

摂食障害回復者の心理的変化過程と要因

2017 年 10 月 5 日

白百合女子大学大学院 文学研究科
博士課程 発達心理学専攻

貝塚 陽子

目次

はじめに	7
序論	9
第1章 摂食障害概要	10
第1節 摂食障害とは	10
1. 摂食障害とは	10
2. 摂食障害の歴史的推移	11
3. 摂食障害の定義	12
4. 病型の移行	15
5. 摂食障害の理解	16
6. 家族関係論からの理解	18
第2節 先行研究の概要	19
1. 日本における摂食障害の現状	19
2. 転帰調査	20
3. 摂食障害からの回復に関する先行研究	21
4. 摂食障害に関するロールシャッハ研究の先行研究	24
第3節 回復とは何か	26
1. 様々な回復の定義	26
2. 本論文での回復の定義	27

第2章 本論文の目的と構成	28
第1節 本論文の目的	28
第2節 本論文の構成	29
本論	31
第3章 研究Ⅰ 摂食障害回復者の心理的变化過程	32
第1節 目的	32
1. 問題	32
2. 目的	32
第2節 方法	32
1. データ収集方法	32
2. インタビューガイド	33
3. 対象者	33
4. データの分析方法	34
第3節 結果	37
1. 全体のプロセス	37
2. 全てのカテゴリと概念	40
3. カテゴリと概念の説明	41
第4節 考察	68
1. 発達的な視点からの考察	68
2. 家族の支援という視点からの考察	70
第5節 研究Ⅰのまとめ	72

第4章 研究Ⅱ 摂食障害患者と回復者の心理的变化要因	74
第1節 目的	74
第2節 方法	75
1. 対象者	75
2. 方法	75
3. 包括システムでの特殊指標とクラスター	76
第3節 結果	76
1. 全体の結果	76
2. 特殊指標と各クラスターの結果	79
第4節 考察	81
1. 回復に必要な要因	81
2. 研究Ⅰと研究Ⅱの整合性に関する考察	83
第5節 研究Ⅱのまとめ	86
第5章 研究Ⅲ 摂食障害患者と回復者の臨床像の特徴	88
第1節 目的	88
1. 問題	88
2. 目的	88
第2節 方法	89
1. 対象者	89
2. 方法	89
3. 特殊指標について	90

第3節 結果と考察	91
1. CDI(対処力不全指標)の結果	91
2. CDI(対処力不全指標)の考察	91
3. DEPI(抑うつ指標)の結果.....	106
4. DEPI(抑うつ指標)の考察.....	106
5. PTI(知覚と思考の指標)の結果	120
6. PTI(知覚と思考の指標)の考察	123
第4節 研究Ⅲのまとめ	132
結論	134
第6章 本論文の総括的検討.....	135
第1節 本論文の概要	135
第2節 総合考察と今後の課題.....	141
1. 回復に必要とされる要因	141
2. 回復者の臨床像.....	144
3. 再発予防の考察.....	146
4. 本研究の意義	148
5. 今後の課題	149
引用文献.....	151
要旨	161
付録	163
謝辞	202

図一覧

Figure 1	本論文の構成図.....	30
Figure 2	結果図 摂食障害回復者の心理的变化過程	39
Figure 3	支援を得る過程 (2011, 貝塚 p.51, Figure 4)	70
Figure 4	摂食障害患者群 CDI の結果	91
Figure 5	回復者群 CDI の結果	93
Figure 6	CDI カテゴリの下位項目における回復者・摂食障害患者・成人非患者の平均(標準偏差)	102
Figure 7	摂食障害患者, 回復者, 成人非患者における WSumC の内訳	104
Figure 8	摂食障害患者群 DEPI の結果	106
Figure 9	回復者群 DEPI の結果	108
Figure 10	DEPI カテゴリの下位項目における回復者・摂食障害患者・成人非患者の平均(標準偏差)	118
Figure 11	摂食障害患者群 PTI の結果	120
Figure 12	回復者群 PTI の結果	122
Figure 13	PTI カテゴリの下位項目における回復者・摂食障害患者・成人非患者の平均(標準偏差)	130

表一覧

Table 1	対象者の概要(研究Ⅰ)	33
Table 2	インタビュー対象者	34
Table 3	カテゴリと概念	40
Table 4	エリクソンの心理・社会的危機と研究Ⅰの概念の対応の試み	68
Table 5	対象者の概要(研究Ⅱ)	75
Table 6	摂食障害患者と回復者のロールシャッハ・テストのスコアの比較	76
Table 7	回復に必要とされる要因(研究Ⅱ)の考察	83
Table 8	対象者の概要(研究Ⅲ)	89
Table 9	摂食障害患者 CDI カテゴリ【資質無し・対人行動不適切群】	96
Table 10	回復者 CDI カテゴリⅠ【資質有り・他者理解有り・対人行動イメージ希薄群】	98
Table 11	回復者 CDI カテゴリⅡ【資質有り・他者理解希薄・対人行動イメージ明確化群】	99
Table 12	回復者 CDI カテゴリ【受動・依存傾向有り】	100
Table 13	摂食障害患者 DEPI カテゴリ【低自尊心・感情葛藤不毛群】	112
Table 14	回復者 DEPI カテゴリⅠ【欲求自覚・感情葛藤無し・協調行動イメージ希薄群】	113
Table 15	回復者 DEPI カテゴリⅡ【欲求自覚・自我関与強・感情萎縮無し群】	115
Table 16	摂食障害患者 PTI カテゴリⅠ【高現実検討力・思考混乱無し群】	124
Table 17	摂食障害患者 PTI カテゴリⅡ【低現実検討力・思考混乱有り群】	125
Table 18	回復者 PTI カテゴリⅠ【高現実検討力・思考混乱無し群】	127
Table 19	回復者 PTI カテゴリⅡ【低現実検討力群】	128

はじめに

精神科外来の臨床現場や摂食障害家族会で心理士として摂食障害の方々に会うことが増え、長く患うことの多い摂食障害という病が、その方の人生そのものを支配し困難なものにしている事実直面している。

摂食障害の方々に治療者として一対一で関わろうとする際には、患者の方々の中に根付く大きな人間不信、治療意欲のなさ等に気づき、その治療関係作りの難しさ、関係維持の難しさに多大なる無力感に襲われる。「私は治りたくないんです」と言いながら、やせた体を維持するために治療から離脱していく方を目にし、太ることの恐怖を克服し、精神的な安定を得て、「回復していくために何か効果的な道筋はないものだろうか」と思案する。

摂食障害は回復する疾患ではあるが、その道が非常に長く陰しくなることも多い疾患でもある。一体どのようにしたら、「よくなった」という状態に一日でも早く持っていくことができるのだろうか。以前、摂食障害の最中に、「真っ暗なトンネルに迷い込んでしまったようだ」と形容した患者の方がいた。「では、どの道を行けばいいのだろう。どの道を行けばその暗いトンネルから確実に抜け出すことができるのかを知りたい」というのが、前論文からの私のテーマだった。前論文では(貝塚, 2011)、摂食障害患者の母親の立場から家族の再生の話を読み、家族の一員としての患者の回復のストーリーをまとめた。母親が必死になって、父親を動かし、家族を再構築するか、または、母親が外部からのサポートを得て、娘を支え、患者が回復していくストーリーであった。しかし娘のために必死に動く母親の家族再生の話を読みながら、臨床現場でよく会う母親が娘を支える力を持たないケースの方はどうやって回復していくことができるのか疑問として残っていた。

遷延化しやすい摂食障害に関しては、精神医学や臨床心理学の領域から、どのような治療方法が有効であるかが長く研究されてきている。そして 2012 年には新たな治療ガイドラインが刊行され、その治療には多くの関係者の努力が払われている(中井・永田・西園, 2012)。しかし長く摂食障害治療に第一線で関わっている石川(2015)は、摂食障害という病に対して「いまだによくわからない疾患である。特に生物学的な機序がわかっていないことや確立した治療法が開発されていないことなどが、より一層治療を困難なものにし、病態を重篤なものにしているように思われる」と述べており、摂食障害の治療に関しては回復につながる唯一絶対的な治療がいまだ確立されていないというのが現状である。

本研究では、今回は回復者本人にとっての回復のストーリーを追い、「摂食障害から回復した人はどうやって回復したのか」、その回復の過程を明らかにし、現場に還元できる形で簡潔に示したいと考えた。回復者の方々から伺ったのは、摂食障害という疾患から回復していくストーリーで

もあり、その人のそれまでの人生のストーリーでもあった。どのように疾患にかかり、そこからどうやって回復してきたのか、その人生のストーリーは、それぞれ違う非常に貴重な語りであった。本研究では、敢えて、その様々な違うストーリーから共通している部分を探して示すことで、一つの摂食障害からの回復の過程を示すモデルを提示することを試みたいと思った。そして、その回復した人たちのどのようなところが、現在、摂食障害を患っている人達とは違っているのかを検証し、私自身が一治療者として摂食障害患者の方々に関わっていく際の貴重な指針を得たいと考えた。

序論

第1章 摂食障害概要

第1節 摂食障害とは

1. 摂食障害とは

摂食障害は、一般的には、拒食症、過食症という名前で知られる食異常行動を伴う精神的な疾患である。日本でも疾患の広がりに伴い、マスメディア等でも取り上げられるようになり段々と広く知られるようになった。国際的な診断基準も設けられており、米国精神医学会の診断基準と世界保健機構(WHO)の国際疾病分類 ICD-10 の診断基準がある。

摂食障害は、主に思春期から青年期の女性によくみられる疾患で死亡率も高い。やせることや食事への過度なとらわれから極端な食事制限や過食などを行い、様々な精神症状・身体症状を呈する疾患であり、主として拒食症[神経性やせ症／神経性無食欲症(anorexia nervosa : AN)]と過食症[神経性過食症／神経性大食症(bulimia nervosa : BN)]に大別される(須田・石川, 2015)。拒食症の患者は、非常に強いやせ願望や肥満恐怖、ボディイメージの障害などのために、摂食制限、過食、嘔吐、不食等の結果、激しいやせと様々な身体症状や精神症状を生じる。過食症の患者は、止まらない摂食の欲求のために、大量に食物を過食した後に罪悪感に苛まれながら、自己誘発的嘔吐や下剤の乱用、摂食制限などで体重増加を必死に防ごうとする。やせていることをよしとしている摂食障害患者は、なかなか医療機関にはつながらないことが多い。まだ若い拒食症の患者が親に連れられてなんとか病院に辿り着いても「私はどこも悪くない」と頑なな表情で医療者を拒むことも少なくない。食べるのを止めたいと思っている過食症の患者は、しばしば自ら医療機関を訪れることもあるが、その精神的な不安定さから、なかなか安定した治療者との治療関係を維持することが難しく、治療から離脱していくものも多い。

摂食障害患者は二次的に抑うつ、強迫、不安などの精神症状を示し、拒食症の患者は極端な低体重から抑うつや不安、強迫症状が生じ、体重やカロリー、時間等の数字に囚われている場合も多く、過食症の患者は過食や嘔吐の後に自己嫌悪に陥り、抑うつ的になる場合も多い。摂食障害患者の強迫症状について切池(2007)が、「AN 患者や BN 患者は、食に対するとらわれの強さから、徹底した食事制限ややせへの希求を行い、やせるために過活動となる。そして、AN 患者では、低体重になればなるほど強迫症状が強くなることが臨床的に観察されている」と述べているように、摂食障害は目に見える身体的な症状に強く精神的な症状が結びついた疾患である。

2. 摂食障害の歴史的推移

神経性無食欲症(AN)について医学的に最初に記載したのはイギリス人の医師 Morton (1694)であった。19 世紀後半に幾つかの症例を報告したイギリス人の医師 Gull (1874)が anorexia nervosa と命名した。1970 年代には神経性無食欲症の患者の予後が、自己誘発による排出行為があるか否かで違うことが指摘された(西園, 2010)。

一方で、1970 年代頃から体重が正常範囲内で過食嘔吐を繰り返す患者の存在が知られるようになり、1979 年には、イギリス人の医師 Russell(1979)が 30 症例を上げて、転帰としては難しいものがあることを記し bulimia nervosa と命名した。ここでは、大部分の症例に神経性無食欲症(AN)の既往があることから、神経性無食欲症の亜型と考えられていた。欧米諸国では神経性無食欲症は 1960 年代後半から、神経性過食症(BN)は 1980 年代に広く知られるようになった。神経性無食欲症の広まりはやせていることを礼賛する社会文化的な要因が指摘されている。また、家族形態の変化や社会的な女性役割の変化をあげる立場もあり、神経性無食欲症患者の病理に女性性を否定する意味があるという点についてもしばしば論じられるようになった(下坂, 1988)。西園(2010)は、現代社会の環境が神経性過食症の増加に深く結びついていることを、「手近に食物があるといった環境因がないと成立しにくく、過食嘔吐のための私的な空間があることも重要である」と指摘している。

日本では欧米諸国とほぼ並んで、神経性無食欲症は 1970 年代に神経性過食症は 1980 年代に入って増加した。日本は、欧米以外で、欧米と同時に摂食障害が広まった唯一の国である(中村, 2011)。初期の頃は、報告されている症例は神経性無食欲症がほとんどであるが、現在は神経性過食症の数が非常に増え、他の精神科併存症との併存も増えている。長期化例も増加する一方で、初発の年齢層も広がっている(西園, 2010)。またほとんどが女性を対象とする疾患ではあるが、男性の摂食障害患者を臨床現場で目にすることも増加している。

アメリカ精神医学会の診断基準では、DSM-IIIでは神経性無食欲症(AN)と過食症(bulimia)は区別して診断され、DSM-III-R以降は過食症(bulimia)は神経性過食症(BN)と改められ、ANの過食型がBNとANの両方で診断されることとなり、両者の関連が不明確になった。1994年のDSM-IVでは「過食症がANのエピソード中に生じていない」という項目が加わり、ANとBNが明確に区別され、ANは摂食制限型と過食/排出型に下位分類されるようになった。最新のDSM-5では神経性無食欲症の条件として、「無月経」が取り除かれる、低体重の記述が「標準体重の85%以下」から「有意に低い体重」になる等の変更が加えられている(切池, 2014)。

3. 摂食障害の定義

以下に、最新の国際的診断基準となっている米国精神医学会の診断基準(DSM-5)と、世界保健機構(WHO)の診断基準(ICD-10)を記す。

米国精神医学会の診断基準(DSM-5)

<神経性やせ症／神経性無食欲症>

Anorexia Nervosa

- A. 必要量と比べてカロリー摂取を制限し、年齢、性別、成長曲線、身体的健康状態に関する有意に低い体重とは、正常の下限を下回る体重で、子どもまたは青年の場合は、期待される最低体重を下回ると定義される。
- B. 有意に低い体重であるにもかかわらず、体重増加または肥満になることに対する強い恐怖、または体重増加を妨げる持続した行動がある。
- C. 自分の体重または体型の体験の仕方における障害、自己評価に対する体重や体型の不相応な影響、または現在の低体重の深刻さに対する認識の持続的欠如

➤ いずれかを特定せよ

摂食制限型：過去3ヶ月間、過食または排出行動(つまり、自己誘発性嘔吐、または緩下剤・利尿薬、または浣腸の乱用)の反復的なエピソードがないこと。この下位分類では、主にダイエット、断食、および／または過剰な運動によってもたらされる体重減少についての病態を記録している。

過食・排出型：過去3ヶ月間、過食または排出行動(つまり、自己誘発性嘔吐、または緩下剤・利尿薬、または浣腸の乱用)の反復的なエピソードがあること

➤ 該当すれば特定せよ

部分寛解：かつて神経性やせ症の診断基準をすべて満たしたことがあり、現在は、基準A(低体重)については一定期間満たしていないが、基準B(体重増加または肥満になることへの強い恐怖、または体重増加を回避する行動)と基準C(体重および体型に関する自己認識の障害)のいずれかは満たしている。

完全寛解：かつて神経性やせ症の診断基準をすべて満たしていたが、現在は一定期間診断基準を満たしていない。

➤ 現在の重症度を特定せよ

重症度の最低限の値は、成人の場合、現在の体格指数(BMI: Body Mass Index)に、子どもおよび青年の場合、BMI パーセント値に基づいている。下に示した各範囲は、世界保健機関の成人のやせ分類による。子どもと青年については、それぞれに対応した BMI パーセント値を使用すべきである。重症度は、臨床症状、能力低下の程度、および管理の必要性によって上がってくることもある。

軽度: BMI ≥ 17 Kg/m²

中等度: BMI 16～16.99 Kg/m²

重度: BMI 15～15.99 Kg/m²

最重度: BMI < 15 Kg/m²

<神経性過食症／神経性大食症>

Bulimia Nervosa

A. 反復する過食エピソード、過食エピソードは以下の両方によって特徴づけられる。

(1) 他者とははっきり区別される時間帯に(例: 任意の 2 時間の間に)、ほとんどの人が同様の状況で同様の時間内に食べる量よりも明らかに多い食物を食べる。

(2) そのエピソードの間は、食べることを抑制できないという感覚(例: 食べることをやめることができない、または、食べる物の種類や量を抑制できないという感覚)

B. 体重の増加を防ぐための反復する不適切な代償行為。例えば、自己誘発性嘔吐; 緩下剤, 利尿薬, その他の医療薬品の乱用; 絶食; 過剰な運動など

C. 過食と不適切な代償行為がともに平均して 3 ケ月わたって少なくとも週 1 回は起こっている。

D. 自己評価が体型および体重の影響を過度に受けている。

E. その障害は、神経性やせ症のエピソードの期間にのみ起こるものではない。

➤ 該当すれば特定せよ

部分寛解 : かつて神経性過食症の診断基準をすべて満たしていたが、現在は一定期間、診断基準のすべてではなく一部分を満たしている。

部分寛解 : かつて神経性過食症の診断基準をすべて満たしていたが、現在は一定期間、診断基準のいずれも満たしていない。

➤ 現在の重症度を特定せよ

重症度の最も低いものは、不適切な代償行動の頻度に基づいている。他の症状および機能の能力低下の程度を反映して、重症度が上がることもある。

軽度:不適切な代償行為のエピソードが週に平均して 1～3 回

中等度:不適切な代償行為のエピソードが週に平均して 4～7 回

重度:不適切な代償行為のエピソードが週に平均して 8～13 回

最重度:不適切な代償行為のエピソードが週に平均して 14 回以上

世界保健機構(WHO)の診断基準(IDC-10, 1992)

<神経性無食欲症>

Anorexia Nervosa

- a) 体重が (減少したにせよ, 初めから到達しなかったにせよ) 期待される値より少なくとも 15% 以上下まわること, あるいは BMI が 17.5 以下, 前思春期の患者では, 成長期に本来あるべき体重増加がみられない場合もある。
- b) 体重減少は, 「太る食物」を避けること, また, 自ら誘発する嘔吐, 緩下薬の自発的使用, 過度の運動, 食欲抑制薬および/または利尿剤の使用などが 1 項以上ある。
- c) 肥満への恐怖が存在する。その際, 特有な精神病理学的な形をとったボディイメージのゆがみが, ぬぐい去りがたい過度の観念として存在する。そして患者は自分の体重の許容限度を低く決めている。
- d) 視床下部下垂体性腺系を含む広汎な内分泌系の障害が, 女性では無月経, 男性では性欲, 性的能力の減退を起こす(明らかな例外としては, 避妊用ピルとしても最もよく用いられているホルモンの補充治療を受けている無食欲症の女性で, 性器出血が持続することがある)。また成長ホルモンの上昇, 甲状腺ホルモンによる抹消代謝の変化, インスリン分泌の異常も認められることもある)。
- e) もし発症が前思春期であれば, 思春期に起こる一連の現象は遅れ, あるいは停止することさえある(成長の停止, 少女では乳房が発達せず, 一次性無月経が起こる。少年では性器は子どもの状態のままである)。回復すれば思春期はしばしば正常に完了するが, 初潮は遅れる。

<神経性過食症>

Bulimia Nervosa

- a) 持続的な摂食への没頭, 食物への抗しがたい渴望が存在する。患者は短時間に大量の食物を食べつくす過食のエピソードに陥る。
- b) 患者は食物の太る効果に, 以下の 1 つ以上の方法で抵抗しようとする。すなわち, 自ら誘発する嘔吐, 緩下薬の乱用, 交代して出現する絶食期, 食欲抑制薬や甲状腺末, 利尿剤などの薬剤の使用, 糖尿病の患者に過食症が起これば, インスリン治療を怠ることがある。
- c) この障害の精神病理は肥満への病的な恐れから成り立つもので, 患者は自らにきびしい体重制限を課す。それは医師が理想的または健康的と考える病前の体重に比べてかなり低い。双方の間に数カ月から数年にわたる間隔において神経性無食欲症の病歴が, 常にではないがしばしば認められる。この病歴のエピソードは完全な形で現れることもあるが, 中等度の体重減少および/または一過性の無月経を伴った軽度でもはっきりとしない形をとることもある。

4. 病型の移行

摂食障害は上記のような診断基準から, その現状の症状で, 神経性無食欲症と神経性大食症に大きく分類されるが, Halmi et al. (1991) が, AN から BN に移行する症例は多いと指摘するように亜型間の移行は頻繁に起こっている。筆者も初診時のアセスメントにおいて, 現状の状態が神経性過食症であっても, 病歴を尋ねると発症は神経性無食欲症であったというエピソードを聞くことは非常によくあることである。

ロールシャッハ・テストにより摂食障害患者の病型別の特徴を示そうと試みた原田(1998)も, その難しさの理由について, 「摂食障害という疾患は実際に病型分類を試みようとしても, 一人の患者の中で病型自体が変化する可能性があり困難を伴う。例えば受診時に不食でも過食に移行する可能性や, 不食と過食を繰り返す可能性などがある」と述べている。

切池(2014)は摂食障害の病型の移行を成長段階で名前が変わる「鰯」のようだとし, 以下のように説明している。「AN 患者の大部分が摂食制限型で発症する。そして多くは, 5 年以内に過食を生じて嘔吐するようになり, これが常習化した時点で AN の過食/排出型と診断される。その後, 体重が正常範囲内に回復して BN に推移し, 嘔吐や下剤乱用(誤用)などの排出行動を認めなくなると患者は肥満傾向になり, BN の非排出型と診断されてきた」。

加藤・山岡(1999)は、「拒食症も過食症も『異常なまでの痩せ願望』と『肥満恐怖』が共通して認められるため、病気のステージ(症状の段階)が異なるだけで、同じ原因で起こる疾患だと考えられている」と指摘している。

また、鈴木(2010)は、治療的観点から、摂食障害を急性期と慢性期とに分けて考えることを提唱している。急性期の代表を摂食障害無食欲制限型(AN/R)として、少数であるが、ストレスから過食が止まらなると訴える過食症非排出型(BN/NP)があるとしている。そして、慢性期の摂食障害として、AN/Rの経過の途中として、あるいはちょっとしたダイエットから過食が始まり、やせ願望が強いままに過食が続く、やせ続けるために排出行為を行っていることを特徴とするとし、少数であるが、食事制限をし続けて何年もやせたままのAN/Rのケースや、拒食してやせたり、過食して太ったりを繰り返しているケースがあると述べ、この疾患のしばしば起こる病型の推移について説明している。

5. 摂食障害の理解

精神分析的な理解

古くは Bruch (1978) が神経性無食欲症の女性の発症機序について、中流階級以上の家庭で、大切に、しかし支配的に育てられた思春期の女性が置かれた環境を、「Golden cage」に閉じ込められていると比喻して摂食障害の病理を説明した。Bruch (1978) は、摂食障害の中核的精神病理として非常に強固なやせ願望と肥満恐怖があり、ボディイメージの認知の歪みがあるとした。Bruch (1978) は摂食障害の病理の原因が早期の母子関係にあるとし、強い母親の意向に沿ってよい子として育ってきた彼女らは、強い母親の意見を取り入れるしかなく、無力感に圧倒されながら母親との母子分離ができないことに問題があるとした。そうした彼女らが思春期を迎え、自我を確立することが出来ず、変化を、つまり、大人になることを、女性となることを拒否して発病に至っていると説明した。「自分が無力で無価値だという確信は非常に根深く、長期間そのように思い込んで来たので、やせ症の人はほんの少しでも自己不信を抱いたり、意見の相違に出会ったりするといつでも優越感という仮面の背後に引き込まれてしまう」、「内的な道標を欠いているので、彼女たちは周りの人たちの賞賛や評価に過度に依存してきた。彼女たちは人の目に完全だと映る時だけ、叱責や非難から逃れられると感じる」(Bruch, 1978 岡部・溝口訳 1979)とその人格的な特徴を記している。

Palazzoli(1974)は摂食障害は母子関係の葛藤に起因するとした。母子関係が未分化なために、思春期になり母親を過度に拒絶する、あるいは過度に取り込もうとする結果の発病であり、対象関係論の視点から良い対象と悪い対象が統合されておらず、悪い対象を自らの身体に投影し自らのコントロールの対象とした結果、摂食障害が生じるとした。

Williams(1997a, 1997b 田泰訳 2000)は、拒食症の患者の例を挙げ、乳幼児期に投げ入れられたものの防衛的拒絶が、食物摂取だけに限らず、「進入禁止 no entry」型が防衛システムとして広範囲に生じるとした。親が自らの消化されずにきた不安の投影の容器として乳幼児期に子どもを使うと、子どもはまだ、その不安を消化し、血流に取り込むほど発達しておらず、親の投影は迫害的な異物として経験されることになり、「進入禁止 no entry」型が行き渡る。「進入禁止 no entry」型は、潜在的に侵襲的で迫害的だと経験される如何なる投入を遮断する手段として働く。このような「進入禁止 no entry」の症状は、時に拒食の症状に明確に限られることもあるが、広範囲に行き渡り患者は侵入される不安を経験する。患者は Bion(1962)が、乳児が母親に何らかの感情を投影し、それが受け入れられない時に乳児が返されるものとして述べた「言葉にならない恐怖 nameless dread」をも経験しているとした。

また、Williams(1997b 田泰訳 2000)は過食症患者の例を挙げ、「精神透過 psychically porous」型の特徴が表れており、親の消化されなかった不安の投影の容器として常に使用され続けてきたことで特異的な混乱が生じているとし、過食は対象から食欲に取り入れようとする抑制された願望であるとした。

Lawrence(2008)は、摂食障害患者は対象をコントロールしたいという特徴をもち、依存することをよしとしていないという特徴を挙げた。拒食症においても過食症においても、食物の取り入れをコントロールしたいという強固な欲求は、時に何か悪いものに侵入されるという恐れに結びつくこともあるが、コントロールが難しく、必ずしも受け入れ可能とはされない関係性での依存心を回避する機能を果たしているとした。

日本では、下坂(2001)は摂食障害の心理を、「神経性無食欲症においては、極端な摂食を通して日々痩せていくことに自己の拠り所を求めている。それは挫折体験を希薄化させると同時に、自分をコントロールすることができるという力感、達成感と身体的な存在感覚の強化とに裏打ちされた『かりそめの自分らしさ』の樹立である」としている。またその利点について、「不食と痩せとは、他人の耳目を引く、現代の美意識にある程度合致する、家庭の中でも中心的な存在となれる、自分にとって不快な事態を回避できる、責任を大幅に免除されるなどといった利点を生む。しかも症状を通して身近な他者(両親または配偶者)を、しばしば思い通りに操縦し、支配すること

が可能となる。上記の利点は神経性大(過)食症の場合にもほぼ共通してみられる」と説明している。摂食障害患者のパーソナリティは例外なく強迫的で、自己愛的であるとし、その自己愛について「なみ嫌い」であるとし、それを平凡恐怖と名付けた。

松木(2006)は、中核的な摂食障害は摂食の病ではないとし、「やせた身体を絶対的に理想化し、それを求め続けるという心の姿勢」を目的とするパーソナリティ障害だとしている。中核的な摂食障害患者は、成長過程で自分自身に確かさが育たなかったため、自己の中で理想化した自己愛的自己像にしがみつこうとし、自分の無力感や孤独感に対抗して、行動を通して身体の万能的コントロールをし、やせた身体を理想化して死守しようとしているとした。

6. 家族関係論からの理解

1970年代には Minuchin や Palazzoli といった家族療法家が神経性無食欲症の治療を積極的に手がけ効果を明らかにした。この時代の家族療法家は、摂食障害というのは発症した個人の中に病理があるのではなく、家族全体の構造やコミュニケーションに問題があり、家族全体を治癒する必要があるという点では一致していた(西園, 2006)。

Minuchin, Rosman, & Baker(1978)は、摂食障害を現在の家族システムの中で維持されている問題だとした。摂食障害患者の家族に見られる交流パターンの特徴として、絡み合い(家族内において個人の境目が明確でなく、互いに必要以上に干渉しあう)、過保護(家族がお互いの幸福に高い関心を示し、特に子供に関心が集まり過ぎ、結果的に子どもの生活全般を無意識的に援助してしまう)、硬直性(家族全体が新しい環境に適応していくことが不得手であり、子どもの成長に伴って子どもとの関わりを調整することができない)、葛藤回避(表面的な安定と平和維持に努力が払われ、夫婦間の葛藤などは隠蔽されたまま家庭生活が行われる)等を挙げた。これらの家族の交流パターンの機能不全により摂食障害が発症していると考えた。

Palazzoli(1974)は、摂食障害の家族の特徴として、歪んだコミュニケーションのパターン、家族間の対立と葛藤の未解決、親のリーダーシップの無さと責任回避、子どもが両親の両方から同盟する役割を取らされていること、自己犠牲に対する相手への非難、夫婦は表面上は上手く行っているように見えるが互いに葛藤を表面化せず承認もしていないことを挙げている。

拒食症に対する家族療法の実証的な研究が行われ、家族療法は若年発症で病歴が短い摂食障害患者に対して顕著な効果があるとされた(Russell, Dare, & Eisler, 1992)。近年、過食症に対する家族介入の効果を認める研究もある(Le Grange, Lock, & Dymek, 2003)。

日本においては、下坂(1991, 1993)が積極的に家族面接を取り入れ、毎日患者と接する母親を支え、父親はその母親を支える必要があることをその治療実践で示した。

松木(1985)は、神経性無食欲症の家族の父親の特徴として、家族に対して無関心で傍観的な態度と家族とのコミュニケーションの少なさを挙げ、対象としての父親、環境としての父親、双方の不在を指摘している。

中村(2007, 2008)は、日本においては、未だ家族療法を実践する臨床家が少なくとし、拒食症と過食症はオーバーラップする部分かなりあり、それらの家族の形態も重複した特徴を持つとし、Root, Fallon, & Friedrich(1986)の示した BN の 3 つの家族のタイプの分類(Perfect Family, Overprotective Family, Chaotic Family)を実際の治療に取り入れることを提唱している。

第2節 先行研究の概要

1. 日本における摂食障害の現状

中井(2012)によると、日本での摂食障害の疫学調査は、厚生省特定疾患対策研究事業が、1998 年に実施した調査結果から、摂食障害患者の年間有病率は、AN が 12,500 人、BN が 6,500 人、EDNOS(特定不能の摂食障害)が 4,200 人であり、これを 1980 年、1992 年の結果と比較すると、AN は 1980 年から 5 倍増加、摂食障害は 10 倍増加している。年齢的には、AN は 10～19 歳、BN は 20～29 歳の年齢層が多く、90%以上が女性で、発症後 10 年以上経過した遷延例は 15%だとしている。

中井(2004)が、女子学生を対象に、1982 年、1992 年、2002 年に、実態調査を施行した結果は、調査時の 10 年で AN は 4 倍、BN は 5 倍、EDNOS は 2.5 倍増加していた。中井のこの調査によると、現在の日本の女子学生の有病率は、女子中学生の 200 人に 1 人が拒食症、300 人に 1 人が過食症、女子高校生の 500 人に 1 人が拒食症、50 人に 1 人が過食症、女子大生の 250 人に 1 人が拒食症、50 人に 1 人が過食症ということになり、摂食障害はよく見られる疾患になっている。

2. 転帰調査

Hutchings(2001)によると、神経性無食欲症は、精神科疾患の中で最も死亡率の高い疾患である。

日本における最近の転帰調査の結果は、初診後 4 年から 15 年の経過した摂食障害患者 477 例を検討した中井他(2004)の調査によると、回復 49%, 部分回復 9%, 摂食障害 35%, 死亡率 7%だった。また、死亡例は AN では病死(心停止, 多臓器不全など)が多く, BN の死因は自殺だったとしている。

退院後平均 6.2 年経過した 51 例を検討した建部他(2002)の調査によると、回復 76%, 部分回復 8%, 不良 8%, 死亡 8%だった。そして退院後 4 年以上経過した 61 例を検討した田中(2001)の調査によると、回復 51%, 部分回復 13%, 不良 25%, 死亡 11%であった。武田・鈴木・白倉(2002)は、アルコール依存症を有する摂食障害と有さない摂食障害の転帰を比較し、死亡率はアルコール依存症を有さない摂食障害が 3%に対して、アルコール依存症を有する摂食障害患者は 25%だったとした。

日本に比べると海外では転帰調査は盛んに行われており、Keel, Michell, Miller, Davis, & Crow (1999) は、173 名の BN の 11 年後の転帰を、寛解 42%, 部分寛解 28%, BN30%であったと報告している。Kaye(2009)は、拒食症患者の疾病否認による治療拒否がしばしばみられ、10 年死亡率は 5%, 一般人口と比較した自殺率は 56.9 倍と高く、様々な治療介入によっても 50%が慢性化すると示した。Zipfel, Lowe, Reas, Deter, & Herzog(2000)は AN84 名の 21 年後の転帰を症状消失 50.6%, 部分的 AN20.8%, 不良 26.0%と報告している。

Steinhausen(2002)が 119 の予後研究のレビューを行っており、対象者が 5,590 名の中で、追跡期間は 1~29 年とし、全体では 47%(0~92%)が回復、34%(0~75%)が改善、5%(0~22%)が死亡、21%(0~79%)が慢性化していたことを示している。西園(2014)は、この調査に関して「報告により結果の幅は大きく、対象の偏り、調査法、観察機関、回復や改善の定義などが影響していることが示唆されているが、全体的には、長く追跡すると、死亡例も増えるが回復例も増える。症状としては、体重の正常化 60%, 月経回復 57%, 食行動の正常化は 57%であり、身体回復の方が高い傾向にあった」と述べている。

これらの転帰調査の結果からは、摂食障害は死亡率の高い難治性の精神科疾患であることが改めてわかるが、長い転帰を見ると回復しているとされる人が半数近くいることもわかる。

3. 摂食障害からの回復に関する先行研究

摂食障害は遷延化しやすい難治な疾患であることから、現在までに医療者の立場からどう治療するかという研究がたくさんなされてきた。しかし、回復するためにどんな要因が必要かという様々な研究をまとめてみると、回復に焦点を当てた研究はそう多くはないと思われた。

回復に関する先行研究－回復の要因－

岡本他(2013)は、大学の保健管理センターまたは大学病院を受診し回復後一年以上安定を維持している10例(回復者群)と、治療継続中の摂食障害患者10例(対象群)を、回復と関連する要因について比較した。結果は、回復者群はソーシャルサポートが多いと感じている者が多く、社会活動、友人や家族のサポート、自己実現、他者から評価される体験が回復の大きな要因になっているとした。また、治療開始1年後のEAT(摂食態度評価)が低下し、GAF(社会適応尺度)が高くなったことを述べ、回復者群のストレス対処行動は課題優先対処や回避優先対処に比べて情緒優先対処の得点が低い傾向にあったとした。

奥田(2014)は、自身の外来治療で支持的精神療法が有効と思われた症例3例と有効でなかった症例3例を提示し、その治療を考察し、それぞれの自己評価の観点から検討を加え、進路決定ができた、自己主張ができるようになり対人交渉ができるようになった、職場復帰が可能になった症例では摂食障害が治まったとした。

鈴木(2014)は自らがサポートしている摂食障害のリハビリテーション施設通所経験のある発症から平均17年(9-28年)経過した摂食障害患者76名は、調査時にDSM-IVの分類でAN/R 0%, AN/BP 7.9%, BN/NP 9.2%, BN/P 14.5%, ED/NOS 23.7%, 症状なし 44.7%であったとした。また、慢性化した摂食障害は精神科併存症を伴うものが多く、症状消失群でも52.9%が精神科・心療内科を受診していると報告し(気分障害 26.5%, 不安障害 11.8%, パーソナリティ障害 11.6%), 再発経験者も32%で、慢性化した摂食障害は穏やかに回復するが十分な健康状態まで回復することは困難であると考えられるとした。

Klump et al.(2004)は、摂食障害患者群と摂食障害回復者群とコントロール群の性格特性を質問紙、気質性格検査TCI(Temperament and Character Inventory)によって比較した。結果は、摂食障害患者群と回復群はノーマル群よりも、行動抑制 Harm-Avoidance が高く、自己志向 Self-directedness と協調志向 Cooperativeness が低いとし、この結果は病因と関連して

いる可能性があるとした。

回復に関する先行研究ーインタビュー調査ー

回復者のインタビュー調査を行い、質的な分析を行い回復のために必要なことを調べた研究は幾つかあり、特に海外で見られた。

日本では、社会学者で自らが当事者である中村(2011)が、18人の回復者にインタビュー調査を行い、回復について明らかになったことは、それぞれにそれぞれの回復があり、「過度な痩せ願望がなくなり、食生活が改善されれば回復する」ということだと語り、「認識の変容」(痩せ願望のへ緩和)と「行動の変容」(食生活の改善)をその要因として挙げた。中村(2011)は、「現代の日本では痩せていることに価値がおかれがちであり、多くの人々がダイエットに動機づけられていく。社会は、個人の業績に達成を求め、人々は他者に承認されることを求めて『存在証明』に躍起になる」と摂食障害が起こりやすいとする現代社会について述べ、その中で「回復者たちは、こうした社会のなかで＜回復＞している。日常的な人々との関わり、セルフ・グループや治療者との出会い、食生活の改善など＜回復＞の契機は多様であった」としている。

海外では、Federici & Kaplan(2008)は、15人のANからの回復者に半構造化面接を行い、質的分析をし、回復するための6つの重要なカテゴリとして、変化への内的動機、進歩中の作業としての回復、治療経験の価値化、発展的支持的な関係性、否定的感情と自己確認への気づきと耐性を挙げた。

Patching & Lawer(2009)は、ANとBNからの回復者と病気になっていない女性20人のライフ・ヒストリーに焦点を充てたインタビューを行い、質的に経験をまとめ、その結果、摂食障害からの回復は、女性が自らの生活を取り戻し、対人関係の争いごとの解消に必要な技術を習得して、自分自身の個性の自覚を再認識した時だとしている。

Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie, & Bulick(2003)は、摂食障害の治療プログラムを経験したことがあるANからの回復者に摂食障害の原因と回復に関するインタビューを行い、疾患の原因は機能不全家族、ダイエットの成功、ストレスフルな経験だとし、回復の要因は家族以外の人との関係性、治療、成熟だとした。

Rorty, Yager, & Rossotto(1993)が過食症の経験者40名にインタビュー調査を行い、役に立った治療経験は、共感と理解、他の過食症者とのコンタクトなどだとした。

Woods(2004)は、治療を全く受けずに回復した拒食症、過食症の経験者 18 名へのインタビュー調査を実施し、回復に役に立ったことは両親、恋人、友達による支持や生活の中での経験や楽しみを挙げたとしている。

Garrett(1997)は、摂食障害経験者 32 名にインタビュー調査を行い、回復の様々なストーリーを取り上げ、回復過程に必要なものは自己受容や自己変容だとした。

回復の要因のまとめ

上記の研究で摂食障害からの回復の要因として示されたものを大きく分けると、対人関係の対処力の向上と自らの内面の変化の 2 つに分かれると考えられた。

1) 対人関係対処力の向上

支持的な人間関係、共感と理解、他の過食症者とのコンタクト、GAF(社会適応尺度)の上昇、職場への復帰、社会活動、友人や家族のサポート、他者から評価される体験、自己主張ができ対人交渉能力の改善、家族以外の人との関係性、対人関係の争いごとの解消に必要な技術を習得、発展的支持的な関係性、両親、恋人、友達による支持

2) 自らの内面の変化

成熟、進路決定ができた、自己実現、過度なやせ願望の消失、自分自身の個性の自覚を再認識、変化への内的動機、治療経験の価値化、自分自身の個性の自覚を再認識、行動の変容

以上のように回復に関する先行研究をみてくると、様々な場所(日本、海外、病院、学校等)で様々な立場(医師、心理士、当事者等)から行われた研究であることから、一つ一つの具体的な要因は違うが、回復には摂食障害患者の内面が変化し対人的な対処能力が上がる必要があることが共通していることが推測された。

しかしこれらの研究からは、患者が内面の変化を経て、対人関係対処力を向上させ回復するために、どのような心理的な変化を辿るプロセスが必要なのかがはっきりとは見えていない。そこで本研究では、摂食障害からの回復までの心理的な変化のプロセスを具体的に示し、その中で摂食障害患者にどのような対人的な相互作用が起こり、どのように心理的な変化をしていくのか、変化に必要な心理的要因はどのようなことであるかを示し、摂食障害患者を支援する上で手助けとなるような知見を得たいと考えた。

4. 摂食障害に関するロールシャッハ研究の先行研究

ロールシャッハ・テストは投影法であり、その特徴から自分自身が気づいていない無意識的レベルの特徴を明らかにすることができると言われている。本論文では、ロールシャッハ・テストを利用して摂食障害患者と回復者の違いや各々の特徴について調べた。

以下に、ロールシャッハ・テストにおける摂食障害に関するロールシャッハ研究についてレビューする。

日本ではこれまで片口法で多くの研究が行われ解釈されてきた。これらの摂食障害患者に対して行われてきたロールシャッハを用いた研究は、原田(1998)によると、病型別比較が中心に行われてきたが(岡・青木・遠山, 1985; 蔦田・伊藤・奥村・馬場, 1985), 摂食障害の症状が移行的であるが故に統一的決定的な相違点を見出すことが困難だったとしている。

これまでの日本での片口法のロールシャッハ・テストの先行研究を調べると、摂食障害患者群を非患者群と比較してその特徴を述べているものが多くある。結果は様々で統一された見解がはっきりとはないようではあるが、幾つかの先行研究では一致しているところもあり、摂食障害患者は感情のコントロールが悪く(遠山, 1983; 岡部, 1984; 蔦田・伊藤・奥村・馬場, 1985), 現実検討力が低いという先行研究がある(岡部, 1984; 河野・馬場, 1993)。

本研究では包括システムを採用した。包括システムは、国際的にはロールシャッハの共通言語になっており、広く研究や臨床でも使われている。日本に包括システムが導入されたのは1990年代で、包括システムでなされた摂食障害に関する研究は今のところそう多くはないと思われる。

吉村他(2006)は、入院中の摂食障害患者と非患者群を比較し、摂食障害患者の特徴は、抑うつ的で、感情の統制力が低く、肯定的な人間関係を持ちにくく、独特な認知を持つことが示されたと報告している。その第2報として塚野・秋庭・津久井・伊藤・江花(2012)は、神経性食欲不振症・制限型群(ANR 23名)とむちゃ食い・排出型群(ANBP 10名)に分けて比較し、それぞれの心理的特徴を比較した。その結果、ANBP群はANR群に比べて警戒心が強く、外界からの刺激に影響を受けやすく、周囲に合わせる傾向が高く、身体イメージのとらわれが強く、独特な思考をしやすく、変化しにくいという傾向が認められたと報告している。

海外では、包括システムを用いて多くの摂食障害研究が行われているが、それぞれの病種別の特徴を示している場合が多いと思われる。

Garcia(2005)は、ANの認知的な側面について調べ、拒食症患者は、うつ病患者や非患者群と比べて、ロールシャッハの変数がMQnone↑, Mp↑, FD↓, M↑, MQo↑, Adj D↑, Sum H↑,

(H)↑であったとした。思考面では、M は多いが Mp が多いことで、思考を非効率にし、考えを決められずに思いをただ巡らせているとした。そして自己認知においては、(H)が多いことから空想的なイメージの中に自らを隠しやすいと指摘した。

Curie et al. (2012) は、AN の自己の無さについて研究し、自己の無さを自らの欲求を無視して他者の欲求を満たそうとする傾向とし、それらの傾向を調べるためにロールシャッハの変数 (AG, PER, PHR, COP, GHR) を分析した。その結果、AN 患者は、非患者群に比べて自己がない傾向にあり、攻撃性を表す AG が少なく、協調行動を示す COP が多いことを示した。

Smith, Hillard, Walsh, Kubacki, & Morgan (1991) は、BN の排出型と非排出型の違いについて調べた。ほとんど大きな違いはないが、抑うつと怒りと自己没頭に関しては差のある傾向があり、非患者群と比べると、2 つの BN の群の特徴として、認知の歪み、思考の障害、人間関係に関する問題への脆弱性、傷ついた自己イメージ、悲観的な見解があるとした。

Guinzbourg (2011) は、AN と BN と EDNOS の 3 つの摂食障害のカテゴリと非患者群を比較し、その結果、摂食障害患者群は、体験や感情を扱う能力が非患者群より低いことが示され、社会的つながりにおいても困難を生じるとした。また、摂食障害の種別の比較では、AN は不定形型が BN や EDNOS (DSM-IV の分類による特定不能の摂食障害) より少なく、自己中心的で、他者に関する関心が少なく、対人関係を回避する傾向があるとし、BN と EDNOS はより類似しており、情緒的に不安定で傷つきやすいことを示した。BN は感情表現を抑制する傾向にあり、不安をコントロールするのに躁的なスタイルを用い、受動的で内省力が弱いと報告した。

以上のように、摂食障害に関するロールシャッハ・テストの先行研究を見てみると、ノーマル群と摂食障害患者群とを比較し摂食障害患者の特徴を示そうとしたものや、または、AN や BN 等の病型を比較しそれぞれの特徴を示そうとしたものが多く、摂食障害からの回復者と摂食障害患者の特徴を比較検討し回復に必要な要因を探すことを試みたものは、今のところ見つかっていないと思われた。

第3節 回復とは何か

これまでに転帰調査と回復に関する研究を見てきたが、各々の転帰調査における回復、各々の回復に関する研究においては、何を回復とするかが統一されていないということが推察された。

そこで、それぞれの研究者が何を回復と意味したのかをもう一度見直し、この研究における回復の意味を定義したいと考えた。

1. 様々な回復の定義

回復に関する先行研究の結果は統一されたものだとは言いがたいと思われるが、それは各々の研究者の立場や、回復をどう捉えているかということに違いが大きいと考えられた。

予後研究で世界的に使われて来た基準は、Morgan & Russell(1975)が用いた基準であり、判定しやすい体重と月経を用いる方法が普及していた。

日本では厚生省の調査票に基づき回復の定義を用いた転帰調査が行われた(中井, 2004; 建部他, 2002)。中井(2012)によると、それは初診時、経過中最悪時、転帰調査時の身長、体重及び月経、食異常行動(食事制限、むちゃ食い、嘔吐その他)、身体像の障害の有無とその程度、対人関係(親に過度の依存、親と不適合、親以外の家族、家族以外)と社会関係(出席状況、結婚生活、社会適応)を評価したものだった。ここでは回復は、体格指数(BMI)が 17.5kg/m^2 以上で、月経があり、食行動異常、身体像異常、行動の障害がなく、対人関係、社会関係がともに良好な状態を3カ月以上継続した場合と定義されている。

慢性化した摂食障害患者を診ることが多い鈴木(2012)は、摂食障害の回復については幾つかの側面から考える必要があるとし、①食行動異常の正常化、②対人関係の回復、③完璧主義、強迫性の回復、④問題行動の消失、⑤ソーシャルスキルの回復、⑥自分のアイデンティティを認めることができ生きがいを見つけるなどの側面と思われるとしている。

摂食障害の治療を総合病院の心療内科で積極的に行っている石川(2012)は、回復に向ける治療目標を「その人らしい自立した生活機能の獲得」としている。

精神科診療所外来で摂食障害患者の治療を行っている奥田(2014)は回復を「摂食障害の症状がほぼ消失し、その人に応じた社会生活をしていける状態になったこと」とした。

中村(2011)は、当事者であり社会学者である立場から、それぞれにそれぞれの回復があり、「回復者自身が捉える回復」を<回復>とした。<回復>の捉え方には個人差があり、過食や嘔

吐がなくなった時点を＜回復＞とするものが多かったが、様々なこだわりが取れた時を＜回復＞とするものもあり、過食をする自分を受け入れた段階を＜回復＞とするものもいたとしている。

2. 本論文での回復の定義

このような様々な回復の定義を踏まえて、筆者は病院や患者会で摂食障害患者の回復を支援する心理士という立場から、この研究においては摂食障害からの回復を以下の二点と定義することとした。

- 1) 社会的にその人に応じた適応ができており、心理的な問題を大きく残していないこと。
- 2) 摂食障害の症状が消失しているか、あるいは少し残っていても自らがコントロールできるもので、日常生活に支障をきたすものではないこと。

自らがコントロールできるという基準は、例えば、研究Ⅰで摂食障害回復者にインタビューを行った際には、多少過食嘔吐の症状が残ってはいるが、それは「たまに漫画を読んでストレスを発散させるのと同じ感覚で、自分でコントロール出来るものであり、仕事とか忙しい時にはずっと過食嘔吐はしない」と答えたインタビュー対象者がいた。筆者は、症状が僅かであることと、過食嘔吐のコントロールが出来ており日常生活に支障をきたしていないという点で、この方を摂食障害回復者とした。

第2章 本論文の目的と構成

第1節 本論文の目的

第1章では、摂食障害の現状を述べ、摂食障害の回復とロールシャッハ研究における先行研究を概観した。

先行研究で見てきたように、摂食障害という疾患は遷延化し死亡例も多くあるが、長い転帰をみると半数近くが回復しているとも言える。摂食障害の研究は、その疾患が難治なものであるが故にどのような治療法が有効であるかといった研究が多くなされてきた。しかし回復に焦点をあて、回復者自身の声をまとめ、その回復のプロセスの中で何が具体的に回復するために必要であるかを、一支援者の立場から質・量的なデータを使用して簡潔に示したものはそう多くはないと思われた。

摂食障害からの回復に関する先行研究では、共感や理解等対人的な要因と成熟や自己受容等自身に関する要因が挙げられていた。しかし具体的にどのような対人的な相互作用が起こり、変化が可能になるのかは明らかに示されていないものと思われた。

ロールシャッハ研究における摂食障害の研究では、摂食障害患者群とノーマルデータ群を比較したものや、摂食障害の病型別の特徴を比較検討したものはあるが、摂食障害患者群と回復者群を比較したものは見当たらなかった。日本では、包括システムを使用した摂食障害のロールシャッハ研究はまだそう多くはなされておらず、特に、回復者に焦点を当てたものは見当たらないと思われた。

以上、先行研究を概観した結果を踏まえ、本研究の目的を以下の3点とした。

目的1 摂食障害患者が、どのような心理過程を経て回復していくかという回復までの心理的プロセスを明らかにする。

目的2 摂食障害から回復するための必要な心理的要因を明らかにし、心理的支援に生かすことを考える。

目的3 摂食障害患者と回復者の各々の臨床像の特徴を示し、実際の臨床の中で役に立つ知見を得て、この疾患において多いと言われている再発についても考察する。

第2節 本論文の構成

第1節において述べた目的に基づき、本論において以下の研究を行った。本論分の構成について図式したものが Figure 1 である。

第3章 研究Ⅰ 摂食障害回復者の心理的変化過程

第4章 研究Ⅱ 摂食障害患者と回復者の心理的変化要因

第5章 研究Ⅲ 摂食障害患者と回復者の臨床像の特徴

目的1「摂食障害患者が、どのような心理過程を経て回復していくかという回復までの心理的プロセスを明らかにする」は研究Ⅰにおいて研究を行った。ここでは、摂食障害患者を心理的に支援する心理士の立場から、回復への心理的変化過程を現場に還元できる簡潔な形で表すことを試みた。それぞれのケースにはそれぞれの形があり、回復の形にもそれぞれの形がある。しかし、その回復過程のマジョリティを導き出すことによって、回復へ至るまでの心理的変化過程の一つのモデルを示すことを目的とした。また、前研究(貝塚, 2011)にて示すことができなかった娘をサポートできる力を持たない母親および家族を持つケースでは、どのようなプロセスで回復に至るのかを明らかにしたいと考えた。

目的2「摂食障害から回復するための必要な心理的要因を明らかにし、心理的支援に生かすことを考える」は、研究ⅠからⅢで行った。研究Ⅰで得たプロセスの中から、どのような変化要因が回復に必要であったかを考え、研究Ⅱではロールシャッハ研究で得た摂食障害患者と回復者の差から回復に必要と考えられる要因を示した。研究Ⅲでは研究ⅠとⅡで得た回復の過程と要因を実際の臨床現場で心理的支援に生かすことを考え、摂食障害患者群と回復者群のそれぞれの臨床像の特徴を明らかにした。

目的3「摂食障害患者と回復者の各々の臨床像の特徴を示し、実際の臨床の中で役に立つ知見を得て、この疾患において多いと言われている再発についても考察する」は、研究Ⅲにて行った。研究Ⅲでは、摂食障害患者と回復者の臨床像をそれぞれ表すことにより、回復の要因を示すと同時に、回復者の臨床像がノーマル群とは異なっていることを示唆した。考察にてノーマル群を加えて比較検討することによって、再発が多いと言われる摂食障害の回復者に対する心理的な支援をどのような点に関して行っていくべきであるかを検討した。

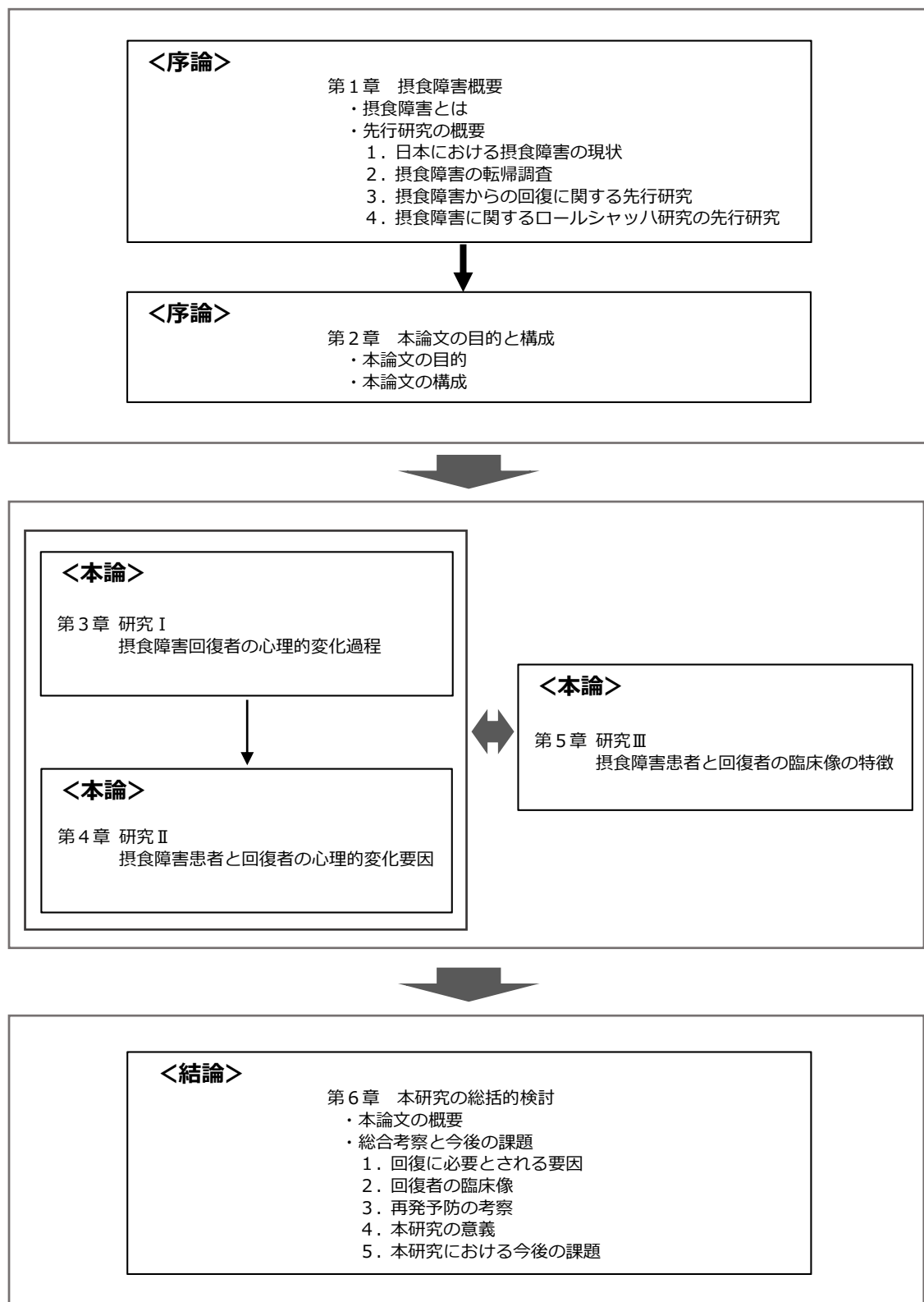


Figure 1 本論文の構成図

本論

第3章 研究 I 摂食障害回復者の心理的变化過程

第1節 目的

1. 問題

遷延化しやすい摂食障害に対して、治療的な立場から摂食障害をどう治すかという治療的なアプローチの研究は様々な立場からなされてきた (Fairburn, 2008; Treasure, Smith, & Crane, 2008; 石川, 2012; 中井, 2012; 松木, 2006; 切池, 2007; 鈴木, 2014 等)。しかし回復に焦点を当てた研究はそう多いとは言えない。これまで先行研究で見てきたように摂食障害からの回復に焦点をあてた研究も幾つかはなされているが、対人関係の改善や自分自身の内面の変化等大まかな共通点はあるものの、回復に必要な要因の統一された見解ははっきりとは示されているわけでないと考えられる。

回復者自身の声をまとめ、その回復の心理的なプロセスを簡潔に示し、何が具体的に回復するために必要であるのかを一支援者の立場から質的にまとめたものは今のところまだ見つからないと思われる。

2. 目的

摂食障害患者が回復者となるまでの心理的な変化過程を回復者の語りから明らかにし、それを簡潔に示し、心理的な治療介入をする際に役立てることを目的とした。

第2節 方法

1. データ収集方法

特定の質問項目のみを決め、半構造化面接でインタビューを行った。インタビューの途中で語りが途切れないように注意をして、できるだけ自由に語ってもらった。許可を得て IC レコーダーに録音し逐語化した。インタビュー時間は概ね1時間から2時間程度であった。

2. インタビューガイド

以下に、インタビュー時に質問項目としたインタビューガイドを示す。

- 1) 発病から回復までの様子と思い
- 2) 家族との関わり
- 3) 友人やパートナーとの関わり
- 4) 医療者との関わり
- 5) なぜやせなければならなかったのか
- 6) 太ることの恐怖からどのように脱していったのか
- 7) 行動化とその時の思い
- 8) 回復のきっかけとなったこと
- 9) 回復して自分が変わったこと

3. 対象者

本研究の対象者は、摂食障害家族会を通して知り得た 8 名と紹介で知り得た 5 名のかつて摂食障害に罹患し回復した女性 13 名である。

対象者のインタビュー時での平均年齢は 27.5 歳、平均罹患期間は 9.9 年であった。

下記に対象者の概要を示した。

Table 1 対象者の概要(研究 I)

群(n)	回復者(13)	
	Range	20-40
年齢	Mean±SD	27.54±5.53
	Range	5-17
罹患期間	Mean±SD	9.92±3.75

Table 2 インタビュー対象者

	年齢	性別	罹患期間	罹患年齢	病状の変化	医療者との関わり
A	28	女性	7 年	21～27 歳	拒食(制限型)→過食→拒食(排出型)	大学学生相談, 大学病院精神科外来
B	31	女性	12 年	13～24 歳	拒食(制限型)→過食	総合病院精神科入院
C	25	女性	8 年	16～24 歳	拒食(制限型)→過食(排出型)→拒食(排出型)	精神科クリニック, カウンセリング機関
D	40	女性	17 年	20～37 歳	過食→拒食(排出型)	心療内科外来
E	29	女性	13 年	15～28 歳	過食→過食(排出型)→拒食(排出型)	総合病院精神科外来, カウンセリング機関
F	23	女性	6 年	16～22 歳	拒食(制限型)→過食	大学病院精神科, 精神科クリニック
G	33	女性	12 年	17～29 歳	拒食(制限型)→拒食(排出型)→過食(排出型)	未治療
H	20	女性	5 年	15～19 歳	拒食(制限型)→過食(排出型)	総合病院入院, 大学病院入院
I	23	女性	6 年	17～22 歳	拒食(制限型)→過食(排出型)	総合病院精神科外来, 大学病院精神科入院
J	23	女性	8 年	15～22 歳	拒食(制限型)→過食	心療内科外来, 総合病院入院
K	27	女性	13 年	13～26 歳	拒食(制限型)→拒食(排出型)→過食(排出型)	大学病院精神科入院
L	34	女性	14 年	19～33 歳	拒食(制限型)→拒食(排出型)→過食(排出型)	精神科クリニック, 総合病院精神科入院
M	23	女性	8 年	12～20 歳	拒食(制限型)	総合病院精神科入院

4. データの分析方法

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(修正版 M-GTA)

データの分析には、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下修正版 M-GTA)を使用した。修正版 M-GTA は、社会学者 Glaser と Strauss が開発したグラウンデッド・セオリー・アプローチを(Glaser & Strauss, 1967)を元に、木下が考案した質的実証研究のアプローチである(木下, 1999, 2003, 2007)。木下(2003)によると、修正版 M-GTA は 5 つの大きな特性を持っており、それは「データに密着した分析から独自の説明概念をつくってそれらによって統合的に構成された説明力にすぐれた理論」、「継続的比較分析法による質的データを用いた研究で構成された理論」、「人間と人間の直接的なやりとり、すなわち社会的相互作用に関係し、人間の行動の説明と予測に有効であって、同時に研究者によってその意義が計画にされている研究テーマによって限定された範囲内における説明力にすぐれた理論」、「人間の行動、なんかずく他者との相互作用の変化を説明できる、言わば動能的説明理論」、「実践的活用を促す理論」であるとしている。

このような点を考慮し、研究 I で修正版 M-GTA を選択した理由は以下の 3 点である。

- 1) 本研究では、発病に至るまでの幼少期の経験、発病から回復までを一つのプロセスと捉えて、回復までの過程は摂食障害患者本人の主観的な体験の積み重ねで、回復に至る心理的な変化を経ると考えた。このためデータの文脈を重視して切片化を行わない M-GTA が適していると考えた。
- 2) 回復までの心理的变化は、対人的な相互作用の中で生じるものであると予測し、相互作用を重視する M-GTA を採択した。
- 3) 回復者の視点から摂食障害患者が回復していくプロセスを示し、それを一支援者の立場として考察して治療に還元していくことがこの論文の目的であるため、結果を現場に還元することを重視している M-GTA が適切だと判断した。

分析テーマ

摂食障害回復者の心理的变化過程は、人に対する理解が広がり、相互にやり取りができるようになり、対人関係の在り方そのものが変化することだと考え、本研究の分析テーマを「他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス」と定めた。

実際の分析方法

まず 1 人分のデータにざっと目を通した。最初の 1 人のデータは分析テーマに照らし合わせて、ディテールが豊富で多様な具体性がありそうなものという観点で選んだ。最初に概念を 1 つ作るために、データを最初から見て分析テーマと照らし合わせて関連のありそうな箇所に着目し、着目箇所を対象者の行為や認識に照らし合わせて解釈をし定義を作成して概念の命名をした。概念としての完成度を上げるために、類似例のチェックと並行して対極データの比較も行った。概念が出来ると、最初に着目した具体例(ヴァリエーション)、定義、概念名をワークシートに記入した。データの解釈等について考えたことは理論メモとして残した。この作業を概念生成における理論的飽和化が起きるまで続けた。このような方法で概念生成を次々に行った。

実際の概念生成の例

まず「他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス」という分析テーマに照らし合わせ、ディティールが豊富で多様な具体性がありそうだと考えられた A のデータを選んでざっと目を通した。

その中で、インタビュー時にも印象に残っていた「ものすごくここ(胸)が痛かったのが、ここ(手首)の痛みとして、血として目えるし、ここが痛いから分かれば楽、本当に楽なんですよ」という語りに「自分の気持ちを言葉で伝えられずに、相手に伝えるためにしたこと」として、未熟なコミュニケーションを取る方法として注目した。この語りを「もやもやとはっきりしない、口に出せないつらい気持ちを手首を切ることに、つまり、行動で表すことにすり替えた」と解釈し、「精神的な苦痛を行動化に表すことによって可視化すること」と定義し、最初は「心の痛みを可視化する」という概念名を付けた。

次に対極例を考え、「苦しいことを全部親に言えるようになってもう切る必要がなくなった」という語りを「つらい気持ちを行動化ではなく、言葉で表せるようになった」と解釈し対極例とした。類似例として、この時は「…抗うつ剤や睡眠薬をいっぱい飲む…」という語りを考えたが、理論メモに「痛みの可視化(行動化)はリストカット以外にもある」と記したように概念を広げ、後からこのデータはバリエーションに加えた。この時点で「可視化というのは見えるようにするという意味だけなのではないか、行動化の方が何かをするという意味になるのではないか」というアドバイスをいただき、「言えない気持ちをただ目に見える形にするというよりは、その代わりに何か極端なことをして表現しようとする」という意味で、概念名を「心の痛みを可視化する」から「心の痛みを行動化する」に変更することにした。

その後、他のデータからもこの概念に当てはまるバリエーションを探していき、理論的飽和化を迎えるまで分析を続け概念を作成した。

第3節 結果

結果は、まず全体のプロセスとしてストーリーラインと結果図を示した。そしてカテゴリ、概念名、各々の定義を一覧で示し、各カテゴリとそれに含まれる概念について説明を加えた。

1. 全体のプロセス

全体のプロセスをストーリーラインと結果図(Figure 2)で示した。分析焦点者を「摂食障害回復者」、分析テーマを「他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになり回復に至るプロセス」としてインタビューデータを分析した。その結果、19 の概念と 4 つのカテゴリを生成した。

以下に、分析の結果図、ストーリーライン、概念と定義の一覧を示し、各々のカテゴリと概念の説明を加えた。

なお、➡、→は変化、-▶ は影響を表し、【 】はカテゴリ、< >は概念を示す。

ストーリーライン

摂食障害回復者は幼少期に同居家族の不仲を見て育ったり、厳しい母親により子でいることを強制させられる等、何らかの理由で<他者への不信感の萌芽>が生じ、他者と<分かり合うチャンネルの閉鎖>をしていた。本音を言うことをせず<他者に合わせる自分を作る>ことをしていた。相手にどう見られているかを考え行動することが常態化したまま思春期を迎え、自我を確立していくことが難しかった。そこで現代の文化社会的には礼賛されるやせていることに固執し、<偽りの自信にしがみつく>ことになった。

摂食障害回復者は、伝えられない不安やつらさを、食異常行動やリストカット、オーバードーズ等の目に見える形で<心の痛みを行動化する>ことをした。30 キロ、20 キロ台になっているのに止まないやせへの希求、ふらふらになりながらも一日中止まらない過食嘔吐、体重や時間など数字に縛られる強迫症状、傷だらけになっているのに止まらないリストカット等どんどん<症状に追い込まれる>ことになった。そんな状況に陥っている自分自身を益々受け入れられず、<自己を否定する>ことをした。症状から人と付き合うことが困難になり、更に<孤独を作り出す>こととなった。孤独な心、将来への不安、どうしていいのかわからない混乱でいっぱいだが、それを言葉にして伝えることができず、再び、心の痛みを行動化してしまう。永遠に抜けられそうもない【止められないスパイラル】の中に潜り込んでしまった。

そんな様子をずっと見てきた親は＜親からの粘り強い関わり＞を始め本気で向き合おうとした。病歴が長くなり大人の年齢になっていた摂食障害回復者の場合は、パートナーがその役割を果たすこともあった。これまで他者を心から信じてはいなかった摂食障害回復者は、親を信用していいものか、＜パートナーからの受容＞を受け入れていいものかを悩みながら、何度も何度も＜重要な他者の本気度を試す＞ことをした。医療者や家族会は試されながらも必死で立っている親を支える役割をすることもあった。摂食障害回復者が＜医療者に支えられる＞ことや＜家族会で安心を得る＞こともあったが、ここでも相手の本気度を試すことをした。こうして摂食障害回復者はかつて獲得し損なった＜重要な他者への信頼感の獲得＞を成し、【他者との信頼関係を作る】ことが可能となった。

そして摂食障害回復者は他者と＜分かり合うチャンネルの開放＞をした。＜自発的な心の動きの始動＞がなされ、他者に合わせるのではなく【自分基準の行動をする】ことが出来るようになった。やがて＜やせることより大事なことを発見＞し、段々と体重や時間など縛られていたものへの＜こだわりを緩める＞ことができるようになり、＜自己肯定感の獲得＞を経て回復に至った。

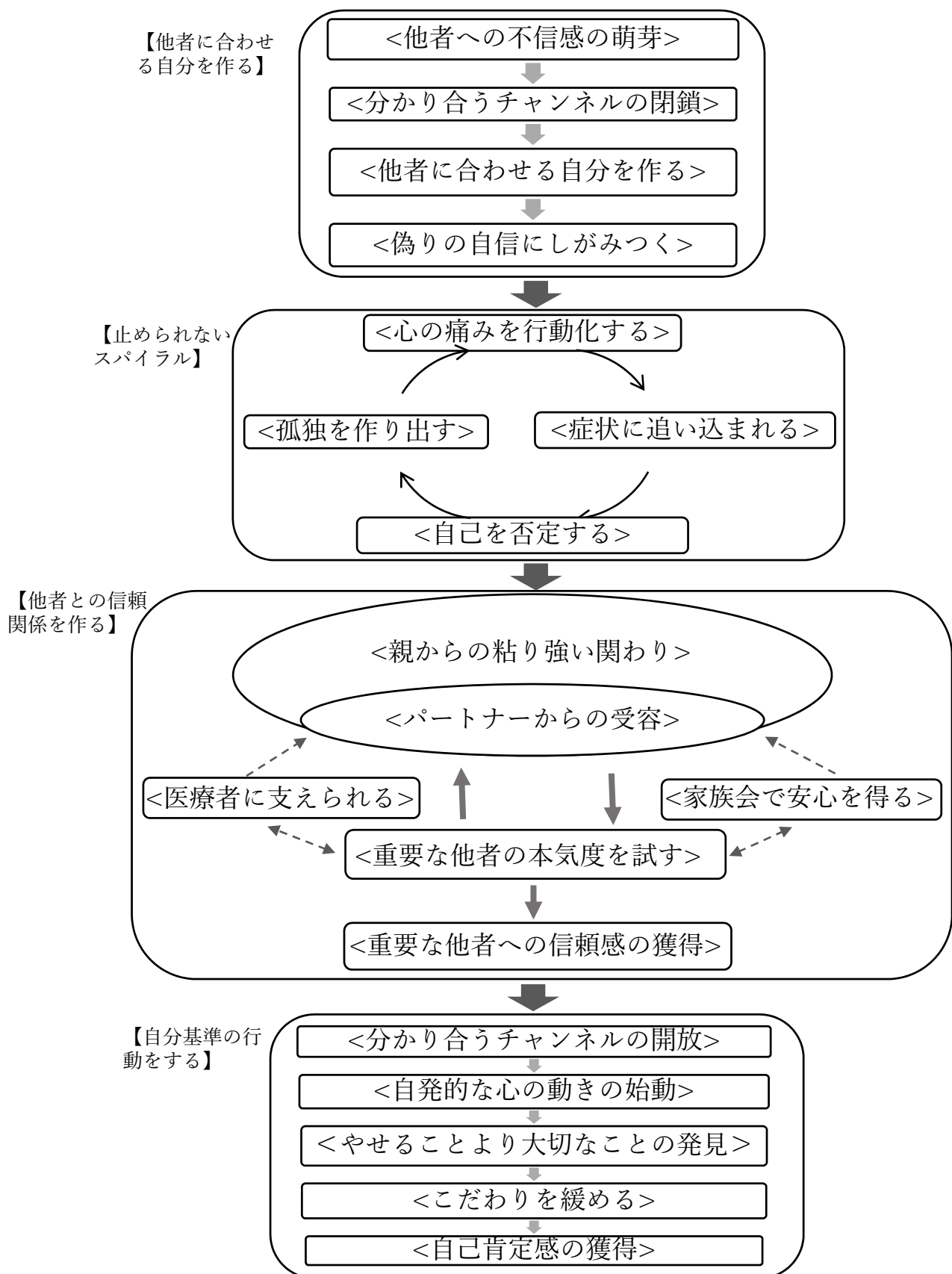


Figure 2 結果図 摂食障害回復者の心理的变化過程

2. 全てのカテゴリと概念

全体のカテゴリと概念

以下に 4 つのカテゴリと 19 個の概念と定義の一覧を記した。

Table 3 カテゴリと概念

カテゴリ	概念名	定義
他者に合わせる自分を作る	他者への不信感の萌芽	歪みのある家族関係の中で、人に対する不信感を心の中で育てていくこと
	分かり合うチャンネルの閉鎖	分かってもらえないと思い自分から他者との深い交流を避け、自分の思いを表出しないこと
	他者に合わせる自分を作る	自分の気持ちを振り返らず、常に他人によく評価される振る舞いを行うこと
	偽りの自信にしがみつく	評価される自分であるために、やせることで自信を持つとすること
止められないスパイラル	心の痛みを行動化する	精神的な苦痛を行動化に表すことによって可視化すること
	症状に追い込まれる	拒食、過食、過食嘔吐、強迫等の症状を自分で止めることができず、どんどん追い込まれていくこと
	自己を否定する	自らの行ってきたことを肯定できず、現在の自己を否定すること
	孤立を作り出す	摂食や強迫症状のために人との付き合いをシャットアウトするか、上部だけに留めること
他者との信頼関係を作る	親からの粘り強い関わり	親が諦めず根気よく真摯に向き合ってくれたことで、親の愛情を心から信じられるようになること
	パートナーからの受容	自分を理解して受け入れようとしてくれる恋人及び配偶者の存在を得て、受け入れられていると感じること
	医療者に支えられる	医療者に信頼を持ち、良好な関係性を築き支えられること
	家族会で安心を得る	家族会に参加して同じ病気の仲間や家族に会い、孤独感から解放され安心を得ること
	重要な他者の本気度を試す	関わってくる相手の気持ちが揺るぎないものであると直ぐには信じることができず、試すような行いを何度もすること
	重要な他者への信頼感の獲得	関わってくる相手の気持ちが揺るぎないものであると確信し、他者を信じることができるようになること
自分基準の行動をする	分かり合うチャンネルの開放	今まで一方的に自分だけで考えて人と関わっていたが、相手と相互のコミュニケーションが取れるようになること
	自発的な心の動きの始動	他人の評価を気にすることから解放されて、自分がやってみたいと思うことをすること
	やせることより大切なことの発見	今まではやせることが一番大切だったが、外に目を向けより大切なものを他に見つけること
	こだわりを緩める	数字(体重・時間)にこだわり縛られていたが、そのこだわりが緩んでいくこと
	自己肯定感の獲得	自分で決めた自分のやりたいことをやり自分に自信をつけ、自己肯定感を獲得すること

3. カテゴリと概念の説明

以下に、各カテゴリ、概念の説明を加える。【 】はカテゴリ名、＜ ＞は各カテゴリに含まれる概念名、[]は各概念の定義、「 」および斜め文字 はインタビューで回復者が語った話からの抜粋とする。

カテゴリ1 【他者に合わせる自分を作る】

【他者に合わせる自分を作る】には4つの概念が含まれる。＜他者への不信感の萌芽＞を生じ、＜分かり合うチャンネルの閉鎖＞をし、＜他者に合わせる自分を作る＞ことをして、＜偽りの自信にしがみつくと＞ことに至る、やせにしがみつくとをしなければならなかった発症に至るまでのカテゴリである。

家族間の中で生じているいびつな関係、例えば、両親の偏った力関係、嫁姑の確執、厳しすぎる母親との関係等、何らかの理由で、摂食障害回復者には年少期に他者への信頼感が適切に育っていなかったと思われるケースがあった。重要な他者への信頼感が上手く育まれていない場合、どのような自分でも受け入れてもらえるという安心感が育たないことになり、他人に自分がどう映るかを考えて行動することが生じる。これらのことをここでは【他者に合わせる自分を作る】とカテゴリ化した。他者に合わせて行動することが習慣づいていた摂食障害回復者は、学校等社会の中でも同様に振舞っていた。思春期に入り自分自身を確立していく時期になり、他者に合わせて自分を作ってきたが故に、本当は自分が何者で何をしたいと考えているのかが分からず混乱する時期を迎えた。やせて美しくあることは、現代のやせ礼賛の文化の中では他人に認められることとなる。自らの不安を直視できずに、社会の中で礼賛されること、つまり、やせることに自らの存在価値を見出していくことが生じていた。

概念1 ＜他者への不信感の萌芽＞

＜他者への不信感の萌芽＞は、[歪みのある家族関係の中で、人に対する不信感を心の中で育てていくこと]と定義した。家族のメンバー間の葛藤があり、人の心の嫌な面を年少時から意識して育ったことで、他者に対する不信感を持つきっかけとなったことを語ったケースがあった。

お祖母ちゃんと母の関係もすごく険悪っていうか、人間は悪みたいになしか捉えられなかったんで。(A p.3)

お父さんとお祖父ちゃんが喧嘩している。もう吞まないってまた吞んでいるとか、結構
激しかったんで、その影響もあるのか大人が嫌いだったんです。(E p.1)

Williams(1997a)は、摂食障害患者が極年少時から親の消化されない不安の過剰な投影の
容器であったことを指摘している。ここでも、摂食障害回復者らが家族間の葛藤の中で親の不安
や葛藤の容器となっていたことが考えられ、＜他者への不信感の萌芽＞が生じた。

また、厳しい母親に育てられることによって、母親の望む自分でいなければ母親がいなくなっ
てしまうと考えていたと語ったケースがあった。この場合は、母親に条件付きでしか受け入れられな
いという自分自身の思いから人に対する不信を育てていったものと考えられた。

いい子でいないといけないと思っていた。でないと見捨てられちゃうって。(C p.1)

このケースでは、進学校に入学して出来る自分を保つことができなくなったことが、直接的には
発病に大きく関与していたものと思われた。この概念の定義にある歪みのある家族関係とは、一
見何の問題もなく上手く行っているように見える家庭も含んでいる。Bruck(1978 岡部・溝口訳
1979)の症例の中で、拒食症の患者たちが子どもの頃にどのように世話を受けたかを尋ねると、
「母親たちは常に良心的で献身的に子供に愛情をそそぎ、子供は自分の保護のもとに丈夫に育
っていると思っていた」と述べられていた。母親にとってはよかれと思い必死にやってきたことが、
子どもにとっては時により結果を及ぼさないこともある。

Winnicott(1951 北山訳 2005)は、ほどよい母親とは、生後数週間の必要な時期に乳児に
没頭し、乳児の必要を感じ取り応えられ、幼児の能力が徐々に備わってくると徐々に完全に没頭
する関わりを加減しながら手をひくことの出来る母親であるとしている。子どもが必要な時に必要
なものを与え、子どもが自由に動き出した時にはそれを認めるほどよい母親、過剰な管理を与え
ない母親であることが子どもの中にほどよい人に対する信頼感を育てていく。

概念2 ＜分かり合うチャンネルの閉鎖＞

＜分かり合うチャンネルの閉鎖＞は、[分かってもらえないと思い自分から他者との深い交流を
避け、自分の思いを表出しないこと]と定義した。他者に対する信頼を持っていなかった摂食障害

回復者は、家庭では両親等に対して、学校では友人等に対して、自分の本当の思いを口に出すことをせず表面的な関係に留めていた。

他人と触れ合うことが怖かったので、父や母とも本気でぶつからなかったっていうか見切ってたっていう言い方が一番正しい。うん、見切ってた。絶対にわかりっこないから、わかるまい、正しく私の気持ちを理解してくれるわけがないから口に出すまい。(A p.3)

本心言わないし、本気でぶつからない。喧嘩ほとんどしなかった、友達と。友達と喧嘩すること、本気でぶつかることって、全然しなかった。(A p.6)

人間関係面倒臭くて、女子同士のもめごととか、そういうのに巻き込まれるの嫌だったから遠ざかっていた。(F p.2)

他者に対しての不信感が、人との深い関わりを拒むことを生んだ。Williams(1997a)は、摂食障害患者には他者に侵入されることを避けて自分を守る「進入禁止 no entry」型の防衛を生じる者があるとして、親が自分の親から投げ込まれた消化できない不安の投影の容器として乳幼児を使った時、子どもはその不安を消化することができず恐怖を感じ、侵入的で被害的になる可能性がある外からの働きかけを遮る「進入禁止 no entry」のシステムを防衛として使うようになるとしている。また、Erikson(1959 西平・中島訳 2011)は、基本的信頼感の欠損は基本的不信として表れるとし「基本的不信は、自分自身との関係や他者との関係が上手くいかなくなると、特有の方法で自分の殻に閉じこもってしまう人に特徴的である」と述べている。この研究の回復者においても、基本的不信(1959 西平・中島訳 2011)、つまり、＜他者への不信感の萌芽＞が、「進入禁止 no entry」(Williams, 1997a)、すなわち＜分かり合えるチャンネルを閉鎖＞を生じていた。

概念3 ＜他者に合わせる自分を作る＞

＜他者に合わせる自分を作る＞は、[自分の気持ちを振り返らず、常に他人によく評価される振る舞いを行うこと]と定義した。相手との相互のコミュニケーションを取らずにいた摂食障害回復者は、自分の頭の中で相手に合わせた自分を作り、他人からよく見えるように振舞うことをし、理想の自分を作り上げていった。

どんな表情を周りの人に出すかっていうのを常に考えている。(A p.5)

周りの人はどう思うだろう, それやったらって。(A p.5)

微妙な感情の周りの人の怒りとかがよく伝わってきて, 伝われば伝わるほど, じゃあ自分だったらどうするって。(A p.3)

人前ではいいふうにして, 完璧に考えて, こうしなきゃって。(H p.6)

母親に気に入られたくて母親が気に入るだろうと思う言動をすることで, <他者に合わせる自分を作る>ことを始めていたケースが多くあった。

それでも私は母親のことが大好きですから, いつもいつも笑わせるために何かをしっ
かり頑張っていて, いつもいつも笑うために 100 点取ったり, 運動会頑張って, マラソン
大会 1 位取ったり, 金賞取ったり, 生徒会役員やったり, 部長やったり, 委員長やっ
たり。(G p.2)

お母さんの機嫌が悪い時っていうのがあって, 機嫌が悪くなると嫌だから, それをちょ
っとなんか変なことして笑わせたりして。(F p.5)

うちの家族が母親が絶対って感じで, それまで反抗期もなく, いい子で育ったんで。
(L p.1)

逆に, 父親の力が強い家庭の中で必死に父親の期待に応えようとすることで, <他者に合わせる自分を作る>ことをしていったケースもあった。

うちの家族の中で一番偉いのはお父さんなので, お父さんに嫌われたら, うちの家族
の中で生きていけない感じなんですよ。で, 絶対お母さんに似ちゃいけないっていうの
がうちの父親の中であって, 必死にお父さんの真似をするんですよ。それが自分の意
見と違ったとしてもついて行くんですよ。(K p.1)

お父さんの期待に応えられないって分かっていた。でも自分の考え持ってなかったから、全部自分の考えはお父さんの考え。(K p.11)

両親の不和の中で、優等生でいることで必死で家族を保とうとしていたケースもあった。

家庭内離婚っていうか、それが本当に何かもうしんどくて。兎に角、頑張らなくちゃいけない。当時積木崩しが流行っていて、あんなふうになりたくない、勉強してちゃんとしているふうに見られたいというのが原動力にあって。(D p.1)

Bruck(1978 岡部・溝口訳 1979)は、1970年代のアメリカで、まだ拒食症が一見うまくいっている裕福な家庭の子女にばかり表れていた時代に、拒食症に罹患している少女たちの特徴を、親に従い自尊心を持たないまま成長し、両親が気に入ること、成功感や優越感を持つようにすることのみが、自分たちの成すべきことだと信じていることだと説明している。本研究においても何か優れた所を持つことが、親に見放されずにいられる条件だと思い込んでいた摂食障害回復者が多くいた。乳幼児期からの条件付きでないと受け入れられないという思いが、＜他者に合わせる自分を作る＞ことを助長させていったことが推察された。

概念4 ＜偽りの自信にしがみつく＞

＜偽りの自信にしがみつく＞は、[評価される自分であるために、やせることで自信を持とうとすること]と定義した。

他者の目を気にしてよく映るように他者の思いを基準に行動してきた摂食障害回復者は、思春期に入り自立していこうとする時期に自分自身が空っぽであることに気がついた。学校の中で評価される地位を獲得できなかつたり、本音で他者と関わることをしてこなかった摂食障害回復者は友人関係等でも上手くいかないことが増えていき、もはや理想の自分ではいられなくなった。自分に対して自信を持つために、ふとしたきっかけからダイエットに走り、やせていること、やせという目標に向かってそれを達成できていることが自信になった。

松木(1997)は、摂食障害の病理の本質を「自分の(抑うつ)不安や葛藤を直視し続けることを避け、食と身体に関した病的行動で解決しようとする行動の病である」としており、ここで摂食障害回復者が＜偽りの自信にしがみつく＞ことをしなければならなかったのは、【他者に合わせる自分を作る】こと、他者に認められる自分を維持できなくなったことに対する不安や葛藤を直視すること

を避け、他者に認められる自分を維持するための必死の行動であったとも言える。自信のない自分が達成できること、自らがコントロールできると思われること、ここではやせることに問題をすり替えて達成しようとし、偽りの自信にしがみつくとことになった。

どんどんやせて、で、自信がなかった自分に唯一自信が持てたのは体重計の数字だけだったの。減って行く数字が私の自信になった。半年で 30 キロ台位になりました。一番下が 33 です。(C p.1)

本当にやせているだけが自慢でした、やせているだけが。何でも服が着れるし。(H p.5)

高校入ってちょっとキャパオーバーしちゃって、あんまり勉強得意じゃなかったの、すごい勉強するようになって、睡眠時間を削るようになって睡眠がだいたい 2, 3 時間とか、ずっと勉強していたんですよ。で、テニスも始めて高校から部活で、そこでランニングに目覚めて。…数字って出るじゃないですか、減っていくのが強化しやすいっていうか自信になる。ストイック過ぎてそれが過度になっているのに気がつかなくて気がついたら低体重、34 キロ位だったかな。(J p.1)

達成感、なんかこう学校にも行けなかった自分なのに、こんなに(体重を)減らせてるみたいな。(B p.2)

Steiner(1993 衣笠訳 1997)が、パーソナリティの病理をパーソナリティの依存的な部分がパーソナリティの破壊的な部分に支配されることとして、「パーソナリティの自己愛的倒錯」と概念化した。このことを祖父江(2008)は「こころの健康的な部分が“淋しさ” “惨めさ” “弱さ” の感覚に伴うく抑うつ不安」に耐えられないがために、破壊的で羨望に満ちた病的部分が躍動し始め、嘘やごまかしに満ちた『自己愛的倒錯手段』に訴え、弱さを否定した強さの感覚を手に入れる」と説明している。

この研究においても、例えば対象者の一人である A は、やせにしがみつかざるを得なかった理由を「薄っぺらいプライドを守るための武装だった」と言及した。A の言う「薄っぺらいプライドを守るための武装」である摂食障害は、彼女自身の抑うつ不安や葛藤に向き合っていないでいるた

め的手段で、やせという見せかけの強さを手に入れ心の不安や葛藤を否定して、自己愛的な「薄っぺらいプライド」を守る手段として働いていたことが推察できる。

カテゴリ2 【止められないスパイラル】

【止められないスパイラル】には4つの概念が含まれる。摂食障害回復者は<心の痛みを行動化する>ことをし、<症状に追い込まれる>ことになった。益々<自己を否定する>ことをし、<孤独を作り出す>ことをした。摂食障害が発病し繰り返されるスパイラルの中、症状から抜け出せずにもがき苦しんでいる時期の概念である。

抑うつ不安や葛藤を、やせること、過食嘔吐することに置き換えて見ないようにしていても、もやもやとした心の痛みは消えることがなかった。もやもやとした心の痛みをはっきりとした目に見える形で表れるものとする、つまり、拒食、過食嘔吐、リストカット、オーバードーズ等を行うことで一瞬の安らぎを得ることが出来た。行動化を繰り返していることで、症状はどんどん進み、過食嘔吐や時間、数字に縛られる強迫症状によって日常生活を送ることが困難になってきた。そんな自分の現状に益々自己否定を強めることになった。他者に対する基本的な信頼を得ていなかった摂食障害回復者は他者と表面的な付き合いをしていた場合が多く、孤独感を持っていることが多かった。病状が進むにつれて物理的にも人と付き合うことが益々困難になっていった。「他人と交流を持つことは一緒に食事をする事だ」と話してくれた摂食障害回復者がいた。また、家にいると母親や姉妹に食べさせたくなくなってしまうイライラが募り、そこにいられなかったと語った摂食障害回復者もいた。

拒食や過食嘔吐の症状が進めば他者と食事を共にすることは困難になり、家族とも一緒にいることは難しくなる。強い自己否定からも他者を近づけなくなり、益々孤立化していく。そうして更に心の痛みが増し、また行動化に走ってしまう。繰り返す【止められないスパイラル】の中、もがき苦しみ、そこから出ることが出来なくなってしまう。「真っ暗なトンネルに入ってしまったよう。いつ終わりが来るんだろう」と語った疾患の最中にあった摂食障害患者の一言が鮮明に残っている。この方の一言は、まさに先の見えない【止められないスパイラル】の中でもがき苦しむ、この状況を表した言葉なのではないかと思われる。この過程では先の見通しが全くつかない。しかも、少なくはない摂食障害患者がかなりの期間この過程に留まり、病気を遷延化させていく。

概念5 <心の痛みを行動化する>

<心の痛みを行動化する>は、[精神的な苦痛を行動化に表すことによって可視化すること]と定義する。心の痛みを拒食や過食等の食異常に表わすこと、リストカットすること、オーバードーズすること等も伝えられない心の痛みを目に見えるものとするものである。心の痛みを無きものとして行動化してしまう在り方は、Steiner(1993 衣笠訳 1997)の言う「パーソナリティの自己愛的な倒錯」によって、パーソナリティの依存的な部分がもう一方の側面である破壊的な部分によって占領される様相であるとも言える。この意味では、摂食障害回復者はこれらの行動化によってほんの一時の心の平静を得ていた。心にある大きな不安や扱いきれない葛藤を行動化することによって、一時見ないことが出来ていた。

ものすごくここ(胸)が痛かったのが、ここ(手首)の痛みとして、血として目えるし、ここが痛いから分かれば楽、本当に楽なんですよね。(A p.5)

もやもやしていたのがすっきりするんですよ、切ると。…あとは切って流れる血はすごくすっきり。なんかもう麻薬物質みたいな感じですよ。(C p.5)

あとは本当に忘れたくて、私はお酒が飲めないのでお酒に走る。あとは先生からもらった抗うつ薬や睡眠薬をいっぱい飲むというようなことをやっていた時期もありました。

(A p.2)

また幼児期から、前カテゴリで示した【他者に合わせる自分を作る】ことをしていた摂食障害回復者は、自らの本当の気持ちを伝える術を持っていなかった。それ故に、言葉で上手く表せない気持ちを行動化することによって表現していたケースも多かった。

つらくて自分じゃもう表現できない状態になっちゃって、外見上で何か分かるものしか伝えるしかなかった。(E p.11)

大変な思いをしているのを分かってくれないのっていう反抗、どうやったら分かってくれるかなって思った時に、やっぱりご飯食べないでって言うか、体を壊せば分かってくれるって思ったんですよ。(L p.1)

太っていると、太っているといっても普通の体型なんですけど、悩みがないんじゃないか、幸せなんじゃないかって、幸せに見えるんじゃないかって。親がなかなか気づいてくれなかったから、外見でやせていれば、やせていればなんか幸せっていうイメージはないんじゃないか、やせたらいいんじゃないかという考えになっちゃって。それで吐くようになったんですよ、そうしたらいつの間にかエスカレートしていった、一切食べられなくなっちゃって。(K p.3)

外出したくないって言って、丸坊主した覚えはあります。したくないんだっていうのを訴えるために、なんか、学校に行ったらって言われたんですよ。…切ってこうしたら外出できないでしょうっていうふうに見せつけていた感じだと思います。(E p.4)

過食の後、自らを罰するという意味で、行動化をしたと語ったケースもあった。

過食嘔吐をする自分というのは、自分を律することができないことが起きるわけなので自分に厳しくできない自分というのがもう嫌いなんです。自分に厳しく出来ない自分を、じゃあ、他でどう律するかって言ったら自分に罰を与える。(A p.2)

Aは「理想の自分を作る」ことを幼少期から必死で考えてやってきたと語ったケースである。理想化した自分であることをずっと考えてやってきたが、摂食障害に罹患し爽快の状況でいた初期の拒食の状態も手放し、過食嘔吐する自分は罰すべき自分であった。この理想の自分を求める姿は、乳幼児期に手放すはずの自己に対する万能感を保持していたことの現れでもあったと推察することも可能である。

Lawrence(2008)は、突然表面化する摂食障害の分野において病因の追及は人々を混乱させるものであり、それを強調することをよしとしないとしながらも、患者の乳幼児期、児童期、青年期にわたる発達の連続を理解することは必要であるとした。＜心の痛みを行動化する＞ことをした経験を語ってくれた摂食障害回復者の各々のストーリーを理解し、そうせざるを得なかった回復者の方々の心理的過程を理解することが、この疾患を理解する一つに鍵になると思われる。

概念6 <症状に追い込まれる>

<症状に追い込まれる>は、[拒食、過食、過食嘔吐、強迫等の症状を自分で止めることができず、どんどん追い込まれていくこと]と定義する。

最初は、拒食すること、過食すること等で不安や葛藤を直視することを避けて、理想化した自分を保持しようと試みたはずであった。しかし現れた症状を自分ではもう止めることができず、窮地に追い込まれていった。臨床場面で摂食障害患者の方から「食べ物のこと以外を考えられない」という言葉をよく耳にする。それは、まさにこの過程を指し示す言葉であると思われる。常に食べ物のことを考え、食べる食材、食べるカロリー、食べる時間、食べる回数、食べて増える体重等、これらのことへのこだわりが日常生活を更に奪っていった。摂食障害に伴う強迫症状の大変さ、時間や体重の数字に縛られる困難を語ったケースは多かった。

毎日同じ時間に起きて過食嘔吐して、ひどい時はもう5, 6回位していて。全部決まっていたんです、食べる時間が。その時間内までは食べ続けるっていう感じ。二時間経てば必ず人間消化するんで、二時間は絶対に超えない。で、一番最初にゼリーを食べるんです。その後は何を食べてもよくて、必ずジュースを2リットル飲んで、二時間経たないちよつと前に吐くんです。でも二時間食べ続けられない時ってあるじゃないですか、でも二時間って決まっているので、そんな時は吐いて胃を空けてそれでまた吐き続けるんです。で、二時間経って完璧に吐く。(K p.6)

常に何を食べるか、体重は何キロか、何運動したか、毎日ジムにも通っていたので、食べて、一日の生活のリズムとしては、朝起きて、体重測って、しかも体重測る時は全部脱いで、水も一口も飲まない状態で、体重測って、コーヒー飲んで学校行って、ほとんど日中の間は何も口にしない、水も制限する。食べるとしても本当に野菜とかで、もうそんな時ふらふらです。頭にも全然栄養行ってなかったんで、考えることは食べもののことだけ。(A p.1)

取り敢えず体重、ペースを乱されるのが嫌で、だから時間、一分一秒、食べる時間とかも、一分過ぎたらもう無理とか。(I p.4)

何か狂うとだめなんです、ちょっとでも。時間の計画が狂っちゃうとどうしたらいいか分からなくなる。(K p.5)

兎に角 33 キロがマックス、その頃は 33 キロならいい。…退院して 35 超えたらもう無理。(I p.5)

摂食障害回復者達は、いつ終わるともしれない死と隣り合わせの半ば狂気とも言える症状の中でコントロールを逸していった。

私もこのままじゃ死んじゃうと思っていたから、でも自分でどうしたらいいか分からなくて。自分じゃもう止められない、どうすることもできなかった。(I p.4)。

その頃が一番低い 24 キロ、自分では動けるはずだったんですけど、(倒れる)前日まで普通に(一分一秒に縛られて家事をして、外で走って)動いてましたね。…体が兎に角つらくて、脚とかもパンパンになって、筋力もないんで体が重くてだるくて、その頃のものすごい不安感とか恐怖感には理由がない。(C p.3)

どんどんどんどん減っていった、さすがに 26 とかなっちゃうと本当に階段も上がれないくらい、お母さんも毎日生きているか死んでいるかも分からないくらい。でも自分じゃ止められない。(B p.3)

祖父江(2008)は、摂食障害患者は人格全体を巻き込んだ病理形成を行っているとし、彼女たちにある意味で病識がないことを挙げている。「摂食障害の患者はこれ以上やせれば死ぬとわかっているけど、空虚な明るさで拒食し、やせを進行させ、実際に死んでしまう人も稀ならずある。彼女たちは死の実感のないままに、やせるためには死も辞さない。そこには常識的世界を踏み越えた、荒涼たる世界が口を広げている」とこのような過程を説明している。

概念7 <自己を否定する>

<自己を否定する>は、[自らの行ってきたことを肯定できず、現在の自己を否定すること]と定義する。

摂食障害回復者は、幼い頃から他者の目を気にして、よく見られようと思い生きてきたはずであったが、気がつけば自らを全く肯定できない状況になっており、そんな自分自身を到底受け入れることができずにいた。

自分が汚いっていう気持ちですね、過食嘔吐してるし、ご飯もまともに食べられない。
食べたものを吐いちゃったりして自分は汚いって。(C p.4)

そして自己否定から消えてなくなりたいとさえ思っていたケースも多かった。

死にたいっていうより消えたかった。今までの私がなかったことにしたかった。(A p.3)

もう自分死んじゃいたいなみたいな。いても意味がないし。(J p.4)

実際に、摂食障害は死亡率の高い疾患であり、先行研究の概要で示したように中井他(2004)の転帰調査によると、死亡率7%で、死亡例はANでは病死(心停止、多臓器不全など)が多く、BNの死因は自殺だったとある。本研究の対象者の中にも自己否定から自殺未遂を試みたケースが存在していた。

理想的な自己をやせることによって体現しようと試みてきたが、現状は病状が進み、理想的な自己とはかけ離れたものとなってしまうていた。摂食障害という疾患の中で自らが行ってきたことをなかったこととしたかった、自分にはもはや生きている意味がないとさえ思っていた。これは自らの現状を受容できないという＜自己を否定する＞過程であった。

Klein(1957 小此木訳 1996)は、よい対象との同一化が自分自身の中のよいものをもっていう感情を生じさせるとしている。乳幼児期よりよい対象との同一化を行えずにおり、自分自身を完全に否定していた摂食障害回復者は、自身のうちによりものを持っているという感情を全く持てない状況にあり、自らの存在価値を否定することとなっていた。必死に他者の思いに応えようと努力して生きてきたが、摂食障害に罹患し他者の思いに応えることができない自分自身を価値のないものと考えていたと思われる。

概念8 <孤独を作り出す>

<孤独を作り出す>は、[摂食や強迫症状のために人との付き合いをシャットアウトするか、上部だけに留めること]と定義する。摂食障害回復者は症状が進み、他人と付き合うことが億劫になり孤独を深めていった。

摂食障害から来る症状のために他人を遠ざけたと語ったケースは多かった。Iは過食嘔吐や強迫症状による自分の生活のペースを守るために他人を遠ざけたと語った。

自分自分って感じで取り敢えず体重。ペースを乱されるのが嫌だから、時間、一分、一秒、食べる時間とかも、一分過ぎたら無理とか。他人と出かけたりができなかった。自分一人だったら何時までにこれしてって出来るのに、他人が来ちゃうと何もできなくなっちゃう。ペース乱されるとなんか頭狂いはしないけど、もうなんかダメってなっちゃう。

(I p.2)

Jは症状からくる抑うつ感によって人と接することが出来なくなると語った。

心がもうどん底にいて…、もう人とも話したくないし、会いたくもないし、何も手につかないし…。(J p.4)

Cは自らの症状による自己否定から他者を遠ざけたと語った。

自分がちよつと汚い気持ちですね、過食嘔吐してるし、ご飯まともに食べられないし。食べたものを吐いちゃったりして自分は汚いって。そんな汚い自分とそのグループで遊んでいるのが悲しい気持ちになっちゃって、そのグループを抜けたんですよ。(C p.4)

Iは姉妹や母親が食べて太ってくれれば安心を得られるので、家族に料理を作り食べることを強要したくてイライラしてしまうことも一人にならざるを得なかった理由の一つだと語った。

一人暮らし、家に戻れないのはお母さんやお姉ちゃんがいて気になっちゃうから。家にいらなくて、いると頭が狂っちゃうじゃないけど、気になって気になってイラついてしょうがないというか、食べさせたかった。(I p.2)

Lawrence (2008)は、摂食障害患者の特徴として依存をよしとせず避ける傾向があることを指摘している。本研究においても、摂食障害回復者は<他者への不信感の萌芽>から、他者に頼れず本音を表すことが難しいことが多かった。他人との距離が元々遠い傾向にあり、そのことで自分自身を守っていたとも言える。疾患による症状によって益々他者との距離を取るようになり、孤独を作り出していった。

カテゴリ3 【他者との信頼関係を作る】

【他者との信頼関係を作る】には6つの概念が含まれる。<親からの粘り強い関わり>や<パートナーからの受容>を受け、<医療者に支えられる>ことや<家族会で安心を得る>ことを通して、<重要な他者の本気度を試す>ことを繰り返しながら、<重要な他者への信頼感の獲得>をしていった。このカテゴリは、終わりが見えなかった摂食障害という病の中から抜け出すきっかけとなる重要な他者との相互作用に関するカテゴリである。

いつ終わるともわからない【止められないスパイラル】の中から抜けだすことができたのは、親や、恋人、配偶者、時には家族会の主宰者や医療者との人間関係を再構築できたことが大きく影響していた。【他者に合わせる自分を作る】ことをしてきた摂食障害回復者は、他者に対する基本的な信頼感を持っていなかった。この【他者との信頼関係を作る】というカテゴリは、乳幼児期に獲得し損なった基本的信頼を何とか獲得する過程であったと考えられる。

親との相互作用によって対人関係の持ち方を改善していったケースが多かったが、摂食障害が遷延化して長い年月を経ており親は既に年老いて摂食障害回復者がある程度の年齢になっていたケース、母親との関係性が非常に悪く修復が難しかったケース、結婚して既に新しい家庭を得ていたケースでは、恋人や配偶者が【他者との信頼関係を作る】相手となった。

概念9 <親からの粘り強い関わり>

<親からの粘り強い関わり>は、[親が諦めず根気よく真摯に向き合ってくれたことで、親の愛情を心から信じられるようになること]と定義する。

他者に対して不信感を持っていた摂食障害回復者は、親からの粘り強い関わりによって対人関係の持ち方を再構築し、他者に対して信頼感を抱けるようになっていった。<親からの粘り強い関わり>を受ける期間は数年間と長く続くことも多かったが、ここでは結果的には、親の諦めない気持ちが時間をかけて少しずつ摂食障害回復者に伝わっていったことが回復に繋がった。

摂食障害に伴う行動化や症状を受け入れてもらったことが大きな起点となったと語ったケースがあった。

一日中、何年にもわたって、死にたい、死にたい、死なせてって。切ったり、暴言吐いたり、大暴れしたり、それこそ、もう周りの他人から見たら気が狂っているようなこといっぱいしてきたのに、それでも父と母は私がこうやって暴れてこうやって切っても、助けてぎゅってして、大丈夫、大丈夫ってしてくれて。(A p.6)

(家で過食嘔吐を初めて出来て)本当に本当に嬉しかった。今までもずっと優しくしてくれていたけど、それは私を怒らせないためとか、上に籠って下手したら切っちゃってるかもしれない、そのために怒らせないように怒らせないようにって思ったり、なんかちょっと優しくしてあげようかみたいな感じでちゃらっと言っていたのかなと思っていたんですけど、でも、「ああ、やっぱりそうじゃないんだ」って思った瞬間ですね。その時の母の顔を覚えています。全然信じてなかったんです。(C p.9)

Kは父親の高い期待に応えたいと思いながらも応えられないことに心を痛めてきたケースであり、父親が自らの現状を受け入れてくれる言葉を粘り強くかけてくれるようになったことが、回復の支えとなったと語ったケースであった。

もう15年くらいかな、でもやってこれたのは、お父さんが「いつか笑ってこんな日もあったねって言える日が来るからね」ってずっと言ってくれていたんですよ。それがもうずっと支えで、それだけで生きてきた感じ。(K p.2)

Aは甘えることができなかった、依存できなかった自らの幼少期を以下のように振り返り、甘えられるように親が粘り強く関わってくれたことが回復に大きく作用したと語った。

甘えさせてもらった。甘えられなかった。小さい頃は思っていることを口に出すことができなかった。だから抱っこして、手を繋いで、ぎゅっとして、何々してが言えなかった。もうすかすかだったんですよ、やって欲しいことだけが、ぽんぽんぽんぽん穴のように残

っていて、でも一個も埋まってない上に、段々大人になるからもうすかすかで…。(A
p.6)

Cにも甘えることが出来なった幼少期があり、それを取り戻そうと粘り強く関わってくる母親に戸惑いながらも少しずつ心を開いていった。

もう母がずっとぎゅっとしてくれて、初めはそれは全然受け入れられない、どうしていいか分かんない。ぎゅっとされて私もぎゅってしたり、一緒に寝たり一緒にお風呂に入ったり、そうやって赤ちゃんからもう一回やり直した。それで段々と自分の心が軽くなった。
(C p.6)

摂食障害治療の中で母親のグループ療法を実践している高木(1994)は、その意義として、摂食障害の理解・認識、母子関係、あるいは家族内力動、母親自身についての洞察が得られること等を挙げている。＜親からの粘り強い関わり＞を実現するためには、親自身の深い疾患に対する理解や家族関係等への洞察が必須であるものと思われ、本研究においても親からの強い関わりを受けたケースでは、親が医療者や家族会からしっかりと支えられていたケースが多かった。

概念10 ＜パートナーからの受容＞

＜パートナーからの受容＞は、[自分を理解して受け入れようとしてくれる恋人及び配偶者の存在を得て、受け入れられていると感じること]と定義する。

親が粘り強い関わりをする力を持っていないケースや、病歴が長くなり年齢が高くなり原家族が機能していない場合等に、恋人や配偶者に安心して受け入れられていると感じ他者への信頼感を育てていったケースがあった。

24歳で付き合った彼と同棲するようになって、その人は初めてすごい摂食障害を理解してくれようとした人で…、自分の給料は全て過食、最悪その人の給料まで使ってた。でも向こうも否定することなく、いつか治るから大丈夫だよって。(G p.4)

男の人なんですが、その人が変えてくれたんですよね。本当になんか、まるごと受け止めてくれたっていう。…「私はこう思うんだよね」、それに対して「それはこういうこと？」

っていうみたいな、普通の会話、コミュニケーションの取り方を教えてくれたっていうか、それが出来た。(D p.6)

ここでは親が回復へのプロセスと一緒に歩む力がない場合でも、大人になって出会うパートナーが安定した受容を示すことが可能な場合には、回復への道をサポートするものと成り得ることが示された。

概念11 <医療者に支えられる>

<医療者に支えられる>は、[医療者に信頼を持ち、良好な関係性を築き支えられる]と定義する。

比較的早い時期に信頼できる医師に巡り合い支えられていたケースもあった。

その先生が「俺はお前を治せる。ついて来れるか」って言われて、その先生も摂食障害を診るのが初めての先生だったんです。すごく信用できる先生で「俺は治せる」ってきっぱり言ってくれたことが信頼できた。(K p.3)

Kは回復後に治療者に対する信頼感を以下のように語った。

学校一年間終わって「先生、終わったんだよ」って言ったら、すごく喜んでくれて。先生って結構怖い先生で、厳しくて、結構なんか本当にお父さんみたいな感じで接してくれて。で、なんかすごい嬉しそうな顔してくれて、「先生、一年間終わったよ」って言ったら、「じゃ、もう来年なんて楽勝だよ」って。なんかずっと「私はこんなことがあってね、こんなことがあってね」って話していた時に、先生やっぱ私のひどい時からずっと知っているから、本当にもうなんか先生泣きそうになっちゃったくらい、本当にずっと結婚式にも呼ぶくらいずっと本当に色んな危機を救ってくれて。(K p.10)

かつて Freud(1895)は面接過程において、患者が過去に自分にとって重要だった人物に対して持った感情を現在の治療者に持つようになることを見出した。父親との関係性に問題があったこのケースでは、治療者が父親転移の中で重要な他者の役割をも果たしたものとも考えられた。

また、両親からの粘り強い関わりによって両親に信頼感を得た A は、早い時期から心理士のサポートを受けていたケースでもあった。

大学の中にある臨床心理士の先生のところに相談に行って…、その先生が本当に合っていたのもあるのかもしれないですけど、最初の頃からずっとお世話になりました。

(A p.2)

入院で安心でき、受容してくれる看護師に支えられていたと語ったケースもあった。

結構もう退院するの嫌だったんですよ。なんかすごい居心地よくて、出たら自分でご飯とか決めなくちゃいけない、学校戻んなきゃいけないし、家に戻んなきゃいけないし。そういうので退院したくなかった、看護師さんが優しくて色んな話を聞いてくれた。

(M p.5)

摂食障害を「パーソナリティの病理」とした松木(1997)は、「本症者のパーソナリティの望ましい変容は、どの程度彼女らが自らの内的抑うつにもちこたえられるかにかかっているように、わたしたちが、患者の病的自己に巻き込まれず、彼女らが自分の内的世界を見つめ続けるためのコンテニングを提供できるかにかかっている」と摂食障害治療における患者との相互作用における医療者の回復への役割の在り方を述べている。

本研究において、医療者に支えられたと語ったケースは、親、パートナーにもまた支えられていた。回復の過程で心理的な意味での医療者の果たした役割は、摂食障害回復者が自らの気持ちを見つめていく過程を支える役割や、患者に試される家族を支え包み込む役割を成すものであったと考えられた。

概念12 <家族会で安心を得る>

<家族会で安心を得る>は、[家族会に参加して同じ病気の仲間や家族に会い、孤独感から解放され安心を得ること]と定義する。

家族会の主宰者が回復の過程を歩む摂食障害回復者や家族を支えたケースや、家族会に参加することで同じ病気の人や同じ病気から回復した人の存在を知り、安心感を得たケースがあった。

Hは家族会で開かれた当事者の会に参加して、同じ病気で苦しんでいる人の話を聞いたことが安心につながったと語った。

同じ境遇じゃないけど、考えとか、悩んでいる人がいるんだって安心したんですね。

(H p.6)

須田・石川(2015)は、自助グループの有効性として、他の患者を通して自身の問題が客観視するきっかけになり得る点、回復への動機づけになり得る点、集団が安心感を持てる居場所となりそこでの人間関係を通じて社会性の学習につながる点を挙げている。

やせることにより自らの大変さを理解して欲しいと思っていた母親から心からの理解を得ることが難しいと感じていたLは、家族会主催者が理解者となり安心感を得たことが大きな回復のきっかけとなったと語った。

なんか私にとって絶対的な味方が(家族会の)Aさんになって、そっからしょっちゅう電話相談とかさしてもらったりして・・・、Aさんと出会ったことでどんどんよくなった。(L p.2)

家族の中で絶対的な力を持っていた母親が兄にばかり甘いことに不満を抱いていたLは、母親には理解されていないと感じていた。このケースは、実際の回復者の親である家族会の主宰者が、親転移の中で家族の中で機能しない父親の役割、理解してくれない母親の役割を果たし、重要な他者と成り得たものと考えられた。

概念13 ＜重要な他者の本気度を試す＞

＜重要な他者の本気度を試す＞は、[関わってくる相手の気持ちが揺るぎないものであると直ぐには信じることができず、試すような行いを何度もすること]と定義する。

止められないスパイラルに陥っていた摂食障害回復者を何とかしようと必死で関わる相手が、親であるケースは多かった。

Cはずっと厳しかった母親が真剣に悩み自らを省みて接し方を変えても、俄かには信用することが出来なかったと語った。

受け入れられないんです、最初はどんなに母が優しくしようとしてもこっちは。私が病気になるからって、「そんなところ(厳しいところ)直んないからね」みたいな感じだったんですけど。何より甘え方が分からないんです。それを20歳超えてから一緒に一個ずつ学んでいった感じでしょうか。(C p.6)

<親からの粘り強い関わり>を表す前出のAの語りは、何年にもわたり行動化を繰り返すことで、親の本気度を試していたことにも言及していると思われた。

一日中、何年にもわたって、死にたい、死にたい、死なせてって。切ったり、暴言吐いたり、大暴れしたり、それこそ、もう周りの他人から見たら気が狂っているようなこといっぱいしてきたのに、それでも父と母は私がこうやって暴れてこうやって切っても、助けてぎゅってして、大丈夫、大丈夫ってしてくれて。(A p.6)

本気度を試す相手は必ずしも親であるとは限らなかった。親との関係修復が非常に困難で親が重要な他者と成り得る力を持たないケースや、病歴が非常に長くなり、ある程度の年齢になっていたケースでは、パートナーが重要な他者となり本気度を試されていた。

24歳で付き合った彼と同棲するようになって、その人は初めてすごい摂食障害を理解してくれようとした人で、ただ、理解はしてくれて私も治したいけど、私も毎日してましたね。外食も全然普通にするけど、家帰って摂食して寝てっていう生活は相変わらず変わらなくて、もう年間給料全て過食でした。止まるわけでもなく、自分の給料は全て過食、最悪、向こうの給料まで使ってました。でも向こうも、どんなに私が泣き叫んでも、否定することもなく、いつもいつか治るから大丈夫だよって。(G p.4)

彼は分かってました。今言うと、相当もう瀬戸際にいたっぽいんですけどね、よく壊れなかったですよ。吐けなかった過食しなかった日がなかったんで、きれいに吐けて平和な一日が終わり、きれいに吐けなかったら夜中の二時に走りに行く。彼が自転車でついてくる。すごい人に出会いましたね。(G p.6)

医療者も試されていたと思われるケースもあった。

万引き繰り返して警察に何度も捕まって、今度こそ見放されると思ったけど先生が診断書を書いてくれた。(K p.5)

家族会の主宰者を試しつつ段々と信頼を寄せていったケースもあった。

悩めば(家族会の)Aさんとも飛んで来ていたの。その都度、答をもらって段々と信用していった。(F p.7)

摂食障害回復者は、何らかの理由で乳幼児期に他者への信頼感が得られていなかったことが、その後の対人関係の難しさを引き出していた側面は大きいと推察された。健康なパーソナリティを構成する最初の要素として「基本的信頼」を挙げた Erikson(1959 西平・中島訳 2011)によると、「この『信頼』という言葉は、他人との関係においては、普通の意味でほどよく人を信頼していること」であり、「基本的」とは「特別に意識されるものではない」とされている。本研究において摂食障害回復者は、自らにとっての親密な人物を何度も試し、その都度信頼を得ることで、「普通の意味でほどよく人を信頼」する力を少しずつ獲得していった。このような重要な他者との相互作用は、回復過程を歩んでいく上で非常に重要な意味を成すものであった。

概念14 <重要な他者への信頼感の獲得>

<重要な他者への信頼感の獲得>は、「関わってくる相手の気持ちが揺るぎないものであると確信し、他者を信じることができるようになること」と定義する。

親が自分を見離さない存在であることを、何年もかけて何度も何度も確認してやっと信用するに至ったと語った A が信頼感を得た後の状況を以下のように話した。

今まで私が勝手に見切っただけで、父と母はこんなに愛情を注いでくれていたんだなって。気づこうとしなかったし、私から言わせれば口に出さなきゃわかんないじゃない。でもそれは今、家族のなかで一致団結している意見で、家族とはいえども口に出さないと分らないから、態度で示さなきゃ分らないから。その治る段階として、まず家族だったら、絶対に皆、皆絶対に見捨てることはないって分っているから、言いたいことは、「じゃあ、言おうよ」って。毎日の生活の中で言いたいことなんて、本当に表面の部分であって、地盤としての家族はしっかりしているんだから、こう上でバチバチやったとこ

ろで、もはやここはぐずれないでしょうって。分っているからこそ、私はもう安心して…。

(A p.6)

Graham(1998 鈴木・李・川崖訳 2000)は、「メラニー・クラインは、個々人が心に多くの内的人物像 internal figures, 内的対象 internal objects を抱えていることや、それらの内的対象との関係が世界を見るためのレンズを提供していることを示したが、それと同じような過程が家族においても存在するのである」として、それは家族の情緒的な生活を左右しているとした。この観点から A のケースを考えると、A の中での重要な他者である親に対して内的人物像が変化し、その関係性が変化し家族の情緒的な関係性を変え、世界を見るためのレンズ、つまり、人間一般を見るためのレンズが変わっていったのだと考えられる。

重要な他者となる人物が親ではなくパートナーである場合もあった。D は発病から年月を経て親に受容してもらうには大人になり過ぎていて感じており、パートナーとの間に【他者との信頼関係を作る】ことをしていった。

何を考えているのっていうのを上手に聞きだしてくれた。あつ、興味持ってくれるんだ、話していいんだ。私の話に興味を持ってくれているんだねっていうのがすごくわかって。何を話しても、テニスでいうところの何て言うんでしょうかね、すごく上手で、それがすごくきっかけで、何よりも安心ができたんですよね、あつ、いいんだ自分の気持ち、言ってもいいんだって。(D p.7)

パートナーとの間に信頼関係を構築できた D は、親に対しても甘えたい、受け止めてもらいたいという気持ちを持つが、今度は親を支えることを考えるようになり、親との間にも＜重要な他者への信頼感の獲得＞をしようとし始めた。

本当にその歳なのに、実家にいる時に寂しくて寂しくてしょうがなくて、父親と母親に抱き締めて欲しいと思ったことがあったんですけども、いやいやいや、違うだろう、もう自分で立っているんだから、あんよは上手って言われても、立ちあがるのは自分の力だし、もう大人なんだし、今度は両親を抱きしめる番だって。(D p.8)

カテゴリ4 【自分基準の行動をする】

【自分基準の行動をする】は5つの概念を含む。＜分かり合うチャンネルの開放＞を行い、＜自発的な心の動きの始動＞をし、＜こだわりを緩める＞ことをし、＜やせることより大切なことの発見＞、＜自己肯定感の獲得＞をすることを経て回復へと向かう過程の概念である。

【他者に合わせる自分を作る】ことをしていた摂食障害回復者が、相手との相互関係の取り方を変化させた。家族の中でも本音を語らずにきた摂食障害回復者は、人への基本的信頼の獲得を経て、本音を語り人と相互にコミュニケーションすることを始めた。少しずつ社会に復帰していくことで自分のやりたいことを見つけていった。やりたいことが見つかり、生活に段々と日常が戻り、病状によるこだわりも徐々に減っていった。あんなに重要であったやせることより、もっと大切なことが見つかり遂に回復へと至った。

概念15 ＜分かり合うチャンネルの開放＞

＜分かり合うチャンネルの開放＞は、[今まで一方的に自分だけで考えて人と関わっていたが、相手と相互のコミュニケーションが取れるようになること]と定義した。

毎日の生活のなかで言いたいことなんて、本当に表面の部分であって、地盤としての家族はしっかりしているんだから、こう上でバチバチやったところで、もはやここは崩れないでしょうって。分っているからこそ、私はもう安心して、「お父さん、今までずっと思っていたんだけど、そのチツというやつは、それは私に対して怒っているの」って。20何年間の心の、それは父が私のことをむかついていると思って、聞いたらお父さんは、「えっ、何？俺そんなことしている？」って。「私は今まで苦しんでいたのに」とか、どんな小さいことでも確認していいじゃんって。(A p.6)

相互関係が持てるようになり、母親との関係が変わったと語ったケースがあった。

お母さんとの付き合い方が変わった。今は助けて欲しい時はちゃんと言うし、そういうふうに受け止める態勢でいてくれる。(H p.7)

家族の中で変わった他人関係の持ち方は、外での場面でも般化されていき、友人との関係にも変化をもたらした。

家族が本物になったら、友達も本物の友達とちゃんと付き合えるようになった。(C p.10)

前カテゴリで起きた重要な【他者との信頼関係を作る】ことによって、他者と＜分かり合うチャンネルの開放＞を自ら行い、今まで反復強迫 (Freud, 1920) されていた＜分かり合うチャンネルの閉鎖＞という対人関係の持ち方そのものを変えていくこととなった。

概念16 ＜自発的な心の動きの始動＞

＜自発的な心の動きの始動＞は、[他人の評価を気にすることから解放されて、自分がやってみたいと思うことをすること]と定義した。他者との相互交流が可能になり、徐々に外に気持ちが向いていくとやりたいことが見えてきた。

楽しいなって、英語を勉強するというより英語で何かをしたいなっていうイメージです
とやっています。(E p.7)

好きなことが、ダンスの先生になりたくて、それで段々外に目が向いて、食べ物のこと
ばかり考えなくなりました。(H p.5)

他者にどう見えるかを基準にずっと行動してきた摂食障害回復者は、他者への信頼感の獲得という回復のプロセスを経て、他人にどう映るのか、どう思われるのかということを念頭に考えて行動しなくてすむようになり、自分の基準でやりたいことができるようになっていった。

一番は他人の評価より自分自身への評価っていうふうが目線が変わった。(A p.9)

【他者に合わせる自分を作る】ことをしては、＜自発的な心の動きの始動＞はない。＜自発的な心の動きの始動＞があつてこそ、次のステージへと進むことができた。「周りの人はどう思うだろう、それやったらって」と考えて行動していた摂食障害回復者が、自分自身の評価を考えて動くことを始めたことは、非常に大きな変化であり回復への大きな歩みであった。

概念17 <やせることより大切なことの発見>

<やせることより大切なことの発見>は、[今まではやせることが一番大切だったが、外に目を向けより大切なものを他に見つけること]と定義する。

外に出て楽しいと思えることが増え、かつては四六時中考えていた食べ物のことを考える時間がいつの間にか減っていた。社会的な適応が上がるとともに、摂食障害はいつの間にか少しずつ影を潜めていった。

いつの間にか楽しいことが増えて、こだわりはあるけど食べられるようになって、次は食べ物のことを考えなくなって、不安とかでなくて、食べちゃったらまあいいかって、そういう感じでいくようになって。今は学校がすごく楽しい、友達とも話せて。(F p.6)

友達ということが楽しくなりつつあり、段々抜けて行ったんですよ、食べ物へのこだわりが。(M p.6)

Federici & Kaplan (2008) は、回復の一つの要因として、発展的な支えのある関係性“developing supportive relationship”を挙げている。他者と円滑に関係を築けるようになることは社会の中で非常に重要な役割を果たす。摂食障害は、対人関係等の躓きから思春期の葛藤や不安を抱えられず、それでも理想化した自己を保つために、必死にやせた身体を手に入れようとしたことから発した疾患であるとも言える。回復者の語りからは、基本的な信頼を何とか手に入れ、対人関係が段々と改善されてくることで、もはや、やせた身体に固執する必要性がなくなっていく様子がうかがわれた。

概念18 <こだわりを緩める>

<こだわりを緩める>は、[数字(体重・時間)にこだわり縛られていたが、そのこだわりが緩んでいくこと]と定義した。

心が回復してきた摂食障害回復者は身体的な症状のこだわりも段々と抜けていった。自分自身の生活が満ちたりてくれば、時間のかかる過食嘔吐の症状も生活の中で邪魔なものへと徐々に変化した。

一番は太ることに恐怖がなくなったってことでしょうね。だからもうそんなに無理して吐かなくなったりしたんですよ。10 吐いていたのが別に 5 ぐらいで大丈夫に、3 であと 2 吐けるけど、べつに今 2 やんなくてもいいかなって。段々まあいいか、面倒臭いやってなっていくんです。(C p.10)

様々なことにこだわっていたこだわりも徐々に抜けて、適度な緩みを覚えていった。

結構完璧主義、今でもそうですけど根本は。でも、もうそんなふうに考えても仕方ないし、「まあいいか」とか。その「まあいいか」が言えるようになった。「別に食べてもいいか」とか、「体重増えてもいいか」とか。(H p.6)

Srinivasagam (1995) は、神経性無食欲症からの回復者は非患者群と比べると強迫症状を調べるスケール (the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) で高い得点を示したとし、そういった元々の特徴とこの疾患の原因との関係性を述べている。他にも幾つかの先行研究で、摂食障害と強迫症状との併存が示されてはおり (Swinbourne & Touys, 2007)、徹底した食事制限ややせへの追求や過活動と結びつけて考えられることもある。H が上の語りで「結構完璧主義、今でもそうですけど根本は。」と語っているように、元来、徹底的にやる、細かいことにこだわる性質を持っていると語った摂食障害回復者が多かった。おそらく摂食障害を経験したことにより、その性質が不安を高め、自らを苦しめている要因となっていることに気づき、「まあいいか」と思えるように自ら努力をして変化させていったということであろう。Federici & Kaplan (2008) は、回復のもう一つの要因として自己確認を挙げている。H の語りは、自らが自らの特徴を認識すること、自己に対して客観的な視点をもつことが、大きくこだわりを緩めることに繋がったことを表すものであった。

概念19 ＜自己肯定感の獲得＞

＜自己肯定感の獲得＞は、[自分で決めた自分のやりたいことをやり自分に自信をつけ、自分自身を肯定すること]と定義する。

A はかつての自分を以下のように語った。

それまでは自信満々で高飛車なプライド高い女って思われていたんじゃないかと思うけど、それはあくまで武装であって、心のどこかでちゃんと自分が他人とぶつかってこなかった人としての基盤が薄いことを、引け目に感じていたんだと思います。(A p.7)

A はかつて自分が持っていた自尊心について、「本当に表面薄っぺらい薄っぺらい感じのプライドであって、ほんとパリってすぐ割れちゃうようなもの」であったと語った。その内面の自信のなさなく偽りの自信にしがみつくと、つまり、やせた身体を死に物狂いで維持することに繋がっていた。

また、A は現在の自分の状況を以下のように表現した。

自分で決めることとか、自分でちゃんと人とぶつかったとか、自分で何かを始めよう、他人から評価してもらうことだけではなくて、自分がやりたいからやるっていうふうな心の動き方っていうのがやっと分かったっていうか。(A p.7)

上記の過程は、自分が他者から愛され大切にされているという思い、つまり、基本的信頼感の獲得を経て自発的な心が生まれ、自分の好きなことを見つけて実行し、自信を得て、A のいう「表面薄っぺらい薄っぺらい感じのプライド」が、自己肯定感へと変化していく過程、摂食障害からの回復に至った過程だと考えられた。

Tozzi et al. (2003) は、摂食障害の回復に必要な要因の一つを成熟“maturation”であったが、A の回復過程は、パーソナリティの成熟であったとも言えるものであろう。A は理想の自分を作れなくなったことで、不安や葛藤に向き合うことを回避して発病に至ったものと思われた。そして A にとって回復することは、理想の自己を諦めることであり、それは万能感の喪失、つまり、パーソナリティの成熟を意味するものだと思われた。Winnicott (1951 北山訳 2005) は、幼時的万能感を捨てることは、段階的に「脱錯覚 disillusion」し、精神的安定と現実適応力を獲得していくことだとしている。

第4節 考察

1. 発達的な視点からの考察

研究Ⅰからは、摂食障害回復者が回復するために、＜重要な他者の本気度を試す＞という相互作用を行い、その結果、＜重要な他者への信頼感の獲得＞を経て、＜自己肯定感の獲得＞をし回復に至ることが示唆された。この回復の心理的過程は、発達的な視点からみると、思春期の自我の獲得に大きく関与するものであると思われる。そこで、ここでは、人生を8つの発達段階に分け、各々の発達課題を提唱したエリクソンのライフサイクル論に照らし合わせ、発病から回復に至るまでの概念を発達という視点から考察してみたいと考えた。

以下に Erikson (1959 西平・中島訳 2011) の各発達段階と発達課題を Table 4 に表し、その中で研究Ⅰの概念の位置づけを考えてみることを試みた。

Table 4 エリクソンの心理・社会的危機と研究Ⅰの概念の対応の試み

発達段階	心理・社会的危機	概念名と順番	概念名と順番
I 乳児期	基本的信頼 対 基本的不信	1<他者への不信感の萌芽>	9<親からの粘り強い関わり> 10<パートナーからの受容> 11<医療者に支えられる> 12<家族会で安心感を得る> 13<重要な他者の本気度を試す> 14<重要な他者への信頼感の獲得>
II 幼児初期	自律性 対 恥, 疑惑	2<分かり合うチャンネルの閉鎖>	15<分かり合えるチャンネルの開放>
III 遊戯期	自主性 対 罪悪感	3<他者に合わせる自分を作る>	16<自発的な心の動きの始動> 17<やせることより大切なことの発見> 18<こだわりを緩める>
IV 学齢期	勤勉性 対 劣等感	〃	〃
V 青年期	アイデンティティ 対 アイデンティティ拡散	4<偽りの自信にしがみつく> 5<心の痛みを行動化する> 6<症状に追い込まれる> 7<自己を否定する> 8<孤独を作り出す>	19<自己肯定感の獲得>
IV ヤングアダルト 若い成人	親密性 対 孤立		
VII 成人期	世代性 対 停滞, 自己耽溺		
VIII 成熟期	統合 対 絶望, 嫌悪		

(Erikson, 1959 西平・中島訳 2011 第三論文 自我アイデンティティの問題 図3 pp.136-137 参照)

Erikson(1959)は、Freud(1905)の精神性的発達理論を発展させ、人生の各段階ごとに特徴的な発達課題を表し、これらが肯定的に解決された場合と否定的に解決された場合のパーソナリティの構成要素を対にして示した。

Table 4 で、研究 I で構成された概念をエリクソンの発達段階と発達課題(Erikson, 1959 西平・中島訳 2011)に照らし合わせて考えることを試みると、摂食障害の発病は、乳幼児期に基本的信頼を獲得できず、自律を成すことをせず、【他者に合わせる自分を作る】ことをしてきたが故の、青年期でのアイデンティティ拡散であったのではないかということが推察された。

この視点からは、研究 I ではそのアイデンティティの拡散が <重要な他者への信頼感の獲得> を経ることで収束に向かっていったものと考えられた。それは、重要な他者との安心できる相互作用の中で乳児期をやり直す、Williams(1997a)のいう「進入禁止 no entry」型の防衛を解いて依存をよしとして【他者との信頼関係を作る】過程であったものとも推察された。

Erikson(1959 西平・中島訳 2011)は、「健康なパーソナリティを構成する最初の要素を、基本的信頼の感覚と名付ける。これは、生後一年間の経験から引き出された自分自身と世界に対する一つの態度である」と述べ、「『基本的』とは、この構成要素も後に現れる構成要素も、幼児期に発達する際にも、成人期に統合される際にも、全体としてのパーソナリティに溶け込んでしまう。そのかわり、幼児期に危機を迎えた時、もしくは成人になって欠損している場合には、それらの基準がはっきりとその輪郭を見せることになる」と述べている。思春期とは子どもから大人への過渡期であり、ここでの摂食障害の発病は、乳児期に「基本的信頼」を獲得できなかったことがその時期に輪郭を表した結果であるとも言え、本研究での摂食障害の回復への過程は、この視点からは、その「基本的信頼」を獲得し直す過程であったとも考えられた。つまり、乳児期に何らかの理由で得た<他者への不信感の萌芽>、Erikson(1959 西平・中島訳 2011)の言う「基本的不信」を、<重要な他者の本気度を試す>という相互作用を経て、長い年月をかけて<重要な他者への信頼感の獲得>に至る過程、「基本的信頼」に変化させた回復への過程だと推察された。

Erikson(1959 西平・中島訳 2011)は「基本的信頼」について、「この『信頼』という言葉は、他人との関係においては、普通の意味でほどよく人を信頼していることを、自分との関係においては、信頼するに値するというシンプルな感覚を意味している」と説明している。ほどよく他人と自分を信用できる感覚を獲得することは、この研究の中で示した【他者に合わせる自分を作る】ことをせず【自分基準の行動をする】ことができるようになり、対人関係を円滑に運んで行くことができる力を育んでいくことに繋がっていくものと考えられる。<重要な他者への信頼感の獲得>を経て、

＜自己肯定感の獲得＞に至ることは、まさに Erikson(1959 西平・中島訳 2011)のいう「基本的信頼」の再獲得の過程を経て、アイデンティの獲得を得ることに繋がるものとも考えられた。

2. 家族の支援という視点からの考察

貝塚(2011)は、摂食障害回復者の母親のインタビューから家族の再生を主とする回復のプロセスを《病気に翻弄される過程》と《支援を得る過程》の2つのコアカテゴリで示した。

以下に、摂食障害回復者の母親のインタビューを M-GTA で分析した回復までの過程を示した後半の回復へ向かう結果図、支援を得る過程(貝塚, 2011)を表した。

【 】はカテゴリ、＜ ＞は概念を示す。

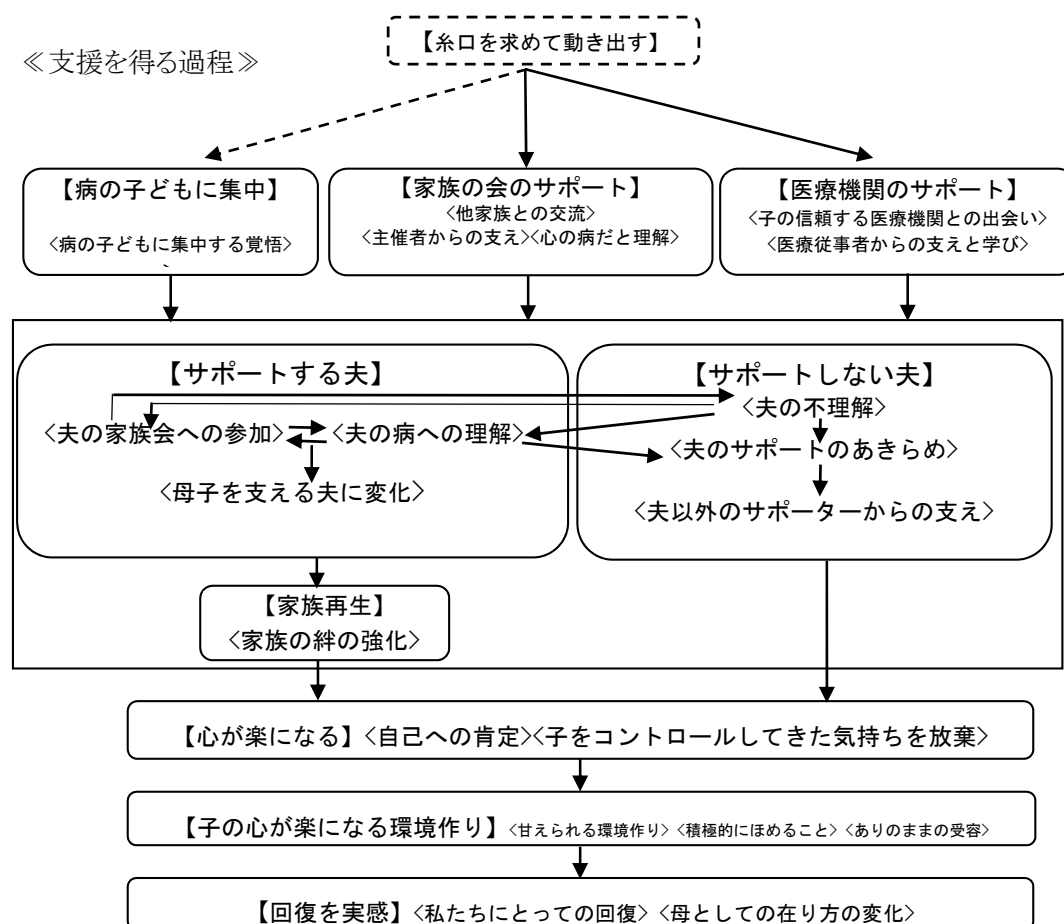


Figure 3 支援を得る過程 (貝塚, 2011 p.51, Figure 4)

→ 変化の方向
- -> 影響の方向

回復者本人のインタビューをまとめた本研究Ⅰでも、＜親からの粘り強い関わり＞が摂食障害回復者の本人の基本的信頼や自己肯定感の獲得に大きく寄与していたことが示され、回復には家族が大きく関与していた。

Figure 3 は、回復者の母親からのインタビューをまとめ、母親の立場から回復者の回復のプロセスを示そうと試みた図である(2011, 貝塚)。この図では、本研究の研究Ⅰで示した＜他者との信頼関係を作る＞の過程が、母親が夫のサポートを得て家族の再構築を経て一丸となって行った信頼関係の再構築と、夫のサポートを得られず医療者や家族会のサポートを得て行った信頼関係の再構築の2つの過程で示されている。

Figure 3 の回復の過程で母親が行った回復へのサポートは、いずれかのサポートを受けずに成し得なかった大変な苦労を伴う思春期に入った子どもとの信頼関係を作ることであったと言える。乳幼児期に得られなかった重要な他者への基本的信頼を、【家族再生】を経て獲得できることは、回復以降の家族の形を鑑みても、最も理想的な在り方であろうと思われる。前研究では、家族再生に協力的でない【サポートしない夫】の存在する家庭の母親は、医療機関や家族会等の外の支援をえることによって子どもとの信頼関係を作ること成し得ていた。しかし実際の臨床の場面で遭遇することがある子どもを支える力のない母親を持った摂食障害患者や、病歴が長くなり本人や母親の年齢がかなり高くなり原家族が機能する家族として存在しないケースでは、どのような過程を経て摂食障害という病が回復し得るのかということが筆者の前研究では大きな疑問として残っていた。

本研究での＜親からの粘り強い関わり＞を経て、＜重要な他者の本気度を試す＞相互作用を行い、【重要な他者への信頼感の獲得】をする過程は、前研究で得た家族の再生及び家族会や医療者のサポートを経て母親または両親からの関わりの中で回復していく過程であった。

加えて、本研究Ⅰでは、家族、主に母親が重要な他者となる役割を果たす役割を担わずとも、新たな重要な他者と成り得るパートナーから絶対的な受容を受けることによって＜重要な他者への信頼感の獲得＞を経て、回復に至る過程があることも示唆された。そして、そこでは家族との相互作用と同様に＜重要な他者の本気度を試す＞ことが行われていた。

医療者や家族会は、新たな信頼関係を作る家族およびパートナーを支える存在、そして患者自身を支える存在となっていた。医療者や家族会は摂食障害回復者から試される存在とされていた場合もあった。

上記のようなことから、本研究では回復に至る過程には、重要な他者となり得るものの試されることに揺るがない粘り強い関わりが必要であること、貝塚(2011)の前研究で示したように重要な他

者と成り得る人物は家族、特に母親である場合が多いが、必ずしも原家族である必要はなく新たに密接な関係を築いていける可能性のあるパートナーとの相互関係の中でも回復への過程を歩んでいけること、医療者や家族会が一時的な仮の家族の役割を果たし、摂食障害患者が重要な他者への基本的信頼感を獲得する一助と成り得ることが示唆された。

本研究においては、治療者にとっての家族支援のかたちが二つあるものと思われた。一つは、試され、粘り強い関わりを求められる家族、時にはパートナーを支えることが大きな役割となっていた。そしてもう一つは、本人と関わりの中で仮の親としての役割をする家族支援のかたちがあった。それは、摂食障害患者にとって重要な他者と成り得る人物がその役割を十分には果たし得なかった場合に、その治療関係の中で一時的な仮の親と言えるような関係性が発生し、試されながらも重要な他者の役割を果たすことであると考えられた。

第5節 研究 I のまとめ

—全体のまとめと中核的概念：重要な他者の本気度を試す—

研究 I では 4 つのカテゴリと 19 の概念について述べたが、ここでは、まず 4 つのカテゴリで回復に至る過程を改めて簡潔に記す。そしてその回復の過程の中で、相互作用を重んじる M-GTA での分析において最も重要な相互作用を示した概念を中核概念としてもう一度述べ、全体の研究をまとめた。

幼い頃から【他者に合わせる自分を作る】ことをしてきた摂食障害回復者は発病し、【止められないスパイラル】の中に入り込んだ。【他者との信頼関係を作る】ことを経て、【自分基準の行動をする】ことが出来るようになり、回復の過程を歩み出した。

本研究の摂食障害回復者の回復までの心理過程の中で、最も重要な相互作用を示し中核を成したカテゴリは【他者との信頼関係を作る】であると考えられた。そのカテゴリの中でも、最も中核を成した概念は、特徴的な相互作用として示された＜重要な他者の本気度を試す＞という概念であった。

＜他者への不信感の萌芽＞から、【他者に合わせる自分を作る】ことをし、そのような対人関係の中で生じた不安や葛藤を見ることを避けて、＜偽りの自信にしがみつ＞、つまり、やせにしがみつ＞ことで摂食障害を発症させた摂食障害回復者達は、＜重要な他者への信頼感の獲得＞を経て回復していった。このように、本研究の回復の過程の中では、他者への不信が信頼感に変化

することが要となっており、その変化を成し遂げるのに必要であった概念が、＜重要な他者の本気を試す＞という相互作用を示す概念であると考えられた。

Williams (1997a)が示したように摂食障害患者の中には、「進入禁止 no entry」型を特徴とする他者の侵入を拒む防衛の形を働かせているものや、Lawrence (2008)が示したように依存をよしとしない特徴を持っているものが多くいる。本研究の中では、そういった特徴をもつ摂食障害回復者が、＜親からの粘り強い関わり＞や＜パートナーからの受容＞を、＜重要な他者の本気を試す＞ことを経ることで受け取り、「進入禁止 no entry」型の防衛を解き、他者に対する依存(甘えること)をすることで、＜重要な他者への信頼感の獲得＞を経て、閉じていた他者と交わるチャンネルを開放し、自己肯定感を取り戻していく回復の過程であったと考えられた。

また、この研究においても一つ重要であることは、重要な他者と成り得る人物が必ずしも親であるとは限らない点だと思われた。病気を遷延化させてある程度の年齢になっていたケース、新しい家庭を既に作っており現在の家庭においての重要な他者となる人物が親ではなかったケース、幼少期からの親との複雑な関係性があり親との間で関係性を修復させるのが困難であったケースでは、パートナーが重要な他者の役割を成していた。また、家族会の主宰者や医療者が親転移と考えられる関係性の中でその役割を果たしていたケースもあった。本研究において、臨床現場にて遭遇することがある親が重要な他者と成り得る力を持たないケースであっても、回復への過程を歩める可能性が示唆されたことは、大きな意味を持つものと思われた。

第4章 研究Ⅱ 摂食障害患者と回復者の心理的变化要因

第1節 目的

ロールシャッハ研究においては、日本ではこれまで片口法で多くの研究が行われ、摂食障害患者に対して行われてきたロールシャッハ研究は病型別比較が中心になされてきたが（岡・青木・遠山, 1985; 蔦田ら, 1985), 摂食障害の症状が移行的な症状故に、統一的決定的な相違点を見出すことが困難だったとされている(原田, 1998)。

本研究では、1990年代に日本に導入された国際的にはロールシャッハの共通言語で広く研究や臨床でも使われている包括システムを採用した。包括システムを使った日本での摂食障害に関する研究はそう多くないと思われる。第1章のロールシャッハ研究で既に述べたように、吉村他(2006)は、摂食障害患者群はノーマル群と比べて、抑うつ的であり、感情の統制力が低く、肯定的な人間関係が持ちづらく、独特な認知をすることを示した。また、その研究の第2報として、塚野他(2012)は、ANR群と比較してANBP群は、警戒心が強く、外界からの刺激に影響を受けやすく、周囲に合わせる傾向が高く、身体イメージのこだわりが強く、独特な思考をしやすい変化しにくいとし、摂食障害患者全体の特徴として挙げたものが強化されたとした。海外では、包括システムによる多くの摂食障害研究が行われているが、AN患者群はノーマル群と比べて思考が非効率で自己認知においては空想的なイメージの中に自らを隠しやすい(Garcia, 2005), AN患者はノーマル群に比べてより自己がない傾向にあり、攻撃性を示すAGが少なく、協調行動を示すCOPが多い(Curie et al., 2012), BNの排出型と非排出型を比較すると抑うつと怒りと自我関与に関する差があり、ノーマル群と比較すると認知の歪み、思考の障害(Smith et al., 1991)が認められるとするなど、それぞれの病型の違いを比較したり、ノーマル群との比較を行いその特徴を示したものがほとんどで、摂食障害患者と回復者を比較して回復に必要な要因について調べた研究はまだ見当たらないと思われる。

そこで研究Ⅱの目的は、摂食障害患者と回復者の心理的な違いを、ロールシャッハ・テストを用いて量的に明らかにすることとした。そしてその結果を用いて、研究Ⅰで得た質的な結果との整合性に関して考察を加えた。

第2節 方法

1. 対象者

2011年9月～2016年3月までに、総合病院の精神科外来にて摂食障害と診断された患者17名を摂食障害患者群とし、研究Ⅰで2011年3月～2016年8月にインタビューを行い、心理テストの承諾を得た13名を回復者群とした。対象者は全例女性とした。

Table 5 に示したように、摂食障害患者群が14～33歳までの平均年齢23.18歳（標準偏差6.87）、回復者群は20歳～40歳までの平均年齢27.54歳（標準偏差5.53）であった。

Table 5 対象者の概要(研究Ⅱ)

群(n)		摂食障害患者(17)		回復者(13)		p level
年齢	Range	14–33		Range	20–40	n.s.
	Mean±SD	23.18±6.87		Mean±SD	27.54±5.53	

2. 方法

ロールシャッハ・テストを用いて得られたデータをカイ二乗分析によって統計処理した。ロールシャッハ・テストの施行は、包括システムによって筆者が行い、それぞれの採点、記号化についてはベテランの心理判定員との検討を加えた。

摂食障害患者のデータの使用については総合病院の主治医、回復者については本人から承諾を得て倫理的な配慮を行った。

データの分析方法

統計法は、回復者群と摂食障害患者群のロールシャッハ・テストの構造一覧上の主な変数をカイ二乗検定およびフィッシャーの正確確率検定によって分析した。

構造一覧表にある変数には、一般的な値である期待値が存在しており、主にその期待値内に変数がどのくらい収まっているか否かを、摂食障害患者群と回復者群で比較して有意差を求めた。

3. 包括システムでの特殊指標とクラスター

本研究では、ロールシャッハの施行とそのコーディング、解釈において、日本ではまだ比較的新しいが、世界的なロールシャッハ言語となっている包括システムを採用した。

包括システムでは、結果を解釈する際に、テストデータのコーディング結果を常設されている7つのクラスター（ストレスが大きな問題となっている場合は8つ）と6つの特殊指標で見えていく。

本研究においては、まず、6つの特殊指標に該当するものがどれくらいあるかを、各々摂食障害患者群と回復者群の特殊指標(Special Indices)の欄で見えていった。6つ特殊指標は、知覚と思考の指標(PTI)、抑うつ指標(DEPI)、対処力不全指標(CDI)、自殺の可能性(S-CON)、警戒心過剰指標(HVI)、強迫的スタイル指標(OBS)である。その後、統制とストレス耐性

(Control & Stress Tolerance)、状況関連ストレス(Situation Related Stress)、感情の特徴(Affective Features)、情報処理過程(Information Processing)、認知的媒介(Mediation)、思考(Ideation)、自己知覚(Self Perception)、対人知覚

(Interpersonal Perception)というクラスターにある重要な変数について、摂食障害患者群と回復者群で比べ、有意差があった点についてその意味を解釈した。

第3節 結果

1. 全体の結果

ロールシャッハ・テストの各変数について、摂食障害患者群と回復者群の比率を比較した結果をTable 6に示した。

Table 6 摂食障害患者と回復者のロールシャッハ・テストのスコアの比較

変数		摂食障害患者 (n=17)	回復者 (n=13)	p level
特殊指標 Special Indices	S-CON ≥ 7	4 (23.5%)	0	n.s.
	PTI ≥ 4	2 (11.8%)	0	n.s.
	PTI ≥ 3	4 (23.5%)	5 (38.5%)	n.s.
	PTI ≥ 2	11 (52.9%)	6 (46.2%)	n.s.
	DEPI ≥ 6	1 (4.8%)	0	n.s.
	DEPI ≥ 5	6 (35.3%)	2 (15.4%)	n.s.
	DEPI ≥ 4	11 (64.7%)	6 (46.2%)	n.s.

Table 6 摂食障害患者と回復者のロールシャッハ・テストのスコアの比較(つづき)

	変数	摂食障害患者 (n=17)	回復者 (n=13)	p level
特殊指標	CDI \geq 5	3 (14.3%)	0	n.s.
Special Indices	CDI \geq 4	6 (35.3%)	0	p<.05 ⁺
(つづき)	CDI \geq 3	13 (76.5%)	8 (61.5%)	n.s.
	HVI Positive	3 (17.6.5%)	5 (38.5%)	n.s.
	OBS Positive	0	0	
統制力とストレス耐性	R \leq 17	9 (52.9%)	3 (23.1%)	n.s.
Control & Stress	L>0.99	4 (23.5%)	3 (23.1%)	n.s.
Tolerance	EA \leq 6	7 (41.2%)	4 (30.8%)	n.s.
	D-SCORE>0	7 (41.2%)	3 (23.1%)	n.s.
	D-SCORE<0	4 (23.5%)	1 (7.7%)	n.s.
	D-SCORE<-1	1 (5.9%)	1 (7.7%)	n.s.
	Adj D-SCORE>0	7 (41.2%)	5 (38.5%)	n.s.
	Adj D-SCORE <0	1 (5.9%)	0	n.s.
	Adj D-SCORE <-1	0	0	
	FM<2	9 (52.9%)	2 (15.4%)	n.s.
	FM<3	14 (82.4%)	5 (38.5%)	p<.05 ⁺
	m>1	8 (47.1%)	6 (46.2%)	n.s.
	m>2	4 (23.5%)	2 (15.4%)	n.s.
	SumC' \geq 3	3 (17.6%)	3 (23.1%)	n.s.
	SumT=0	13 (76.5%)	10 (76.9%)	n.s.
	SumT>1	0	0	
	SumV>0	4 (23.5%)	3 (23.1%)	n.s.
	SumY>1	4 (23.5%)	4 (30.8)	n.s.
状況関連ストレス	D>Adj D	4 (23.5%)	5 (38.5%)	n.s.
Situation Related Stress				
感情	FC>(CF+C)+2	1 (5.9%)	3 (23.1%)	n.s.
Affect	FC>(CF+C)+1	3 (17.6%)	1 (7.7%)	n.s.
	(CF+C)>FC+1	0	3 (23.1%)	n.s.
	(CF+C)>FC+2	6 (35.3%)	1 (7.7%)	n.s.
	PureC>0	5 (23.8%)	2 (15.4%)	n.s.
	PureC>1	1 (5.9%)	0	n.s.
	SumC' >WSumC	2 (11.8%)	3 (23.1%)	n.s.
	Afr<0.46	10 (58.8%)	9 (69.2%)	n.s.
	S>2	9 (52.9%)	7 (53.8%)	n.s.
	CP>0	2(11.8%)	0	n.s.
対人知覚	COP=0	13 (76.5%)	8 (61.5%)	n.s.
Interpersonal	COP>1	4 (23.5%)	5 (38.5%)	n.s.
Perception	COP>2	1 (4.8%)	2 (15.4%)	n.s.
	AG=0	13 (76.5%)	10 (76.9%)	n.s.
	AG>2	2 (11.8%)	0	n.s.
	Fd>0	7 (41.2%)	5 (38.5%)	n.s.
	H<Hd+(H)+(Hd)	15 (88.2%)	8 (61.5%)	n.s.
	PureH<2	13 (76.5%)	5 (38.5%)	p<.05 [*]
	PER>1	4 (23.5%)	3 (23.1)	n.s.
	PER > 2	1 (9.5%)	0	n.s.
	Isol Index>0.32	0	1 (7.7%)	n.s.

++1%, +5%水準で有意差あり (Fisher の正確確率検定) , * 1%, * 5%水準で有意差あり (X² 検定)

Table 6 摂食障害患者と回復者のロールシャッハ・テストのスコアの比較(つづき)

	変数	摂食障害患者 (n=17)	回復者 (n=13)	p level
自己知覚 Self-Perception	3r+(2)/R<0.33	10 (58.8%)	3 (23.1%)	p<.05*
	3r+(2)/R>0.44	2 (11.8%)	5 (38.5%)	n.s.
	Fr+rF>0	3 (17.6%)	0	n.s.
	FD>1	4 (23.5%)	2 (15.4%)	n.s.
	MOR>1	8 (47.1%)	3 (23.1%)	n.s.
	MOR>2	6 (28.6%)	1 (7.7%)	n.s.
	MOR<3	5 (29.4%)	1 (7.7%)	n.s.
	An+Xy>0	13 (76.5%)	2 (15.4%)	p<.01++
	An+Xy>1	5 (29.4%)	0	n.s.
情報処理過程 Processing	Dd>3	8 (47.1%)	5 (38.5%)	n.s.
	Zd>+3.0	6 (35.3%)	6 (46.2%)	n.s.
	Zd<-3.0	2 (11.8%)	3 (23.1%)	n.s.
	DQ+≥7	4 (23.5%)	5 (38.5%)	n.s.
	DQ+≥5	6 (35.3%)	10 (76.9%)	n.s.
	DQv+DQv/+>2	3 (17.6%)	0	n.s.
認知的媒介 Mediation	XA%≥0.78%	0	5 (38.5%)	p<.01++
	XA%>70%	6 (35.3%)	7 (53.8%)	n.s.
	XA%>60%	12 (70.6%)	10 (76.9%)	n.s.
	X-%<0.15	0	2 (15.4%)	n.s.
	X-%>0.20	16 (94.1%)	7 (53.8%)	p<.05+
	X-%>0.30	9 (52.9%)	5 (38.5%)	n.s.
	S->2	6 (35.3%)	3 (23.1%)	n.s.
	S->1	10 (58.8%)	5 (38.5%)	n.s.
	S-=0	6 (35.3%)	5 (38.5%)	n.s.
	P<4	7 (41.2%)	4 (30.8%)	n.s.
	P>7	0	0	
	X+%<0.70	17 (100%)	13 (100%)	n.s.
	X+%<0.60	17 (100%)	12 (92.3%)	n.s.
	X+%<0.50	13 (76.5%)	9 (69.2%)	n.s.
	Xu%>0.30	6 (35.3%)	5 (38.5%)	n.s.
	Xu%>0.20	11 (64.7%)	10 (76.9%)	n.s.
思考 Ideation	p>a+1	8 (47.1%)	6 (46.2%)	n.s.
	Mp>Ma	9 (52.9%)	8 (61.5%)	n.s.
	(2AB+Art+Ay)>5	0	0	
	Lv2 2 Sp.Sc.>0	5 (29.4%)	1 (7.7%)	n.s.
	WSum6 Sp. Sc.>6	2 (11.8%)	0	n.s.
	M->1	7 (41.2%)	7 (53.8%)	n.s.
	M->2	4 (23.5%)	3 (23.1%)	n.s.
	Mnone>1	0	0	

++1%, +5%水準で有意差あり (Fisher の正確確率検定), **1%, *5%水準で有意差あり (X²検定)

2. 特殊指標と各クラスターの結果

特殊指標

対人関係における対処力の不全を示す CDI において 5%水準で有意差が認められた。他の特殊指標においては両群に有意な差は認められなかった。

包括システムで用いられる特殊指標には、知覚と思考の指標 (PTI)、抑うつ指標 (DEPI)、対処力不全指標 (CDI)、自殺の可能性 (S-CON)、警戒心過剰指標 (HVI)、強迫的スタイル指標 (OBS) という 6 つの特殊指標がある。CDI は 11 個の変数から成っており、これらには 10 個の評価基準がある。評価する 11 項目中の 6 項目は主に対人行動に関係した変数が含まれ、あとの 3 つの変数は感情に関係があり、2 つの変数は資質とコントロールに関連している。0 から 5 の CDI スコアが付けられ、4 以上のスコアが付いた場合は対処力不全指標が陽性となる。

統制力とストレス耐性

統制力とストレス耐性に関わる変数では、動物運動反応である FM において 5%水準で有意差が認められた。

Exner (2003 中村・野田訳 2009) は、統制の定義を「状況からの要請に対処するための行動を慎重に決定あるいは実行する能力」とし、「自分のまとまりと方向性を維持する力」と説明している。また、「ストレス耐性は、統制と直接的な関連があり、統制力が高まれば高まり、乏しければ、それに伴いストレス耐性も低くなる」と述べている。

状況関連ストレス

今回の研究では、摂食障害患者群と回復者群では、状況関連ストレスが高いことを示す $D < Adj D$ に該当する値には有意差がでなかった。

Exner (2003 中村・野田訳 2009) は、「より最近のある特定の出来事によってストレスが生じていると思われるケースもある。これが状況ストレスである」、「状況ストレスは、人それぞれの心的外傷、たとえば失敗、失望、喪失感、決断の際の葛藤などによって生じる」と説明している。状況ストレスが高いと現在の統制力やストレス耐性を表す D が、その人らしい本来の統制力を表す $Adj D$ よりも低くなる。

感情の特徴

感情の変数には感情の表現の状況を示す色彩反応の変数等があるが、今回感情のクラスターで設定した変数においては、摂食障害患者群と回復者群間に有意な差が認められなかった。

但し、通常、感情についての変数を検討するにあたって、まず DEPI (抑うつ指標) と CDI (対処力不全指標) を検討することとなっており、本研究では CDI においては有意差が見られた。

対人知覚

対人知覚の変数の中では、Pure H に関して 5%水準で有意差が認められた。

対人知覚は、人が他者をどのように理解し、様々な場面でどのように行動するかということである。中村(2016)は、対人知覚を「外の人間にどれくらい興味関心をもって目を向けられているのか」と説明しており、それは後に説明する「自分のことがどれくらいわかっているか」という自己知覚」と密接な関係があり、「天秤の右と左のように釣り合っている可能性が高い」と説明している。

自己知覚

自己知覚に関する変数では、自己中心性指標が期待値以下であることを表す変数 $3r+(2)/R<0.33$ と、普通ではない身体的関心を示す指標 $An+Xy$ に有意差があった。

Exner(2003 中村・野田訳 2009)は、「自己知覚は、自己イメージと自己への没頭(self-involvement)という2つの特徴に関係している」とし、自己イメージは「個人が自分の特性について抱く印象から成り立っている」ものであるとし、自己への没頭は「外界へ向ける関心と比べた場合の自分自身へ向ける関心の程度と関連している」と説明している。

情報処理過程

今回は情報処理過程における指標の有意差は認められなかった。

外界からの刺激のどこに焦点づけ、どのように刺激を取り込むかという情報を入力する際の手続き過程を情報処理過程と呼び、細かな部位に着目する特殊部分反応や認知的努力の効果と効率を表す Zd 等の変数を含む。

認知的媒介過程

認知的媒介の変数においては、現実検討力を示す $XA\%<0.78$ と $X-\%>0.20$ の変数に 5%水準で有意差が認められた。

認知媒介のクラスターは、「その人がそれまで生きて見たり聞いたり学習してきたことを通じて、『世の中はこのようなもの』と定義してきた経験値の蓄積」(中村, 2016)である。Weiner(1998 秋谷・秋本訳 2005)は、「出来事についての現実的な知覚は、人々が自分自身や環境について正確な印象を形成できていることで成立する」とし、「事柄をありのままに見ることができることは、人の適切な判断の実行を助け、上手な適応を示す」と述べている。

思考

思考の変数においては、摂食障害患者群と回復者群の間には有意差は認められなかった。

思考の変数は、「目から心や脳にインプットされた刺激野の情報がアウトプットされる過程でどのようなパーソナリティの特徴を理解できるのか、その思考過程」だと述べられている(中村, 2016)。思考の変数には、思考の柔軟性や、悲観的な思考の構えがあるか、現実的な思考が可能か、思考はどれほど明確なものであるか、特殊スコアの逸脱はどの程度であるか等を示す変数が含まれている。

第4節 考察

1. 回復に必要な要因

研究Ⅱでは、摂食障害患者群と回復者群のロールシャッハ・テストの主な変数を統計的に比較し回復に必要な要因を明らかにした。結果は $CDI \geq 4$, $FM < 3$, $PureH < 2$, $XA\% < 0.78$, $X\text{-}\% > 0.20$, $3r+(2)/R < 0.33$, $An+Xy > 0$ の変数に有意差が認められ、そこから解釈できる回復に必要なとされる要因について考察した。

特殊指標 CDI(対処力不全指標)に該当する者は有意に摂食障害患者群の方が多く、回復者群には対人関係における対処力の改善が見られていることが推察された。このことは、第1章でまとめた摂食障害からの回復の先行研究において、回復に必要なものとして対人関係の改善が示されたことと一致するものであり、また研究Ⅰで示した中核をなした他者との相互関係を表したカテゴリ【他者との信頼関係を作る】ことが回復に大きく寄与していたこととも一致するものであると思われる。ここでは摂食障害からの回復には対人関係における対処能力の改善が大きな一つの鍵となることが推察された。

統制力とストレス耐性に関わる変数では、動物運動反応である FM において有意差が認められた。通常 FM の期待値は 3~4 で、生命維持活動に直結するような欲求や原始的な欲動を示すと言われている。Weiner(1998 秋谷・秋本訳 2005)によると「FM は典型的には自身の満たされない欲求への気づきと当惑に関連」している。回復者群の FM が、有意に摂食障害患者群よりも増加していたことから、回復者は摂食障害患者よりも内的な思考活動の中で自らの本音を意識し、自らのニード、意欲を自覚していることが示唆されたと考えられた。

感情のクラスターでは有意な差が認められなかったが、エクスナー法では通常、感情についての変数を検討するにあたって、まず DEPI(抑うつ指標)と CDI(対処力不全指標)を検討する。本研究では CDI においては有意差が見られた。「CDI スコアが 4 か 5 に該当する場合は、学習性無力感のような状態、自分は何をやってもうまくいかなくてだめな人間ではないかという佇まいを帯びていて、一見ただけで元気がなく沈んだ様子が観察できます」(中村, 2016) と述べられているように、対人関係における対処力不全は感情の特徴に影響を及ぼしているものと推察され、対処力の改善は感情の変化という意味でも回復の要因となっていると思われた。

対人知覚の変数の中では Pure H に関して有意差が認められた。PureH は、対象像を見る時に全体像として捉えられるか否かという変数であり、PureH が期待値に達していれば他人を理解して深く関与する成熟した人間関係のベースを持っていることを意味する。回復者群は有意に PureH が摂食障害患者群より増加しており、摂食障害患者群に比べて、他者を理解する際にその人を統合して捉えることが出来ていることが推察され、摂食障害からの回復には、他者を理解して深く関与する人間関係のベースが求められることがうかがわれた。

回復者の XA%は有意に増加し、X-%は減少していた。XA%は全体に適切に図版を見ることが出来た割合を表し、X-%は、反対に適切に見られなかった割合を表す。回復者群は摂食障害患者群よりも図版を適切に見る割合が高くなっており、このことは回復者の現実検討力が摂食障害患者群より高いことを意味しており、回復には現実検討力の向上が必要であることが考えられた。

自己知覚に関する変数では、自己中心性指標が期待値以下であることを表す変数 $3r+(2)/R<0.33$ と、普通ではない身体的関心を示す指標 $An+Xy$ に有意差があった。中村(2016)は、「自己中心性指標は、自分と他人を天秤にかけて、比較して検討する認知(思考)作業と言えます」としており、本研究では回復者群の自己中心性指標は有意に摂食障害患者群より高くなっており、他者と比べ自己を低く見る傾向が改善することが回復に繋がることを示唆され

た。An+Xyは普通ではない身体的関心が示される変数である。この変数は有意に摂食障害患者群の方が高く、回復者群では普通ではない身体への関心を緩めていることが示唆された。

以上のようなことから、本研究においては、摂食障害からの回復には対人関係における対処力を高めること、自身のニード、意欲を意識すること、偏った他者理解を矯正すること、現実検討力を高めること、普通でない身体への関心をなくしていくことが必要な要因になることが考察された。

なお、本研究では感情のクラスターにおいては主要な変数の差は CDI 以外にはでなかった。しかし、先行研究では摂食障害患者は感情のコントロールが悪いという特徴が認められている(遠山, 1983;岡部, 1984; 葛田他, 1985)。摂食障害患者群は非患者群に比べて抑うつ的で、感情の統制力が低い(吉村ら, 2006)、BN や EDNOS は情緒的に不安定で傷つきやすく、BN は感情表現を抑制する傾向にあり、不安をコントロールするのに躁的なスタイルを用いる (Guinzbourg, 2011) 等、摂食障害の感情の問題について指摘したものが幾つかある。研究 II においては摂食障害患者の感情の変数は CDI 陽性であるという以外、2 群間にはっきりとその差がでなかった。摂食障害患者群と回復者群における感情の問題については、後の研究で検討を加えることとした。

2. 研究 I と研究 II の整合性に関する考察

研究 II で量的に得た結果から摂食障害の回復に必要とされる要因 (Table 7) と、研究 I で回復過程の中で質的に得た回復するために必要な概念は、対応するのではないかと考えられた。

そこで研究 I で得た質的データの結果と、研究 II で得た量的データの結果に対して整合性に関する考察を行った。

Table 7 回復に必要とされる要因(研究 II)の考察

有意差のあった変数	変数が示す意味
CDI \geq 4	対人関係における対処力の改善
FM<3	自身のニード、意欲の意識向上
PureH<2	他者理解、自己理解の向上
XA%<0.78 X-%>0.20	現実検討力の向上
3r+(2)/R<0.33	自己中心性指標の上昇
An+Xy>0	普通ではない身体的関心の緩み

対人関係における対処力の改善

研究Ⅱで示唆された対人関係における対処力の改善(CDI \geq 4 有意差有り)は、研究Ⅰで表された【他者に合わせる自分を作る】→【自分基準で行動する】の変化が大きく関与しているのではないかと思われた。＜分かり合うチャンネルの閉鎖＞を行い、他者との相互作用を行わずにいた摂食障害回復者は、＜分かり合うチャンネルの開放＞を行い、対人関係の対処力を向上させ回復の過程を進んだ。回復者の語りからは、それが長い年月を要するものであることもまた示唆されていた。

中村(2016)は、「CDIのスコアが4から5に該当する場合は、学習性無力感(learned helplessness)のような状態、自分は何をやってもうまくいかなくてだめな人間ではないかという佇まいを帯びていて、一見ただで元気がなく沈んでいる様子が観察できます」と述べ、「CDI陽性の条件に当てはまる人に、むしろ『具体的でわかりやすい人的なサポート』が継続的に必要となるため、良い変化の兆しが見えて適応的な状態になるまでに時間がかかります」と説明している。摂食障害からの回復には、対人関係の対処力の向上が必須であると考えられたが、そのことは同時に、摂食障害からの回復に長い年月を必要とすることが多いことを示しているとも思われた。

自身のニード、意欲の意識向上

研究Ⅱで示唆された自身のニード、意欲の意識向上(FMH<3 有意差有り)は、研究Ⅰで表されたく心の痛みを行動化する→＜自発的な心の動きの始動＞への変化を意味しているものと考えられた。もやもやと分からなかった心の痛みが自覚され、不快感情に圧倒されなくなる様を表していると思われた。

中村(2016)は、「人が自分の抱えている深い感情に耐えられるのは、なぜそのような深い感情を自分は経験しなければならないのかわかっているからです」と述べており、自身のニードや意欲の意識が明確になることで、自分の心の有り様を自覚し始め、混乱した状態で行動化してしまうことが減少していくことが推察できる。そして自発的な心の動きの始動を得て、自らの本音、本当に欲していることに向かっていくこととなるものと考えられた。

他者理解、自己理解の向上

研究Ⅱで示唆された他者理解、自己理解の向上(PureH<2 有意差有り)は、研究Ⅰで表されたく他者への不信感の萌芽→＜重要な他者への信頼感の獲得＞への変化を表しているものと考えられた。乳幼児期に何らかの理由で獲得できなかった他者への信頼を、重要な他者と成り

得る人物の相互作用を経て獲得していく過程で、他者と自己への理解を深めていくことを意味しているものと思われた。

他者を理解することは、自己を理解することにもつながり、すなわちそれは人間を理解することを意味している。PureH は人間を全体として見るができるという変数で、対象を一部分しか見ず偏った理解をしていない傾向を意味しており、研究Ⅰで表された＜重要な他者への信頼感の獲得＞を成し得るためには不可欠な要素であるものと考えられた。

現実検討力の向上

研究Ⅱで示唆された現実検討力の向上 ($XA\% < 0.78$, $X\text{-}\% > 0.20$ 有意差有り) は、研究Ⅰで表された＜症状に追い込まれる＞→＜こだわりを緩める＞という概念の変化に対応すると考えられた。

摂食障害という疾患は、自らのボディイメージに偏った概念を持っていることが一つの特徴でもあり、がりがりにやせた状態でも更にもっとやせたいと思っていることも多い。筆者はかつて、たまたま道ですれ違った拒食症の方に対して、「あんなにやせていて心の底から羨ましいと思った」と話す回復に向かいつつあると思われていた過食症患者の方に、その認知の歪みからその方の病理の深さを改めて実感したことがあった。＜こだわりを緩める＞ことは、「やせることを諦める」ことをも意味し、疾患そのものに深く関わることである。また、闘病中に強迫症状に苦しんでいたことも非常によく耳にする話である。「1 分 1 秒遅れただけで、たった 100 グラム体重が増加したことで、この世の終わりのような気持ちになった」という話を聞いた。このような認知の歪みが改善されていくこと、＜こだわりを緩める＞ことは、まさに現実検討力が向上することを意味すると考えられた。

自己中心性指標の上昇

研究Ⅱで示唆された自己中心性指標の上昇 ($3r+(2)/R < 0.33$ 有意差有り) は、研究Ⅰで表された＜自己を否定する＞→＜自己肯定感の獲得＞の変化を意味しているものと考えられた。

自己中心性指標とは、中村(2016)が述べているように「自分と他人を天秤にかけて、比較して検討する認知(思考)作業」を表している。研究Ⅰでは発病し【止められないスパイラル】の中にいた摂食障害回復者は、同年代の人達と自らを比較して益々自己否定し、更に＜自己を否定する＞ことをしていたものと思われた。回復の過程で適度に自らに関心が向き、自分が出来ていることを認めるという作業が出来た時には、既に回復に向かっていることが推察された。

普通ではない身体的関心の緩み

研究Ⅱで示唆された普通ではない身体的関心($An+Xy>0$ 有意差有り)は、研究Ⅰで表された＜偽りの自信にしがみつくと→＜やせることより大切なことの発見＞への変化を指しているものと考えられた。

＜偽りの自信にしがみつくと＞という概念は、やせているということにしがみつくとを意味している。闘病の最中に「まず体重…」,「食べ物のことで頭がいっぱいだった」と話してくれた回復者がいたように、摂食障害患者の普通でない身体への関心はすさまじいものがあると言え、表面的には、そのことそのものが病気の原因であるかのように見えている。かつて筆者の前で、「治りたいよりやせたい」と治療から離脱していった摂食障害患者の方がいた。患者らの中にある普通でない身体的な関心が薄れ、＜偽りの自信にしがみつくと＞ことを止め、＜やせることより大切なことの発見＞が出来るようになることは回復そのものであるとも考えられた。

第5節 研究Ⅱのまとめ

研究Ⅱでは、摂食障害患者と回復者のロールシャッハ・テストの変数を比較して、対人関係における対処力の改善($CDI\geq 4$ 有意差有り), 自身のニード, 意欲の意識向上($FM<3$ 有意差有り), 他者理解, 自己理解の向上($PureH<2$ 有意差有り), 現実検討力の向上($XA\%<0.78$, $X\text{-}\%>0.20$ 有意差有り), 自己中心性指標の上昇($3r+(2)/R<0.33$ 有意差有り), 普通ではない身体的関心の緩み($An+Xy>0$ 有意差あり)の点に関して差が認められ、摂食障害患者が回復するために必要となる要因が示唆された。

そして本研究で、変数に有意差が認められ回復に必要であると示唆された要因と、研究Ⅰで示唆された回復過程のカテゴリと概念の変化が対応しているのではないかと考え、研究Ⅰと研究Ⅱの結果の整合性に関する考察を行った。

他者理解, 自己理解の向上($PureH<2$ 有意差有り)には＜他者への不信感の萌芽＞→＜重要な他者への信頼感の獲得＞が対応しているのではないかと考えられ、他者理解が高くなることで対人関係における対処力の改善($CDI\geq 4$ 有意差有り)が生じたものと思われた。これは研究Ⅰでは、【他者に合わせる自分を作る】→【自分基準で行動する】という変化、＜分かり合えるチャンネルの閉鎖＞→＜分かり合えるチャンネルの開放＞の変化が対応しているのではないかと考えられた。対人関係が適応的に変化していくと、少しずつ社会に出ていくことも可能になり、その中で何かやりたいことが出てくる。そのことから、本研究で示唆された回復の要因の1つである自身

のニード、意欲の意識向上($FM < 3$ 有意差有り)には、研究Ⅰの＜心の痛みを行動化する＞→＜自発的な心の動きの始動＞が対応していることが考えられた。

もう一つの回復要因として示唆された現実検討力の向上($XA\% < 0.78$, $X-\% > 0.20$ 有意差有り)は、【止められないスパイラル】→【他者との信頼関係を作る】の変化と、＜症状に追い込まれる＞→＜こだわりを緩める＞が対応しているのではないかと考えられた。やせへのこだわり、時間や体重等数字へのとらわれ等は、病状を悪化させ、止められないスパイラルの中から抜け出せなくさせていたものであった。現実検討力が上がったことで、結果として、こだわりは緩んでいったものと思われた。

摂食障害からの回復には、自己中心性指標の上昇($3r+(2)/R < 0.33$ 有意差有り)が生じていたことが示唆された。それは、研究Ⅰでは＜自己を否定する＞→＜自己肯定感の獲得＞が対応しているものと考えられた。【他者に合わせる自分を作る】ことをしてきて、発病により自己肯定感を下げていたが、【自分基準の行動をする】ことを経て、＜自己肯定感の獲得＞が徐々になされていったものと思われた。

普通ではない身体的関心の緩み($An+Xy > 0$ 有意差有り)には、＜偽りの自信にしがみつく＞→＜やせることより大切なことの発見＞の変化が対応すると考えられた。松木(1997)は、摂食障害の本質とは「やせた身体への自己愛的理想化であり、その追求である」と述べている。その病態の本質が緩み自分自身にとってより重要なことを見つけていくことは、まさに回復するということであると考えられた。

第5章 研究Ⅲ 摂食障害患者と回復者の臨床像の特徴

第1節 目的

1. 問題

研究Ⅰでは回復者の語りから、研究Ⅱでは摂食障害患者群と回復者群のロールシャッハ・テストの変数を比較から、回復するために必要であると考えられるプロセスと幾つかの要因を示唆した。しかし、実際の臨床の中で、摂食障害患者と回復者の各々の特徴がどのように具体的に示されるかは明確に示されてはいなかった。

そして幾つかの先行研究(Guinzbou, 2011; 吉村他, 2006)では、摂食障害患者の感情面の特徴として感情コントロールが悪いことが示されているが、回復者と摂食障害患者を比較した研究Ⅱでは感情面の問題については示唆されなかった。

また、先行研究では摂食障害は回復した後も精神的な問題が残りやすいことが認められ(西園, 2014; 鈴木, 2014; Godart, Falment, Lecrubier, & Jeamme, 2000), 再発も多いと言われている(永田, 2012)。しかし、ロールシャッハ研究においては摂食障害からの回復者の特徴を示したものは今のところまだ見つかっていないと思われる。

2. 目的

研究Ⅲでは、研究Ⅰ, 研究Ⅱで示唆された回復のプロセスと要因を、実際の臨床に生かすために、摂食障害患者と回復者の症例から得られたロールシャッハ・テストの結果を検討し、その状態像の質的な特徴を考察し、各々の臨床像の理解を深めることを目的とした。

そして、研究Ⅱで明確に示されなかった摂食障害患者及び回復者の感情面の違いについても考察を加えることを目的とした。

さらに、摂食障害患者と回復者の臨床像の違いを検討することで、回復へのプロセスと変化する要因を臨床に生かす知見を得て、再発予防についての考察を行いたいと考えた。

第2節 方法

1. 対象者

研究Ⅱのデータと同様のものを使用した。2011年9月から2016年3月までに総合病院の精神科外来にて摂食障害と診断された摂食障害患者17名と、研究Ⅰで2011年3月～2016年8月にインタビューを行った協力者の中で心理テスト施行に同意が得られた回復者13名である。対象者は全員女性とした。

以下に対象者の概要を示す。

Table 8 対象者の概要(研究Ⅲ)

群(n)	摂食障害患者(17)		回復者(13)		p level
年齢	Range	14-33	Range	20-40	n.s.
	Mean±SD	23.18±6.87	Mean±SD	27.54±5.53	

2. 方法

ロールシャッハ・テストを用いて得られたデータを最適尺度法によって分析した。ロールシャッハ・テストの施行は、包括システムによって筆者が行い、それぞれの採点、記号化についてはベテランの心理士との検討を加えた。摂食障害患者のデータの使用については、総合病院精神科の主治医、回復者については本人から承諾を得て倫理的な配慮を行った。

データの分析方法

対象者から得られたロールシャッハ・テスト結果のうち6つの特殊指標を用いた。各下位項目に該当している場合は「2」、非該当の場合は「1」と名義尺度化し、最適尺度法を用いて指標ごとにカテゴリ数量化を行い、摂食障害患者17名と回復者13名の値を抽出し、各々を2次元にプロットした。

上記過程において回復者、摂食障害患者のプロットが顕著な特徴を示した特殊指標についてプロットの各構成項目からその臨床像を示し検討した。

3. 特殊指標について

研究Ⅱでも触れたが、包括システムで用いられる特殊指標には、知覚と思考の指標 (Perceptual-Thinking Index: PTI), 抑うつ指標 (Depression Index: DEPI), 対処力不全指標 (Coping Deficit Index: CDI), 自殺の可能性 (Suicide Constellations: S-CON), 警戒心過剰指標 (Hypervigilance Index: HVI), 強迫的スタイル指標 (Obsessive Style Index: OBS) という 6 つの特殊指標がある。以下にその特殊指標についての概要を述べる。

知覚と思考の指標 (PTI) の目的は、認知的媒介や思考の問題がありそうだと解釈者に警告を発することであり、カットポイントは 4 で、理論的には PTI が 4 や 5 になる時は、この値が 0, 1, 2 よりも認知的な媒介や思考に問題があるのは明らかであるが、詳しい解釈はこれらの特徴と関連のあるクラスターで明らかになる (Exner, 2003 中村・野田訳 2009)。

抑うつ指標 (DEPI) は、5 は注意でカットポイントが 6 以上とされている。DEPI が 5 以上あると感情の波があつて、そのアップダウンがその人のパーソナリティに影響する。DEPI は急激には上がってこないという特徴がある (中村, 2016)。

対処力不全指標 (CDI) は、その人が経験の要請に応えるために利用できる適応的な資源の質と量に関係するいくつかの側面を測定する指標であるとされ (Weiner, 1998 秋谷・秋本訳 2005), カットポイントの 4 か 5 に該当すると、その人の年齢で必要とされる対人的社会的場面に対処するための心理的な経験や発達が間に合っていないことが表されている (中村, 2016)。

自殺の可能性を示す指標 (S-CON) は、自殺の可能性を示す布置で、実際にロールシャッハ・テストを施行後 60 日以内に自殺をした自殺群のデータから割り出した共通性の高い変数が上から順に並んでいる (Weiner, 1998 秋谷・秋本訳 2005)。7 つ該当した時は注意が必要とされ、カットポイントは 8 以上とされている。

警戒心過剰指標 (HVI) のスタイルを持つ人は、基本的に人を信用しにくく、人と身近で親しく打ち明けるというような対人関係を嫌う傾向があり、警戒心過剰な構えを表し、何ごとに関しても念には念をいれてこだわることが表されている (中村, 2016)。この指標は該当項目によって陽性か陰性かで示される。

強迫的スタイル指標 (OBS) はエネルギーを過剰に投与して完璧であることを求める構えを表し、正しいことしかしたくない人であることを表す (中村, 2016)。この指標も該当項目によって陽性か陰性かで示される。

第3節 結果と考察

摂食障害患者群と回復者群のデータを最適尺度法で分析した結果、対処力不全指標 (CDI)、抑うつ指標 (DEPI)、知覚と思考の指標 (PTI) の各々のプロットに顕著な特徴が表された。

以下に、顕著なプロットが表された 3 つの特殊指標の摂食障害患者群、回復者群のプロットを示し、各々のプロットの構成項目を検討し、摂食障害患者群、回復者群の特徴を明らかにした。

1. CDI(対処力不全指標)の結果

摂食障害患者群 CDI の結果

結果は、Figure 4 にあるようにカテゴリポイントの結合プロットが示され、下位項目の集中するカテゴリを一つ作成した（変数右に、該当するものは○、該当しないものは×を記した）。

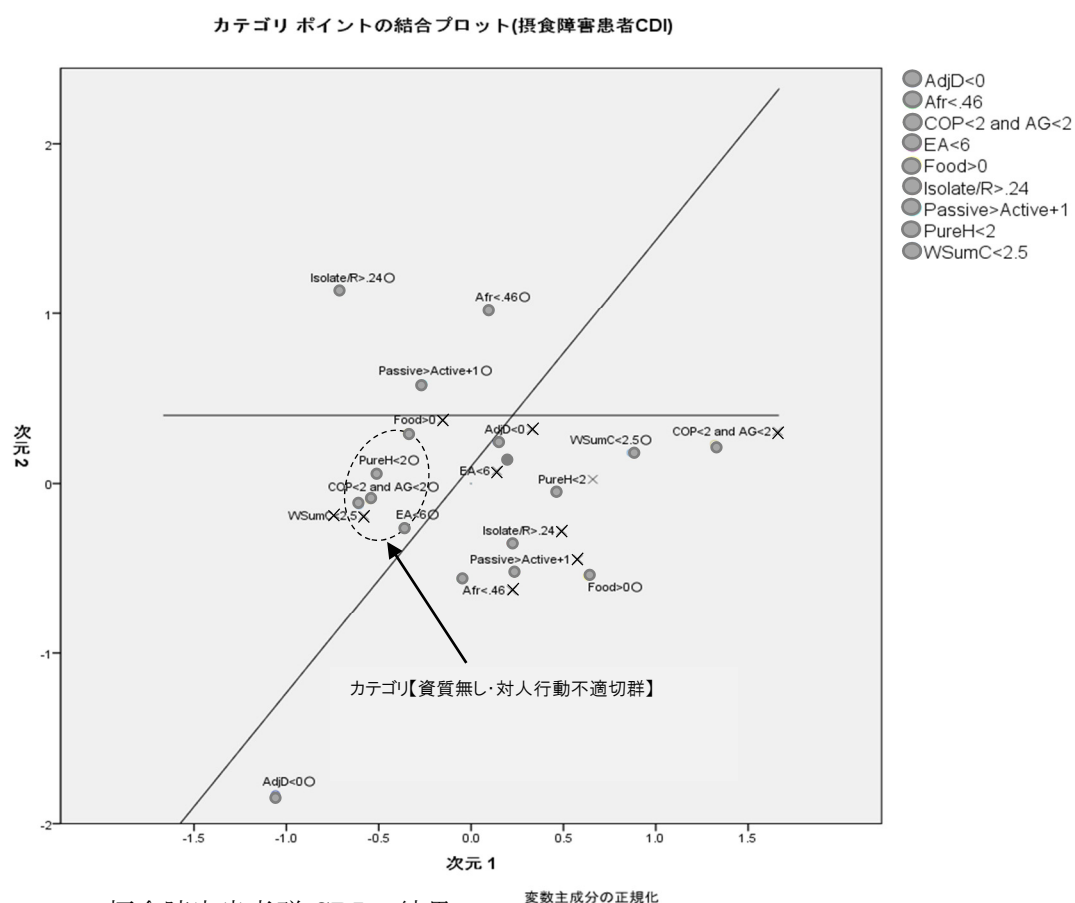


Figure 4 摂食障害患者群 CDI の結果

摂食障害患者 CDI カテゴリ

Figure 4 における摂食障害患者群の CDI カテゴリに含まれる下位項目の変数は EA<6○, WSumC<2.5×, PureH<2○, COP<2 and AG<2○, Fd>0×であった。

EA は心理的な資質で、「現実の社会生活を生きるにあたって外界に対処する際に使う心理的な力」(中村, 2016) を示し, 本研究における摂食障害患者群の CDI カテゴリの EA は期待値を下回っていた。

WSumC は感情表現を示す FC と CF と C の総和で, 本研究における摂食障害患者群の CDI カテゴリでは WSumC が 2.5 を上回っていた。

PureH は人間を全体像として捉えられていることを意味しており, 本研究の摂食障害患者群の CDI カテゴリでは PureH が期待値を下回っていた。

COP や AG は対人関係のモデルが自分の中にしっかり蓄積されているかどうかを表すもので(中村, 2016), COP は具体的な協調行動の行動イメージを, AG は攻撃的な行動イメージを表す。本研究における摂食障害患者群の CDI カテゴリでは, これらの変数が期待値を下回っていた。

Fd は依存的行動を示すロールシャッハ・テストの指標であり, 「青年や成人では Fd が 1 以上となる場合, あるいは児童で 2 以上の場合, 通常期待されるよりも多くの依存的行動が見られる」(Exner, 2003 中村・野田訳 2009)。摂食障害患者群の CDI カテゴリでは Fd が入らないものが多かった。

回復者群 CDI の結果

結果は, Figure 5 にあるようにカテゴリポイントの結合プロットが示され, 下位項目の集中するカテゴリを 2 つ作成し, カテゴリ I, II とした(変数右に, 該当するものは○, 該当しないものは×を記した)。

また, 受動・依存傾向を示すもの, 示さないものに分かれた。

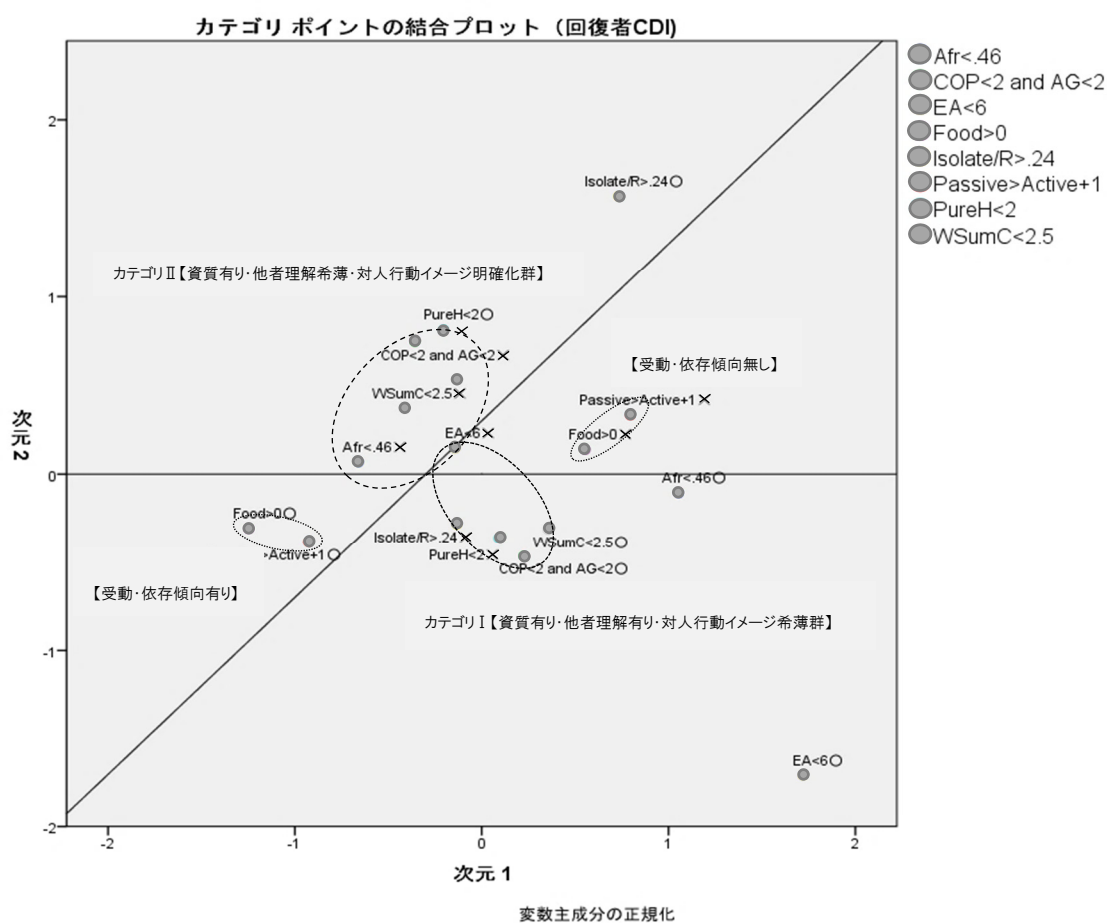


Figure 5 回復者群 CDI の結果

回復者 CDI カテゴリ I

Figure 5 における回復者群の CDI カテゴリ I に含まれる下位項目の変数は、EA<6×, COP<2 and AG<2○, WSumC<2.5○, PureH<2×, Isolate/R>.24×であった (Passive>Active+1○, Fd>0 ○については後に述べる)。

前述の通り EA は心理的な資質で、現実の社会生活を生きるにあたって外界に対処する際に使う心理的な力で、18 歳以上の成人が社会生活を営むのに必要な EA は 7.0～9.0 位が目安になる(中村, 2016)。本研究における回復者群の CDI カテゴリ I では EA が期待値を下回っていないかった。

前述の通り COP や AG は、対人関係のモデルが自分のなかにしっかり蓄積されているかどうかを表すもので(中村, 2016), COP は具体的な協調行動の行動イメージを、AG は攻撃的な行

動イメージを表す。本研究における回復者群の CDI カテゴリ I では、これらの変数が期待値を下回っていた。

前述の通り WSumC は、感情表現を表す FC と CF と C の総和で、感情表現の強弱によって 0.5:1:1.5 の比率をかけた総和である。WSumC が 2.5 を下回っていることは、感情表現が十分になされていないことを表す。本研究における回復者群の CDI カテゴリ I では WSumC はこれに該当していた。

前述の通り PureH は人間を全体像として捉えられていることを意味しており、PureH の反応数が他の人間反応の数より多いと、実際自分が何を出来るのか、何ができただかなど現実的な自分の実績に基づく自分感覚をもっていると考えられる(中村, 2016)。本研究における回復者群の CDI カテゴリ I では PureH が期待値を満たしていた。

Isolate/R>.24 は孤立指標といわれるもので、これに該当すると、人とのネットワークから離れており、等身大の自分を分かってくれる人が周囲に少ないことを意味する(中村, 2016)。本研究の回復者群の CDI カテゴリ I では孤立指標に該当していなかった。

回復者 CDI カテゴリ II

Figure 5 における回復者群の CDI カテゴリ II に含まれる下位項目の変数は、EA<6×, COP<2 and AG<2×, WSumC<2.5×, PureH<20, Afr<.46×であった(Passive>Active+10, Fd>00については後に述べる)。

前述の通り EA は心理的な資質で、「現実の社会生活を生きるにあたって外界に対処する際に使う心理的な力」(中村, 2016)を示し、本研究における回復者群の CDI カテゴリ II においてもカテゴリ I 同様、この EA が期待値を下回っていなかった。

前述の通り COP や AG は対人関係のモデルが自分の中にしっかり蓄積されているかどうかを表すもので(中村, 2016)、COP は具体的な協調行動の行動イメージを、AG は攻撃的な行動イメージを表す。本研究における回復者群の CDI カテゴリ II では、これらの変数が期待値を満たしていた。

前述の通り WSumC は感情表現を表す FC と CF と C の総和で、本研究における回復者群の CDI カテゴリ II では WSumC が 2.5 を下回っていなかった。

前述の通り PureH は人間を全体像として捉えられていることを意味しており、PureH の反応数が他の人間反応の数より多いと、実際自分が何を出来るのか、何ができただかなど、現実的な自

分の実績にもとづく自分感覚をもっていると考えられる(中村, 2016)。本研究の回復者群の CDI カテゴリⅡでは PureH が期待値を下回っていた。

Afr<.46 は、感情刺激に対する関心と情緒含みの場面に対する乗り切りの良さを示し、感情含みの場をどのように認識するかという認知(思考)の特徴であり、0.45 を下回ると低いスコアで、感情刺激を避ける傾向を示す(中村, 2016)。本研究における回復者群の CDI カテゴリⅡでは Afr は 0.45 を下回っていなかった。

回復者カテゴリⅠ・Ⅱに共通する結果(受動・依存傾向有り)

Figure 5 におけるカテゴリⅠ【資質有り・他者理解有り・対人行動イメージ希薄群】・Ⅱ【資質有り, 他者理解希薄, 対人行動イメージ明確化群】に共通して、変数 Passive>Active+1○, Fd>0 ○の変数にも当てはまるものがあつた。

Fd は依存的行動を示すロールシャッハ・テストの変数であり、「青年や成人では Fd が 1 以上となる場合、あるいは児童で 2 以上の場合、通常期待されるよりも多くの依存的行動が見られる」(Exner, 2003 中村・野田訳 2009)。回復者群のデータに半分近く Fd がある者がいた。

a:p の比率は、「p の頻度が a よりもかなり高い場合、それは受動的な対人関係を反映している」(Exner, 2003 中村・野田訳 2009) とあり、具体的には「消極運動の数が積極運動よりも 2 以上大きい場合」という条件があり、p が a+1 より大きいことを指す。「なんとなく人に流される、なんとなく受け身で対人関係を処理してしまう、そういった受動的な対人関係を好む」(中村, 2016) といった対人関係の取り方をするタイプであることを表している。本研究の回復者群のデータにおいて「Passive>Active+1○」であつたものが半数近くいた。

2. CDI(対処力不全指標)の考察

摂食障害患者 CDI カテゴリの特徴

結果から、EA が期待値を下回っていたことから人関係の資質が不足していることが、WSumC が 2.5 を上回っていたことから感情表現が可能なことが、PureH が期待値を下回っていたことから人間理解が局所的であることが、COP や AG が期待値を下回っていたことから具体的な対人行動のイメージが明確化されていないことが、Fd が入らないものが多いことから依存傾向を持つものが少ないことが推察された。なお、WSumC は感情表現の指標を示す FC,CF, C の総和であることから、どのような質の感情表現がなされているのかをローデータで見

てみると、コントロールが不十分であると思われるものも多かった。このことについては後ほど考察を加えることとした。

以上のような点を考慮して、摂食障害患者群の CDI カテゴリを【資質無し・対人行動不適切群】と命名し、表現できる臨床像の特徴を下記にまとめた。

摂食障害患者 CDI カテゴリ【資質無し・対人行動不適切群】

含まれる下位項目: EA<6○, WSumC<2.5×, PureH<2○, COP<2 and AG<2○, Fd>0×

表現される臨床像: 対人関係における資質が不足しており、具体的な対人行動のイメージが持てず、他者理解が部分的で、依存的になれず、感情コントロールが未熟である。

摂食障害患者 CDI カテゴリ該当者

Table 9 において、本研究の摂食障害患者群の中に、実際にどのくらい摂食障害患者群に特徴的だったカテゴリに当てはまるものがいたのかを検討する(下位項目の変数が 8 割以上を該当とし太字で示し、項目に当てはまったものは○, 当てはまらないものは×で記した)。

Table 9 摂食障害患者 CDI カテゴリ【資質無し・対人行動不適切群】

ID	CDI	EA<6○ 資質有り	WSumC<2.5× 感情表出可能	COP<2 and AG<2○ 対人行動イメージ希薄	PureH<2○ 他者理解希薄	Food>0× 依存傾向無し	該当項目 合計
1	3	×	○	○	○	○	4
2	2	○	○	○	×	○	4
3	4	×	○	○	○	○	4
4	4	○	○	○	○	×	4
5	3	×	○	○	×	×	2
6	4	○	○	○	○	○	5
7	3	○	○	○	×	○	4
8	3	×	○	○	○	×	3
9	2	×	○	×	×	○	2
10	3	×	×	○	×	○	2
11	4	○	×	○	○	○	4
12	2	×	○	○	×	○	3
13	3	×	×	×	○	×	1
14	1	×	×	×	×	○	1
15	2	×	×	×	×	×	0
16	3	○	×	×	×	×	1
17	3	×	○	○	○	○	4

* カテゴリの下位項目 5 つのうち、80%以上当てはまる者が 8 名いた。

* カテゴリに含まれる下位項目の特徴から【資質無し・対人行動不適切群】と名付けた。

Table 9 からは、摂食障害患者 CDI カテゴリに属するものは本研究の摂食障害患者群の一定数存在することが分かり、【資質無し・対人行動不適切群】と命名した本研究の摂食障害患者における CDI の一つの特徴(対人関係における資質が不足しており、具体的な対人行動のイメージが持てず、他者理解が部分的で、依存的になれず、感情コントロールが未熟である)が認められた。

回復者 CDI カテゴリ I の特徴

結果から、EA が期待値を下回っていなかったことから対人関係の資質が期待されるだけ備わっていることが、COP や AG が期待値を下回っていたことから対人関係のモデルが自分の中にしっかり蓄積されていないことが、WSumC が 2.5 を下回っていたことから感情表現が十分になされていないことが、PureH が期待値を上回っていたことから人間を全体像として捉えられていることが、Isolate/R>.24 が当てはまらなかったことから孤独を感じていないことが推察された。

以上のような点を踏まえて、回復者カテゴリ I を【資質有り・他者理解有り・対人行動イメージ希薄群】と命名し、表現できる臨床像の特徴を次にまとめた。

回復者 CDI カテゴリ I 【資質有り・他者理解有り・対人行動イメージ希薄群】

含まれる下位項目: EA<6×, COP<2 and AG<2○, WSumC<2.5○, PureH<2×,

Isolate/R>.24× (Passive>Active+1○, Fd>0○)

表現可能な臨床像: 対人関係における資質があり、部分的でない他者理解ができ、感情表現は十分なされておらず、具体的な対人行動のイメージが明確化されていない(受動的で依存的な場合もある)。

回復者 CDI カテゴリ I の該当者

Tabel 10 において、本研究の回復者群の中に、実際にどのくらい回復者 CDI カテゴリ I の特徴に当てはまるものがいたのかを検討した(下位項目の変数が 8 割以上を該当とし太字で示し、項目に当てはまっていた者は○, 当てはまっていなかった者は×で記し、依存・受動傾向があった者は該当項目合計数の横に+受動・依存と記した)。

Table 10 回復者 CDI カテゴリ I【資質有り・他者理解有り・対人行動イメージ希薄群】

ID	CDI	EA<6× 資質有り	COP<2andAG<2○ 対人行動イメージ無し	WSumC<2.5○ 感情表出希薄	PureH<2× 他者理解有り	Isolate/R>.24× 孤立感無し	該当項目合計
1	3	○	○	○	×	○	4
2	2	○	×	×	○	○	3
3	3	○	○	×	×	○	3
4	2	○	×	×	×	○	2
5	3	○	×	○	○	○	4+受動・依存
6	3	○	○	×	○	×	3
7	0	○	×	×	○	○	3
8	2	○	○	○	○	○	5
9	3	○	○	○	○	○	5
10	3	○	×	○	×	×	2
11	3	×	○	○	○	○	4
12	2	○	○	○	○	○	5
13	3	○	○	×	○	○	4+受動・依存

* カテゴリ I の下位項目 5 つのうち、80%以上当てはまる者が回復者 13 名中 7 名いた。

* +受動・依存と記したものは、受動・依存傾向が加わることを表した(受動・依存傾向については後に Table 12 において検討する)。

* プライバシー考慮のため ID は研究 I とは変更、データの並び替えを行っている。

Table 10 からは、カテゴリ I に属する回復者群は本研究の回復者群に一定数存在することが分かり、【資質有り・他者理解有り・対人行動イメージ希薄群】と命名された本研究の回復者における CDI の一つの特徴(対人関係における資質があり、部分的でない他者理解ができ、感情表現は十分なされておらず、具体的な対人行動のイメージが明確化されていない)が認められた。

回復者 CDI カテゴリ II の特徴

結果から、EA が期待値を下回っていないことから対人関係の資質が期待されるだけ備わっていることが、COP や AG の変数が期待値を満たしていることから具体的な対人行動のイメージが明確化されていることが、WSumC が期待値を下回っていないことから感情表現がなされていることが、PureH が期待値を下回っていたことから人間理解が局所的であることが、Afr が期待値を下回っていないことから感情委縮は見られていないことが推察された。

以上のような点を考慮して、回復者群の CDI カテゴリ II を【資質有り・他者理解希薄・対人行動イメージ明確化群】と命名し、表現できる臨床像の特徴を下記にまとめた。

回復者 CDI カテゴリプロット II【資質有り・他者理解希薄・対人行動イメージ明確化群】

含まれる下位項目: EA<6×, COP<2 and AG<2×, WSumC<2.5×, PureH<2○,

Afr<.46× (Passive>Active+1○, Food>0○)

表現される臨床像: 対人関係における資質があり、感情表出が可能で具体的な対人行動の

イメージをもっているが、他者理解が局所的である(受動的で依存的な場合も有り)。

回復者 CDI カテゴリⅡの該当者

Table 11 において、本研究の回復者群の中に実際にどのくらい回復者 CDI カテゴリⅡの特徴に当てはまるものがあるのかを検討した(下位項目の変数が8割以上当てはまっていたものを該当とし、項目に当てはまったものは○、当てはまらないものは×で記し、依存・受動傾向があったものは該当項目合計数の横に+受動・依存と記した)。

Table 11 回復者 CDI カテゴリⅡ【資質有り・他者理解希薄・対人行動イメージ明確化群】

ID	CDI	EA<6× 資質有り	COP<2and AG<2× 対人行動イメージ有り	WSumC<2.5× 感情表出可能	PureH<2○ 他者理解希薄	Afr<.46× 感情委縮無し	該当項目合計
1	3	○	×	×	○	○	3
2	2	○	○	○	×	○	4+受動・依存
3	3	○	×	○	○	○	4+受動・依存
4	2	○	○	○	○	×	4
5	3	○	○	×	×	○	3
6	3	○	×	○	×	×	2
7	0	○	○	○	×	○	4
8	2	○	×	×	×	×	1
9	3	○	×	×	×	○	2
10	3	○	○	×	○	○	4
11	3	×	×	×	×	×	0
12	2	○	×	×	×	×	1
13	3	○	×	○	×	○	3

*カテゴリⅡの下位項目5つのうち、80%以上当てはまる者が回復者13名中5名いた。

*+受動・依存と示したものは、Table 12の受動・依存傾向が加わることを表した。

Table 11 からは、回復者の CDI カテゴリⅡに属する回復者群は、本研究の回復者群の一定数存在することが分かり、【資質有り・他者理解希薄・対人行動イメージ明確化群】と命名した本研究の回復者における CDI の一つの特徴(対人関係における資質があり、感情表出が可能で具体的な対人行動のイメージをもっているが、他者理解が局所的である)が認められた。

回復者カテゴリⅠ・Ⅱに共通する特徴【受動・依存傾向有り】

今回の回復者群のデータの半分近くに期待値0であるFdがあるものがあり、本研究における回復者群の中にはノーマル群よりも多く依存的傾向があるものがあることが推察された。また期待

値は「a>p+1」だが、「Passive>Active+1○」であったものが半数近くおり、本研究の回復者群が対人関係においてノーマル群よりも「受動的な対人関係を好む」ものが多いことも推察された。

以上のような変数の特徴から、Figure 5 において Passive>Active+1○, Fd>0○の変数が加わったものを【受動・依存傾向有り】とした。下記にその特徴から表現される臨床像をまとめた。

含まれる下位項目: Passive>Active+1○, Fd>0○

表現される臨床像: 対人関係において受動的で依存的である。

回復者 CDI カテゴリ I・II における【受動・依存傾向有り】の該当者

Table 12 において、本研究の回復者のデータに実際にどのくらい受動・依存傾向の特徴があるものがあるかを表した(下位項目に該当するものは○, 該当しないものは×で記した)。

Table 12 回復者 CDI カテゴリ【受動・依存傾向有り】

ID	CDI	該当カテゴリ	Passive>Active+1○ (受動傾向有り)	Fd>0○ (依存傾向有り)	該当項目合計
1	3	I	○	×	1
2	2	II	○	○	2
3	3	II	○	○	2
4	2	II	×	×	0
5	3	I	○	○	2
6	3		×	×	0
7	0	II	×	×	0
8	2	I	×	×	0
9	3	I	○	×	1
10	3		×	×	0
11	3	I	×	×	0
12	2	I	×	×	0
13	3	I	○	○	2

*回復者の中には、受動傾向を持つものおよび依存傾向を持つものと、受動傾向または依存傾向を持つものが13名中6名存在した。

*回復者群の中には、依存的でないもの、受動的でないものも同数以上存在していた。

*回復者群の中には、依存傾向有りのもの、受動傾向有りのものが、カテゴリ I とカテゴリ II にそれぞれ存在していた。

以上のように、本研究における回復者群から示された回復者 CDI のカテゴリ I とカテゴリ II の両群において、【受動・依存傾向有り】なもの、【受動・依存傾向無し】なものも同数近く存在することが認められた。変数 Fd, Passive の期待値を上回るものが半数近く存在していることから、本研究の回復者群はノーマル群より受動的で依存的な傾向が強いことが示唆された。

回復に必要な要因—対処力不全指標(CDI)から—

研究Ⅱでは摂食障害からの回復には対人関係の変化が必要であることが分かったが、研究Ⅲの第1節で導かれた各々の CDI(対処力不全指標)の特徴からは、回復するためにはどのように対人関係が変化する必要があるのかが以下のように推察された。

回復するためには、少なくとも対人関係の資質の向上が必須であり、加えて具体的な対人行動イメージまたは他者理解が持てるようになることが必要であること、回復者が受動・依存的である場合も比較的多くあることが示唆された。

感情表出においては、CDI 回復者群のカテゴリⅠでは、感情表出が希薄($WSumC < 2.5〇$)とされ、CDI 回復者のカテゴリⅡでは感情表出可能($WSumC < 2.5\times$)であった。また CDI 摂食障害患者群のカテゴリでは感情表出可能($WSumC < 2.5\times$)なものが多くいたが、感情表現が未熟故であろうことも推察された。

以上のようなことから、回復者群の対人関係の様相は摂食障害患者群に比べるとより適応的であるが、対人関係を成立、維持させていくためには十分であるとは言い難い様相を呈している可能性もあることが推察された。

ノーマルデータとの比較

—摂食障害患者と回復者、および成人非患者の対処力不全指標の下位項目における平均値の比較—

摂食障害患者と回復者の CDI の結果と考察では、回復するためには少なくとも対人関係の資質の向上が必須であり、加えて具体的な対人行動イメージまたは他者理解が持てるようになることが必要であることが示唆され、回復者が受動・依存的である場合も比較的多くあることが推察された。このようなことから、回復者群は摂食障害患者群より、より適応的であるが、ノーマル群とは違った様相を示していることが予想された。

このような CDI の結果と考察を踏まえて、各々の CDI カテゴリに含まれる下位項目にある変数の平均値を、摂食障害患者群と回復者群にノーマル群を加えて比較検討することによって、回復者群の対人関係の状況について考察した。ここではノーマル群のデータとして、2007年に発表された包括システム17国のノーマルデータの一つである日本人成人非患者のデータ(Nakamura, Fuchigami, & Tsugawa, 2007)を成人非患者のデータに使用した。このデータはエクスナー方式の基準に基づき被験者全員に個別のロールシャッハ・テストが施行されたもので、被験者は精神科の既往歴のない18歳から25歳までが86名、26歳から35歳までが89名、36歳から45歳までが32名、46歳から55歳までが26名、56歳から65歳までが6名、

65 歳以上が 1 名の成人 240 名で、性別の内訳は男性 89 名、女性 151 名であった。前述の通り本研究での対象者となった回復者群は 20 から 40 歳までの 13 名(平均年齢 27.54 歳, 標準偏差 5.53), 摂食障害患者群は 14 から 36 歳までの 17 名(平均年齢 23.1 歳, 標準偏差 7.09)の女性であり、性別及び年齢, そして母数にかなりの差があるデータではあるが, ここでは日本人成人のノーマルデータとされている日本人成人非患者のデータを本研究の回復者群, 摂食障害患者群のデータの平均値を比較することを試みた。

Figure 6 に, 研究Ⅲ第 1 節で各々の CDI のカテゴリの特徴として含まれた全ての下位項目の変数の摂食障害患者群, 回復者群, 日本人成人非患者(Nakamura, Fuchigami, & Tsugawa, 2007)の平均値(SD)を示し, グラフ上から予想される差に関して独立したサンプルの t 検定を行った。

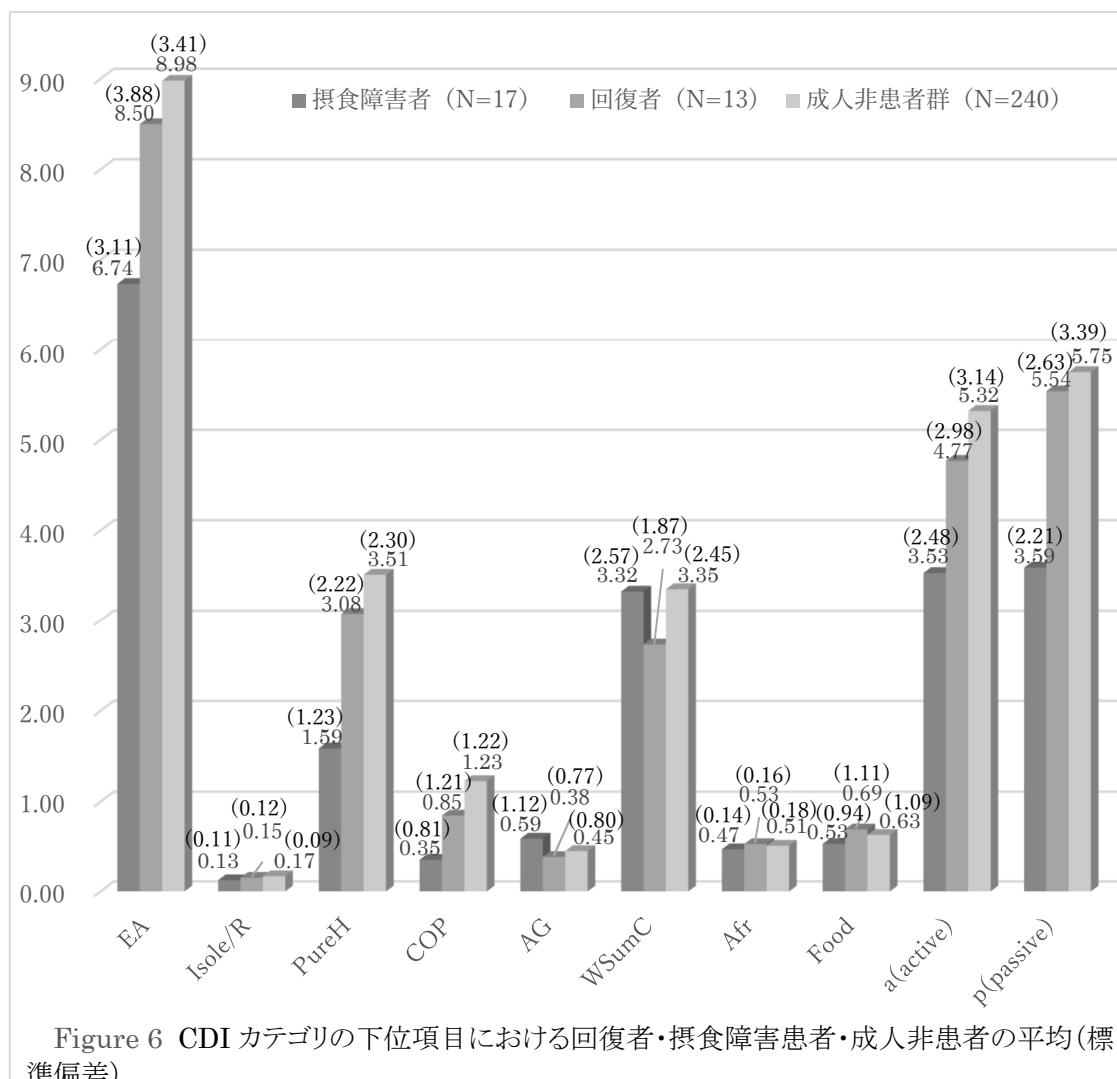


Figure 6 では、回復者群は人間理解が成されていること(PureH)を示す変数の数値が摂食障害患者群より増加し、成人非患者の数値に近くなっていた。変数 PureH の回復者と摂食障害患者の平均値は 5%水準で有意差が認められた($t(28)=2.10, p<.05$)。対人関係の資質(EA)の平均値も摂食障害患者と比較すると向上しており、平均値は成人非患者の値に近い値になっていたが、回復者群と摂食障害患者群の変数 EA の平均値に有意差は認められなかった。

また、回復者は摂食障害患者よりも社会的な場面で自分の思いをどう実現するかという高度な精神活動を表す M の平均値が上昇しており($t(28)=2.86, p<0.1$)、包括システムでは M には active か passive かの区分がつき、active の方が passive より大きいことが期待される。Figure 6 では回復者の能動的であることを示す変数(active)の平均値よりも、受動的(passive)であるという変数の数値の平均値の方が大きくなっていた。変数 passive の回復者群と摂食障害患者群の平均値は 5%水準で有意差が認められた($t(28)=2.20, p<0.5$)。対人行動においては過渡期であると思われ、Figure 6 では回復者群の攻撃的な対人行動イメージを表す変数 AG の平均値は、摂食障害患者群より少なく成人非患者よりやや高く表された。協調行動を表す COP の平均値は回復群とノーマル群では差が認められなかったが、摂食障害患者群とノーマル群には有意差が認められた($t(255)=2.93, p<0.01$)。

依存性については、摂食障害経験者がノーマル群より高いという質問紙によるパーソナリティ研究がある(Narduzzi & Jackson, 2000)。また Laurence(2008)は、摂食障害の治療経験から摂食障害患者の特徴として依存することを恐れているとしている。しかし、Figure 6 では回復者群の依存性を表す変数 Fd は摂食障害群より平均値が高かったが、統計上では有意差は認められなかった。

上記のように CDI の各結合カテゴリプロットに見られた下位項目において、摂食障害患者と回復者の PureH と Passive には 5%水準で有意差が見られたが、平均値には差が生じていても摂食障害患者と回復者の EA, COP, AG, Fd, および、回復者と成人非患者の Fd の平均値に有意差は認められなかった。これは本研究における回復者と摂食障害患者のサンプル数の少なさと、値の散らばりが比較的大きかったことが影響しているものと思われ、サンプル数を増やし散らばりを少なくしていくことは、この研究の今後の大きな課題となると思われる。

感情表現に関する考察

Figure 6 では、感情表現を表す変数 WSumC の平均値は、摂食障害患者群よりも回復群の方が低く表されていた。このことから、回復者群の方がより摂食障害患者群よりも感情表現をより控える傾向があることが推察された。感情表現の質について比較検討するために、以下に感情表現を示す指標(WSumC)の内訳を示した(Figure 7)。

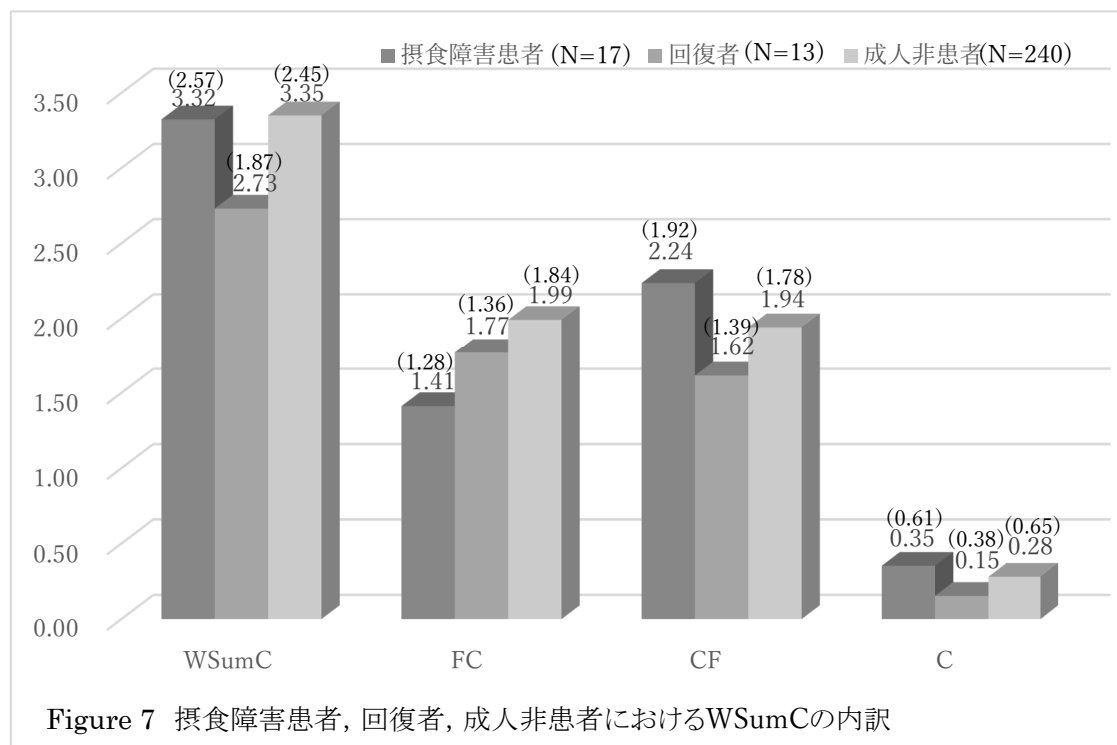


Figure 7 では、成人非患者の全体の感情表現の指標の数値(WSumC)の平均値は最も大きく、回復者群が最も低かった。但し、コントロールされた感情表現を示す変数 FC の平均値は摂食障害患者群より回復者群の方がより多く、よりコントロールが緩い感情表現を表す CF と C の平均値は摂食障害患者群より回復者群の平均値の方がより少なく表された。

これらのことから、回復者群の感情表現が最も低く表されているのは、おそらく感情的な感情表現を控え、社会的な適応を上げるために、あまりコントロールされていない感情表出が一時的に抑えられているのであろうことが推測された。

しかし、今回の考察においても Figure 7 では平均値に差は表されているが、平均値の比較では有意差がでなかった。やはり、本研究のデータ数の少なさや偏りによる影響が考えられ、確かな結果を導き出し考察を行うためには、データ数の増加と独自のノーマルデータの作成が必要となるものと思われた。

回復と再発の心理的支援に必要な知見

摂食障害患者への心理的支援を行う際に、摂食障害からの回復には対人関係の資質の改善と、他者理解の把握、または具体的な対人行動のイメージを持っていることが必要であることが示唆されたことは大切な知見となると思われた。中でも Figure 6 において示唆されたように、回復者の値が成人非患者の値と近くなっていた EA(対人関係の資質), PureH(他者理解)を意識しての心理的支援は、摂食障害からの回復に重要な役割を果たすであろうことが推察された。

また、摂食障害には再発が多いと言われている(永田, 2012)。本研究においても, Figure 6, 7 における回復者及び摂食障害患者, 成人非患者の CDI のカテゴリにおける各指標の平均値の数値を比較では、回復者群は摂食障害患者群より対人関係においてより適応的であると考えられたが、回復者を成人非患者と比較した場合には、具体的な対人行動の明確さが不足している点、感情表出がコントロールされたものだけになり全体として感情表出が不足している点、やや依存的である点において、この研究で用いた回復者群は成人非患者群とは異なる性質を持った群であることが推察された。

本研究の回復者群は、対人関係において対人行動イメージ(COP and AG)がいまだ不確かなものになり易く、それ故に、より受動的で依存的になっていることが推察された。そして Figure 7 からは、回復者群は感情表出する上で、摂食障害患者群が示したようにコントロールできない感情表出を減らすことは出来ていたが、適応的に自らの感情を表現することが十分でないことが予測された。このような知見は、回復者に対する再発予防に関する心理的支援の際には重要な視点となり得るものと思われ、摂食障害の症状が治まっている回復者に対しても、よりよい対人関係の適応や再発防止を目的とする支援を続けていくことは有効性があるものと思われた。

3. DEPI(抑うつ指標)の結果

摂食障害患者群 DEPI の結果

結果は, Figure8 にあるようにカテゴリポイントの結合プロットが示され, 下位項目の集中するカテゴリを作成した(変数右に, 該当するものは○, 該当しないものは×を記した)。

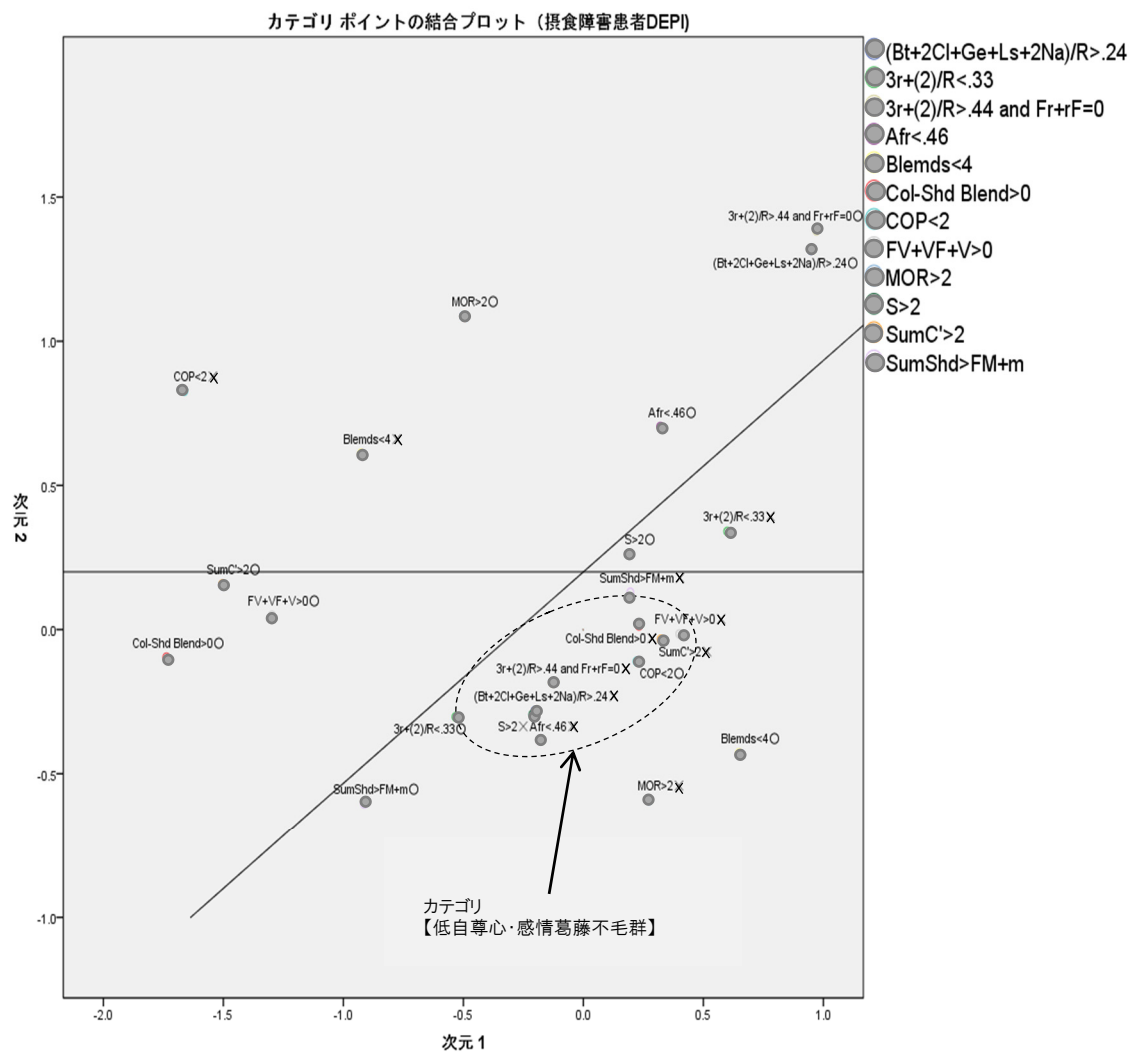


Figure 8 摂食障害患者群 DEPI の結果

摂食障害患者 DEPI カテゴリ

Figure 8 における摂食障害患者群の DEPI カテゴリに含まれる下位項目の変数は、 $\text{SumShd} > \text{FM} + m \times$, $\text{Col-Shd Blend} > 0 \times$, $\text{FV} + \text{VF} + \text{V} > 0 \times$, $\text{COP} < 2 \circ$, $\text{SumC}' > 2 \times$, $3r + (2)/R < .33 \circ$, $3r + (2)/R > .44$ and $\text{Fr} + r\text{F} = 0 \times$, $(\text{Bl} + 2\text{Cl} + \text{Ge} + \text{Ls} + 2\text{Na})/R > .24 \times$, $\text{S} > 2 \times$ であった。

$\text{SumShd}(\text{C}' + \text{T} + \text{V} + \text{Y})$ は陰影反応を表し、少しずつ違った不快な感情の仲間である。FM 反応と m 反応は思考の仲間であるが、両方とも外界に表出しないその人の心の内側や内面の基礎や基盤に生じる様々な心理活動の要素で、常に $\text{FM} + m$ の方が SumShd より大きいことが期待され、反対の場合 ($\text{SumShd} > \text{FM} + m$) は深い感情に圧倒されていることを示す(中村, 2016)。本研究の摂食障害患者群の DEPI カテゴリでは、 $\text{SumShd} > \text{FM} + m$ には該当していなかった。

Col-Shd Blend は色彩濃淡ブレンドで、感情の混乱を表す。「感情の混乱はほとんどの人に時々は見られるものなので、プロトコル中に色彩濃淡ブレンドが 1 個あるのは珍しいことではない。しかし色彩濃淡ブレンドが 2 個以上というのは滅多にない」(Exner, 2003 中村・野田訳 2009)と記されている。本研究の摂食障害患者群の DEPI カテゴリでは、濃淡ブレンドは期待値 0 を超えていなかった。

$\text{FV} + \text{VF} + \text{V} > 0 \times$ は濃淡立体反応を表しており、これがある場合は「自分でよくないと思っているネガティブな特徴を何度も省み、その結果不快感や苦痛が生じていることを示している」(Exner, 2003 中村・野田訳 2009)。本研究の摂食障害患者群の DEPI カテゴリでは、濃淡立体反応は期待値 0 を超えていなかった。

COP(協同運動)は他者との協調的な活動への関心の信号を意味し、本研究の摂食障害患者群の DEPI カテゴリでは、COP の値は 1 以下だった。

SumC' は「C' 反応は、外に吐き出してみたい感情を出さずに溜め込むと増えていく」(中村, 2016)。本研究の摂食障害患者群の DEPI カテゴリでは期待値より多くはなかった。

$3r + (2)/R < .33$ は自己中心性指標を表しており、本研究の摂食障害患者群 DEPI のカテゴリにおいて、自己中心性指標は期待値より低くセルフエスティームが必要以上に低いことが推察された。

$(\text{Bl} + 2\text{Cl} + \text{Ge} + \text{Ls} + 2\text{Na})/R > .24$ は知性化を示す変数で、本研究の摂食障害患者群の DEPI カテゴリ I では、この指標は 0.24 より少なく過剰な知性化防衛を用いてはいないことが推察された。

S は空白反応を示し、本研究における摂食障害患者群の DEPI カテゴリにおいては、S は期待値を超えておらず、怒りの感情を示していたり、状況によって否定主義が生じている可能性はうかがわれなかった。

回復者群 DEPI の結果

結果は、Figure 9 にあるようにカテゴリポイントの結合プロットが示され、下位項目の集中するカテゴリを 2 つ作成し、カテゴリ I, II とした(変数右に、該当するものは○, 該当しないものは×を記した)。

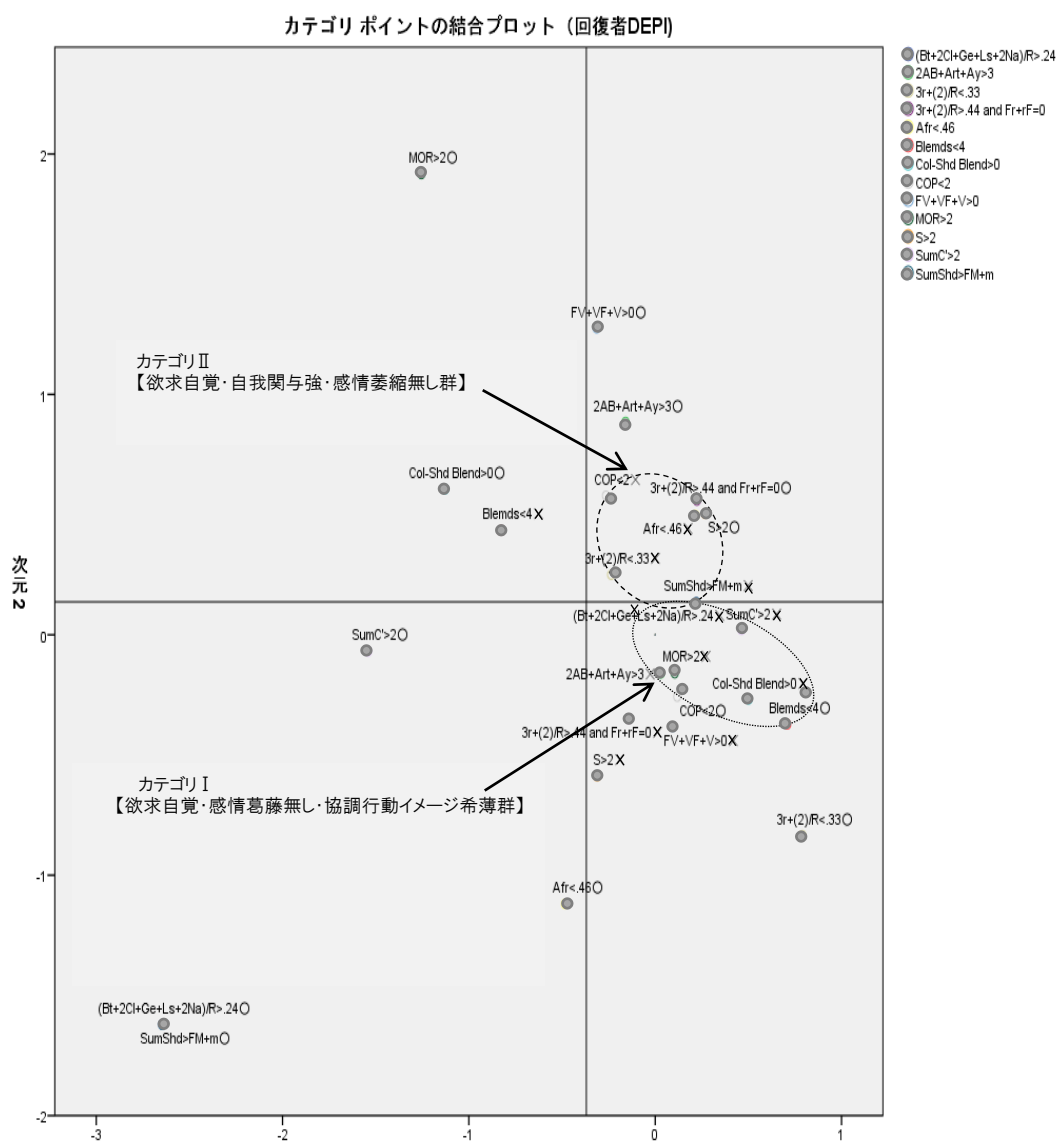


Figure 9 回復者群 DEPI の結果

回復者 DEPI カテゴリ I

Figure 9 における回復者群の DEPI カテゴリ I に含まれる下位項目の変数は、 $\text{SumShd} > \text{FM} + m \times$, $(\text{Bt} + 2\text{Cl} + \text{Ge} + \text{Ls} + 2\text{Na})/\text{R} > .24 \times$, $\text{SumC}' > 2 \times$, $\text{MOR} > 2 \times$, $2\text{AB} + \text{Art} + \text{Ay} > 3 \times$, $\text{Col-ShdBlend} > 0 \times$, $\text{COP} < 2 \times$, $\text{Blends} < 4 \times$ であった。

前述のように $\text{SumShd} (\text{C}' + \text{T} + \text{V} + \text{Y})$ は陰影反応を表し、少しずつ違った不快な感情の仲間で、FM 反応と m 反応は思考の仲間であるが、両方とも外界に表出しないその人の心の内側や内面の基礎や基盤に生じる様々な心理活動の要素で、常に $\text{FM} + m$ の方が SumShd より大きいことが期待され、反対の場合 ($\text{SumShd} > \text{FM} + m$) は深い感情に圧倒されていることを示す (中村, 2016)。本研究の回復者群の DEPI カテゴリ I では、 $\text{SumShd} > \text{FM} + m$ には該当していなかった。

前述のように $(\text{Bt} + 2\text{Cl} + \text{Ge} + \text{Ls} + 2\text{Na})/\text{R}$ は知性化を示す指標で、図版から受けた感情や情緒刺激のインパクトを感情で引き受けて処理しなくてもいいように、思考のレベルで処理してそのインパクトを軽減して中和しようとする知的な防衛である (Exner, 2003 中村・野田訳 2009)。本研究の回復者群の DEPI カテゴリ I では、この指標は 0.24 より少なかった。

前述のように SumC' は「C' 反応は、外に吐き出してしまいたい感情を出さずに溜め込むと増えていくことがわかっています」と説明されている (中村, 2016)。1 個の C' 反応が一般的な期待値であり、本研究の回復者群の DEPI カテゴリ I では期待値より多くはなかった。

MOR は自己イメージに対するダメージを表し、MOR は 1~2 個は想定内であるが、多くなると何らかの否定的な自己イメージが強く認知されていることを示す (中村, 2016)。本研究の回復者群の DEPI カテゴリ I では、MOR は 2 個未満であった。

$2\text{AB} + \text{Art} + \text{Ay}$ は知性化指標で、これが 4, 5 個見られることは、不快な、制御できない感情を対処する 1 つの方法として知性化を用いようとする傾向を意味している (Weiner, 1998 秋谷・秋本訳 2005)。本研究の回復者群の DEPI カテゴリ I では知性化の指数は 3 以下であった。

前述のように Col-ShdBlend は色彩-陰影ブレンドで、この期待値は 0 で、この反応が 1 つでもあると両面的な情動と関連のある不快な感情傾向を意味している (Weiner, 1998 秋谷・秋本訳 2005)。本研究の回復者群の DEPI カテゴリ I では、この反応がない傾向が示されていた。

前述のように COP は他者との協調的な活動への関心の信号を意味し、その平均は成人において 2.07 であり、ほぼ 80% の人が少なくとも 1 つは記録の中に COP を持つ。COP の欠如は、他者との協調的な活動に加わり、処理する能力の不適応な欠陥を明らかにする (Weiner, 1998 秋谷・秋本訳 2005)。本研究の回復者群の DEPI カテゴリ I では COP の値は 1 以下であった。

Blemds<4〇はブレンド反応を意味しており、これが多いと心理的複雑さを示すという指標である。本研究の回復者群の DEPI カテゴリ I では、ブレンド反応は 3 以下であった。

回復者 DEPI カテゴリ II

Figure 9 における回復者 DEPI のカテゴリ II に含まれる下位項目の変数は、 $3r+(2)/R<.33$ ×, $3r+(2)/R>.44$ and $Fr+rF=0〇$, $Afr<.46$ ×, $S>2〇$, $COP<2$ ×, $SumShd>FM+m$ × であった。

前述のように $3r+(2)/R<.33$ は自己中心性指標を表しており、これは「自分と他人を天秤にかけて、比較して検討する認知(思考)作業」だとされ、**Fr** および **rF** は反射反応(リフレクション)を表しており、これがある人はそうでない人に比べて「自己の価値を高める人」だと述べられている(中村, 2016)。自己中心性指標は自己への没頭とセルフエスティームがどの程度なのかを示しており、自分にどれだけ注意を向けるかを示すものさしと言え、期待値は 0.33~0.45 の間で、この値が平均値を超える場合は自己への過剰な没頭を示すが、反射反応がなければ必ずしもポジティブなセルフエスティームを表してはいない。平均値を下回る時にはセルフエスティームが必要以上に低いことが表されている(Exner, 2003 中村・野田訳 2009)。本研究の回復者群の DEPI のカテゴリ II では、自己中心性指標は期待値より高く反射反応がなかった。

前述のように **Afr** は感情刺激に対する関心と情緒含みの場面に対する乗り切りの良さを表し、感情含みの場をどのように認識するかという認知(思考)の特徴であり、0.45 を下回ると低いスコアで感情刺激を避ける傾向を表す(中村, 2016)。本研究における回復者群の DEPI カテゴリ II では、**Afr** は 0.45 を下回っていなかった。

前述のように **S** は空白反応を示し、「Rorchach は、反応に空白を用いるには図と地の反転が必要となるので、それは反抗性や否定主義の表れだと考えた」(Exner, 2003 中村・野田訳 2009)。**S** が 2 個までは期待値の範囲であるが、本研究における回復者群の DEPI カテゴリ II では、**S** は期待値を超えていた。

前述のように **COP** は他者との協調的な活動への関心の信号を意味し、その平均は成人において 2.07 であり、ほぼ 80% の人が少なくとも 1 つは記録の中に **COP** を持つ。**COP** の欠如は他者との協調的な活動に加わり、処理する能力の不適切な欠陥を明らかにする(Weiner, 1998 秋谷・秋本訳 2005)。本研究の回復者群の DEPI カテゴリ II では **COP** の値は 2 未満であった。

前述のように **SumShd**(**C'**+**T**+**V**+**Y**)は陰影反応を表し、少しずつ違った不快な感情の仲間で、**FM** 反応と **m** 反応は思考の仲間であるが、両方とも外界に表出しない、その人の心の内

側や内面の基礎や基盤に生じる様々な心理活動の要素で、常に FM+m の方が SumShd より大きいことが期待され、反対の場合 (SumShd > FM+m) は深い感情に圧倒されていることを表す(中村, 2016)。回復者の DEPI カテゴリ II では、回復者 DEPI カテゴリ II と同様、SumShd > FM+m には該当していなかった。

3. DEPI(抑うつ指標)の考察

摂食障害患者 DEPI カテゴリの特徴

結果から、SumShd > FM+m には該当しておらず陰影反応が増加していること、Col-Shd Blend は期待値 0 を超えておらず感情の混乱は表されていないこと、FV+VF+V は期待値 0 を超えておらずネガティブで過剰な内省は行われていないこと、COP の値は 1 以下で他者との協調的な活動への関心は認められなかったこと、SumC' は期待値より多くはなく外に吐き出したい感情を溜め込んではいないこと、 $3r+(2)/R < .33$ は期待値より低くセルフエスティームが必要以上に低いこと、 $(Bl+2Cl+Ge+Ls+2Na)/R > .24$ は 0.24 より少なく過剰な知性化防衛を用いてはいないこと、S は期待値を超えておらず怒りの感情を示していたり状況によって否定主義が生じている可能性は強くないことが推察された。

以上のような点を考慮して、摂食障害患者の DEPI カテゴリを【低自尊心・感情葛藤不毛群】と命名し、表現できる臨床像の特徴を下記にまとめた。

摂食障害患者 DEPI カテゴリ【低自尊心・感情葛藤不毛群】

含まれる下位項目: SumShd > FM+m ×, Col-Shd Blend > 0 ×, FV+VF+V > 0 ×, COP < 2 ○,

SumC' > 2 ×, $3r+(2)/R < .33$ ○, $3r+(2)/R > .44$ and Fr+rF = 0 ×,

$(Bl+2Cl+Ge+Ls+2Na)/R > .24$ ×, S > 2 ×

表現可能な臨床像: 自我関与が乏しく、複雑な感情の機微、孤独感や怒り等を扱えず、感情の葛藤を意識化できていない。

摂食障害患者 DEPI カテゴリ該当者

Table 13 において、本研究の摂食障害患者群の中に、実際にどのくらい摂食障害患者群の DEPI カテゴリに該当する下位項目に当てはまるものがいたのかを検討した(下位項目の変

数が 8 割以上を該当とし太字で示し、項目に当てはまっていたものは○、当てはまっていなかったものは×で記した）。

Table 13 摂食障害患者 DEPI カテゴリ【低自尊心・感情葛藤不毛群】

ID	DEPI	SumShd> FM+m× 情緒葛藤 大無し	Col-Shd Blend>0× 両面的葛 藤無し	FV+VF +V>0× 過度な自虐 的内省無し	COP<2○ 協調行動 イメージ 希薄有り	SumC'>2× 慢性的不安 緊張無し	3r+(2) /R<.33○ 低自尊心 有り	3r+(2)/R>.44 and Fr+rF=0× 過度な自我関与 無し	(BI+2CI+Ge+ Ls+2Na)/R>.24× 過度な孤独感無し	S>2× 過度な 怒り 無し	Afr<.46× 感情委縮 無し	該当 項目 合計
1	4	○	○	×	○	×	○	○	○	○	○	8
2	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	10
3	2	○	○	○	○	○	×	○	×	○	×	7
4	5	○	×	○	×	×	○	○	○	○	○	7
5	5	×	×	×	○	○	○	○	○	×	○	6
6	4	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×	8
7	4	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	9
8	4	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	9
9	5	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×	5
10	5	×	○	×	○	×	×	○	○	×	○	5
11	4	○	○	○	○	○	×	×	○	×	○	7
12	4	○	○	○	○	○	×	○	×	×	○	7
13	5	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×	8
14	3	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	8
15	2	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	9
16	4	○	○	×	×	○	○	○	○	○	×	8
17	2	○	○	○	○	○	×	○	○	○	×	8

* カテゴリの下位項目 10 個のうち、80%以上当てはまった者が 10 名いた。

* カテゴリに含まれる下位項目の特徴から【低自尊心・感情葛藤不毛群】と名付けた。

Table 13 からは、摂食障害患者の DEPI カテゴリに属するものは、本研究の摂食障害患者群の一定数存在することが分かり、【低自尊心・感情葛藤不毛群】と命名した本研究の摂食障害患者群における DEPI の一つの特徴(自我関与が乏しく、複雑な感情の機微、孤独感や怒り等を扱えず、感情の葛藤を意識化できない)が認められた。

回復者 DEPI カテゴリ I の特徴

結果から、SumShd>FM+m には該当しておらず自発的欲求を表す FM が増加していること、(Bt+2CI+Ge+Ls+2Na)/R が 0.24 より少なく過剰な知性化防衛を用いてはいないこと、SumC'は期待値より多くなく外に吐き出したい感情を溜め込んではいないこと、MOR は 2 個未満で否定的な自己イメージは強く認知されていないこと、2AB+Art+Ay は 3 以下で知性化を多用する傾向は示されていないこと、Col-ShdBlend の反応がなく両面的な情動と関連のある不快な感情を認めている傾向は見られないこと、COP の値は 1 以下で他者との協調的な活動に加わ

り処理する能力が不足していること, Blemds 反応は 3 以下で心理的複雑さを示す傾向が認められないことが推察された。

以上のような点を考慮して, 回復者の DEPI カテゴリ I を【欲求自覚・感情葛藤無し・協調行動イメージ希薄群】と命名し, 表現できる臨床像の特徴を下記にまとめた。

回復者 DEPI カテゴリ I 【欲求自覚・感情葛藤無し・協調行動イメージ希薄群】

含まれる下位項目: $\text{SumShd} > \text{FM} + \text{m} \times, (\text{Bt} + 2\text{Cl} + \text{Ge} + \text{Ls} + 2\text{Na}) / \text{R} > .24 \times,$

$\text{SumC}' > 2 \times, \text{MOR} > 2 \times, 2\text{AB} + \text{Art} + \text{Ay} > 3 \times, \text{Col-ShdBlend} > 0 \times,$

$\text{COP} < 2 \times, \text{Blemds} < 4 \times$

表現可能な臨床像: 欲求は自覚されているが, 感情葛藤が無く, 対人行動を具体化する協調行動イメージが希薄である。

回復者 DEPI カテゴリ I の該当者

Table 14 において, 本研究の回復者群の中に, 実際にどのくらい回復者群の DEPI カテゴリ I に該当する下位項目に当てはまるものがいたのかを検討する(下位項目の変数が 8 割以上を該当とし太字で示し, 項目に当てはまったものは○, 当てはまらないものは×で記した)。

Table 14 回復者 DEPI カテゴリ I 【欲求自覚・感情葛藤無し・協調行動イメージ希薄群】

ID	DEPI	SumShd >FM+m× 情緒的過剰 葛藤無し	(Bt+2Cl+Ge +Ls+2Na)/R >.24× 孤立感大無し	SumC'>2× 慢性的不安 緊張無し	MOR>2× 傷ついた自 己イメージ 無し	2AB+Art +Ay>3× 過度な知 性化無し	Col-Shd Blend>0× 両価的感情 無し	COP<2× 協調行動イ メージ希薄	Blemds <4× 複雑な心理 活動無し	該当 項目 合計
1	4	○	○	○	○	○	○	○	○	9
2	3	○	○	○	○	○	×	×	×	5
3	2	○	○	○	○	○	○	○	○	11
4	2	○	○	×	○	○	○	×	×	8
5	2	○	○	○	○	○	○	×	×	7
6	4	×	×	×	○	○	×	○	×	6
7	2	○	○	○	○	○	×	×	×	7
8	3	○	○	○	○	○	○	○	○	10
9	4	○	○	○	○	○	○	○	○	9
10	5	○	○	○	○	○	○	○	○	10
11	3	○	○	○	○	○	○	○	○	11
12	4	○	○	○	○	○	○	○	○	10
13	5	○	○	×	×	×	×	○	×	4

*11 個の下位項目が 80%以上当てはまった者が 7 名いた。

*カテゴリ I をその下位項目の特徴から【欲求自覚・感情葛藤無し・協調行動イメージ希薄群】と名付けた。

Table 14 からは、回復者の DEPI カテゴリに属するものは、本研究の回復者群の一定数存在することが分かり、【欲求自覚・感情葛藤無し・協調行動イメージ希薄群】と命名した本研究の回復者群における DEPI の一つの特徴(欲求は自覚されているが、感情葛藤が無く、対人行動を具体化する協調行動イメージが希薄である)が認められた。

回復者 DEPI カテゴリⅡの特徴

結果から、自己中心性指標は期待値より高く反射反応がなかったことより自己への過剰な没頭がなされていること、Afr は 0.45 を下回っておらず感情委縮は見られていないこと、S は期待値を超えており特性として敵意を示しているか状況によって否定主義が生じている可能性があること、COP の値は 2 未満であり他者との協調的な活動に加わり処理する能力が不足していること、SumShd>FM+m には該当しておらず自発的欲求を表す FM が増加していることが推察された。

以上のような点を考慮して、回復者の DEPI カテゴリを【欲求自覚・自我関与強・感情萎縮無し群】と命名し、表現できる臨床像の特徴を次にまとめた。

回復者 DEPI カテゴリⅡ【欲求自覚・自我関与強・感情萎縮無し群】

含まれる下位項目： $3r+(2)/R<.33\times, 3r+(2)/R>.44$ and $Fr+rF=0\bigcirc, Afr<.46\times, S>2\bigcirc,$

$COP<2\times, SumShd>FM+m\times$

イメージされる臨床像：自発的な欲求を自覚し、自我関与が強く、感情委縮がない。

回復者 DEPI カテゴリⅡの該当者

Table 15 において、本研究の回復者群の中に、実際にどのくらい回復者群の DEPI カテゴリⅡに該当する下位項目に当てはまるものがいたのかを検討した(下位項目の変数が 8 割以上を該当とし太字で示し、項目に当てはまったものは○、当てはまらないものは×で記した)。

Table 15 回復者 DEPI カテゴリⅡ【欲求自覚・自我関与強・感情萎縮無し群】

ID	DEPI	3r+(2)/R<.33× 自己中心性指標低い	3r+(2)/R>.44and Fr+rF=0○ 自我関与強い	Afr<.46× 感情萎縮無し	S>2○ 怒りの感情強い	COP<2× 協調行動イメージ明確	SumShd> FM+m× 情緒的過剰葛藤無し	該当項目合計
1	4	○	×	○	○	×	○	4
2	3	○	○	○	○	○	○	6
3	2	○	×	○	×	×	○	3
4	2	○	×	×	×	○	○	3
5	2	○	○	○	○	○	○	6
6	4	○	×	×	×	×	×	1
7	2	○	○	○	×	○	○	5
8	3	○	○	○	×	×	○	4
9	4	○	○	○	○	×	○	5
10	5	×	×	○	○	×	○	3
11	3	×	×	×	×	×	○	1
12	4	×	×	×	○	×	○	2
13	5	○	×	○	○	×	○	4

*カテゴリの下位項目 6 個のうち 80%以上当てはまった者が 4 名いた。

*カテゴリⅡを下位項目の特徴から【欲求自覚・自我関与強・感情萎縮無し群】と名付けた。

Table 15 からは、回復者の DEPI カテゴリに属するものは、本研究の回復者群の一定数存在することが分かり、【欲求自覚・自我関与強・感情萎縮無し群】と命名した本研究の回復者群における DEPI の一つの特徴(自発的な欲求を自覚し、自我関与が強く、感情萎縮がない)が認められた。

回復者群の DEPI の考察

回復者Ⅰのタイプは、おそらく対人関係において具体的で協調的な対人関係イメージ希薄なところがあり、自らの自発的な欲求を自覚してはいても、否定的な感情を自覚することをしないている可能性がうかがわれた。Ⅱのタイプは、自分に関心が非常に強く向いている状況にあり、感情的な刺激を避けることをしていないが、ややもすると、怒りの感情を自覚しやすい状況であるとも言える。このように回復者の DEPI の様相を見ていくと、CDI の様相と同様に、おそらくノーマル群とは違った様相にあることが推察された。

また、幾つかの先行研究(鈴木・武田, 2014; 加茂・笠原, 1998; 中井他, 2004)では、摂食障害回復後も抑うつ気分が残りやすいと言われている。本研究の回復者群 13 名のデータにおいては、抑うつ指標 DEPI に該当する者が 2 名(DEPI=5)いた。DEPI は 5 項目以上該当する場合はチェックが付く。5 項目該当は注意でカットポイントは 6 以上である。中村(2016)によると、対応が必要になるのは 6 や 7 で、DEPI の数値は急には上昇しない特徴があり、パーソナリティ全体

にどのようなインパクトがあるのかを考えるという警告の意味で、DEPI が 5 の時にも念のためこれ以上抑うつ条件が強化されないように DEPI 項目の中身のチェックが必要だとある。回復者群には近似値である DEPI=4 が 4 名いるが、DEPI=4 の場合は、DEPI の値は変化しにくい故に、感情の浮き沈みによる影響を重視しなくてよいとしている。本研究の回復者群には、抑うつに対する注意が必要なものは全体の 15%強(13 名中 2 名)であり、回復後に抑うつ気分が残っているものが特に多いとは言えない結果となった。

回復に必要な要因—抑うつ指標 (DEPI) の比較から—

摂食障害患者群の DEPI の様相は、【低自尊心・感情葛藤不毛群】と名付けた臨床像(自我関与が乏しく、複雑な感情の機微、孤独感や怒り等を扱えず、感情の葛藤を意識化できていない)であった。このタイプの臨床像は、自尊心が低く自我関与が乏しいため、自らの感情の機微や孤独感や怒り等の感情葛藤を意識化することが難しいことが推察された。それ故に、複雑な心的葛藤を見ることをせず、やせるという具体的な問題にすり替えることをし、発病に至った過程が推察された。

回復者群の DEPI の様相は、【欲求自覚・感情葛藤無し・協調行動イメージ希薄群】と名付けた臨床像(欲求が自覚されているが、感情葛藤が無く、対人行動を具体化する協調行動イメージが希薄である)カテゴリⅠと、【欲求自覚・自我関与強・感情萎縮無し群】と名付けた臨床像(自発的な欲求を自覚し、自我関与が強く、感情萎縮がない)カテゴリⅡに分かれた。

これらの回復者の 2 つのタイプの臨床像の共通点は、自発的な欲求を意識しているところであり、それは摂食障害患者の DEPI の様相にはない特徴で、疾患の最中には感情と一緒に意識されていなかった自らの自発的な欲求を自覚しており、摂食障害からの回復にはそれが重要な要因になり得ることが示唆された。

ノーマルデータとの比較

—摂食障害患者と回復者、および成人非患者の抑うつ指標の下位項目における平均値の比較—

回復者群の 2 つの DEPI カテゴリの下位項目から、カテゴリⅠ、Ⅱに属するものは、自らの意欲が高まっていることが共通項目として見られた。但し、カテゴリⅠ群は欲求を実現させるために具体的に行う協調行動イメージが希薄であり、カテゴリⅡ群は自我関与が過多で感情の取り扱いが未熟な臨床像が示され、ノーマル群との違いがみられることが予測された。

そこで CDI で考察したように、DEPI のカテゴリの下位項目の変数の平均値を、摂食障害患者群、回復者群、ノーマル群について Figure 10 にて比較検討することを試みた。この考察でも CDI と同様に、ノーマル群のデータとして標準的に用いられている Nakamura et al. (2007) のデータを使用した(精神科の既往歴のない 18 歳から 25 歳 86 名, 26 歳から 35 歳 89 名, 36 歳から 45 歳 32 名, 46 歳から 55 歳 26 名, 56 歳から 65 歳 6 名, 65 歳以上が 1 名の成人 240 名, 男性 89 名, 女性 151 名)。

摂食障害患者、回復者ともに示された $\text{SumShd} > \text{FM} + m \times$ の意味

ノーマル群と比較をするに当たり、 $\text{SumShd} > \text{FM} + m$ という DEPI の項目にも注目した。

摂食障害患者群と回復者群の DEPI のカテゴリ I, II では、共通する下位項目として $\text{SumShd} > \text{FM} + m \times$ が挙げられていた。しかし、研究 II では FM は回復者の方が有意に高かったため、その内容に違いが見られることが予測された。

SumShd という指標は、 $\text{SumC} + \text{SumT} + \text{SumV} + \text{SumY}$ という変数の合計から構成されており、表現するのが困難な不快な感情と直結している決定因子の総計である。 m は外界からの要請を感知して引き受けることによって緊張感が高まっている状況を表し、FM 反応はニード、意欲を表している(m の期待値は 1, FM は 3~4, 合計して 6 を超えると辺縁思考が高まりイライラ感が高くなる)。

Figure10 に、各々の DEPI のカテゴリの特徴として含まれた全ての下位項目の変数の摂食障害患者群、回復者群、日本人成人非患者(Nakamura, Fuchigami, & Tsugawa, 2007)の平均値(SD)を示し、グラフ上から予想される差に関して独立したサンプルの t 検定を行った。

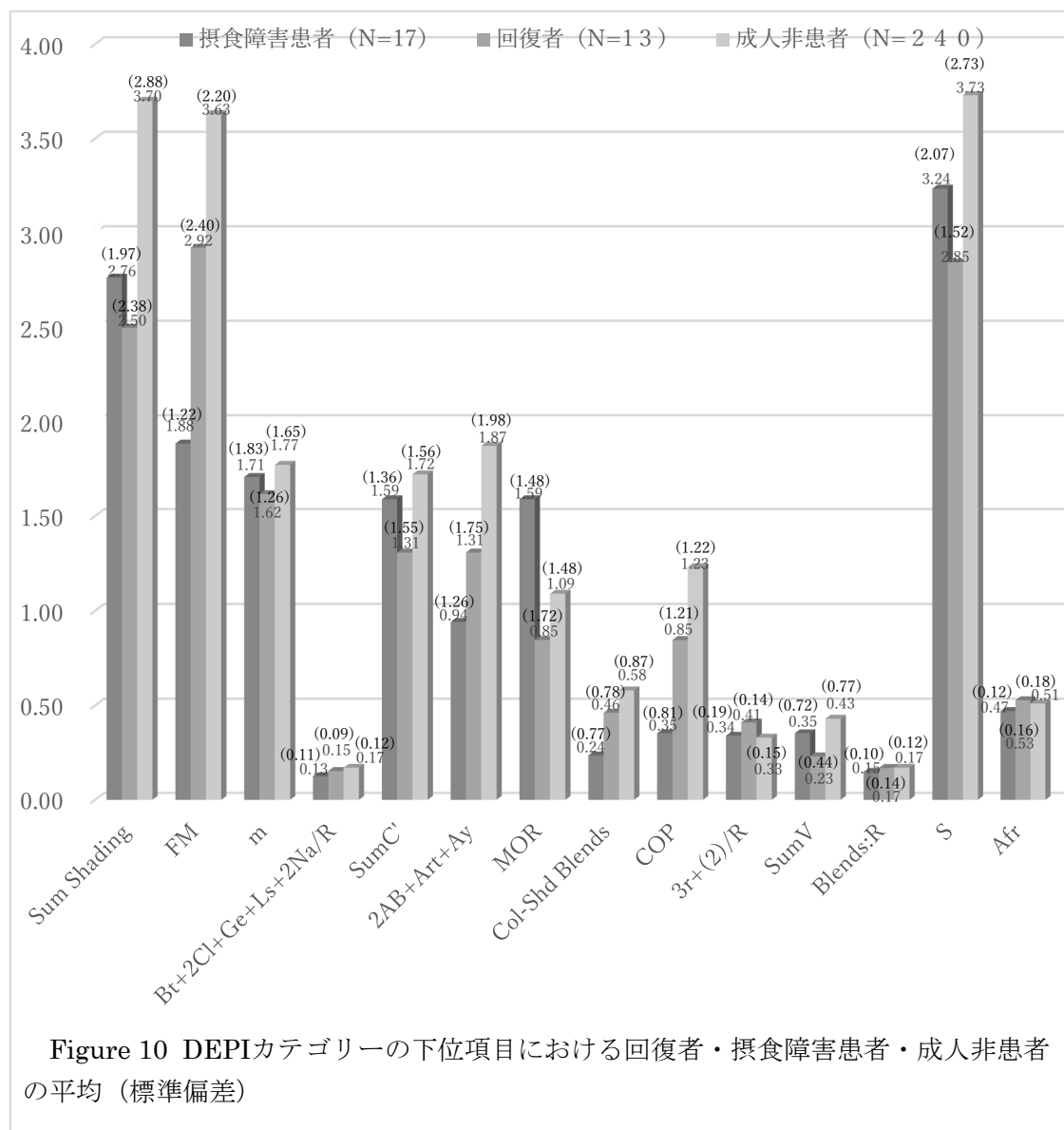


Figure10 で SumShd と FM の平均値の比率を見ると、回復者群では表現するのが困難な不快な感情を表す SumShd が低く、ニード、意欲を表している FM が高くなっていた。摂食障害患者群では SumShd が高く、FM が低くなっていた（摂食障害患者群と成人非患者群の FM は有意差有り $t(255)=3.24, p<0.01$ ）。これらのことから、下位項目で同じように示された $\text{SumShd} > \text{FM} + m \times$ の意味するところは異なっていることが推察された。

SumShd (= C'+Y+V+T) の内訳について検討すると、Figure10 では摂食障害患者群は、回復者群より人格構造の未熟さから来る慢性化した不安、緊張を表す C' の値と、自己否定的な過度な内省を表す V の値が高いことが表されていた。対して成人非患者群の平均値は、SumShd の値は摂食障害患者群よりも高いが、C' と V は摂食障害患者群とほぼ近い値を表しており、その差は成人非患者群の Y（環境からくる状況的な不安）や T（親密欲求）が摂食障害患者群より

高いことが推察され、成人非患者群の SumShd の高さは現実適応を試みているが故の葛藤であると予測できると思われた。

また Figure 10 からは、回復者群の協調行動イメージを示す COP の平均値の値は成人非患者群の値よりも摂食障害患者群にやや近いことが表されていた。回復者が対人関係の在り方を改善させることは、研究Ⅱで摂食障害患者群と回復者群の CDI(対処力不全指標)に有意差が見られたことを鑑みれば、変化しつつはあるが更なる課題でもあると推察された。

今回の考察においても有意差が示されなかった変数が幾つかあったが、やはり本研究の対象者のサンプル数の少なさやサンプルのばらつきが影響している可能性が考えられた。

回復と再発の心理的支援に必要な知見

ノーマル群を加えての考察の中で、ニード、意欲を表している FM の上昇は、研究Ⅰ、Ⅱでも見てきたように、摂食障害回復に必要な心理的支援の際に必要な知見に成り得るものであると思われた。

回復者群は成人非患者群ほどは変数 FM の平均値は高くはなかったが、摂食障害患者群よりも平均値は高くなっていた。つまり、自らのニード、意欲は摂食障害からの回復を成し得て直ぐに、ノーマル群と同様な値になるものではないことが推察された。研究Ⅰや研究Ⅱの結果からも、対人関係の中で他者に合わせることを自らの反復強迫としてきたと思われる摂食障害患者が、他者にどう見られるからという理由から自らの行動を決定するのではなく、自らのニード、意欲を意識して動けるようになるには一定の時間が必要であることが予測された。長い間かけて形成されてきた基本的対人関係の在り方を直ぐに変化させることは困難なことであり、摂食障害群、回復者群、ノーマル群の各々の FM の平均値からは、おそらく摂食障害という疾患の身体の回復が先に来て、その後、徐々に精神的な回復がされていくであろうことが推察された。

また、本研究の中で示された回復者群は欲求を実現させるために具体的に行う協調行動イメージが希薄である等、自我関与が過多で感情の取り扱いが未熟な場合が認められ、この点においてもノーマル群とは違う DEPI の様相を表していた。回復者群の変数 COP の平均値もまた、FM の平均値と同様に成人非患者群と摂食障害患者群の中間の値であり、回復者群は対人関係における協調的で具体的な行動イメージが十分とは言えないということが推察された。

先行研究においても、摂食障害患者は症状回復後も心的な問題は残りや易いと言われている(西園, 2014)。回復者にも、以上のような知見を持って、引き続き精神的な支援を続けていくことは、この疾患では多いといわれる再発を防ぐ上でも役に立つものであると思われる。

5. PTI(知覚と思考の指標)の結果

摂食障害患者群 PTI の結果

結果は, Figure 11 にあるようにカテゴリポイントの結合プロットが示され, 下位項目の集中するカテゴリを 2 つ作成し, カテゴリ I, II とした(変数右に, 該当するものは○, 該当しないものは×を記した)。

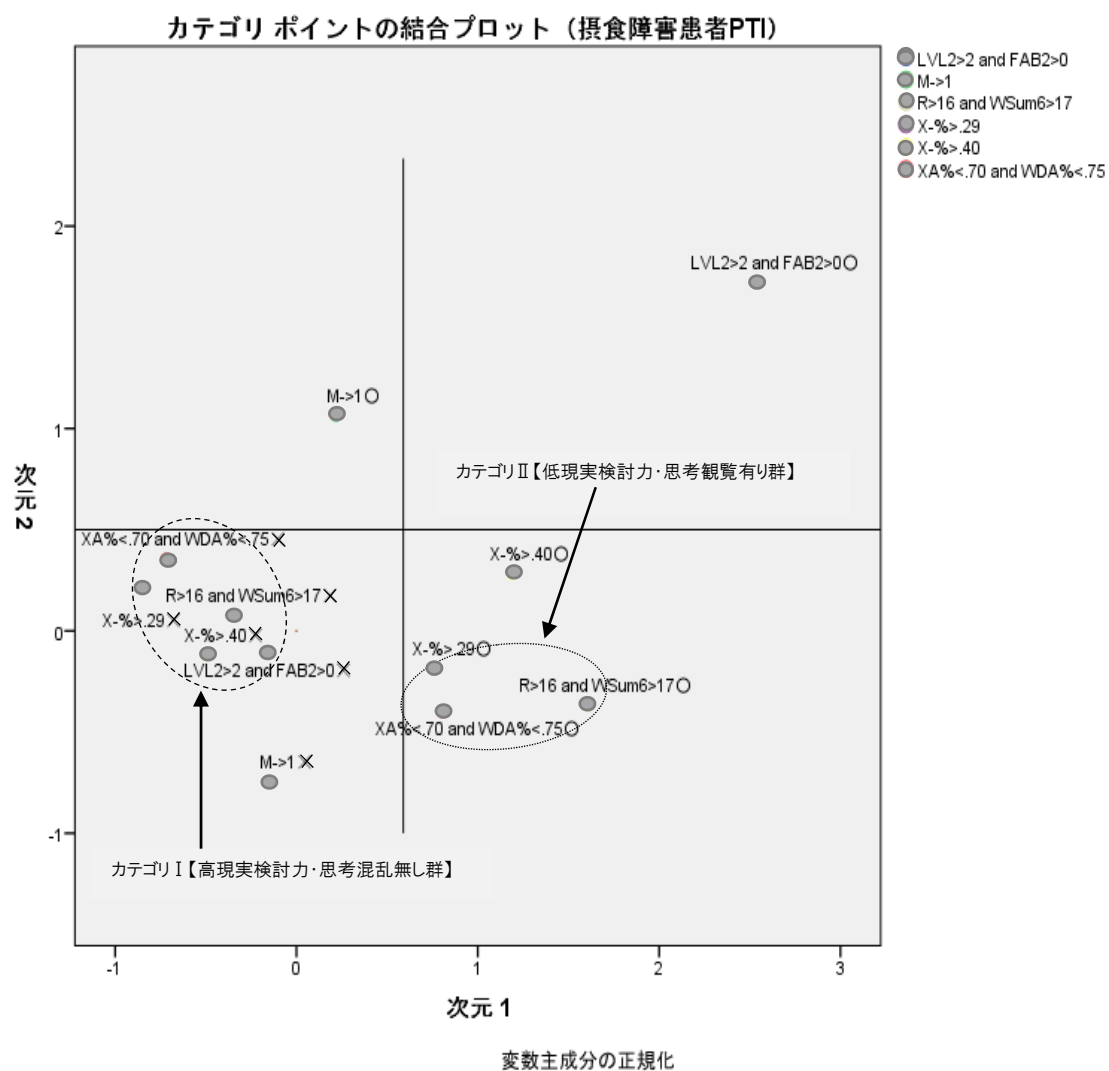


Figure 11 摂食障害患者群 PTI の結果

摂食障害患者の PTI カテゴリ I

Figure 11 における摂食障害患者群の PTI カテゴリ I に含まれる下位項目の変数は、 $XA\% < .70$ and $WDA\% < .75 \times$, $X\text{-}\% > .29 \times$, $R > 16$ and $WSum6 > 17 \times$, $Lv2 > 2$ and $FAB2 > 0 \times$ であった。

$XA\%$, $WXA\%$, $X\text{-}\%$ は現実検討力の高さ, あるいは, 現実検討力の歪みを示す変数であり, $WSum6$ の高さは思考障害を, $Lv2$, $FABCOM$ の存在はひどい思考障害を意味する。本研究の摂食障害患者群の PTI カテゴリ I においては, $XA\%$, $WXA\%$ は期待値を上回り, $X\text{-}\%$ は期待値を下回っていた。思考の混乱を表す $WSum6$ は期待値の範囲であり, ひどい思考混乱を表すレベル 2 も $FABCOM$ も見られなかった。

摂食障害患者 PTI カテゴリ II

Figure 11 における摂食障害患者群の PTI カテゴリ II に含まれる下位項目の変数は $XA\% < .70$ and $WDA\% < .75 \bigcirc$, $X\text{-}\% > .29 \bigcirc$, $R > 16$ and $WSum6 > 17 \bigcirc$ であった。

前述の通り $XA\%$, $WXA\%$, $X\text{-}\%$ は現実検討力の高さ, あるいは, 現実検討力の歪みを示す変数であり $WSum6$ の高さは思考障害を意味する。本研究の摂食障害患者群の PTI カテゴリ II においては, $XA\%$, $WXA\%$ は期待値を下回り, $X\text{-}\%$ は期待値を上回っていた。思考の混乱を表す $WSum6$ は期待値の範囲を超えていた。

回復者群 PTI の結果

結果は, Figure 12 にあるようにカテゴリポイントの結合プロットが示され, 下位項目の集中するカテゴリを 2 つ作成し, カテゴリ I, II とした(変数右に, 該当するものは \bigcirc , 該当しないものは \times を記した)。

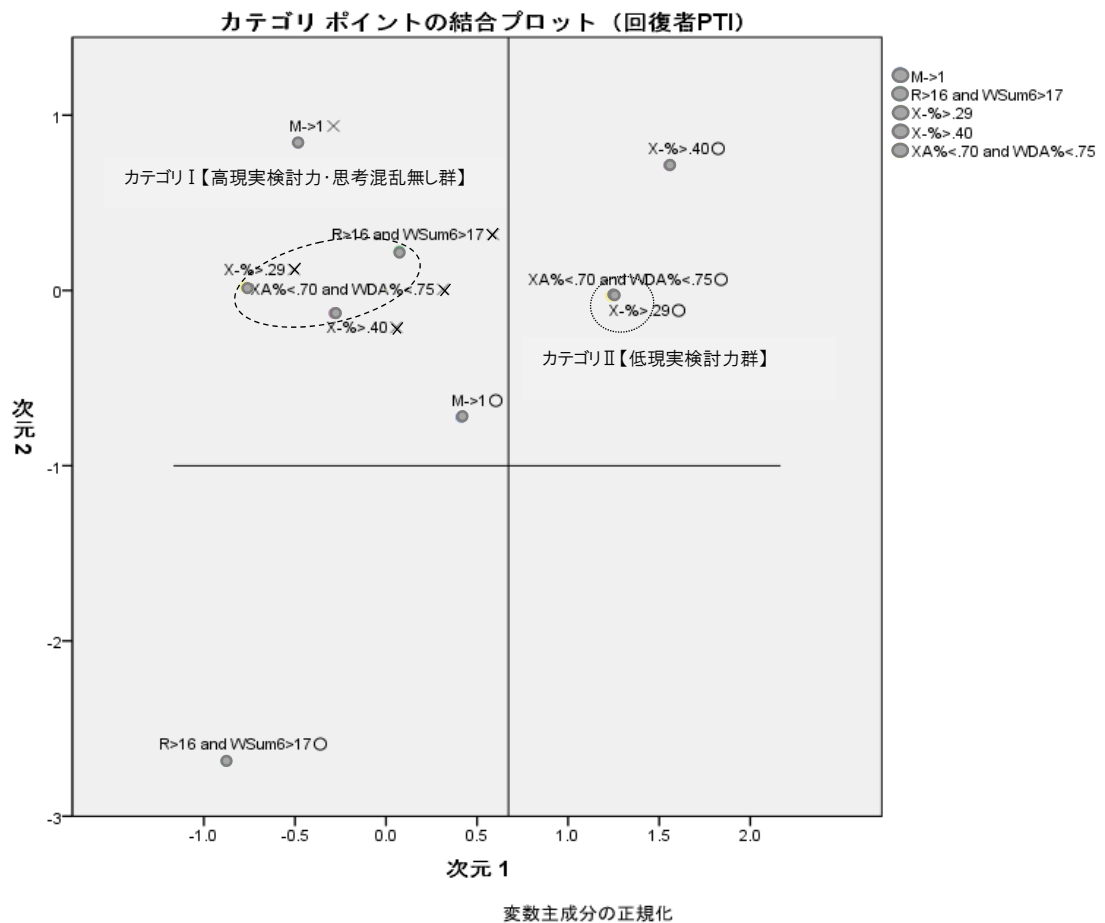


Figure 12 回復者群 PTI の結果

回復者 PTI カテゴリ I

Figure 12 における回復者群の PTI カテゴリ I に含まれる下位項目の変数は、XA%<.70 and WDA%<.75×, X-%>.29×, R>16 and WSum6>17×であった。

前述の通り XA%と WDA%は、現実検討力を検討するために、形態がどれほど適切に用いられているかを知るための変数であり、「これらの変数は、認知的媒介活動から生じた行動(反応)が、どの程度状況に合致しているかを扱っている」(Exner, 2003 中村・野田訳 2009)。WXA%と XA%の違いは、WXA%には反応領域が個性的で珍しい反応となる Dd 反応が含まれていないことで、多くの方がはっきりとよく見る領域に限ってその判断の良し悪しを検討しようとしており、XA%より高くなるのが通常である(中村, 2016)。XA%は 70%, WXA%は 75%を下回らないことが期待されている。本研究の回復者群の PTI カテゴリ I では両変数とも期待値を上回っていた。

X-%>.29×は、全体を表す X のマイナス反応の割合を示している。マイナス反応とは、部分特性に一致しない方法でプロットの特徴を翻訳する場合である。マイナス反応は様々な理由で生じ

情報処理に原因がある場合もあるが、むしろ感情の要因、思考の構えやとらわれのせいで刺激野の特徴を誤って同定してしまうことが多い。X-の上限は 25%くらいである(Exner, 2003 中村・野田訳 2002)。本研究の回復者群の PTI カテゴリ I では、X-%は期待値の中に納まっていた。

WSum6 は、思考がどれほど明確なものかを確認する変数であり、特殊スコアの歪みの程度を重みづけされて示されている。WSum6 は理論的でなく一貫性のない思考を示す 6 つの重要特殊スコアを重みつけた合計で、逸脱言語表現(DV,DR),不適合な結合(INCOM, FABCOM, CONTAM)と、不適切な論理(ALOG)からなっている。6 つのうち 4 つは奇妙さの程度で区別し、レベル 1 か 2 で区別する(DV, DR, INCOM, FABCOM)。程度のひどいレベル 2 はあることが期待されず、特殊スコアのうち 2 つ(ALOG と CONTAM)はレベル 2 と同じ扱いとなるので期待されない(Exner, 2003 中村・野田訳 2009)。本研究の回復者群の PTI カテゴリ I では WSum6 は期待値の中に収まっていた。

回復者 PTI カテゴリ II

Figure 11 における回復者群の PTI カテゴリ II に含まれる下位項目の変数は $XA\% < .70$ and $WDA\% < .75$ ○, $X-\% > .29$ ○であった。

前述の通り、XA%, WXA%, X-%は現実検討力の高さ、あるいは、現実検討力の歪みを示す変数である。本研究の回復者の PTI カテゴリ II においては、XA%, WXA%は期待値を下回り、X-は期待値を上回っていた。

6. PTI(知覚と思考の指標)の考察

摂食障害患者の PTI カテゴリ I の特徴

結果から、XA%, WXA%は期待値を上回り、X-は期待値を下回り現実検討力が高いことが示唆され、思考の混乱を表す WSum6 は期待値の範囲であり、ひどい思考混乱を表すレベル 2 も FABCOM も見られず、思考障害はないことが推察された。

以上のような点を考慮して、摂食障害患者群の PTI カテゴリ I を【高現実検討力・思考混乱無し群】と命名し、表現できる臨床像の特徴を下記にまとめた。

摂食障害患者 PTI カテゴリ I 【高現実検討力・思考混乱無し群】

含まれる下位項目 : $XA\% < .70$ and $WDA\% < .75 \times$, $X-\% > .29 \times$, $R > 16$ and $WSum6 > 17 \times$,

Lv2>2 and FAB2>0×

表現可能な臨床像:現実検討力が高く, 思考の混乱がない。

摂食障害患者の PTI カテゴリ I の該当者

Table 16 において, 本研究の摂食障害患者群の中に, 実際にどのくらい摂食障害患者群の PTI カテゴリ I に該当する下位項目に当てはまるものがいたのかを検討した(下位項目の変数が 8 割以上当てはまっていたものを該当するとし, 表中に項目に当てはまっていたものは○, 当てはまっていなかったものは×で記した)。

Table 16 摂食障害患者 PTI カテゴリ I 【高現実検討力・思考混乱無し群】

ID	PTI	XA%<.70 and WDA%<.75× 現実検討力高い	X-%>.29× 現実検討力高い	R>16 and WSum6>17× 思考の混乱無し	X-%>.40× 現実検討力高い	LVL2>2 and FAB2>0× ひどい思考の混乱無し	該当 項目 合計
1	0	○	○	○	○	○	5
2	2	×	×	○	○	○	3
3	3	×	×	×	○	○	2
4	1	×	○	○	○	○	4
5	5	×	×	×	×	×	0
6	2	○	×	○	×	○	3
7	0	○	○	○	○	○	5
8	0	○	○	○	○	○	5
9	2	×	×	○	○	○	3
10	1	○	○	○	○	○	5
11	2	○	×	○	○	○	4
12	1	○	○	○	○	○	5
13	3	×	×	○	×	○	2
14	3	×	×	○	×	○	2
15	0	○	○	○	○	○	5
16	4	×	×	×	×	○	1
17	0	○	○	○	○	○	5

*カテゴリ I の下位項目 5 個のうち 80%以上当てはまった者が 9 名いた。

*カテゴリ I に含まれる下位項目の特徴から【高現実検討力・思考混乱無し群】と名付けた。

Table 16 からは, 摂食障害患者 PTI カテゴリ I に属するものは, 本研究の回復者群の一定数存在することが分かり, 【高現実検討力・思考混乱無し群】と命名した。本研究の摂食障害患者群における PTI の一つの特徴(現実検討力が高く, 思考の混乱がない)が存在することが表され, 摂食障害患者群にも回復者群と同様に, 現実検討力の高い思考の混乱が見られない群が存在することが確認された。

摂食障害患者 PTI カテゴリⅡの特徴

結果から、XA%, WXA%は期待値を下回り、X-%は期待値を上回り、現実検討力が低いことが示唆された。思考の混乱を表す WSum6 は期待値の範囲を超えており、思考の混乱があることが推察された。

以上のような点を考慮して、摂食障害患者群の PTI カテゴリⅡを【低現実検討力・思考混乱有り群】と命名し、表現できる臨床像の特徴を次にまとめた。

摂食障害患者 PTI カテゴリⅡ【低現実検討力・思考混乱有り群】

含まれる下位項目:XA%<.70 and WDA%<.75○, X-%>.29○, R>16 and WSum6>17○

表現可能な臨床像:現実検討力が低く、思考の混乱がある。

摂食障害患者の PTI カテゴリⅡの該当者

Table 17 において、本研究の摂食障害患者群の中に、実際にどのくらい摂食障害患者群の PTI カテゴリⅡに該当する下位項目に当てはまるものがいたのかを検討した(下位項目の変数が8割以上を該当とし太字で示し、項目に当てはまったものは○, 当てはまらないものは×で記した)。

Table 17 摂食障害患者 PTI カテゴリⅡ【低現実検討力・思考混乱有り群】

ID	PTI	XA%<.70 and WDA%<.75○ 現実検討力低い	X-%>.29○ 現実検討力低い	R>16 and WSum6>17○ 思考混乱有り	該当項目合計
1	0	×	×	×	0
2	2	○	○	×	2
3	3	○	○	○	3
4	1	○	×	×	1
5	5	○	○	○	3
6	2	×	○	×	1
7	0	×	×	×	0
8	0	×	×	×	0
9	2	○	○	×	2
10	1	×	×	×	0
11	2	×	○	×	1
12	1	×	×	×	0
13	3	○	○	×	2
14	3	○	○	×	2
15	0	×	×	×	0
16	4	○	○	○	3
17	0	×	×	×	0

*カテゴリⅡの下位項目3個のうち80%以上(この場合は全て)当てはまった者が3名いた。

*カテゴリⅡに含まれる下位項目の特徴から【低現実検討力・思考混乱有り群】と名付けた。

Table 17 からは、摂食障害患者の PTI カテゴリ II に属するものは、本研究の回復者群の一定数存在することが分かり、【低現実検討力・思考混乱有り群】と命名した。本研究の摂食障害患者群における PTI の一つの特徴(現実検討力が低く、思考の混乱がある)が存在することが確認された。

摂食障害患者群には Mediation (認知的媒介) のカテゴリの変数に、現実検討力が低いことが示唆され、加えて、思考の混乱がみられる群が存在することが認められた。この 3 名に関しては、検査を施行した精神科外来にて摂食障害の他に精神科疾患を併発する診断が下りていたケースであった。

回復者 PTI カテゴリ I の特徴

結果から、XA%と WDA%は両変数とも期待値を上回っていることと X-%は期待値の中に収まっていることから現実検討力は保たれていることが、WSum6 は期待値の中に収まっていることから思考障害は認められないことが推察された。

以上のような点を考慮して、回復者群の PTI カテゴリ I を【高現実検討力・思考混乱無し群】と命名し表現できる臨床像の特徴を下記にまとめた。

回復者 PTI カテゴリ I 【高現実検討力・思考混乱無し群】

含まれる下位項目: XA%<.70 and WDA%<.75×, X-%>.29×, R>16 and WSum6>17×

表現可能な臨床像: 現実検討力が高く、思考の混乱がない。

回復者 PTI カテゴリ I の該当者

Table 18 において、本研究の回復者群の中に、実際にどのくらい回復者群の PTI カテゴリ I に該当する下位項目に当てはまるものがいたのかを検討した(下位項目の変数が 8 割以上当てはまっていたものを該当するとし、表中の項目に当てはまっていたものは○、当てはまっていなかったものは×で記した)。

Table 18 回復者 PTI カテゴリ I【高現実検討力・思考混乱無し群】

ID	PTI	XA%<.70 and WDA%<.75× 現実検討力高い	X-%>.29× 現実検討力高い	R>16 and WSum6>17× 思考の混乱無し	該当項目 合計
1	1	○	○	○	3
2	0	○	○	○	3
3	0	○	○	○	3
4	3	○	○	○	3
5	2	○	○	×	2
6	0	○	○	○	3
7	3	×	×	○	1
8	0	○	○	○	3
9	1	○	○	○	3
10	0	○	○	○	3
11	3	×	×	○	1
12	3	×	×	○	1
13	3	×	×	○	1

*カテゴリ I の下位項目 3 個のうち 80%以上(この場合は全て)当てはまった者が 8 名いた。

*カテゴリ I に含まれる下位項目の特徴から【高現実検討力・思考混乱無し群】と名付けた。

Table 18 からは、回復者の PTI カテゴリ I に属するものは、本研究の回復者群の一定数存在することが分かり、【高現実検討力・思考混乱無し群】と命名した。本研究の回復者群における PTI の一つの特徴(現実検討力が高く、思考の混乱がない)が認められた。

回復者 PTI カテゴリ II の特徴

結果から、XA%, WXA%は期待値を下回り、X-は期待値を上回っていたため、このカテゴリの回復者は現実検討力が期待値より低いことが推察された。

以上のような点を考慮して、回復者群の PTI カテゴリ II を【低現実検討力群】と命名し、表現できる臨床像の特徴を下記にまとめた。

回復者 PTI カテゴリ II【低現実検討力群】

含まれる下位項目:XA%<.70 and WDA%<.75○, X-%>.29○

表現可能な臨床像:現実検討力が低い。

回復者 PTI カテゴリ II の該当者

Table 19 において、本研究の回復者群の中に実際にどのくらい回復者群の PTI カテゴリ II に該当する下位項目に当てはまるものがいたのかを検討する(下位項目の変数が 8 割以上を該当とし太字で示し、項目に当てはまったものは○, 当てはまらないものは×で記した)。

Table 19 回復者 PTI カテゴリⅡ【低現実検討力群】

ID	PTI	XA%<.70 and WDA%<.75○ 現実検討力低い	X-%>.29○ 現実検討力低い	該当項目合計
1	1	×	×	0
2	0	×	×	0
3	0	×	×	0
4	3	×	×	0
5	2	×	×	0
6	0	×	×	0
7	3	○	○	2
8	0	×	×	0
9	1	×	×	0
10	0	×	×	0
11	3	○	○	2
12	3	○	○	2
13	3	○	○	2

*カテゴリⅡの下位項目 2 個のうち 80%以上(この場合は全て)当てはまった者が 4 名いた。

*カテゴリⅡに含まれる下位項目の特徴から【低現実検討力群】と名付けた。

Table 19 からは、回復者群の PTI カテゴリⅡに属するものは、本研究の回復者群の一定数存在することが分かり【低現実検討力群】と命名した。本研究の回復者群における PTI の一つの特徴(低現実検討力群)が認められた。

回復者 PTI カテゴリⅠとカテゴリⅡの平均罹患年数の比較

摂食障害は回復していても、PTI のカテゴリの下位項目に含まれた Mediation(認知的媒介)の変数が期待値に満たなかった回復者カテゴリⅡに含まれた 4 名は、回復者の語りから発症時には精神科併存症を併発していた可能性が推察されたケースであった。カテゴリⅠとⅡで罹患年数を比較したが、データの少なさも有り有意差は出なかった。

回復に必要な要因—知覚と思考の指標(PTI)の比較から—

PTI の特徴を示した各々の結果からは、回復者群、摂食障害患者群の中には、共に現実検討力の高い者と低い者が存在していることが示唆された。摂食障害患者群と回復者群では同様に XA%が低く、X-%が高く、【低現実検討】とした場合でも【思考の混乱】の有無に違いがあり、回復には思考の混乱がないことが必要であると思われた。

現実検討と思考の混乱に関する考察

【低現実検討力】のカテゴリに該当した回復者群は、摂食障害の症状は消失しているが回復者の語りから精神科併存症が摂食障害罹患中に認められた可能性が考えられるケースであった。

【低現実検討力・思考混乱有り】に該当する摂食障害患者群は、外来にて他の精神科併存症が認められたケースであった。

これらのことから、PTI の良好さは摂食障害の症状があるか否かということより、精神科併存症が存在するか否かが大きく関わっていることが推察された。摂食障害患者群と回復者群では、同様に XA%が低く X-%が高く、【低現実検討】とした場合でも【思考の混乱】の有無に違いがあった。気分障害、不安障害、パーソナリティ障害等、摂食障害には併存しやすい精神科併存症が存在する(鈴木・武田, 2014;加茂・笠原, 1998;中井他, 2004)。おそらく、その精神科併存症の程度が思考障害に影響を与えていることがうかがわれ、摂食障害の回復には精神科併存症の治療が欠かせないものであることが推察された。

また、現実検討力が高く思考に混乱のない摂食障害患者の一群も存在し、回復者にも同じ群が存在した。現実検討力の高いカテゴリに含まれた回復者群の罹患年数の平均は、現実検討力の低いカテゴリに含まれた回復者群の罹患年数の平均年数より短かった。このことから、PTI の下位項目として示された Mediation(認知媒介)や Ideation(思考)の変数の良好さは、疾患の予後を推測する可能性があることも考えられた。

ノーマルデータとの比較

—摂食障害患者と回復者、および成人非患者の知覚と思考の指標の下位項目における平均値の比較—

摂食障害患者と回復者の PTI の現実検討力と思考の混乱の様相の違いを検討するために、摂食障害患者群と回復者群の PTI のカテゴリ I , II にある下位項目の変数を摂食障害患者群、回復者群、ノーマル群について以下の表で考察した。

同様に、この考察においてもノーマル群のデータとして、Nakamura et al.(2007)の日本人成人非患者のデータを使用した(精神科の既往歴のない 18 歳から 25 歳 86 名, 26 歳から 35 歳 89 名, 36 歳から 45 歳 32 名, 46 歳から 55 歳 26 名, 56 歳から 65 歳 6 名, 65 歳以上が 1 名の成人 240 名, 男性 89 名, 女性 151 名)。

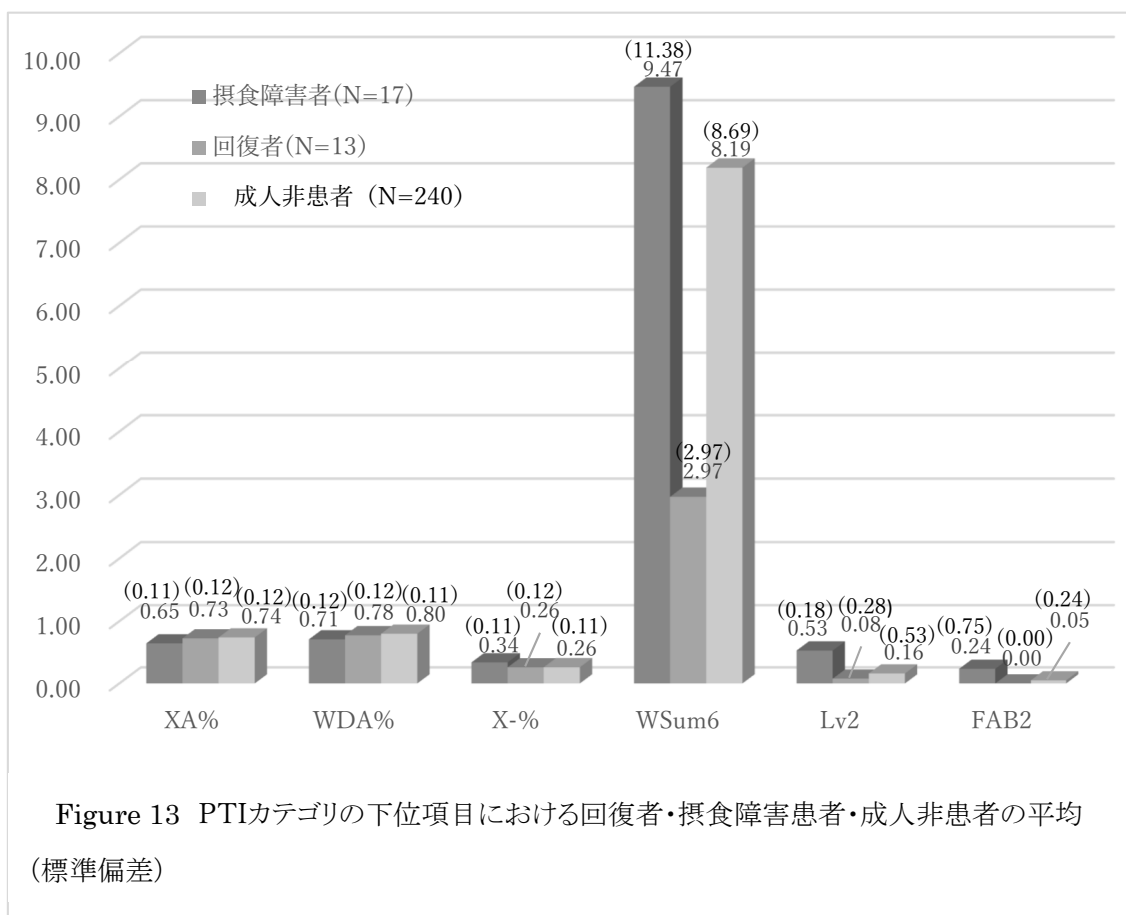


Figure13 からは、回復者群の現実検討力を表す変数 X-%の平均値は、摂食障害患者群よりも高く成人非患者と同等の値になっていた。XA%は摂食障害患者群より高く成人非患者と近い値になっていた (摂食障害患者と成人非患者の XA%, X-%は有意差有り $t(255)=3.00, p<.01$, $t(255)=2.90, p<.01$)。

また、大きな思想の混乱があることを示す Lv2 と FAB2 の平均値の値は、回復者と成人非患者ではほぼ期待値の 0 に近いが、摂食障害患者群では期待値を超えており、ひどい思考の混乱が認められるものが存在する可能性が考えられた。

以上のことから、研究Ⅲで回復者と摂食障害患者のカテゴリには、現実検討力が低い群も存在したが、全体の平均としては、回復者群の XA%は摂食障害患者群よりも高く、ノーマル群に近い値であることが考察された。そして、摂食障害からの回復には思考の混乱を低くすることが必要で、ひどい思考の混乱は回復を妨げることが推察された。

思考の混乱と精神科併存症の考察

本研究で扱った摂食障害患者群の【低現実検討力・思考混乱有り群】に該当した 3 ケースはいずれも人格障害を併発しているケースであった。本研究では症例数が少なく断定は出来かねるが、回復を妨げる思考の混乱は精神科併存症が関連しているものとも予測された。回復者群のうち【低現実検討力】に該当したケースは、回復に平均 12.5 年を有したケースでおそらく罹患中は人格障害やうつ病を併発していたことが、本人の語りからうかがわれるケースであった。ここでも症例数の少なさから断定をすることは出来ないが、現実検討力の高さは精神科併存症の有無に深く関係することが推察され、【低現実検討力】群に属しながらも摂食障害から回復している群では思考の混乱が大きくないことが重要であり、現実検討力の様相が回復者群の様相となり得るためには、精神科併存症の回復の程度が影響すること、つまり、思考の混乱を伴っていないことが重要であることが推察された。

先行研究では、身体的な症状の回復が先行し、心理回復が遅れる傾向が指摘されている (Steinhausen, 2002; Strober, Freeman, & Morrell, 1997)。鈴木・武田 (2014) は、摂食障害には併存しやすい精神科併存症があり、併存症が生じると回復がしにくくなることを述べ、発症から 5 年以上経過しているケースを対象にした研究で、症状消失群でも併存症のために精神科、心療内科を受診した者が 52.9% 存在し、治療を受けている併存症は、気分障害が 26.5%、不安障害が 11.8%、パーソナリティ障害が 11.6% あったとしている。鈴木・武田 (2014) の研究では、症状消失群を「摂食障害の症状が消失した者」と明記している。本研究では、回復者は「社会的にその人に応じた適応ができており、心理的な問題を大きく残していないこと。摂食障害の症状が消失しているか、あるいは少し残っていても自らがコントロールできるもので、日常生活に支障をきたすものではないこと」と定めており、社会適応に問題を残すほどの精神科併存症がある者は回復者には含まれていないため、本研究の PTI カテゴリにおける回復者の特徴においては、Mediation (認知媒介) が悪い者は存在しても、Ideation (思考) の混乱の変数が高いものは見られなかったものと考えられた。

回復者の中にも、【低現実検討群】と命名した Meditaion (認知媒介) の悪い群が存在することは、先行研究の示すように身体的な回復が心理的な回復に先行するということを示しているとも考えられた。

また、人格障害を併存している摂食障害患者群の Ideation (思考) の悪さからは、摂食障害患者へのロールシャッハ・テストの初期のアセスメントにおける予後の予想に役立つ可能性も推察された。

第4節 研究Ⅲのまとめ

一回復要因と再発予防に関する心理的支援に関する考察一

研究Ⅲでは、特殊指標の中に含まれる項目を最適尺度法にて分析し、各々のプロットを作成した。その中で特徴的なプロットを示した CDI(対処力不全指標), DEPI(抑うつ指標), PTI(知覚と思考の指標)に関して、摂食障害患者群と回復者群の臨床像の特徴についてまとめた。考察では、表されたカテゴリに含まれる変数の平均値にノーマル群を加えて検討した。

CDI(対処力不全指標)においての結果は、摂食障害患者群の臨床像として【資質無し・対人行動不適切群】、回復者の臨床像として【資質有り・他者理解有り・対人行動イメージ希薄群】と【資質有り・他者理解希薄・対人行動イメージ明確化群】が示唆された。回復には対人関係を対処する資質の回復と、対象イメージを全体的に捉えられるようになることが重要であることが推察された。ここでの回復者群の臨床像は、摂食障害患者群とは異なり、対人関係の資質が有り、対人行動は改善されていた。しかし、示された回復者の2つのカテゴリは、両方とも対人関係の資質があり、かつ他者理解があるか、または対人行動のイメージが明確化されているという特徴があり、ノーマル群に期待される両方の要因を持っている群ではなかった。この結果から、回復者群はノーマル群とは違った臨床像を示していることが推察された。そして、ノーマル群のデータを含めた考察を行い、再発予防として、回復者は抑制されがちな感情を程よくコントロールされたものとして表現することで、より適応的な対人関係を持ち、回復後の社会適応をより高めていける可能性が考えられた。

DEPI(抑うつ指標)においての結果は、摂食障害患者群の臨床像として【低自尊心・感情葛藤不毛群】、回復者の臨床像として【欲求自覚・感情葛藤無し・協調行動イメージ希薄群】と【欲求自覚・自我関与強・感情萎縮無し群】が示され、回復にはニード、意欲が明確化していることが必要であることが示唆された。先行研究では回復者は抑うつ気分が残存するとされるものがあつたが(鈴木・武田, 2014; 加茂・笠原, 1998; 中井他, 2004), 本研究ではそのことは明確には示唆されなかった。回復者群2つのカテゴリは、欲求を自覚していることが共通していたが、明確化したニード、意欲を具体的に実現するための協調行動イメージが希薄である特徴をもつカテゴリと、自我関与過多で感情の扱いが未熟なカテゴリに分かれ、やはりノーマル群との違いがあることが推察された。そこでノーマルデータを加えた考察を行い、回復者群はニード、意欲は摂食障害患者群と比べて上昇しておりノーマル群に近い値になっているが、ノーマル群との違いとして、それを実

現する協調的な対人行動イメージが希薄であり、再発予防としてその点を考慮していくことが必要であることが示唆された。

PTI(知覚と思考の指標)においての結果は、摂食障害患者群、回復者群の両群で【高現実検討力群】と【低現実検討力群】が示された。【低現実検討力群】は、回復者群ではその語りから発病当時に精神科併存病があった可能性がうかがわれるもの、摂食障害患者群では人格障害の診断があるものであった。回復者の【低現実検討力群】は【思考の混乱無し】で、摂食障害患者群の【低現実検討力群】は【思考の混乱有り】であったことから、回復には思考の混乱を伴っていないことが重要であることが示唆された。また、思考の混乱は摂食障害の症状というよりも、精神科併存症の程度に影響されている可能性が推察され、回復には精神科併存症の治療が重要であると考えられた。考察では、回復者群の現実検討力を表す変数の平均値は摂食障害患者群よりも高く、ノーマル群の値に近くなっていた。加えて、回復者群の思考の混乱を表す変数も摂食障害患者群よりも低く、ノーマル群の平均値とおおよそ同等であった。先行研究では精神科併存症を併発しているケースは、遷延化しやすく予後も悪い傾向があることが示されているが(steinhausen, 2002; 中井他, 2004; 鈴木・武田, 2014)、精神科併存症の状況が、罹患期間を長くする等の摂食障害の予後に大きく関連していることがこの研究からも推察され、再発予防として、精神科併存症の治療が重要であることが示唆された。また、その知見はロールシャッハ・テストの摂食障害のアセスメントにおける予後の予見において役に立つ可能性が推察された。

以上のように、3つの特殊指標の状況から、摂食障害からの回復には、対人関係を対処する資質の回復、対象イメージを全体的に捉えられるようになること、ニード、意欲が明確化していること、思考の混乱がないこと等が重要となることが明らかになった。これらの知見は、実際の臨床場面で心理的支援をしていく際に患者の臨床像を把握する上で非常に参考になるものと考えられた。また、回復者群はノーマル群とは異なる特徴を持っていることがうかがわれ、違いとして、回復者群は、感情表現がより抑制的であること、協調的な対人行動イメージが希薄であること等が示唆された。摂食障害は再発が多いとされる疾患でもあり(永田, 2012)、再発予防のためには、上記の結果から得た回復の要因および回復者群とノーマル群の違いを視野に入れ、回復者への心理的支援を引き続き続けていくことが必要になると思われた。

結論

第6章 本論文の総括的検討

第1節 本論文の概要

本論文では、摂食障害回復者が、遷延化しやすく死亡率も高い摂食障害から回復していくまでの心理的なプロセスの分析を行い、そして回復に至るまでに必要となる心理的要因について検討し、さらに心理的支援を行う際に必要になる知見を得るために各々の臨床像について考察した。

第1章では、本研究の問題意識を述べ、摂食障害の概要、摂食障害の回復の要因、および摂食障害に関するロールシャッハ・テストの先行研究を概観した。摂食障害については様々な立場からどう治療すべきかという多くの研究がなされているが、未だ唯一絶対的な治療法は見つかっていない。摂食障害からの回復に特化した研究はそう多くはなく、実際にどのような心理的過程を経て回復していくかを簡潔に示したものは少ない。また、包括システムにおける摂食障害のロールシャッハ研究は日本ではそう多くはなく、海外においても回復者と摂食障害患者の違いを比較したものは見当たらないと思われる。

以上の結果を踏まえ、本研究の目的を以下の3点とした。

目的1

摂食障害患者が、どのような心理過程を経て回復していくのかという回復の心理的プロセスを明らかにする。

(先行研究では、共感や理解等対人的要因と成熟や自己受容等自身の変化に対する要因が挙げられていたが、具体的にどのような対人的な相互作用が起こり、変化が可能になるのかを明らかにしたいと考えた。)

目的2

摂食障害から回復するための心理的要因を明らかにし、心理的支援に生かすことを考える。

(ここではロールシャッハ研究も行ったが、摂食障害におけるロールシャッハ研究においては、摂食障害患者群と回復者群を比較したものはまだ見つかっていないと思われる。両群の比較を行うことで、摂食障害からの回復に必要な要因を示唆した。)

目的 3

摂食障害患者と回復者のそれぞれの臨床像を検討し、再発が多いと言われる摂食障害からの回復者の臨床像の特徴を知り、心理的支援に役に立つ知見を得る。

(ここで描き出された回復者の臨床像は、摂食障害患者とは違っていたが、ノーマル群とも違っていただけと考えられた。考察にてノーマルデータとの比較検討を加えた。)

これらの目的に対し、3章から5章において以下の研究を行った。

第3章 研究Ⅰ 摂食障害回復者の心理的变化過程

第4章 研究Ⅱ 摂食障害患者と回復者の心理的变化要因

第5章 研究Ⅲ 摂食障害患者と回復者の臨床像の特徴

上記の目的1～3と研究Ⅰ～Ⅲの対応は次の通りである。

目的1「摂食障害患者が、どのような心理過程を経て回復していくのかという回復の心理的プロセスを明らかにする」に関しては、研究Ⅰにおいて研究した。前論文(貝塚, 2011)においては、摂食障害回復者の母親の語りから、家族再生、または、夫のサポートを得られない母親が外部のサポートを経て娘を支え、回復していく過程を描いた。今回は、母親が娘を支える力を持たない場合の回復過程も明らかにしたいと考え、対象者を回復者本人とした。

目的2「摂食障害から回復するための心理的要因を明らかにし、心理的支援に生かすことを考える」についての検討は、研究Ⅰ、Ⅱ、Ⅲで行った。研究Ⅰにおいて得た回復過程からどのような変化要因が回復に必要であったかを検討し、その要因を研究Ⅱのロールシャッハ研究で得た結果とも対応させる考察を行った。研究Ⅱでは、摂食障害患者群と回復者群の変化した心理的要因を明らかにすることで、回復に必要となると考えられる要因を示唆した。研究Ⅲでは、摂食障害患者群と回復者群の各々の臨床像を明らかにすることで、その特徴の違いから回復の要因を示唆した。

目的3「摂食障害患者と回復者のそれぞれの臨床像を検討し、再発が多いと言われる摂食障害からの回復者の臨床像の特徴を知り、心理的支援に役に立つ知見を得る」に関しては、研究

Ⅲで行った。研究Ⅱのロールシャッハ研究で明らかにしたのは摂食障害患者群と回復者群の差であったが、研究Ⅲでは摂食障害患者群と回復者群の各々の臨床像の特徴を明らかにした。ロールシャッハ研究では、摂食障害患者の特徴を明らかにしたものや摂食障害の病型別の特徴を比較したものはあるが、摂食障害回復者の特徴を明らかにしたものは見当たらないと思われた。研究Ⅲでは、摂食障害患者に加えて回復者の特徴を明らかにすることで、心理的支援に役に立つ知見を得て再発予防についても考察を加えた。

次に研究Ⅰから研究Ⅲの内容を要約して記した。

研究Ⅰでは、摂食障害回復者 13 名のインタビューデータを M-GTA にて質的分析を行い、その回復までの過程を 4 つのカテゴリと 19 の概念にまとめ、結果を結果図とストーリーラインで示した。幼い頃から【他者に合わせる自分を作る】ことをして来た摂食障害回復者は、発病し【止められないスパイラル】の中に入り込んだ。＜重要な他者の本気度を試す＞相互作用を行い、＜重要な他者への信頼感の獲得＞を経て、【他者との信頼関係を作る】ことをした。【自分基準の行動をする】ことが出来るようになり、回復の過程を歩み出した。

本研究の摂食障害回復者の回復までの心理的変化過程の中で、最も重要な相互作用を示し中核を成したカテゴリは【他者との信頼関係を作る】で、その中でも＜重要な他者の本気度を試す＞が特徴的な相互作用を示した。摂食障害回復者は、＜他者への不信感の萌芽＞から＜分かり合うチャンネルの閉鎖＞をし、【他者に合わせる自分を作る】ことをしていた。そして、そのような対人関係の中で生じた不安や葛藤に直面することを避け、＜偽りの自信にしがみつく＞こと、つまり、やせにしがみつくことをしていた摂食障害回復者は、＜重要な他者への信頼感の獲得＞を経て回復していった。本研究の回復の過程は、他者への不信が信頼感に変化する過程であった。

Williams(1997a)が示したように摂食障害患者の中には、「進入禁止 no entry」型を特徴とする他者の侵入を拒む防衛の形を働かせているものや、Lawrence(2008)が示したように依存をよしとしない特徴を持っているものが多い。本研究では、そういった特徴を持っていた摂食障害回復者が、＜親からの粘り強い関わり＞や＜パートナーからの受容＞を＜重要な他者の本気度を試す＞ことを経ることで受け取り、「進入禁止 no entry」型の防衛を解き、他者に対する依存（甘えること）をすることで、＜重要な他者への信頼感の獲得＞を経て、＜分かり合うチャンネルの開放＞をし、＜自己肯定感の獲得＞に至る回復の過程を明らかにした。

また、研究Ⅰにおいても一つ重要であることは、重要な他者と成り得るものが必ずしも親であるとは限らない点であった。パートナーがその役割を成しているケースもあり、家族会の主宰者や

医療者が親転移と思われる関係性の中で重要な他者の役割を果たしていたケースもあった。ここでは、親が重要な他者にもはや成り得ない場合の回復の過程も示唆することができたと思われる。

研究Ⅱでは、摂食障害患者群と回復者群の各々のロールシャッハ・テストの変数をカイ二乗検定およびフィッシャーの正確確立検定によって分析し、摂食障害からの回復に必要な要因を示唆した。結果として、 $CDI \geq 4$, $FM < 3$, $PureH < 2$, $XA\% < 0.78$ および $X\text{-}\% > 0.20$, $3r+(2)/R < 0.33$, $An+Xy > 0$ の変数に関して有意差が示された。各々の変数の示す意味から、対人関係における対処力の改善、ニード、意欲の意識の向上、他者理解・自己理解の向上、現実検討力の向上、自己中心性指標の上昇、普通ではない身体的関心の緩みが、摂食障害からの回復に必要な要因として示唆された。

研究Ⅱの考察では、研究Ⅱで量的に得た結果(有意差のあった回復要因)と研究Ⅰで質的に得た結果(回復過程のカテゴリと概念の変化)との整合性に関する考察を行った。他者理解、自己理解の向上($PureH < 2$ 有意差有り)は【他者への不信感の萌芽】→【重要な他者への信頼感の獲得】の変化と対応すると考えられた。そして他者理解が高くなることで、対人関係における対処力の改善($CDI \geq 4$ 有意差有り)が起こったと思われた。これは研究Ⅰでの【他者に合わせる自分を作る】→【自分基準で行動する】、＜分かり合えるチャンネルの閉鎖＞→＜分かり合えるチャンネルの開放＞の変化が対応していると考えられた。ニード、意欲の意識の向上($FM < 3$ 有意差有り)は、自らの葛藤に直面することを回避していた＜心の痛みを行動化する＞→自らの心を率直に感じ始めた＜自発的な心の動きの始動＞の変化が対応していると考えられた。現実検討力の向上($XA\% < 0.78$, $X\text{-}\% > 0.20$ 有意差有り)は、【止められないスパイラル】→【他者との信頼関係を作る】、＜症状に追い込まれる＞→＜こだわりを緩める＞の変化が対応していると思われた。やせへのこだわり、時間や体重等数字へのとらわれ等は、病状を悪化させ止められないスパイラルの中から抜け出せなくさせていたものであったが、現実検討力が上がったことで、結果として、こだわりは緩んだものと思われた。自己中心性指標の上昇($3r+(2)/R < 0.33$ 有意差有り)は、【自己を否定する】→【自己肯定感の獲得】の変化が対応していると考えられた。＜他者に合わせる自分を作る＞ことをしてきて、発病により自己肯定感を下げていたが、＜自分基準の行動をする＞ことを経て、【自己肯定感の獲得】が徐々になされた。普通ではない身体的関心の緩み($An+Xy > 0$ 有意差有り)は、【偽りの自信にしがみつく】→【やせることより大切なことの発見】の変化に対応していると考えられた。摂食障害の本質とは、「やせた身体への自己愛的理想化であ

り、その追求である」(松木, 1997)。その病態の本質が緩み、自分自身にとってより重要なことを見つけていくことは、まさに回復するということであると考えられた。

研究Ⅲでは、特殊指標の中に含まれる項目を最適尺度法にて分析し、各々のプロットを作成した。その中で特徴的なプロットを示した CDI(対処力不全指標), DEPI(抑うつ指標), PTI(知覚と思考の指標)に関して、摂食障害患者群と回復者群の臨床像の特徴についてまとめた。考察では、表されたカテゴリに含まれる変数の平均値にノーマル群を加えて検討した。以下に、これらの3つの指標について各々の結果と考察を記した。

CDI(対処力不全指標)において、結果は、摂食障害患者群の臨床像として【資質無し・対人行動不適切群】、回復者の臨床像として【資質有り・他者理解有り・対人行動イメージ希薄群】と【資質有り・他者理解希薄・対人行動イメージ明確化群】が表された。それらのことから回復には対人関係を対処する資質の回復と、対象イメージを全体的に捉えられるようになることや適応的な対人行動イメージが明確になることが重要であることが示唆された。ここでの回復者群の臨床像は、摂食障害患者群とは異なっていた。示された回復者の2つのカテゴリは、両方とも対人関係の資質があり、かつ他者理解があるか、または対人行動のイメージが明確化されているという特徴があり、ノーマル群に期待される両方の要因を持っている群ではなかった。この結果からは、回復者群はノーマル群とは違った臨床像を示していることが推察された。そしてノーマル群のデータを含めた考察を行い、回復者群は抑制されがちな感情を程よくコントロールされたものとして表現することで、より適応的な対人関係を持ち、回復後の社会適応をより高めていける可能性が推察された。

DEPI(抑うつ指標)において、結果は、摂食障害患者群の臨床像として【低自尊心・感情葛藤不毛群】、回復者の臨床像として【欲求自覚・感情葛藤無し・協調行動イメージ希薄群】と【欲求自覚・自我関与強・感情萎縮無し群】が示され、回復にはニード、意欲が明確化していることが必要であることが示唆された。先行研究では回復者は抑うつ気分が残存するとされるものがあつたが(鈴木・武田, 2014; 加茂・笠原, 1998; 中井他, 2004)、本研究ではそのことは明確には示唆されなかった。回復者群の2つの DEPI カテゴリは、欲求を自覚していることが共通していたが、明確化したニード、意欲を具体的に実現するための協調行動イメージが希薄である特徴をもつカテゴリと、自我関与過多で感情の扱いが未熟なカテゴリに分かれ、やはりノーマル群との違いがあることが推察された。そこでノーマルデータを加えた考察を行い、回復者群は、意欲、ニードは摂食

障害患者群と比べて上昇しておりノーマル群に近い値になっているが、ノーマル群との違いとして、それを実現する協調的な対人行動イメージが希薄であることが推察された。

PTI(知覚と思考の指標)においては、結果は、摂食障害患者群、回復者群の両群において【高現実検討力群】と【低現実検討力群】が示された。【低現実検討力群】は、回復者群ではその語りから発病当時に精神科併存病があった可能性がうかがわれるもの、摂食障害患者群では人格障害の診断があるものであった。回復者の【低現実検討力群】は【思考の混乱無し】で、摂食障害患者群の【低現実検討力群】は【思考の混乱有り】であったことから、回復には思考の混乱を伴っていないことが重要であることが示唆された。また、思考の混乱は摂食障害の症状というよりも、精神科併存症の程度に影響されている可能性が推察され、回復には精神科併存症の治療が重要であると考えられた。考察では、回復者群の現実検討力を表す変数の平均値は、摂食障害患者群よりも高く、ノーマル群の値に近くなっていた。加えて、回復者群の思考の混乱を表す変数も摂食障害患者群よりも低く、ノーマル群の平均値とおおよそ同等であった。先行研究では、精神科併存症を併発しているケースは遷延化しやすく、予後も悪い傾向があることが示されているが(鈴木・武田, 2014)、精神科併存症の状況が罹患期間を長くする等の摂食障害の予後に大きく関連していることがこの研究からも推察された。同時に、摂食障害のロールシャッハ・テストのアセスメントにおいて、予後をある程度予見できる可能性も推察された。

このような3つの特殊指標の結果と考察から、摂食障害からの回復には、対人関係を対処する資質の回復、対象イメージを全体的に捉えられるようになること、ニード、意欲の意識が明確化されていること、思考の混乱がないことが重要であることが示唆された。これらの知見は、実際の臨床場面で治療者が心理的支援をしていく際に患者の臨床像を把握する上で非常に参考になるものと考えられた。また、回復者群はノーマル群とは異なる特徴を持っていることがうかがわれ、違いとして、回復者群は感情表現がより抑制的であること、協調的な対人行動イメージが希薄であることが示唆された。摂食障害は再発が多いとされる疾患でもあり(永田, 2012)、上記のような点を踏まえた上で、引き続き回復者への支援をしていくことが必要になることが推察された。加えて、先行研究でも言われていることであるが、本研究でも摂食障害の予後は精神科併存症が影響する可能性がうかがわれ、摂食障害の治療に加えて、併存症の治療も非常に大切であることが示唆された。そして、その知見はロールシャッハ・テストの摂食障害のアセスメントにおける予後の予見において役に立つ可能性が示された。

第2節 総合考察と今後の課題

1. 回復に必要とされる要因

研究Ⅰで示された回復の過程から表された最も重要だと思われる回復の要因の一つは、＜重要な他者の本気度を示す＞という相互関係を経て得た＜重要な他者への信頼感の獲得＞であった。その結果として、これらもまた重要な回復の要因と言える＜分かり合うチャンネルの開放＞が起こり、＜自発的な心の始動＞＜こだわりを緩める＞＜やせることより大切なことの発見＞＜自己肯定感の獲得＞という回復の要因の連鎖が生じた。

研究Ⅱで回復の要因として示唆されたものは、対人関係における対処力の改善($CDI \geq 4$ 有意差有り)、自身のニード、意欲の意識向上($FM < 3$ 有意差有り)、他者理解・自己理解の向上($PureH < 2$ 有意差有り)、現実検討力の向上($XA\% < 0.78$, $X\text{-}\% > 0.20$ 有意差有り)、自己中心性指標の上昇($3r+(2)/R < 0.33$ 有意差有り)、普通ではない身体的関心の緩み($An+Xy > 0$ 有意差有り)であった。

研究Ⅲで回復の要因として示されたものは、対人関係を対処する資質の回復($EA > 60$)と、対象イメージを全体的に捉えられるようになること($PureH < 2 \times$)、ニード、意欲が明確化していること($SumShd > FM+m \times$)、思考の混乱を伴っていないこと($R > 16$ and $WSum6 > 17 \times$)が示された。

以上の本論文の研究から明らかにされた回復の要因を以下に整理する(＜ ＞は概念名)。

1) 対象を理解し基本的信頼感を得ること

＜重要な他者への信頼感の獲得＞、他者理解、自己理解の向上($PureH < 2$ 有意差有り)、対象イメージを全体的に捉えられるようになること($PureH < 2 \times$)

2) 他者からのサポートを受け入れること

＜分かり合うチャンネルの開放＞、＜親からの粘り強い関わり＞、＜パートナーからの受容＞、＜家族会で安心を得る＞、＜医療者に支えられる＞、対人関係における対処力の改善($CDI \geq 4$ 有意差有り)

3) 自分の欲求を自覚すること

＜自発的な心の始動＞, 自身のニード, 意欲の意識向上 ($FM < 3$ 有意差有り) ニード, 意欲が明確化していること ($SumShd > FM + m \times$)

4) 認知の歪みの改善

＜こだわりを緩める＞, 現実検討力の向上 ($XA\% < 0.78$, $X-\% > 0.20$ 有意差有り), 思考の混乱を伴っていないこと ($R > 16$ and $WSum6 > 17 \times$)

5) 身体への囚われからの開放

＜やせることより大切なことの発見＞, 普通ではない身体的関心の緩み ($An + Xy > 0$ 有意差有り)

6) 自尊心の向上

＜自己肯定感の獲得＞, 自己中心性指標の上昇 ($3r + (2)/R < 0.33$ 有意差有り)

このように本研究で示された回復の要因は、大きくまとめると、1) 対象を理解し基本的信頼感を得ること、2) 他者からのサポートを受け入れること、3) 自分の欲求を自覚すること、4) 認知の歪みの改善、5) 身体への囚われからの開放、6) 自尊心の向上に分けられた。これらのうち、1) から2) は第1章でまとめた先行研究の分割では、対人関係対処力の向上にカテゴライズされ、4) から6) は自らの内面の変化にカテゴライズされ、概ね先行研究と一致する結果であったと思われる。特に、回復の要因として他者からのサポートを受け入れることを挙げた先行研究は幾つかあり、両親、恋人、友達による支持 (Woods, 2004)、家族以外の人との関係性 (Tozzi et al., 2003)、共感と理解 (Rorty, Yager, & Rossotto, 1993) 等が挙げられている。

本研究において明確になった要因の中で特に重要であると考えられるものを三点挙げる。最も重要な回復要因の一つであったと考えられることは、これらの回復要因が生じるために、最初に基礎となる1) 対象を理解し基本的信頼感を得ることが必要とされることが示唆されたことである。摂食障害からの回復要因は幾つか示唆されたが、まず対象を全体対象として理解し ($PureH < 2 \times$)、＜重要な他者への信頼感の獲得＞が必須であることが回復過程を示すことにより明らかになったものと思われる。

＜重要な他者への信頼感の獲得＞は、＜分かり合うチャンネルの開放＞に繋がり、先行研究で多く挙がっていた他者らのサポートを受けることが出来るようになることに繋がっていった。

Williams(1997a)は他者を寄せ付けない「進入禁止 no entry」型の防衛を, Lawrence (2008)は, 依存を苦手とすることを摂食障害患者の特徴として挙げていた。それは他者に対して頼ることができない, しっかりとした「安全基地」(Bolby,1969)を持っていないということを示しているとも考えられる。＜重要な他者への信頼感の獲得＞は, 安心して他者に頼ることができ, 自由に活動する基になるこの「安全基地」(Bolby, 1969)の獲得の試みであったとも言えるであろう。

摂食障害の発病は, Erikson(1959 西平・中島訳 2011)のいう「アイデンティの拡散」が生じた故の出来事であるとも考えることができる。Erikson は, 「アイデンティ感覚の喪失は, あらゆる場合に人を, 自らの子ども時代の葛藤に直面させる」(Erikson, 1959 西平・中島訳 2011)と述べている。研究Ⅰの摂食障害回復者の心理的変化過程でみた子ども時代の葛藤は, 概念＜他者に対する不信感の萌芽＞に由来するものであったと思われた。摂食障害は, 重要な回復の要因となった＜他者に対する信頼感の獲得＞に至るまでの激しい身体化の表出であったと考えられ, 回復の過程は, 「基本的信頼」(Erikson, 1959)獲得の試みでもあった。「安全基地」(Bolby, 1969)や「基本的信頼」(Erikson, 1959)を得ようとする試みは, 対人関係を変えることに繋がり, それもまた大きな直接的な回復の要因となった。「対象関係は心的世界での複数の自己と内的対象群が織り成す関係性のあり方であり, これが個人のパーソナリティを規定する重要な要素である」(木部, 2006)。摂食障害からの回復には, 重要な他者を理解し, 関係性を変化させ, 自らの心的世界を変化させる試みが必須であったものと考えられた。

二つ目は, 3) 自分の欲求を自覚すること, 概念＜自発的な心の動きの始動＞, ロールシャッハの変数で言うと FM の向上が非常に重要なものであると思われる。＜他者に対する不信感の萌芽＞で生じた子ども時代の葛藤故に, 他者の目にどう映るかを基準に行動してきた摂食障害回復者が, 自分のニードや意欲を意識して生きることを始めたのは, 【自分基準で行動する】ことを始動したということになった。「基本的信頼」(Erikson, 1959)を持たなかった摂食障害回復者は, おそらく幼児時から人の目にどう映るかという基準で自らの行動を決定することが反復強迫(Freud, 1920)となっていたものと推察された。「マラー(1975)は乳幼児期の発達の詳細な記録から, 幼児の依存と自立を廻る再接近期とその危機を論じ, いかに安定した母親表象の確立が外の世界への自立に重要であるかを記述している」(木部, 2006)。そして Blos(1967)は, 思春期の葛藤を Malher(1975)の分離-固体化期の再来であるとしており, ここでは, 安定した母親表象を得てこそ, 自らの欲求を自覚し, 自由に外に出ていくことが出来得ようになるものと考えられた。

そして、最後にもう一つ非常に重要であると思われる心理的要因は、6) 自尊心の向上である。先行研究においては、否定的な自己評価や低い自尊心は摂食障害の特徴及び発病危険因子 (Fairburn & Harrison, 2003) として挙げられている。回復に関する先行研究では、Garrett (1997) は、回復過程に必要なものを自己受容や自己変容だとしている。本論文でも研究Ⅰ、Ⅱ、Ⅲで自尊心の向上、自己肯定感の獲得が回復要因として示された。研究Ⅰの心理的回復過程では、その過程の最後に置いたのが、概念＜自己肯定感の獲得＞であった。摂食障害の病因の一つともされている自尊心の低さを克服し、自己肯定感を獲得することは、回復の到達点であるとも思われた。研究Ⅱの摂食障害患者群と回復者群の比較においても、自己中心性指標 ($3r+(2)/R<0.33$) の差が示され、回復者の自尊心向上が示唆された。研究Ⅲのロールシャッハ研究の DEPI の結果においても、摂食障害患者の特徴として低い自尊心が示唆され、これらの本研究の結果は先行研究と一致するものであったと考えられた。

以上のような本研究で導き出された回復の過程と要因は、摂食障害患者および回復者の心理的な支援をしていく際に非常に役に立つ知見となると思われる。

2. 回復者の臨床像

研究Ⅲでは、ロールシャッハ・テストの特殊指標を使って、摂食障害患者群と共に回復者群の特徴を描き出すことをした。今回、本研究に回復者としてインタビュー並びに心理テストに協力くださったのは、摂食障害家族会を通じて知り合った 8 名と、その他、家族会には所属はしていないご紹介いただいた 8 名であった。今回はデータの少なさから男性例を除き、心理テストに協力を得られた 13 名を回復群とした。協力者は全員、現在は摂食障害の症状はほとんど治まっており、学校に通っていらしたり、仕事をしていらしたり、結婚して子育てをしていらしたりと、社会的にも適応して心理的にも落ち着いた生活を送っていらっしゃる方々であった。

本論文の研究Ⅲのロールシャッハ研究の結果では、回復者群の臨床像として、対人関係の対処力の資質があり、自らのニード、意欲を持っていることが共通する特徴として挙げられた。対人関係の対処力や意欲が上がっていることは、研究Ⅱで見た回復者群と摂食障害患者群の差をみた結果でも共通した結果であった。

半面、研究Ⅲの CDI (対処力不全指標) では資質があることは共通していたが、人を偏りなく見ることができているが対人行動のイメージが明確ではない群と、対人行動のイメージが明確だが人に対して偏った理解をしている群とに分かれ、抑うつ指標においても意欲があることは共通して

いたが、感情葛藤や協調行動イメージが希薄な群と感情委縮はないが自我関与が過剰になっている群に分かれていた。ノーマル群を加えた比較検討を試みた考察では、感情表現が抑制的であることや協調的な対人行動イメージが希薄である点が相違点として推察された。

これらのことをまとめると、回復者群は、研究Ⅱでも示されたように身体への囚われから解放され、自分の生活、人生への意欲が湧き、対人関係において対処する力をつけてきている方々であると言える。しかし半面では、対人関係においては、人と協調する行動をすることや、人に自然と感情表現することや、相手の思いをあれこれと考え過ぎないことに努力を払わなければならない生きづらさをもっていることもうかがえる。

実際にお会いした回復者の方々の、食べ物への囚われから抜け出し、自らが何をしたいのか、一生懸命に感じ考え、それを生き生きと実行しようと頑張っていた一人一人の姿が浮かんで来る。しかしその反面、回復者の方々が、そうやって生きることには多大な努力を払われていらっしやることも事実であることがこの研究からは推察された。

インタビューの中で語られた語りの中に、「まあいいやができるようになった」という語りがあった。基本は完璧主義なのは変わらないが、「まあいいや」と努力して思えるようになったということであった。大概の人間は、何かに向かう時、とことんまで突き詰めるのが苦しいことを知っていて、自然と「まあいいや」と思えるものではないだろうか。「まあいいや」と思う、そんな自分を激しく責めることもしないであろう。しかし、この語りを語ってくれた回復者の方にとって、「まあいいや」と力を抜くことは、つまり、完璧でなくてもいいと思うことは、努力の上に成り立っていることであることがこの研究の結果からは改めてうかがわれた。

研究Ⅰでみた心理的回復過程の中では、過程の最初に概念＜他者への不信感の萌芽＞が示され、やがてそれが病気を経験し、他者からの強い働きかけを受け、＜重要な他者への信頼感の獲得＞に変化し、回復への過程を歩んでいった。幼少期に何らかの理由で得られなかった「基本的信頼」(Erikson, 1959)を思春期に獲得し直すことは、本人に長い時間と相当な努力を強いることになっていた。そして研究Ⅲのロールシャッハ研究の結果では、それが今までの人生の中で人とやり取りしながら協調的にものごとを対処することが少なかった経験の不足、摂食障害患者群との比較では高くなっていたがノーマル群と比較検討すると少ない人への偏りのない理解の不足、感情表現の過度な抑制として生じていることが推察され、それらのことが回復者の方々に今も生きづらさを強いている部分があるのではないかということが考えられた。

先行研究では、回復者の臨床像を示したロールシャッハ研究は見つからなかったが、質問紙調査による回復者群を加えたパーソナリティ特徴を示した先行研究があり、Klump et al. (2004)

は、摂食障害患者群と摂食障害回復者群とコントロール群の性格特性を気質性格検査 TCI (Temperament and Character Inventory) によって比較している。結果は、摂食障害患者群と回復者群の共通する特徴として、ノーマル群よりも、その人物の本質的な人格特性が表れるパーソナリティ特性 I として、行動抑制 Harm-Avoidance (悲観性, 不安・緊張, 人見知り, 疲れやすさ) が高く、表出する人格傾向を表すパーソナリティ特性 II として、自己志向 Self-directedness (自己責任, 目的指向, 臨機応変, 自己受容, 自己啓発) と協調志向 Cooperativeness (社会受容, 共感性, 強力性, 同情心, 純粋性) が低いことが示唆されている。また、このことは障害の病因と関連している可能性もあるとされている。

上記の先行研究で示された結果で、回復者の特徴として示された行動抑制の高さや協調志向の高さは、本研究の回復者の臨床像と結びつく部分があるものと考えられた。しかし Klump et al. (2004) の結果では、回復者と摂食障害患者のパーソナリティ特性に差は認められず、その性格特性は病因の危険因子の可能性があるとされている。本研究で示された回復者の特徴は、ノーマル群との違いは認められたが、摂食障害患者群とも違っていた。この点においては、回復することで変化していく可能性を示唆できたものと考えられた。

3. 再発予防の考察

摂食障害は再発率が非常に高いことが知られているが、寛解した症例がどの程度、再燃、再発するかの研究は限られており、入院治療を行った AN の 1 年後の予後不良は体脂肪の低さが、平均 8.6 年の BN の追跡調査では、社会心理的機能、体重・体型への過剰な関心、GAF 得点 (DSM-IV 診断基準にある社会機能尺度)、躁下位尺度得点が危険因子であった (永田, 2012)。上記の BN の追跡調査の結果からは、予後不良の危険因子は心的な要因とも大きく関連していると考えられる。

摂食障害患者群と回復者群とノーマル群の性格特性を比較した質問紙研究には、先に挙げた摂食障害患者群と回復群の性格特性に差がないとした Klump et al. (2004) の研究や、一等親の女性親族を加えた Lilienfeld et al. (2000) の研究がある。Lilienfeld et al. (2000) は、BN を経験した女性の群 (患者群と回復者群) と、ノーマル群、各々の一等親の女性の群の性格特性を調べて、完璧主義や無力感、対人不信が BN を経験した女性とその一等親の女性の群に共通していたとして、BN の病因に関連する特性である可能性を示唆した。また BN 患者群と回復者群の比較では、BN 患者群の方が疎外感と自然環境に対する応答性が高いとした。

再発に関する心理的な要因を詳しく調べた先行研究は見当たらないようであるが、本論文の研究Ⅲでは、考察にて、摂食障害患者群、回復者群、ノーマル群を比較検討することを試みた。描き出された回復者群の臨床像は、摂食障害患者群より適応的であり、そのことが回復を促したと推察された。しかし、回復者群の変数はノーマル群とは違ったものであり、幾つかの変数においては摂食障害患者群と近い値を示していた。摂食障害患者群と回復者群との共通するものを、先に挙げた研究のように摂食障害の病因に関連している可能性として捉えることもできるが、回復してもなお、摂食障害患者群と似通った特徴を示す点に関しては、摂食障害への脆弱性として捉えて、その部分を心理的にサポートしていくことで再発防止にもつながる可能性が示唆されたものと思われる。

以下に研究Ⅲで示された回復群とノーマル群の差として考察された点を挙げた。

CDI(対処力不全指標)の考察においては、回復者群は感情表現をより抑制している点と、依存・受動傾向にあるものが半数近くいるという点でノーマル群と差があった。この点を考慮すると、回復者群が、程よくコントロールされた感情表現ができるようになること、回復の過程では一時的に必要であったと推察される受動・依存傾向(退行)の強さを弱めていくことが、より適応的な対人関係を生じ、回復後の社会適応をより高めていくであろうことが推察された。

DEPI(抑うつ指標)の考察においては、回復者群は協調行動の具体的なイメージが少ないことと、人格構造の未熟さから来る不安・緊張が見られることがノーマル群との差として推察された。DEPIの結果からは回復者群はニード、意欲が高くなっていることが認められたため、それを実現していくための他者理解や具体的な協調行動イメージを持てるように支援していくことが必要とされることが思われた。

PTI(知覚と思考の指標)の考察では、回復者群の現実検討力を表す変数の平均値は、摂食障害患者群よりも高く、ノーマル群の値に近くなっていた。加えて、回復者群の思考の混乱を表す変数も摂食障害患者群よりも低く、ノーマル群の平均値とおおよそ同等であった。精神科併存症を併発しているケースは遷延化しやすく、予後も悪い傾向があることが示されているが(steinhausen, 2002; 中井他, 2004; 鈴木・武田, 2014)、精神科併存症の病態が摂食障害の予後に大きく関連していることが、この研究からも推察され、精神科併存症の治療も大きく再発と関係するであろうことが予測された。

以上のような点から、本研究では摂食障害の再発を予防する上でも心理的な支援が有益であることが考察された。

4. 本研究の意義

以下に、本研究における意義を回復とロールシャッハ研究という二つの側面から述べる。

まずは、本研究は摂食障害研究において、あまり数が多くはない回復に焦点を当てた研究と成り得たことが一つの大きな意義であると思われる。

本研究では、発症から回復までの過程をシンプルな結果図にて簡潔に示唆した。支援者の立場から摂食障害回復者本人の話をうかがい、摂食障害からの回復の過程を心理的な支援を行っている現場に還元することを目的に簡潔に示すことを試みた。

また、筆者の前研究(貝塚, 2011)において一つの疑問として残っていた臨床現場にて遭遇することがある親が重要な他者と成り得る力を持たないケースが、どのように回復に至るのかを示唆できた点も大きな意義となっていると思われる。親が粘り強い関りを行うことが不可能なケースにおいても、パートナーの受容等を受け、他者に対する基本的信頼を得て回復に至ることが可能であることを示唆した。

そして、インタビュー調査から得た質的研究の結果と、ロールシャッハ・テストから得た量的研究の結果のどちらにおいても回復に必要な要因を示唆し、それらの結果から共通する回復要因の整合性を考察できたことの意義は大きなものであると考える。

次に、ロールシャッハ研究における本研究の意義を述べる。

ロールシャッハ研究においての本研究の大きな意義は、摂食障害患者群と回復者群を比較したことであると考え。今までに摂食障害患者群とノーマル群を比較して摂食障害患者の特徴を述べたものはあるが、摂食障害患者と回復者とを比較してその相違点に言及したことは新たな試みであったと思われる。本研究では、摂食障害患者群と回復者群を比較することによって回復に必要な要因を示唆することが出来た。

また、ロールシャッハ研究において、本研究で回復者群の臨床像を示唆したことも新たな試みとなり、大きな意義のあることであると考え。回復者の臨床像についての知見を得ることは、どの点を支援することが回復へと繋がるかという知見を得ることにになり、実際の臨床場面において支援する際の一助となるものと思われる。

そして、本研究において回復群と摂食障害群、ノーマル群のロールシャッハ・テストの変数の違いを考察したことは、回復者群のノーマル群に近い要因、摂食障害患者群に近い要因を考察することに成り得て、摂食障害という疾患では多いと言われている再発の予防について考察する機会を得た点も大変意義のあることであると考え。

最後に、摂食障害患者と回復者の各々の現実検討力、思考の混乱の有無について検討を加えたことにより、ロールシャッハ・テストのアセスメントにおける摂食障害の予後を予見できる可能性を示唆したことも意義のあることと思われる。

5. 今後の課題

以下に、本研究における今後の大きな5つの課題を述べる。

第1の課題は、研究Ⅱ、研究Ⅲにおける摂食障害患者及び回復者のデータ数を増やすことである。研究Ⅱでは摂食障害患者群と回復者群の有意差を示したが、データ数の少なさや偏りから、思うような結果を導き出せない点も生じた。研究Ⅲでは摂食障害群、回復者群に加えてノーマル群との比較も試みたが、ノーマル群として標準データ(Nakamura et al., 2007)を用いたために、本研究の摂食障害群と回復者群との母数や男女比の大きさの違いから考察に留まった。

第2の課題は、本研究のデータに見合った年齢の女性のノーマル群のデータを採ることである。今回考察にて、ノーマル群のデータとして Nakamura et al. (2007) の日本人成人非患者のデータ(男性 61 名、女性 99 名、年齢 18 歳から 60 歳)を用いたが、本研究のデータ(全女性例、摂食障害患者 17 名、14 歳から 33 歳、回復者群 13 名、年齢 20 歳から 40 歳)と比べると釣り合いが難しいものであると考えられた。本研究のデータと釣り合いの取れた独自のノーマルデータを作成し比較検討し、結果として示すことが出来るようにすることは今後の大きな課題である。

第3の課題は、精神科併存症のあるデータ(またはあったデータ)を、併存症のないデータと分けて、その各々の特徴を示すことである。研究Ⅲの PTI の分析では、精神科併存症を経験した回復者とそうではない回復者、精神科併存症のある摂食障害患者とそうではない患者のロールシャッハ・テストに表れる特徴は違うことが推察された。しかし、本研究における当てはまる被験者の人数は極限られたものであり、あくまで推察の域を出ることが出来なかった。この点において、更に詳しく研究を進め、ロールシャッハ・テストにおける摂食障害のアセスメントにおける予後の予測に役立てるようにすることは大きな課題である。

第4の課題は、摂食障害患者のデータを AN, BN の病型に分けて、ロールシャッハ・テストでの特徴を明らかにすることである。本研究における回復者のデータのほとんどが病型の移行のあったものであった。多くの先行研究では病型による特徴の違いが示されている(岡他, 1985; 鳶田他, 1985; 塚野他, 2012; Smith et al., 1991)。本研究におけるデータにおいても、敢えて

AN, BN で病型に分けて特徴を示すことを試みて、本研究で得られた特徴との比較検討を行い、病型を移行することが多い摂食障害という病において病型別研究をすることの意義について改めて考えてみたい。

第 5 の課題は、男性データと女性データの摂食障害患者及び回復者のデータを比較することである。今回は男性データの数が少なかったことや、他の研究との整合性を考えて対象者を女性だけのデータとした。今後、男性の摂食障害患者及び回復者のデータが集まれば、临床上では増加しつつあると思われる男性摂食障害患者及び回復者の特徴について明らかにし、本研究で得た女性摂食障害患者及び回復者との差についても検証したい。

引用文献

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed.. Washington, DC: American Psychiatric Association.
(日本精神神経学会(監修) 高橋 三郎・大野 裕(監訳)(2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- Bion, W. R. (1967). *Second thought*. London: Heinemann.
(ピオン, W. R. 松木 邦裕(監訳)中川 慎一郎(訳)(2013). 再考:精神病の精神分析論 — Second Thoughts — 金剛出版)
- Blos, P. (1967). The second-individuation process of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child* 22, 162-186.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
(ブルック, H. 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)
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York, London: W. W. Norton & Company. (Original work published 1959)
(エリクソン, E. H. 西平 直・中島 由恵(訳)(2011). アイデンティティとライフサイクル 誠信書房)
- Exner, J., E., Jr., (2002). *The rorschach: A comprehensive system, Vol. 1: Basic foundations and principles of interpretation, 4th ed.* USA: John Wiley.
(エクスナー, J. E. Jr. 中村 紀子・野田 昌道(訳)(2009). ロールシャッハ・テスト包括システムの基礎と解釈の原理 金剛出版)
- Garcia, A., C. (2005). Cognitive functioning and other discriminatory variables in anorexia patients. *Rorschachiana*, 27, 191-210.
- Garrett, C. J. (1997). Recovery from anorexia nervosa: A sociological perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 261-272.
- Curie, L., G., Canetti, L., Galili W., E., Milun, M., Gur, E., & Bachar, E. (2012). Selflessness in anorexia nervosa as reflected in the rorschach comprehensive system. *Rorschachiana*, 33, 78-93.
- Fairburn, C. G., & Harrison P. J., (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York:

- Guilford Press.
- (切池 信夫(監訳)(2010). 摂食障害の認知行動療法 医学書院)
- Federici, A., & Kaplan, A. S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 1-10.
- Freud, S. (1895). *The psychotherapy of hysteria*. In *Standard Editions*, vol.2. London: Hogarth Press.
- (フロイト, S. 懸田 克躬・高橋 義孝(訳)(1974). ヒステリーの心理療法 フロイト著作集 7 人文書院)
- Freud, S. (1905). *Three contirbutions to the sexual theory*. In *Standard Editions*, vol.7. London: Hogarth Press.
- (フロイト, S. 懸田 克躬・吉村 博次(訳)(1969). 性欲論三篇 フロイト著作集 5 人文書院)
- Freud, S. (1920). *Beyond the pleasure principle*. In *Standard Editions*, vol.18. London: Hogarth Press.
- (フロイト, S. 小此木 啓吾(訳)(1970). 快感原則の彼岸 フロイト著作集 6 人文書院)
- Garett, C. J. (1997). Recovery from anorexia nervosa: A sociological perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 261-272
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative reseach. Chicago: Aldine.
- (グレイザー, B. G. & ストラウス, A. L. 後藤 隆・大出 春江・水野 節夫(訳)(1996). データ対話型理論の発見－調査からいかに理論をうみだすか 新曜社)
- Godart, N. T., Falment, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15(1), 38-45.
- Guinzbourg, M. (2011). Eating disorders: A current concern similarities and differences among the anorexia, bulimia, and EDNOS categories. *Rorschachiana*, 32, 27-45.
- Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa (Apesia Hysteria, Anorexia Hyterica), *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, 22-28.

- Graham, R. (1998). The heat of the moment: Psychoanalytic work with families. In R. Anderson, & A. Darington (Eds.), *Facing it out: Clinical perspectives on adolescent disturbance* (pp. 133-146). London: Karnac Books.
- (グラハム, R. アンダーソン, A. & ダーリントン, A. (編) 鈴木 龍 (監訳) 李 振雨・川崖 拓史 (訳) (2000). 白熱の瞬間 — 家族との精神分析的作業 — 思春期を生きぬく — 思春期危機の臨床実践 — (pp. 184-204) 岩崎学術出版)
- Halmi, K. A., Ekert E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives General Psychiatry*, 48(8), 712-718.
- Hutchings, M. (2001). *How to recover from anorexia & other eating disorders*. NSW: Hale & Iremonger, Pty.Ltd.
- 石川 俊男 (2012). 支持的療法 中井 義勝・永田 利彦・西園 マーハ (代表) 摂食障害治療ガイドライン作成委員会 (編) 日本摂食学会 (監修) 摂食障害治療ガイドライン (pp.247-249) 医学書院
- 石川 俊男 (2015). 摂食障害との出会い 心身医学, 55, 321-331.
- 貝塚 陽子 (2011). 摂食障害回復者の母親の心理的変化過程 白百合女子大学発達臨床センター紀要(14), 30-40.
- 加茂 登志子・笠原 俊彦 (1998). 摂食障害の長期的転帰と comorbidity 精神医学, 40, 234-246.
- 加藤 直子・山岡 昌之 (1999). 若い女性と摂食障害(拒食症, 過食症)の治療 — 再養育療法を中心に — 母子保健情報 40
- Kaye, W.H. (2009). Eating disorders: Hope despite mortal risk. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1309-1311.
- Keel, P. K., Michell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives General Psychiatry*, 56(1), 63-69.
- Klump, K. L., Strover, M., Bulik, C. M., Thornton, L., Johnson, C., Devlin, B., ...Kaye W.H., (2004). Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological Medicine*, 34(8), 1407-1418
- 木部 則雄 (2006) こどもの精神分析 クライン派・対象関係論からのアプローチ 岩崎学術出版
- 木下 康仁 (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ: 質的実証研究の再生 弘文堂

- 木下 康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 弘文堂
- 木下 康仁 (2007). ライブ講義 M-GTA 弘文堂
- 切池 信夫 (2000). 摂食障害とうつ病 臨床心理医学, 29, 997-1002
- 切池 信夫 (編). (2007). 摂食障害 最新医学別冊 新しい診断と治療の ABC 最新医学社
- 切池 信夫 (2014). DSM-5 を読み解く 伝統的精神病理, DSM-IV, IDC-10 をふまえた新時代の精神科診断 神庭 重信・神尾 陽子(編) 神経性やせ症／神経性無食欲症 (pp.117-122) 中山書店
- Klein, M. (1945). *The oedipus complex in the light of early anxieties*. In, *The writings of Melanie Klein, vol.1*. London: Hogarth Press.
- (クライン, M. 牛島 定信(訳) (1983). 早期不安に照らしてみたエディプス・コンプレックス メラニー・クライン著作集 3 誠心書房)
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude*. In, *The writings of Melanie Klein, Vol.3*. London: Hogarth Press.
- (クライン, M. 松本 嘉男(訳) (1996). 羨望と感謝 メラニー・クライン著作集 5 誠心書房)
- 河野 通子・馬場 禮子 (1993). 摂食障害と防衛活動ーロールシャッハ・テストを中心にー ロー ルシャッハ研究 X X X V, 93-108.
- Lawrence, M. (2008). *The anorexic mind*. London: Karnac Books.
- Lilenfeld, L. R. R., Stein, D., Bulik, C. M., Storoher, M., Plotincov, K., Police, C., ... Kaye, W.H. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first -degree female relatives of bulimic and control women, *Psychological Medicine*, 30 (6), 1399-1410.
- Mahler, M. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books.
- (高橋 雅士・織田 正美・浜畑 紀(訳) (1981) 乳幼児の心理的誕生 ― 母子共生と固体化 ― 黎明書房)
- 松木 邦弘(1985). 両親の環境としての機能と対象としての機能 ― 神経性無食欲症の家族病と治療技法をめぐって ― 季刊精神療法, 11, 43-52.
- 松木 邦弘(1997). 摂食障害の治療技法 金剛出版
- 松木 邦弘(2006). 摂食障害の精神分析的アプローチ ― 病理の理解と心理療法の実践(精神分析臨床シリーズ) ― 金剛出版

- Minuchin, S., Rosman, B. L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- (ミニューチン, S. 福田 俊一(監訳) (1987). 思春期やせ症の家族 ― 心身症の家族療法 ― 星和書店)
- Morgan, H.G., & Russell, G.F. (1975). Value of family back-ground and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 355-371.
- Morton, R. (1694). *Phthisiologia, or, a treatise of consumptions*. London: Samuel Smith & Benjamin Walford.
- 永田 俊彦 (2012). 再発 中井 義勝・永田 利彦・西園 マーハ(代表) 摂食障害治療ガイドライン作成委員会(編) 日本摂食学会(監修) 摂食障害治療ガイドライン 11 (pp.179-182) 医学書院
- 中井 義勝 (2004). 中学生, 高校生を対象とした身体像と食行動および摂食障害の実態調査 過去 20 年の比較 厚生労働研究費補助金 分担研究報告書 pp.35-40.
- 中井 義勝・成尾 鉄朗・鈴木 健二・石川 俊男・西園 マーハ文・高木 州一郎 (2004). 摂食障害の転帰調査 精神医学, 46(5), 481-486.
- 中井 義勝 (2012). 転帰 中井 義勝・永田 利彦・西園 マーハ(代表) 摂食障害治療ガイドライン作成委員会(編) 日本摂食学会(監修) 摂食障害治療ガイドライン 18 (pp.252-262) 医学書院
- 中村 英代 (2011). 摂食障害の語り 〈回復〉の臨床社会学 新曜社
- 中村 紀子・佐藤 豊・寺村 堅志・藤岡 淳子・佐藤 尚代・岩井 昌也・市川 京子・渡辺 悟・内田 佳子 (1998). 包括システムによるロールシャッハ・テストでの日本人成人非患者の記述統計資料 包括システムによる日本ロールシャッハ学会誌 2 (1), 74-78.
- 中村 紀子 (2016). ロールシャッハ・テスト講義Ⅱ 解釈編 金剛出版
- 中村 伸一 (2007). 管理・治療・予防: 家族への接し方と家族療法 切池 信夫(編) 摂食障害 新しい診断と治療の ABC 47 精神4 第 4 章 (pp.140-145) 最新医学社
- 中村 伸一 (2008). 摂食障害に対する家族療法の効果 臨床精神医学, 37 (11), 1459-1462.
- Narduzzi, K. J., & Jackson T. (2000). Personality differences between eating-disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 56(6), 699-710.

- 西園 マーハ (2006). 摂食障害の時代的変遷 最新精神医学 11, 255-259.
- 西園 マーハ (2010). はじめに—摂食障害の治療地図 専門医のための精神科臨床リビュー
ル 28 摂食障害の治療 (pp. 2-139) 中山書店
- 西園 マーハ (2014). 摂食障害の長期予後, 臨床精神医学, 43(10), 1451-1455.
- 岡 秀樹・青木 宏之・遠山 尚孝 (1985). 神経性無食欲症者の病態と心理力動—安定型と不安定型の比較を中心に 精神医学 27, 1353-1360.
- 岡部 祥平 (1984). ロールシャッハ・テストからみた Anorexia Nervosa 臨床精神医学 13, 1191-1198.
- 岡本 百合・三宅 典恵・神人 蘭・矢式 寿子・内野 悦弟司・磯部 典子…吉原 正治 (2013). 摂食障害の回復過程に関与する因子の検討 総合保健科学, 29, 1-6.
- 奥田 宏 (2014). 摂食障害の回復と支持的精神療法 心身医学, 54, 1111-1117.
- Palazzoli, S. M. (1974). *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. US: Jason Aronson Inc. Publishers
- Patching, J. & Lawer, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering, a life - history approach. *Nursing Inquiry*, 16(1), 10-21.
- Robinson, P. (2009). *Severe and enduring eating disorder (SEED): Management of complex presentations of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. UK: Wiley-Blackwell Press.
- Root, M. P. P., Fallon, P., & Friedrich, W. N. (1986). *Bulimia: A systemic approach to treatment*. New York: WW Norton & Company.
- Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1993). Why and how do women recover from bulimia nervosa? The subjective appraisals of forty women recovered for a year or more. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3), 249-260.
- Russell, G. F. M (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant anorexia nervosa, *Psychological Medicine* 9, 429-448.
- Russell, G. F. M., Dare, C., & Eisler, I. (1992). *Controlled trials of family treatments in anorexia nervosa*. In K. A. Halmi (Ed.). *Psychobiology treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp. 237-261). Washington DC: American Psychiatric Press.

- 下坂 幸三 (1988). アノレキシア・ネルヴオーザ考論 金剛出版
- 下坂 幸三 (1991). 常識的家族療法 精神神経誌 93, 994-998.
- 下坂 幸三 (1993). 過食症に対する外来精神療法の原則 精神科治療学 8, 389-397.
- 下坂 幸三 (1999). 拒食と過食の心理 — 治療者のまなざし — 岩波書店
- 下坂 幸三 (2001). 摂食障害治療のこつ 金剛出版
- Smith, J. E., Hillard, M.C., Walsh, R. A., Kubacki, S. R., & Morgan, C. D. (1991). Rorschach assessment of purging and nonpurging bulimics. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 277-288.
- 祖父江典人(2008). 対象関係論の実践 心理療法に開かれた地平 新曜社
- Steiner, J. (2003). *Psychic retreats: Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients*. London: Routledge.
- (ステイナー, J. 衣笠隆幸(監訳) (1993). こころの退避 岩崎学術出版)
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20 th century. *American Journal Psychiatry* 159, 1284-1293.
- Strober, M., Freeman, R. & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 22, 339-360.
- Srinivasagam, N. M. (1995). President perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1630-1634.
- Swinbourne, J. M., & Touys, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 253-274.
- 須田 真史・石川 俊男 (2015). 摂食障害, 最近の動向と治療 診断と治療 103 (8), 1087-1091.
- 鈴木 健二 (2010). 慢性期の摂食障害の病理と治療 専門医のための精神科臨床リビュー 28 摂食障害の治療 西園 マーハ(編) (pp. 106-116) 中山書店
- 鈴木 健二 (2010). 摂食障害のアディクション的側面 精神科治療学 25(5), 589-595.
- 鈴木 健二 (2012). 中井 義勝・永田 利彦・西園 マーハ(代表) 摂食障害治療ガイドライン作

- 成委員会(編) 日本摂食学会(監修) 摂食障害治療ガイドライン 17・3 行動面での治療効果測定 (pp. 247-249) 医学書院
- 鈴木 健二・武田 綾 (2014). 慢性化した摂食障害はどこまで回復するか 精神医学 56(10), 891-899.
- 高木 州一郎 (1994). 摂食障害の母親のグループ療法 心身医学 34(2), 184-189.
- 建部 佳記・長井信篤・胸元孝夫・穂満直子・成尾鉄朗・野添新一 (2002). 当科にて入院行動療法を行った摂食障害患者の予後に関する調査研究 心身医学 42, 661-668.
- 武田 綾・鈴木 健二・白倉 克之 (2002). 摂食障害とアルコール依存症の合併例の転帰調査 心身医学 42(8), 513-519.
- Tanaka, H. (2001). Outcome of severe anorexia nervosa patients receiving inpatients treatment in Japan: An 8-year follow-up study. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 55, 389-396.
- Tozzi, F., Sullivan, P. E., Fear, J. L., McKenzie, J., & Bulick, C. M. (2003). Cause and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 143-154.
- Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2008). *Skills-based learning for caring for a loved one with eating disorder: The new Maudsley method*. London: Routledge.
- (友竹 正人・中里 道子・吉岡 美佐緒(訳). モーズレイ・モデルによる家族のための摂食障害こころのケア 新水社)
- 塚野佳代子・秋庭篤代・津久井要・伊藤牧子・江花昭一 (2012). ロールシャッハ・テスト包括システムによる摂食障害の心理的特徴の検討 心身医学 52 (7), 646-653.
- 薦田圭子・伊藤幸江・奥村茉莉子・馬場禮子 (1985). 摂食障害の力動的ロールシャッハ・テストを中心に 心理臨床学研究 3, 18-31.
- Weiner, I. B. (1998). *Princess of rorschach interpretation*. Laurence: Erlbaum Associates.
- (ワイナーI. B. 秋谷 たつ子・秋本 倫子(訳) (2005). ロールシャッハ解釈の諸原則 みすず書房)
- Williams, G. (1997a). *Internal landscapes and foreign bodies*. London: Duckworth.
- Williams, G. (1997b). Reflections on some dynamics of eating disorders: 'No entry'

- defences and foreign bodies. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 927-941.
- (田泰宏(訳)(2000). 摂食障害のある特異な力動に関する考察 思春期を生き抜く—思春期の危機の臨床実践 (pp.102-144) 岩崎学術出版)
- Winnicott, D. W. (1958). *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Tavistock Publications.
- (ウィニコット, D.W. 北山 修(監訳)(2005). 小児医学から精神分析へ — ウィニコット臨床論文集 — 岩崎学術出版)
- Woods, S. (2004). Untreated recovery from eating disorders. *Adolescence*, 39(154), 361-371.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and dagnostic guidelines*. World Health Organization.
- (融道男・中根允文・小見山実・岡崎祐士・大久保善朗(監訳)(2009). IDC-10 精神および行動の障害 — 臨床記述と診断ガイドライン新訂版 — 医学書院)
- 吉村 佳世子・秋庭 篤代・富田 裕一郎・服部 聡・松波 聖治・山本 晴義・津久井 要・江花 昭一(2006). ロールシャッハ・テスト包括システムによる摂食障害の心理的特徴の検討:第1報 心身医学 46 (3), 206-214.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H., & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lesson from a 21-year follow-up study. *The Lancet*, 355, 721-722.

要旨

遷延化しやすく死亡率も高い摂食障害については様々な立場からどう治療すべきかという多くの研究がなされているが、未だ唯一絶対的な治療法は見つかっていない。摂食障害からの回復に特化した研究はそう多くはなく、実際にどのような心理的過程を経て回復していくかを簡潔に示したものは少ない。また、ロールシャッハ研究において、包括システムを使用した摂食障害研究は日本ではそう多くはなく、海外においても、回復者と摂食障害患者の違いを比較したものは見当たらないと思われる。本論文では、摂食障害患者が、どのような心理過程を経て回復していくのかという回復への心理的プロセスと、回復の要因を明らかにし、回復や再発予防のための心理的支援に生かすことを考えるために研究Ⅰから研究Ⅲの研究を行った。

研究Ⅰでは、摂食障害回復者 13 名のインタビューデータを M-GTA にて質的分析を行い、その回復までの過程を 4 つのカテゴリと 19 の概念にまとめ、結果を結果図とストーリーラインで簡潔に示した。幼い頃から【他者に合わせる自分を作る】ことをして来た摂食障害回復者は、発病し【止められないスパイラル】の中に入り込んだ。＜重要な他者の本気度を試す＞相互作用を行い、＜重要な他者への信頼感の獲得＞を経て、【他者との信頼関係を作る】ことが可能になった。その結果、【自分基準の行動をする】ことが出来るようになり、回復の過程を歩み出した。

研究Ⅱでは、摂食障害患者群と回復者群の各々のロールシャッハ・テストの変数をカイ二乗検定およびフィッシャーの正確確立検定によって分析し、摂食障害からの回復に必要な要因を示唆した。結果として、 $CDI \geq 4$, $FM < 3$, $PureH < 2$, $XA\% < 0.78$ および $X\text{-}\% > 0.20$, $3r+(2)/R < 0.33$, $An+Xy > 0$ の変数に関して有意差が示された。各々の変数の示す意味から、対人関係における対処力の改善、ニード・意欲の意識の向上、他者理解・自己理解の向上、現実検討力の向上、自己中心性指標の上昇、普通ではない身体的関心の緩みが、摂食障害からの回復に必要な要因として示唆された。考察においては、量的に求めた研究Ⅱの結果(有意差のあった回復要因)と、質的な研究から求められた研究Ⅰの結果(回復過程のカテゴリと概念の変化)の整合性について考察を行った。

研究Ⅲでは、特殊指標の中に含まれる項目を最適尺度法にて分析し各々のプロットを作成した。その中で特徴的なプロットを示した CDI(対処力不全指標), DEPI(抑うつ指標), PTI(知覚と思考の指標)に関して、摂食障害患者群と回復者群の臨床像の特徴についてまとめた。考察では、表されたカテゴリに含まれる変数の平均値にノーマル群を加えて検討した。

CDI(対処力不全指標)において、結果は、摂食障害患者群の臨床像として【資質無し・対人行動不適切群】、回復者の臨床像として【資質有り・他者理解有り・対人行動イメージ希薄群】と【資質有り・他者理解希薄・対人行動イメージ明確化群】が示された。回復には対人関係を対処する資質の回復と、対象イメージを全体的に捉えられるようになることが重要であることが示唆された。ノーマル群のデータを含めた考察を行い、回復者は抑制されがちな感情を程よくコントロールされたものとして表現することで、より適応的な対人関係をもち、回復後の社会適応をより高めていける可能性が推察された。

DEPI(抑うつ指標)において、結果は、摂食障害患者群の臨床像として【低自尊心・感情葛藤不毛群】、回復者の臨床像として【欲求自覚・感情葛藤無し・協調行動イメージ希薄群】と【欲求自覚・自我関与強・感情萎縮無し群】が示され、回復にはニード、意欲が明確化していることが必要であることが示唆された。ノーマルデータを加えた考察を行い、回復者群は、意欲、ニードは摂食障害患者群と比べて上昇しておりノーマル群に近い値になっているが、ノーマル群との違いとして、それを実現する協調的な対人行動イメージが希薄であることが推察された。

PTI(知覚と思考の指標)においては、結果は、摂食障害患者群、回復者群の両群において、【高現実検討力群】と【低現実検討力群】が示され、回復には思考の混乱を伴っていないことが重要であることが示唆された。また、思考の混乱は摂食障害の症状というよりも、精神科併存症の程度に影響されている可能性が推察され、回復には精神科併存症の治療が重要であると考えられた。考察では、回復者群の現実検討力を表す変数の平均値は、摂食障害患者群よりも高く、ノーマル群の値に近くなっていた。加えて、回復者群の思考の混乱を表す変数も摂食障害患者群よりも低く、ノーマル群の平均値とおおよそ同等であった。

以上のように、3つの特殊指標の結果と考察から、摂食障害からの回復には、対人関係を対処する資質の回復、対象イメージを全体的に捉えられるようになること、ニード、意欲が明確化していること、思考の混乱を持たないことが重要であることが明らかになった。また、回復者群はノーマル群とは異なる特徴を持っていることがうかがわれ、違いとして、回復者群は、感情表現がより抑制的であること、協調的な対人行動イメージが希薄であることが示唆された。摂食障害は再発が多いとされる疾患でもあり(永田, 2012)、上記のような点を踏まえた上で、引き続き回復者への支援をしていくことが必要になることも推察された。

付録

研究 I 分析ワークシート

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	他者への不信感の萌芽
定義	歪みのある家族関係の中で、人に対する不信感を心の中で育てていくこと。
バリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・世の中の人ってなんでこんなに憎み合っているんだろう。(A p.3) ・お祖母ちゃんと母の関係もすごく陰悪っていうか、人間は悪みたいになしか捉えられなかったの。(A p.3) ・基本的に何かをされても、この人は本当は私を貶めようとしているんじゃないかっていう考え方しかできなくて。(A p.4) ・「人って裏があるんだ」、すごくリアルに感じて、すごく怖くなったんですね。(H p.1) ・人は皆冷たいもので、誰かが誰かを無条件に好きとか、誰かが誰かに対して無条件に笑うとか、きっとそこには利益が絡んだり、損得も絡んだり、そういうものが全部ぐるぐるしている。(A p.5) ・前はあの人があんなことを言っていたとか、あの人があんな顔していたとか気にしていた。(C p.10) ・表では仲良くしているけど、その人がいなくなると裏になって、こうだね、ああだねってすごく周りが言っているのを聞いた。(H p.1) ・小さな頃から(祖母に)母がいじめられているって思っていました。色んなことを聞かされて何度実家に帰ろうかって思ったって。(H p.1) ・お父さんとお祖父ちゃんが喧嘩している。もう吞まないってまた吞んでいるとか、結構激しかったんで、その影響もあるのか大人が嫌いだったんです。(K p.1) ・こと恋愛関係において多かったんですけれども、なんかこう信用しきれないというか、あと、相手にとって自分がどれくらい重要、大切なのが分からない。まあそんなことを言ってもどうせねって、心配してくれるのは一時的なだけ。(D p.7) ・いい子でいないといけないと思っていた。でないと、見捨てられちゃうって。(C p.1)

	<p>・お母さんの虐待が始まったのはもう、もの覚え始まった頃からです。お母さんもおばあちゃんに虐待されていた。(G p.1)</p> <p>・取り敢えず「死ね」は当たり前、殴る蹴るは当たり前、怪我とかはフォークで刺されたりとかはありましたし、それこそ、ベランダに閉じ込められていたり、ベランダの外に出して、「お前なんか、産むんじゃなかった。さっさと死ね」みたいに言われていて。(G p.1)</p> <p>・(母親からの虐待時に父親は) そういうのは興味がないし、もう無視って感じ。だからと言って、暴れるわけでもなく、切れるわけでもなく、そういうのは一切、何があったのって興味示すわけでもなく、「俺に言われても…」みたいな。(G p.1)</p> <p>・今、思うとあんまり母親と離れたくなかった。妹が生まれて7つ下で、生まれて2, 3歳、保育園くらい、デーンとかかりきりになるじゃないですか、それでちょっと嫌になったのかってというのはあります。母親が取られちゃうっていう不安感が強かった。(B p.1)</p>
理論的メモ	<p>・不信感を育てた結果…人間に対する不信感を自分の中で育て、チャンネルを閉じ、結果、悪意を持っていると思われる人が怖かったので、人に合わせた自分を作り、本心を表さずに来たのか。ケースB、母親を取られる不安感を持っていたのというのは母に対する不信感を持っていたということになるであろう。母に対しても幼い妹に二人が結託してしまうという不信感があったからこそ、不安感を持っていたのではなかいかな。</p> <p>対)【育て直しをしてもらおう】(仮)のカテゴリ、＜親に対する信頼＞＜恋人・配偶者への信頼＞＜医療者への信頼＞(仮)の3つの箇所どこからでも真の信頼が得られれば、幼い頃に心の中で育てた人間への不信はぬぐわれることは可能？医療者への信頼を同列に置くことは難しそう。</p> <p>類)＜分かり合うチャンネルの閉鎖＞…不信感を育てた結果として生じたものであるが、同一概念にすることも考えるべきであろうか。</p>

分析テーマ	他者への信頼を獲得し、他者を受け入れるプロセス
概念	分かり合うチャンネルの閉鎖
定義	分かってもらえないと思い自分から他者との深い交流を避け、自分の思いを表出しないこと。
バリエーション	<p>・他人と触れ合うことが怖かったので、父や母とも本気でぶつからなかったっていうか見切ってたっていう言い方が一番正しい。うん、見切ってた。絶対にわかりっこないから、わかるまい、正しく私の気持ちを理解してくれるわけがないから口に出すまい。(A p.3)</p> <p>・本心言わないし、本気でぶつからない。喧嘩ほとんどしなかった、友達と。友達と喧嘩すること、本気でぶつかることって、全然しなかった。(A p.6)</p> <p>・友達を愛することもできなくて、基本的に何かをされても、この人は本当は私を落としめようとしているんじゃないかっていう考え方しかできなくて、何かやってもらうことができない。言われても「何これ？」みたいな、信用してない誰も。(A p.4)</p> <p>・小さい頃から母親が強くて…、言ってもどうせ無駄だってことが分ってきていて、何も言いませんでしたね。兎に角、疲れてました。(L p.1)</p> <p>・基本的にはどんどん自分を追いつめる方向、努力が足りない、努力が足りない、考え方が甘い、心が弱い、相談するのは恥、一人でやれって。(A p.4)</p> <p>・人間関係面倒臭くて、女子同士のもめごととか、そういうのに巻き込まれるの嫌だったから遠ざかっていた。(F p.2)</p> <p>・ただ自分が受け入れられない人間なんだっていうのがずっとあって、自分が他人から受け入れられないものって思って…。(K p.2)</p> <p>・思っていることをやっぱり言わない。それは昔から蓄積されたものがあるんですけれども、やっぱり両親とのコミュニケーションとの間で、要は、やっていることとと考えていることが違う。(D p.9)</p> <p>・対人関係、対象関係がつかずきのきっかけでもあったので、言えなかったことを飲み込んでみたいな人間関係。(D p.10)</p> <p>・言ってもたぶんわからないだろうから、言っても無駄だとか、自分でなんとかしようと思っていた。(H p.7)</p>

	<p>・小さい時から結構人と関わるのが苦手で、しなくて友達も出来ない。(Mp.3)</p> <p>・誰にも迷惑かけたくなかったんですね。誰かに迷惑かけるくらいだったら、だったら一人で死んだ方がまし。(G p.4)</p> <p>・行きたくないけど、親もやっぱり、自分がいじめにあったこともないし、不登校になったこともないから、まさか自分の子が不登校になって感じじゃないですか。学校行けないなんて言えなかった。…何のために学校行ってるのか、何のために生きているのか。で、学校の授業もまともに聞けなかったんです。意識的にもう精神的におかしくて。でも誰にも言えない。(K p.2)</p> <p>・今と全然違って鬼のような母親で、…叩かれていました。ピアノを間違えちゃった時、あと、母の言うことを聞かない時、調子に乗っちゃいけない時にすごく調子に乗っちゃったり。…私は怒られたくない、…いい子でいなきゃ、いい子でいなきゃ、でないと見捨てられちゃう。(C p.1)</p>
理論的メモ	<p>その理由 他人に触れ合うことが「怖かった」、他人を見切っていた。人間は悪みたいにしかな考えられなかった。</p> <p>他人に合わせ、自分は「理想の人間」と思われたかった。←真の姿を隠す。</p> <p>他者評価されるよう自分を合わせる、双方のコミュニケーションがない。</p> <p>他者への信頼を獲得する前の状況、自分から閉ざしていた。</p> <p>対)「今まで私が勝手に見切っていただけで、父と母はこんなに愛情を注いでくれてたんだな」⇔閉鎖を止めて気づいた。</p> <p>*他人とのコミュニケーションを結果的に閉鎖していたが、一方通行となったのは子どもの頃一方的に生き方を押しつけられていた結果であるケースもある。A の場合は周りを見て考え自分から一方的にコミュニケーションを閉鎖していたが、C の場合は厳しい母親にコミュニケーションを相互に取ることを許されていなかった。結果、「他人の評価に合う自分を作る」のは同じこと。閉鎖は見捨てられ不安から起きるもの、自己愛的な心性から来るもの。</p>

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	他者に合わせる自分を作る
定義	自分の気持ちを振り返らず、常に他人によく評価される振る舞いを行うこと。
バリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・どんな表情を周りの人に出すかっていうのを常に考えている。(A p.5) ・周りの人はどう思うだろう、それやったらって。(A p.5) ・微妙な感情の周りの人の怒りとかがよく伝わってきて、伝われば伝わるほど、じゃあ自分だったらどうするって。(A p.3) ・誰に対してもそうでした。こう言ったらどうなるんだろう、どう思われるんだろう。(D p.3) ・一番取るのも一番取りたいから取るんじゃなくて、一番取って褒められたい。この前一番だったのに、一番取らないと、怠けたって思われるから頑張る。(A p.7) ・その(妹の)羨ましい部分を私は自分では補えないので、その分、いい子でいないといけないと思っていた。でないと、見捨てられちゃうって。(C p.1) ・人前ではいいふうにして、完璧に考えて、こうしなきゃって。(H p.6) ・うちの家族の中で一番偉いのはお父さんなので、お父さんに嫌われたら、うちの家族の中で生きていけない感じなんですよ、で、絶対お母さんに似ちゃいけないっていうのがうちの父親の中にあって、必死にお父さんの真似をするんですよ、それが自分の意見と違ったとしてもついて行くんですよ。(K p.1) ・それでも私は母親のことが大好きですから、いつもいつも笑わせるために何かをしっかりと頑張っていて、いつもいつも笑うために 100 点取ったり、運動会頑張って、マラソン大会 1 位取ったり、金賞取ったり、生徒会役員やったり、部長やったり、委員長やったり。(G p.2) ・うちの家族が母親が絶対って感じで、それまで反抗期もなく、いい子で育ったんで。(L p.1) ・私がいい子でいないと自分がいいお母さんって思われたい、私もそういうのを小さい時から感じていたので、いい子でいなきゃ、いい子でいなきゃ、いい子でいなきゃって。(C p.1)

	<p>・一位になっちゃうとプレッシャー感じちゃって次も一位になんないやって。(I p.1)</p> <p>・大人しかったですね, 自己主張とか出来ない, 言われた通りのことをやる。反発したことはたぶんない。習い事とか, 始めたら辞めれない, だから自分のためというよりは親の前でいい子するためじゃないけど, 色々やりましたね。(B p.1)</p> <p>・お父さんは私に期待してくれている。お兄ちゃんには期待していなかったんですよね。でも, この子ならっていうのがあって, お父さんが言ったことなら私は出来るって。(K p.4)</p> <p>・お父さんの期待に応えられないって分かっていた。でも自分の考え持ってなかったから。全部, 自分の考えはお父さんの考え。(K p.11)</p> <p>・毎日顔色うかがっていい子で頑張るタイプ。(G p.2)</p> <p>・お母さんの機嫌が悪い時っていうのがあって, 機嫌が悪くなると嫌だから, それをちょっとなんか変なこととして笑わせたりして。(F p.5)</p> <p>・お姉ちゃんに何か言っていれば, 自分はそれをちゃんとしなくていいって感じで。(F p.5)</p> <p>・家庭内離婚っていうか, それが本当に何かもうしんどくて。兎に角, 頑張らなくちゃいけない。当時積木崩しが流行っていて, あんなふうになりたくない, 勉強してちゃんとしているふうに見られたい, っていうのが原動力にあって。(D p1.)</p> <p>・こうしたいなっていうと, ついそうさせてあげたくなるっていうか。(D p.4)</p> <p>・学校とかもちゃんと行かせてもらえなかったから, その反動もあり自分の娘にはちゃんとした学校に行かせてあげたい, 勉強させてあげたい, その一心だったと思うんですけどね, ・・自然と促されていた所があり小学校 6 年生のそれがあってからはもう自発的に。(D p.9)</p> <p>・結構気使って生きていたのかな, こうしなきゃいけないあしなきゃいけない。(L p.4)</p> <p>・なんか今までは本当に愛想よく, 愛想よくやっていた。誰にでもって。(C p.10)</p>
--	--

理論的メモ	<p>対)自分でやりたいからやるっていうふうな心の動き方っていうのがやっとわかった。←病気をしてから大きく変わったこと。＜自発的な心の動きの感知＞(仮)</p> <p>対)太ることへの他人から見捨てられるのが怖いというのがあったんで、小さい時から、いい子じゃないと見捨てられるとか、でもそれが違うんだなって気づいた時、段々たべるのも怖くなくなった。(Cp.7)＜やせへの拘りからの開放＞(仮)</p>
-------	--

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	偽りの自信にしがみつく
定義	評価される自分でいるために、やせることで自信を持とうとすること。
バリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・どんどんやせて、で、自信がなかった自分に唯一自信が持てたのは体重計の数字だけだったの。減って行く数字が私の自信になった。半年で30キロ台位になりました。一番下が33です。(C p.1) ・本当にやせているだけが自慢でした、やせているだけが。何でも服が着れるし。(H p.5) ・高校入って、ちょっとキャパオーバーしちゃって、あんまり勉強得意じゃなかったの、すごい勉強するようになって、睡眠時間を削るようになって、睡眠がほしい2,3時間とか、ずっと勉強していたんですよ。で、テニスも始めて高校から部活で、そこでランニングに目覚めて。…数字って出るじゃないですか、減っていくのが強化しやすいっていうか、自信になる。ストイック過ぎてそれが過度になっているのに気がつかなくて気がついたら低体重、34キロ位だったかな。(J p.1) ・達成感、なんかこう学校にも行けなかった自分なのに、こんなに(体重を)減らせてるみたいなの。(B p.2) ・自分の周りが食べて、うちは結構太目なんでそれで安心する。自分は優越感。(B p.3) ・久しぶりに母親に会って一言目で「あれGちゃん、やせてきれいになったね」って言われたの、久々じゃなくて。私はたぶんその瞬間「もしかしたらまた

	<p>愛されるかもしれない」って可能性が生まれちゃったんです。その希望が生まれた瞬間に食べなくなっちゃったんです。(G p.3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・やせていくっていうのが自分でやっても気持ちがよかったし、どんどん体重が減っていくのが楽しかった。(F p.2) ・テストで成績が上がって嬉しいって感じで、何故かという食べ過ぎて寝ていることをしないので吐いて勉強できたからだって。(E p.2) ・その時期から勉強として A 学があって、午後の授業だったんです A 学が、眠くなるんです、お昼食べると。なのでお昼食べなくなってどんどん、で、食べる時間すら勉強しているっていう、その自分の中でちょっと格好いいみたいな。そこまでやっているんだぞっていうのが欲しくて段々ご飯食べなくなりました。(A p.1) ・周りから「ちょっとやせちゃったね」って、「やせたんじゃない?」「やせた?」って聞かれるようになって、すごく嬉しくてちょっと自信が持てて。(H p.1) ・やっぱり体重気にして、測っていて、減るじゃないですか。その目に見えて減るのが快感になってましたね。ここまでやっているっていう感じ。(M p.2) ・いや全然つらさ感じなかった。もうずっとハイなんです。アドレナリンずっと出ているみたいな。それで眠ろうと思えば寝れて 2 時間寝て、もう大丈夫みたいな。すごくハイで、何でもやれちゃう感じ。(J p.1)
理論的メモ	<p>何故か?→進学校に入学後、勉強ができなくなり母親の望む自分(他人に評価される自分)でいることが不可能になる。評価される自分であることは、(母親の)愛情を得ようとするに繋がる(ケース C)。高校進学後に、勉強、部活等でつまずき、自信を持てるものがなくなる。そういった中で、やせられている自分、やせることができる自分が自信に繋がっていく。→偽りの自信。やせることで勉強に集中しようとしたケースもある。やせることで集中力が保てる、成績が上がる。食べずに勉強できている自分、そこまでやっている自分を格好いいと思う。(ケース M,J,P,A)</p> <p>対「自分に自信をつける」は病気がよくなっていく過程で、自分に自信をつけようとあれこれやってみること。こちらの自信は偽りではなく、真の自信となる。</p>

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	心の痛みを行動化する
定義	精神的な苦痛を行動化に表すことによって可視化すること。
パリエーション	<p>・ものすごくここ(胸)が痛かったのが、ここ(手首)の痛みとして、血として目えるし、ここが痛いから分かれば楽、本当に楽なんですよ。(A p.5)</p> <p>・始まった時には純粋な拒食っていうのは、やはり自分の中では自分を律している、自分だけを。でも、過食嘔吐をする自分というのは、自分を律することができないことが起きるわけなので、自分に厳しくできない自分というのがもう嫌いなんです。自分に厳しく出来ない自分を、じゃあ、他でどう律するかって言ったら、自分に罰を与える。あとは本当に忘れたくて、私はお酒が飲めないの で、お酒に走る。(A p.2)</p> <p>・あとは先生からもらった抗うつ薬や睡眠薬をいっぱい飲むというようなことをやっていた時期もありました。(A p.2)</p> <p>・実家とかもう穴だらけなんですよ。自分の部屋とか、押し入れとか、すごい暴れた跡がある。(H p.3)</p> <p>・大学で切っていた。いっぱい食べちゃった時はもう切りながら歩いて帰った。その大学の駅からすぐに電車に乗っていつもは帰るんだけど、いっぱい食べちゃって上手く吐けなかった時はもうわあってなりながら大学で切って、またそれを隠しながら二駅歩いて…。(C p.5)</p> <p>・もやもやしていたのがすっきりするんですよ、切ると。…切って流れる血はすごくすっきり。なんかもう麻薬物質みたいな感じですよ。(C p.5)</p> <p>・それでもやっぱり切っちゃうんですよ。残したいんです、この苦しみを何かに。日記とかじゃなくて、自分の体に傷を付けて自分の今、苦しい思いを刻みたい。(C p.6)</p>

	<p>・自分でどうしようもできないものを、…暴言も吐いたし、壁に穴を開けたし、物は投げたし、昔じゃたぶん考えられなかったんだろうけど、その時はそうするか自分で出せなかった。(B p.9)</p> <p>・つらくて自分じゃもう表現できない状態になっちゃって、外見上で何か分かるものでしか伝えるしかなかった。(K p.11)</p> <p>・外出したくないって言って、丸坊主した覚えはあります。したくないんだっていうのを訴えるために、なんか、学校に行ったらって言われたんですよね。…切ってこうしたら外出できないでしょうっていうふうに見せつけていた感じだと思います。(E p.4)</p> <p>・大変な思いをしているのを分かってくれないのっていう反抗、どうやったら分かってくれるかなって思った時に、やっぱりご飯食べないでって言うか、体を壊せば分かってくれるって思ったんですよ。(L p.1)</p> <p>・太っていると、太っているといっても普通の体型なんですけど、悩みがないんじゃないか、幸せなんじゃないかって、幸せに見えるんじゃないかって。親がなかなか気づいてくれなかったから、外見でやせていれば、やせていればなんか幸せっていうイメージはないんじゃないか、やせたらいいんじゃないかという考えになっちゃって。それで吐くようになったんですよ、そうしたらいつの間にかエスカレートして行って、一切食べられなくなっちゃって。(K p.3)</p> <p>・心がもうどん底にいて、見た目は元気になっていても、もう人とも話したくないし、会いたくもないし、何も手につかないし…、色々考えてカリウム製剤いっぱい飲めば高カリウム血症で心臓が止まるからとか考えられちゃったんですよ、その時。で、錠剤がすごい大きいんですけど 126 錠飲んだんですよ。(J p.4)</p>
理論的メモ	<p>いつからリストカットがなくなったのか？→仕事が始まっていつの間になくなったケース。仕事は楽しい、天職。天職というのは自分が病氣した上で初めて</p>

	<p>分かる色んな痛み, 充実感。…心の痛みがなくなって初めて漠然とした痛みを可視化する必要がなくなった。心の痛みは, 自分が他者の役に立っているという, 自己充実感によって消失したのか。C のケース→苦しいことを全部親に言えるようになってもう切る必要がなくなった。</p> <p>* 痛みの可視化(行動化)はリストカット以外にもある。摂食障害という症状も心の痛みを可視化した結果。→E,L 言葉で伝えられない心の痛みを言わなくても見えるような形で表しているのが, 心の痛みの可視化。言語表現の代替。</p>
--	--

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	症状に追い込まれる
定義	拒食, 過食, 過食嘔吐, 強迫等の症状を自分で止めることができず, どんどん追い込まれていくこと。
バリエーション	<p>・その頃が一番低い 24 キロ, 自分では動けるはずだったんですけど, 前日まで普通に動いてましたね。…体が兎に角つらくて, 脚とかもパンパンになって, 筋力もないんで体が重くてだるくて, その頃のものすごい不安感とか恐怖感には理由がない。(C p.3)</p> <p>・私もこのままじゃ死んじゃうと思っていたから, でも, 自分でどうしたらいいかわからなくて。自分じゃもう止められない。どうすることもできなかった。(I p.4)</p> <p>・もう食べるのが怖くなっちゃったから, 太るのが怖くて, 食べ物がどんどん食べれなくなっていった, まあ自分でも結構つらくて, 朝から晩まで。(I p.4)</p> <p>・やせても自信がなかったですし, 電車にも乗れなかったですし, 人目が怖かったですし, 時間にこう縛られる。すごい母親と比べているんですよ, 母親が動く, 自分も動かなきゃだめだ。母親がそれしか食べない, 自分はもっと食べちゃだめだ。(H p.4)</p> <p>・全く本当に煙草を吸うのと水飲むことだけしてました。9 時間働いて通しで働いて倒れた。(G p.3)</p>

	<p>・どんだんどん減っていった、さすがに 26 とかなっちゃうと本当に階段も上がれないくらい、お母さんも毎日生きているか死んでいるかも分からないくらい。でも自分じゃ止められない。(I p.3)</p> <p>・自分が学校に通えてない罪悪感みたいなのが、学校に行けていない、だから食べたちゃいけないんだみたいな、自分への罰。(B p.2)</p> <p>・常に何を食べるか、体重は何キロか、何運動したか、毎日ジムにも通っていたので、食べて、一日の生活のリズムとしては、朝起きて、体重測って、しかも体重測る時は全部脱いで、水も一口も飲まない状態で、体重測って、コーヒー飲んで学校行って、ほとんど日中の間は何も口にしない、水も制限する。食べるとしても本当に野菜とかで、もうそんな時ふらふらです。頭にも全然栄養行っていなかったの、考えることは食べもののことだけ。(A p.1)</p> <p>・その頃、何時になったら何をするっていう一日の分刻みのスケジュールがあって、朝起きて、妹とかの朝ご飯を作って、で、掃除して、洗濯して、昼か夜の食材を買いに行って、歩きに行つてとかっていう。それが一分でも狂うともうダメ。(B p.3)</p> <p>・何か狂うとダメなんです、ちょっとでも。時間の計画が狂っちゃうとどうしたらいいか分からなくなる。(E p.5)</p> <p>・取り敢えず体重。ペースを乱されるのが嫌で、だから時間、一分、一秒、食べる時間とかも、一分過ぎたらもう無理とか。他人と出かけたりすることができなかった。自分一人だったら、朝とかに、今日はこれして、これして、何時までにこれしてってできるのに、他人が来ちゃうと何もできなくなっちゃう。ペースを乱されると、もうなんか頭狂いはしないけど、もうなんかダメ。(I p.4)</p> <p>・兎に角、33 キロがマックス、その頃は 33 キロならいい。…退院して。35 超えたらもう、無理。(I p.5)</p> <p>・毎日同じ時間に起きて過食嘔吐して、ひどい時はもう 5、6 回位して。全部決まっていたんです、食べる時間が。その時間内までは食べ続けるっていう感じ。二時間経てば必ず人間消化するんで、二時間は絶対に超えない。で、一番最初にゼリーを食べるんです。その後は何を食べてもよくて、必ずジュースを二リットル飲むんで、二時間経たないちょっと前に吐くんです。でも二時間食べ続けられない時ってあるじゃないですか、でも、二時間って決まっている</p>
--	--

	<p>ので、そんな時は吐いて胃を空けてそれでまた吐き続けるんです。で、二時間経って完璧に吐く。(E p.6)</p> <p>・料理とかも作っちゃったり家族に。自分は食べないけど家族に料理作って食べさせて。最後の方とか別にやりたくもないけどやっちゃうし、それも悪いなど思っていたりして、家にいるとそうやってイライラするから自分のことが何もできなくて、気にし過ぎちゃってお母さんとか。(I p.5)</p>
理論的メモ	<p>摂食障害の症状をいっしょくたにしてしまってよいか？強迫症状で自分を追いつめる？過食嘔吐で自分を追いつめる？or 拒食で自分を追いつめていく。</p> <p>類)挫折を味わった時の対処方法として自分を追いつめる方法を取る。</p> <p>・基本的にはどんどん自分を追いつめる方向、努力が足りない、努力が足りない、考え方が甘い、心が弱い、相談するのは恥、一人でやれって。(A p.4)⇒具体的な病状ではなく、心理的な追い込み、困難対処の方法が自分で解決するしかなく追い込まれていく心理。⇔困難解決アイテムを増やす。他人に相談する etc.</p>

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	自己を否定する
定義	自らの行ってきたことを肯定できず、現在の自己を否定すること。
バリエーション	<p>・死にたいっていうより消えたかった。今までの私がなかったことにしたかった。(A p.3)</p> <p>・その頃は自分が嫌いで嫌いで嫌いで仕方がなくて、今もなんかタンスに「なんでこんなに醜いの」って書いてあって。醜い、醜い、醜いって書いてあって。(E p.6)</p> <p>・常に家ではノートとか紙に「死にたい」とか「自分はダメな人間だ」とか「自分は何でこうなんだ」とか、ばあっとずっと書いていて。(F p.2)</p> <p>・もう自分死んじやいたいなみたいな。いても意味がないし、夢叶えるとかそういうんじゃないから、もう嫌だなってなっちゃって色々しました。…カリウム製剤126錠飲んだんですよ。(J p.4)</p>

	<p>・自分なんてそんな何になるのって。周りはやっぱりすごいしとか、すごいそういう劣等感もあったんで、だから生きることが怖かった。(H p.4)</p> <p>・太っていると何もできない、…その頃の自分の劣等感、太っていたから何も出来なかったんだみたいな、理由づけみたいにしていて。太っていることは悪いことだみたいな。(B p.2)</p> <p>・誰にも迷惑かけたくなかったですね。誰かに何か迷惑をかけるんだったら死んだ方がまし。…自分はどうでもよかったですね。(G p.4)</p> <p>・自分が汚いっていう気持ちですね、過食嘔吐してるし、ご飯もまともに食べられない、食べたものを吐いちゃったりして自分は汚いって。(C p.4)</p> <p>・朝から晩までずっと食べて、でも自分では許せないし、嫌だから泣いて、お母さんに当たってっていうのを、どうだろう、夏くらいまで。結構色々言っだし、色々あったし、お母さんについていうよりは自分に言った。「もう嫌だ」とか「死にたい」とか。自分が大嫌いだった。(H p.6)</p> <p>・たぶん、色々あつて疲れたんだと思いますね、自分大嫌いで。学校とかも色々、学校とかも行くのが大変で、友達とかも色々上手くいってないし…。(M p.5)</p> <p>・今思うと、拒食よりも過食のが本当につらいんですよ、拒食の人には申し訳ないんですけど。拒食は拒食でつらいんですけど、過食は好きでやっているわけではない。拒食はやせるっていう目的があってそこに突っ走っているから自分では快感ばかりなんです。体重減った、減ったって。過食はしたいと思ってしているわけじゃない。過食でやっちゃったしわ寄せとか、上手に言葉に表せない気持ちとか、自分が嫌いで嫌いで。(C p.4)</p>
理論的メモ	<p>対) 自己を受け入れる(仮)</p> <p>定義: 自らを受け入れられず否定していたが本来の自分を受け入れられるようになる。</p> <p>病中に症状から自己否定が強くなるが、育て直しを経験し、基本的な信頼感を得たことで、自己受容に至る。</p> <p>・実際に死んだ人もいた。…消えたい、消えたいって思っていたのがいいんだって、今までのどろどろした自分は自分で取って置こうって。捨てるんじゃなく</p>

	<p>て、取って置こう、そこからまた組み立てようと思って、で、本当に死んだことにして、でも死んだけどちゃんとその部分は取って置くことにして、もう一度やり直そうって。(A p.7)</p> <p>類) 自発的な心の動きの始動</p> <p>定義: 他人の評価を気にすることから解放されて自分がやってみたいと思うことをすること。</p> <p>・一番は他人の評価より自分自身への評価っていうふうに変った。 (A p.9)</p>
--	--

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	孤立を作り出す
定義	摂食や強迫症状のために人との付き合いをシャットアウトするか、上部だけに留めること。
バリエーション	<p>・自分自分って感じで取り敢えず体重。ペースを乱されるのが嫌だから。時間、一分、一秒、食べる時間とかも、一分過ぎたら無理とか。他人と出かけたりができなかった。自分一人だったら何時までにこれしてって出来るのに、他人が来ちゃうと何もできなくなっちゃう。ペース乱されるとなんか頭狂いはしないけど、もうなんかダメってなっちゃう。(I p.2)</p> <p>・一人暮らし、家に戻れないのはお母さんやお姉ちゃんがいて気になっちゃうから。家にいられなくて、いると頭が狂っちゃうじゃないけど、気になって気になってイラついてしょうがないというか、食べさせたかった。(I p.2)</p> <p>・自分がちょっと汚い気持ちですね、過食嘔吐してるし。ご飯まともに食べられないし、食べたものを吐いちゃったりして、自分は汚いって。そんな汚い自分がそのグループで遊んでいるのが悲しい気持ちになっちゃって、そのグループを抜けたんですよ。(C p.4)</p> <p>・摂食障害のことは誰にも言っていなかったんで、(友人関係は)なんか淡くてもいいんじゃないかなっていうふうに思っていて、そうですね、まあ遊んではいるんですけど、親しい人は全くいない。(P p.5)</p>

	<p>・私は摂食障害っていうのがあったんで、そんなに深いところまでは行けない。仲良くはならなかった。…アルバイトに行っている時は拒食傾向にあったんで、一緒にご飯食べるのが嫌だったんで昼食とかも結構避けていて。(P p.6)</p> <p>・家族からも離れてられるし、＜そんなに家族から離れたかったんだね＞、なんか本当に疲れちゃう、居場所がないっていう感じがしちゃって、で、そうやって、お母さんとか、お姉ちゃんに食べろっていうのも、自分では嫌だったけど、家にいると言っちゃうから。＜他人が食べていれば安心できる？＞、自分より食べているっていうのがあると、安心できる。(I p.5)</p> <p>・心がもうどん底にいて…、もう人とも話したくないし、会いたくもないし、何も手につかないし…。(J p.4)</p> <p>・「やせ過ぎ」って言われてたんですけど、「放って置いて欲しいな」って。「あんまり気にしないで欲しいな」っていうのがありましたね。だからお弁当とか見られるのがすごい嫌で、「もっと食べた方がいいよ」って言われるのがすごい嫌で、「全部放って置いて欲しいな」みたいな。兎に角、嫌でしたね、お昼の時間が。(M p.4)</p> <p>・たぶん色々疲れていたんだと思いますね、学校とかも。学校とかも行くの大変で、友達とかも上手く行っていない。(M p.5)</p> <p>・周りはやっぱりすごいしとか、そういう劣等感もあったんで、だから生きることが本当に怖かった。他人と触れ合いたくないと思っていたんで…。(H p.4)</p> <p>・夜走りに行くんです、他人と会えなかったんで。外に出て知っている人に会ったらどうしようとか。学校に行っていなかったと言われるんじゃないとか。まあその頃は中学を卒業している歳なので、中学を卒業して高校にも行っていないので何かと言われるんじゃないかっていう。(C p.2)</p>
理論的メモ	<p>類)＜分かり合うチャンネルの閉鎖＞(病前)＜孤立を深める＞(病中)→摂食障害の症状があり過食嘔吐等する必要があり、人と一緒に行動することができない、またはしたくない。強迫症状が強く、時間通りにことを進めないとならないので他人と一緒にだとペースを守れないのでいられない。</p> <p>対)＜親に対する信頼感の獲得＞＜恋人及び配偶者からの受容＞＜医療者に対する信頼＞＜家族会で安心を得る＞(仮)→【育て直しをしてもらう】(仮)</p>

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	親からの粘り強い関わり
定義	親が諦めず真摯に向き合ってくれたことで、親の愛情を心から信じられるようになること。
バリエーション	<p>・一日中、何年にもわたって、死にたい、死にたい、死なせてって。切ったり、暴言吐いたり、大暴れしたり、それこそ、もう周りの他人から見たら気が狂っているようなこといっぱいしてきたのに、それでも父と母は私がこうやって暴れてこうやって切っても、助けてぎゅってして、大丈夫、大丈夫ってしてくれて。(A p.6)</p> <p>・もう母がずっとぎゅっとしてくれて、初めはそれは全然受け入れられない、どうしていいか分かんない。ぎゅっとされて私もぎゅってしたり、一緒に寝たり一緒にお風呂に入ったり、そうやって赤ちゃんからもう一回やり直した。それで段々と自分の心が軽くなった。(C p.6)</p> <p>・甘えさせてもらった。甘えられなかった。小さい頃は思っていることを口に出すことができなかった。だから、抱っこして、手を繋いで、ぎゅっとして、何々してが言えなかった。もうすかすかだったんですよ、やって欲しいことだけが、ぼんぼんぼんぼん穴のように残っていて、でも一個も埋まってないうえに、段々大人になるから、もうすかすかで…。(A p.6)</p> <p>・受け入れられないんです、最初はどんなに母が優しくしようとしてもこっち。私が病気になったからって「そんなところ(厳しいところ)直んないからね」みたいな感じだったんですけど、何より甘え方が分からないんです。それを20歳超えてから一緒に一個ずつ学んでいった感じでしょうか。(C p.6)</p> <p>・(家で過食嘔吐を初めて出来て)本当に本当に嬉しかった。今までずっと優しくしてくれていたけど、それは私を怒らせないためとか、上に籠って下手したら切っちゃってるかもしれない、そのために怒らせないように怒らせないようにって思ったり、なんかちょっと優しくしてあげようかみたいな感じでちゃらっと言っていたのかなと思っていたんですけど、でも、「ああ、やっぱりそうじゃないんだ」って思った瞬間ですね。その時の母の顔を覚えています。全然信じてなかったんです。(C p.9)</p>

	<p>・甘やかす優しさだったらここまでは治らなかった。私を思っでの優しさがすごく伝わってきたんです。話を聴いてくれる時、否定しないで怖い目もしなくなつた。(C p.6)</p> <p>・母親もそうなんですけど、父親もなんか必死な感じ。やっと自分の方を向いてくれた。(B p.3)</p> <p>・(母に怒られて)お父さんが「あっ」て思ったみたいで。C(名前)って言って何にも気づかないでハグされて、初めはCって言われた時に怒られたのかと思った。魚の死んだような眼をしてふって向いたら、ぎゅってされて、「C 逃げていてごめんな。これからはお父さんも一緒に頑張るからな」って。その時にもうワァって泣いて、で母も泣いて。(C p.6)</p> <p>・もう15年くらいかな、でもやってこれたのは、お父さんが「いつか笑ってこんな日もあったねって言える日が来るからね」って。ずっと言ってくれていたんですよ、それがもうずっと支えて、それだけで生きてきた感じ。(E p.2)</p> <p>・母は家族の誰かでもいいからカウンセリングの先生と繋がっていたいと思ったみたいで、それで行っていた。そういうのを聞くと信頼がどんどん出来てきた。私の知らないところでも私のことを心配してくれた。こっち見て欲しかった。(C p.10)</p>
理論的メモ	<p>・この概念は【育て直しをしてもらう】(仮)というカテゴリに入れる？ or 概念名を<育て直しをしてもらう>にするべきか、それだと大き過ぎるのではないか。</p> <p>類:<人を好きになる>(仮):この人はきっと心の中に、この言葉をそっくりそのまま包み込むような愛情があった上でのそういう発言だなんて(A p.9)</p> <p>・この概念は<親への…>にすべきか、<人への…>とすべきか？ <人…>なら恋人等も一緒に含むことができるが、敢えて<親…>として別にすべきか。信頼感の育成と、育て直して具体的にしてもらったことを分ける？</p> <p>対)<分かり合うチャンネルの閉鎖>⇔「今まで私が勝手に見切っていただけで、父と母はこんなに愛情を注いでくれてたんだな」。概念名の再考？ <分かり合うチャンネルの開放>？</p> <p>類)<恋人や配偶者に受容される>(仮)親は信頼を得ようと試みるが、摂食障害になってから年月を経ていること、30歳近い年齢になってからの出来事で</p>

	<p>あること、既に受容してくれるパートナーを見つけている信頼の獲得に至らない場合。ケース G・今、こういう病気で、実は会う度、がりがりだねって言ってたけど、私は気づいてなかった、吐いていたんだ、そこで、一気に泣きわめいて、ごめんなさい、ごめんなさいって言われて、「あんたの所為で」。ケース D・本当にその歳なのに、実家にいる時に寂しくて寂しくてしょうがなくて、父親と母親に抱き締めて欲しいと思ったことがあったんですけれども、いやいやいや、違うだろう、もう自分で立っているんだから、あんよは上手って言われても、立ち上がるのは自分の力だし、もう大人なんだし、今度は両親を抱きしめる番だって、思ったり。</p> <p>＜家族会で・・・＞親は信頼感を得ようと試みるが、本音を察し上手くいかなかった。家族会の主催者が親の代わり？ ケース F・(親は)分かってくれてはいるんだけど、どこか否定的な部分がある。お母さんがこうして欲しいという願いが、学校に行って欲しい、次は、皆が学校進学するのに何か目的はないのっていうそういう、いくらゆっくりしていいよっていう状態なんだけど、内心はそういうふうに思っているんだろうなって、顔にも出るし態度も出るし。</p>
--	--

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	パートナーからの受容
定義	自分を理解して受け入れようとししてくれる恋人及び配偶者の存在を得て、受け入れられていると感じること。
バリエーション	<p>・24 歳で付き合った彼と同棲するようになって、その人は初めてすごい摂食障害を理解してくれようとした人で・・・、自分の給料は全て過食、最悪その人の給料まで使っていました。でも向こうも否定することなく、いつか治るから大丈夫だよって。(G p.4)</p> <p>・1 キロ太ると仕事辞めちゃうんですよ、続かないから。外にも出たくないし、その1キロやせるまで仕事したくないから。でもやせたいのに食べちゃう。吐けなくなってるからもう1キロ太っちゃう。引きこもりですね、で、調子がいいと毎日走って、なぜか体重が減りますからバイト行く。仕事を始めたのにまた1キ</p>

	<p>ロ太っちゃたから仕事行けなくなってプツンって切って…、でも彼はずっと側にいてくれた。(G p.5)</p> <p>・過食しなかった日がなかったんで、きれいに吐けて平和な 1 日が終わり、きれいに吐けなかったら夜中の 2 時に走りに行く。彼が自転車についてきてくれる。すごい人に出会いましたね。(G p.6)</p> <p>・その A さんには、私の下地っていうか、育て直しをしてもらったようなもので。(D p.8)</p> <p>・まるでやることなすこと、全然否定されなかったですね、前はやることなすこと否定されてましたけれども。全然、否定されなかったですね。(D p.7)</p> <p>・何を考えているのっていうのを上手に聞きだしてくれた。あっ、興味持ってくれるんだ、話していいんだ。私の話に興味を持ってくれているんだねっていうのがすごくわかって。何を話しても、テニスでいうところの何て言うんでしょうかね、すごく上手で、それがすごくきっかけで、何よりも安心ができたんですよ、あっ、いいんだ自分の気持ち、言ってもいいんだって。で、表現した時に、「それはどういうこと？」って聞かれて、あっ伝わらなかった、こうしてみようかなっていうことを随分練習させてもらった。(D p.7)</p> <p>・男の人なんですが、その人が変えてくれたんですよ。本当になんか、まるごと受け止めてくれたっていう。…「私はこう思うんだよね」それに対して「それはこういうこと？」っていうみたいな、普通の会話、コミュニケーションの取り方を教えてくれたっていうか、それが出来た。(D p.6)</p> <p>・(主人は)どんな状況の私も知っている。怪我をした瞬間も見だし、その後も…過食をしちゃって、ずっとしていてっていうのも見ているんで結構全部見せられている。親とかより見せられているんじゃないかなって思う。…なんか安心感とか、結婚した安心感とかあるんですかね。(E p.13)</p>
理論的メモ	<p>類) < 親への信頼感の獲得 > (仮)</p> <p>まとめて【育て直しをしよう】(仮) …人は育て直されることが可能だろうか？それは他者との信頼関係を作れるようになることか。</p> <p>対) < 分かり合えるチャンネルの閉鎖 > (仮)</p> <p>対) 恋人の不理解について語っている</p>

	<p>・結婚するそのお相手にも言ったんですけど、ほぼ無関心、「大丈夫だよ、治るよ、そんなの」みたいな。(D p.3)</p> <p>親に対してそれを求めようと思ったこともあったが、D ケース・本当にその歳なのに、実家にいる時に寂しくて寂しくてしょうがなくて、父親と母親に抱き締めて欲しいと思ったことがあったんですけども、いやいやいや、違うだろう、もう自分で立っているんだから、あんよは上手って言われても、立ちあがるのは自分の力だし、もう大人なんだし、今度は両親を抱きしめる番だって、思ったり。</p> <p>パートナーが育て直しをしてくれたと感じているケースが3 ケース。D は経過年数が長くある程度年齢も行ってたので、親に育て直しを願うには大人になり過ぎていた。G ケースは虐待ケース、親を信頼するにはそれまでの体験から難しかったことも推測される。D,G は親への信頼を獲得するよりもパートナーからの受容が先のケース。</p>
--	--

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	医療者に支えられる
定義	医療者に信頼を持ち、良好な関係性を築き支えられること。
バリエーション	<p>・その先生が「俺はお前を治せる。ついて来れるか」って言われて、その先生も摂食障害を診るのが初めての先生だったんです。すごく信用できる先生で、「俺は治せる」ってきっぱり言ってくれたことが信頼できた。(K p.3)</p> <p>・大学の中にある臨床心理士の先生のところに相談に行って…、その先生が本当に合っていたのもあるのかもしれないですけど、お世話になっていて。(A p.2)</p> <p>・結構もう退院するの嫌だったんですよ。なんかすごい居心地よくて、出たら自分でご飯とか決めなくちゃいけない、学校戻んなきゃいけないし、家に戻んなきゃいけないし。そういうので退院しなくなかった、看護師さんも優しいし…。(M p.5)</p> <p>・一番最初の入院の時の先生はすごいよかった。すごく話を聴いてくれて、褒めてくれた。(B p.5)</p>

	<p>・万引き繰り返して警察に何度も捕まって、そのたびに先生が診断書を書いてくれた。(K p.5)</p> <p>・学校一年間終わって「先生、終わったんだよ」って言ったら、すごく喜んでくれて。先生って結構怖い先生で、厳しくて、結構なんか本当にお父さんみたいな感じで接してくれて。で、なんかすごい嬉しそうな顔してくれて、「先生、一年間終わったよ」って言ったら、「じゃ、もう来年なんて楽勝だよ」って。なんかずっと「私はこんなことがあってね、こんなことがあってね」って話していた時に、先生やっぱ私のひどい時からずっと知っているから、本当にもうなんか先生泣きそうになっちゃったくらい、本当にずっと結婚式にも呼ぶくらいずっと本当に色んな危機を救ってくれて。(K p.10)</p> <p>・一緒に話せば先生から答えが返って来て、「あっ、この先生こんなに喋るんだ、色々話すんだな、話しやすいな」って思いました。(F p.8)</p> <p>・弟の受験が終わるくらいまで、A 病院に入院、一か月位、それも本当に過食が始まって一年位した時で、ちょっと夏くらいはよかった時があったんだけど、またひどくなった時があって、そういう行為もしちゃうから、A 病院ってわりとそういう何だろう、摂食専門の先生もいるしっていうのを前から聞いていて、ちょうど今空いているから、入院したいって言って、一か月位ちょっとくらい、家にいたくないって感じで。でも、わりとなんかそれこそ、専門の先生がたくさんいたし、よかった。…なんか、畑の作業とかやったりとか、外に出ることをやって結構楽しかった。(H p.4)</p>
理論的メモ	<p>Interaction を持つ相手として、両親、恋人と同じ並びでは医療者は位置づけられない？回復への役割は？医療者への不信を訴えるバリエーションも多くあった。＜医療者に不信を持つ＞を作成？</p> <p>対)・4 個位病院行ったんです。…私的には本当にこの先生がいいっていう先生とは巡り合えていないんですね。(J p.2) ・(入院して)色々食事とか指導されたんですけど、なんか言われたことをあんまり信用できなかったっていうか。でも、やっぱり太らせようとしているみたい。(M p.3)・なんか言うときすぐ薬っていうその先生の時も入院していたんですけど、なんかはまらないっていうか。話をしても曖昧なずっと聴いてくれるわけでもなく。(B p.5) ・一番最初にデパ</p>

	<p>スをくれた先生がもしそういうきっかけを作ってくれたのだったなら、もっと随分抜け出せていた。(D p.8) ・薬は多くなくて、先生と話していても全然ためにならないって思っていて…、先生を変えようと思っていたんですよ。もうよくならないし、だめだって。(F p.8) ・一回だけ心療内科に行ったんですけども、そこでデパスを渡されて、生きるためにやっていることだからしょうがないって言われて、それはもう生きる手段なんだから、頑張ってみたいな。(D p.4) ・取り敢えず、一回行って、摂食障害ですねっていうふうに言われて、取り敢えずその病院は終わって。(E p.3) ・病院は助けにならない。たぶん、今、思えば、病気の真ただ中だったから、何を言われても、私はやせたいっていう、治したくない。(I p.3) ・うーん、女の人だったんですけど、私がある頃人と話すのが好きじゃなくて、だから自分のこと話すとかも、好きじゃなくて、取り敢えず病院に行って、取り敢えず体重、今、何キロっていう、体調はどうって帰るだけ。(I p.3) ・お母さんに、入院した方がいいんじゃないって言われて、取り敢えずしてみようかなと思ってたけど、つらくて、体重が上がっていくのももう精神的にしんどくて、だから、もう1週間で退院して、その時も先生に何キロにならないと退院させないとか言われて、取り敢えず、その時はもう食べて、その体重にして、一応、退院はさせてもらって、帰ってからまたダイエットして、なんかその先生、信用私がしてなくて、あんまり話したくないなって。(E p.5)</p>
--	---

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	家族会で安心を得る
定義	家族会に参加して同じ病気の仲間や家族に会い、孤独感から解放され安心を得ること。
パリエーション	<p>・ある程度回復してきた人の話を聞いたりとか、医療者が言うよりも説得力があるじゃないですけど、なんか病院で、それこそ入院していた時も、なんか紙をもらって、こうこうこういうふうにしていけば、対処方法みたいな、過食した時の、あったんですけど、A 医大の時とか、それもちゃんと、医学的な医療者から見て、間違っはなかったです。でも、なんか、そういう人たちが言うよりは説得</p>

	<p>力じゃないけど、「大変さなんて分からないくせに」なんて、ちょっと思ってた、そういう思いがあったんで。(H p.7)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同じ境遇じゃないけど、考えとか、悩んでいる人がいるんだって安心したんですよね。(H p.6) ・なんか私にとって絶対的な味方が(家族会の)Aさんになって、そっからしょっちゅう電話相談とかさしてもらったりして。Aさんと出会ったことでどんどんよくなった。(L p.2) ・治った方が前で話してくれる会に行って、それを聴いてその後Aさんと話をして、その時になんかやっと分かってくれる人が、なんかほっとして初めてこのもやもやが取れたっていうか。(F p.4) ・(Aさんが)「そうだよ」っていうふうに言ってくれる。自分がこういうふうに出れないって言ったら、「そうだよ。こういうふうだよ」って。本当に自分が思っていることを言ってくれて、本当に分かってくれているなって。(F p.4) ・悩めば(家族会の)Aさんそこ飛んで来ていたの。その都度答を貰えて段々と信用していった。(F p.7) ・Aさんと出会ってからやっぱり劇的によくなりましたね。親も味方でいてくれたけど、なんかそれよりも絶対的な。(L p.2)
理論的メモ	<p>安心を得る場所の一つとして家族会を加えられるか？親の愛が揺らがないことを知り安心、医療者に対する安心というものもあり得るであろう。</p> <p>安心から症状の改善を生むことになるか→ケースHは過食に走る「食べていいんだ」、その後、食べてしまう自分が嫌で、母親に当たることを繰り返す。ある意味、母親に感情表出ができていた？</p> <p>類)＜医療者に信頼感を持つ＞＜親への信頼感の獲得＞＜パートナーからの受容＞</p> <p>【育て直しをしてもらう】(仮)というカテゴリに入れる予定であるが、同じ重要性ではないと思われる。各々のケースで何によって育て直しをされたかが変わってくるのか？安心感をどこで得たかということか？F,Hのケースは家族会の主宰者を信頼したケース。Hは仲間を得ることで安心感を得たケース。</p>

	<p>類)家族会に家族のみが足しげく通い、本人はあまり興味を示さなかったケースもある。</p> <p>・ネットで調べた時に会を見つけて、私は最初はそういうのは行きたくないって言ったんですけど、お母さんはずっと通っていたみたいで。(I p.8)</p> <p>・なんかお母さんが摂食障害の会みたいのに行くと性格が変わって帰って来る。いかにもなんか、こういう時こう言うんだみたいな、言わされている感。お母さんそういう性格じゃなくないみたいな、わざとらしいから止めてくれるって言って。例えば、「こんなことで褒めたことないじゃん」みたいな。「はあ」とか「キモイから止めて」って思って、絶対そう思っていないから。(K p.10)</p> <p>類)家族会に家族のみが足しげく通い、本人は変化した家族によって回復したと語ったケースもある。</p> <p>・家族がきっかけでよくなっていった。母がA会につながって余裕ができた。余裕があったのか分かんないですけどね、母親が変わった。初めに母が変わってその次に父が変わって。(C p.5)</p>
--	--

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	重要な他者の本気度を試す
定義	関わってくる相手の気持ちが揺るぎないものであると直ぐには信じることができず、試すような行いを何度もすること。
バリエーション	<p>・一日中、何年にもわたって、死にたい、死にたい、死なせてって。切ったり、暴言吐いたり、大暴れしたり、それこそ、もう周りの他人から見たら気が狂っているようなこといっぱいしてきたのに、それでも父と母は私がこうやって暴れてこうやって切っても、助けてぎゅってして、大丈夫、大丈夫ってしてくれて。(A p.6)</p> <p>・もう母がずっとぎゅっとしてくれて、初めはそれは全然受け入れられない、どうしていいか分かんない。ぎゅっとされて私もぎゅってしたり、一緒に寝たり一緒にお風呂に入ったり、そうやって赤ちゃんからもう一回やり直した。それで段々と自分の心が軽くなった。(C p.6)</p>

	<p>・受け入れられないんです、最初はどんなに母が優しくしようとしてもこっちは。私が病気になったからって「そんなところ(厳しいところ)直らないからね」みたいな感じだったんですけど、何より甘え方が分からないんです。それを 20 歳超えてから一緒に一個ずつ学んでいった感じでしょうか。(C p.6)</p> <p>・(家で過食嘔吐を初めて出来て)本当に本当に嬉しかった。今までもずっと優しくしてくれていたけど、それは私を怒らせないためとか、上に籠って下手したら切っちゃってるかもしれない、そのために怒らせないように怒らせないようにって思ったり、なんかちょっと優しくしてあげようかみたいな感じでちゃらっと言っていたのかなと思っていたんですけど、でも、「ああ、やっぱりそうじゃないんだ」って思った瞬間ですね。その時の母の顔を覚えています。全然信じてなかったんです。(C p.9)</p> <p>・母は家族の誰かでもいいからカウンセリングの先生と繋がっていたいと思ったみたいで、それで行っていた。そういうのを聞くと信頼がどんどん出来てきた。私の知らないところでも私のことを心配してくれた。こっち見て欲しかった。</p> <p>・何度も何を考えているのっていうのを上手に聞きだしてくれた。あっ、興味持ってくれるんだ、話していいんだ。私の話に興味を持ってくれているんだねっていうのがすごくわかって。何を話しても、テニスでいうところの何て言うんでしょうかね、すごく上手で、それがすごくきっかけで、何よりも安心ができたんですよね、あっ、いいんだ自分の気持ち、言ってもいいんだって。で、表現した時に、「それはどういうこと？」って聞かれて、あっ伝わらなかった、こう言ってみようかなっていうことを随分練習させてもらった。(D p.7)</p> <p>・万引き繰り返して警察に何度も捕まって、そのたびに先生が診断書を書いてくれた。(K p.5)</p> <p>・悩めば(家族会の)Aさんとこ飛んで来ていたの。その都度答を貰えて段々と信用していった。(F p.7)</p> <p>・24 歳で付き合った彼と同棲するようになって、その人は初めてすごい摂食障害を理解してくれようとした人で、ただ、理解はしてくれて私も治したいけど、私も毎日してましたね。外食も全然普通にするけど、家帰って摂食して寝てっていう生活は相変わらず変わらなくて、もう年間給料全て過食でした。止まるわけでもなく、自分の給料は全て過食、最悪、向こうの給料まで使ってました。</p>
--	---

	<p>でも向こうも、どんなに私が泣き叫んでも、否定することもなく、いつもいつか治るから大丈夫だよって。(G p.4)</p> <p>彼は分かっていました。今、言うと、相当もう瀬戸際にいたっぽいんですけどね、よく壊れなかったですよ。吐けなかった過食しなかった日がなかったんで、きれいに吐けて平和な一日が終わり、きれいに吐けなかったら夜中の二時に走りに行く。彼が自転車についてくる。すごい人に出会いましたね。(G p.6)</p>
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・この概念は【育て直しをしてもう】(仮)というカテゴリに入れる。 ・カテゴリ名については再考？人は【育て直しをしてもらう】(仮)ことが可能か？【他者との信頼関係を作る】という意味になるか？ ・「親からの粘り強い関わり」とどう違うのか？親との関わりの部分は重なっている。 ・この概念は親からの関わりのみではなく、パートナーからの関わりも、医療者との関係も、家族会の人達との関係も含むものとなるはず。 <p>対)＜パートナーに受容される＞親は信頼を得ようと試みるが、摂食障害になってから年月を経ていること、30歳近い年齢になってからの出来事であること、既に受容してくれるパートナーを見つけている場合、親への信頼の獲得に至っていない。ケースD・本当にその歳なのに、実家にいる時に寂しくて寂しくてしょうがなくて、父親と母親に抱き締めて欲しいと思ったことがあったんですけども、いやいやいや、違うだろう、もう自分で立っているんだから、あんよは上手って言われても、立ちあがるのは自分の力だし、もう大人なんだし。</p> <p>対)＜家族会で支えられる＞(仮)親は信頼感を獲得しようと試みるが、本音を察せられて上手くいかなかったケース。家族会の主催者には信頼を寄せることができた。ケースF・(親は)分かってくれてはいるんだけど、どこか否定的な部分がある。お母さんがこうして欲しいという願いが、学校に行つて欲しい、次は、皆が学校進学するのに何か目的はないのっていうそういう、いくらゆっくりしていていいよっていう状態なんだけど、内心はそういうふうに思っているんだろうなって、顔でも出るし、態度も出るし。</p>

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	重要な他者への信頼感の獲得
定義	関わってくる相手の気持ちが揺るぎないものであると確信し、他者を信じることができるようになること。
バリエーション	<p>・今まで気づこうとしなかったし、私から言わせれば口に出さなきゃ分かんないじゃない。でも、それは今、家族のなかで一致団結している意見で、家族とはいえども、口に出さないと分んないから、態度で示さなきゃ分んないから。その治る段階として、まず家族だったら、絶対に皆、皆絶対に見捨てることはないうって分っているから、言いたいことは、「じゃあ、言おうよ」って。毎日の生活の中で言いたいことなんて、本当に表面の部分であって、地盤としての家族はしっかりしているんだから、こう上でパチパチやったところで、もはやここは崩れないでしょうって分っているからこそ、私はもう安心して…。(A p.6)</p> <p>・今まで、言ったらなんかかかなくて思っていたこと、全部言ったりして。で、こうやって家族の中で練習すれば他の友達とも、気になることを思い切って聞いてみたりとか、言いたいことを思い切って言ってみるとか、そういうことをしても大丈夫なんだと思って、まず家族で練習して、他人で練習して、他人とぶつかることも覚えてっていうふうに育て直してもらった。(A p.6)</p> <p>・＜育て直し？＞赤ちゃんから。だって沿い寝もいっぱいしてもらいました。2年間、父はほとんど毎日私の身体をマッサージしてくれて、実家に帰って、最初の半年は本当にもう実家に帰って…。(A p.6)</p> <p>・やることなすこと、全然否定されなかったですね、前はやることなすこと否定されてましたけれども。全然、否定されなかったですね。何を考えているのっていうのを上手に聞きだしてくれた。あっ、興味持ってくれるんだ、話していいんだ。私の話に興味を持ってくれているんだねっていうのがすごくわかって。何を話しても、テニスでいうところの何て言うんでしょうかね、すごく上手で、それがすごくきっかけで、何よりも安心ができたんですよ、あっ、いいんだ自分の気持ち、言ってもいいんだって。(D p.7)</p> <p>・男の人なんですけど、その人が変えてくれたんですよ。本当になんか、まるごと受け止めてくれたっていう。摂食障害であることに特に理解を示したわけ</p>

	<p>でもなく、それについて調べたりというようなことは何もないんですけど、なんかこう正常なコミュニケーション。(D p.7)</p> <p>・(主人は)どんな状況の私も知っている。怪我をした瞬間もみたし、その後そんな状況も見ているし、私が痛くてやつ当たりしているのも見ているし、それで妊娠して、家にいて、切迫早産とかで、過食をしちゃって、ずっとしていてっていうのを見ているんで、結構全部見せられる。親とかよりも見せられるじゃないかなっていうふうに思う。……信頼、受け入れられてる安心感。(E p.13)</p>
理論的メモ	<p>・Erikson のライフサイクル論では、基本的信頼の獲得は、乳児期に成されるものとなっている。A が述べるように、赤ちゃんからの育て直しによって、他者に対して基本的信頼感が持てるようになったことを示しているのか。</p> <p>・ここでは他者とは基本的には両親。基本的信頼感を得る対象に親が成り得なかったケースは、それが、パートナーであった場合もある。家族会や医療者は、基本的には、摂食障害回復者や親を支えるポジションにあった。</p> <p>・家族会の主催者に理解されたことでよくなったと語ったケースがあった。これは、親に心からは分かって貰えなかったと感じていた摂食障害患者が、かつて当事者の親であった家族会主催者に、理想の親を投影していた影響であるといえるであろう。これも大きな意味で、重要な他者に基本的信頼を得ることはなるであろう。</p> <p>対) <他者への不信感生成>(仮)一番最初に位置する概念、学童期には自らが気がついていた他者へ不信感が、【育て直しをしてもらう】(仮)の中で最後に獲得される。</p>

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	分かり合うチャンネルの開放
定義	今まで一方的に自分だけで考えて人と関わっていたが、相手と相互のコミュニケーションが取れるようになること。
バリエーション	<p>・家族が本物になったら、友達も本物の友達とちゃんと付き合えるようになった。(C p.10)</p> <p>・お母さんとの付き合い方が変わった。今は助けて欲しい時はちゃんと言うし、そういうふうを受け止める態勢でいてくれる。(H p.7)</p> <p>・病気になってから変わりましたね。自分を出せるようになった。たぶん、もうそのひどい最中に、自分で暴言吐いたりとかして表に出したのが、主に母親にですね。(B p.9)</p> <p>・自分の心のベースがなかったから、家族関係をちゃんと築いてこなかった。本当にたぶん、そういう本とか読むと、小さい時からのここの積み重ねが大事かっていうのがさらっと書いてあるじゃないですか。親子関係が大事だとか、小さい頃喧嘩して友達とぶつかるのが大事だとか、身をもって今なら、こんなにさらっと書いてあるけど、それが出来ないのってどんだけのことなのかって。今は大学を休んで、あの時期から、私、本当に父母に育て直しをしてもらったので、今は完全に積み重なっている状態だから本当に楽。(A p.5)</p>
理論的メモ	<p>対) <分かり合うチャンネルの開鎖></p> <p>何故、開かれていたチャンネルが開かれることになるのか。→育て直しの結果、育て直しをしてもらうことによって、他人に対する信頼感が持てるようになり、その結果、相手に対して心を開き、深い人間関係が持てるようになった。</p> <p>類) <自発的な心の動きの始動>は<分かり合うチャンネルの開放>と同時に起こっているのか？開放が先で自発的な動きが始動するのか？</p> <p><こだわりを緩める><やせることより大切なことの発見>との順番はどうか？</p> <p>・この研究の分析テーマは「他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス」であることを考えると、この概念は最後にもってくるべきか？</p> <p>それとも、開放が起きて、回復への出来事が生じるということにすれば整合性はあるか？</p>

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	自発的な心の動きの始動
定義	他人の評価を気にすることから解放されて、自分がやってみたいと思うことをすること。
バリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・一番は他人の評価より自分自身への評価っていうふうにも視線が変わった。(A p.9) ・何をするにも取り敢えず自分が一番って思うことをやる。(A p.9) ・通信に入る時に一人でもいいやって決めたっていうか。バイト先とかでも、なんかつるまなきゃいけないっていうか、なんか一人になっているのがだめっていうか、なんかこう一人になったらおかしいのかなって感じで人に合わせるが多かったんですけど、疲れる。(B p.7) ・自分の中でどの時点でよくなったっていうのは考えたことがないんですけど、やっぱり一番最初の自分で A 病院に入院しようって決めた時から、あっ、治そうって思った。(B p.8) ・学校行くようになって、なんか分からないけど、食べるようになりました。まず、勉強するためには食べなきゃいけない。(K p.7) ・感謝してるけど、親の目がもう疲れた。そこから抜け出したい。だから早く卒業して家を出たい。自分の道を生きて自分の幸せが欲しくって。(K p.11) ・この一年間は勉強した。で、自分で努力して、で、自分で頑張って学校行っただ。で、自分で頑張って卒業したいと思った。初めて卒業したいと思った。幸せになりたいと思った。友達作って楽しいと思った。(K p.8) ・この人がいるんだったら生きていてもいい。…治したいっていうのと別に死んでもいいやっていうのと、いつでも死ぬから、やるだけやってみようって。(G p.5) ・好きなことが、ダンスの先生になりたいくて、それで段々外に目が向いて、食べ物のことばかり考えなくなりました。(H p.5) ・常に自分の目標を持っていたいと思って、他に意識が向いている時は食べ物のこと考えなくなりましたね、…一人で富士山に登りに行ったんですよ、で、富士山終わっちゃって、次にフルマラソンしようと思って 3 回出て。(L p.4)

	<p>・自分の好きなことを見つける, 食じゃなくて本当に好きなことを見つけるとそっちに頭が行くから, なんか自然と気にならなくなっていく。私はヨガかもしれない。なんか会社辞めるってなって本当にヨガのインストラクターになりたいなって。今のスポーツジムの受付も前からやりたいって思っていたからすごい楽しい。(I p.9)</p> <p>・治したいっていう気持ちがちよっとだけ芽生えて, なんか周りの子たちは色々と好きなことをやっていたりとか, お洒落してどっかに行ったりとかしているから, 自分もやってみたいなって。(I p.7)</p> <p>・海外に行くとそれどころじゃない環境に追い込まれます。日本語が使えない全てが英語の環境。どこ行って英語だから常日頃から頭の中で「今これお肉何グラム?」ってどうすればいいのか, それどころじゃない, 常日頃から自分で調べて, 太る太らないじゃなくて, お肉を買うことに必死で, だから気持ちが全て体重じゃなくて何か自分がやらなければいけないものが出てきた。(G p.11)</p> <p>・外に出るようになって色々やりたいことができる。朝チラシ見ていたら乗馬体験みたいなのがあって「これいいな」って思って, 「これ行ってみよう」って思っ て行っ て。(F p.5)</p> <p>・楽しいなって, 英語を勉強するというより英語で何かをしたいなっていうイメージでずっとやっていて。(E p.7)</p> <p>・高校にもう一回入って, なんか普通に学校はまた行きたいって言って。(H p.5)</p>
理論的メモ	<p>対) <他人に評価される自分を作る> (仮) ⇔ 他者評価より自発性を大事にできる自分</p> <p>* 他人に評価される自分(やせている自分) ⇔ 好きなことをやる自分</p>

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	やせることより大切なことの発見
定義	今まではやせることが一番大切だったが、外に目を向けより大切なものを他に見つけること。
バリエーション	<p>・好きなことが、ダンスの先生になりたいくて、それで段々外に目が向いて、食べ物のことばかり考えなくなりました。(H p.5)</p> <p>・食べ物のことを考えなくなったのは、常に自分の目標を持っていたいと思って、他に意識が向いている時は考えなくなりましたね、…一人で富士山に登りに行ったんですよ、で、富士山終わっちゃって、次にフルマラソンしようと思って3回出て。(L p.4)</p> <p>・自分の好きなことを見つける、食じゃなくて本当に好きなことを見つけるとそっちに頭が行くから、なんか自然と気にならなくなっていく。私はヨガかもしれない。なんか会社辞めるってなって本当にヨガのインストラクターになりたいなって。今のスポーツジムの受付も前からやりたいって思っていたからすごい楽しい。(I p.9)</p> <p>・友達といることが楽しくなりつつあり、段々抜けて行ったんですよ、こだわりの。(M p.6)</p> <p>・いつの間にか楽しいことが増えて、こだわりはあるけど食べられるようになって、次は食べ物のことを考えなくなって、不安とかでなくて、食べちゃったらまあいいかって、そういう感じでいくようになって。今は学校がすごく楽しい、友達とも話せて。(F p.6)</p> <p>・彼とか仕事、仕事も一緒にしていたので、あの、食べ吐きに時間を費やすって気持ちがなくなりましたね。まあ生き生きしている中で変化があって変わって行きましたね。本当に吐くために食べることをしなくなりましたね。(D p.8)</p> <p>・大学に行ったら、なんか英語とか、なんだろう、楽しいことがどんどん増えて、スノボとかもそうなんですけど、それをしている時は食べ物のことは忘れられた。(E p.13)</p> <p>・妊娠中とかも食べ物のことばかりを考えました。お菓子とかにすごい詳しくなったり、今は全然お菓子コーナーは見向きもしない。子どもを抱っこしている</p>

	<p>からそんなコーナーに行く余裕はなく、野菜コーナーをぐるっと回って終わり。 (E p.13)</p> <p>・落ち込むと過食嘔吐に走り、過食嘔吐に走ると、過食嘔吐じゃどうにもならない時に、リストカットしちゃってたんですけど、切れば安らかな気持ちで寝れる。仕事始まってそれはいつの間になくなって、仕事は楽しい、何だか天職だったのかも。(A p.11)</p> <p>・その時、私は私でこんな病気で、もう本当にバラバラで、本当の家族になっていったって感じ、そこに居場所ができたんです、自分の。そうしたら本当の友達もできたし、何か本物がいっぱいできた。友達は大学の時、その友達でも本当の友達になって、地元にも本当の友達ができて、家族が本物になったら、友達も本物の友達とちゃんと付き合えるようになった。本物になったら食べ吐きする必要が徐々になくなった。(C p.10)</p> <p>・嫌なことを吐きだす。身体の中にためている物を全て吐きだす感じ。気持ちいいか悪いかっていうと、気持ちいいこと。やっぱり安心できるもの、環境それがないと。(D p.10)</p>
理論的メモ	<p>対) <他人に評価される自分を作る> (仮) ⇔ 他人の評価より自発性を大事にする * 他人に評価される自分 (やせている自分) ⇔好きなことをやる自分 (他人の評価を気にしないのでやせていなくも OK)</p> <p>類) <やせることより夢中になれることの発見> (仮) は意識的なこと、<自発的な心の始動> はもっと無意識的なことになる。両方の概念が必要か。心理の変化過程であるので <自発的な心の始動> (仮 or 自発心…) のみにするべきか、摂食障害特有の特徴を述べるためには <やせることより夢中になれることの発見> (仮) も加えるべきではないのか。</p> <p>・物理的にやせることより夢中になることを見つけ、他のことに心を占領されてやせなければならないと思うことが減る。C ケースは本物の家族、友人ができてその付き合いをすることにより食べ物のことから解放されていく。同じ概念でいいか？ 物理的なことだけではない。</p>

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	こだわりを緩める
定義	数字(体重・時間)にこだわり縛られていたが、そのこだわりが緩んでいくこと。
パリエーション	<p>・結構完璧主義、今でもそうですけど根本は。でも、もうそんなふうに考えても仕方ないし、「まあいいか」とか。その「まあいいか」が言えるようになった。「別に食べてもいいか」とか、「体重増えてもいいか」とか。(H p.6)</p> <p>・自分が「未熟だね」って(尊敬していた)人から言われたのが、一つすごく大きなきっかけで、なんか自分は自分のそういうことだけ(食べる量とか食べる時間)、すごく小っちゃいことにこだわっているなっていうのに気がついた。(M p.6)</p> <p>・20 キロぐらい太ってそこから諦めましたね。もうやだ、あんなダイエットするのやだって本当に思えて。(N p.7)</p> <p>・別に大丈夫かなって思えてきたんですよ。周りもお菓子とか普通に食べているじゃないですか。お弁当とかもプラス菓子パンとか、購買で買ったパンとかも食べていたりして、まあ適当じゃないですか。ちょっとぐらい時間がずれていても、決まった量じゃなくても、なんか大丈夫なのかなって、なんか段々いいかなって思えてきて。(M p.6)</p> <p>・大学2年か3年くらいで完全にそこから抜けたって感じ。皆、飲み会とかですごい飲んで吐いて、夜中の何時に食べたりとかしてもあんま気にしてないし、朝ごはん食べなくても気にしてないし、そういうのを見てたら(時間や量が決まってなくても)大丈夫かなって思えてきた。(M p.7)</p> <p>・忙し過ぎたんです。週一回の休みで時間も夜中とか帰れない時もあったし、朝、お風呂入りに帰って、そのまんま仕事に行くみたい。そういう感じでそこから時間の枠が外れたんです。(E p.7)</p>

	<p>・(海外で)皆太っているし段々ばかばかしくなってきましたよね。君たちはハッピー、食べまくって。英語苦手だけど赤ちゃんとかだって好きなだけお腹すいたって言うてるんだ。〇歳にもなって英語喋れないからお腹減ったも言えないし、こんな赤ちゃんだってやっているのに私は英語喋れないしコミュニケーション取れないし、というのがなんか、あんなにこだわっていた 100 グラムとか言っても、体重計ないしな。体重計の価値ってなんだろうみたいな。(G p.11)</p> <p>・太っているかどうかじゃなくて、その人達って、その日、その時間、今を楽しんで生きようって文化じゃないですか。だから太っている、どうしようっていう、えっ、何その悩みみたいな。たぶんそういうのがこの国って「あれっ」みたいな、「私、何を悩んでいたんだろう」みたいな。「それすごい」「私の悩みって何だったんだろう」みたいな。…私は1キロで死ぬ、生きるってやっていて、「あれ、この人達、皆死んでなきゃおかしいよ」なって。(G p.6)</p> <p>・一番は太ることに恐怖がなくなったってことでしょうね。だからもうそんなに無理して吐かなくなったりしたんですよ。10 吐いていたのが別に 5 ぐらいで大丈夫に、3 であと 2 吐けるけど、べつに今 2 やんなくてもいいかなって。段々、まあいいかってなっていったんです。(C p.10)</p>
理論的メモ	<p>こだわりとは大きなものは、①やせていることへのこだわり、②強迫症状から来ている時間へのこだわり、の 2 つであろうか。摂食障害そのものが回復に向かう過程で、こだわりもまた薄れていく。対)＜症状に追い込まれる＞・取り敢えず体重。ペースを乱されるのが嫌で、だから時間、一分、一秒、食べる時間とかも、一分過ぎたらもう無理とか。他人と出かけたりすることができなかった。自分一人だったら、朝とかに、今日はこれして、これして、何時までにこれしてってできるのに、他人が来ちゃうと何もできなくなっちゃう。ペースを乱されると、もうなんか頭狂いはしないけど、もうなんかダメ。(I p.4)</p>

分析テーマ	他者を信頼し相互のコミュニケーションが取れるようになるプロセス
概念	自己肯定感の獲得
定義	自分で決めた自分のやりたいことをやり自分に自信をつけ、自分自身を肯定すること。
バリエーション	<p>・実家に帰って、最初の半年は本当にもう実家に帰って、段々そっから外に出たり、段々自分から社会活動にちょっとずつ参加するようになって、旅行に行ってみたり。そうやって一個、一個、もう一回自分に自信をつけ直した。それまでは自信満々で高飛車なプライド高い女って思われていたんじゃないかと思うけど、それはあくまで武装であって、心のどこかでちゃんと自分が他人とぶつかってこなかった人としての基盤が薄いことを、引け目に感じていたんだと思います。だから本当に表面薄っぺらい、薄っぺらい感じの、プライドであって、ほんとパリってすぐ割れちゃうようなもの。それがやっとなんか自分で決めることとか、自分でちゃんと人とぶつかったとか、自分で何かを始めよう、他人から評価してもらおうことだけではなくて、自分がやりたいからやるっていうふうな心の動き方っていうのがやっとなんか分かったっていうか。(A p.7)</p> <p>・ベトナム、タイ、日本一周、全部、自分で決めて、自分で手配して、っていうのを全部自分でやるようになったら、「すごくない私って」。勉強の部分じゃないところで、やる。自分だけが頼り、だから、一個、一個決められるようになったりとか、外でパニックなっても誰も助けてくれない。(A p.8)</p> <p>・ちょっとずつちょっとずつ言いたいことを言う。それが自分の自信になっていく。(A p.7)</p> <p>・(バイト)やればやるだけどんどん分かっていって、作れるものもどんどん増えて行って、周りが認めてくれる。自分がいていいんだみたいな居場所が出来てくるんですよ。(E p.11)</p> <p>・病気を経験したことが自分の自信になった。当たり前なのが全て幸せになった。朝起きた、普通に起きて顔を洗う、過食じゃないんですよ。朝起きて顔を洗って歯を磨く、過食じゃないんですよ、吐くんじゃないんですよ、100グラムの恐怖じゃないんですよ。で、朝ごはん食べる、歩ける、スポーツできる。全てですよ、自分のやりたいように全ての24時間全ての自分の計画っていうの</p>

	<p>かな、自信になりますよね。それって幸せですよ、もう毎日幸せですよ、全てに感謝できるようになりました。(G p.11)</p> <p>・自分に自信をつけるためだけに後は一年間、色々。これができた、これができたっていうふうに。それこそ食べもののこととか、食べれた、あれも食べれた、でもまた吐いたけど、でも食べれたとか。(A p.7)</p> <p>・(家を)出ちゃえて思って…、自分でやるから色んな小っちゃいことでも自信がついた。自立まではいかないですけど、自分でやっているって思えるから。(H p.5)</p> <p>・父親が持ってないものじゃないですか、調理って。それで調理って頑張れば頑張るほど目に見えて出来るようになるんです。キッチンの店長。(E p.11)</p> <p>・ニューヨークに一人でプチ留学とか行ったり…、自分で調べて、周り是一緒に行くって感じじゃないんで留学なんで。学校来ている子も一人で来ているという子が多くて。すごく自信になりましたね、私、やれるって。(P p.5)</p> <p>・(仕事)「出来たね」って自分に言えるまでは時間がかかる。でも、そうやっていっぱい重ねれば自信つくから。(A p.11)</p> <p>・高校卒業してからなんか解き放たれた気が。…不登校が長かったから、卒業できたことが自信になった。(H p.5)</p>
理論的メモ	<p>自分が他者から愛され、大切にされているという思い、基本的信頼感の獲得を経て、自発的な心が生まれ、自分の好きなことを見つけて実行する。それが、回復へとつながっていた。摂食障害の心理的な回復は、結局、基本的信頼感の獲得と、自尊心の向上であると言えるのか。</p> <p>類)＜他人にどう思われるかでなく自分のやりたいことをやる＞(仮)→＜自発的な心の動きの始動＞の概念。その結果、自分に自信をつけるために行動を始める。対)＜偽りの自信にしがみつくと＞は、定義:評価される自分であるためにやせることで自信を持とうとすること。こちらは反対に自分の好きなものではなく、社会文化的に評価されることを目的としている。同年代の集団への適応の挫折体験、スクールカーストの中での自己の立ち位置の獲得の失敗で、自己愛が傷つく。薄っぺらなプライド(A p.7)を守るために、社会的な評価を得られる、やせた体にしがみつくと＝偽りの自信にしがみつくとこととなった。</p>

謝辞

本論文を作成するにあたり、お世話になりました皆様に心から感謝申し上げます。

まず何よりも、データ提供にご協力くださりインタビューやロールシャッハ・テスト施行にご協力くださいました回復者の方々に深くお礼を申し上げます。回復者の方々のご協力なくしては本論文の完成はありませんでした。回復者の方々の疾患からの回復のお話は、私の臨床を続けていく上で大きな励みにもなりました。

家族会の主宰者である鈴木様にも心からお礼を申し上げます。修士論文の構想中に幾つかの家族会を訪ね歩く中、本当に暖かく迎えてくださり、その後もずっとご協力を賜りました。いつも会員の方々のことを考えて、熱心に活動していらっしゃるお姿には頭の下がる思いが致します。

主査の労をお引き受けくださり、最後まで叱咤激励してくださいました白百合女子大学の木部教授に心から感謝申し上げます。何をどのようにまとめたらいいのか迷っている私に、貴重なアイデアを色々とくださりました。取り掛かりが遅く途中で何度も諦めそうになりましたが、先生がいらしたからこそ最後まで完成させることが出来ました。

副査の労をお引き受けくださいました田島教授にも心から感謝申し上げます。お忙しい中、拙い私の論文をしっかりと読みくださり、論文とはどのような体を取るものかさえよく分かっていなかった私に、細かなところまでご丁寧にご指導を賜りました。先生に戴いたご教授の数々は大変勉強になるもので、この論文を最後にまとめ上げる上でとても助けになりました。

同じく副査の労をお引き受けくださいました真栄城准教授にも心から感謝申し上げます。統計や論文の構成等具体的なことを色々とお相談させていただき本当に助けになりました。知識のない私にお呆れになることなく、お忙しい中、何度もご相談に乗ってくださいありがとうございました。

同じく副査の労を賜りました鈴木教授にも心からお礼を申し上げます。お忙しい中、とても貴重な統計のアドバイスをいただき、研究Ⅱを見直す大変貴重な機会を頂戴致しました。

研究ⅠのM-GTAの分析のスーパー・ヴァイザーをお引き受けくださいました信州大学の山崎准教授にも心からお礼を申し上げます。M-GTA研究会にいらっしゃる先生には修士論文の分析の際にもお世話になりました。今回は長野と距離が離れていらっしゃるのにも関わらず、東京にいらっしゃる際にお時間を何度も作ってください貴重なアドバイスを頂戴いたしました。またM-GTA研究会のワークショップにて、研究Ⅰの概念と一緒に考えてくださった諸先生に方にも深く感謝申し上げます。

ロールシャッハ・テストのコーディングや解釈のスーパー・ヴァイザーをお引き受けくださいました桜美林大学の小山先生に心から感謝申し上げます。ロールシャッハ・テストのデータを見直すという時間のかかる作業をお引き受けくださり、先生の深い知識から非常に役に立つ解釈をいただくことができました。先生のお力なしでは、研究Ⅲは完成しなかったと思っております。

最後に家事をさぼって自室に引き籠る私を、黙って見守って色々協力してくれた家族に感謝します。本当にありがとう。