

神経性食欲異常症に対する精神分析的アプローチ

——やせの極期と過食恐怖に対する対応——

毛塚 満男 森永 優子 布田 佳子
門倉 春子 河野 友信

心 身 医 学

第26巻 第2号 別刷

1986年2月1日 発行

日本心身医学会

Symposium/Pathophysiologic and Therapeutic Aspects of Anorexia Nervosa

Psychoanalytically Oriented Psychotherapy for Dysorexia Nervosa*

—Therapeutic approach to extreme emaciation and the fear of excessive eating

Mitsuo Kezuka**

Yuko Morinaga

Keiko Fuda

Haruko Kadokura

Tomonobu Kawano

Abstract

I point out that ego weakness is the center of psychodynamics of dysorexia nervosa and that the patient fails in identity formation as a development task during his puberty and adolescence, regressing and fixating to the oral phase level in personality.

Since I find in the interpersonal relations of most of the patients the lack of impulse control and primitive defense mechanisms such as splitting, denial, and projective identification, it is assumed that they possess Borderline Personality Organization (Kernberg). It is very difficult for us, therefore, to introduce them to psychoanalytic treatment as long as we adhere to a passive and neutral therapeutic methods on which classical psychoanalysis is based according to treatment experiences for neurosis.

I believe that what is most required in psychoanalytic approach to these patients is active and flexible attitude of therapists. In this paper, two cases are reported in which the treatment tried on the basis of such therapeutic strategy brought about improvement in their conditions and the growth of their ego.

* Symposium at the 26th Annual Congress of Japanese Society of Psychosomatic Medicine, June 21-22, 1985, at Tokyo

** Department of Psychosomatic Medicine, Tokyo Metropolitan Komagome Hospital

Address Mitsuo Kezuka: Department of Psychosomatic Medicine, Tokyo Metropolitan Komagome Hospital, Honkomagome 3-18-22, Bunkyo-ku, Tokyo, 113 Japan.

神経性食欲異常症に対する精神分析的アプローチ

——やせの極期と過食恐怖に対する対応——

毛塚満男* 森永優子 布田佳子
門倉春子 河野友信

I. はじめに

神経性食欲異常症の中心的精神病理は自我の脆弱性にあり、思春期および青年期の発達課題としての自我同一性の確立に失敗し、口愛期レベルに退行・固着している状態と考えられる。本症患者の精神病理に関する精神分析的考察は、下坂¹⁾や野上²⁾らにより詳細に報告されているが、やせの極期と過食の混乱期において治療者がとるべき態度について明確に述べられた報告は少ない^{3,4)}。そこで本稿ではやせの極期と過食の混乱期の患者に対し、分析的にどのようにアプローチするかについて述べる。

II. やせの極期と過食の混乱期

やせの極期と過食の混乱期の患者に対して分析的にアプローチする際、治療者は古典的精神分析が重視する受身的中立性の立場から一時期自由になり、能動的で柔軟性のある治療態度をとることが非常に重要と考える。治療開始当初は、当然ながら患者の訴えに十分耳を傾け、安心と保証を与えて患者の良き理解者にならなければならない。しかしながら受容、支持的態度にもかかわらず、徹底した拒食で著明な体重減少を来し生命が危機に頻した時は、「入院してるかぎり必要な治療をして絶対助ける」と患者に告げる信念に基づいた毅然たる治療姿勢が要求される。

また不安感や抑うつ感が増強し、激しい過食や嘔吐さらに自殺企図を繰り返す場合は、向精神薬の投与や行動を防ぐための枠づけを行うだけでな

く、「この病気は薬では絶対治らない。どうしてこんなに苦しくなるのか、先生と2人で考えていこう。考えていることでしか、この苦しみを乗り越える方法はないんだから頑張るんだ」という励ましと分析治療への強い動機づけが大切である。

III. 分析的治療過程 (図1)

神経性食欲異常症に対する分析的治療過程は図1のように3期に分けられる。

第一期は拒食による体重減少の顕著な時期である。

この時期では、やせ願望の否認すなわち、“食べたいけど食べられない”気持を受容する支持的治療法を行う一方、治療契約に基づいて補液や栄養補給をすることで体重を徐々に回復させていく。体重減少が生命の危険を伴わないかぎり、治療者は体重増加に焦らず、小林⁵⁾が主張する“つかず離れずの心的距離”を保つべきである。

第二期は、体重が回復し始め、一定時間の面接にも耐えられる段階になる時期である。この時期になると、患者は以前よりは治療者や治療内容や入院環境を受け入れ始めるが、相変らず治療への抵抗は激しく、種々の行動化が認められる。治療者は、患者の示す抵抗や行動化を、患者が無意識的に治療者を“試し”ているものと受けとめ、面接の場でやせ願望の否認や行動化を1つ1つ取り上げ、明確化・直面化・内容解釈をしていく、そして治療契約を患者が遂行できるよう鍛錬し援助していかなければならない。しかし、この際、あまりに早く深すぎる解釈はさけ、患者の反応をみながら浅いレベルから徐々に解釈をすすめるべきである。なぜならこの時期ではまだ患者の自我機能は

* 都立駒込病院内科心身医療科 (毛塚満男: 〒113 東京都文京区本駒込 3-18-22, 都立駒込病院内科心身医療科)

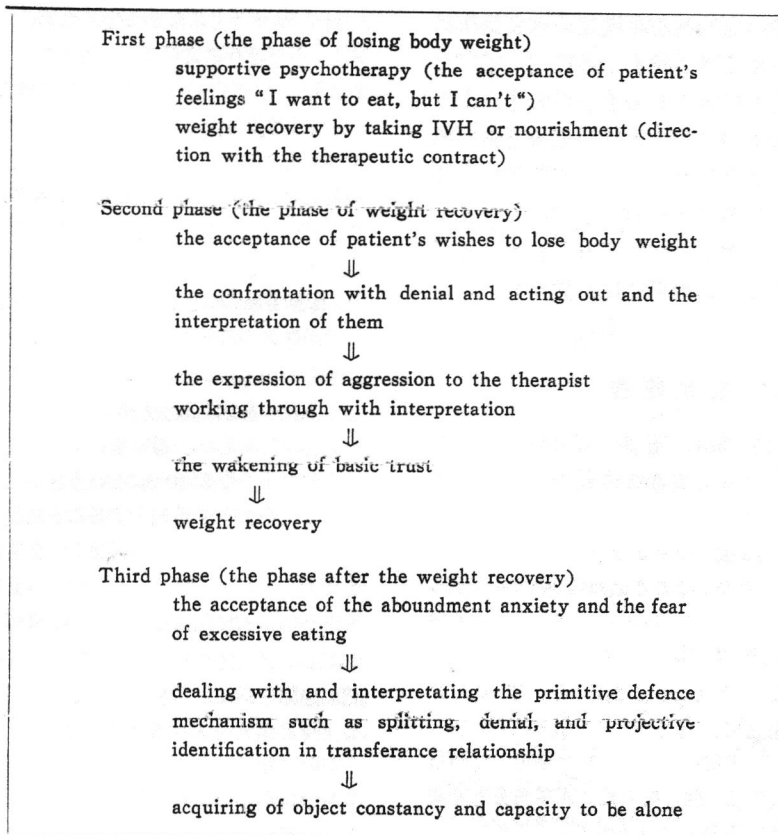


Fig. 1 Process of psychoanalytically oriented psychotherapy for dysorexia nervosa

脆弱であり、holding（“抱っこする”）がより重要だからである。

直面化や解釈がなされ始めると、それまで自己の身体に向かっていた攻撃性が、治療者へと徐々に向きを変え、患者は何かにつけて治療者に対し攻撃性を発散し始める。治療者は自分に向けられた攻撃性を再び1つ1つとり上げ、解釈による徹底操作を行っていく。この徹底操作の過程で、己れの攻撃心を逃げずに受けとめ正しく返してくる治療者に対し、患者は真の信頼感と愛情（basic trust）を感じ始める。このようにそれまで内に向かっていた攻撃性が、治療者という外の存在に向かい始めると拒食や引きこもりは蔭をひそめ、体重も急速に回復していく。

第三期は、体重が回復した後、過食衝動に襲われる時期である。

過食は拒食という防衛の破綻ともいえる¹⁾ため、過食期の患者は見捨てられ不安や抑うつ、さ

らに内的な空虚感を自覚し訴えるようになる。治療者は、これらの感情に共感し、過食・肥満恐怖に対し受容・支持・保証を繰り返していく。そして徐々に患者がその無力感、空虚感、絶望感を自覚でき、なぜそうなのかを内省できるように治療者は常に補助自我の立場から患者を援助してあげることが大切である。

患者は自らの無力感や劣等感や絶望感に、治療者が真に耳を傾け、共感し、理解してくれたと感じ始めると、さらに治療者への信頼感が深まり、分析的治療に積極的にとり組むように変化していく。

患者が分析的治療の必要性を痛感し積極的になり始めたら、治療者は徐々に分析医としての中立性をとり戻していく必要がある。そして分裂・否認・投影同一視などの原始的防衛機制を転移関係のなかでとり上げて解釈し、徹底操作を続けていかなければならない。

この転移関係での原始的防衛機制の徹底操作により、患者はそれまで外に投影し外在化していた“悪い”自己表象を受け入れることができるようになり、さらに他者に対しても良い部分と悪い部分を合わせ持った統合した存在として認識できる能力、すなわち対象恒常性を獲得していく。また対象恒常性と平行して1人でいられる能力も獲得し、偽りの自己でなく真の自己に目覚め始め、自己の主体性の確立に向かい始める。

IV. 症例報告

以上のような治療理論に基づいて分析的にアプローチし、症状の改善と自我の成長が得られた2症例について報告する。

〈症例〉A子 16歳 中学3年生

2人姉妹の長女。中学1年の冬頃から皆から「太った」と言われ、やせようと思い始めた。当時の身長は148cm、体重は44kgであった。その後体重は徐々に減少し中学3年の夏には30kgまで減少し、某病院精神科で投薬と精神療法で治療を受けるが改善しなかった。同年9月、都立駒込病院心身医療科に受診した時は28kgに減少し、数日後入院となった。A子自身も希望した入院であったが、入院してまもなく、「帰りたい、淋しい」と訴え、「ちゃんと食べてるのに太れない」と間接的に不満を訴え始めた。補液を行うも体重は徐々に減少し、入院2.5カ月で24.5kgにまでなった。25kg以下になったらIVHをやることを患者と前もって契約していたが、これを伝えるとA子は激しく抗議し全く受け入れようとはしなかった。しかし私が、「これ以下になると生命が危険だ、どんなに嫌がっても約束どおりIVHは絶対やる」と断固たる態度を示すと、A子は「アレは絶対イヤ、ちゃんと食べて太るから、すこし待って！」と泣いて嘆願した。私は1週間の猶予を与え、再度治療契約の遵守を約束させた。この事件のあと数日後に体重は26kgに戻った。しかしA子は治療者に屈した憤りからか、その後再々にわたり治療契約を無視する言動を示し始めた。「食べてるのに太らない、退院させて！」「太らないのは先生の治療が悪いからだ」「約束なんかしていない、一方的に作ったんじゃないか！」と激しく退院を要求し治療への不満と不信を表した。私はこれを患者の無意識的な“試し”行為(testing)と考え、その度毎に解釈して患者に返し、入院治療の重要性を伝え治療契約を遵守するように指導した。

年3月留年が決定した際、一時精神的混乱を来し、再び留年の責任を私に転嫁しようとした。私はこれに対して留年の原因は病気にあり、病気になったのはA子の自我の弱さのためであることや、現在は病気を治すことをすべてに優先して考えるべきで、留年を過度に恐れる必要のないことを伝えた。A子は「先生は他人のことだから、そんな風に言えるんだ」と言って抗議したが、やがて留年という現実を受け入れられるようになり、体重も順調に回復し、春には33kg以上になった。この段階で退院後の生活について新たに細かく治療契約を行う一方、学校側とも密接な連絡を取り合った。そして入院中数回試験登校を行わせ、自信のついたところで退院を許可した。退院後の治療契約では、これからは発病前のような勉強だけという生活態度をやめ、友人を作ることを第一の目標とすることを話し合った。退院後のA子は少しずつ自信を回復し、友達もでき始め学校生活に興味を持てるようになった。体重は退院後2カ月でほぼ標準体重に回復した。しかしこの頃から、「太るのがこわい！ 食べるのが止らなくなりそう！」と過食・肥満恐怖を訴え、「本当に大丈夫ですか」と私に繰り返し支持と保証を求めるようになった。とくに学校が休みの間に家にいると過食が抑えられないという理由で、休みの期間中だけ短期間入院することを続けた。しかし入院を重ねるにつれて、「あんなにやせたのは、クラスで何かで一番でいたかったの！ 太っちゃうと何も他人より優れたものがなくなっちゃう！ やせていれば母さんが心配してくれ、やさしくしてくれた。治ってしまうと平凡になってしまうし、お母さんも相手にしてくれなくなっちゃう！ だから治りたくないの、お母さんが沈んでるのを見ると食べたくなるみたい」と自ら語れるようになり、拒食が全能感の防衛であり、過食が見捨てられ抑うつ防衛であることに徐々に気づき始めて行った。中学は無事卒業したが、高校入学を目前にして、受験戦争への恐怖が高まり高校入学を頑強に拒否し通信教育をやりたいと主張し始めた。両親とくに父親はこれに反対し許さなかったため、父への怒りが高まり、家での居場所がなくなり再び入院となった。入院後は極めて元気で、同室の患者や看護婦らと歓談できるようになった。しかし同時期に入院中の過食中の患者に愛用の“ウォーク・マン”を盗まれた事件を契機に、入院生活に対しても不信感が高まり、情緒不安定になり遂に外泊中に服薬未遂を行った。服薬確認をしていたため、向精神薬の服用量が少なく、幸い生命はとりとめた。その後は希望退院し、アルバイトを始め現在に至っている。両親は自殺未遂を機に、高校や大学はあきらめ、本人の自

由にさせようという気持ちに傾いており、わずかではあるが家族力動が変化し、A子の「自由になりたい」という希望が理解され始め、A子の居場所ができてつあるかのように見える。一方A子は、以前のように両親に対して甘えと反抗を向けることが殆どなくなり、友人達がどのようにしているのかを、一生懸命とり入れながら“自分らしさ”を暗中模索している状態である。

〈症 例〉 B子 27歳 独身

高校入学後胃痛が出現、十二指腸潰瘍と診断された。高校2年頃から過食、嘔吐が始まり、やせと肥満が繰り返された。大学入学後食事のコントロールができなくなったため、年11月東大心療内科を受診した。外来および入院にて交流分析やゲシュタルト療法を受けるが改善せず、服毒自殺などの自殺企図を繰り返した。年10月より筆者に紹介され精神分析的精神療法を開始した。

治療開始時B子は、「食べてしまうとダメな人間に思えて死にたくなってしまう」と過食衝動への恐怖と無力感を執拗に訴えた。治療者はこれに対し、「薬だけでは本質的な解決は得られない。病気について真に考えていくことでしかこの苦しみは乗り越えられない。だからどうして食べたくなくなるのかを先生と一緒に考えていこう」と繰り返し提案して説得し、分析療法への動機づけを行い、補助自我として強力に機能するように努力した。その結果過食衝動への恐怖感は次第に沈静化していった。そしてこれらに平行して、「小さい頃から母に合せてきた。ある枠を越えると見放されるんじゃないかといつも不安だった」と過去の母子関係における見捨てられる不安などを熱心に治療者に語り始めた。内省が進むにつれて、自分と同じように母娘一体と思っていない母親の本音を知りひどく失望し、退院し自立しようとする試みを母に反対されたのを機に母親と対立し攻撃を始めた。母への攻撃はやがて父親にも飛び火し、「いつも父の目を気にして自由に振舞えなかった。文句を言うときすぐオレが悪かったと言って逃げた」と父を非難するようになった。

このような患者の変化に対し、治療者はこれまで長い間抑えられていた親への攻撃心の発露と考え静観していた。そして親に対し反抗できるにつれてB子の過食は治まっていた。治療者は、患者が分析治療に馴れ、不十分ではあるが面接場面に連想ができるようになり、自我が成長していると感じられた頃より、徐々に明確化、直面化、内容解釈を行っていった。と同時に激しい治療者への攻撃が始まった。「病気のことが判ってきててもそんなに急には変えられない。親にすべて責任

転嫁している」といって先生は私を責める、先生をやっつけたい、あばきたい」と大声で叫ぶ治療場面が続いた。これに対し治療者は「私に解釈されると責められているとか、全部自分が悪くてダメだと感じてしまうようだね」と解釈していくと、患者は、「自分の受けとめ方が変れば楽になると思う。最近自分は自分でしかないと思うようになった」と語り始め、「みじめだ！自分はダメだ！」という感情を少しではあるが客観視することができるようになった。また、「先生にはちゃんと聞いてもらい激励してもらえるといいみたい」と健康に治療者に甘えることもできるようになった。現在は、これまで通っていた仏語教室や絵画教室をやめ、アルバイトをする傍ら、自動車教習所に通い始め最近免許を修得した。これは内的衝動の自己コントロールが可能になりつつあるともいえるし、もしくは内的な親にかりたてられた人生を打ち切り、自由な自分で選択する生き方を実行に移し始めたとも考えられるだろう。

V. ま と め

神経性食欲異常症の多くに、衝動のコントロールの欠如や分裂・否認・投影同一視の原始的防衛機制が対人関係に認められることから、本症患者はKernbergの境界パーソナリティ構造を有すると考えられる。したがって、神経症治療経験に基づく古典的精神分析が重視する受身的中立性の治療態度では、神経性食欲異常症を分析治療へ導入することは難しい。

神経性食欲異常症に対する分析的アプローチにおいて最も重要なことは、小此木やラッカーの指摘する能動性や柔軟性のある治療者の態度、すなわち積極的中立性であると筆者は考えている。

また拒食や過食は、マスターソンの指摘する見捨てられ抑うつ防衛と考えられるし、マラー⁹⁾のいう再接近期の現象の再現とも解釈できる。それゆえ本症患者を治療する際、小林の指摘する“つかず離れず”の治療態度や、ウィニコット¹⁰⁾の説く“抱っこ”の機能を、治療者および治療環境が十分に有するようになることが極めて重要であると考えられる。

筆者らは、本症の中心病理を自我同一性の形成不全と捉え、早すぎたまたは深すぎた内容解釈による病的退行の促進を避け、退行をなるべく防止し、自我の強化を目指した解釈を与えるよう努め

ている。

本症患者は、早期の母子関係において真の愛情交換の体験が障害され、正当な攻撃性の発散が見捨てられ不安のため抑圧されていると考えられる。分析的治療では当然ながらこれまで抑えられていた攻撃性が治療者に向けられるが、治療者はこれを十分受けとめて投影同一視として解釈し、徹底操作しなければならない。この過程を通じて患者は、自己の攻撃性で相手が破壊されてしまうという幻想から逃れること（攻撃性の中和）ができ、基本的信頼感や対象恒常性を獲得し、分離・個体化や自我同一性の確立に向かい始めると考える。

稿を終えるにあたり、長年御指導いただいた恩師である、故石川中教授の御冥福をお祈り申し上げます。

文 献

- 1) 下坂幸三: Anorexia nervosa 再考. 精神医学 19 (12); 1253-1265, 1977.
- 2) 野上芳美: 青春期中ける気晴し食. 日大医誌 32; 218-227, 1973.
- 3) 小林 和: 摂食異常. 山中康裕編著: 問題行動, 日本文化科学社, p. 107-128, 1982.
- 4) 滝川一広: 摂食障害への精神療法的アプローチ. 下坂幸三編: 食の病理と治療, 金剛出版, p. 131-151, 1983.
- 5) 小此木啓吾: 精神分析の成り立ちと発展, 弘文堂, p. 64-83, 1985.
- 6) H. ラッカー (坂口信貴訳): 転移と逆転移, 岩崎学術出版社, 1982.
- 7) J.F. マスターソン (成田善弘, 笠原 嘉訳): 青年期境界例の治療, 金剛出版, 1979.
- 8) 伊藤 洸: 精神発達と分離個体化理論. 小此木啓吾編: 青年の精神病理, II, 弘文堂, 1980.
- 9) D.W. ウィニコット (牛島定信訳): 情緒発達の精神分析理論, 岩崎学術出版社, 1977.

〈海外文献〉

「Anorexia Nervosa を伴う Bulimia と Anorexia Nervosa を伴わない Bulimia の区別についての妥当性」

[Garner DM, et al: Am J Psychiatry 142(5); 581-587, 1985.]

東邦大学心療内科

体重減少を伴わない大食症は、神経性食欲不振症を伴う大食症とは別の症候群であるという提案が、DSM-III 及び Lacey (1982) によりされている。しかしこれらの群を直接比較検討した研究はこれまで殆ど行われてこなかった。著者らは、この2群間の関係を検討し、DSM-IIIの分類に従って2群間の区別が可能か否かの検討を行った。

研究の対象は、トロント総合病院とクラーク精神研究所を訪れた女性患者から選ばれた次の3群である。即ち、標準体重を示す大食症群、神経性食欲不振症を伴う大食症群、及び純神経性食欲不振症群で、各々59名であった。著者らはこれらの3群につき、年齢・体重等の背景的情報、症状についての臨床像に加え、摂食障害調査表等の8つの標準化された検査法を用い、比較を行っ

た。

その結果、多くの変数において標準体重を示す大食症群と神経性食欲不振症を伴う大食症群の両群には類似点が認められ、また両群は食事の摂取をかたくなに拒否する神経性食欲不振症群と比べても、互いに似ていることが示されていた。

以上より、本研究において神経性食欲不振症を伴う大食症群と、標準体重を示す大食症群の両群を診断的に区別しようとすることは出来なかった。これについて著者らは、3群について個々の症候群を単純化して別々に区別するには、他の心理的特徴の文脈を含めて理解する必要があると主張し、今後より詳細な心理的特徴を描く努力をしていくことが、これらの摂食障害の理解の上で重要であると結んでいる。