

[Article]

The relationship between pain and mental stress

— Threats of symptom-inducing stress —

Hirofumi Hori*

*Department of Physical Therapy, Faculty of Nursing and Rehabilitation, Aino University

Abstract

The objective of this paper is to review the relationship between pain and stress, especially focusing on stress, which is interpreted here according to the theory of R. S. Lazarus. I mention stress-coping behaviors in the first half, and in the second half, discuss examples of hypochondriases and psychosomatic disorders in order to consider how anxiety could affect the body. On the assumption that the simple medical explanations are not sufficient to understand the problems of pain, I reconsider the real state of illness accompanied by pain from an aspect of stress.

I refer to threat recognition, anxiety in particular, which can be generated by unsuccessful stress-coping behaviors. Anxiety may actually induce pain, or may be recognized as pain, however few reports are available on this mechanism. I will try to clarify the relationship between pain and stress, highlighting the existence of anxiety.

Key words : pain, stress, coping

痛みと心理的ストレスの関係性

—— 症状化するストレスの脅威 ——

堀 寛 史*

【要 旨】 本論文では痛みとストレスの関係を特にストレスについて詳しく説明し見直していく。ストレスに関しては R. S. Lazarus の理論によって解説する。本論文ではストレスコーピングについて前半で言及し、後半では具体例として、不安が身体にどのような影響を与えるのかということを中心症・心身症について考えていく。痛みの問題が必ずしも医学的な経路による解説で理解し得ないということを前提としつつ、痛みを抱えることによって起こりうる病の姿をストレスという視点から見直すのである。

本論文ではストレスコーピングの失敗により起こりうる脅威の認知の中で、特に不安について言及する。不安が痛みに変化する、あるいは、痛みに変化したように認知される。このメカニズムについてふれる文献は多くない。不安の存在をみる事で痛みとストレスの関係性がずっと明確になることだろう。

キーワード：痛み，ストレス，コーピング

1. はじめに

痛みとストレスの関係性は臨床経験を持つものであるならば感覚的に確認できるのではないだろうか。また、いくつかの実験でもそのことは確認されている。しかし、理学療法学分野の文献でストレスと痛みの関係の説明を目にしない。他分野からの文献^{1,2)}を探してみるとストレスと症状としての痛みの兼ね合いを述べているものがあるが、これらも個別の実験としての意味を十分に認めるが理論体系としては不十分であるように感じる。理論的に不十分であるということは臨床応用として幅が持たず、結局ストレスとはどういうものなのかという問いに再度かえってしまう。このようなことを繰り返してきたということが本論文の出発点である。本論文の目的はストレスを Richard. S.

Lazarus の理論を文献的に見直し、さらには身体に現れ出るストレスの形を見ていくことである。そして、ストレスと痛みの兼ね合いについて、臨床例（精神疾患との関連を例にとり）を確認しつつ、その意味を組み合わせることを目的としている。

2. 医学・生理学的ストレス研究と心理学的ストレス研究

ストレスと一言にいっても、その種類と定義を確認する必要があるだろう。そもそもストレスとは、物質が歪みに反発する状態のことであり、工学の領域で使われてきた術語である。そのストレスという語を心身の問題に用いた最初の人には Hans Selye である。彼は、人間を対象とした臨床治療と動物実験とから、劣悪環

* 藍野大学医療保健学部理学療法学科

境から疾患に至るプロセスと疾患の特徴とを明らかにし、このようなプロセスによって発症する一群の疾患を汎適応症候群 (General Adaptation Syndrome/GAS) と呼んだ³⁾。

Selye が提唱した汎適応症候群の研究によると、生体は刺激を受けると最初に警告反応期に入り、その刺激が持続すると抵抗期へ、さらに持続して刺激を受けつづけると疲憊期に至る。疲憊期に至った生体はホルモン分泌能力の喪失を起こし、場合によっては死に至るといふ。この理論は主に肉体的な刺激をもとに観察されたものである。この後 Lazarus は、Selye の実験の鍵となる刺激は、物理的ストレス (熱、低温、衝撃) ではなく、むしろ、動物が困難にぶつかっているという知覚であっただろうと発言した⁴⁾。これらの研究により、心理的ストレスは身体に影響を及ぼすということがわかった。

ストレスは 1) 心身の安全を脅かす環境や刺激、2) 環境や刺激に対応する心身の諸機能、3) 対応した結果としての心身の状態、の 3 側面から構成され、1) はストレスラー、2) はストレス対処ないしストレス状態、3) はストレス反応と呼ばれている。今日、ストレスは、心身の両面から研究されているが、身体的安全・健康を上記の 3 つの側面から検討する研究を医学的・生理的ストレス研究、心理的安寧・健康を 3 つの側面から研究する立場を心理学的ストレス研究と呼んで、2 つの研究領域を区別している³⁾。

心理学的ストレスの研究領域の関心は (1) 環境か

らの刺激・要請あるいは体験がどのようなプロセスを経て well being を脅かす状況・刺激 (ストレスラー) となるのか、(2) 脅かす状況・刺激にどのように対応・対処すれば well being が保持できるのか、(3) well being が保持されない際の心理的状态はどのようなものか、の 3 点に置かれている。(1) はアプレイザル・appraisal (評定)、(2) はコーピング方略・coping strategy (対処方略)、(3) は心理的ストレス反応とよばれるが、とくに (1) と (2) はストレスラーと心理的ストレス反応の間に介在する重要な内的過程とされている³⁾。

そして、心理的ストレスの定義は Lazarus らによって「ある個人の資源に重荷を負わせる、ないし資源を超えると評定された要求⁵⁾と説明されている。この考えに基づけば、心理的ストレスが成立するには、「まず、第一に、個人の資源と環境からの要求との相対的關係において、環境からの要求が個人の資源を上回ることである — 中略 —。第二の条件は、環境からの要求が自己の資源を上回るか否かを、個人が主体的、能動的に評定することである。つまり、心理的ストレスにおいては、両者のバランスに関する客観的な事実が重要ではなく、個人が主観的に評定した結果が重要なのである⁶⁾」という条件を満たす必要がある。

このような説明から、心理的ストレスの定義には、個人のあり方や、傷つきやすさなどの個人のさまざまな特徴が考慮されていることがわかる[†]。ここでは、ストレスが単に環境の変化や、環境に対する反応だけ

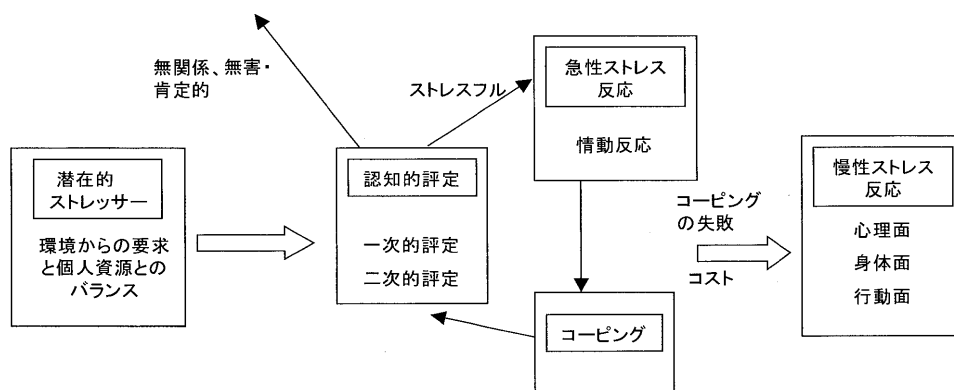


図1 心理学的ストレスモデルの概要 (小杉ら、ストレス心理)

† これは GAS やホームズらによる「社会再適応評価尺度・Social Readjustment Rating Scale/SRRS (Holmes & Rahe, 1967)」などと対比しての記述である。

からではなく、個人と環境との能動的な相互関係から捉えられている⁴⁾。

ここで疑問として残ることはストレスの個人差についてである。個人によってストレスの感じ方が違うということは感じ方の部分に確認しなければならないことがあるのだろう。そのことに焦点を当てて、次節以降で論じていく。

3. ストレスの個人差

ストレスが身体に影響を与えるということはよく知られている。例えば、過激な競争が心臓発作を引き起こすというようなことである。しかし、Howard S. Friedman は『性格と病気』⁷⁾の中で、それは常に真なのかという問題提起をしている。同じストレスによって必ずしもすべての人が同様の疾病に罹患する訳ではないからである。

では、このような個人差の原因は一体何であろうか。その解明のために、この節ではストレスと個人差の関係を論じてゆく。

結論を言えば、ストレスに起因する疾病に罹患するかしないかの個人差は、コーピング(coping)の問題である。コーピングとは後に説明するが、簡単に述べるとストレスをどのように対処するのかといった方法である。このストレスとコーピングについて Lazarus が「生活レベルでのストレスとそのコーピングの間には、多少とも相補的な関係がある。つまりコーピングが不適切であったり不十分な時には、対処が有効なときに比べるとストレスの頻度と程度は強くなる傾向にある。だが、ストレスをうまく処理できた者は、さらに仕事を求め、よりストレスにさらされるということになるかもしれない⁸⁾」と述べている。このことからストレスをどのようにコーピングしていくのがストレスに起因する疾患の対応になるということが示唆されている。

コーピングとは、Lazarus らの著書『ストレスの心理学』⁹⁾によれば、「個人の資源に負荷を与えたり、その資源を超えると評定された外的ないし内的要請を処理する為に行う認知的行動努力であり、その努力は常に変化するものである」と定義されている。簡単に言えば、ストレスフルな刺激やその刺激によって生じた情動を処理する過程である⁶⁾。そして、Lazarus らはこのコーピングについて3つの特徴を挙げている。第一に、コーピングは安定したスタイルや特性ではなく、状況によって変化する動的なプロセスであるとい

う点、第二に、コーピングは意識的な努力であり、無意識レベルでなされる防衛機制や適応規制とは異なるという点、第三に、コーピングとコーピングの結果は別であるという点である⁶⁾。ここで重要なことは、意識的な努力であるという点であると筆者は考えている。コーピングは「生じた情動を処理する過程」である。情動を簡単に意識化できないということがストレスとなることがあり、防衛機制に至らせないという過程がもっとも困難であると考えからである。

環境や社会から刺激を受けると、その刺激は認知的評定に従って「無関係」・「無害—肯定的」・「ストレスフル」のいずれかに評定され、ストレスフルと判断されたものに対しコーピングがなされる。このコーピングが不適切、あるいは不十分であった場合に、ストレス反応として心理・身体・行動に問題が発生する。つまり、ストレス性疾患に罹患するか否かは、認知的評定とコーピングの程度によって決まると言える。この認知的評定とコーピングの差を腰痛による痛みを例に取って考えてみよう。

腰痛持ちの会社員の腰の痛みの例である[†]。その会社員がたまにするバレーボールによる筋肉痛と、上司の命令で嫌々ながら残業した肉体労働による筋肉痛の違いを検討する。この二つの事柄の負荷の程度が同じならば、痛みの程度も同じはずである。しかし実際は、心理的ストレスの有無によって認知的評定・コーピングに差が生じる。自分の興味に従って行ったバレーボールによる筋肉痛は、認知的評定において「無害—肯定的」であるとされるだろう。しかし、嫌々行った残業による痛みはストレスフルと評定され、それについてのコーピングがなされる。コーピングが不適切に行なわれ、仕事を無理強いした上司に対する怒りや恨みが生じる場合、腰に発生した痛みは、本来的には同じであるはずのバレーボールによる筋肉痛よりも強く感じられると考えられる。

このような違いはオハイオ州立大学の研究者たちの報告“Back pain in your head”⁹⁾によって裏付けられている。この実験は職場におけるストレスと腰痛の関係を調べたものである。被験者に脊柱にかかる力を測定する装置をつけてもらい、約11kgの箱を繰り返し持ち上げてもらう。この作業の前半部分では被験者を励まし、後半部では一転して批判する。その結果、

† その痛みに原因が2種類あると想定する。痛むのは同一人物であるが、発生機序が違うという仮定である。

外向的な性格の被験者に変化はなかったが、単純作業を好まない内向的な性格の被験者は、批判によってストレスが高まった途端に、それまでとは異なる筋肉の使い方を見せ始めた。なかには、脊柱にかかる圧力が27%も増加した被験者もいた。

この実験を心理学的ストレスモデルと痛み概念から考察してみよう。脊柱にかかる圧力が増加した被験者群には、単純作業を好まないという前提がある。それゆえ、実験を始める時点で既に認知的評定は「ストレスフル」である可能性が高い。そしてコーピングの段階で「これは単なる実験である」と自らに言い聞かせるなど、認知的行動努力として合理化が行われていたのかもしれない。しかし、この不安定な状態に対して批判というストレスラーが加わる。この結果、コーピングが不十分になり、ストレス反応が出現する。この実験の作業自体、脊柱に負担をかけるものであるゆえ、筋力の個人差はあれ、被験者全員にある程度の痛み（筋疲労による筋肉痛）が発生していると推察される。それゆえこの実験における二群間の圧力の差は心理的ストレスの量の差であり、それによって痛みが増幅されるという説明が可能になると考えられる。

以上、認知的評定とコーピングという見解からストレスにおける個人差を説明した。次節では認知的評定に焦点を当て、それに影響を与える因子——ストレスラーの問題——を考える。

4. 認知的評定に影響を与える因子 —— ストレスラー ——

この節では、心理学ストレスモデルのプロセスの流れとしては順序が前後する[†]が、一次・二次評定についての説明を行い、それらの評定に影響を与える因子について触れていく。

前節で、一次評定の結果が「無関係」、「無害—肯定的」、「ストレスフル」になると述べた。この中の「ストレスフル」はさらに「害—損失」、「脅威」、「挑戦」に細分化される。

「害—損失」は、自分の価値・目標・信念などが、すでに「危うくなってしまった」、「おびやかされてしまった」場合に、なされる評定である。「脅威」は、まだ実際には「害—損失」を被っていないが、今後被

る可能性がある場合になされる評定である。「挑戦」は、出会った状況が、自分に利益や成長の可能性を与えると判断される場合になされる評定である⁶⁾。この一次評定に関して重要な点は、これらのうち複数の評定が同時に起こりうるということである。

Lazarusらは脅威と挑戦という評定は、それぞれ対処努力を必要とする点で（急性ストレス反応を引き起こすという点で）共通しているが、脅威が恐怖、不安、怒りなどの否定的な情動^{††}によって特徴づけられているのに対して、挑戦は、熱意、興奮、陽気などの肯定的な情動によって特徴づけられている点で両者は異なっていると述べている⁵⁾。また脅威と挑戦という評定が同時に起こった場合、直面している障害や危険を克服できる自信が高い場合には「挑戦」が優位になるが、克服できる自信が低い場合には、「脅威」が優位になると述べている⁵⁾。

次に二次評定について述べる。二次評定は「環境とのかかわりにおいて、その状況がストレスフル、すなわち、「害—損失」「脅威」「挑戦」と評定された場合、その状況を処理したり、切り抜けたりする為は何をすべきかを検討する過程」である⁶⁾。また、Lazarusは、コーピング方略の採用に関連する二次的評定を、状況の展開に応じて変化させることが、適応にとって重要であると述べている¹⁰⁾。

認知的評定に関していくつかの留意点を挙げると、第一に、「一次的」「二次的」という語句は時間的な前後関係や重要度を意味しているのではない。これは、両者は相互に影響を及ぼしあっている（内容が異なっている）ことを意味している。第二に、一次的、二次的それぞれの評定が必ずしも意識的であるとは言えないということである¹⁰⁾。この点についてLazarusは、認知的評定の過程には、意識的になされる慎重なものと、無意識的になされる直観的、自動的なものとの二種類があると述べている¹⁰⁾。

次にストレスラーについて考える。ストレスラーとは1節で述べたように「環境からの刺激・要請あるいは体験が何らかのプロセスを経てwell beingを脅かす状況・刺激」とされている。しかし、その細部に関しては、医学的生理的ストレス研究と心理学的ストレス研究ではそのプロセスについての見解に違いがある。医学的・生理的ストレス研究は、環境要因によって生

† 心理学的ストレスモデルのプロセスの順序は基本的に認知的評定のあとにコーピングがくる。

†† Lazarusは情動を15に分類している。怒り、羨望、嫉妬、不安、恐怖、罪悪感、恥、案堵、希望、悲哀、幸福、プライド、愛、感謝、同情である。

物的に歪みの生じた生体が疾患発症に至るプロセス、すなわち「環境刺激・ストレス→身体諸器官の反応→疾患発症」を研究目的としている。他方、心理学的ストレス研究は、環境からの要請ないし体験を受けて well being が危機に瀕し、不適応状態に至るプロセス、すなわち、「要請・体験→要請・体験の主観的評定によるストレスの発生→ストレスへの対処→心理的ストレス反応→不適応状態」を問題にする³⁾。

この違いにおける重要なポイントは、心理学ストレスモデルにおいてストレスは一次的評定の結果として発生する¹¹⁾ということである。Monroe によれば、個人が自覚する主観的ストレスの総量は、環境からの刺激そのものが持つ強度と、個人の一次的評定の強度の合計値である¹¹⁾。また、ストレスは、持続的な慢性ストレスと一時的なイベント型ストレスとに二分されるが、とくに慢性的なストレスを測定対象にする際には、環境からの刺激強度[†]と一次的評定の強度とを分離することは非常に困難である。慢性的なストレスは、本来個人の主観的な判断を通して測定される性質を持つ¹¹⁾。以上のことから、心理学ストレスモデルにおけるストレスとは、一次評定において「ストレスフル」と認定されることがらに影響を与える因子であるといえよう。

「ストレスフル」の評定——「害—損失」「脅威」「挑戦」——と痛みとの関係を考える場合、最も注目すべきは「脅威」と評定される事柄であろう。その理由は情動に関連している。前述のように、「脅威」の評定は恐怖、不安、怒りなどの否定的な情動によって特徴づけられる。このような否定的な情動が生じるのは、生体にとっては危険のサインに対する反応としてであろうし、心理面においては「害—損失」になるかもしれないという社会的な判断としてであろう。

Lazarus は「脅威は、それが生み出す不安のような情動によって身体に影響を与えうるけれども、まだ現実化していない潜在的な害であるから、全く心理的なものであることをわれわれは理解する必要がある¹⁰⁾」と述べている。

「脅威」という判断は、多少の個人差はあるであら

うが、大きく言えば、生命や社会的立場など、自らの存在、存続にかかわる事柄に関連してなされると考えられる。さらには、未来の不安定さ・不確かさも「脅威」であり得るだろう。それは「不安」と言い換えることも出来るだろう。

自分自身が将来的に「害—損失」を被る可能性がある場合になされる可能性のある評定が「脅威」であった。そうであれば、先の見通しのかかない不安が「脅威」や「ストレスフル」の因子であると思われる。次節以降では、この「不安」に注目しながら述べていく。

5. 不安という脅威

この節では、前節で述べたストレスフルという評定に包含される「不安」について論及する。医学・生理学ストレスモデルにおいては、不安はストレスによって起こる心理反応という形で捉えられ、それはストレスを起こすもの（ストレス）→脅威の知覚→不安状態というプロセスを取る¹²⁾。しかし、心理学的ストレスモデルにおいては、ストレス（不安）は認知的評定の結果として現れ、さらにコーピングが不適切・不十分であった場合にストレス状態になると説明されている。

この二つのモデルは、ストレス発生上のプロセスについての説明を異にしているが、両者とも不安という概念なしには説明できない。不安は、「人間について深く考えるなら、人間がしばしば不安を持つということより、むしろ人間が大部分不安を持たずに過ごすことの方が説明を要する¹³⁾」ものであり、「不安とは、人間が人間であるための条件¹⁴⁾」という言葉も言い過ぎではないと思われる。そこで、心理的ストレスについてのここまでの論述の流れから少し逸れるが、不安の意味^{††}を、主として精神医学の文献を参照しながら説明していく。

まず、『不安の臨床』に述べられる説明を見ていくことにしよう。「不安とは、不快感と緊迫感を伴う安らかでない心身の状態であり、おおむね対象や動機を欠くが、漠然とした不確かさを伴い、特定できない何かに脅かされていると体験される¹⁵⁾」。

この説明ではまだ漠然としている。そこで、笠原が

† 慢性的なストレスを生起させる環境要因としては、たとえば、「親からの過剰な干渉」や「役割のあいまいさ」などがあげられる。

†† この場合、定義という表現が適切であると思われるが、本論文では生田の「不安の包括的な定義は存在しない」という主張に従って「意味」という表現を使用する。

表1

神経（ノイローゼ）症の不安	健康範囲内の不安
理由（対象）がない	理由（対象）がある
表現しにくい	表現できる
わかってもらえない	わかってもらえる
我慢しにくい	我慢できる
長く続く	長く続かない
またこないかという不安が続く	いったん去れば気にならない

(笠原, 1981. p. 20. より引用)

表2

不安	恐怖
原初的, 根源的反応	不安からの発展
対象化困難, 漠然としている	対象化・特定化可能
背後, あるいは四方八方から忍び寄る	対象から向かってくる
自分自身の現実的位置付けが困難	対象と自己の客観的位置付けの試み
全人格を巻き込んだ危機に	対象への注意集中
無意味な混乱状態	脅威の対象化と, 逃走態勢へ
感覚が不確かに	感覚が鋭敏に
感覚を有効に利用できない	感覚を行動化へと利用
“Ich ängstige mich”	“Ich fürchte etwas”

(生, 1994. p. 22. より引用)

『不安の病理』の中で整理している、神経症[†]的の不安と正常範囲内の不安の対比表（表1）を見ると、不安についての理解が容易になる。但し、この解釈は笠原独自のものであり、精神医学における標準的解釈ではない。精神医学の従来の見解では、表の左側を不安と呼び、右側を恐怖と呼ぶ傾向にある。また、笠原自身、不安の概念はこの表のように整然と区分できるものではなく、不安と恐怖の重なり合いの部分にも注目する必要があると注意を促している。

不安と恐怖の従来の対比については、『異常心理学講座』の中に次のように述べられている「恐怖が外界に生ずる危険をはらんだ具体的な対象によって引き起こされ、そしてその危機感（恐れ）を感じてその対象に集中するのに対し、不安の危機感（恐れ）は内界から湧き起こり、びまん性、無定形にとどまっている」¹⁷⁾ ということに注目してみる。こちらも説明に対照表（表2）が用いられている。ここで注意すべき点は、ドイツ語表現では不安と恐怖の概念がはっきりわかれているということである。そのため、この二つの概念は適切な日本語表現に置き換えることができない。日本の文化においては、不安という語は恐怖と混同されて使

われていることを理解しておく必要がある。

以上、不安（社会・文化的な不安と精神医学的不安）と恐怖の概念について触れた。ここまでの考察において注目すべきは、「不安は対象をもたない」ということである。不安は、対象概念ではなくて、状態概念である。状態概念とは、「気温3度」のような客観的物性についての状態記述としてではなくて、自己の心身と境界を含めた総体を通して、おのずから感じ取られるものに対して措定されるものである¹⁵⁾。また、Bleuler (1911) は「他の情動よりも注目されることは、不安とは表象と結びつかずに存在しえることである」と述べ、不安が対象の不明確なものであることを指摘している。以上の理由から、本論文では不安を「対象を持たない」ものとして恐怖と区別する。

次に不安の次元について述べる。ここでは笠原の主張に依拠し、不安は身体的（生物的）次元、心理・社会的次元、実存的次元の三つの次元から成り立っていると考える。笠原は、このように分ける理由を「精神病理学は、決して十分ではないが、精神とか人間とかを多元的統括的に、つまり身体から実存までにわたる広がりの中で見ることを目標にする」¹⁴⁾ と述べている。

笠原は、身体的（生物的）次元を「脳の次元」と言い換えている。この次元における不安は身体的器質的変調によって起きる。例えば、パーキンソン病が併発する鬱様不安は、心理的に落ち込んでいるのではなく、生物的情動に影響を与える伝達物質のドーパミン代

† DSM-IV-TR¹⁶⁾ の診断基準においては「神経症」という診断名は存在しない。しかし、本論文においては、過去に使われたものとして、また、理解の範囲を広げる為に「神経症」という語を使用することがある。

謝が変調を来たしたものと考えられる。1959年に Klein が、imipramine が不安神経症患者に有効に作用することを見いだした。それまで、臨床医学の主題としての不安はいささか哲学的なニュアンスの強いものであったが、imipramine の開発は、不安に生物学的具体性がもたらされたような印象を与えた¹³⁾。imipramine の有効性の発見は、心理的・実存的次元にあった不安を身体的次元に引き寄せた事例といえる。この発見以降、現代医学は、人の思考・情動は脳（脳内物質）によって司られているという方向に認識を軌道修正した。

笠原は、心理・社会的次元を、对人的配慮、愛と憎、楽観と悲観¹⁴⁾と述べている。これは一般的な人間の感情である。受験に対する不安や、またその学校に受かって、先行きを不安がるのもこの次元の感情である。この次元が、本論文で述べてきた、ストレスに対するコーピングの問題としての不安に関わる次元である。

また笠原は、「ほかならぬ私という人間の一回性に関する次元」¹⁴⁾として実存的次元を挙げている。苦痛や悲しみは私だけのものであり、他者と共有できるわけではない。そもそも私が存在するからその苦痛があるのではないか。そういった疑問と不可分の不安もまた存在する。このような不安は哲学で論議されることが多い。その一つとしてドイツの哲学者 Martin Heidegger の文章を引用する。「不安は現存在を「ひと」から引き離して単独化し、本来的に実存することへ、本当に自分自身で世界の中に存在することができるということへ投げかけるのである。不安は私達を自分自身で、自分自身を選ぶという自由の前に立たせるのである」¹⁸⁾と Heidegger は説明している。この中の「自分自身を選ぶという自由」には、病む人の持つ問題の本質が含まれているように思われる。別の言い方をすれば、「自分自身を選ぶという自由」そのものが私達にとって「脅威」なのかもしれない。ここで言う自由は、開放されて自由になったというときに使われるような意味ではなく、対象がない、いわば、大海原に投げ出されたような自由であると考えた方が適切であろう。このような自由ではあるが目的や対象がないことはそのことが人にとって「脅威」なのであろうと思われる。

不安の多次元性についての以上のような認識は、不安を持つ人と関わる場合にも、さらには自身を内省するためにも必要であろう。また、本論文の主題との関連でさらに重要なことは、不安が精神のみならず、身

体にも影響を及ぼすということである。

6. 身体の不安心気症

身体に起きる痛みを知覚する時、人はその原因を探ろうとする。見た目に損傷があり、痛みとの関連を見いだせれば、その痛みを納得し損傷の修復を試みることができる。しかし、損傷部分がわかりにくい場合、痛みの原因を見いだすことが困難である。例えば、強い痛みを発する骨折も、視覚的に変化が検知されなければ、痛みの原因が本人にもわからないだろう。また、内臓痛に関しては痛みとの因果関係がわかりにくいものが多いので、痛みという危険サインに不安を覚える。

この不安について、笠原は次のように述べている。「深淵をのぞきこむ不安にいつも直面していることは、人間として耐えがたい。したがって、どうしても心臓の不安とかガンの不安といった『対象のある』不安に変えたい。変えたいといっても、意識的ではない。無意識のうちである。無意識のうちに行う心のこのような作業を『防御メカニズム』と呼ぶ。この場合、『漂える不安』という対象のない、したがって、どうしようもない不安が、心臓とガンの不安という、まだしも対策のたてようのある、より耐えやすい不安へと変形される。われわれはこれを『身体化』と呼ぶ」¹⁴⁾。

この笠原の説明に少し修正を加え、「深淵をのぞきこむ不安は耐え難い。したがって、“対象のある”恐怖に変えたい」とするとわかりやすいだろう。我々は原因が不明確な知覚が生じていること自体が恐いのである。人はそのような場合、医学的根拠がなくても、「癌である」といった自己診断を下す。この場合、漂える不安から解放されたいという願望の方が癌という疾病が惹起する死の恐怖に優先するのだろう。不安はそれほどまでに最優先の解決課題であると言える。

このような不明確な知覚に対して、自らの診断のみを待み、医学的な診断を信じない人がいる。このような人を医学の世界では心気症と呼んでいる。心気症は、身体症状の原因を完全に身体に還元することができないという医学の限界が生んだ一つの対処の方法であるといえよう。残念なことに、特に日本の病院医療は、原因不明の痛みを有する患者に対して「ヒポコン」（心気症の俗称）というレッテルを貼りがたがる¹⁹⁾。しかし、それが、患者自身にとって不明確な知覚があるがゆえの不安を回避する為の身体化であるかもしれない

いということあまり疑われない。このような状況が臨床の現場に現に存在している。

この節で言う「身体の不安」とは、この心気症[†]のことである。心気症の定義としては、「心身の些細な不調にいちじるしくとらわれ、これに必要以上にこだわって、重大な疾患の兆候ではないかと恐れ、しかもその心配を他者に執拗に訴えつづける状態²⁰⁾」を採用する。吉松は心気症の要素として「心身の些細な不調」、「病的なとらわれ」、「疾病恐怖」、「他者への訴え」を挙げている。ここで注目すべきことは、どんなに些細なものであっても、患者の心身には不調、即ち不明確な知覚があるということである。患者はその症状にとらわれ、疾病恐怖に陥り、自分でどうすることもできないためにその症状を他者に訴えるのである。患者には心身の不調がまず存在するのである。

また、「他者への訴え」という要素も特徴的である。吉松はこれを、「心気症者は自らの感情を感情として他者に言語を通して伝えないで、身体的訴えによって代えている。しかも心気症者自身はこのことを自覚していない²⁰⁾」と述べている。そして、その訴えは両面的である。即ち、他人に助けを求めつつ、意識的あるいは無意識的に他人を支配しようとしているのである。吉松はこのことの説明として「心気症者が幼時病弱であってそのために身体的看護を受けた経験が多く、その過去の経験の再現を願っているとか、かつて親兄弟に病身、あるいは心気症者がいて、その人物に同一化し、その行動様式を社会的に学習したものだという説がある²⁰⁾」という。Freudの言葉を借りれば「第二次疾病利得」と言い換えることができるだろう。つまり、患者は、病気になることで誰かが自分の相手をしてくれる、否、病気をしないとだれも自分の相手をしてくれないと考えているということになる。この観点から心気症を捉えると、症状に対する不安の底には、症状が消えると自分の周りにはだれもいなくなってしまうかもしれないというもう一つの不安が潜在しており、その二重の不安が患者を苦しめていると言えるのかもしれない。

† 心気症の概念は日本と欧米において——DSM-IV-TRやICD-10（世界保健機構が作成する診断基準と精神科国際診断基準会・神経症圏障害検討小委員会の考えの違い）——その概念に差異があるため、診断において心気症と身体表現性障害が混同されることがある。本論文においては日本的な心気症概念を採用し論じる。

さらに、吉松は心気症とパラノイア^{††}の関連を、Freudの論を採用して「パラノイアと心気症が共にナルチスチックな特性を共有している以上、すべてのパラノイアは心気症の部分をもっている²⁰⁾」と説明している。また、「心気症そのものの性格の中に、本質的にパラノイアに移行する可能性がある²⁰⁾」とも述べている。心気症とパラノイアはコインの裏表のような関係とも捉え得る。それゆえ、心気症の人は自らの状態を被害妄想的に捉え、他者に対しては攻撃的妄想を抱くと考えることにそれほど大きな間違いはないだろう。このような傾向については場面依存性性格（他罰傾向）、場面独立性性格（自罰傾向）とパラノイド性格という見方をするとわかりやすい。パラノイド性格の人は痛みの治癒に影響する。このことを含め、以下に若干の補足的説明をする。

柳田は『痛みの人間学』²¹⁾の中で、場面依存性性格と場面独立性性格では前者のほうが痛みに敏感であると述べている。残念ながらこの問題についてはそれ以上の説明はないが、このことの原因を解明することは、生理的な痛みがストレスを含んだ痛みとなる理由の解明にもつながると思われる。

道を歩いていて、電信柱にぶつかる。このとき場面独立性性格の人は、「歩いた道が悪かった」、「とんだ恥ずかしい思いをした」などと思うだろう。これに対して、場面依存性性格の人は「何でこんなところに電信柱があるのだ」、「誰がこんなところに立てたのだ」と思うだろう。後者はパラノイド認知とよばれる認知反応である。パラノイド認知の傾向が強い人々をパラノイド性格者とよぶ²²⁾。このような性格の人は、自身の身体症状を、過剰に捉え、他者に対しても必要以上に大げさに訴え、その説明も被害的である可能性がある。

パーソナリティという視点から見ると、場面依存性性格の人は逸脱したパーソナリティを持ち、一見病的のように思える。確かに、パラノイドは種々の精神病理の症状と見られている。パラノイド性格の心象風景を、K, Horneyは「敵意に満ちた世界に、頼るものもなく、無防備に放り出されている」心情と描写している。親が子どもに対して無関心だったり愛情を与えなかったりすると、子どもは他者に対する基本的信頼を形成することが出来ない。パラノイド性格者の背景

†† 体系だった妄想を抱く精神病。妄想の主体は血統・発明・宗教・訴え・恋愛・嫉妬・心気・迫害など。

にはこの基本的欠損があると考えられている²²⁾。

このパーソナリティ障害[†]ということに関して、米国立衛生研究所は2004年8月2日付けの共同通信²³⁾に「18歳以上の米国人の7人に1人以上が何らかの人格障害を抱えている」との初めての調査結果を発表した。調査は2001-02年、全米から抽出した18歳以上の米国人約4万3000人に対して行われ、調査員が面接で聞き回答を分析、得られた結果から全米での広がりやを推定した。その結果、「18歳以上人口の約15%に当たる約3100万人が、少なくとも何らかの人格障害を抱えていると推定された」という記事が掲載された。この記事から、単純に考えて米国人の7人に1人は、病いの捉え方について通常の観念（疾患と症状の因果関係）が通用しない可能性があると考えられる。しかし、痛みの問題がすべてパーソナリティの問題に還元されてしまうと、痛みと病いの関係が曖昧になってしまう。痛みの問題を論じるためにはパーソナリティ障害に関する今後の議論の行方に注目していくことも、必要であろう。

7. 不安の身体症状化——心身症

前節で述べてきた心気症も不安の身体症状化の一つであるが、次に、実際に他覚的症狀が確認できる「心身症」について述べていく。

日本心身医学会の定義（1991）によれば、心身症とは「身体疾患のなかでその発症や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が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する」とされる。一口に心身症といっても、疾患や症状はさまざまである。磯部は「心身症は本来的には診断名として用いるべきではなく、いくつかの病名をくくる為の範疇、つまりカテゴリーと考えるべきだろう¹⁹⁾」と提案している。本論考ではこの提案に同意し、不安が身体症状化する例として心身症をあげ、考察する。

心身症の症状はさまざまで、単一のメカニズムに帰納することはできないが、試みに、臨床でよく観察さ

れる腰痛や頭痛を例に取り、痛みとしての心身症を考えてみる。腰痛については、第2節で述べた“Back pain in your head”の中の、「この疑似職場環境でのストレスが高まった途端に、それまでとは異なる筋肉の使い方を見せ始めた」という箇所を取り上げてみたい。この部分の記述に明らかのように、このケースでは、被験者の腰に異常知覚としての痛みが直接に生じたのではなく、被験者の動作に変化があらわれたのである。つまり、被験者は、普段とは異なる筋肉の使い方によって自ら筋肉の疲労状態を作り出し、サインとしての痛みを発生させたのである。その上に、2節で述べたような不満な状態という認知的評定が加わって、被験者の意識は痛みに集中しがちになり、それがストレスを含んだ痛みとしての知覚をもたらす。そして、筋の使い方が変わることが常態となると、腰椎椎間板ヘルニアや腰椎椎間板症といった疾患を惹き起こすケースも出てくる。

頭痛（筋緊張性頭痛）も同様のメカニズムによって説明可能である。ストレスフルな状態にさらされることで、眉間に力がこもり、肩周囲に必要な以上の力が入り、眼球の動きが活発になるなど、ストレスのない時と比べて不合理な動作が身体に蓄積する。このことが痛みを引き起こす引き金になり、さらに痛みに対する強い嫌悪感が却ってそれに対する恐怖を掻き立ててストレスを含んだ痛みになる。この時、筋肉は弛緩できず、長期的な姿勢不良を起こしかねない状態になっている。痛みによって作られた筋力低下が、慢性的な筋緊張性頭痛の原因であるといつてよいであろう。

心身症にはこの二つの痛みの例だけでなく、呼吸器・循環器などの不調を含めて多種多様なパターンがある。さらに、症状の主観性が強ければ、心気症と識別困難になり、治癒が遅延して慢性化するケースが多い。臨床では、このような症例への対応はなかなか困難である。というのも、客観的症狀に対する医学的アプローチによっては患者自身の満足・納得にいたらないケースが多いからである。つまり、患者の主観的症狀が完全になくならず、患者はいつまでも「すっきり」しないのだ。それゆえ、心身症は医学的には原因不明と捉えられることが多く、原因不明とされる症例を治療できる機関も当然ながら非常に少ない。以上のように、症状発生機序の不明確さや医原病的要素を含め、心身症といわれる患者の痛みのメカニズムは複雑である。

さらにメカニズムを複雑にする要因として、心理特性について述べておく必要がある。心身症になりやす

† 日本精神神経学会では「人格障害」という診断名が採用されているが、『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き 新訂版』ではこの訳語を用いる。精神科の病名で最も偏見のあるもの一つとして「人格障害」をあげている（その他は「精神分裂病」、「精神病」である）。このことを踏まえて本論文では引用部分を除いて「パーソナリティ障害」を採用する。

い人の性格傾向については見逃すことができない。その特徴的な性格として「周囲への過剰反応」ということがしばしば用いられると磯辺は指摘する¹⁹⁾。特に「タイプ A 行動パターン」と「アレキシサイミア」について、「ただストレスへの対処を適切に行えず、ストレスを蓄えやすい人が心身症になりやすいということはいえるかもしれませんが」という磯辺の指摘は注目に値する。

「タイプ A 行動パターン」とは 1959 年にフリードマンとローゼンマンが冠状動脈疾患患者は時間的切迫感、競争性、敵意性などの特徴がある¹⁹⁾としカテゴライズした。「タイプ A 行動パターン」も持つ人は「タイプ B 行動パターン」の人に比べて「ストレス状況に遭遇したときに、より高い血圧の上昇、心拍数、カテコラミンの増加を示す」²⁴⁾と説明する。次に「アレキシサイミア」とは自分の感情に気付くことやそれを言語的に表現することが制約された状態をいう²⁵⁾。「アレキシサイミア」の人は、不満や不安などの感情を意識で認識する代わりに、身体で表現してしまうのではないかと考えられている。このような例のから、仮に心理的ストレスの刺激が同様であっても、心理特性という視点からも心身に起こる症状に違いが現れることが伺える。

このような複雑なメカニズムを有する心身症をとらえるために「精細や身体的診察や諸検査を行うことが第一であるが、同時に十分な時間をかけて面接し、患者の出生以来の生活史、性格、発病前後の状況などを詳しくしらべ、必要な心理検査を含めて精神的現在症を十分に把握する必要がある」²⁵⁾と解説されている。このことを本論の視点（不安）から述べるとどこでどのような不安が立ち現れたのかを見つけ出すことを重要であるといえる。そのためには不安を呈する人に内在している自らでは分かりにくい不安を包括的なアプローチ[†]で対応していく必要があるといえる。

本論文の主旨は治療的アプローチの方法の探究ではない。しかし、痛みを俯瞰的に見る為には、問題の身体的（生物的）次元、社会・心理次元、実存的次元という重層性と広がりを知っておく必要がある。なぜなら、不安（心理的ストレス）は身体症状化し、目に見えないところで痛みとして心身を蝕んでいくからである。

† 臨床心理の方法論では面接法、観察法、質問紙法、生理学的方法などを使用して包括的に状態を捉えるように試みがなされる²⁷⁾。

話題を心身症に戻し、総括してみよう。山下は石川との対談の中で「一番大事なことは、その症状（機能的であれ、器質的であれ）の発症ないし増悪に対してストレスの時間的關係が明確であるということです」と述べている。そして、DSM-IIIに関するこの対談の包括的説明として、「心身症としてならんか特定の疾患や症状を取り上げることではなく、どんな疾患や症状があっても、それが心理的因子の影響を受けて発症し増悪する状況をありのままに捉える」²⁶⁾ことであると述べている。ここで論じられているのはまさに不安（心理的ストレス）の身体症状化についてである。

心身症は心気症と同じく、精神が身体に影響を及ぼす病いといえる。精神が身体に影響を及ぼすとは、自らの抱える心理的ストレスが否定的情動と判断され、そのコーピングが不十分・不適切になされる時、人はそこにあらわれるストレス反応を自らの精神に抱え込めなくなり、そのストレス反応を身体に表し始めるということである。

8. セラピストに必要な理解

ストレスについて R. S. Lazarus の理論を中心に論述し、精神疾患領域の心気症と心身症をベースに痛みとの兼ね合いを述べた。その中で特に私たちの中にある脅威について述べた。病に冒される、怪我をする、障害をおうということは考えるだけでも脅威なりえるだろう。私たちセラピストは今まさに脅威を抱いている対象者を目の前に置き、考えさせられている。私たちが対象者の抱く脅威について熟慮していなければ、はたして、包括的な治療をなすことが出来るであろうか。

治療を行うこと、あるいはケアを行うことで重要なことはセラピストが対象者の状況を把握できるということだと考える。把握するためには状況の理解につとめなければならない。しかし、理解とはなにかという問いに答えを見出さなければ、より確かな治療やケアに至らないかもしれない。そのような、哲学的問いはともかくとして、理解しようとする姿勢をここでは述べたいのである。

セラピストは対象者の理解につとめる存在である。その理解は病についてでもあるし、あるいは、感じているストレス（脅威）についてでもある。今回はストレスを理論として述べた。今回の論述で痛みとストレスの関係性について、精神疾患を例に取り理論的に述べる事が出来たと思う。対象者の理解に一役買うこ

とが出来れば本望である。

引用文献

- 1) 菊地臣一. 腰痛. 東京: 医学書院; 2003. p. 103-4.
- 2) 東山篤規, 宮岡徹, 谷口俊治, 佐藤愛子. 痛みと認知. In: 触覚と痛み. 東京: ブレーン出版; 2000. p. 222-5.
- 3) 小杉正太郎. ストレスとは何か. In: 小杉正太郎編. ストレス心理学 個人差のプロセスとコーピング. 東京: 川島書店; 2002. p. 1-4.
- 4) Bakal DA. 岡堂哲雄訳. 病気と痛みの心理学. 東京: 新曜社; 1983.
- 5) Lazarus RS, Folkman S, 本明寛他訳. ストレス心理学 —— 認知的評価と対処の研究 ——. 東京: 実務教育出版; 1991.
- 6) 島津明人. 心理学的ストレスモデルの概要とその構成要因. In: 小杉正太郎編著. ストレス心理学 個人差のプロセスとコーピング. 東京: 川島書店; 2002. p. 31-58.
- 7) Friedman HS. 手嶋秀毅, 宮田正和監訳. 性格と疾患. In: Friedman HS 編. 性格と病気. 東京: 創元社; 1997. p. 5-18.
- 8) Lazarus RS. 手嶋秀毅, 宮田正和監訳. ストレス, コーピング, 病気. In: Friedman HS 編. 性格と病気. 東京: 創元社; 1997. p. 119-52.
- 9) McInnis D. Back pain in your head. ポピュラーサイエンス日本版. 2001; 1 (9): 60.
- 10) Lazarus, RS. 本明寛他訳. ストレスと情動の心理学 —— ナラティブ研究の視点から. 東京: 実務教育出版; 2004.
- 11) 大塚泰正. 心理学的ストレスの測定と評価. In: 小杉正太郎編著. ストレス心理学 個人差のプロセスとコーピング. 東京: 川島書店; 2002. p. 97-123.
- 12) Spielberger C. 池上千寿子ら訳. ストレスと不安危機をどう乗りきるか. 東京: 鎌倉書房; 1983.
- 13) 清水将之. 医学臨床の主題としての不安. In: 清水将之編. 不安の臨床. 東京: 金剛出版; 1994. p. 9-20.
- 14) 笠原嘉. 不安の病理. 東京: 岩波書店; 1981.
- 15) 生田孝. 精神病理学による不安の理解. In: 清水将之編. 不安の臨床. 東京: 金剛出版; 1994. p. 21-34.
- 16) 高橋三郎, 大野裕. 染谷俊幸訳. DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き. 東京: 医学書院; 2002.
- 17) 高橋徹. 不安と恐怖. In: 土居健郎他. 異常心理学講座 4. 神経症と精神病 1. 東京: みすず書房; 1989. p. 3-44.
- 18) 新井恵雄. ハイデッカー. 東京: 清水書院; 2000.
- 19) 磯部潮. 体にあらわれる心の病気. 東京: PHP 研究所; 2001.
- 20) 吉松和哉. 心気症. In: 土居健郎他. 異常心理学講座 4. 神経症と精神病 1. 東京: みすず書房; 1989. p. 163-211.
- 21) 柳田尚. 痛みの人間学. 東京: 講談社; 1983.
- 22) 大淵憲一. 人を傷つけるところ 攻撃性の社会心理学 (セクション社会心理学 9). 東京: サイエンス社; 1993.
- 23) インフォシークニュース. 7人に1人 米, 初の大規模調査で判明. URL: <http://news.www.infoseek.co.jp/topics/science/health.html?d=03kyodo2004080301000801&cat=38&typ=t> [引用 2004-9-9].
- 24) Suls J, Rittenhouse JD. 手嶋秀毅, 宮田正和監訳. 性格と病気を関連づけるためのモデル. In: Friedman HS 編. 性格と病気. 東京: 創元社; 1997. p. 53-82.
- 25) 大熊輝雄. 現代臨床精神医学 改訂第7版. 東京: 金原書店; 1997. p. 52.
- 26) 山下格. 心身症. In: 土居健郎他. 異常心理学講座 4. 神経症と精神病 1. 東京: みすず書房; 1989. p. 359-413.
- 27) 橋口英俊他. 新臨床心理学入門. 東京: 建帛社; 1983. p. 41-57.