

摂食障害研究の展望と課題

——家族病理の視点から——

教育心理学コース 田 中 志 帆

A Review of Previous Research in Eating Disorders

——The View of Familial pathology and Family System——

Shiho TANAKA

This article presents a conceptual frame work for chronic eating disorders. In recent years, the pathological study of eating disorders mainly emphasized on female developmental identity. Especially, disturbance of body image perception and personality development have been focused on, which related to the ego function and the fear of maturity, although 'fear of being fat' complex is thought of one of the symptoms and body image may not be a unique factor to appearing in the eating disorder. Thus, instead of these concepts, the importance of the familial pathology and family system is beginning to receive attention now. In this study, after reviewed presentation of some theory, I will discuss related concepts, family systems and family dynamics. And finally, the point of view from the parent—child (daughter) relationship, I will describe about the parental psychopathology model and the internalized parental conflict model.

目 次

- I. 本論文の目的
- II. 摂食障害と家族病理
 - A. 身体イメージの障害説とその問題
 - B. 成熟拒否説とその展開
 - C. 家族病理研究の概観
 - D. 家族病理に関する実証的研究
- III. 事例から考える家族葛藤内在化モデル
 - A. 両親と家族, クライアント
 - B. 病因としての両親葛藤

I. 本論文の目的

所謂¹⁾anorexia nervosa や²⁾bulimia nervosa (以下, 拒食症, 過食症とする) という摂食障害は, 様々なマスコミを通じて広く知られている。近年摂食障害の増加を見ていることから大きな課題として様々な研究も重ねら

れてきているが, 増加を押さえるだけの予防的措置が考えられる手がかりには乏しいのが今の現状である。またこの病気の不可思議さは女性に多いことと, 他の境界性人格障害や, 演技性人格障害と併存し得ることである。つまり, 人格障害があっても, 拒食, 過食症状が現れるか現れないかの違いというのは何かが明確でない事から, この病気の謎が存在しているように思われる。

先行研究の主な流れには, 一つに文化的要因に関するものと, 食生活や食文化の繁栄を含んだ社会経済的な側面に関するものがある。また, 身体イメージの障害や女性性確立の葛藤に代表される成熟拒否説が, 現在まで中心的な論点となっている。一方, 治療においては1980年代以降, 身体認知研究の成果から, 認知行動療法や行動療法等の食事摂取を目的としたプログラムに基づく療法が盛んになっている。しかし, 近年の予後調査研究 (Yates, 1990) では, 悲観的な結果が示されている。

そこで, 本論文では従来の主な病因研究を振り返り, また最近欧米や日本でも重要視されるようになっている

家族病理からの検討をまとめ、実際の事例から病因仮説へのアプローチを行ないたい。ここでは、馬場(1983)の過食・拒食は神経性食行動異常症の下位グループに属するという考えを基に、共通項である『食べ過ぎる、吐き出す』『食べない』という観点を中心に家族病理との関連性を考えていきたい。また、近年男性にも摂食障害が増加しているが、本論文では本来女性の発病率の高いことを基に以下の考察を行なう。

II. 摂食障害と家族病理

A. 身体イメージの障害説とその問題

Freud(1923)が身体自我の概念を述べ、幼児の身体像と母子の相互作用との関連を論じたことから、身体イメージと摂食障害病理との関連の検討は比較的多くなされている。近年でも Ritovo(1984)や著名な摂食障害の研究者である Bruch(1962)が、摂食障害のクライアントは身体イメージと身体概念の調和が妄想的であると述べ、それを特殊な飢餓状態の視点から考察している。

おそらくこれは、摂食制限を続けるクライアントにある痩せた身体に固執する姿勢や、過食における「むちゃ食い」に代表される、衝動性と太りの身体との繋がりに焦点が向けられているからであろう。実際肥満女性の人格水準が低く、自己愛の障害が顕著で衝動コントロールが困難であるという研究結果(Fowler, 1989)もある。しかし、この身体像の歪みが病因とする説が実証的には今までどの程度証明されてきたのかを考えてみたい。

Zakin(1989)は学生を対象に両親からの情緒的な分離と身体満足度、そしてロールシャッハ反応から導き出した身体境界度との関連を検討している。この結果では、母親からの情緒的な自立因子と身体満足度とは正の相関があること、身体境界不透過とは負の相関があることが示された。他にも、認知行動療法的な視点での実験的な研究が行われてきている。この類の研究では身体イメージの測定に全身法と部分法が主に用いられている(Brodie & Slade(1988)は、全身法は身体サイズの認知的態度を反映するもの、部分法は身体サイズの過敏性の流動的側面を測定するので感情因子によって強く影響されると説明している)。けれども、一連の研究から、全身法による測定において、摂食障害の女性は自分の身体像を著しく過大評価するが、正常群女性もやはり過大評価する傾向があることが明らかになってきている。Whitehouseら(1988)の研究でも、身体知覚の差を正常群とクライアントの群で比較しているが、クライアント群ではデータのばらつきが大きく統制群との間には有意

味な差が見られなかった。以上の結果について、種田(1991)は身体イメージよりも身体への関心やうつ的な感情因子が大きく関与していること、データのばらつきは強迫性格者に存在する all or nothing (全か無か)の両極的な評価が原因であると考察している。

しかしながら摂食障害の場合、過食嘔吐に伴ううつ気分は顕著であるが、拒食症の場合うつ気分を否認し過活動に走るケースが多い。また『全か無か』という思考が身体へ付加されたとしても、そのまま個人差として測定値データに現れるのかには疑問の余地が残る。ALBA (Adjustment Light Beam Apparatus)を用いて、壁に映写された身体像の広さや幅を可能な限り正確に被験者に答えさせる課題実験を行なった Goldsmith & Thompson(1989)は、手がかりとして被験者を鏡の前に向かわせて自分のサイズをフィードバックする手続きを介在させた群とそうでない群との比較を行なった。すると、フィードバックが与えられた群は身体サイズの過剰な見積もりが著しく減少することが示されたという。つまり、うつ気分や強迫性格傾向以外の要因である別の手がかりが介在することで容易に身体イメージも正常化し得ることを示唆している。

上記のことから、³⁾feedingの障害により身体像の揺らぎが生じる可能性は考えられるが、一般的に測定上身体イメージは一貫性を欠き易く環境条件に支配されやすい変数と言える。Hsu & Sobkiewicz (1991) Penner & Thompson & Coovert (1991)ら、多くの研究者も、特に拒食症と正常群との比較で研究結果が一貫していないことを指摘している。そこで筆者は次の2点を問題点と考えている。まず、測定上の問題もあるだろうが身体像の過剰な見積もりは容易に改善されることから考えると、根本的な病理として身体イメージの障害が据えられるかどうかである。Rosenら(1990)は、心理/神経症的症状は摂食障害症状の結果であって原因ではないという議論を展開している。もし、個人内妄想的な身体像の歪みから摂食障害が派生するのなら、身体の不確実感を訴えてダイエットに走り発症という経路を辿るはずである。だが誘発因子として社会的ストレスや仲間との競争意識からダイエット行為を始めるという対人関係上の問題が存在していることがほとんどである。よって①身体イメージの障害は、症状として現れた葛藤であり、病因そのものではないと考えられる。

さらに、身体イメージの障害が発症要因であるならば、摂食障害がなぜ思春期に発症するのかという第2の疑問が生じてくる。むしろ小学校、幼稚園の段階にある女子が発病する可能性もあるはずである。Blos(1979)は、思

春期の分離個体化のプロセスを両親からの取り入れを超えた自己愛を再形成することであると説明している。そこでむしろ身体イメージの障害は分離個体化のプロセスに乗って活性化されるが故に、症状として現れることが考えられる。両親の取り入れというのは食物摂取を意味し、これが摂食障害へと移行して身体イメージの歪みが現れてくるのだろう。従ってZakin,(1989)の研究結果も分離個体化の過程と身体イメージの繋がりを表わしていると思われる。よって②思春期の両親との対象関係の問題→摂食障害→身体イメージの歪曲の図式がより適切であろうと考える。

B. 成熟拒否説とその展開

成熟拒否の心理は主に拒食症のクライアントにとって重要な主題であることは周知の通りである。そして成熟拒否の問題は自己制御とその反動の衝動性が表裏一体となっているように思われる。拒食症の場合、端から見ての彼女らの統制的な食行動や痩せた身体は、治療者にもまた家族にも強烈なインパクトを生じさせる。生死に関わるだけに周囲が躍起になるのも当然の現象ながら、身体を使って周りを操作する自己愛的な満足を追求する衝動性が存在していることが考えられる。過食症では、過食嘔吐の自虐的性質や(下坂, 1991)異性関係の多さが見られる。よって摂食障害には共通して衝動性と自己愛的特徴を持つと言えるだろう。

この側面について松木(1990)は、摂食障害のクライアントの人格は、理想化された痩せを追う精神病的自己愛的自己(病気の自分)と、二次過程思考が可能で現実吟味を踏まえた正気の自己(健康な自分)に分裂(split)していると説明している。例えば、Spillius(1988)の言う「自己愛構造体」は上記の「精神病的自己愛的自己」に相当しており、「正気の自己」は常に自己愛構造体を批判的にかつ厳格に統制していることになる。同様に、Volkman(1976)は、Kramer(1974)の病的自我の概念を用い、⁴⁾archaic primitive egoとして表現される自己愛的で衝動的かつ貪欲な原始的自我と分裂していると述べている。

しかし「正気の自己」(健康な自分)は、完全に分裂され、健康な自我機能として発揮されるだけなのだろうか。松木(1994)は健康を取り戻そうとする正気の自己は、自己愛構造体を批判的に見ていると説明している。しかし、摂食障害のクライアントの予後調査では症状が軽快しても自我理想に基づいた志が高く、対外的な関心が過度に肥大した状態や、現状に不満を持ち易い性格傾向が存続し続けているという報告もある(安岡, 富永, 1983)。こ

れは、むしろ正気の自己の中にある「ロボットの従順さ」と言える周囲の期待に添う側面が、治療後も周囲への関心として残存している可能性が考えられる。一方が衝動的かつ自己愛的である自我であればもう一方はそれを抑制するだけの力も強大になる。ただし、行動化が顕な境界例のクライアントが持つ厳格で残虐な超自我というよりも、理想を追及し達成するための努力を怠らない現実志向的な性質を持っているように思われる。治療によって症状が緩和されても、自己愛投資が尽きないことを考えると、むしろロボットの従順さが「成熟拒否」を維持促進させている大きな要因なのかもしれない。また統制的な自己は、遠山, 馬場(1987)の言う人格特徴としての失感情症を反映していると推察される。

だが、成熟拒否に関していくつかの反論もある。Brinchら(1986)は、拒食症のデンマーク女性のフォロー調査を行なったところ、結婚後の妊娠率は健常者よりも低く死産を体験した人は健常者の2倍~6倍になるものの、母親らしさについての質問紙結果では、母親になっていない人々よりも良いスコアであったという。これらの結果から拒食症のクライアントの母性は回復し得ると考察している。遠山, 馬場(1987)は、むしろ、成熟することのためらいや、性そのものへの嫌悪を持っているという理解はクライアントに共通する中心課題と見るのは妥当性を欠く恐れがあると主張している。よって、単に成熟拒否といっても、女性性への現実感を欠いた理想化の現われと言い換えることが適切のように思われる。背景にある「従順」かつ「衝動性を監視」する正気な自己から生じた、『成熟への実現不可能な不安』(下坂, 1977)として捉えるのが妥当ではないだろうか。

しかしながら、同様の青年期葛藤、ストレッサーにさらされていながら、なぜ不食や過食が現れる人とそうでない人が存在するのかの疑問に立ちかえらざるを得ないだろう。不食や嘔吐は、両親の用意した食物を取り入れないことを意味し、対象(両親)と関係する段階に留まっていたクライアントが、対象(両親)を使用する段階へ向けて発展する過程で対象(食物)を拒否するとの理解が可能である(小林, 1986)。そこでは、成熟拒否概念上で説明されている archaic primitive ego と食物拒否行動との強い繋がりが要因として挙げられるべきであろう。また嘔吐は、親を排除したいという願望(同時に罪悪感と自分いじめの感覚)を反映している。この衝動的な archaic primitive ego と食行動との結びつきの一つの理由として、摂食障害のクライアントの母親に共通する性格特性が影響しているように思われる。Kernberg(1980)は、『反応性の奉仕』(reactive generosity)とい

う用語から摂食障害の母親像を記述しているが、他にも Gordon(1989)が、劣等感や不安を埋め合わせるために、活動的にクライアントに対して世話をする傾向を指摘している。国内の研究でも、過度に保護的になるかと思うと一転して拒否的になり自立を要求するという両価的な態度が強い母親像が述べられている。このような母親に対して、クライアントは甘えを排除し、要求を忠実に実現し完璧にやり遂げようとすることで対処する(中野, 1987)。甘えが排除された状態のこの努力や忠実性は、先の自我理想に向かう努力と共通しており、この段階で同時に母親への過度の理想化と衝動的な自己愛自己に基づく母親取り入れ拒否の両価性が活性化されるものと考えられる。

従って、成熟拒否説は単に女性になりたくないという幼児期への回顧というよりも、母親のようにはなりたくないが、女性としての成熟した発達を遂げたいという女性性の理想化願望から説明されるように考えられる。摂食障害の衝動的な自己愛構造体は食行動に結びついており、一方過度の理想化に彩られた従順な自我機能(正気の自己)が食行動を統制、促進させて、あたかも成熟を拒否しているように見えると言えないだろうか。だからといって、全て母子関係からの説明で終始するのは問題であろう。母子関係は、他の精神障害でも問題にされるのがほとんどであり、摂食障害に特有の問題とは言い難い面がある。食物と衝動が結びつく背景、同時に存在する女性性への過度な憧れと母親の取り入れ拒否、排除は、それ以外の問題が絡みあってこそ生じてくると考えられる。そこで、次に最近注目されるようになっている家族システム理論や家族力動理論から、摂食障害の考察を行ないたいと思う。

C. 家族病理研究の概観

(1) 家族システム理論

摂食障害の家族は、治療への抵抗を示す傾向が高いと言われる。この家族の特徴を捉え議論している Minuchin や Parazzoli による家族システム理論が、近年注目されている。両者ともクライアントを含めた家族療法を実施し著しい効果を上げ、高い評価を得ている。

Minuchin(1977)は「心身症的家族」の特徴から次のように摂食障害の家族を説明している。彼は、(1)絡みあい(enmeshment) (2)過保護(overprotection), (3)変化に対する硬さ・硬直性(rigidity), (4)葛藤を解決することが困難(inability to negotiate conflict), を拒食症の家族に共通するとしている。そして子供の病気を心配することで家族内の(両親夫婦間)の葛藤を避けようとするパ

ターンも存在すると述べている。この当事者の夫婦二者で葛藤を押さえている状態は、迂回的攻撃(detouring-attacking)と呼ばれている。両親の一方が攻撃を直面すると一人が回避する時に、第三者(この場合発症した娘)を守り心配することで二者が一体化するという現象のことを指すのである。

一方、Parazzoli は、児童分析家として臨床活動を行なってきたことから独自の対象関係論(Parazzoli,1978)を提示しつつ説明を試みている。彼女は、家族メンバーの一人(クライアント)が希望や意見を表現し自分を明確にすると、その人物の発言は他の家族によって制限されたり拒否されやすい事を指摘している。なお Parazzoli は Minuchin の言う迂回的攻撃について、より重点を置いているようである。Parazzoli(1974)による家族の説明は、①両親は家族内でリーダーシップを取れず、問題があった時に互いに責任を回避する②三方向の結婚が生じている。つまり父親が妻への不満を子供を通して補おうとしたり、母親が夫への不満を子供を通して解消しようとする親子の三角関係が見られる(three-way matrimony), ③自己犠牲の精神が存在しており、相互に相手のために自己を犠牲にすることによって相手を責める、④両親の夫婦関係は一見上手く行っているように見えるが、お互いに深い幻滅をかくし合い、表面化せず承認もしない、となっている。そしてさらに Parazzoli は父親の特徴と上記との関連性に言及し、妻から口やかましく言われても黙ってかわしたり、立ち去るという方法で相互作用を遮断する父親像を説明している(Parazzoli & Viaro, 1988)。

Minuchin は心身症家族一般の特徴として上記の4つの特徴を挙げているが、家族間の絡みあいや境界の無さは、Parazzoli の述べる三方向の結婚から派生しているパターンとして理解可能であろう。Parazzoli の注目した父親の回避傾向は Jeammet(1973)の説明とも共通しており、父親の戦術により母親もより干渉的にならざるおえなくなり、母親が夫に依存できないところを娘に対して求めていくという馬場、吉田(1984)の考察にも適合していると思われる。

(2) 傍観者的な父親と家族

以上のような流れから摂食障害の両親夫婦の関係性と父親の特徴が、最近ではクローズアップされてきている。父親の特徴は Jeammet(1973)によって6つに分類されている。それは、(1)不在の父(2)影の薄い父(3)娘に対する逆エディプスポジションが明らかな父(4)母親的父(5)重症の性格障害を持つ父(6)精神病構造を持つ父、である。Jeammet は、父親のパーソナリティの脆弱性はクライエ

ントの障害の重症度と比例しているとも述べている。ただし(5)と(6)は欧米の幼児虐待との関連で説明されている背景が考えられ、崩壊家庭の一側面として位置づけられるだろう。よって(1)から(4)に相当する父親像が摂食障害の一要因として検討される必要性があるのではないかと。

最近、国内外においても多くの研究者が、父親の傍観者の態度や父親不在、男性役割の抑制を家族力動論、システム論等の関連で述べている。特に、松木(1985)は症例研究の中で、退行したクライアントが、終始一貫して弱い回避的な態度をとっていた父親にいつになく雷を落とされたことをきっかけに症状の改善が見られたことを述べている。東原、下坂(1994)も、クライアントが母親に向ける強い依存欲求が充足された後、父親に対しても叱ってもらいたい、注意してもらいたいという現象が生じることを挙げている。国外では Boskind-Lodahl (1976) が摂食障害の娘の、母親からの支配と過保護からの脱出の試みとして父親への近接性や理想化意識が高くなることを言及している。

つまり、摂食障害の家族には、父親の無関心さと回避的な態度、母親の過干渉的過保護の態度から生じる当然の夫婦の衝突が存在していること。食べ物を拒否したり自虐的に摂取、嘔吐することで、それを制止しようとするクライアントの動きが見える。そして思春期に入った子供が両親に対して向ける自立感情や攻撃的な感情、罪悪感を、父親が傍観者的に無視し続けることでクライアントの失感情的な色彩が生じている可能性も考えられる。ただし、以上の家族システムの理論は摂食障害でも拒食症の家族の特徴を捉えたものであり、過食症や拒食と過食の病歴を持つ場合の家族の特徴については体系化されていない。この特徴の差異は実証的な研究によって検討途上である段階のようである。

D. 家族病理に関する実証的研究

身体イメージやパーソナリティ、ダイエット志向など社会的要因を扱った研究が多い中で、家族システムや力動を対象としたものは1985年以降、国外で見られるようになってきている。ただ家族システムを評価する材料自体数少ないため、どの研究も内容の類似がある。仮説も Minuchin (1977) の理論に基づいたものに集中している傾向がある。方法論的な発展はこれからといったところのようだ。

(1) 拒食症の家族病理

Humphrey (1983) は正常体重範囲にある過食症のクライアントと拒食症のクライアントの家族相互作用パターンに相違があることを報告している。Strober (1981) は、

食欲不振のみの拒食症 (いわゆる制限型) のクライアントの両親よりも過食を伴う拒食症の両親は、結婚上の不一致が大きいこと、子供との情緒的な距離が大きいこと、身体面の健康にも問題があることを明らかにしている。家族システムを複数の評定尺度で評価した場合でも (家族を対象に)、凝集性と組織化のスコアが、制限型拒食症よりも過食を伴う拒食症の方が低いことが示されている (Strober, et.al, 1982)。

一方、摂食障害以外の精神疾患の家族と比較した研究もある (Rivinus, et. al, 1984, Goldstein, 1981)。特に Goldstein は、11組の拒食症のクライアントの家族と、分裂病や他の精神疾患の家族との比較で、拒食症のクライアントの家族のコミュニケーションパターンは他の群よりも相互依存的で不安定であるという結果を得ている。制限型の拒食症を対象から除外して比較したものでは Humphrey (1987), Humphrey, et. al (1986) が行なった研究があり、正常家族群よりも過食を伴う拒食症のクライアントの家族は支配的で互いを非難無視し、乱れ易い特徴が見出されている。

以上の結果から考えると、制限型のクライアントの家族内の凝集性が高く、互いの争いを表面化せずの結びつきが強いことが伺える。しかしながら、過食を伴うクライアントの家族は、家族の凝集性よりもむしろ互いに反発を示し攻撃的であるという傾向が強いようである。つまり、不食と家族の凝集性、過食と家族相互の攻撃的コミュニケーションとの関連を示唆していると言えるだろう。Reiss (1971) は、拒食症の家族について『合意-敏感性』を主張しており Garner, et. al (1985), Kog & Vanderycken (1989) は、拒食症の家族は否認によって家族同士が互いを理想化していると述べている。拒食症でも純粋な拒食症とも言うべき制限型の場合には、他のタイプよりも家族の葛藤が表面化しにくく、互いの自立を阻む傾向が考えられる。The Leuven Family Questionnaire (Kog & Vertommen & Degroote, 1985) を用いて、家族のコミュニケーション表出を観察と質問紙から直接評定した研究でも、家族の凝集性が顕著なことや、葛藤を回避するだけでなくクライアント自身が「葛藤はない」と知覚する傾向があることが示されている (Kog & Vanderycken 1989)。さらに、正常体重の過食症の家族よりも、過食を伴う拒食症の家族と制限型拒食症の家族との類似性が明確になっている。

しかし、以上の研究は使用される質問紙も考察も Minuchin の理論に基づいて構成されている。別の社会学系家族理論家である Olson (1979) の円環モデルから構成されている FACES (The Family Adaptability and

Cohesion Evaluation Scale) を用いた研究では予測に反して家族の否認傾向が少ないという結果になっている(ただし母親の凝集性意識は高い)。おそらく、基底となる理論的モデルの特徴から家族の性質も評価される側面が異なることの現われであり、今後は尺度の交差妥当性の検討を踏まえた研究が望まれる。

(2) 過食症の家族病理と実証研究の課題

Madanes(1981), Humphrey(1983)は、過食症の家族について、支配と自立性の葛藤が両親とクライアント間に存在していると報告している。また、家族の適応性の乏しさが多くの研究の中で強調されている傾向がある(Mitchell & Hatsukami & Eckert & Pyle, 1985, Norman & Herzog, 1984)。FES; The Family Environment Scale(Moos, 1974) やその他の家族システムを測定する質問紙を用いた研究では、両親のケア能力や凝集性が低いこと、葛藤や敵意が高いレベルにあるという特徴が共通しているようだ(Calem & Waller & Slade & Newton, 1990, Palmer & Oppenheimer & Marshall, 1988)。Kent & Clopton(1988)の研究で過食症と正常群間に差が見られなかったとの報告がある程度である。つまり、過食を伴うクライアントの家族は不整合で、互いの敵意を顕にする構造が主に示されている。Reiss(1971)は、拒食症の家族と対照的に過食症の家族を『対人距離一過敏性』と表現している。この家族成因の無秩序さと互いの距離を保つ傾向は、過食嘔吐に関わる重要な要因となることが予測される。

だが、Kent & Clopton(1992)は前の研究結果を踏まえ、被験者が治療を受けている段階にあるか否かの問題点を指摘している。彼らが対象としたのはノンクリニカルな群であり、拒食症の病歴を持つものは除外されている。そして彼らの研究では、FESの葛藤尺度得点が低いという結果になっている。つまり上記の先行研究のほとんどは、治療過程途中のクライアントと家族を対象として評価を行なっているため、子供の摂食障害に気づいた家族がその時点で葛藤的になっているか、子供への対処上の苦勞で葛藤が生じていた可能性を否定できないことになる。Parker(1983)がPBI(Parental Bonding Instrument)を用いた調査で治療を受けている精神障害のクライアントの両親のcare尺度得点が低いことが示されたことから、先行研究にある一連の「葛藤的でバラバラな家族」というのは過食症のみの家族特徴として捉えるには不十分かもしれない。実際、大学生のノンクリニカルな被験者を対象にしたJohnson & Flach(1985), Stern, et. al(1989)の研究でも家族間葛藤の統制群との有意差は得られていない。

概観すると家族を対象とした実証研究の問題点としては、まず①クライアントの治療前と治療後の家族のコミュニケーションの変化の有無の説明が挙げられる。Kent & Cloptonらの指摘は、クライアントの症状が回復するにつれ両親の迂回的攻撃が迂回されずに表出してくることを意味しているのかもしれない。また、過食の存在が家族葛藤の表出と繋がるのが先行研究の定説のようになってきているが、これについて②家族病理の重さが人格変数を規定し、相互に影響を及ぼすという仮説(McNamara & Loveman, 1990; the accentuation hypothesis)が正しいと言えるのか、あるいは家族葛藤を否認するクライアントの方が重い人格障害があると言えるのか(Garner, et. al, 1985, Kog & Vandereycken, 1989; the conflict suppression and denial hypothesis)についての分析も、期待される場所である。そして、クライアント対家族という図式だけでなく③具体的な母子、父子の葛藤やParazzoliの言う三方向の結婚の状態を明確にするような研究が今後の課題となるだろう。

III. 事例から考える両親葛藤内在化モデル

A. 両親と家族、クライアント

上記の議論においてクライアントとそれを取り巻く両親との関係の重要性が明らかとなってきた。では、実際の面接場面でクライアントは両親家族についてどのように語っているのだろうか。ここでは筆者が過去3年間に関わりを持ったクライアントの家族についてTable.1に記載した。これらの情報は、治療開始前の情報面接で語られた内容である。拒食症では2例過食症では3例を挙げたが、母親像、父親像共に前章で述べた特徴に合致している部分が多い。

まず、事例1, 2では母親は厳しく心配性で口やかましいという従来から言われている母親像に共通している。父親に関しては、事例1では理想化されており肯定的な側面だけ述べられている。事例2では、相互作用が希薄で家庭に無関心である所が見受けられる。母親像はどれもKernberg(1980)らのいう「反応性の奉仕」に相当しており、父親はまたJemmet(1973)の「不在の父、影の薄い父」に一致していると考えられる。

一方、過食症の3事例については、実証研究上で示されているように、両親が葛藤的で互いに敵意を抱いている事が伺える。また、これらの情報は治療に入る前の段階で語られていることから、過食症のクライアント自身が治療の進展に関わりなく、両親夫婦の葛藤をかなり意識していることが伺える。ここではKent & Clopton

Table.1 情報面接でクライアントが語った両親像

	年齢	診断名	母親についての情報	父親についての情報
事例1	15	anorexianervosa 制限型	よく喋る人で口うるさい所がある。時々、いちいちうるさいなと思うところがある。	一生懸命働いていて、凄いなと思う。
事例2	18	anorexianervosa 制限型	真面目で心配性。口調が厳しい。容姿が良くて、人から美人のお母さんねと言われる。小さいころはピリピリしていた。痩せの大食い。すぐ寝込んだりする。	ほとんど家に居ない。あまり一緒にいた記憶がない。家には寄りつかないし、外に遊びに行ってしまう。仕事か趣味ばかり。人の話を聞いているんだか、聞いてないんだか解らない人。
事例3	19	bulimianervosa 排出型	凄く明るい。冗談ばかりの単純細胞。いつも子供扱いする父に怒られると、clに「あんたがちゃんとしないから、私が怒られるのよ」と言う。	昔の考え方の人。寂しがりやだけれど、仕事が大変で週に2日しか帰ってこない。父は母に喧嘩をうる。良くケーキを買ってきて食べさせる。
事例4	24	bulimianervosa 非排出型	とても几帳面な人。機嫌が良い時と、悪い時で人が変わる。テレビを見るのにも一覧票を作る。皆が母に言い付けに行くとところがある。	嫌い。弱いし強くない。「お母さんが機嫌悪くてご免な」といつも言うけど、母には何も言えない人。母に「何でもっとclを怒らないのよ」と言われて、殴られたりする。
事例5	22	bulimianervosa 排出型	ヒステリックな人。父と仲が悪い。何回か家を出たことがある。でも、ばりばり何でもやる出来る人。思いのままに行動してしまう激しいところがある。母には父の悪口を聞かされて育った。	無愛想で、clにそっくりだと言われる。感情をあまり出さない。母が家を出たときも何もしなかったし、何も言わない。無口なところがある。ほとんど仕事で家には帰ってこない。家出した事がある。食事にうるさい。

(1992)らの指摘は支持されていない。そして、事例3～5に共通するのは、両親夫婦とクライアントとの三つ巴の戦い存在していることである。事例3では母親は父親に怒られるが、父親はクライアントにケーキを買って勧めている。そして、母親は「娘のせいで怒られる」とクライアントを非難する。事例4の父親はクライアントの前で母親を非難しているが、母親は自らの操作性に乗らない夫を殴っている。事例5のクライアントは両親双方から悪口を聞かされている。

従って、過食症のクライアントと両親との間には迂回的な攻撃というよりも、むしろ Parazzoli (1974) の言う3方向の結婚のために生じた争いが徹底して頻繁に生じ

ていることになるかもしれない。また、クライアントに対して懐柔的になったり、娘に世話をする母親的な面と逆エディプスポジション共に合わせ持った父親像が推測される。そして母親は攻撃的な感情を夫やクライアントに対して顕にすることがあるようだ。

B. 病因として見る家族病理

ここでは現在までの実証研究の結果、成熟拒否概念と家族システム理論、さらに事例の特徴をまとめ、両親の葛藤の影響をモデルとして図示してみた。

まず、Table.2には拒食症の場合のモデルを図示した。なお、これは子供が思春期を迎えた家族を前提としてい

る。拒食症の症状形成は、両親の葛藤が否認されているというベースが大きな影響を及ぼしていると考えられる。夫への攻撃を否認して、母親は娘に対して熱心な母親ぶりを見せ、自律を阻もうとする。しかし一方で、父親は回避的な態度で常に接するため、娘が自律感情に伴う怒りを母親に向けた場合に、同時に父親にも関われないという不安を持つことになる。そこで母親に対する陰性感情は閉鎖されてしまうのである(Nagera, 1975)。また、母親は父親に直接的な攻撃を行わないことから、娘は自分が父親に攻撃を向けることは良くないこととして考え、ますます感情閉鎖的になることが推測される。そうして、母親への怒りは理想的な女性性を追い求めるという態度によって解消されるプロセスをたどる。よって、両親に対する失望と見捨てられ感に彩られた不安は、良い子を演じる一方で従順で統制的な自己を刺激してさらに失感情的にし、母親を攻撃するために食行動を制限するというのが拒食症であると考えられる。

過食症では、Parazzoli(1974)の言う、三方向の結婚を示すような、母親や父親からも愛情を向けられると同時に攻撃対象となる娘の像が浮かび上がる。また父母も共に感情の対立葛藤が強い。娘は両親の見捨てられ不安と同時に、母親に近づいていくという思春期特有の不安を経験する。しかし、過食症の場合、父親は娘を懐柔する所があるために、娘は母親に対する罪悪感を持ち、また母親も娘を攻撃する。そして両親を取り持とうとする統制的な自己に、自虐的な対象が取り入れられ、食行動が乱れるようになる。父親に接近すると母親に見捨てられる不安が高まり、母親を取り入れたいとする意識が働き過食へ、さらに母親のようにはなりたくないという意識から取り入れることに自虐的な拒否が生じて吐き出すという行動が生じると思われる。

以上のことから考えると、父親の存在が身体化症状と失感情的な性質と関りをもつ可能性が推測される。無論、父親が不在であるという家族構造は境界例のケースによく見られる(Masterson, 1980)。だが、摂食障害のクライアントの父親というのは強迫的であるという記述も多いが、むしろ家庭においては女性的であるようだ。また、自我心理学派では摂食障害が分離个体化期の練習期(Mahler & McDevitt, 1980)に滞っているという。練習期は父親が「母親とは異なる人」として幼児に強く意識される時期であり、父親のあり方と身体化症状との関連が推察される。

なお母子関係についてはその重要性が指摘されながら、実証研究ではそれ程明確化されていない。Bruch(1978)とMinuchin(1978)は、摂食障害の家族はある一

人の子供を選択して、発症に至らしめるという見解を持っている。すなわち夫との葛藤を抱えた母親は、子供達の中から一人を選んで配偶者替わりをさせている可能性もある。それが、なぜ女性である娘が対象として選ばれるのかはまだ謎である。

よって、今後の家族病理に関する研究では、前述した課題以外にも、両親夫婦対クライアント、そして母親と

Table. 2 拒食症の家族と葛藤モデル

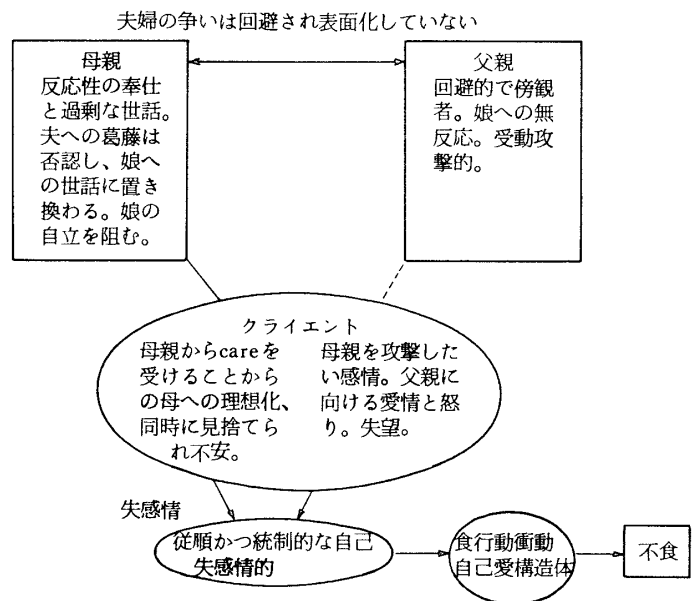
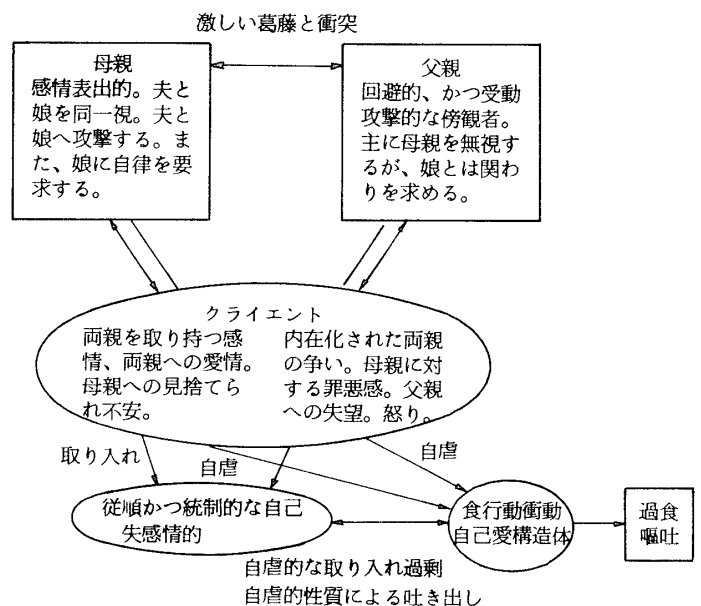


Table. 3 過食症の家族と葛藤モデル



クライアント、父親とクライアントの関係を詳細に検討することが必要になってくるとされる。そして、クライアント自身の失感情的側面を含めた検討をすることが重要なのではないだろうか。

(指導教官 下山晴彦助教授)

* 事例についてご指導、ご協力賜りました国立大蔵病院 生田憲正医師、穂積クリニック穂積登医師に記して謝意を表す。

- 1) 神経性無食欲症 (DSM-IV, 1994)。病型には制限型とむちゃ食い・排出型の二つがある。
- 2) 神経性大食症 (DSM-IV, 1994)。病型には排出型と非排出型の二つがある。
- 3) 哺乳や離乳食を食べさせるという母子の相互作用で生じる葛藤を指す。
- 4) この病的な自我構造は 'little person' とも述べられる。太古的で非常に衝動的な自我であり、魔術的で万能、自己愛的な側面を持つ。

引用文献

馬場謙一(1983)神経性無食欲症—概念・分類・治療—：下坂幸三編集の病理と治療 金剛出版31-49。
 馬場謙一, 吉田直子(1984)Anorexia Nervosa 患者の家族力動の一考 臨床精神医学13,1183-1189。
 Blos, P(1979) The adolescent passage,International Universities Press, New York
 Boskind-Lodahl, M(1976) Cinderella's stepsisters : A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia signees, Journal of Women in Culture and Society 2, 342-356.
 Brinch, M., Isager, T., Tolstrup, K(1988) Anorexia nervosa and motherhood . Reproductional patern and mothering behavior of 50 women, Acta Psychiatrica Scandinavica 77, 98-104.
 Brodie, D, A., Slade, P, D(1988) The relationship between body-image and body fat in adult women, Psychological Medicine 18, 623-631.
 Bruch, H(1962) Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa, Psychosomatic Medicine 24, 187-194
 Calem, R., Waller, G., Slade, P & Newton, T(1990) Eating disorders and perceived relationship with parents, International Journal of Eating Disorders 9, 479-485.
 Fowler, B, A(1989) The relationship of body image perception and weight status to recent change in weight status of the adolescent female, Adolescence24(95), 557-568.
 Freud, S(1923) The ego and the id, Stunderd Editon 19, 13-66.
 Garner, D, Garfinkel, P & O'Shaughnessy, M(1985) The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa, American Journal of psychiatry 142, 581-587
 Goldsmith, D, Thompson, J, K(1989) The effect of mirror confrontation feedback on perceptual inaccuracy in normal females who overestimate body size, International Journal of Eating Disorders8(4), 437-444.
 Goldstein, M, J(1981) Family factors associated with schizophrenia and anorexia nervosa, Journal of Youth and Adolescence 10, 385-405.
 Gordon, C, et. al(1989) The parents' relationship and the child illness in anorexia nervosa, Journal of American Academy

Psychoanalysis 17, 29-42.
 Humphrey, L, L(1983) A sequential analysis of family process in anorexia nervosa and bulimia, In understanding anorexia nervosa and bulimia, Report of the Forth Ross Conference on Medical Research, Columbus. OH, Ross Laboratories.
 Humphrey, L, L., Apple, R, F & Kirschenbaum, D, S(1986) Differentiating bulimic-anorexic from normal families using an interpersonal and a behavioral observational system, J. Consult. Clin. Psychol, 54, 190-195
 Humphrey, L, L(1987) A comparison of bulimic-anorexic and nondistressed families using structural analysis of social behavior, J. Am, Acad Child Adolescent. Psychiatry 26, 248-255.
 Hsu, K, G & Sobkiewicz, T, A(1991) Body image disturbance : Time to abandon the concept for Eating Disorders ?, International Journal of Eating Disorders 10, 15-30.
 Jeammet, P, Geoge, A., Zweifel, R, et. al(1973) Le milieu familial des anorexiques mentaux. Incidencessur le traitement, Ann. Me'd. Interne 124, 247-252. 西園マールハ文訳(1991)神経性食欲不振症の家族環境—父親の病理の考察も含めて—精神科治療学 6, 255-258。
 Johnson, C & Flach, A(1985) Family characteristics of 105 patients with bulimia, American Journal of Psychiatry 142, 1321-1324
 Kent, J, S & Clopton, J, R(1988) Bulimia : A comparison of psychological adjustment and familial characteristics in a nonclinical sample, Journal of Clinical psychology 44, 964-971.
 Kent, J, S & Clopton, J, R(1992) Bulimic women's perceptions of their family relationships, Journal of clinical psychology 48(3) 281-291.
 Kernberg, O(1980) Melanie Klein, Comprehensive textitbook of psychiatry. (ed)Kaplan, H., Freedman, A, M, et. al., Williams & Wilkins, Baltimore 820-833
 Kog, E., Vertommen, H & Degroote, T(1985) Family in teraction in anorexia nervosa; The use and misuse of a family questionnaire, The International Journal of Family Psychiatry 6, 227-243.
 Kog, E., Vandereycken, W(1989) Family interaction in eating disorder patients and normal controles, International Journal of Eating Disorders 8(1)11-23.
 Kramer, S(1974) A discussion of Sours's paper on "The Anorexia Nervosa Syndrome", International Journal of Psycho-Analysis 55, 577-579.
 小林和 (1986) Winnicott, D, W の早期人格発達理論と思春期やせ症：北田穰之助・馬場謙一・下坂幸三編 増補精神発達と精神病理 金剛出版, 49-74。
 Madanes, C(1981) Strategic family therapy, Jossey-Boss, San Francisco.
 Mahler, M, S & McDevitt, J, B(1989) "The Separation Individuation Process and Identity Formation, The Course of Life, Infancy and Childhood. S, I, Green span & G, H, Pollock, eds, I, 395-406
 Masterson, J, F(1980) From Borderline Adolescent to Functioning Adult, Brunner/mazel, inc, 5-28,
 松木邦裕 (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理と治療技法をめぐって—季刊精神療法11(1)43-52。
 松木邦裕 (1990) 摂食障害患者にみられる人格の分割と万能的自己愛対象関係, 臨床精神病理11, 331-340。
 松木邦裕 (1994) クライン派精神分析に照らしてみた摂食障害の人格発達の病理とその治療—精神科病院での重症例の治療経験から

- 精神療法20(5), 431-437.
- McNamara, K & Loveman, C(1990) Differences in Family functioning among bulimics, repeat dieters, and nondaieters, *Journal of Clinical Psychology*46, 518-523
- Minuchin, S., Rosman, B, Baker, L(1977) *Psychosomatic families*, Harvard University press Cambridge.
- Mitchell, J, E., Hatsukami, D, Eckert, E, D & Pyle, R, L(1985) Characteristics of 275 patients with bulimia, *American Journal of Psychiatry* 142, 482-485
- Moos, R(1974) *Family Environment Scale*, Consulting Psychological Press, Palo Alto, CA.
- Nagera, H(1975) *Female Sexuality and Oedipus Complex*, Jason Aronson.
- 中野幹三 (1987) 甘えと排除：土居健郎(編)精神病理学の新次元 3 金剛出版。
- Norman, D, K & Herzog, D, B(1984) Bulimia, anorexia nervosa, and anorexia nervosa with bulimia . A comparative analysis of MMPI profiles *International Journal of Eating Disorders* 2, 43-52
- Olson, D, H., Sprenkle, D, H & Russell, C, S(1979) Circumplex model of marital and family systems : I cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications, *Family Process* 18, 3-28.
- Palazzoli, M, S(1974) *Self-Starvation*, Chaucer Publishing Co London.
- Palazzoli, M, S(1978) *Self-Starvation from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*, Aronson, New York.
- Palazzoli, M, S., Viaro, M(1988) *The Anorectic Process in the Family* . A six stage model as a guide for individual therapy, *Family Process* 27, 129-148.
- Palmer, R, L, Oppenheimer, R & Marshall, P, D(1988) Eating disordered patients remember their parents : A study using the Parental-Bonding Instrument, *International Journal of Eating Disorders* 5, 865-878.
- Parker, G(1983) *Parental overprotection : Arisk factor in psychosocial development*, Grune & Stratton, New York.
- Penner, L, A., Thompson, J, K & Coovert, D, L(1991) Size estimation among anorexics : Much ado about very little ?, *Journal of Abnormal psychology* 100, 90-93
- Reiss, D(1971) *Varieties of consensual experience : I . A theory for relating family interaction to individual thinking*, *Family Process* 10, 1-28.
- Ritovo, S(1984) *The image and use of the body in psychic conflict : with special reference to eating disorders in adolescence*, *Psychoanalytic study of child* 39, 449-470, N H, CT, Yale University press.
- Rivinus, T, M., Biederman, J, Herzog, D., Kemper, K. Harper, G, Harmatz, G, &Houseworth, S(1984) *Anorexia nervosa and affective disorders : A controlled family history study*, *American Journal of Psychiatry* 141, 1414-1418
- Rosen, J, C., Tacy, B, Howell, D(1990) Life stress, psychological symptoms and weight reducing behavior in adolescent girls . a prospective analysis, *International Journal of Eating Disorders* 9, 17-26.
- 下坂幸三, 東原美和子 (1991) プリミア・ネルヴォーザ治療覚書：下坂幸三編 過食の病理と治療 金剛出版13-29。
- 下坂幸三(1977) *Anorexia Nervosa 再考*, *精神医学*19 1253-1260。
- Spillius, E(1988) *Melanie Klein Today*, Vol 2, The Institute of Psycho-Analysis, London.
- Stern, L, S., Dixon, K, N, Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., Sansone, R(1989) *Family enviroment in anorexia nervosa and bulimia*, *International Journal of Eating Disorders* 8(1) 25-31.
- Strober, M(1981) *The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa . An exploration of possible etionlogic factors*. *Internationnal Journal of Eating Disorders* 1, 28-43
- Strober, M., Salkin, B, Burroughs, J., et. al(1982) *Validity of the bulimia restricter distinction in anorexia nervosa*, *J Nerv Ment. Dis*170 345-351.
- 東原美和子, 下坂幸三 (1994) 父親の態度に照らしてみた摂食障害の発達の病理 精神療法, 409-421。
- 種田真砂雄 (1991) 摂食障害の問題点—認知の視点から—, *臨床精神医学*, 20(1)83-94。
- 遠山尚孝, 馬場謙一 (1987) 過食の精神病理と精神力動, *季刊精神療法* 13(3), 202-210.
- Volkman, V, D(1976) *Primitive Internalized Object Relations . A Clinical Study of Schizophrenic, Borderline, and Narcissistic Patients*, International Universities Press, New York
- Whitehouse, A, M., Freeman, C, L, Annandale, A(1988) *Body size estimation in anorexia nervosa*, *British Journal of Psychiatry* 153(2) 23-26.
- Yates, M, D(1990) *Current perspectives on the eating disorder II Treatment, outcome, and research directions*, *J. Am Aca Child. Adolesc. Psychology* 29, 1-9
- 安岡誉, 徳永雄一郎 (1983) 神経性食欲不振症の症状解消後の人格構造の特性について, *精神分析研究* 2 7(2)57-64。
- Zakin, F, D(1989) *Eating Disterbance, emotional separation, and body image*, *International Journal of Eating Disorders* 8(4), 411-416.