

成人喘息患者の気管周囲の異和感とボディイメージ ～「身体の離人化」からのアプローチ～

藤崎 郁*

Bronchial Incongruity, Body-depersonalization,
and Body-image in Adults with Asthma

Kaoru Fujisaki, RN, MSN

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

キーワード

気管支喘息 bronchial asthma

ボディイメージ body-image

気管周囲の異和感 bronchial incongruity

身体の離人化 body-depersonalization

I. はじめに

成人喘息患者のボディイメージについて知るために、6名の長期罹患患者に対してインタビューを行ったところ、従来あまり議論の行われていない気管周囲の異和感や発作時の音などに惹起される特徴的なボディイメージの問題についての知見を得たので、「身体の離人化」という側面より検討を加えたい。

II. 対象と方法

対象者の内訳は、①57歳女性（中等度～重度の喘息，30歳発症），②27歳女性（軽度～中程度，3歳発症），③41歳女性（重度，19歳発症），④52歳女性（中等度，10歳頃発症，20歳寛解，23歳再発），⑤32歳男性（軽度～中程度，21歳発症），⑥74歳男性（中等度，40歳発症）であった（重症度の分類はガイドラインによる）。

インタビュー中は、まず闘病の時間的経過にそって療養行動と生活全般について自由に語ってもらい、その中で対象者自身の身体状況への知覚・認知・情動に関する事柄が話された場合には、こちらからも踏み込んだ質問をして、関連事項を聞き取った。次に、十分に語り尽くして話がひと段落したところで、先行研究によって導かれたボディイメージに関する問題状況の仮説（藤崎，1996）に従い、「身体カセクシス」、「身体コントロール感の低下」、「身体尊重の低下」、「身体境界の混乱」、「身体の離人化」の各テーマにつき、重ねて半構成的インタビューを行った。その際、BIAT（藤崎，2002）をインタビューガイドとして使用した。

それぞれのインタビューに要した時間は80～120分程度であり、会話はすべて許可を得て録音の上、全文をおこして分析の対象とした。

III. 本報告の焦点

準備したテーマのうち、「身体の離人化」とは、「自分の身体あるいはその一部に自分らしさや生き生きとした自己一体性が失われ、身体に対する生命消失感、非現実感、異物感、変質感などの異和感を経験しているような状態」を指している。このような身体経験は、これまで、例えば脳血管障害患者に見られるような患肢に対する異和感や、あるいは乳房切除患者の訴える切断創から胸部全体に及ぶ異和感などの文脈の中で扱われてきた。

しかしながら、今回実際にインタビューを行ってみると、半構成的インタビューの段階ではあるが、6名中5名（症例①～⑤）までもが、同様の問題を示唆する気管周囲に対する発作時の異和感の存在について言及した。

喘息患者のボディイメージについては、これまでもいくつかの検討が試みられてはいる（例えば、鈴木，1985；永田，1992；Price，1994；江花他，1994；Schirer & Bruce，2001）が、このような観点からの検討はされておらず、報告する意義のあることと考える。よって本稿では、調査全体から得られた知見のうち、喘息患者の知覚する気管周囲の異和感と、それによって生じる身体の離人化に関する現象について報告する。

IV. 結果および考察

長期罹患喘息患者のボディイメージのうち、身体の離人化に関すると思われる身体経験は、例えば以下のような言葉で表現された（——は報告者、Yは症例③の発言；イニシャルのあとの数字は発言番号）。

Y1：発作で息が苦しいときは、（右手の母指と他の4本の指で
握むようにして、胸骨体上半分辺縁を上下になぞりながら）
ここだけが…。言葉に表せないんですけど、自分のからだ
じゃないみたいに…。活動しないし動かない、ちょっと違
う感じがするんです。

——違うって、そこはそこで生きている感じですか、それとも
そこはもう死んじやってる？

Y2：死んじやって、なんか…モノみたいな感じ。もう全然動か
ないみたいな。

上記例の「ここだけが…ちょっと違う感じ」や「自分のからだじゃないみたい」といった言葉から汲み取れるのは、喘息症状を呈する限局した身体部分に対する患者たちの異和感や異物感である。また、このような感覚を語る際に、対象者が申し合わせたようにその発生部位を「ここ」と限定し、甲状軟骨から

胸骨角辺りまでのまさに気管に該当する部分を正確に指したことも特徴的な点であった（例えばY1）。

さらにY2では、その感覚が「もう死んでいて全く動かない感じ」や「モノみたいな感じ」という言葉によって説明されている。これらの言葉からは、身体への異和感や異物感がそれを発生している部位に自分の身体の一部としての実感を失わせてしまっていると感じ取ることができる。患者にとって、気管周囲はいまだ厳然と生きている自分の身体の一部でありながら、すでにモノ化された非生命体として知覚されているかのようである。

別の例では、以下のような表現で同様の現象が示されている（——は報告者，Mは症例②）。

—— 「からだやからだの一部を取り替えたい」と思うことがありますか？

M1：ありますね。（両手の示指で喉から気管分岐部までを長方形で囲むようにして）ここを取り替えたいんですよ。ここが欠陥なんです。

—— 「ここ」っていう感じがあるのですね。

M2：そう。「ここさえ」っていう感じですね。ここで音が鳴るし。

—— 音というのはけっこうポイントですか。

M3：そうね、自分でわかるから。自分のからだの（発する）音だけでも、耳に入るとき一回外に出て、音は外から聞こえるでしょ。

—— 「からだからどこかが切り離されてしまった感じ」って、そういう感じもある？

M4：ありますね。ひどいときだけですけどね。発作がおきてると、自分の音しか聞こえないんですよ。周りの音とかが聞こえずに、自分のヒューヒューとか、ゼーゼーいってる音だけ…。お母さんとかが呼んでも聞こえないんです。

M2以降のやり取りでは、その異和感や異物感が「音」によって助長されることが端的に示されている。M3で明らかのように、「音」はいったん自分の身体の外に出たものとして外在化されつつも、症状や発作の進行といった「いまここで」の身体状況と密接な関係を保ち続けており、そのため患者自身は、「からだはどこかから切り離されてしまった感じ」のような身体境界の変更（この場合は「削減」）を感じながらも、一方で、M4にあるように、「音」と一体化して外部とは遮断された孤立感や疎外感を伴うアンビバレントな感覚を経験していることがわかる。

もちろん、喘鳴や気管支狭窄音が発生するという事は、生理学的にいて中等度以上の発作状態に陥っているということであり、当然のことながら、呼吸苦などといった、「音」とは別の要素か因子として作用することも十分考えられる。が、しかし、「音」の役割について言及した対象者は症例②だけではなく、ほかにも2名が同様の点について言及している。

彼らの説明によると、呼吸に伴う喘鳴や気管支狭窄音は、自分の意思や行動とは関係なく気管や気管支から勝手に発するものであるため、自分のコントロールを超えた存在として、その部分の自律性をいやがおうでも主張してくるという（症例④⑤）。そして、その部分が「耳障りで大きな音」をたてて自律性を主張すればするほど、ますます「意識がそこに集中してきて（症状も）ひどくなる」し（症例④）、「自分では止められないと思知らされる」という（症例②）。

これらの言葉から確認できるのは、喘鳴や気管支狭窄音などの「音」の発生が、症状や、あるいは発作という現象自体を患者の身体感覚から乖離させ、自分の身体にある別の存在として自律性を主張して、身体の統合感を低下させているということである。上記のような結果は、少なくとも、「音」に触発される形で、身体への意識が過度に集中して不安感や症状が増したり、身体状況に対する自分自身のコントロール不能感が増して自己効力感が低下してしまう可能性にまで言及された言葉として、非常に示唆的であるといえよう。

もちろん、Y1やM4からもわかるように、このような現象の契機となった

異和感や異物感の知覚は、「発作で息が苦しいとき」に限定した感覚として、しかも部位としても局所に限定した感覚として語られている。そのため、これらが果たして喘息患者のボディイメージ全体に恒常的に浸透し定着するほどの影響力をもつものなのか否かについては、この調査だけで判断できない。けれども、発作が繰り返されるたびに喘息患者がこのような身体経験を繰り返していることは事実であり、それが本調査の対象者のように、10年、20年と引き続いて経験されるうちに、やがてはそのボディイメージとして浸透していく可能性も十分に考えられる。

そう考えれば、今後はこのような点に着目しつつ、喘息患者のボディイメージについて検討を行う必要がある。まずは、重症度や患者の年齢、罹患年数との関係も含めて、本報告での知見を喘息患者全体に一般化できるかどうかの調査を進めていくことが必要である。

文献

- 1) Price, B. (1994) : The asthma experience : altered body image and non-compliance, *Journal of Clinical Nursing*, 3, 139-145.
- 2) 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.
- 3) 江花昭一, 津久井要他 (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.
- 4) 鈴木秀雄 (1985) : イメージの病い——モデルとしてのぜんそく, 清水弘文堂.
- 5) 永田頌史 (1992) : 心身医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.
- 6) 藤崎郁 (1996) : ボディ・イメージ・アセスメント・ツールの開発, 日本

保健医療行動科学学会年報, 11, 178-199.

- 7) 藤崎郁 (2002) : ボディイメー・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学会年報, 17, 180-200.