえなければとの思いや不安が痛みの感受性を高めていた可能性があり、仕事への復帰によってその感覚が緩和された可能性がある。

この症例は痛みの回避行動がもたらす悪循環からの立ち直りであったが、この種の痛みの回避から形成される疾病として、側湾、腰曲がりや円背、痙性斜頸などがある。いずれも悪循環が難治性の不可逆的な変性につながる可能性がある。腰曲りは昔の女性高齢者に見られ、平座位の習慣化から、背中を伸ばすと痛みが走るため、痛みの起こらない屈曲姿勢が固定化し、脊椎の変性にいたったものである。次に、この頸肩部の凝りなどがさらに重篤になり、全身の平行バランスの歪みにまで発展した症例として、痙性斜頸症に見られる悪循環を見てみよう。

3. 痛みの回避行動が固定化した痙性斜頸症

痙性斜頸は頸部が一方向に傾き、直立状態への復元が困難なままに日常生活が展開される疾病で、その背後には、心因のみならず、脚部の長さや肋骨の下端位置の大きな左右差があるとか、側湾傾向や仕事上特異な姿勢を続けたなどの身体バランスの歪みが重なっている場合がみられる(曾我、1989)。つまり、習慣化した姿勢を矯正して左右のバランスを戻そうとすると違和感や痛みが発生するためにその痛みの無い歪んだ姿勢が維持されることになる。たとえば、店が狭く長時間右向き姿勢で客を待たざるを得ない店主は右向き姿勢が習慣化してしまい、そのゆがみを正位置に復元する試みは痛み

が伴ってくるので、痛みを回避するいつもの姿勢を続けているうちに、頸部筋の左右不均衡使用が加わり、それが復元困難な斜頸として症状形成されたのである。つまり、顔面を右に向ける筋群の働きは、拮抗筋が弛緩することによってスムーズに遂行されるが、筋萎縮や拮抗筋が弛緩しない状態では両側性の過剰な筋緊張状態に伴って痛みが誘発され、その痛みを防衛するためにさらに頸肩筋の緊張が強められるという悪循環が生じ、容易に離脱できなくなっているのである。

したがって、治療者が、全身に及ぶバランスの崩れを補正しながら、拮抗筋を十分に弛緩させた状態で、上体や頭部を支えながら反復的に運動を積み上げ、劣化していた筋群を強化しながら正位置でのバランスを維持していくことができるようにサポートすることで、頸部の正立と自由な動きを取り戻すことが可能になる。介入のポイントはとかく誘発されやすい痛みに対する防衛的な筋緊張による悪循環の解消であり、十分なりラクセーションとコントロールしにくい頭部を安定的に支える援助によって痛みが軽減することを体験することであり、それを頸部筋の左右不均衡使用を解消していく訓練につないでゆくのである。

4. 筋緊張性頭痛

頸肩部の過緊張を背景にした「筋緊張性頭痛」に見られる悪循環は、頸肩部から顔面、頭部にかけての慢性化した肩凝りや緊張状態がベースにあり、頭痛が生み出すしかめ顔や肩すくめに伴う筋緊張が更に頭痛を誘発し易い準備状態を形成している。したがって、僧帽筋の筋電バイオフィードバック法や「Jacobson の筋弛緩法」、或いは「自律訓練法」などによる安定的なりラクセーションの習得が頭痛準備状態を改善することにつながる。

事例. 2

Bさんは慢性の頭痛で、鎮痛剤を常用していたが、一度に7~8錠の鎮痛薬を服用しても痛



図5 頭部筋・僧帽筋の慢性緊張

みが治まらなくなり、医師の勧めで自律訓練法も習得した。しかし、効果が不十分なことから日常生活を点検したところ、仕事で毎日パソコンに向かっていているとのことで、その姿勢を再現すると椅子チョン掛け、上体前傾、アゴ上げ姿勢で肘を浮かしてキイを撃っており、僧帽筋の過剰緊張状態が確認された(図5参照)。

そこで、椅子の高さを調節し、背もたれアゴ引き姿勢でパソコンを見下ろす、肘下げ姿勢への変更を助言し、日常での筋弛緩法の実施を求めたところ、頑固な頭痛が消失していき、鎮痛剤からも開放された。つまり、慢性肩凝り状態の原因解消が効を奏したのである。

5. 眼瞼下垂

痙性斜頸にも見られているが、うまくやれない時に何とかしようとして周辺筋群を動員しながら、解決していこうとして、伸筋と屈筋の両側性の筋緊張を引き起こし、コントロール不能の機能障害に陥る症例がある。眼瞼下垂や吃音、書痙症やパーキンソン氏病の歩行障害等に見られている。

脳機能などの器質的疾患に基づく場合を除いて、瞼が開きにくい眼瞼下垂という疾患がある。瞼を開けようとすればするほど瞼が閉まり、容易に開眼できない状態で、まぶしい時に目をすぼめて物を見る状態と同じように、閉眼しながら開眼するという状態が高じている。背後には何らかの心因が関与している可能性があるが、筋群の悪循環的使用が状態悪化に関与している可能性がある。つまり、眼輪筋はもちろん頬筋や口筋、咬合筋など顔面全体に及ぶ周辺

筋群を動員して眼瞼をこじ開けようとして拮抗筋群を収縮させるといった悪循環を生み出している。

この悪循環を遮断する方法は、開眼を 2 段階でコントロールし、第 1 段階で周辺筋群を拮抗方向に使用しておいて、第 2 段階で開眼する方法である。つまり、まず、口を開けたり、眉を上げておいてから、目を開ける方法で、うまくいくようになると眉挙げ開眼をほぼ同時に実施することができるようになる。このように、うまくいかない筋群を他の周辺筋群によってカバーする習慣が身につく、特に拮抗筋の緊張を誘発するとそのコントロールは悪化し、更に周辺筋群を動員して悪循環を強化することになる。同様の悪循環は吃音にも見られる。

6. 吃音

吃音にはさまざまなレベルでの悪循環が関与している。吃音を誘発する構音は「ば」、「た」「か」などのように、唇、舌、或いは咽喉部で、いったん排気を遮断してから発生する音声はほとんどで、遮断筋群の解除がスムーズでなく、周辺筋群を動員してから解除するという習慣がついており、それが遮断筋群の緊張を強化するという悪循環を形成している。その周辺筋群は口腔に留まらず、頸部から上体、腕、足にまで及ぶ。

したがって、その悪循環を遮断するためには、筋緊張を誘発しやすい特有の姿勢、たとえば前屈・アゴ上げ・握りこぶしなどの一連の姿勢を、背もたれ・アゴ引きなどの姿勢に、その筋肉のモダリティを変容させておいて、吃音音声の無声音発声、無声音→有声音反復発声などの練習によって、過緊張発声を修正していく。さらに、排気遮断と周辺筋群の過緊張に伴う肺内部の空気圧亢進も遮断筋解除を妨害していることから、十分に排気し内圧を下げてから発声練習を行うと吃音になりにくい。人によってはこの排気後発声のみで吃音が減少する場合もある。この無声音排気後発声の要領がつかめると

短期間に吃音コントロールが可能になる（曾我、1991）。

7. 書痙症

吃音と同様にうまくやれないのを周辺筋群の過緊張によって補う内に機能不全に陥る症例のひとつに、文字が思うように書けない書痙症がある。今はパソコンが普及し日常的な書字困難は解消されているが、人前で書字に苦勞する人はいる。この書痙の悪循環は文字の書きにくさや震えを補うために、筆記具の把持のみならず、頸肩腕部全体に力を入れて書字している点にある。

つまり日常的には力を入れて書くと書字が安定するが、人前等ではさらに心理的圧力が加わり、書字に必要な筋群はもちろんそれ以外の筋群も緊張が強まり、震えが止まらなくなったり、指が硬直して思うように運筆できなくなってしまう、場面回避行動が定着化し、それが更に書字場面での緊張を悪循環的に高めていく。

書字に必要な運指筋は前腕部にあるが、過緊張状態では、屈筋と伸筋の両側性の緊張が生じて、筋群の柔軟性が失われ、さらに、肘や腕を挙上するための上腕部や肩三角筋にまで高い緊張が生じており、その力を抜くと文字が書けなくなり、この悪循環から離脱できなくなっており、単にリラクセーションの習得のみではうま

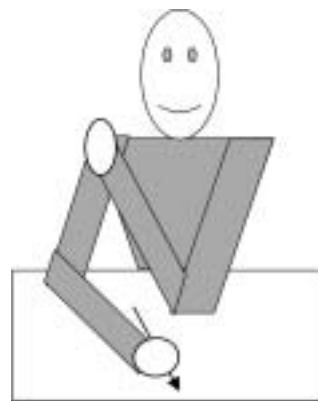


図 6 三角筋モニターによる書字練習

くいかないことが多い。

治療的介入のポイントは、運指に不必要な上腕部のリラクゼーションを進めることであり、そのためには肘部の挙上を防止するために肘部を机の上に置く姿勢が重要で、その上で、図6のように左手で肩三角筋の脱力状態をモニタリングしながらその脱力を実現し、さらに手首を挙げて空中での運指練習に導く方法である（曾我、1985）。この空中運指は腕肘を挙上させる頸肩腕部の緊張を弛緩させ易く、この運指がスムーズにできるようになると手首を下げて紙面上での運指へと進めていく。うまくいくと3日ぐらいでスムーズな書字が可能になる。このポイントは、肘をつけ手首を上げる空中運指であり、肘を挙上させる肩三角筋を弛緩させても運指が可能であることを体験することである。

8. パーキンソン氏病の歩行障害

このように、筋群をうまくコントロールできない場合は、伸筋と屈筋の両側性収縮が起きている場合がある。脳性まひや肢体不自由などの障害児にこの両側性の過緊張はよくみられる。その一例として、パーキンソン氏病に見られる歩行障害を取り上げてみる。

パーキンソン氏病は、両側性の筋硬直をひき起こすために、その歩行は独特の小幅歩きになる。しかし、伸筋と屈筋の交互使用が不可能ではなく、筋コントロールが不自由になっているために、歩行時には転倒の不安が加わり、独特の小幅歩行になっている。

両手の手すりや杖で体を安定的に支えた状態で、足踏み練習を試みると徐々に両側性の緊張は解除され、やがてしっかりと太腿を交互に挙げた足踏み歩行が可能になり、やがて手すりの支えもはずせるようになり、手を振りながら通常の歩行が可能になってくる。こうして、十分な訓練を積み上げることによって、通常に近い歩行を取り戻すことは可能になる。このように、器質疾患を前提にした筋肉のコントロール不全も拮抗筋の緊張緩和を習得することによって、有

意コントロールが可能な状態へと進展させていくことができる。動作法などによって、肢体不自由児が筋コントロール力を回復することができるのも、拮抗筋のコントロールなど、両側性の過緊張の緩和を習得することによって可能となるのである。

9. 喘息

気管支喘息の発作時には気管支拡張剤などの吸入が対処法として多用され、重篤化が未然に防がれているが、それが唯一の対処法となり、吸入器を手放せない薬物依存が見受けられる。風邪ひきを引き金として喘息発作にいたる場合がかなりあるが、その要因のひとつは咳き込みで、咳を重ねているうちに咽喉部の筋群の過緊張、粘膜の腫脹を引き起こし、咽喉部狭窄、吸排気流の加速化による患部の腫脹肥大など悪循環過程が窺えている。

したがってこの悪循環を回避するためには、風邪をひいた時や、喉の違和感を感じた時などに、大きな反復的咳払いを極力減らし、小さな咳「コホン」で対処する習慣を身につけ、咽喉部の腫脹を防衛することである。また、慢性化している人の大半に頸肩腕部の緊張を増幅する前屈気味の姿勢や肩をすくめるなどの防衛的姿勢が見られ、咽喉部狭窄につながる悪循環を作り出している。したがって、上体のリラクゼーションを日常化することが望ましいが、その方法のひとつとして、下記の「逆利き手弛緩留意法」などを実施することによって、咽喉を含めた頸肩腕部のリラクゼーションを日常化することが望まれる。

*逆利き手弛緩留意法（曾我、1999）

「逆利き手弛緩留意法」は、著者が工夫したリラクゼーション法で、あらゆる緊張状態を緩和するのに利用できる方法である。実施法は実に簡単で、単に、「逆利き手のみを3分以上をめどに弛緩し、その弛緩に伴う感覚に留意する」という方法で、いつでもどこでもどんな姿勢でも実行でき、

人前でもさりげなく実施できるために、特に社会的不安の緊張緩和や慢性化した緊張状態を改善するのに有用な方法である。たいていのリラクゼーション法は緊張と弛緩とか、深呼吸などのように動作タスクが含まれ、対人場面などで相手に気づかれる可能性が高く、そのことがさらに緊張を高めて、リラックスを妨害するという悪循環過程を引き起こしやすい。

しかし、この留意法は利き腕の自由な動きを保ちながら、逆利き手でさりげなく実施し、瞬時に解除できるために、他人に気づかれることなく実施でき、試みれば試みるほどリラックス状態を深化させていくことが可能である。つまり、「アッ、緩めよ」と思い立てばいつでもどこでも、逆利き手を脱力放置し、リラックス状態に伴って出現する独特の感覚（ジンジンとかビリビリするような感覚）に留意しておきながら、必要に応じて瞬時に脱力を解除して手を使って作業することができ、再びリラックス可能な状況になれば再実行することができる簡便なリラックス法である。

10. 胃腸系の潰瘍

ストレス性疾患の多くは胃腸系の不具合として自覚されることが多い。中でも胃潰瘍や十二指腸潰瘍の背後には、何らかの心因のために葛藤状態が持続し、睡眠や食生活などの生活習慣の乱れと自律神経活動のアンバランスによる修復機能の低下が生じている。自律神経によって自動調整されている内臓反応は修復機能が高く、あまり直接的な自覚症状をもたらさずに自律的に機能を維持している。

たいていのストレス反応は情動を介して喚起されるが、胃腸系の器質的疾患に至る場合は、葛藤状態に伴う情動反応が無視されたり、失感情症 (Sifneos, 1973) とも言われるように、情動状態が警告反応として感受されにくい状態にあると考えられる。中でも葛藤、欲求不満状態で出現しやすい怒りの情動はたいてい外的対象に投影され易く、自己感受器的な内臓反応として自覚され続け難いといえよう。胃腸症状として自覚され続ける時は機能障害がかなり進行し始めており、その不具合に対しては、粘膜保護

や粘膜改善剤等による自己治療や医師の診察や検査がおこなわれている。

したがって、ストレス反応としての情動反応を警告信号としてその対処を実施することが望まれるが、たいていの場合は生活習慣を維持することで対応が可能であるといえよう。特に医療にかかりながらも症状が慢性化しているような場合は、心理療法的介入が必要となる。

事例. 3

K 君はこの3年ほど毎年11月過ぎに吐血しでは医師の治療を受けている。様子を聞くと、毎年その頃に仕事が超多忙になり、帰宅が2時頃で睡眠4~5時間で出勤する状態を続け、仕事の改善はできないとのこと。夕食はたいてい9時~11時頃になるとのことであった。治療的介入として、多忙時は睡眠時間確保のために会社の宿泊施設を利用することと、昼食時にパンと牛乳を買っておき、夕方6時頃に摂取することの2点を助言することによって吐血から解放された。

自然条件反射 (時間条件づけ) によって夕食時期には胃液の分泌が亢進するが、内容物が無く、胃壁の修復が不十分な場合にその患部が侵食され、吐血につながる。したがって、夕食時に粘膜保護にも有効な牛乳を摂取することによって侵食を予防し、通勤時間を睡眠時間に転用したことが修復機能を高めた可能性がある。

11. 過食症

ストレス対処反応としての過食は当然ながら肥満につながっていくはずであるが、過食症の大半は意図的嘔吐によって、肥満への発展を予防するために安心して過食を楽しむことができ、楽しみが少ないストレスフルな日常を送っている人にとってはうまい適応方法である。食行動では、男性は飲酒によって、女性はスイーツによってストレス解消を図る傾向があるが、それらが社会化されず、一人で黙々と孤立的に実行されている時に、疾病につながってくる可能性が高い。つまり、おしゃべり発散の有無が

分かれ道となっている。

過重な労働の後の、過食の満腹感と嘔吐排出後の解放感は強力なオペラント強化因となるが、さらに強力な維持要因が想定できる。嘔吐に伴う栄養不足からくる飢餓感は過食への強力な動機づけとなり、大量の過食によって糖質の血中濃度の増加と満腹中枢の興奮による充足感、その後の嘔吐の解放感は疲労とともに心身疲労の回復に不可欠な睡眠への導入を促進するが、翌日の午後辺りから、血中濃度の著しい低下と摂食中枢の興奮が過食への動機を高め、夕方からの過食・嘔吐の連鎖へと捉われたかのように誘導されることになる。

自己完結的性格も絡み、密かに展開されるこの強力な悪循環からの離脱は容易ではないが、うつ状態転落寸前の状態での受診を機に変化の機会が訪れる。治療的介入は人間関係や家族、性格や生き方などさまざまな点から可能であるが、過食行動への介入として、次のような介入も有効である。強力な過食欲求の背後に栄養飢餓が作用していること、つまり、過食から嘔吐までの間に、エネルギーとなる糖質はすぐに吸収されるが、体の組成となる蛋白質はアミノ酸に酵素分解されねば吸収されないために短時間にうまく吸収されず、不足気味になっており、それが栄養飢餓を生み出しているなどを説明し、ストレス対処法としての過食嘔吐の効用を肯定しながら、少量でも安定的な蛋白質補給によって栄養飢餓はやわらぎ、過食量も減る可能性があるとして、少量の吐かない食事習慣の定着を図るのである。

症状を取り巻く心因は別として、このような心理教育によって症状行動へのセルフコントロール力の回復が見られるようになり、過食回数などが減少し、他のストレス解消法や家族関係の改善などの展開が見られるようになってくる。

12. 神経性食指不振症（拒食症）

拒食症に見られる構造は、常に前進し、課題

を完璧に乗り越えてきた青年が社会への適応の目前や渦中であって挫折や予期不安に怯み、足踏み猶予を期待したいが、それを許さない親（主として母親）に対して、見捨てられそうな中で見捨てられまいとして必死にすぎているが、すげれば突き放されてしまうという不安の中で、すげらずしてすげるための症状行動として、かつて保護受容されていた児童期への退行が拒食によって選択されているとみなすことができる。それはサボりや怠慢ではなく、生育過程で強化された絶え間ない前進努力は、体重減少とやせのための絶え間ない前進努力に置き換えられ、母親の心配そうな眼差しの中に保護の安心感を感じ取りながらも、見捨てられないための涙ぐましいやせ努力を続けている。

それはすざましい飢餓との戦いであるが、それに負けると現実適応という未知の課題に成功裡に向かわねばならないとてつもない努力が必要になるため、むしろ自己達成可能で、周囲からの慈悲も得られ、親も守ってくれ、前進猶予（現実回避）も得られる現在の退行課題への邁進が選択されている。痩せるための飢餓との戦いは前進しないための絶え間ない努力で、気を抜けば体重の回復と現実適応への前進が迫ってくるために気を抜かず戦い続けねばならない状態にあり、心理療法などは受け付ける余裕はない。この悲劇から解放する方法は生命の危機を前提に、入院等の母親からの完全隔離状態で、IVH などによる強制的栄養摂取を実施したうえで、親の介入や価値観から離脱した保護的環境の中で、競争的ではない暖かくて融和的で楽しい人間関係を経験し、現実適応の不安を解消していくことであろう。

母親は生死の境からカムバックし、ふっくらとかわいらしい娘に、それまでになかった慈しみの感情を示し、新たな親子関係が得られることになる。最近厳しさがゆるみ、世の中全体が甘くなったためか、拒食状態を続けきる女性は減少し、むしろ過食嘔吐パターンへと移行していく例が増えている。

13. 過敏性腸症候群

ストレス負荷時の反応としてよく出現するのが過敏性腸症候群で、たいていは下痢症状のためにトイレ通いやその予期不安による回避行動としての外出回避が選択されたりする。

これは課題解決が行き詰まり、イライラ状態などの心理的興奮状態によって、腸の機能が低下するためと理解されるが、私見ではあるが、詳細に検討してみると、この症状保持者の多くは、大便が定期化されていなく、腹痛などのサインを切っ掛けに不定期にトイレに行く傾向があった。つまり、直腸に内容物が少量でも蓄積されると便意を感じて、トイレへ行くという習癖を持ち、1日に複数回のトイレ通いがある人たちであった。

つまり、内容物が少量であっても大腸が収縮すると便意のサインが発生し、トイレに駆け込むことになり、それが繰り返されるたびに、内容物は液状のままに排泄されるので、それが下痢気味として認知されることになる。水分吸収機能は直腸が最も盛んなので、そこで滞留・蓄積されない場合は、排泄される内容物はあまり固化されず、下痢気味との認識が、直腸に浸入するたびに便意とともに排泄行動を高頻度に引き起こすことになる。

したがって、心理教育によって、ストレスの少ない安定期に直腸蓄積経験を積み上げながら、朝の定期便を習慣化していくことが望まれる。十分な蓄積便の朝排泄は、日中の切迫便意とトイレ行動を減少させ、腸活動への感受性を低減させることになる。さらに、自律訓練法やリラクゼーション法の習得により腸機能の安定化を図ることも重要である。

この治療的介入のポイントは、セルフモニタリング記録法によって自覚症状や行動パターンをしっかりとアセスメントした上で定期便化に向けての心理教育をしていくことにある。ただし、この症例に限らず、いずれの疾病でも疾病が何らかの葛藤場面からの防衛的回避行動として機能している場合は、葛藤解決に留意しながら

ら介入することが重要になる。

14. 頻尿症

心因性の頻尿症は外出不安等にも悪循環的につながり、日常生活に多大の影響を及ぼす症状である。過去の失禁や失禁不安などのトラウマ的体験が基礎になっている場合もあるが、尿が近くなりかけた頃の予防的排尿が高じてくる場合もある。いずれにしても頻尿習慣は、予期不安等を介して排尿閾値を低下させ、それがさらに膀胱容量を減少させていくという悪循環の中で維持されている。つまり、尿が近くなり、漏れてはいけなからとの予期不安は膀胱への感受性を高めるために、膀胱容量よりもはるかに少量の尿量で予防的に排泄する習慣を生み出しやすく、徐々に容量及び容量閾値(排尿閾値)を低下させ、少量の尿でも尿意と不安が喚起され、排尿行動によって解放と安堵感をえることになり、それがオペラント行動随伴強化として働き、排尿行動を強化固定していく。

しかも、この膀胱容量は常に一定ではなく、緊張によって収縮するので、収縮すればするほど強い尿意と共に不安が喚起され、トイレに駆け込むことになる。このような体験は予期不安と感受性を高め、排尿閾値を低下させ、少量排泄が強化されるという悪循環過程を形成していることは言うまでもない。したがって、この悪循環過程から離脱するためには、媒介要因である予期不安の軽減とともに、低下している膀胱容量及び排尿閾値の回復を進めていく必要がある。

治療的介入は、やみくもな心理教育よりも、排泄時間と尿量を記録するセルフモニタリングを実施しながら、クライアントに尿意と尿量の関係についての気づきを促し、さらに尿意即トイレの習慣に対しては、不安や注目によって知覚閾値が低下する関係についての心理教育を実施した上で、排尿時間や量を考慮しながら、まず家庭の安心感の中で、尿意後のトイレに行くまでの時間を少しずつ延長することができるよ

うに導くことである。尿意後40分も待つことができるようになると頻尿不安からかなり解放されるようになり、外出に関連する行動制限も大幅に解消されるようになる。膀胱収縮に伴う切迫する尿意対策として自律訓練法などのリラクゼーション法の習得を進めておくと、対人緊張、広場不安への系統的脱感作法との併用も可能になり、より効果的介入が可能となる。尚、単にこのセルフモニタリング法を実施するだけで、さまざまな気づきがなされ、改善を示す人もいる。

15. 子どもの心身症に見られる悪循環

紙製の都合で子どもの症状に見られる悪循環については別稿にまとめる予定であるが、熱発、嘔吐、頭痛、腹痛、下痢、爪噛み、チック、喘息、偏食、肥満、頻尿、夜尿、夜驚、めまい、緘黙、心身症の不登校など多く心因が絡む可能性のある疾患があり、器質的生理学的疾患に基づく症状は別として、その多くは何らかのストレスに対する反応として出現する可能性は高い。一過性のストレス反応に留まらず、繰り返し反復的に出現し、慢性化してくると、そこにはさまざまな悪循環過程が発生している可能性がある。

特に子どもの場合、器質疾患を含めて慢性化した症状の多くは、何らかの有機的機能が付加されてくる可能性がある。つまり、その症状によって、何らかの課題場面を回避したり、或いは注目やサポートが得られ、不足だった愛情さえも得られるようになるなど、いわゆる随伴強化によるオペラント条件づけが成立し、症状行動が強化・維持されている可能性が高くなる。

つまり、お腹が痛い時は学校を休んで、朝寝坊できて、午後からはゲームができるとか、仕事に多忙な母親なので日頃はあまり相手をしてくれないが、喘息になると心配してくれ、仕事を休んで世話をしてくれるなど、いわゆる疾病利得的要素が付加されてくる。また、バランスのよい食事をとアレコレ説明して嫌なものを食

べさせようとするほど食欲は低下し偏食行動を強化してしまうなどの悪循環などもある。食事が近づくと緊張感から胃が収縮して胃痛などでの食思不振が定着し、食後にホッとするとお腹が減ってお菓子をつまんだりすることが偏食を強化、習慣化していく場合もある。

どんな子どもにもこのような問題行動が発生する可能性はあるが、慢性化する場合の多くは、その背後に満たされない依存欲求などの欲求不満や両価的感情、或いは不安、恐怖などの持続するストレス状態があり、子どもが直接・間接に援助を求めている可能性が高い。したがって、少なくともスキナーの三項随伴性のパラダイムに基づく行動分析（Skinner, 1969）や、親や兄弟、友人関係などの人間関係アセスメントによってその関係性を明らかにしながら、症状からの解放とよりよい解決をめざした援助的介入を試みていくことが望まれる。

その介入のポイントは、症状を介する間接的なケアよりももっと良好な直接的な相補的關係を設定することである。つまり、喘息や夜尿時の心配顔よりも日頃の出会い頭での母からの優しい声かけや、入眠前の母子の楽しい会話ややりとりゲームの機会を保証することによって、症状行動の出現機会を減少させ、症状拮抗的な生き活きとした日常行動を拡大していくことが可能になる。

その際、重要になるのは、「～すればごほうびがもらえる」との強化コンティンジェンシー（随伴性）を明確にしたアプローチは幼少児には効果があるが、年長になるに従って、その工作的意図が伝わることで、却って問題を複雑化する可能性があるために、単に問題行動の変化を求めるだけでなく良好な関係性や信頼関係を高めていくような慎重な配慮に基づいた介入計画が求められる。例えば、母子関係が不安定で友人ともうまくやれずに腹痛を機に不登校になった小学校低学年児童に対しては、脅すなどの追い詰めによって登校行動を強制するよりも、母に時間的余裕があれば、家庭内で母親との安

定した交流関係を育み、さらにしっかりと社会性を育み、その上で登校につなぐ方が、後の発達を促し、思春期での再発や不適応行動を予防することになるかもしれない。年少児に出現する症状はその後の発達にまで影響する大きなサインとみなすことができるかもしれない。

Ⅲ 終わりに

以上、特に心身症を中心に、さまざまな悪循環過程を分析し、その介入法的一端を呈示してきたが、この悪循環過程を解除するためには実にさまざまな方法があり、多くの治療者が工夫を積み重ねてきていることはいままでのない。その中にはセルフモニタリング法のように、一般化され、定式化された介入が良好な結果をもたらす場合もあるが、個別のアセスメントに基づいて案出された対処法が、微妙な調整やタイミングによって、有効化されていく場合も多々ある。

ここで提示した介入法の多くは、行動観察に加え、行動の機能と流れを読む中で見出した試みの介入が良好な結果に繋がったもので、例えば吃音や書痙への介入のようにかなり特異的な方法も提示している。それぞれの介入法について、より詳細な個別事例を提示して、具体的な検討・吟味が可能な状態で解説することが望まれるところであるが、紙数の関係で不十分なものとなっている。しかし、本稿で示した介入法をひとつの切り口として、それぞれのケースを吟味する中で、さらに展開、発展していただければと願っている。

つまり、大規模なエビデンスつきの定式化された方法を当てはめていく介入法もさることながら、臨床は個別そのものであり、個別事例の中に普遍性を見出すことができると考えている。さらに言えば、治療的介入によってよい変化が起きているなら、そこには共通の治療もしくは改善要因が作用していると推定することができ、もしうまくいっているなら、あとはそのうまくいきつつある過程に潜む共通要因をいか

にして抽出することができるかということになり、そこには当然とも遠からずの喩え通りに、治療関連要因を探りあてることが可能になると考えられるのである。したがって、ここで提示した介入のポイントを介入選択肢の一つとして利用することは、症状事態の慢性化、遷延化を防ぎ、早期解決に寄与することになると確信している。

たとえ、多少の不具合が生じたとしても、個別ケースに応じた十分なアセスメントによって、より適切な介入と援助法への改善は可能であり、また、介入過程で微妙な変更や工夫が求められることは当然のことであろう。しかし、多くの心理療法で指摘されているごとく、治療的介入が一方的で、クライアントとの協調・協力が不十分な中で介入がなされると、たとえその介入ポイントが合理的で正しかったとしても、よい結果につながっていかないものである。その意味では、その治療的介入が、クライアントのよりよい生き方につながるものであるとのしっかりと見通しとコンセンサスのもとに展開される必要があり、クライアントの意向とリソースや効力感を前提に、その対応は柔軟かつ誠実なものであることが求められるのである。

参考文献

- Bandura, A., & Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. Holt.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman and Company.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and Social Psychology*, 54, pp. 466-475.
- Sharoff, K. (2002). *Cognitive Coping Therapy*. Brunner-Routledge.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom*, 22, pp. 225-262.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York. Appleton-Century-Crofts.

- 曾我昌祺、前田泰宏、島田 修（1985）書痙のバイオフィードバック治療—self-monitoring への移行—日本心理学会第 49 回大会発表論文集. p. 299.
- 曾我昌祺、島田 修（1989）痙性斜頸症の行動療法的治療—バイオフィードバック法とセルフモニタリング法の併用—行動療法研究 15 巻 2 号. pp. 1-10.
- 曾我昌祺（1990）Social Anxiety に対する Brief Relaxation 法の試み 日本心理学会第 54 回大会発表論文集. p. 263.
- 曾我昌祺（1991）筋電バイオフィードバック併用による吃音治療 日本行動療法学会第 17 回大会発表論文集. pp. 54-55.
- 曾我昌祺（1999）上がり症を撃退し、高血圧・肩こり・冷え性の改善にも役立つ「左手リラックス」ゆほびか 第 5 巻第 7 号. pp. 44-45. マキノ出版
- 曾我昌祺（2003）バッテリーモデルに基づくストレスコーピングの層的構造に関する研究 関西福祉科学大学福祉科学大学紀要第 7 号. pp. 45-57.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M（1999）Problem solving therapy : A social competence approach to clinical intervention. Springer Publishing Company, Inc. New York.

