



Tokyo Gakugei University Repository

東京学芸大学リポジトリ

<http://ir.u-gakugei.ac.jp/>

Title	他者への表現としての子どもの心身症：発症と回復のプロセスのモデル化の試み(fulltext)
Author(s)	金田, 桃子; 大河原, 美以
Citation	東京学芸大学紀要. 総合教育科学系, 60: 171-183
Issue Date	2009/2/27
URL	http://hdl.handle.net/2309/95632
Publisher	東京学芸大学紀要出版委員会
Rights	

他者への表現としての子どもの心身症

—— 発症と回復のプロセスのモデル化の試み ——

金 田 桃 子*・大河原 美 以**

教育心理学

(2008年9月26日受理)

1. 問題と目的

1. 1 子どもと心身症

ストレスの影響で身体症状が発症する状態を、心身症という。心身症とは「身体疾患のうち、その発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害の認められる病態を呈するもの。ただし、神経症、うつ病などの精神障害に伴う身体症状は除外される」と説明される⁶⁾。子どもは、成長・発達の途上であるため、また心身未分化なため、そして言語表現が不十分であるため、ストレスの影響で身体症状が現れやすく、心身症と関係しやすいと言われている²⁾。

心身症などの身体症状発症のメカニズムについては、大きく分けて2つの立場から説明がなされている。それは、発症を個人内要因からとらえる立場と、周囲との相互作用・関係性からとらえる立場である。

1. 2 身体症状発症のメカニズム

1. 2. 1 個人内要因からとらえる立場

心身症の成因論としては、従来からストレスに対する生理反応という機序が指摘されてきた。つまり、何らかの身体的脆弱性のある個体にストレスが加わりストレスが生じ、そのストレス状況からの再適応に失敗した時に発症するということである⁵⁾。そして、心身症の身体症状がどの器官に発症するかは、身体的脆弱性理論と特異反応理論により説明されることが多い。身体脆弱性理論においては、遺伝要因、疾患の既往、食生活などによる特定器官システムへの障害により器官がストレスに脆弱になるため、心身症は特定の身体器官における脆弱性に

影響されて発症すると説明される。また、特異反応理論においては、個人はそれぞれの仕方でストレスに反応し、最も反応した身体組織が、後に心身症の生じる場所の候補になりやすいとされる。つまり、個人がそもそも持つ身体的脆弱性と、ストレスに対する反応様式により、ある特定の器官に身体症状が発症するということである。

さらに西村⁷⁾によれば、心身症の発症をレスポナント条件付けの原理で説明しようとする立場もあり、また、近年のアメリカにおいては、パブロフの条件反射学説やスキナーのオペラント条件付け理論を基礎とした行動医学が心身医学に変わって心身関連の病態の理解に用いられているという。

1. 2. 2 周囲との相互作用・関係性からとらえる立場

発症を周囲との相互作用・関係性の中で理解する立場には以下のようなものがある。

システム論的家族療法においては心身症という症状を、家族のシステム不全の1つの表現型であると考え、家族の相互作用に焦点をあてて家族システムへの介入を行う。この立場では、心身症の身体症状が家族システムのなかでどのような役割を担い、どのようなフィードバックの連鎖に組み込まれ、固定化しているのかに重点を置く^{1) 14)}。つまり、システム理論の視点からは、症状を必要とし、維持させるシステムがどのように構成されているのかという点を重視するのである。そして、心身症症状が回復するにあたっては、症状を必要とし維持していたシステムの変化が生じることが必要であると考えられている。

さらに、早川¹⁾は、心身症については「多因子が複雑に関与しており、個々の因子への分解が不可能である」

* 東京学芸大学大学院教育学研究科 (184-8501 小金井市貫井北町 4-1-1)

** 東京学芸大学 (184-8501 小金井市貫井北町 4-1-1)

ため「全体としてのシステムや各因子間の相互作用や関係性こそが重要」と述べている。そして心身症の症状については、ストレスとなる出来事があった時、身近な相手に援助を期待しているのに、援助をする能力があると思っていた相手が自分に対してその能力を発揮していないと感じた場合に、非言語的なコミュニケーション手段として、「症状」を駆使することになるとしている。そして、一見辛そうに見える症状でさえも、そこに人間関係の絆を感じ、少しでも安定を見出そうとする手段として利用されていることも考えられるとしている。

同様に、大河原¹¹⁾は、心身症を「言えない言葉の表現としての身体症状」と考え、「言っても大丈夫」「受け止めてもらえる」という実感から自分の気持ちを言えるようになることが治療につながるとしている。そしてその安心感は自分の求めに応じて応えてくれるという関係の中で獲得されるものであり、周囲の大人が子どもの非言語的に訴えている気持ちに共感を示す応答をすることによって、子どもは自分の感じ方が承認されたという安心感を得て、少しずつ言語化する力を得ていくと述べている。

また、増田・平川^{3) 4)}は量的研究の結果より、思春期・青年期の心身症およびその周辺疾患の発症に養育環境と家族機能が大きな影響を及ぼすことを示している。

1. 2. 3 統合的な立場

大河原⁸⁾は、子どもの問題を、子ども個人内の要因としての成長発達システムと、周囲との関係性の要因としての問題増幅システムとの相互作用によって、成立しているという立場を示した(図1)。いわば、個人内要因からとらえる立場と、周囲との相互作用・関係性からとらえる立場とを統合した視点である。

図1を心身症にあてはめて考えると、過去の成長発達システムにおける周囲との相互作用とその結果の個人内要因の蓄積により、心身症症状が発症し、発症した症状に対する周囲の関わりが、さらに問題を増幅させるという構造をもっていることが推測される。

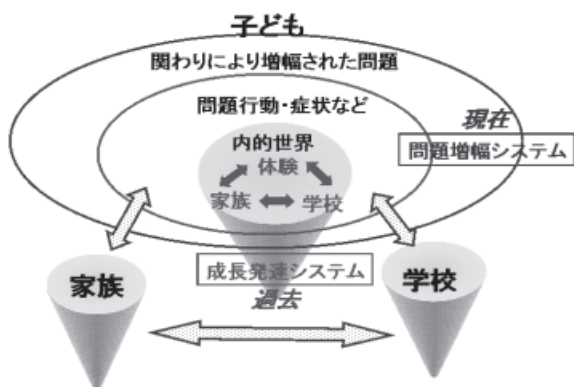


図1. 子どもの問題の見たて図

1. 3 本研究の目的

本研究は、図1^{8) 9)}の立場から、周囲との相互作用・関係性に焦点を当て、子どもの心身症の発症から回復までのプロセスをモデル化することを目的とする。

周囲との相互作用・関係性に焦点を当て、子どもの心身症の発症から回復までのプロセスをモデル化することは、子どもの周囲にいる大人がどのように関わるのが、子どもの心身症の発症を予防し、また回復を援助するのにかつての知見を得ることにつながるものである。ストレスとなる出来事に遭遇することは避けることができないが、子どもがそのような状況にぶつかったときに、周囲の大人がどのように関わるのが、子どもの心身症の発症を予防し、回復を援助するののかという視点は、とりわけ、まだ心身未分化で成長・発達の途上にいる子どもへの援助にとっては、きわめて重要なことである。

2. 方法

2. 1 方法

心身症を発症し回復した経験のある学生3名(表1参照)を対象に1人1回1時間程度の半構造化面接を行った(実施期間は2007年7月～8月である)。その上で、人間の成長の時間的変化を社会・文化・歴史との関係で展望することを目指す方法論である複線径路・等至性モデル(Trajectory Equifinality Model: TEM)¹²⁾を用いて分析・記述を行った。TEMでは人間を開放システムとして考え、その開放システムの重要な特徴である等至性(Equifinality)を実現する等至点(Equifinality Point: EFP)を経験する人をサンプリングする歴史的構造化サンプリングを用いる。よって、本研究では「心身症の発症」と「心身症の回復」を等至点として協力者をサンプリングし、面接から得られた「語り」の分析により、そこに至るまでの複数経路を描いた。

表1. 研究協力者一覧

	Aさん	Bさん	Cさん
年齢(面接時)	22	21	24
性別	女性	女性	女性
心身症発症年齢	小学1年	高校3年	中学1年
症状	腹痛	腹痛・吐気	腹痛
症状の維持期間	1～2ヶ月	約半年	約2年
面接時間	60分	55分	70分

2. 2 「語り」の理解について

「語り」を質的研究のデータとして使用する「ナラティブ」の観点からすると、協力者から得られた語りは、単

なる心身症に関するデータではなく、協力者の人生についての物語であると考えられる。心身症を発症した時についての「語り」とは、心身症の発症という出来事に対して、他者からかけられた言葉をはじめとしたその人の多様な経験が、結び付けられ意味づけられ、組織化された一連の物語である。そして、そのように組織化された当時の心身症に関する物語は、当時の経験として、現在のその人と結び付けられ、意味づけられ、組織化され、その人自身の人生の物語に組み込まれていると考えられる。

以上の観点に立ち、本研究では子どもの心身症の発症とその回復のプロセスについての分析を行った。

2. 3 本研究における「心身症」と「回復」

心身症の回復までの複雑経路について述べる前に、そもそも何を心身症の回復と呼ぶかについて整理しておく。心身症は、日本心身医学会⁶⁾によると「身体疾患のうち、その発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害の認められる病態を呈するもの。ただし、神経症、うつ病などの精神障害に伴う身体症状は除外される」と定義されている。つまり、心身症とは疾患名ではなく状態を示す言葉であると言える。疾患ではなく状態である心身症は、例えば「発表会の前に緊張からお腹が下る」という一過性のものであっても、厳密には心身症であると言える。そのような一過性の状態は、多くが日常生活に支障がなく、やりすごされるものであるため、いつの時点をもって「回復」とみなすのかを定義する必要がある。

よって本研究においては、発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害の認められる病態を呈す身体疾患のうち、日常の不安場面や緊張場面で生じる一過性のものを除き、その者の生活において何らかの支障が生じるものを「心身症」としてとらえ、そのような心身症に焦点を絞ってインタビューを行なった。

また、心身症の「回復」については、心理社会的因子が関与する身体症状が一切生じなくなるのではなく、その者の生活において身体症状による支障がなくなり、時に起こりうる一過性の身体症状とうまく付き合えるようになることを、「回復」と定義する。

3. 結果

3つの事例について「心身症の発症以前」「心身症の発症・維持」「心身症の回復」「当時の出来事に対する現在の認識」の4つに分けて記述する。結果での「 」内は語り手の言葉であり、()は補足説明である。

3. 1 Aさん (21歳 女性)

心身症の発症以前 Aさんは幼少の頃より「人見知りするほうで」、また「家族に対しては(日常の事を)もともとと言う方ではな」かった。小学校に入学した頃、「お母さんが目の手術で入院して」「(小学校は)幼稚園がH幼稚園からが多かったんだけど、私はT幼稚園からだったから(省略)寂しい」思いをすることが多かった。また、「(小学校の)先生が良くない感じ」があり、また「給食そのものが嫌になって、だんだん食べなくなり」「集団下校で、私のグループは男の子しかなくて」、「あれもちょっと嫌で、これもちょっと嫌でっていう感じ」であった。

心身症の発症・維持 「小学校1年生の、一学期初め」にAさんは「(学校に)行く前だね、毎朝」腹痛が生じるようになる。Aさんは「お腹が痛くなることで学校が休めるっていう気持ちはあった」が、当時は「嫌なことが腹痛に結びついているとは思わなかった」。

身体症状が発症したAさんに対して家族は身体を心配し「病院に連れて行く」くが「行くころには痛いのも治っちゃっている」事が何度か続いたため、「その後は、お腹痛いって言っても微妙な感じ」になった。その後は「無理やり(学校に)連れて行かれ」るようになり、時には「行きたがらないから、しょうがなく休ませる」こともあるが、その場合も「『お腹痛いって休んでも、結局治っちゃうじゃない』みたいのを言われ」ることがあった。

無理やり登校させようとする母に対してAさんは「学校行きたくないっていうのは言っていた」が「学校でどうのこうのってことは言え」ず、「『お腹痛いから学校行きたくない』みたいな感じ」でしか伝えられなかった。また、休ませてもらった時も、「(腹痛が)治ってポーツとしてるものなんだから、お母さんが洗濯物してたから『何か手伝うことある?』って言ったら、『じゃあ学校行ってちょうだい』」と言われ、「悲しかったけど、何も言えない」事もあった。

母のそれらの対応に対してAさんは「自分悪いことしてるなあ」「行かなきゃ行けないんだな、私が行かない事でお母さん困ってるんだ」と感じる一方で「でもやっぱり行きたくない」という思いも抱いていた。また、「(今思えば、なぜ行きたくないのかを)言えばよかったんだけど(その時は)何か言えなくて、『こんなことがあるのにお母さん分かってくれない』みたいにも思った」。

Aさんが学校を休みがちになり、母は連絡帳で学校とやり取りをするようになり、また小学校の教頭が「無理やりお母さんとかに連れて行かれた時に、校門まで来てくれて『おはよう、Aちゃん良く来たわね』」って言っ

て、教室まで連れて」行ってくれるようになった。

心身症の回復 学校に復帰した後もAさんは「他にもそういうことはあって、プールの授業があるとお腹が痛くなったり」した。しかし、「『これはすぐ治るんだな』って思ったり。そういう症状は今でもよく起こるけど、それでどうしようと思うことはないし、これは自分が戦わなきゃいけない所だなんて思う」ようになった。また、嫌という気持ちについても、「相手と状況にもよるけど、前よりも言える範囲は広がったと思うし、グーッと(感情が内面にこもる感じ)なっても、完全に自分に閉じこもる訳じゃなくてうまく展開できるようにはなった」。

当時の出来事に対する現在の認識 現在Aさんは当時の母の対応に対して、「(当時は)登校拒否とかもなかったから、お母さんも焦って、最初は一人で悩んでたけど学校と連携が取れて、変わってきた」と理解している。また登校を強いることについても、「あの時(学校に)連れて行かれないとずっと休んでたらどうなったのかなって思う。休んでたら学校は嫌な場所のままだし、自分が行かないから変化はないし、そしたらずっと行かなかったかもしれない」と捉えている。

そして、当時の自分については、「担任の(対応)に、あれはないよなあとも思う」が、「その時悩んでいたことは小さなこと」だとも感じている。そして、「嫌なことは嫌って言うなり、言葉を使ってちゃんとお母さんに言うことはできた」し「もうちょっと頑張れる所もあった」と当時を振り返り、「自分にも変えるところがあたって思っ、だから(今は)、嫌なことがあってお腹痛くなっても動き出そう」と思うようになった。

さらに、大学生になってから「それまではお母さんも聞かなかつたし、私も別に言わな」かった「その時のことを(母に)ちゃんと話せるようになり、「小さい頃は言えなかったことが言えるようになったんだから自分もちょっと成長した」と感じる事ができた。

3.2 Bさん (20歳 女性)

心身症の発症以前 Bさんは発症以前より「胃とかお腹とか壊しやす」く体調面は強くないとの自覚があったが、「色々あっても途中でやめなかったりとか、あまりへこまなかったり」することから、「精神的には強いと思っ」ていた。高校3年の発症直前においても、「何も負担とかがなく、特に何も悩んだりしてなかった」。

心身症の発症・維持 Bさんは高校3年の6月頃から「朝起きると、消化系の器官がムカムカして、毎日気持ち悪く」なるようになった。症状は「土日とかはそんなに気にならなくて学校がある日に」生じたが、「気持的には何も負担とかはなく、特に何も悩んだりしてはい

なかったので、普通にお腹が弱いのかと思っ」ていた。

そのようなBさんの身体症状に対して、最初から母は「『気持ちの問題だから大丈夫でしょう』って感じ」の認識を示しており、両親とも「特にそこまでは気にしていなくて、『別にプレッシャーかけてないし、そんな頑張らなくていいんだよ』と」本人に言葉がけをしていた。

発症から1ヶ月ほど経った頃、身体を心配するBさんは「お母さんは気持ちの問題だと思うけど、そんなに気にするなら病院に行こうか」と母に連れられて病院に行った。「親に(気持ちの問題と)言われ始めて『知らないうちに悩んじゃうのかな』って思っ」て病院に行った」Bさんは、「病院でも『体にそんなに問題は無いので、気持的なものだと思います』って神経性過敏症候群の診断を受けて、お腹の薬と安定剤を処方」された。診断を受けて、それまで自分を強いと思っ」ていたBさんは、「精神的って分かったのはショック」に感じたが、その頃より「『思っ」てみたらやっぱり大事な時って体調悪かったな』っていうのを認識」した。また、「やるとこはやらなきゃ気が済まなくて、それが知らないうちにストレスだったのかな」とそれまでの自分について思うようになったが、明確な原因を突き止めることはできなかった。

Bさんは身体症状について「頑張ろうって思っ」て治るわけでもない」と思っ」ていたが、母からは「『気持ちの問題だから、頑張れば治る』『もうちょっと強くなればいいんだよ』みたいなことを言われ」ていたため、「そんなことを言われても、自分では気持的には強いつもりだから、『そんなこと言われてもお腹治らないし』」と、戸惑いの気持ちを抱いていた。

学校については「丸一日休むことはなかったけど、朝行くのが遅くなった」りした。Bさんは、「行っ」てないことで授業とかに出られないことよりも「授業の時にいないと『またいない』って思われるのがすごい嫌」と感じていたため、「たいてい我慢して普通に授業を受けて」いた。「保健室の先生には全部話して」おり、食事面へのアドバイスや保健室での試験受験などの対応をしてもらえた。

身体症状が長引くにつれてBさんは「(学校に)行っ」ても、お腹痛くて集中できないこととかが結構あり」毎日の症状に嫌気がさしていた。また、「(授業中に)またトイレ行きたくなったらどうしようっていうのが結構あっ」て、気になって余計(お腹が)痛」くなくなってしまうこともあった。

心身症の回復 「(高校での)授業がなくなったら、(腹痛は)気にならなく」なり、大学に入学したての頃は1限の授業があると「高校の時みたく、朝とか気持ち悪く」なってしまうが、次第に「『じゃあ朝授業を入れな

いことにしよう』と思う』ことや「(授業中に自分が教室から) 出ても気にならないと思』うことができるようになり、症状は気にならなくなった。

当時の出来事に関する現在の認識 当時の事についてBさんは「結構気持ち的には強いて自分では思っていたので、弱かったのがショック」と感じており、また「いまだに何が一番原因だったのか分からない」ため、「これからそういう試験とか、色々あるときも、またそうなっちゃうのかな」という思いがある。症状の回復については、「気楽にいられるようになったから」と考えており、高校の時は「別に誰にやられて言われるわけでもないのに、自分で『でもやんなきゃな』っていうのがあって、でも大学ではそこまでではない」ため、回復できたと考えている。

3.3 Cさん (24歳 女性)

心身症の発症以前 Cさんは「小学校の頃からストレスを感じるとお腹が痛くなったり頭が痛くなったりする体質」であり、「しょっちゅうお腹痛いか頭痛いっていうのをお母さんに訴えて」いた。しかし、その背景にある不快感情については「誰かに言おうとかとは思わなかった」ため、口にすることはなかった。

Cさんは「中学1年の夏にヨーロッパに引っ越し」現地の中学に入学した。「転校した直後は困っていると意識する間もな」かったが、数ヶ月経ってから「新しい環境になかなかなじめなくて」辛く感じるようになった。そして、このような状況が続く中、母はCさんに「『普通の子は3ヶ月で英語は喋れるようになるもんだ』とか『勉強しなさい』』という言葉をかけ、Cさんはこの言葉から「『頑張りが足りないんだ』的なメッセージを感じ」、「(親に) 言っても分かってもらえない感じがしたし、向こうにも私の状況を理解しようっていう気持ちがないだろう」と思った。この出来事によりCさんと母の関係は「素直な気持ちで喋れる関係ではな」くなった。

心身症の発症・維持 中学へ入学してから数ヶ月経たころより、Cさんは「学校から帰ってくると(お腹が) 痛くなる」ようになった。この腹痛は今までにない痛みで「お腹に穴が開くんじゃないかって自分でも思」う程だった。腹痛が生じるとCさんは母のいるリビングで「ただひたすら『イタイイタイイタイ…』って言」う事しかできなかった。当時その腹痛についてCさんは「(自分は) お腹が弱い子だっていうのは小学校の頃から感じてて、だからその延長線上にあると思っていて、その原因については考えなかった」。

このように腹痛にあがいている時、Cさんは「(母に) 特に何かされたっていうのは覚えてなくて、一人で痛がっていたっていう記憶」が強い。発症からしばらくす

るとCさんは母と「病院に一緒に行って、胃カメラを飲んだ」。診断については「外国人のお医者で何言われているか分からないし、お母さんが説明を受けたけど、お母さんからその後私が説明を受けた覚えがな」く、症状も改善しなかった。

その後母は「『お腹に良いのはこれとこれだから食べたほうが良い』とか、『胃下垂の人は逆立ちしたほうが良い』とか、そんなことを言」うようになった。この時期はCさんにとって「すごく母娘関係が悪かった」時期で「母親の対応には結構不満ばかりの時期だったから、言われたことにも素直にやってやろうって気にもならなかった」が、このような母の対応よりCさんは、「学校でのことは(母は) そんな心配してらってゆうのはなかったけど、お腹痛いってことは私も出せるし、お腹が痛いってことに関しては(母は) 心配して」くれると感じられた。

心身症の回復 中学校にも家庭にも変化がみられず身体症状も続く中、Cさんは「中3の途中ぐらいの時に、今度は英語圏の大国に引っ越し」、「その後は(お腹は) 痛くならなかった」。新しい国の学校は「日本人もいたっていうのもあったし、前の国の人と比べてウェルカムな雰囲気があったし、韓国人や中国人のアジア系の人も多くて、そういう人とつるむことができた」ため、「(こっちのほうが) まだいいなって思った」。またそこでは、「家にインターネットを繋いでもらったので、日本人のコミュニティーの人とチャットをする」ことができ、「そこで学校のことで悩んでいるなんてことは言わなかったけど、他愛ない話をできるように」なりCさんにとって「結構救いだ」った。母との関係においては「私(Cさん) のほうに気持ちの余裕ができた」ため「ヨーロッパにいた時ほど(の悪い関係) ではなくなった」。

当時の出来事に対する現在の認識 身体症状が改善した後もしばらくの間Cさんは、母が「苦勞しているっていう状況を理解せずに、『勉強しろ』みたいなのを言い続けたのは」「ひどい対応だと思って、結構引きずって」おり、当時の母との関係が「夢に出てくる」ほどであった。大学生になりCさんは、当時の腹痛がストレスと関係していることに気付いたが、当時の気持ちを「今更親に言う気にはならない」と感じていた。

しかし、その後母より「外国語を喋る学校に一人で入れられる夢を見」たと電話があり、「『うわっ、大変』って思って、『ああ、あなたもきっと大変だったんだろうなって思った』みたいなことを言われ」た。そのことからCさんは「私が苦勞していたってことも、今は(母も) 分かっているだろうし、お母さんがそうゆうふうに変大だったんだなって思ってるってことも私は分かっている」と思うよう

になった。この出来事に加えて、一人暮らしや、大学院での授業を通して、「母からしても別に悪気があっての行動ではないし、お互い仕方なかったかなって思って、そんな恨むことでもないかな」と思うようになった。

そして当時の身体症状についてCさんは、自分の置かれた状況や痛みを「誰にも話せないっていうのが大きかったんだなって思って、でも今は、そういう状況にはなり得ないって思ってるので」今後そのようになることはもうないだろうと思っている。

4. モデル化

以上3名の協力者の語りから子どもの心身症の発症と回復のプロセスをモデル化するために、まずは3事例の比較を行なった。その上で、必須通過点と分岐点の特定を行ない、最終的に子どもの心身症の発症と回復のプロセスのモデル化を行なった。

4. 1 3事例の比較

表2は各事例の心身症の発症以前から心身症の回復後までのプロセスを表としてまとめたものである。

4. 1. 1 心身症の発症以前

「不快感情を言語化しにくく、身体化しやすい傾向」

小林²⁾は、子どもは「どのように自分の感情を表現したらいいかわからない場合に、身体症状としてストレス反応が出現しやすい」と述べているが、本研究の3事例に

おいても、感情の中でもとりわけ不快感情を言語化できない傾向は共通している。よって、「不快感情を言語化しにくく、身体化しやすい傾向」は、「心身症を発症する」における必須通過点と言える。

しかし、そもそも不快感情を言語化するという段階に至るには、まずは自分に何らかの感情が生じていることに気付くことが前提となるが、その点においては3事例で差異が見られた。AさんとCさんの語りからは、自分が不安や緊張などの不快感情を感じていることに気付いており、その上でそのことを他者に言えない状態であることがうかがえる。一方で、Bさんの語りからはそもそも不快感情を感じにくく、つまり、自分が不快感情を感じていることに気付けないために、言語化できない状態であることがうかがえる。つまり、同様の「不快感情を言語化しにくく、身体化しやすい傾向」という点に至る間においても、不快感情を感じているにもかかわらずそれを他者に伝えられない場合と、そもそも自らの不快感情に気づいていない場合とが存在するということが言える。

「ストレス状況への遭遇」「援助を期待できる他者の存在」 まず、心身症はそもそも何らかの心理社会的要因によって発症するため、ストレス状況への遭遇が「心身症の発症」における必須通過点となる。

そして、関係性の視点から考察すると、「援助を期待できる他者の存在」もまた、「心身症の発症」における必須通過点だと考えられる。身体化は人間の1つのストレス反応であるが、これらは、ストレス状況に自分が置かれ

表2. 3事例の比較

		Aさん	Bさん	Cさん
発症以前	傾向	不快感情を言語化する習慣がない 身体化しやすい	不快感情を感じにくい 不快感情を言語化できない 身体化しやすい	不快感情を言語化する習慣がない 身体化しやすい
	他者の存在	援助を期待できる他者がいる		
	状況	ストレス状況に遭遇する		
心身症の発症 (等至点: EFP)				
症状の維持	発症時のストレス状況の認知	ストレス状況の認知できる	ストレス状況の認知できない	ストレス状況の認知できる
	身体化以外のストレス反応	行動化 (学校に行かない)	なし	なし
	ストレス状況の変化	他者からの働きかけによる	物理的变化 (卒業)	物理的变化 (転校)
	身体症状の理解	心理社会的要因と関連していることに気付く		
心身症の回復 (等至点: EFP)				
回復後	当時の身体症状についての理解	ストレス状況を他者に話せなかったためと理解する	ストレスそのものが原因であると理解する	ストレス状況を他者に話せなかったためと理解する
	今後のストレス状況への不安	不安なし	不安あり	不安なし

ていることを他者に表現する反応であり、そこには子どもにとって「援助を期待できる他者がいるかどうか」という、周囲との関係性が大きく関わってくるのではないかと考えられるからである。子どもに、自分を理解してほしいと思える他者が存在し、その他者に自分が働きかけることにより何らかの援助行動を起こせるだろうという期待を持てる関係性が存在するからこそ、子どもは言葉による表現ができなくとも、身体症状を用いてその者に訴えかけられるのだろう。これに関しては早川¹⁾も「ストレスとなる出来事があった時、身近な相手に援助を期待しているのに、援助をする能力があると思っていた相手が自分に対してその能力を発揮していないと感じた場合に、人は言語的にも非言語的にもコミュニケーションをとろうとし、その際に「症状」を駆使することがコミュニケーションの手段となる」と述べている。心身症の身体症状は「言えない言葉の表現としての身体症状」¹⁾であり、つまりメッセージであるため、受け手があるからこそ発せられるのである。分かってほしいと思える他者が存在するからこそ、子どもは自分を表現できるのであろう。この観点から「援助を期待できる他者の存在」は、「心身症の発症」における必須通過点であると言える。

4. 1. 2 心身症の発症・維持と回復

「ストレス状況を認知できる・できない」心身症の発症時について3事例を比較すると、ストレス状況の認知について差異が見られた。インタビューでの語りより、AさんとCさんは心身症の発症時に、不快に感じる事柄が存在しており、ストレス状況を自覚できていた事がうかがえる。一方Bさんは「特に悩み事もなくて」と述べており、ストレス状況を認知できていないことがうかがえる。よって、「ストレス状況を認知できる・できない」が分岐点として考えられる。

心身症の発症以前の傾向として「不快感情を認知できる・できない」という差異について述べたが、このことと「ストレス状況を認知できる・できない」という点とは大きな関係があるのではないかと考えられる。心身症の身体症状の背景にある心理社会的要因、ストレス状況に我々が気付くことができるのは、不快感情を感じることによると考えられるからである。つまり、不快感情を認知できる者は、自己にとってのストレス状況に対しても適切な感情が喚起されるために、それをストレス状況と認識できるが、不快感情を認知しにくい者は、ストレス状況においても不快感情を感じにくいいため自己にとってのストレス状況を認識しにくいということが考えられる。身体化は、他者への自己表現としてのメッセージの機能を持っているが、不快感情を認知しにくい者にとっての身体化は、本人に対してストレス状況を伝える

という役割ももっているのではないかと考えられる。

ただし、本研究においては心身症を発症しやすいという個人内要因は、周囲との相互作用・関係性の中で変化しようと考えており、不快感情の認知も他者との相互作用の中で変化しようと考えられる。つまり、不快感情を認知しにくい者はストレス状況を認識しにくいという直線的な関係ではなく、そもそも不快感情を認知しにくいという個人内要因を有した者であっても、周囲との相互作用の中で不快感情を認知できるようになり、ストレス状況を認識できるようになるものと考えられる。

身体化以外のストレス反応 ストレスを言語によって表現できない場合に生じるものとして、身体化のほかに行動化がある。3事例の中でAさんは、身体化に加えて行動化（不登校）を起こし、それによりストレス状況への他者からの働きかけがあった。身体化に比べて行動化は、それが社会的規範や自他の基本的人権に関わる場合が多く、周囲の者は焦りや危機感を持ちやすく、それゆえ行動の背景にある環境要因に目を向けることにならざるを得ないと考えられる。その反対に、身体化によってしか表現できない場合には、身体症状が長引いたとしても、身体的な異常がないことで「心の問題」と認識されないと、現実的な環境要因には介入されないため、ストレス状況の変化は転校や卒業などの物理的変化を待つこととなりやすい。よって、この点が心身症の維持期間に影響を及ぼすと言えるだろう。

「ストレス状況の変化」「身体症状と心理社会的要因との関係への気付き」まず、心理社会的要因による身体症状である心身症の回復には、その身体症状の背景にあるストレス状況の変化が必須通過点となる。しかし、方法の項で述べたとおり、本研究においては、心身症の回復を、「身体症状による支障がなくなり一過性の身体症状とうまく付き合えるようになること」ととらえている。このように心身症の回復を捉えた場合、状況によって身体症状が発症したり回復したりするようであれば、ストレス状況がなくなって消失した身体症状も、再び何らかの状況の変化により再発することを繰り返す可能性もあると考えられ、それは心身症の回復とは言えないのではないかとと思われる。

回復を上記のように捉えた上で3事例を見てみると、心身症の回復には、自分の体に生じている身体症状が心理社会的要因によるものであることへの気付きが、関係していることがうかがえる。

心身症はそもそも身体症状であるため、はじめは体の病気が疑われる。3者ともに、身体化しやすい傾向ゆえ、心身症の発症以前より緊張場面や不安場面において身体症状が発症するという状況は繰り返されていたにも関わ

らず、一過的な心身症を繰り返す中では、自己の身体症状と心理的要因との関係への気付きには至っていない。おそらく3者ともに、生活に何らかの支障が生じるほどの心身症が発症したことにより、はじめて自分の身体症状と向き合い、それがどのような状況で発症するのかを知り、症状が心理社会的要因と関連していることに気付いたと考えられる。そして、この気付きにより始めて、ストレス状況への対処法を見出し、身体症状とうまくつき合うことができるようになる、つまり回復していきけるのではないだろうか。

よって、「心身症を回復する」という等至点に至るには、「ストレス状況の変化」に加えて「身体症状と心理社会的要因との関係への気付き」が必須通過点として位置づけられると言える。そして、それにより状況に依存して症状が発症したり治まったりする状態を越えて、症状とうまく付き合っていくようになるのであろう。

4. 1. 3 当時の出来事に対する現在の認識

心身症の身体症状についての理解 3事例において、「現在、当時の出来事をどう思うか」について聞いた際に、AさんとCさんは、心身症の発症について「ストレス状況を他者に話せなかったため」と理解していることから、今後のストレス状況についても、「また何かあっても人に話せば大丈夫」と、不安は少ないことがうかがえる。それに対してBさんは、当時の心身症の発症について「ストレスそのものが原因」と考えていることから、今後のストレス状況についても、「また同じようになるのでは」と、不安が残っていることが分かる。つまり、AさんとCさんは当時の身体症状を「ストレス状況を他者に話せなかったため」と考え、Bさんは「ストレス状況そのものが原因」と考えているが、その意味付けが今後のストレス状況への不安に影響を及ぼしていることが推測される。

ストレス状況とは人生において、避けて通ることではできないものである。よって、心身症など日常生活に支障

をきたし、本人にとって苦痛となるようなストレス反応を、ストレス状況そのものに帰属することは、今後のストレス状況に対する予期不安を生むこととなるのだろう。しかし、そのようなストレス反応であっても、それをストレス状況そのものではなく、他者に話せなかったことに帰属して理解していれば、今後のストレス状況については他者に話すことで乗り越えられるという安心感を持てるのであろう。

このことより、当時の身体症状の理解、すなわち「心身症の身体症状を、ストレスを話せなかったためと理解する・ストレスそのもののためと理解する」という点は分岐点として特定されるだろう。

では、この理解の違いはなぜ生じるのであろうか。このことについて、不快感情の認知から考えてみたいと思う。

そもそも、「ストレス状況を他者に話せなかった」という思いは、ストレス状況を認識できており、それを分かって欲しい他者がいるにもかかわらず話せなかった時に生じる思いであり、ストレス状況を認識できなければ、「話せない」という思いは生じない。先に述べた通り、ストレス状況の認知には不快感情の認知が関係していると考えられた。不快感情を認知できる者は、ストレス状況に対しても適切な感情が喚起されるために、それをストレスと認識でき、それゆえそのストレス状況を他者に話したいという思いを抱くことができる。一方で、不快感情を認知しにくい者は、ストレス状況においても不快感情を感じにくいためストレスを認識しにくく、それゆえそれを他者に話すということすらできないということが考えられるのである。

4. 2 心身症の発症と回復のプロセスのモデル化

表3は、以上の3事例の比較を通して特定された分岐点・必須通過点である。そして、これを踏まえて、子

表3. 本研究で特定された等至点・分岐点・必須通過点

	定 義	本研究での意味
等至点 (Equifinality Point: EFP)	等至性（異なる経路をたどりながら類似の結果にたどり着くこと）を実現する点。	・心身症の発症 ・心身症の回復
分岐点 (Bifurcation Poin: BFP)	ある経験において、実現可能な複数の経路が用意されている状態。複雑経路を可能にする結節点。	・ストレス状況を認知できる・できない ・心身症の身体症状を、ストレスを話せなかったためと理解する・ストレスそのもののためと理解する
必須通過点 (Obligatory Passage Point: OPP)	論理的・制度的・習慣的にほとんどの人が経験せざるを得ない経験。	・不快感情を言語化しにくく、身体化しやすい傾向 ・援助を期待できる他者の存在 ・ストレス状況への遭遇 ・ストレス状況の変化 ・身体症状と心理社会的要因との関係への気付き

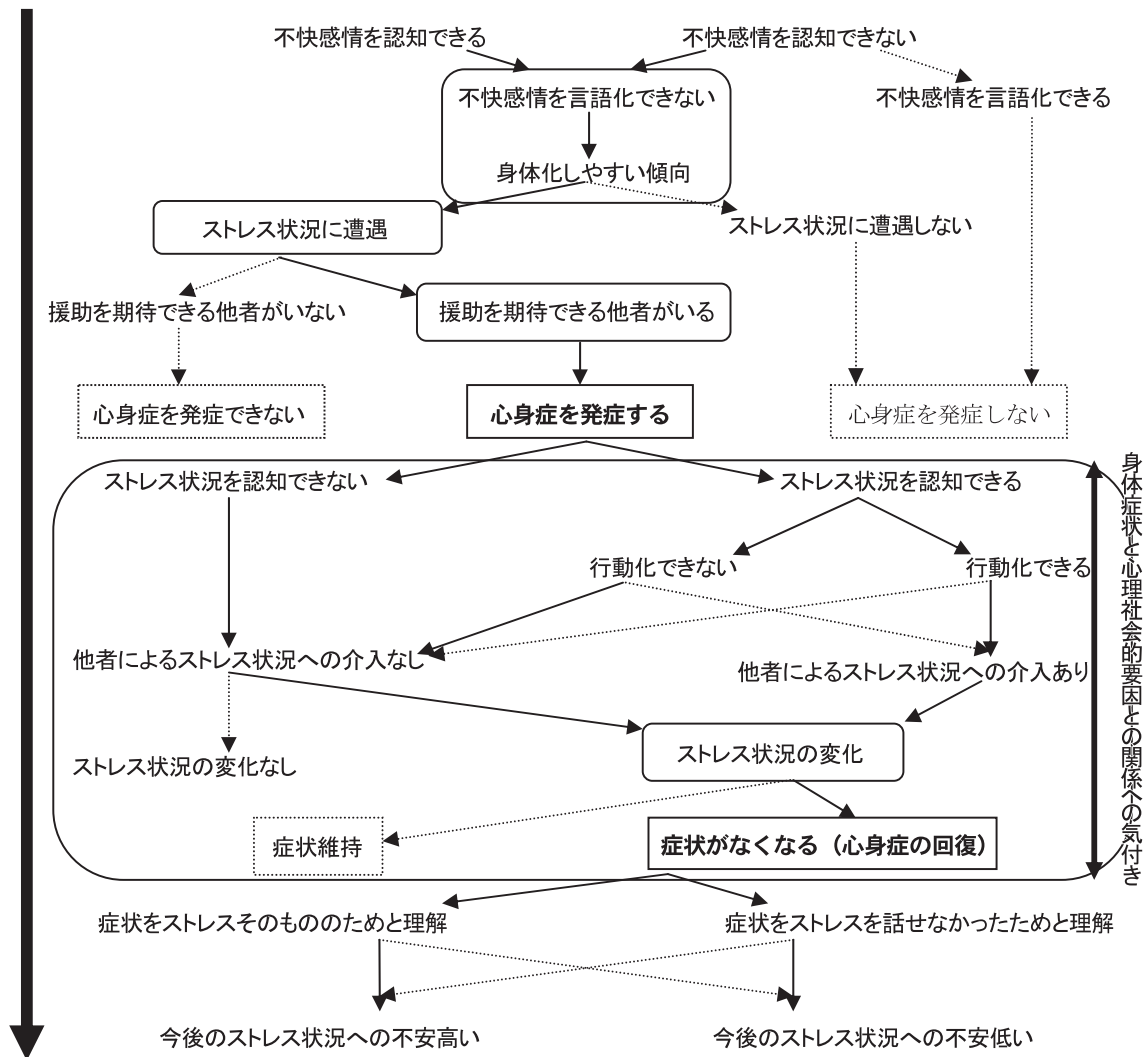


図2. 心身症のプロセスのTEM

子どもの心身症の発症と回復のプロセスをTEMの図として表したのが、図2である。図2において、経験事象は実線により、非経験事象は点線により表され、等至点(EFP)は□により、必須通過点(OPP)は○により表わされている。

5. まとめ

5.1 子どもの心身症について分かったこと

本研究より、子どもの心身症の発症には、不快感情の言語化や身体化しやすい傾向などという子どもの個人内要因に、外界からのストレスが加わるだけではなく、その子どもにとって援助を期待できる他者がいるかどうかという、周囲との関係性が関連することが分かった。これより、子どもの心身症には、①子どもの生得的な素質としての個人内要因（身体的脆弱性など）、に加えて、②過去の成長発達システムの中での相互作用の結果としての個人内要因（不快感情を言語化できないなど）、そして③（子どもの内的世界における）現在の周囲との相

互作用・関係性（援助を期待できる他者の存在など）、の少なくとも3つのレベルでの要因が関与しあっていることが示唆された。

そして、子どもの心身症が、症状の消失という一過性の治癒ではなく、自らの症状と上手く付き合っているという意味での回復へ至るには、ストレスとなっている外界の状況変化だけではなく、自分の身体症状がストレスと関係していることへの気づきが必要となることが分かった。さらに、体験した心身症を子どもがどのように理解するのかという意味づけが、今後のストレス状況への遭遇に対する不安と関係することが分かった。子どもが、自分の身体に生じている心身症という状態について、どう理解し意味づけていくかには、大人からの言葉掛けなど周囲との相互作用が多分に影響を与えると考えられ、子どもの心身症の回復についても、その重要性が示唆された。

5.2 「心身症を発症できない」ということの意味

本研究では、TEMを用いることで、両極化した等至点

の概念による非経験事象の可視化が可能となり、「心身症の発症」に対して「心身症を発症しない」という等至点への線経路を描くことができた。しかし、ここで浮かび上がったのは「心身症を発症する・しない」という二次元の視点だけでは捉えられない「心身症を発症できない」という状態であった。

心身症が個人内要因によってのみ発症するものであるならば、「不快感情を言語化できない」「ストレス状況への遭遇」という要因が重なれば、その個人は心身症を発症するはずである。それにも関わらず「心身症を発症できない」場合が存在するという事は、そこに、周囲との相互作用・関係性というものが関係しているということではないだろうか。

須永¹³⁾は「感情や気持ちを表に表さずため込んでしまうならば、それはいつか身体症状という形で表現されるか、あるいは問題行動という形で表現されやすい」が、「身体症状や暴力という形で表現されない（できない）子どもたちも少なくない」と述べ、心身症すら発症できない子どもの存在を認めている。そして、このような感情を抑圧する状態は、親や教師が「聞き分けのよい子」を求め、不快感情を表現する子どもを「悪い子」として評価するために、子どもはネガティブな感情を封じ込めて大人と接しようとする事から生じると説明している。さらに須永¹³⁾は、そのような子どもについて、「感情を抑圧して封じ込めてしまうと、自分が怒りや憎しみなどの感情を抱えていることすら自覚できなくなり、失感情症状を呈してしまうことにもなりかねない。悩んでいること悲しんでいることの感情さえ気付かずにいる事態は、単に感情が分化していないという以上に空恐ろしいことである」と、その危険性を指摘している。

また、大河原¹⁰⁾は、日常的な関わりの中で、不快感情が社会化される機会を得ずに育ってきた子どもの場合、危機にさらされ「怖い、悲しい」という強い感情が喚起されるような出来事に会ったときにその感情をどう処理してよいかわからないということが生じ、常に「かたまる」防衛をして感情を封印することで自分の身を守る習慣（解離様式による適応）がついていくようになる。そして、そのような状態において、子どもは日常的な出来事であっても外傷体験となりやすい、と述べている。

つまり、このような子どもは、過去の成長発達システムでの周囲との相互作用の中で、「不快感情を言語化できない」という個人内要因を蓄積すると同時に、どのような手段にせよ自分を表現することをタブーとする関係性を学習してきたということが考えられる。そして、そのように環境の中で成長してきた子どもに「ストレス状況への遭遇」という要因が加わったとしても、自分を表

現することをタブーとする関係性が子どもの内的世界の中に現在もお存在するために、心身症すら発症できない状況に至ることが考えられる。

このことから、子どもの心身症に限らず、子どもの示す様々な症状や状態については、それらが“あるかないか”といった二次元での理解ではなく、そこに至るまでの成長発達において蓄積された個人内要因や周囲との関係性・相互作用という視点を含めて理解する必要があるということが言えるであろう。

付 記

本論文は、第二執筆者の指導のもと、第一執筆者が、平成19年度東京学芸大学卒業論文として提出したものに加筆・修正したものである。研究に協力していただいた方々に、この場を借りて感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 早川洋：心療内科と家族療法，家族療法のヒント，金剛出版，pp.125-133，2006.
- 2) 小林正幸：事例に学ぶ 不登校の子への援助の実際，金子書房，2004.
- 3) 増田彰則・平川忠敏・山中隆夫・武井美智子・志村正子・古賀靖之・鄭忠和：家族機能が学校適応と思春期の精神面に及ぼす影響について，心身医，44，pp.903-909，2004.
- 4) 増田彰則・山中隆夫・武井美智子・平川忠敏・志村正子・古賀靖之・鄭忠和：家族機能が学校適応と思春期の精神面に及ぼす影響について，心身医，44，pp.903-909，2004.
- 5) 宮本信也：子どもの不安と心身の問題，こどもの不安症 小児の不安障害と心身症の医学，日本評論社，2005.
- 6) 日本心身医学会教育研修委員会：心身医学の新しい診療指針，日本心身医学会，31，pp.537-573，1991.
- 7) 西村良二：よくわかる医療系の心理学2，ナカニシヤ出版，2003.
- 8) 大河原美以・小林正幸・海老名真紀・松本裕子・吉住あさか・林豊：子どもの心理治療における見立てと方法論—エコシステム的な見立てモデルの確立に向けて—，カウンセリング研究，33，pp.82-94，2000.
- 9) 大河原美以：怒りをコントロールできない子の理解と援助 教師と親の関わり，金子書房，2004.
- 10) 大河原美以：ちゃんと泣ける子に育てよう 親には子どもの感情を育てる義務がある，河出書房新社，2006.
- 11) 大河原美以：子どもの心身症と家族関係，こころの科学，62，pp.60-64，1995.
- 12) サトウタツヤ・安田裕子・木戸彩恵・高田沙織・ヤーン＝

ヴァルシナー：複線径路・等至性モデル 人生経路の多様性を描く質的心理学の新しい方法論を目指して，質的心理学研究, 5, pp.255-275, 2006.

- 13) 須永和宏：言葉にならない，自分では気づかない感情-身体症状や行動への表れ，児童心理, 61, pp.31-35, 2007.
- 14) 吉川悟：古典的家族療法と現代の家族療法，家族療法のヒント，金剛出版, pp.21-35, 2006.

他者への表現としての子どもの心身症

—— 発症と回復のプロセスのモデル化の試み ——

Psychomatic disease of children as expression to significant others

—— Modeling of the process from the onset to recovery ——

金 田 桃 子*・大河原 美 以**

KANEDA Touko, OHKAWARA Mii

教育心理学

Abstract

Today, many people say that children are apt to represent stress as somatization and they often tend to be close to psychomatic disease. Most of reasons in somatization are inward factors such as undifferentiation of mind and body and undevelopment of language expression. However children grow and develop in relation between others. It is important to add viewpoint of interaction and relation between others for reflecting psychomatic disease of children.

The purpose of this paper is to try to establish the process from the onset to recovery of psychomatic disease of children. This paper points at interaction and relation between others. I have interviewed three students who had experienced sick psychomatic disease and have recovered. Trajectory Equifinality Model (TEM) was used for analysis and description.

As a result, it turns out that psychomatic disease of children are involved by interaction and relation between significant others who weather if deserve to expect support or not. Not only to feel stress join inward factors which is to express negative emotion and tendency to somatization. In other words, it shows that psychomatic disease are involved by those factors at least; ①inward factors that are original character of children (ex.physical fragile), ②inward factors that are effect of interaction in growth and development system (ex.expressing negative emotion by using language) ③interaction and relation between others in the present (ex.having significant others who deserve to expect support).

Key words: psychomatic disease, children, interaction

Department of Educational Psychology, Tokyo Gakugei University, 4-1-1 Nukuikita-machi, Koganei-shi, Tokyo 184-8501, Japan

要旨: 従来、子どもはストレスを身体化しやすく心身症と関係しやすいと言われており、その要因には、心身未分化や言語表現の未発達など個人内要因が多くが挙げられている。しかし、子どもは他者との関係の中で成長発達して行く存在であり、子どもの心身症を考える際にも、周囲との関係性や相互作用の視点を加えることは重要だと考えられる。

よって本稿では、周囲の者との相互作用と関係性に焦点を当て、子どもの心身症の発症から回復までのプロセスを

* Graduate School of Education, Tokyo Gakugei University

** Tokyo Gakugei University (4-1-1 Nukui-kita-machi, Koganei-shi, Tokyo, 184-8501, Japan)

モデル化することを目的とした。その際、心身症を発症し回復した経験のある3名の学生を対象に半構造化面接を行い、複線経路・等至性モデル(TEM)を用いて分析・記述を行った。

その結果、子どもの心身症の発症には、不快感情の言語化や身体化しやすい傾向などという子どもの個人内要因に、外界からのストレスが加わるだけではなく、その子どもにとって援助を期待できる他者がいるかどうかという、周囲との関係性が関連することが分かった。これより、子どもの心身症には、①子どもの生得的な素質としての個人内要因(身体的脆弱性など)に加えて、②過去の成長発達システムの中での相互作用の結果としての個人内要因(不快感情を言語化できないなど)、そして③現在の周囲との相互作用・関係性(援助を期待できる他者の存在など)の、少なくとも3つのレベルでの要因が関与しあっていることが示唆された。

キーワード: 心身症, 子ども, 相互作用