

摂食障害を抱える人の在り方について

藤 本 麻 起 子

I. 問題と目的

摂食障害 (Eating Disorder) とはDSM-IVによると、神経性無食欲症 (Anorexia Nervosa ; 以下「拒食症」と記す)、神経性大食症 (Bulimia Nervosa ; 以下「過食症」と記す)、特定不能の摂食障害 (Eating Disorder Not Otherwise Specified) に大別される症候群である。簡単に述べると、拒食症は正常体重を維持することの拒否と月経の欠如、過食症は制御できないという感覚を伴う過剰な摂食、体重増加に対する嘔吐などの不適切な代償行動を繰り返すという、身体面・行動面の特徴がある。さらに拒食症も過食症も、体重が増えることに対する恐怖、自己評価が体重や体型に過剰に影響されるという心理的特徴があるものと定義されている。

摂食障害については、病前性格、パーソナリティ、親子関係といった観点から、様々な研究が行われてきた。例えば摂食障害の背景には自己不信、思春期葛藤、痩せをよしとする社会風潮があると指摘されたり、拒食症の人には強迫性や回避性がみられ、過食症の人には境界性や演技性がみられる、といったパーソナリティの特徴が検討されたりした。それらの結果、摂食障害の成立背景や、摂食障害を抱える人の性質、治療について、大枠の見解は述べられていると思われる。

そこで藤本 (2002b) では一歩ふみこんで、先行研究で指摘されてきた問題や性質をもつ摂食障害の人が、どのような世界を生きているのかということを検討した。その結果、世界の受け容れが自己の受け容れのテーマと重なっていることが見出された。ここから、摂食障害を抱える人の世界への関わり方、つまり「在り方」に着目することが摂食障害研究の重要な視点であると考えられよう。その人がどのように世界を生きているかということは大きなテーマであるが、その人の在り方を細やかに考え、付き添っていくことは心理臨床学の基本である。そこで引き続き本研究でも、摂食障害を抱える人の「在り方」をみる試みをしていくこととする。

また先行研究は、調査研究に限れば質問紙法によるものがほとんどである。質問紙法は、ある事柄に関する、決められた項目に対してどの程度あてはまるかを答えるという形式が多いため、これまでの研究は、摂食障害を抱える人を“量的”、“静的”にとらえようとするものであったといえよう。

一方、投影法は“質的”、“動的”に人をとらえようとするもので、質問紙法と相補的な関係にあるといえるが、摂食障害を抱える人の調査研究において、投影法を手がかりとしたものは数少ない (吉村ら, 2006)。したがって投影法によるアプローチも有意義であると考えられよう。

そこで藤本 (2002a) では投影法の一種であるThematic Apperception Test (以下TATと略す) を、摂食障害を抱える人に施行した^{注1)}。TATを用いたのは、様々な場面が描かれた、“現実のコピー” (安香, 1992) といわれるTAT図版がどのような状況であり、その状況がどのように

展開していくか、という語りの中に、語り手が世界をどのようにとらえ、その世界を生きているかといった、語り手の在り方が推測できると考えられるテストだからである。

その中でも、本論文では図版1に表現された摂食障害を抱える人の在り方について検討することを目的とする。図版1を選んだのは、坪内（1984）によると語り手を内省的にさせる雰囲気があり、またTATへの導入図版ということで、語り手の在り方や、心の内に関わっていくことへの態度についてなど、TATの図版の中でも多くのことが示唆されると期待されるからである。

ところで、近年は摂食障害を抱える人の質と数における変化が著しい。中井（2001）によると、70年代から摂食障害の人が増加し続け、拒食から過食へと移行するのが通例であったのが、95年以降は過食のみを呈する人が多くなっているという。また病像、病因が複雑多岐となっていることから、切池（2006）は“摂食障害の各診断カテゴリーに共通してみられるものと、異なるものを同定すること”などが必要であると述べている。これは摂食障害の症状に共通するものと、症状による違いを明確にすることで、摂食障害の本質を探索する提言であるといえよう。

切池は生物学的な研究を推し進めることを提唱しているが、筆者は、摂食障害を抱える人の在り方を掘り下げて考えることで、その人のもつ症状についての考察も深められると考える。そこで本論文では摂食障害を抱える人の在り方と症状との関連を考察することで、摂食障害に共通するものと、症状によって異なる点についても検討したい。

Ⅱ. 方法

1. 調査協力者

病院の内科あるいは精神科を受診しており、DSM-IVに基づいて摂食障害の診断を受けている患者30名（以下、臨床群とする。すべて女性。入院患者6名、外来患者24名。平均22.6歳、SD 4.94）。調査時の主な症状は拒食が14名、過食嘔吐が16名であった。また比較検討のため、統制群を設けた。統制群も30名で全て女性であった（平均21.2歳、SD3.99）。

2. 調査用具

Harvard版TAT、記録用に筆記用具、反応時間計測用に秒針付時計を用いた。

3. 手続き

調査は全て個別面接法で行った^{注2)}。語り手が図版を受け取ってから発言するまでの時間と、最初の発言から終わりまでにかかった時間を計測し、語りを筆記記録した。また口調、語り手の表情や様子も、語り手の表現と考え、調査中あるいは調査後に記した。

Ⅲ. 結果と考察

1. 結果の整理

結果の整理には、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTAと記す）を用いた。M-GTAは木下（2003）によると、データに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究法である。分析テーマを定めてデータの関連のありそうな箇所に着目し、背後にある意味の流れを読み取って多様な解釈を行い、着目したデータの意味を適切に表現する概念を形成する、というのが基本作業である。さらに類似例の比較あるいは対極例の比較を他のデータに対して行い、その結果により概念を精緻化し、解釈が分析する人間によって恣意的に偏る危険を回避する。

これらの作業を、これ以上データを増やしても新しい概念は形成されないと判断される場合などの「理論的飽和化」となるまで続けていくというものである^{注3)}。

そこで筆者は、一人一人のプロトコルを丁寧に読み、重要だと思うところや心に留まったところに着目し、そこから「その人の在り方」を分析テーマとして、どのようなことが言い得るかを検討した。その際、坪内（1984）、鈴木（1997）、山本（1992）の分析・解釈法を参考にし、語りに含まれる詳細な情報を入れ込みながらも、図版の特性や標準・特異反応を考慮して解釈が行き過ぎないように留意した。そして、1つのプロトコルから推測されたその人の在り方を、もっとも適切に言いうると思われる言葉で要約した。

この作業を、臨床群2及び臨床群13のプロトコルを例に説明する。臨床群2では「彼は、音楽家の家に生まれて、父も、父もバイオリニストで、それを、この子に、やらせてたけど、この子はそんなに好きじゃなくて、で、この先、父親と職業について、対立する」とあった。これは、他者（父）に何か（バイオリン）をさせられることに対立するが抜け出せないという状況であり、「強いられることから抜け出そうと対立するが抜け出せない在り方」と考えた。また臨床群13では「バイオリンの練習をしなさい、ってお母さんに怒られて、今、やだなー、どうしようかなー、どうしようかな、と思って悩んでたんですけど、お母さんは怒ってもう出ていったんですけど、しばらくして家に帰ってきて、それで、お母さんの前で練習する。今は、練習するのは嫌だなー、嫌だなーと思っている」と語られた。主人公はバイオリンの練習をさせられることが嫌だと悩んでいるのに、結局練習をさせられるという状況にある。ここから、「他者から強いられるという状況に反発しながらも、結局は従わざるを得ない在り方」が推測されると考えた。

このような作業を全てのプロトコルについて行い、まずは群ごとにどのような在り方の特徴があるかを検討し、概念をまとめていった。例えば先に挙げた臨床群2と臨床群13の在り方とは、「強いられることを巡っての在り方」ということが共通していると考えられたので、1つの概念にした。この作業を行っていくことで、「うまくいかないことを巡っての在り方」、「強いられることを巡っての在り方」、「だめにしてしまうことを巡っての在り方」、「内面に触れる・触れられることを巡っての在り方」、「その他」の5つの概念が見出された。

さらに同じ概念内でも、対処の仕方や、細部の違いによって下位分類した。例えば臨床群2と13は「強いられる状況における在り方」の中でも、「強いられたまま」であることが共通していると考えられるので、「強いられたまま」という下位分類に入れた。このような作業を繰り返して、カテゴリーの中で下位分類を作成していった。

統制群においても同じ作業をした結果、臨床群と同様の5つの概念が見出された。2つの群を合わせた分類結果を図1に示す。また各カテゴリーにおける臨床群と統制群の出現度数を、 χ^2 検定及びFisherの直接確率検定によって比較した。結果を表1に示す。

理論的飽和化については、調査に協力していただいた60名のデータを整理した段階で、細かなバリエーションの違いはあっても5つの概念に集約されうると判断されたことと、データを鈴木（1997）の図版1の反応分類で分類したところ^{注4, 5)}、23あるカテゴリーのうち17カテゴリーに反応がばらつき、全く例のなかった6カテゴリーについては、出現頻度が100人中3人以下という稀な反応であったことから、語りうるパターンはほぼ出現したと考えられ、理論的飽和化に達したと判断した。

藤本：摂食障害を抱える人の在り方について

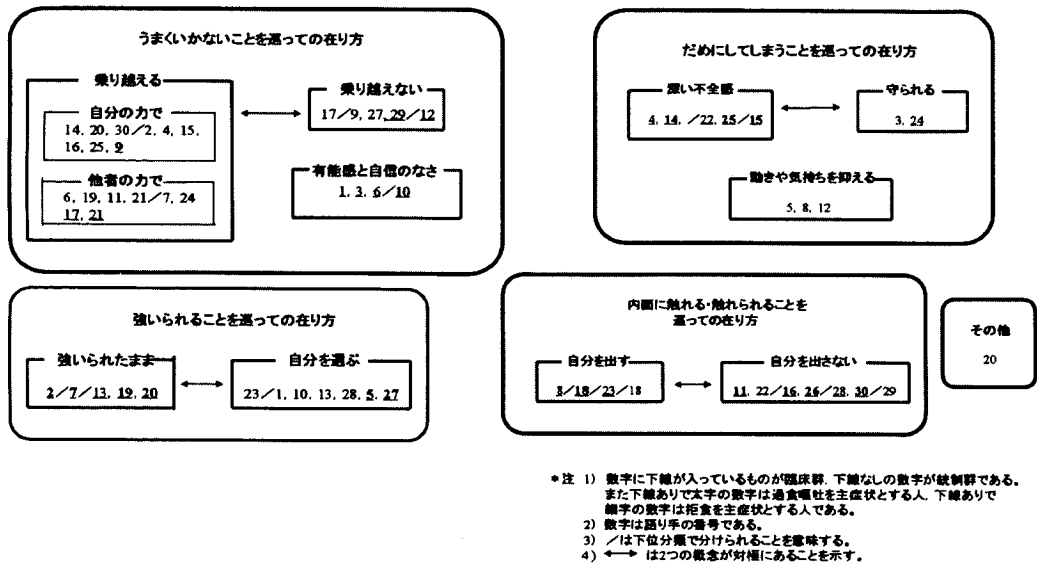


図1 語り手の在り方一覧

表1 在り方についての2群比較結果

指標	臨床群	統制群	χ^2 もしくはp
1: うまくいかないことを乗り越える	3	14	$\chi^2=9.93^{**}$
1) 自分の力で	1	8	$p=0.01^*$
2) 他者の力で	2	6	$p=0.13$
2: うまくいかないことを乗り越えない	2	3	$p=0.64$
3: 有能感と自信のなさ	4	0	$p=0.04^*$
4: 強いられのまま	5	0	$p=0.02^*$
5: 自分を選ぶ	2	5	$p=0.23$
6: 動きや気持ちを抑える	0	3	$p=0.08^+$
7: 深い不全感	5	0	$p=0.02^*$
8: 自分を出す	3	1	$p=0.30$
9: 自分を出さない	5	2	$p=0.23$

注) ** <.01, * <.05, + <.10

2. 概念ごとの考察

図1に示した在り方についての概念と下位分類ごとに、その内容と、概念の度数を比較した検定結果(表1)を考察する^{注6)}。詳しい考察については「IV. 総合考察」にて述べる。

(1) 「うまくいかないことを巡っての在り方」について

ここでは、バイオリンを習っている少年が「練習がきついのでやめてしまいたい」(統制群2)、「曲が難しくて弾けない」(統制群14)というような、バイオリンを弾くことにまつわる悩みを設定し、そのことにどのように対処するかが語られるという形式の語りから、「うまくいかないことを巡っての在り方」が推測されたものが臨床群で9名、統制群で17名集められた。

a. 「うまくいかないことを乗り越える／乗り越えない」

「うまくいかないことを乗り越えるかどうか」という視点で考えると、「うまくいかないこと」を「乗り越える」在り方は臨床群で3名、統制群で14名あり、有意に統制群の方が多かった($\chi^2=9.93<.01$)。ここから困難を乗り越えられる力が臨床群により少ないことが推測されるが、さらに「どのように乗り越えるか」というところで2つの在り方が考えられた。

まず「うまくいかないこと」への対処の在り方として、「自分がバイオリン好きだ、ってことに気づくから」(統制群2)、「練習して、だんだんバイオリンがうまくなります」(統制群14)では、うまくいかないことを「自分はバイオリンが好きだ」という内面や、「練習」という行動で乗り越えていくものと考えられる。このような在り方は「乗り越える」の中の「自分の力で」とまとめられ、表1にあるように「自分の力で」「乗り越える」在り方は、臨床群1名、統制群8名にあり、有意に統制群の方が多かった($p=0.01<.05$)。「自分の力で」うまくいかないことを「乗り越える」ことには、困難を主体的に越えていく力があると推測されるが、臨床群にはこのような力がみられ難いと考えられる。

次に「おじいさんに教えてもらって」(統制群11)、「誰かの助けがあって」(臨床群21)というような、主人公以外の人物の力で問題を解決していく語りは、他者の力でうまくいかなさを乗り越える在り方と考えられ、「乗り越える」の中の「他者の力で」にまとめられた。このような在り方は臨床群2名、統制群6名にみられ、有意差はなかった($p=0.13, n.s$)。他者の力をかりて困難を乗り越えるという在り方には、サポートしてもらえという他者の存在や他者への信頼感、困難への対処にうまく資源を使う能力などが推測されるが、このことに差はみられなかった。

また、「うまく弾けなくて、悩んでる感じ。それぐらい」(臨床群29)のように、「うまくいかないこと」を「乗り越えない」と考えられたものは臨床群に2名、統制群に3名あったが、有意差はなかった($p=0.64, n.s$)。

b. 「有能感と自信のなさ」

まず例として臨床群1をあげる。「弾き方がわからないから悩んでる様子」と設定されており、ここから、「バイオリンをどうやって扱っていいかわからない」、「根本的に何をすればいいかわからない」という自信のなさや不安を推測することができると考えられる。語りの続きは「いろいろな弾き方を試してみる。そして、天才ピアニスト、バイオリニストになっていく」というもので、内容としては「自分の力で」「乗り越える」に含まれそうである。しかし「バイオリン」と最初に語り、まためったに認知を誤ることのない「バイオリン」を「ピアノ」(「ピアニスト」)と言い誤っている点や、プロセスなしに「天才」バイオリニストになっていくという語りから、

自信のなさを一気に解決しようとする有能感"がうかがわれよう。逆に言えば有能感がうかがわれながら、その裏には自信のなさがあるものと考えられる。

このような「自信のなさ」と有能感」は臨床群にのみ4名みられ、有意に臨床群に多かった ($p=0.04<.05$)。ここから、自信のなさ」と有能感が裏表の関係で抱えられていることが、臨床群の特徴と考えられる。

(2)「強いられることを巡っての在り方」について

ここでは少年がバイオリンを「無理矢理やらされていたので弾きたくなくなっている」(臨床群7)、「結構いやいやならわされてて…あーいやだなーって思ってた」(統制群13)というように、「自分のしたくないこと」や「積極的でないこと」を強いられているという悩みを設定し、「強いられていることに対してどのように対処していくか」についての在り方が推測されたものが臨床群7名、統制群5名集められた。強いられた状況への対処の仕方によって、「強いられたまま」と「自分を選ぶ」の2つが考えられた。

a. 「強いられたまま」

「バイオリンの練習をしなさい、ってお母さんに怒られて、やだなー、と思って悩んでたんですけど、お母さんは怒ってもう出ていったんですけど、しばらくして家に帰ってきて、それで、お母さんの前で練習する。今は、練習するのは嫌だなーと思っている」(臨床群13)というように、バイオリンの練習にたとえられる「したくないこと」をさせられる状況を嫌だと思いつつも、そこから抜け出せない様が推測されたものが集められた。このような在り方は臨床群にのみ5名あり、有意に臨床群の方が多かった ($p=0.02<.05$)。このことから、強いられていることに否定的ではあるがそこから脱しきれないことが臨床群にみられる特徴の1つであるといえる。

ところで臨床群13では「出て行ったのにしばらくして家に帰ってきて練習を監視する」母親が、強いられる状況を拒みながらもそこから抜け出せない要因として考えられる。このような要因は「家が、すごく厳しくて」(臨床群19)、「ママが入ってきて、怒る」(臨床群20)にもみられた。TATにおける主人公以外の人物は、現実の人物そのものというよりは他者の「イメージ」あるいは「被検者自身のなんらかの面を反映している」と言われていることから(鈴木, 1997)、「家」や「ママ」は語り手自身であると考えられる。したがって、これらの語り手には嫌だと思えるものに対して自身をそこに縛り付けるような側面があり、強いられた状況に対する葛藤の大きさがうかがわれる。

b. 「自分を選ぶ」

このカテゴリーは「バイオリンの英才教育を受けていて、好きとか嫌いとかいう前にもたされていたから、ほんとうに好きなのかわからなくなって、バイオリンみながら悩んでいるところ。他のことに興味をもって、お父さんに反対されたので、家を出て、そっちの道に進む」(統制群1)というように、「やりたくないという気持ちを優先させて、強いられている状況から抜けていく」という在り方が語られたものが入っている。このような主体的な在り方は臨床群に2名、統制群に5名みられ、有意差はなかった ($p=0.23$, n.s)。しかし、臨床群5では、「無理矢理やらされてる感じ、親に。やりたくない。この先、きっと多分、(バイオリンを)破壊してー、ドラムなんか始めてー」と語られ、強いられている状況から脱していくには「破壊」が必要なほどであり、強い力の大きさ、あるいは強いられている状況に対する拒否の強さが推測される。こ

のように主体的であることに大変なエネルギーが必要であることが、一例ではあるが臨床群にみられた。

(3)「だめにしてしまうことを巡っての在り方」について

ここでは「バイオリンを、大切に使ってたんやけど、壊れてしまって」(臨床群24)、「弦が切れるか何かして、どうしようかと悩んでいる」(統制群3)というように、バイオリンを壊してしまうという設定をしたものが臨床群6名、統制群4名集められた。(1)でみたような、バイオリンをうまく弾けない、あるいは練習が嫌になっているといった一時的な問題とは異なり、バイオリンが壊れるということは、バイオリンが楽器として使えなくなるということであり、「根本的に損なわれる」ということが表されていると考えられる。したがって「自らバイオリンを壊してしまう」ということには、「自分が関わることで根本的にだめにしてしまう」というような深い不全感が推測されよう。以下、不全感がどのように扱われているかによってさらに3つに分けて考察する。

a.「動きや気持ちを抑える」

「(バイオリンを)ちょっと触りたいけど、でも壊したら、困るなあとか、思ってた、…お父さんが帰ってきて、触ってもいい？ってそういう話して、もうちょっと大きくなってからね、とか、そんなことを言っている」(統制群8)というように、「壊すことを恐れてバイオリンに触れない」というかたちの語り3例がここに入った。これらからは、だめにしてしまうのではないかという不安から、「望むことがあってもとどまってしまう」という、慎重で消極的な在り方が推測される。この3例は全て統制群であり、臨床群より有意に多い傾向がみられた ($p=0.08<.10$)。

b.「守られる」

「弦が切れるか何かして、どうしようかと悩んでいる。…近くの親切なお姉さんとかおばあちゃんとかに持って行って、なんとかならない？ってきいてみて、じゃ実はバイオリンは壊れていたわけじゃなくって、弾き方が悪かっただけっていうのがわかって…弾き方を教えてもらえることになって、よかったね、と」(統制群3)のように、バイオリンを壊してしまうが他者によってなおるという語りが2例集められた。統制群3の、「弦が切れたバイオリンが実は壊れていない」という流れは不自然なおもむきもあるが、バイオリンを壊してしまっても修復されるということから、不全感を抱きつつも、それをカバーする力があることがうかがわれる。

ところでもう1つの例では、「大好きなおじいちゃんがくれたバイオリンを、大切に使ってたんやけど、壊れてしまって、発表会みたいなのにでーへんなーって思ってた、バイオリンをなおしてもらえて、ぎりぎり発表会に出れて、うまくちゃんと弾けた。死んだおじいちゃんが、なおしてくれた、感じ」(臨床群24)というものであった。ここでも不全感がカバーされていると考えられるが、それが「死んだおじいちゃん」によると表現されていることから、人為的・現実的な次元を越えたものによって支えられていることがうかがわれる。1例の比較ではあるが、摂食障害を抱える人の「あの世性、天上性」(河合, 2000)が示唆される語りと考えられる。

c.「深い不全感」

このカテゴリーは「(バイオリンを)弾いたらつぶしちゃって、どうしようかと悩んでいる。また同じようなバイオリンを探しに行く」(臨床群4)というように、バイオリンが壊れたままになっており、そこから深い不全感を抱えていることが推測されるものが入っている。ここの語

りの5名は全て臨床群であり、有意に臨床群に多かった ($p=0.02<.05$)。このことから、臨床群は深い不全感を抱いているということが考えられる。

臨床群25では「バイオリンが、壊れた。それで困ってる。もうバイオリンが使えない。この子は悲しんでいる」という語りであった。バイオリンを弾いてみた、触った、というような直接の関わりなく「バイオリンが、壊れた」で語りが始まっていることから、根本的な在り方が損なわれていることが考えられる。

また臨床群15では「天才的な、バイオリニストの少年が、聴覚を失ってしまって、突然、それで思い悩んでいる。…両親の期待一身に受けて、バイオリンに全てを、かけて、育ってきたんだけど、…バイオリンをもう二度と弾けなくなって、両親も、離れていってしまって、すごく孤独でひとりぼっち」と語られた。ここではバイオリンでなく、少年自身が聴覚を失うというかたちであるが、ここからも深い不全感がうかがわれよう。「天才的」であった少年が「二度と弾けなくなって」、というところからは、高みから一気に落ちるという在り方が推測される。これは、河合(2000)のいう、過食症にみられる主体の下降と上昇を示唆するものと考えられるが、その背景には、「両親の期待」と「両親が、離れていってしまって」ということが語られていることから、他者に認めてもらえることがこの語り手の存在の基盤となっており、他者との関係性によって存在が大きく揺らぐような在り方であることが考えられる。

(4)「内面に触れる・触れられることを巡っての在り方」について

ここでは、「主人公のバイオリンへの関わり」が、「語り手のTATへの関わり」と推測される語りが集められた。例えば「どっかの部屋に、この男の子は、たまたま入ったら、バイオリンが置いてあって、…どうやってできてるのかなーって考えて、いろいろ触ってみて、どんな風に使うかを考えていく」(臨床群16)では、バイオリンに出会い、バイオリンがどのようなものであるか検討している主人公に、TATという新奇なものに出会い、図版を見てどう語っていくかと心を動かす語り手の姿が重なると考えられよう。ところでTATは語り手にとっては内面に触れることであり、また他者に対して語るという意味では内面に触れられることであるから、ここは「内面に触れる・触れられることを巡っての在り方」とした。この概念には臨床群8名、統制群3名が集められた^{注7)}。さらに「内面に触れる・触れられる」在り方は、「自分を出す」と「自分を出さない」に分けられた。「自分を出す」については臨床群に3名、統制群に1名みられたが、有意差はなかった ($p=0.30$, n.s.)。また「自分を出さない」については臨床群に5名、統制群に2名であり、やはり有意差はなかった ($p=0.23$, n.s.)。有意差はみられなかったが、「自分を出さない」に特徴的なものがみられたので、以下に考察する。

a. 「自分を出さない」

統制群22では「この子はちょっと悩みをもってるんだけど、それを忘れるために自分の好きな辞典を引っ張ってきて、読んでる。」と語った。悩みはあるがそれを「忘れるために」「辞典を引っ張ってきて読んでる」というところに、自分の内面に触れることへの知的な防衛がうかがわれる。多くの人が認知・言及する「バイオリン」に触れず、代わりにめったに言及されることのない「辞典」について語っていることから、内面に触れることへの抵抗の大きさが推測される。

また臨床群28では「待ってる。することがない。…考えてる。…何をしようかなー」と語った。ここでは「待ってる」「考えてる」という状態にとどまり、そこから語りが展開していかない。

これは抵抗とも考えられるが、最初に「待ってる」と語ったことから、自分の心をつめるという自己主体的なことさえ、他者の指示を必要とするほど主体性が希薄で受身であることも推測されよう。

ここでは2例の比較であるが、統制群では知的な防衛を使うことで自分を出さないのに対し、臨床群では主体的な営みの難しさから自分を出さない（出せない）ということが考えられた。

3. 症状との対応について

各カテゴリーの度数が小さいため、一般化にはより慎重であるべきだが、ここでは摂食障害の症状と、TAT図版1に対する語りから考えられた在り方との対応を検討する。結果を図1に示す。過食の人のみにみられたカテゴリーは「うまくいかないことを巡っての在り方」の「自分の力で乗り越える」と「強いられることをめぐっての在り方」の「自分を選ぶ」であった。過食の人は有能感があり、自分の力を頼みとし、強いられる状況において自分を優先させるなど、主体的な側面があると考えられる。しかし臨床群10では「自分の思ったようにバイオリン弾きたいんだけど、そう思ったとおりに弾けずに、すごい悩んでるんですよ。ほんですごいがんばって練習やってー、思ったとおりに弾けるようになれる」というように、強いコントロール志向がうかがわれ、主体的であろうとしすぎているところがうかがわれる。また(2)のbの臨床群5から考察されたように、過食の人は主体的であるために強いエネルギーを必要としていた。このことから「過食」という症状は、食べ物の「過剰な取り入れ」であるが、これは主体的であろうとして過剰に外のものを取り入れ、自分のものにしようとする有様ではないかと考えられる。

一方「うまくいかないことを巡っての在り方」における「他者の力で乗り越える」、「乗り越えない」、「だめにしてしまうことを巡っての在り方」における「守られる」においては、拒食の人のみが見出された。他者の力に頼るところ、あるいは「うまくいかないところを乗り越えない」というところから、拒食の人は自己主体的ではないと考えられる。また「守られる」といっても(3)のbでみたように、人為的・現実的なものを越えたものに守られるというものであり、主体の次元が異なると思われる。また(1)bでみた臨床群1では、根本的な自信のなさもうかがわれた。「拒食」という症状は、食べ物を「内」に入れないものであるが、内にいれる器たる主体が希薄ならば、外のものを内にとりこむことは脅威であり、それゆえ食を拒まざるを得ないのではないかと考えられる。

ところで、過食の人から考えられた、「主体的であろうとする」ことは、強く志向しなければ主体的になれないということであり、逆に言えばそれだけ主体が希薄であると推測することができると思われる。つまり過食の人も拒食の人同様、主体は希薄といえるのではないか。拒食の人は外のものを拒むのに対し、過食の人は外のものをとりこむというように一見逆の症状を呈するが、「不全感」、「強いられることを巡っての在り方」における「強いられたまま」、「有能感と自信のなさ」に拒食、過食の人が共に含まれていることから、希薄な主体というところが共通すると推測されよう。このことから、症状の違いはそれ自体大切であるが、症状にとらわれず、その人自身の在り方に目を向けることが重要であるということも考えられる。

IV. 総合考察

まず「うまくいかないことを巡っての在り方」から、臨床群には自信のなさの有能感が推測さ

れた。生島（1998）は、摂食障害の人は「全能感に溢れてはいるが、現実にはなんでもうまくこなすことはできないので」何事も自信がない、と指摘しているが、本研究では自信がないゆえに有能感で対処しているのではないかと考えられた。これらを考え合わせると、有能感と自信のなさについては、どちらが先かというよりは、共に抱えられており、裏表の関係となっていると思われる。

また、「自分の力で乗り越える」ということが臨床群には少ない一方で、「他者の力でのりこえる」ということには差がなかった。このことから、摂食障害を抱える人はサポートされることでつまづきをのりこえられる可能性がある。大田ら（2005）も摂食障害の人の自尊感情の低さを指摘し、自尊感情を高めるような治療的介入、安心感がもてる見守りが必要だと提言している。しかし小林・栗田（2005）は、摂食障害傾向の高い群は"辛い状況に遭遇したとき、自信がないため、他者のサポートで解決しようとし、最終的に問題を回避してしまう傾向があるのではないかと述べている。これらのことから、摂食障害の人の"自信のなさ"に目を向けるとき、自信を高めるべく支えることは1つのアプローチであるが、治療者が摂食障害の人に"代わって"問題を解決するのではなく、摂食障害の人が自ら問題に向かえるよう、"共に"問題に向かい合う姿勢が、特に求められることが考えられる。また自信のなさには有能感が潜んでいる可能性にも目を向け、有能感と自信のなさという両極を、つなぐような作業が必要であるとも考えられよう。

次に、「強いられることを巡っての在り方」においては、強いられていることに否定的でありながらもそこから抜けきれないということが、臨床群により多くみられた。下坂（1999）も、摂食障害の人は「誰からも後指をさされまい」として「否といえない」態度を示すということを指摘しているが、本研究ではさらに、"実は意に沿わないものについては拒否している"ことが示された。拒否しながらも表向き従っているということ、あるいは臨床群13・19でみられたように、否定する対象に自らを縛り付けるような在り方は、葛藤状況といえる。その葛藤が食べ物を"拒絶"、"吐く"といった、拒否の意思表示となって表れているのかもしれない。摂食障害の人が心に抱えながら表に出せない、あるいは症状のかたちをとっている"拒否の声"を聴くことが心理療法の可能性として考えられる。

さらに臨床群には「深い不全感」を抱えていることがより多くみられた。橋本（2000）は境界例水準の不安の「存在の寄る辺なさ」が臨床群により高く見出されたと報告しているが、本研究でも、存在の成立そのものを巡る病態の問題がうかがわれた。また臨床群15からは、他者との関係性によって主体が両極に揺れるということもうかがわれ、臨床群28では、自らを語るという主体的な営みが難しく、基盤のなさがうかがわれたことから、摂食障害の人に境界例水準の病態の深さがあることが示された。このような場合は摂食障害の人を支持するだけでなく、基盤を新たにつくっていくようなプロセスを共にすることが心理療法の課題となる可能性が考えられる。これは非常に困難なことと思われるが、臨床群25にみられた、「この子は悲しんでいる」という悲しみ、臨床群15が語られた「孤独でひとりぼっち」という寂しさといった、不全感に対しての主体的な感情の表現を治療者が受けとめ、摂食障害の人と共に抱えることが、摂食障害の人の存在をつくっていくことになるのではないと思われる。しかし調（2003）が"摂食障害の人の食行動はつらい情緒を感じなくなる方法"と述べていることから、感情を表出すること自体が摂食障害を抱える人にとっては脅威であるということを心に留めておくべきであろう。

上記に述べた在り方に加え、摂食障害を抱える人は受身であること、主体的であろうとすると破壊的となるほどであることが考えられた。総括すると、摂食障害を抱える人は希薄な在り方であると考えられる。このことは、拒食と過食という逆の症状を示していても共通するのではないかという結果も得られた。そこで次に、「希薄な在り方」について検討したい。

成田（1994）は、登校拒否や家庭内暴力のみられる青年期患者の人格構造を次のように考えた。まず人格の中核には「脆弱な自己愛」があり、外界は自己を傷つける脅威として体験される。したがって自己愛の傷つきを防ぐために、患者は「強迫的防衛」によって「外界をコントロール」する。摂食障害の場合は、「身体をコントロール」することで、自己を傷つける「怖い」外界に対する「無力感」を防衛することになるという。

本研究でみられた「希薄な在り方」は、成田のいう「脆弱な自己愛」と重なるところがあると考えられる。そこで成田の人格構造を参照すると、「希薄な在り方」を外界の脅威から守るべく摂食障害の症状があることになる。しかし「希薄な在り方」を外界から守ろうとすることはすなわち、主体が「希薄」で「あり続けようとする」ことと言え、逆説的であるが、そこに「希薄でない」主体の在り方を考えることができよう。生命の危機があっても一貫して食を拒んだり、大量に食べては吐くという苦しい営みを繰り返したりする摂食障害を抱える人に、臨床上、一貫した「強さ」を感じることがあるが、それは「希薄な在り方」を守ろうとする「強さ」と言えるのではないか。

これらのことを考え合わせると、摂食障害を抱える人の「希薄な在り方」を「希薄でなくそうとする」ことだけが心理療法の方向性ではなく、「希薄な在り方」を「希薄な在り方」のままで尊重していくということも考えられるだろう。摂食障害を抱える人にとって、「希薄な在り方」であり続けることは意味があり、また「希薄な在り方」に「強さ」が備わっていてもいともいえるのである。では「希薄な在り方」を尊重していくとき、心理療法では何ができるのか、どのように摂食障害を抱える人の在り方は展開していくのが問題となってくるが、このことは今後の調査研究、事例研究の課題としたい。

V. 終わりに

本研究ではTAT図版1への語りから、摂食障害を抱える人の在り方について考察した。一口に摂食障害といっても、病態のレベルと治療の方向性が異なることが考えられた。また症状の違いはあっても、希薄な主体であることは共通すると推測されたことから、摂食障害の人が表現するものを丁寧にみることでその在り方を考えることが重要であると考えられた。今後は実際のケースから考えられたことと、本研究の結論とを併せて論じていきたい。

注)

1. その人の理解のためとはいえ、安易に投影法を用いることは慎まねばならないのは当然である。本研究では、筆者の研究（藤本，2000）において、投影法を手がかりにすることで、摂食障害を抱える人についての理解が深まり、また調査協力者にとって投影法による表出自体が治癒的になったと考えられるケースがみられたことをふまえ、研究意図を説明の上同意を得られた方のみ調査を依頼した。

2. 教示は「これから絵を1枚ずつお渡ししますので、それを見て物語をつくってください。絵がどんな場面をあらわしているか、場面の中の人はどうなことを考え感じているかを自由に想像し、今現在のことに加え、これまでにどんなことがあってこのようになっているのか、これからどうなっていくの

かなども入れて、1つの簡単なお話をつくってください。正しい物語や間違った物語、というものはありません」というものであった。

3. このような方向性は主観的ではないか、歪曲して解釈する恐れがないか、という批判がある。そのため、複数の判定者で分析・解釈を行い、その一致度をもって客観性と妥当性を保証する、という手続きがとられることもある。しかし、TATの分析・解釈は多様性を許すものであるから、一致度が低くなることも十分あり得るし、一致度が低いことが、個々の分析・解釈の妥当性の低さを意味することにはならない。したがって分析・解釈結果の一致度を用いるよりも、その分析・解釈がデータに基づいたものであり、かつ分析・解釈のプロセスが明示され、結果の内容によって分析・解釈が適切であることを保証する方が望ましいと考えられる。そこで本研究では、これらの点を含みこんでいるM-GTAを用いた。

4. 本研究の調査協力者は全て女性のため、女性被検者のデータのみ参照した。

5. M-GTAによって見出されたカテゴリーは全て鈴木(1997)の反応カテゴリーと置き換え、あるいは集約されると判断された。例えば「うまくいかないことを巡っての在り方」に分類されたプロトコルは全て、鈴木(1997)の反応分類における「少年に悩みや悲しみや不安を見ているもの」にカテゴライズされた。TATの反応パターンと解釈は裏表の関係であるから、解釈から分類しても、反応パターンから分類しても、結果が重なるのは当然とも言えよう。また鈴木(1997)の反応分類と本研究の分類が重なるということは、本研究の分類化の妥当性を保証することになるとも思われる。

6. 「その他」は統制群の1名のみであったので、紙面の都合上考察は省略する。

7. TATの語りには、語り手と聴き手の関係性が反映されるため、“自分を出す・出さない”ことには、語り手と聴き手の関係性を考慮することも重要であるが、ここでは「在り方」に着目することがねらいであるので、他の概念での語りと同様、関係性についての考察は行わなかった。

文献

- 安香宏(1992): TATの分析・解釈技法をめぐって 安香宏・大塚義孝・村瀬孝雄(編) 臨床心理学体系第6巻 人格の理解② 金子書房 pp54-88.
- 藤本麻起子(2000): 摂食障害者の心理についての一考察 ―「現実の受け入れ」と「自律性」に着目して― 京都大学教育学部卒業論文(未公刊).
- 藤本麻起子(2002a): 摂食障害を抱える人の関係性 京都大学大学院教育学研究科修士論文(未公刊).
- 藤本麻起子(2002b): 摂食障害者のTAT反応 図版17GFにみられた「2つの世界の隔たり」箱庭療法学研究, 15 (2), 59-66.
- 橋本尚子(2000): 摂食障害についての一考察 ―空虚感を中心に― 京都大学大学院教育学研究科紀要, 46, 300-312.
- 生島浩(1998): 摂食障害と家族のあいだ 野上芳美(編著) 摂食障害 日本評論社 pp55-68.
- 河合俊雄(2000): 心理臨床の理論 岩波書店.
- 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.
- 切池信夫(2006): 摂食障害 精神医学, 48 (4), 356-369.
- 小林由美子・栗田廣(2005): 女子高校生における摂食障害傾向と食行動・ストレスとの関連 精神医学, 47 (10), 1053-1062.
- 中井義勝(2001): 摂食障害医療の現状と展望 心身医学, 41 (2), 125.
- 成田善弘(1994): 強迫症の臨床研究 金剛出版.
- 大田垣洋子・米澤治文・志和資朗他(2005): 摂食障害患者の自尊感情についての検討 心身医学, 45 (3), 225-231.
- 下坂幸三(1999): 拒食と過食の心理 岩波書店.
- 鈴木睦夫(1997): TATの世界 - 物語分析の実際 誠信書房.
- 坪内順子(1984): TATアナリシス 垣内出版.
- 調恵子(2003): 新しい母親対象との出会い 山本優美「抑うつ的に涙する摂食障害女性との面接」へ

のコメント 精神療法 29 (6), 100-101.

山本和郎 (1992) : TATかかわり分析ーゆたかな人間理解の方法 東京大学出版会.

吉村佳世子・秋庭篤代・富田裕一郎他 (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), 205-214.

(心理臨床学講座 博士後期課程3回生)

(受稿2006年9月8日、改稿2006年11月28日、受理2006年12月7日)

Use of the Thematic Apperception Test (TAT) to Evaluate the Psychological State of Subjects with Eating Disorders

FUJIMOTO Makiko

In this paper, I have investigated the psychological state of subjects with eating disorders. To do this, I used the stories they told related to the first card of the Thematic Apperception Test (TAT). I tested it from the narration to TAT Card 1. Two groups participated, one of controls (n=30) and one with eating disorders (n=30). The results showed that compared with the control group, subjects with eating disorders were psychologically less well equipped to deal with problems and to resolve their own difficulties, and less able to emerge from difficult suppressive situations, and they experienced more feelings of helplessness. Therefore, I consider that subjects with eating disorders were psychologically weaker than those in the control group. This weakness can be said also to be a peculiar common symptom of both anorexia nervosa and bulimia nervosa. Further, I discuss how to treat eating disorders, especially the importance of considering how far the condition has advanced rather than focusing only on the subject's symptoms. I also consider the levels of client's conditions as more important than the symptoms and that treatment procedures differ accordingly.