

摂食障害の特徴と治療の工夫

——治療者へのヒアリング調査より——¹⁾

石郷岡 愛

1. はじめに

摂食障害 (eating disorders : ED) は、その言葉が意味する内容「食物をとることが普通にできない、障害されている」ことだけではなく、気分・対人関係・社会適応などその人の生活全般にわたり問題が生じたり、あるいは身体的合併症を伴う場合もしばしばあり、「人生障害」(鈴木, 2013) と呼ばれるほど深刻な疾患である。それにもかかわらず、日本の社会的・医療的対策は非常に乏しい状況に置かれている。

EDの人たちの心を蝕むものは一体何か。こうした症状を通してかれらは何を訴えたいのか。どうしたらかれらを援助することができるのか。筆者にはそんな問いが生まれた。本研究では、まずEDについて概観する。次に、EDの治療者10人を対象にヒアリング調査を実施する。そして、EDの病理構造の理解を深め、有効な治療は何かということ考察していきたい。

2. 問題と目的

本研究は、EDの複雑な病理性を理解し、そこに潜む原因や背景は何かということと、EDにどのようなアプローチが有効なのかを検討することを目的とする。

3. 摂食障害の概念

EDは通常、主に神経性やせ症 (anorexia nervosa : AN) と神経性過食症 (bulimia nervosa : BN) を包含したものをいうが、非定型なもの (Eating disorder not otherwise specified : EDNOS) まで含めると多種多様な臨床症状を示す。2013年に改訂されたDSM-5では、EDNOSの一つとして述べられていた、BNのうち嘔吐や下剤乱用など排出行為が認められないものを過食性障害 (binge eating disorder : BED) として独立させ、「幼児期または小児期早期の哺育」も含めた、食行動障害および摂食障害群 (feeding and eating disorders) というあらたな診断カテゴリーになった (和田・福居, 2014)。

EDにみられるもっとも基本的な症候は、体重についての過度のこだわりと、体重や体

1) 本論文は、筆者が大阪経済大学人間科学研究科に提出した修士論文の一部を加筆、修正したものである。

型の自己評価への過剰な影響と認知の歪みである。そしてやせや食行動異常をきたす器質的な疾患を認めない病態である（久保・河合，2010）。ANは身体像の障害，強いやせ願望や肥満恐怖などのため不食や摂食制限をきたす結果，著しいやせと種々の精神身体症状を生じる症候群である。一方，BNは体重が正常範囲内で，強迫的に多量の食物を摂取し続け，自制困難な過食のエピソードを繰り返しては，嘔吐や下剤の乱用ならびに極端な摂食制限により体重増加を防ぐという症候群である。一方，BNは体重が正常範囲内で，強迫的に多量の食物を摂取し続け，自制困難な過食のエピソードを繰り返しては，嘔吐や下剤の乱用ならびに極端な摂食制限により体重増加を防ぐという症候群である。

4. 摂食障害の歴史

① AN（神経性やせ症）

1689年のMortonの報告、『消耗病（Phthisisologia）』から始まる。日本では，江戸時代の香川修徳「不食病」または「神仙勞」（大塚，1955）が最初とされている。1874年にGullがanorexia nervosaと命名。1930年代まで，ANはシモンズ病²⁾と混同されていた。1940年代に入って両者は明確に区別されるようになり（切池，2003），1970年代になると日本において摂食障害が問題になり始めた。

② BN（神経性過食症）

1950年代頃から過食と肥満症との関連で研究が始まる。1977年にNogamiらが，過食しては嘔吐や下剤を使う患者群を，ANの一表現型と考えられると指摘した。その後，英国のRussell（1979）がbulimia nervosaと命名。1994年にはDSM-IVの診断基準でANとBNが明確に区別された（切池，2010）。

5. 調査方法

摂食障害の患者の治療を経験したことのある治療者10名（臨床心理士7名，精神科医3名）を対象に，ヒアリング調査を行った。

① 手続き

摂食障害の特徴や治療について，基本的な質問を交えながら1人ずつ半構造化面接の形で語ってもらった。

実施期間：2014年5月10日～8月27日

時間：60分～120分

場所：協力者の職場（先方の都合で，喫茶店で行った場合もある）

記録：ヒアリング内容をICレコーダーにて録音し，逐語記録を作成。

2) 下垂体の病気。新陳代謝が低下し，著しく痩せる。

② 質問内容

- ・ 年齢，臨床歴，主な臨床現場，摂食障害の治療患者数
- ・ 治療法（アプローチ）
- ・ 改善率とその理由
- ・ 摂食障害の治療におけるカウンセリングの役割
- ・ 摂食障害の治療のどういうところに難しさがあるか
- ・ 摂食障害の人の特徴
- ・ 考えられる病因
- ・ 時代に伴いどういった病態の変化があるか
- ・ 摂食障害の治療にあたっての今後の課題

6. 結果と考察

10人の協力者の語りを基に結果をまとめ、考察していきたい。以下の表は、協力者の基本情報である。

表 ヒアリングの協力者基本情報

名前，年齢，性別	資格	臨床歴 (ED治療歴)	主な臨床現場	EDの治療患者数	治療法
A先生 (30代，女性)	臨床心理士	14(9)年	総合病院児童青年精神科	3人（心理検査や集団精神療法の患者を含むと20人以上）	精神分析
B先生 (40代，女性)	臨床心理士	24(10)年	単科の精神病院 レディスメンタルクリニック	約30人	精神分析
C先生 (60代，女性)	臨床心理士	47(30)年	総合病院精神科	約10人	精神分析
D先生 (30代，女性)	臨床心理士	13(8)年	大学病院	10人以上	精神分析
E先生 (50代，女性)	臨床心理士	9(4)年	婦人科 心療内科	約20人	折衷
F先生 (50代，女性)	臨床心理士	29(23)年	心療内科クリニック 精神科クリニック 市民病院小児科 発達支援専門家チーム	約30人	ベースは来談者中心療法だが，現場によってアプローチが変わってくる
G先生 (50代，女性)	臨床心理士	20(20)年	心療内科 開業グループ 企業の相談室 スクールカウンセラー	10人以上	ベースは精神分析だが，現場や患者によってアプローチが変わる
H先生 (30代，女性)	精神科医	7(7)年	大学病院 総合病院	30人以上	「行動療法しながら話を聴く」
I先生 (40代，男性)	精神科医	23(23)年	大学病院 総合病院	約220人	体重管理にCBT+ α で力動的 精神療法
J先生 (60代，男性)	精神科医・ 臨床心理士	精神科医40年， 臨床25年	クリニック（開業）	300人以上	「総合療法」

① 摂食障害の病因と病態の変化

心理学の分野における、EDに関する実証的研究では、主としてEDの発症に関わる研究が行われてきた。EDは、心理社会的、生理的、さらには家庭・社会・文化的要因など、非常に多くの要因を含んでおり、多面的な見方が不可欠である（奥田・岡本，2005）。中井（1999）によれば、EDの要因は大きく、器質的な問題などの準備因子と、いわゆるダイエットやストレスなどの誘発因子に大別される。そして、EDは準備因子のあるところに誘発因子が加わって成立し、一旦成立すると身体面、心理面、行動面に二次的な変化が起こり、これらが持続因子となって継続するとした。準備因子に関してはさらに、社会・文化的な要因、環境的要因、個人的要因の三つに分けることができるものと考えられている。そこで、この三つの要因をそれぞれ検討したい。

(1) 社会的・文化的要因

数ある要因のうちの一つとして、社会的、文化的な要因を無視できないと考える協力者は多かった。以下、協力者の語りである。

B先生

“ダイエットとか社会的な風潮ももちろんあると思います。”

C先生

“やっぱり高度成長期以降じゃないかな、EDが目立ち出したのは。”

E先生

“みんな痩せたいと思ってる、特に若い女性は。よく言うのは「モデルさんみたいに細くになりたい」って、170センチあって50キロないって、言うたらおかしいんだけど（笑）、そういうのが世の中でよしとされてるのは問題やろうなと思います。”

J先生

“痩せ志向、社会志向ですね、これは根深いんですよ。元々人間が持っていたものがありましてね。中世の西洋で聖女カタリーナっていう子がいてね、猛烈な痩せ志向で、シスターなんか痩せることが神への愛だ、太ることは罪悪だって。飽食の罪っていうのがあってね、ブリュエゲンの。七つの大罪の。痩せることの罪って書いてない。要するに痩せることは苦行であり、神聖な儀式。そういう根深いものがまたマスコミの形で出てきてるけど。”

EDの文化的背景に、痩せた身体がもてはやされる時代があることは確かであると鈴木（2010）は述べており、ほとんどの協力者もそれを認めた。発展途上国には少なく、欧米や日本には多いことと、日本は終戦直後の食物が乏しかった時代にはEDは存在していなかったことから、高宮（2010）は、EDは文化結合症候群や文化変化症候群の範疇に入ると述べている。また、富澤（2011）は、昨今の女性誌を例に「美味しいものを食べる。しかし痩せている」というメッセージを発する、「文化の圧力」と現代の風潮を表現している。しかし、協力者の語りからも、人間には元々根深い痩せ志向があるということが示唆

された。他にも、時代に伴うライフスタイルの多様性という変化が見られ、それは男女限らず考えられることが推察された。

(2) 環境的要因

環境的要因で挙げられるのは、多くが家庭環境の問題である。Winnicottによれば、あらゆる精神障害は「環境の失敗によって生じる」とされている。すべての協力者が、EDと家族の問題は関係すると語った。以下、協力者の語りである。

A先生

“人それぞれでしたけどね、多いのはお母さんと密着している。お母さん自体が子離れできていないとかね。自分と子どもの区別ができていなくて。そういう人もいましたし、別のケースではどうしてもその母子が合わなくて、お母さんが心理的に拒否するから本人がしがみつかざるを得ないというか。お母さんが自分を受け入れてくれないのをどっかで感じるから執着するとか。なんとなく、お父さんよりもお母さんとのテーマが多かったですね。それは私の経験だけなんですけど、何となく、お父さん影薄い、みたいな。いい人だし、仲悪くないけど、悪い人もいましたけど、影薄いなあってのは思いましたね。”

C先生

“家族の病理っていうのが強いんじゃないかと思う。家族の問題だぞって突きつけてるわけでしょ、IP (Identified Patient) は。そんなの、口で言ってもどうこうなる病理じゃないので、本当に自分の命突きつけて、問題だと思わない人たちに迫ってるんじゃないかなって思うけど。”

“私の思い出す患者さんはね、とにかく父親と母親の関係がとっても奇妙だったね。今思い出してる患者さん2人とも女性なんですけど。で、1組は、父親が患者さんとかつついていて母親を除け者になっている、そういう家族の病理があるのね。もう1組の両親はものすごい母親が父親の言いなりになる人で、その人が除け者にされてるのね。で、それぞれが摂食障害、どちらも10年くらい、濃厚な心理療法をせざるを得なかったんだけど、精神科入院歴もあるし自殺企図もあるし、すごくへとへとになる治療だった。”

D先生

“表向きの風潮としてはあまりそこだけに焦点を当て過ぎないとか、決して親子関係でなるのではないとかの教育はなされてますけど、実際まあでもやっぱり臨床的に関わっていると、正直あんまりハッキリしないケースもありますけど、かなり（親子関係が）関わっているケースも少なくないなと思いますよね。よく言われてる、過干渉でコントロールする母親像っていうのは昔からありますけど、コントロールっていうのはすごくあると思いますね。娘に対して支配的というか、それはその通りかなって。あと密着してたりとかね、分離の問題。子どもも思春期の問題で、母親と離れがたいところもあるし、親も子を手放せないというか。特に私がいたところは小児科、なので9歳で発症とか、そういう場合は精神科のDrと小児科のDrが連携して治療にあたってたんですけど、それくらいの前思春期の子のケースは割合母子の密着が高まっているのは多かったなという印象はあります”

ね。子どもが成長せずに赤ちゃんとして留まろうとするし、親の方も成長を促進するためじゃなくてずっと赤ちゃんとして扱って、食事に手がかかってずっと付きっきりで、母親もそれを容認してるんですよね。密着するにはそれなりに理由があるんですよね。母親個人に分離不安の問題があるか、夫との関係が悪かったりとか、家族によってまちまちですね。思い出せば、父親が治療に積極的で、母親が排除されてる家もありましたね。「母親は役立たずだから僕がやります」って言ってしゃしゃり出てきて、母親は排除されて、そこはある意味性的な、エディプス的なニュアンスがある、娘も父親に密着して、ってケースもありましたね。家族だけには集約できないけど、家族の在り方っていうのが、年齢が低ければ低いほど、治療者の視点として家族のコミュニケーションとか、関係性っていうところからも一応理解しておくっていうのが重要なのかなって思いますね。”

G先生

“仮説としてはほぼ、その人の中に母親が内在していない感じがあるのよね。だって自分のこと養えないだもんね。それはみんな多少あるけれど、だけど節度があるじゃない。それは自分の中の母性が「それ以上はあかん」って言ってくれたりとか、たとえば多少太っても「仕方ないね」って言ってくれるわけじゃん。それが足りてないわけでしょ、すごく苛烈な、追い詰める母親しかいないわけだから、「何言ってるの」って言われて崩れていくわけだから、自分の中で責めてるのを緩和させるのと、その人の中に母親を再構築してもらうのは大事かもしれない。すごいひどい母親もいるし、とても優しい母親もいるので、その人の中にどんな母親があったかっていうのが問題かもね。”

I先生

“自己の問題っていうのがその母子関係に関わってくると思う。ただね、必ずしも親がこうだったからこうになってしまうとは言えないと思う。少なくとも本人の中でそういう対象関係があったっていうだけで、それは別に親が悪くなくたって起こりうるんだろうなと思いますけど。で、なぜかっていうと元々親子関係っていうのは言われたわけじゃないですか、親が過保護で過干渉で、ある意味親のルールに乗ってきたっていう感じのこと言われてたけど、今の摂食障害はそうじゃない人がいっぱいいるわけだよ。どっちかというところネグレクト系が多いし、親が子どもに迎合する系も多いというか、親が支配するケースは逆に少ないので、必ずしも支配・被支配の関係とも言えないんじゃないかなと思いますけどね。昔は食を巡って親子のストラグルがあってってあったけど、今はないもんね。親が簡単に屈するというか、放置する？ 見て見ぬふりをするっていうのが多いもんね。親子の問題には違いないんでしょうけど、それが親の問題かどうかですよね。自己感のなさイコール親が過保護で過干渉だからとも言えなくなったというかさ。”

“(父親との関係について) わかんないですね。昔は不在の父というかさ、仕事中心で家庭的ではなく無関心って言われたじゃないですか。今父親が母親の代わりに連れてくるケース多いからね。むしろ母親が仕事休まず1回も来ないっていうかさ、父親が母親代わり。考えられないよね、父親が生理の話を知ってるとかさ、だからまさに母親代わり。だから時代の変化だから、むしろ父親が過保護過干渉というかさ。そういうケースはあるよ。”

協力者の多くが、母親との関係性を指摘した。G先生が「関係を見ようとするのは女。(中略)男は(母親から)離脱できてなんぼだけど、女の子は離脱ではなく次の関係を考えるので、そりゃあまあ、母娘関係が根本にあるのはそうだと思う」と述べるように、母親との関係をこじらせるのは、どちらかといえば娘に多い(海原, 2008)。

EDを乳幼児期の母親との関係に起因とする説はいくつかある。Bruch(1978)は、EDの本質を自我同一性の葛藤ととらえ、その原因を発達初期における母子相互コミュニケーションによる身体感覚学習の失敗だとし、いち早くEDを体系的に論じた。ED特有の、食べ物に対する矛盾した行動は、「母親に対する矛盾した感情に由来し、それが母親を表す象徴つまり食べ物に転移される」とFreud, A.(1946)によって示唆されている。EDにおいて、乳幼児期の食事場面は重要な意味を持つ。親が子どもに食べ物を食べさせるとき、単に身体に栄養を与えるということ以外に、実に多くのことが行われている。栄養を与えるということ自体、生理的な意味だけではなく、心理的な意味も持っているのだ。井原(2006)はこれを、「心理的栄養」と表現し、食物が初期の対象関係を象徴すると述べている。つまり、食べるという行動はその場面の持つ意味と組み合わせられ、伝え合うもの(言語)としての意味を付与されていくのである。しかし、養育者側の応答が不適切である場合、たとえばそのまま放ったらかしにするとか、逆に気を使いすぎて、少し泣いただけでもすぐに食べ物を与えてしまうなどのずれが繰り返されると、乳児は自分が空腹なのか満腹なのか、あるいはそのほかの要因からくる不快感なのかといった自己の内部感覚を学習していくことが妨げられてしまう。こうした場合、Bion(1962)によって記述された「コンテイナー—コンテインド」関係の失敗が観察され、それは、母親のイメージの内在化の過程を困難にしてしまうことを意味する。そしてこれは、発達のあらゆる側面で悪影響を及ぼすとされている(下坂, 1999)。この「コンテイナー—コンテインド」の関係は重要で、Williams(1977)は、一部の患者、中でもANについては、乳児期に乳児自身の不安が母親によって包容されず、その代わりに未消化な形(「名づけようのない恐怖」(Bion, 1962))で押し戻されるだけでなく、母親自身の不安の一部が乳児に投影された可能性を示唆している。したがって、そこにはコンテイナー—コンテインド関係の逆転が存在する。つまり、包容される代わりに、結局、乳児は母親の投影を受け取ることになる。子どもは、母親から栄養を取り入れることを拒否することによって、そのような投影から、自分自身を守ろうとするかもしれない。そのような投影を子どもは消化する手段を持っていないのである。Williams(1977)は、これらの患者が「進入禁止型の防衛システム(no-entry system)」という防衛を発達させると述べている。これらのケースでは、精神的に、そして情緒的に母親から栄養を「取り入れる」過程が損なわれている。よい対象の安定した内在化が存在しないのである。よい対象の安定した内在化は、母親への子どもの健康的な依存を発達させ、母親から分離する能力を後で発達させるのに不可欠なものであり、そうして徐々に分離の感覚や自身の同一性の感覚を獲得していくのであるが、それが十分でないのである。

母子の密着が見られる関係性には、「娘を別の人格として受け入れづらく子どもと一体

化してしまい、自分の分身であり他人である娘を愛すると同時に、その自立を許し難く思い無意識的に阻もうとする」(海原, 2008) 母親の在り方が考えられる。こうした母娘の一体化した関係は、B先生の「食べ物と一体化するような世界なので、対象との距離が取れないところがある」という言葉と繋がる場所があり、しばしば治療者との関係にも転移されてくる。ゆえによく言われる、境界性人格障害とEDとの共通点というものを発見できるのではないかと推察される。

母親との関係に焦点が当てられがちなのだが、中村(1997)は、「母子関係偏重の是正と父子関係への注目」を主張しており、子どもを取り巻く養育環境は決して母親のパーソナリティのみではないとしている。この主張はもっともであり、父親という第三の対象のためのスペースが生み出されたとき、初めてそうしたスペースに取って代わっていたEDの症状が必要とされなくなるとされている(Mondadori, 2009)。それでは父親との関係はどうなっているのだろうか。母親関係に比べると父親関係の研究は非常に少ない印象だが、石川ら(1960)は、EDの発病の背景として父親の指導性の欠如、母親の神経症的傾向と患者に対する過干渉を取り上げ、心理学的な意味において、母権が勝った家庭が多いことを指摘した。また、下坂(1961)は摂食障害の患者の父親は家庭内での振る舞い方において、無力で権威に乏しいタイプと専制的で家庭的ではないタイプの2つに分けられるが、患者に対してはどちらのタイプも放任的であるということ、その一方、母親は患者に対して支配的であるということを報告した。前川(2005)によると、「体型に関する指摘」を経験した程度が同じ場合に、より「父親による過干渉傾向」を強く受けたほうが、「体型不満」の低さを予測することが示唆された。つまり、子どものプライバシーを侵害したり、子どもを自分の言いなりにコントロールしようとしたりする過干渉な養育行動が父親からなされることは本来であればあまり望ましくないのだが、人から太っていると言われた経験がある、あるいは家族内に痩せようとしている人がいるという状況がある場合には、子どもが抱く「体型不満」を高めない効果を持つ可能性を示している。子どもが社会的な場面でネガティブな経験をしたり、リスクを負うような状況にさらされていたりする場合には、一般的には過保護で過干渉な父親の養育行動は、関連する不適応な結果を中和させるような働きがあるのかもしれないと前川(2005)は述べている。これは、ヒアリングでの協力者の語りと合致するところとしないところがある。A先生の言うところの「影薄い」父親は、患者にとって「放任的」であり、父親機能が正常に働いていないことを意味するが、C先生、D先生、I先生は「母親を排除し、父親が患者と密着する関係」、言わば父と母の逆転現象を指摘している。これは近年の傾向なのかもしれない。考えられる理由として、一つには女性の社会進出が挙げられる。男は外で働き、女は家で家事育児をするという画一的な価値観が崩れた社会を背景に、男は家の中に、女は外に目を向けるようになったためなのかもしれない。病態が多様化するに伴い、家族も多様化し、そういった父子の密着した関係が目立つようになってきたとも言えるだろう。筆者は、父親の養育活動への参加にはもちろん賛成だが、過保護で過干渉な父親の養育行動は関連する不適応な結果を中和させるような働きがあるという見解には疑問である。一時的には一見そう思

えても、やがて自立しなければならぬ本人の将来を考えたとき、果たしてそれが健康的だと言えるのだろうか。「父子の密着関係」が協力者によって指摘されていることから、一概に「不適応な結果を中和させている」とは言えないように思われる。しかし、父親と子どもである ED の人との関係については判然としないというのが正直なところであり、今後の研究の動向に注目していく必要がある。

個人としての父親や母親に焦点を当てるのではなく、家族に起こった問題を家族全体として捉える見方もある。日本には1970年代の家族療法の出現によって、それが広まった。Minuchin や Parazzoli が代表的なものである。C先生も述べるように、家族の問題が本人に症状として表れるということである。特に ED は「症状が派手」(E先生)なため、また家族を巻き込む病気であるため、それが顕著になるということは大いに考えられる。

いずれにしても、協力者の多くが語ったように、正しく親機能が働いていない親は、親自身が抱えきれない不安を持って生きてこなくてはならなかったという事実がある。また、現実の親が問題なのではなく、本人の内的対象が問題だという見方もできる。家族の問題が関係しているという見解は協力者全員に一致していたが、その内容は過干渉な親、ネグレクトな親、夫婦の問題など、様々であった。高木(1999)が述べるように、ひとつのモデルですべての事例を説明することは難しい。家族力動が問題になっている例もあれば、家族の特定の成員が病因に深く関わっている場合もある。ゆえに ED は、治療者が事例ごとに要因について検討を加える必要があるということが、改めて示唆された。

(3) 個人的要因

生野(1993)によると、個人的な要因として、身体的な要因、発達上の要因、性格・行動・認知の特性、思春期の特性、抑うつなどの精神症状が挙げられる。協力者には、EDの人にはどのような特徴があるのかを訊ねた。以下、協力者の語りである。

D先生

“基本あの人たちは困ってないから、全く。それと病識がない人、なんでわざわざこんな病院なんて来なきゃいけないんだって人、問題意識がなかったりしますね。”

“自己愛的。自己愛的っていうのは他の人の意見を取り入れて自分を変化させたりとか、そういうことはできない状態ですよ、自分だけで回ってる世界。栄養だってお母さんがくれるんじゃないで自己生産している状態なんで。それが私の中では中核ってしっくりくるなと思いますね。”

E先生

“真面目な方っていうのは共通していると思いますね。本当にいい子。こうせねばっていう人が多かったり、白か黒かで考える二分法であったり、完璧主義であったり、こだわりが強い部分が、やっぱりそこまで体重を減らすことができるのも、完璧主義でないときませんし、そういう傾向が強んじゃないかなと思いますね。だからまあいいやんかって考えになかなかかなりにくい、自分の体型もこうでないって。”

F先生

“元々は奇異な目で見られたくないから始めるんだけど、そこまでいったら奇異に映るんだけどわかんなくなってるから、認知の歪みだってよく言われてるよね。ボディイメージも歪んでるし、それこそ自分のそういう行動がどういうふうにも人の目に映るかとか、明らかにこの代償行動はし過ぎだろうと、周りから見たらやりすぎだろうと思うのに、その人からしたら気が付いていない。”

J先生

“強迫的な性格というかね、一生懸命やらなあかんとか、完璧にせなあかんとかね、思い込んだったらそればかりとかね、体重100グラム減っただけで大喜びとかね。で、そうなる背景には自信のなさがあったり、自信がないからスタイルにこだわったりとかね、で、また目標がないんで、ダイエットが目標になるとかね。”

“BNの場合はね、これは結構難しい話になってきてね、ANの人ほど真面目じゃなくて…未熟性格の場合が強いでね。BNはまずはね、ANから始まるんですよ。BNの精神病理についていろんなパターンがあるでしょ、一つは太っているという劣等感がある、些細なことをきっかけにダイエットを始めると。で、ある程度体重は痩せるんだけど、ものすごい飢餓感に負けてしまうんですね。ANの人は負けないんです。ここからどんどんいくから。負けてしまって、やけ気味に無茶食いに走るんです。そしたら意識がない状態です。意識がないっていうか、解離した状態。ぼーっとした状態。ハッと気が付いたら、こんなに食べてしまったと。それでその後悔して憂鬱になって、これは痩せなきゃ、と思って、肥満恐怖と自己嫌悪、自責感、無力感、抑うつ感がひどくなって、またダイエットしようとして、また飢餓感に襲われていって悪循環に陥っていくんです。”

以上をまとめると、協力者の語りに主に共通するEDの特徴は、以下の通りである。

- 真面目で優等生のいい子
- 完璧主義
- 自己愛的
- 病識の乏しさ
- 自信がない
- 強迫的
- 認知のゆがみ

これらの特徴は、心の発達の乳児期の痕跡から考えることができる。強迫的、あるいはこだわりの強さと呼ばれる性格の背景には、完璧主義があり、完璧主義とは「こうであらねばならない」という思考である。なぜそこまでストイックにならなければならないかという、自分という存在がひどく無価値で卑小なものだという強烈な恐怖を伴う感覚を本質的にずっと抱え続けてきたからであり、「ありのままの自分では愛されない」と感じて

いるからであろう。これは、母親から自分が本当に必要とされたり大事にされたりしたという感覚が本人に実感されないままだったところによると考えられる。EDの人たちは、その後の成長の中では「真面目で優秀ないい子」でいることによって表面上には問題にならないのだが、思春期になると途端に行き詰まり、彼らは食べ物の領域で自分のアイデンティティを確立する試みに出る。そこには、市川（1993）も述べるように、食欲をコントロールすることによって情緒面もコントロールし、自分の無価値感に直面しないようにする働きがある。食欲をコントロールするという禁欲に達成感を得、自分の価値感を高めようとするEDの人たちの在り方を松木（2008）は、EDが内包するパーソナリティの病の四要素のうちの一つとして、つまり心的苦痛（悲哀感情）を身体的刹那的快感で抹消する在り方を、「倒錯的」と表現した。この倒錯の病理が慢性化すると、「嗜癖的」になる。心的苦痛をよみがえらせないため、刹那的な身体的快感を反復的に保持しつづける必要があるからだ。ゆえにEDの人たちは自分の問題として深刻に考える、いわゆる「自省的な罪悪感」（松木、2014）はあまりない。これが治療者を、「病識に乏しい」「本人は困っていない」と悩ませることになる。「認知のゆがみ」とよく言われるのも、「自分はまだ太っている」というふうに認知を「ゆがませている」、妄想的な確信（鈴木、2014）がそこにはあり、そう頑なに信じることで問題と捉えない心性があると考えられる。

EDを嗜癖と捉える論はしばしばある。しかし、他の嗜癖疾患の場合には嗜癖行為を禁止することが治療の基本であるにもかかわらず、BN患者に過食をやめさせようとしてもそれがうまくいかないことは臨床家であれば誰もが知っている事実であり、EDの病理を単に嗜癖だけで理解することはできない。そこで、EDの患者は、自分を特別視し、周囲の世界を自分の思い通りにコントロールしようとするところから、EDの中核病理は自己愛性だと理解されることが多い。松木（2008）も、パーソナリティ病理の四要素の中でもEDの核となるのは自己愛の病理であると述べており、協力者の多くも自己愛性を指摘していた。自己愛とは、愛情や愛着という情緒が他者に向かわず自分自身に向いている心の状態のことで、一般には自己を賛美し自己に陶醉している在り方のことである。EDにおける自己愛は、「極度に痩せた身体の自分であろうとすることで、自己についての優越的誇大感を維持しようとしている」のである。このように、EDの人たちは有能さや万能感を実感するために、痩せている自己の理想像にしがみつくと。そして、その裏返しとして、周囲への極端な軽蔑・卑小化や支配あるいは無関心によって、自己の理想化を保つことをひとつの生き方にしてしまっている。EDの人たちが人間関係に困難を抱えるのは、こうした理由も一つとして考えられる。

(4) 病態の変化

時代に伴ってEDの病態や患者数の変化などはあるのか。協力者それぞれに現場での印象を語ってもらった。以下は協力者の語りである。

A先生

“やっぱり発達障害ってことですよ。EDの中で自閉症圏の人は昔はそんなに注目されていなかった。昔からいたのかもしれないけど、背景に発達障害があるという考え方ではなかった、そこに気づいていなかったと思うんですよ。”

B先生

“臨床していて、10年15年で発達障害の概念が摂食障害の中核群に入ってきたことが、相当大きな変化だと思っています。”

C先生

“(EDが軽症化していると言われていたことに対して) 摂食障害だけで重い軽いつて言ってるけど、摂食障害がなくなったら出てくる問題がいっぱいあるけど、軽症化した人にはそれが何もないの？ 病気全体を見ないとね、軽症化とは言えないと思うのよ。摂食の問題は軽く見えても、何かの症状は重くなってるかもしれない。人が苦しい状況にあるとき、その表現…死ぬってサインを出すと、誰が一番、うわーってなるか、だよ。摂食障害になって誰が一番そうなると思う？ 家族だよ。でも希薄になってる家族にそんなの出しても意味がないわけで、たとえばもっと直接的な、リストカットとかに変わるとかは考えられない？ たとえば引きこもってしまって一切の関係を断つとか。万引きとか、違法な行為も増えてるよね。自分のしたいことをするっていう、だから過食の傾向が強くなるよね。過食は自分が満足してればいいんでしょ？ 拒食は自分がつらい目にあって誰か他の人にアピールする。だからその相手がいなくなってるんでしょ。だから個人…自己愛というか、一人で全部やっていくっていう傾向が社会全体で強くなっているよね。”

D先生

“中核群は今でも一定にいると思いますよ。BNが幅広かったりしているのかなと。”

E先生

“自分が接する中ではあまり変化は感じてないですね。だけど若い人だけの病気じゃないんだなとは思いますがね。当然若い方が多いんですけど、20年30年選手とかね。30代40代、50代も？ そういう方々を、こう、何とかならないかなと思うんですけどね。”

F先生

“明らかに数が減った。(小児科では) 15、16年前は毎週のように来ていて、それを昼休みもなくずっと診ていたから、入院してますよっていう人から今治さないとどうするっていう状態の人までたくさん来てた。今もないわけではないけど、年間にちらほら。(EDの患者が) 増えてるっていうけど、どこにかかっていて、どこまでの枠を取るかだと思う。私らの見る摂食障害って、いわゆる幅広い摂食障害じゃないから。ポイントでしょ？ 本当に今、命に関わるっていう子を見るわけで。幅広く取れば山ほどいるから。”

G先生

“今みたいにごはん食べるのがそれぞれバラバラだったら…今摂食障害ってどうなってるんだろって思うんだけど、今みたいにバラバラだったら親も子どもが何を食べているか気にもしてないっていうか、一緒に食べないおうちやったら摂食障害は起きないのかなって思ってみたりとか、ちょっとわからない。(中略) 摂食障害って一つの症状だと思う。強

迫性障害も統合失調症も、一つのスペクトラムとして見ていってる。”

I先生

“典型例が減ってるんじゃないですか。ただ中核群の絶対数は変わってなくて、裾野が広がって非典型例が増えてる。軽症例も増えてるんじゃないですか。何とも言えないけどね、全体で見ないと。各医療機関の状態もあるし。ただ受診していない人もいるからね。それ合わせたら増えてるんじゃないかな。簡単に言えばマスコミの影響だと思う。認知度が高まってきたら、「なんちゃって」も増えるからその分、数が増える。すべての疾患に言えることじゃないですか。軽症例も増える。何となくやってみたっていう。”

J先生

“少なくなってきましたね。あれは一時の流行でしたから。でも食の問題を抱えている人は多いと思いますよ。一番目ではないにしてもね。つまり自分のイライラや不安を嵌める流行の型ってあるでしょ？ リストカットだったりEDだったり。モヤモヤや苦しさ、苦痛を、いい表現形態ができたってことでね。私流行に乗れたわっていう感じで。モヤモヤしたものに苦しむよりはハッキリと摂食障害で苦しんだ方がマシって。”

協力者の語りにも共通していることとしてまず、A先生とB先生が述べたように、発達障害とEDとの関連性が近年注目されてきていることが挙げられる。広汎性発達障害(PDD)の特性と、ANの臨床像と共通した部分が多い。一方で注意欠陥/多動性障害(ADHD)においてはBNと共通点が多いと考えられている(木村, 2010)。

次に、協力者の語りから大きな変化だと思われることの一つに、「EDの症状の軽症化」が挙げられるだろう。I先生やJ先生が述べるように、マスメディアの影響もあり、流行りとしてのEDが増え、そのことが、病態の幅が広がった、EDNOSが増加した(中井, 2006)、あるいは中核群の人たち以外は軽症化していると言われる主な理由だと考えられる。病態の幅が広がったというのは、松木(2008)が指摘するように、たとえば食事・食物・体重などへの「恐怖症」をベースにした場合や「精神発達遅滞」の人が不応の状態での摂食症状を出してくるといった人、「情緒不安定型パーソナリティ(境界性人格障害)」の人などが病的行為の一つとしてANさらにはBNに浸る場合など、EDの症状をあらゆるさまざまな精神病理のことだと思われる。そのような精神病理は、EDの症状が和らいでも本態は別にあったということも少なくないということが示唆されている。協力者が語るように、マスメディアの影響や、食物が気晴らしのターゲットになりやすい時代になったという面がある一方で、表面上は症状が軽くても、根深い心の病が自他共に隠されているという事実があると考えられる。そしてその「軽症化」の理由として、協力者の多くが語ったように、ANは食を断つという、自らの命を懸けることによって家族の関心を得ようとしたり、支配しようとしたりする特徴があるのだが、自分の家族の食生活もよくわからないほど人間関係が希薄化している世界で、患者が命を懸けてまでEDの病気に罹る意味が薄れてきたということも、考えられるのではないだろうか。EDは増加傾向があるとされているにもかかわらず、F先生やJ先生を始めとした協力者の現場の実感が「数は

減っている」というのも、いわゆる中核群が目立たなくなってきたからなのかもしれないと考える。しかし、外来ではそうであっても、入院患者は昔も今も一定数存在すると何人かの協力者が述べていたことから、時代性だけでは説明できない心の病理がEDの人たちには存在すると言えるだろう。

② 治療法

治療が簡単な病気は存在しないが、EDの治療は「丸腰で何か猛獣と格闘しているような」(瀧井, 2014)と表現されるほど、骨の折れるイメージ、あるいは実感が、多くの治療者に持たれているようである。EDの専門医や治療施設が少ない現状、そしてヒアリングでも協力者全員が、「EDは難しい病気」だと口を揃えたことを鑑みても、それは間違いないと言えよう。

EDの治療をすることに、他の疾患と比べてどのような難しさがあるのかということも協力者に語ってもらった。一番多かった意見では、「関係の築きにくさ」だった。つまり、治療に対するモチベーションの低さや、人への不信感の高さから、治療者との信頼関係を築くことに困難があるということである。松木(2014)によると、一般の精神科の患者の場合、それが妄想的なものにしる、実際的な感覚の不安にしる、自分の心的現実に苦しんでいて、それを「どうにかしてくれ」と治療者のもとに来る。ところがEDの人たちは自分の心的現実を隠す。そして、その苦しさをストレートに出さない。そこがずいぶんと違っており、治療者それまでの関わり方がまったく通用せず、どこから関わっていいのかわからなくなるという難しさがあると言える。

(1) 摂食障害の治療の難しさ

協力者全員がEDのことを、「難しい病気」だと口を揃えた。何が難しいかという意見は様々だが、一番は治療者との「関係の築きにくさ」であった。治療に対するモチベーションの低さや、人への不信感の高さから、治療者との信頼関係を築くことに困難があるということである。

(2) アプローチの方法

EDの精神療法は、AN患者、とりわけ児童・思春期のAN患者には家族療法が、BN患者には認知行動療法が効果的な治療法として推奨され(Rutherford, et al, 2007)、近年では対人関係療法も有効とされている(生野, 2013)が、長く論じられてきたわりにはいまだ、コンセンサスの得られたアプローチが見出されていないのが現状である(鍋田, 2013)。

それでは、今回の協力者らはEDの人にどういったアプローチをしているのか。協力者のアプローチを大きく分類すると、①A先生、B先生、C先生、D先生は精神分析、②E先生、F先生、G先生は現場や患者に合わせて異なるアプローチを応用していく折衷的な方法、③H先生、I先生、J先生は精神科医であるため、身体管理と心理療法、といった三つが主なアプローチと考えられるのではないと思われる。①の協力者は、摂食行動そ

のものより、それに伴う気持ちの動きやその背景にある問題を患者と治療者の間で話し合うということが共通している。②は治療の枠を厳密には定めない。G先生からは、面接外でも患者からかかってきた電話に、黙って話を聴くというより具体的なアドバイスをするというエピソードも語られた。②の方法は、E先生が「折衷をしようとなるといろんなことを知らないといけないというジレンマがある」と語ったように、ある程度の知識と経験則が必要となるように思われた。③の協力者は、「治療のステージによってアプローチが変わる」とI先生が述べたように、まず医者として生命維持を最優先に身体管理を行い、心理療法としては認知行動療法、そして目に見える症状が消失すれば力動的な精神療法を導入していくという、大まかな治療の流れがうかがえた。ただしJ先生は「すべての治療は認知行動療法であり対人関係療法であり精神分析です。そういうふうに分けてしまうところに、すでに無理がある」とし、自身のアプローチを「総合療法」と表現した。その点では、②とも共通していると言える。

(3) 協力体制での治療

EDは多職種チームによる統合的治療を必要とする病態であるということは、様々な場面で言われていることである。ヒアリングでも、摂食障害の治療にあたって、チーム医療の必要性が述べられた。以下、協力者の語りである。

C先生

“私は容器として病院全体が機能してくれたからできたと思うのだけど。この荒れ狂う状態を抱えるっていうチーム医療になるわけ。”

D先生

“あとはチーム医療しかないと思うので、特に摂食障害は心理士が関われない領域もあるので、身体管理と心理的な関わりと共同してやるのがすごく必要だと思ってますね。ちゃんと話合って、カンファもして、方向を共有しておくことが。”

F先生

“ちゃんと医療でチームを組むこと。Drと看護師と私たち、それと、それこそ家族は絶対大事よね、協力してもらわないと駄目だから。”

このように、身体症状が大きく絡んでくる摂食障害の治療に臨床心理士（以下心理士）は、チーム医療、とりわけ身体管理を行う医師との協同治療の必要性を感じているわけだが、一方で、精神科医であるH先生とI先生はいずれも、医師が単独で治療できるので、心理士の必要性を特に感じていないということであった。二人の医師と心理士の間にある認識のずれは何か。H先生もI先生も、勤め先が大学病院であることが一つ理由として挙げられるが、武久ら（2014）が言うように、日本における心理士の位置づけが曖昧であることが、その一つの要因であると言えよう。チーム医療の効果を高めるためにも、心理士はEDについて十分に理解し、医師を始めとする他職種のスタッフと共に、積極的にチー

ムに参加する姿勢を持つべきであろう。

また、「家族は治療のためのもっとも重要な資源の一つである」と井上（2013）が述べるように、家族との連携も治療には欠かせない。家族も「チーム」の一員なのである。特に患者が低年齢であるほどその意味は大きい。家族に病院に連れてきてもらうことから治療が始まるということと、親の変容が与える影響は患者が低年齢であるほど大きいと考えられるからだ。ヒアリングでも、患者だけではなく家族に会うことが必要だということはほとんど全員の協力者が語っていた。なかでも親面接を多く担当してきたというF先生は、「親が疲弊しているのは間違いないから、親の不安をどう取り除くか、から始まる」と述べ、そのように努めた結果、EDの中断ケースは少なく予後も良好だと、患者本人だけでなく親に対する援助の重要性を強調した。

このように、EDの治療は最初から最後まで1対1で関わるというよりも、患者側も治療者側も、時には会社や学校も含めた周りと協力し合いながら進めていくのが望ましいということが示唆された。それはただ負担の分散という意味のみではなく、皆で育て、見守るという姿勢が、「治療的」な在り方になるということの意味するのではないかと考えられる。しかし、そのためのマンパワーが必要であるという問題点があり、それはこれからの課題である。

(4) 治療者としての在り方

EDは治療が難しいからこそ、治療者は回避することなく向き合う、いわば「チャレンジな姿勢」（松木，2014）が持てるかどうかは鍵であると言える。協力者はどのような思いでEDの人と対峙しているのか。これは筆者が直接質問したわけではないが、語りの中で随所にそれが表れていたように思われる。以下、協力者の語りである。

A先生

“支えられているという感じを（患者が）持ちつづけながら、治療できたらなと。”

B先生

“どの治療法も、治療があって患者さんが治るわけではなくて、治療法を使うセラピストがいるわけですから、その治療法を、信念を持ってなされる方が、きっと良くなる可能性は高いと思います。”

D先生

“根気強く付き合うっていうのは大事ななって思いますし、事実は事実として伝えるけど、批判をすると後々関係が壊れてしまうので、親との関係も含めて。この人がこうなるまでに至った苦しみとか、そういう視点で関わる必要はあるのかなと思いますけどね。”

E先生

“回復するのは直線状や曲線じゃなくて螺旋状に回復していくんだよってことは常々伝えるようにはしていますね。行きつ戻りつしたときには「自分が駄目だ」ってなってしまうので、また出てくるときはあるけどそれはサインとして、出てきたらまた来てねと。（中

略)それはご自身のストレスのサイン。だからわかりやすいサインがあるからよかったやんってくらいだね。ストレス溜まっても何にもわかんなくて、突然どこか動けなくなるとかいうことじゃなくて、あなたの場合ここに出るってのがわかってるから、わかりやすいですよってことで、そういうことをEDの方には特に言ってる部分はありますね。”

“1回の(面接の)中で自分に最大限できることを常に意識してやるってことに尽きるんだろうなと思いますけどね。どういうやり方をしようって考えるのは、それはそうなのだろうけど、やっぱりこの人に良くなってほしいとかね、何とかもう少し楽になってほしいとか、何とかしたいっていうね、こっちの気持ちですかね。摂食障害に限らないですけどね、本気さっていうんですかね、絶対に必要なことですよ。”

F先生

“どこまで苦しんでいるかっていうところに私たちは関わるんだと思う。”

G先生

“その人は今どうやって自分を助けようとしてるのだろうってことだから、その助け方がちょっと非現実的だったり、非適応的だったりするけど、一体この人は自分をどうやって助けようとしてるんだろう、ってことを見ていくと、この人と付き合っていこうって思える。助け方がしんどそうだなってなったら別の助け方を一緒に探していこうってことになるんだと思う。”

“食べるか食べないか、こっちも問題にしてない。バクバク食べてたらいいし、悪いもの出てこないし。その人がその人の中でやってることにに関してさ、悪いものはないんだから、一緒にいるから、見届けるけど、「悪いと思って治したいとは思っていない！」って、最初に宣言するから。”

J先生

“一言で言うと、全部自然治癒です。治療者は患者さんの自然治癒を邪魔しないだけです。それが治療者の役目です。”

協力者の語りにも共通しているのは、①熱意と根気を持って治療に臨むこと、②しかし神経質になりすぎないこと、③患者の本来持っている力の可能性を信じることの三つだと考えられる。A先生も述べていたように、治療者はどうしても患者が食べたか、食べなかったかと食行動や体重のことを気にしてしまいがちになり、また「治さないといけない」と焦った気持ちになりがちである。そしてその在り方は、強迫的な思考に支配されているEDの人たちに似ている。元々治療へ参加することに対して葛藤している患者は、治療者から“押し付けられる”ことに、ますます抵抗感を示すだろう。それよりも、ある意味楽観的とも言える態度で、患者を尊重しつつも話に耳を傾け、かれらの苦しみに付き添っていくことで、道が拓けるのかもしれない。富澤(2011)は、「自分自身の存在価値。それを人は全く一人で実現することはできない。全く失敗もなく、成功し続け、勝ち続けることもできない。現実を受け入れず、魔法のような解決を望むのは『子ども』だけである。しかし同時に子どもはそのように空想し、信じることを許されなければ、「大人」になる

ことはできない。(中略) 摂食障害といわれる人たちも例外ではない。かれらが命をかけて、全く孤独な世界で追い求めている「自分自身の存在価値」とは、実はこのような他者によって支えられ、保障された関係の中においてしか、真には得られないものなのだ」と述べている。技術面での向上ももちろん必要だが、治療者の在り方、そしてそこから、G先生の言葉を借りるなら、「薄紙を重ねるように関係を作って」いくことこそが、治療の本質と言えるのではないか。アプローチは違えど共通しているのは、「治療者との信頼関係」が基盤になるのだと考えられる。

治療者の態度が大変重要であることを Anderson (1997) が指摘しているように、治療者と患者は相互に訊ね、互いの立場や専門性を尊重し、治療者は特別な存在ではなく、むしろ患者のことは何も知らないという無知の姿勢を示すことが重要である。治療者はこのような存在として自らを示すことが必要であり、これは技術以前に必要な治療者の資質と言えよう。

これら治療者の在り方というものは、対 ED の患者に限った話ではなく、すべての患者に対する基本的な姿勢と言えるかもしれない。しかし、巻き込みながらも治療者に「人のこころの深さを教えてくれ、生きる意味を考える時間を与えてくれる」(鈴木, 2014) のもまた、ED の特徴である。そして、「誰かが自分のことを自分自身を理解するのと同じように理解しようとしているということは、斬新な体験となる」と Jaenicke (2007) が述べるように、孤独な ED の人たちにとって、治療者との出会いが世界の広がるきっかけになる可能性があるのだと思われる。

③ 今後の治療の課題

手探りの状態が続いている摂食障害の治療において、今後の課題だと思われることを語ってもらった。以下、協力者の語りである。

E先生

“摂食障害を抱えながら自分が親になっていく作業がね、すごく大変だろうなと思いますね。自分の食だけでなく今度自分の子どもに与えないといけない。嫌でもそこに戻ってくるところもあるだろうし、親子関係の問題が大きい人にとって、自分が親になることでまた親子関係を見ざるを得ないところがあると思うので、その世代の方々のケアってのが難しいな。”

F先生

“(子どもの有無に限らず) 今問題になってるのは中高年の摂食障害。”

G先生

“食育と絡んできていることだよね。人が食べて生きていくってこととすごく絡んできている重要なテーマとなるんだと思う。それが摂食障害と呼ばれるものになるのか、それともベースとして日本人全体がどう食べてどう良しとするのかってのも絡んできている、その極北として摂食障害があるとしたら、食べて健康であることとかを巡っての問題と違うかな。生

きていっていうのも含めて。どうやって生きていくのかなっていうことを。美味しいと思えることを通して幸せと思うことだから。病気と言われる現象は問うてきてるんやねえ、これだけ食べるってことがなござりにされて、基本がおかしくなってるってことを。”

I 先生

“おそらく、ものすごく有効な治療法ってのは出てこないと思うんですよね。万能な治療というか。でも患者は結構いると。だったらもっと効率よくやっていくシステムを作るしかないんじゃないですか。たとえば集団を使うとか。集団で認知行動療法とか。ある程度治療の効率化を図っていくしかないんじゃない。ある程度そう割り切らないと、結局摂食障害の治療者は忙しい忙いって言うんだけどそりゃ当たり前のことで、簡単に良くならないし、数いるし、治療者は少ないし、疲弊するってのは当たり前のことであって、それを避けるために外来を縮小するとか初診を取らないようにするとかいろんなことやって各自工夫するわけだけど本質的な問題は変わってないからそしたらどっかに溢れていくってことになるわけで、それでほったらかしにしてひどくなって入院するとかで、どっかに皺寄せが出てくるんだよね。だからシステム作りをしないと本質的には解決しないんじゃないですか。で、別に摂食障害治療したい人を増やすつつてもそんな増えるわけじゃないし、優れた治療法はすぐに出てこないと思います。何か新しいものが出てくる可能性低いです。それより既存のものをいかに効率よく使っていくかって割り切って、ある程度の効果を出し、だけどもあパーフェクトは狙わずにやっていく時代になってきているのかなって気はしますけど。システムティックに、マニュアル化してさ。確かにスペシャルな治療をして、それで治るなら別にいいけど、これが治らないから問題なんやろ。裾野が広がってるんなら単にDrも裾野を広げたらいいんじゃないかなってことよね。誰でもある程度マネジメントできたらええやんってことよね。今後の時代を見据えたら。根本的に発想を変えないと何も変わらない。”

以上の語りを、三つの観点から見ていきたい。まず、「親の立場になった摂食障害患者」という観点から見ると、A先生、E先生、F先生が述べた中に共通しているのは、「EDを抱えながら自分が親の立場になった人へのケア」に対する難しさであった。EDといえは思春期発症であった一昔前に比べ、年齢層の幅が広がってきている現代では、確かに、中高年発症の患者に対する理解や対応が求められている。しかしそれとは別に、EDを抱えながら、つまり発症は思春期などの若年期であったが、完治はせずにそのまま親になったという人たちが少なくないということである。一般的にEDの治療には時間がかかり、また経過には波がある。一時的に治ったように思われても、新しい環境への適応不全などで再発することも多い(野添ら, 2014)。原家族の問題と現家族の問題が同時に進行している患者の治療は複雑かつ困難を極めるが、かれらと、そして次世代を担うかれらの子どもたちのためにも、この課題を考えていかなければならない。

次に、「治療者が不足している現状」という観点から見ていく。これはH先生とI先生が語ったことである。Palmer (2000) は「治療者は、自分がこれぞと思う要素をいろいろ

ろ素材に用いて、手の込んだ治療手法を編み出しており、効率的な治療がなされているとはいえない」と述べている。そこから15年経った今も、I先生の言うように変化や発見が特別にあったわけではない。筆者は「手の込んだ治療手法」が非効率的であってもそれが悪いことだとは決して思わないが、治療者の不足、それでいて治療者の腕が求められるという昔から続いている深刻な状態が改善されなければいけないことも確かであると考え。I先生は、「パーフェクトではないが誰もある程度は実践できるマニュアル化された治療」を提案し、その一例として集団認知行動療法を挙げた。これには賛成である。ただでさえ難治であるEDの人を目の前に、初心の治療者は一体どうすれば良いのか途方に暮れてしまうだろう。しかし治療できる人は数が限られており、患者を待たせるわけにもいかない。であれば、初心者の治療者でもある程度まで治療できるマニュアルを作ることは、時代に沿った方法なのかもしれない。ただ、そういう治療がすべてになってはいけないとも考える。なぜならあくまで治療効果は「ある程度まで」の水準であり、治療者はより深く患者と向き合っていく必要があるからだ。「患者の独自性に即した治療法が選択されて、はじめて治療が進展し始めると期待される」（馬場、2013）という見解もあるように、「効率的な治療法」と「オリジナルの治療法」はどちらも必要であり、初心者は前者を学び習得していくなかで経験と研鑽を積み、患者に合わせた治療法を見出していけると良いのではないかと考える。いずれにせよ、治療者の心構えが肝要であることは、先に述べた通りである。

最後に、G先生の語りにあった「食生活を見直す」という観点である。これは治療者個人の課題というよりも、社会全体がどう考えるかという問題になってくるだろう。近年、社会の風潮として「コケッココ症候群」と呼ばれるものがある。コケッココとは、孤独の「孤」に欠食の「欠」、個人の「個」に「固」いで、「孤欠個固」と言う。一人で食べ、朝ご飯を抜き、食べても家族バラバラで、偏ったものしか食べない。そういう生活のゆがみのようなものが現代にはあるという意味である。鈴木（2014）は、厳密に言うと食生活が問題であるというよりも、そういった食生活をもたらしている親子関係、家族関係が問題だと述べている。つまり、人間関係の希薄さや、自分の気持ちというものを見つめることのない社会生活があり、そこで作られてきた親子関係や情緒的な動きというものがEDという病理を増やしていると推察されるということだ。J先生は、「生きることは人間関係を持つこと」だと語った。食べることを考えることは、「どう生きるか」を考えることであり、同時に、「どう人と関わっていくか」ということを考えることに繋がる。EDの人が食べることを楽しめるようになるには、すなわち人と関わりながら幸福な人生を生きていくにはどうすればいいのかという、「人間らしい生活」について改めて考える必要に我々は迫られているということなのだろう。

7. 総 合 考 察

EDの準備因子として三つの要因を考察してきたが、松木（2008）が強調するように、EDは「こころの中核の深刻なひずみ」であり、EDの本質は、心理的な要因にこそある

ということが筆者の考えである。EDは生命に関わるほどの体重減少という身体症状を伴うため、生物学的な知見は不可欠であるが、身体は心の器として健康的であるために、つまり「健全なる精神は健全なる肉体に宿る」ことを目的に、ケアされる必要がある。そして、時代に伴って病態が変化してきているということからも、社会的要因は大きく関係していると言えよう。しかし、同じ時代同じ社会を生きていても、それに罹る人とそうでない人がいるのか、いうことまでは説明がし難いように思う。松木(2008)が強調するように、EDは「こころの中核の深刻なひずみ」であり、治療者がかれらの心を見つめていく、やがては患者が自分で自分を見つめていけるようにすることが、大切だと考える。

幼少期の頃、親に「抱えてもらう」体験を十分にしていなかったEDの人たちは、治療者との間でそれを再体験する、言わば「育てなおし」をすることが、治療的になるということが何人かの協力者の語りからも考えられた。「幸せは身体性ではなく、他者との関係性の中からはかやってこない」(井原, 2006)のである。

8. 本研究の課題

本研究を振り返るにあたって、課題となった点が二つある。一つは、BNへの焦点付けの弱さ、二つ目は、男性のEDについてあまり触れられなかったことである。どちらも近年増加傾向にあり、今後より検討されるべき課題であると考えている。

引用・参考文献

- Beumont PJV, George GCW, Smart DE (1976) 'Dieters'and' vomiters and purgers' in anorexia nervosa. *Psychol Med* 6: 617-622 (切池信夫 (2003) による)
- Bion, W. (1962) *Learning from Experience*. London: Heinemann. (福本修 (訳) (1999) *精神分析の方法 I* 法政大学出版社) (Mondadori (2013) による)
- Briggs, S. (1988) The contribution of infant observation to an understanding of feeding difficulties in infancy, *International Journal of Infant Observation* 1: 44-59 (Mondadori (2013) による)
- Casper RC, Eckert ED, Halmi KA (1980) Bulimia: Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 37; 1030-1035 (切池信夫 (2003) による)
- Freud, A (1946) The psychoanalytic study of infantile feeding disturbances, in *The Psychoanalytic study of the child*, Vol. II, London: Hogarth Press, pp. 119-132 (Mondadori (2013) による)
- Freud, S.: Remembering (1914) repeating and working through. *SE* 14, 121-146 (小此木啓吾訳, 想起, 反復, 徹底操作 (井村恒郎ほか編) フロイト著作集 6, p. 49-p. 58 人文書院1970) (松波 (2013) より)
- Gull WW (1874) Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica), *Tr Clin Soc Lond* 7: 22-28 (切池信夫 (2003) による)
- Garfinkel P, Moldofsky H, Garner DM (1980) "The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup. *Arch Gen Psychiatry* 37; 1036-1040" (切池信夫 (2003) による)
- Lasègue EC (1873) On hysterical anorexia. *Med Times and Gazette*, ii (6 September) p. 265-p. 266; (27 September), 367-369 (切池信夫 (2003) による)
- Morton R (1694) "Phthysiologia: or, a treatise of consumptions" Smith & Walford, London (切池

- 信夫 (2003) による)
- Nogami Y, Yabana F (1977) On Kibarashi-gui (Binge Eating) *L Folia Psychiat Neurbl Jpn* 31; 159-166 (切池信夫 (2003) による)
- Rutherford, L. & Coutuner, J. (2007) A Review of Psychotherapeutic Interventions for Children and adolescents with eating disorders. *J can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 16 (4); 153-1056 (中釜 (2003) による)
- Russell, G. (1979) Bulimia Nervosa: anominous variant of anorexia nervosa, *Psychological Medicine*, 9: 429-448 (切池信夫 (2003) による)
- Williams, G. (1997) The 'No Entry' System of Defences in Internal Landscapes and Foreign Bodies: Eating Disorders and Other Pathologies, London: Duckworth, pp.115-22. (Mondadori (2013) による)
- 青木紀久代 (1996) 『拒食と過食—心の問題へのアプローチ』サイエンス社
- 生野照子・新野三四子 (1993) 『拒食症・過食症とは—その背景と治療法専門家・家族・本人の協力で克服へ』芽ばえ社
- 生野照子 (2010) 『摂食障害 特集にあたって』こころのりんしょう à·la·carte 第29巻3号 p.287-p.289
- 生野照子・井上洋一・切池信夫・中釜洋子・松波聖治・水島広子 (著)
- 鍋田恭孝 (編著) (2013) 『摂食障害の最新治療 どのように理解しどのように治療すべきか』金剛出版
- 生野照子・松林直 (2013) 『司会のことば (摂食障害の治療の進歩, 2012年, 第53回日本心身医学会総会ならびに学術講演会 (鹿児島))』心身医学 第53巻9号 p.819
- 石川清・岩田由子・平野源一 (1960) 『Anorexia Nervosa の症状と成因について』精神神経学雑誌 No.62 p.1203-p.1221,
- 石郷岡愛 (2013) 『マンガから見る家事育児をする男性』大阪経済大学人間科学部人間科学科卒業論文
- 市川緑 (1993) 『小児科における神経性食思不振症について—コントロールという視点から—』女性ライフサイクル研究 第3号 p.23-p.29
- 一條智康・木村記子・鈴木健二・高宮静男・坪井康次 (2010) 『Q&A集 摂食障害』りんしょう à·la·carte 第29巻3号
- 井原成男 (2006) 『食と身体の臨床心理学—摂食障害の発達心理学—』山王出版
- 海原純子 (2008) 『家族のなかの弱者と強者』集英社
- 江原由美子他 (編) (2009) 『男性学』岩波書店
- 大塚敬節 (1955) 『江戸時代の不食病について』日本東洋医学会
- 奥田紗史美・岡本裕子 (2005) 『摂食障害に関する研究の動向と展望』広島大学院教育学研究科紀要 第三部第54号 p.319-p.327
- 切池信夫 (2003) 『摂食障害の標準的治療法の開発とそのガイドライン作成と治療体制のあり方についてに関する研究』厚生労働科学研究研究費補助金こころの健康科学分野研究事業
- 切池信夫 (2004) 『拒食症と過食症』講談社
- 切池信夫 (2010) 『摂食障害とは』こころのりんしょう à·la·carte 第29巻3号 p.355-p.359
- 久保千春・河合啓介 (2010) 『摂食障害の治療』こころのりんしょう à·la·carte 第29巻3号 p.383-p.388

- クリス・ジュニキー (2007) 『関わることのリスク—間主観性の臨床』丸田俊彦 (監訳) 森さち子 (翻訳監修) 小野田暁子・志村優子・住山真由美 (訳) (2014) 誠信書房
- 佐藤裕史 (2002) 「訳者あとがき」『摂食障害者への援助 見立てと治療の手引き』金剛出版
- サルバトール・ミニューチン, ベルニス・ロスマン, レスター・ベイカー (1979) 『思春期やせ症の家族 心身症の家族療法』福田俊一 (監訳) 増井昌美 他 (訳) (1987) 星和書店
- 下坂幸三 (1961) 『思春期やせ症 (神経性無食欲症) の精神医学的研究』精神神経学雑誌 No. 63 p.1041-p.1082.
- 下坂幸三 (1999) 『拒食と過食の心理』岩波書店
- 下坂幸三 (2007) 『心理療法のひろがり』金剛出版
- 鈴木眞理 (2014) 『日本の摂食障害2014：最近の動向, 治療, 研究』女性心身医学 第19巻1号 p.53-p.54
- 高木州一郎 (1999) 『食の精神医学』精神医学レビュー No.32 p.5-p.17
- 滝川一広 (1978) 『思春期における食事の障害』中井久夫・山中康裕 (編) 『思春期の精神病理と治療』岩崎学術出版 p.223-p.253
- 武久千夏・新宅可奈子・木川恵理・生野照子 (2014) 『外来治療チームにおける臨床心理士の役割』第14回日本認知療法学会・第18回日本摂食障害学会学術集会合同学会プログラム・抄録集 p.166
- 富澤治 (2011) 『裏切りの身体—『摂食障害』という出口—』MC ミューズ
- 中村このゆ (1997) 『神経性食欲不振症の心理臨床—病態, 治療, 分析心理学的見解の再検討』風間書房
- 中井義勝 (1999) 『摂食障害における社会・文化的背景について』精神医学レビュー No.32 p.109-p.113
- 中井義勝 (2006) 『社会文化結合症候群としての摂食障害』心身医学 第46巻第7号 p.632-p.637
- 野間俊一 (2013) 『摂食障害治療の過去・現在・未来』臨床精神医学 第42巻第5号 p.513-p.517
- ハーレーン・アンダーソン (1997) 『会話・言語そして可能性：コラボレイティブとは？セラピーとは？』野村直樹・青木義子・吉川悟 (訳) (2001) 金剛出版
- パメラ・バートラム (2005) 『特別なニーズを持つ子どもを理解する』平井正三・武藤誠 (監訳) (2013) 岩崎学術出版
- 野添新一・垂野由香・富永小百合・吉牟田直孝 (2014) 『子をもつ母親の摂食障害 (3例) に見られる問題点の検討』心身医学第54巻第10号 p.957
- 早野洋美 (2002) 『男子大学生の摂食障害傾向に関する心理学的研究』心理臨床学研究 第20巻第1号 p.44-p.51
- ヒルデ・ブルック (1978) 岡部祥平・溝口純二 (訳) (1979) 『思春期やせ症の謎-ゴールデンケージ』星和書店
- 藤本麻起子 (2014) 『心理士の立場から』第14回日本認知療法学会・第18回日本摂食障害学会学術集会合同学会プログラム・抄録集 p.170
- 前川浩子 (2005) 『青年期女子の体重・体型へのこだわりに影響を及ぼす要因：親の養育行動と社会的要因からの検討』パーソナリティ研究第13巻第2号 p.129-p.142
- 松木邦裕 (2008) 『摂食障害というところ 創られた悲劇／築かれた閉塞』新曜社

- 松木邦裕・瀧井正人・鈴木智美（2014）『摂食障害との出会いと挑戦』岩崎学術出版
- 松林直・宮田典幸・柴田達徳・原健・河合雅代（2013）『摂食障害の治療—共同治療をめざして—（摂食障害の治療の進歩，2012年，第53回日本心身医学会総会ならびに学術講演会（鹿児島））』心身医学 第53巻第9号 p.820-p.825
- ロバート・L・パーマー（2000）佐藤裕史（訳）（2002）『摂食障害者への援助 見立てと治療の手引き』金剛出版
- ロベルタ・モンダドリ（2009）『摂食障害者との仕事—『わけもわからず死んだらどうなるのか』』モニカ・ラニヤード，アン・ホーン（編著）平井正三・脇谷順子・鶴飼奈津子（監訳）（2013）『児童青年心理療法ハンドブック』創元社 p.525-p.540
- 和田良久・福居顯二（2014）『身体症状症および摂食障害』医学のあゆみ 第248巻3号 p.211-p.214
- 厚生労働省『みんなのメンタルヘルス総合サイト 摂食障害』
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_eat.html>（参照2014-3-31）
- 片岡達美（2013）『神戸新聞 NEXT 医療ニュース 摂食障害の専門治療 治療支援センターに指定 厚労省』
<<http://www.kobe-np.co.jp/news/iryuu/201310/0006454158.shtml>>（参照2014-3-31）