

病的依存性への治療戦略—遷延型の
神経性食思不振症の場合

—心身症への分析的アプローチ(2)—

毛塚 満男 森永 優子 渡辺 立代
磐井 静江 河野 友信

心 身 医 学

第31巻 第8号 別刷

1991年12月1日 発行

日本心身医学会

Original

**Therapeutic Strategy to the Pathological Dependency
—Chronic Eating Disorder
—A psychoanalytical approach to psychosomatic disorders (2)**

Mitsuo Kezuka, MD* Yuko Morinaga, MD Tachiyo Watanabe, MD
Shizue Iwai, MD Tomonobu Kawano, MD

Abstract

Recently, there has been an increase in the number of chronic eating disorders of more than 10 years duration from the onset.

The reason is that there are many severe psychopathologies in chronic eating disorder, and dependence on several poor prognostic factors. These include desire to be thin, a denial of maturity and femininity, and pathological symbiosis, which are remarkable in the chronic patients.

In this paper, we report the findings obtained from a 48-year-old woman suffering from gait disturbance with severe body pain, who was given psychoanalytical psychotherapy in the ward based on psychoanalytical understanding. She entered a contact, and was able to stay for a maximum of 6 months in our hospital.

In the therapy, she was given the most feasible target, which thus supported her. Still more, working through was added to bring into focus the negative conviction and self-destructive tendency. As a result, she was able to leave the hospital after 7 months and live alone at an apartment near the hospital

Received : September 28, 1990.

* Department of Psychosomatic Medicine, Tokyo Komagome Metropolitan Hospital

Address Mitsuo Kezuka : Department of Psychosomatic Medicine, Tokyo Komagome Metropolitan Hospital, Honkomagome 3-18-22, Bunkyo-ku, Tokyo, 113 Japan.

病的依存性への治療戦略—遷延型の 神経性食思不振症の場合

—心身症への分析的アプローチ (2)

毛塚 満男* 森永 優子 渡辺 立代
磐井 静江 河野 友信

I. はじめに

神経性食思不振症が我が国で初めて報告されてから、すでに 25 年になる。当時はよく分からなかった発生機序や診断基準や治療法も、現在ではほぼ確立されつつあるとって過言ではなからう^{1,2,4)}。しかしながら本症の治療面での難治性は少しも変わってはいない。軽症や中等症の症例の治療期間は若干短縮されてはきているが、治療開始以来 10 年以上経過し、症状も余り改善せず沈殿しきった状態にある重症例の患者はかなりの数になっている。このような背景を踏まえて、昭和 64 年の日本心身医学会でも、「遷延型の神経性食思不振症」がシンポジウムに取り上げられ、初めて本格的な討論が行われている。

筆者も本症の治療に携わって既に 17 年が過ぎようとしているが、この間数多くの症例を診療することができた。その治療経験から重症例の急性期の治療法については、「神経性食欲異常症に対する精神分析的アプローチ (やせの極期と過食恐怖に対する対応)」というタイトルで 26 巻 2 号の本誌に報告した³⁾。そこで本論では「遷延型の神経性食思不振症」の精神力動を検討するために、筆者が長年にわたり心身医学的かつ分析的にアプローチした「神経性食思不振症」の 1 症例の治療過程を詳細に分析してみた。その結果貴重な見解が数多く得られたので、その内容について報告す

る。また治療に先立って準備され確立された治療構造と分析的チーム医療の 5 原則についても述べる。

II. 症例

〈症例〉初診時 48 歳の独身女性、無職。

主 訴：胃痛によるやせと、全身痛による歩行困難。

現病歴：昭和 (S) 45 年 4 月より左頸部リンパ節が腫脹し始め、結核性と診断され、某大学病院で手術し改善した。しかし同じ頃から腰痛が出現、治療を受けるも改善しなかった。S 45 年 8 月家族旅行で大阪万博に行くが、旅先で腰痛が悪化し歩けなくなった。その後鎮痛剤の副作用による胃痛と食欲不振が出現、心配した両親は多くの病院に受診させたが、はっきりとした診断がつかなかった。S 47 年 11 月某医より腰痛は子宮筋腫によると指摘され子宮を全摘した。手術後腰痛は改善したが、食欲不振と歩行困難は改善しなかった。S 48 年 12 月より胃痛、吐き気、やせの精査のため別の某大学病院の消化器内科に入院、あらゆる検査を受けるも異常は認められなかった。S 49 年 4 月某医から今度は大腸ポリープを疑われ、手術を受けたが全く改善しなかった。S 49 年 8 月からは多発性硬化症を疑われ、同大神経内科に転科し精査を受けるも異常は認められなかった。S 49 年 10 月漸く神経科に紹介され、神経性食思不振症と診断され専門医 (精神分析家) の治療が開始された。しかし筋肉痛による歩行困難を理由に通院は長く続かなかった。S 51

Key words (キーワード) pathological dependency (病的依存性), abandonment depression (見捨てられ抑うつ), therapeutic environment as "New Family" (「新たな家族」としての治療環境), transference to the therapeutic environment (治療環境への転移), five principles of analytical medical group (分析的チーム医療の 5 原則)

1990 年 9 月 28 日受稿, 1991 年 5 月受理

* 都立駒込病院心身医療科 (毛塚満男: ☎113 東京都文京区本駒込 3-18-22, 都立駒込病院心身医療科)

年8月より同分析医の紹介で某精神病院に入院となった。入院時の体重は34kgであったが、点滴や鼻腔栄養などの治療で3年後には40kgとほぼ病前の体重に回復した。また入院時から精神分析的精神療法がなされ食行動異常は改善したが、退院のため試験外出をさせると胃痙攣と全身痛が増悪し、結局7年間も入院することになった。S58年4月手づまりとなった主治医は、「何か内科的に悪いものがあると困るから」という理由で半ば強制的に内科受診を命じ、4月12日当院当科に初診となった。

既往歴: 特記すべきことはない。

身体所見: 軽度の子やせ(154cm, 38kg)以外は、貧血もなく、心肺機能、肝・腎機能など全てに異常は認められなかった。

生活歴: 東京の下町に生まれる。小学校では成績優秀で、常にトップであった。母親は教育ママで成績の良い患者の教育に熱中し、彼女もこれに応えた。しかし戦争中は母親から離れ一人疎開させられた。戦後も母は実家に姉と妹と共に住み、患者は父親と次兄と一緒に暮らした。母親は東京より実家のある小田原を好み、東京は週に数日滞在するだけだった。中学からは某女子大の付属中学校・高等学校に進み、成績は中の下だったという。同短大卒業後、ドレスメーカーに2年通い、22歳から家業の男子服生地問屋の事務を手伝うことになった。患者は事務仕事をテキパキとこなし、父親にかわいがられた。父親の倒れたS44年夏までが、彼女の人生の中で最も輝いた時期であった。父親が病気がちになってからは、次第に母親が情緒不安定になり患者に当たるが多くなった。同年暮れに患者は店の先行きを心配し営業をやめることを母親に進言したが、激しく反対され家出を決意した。しかし妹に止められ、家族会議を開いても結論が出ず、ズルズルと月日が経ち、半年後のS45年4月頸部リウマチ性関節炎で発病に至った。

家族的背景: 父親は庄家出身の家に4人兄弟の次男として生まれ、成人後上京し某呉服問屋に勤め、苦労した後に男子服生地問屋を始めた。子煩悩かつ頑固一徹の人で、町内会の仕事が大好きで人望が厚かったという。開業当時は羽振りが良かったが、S40年代からは既製服に押され始め経営の縮小を余儀なくされた。しかし彼は事態を軽視し将来への展望に欠けていたため、次兄は愛想をつかし家を出てしまった。それと相前後して姉と妹は結婚し家を出た。結局患者だけが家に残り、父の面倒を見ることになった。父親はS44年夏頃椎間板ヘルニアで倒れてからは徐々に弱り始め、S48年4月脳血栓で倒れ、S51年8月死亡した。

母親は刺繍製造業の家に女ばかり7人姉妹の末っ子として生まれ、東京に憧れ上京、知人の紹介で父親と結婚した。元来派手好きで、好奇心が旺盛、見栄っばりのため、家業は夫と子供に任せ、色々な習い事に通い生活を楽しんでいた。子供達は自分勝手に母性に欠けた母親に反抗し次々に家を出て行ったが、患者だけはそんな母が大好きで喜んで仕え、婚期を逸してしまった。そんな母親も夫が椎間板ヘルニアで倒れてからは、イライラが次第に強くなり患者によく当たるようになった。S54年頃からよく転ぶようになり、57年11月脳血栓で倒れ、S60年7月死亡した。

同胞は4人。長兄は肺結核で20歳で死亡。次兄と姉と妹はいずれも結婚して子供もあり、生活は安定している。

治療経過:

① 初診から入院まで

主治医より電話で入院依頼があり、予備面接を行うことになった。初めて会った時の患者は、まるでかぐや姫をそのままミイラにしてしまったような異様な風采であった。彼女は「先生からは、貴方の病気はよく分からない。内科的に何かあると困るから、心療内科に一度受診しなさいと言われて来ました。ウチの病院は看護婦さんが厳しい。なんでも自分でやらせようとするんです。私みたいに動けない患者は、リハビリに参加できないのでとてもつらいんです」と弱々しく語った。このように力なく語る彼女を目の当たりに見せられ、私は余りの病的依存性の凄さ(病気を自分のものとして苦しんでいない、全く人まかせである態度)に驚いてしまった。とてもこの患者をそのまま心身症の病棟(当時は肝臓病科との混合病棟)に入院させる訳にいかない。もし仮に入院させたら半永久的に入院させねばならなくなるだろうし、看護婦サイドも前院と同じように反応するだろう、治らなかった時紹介する病院にも困るに違いないという想いがとっさに頭の中を駆け巡り、極めて防衛的になった。

そこで私は「これまでの先生のようにやさしいお父さん役はやってあげられないよ。本気で治すつもりなら、入院を受け入れてもよい。ただし入院期間は6カ月。6カ月で治らなかつたら元の病院に返してもらおうからね」と条件を提示した。これに対し患者は「6カ月で本当に治りますか。治らなかつたら、あの病院ですか? あの病院はイヤ。先生は入院したほうが良いと思いますか?」と尋ねてきたので、私はこれに同意し「入院したほうが良いと思うよ。主治医の先生とよく相談してごらん下さい」と返答した。すると1週間後主治医より電話

があり、「外来通院は無理なので、入院させてほしい」と要請された。私は主治医に対して再度「6カ月の期限付きの入院。治らなかったらまた引き取るという条件でなければ、入院は許可できない」ことを伝えた。主治医はこちらの条件を受け入れ、同年4月28日に当科に入院となった。

② 入院後経過

入院当日患者は妹夫婦に付き添われて来院した。さっそく妹夫婦からこれまでの状況と彼等の意見を聞いてから、こちらの〈見立て〉と今後の治療方針について説明した。これに対し妹夫婦は強く共感し、全面的な協力を約束した。

一方入院したばかりの患者は、「6カ月で治らなかつたらどうしよう！ 甘いと言われるけどどこが甘いのか分からない。あの病院に戻るくらいなら死んでしまいたい」と初診時と同様に愚痴った。私はこれに対し、「治そうという気持ちが大切です。少しずつ自信をつけていきましょうね」と励まし、患者の否定的言辭を牽制した。

また入院当初は内科的な対応に終始し、精神内界には踏み入らないようにした。そして検査で異常がないのが分かってきてから、「身体は大丈夫そうだから、痛くならない程度で少しずつ動いていきましょうね」と励ました。これに対し患者は「ここに来たら色々教えてくれるのでいい。前の先生の時はずっと黙って一方的に私が話すだけだったから、どうしてよいかさっぱり分からなかった」と語り、治療者を喜ばせようとした。そこで私は退院後一人暮らしが出来るようになることを目標にしたらと奨めてみた。すると患者は「一人で暮らすんですか？ 憧れますけど、出来るかしら」と不安げに語った。そこで私は「先生が付いているから勇気を出して一人立ちしてごらんなさい。サポートしてあげるから」と伝え、否定的言辭を止めて治療方針を受け入れ、実現に向かって努力するならば援助は惜しまないことを暗に伝えた。

しかし2週間後の面接では、「こんなに身体中が痛いんじゃないかと自信ありません。今までも何度となく挑戦したのにダメだった！」と弱音を吐いた。そこで私は「倒れた時一人で立ち上がる術をまだ教わってないだけなんです。今度の入院中に少しずつ教えてあげますよ。出来ることから少しずつやっていけばいいんですよ。これまで自分に自信が持てなかったのは焦りすぎて急ぎすぎってしまっただけなんです」と説明した。すると患者は驚いて「アーこりゃ大変だ！ 先生ってキビシイ人なんですわね」と大声を上げた。

この面接が効果があったのか、これ以降は自信ないと

弱音を吐きながらも治療者に励まされると、その気になって少しずつ動き始め活動範囲を広げていった。

しかし10回目では、「外出しても面白くない。生きていても面白くない。何の目標もありません。生まれた時から何時も母からやれと言われたことだけやってきた。自分で何かするということは一度もなかった。私って先天的にダメなんです。自分で何かしたいという気持ちにならないんです。だからもうダメなんです」と再び激しく自暴自棄的になった。そこで「何もしないでダメだと決めてしまっている。そういう気持ちは治りたくない気持ちが言わしているんだよ。貴方はまだ気付いてないが、治りたくない衝動があって、それが貴方の脚を痛くさせたり一人立ちするのを邪魔してるんだよ」と初めて解釈すると、否定的確信が混乱したのか深く考え込んでしまった。

その後抗うつ剤による薬物性肝炎が生じ、精神療法は一時控えることにした。2週間後検査成績も正常範囲内に戻ったので再び面接を始めると、患者は「先生なんかじゃとてもあそこには入院してられないですよ。看護婦さんがそれはうるさいんだから。でも私は耐えることは人一倍出来るんです。どんなに苦しくたって耐えられる自信はあるんです」と自慢してきたので、「耐えていたんじゃないかと、居直っていただけでしょう。でも貴方はそれを人一倍忍耐力があると自惚れてたのかな？」と解釈すると、「自惚れてなんかいません。ひどいわ先生！ 居直りだなんて！ 私は絶対そんなことありません！」と激しく抗議し続けた。

入院してから既に5カ月が経過し、約束の期限があと3週間にまで近づいてきたので、この問題をどう取り扱うべきかが私の頭痛の種になり始めていた。なるべく早くこれを話題として取りあげたいと思っていたが、患者に「痛くて動けない」と言われると切り出しにくくなってしまっていた。

次の16回目の面接でも相も変わらず「全身が痛くて仕方ないんです」と訴えてきたが、思い切って約束の期限を取り上げた。すると患者は「身体がダルくて動かないんですから」と痛みを理由に逃げようとしたので、「そんなこと問題でないよ。治す気がなければ、あの病院に帰りなさい！」と叱ったが、「あの病院は嫌です。絶対に帰りません」と居直られてしまった。そこで私は「イヤだって言っても仕方ないでしょう！ 治そうという気がない人は入院させておかないんだからね。貴方に居直りは絶対させないよ！」と攻勢に出たが、「先生って頭悪いのね。居直るなんてことはしませんよ。身体がダルくて動かないんですよ！」と逆に切り返されてしま

い、防衛は崩せなかった。

ここで私は、今後この6カ月という契約に固執するべきだし、そこを誤魔化していくら治療を進めても効果は上がらないだろうと考えた。そこでこれからは事ある毎に〈6カ月〉を話題として取り上げることを決意した。そして次の17回面接では、6カ月後の行き先として前の病院・老人ホーム・一人暮らしの3つを提案した。すると患者は「あの病院は絶対イヤ。年寄りもこりごりです、今の病室でも合わせるだけで疲れてしまう。一時的ならまだしも一生なんてまっぴらです」と2つを拒否したので、「じゃあどうするの？ 治そうという意欲があって治れそうだという人しか、この病院では受け入れられないんだよ。貴方には悪いが一生ここには居られないんだよ」と詰めよると、「だから、もうしょうがないから、悪くなくても仕方ないから一人暮らしをするしかないと思う。まだ十分動けないけどアパートを借りて、やってみるしかないと思う。あそこだけは絶対イヤ。もっと生き生きした生活がしてみたい！ もう一人で野たれ死にしたっていい！」と一気に語った。

この面接の後は身体痛は訴えなくなったが、一人立ちするための準備は色々理由をつけなかなか進まなかった。これは予想されたことであつたので、私はその度毎に精神病院と老人ホームを持ち出した。すると患者は相当これがこたえたとみえ、「もうやるしかない」と言って不動産屋を回り始め、遂に病院の近くの寂れたアパートの一室を決めてきた。それからアパートへの試験外泊を退院までに何度か試みさせた。なにぶんにも初めての経験の連続なので色々失敗することがあつたが、それがかえって彼女に生きる楽しさと呼び覚ますようであつた。

そして入院から約8カ月後の12月20日、悪いことにその日は大雪であつたが、元気に退院して一人暮らしを始めた。

(退院後の経過は紙面の都合で割愛させていただいた。後日別誌に詳細を発表する予定なので参照されたい。)

III. 考 察

1. 診 断

前述したように初診時の患者の風貌は、まさに〈かぐや姫のまま風化した〉という形容が最もふさわしかった。その印象が強かったのと、前担当医から拒食の治療で苦労したという報告も参照することができたため、「遷延型の神経性食思不振症」であると筆者は診断した。そうした診断につ

いての前提について説明すると、①無月経、②嘔吐、③数年にわたり続いた20%以上の体重減少(やせ願望)、④異性との交際が殆んどなく望んだふしもないこと(女性性拒否)、⑤担当医の努力にかかわらず、退院して社会復帰することを身体痛を理由に拒否し続けたこと(成熟拒否)、⑥母娘の病的共生などの特徴が顕著に認められている。これらの事実より、この症例は発病年齢が34歳という1点を除けば、末松の神経性食思不振症の診断基準⁴⁾を殆んど満たしている。

しかしこの34歳という発病年齢の〈遅さ〉については、当然のことながら補足的説明が必要であると思う。この点に関しては、筆者は次の2つの見解に大きく依拠している。それは第1に、前担当医による精神医学的観察と記録である。前担当医は、発達論的観点および精神力動的観点より、この症例の心理学的年齢は、実際の生物学的年齢よりも低いものとみなしていた。第2に、近年盛んに使用されるようになったDSM-III-R⁵⁾における、anorexia nervosa (307-10)の記述に基づくものである。そこでは、anorexia nervosaの発病年齢について「稀なこと」と前置きしつつも、「30歳代早期」と明確に記述されている。

したがって、やはり「遷延型の神経性食思不振症」と診断して誤りではないと考える。

2. 症状面からの分析

力動面から症状の成り立ちを分析すると、腰痛を含む全身の筋肉痛による失立失歩と胃痙攣は転換ヒステリーの身体化として理解できる。すなわちこれらは死の不安や面倒な看病から心身症に逃避したいという無意識的願望に由来すると考えられ、また看病をせず父親を見殺しにした罪悪感を償うという自己懲罰の意味もあると思われる。さらに胃痙攣は医師の注射により惹起されてることから、性的快感の抑圧のための身体化や女にさせられる恐怖を防衛するための身体化も関与していると推察される⁶⁾。

しかし拒食とやせと入院への長年の執着は、ヒステリー機制では説明できない。本症例の場合、昭和44年暮に母と初めて対立した際「出ていって！」と脅され、それから徐々に拒食症の世界に陥っていったことから、最も主要な精神病理は

〈見捨てられ抑うつ⁷⁾〉に耐える能力の欠如と考えるべきである。

3. 発達史的観点からの分析

母親は家事より稽古事や観劇が大好きな派手好みの女性で、著しく母性に欠けていたので、患者以外の兄弟は皆反発し家を出ていった。しかし患者だけは病的共生関係にあったため、自己を主張すると見捨てられてしまうという恐怖が強く、NO と言うことなど思いもつかなかった。そのため最後まで母親から自立することができなかった。発病してからも bad な母を否認し、代わりに自分の身体に投影し同一視することで、迫害的な母からの被害的不安を防衛していた。そして phallic に光り輝く母親像だけがひたすら万能視されて、病的な母子一体の強固な関係が半永久的に存続することになった。

父親は町内会や組合の仕事が大好きで人望は厚かったが、商才や父親としての能力には乏しく、母と娘の病的癒着を断ち切ることなど到底不可能であった。それどころか悩みや愚痴を妻でなく患者に聞いてもらい頼っていたほどであり、父と娘の間にもかなり濃密な依存関係が存在していたことは明らかである。

つまり患者は父と母の感情的隙間を埋める役を、物心のつかないうちから背負わされていたといえる。そのため成人してもなお、父と母の両方を受身的に操作し支配するだけでなく、愛着もできる誤った快感システムに執着し、固執してしまうことになったのである。

父の病気を契機に発病に至ったのは、父を失うという死の不安を受けとめることや、夫に依存できなくなり情緒的に不安定になった母親を支えるのが耐え難くなり、身体化して心身症に逃げ込んだと考えられる。つまり厳しく悲惨な現実から逃れるために自ら病気になり、両親や兄弟に心配してもらい献身的に世話してもらうことで親の死による孤立の不安が癒され、また一致団結していた以前の幸せな家庭を幻想ではあるが取り戻せるといふ疾病利得もあったと想像される。

また患者は自己を犠牲にして人々のために愛他主義的に生きることを理想自己としていたが、これは皆に頼られることで自己愛を満たすという行

為を反復強迫していたにすぎない。つまり病的依存性に裏打ちされたものである。なぜならこのような〈他人の喜びを自分の喜びとする。他者があって自分がある〉態度は、無意識的に他者は母であるからである。したがって患者は〈自分が本当は何が好きなのか分からない。自分が何者か分からない〉という自己同一性の悩みを、このような理想自己によって否認していたのである。

4. 治療過程の分析

① 入院治療での操作

ここで治療過程を分析すると、患者は入院当初から無力感や絶望感ばかりを訴えていたが、筆者はこれに過剰共感することを意識的に避けた。それはこれらの感情が否定的言辭や病的依存心に基づくと考えたからである。次に筆者は、この患者に最も可能性がある手近な目標として病院の近くのアパートでの一人暮らしを呈示した。つまり現実的な解決策を第一義とした⁸⁾。初めは患者は喜んで同意はしたが、当然ながら後に否定的言辭や外在化、身体化で激しい抵抗を試みた。そして治療は一時危機的状況に陥ったが、精神病院に帰ることを非常に嫌がったのと、否認していた様々な問題を解釈すると非常に怒り、「意地でも治ってやる」と良い反応が得られたことで、無事乗りきることに成功した。

すなわち治療の成功は、治療者が患者から繰り返し発せられる否定的言辭に焦点づけて適切な解釈を徹底して行った結果である。何故なら、この操作によって患者の否定的確信が崩壊し、一人でいられる能力が育っていったからである。それ故、退院が〈追い出される〉という外傷体験にならず、〈自分から出ていく〉体験になったと思われる。

言い換えれば、患者の用いる防衛機制は否認や自己愛的投影同一視などの原始的防衛機制が主体であったが、治療関係を築き上げる能力もそれを上回るほど十分にあったので、そのため病的な自己愛に焦点づけて解釈しても被害感がそれほど高まらず、健康な自我の成長が得られたと考えられる。したがってこのような治療を行う場合、患者の中に〈精神療法の意義を理解でき、治療関係を大事に育てていける能力〉がどれだけ残っている

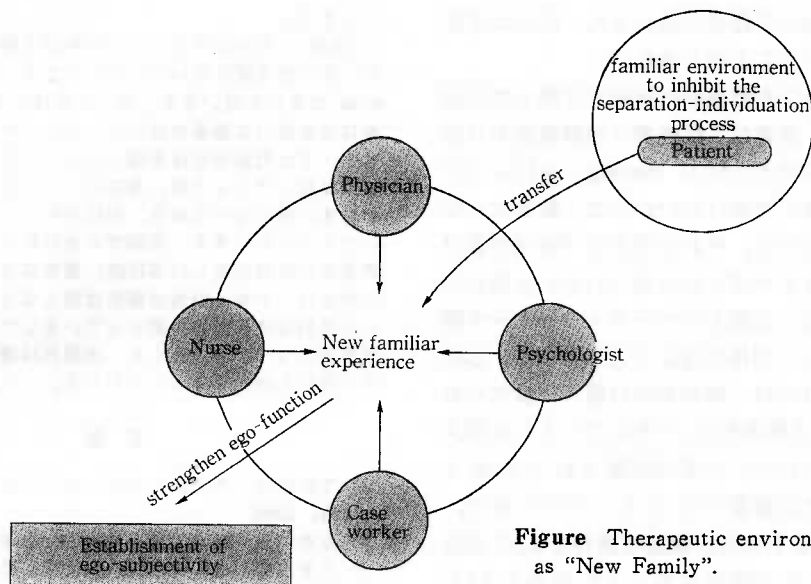


Figure Therapeutic environment as "New Family".

かを予め判定しておくことが、極めて重要と思われる。

この他に治療が成功した要因として、入院前に母親が脳血栓で倒れたため、患者が健康な自我を回復させていく過程で、殆んど母からの妨害刺激がなかったことが挙げられる。さらに患者に憎まれながらも半強制的に転院させた前医の勇氣ある決断も、病的な母娘共生を断ち切る前エディプスの父親としての効果となっていたことは明らかである。

② 治療構造の確立と分析的チーム医療の5原則

筆者が治療契約の際入院期間を6カ月に厳しく限定したのは、患者に好意や依存にも限界があるという現実認識を与えたかったのと、内科混合病棟ゆえの制約と限界を反対に利点に転換しようという治療的意図があったからであった。またこのような治療的意図を実現するために、筆者らは下記の分析的チーム医療の5原則を作成し、既に数年前から日常的に運営し成果を挙げていた。

《分析的チーム医療の5原則》

1) 治療方針と治療目標は、内科病棟の現状と患者の自我の強さから決定し、現実的で実現可能なものとする。

2) 病棟運営に差し支える悪性退行（行動化と

身体化を含む）は一切認めない治療構造を確立し、これを維持していく。

3) 入院生活で観察された問題発言や行動化は、面接よりも直接的かつ正確に葛藤を理解できる利点があると考え、スタッフ・ミーティングで毎週1回話し会うことで問題を共有し、より適切な対応の仕方を模索する。

4) 心身相関の否認や身体化や行動化を、面接や入院生活の中で繰り返し指摘し、real self（真の自己）に気付いていけるように援助していく。

5) "New Family"としての機能を治療環境が果たせるように、チームのメンバーはそれぞれに努力する。

この5原則が構造化されていると、治療者としての中立性を維持し易い。なぜなら他のスタッフと常に友好的協力関係を保てることで精神的安定が得られ、客観的情報も入手でき、結果的に患者の実像を見失わずに病理を正確に扱うことが可能となるからである。

またさらに、この5原則により治療環境も安定したものとなる。このケースでも、図のごとく分離个体化を阻害する病的な家族環境にドブリン漬かっていたが、入院すると主治医、ナース、心理士、ケース・ワーカーで構成される治療環境に徐々に陽性転移（環境転移）し、そこで新たな家

族的体験を経験して自我が強化され、自己の主体性の確立に向かうことができた。

実際にスタッフが治療的に有効で活躍した状況を紹介しますと、患者は入院後期に治療構造を分裂させようとする種々の試み (testing) を行っている。つまり「痛くて動けないからで、動きたくない訳じゃないんです。それを先生は『病気に負けている』とか『すべて心から来ている』と決めつけるんです」と、心理士やケース・ワーカーや病棟婦長に直訴し、同情を得ようとしている。しかし彼等からそれぞれ「前の先生に貴方は捨てられたのよ」「浦島太郎みたい」「そんなことじゃ廃人になってしまうわよ」と逆に指摘されてしまうと、今度はまた治療者のところに戻ってきて、「ひどいことを言われた。医療に携わる人の発言ではないわよ。この病院はちょっとおかしいわよ。みんな同じことを言う。まるで鉄壁。みんな裏で結託してるんだわね、きっと！」と怒るのであった。

われわれは決して結託し合っていた訳ではないので、このような状況は、毎週1回開かれるミーティングと定期的に行われる心身医学に関する講義により、病的退行は許さないが健康な自我の芽生えには心理的援助を惜しまないという態度が、チーム各員の中に自然に根付いていたためと考えられる。

稿を終えるに当たり、論文作成の際に貴重なお助言を賜った群馬大学教育学部の及川 卓講師に深く感謝い

たします。

〔追記〕 この症例について診断学上の疑義があったので、前の担当医に問い合わせたところ、「anorexia nervosa で良いと思います。発症年齢は少々遅いのですが、要は思春期的な葛藤が続いているかどうかが重要と考えます。また肥満恐怖は意識化されていない人も案外多いのではないのでしょうか。潜在的には身体 (肉体) が母との葛藤の場になっており、肉体を拒否する心理が働いていたように思います。当院での食行動は、拒食、少量の摂食時の胃部の激しい不快感、嘔気などでした。転院時の状態は、やせと拒食の傾向は軽くなり、依存傾向の強い心気的な性格障害に変わっていました」という丁寧な回答があった。以上からも、本症例は遷延型の神経性食思不振症と診断できると思われる。

文 献

- 1) 下坂幸三：アノレクシア・ネルボザ論考。金剛出版、1988。
- 2) 深町 建：摂食異常症の治療。金剛出版、1987。
- 3) 毛塚満男、他：神経性食欲異常症に対する精神分析的アプローチ (やせの極期と過食恐怖に対する対応)。心身医 26; 133-138, 1986。
- 4) 末松弘行：神経性食思不振症の診断基準・病型分類。内科 55; 1495-1496, 1985。
- 5) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed, Revised. Washington DC, American Psychiatric Association, pp 65-67, 1987。
- 6) 毛塚満男：ヒステリー盲の精神力動一心身症への分析的アプローチ (1)。心身医 30; 119-124, 1990。
- 7) J.F. マスターソン (成田善弘, 笠原 嘉訳)：青年期境界例の治療。金剛出版、1979。
- 8) 遠山尚孝：心身症の精神療法—対象別にみた個人精神療法。精神科 MOOK NO 15, 金原出版, 175-186, 1986。

●お知らせ

アメリカ心身医学会 50 周年記念国際集会

(The American Psychosomatic Society's 50th Anniversary International Meeting)

日 時：1992年3月31日～4月4日

会 場：Sheraton Center Hotel & Towers, New York