

## 摂食障害に対するヨーガ療法によるアプローチの試み

米澤 紗智江 (兵庫教育大学大学院学校教育研究科・黒川内科)  
鎌田 穰 (黒川内科)

### はじめに

摂食障害 (Eating disorder: ED) は、食行動の重篤な障害を呈する精神疾患の一種である。また、症状が遷延化し易く、難治性の疾患として知られている<sup>1)</sup>。筆者らは過去に、ヨーガ療法を実習した摂食障害患者において、摂食障害の心身症的特長である失感情傾向と失体感傾向<sup>2)</sup>が改善され、結果として症状の改善及び回復がもたらされたケースを過去に数事例経験した<sup>3) 4) 5)</sup>。従って、ヨーガ療法は、摂食障害からの回復に有効に作用する可能性があると考えている。本稿では、ヨーガ療法を概説した後、ヨーガ療法理論にもとづく摂食障害の病理論及び奏功機序の試論を示し、摂食障害に対するヨーガ療法によるアプローチの実際について示していく。

### ヨーガ療法概説

#### ヨーガ療法について

ヨーガ療法は、約 5,000 年の伝統の中で培われてきた伝統的ヨーガに基づいている<sup>6)</sup>。伝統的ヨーガは、解脱を目的とする修行体系であり、その哲学及び理論・技法はインドにおいてヨーガ行者らによって脈々と受け継がれてきた。そして 1920 年代、インドにて伝統的ヨーガの医学的検証が開始されたことを継起として、医学領域において再構成されることとなり、ヨーガ療法が誕生した<sup>7)</sup>。ヨーガ療法は近年、心身両面からのアプローチを

行う対人援助体系/心理療法体系として、世界的な広まりをみせている<sup>2)</sup>。日本においては、一般社団法人日本ヨーガ療法学会が 3 年間のヨーガ療法士養成課程を設置しており、2014 年 11 月末の時点で、会員数は約 2,500 名、内 1,349 名の学会認定ヨーガ療法士が全国で活動している。また、東日本大震災被災者への積極的支援が展開されている他、2008 年から継続されているチェルノブイリ原発被害者支援の効果研究発表<sup>8)</sup>や、大規模災害の後遺障害に対する医学部との共同研究<sup>9)</sup>、有害事象の大規模横断調査研究等が行われている<sup>10)</sup>。

#### ヨーガにおける病因論・病理論

今から約 2,000 年前にパタンジャリによって編纂された『ヨーガ・スートラ<sup>11)</sup>』というヨーガの教典には、次のような記載がなされている (図 1)。

### ヨーガにおける病因論・病理論

ヨーガ・スートラ第 1 章・第 2 章 (日本ヨーガニケタン, 1997)

- I-1 ヨーガとは心素の働きを止滅することである。
- I-2 心素の働きが止滅すれば、観る者たる真我は、その本性にとどまる。
- II-3 無智、自我意識、愛着、憎悪、生命欲とが煩惱 (心の不浄さ) である。
- II-5 無智とは有限、不浄、苦、非我のものを、  
無限、浄、楽、真我であると思うことである。
- I-12 心素の働きを止滅は、勤修 (不断の自己努力) と  
離欲 (執着からの脱却) によって成し遂げられる。

図 1

第 1 章 2 節「ヨーガとは心素の働きを止滅することである: YOGASH CHITTA VRITTI NIRODHAH

(以下、英大文字はサンスクリット)

つまりここにはっきりと、ヨーガは肉体的なエクササイズではなく、本来は心の働きを制御する行法であったということが記されている。

第 I 章 3 節「心素の働きが止滅すれば、観る者たる真我は、その本性にとどまる: TADA DRASHTUH SVARUPE VASTHANAM」

この文言にある“真我 (ATMAN)”について説明する際、湖を引き合いに出して例えられる場合がある。湖の底に、光る宝石がひとつあるとして、この宝石を真我に例える。その宝石は、もし湖の水質が清らかで、湖面が波立っていない状態だとすれば、その輝きが湖面に現れ出る。しかし、湖の水質が濁り、湖面が波立つ時、湖の底の宝石の光は湖面に輝き出てくることは無い。ここでいう湖の水質の汚れや湖面の波立ちとは心の状態のことを表しており、固定観念や執着心を手放せない状態 (汚れ) や、感情の乱れ (波立ち) があるときには、自分の本来の性質は、外側に表れ出てくることは無いということである。

第 II 章 3 節「その心の不浄さとは、無智、自我意識、愛着、憎悪、生命欲である: AVIDYA ASMITA RAGA DVESHA ABHINIVESAH KLESHAH」

ここでは、心の不浄さについて説明がなされている。そして、それら 5 つの心の不浄さの大元となっているのは、“無智”つまり智慧の無い状態であり、それが全ての苦しみの根源となっている、と考えられている。

第 II 章 5 節「無智とは、有限、不浄、苦、非我のものを、無限、浄、楽、真我であると思うことである: ANITYA ASHUCHI DUHKHA ANATMASU NITYA SHUCHI SUKHA ATMAKHY-ATIR AVIDYA」

これはつまり、思い違い (認知間違い) をしているということである。有限のものを無限と間違うとは、例えば、目に映るものは全て変わり行くものであるにもかかわらず、それに心を結びつけて執着している状態である。また、非我のものを真我 (本当の自分) だと思い違いをしてしまうとは、例えば、常に変わり行く感情の起伏に心惑わされ、翻弄されて、自分を見失ってしまっている状態であるといえる。

第 I 章 12 節「心の働きの死滅は、勤修と離欲に

よって成し遂げられる: ABHYASA VAIRAGYA ABHYAM TAN NIRODHAH」

そして、これらの認知間違いから脱却するために、勤修 (不断の自己努力) と離欲 (執着からの脱却) が必要である、とされる。尚、心理療法で認知に焦点を当てて介入する認知療法 (cognitive therapy: CT) 等では修正すべき認知の状態を“認知の歪み”や“認知の偏り”といったように相対的に捉える<sup>12)</sup>が、ヨーガでは修正が必要な認知の状態を“認知間違い”と表現する。これは、先に述べたようにヨーガでは到達すべき目標が明確に設定されていることによる。

### ヨーガによる人間存在の構造論「人間五蔵説」

伝統的ヨーガの人間観については、インドにおいて約 2,800 年前から伝承されているウパニシャッド聖典群のうちのひとつ、『タイッティリーヤ・ウパニシャッド』に、人間五蔵説 (Five Layered Existence) という説が残されている (図 2)。この人間五蔵説によると、人間存在は、五つの“層”に包まれた存在である。

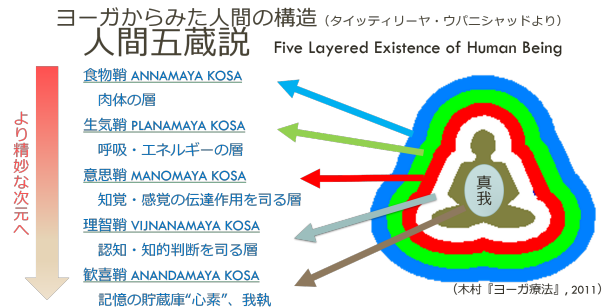


図 2

- ・ 食物鞘 (アンナマヤ・コーシャ: ANNA-MAYA KOSA) : 私たちが“肉体”と呼んでいるものに該当する。
- ・ 生氣鞘 (プラーナマヤ・コーシャ: PRANAMAYA KOSA) : 呼吸・エネルギーに関連する領域にあたる。また、この生氣は、私たちの身体内に張り巡らされている目には見えない導管 (この導管を“ナーディー: NADI”と呼ぶ) の中を流れていると考えられている<sup>13)</sup>。
- ・ 意思鞘 (マノーマヤ・コーシャ: MANO-MAYA KOSA) : 知覚・感覚の伝達作用が行われる領域である。
- ・ 理智鞘 (ヴィジュナーナマヤ・コーシャ: VIJNANA-

MAYA KOSA)：私たちの認知・知的判断を司る領域である。自分の思考や行動そのものを対象として客観的に把握し認識する“メタ認知”の機能も、この領域の中に含まれる。

- ・ 歡喜鞘（アーナンダマヤ・コーシャ： ANAN-DAMAYA KOSA）： 記憶の貯蔵を行う“心素（CITTA）”や、「私」という意識が生ずる源である“我執（AHAMKARA）”、が含まれている領域である。

最初に記した食物鞘は五層の中で最も粗雑な層であり、後に記述した鞘ほど精妙で微細な層となる。精妙で微細な層になるに従って、知覚やコントロールが難しくなっていく。一方で、精妙で微細な層にいけばいくほど、その力は強力となり、他の層を超越する。そして、これら5つの層の最深部に、“真我（ATMAN）”が鎮座している、と考えられている。

もちろん、こうした人間五蔵説のような考え方は、現代科学において全てが受け入れられているわけではない。しかしヨーガ行者らによって経験上は間違いのないものとして、今日まで受け継がれてきているという経緯がある<sup>12)</sup>。ヨーガ行者らは、修行によってこれら精妙な領域を知覚し、コントロールしていくことで、本来の自己である真我を悟っていったと言われている。

### 現代心理療法における位置づけ

#### ：第3世代の認知／行動療法との比較考察

次に、現代心理療法におけるヨーガ療法の位置づけについて、第3世代の認知/行動療法との関連という視点から述べてみたい（図3）。

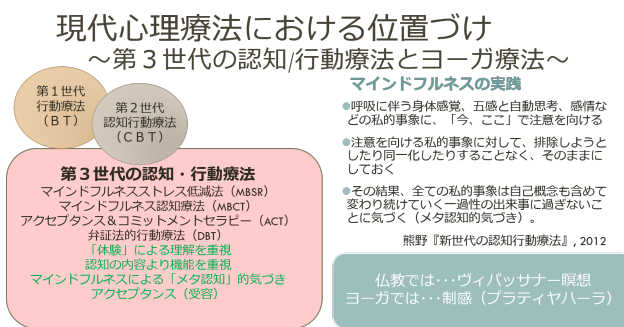


図3

熊野（2012）によると、第1世代としては学習理論に基づいた行動療法（Behavioral therapy: BT）が、第2世代としては行動だけでなく“認知”にも焦点を当てる認知行動療法（Cognitive behavioral therapy: CBT）が

位置づけられている。そして、昨今この第2世代を超えていこうとする手法や考え方が台頭してきており、第3世代の認知／行動療法と呼ばれている<sup>14)</sup>。第3世代の認知／行動療法としては、マインドフルネスストレス低減法（Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR）、マインドフルネス認知療法（Mindfulness-based cognitive therapy: MBCT）、アクセプタンス&コミットメントセラピー（Acceptance and Commitment Therapy: ACT）、弁証法的行動療法（Dialectical Behavior Therapy: DBT）などがその代表として挙げられているが、そのいずれにも共通しているのが、体験による理解を重視すること、認知の内容より機能を重視すること、マインドフルネスによる「メタ認知（metacognition）」の気づきや、受容（acceptance）の要素が含まれていることである、とされている。

特にマインドフルネスについて、熊野は次のように説明する。「呼吸に伴う身体感覚、五感と自動思考、感情などの私的事象に、今、ここで注意を向ける。」「注意を向ける私的事象に対して、排除しようとしたり同一化したりすることなく、そのままにしておく。」<sup>13)</sup> その結果、全ての私的事象は自己概念も含めて変わり続けていく一過性の出来事に過ぎないことへの気づきを得ることができるのである。このマインドフルネスは、もともとは仏教におけるヴィパッサナー（VIPASSANA）と呼ばれる瞑想法に由来し、さらに仏教の源流であるヨーガでは制感（PRATYAHARA）という修行法の中に含まれている（図4）。

### ヨーガ療法の指導論/特徴

#### ヨーガの八肢則（指導論）

- 1, ヤーマ（道徳的智慧・禁戒）
- 2, ニヤーマ（道徳的智慧・歓戒）
- 3, アーサナ（ポーズ）
- 4, プラーナーヤーマ（調気法）
- 5, プラティヤハラ（制感法）
- 6, ダーラナ（集中法）
- 7, ディヤーナ（静感）
- 8, サマーディ（三昧）

#### ヨーガ療法の特徴

- ヨーガ療法の目標は身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな4側面における全人的健康を目指す
- 生きる方向性が明確に示されている解決構成モデル
- ex) 無執着、無智からの脱却
- 心身両面へのアプローチ

マインドフルネス（客観視）

鎌田・黒川：「下痢型IBS患者への心理療法としてのヨーガ療法の適用」、心療内科学会誌、2014。

図4

ヨーガ療法の特徴としては、ヨーガ療法の目標は身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな4側面における全人的健康を目指すものであること、生きる方向性が明確に示されている解決構成モデルであること、心身両面へのアプローチが可能であることなどが挙げられる<sup>6)</sup>。

また、第3世代の認知行動療法のひとつであるアク

セプタンス&コミットメントセラピー（ACT）で用いられる“関係フレーム理論（Relational frame theory: RFT）”によれば、自己（self）は3種類に分けることができる（図5）<sup>15)</sup>。1つめは、「概念としての自己: self as context」であり、言葉の働きによって概念化された自己である。例えば、“私は...である”というような自己に対する固定的な観念であるが、この「概念としての自己」に縛られると、時に精神的苦痛が生じることになる。「プロセスとしての自己: self as process」とは、刻一刻と変化する非連続的な自己であり、例えば、動きにより変化する身体感覚などもこれに含まれる。このような常に変化する自己に対し、マインドフルネスなどによって客観的な視点を持つことができれば、私的出来事の動きを自覚しながら的確に行動できるようになるとされる。3つめの自己は、「場としての自己: self as content」である。観察者としての自己であり、「プロセスとしての自己」の一層深化した自己を体験的にとらえる。この自己においては、主観ということの意識が薄れ、種々の苦悩らしいものと自分とは距離ができる。ヨーガ療法において目指しているのも、この場としての自己と共通すると考えている。主観的意味づけを加えることなくただ観察するという「客観視: mindful observation」をすることで、変化する事象に引きずられない心を養い、執着からの解放を目指す。

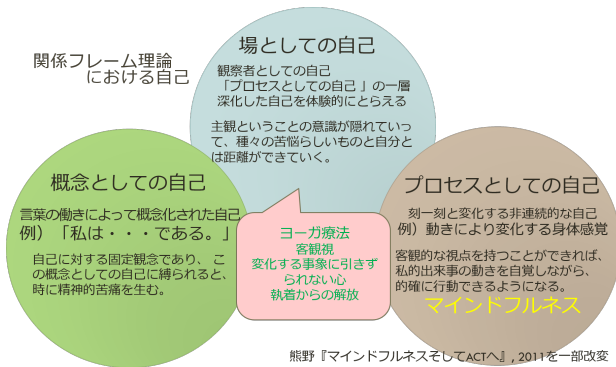


図 5

## ヨーガ療法の実際

### ヨーガ療法技法について

ヨーガ療法プログラムは、以下の4つの技法によって構成される。

1. 座法 (ASANA) : いわゆる“ポーズ”である。座法

- によって、身体的には筋骨格系の過緊張緩和・血流改善などを、心理的には変化し続ける自身の身体感覚をありのままに観察（客観視）することを目指す。
2. 呼吸法 (PRANAYAMA) : 速い腹式呼吸法や、ゆったりとした片鼻の呼吸法など、各種呼吸法によって心身の賦活化・沈静化を図る。
3. テーマ付瞑想法「ヴェーダ瞑想 (Vedic Meditation)」: 認知的傾向を客観視し、自己内省するための瞑想法である。
4. 心理教育 (Psycho-education) : ヨーガの智慧の効率的伝達を目指す。

### ヨーガ療法アセスメント (YTA) と ヨーガ療法カウンセリング (YTC)

ヨーガ療法は、中医学や漢方と同じように、独自の人間観、病理論、治療/指導論、技法論、哲学に基づいている。ヨーガ療法におけるアセスメントでは、先に示した伝統的なヨーガの人間観である人間五蔵説の立場から“ヨーガ療法アセスメント (Yoga Therapy Assessment : 以下 YTA)”を行う。

まずは、食物鞘（肉体）の領域において、身体的・気質的な異常や不具合が無いか、また生気鞘（呼吸）の領域においては、呼吸状態に異常が無いかなどを確認する。次いで意思鞘（知覚・感覚器官）の領域における不調、つまり習慣化された無意識的行為や制御不能な思考の流れなどが生じていないかを判断する。理智鞘（認知・知的判断）の領域では、誤った認知や判断、身体感覚や感情の同定の困難さの程度等を判断する。また、クライアントの症状によっては、歓喜鞘（記憶関連領域）に踏み込み、過去にトラウマティックな出来事を経験していないかどうか、していたとするなら現在の症状とどのように関連するかなども見立てる必要がある。

以上のような諸状況の把握から、それぞれの領域に応じたヨーガ療法技法による介入を行う（図6）。このような介入における言語的関わりのことを、“ヨーガ療法カウンセリング (Yoga Therapy Counseling : 以下 YTC)”と呼ぶ。理智鞘においては、主に瞑想法や心理教育、座法による心身の意識化、日常的問題解決のための YTC 等を行う。意思鞘においては、座法・呼吸法・瞑想法により、“制感”すなわち感覚・知覚作用の制御を行う。例えば、ひとつの対象物に集中して動き回る思考状態を統制することであり、また、ゆっくりとした動きに集中して心的作用のスピードを落としていく。生気鞘におい

では、呼吸法や座法の中にあるブリージング・エクササイズやリラクゼーション法などを行い、生氣及び心身の状態を調整する。食物鞄においては、座法による緊張と弛緩の交互刺激、持続的な筋力負荷をかけたアイソメトリック・アーサナ（日本ヨーガ療法学会商標登録）、またブリージング・エクササイズなどを行うことで、身体症状や筋骨格系の調整を図る。また、ケースによっては、歓喜鞄の領域に介入する必要性がある。例えば幼少期の過酷な養育体験や過去のトラウマティックな体験などの記憶関連領域での不調和が原因となり、他の領域に影響が及んでいるケースなどである。このような場合は、ケースに応じて瞑想指導、心理教育、カウンセリング等の YTC を行う。

行動が自動化することでさらに強固なものとなり、症状の遷延化や易再発性の要因になっていると考えられる。

### 摂食障害に対するヨーガ療法の奏功機序

これに対し、ヨーガ療法は以下に示すような発症要因・維持要因の双方に介入できる技法を有している。発症要因である認知のあり方（理智鞄）に対しては、瞑想法や心理教育によって介入し、否定的、強迫的、あるいは固執的認知の修正を図っていく。維持要因となっている認知-感情-行為の悪循環に対しては、心身の客観視によって自動化した思考・感情の流れを意識化し（意思鞄）、食行動の制御を図ることで（食物鞄）、負の連鎖からの脱却を目指していく。加えて、座法（食物鞄）・呼吸法（生氣鞄）によって、思考の暴走から極度に緊張し硬直した身体状態を、リラクゼーションに導き調整していく。その結果として、症状の改善がもたらされると考えられる。また、親子関係が極度に悪化していた場合や被虐待ケースなどでは、吉本伊信の「内観法」<sup>19)</sup>と共通するような瞑想法や、マインドフルネス瞑想と共通する客観視を中心とした瞑想法によって、幼少期の親子関係やトラウマ記憶などの記憶関連領域（歓喜鞄）に介入する場合もある。

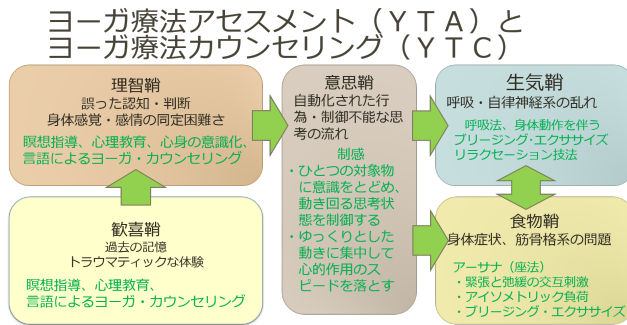


図 6

## 摂食障害に対するヨーガ療法のアプローチ

### 摂食障害に対するヨーガ療法（理論）

#### ヨーガからみた摂食障害の病理

摂食障害の発症機序については、文化・社会的要因、心理的要因、生物学的要因が複雑に相互に関連し合って発症する多元的モデル multi-dimensional model が最も広く受け入れられている<sup>16)</sup>。一方で摂食障害はライフイベントを契機に発症することが多く、発症要因には本人のストレスに対する認知のあり方が大きく影響しているといえる（理智鞄）。また、無茶食い行動やそれに伴う代償行動は、認知間違い（理智鞄）に起因する感覚や感情的反応の乱れ（意思鞄）を契機として生じると推測されるが、これらを繰り返し体験し習慣化する過程で「次第に短絡化して自動性（automatism）を獲得する」<sup>17)</sup>ため、その中で認知的固執や強迫傾向がさらに強化されていくという認知-感情-行為の悪循環が生じると考える。つまり発症要因とは別に、症状を維持する要因の存在が考えられる（維持要因）<sup>18)</sup>。維持要因は無茶食い-代償

#### 対象者と概要

筆者らが臨床活動を行っているのは、主に心療内科とヨーガ療法専門の通所施設においてである。一回 60~90 分程度のセッションを、基本的に週に 1 回程度実施する。必要に応じて個別対応やグループ対応を行うが、グループ対応の場合は参加者にとってヨーガ療法の場が安心できる“守られた場所”であることを念頭に置き、参加者を摂食障害の症状を呈する人に限定している。なお、グループ参加者の傾向として、継続率が高いのは発症後 10 年以上経過した遷延例（ほとんどが過食嘔吐を呈する症例）であり、30~40 代の女性が多くの割合を占める。ある程度症状を自己受容できており、回復への動機付けも高い人たちである。

#### アプローチの特徴

ヨーガ療法によるアプローチは、先に示したように (a) アーサナ（座法）、(b) プラーナーヤマ（呼吸法）、(c) テーマ付瞑想法（ヴェーダ瞑想）、(d) 心理教育 の

4 技法と個人カウンセリングを、必要に応じて組み合わせ実施する。

摂食障害患者に対しては、特に (a) アーサナ (座法) にて身体感覚を意識化する作業に重点を置く。摂食障害患者には痛みの閾値が高いなど体性感覚の気づきの鈍感さが認められる<sup>20)</sup> からである。実際に、ポーズをとってその時に感じている感覚について尋ねても「分からない」と回答する人が少なくない。そのような強度の失体感状態に対し、アーサナでポーズをとる度にその時に身体感覚を感じるよう丁寧に声かけをすることにより、身体感覚への気づきを促す。

また、アーサナではそれだけではなく、今の身体状態に判断を加えることなく“あるがまま”を受け入れることも目的としている。摂食障害の中核的な病理はボディ・イメージの障害とされており<sup>19)</sup>、患者は「理想の体型 (体重)」と「現実の体型 (体重)」との解離に苦しむ。つまり、現在の自分を受け入れることができず、常に自己否定をしている状態にあるといえる。その状態に対し、まずは“今・ここ”の自分の身体状態を、判断を加えずに感じていく作業 (客観視) を繰り返し行う。この作業を繰り返すことにより、身体感覚の意識化に対する回避だけでなく、否定的感情を感じることに對する回避傾向が和らいでいくと考えられる。

(b) で身体・呼吸状態の意識化及び調整を行う一方で、(c) テーマ付瞑想法 (ヴェーダ瞑想) では認知面を扱う。例えば、対人関係においてどこにこだわってしまうのか、どんな時に過食してしまうのかなど、数分程度の瞑想の中で自己内省し、その後のシェアリングによって自己理解を深めていくことを目的とする。(d) の心理教育では、摂食障害やストレスマネジメントに関して、セッションの合間や前後に講話を通して行う。また、日常的問題が重篤な場合、患者の認知的こだわりの修正や日常問題の直接的解決に向けての個人カウンセリングを、ヨーガの智慧を援用して行なっていく。

#### 実習者の反応

セッション後に聞かれる実習者の反応は、大きく2種類に分かれる。一つ目は、身体感覚に関するもので、「生きてると感じた」「こんな風に身体に意識を向けたことは無かった」「身体がぼかぼかとあたたかくなった」などの言葉が聞かれる。多くの実習者にとって、身体感覚の客観視は新鮮な気づきを伴って体験されるようである。二つ目は、認知面に関連した事柄についてである。摂食障害は食行動異常を伴うため自身の症状に対して羞

恥心を感じやすく、誰にも打ち明けられず孤独である場合も少なくない。そのような人にとって、自身の悩みを打ち明け言語化する機会は自己理解を深めていく機会となる。また、他の人の話を聞くことで“自分だけではない”と勇気付けられることも多いようである。

#### 今後の課題

摂食障害に対するヨーガ療法の奏功事例については未だ報告が少なく、今後エビデンスレベルの高い研究を含め事例を蓄積し、効果を検証していく必要がある。また、神経性食欲不振症制限型 (AN-R) の場合、自己努力を必要とするヨーガ療法への継続が極めて少ないことを筆者らは経験しており、これらの継続率向上に向けた取り組みが必要とされる。さらには、予防や再発防止のための介入の必要性も叫ばれている<sup>19)</sup> 昨今、他職種と連携しながらそれらの場での実践も視野に入れて活動していきたい。

#### 文 献

- 1) 武井美智子: 心理・生理・行動面からみた摂食障害の慢性化要因. 心身医 44(12): 911-918, 2004
- 2) 久保千春: 心身医学テキスト. 医学書院, 東京, 2002
- 3) 鎌田穰, 黒川順夫, 田中貴子: 心理療法としてのヨーガ療法により認知の修正が行なわれ劇的に改善した摂食障害患者の1例. 日本心療内科学会誌 16: 76, 2012
- 4) 米澤紗智江, 鎌田穰: 心理療法としてのヨーガ療法が奏功した神経性大食症の事例報告. 心身医学 53(6): 614, 2013
- 5) 米澤紗智江, 鎌田穰: 神経性大食症の症状再燃に対する心理療法としてのヨーガ療法の適応. 第17回日本摂食障害学会・学術集会プログラム・抄録集 122, 2013
- 6) 鎌田穰, 黒川順夫: 下痢性 IBS 患者への心理療法としてのヨーガ療法の適用. 日本心療内科学会誌 18(3): 52-57, 2014
- 7) 木村宏輝: インド五千年の智慧ヨーガ療法. 心身医 48: 37-44, 2008
- 8) Kamei, T., Kimura, H. & K., Hok, J. et al.: Isometric Yogic Breathing Exercise, a Simplified Yogic Respiratory Routine, Increases Anti-Oxidant Ability. 12 the International Congress of Behavioral Medicine, Budapest, Hungary: 679, 2013

- 9) 林紀行, 前田和久, 八木絵香, 他: 大規模災害の後遺障害に対する統合医療的アプローチ. 日本統合医療学会誌 6(1): 65-69, 2013
- 10) 松下智子, 岡孝和, 有村達之: ヨーガ療法の有害事象に関する大規模横断調査. 第 17 回日本統合医療学会東京大会プログラム・抄録集: 141, 2013
- 11) ヨーガ・スートラ THE SCIENSE OF YOGA 第一章・第二章. 日本ヨーガ・ニケタン, 鳥取, 1997
- 12) 大野裕: はじめての認知療法. 講談社, 東京, 2011
- 13) 木村慧心編: よく分かるヨーガ療法. 産調出版, 東京, 2005
- 14) 熊野宏明: 新世代の認知行動療法. 日本評論社, 東京, 2012
- 15) 熊野宏明: マインドフルネスそして ACT へ. 星和書店, 東京, 2011
- 16) 切池信夫: 摂食障害. 医学書院, 東京, 2009
- 17) 斉藤学: 嗜癪行動と家族. 有斐閣, 東京, 1984
- 18) 中村英世: 摂食障害が維持されるメカニズム—因果モデルから継起モデルへ—. 研究助成論文集 41: 193-202, 2005
- 19) 吉本伊信: 内観法. 春秋社, 東京, 2007
- 20) 日本摂食障害学会: 摂食障害治療ガイドライン. 医学書院, 東京, 2012

編集・制作協力：特定非営利活動法人 ratik

<http://ratik.org>

