対人関係上の問題から見た摂食障害における集団治療の可能性

Possibility of Group Treatments for Eating Disorders: Focusing on the Problems of Interpersonal Relationship

那須　里絵 NASU, Rie

● 国際基督教大学大学院アーツ・サイエンス研究科
Graduate School of Arts and Sciences, International Christian University

Keywords 摂食障害，対人関係，集団療法，仲間間感化
eating disorders, interpersonal relationship, group therapy, peer-contagion

ABSTRACT

摂食障害は神経性無食欲症と神経性大食症からなる疾患であり，心理的問題の一つとして，対人関係の困難さがあることが知られている。対人関係の問題を持つ患者への治療法としてグループセラピーは有効であるが（Yalom, 1995），本邦においては摂食障害に対する集団治療（集団療法や入院治療）の実践，研究ともに未だ報告が少なく，摂食障害者独自の対人関係力動については検討の余地がある。そこで本研究では，摂食障害の対人関係の問題を整理し，集団治療の可能性を検討した。その結果，摂食障害者の対人関係上における特徴と集団治療における治療阻害要因の関連が示唆された。

Eating disorders are composed of anorexia nervosa and bulimia nervosa. It is thought that difficulty of interpersonal relationship is one of the psychological problems of this disease. Group therapy is effective for patients who have problems with interpersonal relationships (Yalom, 1995). However, there are few reports on the practice of group treatment (e.g. group therapy and inpatient care) for eating disorders in Japan. There is room for the examination of the original psychodynamics of interpersonal relationships. Therefore, in this study, we reviewed problems of interpersonal relationships and examined the possibilities of group treatment. The results, suggest that this characteristic of interpersonal relationships with eating disorders is related to the obstructive factor of group treatment in eating disorders.

1. 問題

摂食障害は神経性無食欲症（以下，Anorexiaと表記）と神経性大食症（以下，Bulimiaと表記）からなり，心身両面にわたり多彩な症状がみられる疾患である（西園, 2013）。これまで，摂食障害の病因に関する様々な説が提唱されてきたが，そのいずれの仮説もそれだけで発症すると考えるには困難がある（切池, 2009）と言われており，現代では心理的要因，生物学的要因，社会文化的要因などが複雑に，相互に絡み合っていると推測されている（井上・岩崎・村松・山内・切池, 2009）。それゆえ，特効的な治療法はなく，通常は栄養状態の改善を目指した食事指導や身体管理などの内科的治療，心理社会的治療，薬物療法が併用されている（友竹, 2010）。

摂食障害者の身体症状は時に致死的であり，救命を含めた身体管理が必要である。特に死亡率の高いAnorexiaでは栄養状態の評価，緊急入院の適応指針，やせの程度による活動制限の指針，栄養指導および栄養療法の指針，無月経と骨粗鬆症の治療指針，精神科医への紹介指針といったプライマリケアが重要であると考えられており（厚生労働省調査研究班, 2007），摂食障害治療において，こうした身体面への治療は非常に重要な位置を占めている。一方で，摂食障害は表面に拒食といった食行動異常や身体症状が存在しているが，その背景には心理的問題が存在しているという考えが以前より指摘されており，治療においても根底の心理的問題を扱うことが重視されている（和田, 2013）。

しかし，こうした摂食障害の治療は，イギリスやアメリカなどの諸外国に比べ，日本では未だ発展段階であると言える。摂食障害専門の治療施設があり，外来治療，デイケアなど入院以外の治療選択の幅も広い諸外国に対し，日本では専門の治療施設が存在せず，治療選択の幅も狭い（鈴木, 2010）。例えばイギリスで摂食障害の第1段階の治療として大きな成果を上げているガイデッドセルフヘルプ（西園, 2009）のような方法も，現在，日本では第1選択として広く用いられているとは言い難い。

このような日本における摂食障害の治療選択の幅の狭さは心理療法にも通ずる問題である。イギリスのNICEガイドラインでは摂食障害，特にBulimiaに対する心理療法として認知行動療法（以下，CBTと表記）が主な治療の選択肢とされ，CBTの効果が低いと判断された時は他の心理療法を用いることが推奨されており，日本でもCBTは摂食障害の治療に比較的よく用いられている（例えば，中里, 2010）。一方で，心理療法のなかでも精神力動的心理療法や力動的集団精神療法の治療報告はあまり見られない。特に後者は数が少なく，日本における摂食障害の集団療法に関する研究報告は，多くが心理教育グループか，グループCBTか，自助グループのものである。これらの視点からの研究も勿論重要であると言えるが，力動的な理解を摂食障害の患者に用いることが有効であること（高野, 2010）は報告されているにも関わらず，力動的集団精神療法に関する研究報告が限られていることは検討すべき課題である。その理由の一つには，日本では，摂食障害者の対人関係の特徴を総括的に取り上げ，明らかにしようとした研究が見受けられないことが考えられる。Yalom（1995 中久喜・川室訳 2012）が述べているように，心理的症状は対人関係から始まり，精神療法の仕事は歪みのない好ましい対人関係をどのように発展させるかを患者が学習するのを援助することである。摂食障害においてもそれは同様であり，対人関係を集団のなかで学習し，練習することが重要であると言える。その重要性は，舘（2007）の摂食障害者の予後についての調査で明らかにされたように，摂食障害のすべての病型で，食行動異常や身体症状などの主症状が改善された後でも，多くの患者が対人関係に困難さを抱え社会から孤立した生活を送っているという事実と，こうした対人関係に関する困難さを患者が発症時にすでに持っており，その傾向が長く続くことからも明らかである。すなわち摂食障害の治療において対人関係の問題は取り扱われるべき問題であると言える。しかしながら日本では，摂食障害者の対人関係の問題そのものが整理されていな

いという現実があるため，結果的に集団療法，特に対人関係力動を直接取り扱う力動的集団療法が栄えず, CBTやIPT, あるいは〝言いっ放し, 聞きっぱなし〟といったルールで行われる自助グループが栄えるとも考えられる。

摂食障害の対人関係の問題が整理されていないことは，集団療法に限らず，入院治療やデイケアなどの集団における摂食障害治療に関しても課題を残している。摂食障害患者数が多い現在，ある特定の治療機関への患者の集中や，そこで起きる患者間の競争は避けられない現状がある。西園（2010）は，現在の日本で一般的な摂食障害病棟以外の病棟，すなわち大学病院や精神科病院などでの入院治療やデイケアで見られる摂食障害患者の対人関係の特徴について，摂食障害患者同士では，競争的になりやすいという問題がある一方，他患の回復プロセスが治療の動機づけに繋がるというメリットもあることを挙げている。他方，他の疾患の患者との間では，摂食障害の患者は奇異の目で見られやすく理解を得にくいこと，病棟スタッフとの間では,〝特別患者〟になりがちで〝贅沢病〟や〝自業自得病〟に見られやすいことなどを特徴として挙げている。西園（2010）の研究を踏まえると，こうした入院治療やデイケアといった集団治療でみられる特徴と，摂食障害者のもつ対人関係の特徴には関連があるようにも考えられるが，この点について綿密に検討した研究は見受けられない。

2. 目的

本研究では，摂食障害者の対人関係特徴と，集団療法や入院治療，デイケアなどを含む集団治療における摂食障害者の特徴を明らかにし，対人関係特徴から見た集団治療の可能性について検討する。

3. 方法

国内外の摂食障害の対人関係に関する事例研究，調査研究と，集団療法や入院治療，デイケアなどの集団治療に関する研究の文献を概観し考察する。なお，対人関係には親子関係や友人関係，夫婦関係など様々なレベルがあると考えられるが，本研究ではそれらを区別しないで用いるものとする。ただし, 主に「対人関係」というキーワードで研究が行われているものを優先的に取り上げる。

本研究により，これまで各々に報告されていた摂食障害者の対人関係における特徴と問題を統合し，これらの対人関係の問題が集団治療の場面で現れてくる際の特徴を説明することができると考えられる。元来，摂食障害は，特にその治療経験のない専門家にネガティブな反応を引き起こしやすいことが知られている（Thompson-Brenner, Satir, Franko, & Herzog, 2012）。このような反応を専門家側の患者に対するスティグマであると考えるのではなく，治療という関係性のなかで専門家側に起こっている反応の一つとして捉え，専門家が考えていくことが治療において重要であると考えられる。以上のことから，本研究において，摂食障害の対人関係と集団治療について検討することには意義があると言える。

4. 文献概観

4. 1　摂食障害と対人関係

4. 1. 1　対人関係に関する事例研究

Anorexiaの初期の精神力動的モデルでは，個人の早期経験が重要であると考えられ，個人の女性性の発達への拒否や攻撃性の問題が取り上げられていた。対人関係との関連が着目されるようになったのはその後のことで，これはBruch（1973, 1978, 1985, 1988）やSelvini Palazzoli（1974）の貢献によるところが大きい。特にBruch（1978）は，摂食障害者の対人関係の困難さについて彼らの育ちを重視し，患者たちは子ども時代より，両親の愛情を失うのではないかという恐れや不安，緊張を抱えながら生きており，このような環境のなかでは自分の身体を自分のものとして扱うことが難しく，また他人との関係を調節することができなくなると述べた。また，患者たちは，表面的には

自身の無力感を必死に隠しているが，心の奥底には自分は劣っているという思いがあり，そのために家族や友人など周囲の人々から否定的な目でみられ，見下されているという誤った考えを持っていることも指摘した（Bruch, 1988）。そのため，このような対人関係の特徴をもつ患者への治療について，治療のなかで，患者が子どものころ養育されてきた時の経験とは異なる対人関係を実感することが重要であるとした（Bruch, 1978）。

Bruchの時代から現代に至るまで，摂食障害と対人関係に関する研究は大きく，家族内の対人機能に関するものと家族外での対人機能に関するものがあると考えられる（McIntosh, Bulik, McKenzie, Luty & Jordan, 2000）。家族内の対人機能に関するものとしては，多くの研究者が患者の母親のパーソナリティや父親のパーソナリティに着目している。母親のパーソナリティとしては子どもに対するアンビヴァレンス，過度のコントロール，過度の期待などを向けがちであること（Kog & Vandereycken, 1989），父親に関しては情緒的に遠い，弱く受け身的，支配的，怒りっぽい（Maine, 1991）などの特徴があることが報告されている。また，本邦では下坂（1999）が摂食障害者の家族特徴について，「父親の不在（仕事に忙殺されて子供と過ごす時間が持てない現実の不在から，家にいても影が薄い心理的な不在まで含む），あるいは父親と母親役割の転換，子供を幼いうちから相談役とする母親，またそうせざるを得ないほど孤立し夫からのサポートが得られない母親であること，“休むことを知らない”強迫的な家族（obsessive family）である」と述べている。

一方，家族外の対人機能に関する研究については，性的な不満（Janet, 1929），未発達なセクシャリティ（Freud, 1902），口腔妊娠の恐怖（Waller, Kaufman & Deutsch, 1940）とさまざまに言われてきたが，Crisp, Norton, Jurczak, Bowyer, & Duncan（1985）の成熟危機の考えは多くの注目を集めた。Crisp et al.（1985）は，Anorexiaと患者の思春期における心理生物学的な関連について述べており，ここでは，患者は青年期や成人期において求められるような社会性や対人関係を十分に準備できておらず，思春期の状態にたち戻ることでこれを避けようとしている，と理解したのである。このようなAnorexiaの患者の思春期とそれにともなう分離についてはAgman & Gorgé（1999 鈴木訳 2003）が，Anorexiaを依存と関係性の病理であると位置づけ報告している。すなわち，Anorexiaの患者は幼少期，表面的には問題のない良い子であるように見えることが多いが，その背後には分離への激しい敏感さとあらゆることに対する感受性の強さを持っている。そして，思春期を迎え家族とのつながりの終わりや子ども時代の終わりを体験するようになるとともに，分離の恐怖は掻き立てられるようになる。ここで言われている分離とは，単に人や家族から離れることではなく，重要な他者との違いを見出すことでもあり，人は分離によって反対意見や葛藤を作り出し，好きなものに熱中するようになるという意味である。Anorexia患者はしばしばこのような分離への恐れから自分とそっくりの大親友を独占し常に一緒にいたいとの気持ちを抱くが，やがては思春期の時期のあらゆる楽しみをすべて断つようになり，友人関係や外出などの事柄に関心を払わなくなる。そして将来的には，無食欲・無体重（るいそう）・無月経の3兆候だけを見れば60%~80%のケースで治癒するが，情緒や人間関係といった心理的側面も考慮すると半数以上のケースが不安，抑うつ，恋することや性的に近い関係の人との問題といった障害を持ち続けるのである。

4．1．2　対人関係に関する実証研究

臨床実践に基づいた理論を踏まえて，近年では対人関係に関する実証研究も行われ，蓄積されてきている。竹田（2012）は，Bulimiaの患者を対象としたインタビュー調査で“他者とのズレを実感する”“葛藤のない対人関係を形成する”“相互理解のない対人関係を形成する”などのサブカテゴリーからなる“希薄な対人関係の形成”カテゴリーと，“対人関係に疲弊する”“友人と疎遠になる”“家族と繋がれない”などのサブカテゴリーからなる“対人関係のこじれ”カテゴリーを見出し，Bulimiaの患者に見られる対人関係の特徴を

描き出した。一方，摂食障害の特徴の測定に世界的に広く用いられている質問紙であるEDI（Eating Disorder Inventory）の日本版であるEDI-91には第Ⅴ因子には“対人交流不全”が含まれている。この因子は対人交流についての行動と認知を評価しているものであり，対人関係の不信・不安は食行動異常の病理と関連していることが知られている（志村, 2001）。

また現在，対人関係の測定法として広く用いられているIIP（Inventory of Interpersonal Problems）と摂食障害との関連について検討した研究もいくつか見受けられる。本邦では水田・植月・鈴木・渡辺（2008）が，摂食障害の患者には一貫して，自己主張の困難さを示す“主張困難”や人の評価を気にして相手に合わせる傾向である“過剰配慮”，他者に依存的である“過干渉・依存”などが見られることを明らかにした。一方, 海外では，Hartman, Zeeck, & Barrett（2010）が摂食障害者の対人関係についてIIPドイツ語版を用い検討している。その結果，摂食障害者の患者は全体的に，服従（Nonassertive）的な対人関係を持ちやすいこと，また過食嘔吐のあるAnorexia患者は回避（Social inhibition）的な対人関係を持ちやすいことが明らかにされている（IIP下位尺度の日本語訳はいずれも白砂・平井（2005）に基づく）。さらに，Lampard, Byrne, & McLean（2011）は，女子大学生を対象に，対人関係上の問題と摂食障害傾向の関連と，そこに自尊心が及ぼす影響について検討し，重回帰分析の結果‘Hard to be Sociable’と‘Too Dependent’といった二つの下位因子が摂食障害傾向（ここでは，dietary restraint：食事制限，overvaluation of weight and shape：体重や体形への過剰評価）に影響を及ぼしていること，自尊心が対人関係の問題と体重や体形への過剰評価の媒介変数となっていることが明らかにされている。

これらの先行研究を踏まえると，摂食障害者の対人関係については，自己主張の困難さや他者からの評価に過剰に配慮してしまうゆえ服従的なものになりがちであること，健康的なほどよい依存を経験することが難しく，回避的になってしまうか他者に無関心になってしまうことという2つの特徴を指摘することができる。また，服従的な対人関係は患者を疲弊させ，集団に対するポジティブな印象をもつことを困難にさせ，仲間集団からの離脱をもたらしやすくする。このような特徴は病棟での入院治療，集団療法，自助グループなど集団治療を行う際には，治療者だけでなく，複数の治療スタッフ，あるいは患者同士のなかで繰り広げられることになる。したがって，次項では上記に述べたような特徴が同質集団のなかでどのように現れてくるのかを検討する。

4. 2　摂食障害と集団

4. 2. 1　同質集団における摂食障害

摂食障害者の集団治療においては，同じ症状を持つ患者で構成した同質集団が適用されることが多いが，それが果たして望ましいのかについては意見が分かれており，ただ一人のAnorexia患者でいるほうが，他者と競争したり比較したりせずにすむと考える患者もいれば，グループにいることで，治療過程を患者同士で支え合うことができると考える患者もいる（Vandereycken, 2011）。

同質集団のなかで摂食障害者がどのような反応を示すのかについて，Tierney（2008）では，同質集団にいることで，回復過程の異なる患者と出会う機会が得られること，専門家スタッフに話せないことを仲間同士で話し合えることといった良い影響が報告されている。しかし一方で，回復過程が異なる同質集団では，食べる量や体重の少なさに関して他患の影響を受けやすいこと，状態の悪い新しい患者の入院が，異常なほど痩せていた状態に戻りたいという願望を集団内に引き起こすことといった悪い影響も報告されている。他方，Colton & Pistrang（2004）の研究では，Anorexiaの患者に対して入院治療の経験を半構造化面接で尋ねた結果，患者が「自分と似た他者」といることの良い面と悪い面があることが明らかにされた。良い面としては，他の患者を理解しサポートすることを経験できること，友人関係を持てること，良い経験を共有できることが挙げられ，患者たちは家では話せないようなことであっても，患

者同士で話すことができると言われている。一方，悪い面としては，細さを競い合うなどの競争が起きること，自分を傷つける他の行動を学んでしまうこと，苦しんでいる他の患者の様子を見たり聞いたりすることで恐怖を感じたり，気持ちが動転したりすることなどが挙げられている。これらを踏まえると，摂食障害者が「自分と似た他者」といることには，同じ病気を持つもの同士だからこそ分かり合えたという仲間同士の経験や，他者をサポートする経験をすること，回復過程にある患者と出会えることなど良い効果が得られる一方で，誰が一番痩せているかを競うといった競争や他者の調子の悪さの影響を受けてしまうこと，摂食障害以外に自分自身を傷つける方法を学んでしまうことなどの悪い効果を得る危険性もある。それゆえ，患者同士を近づけることには慎重であるべきであるという意見もある 。

4. 2. 2　摂食障害と集団治療

同質集団における患者同士の競争や他者の状態からの悪い影響の受けやすさは，摂食障害者の入院治療や集団精神療法といった集団治療を難しくしている。しかし悪い影響に慎重でありながら，良い影響を活かした治療は可能なはずである。例えば入院病棟における集団療法は病棟で起きていることの断片を示す場となり，単なる患者個人への治療効果以上の利益が期待できる（舘, 1992）。

先行研究では，グループCBTや対人関係療法（以下，IPTと表記），力動的集団精神療法でその効果が報告されている。グループIPTに関する研究としては，水田・植月・鈴木・渡辺（2008）が「対人関係」に焦点を当てた期間限定の集団療法であるIPTのグループを摂食障害者7名に実施し，摂食障害の患者には対人関係において自己主張の困難さや人の評価への敏感さ, 抑制的な対人関係, 依存的な傾向があることを報告している。

Tantillo（1998）は，Bulimia Nervosaの外来患者を対象に，関係理論（Relational Theory）の女性心理学の視点を生かしたアプローチを提案している。関係理論では他者とのつながりの存在が女性の発達を通して重要であるという考えを支持しており，これらのつながりは“関係性における人と人との間での気持ち，考え，活動の双方向的な移動”を意味する相互性によって特徴づけられる。思春期までに十分な相互性の経験を持たなかった少女は対人関係上の危機に陥りやすく（Gilligan, 1991），なかでも身体的，情緒的，性的虐待，重要他者との間での無応答性によって深刻で繰り返される断絶を経験している者はBulimia発症のリスクが最も高い。そこで，食物との関係と対人関係とのつながりから対人関係パターンの結びつきを確立し，集団のなかでメンバー同士の相互性を促進することで関係性における相互成長を目指し，その有用性を示したのである。

一方で，力動的集団精神療法では，治療からのドロップアウト率の高さ（Oesterheld, McKenna, & Gould, 1987）や，効果的な治療因子が明らかでないこと（McKisack & Waller, 1997）が課題とされている。このような点から，Prestano, Lo Coco, Gullo & Lo Verso（2008）は，摂食障害者に対する集団分析的（group-analytic）治療の効果と，治療成果に対するグループの雰囲気と治療同盟の効果について調査している。その結果，患者の一般的な心理的機能の改善においては治療効果が見られたが，摂食障害傾向の改善はあまりみられなかったことを見出した。しかしこの効果に関しては，研究対象者が8名と少なかったため，サンプルサイズを増やし再検討する必要がある（Prestano et al., 2008）。一方，治療同盟に関しては，治療前に心理的苦痛が高かった患者は，低かった患者に比べて早期の同盟が陰性のものになりやすく，治療をドロップアウトした患者にはいずれもこのような傾向が見られたことが明らかにされている（Prestano et al., 2008）。すなわち，陽性の同盟がドロップアウトを防ぐ重要な因子である可能性が示唆されている。

他方，舘（1992）は入院の摂食障害者を対象に集団精神療法を実施し，摂食障害者の同質集団では，メンバー同士が安心感や共感をもって話ができる一方で，退行や投影性同一視，メンバーからの厳しい直面化が起こりやすいことを見出した。これはまさに摂食障害の集団精神療法における利

点と限界を明確に表していると言えるだろう。患者たちは類似した家族状況を持ち，共通した心理的課題を持っているため，同質集団のなかでそれを話すことによって，自分だけがこのような悩みを持っていたのではなかったという普遍性や共通性（Harper-Giuffre & MacKenzie, 1992; Harper-Giuffre, MacKenzie, & Sivitilli, 1993）を体験する。その体験は他者から孤立し引きこもっていた患者にとって，グループが話せる場となって安心感をもたらし，それは同時にこれまでの彼らの防衛のあり方を変化させるものともなりうる。すなわち，他者から孤立し引きこもっている時には経験しなかった葛藤に直面し，それと対峙していくことが求められるのである。舘（1994）はまた，摂食障害の集団精神療法において特徴的な，集団感化（伝染contagion）の機制を強調した。集団感化は，Le Bon（1895 桜井訳 1993）が集団の暴徒化現象を集団心理の一つとして描き出したものだが，舘（1994）はこれを「グループのメンバーがあるテーマに対して同じ態度をとり，グループ全体が同じ方向に向いているという感じを強めること」，「メンバー間で気持ちの伝播が起こり，同じ様な思考をはじめていく」ことと定義している。Le Bon（1895 桜井訳 1993）の述べたものに比べると，舘（1994）の定義は集団にとって建設的で，治療を助ける機制にもなっていること，すなわち肯定的な側面を強調している。

一方，Vandereycken（2011）はこれと反対の立場に立ち，摂食障害者の集団療法や入院治療において見られる治療に対するネガティブな影響を「仲間間感化（“peer-contagion”）」のリスクと呼んだ。これまで“peer-contagion”は自殺行動や自傷行為に関する研究において取り上げられてきた概念であったが，摂食障害も広くは自己を傷つける行動に含まれるため，“peer-contagion”の問題について取り上げる必要があるとVandereycken（2011）は主張する。“peer-contagion”は，舘（1994）の指す集団感化と異なり，集団精神療法に限らず，広く集団のなかで摂食障害者が過ごす時に見られる特徴を指している。例えばそれには同質集団内での患者同士の競争やおかしな形での協力，影響のされやすさが含まれ，このような“peer-contagion”は入院病棟における治療を困難にし，摂食障害者が治療スタッフに疎ましく思われる原因の一つである。ただでさえ彼女たちは，治療スタッフに病気を自ら招いているとみなされ，他の患者たちのように構われず，大切にされないと感じていることが多い（Tierney, 2008）。摂食障害という病の「理解のし難さ」に加え，患者が同質な他者と共謀する，あるいは対抗することによって病棟全体へ与える影響は，集団内での治療を困難にしている要因の一つなのである。

5. 考察

ここまでに概観してきた家族内の対人機能と家族外の対人機能，そしてAgman & Gorgé（1999）の主張を踏まえれば，摂食障害者の対人関係の困難さには，患者本人の感受性の強さに加え，両親の未熟なパーソナリティから受ける影響があると言えよう。そして患者は，そのような家族から分離していくことに対する不安が強く，分離を回避するために家族内に留まろうとし，やがては思春期におけるあらゆる楽しみから引きこもってしまう。思春期以降の友人関係において，他者との違いを認め，自分を作っていくことは発達における重要なテーマであるが，摂食障害者の求める友人関係は，思春期以降も自分とそっくりの大親友と求めるといったchumship（Sullivan, 1953）的なものであり，こうした理想ゆえ，友人関係がひたすら密着したものであるか，あるいはまったく孤立してしまうといったall or nothingなものになりやすいと言える。

友人関係の密着か孤立か，といった特徴は，摂食障害の集団治療，特に同質集団内での治療において再現される。先行研究を踏まえると，摂食障害における集団における問題は，集団が同調的・集団感化的になってしまうこと，集団が互いの悪いところを取り入れるpeer-contagionのリスクが生じること，集団を恐れて回避的になってしまうことといった3つに集約される。

まず，同調的・集団感化的であるとは，メンバー

間での気持ちの伝播が起こり，同じような思考を持つことを指す。こういった集団で起こる安心感や共感は，舘（1994）が指摘したように，個人発達上それらを経験したことのない患者にとっては意味のあるものとなるだろうが，もともと依存や分離の問題を抱えている患者においては，これが簡単に経験されるとは考え難い。また，たとえグループの雰囲気が安心で共感的なものであっても，その雰囲気が患者に知覚されないことや，患者によっては脅威として知覚され警戒されてしまう可能性もある。

次に，peer-contagion（Vandereycken, 2011）の特徴が顕著な集団とは，「患者同士で起こる症状や感情の悪い影響が強い集団」を指す。これには，摂食障害の病理の中核とも言える「競争」と「模倣」，そして「依存」の問題が深く関わっていると考えられる。摂食障害者には思春期までの他者との十分な相互的な関係性（Gilligan, 1991; Tantillo, 1998）が不足していると先に述べたが，そもそも健康な競争や模倣，依存は，家族内で培われた対人機能を基盤として，家族外での相互的な関係のなかで学ばれるものであると考えられる。体重や摂取カロリーの比較など不健康な形での競争や，嘔吐の方法やそれ以外の自傷の方法を模倣すること，これらの不健康な行動を通した同質他者との依存が起こるメカニズムについては，今後詳細に検討していく必要があるが，一つの仮説として，摂食障害者の友人関係が同質性によってのみ成立している可能性が挙げられるだろう。例えば自分と他者が同じ症状で苦しむことによって，彼らの友人関係が深まりを見せる可能性もあり，思春期に体験できなかった，あるいは諦めざるを得なかった密接な友人関係を体験しているようにも思われる。

集団を恐れて入れないことについては，摂食障害者が元来対人関係上の問題として有している，他者からの評価への過敏さや影響のされやすさから，集団内での感情伝染を恐れ，集団に対して回避的になってしまうのではないかと考えられる。もちろん，患者のこれまでの対人関係における失敗や困難さの経験が集団への入れなさに影響を及ぼしている可能性もある。この 3 点目の集団を恐れ，なかに入れない患者と，peer-contagion を特徴とする集団に入ってさまざまな対人関係を体験している患者は，摂食障害者の友人関係の特徴である，密接さか孤立か，といった特徴が顕れているとも考えられる。

最後に，こういった摂食障害の集団特徴と個人の対人関係のありさま（あるいは形式, パターン，様態，特徴）の関連は，集団のなかで摂食障害者を治療していくうえで重要であると考えられる。摂食障害者においては，特に自分と似ている他者が集まる同質集団において，彼らがすでに個人的な課題として抱えている友人関係における課題（健康な競争や依存の経験の少なさ）が明るみになる。そしてpeer-contagionのような悪い影響の方が取り上げられ，課題とされやすい。

元々，contagionがおこる根底には自我境界の障害があることが知られている（Yalom, 1995）。Yalom（1995）は集団療法において，患者が他のメンバーから動揺させられたり，退行させられることを恐れたりすることを感情伝染の恐れと呼び，このような恐れには多くの力動が関係していると述べた。それには, 自我障害があり自分にとって重要な相手に起こったことと自分とを区別できない兆候や，孤独であることに対する耐えがたい恐れ，誰かに見守られるか世話されていないと生きられないという不合理な感覚が含まれている。そして，こうした感情伝染を恐れる患者は，望ましくない個人的特性や動機付けを他者に投影し，自分の感情の入れ物の役をなす人に対して強力な陰性感情を発現することが知られている（Yalom, 1995）。contagionの根底にある自我境界の障害は，摂食障害の集団治療における重要な治療課題であると言える。

しかしなかには，舘（1994）のように，集団感化の良い側面を治療に生かしていく，という立場の治療者もおり，同じ疾患を持つ仲間だからこそ分かり合えるという経験や他者をサポートすることを学べる（Colton & Pistrang, 2004）といった報告もある。これまで摂食障害という病のなかに引きこもっていた患者にとっては，contagionさえも

他者との関わりの第一歩であるとも言える。体重の増減や食事の量，摂食と嘔吐の世界のなかで生きていた患者が，曲がりなりにも他者との生身の体験を持った結果，それがcontagionであると捉えることも出来よう。ゆえに，contagionはメンバーやグループが健康になれば，共感へと発達しうる要素となるかもしれない。そういった意味では，同質集団内で起こるpeer-contagionの問題を，メンバーをドロップアウトさせることなく，どのように乗り越えられるのかが重要な治療課題であると言える。摂食障害に限らず，どのような集団においても危機はつきものなのであるから，その危機をいかに乗り越えていくかにメンバーとグループの成長があると言えよう。

6. 結論と今後の課題

本研究では，摂食障害の対人関係の問題を整理し，集団治療の可能性を検討した。対人関係については，家族内では両親からの影響や患者本人の特性から積み上げられた家族内の対人機能の特徴があり，友人関係などの家族外の対人機能にも影響を及ぼしている可能性が示唆された。また，友人関係の再演とも言える同質集団での治療においては，集団が同調的・集団感化的になってしまうこと，集団が互いの悪いところを取り入れるpeer-contagionのリスクが生じること，集団を恐れて回避的になってしまうこと，という3つの課題があることが示され，集団内で見られる治療的でない形での患者同士の共謀は，患者の思春期心性に留まっている友人関係のあり方が深く関係している可能性が示された。

一方，今後の課題としては，摂食障害患者のグループに対する認識のあり方と，集団で起こる安心感や共感の関係性について検討していくことが考えられる。これは，ドロップアウトを防ぐ要因として挙げられていた，患者に陽性の同盟が知覚されること（Prestano et al., 2008）とも関わってくる課題である。治療者と患者の間の同盟だけでなく，グループが患者にとってどのように知覚されているのかについて精査していく必要があるだろう。

次に，peer-contagionを特徴とする集団と摂食障害者の思春期心性との関連についての検討が挙げられる。本研究から，peer-contagionにみられる不健康な行動と思春期心性の関連の可能性が示唆されたが，このメカニズムについてはさらなる検討の余地がある。

いずれにせよ摂食障害における集団治療には研究課題が山積みであり，今後もその可能性を追求していくことが求められる。集団で傷ついた人をまた集団に入れるのかという意見もあるが，集団で起こる問題は個人レベルの治療では明らかにならないことも多く，また集団で受けた傷は集団のなかで癒される（小谷, 1994, 2005）と考えられる。本邦では摂食障害の集団治療の実践や集団のなかでおこるさまざまな困難を理解すべく，検討した研究も未だ少なく，今後の課題である。

謝辞

本論文作成にあたりご指導いただいた西村馨先生, 西園マーハ文先生に心より感謝申し上げます。

引用文献

Agman, G., & Gorgé, A. (1999). *Comment vivre avec une anorexique?* Paris: Josette Lyon.
（鈴木智美（訳）（2003）. Anorexia治療の手引き 家族と治療スタッフのために　岩崎学術出版社）

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.

Bruch, H. (1978). *The golden cage*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bruch, H. (1985). Four Decades of Eating Disorders. Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (Ed.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 7-19). New York: Guilford Press.

Bruch, H. (1988). *Conversations with Anorexics*. New York: Basic Books.

Colton, A., & Pistrang, N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 12*, 307−316.

Crisp, A.H., Norton, K.R.S., Jurczak, S., Bowyer, C., & Duncan, S. (1985). A treatment approach to anorexia nervosa: 25 years on. *Journal of Psychiatric Research, 19*, 393−404.

Freud, S. (1902). *The origins of psychoanalysis*. (Letters to Wilhelm Fliess, drafts and notes, 1954 ed.). New York: Hogarth Press.

Gulligan, C. (1991). Woman's psychological development: Implications for psychotherapy. In C. Gulligan, A. Rogers, & D. Tolman (Eds.), *Woman, girls and psychotherapy: Reframing resistance* (pp. 5-32). NewYork: Harrington Park Press.

Harper-Giuffre, H., & MacKenzie, K.R. (1992). *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Harper-Giuffre, H., MacKenzie, K. R., & Sivitilli, D. (1993). Interpersonal group psychotherapy. In H. Harper-Giuffre, & K. R. MacKenzie (Eds.), *Group psychotherapy for eating disorders* (pp.105-145). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hartmann, A., Zeeck, A., & Barrett, M. S. (2010). Interpersonal Problems in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 43*, 617−627.

井上幸紀・岩崎進一・村松知拡・山内常生・切池信夫（2009）．摂食障害の臨床知見を考慮した動物モデル研究　心身医学，49，33–37.

Janet, P. (1929). *The major symptoms of hysteria* (2nd ed.). New York: McMillan.

切池信夫（2009）．摂食障害 食べない，食べられない，食べたら止まらない　第2版　医学書院

Kog, E., & Vandereycken, W. (1989). The speculations: An overview of theories about eating disorder families. In W.Vandereycken, E.Kog, & J.Vanderlinden (Eds.), *The family approach to eating disorders* (pp. 7-24). New York: PMA Publishing.

小谷英文（1994）. 集団精神療法の現在　こころの科学，53，2–8.

小谷英文（2005）．集団の安全力学　現代のエスプリ別冊，106–120.

厚生労働省調査研究班（2007）．神経性食欲不振症のプライマリケアのためのガイドライン　難病医学研究財団/難病情報センター　2012年11月1日 <http://hikumano.umin.ac.jp/AN_guideline.pdf>（2015年8月24日）

Lampard, A. M., Byrne, S. M., & McLean, N. (2011). Does Self-Esteem Mediate the Relationship between Interpersonal Problems and Symptoms of Disordered Eating? *European Eating Disorders Review, 19*, 454−458.

Le Bon, G. (1895). *The Crowd: A Study of the Popular Mind*. New York: Macmillan.
（桜井成夫（訳）（1993）．群集心理　講談社）

Maine, M. (1991). *Father hunger*. Carlsbad. CA: Gurze Books.

McKisack, C., & Waller, G. (1997). Factors influencing the outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 1−13.

McIntosh, V. V., Bulik, C. M., McKenzie, J. M., Luty, S.E., & Jordan, J. (2000). Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 27*, 125−139.

水田一郎・植月マミ・鈴木朋子・渡辺洋一郎（2008）．“対人関係”に焦点を当てた摂食障害の集団療法の試み　臨床精神医学，37，205–214.

Murphy, S., Russell, L., & Waller, G. (2005). Integrated psychodynamic therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: theory, practice and preliminary findings. *European Eating Disorders Review, 13*, 383−391.

中里道子（2010）．摂食障害に対する認知行動療法のスタンダードとその展開　西園マーハ文（編）専門医のための精神科臨床リュミエール28 摂食障害の治療（pp. 39–51）中山書店

西園マーハ文（2009）. 摂食障害のセルフヘルプ援助—患者の力を生かすアプローチ　医学書院

西園マーハ文（2010）．はじめに－摂食障害の治療地図　西園マーハ文（編）専門医のための精神科臨床リュミエール28　摂食障害の治療（pp. 2–13）中山書店

西園マーハ文（2013）．摂食障害の認知機能障害　臨床精神医学，*42*，1529–1534.

Oesterheld. J. R., McKenna, M. S., & Gould, N. B. (1987). Group psychotherapy of bulimia: A critical review. *International Journal of Group Psychotherapy, 37*, 163−184.

Prestano, C., Lo Coco, G., Gullo, S., & Lo Verso, G. (2008). Group analytic therapy for eating disorders: Preliminary results in a single-group study, *European Eating Disorders Review, 16*, 302−310.

Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation* (A. Pomerans, Ed. & Trans.). New York: Aronson. (Original work published in 1963)

下坂幸三（1999）．拒食と過食の心理　岩波書店

志村　翠（2001）．Eating Disorder Inventory（EDI）：摂食障害調査質問紙　上里一郎（監修）心理アセスメントハンドブック第２版（pp.435–448）西村書店

白砂佐和子・平井洋子（2005）．円環モデルによる対人関係上の問題の構造把握—対人関係インベントリー（IIP）を用いて　パーソナリティ研究，*13*，252–263.

Sullivan, H.S. (1953). The Interpersonal Theory of Psychiatry. NewYork: Norton.
（中井久夫・宮崎隆吉・高木敬三・鑪幹八郎（訳）（1990）．精神医学とは対人関係論である　みすず書房）

鈴木（堀田）眞理（2010）. 1. 摂食障害の理想の治療・スタンダードな治療　摂食障害のための理想の治療施設・治療環境論　西園マーハ文（編）専門医のための精神科臨床リュミエール28 摂食障害の治療（pp.16–28）中山書店

舘　哲朗（1992）．摂食障害者に特徴的な集団力動―入院治療における力動的集団精神療法の意義―　思春期青年期精神医学，*2*，73–85.
舘　哲朗（1994）．集団感化と引きこもりー集団精神療法における自己対象体験ー　精神分析研究，*38*，75–84.
舘　哲朗（2007）．専門医を目指す人の特別講座　摂食障害の診断と治療　精神経誌，*109*，81–88.
高野　晶（2010）．摂食障害に対する精神分析的精神療法とその応用　西園マーハ文（編）専門医のための精神科臨床リュミエール28　摂食障害の治療（pp. 64–73）中山書店
竹田　剛（2012）．神経性Bulimia患者が抱く食事を巡る問題―自己―対人関係の関連性―M-GTAによる自己物語の分析―　教育心理学研究，*60*，249–260.
Tantillo, M. (1998). A Relational Approach to Group Therapy for Women with Bulimia Nervosa: Moving from Understanding to Action. *International Journal of Group Psychotherapy, 48*, 477–498.
Thompson-Brenner H., Satir D. A, Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2012). Clinician Reactions to Patients With Eating Disorders: A Review of the Literature. *Psychiatric Services, 63*, 73–78.
Tierney, S. (2008). The individual within a condition: A qualitative study of young people's reflections on being treated for anorexia nervosa. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 13*, 368–375.
友竹正人（2010）．摂食障害に対する薬物療法のスタンダードと応用　西園マーハ文（編）専門医のための精神科臨床リュミエール28（pp. 52–61）中山書店
Vandereycken, W. (2011). Can Eating Disorders Become 'Contagious' in Group Therapy and Specialized Inpatient Care? *European Eating Disorders Review, 19*, 289–295.
和田良久（2013）．摂食障害の力動的精神療法（特集これからの摂食障害臨床）臨床精神医学，*42*，635–641.
Waller, J.V., Kaufman, M.R., & Deutsch, F. (1940). Anorexia nervosa: A psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine, 2*, 3–16.
Yalom, I. D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.（中久喜雅文・川室　優（2012）．（監訳）グループサイコセラピー　理論と実践　西村書店）