

失体感症スケール開発の経緯と、 身体（内受容）を重視した心身医学療法の 意義と有用性について

岡 孝和（九州大学大学院医学研究院心身医学）

はじめに

失体感症とは、心身症患者にみられる特徴として、1979年に池見西次郎によって提唱された概念である¹⁾。池見は、自らの臨床経験から、心身症患者では情動と身体感覚の気づきが抑圧されていると考え²⁾、身体感覚の低下状態を失体感症と呼ぶことを提唱した。

その後、多くの心療内科医が、心身症（心理社会的要因の関与する身体疾患）患者の中には、失体感症の特徴を示す者がいることを観察し、報告した（表1）³⁾。しかしながら、池見が具体的な失体感症の評価法を示さないまま、多くの記述を残したことにより、かえって研究者により失体感症と判断する特徴が異なる等の混乱をきたし、失体感症に関する研究を推し進めることを困難にしている。

表1 失体感症の特徴が見られる身体疾患

- **2型糖尿病** 黒川順夫ら: 心身医22,196-99,1982.
- **気管支喘息** 橋爪誠: 心身医32,233-236,1992.
- **高血圧** 山内祐一ら: 厚生省平成5年報告書21-27,1994.
- **心筋梗塞** 松野進ら: 日本医事新報3314,28-32,1987.
- **消化性潰瘍** 石川俊男ら: 産業ストレス6,189-195,1999.

そこで筆者らは、まず、池見が失体感症という概念を提唱するに至った歴史的背景と、池見の失体感症に関する記述をもとに、失体感症を構成する要素を整理した⁴⁾。次に、それをもとに失体感症の自己評価尺度である「失体感症尺度」を開発した⁵⁾ので、その概略を報告する。

さらに、失体感症概念の今日的意義について考察する。

失体感症概念が誕生するまでの歴史的経緯

池見が失体感症の概念を提唱するに至る経緯は、図1に示したように、3つの時期に分けて考えると理解しやすい。

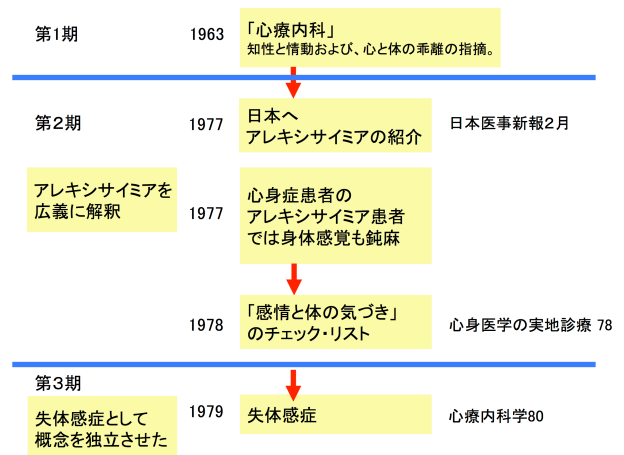


図1 失体感症概念ができたあがるまでの経過

第Ⅰ期：心身症患者の中に失体感症的要素の存在を観察していた時期（1952-76年）

池見の著作を読み返してみると、彼が心身症の臨床に携わるようになった当初から、心身症患者の中に、失体感症的特徴を見いだしていたことがわかる。すでに池見は、1963年に著した「心療内科」の中で、頑固な鼻炎と口内炎を訴えた患者の治療を通して、心身症の成因

について「現代生活の渦中では、外界からのおびただし
い刺激に反応するのに忙しい大脳の新しい皮質と、内界
からの要求（本能、衝動、内臓からの感触）に応ずる古皮
質との間に、機能上のズレができてることが考えられ
る。つまり知性と情動、心と体とがはなればなれになっ
た生活を強いられている。」⁶⁾と述べている。つまりこ
の頃より、心身症の病因として考えていた、外部刺激へ
の反応（社会適応のための、ときに生物学的欲求による
ものとは異なる生体反応、行動）と内部刺激に基づいた
反応（ホメオスタシスを維持するために必要な生物学
的な反応、行動）との不一致、知性と情動の乖離、心と
体の乖離状態を的確に言い当てる概念を模索していたと
考えられる。

ところがこの本は、彼の真意とはかけ離れた反響を呼
び起こし、心身症患者ではなく、「精神病に近い状態や
ノイローゼの方が、日本各地から絶えず問い合わせをよ
せ」る事態を招いた（「心療内科」第39版序文）。その
ため当時の池見にとって、心身症の病因を言い表す概念
は、ノイローゼ（神経症）との違いについても明らかに
するものである必要があった。

第II期：失体感症を失感情症の中に含めて考えた時期 （1977－8年）

1973年、P. E. Sifneos が alexithymia という概念を
発表すると⁷⁾、池見は失感情症、アレキシシミア^{*1}と翻
訳して日本に紹介した⁸⁾。Sifneos は、潰瘍性大腸炎、気
管支喘息、消化性潰瘍などの心身症患者は精神疾患患者
に比べてアレキシシミアの傾向が強く、アレキシシミア
傾向のある心身症患者に対して、力動的療法はよい
適応ではないと考えていた⁷⁾。池見は失感情症（アレキ
シシミア）を「心身症の発生機転を神経症の延長線上で
考え、精神分析的なアプローチを治療の主軸としてきた
従来の心身医学に、大きな方向転換を迫る」⁸⁾もの、つ
まり心身症と神経症を区別する概念として歓迎した。と
同時に「アレキシシミア傾向の強い人たちでは、情動と
不離不即の関係にある身体感覚への気づきも抑圧されて
いるという重大な事実を見落とさないこと」、「アレキシ
シミアの意味をもう一つ拡大して、『情動と身体への気
づきの鈍麻』と解することによって、人間の疾病一般へ

の理解をひときわ深化させる手がかりになる」と述べる
など、alexithymia は、池見の考える心身症の特徴を言
い表す概念としては、必ずしも十分ではなかった様子が
伺える。しかしながら、当時は、それを補う適切な概念
（失体感症）を持ち合わせていなかったため、Sifneos の
考えに注釈を加え、広義に解釈することで、心身症の特
徴を言い表そうとしていたと思われる。

池見が失感情症を「情動と身体への気づきの鈍麻」と
広義に解釈していたことは、1978年の「感情と体への気
づき」のチェックリスト（表2）⁹⁾からも伺える。この
質問紙は失感情症を評価するために池見らが作成した自
己記入式質問紙であるが、感情への気づきに関する10
の質問項目に加えて、体への気づきに関する10の質問
項目設けている。池見らは、このチェックリストを用い
て臨床的印象から失感情症傾向が強いと判断された患者
群と、健常人群との間で得点に差がみられるかどうかを
検討したが、両群で差は見出せなかった¹⁰⁾。池見は、表
面的な質問紙法では違いが見いだせないところに失感情
症の本質があると結論し、その後、失感情症や失体感症
を評価するための質問紙を作成することはなかった。

表2 「感情と体への気づき」のチェックリスト

表中のように答えた場合、広義のアレキシシミア傾向ありと判断する

<1. 感情への気づき>

- | | |
|----------------------------------|-----|
| 1. 感情を表出するのはいけないことと考えている。 | はい |
| 2. 感情的にならぬためのセルフ・コントロール法を実行している。 | はい |
| 3. 何でも打ち明けて話せる人がいる。 | いいえ |
| 4. 家庭の雰囲気として感情の表出が行われやすい。 | いいえ |
| 5. 音楽、絵画、ドラマの鑑賞に費やす時間はない。 | はい |
| 6. 特定の宗教、修養団体の熱心なメンバーである。 | はい |
| 7. 目下、感情の抑圧を余儀なくされるような立場（仕事）にある。 | はい |
| 8. 明らかなストレス場面で、期待される感情的反応を示さない。 | はい |
| 9. 性生活が充実している（十分な満足がある）。 | いいえ |
| 10. あまり遊ばない、遊ぶ時間がない。 | はい |

<2. 体への気づき>

- | | |
|--|-----|
| 1. 食べすぎたり、飲みすぎたりして腹をこわすことが多い。 | はい |
| 2. 気候の変わり目に、よくカゼをひく。 | はい |
| 3. 調子がいいとつい無理をして体調をこわす。 | はい |
| 4. 周囲への気遣いから、体の無理に気づきにくくなる。 | はい |
| 5. 食生活、運動、レクリエーションなど体調のコントロールに気をつけている。 | いいえ |
| 6. 健康増進のため特定の健康法、食養生などを実行している。 | いいえ |
| 7. 病気と思ったら、なるべく早めに医師にかかる。 | いいえ |
| 8. どんなに働いても疲れを感じない。 | はい |
| 9. 症状が出る前に、体調のくずれに気づくことが多い。 | いいえ |
| 10. 体調にいいときと、わるいときの波があることに気づく。 | いいえ |

第III期：失感情症から失体感症を独立させた時期 （1979年以降）

池見は、1979年、「交流分析研究」巻頭言の中で、はじ
めて失体感症という言葉を用いている¹⁾。つまり「高度
経済成長、現下の教育ブームの中で眼目とされてきたの
は、知的な自我の能率的な育成を通して、人工の社会へ
の適応に勝れたエリート社員や秀才をつくることだった
ようである。その傾向が強まれば強まるほど、心身医学
の分野で近年、問題にされているような「失感情症」（こ

^{*1} 池見は alexithymia をアレキシシミアと訳したが、後に英語の
発音に近いアレキシサイミアと訳すことが主流となったため、
本稿では池見が我が国に alexithymia を紹介した場面ではアレ
キシシミアとしたが、他の場面ではアレキシサイミアとしている。

れに私は「失体感症」をも含めている）。さらには「反自然」の傾向、これが、ひとり現代病のみでなく、現代の危機一般の根っこになってきている」、「上述のような現代人の失感情症、失体感症への急激な傾斜は、このような心理的な技法だけでは、もはや防ぎきれなくなった」と述べている。翌年の心身症と神経症の違いを論じた論文の中¹¹⁾では、「Sifneos は精神科医であるため、アレキシミアという概念は、彼のところに紹介されてくる限られたタイプの心身症患者（主として性格心身症）についての観察をもとにして作られたものであろう」、そして「精神科医には気づきにくいと思われる失感情症に伴う失体感症にも注目した」と述べている。池見はこの頃、心身症を性格心身症（性格要因によって自らストレス状況を作り出し身体症状が慢性化、再発する心身症）と、症状（現実）心身症（現実生活でのストレス反応として身体症状を生じる心身症で、内科の実地臨床では、こちらのタイプの方が多かった）に分けて考えていた¹¹⁾。つまり、この論文の中で池見は、失体感症は現実的なストレス反応として生じるタイプの心身症（現実心身症）患者に認められると述べているのである。そして次第に、失体感症は「心身症の発生において、失感情症よりももっと基本的な病理」であるとの考えに至った¹²⁾。

なお、この間の経緯については、文献⁴⁾の中でさらに詳しく紹介しているので、参考にしていただきたい。

失体感症尺度の開発

その後の池見の著作から、失体感症に関する論述を抜き出して整理してみると、失体感症とは、(1) 体調不良や空腹感などの、生体の恒常性を維持するために必要な感覚に気づかない、(2) 疲労感などの、外部環境への適応過程で生じる警告信号に気づかない、(3) 身体疾患に伴う自覚症状に気づかない、(4) 身体感覚への気づきにもとづいた適切な対処行動をとったり体調管理することが困難、(5) 自己破壊的ライフスタイル、(6) 身体感覚を表現することが困難、(7) 自然の変化に対する感受性や自然に接する機会が低下する、などの状態を指していることがわかる。

そこで筆者らは、(1) から (5) に関する池見の論述から、44 の失体感症尺度の予備尺度項目を作成した。(6) の項目を除外した理由は、この項目は英語論文の中では述べられているものの、日本語の著作の中には、体感を表現することの困難に関する記載は見いだせなかつ

たためである*2。(7) の項目を除外した理由は、人間の自然への接し方は、文化や価値観によって異なると考えたためである。また、予備尺度を作成する際、一部の項目は、池見の失体感症の記述を、「自分では無理をしているつもりはないが、人から無理のしすぎではないかと言われる」など、自己評価と他者評価とのずれを評価する表現にしておいた。これら 44 項目からなる予備尺度の項目分析を行ない、因子負荷量の高い項目を選び、各因子の内的一貫性が 0.7 以上になるように分析し、23 項目からなる自己記入式質問紙、失体感症スケール (Shitsu-taikan-sho Scale, STSS) を作成した⁵⁾。

STSS は、(1) 体感同定困難 : Difficulty of identifying bodily feelings (DIB) (表 3)、(2) 過剰適応 : Over-adaptation (OA) (表 4)、(3) 体感に基づく健康管理の欠如 : Lack of health management on bodily feelings (LHM) (表 5)、の 3 つのサブスケールから構成される。

表 3 SSTS 体感同定困難 : Difficulty of identifying bodily feelings (DIB)

9項目

- 1) 自分では無理をしているつもりはないが、人から「無理のしすぎではないか」と言われる。
- 5) 自分ではゆったりしているつもりなのに、人から「もっとリラックスしなさい」と言われる。
- 6) 疲れていても休みたいと思わない。
- 10) 自分では疲れていると思わないが、人から「疲れているのではないか」と言われる。
- 12) 満腹感を感じない。
- 14) 自分では緊張しているつもりはないが、人から「緊張している」と言われる。
- 15) 疲れを感じない。
- 18) 自分では平気だが、人から「体を壊すよ」と言われる。
- 19) 緊張しているかどうかわからない。

失体感症概念の成立の過程から、失体感症は失感情症と相関することが予想されるため、大学生を被験者として STSS 総得点および 3 つのサブスケール得点と、失感情症を評価する質問紙である Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) 総得点および 3 つのサブスケール得点 (表 6) との相関を求めたところ、ほとんどの項目間で正の相関を示した (表 7)。

*2 池見西次郎による日本語での失体感症に関する記述では、もっぱら体感を「感じる」ことの困難性について言及しているのに対して、英語論文では、“a difficulty in the awareness and expression of bodily feelings” と、表現の困難性についても同等な重要性を持って述べられている。この点について、筆者が、英語論文の共著者である池見陽博士に直接尋ねたところ、expression という単語は、「西次郎先生の考えではなく、私の考えで入れたかもしれない」とのご返事であった。

表4 SSTS 過剰適応：Overadaptation (OA)

6項目

- 3) 休息が必要だと分かっているが、仕事(家事、学業)を優先してしまう。
 7) 熱がでて仕事(家事、学業)をする。
 13) 体調が悪くても休まない。
 17) 仕事(家事、学業)をするときには、体調のことなど気にしない。
 20) 眠くても仕事(家事、学業)を優先する。
 22) 休息をとりたくても我慢する。

表5 SSTS 体感に基づく健康管理の欠如：Lack of health management on bodily feelings (LHM)

8項目

- 23) 体調管理をどうすればよいかわからない。

(逆転項目)

- 2) 体調に気をつけている。
 4) 気分転換をはかるようにしている。
 8) 病気になる前に、体の不調に気づく。
 9) 食生活に気をつけている。
 11) お風呂に入るとリラックスした感じになる。
 16) 適度な運動を心がけている。
 21) 呼吸をととのえる(深呼吸をする)と、気持ちが落ち着く。

表6 失体感症尺度各尺度の平均得点（文献⁵⁾より一部改変して引用）

	Mean(n=199)	SD(n=199)	α 係数(n=415)	再検査信頼性(n=117)
失体感症尺度合計得点	56.28	10.24	0.83	0.78***
体感同定困難	18.13	5.59	0.84	0.71***
過剰適応	14.19	4.45	0.83	0.81***
体感にもとづく健康管理の欠如	21.42	3.80	0.70	0.75***
TAS-20合計得点	54.08	9.13		
感情同定困難	18.20	5.50		
感情伝達困難	16.17	3.61		
外的志向	19.70	3.81		

***p<0.001

表7 失体感症尺度と TAS-20 との相関（文献⁵⁾より一部改変して引用）

	TAS-20			TAS-20 合計得点
	感情同定 困難	感情伝達 困難	外的志向	
失体感症尺度				
体感同定困難	0.45***	0.21**	0.19**	0.43***
過剰適応	0.28***	0.11	0.09	0.25***
体感にもとづく健康管理の欠如	0.17*	0.19**	0.14	0.24**
失体感症尺度合計得点	0.44***	0.24**	0.20**	0.45***

*p<0.05

**p<0.01

***p<0.001

失体感症の今日的意義と治療的介入

このように失体感症概念ができあがるまでの過程を振り返ってみると、ヒトが現代社会に適応して生きてゆくためには、生物学的欲求に従った生き方を、しばしば犠

牲にしなければならない現実には立ち返る。

ヒトの行動を生物学的な観点から考えてみる。動物が感染症に罹患した時、発熱するが、この時、sickness behavior, sickness response とよばれる一連の反応、行動をとる（横になって寝るなど）。この行動は学習されたものではなく、細菌やウイルスと闘うための生体防御システムに基づく生得的な行動であり、病気からの回復を促し、生体の生存率を高めるために有利な行動である。感染症に罹患したときでなくとも、ヒトは空腹になった時、睡眠不足になった時、過労になった時、食事を取りたい、眠りたい、休みたいと言う生物学的欲求、動機づけにより、食事を取り、眠り、休息を取る。そのような行動は生体のホメオスタシスの維持や、消耗状態からの回復に役立っている（図2）。

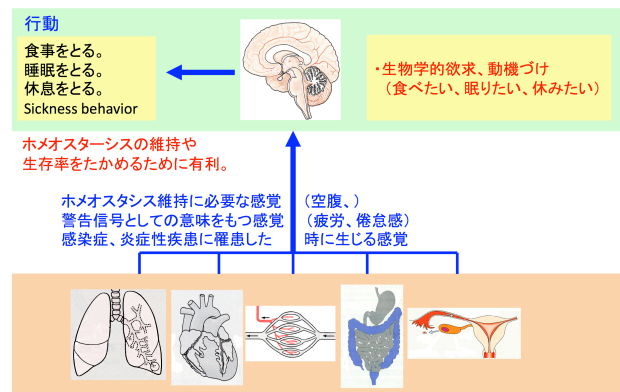


図2 生物学的なヒトの反応

しかし、ヒトはこのような生物学的な存在であると同時に社会的存在でもある。仕事を時間内に終わらせないといけないなどの社会的要請に応えるためには、空腹時、不眠時、疲労時であっても、必ずしも食欲、睡眠欲、休息欲などの欲求に従うことはできない。風邪をひいても、寝込まずに仕事をしなければならないこともある。ヒトが社会の中で生きてゆくためには、このような状況はしばしば生じる。この状況では、例えば食事は、とりあえず口の中に流し込んでおく行為でしかなく、本来の（おいしく味わって食べることによる）満足感や休息を与えるものではない。この生物学的欲求に基づく行動を抑制し、社会的要請に応えるための行動を優先する傾向が強いつき、過剰適応と呼べばよいのではないだろうか。

社会的適応行動は、しばしばお金、地位などの報酬を伴い、社会的な安定をもたらす反面、しばしばホメオスタシスの維持や、消耗を防ぎ体力の回復を促すための警告信号（内受容）を感じる機能の抑制を伴う。また極端な時間的効率化を求められる現代においては、過労状

態にあって、疲労を感じないこと（失体感症）は一つの適応状態と言えるのかもしれない。しかし、その代償として健康を損なう危険性を内包していることを忘れてはならない（図3）。

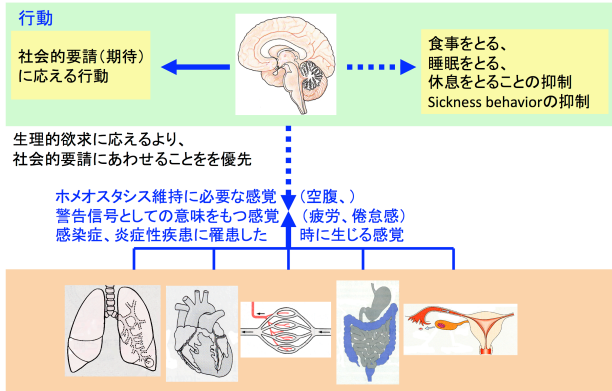


図3 社会的適応のためのヒトの反応

心身症患者に STSS を実施してみると、「お風呂に入るとリラックスした感じになる」、「呼吸を整えると、気持ちもちが落ち着く」の質問項目に、まったくあてはまらないと答える者がいる。このような失体感症患者を治療する時には、筆者は、(1) 外的刺激、特に視覚、聴覚からの過剰刺激を統制したうえで、(2) 内受容に意識を向けることと同時にゆったり行動することを練習、習慣化し、さらに (3) 内受容と、それに意識を向ける習慣に対して肯定的な意味づけ（大切、心地よい、いいものだと思う）をはかり、最終的に、(4) 患者が日常生活を TPO に応じて、生物学的モードと社会適応的モードをうまく使い分けられるように、働きかけている（図4）。

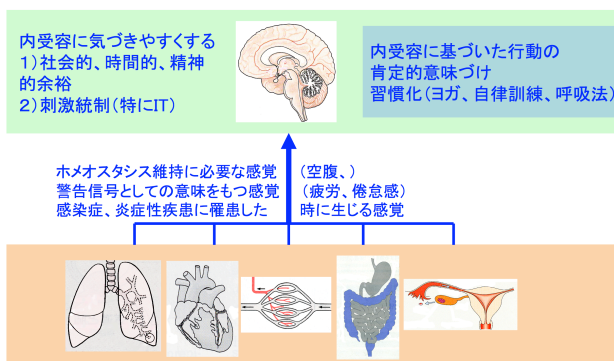


図4 失体感症患者に対する治療的介入

文献

- 1) 池見酉次郎: 教育の原点としての精神生理. 交流分析研 4(4): 1-10, 1979
- 2) 池見酉次郎: 心身症の新しい考え方——神経症・不定愁訴との鑑別. 医事新報 2775: 3-8, 1977
- 3) 松下智子, 有村達之, 岡孝和: 失体感症に関する研究の動向と今後の課題. 心身医 51: 376-383, 2011
- 4) 岡孝和, 松下智子, 有村達之: 「失体感症」概念のなりたちと、その特長に関する考察. 心身医 51: 978-985, 2011
- 5) 有村達之, 岡孝和, 松下智子: 失体感症尺度（体感への気づきチェックリスト）の開発——大学生を対象とした基礎研究. 心身医 52: 745-754, 2012
- 6) 池見酉次郎: 心療内科. 中公新書, 1963
- 7) Sifneos, P. E.: The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 22: 255-62, 1973
- 8) 池見酉次郎: 心身医学. 医事新報 2755: 49-54, 1977
- 9) 池見酉次郎, 五島雄一郎, 祖父江逸郎, 他編集: 心身医学の実地診療. 医学書院, 1978
- 10) Sugita, M., Ikemi, Y., Nakai, Y., et al.: The disturbance of sensory awareness in alexithymia. *Proceedings of the 4th congress of the international college of psychosomatic medicine, Kyoto*, 45-49, 1977
- 11) 池見酉次郎: 神経症と心身症——アレキシミアをめぐる. 心身医 20: 193-199, 1980
- 12) 池見酉次郎: 心身医学. 医事新報 3231: 11-16, 1986

編集・制作協力：特定非営利活動法人 ratik

<http://ratik.org>

