

認定ヨーガ療法士会大阪ニュースレター 第 1 号**<ニュースレターの発行を記念して>****日本ヨーガ療法学会****理事長 木村慧心**

ニュースレター第 1 号発行、おめでとうございます。
日本ヨーガ療法学会が認定するヨーガ療法指導の専門
家集団である認定ヨーガ療法士たちも全国で千人近くの
人数になっています。

こうした認定ヨーガ療法士は極めて実践的な心身促進技法に通じていますので、本年 3 月 11 日に起きた東日本大震災に伴う諸々の社会事象の中にあっても、東北地方を中心に被災者の皆さんへのヨーガ療法ボランティアに活躍しています。ヨーガ療法は何も無い状況下にあっても意気消沈した人々の心身を十分に健やかに出来る伝統的ヨーガの智慧を伝えることができるからです。こうした大阪府在住の専門家集団のニュースレターが本日ここに、はじめて発行できましたことを心よりお喜び申し上げます。

本冊子を中心に認定ヨーガ療法士たちが互いの智慧を研鑽し合い社会貢献に励まれることを願って止みません。

<ニュースレターの発行にあたり>**認定ヨーガ療法士会大阪 幹事長 澤憲一**

平成 21 年 4 月に、認定ヨーガ療法士会大阪が発足後、無事に 3 年目を迎えることができました。会員の皆さまのご協力に厚く御礼申し上げます。

発足 1 年目は、手探りの状態で始まり、主だった活動は出来ずに終わってしまいました。2 年目に入り、本会の事業の一つであります「ヨーガ療法普及の為の事業」の一環としまして、府立精神医療センターや地域包括支援センターなどの公的機関へ働きかけるなど、少しずつヨーガ療法の普及に努めてまいりました。

もう一つの事業であります「会員相互の交流と研鑽と親睦の為の会合開催」につきましては、大阪府内の会員数が、全国で東京都、兵庫県に次いで 3 番目に多く、会員の方々の交流を図る機会が少なく苦慮しておりました。

そこで、会員の方々との交流と情報交換を図ることを目的に、この度、ニュースレターを発行する運びとなったものであります。本ニュースレターにつきましては、各地で行われた「研修会等の講義録」「認定ヨーガ療法士の自己紹介」「会員の方々からの情報提供」の 3 本柱で編集したいと考えております。特に「認定ヨーガ療法士の自己紹介」につきましては、各方面から寄せられる認定ヨーガ療法士の斡旋依頼に対応するためのデータとしても活用したいと思っておりますので、事務局からの掲載依頼がありましたら、会員の皆さまのご協力をお願いします。また、会員の皆さまからの情報提供も随時受け付けておりますので、情報があれば事務局までお寄せ下さい。今後とも認定ヨーガ療法士会大阪の活動に対しまして、ご支援、ご協力をよろしくお願い致します。

発行・お問い合わせ先（認定ヨーガ療法士会大阪 事務局）

〒533-0023 大阪市東淀川区東淡路 3-3-36 ふうや内観研修所内

電話：06-6323-7267 Fax：06-6325-8615 e-mail：info@fuya.jp

ホームページ <http://fuya.jp/y-osaka/>（こちらからニュースレターがダウンロード出来ます）

特集 ふうや内観研修所主催 内観懇話会

「不安感・抑うつ感の心理療法としてのヨーガ療法的対処

―現代心理療法とのコラボレーション―

講師：鎌田稔先生（臨床心理士）

どうも、鎌田です。よろしくお願ひいたします。今、ご紹介いただきましたように私は色々な経歴がありまして、大学院の修士課程が終わってから、天王寺の精神科クリニックに勤めたのです。そこで院長と合わずに胃潰瘍になりかけて、1年で辞めて、それでハタ・ヨーガの道に入ったわけです。

ハタ・ヨーガを始めて最初の一月月ぐらいは下痢がずっと続いていました。それは漢方と言いますと、瞑眩（めんげん）という反応で、ちようど毒素が出て行く感じでした。それが終わって一カ月したら、急に身体が軽くなりました。宙に浮けるのではないか！というぐらいの身体の軽さを感じまして、そこからヨーガにのめり込み始めたわけです。「これはいい！」という感じでした。

さて、本日の最初に基本講義をしておきたいと思ひます。「うつ病」ということが最近、テレビでよく聞きますが、「うつ」と言ひましたら皆、一つのうつと思ひがちなのですから、実は、うつには心理療法が効くものと、効かないものが当然ありますので、区別が必要です。また、もう一つ区別しておく必要の

ある大事な概念は、「心身症」の概念です。以前から、何でもかんでも「心身症」と言われているのですが、心身症と言ひますのは、スライドのように定義されているのです。

つまり、精神科の疾患名と心身症は違ひのですね。心身症というのは疾患の名前ではないのです。悪性腫瘍とか糖尿病とかの疾患の名前ではないですし、不安性障害というような名前ではなくて、疾患分類（病気の分類名）でもなく、心身症とは、病態（病気の発生機序）を指します。

ですから、精神科疾患の分類名の中に心身症はないのです。逆に、あらゆる疾患、癌であれ、めまいのメヌエル症候群であれ、色々な整形外科的な疾患であれ、全ての病気、疾患の中に心身症が見られるのです。その辺を分けておいていただきたいのです。

心身症というのは、「心理社会的因子」すなわち、心と社会とのつながりの中で身体症状が出てくる身体疾患の総称です。

続いて、「抑うつ感」の話に入ります。抑うつ感については、DSMという米国内科精神医学会の診断基準がござひます。

それから、ICDというWHO（世界保健機構）が出している診断基準があるのですけれども、日本の精神科の診断基準ではDSMを使うことが多いです。保険請求では、ICDが使われています。その中の「気分障害」という中に抑うつ感に関するものが入ります。この気分障害というのは「感情や欲動の障害を主症状とする障害」「うつ病及び躁うつ病を指す」ということです。クレペリンという大先生が、統合失調症（かつての精神分裂病）と躁鬱病を二大内因性精神病と位置づけました。「内因性」と言ひますのは、自分の持っている素因から生じるのです。すなわち、脳の体質や機能異常から生じる、身体の病気な

心身症と精神科疾患の違い

- ＊ 「心身症とは、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。」

日本心身医学会の心身症の定義（1991）

- ＊ 精神科疾患の中に心身症はない
- ＊ 逆に、あらゆる疾患の中に心身症は見られる

のです。簡単にいえば、心の病気ではなくて、身体の病気として、脳の病気なのです。昔は、「てんかん」もそこに入ってまして、三大内因性精神病と言われていたのですけれども、今は精神病とは全く言われません。今では、「てんかん」というのは精神科ではなく、神経内科で扱う、脳の神経の病気なのです。

「DSMにおいては、気分障害という大カテゴリーの中に、双極性気分障害と単極性気分障害として位置づけられている」。「双極性気分障害」と言いますのは、躁とうつ、アップとダウンがある病気という意味ですね。また、「単極性気分障害」という、うつだけを示す病気もあります。躁だけという人はいません。つまり、うつだけとか、躁とうつという二種類ですね。

「双極性障害」で、①I型双極性障害は、いわゆる典型的な躁うつ病です。この躁とうつの状態と言いますのは、これは「心の状態がどうか？」という前に、脳の状態の波によって勝手に出てくるのです。勝手に出て来るのがこのI型なのです。うつのときは、布団に入りまして一ヶ月間出てこないとかです。それから、躁のときは、以前、面接した患者さんだったら、日本橋に行きましてトラック三台分の電化製品を注文したり、ある女性患者さんは、自宅と勤務先との往復で毎日三万円

ぐらいのお惣菜を買って来て、全部腐らせるのです。脳が活性化しまくっていますので、買わないと気が済まないのです。そのような状態で毎日十萬円の服を注文していました。ある男性の方は散歩に行きますと、帰ってくる度に十萬円の鉢植えや盆栽を抱えて帰ってきました。

躁状態の人は通常、家計が破綻いたします。それぐらいのレベルです。そのみならず、市街地を百キロでぶっ飛ばしてきたりする患者さんもいました。あるアップダウンのある跨線橋をジャンプしてきはりましたからね（笑）。病院から帰る時も「運転する！」と言いますから、「あかん！」と主治医がドクターストップで鍵を取り上げたのですけれども、「大丈夫です！絶対に私は事故は起こしません」と言っていましたけれども、あれは危ないですよ（苦笑）。

もう一人の人は昔、天安門事件がありましたでしょ？会社の社長で演説好きの人でして、朝礼で話し始めると、三時間ぐらい止まらなない人なのですけれども、その時に「民主化のために、私は絶対に行って演説しなければ！」と言いました、実際に中華航空に申し込んだのですけれども、幸いなことに申し込んだ日に閉鎖されたのです。だから、危うく行かなかったのですが、ひよっとして二日ぐらい前だったらテレビに出ていたかもしれません。

躁状態の時と言いますのは、本当にやるのですよ。皆さんが思っている以上なのです。

でも、軽い躁うつ状態の方はおられます。それが②II型双極性障害と言います。もっと軽いのは③気分循環性障害です。

次に、「うつ病性障害」ですが、いわゆるうつ病と言いますのは①大うつ病性障害、と言いまして、心の病ではなく、脳の病気です。これは薬で調整します。薬に反応しやすく、スパスパと霧が晴れたように変わって行くことがよくあります。

うつ病性障害

- 大うつ病性障害・・・いわゆるうつ病。脳の病気で、軽度、中等度、重度に分けられる。
- 気分変調性障害・・・軽いうつ症状が2年以上続く（抑うつ神経症）
- 特定不能のうつ病性障害（DSM-IV-TRの試案では「抑うつ関連症候群」）
- 抑うつ関連症候群（DSM-IV-TRの試案）
 - 小うつ病性障害・・・症状の軽いうつ病（軽症うつ病）
 - 反復性短期抑うつ障害・・・短期のうつ状態が繰り返される（軽症うつ病）
 - 月経前不快気分障害・・・女性特有の生理的うつ状態
 - 一般身体疾患を示すことによる気分障害
- 特定不能の気分障害

です。薬に反応するタイプは元々の脳の障害といえます。心の病気ということで決できるものではなくて、これは精神科の中でバッチリと薬物療法によって治療されるべきものです。

②気分変調性障害と言いますのは、昔から抑うつ神経症と言われているものなのですけれども、これはどちらかと言いますと心の病なのです。心の状態で抑うつ感が全面に出てきます。これは後々、お話しすることになります。

④抑うつ関連症候群と言いますのが試案で出ているのですけれども、小うつ病性障害とか色々あります。女性の場合は、月経前不快気分障害や月経前症候群もこの中に入ります。

私達が心理療法を行なう上で、使いやすい分類は、「うつ病の病因別の分類」です。①内因性うつ病と言いますのは、脳から起こるものですので薬物療法が中心でして、症状が重いです。これは中々変わりませんので、とにかく薬物療法です。

②反応性うつ病と言いますのは、大きなストレスとなる出来事が原因で起こるうつ病です。「これはどちらかと言いますと、「適応障害」という分類の中にも見られるものです。」

要するに、上司とうまくいかないとか、家庭の不和、失業というときに抑うつ状態が出て参ります。そのような時、脳も疲弊します。抑うつ状態改善のために、セロトニンの状態を安定させて行くという形でSSRI（抗うつ作用のある薬）が最近によく使われています。この場合は、心理療法が必要になることが多いでしょう。

ところで、巷に見られる「心療内科」の八割は「精神科」です。私のいるような心療内科は、内科から出てきた本来の心療内科なのです。一般社会で、「精神科」と言いましたら響きが良くないので、「心療内科」という言葉を使っている場合が多く、八割方は「精神科」でして、標榜だけ「心療内科」なのです。「メンタルクリニック」が入っているのは、精神科です。この二つは大分、毛色が違います。神経症クラスは我々の心療内科でも扱うのですが、内因性の重度のうつ病や重度の躁うつ病は、先程の精神科でないと行動が激しいので扱いにくいと思います。

統合失調症は、心療内科では本来扱わないでしょう。心療内科は元々、内科なわけですからね。ですから、「心療内科」となっています。でも、精神科か？心療内科？どちらなのだろうか？ということがよくあります。

うつ病の病因別の分類

- 内因性うつ病・・・脳の体質から生じる典型的で、症状が重いうつ病（薬物療法が中心）
- 反応性うつ病・・・大きなストレスとなる出来事が原因で起こるうつ病（薬と心理療法）
- 身体因性うつ病・・・体の病気が原因で起こるうつ病（原疾患の治療、抗うつ剤、心理療法）
- 神経症性うつ病・・・心理的な要因（性格など）が原因のうつ病（抑うつ神経症、薬に反応しにくく、心理療法が中心）

とにかく、精神科は統合失調症など、脳の病気を扱うことが多いです。だけど、神経症や人格障害等もそうできて、症状が重いのは精神科の方がよく扱ってくれています。

話を戻しまして、次は、③身体因性うつ病です。これは糖尿病とか本来の身体の病気がありまして、そこから抑うつ感が全面に出てくるというタイプですね。だから、この身体因性うつ病は誰でもなる可能性があります。

そして、④神経症性うつ病です。これが心理療法の中核のターゲットです。昔からの「抑うつ神経症」というものでして、性格的な心理的要因が大きく絡んでいまして、これは薬に反応しにくいのです。だから、薬を使ってもあまり反応しないようなうつ病です。これが実は今、多いのです。最近では「非定形うつ病」「新型うつ病」とか言われますけれども、心理療法家から見ますと「これは抑うつ神経症ですよ。そりゃ薬は効きませんわ」と、いつも思っています。

ただ、精神科の八割から九割近い医師は心理療法に対してどちらかというと否定的です。ほとんどの精神科では、薬物療法が中心になります。ですので、心理療法との相性が良いのは本来の心療内科です。

「非定形うつ病」と言いますのは最近、新聞等でもよく出ていますので、その特徴を見ておきましょう。

①非定形うつ病は、定型うつ病とは症状の現れ方が違う上に、対処の仕方も異なる。定型うつ病と言いますのは先程言いました脳から起こる病気でして、非定形うつ病というのは神経症的なうつ病で、抑うつ神経症的なタイプです。脳の病気というよりは心の病気といえるでしょう。②二十〜三十代に多いのが特徴です。

それから、定型うつ病との違いということですが、①何か楽しいこと、望ましいことがあると、気分がよくなる。内因性のうつ病の人はほとんどそんなことはありません。楽しさとかは全部無くなって行くに等しいので、「何か楽しいことやりませんか？」と言われてもやる気無しです。「寝ている方がいい」という方向に行きます。

③睡眠障害は過眠傾向や入眠困難。定型うつ病の人は逆でして、寝るのはいいのですけれども、早朝覚醒というのが通常出てきます。朝の三、四時に目が覚めて眠れない。脳から起こるうつ病の人達は早朝覚醒が多いのです。定型と非定形のうつ病の大きな違いはこの三つぐらいでしょうか。

④過食傾向になる。内因性のうつ病の人はほとんど食べられないです。逆ですね。

⑤イライラして落ち着かない。これは定型の人にも見られますね。

⑥他人の顔色をうかがう性格傾向が強い。これが非定形の特徴的な所です。人の目を気にするのはですね。定型のうつ病の人達は自罰的なので、人の目よりも自分ができているか？できていないか？という方向にすごく意識がありまして、「私が駄目なのだ」「私がつとやったらいいのに」というように考えるのです。非定形のうつ病の人達は逆で、他罰的になり、「周りが悪い」「会社のせいだ」と他罰傾向が強くなってくるのですね。

定形鬱病との相違点

- 何か楽しいこと、望ましいことがあると、気分がよくなる。
- 夕方になると調子が悪くなる。
- 睡眠障害は過眠傾向や入眠困難。
- 過食傾向になる。
- イライラして落ち着かない。
- 他人の顔色をうかがう性格傾向が強い。

非定形うつ病の対処

- 治療の主体は薬物療法だが、それに加えて生活習慣の改善、**心理療法などを行う必要**がある。
- 気分の不安定さを解決するために何かに**依存**し、罪悪感から**自傷行為**に走ることが多い。
- 心理療法等で他の対処法を見つけることが必要になる。**薬だけでは改善が困難**。
- 非定型鬱病は生活のリズムのずれが原因のひとつになっている。**ただ漫然と休むだけではなく、生活のリズムを整えながら、毎日何かの目的をもって生活していくことが治療への近道となる。**

そして、「非定形うつ病の対処」です。
①治療の主体は薬物療法だが、それに加えて生活習慣の改善、心理療法などを行う必要があります。

②気分不安定さを解決するために何かに依存し、罪悪感から自傷行為に走ることが多い。依存ということは多いですね。それから自傷行為です。罪悪感から生じているかは色々あるかもしれないですね。

③心理療法等で他の対処法を見つけることが必要になる。薬だけでは改善が困難。

心理療法が必要であるというのが非定形うつ病の特徴ですが、定型うつ病の方も考え方がとても生真面目なことで、自分自身を責めるということについてはかなり見られますので、その部分では認知療法が勧められています。

しかし、定型うつ病の人はやはり薬物療法が中心になります。逆に、非定形うつ病の神経症的な人達は心理療法をやらない限りはほとんど変わらないのではないかと心理療法家としては思います。

そして最後になりますが、④非定型鬱病は生活のリズムのずれが原因のひとつになっている。ただ漫然と休むだけではなく、生活のリズムを整えながら、毎日何かの目的をもって生活していくことが治療への近道となる。

定形の人たちは、脳の疲弊状態がありますので、脳を休ませてあげることが必要です。しかし、非定形の人たちは、休んでいると、それによって、どんどん生活習慣が乱れていき、ゲームやネットにのめりこんだりすることが多く見られます。ですので、非定形の人たちは、ある程度休んだら、働きに出て、リズムを整えることが有効になることがよくあります。

次に「うつ病への心理療法」についてです。

①薬物療法は必須。これはそうですが次です。②抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、③抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、④抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑤抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑥抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑦抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑧抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑨抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑩抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑪抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑫抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑬抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑭抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑮抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑯抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑰抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑱抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑲抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、⑳抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉑抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉒抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉓抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉔抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉕抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉖抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉗抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉘抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉙抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉚抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉛抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉜抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉝抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉞抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㉟抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊱抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊲抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊳抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊴抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊵抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊶抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊷抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊸抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊹抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊺抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊻抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊼抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊽抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊾抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、㊿抑うつ感を作り出すものの見方、考え方、

ただ、保険適用になりましたけれども、先日NHKの特集でやっていました。これを本気でやろうとしますと全部のプログラムを作って提出しないと行けないですし、毎回一人につき三十分から一時間ぐらい必要です。今の精神科医がそれをやる時間は全くありません。そりゃそうですね、一日に百人ぐらい患者さんが来られますので、一人に一時間の心理療法をやりましたら、一日八時間やりまして八人しかできないです。ほとんど収入がないに等しいでしょう。そのような意味で、一般の精神科では心理療法はほとんどできないです。取り入れている精神科は全国の二、八%と言っておりましたから、認知療法を精神科で受けるというのはまず不可能です。というところで結局、一般の心理療法家のところに自費で受けないと仕方ないという

話になるわけですが、なぜ自費かというところ、これは心理士の国家資格の問題があるので、保険適用できないのです。

③行動面の改善も必要。認知行動療法。認知行動療法というのは色々なプログラムがあるので、そのようなものを総称して「認知行動療法」と言われています。本来は「行動療法」という条件反射の世界を作り出していく心理療法だったので、そこに「認知（考え方）」を取り込むようになってきたわけです。ヨーガ療法も範疇としましては、認知行動療法の中に無理やり入れますと入るかもしれませんが、純粋に「ヨーガ療法」認知行動療法と言えませんか？」と言いますと難しい面がかなりあります。

なぜか？と言いますと、後でも説明しますがヨーガ療法の「人間五蔵説」の「歓喜輪」は無意識層の記憶も想定していると考えます。しかし、認知療法は無意識層は否定していません。その意味で、認知行動療法の中にヨーガ療法は純粋には含まれないと思います。しかし、意識レベルでの思考や認知という考え方の部分にアプローチするという点では幅広く考えると認知行動療法の中に何とか入るかなという気が致します。

ヨーガ療法は認知の部分と、深層心理的な記憶の部分も触っていますので、その辺がこ

うつ病への心理療法

- 薬物療法は必須。
- 抑うつ感を作り出すものの見方、考え方にアプローチする認知療法の効果が実証されている。
- 行動面の改善も必要。認知行動療法
- 傾聴のみのカウンセリング、精神分析的アプローチは困難。
- 身体症状へのアプローチも重要であり、心身両面に対応するヨーガ療法は最適。

の認知行動療法とは合わないかなと思っております。

④傾聴のみのカウンセリング、精神分析的アプローチは困難。うつ病に対して傾聴のみのロジャー・ス風のカウンセリングとか、精神的な過去の外傷体験をずっと見て行くアプローチは実用上あまり宜しくないと考えます。個人的には、不向きと考えます。基本的にネガティブに考える方々が、傾聴されると、さらにネガティブな方向に話していく

ことになりまして、自罰傾向が強まっていく可能性が高いでしょう。外傷体験の分析を行なっていけば行くほど、自罰傾向が強まるかもしれません。そこからの脱却を目指したいわけです。むしろヨーガ療法のように、心身両面へのアプローチをとるヨーガ療法の方が、とても適していると私は実感しております。

ですので、最近の私の臨床は八割方はヨーガ療法です。身体的な面を吹っ飛ばして、どうしても認知的な部分だけ、コミュニケーションだけというような場合もありますけれども、私の場合、そちらのアプローチは少なくなってきました。と言いますか、身体症状を全面に出している患者さんらに対応してく心療内科では、心身両面のセルフコントロール法であるヨーガ療法の方が特に利用しやすいことを実感しています。

（次号「不安障害について」に続きます）

◆講師プロフィール 鎌田稔先生◆

臨床心理士。精神保健福祉士。日本心身医学会近畿地区代議員。一九九四年博士（学術）号取得。ヨীগとの出会いは、二十七歳時。沖ヨガの系列で学び、以後、心療内科にてハタ・ヨガのグループ療法を開催。二〇〇七年に木村慧心先生と出会い、ヨーガ療法にのめり込む。以後、クリニック内のグループをヨーガ療法グループに全面改定し、今日に至る。

◇認定ヨーガ療法士ご紹介◇

西本和子 先生

（和ヨーガ&ヨーガセラピー）



ニュースレターでは認定ヨーガ療法士会大阪に所属されている認定ヨーガ療法士の方をご紹介させていただきます。

今月は日本ヨーガ療法学会の理事であり、認定ヨーガ療法士会大阪の監査でもあります西本和子先生です。西本先生は一九七八年、ヨーガに入門されました。八〇年にヨーガ講師になられ、九〇年にヨーガ・インストラクターズ・コース（YICC）卒業、九五年には日本マタニティ・ヨーガ指導者に認定された後、二〇〇三年にヨーガセラピスト・コース（YTIIC）を卒業されました。

現在は日本ヨーガ療法学会認定ヨーガ療法士、日本マタニティ・ヨーガ協会インストラクターとして、和ヨーガ&ヨーガセラピーを主宰しております。

33年前、はじめて10回コースのヨーガクラスに参加しました。2・3回のレッスンで、これは一生行うものだと感じました。一生続けて行うには相当しつかり勉強をしなければ自分一人でヨーガをすることは難しいと思いました。

そんな時、先生に『教室を手伝ってくれないか?』と言われました。もともと、人の前で話すなどと言うことの苦手な私は、ちよつ

と躊躇しました。でも、お人に理解していただけるよう伝えるには、自分自身がきちんと理解していないと伝えられない。指導すると言うことは、よりいっそう深い勉強になると思ひ、ヨーガ教室のお手伝いを引き受けることにしました。その後、自分は指導者として向いていないのではないかと何度も壁にぶち当たりました。しかし、ヨーガの勉強をすればするほど、ヨーガの体操、呼吸法、瞑想、ヨーガの考え方とヨーガの良さにどんどん惚れ込んで行きました。89年から2年間ヨーガセラピーの講座をインドのヴィヴェーク・ケンドラ（VYASA）のスリーナム先生から受講しました。講習も終わり、最後の症例作りを、と思ったそんな時、サリン事件が起こりました。「これは、あかんわ!」と気持ちがプツツンと切れてしまいました。

その後、木村先生の日本語によるYICCの講座がヨーガ・ニケタン関西支部で始まり、聴講しました。そこでは、毎回宿題としてテーマが与えられ、それに対して自分の体験から、自分自身の心の奥底にあるものを分析し、レポートとして提出する。この作業は自分自身を見直すことができ、自分でも気づかなかった、本来の自分を知ることができ、自己成長につながると思ひ、新たにYICC、YTIICを受講し直し、大阪第1期YTIICを卒業しました。そしてヨーガ療法士としてヨーガ教室を続けています。人生において、大変な出来事に遭遇した時、その都度、ヨーガに出会い、ヨーガを続けて来てよかったと思ひ

ます。こんなに素晴らしい体系のヨーガ療法を一人でも多くの方に知って頂きたく、日々努力したいと思ひています。一人でも多くの方の人生のクオリティ・アップにつながることを願っています。今年の一月のカレンダーの言葉に「生涯修行。臨終停年。」とありました。正しくこれだと思ひました。私の生涯の目標は、微笑んで、『皆さんありがとう!』と言って、逝けるような、穏やかで、強い精神を養いたいと思ひています。

西本和子先生、ありがとうございました。

◇西本和子先生 開催ヨーガ教室のご案内◇

大阪市立 阿倍野市民学習センター

月・木 10:00~12:00 月4回

大阪市立城東区民ホール

(3月・9月申し込み)

10:00~12:00

13:00~15:00

大阪市平野区喜連瓜破

浜田病院マタニティ・ヨーガ

金 10:30~12:00

連絡先: 090-3033-0486

k.n_rama91521devi@ezweb.ne.jp

