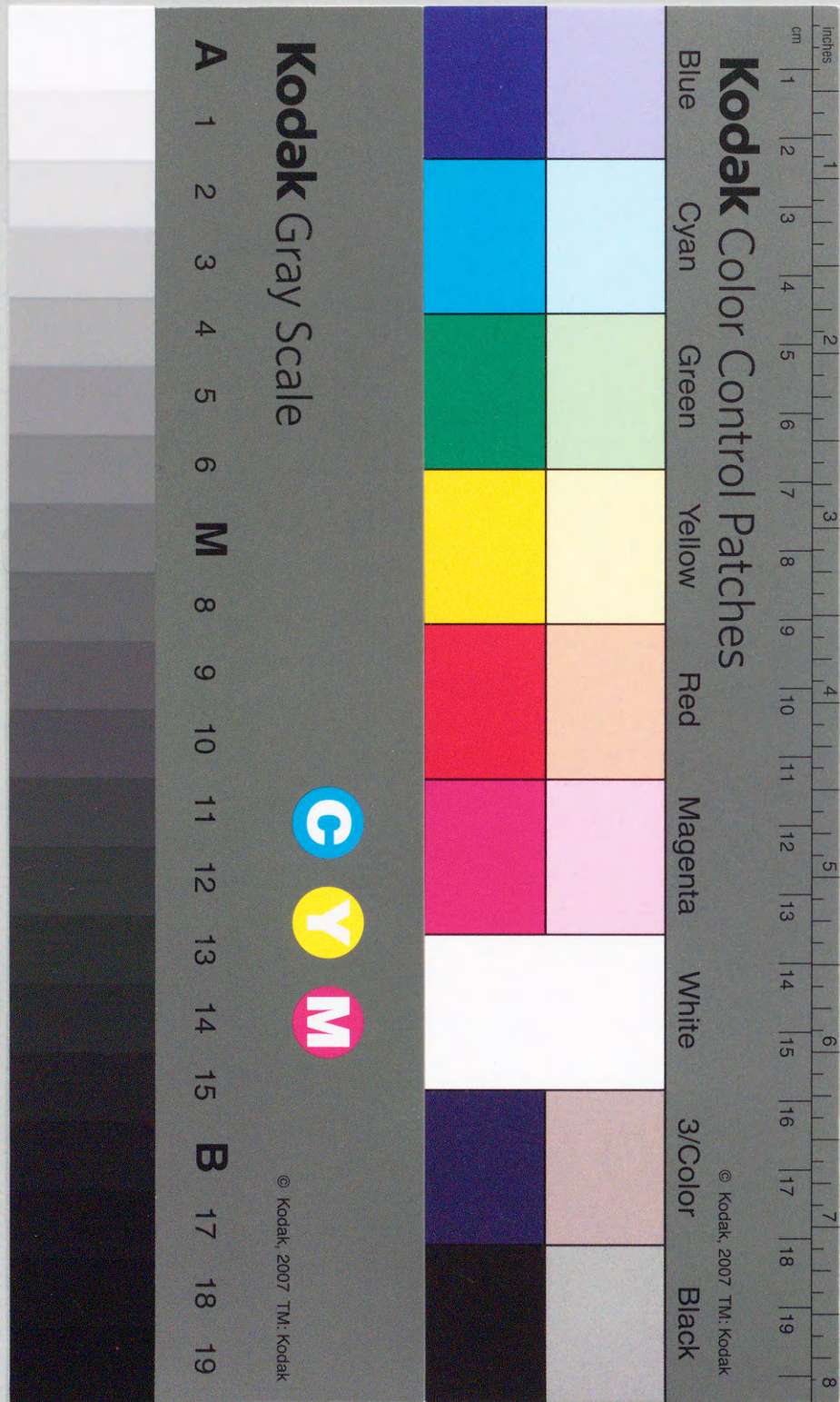


主論文

鈴木啓嗣

社会的活動の視点からみた神経性無食欲症の臨床経過

児童青年精神医学とその近接領域 33(2); 127-144 (1992)



〈原 著〉

鈴木啓嗣*

社会的活動の視点からみた神経性無食欲症の臨床経過

児童青年精神医学とその近接領域 33(2) ; 127-144 (1992)

DSM-III-Rで診断された神経性無食欲症20例について、その臨床経過を縦断的に観察し、社会的活動の変化に注目して4群に類型化した。

A群(積極型)：青年期前期から中期に発症。競合的な性格で、優位性が危うくなることが発症に関係。積極的な社会行動をとり、発症後もその姿勢を崩さない。

B群(一時退却型)：青年期中期から後期に発症。協調的な性格で、進学や受験態勢のなかで発症する。経過中一時的に家庭や治療機関内でひきこもる。社会参加を再開する過程で行動型が変化する。

C群(変動型)：青年期後期に発症。受身的で過敏な性格。就職や異性との交際をきっかけに発症。発症後は感情や対人関係が不安定で、短期間の社会参加を繰り返してはひきこもる。

D群(拒絶型)：前青年期から青年期前期に発症。自己中心的で頑固な性格で、はっきりした心因で発症。経過中ずっとひきこもり、家族以外との関係を拒絶する。

不食ややせの希求にはA群では優位性を保ち孤立を乗り越えるための、B群では性の回避と親からの自立のための、C群では自己評価を補うための、D群では家族に受け入れられるための努力の意味が認められた。患者の行動が何の解決を目指しているのかを考慮する姿勢が治療上重要であると考えた。

Key words : anorexia nervosa, clinical course, social activities, classification, eating disorder

I. はじめに

日本の精神科臨床において、神経性無食欲症の存在がとりあげられるようになって以後約30年になる(石川他, 1960; 梶山, 1959; 下坂, 1961)。この間に日本および欧米諸国において症例数の大幅な増加がみられるとともに(Crisp et al, 1976; Moses et al, 1989; 末松他, 1986; Williams & King, 1987)、過食、自己誘発性嘔吐、緩下剤の乱用など種々の特徴的な行動の存在が指摘されるようになった(Casper, 1980; Garfinkel et al, 1980; 野上, 1978; 野上, 1981; Yellowlees, 1985)。現在では神経性無食欲症を食行動を含めた行動の障害として取り扱う見方がしだいに定着しつつある(笠原・本城, 1985)。

神経性無食欲症は、現代における青年期の課

* 岡山大学医学部神経精神科

題との直面とその破綻とに深くかかわった病態である、と考えられている。井上ら(1986)は、神経性無食欲症は初潮発現後平均3年で発症しており、性同一性の獲得や親からの心理的自立といった青年期の発達課題に直面する時期に重なりと述べている。Appels(1986)は神経性無食欲症者が、成年女性は身体面で魅力的であり養育的な社会的役割を果たすべきだという社会からの伝統的な要求と、自立的で競争的で主張的であることを是とする新しい価値観との間で、自己同一性をめぐる矛盾に立たされていることを指摘した。

青年期に摂食を徹底して制限し、やせを希求する態度の説明としては、成熟の拒否(下坂, 1961)や、性への嫌悪(藤本, 1978)、女性への(母親への)同一化の障害(古元, 1982)、幼年期への憧れ(下坂, 1961)といった、いわば退行的なとらえかたがある一方で、Bruch(1973、

1978)のように自立を宣言し自己統制力や有用性を証明しようとする過激な努力であるとみる、一見全く相反する見方が存在している。この問題について Crisp (1976) は、体重を統制することで患者が自律性の感情を抱くため、本来の問題である思春期の実存的課題からの回避機制が逆説的に隠されてしまう、と説明している。

現実には成熟拒否感情は精神療法の過程のなかで明らかになるものであり、今日流用されているように表面的な理解で用いることは誤解を招きかねない(深町, 1985)。彼女たちの行動は、これまで他者に管理されてきた食事などの生活上の行為を自己の管理下に置こうとする積極的な努力の形をとるのが普通である。食行動以外でも、自立的な社会行動を強化したり受身的な行動型の変更を試みたりといった主体性の獲得をめざした努力がみられ、時には失敗してひきこもったりする。

こうした行動は経過の中である種の問題行動として扱われる場合が少なくなかった。しかし高岡ら(1990)は、これらの行動は“回復過程における家族共同体からの遠心化”としてとらえることができ、“自律的行動を保証し支持すべき”であるとする考えを示している。著者もまた彼女たちの社会行動に配慮することが治療上非常に重要であると実感する。しかしこれらの社会行動を退却状態からの再出発と考えてしまうと、肝心の自分の身体や行動を自分で管理しようとする試みが持つ意味をとらえることができない。この問題は回復期における家族からの自立という視点ではなく、発症以前から続く社会行動のあり方とその変遷という観点から眺める必要があると思われる。彼女たちが社会とどのような関係を持とうとしてきたのか、どこでつまずきどのように変わっていくのか、そしてそれが食事や他のさまざまな行動とどのような関係にあるのかなどについて連続的に理解できた上で、はじめて働きかけが援助として役立つであろう。

今回の研究では、これまでになされた研究が症状や行動の横断面的側面にかたよりがちであ

ったことをふまえ、神経性無食欲症の経過を社会的活動の変化に注目してできるだけ縦断的に観察している。その結果をもとに神経性無食欲症者の心理や行動と生活や社会との関係について考察し、社会行動への援助を含めた治療への具体的な手がかりを得ることを目標にした。

II. 文献的展望

神経性無食欲症や摂食障害の社会的活動に関するこれまでの研究は、そのほとんどが横断面的な一症状として社会的不適応をとらえたものである(Herzog et al, 1988; Hsu, 1980; Schwartz & Thompson, 1981)。

高木(1986)は、神経性無食欲症と大食症のいずれにおいても社会適応が障害されると指摘している。Johnson & Berndt (1983) や Norman & Herzog (1984) による大食症の社会不適応についての調査によると、大食症群の社会適応はアルコール症群と同程度、もしくはより障害されたレベルにとどまるという。Hsu & Crisp (1979) は102例の神経性無食欲症のうち25例に社会恐怖を見いだしている。Morgan & Russel (1975)の調査では、41例中18例が家庭外での対人接触に不安を示している。Crisp (1980) は食行動異常の解消後に社会恐怖が増加することを指摘し、社会恐怖を神経性無食欲症の隠された本質と考えている。

興味深いのは、こうした対人関係の障害(Herzog, 1982)に比較して、職業についての例の割合が高い点である。例えばMorganの研究では41例中29例が定職についており、同様の指摘は数多い(Hall et al, 1984; Hawley, 1985; Herzog et al, 1988; Hsu & Crisp, 1979; Hsu, 1980; Morgan & Russel, 1975)。その理由として井上ら(1986)は神経性無食欲症では職場での対人関係といった社会的な関係よりも、家族関係のようなより親密な関係において対人葛藤が現れるためと述べている。鈴木(1984)は、重要な対人交流の場である食事場面に参加できないという生活上の制約を孤立の一要因とみている。

Larson & Johnson (1981) は神経性無食欲症患者の日常生活を綿密に調査し、患者が食行動に没頭し生活を支配されていることを実証した。

比較的よく研究されている社会不適応行動として盗みがある。小倉(1985)は万引をほぼ必発の症状であるとし、これを優位性への希求の現れと考えている。深沢(1986)は不食期の盗みには愛情希求としての意味と秘密を持つことで自立への萌芽の意味があるとした。

摂食障害にみられる種々の社会適応の障害が、摂食障害のもつ1次的な障害であるのか、慢性化による2次的な不適応なのかという問題は大変重要であるが結論は出ていない(Morgan et al, 1983)。しかし長期遷延例にこうした障害が多い事実は、神経性無食欲症において社会との関係が非常に重要であることを示している(東他, 1990; 井出他, 1990; 金子他, 1990)。

個人の社会的活動は、その個人の能力やおかれた環境条件だけでなく、その個人の生き方の向き(志向性)を色濃く反映している。この点についての研究は限られたものである(Crisp, 1980; Dally et al, 1979)。下坂(1977)は患者の職業選択について、奉仕的活動、食料品関係、芸術的活動といった本人の存在様式に即応した職業を選ぶと述べている。彼女たちは成熟へのためらいを持つにせよ、年齢に応じた社会行動を終始回避するわけではなく、時には積極的な行動に出て“早すぎる自立の試み”(安岡・徳永, 1983)や“やみくもな独立志向”(加瀬, 1979)と評される。

以上のように、神経性無食欲症の社会的活動への部分的な言及は決して少なくない。しかしながら、神経性無食欲症者の社会への働きかけの姿勢と不適応的な行動、そして食への態度について包括的に取り扱った研究は、著者の調べた範囲では見い出すことができなかった。

III. 対象と方法

1985年6月より1990年5月までの5年間に、岡山大学医学部附属病院神経精神科および高見

病院精神科において、著者が患者本人の主治医として直接治療を担当した神経性無食欲症症例のうち、情報が不十分であった例を除く20例を研究の対象とした。全例女性である。いずれも経過中にDSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987)の神経性無食欲症の診断基準を満たしている。うち13例は神経性大食症の診断基準も同時に満たしていた。

初診時年齢は10歳から26歳にわたり、平均は17:2歳であった。発症時の年齢は9歳から23歳で平均は15:11歳であった。

これらの症例について、経過中の社会的活動の変化に注目しながら臨床経過を検討した。さらにその特徴により症例を類型化し、それぞれの群についての考察を行った。

IV. 結果

経過中の社会的活動の変化から、これら20例を以下の4群に類型化することができた。

すなわち

A群; 発症以前と変わらない社会生活を経過中にも続けたもの。

B群; 発症後しばらくして一時的にひきこもり、後に再び社会に出るようになったもの。

C群; ひきこもりと短期間の社会参加生活を繰り返したもの。

D群; 経過中のほとんどの時期をひきこもって過ごしたもの。

以下に各群についての特徴をまとめ、それぞれの群の中で代表的と思われる症例を記述する。なお症例および表中の経過の記載については特定の個人と同定できないように、その主旨を損ねない範囲での変更を施している。

1) A群

5例がこの群に入る。表1に各症例の概要を掲げた。発症は12歳から15歳で平均14:7歳、中学生での発症が3例、高校生での発症が2例であった。ずっと不食を続けたのは症例3、4で症例1、2、5は経過中に過食嘔吐が出現している。5例中4例は過食の有無にかかわらず経

表1 A群(積極型)

群	症例	診断	発症年齢	初診年齢	家族	病前の性格、行動型の特徴	発病状況	経過
A	1	AN+BN	12Y 2M	12Y 6M	父, 母, 姉1	負けず嫌い, 活動的, 優等生, クラス委員, クラスのリーダー	体重測定でショックを受け食事を減らす	体重減少にもかかわらず学業, クラブ活動に熱中。家族のすすめで入院。入院中より過食嘔吐出現。以後も体重は増えず積極的に活動する。いじめられていたが, 教師家族の配慮で友人関係が好転し, 約1年で回復。
	2	AN+BN	14Y 8M	17Y 8M	父, 母, 姉1	頑固, 勝気, 凝り性, 活発な優等生, グループの中心的存在	父親に生活態度を注意され節食受験勉強	高校受験を前に発憤し, 勉強に励むとともに17kg減量する。以後2年間32kg前後の体重を維持。同時に活発な学生生活を送る。水着姿をよく見せたいと考え食事を増やしたところ, 過食が出現し体重が増加した。
	3	AN	14Y 9M	20Y 2M	父, 母, 姉1	まじめ, きちようめん, 頑固, 負けず嫌い, 頑張り屋の優等生	競技活動のため減量転校受験勉強	受験のため陸上部を引退するが体重増加を恐れて減食。以後30kg前後の体重を5年間にわたり維持。「自分をぎりぎりにおく」ことで優等生の位置を保つが対人的な孤独に悩まされている。
	4	AN	15Y 6M	15Y 9M	父方祖父, 父, 母, 姉2	明るく活発, 活動的, まじめ, 欠点のない優等生	高校入学をきっかけに節食, 学業に励む	高校入学後, 体重を減らすと体が軽くなり勉強もはかどると述べ35kgまで減量。体重の増加にはこだわらな, それ以外の生活には全く問題がなく, 低体重で2年間を過ごしたのち自然に回復する。
	5	AN+BN	15Y 11M	16Y 10M	父方祖母, 父, 母, 姉1, 妹1	明るく世話好き, 勝気強い責任感, クラスの中心的存在	競技活動のため減量, 嘔吐を始める	ハンドボール部のレギュラーを落ちそうになり, 減量のため減食嘔吐を始める。1年間で20kgの体重減少。部活動, 学業ともに積極的に言うが対人関係のせまが見られてる。

AN: Anorexia Nervosa
BN: Bulimia Nervosa

過中ずっと低体重を維持しており, 残る1例(症例2)も長期間にわたって低体重であった。この群の症例は負けず嫌い, 頑張り屋, 勝気, 行動的といった強力的な病前性格のものが多く, 学業上の有能さも持ち合わせており, クラスのリーダー的な存在であったり(症例1, 2, 5), 一目おかれる優等生(症例3, 4)といった学生生活を続けていたものが多い。不食は全例とも痩身のためのダイエットの形で始まっているが, 多くの例で反目や仲間外れなどの友人関係上の問題が認められた。こうした対人関係のつまり背景には強い競争意識が潜んでいた。不食が始まって以後は, それまでの積極的な生活をますます強化する態度がみられている。しかし友人間では孤立しがちとなり, かなり無理をして孤軍奮闘している場合も珍しくない。症例1だけが入院を経験しているが, 入院中も登校するなど社会的活動は維持されている。

過食のみられた例では, 過食が始まるまでに

ある程度の期間が経過している。症例2では低体重で2年間安定していたものが, 水着を着る姿を意識して食事を増やしたことをきっかけに過食に陥っている。

どの例でも不食の場合と同じく, 過食開始後にも社会的な生活に大きな変化はみられなかった。活動量は衰えることなく, むしろ過食に伴う抑うつ感を打ち消そうとして, より一層行動的になるように思われた。

患者に対する家族の態度は, 患者の行動を否定的に捉えるものから(症例3)支持的なもの(症例1, 5)まで一定しないが, かかわり方は消極的で結果的には少し距離を置いている点が共通していた。

以上まとめると, A群は強力で競合的な性格を持つ者が多く, 青年期の前期から中期に発症している。発症には対人関係の上での競争意識と孤立とが関係し, 経過中も発症以前に送っていた積極的な社会生活のスタイルを保ち続ける。

以下では積極的な社会的活動を続けるという特徴から, この群を「積極型」と呼ぶことにする。

(症例)

症例1

エリート公務員の父親と専業主婦の母親との間に次女として生まれている。姉は4歳年上で成績優秀である。本人も幼少時より利発で順調な成長であった。学校ではクラスのリーダーとして活躍し, 負けず嫌いで一途になるところがあったという。

小学校6年生の1月の健康診断で体重が47kgあったことを気にしていた。その直後に, 風邪をひいて食欲が落ちたことをきっかけに食事を減らし始めている。体重は月に4kg程度ずつ減少し, 2月を最後に月経が停止した。体重の減少にもかかわらず本人は元気で, 4月からは中学生として活発な学校生活を送っていた。成績は優秀であり, またバスケットボール部に入部し, すぐにレギュラー要員に選ばれている。しかし体重の減少が止まらないため, 家族の強い勧めで精査をかねて5月半ばより岡山大学医学部附属病院小児科に入院した。6月より院内紹介で精神科を受診, 以後定期的な面接を受けるようになった。面接では非常に礼儀正しい態度で, 食事が欲しくない, 食べ始めると止まらなくなるようで怖い, もやもやした気分なのですっきりしたいなどと訴えている。母親は一見冷静な態度であったが, その後面接を重ねるにつれて自責的な感情が明らかになった。

入院中に食事を大量に食べるようになり, 自己誘発性の嘔吐も始まった。体重は一時34kgまで減少したが, 食事が増えたためその後は35kgから39kgの間を増減している。入院中も活動的で, 昼は登校し帰院してからも夜遅くまで予習復習に精を出していた。7月に退院し家庭での生活に戻るが, 学校での友人関係がうまくいかず, いらいらして母親にあたるといったこれまでにない態度がみられている。学校内では孤立がちで, 上級生のグループから生意気な存在と目をつけられていじめられるなど, はた目に

も非常に苦しそうに見えたが, 決して学校を休もうとはしなかった。周囲のすすめでバスケットボール部は退部したが, 学業に打ち込み優秀な成績を維持している。食事量の増加は続き, 授業中と眠る時間を除いては着座せず, 服の下にベルトを巻き胃を締め付けたり, 腹部を自分で殴打して嘔吐するなど, 激しい対応で体重の増加を防いでいた。

翌年の2月に万引して補導され, 上級生グループに脅迫されていたことが明らかになった。これをきっかけに家族や学校が友人関係などの調整に乗り出している。同じ頃より過活動であった生活のペースが次第にゆっくりになり, それまで我慢していた間食をとるなどの行動の変化が現れた。嘔吐の回数が次第に減少し, 体重も病前のレベルまで増加, 3月には月経が再来した。その後は食事量は平常化し, 嘔吐も消失, 平穏な日常生活を過ごしている。

2) B群

この群は9例が当てはまり4群の中で最も多い。各症例については表2にまとめている。発症年齢は14歳から18歳, 平均17:0歳で, 全例とも学生の時期に発症している。真面目, 大人しい, きちようめんなどが共通してみられる性格として多く, 争いごとを嫌い, 過剰と言えるほどに気配りをしたり, 自分を抑えたりして葛藤を避ける傾向が見受けられる。第2次反抗期の見られなかった例も少なくない。(症例6, 8, 9, 12, 13, 14) これという欠点のない子として周囲に受け入れられ, 堅実な学生生活を続けてきた例がほとんどである。

不食の始まった時期が大学進学に重なるものが3例(症例12, 13, 14)あり, 別の5例では受験を意識して勉強を始めると同時に不食が始まっている(症例6, 7, 8, 10, 11)。また2例は医師指導の食事療法中に食事がとれなくなった(症例13, 14)。この群は, 発症後もそれまでと同様の社会生活を維持しようと懸命に努力するが, 次第に抑うつの傾向となり維持できなくなる点がA群と異なっている。多くの例では抑う

表2 B群 (一時退却型)

群	症例	診断	発症年齢	初診年齢	家族	病前の性格、行動型の特徴	発病状況	経過
B	6	AN+BN	14Y 6M	14Y 8M	父方祖父母父, 母, 弟1	おとなしい, 内気, きちようめん, 目立たないようにふるまう	寝食を忘れて受験勉強に打ち込む	中学3年生になり, 突然強迫的な計画で受験勉強を始め, 同時に不食となる。体重29kgで入院。約5ヶ月で体重増加し退院するが, 不登校となり過食, 強迫が出現した。その後一時期母親に対する反抗的態度がみられた。
	7	AN+BN	15Y 0M	15Y 3M	父, 母, 姉1	世話好き, 気を使う, きちようめん, 自己主張しない	競技活動のため減量受験勉強	中学3年生の春不登校。再登校後食事を減らすとともに部活動勉強に励みます。数ヶ月で20kgの体重減少。有名高校に入学後, 再び不登校となるとともに過食が出現し体重増加。1年のひきこもりの後食行動改善し転校。
	8	AN+BN	16Y 6M	16Y 11M	父, 母 弟1, 妹1	おとなしい, きちようめん, まじめな優等生	ボーイフレンドへの願かけで食事を減らす受験勉強	高校2年生より願かけをして減食。成績上昇するが体重減少激しく30kgにて入院。入院中に過食出現。退院後不登校が続き中退。大学入試検定に合格し, その後大学へ進学する。
	9	AN+BN	16Y 8M	17Y 2M	父, 母, 姉2	すなお, おとなしい, まわりに気を使う, 誰にも嫌われない存在	競技活動のため減量	高校入学後ダンス部に入り減量。1年で27kgの体重減少。体力が続かず不登校がちとなる。過食が出現し体重が回復すると学校生活を再開。就職後は食行動も安定する。
	10	AN	17Y 0M	18Y 7M	父, 母, 弟2	まじめ, おとなしい, 内気, きちようめん, 目立たないようにふるまう	受験勉強をはじめ食事量減少	高校2年生時, 友人たちが男子生徒との交際を始める中を1人受験勉強に励む。食事が減少し体重33kgとなる。大学入学後も食事量改善せず抑うつとなり入院。半年で体重回復しその後対人関係が積極的となる。
	11	AN+BN	17Y 3M	18Y 2M	父方祖父母父, 母, 弟1 妹1	明朗, まわりに気を使う, 明るい優等生	留学から帰国し節食受験勉強	高校2年生で留学より帰国後, 同級生たちが体重を気にするのに刺激され減食。すぐに過食嘔吐に陥る。1年間で30kgの体重減少。次第に抑うつとなり不登校。高校卒業後再び留学する。
	12	AN+BN	18Y 6M	19Y 11M	義理の両親	まじめ, 内気, きちようめん, 引っ込み思案, 目立たないようにふるまう	大学入学し下宿生活 痩身のため減食	大学入学し下宿生活を始める。友人との交際に気後れを感じはじめ1人学業に励むとともに減量を開始。5ヶ月で体重29kgとなり入院。入院後過食出現。退院後しばらくひきこもり次第に行動的となる。就職後安定。
	13	AN	18Y 7M	19Y 3M	父, 母, 兄1	優しい, おとなしい, 気を使う, 自己主張しない	大学入学し下宿生活 食事指導 競技活動のため減量	短大入学後, バスケットボールのための減量と体質改善を目的に食事指導を受ける。半年で25kgの体重減少。2年生になり学校を休みがち。一時過食傾向が現れ体重が回復。再登校し, 就職決定後さらに安定する。
	14	AN	18Y 8M	19Y 9M	父, 母, 姉1	おとなしい, まじめ, 配慮的, きちようめん, 自己主張しない	大学入学を機に減量 食事指導	大学入学後保健管理センターの指導で減量。体重が減少するとともに学校生活から離脱。体重35kgで入院。退院後体重は回復するが不登校となり休学。約1年ひきこもった後社会的活動を開始。

AN: Anorexia Nervosa
BN: Bulimia Nervosa

つ的になった時期に自ら治療を求め, 治療機関や家庭内で数ヶ月余にわたりひきこもった生活を送っている。入院を経験したものが5例存在する。

9例中6例に過食がみられ残り3例にも一時

的な軽い過食傾向がみられた。過食の始まった時期はいずれもひきこもりを始めてから後の時期であった。これとほぼ同時に体重増加がみられ, 以後に極端な低体重を来したものはみられなかった。体重が増加しはじめる頃から少しづ

つ社会的な行動が再開され, いくつかの試行錯誤的な行動がみられた後に新たな社会的生活に入っている。嘔吐や下剤の乱用, 性的なあるいは万引などの行動化もこの試行錯誤の時期に集中して始まっている。

家族関係の特徴として, 父親母親ともに子どもを気にかける態度がみられ, 特に母子間で比較的密着した親子関係が多くみられた(症例6, 8, 11, 13, 14)が, ひきこもりからの回復の経過の中で母親との距離がしだいに開いていく結果になっている。

以上のようにB群は協調的な性格の者が多く, 青年期中期から後期にかけて発症する特徴がある。発症後しばらくしてから一時的なひきこもりが見られるが, やがて社会生活を再開している。A群にならない, この群を〈一時退却型〉と呼ぶことにする。

(症例)

症例14

父母姉との4人家族に生まれ育つ。父は中小企業の経営者で, 仕事熱心で無口な人である。母親は父親より10歳年下で少し神経質などころがある。両親とも子どもの教育に熱心で, 姉妹ともに小さい頃からさまざまな教育の機会を与えられてきた。2歳年上の姉は積極的な性格で学力も非常に優秀であった。姉は中学生になると母親に対して激しい反抗を始め, 母親が泣いてしまう毎日が続いた。彼女は母と姉との間に入って気を遣い, 自分は決して親に反抗すまいと決心している。中学高校時代は, 家庭では家事を手伝い学校では友人と一緒にクラブ活動に打ち込んで過ごしている。成績もかなり優秀で東京の大学への進学を望んだが(姉は東京の有名大学に進学していた), 家族や教師のすすめで結局地元の大学に進学した。

大学入学時の健康診断で軽度の肥満を指摘され, 本人の希望で保健管理センターで食事指導を受けるようになる。節食は順調で, 大学1年の冬には約20kg体重が減り46kgとなっている。体重が減り始めた当初は学校内での活動にも積

極的で, 音楽関係のクラブに入り夜遅くまで練習し講義にも休まずに出席していた。冬になり目標の体重を下回っても体重減少が止まらず食事制限を中止するよう指導されているが, 患者は「なぜか恐ろしくて食事が増やせない」と答えている。同じ頃よりクラブ活動に打ち込んで過ごす他の部員たちのペースについていけなくなり, また他の女子部員が男子部員と次々交際を始め行動を共にしてくれる友人がいなくなるなど, クラブ活動も負担に感じるようになっていく。やがて講義にもクラブにも出れずに時間をつぶすようになったため, 内科医の紹介で保健管理センターの精神科医が面接を開始し, 体重が35kgになったところで岡山大学医学部附属病院神経精神科に入院した。

入院するとすぐ過食衝動が出現し肥満への恐怖感も強まったが, 摂食への努力により体重は少しずつ増え約3ヶ月で退院する。ところが家庭に戻ったもののどうしても講義に出席できず, 結局その年は休学し連日病院に通院して過ごした。一時的な過食傾向はあったもののしだいに軽快し翌年には食事面での問題はなくなっているが, 不眠や感情が不安定になる傾向が続いた。新しい学年度になっても講義に出ることができず, 転学部を考えたりするが行動は起こしていない。

その年の夏に東京の友人のもとへ1人で旅行し, それ以後少しずつ実際の行動がとれはじめる。秋には家族の反対を押し切って喫茶店でのアルバイトをはじめている。やがて書店のアルバイトに移り, またロックグループのコンサートにでかけるようになった。最近では各地のコンサート会場へ旅行し, 会場で知り合った友人たちとグループの楽屋を訪れるなど積極的に行動している。

3) C群

3例がこの群にはいる。表3に各症例の概要をあげている。発症年齢は平均19:6歳と他群に比較して高い。また医療機関を受診するまでに年単位の長い期間が経過している。元来の性格

表3 C群(変動型)

群	症例	診断	発症年齢	初診年齢	家族	病前の性格、行動型の特徴	発病状況	経過
C	15	AN+BN	17Y 5M	21Y 11M	義父、母、弟1	内向的、おとなしい、人の目を気にする、表面に出るのを避ける	修学旅行に向けて減量	高校の修学旅行を前に減量を試み過食嘔吐に陥る。卒業後就職するが劣等感が強くすぐ退職。その後就職しては抑うつとなり過食が増加、退職することを繰り返す。体重は大きく変動し、下宿と家庭を行き来している。
	16	AN+BN	18Y 0M	24Y 3M	夫、1女1男	まじめ、頑固、無口、きちょうめん、表面に出るのを避ける	就職のため減量	就職を前に減量し25kgの体重減少。就職後体重回復。結婚し第2子妊娠を機に減食。過食嘔吐出現し体重28kgで入院。その後7年間家庭でひきこもり体重減少、入院での回復を繰り返す。家族の受け入れ改善にて安定。
	17	AN+BN	23Y 0M	26Y 5M	父、母、妹1	内向的、凝り性、きちょうめん、人を頼りがち	交際相手の指摘で減量	23歳で減量を試み嘔吐出現。25歳で結婚、体重減少や過食嘔吐が激しくなり短期間で離婚。実家にひきこもるが母親との主導権争いに破れ体重減少著明。3年間に4度の入院で緩やかに回復。友人の支持で安定する。

AN: Anorexia Nervosa
BN: Bulimia Nervosa

は内向的できちょうめんなところを持ち、集団の中では目立たない地味な存在であったと述べるものが多い。自信がなく受身的で他者の評価に傷つきやすく、極端に低い自己評価が認められた。

不食は就職やボーイフレンドのことはなどを機にした痩身を目指した節食から始まっている。節食開始から比較的短期間で過食や自己誘発性の嘔吐がみられるという特徴がある。

この群は他の群に比べて年齢が高いため、職業に就いての社会生活(症例15, 16, 17)や結婚生活(症例16, 17)を経験している。職場や家庭内での態度は生真面目で、周囲からは働きものとの評価を受けているが、本人は常に劣等感を感じている。不食がちな時期には比較的積極的な生活を送るが長続きはせず容易に抑うつ感が強まる。抑うつ的になると過食嘔吐の回数が増加し、アルコールを乱用(症例15, 17)したりする。こうして重荷に耐えかねた格好で仕事を中断し、社会や家族からもひきこもった生活に入っていく。ひきこもると自責感や空虚感、はむしろ強まり、自己破壊的な行動化が出現する場合もある。入院をした後や経済的理由などにより、ひきこもりは一時的に解消されるが長続きせず、抑うつが強まることで再びひきこもりに陥っている。症例によっては極端な低体重

になり、ひきこもりが長期化するものがみられた(症例16, 17)。このような不安定な社会生活に並行して体重も安定せず、増減を繰り返す特徴がみられた(症例15, 16, 17)。

家族との関係も安定に欠けやすく、一人暮らしと同居を繰り返したり(症例15)、同居しながらも一人孤立した生活を送ったりしている。他の家族もさまざまな心理的問題や適応障害を抱えている場合が多い。

C群をまとめると、受身的な性格で青年期後期に発症するという特徴がある。発症後は安定した社会生活を続けることができず、ひきこもりの間に短期間の社会参加を繰り返している。社会的活動が一定せず変動を繰り返す特徴にちなみ、C群を「変動型」と呼ぶことにする。

(症例)

症例17

代々雑貨店を営む家の長女として生まれている。2人姉妹で妹とは8歳違いである。父親は真面目さを買われて養子に入った人で、人づきあいが苦手である。母親は外交的な性格で大変な働き者であり、内向的な夫にかわり家業を切盛りするばかりでなく、家の一角に自分で喫茶店を開き経営している。患者は小児期に喘息とアトピー性皮膚炎の既往がある。高校生までは

控え目な生活態度で親に反抗することもなく、忙しい母親に代わり妹の面倒を見たり家事の手伝いをしたりして過ごしていた。

短大を卒業後出版社でアルバイトを始め、仕事で知り合った男性と交際するようになった。当時(23歳)の彼女は標準的な体型であったが(150cm, 45kg)、その男性よりお腹が出ていると言われ、ためらいもなく食事を制限しはじめた。きちょうめんな節食で体重ははだいに低下し、月経が不順となり、まもなく食後に意図的に嘔吐するようになった。

25歳で見合い結婚をし関東の都市にて新婚生活を始めている。夫は無口な人で、患者は馴れない土地で孤独感と不安をつのらせ、日中に大量の食物を食べては嘔吐したり、朝からアルコールを飲用するという状態となり、短期間で生活が破綻した。体重も33kgまで減少したため母親が患者を連れ帰り、翌年離婚が成立している。帰郷後は自宅の喫茶店を手伝いながら地元の病院の内科に通院しているが体重の増加はみられないままであった。

翌年7月、内科からの紹介で岡山大学医学部附属病院神経精神科を受診し、通院加療を受けるようになった。その翌年の5月には体重が28kgまで減少し同院内科に4カ月間入院。この時期は母親から離れることに強い不安を示し、病棟から毎日泣きながら退院を求める電話をかけている。懸命に食事をとり内科医の示した体重に達したところで退院するが、直後より過食嘔吐が再発した。その後約2年間は精神科に定期的に受診し体重も33kg前後を保っている。家庭内では母親と家事や喫茶店の主導権を争うように仕事をするなど、以前より活発で行動的な傾向がみられた。しかし母親が主導権を取るとしだいに抑うつ的となり、家族を避け、喫茶店の仕事もできなくなった。夜間に激しい過食嘔吐を繰り返して体重が28kgまで低下、再び内科に入院した。3カ月で退院するが大きな改善なく、家族と顔を合わすことを嫌って連日精神科を受診していた。

体重が27kgまで減少したところで精神科に入

院。1度目は精神科へのこだわりが強く短期で退院するが、食事がとれず体重減少が進むため再び入院治療を行った。入院後は年上の神経性無食欲症の患者に依存的となり、その励ましもあって摂食を再開した。体重の急激な増加をおそれて食事量や食事時間を強迫的に守り、食事や体重についての確認を求めている。体重が30kgを越えた頃からそれまでの生活態度とうって変わって日課に積極的に参加するようになり、外出をして喫茶店に入るなどの行動も見られるようになった。生活態度に余裕が出てくると家族に対しても主張的になり、退院後に一人暮らしをする計画を始めた。そんなある日以前に交際していた男性と再会し、再び交際を始めた。その男性の支持もあって患者は次第に自信を回復し、自然な摂食行動を取り戻して退院した。

4) D群

3例の症例がこの群に入った。表4に各症例を掲げている。いずれも若年例であり平均の発症年齢は11:4歳、うち2例(症例18, 19)は初潮発現前の発症である。

性格は、まわりから自己中心的、わがままなどと指摘されるものが多く、頑固で自分の主張を曲げないという共通点がある。

3例ともにはっきりとした発症の契機が存在しており、これらは叱責やいじめ(症例18, 19)経済的な危機(症例20)など、なんらかの形で患者の立場を危うくする類のものであった。不食時の活動性の亢進などは余りみられず、発症後の比較的早い時期にどの例も病院や家庭内にひきこもり、経過中は家族以外との交流はほとんど拒否されていた。ひきこもりが解消されるのは身体的な回復がすすみ、心理的にも落ち着きがみられるようになって以後であった。経過中には緘黙(症例18, 19, 20)、幼児への退行(症例18, 20)、治療や家族への強い拒否(症例18, 19)、親へのまわりつき(症例19, 20)などが現れているが、いずれもあきらかに家族との関係に関連していた。体重へのこだわりは強く長期にわたって低体重が持続している。家族には

表4 D群(拒絶型)

群	症例	診断	発症年齢	初診年齢	家族	病前の性格、行動型の特徴	発病状況	経過
D	18	AN	9Y 10M	10Y 0M	父方祖父母 父、母	自己中心的、 頑固、外見を 気にする	祖母の叱責 から不食、 緘黙、無反応 となる。入院後 中心静脈栄養に 抵抗し興奮。そ の後健忘や多重 人格を示しなが ら次第に落ち着 く。1年間母親の 付添いを受け入 院。母子関係、家 族関係の改善に 平行して回復す る。	祖母の叱責を受け不食、緘黙、無反応となる。入院後中心静脈栄養に抵抗し興奮。その後健忘や多重人格を示しながら次第に落ち着く。1年間母親の付添いを受け入院。母子関係、家族関係の改善に平行して回復する。
	19	AN	11Y 7M	14Y 4M	母、第1 父別居	おとなしい、 頑固、きちよ うめん、自分 を押し通す	皆の前で教師 に名指しで非難 され不食いじめ	クラス会で担任に食事が少ないと非難され、級友が給食を強制し不食となる。登校せず母親にすがりつき過ぎ。摂食は改善せず極度の低体重が持続。家庭外では緘黙。父親は別居し母親も働かず経済的にも困窮する。
	20	AN+ BN	12Y 6M	13Y 10M	父方祖父母 父、母、妹1	自己中心的、 頑固、短気、 派手好き、目 立ちたがる	父親の会社 の倒産 仲間外れ 体重を気に して減量	家業の倒産でショックを受ける。体重を気にして減量。すぐ不登校となり過食嘔吐も出現。退行し幼児語を話す。両親へのまわりつき著明。家庭外では緘黙。約2年でしだいに家族関係が変化し回復。

AN: Anorexia Nervosa
BN: Bulimia Nervosa

はっきりとした葛藤が存在し、回復した2例では家族内の関係が変化することが改善に深く関わっていた。(症例18, 20)

以上のようにD群は、自己中心的で頑固な病前性格で、前青年期から青年期前期に発症している。発症には明らかな契機があり、発症後は経過のほとんどをひきこもって過ごす。社会的活動や対人関係は拒絶されている。以下D群を〈拒絶型〉と呼ぶことにする。

(症例)

症例18

先天性股関節脱臼でギブス固定の既往がある。患者は大人ばかりの家族の中のひとりっこで、明るくよく気の子として成長している。母親は働きに出ており主たる養育は祖母が行った。頑固でわがままな性格で言い出すと後に引かないところがあった。またおしゃれで外見を気にするため子ども仲間から「ぶりっこ」と呼ばれ、よくいじめられていたという。家族内では大人びた意見を言って仲の良くない両親と祖父母の間を取り持つ役目を果たしていた。小学3年生の2月末(9:10歳)ふだん減多に叱らない祖母に叱られ、以後祖母と口をきかず、食卓での食事を全くとらなくなった。しばらくは間食だけをとりながら登校も続けていたが、家族が食

事をすすめると怒ってますます摂取量を減らし、他の家族とも話をしなくなった。しだいに元気がなくなって日中も臥床するようになったため、5月はじめに当科を受診。母親の付添いにて入院治療を開始した。なお発症直前の体重は26kgで初潮は未発であった。入院時は身長140cm体重19kg。自発語はなく問いかけにも殆ど反応しない状態であった。

肝機能悪化の兆しがみられたため、中心静脈栄養による高カロリー輸液が開始されると、患者はこれに激しく抵抗した。興奮してIVHチューブを折ったり、自分で自分の首を締めるなどの行動が現れ、制止が必要であった。

約2週間後に発熱があり、同時に「熱いよ」「助けて」と母親に訴える発語がみられ以後会話が可能になる。患者は幼児に退行した状態で、2月に祖母に叱られてから後のことを全く思い出せず入院したことにも覚えがなかった。この後敗血症を併発したため、約2カ月にわたりカテーテルは抜去され、患者は退行したまま母親の献身的な世話を受けて穏やかに過ごしている。

敗血症の改善後、中心静脈栄養の再開とともに再び不穏興奮が出現した。この時期には母親に向かって、自分は病気なのか元気なのか、太っているのか、食事を食べないといけなのかなどを強迫的に質問し、答えの小さな矛盾をつ

いては嘘をついたと大きな声で非難したり、自分を見捨てたと騒ぐ興奮状態を数時間ごとに繰り返した。興奮が激しくなると自分を死なせろと叫び、ベッドから飛び降りたりIVHチューブを引き抜いたりした。はじめのうちは患児の激しい興奮におろおろしていた母親がしだいに落ち着いた自信のある態度で接することができるようになると興奮の間隔が少しずつ長くなった。この頃より患者は、発病前に友人たちから「ブタ」と呼ばれてからかわれていたこと、体重の増加や肥満への恐怖、回復すると母親から見捨てられるのではないかと不安、興奮するともう1人の自分が出てきて後はわからなくなることなどを主治医に話すようになっていく。

その後はしだいに興奮する回数が少なくなり、失われていた不食後の記憶も少しずつ回復した。何度も逡巡したあげく入院より10カ月後に摂食を開始し中心静脈栄養より離脱した。退院後しばらくしてから登校を開始し、その後の生活において問題は出現していない。

V. 考 察

(1) これまでの研究でなされた類型化について診断基準を用いて神経性無食欲症の中核群を取り出し、周辺群と比較することにより特徴をより明確にしようとしたものに灘岡ら(1980)の研究がある。末松ら(1986)、金子ら(1990)は予後研究について同様の方法を用いている。

馬場(1981)は神経性食行動異常症という疾患名を用い、これを大きく心因反応群と中核群に分け、中核群をさらに1)思春期やせ症、2)ヒステリー性格群、3)強迫性格群、4)心気症群、5)schizoid群ないし境界群に分類した。

Pallazoli(1970)は不食だけがみられるstable typeと不食と過食とが交替してみられるunstable typeに2分し、unstable typeがより予後不良であると述べている。この2群については、岡ら(1985)がロールシャッハ・テスト上の差を明らかにしているが、その差が人格発達レベルの差であるのか病態発展の現れであるのかについては再考の余地があると述べている。

Sours(1973, 1974)は精神分析的発達理論からエディプス期の葛藤を持つ群と前エディプス期の葛藤をもつ群の2群に分けているが、この2群は食行動の面からもそれぞれ不食に徹する、過食嘔吐がみられるという違いがあるという。

木下(1985)は青年期前期から中期に発症した定型群について、食行動とともに情緒表現の変動に注目して、単一型、多彩型、中間型の3型に分けるとともに、治療に対する反応性や親子関係の特徴について言及している。

安岡・徳永(1983)は症状解消後の人格特性をもとに共生型、神経症型、社会不適応型の3群に分けている。共生型は青年期の早期に発症し、母親への依存と攻撃が激しく、病前は頑張り屋だが孤立する傾向があり、治療後も一方的な依存関係を持ったりするなど対人関係に困難が目立つ。神経症型は病前の適応はまずまずであり、青年期中期に性同一性の葛藤から発症するが、治療関係も比較的安定しており病後の適応もよい。社会不適応型は自己愛型人格障害があり、病前より不適応がちで行動化が多くみられるのが特徴である。

青木ら(1976)は病前適応、年齢、発病状況などをもとに3型を分類している。すなわち青年期早期から前期に発症するものは、勝気競争的で学業などの競争的状況から発症し、発症後も食行動を武器に母親を支配する。青年期中期から後期に発症するものは、より自己愛的で非現実的な野心をもち、その挫折が発症につながる。青年期後期に発症するものは受身的な適応が破綻することで発症し、その後は慢性的経過をとりやすいとしている。

発症年齢による心理的病態の違いについては石川(1985)が、青年期前期から中期では身体像の受け入れと同性の友人との対人関係の問題があり、青年期後期では自らの生き方や存在に対する自我同一性の混乱がみられると述べている。

前青年期に発症した神経性無食欲症についてはその特殊性についての議論があるが(Hawley, 1985; Higgs et al, 1989)、これを類型化した

ものに坂口と竹内の研究がある。

坂口(1980)は対人関係様式の発達から3型に分けている。I型は不食や痩せは中程度にとどまるものの、重篤な精神症状や自我障害を呈し、分裂病に移行したものもある。II型は手のかからぬよい子との評価を受け、高度のやせと活動性の亢進を示し青年期発症の群に類似する。III型は環境反応的に出現したもので個体の適応能力の乏しさが目立つ群である。

竹内(1987)は、心因反応群；家族内葛藤がはっきり認められ一時的に著しいやせを呈するが経過はよい。神経症群；心因反応群に比べやせへの固執がより強く長期間続く。強迫的で完全主義の傾向を持つ。非定型型；幼児期より食行動の問題があったり、行動化や対人関係上の粗大な障害が存在したりする。やせ願望ははっきりしない。従来の思春期型；前青年期発症であるが従来の神経性無食欲症の中核群にはいる。の4型を分類し、心因反応群を前青年期発症の神経性無食欲症の典型であるとしている。

以上に挙げた諸研究は社会的活動を類型化の視点に入れておらず、この点については本研究と比較検討ができない。しかし発症の時期や性格などについてはいくつかの研究が参考となる。以下ではこれらを参考に本研究での各類型について考察する。

(2) 本研究での各類型について

1) A群(積極型)

この群は青年期前期から中期に発症し、病前性格や発症契機について青木らの述べた勝気、競争的状况からの発症といった特徴があてはまる。安岡らの共生型とは発症時期や対人関係での孤立など類似点も認められるが、本群には病理性のより軽いものもみられている。予後も他群に比べ決して悪いとは言えず、また密着した母子関係はむしろB群(一時退却型)で顕著であった。木下の多彩群の特徴にもあてはまる部分がみられるが、症状の多彩さが本群に際だって特徴的とは認められなかった。

彼女たちは病前にはいずれもその優秀な能力

(主には学力)をおもてだて認められ、親や教師といった大人たちからその能力にふさわしい評価を受けているばかりでなく、同世代の仲間たちからも少し特殊な優れた存在と受けとめられている。本人もまた周囲のこうした評価を自然に受け入れ、特に気にもかけずマイペースで過ごしてきた。ところが中学生以後の学齢になると、学力の評価はより厳密になり競争性も高まる一方で、同世代間では優位性をあらわにすることが仲間意識を妨げるようになる。この矛盾は彼女たちにとっては難問である。同世代の集団に加わるために努力をする場合もあるが、上手に立ち回ることができずわざとらしいと思われたり、競争意識を簡単にあらわして反感を買ったりする。不食を始める背景には、一方では学力面などでの優位性が危うくなり、他方では同世代間で孤立するという状況がみられる場合が多い。結局彼女たちはこれまでの活動パターンを強めることでこの危機を乗り越えようと試み、不食を始めると同時に一層学業に打ち込み公的な役割にも積極的に参加している。食事を制限し低体重を維持するのに成功すると高揚した緊張感や充実感が得られ、孤立による疎外感に打ち勝って積極的な社会的活動を行うことが可能になる。過食の存在した例では、激しい過食嘔吐が一時的に緊張感を解放し再び緊張を持続させる役割を担っていた。進学や組替えなどで孤立が解消されたり(高校生より上の年齢になると同世代の集団の絆は少しずつ緩やかになる)、優位性に対する意識が緩まれば食事や体重へのこだわりも少なくなっている。

家族との関係にも彼女たちの対人関係の特徴がみられる。彼女たちは公的な対人関係での問題は少ないものの家族や同世代間の対人関係において不器用で、その機微を理解する能力に劣り誤解を受けやすい。母親もまた感情をあまり表さない人が多く、理知的な、時には冷淡な態度にみられたりする。実際には不安や自責感を抱いていても、それを表現する術を持たない人が多い。こうした特徴が母子間のすれちがいを招き、母親に対して非常に激しい攻撃的行動が

向けられる場合もあるが、一方で面接時に母子ともに淡々とそれを語ったりする。父親は冷静で、娘の行動にも母親の心情にも距離をとり、母子関係に介入しない。患者は父親を敬愛しているもののおもてだした表現はしない場合が多い。

2) B群(一時退却型)

この群はA群(積極型)と並んで神経性無食欲症の典型のひとつであり、安岡らが神経症型で挙げた特徴に重なりがある。病前の行動型はA群と異なるもので、幼少時には積極的であったものもいるが、青年期に入ってからには内向的で配慮性があり、社会的には受け入れられやすい存在といえる。親友を含めて複数の同性の友人を持ち、A群のように同性同世代集団からの孤立はみられない。反面主張的な行動や異性との関係は苦手であり、大学生になって一人暮らしを始めたり、異性を含めた集団の中で交際を行うことにストレスを感じやすい。また受験前に受験の厳しさをあおられ必要以上に受験を意識する傾向がある。節食はこうした生活上の課題や危機を乗り越えようとする努力の1つのあらわれとして、学業への専心とともに始まっている。食事を制限し体重を減らす作業は何かを行っているという充実感や達成感を生み出し、患者は本来の課題をすり替えて無力感を覆い隠すことができる。しかしこの対応法は減少できる体重に限りがあり体力的な限界につきあたるため余り長続きしない。体重がある程度を下まわると患者は次第に抑うつ的となり明らかに社会恐怖的となる。自ら治療に訪れるのもこの時期が多い。ここで患者は、母親や治療者に対し依存的となり、家庭や治療機関にひきこもる。治療に対しては比較的協力的で、多くの例ではやや時間をおいて過食傾向が出現し体重も少しずつ回復に向かう。しかし社会的には元の社会生活にすんなりと戻らず、戻りかけては退却が繰り返される。やがて彼女たちは少しずつ試行錯誤的に行動型を変えていく。積極的主張的な行動(旅行や対人的なアルバイト)や女性性を意

識した行動(服装の変化や異性との交際など)がみられるようになり、極端な例では行動化の形をとる。高岡らはこうした行動を、回復期にみられる家族共同体からの遠心化過程のひとつと考えている。

この群の家族は両親ともに不安を抱きやすく、娘のこうした変化に対し母親は不安定となり、父親は逃げ腰になる。特に母親は患者と密着していたものが多いため、子どもの自立的な行動に反応しやすい特徴がある。

3) C群(変動型)

C群に属するものは3例で、A群(積極型)B群(一時退却型)に比較し少数であったが、治療が中断し本研究に取り上げることができなかった例の多くがこの群に入ったと考えられ、実際の数は少なくないものと予想される。

この群は青年期後期以後に発症する高年齢発症群である。本群でみられた発症年齢が高く治療に訪れるまでの期間が長いという特徴は、各種の研究で遷延化因子として取り上げられている(東他, 1990; Hsu & Crisp, 1979; 武井・野添, 1990)。本研究でも他群に比較して明らかに経過が長い。

発症までの彼女たちは過敏で劣等感が強く抑うつ的になりやすいが、攻撃性や感情は比較的抑制されている場合が多い。生活はこじんまりとしたもので与えられた役割を頑固なまでにきちようめにこなして過ごしており、青木の述べたように受身的ではあるものの、大きな破綻はみられない。

学生時代には同級生集団の中で目立たず注目されない存在であった彼女たちは、就職などで社会へ出ていく過程のなかで、成熟した女性として見られることを強く意識するようになる。元来自分に自信のない彼女たちは劣等感を強め、それを補うために痩身をめぐして節食を開始する。しかし実際には痩せてからも自信はあまり大きくならず自己評価は上がらないままで、A群やB群でみられたようには不食ややせが役立つ。逆に過食が生じたり家族から食生活の

乱れを責められたりして傷ついてしまう。発症前に比して感情や行動が不安定となり、職場や家庭内で心理的に追いつめられると自虐的な行動化（激しい過食嘔吐、アルコール乱用、自傷行為や自殺企図など）を起こすようになる。やがて社会生活が続かなくなり、ひきこもった生活に入るものの社会参加への義務感が強く、そのために一層自己不全感が強まる傾向がみられる。まれに保護的な環境で落ち着いた生活が認められる場合があるが一時的で長続きはしない。

家族との関係が悪く家庭内で孤立している場合には、1日中過食嘔吐が繰り返されて極度のるいそを呈し、いわば症状へのひきこもりとも呼ぶにふさわしい状態となる。わが身を使っている家族への抵抗とも受けとれる例も存在した。著しい体重減少に伴う身体的危険に対しては、危機介入が必要な場合がある。

4) D群 (拒絶型)

この群はC群 (変動型) と対照的に全例が若年発症である。症例数が少ないのでこの群を若年例の典型と考えるのには無理があるのだが、心因反動的な発症や過活動がみられないこと、緘黙の存在など他の群とははっきり異なった特徴が認められる。

発症前の彼女たちは、周囲からは自己中心的で頑固であると思われる。また彼女たちは幼い頃より他人を意識しており、その振舞いは家族やまわりの注目を集めている。これは見方を変えると、彼女たちの自己中心的といわれる行動が、本来はばらばらな家族を本人を中心にまとめていたり、他の家族間の葛藤を隠したりする働きをしているとも考えられる。例えば、家族内のコミュニケーションが必ず患者を中継して伝えられていたりする場合がある。

彼女たちに対する周囲の評価は上述のように高くなく、発症までの生活は家庭内外ともに余り平坦なものではない場合が多い。そこに本人が孤立したり、それまでよりどころにしていた家族内での位置や家族の社会的立場などが危うくなる事件が起こり、その後には不食が始まってい

る。食事をとらないことは、これまで以上に家族の目を彼女たちに集中させるだけでなく、家族の行動を支配する力を持っている。また徹底した食事の拒否は、彼女たちの家族への怒りを表現する方法でもある。以後の経過においても感情は言語化されず、行動化や身体症状のかたちをとり、これに対して治療者や家族が正面から向かい合うことが重要となる。この際に家族の中で鍵となる人が出現し、家族同士の関係に変化が起こっていく。

こうして本人と家族との受容をめぐるやりとりと家族内の力動の変化とが並行して進み治療が進展していくが、その間患者はずっとひきこもったままである。社会生活場面での問題は心理的身体的な改善の後になってはじめて出現する。これまでの3群では、やせや不食は社会と患者自身との葛藤に対するある種の対応であり、家族に対する意味はその後に生ずる副次的なものであったのに対し、本群では家族との関係こそが主題であると考えられる。

(3) 治療との関係

著者は、神経性無食欲症者にとっては食事をとらずやせを目指すことがある種の問題の解決法なのだ (Orbach, 1985) という理解が治療の出発点であると考えている。そこで彼女たちがどのような状況で何を解決するために不食を始めたか、何故その方法を変えることができないのかの2点について考える必要がある。多くの例では社会との関係が発症の背景にあり、そこに彼女たちの弱点が浮かび上がってくる。家族との関係は、症状の保持と修飾とに関わっている場合が多い。

A群 (積極型) について言えば、不食とやせによる緊張感充実感、対人面での孤立を乗り越え社会的活動を維持し優位性を確保するための原動力となっている。簡単におりあいをつけ得るほど彼女たちは柔軟でない。身体的な余力が無い場合を除き急な方向転換を求めず、彼女たちの努力に驚き感嘆したり無理な生活や身体を気遣いつつ、彼女たちが少しずつ生活を緩め

るまで併走するべきであろう。母親に対しては表面の理知的な態度の後ろにある自責感に治療者が気がつく必要がある。

B群 (一時退却型) にとっては、食欲を統制して学業に没頭し低体重を達成することが、性的な成長を回避しつつ親からの自立を手に入れるという矛盾を可能にする手段となっている。この方法が成功するのは一時的であり、治療に訪れる頃には破綻が近づいているといつてよい。支持的な立場でひきこもりを保障し、時間をかけて自分にあった社会参加を手に入れ、自信を身につけていくための手助けをしなければならぬ。子どもを手ばなす親の痛みにも配慮が必要である。

C群 (変動型) では、成人女性としての自分に対する自己評価の低さを補おうとする行動が基本にある。やせだけでは目的は達せられず自虐的自罰的となり、衝動的な過食嘔吐やアルコール乱用、自傷行為などで一時的な忘我を見いだしている。激しいやせや過食嘔吐には、彼女たちを受け入れない他者への拒否と攻撃の意味がある。十分に保護的かつ棒を提供できる治療構造でなければうまくいかない場合が多い。継続的な家族関係の調整や身体的危機への介入も必要となる。

D群 (拒絶型) では家庭内や社会内で自分が受け入れられていないと感じるところから症状が始まる。抗議から食事をとらないためにますます受け入れられなくなり、膠着してしまう。家族と協力し、患者の受容と行動の許容の違いをうやむやにしないよう注意を払いながら、患者が自分は受け入れられているという感情を持てるよう努める必要がある。

食事を制限し低体重を維持することは、身体的な破綻と過食衝動との境界線上を綱渡りする孤独で危うい作業である。見せかけの強さに惑わされて強引な治療に走らないように注意しなければならない (鈴木, 1992)。

VI. まとめ

神経性無食欲症では、しばしば重篤な身体的

危険と精神的危機が出現するが、社会的にも大きな障害がもたらされる場合が少ない。今回の研究では神経性無食欲症を経過中の社会的活動の変化に注目して4群に類型化した。

A群 (積極型) は青年期前期から中期に発症する。もともと競合的な性格で学力その他の優位性への意識が強く、優位性が危うくなることが発症にも関係する。積極的な社会行動をとり発症後もその姿勢を崩さない。経過中の体重の変動は少なく低体重が長く維持される。社会的活動は積極的であるが対人関係では孤立しやすい。

B群 (一時退却型) は青年期中期から後期に発症する。内向的で協調的であり、主張的な行動が苦手なものが多い。大学進学後の生活の変化や受験態勢のなかで発症している。体重減少がある程度を越えると抑うつ的となり、家庭や治療機関内でひきこもる。ひきこもりから社会参加を再開する過程で自立的な行動がみられ行動型が変化する。

C群 (変動型) は青年期後期に発症する。対人関係では受動的で自己評価が低く、他者に対し過敏な性格である。就職や異性との交際をきっかけに発症する。発症後には感情や対人関係が不安定になりやすく、短期間の社会参加を繰り返してはひきこもる。体重の変動も激しい。経過は長期化する傾向にある。

D群 (拒絶型) は前青年期から青年期前期に発症している。自己中心的で頑固な性格で発症にははっきりした心因がある。経過中のほとんどをひきこもって過ごし家族以外との関係を拒否する。家族との間で心理的な安定が生じた後、体重が回復し社会的活動を再開する。

いずれの群においても、不食ややせ希求には患者の危機に対する対応策の意味が認められた。治療のためには、患者の行動に発達上の課題を解決しようとする意味があることを知り、患者の行動のめざすものを考慮しながら手助けする姿勢が重要であると考えた。

稿を終えるにあたり、ご指導ご校閲いただきました本

教室の大月三郎教授に深謝いたします。また診療上のご配慮をいただきました高見病院院長修多羅正道先生に御礼申し上げます。終始ご指導いただいた青木省三講師、熱心に討論していただいた塚本千秋先生、中野善行先生その他の岡山大学思春期青年期グループの諸先生方に感謝いたします。

本論文の要旨は第12回国際児童青年精神医学会(1990 京都)で発表しました。

文 献

- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised)*. Washington D.C., APA.
- 青木宏之, 末松弘行, 江崎正博, 黒川順夫, 玉井一, 竹末妙子, 遠山尚孝(1976): 神経性食欲不振症の病態発生機序に関する心身医学的考察. 心身医学, 16, 30-38.
- Appels, A. (1986): Culture and disease. *Social Science and Medicine*, 23, 477-483.
- 東淑江, 大石まり子, 中村このゆ, 竹内和子(1990): 神経性食思不振症の予後調査—遷延化予測因子としての家族背景と性格特徴. 心身医学, 30, 389-394.
- 馬場謙一(1981): 神経性食思不振症—概念, 分類, 治療—. 精神療法, 7, 12-19.
- Bruch, H. (1973): *Eating Disorders; Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. N.Y., Basic Books.
- Bruch, H. (1978): *The Golden Cage; The Enigma of Anorexia Nervosa*. Massachusetts, Harvard University Press. (岡部祥平, 溝口純二訳(1979): ゴールデンケージ—思春期やせ症の謎—. 星和書店.)
- Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A. et al. (1980): Bulimia; its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1030-1035.
- Crisp, A. H., Palmer, R. L. & Kalucy, R. S. (1976): How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 137, 549-554.
- Crisp, A. H. (1980): *Anorexia Nervosa—Let me be—*. London, Academic Press. (高木隆郎, 石坂好樹訳(1985): 思春期やせ症の世界—その患者と家族のために—. 紀ノ国屋書店.)
- Dally, P., Gometz, J. & Isaacs, A. J. (1979): *Anorexia Nervosa*. New York, Brunner/Mazel. (渡辺昌祐, 横山茂生監訳(1985): 思春期やせ症. 医歯薬出版.)
- Garfinkel, P. E., Moldofsky, H. & Garner, D. M. (1980): The heterogeneity of anorexia nervosa. Bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1036-1040.
- Hall, A., Slim, E., Hawker, F. et al. (1984): Anorexia nervosa: long-term outcome in 50 female patients. *British Journal of Psychiatry*, 145, 407-413.
- Hawley, R. M. (1985): The outcome of anorexia nervosa in younger subjects. *British Journal of Psychiatry*, 146, 657-660.
- Herzog, D. B. (1982): Bulimia; the secretive syndrome. *Psychosomatics*, 23, 481-487.
- Herzog, D. B., Keller, M. B. & Lavori, P. W. (1988): Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 176, 131-143.
- Higgs, J. F., Goodyear, I. M. & Birch, J. (1989): Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Archives of Diseases in Childhood*, 64, 346-351.
- Hsu, L. K. G. & Crisp, A. H. (1979): Outcome of anorexia nervosa. *Lancet*, 13, 61-65.
- Hsu, L. K. G. (1980): Outcome of anorexia nervosa; a review of the literature (1954 to 1978.). *Archives of General Psychiatry*, 37, 1041-1046.
- 藤本淳三(1978): Anorexia nervosa の症状と成因. 臨床精神医学, 7, 1251-1257.
- 深町健(1985): 摂食異常症患者の行動制限療法. 精神医学, 27, 1361-1369.
- 深沢裕紀(1986): 6例の Anorexia nervosa にみられた盗みについて. 精神神経学雑誌, 88, 421-437.
- 井出雅弘, 久保木富房, 末松弘行(1990): 摂食障害の長期経過をめぐって. 心身医学, 30, 409-413.
- 井上洋一, 藤本淳三, 北村陽英他(1986): Anorexia Nervosa の経過と予後について. 児童青年精神医学とその近接領域, 27, 296-309.
- 石川敬子(1985): 神経性食欲不振症者の性同一性発達について—健全者との生活史, ロールシャッハ・テストの比較による検討. 心身医学, 25, 396-402.
- 石川清, 岩田由子, 平野源一(1960): Anorexia Nervosa の症状と成因について. 精神神経学雑誌, 62, 1203-1221.
- Johnson, C. & Berndt, D. J. (1983): Preliminary investigation of bulimia and life adjustment. *American Journal of Psychiatry*, 140, 774-777.
- 梶山進(1959): Anorexia Nervosa の臨床精神医学的研究. 精神神経学雑誌, 61, 2256-2272.
- 金子元久, 熊代永, 青野哲彦(1990): 摂食障害の心理社会的発症要因と中・長期経過. 心身医学, 30, 383-388.
- 笠原嘉, 本城秀次(1985): Anorexia Nervosa の心理的側面—最近の話題を中心に, 児童青年精神医学とその近接領域, 26, 163-182.
- 加瀬達夫(1979): Anorexia nervosa の過食症状に関する一考察. 精神神経学雑誌, 81, 629-648.
- 木下悦子(1985): 思春期神経性無食欲症の研究—摂食障害の臨床的経過によって類型化された症例群と各症例群の精神力動的特徴. 精神神経学雑誌, 87, 601-633.
- 古元順子(1982): 発達の観点からみた Anorexia Nervosa の心身医学的研究 第一報: 思春期女子症例. 岡山大学温泉研究所報告, 52, 33-37.
- Larson, R. & Johnson, C. (1981): Anorexia nervosa in the context of daily experience. *Journal of Youth and Adolescence*, 10, 455-471.
- Morgan, H. G. & Russel, G. F. M. (1975): Value of family background 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.
- Morgan, H. G., Purgold, J. & Welbourne, J. (1983): Management and outcome in anorexia nervosa; a standardized prognostic study. *British Journal of Psychiatry*, 143, 282-287.
- Moses, N., Banilivy, M. & Lifshitz, F. (1989): Fear of obesity among adolescent girls. *Pediatrics*, 83, 393-398.
- 灘岡寿英, 森岡由起子, 根岸敬矩他(1980): 「Eating Disorders」の類型化についての一考察. 臨床特徴とロールシャッハテストを中心にして. 心身医学, 20, 217-225.
- 野上芳美(1978): 青春期の「気晴らし食い」. 臨床精神医学, 7, 1285-1291.
- 野上芳美(1981): 不食と過食の精神病理. 精神療法, 7, 5-11.
- Norman, D. K. & Herzog, D. B. (1984): Persistent social maladjustment in bulimia; a 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 141, 444-446.
- 小倉清(1985): 思春期やせ症—重症例の治療をめぐって. 精神医学, 27, 1343-1352.
- 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.
- Orbach, S. (1985): Accepting the symptom: a feminist psychiatric treatment of anorexia nervosa. In Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (eds.): *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, Chap. 5, N. Y., Guilford.
- 坂口正道(1980): Anorexia Nervosa の前思春期症例—症候と治療的特性について. 臨床精神医学, 9, 937-946.
- Schwartz, D. M. & Thompson, M. G. (1981): Do anorectics get well? Current research and future needs. *American Journal of Psychiatry*, 138, 319-323.
- Pallazoli, S. M. (1970): Anorexia nervosa. In Arieti, S. (ed): *The World Biennial of Psychiatry and Psychotherapy*. N. Y., Basic Books.
- 下坂幸三(1961): 青春期やせ症(神経性無食欲症)の精神医学的研究. 精神神経学雑誌, 63, 1041-1082.
- 下坂幸三(1977): Anorexia Nervosa 再考. 精神医学, 19, 1253-1265.
- Sours, J. A. (1973): Physical, mental, and therapeutic aspects of anorexia nervosa. *International Journal of Child Psychotherapy*, 2, 419-438.
- Sours, J. A. (1974): The Anorexia nervosa syndrome. *International Journal of Psycho-Analysis*, 55, 567-576.
- 末松弘行, 久保木富房, 伊東たか子他(1983): 神経性食思不振症の予後に関する集計的研究. 心身医学, 23, 23-30.
- 末松弘行, 石川中, 久保木富房(1986): 神経性食思不振症の学校における実態調査. 心身医学, 26, 231-237.
- 鈴木啓嗣(1992): 摂食障害の臨床. 大月三郎編著: 精神医学の進歩と動向. 第6章の2, 文光堂.
- 鈴木二郎(1984): 女子学生における摂食障害—食事に対する態度による分類. 臨床精神医学, 13, 1199-1207.
- 高木州一郎(1986): Anorexia nervosa と Bulimia の臨床症状の比較検討. 心身医学, 26, 559-568.
- 高岡健, 栗田有代, 本間博行他(1990): 思春期やせ症の回復過程に関する臨床精神医学的考察. 児童青年精神医学とその近接領域, 31, 351-359.
- 武井美智子, 野添新一(1990): 10年以上経過した神経性食思不振症長期例にみられる問題点. 心身医学, 30,

401-407.

竹内直樹(1987): 前思春期の神経性食欲不振症. 横浜医学, 38, 503-516.

Williams, P. & King, M. (1987): The "epidemic" of anorexia nervosa; another medical myth? *Lancet*, 24, 205-207.

安岡蒼, 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, 27, 57-64.

Yellowlees, A. J. (1985): Anorexia and bulimia in anorexia nervosa. A study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology. *British Journal of Psychiatry*, 146, 648-652.

RELATION OF THE CLINICAL COURSE OF ANOREXIA NERVOSA TO SOCIAL ACTIVITIES

Hiroshi SUZUKI

Department of Neuropsychiatry, Okayama University, Medical School

The clinical courses of 20 patients with anorexia nervosa, as diagnosed by DSM-III-R criteria, were investigated in relation to social activities. Patients were classified in one of four groups according to their social activities and the clinical course of the disorder. The age at onset and personality characteristics differed for each group:

Group A (active type): There were 5 patients in this group. Their eating problems had begun in early or middle adolescence. They had extroversive and competitive personality characteristics and maintained an active social life during the course of the illness.

Group B (transient withdrawal type): There were 9 patients in this group. Their eating problems began in middle or late adolescence. They showed very cooperative personality characteristics. During the period of their withdrawal from school they gradually assumed a new style of social behavior.

Group C (unstable type): There were 3

patients in this group. Their eating problems began in late adolescence. They showed introversive and passive personality characteristics. Their repeated attempts at social integration did not succeed.

Group D (reject type): There were 3 patients in this group. Their eating problems began in pre- or early adolescence. They showed egocentrism and stubbornness as personality characteristics. They withdrew from and rejected social communication during their illness.

For each group the developmental tasks differed. Negation of food and the desire to be slim were factors in their efforts to overcome their psychological and social crises.

Author's Address:

H. Suzuki, M. D.

Department of Neuropsychiatry,
Okayama University, Medical School,
Shikata-cho 2-5-1, Okayama-shi,
Okayama-ken, 700, JAPAN

