

気管支喘息患者の諸体験と ボディイメージに関する文献的考察

藤崎 郁*

A Review of the Bronchial Asthma Experience and Body-image

Kaoru Fujisaki, RN, MSN

Graduate School of Medicine, Course of Health Science,
Osaka University

This review focused on the issue of body-experience/body-image among the adults with bronchial asthma in the context of problems they have to face in their life. Through literature review on asthmatic body-perceptions and body-feeling, the author argued how the phenomena such as “body-cathexis” and “low body-control” emerge among the asthmatic.

The asthmatic face in their daily life the fear of asthma attack that can become uncontrollable and may lead to sudden death. With past harsh experiences of serious attacks and consequent suffering, patient’s consciousness is excessively centralized to their body-context, which in turn causes the somatosensory amplification. Besides, the patients are likely to feel helpless in front of uncontrollability of their own physical conditions because it is affected not only by their self-care but also uncontrollable surrounding conditions in terms of physiological, mental, and/or social environments; for example, weather, passive tobacco smoke, daily hustles, stressful life events, burdensome social relationship, and so on. In addition, their feelings of low body-control towards learned helplessness is further deepened due to the difficulties that asthmatic therapeutic regimens bring to their life.

The above argument was extended to the possibility of psychological assessment of body-image components related to the asthma experience. The tendency of somatosensory ampli-

*大阪大学大学院医学系研究科看護実践開発科学講座

fication, "body-cathexis", and "low body-control" can be measured. These variables are seemingly related to the disease severity and subjective health perceptions. The author proposed that exploring the significance of altered body-image may provide a valuable insight that helps improve the quality of life among adults with asthma.

キーワード

気管支喘息 bronchial asthma

ボディイメージ body-image

身体感覚増幅 somatosensory amplification

身体カセクシス body-cathexis

身体コントロール感の低下 low body-control

I. はじめに

本稿では、慢性疾患である成人喘息患者のボディイメージに関して文献を基に検討を行う。なぜ喘息患者のボディイメージを取り上げるかといえば、以下で述べるように成人喘息に強られる自己管理上の困難さが慢性疾患の中で特異な位置を占めており、患者の療養や健康にとって、ボディイメージが非常に重要な意味をもつと考えられるからである。

喘息に限らず慢性疾患であればどの疾患であってもそれぞれに特有の自己管理の困難さというものが存在するわけであるが、つねに身体感覚に鋭敏にならざるを得ない「発作」という喘息症状の出現形態は特殊であり、また治療の中心的な柱である薬物治療の種類の多さと使用方法の複雑さは、ほかの慢性疾患と比べて際立った特徴である。このような状態にある喘息患者は、身体感覚を頼りに、自分の身体状況についての監視と調整をつねにしていかねばならず、そのため、喘息患者たちの身体感覚とボディイメージの在りようには、そのような状況にない人々に比べて一定の特徴があるのではないかと推測される。

本稿では、まずボディイメージに影響すると思われる喘息患者の独自の保健行動上の状況について検討を行ったあと、その結果とこれまで行われてきた研

究成果を照らし合わせながら、成人喘息患者の身体感覚とボディイメージに生じる諸問題について分析を試みる。

II. 喘息患者のおかれている状況の分析^a

喘息は、気道の可逆性閉塞と過敏性を特徴とするアレルギー性の炎症疾患で、発作時には咳や喘鳴、呼吸困難などの自覚的症状を示す（牧野他、2000、pp. 1 - 7）。小児喘息では思春期になると寛解・治癒することもあり、また成人期に罹患した場合でも日常生活にはほとんど支障のない軽症例もあるが、悪化と寛解を繰り返しながらも数十年の長い経過をたどる長期罹患例や、重症・難治化して喘息死の転機をたどるケースもあるなど、予後もさまざまである（宮本、1999、pp. 43 - 46）。しかしながら、現在のところ外科的な治療法もなく、継続して治療と自己管理を要する、いわゆる慢性疾患の一つに位置づけられている（石原、1999、pp. 81 - 96）。

喘息患者のおかれている状況のうち、ほかの慢性疾患に比べて喘息患者に特有であると思われる特徴がいくつかある。

その第一は、慢性疾患であるにもかかわらず、喘息が潜在的に突発的な死のリスクを抱えた疾患であり（牧野他、2000、pp. 130 - 135；多田、1999、pp. 11 - 34）、喘息死の多くが重責発作の持続中よりもむしろ突発的な急変時に起こっている（中澤他、1990；石原、1999、pp. 14 - 15）という点である。実際患者は、重症度にかかわらず、発作時の呼吸苦によって「このまま息がとまって死んでしまうのではないか」といった、死のイメージに直結する、切羽詰まった苦しみを自覚した経験をもっていることが多く、そのことに現実的にもつねに備えておかなければならないし、精神的にもずっと気が抜けない状態にある（牧野他、2000、pp. 84 - 95）。

注 成人喘息についての病態生理学的理解、診断、治療、病因、日常管理の内容、患者動向などに関する一般的記述は、厚生労働省免疫・アレルギー研究班作成の『喘息予防・管理ガイドライン 1998改訂版』（牧野莊平他監修、文献31）をもとに、他の医学図書も参考にしながらまとめた。

第二の点は、喘息患者の多くが、ほかの一般的な慢性疾患と違って、明らかな自覚症状の発現すなわち「発作」状態とそうでない状態とを日常的に繰り返し経験しており、その上、「発作」状態の出現状況や日頃の調子が、自分の気持ちや努力以外のコントロール不能な因子によって大きく左右されてしまうということである（宮本，2001，pp.127-134）。

喘息の調子は季節や天気や生活状況の中でつねに変化するため（牧野他，2000，pp.24-30），その結果として、喘息患者の感じる「自分の頑張り」と結果とが一致しない」というフラストレーションは、糖尿病や高血圧などのように生活上の自己管理がある程度結果を伴った形で報われる慢性疾患に比べて、どうしても大きくなってしまいがちである。

そして第三の点は、これは非常に特異なことであるが、処方の実行や服薬行動の最終的な実施に関する微妙なさじ加減が、喘息の場合、医師ではなく患者自身に任されているということである（牧野他，2000，pp.66-83）。つまり、高血圧や肝臓病などの場合がそうであるように、一般的な慢性疾患の服薬行動は決められた定時の処方薬をきちんと服用できればふつうは完結するものである。しかし喘息の場合には、単に定時の処方薬をきちんと服用しさえすればよいわけではない。

一般に、喘息の日常的な管理においては、「抗炎症薬を中心とした常用の長期治療薬（コントローラー）」と「頓用で発作時に対処するための発作治療薬（レリーバー）」とを区別して使い分けることが薬物治療の基本である（牧野他，2000，pp.66-83；中川&秋山，1999，pp.47-52）。具体的には、抗炎症剤である吸入ステロイドと組み合わせて、非ステロイド系の抗アレルギー薬や、ヒスタミンをはじめとする化学伝達物質の拮抗薬・合成阻害薬などが発作予防薬として処方され、それとあわせて、発作時には吸入 β_2 受容体刺激薬や経口 β_2 受容体刺激薬、テオフィリン薬といった気管支拡張薬を使用する。

以上のように、処方される薬物の種類が多く、その用途も複雑である。そういった状況の中で、喘息患者は、処方されている薬の種類や用途について熟知しておかなければならない。少なくとも、「抗炎症薬」と「抗アレルギー薬」

と「気管支拡張薬」の違いを知っておかなければならないし、それぞれの「経口薬」と「吸入薬」の特徴と使い方を区別して理解しておかなければならない。実際には、それらをよくわかった上で、自分のいまの状態と状況に合わせて、「定時の処方」と「頓用」との使い分けができることが求められる。

このような点があいまって、喘息患者たちは、日頃からつねに内部環境である自分の身体的状態と外部環境である周囲の環境や生活状況の両方に注意深く目を配り、それらをうまく管理・調節しながら、「発作」という自身ではコントロール不能な事態の出現につねに備えを怠らず、自分の命を守って療養を続けていかなければならないという特異な状況におかれている。そして、いったん発作がおきてしまったら、苦しい息の下でもその状況を的確に判断し、発作がおさまるように、適切でしかも迅速な対応を、基本的には自分でしなければならない。

現実には、発作がどんな状況の中で起こりやすいのか、どんな感じがしたらいつもの薬に加えて頓用薬を飲むのか、吸入はどのくらいのときに何回するのか、苦しさがどこまでになったら予約外でも病院にいったほうがいいのか、このままタクシーを待っていてもいいのか、それとも救急車を呼んだほうがいいのか、といったさまざまな難しい判断が、多くの場合には患者自身にゆだねられているのである。

III. 成人喘息患者にとっての身体感覚とその感受性の高さ

では、上述したような状況にある喘息患者にとって、その際の判断の手がかりや拠り所となるのはいったい何であろうか。それは、患者一人ひとりが自覚するからだについての「いまここでの感じ」、すなわち身体感覚であると考えられている (Price, 1993 ; Carrieri & Janson-Bjerklie, 1986)。

一方、喘息に限定しない一般的な見地から、人間の身体への知覚がまず「身体に注意を向けること」や「いつものからだの感じ」を無意識の中で確認することから始まっているとする研究はいくつかある (朝倉, 1998 ; 新木, 2002)。

なかでも宗像は、個人の保健行動 (health behavior) と保健態度 (health attitude) に関するいくつかの保健行動モデルのうち、自らが提唱した『保健感覚モデル』の中で、自覚症状に対する判断や行動を決定する要素の一つに「健康問題の存在を感知する手がかりとしての感知感覚 (cognitive senses)」を挙げ、その感受性を問題としている (宗像, 1996)。

宗像の見解によれば、感知感覚の感受性は、親から伝達されたり自分の病気体験によって自然に高められてくるものである。その意味では、発作と日常的に付き合い、自分の体とつねに相談しながら生活することを余儀なくされている喘息患者にとっても、身体感覚の感受性の高さは症状の管理や療養行動の基盤として必要不可欠なものといえるだろう。

桂らの実験 (Katsura et al, 1979) では、非発作時に発作状態の他患の映像を見せ、苦しそうな呼吸音を聞かせることによって、「喘息が起きるのではないか」という予期不安が惹起され、自覚的には「発作が起こりそうになった」とする患者が多く存在することが報告されている。この実験の主目的は、そういう訴えのあった患者群となかった群とで自律神経系の反応を比較し、実際に気管支狭窄を来すなどの喘息発作準備状態が身体的にも惹起されていたかどうかを調べることであったため、上記刺激に反応した患者の比率は不明である。しかし、そもそもこのような2群を比較する実験が組めるということは、喘息発作が患者同士で連鎖反応を引き起こしやすく、身体感覚を共有しやすい疾患であることを示す傍証であり、喘息患者の中には、身体感覚への感受性が高く、こういった外からの刺激に反応性の高い者が多いことを示唆するものと解釈することが可能であろう (糖尿病や高血圧ではそうはいかないであろうから)。

生理学的にいても、喘息は気道の過敏性を主病像の一つとする疾患だけに (牧野他, 2000, pp. 31-50)、患者たちの心理的な基盤にもその感受性の高さが存在するということが、仮説として十分に想定できる。そのことを裏付けるように、臨床医として喘息患者のボディイメージに着目した研究を続けている鈴木は、喘息患者が身体的・生理的因子に対してはもちろんのこと、自分を

取り巻く天気や気候などの環境をも身体感覚に取りこみ、それにまた過敏に反応するという現象を豊富な事例によって示し、喘息の本態は「広義の過敏性」であると結論付けている（鈴木，1985，pp.132-138）。鈴木の実験によると、喘息患者の全身は「精密な測定器と化し」、皮膚や気道粘膜からの身体感覚を通して伝えられる微細な情報にも、つねに「極端なまでの注意の集中」を余儀なくされているという（鈴木，1985，pp.87-96）。

一方、別の調査研究では、「ちょっとしたからだの異常も気になるほうか」という問いに対して「はい」と回答した喘息患者群の割合は健康者群と比べて有意に高く、さらにはその重症度によっても有意な差があったと報告されている（永田，1992 a ; 1992 b）。喘息の重症度が高いほど、からだの異常に対する感覚も敏感であるという結果であった。

重症度が高いほど発作時の症状も重篤であり、発作の回数も多いわけであるから、結果的に、重症度が高いほど喘息患者の身体感覚が敏感になるという現象が起こったとしても不思議ではない。逆に、身体感覚の感受性が高い人ほど喘息も重症化しやすいということであれば、単に症状に対する治療だけではなく、身体感覚の感受性を低める介入も視野に入れて喘息治療を考えていくことが必要ということになる。

上述してきたことを総合すれば、喘息患者のボディイメージの基盤となる身体感覚は、つねにとぎすまされ、敏感になっていることが予想されるが、残念ながら、身体感覚の感受性と重症度との間の因果関係を特定できるような研究はいまだ行われていない。では、喘息患者にとって、身体感覚の感受性が高いということはどのような意味をもつのであろうか。次節では、その点について考察する。

Ⅳ. 身体感覚の感受性が高いことの功罪

先に述べたように、症状を感知する手がかりとしての身体感覚の感受性が鈍ければ、それはそのまま死の危険に直面するリスクを増大させることにつなが

りかねない喘息患者にとって（真島他，1999），身体感覚の感受性の高さは，自分なりの身体感覚とその成り行きとの関係を熟知し，状況や発作の程度に応じた対処を迅速に行うために必要不可欠な特性といえるかもしれない。

先の宗像の指摘と同様，喘息に限らず，一般に慢性疾患患者の療養行動の遂行にとって，自らの身体状況が発する信号に注意深く耳を傾け，敏感になることは必要不可欠とされている（Price，1993）。このことは，自身の体験から「慢性疾患を抱えながらも症状と付き合いつつ自分なりの生活を送り人生を生きていくためには，自らの身体状況に注意深く耳をすませ，身体への気づきを得ることこそがもっとも重要な基本的要件である」（鴨志田，1996）という患者としての実感を語ったある新聞記者の報告にも端的に表れていて，一面で正しい結論だと思われる。

しかし一方で，慢性疾患患者のセルフケア能力（self-care agency）について研究する本庄が注意を喚起するように，身体状況への関心が増して体調の調整が過度となるケースの中には，「自分の身体状態に注意を向けやすい状況」で「疾患に気を取られ過ぎてコントロールオーバー」となる例が存在することもまた事実であり（本庄，2000），患者の主観的健康の観点からはそのことの問題性が指摘されている。また，身体への関心の高まりがかえって症状を増し，不安やうつ状態を惹起してしまうということは，身体化（somatization）についての研究の中でも指摘されるところである（Kirmayer et al.，1993；谷口，1994；Kirmayer & Robbin，1996）。

喘息患者の研究に限定すれば，前出の鈴木の一連の研究に同様の問題提起をみることができる（鈴木，1985，p.28）。鈴木自身の表現によれば，喘息患者に接するうちに「彼らの中に，ほとんど取るに足りないといえるような身体症状が現れただけでも，それがあたかも致命的な症状であるかのような強い不安にとらえられて，まったく打ちのめされてしまう様子を垣間みせる者」が少なからずいることに気づき，それを「只事ではないと感じた」という。そして，それが「病気を引き起こす原動力になっている」と確信したところから彼の研究は始まっている。

鈴木が観察したこのような状態は、身体感覚を通じて身体への関心が増した結果、自らの身体状況に自己が凌駕された状態ととらえることが可能である。このような患者は、確かに自分の身体感覚に敏感であり、致命的な症状出現の徴候を見逃したまま何もせずに喘息死の転機をとるようなことはないかもしれない。しかし、患者自身の身体的・精神的安寧という意味からすれば、患者の身体感覚の感受性は明らかに嵩じすぎており、そのことによって、逆に大きな苦痛を生じていると考えられる。

このような状態は「カセクシス」という概念でボディイメージ上の大きな問題としてセコードとジュラードらによっても論じられているが (Secord & Jourard, 1953), 「身体に対する過敏性と関心が高まり、意識や注意が過度に集中し、極端なこだわりや執着が生じる現象」を『身体カセクシス』という表現で概念化し、喘息患者をはじめとするいくつかの疾患群の身体カセクシス度を測定して、その比較を行ったところ、その結果、喘息患者群と一般内科患者群の身体カセクシス得点には有意な差が認められ、喘息患者は内科患者全般と比べて、強い身体カセクシスの状態にあることが確認された (藤崎, 1996 a ; 1996 b ; 2002)。

この結果と先に示した「重症度が高いほど、からだの異常に対する感覚も敏感である」とする調査結果 (永田, 1992 b) とを考え合わせると、重症度の高い患者ほど身体感覚の感受性も高く、身体カセクシスの状態にも陥りやすいと考えられる。その機序としては、「直接的な身体感覚である発作時の呼吸苦は、繰り返されるたびに患者たちの身体感覚の感受性を高くさせ、潜在的にある死への不安や苦痛に対する恐怖を喚起するのではないか、そしてその不安や恐怖は日常的に彼らの身体に先取りされ、さらに身体感覚の感受性の高さを助長して、身体感覚と身体状況との間に悪循環が形成されているのではないか」という仮説を想定することが可能であろう。

以上のように、喘息患者にとって身体感覚の感受性の高さは、適切な療養行動の遂行に必要な不可欠のものでありながら、嵩じ過ぎると自身を苦しめる、いわば両刃の刃である。その際患者を苦しめているのは、現実の身体状況ではな

気管支喘息患者の諸体験とボディイメージに関する文献的考察
く、身体感覚を通じた自己の身体状況への意識・無意識の認知や評価といった受け止め方であり、これはまさにボディイメージの問題であるといえる。

V. 身体コントロール感の低下

一方、身体症状など自らの身体内部の現象に対する敏感さや関心の高さととは逆に、喘息患者の多くが、さまざまなアレルゲンや大気汚染物質はもとより、天候や気温、風などの空気の流れ、季節の移り変わりなどといった外的な環境に非常に敏感に反応して、発作の出現をみたり、症状が一時的に沈静化したりすることはよく知られている（牧野他，2000，pp.23-30；宮本，2001，pp.49-55；宮本，1999，pp.74-84，pp.85-91）。また、ライフイベントや生活上の大きな変化，あるいは人間関係のトラブルや役割葛藤などを要因とするストレス状態によっても、喘息が発症したり増悪するということが多くの研究の中で報告されている（永田，1992 a，1992 b，1994；江花，1996；吾郷，原，1996；久徳他，1996；玉木，1998）。

このような現象は、一見、前述した「身体内部の刺激」に意識が集中する身体カセクシスとは正反対の現象のように見えるかもしれないが、原理的には「刺激に対する易反応性」と「それを身体化しやすい傾向」という意味で表裏一体の現象であり、両方の現象が一人の患者の中で同時に起こることも十分に想定されることである。もともと、喘息患者に身体化（somatization）傾向が強く認められるということは、いくつかの報告の中でも裏付けられている（Gift，1991；橋爪，1992；宮本，1999，pp.105-112）。

前出の鈴木も、このような弊害が多くの喘息患者に起こっていることを問題として取り上げ、喘息患者が自分自身の身体症状はもちろんのこと、「自然環境のちょっとした変化にも過敏に反応したあげくに、疲労困憊して適応不全に陥る」傾向に着目した。そして、その傾向が神経症患者の身体状態や精神状態と類似していることを実証している（鈴木，1985，pp.118-131）。

また別の研究では、喘息患者の多くは、発作に対して「自分の努力とは関係

なく起こることが多く、結局のところ対処不可能である」という受け止めをしており、自分ではどうにもならない外的な環境や状況によって自分の身体状況が思いもかけず左右される経験を繰り返すうちに学習性無力感を獲得し、その結果うつ状態に陥りやすいということが実証されている（江花他，1994）。一方で、喘息患者にはうつ傾向を示す患者が多いことも報告されている（江花他，1987，1988；木原他，1993；斎藤他，1996）。この傾向については、現在のところ重症度や喘息死のリスクの高さなどといった身体状況との関連を中心に検討が行われているだけであるが（Janson-Bjerklie et al., 1992, 1993；橋爪他，1995），今後は身体状況から生じる受け止め方といった観点からの検討も必要ではないかと考えられる。

そのような「自分の身体状況を自分でコントロールできているという感じが低下したり、身体状況の一貫性に対する信頼性や自己統制感が低下した状態」は『身体コントロール感の低下』として概念化できるが、その度合いについて測定したところ、身体カセクシスと同様、喘息患者群と一般内科患者群の得点には有意な差が認められ、喘息患者は内科患者全体と比べて、より身体コントロール感が低下した状態にあることが確認された（藤崎，1996 b, 1996 c, 2002）。

また、療養行動のコンプライアンスと重発発作の出現頻度は、喘息やその治療についての知識の度合いよりもむしろ自己効力感（self-efficacy）によって影響を受けるという報告（原他，1997；Schirer & Bruce, 2001）や、症状コントロールの良否は個人の自己効力感と統制の位置（locus of control）に大きく左右されるという報告（飯森他，1995）も、喘息患者にとって自分の身体状況を自分でコントロールできているのだという感じ、すなわち「身体コントロール感」の維持が重要な課題になることを示唆する結果と解釈することができるであろう。

そして、このような状況もやはり、現実の身体状況よりもむしろ自己の身体状況に対する知覚や認知のほうが患者を苦しめている状況であり、ボディイメージの問題状況の一つととらえることができる。

VI. おわりに

以上、成人喘息患者のおかれている状況についての分析を手がかりに、身体感覚を通じて形成されるボディイメージの傾向およびその問題状況について考察してきた。その結果、成人喘息患者は、重症度に応じて身体感覚の感受性が高くなり、その帰結として強い身体カセクシス傾向と身体コントロール感の低下傾向を示すのではないかという仮説が導き出された。

病者のボディイメージについては、これまで、主に、手術や外傷（四肢切断や重度熱傷を含む）などによって身体の構造や機能や外見に急激な変化が生じた際のボディイメージの変容・修正過程の問題であるとか、がんなどに代表される進行性病変の身体変化を徐々にボディイメージの中に統合していく際の受容の問題、あるいは、外見の病変に対する他者／自己評価から生じる問題として論じられることが多かった。一方で、脳の器質的变化によって生じる問題や、統合失調症や摂食障害などにみられる身体状況に対する認知の歪みといった認知機能の障害によって起こる問題として論じられることもあるが、今回試みたような慢性疾患の日常的な自己管理の困難さという文脈の中では、あまり検討が行われてこなかったように思う（詳しくはDarling-Fisher, 1985 ; Salter, 1988 ; Cash & Grant, 1996などの総説を参照）。

しかし、慢性疾患患者についても、そのボディイメージに注目することによって、例えば療養行動のコンプライアンスの問題であるとか、患者自身の知覚する主観的健康度の問題に関して、新しい方向からの理解とアプローチが可能になるのではないかと考えられる。今後は、本検討によって導かれた仮説について、実証研究の枠組みの中で検証を行っていくと同時に、このようなボディイメージの諸問題が喘息治療の最終的な目標とされている患者一人ひとりのQOLに及ぼす影響についても検討を行っていきたい。

文献

- 1) 吾郷晋浩, 原信一郎 (1996) : ライフサイクルからみた気管支喘息, 呼吸器心身医学, 13, 76-78.
- 2) 新木真理子 (2002) : 生命感情の湧きあがりの研究—死を意識した病者体験をもつ中高年者へのインタビューを通して—, 日本看護科学会誌, 22 (2), 23-33.
- 3) 朝倉京子 (1998) : 心筋梗塞を発症した病者の生きられた身体体験, 日本看護科学会誌, 18 (3), 10-20.
- 4) Carrieri V.K. & Janson-Bjerklie S. (1986) : Strategies patients use to manage the sensation of dyspnea, Western Journal of Nursing Research, 8, 284-305.
- 5) Cash, T.F. & Grant, J.R. (1996) : ボディイメージ障害の認知行動療法マニュアル, Van Hasselt, V.B. & Hersen, M., IN Sourcebook of Psychological Treatment Manuals for Adult Disorders, 坂野雄二編訳 (2000) : エビデンスベースト心理治療マニュアル, 日本評論社, pp.283-341.
- 6) Darling-Fisher C.S. (1985) : Impairment of Body Image, IN Signs and Symptoms in Nursing-Interpretation and Management, J.B.Lippincott Co., pp.74-102.
- 7) 江花昭一他 (1987) : Comprehensive Asthma Inventory (CAI) を用いた気管支喘の心身医学的研究 (第1報), 心身医学, 27 (5), 449-457.
- 8) 江花昭一他 (1988) : Comprehensive Asthma Inventory (CAI) を用いた気管支喘の心身医学的研究 (第2報), 心身医学, 28 (5), 409-417.
- 9) 江花昭一他 (1994) : 気管支喘息患者のLearned helplessnessの調査と心理調査用紙成績の検討, 心身医学, 34 (2), 121-128.
- 10) 江花昭一 (1996) : ライフサイクルからみた気管支喘息—成人中期—, 呼吸器心身医学, 13, 57-60.
- 11) 藤崎郁 (1996 a) : 臨床研究におけるボディ・イメージ概念の成り立ちに

関する歴史的研究, 看護研究, 29 (2), 57-68.

- 12) 藤崎郁 (1996 b) : ボディ・イメージ・アセスメント・ツールの開発, 日本保健医療行動科学会年報, 11, 178-199.
- 13) 藤崎郁 (1996 c) : 看護学におけるボディ・イメージ研究の現状と展望, 看護研究, 29 (4), 39-51.
- 14) 藤崎郁 (2002) : ボディイメージ・アセスメントツールの開発 (2) ~ 確認的因子分析による構成概念妥当性の検討~, 日本保健医療行動科学会年報, 17, 180-200.
- 15) Gift A. G. (1991) : Psychologic and physiologic aspects of acute dyspnea in asthmatics, Nursing Research, 40 (4), 196-199.
- 16) 原信一郎他 (1997) : 気管支喘息患者の心の健康度と心身医学的治療の進め方に関する考察 (2) - QOLとセルフ・エフィカシー評価尺度を用いた検討, 呼吸器心身医学, 14, 45-49.
- 17) 橋爪誠 (1992) : 気管支喘息の心身医学的診断 - Alexithymiaの観点より -, 心身医学, 32 (3), 233-236.
- 18) 橋爪誠他 (1995) : 喘息死ハイリスクグループの心身医学的検討, 呼吸器心身医学, 12, 141-144.
- 19) 久徳重和他 (1996) : 難治性成人気管支喘息の心身医学的検討 (第2報), 呼吸器心身症研究会誌, 8, 133-136.
- 20) 本庄恵子 (2000) : 熟年期にある慢性病者のセルフケア能力と健康の関係, 日本看護科学会誌, 20 (3), 50-59.
- 21) 飯森洋史他 (1995) : Psycho-educationalな面からみた気管支喘息の治療 (第3報), 呼吸器心身医学, 12, 40-43.
- 22) 石原亨介編 (1999) : 喘息教室, 新興医学出版社.
- 23) Janson-Bjerklie S, et al. (1992) : Clinical markers of asthma severity and risk : importance of subjective as well as objective factors, Heart & Lung, 21 (3), 265-272.

- 24) Janson-Bjerklie S. et al. (1993) : Predicting the outcomes of living with asthma, *Research in nursing and health*, 16, 241–250.
- 25) 鴨志田恵一 (1996) : 「糖尿病のセルフコントロール」をどう考えるか, *日本保健医療行動科学会年報*, 11, 15–22.
- 26) Katsura T. et al. (1979) : A study on the change of autonomic nerve function (microvibration), expected anxiety on bronchial asthma, *The 5th ICPM JERUSALEM Sep.*, 9–14.
- 27) 木原令夫他 (1993) : 質問紙法心理テストからみた成人気管支喘息例の心理的特性, *呼吸器心身医学*, 10, 146–151.
- 28) Kirmayer L. J. & Robbin J. M. (1996) : Patients who somatize in primary care : A longitudinal study of cognitive and social characteristics, *Psychological Medicine*, 26, 937–951.
- 29) Kirmayer L. J. et al. (1993) : Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care, *American Journal of Psychiatry*, 150, 734–741.
- 30) 真島一郎他 (1999) : Near-fatal asthma患者における心理的因子についての検討, *第40回日本心身医学会総会抄録集*, 62.
- 31) 牧野荘平他監修, 厚生労働省免疫・アレルギー研究班作成 (2000) : 喘息予防・管理ガイドライン1998改訂版, 協和企画.
- 32) 宮本昭正監修 (2001) : 気管支喘息治療のストラテジー—病態・疫学・診断・日常管理—, 先端医学社.
- 33) 宮本昭正編 (1999) : ぜんそくがわかる本, 日本評論社.
- 34) 宗像恒次 (1996) : 保健行動のモデル, *最新 行動科学からみた健康と病気*, メチカルフレンド社, pp.96–106, 所収.
- 35) 永田頌史 (1992 a) : ストレスと心身症の再発—とくに気管支喘息について—, *脳と精神の医学*, 3 (2), 191–199.
- 36) 永田頌史 (1992 b) : 心身学的にみた成人気管支喘息の発症メカニズム

と病態, 心身医学, 32 (3), 197-205.

- 37) 永田頌史 (1994) : ストレス・コーピングと心身症, 脳と精神の医学, 5 (2), 159-167.
- 38) 中川武正, 秋山一男監修 (1999) : 気管支喘息, 南江堂.
- 39) 中澤次夫他 (1990) : 気管支喘息死の疫学と臨床, アレルギーの臨床, 10, 792-795.
- 40) Price M.J. (1993) : Exploration of body listening : Health and physical self-awareness in chronic illness, Advances in nursing science, 15 (4), 37-52.
- 41) 斎藤勝剛他 (1996) : CAIよりみた気管支喘息の加齢変化, 呼吸器心身医学, 13, 66-72.
- 42) Salter, M. (1988) : Altered Body Image-The Nurse's Role, 前川厚子訳 (1992) : ボディ・イメージと看護, 医学書院.
- 43) Schirer Y.K. & Bruce S. (2001) : Knowledge, attitudes, and self-efficacy and compliance with medical regimen, number of emergency department visits, and hospitalizations in adults with asthma, Heart & Lung, 30 (4), 250-257.
- 44) Secord P.F. & Jourard S.M. (1953) : The appraisal of body-cathexis : body-cathexis and the self, Journal of Consulting Psychology, 17 (5), 343-347.
- 45) 鈴木秀男 (1985) : イメージの病い—モデルとしてのぜんそく, 清水弘文堂.
- 46) 多田寛 (1999) : 成人ぜんそく, 双葉社.
- 47) 谷口奈青理 (1994) : 心身症者における身体のあり方について, 山中康裕, 岡田康伸編 : 身体像とこころの癒し, 岩崎学術出版社, pp.27-34, 所収.
- 48) 玉木敦子他 (1998) : ライフイベントに対するストレス認知と喘息症状との関係, 日本保健医療行動科学会年報, 13, 157-174.