〈身〉の医療 叢書

〈身〉の医療

心身医学から魂身医学へ

深尾 篤嗣

ratik

〈身〉の医療　叢書

〈身〉の医療

心身医学から魂身医学へ

深尾 篤嗣

ISBN 978-4-907438-12-8
特定非営利活動法人 ratik

目次

はじめに 1

1 医学の進歩と東西の身体観 2

2 心身医学の歴史とその課題 5

3 日本心身医学と心療内科 6

4 心身症診療における課題 7

5 医学・医療の三段階 9

6 東西融合心身医療 10

7 心身医学から“魂身医学”へ 14

8 レインボー・メディスン 16
8.1 POP の基本概念 17
8.2 プロセス構造とチャンネル 17
8.3 現実の 3 つの次元と 4 つの身体 18

9 2 種類の心身相関――因果性と共時性 20

10 バセドウ病における三段階の医学・医療 21
10.1 魂身医学・医療の実際 23

11 三性説からみた心身相関と〈身〉の医療 29

おわりに 32
〈文 献〉 33
〈著者紹介〉 37

はじめに

本稿は、2014 年 7 月 20・21 日に関西大学千里山キャンパスにて開催された〈身〉の医療研究会 第一回研究交流会における会長講演の記録を基に再構成した論文である。

日本独特の身体概念である〈身（み）〉は、近代西洋医学の対象である「物理的（客観的）身体」（＝三人称のからだ）のみならず、「心理的（主観的）身体」（＝一人称のからだ）、「間主観的身体」（＝二人称のからだ）、および「深層意識的身体」（＝無人称のからだ）を含む多層的関係的存在である。そして、〈身〉の医療とは、ソマティクス、ソマティック心理学および東洋の身心技法等による〈身〉に対する多次元的アプローチを導入した次世代型心身医療を指す。

本稿において、医学史における心身医学の位置づけ、東西医学の比較、心身医学における課題等について総覧した上で、内分泌代謝を専門とする心療内科医である筆者が診療において実践しているレインボー・メディスンを例示することにより、〈身〉の医療の意義について述べたい。

1　医学の進歩と東西の身体観

医学史において現代医学は、経験的医学、呪術的医学、思弁哲学的医学、自然科学的医学の段階を経て進化してきたとされている（図 1）[1)]。

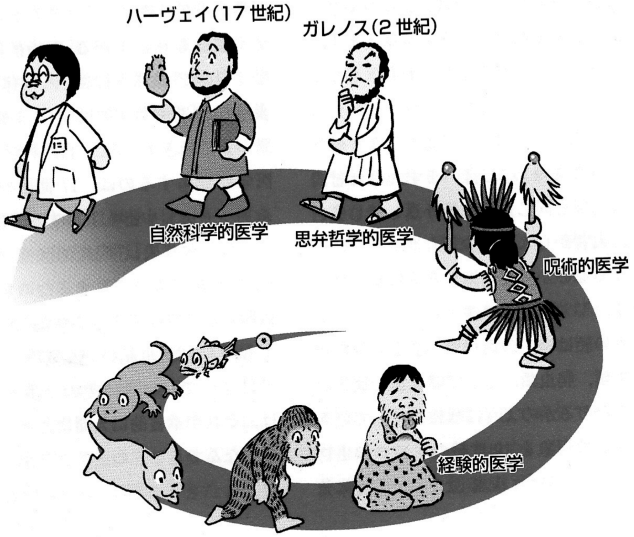

図 1　医学の進歩？

西洋医学は、中世の間、カトリック教会が 2 世紀のガレノス以外の医学を学ぶことを禁じたため長く停滞期にあり、思弁哲学的医学の段階が続いた。自然科学的医学へのパラダイムシフトの大きな契機となったのが、16 世紀にヴェサリウスの著わした『ファブリカ』である。本書は図 2 に示した通り、それまでの観念的であった解剖学書に比較して画期的に写実的であり、医学のみならず人間の意識全体を変革する起爆剤となった。ヴェサリウスの近代解剖学は、同世紀に血液循環を発見したハーヴェイの近代生理学ととも

に、西洋医学に客観的な身体観、デカルト・ニュートンパラダイムに基づく科学的合理主義、要素還元主義の視点をもたらすこととなり、biomedical model の構築につながった。その結果、近代西洋医学は他の文明圏の医学と一線を画し、特に外科領域や感染症領域で目覚ましい医療効果を発揮することができるようになり、近年では遺伝子治療を含めた様々な先端治療が発達するに至っている。しかし、その半面、biomedical model 構築の過程で客観性、再現性、普遍性に乏しい心理、社会、人間性、個別性、関係性といった曖昧な情報は切り捨てられてしまったため、これら心理社会的要因と身体疾患との相関を研究する心身医学が必要となった。

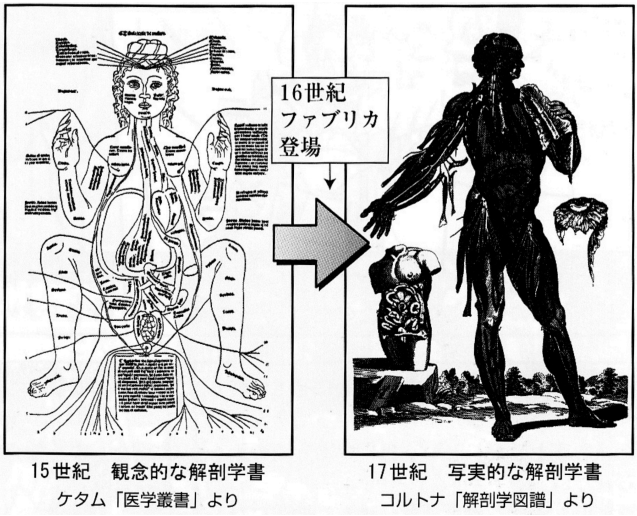

図 2　西洋医学における身体観の変化

一方、中国を代表とする東洋医学では、古代には解剖学や外科的治療でも一定の進歩がみられたものの、次第にそれらは忘れられていき、薬湯、鍼灸、気功、食養生を四本柱とする医学と医療が一体化した医療体系に進化していった。近代西洋医学が死体を対象とした解剖学や動物実験を主に発展し

たのに対して、生きている人間全体を対象とすることにより、図3に示した経絡システムのネットワークのような独自の身体観を発展させていった[2)]。科学理論的には、気血水理論、陰陽五行説など思弁哲学的医学の段階にとどまってはいるが、心身を分けない臨床優先の医療体系を進化させてきことにより、心身症や不定愁訴など西洋医学が苦手とする分野にしばしば効力を発揮する。近年、薬学や生理学など西洋医学の手法が導入されることにより徐々にその効果のメカニズムが明らかになりつつある[3)]。

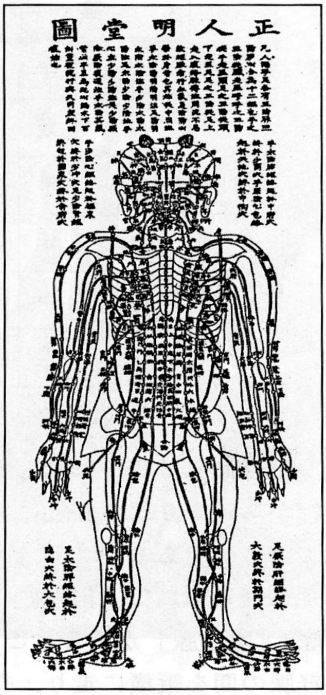

図3　東洋医学における身体観

2　心身医学の歴史とその課題

心身医学は、デカルトの「心身二元論」以来、西洋近代医学が身体を客体としてのみ扱かってきたことへの反省にたって、最初ドイツで誕生し、やがて米国にわたり精神分析を専門にする精神科医により研究が盛んになった。その後、キャノンやセリエらによる精神生理学、行動医学などの知見も加わることで発展してきた。

心身医学の医学モデルは、エンゲルが 1977 年に『Science』誌で発表した biopsychosocial model である [4)]。それ以前の医学・医療のモデルは biomedical model であり、科学性、すなわち普遍性、再現性、客観性が要求された。このモデルは、たとえば「病気があれば必ず原因となるウィルスが存在する」といった因果性を重んじる線形の科学であり、要素還元主義的なアプローチであった。biomedical model は 19 世紀から 20 世紀半ばの感染症が病気の主流を占めていた時代には威力を発揮したが、がんを含めた生活習慣病、ストレス関連疾患、高齢化による老人病、緩和ケア医療など疾病構造の大きな変化に伴い、新たな医学・医療モデルが必要とされた。そういった背景の中で提唱されたのがエンゲルの biopsychosocial medical model、すなわち、病気は多くの発症に関係する原因（因子）が関係しあいながら、個々人を取りまく社会や環境も含めた全体のシステムの異常としてとらえるべきだという主張である。エンゲルのモデルに基づく治療では、医療は身体面のみならず個別性、関係性、心理、社会、環境といった面も重視され、「疾患」から「病人」に焦点が移ることになり、全人的医療のアプローチが可能となった。しかし、エンゲルのモデルでも、関係性を問いながらも要素が三つになっただけで、やはり因果性、要素還元主義に基づくという点では biomedical model と同様であった。精神分析では過去に受けた心的外傷が、行動医学では過去に学習された悪習慣が、それぞれ心身症の準備因子、発症因子または持続因子になると考えている。

以上からわかるように、従来の心身医学では、心身症の病態を考える際に、「心身症には必ず原因となる心理社会的要因が存在する」という「因果性」に基づく心身相関を想定しているわけであり、biomedical model 以来の医学・医療モデルの流れを一貫して踏襲しているのである。また、医療人類学者 Kirmayer [5] は、欧米における近年の心身医学は、身体症状の心理的原因を探ることや、患者の理性的態度を前提とする治療法を中心とすることで近代医学の心身二元論へと逆戻りし、生物医学のパラダイムの一部を担う役割に押し込められてしまっている点を指摘している。

3　日本心身医学と心療内科

日本心身医学会は、米国で心身医学の実際を見聞してきた九州大学心療内科初代教授池見酉次郎が、慶応大学精神科三浦岱栄らと協力することにより 1960 年に設立された [6]。我が国の心身医学は、精神科医が中心である米国の心身医学とは異なり、内科、小児科、産婦人科等の身体科医を中心に構成されてきたことを特徴としている。心身一如の伝統があり、体の智慧を通して自然の声を聞くことが説かれてきた東洋文明を背景にもつ日本の心身医学は、心療内科医その他の身体科医が中心となって独自の発展を遂げてきている。

「心療内科」[7] というネーミングは、そもそも池見が東京大学物療内科にヒントを得て作った診療科名であり、「心理療法を実践する内科」を意味する。日本心療内科学会現理事長中井吉英による心療内科医の定義を表 1 に示す。心療内科はしばしば「軽症の精神疾患を診る診療科＝プチ精神科」と誤解されているが、その実態は、心身両面を分けずに「病気 illness」に苦しむ個々の患者に焦点をあてる個別性の高い医学・医療である「全人的医療」を実践する内科である [8]。

表 1　心療内科について（中井による）

1.「心身相関の病態」(心因性ではない)を診断し、
　治療し、研究する医師
2. Patient with illnessに焦点を当てる
3. 正常な人の中にある深い心理を見る
4. そのためには身体を診る専門医でなければならない

4　心身症診療における課題

心身医学が主対象とする病態が「心身症：psychosomatic disorders」である。国際的な精神疾患診断基準である DSM でも DSM–II までは psychophsiologic disorders として心身症に該当する記載があったが、1980 年に改訂された DSM–III で多軸診断が取り入れられた際に、神経症と同様に該当する概念が解体されてしまった [9]。日本心身医学会による「いわゆる心身症」の定義は次の通りである。

> 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。

この定義からわかるように、心身症とは精神疾患ではなく身体疾患であることが前提である。各科における代表的な心身症を表 2 に挙げた。表中の seven holy disease（気管支喘息、高血圧、甲状腺機能亢進症（＝バセドウ病)、消化性潰瘍、潰瘍性大腸炎、関節リウマチ、神経性皮膚炎（≒アトピー性皮膚炎））とは、精神分析医アレキサンダーが挙げた典型的心身症である。

また、行動医学の導入により、糖尿病、虚血性心疾患、癌などの生活習慣病も心身症として扱われるようになった。何故なら、図 4 に表したように、

表 2　各科における代表的な心身症について

（1）呼吸器系	気管支喘息、過換気症候群、神経性咳嗽、咽頭痙攣、慢性閉塞性肺疾患 など
（2）循環器系	本態性高血圧症、本態性低血圧症、起立性低血圧症、狭心症、心筋梗塞、不整脈（一部）、神経循環無力症、レイノー病 など
（3）消化器系	胃・十二指腸潰瘍、潰瘍性大腸炎、急性胃粘膜病変、慢性胃炎、心因性嘔吐、びまん性食道痙攣、食道アカラシア、呑気症、ガス貯留症候群 など
（4）内分泌代謝系	神経性食欲不振症、神経性過食症、pseudo-Bartter 症候群、愛情遮断性小人症、甲状腺機能亢進症、心因性多飲症、単純性肥満症、糖尿病、腎性糖尿、反応性低血糖 など
（5）神経・筋肉系	筋収縮性頭痛、片頭痛、その他の慢性疼痛、痙性斜頸、書痙、眼瞼痙攣、自律神経失調症 など
（6）泌尿・生殖器系	夜尿症、神経性頻尿（過敏性膀胱）、心因性尿閉、遊走腎、心因性インポテンス など
（7）その他	腹部手術後愁訴（いわゆる腸管癒着症その他）、頻回手術症、関節リウマチ、全身性筋痛症、腰痛症、外傷性頸部症候群（むち打ち症を含む）、更年期障害、婦人自律神経失調症、慢性じんましん、アトピー性皮膚炎、円形脱毛症、メニエル症候群、顎関節症 など

（赤字は Seven holy disease、青字は生活習慣病）

過食、多量飲酒、喫煙など生活習慣の問題の背景にはストレスなどの心理社会的要因が関連している場合が多く、これらの要因は単独ではなく、相乗効果で病態に影響していることが研究により明らかになってきたためである。

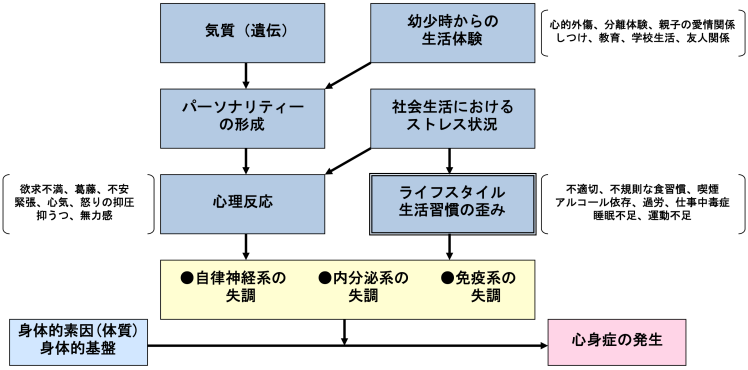

図 4　心身症の発生機序について（文献[9]より引用・作成）

心身症の心理特性としてアレキシサイミアおよびアレキシソミアの合併が多いことが知られている。アレキシサイミア alexithymia とは、1972 年に精神分析医ピーター・E・シフニオスが心身症患者の臨床経験をもとに提唱した概念であり [10]、「失感情症」や「失感情言語症」などと和訳される。自分の内面の感情を認知することや言語化することが苦手という特徴をもち、大脳辺縁系などの情動と、高次新皮質の知性との機能的伝達障害（＝乖離）が関連していると考えられている。また、池見は、「アレキシサイミアのケースでは感情だけでなく、身体感覚の気づきも低下していることが多い」と述べ、その状態をアレキシソミア（alexisomia：失体感症）と呼んだ。 さらに晩年には、失感情症、失体感症を伴う患者は「自然や宇宙とのつながりを欠いている例が多い」としてアレキシコスミア（alexicosmia：失自然症）の概念も提唱していた。失感情症、失体感症、失自然症を伴う患者では、自我レベルにおける自らの感情や身体感覚の認知が乏しいため、古典的精神分析や認知行動療法のような自我主体の心理療法では対応が困難であり、自我を超越したトランスパーソナル心理学などの深層心理学的アプローチがしばしば必要となる。

5　医学・医療の三段階

1998 年、WHO 憲章の健康の定義に“spiritual”の要素を盛り込むことが提案され検討されたことを契機に、スピリチュアリティおよびスピリチュアルケアへの関心が高まってきている [11]。スピリチュアリティは「霊性」と和訳されるのが一般的だが、今日では宗教的な要素、精神・心理的な要素、非宗教的な要素（ニューエイジ文化等）が入り混じっており、定義が定めにくい概念となっている。わが国におけるスピリチュアルケアの権威である窪寺 [12] の定義によると、(a) 癒し、(b) 超越性、(c) 人間らしさ・自分らしさの 3 つの特徴を持つとされる。我々はこれを「魂（人間の身体に内在する超越性）」の意味で捉えている。また、窪寺はスピリチュアルケアの定義を「特に

死の危機に直面して人生の意味、苦難の意味、死後の問題など（スピリチュアルペイン）が問われ始めたとき、その解決を人間を越えた超越者や、内面の究極的自己に出会う中に見つけ出せるようにするケア」としている。これまでスピリチュアルケアは、癌や難病患者等の末期医療を中心に行われてきたが、ビハーラ僧である谷山[13]は、仏教の「苦」は死に限定されるものではないことからスピリチュアルケアの適応範囲を拡げる必要性を唱えている。

一方、祈りの研究で有名なドッシー[14]は、医学・医療を歴史的に次の三段階に分類している。第一段階の物理的な医学・医療、第二段階の心身相関を認める心身医学・医療、そして肉体や個を超えた意識レベルとしてスピリチュアリティの介在を認める第三段階の医学・医療である。また、心療内科の産みの親である池見[15]は、1979 年以来、エンゲルのモデルを改良した新しい心身医学モデルとして bio-psycho-socio-eco-ethical medical model を提唱し、「心身医学的療法のゴールは実存的な目覚めにある」と主張した。さらに、フランクルの言葉を借りて、「実存的な目覚めには、自我を超えたスピリットへの超越が必要である」としていたことより、わが国の心身医学は早くからドッシーのいう第三段階の医学・医療を志向していたと言える。加えて池見は、「西欧では天の父なる神をめざして自我を越える『上昇的超越』が一般的なのに対して、東洋では自らの体への気づきを深めていくことによる『下降的超越』が基本である」「西洋流の psychosomatic な医学に東洋の somatopsychic なアプローチを統合することによって、真のホリスティック医学への道が拓ける」と述べていた。この指摘は、東西の心身アプローチの融合が第三段階の医学・医療の鍵となることを示している。

6　東西融合心身医療

湯浅は著書『身体の宇宙性』[16]の中で、西洋と東アジアに代表される東洋との思考様式の違いについて、両者の宗教、哲学、科学、医学などを例にして述べている。ここで指摘されている差異は、ニスベットら[17]が科学的研

究によって西洋人と東洋人の思考体系に明確な違いがあることを証明した結果と多くの点で一致している。表 3 は、湯浅とニスベットらの考え、および後述するプロセス指向心理学の用語等をもとに筆者が西洋的思考と東洋的思考との対比をまとめたものである。

表 3　西洋的思考と東洋的思考

西洋的思考 木を見る西洋人！（一神教的）	東洋的思考 森を見る東洋人！（多神教的）
・ 自我（分析的な視点、見の目）	・ 気づき（包括的な視点、観の目）
・ 要素還元主義(二元論)	・ 縁（一元論）
・ 主体性、単語、個人を重視	・ 関係性、文脈、場を重視
・ 意識と無意識	・ 意識の多層性
・ 主観と客観	・ 間主観
・ 心身二元論(心身相関)	・ 身心一如（身）
・ 因果性(因果論)	・ 共時性（感応、目的論）
・ 操作的(作為doing)	・ 流動的（無為being）
・ 人間重視（自然は観察対象）	・ 自然重視（自然は万物の母）
・ 論理、思考を重視（心→身think）	・ 体験、直感を重視（身→心feel）
・ コスモス＞カオス （アトム…この世は不変）	・ カオス＞コスモス （タオ…この世は無常）
・ 完全性（真善美） 医療ではcure(治療)	・ 全体性（陰陽、中庸） 医療ではhealing（癒し）

西洋的思考は「自我 ego」を主体とした分析的思考であり、すべてを要素に分けて二元論的にとらえる。対して、東洋的思考は「気づき awareness」を主体とした包括的思考であり、すべてを縁でつながったものとして一元論的にとらえる。単的に示せば、ニスベットらの著書の邦題にある通り「木を見る西洋人」と「森を見る東洋人」と対比できる。ニスベットらは西洋の「分析的思考」は古代ギリシャにおいて「主体性」や「論理性」の観念が重視されたことに起因し、対して東洋の「包括的思考」は古代中国において「調和」や「道」の観念が重視されたことに起因するとしている。また、西洋においては完全性（真善美）やコスモス（秩序）が重視され、「この世は不変」と考える傾向が強いが、これらはキリスト教やユダヤ教などの一神教的な厳格で排他的な思想に通じている。反対に、東洋においては、全体性（陰陽）やカオス（混沌）が重視され、「この世は無常」と考える傾向が強いが、これ

らはいろいろな価値観の矛盾を受容する仏教、道教、ヒンズー教、神道などの多神教的で温和な思想に通じている。

東西の違いを心身の関係についてみると、まず西洋的思考では、キリスト教の「霊肉二元論」やデカルトの「心身二元論」のように、精神と身体を対立概念ととらえ、精神に比して身体を周縁化する傾向が強い。その流れで発達してきた西洋近代医学が身体を客体としてのみ扱かってきたことへの反省にたって、「心身相関」を扱う「心身医学」が生まれてきたのである。対して東洋的思考では、古来より「自然の中に人が存在し、人の中に自然が存在する」という「天人相関」の考え方や、「心と身体は一つである」という「身心一如」の視座があり、禅、瞑想、ヨガ、気功、断食などいずれの東洋的技法も自らの内側から主体としての身体を体験することで心身の健康を得ることが行われてきた。従来、西洋の心理療法は精神から身体へのアプローチのみであったが、東洋的技法の影響を色濃く受けることによって身体から精神へのアプローチであるソマティクス[18]およびソマティック心理学[19]が多数開発されてきている。

西洋医学は「心身二元論」、「要素還元主義」、「因果性」に基づく線形医学であり、ゴールとして「完全性」、すなわち病因が完全に断たれた状態、“cure：治療”を目指す。それに対して、東洋医学は、「天人相関」、「身心一如」「共時性」に基づく複雑系医学であり、陰陽のバランスがとれた「中庸」の状態、すなわち「全体性」の回復を目指す。この「全体性」は、「全体」を意味するギリシャ語の holos を語源とする“healing：癒し”に通じる。

完全性と全体性の違いをイメージにして表す（図 5、6）[20]。現実の世界は、白で示された陽的要素（解決や健康など）と、黒で示された陰的要素（問題や症状など）のが入り混じった混沌とした世界である。この状態は、一神教的な西洋的思考（自我）からみれば、不完全で不健康な状態ととらえられる。そのため、目標として陽的要素（光、真、善、美、健康など）のみで満たされている「完全性」を目指す。この完全性は、進歩や成長につながり、主体性を育て社会適応や健康行動を促す意味では有効な目標である。西洋医学

の目標である“cure”は、身体の悪い部分を「疾患：disease」と診断して、外科手術や薬物治療などで完全に治そうとすることである。しかし、その反面、完全性は自己完結的な静的状態であり、陽的要素のみに焦点を当てるため、ネガティブな感情や身体症状など陰的要素が周縁化されてしまう危険性をもっている。心身医学的にいえば、失感情症や失体感症に陥ることで、かえって陰（問題や不健康）につながり得ることに注意が必要である。

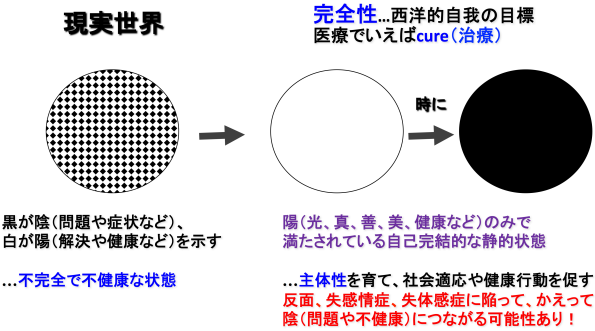

図 5　完全性とは？

一方、多神教的な東洋的思考（気づき）は、「日々是好日」「人生万事塞翁が馬」「無常」「陰極まれば陽に転じ、陽極まれば陰に転ず」といった言葉に表されているように、陰陽両要素が交代する現実をあるがままに通常の状態としてとらえる。東洋的思考は目標として、陰陽が動的に融合した状態である「中庸」（仏教では「中道」）、心理学的にいえば「全体性」を目指す。東洋医学では、心身の不調を「未病」の段階から、養生や漢方薬などにより陰陽のバランスをとることにより“healing”を促すのである。藤見[21]は、「“cure”が肉体や自我に関するものであるのに対して、“healing”はこころの全体性や生き方を対象にしている」「だから肉体的に取り戻せない障害があっても、それを受けとめることから、こころの全体性を回復する――癒されることは可能だ」という。また、「弱さ、病気、欠如というものは、他者へ

と通じる窓口であり、それこそが、私たちを他者と結び合わせるのだ」と、陰的要素こそが他者との関係性につながることを指摘している。

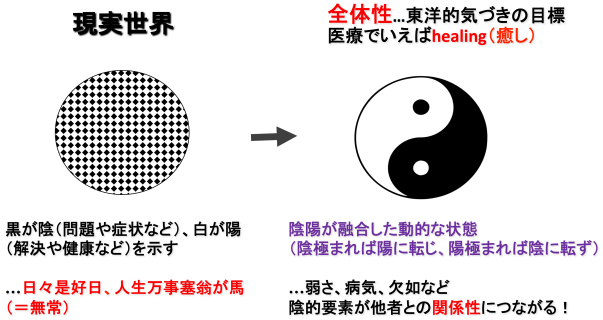

図 6　全体性とは？

近年、西洋医学と東洋医学の二つの異なる医学体系を駆使して全体から診療する「東西融合医療」が提唱されている[3)]。また、黒木[22)]は、心と身体を分けて考える西洋近代の心理療法に限界を感じて、東洋思想や「気」をキーワードに行う心理臨床を提唱している。「自我」主体の分析的思考、要素還元主義、因果性、主体性に基づく西洋の心身医学・医療と、「気づき」主体の包括的思考、縁、共時性、関係性に基づく東洋の身心アプローチとの融合、名付けて“東西融合心身医療[23)]”が、“cure”と “healing”を両立させる新しい医学・医療の実現につながると思われる。

7　心身医学から“魂身医学”へ

「腑に落ちる」、「堪忍袋の緒が切れる」など、日本語にはからだの微妙なニュアンスをあらわす「からだ言葉」が豊富にある[24)]。哲学者・市川浩[25)]は表 4 に示した通り、日本独特の身体概念である〈身（み）〉を 14 の用法に分類し、〈身〉が物体的な身体のニュアンスが強い英語の「ボディ」や日

本語の「からだ」のように単層的ではなく、成層的な統合体という性格が強いことを示した。

表 4　身（み）は多層的関係的存在！

(1)–(4)	：物理的（客観的）身体（三人称のからだ）
(5)–(9)	：心理的（主観的）身体（一人称のからだ）
(10)–(12)	：間主観的身体（二人称のからだ）
(13)(14)	：深層意識的身体（無人称のからだ）

(1) 果実の「実」	…「木の実」など
(2) 生命のない肉	…「魚の切り身」など
(3) 生命のある肉体	…「お臀の身」など
(4) 生きているからだ全体	…「生き身」など
(5) からだのあり方	…「半身にかまえる」など
(6) 身につけているもの	…「身ぐるみ」など
(7) 生命	…「身あってのこと」など
(8) 社会的生活存在	…「身売り」など
(9) 身つから（自ら）	…「身がまま」など
(10) 人称的位置	…「身ども」など
(11) 社会化した自己	…「身内」など
(12) 分際	…「身のほど」など
(13) ほとんど「心」と同じ意味	…「身にしみる」（＝全身全霊において一体となる）など
(14) 全体存在	…「身をもって知る」（＝全身全霊をかけて知る）など

重要なのは、「〈身〉が関係的存在であり、そして何との関係においてあるかによって、〈身〉の在り方が決まってくる」という関係的存在としての〈身〉の特徴である。市川は関係的存在としての〈身〉は、「〈関係化〉という側面と相対的な意味での〈実体化〉という側面をもち、〈関係化〉と〈実体化〉をたえず繰り返しながら自己形成していく」と述べている。また〈身〉は、「世界とかかわって生きる具体的なはたらきのなかで、いわば文脈依存的に身自身を分節化して」いるが、そもそも〈身〉による分節化には「意識する必要のないあるいは意識されない」レベルがあり、そうしたさまざまなレベルでの関係性の歪みやズレが〈身〉に実体化されたものが病の症状であ

ると考えられる[18]。成層的関係的存在としての〈身〉という視点から表 4 の各用法を分類してみると、(1)〜(4) は西洋医学の対象となる「客体」としての身体、すなわち「物理的（客観的）身体」（＝三人称のからだ)、(5)〜(9) は「主体」としての身体である「心理的（主観的）身体」（＝一人称のからだ)、(10)〜(12) は二人以上の人間関係における身体である「間主観的身体」（＝二人称のからだ)、そして (13)、(14) は全身全霊をこめるという意味でスピリチュアルな身体である「深層意識的身体」（＝無人称のからだ）をそれぞれ意味していると考えられる。

中井[26]は宮本武蔵の『五輪書』[27]にある「見の目」と「観の目」を引用して、〈身〉に対するアプローチでは、西洋で重視される分析的な視点「見の目」（＝自我）と、東洋で重視される包括的な視点「観の目」（＝気づき）の両立が重要としている。西洋医学由来の心身医学・医療に、〈身〉を主体とした東洋的身心アプローチが融合された〈身〉に対する多次元的心身医療＝〈身〉の医療により、第三段階の医学・医療への進化が促される。すなわち、「心（マインド)」と「身体（ボディ)」の相関を扱う「心身医学」から「魂（スピリット)」と〈身〉の相関を扱う“魂身医学[28]”へのパラダイムシフトである。

8　レインボー・メディスン

〈身〉の医療の実例として、我々は代表的ソマティクス心理学であるプロセス指向心理学（process-oriented psychology : POP、別名プロセスワーク）[29][30]を心療内科診療に導入した〈身〉に対する多次元的アプローチ“レインボー・メディスン”[31][32]を試みている。POP は、アーノルド・ミンデルによって、ユング心理学を基に道教、仏教、シャーマニズム、量子力学などをとりいれて開発された東西融合心身アプローチである。POP では、症状や人間関係のトラブルなどの「問題」を普段の意識状態（一次プロセス）が不都合で否認したい自分の一部（二次プロセス）と葛藤を起こした状

態と捉え、より大きな存在からの大切なメッセージとして扱う。また、「気づき」を何よりも重視して大きな存在に従っていこうとする点でスピリチュアリティの実践でもある。

8.1　POP の基本概念

1. プロセス
   観察される中での変化、そのシグナルの流れ、そしてそれが運ぶメッセージのこと。
2. ドリーミング・プロセス
   宇宙のあらゆるものごとが分化し物質化する以前に動いている根源的創造力。道教の「道（タオ）」、東洋医学の「気」、ユング心理学の「セルフ」などに重なる。
3. プロセス指向
   意図した一次プロセスと、その背景で同時発生している意図されていない二次プロセスとの弁証法的プロセス（あるいは全体的コンステレーション）を尊重していくこと。「今起こっていることには意味がある」というユング心理学の目的論的な考え方が基にある。

8.2　プロセス構造とチャンネル

1. 一次プロセス
   「私が相対的に同一化しているプロセス」のことで固執、固着、固定されたプロセスである。精神分析の「自我」、ユングの「No.1 パーソナリティ」に相当する。
2. 二次プロセス
   「私が相対的に同一化していないプロセス」のことで動的なプロセスである。POP の特徴的な概念である「ドリームボディ（夢の身体）」

の別名であり、ユングの「No.2 パーソナリティ」に相当する。身体症状、夢の中の怪物、関係性の問題、嗜癖など自我（一次プロセス）からは脅威と感じられる体験として現われる。

3. エッジ
   一次プロセスと二次プロセスを分ける境界。一次プロセスにとっては従来の世界観、生き方、見方を守り、保護するものであり、反対に二次プロセスにとっては保守的なもの、妨害者、壁のようなもの。長期間続くエッジは心身相関的問題に関わってくる。
4. チャンネル
   プロセスは様々なチャンネルにシグナルとして現われる。主要なチャンネルとして「視覚」、「聴覚」、「身体感覚」、「動作」の四つの基本チャンネルと、「関係性」、「世界」の二つの複合チャンネルがある。
5. 深層民主主義
   POP では一次プロセスだけではなく、布置されている二次プロセスを自覚し、立脚点を移動させ（視点ずらし）、そちらからも世界を体験することを大切にする。

8.3　現実の 3 つの次元と 4 つの身体

1. 合意的現実（日常の現実）
   多くの人が「これが現実だ」と合意できる領域。ユング心理学でいう「意識」、仏教の唯識[33]でいう「意識＋五感」に相当する。主客など二元性が明確で、多数派が支配して少数派を排除する権力構造（ランク）がみられる。ここには第一の身体「物理的（客観的）身体」（＝三人称のからだ）と第二の身体「心理的（主観的）身体」（＝一人称のからだ）が存在する。
2. ドリームランド（夢の領域）

ユング心理学でいう「個人的無意識」、唯識でいう「マナ識」に相当する。言葉で説明が容易な元型的イメージの世界。二元性はみられるがランクは明確でなく、しばしば主客の転倒が生じる。ここには間主観的身体（＝二人称のからだ）である第三の身体「ドリームボディ」が存在する。

3. エッセンスの領域

非二元的で分割できない非局在的な量子レベルの領域。ユング心理学でいう「集合的無意識」、唯識でいう「アーラヤ識」に相当する。瞑想など霊的諸伝統によって体験され得る元型の世界。ここには非二元的な深層意識的身体（＝無人称のからだ）である第四の身体「エッセンスの身体」が存在する（以上、図 7）。

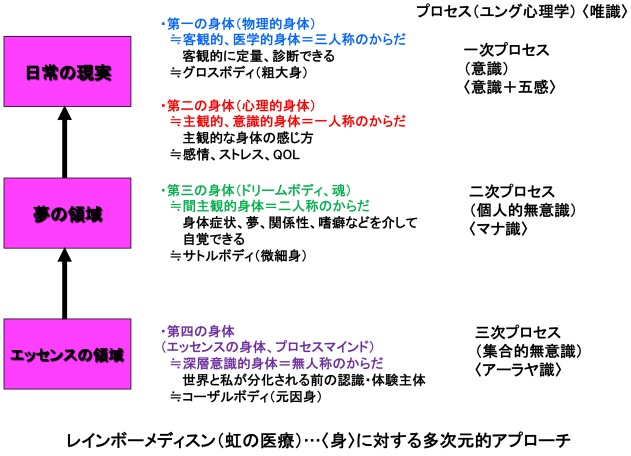

図 7　**POP** に基づく四つの身体

9　2 種類の心身相関――因果性と共時性

従来の心身医学における心身相関は「因果性」に基づいている。すなわち、図 8 に示した通り、心から身体、さらに病気へと発展する過程、またその反対に、病気から身体、さらに心に影響していく過程を想定している。加えて、人間関係の問題、社会や世界の問題が心に影響したり、心の状態を反映した嗜癖が身体に影響したりすることがあるが、いずれにしても各要因間は直線的な因果関係で結ばれている。このモデルにおいて夢とは心の状態を反映しているものに過ぎない。このモデルにおける身体は、第一の身体「物理的（客観的）身体」および第二の身体「心理的（主観的）身体」である。

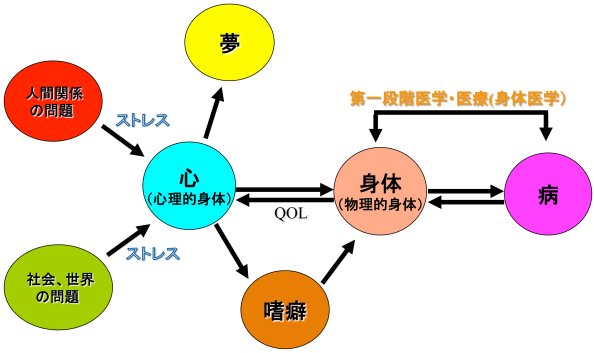

図 8　**第二段階医学・医療**（因果性に基づく心身医学）

一方、POP を導入した魂身医学における心身相関は「共時性」に基づいている。すなわち、図 9 に示した通り、「深層意識的身体」である第三の身体「ドリームボディ」または第四の身体「エッセンスの身体」が、同時的に病気や夢、嗜癖や人間関係の問題として表現されるが、各要因間に因果関係は認められない。さらに、社会、世界の問題もまた「深層意識的身体」（この

場合は第四の身体「エッセンスの身体」）とつながりを持っている。心身一如の存在である「深層意識的身体」の概念を想定することにより、心身相関は「どうして自分がこんな目に合うのだろう？」という「自我」主体の「因果性」モデルから、「どういう縁が働いているのだろう？」という「気づき」主体の「共時性」モデルに変換される。これはまた、病の原因を考える「因果論」から病の意味や目的への気づきを促す「目的論」への変換ともいえるであろう[34)]。

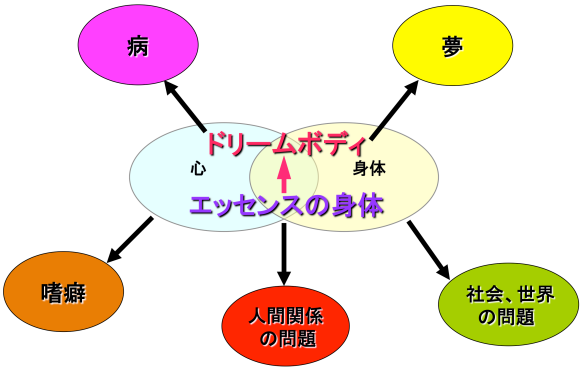

図９　第三段階医学・医療（共時性に基づく魂身医療）

10　バセドウ病における三段階の医学・医療

代表的心身症であるバセドウ病を例にして、三段階の医学・医療の違いについて述べる。

〈第一段階：身体医学・医療〉

本段階の医学・医療モデルは、「病気があれば必ず原因となる生物学的要因（ウィルス、遺伝子など）が存在する」という「因果性」、「要素還元主義」に基づく「客観的身体」モデルである。

バセドウ病は「メルゼブルグの三徴候」（甲状腺腫、眼球突出、心悸亢進）を主徴とし、甲状腺刺激ホルモン受容体抗体（以下 TRAb）が原因となる自己免疫性甲状腺機能亢進症である。難治化要因として、治療前の甲状腺腫の大きいこと、治療後の甲状腺ホルモン値で T3/T4 比が高値であること、TRAb が低下しにくかったり変動したりすること、若年であることが報告されている [35]。

〈第二段階：心身医学・医療〉

本段階の医学・医療モデルは、「心身症には必ず原因となる心理社会的要因が存在する」という「因果性」、「心身二元論」に基づく「客観的身体」と「主観的身体」間の「心身相関」モデルである。

近年の研究により、バセドウ病の発症に影響する心理社会的要因としてライフイベントと日常の苛立ち事が、増悪させる要因としてライフイベント、日常苛立ち事、心気症、抑うつ傾向、神経症傾向、アレキシサイミア、エゴグラムの AC（過剰適応傾向）尺度、改善させる要因としてエゴグラムの A（合理的判断力）および FC（感情表出力）尺度がそれぞれ報告されている [36]。

〈第三段階：魂身医学・医療〉

本段階の医学・医療モデルは「症状や問題には必ず意味や目的が存在する」という「共時性」、「間主観的身体」および「深層意識的身体」を主体とした「天人相関」モデルである。

10.1 魂身医学・医療の実際

レインボー・メディスンの有用であった症例を提示することで、第三段階医学・医療の実際について示す。

【症　例】[28)]

30 歳代男性。X-3 年に不整脈を自覚するようになり休日診療所で心房細動と診断。さらに半年後、近医でバセドウ病と診断されチアマゾールで加療されたが難治であったため医科大学内分泌内科を紹介された。一時はチアマゾール 60mg にまで増量が必要であったが、X-2 年 2 月には甲状腺機能は正常化して心房細動も消失。しかし、同年秋に英会話教室に新しいメンバーが入ることで緊張した際に動悸、脱力感を感じ、帰りの電車内で期外収縮が出現。一時軽快していたが X-1 年秋ごろから強い不安感と期外収縮が頻発するようになって遠出が困難になっていたため X 年 6 月に筆者の勤める心療内科外来を紹介受診。初診時、甲状腺腫のサイズは中等度、甲状腺機能は正常、TRAb 弱陽性であった。

【心理社会的背景】

- 両親、姉との 3 人家族。高校生時、伯母と両親が金銭面でもめたために大学受験ができなかった。
- 専門学校卒業後、米国の大学に留学したが経済的理由で中退。
- X-5 年から伯母の経営する不動産業に勤務していたが、客とのトラブルや伯母の干渉にストレスを感じていた。
- X-3 年、長くつき合った恋人と別れる 3 か月前にバセドウ病を発症。それ以来対人関係に自信がもてなくなっていた。
- 水泳、自転車、ギター演奏、写真、釣りなど趣味は多彩。

〈心理検査〉 CMI：III 領域、TEG（東大式エゴグラム）：A 優位型（CP4 NP16 A18 FC8AC4）

【治療経過】（「　」内は患者の発言内容）

■（X 年 6 月～X+1 年 7 月）　この間の治療方針としては、チアマゾールとタンドスピロンによる薬物療法とともに、患者が仕事やプライベートにおいて外的適応できるように支持的アプローチを行った。また、バセドウ病や期外収縮における心身相関の気づきを促すように努めた。その結果、患者は、徐々に対人関係におけるトラブルや自信喪失が病気に関係していることに気づき、孤独感を伴うストレスを激しいスポーツをすることで解消しようとしていたが、かえって不整脈の頻度が増え、バセドウ病の病勢悪化を表す血中 TRAb、TSAb（甲状腺刺激抗体）の上昇および TSH（甲状腺刺激ホルモン）抑制の所見がみられた（図 10）。

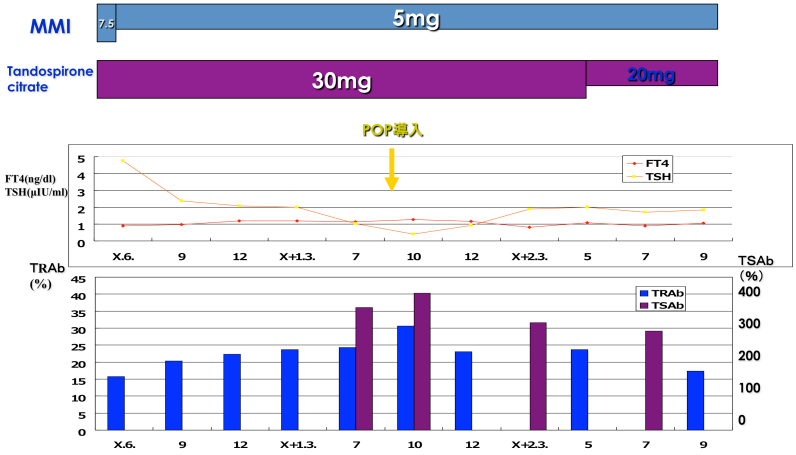

図 10　甲状腺関連検査経過表

■（X+1 年 8 月 POP の理論と自分でできるプロセス瞑想の本を紹介。印象に残る夢について尋ねた。） 「時々イライラしてワーッと発散したくなり、暴れたい気持ちになって怖くなる。」「印象に残っている子供の頃の夢は、戦場で周りが敵だらけで何とか切り抜ける夢。」「小さい時からいい人と言われて皆に好かれるが、どこか孤独感を感じていた。」

■（X+1 年 10 月受診時） 「家族団欒の夢を見た。温かい家庭が欲しいのかも？ バセドウ病になった頃のように追いかけられる夢は見なくなった。心の奥底で、大学を出てない、結婚してない、病気などで人より劣っていると思ってしまう所がある。」「主治医から『変わるチャンス、感情が出てもいい』と言われてから感情を出すようにしたら叫びたい気持ちが減った。」

■（X+1 年 11 月受診時、夢と身体症状のワーク） 「夢に出た家族のイメージに自分を置いてみたら、『安らぎ』、『居場所』を感じた。期外収縮のことを考えたら反対に『不安』、『居場所がない』と感じた。」

■（X+2 年 2 月受診時、インナーワーク） 「東京の知り合いに会いに一人旅しようと思っている。家の周りが戦場になって家族を失う夢をみたのは不安の表れ？ 不安な時に瞑想したら自分の笑い顔とログハウスの小さな家が浮かんできた。外部でなく自分の中に安心を求めてみよう。」

■（X+2 年 3 月受診時、夢のワーク） 「東京旅行してきてすごく楽しかった。その前後に女性と旅しているような夢を見て『安心』、『楽しい』という感情が出ていた。」

■（X+2 年 4 月受診時、身体症状のワーク） 「期外収縮を増幅すると太い鉄棒が絡み合った球状のイメージ。解こうとするとギーギー音がして、伯母の意味ない話と重なる。鉄棒をほどくためには温かくそのままの自分を受け入れてくれる人が要る。」

（解説）

このワークでは、「不整脈」（身体感覚）→「鉄棒の塊」（視覚）→ギーギーという音（聴覚）→伯母の意味ない話、自分を受け入れてくれる存在（関係性）と次々にチャンネル変換が生じている。このようなチャンネル変換はワークがうまく進んで患者が変性意識状態にいる証拠で、このような状態の時に癒しの効果がもたらされ易い。

■（X+2 年 5 月受診時、夢のワーク） 「広場で大きな犬と遊んだあと気がつくと手に湿疹ができた。自分は『人をどこまで信用していいのか』と思っている。」

■（X+2 年 6 月インナーワーク） 「自分は父親的なものを求めていたが内装工事の社長や英会話の先生が父親代わりになっていると気づいた。」

■（X+2 年 8 月受診時、インナーワーク） 「自分の一次プロセスは『全員に好かれようとすること』、二次プロセスは『人に感情をぶつけること』。人に嫌われることを恐れずに積極的に人に話しかけよう。理想的な師匠は大西良慶師。自分がやりすぎたら叱ってくれる。」

■（X+2 年 10 月受診時、インナーワーク） 「甲状腺を意識して瞑想したら、表面がつるつるした黒い石のイメージと『ゆっくりゆっくり』という言葉が出てきた。」「写真や何かで自分を表現したい、自己開示したい気持ちが強くなってきた。」「合コンで知り合った女性と食事したが意外にリラックスして話せた。」「病気になっていっぱい気づきがあった。嫌な自分を少しずつ変えていこう。」

以上のように POP を継続したところ、次第に身体症状と夢、人間関係の問題との間にある「共時性」に患者の気づきがみられていった。そして、徐々に患者の一次プロセスと二次プロセスとが統合されて全体性が回復していった（図 11）。その結果、精神面で不安が軽快して行動範囲が広がり、感情表現がうまくなったことで新しい恋人ができた（現在は結婚している）。

その間、身体面でも不整脈が減少し、TRAb、TSAb の低下もみられている。また、一連の体験を通して患者には、自らの内なる自然と外なる自然とのつながり、すなわち「天人相関」への気づきが得られたことで、現在ではたとえ症状や問題があっても以前のように慌てず、あるがままに対処できる「内的適応」が得られている。

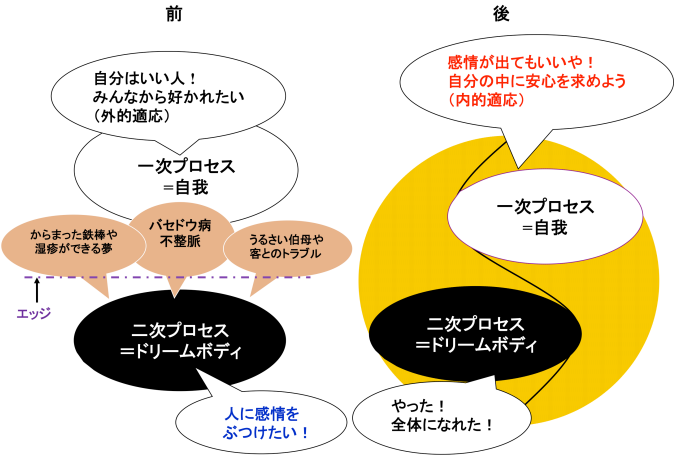

図 11　症例におけるプロセスの変化

【考　察】

本例は、因果論的にみれば、関係性の問題がバセドウ病、不整脈の発症や増悪に影響している心身症と考えられた。そして、身体医学的（甲状腺腫は中等サイズ）、心身医学的（エゴグラムの A 高値）には既知の難治化要因は認められず、従来の心身医学的アプローチにより「外的適応」を促していったが心身両面とも症状改善がみられなかった。そこで POP を導入したことにより展開は大きく変わった。知的理解の高かった患者は、自主的に夢や身体症状のワークをすることで、身体症状と夢、人間関係の問題との間の「共

時性」に気づきがみられた。そして、それら様々なチャンネルに現われているドリームボディの立脚点に立つこと（視点ずらし）ができた時に、ユング心理学でいう「全体性の回復」や「個性化のプロセス」につながったと考えられる。それにより、自我レベルでも自らの中に安心を求める「内的適応」、言い換えると「実存的目覚め」がみられたことで、関係性の問題と心身の症状が共時的に改善していったものと考えられる。

本例は、心理テスト上、CMI で III 領域と軽度の神経症傾向がみられたが、TEG では健康者に多いとされる A 優位型であった。以前われわれが抗甲状腺薬治療中のバセドウ病患者 73 例を対象に TEG を用いた研究結果[37)]では、A が高い、つまり合理的判断力が高い自我状態にある群は A が低い群より有意に早期に寛解し易い傾向が認められた。つまり、心理テスト上ではほぼ健康な自我状態にあったが、本患者は失感情症を伴っていたと考えられる。失感情症を POP 的に解釈すれば、一次プロセス（＝自我）では（自分自身には情緒的問題はない）と認知しているが、実際には存在している情緒的問題が深層意識に周縁化されて二次プロセス（＝ドリームボディ）となっている状態といえよう。本例は、失感情症故に両プロセス間のエッジが長期間続いた結果、バセドウ病および不整脈という心身症として表現されてきたものとして理解できる。

本例では、従来の「因果性」に基づく自我を強化する心身医学的アプローチではかえって悪化したが、患者の意識が深層意識のドリームボディにまで拡大し、さらには立脚点がそちら側に移動（視点ずらし）できた時にはじめて、心理面での不安に加えて身体面の症状までが改善したことに注目すべきである。このように、自我レベルでは自らの感情への気づきが乏しい心身症患者は、従来の「因果性」に基づく西洋的心身医療だけでは対処困難なことが多かったが、「共時性」に基づく東洋的身心技法を融合した〈身〉の医療により、感情への気づきが促され、全体性の回復、“healing”が生じた結果として心身両面の症状改善が得られるのである。

11　三性説からみた心身相関と〈身〉の医療

唯識では、八識（五感、意識、マナ識、アーラヤ識）と並んで重要なポイントとしてこの世の見え方を 3 つに分ける三性説 [38] が説かれている。おおまかにいえば、「全てのものに個別の実体がある」と迷いの世界で見た分別性（ふんべつしょう＝遍下所執性へんげしょしゅうしょう）、「全ては一つ」と悟りの眼で見た真実性（しんじつしょう＝円成実性えんじょうじつしょう）、その両方に共通して「全てには縁がある」と縁起＝関係性の世界で見た依他性（えたしょう＝依他起性えたきしょう）の三つのレベルに分けられる。POP の用語でいえば、分別性が日常の現実、依他性が夢の領域、真実性がエッセンスの領域にそれぞれ相当する。三性の中心にあるのが依他性であり、無明の状態である分別性から、瞑想をはじめとする修行により依他性を経て真実性に気づくのが仏教の目標といえる。

この三性説から心身相関と〈身〉の医療をみると次のように考えられる。デカルト以来の心身二元論は、デカルト・ニュートンパラダイム、要素還元主義および機械論から産み出された考え方であり、いわば西洋的思考（自我）＝合理の産物といえる。それは biomedical model の構築を実現し、近代西洋医学の発展に大いに役立ってきた。しかし、心身二元論は三性説からみれば分別性に相当し、先述した通り、その過程で客観性、再現性、普遍性に乏しい心理、社会、人間性、個別性、関係性といった曖昧な情報は切り捨てられてしまったことで、生きた人間の医療を行う上で様々な問題がみえてきた。その反省として biopsychosocial medical model を基本とする心身医学が誕生したのである。

心身医学はこれまで、精神分析、行動医学、精神生理学など〈身〉に対する三人称的アプローチによって多くの客観的研究データにより心身相関の存在を証明してきた。また、心身症診療において、各種の向精神薬、心理療法を用いた心身医学的アプローチにより幾多の治療効果を挙げることにも成功し

てきた。この従来の心身医学が対象とする心身相関は、三性説からみれば依他性に相当する。すなわち、心と身体をそれぞれ個別の要素としてとらえ、それらの間の因果的関係の存在を認めるみかたである。しかしながら、客観性、普遍性、因果性を重視するが故に、認知、行動、身体的指標など客観的評価できるデータのみで心身相関を考えているため、失感情症や失体感症のように患者の認知に問題のある症例や、エコロジーやスピリチュアリティといったトランスパーソナル的問題には対処が困難であった。

近代西洋医学に根差す上記の問題点を解決するヒントは、心身を分けず、自然の一部としての生きている人間を対象としてきた東洋医学や東洋の伝統的身心技法に見出される。東洋的身心技法を統合したソマティックス、ソマティック心理学の開発や、第三世代認知行動療法[39]にマインドフルネス[40]や東洋的弁証法の智慧が導入されてきているのはその表れであろう。これら〈身〉に対する一人称、二人称および無人称のアプローチを心身医学に導入した“魂身医学”は、東洋的思考（気づき）＝悟りにより三性説でいう真実性の体験を促す。この〈身〉を媒介とした下降的超越による深層心理学的体験こそが、心身症患者に従来の心身相関よりも深い心身一如の体験を促すとともに、社会への過剰適応により失感情症、失体感症、失自然症に陥っている患者に、自然の一部として生かされている人間への実存的目覚めを促すのである。

〈身〉に対する多次元的心身医療である〈身〉の医療は、西洋の合理と東洋の悟りとの融合により、依他性レベルであった心身相関に真実性レベルの心身一如の体験を加えることで心身医学から“魂身医学”へのパラダイムシフトを促す。それはまさに、心療内科の産みの親・池見が理想とした、西洋流の psychosomatic な医学に東洋の somatopsychic なアプローチを統合することにより真のホリスティック医学への道を拓くものと考えられる（図12）。

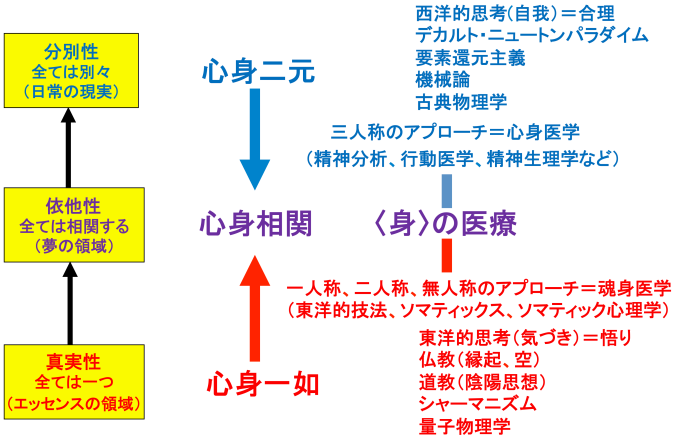

図 12　唯識の三性説からみた心身相関と〈身〉の医療

おわりに

患者を（生化学的機械としての）「身体」と（理性的な操作者としての）「心」に分けるのではなく、多層的関係的存在としての〈身〉として捉える〈身〉の医療は、東西の医学や心身技法を融合し、心身医学からスピリチュアリティの介在を認める第三段階医学・医療、“魂身医学”へのパラダイムシフトを実現することが示唆された。〈身〉の医療は、「宗教性」と同義であるスピリチュアリティを統合することにより、近代以前には密接な関係であった医療と宗教を再統合する道[41]にもつながる。そして、その時医療者は、まじない道具の代わりに現代医療を手にしたシャーマン、“現代のメディスンマン”となるであろう[42]。

〈文　献〉

1) 茨木 保: 『まんが医学の歴史』医学書院, 東京, 2007　本文 2 ページに戻る

2) 石田秀美: 『気流れる身体』平河出版, 東京, 1987　本文 4 ページに戻る

3) 後山尚久: 『“治せる”医師をめざす漢方医学入門――医学生，研修医のためのやさしい漢方医学実践――』診断と治療社, 東京, 2007　本文 4 ページに戻る　本文 14 ページに戻る

4) Engel, G. L.: The need for new medical model: A challenge for biomedicine. Science 196(4286): 129–36, 1977　本文 5 ページに戻る

5) Kirmayer, L. J.: Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine. In M. Lock & D. Gordon(Eds.): Biomedicine examined. Dordrecht: Kluwer. pp.57–94, 1988　本文 6 ページに戻る

6) 中川哲也: 心身医学の歴史. 久保千春（編）:『心身医学標準テキスト第 3 版』医学書院, 東京, pp.5–13, 2009　本文 6 ページに戻る

7) 池見酉次郎: 『心療内科』中公新書, 東京, 1963　本文 6 ページに戻る

8) 中井吉英: 『全人的医療入門――医療に関わるすべての人のために――』中山書店, 東京, 2013　本文 6 ページに戻る

9) 中川哲也: 心身症とは. 中川哲也（編）:『COMMON DISEASE SERIES No.20 心身症』南江堂, 東京, pp.1–12, 1992　本文 7 ページに戻る

10) Sifneos, P. E.: The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and Psychosomatics 22: 255–262, 1972　本文 9 ページに戻る

11) 安藤 治: 現代のスピリチュアリティ――その定義をめぐって――. 安藤 治（編）:『スピリチュアリティの心理学』せせらぎ出版, 大阪, pp.11–35, 2007　本文 9 ページに戻る

12) 窪寺俊之: 『スピリチュアルケア学概説』三輪書店, 東京, 2008　本文 9 ページに戻る

13) 谷山洋三: 『仏教とスピリチュアルケア』東方出版, 大阪, pp.9–36, 2008 本文 10 ページに戻る

14) Dossey, L.: Healing Words: The Power of Prayer and the Practice of Medicine. Harper, San Francisco, 1993 本文 10 ページに戻る

15) 池見酉次郎: 東西の心身医学の統合. 久保千春（編）: 『心身医学標準テキスト第 3 版』医学書院, 東京, pp.14–20, 2009 本文 10 ページに戻る

16) 湯浅泰雄: 『身体の宇宙性』岩波書店, 東京, pp.41–73, 1994 本文 10 ページに戻る

17) ニスベット, R. E. 村本由紀子（訳）: 『「木を見る西洋人」と「森を見る東洋人」——思考のちがいはいかにして生まれるか——』ダイヤモンド社, 東京, 2004 本文 10 ページに戻る

18) 村川治彦: 〈身〉とソマティクス. 総合診療 59: 2191–2193, 2010 本文 12 ページに戻る 本文 16 ページに戻る

19) 久保隆司: 『ソマティック心理学』春秋社, 東京, 2010 本文 12 ページに戻る

20) 深尾篤嗣, 村川治彦: 全体性を目標とする心身医療の試み——プロセス指向心理学が有効であった強迫性障害の一症例——. 日本トランスパーソナル心理学・精神医学会誌 11: 48–55, 2011 本文 12 ページに戻る

21) 藤見幸雄: 『痛みと身体の心理学』新潮社, 東京, pp.112–120, 1999 本文 13 ページに戻る

22) 黒木賢一: 『〈気〉の心理臨床入門』星和書店, 東京, 2006 本文 14 ページに戻る

23) 深尾篤嗣, 藤見幸雄, 後山尚久, 他: 東西融合心身医療の提言——心身医学から魂身医学へのパラダイムシフト——. 藍野学院紀要 22: 55–64, 2008 本文 14 ページに戻る

24) 斎藤 孝: 『身体感覚を取り戻す——腰・ハラ文化の再生——』日本放送出版協会, 東京, 2000 本文 14 ページに戻る

25) 市川 浩: 『〈身〉の構造——身体論を超えて——』講談社, 東京, 1993 本文 14 ページに戻る

[26] 深尾篤嗣: 心身医学維新――「魂身医学」へのパラダイムシフト――. 心身医学 48: 259, 2008 本文 16 ページに戻る
[27] 宮本武蔵（原著） 大河内昭爾（解説・現代語訳）:『五輪書』ニュートンプレス, 東京, 2002 本文 16 ページに戻る
[28] 深尾篤嗣, 村川治彦: 心身医学から魂身医学へ――東西融合心身医療による第三段階医学・医療へのパラダイムシフト――. 日本トランスパーソナル心理学/精神医学会誌 10: 34–41, 2010 本文 16 ページに戻る
[29] ミンデル, A. 高岡よし子, 伊藤雄二郎（訳）:『プロセス指向心理学』春秋社, 東京, 1996 本文 16 ページに戻る
[30] 藤見幸雄, 諸富祥彦（編）:『プロセス指向心理学入門――身体・心・世界をつなぐ実践的心理学――』春秋社, 東京, 2001 本文 16 ページに戻る
[31] ミンデル, A. 藤見幸雄, 青木 聡（訳）:『身体症状に〈宇宙の声〉を聴く』日本教文社, 東京, pp.21–39, 2006 本文 16 ページに戻る
[32] 深尾篤嗣, 藤見幸雄: 心身医学とスピリチュアリティ――レインボー・メディスンによる魂身医学へのパラダイムシフト――. 心身医学 50: 365–372, 2010 本文 16 ページに戻る
[33] 岡野守也:『唯識の心理学』青土社, 東京, 1999 本文 18 ページに戻る
[34] 深尾篤嗣, 後山尚久, 奥見裕邦, 他: 身体と心のクロストーク臨床医学の視点から――因果性と共時性: 2 種類の心身相関について――. 日本心療内科学会誌 9: 122–6, 2005 本文 21 ページに戻る
[35] 浜田昇: 予後予測因子. 日本甲状腺学会（編）:『バセドウ病薬物治療のガイドライン 2011』南江堂, 東京, pp.88–95, 2011 本文 22 ページに戻る
[36] 深尾篤嗣, 高松順太, 花房俊昭: バセドウ病の心身医学的側面. 日本医事新報 4544: 83–87, 2011 本文 22 ページに戻る
[37] 深尾篤嗣, 高松順太, 小牧元, 他: バセドウ病患者の自我状態と, 抑うつ傾向, アレキシサイミア傾向, および治療予後との関連についての前向き検討. 心身医学 42: 644–652, 2002 本文 28 ページに戻る
[38] 岡野守也:『大乗仏教の深層心理学』青土社, 東京, pp.79–132, 1999 本

文 29 ページに戻る

39) 熊野宏昭: 『新世代の認知行動療法』日本評論社, 東京, 2012　本文 30 ページに戻る

40) カバットジン, J. 春木 豊（訳）: 『マインドフルネスストレス低減法』北大路書房, 京都, 2007　本文 30 ページに戻る

41) 棚次正和: スピリチュアリティと医療と宗教. 安藤 治（編）: 『スピリチュアリティの心理学』せせらぎ出版, 大阪, pp.55–69, 2007　本文 32 ページに戻る

42) ミンデル, A. 青木 聡, 藤見幸雄（訳）: 『シャーマンズボディ――心身の健康・人間関係・コミュニティを変容させる新しいシャーマニズム――』コスモス・ライブラリー, 東京, 2001　本文 32 ページに戻る

〈著者紹介〉

深尾 篤嗣（ふかお あつし）

茨木市保健医療センター所長、〈身〉の医療研究会理事長。
専門は心身医学と内分泌代謝学（特にバセドウ病と糖尿病）。
1987 年大阪医科大学卒業（医学博士）、同第一内科専攻医、九州大学心療内科特別研究学生、神甲会隈病院内科、洛和会音羽病院心療内科部長、藍野学院短大第 1 看護学科教授を経て、2010 年より現職。

［所属学会、役職、資格］
日本心身医学会（専門医、指導医、代議員）、日本心療内科学会（専門医、評議員、編集委員）、日本内分泌学会（専門医、指導医、代議員）、日本甲状腺学会（専門医、評議員）、日本内科学会（認定医）、日本トランスパーソナル心理学/精神医学会（理事）、日本ソマティック心理学協会（運営委員）日本医師会認定産業医、プロセスワーク初級プラクティショナー、内分泌糖尿病心理行動研究会代表世話人
［著　書］
『医療における心理行動科学的アプローチ――糖尿病／ホルモン疾患の患者と家族のために』（編著）新曜社、2009 年
『生活習慣病診療に役立つ受容と和みのコーチング』（共著）クリエイツかもがわ、2014 年
『こころの癒し――スピリチュアル・ヒーリング』（分担執筆）出帆新社 、2006 年
『心身医学用語事典』（分担執筆）三輪書店、2009 年
『甲状腺の病気――パーフェクトアンサー 106』（分担執筆）診断と治療社、2010 年　ほか

〈著作権法遵守のお願い〉

ratik が発行する電子書籍は、執筆者を「著作権者」とする「著作物」です。

「著作権法」により、「ratik が発行する電子書籍」は、法が定める「例外」を除き、その「複製」が禁じられています。また「ratik の電子書籍」を、自らの web サイト、ブログ等にアップロードし、ダウンロード可能なかたちにするなど、「公衆送信が可能な状態」にすることは、法律で禁じられています。さらに、2012 年に改訂された著作権法に基づき、ratik 以外の web サイト、ブログ等に違法にアップロードされた「ratik の電子書籍」をダウンロードすることは「刑事罰」の対象になります。

ratik は、「著作権法」第 63 条（著作物の利用の許諾）に基づき、著作物を複製・頒布・公衆送信する「権利」について、執筆者（著作権者）との間で契約を交わしています。こうした手続きは、「企画」「編集・校正」「電子書籍ファイルの制作」「販売・広告」など「執筆者以外の目や手が入ること」で良きコンテンツを産み出し、情報集積のメリットを生じさせるプロセスを保証するためのものです。

ratik の事業運営の確保、ひいては学術コミュニケーションの活性化のために、著作権法遵守を強くお願いいたします。

なお「著作権法」は、「個人的に又は家庭内その他これに準ずる限られた範囲内において」使用する場合に限り、著作物の「複製」を認めています。

ratik の電子書籍は、「DRM フリー」すなわち「厳格なコピー防止策を講じることなく」、書籍データ（書籍ファイル）を読者のみなさんのお手元にお届けしています。これは、印刷媒体の書籍が許容している「おおらかな使用」のメリットを考え、敢えて選んだ方法です。

ratik は、「同じく学問を愛する者」として、読者のみなさんの法令遵守の姿勢を信頼していきたいと考えています。

〈奥　付〉

書　名	〈身〉の医療　叢書 〈身〉の医療 ——心身医学から魂身医学へ——
著　者	深尾 篤嗣　著
発行年月日	2015 年 3 月 1 日　ver1.1 発行
ISBN	978-4-907438-12-8
電子書籍ファイル形式	PDF
カバーデザイン	POSTICS 溝口 賢
販売価格	0 円（消費税込）
発行者	特定非営利活動法人 ratik 〒603-8241 京都市北区紫野東泉堂町 42 番地 12 電話（075）432-8110 URL: http://ratik.org

©2015