

ヨガ療法からみた失体感と摂食障害

米澤 紗智江

（黒川内科）

はじめに

筆者は、2013年より心療内科において、摂食障害患者に対する心理療法の一環として、ヨガ療法を実施している。摂食障害患者に対するヨガ療法の理論や実際については、過去の機関紙「〈身〉の医療」^{1) 2)}で詳細を述べたために今回は省略するが、今回のテーマである失体感症の概念とそれに対するアプローチは、摂食障害に対するヨガ療法を行う上で重要かつ主要な役割を果たしていると考えている。本稿では摂食障害を、シンポジウムのテーマである失体感症という切り口から捉え、加えて本研究会発足以来のテーマである〈身〉という概念にもとづきながら述べてみたい。

※ 本稿で使用する個人情報については、口頭による了承、および数値化・匿名化により、取り扱いに配慮を行っている。

摂食障害と失体感症

失体感症は、身体感覚への気づきが乏しい状態を指し、アレキシサイミアとともに心身症の発症や経過と密接に関連する心理的因子として知られている³⁾。摂食障害も心身症のひとつの疾患であり、失体感症と関連することが推察される。摂食障害、あるいは食行動異常と失体感症との関連について、失体感症を評価する質問紙として初めて標準化された失体感症尺度⁴⁾を用いた調査研究を以下に報告する。

まず、摂食障害と失体感症との関連について、摂食障害の診断を受けた患者10名に失体感症尺度を用いて調

査を実施した結果をTable 1に示す。失体感症尺度の平均得点は71.1点であり、健常大学生の平均得点56.3点に標準偏差を足した66.5点を大幅に上回った⁵⁾。サンプル数が限られている為、摂食障害と失体感症との関連を示唆するには、今後より大規模な調査による検証が求められる。しかし、以上の結果から、摂食障害患者は強い失体感状態にあるケースが多い可能性が推察される。

	年齢	病型	職業	性別	STSS得点
症例1	37歳	AN-BP	専業主婦	女	59点
症例2	47歳	BED	アルバイト	女	62点
症例3	41歳	BN	無職	女	49点
症例4	39歳	BN	無職	女	77点
症例5	26歳	BED	アルバイト	女	75点
症例6	35歳	BN	パート主婦	女	75点
症例7	42歳	BN	専業主婦	女	78点
症例8	45歳	AN-BP	無職	女	79点
症例9	42歳	BN	看護師	女	75点
症例10	65歳	BED	専業主婦	女	82点

平均71.1点

※ 115点満点、健常大学生の平均得点：56.3点、平均値+SD：66.5点

Table 1 摂食障害患者における失体感症スケール（STSS）の得点

非臨床群における食行動異常と失体感症との関連については、一般大学生880名（男性341名、女性539名）に対し調査を行った報告がある。結果、摂食障害のスクリーニングテストとして用いられる摂食障害症状評価尺度（Symptom Rating Scale for Eating Disorders: SRSED）でカットオフポイントを上回った“摂食障害リスク群”は、下回った“健常群”と比べて有意に失体感症尺度の平均得点が高かった（ $p < .001$ ）⁶⁾。またこの調

査でもう一点興味深かったのは、重回帰分析の結果、失体感症尺度の下位因子「体感同定困難」「過剰適応」「体感にもとづく健康管理の欠如」のうち、「体感同定困難」が最も SRSED 得点に影響を及ぼしている可能性が示されたことであった。この報告から、非臨床群においても、食行動異常を呈するサブクリニカルな者は、健常な者と比べて失体感症傾向にあり、中でも体感への気づきの乏しさが食行動異常と関係していることが示唆された。

また、摂食障害にターゲットが絞られているわけではないが、一般大学生に対する失体感症尺度を用いた調査研究による報告では、失体感症尺度がマインドフルネスを評価する尺度である the Japanese Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)、身体感覚への気づきを評価する Body Awareness Questionnaire (BAQ)、そして体験の回避を評価する日本語版 Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) と期待される方向で相関（逆相関）したという報告も興味深い⁷⁾。つまり、失体感症状態にある者はマインドフルな状態から遠ざかっており、身体感覚への気づきや体験を回避する傾向にあるという、失体感症尺度の妥当性を支持する報告であった。

回避症状としての失体感症

それでは、摂食障害患者において失体感状態はどのように形成されるのかについて、ここでは、“回避”をキーワードに考察を深めてみたい。摂食障害患者が、食行動異常や過活動等を呈するメカニズムとして、「外界からの刺激がなくなったときに押し寄せてくる否定的情動体験の嵐があり、その否定的情動を体験するのがあまりに辛いために、過去の人生体験の中で報酬を得られたことがある独特な行動パターンが起こる⁸⁾」と捉えると、摂食障害の各種症状の要因として“回避”という側面が浮かび上がる。回避症状はトラウマへの心理的反応のひとつとして知られている⁹⁾が、摂食障害においても回避症状出現の機序はトラウマ反応と共通していると考えられる。情動の発現は身体に根差していることから、情動体験の回避はそのまま身体感覚の体験の回避となり、結果としてそれが失体感状態となると考えることができる。

実際の臨床でも、摂食障害患者とのやり取りの中で、自分の中に“闇”や“魔物”が潜んでいると語られることはしばしばある。この“闇”あるいは“魔物”がうごめき、それから逃げようとして食行動に走る、あるいはそれらが自分を食行動に駆り立てるといった表現がなされ

ることもある。つまり、自分の中の“闇”や“魔物”から回避しようとしているのである。このような心理的回避が身体レベルで表出するとき、身体感覚の回避となり得る。ところで、“闇”や“魔物”といった説明は、摂食障害患者が自分の病気を語る際に、自身に起こっている対処困難な現象を、ラベルを付けて外在化をすることで理解しようとする一つの前向きな試みであるとも考えられる。しかし一方で、人間存在を成層的な統合体としてとらえる〈身〉¹⁰⁾という概念からすれば、自己内部に自分の意に反した存在を想定し、その存在を回避しようとしているということは、本来は統一しているはずの〈身〉が分裂して認識され、“闇”や“魔物”として自己から疎外しようとする行為になっていると言わざるを得ない。この考察に従えば、摂食障害からの回復とは、その分裂を統合していくプロセスであると言い換えることができる。つまり、目を背けていた自己の側面に目を向け、再解釈をしながら受け入れていく作業なのである。そしてその統合のプロセスにおいて、身体感覚の意識化が重要な役割を担っていると考えている。

〈身〉の概念を提唱した哲学者市川浩も、「われわれは、実際は身体を通して世界とかかわっていますから、身体を疎外するということは、けっきょく世界を自己自身から疎遠なものにしてしまうことになります」と述べ、世界と自己との疎遠状態から回復する過程での具体的な手がかりとして“感覚”を挙げた¹¹⁾。身体感覚を意識化するという作業は、一見シンプルで簡易なものであるが、世界とのかかわり方、自己との付き合い方にまで発展する可能性を有している。

身体感覚への気づきと自己理解

実際に、身体感覚の気づきの深まりとともに、自己理解も深化していった摂食障害の症例¹²⁾を紹介する。Aさんは20年以上過食嘔吐を続ける神経性食欲不振症の患者で、主治医（心療内科医）の紹介により心理カウンセリングと並行してヨーガ療法による介入を行った。ヨーガ療法は月に1～2回程度、臨床心理士でヨーガ療法士である筆者とマンツーマンで行い、ゆっくりヨーガのポーズをとる中で生じる身体感覚を丁寧に意識化するプログラムを3年ほど継続した。

ヨーガ療法での介入が始まった当初は、ヨーガ中にこちらがどんな風に感じるか尋ねても、Aさんは首をかしげて「わかりません」と返答した。しかしセッションを重ねるうちにまず痛みを感じることが可能となった。

次いで感じ取ることができるようになったのは温感であった。次第に意識化できる身体感覚が拡大する中で、からだの動かし方に対する自らの欲求（例えば「ここをこんな風に動かしたい」等）を表現するようになっていった。こうして身体感覚への気づきが豊かになるにつれて、心の内を吐露することが増え、「唯一ここが自分と向き合える場所。ずっと自分にフタをしてきました」という発言も聞かれた。

ヨーガ療法を開始して1年余り経った頃、それまでずっと憎しみを感じていた母親に対する許しの感情がAさんにおこり、それと同時にヨーガ中に初めて緩む感覚がおとずれたのは興味深いことであった。Aさんにおいて、心理的な“ゆるし”と身体的な“ゆるみ”は深く関連しあっているように感じられた。一方でこの時期、「今まで見えなかった自分がどんどん見えてきてしまいます」といったような発言があるとともに、だるさ・重さ・疲労感に関する訴えが増加していった。それまで回避してきた心理的課題と同時に、身体面においてもネガティブな感覚との直面をした時期であった。Aさんにとってこの直面化は長年抱えてきた母との問題に対峙することであった。母への怒りをあらわにしながら、一方で母は母で一生懸命だったのだという思いとのほざまで大きく揺れ動いた時期でもあった。この時期を過ぎると、自身のからだに親しみを感じはじめていることを伺わせるような、例えば「足がよろこんでいる」「心身のつながりを感じつつあります」などの発言とともに、ネガティブな発言も減少し、症状も波がありつつも快方に変化していった。また、そのほかに「今まですごく無理してたんやな」「からだが痛いんだけど、しょうがないな」などの発言があり、Aさんの身体との関係性が変化したことを伺わせた。身体を自分の支配下に置くような発言が減少し、嫌がっていた痛みの感覚についても「しょうがない」と、まるでわがままな我が子を見守るような表情で言っていたのが印象的であった。

以上、3年余りに及ぶ長期の関わりでの主要な変化をまとめたが、ヨーガ療法での関わりで一貫して行っていたのは、ゆっくりとした無理のない動きにともなう身体感覚をありのまま感じ取る作業を繰り返し丁寧に行うことと、ヨーガの前後のAさんの発言を共感的に傾聴し、心身の気づきに関する発言に対してはポジティブにフィードバックをすることを続けるというものであった。経過ではまず、それまでAさんがほとんどしてこなかったであろう、自身の身体感覚に判断を加えることなく意識を向けるプロセスが、心理的にも“フタ”を開

けて“自分と向き合う”契機となった。また、Aさんの場合、介入当初は心理カウンセリングも試みたが、ネガティブな発言が相次ぎ、自己理解を深めるための言語的関わりは困難であると判断した。その一方で、ヨーガ療法による介入には拒否感がなく、身体感覚への気づきと連動するようにして自己理解が深まっていった。心理面への直接的な介入ではなく、身体を切り口としての介入が有効であった一事例である。

身体感覚の意識化をめぐる

Aさんの症例を通してもう一つ興味深かったのは、身体感覚とそれに対する気づきの程度が関連し合い、身体感覚そのものもまた変化していったことであった。Aさんが最初に意識化した感覚は痛みであったが、その時、他の感覚—例えば、温感や突っ張り感、緩みなどは存在していなかったのだろうか、それとも存在していたのに感じていなかったのだろうか。経過中、Aさんが意識化できる身体感覚のバリエーションが豊かになっていく様子を見ていて、“すでにある感覚の数々を、だんだんと感じられるようになっていった”というよりも“感覚への意識づけが進むにつれ、感覚そのものも開発され豊かになっていった”という印象を持った。これは感覚が、それを受け取る主体の認知のありようと常に深く関連しながら変容する性質を持ち合わせているからであると感じる。例えば痛みという感覚について、それが避けるべき嫌悪の対象として認識された場合と、身体からの大切なメッセージであると認識された場合とでは、まったく違う感覚として体験され得る。感情を体験する心的状態を構成するプロセスの障害がアレキシサイミアであるのと同じように、身体感覚もまた、意識化するプロセスにおいて“カテゴリ化”するという認知作用がはたらく以上、それをどのように体験するかによって変容する可能性を有すると考えることができる。

身体感覚の認知については、脳科学の分野でも研究が進んでいる。実際に、アレキシサイミアでは、体性感覚・運動に関わる、より原始的な脳機能が逆に亢進し、自己の内面の悩みを訴えたりするより、身体症状の訴えに依存する傾向にあるという見解もある¹³⁾。また、うつや不安等のネガティブな感情と体性症状との関連については以前より報告がある¹⁴⁾ように、精神症状としてネガティブな身体感覚が増幅する傾向にある。この傾向は一見、心身症と失体感症との関連を示唆する見解と拮抗するように思える。しかし、身体感覚には神経症的・感

覚依存的な背景から知覚されているものと、その反対に身体健康や調和を志向する上で知覚されるものがあり、両者を区別するとすれば、失体感尺度は後者を評価していると考えられることもできる。したがって、身体感覚への気づきを心理的に援助していこうとすると、身体感覚へ意識を向けることそのものよりも、身体感覚の受け止め方を丁寧に扱っていく必要がある。

ヨーガ療法による身体感覚への気づき

心療内科におけるヨーガ療法は、通常小集団で、必要に応じて個別対応で行っている。実施時間は約 60 分間、プログラムにおいては、やさしいポーズを行いながら、その都度生じてくる身体感覚に意識を向け、あるがままに感じるプロセスを繰り返す。身体感覚への気づきの深め方には、経験上いくつかのポイントがあると考えている。まずは、思考状態を統制し、身体感覚、内受容感覚を意識しやすい心理状態を作り出す。具体的には静かに座り、深く呼吸をしながら鼻先や皮膚感覚に意識を向けていく。筆者はこれに加えて、口角を少し上げて微笑するように声かけをしている。そうすることで、“やることモード”から“あることモード”への意識の切り替えがスムーズにいくように感じている。動作を行うときには普段の動きよりスピードを落とすようにする。スローダウンすることで、半ば自動的に行われている心身のパターンから脱し、ひとつひとつについて意識しやすくなる。心身の過緊張を緩和することも重要である。心身症の方の身体状態を観察すると、一般的に上半身が緊張しており、その緊張に伴う様々な症状（頭痛、めまい、肩こり、胸や喉の詰まり感）を訴えるケースがとて多い。このような緊張状態ではなかなか身体感覚に意識を向けることは難しく、リラクゼーション法と呼吸法によって適度に緩めるような働きかけを行う。そして、身体感覚をありのままに感じ取っていく。

もうひとつ大切だと感じているのは、身体感覚がどうだったか、そしてどのようにそれを体験したのかについて言語化することである。すでに意識化できているものが言語化されるというよりは、言語化される過程でよりはっきりと意識化され、本人にフィードバックされるからである。

ヨーガ療法を実習した摂食障害患者の語り

以下に紹介するのは、ヨーガ療法を実習した摂食障害

患者の語りである。身体感覚に意識を向けることが、さまざまな体験をもたらしていることが伺えた。

自己受容感・自己効力感の向上

- ・心が気持ちよかったです。「自分の感じていることを大切にしていんだよ」って言ってもらって、それでいいんだって思いました。（40 代女性、AN-R）
- ・最初にレッスンを受けたとき「こんなに自分のことに意識を向けていいんだ」と、涙がぼろぼろとこぼれてくるくらいものすごく安らぎがあり、「絶対、大丈夫」と思った。（30 代女性、BN）
- ・自分の感覚をそのまま感じていいんだ、と思いました。（40 代女性、BN）
- ・唯一ここが自分と向き合える時間なので、来ています。ずっと自分にフタをしてきました。（40 代女性、AN-BP）

リラクセス感・温感

- ・最初は体がとてもかたまってたけれど、ヨーガをしているうちに体がほぐれてきて、あたたかくなりました。（10 代女性、AN-R）
- ・ここにきてリラクセスがとても気持ちがいいことに気づき、普段リラクセスを全然していないことに気づきました。（40 代女性、BN）
- ・こうやって動かしていると、肩がこっていることに気づきました。普段は気づくことができない。（40 代女性、BN）

病状の理解

- ・変化する肉体を客観的に観察していると、過食衝動は絶対に逃れられないものなのではないということ、衝動というものも変化するものであり、それに従うか従わないかは自分で選べるのだということがだんだんと分かってきました。（30 代女性、BN）

雑念

- ・アーサナ中も、いろいろなことを考えてしまう。あそこであれ買って…とか、仕事のことが頭から離れない。（40 代女性、BN）

〈身〉としての自己への気づき

- ・ 生きていると感じた。身体には身体の世界があるのだと思いました。（40代女性、AN-BP）
- ・ 摂食障害の仲間と“やっぱり身体は生きたがっているよね”って言っていたんですよ。健康になりたがっているのを、やっぱり（ヨーガを）やって感じる。でもまあ、気持ちの部分が、それに抗うというか、（摂食障害には）そういう特徴があるのかしらねって言っていたんですよ。（40代女性、BNからの回復者）

おわりに

以上、摂食障害と失体感傾向との関連や、摂食障害からの回復への一助として身体感覚に気づくことの可能性、そしてその実践例について述べた。失体感症の研究は、認知心理学における身体的感覚への関心の高まり、心理療法における身体志向の重要性の高まり、および内受容感覚への関心の高まりの文脈でおこってきており、今後多方面からの見識の深まりを期待するとともに、臨床における有効な関わりについての検討と試みを続けていきたいと考えている。

文 献

- 1) 米澤紗智江, 鎌田穰: 摂食障害に対するヨーガ療法によるアプローチの試み. 〈身〉の医療 1: 24-30, 2015
- 2) 米澤紗智江: ヨーガからみた摂食障害と身体性. 〈身〉の医療 2: 3-8, 2016
- 3) 中川哲也: 心身医学の歴史と現状. 心身医学標準テキスト (第2版). 久保千春編: pp. 2-12, 医学書院, 東京, 2004
- 4) 有村達之, 岡孝和, 松下智子: 失体感症尺度 (からだ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——. 心身医学 52: 745-754, 2012
- 5) 米澤紗智江, 鎌田穰, 黒川順夫: 心療内科における摂食障害専門ヨーガ療法グループの現状と今後の課題. 心身医学 55 (6): 749, 2015
- 6) 米澤紗智江, 有村達之, 岡孝和: 大学生における摂食障害傾向と失体感症との関連性についての検討. 心身医学 57 (6): 675, 2017
- 7) 有村達之, 宮本亜里沙, 田島秀一: 大学生における失体感症尺度の妥当性 マインドフルネス, 身体感覚への気づき, 体験の回避との関連の検討. 心理・教育・福祉研究 18: 81-89, 2019
- 8) 細井昌子: 慢性疼痛——過活動のスクリーンセイバー仮説——. 心身医学 53 (3): 263-268, 2013
- 9) 金吉晴: トラウマ反応と診断. 心的トラウマの理解とケア (第2版). 金吉晴編: p. 5, じほう, 東京, 2006
- 10) 市川浩: 〈身〉の構造. 講談社, 東京, p. 84, 1993
- 11) 市川浩: 〈身〉の構造. 講談社, 東京, pp. 184-185, 1993
- 12) 米澤紗智江: 〈身〉の医療における“こころ”と“からだ”への気づき. 女性心身医学 23 (3), 2019
- 13) 守口善也: 心身症とアレキシサイミア——情動認知と身体性の関連の観点から——. 心理学評論 57 (1), 2014
- 14) Haug, T. T., Mykletun, A., Dahl, A. A.: The Association Between Anxiety, Depression, and Somatic Symptoms in a Large Population: The HUNT-II Study. : Psychosomatic Medicine 66 (6): 845-851, 2004

編集・制作協力: 特定非営利活動法人 ratik

<https://ratik.org>

