

身体化の心理療法

一心身症概念の批判的検討を通して―

梅 村 高 太 郎

I はじめに

心理臨床の場において、喘息、アトピー性皮膚炎といった心身症や、手脚の麻痺や失声といったいわゆるヒステリー症状等、何らかの身体の問題を抱えたクライアントに出会うことは少なくない。従来、そうした身体の問題は、臨床心理学や医学の分野で、心か体か、つまり、心因性の身体症状であるのか、器質的な原因を持つ身体病であるのかといった点に関心が寄せられてきた。近年は中でも、その境界領域に発すると考えられる心身症という病態が、学問的にも社会的にも関心を集め、大きなテーマになっていたと思われる。

本論では、その心身症を始めとした、身体で問題を表し、体験する"身体化"というあり方に注目し、これまでの心身症を巡る言説を批判的に検討することから、その心理療法について考えていきたい。そこでまず、身体化の中核を占める心身症という病がこれまでどのように理解されてきたのか、その概念について整理することにする。

II 心身症と身体化

1. 心身症という概念

本邦における心身症の定義を振り返ってみると、1970年の『心身症の治療指針』（日本精神身体医学会医療対策委員会）において、心身症は「身体症状を主とするが、その診断や治療に、心理的因子についての配慮が、とくに重要な意味をもつ病態」と定義された。ここには、身体病であってもその経過に心理的因子が重要な役割を果たしている場合や、一般的に神経症とされるものでも身体症状がある場合には、「広義の心身症」として含まれていた。この定義は広く"心身医学的アプローチを必要とする病態"を意味していたと考えられる。

しかし、日本心身医学会が1991年に示した『心身医学の新しい診療指針』（日本心身医学会教育研修委員会）によって、心身症は「身体疾患の中で、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、その定義が改められた。この改定により、心身症は神経症とはっきりと区別され、身体病に限定されることになった。1970年当時の定義が心身医学的アプローチの意義を強調する啓蒙的な意味を込めたものであったのに対し、1991年の改定は診断を意識し、概念の精緻化を図ったものと捉えられる。

こうした変遷に見られるように、心身症は身体症状を伴う神経症との区別が問題とされてきた。だが、心身症と神経症の区別というのは、遡ってみれば、心身症概念が提出された初期の精神分析の研究から既に存在しており、Freud, S.らが研究した転換ヒステリーとの違いが論じられて

きた。現在の心身症概念の先駆である植物神経症を取り上げたAlexander, F. (1950) は、ヒステリー症状が運動系・知覚感覚系に現れる、情動的な重みを持つ心理的内容の象徴的表現であるのに対し、植物神経症の症状は、特定の情動的緊張状態に対する自律神経支配下の生理的反応であるとした。その後の精神分析研究にも基本的にはこの区別が引き継がれており、ヒステリーにおいては「転換 (conversion)」、心身症においては「身体化 (somatization)」という異なるメカニズムによって症状が形成されると考えられている¹⁾。ここでは、転換が何らかの精神的葛藤の結果、抑圧された無意識の内容が身体症状に変換される心理過程であるのに対し、一方の身体化は、身体症状にそうした象徴的な意味を持たない生理的過程とされているのである。

そして、神経症と心身症を区別する鍵概念として取り上げられてきたのが、Sifneos, P. E. (1973) によって提唱されたアレキシサイミア (alexithymia) である。これは心身症者の臨床像から発した、自らの感情への気づきとその言語表現が制約されている、という現象を指す概念であり、当初は心身症者特有のものと考えられた²⁾。その特徴として、空想性、想像力に乏しい、事実を細かく述べるが感情を伴わない、葛藤の言語化ができない、情動の表現に行動が使われやすい、といったことが挙げられている。これと関連して池見は、心身症者はアレキシサイミアの傾向だけでなく、空腹感、疲労感等の人体のホメオスタシスの維持に必要な身体感覚への気づきが鈍い傾向があるとして、失体感症 (alexisomia) という概念を提唱している³⁾。

また、社会適応の面では、神経症者が対人関係において不適応をきたしやすいのに対し、心身症者ではむしろ、真面目人間、がんばり屋、よい子等と言表されるような、過剰適応の傾向が見られるという。ところが、心身症はその過剰なまでの現実適応能力にもかかわらず、病態水準としては神経症よりも重いレベル、多くは境界例水準に位置づけられている。例えば成田 (1986 / 1999) は、心身症者の人格構造についての先行研究が、「心身疾患を神経症よりは重い自我の病態としてとらえ、境界例や精神病と類似の構造を考えている」と指摘し、「私も臨床経験から、心身症者にはかなり深いパーソナリティの障害があると考えている」と述べている。先のアレキシサイミアという概念も、葛藤の存在する神経症に対して、葛藤を内的に保持できない境界例水準の人格構造を意味していると言えよう。さらに、心身症の治療経過中には、境界例水準にとどまらず、精神病的エピソードが現れる可能性も指摘されている⁴⁾。いずれにしても、彼らの表面上の姿とは裏腹に、その内には深く、根源的な苦しみ秘められているのだと思われる。

2. 区別に対する疑問

以上見てきたように、これまで心身症は、症状の形成メカニズム、アレキシサイミア、失体感症、病態水準の点から、神経症と区別され、その差異に重きが置かれてきた。心身症と神経症の身体症状を区別することは、単に診断上の問題であるだけでなく、治療にとっても重要だという見解もある⁵⁾。例えば、通常の内面を扱う言語による心理療法が奏功しないことから発見されたアレキシサイミアという特徴一つを取り上げても、それが心身症に認められるならば、当然それは心身症に対する治療技法の修正や新たな技法の適用が必要だということを意味するであろう。事実、後述するように、従来の神経症治療とは異なる、心身症を癒すための様々な治療理論や技法の有効性が叫ばれることになった。

だが一方で、特に精神医学や心身医学の立場から、神経症は精神症状と共に身体症状を呈することが多く、心身症と神経症の身体症状の区別を設けることは実際的でないという批判がされてい

る⁶。そうした理由で、日本においては1991年の改定以降も、以前の"広義の心身症"という概念が治療上有益であることを多くの者が指摘している。例えば斎藤（1998）は、日常の臨床では、「受診のきっかけが身体症状または身体の問題であるが、身体の器質的疾患の有無にかかわらず、身体医学的な病態理解からだけでは十分な対応ができない病態」を、「広義の心身症」として捉え、診療することが多い、という。

また、心身症に特異的な傾向として提出されたアレキシサイミアという現象は、身体表現性障害（somatoform disorder）を始め、慢性疼痛、薬物依存、うつ病、パニック障害、心的外傷後ストレス障害、といった他の障害にも認められることが指摘されてきている（Taylor, G. J., 1984, 2000）。つまりこれは、アレキシサイミアによって、心身症と身体症状を示す神経症を区別できないということの意味している。にもかかわらず、特に日本において、神経症と心身症とを区別する決め手のように扱われてきていることに対する多くの反論がある（諏訪, 1984；成田, 1986 / 1999；宮岡ら, 1995；浅田・広瀬, 1996）。

そして、転換と身体化の別に基づき、症状の象徴性の有無を区別することは確かに大切かもしれないが、象徴性がないことは必ずしも意味を持たないということではない。心身症とヒステリーを区別することを主張するMcDougall, J. (1989) も、心身症の身体症状は「心理学的な、ただし前象徴的な意味をもつ」と述べ、「心が、身体化されたメッセージを症状を通して送ろうとしている」ものとして心身症を捉えている。河合（1998b）が、治療経過中に生じる身体化や出来事を、治療者がイメージや意味あるものとして受け取ることによって、それらが単なる客観的な事象ではなくなり、そこに関与し動かし始めることが可能になると述べているように、どんな出来事や症状も意味あるものとしてコミットする姿勢が心理療法を心理療法たらしめるのである。そうした態度が心理療法の根幹にある以上、心身症の症状に前もって象徴性がないとすることは、ともすれば心身症の症状を意味あるものとして受け取らないことにつながり、心理療法の道を閉ざしてしまうことになりかねない。

また別の角度から言えば、神経症との対比によって心身症を規定しても、例えば、喘息も消化性潰瘍も同一の心身症であるというように、心身症諸疾患を一括りにして考えることには当然限界がある。土井（2003）が「身体症状が出現している事例群のなかでその実態の差異を見ていく方が、治療的援助の在り方について考える際には、より有意義ではないかと考えられる」と述べるように、それぞれの病態のありようをつぶさに明らかにしていくことが必要だと思われる。土井自身は、TATにおける語りの構成の特徴を元に、アトピー性皮膚炎患者の類型化を試みている。その結果、アレキシサイミアとの関連が認められる群や、葛藤を伴う神経症的構造を有する群等、同一疾患群の中でも、その特徴にグラデーションが認められることが示唆されている。

このように見てくると、神経症との対比によって心身症を捉えることの意義に疑問が投げかけられているのが現状であると考えられる。こうした現状を受け、浅田・広瀬（1996）は、「本邦の心身医学をリードしてきた、神経症と対比されるところの心身症概念は、実証的にも理念型としてももはや歴史的役割を終えたと思われる」と述べ、新たな心身症概念を再構成する必要を説いている。

3. 身体化という視点

そこで本論では、一つの方向性として、神経症との差異ではなく、両者に共通した点に目を向

けて考えていきたい。すなわちそれは、不安や苦しみといった何らかの問題を、葛藤や悩みという心理的なものとしてではなく、身体を通じて体験、表現するという彼らのあり方である。本論では、こうしたあり方を“身体化”と呼ぶ。身体化という言葉は、上述したように心身症の症状形成メカニズムを指すものとして用いられる一方、ICDやDSMでは従来の神経症に当たる身体化障害（somatization disorder）の名称にも使われる等、幅広い用い方がなされているが、ここでは心身症と身体症状を伴う神経症の両者に共通した、身体によって問題を抱え、表現するというあり方を包括的に捉える心理学的な概念として用いることとしたい。

このような問題の表現の仕方、体験の仕方に注目する考えは、突飛でも真新しいものでもなく、臨床家に広く流布しているものだと思う。例えば笠原（1984）は、右の図によって、不安・ストレスの体験のされ方が、神経症に見られる主観化、境界例等に見られる行動化、心身症に見られる身体化の三つの方向をとりうる、という考えを示している。身体化の方向は、「完全なtissue damageを持つ心身症性疾患から機能性心身症状を経て転換症状を主とするヒステリーにまで及ぶ」（笠原・近藤，1987）とされている。

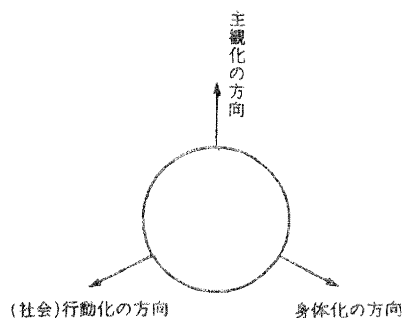


図 不安・ストレスの体験のされ方における三つの方向

身体化は、笠原が示した他の精神化⁸、行動化という次元との関連で理解することが重要であろう。すなわち身体化とは、心で受け止めきれない困難や、苦しむことが許されないような状況、つまり、精神化の破綻という事態において、身体も総動員して対応するものであり、行動化が自己の外に困難を放り出すあり方であるのに対し、自らの身体を犠牲にしてでもその問題を何とか抱えようとしているあり方だと捉えられる（伊藤，2005）。身体化を示す者の心理療法において重要なことは、その身体症状を「困難を抱えつつ他者に助けを求めているメッセージ」（伊藤，2005）として受け取り、「身体的なものをいかに心理学的なものにしていくか、身体化によって閉ざされている心理学的な領域をいかに開いていくか」（河合，1998a）、つまりは、そこで表されている問題を精神化して抱えられるようにしていくことだと考えられる。

では、それはどういうことによって可能になるのだろうか。本論では、心身症を始めとした種々の身体症状を、こうした身体化という観点から捉え、その心理療法を考えていく。そのために、これまで“心身症”の名の下に行われてきた研究を手がかりとして論を進めたい。というのは、心身症は身体化の中核に来るものであり、そこを巡る言説に身体化の心理療法を考える手がかりがあると思われるからである。もう一步踏み込んで言えば、近年の臨床心理学、医学の主要なトレンドの一つであった心身症を巡る言説に潜む、重大な“錯誤”，あるいは“否認”を反省することが、真に心理学的な身体化の心理療法へとつながると考えられるからである。

III 心身症概念の批判的再検討

1. 心身症における心身の"解離"

先述した『心身医学の新しい診療指針』（1991）では、心身医学的な治療法として、向精神薬を用いた薬物療法、バイオフィードバック法等の行動療法、絶食療法や音楽療法といった、20を超える様々な技法が紹介されている。ここでは、そうした全ての治療技法に関する言説を網羅して論じるのではなく、心身症の心理学的な病態理解と治療仮説を背景として含み持っているものに限り取り上げることにしたい。

河野（1982）は、心と身体がなかなか結びつかない心身症者にとって、それを結ぶ第三領域が必要だとし、「心身症の患者の場合、箱庭では砂というBody Imageを通して心と身体全体性を回復するように思われる」と述べ、箱庭療法、特に砂の意義を主張している。また岸（1990）は、心身症者にとって「意識による自分自身の把握でなく、実際に行動し、表現を生きてゆける遊戯療法の持つ意味は大きい」と述べ、遊戯療法の非言語的な"全身体性"を強調する。この両者を挙げつつ伊藤佐奈美（2003）は、箱庭療法、遊戯療法という非言語的な媒介を第三の領域とし、行動し表現することを通して、心と体とを結びつけ全体性を回復することが可能になる、と論じている。これらの研究では、精神でも身体でもない、両者を結ぶ"第三領域"である技法が心身症を癒すことができるとされている。

同様に心と体をつなぐという観点から成田（1986 / 1999）は、心身症者が病める身体に触れ、「心と身体とのふれあいを回復することによって、異物化していた自己の身体の一部を再び自己の身体として統合し、『否』といわれていた自己の一部を取り戻して人格の広がりを実現する」と述べ、心身症者における触れることの意義を指摘している。また斎藤（2001）は、心身症の治療において『『こころ』と『からだ』をつなぐものとしての『物語を語る力を回復すること』は極めて重要な意味を持つ」とし、つなぐものとしての物語に注目している。

これらの研究を概観すると、心身症では心と体が乖離されてしまっていて、その失われたつながりを取り戻し、全体性を回復せねばならないという考えが、全ての研究に通底していることに気づかれるだろう。おそらく、自らの内的な情動や身体感覚に気づけず、それを言語表出することができないというアレキシサイミア、失体感症が、言語と感情¹⁰との乖離として捉えられ、それぞれが精神と身体とに置き換えられて、こうした理解が生まれているのだと思われる。そして、この心身の"乖離"は、『『こころ』と『からだ』の解離』（斎藤，1991）という言葉にあるように、病理的な"解離"として理解されてきたのだと考えられる。これまでの心身症の治療においては、その解離してしまっている心と体をどのようにしてつなぐかが重視され、『『こころ』と『からだ』の和解』（斎藤，1993）が目指されてきたのである。

だが、本当に心身の乖離は癒されねばならない病理的な"解離"なのであろうか。さらには、そこで前提とされているように、心身症者において心と体は本当に乖離しているのであろうか。この点に関しては、これまで不思議なほど省みられることがなかったように思われる。

2. 失われた"全体"への回帰

心身症の"解離"された心と体という疾病観、それをつなごうとする治療観がなぜ生じてきたのか。その成立の背景に、心身一元論の考えに基づき全人的医療を目指す"心身医学"の影響を指摘できると思われる。近代医学においては、医療の急激な進歩、極度の専門化の中で身体の疾患に

限局して関わる結果、病を抱えた人間全体を見る視点が失われてしまった。そうした反省から心身医学は、見過ごされてきた心にも目を向けることで、全人的な医療を取り戻すことが可能になると考え、実践を行ってきた。心身医学とは、そうした分裂を宿した近代医学から生まれた、心と体を結びつけようとする"全体"志向の動きだったのである。そして、心身医学という癒しを担う"治療者"にとっては、癒すべき対象である"患者"が不可欠であった。その"患者"として、"解離に苛まれる心身症"という概念が作り出される必要があったのだと考えられる。その意味で、心身症とは鏡に映った医学自身の姿であるとも言えよう¹¹。

一方、心理学に目を向けてみれば、こうした全体志向は医学だけのものではないと思われる。心理療法の起源をどこと見るかには異論もあるだろうが、仮にそれをFreud, S.の精神分析治療とするならば、その実践が"医学的には説明できない"ヒステリーから始まったこと、身体接触が禁忌とされたことを思い起こせば、心理学はその生い立ちから既に身体の次元を欠いていたと言えよう。また、現在の身体症状の治療においても、まず医学的な検査によって器質的な異常が判明しない場合、もしくは医学治療が功を奏しない場合に初めて、"心因性"という烙印を押され、心理療法が必要とされる。ここでいう"心因"は、"身体因ではない"とほぼ同義であることは明らかである。こうした心理療法の位置づけを見れば、歴史的に過去そうであったというだけでなく、現状においても、心理療法は身体の次元を剥奪されているのだと言える。

そうした、言わば、近代医学の影としての立場にある心理学は、失われた身体の次元を求め、全体性を取り戻そうという動きの種を、元よりその内に宿していたのだと考えられる。Alexander, M.によって創始されたアレクサンダー・テクニークや、Lowen, A.のバイオエナジェティクス、Gendlin, E. T.のフォーカシング、あるいはダンスセラピー等、20世紀後半の、身体に直接働きかけたり、身体感覚を重視する心理療法の相継ぐ出現は、身体の次元がそもそも抜け落ちていたことの反動の現れとして解せる。その中の一つとして挙げられるホロトロピック・セラピー (holotropic therapy) の名に典型的に表れているように、こうした動きには「原初の全体性と統一性」(Grof, 1985) への憧憬が潜んでいる。言葉、精神の次元でなされる心理療法に、身体感覚や情動といった欠けている身体の次元を取り戻そうとする"全体"回帰の志向は、そもそもの出自において身体を剥奪されていた心理学自体が孕んでいた歴史的帰結であったのである。

また、ユング心理学もこうした動向の後押しに荷担していると思われる。ユング心理学は、広く知られているように、意識と無意識、ペルソナと影、アニマとアニムス、あるいはタイプ論における諸機能等、様々な二項対立によって構成されている。心身症を意識 - 言語 - 精神と無意識 - 情動 - 身体の対立として見る理解に、こうしたユング心理学の影響があることは想像に難くない。そして、ユング心理学には、影の統合、劣等機能の統合等、対立物を統合することによって、全体性を目指すという傾向が内在していると思われる。田中 (2001) が、ユング心理学において、「イメージや心理学は、『第三のもの』として、対立物の間に『橋』を架けることで、その『隙間』を埋める、すなわち、われわれの乖離したところの統合を成し遂げるものと考えられていた」と指摘するように、先に述べた"第三領域"を謳う技法は、乖離した心身の間に"橋"を架け、統合を果たすものとして、その有効性が主張されたのである。しかし、それは真に"精神でも身体でもない"第三領域たりえたのだろうか。先の箱庭療法や遊戯療法に関する言説を見る限り、それは単に"言語でないもの"、"精神でないもの"として求められたに過ぎないのではないかと思われる。

3. 心身の乖離の否認

心身医学は失われた心の領域を取り戻そうとし、心理学は欠けた身体次元を求めた。だがしかし、こうした、全体性を取り戻すためにそれぞれにはない"欠けた何か"を捜し求める姿勢では、河合（1998a）が指摘するように、"ソクラテスの音楽"と同様の過ちを犯すことにならないだろうか¹²。河合は、「心理療法において身体が欠けていると考えて、叫びや触れることなどで文字どおりの身体を取り入れようとしても本来の意味での身体性の回復にはつながらないのである」と、このような心理療法の姿勢を批判している。医学についても逆のことが言えるであろう。

今一度、人間存在のありようを考えてみると、「人が意識になったとき、解離という病（Spaltungskrankheit）の萌芽がその魂に植えつけられたのだ」というJung, C. G. (1933)の言葉¹³に示唆されるように、人の内にある種の分裂が存在することは、人が意識を得たがゆえの必然であり、それ自体は決して病理的なものではない。大山（2005a）が述べるように、自分を対象化して捉える自己意識を備えたとき、「身体そのものの存在とは異なった『私』が生まれ、私はこころとからだに二重化する」。こうした心と体の二重化、つまり、心身の乖離を自らの内に孕むことになったのは、人の心理学的必然なのである。

そうである以上、心身の乖離は決して心身症特有の病理とはなりえないし、そもそも病理的な"解離"とみなされるべきものでもない。にもかかわらず、心身症に病理的な"解離"を見出し、心と体を結合させることで原初の全体性を取り戻そうとした、これまでの心身症の疾病観、治療観は、錯誤を犯していたのだと考えられる。あるいは、そのような考えは、創世記に喩えれば、智慧の実を食べたアダムとして生きることの否認であり、原初の楽園にいつか回帰できるとする幻想に過ぎないのではないだろうか。Giegerich, W. (1998 / 2001)は、分裂自体ではなく、分裂を孕まない統一体を幻想すること、つまり乖離の否認こそが"神経症"なのだと指摘する。そうすると、心理学的必然としての精神と身体の乖離を否認し、全体への回帰を目指すこれまでのナイーブな医学および心理学自体が、まさしく"神経症"であると言えよう。心身の乖離という現前を否認せず、直視し受け止めていくことこそが、真に心理学的な心身症の心理療法の始まりだと思われる。

IV 身体化の心理療法

1. 主体となること

では、心身の乖離を心身症の実体と見ないならば、何がその症状や苦しみを引き起こしているのだろうか。筆者は、心身症を始めとする身体化の病理は、心身の乖離ではなく、田中（2003）が「心身症における本当の問題は心身が変な具合につながっていること」だと指摘するように、むしろ、精神と身体未分化な状態にあるのではないかと考える。本来は心の問題として精神化されて体験されるべきものが、身体に表れてしまうという身体化の事態は、心身の乖離ではなく、その間がつながってしまっていて渾然一体としていることを意味している。そして、身体と分かたれた精神が確立されていないがために、その不安や苦しみといった問題を心理的なものとして抱えることができないのであろう。

こうした考えは、心身症の身体症状を発達初期の未分化な心身状態への退行として捉えるSchur, M. (1955)の再身体化（resomatization）の考えによっても支持される¹⁴。また、大人

に比して人格構造の未分化な子どもの方が、身体症状を示すことが多いという事実も、身体化の本態を未分化な心身に見る本論の考えの傍証となろう¹⁵。そして、アレキシサイミア、失体感症も、心身が乖離されてしまった結果ではなく、その両者が分かれず、未分化のために生じるものとして考えることができる。つまり、自分の情動や身体感覚に気づくことができないということは、自分の身体をモニターする自分という形での自己意識が成立していない現象として理解できるのである。アレキシサイミアについて指摘された、空想性や想像力が乏しい、情動、葛藤が言語化されない等といった特徴も、身体という外殻とは別に、イメージや言語によって形成される内面としての精神が確立されるに至っていない事態だと説明できるだろう。

こうした心身が未分化で、“私の身体”とそれに対して現れる“私という意識”とが、それぞれ確固たるものとして成立していない事態は、すなわち、身体化を呈する者において“主体”成立の問題が関わっていることを示している¹⁶。河合（2000）によれば、主体とは、“意識する自分”と“意識される自分”との自己関係であり、その間の分裂を特徴としている。自分が自分を眺め反省するという主体、自己意識があって初めて、悩みに対しても自覚的になることができ、神経症が成立するのであるが、心身症を始めとした身体化においては、心身が分かれず、主体が成立する上での困難があるのだと考えられる。身体によって体験されているものを精神化し、心理的なものとして抱えていくことができるようになるには、主体の成立という観点から心理療法を考える必要がある。

2. 身体の否定

Hegel, G. W. F. (1807) が、確固不動の単一の実体に分裂を持ち込む否定の力を持ったものを主体だとしたように、主体の成立は否定という契機と不可分である¹⁷。そのような主体の成立と否定の関係について、Giegerich, W. (1993) は、生贄の動物を殺し捧げるという行為を取り上げ、文字通りのもの、生物学的なものを殺し、否定することで初めて、精神的なもの、イメージが作られるとしている。つまり、自らの自然な字義通りのあり方、動物的なあり方を否定する“自然に反する作業 (opus contra naturam)”によって、主体は成立するのである。またここで、殺害という極端な形が取り上げられているが、河合（2000）は、高石（1996）の風景構成法の研究において、自我の視点が成立するためには風景を“鳥瞰する”という極端な否定が必要であったことに触れ、対象に埋没していた状態から自分を引き離し、主体を確立するためには、それほどの徹底的な形の否定が不可欠なのだと考察している。

ここで、身体化において否定がどのような形で現れるかを示唆する一例を取り上げたい。これは、過敏性腸症候群と診断された中3男児に自律訓練中に生じた2つのイメージである（斎藤，1998）。「〈イメージ1〉ぼくはこんにゃく。暗い冷蔵庫の中にいる。冷蔵庫が開けられて外に出され、まな板の上で切られ、ねじられ、煮しめのだし汁につかり、口の中に入って食べられる」。「〈イメージ2〉ぼくは生クリーム。ソフトクリームの機械に入っている。穴を通してコーンの上にねじられて乗り、子どもの手に渡る。頭をぺろりと食べられ、地面に落とされる。水道で洗われ流される。配管の中を通り、下水、川、海へと流されていく」。

斎藤は、これらが「心身イメージの変容と再生の過程を暗示するもの」であるように感じられたと述べているが、ここで注目されるのは、ポジティブな意味を感じさせる「変容と再生」よりも、むしろシャーマンのイニシエーションにも比せられるような、食べ物としてイメージされた

身体、の、壮絶で徹底的な切断、変形という否定であると思われる。大山（2005b）は、「治療の過程の中で、それまで身体症状としてしか表現されなかった何らかの意味が次第に象徴化され把握され始めたとき、すなわち、自分の体に気づき心身症の存在構造がほころび始めるとき、クライアントやときにはセラピストも、血なまぐさい殺害の夢を見ることは多い。それはきわめてアルカイックな殺戮の様相を呈する」と述べている¹⁸。身体化における未分化な心身を切り離すためには、ここに見られるように、身体解体や殺害といった極端な形で身体が否定される必要があるのかもしれない。身体を否定し、切り離すことで初めて、それと分かたれた精神が生じ、その間の関係としての主体が立ち現れることが可能になるのだと考えられる。

V おわりに

主体となることは必ずしも、身体化されていた問題が消え去ることではない。主体となる過程で、それまで身体化によって閉ざされていた次元が開かれることは、すなわち、自身が抱えた問題に自ら向き合い、取り組んでいかねばならないということの意味する。それは分裂を自覚的に担い、人として生きる"原罪"を背負う覚悟を必要とするとも言えよう。そうした身体化の心理療法過程は、当然厳しく、ある意味での悲しみ、苦しみを伴う過程であると思われる。心理療法家とは、そのようなクライアントの思いを受け止め、主体となる困難を共にする者であると、筆者は考える。

本論では、何らかの問題を身体を通じて体験、表現する身体化というあり方に注目し、これまでの心身症を巡る言説を批判的に検討することから、身体化の心理療法について論じてきた。今回は、心身症および広義の身体症状を理解するために、身体化という包括的な視点から考察を試みたが、文中で示唆したように、分析的に疾患ごとの理解を精緻化していく方向も必要であると考えられる。

また本論では、身体化を心と体の乖離ではなく、心身が未分化で、自己関係としての主体が成立していない状態として捉え、その心理療法においては、身体によって表され、体験される問題を心理的なものとして抱えるために、いかに分裂を孕んだ主体となっていくかという視点が重要だと論じた。だが、主体の成立にとって重要な契機となる身体否定については、十分に述べることはできず、示唆に止まったと思われる。この点に関しては、稿を改めて論じることにはしたい。

【註】

- 1) 身体化と転換の概念の歴史とその区別に関しては、Taylor, G. J. (2003) による詳しいレビューがある。
- 2) アレキシサイミアについては、Taylor, G. J. (1984), 諏訪 (1984) 等によって、詳細なレビューが行われている。近年の発展については、Taylor, G. J. (2000) を参照。
- 3) 失体感症という用語の初出は不明であるが、池見 (1990) は、1975年頃にalexithymiaが日本に紹介されてから間もなく、「これよりもbasicでこれと深く相関する失体感症」の存在に気づいた、と述べており、言葉自体は使われていないものの、池見 (1977) の中にその現象の指摘が見られるのがおそらく初めだと思われる。
- 4) 河合隼雄 (1992) は、「心身症がそれと『等価』と思われる心の症状として出現すると、精神的な水準のものになることが多いと考えていいのではなからうか」と述べている。また河合 (1998b) も、心身症の治療において、一度治療が動き出すと分裂病的な世界が現れてくる可能性に留意する

必要を指摘している。

- 5) Taylor, G. J. (2003) は、転換では、身体症状における無意識の葛藤を同定し、解釈し、解決することに主眼を置いた精神分析的治療、身体化では、患者の情動における前象徴的な要素と象徴的な要素を結び、症状に割り当てられた意味を変容させていく心理療法が必要だと主張している。
- 6) 例えば諏訪 (1984) は「臨床の場合では、身体症状が前景に立っている神経症を心身症から除外することは、実際にはきわめて困難である」と述べている。Ron, M. (2001) も、その区別が困難で、臨床的妥当性があまりないと批判している。
- 7) 身体表現性障害は、DSMにおける分類で、そこに心気症 (hypocondriasis) や、従来の転換ヒステリーに当たる転換性障害 (conversion disorder) といった下位分類を含んでいる。またICDにおいても、下位分類に若干の相違はあるが、同様に身体表現性障害という分類が採用されている。
- 8) 本論では、用語を統一するため、主観化を精神化と呼ぶことにする。
- 9) この"第三領域"という概念は、ユング派のMeier, C. A. (1986) が「心身医学領域における『治療』の過程は、心と体のいずれかが先行する原因・結果の連鎖から起こるのではなく、共時的現象として起こる、より高次の第3のものの布置——全体性の象徴ないし元型——によってのみ生起するのではないか」と述べたのに端を発すると考えられる。
- 10) アレキシサイミアにおける感情とは、それに当たる言語、表象を持たないものであり、いわゆる"感情 (feeling)" とは異なるものと思われる。それは、生理学的な状態、身体感覚であり、"情動 (emotion)" と言うべきものではないかと考えられる。
- 11) 「心身症とは、ともすれば解離してしまう傾向を持つ人間の心と身体とのつながりを回復させるために、心からでも身体からでもない第三の領域から送り込まれてくる病である」(斎藤, 1998) といった理解に典型的に表れているように、心身症という病自体が、人間存在の解離に対する癒しの動きの現れ、あるいは警告として捉えられることもある。心身症という病態に対し、こうした"病"と"癒し"のアンビバレントな特性が同時に見られることは、心身医学にとって心身症が、投影や同一視を孕んだ転移の対象であることを示唆していると思われる。
- 12) 河合は、「ソクラテスよ音楽をせよ」との声を聞き、ソクラテスが笛を練習したという話を取り上げ、「一度割れたものを、その片方ばかりにかかわったあとで、その反対を取り入れたとしても、原初的な全体性が戻ってくるわけではない」と批判する。
- 13) GW10, § 291を参照。"Spaltung"自体は"分裂"とでも訳される言葉であり、その言葉自体が病理を意味するのではない。ここでは"Krankheit"の意を合わせ、本論での用語法に基づき、"解離"と訳出した。ここでJungが述べているのは、あくまで解離という病の"種"が植えつけられたということであって、自らの内に"乖離"を抱えること自体が病理的な"解離"を意味するのではない、と捉えられるべきであろう。
- 14) Schur, M.によると、乳児においては心身が未分化で、主として生理的なメカニズムによってホメオスタシスが保たれ、一次過程が優勢であるが、成熟に伴い二次過程がそれに取って代わり、危険や不安に対して意識的、心理的に対応できるようになる。このような思考と感情の脱身体化 (desomatization) の過程によって、個人は生理的過程とは別に精神的な活動を行うことが可能になる。しかし、自我の発達障害やストレス状況等の要因で神経症的な葛藤が活性化すると、自我が不安定となって退行し、思考力を失い、一次過程が優勢となる。そして、中和されない心的エネルギーは再身体化して身体症状の発現をみる、と説く。
- 15) 「小児期においては、大人の場合と異なり心身が未分化で、全身的反応を呈する場合が多い」(日本心身医学会教育研修委員会, 1991) とされる。また山中 (1987) は、児童の神経症的発症が既に心身症であると述べ、「それは、人格が未だ成熟しておらず、精神症状として発症するほどにはなっていないからであり、身体をまき込んだ発症となることが多いからでもある」と述べている。
- 16) 主体とは、Hegel, G. W. F.の哲学に端を発するもので、心理学領域においてGiegerich, W.が強調する概念である。本論での主体の考えは、Giegerichの論を踏まえた河合 (2000) に基づいている。
- 17) この否定とは、直接的な無媒介の状態に分裂をもたらし分節化する作用を意味している。そのため、

Freud, S. (1925) が用いている"否定"とは含意が異なると考えられる。

- 18) 河合隼雄(1992)は、「長い夢分析を通じて、夢の中の相当に凄まじい体験を経て心身症が治ることもある」と述べている。「相当に凄まじい体験」という言葉でどういった事態を示しているかはわからないが、ここで大山が述べているような事態を指しているものではないかと推測される。

【謝辞】

本稿は、京都大学教育学部に提出した修士論文の一部に加筆修正したものである。常日頃よりご指導いただいている河合俊雄先生、伊藤良子先生に心より感謝いたします。

【引用文献】

- Alexander, F. (1950) : *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. 末松弘行 (監訳) (1997) : 心身医学. 学樹書院.
- 浅田義孝・広瀬徹也 (1996) : 心身疾患と精神疾患はどう交錯するか?. 精神療法, 22, 253 - 260.
- 土井真由子 (2003) : アトピー性皮膚炎患者のTAT反応をもとにした語りの構成に関する一研究. 心理臨床学研究, 20 (6), 521 - 532.
- Freud, S. (1925) : Die Verneinung. 高橋義孝 (訳) (1969) : 否定. フロイト著作集3 文化・芸術論. 人文書院. 358 - 361.
- Giegerich, W. (1993) : Killings: Psychology's Platonism and the missing link to reality. *Spring*, 54, 5 - 18.
- Giegerich, W. (1998 / 2001) : *The Soul's Logical Life: Towards a Rigorous Notion of Psychology*. Frankfurt: Peter Lang.
- Grof, S. (1985) : *Beyond the Brain: Birth, Death and Transcendence in Psychotherapy*. 吉福伸逸 (訳) (1988) : 脳を超えて. 春秋社.
- Hegel, G. W. F. (1807) : *Phänomenologie des Geistes*. 長谷川宏 (訳) (1998) : 精神現象学. 作品社.
- 池見西次郎 (1977) : 心身症の新しい考え方. 日本医事新報, 2775, 3 - 8.
- 池見西次郎 (1990) : 全人的医療の核としての心身医学——心身医学の現状と将来. 心身医学, 30 (3), 252 - 260.
- 伊藤佐奈美 (2003) : 心身症児の箱庭療法の過程とその有効性について. 箱庭療法学研究, 16 (1), 37 - 49.
- 伊藤良子 (2001) : 心理治療と転移——発話者としての〈私〉の生成の場. 誠信書房.
- 伊藤良子 (2005) : 〈心の器〉としての遊戯療法の場から見えてくる子どもの今. 東山紘久・伊藤良子 (編) : 京大心理臨床シリーズ3 遊戯療法と子どもの今. 創元社. 339 - 352.
- Jung, C. G. (1933) : Die Bedeutung der Psychologie für die Gegenwart. (1974) : *Die Gesammelten Werke von C. G. Jung Bd.10 Zivilisation im Übergang*. Freiburg: Walter-Verlag. 157 - 180.
- 笠原嘉 (1984) : 神経症学からみた心身医学の位置づけ. 心と社会, 41, 6 - 16.
- 笠原嘉・近藤三男 (1987) : 心身症と身体表現性障害——精神医学の立場から. 心身医学, 27 (2), 117 - 122.
- 河合隼雄 (1992) : 心理療法序説. 岩波書店.
- 河合俊雄 (1998a) : 概念の心理療法——物語から弁証法へ. 日本評論社.
- 河合俊雄 (1998b) : 重症例の病態水準とその治療的分類. 山中康裕・河合俊雄 (編) : 心理臨床の実際 第5巻 境界例・重症例の心理臨床. 金子書房. 13 - 25.
- 河合俊雄 (2000) : 心理臨床の理論. 岩波書店.
- 河野博臣 (1982) : 心身症児の箱庭療法. 河合隼雄・山中康裕 (編) : 箱庭療法研究 第1巻. 誠信書房. 61 - 64.

- 岸良範(1990) : 身体症状を伴う不登校児の遊戯療法. 埼玉医科大学短期大学研究紀要, 1, 35 - 46.
- McDougall, J. (1989) : *Theatres of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*. 氏原寛・李敏子(訳)(1996) : 身体という劇場——心身症への精神分析的アプローチ. 創元社.
- Meier, C. A. (1986) : *Soul and Body: Essays on the Theories of C. G. Jung*. 秋山さと子(訳)(1989) : ソウル・アンド・ボディ. 法蔵館.
- 宮岡等・片山義郎・北村俊則・寺田久子・大江正恵・宮岡佳子・松島雅子(1995) : Alexithymiaは神経症, 心身症とどのような関係にあるか. 心身医学, 35 (8), 693 - 699.
- 成田善弘(1986 / 1999) : 心身症と心身医学——精神科医の眼. 岩波書店.
- 日本精神身体医学会医療対策委員会(1970) : 心身症の治療指針. 精神身体医学, 10 (1), 35 - 43.
- 日本心身医学会教育研修委員会(1991) : 心身医学の新しい診療指針. 心身医学, 31 (7), 537 - 576.
- 大山泰宏(2005a) : 沈黙する身体——「私」と身体・その1. こころの科学, 121, 146 - 151.
- 大山泰宏(2005b) : トラウマとしての身体——「私」と身体・その2. こころの科学, 122, 121 - 127.
- Ron, M. (2001) : The prognosis of hysteria / somatization disorder. Halligan, P. W., Bass, C., Marshall, J. C. (Eds) : *Contemporary Approaches to the Study of Hysteria: Clinical and Theoretical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press. 271 - 282.
- 斎藤清二(1991) : 心身症における三つの悪循環——多彩な身体症状を呈した一事例の経過から. 心理臨床学研究, 9 (1), 18 - 31.
- 斎藤清二(1993) : こころとからだの和解の過程——胃症状への固着を示した大学生の事例を通して. 心理臨床学研究, 11 (2), 97 - 109.
- 斎藤清二(1998) : 心身症の深層心理学的理解. 山中康裕・馬場禮子(編) : 心理臨床の実際 第4巻 病院の心理臨床. 金子書房. 91 - 104.
- 斎藤清二(2001) : 心身症と物語. 精神療法, 27 (1), 15 - 21.
- Schur, M. (1955) : Comments on the metapsychology of somatization. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10, 119 - 164.
- Sifneos, P. E. (1973) : The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255 - 262.
- 諏訪望(1984) : 心身症概念の再検討. 精神医学, 26 (3), 238 - 249.
- 高石恭子(1996) : 風景構成法における構成型の検討. 山中康裕(編) : 風景構成法とその後の発展. 岩崎学術出版社. 239 - 264.
- 田中康裕(2001) : 魂のロジック——ユング心理学の神経症とその概念構成をめぐる. 日本評論社.
- 田中康裕(2003) : 夢分析における身体性. 臨床心理学, 3 (1), 37 - 45.
- Taylor, G. J. (1984) : Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141 (6), 725 - 732.
- Taylor, G. J. (2000) : Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45 (2), 134 - 142.
- Taylor, G. J. (2003) : Somatization and conversion: Distinct or overlapping constructs?. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31 (3), 487 - 508.
- 山中康裕(1987) : 児童期. (2001) : 山中康裕著作集 第2巻 たましいの視点——児童・思春期の臨床2. 岩崎学術出版社. 3 - 48.

(心理臨床学講座 博士後期課程2回生)

(受稿2007年9月7日、改稿2007年11月30日、受理2007年12月12日)

Psychotherapy for Somatization: Through a Critical Review of the Notion of Psychosomatic Illness

UMEMURA Kotaro

Psychosomatic illness has thus far been comprehended in contrast to neurosis with somatic symptoms. Recently, however, doubts had been cast on the significance of this way of understanding. Therefore, this study notes "somatization", i.e., the characteristics that are common to those who experience and express their problems by body. It argues the psychotherapy for somatization by critically reviewing the past remarks made on psychosomatic illness. Previous studies regarded the split between the mind and body as the cause of psychosomatic illnesses and have termed it as pathological "dissociation". They maintained a denial of the split, the psychologically inevitable consequence of man gaining consciousness, and tried to establish a connection between mind and body to recover the primordial wholeness. However, the pathological essence of somatization does not lie in the split, but rather in the undifferentiated states, where mind and body have not yet split up and established individually; or, the "subject" has not yet appeared. In psychotherapy for somatization, the emergence of the subject is necessary to contain the problems that are experienced and expressed by the body as psychological ones. It is suggested that the subject will emerge only through the negation of body, which splits the mind and body.