

## 摂食障害と〈身〉の医療

レインボーメディスンを例に

深尾 篤嗣

(茨木市保健医療センター)

### 〈身〉の医療 —— 心身医学から“魂身医学”へ

心身医学は、デカルトの心身二元論に基づく西洋近代医学が客体としての身体のみを扱ってきたことへの反省にたつて、精神分析を専門とする精神科医を中心に20世紀初頭に生まれた<sup>1)</sup>。この心身医学は、biomedical modelを採用してきた従来の生物医学に対して、Engel<sup>2)</sup>が提唱した bio-psycho-social medical modelを採用し、行動医学や精神生理学などを導入しながら発展してきた。しかし、医療人類学者 Kirmayer<sup>3)</sup>が指摘しているように、欧米における近年の心身医学は、身体症状の心理的原因を探ることや、患者の理性的態度を前提とする治療法を中心とすることで近代医学の心身二元論へと逆戻りし、生物医学のパラダイムの一部を担う役割に押し込められてしまった。

一方、身心一如の伝統があり、体の知恵を通して自然の声を聞くことが説かれてきた東洋、特に日本の心身医学は、心療内科その他の身体科医が中心となって欧米の心身医学とは一線を画した独自の発展を遂げてきた。心療内科の産みの親である池見西次郎<sup>4)</sup>は、Engelのモデルを改良した新しい心身医学モデルとして bio-psycho-socio-eco-ethical medical modelを提唱し、「心身医学的療法のゴールは実存的な目覚めにある」と主張した。また、池見は心身症の根源には失感情症、失体感症、失自然症などがあり、それらから解放されるためには西洋で開発されたソマトィックスやソマトィック心理学に注目しながら、それらと関連の深い座禅、瞑想、気

功、ヨガなどの東洋の身心技法を再評価することの重要性を指摘し、「西洋流の psychosomatic な医学に東洋の somatopsychic なアプローチを統合することによって、真のホリスティック医学への道が拓ける」と東西の心身医学を統合する必要性を強調した。

「腑に落ちる」「堪忍袋の緒が切れる」など、日本語にはからだの微妙なニュアンスをあらわす「からだ言葉」が豊富にある<sup>5)</sup>。哲学者・市川浩<sup>6)</sup>は表1に示した通り、日本独特の身体概念である〈身(み)〉を14の用法に分類し、〈身〉が物的な身体ニュアンスが強い英語の「ボディ」や日本語の「からだ」のように単層的ではなく、成層的な統合体という性格が強いことを示した。重要なのは、「〈身〉が関係的存在であり、そして何との関係においてあるかによって、〈身〉の在り方が決まってくる」という関係的存在としての〈身〉の特徴である。

具体的に表1の各用法を分類してみると、1)～4)は西洋医学の対象となる「客体」としての身体、すなわち「物理的(客観的)身体」、5)～9)は「主体」としての身体である「心理的(主観的)身体」、10)～12)は二人以上の間関係における身体である「間主観的身体」、そして13)、14)は全身全霊をこめるという意味でスピリチュアルな身体である「深層意識的身体」をそれぞれ意味していると考えられる。日本心療内科学会現理事長である中井吉英<sup>7)</sup>は、〈身〉に基づく臨床や研究のあり方の構築を提案している。患者を(生化学的機械としての)「身体」と(理性的な操作者としての)「心」に分けるのではなく、多層的關係的存在としての〈身〉として捉えることは、従来の心身医学から心、身体、スピリチュ

表1 身（み）は多層的関係的存在！

(1)–(4)	: 物理的（客観的）身体（三人称のからだ）
(5)–(9)	: 心理的（主観的）身体（一人称のからだ）
(10)–(12)	: 間主観的身体（二人称のからだ）
(13) (14)	: 深層意識的身体（無人称のからだ）

---

(1) 果実の「実」	… 「木の実」など
(2) 生命のない肉	… 「魚の切り身」など
(3) 生命のある肉体	… 「お臀の身」など
(4) 生きているからだ全体	… 「生き身」など
(5) からだのあり方	… 「半身にかまえる」など
(6) 身につけているもの	… 「身ぐるみ」など
(7) 生命	… 「身あつてのこと」など
(8) 社会的生活存在	… 「身売り」など
(9) 身つから（自ら）	… 「身がまま」など
(10) 人称的位置	… 「身ども」など
(11) 社会化した自己	… 「身内」など
(12) 分際	… 「身のほど」など
(13) ほとんど「心」と同じ意味	… 「身にしみる」 (=全身全霊において一体となる) など
(14) 全体存在	… 「身をもって知る」 (=全身全霊をかけて知る) など

アリティを統合した真の全人的医療、“魂身医学”へのパラダイムシフトを実現する<sup>8)</sup>。

### 摂食障害と〈身〉の医療

摂食障害には、従来大きく分けて神経性無食欲症（Anorexia Nervosa 以下 AN）、神経性大食症（Bulimia Nervosa 以下 BN）の2種類があったが、DSM-5<sup>9)</sup>では新たにむちゃ食い障害（Binge Eating Disorder）が加えられた（表2～4）。ANとBNは一見対照的な病態に見えるが、自己評価に対する体重や体型の過剰な影響があることが共通しており、相互移行しやすい病態である。病因として、5-HT 関連遺伝子などの生物学的要因、成熟性や女性性の拒否、家族の機能不全などの心理社会的要因、美食を追及する半面でやせを賛美する文明的要因が複合的に関与している。

本症の治療は心理療が主体であるが、低栄養や身体合併症が著明な場合は、栄養の経口摂取に加え、輸液、中心静脈栄養、鼻注栄養など身体的治療が優先される。摂食障害に対して現在最も有効なエビデンスのある心理療は認知行動療法である<sup>10)11)12)</sup>。ANの入院治療として、行動制限表を用いた行動療法または認知行動療法がある。これらは目標の体重や摂取カロリーを達成する毎に、安静度、通信制限、金銭管理などを段階的に解く報酬を決めておくことにより、食行動異常や家族関係の是正をしていく統合的治療法である。外来治療として

表2 神経性無食欲症（拒食症）Anorexia Nervosa  
(DSM-5による診断基準)

- A. 年齢・性別・発達の軌跡・身体的健康状態の上で著しい低体重が生じるような、必要量に比較して抑制されたエネルギー摂取。著しい低体重は、正常の最低より少ない、または、子供や青年では、期待される最低より少ないことで定義される。
  - B. 著しい低体重にもかかわらず、体重が増えることまたは肥満することに対する強い恐怖、あるいは体重増加を妨げる持続的な行為。
  - C. 自分の体重または体型の感じ方の障害、または自己評価に対する体重や体型の不適切な影響、または現在の低体重の重大さに対する認識の持続的な欠如
- どちらかを特定せよ:
- 制限型  
最近3ヶ月間に、その人はその再発するエピソードの中で、むちゃ食いや排出の行動（すなわち、自己誘発性嘔吐、または下剤、利尿剤、洗腸の誤った使用）を行ったことがない。この亜型は、体重減少が主に食事制限、絶食、そしてまたは過剰な運動で体重減少がなされたものを表している。
  - むちゃ食い／排出型  
最近3ヶ月間に、その人はその再発するエピソードの中で、むちゃ食いや排出の行動（すなわち、自己誘発性嘔吐、または下剤、利尿剤、洗腸の誤った使用）を行ったことがある。

表3 神経性大食症（過食症）Bulimia Nervosa  
(DSM-5による診断基準)

- A. 繰り返されるむちゃ食いのエピソード。むちゃ食いのエピソードは以下の両方によって特徴づけられる
  1. 他とはっきり区別される時間の間に（例えば、一日の中のいつでも2時間以内）、大抵の人が同じような時間・同じような環境で食べる量よりも明らかに多い食物を食べること。
  2. そのエピソードの期間は、食べることを制御できないという感覚（例えば、食べること止めることができない、または何をどれほど多く食べているかを制御できないという感じ）
- B. 体重増加を防ぐための不適切な代償行為を繰り返す、例えば、自己誘発性嘔吐；下剤、利尿剤、またはその他の薬剤の誤った使用；絶食；または過激な運動体重。
- C. むちゃ食いおよび不適切な代償行動はともに、平均して、少なくとも3ヶ月間にわたって週1回おきている。
- D. 自己評価は、体型および体重の影響を過剰に受けている。
- E. 障害は、神経性無食欲症のエピソード期間中にのみ起こるものではない。

は、AN患者で「入院拒否感」が強いことに着目した黒川入院体重設定療法（KTWT）<sup>13)</sup>がある。また、親子関係の問題が大きい例では家族療法や山岡による再養育療法<sup>14)</sup>が有用である。以上のように本症に対しては心身

表4 むちゃ食い障害 Binge-Eating Disorder  
(DSM-5 による診断基準)

- A. むちゃ食いのエピソードの繰り返し。むちゃ食いのエピソードは以下の両方によって特徴づけられる。
- 1.他とはっきり区別される時間の間に(例えば、2時間内に)大抵の人が同じような時間・同じような環境で食べる量よりも明らかに多い食物を食べる。
  - 2.そのエピソードの間、食べることを制御できないという感覚(例えば、食べることを止めることができない、または自分が何を、またはどれほど多く食べているかを制御できないという感じ)
- B. むちゃ食いのエピソードは、以下の3つ以上を伴っている。
1. 普通よりもずっと早く食べる。
  2. おなかがいっぱいでも気持ちが悪くなるまで食べる。
  3. 生理的な空腹を感じていないときに大量の食物を食べる。
  4. 自分がどれほど沢山食べるかが恥ずかしくて一人で食べる。
  5. あとで自分に嫌気がさし、または落ち込み、または強く罪悪感を抱く。
- C. むちゃ食いをしていることに対する非常に強い苦痛
- D. むちゃ食いは、平均して少なくとも週に1回、3ヶ月間にわたっておきる。
- E. むちゃ食いは、神経性大食症のような繰り返される不適切な代償行為と関連しておらず、神経性無食欲症や神経性大食症の経過中のみにかかるものではない。

両面から様々なアプローチが試みられているが、いまだ難治で死亡する例や社会適応できない例が少なくない。また他の心身症やストレス関連疾患を合併する例も多いため、食行動の改善のみならず全人的な回復を可能とする有効なアプローチが求められている。

摂食障害は、著明なやせという客観的身体レベルの問題およびボディイメージのゆがみという主観的身体レベルの問題をもつため、心身両面からのアプローチが必須である。また、しばしば「関係性の病」と称されるように、間主観的身体レベルの問題が病態に大きく影響している。よってその診療にあたっては、成層的關係的存在である〈身〉に対する多次元のアプローチを要する。本症における〈身〉の医療の実例として、プロセスワークを心療内科診療に応用した〈身〉に対する多次元のアプローチ“レインボー・メディスン”が奏功した症例<sup>15)</sup>を呈示して考察を加える。

### レインボー・メディスン

プロセス指向心理学 (process-oriented psychology : POP、別名・プロセスワーク)<sup>16)17)18)</sup>は、アーノルド・ミンデルによって、ユング心理学を基に道教、仏教、シャーマニズム、量子力学などをとりいれて開発された代表的トランスパーソナル心理療法かつソマティック心理療法である。POPでは、症状や人間関係のトラブルなどの「問題」を普段の意識状態(一次プロセス)が不都合で否認したい自分の一部(二次プロセス)と葛藤を起こした状態と捉え、より大きな存在からの大切なメッセージとして扱う。また、「気づき」を何よりも重視して大きな存在に従ってこうとする点でスピリチュアリティの実践でもある<sup>19)</sup>。

### 【POPの基本概念】

#### 1) プロセス

観察される中での変化、そのシグナルの流れ、そしてそれが運ぶメッセージのこと。

#### 2) ドリーミング・プロセス

宇宙のあらゆるものごとが分化し物質化する以前に動いている根源的創造力。道教の「道(タオ)」、東洋医学の「気」、ユング心理学の「セルフ」などに重なる。

#### 3) プロセス指向

意図した一次プロセスと、その背景で同時発生している意図されていない二次プロセスとの弁証法的プロセス(あるいは全体的コンステレーション)を尊重していくこと。「今起こっていることには意味がある」というユング心理学の目的論的な考え方が基にある。

### 【プロセス構造とチャンネル】

#### 1) 一次プロセス

「私が相対的に同一化しているプロセス」のことで固執、固着、固定されたプロセスである。精神分析の「自我」、ユングの「No.1 パーソナリティ」に相当する。

#### 2) 二次プロセス

「私が相対的に同一化していないプロセス」のことで動的なプロセスである。POPの特徴的な概念である「ドリームボディ(夢の身体)」の別名であり、ユングの「No.2 パーソナリティ」に相当する。身体症状、夢の中の怪物、関係性の問題、嗜癖など自我(一次プロセス)からは脅威と感じられる体験として現われる。

#### 3) エッジ

一次プロセスと二次プロセスを分ける境界。一次プロセスにとっては従来の世界観、生き方、見方を守り、保護するものであり、反対に二次プロセスにとっては保守的なもの、妨害者、壁のようなもの。長期間続くエッジは心身相関の問題に関わってくる。

#### 4) チャンネル

プロセスは様々なチャンネルにシグナルとして現われる。主要なチャンネルとして「視覚」、「聴覚」、「身体感覚」、「動作」の四つの基本チャンネルと、「関係性」、「世界」の二つの複合チャンネルがある。

#### 5) 深層民主主義

POPでは一次プロセスだけではなく、布置されている二次プロセスを自覚し、立脚点を移動させ(視点ずら

し)、そちらからも世界を体験することを大切にする。

【現実の3つの次元と4つの身体】

1) 合意的現実

多くの人が「これが現実だ」と合意できる領域。ユング心理学でいう「意識」、仏教の唯識<sup>20)</sup>でいう「意識+五感」に相当する。主客など二元性が明確で、多数派が支配して少数派を排除する権力構造（ランク）がみられる。ここには第一の身体「物理的（客観的）身体」（＝三人称のからだ）と第二の身体「心理的（主観的）身体」（＝一人称のからだ）が存在する。

2) ドリームランド

夢の領域。ユング心理学でいう「個人的無意識」、唯識でいう「マナ識」に相当する。言葉で説明が容易な元型的イメージの世界。二元性はみられるがランクは明確でなく、しばしば主客の転倒が生じる。ここには間主観的身体（＝二人称のからだ）である第三の身体「ドリームボディ」が存在する。

3) エッセンスの領域

非二元的で分割できない非局在的な量子レベルの領域。ユング心理学でいう「集合的無意識」、唯識でいう「アーラヤ識」に相当する。瞑想など霊的諸伝統によって体験され得る元型の世界。ここには非二元的な深層意識的身体（＝無人称のからだ）である第四の身体「エッセンスの身体」が存在する（以上1）-3）、図1を参照）。

【ワークする際に使う概念】

1) 介入

「シグナル」の流れに対して何かをすること。起こっていることに対するアウェアネス（意識/自覚）を高めることを基本的な目標とする。もっとも古典的な介入は「増幅」である。

2) アウェアネス

何かに気づく力。意識状態。「気づき」「自覚」「意識」など幾つかの訳語がある。西洋的思考で重視される「自我意識」が分析的で小さな視点なのに対して、東洋的思考で重視される包括的、俯瞰的なより大きな視点である。特にその基礎となる意識状態を「シグナル・アウェアネス」と呼ぶ。具体的には、解釈をいったんわきに置いておき、〈今・ここで〉起きていること（シグナル）をありのままに観察して「チャンネル」に分類し、「チャンネル」に合った介入を行い、フィードバックを見ることができる能力/意識状態のこと。

3) メタスキル

ワークする際のスキルを使う態度/人格。その人の人生に対する気持ちや心構え、人格や性格が現れる。



レインボーメディスン(虹の医療)…〈身〉に対する多次元のアプローチ

図1 POPに基づく四つの身体

## 摂食障害患者に対する〈身〉の医療の実際

【症例】：40歳代女性アロマセラピスト

〔主訴〕

パニック発作、過呼吸。

〔現病歴〕

10歳時からの過呼吸を主訴にX-2年8月O病院心療内科受診。前主治医からSSRIを投与されたが副作用で中止。以後は抗不安薬の内服、点滴、ホメオパシー、毎回診察の終わりに腕と背中にスキンシップする約束を含めた支持的精神療法でフォローされていた。X年11月前主治医の転勤にともない筆者が治療を引き継いだ。

〔既往歴〕

特記すべきことなし。

〔家族歴〕

父：アルコール依存症、脳梗塞、心筋梗塞。弟：先天性心疾患。

〔初診時現症〕

身長158cm、体重45.2kg（BMI17.4）、貧血黄疸甲状腺腫認めず、血圧120/86mmHg、心音呼吸音異常なし、心拍60/分整、腹部所見異常なし。

〔検査所見〕

検尿、生化学所見、一般血液所見とも異常なし。SDS：70、抑うつ傾向著明、STAI：状態不安73／特性不安68、不安傾向著明。

〔心理社会的背景〕

- ・ 弟との2人兄弟。元会社員の父は怒りっぽい性格で、患者は子供時代しばしば父から暴言、暴力、無視によるDVを受けた。これらは食事中に多かったことから、食事をすることに恐怖を感じるようになっていった。
- ・ 母は父のDVに対して言い返せず、子供達を連れて外に避難するのみであった。
- ・ 子供時代、母は先天性心疾患がある弟の世話にかかりきりだったため、患者は母に甘えることができなかった。患者は、弟が通っていたスイミングスクールの付き添いをするうちに、自分自身水泳が上達してインストラクターの資格をとるまでになった。
- ・ 小学生時代、級友より発育が良かったことに劣等感を感じていたことから拒食症になり、次第に過食もともなうようになったが、ずっと誰にも話せないでいた。

- ・ 患者は父に対するトラウマから男性恐怖があったが、唯一つき合うことができた今の夫と結婚。三人の子供もできた。しかし、過去に一度だけ食事中に夫に殴られた経験があって以来、夫に対しても恐怖感を持つようになった。

〔治療経過〕

「 」内は患者の発言内容。

（X年11月～X+3年12月）

筆者は、前主治医の方針を引き継ぎ、薬物治療（抗不安薬、眠剤）および支持的精神療法により外的適応を促した。患者はラポールができるに従い、30年来の摂食障害を告白。筆者の支持のもとアロマセラピストの資格を取得でき、X+3年10月には日本ホリスティック協会で共著の研究論文が受賞。その間、うつ病もSNRI（ミルナシブラン）治療にて症状軽快し、東京で行われた授賞式にも出席できた。しかし、摂食障害だけは改善せず拒食と過食を繰り返していた。

（X+4年1月）

過食衝動についてのワーク。

「自分の中にある空洞を埋めようとして過食している。食べたくない！父に食事中に怒られた。主人にも食事中に殴られた。大きくなりたくない。普段は蓋をして見ないようにしている。自分一人では怖くて進めない。」

（X+4年2月）

「過食した嫌悪感のために自分を殴ったり、剃刀でショルダーカットしてしまう。」

（X+4年3月）

「空洞の中には3、4歳の子供の私と20歳の私が入って甘えたいが、一番外は私（甘えちゃいけない）と思っている。甘えたい私を抹殺しようとしてカットしてしまう。」

〔患者の両肩にある無数の切り傷に筆者が触れたのに対して〕

「30年来の痛い所に触ってもらって夢がなかった（涙）。」（X+4年4月）

「子供の頃から妖怪が何かに追われるが追いつかれない夢をよく見る。」

〔夢のワーク〕

「追われている自分は怖いだけ。追いかけている者に同一化してみると、危害を加えるつもりはなくて触れたいだけ？」

三環系抗うつ薬（アミトリプチリン）を追加。

（X+4年5月）

筆者がミンデル夫妻のスーパービジョンを受講。症例の経過や成育歴をプレゼンテーションしたところ、ミンデルの提案で患者の夢を題材にしたロールプレイを受けた。

〔ロールプレイ〕

追いかける者の役を筆者が、患者役をミンデルが演じた。筆者が患者をぐるぐる追い回したあげく、最後には患者が追いかける者の前に立ちほだかるという展開。筆者は患者が追い詰められた時に発揮する強さを実感させられた。

（X+4年5月）

アミトリプチリンで抑うつ症状軽快していた患者に対して、筆者はそれまでの受容的な態度をあらため、スーパービジョンを受けた結果について冷静に説明。

『患者の一次プロセスは「甘えをコントロールできない自分」、二次プロセスは「困難に出遭うと強さを発揮する自分」であり、「両プロセスを自覚して観察していける自分（awareness 気づき）」を育てていく必要がある。』

その直後、おだやかだった患者の表情が強ばり、点滴やスキンシップを拒否。以後しばらく毎回診察時に頑なな態度が続いた。

（X+4年7月）

「先生からも自分からも逃げていた。病気や症状でしかコミュニケーションをとれなくなっていた。スーパービジョンの後、主治医の態度の変化についていけず、置いてけぼりにされたような気がした（涙）。」

「自分の外には『冷静に全体を見ているもう一人の自分』がいる。追い込まれてピンチになるとその自分が寄ってきて（大丈夫だよ）とハグしてくれる。」

（X+4年8月）

「父が入院した。自分から申し出て四肢のマッサージをしてあげた。すごく勇気がいったが自分の人生の課題だと思った（涙）。父も甘え下手だった？ 自分も摂食障害にならなかつたらアルコール依存症になっていたと思う。」

（X+5年1月）

診察中、患者がはじめて筆者に対して怒りを表現。それに対して筆者は、『怒りを出せたことは本当の信頼関係ができたことの証拠であり嬉しい』と伝えた。

「自分は怒っていたんだ！」

以後、患者は徐々に筆者に対して適度に依存できるようになっていった。

（X+6年4月）

家族に摂食障害について告白。主人とDV体験についても話し合い、いずれも受容される体験をしたことで家族との関係がより深まった。

（X+6年5月）

単身東京まで行き、ミンデル夫妻のセミナーを受講。二人にハグされる経験をした。

（X+7年12月）

21世紀統合医療フォーラムのシンポジウムに参加。山岡医師の提示した胃破裂で死亡した摂食障害患者の症例に大きなショックを受けるとともに、会場に参加していた症例患者の母にハグされる経験をした。それを契機に、食事や主治医に対する執着心が弱まり、無茶食いと自傷行為が止まった。

（X+10年2月）

本人の希望で向精神薬を徐々に減量開始。

（X+10年3月）

「父にキスされたことを思い出してすごく気持ち悪い。…必要以上に親に感謝して否定的な感情をぶつけることができない。怒ってもいいんだよね？」

筆者は「怒って当然！」と返した。

「母に痛い時さすってもらいたかった（涙）。」

（X+10年12月）

父が誤嚥性肺炎で死亡。その頃より舌腫瘍ができて手術を受けたことで死の恐れを経験。

（X+11年4月）

〔身体症状のワーク：痛みの作り手になってみると？〕

「何故わからないのか？自分で自分を追いつめているのが。…ここにいていいんだ。動く必要はない。許されている感じ。不安でもいいんだね？」

「22年ぶりに宝塚歌劇を生で見に行くことにした。これまで悪いことだったけれど切り換われた。」

（X+11年8月）

〔ピンク色のフリフリがついたドレスを着て来院〕

「元気になっています。あるがままでいいかな？ 選べる中で第一選択して生きている。自分はすごく幸せな気分で死ぬ（涙）。生まれてきて良かった。肩の傷も含めて自分と思える。しんどかった時も全部含めて自分。」

筆者は患者の努力と成長を評価。終診とした。

（X+13年7月現在）

患者はユングのいう「ウーンデッド・ヒーラー（傷ついた癒し手）」としてクライアント達を癒す日々を送っており、自身が様々な病体験を契機にヒーラーになるまでの過程を本<sup>21)</sup>に著わしている。

【考察】

本症例は前主治医にかかっていた際には、過呼吸等の不安やうつ症状を主訴にフォローされていたが、主治医交代にともない長年の摂食障害を告白した。筆者は当初、前主治医の方針を引き継ぎ、薬物治療と支持的精神療法による通常の心身医療にて外的適応を促した。その結果、精神症状の改善がみられ、患者は筆者の支持のもとアロマセラピストの資格を取得できて、東京で行われた授賞式にも出席できたが、摂食障害だけは改善しなかった。そこでPOPを導入したレインボー・メディシンに切り替え、夢や身体症状のワーク、および面接で身体症状や父親との関係性の問題と取り組む中で、「甘えをコントロールできない自分」という一次プロセスと同時に「困難に出遭うと強さを発揮する自分」という二次プロセスの存在への気づきが認められ、徐々に全体性の回復、すなわち内的適応がみられていった（図2）。さらに、ミンデル夫妻との出逢い、そして山岡医師の講演と症例患者の母にハグされる体験を契機に摂食障害の症状は消失するに至った。

自我レベルを対象とした通常の心身医療により、最初の主訴であった不安やうつという精神症状は改善したが摂食障害のみは改善せず、POP導入によりはじめて改善したことの臨床的意義は大きい。摂食障害はしばしば関係性の病と呼ばれるように、その食行動異常やボディイメージの歪みなどの病理は、周りの人間との関係性の

問題、特に母子関係の問題と密接な関係があることが従来指摘されてきている。山岡の再養育療法は、まさにこの母子関係の問題に着目したアプローチである。また、精神分析の立場から摂食障害治療に取り組んでいる松木<sup>22)</sup>は、本症のこころの問題として「自己愛的理想化」を挙げている。POPにおいても「関係性」はチャンネルの一つとして重視されているが、この間主観的身体レベルの問題を扱うためには、コフトが自己愛の研究から発展させた自己心理学<sup>23)24)25)</sup>の理論を併せて考察することが有効である。自己心理学は代表的「二人称の心理学 two person psychology」であり、フロイトの古典的精神分析（自我心理学）が誰にも頼らない「自立（自律）」を目標としていたのに対して、「成熟した依存関係」を目標とする。「自己」の形成には、人間の基本的な心理的ニーズを満たしてくれる存在「自己対象」が重要と考えられ、「鏡自己対象」＝「ほめたり、注目したりして自分の価値を確認させてくれる母親的存在」、「理想化自己対象」＝「不安な時に生き方の方向性を与えてくれる父親的存在」の2種類（後に「双子自己対象」＝「自分は人と同じであると感じさせてくれる友達的存在」が加わって3種類）があるとされる。本症例では思春期以前に、強圧的な父親、それに対して無力な母親ともに自己対象として有効に機能していなかったものと考えられる。それにより健全な自己および自己愛の育成が阻害され、補償する形で「自己愛的理想化」を生じた結果、摂食障害を発症したものと思われる。それが筆者との治療関係の中ではじめて「鏡自己対象」や「理想化自己対象」

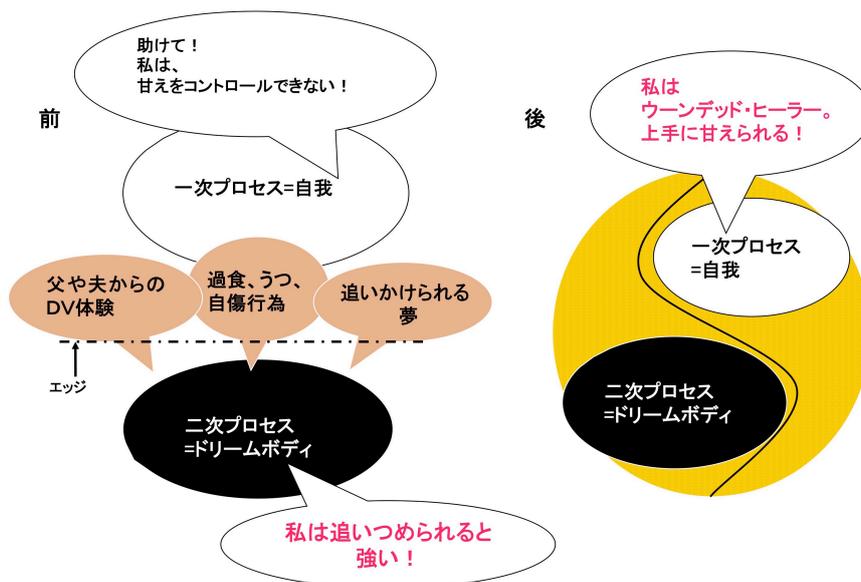


図2 症例のプロセスの変化

を体験でき、長年満たされなかった欲求充足がなされて自己が確立していったことにより症状の改善につながったと考えられる。また、最終的には物理的に筆者がいなくてもやっつけていける状態となったが、それはコフォートのいう、自己対象である治療者が不完全ながら心の中に住みついている状態である「変容性内在化」が生じたためと思われる。

加えて本症例では、両親や夫との間の不快な身体的経験が病態形成につながっていたのに対して、ミンデル夫妻や重症摂食障害症例の母親にハグされた体験といった快い身体的経験が摂食障害の改善につながったことが特徴的であった。POPでは「関係性」チャンネルを「視覚」、「聴覚」、「身体感覚」、「動作」の四つの基本チャンネルが複合したチャンネルとしてとらえているが、本症例の経験より、摂食障害の場合は「身体感覚」チャンネルと「関係性」チャンネルが密接につながっていることが示唆された。不安やうつといった精神症状が主観的身体レベルの患者個人の心理的問題として扱えるのに対して、摂食障害は間主観的身体レベルでの関係性の問題として扱う必要があると思われる。よって、本症に対するアプローチとしては、心と身体を分けて考える古典的精神分析や二世代までの認知行動療法など「一人称の心理学 one person psychology」では不十分であり、POPや自己心理学など間主観的身体、すなわち二人称の視点を含んだ技法でないとも有効性が低いものと考えられる。さらに本症例では、摂食障害のみならず舌腫瘍という身体疾患においても身体症状のワークで深層意識的身体レベルでの気づきが得られ、それが全体性の回復、ウーンデッド・ヒーラーとしての自己実現につながったことにも注目すべきである。このことは、アレキシサイミア（失感情症）やアレキシソミア（失体感症）の合併が多く、心身相関の気づきが悪いため、従来の心理学的アプローチでは介入困難であった心身症患者において、身体症状のシグナルを媒介として「身体感覚」チャンネルから心身一如の〈身〉全体にアプローチできるPOPなどのソマティック心理学の高い臨床的意義を示唆している。

## 【結論】

〈身〉の医療は、摂食障害患者の症状を癒し、自己実現を促すことが示唆された。

## 文献

- 1) 中川哲也：心身医学の歴史。『心身医学標準テキスト第3版』（久保千春編）医学書院，東京 pp.5-13, 2009
- 2) Engel, G. L.: The need for new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196(4286): 129-36, 1977
- 3) Kirmayer, L. J.: Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine. In M. Lock & D. Gordon (Eds.), *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer, pp.57-94, 1988
- 4) 池見西次郎：『心身医学標準テキスト第3版』（久保千春編）医学書院，東京，pp.14-20, 2002
- 5) 斎藤孝：『身体感覚を取り戻す——腰・ハラ文化の再生——』日本放送出版協会，東京，2000
- 6) 市川浩：『〈身〉の構造——身体論を超えて——』講談社，東京，1993
- 7) 中井吉英：『全人的医療入門——医療に関わるすべての人のために——』中山書店，東京，2013
- 8) 深尾篤嗣：『〈身〉の医療——心身医学から魂身医学へ——（〈身〉の医療叢書）』（ISBN: 978-4-907438-12-8 (PDF)) ratik, 京都, 2015
- 9) American psychiatric association：『DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引』（高橋三郎，大野裕監訳）医学書院，東京，2014
- 10) 久保木富房編：『知っておきたい拒食症・過食症の新たな診療』真興交易医書出版部，東京，2000
- 11) 石川俊男，田村奈穂：総説：摂食障害の治療・研究の動向について。心身医学 54: 122-127, 2014
- 12) Hay, P.: A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46:462-469, 2013
- 13) 黒川順夫，松島恭子，鎌田穰，他：「黒川体重設定療法（KTWT）」について——とくに神経性食欲不振症へのアプローチの仕方およびその治療成績を中心に——，日本心療内科学会誌 8, 15-21, 2004
- 14) 山岡昌之：『拒食と過食は治せる（健康ライブラリー）』講談社，東京，1997
- 15) Fukao, A., Y. Fujimi, T. Ushiroyama, et al.: Case of a female with eating disorder and major depression who was successfully treated by Process-Oriented Psychology. *Aino Journal* 6: 71-73, 2007
- 16) アーノルド・ミンデル：『プロセス指向心理学』（高岡よ

- し子, 伊藤雄二郎訳) 春秋社, 1996
- 17) 藤見幸雄, 諸富祥彦編:『プロセス指向心理学入門——身体・心・世界をつなぐ実践的心理学——』春秋社, 東京, 2001
- 18) アーノルド・ミンデル:『身体症状に〈宇宙の声〉を聴く』(藤見幸雄, 青木聡訳) pp.21-39, 日本教文社, 東京, 2006
- 19) 深尾篤嗣, 藤見幸雄: 心身医学とスピリチュアリティ——レインボー・メディスンによる魂身医学へのパラダイムシフト——. 心身医学 50: 365-372, 2010
- 20) 岡野守也:『唯識の心理学』青土社, 東京, 1999
- 21) 小阪佐知子:『片翼の天使——複数の心身症とうつ病を抱えた「私」の物語——』じゃあそれで堂, 兵庫, 2009
- 22) 松木邦裕:『摂食障害というところ——創られた悲劇／築かれた閉塞——』新曜社, 東京, 2008
- 23) 和田秀樹:『〈自己愛〉と〈依存〉の精神分析——コフト心理学入門——』PHP 研究所, 東京, 2002
- 24) 和田秀樹:『壊れた心をどう治すか——コフト心理学入門 II ——』PHP 研究所, 東京, 2002
- 25) 深尾篤嗣: 心身症診療における自己心理学の意義について. 健康回復 8: 41-46, 2008

謝 辞

POP を御指導頂きましたとともに、シンポジウムで貴重なコメントを頂きました富士見ユキオ先生、岸原千雅子先生、POP の用語説明についてご教示頂きました桑原香苗先生、横山十祉子先生に心より感謝申し上げます。

編集・制作協力：特定非営利活動法人 ratic

<http://ratic.org>

