

## 食を病むひと

——神経性大食症における他者配慮とまなざしのコントロール——

Those Who Have Eating Problems.

——Their Consideration for Others and Attempts to Control the Gaze  
of Others in Bulimia Nervosa.——

早川 徳香

Norika HAYAKAWA

### 要 旨

目的：他者配慮性，他者のまなざしのコントロール，また回復について神経性大食症における精神病理を考察する。

方法：神経性大食症の女性3症例を提示する。

結果：第1症例では摂食障害自体が統合失調症の隠れ蓑として防衛的に機能していた。第2症例は，自身の外見に対する他者のまなざしに過敏であったが，パートナーに見捨てられないという体験を通して過食嘔吐が改善した。第3症例では批判的な他者のまなざしに呼応した緊張感の高まりが過食嘔吐とアルコール乱用を誘発したが，周囲の継続的な支持や自らの語りなどを通じて摂食行動異常は軽快した。

結論：神経性大食症では周囲に対する鋭敏なセンサーとそのまなざしに対する躁的な先手打ちを特徴とした。しかし，彼らの両義的な他者配慮性が外部から肯定的に受け取られること，また，病にまつわる言語環境が適当なタイミングで整うことにより，摂食障害が回復に向かう可能性のあることが示唆された。

### I. はじめに

神経性やせ症 (Anorexia Nervosa: AN)，いわゆる拒食症が最初に報告されたのは1689年 Morton による。1874年には Gull によって神経性無食欲症 “Anorexia Nervosa” と命名された。本邦では江戸時代に香川修徳が「不食病」，「神仙勞」として今日の AN に相当する病態について一本堂行余医言に記載している。一方，神経性大食症 (Bulimia Nervosa: BN) については，1874年の Gull の報告にも AN の経過中に過食が生じることが記載されているが，AN ほどには注目されなかった。1970年代頃になると肥満研究から過食はするものの肥満しない自己誘発性嘔吐や下剤乱

用群の存在が知られるようになり、病理的な摂食障害として認知されるようになった。1979年にRussellがこのような一群を“Bulimia Nervosa”と命名したが、彼はこの一群の大半にANの既往を認めたとことからBNをANの予後不良の亜型とみなした。1980年にはDSM-IIIの診断基準にBulimiaが登場し、ANから区別された。その後、DSM-III-Rでは“Bulimia Nervosa”と改称されている。ただし、AN過食型はANとBNの両者で診断されることになり区別が不明瞭となったが、その後DSM-IVで「過食症状がANのエピソード中に生じていない」という項目が加えられ、ANとBNが明確に区別されるようになった。なお、AN、BNいずれにおいてもやせ願望、肥満恐怖を基底に食行動異常を呈する。さらにDSM-Vでは、やせ願望や肥満恐怖を伴わず自己誘発性嘔吐などの排出行為を行わない過食群を抽出し、Binge eating disorder（むちゃぐい障害）と規定した。

DSM-VのBNは、明らかな大食と食べることを抑制できないという感覚に特徴づけられる過食エピソードの反復、ならびに、体重増加を防ぐための不適切な代償行為（自己誘発性嘔吐、緩下剤などの乱用、絶食等）の反復が週1回以上、3ヶ月間にわたって起こっており、自己評価が体型や体重の影響を過剰に受けている一群のことを指し、食行動異常と体型や体重に自己評価が振り回される精神障害として単純化されている。

しかし、BN研究の歴史において、その障害のもつ様々な側面が論じられてきた。たとえば、心身症モデル、嗜癖症モデル、解離関連モデル、気分障害モデル、時代の変遷と共にその病態が変化する点に注目した文化結合症候群説などである。原因に関しては、当初の母子関係の障害などの精神力動学的要因から、注意欠如多動症との関連や遺伝研究、ニューロトランスポーターの関与、認知機能障害など、より生物学的な視点にシフトしてきた。しかし、こうした生物学的な指標が低栄養や摂食行動異常の結果であることは未だ否定できないままであり、治療におけるBNの精神病理の理解の重要性が再認識されている。

一方、以前よりBNの基底となる性格、あるいは、病前性格の特徴に他者配慮性が指摘されてきた。彼らは、おしなべていわゆる良い子で、努力家、幼い頃から家庭内の調整役を担っていることも少なくない。他者のまなざしへの敏感なセンサーに基づく周囲を気遣う能力に長けており、周囲の期待を先取りし、充足するように行動することで高く評価される。それ自体は健全な機能であるが、過剰になれば病理性を帯び、対人過敏症状を呈する。

今回、BNの他者配慮性とその周辺精神病理について3症例を通して検討する。まず、BNにおける他者配慮性と他者のまなざしの関係性について、次にBNにおける他者のまなざしのコントロールについて、三つ目にBNの自己愛について、最後に回復について考察する。

## II. 症例提示

3症例ともにモデルとなる症例の本質を損なわない程度に複数の症例を組み合わせた架空の症例である。

### 症例A) 30歳女性 統合失調症の自分の隠れ蓑としての摂食障害

二人姉妹の長女。自営業を営む父親と専業主婦の母親、パン職人の妹と暮らす。元来おっとりとして愛嬌があり、祖父母や父親に可愛がられて育った。中学3年までは成績も交友関係でも可もなく不可もなく目立つことはなかった。中学3年秋頃、少し体型がぼっちゃりしてきたため食事制

限を始めた。すぐに体重は減り始め、周囲にやせたことを指摘されたことが嬉しくて、より一層の食事制限に励むようになった。2-3ヶ月の間に体重は14kg減少した(Body Mass Index: BMI16)。受験時期になると音への過敏さや不眠に悩まされるようになった。なんとか受験期を乗り切ったが高校入学後から幻聴(「食べるな、デブになるぞ」「食え食え」)、注察妄想(「隠しカメラで全部見られている」)、世界没落体験(「この世界はもうすぐ終わります。イエス様がやってきます」)、不眠等が出現し、まち針を10本ほど飲み込んでニッコリ笑っているなど言動にまとまりがなくなったため精神科を受診し、統合失調症と診断された。その後、拒食から過食嘔吐と拒食を繰り返すようになり、るい瘦(BMI 14)と激しいリストカット、奇声をあげて裸で外に飛び出そうとするなどの奇異行為等のため入退院を繰り返し、高校を中退した。以降、摂食行動異常は過食嘔吐が中心となり、BMIは16-20程度で推移した。

診察場面では“普通の若者”の生活を謳歌している妹への羨望や母親や妹への両価的な気持ち(「妹が羨ましい……お友達もいっぱいいて、学校にも行けている……でも妹は少し見た目の障害っていうかあって実はすごくコンプレックスに思ってるんです。だから昔は私の方が明るくてかわいがられていた」、「家族に感謝してる。本当に私のことを心配してくれる家族に囲まれて私は幸せ者……お母さんはお友達とも遊びに行けないんです。私がこんな風だから。でも、本当は妹も拒食症なんです。でも、お母さんは外出できないのを私のせいにするんです」)や被害感(「妹が友達と旅行に行ったけどあれは私には友達もいないことを見せつけて、自分が上だっけ言いたいため」)がしばしば語られた。また、Aは年金の全額を服飾品や美容につき込み、精神病症状が前景化する時以外はファッション雑誌から抜け出してきたように着飾っていた。

しかし病期に入れば、食物を粗末に扱うことへの罪責感が幻聴となって現れたり(「その魚は殺生されたんだ。人間は他の動物を殺生し、それを食べて生きている。残さずに食べろ」)、自我障害によりスプーンを口元まで運んだまま制止していたり(「食べさせられたり食べられなくされたりしてどうして良いかわからなくなった」)した。食べ吐きはグロテスクになり、大鍋一杯のスープと大量の食べ物を胃袋に押し込んで嘔吐し、吐瀉物の中で倒れていることもあった。

症例Aでは、本人によって語られる事柄は摂食障害症状や対人関係に限定されており、統合失調症の一級症状も摂食障害や妹との葛藤という形で表現され、統合失調症という病自体について語られることはほぼ皆無であった。

いかにも繊細そうな外観のAに対して他者が助言することは多かったが、その意見に振り回され混乱を来すため入院生活も作業療法も長くは続けられなかった。しかし、発症後数年を経過した時に出会ったある宗教団体の若者向けのグループには継続的に熱心に参加した。ここでは神の言葉が主体であるため周囲の人々の言動の根底にわかりやすい一貫性があり、また、本人の青年期心性も薄れてきたことも影響したためか、Aの情緒的な不安定さは次第に収束していった。情緒的に安定すると思考障害が目立ち始めたが、それと並行して「体型とか服装とか見た目は一番大切ではない」、「穏やかな心で人を許すこと、自分も許すこと。アーメン」などと話すようになり、摂食行動異常はほとんど消失した。

#### 症例B) 35歳女性 見られる身体が気になる

同胞2名、長女として山間部の小さな町にて出生。3歳年下の妹がいる。小さい頃から食べることが好きで「健康優良児」的体格であった。高校卒業後、短大に進学した。2年時に恋愛感情をもった男性に気持ちを告白したが冷淡に拒絶されたことをきっかけに、一念発起してダイエットを始め

ると「結構簡単に体重は落ちるんだと思った」（身長 167cm 体重 70kg から 58kg に減量）。同時期にずっと気になっていた顔立ちを直そうと思い立ち、母親と妹にだけ相談した上で美容整形手術に踏み切った。

短大卒業後は企業に就職し、独居を始めた。業務遂行に対する不安と対人関係にくたびれたことから、「ストレス発散じゃないけど」過食嘔吐を始めた。退社時間が近づくと過食衝動が高まりソワソワし、退社後はコンビニに直行し沢山のジャンクフードを購入した。自宅に到着すると玄関で食べ物を一気に「とにかく何も考えずに」頬張り、一息つくと「今度は太ってまた醜くなるのが怖くなり」嘔吐した。33 歳時に動悸・頭痛を伴う自律神経症状が出現し、内科受診を経て精神科を受診した。

B は、外見を含む自己全般について自信がなく、食事の摂取量についてさえ確信がもてなかった（「どれだけ食べると過食なのかわからない」）。職場での対応の相談に来院した上司は、「とにかく自信がない。仕事をそれなりにやっているのに不安で仕方なく、結局無駄が多くなりがち」と B を評した。B は、自分にまつわる多くのことに関して他者にどのようにまなざされるのかが気にかかるのだが、とりわけ、自分の見た目が他者にどう評価されているかに注意が向けられた。診察では「（外見が）かわいい」というタームがしばしば用いられた。さらに、外見に関する低い評価は相手の性別を問わず「軽蔑、バカにされるんじゃないか」「嫌われるんじゃないか」という不安につながっているようであった。

数ヶ月間の服薬加療（ミルタザピン 15mg + ジアゼパム 4mg/日）で自律神経症状はなくなり、診察では「ストレスが原因ならばどこにストレスがあるのか考えてみたところ、過食嘔吐と人の目を意識して行動してしまうことに気付いた」と語られた。過食嘔吐は一時の気晴らしになるのだが、過食嘔吐自体が新たなストレスとなり、さらなる過食嘔吐を誘発した。また、自身の弱点は「自信がないことと、人に嫌われたくないという思いが過剰なところ」と自己評価し、さらに「認めたくはないし、言われてすごく腹が立ったけれど、実際は自分のことしか考えてないとひとに言われたことがあって……そういう自己中心的な自分もいるのかもしれない」と付け加えた。B は、診察室でも感じの良い患者であろうと努めているようであった。礼儀正しく、診察時間が延びないことを心がけて自分について語り、治療者の発言には同調的に相づちを打つのが常であった。

ストレス要因の自己分析について語った診察の直後から、はっきりした契機はないものの「10 年以上止められなかったのになぜか吐かずにいられる」と嘔吐はびたりと止まった。激しい過食と嘔吐が改善した要因についての連想を B に促すと、嘔吐時に窒息しそうになり死の恐怖を抱いたこと、パートナーが過食についてユーモアを交えて鷹揚に受け入れたこと、体重が増えて「かわいくなって」もパートナーが去っていかないこと、「前ほどやせなきゃとストイックに思わなくなってきた感じがする」などが語られた。この頃から表情が緩まり、診察室でも自身の感じたこと、特に陰性の感情を話すようになった。

#### 症例 C) 40 歳女性 「過食嘔吐は自己誘発性解離かも」

同胞 2 名、長女。2 歳年下に妹がいる。暴力的な両親の下、経済的には裕福であるがつねに臨戦態勢の緊張感が家族を支配する虐待的な環境で育った。母親は子どもに対しては批判的で共感性の欠けた人で、「子どもを良く評価するとお父さんのように（自己愛的に）なる」ので子どもを決して褒めることはなかった。ただ、同居する祖父母には利発な子どもと評価された。

中学 1 年時に他者からの評価に過敏になり数日間だが不登校となった。再登校後、ぽっちゃり体

型を体育教師にからかわれダイエットを始めると、半年ほどで身長 163cm、体重 56kg から 49kg に減った。高校 2 年時、家族と高級レストランで外食した際に体重が増えることを心配していると、母親が「そんなに心配なら吐けばいいじゃない」と言ったことをきっかけに自己誘発性嘔吐を始めた。ただ、嘔吐は日常的ではなく、特別な外食の機会などに限定されていた。

高校卒業後は理系の大学に進学した。1 年時、試験前に異様な不安感が押し寄せてきていてもたってもいられなくなり、不安を収めようと飲酒をはじめた。その試験はなんとかしのいだものの、学期末試験が近づくたびに不安焦燥感が現れるため、自ら精神科を受診したところ不安神経症と診断された。試験さえ終われば症状は消失するため、在学中は試験前のみ受診し投薬を受けた。

交際相手との関係が気まづくなった大学 3 年頃から飲酒が常習化した。大学卒業後はいったん企業に就職し、その後大学院に進学した。就労先でも大学院でも友人もでき、楽しい反面で、常に他者からの業績評価が気になり、過緊張状態にあった。評価に対する不安が強く、職場や大学院でのプレゼンテーション準備は「スイッチが入ってしまい」強迫的になった。最もひどい時には、冠詞の“a”までいちいち辞書で意味を確認するため、徹夜で準備をしても間に合わなかった。こうした準備の際には厳しい元上司や先輩のまなざしやネガティブな意見が幾度も脳裏をよぎるのだという。不安・緊張感を緩めるために飲酒が多量化し、さらに、過食と自己誘発性嘔吐が始まった。30 歳で結婚、31 歳で長男、35 歳で長女を出産。長男妊娠中には不思議とアルコールへの衝動が消えたが、長女妊娠中には少量の飲酒を続けていた。長女出産後、職場の上司同士の悶着に巻き込まれたことをきっかけに心理相談を開始した。この騒動に関して C には何ら落ち度はないのであるが、「何が正しくて何が正しくないのか」がよくわからなくなるため、自ら相談を希望したのである。担当する臨床心理士を経て、投薬と診断に関する相談を目的に精神科に紹介された。

過食衝動は明らかな対人ストレスだけでなく、腹痛といった身体的不快感、友人との楽しい一方で緊張感をはらむ外出後にも出現した。さらに、自分の恥の感覚に触れ、「自分の過去のすべてが情けなく恥ずかしいものに感じ」られること、過去に目にした自分に対する他人の蔑んだ視線がふと思い出されることを語った。C の現実の他者からの評価や業績は比較的高いものの、それは「バッタモンの自分」と感じていた。「過食が始まるところで『ここでやめておけば吐かずに済む』と頭では考えるんですけどもう止まらない。身体が暴走する感じです……飲酒もくっついているせいかもしれません」と述べ、暴力的だった父親も飲酒、過食していたことを想起した。そして、過食も飲酒もどうまなざされるかという不安を和らげる「自己麻酔」であり、極めて陰性の自己像を根底にした「自己誘発性の解離」であると表現した。

しかし、子育てを通して自らの幼少期を再体験したこと（「丁寧に自分の気持ちを汲んでもらえず、叱られてばかりだった。気付くと同じことをしている自分がいる」）、長女に「お酒飲まないで」と言われたことから飲酒が機会飲酒程度になり、飲酒をしなければ過食嘔吐回数も少なく、摂食行動異常自体は改善した。さらに、仕事仲間から『家庭を優先させればトップにはなれない』と意見されたが、「優先させようがさせまいが、私の能力でなれるはずもないってスッと入った」こと、よく考えてみると「自分はまあまあ幸せ」と感じられるようになったこと、他者のまなざしへの重み付けが軽くなる限りは「苦しいままであることを痛感」し、「自己麻酔をかけなくてはならなくなる前にやれること、考えられることをやる」よう努めた。「最近、いいなと思うポストカードを職場に置いている。『どうせ見るならきれいなものを見ていたい』と感じる。以前、絵は飾るものだと思っていた。つまり、人にどう見られるか、といういつものつながるのでしょね」と語った。

### Ⅲ. 考察

#### 1. BNにおける他者配慮性と他者のまなざし

食を病む人、BN者の多くは、幼少期より他者のまなざしへの感度が研ぎ澄まされており、他者配慮性が極めて高い。症例Aでは統合失調症を併発しているが、性格特性としては環界からの突出性はむしろ目立たず、周囲と足並みをそろえることや気遣いを重視していた。症例Bでは診察場面での治療者のコメントへの肯定や常に他者を中心に据えた配慮を怠らない姿勢などに、症例Cでは日頃から他者に益するようにと先回りしての気遣いなどにその過剰な他者配慮を読み取ることが可能であった。

いわゆる社会性には他者のまなざしを感知し協調する能力が必要不可欠であり、このこと自体に病理性はない。症例Aは現在所属するグループで支援者を得て可愛がられる存在であるが、その対他配慮性は一因であろう。症例B・Cともに周囲への敏感なアンテナを生かし、それぞれの職場で信頼を得て活躍しており、プライベートでの社交も充実している。しかし、他者配慮性には両義性があり、「一方で、自己そのものを押し流し、拡散する危険を孕んでいるのである」<sup>1)</sup>。対他配慮傾向と環境が相互的に作用し、他者配慮が病理性を帯びると、自己評価の低さ、自己という存在の不確かな感覚、ときには自明性さえ不明瞭になるなどの形で現れるようであった。症例Aには統合失調症の影響による自明性の喪失があるものの、思考吹入のように自己が他者性を帯びるのではなく、前提となる自己そのものが不明瞭であるがゆえに周囲の発言に過剰に振り回されることが常であった。症例BもCも口をそろえて自信がもてないと訴え、また、症例Bは食事量が適切なのか過食なのかさえわからないと言い、症例Cは事の善悪さえ相手の意見によって変化すると述べた。しかし、症例BにもCにも客観的には同世代の女性と比べて劣る要素は特にない。それにも拘わらず、主観的には常に自分自身に不足を感じとるようであった。このことは万能感とも関係しているのであろうが、他者のまなざしを受けて繊細に反応しすぎることでいつまでたっても地歩が固まらないことにも関係しているとも考えられる。

また、BN者では他者のまなざしの質に関する病理性が示唆された。他者のまなざしを常に敏感に察知する傾向のみならず、他者のまなざしに自分に対する批判を見出すのである。時には他者の非難のまなざしにがんじがらめにされ、強迫的になり、身動きさえとれなくなってしまう。症例Bでは上司曰く「やれているのにもかかわらず自信がない」ので不安でくたびれ果て、症例Cでは、論文執筆中に主任教授や関連領域に精通する専門家の冷徹なまなざしが脳裏に浮かんでCを批判するために完全主義に陥り、筆がまったく進まなくなることがなにより苦しかったという。

#### 2. 他者のまなざしのコントロール

BN者の常套手段は躁的な「先手打ち」であり、他者の批判的であろうまなざしに対して先手を打ってコントロールしようと試みるようである。他者のまなざしを先読みして期待を充足するという比較的社会的適応的な態度から、何らかのエピソードをきっかけに実体のない他者のまなざしから恣意的に情報をかき集め、「見られる身体<sup>2)</sup>」という仮面をどう主体的に作り上げるかに執着するようになる。そのきっかけは、症例Aでは統合失調症の発症前駆期であり、症例Bでは好意をもっていた男性にふられるという体験であり、症例Cでは表面的には母の「吐けばよい」という一言であったが、おそらくは、成績優秀でスラリとした体型の自己制御ができていと他者にまなざし

れる自己が崩壊するという不安であったと推察される。

こうした他者配慮に伴う病理性が、自己愛や社会の風潮、ジェンダー役割などを媒介して食とつながり、やせ願望や肥満恐怖などの摂食障害の中心病理と拒食や食べ吐きといった摂食行動異常を形成する。そして、大量に食して自ら吐き出すという行為は、脳内の報酬回路系を活性化させて一種の恍惚を生じせしめ、薬物やアルコールと同様の依存が成立する<sup>3)</sup>。こうして食を病む人の「他者にどうまなざされるか」をコントロールするという終わりなき試みが始まる。この試みで、食を病む人は「他者の視線に対して『先手を打ち』、見られる身体を見られる直前に自ら能動的に作り上げ供覧するしかない」のである<sup>4)</sup>。

野間<sup>5)</sup>は、まなざされる自己を弱々しい「主体的自己 subjective self」の「隠れ糞」であると指摘したが、症例 A ではこの隠れ糞性が統合失調症の影響もあり顕著であった。破瓜型の統合失調症と考えられたが、人格水準の低下は緩慢であり、寛解期というべき時期には自らをかなり冷静に振り返ることも可能であった。しかし、症例 A は診察室で自分と妹や同級生を比較したり、摂食障害について語ったりすることはあっても、統合失調症という病について言及することはほとんどなかった。症例 A の統合失調症というみじめな「主体的自己 subjective self」の「隠れ糞」は、妹を含む周囲の羨望に値するやせたおしゃれな女性であり、また、摂食障害の私、であるようであった。つまり、“統合失調症よりは摂食障害の方がイケテル”のである。ブルック<sup>6)</sup>は「彼女たちの人を楽しませる文句のつけようのない完璧さは、内面の惨めさの徴候」であると摂食障害の対他配慮性と隠れ糞性を指摘している。

### 3. BN の病理：自己愛

いったん依存が形成されると過食嘔吐は心理的なゆらぎ、あるいは、内的に充滿した緊張感に対する対処法として用いられるようになる。就労している症例 B・C においては、勤務中に体験した職務を主観的には人並みに、客観的には人並み以上に遂行しようとする過緊張や、周囲から能力や外見を低く評価されないかという不安が高まり、帰宅後に過食嘔吐した。症例 A においては、対人関係で劣等感が刺激されると過食衝動が高まった。

野間によれば摂食障害特有のストレス状況とは対人交流における他者からの自分に対する評価である<sup>7)</sup>。「自分が他者にどうまなざされているのか」という他者のまなざしの中の自己を意識せずにはいられない。松木は、彼らの対人関係上の中核病理は自己愛性だと指摘している<sup>8)</sup>。

### 4. そして回復

3 症例ともにひとまずは回復の途に就いた。BN 者は、彼らの基底にある他者配慮性とそれに伴う他者のまなざしのコントロールからどのように解放されるのか。症例 A では人格水準の低下が進んだことは一因であろう。しかし、それだけでは幻聴・妄想に体重や体格に関する内容が認められなくなったことや過食嘔吐の消失の十分な説明にはならない。緩慢な人格低下を基に、宗教的な教義をもつグループのメンバーとの交流を通して統合失調症の自分、同年代の女性と同じでない自分をゆるやかに許容していった過程が摂食障害からの回復のターニングポイントであったのではなからうか。あるいは、統合失調症である自分を受け入れざるを得ないまでに病自体が進行していた時期に、そのような自分を受け入れる外界からの心理的支持を得て、ついに摂食障害という隠れ糞を手放すに至ったとも考えられる。その結果、摂食障害は回復し、人格水準の低下は進んだのかもしれない。症例 B では、パートナーがその過食も痩せていない自分もおおらかに受け止めたこと、

嘔吐をしない生活を体験できたことなどが回復への転機となったようであった。症例 C では、職場や治療者からの人格に関する評価、子育てを通しての自己効力感、節酒などが回復促進的に働いた印象である。

「『病気が治る』というのは、〈中略〉『体型へのこだわりが生活を乱さなくなる』ということ」<sup>9)</sup>であるとすれば、生活が乱されず「まあまあ幸せ」であるためには、環境からの継続的な自己支持的な反応が必要なのであろう。一方、臨床社会学者の中村は、そうした日々の生活での偶然の出来事やミクロな実践の積み重ねで摂食障害が解消されることに加えて、「『食べれば治る』という解釈との出会い」のような「回復につながる言語的資源〈註：原文のママ〉を得ることで〈回復〉が達成されることもある」ことを指摘し、「何かを語るということは、それ自体が現実を作り出す行為」であるならば、「〈回復〉の物語は、回復というリアリティを構築する力を持つはずだ」と回復と言語環境との関係についてまとめている<sup>10)</sup>。

提示した3症例において、周囲からの働きかけが自己対象体験 (selfobject experiences)<sup>11)</sup>として機能し、断片化していた自己 (fragmentation)<sup>12)</sup>の構造的再統合が成されたことと自己心理学的に言い換えることができる。BN では、“他者にまなざされる自分”と“本物の自分”があたかも存在するような自己の二重化<sup>13)</sup>が起こり、取るに足らない存在である“本物の自分”の感性は通常丁寧に取り扱われないが、症例 C でみられるように構造的な自己の凝集性 (cohesion)<sup>14)</sup>が進むと“本物の自分”の気分にも目が向けられるように変化する。しかし、それと並行して、診察室内外での言語的資源との出会いや自らを語るという作業を通じて回復へ向かったとも考えられた。

BN の日常の小精神療法では、「食」についての言語的やりとりを介しつつ、両義的な他者配慮性を「肯定するポイントをつかみ」<sup>15)</sup>、あえて「食」以外の領域で自尊心を育てていく<sup>16)</sup>という治療視点は導入しやすく、なおかつ、治療効果を期待できるかもしれない。

## 5. 研究の限界

本研究についていくつかの限界があることを認識している。ひとつ目は、BN は多かれ少なかれ境界例的であると指摘される<sup>17)</sup>が、3症例とも境界例の特徴である不安定性は高くなかった。したがって、自己制御が良好な群と捉えることができ、そもそも予後良好な群であったといえるかもしれない<sup>18)</sup>。ふたつ目に併存症の問題がある。症例 B と C では双極 II 型障害を除外できないため、彼らの他者配慮性は、双極性障害の基底性格である同調性に基づく可能性を否定できないこと、三つ目は事例の回復後の経過が比較的短いこと（事例 A：約 2 年、事例 B：約 6 ヶ月、事例 C：約 9 ヶ月）である。今後は BN の事例を集積し、今後の経過を踏まえて双極 II 型障害の同調性との異同についても検討が必要であると考えられた。

## 6. 結論

BN には鋭敏な他者配慮性がある。この対他配慮は他者のまなざしへの先手打ちを特徴とした。また、同調性に伴う他者のまなざしに常に自己が意識される自己愛の問題を伴った。日常臨床では、根深い自己愛や摂食行動異常への直接的な働きかけよりはむしろ高い同調性への共感や自己治療力を高める能力であることへの自覚を促し、主観的自己を摂食とは関係のない領域で肯定的に育みながら、「食」と回復についての語りを控えめに促すことは回復を後押しすると考えられた。



## 謝辞

本研究はJSPS 科研費 JP26461775, 2014 年度南山大学パツへ研究奨励金 I-A-2 の助成を受けたものです。

## 参考文献

- 1) 内海健. 双極 II 型障害という病 改訂版うつ病新時代. 東京: 勉誠出版; 2013. 139p
- 2) 野間俊一. 解離する生命. 東京: みすず書房; 2012. 167p
- 3) Mathes WF, Brownley KA, Mo X, Bulik CM. The Biology of Binge Eating. *Appetite*. 2009; 52(3): 545-553.
- 4) 野間俊一. 解離する生命. 東京: みすず書房; 2012. 168p
- 5) 野間俊一. 解離する生命. 東京: みすず書房; 2012. 118-21p
- 6) ヒルデ・ブルック. 思春期やせ症の謎—ゴールデンケージー. 岡部祥平・溝口純二訳 東京: 星和書店; 1979. 80p
- 7) 野間俊一. 解離する生命. 東京: みすず書房; 2012. 151-2p
- 8) 松木邦裕. 摂食障害の治療技法—対象関係論からのアプローチ. 東京: 金剛出版; 1997.
- 9) 水島広子. 拒食症・過食症を対人関係療法で治す. 東京: 紀伊國屋書店; 2007. 238p
- 10) 中村英代. 摂食障害の語り〈回復〉の臨床社会学. 東京: 新曜社; 2011. 253-7p
- 11) アーネスト・S・ウルフ. 自己心理学入門 コフト理論の実践. 東京: 金剛出版; 2001. 24-8p
- 12) ハイイツ・コフト. 自己の分析. 水野信義・笠原嘉監訳 東京: みすず書房; 1994. 106-9p
- 13) 野間俊一. 解離する生命. 東京: みすず書房; 2012. 151p
- 14) ハイイツ・コフト. 自己の修復. 本城秀次・笠原嘉監訳 東京: みすず書房; 1995. 107-8p
- 15) 内海健. 双極 II 型障害という病 改訂版うつ病新時代. 東京: 勉誠出版; 2013. 161-3p
- 16) 柴田明彦. 摂食障害からの回復支援—自己治癒力を妨げない「消極的」精神療法のすすめ. 東京: 岩崎学術出版; 2014.
- 17) 野間俊一. 解離する生命. 東京: みすず書房; 2012. 126p
- 18) Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*. 2004; 72(2): 271-324.