

## 摂食障害 / 肥満症と神経性食欲不振症の心理

その他のタイトル	Eating Disorder : Some Psychological Aspects of Obesity and Anorexia Nervosa
著者	葉賀 弘
雑誌名	教育科学セミナー
巻	17
ページ	1-12
発行年	1985-12-07
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10112/00019516">http://hdl.handle.net/10112/00019516</a>

# 摂食障害／肥満症と神経性食欲不振の心理

葉 賀 弘

## I. 摂食障害者の心理的側面

### 1. はじめに

近年、アフリカ諸国など飢えに苦しむ人たちにたいして救援が呼びかけられている一方で、高度の経済水準に達した国々のなかでは摂食障害の問題が大きくクローズ・アップされてきている。最近の摂食障害の推移をながめてみると、経済的水準の上昇にともなって、生活が豊かになるにつれ、その数も増加する傾向にあり、年齢的要因と共に環境的要因（外因）によるところが大きく、したがって摂食障害形成の背後に文化的・心理的要因があることは当然のことといえよう。

また児童期の単純性肥満や思春期やせ症に加えて、肥満傾向や目下減食中の児童一生徒を含めると相当数が教育の現場に存在することになり、このことは身体的管理や健全育成の面からも検討を必要とする教育的課題と考えられる。

標準体重の20%以上を超過する肥満と身体像障害とはなほだしい体重減少にある Anorexia Nervosa（神経性食欲不振、以下Anと略す）を両極とする摂食障害は、一時期ある種の内分泌疾患と考えられていたが、その後20世紀半ば以降になって精神分析学派の研究を中心に心因疾患であるという考えが定着するようになった。

一般に情緒と食欲とが深いかわりをもっていることは、日常の生活でもよく知られている。たとえば予期せぬ悲報で気持ちが転倒したときや志望校の入学試験に失敗したときなどは食欲は減少し、反対に志望校に合格したり、日ごろ

応援しているプロ野球チームが久しぶりに優勝したときなどは大いに飲んだり食べたりで大騒いだしたり、また期待に反して食べものが与えられなかった場合の、「食べものの恨みは恐ろしい」など人間にとって食べることはもっとも根源的な生理的、心理的体験で個人の発達史に強く刻まれているものである。

ところで肥満とやせという両極端を示す摂食障害の発生要因について、摂食障害の研究において第一人者といわれている Hilde Bruch<sup>(3)</sup> はこの両者に顕著な共通した特徴として、本来は生物学的な身体の栄養機能が、情緒的な対人関係の葛藤ないしは問題の解決法としていわば誤った手段として用いられ、その結果肥満あるいはやせにいたるのだと説明している。本稿では、Bruchの考えをはじめ諸家の研究成果を踏まえ肥満とやせのもつ心理的側面を幾つかの視点で考え、さらに筆者が調査した資料をもとに検討した結果をも紹介して、摂食障害の心理的背景をより明確にし、あわせて対策の一助としたい。

### 2. 食欲・摂食行動と情緒

もともと食欲や摂食量の調節中枢は脳の視床下部の外側核にある食欲中枢 LH と腹内側核にある満腹中枢 VMH にあり、体脂肪の量や血糖レベルなど主として代謝上の情報が、食欲中枢にフィードバックすることによって摂食への要求が発現するメカニズムとなっている。そして末梢からの情報と、中枢での受け入れシステムとの間で、どのような質的・量的セットポイントが設定されているか、そして具体的には体重

をどのレベルに維持するかという仕組みについては個人差があり、ある程度は生得的かつ素因的な要素に支えられているものと考えられてきた。これらのメカニズムはもっぱら生物学的ニードにかかわる飢餓・満腹の調節にあずかるものなのである<sup>(9)(10)</sup>。

ところが、こうした生物学的飢餓による、いわば身体的な機転による食欲よりも、情緒面に一層強く支配されるのが摂食行動である。

どんな食物を好み、いつどんな状況で沢山たべ、どんな心理状態になると摂食の意欲がなくなるかなどという点は、ヒトの場合、著しく、社会、心理的な影響を受ける。そしてその結果として、摂食行動が病的な状態にたちいたった場合を一般に摂食障害 eating disorder とよぶのである<sup>(3)</sup>。

成人肥満の特徴ともいえるような、愛する人の死、家庭からの離別、孤独の念といった感情の障害を惹き起こしうるような事件のあとに、いわゆる反応性肥満 reactive obesity を形成しやすく、ときには抑うつ症の代理症としての肥満が存在するともいわれている。強い情緒的外傷体験とその解消の手段として過食におちいり肥満を形成する過程は、反応性のアルコール依存症の形成過程と多くの点で類似するところがある。

近年、子供たちをとりまく環境のなかでの心理的圧迫の要素となっているものに、学校や学校での人間関係、鍵っ子としての愛情遮断、塾通いや宿題過剰にみられる受験戦争など多くなってきているように思われる。小児期にはまだ不安や葛藤を解消するための適当な手段を体得していないために、先に記したような人間関係や情緒的な問題に迫りこまれると、摂食行為が解決の手段として安易に用いられて過食し、肥満にいたる場合が多い。こうした摂食障害か

ら出発した肥満を developmental obesity<sup>(3)</sup>（発育的肥満症）あるいは early-onset neurotic obesity<sup>(15)</sup>（早期発症神経性肥満症）と呼んでいる。

小児期における不安や葛藤の解消のために過食するという口唇期への退行とも考えられるこのような解消法は、乳幼児における親子関係のあり方にその源があるのではないかという推測は容易にできよう。そこでBruchの見解を示しながら考察をすすめることにする。

### 3. 親子関係と人格形成

肥満児の研究が進むにつれて、その発生要因として親子関係の歪みをきわめて重視したのは、小児科医であり、また精神分析医であるBruch<sup>(3)</sup>である。彼女によると肥満児の両親またはいずれか一方が、子供を完全に自分の所有物とし、自分達が自らの人生で果せなかった夢を子供に託したり、欲求不満を子供の成熟経過を通して代償的に満足させようとするところからすべてが始まるというのである。その結果、過保護や過干渉の養育態度がとられ、子供の個性を伸ばすことよりも、親の理想とするタイプにはめ込むための試みが繰り返されることになる。このような親たちにはありがちなことは、子供の真の欲求や願望を受け容れることが少なく、親たちの欲求をあたかも子供の欲求として取り替えてしまう傾向が強いのである。このような親子の関係がつくりあげられるにいたるまでに家庭での父親の役割にも問題があるように思われる。すなわち、たいいていのケースにおいてその父親は、社会的に成功していても、家庭の中では無力・無関心で存在性が薄いものが多い。したがって母親が子供を私物化していくことにたいして歯どめをかけることができず、むしろそうした母親の養育態度を促進する役割を果すことになりかねないのである。

これまで述べてきた親の養育態度や家庭内力動といったものが、子供の人格形成のうえにどのように影響を与えてきたかを次に示す。

子供たちの人格特徴はすべての面で未熟であり、社会生活においては引っこみがち、なにごとにも消極的で、情緒的には不安定である。

また欲求不満にたいする耐性が培われていないために、不満状態に陥りやすく、予期せぬ要求を課せられると引っこんでしまうか、あるいは陰險な敵意をもって反応しがちとなる。さらに対人接触を通しての彼らの自己認知は、悲観的立場を反映してか、「無能さと醜さ」を確認することにもなり、この自己破壊的ともいえる彼らの態度は、空想や白昼夢への逃避によって代償されるのである<sup>(2)</sup>。

Anの患者の小児時代について、その親たちは異口同音に、不思議なくらい問題がなかったと話す。彼女らは非常によい子であり、かつては素晴らしく、快活でやさしく、しかも協動的で献身的で行儀もよく家庭の手助けをよくし、おませで接待も上手で頼りになり、そのうえ運動競技や学業成績も優秀である。肥満児の親たちと同じくAnの親たちも自分たちが人生で果せなかった夢を子供に託し、その夢が叶い彼女らが親の理想とするタイプに寸分違わず発達・成長を遂げたことと、人の目にもよい子として映り、彼女らの小児時代を知る近所の大人たちや担任をした教師たちの人物評価もこぞって高く、両親の誇りであったといえよう。彼女らの家庭は表面的にはうまくいっているかのようで、母親は家庭内外での活躍は旺盛で、同時に家庭での実権を握っている。父親も社会的には成功者が多いが、家庭にあっては妻の威力の前には手が出せず、妻のなすがままになっているのが実状である。しかし両親と

も対社会的には体裁を保ち、家庭的には何ら問題がないと強調するケースが大半を占める。自分たちの家庭は何ら問題がないと自信をもっていわせる背景に、親の理想とするタイプに育った彼女らのよい子としての存在がきわめて大きかったように思われる。ところが発症によって彼女らが小児時代を振り返り、よい子としての態度を堅持してきた内面的な緊張感とは一体何であったのであろうか。彼女らのいうところは、両親の愛情と思いやりを失うかも知れないという不安から、親の期待や望みに十分に添っているだろうか、否か、といつも気にして不安と緊張にみちた生活をお送り、自分たちの満されない思いを隠すため、あらゆる努力を払って、幸せさを装って両親を安心させていたのだということである。しかし、やせの発症が一見ささいな、たとえば、“ふとっている”とか、“ブス”といわれたことに端を発してはじまり、これまでの家庭の事情が一変するのである。食事の拒否や過食といった奇妙な摂食行為は思春期の反抗的行為とみなされ、やがてこの傾向は生活のすべてにまで及び、料理を作り、次から次と無理やりにたべさせたり、母親に執拗に甘えるかと思えば、憎みとことん追いつめて苦しめる傾向がみられる。これらの傾向に加わえて、彼女らの完全癖は高い水準の学業成績を保ち、理想の体重を保持すること、疲れを知らない身体的活動性など強迫的にまで発展し、かくしてこれまでの母親による円満な家庭の支配が崩れさり、家族たちが彼女らの身体や気まぐれに不安を感じ、その行為に振りまわされ当惑するのである。

やせの発症がささいなエピソードによるものであるけれども、これ程までに発展する

背景に、思春期が小児時代の総括の時期であり、これまでの親の理想とするタイプへの盲目的順従さという関係を打ち破り、整理・統合への新しい方向性を見出そうとする、やや異常な儀式的行為と解釈することができる。

#### 4. 親子間の誤った初期学習

Bruch<sup>(3)(2)</sup>が肥満とやせの患者を同時に観察し研究するうちに、両者に共通して知覚と概念の領域に障害のあることを突きとめた。すなわち、乳幼児期から飢餓感覚と身体感覚の学習の歪みと、それに伴って自己の感覚的認識力の発達の障害があることを知りえたのである。精神分析的立場に加えて心理生理学的見解にたち彼女独自の摂食障害の概念を提唱したのである。その概念とは次のごときものである。

乳児は肉体的な面では保護を必要とするけれども、ただ単に外界からの働きかけに依存しているものでなく、自発的に欲求を外界に向けて知らせるものであるから、乳児は空腹になると不快感としてそのことを泣いて訴える。ところが泣くことが空腹によるものか他の身体的不快感の表示なのかの区分が必ずしも明らかでないことが多い。一般に母親は比較的早い時期から適正な観察と判断によって、自分の子供である乳児の啼泣反応が空腹のためか他の理由によるものかを区別して対応できるようになるものである。そして母親のそうした正しい対応によって乳児は正当な摂食行動への学習や条件づけを次第に会得してゆくことができるようになるのである。具体的には、乳児の欲求が泣くという信号で発せられ、これに対して母親が適切に対応し、さらに乳児が母親の対応によって満足感を得るという相互の体験の積み重ねによって、正常で円満な行動発達が期待できると考えられる。もしそれとは逆に、母親の反応がいつも不適切で、空腹と他の身体的不快感を区別するこ

となく、すべての啼泣反応を授乳のみでなだめるようにすれば、空腹とそれを解消しようとする胃の満腹・収縮という身体的な信号の間の特異的な相互関係がルーズになり、乳児にはすべての不快感を摂食で解消しようとする誤った学習ないしは刷り込み imprinting ができあがる。そして一般に、乳児の欲求や信号を無視した母親からの一方的な応答が続けられると、子供は他者からくる刺激に反応して生きる受動的なタイプの人間になってしまい、自分の身体内部で生じた感覚や思考や情緒的な問題を正しく認知することができなくなってしまう。したがって自分自身を有効に表現する能力を発達させることができなく、また、発達の各段階で起こってくる問題の処理に適切さを欠くことになるのである。以上のことを考えると、「さまざまの欲求不満を食べることによって解決しようとする逃避的過食という問題行動の萌芽は、すべて乳児期の母子関係のなかで培われているのだ」という Bruch の発想は、かなりの説得力をもっているように思われる。

#### 5. 摂食障害者の同一性障害

Bruch<sup>(3)</sup>によると摂食障害の患者たちは、前述のごとく発達の初期の段階で子供の内発的衝動を無視した、母親からの一方的な応答によって生じた発達史的歪みを反映して、同一性にかかわる3層の特徴的な障害がみられるというものである。

##### i. 身体像あるいは身体概念に関する障害。

自己の身体にたいする誤った認知は、身体像についても歪みとなって現われ、An の場合、すでに痩せすぎてすごい形相になっていても、まだ太っているといい張り、本人の眼には実際の足の太さよりもずっと太く見え、妄想に近いまでの痩せへの強い願望がみられる。ウブ毛が増え、皺々の顔面、ツヤのない皮膚からは若さ

が失われても、彼女らは痩身以外は眼に入らないのである。また肥満症者にも、自己の身体像を客観的に見るができず、肥満にたいする一貫したこだわりがあって、鏡のなかの自分を見て、“薄汚い豚”“大きく肥った豚”といった具合に自分の身体をグロテスクなものとして評価し、対人関係においても、自分より痩せている者を羨み、肥っている者を軽蔑する態度をもち続けるのである。<sup>(16)</sup>

ii. 自己の身体感覚や情緒的問題を正しく認知することの障害。

肥満症者の場合は、親との関係、一般対人関係、自分自身に対する考え、自分の感情の動きなどによって生じた、愛情欲求、孤独感、不安・焦燥感、敵意・攻撃心など情緒的な感情を実感として体験できず、この離人体験にも似た空虚感と空腹感とを弁別することが困難となり、これを摂食という誤った処理がなされてしまうのである。

一方、Anについては、肥満症と共通点も多く、空腹感や身体的疲労やその他自己の感情を正しく認知することができず、偏奇な食物へのこだわり、体力の限界を無視した強迫的ともいえる身体的活動性がみられる。この強迫的で無目的とも思われる活動性も、対社会的関係によって生じた不安・緊張といった精神的な問題を意識からしめ出す転嫁の意味あいを有するものであろう。

iii. 自己の主体性の乏しさに由来する無力感。

肥満症やAnのいずれもが、幼い頃には親の手がかからぬ良い子で、自己抑制がよく、知的、真面目な努力家であるという他者の評価を、発症後にも形を変えてではあるが、これを持続しようとするあがきにも似た行動傾向が認められる。Anは、他者との間で特定の資格、学業成

績、席次など実証可能なもので競争して、自己の有用性を証明しようと努力し、それによって自己の不安定な同一性を確立しようとする試みであり、主体性の乏しさゆえのあがきであろうと思われる。

## 6. 摂食障害の心理的成因

Anの成因に関する説として、Meyer, J.E.<sup>(12)</sup>は思春期やせ症 Pubertätsmagersucht の概念を成熟危機と成熟した女性になることへのためらいや回避であると説明したのにたいし、Bruchは先述のごとく身体内臓感覚の認知・身体像の障害、無力感という三層の障害によって本症を説明しようとした。時を同じくして、わが国の下坂<sup>(14)</sup>が思春期の発達の心性の面からとりあげ、成熟嫌悪、幼年期への憧憬、男子羨望、厭世的観念、肥満嫌悪、痩身にたいする偏愛と希求、禁欲主義、主知主義等の8つの特徴的な精神的態度をあげ、今日の摂食障害研究の基礎を築いた。ここに示された諸特徴を幾つかにまとめてみると、成熟の拒否と幼年期への回帰願望、女性性を拒否して男子羨望、肥満になることを極度におそれて痩身にたいする願望という3つの主題にまとめることができる。<sup>(13)</sup>彼女らの一群のなかには、おとな社会の醜い側面や成熟した女性になることのためらいや嫌悪を抱き、性的なものや肉体的なものを避けて中性的なものに憧れ、「いつまでも少女のままでありたい」「イルカに乗った少年」のようでありたいと空想し、実際に女性的な服装をさげ少年のようないで立ちや振る舞いを好んでとるものが見受けられる。<sup>(1)(13)</sup>

思春期は、自己の身体的変化を受け容れ、女性としての性同一性を発達させる課題をもった時期である。この課題に直面して彼女らが挫折を経験し、性同一性の継続に動揺を来たした結果としての成熟拒否から幼年期への憧憬、女性

拒否から男子羨望という図式ができあがるという Meyer の成熟危機説は相当の説得力をもつように思われる。さらに成熟拒否や女性拒否は摂食行為の異常の背景にある重要な動因のひとつではあるが、直接に摂食行為の異常につながるものではなく、ここで3つの主題のうち残された1つである肥満になることをおそれ痩身への強い願望が不食の症状を選択させる最も大きな要因なのである。(13)

野上(13)によると、痩身願望の意義は痩せることの心理的、象徴的な意味に依存しているといわれ、すなわち、痩せるということは肉体性を否定し、清浄さ、精神性、無性性、禁欲などを意味し、肥満のもつ象徴的意味とはことごとく対立するものとされる。食量事情の劣悪な条件下にあって肥満が贅美されたひと昔まえとは対照的に、最近では美容上の理由から痩身への志向が現代女性一般にみられる現象であり、そのためにプロポーションを美しく見せるために各種コルセットの使用はごく当りまえのこととされ、これらの痩せ嗜好やそれに伴う服装の変化が、現代の An の多発傾向の背景になっているものと思われる。

## II. 摂食障害者の人格的特性

摂食障害者の心理的側面についての問題点は、日常の臨床において、ともすればなおざりにされやすい状況にあるが、個々の治療計画に際しては欠くことのできない重要な課題なのである。これまでも述べてきた心理的側面は臨床的観察に基いて言及されてきたものが多いが、これから紹介するものは、人格的特性を客観的に捉えるために心理検査を用いてその特性を明らかにしようとしたものであり、その結果は、臨床観察とあわせて治療計画とその効果の測定にとって重要と思われる。

### 1. 肥満症の人格的特性<sup>(5)(9)</sup>

目的：肥満を呈した児童が、社会生活場面で欲求不満に陥った場合の問題解決の仕方・身体像・身体概念、思考および感情の状態等について、非肥満児を対象群として比較検討を行った。

対象者：某大学附属病院小児肥満クリニックを受診し、単純性肥満と診断された、男子16名、女子10名の計26名である。平均年齢は11歳、平均肥満指数は53%であり、このうち13例は50%を越える高度肥満であった。一方統制群は、男子8名、女子21名の計29名で、平均年齢は、11歳である。

方法：肥満児、健常児にそれぞれロールシャッハ・テスト、Haga・Schwab 身体像テストおよび絵画欲求不満テスト (P-F study) を個別式に実施した。

表1 ロールシャッハ反応の比較

Variable	肥満児群 n=26		統制群 n=29		t.test
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
R	23.3	19.5	33.2	12.5	+
W%	60.0	26.6	47.5	24.2	N. S
D%	27.7	21.0	47.3	25.0	**
M	2.4	2.3	5.3	3.7	**
FM	3.1	2.4	6.3	7.4	*
Fm	1.6	2.5	0.8	0.5	N. S
Fc + cF	1.0	2.1	2.9	1.6	**
FC' + C'F	0.8	1.4	3.3	2.8	**
FC	0.6	1.1	1.8	3.0	+
ΣC	1.1	1.4	2.2	2.0	*
F%	56.6	21.1	41.3	19.7	*
R+%	70.9	15.9	60.2	13.2	*
A%	57.2	17.4	50.0	5.6	+
CR	5.3	2.5	7.8	1.8	**
Anxiety (AX)	4.0	4.0	1.9	2.0	*
Hostility (HS)	3.9	5.0	0.3	0.3	**
Barrier (Br)	2.8	1.7	1.8	1.4	*
Penetration (Pn)	1.1	2.1	2.5	2.3	*
BRS	-16.8	12.0	0.5	7.1	**

NS...P ≥ 0.1 +...P < 0.1 \*...P < 0.05 \*\*...P < 0.01

結果：i ローラシャッハ・テストの結果は、表1示したごとく、肥満児群が統制群よりも有意に高かった指標は、形態反応F%、良形態反応R+%、不安反応Ax、敵意反応Hsおよび障壁反応Brの5指標であった。これにたいして肥満児群が有意に低かった指標としては、大部分反応D%、人間運動反応M、動物運動反応FM、材質反応Fc+cF、白黒反応FC'+C'F、形態色彩反応FC、総色彩反応ΣC、反応範囲CR、貫通反応Pnおよび基礎ローラシャッハ得点BRSの11指標である。

ii Haga-Schwab 身体像テスト<sup>(6)</sup>Schwabが身体概念を測定する際に示した身体部位50箇所について、筆者が身体の外観的および機能的面から測定ができるように質問形式の自己評価法に形成したものである。「とても優れている」から「とても劣る」にいたる5段階評価を行うものである。その結果は、表2に示すごとく、統制群との比較によって有意の差のあった項目すべてにおいて肥満児群は低得点にあった。すなわち、身体の外観面で6項目、身体機能面では8項目の計14項目において低い評価を与えている。

表2. Haga-Schwab 身体像テストの結果

項目	肥満児群 n=26		統制群 n=29		t. test
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
身体 外 観 面	毛髪	3.1 1.0	4.0 1.0	**	
	プロポーション	2.0 0.9	2.7 0.9	**	
	肩幅	2.7 1.0	3.5 1.0	**	
	足	2.8 1.1	3.5 1.0	*	
	胸部	2.3 0.8	2.8 0.7	*	
	臀部	2.1 0.9	2.7 0.6	*	
	鼻	2.3 0.9	2.9 1.2	+	
身 体	手	2.7 1.1	3.3 1.3	+	
	心臓	2.9 0.7	3.8 0.9	**	
	感覚の鋭さ	2.8 1.2	3.8 0.8	**	
	体重	1.5 0.6	2.4 1.2	**	
	病気に 対する 抵抗力	3.0 1.0	4.0 1.1	**	

機 能 面	腰	2.6 1.0	3.5 0.9	**
	健康	3.5 0.8	4.1 0.9	*
	胃	2.9 1.0	3.4 0.7	*
	痛み に耐える力	3.0 0.9	3.6 1.0	*
	排 泄	2.9 0.9	3.3 0.7	+
	膝	2.7 0.8	3.2 1.2	+
睡眠	3.2 1.2	3.7 1.2	+	
総合平均		2.8 0.5	3.1 0.4	**

+...P<0.1 \*...P<0.05 \*\*...P<0.01

表3 絵画欲求不満テスト因子間の比較

Factor	肥満児群 n=26		統制群 n=29		t. test
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
GCR%	55.6	19.4	51.7	16.1	N. S
E	5.3	2.8	3.8	2.0	*
E%	46.0	14.6	39.3	11.9	+
I'	1.2	1.0	0.2	0.4	**
M	2.9	1.5	4.7	2.5	**
M%	26.4	9.5	37.5	10.0	**
i	1.0	1.0	2.2	1.3	**
E-E%	18.9	11.4	11.2	6.2	**
M+I%	31.5	13.6	43.5	8.8	**

N. S...P≥0.1 +...P<0.1 \*...P<0.05 \*\*...P<0.01

iii 絵画欲求不満テストは、標準手続きにより算出し、有意差のあった指標を表3に示す。肥満児群が高かった指標は、外罰的自己防衛E、内罰的障害優位反応I'、外罰反応E%、および原始的な外罰反応E-E%の4指標であった。これにたいして、肥満児群が低かった指標は、内罰的要求固執型反応i、無罰的自己防衛反応M、無罰反応M%および無罰反応プラス内罰的自己防衛型超自我因子反応M+I%の4指標である。

以上の結果から、肥満児群について以下の特徴がとらえられた。

a. 対人接触の場面では感受性に乏しく、相手方の情緒的な表現を十分に認知することが少なく、そのために愛情をうまく受け入れ、それに対応してゆくことが適切に行われない。また、



自分の感情をも体験としてつかむことが少ないために、感情表出に乏しく、人とかかわりは表面的なものになる傾向がみられる。

b. 強い不安を抱きながらも、それが何に起因しているかという点については曖昧であり、洞察性に乏しい。そのため不安となる対象にたいして距離を保って対処してゆくとか、自己主張して積極的に不安を取り除いてゆくといった防衛策がきわめて弱いように思われる。

c. 周囲に対する敵意の感情は強いが、特定の対象に向けられたものでなく、漠然としたものであり、周囲の人たちは恐らく自分のことを心よく思っていないのではないかという自我脅威感にたいする関係念慮にも似た感情を抱くものが多い。ところが実際に他者から攻撃を受けた場合、これに立ち向かうことこそが社会適応してゆくためには必要であろうと考えられるのに、このような場合の行動はきわめて弱腰であるという矛盾が認められる。

d. 自分の責任において欲求不満に陥った場合、自ら解決のための探索をすることなく、必要以上に他者にその解決を求めるといふ他者への依存傾向が強い。また自分自身の行為によって生じた不満や他者に与えた損害であっても、その原因を自分自身に求め、これを認めようとするのが少ない点では、自責感情に乏しいともいえよう。

e. Haga-Schwab 身体像テストにおいて、肥満児群は、身体機能、身体のプロポーションの両面で、それぞれ劣性を表わしていた。ところが Fisher と Cleveland<sup>(4)</sup> の身体像境界 Body image boundary の立場から論じられる、外界の脅威にたいする防御としての障壁得点 Barrier score と、身体的脆弱さを表わす貫通得点 Penetration score について、ロールジャッハ・テストの成績から比較検討したところ、つぎの

ような結果を得た。すなわち肥満児群は障壁得点が高く、貫通得点が低いということで、成人の健常者にきわめて近いパターンを示し、逆に対象児群には脆弱さが認められた。Haga-Schwab 身体像テストはきわめて具体的な質問内容を持つもので、心理学的表現としての意識上（顕在意識）のレベルでとらえた尺度とするならば、Fisher や Cleveland の身体像境界に関する指標は、投映法の手法によるもので、意識下（潜在意識）のレベルでとらえた尺度といえよう。身体像に関する両テストの結果から、肥満児の場合、意識上のレベルでは Stunkard や Mendelson<sup>(16)</sup> が述べているように身体像の劣性が認められるが、意識下のレベルではむしろ優勢であるという、いわば矛盾した二面性の身体像をもっているということになる。このことは、見方によれば肥満児における身体感覚の認知度の低さを表しているとも、また日本の伝統的文化がもっている肥満にたいする象徴的意味としての豊かさ、あるいは力強さが現代文化のなかに受け継がれ、それが意識下レベルに影響を与え、その表われとも解釈できないこともないが、今後さらに検討を続けてゆくべき問題点であろう。

## 2. An の人格的特性

目的：あとに掲げる心理テストを用いて、健常者と対比することによって、やせを呈した人たちの、身体像・身体概念、思考、情緒の統制、抑うつ状態の有無および精神力動などを明らかにする。

対象：某大学附属病院神経科を受診した12歳から34歳（平均年齢19歳）までの女性21名である。An の診断にあたっては、次の DSM-Ⅲ の診断基準<sup>(11)</sup>に準拠した。

1. 標準的な体重継続への抵抗のため、25%以上の体重減少。

2. 肥満に対する強い恐れと、限りないやせ希求。
3. 1.2の結果として、無月経、身体像の歪み。
4. 異常な摂食行為（不食のほか、気晴らし食い、自発的嘔吐、下剤の使用など）。

なお、統制群に中学、高校、大学の男女学生の協力を得た。

方法：Anと健常者のそれぞれにロールシャッパ・テスト、Haga-Schwab身体像テストおよびKyoto Depression Check List（以下KDCLと略す）を個別に実施した。

結果：ロールシャッパ・テストの結果。

表4 ロールシャッパ反応の比較

Variable	An群 n=21		統制群 n=70		t.test
	Mean	S.D	Mean	S.D	
R	20.61	9.98	26.47	9.57	**
T/R <sub>1</sub>	19.24	12.89	12.79	6.22	***
W%	62.22	17.57	62.82	19.11	N. S
M	2.61	2.44	3.78	2.58	*
FM	3.47	2.07	4.21	2.48	N. S
m	0.83	1.37	1.58	1.45	**
FK+KF	0.58	0.77	1.08	1.15	*
Fc+cF	1.78	2.44	3.41	2.24	***
FC'+C'F	1.00	1.25	1.13	0.98	N. S
FC	1.55	1.78	2.26	1.26	*
CF+C	0.83	0.85	0.97	1.27	N. S
ΣC	1.60	3.49	2.49	1.82	*
F%	44.10	18.20	43.19	12.32	N. S
R+%	68.60	15.48	70.37	10.27	N. S
A%	50.25	14.44	48.88	13.05	N. S
P	5.11	2.89	5.59	1.55	N. S
CR	5.98	2.23	7.19	2.61	**
Anxiety (Ax)	3.28	2.87	2.47	2.60	N. S
Hostility (Hs)	1.29	1.38	0.40	0.52	***
Barrier (Br)	1.61	1.56	5.03	2.62	***
Penetration (Pn)	1.21	1.11	2.45	2.00	***
BRS	-10.53	13.79	4.42	13.56	***

N.S...P>0.1 \*...P<0.05 \*\*...P<0.01 \*\*\*...P<0.001

表4は、An群と統制群（男・女）のロールシャッパ反応の主要変数の平均値の差の検定を行い、その結果を示した。両群間で有意の差を見出した変数は、総反応数R、初発反応時間T/R<sub>1</sub>、人間運動反応M、無生物運動反応m、通景反応K、材質反応Fc、形態色彩反応FC、総色彩反応ΣC、反応範囲CR、敵意得点Hs、障壁得点Br、貫通得点Pnおよび基礎ロールシャッパ得点BRSであり、このうちT/R<sub>1</sub>とHsの2変数を除く、他のすべてにおいてAn群は統制群に比べて低値であった。

体験型については、An群のみについてその分布をみると、内向型は36%、外向型は10.5%、両貧型は42.1%および両向型は10.5%であり、他の資料と見比べて、内向型が少なく、両貧型の占める割合が高い。

Haga-Schwab身体像テストの結果。

表5 Haga-Schwab身体像テストの結果

項目	An群 n=21		統制群 n=39		t.test
	Mean	S.D	Mean	S.D	
神経の働き	2.14	1.07	3.00	0.32	***
排泄	2.00	1.10	2.82	0.55	***
腸の働き	2.29	0.94	2.85	0.62	**
健康	2.43	1.10	3.10	0.71	**
食欲	2.57	1.11	3.05	0.64	*
体のスタミナ	2.19	1.30	2.79	0.76	*
体重	1.90	1.20	2.56	0.87	*
胃の働き	2.48	0.90	2.87	0.76	+
総合平均	2.65	0.35	2.78	0.24	N. S

+...P<0.1 \*...P<0.05 \*\*...P<0.01 \*\*\*...P<0.001

表5は、身体部位50項目について、An群と女性ばかりの統制群間で有意差のあった項目を示した。50項目のうち有意差のあった項目は7項目で、すべてAn群が低得点にある。しかし50項目の総合平均値については両群間で差は認められなかった。

KDCLの結果。

KDCL<sup>(7)</sup>は、筆者が日常の臨床においてうつ病者が訴える症状のうち、比較的頻度の高い症状を選択して作成したもので、身体症状32項目、精神症状30項目の計62項目からなるうつ病チェック・リストである。本法を用いて、An群と統制群について症状の「あり」「なし」の頻度を調べたところ、統制群では各項目の出現頻度がきわめて低く、健常者ぶりを表しているのに対して、An群は各項目の出現頻度のばらつきはあるものの全般に高頻度にあった。そこでAn群の高頻度の意味づけをより明確にするために、別の研究目的<sup>(8)</sup>で集めたところ男女19名からなる思春期うつ群のKDCLの結果と比較検討することにした。その結果は、表6に示すごとく、精神症状では注意・集中困難と日内変動の2項目で差があり、いずれも思春期うつ病群が高頻度であり、また身体症状についてみると、便秘・下痢、生理不順、体重低下の3項目で差があり、いずれもAn群が高頻度にある。特にこの3項目はAnを診断する場合の根拠ともなる主症状で当然の結果であろう。An群と思春期うつ病群間では5項目において差があっただけで、あとの57項目について差がなく、各項目上の頻度ではほとんど変わらず、同一グループとして見誤られることもあるかも知れない。そこで、An群についてより詳細に探索するために多変量解析の多量化Ⅱ類の技法を用いて、まず正常領域と臨床領域とに判別し、さらに臨床領域にあったものについては、神経症、うつ病、精神分裂病の各領域に判別することを試みた。以上の結果は表7に示すごとく、正常領域にあるもの11名(52.4%)、神経症領域3名(14.3%)、うつ病領域7名(33.3%)、精神分裂病領域は皆無であった。

表6 KDCL項目の比較

項目 (症状)	An群 n=21	思春期うつ 病群 n=19	X <sup>2</sup> 検定
精神症状			
抑うつ感情	66.7%	73.7%	N. S
悲哀感情	47.6	52.6	N. S
空虚感	52.4	47.4	N. S
意欲の減退	71.4	78.9	N. S
注意・ 集中困難	57.1	89.5	*
決断力の低下	57.1	68.4	N. S
焦燥感	52.4	63.2	N. S
不安感情	61.9	47.4	N. S
思案はん憫	57.1	73.7	N. S
先案じ	61.9	47.4	N. S
自責感情	47.6	47.4	N. S
罪責感情	42.9	52.6	N. S
攻撃性	42.9	52.6	N. S
日内変動	47.6	84.2	*
身体症状			
頭部不快感	47.6	68.4	N. S
全身倦怠感	61.9	68.4	N. S
眩暈	42.9	52.6	N. S
便秘・下痢	85.7	31.6	***
生理不順	85.7	15.8	***
体重低下	47.6	10.5	*

\*…P<0.05 \*\*…P<0.01 \*\*\*…P<0.001

表7 数量化Ⅱ類によるKDCLの判別結果

領域	人数	
正常領域	11名	52.4%
神経症領域	3名	14.3
抑うつ領域	7名	33.3

以上の3種類の心理テストの結果から、Anの人格的特性について以下の特徴がえられた。

a. これまでAnの心理的特徴の1つとして、身体的活動性や知的水準の高さがあげられてきたが、今回のテスト結果でみる限り、これらの特徴は反映されなかった。新しい事態を素早く構成的に処理する能力に置き換えてみるならば、Anはその能力に劣り、精神的視野も狭く、いわゆる頭の回転はやゝにぶく、“切れる人”と

いう印象は受けなかった。

b. 肥満児群の場合もそうであったか。対人接触の場面では、感受性に乏しく、相手方の情緒的な表現を十分に認知することが少なく、そのために愛情をうまく受け容れ、それに対応してゆくことが適切に行われ難い。また自分の感情をも体験としてつかむことが少ないために、感情表出に乏しく、人とのかかわり方は、表面的なものに流される傾向が認められる。

c. 周囲の人たちに対して抱く敵意の感情が強く、しかも感受性の乏しさが共存するために、感情表出には棘刺しさがみられる。また精神療法場面で必要とされる感情転移がより少ないように思われ、治療者との治療関係成立までに可成りの時間を要するものと推測される。

d. 身体像あるいは身体概念という概念は、現在および過去の知覚に基づいた自分自身の身体についての概念として定義しておこう。

An 群と統制群間で差のあった7項目について1つ1つの意味あいを検討していくと、An の彼女らが日頃から最も関心を寄せている身体機能について、実に順序よく並んでいるのは当然のことといえよう。「神経の働き」にたいする評価の低さは、強迫的ともいえる食べものと体重に対する関心と、身体的活動性の亢進により自らの生命の危険をも省みない点を指すもので、自らの行動的異常さについて、ある程度は自己を客観視しているといえよう。また消化器系の機能低下をはじめとする一般的健康についての評価の低さなども、自己の不健康さの自覚の表れと理解されうる。これら7項目はすべて身体の機能面にかかわるもので、プロポーシオンに関する項目については低い評価はみられず、全くといってよい程、肯定的であり、ほぼ満足に近い状態にあることをうかがわせる。このことは彼女らの瘦身希求を表わすものであり、自

らの痩せにたいしては、全く自覚が認められない。

また、投映レベルから捉えられる身体像境界について、ロールシャッハ反応の障壁得点と貫通得点を統制群と比較した結果では、両得点ともきわめて低値であった。ここでの障壁反応の低さは、外界脅威にたいする防御機能としての自己の身体の脆弱さを表わすと同時に、自我の弱さをも表わしているものと思われる。また健全な思春期の女性にあっては、貫通得点はやゝ上昇した得点範囲にあって、自ら身体の脆弱さを認める発達の特徴を有するのであるが、これにたいして An の彼女らは低得点にあり、自らの脆弱さを認めていない点は特筆すべきであろう。

以上、今回対象とした肥満児や An の例数の点では必ずしも多くなかったし、また肥満度の点では中等度・高度の例のみが集められていたし、An についていえば典型例のみではなく一部辺像例を疑う例も含まれていて、完璧な結論は期し難いように思われる。

これまで Bruch をはじめ多くの研究者が報告してきたように、肥満児も An 症者もともに、幼児期に親への依存度が強く、肥満児では学齢期に入ると反動的・攻撃的態度を表明するものが多くなるが、これにたいして An 症者では思春期のやせの出現と同時に敵意感情が顕在化し、いわゆる反動的傾向が著明となり、親子関係の発達の歪みが指摘されよう。

いずれにしても、彼らが一見問題の少ない児童期を過ごしてきたかに見えながら、相当数が社会適応能力の少ない性格の持主に育ってきた現実については、幼児期における親子関係を通じて行われた、不適切な学習過程にその根元があるように思われる。

## おわりに

摂食障害患者の治療については、ただ単に肥満児に減食を、Anには標準カロリーの摂食を強力に指導するといった簡単な問題ではないことは、これまでの説明で十分に理解することができる。Anが幼児期の親子関係の歪み、思春期の発達の課題であるところの自我同一性の確立に際しての挫折と、さらに世間一般の瘦身願望などが相乗的に作用した結果の作物といえよう。他方肥満児の場合は、先に述べたような親の一方的な期待過剰と過保護が明らかに介在してきた例では、肥満解消のための栄養・生活指導が施された場合、一転して親の極端な締めつけが始まり、子供は治療を契機とする新たな心身症的状态に陥ることも考えられる。

いずれにしても、摂食障害患者の治療については全人的な立場から、医学的・生物学的な対応とともに、教育学的・心理学的立場からもアプローチされねばならない。

## 参考文献

1. 馬場謙一：神経性食欲不振 季刊精神療法 7巻1号 P.12-19 1981.
2. Bruch,H. : The Psychopathology of Eating Disorder-obesity or Anorexia Nervosa 中川哲也 大野喜暉訳 精身医 P.320-324 1963.
3. Bruch, H. : Eating Disorders : Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. "Basic Books" 1973.
4. Fisher, S. and Cleveland, S. E. : Body image and personality. Princeton, N. J., Van Nostrand. 1958.
5. 葉賀 弘. 大島吉晴. 谷 直介. 楠 智一. : 単純性肥満児の人格特徴 投稿予定
6. 葉賀 弘. 小林豊生他 : Body image testによる発達の研究 第27回日本教育心理学会抄録集 1985.
7. 葉賀 弘 : 多変両解析によるKDCLの臨床的応用に関する研究 投稿予定
8. 葉賀 弘 : KDCLによる思春期うつ病の臨床心理学的研究 第26回日本心身医学会抄録集 1985.
9. 楠 智一 葉賀 弘 : 肥満児 小児科MOOK 小児の心身症特集 P.204-210 1983.
10. 楠 智一 : 肥満児をめぐる諸問題 最新医学 38 : 301, 1983.
11. Linda, J. Webb. et. al: DSM-III Training guide. 清水 信訳. 星和書店 1982.
12. Meyer, J-E. : Das Syndrom der Anorexia Nervosa. Arch f. Psych. U. Neervenkr., 202 ; 31,1961.
13. 野上芳美 : 不食と過食の精神病理. 季刊精神療法. 7巻1号 P.12-19 1981.
14. 下坂幸三 : 神経性無食欲症(思春期やせ症)の精神医学的諸問題 精神医学. 5 : 259 1963.
15. Silvertone, J. T. : Psychological factors in obesity in "Medical Scientific Aspects"(ed by Baird, I. M. and Howaid, A. M.) Edinburgh Livingtone. 1969.
16. Stumkard, A. J. and Mendelson,M.: Obesity and body image I. Am. J. Psychiat. 123: 50. 1967.