

医療の語らなかつた摂食障害  
—摂食障害の食の文化人類学的探求—

磯野真穂



# 目次

まえがき	ix
<b>第Ⅰ部 研究の背景</b>	<b>1</b>
<b>第1章 本研究はいかにして進められたか</b>	<b>5</b>
1.1 本研究で定義される視点の「妥当性」について	5
1.2 協力者の募集	6
1.3 語り手の皆さんの紹介	7
1.4 インタビューの方法	7
1.5 調査に関わっていない人々からよくされた質問について	9
1.6 語り手と筆者との関係について	9
1.7 研究倫理	10
1.8 研究者の立ち位置	11
<b>第2章 先行研究：「還元主義」を定義する</b>	<b>13</b>
2.1 摂食障害とは	14
2.1.1 拒食症の診断基準	15
2.1.2 過食症の診断基準	15
2.1.3 特定不能の摂食障害	16
2.1.4 複数の診断基準とそのゆらぎ	16
2.2 「聖なる拒食」から「拒食症」へ	17
2.3 精神分析と拒食～「本質論」の萌芽	18
2.4 母子2代にわたる病気から多元モデルへ～「本質論」の確立	19
2.4.1 ブルックの母親原因説とその広がり	19
2.4.2 嗜癖、共依存、アダルト・チルドレン	20
2.4.3 「第1次家族モデル」を定義する	23
2.4.4 過食症の広がり	23
2.4.5 社会・文化的研究	24
2.4.6 「第1次家族モデル」から「多元的モデル」へ～複雑化する「本質論」	30
2.4.7 「第2次家族モデル」～原因でないと言いながら、両親に注目する風変わりなモデルの誕生	32
2.4.8 親が目される日本と、そうでないシンガポール	33

2.4.9	他の精神疾患の併存	36
2.5	「本質論」	37
2.5.1	臨床家の視点	38
2.5.2	社会・文化的研究の視点	39
2.6	「生物物質論」	40
2.6.1	生理学的研究	40
2.6.2	栄養学的研究	43
2.7	摂食障害の治療	45
2.7.1	「生物物質論」に基づいた治療	46
2.7.2	「本質論」における治療～対人関係療法	48
2.7.3	「本質論」と「生物物質論」の折衷型～認知行動療法	51
2.7.4	特殊な治療方法	53
2.8	「還元主義」総括	55
<b>第II部 摂食障害の経験</b>		<b>59</b>
<b>第3章 敬子さん</b>		<b>63</b>
3.1	中1までの食事	64
3.2	外見至上主義	65
3.3	悪化する兄との関係	66
3.4	ダイエットの大成功	67
3.5	食べ始めたら止まらない	68
3.6	初めての嘔吐	68
3.7	家族の苦しみ	69
3.8	回復へ向けての試行錯誤と2度に渡った大学の退学	69
3.8.1	2度目の大学合格	70
3.8.2	悪化する過食嘔吐と2度目の通院	70
3.8.3	民間の医療	71
3.8.4	断食道場	71
3.8.5	再び大学へ	72
3.8.6	宗教施設へ	73
3.8.7	退学の決意	73
3.9	再び社会へ	74
3.9.1	筆者との出会い	75
3.10	親はすごい	76
3.11	復学か、就職か	78
3.11.1	カウンセラーとの決別	78
3.12	みたび大学へ	79
3.13	敬子さんの現在	79
<b>第4章 さゆりさん</b>		<b>81</b>
4.1	大食いだけど、「電信柱」	81

4.2	拒食の始まり . . . . .	82
4.3	大橋先生との出会いと両親の変化 . . . . .	82
4.4	嘔吐の始まりと休学 . . . . .	83
4.5	受験 . . . . .	84
4.6	退学 . . . . .	84
4.7	仕切りのなおし . . . . .	85
4.8	自助グループへの参加 . . . . .	86
4.9	入院 . . . . .	86
4.10	進むべき道の模索 . . . . .	87
	4.10.1 さゆりさんとの出会い . . . . .	88
	4.10.2 強まる南米への思いとひどくなる過食 . . . . .	88
	4.10.3 アルバイトの終了 . . . . .	88
4.11	南米へ . . . . .	89
4.12	パン屋への弟子入りと独立 . . . . .	90
	4.12.1 おばちゃんくれた生きるヒント . . . . .	91
	4.12.2 独立 . . . . .	92
4.13	守さんとの出会い . . . . .	92
	4.13.1 薄れる食に対するこだわりと守さんの対応 . . . . .	94
4.14	さゆりさんの現在 . . . . .	95
<b>第5章</b>	<b>理央さん</b>	<b>97</b>
5.1	醜いせいで損をしている。醜いせいで愛されない。 . . . .	98
5.2	器量がわるいわたしはこんなに勉強しても人並みの人生も送れない . . . .	99
5.3	食べなかったら痩せる・って・ほんとう・なんだ。 . . . .	99
5.4	母の入院 . . . . .	100
5.5	母の監視 . . . . .	101
5.6	母の暴力 . . . . .	102
5.7	嘔吐の始まり . . . . .	104
5.8	はじめての精神科 . . . . .	105
5.9	大学生活と4つの病院 . . . . .	107
	5.9.1 3つの病院 . . . . .	107
	5.9.2 理央さんとの出会い . . . . .	108
	5.9.3 4つ目の病院 . . . . .	108
5.10	怪しいカウンセリング . . . . .	109
5.11	理央さんの現在 . . . . .	110
<b>第6章</b>	<b>由佳さん</b>	<b>113</b>
6.1	『やせたね』って褒め言葉じゃないですか . . . . .	114
6.2	消えたやせ願望といじめ . . . . .	115
6.3	「重い！」 . . . . .	116
6.4	迫る文化祭と下剤の利用 . . . . .	116
6.5	過食の始まりと大学受験 . . . . .	117

6.6	精神科の受診 . . . . .	118
6.7	大学の退学 . . . . .	119
6.8	復学、吉田先生との出会い . . . . .	120
6.9	養護教諭への夢 . . . . .	120
6.10	閉鎖病棟への入院 . . . . .	121
6.11	筆者との出会い . . . . .	122
6.12	就職活動 . . . . .	122
6.13	大学生生活の集大成 . . . . .	123
6.14	由佳さんの現在 . . . . .	123
<b>第7章</b>	<b>奈々さん</b>	<b>125</b>
7.1	顔が悪い私はスタイルで勝負するしかないんだ . . . . .	125
7.2	食事は1日の中でもっとも楽しい時間のひとつでした . . . . .	126
7.3	体育教師の心無いひと言 . . . . .	126
7.4	ダイエットの始まりと食卓を駆け巡る親子の疑念 . . . . .	127
7.5	1日1000kcalのダイエット . . . . .	128
7.6	家族や友人の届かぬ思い . . . . .	128
7.7	病院の受診 . . . . .	129
7.8	女の子はもっとぼっちゃりしていたほうがかわいいよ . . . . .	130
7.9	チューイングの始まり . . . . .	130
7.10	家族の苦悩 . . . . .	131
7.11	就職 . . . . .	131
7.11.1	2番目の職場 . . . . .	132
7.12	仲居のアルバイト . . . . .	132
7.13	一人暮らしとチューイングの減少 . . . . .	133
7.14	空手の効用 . . . . .	133
7.15	食べ方がわからない . . . . .	134
7.16	奈々さんの現在 . . . . .	135
<b>第III部</b>	<b>「還元主義」批判</b>	<b>137</b>
<b>第8章</b>	<b>「還元主義」と過食排出行動の実際の一致とずれ</b>	<b>141</b>
8.1	「還元主義」との一致 . . . . .	141
8.1.1	敬子さん . . . . .	141
8.1.2	さゆりさん . . . . .	143
8.1.3	理央さんの場合 . . . . .	144
8.1.4	由佳さん . . . . .	144
8.1.5	奈々さん . . . . .	145
8.2	経験との不一致から見られる「還元主義」の3つの問題 . . . . .	146
8.3	問題点1：絶対に外れない . . . . .	146
8.4	問題点2：多様な過食排出行動のパターンを見落としている可能性 . . . . .	150
8.4.1	嬉しいときにも起こる過食排出行動 . . . . .	151

---

8.4.2	見過ごされる過食排出行動の多様さ	151
8.5	問題点3:「過食排出行動は、なぜ他の行動に代わらないのか」について の説明が不足している	151
8.6	「還元主義」の問題点から見える本研究の方向性	154
<b>第9章</b>	<b>「生体物質論」批判～生理・栄養学と「自然な食」</b>	<b>155</b>
9.1	敬子さん	155
9.1.1	「吸収させるもの」としての食べ物	155
9.1.2	食べ物の栄養素と生理的機能に対するこだわり	156
9.1.3	大家さんとの会食	158
9.1.4	変貌する身体感覚	160
9.2	拓美さん	163
9.2.1	中学までは自然に食べられていた	164
9.2.2	お前の妹、すごい太ってるね	164
9.2.3	過激になるダイエットと崩壊する食卓	165
9.2.4	プライドの芽生え～密かな自慢は「食べないでいられること」	166
9.2.5	入院	166
9.2.6	退院とカロリー地獄	167
9.2.7	上京しての浪人生活	168
9.2.8	大学生活の始まり	168
9.2.9	味は好きだけどおいしくない。	170
9.2.10	再び病院へ	171
9.2.11	平林先生とのカウンセリング	171
9.2.12	結婚	172
9.2.13	2度目の行動療法	172
9.2.14	夫と食べたドリア	173
9.2.15	ひとりで食べたい	174
9.3	生理・栄養学の功罪	174
<b>第10章</b>	<b>「本質論」批判～「家族モデル」と「自然な食」</b>	<b>177</b>
10.1	さゆりさん	177
10.1.1	親の期待に答えようとしてきたさゆりさん	178
10.1.2	不安定な母と母を守りたい娘	178
10.1.3	勉強で親に認めてもらいたい	179
10.1.4	親に甘えられなかった	180
10.1.5	専門知識とさゆりさん	181
10.1.6	家族モデルへの強まる確信	184
10.1.7	現在も続く親との軋轢～拒食はチケット	185
10.2	拓美さん	187
10.2.1	母に謝って欲しい	187
10.2.2	深まる確信	189
10.2.3	母との話し合い	191

10.2.4	すれ違う姉との認識 . . . . .	192
10.2.5	アダルト・チルドレン . . . . .	194
10.2.6	母からの謝罪を夢見る . . . . .	195
10.3	敬子さん、奈々さん、理央さん、由佳さん . . . . .	195
10.4	「家族モデル」は「自然な食」の回復に貢献しうるのか . . . . .	197
<b>第Ⅳ部 「現象主義」～「もっともどうでもよい問題」の分析</b>		<b>199</b>
<b>第11章 過食排出行動の爽快感は何によって引き起こされるのか</b>		<b>203</b>
11.1	過食嘔吐の体験 . . . . .	204
11.1.1	過食の前 . . . . .	204
11.1.2	過食時の食べ方 . . . . .	204
11.1.3	過食の「感じ」 . . . . .	205
11.1.4	嘔吐の「感じ」 . . . . .	205
11.1.5	敬子さんとさゆりさんにおける過食排出行動の体験 . . . . .	206
11.2	下剤乱用の体験 . . . . .	207
11.2.1	計画される過食 . . . . .	207
11.2.2	過食のための買い物 . . . . .	207
11.2.3	過食と下剤による排出とその体験 . . . . .	208
11.3	チューイングの体験 . . . . .	208
11.3.1	過食前 . . . . .	209
11.3.2	チューイングとその体験 . . . . .	209
11.3.3	チューイングの後の体験 . . . . .	210
11.4	なぜ過食排出行動ではおいしさや食べた満足感が得られないのか . . . . .	210
11.5	フローが引き起こす過食排出行動の爽快感 . . . . .	212
11.5.1	フローの6つの特徴と過食排出行動 . . . . .	213
11.5.2	マイクロフローと過食排出行動 . . . . .	215
11.6	過食排出行動の「楽しさ」 . . . . .	216
<b>第Ⅴ部 では、どうしたらよいのか</b>		<b>219</b>
<b>第12章 拒食や過食排出行動はなぜ「病気」なのか</b>		<b>223</b>
12.1	「健康に悪いから」ではない . . . . .	223
12.2	それは他者が抱く居心地の悪さから生ずる . . . . .	225
12.3	「還元主義」が見落とした事実 . . . . .	225
12.3.1	慣習行動を支える前提の一群 . . . . .	226
12.3.2	「自然な食」を支える「背景」 . . . . .	227
12.4	「自然な食」の獲得過程 . . . . .	230
12.4.1	前提の身体化 . . . . .	231
12.4.2	「背景」と「ハビトゥス」 . . . . .	231
12.4.3	ハビトゥスと「場」 . . . . .	232



---

12.4.4	ハビトゥスと多様性 . . . . .	233
12.4.5	制限の中の無限の自由 . . . . .	233
12.5	社会的な生命を育む「自然な食」 . . . . .	234
12.6	拒食や過食排出行動はなぜ「異常な行為・病気」と見なされるのか . . . . .	236
<b>第 13 章</b>	<b>医療は何を語らなかったのか</b> . . . . .	<b>239</b>
13.1	「第 13 回日本摂食障害学術集会」 . . . . .	239
13.2	封じられた言葉 . . . . .	241
13.3	「熱意、忍耐そして愛」 . . . . .	241
13.4	「ダイエットは原因でない」という奇妙な議論 . . . . .	242
13.5	文化や社会を語ることは個人を語ることでもある . . . . .	246
13.5.1	「診察室」という特殊性 . . . . .	247
13.6	文化や社会を語ることは、生物としてのひとを語ることでもある . . . . .	248
<b>第 14 章</b>	<b>回復まであと一歩の人たちへ</b> . . . . .	<b>251</b>
14.1	ひとの 2 つの捉え方 . . . . .	252
14.2	科学の弱点を知ること . . . . .	253
14.2.1	科学は「体験」を扱うことが苦手である . . . . .	253
14.2.2	科学は身体から「体験」を分離させる . . . . .	255
14.3	「ほんとう」を知ることの不可能性 . . . . .	260
14.4	病気を意味づけることの意義～伝統的医療を通じて . . . . .	261
14.4.1	伝統的医療は何をするのか . . . . .	262
14.4.2	親をどう意味づけるか . . . . .	263
14.5	他者を模倣し、ハビトゥスを取り戻す . . . . .	265
14.5.1	「還元主義」との接点～食を語ることは心を語らないことではない . . . . .	267
14.6	聖域としての志向性を守ること . . . . .	268
14.7	最後に . . . . .	271
<b>参考文献</b>		<b>273</b>
<b>付録 A</b>	<b>調査協力をお願い</b> . . . . .	<b>291</b>
<b>付録 B</b>	<b>同意書</b> . . . . .	<b>293</b>
<b>索引</b>		<b>295</b>



# まえがき

本研究を執筆するに当たって、筆者は次の人々を読者として念頭に置いている。

まずは、自分のことを摂食障害であると考えている人、そして、その中でも特に、回復まであと一歩と感じている方々である。

本研究で言う「回復まであと一歩」とは、もっとも辛い時期を乗り越え、社会生活を送れるようにはなったものの、「未だに食に対するこだわりや、厳しい食事制限や過食、嘔吐や下剤の利用といった行為から抜け出せず、これがなければどれだけ楽だろう」と感じてしまうような状態にいる人々を指す。

「回復まであと一歩の人たち」を読者として意識した理由は、まず本研究に多大な貢献をしてくださった6人の女性の方が、そのような位置にあったことにある。

筆者はこの研究において、これまでの摂食障害研究や関連著書において提示されたことのない新しい視点を提供していると信じており、そして、この視点は、筆者と「回復まであと一歩」の所にいる彼女たちの対話の中から生みだされた。

従って、この研究には「回復まであと一歩」の人たちの人生が反映されているはずであり、それが文化人類学者としての筆者の視点によってうまく磨かれていたならば、彼女たちと同じような状況にいる人たちの心に、本研究は何らかの形で響いてくれると思う。

本研究が「回復まであと一歩の人々」に書かれているもう1つの理由は、筆者が、社会や文化の仕組みを探求することを得意とする文化人類学を専門としていることにある。

筆者はこの10年間で自らを摂食障害と考える人々に多く出会った。だが、「自分は人としていかに劣っているか」について思いをめぐらし、医師や心理士によって書かれた専門書や、当事者の手記を読み込んでいる人はいても、「自分は社会や文化とどのように付き合うべきか」、「自分はどのようにそれらを形作っていけるのか」という課題に思いをめぐらしている人は少なかったように思う。

ひとは生きて以上、社会や文化と関わらないわけにはいかず、また社会や文化を、他者とともに形作る作業に参加しないわけにはいかない。

そしてまた、文化人類学は、ひと（ここにはいかなる専門家も含まれる）が思う「普通」や「常識」というものがいかに当てにならないのかを、人間の多様性を探求することを通じて明らかにしてきた学問である。本研究を通じて、「正常」「異常」という枠組み以外にも自分を捉えるまなざしがあることを知り、社会や文化の創造を担う1人として、自分をどのように生かすことができるのかを考えていただければ幸いである。

次に本研究は摂食障害の治療に携わるすべての医療者に向けて書かれている。

筆者は文化人類学者であるため、物事の捉え方、考え方が、医学や心理学をベースとす

る人々のそれとは大きく異なる。従って、本研究の医療に対する視線は常に批判的であるが、その視線は、臨床で働く人々の努力を踏みにじろうとするものではないことを、ご理解いただけたらと思う。

筆者は幸いにも、シンガポールと日本において、この病気の研究や治療を牽引する2人の医師の臨床を見学させていただく機会に恵まれた。

この経験を通じて筆者が強く感じたことは、現場の過酷さである。

朝早くから診療を開始しても、外来が予定時間に終わることはまれで、それが終われば、重症の入院患者のいる入院病棟へ向かって、夜遅くまで診療に当たる。それだけではなく、後輩の育成や執筆活動もこなさねばならない。

これだけ働けば、プライベートな時間や家族と過ごす時間が犠牲になることは避けられない。しかし先生方は、そのような個人的な苦労はおくびにも出さず、時に患者の方から理不尽な言葉を浴びせられながらも熱心に治療にあたっていた。

これは、医師たちとともに治療に当たる医療スタッフも同様であり、そのような姿は無条件に筆者の心を打った。

結果、筆者はこのような人々がいる医療現場に向かって、批判的な物言いをすることに対する葛藤を抱えながら執筆を進めざるを得なかった。「臨床にいない者に何が分かるか」と言われれば、「その通りです」と認めざるを得ないと思っている。

しかし、医学およびその近接領域のまなざしが「ひと」という存在を捉える上で完全無欠ではないことも筆者は知っている。そして、病院に通いながらも未だ摂食障害から抜け出せない人が少なからずいることと、これら学問におけるひとの捉え方が必ずしも十分でないことは、無関係ではないと考えている。

筆者がこれから展開する議論は、医学を中心とした学問がこれまでに培ってきた、摂食障害を理解する上での枠組みを、完全に否定するものでは決していない。むしろ筆者の目的は、その有効性を理解した上で、これまでの枠組みでは捉えることができなかった摂食障害の姿を描き出し、臨床に貢献することにある。

最後に、この研究は筆者と同じようなアプローチで研究をする文化人類学者、さらにはその近接領域にいる人文・社会学者に向けて書かれている。

筆者は、文化人類学者が担う1つの役割は、ひとという存在が、驚くほどの多様性と創造性を持ち、力を合わせて共同体を作っていること、たった1人の人生であっても、その人の人生は彼／彼女を取り巻く社会と密接に結びついていること、そしてその人たちの人生はなんらかの形で、今ある社会の状況を反映していることを示すことであると考えている。

このように考えれば、ひとの病気の治療に当たる医療において、文化人類学的、もしくは人文・社会科学的な思想が重要視されて当然のように思われるが、この病気の研究や治療に当たる医療者が、人文・社会科学の領域でなされた摂食障害の研究を参照することはほぼ皆無であり、稀に言及されたかと思えば「社会の病理の説明に症例が使われているだけ」(162)<sup>180</sup>と批判されてしまう始末である。

ひるがえって、医療者が行う社会や文化の分析に、十分な深みがあるかといえばそうではなく、浅薄な議論も多々見受けられる。そして、その代表格が「ダイエットは摂食障害の原因ではない」、「社会や文化は摂食障害の引き金であっても、原因ではない」という主張であるが、この主張がなぜ誤りなのかについては13章で詳しく述べることにする。

人文・社会科学的な研究が医療者に評価されないことの最大の原因は、人文・社会科学におけるひとの捉え方と、医学や心理学といった臨床の人々が基礎とする学問のひとの捉え方が大きく異なることにあるのだろう。（どのように異なるのかについては 12 章および 13 章にて詳しく触れる。）

しかしその一方で、そのような低評価の原因は、人文・社会学者の側にもあると筆者は考えている。

人文・社会科学的な観点からこの病気を分析する研究者は、摂食障害と、社会や文化が結びついていることを示そうとするあまり、具体的なひと 1 人の人生から、専門用語があふれる抽象的な次元へ、議論の焦点を簡単に飛躍させてしまうことが多い。

臨床の方にとっての喫緊の課題は、患者が今ここで抱えている困難を、限られた時間でどう解決するかであって、社会や文化の抽象的な議論に思いを馳せることではない。もっと言えば、患者の方が次々と訪れ、さらには診察中にも他院や飛び込みの患者からの電話がかかってくるのが珍しくない臨床において、そのような余裕は存在しない。

近代自己と摂食障害のつながりに関する哲学的議論より、どの抗うつ剤が過食嘔吐を軽減させるのに効果があるかという議論のほうが、患者を抱える臨床の人々にとっては重要な課題であろう。

このような臨床の状況を踏まえると、人文・社会学者しか理解できない、専門用語があふれた論文に目を通す臨床家が少ないのは仕方がないことのようにも思える。

とはいえ、「だから、社会や文化の議論が不必要である」という結論に達するわけではもちろんない。ひとは何らかの形で、自分自身の所属する社会や文化の影響を受け、同時にそれを作り出す役割を担っている。そうである以上、その影響とどのように付き合うか、どのようにその役割を担うかは誰しもが考えねばならず、その際に社会や文化のあり方を追求してきた学問の知識が役に立たないはずはない。

従って筆者は、この研究を人文・社会学の内ではなく、徹底的に外に向けたものにするために、学術論文としてのレベルを下げないまま、人文・社会科学を専門的に勉強したことがなくとも理解できるものになるよう、最大限の努力した。分かりやすさの指標としては、本研究に協力してくださった 6 人の皆さんが、ところどころに難しさを感じつつも、読んで理解できるレベルを念頭に置いている。



## 第I部

# 研究の背景





I部の目的は、本研究がどのように進められ、何を問題視しているのかを明らかにする作業を通じて、II部からV部の土台作りをすることである。

まず1章では、本研究がどのように進められたかを紹介し、また自らの経験を語ることを通じて本研究に多大な貢献をしてくれた、6人の皆さんの簡単なプロフィールを紹介する。

続く2章では、摂食障害という病気がいかなるもので、その原因は何にあり、症状はなぜ継続されるのかに関する主要な議論を、医学から人文・社会科学研究に至るまで幅広く概観する。

この作業における最大の目的は、摂食障害の「還元主義」の定義である。

摂食障害のはっきりとした原因は未だ判明しておらず、それに関する理解の在り方は、変化し続けている。しかしその一方で、医学を中心とする摂食障害の研究には、約1世紀にわたって、変わらずに受け継がれているまなざしがあり、それが摂食障害の発症や症状の継続を理解するための素地になっている。

筆者はこのまなざしを「還元主義」と独自に名づけ、II部とIII部を通じて、この「還元主義」が抱える問題点を指摘し、その問題点を一部補填するための見方をIV部で提起する。

よって2章では、「還元主義」とはいかなるものかを、主要な先行研究を紹介しながら詳述し、続く章の足固めとする。

なおここで、本研究を通じて頻繁に用いられる言葉の意味について定義にしておきたい。

- 皆さん／語り手／語り手の皆さん：本研究に参加してくれた6人の女性を、呼ぶ際に使われる。ただし「皆さん」に限っては、14章において、対象が拡大される。
- 当事者：筆者の目線で、自らを摂食障害と考える人を呼ぶ際に使われる。
- 患者：医学やそれに関わる近接領域の視点から、摂食障害の当事者を指す際に使われる。
- 拒食：自発的に行われる極端な食事制限のこと。
- 過食：通常よりも明らかに多いと思われる量の食べ物を一度に食べてしまう行動のこと。
- 過食排出行動：過食を行った後に、嘔吐や下剤の乱用、もしくは飲み込まずに吐き出す、「チューイング」を行うことによって過食を相殺しようとする行為のこと。



## 第1章

# 本研究はいかにして進められたか

本研究の目的は、これまでの先行研究にはない新たな視点を見つけ出し、摂食障害の研究や臨床に貢献することである。

よって本研究は、語り手の経験と先行研究を、文化人類学的な視点の下に相互参照し、その作業を通じて調査の目的を果たすという、質的調査を採用した<sup>238</sup>。

具体的には、先行研究の見直しと、皆さんへのインタビューを同時平行で進め、インタビューが終わるたびに、インタビューの内容と、先行研究のレビューで得た情報、およびこれまでのインタビューの内容を見比べ、皆さんの語りの中に、これまでの研究で十分に調査はされていないが、この病気を理解する上で欠かせない視点がないかを注意深く検討した。

皆さんの語りと先行研究の相互参照によって得られた視点は、新たな視点として提示される意義があるかどうか、筆者の文化人類学的な視点において検討され、「意義がある」と判断された場合には、その視点に関するより詳細な質問が作成され、次のインタビューにおいて利用された。

その結果、見出された視点に有用性がない、もしくは誤りであると判断された場合には、再びインタビューと先行研究の相互参照に立ち戻り、新たな視点が探求された。

本研究で発見された視点と、その発見のもととなった先行研究、および皆さんの語りは、続く2章より順次述べる。

### 1.1 本研究で定義される視点の「妥当性」について

文化人類学者が行う質的研究は、あらかじめ決定された質問に従って調査を進める、調査者誘導型の研究ではないため、客観性に乏しく、信頼がおけないという批判をしばしば受ける。

しかし、少なくとも本研究において、「それは客観的なのか」、「単なる主観的なものではないか」といった批判は全く当たらない。

なぜなら筆者が皆さんの語りをういながら提示したいのは、「このように摂食障害を検討すれば、これまで見落とされていたものが見えるのではないか」という「視点」の提供であって、摂食障害の当事者全体に見られる「傾向」ではないからである。

「視点」とはある対象と、それを見据える人間との関係から生み出されるものであり、そこに人間の視点が媒介されている以上、「視点」は常に主観的である。従って、本研究が提示する視点に対して、単純な客観性を疑問視する声が上がるのであれば、それは見当

違いだと言わねばならない。

## 1.2 協力者の募集

文化人類学の質的調査は、先行研究を調査し、それに基づき質問用紙を作成・配布し、最後にその結果を分析するといった、直線的な性格を持っていない。質的調査の特徴は、先行研究と実地調査で得られた結果の行きつ戻りつを繰り返しながら、結果を導き出していくことにある<sup>238</sup>。

従って協力者を探すに当たって、筆者が最も重要視したのが、できるだけ制限が無い形で、長期間のインタビューが可能な協力者を見つけることであった。

このため協力者を集める媒体として、筆者はインターネット上の自助グループを選択した。医療機関はたとえインタビューが許可されたとしても、病院内に限るとか、医師と面接後の限られた時間だけなど様々な制限が加わる可能性が高かったため、医療機関への依頼は行わなかった。

筆者が協力を要請した自助グループはインターネット上の掲示板のみで運営されているグループであり、定期的なミーティングのようなものは行われていない。筆者は、このグループのリーダーに許可を得た上で、掲示板および個人的なメールを通じて協力を要請した。<sup>\*1</sup>また、口コミで紹介を受けたり、偶然に知り合った方も協力者に含めた。

本研究の目的は、ある性別や年齢層における摂食障害の傾向を抽出しようというものではないため、インターネットを通じて協力者を募集するに当たって、性別や、年齢による制限は設けなかった。また、医師に摂食障害と診断された女性だけでなく、医師の診断を受けたことはないが、自分でそうだと判断している女性も対象に含めた。

しかし自殺未遂を現在も繰り返していたり、入院中であつたりして、長期に渡る複数回のインタビューは物理的にも精神的にも困難であろうと筆者が判断した方は、こちらから継続的なインタビューをお断りした。また、九州や北海道といった遠方に住んでいる方も対象には含めなかった。これは筆者の経済的な都合によるものである。

個人的な協力要請のメールは、掲示板への協力要請に、一切の返答がない場合の策として行った。しかし、幸いなことに、掲示板を通じての要請に応じてくれる方が複数いたため、個人的な協力要請のメールを送ったのは3名のみであった。

最終的に本研究への調査協力を申し出てくれた方は、13名おり、すべて女性であった。年齢幅は19歳から37歳である。<sup>\*2</sup>この13名のうち、掲示板に出した調査協力のお願いを読み自ら協力を申し出てくれた方が10名、私が個人的に出した協力要請のメールに同意してくれた女性が1名、口コミで紹介を得た方が1名、偶然知り合った方が1名であった。

しかし、このうち3名は、上に記した理由から協力を断念していただき、残りの10名にインタビューを行った。また、この10名のうちで、長期的な調査に協力してくれたのは6名であり、残りの4名は連絡がその後途絶えてしまったり、心身の調子を崩してしまったりしたため継続的な調査を行うことができなかった。

---

\*1 付録 A, p291

\*2 最終インタビュー時の年齢。

## 1.3 語り手の皆さんの紹介

語り手の皆さんがどのような人生を歩んできたか、そして筆者が彼女達をどのように捉えていたかの詳細は3章から6章、および9章を中心に詳しく記載されている。このためここでは、皆さんの家族構成や年齢、学歴など大まかな背景を表(1.1,p8)にまとめ、その概略を紹介するにとどめる。なお名前はすべて仮名であり、皆さんの体験の紹介の際には必要に応じて修正を加えている。

表1.1に示すように、奈々さんを除く5人が大学に進学している。またその進学先は全て有名大学であり、全体としての学歴はかなり高い。摂食障害においては学歴の高い女子がかかりやすいという報告もあり<sup>30</sup>、本調査もそれと一致するが、この傾向は、摂食障害の全体の傾向を反映しているというより、博士課程に在籍中という筆者自身の立場によると考えている。

拒食や過食といった、いわゆる摂食障害の症状が始まった時期は、中学の終わりから高校にかけてで、皆一致しており、これは統計上のデータとも一致する<sup>6</sup>。家族構成に関しては、共通点は見られなかった。

また初回インタビューを行った当時、敬子さん以外の皆さんは、拒食、過食、排出行動に苦しんでいたものの、状態がもっともひどかった時期からは脱し、通学、通勤、アルバイト、外出や子育てが可能になっていた。

敬子さんにおいては、母親にもインタビューをさせていただいた。1度だけではあったが、敬子さんの同意のもとに、筆者と母親だけで1時間ほどインタビューをさせていただいた。録音は抵抗があるということであったためメモを取り、敬子さんが過食嘔吐を始める前後、および始まってからどのような思いをされていたのかを伺わせていただいた。

## 1.4 インタビューの方法

インタビューで得られる語りは、調査者と語り手との相互行為により生み出される<sup>26</sup>。

従って筆者は、筆者の質問が皆さんの語りを一方的に構築することを、できる限り避けるため、初回インタビューに先立って「どのように摂食障害になり、その過程で何を感じ、考えましたか。」という質問をし、それに対する回答をメールで送ってもらった。

このように得た語りを本研究では「はじめの語り」と呼んでいる。

また、さゆりさんはインターネット上に日記を公開しており、本人の許可を得てそれも参照させてもらった。<sup>\*3</sup>拓美さんは拒食症の体験記を持っていたため、本人の依頼もありそれを「はじめの語り」として用いた。また奈々さんは文章を書くことが苦手ということであったので、筆者ができるだけ介入しない形で、これまでの歩みについて初回のインタビューで語ってもらった。

初回インタビューでは、同意書<sup>\*4</sup>に署名していただいた後、「はじめの語り」をもとにして、そこに書かれている事柄に関する内容の確認、及び詳細を掘り下げた。

本研究の目的は、一定期間毎の語りの変化を追うことにはなかったため、インタビューの間隔を予め決めることはしなかった。また皆さんも仕事があつて忙しく、お互いのスケ

\*3 許可を得ないと見られない形の日記である。

\*4 付録 B,p293

名前	診断名	年齢	症状 <sup>a</sup> の始まり	インタビュー <sup>b</sup>	家族構成	学歴	入院歴	備考
敬子さん	BN	20代中盤	高2	19/30/3.5/2.1±1.3	両親兄弟	大学2年	なし	大学退学2回
さゆりさん	AN/BN	20代中盤	高3	14/28/3.5/2.8±3.1	両親妹弟	大学中退	2回	中3で極端なダイエットをしたが半年ほどで終息。高3から過食嘔吐が始まる 大学退学1回/誕生時は4世代の大家族。 自己診断/筆者とは2006年より友人関係にある 既婚・1児の母
理央さん	BN	20代中盤	高3	8/14/3.5/4.2±4.9	両親姉	大卒	なし	
由佳さん	BN	20代中盤	高3	10/15/3/4.6±3.2	両親妹	大卒	1回	
奈々さん	BN	30代中盤	中3	9/10/1/1.4±1.5	両親妹	高卒	なし	
拓美さん	AN	30代中盤	高2	10/14/2.5/4.6±1.5	両親姉	大卒	2回	

表 1.1 語り手の皆さんの略歴

<sup>a</sup> AN(Anorexia Nervosa) : 拒食症、BN(Bulimia Nervosa) : 過食症

<sup>b</sup> 「インタビュー」コラムの数字は、左からインタビューの回数、総時間(時)、期間(年)、平均間隔±SD(月)。期間は2009年夏までで計算。

ジュールの調整がなかなか付かなかつたり、約束をしても調子が悪くてキャンセルになったりすることもあった。このような事情においても、定期的にインタビューを行うことは不可能であった。

インタビューは状況に応じて、皆さんの同意のもと、録音という形式を取ったり、メモという形式を取ったりした。

筆者はインタビューが終わるごとに、先行研究との相互参照を繰り返し、視点が見出されるたびに追加のインタビューを行って、その視点の有効性を検証し、精緻化することに務めた。

お互いの信頼関係が築かれるまでは直接会ってお話を聞く様にしたが、信頼関係がある程度確立されて以降は、簡単な質問の場合に限って、電話やメールで回答をいただいた。

## 1.5 調査に関わっていない人々からよくされた質問について

筆者が摂食障害の研究をしており、当事者の人に1年以上お話を聞かせてもらっていることを話すと、「(皆さんの症状に筆者が)影響されて、気分が悪くなったり、落ち込んだりすることはないか」、「そのような人たちと、きちんと関係が築けるのか」と質問されることがしばしばあった。前者の質問は、摂食障害のことをほとんど知らない人々からよくされ、後者は、治療など、なんらかの形で摂食障害に関わっている人からのことが多かった。

まず1つ目の質問に関してであるが、皆さんの症状に「悪影響を受けた」と感じたことは1度もなく、むしろこちらが元気をもらったように感じることのほうが多かった。

次に2つ目の質問であるが、当初連絡を取ることができた13人の方のうち、長期間のインタビューが可能であったのは半分に満たない6人の方である。このため、関係が築けたかと言われれば、築けなかったというほうが正しいのかもしれない。ただ築けなかった理由に関しては、皆さんが「病気だったから」なのではなく、お互いの問題であると筆者は考えている。

また、長期間にわたってインタビューを行わせていただいた6人の方は「(筆者のことを)嫌だと思ったら、すぐに協力をやめています」と笑いながら言って下さっていたので、この方たちとは良い関係を築くことができたのだろうと推測している。

## 1.6 語り手と筆者との関係について

予め決定されたプロトコルに従って調査が進められる量的調査と異なり、質的調査では、調査協力者の心理状況や、置かれている社会状況などによって、調査方法が柔軟に変化する。このことは、調査者と調査協力者の関係性が、調査結果に反映されることを示す。従って本節では、本研究の結果が、筆者と語り手とのどのような関係において見出されたかについて述べる。

量的調査と同様に、質的調査においても、調査協力者が調査者の意見に影響されないようできる限り配慮することは重要であるが、本研究において筆者は、次の点でその原則を崩している。

まずひとつには、語り手に精神的、金銭的被害が及ぶことが明らかであった場合、筆者は、自らの意見を明確に語り手に伝え、語り手の行動に介入した。具体的にどのように介

入したかは、5.10(p109)と3.11.1(p78)において詳しく記している。

ふたつには、語り手から具体的なアドバイスを求められたり、筆者が、語り手が悩んだり、困ったりしている事柄の解決において、有用な知識が提供できると判断できた場合においてである。これは、最も長期間に渡り調査に協力して下さった敬子さんとの対話において、しばしば起こった。筆者が敬子さんにどのようなアドバイスをしたり、知見を提供したかについては、3章の冒頭、および同章の3.11(p78)において詳しく記している。また奈々さんにおいても類似したアドバイスをしており、これについては7章のおわりに記載した。

しかしインタビューが進行している最中は、結果が明確に導かれているわけではなかったため、結果の核心に触れるようなことを、皆さんに伝えることは差し控えた。

またインタビューは長期間に渡ったため、当然、皆さんにも調子の良いときと、悪いときがあり、調子が悪そうな皆さんを見た際には、筆者も何か力になりたいと考えた。

言葉でも励ましたが、もっと具体的なほうが良いのではないかと思い、筆者がこれまで読んできた本の中から2冊を選んで、そのいずれかを必要に応じて皆さんに勧めたときがあった。

1冊目は、精神科医の西園マーハ文が執筆した「生活しながら治す摂食障害」<sup>178</sup>で、2冊目は、西園と同様に、精神科医の水島広子書いた「やせ願望の精神病理」<sup>160</sup>である。

西園の著書は、アルバイトを始めようとしていたり、1人暮らしを始めていたりした、敬子さんと理央さんに薦めた。進路の決定方法、1人暮らしやアルバイトの仕方など、過食症の人々が生活において気をつけるべき点が、著者の長年の臨床経験を踏まえて、大変具体的に書いてあったためである。

また水島の著書は、由佳さんと奈々さんに薦めた。その理由は、対人関係における問題がどのように起こるかについて、病気を持っていない人も一度学んだほうが良いのではないかと感じるほどに、うまくまとめられており、さらにはやせた身体と女性に関する社会的な考察まで広くカバーされていたことにある。また何冊か出されている水島の著書の中でも、唯一の文庫で安価であったことも理由の1つである。

ただ筆者は、この2人の見解に全面的に同意しているわけではなく、特に西園の主張においては、13章において名指して批判している。しかし、筆者がこのような批判的な見解を同時に持っていることに関しては、皆さんにお話してはいない。

なおさゆりさんと拓美さんにおいては、インタビューにおいて特に本を薦めるような状況にはならなかった。

このような行動が、調査協力者の語りに影響を与えることは当然考えられるであろう。しかし研究において調査者は、調査者と調査協力者という関係以前に、ひととひととの関係を結ぶべきである。その関係において、悩んだり、困ったりしている人が目の前にいるにもかかわらず、何もできない振りをすることはあってはならないというのが筆者の信念であり、その信念に基づいて筆者は行動をした。

## 1.7 研究倫理

語り手を、ネット上の掲示板にて募集した際には、守秘義務が完全に守られること、匿名が使われること、明かしたくない情報には話を歪曲しない程度の修正を加えることが可能であること、協力への中断はいつでも可能なことを明記した。調査に興味を持ち、筆者



に連絡を下さった皆さんには、そのメールの内容に応じて、再びより詳細な調査の進め方及び調査倫理を記したメールを送った。このプロセスを経て同意が取れた場合に限り、実際にお会いしてインタビューを行った。初回インタビューの開始直前に、上述の内容を記した同意書\*5に署名を頂いた。

なおインタビューに応じてくださった13人の方のうち2名は、実名を同意書に記載することをためらったため、この方達に限り、同意書を読み上げ、口頭で同意を頂いた。しかし、本研究に長期的に参加してくださった6人の方、および敬子さんの母親は、すべて実名で同意書に署名をして下さっている。

また本研究で紹介される、皆さんの経験や語りは、すべて皆さんにその内容を確認いただき、掲載の許可を得たものばかりである。内容確認に際しては、皆さんのことが書かれているセクションを抜き出して、該当する方にそれぞれ見せ、事実の誤認がないかどうか、言い回しに気になるところがないかどうかを確認して頂いた。ただ筆者が皆さんに抱いた印象に関する箇所（たとえば3章の冒頭）や、筆者の分析に当たる箇所はお見せしていない。

これによる細かな事実関係や言い回しの修正、および言葉の付けたしはあったものの、大幅な変更や削除要請は一切発生しなかった。

## 1.8 研究者の立ち位置

筆者は、大学入学くらいから体重をととても気にするようになり、ダイエットをした。結果、その反動で過食傾向が強くなり、食生活が乱れ、食べ過ぎたと感じたときには運動をしたり、食べる量を減らしたりして体重を調整していた時期があった。

幸いなことに、筆者のこの悩みは米国への留学をきっかけに徐々に解消された。留学先のオレゴンには、体型を気にせず楽しそうに生きているたくさんの女性がおおり、また「やせていることが美しい」という考えがどのような社会構造の中で生まれているのかも学ぶことができた。

このような体験や学習を通じて、「体重に関してくよくよすることは、大変に馬鹿らしくく不毛で、こんなことで悩んで一番損をするのは自分だ」と心底感じるようになり、それとともに体型や食に関する悩みもなくなった。

このような状況を「過食症」というのだろう感じていたため、研究の開始当初、筆者は「当事者」という位置づけで語り手を募集した。しかし、この調査が進むにつれて、自らの立ち位置を自問自答せざるを得ないことが多くなった。

それは、インタビューが進む中で皆さんから、「経験者なら気持ちが分かりますよね」という問いかけをしばしばされたことにある。というのも、皆さんの経験は、1回の過食で4-5kg太るとか、1日中過食嘔吐をしているとか、すでにがりがりなのに、やせるために夜通し歩いたとかいうように、筆者の経験をはるかに超えた大変過酷なものであり、そこまで食べたことも、運動をしたことも、嘔吐をした経験もない筆者が、「分かりますよね」という質問に対して「分かります」とは、どうしても答えられなかったからである。

そのような話を聞いているうちに筆者は、「自分の場合は単なる『食べすぎ』の域を出なかったのではないかと感じ始め、「当事者」という立ち位置で協力者を求めることに

---

\*5 付録 B,p293

疑問を感じるようになった。

このため、調査を開始して半年ほどたった辺りから、あくまで1研究者という立ち位置で協力をお願いするようにし、皆さんから「経験者ですか。」と聞かれた場合には、「以前体型のことで悩み食生活が乱れたことがあるが、今はそのような問題は抱えていない」と述べるにとどめるようにした。

## 第2章

# 先行研究：「還元主義」を定義する

摂食障害における代表的な議論を、分野を問わずに通読すると、原因や症状の維持に関与するとされる要因は、時代や学問領域によって変化を見せるものの、これに関する見解は、学問領域を問わず、同一であることがわかる。

その見解は、次の2つの定論によって構成されており、本研究では、この2つの定論によって構成される見解を「還元主義」、さらに、それを構成する2つの論を、「本質主義」、「生体物質主義」と呼ぶこととする。

これら定論の内容は、本章において順次明らかにするが、「還元主義」という名称の所以を明らかにするため、これら定論の定義を、まず下記に記す。

- 「本質論」：過食や拒食といった摂食障害の症状の本質は、思春期の葛藤や、家族間の軋轢から生じる精神的圧迫といった、いわゆる「症状」と呼ばれる現象の外側にある。すなわち、拒食や過食のような、摂食障害を特徴付ける現象は、このような問題の表れに過ぎない。
- 「生体物質論」：生体は、物理・化学的な手法で観察が可能な物質の集合体である。従って、拒食や過食といった摂食障害に特徴的な現象は、遺伝子やホルモンといった、生体を構成する物質の、何らかの異常に起因する。

この2つの見解は、着目する領域が大きく異なる一方で、摂食障害を特徴付ける「現象そのものに着目せず」に、問題の解決を導びくことができる点で立場を共にする。

「現象そのものに着目しない」とは、拒食や過食といった現象がどのように行われ、当事者は、その渦中で、どのような体験をし、それに対してどのような解釈を行っているのかといった、現象に関わる当事者の体験や、現象そのものに対する当事者の解釈、さらには現象の詳細なあり様に重きを置かないことを指す。

たとえば「本質論」の場合、「症状」を表出させていると考えられる、心理的な問題を解決すれば、この病気における食の問題は解決する。なお、後述するが、人文・社会科学的研究の場合、心理的な問題ではなく、問題の所在は社会構造に帰結させられることが多い。ただし、臨床においてこの見方は主流ではなく、また本研究の目的が、医療が提示する摂食障害の理解に対する批判的考察であるため、III部以降の還元主義の批判においては、摂食障害の「本質」を心理的側面に還元させる見方に議論の焦点を当てている。

一方、「生体物質論」の場合、生体を構成する物質の中で、食行動に関わるものを洗い出し、そのうちのどれに異常が起こっているのかを特定し、それを修正すれば問題は解決する。

従って、この2つの論のいずれにおいても、拒食や過食といった「現象そのもの」に着目する必要性は生じない。

言い換えると、これら2つの見方は、現象を引き起こしていると考えられる、いくつかの心理的要因や、現象そのものの発現に関わる、いくつかの生体物質に現象を還元することで問題を理解・解決しようとする。筆者は、この点に着目し、これら定論を統合する主義を「還元主義」と名づけることとした。

なお、上で、「いくつかの要因」と述べたことには次のような理由がある。一般的に「還元主義」とは、「世界の複雑で多様な事象を単一のレベルの基本的な要素に還元して説明しようという立場」（広辞苑第6版）を指す。

しかし、本研究でいう「還元主義」とは、必ずしも「単一のレベルの基本的な要素」に帰着させた説明のことを指さない。本研究では、単一か否かにかかわらず、「現象そのもの」に着目せず、単一、もしくは複数の要素に現象を帰着させて、それを説明することを、「還元」と呼んでいる。

8章より、筆者は、「還元主義」の具体的な批判に移り、さらにIV部では、「還元主義」の弱点を補う見解として、「現象主義」を提示する。

ここでいう「現象主義」とは、現象に関わる当事者の体験や、現象そのものに対する当事者の解釈、さらには現象の詳細なあり様など、「還元主義」が重要視しない部分に着目し、その作業を通じて、現象を理解・解決しようとする立場を指す。「現象主義」の詳細については、IV部以降にて詳しく解説する。

本章は次のように構成されている。

まず2.1節にて、摂食障害の診断基準を解説する。引き続き、2.2節と2.4節において、「摂食障害」という病気がどのように医学において確立し、患者はどのように増加し、さらに、その発症や症状の継続がどのように理解されてきたのかを紹介する。

また、この議論と平行して、摂食障害の「本質論」が1960年頃に確立され、それが、様々な形で応用されてきたことを示し、2.5節にて、「本質論」について今一度まとめなおす。

続いて本研究は、摂食障害を生物学的な側面から解説する研究を「生体物質論」として提示し、さらに「本質論」と「生体物質論」を踏まえた治療方法にどのようなものがあるのかを紹介する。

そして、最後に、「本質論」と「生体物質論」についてももう一度わかりやすく解説し、これらを統合する論として、「還元主義」を定義する。

## 2.1 摂食障害とは

摂食障害は、極端な低体重や、過度の体重への関心、体重増加を防ぐための極端な食事制限や、嘔吐、下剤乱用などに特徴付けられる精神疾患である<sup>6,12,142,200</sup>。精神疾患の診断において世界的に参照されているDSM-IV\*<sup>1</sup>は、摂食障害を、拒食症、過食症、特定

\*<sup>1</sup> DSMの最新版は2002年に発行されたDSM-IV-TR (Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorders Text Revision)<sup>7</sup>である。しかし、DSM-IV-TRは診断基準において、前版のDSM-IVからの改変をほとんど行っておらず、摂食障害に至っては一切の変更点がない。日本語訳でも弱冠の訳語の変更があるのみである（例：体の重さ→体重）。このため、摂食障害の診断基準の変更について議論する

不能の摂食障害に分類し、次のような診断基準をそれぞれ定めている。

### 2.1.1 拒食症の診断基準

正式名称は「神経性無食欲症」(Anorexia Nervosa)である。患者は、年齢・身長に対して著しい低体重を示すにも関わらず、体重増加もしくは肥満に対して非常に強い恐怖心を抱いている。自己評価は体型・体重に強迫的に依存しており、体重増加を防ぐためには、極端な食事制限や下剤乱用といった心身に害を及ぼしかねない行為を取ることにも厭わない。

拒食症の診断基準は以下のようである。

- I. 年齢と身長に対する正常体重の最低限、またはそれ以上を維持することの拒否(例: 期待される体重の 85% 以下の体重が続くような体重減少、または成長期間中に期待される体重増加がなく、期待される体重の 85 % 以下になる)
- II. 体重が不足している場合でも、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
- III. 自分の体重または体形の感じ方の障害; 自己評価に対する体重や体型の過剰な影響、または現在の低体重の重大さの否認
- IV. 初潮後の女性の場合は、無月経、つまり、月経周期が連続して少なくとも 3 回欠如する。(エストロゲンなどのホルモン投与後にのみ月経が起きている場合、その女性は無月経とみなされる)。

拒食症は、さらに下記のように分類される。

- 制限型:現在の神経性無食欲症のエピソード期間中、その人は規則的にむちゃ食いや排出行動(つまり、自己誘発性嘔吐、または下剤、利尿剤、または浣腸の誤った使用)も行っていない。
- 無茶食い/排出型:現在の神経性無食欲症のエピソード期間中、その人は規則的に無茶食いまたは排出行動(つまり、自己誘発性嘔吐または下剤、利尿剤、浣腸の誤った使用)を行なったことがある。

### 2.1.2 過食症の診断基準

正式名称は神経性大食症 (Bulimia Nervosa) である。患者は、標準体重であるため、外見から摂食障害かどうかを判断することはしばしば困難である。しかし、過食症の人々も、拒食症の人々同様に体重と体型に関する強いこだわりをもっており、体重増加を防ぐための嘔吐や、下剤乱用を行う。

過食症の診断基準は以下のようである。

- I. 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 2 つによって特徴づけられる。
  - 他とはっきり区別される時間の間に (例:1 日の何時でも 2 時間以内の間)、ほ

---

場合は、DSM-IV-TR ではなく、DSM-IV を参照する。

とんどの人が同じような時間に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。

- そのエピソードの期間では、食べることを制御できないという感覚 (例：食べるのをやめることができない、または、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)。

II. 体重の増加を防ぐために不適切な代償行動を繰り返す、例えば、自己誘発性嘔吐；下剤、利尿剤、浣腸、またはその他の薬剤の誤った使用；絶食；または過剰な運動。

III. 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 2 回起こっている。

IV. 自己評価は、体型および体重の影響を過剰に受けている。

V. 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。

過食症には以下の 2 つの下位分類がある。

- 排出型：現在の神経性大食症のエピソードの期間中、その人は定期的に自己誘発性嘔吐をする、または下剤、利尿剤、または浣腸の誤った使用をする。
- 非排出型：現在の神経性大食症のエピソードの期間中、その人は、絶食または過剰な運動などの他の不適切な代償行為を行ったことがあるが、定期的に自己誘発性嘔吐、または下剤、利尿剤、または浣腸の誤った使用はしたことがない。

### 2.1.3 特定不能の摂食障害

拒食症や過食症に近い症状を見せながらも、どちらの診断基準も完全に満たさない場合、「特定不能の摂食障害」に分類される。特定不能の摂食障害の代表的な例としては、無月経以外の拒食症の診断基準を満たしていたり、過食がありながら代償行動が伴わなかったりする場合（むちゃ食い症候群）が挙げられる<sup>7</sup>。

### 2.1.4 複数の診断基準とそのゆらぎ

摂食障害の診断基準を定めているのは DSM だけではない。例えば、世界保健機関が定めた精神疾患の診断基準である ICD-10(International Classification of Disease 10th Revision)<sup>200</sup>には、DSM と異なる診断基準が記載されている。DSM と ICD はその基準において類似しているが、拒食症の低体重に対する診断基準においては、DSM が「期待される体重の 85% 以下」と定めているのに対して、ICD-10 では、「期待される体重の 85% 以下もしくは Body Mass Index の値が 17.5 以下」と定められている。

筆者が以前研究を行なったシンガポールでは、DSM を診断基準として広く用いつつも、もともと白人に比べ体型の小柄なアジア人が標準体重の 85% 以下になることは少ないという理由から、低体重の項目に関しては ICD-10 で定める BMI17.5 以下を採用していた<sup>118</sup>。

日本も独自の摂食障害の診断基準を持っている。厚生省管轄の内分泌系疾患調査研究班は摂食障害を「中枢性摂食異常症」と名付け、拒食症と過食症にそれぞれ診断基準を設けている<sup>142</sup>。診断基準は、DSM や ICD とほぼ同一であるが、拒食症の診断基準に「発症年齢は 30 歳以下」という記載があること、低体重に対する診断基準が、期待される体重

の85%ではなく80%以下とされているところが特徴的である。

付け加えると、DSMの診断基準も改変され続けている。例えば1980年発行のDSM-IIIでは、拒食症の低体重の基準が、「期待される体重の75%以下」と記されていたが、1987年に発行された次版のDSM-III-Rでは85%に大幅に変更された<sup>6,57</sup>。

同様に、DSM-IIIでは「身体イメージの過大評価」が拒食症の診断基準として記されていたが、その後の調査で拒食症患者は必ずしもこの障害を呈していないことがわかり、DSM-IVでは削除された<sup>79</sup>。

また、過食症の診断基準である、「自己評価は体型および体重の影響を過剰に受けている」という項目はDSM-IVで新たに追加された基準である<sup>79</sup>。

次版のDSMは2012年に発行される予定であり、そこでも更なる改変が加えられる可能性がある。例えば、拒食症の診断基準である「期待される体重の85%以下の体重」が適切であるかは未だに議論されているし、拒食症状を呈する多くの患者に月経があることから、無月経が診断基準として本当に必要かどうかも明らかになっていない。同様に、「無茶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2回起こっている」という過食症の基準も、診断において適切であるかは議論が続けられている<sup>79</sup>。

DSMを一瞥すると、摂食障害とは確立された精神疾患であり、摂食障害である者とそうでない者の間には明確な境界があるように思えるが、実際はその境界はあいまいであり、常に改変が繰り返されていることが分かる。

それでは摂食障害の発症や症状の維持のメカニズムはこれまでどのように考えられてきたのだろうか。次節では、摂食障害の発症や症状の維持、そしてその特徴的な疫学はどのように理解されてきたのかを、歴史的にそして学問の領域別に振り返り、「還元主義」を定義するための足がかりとする。

## 2.2 「聖なる拒食」から「拒食症」へ

「現代病」と表されることもある摂食障害であるが、文献を紐解くと、拒食には大変に古い歴史があることが分かる。

13世紀から16世紀のヨーロッパにおいて、拒食は女性のキリスト教聖者によく見られる一般的な実践であり、食事を取らずに生きることは、キリストの血と肉で生命を維持していることの証しであると見なされた。拒食は“anorexia mirabilis” (miraculously inspired loss of appetite: 奇跡的に引き起こされた食欲の消失<sup>\*2</sup>) や “inedia prodigiosa” (great starvation: 偉大な絶食<sup>\*3</sup>)<sup>31</sup>と名づけられ、病気ではなく宗教的行為として見なされた。現在、この時期の拒食は、“Holy anorexia” (聖なる拒食) と呼ばれている<sup>176, \*4</sup>

17世紀に入り、自然科学が真実を語る言葉として、宗教に代わり力を持ち始めると、拒食に対する解釈の権威を牧師や神父に代わって、医師が担い始めた。

\*2 筆者訳

\*3 筆者訳

\*4 Walter Vandereycken (ウォルター ヴァンダーヴェイケン) と Ron van Deth (ロン ヴァン デス)<sup>265</sup> は、聖なる拒食と現代の拒食症に類似点が多いことを認めつつも、時代背景や解釈の違いを無視して、この時期の拒食を現代の拒食症と同一視する見方に否定的な見解を示している。

拒食は、ヒステリーや躁病、憂鬱の結果であると見なされるようになり、1694年には、現在、最古といわれている「拒食症」の症例報告が、イギリス人の医師、Richard Morton (リチャード モートン) によって発表された。モートンは、長期にわたる拒食を神経消耗 (nervous consumption) であると考え、それを独立した一疾患として扱った<sup>31,264</sup>。

モートンの報告は発表当時それほど脚光を浴びなかったが、約 200 年後に、パリの神経科医である Ernest-Charles Laségue (アルネ-カルル ラセグ) とロンドンの内科医である William Gull (ウィリアム ガル) によってほぼ同時に再発見される。現在使われている拒食症 (Anorexia nervosa) という名称は、1884年にガルによって付けられたものである<sup>91,264</sup>。

ラセグとガルが行った拒食に関する記述には、若い女性が最も罹患しやすいこと、活動過多や無月経があることといった、モートン報告には見られない、しかし現在の拒食症の患者には一般的な特徴が含まれていた。だが、一方で、現在の拒食症を特徴付ける強烈なやせ願望についての記載はない。

## 2.3 精神分析と拒食～「本質論」の萌芽

19世紀の終わりになると、精神科医の Sigmund Freud (ジークムント・フロイト) と Pierre Janet (ピエール・ジャネ) が、食欲は、リビドーや性欲の象徴的表現であるとする精神分析に基づき、拒食症の原因は、とりわけ口唇期における性発達の失敗であるという見解を発表した<sup>31,122</sup>。

しかし、この頃の主流は、下垂体の機能低下が拒食症の原因であるという見方<sup>\*5</sup>であり、フロイトとジャネの見解が脚光を浴びることはなかった<sup>31</sup>。

ところが、1930年頃になると、下垂体の機能低下による極端な体重減少は稀であること、下垂体の萎縮は拒食症の原因ではなくむしろ結果であることが判明し<sup>264</sup>、また精神分析そのものに対する評価が上がったことも相まって、フロイトとジャネの解釈は再評価を受けた<sup>31</sup>。

ここに摂食障害の本質は、食の乱れそのものではなく、食とは直接関係のない心理的な部分にあるとする、「本質論」が萌芽する。医師との継続的な面談の中では、食行動や身体に関する認識に異常があることを患者に気づかせ、その異常の本質が、彼女の未発達な女性性に起因していることを示すことが目的となった。

1940年代に入ると精神分析に基づく治療方法は確立され、2人の説を生物学的に証明する研究も盛んになり、未発達の生殖器や、萎縮した胸などが、低体重の結果ではなく、患者の未発達な性の証として見なされるようになった。

しかし、このような身体の変化は、拒食症の原因ではなく結果であることが後に明らかになり、また精神分析に基づいたモデルは、臨床でそれほどの効果を発揮できずに徐々に行き詰まりをみせるようになる<sup>31,91</sup>。

\*5 正確にはシモンズ病の1症状として考えられていた。シモンズ病は1914年にドイツの内科医 Moris Simmonds により提唱された疾患であり、下垂体の萎縮や炎症、外傷などのために起こった下垂体の機能低下が、甲状腺や副腎の異常、若年性痴呆などの身体障害として現れる病気である<sup>246</sup>。



## 2.4 母子2代にわたる病気から多元モデルへ～「本質論」の確立

1960年代に入ると、医学書への記載はあるものの臨床で見られることはほとんどなかった拒食症の患者が欧米で急増し、1970年代に入ると、拒食症は、この地域の思春期の女性に一般的に見られる病気となった。摂食障害研究のパイオニアであるアメリカのドイツ系精神科医 Hilde Bruch (ヒルデ・ブルック) は、この広がりをつまみ食い、拒食症を「新しい精神疾患」として呼ばざるを得ないと述べている<sup>30</sup>。

そして、患者の急増に並行するように、精神分析の枠組みで治療が行われていた拒食症の治療の射程が、母と娘の関係を中心とした患者の家族構造にまで押し広げられた。このパラダイムシフトは、先のブルックにより引き起こされ、ブルックの提唱した理論は、1960年以降の摂食障害研究・治療をしばらくの間牽引することになった<sup>91</sup>。

摂食障害の本質は、食ではなく、不適切な母娘関係にあるという見方は、しばらくの間、医療において不動のものとなる。

### 2.4.1 ブルックの母親原因説とその広がり

ブルック<sup>30</sup>によれば、拒食症の患者は、常に他人の期待に応えようと生きてきたゆえに、自分自身で意思決定をしたり、自分の感情や感覚を的確に察知したりすることができない。このため、期待に応えられない場面に遭遇したり、環境の変化に対応できなかつたりしたとき、それを言語で表現する代わりに、やせて自らを無能力化し、その場から逃避することで、問題を処理しようとしてしまう。

このような子どもが育つ原因は、両親、特に母親の不適切な子育てにある。

患者の母親は、社会的な成功を強く求め、結婚前は仕事の一線で活躍していた女性が多い。このような女性は、結婚して家庭に入ってから、主婦としての成功を求めて家事や育児に邁進し、主婦としての成功の証である子供に大きな期待を寄せる。

しかし、子供の成功を期待するゆえに、子供が失敗しないように先回りしたり、子供の進路に必要な以上に口を出したりしてしまうため、子供は自分が何をやりたいのか、感じるのかではなく、母親の期待にいかにして応えるかということばかりを気にかけるようになる。

結果、子供は自分自身で物事を決めたり、考えや感情を認識して、言語で表現したりする能力を育てる機会を逸してしまう。

このような子供は成長の過程で失敗をしたり、上手く乗り越えられないできごとに会うと、「できない」と言葉で表現したり、具体的な解決方法を探ったりすることができずに、「こんなにやせてしまったからもう何もできない」と身体で表現することで、その場から逃避してしまう。

またブルックの理論は、母が抱える内的葛藤も問題にされている。「立派な母になりたい」と願う一方で「子供のためにキャリアを犠牲にした」という想いを抱える母親の両義的な想いは、娘に伝わり、そんな母を見て育った娘は、「母のような成熟した女性に成長したい」という願望を育てることができない。結果、思春期に入った娘は、丸みを帯びてきた自分の身体の成熟を拒否してしまう。

ブルックに拠れば、拒食症は、母は女性としての内的葛藤を抱え、娘はやせることで女性としての成熟を拒否するという母子2代に渡る精神疾患なのである。

摂食障害患者の母子関係を中心とした家族構造を、極めて明快な形で病理化したブルックの説は、Salvador Minuchin(サルバドール・ミニューチン)<sup>157</sup>や Selvini Palazzoli(セルビーニ・パラツォーリ)<sup>150, 226</sup>といった家族療法家により体系化され、臨床で広く用いられた<sup>51</sup>。

そして、この時期、欧米以外の地域で患者が急増したのが、高度な工業化を遂げた日本である。日本においても、20世紀後半に国内の摂食障害研究および臨床を牽引した精神科医の下坂幸三が<sup>229, 230</sup>、「キャリアを求め、生まれながらの『母性』を受け入れることのできない、過干渉な母親が抱える内的葛藤が、娘の成熟拒否を引き起こし、拒食症を発症させてしまう」という論を展開し、彼の主張は医療専門家や在野の支援者に広く受け入れられた<sup>13, 137, 193, 195, 196, 275, 277, 278</sup>。

こうして不適切な育児をする母親を問題の本質とし、その表れとして摂食障害の症状を捉える、摂食障害の「本質論」は日本においても広く受け入れられて行くのである。

#### 2.4.2 嗜癖、共依存、アダルト・チルドレン

また1990年代に入ると、精神科医の斎藤学<sup>218, 220</sup>や臨床心理士の信田さよ子<sup>184</sup>が、摂食障害を嗜癖と見なし、アダルトチルドレンの枠組みで解釈するという、これまでとは異なる理論的立場から、摂食障害の母子原因論を展開した。

2人の議論は、10章において、重要なものとなってくるので、ここで詳しく解説したい。

「嗜癖」とは、アルコールや薬物依存、盗癖、ギャンブル癖など、「逸脱した習慣への執着」(108)<sup>217</sup>を指し、拒食や過食といった状態を通じて見られる、食べ物への執着も嗜癖の1つである<sup>220</sup>。

生体はストレスに晒されると、アドレナリンやノルアドレナリンを放出して体内の血流を増加させ、エネルギーを筋肉内に貯める。恐怖反応であれば、敵を攻撃するといった行動によってそのエネルギーは発散されるが、不安によるストレス反応の場合、筋肉は興奮状態のまま放置される<sup>217</sup>。

このようなエネルギーは軽作業やスポーツなどで発散されることが理想的だが、実際は「不安に直面しない」という方法で、不安を回避しようとする人も多く、この場合、不安などの否定的な感情は発散されことなく蓄積されてしまう<sup>217</sup>。

嗜癖には蓄積された不安や怒り、悲しみといった否定的な感情を一時的にはあるが解消させる効果があるが、嗜癖行動をやればやるほど、不安への耐性が弱まり、嗜癖に逃げ込みやすくなってしまったため<sup>217</sup>、嗜癖から抜け出すには、嗜癖によってどのような感情が解消され、その感情はどこから生じているのかを理解し、言語化する訓練をせねばならない<sup>217</sup>。

■共依存 嗜癖を理解するうえで重要なのが、「関係嗜癖」という概念である。

嗜癖には、食べ物やアルコールといった物質に依存する「物質嗜癖」と、ギャンブルや仕事中毒など、行為の継続に依存する「過程嗜癖」があり、「関係嗜癖」はこの2つの嗜癖の基底にある<sup>217</sup>。

「関係嗜癖」は、嗜癖者同士の不適切な人間関係を指し、関係嗜癖から生じる渴望や飢

餓感が物質嗜癖や過程嗜癖を2次的に誘発する。しかし、物質嗜癖や過程嗜癖は、あくまでも充足した人間関係が得られないという渴望を、アルコールやギャンブルといった他のものにすり替えているだけであるため、関係嗜癖が解消されない限り止まることはない<sup>217</sup>。

関係嗜癖の根本にある関係が、「共依存」である。「共依存」とは「他人に依存されることで、他者を支配したいという欲求を持つ個人」と、「人に依存することで他者を支配したい」という欲求を抱えた個人がつくり出す、「コントロールの闘争をめぐる対人関係」のことを指す<sup>220</sup>。

たとえば、共依存の典型的な例として用いられるのが、アルコール依存症の夫とその妻の関係である。アルコール依存症の夫は、アルコールを飲んだり飲まなかったりすることで、妻を喜ばせたり、悲嘆にくれさせたりして、彼女の情緒を支配する一方で、妻はそのような夫を献身的に世話することを自分の生きがいとするため、「疎みながらも離れられない」という関係嗜癖ができあがる<sup>217</sup>。

**■摂食障害と共依存** 摂食障害とは、主に母と娘の共依存から生まれる嗜癖である。

夫や子供のために献身的に主婦業をこなす一方で、自らの人生に空虚感を持つ母親が、従順な娘を愚痴の聞き役として選ぶところから、母と娘の共依存は始まる。

娘はそんな母親を支えようと、必死になって話しを聞き、母親の喜ぶような生き方をしようと懸命に努力をするが、そのような生き方は、「今のままではいけない」というメッセージを、心に刻印するような生き方となって、たいていの場合、子供にのしかかり、成人した後も子供はそのメッセージに苦しめられるようになる<sup>217</sup>。

摂食障害とは、自分と母とのこのような密着に疑問を持ったり、「今のままではいけない」という生き方が袋小路に入ったりしたときに現れる障害であり、根本にある母と娘の共依存が解消されない限り、食への嗜癖である摂食障害からは回復することは難しい<sup>217</sup>。

**■アダルト・チルドレンと摂食障害** 「共依存」と対になる言葉が「アダルト・チルドレン」である。

アダルト・チルドレンは、もともとは「アルコール依存症の親の元で育った子供」の事を指し、さらにそこから定義は拡大され、嗜癖問題を抱える親のもとに育った子供一般を指すようになった<sup>185</sup>。<sup>\*6</sup>

アダルト・チルドレンとして育った子供は、言葉とは裏腹な行動をとる親のもとで生活をした結果、親の言葉を信じられなくなっていたり、親から頻繁に暴力を受けていたり、ひどい場合には父から性的な視線もしくは暴力を浴びせられていたり、成長において大変に不適当な「機能不全家族」で育つ<sup>185</sup>。

このような子供は非行に走るといった形で、あからさまに親に反抗する場合もあるが、中には親の期待通りに生きたり、家族関係を調整したり、親の責任をとったりすることで親を支えようとする場合があり、そんな息の詰まるような生き方のツケが摂食障害のような形で現れることがある<sup>185</sup>。

<sup>\*6</sup> 信田はさらに用法を拡大し、「現在の自分の生きづらさが親との関係に起因すると認めた人」(73)、「自分がACと思えばAC」(73)と述べている<sup>185</sup>。ACはAdult Children(=アダルト・チルドレン)の略記。

■共依存から脱却するには 齋藤も信田も、共依存からの回復が、摂食障害からの回復につながると考え、そのために必要なのが「支配する-される」、「世話をする-される」という関係からの脱却であると述べている。

特に齋藤の論で特徴的なのが、当事者に向けて行われる精神療法は、共依存からの脱却に有効に作用するどころか、逆にそれを増強するという点である。伝統的な精神療法において、治療者と患者の関係は、「治療関係を支配（コントロール）する-される」という関係性の中で展開されるため、この関係は患者の治療者に対する依存的な態度を増強してしまう<sup>217</sup>。

共依存から抜け出すには、母か娘のいずれかがそこから抜け出す必要があり、摂食障害の当事者である娘に有効なのが自助グループである<sup>217</sup>。

医療者がいるわけでもなく、回復への指針を示すリーダーのいるわけでもない自助グループは、支配をする相手も、支配される相手もない対等な関係の中で行われる。このため自助グループには依存する相手が存在せず、ゆえに共依存は成り立たない。<sup>\*7</sup>

齋藤によれば、このような関係性において仲間に出会い、嗜癖の裏側に隠された不安や苦しさを分かち合うという体験が、共依存からの脱却、すなわち摂食障害からの回復に欠かせない。

一方信田は、共依存から脱出するためには、「美しい愛に満ち溢れた家族」というような幻想ではなく、むしろ「家族解散」を問題解決のキーワードとしてはどうかと提案して、次のように述べる<sup>185</sup>。

価値の変動、それに連動する相対化の波で家族も揺れ動いている。おまけに最後の砦として良くも悪くも家族の役割が過重になっている。若者を中心とした漠然とした生きづらさの感覚は、このような家族の過重な役割に連なっているのではないだろうか。そのような状況において敢えて「家族解散」という選択肢を加えたい。それは「崩壊」というマイナスの意味ではなく、「再生」の希望を込めた選択肢である。解散の可能性があることで過重な期待から少しは解放されよう。家族という拘束しかし自分を放棄できる甘い快感を伴った場所を離れることは自分が孤独に晒されることである。その痛みに耐えられるかどうか。しかしそのプロセスを経なければ家族に対し私たちが何を欲求しているのかがわからないだろう。(87)

齋藤と信田の論では一見すると、当事者の母親が批判の論壇に乗せられているようだが、この引用で示唆されているように、2人の論は誰かを一方的に責めるのではなく、そのような母娘関係を生みだしたより大きな社会構造が視野に入れられている。

齋藤や信田は、摂食障害の母娘にしばしば見られる共依存の関係が、一方で男性と平等の権利を叫びながら、もう一方で夫や子供に献身的に尽くすことを当然のこととし、夫に依存した存在としか女性を見なさない、歪んだ社会構造から生まれたものであることを、社会学や女性学の理論を取り入れながら指摘している。齋藤や信田の提案する自助グループや、「家族解散」はこのような社会構造に対抗する働きも狙っていると考えてよいだろう<sup>185,217</sup>。

齋藤と信田の理論を、本研究の理論的枠組みに照らし合わせると、2人の主張は、嗜癖

<sup>\*7</sup> 自助グループは必ずしも当事者だけで運営されるわけではなく、医師や心理士がその運営に関わることもある<sup>250</sup>。

の理論を母子関係の分析に用いる点で、ブルックや、下坂とは異なるが、一方で、問題の本質を食という現象の外側に置く点で「本質論」であると言える。

### 2.4.3 「第1次家族モデル」を定義する

ここで、「本質論」の中核をなしてきた、家族に関する議論をまとめ、「第1次家族モデル」という新しい言葉を導入したい。

摂食障害の原因を母子関係を中心とした家族に求めるモデルには、①精神分析に源流を見るもの、②ミニューチンのような家族療法家によって体系化されたもの、③嗜癖の理論から発生しているものという3つの大きな流れがある。

この後、発症や症状の維持において、親子関係に注目する摂食障害の「家族モデル」は、批判の中で形を変容させていく。このため本研究では、理論の違いはありながらも、不適切な子育てをする両親、特に母親に本質的な問題があるとする「家族モデル」を「第1次家族モデル」と呼ぶことにする。

### 2.4.4 過食症の広がり

1970年代に入ると、摂食障害の治療に関わる医師たちは、拒食症と類似してはいるものの、純粋な拒食症とは明らかに違う症状を見せる患者が、臨床に多く現れることに気がついた<sup>91,263,264</sup>。

その患者たちは、標準的な体重ではあるものの、拒食症患者と同様に強烈なやせ願望を抱いており、定期的な過食とそれを相殺するための代償行動を行っていた。このような症状は当初、拒食症の変形もしくは肥満の一症状と見なされていたが、このころになると、このような症状を示す患者が拒食症及び肥満患者と区別できるほどの数に膨らみ、拒食症や肥満から独立させようという動きが高まった<sup>91,263,264</sup>。

この名称として、“thin fat syndrome”、“binge eating syndrome”、“dietary chaos syndrome”といった複数の候補が挙げられたが、最終的には現在の過食症の診断基準の基礎を築いたイギリスの精神科医のGerald Russellが提唱した“bulimia nervosa”（過食症）が、最も適切な名称として1979年に採択され、ここに摂食障害の下位分類としての拒食症と過食症が確立された<sup>239,263</sup>。

これに伴い、拒食症の時と同様に、過食症は本当に新しい病気なのかという議論が起こり、過食に関する歴史的な文献が調査された。

結果、ギリシャ語のbulimousから由来し、ox (bous)-hunger (limios)(牛のような食欲)という意味を語源に持つ“bulimia”（過食）の記録は、紀元前3世紀頃にまで遡ることが明らかになった<sup>264</sup>。

過食に関する記載はそれ以降の医学的文献の中にもしばしば現れ、その中には、猫や犬及び人肉食なども含まれており、過食という用語が極めて広範囲の摂食行動に適用されていたことも分かった<sup>202</sup>。しかしこの頃の過食はもっぱら消化器官の異常と考えており、精神疾患と結び付けられることは稀である<sup>239</sup>。

過食が精神疾患と関連付けられるようになるのは、19世紀の後半であり、この頃になると過食は頻繁にヒステリーの一症状として語られるようになった。しかし拒食症と同様に、このころの過食は精神医学において特に注目された症状ではなく、現在の過食症の特

徴である肥満恐怖や体型・体重に過剰に依存した自己評価に関する障害もこの時点では報告されていない<sup>264</sup>。

1884年に既に独立した精神疾患としての記録がある拒食症と異なり、過食症は20世紀後半に始めて確立された「新しい」疾患なのである<sup>239</sup>。

また、過食症の発症や症状の維持の理解に関しては、当初、過食症が拒食症の亜型と考えられていたこともあり、これまでに示したような、「本質論」がほぼそのまま当てはめられた。

#### 2.4.5 社会・文化的研究

摂食障害の患者が、1960年代以降、欧米や日本を中心とした工業国家に居住する若年女性の間で限定的に増加したことを受けて、心理面や家族関係だけでなく、社会・文化的な視点から摂食障害を分析しようという研究も増加した。

ここではその中でも代表的な議論である、女性性、現代社会における自己、さらには文化変容の観点から摂食障害を分析した主な研究について概観したい。

社会・文化的研究は、「第1次家族モデル」のように、摂食障害という問題を、母子関係に単純に還元させていくことはせず、研究の焦点を、やせを奨励する社会や、摂食障害において問題とされる母子関係を作り出す社会構造に置く。この点で、社会・文化的研究は、これまでに紹介した、ブリックや下坂、斎藤・信田の議論とは異なる。しかし一方で、過食や拒食と言った現象そのものではなく、問題の本質を、社会構造に向ける点で「本質論」に分類することができる。

##### 家父長的な社会制度による女性の抑圧

不適切な養育体験による自我の未発達の原因であると考えられていた摂食障害であったが、1980年代に入ると、その原因を家族、特に母子関係に還元する「家族モデル」に疑義を唱える研究者が現れた。その先陣を切ったのが、フェミニスト色の濃い心理療法師のSusie Orbach（スージー・オーバック）<sup>199</sup>である。

オーバック<sup>199</sup>は、拒食症を語る際には、母子関係だけでなく、第2次世界大戦後に欧米女性に課された、女性性に関する矛盾した社会規範も射程に入れる必要があると主張する。

第2次世界大戦中、女性は、戦地に狩り出された男性の労働力不足を補填するため、政府によって、積極的に外で働くよう促され、家から出て働く女性は敬意を持って社会から受け入れられたが、男性が復員すると状況は一変した。

母性は女性の聖なる領域であるかのように崇められ、「夫と子どもの心身の健康に一切の責任を持つのは母親である」という社会的風潮が一気に高まった。1960年に起こった女性解放運動は、このような風潮を打開し、女性に選択の自由をもたらしたように見えたが、実際には「ガラスの天井」が存在しており、女性の社会進出を阻んでいた。

「母親であり、キャリアウーマンであれ」という両義的な社会規範は、この時代を生きた母親の心理的な混乱を誘った。「女性を女性たらしめるものは『母性』である」という社会規範は、「娘が自立したら自己の拠り所は消失してしまう」、「自分がロールモデルとなり立派に娘を育てなければならない」という焦燥感や使命感を母親の中に生む一方で、子育てのために自身のキャリアや夢をあきらめたと感じる母親は、自分たちが成しえなかつ

た夢を娘に成し遂げてほしいと期待するようになった。

結果、母親は「自分の思うがままに育てて欲しい、自分ようになって欲しい」という願望と、「自分のようににはならないで欲しい」という矛盾したメッセージを成長過程にある娘に送ってしまい、それを受け取った娘は、女性性に混乱を来たして、成熟拒否を起こし、ふっくらした成人女性の身体を持つことを拒んでしまう。

またオーバックによれば、拒食症のやせた身体は、男性に従属しながら「子産みマシーン」としての役割を要求する家父長的な社会への象徴的な抵抗でもある。拒食症のやせた身体は、弱々しく従属的で、一見社会から課せられた要求を受け入れているように見えるが、そのやせ細った身体にはもはや女性としての生殖機能はない。拒食症は、社会の要求を受け入れつつ、究極的にはそれを否認するという、家父長制に対する「ハンガーストライキ」なのである。

一方、心理学者の Rita Feedman (リタ・フリードマン) (1984)<sup>73</sup>や社会学者の Bryan Turner (ブライアン・ターナー) (1984)<sup>257</sup>は、オーバックと異なり、拒食症を「究極の女性性を得るための過激な挑戦」(36)<sup>73</sup>と述べた。拒食症の女性たちは、やせた身体を得ることで、女性としての魅力的な外見や、弱々しさ、依存心をかもし出しつつも、食事を完璧にコントロールするという「自立」を成し遂げている。拒食症の痩せた身体は、女性的な身体とは程遠いものであるが、実はそれは課せられた矛盾したメッセージを全て体現しようとして起こった悲劇的な結果なのである。

一方、心理学者の Marlene Boskind-White および William White (マーリン・ボスキン-ホワイト、ウィリアム・ホワイト) 夫妻は<sup>21</sup>、過食症<sup>\*8</sup>に焦点を当てた。

ホワイト夫妻も、オーバックと同様に、母親が、戦後を生きた女性に課された矛盾した性役割を充足することに挫折したことと、摂食障害が増加していることとの関連を重要視しているが、摂食障害の発病は母娘関係以外のさまざまな要因が絡みあって発症していると考え、母子関係が原因で起こる成熟拒否といったステレオタイプの発症モデルを批判した。

女性は社会化の過程で、他人の要求に応えたり、他人に依存することを過度に要求されたりすることが多く、このために自信や自立心を発達させにくい。女性がこのような社会化のプロセスを過度に経ると、問題に直面した際に、それを適切に処理することができず、過食嘔吐といった不適切な問題処理行動を取る場合があると夫妻は述べる。

90年代後半に、オーバックやホワイト夫妻同様、女性性をキーワードとして摂食障害を分析したのが、社会科学者の浅野千恵であった<sup>10</sup>。先に述べたように日本でも、摂食障害の原因は自らの母性を受け入れられない母親と、女性になることを拒否する娘にあるとする医学的解釈が強<sup>\*9</sup>、1990年代以降、その解釈はマスメディアや書籍を通じて一般に浸透した。

浅野は、「この現象の根幹にあるのは実は女性という存在をどのように『解釈・定義するのか』という『政治的』な問い」(198)であるが、精神医学がそれを「個人の病理」と見なすため、背後にある政治的な問いは隠蔽されてしまっていると分析した。

浅野は、ジェンダーの視点から摂食障害を再分析し、女性の本質を母性とする見方や、

\*8 ホワイト夫妻は、過食症という言葉は使わず、プリマレクシア (bulimarexia) という呼び名を使っているが、2人の注目している症状は、過食と、それを相殺するための排出行動なので、本論では過食症としている。

\*9 2.4, p19

女性の身体が他者からの搾取や欲望の対象となっていること、さらには社会的に理想とされる女性像（例：容姿が良い、弱々しい）と「理想の人間像」（例：外見より中身を重視する、自立している）がしばしば矛盾している社会状況こそが、多くの女性が摂食障害を発症する社会的温床となっていることを指摘した。<sup>\*10</sup>

### 現代社会における自己のあり方

摂食障害において「女性」を外すことのできない重要なキーワードとしながらも、その視点を近代以降の社会における、自己のありかたにまで拡大した研究も多い。

たとえば社会学者の Anthony Giddens(アンソニー・ギデンズ)<sup>87</sup>は、「再帰性」(reflexivity) という概念のもと、拒食症を解釈した。

「再帰性」とは、ひとが自らの行動を折に触れて振り返り、何が理想的であるか、何が望ましいかを確認し、その方向へ自分を導く作業を繰り返すプロセスのことを指す。

現代社会に生きる人々には、たとえば職業選択の自由という言葉に象徴されるように、数多くの選択肢が未来へ向けて提示されている。しかし、そのような「自由」も見方を変えたと、自分の拠って立つところ、自分の生き方は最終的には自分にしか決めることはできないという、「自分」という存在の曖昧さと不安定さにつながる。

ギデンズによれば拒食症とは、自己責任において何が最適かを選択し続けることを要求する現代社会の「再帰性」が生み出した病気である。

1920年以降、「健康」とは自己責任において維持されるべき概念となり、体重もまたその中で、自己の責任において調整されるものと位置づけられた。肥満は「自己管理ができない怠け者の病気」になり、「やせた身体」は自己責任が取れるひとのイメージとして現代社会を駆け巡った。

真っ先にこのイメージを使い始めたのが、ダイエット産業やメディアであった。ダイエット産業やメディアは、自らの利益を拡大するため、このイメージを操り、努力さえすれば誰もが「やせた身体」を手に入れることができるのだと謳い、多くの人々はそのメッセージに飲み込まれ、「ダイエット」は自分自身の選択においてなされたのだと、「やせた身体」は自分の努力で獲得され得るものなのだと思込むようになった。

拒食症は、身体への過剰な自己コントロールを要求する社会が発するメッセージを、ともに引き受けてしまった人々の姿である。

特に、男性よりも矛盾した価値基準—たとえば、「働くこと」と「母になること」、「自立していること」と「頼りないこと」—が課されている女性は、未来に向けての方向付けが男性よりも困難なため、不安定な状況に陥りやすく、強い意志さえあれば思うようになると考えやすい自己の身体に、過度な関心を向けやすい。厳格な自己コントロールによってやせた身体を維持することは、現代社会において安定した自己を得ようとする際に、女性が選択しやすい方法なのである。<sup>\*11</sup>

ギデンズの「再帰性」の理論を用いて、同じく拒食症について意見を述べているのが、文化人類学者の波平恵美子である<sup>175</sup>。<sup>\*12</sup>

<sup>\*10</sup> しかし浅野は摂食障害をフェミニズムの視点から捉える方法は女性を単に「受容的な存在」として捉え過ぎてしまう傾向があり、これがこのモデルの限界であると述べている。

<sup>\*11</sup> ギデンズは過食も「明らかな拒食に対応物」(118)として捉えているが、議論の対象は拒食症に終始している。また、ギデンズの議論の完結には、厳格な自己コントロールにおいて維持された「やせた身体」が必須であり、標準体重である過食症の患者に彼の議論を適用することはできない。

<sup>\*12</sup> 波平は「拒食症」ではなく「やせ症」という言葉を使っている。



現代社会において、「自分らしい生き方」を自分自身で決定することは大変に美しいことのように聞こえる。しかし、ひとが自らの人生を方向付けていく場合、なんらかの情報を外部から取り入れなければならず、その過程で、ある方法—たとえば「ダイエットをすること」—が「生きていくうえで望ましい」と思わされてしまうことがある。「再帰性」にはこのような危険性があることを波平は警告する。

また波平は、当事者の手記を通じて、拒食症の人々が体重という基準に過剰な注意を払い、自分の身体を極度に、しかしきわめて単純な形で対象化していることに着目した。(たとえば、体重という単一指標のみで自分の身体を「もの」のように評価する。)

そして、哲学者の市川浩の言葉を参照しながら、ひとは「身体を持つ」のではなく、「身体である」と述べ、自分の身体を、あたかも自分から乖離した「もの」であるかのように扱う拒食症の人のまなざし、そしてそのような考え方を助長する社会は、ひととひととの社会的な関係性を調整したり、共感を生み出したりするという、身体が本来持っていた役割を希薄にしてしまうだろうと論じている。<sup>\*13</sup>

一方、哲学者の Susan Bordo (スーザン・ボルド)<sup>20</sup>は、「2元性 (dualisms)」、「コントロール (control)」、「ジェンダー/パワー (gender/power)」の3つの軸が、拒食症を理解する際の鍵だと述べた。

2元性 (dualism axis) とは、プラトン、アウグスティヌス、デカルトと続いた、西洋哲学の大前提である心身2元論、すなわち心と身体は分離可能であり、心は身体の上位に立つという理論を指す。

拒食症の患者は、彼らの信奉者ではないが、身体を自己と切り離し、空腹感といった身体からの訴えをさげすんだり、徹底的に押さえ込もうとする点で、精神を身体より崇高なものとし、身体は精神の管理下にあるべきとする心身2元論そのものであり、この姿は、精神による身体のコントロールを脅迫的に要請する現代社会のあり方を象徴的に表している。

また体重を自分の意思で完全にコントロールすることに大きな達成感と喜びを感じる拒食症の患者の傾向は (コントロール軸)、拒食症のみならず、強迫的なランナーや、ボディビルダーなど、強固な意志に基く身体の改造とコントロールを求める人々にも共通して見られる。身体の徹底的なコントロールという点においても、拒食症は現代的なのである。

最後の軸 (ジェンダー/パワー 軸) は、オーバックのように、現代の女性に課せられた矛盾への抵抗という視点から、拒食症を捉えるのに適している。男性による支配から逃れ、自由で独立した女性になりたいと願う女性は、その象徴であるやせた身体を手に入れようとするが、体重のコントロールに夢中になる行為それ自体が、彼女たちの内的な成長や、社会的な成功を妨げてしまう。やせることによる権力への抵抗は結果的に失敗に終わるのである。

またボルドに類似して、社会科学者の加藤まどか<sup>125,129</sup>は、主体性・女性性・身体性において矛盾した社会規範において摂食障害を解釈すべきであると主張した。摂食障害に苦しむ女性は、『主体的であれ』vs『主体的であってはならない』(主体性)、『女性は男性と同じ価値矛盾で評価される』vs『女性は男性とは異なる価値基準で評価される』(女性性)、『人間は精神として評価される』vs『人間は身体として評価される』(身体性)と

<sup>\*13</sup> しかし波平の議論においては、「ひとが身体を過度に対象化すると、なぜ身体を介した人間関係の調整機能が弱くなったり、共感することが難しくなるのか」についての議論は詳しくなされていない。

いった価値矛盾の狭間におり、どちらをとってももう一方から批判されるというジレンマに苦悩している。加藤に拠れば、この規範矛盾が摂食障害の発症や回復の難しさに関連している。<sup>\*14</sup>

一方、これまでに行われた摂食障害の社会・文化的研究よりも実践的な立場を取ったのが、社会学者であると同時に、日本における摂食障害の自助グループの先駆的存在である、「かなりあしょっぷ」を開いた野村佳絵子である<sup>187,188</sup>。

彼女は、「社会を分析するモデルを提供するだけでなく、それを病気を抱える当事者の人たちのために有効に生かすべきである」とする臨床社会学の立場から、「かなりあしょっぷ」の回復における意義を分析した。<sup>\*15</sup>

彼女は、「かなりあしょっぷ」を、他者との相互作用を通じてアイデンティティが確立される「あそび」の空間であると述べている。「あそび」の空間は、やせていることが素晴らしいという情報が渦巻く日常にも、個々の当事者が黙々とやせること、食べることに没入している個の空間にも属さない、曖昧な空間である。何かを強制されるわけでもなく、訴えるわけでもない、自己目的的な「あそび」の空間である「かなりあしょっぷ」で経験する他者との相互作用が、日常の生活へ戻っていく際の緩衝剤としてはたらき、揺らいだ自己の再形成と確立を後押しすると野村は考察している。

しかし、当事者のみで行われる、摂食障害の自助グループの必要性に対する専門家の態度は両価的であり、中には自助グループの危険性を指摘するものもいるという<sup>114,131,187</sup>。彼女の言うような自助グループの意義が医療の中で十分に認識されているとは言い難いといえるだろう。<sup>\*16</sup>

### 文化変容症候群～Cultural Change Syndrome

1980年代まで、摂食障害の患者は、工業化の進んだ欧米及び日本以外にほとんど報告されることがなかったが、1990年を過ぎると、急激な工業化を経た経済新興国で患者の報告が相次ぐようになり<sup>91</sup>、文化変容の視点から摂食障害や、それに関連する理想体型の変遷を捉えようとする研究が増加した。

女性の理想体型を、工業化の度合い、及び飢饉の危険性を指標として通文化的に調査した、人類学者の Peter Brown（ペーター・ブラウン）と Melvin Konner（メルビン・コナー）（1998）<sup>29</sup>は、工業化され、飢饉の危険性がほとんどない地域では、やせ型が理想体型と見なされることが多い一方で、工業化が進んでおらず、飢饉の危険性が高い地域ではふっくら型が理想体型と見なされることが多いことを報告した。

飢饉の危険性を常に抱える非工業化社会では、太ること自体が困難である。このため、ふくよかな身体は、限られた資源に豊富にアクセスする力を象徴的に顕現するが、飢饉の

<sup>\*14</sup> しかし、加藤が論じる主体性・女性性・身体性に関する議論は、これらの基盤に「女性」という視点を置かないと成り立たないため、「女性であろうとすると人間になれない」という規範の矛盾に摂食障害の女性が苦悩していることを既に指摘した浅野の議論を超えているとはいいがたい。例えば、「主体的であれ」「主体的であってはならない」という矛盾は、その矛盾に苦しむ主体が「女性」であるがゆえに成り立つ議論である。

<sup>\*15</sup> 彼女が調査対象とした2001年から2005年の間に、かなりあしょっぷは77回開かれ、のべ340人もの人がそこに参加している

<sup>\*16</sup> しかし野村の論において、アイデンティティ統合の場所や「あそび」の空間がなぜ当事者だけで作られる必要があるのか、その場所は当事者以外の人とは形成することはできないのかといった議論は十分に尽くされているようには見えない。この議論を加えることで、彼女の論はより説得力のあるものになるのではないだろうか。

危険性がほとんどなく、貧しいものさえ太ることが容易となり、さらに肥満が病気と結び付けられる社会では、ふくよかな身体はもはや富の象徴とは見なされない。そのような社会ではむしろ、自分の身体をコントロールし、やせて引き締まった身体を持つことが理想となる。

実際、理想体型がやせ型に移行すると共に摂食障害の患者が増加する傾向にあるという報告は、欧米だけでなく<sup>103</sup>、アジア地域<sup>261</sup>や、中東地域<sup>183</sup>でもなされている。

一方、やせた理想体型の世界への拡散を分析する上で注目されているのが、やせた身体を美しいと謳い、世界各国へ輸出される欧米のメディア媒体である。

例えば、フィジーでは、ふくよかな女性を美しいと見る傾向が強かったが、欧米のテレビ番組が1995年に初めて導入されて以降、女性の理想体型は若年層を中心にやせ型に移行し始め、その3年後にはやせるために嘔吐を行う女性の存在が初めて報告された<sup>88</sup>。

また、欧米化とダイエットの関係を、白人系オーストラリア人、アジア系オーストラリア人、中国人を対象とした調査では<sup>1</sup>、欧米化の度合いが強いほど、ダイエットを積極的に行う傾向が強いという結果が得られ、これと同様の結果は、シンガポールに居住する中国系の若年層を対象にした調査でも得られた<sup>269</sup>。<sup>\*17</sup>

さらに、カナダの精神科医 Vincenzo Di Nicola (ヴィンセンゾ・ディ・ニコラ) (1991)<sup>57</sup> とエジプトの精神科医 Marvet Nasser (マーベツ・ナサー) (1997)<sup>176</sup> は、摂食障害の非欧米地域、及び非欧米人への広がりを社会・文化的側面から分析する場合、理想体型の変遷に注目するだけでは不十分であると述べた。

例えば、ニコラ (1990)<sup>57</sup> は摂食障害を“cultural change syndromes”と名付け、カナダへの移民が文化適応のさなかに拒食症を発症した例を引きながら、異なる文化規範に適応しようとする際に起こる、個人がもともと持っていた文化との軋轢が、摂食障害発症の一因となっている可能性を述べた。

一方、摂食障害を“culture chaos syndromes”と名付けたナサー<sup>176</sup> は、急激な工業化のために、新旧の矛盾した価値観が並存する社会では、個人が安定したアイデンティティを獲得・維持することが困難であり、安定したアイデンティティをめぐる内的闘争が摂食障害という形で表現されることがあると主張した。

2人の主張を支持する調査結果も報告されている。

例えばイギリスでは、非白人女性が伝統的に持つ価値観と、メインストリームである白人に共有された文化が齟齬を起こし、それが拒食症の発症に関係した事例が報告された<sup>236</sup>。

同様にアメリカでは、メキシコ系アメリカ人の第1世代と第2世代では、第2世代により強い摂食の乱れが見られることが報告された。第2世代の親である、第1世代が持つメキシコの文化と、家庭外で晒されるアメリカ文化が個人の内部で軋轢を起こし、これが摂食の乱れに結びついている可能性がある<sup>43</sup>。

また、シンガポールに住む中国系、インド系、マレー系の女子を対象に行われた、拒食症発症の危険性に関する調査<sup>107</sup>では、マレー系の女子、そして親よりも高い学歴を持つ女子により高い拒食症の発症の危険性が見られた。結果、マレー系の親が持つ伝統的なマ

<sup>\*17</sup> これら調査で、欧米化の度合の指標として使われるのは家庭で使われる言語である。家庭で英語が話されている場合、欧米マスメディアとの接触が多く、欧米の価値観を受容しやすいと考えられるからである。だが価値観の需要は言語だけで行われるわけではない。このため、言語を欧米化の指標として使うことの妥当性は疑問が残る。

レー文化と彼女たちが家庭の外で触れる文化的規範の齟齬や、親子間の学歴の差によって生じた価値観の違いが、拒食症の発症と関連している可能性がある。

最近では、統計的調査だけではなく、質的調査によって、非欧米地域の摂食障害を理解しようという動きもある<sup>18</sup>。

例えば、心理学者の Kathleen Pike (キャサリン・パイク) と文化人類学者の Amy Borovoy (エイミー・ボロボイ)<sup>207</sup> (2005) は、摂食障害を、自立性の獲得の失敗やそれに向けての闘争という従来の欧米モデルを用いて、日本の摂食障害を捉えることはできないことを、当事者への質的調査をもとに結論付けた。

日本では、歴史的に、結婚や育児を通じて、女性が自立することは可能であると見なされてきた。このため、日本の摂食障害を解釈する際に有用なのは、欧米のモデルではなく、女性の経済的安定や社会参加の方法として、主婦や母になることを積極的に評価してきた日本の社会システムが、実際には女性に社会的制約を課しており、それに対する懷疑や交渉が摂食障害という形で顕現されていると2人は述べる。

欧米のモデルを日本にそのまま当てはめることはできないという、パイクとボロボイの議論には一定の評価が与えられるべきであるが、パイクとボロボイは日本の摂食障害研究に大きな業績を残した下坂幸三や、摂食障害の社会的な側面についていち早く議論を展開した社会学者の浅野千恵の議論を参照せず、摂食障害に関する議論を英文で発表された少数の日本人研究者による文献、および多数の欧米で出版された文献に頼っている。2人の議論は、欧米モデルを非欧米地域へ適応することを批判しながら、自らは本疾患における基礎文献を欧米文献に頼るといった自己矛盾が見られる。

以上、摂食障害における社会・文化的な研究の主なものを参照した。野村のように問題の所在を社会構造に強く求めない研究もあるが、全体の傾向として、問題の所在は社会構造に求められている。この点で、社会・文化的研究は、患者やその家族といった個人に問題の本質を求める医学・心理学的研究とは異なるが、社会構造に分析に力点を置くあまり、拒食や過食といった摂食障害を特徴付ける現象そのものの分析がおろそかになっている点で、これら研究も、これまでに紹介した医学・心理学的研究と同様に「本質論」に属すると言える。

#### 2.4.6 「第1次家族モデル」から「多元的モデル」へ～複雑化する「本質論」

摂食障害の患者が多様化し、研究が蓄積される中、不適切な親子関係が摂食障害の原因であるという「第1次家族モデル」や、「自らの女性性に葛藤を覚える母親の元で育った娘は、成熟した女性になることを拒否する」という、ブルックや下坂が唱えた成熟拒否は、多くの批判を浴びた。

例えば、そのような母子関係は、摂食障害発症後に確立された関係であることが明らかになったり、その言説から父親が完全に抜け落ちていることが問題視された<sup>264</sup>。

また、母子関係に原因を還元することで、摂食障害の患者が増加する基盤となっている社会構造が隠蔽されてしまうことも、この言説の問題として批判された。<sup>\*18</sup>

\*18 2.4.5, P24

加えて、このモデルを内面化した当事者や家族が、必要以上に母親を糾弾し、それが新たな家族問題をつくり出してしまうという弊害も、精神科医<sup>126,160,197</sup>や社会学者<sup>151,152,172</sup>により指摘された。

たとえば精神科医の笠原<sup>126</sup>や水島<sup>160</sup>は、母子原因説-本研究における「第1次家族モデル」-を患者が内面化し、それが家族間の新たな軋轢を生み、回復に支障をきたす危険性を臨床の経験を踏まえて指摘しており、この問題は先に紹介した社会学者の加藤<sup>151</sup>が、当事者に対して行ったインタビューでも見出された。

一方、加藤と同じく社会学者の円田浩二<sup>152</sup>は、母子原因説自体に懐疑的な当事者がいることを示し、そのような患者の存在自体が母子原因説の妥当性を疑わしくさせていると述べた。

同様に社会学者の中村英代は<sup>172</sup>、母子原因論を「病因モデル」と名付け、遠い過去に遡り、原因とされるものを除去しようという試み自体に余り有効性が無いことを当事者へのインタビューから示し、病因モデルの代わりに「継起モデル」を採用することを提唱した。「継起モデル」とは、「人々の認識/活動は、先行の認識/活動のなかで内側からパフォーマンスに構成されている」(155)という考えに基づき、「病因」ではなく、摂食障害の発症を継続させている具体的な行動に着目していこうというモデルである。

中村の「継起モデル」は、診療内科医の松村直<sup>153</sup>と共有されている。松村は、遠い過去に遡って根本的な原因を取り除こうとするよりも、「あることの結果が次に起こるべきことの原因にもなりうる」という、「円環的因果律」を踏まえた方が、回復は訪れやすいと、臨床の経験を踏まえて述べている。

また親が原因であるという説を科学的に証明することはできないことを論拠に「第1次家族モデル」が反駁される場合もあり<sup>134,178,197,264</sup>、その中でもっとも具体的な反論をしているのが精神科医の西園マーハ文である<sup>178-181</sup>。

西園は摂食障害の原因論が、統合失調症のそれに似ていると述べる。統合失調症では以前、その原因が母親の不適切な子育てにあると言われた時代があったが、その生物学的素因が判明するにつれて、母親が原因視されなくなった。

これと同じで、摂食障害も生物学的素因が判明するにつれて家族もしくは母親が原因視される見方は弱まるだろうが、摂食障害の場合、「現代病」の印象が強く、家族のような環境因に関心が向きやすいため、注意が必要であると西園は述べる。<sup>\*19</sup>

本研究の枠組みに当てはめると、西園の議論は、「本質論」で説明されていた摂食障害を、「生体物質論」に置きなおしたものと見ることができ、このような見方は、脳科学や分子生物学の発展と共に、ますます強い支持を集めるであろう。

現在、親子関係に摂食障害の唯一の原因があるとする考え方は、原因論の舞台から退き<sup>179</sup>、摂食障害は、生物、心理、社会・文化的要素といった複数の要素の絡み合いにより発症するという「多元的モデル」<sup>134</sup>が幅広く支持されている。

しかし、原因や症状の維持に関わるとされる要素を複数に増やしたとしても、拒食や過食といった現象そのものに着目せず、それを構成したり、引き起こしたりしていると考えられる要素に問題を還元させて、この病気を理解しようとする姿勢は変わらない。この点

\*19 「現代病」の印象が強いため注意が必要とする西園の議論には問題も多い。これについては13章で触れる。

で、現在の多くの臨床家や研究者における摂食障害に対する理解は「還元主義」なのである。

#### 2.4.7 「第2次家族モデル」～原因でないと言いながら、両親に注目する風変わりなモデルの誕生

原因とされる要素を単一から複数に増やしただけで、摂食障害に対する見方自体に全く変化が見られないことをよく示すのが、先に述べた、摂食障害と家族に関する議論である。

すでに述べたように、摂食障害の原因を不適切な親子関係に還元する、「第1次家族モデル」\*20は、現在の摂食障害治療において主流ではない。しかし一方で、「第1次家族モデル」は、それまで原因論の中に占めた領域をやや縮小させながらも「多元的モデル」の中に脈々と息づいており、本研究ではこれを「第2次家族モデル」と呼ぶこととする。

「第2次家族モデル」とはどのようなものかをよく伝えているのが、摂食障害の豊富な治療経験を持つ、精神科医の大河原昌男の論である<sup>197</sup>。

彼は、著書の中で「私の立場は、折衷主義・不可知論であり、原因を追求するよりも、回復に有効な方策を模索しようと考えます」(74)と述べる。これは、「第2次家族モデル」においてよく示される治療者のスタンスである。

大河原は、著書の中で、摂食障害の原因は家族にないことを繰り返し強調する。さらに、「母親の愛情不足が原因」という一部の臨床家から出された説は、回復を導くどころか本人の状況を悪化させる可能性があるとして、『『母親の愛情不足が原因』という説は断固として、両親と子どもの前で否定する」(46)と語気を強める。<sup>\*21</sup>

しかしここから、大河原の議論は錯綜する。彼は、母親に原因があるとする「第1次家族モデル」に強く反駁する一方で、問題のある両親および子どもの特徴を次々と列挙する。そして、それらは、「第1次家族モデル」で問題があると指摘された親や子どもの特徴とほぼ同じなのである。

たとえば、大河原は、「夫婦間の問題を子どもに愚痴る母」、「親の機嫌をうかがって親に言いたいことが言えない子ども」、「夫婦の問題を解決しようして無力感にさいなむ子ども」、「親族の自殺や不倫など家族が意識しているが、触れることが禁じられている家族」などを、修正されるべき問題点としてあげている。しかし前者3つは、ブルックや斉藤や信田によって指摘されたものとほぼ同じであるし、「触れてはならない話題のある家族」については「葛藤回避」(conflict avoidance)という言葉で家族療法家のミニューチンにより指摘されている<sup>157</sup>。

また、彼は、摂食障害を「家族の病い」であるといい、この言い方は受け取り方によって様々な誤解を受けると述べている。それがどのような誤解であるかに関して、彼ははっきりと述べてはいないが、おそらくその誤解のひとつは、摂食障害を「家族の病い」というと、「親が摂食障害の原因」であると思われることだろう。

しかし、親の問題を次々と列挙する大河原のスタイルをみると、そのような「誤解」が起こるのは、避けられないのではないだろうか。

そして、このような「誤解」を招きかねない議論を展開しているのは、大河原の著書だ

\*20 2.4.6,30

\*21 また斉藤や信田によって広められた、「摂食障害はアルコール依存症と同じ嗜癖である」という説にも疑義を唱えている。

けではない。

「第2次家族モデル」における一般的なスタンスは、過去を振り返って原因探しをし、親の子育てを、摂食障害の原因として糾弾するのではなく、回復を目指すうえで欠かすことができないサポーターとして捉え、当事者の援助に疲弊した親をねぎらいながら、患者の回復にはどのような家族の理解と支えが必要であるかを、臨床医とともに模索しようというものである<sup>51, 113-115, 178, 179, 244</sup>。そして、大河原の著書のように、専門医が一般向けに書いた本の中には、親（母親）の育て方が原因ではないことをはっきり明言しているものもある<sup>116, 132, 153, 160</sup>。

しかし親を原因論から退ける一方で、これら専門医の著書を見ると、過保護や過干渉、期待のかけすぎ、夫婦間もしくは祖父母と親の不和、親子の近すぎる関係といった「第1次家族モデル」において問題視されていた親の特徴が、引き続き変化を促されるべき姿勢として記されている<sup>113, 116, 134, 178, 242, 244</sup>。

このためこれら著書を読んでいると、親を「原因」としてみなす考え方は、「唯一の原因ではない」、「発症に家族が関わることもある」、「親は回復をサポートするために何をすべきか」というオブラートに包まれただけ、もしくは「原因ではない」、「科学的に証明されていない」とカモフラージュされただけで、何も変わっていないのではないかと思えてしまう。

親を責めるべきではないとしながら、一方で親の具体的な変容を促すというある種の矛盾した姿勢が「第2次家族モデル」の特徴であり、これは摂食障害の議論が「還元主義」を抜け出していないことをよく示す。

#### 2.4.8 親が目目される日本と、そうでないシンガポール

先に示したように<sup>\*22</sup>、親が摂食障害の原因かどうかという議論は、日本においては、「それが科学的に論証できない」、「より問題を悪化させる」といった方向で議論されることが多い。しかし「親が摂食障害の原因であるかどうか」という、社会学者も巻き込んだ日本のような大論争は、摂食障害が増加し始めた国々において必ず沸き起こる論争ではないことにも注意を向ける必要がある。

従って、本章の主旨とはややずれるが、筆者が調査を行ったシンガポールを例に取って、このことを見てみたい<sup>118</sup>。

##### シンガポールの摂食障害

摂食障害の症例の増加時期に関する全国調査は当該国において行われていないが、臨床からの報告をまとめると、急速な経済発展を成し遂げ、発展途上国から先進国の仲間入りを果たした数年後の1990年代のころから、症例が増加し始めたようである<sup>148, 262</sup>。<sup>\*23</sup>

その後、日本と同様に、シンガポールにおいても摂食障害の発症要因に関わる論文が発表されるが、日本のように特異な親子関係が、摂食障害を発症させるという議論は起こっていない。

シンガポールでも日本と同様に、家族が摂食障害の発症や症状の継続において果たす役割は大きいとされている<sup>107, 262, 269</sup>。しかし、だからといって、家族を原因視する見方に

\*22 2.4.6, p30

\*23 シンガポールの経済発展については<sup>52, 256</sup>を参照のこと。

妥当性はあるのかというような、社会学者も巻き込んだ論争は起きていないし、患者が親を責め続けて、親子関係がより悪化するというような指摘をする論文もない。

また筆者は、摂食障害の治療経験が豊富な3名の医師と1名の心理士にインタビューを実施したが、彼ら／彼女らの口から、このような光景が話されることはなかったし、同様に筆者がインタビューを行った20名(女性18名、男性2名)の当事者のうち、親が自分の摂食障害の原因だと強く主張したのは1名だけであった。

もちろん家族関係について調査した研究は存在する。KokとTian(1994)<sup>138</sup>は、拒食症の家族は纏綿状態<sup>てんめん</sup>\*24で硬直性が高いというミニューチンが提出した家族構造が、シンガポールでも見られるかを調査するため、高学歴で強いやせ願望を示す女子の家族構造を調べた。結果、そのような家族構造はシンガポールでは見られないという結論が見出され、これ以降、家族に特化した研究は行われていない。

シンガポールでむしろ注目されているのは、日本ではほとんど注目されていない欧米化の影響である。

経済発展のため、英語の利用が奨励され、国内産のメディアが日本に比べると極端に少ないという政治経済状況下にあるシンガポールでは、欧米産のメディア媒体が大量に流入する<sup>118</sup>。

このため、メディアを通して欧米の価値観に触れることで、摂食障害を発症する危険性が強まるのではないかという意見が臨床家から出され<sup>260</sup>、それに関する統計的な調査が実施された<sup>235,269</sup>。また家の外では欧米の、家の中では中国や、インド、マレーの伝統的な価値観に触れ、その価値観のギャップが、摂食障害を起こしやすくするのではないかという仮説に基づいた調査もある<sup>107</sup>。

さらにシンガポールで議論されているのが、シンガポール政府が1990年より実施している、肥満予防政策のTrim and Fit program(TAF)の影響である。このプログラムは6歳から18歳の生徒を対象に学校で行われ、太りすぎとされた生徒は強制的に参加を義務付けられる。TAF開始から10年後に肥満が減少したという統計結果が出されたため、TAFは一部では成功と発表されたが<sup>254</sup>、一方でTAFから抜けるために過激なダイエットを行って、摂食障害を発症する生徒が次々と現れた<sup>118,119,148,262</sup>。このことはメディアでも大きく報道され<sup>53</sup>、この問題は、政府が「TAFと摂食障害の発症に関連性はない」という公式の文書を発表するにまで発展した<sup>203</sup>。

### 「母原病」が発明された日本と、そうでないシンガポール

摂食障害を語る上で、シンガポールと日本には明らかに論点の違いが見られる。なぜシンガポールでは、親の子育てが日本のように取りざたされないのであろうか。

まず「親、特に母親の不適切な子育て」に摂食障害の原因をほぼ全面的に還元していくという見方は、戦後の日本において他者の理解を得やすいストーリーであることに注目する必要がある。

戦後の日本では、経済発展のために極端な男女分業が推し進められ、男は外で働き、女は家を守るという性別分業が進み、その中で、子供や夫の心身の健康は妻の責任であるという考えが広がった。

このような政治・経済的な構造において、女性が本能として持っている「母性」と言っ

\*24 纏綿状態とは、家族員それぞれの境界があいまいで、それぞれの自立性が保たれていない状況の事を指す。



たものが取り立てて強調されるようになる<sup>192</sup>。

たとえば、摂食障害の原因は親にあるとする議論は、精神科医の久松重徳によって執筆され、大ベストセラーとなった「母原病」<sup>145</sup>という言葉に代表されるように、家庭内暴力、登校拒否、アトピー、喘息といった子供のありとあらゆる問題を、母親の不適切な子育てに還元する、戦後の日本の論調に平行して起こっている。

「母原病」の論拠となっているのは、「女性には子供を適切に育てるための、本能としての『母性』が備わっており、子供が問題を起こすのは、近代化の中で女性が『母性』を失ってしまったからだ」という神話であり<sup>192</sup>、この神話は摂食障害の原因を母親に求める議論でも同様に展開されている<sup>10</sup>。

筆者がこのような議論を「神話」と呼ぶのは、女性に備わった本能としての「母性」とか、愛し合った男女が無条件に子供を慈しむ「理想の家族」とかいったイメージは、戦後の政治経済状況の変化の中で生み出されたものであり、人類、もしくは女性に普遍的に備わった本能でも、家族のあり方でもないことにある<sup>124,192</sup>。

一方、シンガポールは、経済発展のために男女分業を推し進めた日本と異なり<sup>192</sup>、国内の労働力不足を補うため、女性の労働が奨励された。政府主導で住宅の近くには多くの保育所や工場が設立され、1957年には全労働者の16%しか占めていなかった女性労働者が、1990年には労働者の半分以上を占めるようになった<sup>52,251</sup>。

さらに、シンガポールの人口の7割以上を占める中国系シンガポール人のルーツである中国では、社会主義的な思想の影響もあり、母親が子育てに一切の責任を持つという思想が日本ほど色濃くなく、母親に代わって祖父母が子育てを担当することも珍しくはない<sup>225</sup>。

そのような影響からか、シンガポールにおいては、メイドを安価で雇い\*<sup>25</sup>、子育てや家事をやらせることが、ごく一般的な光景である。筆者が滞在中に日々目を通していた新聞は、至るところにメイド募集の広告が見受けられた。

仕事を優先するか、母親業を優先するかという現代女性の葛藤は、もちろんシンガポールにも存在するし、摂食障害の治療においては、家族療法も行われている。しかし一方で、子供の問題を親、特に母親に還元するような政治経済的背景は、日本に比べると明らかに薄い。

これまで摂食障害の原因を親に求めるという議論は、科学的根拠のなさや、それ自体が新たな問題を生み出すという議論、もしくは親子原因説を否定する医師の強い口調によってなされてきた。

筆者はシンガポールにおいて、親子原因説を中心に調査をしたわけではないため、筆者がここで展開した議論はより詳細に検証される余地はある。だが、これまでなされた反証以外に、「親子原因説と日本社会の親和性の高さ」といった、社会・文化的要素が、医療者の解釈に影響を与えた可能性も見逃すべきではない。

\*<sup>25</sup> 筆者が調査中に滞在した家庭にもインドネシアからのメイドがいた。彼女は30日間、一切の休みなしで働いていたにも関わらず、彼女の月給は日本円にして2万円弱であった。シンガポールは日本よりやや物価が低いとはいうものの、この金額は会社勤めをするシンガポール人にとって高すぎて払えない金額ではない。

### 2.4.9 他の精神疾患の併存

それでは、ここで話を戻し、「本質論」に分類される議論において、摂食障害と他の精神疾患の併発に関する研究を紹介したい。

現在の摂食障害研究の動向を理解するうえで重要なのが、摂食障害と他の精神疾患の併発に関する問題である。

精神疾患の診断において世界的に参照されている DSM では、4 版 (DSM-IV) から「多軸診断」という方法が採用された。

これは狭義の疾病分類学に囚われずに、患者の全体像を把握しようという試みであり、これにより、精神疾患は I 軸に臨床疾患、II 軸にパーソナリティ障害 (人格障害)、III 軸に一般身体疾患、IV 軸に心理社会的および環境的問題、V 軸に機能の全体的評価の 5 軸から、包括的に評価されるようになった<sup>78</sup>。<sup>\*26</sup>

「多元的モデル」が摂食障害を理解するうえで主流なものとなり、さらに精神医学全体では多軸診断が導入される中、摂食障害においても、他の精神疾患との併発がないかどうかに関心しながら治療を進めることの重要性がとくに指摘されている<sup>25, 28, 134</sup>。

たとえば気分障害とは、ひどい抑うつ状態が長期間にわたって続く、うつ病 (正式名：大うつ病性障害) と、自己コントロールが困難になるほどの躁状態と、重度の抑うつ状態を繰り返す躁うつ病 (正式名：双極性障害) の総称である<sup>201</sup>。

うつ病が摂食障害と並存することは古くから知られており<sup>70, 111, 204</sup>、近年は摂食障害、特に過食症にある人々が躁うつ病を併発していたり<sup>149, 155, 156, 205</sup>、もしくはその傾向にあったりする<sup>273</sup>という研究も報告されている。

気分障害のほかにも、不安 (社交) 障害や強迫性障害、パニック障害、アルコール依存症など<sup>170</sup>、さまざまな精神疾患の併発が指摘されており、その中でも特に指摘されるのが、人格障害との併発である。

人格障害とは次のような状態を指す。

社会・文化のなかで、一個の人格として期待される適切な人間関係が適切に保てず、社会的機能ないし、職業への従事に顕著な制約が長期間続いている社会不適応な行動パターンを指し、本人自身が悩む場合と、当人はその自覚がないまま周囲が悩む場合に大別される<sup>128</sup>。(229; 太字ママ)

人格障害のカバーする領域は広く、5 つの大分類があり、それぞれが小分類を持っている。

たとえば、「ボーダーライン」という言い方で馴染み深い「境界性人格障害」は、B 群に属する人格障害の 1 類型である。B 群の人格障害の特徴は、「情動面の激しさと不安定さがあり、外交的だが、時に他者に対する関係は嵐が来たように激しく攻撃的」(235)<sup>128</sup>とされ、境界性人格障害のほかに、反社会性人格障害、演技性人格障害、自己愛性人格障害が B 群に分類される。

摂食障害においてよく見られるといわれる人格障害は、拒食症においては人格障害の C 群に属する強迫性人格障害<sup>227</sup>、過食症においては上述した境界性人格障害であ

<sup>\*26</sup> しかし DSM-IV による多軸評定は、各軸に記載された情報がどのように相互作用しているかに関する検討が欠けているといった批判もある<sup>159</sup>。

る<sup>89,92,102,227</sup>。また、人格障害がベースとなって摂食障害を発症した場合は、予後が悪く、難治であるという報告もある<sup>134</sup>。

しかしながら、摂食障害と人格障害の併存においては批判的な見方もある。

たとえば摂食障害と人格障害の併存に関する複数の調査結果を再解析した Grilo (2002, 2003)<sup>92,93</sup>は、調査によって併発率に大きなばらつきがあり<sup>\*27</sup>、摂食障害と人格障害が併存する可能性よりも、調査結果に、大変なばらつきが出ていることのほうが興味深いと述べる。

結果に一貫性がない要因として、被験者の収集、疾患の診断、結果の解析方法といった、調査上の手続きが統一されていないことがあげられており<sup>55,92,93,266</sup>、また人格障害の有無を自己記入式の質問用紙で行った場合、面接で人格障害と診断される人数をはるかに超えた人たちが、人格障害を持つと見なされてしまう傾向も指摘されている<sup>41</sup>。

また摂食障害の診断基準は DSM が改訂されるために変化しているため、これも結果のばらつきを生み出す原因となるし<sup>227</sup>、診断を下す調査者自身が、調査の目的を知っているか、知らないかが、調査結果の差異を生み出すという可能性もある<sup>266</sup>。

このような結果を踏まえて、Grilo(2003) と Godt(2008) は<sup>89,92</sup>、これまでの問題点を克服する形で調査を設計し、今一度、摂食障害と人格障害の併存を調査した。結果、摂食障害と人格障害との高い相関関係はこれまでの研究のように見られるものの、併存の可能性は、従来言われていたよりも低率であるという結果が導びかれた。

また臨床からも、人格障害の診断を摂食障害患者に簡単に下すことに関する批判が提出されている。たとえば、摂食障害の患者における人格障害は多くの場合見せかけであり、摂食障害の回復とともにその兆候は消えていくことが多いとか<sup>153</sup>、手荒な治療環境が作り出した「人格障害も」多いとかいった批判である<sup>197</sup>。

さらに、摂食障害と併存する精神疾患が、摂食障害を発症した結果として起こったのか、それとも摂食障害がこれら精神疾患の表現型であるのか、もしくはこれら精神疾患は摂食障害と同じ器質的な原因を共有するのかといった疑問についても、はっきりとした回答は導かれていない<sup>34,134</sup>。

摂食障害と他の精神疾患との併存は、調査や臨床を円滑に的・確に進める上で大変重要な事項である一方で、発展途上の面もあり、いくつかの問題を抱えていることが分かる。しかし、いずれにせよ、他の精神疾患が摂食障害の症状を2次的に表出させている可能性が強く指摘されている点で、併発に関する議論も「本質論」に属すると言える。ただし、一方で、これら精神疾患が遺伝子といった、生まれながらに持つ器質によって発生しているという見方も強いことから、併発に関する議論は、後述する「生体物質論」に属する部分もある。

## 2.5 「本質論」

ここまで摂食障害の歴史的な背景、さらには摂食障害の原因や症状の継続がどのように理解されてきたかを概観した。摂食障害に対するアプローチの方法は学問領域や理論によって異なるものの、これら研究に共通する点は、過食や拒食といった現象の本質は、未

\*27 摂食障害と人格障害:27%~93%、過食症と境界性人格障害:2%~50%

発達な女性性、家族問題、心理的葛藤、他の精神疾患の併発など、食という現象とは、直接関わりのない部分にあると見なしている点である。

この点を踏まえて本研究は、摂食障害の発症や症状の本質を、現象の外側に探求し、現象そのものは、本質的な問題の表れとする見方を「本質論」と定義したい。

「本質論」のイメージをより明快にするため、これまでに紹介した研究において、拒食や過食といった食に関わる現象がどのように扱われてきたかをまとめてみよう。

### 2.5.1 臨床家の視点

まず、フロイトやジャネにより始められた精神分析的な解釈は、食をリビドーや性欲の「表現」として捉える。<sup>\*28</sup>このため治療の中心は食ではなく、より本質的な問題である、未発達な女性性を「正常」な方向に修正することに置かれた。

この傾向は、ブルック以降も続く。ブルックの唱えた「第1次家族モデル」は、摂食障害を家族、特に母子関係の問題として捉え、食に関する問題は、①患者が抱える心理的な問題の不適切な解決方法、もしくは②家族内にある軋轢の象徴的な表れとして捉えられた。このため精神分析的な立場と同様に、問題の本質は食の外側に求められた。

■精神分析と嗜癖理論 また摂食障害を家族の問題として見なし、精神分析の流れを汲む研究者は、食を両親からの愛情の象徴として捉え、食の乱れは、両親が適切な形で愛情を注いでいないことにあると推測する。

たとえば、先述した精神科医の下坂は「食物は擬人化された主要対象となっており、父と母との中に触知される母性的なもの、父性的なものとのあらゆる交渉の代理対象となっている。だからこそ、簡単に取り除けないのである。」(97)<sup>230</sup>、また他の著書では「食物イコール母という考えは精神分析学の枠内では常識に近い」(37)<sup>231</sup>と述べ、ババロアやパフェばかりを食べる14歳の拒食症の患者を例に取り次のように分析する。

拒食症の患者は毛布やぬいぐるみなど肌触りの良いものを好む傾向があり、ババロアやパフェのような舌触りの良いものばかりを食べることも、そのことと関連している。

肌触りの良いもの、舌触りの良いものは、母の乳房や母乳との再接触を象徴的に意味するため、患者がこのような行動を取り始めたときは、拒食によって否認されていた母との関係が修復され始めたことを意味する。

また拒食症患者は一般的に米飯に大変強い抵抗感を示し、米飯が普通に食べられるようになったらそれは回復といっても良い。患者が米飯に対する抵抗感が強いのは、米飯が母の「雰囲気的代表物」(37)だからであり、患者が米飯よりも菓子など間食として出されるものを好むのは、間食は米飯よりも家庭の雰囲気から疎遠であるからである<sup>231</sup>。

摂食障害の食の乱れを、幼少期に適切な愛情を受けられなかったことの象徴的な表れとしてみる見方は下坂以降も続く。

たとえば精神科医の馬場謙一は<sup>13</sup>、患者が境界性人格障害の症状を呈している場合、「食物は、外界の人物や対象（例えば母の乳房）と同じであって、対象によって十分な満足を与えてもらえないために、欲求は次第に食欲 devouring となり、完全な所有を求めて、まさしく飢えた餓鬼のように貪り食う」(193)と述べる。

同様に臨床心理士の川上恵子<sup>130</sup>は、摂食障害患者は「喰う＝本能＝快感」(116)という

<sup>\*28</sup> 2.2,p18

感覚の獲得に幼少期に失敗している可能性がある」と述べ、摂食障害の患者が甘く、白く、ふわふわしたものを好む傾向があるのは、『(乳を) 吸う』快感の学習に失敗している可能性がある」(119)と解釈し、川上と同じく臨床心理士の井原成男<sup>112</sup>は、乳児期に母親から適切な愛情を受けていなかった拒食症の患者は「初期の母親を象徴するもの」(116)としての食物を通して、象徴的に愛情を渴望すると述べる。

一方、過食症を嗜癖と捉えたことで著名な斎藤<sup>217,220</sup>も、過食は、母親の中にある矛盾した自我理想が原因でつくり出された、共依存関係に起因すると捉えている。嗜癖である過食は充足した愛情を得たいという、真の欲求のスリカエであるが、母娘の共依存においてはその欲求は満たされることがない。このため、過食を寛解させるには、過食という嗜癖の根源となっている、共依存関係を解消する必要がある。

**■問題の表れ・問題からの逃避** 摂食障害を精神分析的に、または嗜癖と捉える見方は現在の主流ではないが、「摂食障害は食の問題ではなく、より深層にある心理的問題の表れや、抱えた内的葛藤からの一時的逃避である」という見方は摂食障害の研究者や、その治療に関わる臨床家に共通している。

例えば、国内における摂食障害研究の第一人者である精神科医の切池信夫<sup>134</sup>は、「摂食障害は心の問題を回避するための代理症状で不適応的解決策である」(171: 圏点筆者)と、問題の本質が拒食や過食といった現象の外側にあることを明確に述べている。

同様に、多数の拒食症患者の治療経験が豊富な内科医の鈴木眞理<sup>244</sup>は、過去に戻って拒食症の原因となった犯人探しをするのではなく、「やせ」を継続することで、患者は社会生活を送る上で抱えた悩みや、成長の過程で抱えた内的葛藤から逃避することが可能になっていること、すなわち患者は『やせ』に守ってもらっていること」を家族が認識し、当事者の身の丈にあった問題の解決方法を共に模索する中で、最終的には当事者が自分自身で意思決定ができるように支えることの重要性を語っている。

切池や鈴木のように、摂食障害の症状の本質を、当事者が生活において抱えたストレスの表れ、もしくは内的葛藤からの一時的な回避として捉える見方は、現在の摂食障害の専門家に共通して見られる認識であり<sup>45, 114, 161, 180, 191, 197, 250, 271, 274</sup>、この見方は臨床家だけではなく、当事者であった人々<sup>127, 188</sup>、さらには民間で摂食障害の当事者の援助に当たる人々にも共有され<sup>143, 196</sup>、2.7節で紹介するように、過食症の治療に効果があるとされる認知行動療法や対人関係療法も、この考え方がベースになっている。

フロイトやジャネ以降、摂食障害の発症や、症状を維持させると考えられる要因は、変化し、また複雑化している。しかし、摂食障害の原因が複数とされ、原因探しが以前ほどはされなくなったとしても、拒食や過食といった症状の本質が、「食の乱れ」という現象の外側にあるという見方には、一貫して変化が見られない。「本質論」は今も摂食障害の理解の中核を成している。

## 2.5.2 社会・文化的研究の視点

社会・文化的研究において拒食や過食といった食そのものに関する現象が、議論の対象となることは非常に稀である。これは、摂食障害の社会・文化的側面に着目した研究が、患者の9割が女性であることや、やせた身体が理想とされる工業化社会においてよく見ら

れるという疫学的特徴に注目したためであろう。<sup>\*29</sup>このため議論の中心は食ではなく、女性性や現代社会における自己のあり方、工業化に伴う社会と文化の変容になり、食は自己コントロールのための手段として簡単に触れられる程度に留まっている<sup>20,87,199</sup>。

食に関して自己コントロールとは異なった視点からの言及があるのは、中村<sup>172</sup>の論文である。中村は、摂食障害を心の問題と捉えず、食事の問題として捉えることで回復に至った事例を紹介し、意味づけを変える事が回復につながる1つの方法となりうることを示唆している。しかし、彼女の論文においても食は議論の中心ではない。

従って、社会・文化的研究においても、食という現象そのものではなく、個々人の心理的状况に影響する社会構造が問題の本質にあると見なす点で「本質論」が採用されていることがわかる。

それでは次節より、「還元主義」のもう1つの柱である、「生体物質論」の解説に移る。

## 2.6 「生体物質論」

ひとは何かを食べるときに具体的な体験をする。ケーキを見て、うきうきする感覚や、食べたときのふわふわとした食感、クリームが口の中ですとろける感じ、紅茶を飲んだときに身体の内側から温める感じや、わずかな苦味、立ち上る湯気が顔に触れて顔が熱くなった感じなど、その体験の内容は奥深く多様である。

しかしひとは、食べ物を余すところなく体験できるわけではない。たとえば、ケーキに含まれる脂肪分は何グラムで、その脂肪分はどんなタイプの脂肪なのか、ケーキに含まれる糖分や紅茶に含まれるカフェインが脳内にどんな反応を起こしているかを我々は体験することはできない。これを解説するのは、生理学や栄養学の仕事である。

本研究でいう「生体物質論」とは、人体を物理・化学的な手法で観察が可能な物質の塊であると見なし、単一の、またはいくつかの生体物質に問題を還元させることで、問題を理解・解決しようとする見方のことを指す。

「生体物質論」は、「本質論」と異なり、拒食や過食といった摂食障害に特徴的な問題を、より本質的な問題の表れとは見なさない。しかし一方で、ひとが日常の食生活を通して得る体験ではなく、日常では体験し得ない、食に関わる身体のはたらきや、食べ物に含まれている栄養素を科学的に分析し、摂食障害の原因や症状が継続する要因を探ろうとする点で、また現象そのものに対する分析をそれほど行わない点で、「本質論」と立場を同じくする。

本節は、「生体物質論」の中核をなす、生理学的研究と、栄養学的研究に注目し、それぞれの領域でどのような研究が行われているかについて紹介する。

### 2.6.1 生理学的研究

1960年以降、その特徴的な疫学のため、摂食障害の心理、社会、文化的な側面が注目を集めたが、1990年代に入ると摂食障害の生物学的な側面を探求する調査が再び増え始めた。

摂食には体内の数多くの器官や化学物質が関わっているため、極端な食事制限や自発的な嘔吐が長期化すると、身体に様々な合併症が起こる。

<sup>\*29</sup> 2.4.5,p24

特に、極端な低体重の拒食症の患者では、脳萎縮、心臓の弁膜障害、肝機能障害、白血球、赤血球、血小板の減少といった、場合によっては命に関わる深刻な合併症が起るため、栄養状態を改善させることで、体重を適正值にまで回復させ、これら状態を脱することが急務となることも多い<sup>191,244</sup>。

生理学的な研究では、絶食や嘔吐といった排出行動がもたらす生理異常が、摂食障害患者に典型的行動や思考のパターンを生み出していると推測する。

この証左としてしばしば引用されるのが<sup>84,110,169,244</sup>、第2次世界大戦中に行われた「ミネソタ実験」という名の半飢餓実験である。

ミネソタ実験では、実験に参加すれば兵役を免除するという報酬の下、身体的にも精神的にも健康とされた36人の男性被験者が、通常の食事を3ヶ月取る観察期間をおいた後、6ヶ月に渡って、摂取カロリーを通常の半分にするという半飢餓実験に参加した。

飢餓状態に入ると、被験者たちは、徐々に食べ物に異常な関心を見せるようになり、通常では行わないような組み合わせで食事を取ったり、食事制限を解除された後に、過食を始めたたりする者もいた。

このような症状は、摂食障害に典型的に見られる典型的な思考や行動パターンであり、飢餓状態により摂食障害の症状が産み出されること傍証しているといえる。

ミネソタ実験だけではなく、摂食障害の生理学的研究は既に多くの蓄積があり、さらに近年では、発症後の身体異常を調べるだけでなく、発症以前に存在した生理的異常を突き止めようという研究も増加している。

摂食によって影響を受ける、または影響を与える、化学物質や器官は多数にあり、その全てを概観することは不可能であるため、本節では研究の蓄積が多く、それぞれ拮抗して働く、ペプチドホルモン<sup>\*30</sup>のレプチンとグレリン、さらに摂食だけでなく、感情にも影響を与えるセロトニン、そして近年注目度の高い遺伝子に関する調査を抜粋して報告する。

「生体物質論」における特徴は、研究の対象とされる物質が、次々と細分化され、ついには遺伝子のレベルまで解析されることであり、これら3つの化学物質、および遺伝子に関する研究は、その傾向を如実に表している。

### レプチン (Leptin)

レプチンは脂肪組織から血中に分泌され、中枢神経に働きかけるペプチドホルモンであり、摂食行動やエネルギー収支の調整を行う。レプチンの分泌増加やその投与は、摂食行動を抑制し体重の減少を促すとともに、交感神経を亢進させメタボリズムを変化させる<sup>40</sup>。逆に、レプチンの分泌が減少すると、摂食行動は促進され交感神経が抑制されるため、エネルギー消費は減少する。レプチンの血中濃度は長期間に渡る摂食行動の変化によって変動するため、食後すぐの血中濃度は大きな変化を見せないが<sup>166</sup>、身体を長時間絶食状態に置くと、血中濃度は減少する<sup>39</sup>。

レプチンの血中濃度が拒食症患者で特に低いことが知られている<sup>38,71,81</sup>。しかし、これは拒食症の一次的な結果ではなく、身体が長期間低体重に置かれたことによる二次的な反応と考えられている<sup>133</sup>。

また、レプチン生成に関連する遺伝子の調査も摂食障害との関連を示していない<sup>105,210</sup>。

<sup>\*30</sup> ホルモンは、それぞれの化学的特徴によりアミノ酸誘導体、ステロイド、ペプチドの3種類に分類される<sup>108</sup>。

しかしながら、レプチンの低濃度が、標準体重の過食症患者においても見られたという研究や<sup>27</sup>、レプチンの血中濃度は拒食症患者だけでなく標準体重の過食症患者でも低く、一方で太りすぎのむちゃ食い症候群<sup>\*31</sup>の患者では上昇したという報告もある<sup>165</sup>。

### グレリン (Ghrelin)

グレリンは胃や視床下部から分泌され、成長ホルモンの分泌を促進するとともに、レプチンと拮抗して摂食を促進し体重増加させる。

レプチンとは異なり、グレリンの血中濃度は、摂食行動の変化した期間に関わらず変動するため、グレリンの血中濃度は摂食後すぐ減少する<sup>49, 237</sup>。

レプチンとは逆に、グレリンの血中濃度は絶食により増加し、低体重時に上昇する。また、グルコースや脂質の摂取により分泌が抑制されるが、たんぱく質の摂取ではその抑制は起こらない<sup>189</sup>。

拒食症の患者のグレリン血中濃度は低体重のために一般的に高い<sup>121, 189</sup>。一方、過食症の患者では、食物摂取後のグレリン血中濃度の減少が鈍いことがわかっており<sup>166</sup>、グレリンの分泌異常が過食症の発症に関与していることを示唆している<sup>133</sup>。またグレリンの投与が、拒食症患者の食欲の増進と摂食量の改善に繋がったという報告もなされている<sup>243</sup>。

### セロトニン (Serotonin)

神経伝達物質のひとつであるセロトニン (5-HT) は、うつとの関連で一般に馴染み深いですが、満腹感を促す作用も持っている<sup>98, 144</sup>。

拒食症、過食症、無茶食い症候群の女性を対象に、食欲抑制剤 (D-fenfluramine) に対する血中プロラクチンレベル<sup>\*32</sup>を調査した研究では、拒食症および頻繁に排出行為を行なう過食症患者に、食欲抑制剤に対するプロラクチン反応の遅延、すなわちセロトニンの放出遅延が見られた<sup>\*33</sup>。一方、排出行為が少ない過食症および無茶食い症候群の患者にはそのような遅延が見られなかった。この結果は、拒食症および排出行為が頻繁な過食症患者に、セロトニンの代謝障害があることを示唆している。

さらに、セロトニンを運搬するセロトニントランスポーターの働きも研究対象となっている。摂食障害のサブタイプによりトランスポーターの働きが異なることから、トランスポーターがそれぞれのサブタイプの発現と関連しているのではないかとされている<sup>14</sup>。

より詳細に見ると、食欲調節に直接作用するのは、セロトニンそのものではなく、7つのファミリーと14のサブタイプが同定されているセロトニン受容体であり<sup>190</sup>、受容体の働きと摂食障害の関係を調査する研究も行なわれている。

例えば、PET (positron emission tomography ; ポジトロン断層法) を用いた脳画像診断による調査では、食欲調整、気分、不安、抗うつに関連するといわれ、セロトニン受容体 5-HT<sub>2</sub> ファミリーのサブタイプの一つである 5-HT<sub>2A</sub>、不安、気分、衝動性、食行動に関連するといわれ、5-HT<sub>1</sub> ファミリーの一つである 5-HT<sub>1A</sub>、そしてセロトニントランスポーターに、摂食障害から回復後も障害があることが明らかになった<sup>15, 144</sup>。この結

\*31 2.1.3,p16

\*32 血中プロラクチンレベルは脳内セロトニン活性の度合いを知る指標とされており、食欲抑制剤はセロトニンの放出促進及び再取り込みの阻害効果があることが知られている<sup>164</sup>。

\*33 セロトニンの再取り込みとは、セロトニンを放出したシナプスが再びその一部を取り込むことである<sup>117</sup>。一般によく使われるセロトニン再取り込み阻害薬の SSRI はこの再取り込みを阻害する働きを持つ<sup>198</sup>。



果は、セロトニン代謝障害が発症前から存在し、それが摂食障害の発症に一次的に関与する可能性を示唆する。

### 遺伝子

やせた身体が理想とされ、多くの人々がダイエットを行う社会にあっても、摂食障害を発症する人は極まれであるため、摂食障害の当事者には器質的な異常があるのではないかという推測のもと、摂食障害と遺伝との関連を調べる研究が1990年代から続けられている。

当初は、親族内に摂食障害を発症した者がいないかを調べたり、一卵性双生児で片方、もしくは両方が摂食障害を発症した例について調査をし、摂食障害との関連を調べる調査が主であった<sup>32</sup>。

しかし近年の分子遺伝子学の目覚ましい進歩により、摂食障害に関連する候補遺伝子を特定する取り組みがなされ<sup>133</sup>、拒食症と第1、第2、第4染色体、過食症と第10染色体との相関が示唆されている<sup>106</sup>。

前節のセロトニンは遺伝子研究でも同様に注目されている<sup>133</sup>。セロトニンやセロトニントランスポーター、さらにはセロトニン受容体の塩基配列を調べ、摂食障害に特有の遺伝子多型<sup>\*34</sup>を特定しようと試みた研究では、5-HT<sub>2A</sub>受容体遺伝子の-1438G/Aと呼ばれる遺伝子多型が、拒食症や過食症に見られる体重や体型への過度な懸念や、重度の摂食障害症状と相関関係にあることが示された<sup>213</sup>。

また、Ribases (2008)<sup>212</sup>の研究では、セロトニントランスポーターの一つであるSLC6A4の多型を調べ、5HTTLPRという多型が過食症患者に見られる不安と相関関係を持つことが示された。

まぜ前述したグレリン生成に関わる遺伝子に対する研究もなされており<sup>3,167,168</sup>、過食症やむちゃ食い症候群にはグレリン前駆体遺伝子内のLeu72Met (408 C > A)という多型が<sup>3,168</sup>、過食症にはグレリン前駆体の3056 T > Cという多型が、それぞれ相関関係にあることが明らかになった<sup>3</sup>。しかし前述の2つの調査で関与が示唆されたLeu72Metに関しては、拒食症にも過食症にも相関が見られないという調査結果も発表されている<sup>167</sup>。

以上、生理学的な研究として、レプチン、グレリン、セロトニン、遺伝子に関わる研究を紹介した。もちろん、これら調査を行う研究者が、「単一の物質の異常が摂食障害の唯一の原因である」と考えているわけではないが、生体を物質の塊として見なし、食に関わる生体物質を調査する「生体物質論」においては、問題の所在をある物質に還元させて研究を進める。この点で、これら研究者の立場は「還元主義」に属するといえる。

## 2.6.2 栄養学的研究

摂食障害患者が、標準体重でかつ摂食障害と診断されていない人々（以下、対照群と呼ぶ）に比べて大変特徴的な食べ方をし、甘く、脂肪分の多い食べ物に顕著な嫌悪感を示すことは良く知られている<sup>63,64</sup>。

<sup>\*34</sup> 個体レベルでの表現型には大きな影響は与えないが、遺伝子レベルでみた場合塩基配列が異なるもの。ABO式血液型がこれに当たる<sup>8,99</sup>。

### 拒食症の食事

例えば、入院をしていない拒食症（制限型）の患者と対照群の食物摂取量を比較した調査では<sup>95</sup>、拒食症患者のそれが平均 1289kcal/日であったのに対して、健康な女性のそれは 2200kcal/日であった。加えて、患者群と対照群の食事を栄養素において比較すると、前者は、脂肪の摂取量が極端に少なく、1日の摂取量の大半を炭水化物に頼っていることが分かった<sup>95</sup>。

さらに細かく分析を進めると、患者群は、繊維質を対照群よりも多く摂取しており、サプリメントを積極的にとっているため、カルシウム、鉄、亜鉛の摂取量も高いことがわかった<sup>95</sup>。

また他の調査では、炭水化物、及びたんぱく質が全体のカロリー摂取量に占める割合が、対照群と比べて大きいことが報告されている<sup>158</sup>。<sup>\*35</sup>。

さらに拒食症制限型の患者に、1日の食物摂取カロリーを予想させ、それと実際の食物摂取量を比較すると、患者の予想は、実際の摂取量をはるかに上回っていた（報告摂取量：1,602 ± 200 kcal/実際の摂取量：1,289 ± 150kcal）。

しかし興味深いことに、患者群が予想した摂取カロリーは（1,602 ± 200 kcal）、彼女たちが予想した基礎代謝量（1,594 ± 18 kcal）にかなり近接していた。また、炭水化物・たんぱく質・脂肪の予想摂取量をパーセント換算し、同様にパーセント換算された実際の摂取量と比べてみると、その報告はかなり正確であり、特に脂肪摂取に関する予測と実際の摂取量との間には、誤差はほとんどなかった。これに対して、対照群はカロリー摂取量や、脂肪の摂取量を実際より大幅に少なく見積もって報告していた<sup>95</sup>。

### 過食症の食事

過食症患者の食べ方は拒食症患者のそれと正反対である。

例えば、入院をしている過食症患者の1日のエネルギー摂取量を対照群のそれと比較した調査では<sup>104</sup>、過食症の患者は対照群をはるかに上回るエネルギー摂取をしていることが分かった（過食症患者：10,034 ± 2701 kcal、対照群：1924 ± 102 kcal）。また、栄養素別に見るとたんぱく質からの摂取量が少なく、脂肪からの摂取量が有意に高く、加えて入院をしていない患者の食事は、蔗糖からのカロリー摂取が多いことが報告された<sup>85</sup>。

過食症患者の非過食時の食事を研究した調査もある。実験環境でビュッフエスタイルの食事が用意され、通常通り食べるように指示された場合、患者の食物摂取量は、対照群より、有意に多いか少ないかのどちらかであった<sup>96</sup>。これは、患者の食事が、過食時だけでなく非過食時も乱れていることを示唆している<sup>96</sup>。

また、過食時の食事と非過食時の食事内容には大きな差異があることも分かっている。例えば、Gendall(1997)<sup>85</sup>らの研究では、過食症の患者は過食時に高蔗糖・高脂肪・低たんぱく質の食べ物を過食する一方、非過食時は低脂肪の食べ物をよく摂取していることがわかった。またカロリー摂取量で見ると、非過食時の食事は栄養科学的に適切とされている量の3分の2しかなかった。

同様の調査が少ないながらも国内で行なわれている。東海大学において31人の摂食障害患者の食事の規則性、PFCバランス（たんぱく質：Protein、脂質：Fat、炭水化物：

<sup>\*35</sup> <sup>158</sup>と異なり、<sup>86</sup>の調査では、たんぱく質摂取（%）における対照群との有意差は見られなかった。

Carbohydrate の摂取量とそのバランス)、及びメニューバランスを調査したところ、拒食症制限型の患者は食事の規則性と PFC バランスが良好であるが、エネルギー摂取量は少なかった。対照的に、拒食症排出型、過食症の患者においては、規則性、メニューバランス、PFC バランスの全てが乱れており、脂質摂取量が特に高かった<sup>11</sup>。

### 栄養分に対する感覚

「生体物質論」は、食における当事者の体験や解釈、さらには拒食や過食のあり様といった、食という現象そのものに対する分析を積極的に行わないと本章の冒頭で述べた。しかし、日常の体験とはかなり異なる状況下での、食の体験に関連する調査は実施されている。

例えば、含有蔗糖量と脂肪量を変えた 15 種類のデザート用チーズを用い、過食症患者の砂糖と脂肪に対する「快適さ」(pleasantness) を調査した研究では、甘さや脂質に対する味覚の異常は見られないものの、患者たちが高蔗糖・低脂肪の味により快適さを感じていることが明らかになり、この結果は他の調査でも支持され<sup>61</sup>、また同様の傾向は拒食症患者でも見られた<sup>62</sup>。拒食症患者の場合、この傾向は体重回復後も変化しないため、なんらかの生物学的異常が拒食症発症以前に存在していた可能性が示唆されている<sup>62</sup>。

Franko ら (1994)<sup>59</sup>は蔗糖溶液を用いて、過食症患者の甘さに対する「快適さ」を調査し、過食症患者は対照群よりも甘い蔗糖溶液を、より快適に感じていることが分かった。これを受けて Eiver ら (2002) は<sup>211</sup>、過食症患者は体重増加の恐怖から、甘さに対する「快楽反応」(hedonic response) が低下しているのではないかと、すなわち、甘さが強くないと快楽反応を示さないのではないかと仮定し、拒食症・過食症患者を対象に、蔗糖水溶液を飲み込んだ場合と、吐き出した場合での差異を調査した。その結果、吐き出した場合で、より敏感な快楽反応が見られ、仮説は支持された。

「快適さ」(pleasantness) や「快楽反応」(hedonic response) に関する調査は、邦訳すると「おいしさ」に関わる調査とあって良いだろう。

しかし、ひとが日常生活で感じる「おいしさ」とは、糖分や脂肪分など、単一の栄養素によるものではない。「おいしさ」とは、食べ物見た目や食感、食事の雰囲気や、他者との相互作用など、栄養学の範疇にはない要素が複雑に絡み合って生まれるものである。

このため上述したような味覚に特化した実験環境下での体験と、日常生活でひとが得る食事と通じた体験には、かなりの隔りがあるといえる。

以上、生理学と栄養学における摂食障害の研究を紹介した。生理学では生体を物質として捉え、食行動に関わる生体物質のどれに異常が起こっているのかを特定しようと試みる。また、栄養学においては、生理学のように、食物を複数の物質の集合体として捉え、さらに食物の構成要素のそれぞれが、物質としての生体にどのような影響をそれぞれ与えるのかという観点から、摂食障害を分析しようとする。この点で、これら研究は「生体物質論」に分類される。

## 2.7 摂食障害の治療

摂食障害には様々な治療方法が存在する。本節では、「本質論」と「生体物質論」に基づいた主な治療法を紹介する。さらに現在の摂食障害治療の主流ではないが、本研究のい

う「本質論」と「生体物質論」に完全には当てはまらない治療方法を3つ紹介する。

もちろん実際の臨床では、「本質論」もしくは「生体物質論」のいずれかに基づいた治療が行われているわけではなく、これらを混合した治療—例えば心理療法と薬物療法—が平行して行われている。従って、ここで示す分類は、あくまで便宜上のものである。

### 2.7.1 「生体物質論」に基づいた治療

「生体物質論」に基づいた治療方法としてもっとも一般的なものは、過食症に特に効果があるとされる、抗うつ剤に代表されるような薬物療法である。しかしそれ以外にも、生体を物質として捉え、生体の異常を是正しようとする治療方法が存在する。ここでは、その主なものとして行動療法と栄養カウンセリングを紹介する。

#### 行動療法

先に示したように、摂食障害に特徴的な多くの症状は、飢餓状態が作り出したものであるといわれている。

行動療法とは、摂食障害に特徴的な多くの症状は飢餓状態から発生しているという考えのもと、患者の行動に制限を設け、強制的に体重を増加させ、体重が回復するとともに、制限を緩めてゆくという治療方法である<sup>171</sup>。

「行動療法」と銘打たなくとも、緩やかな行動制限が治療の中で取り入れられることは多く<sup>110</sup>、生命の危険が危ぶまれるほどにまでやせてしまった拒食症患者の治療にしばしば用いられる。

そこで設けられる制限は、たとえば外出禁止、面会の禁止といったものであり、体重が増える、もしくは段階別に設定されたカロリーを摂取できると、それら制限が徐々に緩和され、ラジオを聴く、散歩をするなどといったことが許可されるようになる。

また行動制限といっても、患者や家族の許可なく、医師が一方的に権力を行使するのではない。この治療は、医療スタッフへの患者や家族からの信頼がなければ成功しないため、病態や、行動制限という治療の必要性など、治療において必要なもろもろの説明を患者と家族が受け、それらの同意の上に行われる<sup>110</sup>。

食べたら、もしくは体重が増えたら行動制限が取れるという「条件付け」を用いた行動療法は、1972年により精神科医の Albert J. Stunkard により紹介され、拒食症の治療に目覚ましい効果を上げるという論文が1970年代に次々と発表された<sup>110</sup>。

この療法の日本における第一人者が、内科医の深町建<sup>76,77</sup>である。

深町は、摂食障害の原因を親に求める見方が主流であった1980年代に、「摂食障害において一番問題なのは家族ではなく、患者であって、先ず患者を治すべきだ」と主張し、行動療法にやや修正を加えた「行動制限療法」を確立した。

「行動制限療法」は、12週間の入院療法で、行動制限や医師との定期的な面接のほかに、毎日の感想文の提出が患者に求められるところに特徴がある。

深町によると「行動制限療法」の治療効果は目を見張るものがあり、難治と思われる患者も次々と回復することが多い。

このような効果が上がる理由として深町は、食事、そして面接・感想文を通じた医師とのコミュニケーションという、身体と心への両面からの刺激が、失われてしまった胃や腸といった機能、身体感覚、感情、言葉のよみがえりを促すことをあげ、このような「よみ

がえり」には次のような生理的機能の回復があると推測する。

こういった刺激が患者に与えられている内に、患者およびその視床下部が安定性を回復します。するとそれまで視床下部の働きに下手に干渉していた大脳皮質がその干渉から手が引けるようになり、大脳皮質はそれ本来の働きを回復し、感情や言葉による表現が自由になって行きます。(55-56)

深町は、本来視床下部の摂食中枢がやるべきところを、視床下部よりも高位中枢である、大脳皮質が取って代わろうとしたゆえに、起こった病気が摂食障害ではないかと述べている。

大脳皮質の高位中枢の視床下部に対する過干渉は、摂食中枢だけでなく、身体感覚や、感情、言語能力までも鈍磨させる。よって、患者を入院させて外部からの刺激を取り除き、食事を徐々に取らせてゆくことで、大脳皮質の過干渉を取り除かれ、空腹感や満腹感といった身体感覚がよみがえり、患者は、視床下部の機能が正常であることに気づいて、自らの視床下部に対する信頼を取り戻す。

すると大脳皮質は、「視床下部への過剰干渉」という本来与えられていなかった仕事から解放され、もともとの役割に専念できるようになり、結果、患者は、それまでの状態が嘘であるかと思えるほどの、豊かな言語表現を取り戻すことができ、回復に向かう。この点で、摂食障害は「体で治す心の病」(55)<sup>77</sup>といえる。

「行動制限療法」は治療効果が高く、比較的短期間で回復が導かれるが、退院したあとすぐに病院に戻ってきてしまう再発も多い<sup>77</sup>。

この指摘は深町だけでなく、同じく診療内科医で、行動療法と認知行動療法を併用するプログラムを実施していた松村直からもなされており、また松村は、治療の継続を拒否して退院をした患者も中にはいたことを述べている<sup>153</sup>。<sup>\*36</sup>

筆者がシンガポールで行った調査でも、ビデオカメラが回る病室で行動療法を受けたという方が1人おり、この方は、この病室から抜け出したい一心で、食事を食べ、体重を増やして退院をしたが、その後すぐに再発してしまった。この方の経験は、医療チームとの信頼関係が確立されないまま、治療が強制的に進められてしまった行動療法の悪例ということができるだろう。

### 栄養カウンセリング

摂食障害患者に栄養学的な指導の必要性を訴える研究者や臨床家に見られる共通認識は、「患者が持つ栄養学的知識はしばしば誤っていたり、偏っていたりしているため、治療者はその誤りや偏りを是正しなければならない」というものであり<sup>37,271</sup>、これは、摂食障害研究の世界的権威である、Pierre J.V. Beumont（ピエール・ブーモン；精神科医）<sup>19</sup>の次の言葉に象徴される。

拒食症の患者は通常、栄養のことについて広い知識を持っていることを公言してはばからない。そして彼女たちは、栄養上の信念や手段について強く自己主張した

<sup>\*36</sup> ただ松村は、このような患者の舞い戻りや治療の拒否は、行動療法そのものの問題というよりは、治療者としての自分の姿勢の問題も大きかったと述べ、大きな治療成果を上げた、深町の「行動制限療法」は自分の行っていた行動療法とは似て非なるものであったのではないかと推測している。

り、極端に防衛的となったりする。しかし、知識は非常にえり好みしたもので、(大衆紙)のような怪しげなところからきている。しばしば極端で、たいていは間違っている。重要なことは、それらの誤った情報を訂正し、彼女たちが自分にとっての栄養分や必要エネルギーについて正しい情報を得ることである。(180; 圏点は筆者)

またブーモンは、過食症の患者が高カロリーの食物を徹底的に避けようとする傾向に対してこう述べている。

治療者は、食べ物に対するこの間違った完全主義を変えるように試みる。正常な食べ方とは、ただ単に“健康な”食べ物を食べることを意味しているのではなく、必須栄養分および身体が求める十分なカロリーを含む、多彩でバランスの取れた食事を取る事なのである。(182 ; 圏点筆者)

従って、摂食障害の治療に当たる栄養士、そして栄養学を治療に用いる専門家の役割は、健康的な体重をどのように算出するか、体重はどのように変化するか、飢餓状態は心身にどのような影響を与え、そこから脱するためにはどのように食べればよいのか、どのように摂取カロリーを把握するのかといった、栄養学に関する正しい情報を提供することであり<sup>37,58,271</sup>、この指導は後述する認知行動療法でも行われる。

もちろん、摂食障害の発症や症状の維持には複数の要因があると考えられているため、正しい情報を持つことがそのまま回復に結びつくとは考えられていない。

たとえば栄養学的に正しい食事のメニューを処方しても、患者がそれに従って食べることは限らないし<sup>19</sup>、多くの患者は摂食障害患者は栄養学について一般人よりもはるかに詳しい知識を持っており、それを知りすぎていることが逆に食に対する懸念や苛立ちを増加させていることもある<sup>58</sup>。また、正しい栄養学的知識を持っていたとしても、肥満恐怖といった摂食の乱れを引き起こしている感情を打ち消すことはできない<sup>58</sup>。

このように、栄養学がアプローチできない症状の領域があることは治療者には十分認識されているが、一方で、患者の誤った知識を是正し、正しい知識を身に付けさせ、不適切な食べ方によって起こった生体の異常の是正を促すことは、摂食障害の治療において必要な指導であると臨床では捉えられている。

## 2.7.2 「本質論」における治療～対人関係療法

本節では「本質論」における代表的な治療方法として、過食症の治療に効果的とされる、対人関係療法を紹介したい。対人関係療法について知ることで、「本質論」における治療がどのように進められるかの大まかなイメージをつかむことができるだろう。

まず、過食排出行動がどのようなものであると考えられているかを、近年の研究を踏まえながら解説し、その後、対人関係療法を紹介する。

### 過食排出行動の概要

過食排出行動は、否定的な感情が沸き起こったときに誘発されることが多いが、退屈なときや、食べ物のことを思いついたとき、仕事による疲労、飲酒がきっかけとなって起こることもある。ひるがえって、たとえ24時間の絶食状態にあったとしても、空腹感が過

食を誘発したと答える患者は少ない。過食後、患者は過食の嫌悪感と体重増加の恐怖に悩まされるが、腹部膨満感を解消させる排出行動を行うことで、その嫌悪感は解消され、患者は安心感を得る<sup>206</sup>。

否定的な感情が過食排出行動に先立つことが実証的研究により示されており<sup>2,47,54</sup>、また近年では、その否定的な感情がいかなるものであるかについての研究も進んでいる。

たとえば、強い怒りが過食排出行動に先立ち存在するという研究結果や<sup>66,267</sup>、うつ状態が過食排出行動を悪化させているという研究報告があり<sup>240</sup>、さらに、うつ状態を軽減させることで過食排出行動が寛解したという報告もある<sup>35</sup>。また過食症患者の気分の変化を、過食排出行動が起こった日と起こらない日、1日のうちで起こった時間帯と、起こらない時間帯、そして過食排出行動の直前と直後と比較した調査では、過食排出行動は肯定的な感情を増幅させるが、その効果はあくまで一時的であり、長期的に見ると否定的な感情は増加してしまうことが分かった<sup>233</sup>。<sup>\*37</sup>

過食排出行動は、「食べたいが太りたくない」という当事者の矛盾した願望を満たすため、当事者にとっては喜ばしい一面もあるが、同時に、強い罪悪感を産み、当事者の自尊心を低下させ、うつ症状のもとともなる。

しかしそれを行うことで、自意識から一時的に逃避できたり<sup>101</sup>、そのような感情を誘発させるきっかけとなったできごとや心理的葛藤から一時的に意識をそらすことが出来るため<sup>208,234</sup>、それ自身がストレス下におけるコーピングスキルとして確立される場合も多い。<sup>\*38</sup>

このため過食排出行動は、当事者にとっては忌むべきものでありながら、体重が増加しない、ストレスの解消になるといった利点もあるため、簡単に手放すことができない行動となって習慣化されてしまう<sup>206</sup>。

生物的に見ると過食排出行動は、半飢餓状態に置かれた身体の異常に起因する。例えば、精神科医の小牧元(2001)<sup>84</sup>は、過食後30分以内の嘔吐は、血糖の上昇による満腹中枢の刺激(満腹感)と、空腹感を感じさせる胃からの刺激(空腹感)を同時に誘発して、摂食障害中枢の混乱を引き起こすため、食後30分は嘔吐を我慢することが重要であると述べている。

また精神科医の青木省三(2003)も<sup>4</sup>、孤独感は飲食に拍車をかけると述べた後で、嘔吐をすると食べものが栄養として身体に摂取されず、身体は「食べて欲しい」というサインをいつまでも送り続け、結果、過食嘔吐のサイクルが作り出されると解説する。

加えて、摂食障害の発症や症状には、2.6.1(p42)で述べる、セロトニンが作用している可能性が強い。

実際、セロトニンに作用する抗うつ剤の処方が、過食症の過食排出行動を寛解させることが知られており、過食症患者への抗うつ剤の処方是一般的なものとなっている。加え

<sup>\*37</sup> これまでは患者に過去を振り返ってもらい、過食排出行動の契機となるできごとや気分を特定するというやり方が一般的であったが、このような回顧的な研究には誤差が生じやすいことから、Environment Momentary Assessment(EMA)という方法が近年盛んになっている。これは研究の参加者に、手のひらサイズの電子記録媒体を携帯させ、過食排出行動が始まる直前や直後、もしくはそれ以外の時間帯の気分やストレス状態を、逐次記録させるものである。患者は遠い過去に振り返り、状態を思い返す必要がないため誤差が少ないとされている。ここで紹介した文献のなかでEMAを利用した研究は<sup>47,66,233,234</sup>である。

<sup>\*38</sup> 排出がなく過食のみでも不安が減少するという調査もある<sup>65</sup>。

て、先ほど紹介した鈴木<sup>\*39</sup>は、拒食症の回復過程で起こる過食排出行動は、それまでの飢餓状態が起因となり起こされる身体反応によるところが大きいと述べている<sup>244</sup>。

ただ過食排出行動の誘発や継続に生物学的な因子の影響が見られるとはいえ、薬物だけに頼って過食症患者を回復に導くことは難しい。一定の効果が期待できる抗うつ剤も、過食排出行動を完全に消去できるわけではないし、長期間投与における効果の持続も疑問視されている<sup>268</sup>。

このため過食症の治療に最も効果的とされているのが、心理療法と薬物療法の併用であり、数ある心理療法の中でも、特に効果があるとされているのが対人関係療法と、後述する認知行動療法である<sup>12,67</sup>。

### 対人関係療法

対人関係療法とは、現在抱えている対人関係上の問題を認識し、それに対する適切な対処方法を学ぶことで、症状の寛解を目指す、短期間の心理療法である。

対人関係療法はもともと、対人関係におけるコーピングスキルの向上は、精神病症状の緩和につながるという前提の基に、主に外来のうつ病患者を対象として作り出された<sup>160,163</sup>。

対人関係療法は薬物療法や他の心理療法との効果の比較といった実験目的でも多く利用されているため、他の心理療法に比べ、効果に関する実証的なデータが多く積み上げられている<sup>160</sup>。

対人関係療法は、日常生活で出会うすべての他者との関係性を治療の対象とするのではなく、親や恋人といった、本人にとって重要な他者との間で起こる問題のみを対象とする。

対人関係療法では、対人関係上の問題を、大切な他者の喪失により起こる「悲哀」、それぞれが相手に期待する役割の齟齬により起こる「役割の不和」、就職や結婚などのライフイベントにともなって起こる「役割の変化」、大切な他者が生活に認められない「対人関係の欠如」の四領域に分類し、患者が対人関係のどの領域で問題を抱えているのかを見極めることから治療が始まる<sup>161,272</sup>。

過食症の場合は、役割の不和と役割の変化における問題が認められる場合が特に多い<sup>69,\*40</sup>。

対人関係療法に関する著書が多く、摂食障害の臨床経験も豊富な精神科医の水島広子<sup>160,161</sup>は、症状がコミュニケーションの手段として使われている場合、摂食障害の場合、大変多いことを指摘し、次のように述べる。

摂食障害の人を見ると、明らかに病気がコミュニケーションの代わりをしているということがわかります。制限型の拒食症の人は、自分の辛さを「やせること」で表現しています。過食嘔吐症状を持っている人は、対人関係のずれに直面したときや、トラブルに見舞われたときに、症状がひどく出ます。本当は言葉で「辛い」ということを表現すべきところ、表現できないために、症状がそれを語ってくれるのです。(183)<sup>\*41</sup>

言語によるコミュニケーションスキルの向上を図るため、水島は対人関係療法の治療にお

<sup>\*39</sup> 2.5.1,p39

<sup>\*40</sup> 加えて、職場など中間距離での、対人関係構築が苦手という知見もある<sup>178</sup>。

<sup>\*41</sup> これは20世紀後半の摂食障害治療の牽引車であるブルックと同一の見解である(2.4,p19)。



いて用いられる技法の一つであるコミュニケーション分析を利用することを当事者に勧めている。

問題のあるコミュニケーションとしては次のようなものを挙げる事が出来る。

- 曖昧で間接的な非言語的コミュニケーション（例：ため息、にらみつけ）
- 不必要に間接的な言語的コミュニケーション（例：いやみや婉曲的表現）
- 自分がコミュニケーションしたという誤った憶測（例：「自分の気持ちをはっきり言わなくても相手は自分の気持ちを分かっているに違いない」といった思い込み）
- 自分が理解したという間違った憶測（例：確認することなく、「私はあの人に嫌われている」と思い込んでいくパターン）
- 沈黙（例：怒りや不満を表現せずに沈黙してしまう、すなわちコミュニケーションの打ち切り）

対人関係療法ではコミュニケーション分析のほかにも、複数の手法を用いて、重要な他者との間に見られる対人関係上の問題を見極め、そこで見られるコミュニケーションパターンを分析しながら、解消しようと試みる。

過食症の対人関係療法において特徴的なのは、症状として現れる食の問題に治療の焦点が向けられないことである。これは、対人関係療法が、過食排出行動は、対人関係上の問題から生じたストレスの結果、誘発されるストレスマーカーであり、ストレスの原因となっている対人関係の問題が解消されれば、過食排出行動はそれを追うように徐々に寛解すると見なしていることに基づいている<sup>160,162</sup>。この点で、対人関係療法は「本質論」に基づいた治療方法であることがわかる。

### 2.7.3 「本質論」と「生体物質論」の折衷型～認知行動療法

認知行動療法は、行動療法との融合によって 20 世紀後半に生まれた、比較的新しい治療方法である。刺激を操作し、患者の行動変容を促す行動療法に対して、認知療法は、刺激に対して人間が行う解釈を、行動の媒介要素として捉え、その解釈に変容を起こすことで患者の行動変容を促す<sup>219</sup>。

認知行動療法で特に着目されるのが、本人が意図せずとも自動的に浮かび上がってくる思考やイメージとしての「自動思考」(automatic thoughts)<sup>\*42</sup>と、自動思考の基盤となっている「中核的な思い込み」(core beliefs)である。

精神疾患の患者に往々にして認められる自動思考と中核的な思い込みには、否定的な感情や不適切な問題処理行動を引き起こしやすい、誤った思考のパターンが多く含まれており（例：全か無かの思考、自責思考）、それを矯正することで、否定的な感情が軽減され、より適切な問題処理が行われる<sup>50</sup>。

過食症の認知行動療法において特に重点が置かれる自動思考や中核的思い込みは、体型や体重に過剰に依存した自己評価と、それに先立ってしばしば存在する、極端に低い自尊心や完璧主義である<sup>68</sup>。

\*42 認知療法を確立し、その中で自動思考の存在を始めて唱えたアメリカの精神科医である Aaron Beck(アロン・ベック)は、自動思考は普段の会話の中に現れることは少なく、患者の内的な言語であることが多いため、治療者は意図的にそれを引き出さねばならないと述べている<sup>17</sup>。

治療の第1段階では、行動変容に重点が置かれる。生物・心理的に食べることに関するコントロール感を喪失させる、極端な食事制限と過食排出行動のサイクルを打ち破るため、治療者は、嘔吐や下剤乱用の副作用や、体重調整に関する正しい知識を患者に与える。

また、1日に3回の食事と2回の間食を規則正しく取ることによって、食事に関するコントロールの感覚を取り戻すよう指導し、さらに週に1度体重を量らせて、定期的に食事を取っても体重は大幅に急増しないことを実感させる。またこうすることで、身体は生理的に安定し、生体のリズムの崩れによって引き起こされていた認知のゆがみも、ある程度矯正される<sup>68,274</sup>。

そしてこの段階で最も重要なのが、食事記録の作成である。患者と治療者の双方が、過食排出行動のきっかけとなる出来事や感情について理解するため、患者は、いつ、どこで、何を食べたのか、それは普通の食事か、それとも過食であったのか、排出行動は取ったのか、それに関連した思考や感情は何であったのかについて詳細な食事記録をつける。また、食事記録と合わせて、患者は、過食排出行動が起りやすい状況に陥ったときに、それに代わる、楽しくて実行可能な行動のリストを作成するよう指導される<sup>68,274</sup>。

治療が第2段階に進むと、その焦点は行動から認知的側面に移行し始める。第1段階において、すでに食事のコントロールの感覚と、過食排出行動を引き起こしやすい状況や、感情、思考について理解を深めている患者は、過食排出行動につながる思考がどのようなもので、どのような感情が誘発しているのか、その思考は最も適切なものだったのかといった認知に関する自省を、食事記録に基づいて行う。そして、治療者は、患者自身が自らの思考の誤りと、それによって誘発される否定的な感情の繋がりに気づき、より現実的な思考に基づいた行動が取れるよう援助する。

また食事においては、それを食べることで過食が始まってしまうと信じている食べ物を、通常の食事の中に取り入れ、それら食べ物に対するコントロールの感覚を取り戻すことが目指される。

治療が最終段階に進むと、治療で起こった行動や認知の変容を継続させるための戦略が練られる。この段階で治療者は、たとえセッションによって過食排出行動が停止したとしても、再発の可能性は常に存在していることを教え、そのような場合にどのような対策を取ることが出来るのかを患者と共に検討する<sup>68,274</sup>。

認知行動療法では、治療の初期の段階で規則正しい食事を取らせ、生体を安定させようと試みるが、その一方で、食の乱れの大本には、否定的な感情を誘発し、過食排出行動を起こしやすくする、「完ぺき主義」や「低い自尊心」といった認知のゆがみがあると捉え、それを最終的に修正しようと試みる。この点で、認知行動療法は、「本質論」と「生体物質論」の折衷型であるといえる。

なお対人関係療法と認知行動療法の効果を比較した調査によると<sup>67</sup>、対人関係療法は認知行動療法に比べて、短期的な寛解率は劣るが、その効果は緩やかに現れ、治療6年後の寛解率は、認知行動療法のそれと同等であった。また、対人関係療法は、認知行動療法に比べ、脱落者が少ない<sup>160</sup>。

このため、対人関係療法によって取り組まれている問題を、認知行動療法の中に組み入れたり、対人関係療法に認知行動療法の技術を取り入れたりして、より治療効果を高めようという試みがなされている<sup>69</sup>。

### 2.7.4 特殊な治療方法

摂食障害の治療の主流ではないが、「生体物質論」や「本質論」を支持する一方で、食に関わる現象そのものに注目した治療方法も存在する。

#### マインドフルな食

「マインドフルな食」(Eating Mindfully)とは、心理学者の Susan Albers (スーザン・アルバース)によって提唱された食べ方である。

アルバースは「マインドフル」という言葉を仏陀の教えからとっており、それは「『自分の行動、考え、感情』のすべてに真摯に注意を払い、よく理解する」(xv)ということの意味する。

「マインドフルな食」を通じて、身体と心が送る合図に注意深く耳を傾け、敏感に応えることで、失われた食に対するコントロールの感覚を取り戻し、健康的な食事が取れるようになることが、「マインドフルな食」の目的である。

アルバースは「マインドフルな食」の例を次のように挙げている。

例えば、ポテトチップスをつまんだとき指先に感じる一枚一枚の塩の間食もその1つです。そしてポテトチップスをしたの上に乗せたときの塩味、その味を感じるのもそうです。ひと口かじるごとにそのカリッという大きな音に耳をすませます。かんでいるときの音を頭の中で創造し、意識して耳を傾けます。マインドフルに食べるとはこのようなことを言うのです。

マインドフルに食べているときには、このポテトチップスの例でいえば、舌に触れるザラザラとした感触に気づきます。歯が噛み潰しているときの圧力にも関心を向けます。噛んだ食べ物がのどを滑り落ちていくときには、だ液がのどの奥を満たしていくのを感じるでしょう。さらにマインドフルな食事というのは、胃に入った食べ物を感じるということでもあります。そして食べ物を口にするということから得られる喜びを体験することになるのです。注意深く観察していると、ものを食べた際に胃がどれほど広がり、満たされていくかを感じることができます。食べ始めから終わりまで一噛み一噛みをじっくりと経験してゆきます。食べているプロセスの各段階がゆっくりと過ぎていくように工夫することで、それぞれの段階が完全に意識されるようになります。一つ一つのプロセスの結びつきが感じられるようになるのです。(5-6)

アルバースはこのように、食に際して得られる体験に集中することの重要性を繰り返し強調する。よって、食から注意がそれてしまう、コンピュータの前での食事や、車を運転しながら、電話を運転しながらの食事は絶対に避けなければならない。

また、人と食べるときには周りの人や食べ物との関係に溶け込み、楽しく食べるべきであるが、できることなら、人との付き合いや、注意が散漫になりやすいビジネスミーティングで食事を利用することは避けたほうが良い。

ただ食が、上述のような食べ方とは正反対の「マインドレス」なものになって、ひどく食べ過ぎたり、逆に食べなかつたりしてしまう根本的な原因は、食そのものではなく、食

の外側にある。「マインドレスな食事」は、「問題の表層に過ぎず、他に対処する必要がある問題を示す、目に見えるサイン」(7)なのである。

このため食事が「マインドレス」になった場合、食事だけでなく、自分の心や身体全体に「マインドフル」であろうとすることで、「マインドレス」な食事を作り出している根本原因を探り当て、その問題を修正しようとする努力が、「マインドフルな食」を取ろうとする努力のほかに必要となる。

このように「マインドフルな食」は、問題の本質を食の外側に置く点で、「本質論」に当てはまる。だが食の細かな体験に注目することの必要性を当事者に促す点で、「本質論」とはややずれる。

### BOOCS

「脳疲労」<sup>74</sup>という考え方をもとに過食症を治療しようというのが BOOCS (Brain Oriented Obesity Control System : 脳指向型肥満治療システム) である<sup>83</sup>。「脳疲労」とは肥満を改善するための前提理論として内科医の藤野武彦により提唱された概念であり、藤野は、脳が日常生活における様々なストレスに晒されると、脳が疲労し機能障害を起こすという仮説を立て、さらに脳疲労の症状の1つである5感障害が、食行動異常を起こし、肥満に結びついていると見なした。

この理論に基づき考案された BOOCS (Brain Oriented Obesity Control System : 脳指向型肥満治療システム) では、できる限り脳疲労を取り除くことに焦点が置かれるため、脳疲労をさらに蓄積させ、食行動異常を強化する可能性のある、厳しい食事療法や運動療法は一切行われない。

よって BOOCS では、一切の食事療法や食事制限、運動療法を排除し、心から満足できる食事を取ることを目指し、脳に「快の原理」を働かせて、脳疲労を除去し、肥満の解消を試みる。

小牧ら<sup>139</sup>はこれを過食症にも応用し、「おいしい」と感じたものを満足するまで食べ、食べたいものを我慢しないこと、過食をすぐにやめようとしないこと、可能であれば体重を頻繁に計らないことの3つを原則とした個人療法を過食症患者に処方し、過食症状の寛解を参加者全員に認めた。

BOOCS は、「脳疲労」という生理的な現象に、食行動異常の原因を置く点で、「生体物質論」に属するが、日常の食事における「おいしさ」に注目する点で、「生体物質論」とは一線を画す。

なお BOOCS は、前述した認知行動療法や対人関係療法に比べるとマイナーであり、過食症の治療現場には浸透していないようである。

### ランチセッション

摂食障害の原因はうまく機能していない家族にあり、家族の問題を取り除くことで摂食障害は回復に向かうと考えた家族療法家のミニューチンは、摂食障害の治療にランチセッションを導入した<sup>153</sup>。

ランチセッションとは、患者の親が患者とともに昼食を共にするという場面において現れる問題を、その家族が抱える問題の現れと見なし、臨床家の助けのもとにそれを解消するという治療方法である<sup>153</sup>。

ミニューチンの家族療法を参考にしながら、独自の視点を加え、治療にランチセッショ

ンを取り入れたが、診療内科医の松林直である<sup>153</sup>。

ミニューチンは食事を通じて、摂食障害の原因である家族の問題を解決することをセッションの主要な目的としたが、松林は家族が摂食障害の原因であるとは考えていない。

松林は、食事や体重、体型に患者が強いこだわりを持っている場合、親子関係や対人関係に注目するだけでは、そのこだわりは軽減できないのではないだろうと推測し、問題となっている食事を回避するのではなく、その不安そのものに直面することの重要性を強調する。

ランチセッションは、弁当を用意し、その日に食べる量を決め、両親はそれを援助するという形で進められる。医師の病態説明を受けた後、セッションは開始され、患者が箸をとめた場合には、親が食べ物を無理やり口に運んだり、口を開けさせたりなどして、時間がかかってもとにかく最後まで食べさせる。

過食排出行動がある患者の場合、親は排出したいという思いがなくなるまで患者に付き合う。

治療者に頼らずも家族だけでやって行けるという自信を本人や親が勝ち得たとき、治療は終結となる。

ランチセッションは、患者がもっとも不安とする食事を治療の対象とするため、治療者も、親も、そして本人も莫大なエネルギーを使う。しかし医師の助けの下、当事者と家族が問題となっている食事に直面し、用意された食事を食べ切るという目標を、共に成し遂げることで、患者の自信は増幅し、さらに親が患者を支える機能が強化され、病気からの回復が促される。

なお松林によれば、ランチセッションが失敗した例を見たことがなく、ランチセッションを使うと、治療期間は短くて済み、また予後も良い。

松林のランチセッションは、食の問題を心理的な問題の表れとして見なしたり、飢餓状態からの回復を目指すため栄養学的に正しい食べ方を指導したりするわけではなく、食事そのものを問題として取り上げているため、「生体物質論」および「本質論」とはやや距離を置く。しかし、家族が患者を支える機能を強化することがランチセッションの重要な目的の1つである点で、「本質論」に寄り添った部分もあるといえる。

ここまで摂食障害における主な治療方法と、治療においてはマイナーであるが、治療の理論が、「本質論」や「生体物質論」に集約しきれない治療方法を3つ紹介した。

次節では、これまでの議論の総括として、本研究が呼ぶところの「還元主義」を今一度まとめなおす。

## 2.8 「還元主義」総括

本研究が定義する摂食障害の「還元主義」は、医療を中心に展開される、摂食障害の発症や症状の維持を理解するための見解であり、以下の、「本質論」と「生体物質論」により構成される。

### 「還元主義」

「本質論」と「生体物質論」により構成される、摂食障害の先行研究に見られる定説である。

- 「本質論」：過食や拒食といった摂食障害の症状の本質は、思春期の葛藤や、家族間の軋轢から生じる精神的圧迫といった、いわゆる「症状」と呼ばれる現象の外側にある。すなわち、拒食や過食のような、摂食障害を特徴付ける現象は、このような問題の表れに過ぎない。
- 「生体物質論」：生体は、物理・化学的な手法で観察が可能な物質の集合体である。従って、拒食や過食といった摂食障害に特徴的な現象は、遺伝子やホルモンといった、生体を構成する物質の、何らかの異常に起因する。

特に、「摂食障害は本質的に『食』の問題ではない」とする「本質論」は、医療専門家だけではなく、当事者にも共有される大前提となっており、家族や友人にこの大命題を理解させることは、治療者や当事者にとって治療を円滑に進める上で、もっとも重要な要件の1つとなっている。

もちろん、実際の治療においては、「本質論」か「生体物質論」のどちらか用いられるわけではなく、両者は混合され、生理・栄養学的に見られる問題点を、指導や投薬によって改善しながら、食の乱れを引き起こしていると思われる患者の内的葛藤や家族の問題などを取り扱うことが目指される<sup>12</sup>。

この点を踏まえると、2つの定論によりなる「還元主義」は、次の5つの柱により支えられているともいえる。

■1. 「器質説」（「生体物質論」、「本質論」） 拒食や過食といった摂食障害の典型的な症状に、生まれながらに脆弱性を持った個人がおり、症状の発症およびその維持には、この器質が一部関与している。

■2. 「飢餓説」（「生体物質論」） 拒食や過食といった摂食障害の典型的な症状の多くは、飢餓状態により発生している。長期間にわたる絶食や低体重によって、生体に異常が起こっている場合、体重を回復させたり、規則正しく食事を取らせたりして、飢餓状態から患者を脱出させることが急務になる。患者が抱える心理的な問題への取り組みは、そのような治療の後、もしくはそれと平行して行う必要がある。

■3. 「精神的ストレス説」（「本質論」） 飢餓状態から回復しても症状が継続する場合、家族関係や進路、思春期の葛藤など、患者が生活上抱える多様な精神的負担が、症状を継続させている可能性がある。自分の悩みや感情を言語化することが不得手な患者は、拒食をしたり、過食排出行動に自己を埋没させたりすることで、それを表現してしまうからである。よって、治療において、これら精神的ストレスを除去、もしくは軽減しない限り回復は望めない。治療では、薬物療法と心理療法が平行して行われる。

■4. 「問題処理説」（「本質論」） 症状が継続する理由としてもう1つ考えられるのは、拒食や過食排出行動が患者が内面に抱える問題の処理に、問題からの逃避といった形で、一時的にはあるが貢献していることである。つまり、本人がやめたいと願っても、拒食や過食排出行動には利点があるため、なかなか手放せない。

■5. 「併存説」（「本質論」、「生体物質論」） 患者は、摂食障害のほかにも他の精神疾患を抱えているため、症状が消失しない。たとえば人格障害といった精神疾患がベースになって摂食障害を発症している場合、摂食障害の治療よりも先に人格障害の治療を進めなければ、摂食障害の症状は消失しにくい。

これら5つの柱に従うと、次のように「還元主義」を理解することも可能となる。(表2.1、p57も参照のこと)

「還元主義」は、摂食障害の発症と症状の維持の要因を、生理的なものと心理的なものに分ける。生理的な側面において、本人が持つ摂食障害に対する生物学的な脆弱性-たとえば食に乱れを生じやすい遺伝子を持って生まれたこと-は変える事ができないため、治療の対象となるのは飢餓状態が起こす生理的な異常を正すことにある。生理的な異常が正された後は、症状を維持させていると考えられる精神的なストレスを除去し、また拒食や過食とは異なる方法で患者が内面に抱える心理的な問題を処理できるよう指導することが重要である。また他の精神疾患の併発があり、さらに摂食障害はそこから発していると判断される場合、そちらの治療を優先させねばならない。

タイプ	「本質論」	「生体物質論」
説明	過食や拒食といった摂食障害の症状の本質は、思春期の葛藤や、家族間の軋轢から生じる精神的圧迫といった、いわゆる「症状」と呼ばれる現象の外側にある。	生体は、物理・化学的な手法で観察が可能な物質の集合体である。従って、拒食や過食といった摂食障害に特徴的な現象は、遺伝子やホルモンといった、生体を構成する物質の、何らかの異常に起因する。
代表的な治療 <sup>a</sup>	精神分析、認知行動療法、対人関係療法、心理療法一般	薬物療法、栄養カウンセリング、行動(制限)療法、認知行動療法
柱	精神的ストレス説/問題処理説	飢餓説
	器質説/併発説	

<sup>a</sup> これは理論上の分類で、実際の治療においては「本質論」と「生体物質論」を混合したアプローチが用いられる。

表 2.1 「還元主義」

以上、摂食障害における代表的な先行研究を概観しながら、そこに見られるパラダイムを「還元主義」としてまとめた。続くII部では、本研究に協力して下さった6人の女性の歩みを詳しく紹介し、それに基づき、III部から、「還元主義」が抱える問題点を順次明らかにする。





## 第II部

### 摂食障害の経験



II 部では、本研究に長期間にわたり協力してくださった敬子さん、さゆりさん、理央さん、由佳さん、奈々さんの摂食障害の経験を紹介する。彼女達の経験は III 部において筆者が展開する「還元主義」批判の素地となっているため、1 人に 1 章を割り、筆者がそれぞれに抱いた印象も交えながら丁寧に紹介したい。

また本研究で唯一拒食のみを体験した拓美さんの語りは、III 部の 9 章と 10 章で提示される問いに強く関連しているため、彼女の語りは、II 部ではなく、9 章と 10 章において詳しく紹介する。

なお本研究は、摂食障害からの回復を、「自然な食」の回復として捉えている。本研究で言う「自然な食」とは、立ち止まっていちいち考えることなく、流れるように食に関するふるまいを行えることを指す。言い換えると、専門家の目から見て問題があったとしても、食に関する行いが流れるように行えているのであれば、それは「自然な食」の成立である。従って、それぞれの章は、「自然な食」がどのように不自然になり、それに対して、皆さんやその家族はどのような対処をとったのかに力点が置かれる形で構成されている。



## 第3章

# 敬子さん

関東の出身の敬子さんは、現在 20 代前半の大学生である。中学のときにダイエットをはじめ、高2で過食嘔吐が始まった。現在も過食嘔吐は続いている。

敬子さんは筆者が個人的に送ったメールに対して初めて返信をくれた語り手で、筆者ともっとも深く関わった語り手である。だが、敬子さんと出会ってから始めの半年は、体型が気になって外に出られないという事情があったため、インタビューはメールのみで行われた。<sup>\*1</sup>

敬子さんとメールのやり取りを始めて半年ほど経つと、敬子さんが外に出られるようになり、直接顔を合わせてのインタビューが始まった。当初は、ICレコーダーを間に挟み、筆者が質問をして、彼女がそれに答えるという、形式ばったインタビューであったが、1年半ほどかけて徐々に信頼関係が生まれる中、お互いの近況を話し合う中で、筆者の聞きたかったことを交えさせてもらうというように、インタビューの形はより砕けたものとなった。

敬子さんは、口数が少なく、懐メロや寺社仏閣が好きといった古風な一面も持ち合わせていたが、一方で好奇心が旺盛で、旅行に出かけたり、習い事を始めてみたりと、常に新しいことに挑戦してみようという心意気が感じられた。

しかしバイトを無断で休んでしまったからバイトを辞めるとか、大学生活が思ったように始められなかったから、退学をするといったように、行動に極端なところが見受けられた。この傾向は修正していったほうが、生きていきやすいと筆者は感じたため、時にさりげなく、時にはっきりと、筆者の思いを彼女に伝えた。

敬子さんが筆者の言葉に関してどう感じたかについて、詳しくは分からないが、現在も関係が続いているところを見ると、これによる悪影響はそれほどなかったものと思われる。

ただこのような「極端さ」は、彼女の割り切りや思い切りの良さ、率直さとして、発揮されているような印象も受けた。彼女は2度の退学を経て大学に復学しているため、他の大学生よりは4~5歳年齢が上である。1年浪人をしただけでも気にする学生が多い中、このことは時に引け目となって、彼女を苦しめたこともあったはずであるが、敬子さんはそれはそれとして割り切り、年齢が高いことも友人に告げて、サークル活動やゼミ、授業など、大学生活に積極的に関わろうとしていた。また必要があれば、過食嘔吐に苦しんで学校を退学したり、生活のリズムが崩れたりしていることを、アルバイト先の上司や大学

---

<sup>\*1</sup> メールでのやり取りは 1.1(p8) で示した、インタビューの回数にはカウントしていない。

の担任に告げ、複数の人からアドバイスや理解を得ていた。

それでは彼女の食はどのように崩れていったのであろうか。食に特に問題がなかった小学校のころから、彼女の食を振り返ってみよう。

### 3.1 中1までの食事

中1までの敬子さんにとって、食べることはごく自然なことであった。家の食事や学校での給食でどれだけ食べたらいいかと思悩むこともなければ、食べることに気を取られて友達との約束をおろそかにしたり、勉強に集中できなかつたりすることもなかった。

ただ、家で与えられる食事の量はかなりのもので、たとえば、1人前をはるかに越えたパスタや焼きそば、チャーハンがお皿にこんもりと盛られ、1人1人にふるまわれていた。敬子さん以外の家族は、食べられないとよく残していたのだが、残してはいけない気がした敬子さんは、ふるまわれた食事は全て食べ、そのせいで腹痛が起こることもあった。

さらに敬子さんは給食もしっかりと食べていた。同級生の中には、全部食べられずに昼食の後まで教室に残されている友人もいたが、敬子さんにそのようなことはなく、おかわりもよくし、楽しい時間を過ごしていた。

また3食だけではなく、学校から帰ると夕飯の前には必ずおやつを食べていた。母が予め用意をしてくれてあった場合はそれを食べ、ない場合は自分で探したり、買ったりして食べていた。

中学校に入ると、給食が無くなった。併設のカフェテリアで昼食を取ることもできたが、敬子さんは大きな弁当箱を持って学校に通い、放課後には併設されているカフェテリアで販売される、おにぎりやから揚げを食べにしばしば友達と出かけた。

しかし、たくさん食べていたからとって、友人の家で食事をふるまわれたときに、量が少なく満足できないとか、腹が立って仕方がないとかいったことはなく、外での食事は、その場に合わせた量の食事で満足することができていた。

また学年が上がるにつれ、敬子さんは1人で食べるが多くなった。敬子さんの家は自営業であったため、もともと家族全員が揃って食べるのが難しく、加えて家を増築して、キッチンが窮屈になっていたため、先に食べられる人から食べてしまうのが当たり前になっていた。

それでも低学年の頃は、家族が食卓にそろうこともしばしばあったが、敬子さんを含めた兄妹が高学年になり、それぞれ習い事を始めると、一緒に食べることは時間的にも困難になった。

敬子さんの孤食にさらに拍車をかけたのが、中学校に上がった敬子さんが家族と食卓を囲むより、テレビが見たかったことである。

母親はテレビのない食卓を作りたいと思っていたため、食卓にはあえてテレビを置かなかったが、どうしてもテレビが見たい敬子さんは、テレビのあるリビングに食事を運んで、そこで一人で食べるようになり、兄弟もそれに追随して、自分の部屋で食事を取るようになった。敬子さんの記憶に寄れば、小学校6年生くらいから、家族と一緒に夕飯を食べた記憶はないという。

両親は、そんな敬子さんに対して、一緒に食べるようにとか、キッチンで食事を取るよ

うにとか注意したが、敬子さんは小学校中学年のころから、父親が嫌いでもほとんど口を聞いておらず、また敬子さんは、「両親は兄の肩ばかり持ち、自分の味方は一切してくれない」と、兄妹を公平に扱わない両親に対していらだっていたため、両親の注意は全く効果が無かった。

敬子さんの母親である和美さんは、敬子さんが1人で食べることを止められなかった自分の至らなさを、今でも後悔しているという。

敬子さんの幼少の頃の食事量や、孤食の多さは、専門家の目には大変な問題として映るかもしれない。しかし、ここで問題にしているのは、専門家が考える「正しい食のあり方」と「敬子さんの食」との差異ではなく、敬子さんが自分の食についてどう感じていたかという、彼女の主観的な体験である。量も多く、孤食であったが、中1までの敬子さんにとって、食べることはごく自然なことであった。中1までの敬子さんは、自分なりのやり方で「自然な食」を身に付けていたのである。

## 3.2 外見至上主義

3食をきちんと食べ、それ以外の時間にもいろいろなものを食べていたため、中学入学の頃には身長160cm強で体重70kg強と、敬子さんの体格はとてもよくなった。そしてこの頃から敬子さんは、すさまじいまでの外見至上主義になってゆく。

敬子さんは小学校のころから、外見に対してまったく自信がなかった。

「かわいい」といわれた記憶は一度もなく、兄からは「デブ・ブス」と当たり前のように言われていた。周りにばれてしまうため現実的な選択肢とは思わなかったが、「整形」という言葉を知ったころから、全身を整形したいとまで考え、少なくとも二重まぶたの手術だけは絶対にしようと心に決めていた。

外見に対する自信は全くなかったが、それでも小学校の頃は、他の子より勉強ができた、身長が高かったりすることには自信があった。そのせいか、家族に「やせたほうがいい」としばしば言われたり、兄からけなされたりすることがあったが、多少太っているかなと思う程度で、過激なダイエットに走ることもなく、敬子さんは、普段どおりの食生活を送っていた。

だが中学に入るとそのような自信は少しずつ薄れていく。

他の子よりも太っていると自覚していたことも、そう思う理由の1つであったが、同じクラスで仲が良く、背が小さくてやせていて、容姿も整った友人が、先輩や同級生から人気があったことも影響した。

自分が挨拶しても適当な態度しか取らない先輩が、その子には優しく接していたり、他のクラスの友人がその子のところを訪ねて来たりするのを見ては、「やせていてかわいいから、人気があるんだ」と思い、友人との関係がうまく行かないと、「自分の体型に原因があるのではないか」と敬子さんは思った。

敬子さんは、「いくら性格が良くても、勉強ができて、外見が良くなければすべてが水の泡」と思うほどの外見至上主義者になり、誰から見ても美しくなることだけに関心を注ぐようになった。

### 3.3 悪化する兄との関係

悪口を言われつつも、小学校の頃は兄のことが好きだった敬子さんであったが、敬子さんが中学生になった頃から2人の関係はひどく悪化した。敬子さんは兄との関係を次のようにつぶっている。

兄は、小さい頃から背が高く体格のいい私とは違って、虚弱体質。もやしみたいで、身長も私と同じくらい。家族で出かけると、どっちが年上か分からないみたいで。

それで、私のことが気に入らなかったのか、いつも悪口。私が覚えてる限りで、兄と仲良くしていた記憶はありません。最初はいい感じでも、そのうち何かしら私に対して嫌がらせをしてました。

デブ・ブスなんて私の愛称みたいに言ってました。両親も、それに対しては否定せず。わざと私をイラつかせ、私から手を出させるように仕向け、私がいつも悪者でした。気づけば私1人リビング。4人は1つの部屋でわいわいやってる。意固地になり、私は気づけば1人で居ることが多くなってました。

兄が中学になる頃から、暴力を振るうように。両親は、私が父や母、それぞれと喧嘩すると手を上げるのに、私がどんな暴力を受けても兄に対して手を上げた事はありませんでした。まあ、私の言葉遣いや暴言もひどいものでしたが。

私が高校に上がる頃にはもう口もきかないし、目線も合わせない関係でした。たまに、テレビのチャンネル争いで殴り合いの喧嘩。それもヒドイものでした。

最後に殴り合いの喧嘩は高1の冬。もう兄は大学生なのに。

最後のほうは、私の事を笑って暴力を振るってました。髪を引っ張って笑いながら無理やり動かしたり、鼻の穴に指を突っ込んで顔を無理な方向に向けたり。屈辱でしたね。笑いながら、それをやってる。

私は、自分に対してこれほど自信がなく、自分を痛め続けていることの根本原因は、兄にあると思ってます。そしてそれを見逃してきた両親。そこに女子校に行ったこと、バイトでの出来事\*2、全てが悪い方向に絡まっていったのだと思います。

でも、私がされてきたことを、本人は覚えてないみたい。全く。

いじめと同じですね。加害者は、覚えてないほど些細な出来事。私が今も思い出して泣いている事を、彼は知りません。

私は彼がどんな人間だか、知りません。同じ家に住んでいても、彼が何している人だか知りません。他人以上に他人。

私は大学に行くことも、出来なかった。彼は大学院まで行ってる。何で、私はこんなに苦しんでるのに、彼はノウノウと生きているのかと思います。\*3

\*2 これに関しては本章において後述される。

\*3 はじめの語り



敬子さんは、学校では人間関係が上手く行かないとびくびくし、家では兄や両親のことで苛立つことが多くなった。家も学校も、敬子さんにとっては安らげる場所ではなくなっていったのである。

### 3.4 ダイエットの大成功

中1のころは、「やせたいなあ」と漠然と感じていただけの敬子さんであったが、中2の春になると「何が何でもやせなければならない」と頑なに思い込み、人生ではじめてのダイエットが始まった。

厳密なカロリー計算はしなかったものの、摂取カロリーを減らすよう心がけ、甘いジュースはお茶に変えた。菓子を食べたいときはそれを夕飯の代わりにした。放課後に友人を誘ってカフェテリアに行くことももちろん止めた。

すると、今まで全く気にかけたこともなかった、お弁当箱のサイズが、友人のそれよりずっと大きいことに敬子さんは気づいた。「大きいのは恥ずかしい」と感じた敬子さんは、女性でも小さい位のサイズにお弁当箱を買い替え、今までよりもずっと少ない量で昼食を済ますようになった。初めは空腹で辛かったが、こらえているうちに体重が落ち初め、空腹よりも体重が減ってゆく喜びが勝った。

夏休みに入って、さらにやせたいと考えた敬子さんは、雑誌の後ろに掲載されていたダイエット食品に興味を持った。未成年が購入するには親の許可が必要であったため、買ってくれるよう和美さんに頼んだが、身体に悪いからと断られたため、成人だと偽ってそれを買って、両親の制止も聞かずに、夕飯の代わりにそれを食べ続けた。

ダイエットは見事に成功し、ダイエット前は75kgあった体重が、夏休み明けには68kgにまで落ちていた。友人から「やせたね」、「細くなった」、「かわいくなった」と褒められ、大きな達成感と喜びを味わった敬子さんは、その後も様々なダイエットを試み、中3の終わりに体重は63kgになった。

敬子さんはやせて自分が変わるに違いないと感じていたが、実際はそう上手くは行かず、人間関係に苦しむ日々は続き、自分を上手く表現できずに、「なぜあの時ああいえなかったのだろう、こういえなかったのだろう」と悩み、家ではその鬱屈を発散するかのようにな物を投げたり、母親を怒鳴りつけたりする日々が続いた。

その一方で、敬子さんの食に対するこだわりはどんどんと過激になった。油を多く使った料理を避けるだけでなく、フライパンに油を引くことや白米を食べることに嫌悪感を覚え、母親が油を使った料理を作ると声を荒げた。

学校では、友達がカレーのようなカロリーの高そうな料理を食べていると、「そんなにカロリーの高いものを食べているのにどうしてやせているんだろう」と不思議に思ったり、そのような料理を当たり前のように食べる友人を見てうらやましさを感じたりすることも増えた。

両親は、夕飯の代わりに菓子を食べたり、ダイエット食品ばかりを食べたりする敬子さんをしばしば注意した。しかし外見が人生のすべてとなった彼女にとって、そのような忠告は雑音でしかなかった。

ただ、摂食障害という病気の存在を、中学で知った敬子さんは、「こんなに体重にばかりこだわるのは、自分に摂食障害の傾向があるからではないか」と内心感じるようになっていた。

### 3.5 食べ始めたら止まらない

揺らぎ始めた敬子さんの食をさらに崩壊させたのが、高1で始めたパン屋でのアルバイトである。余ったパンをもらえた敬子さんは、時間があればパンを食べるようになった。

もちろん頭の片隅にはいつもダイエットのことがあるため、パンを食べている間中、敬子さんは罪悪感で一杯である。しかし、いったん食べ始めると止まらなくなり、朝も夜もパンを食べ、3食パンを食べてしまうことも珍しくなくなった。朝に食べ過ぎた場合は、夜を少なくしたり、1食を抜いたりしようと心がけたのだが、朝や夜になると、どうしてもたくさん食べてしまう日々が続いた。

もちろん、和美さんは敬子さんがパンを食べ続けていることをとても心配をし、「少し食べすぎではないか」と声をかけた。だが、既に170cm近くあった敬子さんに大声を出されると、160cmに満たない和美さんはひるんでしまい、何も言い返せなくなってしまった。

和美さんは、子供に対して毅然とした態度を取れなかった自分のふるまいにも、彼女の摂食障害の原因があると思うとインタビューの中で明かしてくれた。

### 3.6 初めての嘔吐

それだけパンを食べていれば、もちろん体重は増える。高1の冬に、敬子さんの体重はこれまでの人生で最高の83kgになった。

焦った敬子さんは、再びダイエットを行い、高2の夏頃までに7~8kgの体重を落とすことに成功したが、学校が休みになると、だらだらと食べてしまい、それが嫌で仕方なかった敬子さんは、その年の秋に初めて嘔吐をした。

嘔吐は、疲労や罪悪感を伴うとても辛い作業であったが、夕食の後に吐き、その後に風呂でしっかりと汗をかくと、体重はみるみるうちに落ちた。特にはじめの頃の落ちは、1日に1kgというハイペースであったため、敬子さんは嬉しさを隠せず、「今日は何を食べて吐こう」と朝からうきうきすることさえあった。

嘔吐を始めて1ヵ月後には、母親と弟がそれに気がついた。叱責をされたり、露骨に嫌な顔をされたりしたが、それで敬子さんの嘔吐が止むことはもちろんなく、彼女は嘔吐によって順調に体重を減らした。

体重は、2月の終わりには65kg、高3の終わりには人生で最低の57kgにまでなったが、朝から晩まで食べ物のことが頭から離れず、勉強に集中することすら難しくなった。

また、吐き始めたことで「食べたままでいてよいもの」「吐かねばならないもの」という、これまででない分類が彼女の中にできあがった。

「食べたままで入られるもの」は日を追うごとにどんどんと減り、高3になると、ご飯一杯と味噌汁ですら吐かずにはおれず、食べたままで入られるものは野菜と果物だけになった。

友人と会食をすることも困難になり、一緒に食事をして、「吸収される前に早く吐かなきゃ」と焦り、会話には全く集中できず、適当に話を合わせて、早くその場を切り上げようとするようになった。

敬子さんは体重と一緒に「自然な食」も失ってしまったのである。

## 3.7 家族の苦しみ

敬子さんの過食嘔吐は家族の中でも大問題となった。

和美さんは、なかなか過食嘔吐をやめられない敬子さんへの対応にももちろん心を砕いたが、それ以上に難しかったのが、過食嘔吐をしている音を聞いたり、買っておいた菓子を全部食べられてしまったりする兄弟が、敬子さんに対して嫌悪感を持ちすぎないようにすることである。

和美さんは「怪我をしていれどどこが痛いのかはわかるが、心の傷はどこが痛いかわからない」と述べ、突然外出し、食べ物が一杯入ったスーパーの袋を持ち帰り、過食嘔吐をする敬子さんに理解を示すのは、年齢の近い兄弟にとってはとても難しいことであっただろうと述べる。

過食嘔吐が続くにつれて家族はそれを静観するようになっていった。しかし、それは敬子さんの過食嘔吐を気にせずにいられるようになったからではない。敬子さんの過食嘔吐が始まると、それを見たり、音を聞いたりしたくない家族は、敬子さんと物理的な距離を置き、過食嘔吐が終わるのをひっそりと待つようになった。

## 3.8 回復へ向けての試行錯誤と2度に渡った大学の退学

毎日、毎日、過食嘔吐をする敬子さんの様子を見て、最初はきつい言葉を投げかけていた和美さんも、次第に敬子さんを心配するようになり、保健所に電話をするといった具体的な行動を起こし、その過程で「摂食障害」という病気の存在を知り、さらには摂食障害の治療をしている大学病院も調べた。

その当時、過食嘔吐に対してそれほど強い問題意識を敬子さんは持っていなかったが、このままだと食が受験勉強に影響することは明らかであったため、母の探した病院を受診することとした。しかし受験勉強が忙しくなり、定期的な通院はできず、一度行っただけで受診を辞めてしまった。

ひどい過食嘔吐に苦しみながらも、なんとか受験勉強を続けた敬子さんは、6大学の1つに合格を果たした。

しかし、大学入学前に絶対にやっておきたかった二重まぶたの整形手術が入学式前にはできないとわかると、敬子さんは、「早めに予約を入れておかなかった母親が悪い」と怒り狂い、入学式も行かずに、あてつけのように過食を初めた。

外に出ないなら、やせる必要がないと、嘔吐なしの過食である。

GW明けには大学に行こうと考えていたが、嘔吐をしないで過食をしたため、体重は68kgにまで増えていた。この体重では「デブ過ぎて私服を着こなせない」と考え、また「できることなら今よりももっと上の大学に進学をしたい」と思っていた敬子さんは、大学を退学し、宅浪をすることにした。

整形手術は夏休み前にできることになった。しかし、整形手術が決まってから、再び嘔吐が始まり、ひどいときには1日1回以上の頻度で過食嘔吐が起こるようになっていた。

頭の中が食べ物で完全に埋め尽くされ、過食嘔吐がどんどんひどくなることに悩んだ敬子さんは、近所の心療内科に通い始めたが、その医師は、敬子さんの話をほとんど聞かず、過食嘔吐がひどいと言えば、薬の量を増やし、薬の副作用がひどくてつらいと敬子さ

んが話す。「その方が過食嘔吐が減っていいじゃないか」と返答するだけだった。

敬子さんはその病院に7ヶ月通ったが、医師との信頼関係を築くことに難しさを覚え、また薬の副作用ばかりがひどくなったので、通院を取りやめた。

### 3.8.1 2度目の大学合格

過食嘔吐が続く中での受験勉強はとても辛かったが、敬子さんは再び同じ大学の同じ学部に合格を果たした。

受験勉強を始める前は、これよりも上の大学に入りたいと思っていたが、実際に受験勉強を始めるとひどい過食嘔吐のためにまともに勉強ができず、受かればどこでもいいという気分になっており、敬子さんは胸をなでおろした。

整形も終わり、体重は64kgで、おしゃれをするには支障のない体型であった。だが、自分を着飾っていなくとも、多くの友達に囲まれていた友人のようになりたいたいと思い、メイクや髪型に大変気を使っていた高校時代とは打って変わって、黒髪に地味な服装で大学に通った。

しかし、外見にも内面にも自信は全く持てず、サークルの勧誘は、怖くて下を向き、急ぎ足で通り過ぎ、教室に入れば、教室にいる学生の視線が「デブ・ブス」と言っているようで苦しかった。

同じクラスの友人に誘われ、小学校のときに習っていたことがあるテニスサークルに入ったが、高校の時と同様に人間関係が上手く築けず、サークル活動を楽しむことはほとんどできなかった。

また女子高出身であったため、男子学生とのコミュニケーションにも難しさを覚えた。敬子さんには兄と弟がいたが、弟は反抗期でほとんど会話をしておらず、兄からは暴力を振るわれ続けたという思い出しかなかったため、男の兄弟がいたことは、男性とコミュニケーションをとる上でむしろ逆効果となった。

さらに大学の授業にも敬子さんは失望した。大教室での授業は、教員が何を話しているか分からないことが多く、英語の授業は高校の授業と大差がないと感じ、サークルの仲間とは、授業は休んで当たり前と思っているようであった。

ただ幸いなことに、1人だけ気の合う友人を作ることができた。性格が後ろ向きなところや大学が楽しくないと感じているところなど、考え方が似ていたために意気投合し、よく昼食を共にした。

### 3.8.2 悪化する過食嘔吐と2度目の通院

コミュニケーションに難しさを感じてはいたものの、飲み会でアルコールが入ると開放的になれる、いつもより人と上手に話すことができた。

しかし酔っていると、普段食べてはならないと考えている、カロリーが高そうな食べ物をついつい口にしてしまい、帰り際には、そのことを後悔して自暴自棄になり、帰宅途中のコンビニで、パンや菓子を買って、電車で食べて、家で吐いた。

過食嘔吐は日増しにひどくなり、普通に食事を取ろうと思っても、食べているうちに吐きたくることが増えた。敬子さんは過食嘔吐を学校でもするようになり、学内にあたる全ての食堂に寄って過食をしたり、帰り道でも過食をしたりして、嘔吐をした。

過食によってむくんだ顔や瞼を鏡で見ると、自分がたまらなく汚らしく見え、外に出るのが苦しくてたまらなくなり、それがさらなる過食を呼び込んだ。友人との約束をドタキャンしたり、授業をさぼったりすることが多くなって、サークルの集まりはいろいろな言い訳をして休んだ。

こんな状態をなんとかしたいと、過食症の治療を専門にしているとホームページで謳う、都内の心療内科に通い始めたが、ここの医師も前回の医師と同様に、話をほとんど聞かずに、薬を処方するだけの5分間診療を行っており、治療効果は全く現れず、4ヶ月で行かなくなった。

後日談であるが、敬子さんはこの病院が摂食障害の患者を対象に、薬を大量に処方して大金を奪い取っていたり、患者に暴力をふるって訴えられていた病院であったことを、たまたま見ていたテレビで知った。ぼかしが入っていたが、周りの雰囲気から、自分が通っていた病院であることがすぐに分かったという。

### 3.8.3 民間の医療

この時期、敬子さんは心療内科だけでなく、民間の医療も試した。

まず1つ目は、母親が本を読んで興味を持った治療院である。その院長は「栄養素が足りないから病気になる」という自論を展開しており、個々人の体質に合わせたサプリメントを飲むことで病気を治していこうという方針をとっていた。<sup>\*4</sup>

敬子さんはそこに3ヶ月くらい通いサプリメントの処方を受けたが、状態は全く改善せず、さらに保険外のサプリメントは1ヶ月4万円近くしたため、通院を取りやめた。

次に敬子さんは、その治療院の院長が紹介したカウンセラーのもとに通った。彼は、臨床心理士のような資格は持たずに、独自の方法で心理療法を行っており、カウンセリングの後は、調子が良くなったと感じるときが多かったため、敬子さんはこのカウンセラーのもとに、以後4年ほど通い続けた。

### 3.8.4 断食道場

後期に入ると過食が止まらずに学校に行かなくなる日が増え、さらに1日に何度も過食をするようになり、母親の提案もあって、大学を休学することにした。

摂食障害を専門的に治療している病院を複数探したが、家から遠かったり、入院に大金がかかったりして、なかなかよい場所を見つけることができず、そうこうしているうちに、断食が精神的に良いという情報を敬子さんはインターネットで入手した。

「過食嘔吐で疲れた内臓を休ませたい」、「食事が管理されている場所に行きたい」、「食べ物自由に入らなければ治るのではないか」という思いから、敬子さんはネットにあった「断食道場」に赴く決意をした。

「予備食」、「本断食」、「回復食」の3期に分かれた14日のコースに参加し、初めの1日の「予備食」を経て、8日間の「本断食」に入り、残りの5日を、通常の定食の半分程度を食べる「回復食」で過ごした。

本断食の最中は、空腹で大変なときもあったが、周りには緑がたくさんあったり、寺があったりしたため、木々の葉が揺れる音を聞きながら散歩をしたり、読書をしたり、寝転

<sup>\*4</sup> この治療の科学的正しさはともかく、この考え方は「生体物質論」に当てはまると言えるだろう。

んだりして過ごし、とても癒された気分になった。

さらには、味わって食べたり、満腹感を感じたりすることもできるようになり、過食嘔吐で増えていた体重は64kgにまで落ちた。敬さんは過食症から回復できたと感じ、帰路に着くことができた。

しかし現実には甘くはなかった。帰宅をすると、母はたまたま2日間家を空けており、冷蔵庫には冷凍食品が大量に詰まっていた。敬さんは、糸が切れたように再び過食を始めよう。

やっぱりダメでした。隔離された場所だったから（過食を）しなかっただけでした。日によっては断食する前より悪く1日6回くらいする日も。食べて吐いて食べて吐いての繰り返し。止まらない。コンビニに走るたび、「助けてよ、誰か助けてよ」と声に出す。心と身体がばらばら。身体に悪いことは分かっている。明らかに嘔吐する前より身体が不調になっている。でも、止まらない。<sup>\*5</sup>

「自然な食」が取り戻せたという敬さんの思いは、食事が完全に管理された環境にいたゆえに起こった一時的なものに過ぎなかった。

### 3.8.5 再び大学へ

4月になると敬さんは復学を果たし、再び1年生として大学生活を始めた。受験で疲弊し、おしゃれをする気は全く起きなかった1年前とは違い、髪を染めて、エクステもつけ、化粧もきちんとして大学に通った。クラスにも嫌な感じの学生はおらず、彼氏もでき、かねてからの希望だった1人暮らしも、親が所有する賃貸マンションの1室で初めて、学生生活は以前よりずっと楽しくなった。

ところが、楽しい学生生活とは裏腹に、再び過食嘔吐がひどくなり始めた。家にいると食べ物が自由になってしまうことも、1人暮らしを始めた理由であったが、マンションでも、過食嘔吐はすぐに始まり、一度過食嘔吐をすると、その30分後にすぐ食べ物を買って行って、再びするというような生活を繰り返すようになった。

敬さんはこの時期、1ヵ月ほど風俗で働いた。経済的に困窮していたこともその理由の1つであったが、その当時付き合っていた男性とあまり上手く行かず、それは自分に何か足りないからなのではと感じていたところ、男性の友人に風俗で働いてみることを勧められたことも大きかった。

敬さんは友人が紹介した店で働き始め、今まで手にしたことの無いような大金をあっという間に手に入れたが、そのお金は全て過食嘔吐に消え去った。

敬さんは、自分がこのような方法でお金を稼いでいることに大変な罪悪感を覚え続け、1ヶ月もたたないうちにこの仕事から手を引いた。その店の客層が、比較的裕福であったせいか、多大な借金を背負わされたり、ドラッグに手を染めたりすることがなかったのは、不幸中の幸いであったと彼女は述べる。

過食嘔吐は日増しにひどくなり、体重は増え始め、醜い姿で外に出たくないと強く感じた敬さんは、だんだんとマンションに引きこもるようになった。友人の中には敬さんが大学に姿を見せないことを心配してくれた人もいたが、過食嘔吐は止まらず、どうすることもできなくなった。

---

\*5 はじめの語り

1人暮らしをやめ家に戻ると、嘔吐は収まったが過食は続き、体重はさらに増え続け、大学へ通うことが一切できなくなった。困り果てて母に泣きつくと、和美さんは、自分の入っている宗教の施設にしばらく通ってみることを敬子さんに提案した。

### 3.8.6 宗教施設へ

和美さんは、敬子さんの過食嘔吐がひどくなり、病院に行っても一向に回復の兆しを見せなかった高3の秋くらいから宗教に傾倒するようになっていた。

敬子さんは宗教が大嫌いで、それを信仰する母を白い目で見ていたが、既に体重は72kgにまで達し、再び食事が完全に管理されている場所に行きたいという思いが芽生えたため、この時はわらにもすがる思いで、母の勧めに従った。

その宗教施設には、10代から50代くらいまでの男女が集まっており、人生で起きた様々なできごとにより、生きることに疲れてしまった人たちが多くいた。そこでは、宗教に関する勉強や祈りの他に、誕生日会や仮装大会といったイベントがあり、必要があれば、病院にも連れて行ってくれた。

食事は管理されていたため、過食嘔吐が起こることはあまりなかったが、1人で食事を取ると、過食に走ってしまうときがあり、それをしているところを目撃した職員から「敬ちゃん」と諭されたこともあった。

初めのうちは宗教に対する嫌悪感から、この施設での活動に乗り気ではなかった敬子さんであったが、そこにいるうちにそのような反発心もなくなった。

滞在期間は1ヶ月と短かったものの、その教えを学ぶ中で、外見に対するこだわりは薄れて自信が付き、「このままでいい」と思えるようになった。加えて、それまではなかった両親に対する感謝の気持ちも芽生えた。

初めは嫌々だったが、振り返れば、そこにしばらく滞在したことは自分にとって良かったと敬子さんは話す。

### 3.8.7 退学の決意

宗教によって変わったのは敬子さんだけではなく、和美さんもそうであった。敬子さんの話によく耳を傾けてくれるようになり、過食嘔吐に対しても理解をしようと努力をしている様子が伝わってきた。以前は褒めてくれることが少なかったが、親戚が弟を褒めると、「敬子もいい子だよ」とフォローを入れてくれるなど、自分のことを褒めてくれるようになった。

風俗で働いていたことを思い切って打ち明けると、和美さんは「分かった、もう何も言わなくていいから」と黙ってそのことを受け止めてくれた。

苦難の過程を経て、敬子さんの心理状態は改善し、また母親との関係も良好になっていたが、敬子さんには大きな悩みもあった。大学の退学と休学を繰り返したため、現役で入った皆より4年も遅れを取っており、それでもあえて大学に進学すべきかが分からなくなっていたのである。

敬子さんは考え抜いた挙句に「26歳で大学を卒業したとしても、就職ができるかどうかはわからない」と思い、大学を退学した。

滞在した宗教施設に元看護師の人が多くおり、医療に携わりたいという思いが芽生えて

いたこともあって、大卒でなくても安定した生活の得られる看護師になろうと考えたのである。

ただ思い切って退学をしたというものの、過食嘔吐と戦いながらせっかく入った大学をあきらめたことに対する後悔は消えず、楽しそうに大学生活を送っている友達の日記をインターネットで見ても、悲しさと悔しさで一杯になった。

その当時の敬子さんはそんな自分のことをメールでこう伝えている。

4月になってからは前向きになりましたがネットでみんなの状況を見ると、引きこもっている自分が、いや。普通に食べることが、当たり前に出ることが、何で出来ないんでしょうかね。なんで、立ち止まっているんですかね。今思えば、休学した時の自分は今より全然まし。なんで、そこでそんな行動に出ちゃったんですかね。人生に起こる全ては意味がある、と本を読みました。これも意味があるんでしょうか？そう考えると、涙が止まりません。<sup>\*6</sup>

敬子さんの苦しみと並行するように、過食嘔吐も再びひどくなった。

過食嘔吐ばかりをして1日を過ごすようになり、次第に、嘔吐をすることが難しくなった。吐かずに食べ続けたため、1ヶ月で20kgも体重が増え、体重は、高校でパンの過食をしていた頃よりも多い85kgになった。

敬子さんは近所の精神科に通うことにし、そこは薬物療法だけでなく、1人1人に時間を取り、患者の気持ちに耳を傾ける治療方針を取っていたが、担当医はボールペンで机をかかちと叩き、常に神経質な雰囲気を漂わせていたため、話していても全く安らいだ気分にはなれなかった。

それでも通っていれば何かが変わるかもしれないと、2週間に1度の割合で通院を敬子さんは続けたが、効果がよくわからず、通院は4ヶ月で終わった。

### 3.9 再び社会へ

敬子さんに大きな変化をもたらしたのが、母親が探して来てくれた、女性専門の外来に通い始めたことである。

その外来の待合室は、人がごった返して無機質なこれまでの病院のそれとは異なり、暖かい雰囲気で、敬子さんは精神的に落ち着くことができ、そして何よりも、担当となった精神科医の小林先生との相性が大変に良かった。

小林先生は若手の女医で、優しく暖かい雰囲気で常に敬子さんを迎えてくれた。退学をし、アルバイトもできず、家に引きこもって罪悪感を抱えながら悶々としている敬子さんに対して、「今は休む時期なんだから、そんなことは気にせずゆっくり休んでいいんだよ」、「若いうちは悩んだほうがいいよ」と、暖かく前向きに敬子さんを励ましてくれた。

また止まらない過食嘔吐に対しては、それはストレス解消であり、麻薬やリストカットでそれをするよりはずっといいのだから、1回1回の過食嘔吐に囚われることなく、気にしないようにすればよいとアドバイスをくれた。<sup>\*7</sup>

さらに過食嘔吐が続くことに対しては、脳が食べさせようとしているのに敬子さんがいけないと思って吐いてしまうから、また脳が食べさせようとするのだと説明をした。<sup>\*8</sup>

小林先生の説明は腑に落ちるところが多かった。大量に食べてから吐くと、身体的な疲

<sup>\*6</sup> 2006年春

<sup>\*7</sup> この語りから、小林先生は「本質論」を支持していることが分かる。

<sup>\*8</sup> こちらは「生体物質論」である。



労は大きいですが、その直後に来る脱力感はずいぶん敬子さんに爽快感をもたらしていたし、自分は「やめたい、やめたい」と思っている、押し寄せる過食衝動にいつも負けてしまっていたからである。

敬子さんは小林医師の態度やアドバイスに大変勇気付けられ、自分に対する罪悪感を大きく減らすことができた。また、それまでは医師を信頼できず、処方された薬の服用を勝手に止めたりしていたが、小林医師に出会ってからは、処方された薬もきちんと服用するようになった。

### 3.9.1 筆者との出会い

敬子さんが小林先生と出会う、数ヶ月前の春、敬子さんと筆者はネット上で始めて出会った。

敬子さんは、筆者の協力依頼に対して、私でできることがあれば協力をしたいと話してくれ、また必要であれば実名を出しても構わないと、調査に対して強い意欲を示してくれた。

しかし筆者が協力の依頼をした当初は、体重が多すぎて外に出たくないので、インタビューはメールのみにして欲しいという依頼を受け、これまでの経過をメールを通じて聞かせてもらうというやりとりが続いていた。

筆者が敬子さんと初めて出会ったのは、それから半年後の秋である。外に出られるようになったので会いたいというメールを頂き、我々は都内でそれほど人ごみが激しくない場所を選んで待ち合わせをした。

待ち合わせ場所に現れた敬子さんは、言葉とは裏腹に、「おしゃれでかわいい平成の女の子」といった雰囲気をかもし出していた。ただメールで聞いていたように、敬子さんは確かに身長が高く、そのために体型がひどく気になることもあったのだろうと予想ができた。

私たちは駅近くの静かなカフェで軽食を共にしながら歓談をした。敬子さんにとってまだ慣れない外出であり、さらに筆者とは初対面であったため、ICレコーダーを挟んで質問をするというようなインタビューは必要以上の緊張を強いるのではないかと思ひ控えた。

以降、敬子さんと筆者はメールを通じてではなく、直接会って話すことができるようになり、翌年の冬からは本格的なインタビューを開始させてもらった。

小林先生と出会い、家を出て再び一人暮らしを始めた頃から、敬子さんは少しずつ社会性を取り戻し始めた。

初対面の筆者と会おうと決断してくれたこともその変化の1つであったが、それだけではなく、興味のある漢方薬の講座に参加をしたり、散歩に出たりと、敬子さんの日常には確かな変化が少しずつ起こり始めていた。

またこの年の秋に敬子さんは、「嘔吐をしていたら治らない」と小林先生からアドバイスを受けたことを機に、嘔吐をやめることに成功し、それに伴って、サノレックスという食欲を抑える薬\*9を小林先生から処方してもらった。

\*9 この薬は、嘔吐をしている人には処方できないもので、また服用は3ヶ月間に限られるものであった。

### 3.10 親はすごい

この頃から、両親に対する敬子さんの接し方が大きく変わってきた。父とは小学校中学年くらいからまともな会話をほとんどしていなかったが、照れくささはあるものの、少しずつ挨拶をしたり、短い会話ができるようになってきた。

また父親と一緒に食卓を囲むことはこれまでほとんどなかったが、この頃引越しをして、家の規模が小さくなったことも手伝って、父親がいる食卓に着き、両親の会話を楽しむこともできるようになった。

また、両親に対する捉え方にも変化が見られた。それまでの敬子さんは、家の中の誰一人として自分を理解してくれず、兄にひどい扱いを受けても、自分を守らなかった両親に過食嘔吐の原因があると主張していたが、この頃になると、カウンセリングを受けるために片道1時間近くかかる場所まで何も言わずに連れて行ってくる父や、自分をかばってくれる和美さん、「大学に行きたかったらもう一度いけばいい」といつてくれる両親に、感謝の意を示すようになった。

敬子さん：自分の昔を振り返ると、自分はひどい人間だったって、思うんですよ(笑)

磯野：どういうことですか(笑)

敬子さん：なんか、父親も母親も悪くはないと思うし、なんか自分って最低だなあって思ってた(笑)

磯野：例えばどんなところが？

敬子さん：友達とか話していても、言わなくてもいい一言を言っていたような気がするし

磯野：あ、敬ちゃんが？

敬子さん：私が。友達を無視したりとか、ちょっとやっていた気がするし。悪口も言っていたり、陰口いっていたり(笑)

磯野：中学？高校も？

敬子さん：高校も……。だから。なんか、「自分ってすごい嫌な人間だな」って。だから、「振り返る機会を持てて、よかったな」とか、「そのまま行っていたら、私はどういう人間になっていたんだろう」って。そう思いますね。

磯野：お父さんもお母さんも悪くないっていうのは、どういう風に思うんですか？

敬子さん：ずっと、無視していたじゃないですか、父親を。それでも、普通に大学とかも行かせてもらったし、整形する時に、手術後に、(目にいろいろ)貼られたりとかして。サングラスとか、でっかい黒いサングラスとか(かけていて)。やっぱ術後の腫れとかすごかったりしたんで、でも仕事もあるのに、病院まで送ったり、迎えに来たりとかしてくれたり、その時は所々無視していた時期だったので、すごいなあと。

磯野：いい話ですね。

敬子さん：なんか、父親はお酒を飲んで暴れたりとかもしないし、女癖も悪いとかもないし、友達の話を知っていると、そういう父親の話があったりする。「自分の父親ってすごい人だったのかも」とか思いますね。

磯野：お母さんに関しても同じように思うんですか？

敬子さん：思いますね。

磯野：それはどんな感じに。

敬子さん：なんか、本とか読んでみると「摂食障害ってわかっているのに、母親がそれでも責めてくる」とか書いてあるのをみると、やっぱり理解を示してくれるし、自分のことをかばってくれたりとかもあるし。「ところどころ、もっとわかってよ」と思う所はあるけど、母親も変わってきているし。最初は体型のこととかもどんどん言っていたけど、最近は言わなくなったし・・・してくれたし。

磯野：理解をしてくれるようになったということですか。

敬子さん：うん。理解をしてくれるようになったし。高校ぐらいまでは、私が強く言ったら、母親が強く言うってこともあったけど、だんだんそういうのもしなくなって、「ごめんね、ごめんね」って。(私が) いらいらして、声を荒げてたら、すぐそういう風に対処してくれたりとか。

磯野：なるほど。

敬子さん：サークルとか、合宿とか、夏休みの時とかも、結構お金を出したりとかしてきていて、で、そのせいで家族の旅行がいけなくなったりとかあったんだけど。そういうの思うと、「あー」って思いますね。

磯野：「あー」って？

敬子さん：親はすごいなと (笑)\*10

このお話を聞かせてもらった時、敬子さんの行動範囲は筆者と初めて会ったときの頃よりも、やや狭まっていた。嘔吐を止めたが、食欲を抑える薬の効果は思ったほど出ず、再び体重が増え、それを気にした敬子さんは、交通機関を使わなくて良い家の近辺しか外出ができなくなっていたからである。

しかし一方で、敬子さんの語りには上のような明らかな変化が現れており、また顔つきも明るくなっていた。

筆者は、引きこもって家から全く出られなかった敬子さんが、苦しさを抱えながらも、前を向いて生きていこうとする過程に、少しではあるが立ち会えたことを幸運に感じ、また、少しずつではあるが、着実な敬子さんの変化を目にするたびに大変嬉しく、そして勇気付けられるように感じた。

\*10 2007年冬

### 3.11 復学か、就職か

両親との関係は改善し、自尊心も回復していたが、これと平行して過食嘔吐が寛解したとは言い難かった。「無理をして外に出る必要はないのだから、太っても気にする必要はない」と考えられたことも、嘔吐を止められた原因の1つであったのだが、この年の秋に都内でアルバイトを始めると、過食による体重増加が気になって、嘔吐が始まり、嘔吐を前提とした食品の購入も再び行うようになった。

ただ幸いなことに、敬子さんの心理状態や対人関係までが逆戻りすることはなかった。敬子さんは、小林先生の暖かい人柄に診察室で定期的に触れたり、アルバイトで知り合った人たちと話し、人生にはさまざまな生き方があることを知ったりする中で、人生に対する視野を広げ、前向きな考え方を維持していた。

この時期の敬子さんの悩みは、1年前と同じく、大学へ復学するか否かであった。看護師といった安定した収入を得られ、社会貢献も大きくできる職業に魅力を感じてはいたものの、大学への強い未練を残していた敬子さんにとって、どちらを取るべきかはすぐに結論の出せる問題ではなかった。

筆者自身が30歳を過ぎて未だ学生であり、働いて再び大学に戻ったという経緯を辿っていたため、この点に関して敬子さんから意見を求められるときが度々あった。筆者は、復学における彼女の懸案事項が年齢であることを踏まえ、「就職を探してももちろん良いと思うが、大学への未練が残っているのであれば、今焦って就職をするよりも、授業を休んでも、単位さえ取れば卒業ができる大学を、社会生活の練習の場として使うという選択肢もあると思う」と敬子さんに話した。また、「新卒がやるような就職活動をしよと思えば、年齢のハンデは出てくると思うが、そのような就職活動をして職を得るだけが、就職の道ではなく、これまでの経験を生かして内容のある大学生活を送れば、就職における選択肢の幅は増えるのではないか」とも伝えた。

#### 3.11.1 カウンセラーとの決別

敬子さんは、小林先生のもとに通いつつも、それと平行して、19歳の時から通っている民間のカウンセラーのカウンセリングに通い続けていた。<sup>\*11</sup>定期的に通っていたわけではなかったが、カウンセリングを受け、「過食を自分の居場所にしている」とか、「過食にフォーカスしないほうがいい」とかいったアドバイスを受ける中で、調子が良くなったと感じるときがあり、通院を続けていたのである。

そして、敬子さんとの出会いから約2年が経過した年の冬、敬子さんは「このカウンセラーについて聞いてもらいたいことがある」と切り出した。このカウンセラーから「裸になれば治る」と言われたというのである。

彼から、「裸になって自分を解放すれば、回復できる」と持ちかけられ、そう言われた際、敬子さんは勢いで、「いいですよ」と思わず答えてしまった。しかし彼から「後悔するといけないから、よく考えるように」と言われ、考え直した敬子さんはその提案を断った。しかし、それ以後も「裸になれば治るんだけどね」としばしば言われ、彼とのカウンセリングを続けるべきか、敬子さんは迷っていたのである。

<sup>\*11</sup> 3.8.3,p71

この話を聞いた筆者は、「今すぐそのカウンセラーとの面会をやめるべきだと思う」と敬子さんに伝えた。すると、敬子さんは『呪われそう』だから、関係を絶つのが怖い」と話す。なんとそのカウンセラーは、「思考を現実に行える」とか、「念を入れれば人も殺せる」といったことを彼女に常々言っており、敬子さんは恐怖感を抱いていたのである。

筆者は、「そんなことが本当にできれば、彼は今頃もっと違うことをやっている。彼は、苦しんでいる人の心の隙間に付け込んで、わいせつな行為をしようとしているとしか思えない」と話した。

敬子さんはその後、彼とのカウンセリングを中止し、小林先生との診察に治療を一本化した。

### 3.12 みたび大学へ

こうした紆余曲折を経て、敬子さんはもう一度復学をして大学生活をやり直す決断をし、筆者と出会ってから2年後の春、3度目の大学1年生を迎えた。

家から大学が遠いため1人暮らしという選択肢もあったが、いきなりの1人暮らしは不安であったので、とりあえずは母親の知り合いで、家を改造して小さな寮を営んでいる夫婦の家に住まわせてもらうことになった。

復学を果たした敬子さんの口からは、「なぜ昔は、あんなに体型のことを気にしていたのかかわからない」とか、「今の体重は、最もやせていた頃よりずっと多いのに、それでも自分のことを以前ほど嫌だとは思わない」とか、2年前からは考えられない言葉が出るようになっていた。

自尊心を回復し続けていることは、言葉だけでなく、行動範囲の広がりからも伺えた。授業に出たり、交通機関を使ったりすることも問題なくできるようになり、途上国においてボランティアをするサークルに入って、勉強会に参加したり、海外へボランティアへ行ったりして、活動範囲は大きく広がった。また、「年上なだけあって、発言が大人だ」とサークルの仲間から言われたと嬉しそうに話してくれ、年齢や外見に関わらず、自分を受け入れてくれる仲間に出会えたことに充実感を感じている様子が感じられた。

ただ彼女の充実した大学生活にもなって過食嘔吐が良くなったとはいいい難い側面もあった。

過食嘔吐は寮でも始まり、後期に入ると、ほぼ毎日行ってしまうほどになった。また寮にある食材を自由に手に入れることができるため、夫妻がいないときには「今日は過食嘔吐ができる」と考えてしまったり、食べ物を探したりしている自分に嫌気が差すことも多かった。

### 3.13 敬子さんの現在

前回の大学生活は、いずれも後期に入って心身の調子を崩し、休学や退学に追い込まれていたのだが、今回は後期も乗り越えることができ、無事に2年生を迎えることができた。

この間も過食嘔吐は続き、そのために学校やバイトを休んだり、サークルの約束をドタキャンしたりすることもあり、また年齢が他の学生より上であることを実感して消えてしまいたいような思いに駆られることもあった。

しかし、そのようなことはありつつも、彼女は社会から引くことなく生活を続け、心理

状態や人間関係は「今までの人生で一番良い」と感じるまでに回復した。

外見に関しては、「整形をしない、自分の顔の成長が見たかった」、「昔は大嫌いだったけど、今は親しみやすい自分の顔が好きです」と話し、その変化に筆者の方が驚いてしまうこともあった。

およそ8年の年月を経て、敬子さんの自分に対する、そして世界に対する捉え方は、両親や高校時代の友人、サークルの仲間、小林先生の支え、そして彼女自身の努力を通じて、社会と積極的なつながり持つことのできる形に変化した。兄に対する強い憎しみは残念ながら残っているが、両親に対する感謝の思いは未だ変わらず、2年の夏休みには一緒に旅行に出かけるまでになった。

2年の後期を迎えるにあたって、彼女は、「過食嘔吐はつらいが、負けずに頑張りたい」という力強い言葉を残している。

## 第4章

# さゆりさん

現在25歳のさゆりさんは、関東の農村地帯に生まれた。高3の時に拒食症と診断され、以後1回の長期入院を経て現在に至っている。

もし彼女の半生を映画にしたなら、見せ場がありすぎてどれを映像にするか困ってしまうのではないと思うほど、さゆりさんはドラマチックな人生を歩んでいる。筆者と出会ってからの3年半の間にも、いろいろな出来事が起こり、彼女に会って話を聞くたびに筆者は驚かされた。

さゆりさんは、良い学校に行き、大企業に入り、高い賃金をもらって豊かな暮らしをするといった資本主義的な価値観に対して、全く興味を示さない女性であり、その価値観は外見にも表れていた。おしゃれではあるが、洋服代にお金をかけるわけでも、今風のメイクをするわけでもなく、実質本位という言葉がふさわしいような雰囲気や常を漂わせ、天気が悪いときでも、長靴を履いて、軽トラックに乗り、夜中の山道をどンドンと運転してしまうようなたくましさを持っていた。

しかしその一方で、繊細な一面もあり、人間関係のいざこざやすれ違いに傷つき、孤独感や不安に苦しんでいる様子もしばしば見て取れた。

そのような繊細さが、拒食や過食といった摂食障害の「症状」として現れてしまった部分もあるのだろう。しかし、そのような繊細さを持って彼女が感じ取る世界の様子や、それを表現するために彼女が選ぶ言葉はとても美しく、彼女が度々ネット上に記す日記に筆者はしばしば引き込まれた。

それではさゆりさんはどのような過程を経て普通に食べることができなくなっていったのだろうか。幼少のころから現在までを振り返ってみたい。

### 4.1 大食いだけど、「電信柱」

高3までのさゆりさんは、とても良く食べる子供だった。父親の徹さんが和食好きで、家でパスタやグラタンのような洋食が出ることはほとんどなく、家には菓子がほとんどなかったことが影響してか、好物は、何もかけない白ご飯で、お腹が空くとご飯を3杯食べたり、寝る前にご飯を食べたりしていた。

高校に入ると、学校帰りに友人とファミリーレストランに寄って外食をする機会もできた。このようなときは、さゆりさんは普段食べることのないパフェといったデザートを注文し、さらに少ししか食べずに残す友人がいるとそれが許せず、自分の分に加えて、その

子が残した分ももらって食べていたこともあった。

しかし大食いだったにも関わらず、体型はがりがりで、中学の時には「電信柱」というあだ名までついていた。周りの女の子がダイエットの話に花を咲かせる中、身体に丸みをつけようと無理して食べていた時期もあったという。

だがそんなさゆりさんも、高校2年生になると少しずつ太り始めた。周りの女の子同様に、「このお腹の肉が胸になればなあ」と感じたこともあったが、ダイエットをしようとは全く思わず、これまでどおりの食生活を続けていた。

ただ、たくさん食べていた一方で、さゆりさんが人と食べる楽しさを感じたことはあまりなかった。夕飯はたいていの場合家族全員がそろっていたが、寡黙な徹さんと妹の佑香さんはほとんど話さず、母親の由紀さんだけがずっと話していたり、食事中に喧嘩が起ることがあったりした。さらに父親が作法に関してとても厳しく、注意されることが多かったため、家族での食卓に心地よさは感じなかった。<sup>\*1</sup>

これは学校でも同様で、人付き合いがあまり得意でなかったさゆりさんは、学校での友人関係にわずらわしさを感じることも多く、みんなと食べねばならない給食の時間は苦手に感じていた。

とはいえ、高3の秋までは、食がさゆりさんの日常生活を邪魔することはなかった。食はさゆりさんにとってごく当たり前の日常だったのである。

## 4.2 拒食の始まり

食べることに何の困難もないさゆりさんであったが、受験を控えた高3の秋、特に思い当たる理由もなく、とにかく食べられなくなった。<sup>\*2</sup>

自分自身でも何が起こったのかよく理解できなかったさゆりさんは、「なんでもいいから食べられるものを食べなさい」と言う由紀さんのアドバイスに従い、栄養がありそうで、嘔まなくてもするすると入っていく、野菜ジュースと、ハーゲンダッツのアイスクリームばかりを食べて毎日を過ごした。

当然、体重は落ちたが、その頃の多少ぼっちゃりしていたさゆりさんは、「やせられて嬉しいなあ」といった程度の認識しか持たなかった。

一方、心配をした由紀さんは、彼女をまず内科に連れて行き、さゆりさんはしばらくそこで点滴を受けた。しかし食欲は一向に戻らず、摂食障害の可能性を疑った医師は、摂食障害の治療で有名な県内の病院を2人に紹介した。

## 4.3 大橋先生との出会いと両親の変化

さゆりさんの担当になった大橋先生により、さゆりさんは拒食症の診断を正式に受ける。

大橋先生は、アルコール依存症の治療経験が豊富な、穏やかで落ち着いたある初老の精神科医である。

アルコール依存症に関わる中で、摂食障害の患者にも多く出会うようになり、この2つの病気の類似性に気づいた大橋先生は、次第に治療の重点を摂食障害に移行させていた。

大橋先生は投薬ではなく、家族療法や対人関係療法、家族会や当事者のグループといっ

<sup>\*1</sup> さゆりさんの家族については10章で詳述する。

<sup>\*2</sup> しかしこの語りは後に変化する。詳細は10章で示す



た対話を中心に治療を進める医師で、さゆりさんは週1回の割合で診察に通い、一方両親は週1回開かれる親の会に参加をするようになった。

また大橋先生は摂食障害の発症に親子関係が影響していることが多いと見る医師であった。さゆりさんとの面談の場面で、「親が原因である」と断定することはなく、「親が関係することもある」といった柔らかい言い回しにとどめていたが、両親に対しては、彼女の気持ちを代弁したり、コミュニケーションの仕方をアドバイスをしたりしているようであった。

大橋先生の元に通うようになって変わったのは、さゆりさん自身よりもむしろ親であった。

診断前は、「さゆりは本当にどうしようもない子だ」と言っていた徹さんは、「本当はさゆりのことをすごく愛しているんだよ」とさゆりさんに伝えるようになっていたり、両親は家族で話す時間を増やすようになっていたりした。「あの時は（お父さんとお母さん）もつらかった」とか、「あの時は私達はこう思っていたんだよ」とか、「あの時私達はこう言ったけど、さゆりはその時つらかった？」とか言ったように、過去のできごとに関して自分たちがどう思っていたのかを率直に話し、そしてさゆりさんがどう思っていたのかをはっきりと聞いてくることが多くなった。

そんな両親の変化にさゆりさんは、嬉しさも感じたが、同時に、自分のために時間を割いてもらっていることに対する申し訳なさや、戸惑いも感じていた。

## 4.4 嘔吐の始まりと休学

病院に通い始めたものの、さゆりさんの食欲は戻らず、ある朝、学校へ行く前に500mlのアイスクリームを思わず全部食べてしまったことをきっかけに嘔吐が始まった。

今までの生活では考えられない量のアイスクリームを一度に食べてしまったことにさゆりさんは驚き、以前弟がのどにものを詰ませた際に、由紀さんが指を突っ込んで吐かせていたことを思い出して、それを真似てみたのである。

この事件以来、さゆりさんは嘔吐やチューイングを日常的にするようになり、彼女の状態はいっそう複雑な様相を呈してきた。

体重が落ちいく一方で、気分は高揚し、元気一杯のつもりで、母親が心配してくれるのが嬉しいくらいなさゆりさんであったが、彼女のことを心配し、家の近くまで様子を見に来ていた彼氏から連絡が途絶えた頃から、気分の落ち込みが激しくなり\*3、その頃から、「食べられない」ではなく「食べたくない」と感じるようになった。

高校はお弁当を持って通ったが、次第に、卵焼き一個を食べただけで吐かずにはいられなくなり、お弁当自体を持っていくのをやめた。

家では、食卓には着くものの、野菜やわかめといった「身にならなそうなもの」を一口食べては吐きに行くという日々を続け、たまりかねた由紀さんが怒りだして、それをきっかけに食卓で大喧嘩が始まることもあった。

拒食や嘔吐、そして、うつ状態は日増しにひどくなり、さゆりさんは高校を休学することになった。

休学をして1週間もすると、さゆりさんは母親とランチを食べにいけるまでに回復し

\*3 しかしこの語りは後に変化する。詳細は10章で示す。

た。ただ学校の話が出て、息が上がったり、震えが来たりといった身体反応が起こったため、急いで学校へは復帰せず、1ヶ月間高校を休み、大学受験が差し迫った12月に再び学校へ通い始めた。

## 4.5 受験

理数系の科目はひどく苦手だった一方で、文系科目が飛びぬけてできたさゆりさんは、文系科目だけで受験のできる大学に照準をあわせ、今まで休んでいた分を取り戻そうと、取り憑かれたように受験勉強を開始した。

受験勉強中は、ひどい拒食に陥ったり、嘔吐を繰り返すことはなかったが、以前のような食生活を取り戻したわけでもなく、菓子パンやパフェばかりを食べてさゆりさんは毎日を過ごした。

上京し、ホテルに泊まりながら、入試に挑んだ際は、ホテルで提供される食事は取らず、レストランや喫茶店のパフェばかりを食べ、「糖分たっぷり」で受験に挑んだ。

ただ受験した大学は、さゆりさんが当初行きたかった大学ではなかった。

南米のダンスや音楽が大好きだったさゆりさんは、舞踏とスペイン語が学べる大学を志望していたのだが、もっと偏差値の高い大学へ進学をさせたい親と、有名大学への進学率を上げるために必死な学校の猛反対を受け、難関大学の英語学科に志望先を変えていたのである。

このため、さゆりさんは見事に複数の難関大学に合格したが、新生活への期待に胸躍らせている訳ではなかった。

その頃なんてやりたいことなんてさっぱりわからなかったです。「親が世界で活躍する子になってほしい」みたいのがあったんで、「じゃあまあ英語かな」という。ものすごい適当な—「もう自分の意思などない」という感じでしたね。<sup>\*4</sup>

## 4.6 退学

大橋先生のもとへの月1回の通院を続けながら、親元を離れての一人暮らしが始まった。

受験が終わってからは、緩やかな拒食の中にあり、比較的落ち着いていたさゆりさんであったが、大学生活が始まると、拒食が再びひどくなった。授業にはきちんと出席し、サークルにも入って知り合いを作ることはできたものの、人付き合いには付き物の共食ができないさゆりさんは、誰とも親しくなることはできず、サークルはすぐに退会した。パスタ屋でバイトを始めたが、まかないが出るたびに、その対処に困り果て、食べてしまったときの焦りや恐怖感に苦しむ日々が続いた。

また、この頃はまだ、嘔吐にそれほど慣れていなかったため、食べたものをうまく吐ききれず、さゆりさんは狂ったように歩き始めた。電車を使わず、1時間かけて学校へ歩いて通ったり、バイトが終わると、深夜から早朝にかけて夜の街を歩き回ったりした。

食べる量は日に日に減り、とうとうさゆりさんは口に含んだ水まで吐き出すようになった。体重は当然激減し、高校の時には56kgほどあった体重が、大学1年の夏休み前には38kgにまで落ちた。身長169cmのさゆりさんにとって、この体重は生命を危険に晒しか

<sup>\*4</sup> 2006年春

ねないものであり、普段は内科的な処置を行わない大橋先生も、この時ばかりは血圧や心電図を取り、万が一何かが起こった場合は、内科にすぐに入院させる手はずを整えていた。だが大橋先生は、無理に歩くことをやめさせようとはせず、今までどおり、静かにさゆりさんを見守る姿勢を貫いた。

夏休みに入ると、さゆりさんは実家に帰り、そこで親に見守られた生活を送った。

夏休みが明け、さゆりさんは再び東京に戻ったが、大学には1日通っただけで行けなくなり、翌年3月には退学を決意した。

大学を休学した頃から、1人暮らしをしていた頃のような、ひどい拒食はなくなったが、普通に食べられるようになったわけでもなかった。

さゆりさんにはこの時期、「大丈夫フード」と言えるような食べ物が存在し、ある時にはひじき、ある時にはそば、ある時にはりんごだけを食べ、それ以外のものを食べると嘔吐をするという食生活をさゆりさんは送った。

「大丈夫フード」ばかりを食べる食生活が収束すると、大量に食べて吐くようになり、加えて、1人暮らしのときにはなかった自傷行為を頻繁に行うようになった。

配膳のアルバイトを始めたが、頼まれると嫌とは言えない性格が災いし、1日13時間労働を連日でこなすというような極端な働き方をし、さらにはそこで知り合い、付き合いようになった男性とのいざこざから、心身ともに追い詰められ、痛み止めを大量に服用して病院に運ばれ、胃洗浄を受けたこともあった。

大学を休学・退学してからは、母親と東南アジアへ海外旅行に出かけたり、1人で離島を旅したりなど、楽しいできごともあった。

しかし、この頃のさゆりさんの1日は、過食嘔吐や自傷など、衝動的な行為で埋め尽くされていたのである。

## 4.7 仕切りなおし

退学後、バイトや旅行をしながら1年間を過ごしたさゆりさんは、翌年の春に専門学校に入学した。離島の自然やそこに住む人々に心を打たれ、エコツアーガイドになりたいと思ったからである。

しかし入学後、人数不足からそのコースは廃止となり、さゆりさんは全く興味のない大人数のコースに勝手に入学させられてしまう。彼女は初日から挫折感を味わい、学校へは3カ月通っただけで行かなくなった。

生活のリズムは完全に崩れ、ひたすら過食嘔吐をやっていたり、1日中寝ていたりするような日々が続いたが、この時のさゆりさんは、興味があった南米の音楽やダンスの教室に通い、またバイトも楽しかったため、実家には戻らず東京での生活を続けた。

それから半年ほど経ったある日、配膳の仕事で知り合った仲間から、事業を立ち上げるので手伝って欲しいといわれたさゆりさんは、嫌といえない性格が災いし、その依頼を引き受けた。

東京でバイトをしながら、故郷での仕事も手伝うという、多忙な生活が始まった。

## 4.8 自助グループへの参加

この時期さゆりさんは、2つのサポートグループに参加した。実は、さゆりさんは、以前大橋先生が立ち上げた当事者の会にも参加していたが、相手の言うことに一切反論せずにはたすら共感する、「言いつばなし、聞きつばなし」のスタイルが肌に馴染まず、2回行っただけで行くのを辞めてしまっていたのである。

しかしこの時期になり、過食嘔吐がひどくなり、なんとかしたいと考えたさゆりさんは、大橋先生の勧めもあり、再び自助グループに参加することにした。

まずさゆりさんが行ったのは、都内に古くからある、自助グループである。以前そこの発行している会誌に「このグループに出会えたことは奇跡です」という投稿があり、行けば何かが変わるのではないかとさゆりさんは期待を抱いていた。

だがこのグループにもさゆりさんは馴染めなかった。さゆりさんは自分が「ひねくれているのかもしれない」と言いながら、そこの団体が「いい加減に生きよう」というのを目標に掲げているのを見て、「自分はいい加減に生きたくない」と感じ、さらにその団体が外とは隔絶した1つの世界として確立していると感じて「その中で生きるのは嫌だ」と思った。

直感的に自分とは相容れないものを感じたとはいえ、「通い続ければ良くなるのではないか」と思い、さゆりさんはこのグループに4、5回通ってみたが、状態は一向に変化せず、次第に足は遠のいた。

次にさゆりさんが参加したのは12のステップに沿って摂食障害やアルコール依存症からの回復を目指そうというグループである。そこは参加者1人1人にサポーターがつき、その人と共に12のステップを踏んで、徐々に回復を目指すという方針を取っていた。

摂食障害の回復者である女性がさゆりさんのサポーターとして立候補してくれ、しばらくの間その女性と対話を続けていたのだが、その女性から突然、「あなたとと話していると症状がぶりかえしそうだから、やめたい」という申し出をされ、理不尽に感じたさゆりさんはそのグループを脱退した。

ただ、自分にはサポートグループに合わなかったとはいえ、彼女はサポートグループの重要性も感じている。

さゆりさんは、サポートグループに行く前、すでに自分のことを大橋先生を始めとした複数の人に話し、全面的に共感をしてもらうという過程を踏んでいたが、一方、サポートグループに参加している人の中には、ずっと引きこもっていたため、自分のことを一度も話したことがないという人たちもおり、中には初めて自分のことを話して、涙を流す人もいた。

さゆりさんは、そういう気持ちはとてもよく分かると話し、そのような人たちにとってのサポートグループは、回復に向けての重要な居場所として機能するのではないかと話してくれた。

## 4.9 入院

東京での1年間の1人暮らしを経て、さゆりさんは故郷に帰った。

帰るとすぐ、事業で知り合い、付き合うようになっていた男性と同棲を始めるが、価値

観の違いから、生活はすぐに立ち行かなくなった。

彼の前では拒食になり、彼のいないところでは過食をするという生活が始まり、同棲は3カ月しか続かず、事業の手伝いをやめ、違うところでバイトを見つけたということを実に、彼と離れて1人暮らしを始めた。

彼と別居をした頃から、拒食はさらにひどくなり、「死にたい」という思いも強くなったさゆりさんは、カフェインの錠剤を10錠飲んだことをきっかけに病院に運ばれ、そのまま入院となった。

体重を回復させる必要があったため、大橋先生と相談して、「食べた後、1時間吐かずにいられたら外出を許可する」というような、比較的制限が緩めの行動療法を試したが、全くの逆効果で、嘔吐ができないと爪で腕を引っかいて、徹さんに羽交い絞めにして止められたり、医師や看護婦の目を盗んでは食べ物買ってそれを過食し、完全に吐き切ったりといった行為を繰り返したりした。

さゆりさんの体重はこれまでで最低の35kgになり、脈も弱くなって、緊急に栄養状態を回復させる必要性が生じた。そのための点滴を受けることは、さゆりさんの望むところではもちろんなかったが、それが嫌なら内科に転院してもらうしかないと言われ、しぶしぶそれを受け入れた。

しかし、点滴の合間に体操をするなど、さゆりさんは回復への意思を全く示さず、普段は静かな大橋先生もたまにかね、「頑張らなきゃ駄目だ！」と激を飛ばすほどであった。

「死にたい」と言い続け、頑なに食べることを拒んでいたさゆりさんであったが、「お願いだから死なないで」、「家に帰ってきて、何もしなくていいから、もう1回一緒に頑張ろう」と由紀さんが涙を流しながら訴えたことで、回復の意思が芽生えた。

それからさゆりさんは母に連れられ退院をした。同棲をしていた彼とは別れ、幼い子供と母のような濃密な母子関係の中で徐々に体力をつけ、2カ月後には、再びアルバイトを始めようと思えるほどにまで回復した。

## 4.10 進むべき道の模索

体力は回復したものの、「これからどう生きていったらいいのか」、「どのような道に進んだらいいのか」と悩んださゆりさんは、そのことを精神疾患や知的障害を抱える人々のための施設を運営する、中年の女性に相談した。

すると彼女は、「頭でいろいろ考えている暇があったら、自分の食べるものを自分で作ってごらん。自分の食べるものも自分で作れないのに、生き方がどうこうとかがっているよ」とさゆりさんに話し、その施設がやっている米作りを手伝ってみないかとさゆりさんに勧め、腑に落ちるところがあったさゆりさんは、米作りに関わってみることにした。

同時にさゆりさんは、アルバイト情報誌を見始め、体力的にはきついが、時給の高い、夜勤の荷物仕分けのようなバイトに目星をつけていた。しかし、無理な働き方をしてはひどく体調を崩すパターンを見ていた両親は、「もう少し慎重になったらどうか」とさゆりさんに勧め、代わりに父親の経営する会社が立ち上げる飲食店でのオープニングスタッフの仕事を紹介され、そこでアルバイトとして働き始めた。

### 4.10.1 さゆりさんとの出会い

さゆりさんと筆者の出会いは、さゆりさんが退院して約半年ほどたった夏であった。

これまで筆者が出会った方のほとんどは、おしゃれが好きな普通の女の子といった雰囲気漂わせていたが、さゆりさんは髪の一部を細いみつあみにし、ジーンズにエスニック風の上着というラフな格好で待ち合わせ場所に現れた。

よく晴れた初夏の日であったため、さゆりさんは近くの公園に私を案内してくれた。木立の下のベンチで行われた初回のインタビューは3時間近かったが、さゆりさんは落ち着いた口調で、理路整然と、しかし時には冗談を交えながら、これまでの歩みについて語ってくれた。

### 4.10.2 強まる南米への思いとひどくなる過食

筆者との出会いから約2ヵ月経った頃、さゆりさんは南米ダンスのワークショップに参加し、現地から来ていたアーティストと触れ合う中で、南米行きの決意を固める。

一方、父の会社でのアルバイトは、徐々に忙しさを増していた。米の収穫が終わるまでという期限付きで始めた仕事ではあったが、飲食関係の仕事であったため、食品が大量に廃棄されるのを見るのが、食べ物にこだわりのあるさゆりさんにとってはとても辛かった。またオープニングから関わったこともあり、さゆりさんは予想以上に責任のある仕事をこなさねばならず、それは心身ともにさゆりさんの負担となった。

忙しさと並行するように、さゆりさんの過食嘔吐は激しさを増して行った。朝8時に職場へ出かけ、夜7時くらいに帰ると、4-5000円を費やして、明け方まで過食嘔吐を続け、時には過食をしながら眠り、気付いたら夜が明けていることもあった。

さゆりさんは、「過食嘔吐がなければどれだけ楽だろう」という気持ちと、「これがなければ仕事はやっていけない」という矛盾した気持ちを抱えながら、なんとか自分の仕事をこなし続けた。

### 4.10.3 アルバイトの終了

米作りは、10月の稲刈りをもって終了し、さゆりさんは当初の約束どおり、12月にバイトを退職した。およそ1年間のアルバイトを振り返り、さゆりさんは次のように日記に残している。

「卒業・・・？」

昨日で勤めていた店を辞めました。

事前会議から関わってほぼ毎日通う生活で半年。私の仕事遍歴の中では最も深く長かった。

父の会社の経営ということで、自分の微妙な立場の辛さ、現場外から見えない指示を出されること、こちらの声が届かないこと、他のバイトとの関係、持病の症状悪化など苦しいこともたくさんあった。

中退ばかりしている私

今回は「卒業」と言えるのか？その答えはたぶんでないけれど

この仕事で経験したこと、出会った人、その人たちから教わったこと、全て宝であることは間違いない。

父との関係にも、わずかだが変化があった。  
それは父の背負っているものを少し感じられたから。

会社というところはまあ予想したとおり私には馴染めない世界だったけれど、今後も自分のできることの範囲で少しでも力になれば、という気持ちを持った。

共にいた人たちへ、ありがとう。

## 4.11 南米へ

現地の治安が悪化し、日本政府から渡航延期や退避勧告令まで出され、渡航が一時危ぶまれたものの、さゆりさんは南米に向けて旅立つことができた。現地の音楽と踊りを学ぶ、約1ヶ月のワークショップである。

現地に入ってから始めの一週間は、戒厳令が引かれ、家の外にも出れない状態が続いたが、戒厳令が解かれ、踊りのレッスンが始まった後の生活は、予想を超えて楽しく充実したものであった。

現地の人々と音楽を奏で、ダンスを踊る中で、さゆりさんは、「音楽やダンスを上手くなって皆に認められたいのではなく、自分はそのにいる人たち、そして一緒に叩いたり踊ったりしている時の感覚が好きでたまらないんだ」と言うことをはっきりと自覚し、「南米の音楽や踊りからは一生離れられない」と強く感じた。

また南米で培った人間関係も大変貴重なものとなった。南米では6人の日本人とガイド兼通訳の現地の女性、および音楽とダンスの指導に当たる先生や演奏家、そして身の回りの世話をしてくれる人たちの総勢15名ほどと常に行動を共にした。

家族以外の誰かと24時間行動を共にして、上手く行ったことがなかったさゆりさんは、当初この状況が不安だったが、小さいいざごはありつつも、時間を共にできた人たちは話しやすく、また共感できる部分がとても多かったため、さゆりさんは皆と打ち解け、心の通った交流をすることができた。

これまでもさゆりさんはベトナムやエジプトなど複数の国に1人旅に出かけていたが、そのときは日本でのいざごから逃避したくて旅に出ている側面が強く、また旅先で感動することがあってもそれは自分だけのものであった。

しかし今回の旅では、楽しかったことや感動したこと、辛かったことや大変なことを、常に誰かと共有することができた。

さらに食事に関しても問題は全く起きなかった。南米の食事は油っぽいものが多く、そのような食べ物が苦手なさゆりさんは、向こうでの食事に関して一抹の不安を抱えながら旅立ったが、そのような心配は杞憂に終わった。彼女は南米での食事を次のように振り返る。

本当、毎日「あー、お腹すいた。」って言って、ご飯食べて「あー、おいしかった。」みたいな。当たり前だけど「(お腹が空くから) ご飯食べているんだよ」みたいな感じだったから、

何にも気になる要素がなかったというか。<sup>\*5</sup>

現地では、火を起こすところから始め、3、4時間かけて作ってもらった料理を、皆で分け合って食べた。食べ物の保存が出来ないため、出された料理がその日の全てであり、食べ残しもなかった。必要以上に食べ物が溢れている日本と異なり、南米では「人と人との暖かい繋がりが感じられる食べ物が、生きるために必要なだけ提供されていた」とさゆりさんは振り返る。

高校で興味を持ってから4年の時を経て、終にさゆりさんは南米の地を踏み、そこで得た体験は、さゆりさんのその後の生き方の礎となって、彼女を支えてゆく。

## 4.12 パン屋への弟子入りと独立

南米から帰ると休む間もなく、さゆりさんは新しい仕事を開始した。

南米に行く少し前、徹さんの経営する売店にパンを卸している店の老夫婦の後任が必要となり、それを引き受けてもらえないかという話が、両親から来ていたのである。

あまりにも唐突な話にさゆりさんは驚いたが、南米から帰った後、どのように生活するかが一番の問題であったさゆりさんにとって、これは悪い話ではなかった。食べ物を作る仕事は自分がやりたいことの範囲に入るし、帰国後さゆりさんの住みたい地区に、老夫婦の厨房はあったからである。

さゆりさんはこの話を受けることにし、帰国後3日とたたないうちに、仕事を学ぶべく、老夫婦の家に引越しをした。

当初徹さんから聞いていた話は、「湧き水を使って天然酵母のパンを作っている夫婦がおり、今年で辞めてしまうから後をやらなにか」、「朝早くからの仕事だけど、それが終わればあとは自分の好きに使える」という大変のどかなものであった。

ところが蓋を開けると話は違いで、天然酵母のパンは全体のごく一部でしかなく、あとはできる限り安く仕入れた素材でのパン作りがほとんどであった。さらに商品を週7日絶やさないため、早朝3時に起き、調理、配達、片付け、仕入れ、次の日の準備と駆け回り、仕事が終われば夜になっていることも珍しくなかった。

さゆりさんもあまりの忙しさに驚きを隠せず、由紀さんも「こんなことなら、さゆりに勧めなかった」と徹さんを責めた。しかし徹さんは以前に言ったことをすぐに忘れてしまう傾向があるため、由紀さんがいくら怒ったところで何も変わらなかった。

さゆりさんは状況を受け入れて、ひたすら仕事に励んだ。重労働に加え、店を中心となって切り盛りしている奥さんは個性が強くて気を使うことも多く、心身ともに疲労がたまって、たまの休みの日には1日中こっそりと過食嘔吐をしているときもあった。

だが、さゆりさんの過食嘔吐が起こるのは疲れたときだけではなく、大量の食べ物に囲まれている状況に置かれたり、奥さんが作ってくれた料理が気に入らなかったりした時にも起こった。さゆりさんの過食嘔吐は、「嫌なことが起こったから、そのストレス解消として食べ吐きをする」というような単純な図式では括れないようになっていたのである。

<sup>\*5</sup> 2007年春



### 4.12.1 おばちゃんがくれた生きるヒント

過食嘔吐がある中で、休む間もなく仕事を続けることは心身ともに辛かったが、その一方で、奥さんはたくさんのお話をさゆりさんに教えてくれた。

磯野：奥さんの話の中には生きるヒントがたくさんあったとありますが、それはどんなことでしょうか。

さゆりさん：「何やっても生きていける」とか、そういうことを言っていて。彼女自身がそういう人生を歩んでいる人だったから。普通で単純な言葉だけど、すごく説得力を感じて、勇気もらったし。具体的には何だろう。悪いこととか、嫌なことがいっぱい続いても、「今日は嫌なことが3つ終わったから、これで終わり」とか、1日悪いこと3つまでしか起こらないって彼女の中でルールを決めていて。で、彼女が2つやって、私がなんかすると、「さゆりちゃん、3つ目が終わった、ありがとう」みたいなささいなことなんですけど。あと、人になんかされたときとかも、「だますよりだまされたほうがいい」とか、本当にすごくいい人。

磯野：「何しても生きていける」というのは、さゆりさんにとっては大きな言葉だったんですか。さゆりさんの中に、「こうやって生きなきゃいけない」というようなイメージあったんでしょうか。

さゆりさん：それは親にかけられていたプレッシャーと、逆の感じで言われたことだったからじゃないかなあ。親はずっと私のことを心配して、「自立して欲しい」とか、「自分の力で何とか生きて欲しい」とかいう希望を持っているじゃないですか。だから、こういう話も持ってきたし、いろいろ言うのもそうだし。なんかそういうプレッシャーを常に感じていた私にとっては、「なるほどな」と思えること。「今、ここを一生懸命やろう」と思える。それは、「失敗してもいい」ということですよ。何やってもいいって言うことは。でも親の考え方だと、「今やっていることを失敗しちゃいけない」というか、「駄目になったら困る」という感じだったけど、おばちゃんはずっといろいろなことをやってきて、駄目だったらやめる。で、次をやる。それでなんとかなって生きてきていて。「これが駄目でも、次のことやれば生きていける、そうなんだ」とすごい思った。だから、私が「この仕事を必死でやんなきゃ」と思っているときに、「別にこれずっとやらなくてもいいんだよ」とか。うん。

磯野：そういうおばちゃんだから、突然店を閉めたのかもしれないですね。

さゆりさん：うん。キャラ濃いから大変なときもあったけど、そういうところは自分も共感できたし、周りは結構びっくりしていましたがね。結構大繁盛していた店をばたっと突然やめちゃうとこと自体が、周りの人の考えたとすれば驚きで。「大変ならともかく、はやっているのに何でやめちゃうの」みたいにかんりの人が言っていたけど、私からすればそうとは思わないし、「いいじゃん、はやっていたって。やめたいから、やめれば」みたいな。そういうところが気が合った。やりたいことが別にあることは、私にとって不思議なことじゃないし。<sup>\*6</sup>

そして、弟子入りをしてからおよそ1年後、さゆりさんは終にひとり立ちの日を迎える。

<sup>\*6</sup> 2007年冬

#### 4.12.2 独立

ひとり立ちの日です。

昨夜仕事の段取りをして、朝3時ごろ戻って4時まで寝られる、と思ったらなんとおばちゃん、もうがんがんケーキを焼いている。

何時からやってたんだろ

6時には80個完成

いつもはクッキーは1種類だけなのに2種類も作って

フランスパンはいつも32本なのに96本

ロールパンは普段150個くらいなのに300個

やりすぎなんじゃないかと思ったけど

最後の日という心境を思うと言葉には出せずもくもくとやった

全部仕上がった時おばちゃんが「あーっ 2年分はたらいだ！！」と言ったのでほっとした  
そうか、正気だ

心を込めて、「おつかれさまでした」を言った

先生夫婦は明日の朝この地から旅立つ

そして私は今日からただ一人で受け継いだこの店をやっていく

居候として先生夫婦と過ごした日々はつらいことも多かったけれど、こどものように育ててもらった

遊びまわって朝帰りしてそのままそーっと仕事していると、何も知らないかのような感じでいて、朝一番の配達が終わると必ず「少し寝てきなさい」と言われた

自分たちはずっとパン食の生活だったのに、私の好みが分かると毎朝ゴハンとおみそ汁を用意してくれた

そして作業しながらラジオのように聞いていたおばちゃんのにぎやかなおしゃべりの中には、生きるヒントがいくつもあったし私が南米に行っている間にやつれ果てた両親に、「あの子はあそこにいる間は殺されることはあっても自分で死ぬことはないからええやんか」と言い放って2人を救ってくれた

感謝でいっぱいです

今ところはしーんと水のようにです

#### 4.13 守さんとの出会い

1人立ちしてから、さゆりさんの仕事は一層ハードになった。今まで3人でやっていた仕事をすべて1人でこなさないといけなくなったからである。

さゆりさんはある日の1日を次のように説明してくれた。

朝は2時、遅くても3時過ぎには起きて、てんてこまいになりながら、ばたばた作って、8時になったら、売店に届けて、戻ってきて、もう1つの売店に行つて。そして、またばたばた帰つてきて。厨房は、調理器具が、がしゃがしゃに広がつていて、クッキーの型とかがこの辺にわしゃーつてなつて、それを必死こいてまず片付けて。その間に電話で注文とかかかってくるんです。しかも片付けがすごく嫌だから、片付けているときにすごい調子悪いと、なんか食べ吐きしちゃうりするんですよ。その辺のものとかつまみ食いしちゃうりとかして。

で、そんなことしている間に2時間とか経っちゃつて、明日のものを作り始めると、足りないものが出てくるから、それを午後から買いに行つて、また作つて。それで、ケーキは大体前日に作るから、終わつたら、朝からじゃないとできないものを作る。粉計るとか、材料作るとか、そういう仕込みが一杯あるんですよ。ついでに、その間にも飽きてくると食べ吐きしちゃうりとかして。

それで、この3日くらいは、夜9時くらいになれば、あとは朝に回そうつて思つて、部屋に戻つてちょっと寝られるんですけど、前までは、厨房で、「こくつ」てなつて、「はっ」て起きて、「で、これもやっておかなきゃ」つて。で、また「こくつ」てなつて、またやつてみたいな感じだったから、ほとんど寝られなかつた。<sup>\*7</sup>

奥さんは、引継ぎの際に仕事を減らしても構わないと言つてたが、責任感の強いさゆりさんは、商品を待っている人がいると思うと、仕事を減らすことができず、過食嘔吐をしながら、必死になつて仕事を回した。

しかし、この年の暮れ、週7日休むまもなく仕事をしていたさゆりさんに幸運な出会いが訪れる。南米音楽を通じて知り合つた守さんと付き合い始め、調理の仕事の経験もある守さんが、同棲をしながら店を手伝ってくれるようになったのである。

またさゆりさんには、守さんの性格も幸いした。さゆりさんが仕事を先へ先へと進め、決めたことは何が何でも成し遂げようとする一方で、さゆりさんと正反対の守さんは、何かをやると言つてもなかなか行動に移さず、いつものんびりしてしまう人であつた。このため2人の性格は上手くバランスがとれ、休むべきところは休むというほどよい生活を、さゆりさんは送れるようになった。

また数字が大の苦手のさゆりさんに変わり、守さんがそれぞれの商品の原価を見て、薄利どころか作るほど赤字になるような商品は、卸すのをやめるよう進言してくれた。忙しいことには変わりないものの、守さんと出会つたことでさゆりさんの生活は穏やかさを取り戻した。

もちろん2人の間には衝突もあつたが、それもさゆりさんにとっては良い経験になつた。これまでさゆりさんは男性と付き合つても聞き役に回る事が多く、自分の主張をすることがほとんどなかつたが、守さんは「もっともっと話せ」と、さゆりさんが、考えていること、感じていることを自分に伝えて欲しいと、さゆりさんに言い続け、さゆりさんは少しづつ自分の思つていることを言葉にできるようになつた。「自分の主張をしなければ喧嘩にならない。初めてなんです、喧嘩をしたの」と、自分の考えや感情を言葉に出す練習をさせてくれた彼に、さゆりさんは感謝の意を述べる。

<sup>\*7</sup> 2007年冬

### 4.13.1 薄れる食に対するこだわりと守さんの対応

守さんと同棲をし、食事をともにするようになってから、さゆりさんの過食嘔吐は以前ほど激しくはなくなったが、守さんがいなくなったり、気分がもやもやしていたりするとつい過食嘔吐に走ってしまう。

また自分から何かを食べたいという思いも、まだ自分からは生まれては来ない。守さんがいるからご飯を作り、一緒に食べてはいるものの、作るものは彼の好きなこつぱりした魚や肉料理で、それらはさゆりさんが進んで食べたいとは思うものではなく、つい自分は食べずに彼がたくさん食べるようにしてしまう。

守さんはそれに気づくと、関西風のうどん、蒸し野菜オリーブオイルがけ、焼き魚など、彼女が好きなものを作ってくれ、それを食べるとおいしいと感じるのだが、長い間過食嘔吐をしてきたせいか、何かを食べると胃に何かが残っている感じがしてしまい、それが嫌で吐きたくなくなってしまうこともある。

ただ南米から帰り、守さんと生計を立てるようになってから、食べ物に対するこだわりは少し薄れた。

昔は、有機食材屋さんのむちゃくちゃ高い調味料ばかりじゃないとちょっと「いらっとする」とかあったけど、自分で生活をまわすようになってくると「やっぱり、食べるっていうのは「生きる」っていうことだから、個人のこだわりとか、そんなことばかり言っているのって変なんだよね。なんか、「体に入れていい」とか、「悪い」とか言うよりも、「食べる＝生きる」っていうのは向こう（南米）で感じてきたことだから。もちろんお金も絡んでくるけど、『こういう食材しか買わない』っていうのはすごい偏っておかしいな」って思うようになってるから。今でも欲しいなってお金があれば買ったりはするけど、そう思いだしてきた。<sup>\*8</sup>

さゆりさんは拒食症と診断されて以来、栄養学にはまり栄養学辞典を読んで勉強をしたり、マクロビオティックといった食事法について学んだりする中で、有機食材のレストランでなければ外食はできないとか、人工的なものが使っている食べ物を食べると嘔吐をしたくなったりとかいったように、食べ物に関して大変頑ななこだわりを持つようになっていた。しかし、南米の奥地で限られた食材の中で食べ、守さんと生活を共にする中で、彼女のこだわりは薄れていった。

一方、守さんはさゆりさんの過食嘔吐のことを知ってはいるものの、さゆりさんが吐いているところを見ると「吐いてんのか？」と心配そうに覗き込んだり、さゆりさんのわき腹をつまんで「ぷよぷよちゃん」と言ったりと、摂食障害の人には「タブー」とされていることを平気で言ったり、やったりする。

さゆりさんは、「もしまた状態がわるくなったらどう思うかはわからない」と言いながらも、「過食嘔吐をしていることを知りながら、息を殺して別室で静かにする」といった教科書的なやり方ではなく、あくまで「普通の対応」をする守さんの言動が面白いと笑いながら話してくれた。

<sup>\*8</sup> 2008年夏

## 4.14 さゆりさんの現在

さゆりさんは現在も守さんと共同生活をしながら生活の糧としてパン屋を経営し、空いた時間で南米のダンスや音楽のワークショップを企画運営しながら毎日を過ごしている。何をやりたいかが全くわからなくなっていた18歳の頃から7年の時を経て、さゆりさんは自分のやりたいことにたどり着き、それを分かち合うパートナーと共に、生活を送ることができるようになったのである。



## 第5章

# 理央さん

関西地方出身で現在 25 歳の理央さんは、本研究における 3 番目の協力者である。本来ならば調査になど絶対に協力したくないが、筆者が掲示板に出した協力要請が十分に慎重で誠実だと感じ、参加することを決意してくれた。両親は 2 人とも健在で、3 つ上の姉がいる。

敬子さんと同じく、いつもきれいな身なりをしている理央さんは、インタビューを頼んだのはこちらであるにも関わらず、関西のお土産を買ってきてくれるような、心遣いをよくしてくれた。

理央さんは、自分の悩みである過食嘔吐のことを話すときも、冗談を交えるような、話し方をする女性で、インタビューはいつも笑いが絶えなかった。とはいえ、質問には、じっくりと考え、しっかりとした受け答えを返してくれた。

理央さんにはこのような明るい面がある一方で、高校時代には、母親の激しい妄想と暴力の犠牲になるという、大変つらい過去がある。だが理央さんは、そのことすらも淡々と語り、自分がいかに悲惨な環境にいたかと嘆くことも、母親を糾弾したりすることもなかった。

理央さんが筆者の前でこのようであったのは、筆者が理央さんと十分に関係を深められなかったかもしれない。もしくは、本人も認めるように、自分の弱さを人に見せることがあまり得意ではないからかもしれない。

ただ、実際に会ってお話しているときには感じられなかった理央さんのつらさは、彼女が描いた「はじめの語り」にはよく現れていた。

理央さんの「はじめの語り」には、食がどのように崩れていったのか、そして母親から受けた暴力がどれほどのものであったかが大変わかりやすく描かれているため、本章は、それを全面的に取り入れる形で構成されている。ただ、そこに描かれている理央さんと、実際に会って話す理央さんの印象は、上述したように大きく異なることを心に留めて読み進めてほしい。

なお「実際に会って話す理央さんと、『はじめの語り』にある理央さんの、どちらが『ほんとう』であるか」という質問は愚問であるし、ましてや「それは病気の兆候である」などと言う見方がなされるべきではない。

なぜなら人間が関係性の中でいかようにも変わることを考えれば、筆者の前の明るい彼女も、「はじめの語り」に現れる理央さんも、筆者との関係性、そして文字と彼女との関係性の中でそれぞれ生まれた「ほんとう」の理央さんである。

## 5.1 醜いせいで損をしている。醜いせいで愛されない。

中2までの理央さんにとって食は取り立てて難しいことではなかった。家での食事や学校での給食も、好き嫌いせず普通に食べることができ、食によって日常生活が困難になることもなく、食は、生活の中で楽しい行為の1つであった。

ただ父親の信二さんは朝早くに仕事で出かけ、夕飯の時間帯には帰ってこず、母親の佳代さんは、子供が学校に行く時間までに起きられず、夜は外出していることが多かったため、家族全員が食卓に揃うことは難しかった。

このため理央さんは、母親がいないときには率先して食事を作るようになった。母親はまめに買い物をする人ではなかったため、高野豆腐やひじきといった保存が利く食材を見つけると、それを調理し夕飯を作った。

夕飯を作ると親に喜ばれるのが嬉しく、料理は彼女にとって楽しいものになり、料理の腕前はどんどんとあがって、小学生のうちに通りの料理ができるようになった。

摂食障害とのかかわり而言えば、理央さんの家は、ダイエットがしにくい環境にあった。友人の娘に、拒食症で大変苦しんだ子がいたことを知った佳代さんは、「女の子はぽっちゃりしていた方がかわいい」、「ダイエットなんかしちゃだめだよ」などと、娘たちに常々言い聞かせていたからである。

しかし母親の願いとは裏腹に、理央さんの過激なダイエットの素地は、小学生のうちで作られた。

理央さんは自分の小学校時代を次のように描いている。

わたし、生まれつきぽっちゃりしていた子でした。

小さい頃から、華奢で色白なお姫様のような容姿に憧れていたけれどわたしは色が黒くて、しかもぷよぷよしていて恐らくは、一般的なこどもに比べて「コンプレックス」というものに目覚めるのも早かった気がします。

小学校4年生のときに、大阪から京都に引越しをして京都の学校で、うまれてはじめて「いじめ」というやつに遭遇しました。無視されて、陰口は徐々に陰ではなくなってゆき、わたしの醜さを言葉にしたものを石を投げるように、直接、ぶつけられるようになりました。

好きな男の子にも、「クラスでいちばん嫌いな女の子」と言われました。卒業まで続いたそれに関してわたしは「醜いせいで損をしている。醜いせいで愛されない。」と考え続けました。<sup>\*1</sup>

理央さんと同時に転校をした生徒は3人おり、皆がいじめの対象になった。ノートがなくなったり、靴に画鋲を入れられたり、クラス全員から無視をされたりといったできごとが当たり前のように起こり、一部の男子生徒からは、体型に関する中傷を幾度も受けた。中には「体型からして（生理に）なっているぞ」とか「太っている子は早く（生理に）なるんだ」とか、皆の前で言う男子生徒もおり、恥ずかしくてたまらなくなった理央さんは、黙ってうつむくしかなかった。

いじめの中心にいたリーダー格の女の子は、やせていて、かわいく、皆からいつも持ち上げられており、それも理央さんの容姿や体型へのコンプレックスを増幅させる結果と

<sup>\*1</sup> はじめの語り。これ移行の本章の引用はすべてここからの引用となる。



なった。

理央さんのやせ願望は当然強くなったが、「ぼっちゃりした女の子がかわいい」と言う佳代さんの影響があり、理央さんがダイエットを始めることはなかった。

## 5.2 器量がわるいわたしはこんなに勉強しても人並みの人生も送れない

理央さんは外見に対する強いコンプレックスを抱えたまま中学に入った。

中学校にあがったわたしは、やっといじめから解放されて少ないけれど、友達もできました。

中学校でわたしは誰よりも勉強しました。京都の北大路模試という、大規模な模試でも校区内ではいつもヒトケタ代の順位でした。

何かで勝たなくちゃ。何かで勝たなくちゃ。

わたしはいつもイライラしていて、華やかな女の子達を見ては悔しい思いをしました。

見た目がよければこんなに苦労しなくても楽しい人生を送れる。器量がわるいわたしはこんなに勉強しても人並みの人生も送れない。

今思うと考えすぎですが、当時は必死でした。

理央さんが必死になって勉強をしたのには3つ上の姉の影響があった。理央さんの姉は勉強も運動も大変良くできたため、それを知っている中学の教師の中には、姉と理央さんを比べ、姉の方が理央さんよりも優秀であることをわざわざ指摘してくる者もいた。運動がとても苦手だった理央さんは、いくら頑張っても運動では追いつけないと思い、せめて勉強だけは比較をされないようにと必死になって勉強をした。

しかしその一方で、勉強ができれば、自分の評価があがるわけでもないことを理央さんは感じていた。担任の男性教師やクラスメートは、勉強ができなくても、見た目の良い女子をちやほやしていたからである。

## 5.3 食べなかったら痩せる・って・ほんとう・なんだ。

理央さんの両親は彼女が小さい頃から大変仲が悪く、幼い頃は、信二さんが佳代さんに手を上げており、そのせいもあってか、佳代さんは精神的に不安定なことが多かった。

信二さんの暴力が収まってからも、お互いの怒鳴り声が家の外まで響き渡るような、何時間にも渡る夫婦喧嘩は頻繁に起こり、2人の仲の悪さは近所でも評判になるほどであった。

そしてそんな2人の喧嘩が、理央さんのダイエットのきっかけを作る。

中学校2年の終わり頃でしょうか。わたしの父と母が、いつも通り喧嘩をしていてその時の喧嘩は、家がライブハウスのような音を立てていてあまりにひどかったので、2人がいるキッチンに夜、2日連続で、立ち入れないときがありました。

うまれてはじめて、体調がいい時に二日間も夜ご飯を抜きました。家に朝がやってきて、2

人が眠ってから「おなかが減ったなあ」と思って、すずめの鳴き声を聴きながらキッチンへ向かいました。

冷蔵庫を開ける前に、体重計に乗ってみました。

どのくらい痩せていたかは覚えていません。だけど、「食べなかったら痩せる・って・ほんとう・なんだ。」と強く思いました。

すがすがしい、新鮮な衝撃を受けたのを覚えています。

このとき、父親は会社を休んでまで喧嘩しており、理央さん姉妹は自分たちに被害が及ばないように、自分たちの部屋のある2階でひっそりと支度を済ませ、学校へ通っていた。

喧嘩が終わると、佳代さんは2人に謝り、「ご飯食べてないでしょ、おにぎりか何か作ろうか？」とたずねたが、やせる喜びを人生で初めて体験した理央さんは、その申し出を断り、その日以来、ダイエットを開始した。

それから、わたしのダイエット生活が始まりました。

ご飯は絶対におかわりしない。肉は控える。間食なんてもつてのほか。

はじめは、健康的な痩せ方をしていたと思います。体育の授業で着替えたとき、はじめて「痩せた？」と聞かれたときはダイエットしていることを話すのがとてもとてもはずかしくて、「そう？」って、話を流しながら心の中でおおきく手を振って喜んでいるわたしがいました。

なんだ。痩せるって結構簡単じゃん。

ただこの時期のダイエットはそれほど激しいものにはならなかった。佳代さんが娘にダイエットをさせないようにしていたため、朝食の量を減らしたり、菓子を食べないようにしたり、お弁当のご飯を捨てたりといったことしか理央さんはできず、結果、体重の落ちも非常に緩やかで、毎日顔を合わせている佳代さんは、理央さんの体型の変化になかなか気づかなかった。

## 5.4 母の入院

しかし理央さんのダイエットは、母親の入院によって過激になる。

3年になり、受験を控えたわたしにとって楽しみはただひとつ。わたしの体重計の目盛りが減っていくことです。

その頃、ちょうど母が癌で入院しました。わたしの体重が減っていくのを気にして、できるだけ食べさせようとしていた母が急に不在になりわたしは、自分の好きな量しか食べないで済むようになりました。

わたしの父も、姉も、料理ができないので母の不在の間、メニューはわたしがすべて考えました。

サラダが中心で、肉は使っても鶏肉のささみにしました。油あげなんかは、油抜きしすぎて

ペラペラになるまで油を抜きました。ひき肉を使った時も、一度油なしで炒めて油を捨てる  
とか。

小学校の頃から料理が得意だったので、そういう知識は完璧でした。

姉や父が「もっと栄養のあるものを」と言っても、夕飯の低カロリー食を続行しました。ご  
飯はお茶碗に4分の1程度に抑えました。

塾のあいまに、狂ったようにウォーキングをしたりダイエットサプリを薬局で買って飲んだり  
お昼ごはんをこんにゃくだけにしたり。気がついた頃には、55キロほどあった体重が40  
キロまで落ちていました。体重が200グラム程度増えただけで、発狂するほど嫌な気分になり  
ました。

佳代さんの入院により家事のほとんどは理央さんの担当になったが、それは、それほど  
の負担にはならず、むしろ理央さんの精神的な負担は軽くなった。両親の喧嘩がなくな  
って家には静けさが戻り、そのおかげで受験勉強に集中することができたからである。

一方、彼女がいなくなったことで、理央さんの食は野放し状態となった。理央さんは  
キッチンにあったカロリーブックや家庭科の教科書の裏にある食品成分表を見て、1日の  
摂取カロリーが1000キロカロリー程度になるよう計算した。お弁当は前の日の夕飯の残  
り物を詰めたため、驚くほど低カロリーのものであがった。

## 5.5 母の監視

数ヵ月後、佳代さんが退院をし、家に帰って来た。佳代さんはやせこけた理央さんを見  
て驚愕する。

母は退院してきたとき、痩せこけたわたしをみて愕然としていました。食べなさい。食べな  
さい。と、言われました。ばばあみたいな顔して。この骸骨が。と、毎日罵倒されました。

与えられたおにぎりを、食べるふりをして捨てたり与えられたおやつを、飼っている犬に  
こっそりやったりして母が帰って来た後も、摂取カロリーを母の入院中とおなじレベルに抑  
えるよう工夫しました。

学校のお弁当はいつも半分以上残し、学校で捨てていました。残していることや、ダイエ  
ットしていることを友達にバレるのはすごく嫌でした。家に帰る前に、残したお弁当を学校の  
トイレでこっそり流すのが習慣になりました。

友達や先生に真剣に心配されるようになると同時に、男の子がわたしを見る目がどんどん変  
わっていくことに、わたしは気がついていました。

ひとはひとを見た目でしか判断しない。痩せたらわたしも女の子としてやっとな扱われるよ  
うになった。だからまた、前みたいに戻らないようにしなきゃ。細いわたし。生まれ変わった  
わたし。愛される資格のあるわたし。

体型の変化で男子生徒の評価が大きく変わることは、理央さんにとって驚きであった。  
生まれて始めて男の子から告白をされたり、「最近すごくかわいくなった」と以前仲の良  
かった男子生徒から褒められたりもし、理央さんは以前よりも自分に自信を持って生活を

送ることができるようになった。

従って佳代さんにいくら罵倒されても、体重を増やす気は全く起きず、佳代さんの監視の目はさらに激しくなってゆく。

わたしが痩せていくのに比例して、母はわたしに、無理にでも食べ物を与えようとするようになりました。

ある日、たしか夕飯ではなくてお昼ご飯だった気がします。これを目の前で全部食べなさい。と言われて、たしか、焼きそばをお皿に盛ったものを出されました。

逃げ道がなくなったわたしは困って、ただどうしようもないので、全部食べました。

最悪な気分でした。養分がどんどん脂肪に変わって、どんどん元にもどってぷくぷく太ったわたしになるような気がしました。

そのとき、はじめてトイレで吐きました。保健体育の教科書の、思春期のころについて、みたいな章に摂食障害について書かれていた部分がありました。「(吐くようになると、) こういった行為は習慣化し・・・」という部分が頭の中をぐるぐるしていました。習慣化し・・・習慣化し・・・習慣化し・・・

それから、吐くことを覚えました。

それは、一度やり方を知ってしまえば、案外カンタンでした。食べ過ぎたかな、と思うと吐くという日が続き1週間ほど経ちました。あるとき、吐いていたことが母に見つかりました。

それ以降、わたしへの監視はトイレまで及んだために、わたしはそこまで吐くことに依存しないで済みました。

佳代さんがトイレにまで監視に来たことは、当然心地の良いことではなかった。しかしこの頃の理央さんは嘔吐に慣れておらず、半分辞めたいという気持ちもあったため、半ば佳代さんのおかげもあり、嘔吐は習慣化せずに済んだ。

## 5.6 母の暴力

成績は常に上位をキープしており、内申点の良かった理央さんは、特に苦勞することなく、学区内のトップ校に進学した。

高校では、良い友人がたくさんでき、中にははじめを経験した生徒もいたため、気持ちを分かり合うことができた。また小・中と異なり、外見のことであれこれ盛り上がった、体型で人をあからさまに評価してくる生徒も、男女問わずいなかったため、理央さんはこれまでの人生でもっとも楽しく充実した学生生活をスタートさせることができた。

だが、この頃から始まった母の暴力が理央さんの生活を狂わせる。

第1志望の高校へ無事合格しました。

卒業旅行などで、毎日うきうきしていたわたしはそんなに、体重を気にしないようになっていきました。

気がついたら、体重は45キロを超え、わたしは高校生になりました。

高校生活のスタートは順調でした。わたしは自分の体重よりも興味があるものがたくさん増えて、好きなものを普通に食べられるようになりました。

体重はたしか 50 キロくらいまで増えました。当然ダイエットを考えましたが、それも人並みの気持ちでまあ明日からでいいや、という程度です。

その頃から、母のうつが始まりました。わたしは気が弱いので、その刃はいつもわたしの方に向きました。

妄想がひろがり、母は毎日わたしの机をつぶさにチェックするようになりました。

わたしが援助交際をしていると、何故か思い込んでいました。

わたしが学校の先生と不倫もしていると、何故か思い込んでいました。

わたしが万引きをしていると、何故か思い込んでいました。

わたしがしている髪型（いたって普通の二つくりとか）が気に入らないと、髪を引っ張ってからだを振り回したりするようになりました。

学校を休まされて、一日中自宅で頭を叩かれるようになりました。

階段から突き落とされました。

失神するまで首を絞められました。

しまいには包丁まで出てきました。

叩く理由はいつも漠然としていて、「おまえは悪魔やから」とか「悪いのはお前やから」とか。そんなんです。

だんだんイライラしてきました。

食べるのが唯一の楽しみになってきました。

家にあるものを片っ端から食べるようになりました。

家にいて、母親の目が近くにないときは、いつもなにか食べていました。<sup>\*2</sup>

とりあえず、なにか口に入れていれば落ち着きました。

高校 2 年半ばには、体重が 60 キロすこし前まで増えました。

父親は気がついてたのに、なかなか具体的な行動を起こしてくれませんでした。

わたしは困って、和歌山のおばあちゃんの家まで逃げました。

母親はしばらく和歌山にあづけられることになり、わたしは京都へ戻りました。

---

<sup>\*2</sup> この描写は実際とはやや異なるようである。後のインタビューで理央さんは、母親がいる前でも、家にあるものや買ってきたものを食べていたと話してくれた。

わたしは久々に平穏な日々を手に入れました。

すでに記したように、佳代さんは精神的に不安定で、その矛先は罵声を浴びせるという形でいつも理央さんに向けられていた。それでも入院前の佳代さんは、子供に手をあげることはほとんどせず、その場合でも、理由が明確な場合がほとんどであった。

ところが退院後の佳代さんは妄想に取り付かれ、あたかもストレス発散をするかのように理央さんに暴力を振るい続けた。

妄想傾向が激しくなる直前、佳代さんは親戚間のトラブルに巻き込まれていた。このときに親戚の間で何があったのか理央さんは詳しく聞かされていないが、この事件を境に佳代さんの妄想傾向は明らかに強くなった。

一方信二さんは、抗がん剤の副作用で、精神状態が乱れることがあるという説明を、病院から受けていた。

佳代さんの妄想がなぜ始まったかに関するはっきりとした理由は分からない。しかしいずれにせよ、理央さんは佳代さんの攻撃対象になり、まぶたが切れたり、鼻血が出たりすることも頻繁におこった。

信じられないことに、始めのうち、暴力を振るう佳代さんを信二さんは止めなかった。暴力が収まってから理央さんを慰めたり、ひどいときは佳代さんに言われるがままに、理央さんを叩いたりし、また姉は見てみぬ振りを貫いていたため、理央さんは精神的にどんどん追い詰められた。

良い友人のたくさんいる学校は唯一の逃げ場だったが、せっかく入部した演劇部は佳代さんの猛反対により退部させられ、また家に遅く帰れば、佳代さんの怒りがさらに激しくなるという悪循環が起った。ついに理央さんは、暴力を振るわれるのは自分に原因があるのではないかと心のどこかで感じるようになり、理央さんは誰にも相談できずに窮地に陥った。

精神的にも肉体的にも衰弱していく理央さんを見て、信二さんはやっと自分の非に気付き、理央さんに謝って味方に回った。暴力を振るう佳代さんを制し、止まらない場合は、実家に帰ることを促して、2人を切り離れた。

このような過程を経て、佳代さんの暴言や暴力は、理央さんの大学受験が近づくとともに、少しずつ治まった。だが、母から受けた精神的苦痛のはけ口として始まった過食は、すでに自分の意思では止められない段階にまで達していた。そして、乱れた食にさらに拍車をかけたのが嘔吐である。

## 5.7 嘔吐の始まり

大学受験が見えてくる頃、わたしは体重を本気で気にするようになりはじめました。

だけど、大量に食べる癖がついていたわたしはそれがやめられませんでした。

そこで、思い出しました。吐くこと。

中学の頃とは話がちがいます。あの頃は、食べ過ぎた（といっても普通の感覚でいけば通常の食事より少ない程度の量）と感じたときにだけ吐いていました。

この頃はそうではありません。

四六時中食べ過ぎているので、四六時中吐いているわけです。

でも、吐いてしまうとおなかのなかが空っぽになってさびしくなってまた食べて、また食べ過ぎて、吐いてしまう。

吐くのはきもちのいいことではありませんが、パンパンになったおなかは醜くて、ますます太るのは怖くて、我慢して吐くと、スッキリします。

本当におなか割れそうになるほど食べて、胃が割れて死ぬんじゃないか、と思ったこともあります。お小遣いは全て食費に消えました。

近所のスーパーで夕方に半額になる賞味期限切れ間近のものを狙って買い込んで部屋でこっそり食べました。

あまりにもパンなんかのゴミが多いので、悟られるんじゃないかと思ひ部屋のじゅうたんの下や、クーラーの室外機の裏なんかにゴミを隠したりしていました。

体重は、中学のときよりもゆるやかに、ですが確実に、減っていきました。

体重は43キロ強で落ち着きました。

親はもちろん気がつきました。

食べても食べても太らないことに、幾度となく質問をぶつけられました。

過食に陥り理央さんの体重は激増したが、それを口に出して中傷するような生徒は理央さんの高校にはいなかったため、中学のときのようにひどく焦ることはなかった。

また、大学受験も大変ではあったが、周りも同じような状況にあり、そして学校は理央さんにとっては唯一安らげる場であったため、それほど大きな精神的負担とはならなかった。

しかし激増した体重に理央さんは焦りを感じ、さらにこの時期に、高校入学時から思いを寄せていた男子生徒と付き合えることになったため、やせてかわいくなりたいという思いが再び強くなっていた。

やせたいのに過食が止まらないというジレンマを打破するため、理央さんは再び嘔吐を始めた。嘔吐を始めると体重は順調に落ち、中学のときに過激なダイエットを行ったときの体重とほぼ同じ程度にまで落ちた。

## 5.8 はじめての精神科

周りの友人は理央さんの体型の変化を指摘したが、彼には摂食障害の傾向があることをあらかじめ伝えていたため、彼が理央さんの体重に関しては言及してくることはなかった。

一方、佳代さんは、大量に食べているにもかかわらずやせゆく理央さんをいぶかしがり質問を浴びせてきた。しかし、理央さんは嘔吐の事実をひたすら隠していたため、佳代さ

んは理央さんに内科的な異常があるのではないかと勘違いし、理央さんは内科に連れて行かれ胃カメラまで飲んだ。

もちろん理央さんのやせは嘔吐が原因なので、内科的な疾患が見つかるはずもない。佳代さんはこの時点で理央さんの嘔吐に気づき、理央さんもとうとうそれを認めた。

わたしはどんどん歯止めが利かなくなって、いつもいつも食べ物のことばかり考えていて夢にまで、バイクでおいしいものをいっぱい食べる映像を映し出し自転車の移動中も受験勉強中も友達といるときも帰ったらなに食べよう。はやく終わって食べたい。食べたい。食べたい。そればかり考えるようになりました。

そんな自分にだんだん嫌気がさすだけでなく、怖くなってきました。食欲がひとりあるきして暴走してる。吐けばすむという気持ちは、食べたい気持ちを増長させていました。

ついに親に申し出て、病院へ行きました。

完全に、摂食障害でした。

大学病院に通いましたが、効果は全くありませんでした。

わたしは先生を信頼していなかったし、話すのがはずかしくてところどころ、脚色して話しました。

覚えている範囲では、毎日吐いているのを週に2、3回と言ってみたり太るのが嫌で吐いているのに、胃の調子が悪くなってきもちわるくなるから吐いているといったり。

受験が佳境になる頃、病院も行かなくなりました。

第1志望の大学には落ちました。

第2志望の大学へ、通うことになりました。

精神科には佳代さんではなく、信二さんが同席した。問題は本人ではなく母親にあると判断した担当医は、佳代さんに悟られないよう、佳代さんを変えて行く方針を立てた。自分に非があると言われると、彼女が病院に来なくなることは明らかであったためである。

佳代さんの問題が解決すれば過食嘔吐が収まるかどうかに関しては疑問であったが、問題は自分ではなく佳代さんにあると言われたことに理央さんは嬉しさと安堵の思いを抱き、治療がスタートした。

だが、自分だけ病院に呼ばれたり、理央さんの診察に同席したりしているうちに、佳代さんは治療の対象が理央さんではなく自分に向いていることに気づき、病院に行かなくなった。

一方理央さんは、通い続ければ、回復の兆しが見えるかもしれないと、週に1度程度の割合で、診察に通ったが、体重を量り、過食嘔吐の頻度や近況、佳代さんの様子を報告するという、変わることない診察のスタイルに、あまり意味を感じることができなくなっていった。

半年ほど診察に通ったが、これといった変化は起きず、理央さんは「もう治らないんじゃないか」と感じるようになり、医師もそう思っているような印象を受けた。

大学の合格発表が始まった頃の診察で、担当医に「最近どう？」とたずねられ、どうで



もよくなっていた理央さんは、「結構よくなってきました」と過食嘔吐があるにも関わらず、嘘をつき、それを聞いた医師は、「だったら、とりあえず診察を打ち切ろうか」と切り出して、診察は終了となった。

## 5.9 大学生活と4つの病院

第1志望の大学には入れなかったものの、理央さんは大学生活を謳歌した。

以前に比べて激しくなくなったとはいうものの、佳代さんは未だに手を出してきていたが、アルバイトを始めて自由に使えるお金を持った理央さんは、家を出て友達の家泊まりに行くという選択肢を持ち、苦しさは以前ほどではなくなった。

大学では精力的にアルバイトをこなした。まずはアパレル関係の店で働き、そこでは1日13時間労働を5日間連続でこなすといった、多忙な毎日を送り、その後は出版系の会社でアルバイトを始めた。

ただバイトのやりすぎでへとへとになり、学業はおろそかになった。授業を休みすぎて、単位が取れずに5年生になってしまったのである。

5年生になるという「回り道」はしたものの、バイトを含めた様々な経験ができ、また良い友人に恵まれた大学生活は、理央さんにとって大変楽しいものであり、アルバイト先の出版会社の社長の推薦を受け、卒業後は正社員として採用されることになった。

### 5.9.1 3つの病院

高校時代は、どうやっても止まらない過食嘔吐にひどく悩んだ理央さんであったが、大学に入ると、過食嘔吐そのものについて悩むこと自体が減り、また1日の全てを過食嘔吐で振り回されることも減った。

過食嘔吐も1日に1度やれば気が済むことがほとんどになったし、人と食事をしたあとは、過食嘔吐をせずに眠りにつけることも増え、「過食嘔吐は運命の一部かもしれない」と半ばあきらめの気持ちを抱くこともあった。

また、中学のときは見た目が気になって仕方がなかったが、外見よりも中身を見てくれる友人に囲まれるようになり、外見は理央さんの人生の重要事項ではなくなっていった。体重は毎日量っていたが、少し増えたところで、中学生のときのように取り乱すことはなくなり、いつも通りの生活を送ることもできるようになった。

とはいうものの、過食嘔吐と共に生きることが辛く、克服したいことには変わりなく、大学在学中に理央さんは3つの病院に通った。

1つ目は、大学に入ってすぐに行った近所の精神科である。

受診のきっかけは、風邪を引いて内科に行き、そこで受けた血液検査で、カルシウムの値が低いことが判明したことにあった。医師は、甲状腺や脳下垂体の働きが弱いとカルシウムの値が低くなることがあると説明し、これは食べ吐きによる、脳下垂体の機能の低下ではないかと理央さんに質問をした。

すると同席していた佳代さんが、理央さんが過食嘔吐を日常的にやっていることを医師に話し、「それならうちの精神科にいつてみてはどうか」と医師は話した。

理央さんはこの病院の精神科に1度だけ行って見たが、その精神科医の印象がしっくりこず、「医師から定期的な通院ができそうか」と聞かれた際に、「無理そうです」と答え、

通院は1度で終わりになった。

ただその精神科医は、「大学の近くに知り合いのいい先生がいる」と、新たな病院を紹介してくれた。理央さんはそこにも行って見たが、大変生真面目な雰囲気漂わせる、その病院の精神科医に初対面で怖さを感じ、「正直に自分のことを話すのはとても無理だ」と感じたため、ここにも通院はしなかった。

そして3つ目の病院は、以前住んでいた家の近所にあった心療内科である。理央さんは、その担当医に対しては、話しやすさを感じ、「この先生は信頼できそう。本当のことを話しても大丈夫かも」と思ったのだが、家から遠く、大学生活が忙しくなってきたため、定期的な通院は無理だと感じて、通うことをあきらめた。

### 5.9.2 理央さんとの出会い

理央さんと筆者が出会ったのは、理央さんが大学5年生を迎えた年の夏であった。バイト先の会社にそのまま就職することが決まり、残された大きな仕事は卒論だけになっていた時期である。

理央さんは、大き目のキャリーバックを引いて、今時の大学生らしいファッションで、待ち合わせ場所に現れた。外見もとてもかわいく、「はじめの語り」で語られていたような、外見に対する強いコンプレックスを過去に持っていたこと自体が信じられないほどであった。

理央さんのキャリーバックには、友人の家に連泊するためのものが詰められていた。筆者に会う数日前、佳代さんが突然苛立ちはじめ、理央さんに手を出してくるようになったので、理不尽に思った理央さんは、信二さんには連絡の上、家出を決行したのだという。

章の冒頭で書いたように、理央さんの書いた「はじめの語り」から、過去に苦しい思い出を抱えた大変に真面目な女性という印象を筆者は持っていたが、実際に会って話すと、自分の過去を笑いを交えて話してしまうようなユーモアを理央さんは持っていた。「はじめの語り」を頂いた際に、「自分は文章を作りすぎてしまう傾向がある」と言っていたので、「それはこのことだったのかな」と感じた。

### 5.9.3 4つ目の病院

初めてのインタビューを行った際、理央さんは4つ目の病院に行き始めたばかりであった。父親の探してきた摂食障害の治療で有名と言われる病院である。

インタビューの時点で理央さんは1度しか診察を受けておらず、初回の診察では、これまでの経歴を説明し、医師からは治療方法の説明を受け、次回までに過食嘔吐の利点と欠点を紙に書いてくるよう課題が出されただけであったため、治療の効果があるのかの判断はまだつかない状態であった。

しかし、箱庭療法をやったり、自己催眠をかけて、悩みを減らしたり、過食嘔吐を寛解させたりする方法を指導すると医師から言われ、質問に単に答えるという、これまでに受けた治療とは明らかに違うと感じ、また医師の第1印象もよかったため、彼女は回復へのささやかな希望を抱いていた。

ただ気になったのは、その病院では「右脳開発」という高額なプログラムを保険外で行っていたことであった。無料体験を勧められて、それに参加し、そこから理央さんは商

業主義的な臭いを嗅ぎ取っていた。

理央さんは「様子を見ながら通います」と話し、そのインタビューは終わったが、その後の診察で、心配していた「右脳開発」への勧誘が始まり、診察に行くたびに勧められるようになった。繰り返される勧誘に行きづらくなった理央さんは、3ヶ月と経たずして通院を取りやめた。

## 5.10 怪しいカウンセリング

理央さんが4つ目の病院への通院を辞めて3ヶ月ほどたった後、筆者はインタビューの日程を相談させてもらおうと理央さんに電話をかけた。すると、理央さんは「ちょうどお話ししようと思っていたことがありました」といって、インターネット上で見つけた摂食障害専門のカウンセリングについて語ってくれた。

しかし理央さんの話を聞くにつれ、以前敬子さんが話してくれた、摂食障害の無料相談と全く同一のものであることに筆者は気が付いた。

その業者から初回に送られてくる14万字に渡る説明書きには、「相談者の過食を半分以下に激減させること位は、無料で簡単にできます」とあり、次のような方針が記載されていた。

まず無料相談の期間中は、メールで悩みを相談したり、「圧縮相談」と呼ばれる5分程度の電話相談を受けたりすることができる。しかし、メールに対する「返信保障」はなく、また電話を通じて短時間の「暖かい交流」は行っても効果は望めないため、相談は一方向的に早口で、事務的に行われる。

会員専用の掲示板が設けられており、回復に向けての積極的なメッセージのみを記載することができるが、「先生が言うには-」といったような書き出しで始まる、投稿はすべて削除される。先生の話したことと、会員の理解にはしばしばずれがあり、誤解を生むことがあるからである。

過食嘔吐が止まらない原因の1つは、それぞれの「インナーチャイルド」が「無条件の愛」を欲しがっていることであるため、掲示板やメールで誰かと交流する場合、お互いに「〇〇ちゃん、大好き」、「〇〇ちゃん、愛している」といった言葉を交わすことで、会員それぞれが心の奥底に持つ「インナーチャイルド」を慰めることが重要である。そして、会員は掲示板を通じて無条件の愛を互いに送り続けることで、それぞれの「インナーチャイルド」を癒し、過食を緩和させることができる。

無料の電話やメール相談、掲示板への参加を通じて、症状の軽減や消失が見られることがあるが、それは「仮停止」に過ぎず「通常3ヶ月以内に再発する」ため、無料相談終了後は、面接を受けることが望ましい。

面接は短時間で集中して行われ、その費用は1日5時間で8万4千円、2日10時間で16万円である。とても高額に思えるが、過食が続くためにかかるであろう、何百万、何千万の出費を考えれば、それほど負担にはならない。

だがセンターがこのような努力をしているのにも関わらず、悪意を持ってこのセンターを攻撃する人々がおり、そのような心無い人々にはくれぐれも注意してほしい。

また過去にこのセンターは脱税の容疑で検挙されたことがあるが、それも、100万人以上の患者を救う資金を用意するための勇み足である。

そして説明は次のような但し書きで終わる。

ホームページ、メールマガジン、メール・電話相談等での内容の正しさ、アドバイス、指導の適切さに対しては一切保証しません。電話、面会相談等で生じた損害に対して、一切責任をとりません。医師の指導、監督と自己責任の原則のもとで、センターを上手に利用してください。

理央さんはこのとき無料相談期間を利用している最中であり、このセンターが運営する掲示板に気持ちを書き込んだり、電話相談を受けることで、過食嘔吐がやや軽減したと感じていた。

さらに、電話では、できるだけ早く有料面接を受けることを勧められ、信二さんは「それで良くなるなら、受けてみればいい」とそれに賛成してくれたため、理央さんは近いうちに予約を入れようと考えていた。

理央さんの話を聞いた筆者は、「これはあくまでも私の意見ですが」と前置きした上で、「摂食障害の治療実績あり」とホームページに明記しながら、事務所の場所や電話番号など具体的なことは一切記載していないのは、明らかにおかしいと話し、また2日間大金を払って治るのであれば、摂食障害で苦しむ人は今頃ほとんどいないだろうことも伝え、カウンセリングを受けるのは思いとどまるように勧めた。

後日、理央さんに連絡を取ると、筆者と電話で話した後に、父親と改めて話し合い、有料面接を受けることはやめたことを教えてくれた。

## 5.11 理央さんの現在

理央さんは、社会人になったことと、一人暮らしを社会人2年目になって始めたことは「人生の2大イベント」だと話す。

学生の際は「自分がいなくなったほうが社会は上手く行く」としばしば考えるほど、社会における自分の必要性を感じるができなかった。しかし、働き出してから、失敗することもあるが、要所要所で自分の社会での役割を実感することができ、またそうされることの喜びを味わうことができた。

そして、初めての1人暮らしは、彼女にこれまでにない開放感を与えた。佳代さんから離れ1人だけの空間を持つことがどれだけ楽なことか、彼女が自分にどれだけ緊張を強いていたのか、自分だけの空間を持って始めて実感した。

「幸せすぎてもう死んでもいいくらいな感じ。別に何かがあったわけじゃないけど、自分だけの空間があるっていうことは、幸せすぎて涙が出るくらい。」と一人暮らしを始めた頃のことを理央さんは振り返る。

理央さんは、学生の頃よりも自分に対して自信を持てるようになり、1人暮らしを始めたことで、プライベートでも安定して精神状態を得ることができるようになった。やせ願望や外見へのこだわりも以前よりは目に見えて減り、体重の増減に必要以上に振り回されることもなくなった。

だが残念なことに、過食嘔吐は未だ止まない。

1人暮らしを始めて1ヶ月くらいは、過食嘔吐の頻度が目に見えて激減したが、次第に過食嘔吐がひどくなり、社会人3年目の春には毎日してしまう時期もあった。

「このままでもいいかな」と初回のインタビューの時には語っていた理央さんであったが、それから約2年半後のインタビューで語りは変化し、結婚をしたり、子供ができたり

して、共同生活をするようになったら、明らかに支障がでるだろうし、夫に過食嘔吐を受け入れてもらった生活をしたとは思わないため、真剣に治したいと思うようになった。

現在理央さんは、仕事をしていない。不景気のため、勤めていた会社が倒産してしまったのである。この話を聞き、筆者はとても心配したが、当の理央さんは筆者が想像していたよりも元気であり、今は失業保険が支給されているため、しばらくはアルバイトと失業保険で生活し、その後、就職活動をしようと考えていると話してくれた。



## 第6章

### 由佳さん

由佳さんは関東の郊外出身で、現在20代前半の会社員である。由佳さんの家は大家族で、由佳さんが保育園の頃には叔母や祖父母も合わせた4世代の9人が同居していた。

由佳さんは高3で行った激しいダイエットをきっかけとして下剤の乱用を伴う過食症に陥り、また本研究で唯一、就職後に過食が寛解した人物である。

インタビューやそれ以外の雑談の中で、由佳さんは頻繁に「自分がない」と話していた。ひとが自分に何を期待して欲しいかを常に考え、その通りにふるまってしまうのだという。

ただ、ほんとうに自分がないければ、人間関係で苦しさを覚えるはずはない。従って、人間関係においてしばしばつらい思いをしている由佳さんの、「自分がない」という発言に、筆者はあまり賛同できなかったが、一方で、他人の期待に応えようという姿勢は確かに感じられた。

たとえばインタビューの最中は、筆者の質問に表面的に答えるのではなく、その奥底の意図まで汲み取って丁寧に答えようとしてくださっていることが分かった。

また就職活動において、業種をうまく絞り込み早い時期に内定を3つ取って、就職活動を終えていた。これも企業の意図をたくみに汲み取り、それを面接でうまく表現するという彼女の柔軟性の賜物だろう。

ただ彼女のこの傾向は、病気に対する彼女のふるまい方にも現れているような印象も受けた。彼女は、人生の所々において、多くの人に「不可解」と思われるだろう言動をしているし、彼女が調子の悪いときに1度連絡を取った際、口調が普段より明らかに子供っぽくなっており、驚いたことがあった。

このようなことは医学的に見ると「症状」に分類されるのかもしれない。しかし、彼女がさまざまな精神疾患について大変詳しく知っており、普段は知的で思いやりがあって、常識あるふるまいをすることを考え合わせると、彼女が何らかの「病気」を持っているというより、病気の症状に合わせて自分を変えている側面もあるように思えた。

それでは、由佳さんはどのように自然に食べられなくなっていったのだろうか。由佳さんの生い立ちを幼少の頃まで遡って見て行こう。

## 6.1 「『やせたね』って褒め言葉じゃないですか」

農家であった由佳さんの家はいつも忙しく、繁忙期には大人が総出で朝4時から収穫に出てしまうこともあったため、朝はご飯と味噌汁、夜はそれに加えて大皿に盛られた炒め物や煮物といったように、食事も、手早くできる簡素なものが多かった。また、食事は皆がそろって食べていたが、大家族であったため、全員が食卓につけず、祖祖母や祖母が別の部屋で食べたり、交代制で食べるシステムが確立していたこともある。

家の中はこんな風であったため、由佳さんはいつも複数の大人に囲まれて食事をしており、「50回噛め」とか、「そんなに食べたら太る」とか、食べ方について細かく注意されることが多く、しばしば窮屈に感じていた。

このため、父親がたまに遅く帰ってきて1人で夕飯を食べているのを見ると、それをとでもうらやましく感じたり、自分が塾や部活で遅く帰り、1人で食べていると、そんな自分が「格好いい」と感じたりすることもあった。

ところで、保育園の年長の頃、由佳さんはぼっちゃりしていたため、「でっかくなつたなあ」、「そんなに大きいなら、このくらい食べれるだろ」といった言葉を親戚からよくかけられていた。今なら親しみを込めて言っていたのだろうと受け取れるが、その当時は嫌で仕方なく、「女の子はやせているほうがいいんだ」という考えは、幼少の頃から、由佳さんの心にあった。

そんな由佳さんがやせて褒められる快感を知ったのが、小学校1年生で水泳を初め、4年生で陸上をやり始めた小学校の頃である。

やせて引き締まった由佳さんを見て、親戚や、先生、友人が「すっきりしたね」、「かわいくなつたね」と声をかけるようになり、見た目一つで自分の評価が大きく変わることに由佳さんは新鮮な驚きを覚えた。

さらに学校の環境も、由佳さんのやせ願望に拍車をかけた。

由佳さんの小学校では、安室奈美恵のファッションが女子の中で大流行していた。彼女の履くようなびたっとしたショートパンツを着こなすためには、やせてなければいけないと、クラスの女の子が皆で示し合わせ、給食のパンを半分残すことが毎日のように起こった。

由佳さんにとって、食べたいときに食べられないのは窮屈であったが、「やせてかわいい服を着たいなら、我慢をするのは当然」という雰囲気は女子の中にあり、その中にいた由佳さんも、「それは仕方のないことだ」と考えるようになった。

当時の担任は、「男は男らしく、女は女らしくふるまべきだ」という考えを強く持った年配の男性教師であったため、女子生徒が足を広げて座るといった行為は厳しく注意したが、パンを皆で残してやせようという「女性らしい」行動は放任をしていた。

やせて褒められる快感を知った由佳さんは、小学校中学年くらいから、意識的に食事を少なくするようになった。結果、小学校1年生のときには31kgで、他の生徒と比べると重めであったが、その後体重は6年間で9kgしか増えず、6年生のときにはむしろやせ気味になっていた。



## 6.2 消えたやせ願望といじめ

中学校に入ると、制服登校になり、服装の自由は小学校のときより格段に少なくなった。洋服を着こなすためにはやせていないといけないという風潮は、小学校のときより明らかに弱くなり、由佳さん自身も、水泳や陸上部ではなく、吹奏楽部に所属してファゴットを担当し、勉強にも熱心に取り組んだことから、身体に関心を向ける場面は小学校のときよりも明らかに減った。

由佳さんのやせ願望は緩和され、食事を意識的に制限することもなくなっていったのだが、その一方で、由佳さんの生き方を一変させてしまうできごとが中2の春に起こる。

中2になると、由佳さんは吹奏楽部でレギュラーに選ばれ、全国大会に出場できることになった。すると、由佳さんは、レギュラーになれなかった同じパートの部員にねたまれ、集団で無視をされるようになった。

他の皆がパート練習を一緒にやっているのを横目に、1人で練習をこなさざるを得なくなった由佳さんは辛くなり、仲の良かった友人にこのことをFAXで相談した。すると、教育福祉制度の充実を政策に掲げる市議会議員だったその子の母親が、たまたまそのFAXを発見してしまい、彼女を通じて、そのことが学校中に知れ渡ってしまった。

事件は、関わった部員全員が学校に呼び出されるという事態にまで発展し、由佳さんの体験は、たちまちのうちに多くの親や同級生の知れるところとなった。

それまでは音楽大学に行きたいと思うほど、楽器を吹くことが楽しくて仕方なかった由佳さんであったが、このことをきっかけに音楽を楽しむことが全くできなくなり、由佳さんは部活動を退部した。

親には味方であってほしかったが、由佳さんの両親は、楽器を買ってあげたばかりということもあり、「いじめに負けない強い子であって欲しい」、「いじめにあつたくらいで退部をしないでほしい」という態度を取ったため、由佳さんの苦しみはさらに増した。

「それまで人生明るかったんですよ。そこから一気にフォーカスががかかって見えるようになっちゃった」と由佳さんは振り返る。

夏休みがあげ2学期が始まると、由佳さんは腹痛のために学校に一週間行けなくなり、病院で心因性腸炎と診断された。

それまでは部活でも活躍し、学級委員タイプで、成績も優秀、授業中も活発に発言していた由佳さんは、その事件をきっかけに「できることを周りに見せちゃいけないんだ」と強く感じて、自分を押し殺すようになった。

解けたら先生に見せに来るようにと授業中に指示された課題は、たとえ早く解けていても、10番くらいになるまで待ってから提出するようになった。

行動範囲は徐々に狭まり、友人も減って、学校が終わったら、すぐに家に帰るという単調な毎日を由佳さんは送るようになり、「常に自分が必要とされているか」ばかりがひどく気にかかるようになった。

部活をやめて自由な時間が増えるに従い、食べる量は増えていった。家には、高齢者が好みそうな袋詰めの和菓子は多く置いてあったが、若者が好みそうな菓子はほとんどなかったため、塾の前に冷凍のグラタンを食べ、帰ってきてベーグルサンドを食べると

いった、0.7食を2回というような食事の取り方をするようになり、次第に体重は増えていった。

しかし、太ったからといって洋服が着られなくなったわけでもなく、周りがおしゃれにいそしんでいることもなかったため、体型を気にすることは少なかった。

### 6.3 「重い！」

中学での経験が尾を引き、高校は自分のことを誰も知らない私立に進みたいと由佳さんは考えていた。しかし、記念受験のつもりで受けた地元の進学校に合格し、周りの強い勧めに押されて、不本意ながらもその高校に進学した。

ところが、いやいや通い始めたにも関わらず、通い始めてみると、進学校だからといって、皆が勉強ばかりしているわけではなく、クラスの友人は打ち解けやすい人ばかりで、高校生活は順調にスタートした。

また高1の冬から、途中入部をしても受け入れてもらえそうだったフェンシング部に入部し、良い友人を作り、さらには男子部員から告白もされ、人生で始めて恋人もできた。

由佳さんの高校生活は、だんだんと充実したものになり、周りから「明るくなった」と声をかけられることが増えたが、中学のマラソン大会の時に始めて経験した過呼吸が、高1の冬頃から頻繁に起こるようになっていた。過呼吸のために救急車で4回も病院に運ばれ、保健の先生からは、精神科を受診してはどうかと勧められた。

しかし、「自分がおかしい人」であることは認めたくないという思いが強かったため、代わりに内科を受診してMRIなどの検査を受けるに留まった。

ただ幸いなことに、由佳さんが過呼吸を起こす以前から、クラスには過呼吸を起こす生徒がおり、さらに由佳さんの後にも過呼吸を起こした生徒が現れたため、「過呼吸仲間」同士の協力体制が次第にできあがり、お互いに助け合えたため、過呼吸の対処に困ることはそれほどなかった。

フェンシング部に入部してまもない高1の冬、由佳さんは部活中に過呼吸の発作に襲われ倒れてしまった。意識が朦朧とする由佳さんを男子部員が運んでくれたのだが、その途中で男子部員が、何気なく発した「重い！」という言葉が、由佳さんの心にひっかかった。

部活に入るまでの由佳さんは、中学に引き続いて家と学校の往復しかしていなかったため、暇なときには食べていることが多く、高1の冬に、体重は67kgにまで増加していたのである。

この事件により、由佳さんは自分が太っていることを実感し、中学の時には弱くなっていたやせ願望が、再び顔を出し始めた。

### 6.4 迫る文化祭と下剤の利用

高3の夏休み、何日も続く腹部の張りが気になっていた由佳さんは、人生で始めて下剤を使った。たまたま入ったドラッグストアで宣伝されたいた下剤が目に入り、それを購入したのである。初めて使った下剤の効果はてきめんで、腹部の張りは一瞬にして解消された。

以来由佳さんは下剤を手放すことができなくなる。

またこの頃、由佳さんは、うだるような暑さの中で受験勉強にいそしんでおり、食欲は減退気味であった。食べる量が減り、下剤を使い続けたため、体重はみるみる落ち、夏休みが終わる頃、由佳さんの体重は 63kg になっていた。

周りから「やせたね」といわれることが、由佳さんは嬉しくてたまらず、それはやせ願望にますます拍車をかけた。

文化祭で、二の腕を露出し、身体のラインがはっきりわかる衣装を着なければならぬことが気にかかっていた由佳さんにとって、これは体重を減らすまたとないチャンスだった。由佳さんは、食欲がなくて「食べられない」という気持ちと、「衣装を着こなせる位にまで、このままやせてしまえ」という 2 つの気持ちを抱えながら、徐々に食べる量を減らし、終にはカロリーメイトとお茶しか口にしないという生活を送るようになった。

どんどんとやせてゆく由佳さんを見て、最初は「やせたね」と褒めてくれた家族や友人は、由佳さんのことをひどく心配するようになった。だが「まだやせられる」と頑なに思い込み、毎日体重を量っては、グラム単位の体重の増減に心を悩ませていた由佳さんにとって、周囲の心配は煩わしいだけであった。

またこの頃になると、自分が食べているのを見られるのも、人が食べているところを見るのも不快になっていた。食べているのを見られれば、「どうせまた太るんだ」と周りの人間に思われるのではないかと不安になり、友人がおいしそうに食べているのを見れば、「どうしてそんなにおいしそうに食べれるんだろう」、「どうして食べても太らないんだろう」とうらやましが募ったからである。

由佳さんの食事場所は、家族や友人から何も言われることのない駅のホームとなり、家や学校では食べ物を一切口にしないようになって、ついにはコミュニケーションそのものを遮断していった。

家ではほとんど口を聞かず、両親からの電話は無視し、深夜遅くまで海を見ているといったような、日々を由佳さんは送り始めた。

当然、両親は由佳さんをひどく心配したが、精神科への拒否感が強く、コミュニケーションを断ち切ってしまった由佳さんと意思疎通を図ることは困難で、手をこまねく日々が続いた。

一方、ほとんど食べていないにも関わらず、きちんと出さないと気がすまない由佳さんは、下剤にますます依存するようになった。身体が下剤に対する耐性を身に付けていったこともあって、下剤の服用量はどんどん増加し、この頃になると 1 日に 20 錠ほど飲むようになった。増える下剤やそれに依存している自分に、由佳さん自身も焦りを感じたが、食べたもの全てが身体の中に入るとぞっとして、下剤の服用を止めることはできなかった。

文化祭の当日、由佳さんの体重は 50kg を切った。由佳さんは 2 ヶ月の間に 15kg 以上の体重を落としたのである。

## 6.5 過食の始まりと大学受験

文化祭が終わると、由佳さんのクラスは民宿を借り切って、こっそりと飲み会を開いた。

由佳さんもそれに参加し、そこにあるものを 1 つだけ食べようとつまんだのだが、それを境に周りも驚くほどの勢いで食べ始め、1 晩で 2.5kg も体重を増やした。

それ以来、由佳さんはひどい過食状態に陥った。通常の食事に加えて、夕飯の余りや、

冷蔵庫にあった冷凍食品を見境なく食べ、体重はどんどんと回復した。

初めのうちは健康に戻ったと喜んでいた両親も、次第に由佳さんの過食に気づき、家に食べ物を置かないようになった。すると、由佳さんは、貯めていた小遣いを使って、菓子パンを買ったり、マクドナルドや吉野家といったファーストフード店をはしごしたりして、過食を行った。

過食には、その間、何も考えずに済み、不安から一時的に逃れられるというメリットがあったが、一方で、増える体重に対して焦りを隠すことはできず、下剤やダイエット食品を使ったり、運動をしたりして、なんとか体重の増加を押さえようとする日々が続いた。しかし、大量に食べていたため、体重は増え続け、入試が終わる頃には、夏休み前とほとんど変わらない68kgにまで増えていた。

由佳さんは、自分がなぜこうなってしまったのかを知りたくなり、臨床心理を学べる大学を第1志望にして、受験勉強を続けていた。しかし、模試ではE判定が続き、入試の結果もやはり不合格で、由佳さんは、浪人をすることも考えた。

しかし、由佳さんが心理的に不安定になりやすいことを知っていた学校の担任や、保健教諭、そして塾のチューターは、精神的なストレスの溜まりやすい浪人生活より、受かった大学の中から、少しでも興味のある大学に進んだほうが良策だと話し、由佳さんもそれに従って、興味があった大学への進学を決意した。

受験が終わっても、下剤への依存は止まらなかったが、過食の量は明らかに減った。由佳さんは、足や腰につけるダイエット用のデトックスシートをつけたり、入浴時間を長くしたり、ウォーキングをしたりとさまざまなダイエットを試み、大学入学までに体重を10kg落とすことに成功した。依然として家族と一緒に食卓を囲むことはできなかったが、友人と外で夕食をすることは、やや居心地の悪さを感じながらもできるようになった。

## 6.6 精神科の受診

大学に入学してしばらくすると、高校時代には感じなかった人間関係の薄さをひしひしと感じるようになった。また、高校に引き続いて入ったフェンシング部は、インターハイや国体出身者が数多くおり、どれだけ練習しても追いつくことは到底不可能と感じられるほどレベルが高かった。

由佳さんは「自分が必要とされている」という実感をなかなか得ることができずに、精神的な安定を欠いてゆき、また実家から大学まで2時間半かかるという長距離通学は、由佳さんを身体的にも疲弊させていった。

そして、それと並行するかのように本格的な過食が再び始まった。家族や友人など、他人がいる前ではほとんど食べられないのだが、1人になるととたんに食べ始めた。帰り道では、乗換えのたびに何かを買って食べ、家に帰ってからは冷蔵庫にあるものを過食するという生活が始まってしまった。

梅雨が真っ盛りの6月、止まらない過食と増える体重に焦った由佳さんは、それまで拒否感の強かった精神科を受診することにして、自ら病院を探し始めた。精神科に通院しているところを絶対に見られなくなかったため、近所でも学校の近くでもない、精神科をタウンページで探して電話をかけ、対応の優しかった2件目の精神科を受診することに

した。

病院で由佳さんは、家族について聞かれ、過食止めの薬を処方された。由佳さんは「これで救われるに違いない」と胸をなでおろしたが、ここでの治療効果は全く現れなかった。

## 6.7 大学の退学

大学は夏休みに入り、由佳さんはフェンシング部の合宿に参加した。レベルの高い大多数の部員に向けて作られた練習メニューに付いて行くことはとても厳しく、由佳さんは熱中症になって倒れ、さらに再び熱中症で倒れる恐怖感から、外に出られなくなった。

由佳さんは、家に引きこもるようになり、大学を退学する。

それ以降の3カ月は壮絶であった。親とは一言も口を聞かずに深夜の過食を繰り返し、食べ物を親が隠すと、親を叩いたり、寝ている親の首もとをつかんで揺り起こし、食べ物を要求した。はじめの1ヶ月は入浴もせず、ひたすら深夜の過食を繰り返したため、体重は激増して90kgにまで達し、親が無理やり外に連れ出そうとすると手を上げた。

この状況に困り果てた両親は、この状況を何とかしようと由佳さんを入院させることも頭に入れて、精神病院を回った。しかし、窓に鉄格子がはまった閉鎖病棟や、そこにいる重症の精神病患者を見た父親は、「ここに娘を入れるわけにいかない」と、自宅で由佳さんの面倒を見切る決心を固めた。

一方、自身もうつ病になるほど精神的に追いやられた母親のさよ子さんは、近所のクリニックに行き、由佳さんの状況を相談した。そこに由佳さんは同席していなかったが、その医師は由佳さんを「境界性人格障害」と診断し、その症状を緩和させる薬を処方した。

ところがその薬を飲んだ由佳さんは、薬の副作用から引き付けを起こし、驚いた由佳さんは思わずさよ子さんに助けを求めた。

このできごと自体は喜ばしいものではなかったが、これをきっかけに由佳さんは、両親と少しずつまともなコミュニケーションが取れるようになった。引きこもりからも少しずつ脱しはじめ、人気のない夜に犬の散歩に出かけたり、プールに行ったり、車で送ってもらえれば親戚に会って話をしたりすることもできるようになった。

そして、それと平行して過食も少しずつ寛解し、生活のリズムを取り戻してきた由佳さんは、皆と一緒に食卓につくこともできるようになった。過食で激増した体重を減らそうと、栄養補助食品を親に買ってもらい、皆のいる食卓で1人だけそれを食べ、プールにも通ってダイエットを始めた。

ダイエットは順調に成功し、熱中症で倒れてから半年程度たった春には、アルバイトを始められるまでになった。

「何をやっているの」と聞かれ答えられないのが辛かった由佳さんは、コーヒーショップの接客からテレフォンアポインターまで多種多様なバイトを行ったが、引きこもりから脱出したばかりであったため、どのようなバイトも辛く感じ、始めては辞め、始めては辞めといった生活を1年近く繰り返した。

## 6.8 復学、吉田先生との出会い

そうこうしているうちに進路を考えねばならない春が近づいてきた。由佳さんは以前から興味があった心理系か保健教諭の資格が取れる大学に進むか、以前の大学に再入学するかとても迷ったが、受験勉強を必死になってやる気も起きず、また、どれも中途半端になってしまうことも嫌で、再入学の道を選んだ。

体調が不良なため大学を退学すると教員に話した際には「いつでも戻ってくればいい」と言われており、試験は面接のみだったため、由佳さんはすんなりと再入学を果たした。

「人生をもう一度やり直そう」と気持ちを新たにして大学生活を始めた由佳さんは、「家だと過食をしてしまうから」と、反対する親を説得し、大学の近くで1人暮らしを開始した。

そして、以前から興味があったブレイクダンスのサークルに入り、さらに親の負担を減らそうとアルバイトも始めて、お弁当も作り、加えてメイクも丹念にしたため、由佳さんは毎朝5時半に起きねばならなくなった。

時間があると過食をしてしまうことも、ぎゅうぎゅう詰めの生活を始めた1つの理由であったが、6月くらいになると過食や不眠傾向が強くなった。またダンスの練習では、心身ともに一杯一杯になっているときに先輩にきつく注意をされたことをきっかけに、またもや過呼吸を起こし、練習中に倒れてしまった。

この事件をきっかけにし、由佳さんは大学の保健センターの先生に紹介された精神科に通い始めた。担当になった吉田先生の第一印象は、とても冷たそうで、通院を続ける気には正直あまりなれなかったが、他に行くところもないと仕方なく通っているうちに、彼がとても良い医師であることに由佳さんは気がついた。

「良いことは良い」、「悪いことは悪い」、「できないことはできない」と、時に突き放すこともあるが、はっきりと話をしてくれる彼の診察が由佳さんにはとても合った。また彼は、自分を苦しめるような考え方を由佳さんが知らないうちに身につけていたこと、もっと楽に生きることができる方法があることをさりげなく彼女に示唆してくれた。

吉田先生は由佳さんのかかりつけ医となり、何かあると由佳さんは彼に相談をするようになった。

## 6.9 養護教諭への夢

練習中に過呼吸を起こして以来、サークル活動は裏方に回り、吉田先生との出会いも果たした由佳さんであったが、ここから由佳さんの精神状態は急速に悪化した。

それは由佳さんが、サークル活動を控えて以降、以前から興味があった、保健教諭の資格が取得できる大学への編入試験を真剣に検討し始めたことに関係する。

由佳さんが保健教諭を目指したのは、高校生の時に出会った阿部先生の影響が大きい。

阿部先生は、由佳さんが高校で過呼吸を頻繁に起こしていた頃に声をかけてくれた養護教諭である。阿部先生は20代前半で、養護教諭になって間もないにも関わらず、人の話を聞くのがとても上手で、しかるべきときには自分の意見をはっきりといい、組織でいざこざがあったときは、調整役として問題を解決し、組織の底上げをすることができるような能力をもった先生であった。

阿部先生は由佳さんが過呼吸を起こしたときも、「つらいときは、とにかく話においで」とすぐに声をかけ、卒業するまで、ずっと支えになってくれていたのである。

阿部先生に出会って以来、由佳さんは養護教諭へのあこがれを漠然と抱いており、大学に再入学を果たして、社会とのつながりを再び得た今、その夢は具体的な目標となって彼女の脳裏に描かれた。

ただこの時の由佳さんは、養護教諭になることが自分に課された絶対的な義務のように感じていた。目標を達成するためには、ゆとりを持った生活をしてはならないような気分になって、勉強をするだけでなく、学費や編入後の交通費を稼ごうと、整骨院と深夜の居酒屋でアルバイトを始めた。

居酒屋での深夜バイトは、精神的に不安定な店長が、店員に理不尽な要求をするだけでなく、客の求めに応じて、店員が一气飲みをしなければならぬことが度々あり、アルコールに慣れていない由佳さんには大変な負担になった。

由佳さんは心身ともに疲弊して、「このくらいの生活を送ることができなければ編入をしてもやっていくことはできない」、「このくらい乗り切れなければ、養護教諭として働いていくことはできない」と自分を追い立てた。

次第に過食はひどくなり、さらにはリストカットまで始まった。感情はひどく乱れて、理性的な思考ができなくなり、仕事がこなせないと思うとバイト中に突然泣き出したり、自分が傘をさすと他人の人に迷惑がかかってしまうからと、びしょぬれでバイトに出かけ、同僚を驚かせたこともあった。

由佳さんの精神状態は明らかに医学的な介入が必要な域にまで達していた。始めのうちは「大丈夫です、頑張ります」と言い、なんとか生活を回そうとしていた由佳さんであったが、次第に自らの限界を自覚し、吉田先生のもとに駆け込んだ。リストカットがひどくなっていたこともあり、由佳さんは即入院となった。

## 6.10 閉鎖病棟への入院

由佳さんは、「統合失調症感情障害（妄想傾向）」の診断を受け、関東の精神病院に入院した。病棟は回復期の人々が入る閉鎖病棟である。

ただ「統合失調症感情障害（妄想傾向）」という診断名には、経済的な事情があった。入院の当時、由佳さんが完全にこの診断に当てはまるかは微妙であったが、「摂食障害」の診断名では、由佳さんのために両親が加入していた子供保険の給付を受けられないため、吉田医師が、給付の降りる診断を下したのである。

入院直後は、散歩も同伴でないと許可が降りないほど、感情の起伏が不安定であったが、しばらくすると精神状態は安定し、由佳さんは閉鎖病棟が「不思議な空間」に思えてきた。

何度も確認作業をする人がいたり、いつまでも手を洗っている人がいたりするのを見て、由佳さんは自分とは何か明らかに異なる人たちと空間を共にしていることを感じ、また同じ病棟にいる人からは「何の病気で入っているのかわからない」と声をかけられたりもした。

何か特別な治療を受けていたわけでもなく、しいて言えば「何もしないこと」が治療だった由佳さんは、次第になぜここにいるのかが分からなくなり、1ヵ月で退院をするために、その準備としての外泊許可を取り、実家に帰った。

しかし、実家に帰ると過食やリストカットの衝動が起こり、顔面は蒼白になって、明らかに心身に異変が起こり、由佳さんは、自分の意思で病棟へ帰った。

入院中に由佳さんが強く感じたのは薬の力であった。入院前までは必要に応じて薬を短期間飲む程度で、定期的に精神薬を処方されたことはなく、由佳さん自身も薬の必要性を実感できなかったが、入院をして、定期的に抗うつ薬や向精神薬などを状況に応じて取り始めると、目に見えて精神の状態が落ち着いた。

由佳さんは薬を飲みながら、入院生活を続け、その間に外泊を少しづつ繰り返して、心身を社会の刺激に慣らし、3カ月後に退院をした。退院以降も過食や下剤の乱用は続いたが、以前のように過食やリストカットが激しくなることはなく、由佳さんは再び大学に通い始めた。

「入院の間に、具体的に自分に何が起こったのかよく分からないが、退院時には、なぜか心身ともにすっきりしての帰路に着くことができた。」と由佳さんはこのときの入院を振り返る。

## 6.11 筆者との出会い

筆者が由佳さんと始めて出会ったのは、退院から半年が立ち、由佳さんが大学3年生となった夏のことである。

由佳さんは待ち合わせ場所として、大学正門横の広場を指定し、筆者がそこに行くと、木立の下に、エスニック風のスカートを履いて立っている学生が1人おり、その人が由佳さんであった。

軽く挨拶をしたあと、由佳さんは「最近は人と食べることを大事にしているんです」と話し、私達はキャンパス内のカフェテリアで昼食を取って、由佳さんが予約をしてくれていた教室で初めてのインタビューを行った。

由佳さんは時折、「上手く話せなくてすみません」と言いながら、約2時間に渡って筆者の質問に丁寧に答えてくれ、また参考になるかもしれないと、子供の頃から高校生までの写真を持ってきてくれるという気遣いも見せてくれた。

ただ現在進行形のことについて、細かく話すことにはややためらいがあるようであり、「過食は今でもあり、下剤の乱用も止められない」と話す口調は過去のことを話す由佳さんのそれよりも、明らかに歯切れが悪かった。

医療者でもなく、さらに初対面の筆者に、自分が引け目を感じていることを話すことが難しいのは当然のことだと感じ、由佳さんとのインタビューでは、現在のことにはあまり触れず、できるかぎり過去のことを質問するよう心がけた。

## 6.12 就職活動

由佳さんは就職活動が盛んになる時期にあわせて体重を10kgほど落とし、吉田先生に状況に応じて向精神薬や抗うつ剤、睡眠薬を処方してもらいながら就職活動を行った。

有名企業を中心に受ける回りの友人とは異なり、「地味で目立ず、常に誰かから感謝されているわけではないが、なくてはならない存在である業界に就職をしたい」と思い、医療器具や携帯電話の部品を製作販売する業界など、一般的には知られていないが、中身のある企業を中心に回り、最終的には3つの企業から内定通知を受け取った。



最終的に由佳さんは、医療器具の部品を製造・販売する企業に営業職で就職をすることにした。医者のように患者からお礼を直接言われるわけではないけれど、陰では患者をしっかり支えているところに心魅かれたのである。

有名企業を受けなかったため、『弱気な就職活動』だったかな」という思いもないわけではなかったが、安定した企業にきちんと就職を決められたことに由佳さんは胸をなでおろした。

以前どうしてもなりたいたいと思っていた、養護教諭の夢を捨てたわけではなかったが、このときの由佳さんは、1年前と異なり、そう焦ることはないと感じていた。養護教諭になるための年齢制限が取り払われ、年齢を気にして慌てる必要性はなくなっていたし、「今の自分の能力では、たくさんの生徒達のバックアップをすることはできない」と感じるようになっていたからである。

## 6.13 大学生活の集大成

就職活動を4年生の4月に終えた由佳さんは、再びブレイクダンスを始めた。残りの大学生活を後悔なく過ごしたいと考えたとき、心身の調子が良くなったらもう一度やりたいと考えていたブレイクダンスを、以前所属したサークルでもう一度挑戦したいと思ったからである。

学年が一番上ではあるものの、由佳さんは、ダンスの技術を1年の時にしっかりと身に付けていたわけでもなかった。さらにしばらく運動をしていなかったために体力はすっかり落ちており、激しい回転や跳躍の多いブレイクダンスの練習についていくのはとてもきつく、また下剤を乱用していたせいも、練習が激しくなると気持ちが悪くなって吐いてしまい、落ち込むことも多かった。

しかしメンバー1人1人に明確な役割があり、1人でも欠ければ、演技が成り立たないことや、メンバーの動きの癖を頭に入れながら踊らなければ美しい演技ができないという、チームダンスの特性に心を魅かれ、由佳さんは体調に気をつけながら、懸命に練習を重ねた。

疑心暗鬼だったメンバーも徐々に由佳さんを信頼するようになり、チームの一員としての役割を果たすことができるように由佳さんはなっていたのである。

筆者は、由佳さんがその年の秋に参加した大会に出向いた。予想をはるかに超えたブレイクダンスのアクロバティックでパワフルな動きは、筆者を圧倒し、ここまでたどり着くための由佳さんの努力は相当なものであったろうと想像した。またそれまで自分を必要以上に追い込み、結果心身の調子を著しく崩していた由佳さんが、就職活動を乗り越え、自分がやりたいと思っていたことを存分にやっている姿に胸を打たれた。

## 6.14 由佳さんの現在

由佳さんは内定をもらった企業で働きはじめた。

予想していたことと仕事内容が大きく異なり、職場の人間関係や与えられた仕事に対する重圧から、またもや過呼吸を起こしてしまい、とても情けない思いをしたこともある。

しかし吉田先生がたまたま職場のすぐ近くでクリニックを開いたことや、理解のある人が職場に何人かいることも嬉しいし、なんとか社会人2年目を迎えることができている。

不思議なことに、社会人になって以降、過食は終息した。それまでは嫌なことがあるとすぐに過食に走っていたのだが、今は嫌なことがあっても過食をする気が起きず、単にひどく落ち込むだけになったという。<sup>\*1</sup>

---

<sup>\*1</sup> 下剤の利用に関してはお話を聞くことができず、この時どうなっていたかは不明である。

## 第7章

# 奈々さん

奈々さんは、現在 30 代後半の女性である。父、母、妹の四人家族の長女で、関東の郊外に生まれた。現在は会社員をしながら 1 人暮らしをしており、摂食障害とはすでに 15 年以上の付き合いになる。

筆者は、彼女が通う空手道場の友人の経由で奈々さんと知り合った。筆者も以前空手をやっていたことがあるため、奈々さんとはすぐに意気投合し、筆者が摂食障害の研究をしていることを知ると、そのことについて話すことが増え、筆者が調査への協力を依頼すると快く承諾してくれた。

奈々さんは本研究で唯一、食べたものを飲み込まずに吐き出す、チューイングをする語り手である。奈々さんの嘔み出しは、中 3 で始めたダイエットを経て高校生で始まり、社会人になり 10 年以上がたつ今でも続けている。

奈々さんは、本を貸すとききれいな紙袋に入れて返してくれたり、インタビューの際にはお茶を買ってきてくれたりし、初対面の人には嫌な思いをさせないように、気さくに話しかけたりする、細やかな心遣いのできる優しい女性である。また時間にはとても正確で、インタビューの開始時間の数分前には必ず現地に着しており、少し遅れる際には、必ず前もって連絡を入れてくれた。

さらにインタビューのためのスケジュール調整や、細かい質問をメールでした際の返信も、迅速かつ丁寧に答えて下さり、筆者は何の難しさも感じず、インタビューを重ねることができた。

奈々さんはこの不況下においてもきちんと転職を成功させており、このようなふるまいが自然にできることも、彼女の再就職が滞りなく進んだ一因なのではないかと筆者は感じた。

それでは、奈々さんの「自然な食」はどのように崩れていったのだろうか。本章では、奈々さんの小学校時代から今までの歴史を彼女の食と身体に対するイメージを中心に振り返ってみたい。

### 7.1 顔が悪い私はスタイルで勝負するしかないんだ

奈々さんは小学校低学年の頃、初対面の男の子や友人に「目が細い」、「出っ歯」、「猿みたい」としばしばからかわれた。表向きは笑ってごまかしていたが、奈々さんはそのような言葉に大変傷つき、それ以来、自分の顔に強いコンプレックスを持つようになった。

奈々さんは、「顔が悪い私はスタイルで勝負するしかないんだ」という思いを小学生の頃から抱いていたという。

## 7.2 食事は1日の中でもっとも楽しい時間のひとつでした

中学に入ると奈々さんは、陸上部に所属した。入部の動機は、走ることが好きだったからで、やせたかったからではない。

陸上部の練習は、朝に5キロ、夕方に5キロ、さらに100mダッシュを10本というように、大変厳しかったため、奈々さんの体力を心配した母親のかおるさんは、かなりボリュームのある食事を毎日用意した。たとえば、朝から8枚切りの食パン6枚に卵を挟み、それを半分に切ったサンドイッチといった風である。

それに加えて奈々さんは、給食も残さず食べ、夕飯の前には菓子パンも食べた。かおるさんは子供に菓子は買い与えなかったが、あんパンやクリームパンのような菓子パンなら食べても良いと言っており、このため菓子パンは奈々さんの大好物となった。

一方、かおるさんは、「食べ物を粗末にはしてはいけない」と子供が食事を残すことを大変嫌う人であった。また慢性的な頭痛や腰痛、手足の痺れを抱えて常に体調が優れず、苛立っていたせいか、奈々さんが食事を残すと、「それならば食べなくてよい」と激怒し、残りを全て排水溝に捨ててしまったこともある。このため、奈々さんは食べ物を残すことには、大変強い罪悪感があった。

とはいえ、奈々さんは食べるのが嫌いになってしまったわけではない。むしろ家や学校での食事は1日の中でもっとも楽しい時間のひとつであり、辛い練習を乗り越えるモチベーションにもなっていた。

## 7.3 体育教師の心無い一言

奈々さんは毎日かなりの量の食事を取っていたが、陸上部の練習に日々明け暮れていたため、それだけ食べていても全く太ることなく、むしろ体型は身長160cm、47kgというかなり引き締まった体型を維持していた。友人からは、「スタイルがいいね」と褒められることが多くなり、奈々さんは自分の体型に自信を深めるようになる。

しかし、そんな奈々さんの自信を一瞬にして失わせる出来事が、部活動を引退して半年後の冬に起こった。

すでに引退した先輩からは、「陸上部は引退をしたら必ず太るから、食べる量を減らさねばならない」と言われていたが、その頃はダイエットが学校ではやっていたわけでもなく、またかおるさんも、彼女が部活を引退したからといって食事量を減らしたわけでもなかったため、奈々さんは特に気にすることなく今までどおりの食事を続けた。

当然、体重はどんどんと増え、3年の冬になると奈々さんの体重は、引退前と比べると10キロ増の57kgになっていた。しかし家族や友人は、そのことをとりたてて指摘せず、また奈々さんの家には全身鏡がなかったため、全身を見る機会もほとんどなく、彼女はいつもどおりの日常を送っていた。

だがその年の冬、体育の時間に縄跳びをしているときに事件は起こった。

担当の教師から「あなたが縄跳びをすると体育館中が揺れる。今まであんなにやせていたのに、どうしてこんなに太ってしまったのか」と皆の前でからかわれたのである。今

まで自分のスタイルには問題がないと感じていた奈々さんは、この言葉に大変に傷つき、「陸上部の先輩が言っていたのは、これだったのか」と強く自覚して、ダイエットを開始した。

まず奈々さんは、やせたいから食べる量を減らしたいとかおるさんに頼んだ。かおるさんも「確かに少し太ったね」と奈々さんに同意し、「菓子パンをやめてみたらどう？」と奈々さんにすすめた。すると奈々さんは、菓子パンだけでなく、夕飯の量も減らしたいとかおるさんに頼み、かおるさんは盛り付けを少なくする形でそれに同意した。

ところが、かおるさんが減らしたつもりの盛り付けが、奈々さんにとっては十分ではなかった。そして、このことが奈々さんの家の食卓を揺るがす事態に発展してゆく。

## 7.4 ダイエットの始まりと食卓を駆け巡る親子の疑念

食事を残してかおるさんが不機嫌になるのを見たくなかった奈々さんは、あらかじめ制服のポケットや、ズボンの中にティッシュを仕込み、食事が始まるとそれを膝の上に広げ、かおるさんの目を盗んでは、皿からテーブルに食べ物を落とし、さらにそれをティッシュの上に落としてトイレに流すという行為を繰り返すようになった。

だが、トイレにそのような形で食べ物を流せば、当然、上手く流れずに臭いが発生したり、トイレにいる時間も長くなる。このため、奈々さんの行為は、すぐにかおるさんにばれた。

かおるさんは「そんなことをするなら残しなさい」と口では言うのだが、残すとかおるさんはやはり不機嫌になってしまう。それが嫌だった奈々さんは、次に隠した食べ物を部屋に持って帰るようになった。しかし、ごみの日まで食べ物を溜めておくため、やはり臭いが発生し、これもすぐにかおるさんの知るところとなった。

いつしか、かおるさんと奈々さんは「食べた、食べない」の押し問答をいつも食卓で繰り返すようになり、食卓はいつも険悪なムードに覆われた。

さらに、奈々さんとかおるさんの間で増幅した食卓での不信感は、食卓を共にしていた妹にも影響を与えた。この頃の奈々さんは、かおるさんと口論をするだけでなく、妹に無理やり食べさせようとしており、それに嫌気が指した妹は、食事の時間を奈々さんとずらすようになっていったのである。

夕飯を食べずに捨てようといういろいろな策を講じる奈々さんを見て、かおるさんは、昼の弁当は食べているのだろうかと思案に思った。

昼はちゃんと食べているのかとたずねられた奈々さんは、全部食べずに捨てていると正直に母親に明かした。

それを聞いたかおるさんは、「そんなに自分の作ったものが食べたくないなら、お金を上げるから自分で買いなさい」と奈々さんに毎日 500 円を渡し、昼の弁当を作ることを一切やめてしまった。

奈々さんはその小遣いで、どうしても食べたかった菓子パンを毎日 2 つ買い、それを昼の時間に半分づつ食べるようになった。

以来、奈々さんは昼食の時間になると、皆のペースを確認し、皆よりも早く食べ終わらないように、パンをちびちびとちぎりながら食べるようになった。

## 7.5 1日 1000kcal のダイエット

奈々さんの食は、購読していたファッション雑誌のダイエット特集がきっかけとなり、高1の夏にさらに特異なものとなる。

その雑誌には、1日に何を何g食べればやせられるかが事細かに記されており、それに従えば、カロリー計算も簡単に出来るようになっていた。奈々さんはそれに従い、1日の摂取カロリーを1000キロカロリー程度に落とすことにした。

カロリー計算を完璧にするため、奈々さんは1日のメニューも厳格に定めた。朝にはフランスパン40gと、ゆでたまご1個に、牛乳を100gをきっちりと量って食べ、昼は2つの菓子パンをそれぞれ半分づつ、そして夜は何も食べずに、空腹時はやきのりを食べるというものである。

これは、おやつとして食べていた菓子パンがとても好きだった奈々さんが、菓子パンを食べてもカロリーオーバーしないように考えた献立である。

食べる量が突然減ったため、初めのうちは当然空腹を感じた。だが、そのような生活を続けるうちに、それ以外のものを食べただけで、本当に気持ちが悪くなるようになってしまった。

今はとにかく見守ろうと、かおるさんを制していた父親の影響もあり、かおるさんは、奈々さんが食べ物を量り始めると、その場を離れ、見てみぬ振りをするようにしていた。しかし、そうしている間にも奈々さんはどんどんとやせてゆく。

かおるさんはそんな奈々さんを放っておくことができなくなり、もう少し食べたかどうかと声をかける様になった。しかし、そんなかおるさんを奈々さんは睨み付け、「うるさい」と声を荒げてよせつけず、奈々さんはひとりダイエットに没入していった。

## 7.6 家族や友人の届かぬ思い

この時の奈々さんの日常は、体重と体型を管理するためだけにあつた。

帰宅をするとまず体重を量り、さらに腕や、ウエスト、太ももといった部分部分のサイズを計測した。さらに、ファッションモデルの体重や身体のサイズと、自分のそれらをグラフにして視覚化し、自分とそれと比較して、モデルのサイズに近づこうとした。

奈々さんはスタイルの良さにこだわっていたが、このときの体型は、もちろん「良いスタイル」とはほど遠いものであつた。しかし、先述したように家には全身鏡がなく、また服屋に行っても、「ちょうど良いサイズがありません」と言われるのが嫌で、試着をせずに購入していたため、店でも全身を見る機会には恵まれなかつた。

また、「自分はまだ太っている」という思いが、自分の全身を鏡で映すことの恐怖を助長させた。自分が「素敵な体型」からは程遠いところに来てしまったことを、このときの奈々さんは自覚できなかつたのである。

とはいえ、周りの人が、自分を奇異な目で見ていることに奈々さんは気づいており、それは奈々さんにとって耐えられないほどつらいことであつた。ウエストの細さを隠そうと、奈々さんは腰にタオルを2,3枚巻き、その上からスカートを履いて学校に行くようになった。結果、ウエストだけが異常に太いというおかしいスタイルができ上がったが、そのおかしさにも当時の奈々さんは気づくことができなかつた。

冬になり、奈々さんの体重は40キロにまで落ちた。初めは、「きれいになった」、「スタイルが良くていいね」と褒めてくれていた友人たちも、次第に「(やせすぎで) 気持ちが悪いよ」、「死んじゃうよ」と心配するようになり、自分の弁当のおかずを奈々さんにくれようとした友人もいた。

しかし、この当時の奈々さんにとって「かわいい」とはとにかくやせていることであつた。

このため、周りがいくら心配をしても、「やせている自分にやきもちを焼いているんだ」、「心配する振りをして、太らせようとしているんだ」としか受け取ることしか出来ず、「自分は平気だ」とか、「胃の手術をしてから胃が小さくなり、少ししか食べられない」といった嘘をついて、友人の心配をかわすようになった。

かおるさんは、奈々さんが帰ってくると、彼女の腕をつかんで泣きながら「お願い、食べて」と懇願するようになった。しかし、かおるさんの悲痛な願いは奈々さんには届かず、逆に彼女をいらだたせ、奈々さんは、家に帰るなり、鍵をかけて部屋に閉じこもるようになった。

## 7.7 病院の受診

体重と身体のサイズのことばかり気にかかり、家族や友人の声は一切届かない状態にあつた奈々さんであつたが、この年の冬、初めて精神科を受診した。

そのきっかけは、かおるさんが、奈々さんが生理用品を使わなくなったことに気づいたことである。奈々さんの月経が止まったことを知ったかおるさんは、保健所に状況を相談し、奈々さんを精神科に連れて行くよう勧められた。

この時期の奈々さんは、かおるさんのことが大嫌いであつたため、母親の言うことを聞きたいとは一切思わなかつた。ただ、学校が終わるとデパートの食品売り場を毎日回り、食べ物をじろじろと眺めていたり、食べないにも関わらず、菓子パンやチョコレートを大量に買っては部屋に溜め込み、家に帰るとそれをずっと眺めている自分に恐怖を感じるようになっていた。

またちょうどこの時期に、「拒食症」という言葉を図書館で知り、それが自分にぴったりと当てはまることを知って、奈々さんはますます恐怖心を募らせていた。そのような状況が相まって、奈々さんは病院に行く決意をしたのである。

奈々さんが始めに受診したのは、近所の大病院であつた。しかし、担当した医師は、「拒食症の治療経験が少ないので、他の病院を当たってほしい」と言い、近所の小さなクリニックを代わりに紹介した。

紹介先の病院で、奈々さんは心理テストを受け、「悲観的で、問題を抱え込み、他者の評価を気にし、内向的でうつっぽい」と評価され、抗うつ剤を処方された。

一方、奈々さんは「自分は精神病ではない」と言う思いが強く、また慢性の病気を抱えていた母は、長期間に渡って大量の薬を飲み続けたことによる副作用で自身が大変に苦しんでいたため、薬にあまり信用をおいていなかった。このため再診の予約はしたものの、奈々さんは、処方された薬を飲むこともしなければ、そこを受診することもなかつた。

ただその病院で、「体重が40kgを切ったら入院になる」と言われ、それが怖くてたまたまなくなった奈々さんは40kgを切らないよう、しかし41kgにはならないよう、細心の注意を払いながら体重のコントロールをするようになった。

## 7.8 女の子はもっとぽっちゃりしていたほうがかわいいよ

奈々さんの過激な食事制限は高3の終わりまで続いたが、大学の推薦\*1が決定した秋にアルバイトを始め、そこで好きになった男性から「女の子はもっとぽっちゃりしていたほうがかわいいよ」と声をかけられたことをきっかけに、堰を切ったように食べ始めた。

とはいえ、食べるといっても、かおるさんが用意してくれた食事ではなく、菓子やからあげといった食べ物ばかりである。「今まで我慢をしていたのだから、どうせ食べるなら普通の食事ではなく、我慢していたものを存分に食べたい」という思いが強く、ダイエットするまで食べていたご飯中心の食事に一切関心はわかかなかった。

食べる場所はおもっぱら自分の部屋であった。食べている内容も、食べる場所も、以前のように戻ったとはとても言い難かったが、このころになるとかおるさんも、「好きなものを食べただけ食べればいい」と奈々さんが食べ始めたことを素直に喜んでくれた。

短大に入り、奈々さんは学食で友人と昼食を食べるようになった。しかし、友人が回りにいると、ほとんど食べることができなくなってしまい、昼食は3分の1程度を食べ、あとは全て残し、家に帰って過食をした。

当然体重は増え始め、奈々さんは大変に焦ったが、食べることをやめることはどうしてもできなかった。

## 7.9 チューイングの始まり

体重は少しずつ増え始め、大学1年の春には、陸上部をやっていたころの47キロまで体重が戻り、それとともに、かおるさんとの会話も少しずつ増えていった。このような奈々さんを見て、かおるさんは奈々さんが拒食症から回復したと大変に喜んだが、現実はその上手くは行かなかった。

短大1年の夏、嘔吐をしたり、飲み込まずに吐き出すチューイングをしたりして、体重を維持するモデルがいることをファッション雑誌で知った奈々さんは、これ以上の体重増加を防ぐため、人生で初めて食べたものを吐き出してみた。

しかし、初めてだったため、なかなか上手く吐けず、トイレでぐずぐずしていると、その音をかおるさんに聞かれ、かおるさんは再び奈々さんを心配するようになった。

母親に心配されるのがうっとうしかった奈々さんは、代わりにチューイングを始めた。最初は、大量に食べても太らないことが大変嬉しく、幸せすら感じたが、次第に、吐き出されてぐちゃぐちゃになった食べ物を見たり、それを片付けている自分を客観視したりする中で、罪悪感や恐怖感を覚え、また、なぜこれほどまでに大量の食べ物を買ってしまうのか、どうしてこんなに食べてしまうのかとひどく悩むようになった。加えてチューイングの後処理も大変で、ゴミの日まで部屋にためておくので異臭が発生し、さらには奈々さんがゴミ捨て場に出したゴミから嫌な臭いがすると母親が苦情を受けたこともあった。

また、飲み込んではいなくとも、スーパーの袋で2, 3袋の食べ物を何時間もかけて食べ続けていたため、体重は徐々に増え、大学2年の春には、これまでで最高の74kgにま

\*1 奈々さんはダイエットのことをもっと勉強したいと思い、栄養士の資格が取れる短大への進学を決めた。しかし、授業の内容は、ダイエットではなく、病院食や高齢者向けの献立など、奈々さんの興味とは外れた授業が多く、大学はまったく楽しくなかった。



で体重は激増し、これも奈々さんをひどく苦しめることになった。

当然、チューイングは奈々さんの日常生活にも影響を与えた。チューイングによって、食べ物を飲み込むことが怖くなったため、友人との会食は全て断った。

当然、大学生活に楽しさはなかったが、たとえ熱があっても子供に学校は休ませないという方針を小学生のころから貫いていたことの影響で、奈々さんは学校を休むことに罪悪感があり、授業だけは一度も休まずに出席した。

## 7.10 家族の苦悩

奈々さんは、自分がどうしてこうなってしまったのか原因が知りたくてたまらなくなった。摂食障害の原因は母親であると書いてある本を読んで、かおるさんをののしったり、摂食障害の患者は万引きをしたり、下剤の乱用でおむつを着けたり、嘔吐が止まらなったりすること本で知り、自分もそうなるのではないかと怯えたりした。

しかし、以前に精神科を受診した経験、そして「自分は精神病ではない」という思いから、精神科の受診は避けたいと奈々さんは強く感じ、代わりに栄養士が常駐する市役所や区役所、保健所に、〇〇市民や〇〇区民であると偽って電話をかけ、相談をもちかけた。しかし、「会って話しましょう」と言われる度に、自分の行為が咎められるのではないかと心配になり、実際に会いに行くことはできなかった。

家では、引き続き父親がかおるさんを制していたこともあり、表立っては誰も奈々さんを咎めなかった。とはいえ、皆が奈々さんのことをひどく心配していたことには変わりはない。

面と向かうと喧嘩になるからと、大変に心配していることを伝える手紙を、かおるさんは奈々さんの部屋にたびたび置いていた。

「この家には、私の居場所がない」と叫んで、奈々さんが取り乱すと、父親は、「そうじゃない。帰ってきさえすればいいんだ」と必死に奈々さんを諭した。

また、奈々さんがダイエットを始めて以来、ほとんど口を開くことはなかった妹は、夜遅く家に帰ると、奈々さんの部屋をそっと空け、彼女が無事に寝ていることを確認していた。

奈々さんは、短大の頃のことを振り返り、「あのときは自分が1番大変なんだと思い込んでいたが、家族はそれ以上にもっと辛かったに違いない」と、家族への感謝の言葉をインタビューの中で頻繁に述べていた。

## 7.11 就職

短大を卒業すると、高校のときからバイトをしていたスーパーに就職した。担当部署のチーフが、奈々さんのこれまでの真面目な勤務態度と、卒業と同時に栄養士の資格を取ったことを評価して、推薦をしてくれたのである。

惣菜コーナーの担当になった奈々さんは、朝6時から夜10時という過酷なシフトもしばしばあったにも関わらず、バイトをしていた頃と同様に、1度も欠勤せずに大変真面目に働いた。

一方、増えた体重を減らそうと、勤務先まで40分の道のりを毎日歩き、さらに時間のあるときは、スポーツジムに通ったため体重は順調に落ちて行った。しかし部屋でのチュー

イングは相変わらず続いており、多いときは1日に6千円程度をチューイングの食べ物に当てていた。

ところで、短大の頃は、会食を避けることができたが、食堂で皆が一同に食べる勤務先ではそれができない。

奈々さんは仕方なく皆と食堂に行き、少しだけ食べて、あとは全てを残した。同僚や先輩からは「太っているのにあんまり食べないんだねえ」とあからさまに不思議がられることもあったが、「胃の手術をしていて余り食べられない」と答えてかわした。

23歳になると、奈々さんは職場の上司から担当コーナーのチーフにならないかと打診された。しかし、この若さで自分よりはるかに年上の従業員をまとめていく自信は全くなかった奈々さんはその申し出を断った。すると、上司は「チーフをやるか、会社を辞めるか」の二者択一を奈々さんに迫り、どうしてもチーフになりたくなかった奈々さんはスーパーを退職した。

### 7.11.1 2番目の職場

奈々さんは朝から晩まで働きづめの職場は避けたいと考え、事務系の仕事を探し、建築関係の職場に就職した。

社員は6名ほどの小さな会社で、奈々さんは見積書の作成を一手に引き受けた。社長の人柄が良く、とても働きやすかったが、社長の奥さんは気が短く、時に理不尽な理由で社員を叱るため、それがもとで社員がしばしば退職していた。

奈々さんもその被害にあい、泣かされたこともあったが、言い方はきついものの、裏表がなく、陰口は絶対に叩かない彼女の人柄に奈々さんは好感も同時に抱いており、以後12年に渡ってこの会社の事務を引き受けた。

しかしここでもチューイングが止むことはなかった。この会社では奈々さんを残して皆が外回りに出ることが多く、さらにゴミを捨てる担当も奈々さんであったため、昼間でもチューイングがし放題で、さらに帰宅してからもしていたため、常にチューイングをしているような生活が始まった。

一方で、昼間も食べ物を飲み込むことがなくなり、さらに一駅分、余分に歩いて通勤する日々を続けていたためますます体重は落ち、この頃には、短大卒業時より20kg以上減の47kgまで体重が落ちた。

## 7.12 仲居のアルバイト

27歳になった奈々さんは、22歳のときから付き合ってきた恋人と別れたことをきっかけに週末や長期休暇を使って、田舎の旅館で仲居のアルバイトを始めた。

週末になると過食ができない場所にアルバイトに通って、それが回復の一助になった女性がいることをホームページで知り、このまま手をこまねいていてもチューイングは収まらないと考えた奈々さんは、彼女の真似をしてみることにした。

奈々さんはバイト先の旅館で、主人と女将さんに大変かわいがられた。また、奈々さん自身もこの仕事がとても楽しかったため、身体的な疲労はあったものの、以降5年間、奈々さんはこのバイトを続けた。

アルバイト先の旅館の近くにはコンビニやスーパーもなかったため、始めのうちは

チューイングをせずに過ごすことができたが、働き始めて1年くらいすると、奈々さんは菓子パンや菓子を大量に買い込み、バイト先に持ち込んで、女将さんの目を盗んでは、夜中にチューイングをするようになってしまった。もちろんゴミは大量に出るが、旅館であったため、奈々さんが大量のゴミを出していたことはそれほど目立たずに済んだ。

持ち込んだ食べ物が無くなれば当然チューイングはできないため、週末や長期休暇中のチューイング量は、実家にいるより目に見えて減った。しかしチューイングを止めるという点において、仲居のアルバイトは、期待したほどの効果を発揮しなかった。

## 7.13 一人暮らしとチューイングの減少

33歳になった奈々さんは、一人暮らしを始めた。「お金の余裕がなくなればチューイングも収まるのではないか」、「そろそろ自立をしてもよいのではないか」という母親の強いすすめに押されての決意である。<sup>\*2</sup>

一人暮らしは、状態を良くすることもあれば、悪くすることもあるとの情報をインターネットで得ていたため、一人暮らしを始めることに奈々さんは一抹の不安があったが、このままでは何も変わらないと感じていたため、とりあえずやれるだけのことはやってみようと、一人暮らしを試してみることにした。

金銭的に余裕がなくなったため、1日のチューイング量がそれまでの、半分から3分の1程度にまで減少した。金銭に換算すると、1日当たり3-4000円だったチューイング代が、1-2000円にまで減った計算になる。また一人暮らしになり、自分がどのくらいの量のゴミを出しているのかが、他人に見られやすいこともチューイングを減らすきっかけになった。

今までは、ゴミの日にスーパーの袋が6袋程度を出していたが、毎回のゴミの日にそれだけの量を出しては不自然に思われると思い、スーパーの袋で3袋程度でチューイングを終わらせるようになった。

## 7.14 空手の効用

これまで平日は職場と家の行き来しかせず、休日は旅館で働いていた奈々さんは、行動範囲をもう少し広げないといけないと感じ、職場近くの空手道場に通うことにした。

その道場は、防具をつけた相手への直接的な攻撃が許されるフルコンタクト空手の流れを汲み、その試合は体重別で行われていた。

チューイングを続けてしまう要因の1つに、自分の意思の弱さがあるのではないかと考えていた奈々さんは、孤独に練習を重ねる格闘技がプラスに作用するのではないかと感じ、試合に備えて減量をすることで食べ物を大事に思えるようになるのではないかと予想した。

男性の多い道場への入門はかなり勇気がいったが、チューイングばかりをする生活を断ち切りたいと考えていた奈々さんは、その道場に入門をした。

通い始めはとても緊張したものの、奈々さんにとって道場は、スポーツジムよりも快適であった。周りの会員のファッションやスタイルを気にしている人が、自分のほかにも少

<sup>\*2</sup> また、奈々さんは、チューイングする自分を見続けるのがつらくなったことも、一人暮らしを勧められた理由ではないかと予想する。

なからずいると感じたスポーツクラブと違って、道場では皆が自分のことに集中をし、周りのことなど何一つ気にしていない様子だった。また、女性に門戸を開かない空手道場もある中で、奈々さんの道場は女性会員を積極的に受け入れている先進的な道場であったことにも助けられた。

始めは週に1,2回通うだけであったが、奈々さんはだんだんと空手にのめりこみ週5で道場に通うようになった。

空手を始めたことで、奈々さんはチューイングのことに以前ほど気をとられなくなった。以前は帰社時間が近くなると、帰ったら何を食べるかばかりを考えて、落ち着きを失い、家に帰れば矢も盾もたまらずチューイングをはじめていたのだが、道場に行き始めると、帰社時間にそわそわすることもなくなり、帰宅をすると、チューイングをする前に、着替えをしたり、メイクを落としたり、洗濯物を取り込んだりすることができるようになった。

## 7.15 食べ方がわからない

奈々さんは、12年働いていた職場を人間関係のいざこざがもとで退職し、新しい職場へ転職を果たした。

それまでは、昼食の時間も1人のことがほとんどであったため、チューイングをすることができていたのだが、その職場では同僚の女性3人と昼食をともにしなければならなくなった。

奈々さんにとってこれは大変な作業であった。すでに10年以上チューイングを続け、食べ物をほとんど飲み込んでおらず、さらに、人前で食べていなかったため、人前での食べ方が全く分からなくなっていたのである。

それでもこれまでは、大量に残すことでなんとかその場をしのいでいたが、この女性たちは、奈々さんが残すと、「ダイエットをしようとしているんだ」というような目で冷ややかに奈々さんを見たため、これまでのように奈々さんは残すことができなくなってしまった。

箸でどのくらいの量を一度につかんだらいいのか、何かを食べながら他のおかずを食べていいのか、食器はどのように持つのが自然なのか、箸の持ち方は正しいのかなど、奈々さんは会食における、ありとあらゆる規範が分からなくなっていたため、緊張感の中、回りを真似しつつ、慎重に箸を進めた。出されたものは無理やり全部食べ切ったが、1人分の食事を飲み込んだことは、この10年間でほぼ皆無であったため、気持ちが悪くなり、吐きそうになってしまった。

だがそうやって食べているうちに、だんだんと身体が慣れ、1人分を食べても大丈夫になり、また、これまであまり注目しなかった食べ物の見た目や味など、カロリー以外の食べ物の要素に注意を払いながら食べるようにしたことで、おいしさを感じながら食事がとれるようになった。

始めは嫌々であったものの、誰かと昼食を楽しく食べられる経験ができるようになったことは、大きな収穫であったと奈々さんは振り返る。

## 7.16 奈々さんの現在

空手を始めておよそ3年が経過し、空手はすっかり奈々さんの生活の一部となり、以前より食べ物も飲み込めるようになった。

ただ空手により気分は前向きになり、チューイングに気をとられる時間も減ったものの、依然としてチューイングは続いており、何もない時間ができたり、休日が続いたりすると、その間中チューイングをしてしまうこともある。

奈々さんがチューイングを辞められないことの1つに、チューイングがもたらす爽快感がある。会社で嫌なことがあったり、人間関係のいざこざがあっても、チューイングをしぱくするとなぜか心が落ち着き、前向きな気分になることができる。

チューイングに代わることをするように勧めている摂食障害のヘルプブックを読み、散歩やジョギング、編み物や読書といった、自分が好きで長く続きそうなことをやってみたこともあるが、チューイングをするまでそのことが頭にこびりついてしまい、どうしても辞めることができないという。

奈々さんは、今も、チューイングから抜け出すための方法を模索している。



### 第 III 部

## 「還元主義」批判





III部では、「還元主義」が皆さんの摂食障害を十分に説明しているのか、「還元主義」に基づいた回復へのアプローチは、「自然な食」の回復に役立っているのかを、皆さんの摂食障害の経験をもとに、批判的に検討する。

III部は次のように構成されている。

8章では、II部で紹介した語りに、そこで紹介し切れなかった語りを補足的に加えて、「還元主義」における3つの問題点を指摘する。また本研究は、医療が提示する見方に対する批判的考察である。従って、「本質論」の批判的考察においては、問題の本質を、社会構造に据えるという、人文・社会学者中心に見られるまなざしではなく、その本質を、当事者が抱える心理的な問題に据えるという、医療者を中心に見られるまなざしが、摂食障害を理解する上で有効かどうかについて特に注意を払う。

続く、9章では「生体物質論」の代表格である、栄養学的なアプローチが「自然な食」の回復に役に立っているのかどうかを検討する。そして、10章では、こちらも「本質論」において代表的なアプローチで、また賛否両論のある「家族モデル」\*<sup>3</sup>を積極的に取り入れた語り手が、それにより「自然な食」を回復しているのかを検討する。

---

\*<sup>3</sup> 2.4.3,p23;2.4.7,p32



## 第8章

# 「還元主義」と過食排出行動の実際 の一致とずれ

2章において、筆者は、「飢餓により起こる生理的な問題を取り扱った後に、家族や学校での人間関係、認知の歪み、内面の葛藤など、当事者が抱える食以外の心理的な問題を取り扱うことで、摂食障害は寛解に向かう」と見なす「還元主義」に疑義を唱えたと宣言した。

本章では、3章から7章において記した皆さんの語り、及びそこに入り切らなかった語りを加え、「還元主義」が皆さんの経験にどのように一致、もしくはしないのかについて検討する。

また、3章から7章において紹介した皆さんが抱える問題は過食排出行動であるため、その治療に効果的とされる認知行動療法<sup>\*1</sup>と対人関係療法<sup>\*2</sup>のモデルとの一致と差異には、特に注意を払うこととする。

### 8.1 「還元主義」との一致

皆さんの摂食障害の経験を紐解くと、「還元主義」と皆さんの経験には数多くの一致点があることがわかる。

#### 8.1.1 敬子さん

敬子さんの経験は「還元主義」を支持する代表的な治療方法である、認知行動療法および対人関係療法が示す、過食排出行動のメカニズムに一致するところが多い。

敬子さんの体型に対する過剰なこだわりは、人間関係がうまく築けないと感じ始めた中2に始まり<sup>\*3</sup>、過食嘔吐は、やせたいという意志に反して、食べてすぎてしまうという状態を解決するため、高2の秋に始まった。<sup>\*4</sup>

外見が自分の評価の全てを決定すると強く信じていた敬子さんにとって、食べたいものを食べただけ食べても、体重が減る過食嘔吐は、食べたいがやせたいという矛盾した願いを一挙に解決するものであり、吐き始めた当初は、「今日は何を食べて吐こう」と嬉し

---

\*1 2.7.3,p51

\*2 2.7.2,p50

\*3 3.4,p67

\*4 3.6,p68

さすら感じるがあった。

もちろん嘔吐にはメリットだけでなく、身体的なつらさや罪悪感もあったため、それならいっそ食べないほうが良いと、食事を抜いたこともあった。しかし最後はやはり空腹に負けて過食をし、それを相殺するために嘔吐をしてしまうため、過食嘔吐は徐々に習慣化した。

また過食排出行動が続く中で受験勉強をこなし、大学に合格を果たしたものの、大学生を送る上でどうしても必要と考えていた、二重まぶたの整形手術が入学前にできないと分かると、それで大学に行く意味はないと自暴自棄になり、夏も待たずに大学を中退した。<sup>\*5</sup>

このような敬子さんの状態は、低い自尊心や完璧主義、さらには体型や体重に依存した過剰な自己評価が、過食排出行動の病理の中核にあり、過食を相殺するための絶食がさらなる過食を準備してしまうとする、認知行動療法のモデルに良く当てはまる。また、二重まぶたになれないのなら、大学を中退するという極端な白黒思考も際立っているため、複数の点で考え方の修正が必要であったことが伺え、これも認知行動療法のモデルに一致する。<sup>\*6</sup>

さらに、この頃の敬子さんは、学校での人間関係で悩んでいただけでなく、家庭内でも問題を抱えていた。家に帰っても、母親とは口論ばかりで、父親は無視し、兄とは口を効くことはほとんどなく、両親はいつも不平等に自分を扱い、自分ばかりが悪者にされると感じていた。親に罵声を浴びせたり、怒りに任せて物を投げたりすることも1度や2度ではなく、彼女の過食嘔吐が家族にばれ、それが家族を困惑させたり、怒りを買うようになったりしてからは、「こうなったのはお前のせいだ」といわんばかりに過食嘔吐をしたときもあった。特に、整形手術ができないと分かってからの敬子さんの荒れようは大変なもので、整形手術の予約を早めに入れておかなかった母親を責め、あてつけのように過食をする日々が続いた。<sup>\*7</sup>

彼女のこのような状態は、対人関係療法において多数の摂食障害の患者に見られるという「対人関係の不和」に当たると言って良いだろう。<sup>\*8</sup>また、自分の悲しみ、怒り、不満を言葉ではなく、無視や、罵声、物の投げつけ、過食嘔吐で表現していたことから、適切なコミュニケーションスキルが欠けていたことも伺える。また、親に対する当てつけとしての過食嘔吐は、摂食障害の患者は症状にメッセージ性を持たせてしまうことが多いと指摘する、水島<sup>160</sup>の見解にびたりと当てはまると言って良い。

また小林先生から過食嘔吐はストレス解消方法で、自傷行為や麻薬などでストレスを解消するよりずっとよいのだから、気にしないようにとアドバイスされたことで、敬子さんは過食嘔吐が持つストレス解消の効果をより強く自覚するようになった。大量に食べてから吐くと、身体的な疲労は大きいですが、その直後にある脱力感がなぜか爽快感をもたらし、気分がすっきりするのだという。<sup>\*9</sup>

この点においても、過食嘔吐が心理的な葛藤や生活上のストレスからの一時的逃避として作用すると見なす「本質論」の「精神的ストレス説」および「問題処理説」と彼女の語

\*5 3.8,p69

\*6 2.7.3,p51

\*7 3.8,p69

\*8 2.7.2,p50

\*9 3.9,p74

りは一致する。

### 8.1.2 さゆりさん

さゆりさんの語りも「本質論」の「精神的ストレス説」を支持する。さゆりさんは、拒食に陥ることで、高校を休学したり\*10、大学を退学したり\*11と自分にとって精神的につらい状況から抜け出すことが可能になっている。

また状態が過食に移行してからは、過食嘔吐がなければどれだけ楽だろうと思う一方で、これがなければやっていけないと思うこともしばしばあったため\*12、彼女の過食嘔吐は「本質論」の「問題処理説」とも一致する。

#### 対人関係療法

また、さゆりさんは本研究で唯一、対人関係療法を受けた語り手である。\*13

さゆりさんは拒食症と診断された高3の秋から、地元で摂食障害の治療に詳しい大橋先生のもとに通った\*14。大橋先生は、低体重に際する身体の検査を行ったが、それ以外は症状に特に言及することはせず、対人関係療法の手法を取り入れながら家族関係の修復に治療の力点を置いていた。

さゆりさんによれば彼女は、子供に過剰な期待をかける母親と、その期待に応えようとするあまり、「できない」という意志を言葉ではなく、やせることで表現するという、摂食障害の「家族モデル」\*15においては典型的といわれる母娘関係のもとで成長した女性である。(さゆりさんの家族関係については10章で詳述する。)

大橋先生は、治療の当初からこの点を問題視し、母親との間に適切な距離を保つこと、さらに「やせること」によって、自分ができないことを表現するのではなく、言葉でそれを表現することの重要性を繰り返しさゆりさんに伝えた。また、母と娘が、「摂食障害」を通じて最も密に繋がっていることを危惧し、病気に依存した関係性を作り出さないよう、注意を繰り返した。

さらに、大橋先生は彼女のコミュニケーションの取り方にも注目し、親子関係を中心とした対人関係のトラブルが話題に上ると、「そのとき何と言ったのか」、「自分の気持ちをきちんと相手に伝えたのか」といった質問をさゆりさんに投げかけ、望ましいコミュニケーションスキルをさゆりさんが獲得できるよう後押しをした。

このようなアドバイスによって症状が劇的に変化したわけではないため、大橋先生の言葉の真意を当時のさゆりさんはよく理解できなかった。しかし、親から独立して、守さんというパートナーと2人で生活を送り\*16、過食嘔吐はありつつも、それに飲まれることはなく生活が送れる今、彼女は大橋医師が導こうとしていた方向性がようやく分かる気がするという。

なぜなら、さゆりさんは現在、守さんと同居し、母親と距離を取るという形で、これま

\*10 4.4,p83

\*11 4.6,p84

\*12 4.10.2,p88

\*13 さゆりさんの場合は、医師が対人関係療法を使うことを宣言したが、他の皆さんの担当医がそう言わずに、対人関係療法の手法を使っていたことは十分に考えられる

\*14 4.3,p82

\*15 2.4,p19

\*16 4.13,p92

での母親との関係に変化をもたらすことができ、これは、大橋医師から長年言われ続けていたことだったからである。さゆりさんは摂食障害と診断されて10年近くたった今、次のように治療の感想を述べている。

(先生の所に)通っているときは「こう言われて、その瞬間にこう変わった」っていうのがあったわけではないから、その時に何か思ったって言うのはないけど、正直、自分が今ここまでなっているのは、やっぱり、(対人関係に注目した治療を)してもらったからだろうなって。人との関係を、自分もずっと見つめてきたし、母親との関係もずっと言われ続けて。今ちょっと、「距離を置く」って言う形で、ずっと言われていた(母親との)関係性を変化させることがようやくできてきて。自分は変わって行っているっていうのもわかるので。すごい長いスパンはかかるけど、(対人関係に注目した治療の)効果はあるかもしれないですね。<sup>\*17</sup>

2章(p50)で述べたように、対人関係療法の効果は緩やかに現れるという。さゆりさんの語りは、対人関係療法のストレスが摂食障害の症状を生むとする、対人関係療法の緩やかな効果の証左となっているといつてよいだろう。

### 8.1.3 理央さんの場合

理央さんの経験も「本質論」の「問題処理説」を支持する。高1で始まった過食は、母親の過激な暴力からの逃避行動として起こったと、本人に、はっきりと自覚されているからである。<sup>\*18</sup>

さらに高3で常習化した過食嘔吐も、これ以上の過食による体重増加を防ぐための方法であったため、規則正しく、バランスの取れた食事を取らないことが、次の過食や嘔吐を準備してしまうとする認知行動療法のモデルおよび「生体物質論」の「飢餓説」に良く当てはまる。

また理央さんが中学で行った過激なダイエットは、受験が終わり、高校でよい友人に恵まれる中で次第に緩和されていった。<sup>\*19</sup>これも理央さんの身体が飢餓状態から回復し、さらに学校における精神的な負担が緩和されたことで、ダイエットは逃避行動として必要性を失い、寛解していったと見ることができる。この点で理央さんの拒食は「本質論」の「精神的ストレス説」も支持する。

このように理央さんの語りも前の2人と同様に摂食障害の「還元主義」と一致する点が多くみられる。

### 8.1.4 由佳さん

由佳さんの過激なダイエットは受験を控え、さらに体型を露出する文化祭が近づいているという状況下で始まった。<sup>\*20</sup>ところが、文化祭後の宴会を契機に突如として過食が始まり、体重はあっという間にもとに戻ったが、大学受験が終わると、過食は徐々に寛解に向かった。<sup>\*21</sup>

「還元主義」に照らし合わせると、彼女のこのような経験は次のように解釈できる。過

<sup>\*17</sup> 2009年冬

<sup>\*18</sup> 5.6,p102

<sup>\*19</sup> 5.3,p99~5.6,p102

<sup>\*20</sup> 6.4,p116

<sup>\*21</sup> 6.5,p117

激なダイエットによる飢餓が、後の過食を準備し、飢餓から回復し（「生体物質論」／「飢餓説」）、生理的には特に問題がなくなったものの、過食は不適切ながらも受験の精神的ストレスを緩和するという問題処理の役割を果たしたため、過食は続いた。そして、受験が終わり、精神的ストレスが減少したため、過食も平行して寛解した（「本質論」／「精神的ストレス説」、「問題処理説」）。

さらに大学退学後に、家から一歩も出ず、母親に暴力を振るって食べ物を要求するまでになった由佳さんの過食は、高校で過激なダイエットを始めて以降、まともにコミュニケーションを取ることができなかった両親との対話が取り戻されるにつれて緩和されている。<sup>\*22</sup>この点においては、重要な他者との不和による精神的ストレスが過食排出行動を準備してしまうとする、対人関係療法のモデルに良く当てはまる。

### 8.1.5 奈々さん

小学校の頃にかかわれたことをきっかけに、容姿に自信をなくしてしまった奈々さんは、陸上部に入りスタイルがよいと褒められるようになって、自分は容姿が駄目でもスタイルでは勝負できると考えるようになった。<sup>\*23</sup>

しかし、その自信は部活を引退して半年後に言われた体育教師の一言によってもろくも崩れ去り、奈々さんはモデルのような完璧なスタイルを目指して過激なダイエットを開始する。<sup>\*24</sup>

しかし、それから約3年後、バイト先で好きになった男性から「女の子はもっと太っていたほうがいいよ」と言われたことをきっかけに、過食が始まり、その半年後に、それはチューイングに移行した。<sup>\*25</sup>

このように、極端なダイエットや、完璧主義といった思考のパターンは、敬子さんの場合と同様に、認知の歪みが過食排出行動の根底にあり、それが必要以上の精神的ストレスを生んでしまうとする認知行動療法のモデルとよく一致する。また飢餓が過食を準備したとするならば、それは「生体物質論」の「飢餓説」とも一致する。

さらに母親の顔色を伺った結果、「盛り付けを減らして欲しい」という自分の意思を母親にうまく伝えられず、代わりに隠れて食べ物を捨ててしまうという行為は、親子の間に適切なコミュニケーションのスタイルが確立していなかったという点で、対人関係療法のモデルに当てはまるどころが多いと言えるだろう。

さらに奈々さんは、チューイングがもたらす精神的なストレスの解消効果をよく自覚しており、精神的なストレスがたまったり、気分を切り替えたいときなど、チューイングを利用している。この点で、奈々さんの語りは、先述の5人と同様に「本質論」の「精神的ストレス説」と「問題処理説」によく当てはまる。

以上、5人の摂食障害の経験と摂食障害の「還元主義」との一致点を検討した。明確に意図しているか、していないかは別にせよ、皆さんは、拒食や過食排出行動を精神的なストレスの緩和や生活上現れた問題を処理するために用いており、また絶食が次の過食を用

<sup>\*22</sup> 6.7,p119～6.7,p119

<sup>\*23</sup> 7.1,p125～7.2,p126

<sup>\*24</sup> 7.3,p126

<sup>\*25</sup> 7.8,p130

意していることもうかがえる。

この点で、摂食障害の「還元主義」は皆さんの経験を良く説明しているし、過食排出行動の治療に有効とされる認知行動療法および対人関係療法のモデルも皆さんの経験とよく一致する。

## 8.2 経験との不一致から見られる「還元主義」の3つの問題

皆さんの経験と一致点の多い「還元主義」であるが、一方で「還元主義」は、皆さんの摂食障害を余すところ無く説明しているわけではない。「還元主義」やそれをベースにする心理療法と皆さんの経験との差異は、拒食や過食排出行動が始まってから時間が経過するにつれて 徐々に露になってくる。

本節では、その差異を指摘することで、外因モデルの持つ3つの問題点について指摘したい。

### 8.3 問題点 1：絶対に外れない

矛盾した言い方に聞こえるかもしれないが「還元主義」の抱える第1の問題点は、「還元主義」が絶対に外れないということである。

「本質論」における「精神的ストレス説」と「問題処理説」によれば、自らの考え方を見直したり、人間関係の修復したりすることで、生活上抱える様々な精神的なストレスを減少させれば、過食排出行動はそれと平行して寛解する。

だが、これから皆さんの経験を再検討すれば分かるように、自己や自己を取り巻く環境が望ましいものになって行っても、過食排出行動が、それと平行して寛解するとは限らない。

ところが「還元主義」は、たとえそうであったとしても、そのような矛盾点の全てを理路整然とした形で再び内部に回収してしまう。このため「還元主義」は絶対に外れない。

これはどういうことだろうか。再び皆さんの経験に戻り、検討してみよう。

#### 心理的な問題や生活上のストレスが緩和されてからも続く過食排出行動

敬子さんが大学へ2度目の合格を果たすあたりまで、彼女の自尊心および体型に関する自己評価は大変低く、頑なであり、教室に入るだけで、回りからの「デブ・ブス」という視線を感じるとか、電車やバスに乗ると他人から大きくて邪魔とされているようで怖いと感じるほどであった。<sup>\*26</sup>

しかしそのような心理状態は、宗教施設で1ヶ月を過ごしたあたりから徐々に改善し始め、外見に対するこだわりは薄れ、自尊心も回復し始めた。<sup>\*27</sup>そして、小林先生のもとに通い始め、アドバイスをもらってからは、過食嘔吐や引きこもっている自分に対する罪悪感が減り、敬子さんの心理状態は改善に向かった。<sup>\*28</sup>また、母親も大きく変化し、敬子さんの良いところを口に出して指摘してくれるようになり、過食嘔吐をしても叱責する

<sup>\*26</sup> 3.8.1,p70

<sup>\*27</sup> 3.8.6,p73

<sup>\*28</sup> 3.9,p74



ことがなくなった。<sup>\*29</sup>

このような過程を経て敬子さんは、引きこもりの生活から徐々に脱し始め、外出をしたり、友人に会ったりすることができるようになった。また当初は家族に対する憎しみの言葉ばかりが目立った敬子さんであったが、両親に対する感謝の言葉が聞かれるようになり、会話をしたり、一緒に食卓についたりすることも可能になった。<sup>\*30</sup>

しかし、このような変化に平行して過食嘔吐が寛解したとは言い難い。小林先生から処方してもらった食欲を抑える薬であるサノレックスは、思ったような効果は出ず、過食は続いて、体重が増加した。「外に出ないのだから体重は気にしないでよい」と考えられたことも、嘔吐を止められた原因の一つであったのだが、この年にアルバイトを始めると、過食による体重増加が気になり、再び嘔吐が始まり、嘔吐を前提とした食品の購入も再び行うようになってしまった。<sup>\*31</sup>

幸いなことに、敬子さんの心理状態や対人関係までが以前のように戻ることはなく、3度目の大学1年生を迎えてからも、自尊心や体型に関する評価は回復し続け、授業に出たり、交通機関を使ったりすることは問題なくできるようになり、以前は、入っても続かずすぐに辞めてしまっていたサークル活動も、継続して続けられるようになった。また、年齢や外見に関わらず、自分を受け入れてくれる仲間にも出会え、敬子さんの大学生活は今までに充実したものになった。

また前回の大学生活は、いずれも後期に入って心身の調子を崩し、退学に追い込まれていたが、今回は後期も乗り越えることができ、無事に2年生を迎えることができた。

もちろん、体型や、対人関係、及び家族に関する悩みが敬子さんの中で完全に解決されたわけではない。人間関係や物事の捉え方において、白黒思考をする傾向や、中学のときからある兄への強い憎しみは依然として認められ、やせ願望も消失したわけではない。しかし、彼女の心理状態や対人関係は「これまでで1番良い」と本人が感じるまでに改善されたのである。<sup>\*32</sup>

このように敬子さんの心理状態や対人関係は大学に再入学してからも、緩やかな改善を見せ続けているが、依然、過食嘔吐は続いている。過食嘔吐で1日が埋め尽くされる状況は減ったし、過食嘔吐が悪化して退学に追い込まれる事態には陥っていないが、実家に帰ると、未だに授業やバイトを休んで、過食嘔吐を続けてしまうこともあるし、過食嘔吐が原因で友人との約束を直前でキャンセルしてしまうこともある。

また、下宿先でも過食嘔吐をしてしまう頻度が増え、秋にはほぼ毎日行ってしまうような状況が発生し、食材を自由に手に入れることができるため、下宿先の管理人が不在のときは「今日は過食嘔吐ができる」と考えてしまったり、食べ物を探したりしている自分に嫌気が差すこともしばしばであった。<sup>\*33</sup>

筆者が彼女と出会ってからの3年の間に、彼女の心理状態や対人関係は明らかな改善を見せた。また医師との信頼関係も築けていることから、過食症の回復に向けてのアプローチは「専門的」な視点から見ても正しいとあってよいだろう。

しかしその一方で、敬子さんの過食嘔吐は、心理状態や対人関係上見られた問題の解消

\*29 3.10,p76

\*30 3.10,p76

\*31 3.11,p78

\*32 3.12,p79~3.13,p79

\*33 3.12,p79~3.13,p79

に伴い寛解したとは言い難い。

これら問題の解決に伴い過食嘔吐は寛解すると見なす「還元主義」と、彼女の経験との間にずれが生じているのである。

心理状態や対人関係が改善されたにも関わらず、過食排出行動が思ったように寛解しないという敬子さんのような状況は、他の協力者の方にも同様に見られる。

先述したさゆりさんの場合、守さんと出会うことで、自分の意見をこれまでになく口に出して言えるようになり、また彼との共同生活に伴い、過食排出行動に1日を費やしてしまうことはなくなった。しかし、過食嘔吐が完全になくなったかというとはそうではなく、未だに過食排出行動は続いている。<sup>\*34</sup>

また、母親のひどい暴力が、過食嘔吐の始まりや、継続を理解する上で重要な要因であった理央さんの場合、1人暮らしを始めた直後は、過食嘔吐は目に見えて減少したのだが、日が経つにつれて過食嘔吐はまた戻ってきてしまった。<sup>\*35</sup>

一方、母親の入院をきっかけに過激なダイエットをして激やせし、退院した母親に罵倒され、無理矢理食べ物を食べさせられたことをきっかけに始まった嘔吐は、母親がトイレにまで監視に来ることで寛解した。<sup>\*36</sup>

しかし「本質論」によれば、強い精神的ストレスは拒食の引き金と成り得る。だとすれば、母親に罵声を浴びせられ、食事を監視されるというストレスが、なぜ拒食や嘔吐を悪化させなかったのであろうか。

次に由佳さんの場合、職場では、仕事の責任を負っているだけでなく、職場での人間関係に悩まされ、そこから生じるストレスは大変なものであったという。ところが由佳さんの場合、過食はひどくなるどころか、寛解してしまった<sup>\*37</sup>。

またストレスが過食を引き起こすのであれば、中2で受けた由佳さんが経験したいじめは、それまでの人生でかつてないほどのストレスであったろうことが容易に想像できる。だがこのできごとは、過食や拒食の引き金とはなっておらず、中学ではむしろやせ願望は消失した。<sup>\*38</sup>

最後に奈々さんの場合、体型に関する過剰に依存した自己評価は、空手を始めて大分減り、対人関係で問題が起こったときも自分を必要以上に責めたり、落ち込んだりすることは少なくなった。しかし量は減ったものの、チューイングは未だに続いており、暇なときはその時間を全てチューイングに充ててしまうこともある。<sup>\*39</sup>

また週末に旅館に働きに行っていた際は、旅館の人からとてもかわいがられ、仕事も楽しかった。しかし次第に食べ物を持って、旅館に通うようになってしまい、チューイングは続いてしまった<sup>\*40</sup>。

精神的なストレスが拒食や過食排出行動を用意し、さらにこれらは不適切ながらも当事者が抱える問題を処理するため、当事者が飢餓状態から回復してからも続くとする「還元主義」は、皆さんの経験の初期の頃には良く当てはまる。しかし時間が経過し、皆さんが

<sup>\*34</sup> 4.13.1,p94

<sup>\*35</sup> 5.11,p110

<sup>\*36</sup> 5.5,p101

<sup>\*37</sup> 6.14,p123

<sup>\*38</sup> 6.2,p115

<sup>\*39</sup> 7.14,p133

<sup>\*40</sup> 7.12,p132

自尊心を高めたり、過剰に外見に依存した自己評価を高めていたり、対人関係上の問題を修復したり、考え方をより前向きなものに変えていったとしても、過食排出行動が消失するわけではない。

時間の経過とともに、「還元主義」と皆さんの経験には明らかなずれが生じていることが分かる。

#### 永続的に適用が可能な「還元主義」～それでも矛盾は回収される

飢餓状態から抜け出し、心理的な問題が改善しても、拒食や過食排出行動は必ずしも寛解しないということに関しては、様々な反論が考えられる。

まず真っ先に考えられるのは、心理的な問題が改善されたとしても、過食排出行動を完全に消去するほどの解決は見えていないという反論である。

もしくは、この5人には過食症以外の精神病理があり、それが回復を阻害しているという反論や（「併存説」）、彼女達には未だ発見されていない生物学的な摂食の異常があり、それが回復を阻害しているという見方もあるかもしれない（「生体物質論」）。後者2つの反論に関しては、筆者は専門的な見解を持たないため、その是非に関する判断はできない。

よってここでは第1の反論にのみ議論の焦点を当てることとしよう。

既に述べたように、敬子さんの考え方や対人関係上の問題は大きく改善されたとはいえ、未だに問題は認められる。

さゆりさんの場合も同様で、母親との関係上の問題が全て解決されたわけではない。

また理央さんや奈々さんは、以前ほど体重が気にならなくなったとはいえ、それでも体型は気になってしまうというし、由佳さんは、職場での他人からの批判が、全人格を否定されているように聞こえてしまい、大変落ち込んでしまうことがあるという。

この点から見ると、問題が十分に解決されていないため過食排出行動が残っているのだという見解は妥当と言えるかもしれない。

しかしこれこそが「還元主義」の問題点ではないだろうか。認知行動療法が重要視する認知の歪みや対人関係療法が焦点を当てる対人関係上の問題、さらには家族、学校、職場といった生活をする上で生まれる多様な精神的なストレスは、程度の差はあれ誰もが少なからず抱えている問題である。また、否定的な感情を食べて発散させるという行動も、やけ食いという言葉に代表されるように、特に珍しいことではない。

つまり、「還元主義」は、ほぼ誰もが例外なく持っていると思われる問題や、よく行うであろう行動パターンを、症状の誘発要因として見なしているため、当事者がその時々で抱える心理的な問題や対人関係上の問題を改善し、精神的なストレスを減らしていったとしても、症状が続いている限り、同一の領域に新たな問題を次々と発見し、それを誘発要因とすることは極めて簡単なのである。

さらに「ストレス」、「精神的疲労」といった心身の疲れを指す言葉の巧みさは、本人がそれを自覚している必要がないという点にある。このため本人が精神的ストレスの存在を否定したとしても、「気付かないうちに疲労がたまっている」とか、「無意識のうちにストレスを抱えている」と言えばよい。

さらに、「ストレスがたまっていることを本人が自覚できない」という状態は、医学的な言葉で置き換えることもできる。

摂食障害の自己回答形式質問紙である Eating Disorder Inventory(EDI)<sup>\*41</sup>には、「自分が空腹かどうか混乱する」とか、「混乱しているときは、自分でも悲しいのか、驚いているか怒っているのかわからない」といった内部洞察に関する設問がある。

これは身体感覚及び感情認識の欠落が摂食障害の特徴と見なされているからであり、このことは「アレキシサイミア」(Alexithymia=失感情症)との関連においてもよく論じられる<sup>180,182</sup>。

アレキシサイミアとは①感情の認識や言語化能力に乏しく、②想像力・空想力に欠け、③思考パターンが機械的 (externally oriented thinking) である人格特性を指す<sup>120</sup>。摂食障害患者が①のアレキシミア特性を併せ持つことが指摘されており<sup>36,46,123,146,253</sup>、アレキシサイミア特性を修正することで摂食障害の回復に結び付けようとする試みも見られている<sup>147</sup>。

もちろん筆者は、医療者が「アレキシサイミア」という用語を乱用していると指摘したわけではない。しかし精神的ストレスの存在を否定しながら、過食排出行動を続けている人を、「アレキシサイミア」という医学的な用語で「病理化」し、「還元主義」に回収することができることは、心に留めておくべき点であろう。

以上、「還元主義」の第一の問題点を指摘した。「還元主義」は絶対に外れることがない。摂食障害の症状を抱える全ての人をこの内部に取り込み、「人間関係の問題や、将来に関する不安など様々な精神的ストレスや、日々起こる否定的な感情が、過食排出行動の引き金となっている」とすれば事足りる。それを認めない人には、「それに気づけないことが問題だ」と言えばよい。拒食や過食排出行動を続ける人は、「還元主義」にあらがえず、何を言おうと「病気」になるのである。

しかし5人の皆さんは、いつまで自分の問題を解決し、どれだけ前向きになれば、過食嘔吐から抜け出せるのだろうか。

「還元主義」は、回復に至るまで、どれだけの心理的な問題を解決すればよいか、どれだけの生活上のストレスを減らせばよいかを提示してはいない。

## 8.4 問題点 2：多様な過食排出行動のパターンを見落として いる可能性

「還元主義」によれば、過食排出行動は精神的ストレスが高まった時に起こる。これは過食排出行動がどのような感情が高まったときに起こりやすいかを調べたいいくつかの実証的研究にも支持されていた。<sup>\*42</sup>

しかし皆さんの話を聞くと、過食排出行動は必ずしも精神的ストレスが高まったときに起こるわけではない。過食排出行動は肯定的な感情の時にも起こるのである。

<sup>\*41</sup> 拒食症および過食症の患者に特徴的な心理学的特性の有無を診断するための質問紙であり、摂食障害の臨床において広く使われている<sup>80</sup>。1983年に、Toronto General Hospitalの准教授で、現在は摂食障害研究の世界的権威であるDavid M. Garnerを中心に作成された。

<sup>\*42</sup> 2.7.2,p48

#### 8.4.1 嬉しいときにも起こる過食排出行動

小林先生から過食嘔吐はストレス解消なのだから、それ自体を気に病む必要はないと指導されている敬子さんは、過食嘔吐にストレス解消効果があることは自覚しているが<sup>\*43</sup>、それだけではなく、嬉しい事があったときや、退屈なときに、さらには食べたりないと感じる時や、出された食べ物が気に入らない時にも過食排出行動が起こることを知っている。

否定的な感情が過食排出行動と必ずしも結びつかないことは、さゆりさん、理央さん、奈々さんも気付いている。さゆりさんは、過食嘔吐が定着してしばらくしてこのことに気付いたと話し、理央さんは、過食排出行動がどのような時に起こるか分かれば、それを防ぐ対策を講じることもできるのだが、それが分からないから、対策が立てにくいと話す。

また奈々さんの場合も同様で、大変嬉しいことがあった日にもチューイングをしまうこともあるし、逆に否定的な感情が大変強いと、チューイングをする気がなくなる時もあるという。

「還元主義」のように、否定的な感情や嫌なできごと、対人関係でのトラブルが起こるときに過食排出行動が起こり、そうでないときには起こらないと述べたのは、本研究では由佳さんのみであった。

#### 8.4.2 見過ごされる過食排出行動の多様さ

このことから「還元主義」は、過食排出行動の誘発要因を食の外にある心理的な要因に還元しすぎているのではないかという疑念が生まれる。認知行動療法や対人関係療法によって症状が寛解したというデータがあり、さらに皆さんの語りからも精神的ストレスが緩和したり、心理的な問題が解決するに従って、状態が改善していることから、「還元主義」は、過食排出行動をある程度適切に説明しているのだろう。

しかし、当事者の皆さんの語りから、過食排出行動には「還元主義」に入りきらないパターンがいくつもあることが示唆されている。これらパターンは、統計的な平均からは外れるものかもしれないが、これらも含めた全ての過食排出行動が、彼女達にとっての過食排出行動である。しかし、「還元主義」は、ここから外れる過食排出行動のパターンをどう理解するかについての十分な説明は提示していない。

### 8.5 問題点 3：「過食排出行動は、なぜ他の行動に代わらないのか」についての説明が不足している

「還元主義」を支持する認知行動療法では、3食2回の間食を取り、過食排出行動が起こりそうなときには、本を読んだり、音楽を聞いたりといった代替行動を取ることを勧めている。

しかし、語りを検討すると、皆さんは規則正しい食事をとればよいことや、代替行動を取れば良いことに気づかないわけでも、代替行動を試したことがないわけでもなく、それを行う努力をしても、規則正しい食事が取れなかったり、代替行動が取れないことに悩ん

<sup>\*43</sup> 3.9,p74

でいることが分かる。

敬子さんの場合、「食べる以外にストレス解消方法を知らない」と、積極的に他の代替行動を試したことはないが、規則正しい食事を取ろうと務めたこともあるし、それが体重を減らすには最も効率的であることも熟知している。しかし、なかなか実行に移すことはできない。

敬子さんは「(規則正しい食事を取れないから) 病気なのであって、それができたらとっくに治っている」と語気を強めた。

一方、他の4人の皆さんは代替行動を取るよう何度か試みている。たとえば、奈々さんは過食排出行動から抜け出すため、過食の代わりに編み物やジョギング、読書といった、自分が好きで、行いやすい行動をしようと、過去に何度か試みたことがある。しかし、過食をするまで、「『過食』のことが頭にこびりついてしまい」、どうしても代替行動を取ることができなかった。<sup>\*44</sup>また過食をしやすい環境にいるのがいけないのではないかと、週末旅館に通うといったかなり大胆な手段をとったが、これも効を奏さなかった。<sup>\*45</sup>これは由佳さんも同様であり、食べ物を買う代わりに、雑誌を買って読もうと何度か試みたが、やはり長続きはしなかった。

摂食障害と診断されてから、それに関する多様な情報を仕入れたさゆりさんも同様である。過食しそうな状況を見極めるとか、その状況に陥ったときに考え方を変えるとか、本を読んだり、綺麗な景色を見たりするといった方法を、セルフヘルプブックやインターネットから仕入れ、実際に何度か試してみたが、思ったような効果は得られなかった。

さゆりさんはこのような方法について次のような感想を述べている：

理屈で病気になっているわけじゃないから(笑) そういう本を読んで思ったのは、そういうことですね。「それができれば苦勞をしないよ」っていつも思っていたというか。認知行動療法に基づいて、書かれたような治療マニュアル本って、「だからそれができないんだよ」って言いたくなるような。「それ、頭では分かるし、それはいいだろうなって思うけど」っていう感じでしたね。<sup>\*46</sup>

加えて、過食排出行動が他の行動に代わらない理由として、もう1つ共通して見られるのが、過食排出行動以上に、気持ちを切り替えたり、ストレスの解消につながったりする行動が他に見つけられないことである。

例えば奈々さんの場合、チューイングが終わると、嫌なできごとに対して冷静に判断をしたり、前向きに考えたりすることができるようになるが、これと同等の効果を他の行動で得ることはどうしてもできない。

理央さんも次のように述べている。

磯野：(過食嘔吐は) 音楽とかに比べると、ストレス解消効果抜群なんですか？

理央さん：そうかもしれない。うん、そうやな。あれに勝るものはないかもっていうくらい。変かもしれないけど

磯野：それ自体は、ストレスでもあるけどー

<sup>\*44</sup> 7.16,p135

<sup>\*45</sup> 7.12,p132

<sup>\*46</sup> 2009年春; 皆さんの中で本格的に認知行動療法を受けた人は1人もいない。このため、認知行動療法の専門家から段階を踏んで認知行動療法を受ければ、症状は寛解するという見方も可能であるが、このような見方は責任を個々の担当医に転化させるだけで、治療システムそのもの発展には結びつきにくいであろう。

理央さん：そう。将来のこととか明日のこととか、長い目で見たらストレスになるのに、その一瞬はすごいストレス解消みたいな。

磯野：終わったときに、なんかスッキリしたみたいなの。

理央さん：なんか、食べているときの、「全部どうでもいいや」っていう感じが、ほかにはない。すごい、本当に好きな人と一緒にいて、すごい楽しかったりとか、めっちゃいいアーティストのライブとか行って、すごい楽しかったりとかしてても、人の目を気にしていたり、人に気を使ったりとかしているし、なんか過食嘔吐をしているときって、1人っきりの世界で、自分の好きなものを食べて、完全に閉じこもっていられて、何にも考えなくてよくて、そういうのってほかにはない気がする。<sup>\*47</sup>

磯野：編み物とかー

理央さん：ははは（爆笑）

磯野：刺繍がストレス解消っていう友達がいてー

理央さん：編み物するけどなあ。好きだけど、すごく。

磯野：でも、（編み物は）負けちゃう？

理央さん：負けちゃうなあ。だって、編み物してそれが上に行くならずっと編む。もう毎日編む（笑）。<sup>\*48</sup>

皆さんの語りを見ると、規則正しい食事や、代替行動を取ればよいと頭ではわかっているが、それができずに困っていたり、過食排出行動と同等の正のフィードバックを得られるものが他にないと感じて悩んでいる様子が伺える。また、過食排出行動の副作用に関しては、長年に渡る過食排出行動で十分すぎるほど実体験もしているし、摂食障害に関する情報を仕入れる中で、頭でも理解している。しかし、それにも関わらず、過食排出行動は続いてしまう。

このような状態にあるときにどう対処したらよいのかを現行の「還元主義」は十分に説明していない。もしかすると、認知行動療法においては、皆さんが適切な方法で認知行動療法を受ければ、対人関係療法では、対人関係の問題が解消されれば、「家族モデル」では家族問題が解消されれば、症状は徐々に消失するというものであろう。

しかしこの回答は、問題 1 として既に筆者が提示した、精神的ストレスが減少しても、過食排出行動はそれと平行しては寛解しないという問題に結びつく。つまり過食排出行動をその行為の外側から解説しようとする、問題はこのような堂々巡りをするのである。<sup>\*49</sup>

<sup>\*47</sup> 実際は何も考えていないわけではなく、食べながらいろいろなことを考えている。これについては 11 章で詳しく述べる。

<sup>\*48</sup> 2008 年冬

<sup>\*49</sup> この疑問の回答としてしばしば提示されるのが、たとえば摂食障害になりやすい遺伝子を持つといった、摂食障害の患者の食に関する生物学的脆弱性である (2.6.1, p40)。筆者は、「摂食障害の発症に何らかの生物学的要素が関わっている」という見解に何の異論もない。しかし、摂食障害の生物学的メカニズムは完全に解明されておらず、薬物療法もそれ単独ではそれほどの効果を示さない現在、生物学的脆弱性にこの疑問の答

## 8.6 「還元主義」の問題点から見える本研究の方向性

本章では、皆さんの経験と「還元主義」を比較し、その一致点や差異を検討することによって、「還元主義」が持つ3つの問題点を見出した。問題点の第1は、食の外側にある問題が改善しても、過食排出行動は必ずしも寛解しないという点、第2は、過食排出行動は、否定的な感情や対人関係のストレスの高まりによって生じるとは必ずしもいえない点、第3は、規則正しい食事を取ったり、過食排出行動の代わりに行動をとることは大変難しく、その理由の1つに、過食排出行動ほどの正のフィードバックを与える行動が他に見出せないというものであった。

この3つの問題に対して「ある疾患の発症や症状の継続を理解するための定説は、あくまで一般的な傾向を説明するだけであり、全てが当てはまるとは限らないし、例外があって当然である。」という反論もあるであろう。そして筆者も、ある定説がそれが解説しようとする現象の全てを余すところなく、説明しなければならないとは考えていない。

しかし「定説は、統計的にもっとも確からしい平均値の真ん中を捉えているだけで、これに当てはまらない例外があって当然である」という意見が展開されたゆえに、ある定説が過剰に適応され、それゆえに当事者の人が困惑し苦しむことがあるのであれば、この定説-本研究においては「還元主義」-に対する批判的な視線は一蹴されるべきではない。

本研究の語り手である敬子さんは、カウンセラーから裸になれば治るという大変理不尽な要求をされ、その通りには結局しなかったものの、一度はその申し出を了承してしまった。<sup>\*50</sup>一方、理央さんは、「圧縮面接」と名づけられたカウンセリングに大変高額な金額を払いそうになった。<sup>\*51</sup>

2人の行動は、その行動だけに注目すれば、安易な方法で問題を一気に解決しようとする「不適切な行動」とか、『病気の人』によく見られる非現実的な問題処理行動」とかいったように批判されてしまうのかもしれない。しかし、敬子さんや理央さんは、その行動に出るまで、ともに4件の病院を受診している。

2人の行動を、「病院」という病気を治すにはもっとも適切と考えられている場所において、問題解決が得られなかったゆえでの行動であると考えるとき、敬子さんや理央さんが取った方法を「不適切」として一蹴することはできなくなる。

2人のがなぜこのような方法を取ったかを検討する上で考えられる方向性は3つある。1つには、上述のように「敬子さんと理央さんが賢明ではなかった」、もしくは「病院の探し方や、受診の仕方が悪かった」と当事者に問題の所在を求める方法、2つには、「敬子さんや理央さんを診た医師やカウンセラーが適切な方法を取らなかった」と、個々の医療者に責任を求める方法、そして3つには、敬子さんと理央さんが通った病院の全てが必ずや影響を受けている、医学の思考の枠組みに何か問題があったのではないかと疑う方法である。

本研究は、当事者や医療者といった個々人に何らかの問題があったことを否定するわけではないが、研究の方向性として3つ目の選択肢を選びたい。

えを還元させるのは尚早と言えよう。

<sup>\*50</sup> 3.11.1,p78

<sup>\*51</sup> 5.10,p109



## 第9章

# 「生体物質論」批判～生理・栄養学 と「自然な食」

マーガリンってアメリカで禁止されているの知っています？トランス脂肪酸で良くないですよ。そういうのとかも許せない。あと、白砂糖も嫌なんです。白砂糖とか、血糖値を急激に上げるし、中毒性があるんですよ

2008年夏  
敬子さん

「還元主義」において、当事者が食や身体に関する科学的知識を取り入れることは、回復のために必要な方法として推奨されている。本章は「生体物質論」の中核を占める学問のひとつである、生理学と栄養学の知識を積極的に取り入れることを、回復のひとつの方法として選んだ、敬子さんと拓美さんが、それによって「自然な食」を取り戻すことができたのかを検証する。

### 9.1 敬子さん

生理・栄養学的な知識を身に付けることは、摂食障害から回復するための一助となると敬子さんは考えている。幼少のころから食べ過ぎの傾向があったことを自覚している敬子さんは\*1、生理・栄養学的な知識や過食嘔吐の副作用に関する正しい知識を身に付けることで、その傾向を是正したいと考えるているからである。

生理・栄養学的な知識を身に付けることで、敬子さんの食べ物に対するまなざしはどのように変わったのだろうか。

#### 9.1.1 「吸収させるもの」としての食べ物

敬子さんは、過食嘔吐が始まり、それが日常のできごとになった頃から、食べ物を「食べるもの」ではなく「吸収させるもの」として捉えるようになった。過食嘔吐が始まってからおおよそ半年がたった高校の頃の語り、そして大学1年生の語りを見てみたい。

#### ■高校

\*1 3.1,p64

皆でお昼食べ、急いで帰り（高3は授業午前まで・学校から家まで電車で20分くらい）スーパーやコンビニでお菓子や菓子パンとか買って家で吐きました。同時に、**身体に良さそうなもの以外は身体に吸収させたくなかった**ので徹底的に嘔吐。<sup>\*2</sup>

## ■大学

磯野：（過食嘔吐が止まらず、）コンビニに入る度に「助けてよ」って声に出しながら走っているのはどういう気持だったのか、もう少し詳しく話してもらえますか？

敬子さん：つらいですよ。吐くのはやっぱり。すっきりするんですけど、つらいのがほとんどなんですよ。でも、やっぱり、「食べちゃったものを出さないでおく」っていうのがその時はどうしてもできなくて。コンビニ行くけど、疲れているから、もうやだっていう気持ちはあるけど、許せない。**食べ物が胃の中に吸収されていくのが許せない**って言うのもあるし、そういう葛藤というか。<sup>\*3</sup>

食べ物は「吸収させる」ものであるというまなざしは、小学校までの語りには現れない。このまなざしは、敬子さんが自分の食を体重を指標として管理し始めた中2の語りから現れ、その後も継続して使われ続ける。

そして「何を吸収させるか、させないか」という価値判断をより複雑にさせていくのが、彼女が積極的に取り入れた生理・栄養学的知識である。

### 9.1.2 食べ物の栄養素と生理的機能に対するこだわり

敬子さんは1年間の浪人生活を経て、大学に入った頃<sup>\*4</sup>のサークルの飲み会について、このように語っている。

磯野：飲み会は楽しかったですか。

敬子さん：うーん。楽しいって言う気持ちもありましたけど、どうしても吐きなくなっちゃって。

磯野：飲み会の最中に？

敬子さん：帰りとかに。だんだん許せなくなっちゃって。おなかが膨れているのが。で、帰り電車の中とかで、コンビニで買ったものをいっぺんがーっと食べたりして、家着いたら吐くとかっていうのをやったりとか。毎回じゃないですけど。

磯野：一杯食べるのは吐けるようにするためですか？

敬子さん：そうですね。

磯野：じゃあ、飲み会でどんなものを食べると許せなくなるんですか？

敬子さん：ご飯ものです。

磯野：ご飯もの。

\*2 はじめの語り

\*3 2007年春

\*4 3.8.1,p70

敬子さん：はい。

磯野：揚げ物とかは？

敬子さん：揚げ物だけなら許せるんですけど、ご飯が入ると許せなかったですね。<sup>\*5</sup>

敬子さんにご飯ものを許せなかった理由は、この頃、彼女が「炭水化物抜きダイエット」を実践していたことにある。炭水化物を抜くとやせるというダイエット方法を学んだ敬子さんは、しばらくの間、ご飯ものを一切拒絶するようになった。

炭水化物を抜くダイエットをしばらく続けた後、敬子さんは血糖値を上げにくいものを先に食べることで、体重の増加を防ぐという「低インシュリンダイエット」を学び、それを実践するようになった。

敬子さん：(過食の際には)血糖値を上げたくないというのがあってー

磯野：血糖値を上げたくない？

敬子さん：うん。血糖値かわからないけど、いきなり甘いものは出来るだけ避けていますね。

磯野：血糖値があがると良くないのですか？

敬子さん：良くない。できるだけ、まず野菜から。今もご飯食べる時は全部そうなんですけど、最初(血糖値の上昇の低い)野菜から食べます。家にあるご飯は玄米だったり、あんまり血糖値上げるのは食べない。

磯野：それはどこで学んだのですか？

敬子さん：「低インシュリンダイエット」って言うのがあって。最初に野菜とか、酢の物とか、ご飯にしても玄米だったり、パンも全粒粉だったり。<sup>\*6</sup>

敬子さんのこのようなこだわりはさらに続く。大学を退学した年の春に菜食フェスティバルに出かけ、肉製品や乳製品には抗生物質が使われ、それらを生産する過程では環境も破壊されていることを学ぶと、「体に吸収させるなら、いいもの食べたいな」と感じて徹底的に肉を避け、乳製品もできるだけ取らないよう心がけるようになった。

家で、夕飯作りを担当すると、肉料理の場合は一切味見をしなかったり、ハンバーグや餃子からも肉を抜いたりしたため、肉料理を食べたい父や弟からは不平が出てしまい、彼らの料理は、母親が作るようになった。

敬子さんの肉食嫌悪は、ほぼ引きこもりの状態から少しずつ脱し、友人との会食で肉料理を避けることは難しいことに気づいてから少しずつ和らぎ、そのような場では肉を食べるようになった。しかし、健康的な食べ物に対するこだわりは依然として継続する。

---

\*5 2007年冬

\*6 2007年夏

### 9.1.3 大家さんとの会食

2度目の復学の1年目は、大学近くで家の一画を改造し、小さな寮を営んでいる夫婦の元で、寮生活を送り、夕飯は、そこの奥さんが作った食事を、大家さん夫婦や他の寮生と共に食べた。<sup>\*7</sup>

しかし、敬子さんは、ここで出される食事でも大変に気に入らなかった。

磯野：最近の様子を聞かせてもらいたいんですけど。

敬子さん：最近夜はずっと吐いています。どうしても（大家さんに食べるように）勧められるんですよ。で、（食後には）デザートがついたり。最初は（吐くのを）我慢していたんですけど、なんか、「吐いちゃえばいいか」みたいに考えるようになってきました。

磯野：それはこのままだと太ってしまうから—

敬子さん：はい。

磯野：量が多くて？

敬子さん：はい。

磯野：「こんなに食べるの辛いから減らしてください」とは言えない—

敬子さん：言っても勧められたりもするので— あと、食べ物自体も私の好んでいるのと正反対ですね。できれば、私は肉は食べたくないですよ。でも、肉料理が多かったりとか、ボリュームが出ないからといって揚げ物とか。ケーキを作って砂糖がたくさんかかっていたりとか、今まで実家にいたときの生活とは正反対になるんですよ。ドレッシングをどんどんつけたりとか。そういうのもあって。

磯野：じゃあ、どこかで買って過食嘔吐をするわけではない—

敬子さん：そういうものもあります。でも多いのは、下宿先で食べすぎて。で、それを「吸収させたくない」と思って吐いてしまう。

磯野：おいしくなくはないですか？

敬子さん：おいしくなくはないんですけど、その「おいしい」というおいしさは化学調味料で作られたおいしさで、私の好きなおいしさじゃないんです。

磯野：それは冷凍食品とかが出てくるということ？

敬子さん：というわけではないんですけど、冷凍の野菜とかを使って煮物を作ったりとかですね。

磯野：じゃあ、でき合いの物を使っているから—

敬子さん：そうですね。でき合いというか、調味料とかが。やっぱり、ボランティアで学生を受け入れていたりすると—私は家賃を払っていますが—どこかで出費を抑えないといけ

<sup>\*7</sup> 3.12,p79

ないじゃないですか。<sup>\*8</sup>で、食費を抑えているらしいんですよ。「チラシを見て1番安いものを買っている」ってよく言っているのです。で、調味料とかも1番安いのも、やっぱり人口的なものを使っているのが多いじゃないですか。

磯野：だから、それを食べるのは嫌で、吐いてしまう。

敬子さん：はい。食べなきゃいいんですけど、それができないんですね。

磯野：というと。

敬子さん：勧められると、食べてしまう。場の雰囲気を壊してしまうじゃないですか。みんなが食べているのに1人で食べないで座っていると。<sup>\*9</sup>

磯野：うん。

敬子さん：「それができないな」とは思いますし。

磯野：食べている間も、「やっぱり食べたくないな」と思っているんですか？

敬子さん：そこまでじゃないですけど。「自然のものじゃないな」って言う感じ。あと、大家さんが洋食が好きなので、洋食が多いんですよ。だからカロリーが多いし。でも、「まあ、しょうがないか」と思いつつ。<sup>\*10</sup>

さらに敬子さんは次のようにも話す。

一番許せないのは揚げ物なんですよ。今の下宿は、実家だと1回揚げ物に使った油は毎回捨てているんですけど、下宿のほうは、そうじゃないんですね。許せない。あと、マーガリン使うのも許せない。マーガリンってアメリカで禁止されているの知っています？トランス脂肪酸で。良くないんですよ。そういうのとかも許せない。あと、白砂糖も嫌なんです。白砂糖とか、血糖値を急激に上げるし、中毒性があるんですよ<sup>\*11</sup>。

トランス脂肪酸や白砂糖が身体によくないことは、「アンチエイジングの鬼」<sup>\*12</sup>というブログで知り、それ以来避けるようになった。

敬子さんは1年後、寮を離れて1人暮らしを始めた。寮を出た理由の1つは提供される食べ物が気に入らないことである。1人暮らしを始めて以降、敬子さんは自分の望みどおりに、野菜を中心に食べる生活を送るようになった。

<sup>\*8</sup> 経済的に困窮している学生に夫妻は無償で部屋を貸し出していた。

<sup>\*9</sup> 場の雰囲気を壊すから食べていると話した敬子さんであるが、一方で、嘔吐をしようと思うと、食べ方が不自然に早くなるため、結果的に雰囲気を壊していると敬子さんは述べた。

また、「場の雰囲気を壊すから全部食べている」という部分の語りには、一貫性は見られなかった。筆者はこのインタビューの直後に、たまたま、この寮にお招きいただき、夕飯をご馳走になった。そこで出された料理は、筆者も驚くほど量が多く、さらにボリューム満点であったため、「量がかなり多いから、最初から盛り付けを減らしてくれるように頼んでみてはどうか」と、4ヵ月後のインタビューで改めて、敬子さんに勧めてみた。しかし、その時に帰ってきた答えは、「出されたら、私は全部食べてしまう」、「同じものを出されれば、私は量の多いほうを選ぶ」というものであり、「場の雰囲気を壊すから仕方なく食べている」という語りとは齟齬が生じていた。

<sup>\*10</sup> 2008年夏

<sup>\*11</sup> 2008年夏

<sup>\*12</sup> <http://plaza.rakuten.co.jp/korrida/>

生理・栄養学的な知識の蓄積に伴い、彼女にとって「食べてよい」と分類されるものはより少なく、複雑になっていることが伺える。敬子さんにとって食べ物は、「食べたい/食べたくない」というよりも、生理・栄養学的なまなざしのもとに、「食べることを『許す/許さない』」で判断されるようになったのである。

#### 9.1.4 変貌する身体感覚

生理・栄養学的な知識を積極的に取り入れ、食べ物を「吸収させるもの」と捉える敬子さんのまなざしは、身体感覚にまで変化を及ぼした。そのひとつが胃の感覚、もうひとつが「おいしさ」である。

##### 胃の感覚

敬子さんは胃に対して大変興味深い感覚を抱く。次の2つの語りを見て欲しい。

##### ■胃に関する語り I.

サークルで飲み会があったりして参加しても、居酒屋で出てくるのって、カロリー高そうな物ばかり。いくら食べ物に対して寛容になっても、これは無理。でも酔っていると「もういいや。」って思ってしまうつい口に入れる。帰るころに後悔して、帰り1人ならコンビニよってパンやお菓子買って帰りの電車で食べて家で吐くようになりました。これは酔ってなくってもするようになって、「お昼は普通に食べよう！」って思っても、食べてるうちに胃が張ってくと吐きたくなり、授業をサボったり、サークルも理由をつけて休み、全部の食堂によって過食。帰る途中にあるスーパーなどに寄ってお菓子、パンを大量に買い込み電車の中で胃に詰め、家で一生懸命吐く。学校で吐くときももちろんありました。<sup>\*13</sup>

##### ■胃に関する語り II.

敬子さん：(食べる時) どうしても我慢が出来なくて、吐き続けてましたね。入って来ると胃が膨れるじゃないですか、それが無理でしたね。膨れている状態が。気持ち悪くなっちゃって。

磯野：そんなにたくさん食べれば当然ですよ。

敬子さん：そこまで行かなくても胃に入っている感じがだめでしたね。過食嘔吐しているときは腹筋に力をいれて、(食べ物が)下に行かないようにして。

磯野：そんなことが出来るんですか！

敬子さん：意識をしてやっていたね。

磯野：すごいですね。

敬子さん：許せなかったんですよ。胃より下に食べ物が行くのが本当に嫌で。

磯野：それは、小学校や中学の頃にもあった感覚ですか？

敬子さん：ないですね。吐き始めてから身についた感覚というか、どんどんやせていって、

\*13 はじめの語り

それがすごい快感になったときがピークでしたね。

磯野：そして、(過食嘔吐がそれほどひどくない現在は)、そういう感覚自体が少ない一面  
白いですね。人間の感覚って。

敬子さん：でも過食するとやっぱり、「あー、なんか流れている」っていう感じがあります  
ね。消化している感じが。<sup>\*14</sup>

ここで「生理学的に見て、彼女の感覚は間違っている」といった反論があるかもしれないが、ここで問題にしているのは、胃の生理学的な働きではなく、彼女の主観的な感覚である。たとえ彼女の胃に対する感覚が生理学的に見て不適切であったとしても、彼女にとってその感覚は「現実」であることに注目したい。

しかし、普段我々は何を食べるとき、「食べる」という言い方をあえて避け、「胃に詰める」と言うようなことがあるだろうか。「お腹が一杯」という言い方をあえて避け、「胃が膨れている」、「(消化されて下に)流れている」と言うようなことがあるだろうか。

「食べる」という行為は、目で見て、匂いを嗅ぎ、食感を楽しみ、味わって、食事の場にいる他者との会話を楽しむといった、複数の要素のアンサンブルによって構成される立体的なものである<sup>276</sup>。

しかし、生理・栄養学的な知識を次々と取り入れ、食べ物を「吸収させるもの」と捉える敬子さんの場合、「食べる」という行為の立体性は失われ、それは、胃の生理的なはたらしのみに過剰な注目が払われる、平面的な行為に変貌している。

結果、敬子さんは胃に対する大変敏感な感覚を発達させたが、この身体感覚は、他の身体感覚と共鳴して、「食べる」という体験をより豊かにすることはしない。むしろ敬子さんの胃に対する感覚は、「食べる」という行為において、しばしば動員される視覚や嗅覚、触覚、味覚といった感覚を犠牲にすることで排他的に発生しているため、「食べる」という体験の豊かさは色あせてしまう。

### おいしさ

敬子さんの食べ物に対する感覚が排他的であることをよく示すのが「おいしさ」に関する語りである。

敬子さんに、自分にとっての「良い食べ物」と「悪い食べ物」を分類してもらい(表9.1)、これらが、「おいしい」と「まずい」にそれぞれ対応しているかについて質問すると次のような解答が返ってきた。

良い食べ物	野菜, 魚, 果物, 玄米, 全粒粉, ライ麦, 栄養があるヘルシーなもの, 普通に一般的に良いと言われているもの
悪い食べ物	ドーナツ, 菓子パン, パン, クッキー, ケーキ, 菓子, おかずなど加工されているもの, 人工的な添加物を使ってあるもの, カロリーだけのもの, 栄養がないもの

表 9.1 食べ物の分類 (敬子さん)

\*14 2007 年春

磯野：さっき、「良い食べ物」と「悪い食べ物」について聞いたんですけど、それと「おいしい」と「まずい」というのはリンクしていますか。

敬子さん：していますね。

磯野：じゃあ、良い食べ物はおいしいと。

敬子さん：素材で十分おいしい。「いけない食べ物」っていうのは味付けをひどく濃くしたりとかあるじゃないですか。余計に付け足さないと食べれない。

磯野：じゃあ、ドーナツみたいなのは。

敬子さん：そうじゃないですか。

磯野：まずいほうに入りますか

敬子さん：えー。でも、正直、甘い、油っぽいついていうのはありますよね。でも、「吐くからまあいいや」みたいな。

磯野：それは体の中にそういう食べ物が入るのはちょっとー

敬子さん：そうですね。そういうのは。

磯野：じゃあ、ケーキもー

敬子さん：いや、まずくはないですよ。すみません。まずくないです（笑）

磯野：「良くない食べ物」と「悪い食べ物」、「おいしい」と「まずい」はイコールではない。

敬子さん：ではないですよ。「おいしい」と思いますよね。ケーキとかは。焼肉だったり。「いいにおいだ」って思うし。でも、そういう素材も「おいしい」とは思うし。

磯野：じゃあ、「良くない」って思っているものでも味は好きなものはある。

敬子さん：そうですね。でも、もう「体に悪い」って言うのが自然条件として出てきちゃうって言うか、そういうブロックが最初からあるので、味だけで素直に（「おいしい」）っていうのがもうできないんですよ。「『あー、これ好き』」っていうのが、単純に言えないっていうのがあるかなって。最近ちょっとゆるくなってきた感じがあるんですけど。

磯野：ひどかったのはー

敬子さん：高校、大学ですかね。

磯野：味がどうこうの前にー

敬子さん：見た瞬間に「これはもう駄目。」って。「駄目な奴だ」みたいな。でも、それは中学もそうでしたね。

磯野：例えば、（バイト先でもらってきた）パンを食べていたとき、それはいけない食べ物に入っていたんですか。



敬子さん：はい。

磯野：食べているときは嫌な気分だったんですか。

敬子さん：はい。罪悪感一杯で。

磯野：なるほど。

敬子さん：食べ終わったら、「あー、食べちゃったー」、「あー、あー」みたいな。

磯野：だけど味が嫌いかというところ

敬子さん：好きですねえ。<sup>\*15</sup>

「良い食べ物」と「悪い食べ物」、「おいしい」と「まずい」はそれぞれ対応しているのかについて、筆者がたずねた際、敬子さんは「対応している」と迷わず答えている。

しかし、敬子さんが挙げた食べ物それぞれについて質問すると、それらは必ずしも対応してはおらず、むしろ「良い食べ物」に対する敬子さんの強いこだわりが、「おいしさ」を感じにくくさせていることが分かる。

先ほど、「食べる」という体験は複数の要素が一体となってかもし出す立体的なものであると述べた。そして、その中でも「おいしさ」は、これら複数の要素が調和しあい、美しい多面体を構成したときに現れる体験であると言えよう。

そして敬子さんは「おいしさ」を感じるための身体感覚を物理的に失ってしまっているわけではない。焼いた肉のおいを嗅げば「いいにおい」と思うこともできるし、ケーキを食べれば「良い味だ」と思うこともできる。

つまり敬子さんが食べ物と触れ合ったときに生じる複数の身体感覚は、それぞれ調和しあって、「おいしさ」という体験を彼女のうちに立ち上げようとするのだが、カロリーや栄養素など、食べ物の数値化できる側面ばかりに注目する、食に対する平面的なまなざしが、それを押しつぶしてしまうのである。

## 9.2 拓美さん

現在 30 代の半ばで、1 児の母である拓美さんは、4 人家族の長女として東北地方に生まれた。高 3 の時に拒食症と診断され、以来 2 回の行動療法<sup>\*16</sup>を受けて今に至っている。家事や子育てに支障がでるほどではないものの、食に対するこだわりからは依然抜け出せない。

拓美さんは真面目で誠実、聡明な女性である。

文化人類学者であれば、インタビューの最中で話の主題や、主語が変わってしまい、質問に対する明確な答えを聞き出せないという事態に必ず遭遇するだろう。

ところが、拓美さんとのインタビューでは、そのようなことがほとんどなかった。

拓美さんの回答は常によどみなく簡潔で、またメールで質問をしてもその回答は常に早く確実であり、拓美さんが仕事のパートナーであれば、相手はとてもやりやすいだろうこ

<sup>\*15</sup> 2007 年秋

<sup>\*16</sup> 2.7.1,p46

とが、容易に想像できた。

また拓美さんは、私より年上ということもあってか、自分は調査の協力者であるという位置づけを意識し、そこから逸脱しないよう気を使ってくださっているように感じた。他の語り手の皆さんは、私個人のことに関して質問をしてきたり、お茶や食事に私を誘ったりしてきたりし、もちろん私はそのような時間をとても楽しませてもらっていたのだが、拓美さんは、そのような働きかけを全くしてこなかった。

拓美さんは、小学校の頃、「大人のずるさ」のようなものに嫌悪感を持ち、友人と一緒に校長先生に直談判しにいったことがあったという。

拓美さんと話していると、そのような正義感の強さの片鱗は確かに伺えた。

このような傾向は、逆に拓美さんを生きづらくした部分もあるのかもしれない。しかし、拓美さんと関係を築く中で、「この人は、卑怯なことをしたり、誰かを裏切ったりすることは絶対にしないだろう」といった安心感を筆者は得るようになっていた。

拓美さんは、小、中、高、大学と常に友人に恵まれていたという。これは、単に周りだけの問題ではなく、拓美さんのこのような人柄がひとをひきつけた結果なのだろう。

それでは、拓美さんはどのように生理・栄養学を取り入れて行ったのであろうか。拓美さんのあゆみを細かく検討してみたい。

### 9.2.1 中学までは自然に食べられていた

中学までの拓美さんにとって食はそれほど困難なことではなかった。

もともと肉が嫌いだったため、保育園と小学校の頃は給食の肉料理が食べられず、「全部食べるまで席を立ってはいけない」と担任に言われ、授業が終わり、全校生徒が帰っても頑なに食わず、皿とにらめっこをしていたときもあったが、中学になると残しても咎められなくなり、気楽に給食の時間が過ぎるようになった。

家では、「食べるまで席を立ってはいけない」、「食わず嫌いは良くない」などと、作法や食べ方について母や姉から口うるさく言われたことが度々あったため、「残してはいけない」と常日頃から感じていたが、家では魚料理が多く、嫌いなものを無理やり食べさせられることもなかったため、家での食事は概ね楽しむことができていた。

「カロリーの『カ』の字も知らなかったし、本当に食べたいものを好きなように食べていました」と拓美さんは振り返る。

### 9.2.2 お前の妹、すごい太ってるね

拓美さんは入試の成績が学年でベスト5に入り、奨学金をもらって高校生活を送ることができるようになった。拓美さんが成績優秀で奨学金をもらえたことに両親はとても喜び、そんな両親を見た拓美さんもとても嬉しく、また奨学生であるから成績を落とさないようにしなければならぬと気を引き締めた。<sup>\*17</sup>

学校から「勉強をしろ」とはっぱをかけられていたわけではなかったが、進学校で難関大学を受験するのが当たり前という雰囲気があったため、誰から言われるわけでもなく自ら進んで勉強に励んだ。

<sup>\*17</sup> 拓美さんと両親の関係については10章で詳述する。

拓美さんにとって、食が自然なものではなく、注意を払わねばならないものになったのは、高校に入学して、しばらくしてからのことである。

当時、154cm / 54kg という少しぽっちゃりした体型であった拓美さんは、ダイエットを始め、やせてきれいになった4つ上の姉の影響もあり、「やせたいなあ」と漠然と感じ始めていた。

そんな時拓美さんは、久しぶりに再会し、仲もそれほど良くなかった中学時代の友人から「顔が丸くなったね」と言われ、さらに当時の姉の彼氏が「お前の妹すごい太っているね」と言っていたことを姉から伝え聞いてしまう。

2人に同じことを指摘され、さらにそのうちの1人が男性であったことに大変なショックを受けた拓美さんは、姉にカロリー計算を教えてもらいながら、ダイエットを始めることにした。

初めのうちは、姉と一緒にやるダイエットが楽しく、また母親の淳子さんも「女の子は太らないほうが良い」という方針を持っていたため、2人のダイエットに協力的であった。

しかし、姉のダイエットが頓挫した一方で、拓美さんのダイエットは高1の終わりくらいから日増しに過激になった。勉強と同じでやればやるほど成果がでるダイエットは、面白くて仕方がなかったという。

### 9.2.3 過激になるダイエットと崩壊する食卓

協力的だった淳子さん、そして娘たちのダイエットに対して特に言及しなかった、父親の勝さんの態度が変化し始めたのは、拓美さんが夕飯を抜き、部屋にこもって勉強をするようになった頃である。

夕飯を抜くダイエットは長い期間は続かなかったものの、食卓に戻ってからも拓美さんは食べる量を減らしていったため、淳子さんは拓美さんを心配したり、もっと食べるようにと注意をするようになった。

拓美さんの家はもともと野菜と魚の料理が多かったため、油を使っていない野菜料理や味噌汁は今までどおり食べられたが、ご飯は茶碗に一口、焼き魚は半分、炒め物もほんの少し口をつけるといったように、少しでも太りそうな料理は量を極端に減らした。

拓美さんの家は、大皿に盛られた料理を取り皿に各自取るのではなく、それぞれのおかずが予め小鉢に1人用として取り分けられていたため、拓美さんがどのくらい食べているかは一目瞭然であった。

勝さんは、ほとんど食べない拓美さんを見ただけで顔色を変え、淳子さんは頑なに食べない拓美さんと気分を害した夫の間で動揺し、姉は、そんな食卓の様子に苛立って嫌味を言いながら早々に食事を済まして自分の部屋に閉じこもった。

食べる量が少ないことを指摘すると、拓美さんが大変不機嫌になることに気づいた淳子さんは、なるべく食のことに言及しないよう、途中から注意しているようであった。

だが、その我慢が限界になると、「食べて欲しい」と拓美さんに涙を流しながら頼み、そんな淳子さんとそれでも食べない娘を見て、「お前のせいだ」、「お前が悪い」と勝さんが淳子さんを大声で責め、そんな状況に嫌気が差した姉が食卓からいなくなるのが何度も続いた。

拓美さんは、自分のせいで食卓の雰囲気が悪くなっていること、子供の問題は全て母親

に責任があると考え勝さんが、子供のいない場所で淳子さんのことをひどく責めているだろうことも容易に想像できた。だが、太ることを考えると恐ろしくてたまらず、どうしても食べることはできなかった。

外食では、できる限り摂取カロリーを少なくしようと努力した。サラダにドレッシングがかかっていたら、コップの水をかけて、洗い流した。友人とやむを得ず外食をしなければならぬ場合は、ドレッシングをかけないように頼むか、初めから頼まないようにした。

学校へはお弁当を持って通った。淳子さんは少しでも食べられるものをと、拓美さんが食べやすいような野菜のおかずを一生懸命に作り、とても小さいお弁当箱の中に詰めてくれたが、ご飯だけは必ず私に盛らせて欲しいと拓美さんは譲らず、彼女のよそったごはんは、小さいお弁当箱の1-2cmを占めるだけであった。昼食を共にする友人は、やせてしまった拓美さんがそれしか食べないのを見てとても心配をしたが、拓美さんは平静を装った。

#### 9.2.4 プライドの芽生え～密かな自慢は「食べないでいられること」

初めは、やせてきれいになりたくてダイエットをしていた拓美さんであったが、次第にやせることではなく、食べないこと自体が目的になっていった。拓美さんは体験記にこう綴っている。

私も摂食障害の間はずっとそうでした。自分の食欲を抑え、人には真似できないような少ない食事で満足できることに、プライドを持っていました。本当の意味での満足感ではないんですけどね。「誰よりも食べずにいられる！」というのが密かな自慢でした。

拓美さんにはいつも「食べたい」という強い欲求はあったが、同時に「食べない」という状況を守ることに必死になり、それを抑えることに生きがいを感じるようになっていたため、次第に体重を測らなくなった。

とはいえ、ほとんど食べないため、当然どんどんと体重は減り、高2の冬には30kgを少し上回る程度にまで、拓美さんはやせ細ってしまった。

#### 9.2.5 入院

回りの人間には、あたかも元気一杯であるかのように振舞っていた拓美さんであったが、身体に起こっている異変には気づいていた。体力の低下で歩くことすら辛く、吹雪の中を登校したら、あまりの寒さで涙まで流れた。体育の時間に前転をしたら激痛が走り、鏡に映してみると、背骨に沿って、点々と内出血が起きていた。やせすぎた自分の身体に原因があることは拓美さんもうすうす気づいていたが、だからといって体重を増やそうとは露ほども思わなかった。

「何かがおかしい、でもどうしたらいいかわからない」、そんなことを漠然と考えていた高2の冬、学校の養護教諭である若林先生が「悩んでいることがあるでしょう。一度保健室に来ない？」と拓美さんに声をかけた。それまで拓美さんにとって、「口うるさいおばさん」でしかなかった若林先生が、このときばかりは女神に見えた。

保健室に行くと若林先生は、「食べられないんでしょう」と拓美さんに率直にたずねた。毎年、拓美さんのような真面目で頑張り屋の生徒の中に、同じような状況になってしまう生徒が2,3人いること、そして近くの病院に入院することで、それなりに回復をしている

ことを拓美さんに説明した。

一刻も早くこの状況から脱出したいと、拓美さんはすぐにこの病院に入院したいと考えた。拓美さんが病気だとは思っていなかった母親も、初めは驚いていたが、拓美さんから話を聞くと納得し、紹介された地元の総合病院の精神・神経科を2人で受診し、神経性食欲不振症との診断を受け、入院が決定した。学校を長期に休むことになるため、単位が心配だったが、学校は、成績がトップクラスの拓美さんに大きな期待を寄せており、入院には協力的な姿勢を示してくれた。

拓美さんの受けた治療は行動療法<sup>\*18</sup>である。この治療に抵抗する拒食症の患者が多い中、拓美さんは医師も驚くほど積極的に治療に参加し、出された料理はすべて食べ、体重を順調に回復させた。

### 9.2.6 退院とカロリー地獄

体重も回復し、以前のように食べるようになった拓美さんを見て、家族も、学校の先生も大変に喜び、拓美さん自身も嬉しさと充実感を感じていたが、拓美さんは中学の頃の「自然な食」を取り戻したわけではなかった。

食事療法で徐々に体重を増やし、着々と「ごほうび」を獲得しながら、5ヶ月が過ぎました。その頃には、病院から学校に通っていました。仲の良い友達にも会え、授業も受けることができ、ほんとに嬉しかった。そしてとうとう10月のある日、退院することができました。体重は入院時より10キロ増えました。

周りにはみんな大喜び。家族、学校の先生、友達…。もちろん、私も嬉しかったです。何といても、家に帰れるのだから。そして、入院する前よりも、うんとたくさん食べてもいいのだから。今の体重を維持するために。

しばらくは、幸せな日々が過ぎました。しっかり食事をとる私を見て、両親も安心したようでした。料理は、きちんとカロリー計算して、母と2人で作りました。でも、カロリーが計算してあるからこそ、不安なく食べることができたのです。つまり、計算しなければ、食べられなくなってしまっていたのです。M先生は、「これからはきちんとカロリー計算をして食べるように」と念をおしました。そうでないと、またどんどん体重が減ってしまうかもしれないからです。病院に引き続き、家でもきっちり管理された食事をとることで、私は「自由に」食べることを忘れてしまいました。あくまでも「体重を減らさないため」の計算が、「体重を減らさないため、そして増やさないため」の計算になってしまいました。

結局、私の気持ち自体は何にも変わっていなかったのだと思います。太るのが怖いという気持ち、たくさん食べることへの不安などは、この入院生活ではまったく解消されませんでした。頭にあったのは、ただただ「ごほうび」をもらって退院したい、ということだけでした。その結果、体重は戻ったものの、心の問題は置き去りのままだったのです。「食べたいものを食べる」という、小さい子供でもできる簡単なことが、やはり私にはできないままでした。ここで完治しなかったことが、こんなにも後々まで後を引くことになるとは、この時は夢にも思っていなかったのです。<sup>\*19</sup>

カロリー計算の重要性を医師から指導されて以降、拓美さんは厳密なカロリー計算を開始し、これを通じて、命を危険にさらしかねない食事のあり方を改めることができました。だ

<sup>\*18</sup> 2.7.1,p46

<sup>\*19</sup> 体験記より

が一方で、拓美さんはカロリー計算にがんじがらめにされていく。

### 9.2.7 上京しての浪人生活

退院後、拓美さんは受験勉強に打ち込み、関東の難関大学を受験したが、残念ながら結果は不合格であった。

大変なショックを受けた拓美さんからの口からは、「進学をせずに、どこかに住み込みで働く」というような極端な発言まで飛び出し、周りを驚かせたが、もう1年頑張るように担任に励まされて落ち着きを取り戻し、東京の予備校に通って、再挑戦することにした。

東京に出て初めての一人暮らし、しかも浪人生活ということで、とにかく不安だらけでした。しばらくは、寂しくて寂しくて気が変になりそうでした。そのうち、予備校でも仲の良い友達ができ、都会での刺激のある生活が楽しく思えるようになりました。

問題は食事です。一人で好きなものを自由に食べられるのは最高でした。親にあれを食べろ、これを食べろ、と言われない生活。そして東京にはありとあらゆるおいしそうな珍しい食べ物があふれています。でも、その自由に粋をつけていたのは自分自身でした。好きなものを食べるにしても、自分が決めたカロリーを決して超えてはいけません。

これは、今誰もやっているダイエットのやり方としては常識だと思います。基本中の基本でしょうね。太っていないくて健康な人でも、「自己管理できる人物」と思われる方が社会的評価が高いので、進んでカロリー制限している人も多いのではないのでしょうか。でも、私はこんな風潮がとても嫌です。「ダイエットしてます」というのがポジティブで自慢になるような世の中…。周りにダイエット宣言のブログが多い中、こんなことを主張するのはちょっと気が引けますが、ダイエットがただのダイエットに終わらなかった一個人の意見として受けとめてください。

たぶん、私の場合は、「カロリー制限を守ること」自体が目標になってしまっていたのだと思います。その先には何も無い。制限してどうなりたい、というのではなく、それを守ることによって満足感を得ていたのだと思います。ほんの少しでもカロリーオーバーした時の自己嫌悪や不安感というのは言葉に表せないほどのものでした。それこそ、死んでしまいたいと何度も思いました。そして、オーバーしないように、だんだん制限よりも少なめに食べるようになり、また体重が減り始めたのです。<sup>\*20</sup>

上京をしても、カロリー計算の呪縛から拓美さんは逃れることができなかった。拓美さんは、カロリー計算を続ける日々に疲れ果て、食べても太らないと経験上分かっているものばかりを食べて日々を送るようになった。

### 9.2.8 大学生活の始まり

朝から晩まで食べ物のことを考え続け、厳しい食事制限をしながらの浪人生活は決して簡単なものではなかったが、幸いにもその生活は1年で終わり、拓美さんは第1志望の大学に入学することができた。

自由な時間がたくさんあること、いろいろな友人と話をしたり、ゲームをしたり、遊びに行ったりできること、やっと始まった大学生活は、今までの人生で一番と思えるほど楽

<sup>\*20</sup> 体験記より

しいものであった。

しかしその楽しさは、「食の問題を除けば」という制限つきである。カロリーが分からなければ安心して食べることができない拓美さんは、外食の誘いは適当な理由をつけて断り、誘われそうな時間帯には待ち合わせをしないようにした。このため、友人はだんだんと拓美さんに声をかけなくなり、それは彼女にとって大変に切ないことであったが、拓美さんはどうすることもできなかった。

そうは言っても、大学生活において会食を完全に避けることは不可能である。このため拓美さんは、誰かと外食をすることになった際は、「食べないことを不自然に思われないためにはどうしたらよいか」と大変気を使い、同時に、「目の前にある食べ物のカロリーはどのくらいで、一体どれだけ食べても良いのか」とカロリー計算にいそしんだ。

さらに拓美さんは、誰よりも食べずにいられることにも密かなプライドを抱いていたため、他人の食べる量も厳しくチェックした。このため、会話に集中することはもちろんできず、会食の後は疲労感ばかりが残った。

「カロリー地獄」に陥った拓美さんの苦勞がいったいどのようなものであったかが、詳しく書かれている描写が体験記にある。体験記から2つ続けて紹介したい。

#### ■遊園地

遊園地といえば、今から10年近く前の夏、摂食障害がひどかった頃に、バイト先の友達と2人で遊園地に行ったことを思い出します。その友達は私と同じくらいの歳で、きれいでサバサバしていて、いつも素敵だなあ、と思っていました。だから、「今度一緒に遊園地行こうよ?」と誘われて、びっくりしたけど嬉しかった。

待ち合わせは午後だったので、それぞれお昼は済ませてから、ということだったんだけど、当時は人と会う前には極力食べないようにしていたので、朝も昼も何も食べずに行きました。「たぶん、途中で一度はお茶しようってことになって、何か食べることになるかもしれない」というのがその理由。相手に何か食べよう、と誘われた時に、断らずにおいしく食べるためには、前もってこうしておくしかなかった（といっても、実際に誘われたら、やっぱり自分だけ食べないことの方が多かったけれど）。

そういうわけで、かなり空腹だったと思うのですが、当時は常に空腹な状態だったので、多少の程度の差はわからなくなっていました。ただ、もちろん、体はだるくて力が入りません。おまけに暑くてフラフラでした。その状態で、何ていう名前だけ、グルグル回転する乗り物に乗ったんです。そしたら、空腹で振り回されたからか、ものすごく気持ち悪くなって、ダウンしてしまいました。友達にも心配かけて、お茶どころかそれ以上何も乗れなくて、何だかとても情けない思いで家に帰ってきたのを覚えています。

自分のどうしようもないこだわりのせいで、楽しいはずの一日が、台無しになってしまう。あの頃は、そういうことの繰り返しでした。ただただ、いつもと違うシチュエーションで食事をする（あるいは、かもしれない）ことが恐怖でした。

#### ■クリスマス

みなさんは、クリスマスシーズンをどう乗り切る予定ですか? 乗り切る、というのも変かな。イルミネーションが綺麗で、クリスマスソングも耳に心地よく、それなりに楽しいイベントではあると思いますよね。でも、摂食障害だった当時は、何かと神経を使う時期でもありました。

大方のパーティは、アレコレ言い訳を並べて参加しませんでした。ちょっとはクリスマスらしいことをしたい。というか、たまには普段我慢して食べられないものを食べたい。そうよ、特別な日なんだから、少しくらいはいいさ！と自分を説得して、まあ、1つくらいは友達と食事する約束を入れたりしました（一度もしなかった年もありましたが）。

そうと決まったら、血眼になって行きたいお店を探します！こういうチャンスは滅多にならないから、もう、一番行きたいお店で一番食べたいものを食べるんだ！…命がけです。そして、その日まではせつせとカロリー制限に励む。

でも、いざ、その日になってみると、自由に食べるためにこれまでカロリー制限してきたにもかかわらず、やっぱりブレーキをかけてしまう。特に、一緒に食べている友達が案外少ししか食べなかったりすると、自分も食べるわけにはいかないのです。結局、食事中も相手の食べる量、自分のカロリー計算、不安との戦いなどで頭の中は大忙しで、会話にも集中できないし、ゆっくり味わう余裕もなく終わるのです。

こういうことは、クリスマスに限らず年中ありましたが、特にクリスマスは、まわりの人がみんなおいしいものを楽しく食べて幸せそうに見えたので、みじめ感はひとしおでした。

拓美さんには誰かと楽しく食事をしたいという思いももちろんあった。しかし完璧なカロリー計算と、誰よりも少なく食べるという他者との競争を、「楽しい食事」と両立させることは到底不可能であった。

### 9.2.9 味は好きだけどおいしくない。

カロリーに呪縛された拓美さんも、敬子さんと同様に、立体的な身体感覚である「おいしさ」を失った。

磯野：ご飯食べているときに「おいしい」という感覚はありましたか。みんなと食べていて、「楽しいな」とか「おいしいな」とかいう感覚はありましたか。

拓美さん：まず、「楽しい」というのはないですね。まあ、味はわかるんですよ。味覚はあるんです。この味は好きな味だとか。でも、「おいしい」というのは味覚だけじゃないですね。多分、味、味覚と、やっぱり、気持ち。やっぱり、おいしかったら、もっと食べたいじゃないですか。

でも、自分で「おいしい」と思うことを許していないというか。味は好きだけど、最初から私は皿のここまでしか食べないと決めているんだから、あと一口っていうのは絶対に許せなかったのだから、「『おいしい』って感じるか」といわれれば、「味は好き」というものの「おいしい」なんですけど、だけど、「おいしい」からといってもっと食べるかという、そうではなく、「おいしい」からと言って、口に感想で出すこともできなかった。

「おいしい」というと、「もっと食べれば」と言われるから、一切言わなかったですし、ちょっと食べて「あ、お腹いっぱい、ごちそうさま」と言って終わりにしてしまう。食べ始めてからずっとそのことを考えているんですね。ぱっと見て、「あ、今日はこれとこれだけしか食べない」と決めちゃったら、周りがなんとおおうと変えられなかったですし、自分が決めた量を意識して食べるだけなんです。<sup>\*21</sup>

拓美さんは「おいしさ」を感じるための身体感覚を物理的に失ってはいない。

\*21 2007年春



しかし、拓美さんの身体のうちで「おいしさ」という立体的な感覚がたち現れようとした瞬間に、カロリーを厳格に守り、絶対に太ってはいけないと考える拓美さんの食に対するまなざしが、その立ち上がりを押しつづす。敬子さんと同様に、拓美さんの食に対するまなざしも平面的になっているため、立体的な体験である「おいしさ」の現れは、そのまなざしによって押さえ込まれていたのである。

### 9.2.10 再び病院へ

それでは、カロリー地獄に陥った拓美さんに対して、医療はどのようなアプローチをしたのであろうか。

カロリー計算と体重測定に呪縛された生活に疲労困憊していた拓美さんは、大学2年になると、大学付属の保健センターにある精神科を訪ねた。しかし、担当になった精神科医は、摂食障害の治療経験が少なく、診察は、食べたものと体重の報告のみという形で淡々と進んだ。拓美さんは、その治療にほとんど効果を感じることができず、それはその医師も同じであったようで、しばらくすると違う病院を紹介された。

医師の勧めに従って受診した大学病院は、大変込み合っており、散々待ってやっと通された病院の診察室には若い男性の精神科医がいた。彼は、拓美さんを見るなり、「体重計乗って」とぶっきらぼうに指示をし、体重を記録すると、「また来週ね」と言って、診察を終わらせてしまった。

拓美さんは、そのあまりに簡単な診療に呆気にとられ、この病院を再び受診する気持ちをすっかり失くしてしまった。

しかし、勝手に受診を辞めたため、紹介元の保健センターに戻るわけにも行かず、行くところがなくなってしまった拓美さんは、森田療法や内観といった精神療法、摂食障害の専門医によって書かれた著書を読んだり、セルフヘルプグループに電話をかけたりにしてみた。しかし残念ながら、これら著書から、回復へ向けての具体的な指針を得ることは出来ず、またグループからは「あなたのような人が来る場所ではない」と言われてしまい、いかがわしい宗教団体に助けを求めてしまいそうなほど、拓美さんは追い詰められてしまった。

### 9.2.11 平林先生とのカウンセリング

だが、そんな拓美さんに幸運な出会いが訪れる。ある日の心理学の授業で、大学の学生相談室にいるカウンセラーが講師として招かれ講義をし、その先生の優しさに溢れた口調に強く心を打たれた拓美さんは、授業が終わると、矢も盾もたまずその先生の元に駆け寄り、「摂食障害なんです。つらくて…」と自分の悩みを打ち明けたのである。

涙を流しながら、声を絞り出して悩みを打ち明ける拓美さんを見た平林先生は、「私は3、4年の校舎の学生相談室にいるので、3年生になったら、すぐに訪ねてきてね。待ってますから」とにっこり笑って優しく語りかけてくれた。拓美さんは、その言葉に希望をもらい、先生のカウンセリングを受けることを楽しみにして、大学2年を乗り切った。

大学3年になった拓美さんは平林先生のもとを訪れた。拓美さんの願いはただ1つ、「そこそこやせていなくては困るが、ダイエットを始める前の中学生のころのようになんのこだわりもなく、普通に食べたい」というものである。

平林先生のカウンセリングには2つの軸があった。第1の軸は、拓美さんがつけた体重の増減のグラフと食事記録を見比べながら、体重増加の恐怖に拓美さんが飲み込まれないよう、ヨーグルトやりんごといった拓美さんにとって抵抗が少ない食べ物を増やし、ゆっくと体重を増やしていくこと、そして第2の軸は、1週間のうちに起こった嫌なできごとや、不安なできごとに対する対処法を1時間かけてじっくりと話し合うというものである。

信頼のおける先生と2人3脚で行われる週に1度のカウンセリングは拓美さんにとって大きな支えとなり、体重は緩やかに増加した。しかし一方で、食べたものと体重を毎日記録し続けるという作業は、必要と分かっているながらも、大変に骨の折れるものでもあった。拓美さんの願いは、3食を何も考えずに自由に食べられるようになることであり、平林先生と行っているような作業を、日々繰り返すことではなかったからである。

### 9.2.12 結婚

平林先生のカウンセリングを受けながら、拓美さんは厳しい就職活動もなんとか乗り切り、社会人としての生活をスタートさせた。

就職後も食へのこだわりは消えず、毎日同じようなものを食べて仕事をこなしていたが、そんな拓美さんに、人生の転機となるできごとが起こる。職場で知り合い、付き合いようになった覚さんと結婚をしたのである。

結婚は、覚さんが拓美さんの病気を受け入れた上でのものであり、覚さんも拓美さんの心身の状態を気遣っての共同生活であったが、それまでほとんどの食事を1人で食べてきた拓美さんにとって、誰かと毎日の食事を共にすることは大変な心労を伴った。食べる量は日に日に減り、その変化を見るに見かねた覚さんは、次第に語気を強めて拓美さんを咎めることが増えるようになった。

拓美さんは覚さんに対する申し訳なさと、自分に対する罪悪感と情けなさ、しかし、それでも「そんな自分を分かってほしい」という葛藤で一杯になり、2人の間には喧嘩が絶えなくなった。

そうこうしているうちに、拓美さんの体重はどんどんと減り、結婚して2カ月後には、高校で入院したときよりも少ない28kgになった。

「これからは自分だけの人生ではないのだから、勝手に死んだり、病気になったりは出来ない」、「2人でこれからの人生を歩んでいくためにはここで踏みとどまらなければならない」という並々ならぬ決意の元、拓美さんは平林先生が勧めてくれた病院で2度目の入院生活を再開することにした。

### 9.2.13 2度目の行動療法

1度目の入院生活と同様、拓美さんが受けた治療方法は、ある体重に達したら、行動の制限が少しずつ外れるという行動療法である。拓美さんは今回も積極的に治療に参加し、体重は順調に回復をした。

拓美さんは、そのときのことをこう書いている。

私にとっての治療というのは、とにかくひたすら食べればいいわけで、手術やリハビリが必要なわけでもなく、単純です。1回目の入院の時と同じく、入院した時点で食べる気満々

だったので、これは難しいことではありませんでした。何といても、信頼する先生の「食べていい」というお墨付きなのですから。食べさえすれば、今みたいにみっともない姿から、もっと普通の女性らしい姿になれるし、退院できるし、周りの家族や主人もみんな喜ぶ。いいことだらけです。しかも、ずっと食べたくてたまらなかつたんですから！自分さえ許せば、なんの不安もなく食べることができるのです、私の場合。「食べていいんだ！」と思うと、もう嬉しくて嬉しくて、出された食事は全部残さず食べました。それまで、自分の頭で「何をどれだけ食べるか」を計算し続けることにものすごく疲れていたもので、出てきたものを何も考えずにペロリと食べるのは快感でした。<sup>\*22</sup>

拓美さんは1度目の入院と同様に順調に食べ、体重を40kgにまで回復させて退院をした。

### 9.2.14 夫と食べたドリア

始めて行動療法を受け、カロリー計算の重要性を学んで以降、拓美さんはカロリー計算にがんじがらめにされた生活を送るようになった。<sup>\*23</sup>しかし2度目の入院の後には、このような事態には陥らず、食に困難を感じつつも、なんとか覚さんと共に生活を送ることができるようになり、さらには出産まで果たして、母親としての日々を送るようになった。

1度目の入院と2度目の入院の違いは何だったのであろうか。

拓美さんは、2度目の入院で抱いた回復へ向けての強い決意のほかに、担当医がカロリー計算の重要性をそれほど強調せず、低カロリーの食べ物やノンカロリーの飲料であっても、「食べたければ食べればいい、飲みたければ飲めばいい」という方針をとっていたことを挙げた。担当医の食に対するこのようなおおらかな姿勢は、拓美さんの食に対するこだわりの緩和につながったのである。

さらに拓美さんが挙げた、もう1つの重要な違いは、体重が増加して外出許可が出た際、覚さんと何度か外食をしたことである。これは病院の指示ではなく、拓美さん自身の決断によるものであった。

「回復のために食べている」という大義名分が与えられているとはいえ、家族の前でたくさん食べている姿を見せることに、拓美さんは強いためらいがあり、拓美さんは、食事の時間には家族と面会をしないようにしていた。しかし、「覚さんと2人で食べることができなければ、これからの人生は成り立たない」という思いを強くした拓美さんは、勇気を振り絞って覚さんとの会食に臨むことを決意した。

覚さんとの外出が終わり、病院に戻る途中、拓美さんは、それまでであれば絶対に選ぶことのない洋食のレストランに入り、ダイエットを始めてからは決して口にせず、そして絶対に食べてはならないものであったドリアを注文した。家族の目の前で、カロリーがまったく分からず、だが明らかに高カロリーである料理を食べることは、大変勇気のいることであったが、回復が順調に行っていたこと、「回復のため」という大義名分があったこと、そして何よりも自分自身の決意に後押しされ、拓美さんはそれを食べ切ることができた。

カロリーの分からないものを家族と一緒に食べ、それを家族が心から喜んでくれるという経験は拓美さんにとって意味深いものであった。この経験を何度か繰り返さないまま退院をしていたら、家で食べている姿をいきなり覚さんに見せられたかどうか拓美さんは分

<sup>\*22</sup> 体験記より

<sup>\*23</sup> 9.2.5,p166

からないと述べる。入院中に行った覚さんに行った外食の体験が、その後の生活のつなぎとして上手く働いたのだ。

### 9.2.15 ひとりで食べたい

2度目の行動療法によって、拓美さんの食に対するまなざしには変化が起こり、カロリーや体重以外の要素を含みこむことができる余裕が生まれた。しかし退院後、拓美さんは誰かと食べることが好きになったかというそうではなく、拓美さんにとってのご馳走とは未だに1人の食事であると言う。

拓美さんは1人で食べることにに関して次のように語っている。

磯野：1人で食べるのが好きなのですか。

拓美さん：そうですね。どっちかという1人で食べるほうが好きですね。

磯野：それは話したくないということですか。

拓美さん：いや、話は好きです。友達と食べに行くのも、ものすごい嫌とかではないですが、私にとって食べることもとてもすごく特別なことなので、できれば自分だけのために食べたい。食べることに時間を使いたい。本当に味わいつくしたいとかあります。友達といるときは「おいしいね」っていいながら食べるという楽しみももちろんあるんですけど。<sup>\*24</sup>

拓美さんの回答からわかるように、拓美さんが食においてもっとも向き合いたいのは他者ではなく、食べ物であるため、彼女の食に他者は存在しないほうが都合が良い。(食と他者の関係については12章で改めて検討する。)

## 9.3 生理・栄養学の功罪

敬子さんは、カロリーだけでなく、食べ物の栄養学的な組成や、それらの生理学的機能を熱心に研究し、正しい知識を身に付けることで、自分の食の乱れを是正しようとした。

一方、拓美さんは、1度目の行動療法でカロリー計算にもとづく体重管理の重要性を医師から指導されて以来、それなしには食べるができなくなってしまった。

拓美さんは、そんな自分に疲労困憊し、医療機関に助けを求めたが、医療の現場において、このような傾向を緩和させる治療は積極的にはとられることはなく、特に、大学在学中に利用した医療機関における治療では、その傾向が逆に強化されてしまった印象が強い。

むしろ彼女の食に望ましい変化を与えたのは、カロリー計算や栄養学的に正しいものを食べることの重要性を強調しない医師の態度と、覚さんと会食を共にすることを決めた拓美さん自身の決断という、生理・栄養学的とは関わりの薄い態度と決意である。

また、2人のこのような経験において特に注目したいのは、2人が取り入れた生理・栄養学的知識に対応して、彼女たちの身体感覚に変化が生じたことである。

食べるという行為においては通常、5感のすべてが動員され、それらが上手く共鳴したとき「おいしさ」が現れる。「おいしい」という感覚は、それを感じる人が食を通じて周

<sup>\*24</sup> 2007年冬

りの社会とうまく調和していることの何よりの証拠であろう。

しかし、食べ物の栄養学的な組成に注目する、彼女たちの平面的なまなざしは、食が持つそれ以外の側面を捉えることができない。立体的な感覚である「おいしさ」の現れは、その平面的なまなざしによって押しつぶされ、代わりに、胃やカロリーに対する感覚が、彼女たちの平面的なまなざしに呼応するように、排他的に鋭敏になる。

「おいしさ」のような体験は、彼女たちにとっての重要事項ではない。彼女たちにとって一大事は、食べ物とそれを取り囲む社会をひとまとめにして体験することにはなく、世界中どこに行っても比較が可能な科学的尺度によってそれらを計測・評価することにある。

結果、彼女たちの身体には大変奇妙な現象が起こった。敬子さんは胃に対する、拓美さんはカロリーに対する感覚を大変鋭敏にしているが、これら感覚は、焼肉のにおいを嗅いで「いい匂いだな」と思ったり、外食をして「好きな味だな」と感じたりと、生理・栄養学的な正しさ云々以前に、彼女たちのうちに現れる体験を否定する。

もしかすると彼女たちの身体は、給食を「楽しい」と感じたり\*<sup>25</sup>、カロリーの「カ」の字も考えずに食べたりしていた\*<sup>26</sup>、「自然な食」を失う以前の食の体験をしっかりと記憶しているのではないだろうか。そして、その体験が食べ物を前にする度に呼び覚まされようとするのであるが、「科学的知識に沿って『正しく』食べねばならない」という考えによって引き起こされる、「胃が膨れる」とか、「カロリーを取りすぎた」とかいった感覚が、それを押さえ込むのである。1つの身体に矛盾する2つの体験が生まれ、それらが食事の度にせめぎ合うことが、いかに彼女たちを疲労困憊させるかは想像に難くない。

医学ではこのような状態を、「乖離」や「自我の同一性の障害」というような、「症状」として見なすのかもしれない。(実際、拓美さんは乖離症状が出ていると医師から指摘されたことがある。)

しかし、彼女たちが摂食障害から回復する上での試行錯誤の中で、生理・栄養学のシャワーを大量に浴びていることを踏まえると、「生理・栄養学の知識どおりに正しく食べよう」という試みは、食を快適に行おうとする『体験』を否定する『体験』を生み出し、自己を分裂させやすい」と言うこともできるのではないのだろうか。

専門家はしばしば、患者の誤った知識を正しい生理・栄養学的知識によって是正しなければならぬと主張する。確かに、敬子さんが嫌悪するトランス脂肪酸が身体に良くないことは事実なのだろうし、拓美さんが、体重の激減を抑えることができたのは、医師から学んだカロリー計算のおかげなのであろう。

しかし、現在の彼女たちに、それは必要な作業なのであろうか。たとえば、敬子さんが正しい炭水化物の取り方や、血糖値に関する正しい知識を学べば、彼女は回復に向かうのだろうか。\*<sup>27</sup>

栄養学や生理学の知識に呼応するような感覚を発達させた彼女たちを見る限り、彼女たちに必要なのは、これ以上の生理・栄養学的知識を取り入れるのではなく、この学問からある程度の距離を取ることを学ぶことのように思える。

\*<sup>25</sup> 3.1,p64

\*<sup>26</sup> 9.2.1,p164

\*<sup>27</sup> 一方、生理・栄養学的な知識を身に付けるのではなく、心理的な問題を解決すべきとする「還元主義」の一般的な見方は、すべての患者をこのモデルに回収してしまうという問題点を持つ。これに関しては8章で詳しく触れた。

筆者は、本研究の結論においてこの問題をもう一度振り返り、ここから距離をとるにはどうしたらよいのかを検討することとする。そして、その際に「なぜ生理・栄養学のような科学的知識が2重の体験を作り出してしまいやすいのか」という問いも合わせて取り組むこととする。

## 第 10 章

# 「本質論」批判～「家族モデル」と「自然な食」

拒食の状態というのは、親に受け入れてもらうためのチケットっていうか

2008年春  
さゆりさん

本章は「本質論」の代表格ともいえる「家族モデル」を、当事者が自分の状態を解釈する上で積極的に取り入れた場合、「自然な食」にはどのような変化が起こるのかを検証する。

「家族モデル」とは、親の不適切な子育てが拒食や過食排出行動といった行動を誘発すると見なすモデルで、「第1次家族モデル」\*1においては、親は摂食障害における唯一の原因のように語られたが、「第2次家族モデル」\*2においては「原因の1つ」、「発症や症状の維持に影響することもある」というように言い方がやわらげられた。しかし、この2つのモデルにおいて、問題視される親の態度や言動に大差はない。

本研究で、「家族モデル」の影響を大変強く受けているのは、さゆりさんと拓美さんである。2人はどのように自分の親を語っているのだろうか。そのことで「自然な食」は回復に向かったのであろうか。

### 10.1 さゆりさん

さゆりさんは自分の拒食について、次のような解釈を行っている。

磯野:「太ってしまうのが嫌で吐く」とよく聞くのですが、さゆりさんの場合は、そうではないですか？

さゆりさん:ないんですね。その当時はそう思っていないですけど、今振り返ってみれば自分が「何をしたかったのかな」って思ったときに、多分「無理だよ」って言えなかったっていうか。

磯野:無理？

さゆりさん:自分に対して「自信」ってものは全くなかったんですよ。だから、大学受けて

\*1 2.4.3,p23

\*2 2.4.7,p32

ることとか、「大学を受けて、その後どうなるだろう」とか、そういう全てが「私にはできない」というか、「私には無理」というか...。「私はちゃんとやっていけないよ」って思っていたんですけど、誰に対しても不安をぶつけるわけにはいかなかったというか。「私はなんでもできる。がんが一人暮らしなんて、さっさと出て行くし、大学なんて、ちゃんといいところ入るし、社会に出るなんて楽勝。」みたいな態度を親にははして、でも内心はものすごい、「私、何にもできない」って思っている。「私、何にも出来ない」というのを体で表現したというか。

周りが言ってくれるじゃないですかー「あ、もうそんなやせているから。無理だから、学校休みな」って。たぶん自分は「学校休みたい」っていえなかった。こう「病気をやる」っていうか。もともと、ちっちゃい頃は弱かったけど、丈夫になっちゃって。弟が病院通いして、妹も結構風邪引いたりとかで、親に構ってもらえたりとか。自分で病気をやって、やせることで、親が気にしてくれる。「そんなに頑張らなくていいよ」って言ってもらえる。それがたぶん目的だったんじゃないですかね。<sup>\*3</sup>

高3で拒食症と診断され、その症状がひどくなることで、休学に至ってからのというもの、「やせれば苦痛から逃れられる」ことが、頭のどこかにインプットされてしまったときゆりさんは話す。

実際さゆりさんは、ひどくやせることで、自分の環境を一転させることに、これまでで3度も成功している。まず1度目は、とにかく食べられなくなり、それがきっかけで高校を休学した際<sup>\*4</sup>、2度目は体重を30kg台にまで落として、その半年後に大学を退学したとき<sup>\*5</sup>、そして3度目は同じように激やせをし、オーバードースをして入院し、退院後に同棲をしていた彼氏との別れた際である<sup>\*6</sup>。

やせることによって起こったこれら変化は、いずれもさゆりさんが望んだ形での変化であり、また休学、退学、恋人との別れを経験した後に、さゆりさんはひどい拒食状態から脱していった。「やせた身体に意思を乗せた」という彼女の解釈は、自分の願いどおりに世界が変わるまで、断固として拒食をやり続けたさゆりさんの行動と確かによく一致する。

### 10.1.1 親の期待に答えようとしてきたさゆりさん

さゆりさんはなぜ「できない」と口で表現することができなかったのか。その理由についてさゆりさんが語る時、その語りの中心にあるのは、母親の由紀さんを中心とした、両親との関わりである。

### 10.1.2 不安定な母と母を守りたい娘

旧家として知られるさゆりさんの家に20代前半で嫁いだ由紀さんには、嫁いだ当初から、古くから続くしきたりを踏襲せねばならないというプレッシャーがあり、また、彼女の言動には親戚からの厳しい監視の目が常に向けられていた。

夫の徹さんは両親を早くに亡くしていたため、舅・姑とのいざこざに巻き込まれずにすんだが、家には徹さんの祖父がおり、彼は、何時にどこへ出かけ、いつ帰ってきたかなど、由紀さんの一挙一動を監視し、それを日記にすべて記録していた。

<sup>\*3</sup> 2006年春

<sup>\*4</sup> 4.4,p83

<sup>\*5</sup> 4.6,p84

<sup>\*6</sup> 4.9,p86



さらに徹さんの姉は、食に関して大変不安定な人であり、作っておいた食事がいつの間にかなくなってしまうとか、食事の時間になると突然いなくなってしまうといったことがしばしば起こった。

父の祖父から監視されているというプレッシャーを常に感じて生活していただけでなく、食に関して感情的に不安定な夫の姉とも、時間をともにせねばならず、由紀さんが精神的に安らぐ時間はあまりなかったのだろうとさゆりさんは推測する。

徹さんは感情を表に出すことをほとんどしない男性で、由紀さんの悩みや息苦しさに関心することは皆無であったため、彼が由紀さんの盾となり、彼女の苦しさを分かち合ってくれることはほとんどなかった。

しかしそんな徹さんも、過去に辛い思い出を抱えていた。詳しくは聞かされていないが、徹さんの父は、彼が20代のころに、財産目当ての犯罪に巻き込まれて、瀕死の重傷を負い、その後遺症もあって早くに亡くなっていた。徹さんはそれ以来、ふさぎ込んだり、突然切れたりすることが多くなったという。

そして由紀さんの生活をさらに過酷にしたのが、さゆりさんが小学生の時に生まれた弟の知的障害である。由紀さんは長男の世話を追われてさらに忙しくなったが、徹さんが家事を手伝うことは一切なかったため、彼女の負担は増す一方であった。

育児や家事に疲れ、そして夫に対して不満を抱える由紀さんの愚痴をすべて聞いていたのが、幼いさゆりさんであった。さゆりさんは、「母親の愚痴をすべて聞くことによって、母親を守ってあげねばならない」と思い、また、母親に自分のことを話すと、母親が心理的に安定することが多いのを見て、「母親は自分のことをすべて知っていたいんだ」と心のどこかで感じるようになった。さゆりさんは毎日、彼女が学校から帰った途端に始まる母親の猛烈な愚痴をすべて聞き、そしてその日あったことを洗いざらい母親に話すようになっていった。

### 10.1.3 勉強で親に認めてもらいたい

小学校低学年までのさゆりさんは、内向的でおとなしい性格であったが、小学校3年生のときに、怒るときは思いっきり怒るが、褒めるときも思いっきり褒めるというメリハリのある教師に、担任が代わったことをきっかけに、性格が激変した。さゆりさんはとても活発な生徒になり、学級委員長を務めるまでになった。

しかし、5年生で担任が再び変わると、今度は表では児童会をやりながら、その一方で、みんなを誘導して授業をボイコットしたり、授業中に菓子を食べたりというような「問題行動」が目立つようになってきた。さゆりさんは成績が大変優秀だったため、その点では親に良く褒められたが、そのような行動は、親の理解の範囲を超えており、そんなさゆりさんの行動に両親が困り果ててしまうこともしばしばであった。

そのためか両親は、成績は良くなかったが、のんびりしていて、弟が外出先で奇異な行動をとっても、それに対して嫌な顔も見せない妹の佑香さんと、成績は優秀だが、とっぴな行動をするさゆりさんを比較するようになった。「佑香は頭は良くないかもしれないけど、すごく気立てが良くて、性格がいい」、「さゆりは頭はものすごくいいけど、性格はちょっと」と親が2人を比べるのを聞いて、「親に認めてもらうには、親の期待に応じて、勉強で結果を出すしかない」と思うようになっていった。

さゆりさんは親の期待通りに、中学受験をして難関校に入学した。本当はプラスバンド

の強い高校に行きたかったが、進学校に進んでもらいたい親に反対され、希望とは異なる高校を受験して合格した。そして、すでに記したように、さゆりさんは大学進学の際も、親と学校の反対に会い、希望とは異なる大学に進むのである。<sup>\*7</sup>

#### 10.1.4 親に甘えられなかった

さゆりさんは、甘え上手な佑香さんがうらやましかった。寒かったり、雨が降っていたりすると、中学校や塾に送ってもらったり、宿題が分からないと代わりにやってもらおうといった、佑香さんが当たり前のようにできるささいな頼みごとを、さゆりさんはなぜかすることができなかった。

さゆりさんは、そのような姿勢の形成に関わったかもしれないできごとを2つ挙げている。

まずは、小学校2年生のときに、親にだだをこねている友人をうらやましく思っていたさゆりさんが、それを真似て、同じこと徹さんに対してしてみた時のできごとである。父親は、友人と一緒にいるにもかかわらず、だだをこねたさゆりさんを見て、烈火のごとく怒りだし、さゆりさんに手を上げた。そして、それだけにとどまらず、さゆりさんは「自分がだだをこねたせいで、嫌な思いをさせて悪かった」と、その友人の家に父親と一緒に謝りにまで行かされた。

もう1つは、中学のときに母親に塾まで送ってもらった際のできごとである。塾に到着したので、さゆりさんは何も言わずに車を降りた。すると、母親は「感謝の言葉がない」とひどく怒り出し、さゆりさんは「そんなつもりではなかったのに」と思ってとても驚いた。

これ以降も、心の中では「ありがとう」と思っているのに、それが上手く伝わらず、親を怒らせてしまうことが度々あり、「そんなに感謝をしなければならないのなら、頼みごと自体をしなくていいや」とさゆりさんは思うようになってしまった。

「親に甘えられずに無理をし続け、『できない』と言えなくなってしまった子供」というモチーフは「家族モデル」においてしばしば問題があると指摘される親子関係である。そしてこのモチーフは、さゆりさんの両親に関する語りでも、常に中核として現れ続ける。

たとえば、パン屋を引継ぎいでからも、南米に長期間行きたいと考えるさゆりさんと、それに賛成できない徹さんとの間で口論が起こったときのことを、さゆりさんはこう日記に記している。

急に決断をせまられる話が持ち上がって意見を仰ぐためにひさしぶりに実家に行った

父と話すのはいまだに苦手だ。

自分がいかにダメなやつかということを改めて突きつけられる気分になり、本気で描いていた夢が、幼稚園児の「仮面ライダーになりたい」というのと同じに思えてくる。

そしてまた、一番きれいな台詞を言われてしまった。

<sup>\*7</sup> 4.5,p84

「あまえてる」

自分が欠点だらけなのはわかってるからいいかげんだ、とか、自分勝手だ、とか言われても、ちょっとはへこむけどそうだよなー、がんばりましょう。と思えるんだけど、これだけは。

物心ついた時から「あまえちゃいけない」ということを常に心に持っていた。そのためにもすごい孤独感に苦しんだこともあった。いろんな経験をして、時に甘える必要性のことがわかってからも、しっかり刻み込まれた呪縛のコトバは私の行動を左右し続けている。

それなのに私は何度この台詞を言われたことだろう。

これを言われるとなにもかもどうでもいい気持ちになる。

急降下していく心をどうしようと思っていたら昨夜バイト先の社員の先輩女性で、一度ゆっくり話したいと思っていた人と2人で飲みに行くことができ彼女が思った以上に私を認めてくれていたことがわかってちょっと踏みとどまることができた。<sup>\*8</sup>

ここまで見て明らかなように、彼女の語りは、「親の期待に応えることにまい進し、結果、自分の意思や感情が分からなくなった子供が、心の奥に抱えるの無力感や不安感を、やせることで表現する」という、ブルックや下坂といった精神分析家、ミニューチンのような家族療法家、そして斎藤、信田といった、嗜癖の理論をもとに本疾患を捉える臨床家に引き継がれてきた「家族モデル」そのものである。<sup>\*9</sup>

しかし、「家族モデル」とぴったり一致する彼女の語りが、「家族モデル」の正しさを裏付けると断定するのは尚早である。なぜならさゆりさんは拒食症と診断されて以降、摂食障害に関連する知識をかなり積極的に取り入れ、その知識に彼女の語りが影響されている様子が伺えるからである。

### 10.1.5 専門知識とさゆりさん

高3で拒食症と診断され、「自分は『拒食症』っていう病気なんだ」と強く認識し始めてから、さゆりさんは拒食症という病気にどんどんと「はまって」いった。図書館に行ったり、栄養学辞典を買ったりして、栄養学に関する知識を吸収し、何がエネルギーになりやすいとか、血糖値が上がりやすいかなど、一時期は管理栄養士になろうと思うほど、詳しく勉強をした。さらには、自分がどうしてこうなったのかを知りたくなって、斎藤学や信田さよ子<sup>\*10</sup>といった、摂食障害の発症と親の関係を掘り下げている本を読み、過去の両親とのできごとを振り返っては、あれがいけなかったのでは、これがいけなかったのではと原因探しにふけた。

また担当医の大橋先生は、ブルックや下坂、斎藤学や信田さよ子の理論を踏襲しているわけではなかったが、摂食障害の発症には親が関わっていると考える精神科医であっ

<sup>\*8</sup> しかしこの日記について筆者が質問をしたあとの帰り道では、「『甘えてる』といわれているのは嫌だけど、だからといって、父親がくれたパン屋の話を通り、自分で全部やっつけているわけでもないのだから、やっぱり甘えているところもあるのかな」とさゆりさんは話していた。「自分が甘えているかどうか」に関して彼女の中には葛藤があることが伺える。

<sup>\*9</sup> 2.4.3,p23

<sup>\*10</sup> 2.4.2,p20

た。<sup>\*11</sup>

もちろん面談の場で「親が原因である」と断定することは決してなく、「そういうこともある」といった柔らかく言い回しにとどめてはいたが、病院に行くようになって親が明らかな変化を見せたり、対人関係療法を通じて母との関係性を変えようとしていたりしたことから<sup>\*12</sup>、彼のアプローチは、本人にも両親にも浸透していたと見てよいだろう。

さゆりさんは、専門家の著書を読み、その時は分かった気になったが、今になってみると特に役に立ったことはないと述べる。

しかし、さゆりさんの話を聞いていると、彼女自らが、「家族モデル」に積極的に自分を当てはめ、それに従って自分の摂食障害を理解し、それに寄り添って行動しているように見える場面が存在するのである。

### 菓子パンとパフェを食べた受験生活

理由はわからないがとにかく食べられなくなったさゆりさんは、自分の状況がよく分からず、「栄養のありそうな食品をとりあえず摂ろう」という気持ちで始めは野菜ジュースをたくさん飲み、その後、アイスクリームばかりを食べて過ごすようになった。<sup>\*13</sup>

しかし状態が悪くなり、「食べられない」から「食べたくない」に気持ちが変わってから、「栄養をとろう」などとは露ほども思えず、むしろ栄養をとりたくないがために、身にならなような野菜やわかめなどをちよつとつまんで嘔吐をするという行為を繰り返していた。<sup>\*14</sup>

ところが受験期になると、さゆりさんはこれまでとは一転して、菓子パンとパフェだけを食べる生活を送るようになる。さゆりさんはこれまでの食生活をなぜ突如として変化させたのであろうか。<sup>\*15</sup>

この食べ方について筆者が始めて質問をしたとき、さゆりさんは次のような説明を加えた。

磯野：(菓子パンやパフェばかりを食べていたそうですが、)基本的に甘いものが好きなんですか？そうではない？

さゆりさん：なんなんですかね。その時期やけに。やっぱり、そういうのって生理現象じゃないですか。

磯野：生理現象-

さゆりさん：人間追い詰められると甘いもの。やっぱ、受験の時期で、脳が必要としていたのかな。すごい本能で生きていたと思いますよ。その時期。

磯野 でも、その時期は基本的にあまり食べていなかったんですね。

さゆりさん： はい。

磯野：(菓子パンとパフェを)食べた後に、吐いちゃうことはありましたか？

<sup>\*11</sup> 4.3,p82

<sup>\*12</sup> 8.1.2,p143

<sup>\*13</sup> 4.2,p82

<sup>\*14</sup> 4.4,p83

<sup>\*15</sup> 4.5,p84

さゆりさん：吐いてはなかったですね。なぜか別に。パフェと菓子パンだけなら食べていいみたい。その時期どっちかっていうと、「栄養をとりたくない」というか、ちゃんとしたご飯を取りたくない。なんていうんですかね。病人でありたかったんで。

磯野：病人でありたかった。今考えるとー

さゆりさん：今考えると。だから、とりあえず、「栄養なさそう」っていうか、太りはするかもしれないけど（菓子パンとパフェは）健康にはならないじゃないですか、野菜とかそういうのは逆に嫌だったんですよね。健やかになってしまいそうで。で、もともとパフェとか好きだったんですかね。で、それだけっていう感じで。<sup>\*16</sup>

太字の箇所にあるように、この時のインタビューにおいてさゆりさんは、「生理現象」、「脳が必要」、「本能」、「病人でありたい」「健康にはならない」「好きだったのかもしれない」というように、菓子パンとパフェばかりを食べていたことに関して複数の説明を加えている<sup>\*17</sup>。

しかしこの説明では、それまで「健康になりたくない」ために食べていた野菜が、「健やかになりそうなもの」に一転して分類されていることの説明にはならない（表 10.1）。野菜に関する分類の逆転はなぜ起こったのだろうか。それまでの分類に従えば、菓子パンやパフェは絶対に食べてはならないものではないだろうか。

受験前	栄養がなさそうで、身にならなそう だから食べていた
受験中	健やかになりそうだから、食べな かった

表 10.1 「病気でありたかった」と話すさゆりさんの野菜に対する認識の変化

筆者がこの点についてたずねると、さゆりさんは、「その当時そんなに深く考えていたわけではないけど」と前置きした上で、それには自分が仕入れた栄養学的な知識が関わっていると話してくれた。栄養学事典やカロリーブックなどを見て、どのような食べ物がエネルギーになるとか、どの食べ物が血糖値が上がりやすいかなどを徹底的に研究したこと、受験期に菓子パンやパフェばかりを食べていたことには関連があるというのである。

それなんていったらいいんだろう。多分、自分の中で受験を到達するっていうのは、親にとっての希望でもあるけど、「自分の中でもそれをやり遂げたい」っていうのもあって。でも、「親にとって心配な状態でありたい」っていうのもあって。で、それをトータルすると、野菜とか全然頭がボーっとしたままになっちゃうというか、脳のエネルギーにならないものでは駄目じゃん。（勉強）できないじゃん。血糖値が下がればなしのものだと。

でも、急に普通にご飯とか食べていたら、うちの親は安心しちゃうじゃん。そのころはまだ「パフェとか菓子パンしか食べないのよ。」っていう感じになるわけでーちょっと異常な状

<sup>\*16</sup> 2006 年春

<sup>\*17</sup> ちなみに、「生理現象」、「脳が必要」、「本能」という生理的な意味づけは、菓子パンやパフェばかりを食べていた理由としては説得力を欠く。単に糖分が必要というのであれば、砂糖そのものでも良く、菓子パンとパフェでなければならない理由はどこにもない。

態。でも脳は動く。ポーっとしないで、ちゃんと糖分が補給されて。<sup>\*18</sup>

このようにさゆりさんは「本能で生きていた」と話す一方で、身に付けた知識を利用して、「受験は可能でありながらも、親には心配をし続けてもらえる食べ物」を選択していたようである。さゆりさんが仕入れた生理・栄養学知識が、「家族モデル」と相まって、さゆりさんの病態づくりに一役買っていたことが伺える。

### 内科への転院の拒否

「家族モデル」の影響は、さゆりさんがカフェインの錠剤を10粒飲んで、緊急入院をした際にもうかがい知ることができる。<sup>\*19</sup>

さゆりさんは「死にたい」と言って、治療を拒否し続け、点滴を自ら抜いては、過食嘔吐を繰り返した。しかし「それならば内科へ転院させる」と大橋先生から言われると、栄養を補給するための点滴を不本意ながらも受け入れている。

さゆりさんはこの時のことを振り返って、「死にたい」と言い続けたはいたものの、その本心は「死にたい」ではなく、「彼氏のところに戻るのが苦痛なので、母親のところに戻って安心したい」というところにあつたと話す。

つまりさゆりさんは、これまでの体験から「やせた身体」が自分の言葉を代弁することを熟知し、自分の行動があるメッセージとして意味を持つ環境下-すなわち内科ではなく、大橋先生の保護下-に身をおきながら、母親が自分のメッセージを受け取ってくれることを、ひたすら待っていたとも見ることができる。

### 10.1.6 家族モデルへの強まる確信

パン屋を引き継いでから、大橋先生のもとに通院することはなくなっていたさゆりさんであったが、守さんと同棲を始めて1年近く経ったある日、さゆりさんは大橋先生が開く当事者のミーティングにゲストスピーカーとして招かれ、自分の体験について話した。

ゲストスピーカーは他に2人おり、彼女たちは親と自分との関係性を中心に話したのだが、さゆりさんはそのことについてなぜか話せず、南米に行ったことを中心に話をした。<sup>\*20</sup>

さゆりさんはミーティングが終わった後、自分が南米に行った話は、参加した当事者の人たちが聞いたかった話ではなかっただろうと考え、なぜ自分は親のことについて話せなかったのかと自問自答するようになった。

友人にそのことを話すと、「それはそれでいいんじゃないか」、「症状から離れたところにいた方がいい」といった返答をもらったというが、さゆりさんはあまり納得がいかず、「言いたいことはもっと他にあつたのではないか」と考えた。

筆者はこのミーティングが終わった約1ヶ月後に彼女にインタビューをお願いした。すると、摂食障害の症状が出始めたころに関する語りに、明らかな変化が起こっていた。

磯野：(拒食の)きっかけは「とにかく食べられない」ことでしたよねー

さゆりさん：きっかけは寂しくて、夏ばてもあつたのかな。そんなだったと思うんですよ。

<sup>\*18</sup> 2008年春

<sup>\*19</sup> 4.9,p86

<sup>\*20</sup> 4.11,p89

でも、そのときの私の精神状態を考えてみたら、彼氏がいたけど、気持ちが通じていなくて、暖かくない関係で。家に帰るとお母さんはいらいらしているし、お父さんは私に対してOKじゃない。私がどこにいてもOKじゃない状態が全部にあって。学校でも、友達づきあいはしているけど、「この学校って変じゃないか」とか、「このまま受験に向かうのか」とか、そういうことを話しあえる友達がなくて、どこにもOKな場所がなかったって思ったんですよ。で、たまたま食べられないという状態になったら、あんなに駄目出ししていた親が、あんなに優しくなって。結果的に彼氏は離れたけど、そのときに私にとって必要だったのは親だったんでしょうね。親が私に向いたんですよ。それははまっちゃいますよ。なんか、「そこかな？」って。改めて振り返ったら。「はまった」って感じ-そのことに。なんか寂しくなくなったような。だから、あんなにテンション高かったんだらうなって。

磯野：以前、彼と別れてからうつっぽくなったと仰っていましたが-

さゆりさん：そう思ったんだけど、今思い出すと、彼がいなくなったことで、自分的には「落ちるもんだ」と思うじゃないですか。でも、母親に聞いても「超ハイテンションだった」って言いますよね。私が考えてみても、確かにすごいおしゃべりになっていたし、最初に大橋先生に会ったときとか、すごいピシッとしていたのを覚えているんですよ。それが嬉しかったのかな。状態が。<sup>\*21</sup>

「はじめの語り」およびこれまでのインタビューにおけるさゆりさんの語りは、とにかく食べられなくなり、始めは気分が高揚して楽しいくらいだったが、彼氏が離れていった頃にうつ状態がひどくなり、チューイングや嘔吐が始まったというものであった。

しかしここにおいてさゆりさんは、「食べられなくなって親が自分のほうを向いたことで嬉しかった」と、自分と親との関係性により重点をおいた形に語り方を変え、彼がいなくなってうつっぽくなったというのは、思い違いだったと述べている。

もちろん筆者は、さゆりさんの前の語り「ほんとう」で、今のさゆりさんの語りは「嘘」であると言いたいわけではない。

ただ、彼女と両親の関係を検討するのであれば、両親との関係に以前から着目していたさゆりさんが、大橋先生が開くミーティングに参加し、両親のことを話すスピーカーとそうでない自分を比較する中で、自分の語りを変容させ、それが「家族モデル」によく合致する形であったことにも見落とすべきではない。

### 10.1.7 現在も続く親との軋轢～拒食はチケット

さゆりさんは現在、親に絶縁された状況にあるという。

さゆりさんの両親は、さゆりさんが安定した経済状況にないこと、また恋人の守さんに離婚経験があり、さらに定職についていないことが気に入らない。一方さゆりさんは、それほど収入はなくても、自分たちの食べるだけの分は自分たちで稼ぎながら、守さんと2人で、好きなダンスや音楽のイベントやワークショップをやっていきたいと考えているため、今の状況に特に不満はない。

さゆりさんによれば、この見解の違いがあらわになり、母親が絶縁を言い渡してきたのだという。

磯野：「(食べられなくなって、)両親がこっちを向いて嬉しかった」というのは以前にも何

<sup>\*21</sup> 2009年夏

回かお話してくれましたね。

さゆりさん：つまり、拒食の状態というのは、親に受け入れられるための「チケット」っていうか。私が拒食になるタイミングって、東京に帰りたいとか、彼氏と離れたいとか、そのままの私では帰れないので、過食は逆に「親元を離れたい自分の意思」というか、「出て行く自分のあがきなのかな」って思っただけ。<sup>\*22</sup>ひどい言い方だけど、私にとって「親に受け入れられる人間になる」ということは、「エネルギーを失って、死に近い状態になる」ことなのかなって。

実は先月親に絶縁されたんですよ。連絡を一切絶って、会わない。こないだのイベントでばったり会ったんですけど、わたしは壇上において、親は一切話しかけてこないし、電話も一切なし。それが、4月の終わりかな。母親が何度かうちに来るようになっていて、父親が今の私の状態のことを不満に思っているのを頻りに言うから、彼氏といることとか、彼氏のこととか、で、もう一度話さないと駄目だと思って

- (中略：ここでは守さんの引越しに関する詳細な話が展開された) -

親は安定した経済状況がない状況にさせるのがいやなんですよ。私の彼はバツイチで、養育費もあって、安定した仕事がない。フリーの職人で。で、それが私がやっている仕事にくっついてくるのが嫌。私は、お金が必要だけど、私たちの基準でやっていきたい。お金にはならないけど、「やりたい方向性はこっちだ」というのははっきりとあったから。で、彼が外に(仕事に)行って、2人が分かると、時間が分かれて(やりたいことが)できないから、自分にとってOKではない。でも親は受け入れてくれなくて...

で、私からじゃなくて、親のほうから「1人でやっていくってことだね」って。「あなたはお父さんのおかげで仕事をさせてもらっているのに。自分でやるっていうなら、私達は一切関わらないから。」って。多分父親はそんなことまで言う気持ちはなかったんだけど、母親が極端な人だから。で、そこから、ぷつぷつと。

磯野：お母さんも後悔しているでしょうね。そんなこと言ってしまっただけ。

さゆりさん：そうかな。

磯野：親だったらたまらないんじゃないでしょうか。子供に会えないなんて。

さゆりさん：うーん。そうですね。やっぱり、何度言っても分からなかったから。お父さんとお母さんにとって私がどういう状況でいてほしいかはよく分かったけど、私はそれを望んでないから。私がしたいのはこういうことで、今の状態が楽しくて、私は幸せだからこうして。で、私にとって1つの悩みなのは、親がいつも不満を言っていることで、それはひっかかっているけど、今は何も不満はない。親が「それでいいかな」って思ってくれればそれで済む話なんだけど、わかってくれない。どうしても。

磯野：お母さんも腹をくくればいいのに -

さゆりさん：うん。理想像というか、「こうであってほしい」というのがなくなると。そういうことを考えて思ったのは、もし今また絶縁みたいに言われちゃって、彼氏が何かでいなくなったら、「私一人はできないな」って思っただけ。で、「親元に戻りたいって思うのかな？」

<sup>\*22</sup> 「過食」が親から独立したい意思だという彼女の語りは、あまり適切な表現とは言えないであろう。なぜなら過食嘔吐があることで彼女の生活が圧迫され、それが両親の負担となっている部分は少なからずある。親から独立をしたいのであれば、「過食をしない」方がより理にかなってと言える。



と思って。で、「私はまた同じチケットを使っちゃうのかな」というか、「それしか方法ないな」って思っちゃって。「そう考えると、この親とのぐるぐるの中にいる限りは私は回復者ではないのかな」って思って。<sup>\*23</sup>

「ありのままを認めてくれない両親」と「それに苦しみ、親に認めてもらおうとする子供」といった親子のモチーフは、これまでのインタビューでも繰り返し現れていたが、一方で、「両親に原因がある」とさゆりさんがはっきり明言することも一度もなかった。

さゆりさんはこれまで、「両親が悪い」という思いはありつつも、家族会に行った両親から、「なぜ他の子のように（親が悪いと）自分たちを責めないのか」と言われると、「お父さんとお母さんのことを悪いなんて思っていない」といった「いい子」を演じてしまったというし、病院を通じて知り合った摂食障害を持つ友人が、「自分は両親のせいで摂食障害になったのだから、両親のお金をいくら使っても構わないんだ」という話を聞くとむしろ腹が立ったと話していた。

しかしこの時のインタビューで、さゆりさんは自分の摂食障害の原因が親にあることの確信を、その証拠となる親の言動を出しながら、これまでになくはっきりと述べていた。

「摂食障害の原因としての歪んだ親子関係」というモチーフの正しさに対する確信は、当事者の会のゲストスピーカーとして招かれた後にさらに強くなった。そして「また同じチケットを使うかもしれない」と、そのモチーフを使って自分の未来を予測したのは、筆者とのインタビューにおいて、これが始めてであった。

## 10.2 拓美さん

斎藤学と信田さよ子<sup>\*24</sup>の著書を主に軸にしなが、親子関係を詳細に振り返っているのが拓美さんである。

拓美さんが母と娘の関係について分析をするようになったのは、平林先生とのカウンセリングが始まった頃であり、その後、斎藤学と信田さよ子の著書を読むことによって、自分の拒食症の原因の1つが過去の母娘関係にあったことに拓美さんは強い確信を抱くようになった。

### 10.2.1 母に謝って欲しい

拓美さんにとって、「母親に自分の拒食症の非を認めてもらうこと」は、彼女が摂食障害と母娘関係に興味を持ち始めて以来の重要なテーマである。まずは、3日連続して書かれた、拓美さんの体験記を紹介したい。

#### 【母と私】

カウンセリングの中でよく話題になったのは、対人関係について、とりわけ家族とのかかわりについてでした。摂食障害は、母親との関係に何らかの問題がある場合が多いと言われています。自分の場合を考えると、そのような気もするし、そうじゃないような気もします。いえ、母親との関係が、この病気の治療の重要な鍵になっていることは間違いないと思いますが、発症の原因かどうかははっきりわかりません。

私と母親との関係は、どちらかというと友好的なものだと思います。母親は、とにかく

<sup>\*23</sup> 2009年夏

<sup>\*24</sup> 2.4.2,p20

「家族第一」の人で、子供のためなら何でもするような人でした。私が小さい頃から働きに出ているため、長い間カギっ子でしたが、それも家計を支えるためだとわかっていました。母親の愛情を感じなかったことはありません。中学生くらいになると、よくある「友達親子」みたいな感じで、一緒に買い物に出かけたり、恋愛の相談にのってもらったり、ほんとはよく会話をしました。なので、もし私の母娘関係が少しでも影響していたとすれば、「距離が近すぎた」ということかもしれません。私は母親が大好きで、母親を喜ばせたい一心で、「いい子でいよう」、「いい成績を取ろう」と毎日頑張っていました。そうでなければ、まるで母親が去って行ってしまうかのように。そんなことはなかったはずだと思いますが。

母親の期待に応えるべく、頑張って頑張って頑張ってきた私は、とうとう疲れてしまって、ある日、ストライキを起こしてしまった……。そのきっかけが、たまたまダイエット（＝食べない）という形になって現れた、と言えなくもないと思います。「母娘関係原因説」を意識した、ややこじつけな見方をすれば。

「母親の愛に飢えていた」とは全く思わないのですが、なぜか母の気持ちを自分に向かせておくことに必死でした。そして、母を喜ばせるために完璧を目指してきた私は、いつの間にか、ほんとにいつの間にか、母を苦しめることばかりしていました。最初は私のダイエットに協力的で応援してくれていた母も、だんだん骨と皮だけになり、何かに取り憑かれたようにダイエットにのめりこんでいく私を見て、「お願いだから少しでも食べて」と泣いて頼みました。衰弱していく私の浮き出たあばら骨を、泣きながら手でさすってくれたこともありました。母も心配のあまりげっそり痩せてしまい、それでも家族が壊れないよう、必死で明るく振舞っていたのを私は知っています。大好きな母をこんなに苦しめる自分が、憎くてたまりませんでした。

母とのぶつかり合いが多くなったのは、むしろ治療がスタートしてからでしょうか。私自身、自分の気持ちを客観的に捉えられるようになって、私の病気について母とよく話し合うようになってからです。私は何一つ包み隠さずに、自分の不安やつらさを母に語りました。母は、「理解したいけど、どうしてそんな風に食べられないのか、やっぱり理解できない」といつも言い、しまいには泣いたり怒ったりしました。母はとにかく私の体のことが心配でたまらないので、私がまるで他人事のように客観的に自分を分析して説明するのにイライラしてしまうようでした。

母がどうしても認めようとしなかったのは、「親の育て方が病気の原因」という1点でした。私は別にそこまでは思っていないで、親、子供、環境など様々な要因が重なり合って発症してしまったのでは、と考えています。私の性格が大いに関係しているとは思いますが、もしこの母親じゃなかったら発症しなかったかもしれないし、同じ母と子、同じ育て方でも、違う環境にいたら発症しなかったかもしれない。ほんとにたまたま、この組み合わせに限って、こうなってしまったんだと私は思うのです。でも、母は頑として、「母」という要因を認めませんでした。それだけは譲れない、とでもいうように。100%母のせいだなんて言っていないのに。たぶん、母にとっては「自分の育て方のせいで子供が病気になった」なんていうことをほんの少しでも認めることは、耐えられないことなのだろうと思います。でも、私にはその母の態度が最後まで不満でした。<sup>\*25</sup>

#### 【治っちゃいけない??】

こんな風に病気になることで、私は母の注意を引きつけておくことに成功したのです。母を心配させ悲しませるという歪んだ形で。もちろん、当時はそんなこと意識してやっていたわけではありません。

ある時、カウンセリングがだいぶ進んでからですが、H先生が私にききました。「まだ、治っ

<sup>\*25</sup> 2005年冬; 圏点は筆者

「ちやいけないうって思う？」私はドキリとしました。言葉につまりました。治っちゃいけないなんて、それまで考えたこともなかった。そんな考えは許されないはず。でも、確かにそういう気持ちが自分の中にあることに、この時初めて気づいたのです。自分ではわざと病気になったつもりは全然ないけれど、無意識に、病気である方が都合がいいとか、まだ治ってしまいたくないとか、まだ望んだものは手に入れていないとか、ここで治ったら失ってしまうものがあるとか、そういう気持ちが働いていたのではないか。家族が知ったら「なぬ!？」ってというようなことですが、今振り返ってみると、自分の方から病気にしがみついていた、嫌な言い方をすれば病気を利用していた、というフシもあったかもしれません。認めるのはつらいですけど。さすが先生は、すっかり見抜いていたんですね。

じゃあ、どうすれば私は「もう治っていい」と思えるのか。やっぱりそれは、母にほんの少しでもいいから非を認めてほしい、ということでした。「非を認める」というとちょっと言い方が強いですが、「お母さんにもちょっとは反省すべきことがあったかもしれないね、ごめんね」みたいな一言が聞きたかったのです。ずっと、私の性格が原因、の一点張りだったのが私には気に入らませんでした。別に母を責めるつもりは全然なくて、ただお互いに改めるべきところは改めて、努力していい関係になっていきたくったのです

ずっと後になってから、何年も経ってからですが、母はようやく認めました。ある摂食障害者の体験談を何かで読んで衝撃を受けたそうです。その人が長い間、親の期待に応えるために必死で頑張ってきたこと、心のどこかでいつもさみしさを感じてきたこと、そしてその人の親が、娘にそうさせてきたことを心から悔やみ、娘のために仕事を辞め、二人でいろんな国を旅して一緒に過ごしたこと…。母は、その母娘の関係が自分たちとそっくりなことにショックを受けたと言い、「ごめんね、初めて気づいたよ、あんたの気持ち…」と書いてくれました。その瞬間、私の中にずっと居座っていたオモリのような感情が、スーッと消えていくような気がしました。<sup>\*26</sup>

母からの謝罪により、状態に明確な変化があったわけではない。しかし、このことは「もう治ってもいいかな」と思える1つのきっかけになったと拓美さんは振り返る。

### 10.2.2 深まる確信

母から謝罪を受けたものの、拓美さんの母娘関係への注目はこれで終結したわけではなかった。2回目の行動療法から退院した後、自分が食に対するこだわりから完全に脱却できたわけではないことに気づいた拓美さんは、「自分の親がこうだったから、自分はこうなったんだ」と納得しないと前に進めない気がして、過去の母娘関係に関するさらなる探究を開始したのである。

その際に拓美さんが手がかりとしたのが斎藤学と信田さよ子の著書であり、この著書によって拓美さんは自分の摂食障害が、いびつな母娘関係から生まれたことにさらなる確信を深めてゆく。

#### 【こんな本見つけました】

久しぶりに、摂食障害について。先日、近所の図書館で『生きるのが怖い少女たち』（斎藤学著）を借りてきました。サブタイトルは「過食・拒食の病理をさぐる」。まだ最初の部分しか読んでいないのですが、すでに心が揺さぶられています。昔、自分の病気を知った頃は、よく摂食障害についての本を読んだものですが、だんだんひどくなるにつれて、避けるようになっていました。今でこそ自分で体験記なんて書いていますが、当時は人の体験記を読むのはつらくて怖くて耐えられませんでした。最近、こうして自分の体験を振り返るように

\*26 圏点筆者

なってから、また読んでみたくなったのです。

著者の斎藤学さんは、ナバ (NABA 日本アノレキシア・ブリア・アソシエーション) という摂食障害の自助グループの活動を支援しているらしいのですが、今思えば、前に書きましたが、私が助けを求めて電話をした自助グループが、ここだったような気がします。その時は電話に出た人のあまりにも冷たい対応にショックを受けたので、そのことについて批判めいたことを書きましたが、この本を読んで、少し反省しました。この組織自体は摂食障害で苦しんでいる人にとっての拠り所であり、大きな役割を担っているのだと感じました。たまたま、電話に出た人が、ちょっと虫の居所が悪かったのかも…。私としては、やっぱり一人でも多くの人に摂食障害の地獄から抜け出してほしいので、こういう活動を応援したいと思っています。

ナバや著者に寄せられた患者さんたちの悲痛な叫びは、読んでいて胸が締めつけられるものばかりです。特に過食・嘔吐の苦しみは壮絶なものがあるようです。以前、「私は過食・嘔吐の経験はないが気持ちはわかる」と書きましたが、実際にはその半分もわかっていないのではないかと、とまた自分の甘い認識に反省させられました。もちろん、拒食一辺倒だってむちゃくちゃ苦しい。でもやっぱり、ほんとの苦しさは、体験したもののじゃないとわからないのだと思います。

摂食障害について、もっと正しい認識を持ちたいので、これからじっくり読んでみるつもりです。<sup>\*27</sup>

#### 【読書のつづきです】

まだ、『生きるのが怖い少女たち』を読んでいる途中で。子供の寝ている隙を狙って読んでいるので、なかなか進みません。

これまで読んだ中で共感できた部分は、「母・娘カプセル」が摂食障害を引き起こすのでは、という考え方。「母・娘カプセル」とは、家庭内に閉じこもり、空虚感や寂しさ、怒りを抱えた母親が、従順な娘を愚痴の聞き役、人生の相談相手にし、娘が「幼いカウンセラー」として母親を支えるようになる時に形成される強固な関係のことのようです。そして、そんな娘たちが摂食障害になるのは、青年期に入って、母親との密着した関係に疑問を持つ時。つまり「障害」は真の成長のためのきっかけとして「健康」な意味を持っている、というのです。娘はこの「母・娘カプセル」からの母離れを試み、一転して母親の生き方を批判するようになり、自分は母親とは違う、もっとまじな人生、例えば完璧な体型になろうと極端に走る…。このやり方自体は自滅的で問題アリですが、膠着した関係から抜け出そうとするエネルギーそのものは健康なものだ、というのが著者の意見です。

私の場合、そこまで明確ではないけれど、確かにそんな母娘関係はあつたような気がしません。父への不満や愚痴を聞き、何とか母を守ってあげなきゃと思っていました。でも心のどこかで、それが重荷でもあったし、母にもっとしっかりしてほしいと思ったし、「私のことを見て！」とも思いました。そう、確かにやり方はまずかったけれど、何とかそんないびつな関係を壊したい、と私なりに反乱を起こしたことは、ちょっと肯定できるような気がしました。<sup>\*28</sup>

#### 【読み終わりました】

昨日、やっと『生きるのが怖い少女たち』を読み終わりました。その中で、著者は「摂食障害は嗜癖である」と主張しています。私も昔どこかでこういうことを聞いたことがあり、何となくわかるなあと感じていました。嗜癖とは、逸脱した習慣への執着のこと。アルコール依存症なんかと同じです。似たような思考パターンなんだろうな、と自分でも思います。摂

<sup>\*27</sup> 2005年春

<sup>\*28</sup> 2005年春; 圏点は筆者。

食障害の、特に拒食の部分は、「飢餓（空腹）を気持ちよく感じて、食べ物が胃の中にある感覚を嫌悪し、すべてを吐き出そうとする」そして、「この行動が嗜癖化する」。わかるわかる。私は、「食べない」ことに依存していたと思います。「食べない」ことで自分を何とかしないでいたというか、自分の存在を確認していたというか...。その行動をしなくなると、自分が壊れてしまうような感覚があったのです。

さらに著者によると、「嗜癖は『私を抱っこして』というメッセージである」。そして、摂食障害にも、「その基底には『抱擁』への飢餓感が認められる」と言っています。前にも書きましたが、私は「母は私のことを大切に思ってくれている」とは確かに感じていましたが、それでもなぜか、いつも飢えているというか、寂しさのようなものを感じていて、「もっと、もっと！」と母親の関心を集めようと必死だったように思います。何が不安だったんでしょうね。自分でもわかりません。

この本はどちらかというと、過食-拒食を繰り返すパターンの摂食障害にスポットを当てているので、私には当てはまらない部分もたくさんあったし、著者がいわゆる「精神療法」は嗜癖の治療には全く役に立たないと主張する点については疑問もありますが、改めてこの病気について思いを巡らすことができ、理解が深められたと思います。<sup>\*29</sup>

斎藤の著書を読む前、拓美さんの母娘関係が原因であるというモデルに対する見解は「そうと言えなくもない」「ややこじつけ的な見方をすれば」といった、家族モデルとはやや距離を置いたものであった。<sup>\*30</sup>しかし著書を読んだ後、拓美さんの語りは「そうだったように思う」と、より肯定的な言い方に変化している。

### 10.2.3 母との話し合い

自分と母の関係が歪んでいたことについて確信を強める拓美さんは、母親とそのことについて話し合おうと、幾度か試みている。

年末年始は、家族3人、私の実家で過ごし、昨日帰ってきました。向こうは少し雪が積もっていたので、息子と雪遊びができてよかったです。

概ね、楽しく穏やかに過ごすことができました。遊びにきた姉ともじっくり話をするのができたとし、パパにも最近考えていたことが言えたとし、みんなに息子の成長ぶりを披露することができたとし。

でも、実家に戻って、自分の育ってきた家庭環境を振り返り、現在も変わらない両親の振る舞いを目の当たりにすると、「よくまあ、こういう家庭で過ごしていたもんだなあ」と、正直驚きました。別に暴力あふれる問題家族だったわけでは全然ないのですが、無言の期待と支配と言葉にできない不安に満ちた家だったということが、今ならクッキリと見て取れるのです。

この帰省中、母と私とでたまたま中学高校の成績の話になった時、私が正直に「あの頃は勉強ばかりで期待されて、すごくつらかった。いい学校でいい成績なんて、何にも関係ない」というようなことを言ったら、母がカッとになって、「私は勉強しろなんて一言も言ったことない！あんたが勝手にやっただけなのに、つらかったとか人のせいにならたらたまらわね！」とすごく怖い顔して言い放ちました。そんなん、口で言わなかったって、成績よかつた時くらいしか私に注意を向けてくれなかったくせに、ほめてくれなかったくせに、言ってる

<sup>\*29</sup> 2005年春; 圏点は筆者

<sup>\*30</sup> 10.2.1, p187

のと同じだよ。子供は親の喜ぶ顔を見るためなら何でもするし、必死だし、「こうすれば私を見てくれるんだ」と思ったら、そりゃ頑張るに決まってるよ...。と思ったけど、何か悲しくなって説明するのもめんどくさくなったので、適当に話を切り上げました。

そばで聞いていた父は、「○○ちゃん（私のこと）には、ほんとにつらい思いさせたね、悪かったと思うよ」と言いました。私はまだ父とわだかまりがあるし、どの程度本気で言っているのか怪しかったので返事はしなかったけれど、少し嬉しかった。父は変わり者だしたまにキレるしよくわからない人だけど、自分の否を認めることのできる人だと思う。むしろ、私と同じで自己否定的なくらい。でも、母はまず、自分が悪かったとか間違っていたとか言わない。悪気はないんだろうけど、そういう母を見ていると、やっぱり私の気持ちはわかってくれないんだなあと思えます。

母はいつも明るくて世話好きで、娘の私から見ても「いい人」だと思います。でも、常に自分が中心にいないと気が済まなくて、注目を浴びたくて、その実、人の目をとても気にしていて、心配性で子供に対しては一見過保護、しかし実は自分の思う通りに動かすべく支配的...。そういう人だなあ、としみじみ感じました。

今回は、例年のように私と子供だけ先に帰って後からパパが来る、というパターンではなく、みんな揃って行動しました。だから私が実家で過ごした時間は、珍しくかなり短かったです。だけど、これでいいんだな、と思いました。私には私の新しい家族があるわけだし、いつまでも原家族の中の自分をひきずって、両親に気を遣って「いい子」を演じる必要はないんですよね。

まあ、いろいろ不満はあるけれど、父も母も子供のためによかれと思って今までやってきたことは間違いないと思うし、感謝しています。どんな親でも、私にはかけがえのない人たちだし、嫌いにはなれそうもない。でも、つらかったことはわかってほしかった。

これからは、両親ともっと心理的・物理的距離をおいて、ほどほどにつき合おうと思いません。<sup>\*31</sup>

先に紹介した日記からも分かるように、拓美さんは、自分の拒食症の原因の全てが母親にあるとは考えていない。だが「今ならクッキリと読み取れる」とつづる拓美さんの様子から、両親に対する感謝の思いはありつつも、自らの拒食症の要因が問題を抱えた母親の態度であるという思いが、以前よりもかなり確信に満ちたものになっている様子が伺える。

#### 10.2.4 すれ違う姉との認識

ただ母親に大きな問題があったとする拓美さんの確信は、姉と共有されているものではない。拓美さんは次のように話す。

拓美さん：今自分で過去をすごく振り返って、振り返る作業をずっとしているんですね。日ごろから、摂食障害のことも興味あるので、自分の親子関係とかすごく振り返っているんですけど、私自身、私から見たものなので歪んでいるかもしれないですけど、自分が「あーこうだったんだな」って納得できるものとしては、小学校くらいまでは母親って結構厳しくて、割と教育ママで、私にとってはお母さん怖いな、いつもびりびりして怒っているな、テストもちよっと悪いとすごい怒るから勉強がんばらないとな、それが中高で成績が人よりいいってことがわかってびっくりするくらい変わって来たんですね。あ、テストの成績が良け

<sup>\*31</sup> 2007年冬；圏点筆者

ればお母さんはこんなに優しくしてくれるんだ、私のことを見てくれるんだって思って。振り返るとそう思いますね。

磯野：お姉さんの成績は？

拓美さん：姉は真ん中かそれよりちょっと下くらいです。

磯野：お姉さんは成績が悪いとかいいとかで、お母さんから褒められたり、優しくされたりとかは-

拓美さん：姉と母親は仲がいいんですね。喧嘩もするけど仲がいい。でも、私はそうではなくて母親からも昔、「お前とはどうも気が合わない」って言われていて、「話すときもなんか気を使うし」って。「お母さんとは合わないわ」って言われていたんです。で、私はすごく傷ついていて、すごく嫌で。私は、勉強しているとか、努力しているとか、がんばり屋ってうちのじゃなくて、なんか、ここが好きだとか、中身-「こういうところがやさしいから」とかを見て欲しかったんですけど、そういうのは全然口に出してくれなくて、で、勉強ができることしか自分を評価してくれていない気がしていたんですけど、姉は、別にそんな勉強できなくても母といつも仲よさそうにしているなって思って。

磯野：体験記を読ませていただいて思ったんですが、お姉さんには「いい家庭で育った」という認識があるのとは対照的に、拓美さんの場合は批判的な視点を持っているのかなと思ったのですが。

拓美さん：はい。

磯野：それは拓美さんも感じることでですか。

拓美さん：そうですね。ただ、姉は私ほど深くないと思うんです。問題が。私ほど重症ではなかったというか。<sup>\*32</sup>だから、余り深く考えたこともないはずです。カウンセリングにかかったこともないし。あまりもともと考えるの好きじゃないんですね。興味ないみたいで。私としては、自分の過去とかに目を向けたら、一時期はつらいかもしれないけど、もっと楽になるだろうと思って一時期いろいろ言ったりしたんですけど、姉はもう別にいいみたいで。

今も姉が言うには、今も時々過食したり、死にたくなったり、つらいときもあるけど、でも、それを親と結び付けようと思っていないというか、「お母さんたちは大事に育ててくれたし、それでいい」って思っているみたいで。だったら何も私が、「親のこういうところが悪かった」っていう必要もなくなってるって。それはその人の生き方なので、それはそれで納得しているからいいかなって思って。でも、私はそれでは駄目で。別に親のせいにするわけではないですけど、自分で親がこうこうこうだったから自分はこうなったのかもしれないって思うことによって納得しないと前に進めない気がしたので、本を読んだり、カウンセリングに行ったりしているんで、それは性格の違いかもしれないですけど。<sup>\*33</sup>

拓美さんのこの語りは「妹は甘えることができていたが、自分ではできなかった。」「妹は性格が良いと褒められたが、自分は勉強でしか認めてもらえなかった」と話す、さゆりさんの見解<sup>\*34</sup>に大変よく似ている。

<sup>\*32</sup> 拓美さんより先にダイエットを始めた姉が、ダイエットに失敗し一時期過食傾向にあったことを指している。

<sup>\*33</sup> 2008年夏

<sup>\*34</sup> 10.1.3,p179

拓美さんは、自分が拒食症という状態に陥ったことに対して、ある道筋をつけたいと望んでおり、それが親子関係の追及に向かったようである。

### 10.2.5 アダルト・チルドレン

拓美さんは、斎藤学だけでなく、信田さよ子が書いたアダルト・チルドレンに関する著書も熱心に読み、そこで展開される理論を用いて、夫や子供に必要な以上に当たってしまうという、自分が現在抱えている問題も解釈するようになった。

【何かいい感じです】

最近、わりと気分のいい日が続いています。どうしようもない怒りというのもあまり湧いてこなくなったし、イライラして子供に当たり散らすということもないです。このままいけば、カウンセリングに通わなくても大丈夫かな。たぶん、このところ、アダルトチルドレンに関する本を読みまくっているんですが、そのおかげだと思います。

中でも、前回紹介した『愛情という名の支配？家族を縛る共依存』（信田さよ子著）が効きました。著者は、アダルトチルドレンに関する本をたくさん書いていますが、これもとても読みやすくわかりやすい。何よりもいいのは、世間一般に向けて、「アダルトチルドレンというのはこういうもので、こういう辛さがある、大変なんです。理解してください」と訴えたりしていないところ。あくまでも、アダルトチルドレンであると自覚した本人が、その後の人生の歩き方を変えてみようかな...と思えるように、という視点で書かれているところです。アダルトチルドレンだからって、人に同情してもらいたいわけではないし、自己憐憫もし尽くしたし、それを何かの言い訳の材料にしようというのでもない。ただ、もっと自分らしく堂々と生きられればいい。人の目を気にして、ポーズとして自分の行動を決めるのではなく...。そんなメッセージが伝わってきました。

特に私が気に入ったフレーズは、「楽しい妻、いいかげんな母」！これは、アダルトチルドレンとして育ってきたために、自分の子供をもたまた自分が親にされたのと同じように縛ってしまい、自己嫌悪に苦しむ私のような母親について向けられたもの。子供はとにかく、「あなたのためよ」と言って苦しそうに耐えている母親の姿を見るよりは、少々（随分？）手抜きでも、夫婦仲良く、何だか楽しそうに生きている母親の姿を目にする方が、何倍も安心できるのだそう。何だかとても納得できたし、これならできそう！と思いました。私の育ってきた家庭は真逆でした。

このことをパパに話して、共感してもらえたのも嬉しかった。それ以来、前より会話が増えたように思います。不思議なもので、そうすると、あまり子供のことでカッとならないみたい。だから今は、この「楽しい妻、いいかげんな母」を心がけています。

いい本に出会えてよかった！\*35

この体験記が書かれた頃、拓美さんはやり場のない怒りにそれほど困ることはなくなっていたようだが、同じ問題はその後も続いてしまっていた。

そして筆者が拓美さんにインタビューを開始した頃、拓美さんは、近所でファミリーセラピーを専門とするカウンセラーのにもとに通うようになった。そのころ拓美さんは通信制の大学院に進学して心理学を学び始めており、そのカリキュラムの中に、自らがクライアントとなり心理療法を受けるというものがあったからである。

\*35 2007年冬



そのカウンセラーは、拓美さんが怒りをぶちまけてしまうのは、拓美さんに反抗期がなく、さらに摂食障害の間に吐き出せなかった悲しみが心に残っているため、その悲しみを今になって夫や子供にぶつけているためではないかと説明した。拓美さんは3歳の子がだだをこねるのを、今になってやっているのだと考え、納得したという。

### 10.2.6 母からの謝罪を夢見る

先に記したように、母親の淳子さんは以前、拓美さんに謝罪をしており、それによって拓美さんは、胸のつかえが取れた気持ちになった。<sup>\*36</sup>

しかしこの謝罪が拓美さんの中で母親とのわだかまりの清算されていないことは、これまでの語りを見れば明らかである。

淳子さんが謝罪したことについて改めて拓美さんに聞くと「そのときは本当にそう思っ  
て言ってくれていたんだろうけど、最近は忘れてしまったみたいで」と言い、次のように話してくれた。

自分が親になってみてわかったんですけど、親として自分のせいで子供が何かになったというのは本当に認めにくいところだと思うんですね。どっかで本当に心の底のところ、気持ちが通い合って、母親は、「自分が悪い」まで言わなくていいですよ。でも、「お母さんがこうしたことがあんたはいやだったんだね」とか、「こういう風にかまってあげればよかった」とか、そういうことを聞きたいんですけど-ないんですけど。「いつかそういう日が来たらいいな」というのを今でもすごく夢見ているんですね。

だけど、今、年に1回とか2回とか会うと、言わなきゃいいんですけど、どうしてもそういう話に持っていこうとすると、ものすごい感情的になって、顔つきが分かって、本当にパニックになるんですね。この話題には触れないほうがいいのかな。自分の育て方に問題があったといわれるのは、たぶん、母は壊れちゃうみたいにつらいらしいので。そこはしょうがないのかなと思うんですけど。<sup>\*37</sup>

拓美さんは、母が嫌がっていることを知りながら、そして母だけが原因ではないということも一方で感じつつも、淳子さんが「ほんとう」に自分の非を認めてくれる日を今でも待ち望んでいるのである。

## 10.3 敬子さん、奈々さん、理央さん、由佳さん

敬子さん、奈々さん、理央さん、由佳さんは、さゆりさんや拓美さんほどに、親を原因視する視線を持ち合わせていない。

敬子さんは「はじめの語り」において、自分の摂食障害は兄ばかりの肩を持った親に原因があると、親を激しく責め立てていた。しかし、完全な引きこもりの生活から脱し始めた頃から、彼女の語りの焦点は、過食嘔吐が始まる前の親の言動から、彼女が過食嘔吐の最中にあった際の両親のそれに移り、それに伴って、彼女の語りは「糾弾」から「感謝」に変化した。<sup>\*38</sup>

これに関しては奈々さんも同様である。奈々さんは過去に、母親が原因と書いてある

<sup>\*36</sup> 10.2.1,p188

<sup>\*37</sup> 2008年冬

<sup>\*38</sup> 3.10,p76

本を読み、母を責めたときもあったが、現在は、「親は自分よりももっと大変だったと思う。」「母親がおろおろしてしまったときも、父親が静かに見守ってくれていた」と親に対する感謝の気持ちを述べる。<sup>\*39</sup>

さゆりさんや拓美さんが拒食が始まる前の親の非に力点を置くのに対して、敬子さんと奈々さんは、過食排出行動をする自分を支えてくれた親の姿に力点が移ったのである。

母親から壮絶な暴力を受けた理央さんの場合<sup>\*40</sup>、過食の始まりの原因が母親にあることは火を見るよりも明らかであるが、それでも理央さんは、拓美さんやさゆりさんのように母親を責めることはしない。

磯野：自分がたくさん食べたり、戻すようになったことと、お母さんの関係はどう思っていますか。

理央さん：「関係なくはない」と言えたら楽なのかもしれないのですが—なんかね、私のお母さんはすごくそれを、私はお母さんのせいにしたがっていて、お母さんは自分のせいにしたくないみたいなのところがずっとあって。

で、何回も言われた。「自分で好きにしているんだから、あんたが悪い」—過食に対して。だから、「母親との関係がうまく行かなかったことが原因なのかも」って言いたいなと思って、それを「違う、違う」って何回も言われたことを思い出すと、言っちゃいけない気がする。

今でも、たまに（原因を探したい）時期が来て、なんだろう—この間、サイトを見ていて、摂食障害に関するやつ。それ、最後まで見たら、ちょっと怪しい、宗教関連のサイトで。でも最初のほうは、（宗教とは）関係ないように見えて—「小さい頃に生まれた親との関係が（摂食障害に）関係している」って書いてあって。でも、なんだろう、「違うんだろうな」って思ってしまう。

磯野：「自分の中で『そうだよ』と納得できない感じですか。

理央さん：というか「そう思っているのか」と思ってしまう。やっぱり「自分が治せないことの言い訳なんじゃないかな」と思ってしまう。

磯野：仮に「親のせい」とか、「お母さんのせいだ」と思えたら楽ですか。

理央さん：あー、楽だと思う。楽な気がする。

磯野：でも、思っちゃいけない。

理央さん：思っちゃいけないし、そうじゃない気もする。原因とかわかんない。<sup>\*41</sup>

そしてこのインタビューから1年後、「どうして摂食障害になったと思いますか？」と原因について再び理央さんにたずねてみた。すると、理央さんからは「やせたかったけど、食べたかった。」という、これまででもっともシンプルな回答が返ってきた。

由佳さんは、さゆりさんや拓美さんのように両親を原因視するわけでもなければ、敬子さんや奈々さんのように、感謝の意を述べるわけでもない語り手であった。だが、そんな由佳さんの語りにも両親は登場する。

<sup>\*39</sup> 7.10,p131

<sup>\*40</sup> 5.6,p102

<sup>\*41</sup> 2007年夏

由佳さんは、「はじめの語り」の一文目に「母乳で育てられた」と記した。なぜこのようなことを書いたのだろうと筆者は不思議に思い、理由を聞いてみると、「医者に行くとき必ず聞かれるから、大事なことなのかなと思いとりあえず書きました」という答えが返ってきた。

また彼女はインタビューの中で、「自分は典型例ではない」、「自分は調査の役に立たないと思う」としばしば述べた。

由佳さんも、他の皆さんと同様に、食に乱れが生じてから、なぜこうなったのかを知りたくなり、摂食障害に関する情報を書籍やインターネットで調べ、家族が原因だという説にも当然出会った。

しかし由佳さんは、自分の両親を「どこにでもいそうな、ほのぼのとして普通の夫婦」と感じていたため、家族を原因視するモデルと自分の生い立ちとの共通点を感じることはできず、結果、「自分は典型例ではない」という語りが生まれていたのである。

## 10.4 「家族モデル」は「自然な食」の回復に貢献しうるのか

「親の期待にそえるよう懸命に努力してきた」、「愚痴を聞いて母を守ってあげないといけないと思っていた」、「『今のままでいい』と言ってもらえなかった」と過去を振り返る、さゆりさんと拓美さんの両親に関する語りは、「家族モデル」において問題があるとされる親の態度とよく合致する。

もちろん、時を経るごとに、さゆりさんと拓美さんの語りは、「家族モデル」とそっくりになってくるため、2人の語りは、家族を重要視する、医師やカウンセラー、さらにそれに関する著書といった専門的な知識を身につける中で、それに合うように書き換えられたと見ることもできる。しかしこれは返す刀で、「専門家の見解を知ることによって2人は『ほんとう』の親子関係を知ることができたのだ」ともみなすこともできるだろう。

また2人の語り-特に拓美さんのそれ-を見ると、2人は、両親と自分の「ほんとう」の関係を、専門知識の力を借りて、「正しく」把握することに全力を注いでいるように見える。拒食に陥ったあと、「恋人が自分から離れていってうつっぽくなったというのは思い違いだった」と語るさゆりさんや、帰省をした際に、「自分の育った家庭がいかに不健全であったか、今ならはっきりと読み取れる」と語る拓美さんの語りからは、「真実」にたどり着いたという確信を持つ者が得る、充実感すらうかがえる。

しかしこのような作業が「自然な食」の回復に結びついているかは疑わしい。

さゆりさんと拓美さんは、過去や現在の親子関係を検討し、それがいかに不適切であったかを確認しているが、この作業によって2人は「自然な食」を回復させているわけではない。特にさゆりさんの場合は、親子関係に着目する大橋医師が、早い時点から介入し、それによって親も変化したにも関わらず、さゆりさんの状態はむしろ悪化の一途を辿った。その後パートナーである守さんとの出会いをきっかけに、さゆりさんの過食嘔吐から以前のような激しさは失われていったが、それでもなお過食嘔吐は続いている。

逆に、親に感謝をすれば「自然な食」が回復されるというわけでもないようである。さゆりさんや拓美さんと異なり、親への感謝の言葉が目立つ、敬子さんと奈々さんも、さゆりさんや拓美さん同様にある程度までは回復しているものの、未だ「自然な食」を取り戻してはいない。

また本研究を読んだほとんどの人が、同情し、「親が摂食障害の原因である」と考える

であろう理央さんの場合、父親が理央さんの味方に回った一方で、母親は、自分に問題があることを頑なに認めず、未だに手を出してくることもある。従って、母娘関係はそれほど好転していないといえるが、理央さんは過食嘔吐ばかりを続ける生活からは脱し、就職も果たしている。

そして興味深いことに、本研究で唯一過食が止まったのは、親に関する言及をほとんどしない由佳さんである。

つまり本研究の6人という限られた当事者に限定すれば、親に注目するか否かに関わらず、「自然な食」はある程度までは回復するし、ある程度からはしないということになる。

この見解に対して「さゆりさんや拓美さんの親は、十分に望ましい変化を遂げていない」、もしくは「敬子さんや奈々さん、理央さんが、自分と親との関係を『正しく』分析できていないから、『自然な食』は回復しないのだ」という反論は当然出るだろう。もしかすると、さゆりさんと拓美さんもこのような反論をするかもしれない。

しかし、このような反論は、筆者が8章で指摘した、『還元主義』は、人間関係の問題や生活上のストレスといった、ひとであれば誰もが必ず抱えている問題を、症状の発症・継続要因としているため、当事者がこれら問題をいくら解決していったとしても、症状が治まらない限り、新たな問題を同じ領域に発見し、それを要因だとすることは極めて簡単である」という問題と結びつく。

対人関係や生活上のストレスと同じように、掘り返せば、親の問題はいくつでも発見できる。拓美さんは「母親は謝ったけれど、やっぱり分かっていなかった」と不満を述べるが、「親」という存在が、親以外との対人関係やストレスと同じような特徴を持つ以上、親を責め続けることは容易であろう。

親の自分の関係を「正しく」認識するとか、親の「ほんとう」の姿とは何かとかいった問題は、「何かについて『ほんとう』を語ることは可能なのか」といったより深く、一般的な問題と結びつく。

これに関しては、最終章の13章で詳しく述べるため、本章は、「親の過去や現在の姿を詳しく分析することと『自然な食』の回復は、本研究においては明確に見られなかった」という結論を述べるにとどめたい。

## 第Ⅳ部

「現象主義」～「もっともどうでも  
よい問題」の分析



IV 部において、筆者は、多くの摂食障害の研究や臨床に関わる専門家や治療者、もしかすると当事者の方にも、「どうでもよい」と見なされている可能性のある問題に取り組む。

その問題とは拒食や過食といった摂食障害を特徴づける現象の中で、皆さんはどのように食べ、さらにはその際中にどのような体験をしているのかという、彼女たちの食に対する主観的な捉え方と、それに伴う体験である。

おそらく、筆者がこれから紹介する語りは、摂食障害になじみがない人であれば大変に興味深いだろうし、逆に、この病気の治療に関わる医療者にとっては、このような語りは臨床の「日常」であろう。

ところが興味深いことに、ここで紹介されるような語りは、文献の周辺にぼつぼつと描かれるような描き方をされるにとどまり、研究の中心に据えられることはほぼ皆無であった。

なぜこのようなことが起こったのだろうか。

それは、生物的な問題が克服された後、見るべき問題は内的な葛藤や、家族を含めた対人関係、認知の問題といった食の外側にあるとする「還元主義」において、当事者の食に対する主観的な捉え方と、それに伴う体験はどうでもよい問題だからである。

「還元主義」は、飢餓状態が解消された後、問題 A（食の外側にある問題）が消失すれば、問題 B（拒食や過食排出行動）は自然に消滅すると考えるため、「還元主義」において、問題 B の中身、すなわち当事者がどのような体験をしているか、食べ物をどのように捉えているかは見るべき価値がない。

しかし「彼女たちがどのように食べ、なぜそのようなものを選んでいいのか」という彼女たちの体験に関わる問いは、「ほんとう」にどうでもよい問題なのだろうか。この問いは、「還元主義」の「正しさ」に対する確信が先行したために取り残された、しかし実は問われるべき価値のある問題ということはないだろうか。

IV 部において筆者は、当事者の食に関する体験やそれに伴う意味づけから、摂食障害を分析し、この方法を、「還元主義」に対して、「現象主義」と名づける。

11 章においては、特に過食排出行動に着目し、過食排出行動をする皆さんがその渦中でどのような時間を過ごしているのかという、過食における主観的な時間の流れ方に注目し、過食排出行動をした後に皆さんが感じる爽快感や気分が前向きに切り替わったという感覚はどこから来ているのかを、過食排出行動の内側から明らかにする。この章において、筆者は、過食排出行動が続いてしまう要因は、食の外側だけでなく、食の内側、すなわち食に関する体験や、主観的な捉え方にも存在することを示す。

しかし、11 章の目的は、この方法を用いて得られた結果を一般化することではない。本研究においては過食排出行動をする協力者は拓美さんを除く 5 人しかおらず、結果の一般化をするには数が少なすぎるし、また多様性に富む個々の体験を安易に一般化することは危険だからである。

11 章の目的は、「還元主義」では十分に掘り下げることのできない摂食障害の一面を検討するための分析手法の提示であることを強調しておきたい。





## 第 11 章

# 過食排出行動の爽快感は何によって引き起こされるのか

人の行為の遂行を継続させているのは不安と退屈という二つの変数の彼方にある行為の経験、つまりフロー体験なのである (68)

楽しみの社会学

*Mihaly Csikszentmihalyi*

「還元主義」によって枠付けられ、過食症の過食排出行動の治療に有効とされる、認知行動療法や対人関係療法は、過食排出行動を不適切な問題処理行動と捉え、それを誘発するとされる、認知のゆがみや対人関係の問題を修正することで、症状を軽減させようと試みる。

しかし、8章で見たように、「還元主義」は、皆さんの体験と一致するところが多いものの、そのモデルから零れ落ちる過食排出行動も存在し、それが皆さんを悩ませ、混乱させる一因となっていることも明らかになった。

また、認知行動療法では、過食排出行動に代わる行動を見つけるよう患者に勧めるが、実際には、それが分かっているにもかかわらず、過食排出行動ほどの爽快感を与える効果を持つ行動を他に見つけられずに、悩んでいる様子も伺うことができた。

このことは、食の外側に過食排出行動の誘発要因を求める「還元主義」の限界を指摘していると思われる。心理的、対人関係の問題が解消されても過食排出行動は続くし、過食排出行動に代わる行動を取ろうとし、実際にそれを試みても、過食排出行動は他の行動に代わらないからである。

よって本章では、過食排出行動の誘発要因ではなく、過食排出行動そのものに着目し、その渦中で具体的に皆さんはどのような体験をしているのか、すなわち過食の際にどのような感じがしているのか詳細に分析し、過食排出行動が止まらなかったり、他の行動に代わらない理由は、過食排出行動の外側ではなく、内部にないのかどうかを検証することとする。

本研究で見られた過食排出行動には、敬子さん、さゆりさん、理央さんが行う過食嘔吐、由佳さんが行う下剤乱用、そして奈々さんが行う、チューイングの3つがある。本章では、過食嘔吐のやり方として理央さんの場合を中心に、下剤乱用、チューイングに関してはそれぞれ、由佳さん、奈々さんを例にとり、過食排出行動がどのように行われ、その間に皆さんはどのような体験をしているのかについてみてみたい。

## 11.1 過食嘔吐の体験

8 章 (8.5, p152) で見たように理央さんは過食嘔吐を通じてすぐれた爽快感を得ている。それでは、なぜ理央さんは過食嘔吐からこのような効果を得ているのだろうか。過食嘔吐の始まりから終わりまでを見てみたい。

### 11.1.1 過食の前

理央さんは過食嘔吐をできることならやめたいと願っている。過食嘔吐が心身の負担であっても、一人暮らしを続けることはできるが、将来、結婚をして他人と住み始めたら、このような習慣は家族の負担となりかねないからである。

このため理央さんは、過食衝動が起こる度に、その衝動をなんとか押さえようとするが、その衝動は抗うことは大変困難であり、理央さんは次第に過食衝動に飲み込まれる。

通常であれば、「明日、楽しみに取っておこう」と思える食べ物や、明日のお弁当用に作っておいた料理、次の日の朝食用に買っていた食べ物が気になって仕方がなくなり、今すぐ口に入れなければ気が済まなくなってしまう。

過食は、家にあるものを食べるだけではない。そのための食べ物を帰宅途中に買った、足りなければ買いに出かけるときもある。

そのような時の理央さんはとてもせわしない。普段なら、「これとこれどちらにしようかな」とゆっくり考えることができるが、衝動が起こると、そんな余裕は一切なくなり、欲しいものが 2 つあったら両方買ってしまう。

買い物が終わると理央さんは慌しく帰路に着く。早く食べたくて仕方がないため、コンビニが家から遠かった頃は、家に帰るまで待ちきれず、歩きながら食べ始めてしまったり、時には電車の中で食べてしまうこともあった。

### 11.1.2 過食時の食べ方

過食はたいてい夜に起こる。家に帰ると、入浴や、片付け、明日の準備など、やれねばならないことはたくさんあるが、理央さんは、それらを全てさしおいて、過食をはじめ。

とにかく早く口に入れたくて仕方がないので、ご飯の上にルーを抽出しなければならぬような一手間かかる食品は後回しにし、パンのように袋から出せばすぐに食べられるものから食べ始める。

電子レンジで温める時間すら待つことができないので、他のものを食べている間に温めたり、温くなるまえに電子レンジから出して食べ始めてしまうこともある。

また、口の中に入れたら、すぐに飲み込みたいので、噛む回数は、普段よりずっと少ない。

このため、飲み込むまでに時間のかかる、せんべいのような固めの食品は、過食にはほとんど選ばれず、理央さんが選ぶのは、パンやカツどん、シュークリームといったような、それほど噛まずとも簡単に飲み込める食品である。

過食中の理央さんは、今食べているものにそれほど関心を寄せてはいない。手と口は忙しく動き続けているが、過食後にやらなければならないことを考え、それらにかかるであろう時間を計算したり、寝る時間がいつになるか予想したり、明朝何をしなければならぬ

いかを考えたりしている。

過食というと、大量のものを食べる行為に没頭しているかのような印象を受けるがちだが、理央さんの場合、心が食べるという行為に完全に奪われているわけではない。

### 11.1.3 過食の「感じ」

過食中は、一口食べた後、次の一口をすぐに口に運びたいため、ゆっくり味わっている余裕は全くない。「過食中においしさを感じますか」と聞かれ、理央さんは次のように答えている。

すごく上手く説明できないんですけど、こないだ思ったんです。「なんか、もったいないよな」って思って、ちょっとへこんでて。考えていて。で、「私おいしいと思うのかな」って思って。で、なんかわかってきたのは、**食べているときは「おいしい」と思っているんだけど、食べ終わったときに「おいしい」と思う感覚ではない。**<sup>\*1</sup>

このように語る理央さんだが、通常の食事でこのような感覚を抱いているわけではない。理央さんは共食時の感覚について、引き続き、次のように話す。

磯野：先ほど「食べている最中は『おいしいな』とは思いますが、食べ終わった後はそうならない」とおっしゃっていましたが、人と食べているときはどうなんですか？

理央さん：それは思う。「おいしかった」って自分でも言うし。

おいしさは「痛さ」と同様に他人にはわからずとも本人にははっきりと感じられる感覚である。そして、共食時の理央さんはそれを問題なく感じている。しかし一旦過食に陥ってしまうと、立ち止まってよく考えなければ「おいしいかどうか」が理央さんはわからない。さらに、過食をしていないときは、満腹感を感じて食べ終えることが可能な理央さんであるが、過食の最中は満腹感をほとんど感じる事ができない。

このため、理央さんの過食は、満腹になったらではなく、目前にある食べ物がなくなった時点で終了となる。

過食がひどかった学生の頃は、「お腹が破裂する」と思うほど食べ、嘔吐をしたら、次の食べ物を買いに出かけることもあったが、現在は、次の日に会社があることもあり、過食は一度で終わりになることがほとんどである。

「あまり食べ物を食べ物としてしっかり味わって食べるとか、そういう感覚がないっぽくって」と理央さんは過食時の感覚を述べている。「食べ終わったときにおいしくない」、「食べ物を食べ物として味わっていない」という理央さんの語りは、過食の体験が、そうでないときの食の体験とは異質の物であることを示唆している。

### 11.1.4 嘔吐の「感じ」

学生の頃は、過食の後にすぐ吐き出さなければ、どんどん太ってしまう気がしていたが、最近はそのような不安にさいなまれることは少なくなった。

このため、過食が終わると、「またやっちゃった」という後悔や、「本当は吐きたくないなあ」という葛藤を抱えながら、食べ物のゴミを片付けたり、明日の準備をしたりして、

\*1 2007年夏

しばらく過ごす。

しかし、相当な量を食べているのでやはり吐かないとわけには行かず、最終的には結局は嘔吐に至る。嘔吐では、それまでに食べたものをできる限り出し切ることが重要であり、理央さんはその感覚を次のように語っている。

例えば、何も食べてません。お腹が空きました。さっきうどんを食べました。で、うどん食べて、プラス 10 になりました。で、プラス 10 の状態が一番満たされて幸せなわけじゃないですか。でも、[過食しちゃう] ときって、例えば 0 です。過食しました。例えば、プラス 50 とかになりました。でも、一番満たされた状態になろうと思ったら、プラス 10 のところで止めておけば良いじゃないですか。全部出す必要はないわけでしょ。10 のところでやめておけば良いのに。でも、そういう時は 0 まで戻さないと気がすまないの。なんか。<sup>\*2</sup>

食べたものを全部吐いてしまうと、過食をした罪悪感は減り、すっきりした気分になり、その後は、顔を洗ったり、入浴を済ましたりして、就寝する。また、空腹の状態での寝るため、次の日の食事に影響することは少なく、翌日の食事はおいしく食べることができる。一方で、過食嘔吐を辞めたいのに辞められないという自己嫌悪感や、過食嘔吐という「いけないこと」をしてしまう罪悪感は少しずつ理央さんの心に沈殿する。

### 11.1.5 敬子さんとさゆりさんにおける過食排出行動の体験

理央さんと同様に過食嘔吐を行う敬子さんとさゆりさんの場合、理央さんのような考え事ではなく、過食の間中、本を読んだり、テレビや雑誌を見たりと、より具体的な行為をすることが多い。

また、さゆりさんの場合、過食をしていた方が気が散らずにすむため、読みたい本や、レポート、事務仕事などがあるときは、あえて過食をしながら行うときもある。敬子さんは、どうせ無駄になる時間ならほかの事をしたいと思い、インターネットやテレビを見ているときが多いという。

3人にわずかな差異は存在するが、過食に没入しきっているわけではないこと、休む間もなく食べ物を次々と口に運び、吐いた後に、気持ちが切り替わったり、爽快感を感じたりしている点、また、食べている間においしさを感じることは滅多に無く、終わったあとは吐ききらないと気がすまない点で、理央さんの過食嘔吐と酷似している。

過食時の感覚について、敬子さんは次のように述べている。

食べている時は何にも考えてないですね。でも、無心というか、過食しているときは、テレビだったり、漫画だったり、何かしら読んで、ひたすらやっているんですけど、その間何にも考えないで済むんですよ。ただテレビを見ていたり、漫画を読んでいるだけだと、ふとした瞬間に悩み事が戻って来ってしまうっていうのがよくあるんですけど、食べている間はそれが起きないんですよ。それが止められているから、現実逃避みたいな感じなのかなって。スポーツとか、部活もやっていなかったし、趣味もとくになかったし、(ストレスを)発散する方法が特に無かったのかなって思いますね。<sup>\*3</sup>

過食が終わると嘔吐に移る。嘔吐は敬子さんにとって簡単にできるものではないため、大変疲れるが、吐き終わると大変すっきりした気持ちになるという。

一方、過食をしたほうが集中力が高まることもあるというさゆりさんは、過食の際の感

<sup>\*2</sup> 2007 年夏

<sup>\*3</sup> 2007 年春

覚を、「意識をつぶしたい、薄くしたいのかもしれない」という言い回しを使いながら説明した。

過食は、特にやる事が無いときにやってくる雑念を消去してくれるのだという。しかし、過食が終わると「何かが入った」という感じが嫌でたまらなくなり、やはり嘔吐をせずにはられない。

2人は、正のフィードバックを過食嘔吐から得ているが、理央さんと同じく、過食嘔吐という行為そのものや、大量の食べ物の無駄にしてしまう罪悪感から逃れることはできない。この罪悪感は嘔吐の後しばらくするとやって来る。

## 11.2 下剤乱用の体験

それでは嘔吐ではなく、下剤を使って排出を行う由佳さんの20歳の頃を見てみよう。

### 11.2.1 計画される過食

由佳さんは過食をかなり計画的に行っていた。

これには、由佳さんが排出までに時間のかかる下剤を利用していたことと大きな関連がある。学校の授業、授業前のアルバイト、部活と大変忙しい生活を送っていた由佳さんは、下剤による腹痛で生活に支障が出ないように、スーパーの袋で2袋程度を一気に食べる「でっかい過食」や、下剤の効きにくい油っぽいものを多く食べる日は、翌日に予定のない土曜日に行くようにしていた。

それ以外の日は、下剤の効きやすい玄米などを食べ、次の日の負担を減らすよう心がけた。また、明朝にアルバイトがある場合は、下剤を夜中12時前に飲むようにし、アルバイトの始まる明け方4、5時にほとんどの排出が終わるように計算していた。

### 11.2.2 過食のための買い物

由佳さんの場合、「食べたい」というよりも、「食べなきゃ」という義務感のようなものに駆り立てられていたという。

そんな由佳さんが、過食の食べ物を買う際に、最も気をつけたのは、買い物している姿を知人や友人に見られないことであった。過食をする自分は他人に見られてはならない部分であったため、家からもっとも近いコンビニやスーパーではなく、歩いて20分くらいかかる店で買い物をしよう心がけた。しかし、買い物の最中も、知り合いにその姿を見られていないかはいつも気になっていた。

食品を選ぶ際は、野菜や果物など、下剤がより効きやすい食品と一緒に買うように心がけた。特に、繊維質を多く含むキャベツ、レタスといった野菜や、カットされたパイナップルやグレープフルーツといった果物は由佳さんの「腸と相性が良く」、また金銭的に余裕が無いときに重宝したのは安価なもやしであった。

買い物が終わるとそのまま家路に着く。始めのうちは、家に着くまでに食べ始めないよう我慢していたが、冷蔵のフライドチキンのような半調理済みの食品を、歩きながら食べてしまうことが次第に増えて行った。

### 11.2.3 過食と下剤による排出とその体験

家に帰るとすぐに過食が始まる。当時住んでいた 1 K のアパートは、玄関を入るとすぐにキッチンがあり、その奥に自分の部屋があったが、このような時は、キッチンを通り抜け、部屋に入ることすらできず、キッチンで過食が始まることもしばしばあった。

間を空けてしまうと、自分の胃の物理的な限界や気持ち悪さを感じて食べられなくなってしまうため、間髪いれずに口の中に入れるようにし、電子レンジで温める場合は、何かを食べている最中に行うようにした。

手づかみで食べることはなかったが、炒めた野菜をフライパンに入ったままさいばしで食べたり、茹でたもやしをざるのまま食べたりと、食べるまでの過程は普段よりもかなり省略されていた。

前の 3 人と異なり、由佳さんは、食べる最中にほかの事をするのではなく、ひたすら過食に没入していたが、3 人同様に過食中においしさを感じることはなかった。

過食中においしさを感じるかと尋ねられた由佳さんは、「(そういう感想は) 無いです。『はい』、『いいえ』で答えられる領域ではもはや無い。なんと言ったらいいかかわらないですけどね」と答えた。

下剤は食べてすぐよりも、1 時間くらい経過してから服用したほうが効果が出るため、過食後しばらくは、それによる疲労と身体的な気持ちの悪さを抱えながら、ベッドの上で休んでいたが、下剤を飲まずにそのまま眠ってしまうことはほとんどなかった。

明け方になると下剤が効き始め、腹痛が起こるので、途中で何度も起きてしまいう。このため身体的にはつらいのだが、下剤がよく効くと、過食で膨らんだ腹部は平らになって、体重は 2、3 キロ落ちている。過食に対する罪悪感があったが、排出するとその罪悪感消え、すっきりした気分で 1 日を過ごすことができた。

反対に、上手く効かなかったときには、嫌なものが体の中に残っている感じがし、どんよりとした気分でも一日を過ごした。どの程度排出されたかが大変気になり、携帯で腹部の写真を取り、膨らみ具合を確認し、一喜一憂していた時期もあった。

由佳さんは、過食によって「食べた満足感を得ているのか」という筆者の質問に対し、自分自身もそこから何かを得たいと思っているのか、何を得ているのか良く分からないと言いつつも、「食事したサティスファクションでは決して無い。食事とは違うジャンルです。なんかの行為の、表現の 1 つですよ」と答えている。

身体感覚をあえて感じないように手を休めずに食べ続けるという表現や、おいしさを全く感じないこと、さらにうまく下剤が効かないと嫌な気分になってしまうという表現から、由佳さんが過食排出行動によって得ているある種の満足感、おいしいものを食べた満足感とは異質のものであることがわかる。

## 11.3 チューイングの体験

それでは嘔吐も下剤乱用もせずに、口に入れて噛んだら、すぐにそのまま吐き出す、奈々さんはどうだろうか。会社と家の往復以外する以外にやることといえば、チューイングしかなかった頃の奈々さんの過食排出行動について見てみたい。

### 11.3.1 過食前

退社時間の1時間くらい前になると、奈々さんは「今晚はあれを買って、これを買って」と、今晚の過食についてあれこれと考えをめぐらし始め、落ち着きがなくなってしまう。早く過食をしたくて仕方がなかったため、残業を頼まればいららし、退社後は、スーパーで過食用の食べ物を買う以外は、どこにも寄ることができなかった。

帰宅途中のスーパーに入ると、揚げ物や、菓子パン、お菓子、お弁当など、スーパーの袋で2、3袋の食べ物を慌しく買い込んだ。

実家から通勤している頃は6袋くらい買ってしまうこともあったが、一人暮らしを始めて金銭的に余裕がなくなってからは、そこまで買い込むことは少なくなった。

買うものの種類は時期によって変動はあったが、だいたい決まっていたため、選ぶのにそれほど時間はかからなかった。また、帰ったらすぐに食べたいので、レンジ加熱の必要のあるものは、店で予め温めた。

チューイングや、それをする自分を憎んでいた奈々さんであったが、それでも買い物の最中には、ちょっとした嬉しさや楽しさがあったという。しかし、この気分は長くは続かず、店から出た途端に買い物袋を抱えている自分が悲しくて仕方がなくなり、泣きながら家に帰ったこともあった。

### 11.3.2 チューイングとその体験

帰宅すると、すぐに過食が始まる。着替えはおろか、コートを脱ぐことすらできない。

食べ物をスーパーの袋から1つつ取り出す時間も惜しいので、汚れても良いように新聞紙を床に広げ、買ってきたものを新聞紙の一杯に乱暴に出し広げて食べ始める。

しかし、早く食べようと焦りに焦っているため、パンの袋や熱い弁当の蓋を上手に開けることができない。パンの袋はぐしゃぐしゃになり、弁当箱を新聞紙の上にひっくり返してしまうこともあったし、さらに箸で食べ物をつかむことにも煩わしさを感じ、手づかみで弁当を食べたこともあった。

さすがに、カレーのようにすくう必要のある食べ物の場合は、スプーンを使うこともあったが、それもやはり煩わしいため、そのような食べ物は始めから買わないようにしていた。

また、ロールケーキのように、通常であれば切って食べる食べ物も、手で二つ折りにして、むしゃむしゃと食べた。先の四人と同様に、奈々さんがこの間、おいしさを感じることはめったにない。

「おいしい、おいしくないというよりも、食べることによって、不安を消している感覚のほうが強い」と奈々さんは話す。

食べることに大変忙しい、奈々さんであるが、彼女はこの間、食べることに没頭しているわけではなく、ずっと雑誌を読んでいる。

以前、雑誌の代わりにテレビを見たこともあったが、この最中にテレビに集中することは大変難しく、文字を追う必要がある雑誌が、一番向いていることがわかった。

なぜ雑誌を見ないといけないのかは奈々さん自身もよくわからないが、雑誌を見ていないと、チューイングをしている自分に対する罪悪感や情けなさで、涙が溢れてきてしまう

ことが度々あったため、「過食をしている事実から目をそらしたいのだろう」と奈々さんは推測する。

口の中に大急ぎで食べ物を入れつつも、それ以外のことをしている奈々さんの姿は、過食嘔吐を行う 3 人の皆さんと重なるが、奈々さんと彼女達が決定的に違う点は、口に入れた食べ物を直ちに吐き出す点である。

奈々さんはスーパーの袋を傍らに用意し、口に入れて少し噛んでは、食べ物が液状になるまえに吐き出す。この動作を猛烈な勢いで繰り返すため、手や洋服は汚れ、時には、髪の毛まで食べかすがついてしまうこともあった。

### 11.3.3 チューイングの後の体験

買ってきた食べ物がなくなると奈々さんの過食は終了する。

過食が終わると、吐き出した食べ物が入った袋を、新聞紙に何重にもくるみ、それを何重にもしたスーパーの袋に入れて縛り、それをもう一度新聞紙で包んで袋に入れてから、部屋の外に出す。それが終わると、シャワーを浴び、さらに翌日の朝にももう一度シャワーを浴びる。

奈々さんのチューイングはこれら作業を通してようやく完結する。

奈々さんが、ここまで入念に後片付けをし、朝と夜にかけて 2 回もシャワーを浴びるのには、まず物理的な理由がある。

以前、部屋を訪ねた友人から、「実はあの時、臭いがした」と指摘されたり、食べかすが髪の毛に残って、その臭いを母親に指摘されたりしたことがあった。また、大量の食べ物を吐き出しているの、暑い日には悪臭が発生する。このため、チューイングをした後は、部屋や身体から臭いがしそうな気がしてしまい、それを抑える作業を念入りに行うのである。

そして、この作業は、チューイングをなかったことにしたいという心理的な理由ともつながる。チューイングの残骸を部屋から出して見えないようにしたり、身体を洗うことは、奈々さんにとって、チューイングの象徴的な終了でもあり、それをしたという事実の象徴的消去でもある。

これら作業が全て終わると、彼女は、冷静な気持ちで自分を見つめたり、前向きな気持ちになったりすることができる。

時には、気分のいい状態で人に会うために、待ち合わせの時間から遡って計算をし、その時間までにチューイングが終わるようにして外出したこともあった。

## 11.4 なぜ過食排出行動ではおいしさや食べた満足感が得られないのか

語りを見ると明らかなように、協力者の皆さんは一樣に、過食排出行動からすぐれた爽快感を得ている。一体、この爽快感は何から生じているのだろうか。

本節ではまず、この爽快感が、おいしいものを満腹になるまで食べた満足感から来るものではないことを確認し、そして、なぜそのような満足感を過食排出行動が生み出さないのかについて議論したい。

過食排出行動の体験を検討すると、皆さんは、食べ物を選ぶ楽しさ、おいしさ、食べた



満足感といった体験をあえて押さえ込むような食べ方をしていることが分かる。

まず、食べ物を買いに出かけたり、買い物をしている最中の皆さんは、そのあとに予定されている「食べる」という行為を、できる限り早くはじめることに懸命である。

このため、食べ物を選ぶことや、帰路につくといった現在起こっているできごとに意識を向けることができない。いわば、身体は現在というポジションにありながら、意識はその先の行為を向いているといえる。

また、他人に見つからないかが気になって仕方がなかったという由佳さんの場合、意識は食べるという未来だけではなく、他者の視線という食べ物とは全く別の領域に向いている。

この中で、食べ物を買う楽しさや嬉しさを少しながら感じたという奈々さんは、5人の中では最も、現在進行中の行為に意識が向いている。しかし、退社時間が近くなると、過食のことが気になってそわそわしたり、スーパー以外にはどこにも寄れないという点で、奈々さんの意識も、まだ起こっていない「食べる」という行為に向いている。

過食が始まった後も、皆さんの意識は未来に向いている。食べ物を口に運んだら、とにかく早く飲み込みたくなるし、飲み込んだら、次の食べ物を口に入れたい。何かを食べながら電子レンジで加熱調理をすとか、さいばしのまま食べるとか、箸を使わずに食べるとかといった行為は、皆さんの意識が、食べ物を口に運んだら、「飲み込む」という、飲み込んだら、「次の一口」という未来を志向していることを示している。

過食が終わると、皆さんの意識は、これまで行った行為の消去に向かう。

これは、時計で量的・不可逆的に示される「外的な時間」に対して、可逆的で、個人によって流れ方の異なる「内的な時間」における<sup>5,221</sup>、「過去」の消去と言ってもよいかもしれない。

排出の後に、罪悪感の減少や、ストレスが解消された感覚を得て、日々やらなければならないことに再び皆さんは取り組んでおり、さらに過食排出行動をした罪悪感は少なからず皆さんの心に沈殿し続けるため、厳密には「過去の消去」とは言えない部分もある。しかし「お腹が一杯の『10』ではなく、何も入っていない『0』の状態に戻さないと気がすまない」という理央さんや、「過食をなかったことにしたい」と吐瀉物を部屋の外に出す奈々さんの言葉に象徴されるように、「過食」という既に過去になった事実を、嘔吐をしたり、隠したりして、目をそむけようとする点で、「過去の消去」という表現は適切である。

過去の消去という点で、過食嘔吐を行う理央さん、敬子さん、さゆりさん、下剤を乱用する理央さん、チューイングを行う奈々さんは、それぞれやや異なっている。

まず過食嘔吐を行う皆さんの場合、嘔吐によって一気に過去の消去を行うが、下剤を使う由佳さんの場合は、下剤を効きやすくする為、野菜を買ったり、下剤を飲む時間を考えて過食をしたりと、食べ始める前から、「食べ終わった時点で過去となる未来」を滞りなく消去をする準備を始めている。チューイングを行う奈々さんの場合、吐き出すことで、一口、一口を細かく消去し、さらに食べ終わった後の念入りな片付けと入浴によって、消去し切れなかった過去を消し尽くそうとする。

過食は「外的な時間」から見れば、「何時何分から何時何分までの間、何カロリーのものを食べた」と描写することが可能だが、「内的な時間」の流れ方に注目すると、「外的な時間」で表されたその間中、彼女達の意識は「食べ物を買う」、「口に運ぶ」、「噛む」、「飲み込む」といった「食べる」に当たって必要な行為の「今ここ」にはなく、常にその先に未来を向き、さらに過食が終わると、過去のこととなった過食の消去へ向いていることが

分かる。

このような食べ方をした場合、5 感から入る多様な情報を統合し、それら情報の和以上の立体的な体験<sup>\*4</sup>である、おいしさや、「食べ終わった後の満足感」を感じることは、まず不可能であろう。

食べ物を渴望し、実際に、大量のものを食べる過食であるが、「内的な時間」に着目すると、大量のものを食べていながら、実は何も食べていないという、大変奇妙な状況が起こっている。

過食排出行動の最中に、おいしさや満腹感を感じられない理由を、食の体験という観点から捉えると、皆さんの意識が「今ここ」の状態ではなく、その前後に向いていることに強い関連があると言えるだろう。

それでは、過食排出行動から得られる爽快感は一体何から来ているのだろうか。おいしいものをたくさん食べた満足感からそれが来ていないことが分かった以上、この行動は「食べる」とは全く別の次元から分析されねばならない。そして、この爽快感のゆえんを上手く説明するのが、フロー理論である。

## 11.5 フローが引き起こす過食排出行動の爽快感

フローとは心理学者の Mihaly Csikszentmihalyi (ミハイ・チクセントミハイ) が 1975 年に「楽しみの社会学」(Berond boredom and anxiety: Experiencing flow in work and play)<sup>48</sup>の中で提唱した概念である。

チクセントミハイは、チェスやロッククライミングなど、多くの技能や努力を必要としながらも、金や名誉といった外的報酬がほとんど得られず、時には命さえも危険に晒すような行為に、なぜひとは夢中になり、それに楽しさを感じるのかという問いを立てた。

チクセントミハイは、このような活動には、外的報酬とは全く質の異なる内的報酬があり、これら活動に従事している人々は、その内的報酬ゆえに、これら活動に夢中になるのではないかという仮説を立て、それをフローという独自の概念のもとに説明した。チクセントミハイはフローを次のように定義している。

自己目的的经验は、それ以外の生活が往々にして退屈であるのとは異なり、退屈ではない。同時に「通常」の生活の中では意識の中にしばしば入り込んでくる不安を生み出すことがない。退屈と心配とが相殺しあっていることから、自己目的的经验は行為者をその活動に完全に没入させてしまうものの一つとなる。その活動は絶えず挑戦を提供する。これから起こることや起こらないことに対して、退屈や心配を感じず時間がない。このような状況のもとでは、人は必要とする技能を、それがどのようなものであれ、フルに働かせることができ、自分の行為から明瞭なフィードバックを受け取る。従って、彼は筋の通った因果の体系の中にあり、そこで彼が行うことは、現実的で予想可能な結果を伴うことになる。以下、我々はこの特異でダイナミックな状態—全人的に行為に没入しているときに人が感ずる包括的感覚—をフロー (flow) と呼ぶことにする。(65-66)

<sup>\*4</sup> 9.1.4,p161

フローの経験は、スポーツやゲームといった活動に限らない。条件を整えば、戦場や工場での流れ作業、強制収容所など、一見、楽しさとは無縁と思われる場所ですら起こりうる。

### 11.5.1 フローの6つの特徴と過食排出行動

チクセントミハイによれば、フローにある人は、次の6つのいずれかの体験をしていることが多いという。

1. 行為と意識の融合
2. 限定された領域への意識の集中
3. 自我の喪失とも言える体験
4. 自分が行為や環境を支配しているという体験
5. 行為に対する明瞭なフィードバック
6. 自己目的的

もちろん、この6つの特徴の全てが同等に現れなければフローと呼べないわけではなく、行為の特性によっては、ある特徴が強く現れたり、ある特徴が現れなかったりする。しかし、いずれにせよフローとは退屈と心配の彼岸にある経験であり、その中でひとは楽しさを感じることができるのである。

それでは、この6つの特徴と皆さんの過食排出行動を重ね合わせてみよう。

**■1. 行為と意識の融合** フローの第1の特徴である行為と意識の融合についてチクセントミハイは次のように解説している：

フロー状態にある人は二重の視点を持つことはない。彼は彼の行為を意識してはいるが、そういう意識そのものをさらに意識することはない。テニスプレイヤーはボールと相手に対して分かつことのできない注意を払っており、チェスの名人はゲームの作戦に注意の焦点を置き、ほとんどの場合、宗教的エクスタシーには複雑な儀式的段階を経て到達する。しかしフローを維持している時には、意識するということそのものを省みることにはできない。(68-69)

フローにある人は、自分の行動を「外から」眺め、「自分の行動は正しいか否か」、「この行動には価値があるのか」といった自省をすることがない。

この経験は「過食をしている間は何も考えないで済む」とか、「意識を潰す、薄くする」と述べる皆さんの経験と類似している。

しかし、意識と行為の融合を維持することはそれほど容易なことではない。なぜなら、しばしばひとは行為の最中に、自分の行為の価値や方法に対して懐疑的になるし、行為の最中には日常生活の不安が否応無く介入してくるからである。

これは言い換えると、行為の外側から入り込む刺激を遮断できればできるほど、すなわち限定された領域への意識を集中すればするほど（第2の特徴）、ひとはフローに入りやすいということになる。

**■2. 限定された領域への意識の集中** 外部刺激を遮断し、限定された刺激に意識を集中させるには、まず、その行為が個人の能力の範囲内で遂行可能でありながらも、個人にある程度の挑戦を課す必要がある。

そうでなければ、ひとは、その行為の複雑さに圧倒されて不安を感じ、意識と行為の融合を継続させることは困難になってしまうだろうし、逆に、その行為があまりに簡単であれば、ひとは退屈を感じるため、やはり意識と行為を融合を持続することができない。

また、外部刺激の遮断は、その行為にはっきりとした内部秩序、すなわちルールやゴールが定められている方が容易となる。

なぜなら内部秩序なしには、ひとはその行為の無秩序さに圧倒されて、その行為を「外から」眺めることになってしまい、外部刺激の介入を容易に許してしまうからである。この点において、明確なルールに基づき勝敗が決定されるゲームは、フローを起しやすいついと言える。

外部刺激の遮断という点で、皆さんの過食排出行動は、大変優れた内部構造を持っている。

まず、過食排出行動には、食べ物をとにかく早く食べつくし、それぞれの方法でできる限り排出しきるという明確な「ルール」がある。

さらに過食排出行動は、通常ならばありえない量を食べ、そして排出するため、それほど簡単にできる行為ではない。このため、過食排出行動は退屈を喚起しにいが、同時に複雑すぎて遂行不可能な行為ではない。過食排出行動を長年続けてきた皆さんにとって、それは個人の能力の範囲内でできる行為として成立している。

このように内部秩序が確立され、行為の難易度も適度に設定されているた過食排出行動であるが、それでも外部からの刺激が介入してくることは度々あるようである。この状態がはっきり読み取れるのが、手を止めると満腹感を感じるため、あえて食べる手を止めないという由佳さんの語りや、「雑誌を読むのはチューイングをしている自分から目をそらしたいからだと思う」という奈々さんの語りであろう。

間髪いれずに食べ続けたり、雑誌を読んだりする行為は、過食をしている自分の身体感覚や、自分の行為を「外から」眺めないで済むための、独自の手法と言ってよい。

**■自我の喪失体験** フローの第1の特徴である、行為と意識の融合は、第3の特徴である自我の喪失とも関連する。

例えばバッターとか、ランナーといった明確な役割分担の基に得点を狙うとか、1枚の絵画を自分自身の手で完成させるとかいったように、その行為の内部に明確な役割があり、その役割を受け入れて、目標に向かって邁進するとき、ひとは自我の必要性を喪失する。

その行為の内部では、自らの役割が極めて明確に決定されているため、役割について他人に気兼ねする必要も、交渉する必要もないからである。

明確な役割という点でも、過食排出行動はすぐれた構造を持っているとあってよい。過食排出行動において皆さんに与えられた役割は、他人とペースを合わせて食べることでも、作法を守って食べることでもなく、「目前にあるものを食べ尽くして排出する」という、たった1つの単純明快なものである。

**■自分が行為や環境を支配しているという体験** フローを体験している人は、行為と意識の融合や自我の喪失を体験するというが、同時に環境をコントロールをしているという感覚を持つことが多いという（第4の特徴）。

しかし、これはその人に積極的な支配欲があるからではなく、その行為内にある環境が要求する技能と、その本人の技能が過不足無く一致するため、コントロールを失う心配が

全く生じないためであるとチクセントミハイは述べている。

だが、本研究において、このような体験を皆さんの語りから聞くことはできなかった。

**■行為に対する明瞭なフィードバック** フローの第5の特徴は、フローを引き起こす行為が「首尾一貫した矛盾のない行動を必要とし、個人の行為に対する明瞭で明確なフィードバックを備えている」(81) ことである。

日常生活において人は、病気や死、人間関係の問題など、個人の力ではどうしようもなく、時には解決方法すら検討につかない問題にしばしば遭遇する。

しかしチェスやロッククライミングのような活動の場合、このようなことが起こる可能性は日常生活のそれよりずっと低い。目標とそれに対する手段、そして問題の解決方法が極めて明瞭であるため、ひとは、自分の行為によってもたらされる結果や、何が正しくて、間違っているかといった事柄について心を悩ます必要がない。

この点においても、過食排出行動は優れている。なぜなら、過食排出行動においては、もっと食べたいが、周りが食べていないから食べるのを止めるとか、食べたくないのに無理矢理食べるといった日常生活ではありがちな、食に関する本人の願望と食環境からの要請が矛盾したり、齟齬を起こしたりすることはない。

むしろこのような行動は、過食排出行動の最終目標である「排出」の達成を妨げるため避けたほうが良い。過食排出行動においては、それぞれが確立したやり方に身を投じて、食べることが重要であり、そうしなければ適切な排出という明瞭なフィードバックを得ることはできないからである。

**■6. 自己目的的活動** フローの最後の特徴は、冒頭の引用で示されたように、フローが自己目的なことである。遊びがその最たる例であるように、フローにおいては、その行為を行う目的が、金銭的報酬や名誉といった外部にはなく、その内部にしか存在しない。

もちろん、プロスポーツプレーヤーのように、金銭的報酬や名誉がその行為に伴うこともあるが、そういう場合ですら、ひとは、その行為の動機を外部ではなく、内部に最も強く認めるという。

過食排出行動が自己目的であることは明白である。むしろ、1回の過食のために何千円といった金額を使ったり、それをすることで「精神疾患」であるという烙印を押されてしまう過食排出行動は、そのような外的報酬を得るどころか、逆に失ってしまう行為である。

### 11.5.2 マイクロフローと過食排出行動

フローと合致する点の多い過食排出行動であるが、チクセントミハイが述べる、フローの最も明瞭な特徴である行為と意識の融合や自我の喪失体験が、皆さんの語りから明確に出ていない点や、由佳さんを除く全員が「ながら食べ」をしたり、考え事をしたりしている点で、フローとは異なるという反論もあるかもしれない。

しかし、フロー理論において、もう1つ注目すべき点がある。

それは、フローはゲームやスポーツといった非日常的な場だけではなく、退屈、不安の渦巻く日常生活の中でも、ごく浅い形で起こりうるという点である。チクセントミハイによれば、音楽を聴く、本を読む、軽いものを食べる、買い物をする、退屈なときに考え事をするといった日々の何気ない行為の中にも、浅いレベルのフロー、すなわちマイクロフローが認められる。チクセントミハイはマイクロフローについて以下のような説明をして

いる。

マイクロフロー活動は、フローに類似の、しかし程度の弱い機能を果たしているようである。それらは日常の型にはまった生活から生ずるギャップを埋める活動である。それは欲求の命ずる行為のパターンと、社会的役割によって命ぜられるそれとの間に或る経験に構造を与える。本を読み、その本が彼の注意のすべてを吸収しないとき、身体の一部は何かを一髪の毛のもつれを引っ張ったり、鉛筆をかんだり、椅子をゆすったり一したがる。退屈したときもまた一幻想、人々を見ること、意味もなくいたずら書きをすること等によって一何らかの秩序を経験に与える必要がある。無秩序によって心が圧倒されないようにするためには、首尾一貫し、パターン化された経験の型が必要なようである。(237)

過食排出行動において見られる、ながら食べや考え事は、過食排出行動によって吸収しきれない意識を、雑誌を読んだり、テレビを見たりするといった行為によって、吸収させる行為と見ることができる。

過食排出行動が完全に意識を完全に吸収し、行為と意識の融合が十分に起こらなかったとしても、それにもう 1 つの行為をかぶせることで、意識の分散は制御され、日常生活で感じる不安や退屈の介入を遮断することができる。

集中しやすくするために過食をすることもあるというさゆりさんは、過食排出行動が起こすフロー効果を逆手に取り、やるべきことに取り組んでいると言っても良いだろう。

もしかすると「過食排出行動や、それと平行して行われる活動のどちらが深いフローを起こすのか」とあるとか、「この 2 つの活動のどちらがマイクロフローに当たるのか」といった疑問を持つ読者がいるかもしれないが、これら問いは本研究ではさほど重要ではない。

重要なのは、過食排出行動やそれと平行して行われる活動によって当事者はフローと極めて類似した体験をしていることで、フローとマイクロフローに関する理論的な分類ではないからである。

## 11.6 過食排出行動の「楽しさ」

2 章で見たように、過食症の治療に有効とされる認知行動療法や対人関係療法は、過食排出行動を不適切な問題処理行動と捉え、過食排出行動を誘発すると考えている心理的要因や対人関係の問題に着目し、その領域で見られる問題を解消させることで、過食排出行動を減少させようという、「還元主義」によって枠付けられた治療方法である。

しかし 8 章で見たように、「還元主義」は、皆さんの体験と一致するところが多いものの、そのモデルから零れ落ちる過食排出行動も存在し、それが過食排出行動を理解しようとする際に、皆さんが悩み、混乱する一因となっていることが分かった。

また、認知行動療法が勧めるように、過食排出行動に代わる行動を取ろうとしても、現実には、過食排出行動ほどの爽快感を与える効果を持つ行動を見つけられずに、悩んでいる様子も伺うことができた。

よって本章は、過食排出行動の誘発要因ではなく、過食排出行動そのものに着目し、その渦中で具体的に皆さんはどのような行動をし、何を考え、何を感じているのかといった過食排出行動の体験に着目した。

結果、皆さんが過食排出行動によって得る、爽快感という正のフィードバックは、おいしいものをたくさん食べた満足感という多くの人が食べ物から得る正のフィードバックとは、全く異なる次元で発生していることが判明した。

その異なる次元とは、フローである。過食排出行動という内部秩序の確立された行動に身を投じることで、皆さんは日常生活において絶え間なく加入してくる、退屈や不安といった外部刺激を遮断し、フローを得ている。

フローの引き起こし方は、過食排出行動に他の行動をかぶせたり、食べる手を意識的に止めないなど複数あるが、皆さんそれぞれが、外部刺激を遮断し、意識を限られた領域に集中させるための方法を編み出しており、その中に自己を埋没させることで、日常とは異なる時間の流れをつくり出している。

過食排出行動が、思考の誤りによる否定的な感情の高まりや、対人関係のストレスが生じたときにだけ起こると限らないのは、過食排出行動が外発的な動機に誘発されているだけではなく、その内部にもそれを誘発する動機があるからであろう。

その内部にある動機とは、過食排出行動そのものにある、ある種の「楽しさ」である。

過食排出行動に「楽しさ」が伴うという言い回しは、それに悩み、そこから抜け出したと思っている皆さんにとっては、憤りすら感じられるものであるかもしれない。

しかし、皆さんの過食排出行動は、自己を限られた領域に集中させ、意識と行為の融合や、自我の喪失体験を引き起こす上で、優れて合理的な構造を持っている。

スポーツやゲームを見れば明らかのように、人は日常で抱えた鬱屈を解消するために、これら活動に従事することもあるが、理由はそれだけではなく、その行為を行う最大の理由は、その行為の内部にある「楽しさ」そのものである。

心理的問題や対人関係の問題が解消されても過食排出行動が残り続け、さらにそれが他の行動にとって代わらないのは、過食排出行動が「楽しさ」を伴う行為、すなわちフローを引き起こすからなのである。

フローを引き起こす上で、優れた構造を持つ過食排出行動であるが、それが持つ弱点は、過食排出行動が現代医学では「異常行動」と認識されており、さらにこの社会に生きる多くの人々の目にも、大変に「おかしい」行為として映ることであろう。

このため、過食排出行動が終了し、自分の行為を「外から」眺めた皆さんは、自分が「異常な」行為をした事実、向き合わざるを得ない。そして、この医学的、社会的認知は、過食排出行動で得た爽快感を消去してしまうほどの力があるため、皆さんは再び、罪悪感や自己嫌悪感に悩まされることとなる。

敬子さんの担当医の小林先生は、過食排出行動はストレス解消なのだから、過食排出行動をすること自体を気にする必要はないとアドバイスするが\*5、このような社会的判断がある限り、敬子さんが過食排出行動を「気にしない」ことは困難であろう。

筆者は、医学がこの行動を「正常」と見なすべきとは考えていないし、皆さんの抱える精神的苦痛を減らすため、より多くの人々がこの行動を始め、過食排出行動が社会的に認められる行為に変わるべきだと思っているわけでもない。

しかし、「還元主義」を採用し、また過食排出行動は「異常行動」であると安易に断定してきたこれまでの見方が、過食排出行動の体験に着目して、過食排出行動が引き起こす正のフィードバックの所以を詳細に検討するという姿勢を、研究者に失わせてしまった可

\*5 3.9,p74

能性はないだろうか。

過食排出行動を他の行動に取って代わらせようとするのであれば、単に散歩や読書といった行為を勧めるのではなく、過食排出行動と同程度のフローを起こさせる行動は何かを検討する必要があるだろうし、なぜ過食排出行動から抜け出せないのかと悩む当事者がいれば、対人関係や認知の領域に話の焦点をスライドさせるだけではなく、フローという観点からその構造を説明することも有効であろう。



## 第Ⅴ部

では、どうしたらよいのか



本研究の冒頭で、筆者はこの論文をここで紹介した6人の女性と同じような状況にいる摂食障害の当事者の方、摂食障害の治療に関わる医療者、筆者と同じような人文・社会科学の研究者に向けて書くと述べた。

V部に含まれる3つの章は、特に前二者に向けて書かれている。

まず12章は、本研究を通じてもっとも理論的な章となる。ここで筆者は、「拒食、過食排出行動はなぜ『病気』なのか」という「還元主義」が当たり前のこととして疑わない前提を疑い、「自然な食」の役割、そしてそれが確立されるまでのメカニズムを解説し、このまなざしから、なぜ皆さんは「自然な食」を失ったのかを解説する。そして13章において筆者は、摂食障害の医療全体に、医療資格を持たない者の意見を巧みに排除したり、よく知らないことをよく知っているかのように語る傾向があることを指摘し、それが最終的には患者に跳ね返りかねないこと、さらにはひとという存在を矮小化する見方を作りかねないことを指摘する。

そして最終章である14章においては、「自然な食」を回復するための具体的な対策を、筆者の専門である文化人類学を土台とし、紹介する。



## 第 12 章

# 拒食や過食排出行動はなぜ「病気」なのか

大人になると健康に悪いという脅しが使われる。汚いものは見た目によくないが、必ずしも危険というわけではない。私は、食材を水に通すという陳腐な儀式が本当に細菌を除去するのだろうか、また、多少の疵<sup>きず</sup>がついた陶磁器が伝染病を媒介するのだろうか、という疑問を持っている。ここに、ちょっと縁が欠けているが素敵な陶器のカップがあるとす。そんなものは捨ててしまったら、と忠告されるが、私はそれが気に入っているので、まだ使いましょう、と言う。すると忠告してくれた人は、欠けたところに汚いものが付いていると危険よ、と言り返す。(13-14)

汚穢と禁忌  
Mary Douglas

### 12.1 「健康に悪いから」ではない

拒食や過食排出行動が正されるべき理由としてよく挙げられるのは、これらが「健康に悪いから」というものである。

摂食障害の解説書を見れば、このような行為がいかに健康を害するかが、大変細かく説明されているし、2章で詳述した認知行動療法では\*1、過食排出行動が身体に及ぼす悪影響を、治療の初期に患者に熟知させることの重要性が謳われている。

確かに長期的に続く食事制限や過食排出行動は、身体にさまざまな悪影響を及ぼす。しかし、健康を害する可能性のある行為が、「正されるべきもの」、「異常なもの」と常に見なされるとは限らない。実際、我々の周りには健康を害する可能性が極めて高いにも関わらず、病気とは見なされない行為がいくつもある。

そのもっとも良い例がスポーツであろう。たとえば相撲の場合、体重が重いほうが有利なため、力士は皆、重量化を図る。それだけの体重をつければ、内臓や膝関節に過剰な負担がかかることは避けられず、実際、身体の重さが負担となって、怪我を負ったり、病気にかかったりし、それが引退の契機となる力士もいる。

しかしこのような健康への危険性があるからといって、相撲を国技から外そうとか、体重制限を設けようとかいう運動は起こらない。

\*1 2.7.2、p48

このような例は、相撲に限ったことではない。たとえば、激しい減量の末に、頭部に執拗な打撃を加えるボクシングでは、選手の死亡事故がしばしば起きている。また脳に打撃を受け続けたことで、引退後の後遺症に悩まされる人も少なくない。

ところが、摂食障害の人々が「死ぬかもしれないから、食べるように」、「身体に悪いから吐かないほうが良い」と説得される一方で、ボクサーが「危ないから、頭に打撃を受けたらすぐにダウンをしろ」、「死ぬかもしれないから、寸止めをしろ」と説得されることはない。それどころか、壮絶な打ち合いに挑んで勝利を勝ち取ったボクサーには、喝采が送られる。

健康に悪い行動をした人が、賞賛の対象になるのはスポーツではよくある話である。たとえば、バルセロナオリンピックで左足側副靭帯損傷という大けがを負いながらも試合に出続け金メダルを取った柔道の古賀稔彦や、先天性の心臓病を持ち、移植手術を受けた過去を持ちながら、北京オリンピックのソフトボール五輪代表になった西山麗は、大怪我や大病を押して競技を続けた無謀な人ではなく、そのようなハンデを負っても目標を追い続けた人たちの、努力と感動の逸話として語られる。

このような意見に対して、「スポーツは非日常的な世界で起こる出来事であり、日常の世界で起こる摂食障害と比較することはできない」との反論が起こるかもしれないが、健康に害が及ぶ可能性がありながら、「異常」とも、「病気」とも見られない行動は、日常生活においてもいくつもある。

たとえば、乗車率100%を優に超える満員電車に乗って毎朝長時間通勤し、会社のため、家族のためと、夜中まで働き続ける会社員や、次から次へと押し寄せる患者のためにと、身を粉にして働き、緊急の患者がいつ来るか分からず、ゆっくり食事を取る時間もない医師の生活が健康的とはとてもいえないだろう。

しかし、このような生活を送る人々が、賞賛されることはあっても、「異常な人たち」とみなされることはない。従って、「働き者が評価される社会とはいえ、このように働ける人々はごく一部であるから、これら人々には『普通の人』と異なる遺伝子があるに違いない」と、「働き者」の遺伝子を探そうという動きも起こらないし、「激務によって内面に抱えた問題から逃避しようとしているのだ」という議論も起こらない。

一方で、命を危険にさらしてまで食事制限をしたり、指に吐きだこを作り、歯を溶かしてまで過食嘔吐を続ける人々の行為が、「健康を犯しながらも、やせることに全身全霊をささげた人たち」として賞賛されることはない。むしろ「やせている人が評価される社会とはいえ、過激なダイエットに走る人はごく一部であるから、これらの人々には『普通の人』とは違う遺伝子があるに違いない」と、遺伝子研究が盛んになり、「こんなことをするのは、何か心の問題を抱えているからに違いない」と摂食障害の「還元主義」は当然のことのように受け入れられる。

「健康に良いか悪いか」という視点では、拒食も過食排出行動も、格闘技も、激務をこなす会社員も医師も同様に「悪い」方へと分類される。しかし、「異常な行為」として見られるのは、前者のみで、残りはそう見なされない。

「拒食や過食排出行動は、健康に悪いからやめなさい」という説得は、いかにももっともらしく聞こえるが、これは、これら行為が「病気」と見なされる1番の理由ではない。「大人になると健康に悪いという脅しが使われる」(13)のである<sup>60</sup>。

## 12.2 それは他者が抱く居心地の悪さから生ずる

健康に悪い行為はたくさんあるにも関わらず、なぜ拒食や過食排出行動をする人ばかりが、行動を変えるよう求められるのだろうか。

それは、これら行為が「他人の居心地を悪くするから」に尽きる。

たとえば、敬子さんの過食嘔吐に気づいた母や弟が露にした嫌悪感や\*2、食べ物を捨てる奈々さんに対する母の怒り\*3、さゆりさんが食べないことに対する両親の苛立ちは\*4、「そのような食べ方をするによって彼女達が健康を著しく害してしまうかもしれない」という心配だけではなく、得体の知れないもの、理解不能なものを目前にした際に、人が感じる気味の悪さや恐れからも発せられていると見てよいだろう。

さらに、自分たちの食べ方が、他者の感情を著しく乱すものであろうことは、皆さんも十分に心得ている。このため、皆さんは吐いていることや下剤を乱用していることを隠そうとしたり\*5、自分の部屋で食べたり\*6、いろいろな工夫をこなし、さらにはそのような食べ方を止められない自分自身に恐怖を抱いたり、困り果てたりして、医療機関の受診やサポートグループの参加を考えたり、本を読んで情報を得たりしようとする。\*7

自発的な食事制限や過食排出行動により引き起こされる身体的な問題は、症状が悪化した場合、早急に治療が必要な重大な問題ではある。しかし「なぜ拒食や過食排出行動が異常行動として見なされるか」という問いにおいては、むしろ2次的な理由と考えられるべきだろう。

「拒食や過食排出行動が他人の感情を害する」という視点は、当たり前すぎて、そこに着目することに何の意味もないように思える。しかし、この理由について考察を深めていくと、「なぜ人は自然に食べられるのか」、「『自然な食』は何により構成されているのか」、「『自然な食』の果たす役割は何なのか」という、我々が日々当たり前のように繰り返すゆえに、素通りされてしまう問いの数々に、我々は取り組まざるを得なくなる。

## 12.3 「還元主義」が見落とした事実

「自然な食」が成立する理由として、一般的なのは「食は人間の本能であるから」という主張である。これと似たような主張は「還元主義」でも次のように展開された。

拒食や過食、食べ物への異常な執着といった摂食障害に特徴的な症状は、飢餓状態によりもたらされた生理的変化である。従って、その多くの症状は飢餓状態から脱出すれば消失する。もし、飢餓状態から回復しても症状が残っているのであれば、それは患者が、内面の葛藤や、家族の問題など精神的なストレスを抱えており、症状に逃げ込むことで問題から逃避をしたり、症状によって蓄積されたストレスを解消しているからである。

\*2 3.7,p69

\*3 7.4,127

\*4 4.4,p83

\*5 敬子さん：3.6,p68, 由佳さん：6.4,p116

\*6 奈々さん：7.9,p130

\*7 敬子さん：3.8.2,p70, さゆりさん：4.8,p86, 理央さん：5.8,p105, 由佳さん：6.6,p118, 奈々さん：7.7,p129

そして、この主張の証左として頻繁に引用されるのがミネソタ実験<sup>\*8</sup>の結果であった。半飢餓状態におかれた被験者の行動・思考パターンは摂食障害患者のそれによく類似していたからである。

このような説明は、「自然な食」を説明するにおいて、ある程度正しいのであろう。そして、「飢餓状態が回復されても『自然な食』が回復されないのは、食とは直接関係のない心理的な問題が絡んでいるからである」という見方も、皆さんの語りからわかるように、ある程度正しいのであろう。

しかし、心理的な問題の解決による精神的なストレスの減少に伴って、拒食や過食排出行動が寛解するとは限らないことは、8章で指摘したとおりである。

筆者はこのような視点の下、「還元主義」が十分な注意を払ってこなかった、摂食障害の当事者における食の体験を検討してきたが、筆者が見るに、「還元主義」が見落とししたのはそれだけではない。

「還元主義」は精神的ストレスの軽減や心理的問題の解決、そして飢餓の回復に伴って、食に関わる「本能」が目覚め、「自然な食」が何事もなかったかのように舞い戻ると捉えているが、これこそが大きな誤解である。

### 12.3.1 慣習行動を支える前提の一群

筆者が見るに、生理学を土台として自然な食の成り立ちを解説し、それ以外を食の外側にある心理的な要因、すなわち精神的ストレスや、症状を通じて行われるストレスの軽減に求める「還元主義」は、「自然な食」が、膨大な前提の数々に支えられている事実を見落としている。

いすに座るとか、お茶を飲むといった、ひとが日々何気なく、当たり前のように行う行動、すなわち「慣習行動」は膨大な数の前提により支えられており、これらを自明のこととして受け入れていなければ、その行動は成り立たない<sup>222</sup>。

たとえば、「電車に乗る」という行動を例にとり考えてみよう。この行為を「自然に」行うためにはどのような前提を当たり前のこととして受け入れたり、確信したりしていなければならないだろうか。

まず必要なのは、「電車とは乗り物であり、それに乗れば、目的地まで連れて行ってくれる」という前提の受け入れである。また、「電車は目的地の目の前ではなく、その近くまでしか行かないこと」や、「電車に乗るには運賃が必要であること」も当然のこととして知っておかなければならない。

さらに、「電車は公共の乗り物で、時間によっては大変混み合っており、見知らぬ人と身体が触れ合うこともあるが、身体がぶつかっても、隣の人が自分をどなりつけることはない」といったことも前提として知っておかなければ、安心して電車に乗ることはできないだろう。

このような前提は際限なく続けることができる。たとえば、「電車の椅子は空洞ではないので、座っても破裂することはない」とか、「電車のドアが目にも止まらぬ速さで閉まり、身体が挟まれることはない」とかいった確信も、電車に乗る上での前提となる。

このようなことをいちいちあげるのは大変馬鹿らしいことのように思える。しかし、上

<sup>\*8</sup> 2.6.1, p40



述した前提のうち1つでも、自明のこととして捉えられなくなったら、たとえば「電車の扉が高速で閉まり、身体が挟まれて死ぬかもしれない」と考えたら、「自然に」電車に乗ることは不可能になってしまう。

アメリカの哲学者であるジョン・R・サール (John R. Searle) は、ある行動をするときに、その行為の成立条件となる前提の一群を「背景」(The Background) と呼んだ<sup>222, 224</sup>。<sup>\*9</sup> 「背景」は意識の彼岸にあるため、ある行為がなされる度に、行為者によって逐一思い返されることはないが、「背景」がなければその行為は成立しない。

たとえば、「電車は目的の近くまで自分を連れて行ってくれる乗り物である」と電車に乗る前にいちいち思い返して確認しなくとも、人は電車に乗ることができるが、それを心のどこかで知らなければ、電車を乗りこなすことはできない。

気づかぬところで、我々の生活を支えている。「背景」とはそのようなものである。

### 12.3.2 「自然な食」を支える「背景」

それでは「自然な食」はどのような「背景」により支えられているのであろうか。

この問いを検討するに当たって、注意せねばならないのは、食べ物の「獲得から加工までの一連の流れを含む複合的な行為の集合体」を「食」として認識することである。

「食べ物を口に運ぶ」ためには、どれが食べ物かを認識し、ある方法でそれを手に入れ、加工し、盛り付けて、食べられる形に変換しなければならないのであるから、この見方は当然のことといえるが、「還元主義」の「生体物質論」において、このことは十分に認識されていないようである。たとえば「還元主義」の「生体物質論」が注目するのは、食べ物が身体に入ってからのものであり、それまでの複雑な過程ではない。

文化人類学者であり、言語学者でもある西江雅之<sup>177</sup>は、食と文化の関係を分析するに当たり、食を4つの段階に分類した。本節は彼の分類に従って、それぞれの段階にどのような「背景」が存在するのかを見ていきたい。

#### 段階1. 「どのようにか」選択する

■1-A. 選択～何を食べ物と見なすか 我々は目の前にあるものを脈絡もなく、口に入れるわけではない。食べるためにはまず、自分にとってどれが食べ物で、そうでないかをかを見分ける必要がある。

たとえば、父と母、子供2人が揃った食卓で、ご飯と味噌汁、野菜炒めが朝食として出されたとしよう。この食事は栄養学的に見て、全く問題がないものとする。

ところが、料理を作った母親が、「今日は野菜炒めに犬肉を使った」と家族に打ち明けたらどうだろう。同席する子供たちは、吐き気をもよおして、朝食を一切受け付けなくなり、加えて、母親の人間性に対して強い不信感を持ってしまふかもしれない。この家族が犬を飼っていたら、なおさらである。

栄養学的に見て、犬を食べない理由は何もない。犬は、豚や牛、鶏と同様のたんぱく源だからであり、アジアや南太平洋の一部地域では、現在でも犬を食べる習慣が残っている<sup>232</sup>。しかし、欧米からの非難を恐れた、韓国、中国政府が、オリンピックの前に犬食の抑制に走ったように、犬を食べない多くの欧米人にとって、犬を食べることは大変に

<sup>\*9</sup> the Background の邦訳は「バックグラウンド」<sup>222</sup>と「背景」<sup>224</sup>の2つがある。本研究では後者を採用した。

野蛮で残虐な行為として映る。我々はある「背景」をもとに、何が食べ物で、何がそうでないかを選択する。そして、この基準は、栄養学的に見て、必ずしも合理的とは限らない<sup>177,232</sup>。

しかし、たとえそうであったとしても、その「背景」から外れたことをする、もしくはされることで、「自然に食べる」ことは不可能になるし、「自然に食べている」とは見られなくなってしまう。

**■1-B. 量~どのくらい食べるか** 食べ物の選択に関わるのは、種類だけではない。先の家族の食事において、真向かいに座っている者の顔が見えないほどの野菜炒めが提供されていたり、味噌汁が1人当たり1リットルふるまわれたりしたら、この家族は自然に食べることができるだろうか。

食べ物の選択に全く問題がないとしても、量を変えることで、その食事は簡単に不自然なものになってしまう。

### 段階2. 「どのようにか」入手する

それでは、食事も半ばに差ししかかったところで、「ここに出されている食べ物は、昨日スーパーで盗んできたものだ。今月はお金がなかったが、栄養のあるものを皆に食べさせたいから盗んできたんだよ。」と父親が家族に打ち明けたらどうだろうか。家族は、父親がそのような非道徳的な行為に走ったことに、衝撃を受け、食事どころではなくなってしまうだろう。

すべてが盗品で作られた栄養学的に完璧な食事と、栄養学的には問題がありながらも、正規のルートで獲得された食材により作られた食事では、後者のほうが「自然な食」である。「自然な食」を実行するには、食べ物を入手する本人が、それを実行するために必要な知識と技術を持ち合わせていなければならない。

現代社会における食べ物の正しい入手方法の1つはスーパーやコンビニに行って、食べ物を購入することである。しかし、食べ物を店で購入するという行為を成し遂げるのはそれほど簡単なことではない。

たとえば、スーパーに入れば、「買いたい食材をかごに入れて、レジに持っていくこと」、「食材は種類毎に分類されており、味噌は、調味料に分類されること」、「他人のかごに入っているものを、自分のかごに勝手に移してはいけないこと」を自明のこととして知っていなければならない。

またレジでは「列に並んで自分の順番を待たねばいけないこと」、「持ち合わせを越える食材を買うことはできないこと」、「キャッシャーに食材よりも多い金額を渡したらおつりをもらえること」を当たり前のこととして知っている必要がある。スーパーでの滞りない買い物は、このような「背景」によって支えられ、そのような「背景」のもとに身体を滑らかに動かすことができなければ、「食べ物を口に運ぶ」という場面に人はたどり着くことすらできない。

### 段階3. 「どのようにか」保存する・変換する

食べ物を入手したら、それを保存する、もしくは何らかの形に変換、すなわち加工・調理して、食べられるようにする必要がある。

たとえば先の例において、冷蔵庫のスペースがないことに気づいた母親が、豆腐をペー

スト状にして板状に伸ばし、それを冷凍庫で凍らせていたらどうだろうか。家族はその豆腐の入った味噌汁を「普通の味噌汁」として受け入れることができるだろうか。

同じ食べ物でも、その保存方法には、干す、燻製、塩漬けにするといった多様性があり、変換方法にも、揚げる、焼く、煮る、ゆでるといった複数の方法があって、この組み合わせの豊富さが、料理のバリエーションを生み出している。

しかし、保存や変換の方法は、何でもよいわけではない。食べ物には種類に応じて、「こうするのが正しい」という一定の方法があり、そこから外れた保存や変換方法をされた食べ物が提供されると、人は「自然に食べる」ことが往々にしてできなくなってしまう。

たとえばスカンジナビア半島には「ルーテフィスク」という伝統料理がある。これは、自然乾燥をさせたタラを水と苛性アルカリ水に交互につける作業を繰り返すことで作られる料理で、そうされたタラはゼリー状の塊になる。

この料理を食べたことのない者にとって、ルーテフィスクは異様に映る。見た目も匂いも到底食べ物とは思えず、「やぎでも吐き出しそうなおぞましい味」と表現した者もいたほどである<sup>94</sup>。

タラは多くの日本人にとって大変馴染み深い食材だが、たとえ健康によいといわれても、ルーテフィスクのような加工をタラに施したいと思うものはほとんどいないであろう。

「自然な食事」は、「自然な調理方法」によって支えられており、その調理方法が不自然に映る場合、たとえそれが何の生理的問題も身体に及ぼさなかったとしても、自然に食べることは往々にして不自然になってしまう。

#### 段階 4. 「どのようにか」食べる

先の家族の食卓において、食べ物の選択から保存・変換まで何も問題がなかったとする。しかし、味噌汁がビーカーに盛られ、そこにストローが添えられ、さらにご飯に焼き魚が突き立てられていたら、子供の1人が、ご飯粒を1粒、1粒つまんで、それを10回噛んでから飲み込んでいたらどうだろう。この家族はこの食事を「自然に食べる」ことができるだろうか。

ご飯には茶碗と箸、パスタにはフォークとスプーンというように、それぞれの料理にはそれに相応した「物」がある。また、味噌汁は茶碗を持ち上げて口をつけて吸い込む、パスタは数本のパスタをフォークに絡め、スプーンをその下部に寄せて落ちないようにして食べるというように、それぞれの料理には、それに相応し食べ方が存在する。

さらに「物」には、ふさわしい使い方がある。箸の使い方、茶碗の持ち上げ方、ナイフやフォークの使い方など、「物」の使い方には大変細かい規則があり、それらを用いて食べる人々は、その規則に沿った食べ方をすることを期待される。料理に相応しい「物」を使わず、違うものに盛り付けたり、適当とされた食べ方から逸脱して食べることは、「自然」とはみなされない。食べ物に相応する「物」を「正しく」選択し、「正しい」とされる食べ方をすること、これも「自然な食」の「背景」の一部である。

#### 「自然な食」の状況依存性

生理学が「自然な食」を説明しきれないことは、ここまでの議論ですでに明らかだろう。ここで取り上げた、「背景」に含まれる前提のほとんどは、生理学的な必要性とは関係の薄いものばかりである。

しかしこれで「自然な食」を説明し終わったわけではない。

「自然な食」にはもう1つの欠かせない特徴があり、その特徴により、生理学的な説明だけでは食を説明しきれないことがますます明確になる。

その特徴とは「自然な食」が状況に応じて変化するという、「背景」の状況依存性である。

たとえば、筆者が家族4人の食卓を例として提示したとき、その家族が地面に座って食事をしているとか、この食事は、娘の誕生日会的一幕であるとか、考えた読者はまずいないであろう。

茶碗と皿に盛られたご飯と味噌汁、そして野菜炒めは、椅子か、屋内の床に座って食されることが「自然」である。一方、ピクニックでこれら料理が食べられる場合、ご飯はご飯茶碗に盛られるのよりも握り飯になっているほうが適当であり、味噌汁は茶碗ではなく保温容器に入れられ、野菜炒めは平皿よりもタッパーに入っている方がより「自然」だろう。また、誕生日会には、ご飯と味噌汁より、パースデーケーキの方がふさわしい。

また、先にご飯を1升と味噌汁1リットルを飲むのは不自然だと書いた。しかし、これが大食い大会であれば話は別である。この場においては、茶碗1杯しかご飯を食べないより、ご飯を1升食べ、味噌汁を1リットル飲むほうがむしろ「自然」で好ましい。

「家の中では茶碗に盛られたご飯を食べ、屋外では握り飯を食べるべきか」という問いに、生理学的な重要性はほとんどないであろう。しかし、「どちらが自然か」という観点から検討した場合、この問いは重要な意味を帯びてくる。

ある状況ではいたって普通の食事も、それが展開される場が変わると、その食事は一瞬にして不自然になることがある。自然に食べるためには、このように柔軟に変化する「背景」に瞬時に対応する能力が必要なのである。

#### 「本能」から「自然な食」は生まれぬ

ここまで、「自然な食」を支える「背景」に含まれるさまざまな前提を、段階別に概観し、その状況依存性を指摘した。

「自然な食」の「背景」には膨大な数の前提が含まれ、さらにその「背景」の状況依存性は高く、環境に応じてめまぐるしく変化する。それぞれの状況において何が「背景」となりうるかを一瞬にして把握し、それに依って身体をスムーズに動かすことができなければ自然に食べることはできない。

「生物物質論」は、飢餓状態から脱し身体が「正常」に戻れば、「本能」に沿った「自然な食」が何事もなかったかのように舞い戻ってくるかのような捉え方をするが、ひとの食においてこれは適切でない。

もし食を本能と仮定したいのならば、我々は、生まれたときに乳児が行う母乳を「吸う」という行為に限定するか、「食べる」ことに関わる全ての行為をその定義に含めなければならないであろう<sup>215</sup>。「自然な食」とは「本能に沿えば誰でもできる」というようなものではなく、ひとが後天的に獲得する複雑な能力の1つなのである<sup>214,215</sup>。

## 12.4 「自然な食」の獲得過程

「自然な食」には、かくも複雑で高度な技術が必要とされるにも関わらず、なぜ多くのひとは、いとも簡単に食べることができるのであろうか。

### 12.4.1 前提の身体化

先ほど、段階別に分けて説明したような、「自然な食」に関わる前提をいちいち思い出しながら身体を動かしていたら、流れるように食べることなどとてもできない。自然に食べられるようになるためには、食を支える膨大な数の前提を、意識の彼岸から働かせる必要がある。言い換えると、食に関わる一連の前提は、「身体で覚える」という言葉が示すように、あたかも身体の一部であるかのごとく深く身体に溶け込んでいなくてはならない。

知っていることと、実際に行えることが異なるように、前提を身体に溶け込ませるためには、本を読んだり、誰かの食べ方を観察したりするだけでは不十分である。生まれたばかりの赤ん坊が、生れ落ちた社会に共有されるルールを当たり前のこととして受け入れ、実践していくのと同じように、自然に食べるためには、「自然な食」を形作る食の前提を、当然のこととして一度受け入れ、それを反復実践することで、身体化していく必要がある<sup>22</sup>。

たとえば、日本に住む多くの人は、箸の太いほうで食べ物をつかんではいけないことや、箸渡しをしてはいけないこと、箸を使って食器を自分の近くに寄せてはいけないことを知っている。

しかし彼ら／彼女らは、このような前提を生まれたときから身体化していたわけではない。これら前提は、他者から教えられ、他者を模倣し、長い年月をかけて何度も何度も繰り返されたことによって身に付けられた技術である。

正しい箸の使い方を習得するまでには、使い方を間違えて他人に注意をされ、気まずい思いをしたり、わずらわしさを感じたりすることもあつただろう。ひとによっては、使い方を間違えて、顔から火が出るような恥ずかしい思いをする場合もあつたかもしれない。

ところが、いったん箸使いにおける前提が身体化され、食の「背景」として意識の彼岸に遠のくと、ひとは、そのような反復や失敗の歴史を忘れ、生まれたときから当たり前こなせていたような感覚を抱いてしまう。

このような感覚はもちろん誤りであるが、このような感覚こそが、前提が身体化され、「背景」となった証である。なぜなら「背景」とは身体に溶け込んだゆえに忘れ去られた、個々人の過去の足取りの軌跡だからである。

### 12.4.2 「背景」と「ハビトゥス」

フランスの社会学者である Pierre Bourdieu (ピエール・ブルデュー) は、行為者の身体に溶け込んで、慣習行動を成り立たせる前提の一群を「ハビトゥス」(habitus) と名づけた。上述した『「背景」とは身体に溶け込んだゆえに忘れ去られた、個々人の過去の足取りの軌跡』との一説は、実は、ブルデューの唱えたハビトゥスの理論からの借用で、ブルデューが「ハビトゥス」といっているところを、筆者が「背景」と置き換えたものである<sup>22</sup>。

サールの「背景」とブルデューのハビトゥスは、いずれも意識の彼岸から働き、我々の何気ない行動を支えているという点において近接概念であり、サール自身も、ブルデューのハビトゥスが自身の「背景」にもっとも近い概念であることを著書の中で認めている<sup>24</sup>。

しかし、「背景」とハビトゥスの異なる点をあえて述べるとすれば、それは、2人がそれ

ぞれの理論において何を明らかにしようとしたかという、力点の違いになるだろう。まずサールの場合、彼のもともとの学問的背景が言語学にあり、さらに彼がこの理論を通じて解明しようとしたことが「志向性」のメカニズム、すなわち「人の心が自分の外側にあるものや事象を指し示すという働きはどのように成立しているのか」にあるため、彼の注意は「背景」に含まれる前提の種類や構造に向けられている。<sup>\*10</sup>

一方、学問の出発点は哲学にありながら、その後、文化人類学者のレヴィ＝ストロースに学び、フィールドワークの手法を取り入れた社会学者のブルデューの力点は<sup>24</sup>、ハビトゥスを通じて集団のまとまりといったものがどのように維持もしくは変化し、その中で慣習行動はいかなる役割を担うのかといった、社会構造の分析にある<sup>22,23</sup>。またハビトゥスの身体性に着目しているところも彼の理論の特徴で、サールの議論においては「背景」の身体性はあまり注目されていない。

よって本研究では、やや乱暴ではあるが、「背景」と「ハビトゥス」を交換可能な言葉とし、2人の力点の差異を踏まえて、「自然な食」を成り立たせる前提の構造に重点を置く時は「背景」という言葉を、前提の身体性や、それが共有されることによって生まれる社会関係に重点を置きたいときはハビトゥスを使っている。

なおサールの「背景」には一般的に使われる「背景」という言葉との違いを強調するため「」をつけているが、ハビトゥスは、それ自体で理論用語であることが明白であるため、「」はつけていない。

### 12.4.3 ハビトゥスと「場」

ハビトゥスが優れている点は、「ひととひとの社会的なまとまりとしての『場』を、慣習行動が作っている」という事実を明確に指摘しているところにある。

本論でいう「場」とは、 $m^2$  や  $m^3$  といった単位で計測されるような物理的な空間を指すのではなく、学校や家庭のような「複数の個人により構成され、持続性がありながらも、流動性を持った社会的空間」のことを指す<sup>56,87,100,255</sup>。

「場」を構成する個々人には、その「場」に応じた社会的役割が常にあてがわれている。たとえば、学校という「場」には先生と生徒が存在し、「学校」は、先生が「先生」という、生徒が「生徒」という役割に見合ったふるまいをすることで成り立っている。

もし、それぞれが、「学校」という「場」において自らにあてがわれた社会的役割を無視し、好き勝手な行動を取り始めたら、「学校」という「場」のあり方は崩壊するか、従来のものとは全く違うものに書き換えられていくだろう。

「場」はひとから離れて客観的に存在しているのではなく、その「場」を構成する人々が、それぞれの社会的役割に応じてふるまい続けていることで保たれ、さらには、人々のふるまい方の変化に応じて書き換えられる可能性も同時に秘めている。

言い換えると、「場」はそこにいる人々に役割をあてがうという点で、人々の行動を制限している一方で、そのような人々によって作り変えられてもいるのである。

<sup>\*10</sup> たとえば、サールは「背景」の他に、「背景」の前景として働く「ネットワーク」という概念も提出している。しかし議論が必要以上に難解になり、本研究の目的から逸脱するため、「ネットワーク」について本研究では触れていない。

#### 12.4.4 ハビトウスと多様性

先ほど、「場」がハビトウスを生み出すと述べた。しかし、実際の生活において、ある「場」を共有する人々が、まったく同じ食べ方をするなどありえない。

「生徒」は「小学校」という場の構成員であり、給食においてはある一定の食べ方を指導されているはずであるが、すべての生徒は少しずつ違う食べ方をするであろう。

「場」がハビトウスを生み出すのであれば、このような食べ方の多様性をどのように考えるべきなのだろうか。

実はこの疑問はハビトウスに対してしばしばなされる誤解であり、この疑問は次のように解消される。

食べ方におけるこのような多様性の理由は、個々人が「場」において占める地位が、性別、学歴、仕事、年収といった複数の社会的変数によって、微妙に異なることにある<sup>22</sup>。

たとえば、箸使いのような慣習行動は、個々人が占める社会的地位に関係なく、日本という限定された場において、ある程度一様に見られるが、口を大きく開けてがつつ食べ、肉を好むのは男性という変数に、口を小さく開けてしおらしく食べ、野菜を好むのは女性という変数に依存しがちなように、「自然な食」のハビトウスは、個々人が場において占めるの社会的地位により決定される<sup>23</sup>。

個々人がどのようなハビトウスを持つかは、個々人が「場」において持つ社会的変数の組み合わせ（例：階級＋性別＋学歴＋年収）によって変化し、これが、誰一人として同じ食べ方をする人はいないことを説明する。

さらに、複数の社会的変数を共有していたとしても、その空間内で、遭遇するできごとの種類や順番は異なり、それが微妙な差異をつくり出すことも知っておく必要がある。

たとえば、ある場を共有する2人の人間の、年齢、学歴、仕事、年収が完全に一致していたとしても、2人が持つハビトウスに差異は生じるであろう。

これは、この2人がこの場において遭遇したできごとの内容やその順番によっても、ハビトウスの内容が変化するからである。

#### 12.4.5 制限の中の無限の自由

我々が日々行う慣習行動が、「場」が生み出すハビトウスによって生み出されるのであれば、我々の行動にはいかなる自由もないように思えてしまう。

しかしこれも、ハビトウスに関してよくなされる誤解の1つであり、このような批判に対してブルデューは<sup>24</sup>、「ハビトウスとは拘束のシステムであると同時に、発明の原理でもあり、必然性の原理であると同時に、自由の原理でもある」(26)と応えている。

これは一見、質問者を煙に巻くような回答に見える。しかし言葉には、文法や、単語の数といった制限があるにも関わらず、その制限の中で作られる文には無限の多様性があり、飽和状態には決してならないことを考えれば<sup>24</sup>、彼の回答に矛盾がないことが良く分かる。

ハビトウスは確かに我々の制限に行動を加える。しかし、それは我々の内からこれまでにないような行動や考え方が現れることを否定するものでは決してない。むしろハビトウスとは、我々の行動に制限が課せられていながらも、我々の創造性が決して失われること

はない「不思議さ」に対する答えを提示してくれているのである。

## 12.5 社会的な生命を育む「自然な食」

それではこれまでの議論を踏まえ、「自然な食」の持つ役割について検討してみよう。

前々説で見たように、「自然な食」を支える「背景」の中身は、一見どうでも良いような前提で満ちている。

たとえば「なぜ味噌汁をストローで飲むではないのか」という問いに対する合理的な答えは何か。

「やけどをするから」、「具を丸の飲みしてしまうと消化に悪いから」という健康への悪影響を根拠にした答えは、「冷ませば良い」、「具をペースト状にすればよい」という反論を生み、いたちごっことなって意味を成さない。

しかし、生理学的な機能に基づいて考えれば、一見取るに足らないような前提も、食を「社会的な生命を存続させる手段」としてみなすことで一変する。

当たり前のことであるが、ひとは1人では生きてゆけない。これを先に紹介した「場」の概念を用いて言い換えると、「ひとは複数の人々によって構成される『場』の中にいなければ、生きていくことはできない」ということになる。

科学的な合理性はなくとも、何を食べ物としてみなすかについての分類を共有したり、食べ物をある「場」において正しいとされている方法で調理したり、盛り付けたり、食べたりすることで、生まれるものは何か。それは他者との社会的紐帯である。

食べ物の分類、獲得、保存、調理方法に関する知識は、生まれながらに身に付いているものではない。これらはすべて他者から教えを受け、他者の模倣をして、初めて身に付くものである。

食べ物を買いに行けば、貨幣の使い方や、文字の読み方、店員という中間距離の人々とのように話し、どのような関係性を保てば良いかを学ぶことができる。食べ物の保存方法や調理方法を教えてもらえば、自然環境に対する知恵を身に付けることができる。食の「背景」が似ている人と食事をすれば、それを媒介として、多様な会話ができ、人間関係を深めることができる。

もちろん、食のハビトゥスが異なっても、その人々の間に、社会的紐帯を作ろうとする意思があれば、社会的生命を育むことができる。食べられないものを断るべきか、それとも思い切って食べるべきか、もしくは食の「背景」の異なる人にどのような食べ物を提供したら喜んでもらえるのか、こうしたことを考えることで、我々は、自分の期待通りには動かない他者と、どのように関係を構築していくか学ぶことができるだろう。

「自然な食」を支える「背景」が一見どうでも良いように見えながら、実は大変に重要なものである理由は、「自然な食」を支える多種多様な前提が、身体に溶け込みハビトゥスとなる中で、それが他者との紐帯を作り、ひととしての社会的生命を育てているからである。

ところで、社会学者の Marcel Mauss(マルセル・モース)<sup>154</sup>は、社会のあらゆる領域と密接に結びついているため、ある1つの学問領域から捉えきることはできない社会的事象のことを「全体的社会事実」と定義した。

食は、生物としての命をつなぐという行為にとどまらず、むしろ、それは誰もが日々行わなければならない行為であるゆえに、社会のあらゆる領域とつながって我々の社会的生



命を育む、全体的社会事実そのものである。そして食が全体的社会事実であるという事実は、結果的に生物としての人の命をつないでいく。なぜなら、食を通じて社会的生命を育むということは、他者との共存方法を学ぶことであり、ひとは他者なしに、生物としての命をつないでいくことはできないからである\*11。

このように考えると、「自然な食」を失うことで訪れるであろう結末を想像するのはたやすい。その結末とは、社会的生命の存続の危機である。そして、その状態が長く続けば、次第にそれは生物としての生命の危機へもつながっていくであろう。

しかし食の外側に問題の本質を求める「本質論」も、生理的要因に着目する「生体物質論」も、食そのものが社会的生命を育み、それが生物としての生命の存続につながっていくという事実を見落としているようである。

「還元主義」が力点を置くのは、食の外側にある心理的なストレスを減らすことや、食べ物や身体に関する正しい科学的な知識を持ったり、それを実践したりすることであり、食を通じてどのように社会的生命を育むかではない。

もちろん2章で紹介した、BOOCSや「マインドフルな食」、ランチセッションといった治療法は、「本質論」と「生体物質論」がそれほど注目しない、食べているときの体験に注目したり、不安のもとである食に患者を直面させる。また、認知行動療法\*12では、食事記録を付けさせたり、食べると過食が始まりそうな食べ物を普段の食事に取り込むことで、食の問題に取り組むため、食を無視しているわけではない。

しかし、これら治療方法も、食がひとの社会性を培うこと、食がひととひととの社会的なつながりを生み出すことには、十分な注意を払っていない。(母子をつなげる手段としての食だけは、精神分析においてなぜか大変な注目が払われる。)

\*11 食にある高い社会性に着目をして、摂食障害を分析した研究として、文化人類学者の藤山正二郎<sup>75</sup>のものがある。(藤山は、「摂食障害」ではなく「思春期やせ症」という言葉を用いる。)

藤山は、日本の文化人類学の伝統的な分析概念であるハレとケを用いて、摂食障害を分析した。ハレは日常性から切り離された特別な空間や時間を指し、ケは日常のそれを指す<sup>249</sup>。

藤山はやせ症を儀礼の1つとして捉え、お菓子は食べるがご飯は拒否する、外食や夜中の飲食を好む、嘔吐をする、他者に食べ物を共用するさせるといった食行動が、ハレの食事に類似していると述べる。

なぜなら、ご飯は日常の食卓のシンボルであり、菓子は祭りのときにしかない。また、外食、過食、夜中の飲食は、ハレの食事でもしばしば見られる光景であり、加えて、藤山に言わせると、嘔吐も現象だけはハレの食事と類似しているからである。また藤山は、伝統的な食事において、神と人、人と人との間で食事をふるまい、ふるまわれた相手に返礼の義務を負わせることで、共同体としてのつながりが深まっていたことを指摘し、やせ症の人が、他人に食べ物を強要するのは、返礼の義務を負わせて、薄くなった人間関係を回復しようとしているのだろうと述べる。

食の持つ高い社会性に着目し、過食をハレと結びつける点で、藤山の議論は異彩を放つ。しかし、主張の根拠を文献のみから引き出しているせいか、藤山の分析はかなり乱雑である。

たとえば、彼は、「ご飯」は日常の食卓のシンボルであり、ご飯が避けられ、菓子が食べられる過食は、ハレの食事であるとしている。確かに、II部や12章、さらには10章においてすでに示したように、過食の際に菓子が食べられることは多いが、ご飯ものも食べられており、菓子だけが食べられるわけではない。また同じ理由で、「ご飯」が日常の食卓のシンボルであり、それを避けるから過食はハレなのだという議論も的を得ない。

加えて、ハレの時空間で起こる食を通じた人間関係や神との関係の深まりは、ここで紹介した語り手の皆さんの食事には当てはまらない。

たとえば、II部で示した、皆さんの摂食障害の経験を見れば明らかのように、皆さんの食の社会性は著しく低く、また、他人に食べ物を強要することで人間関係は逆に希薄になっている。さらに、拒食や過食排出行動が、家族内の特定の人物との結びつきを強めたとしても、これは極めて限定的であり、共同体全体の結束が強まる伝統的なハレの食事とは質が異なる。また過食が他者との紐帯を深めるのであれば、過食は他者の面前で行われてもよさそうだが、本研究の皆さんは過食をもっぱらひとりで行っている。

\*12 2.7.3,p51

たとえば、内科医の藤野武彦により提唱した、BOOCS\*<sup>13</sup>を用いた、過食症の治療法では、「おいしさ」に重点が置かれるが、「おいしさ」が生理的な要素だけではなく、社会的な要素によっても成り立っていることに着目してはいない。

また、心療内科医の松林直が提唱する、ランチセッション\*<sup>14</sup>では、患者とその家族が医療者の助けのもとに食事に直面するが、そこで目標となっているのは、不安を乗り越えることで、本人に自信を付けさせ、家族が患者を支える機能を強化することであって、食に社会的な生命を甦らそうという試みではない。

次に、心理学者のスーザン・アルバースが提唱する、「マインドフルな食」\*<sup>15</sup>は、食べ物から得られる体験を一切逃さないようにするため、テレビやネットを見ながら食べたり、付き合いに食事を使ったりといった「マインドレスな食」を避けるように勧める。また認知行動療法では食事記録が治療の初期において大変重要な役割を果たす。

しかし仮に、現代社会に住む多くの人が、ながら食べや会食を避けたり、食事記録を付けたりに心を砕き始めれば、社会は機能しなくなってしまうであろう。

むしろ注目すべきは、摂食障害の当事者が「マインドレスな食」をしていることでも、食事記録を付けることの重要性でもなく、「マインドレスな食」をいくら繰り返しても、食事記録を付けなくても、多くの人は「自然な食」を決して失わず、それを基盤とした社会生活を送れることの「不思議さ」ではないだろうか。

「自然な食」は通常、対「社会」というほぼ無限に開かれた空間の中で身に付けられる。しかし、上述したように、「還元主義」において、この点は重要視されていない。

むしろ「当事者」対「食べ物」、あるいは「当事者とその親」対「食べ物」という狭い空間で、食べ方を修正することが求められ、さらには、悩みを減らすとか、カロリー計算をするとか、会食を避けるとか、通常の「自然な食」を身に付けるプロセスにおいては、まず見られない方法が、回復のための道筋として示される。

「還元主義」の支持者は、食があまりに当たり前のことであるゆえに、「自然な食」が身に付けられるプロセスの複雑さや、それが果たす社会的役割を、見過ごしてしまったのではないだろうか。

## 12.6 拒食や過食排出行動はなぜ「異常な行為・病気」と見なされるのか

以上、「自然な食」の構造と成り立ち、そしてそれが果たす役割を、「背景」とハビトゥスという、2つの理論を援用して検討した。

「自然な食」は、ハビトゥスと「場」の相互作用により成立する慣習行動であり、さらにそれは全体的社会事実として、社会のあらゆる領域とつながり、ひととひととの紐帯を作る役割を果たす。

ところが、皆さんの行う拒食や過食排出行動は、食から他者を徹底的に排除する。皆さんがそれまでの人生で獲得したハビトゥスに基づいて食べることをやめ、体重やカロリーに過剰なまでの意識を払うようになる中で、ハビトゥスは皆さんの身体から流出し、皆さ

\*<sup>13</sup> 2.7.4,p54

\*<sup>14</sup> 2.7.4,p54

\*<sup>15</sup> 2.7.4,p53

んの食は、「食を通じて社会的紐帯を作る」という、食が持つもっとも重要な役割の1つを失ってしまった。

この点で、拒食や過食排出行動は、健康に甚大な被害を及ぼす可能性のあるスポーツや働き方とは決定的に異なる。

命を危険に晒すこともある力士や格闘家、過重労働をするサラリーマンや医師の行為は、健康を犯す危険を含んでいるものの、彼ら／彼女らの行為は、その行為が展開される「場」に参加する家族やコーチ、観客、顧客、患者といった他者との間に、社会的紐帯を積極的に作り上げる。

たとえ命を落とすほど危険な行為に身を晒していたとしても、その行為の「背景」が、その「場」を構築する人々との間に共有されているとき、その行為は他者とのつながりを強化・維持する方向に働くため、「異常・病気」とは見なされない。

一方、皆さんの行為はどうか。やせるためには家族に罵声を浴びせることもいとわず、食べ物と自分だけの対峙を作り出すために、食の「場」へのいかなる他者の参与をも許さない皆さんの拒食や過食排出行動において、他者は異物でしかない。もっと言えば、「場」が複数の他者によって構築される、社会的なものであることを考えると、他者を排除してゆく皆さんの食は、「場」そのものを構築することができない。

拒食や過食排出行動が、「異常な行為」「正されるべき行為」として見なされてしまう理由は、これら行為が、他者を次々と排斥し、食べ物と食べる人の対峙という、誰もいない、閉鎖的で無機質な空間を作り出すからなのである。

たとえば、拓美さんは、毎日似たような食事をとり続けることで、なんとか社会生活を送ることができていたが、拓美さんの食の「背景」は大変に硬直しており、会食のような食事に対応することがほとんどできない。他者とともに「背景」が作られていれば、共食には簡単に対応できるのだが、拓美さんは他者を一切排除する形で「背景」を作上げたため、それができないのである。

一方、奈々さんは、チューイングを続ける中で、どうやって箸を使ったら良いか、箸で一度にどのくらいの食べ物をつかんでいいのか、味噌汁のあとには何を食べたらいいかなど、他者とのかかわりの中で食のハビトウスを身に付けた人ならば、造作もない身体の動かし方が分からなくなってしまった。<sup>\*16</sup>

やせれば人間関係がよくなるかもしれないと思ってダイエットを始めた敬子さん、体育教師の言葉に傷ついて過激な食事制限を始めた奈々さん、男子生徒にかわいくなったと言われ、ダイエットにますますのめりこんだ理央さん、文化祭で衣装を着こなしたいという思いがダイエットに拍車をかけた由佳さん、そして親が自分に向いたことで「拒食にはまった」さゆりさんの行動は、今よりも快適な人間関係を作りたいという、皆さんの切なる思いに端を発している。

しかしこのような思いから始まったダイエットは、食から他者を徹底的に排除し、食から社会的生命を育む能力を奪い取って皆さんの社会生活を圧迫するという、皆さんの願いとは正反対の結果を招いてしまった。

皆さんは、これまでの人生の歩みにおいて、少しずつではあるが悩みを解決し、ゆっくりではあるものの、自らを苦しめない方向に考え方を変化させてきた。この段階で、皆さんがすべきことは、長きに渡って続いた拒食や過食排出行動によって身体から流出してし

\*16 7.15,p134

まった「自然な食」を支えるハビトウスを、もう一度自らの身体に取り戻すことではないだろうか。

## 第 13 章

# 医療は何を語らなかったのか

ストレス・メカニズムの分析に費やした時間にたいする、個人的な報酬として、私が高く評価しているものは、奇妙にも医学的な教訓ではなくて、哲学的教訓である (392)

現代社会とストレス  
Hans Selye

### 13.1 「第 13 回日本摂食障害学術集会」

2009 年の 9 月 12 日から 13 日にかけて、大阪市において第 13 回日本摂食障害学術集会が開かれた。第 1 日目の最後は、「徹底討論会」と称した 2 時間のセッションで、治療意欲を示さない患者との関わり方や、他の疾患の併発、過食症の患者に多く見られる万引きなど、現在の摂食障害の治療における課題が、学術集会の出席者全員の参加のもとに話し合われた。司会は、2 人とも日本の摂食障害研究や臨床においては著名な医師であった。

討論会の中で、積極的に議論されたひとつの話題が、治療における「連携」であった。<sup>\*1</sup> 医師がひとりで患者を抱えるのではなく、心理士や栄養士、学校、家族など、多くの人々が連携をしてひとりの患者を支えていくこと、さらには異なる立場の専門家が対等であることの必要性が議論された。

この際、壇上のスライドには、「連携」が必要とされる人々や機関が列挙されており、それに対して、医師の資格を持ちながらも現在臨床には関わっておらず、しかし自助グループの必要性を訴えている、ある参加者から疑義が出された。

「なぜ『自助グループ』はそのスライドに記されていないのか？」

すると司会者は、「字数オーバーでスライドに入りきらなかった」という、説得力を欠いた返答をし、それに対する意見を、まず 1 人の心理士に求めた。

意見を求められた心理士は、摂食障害の患者は、お互いに競い合ったり、蹴落としあったりする傾向が強いためグループを作ることが難しいと述べ、続いて挙手をした医師もそ

<sup>\*1</sup> 連携の必要性は最近の文献でも盛んに叫ばれている。治療には医師や患者の家族だけでなく、心理士<sup>194</sup>、栄養士<sup>271</sup>、看護師<sup>252</sup>、養護教諭<sup>109, 140, 248</sup>、教師<sup>109</sup>など専門家が連携して治療に当たる必要があると言われている。また過食症の患者の中には、常習的に万引きを繰り返して訴訟が起こったり、懲役にケースされる場合もあるため、警察や司法との連携も時には必要になる<sup>9, 173, 228, 247</sup>。

れに同調した。

この医師は、摂食障害の自助グループのリーダーは若すぎたり、治す意思が明確でなく、「食べ吐き」が必要といいながらリーダーを務めたりしているため、アルコール依存症や薬物依存症の自助グループのように、基盤がしっかりして長きに渡って続いていくグループは育ちにくいと述べた。

その意見に対して、一番初めに疑問を投げかけた参加者が再び挙手をし発言を求めた。すると司会者は「手短かにしてください」と念を押した上で、発言を許可し、その参加者はきちんと根を張り、活動をしているグループもあるのだと反論をした。

これに対して司会者は、自助グループ活動を支援している、もうひとりの医師に発言を求め、発言を求められたこの医師は、自助グループを運営する当事者たちには確かに未熟さもあるが、一方で人間としての強さも持っているというやや中立的な受け答えをした。

この発言のあと、さらに1人の医師が挙手をした。まず彼は、自分の患者に自助グループを勧めていないこと、自分の患者は誰も自助グループには行っていないことをはっきりと述べた。

その理由として彼は、摂食障害の自助グループを日本でさがけて始めた医師が「自助グループに行く人は治る必要はない。自分はそこで『実験』をしている」と話していたことを第3者から聞いたことを挙げた。患者を使って「実験」をする場に、自分の患者を送ることはあってはならないと、彼は強く感じたのだという。

この後、議論は司会者に帰った。司会者は、「人体実験」をするような医療はあってはならないこと、さらに司会者の患者に自助グループに行った後、自殺をした人がいたことを述べた。

するとそれに同調して1人の医師が挙手をし、自助グループの運営は慎重にやらねばならないこと、そして本当に自助グループに行って欲しい拒食症の患者は自助グループには行かないことを述べた。

会場全体の様子に目を配ると、自助グループに対して否定的な発言が出るたびに、大きくうなづく参加者が何人も目に付き、同じ意見を共有する人が複数いることをうかがわせた。<sup>\*2</sup>

実はこの会場には、当事者として2001年に自助グループを立ち上げ、グループ活動を通じて回復をしている女性がいた。彼女は現在、研究者として国内外の学会でも精力的に活動をし、さらには自助グループに関する著書も出版している。

彼女はこの学会で発表もしており、講座の司会も任されていたことから、筆者は当然、彼女にも発言の機会が与えられるのだらうと思っていた。だが、司会者が彼女に発言を促すことはなく、議論はすべて医療資格を持った参加者たちの間で回され、「自助グループの運営は慎重であるべきだ」と発言をした参加者の意見を最後に、議題は摂食障害と他の精神疾患の併発に関する話に移った。

そして、「徹底討論会」は、司会の医師の次のような言葉によって閉められた。

彼は、「人は、今までの人生で受けた恩を、他の人に返していく」という仏教の教えを引き、「ここにいる先生方は大変いい顔をしている。それは皆さんが今までの人生でもらった恩を治療という形で患者の皆さんに返しているからだろう。」という趣旨の発言をし、

<sup>\*2</sup> 2009年に出版された『チーム医療としての摂食障害診療-新たな連携を求めて』においても、自助グループとは何かについての簡単な説明はあるが、「連携」という意味における「自助グループ」に関するセクションは設けられていない。

この言葉で会場は温かい拍手に包まれて、1 日目は閉幕した。

## 13.2 封じられた言葉

会場から駅までの帰り道、筆者はそこにいた参加者の女性とたまたま話をする機会に恵まれた。その女性とは電車に乗ってすぐ別れてしまったため、共有した時間は 15 分程度で、筆者は彼女の名前も知らない。

唯一分かったのは、彼女は摂食障害からの回復者で、現在は医療機関において働いており、現在は自助グループの運営をできる範囲で手伝っているということだけである。

その彼女は次のようなことを話してくれた。

彼女は、「徹底討論会」で話題となった自助グループに関するやり取りを聞き、とても悲しい気分になったという。なぜなら、数年にわたり続いている摂食障害の自助グループは複数あり、その中で回復に向かった人、希望をもらった人は複数いるからである。

確かに、ひとがグループを運営する以上、様々な問題は生じ、それは自助グループも同じである。だが、だからといって摂食障害の当事者はグループ運営の能力に欠けるとか、参加には危険を伴うとかいった趣旨の発言は、必ずしも現在の自助グループの現況を正しく捉えたものとは言い難い。

このため彼女は、あの場で反論をしたかった。しかし、もし反論をしたら、そこにいる医療者たちに、「摂食障害に典型的な問題のある性格」と見られたり、何かしらの「異常」のレッテルを貼られたりしてしまうかもしれない—そう思うと怖くなり、彼女は何も言うことができなかった。

彼女がもし反論をしたら、どのように思われたかは分からない。

しかし、2 章で紹介したように、摂食障害のほかにも他の精神疾患を併発していた場合、予後が悪いという議論は存在し、学会でも、様々な疾患の併発に関する演題が提出されていた。また、「摂食障害の患者は競争をして、蹴落としあう」と発言をした医師の言葉からは、「過食症の患者は境界性人格障害に似た傾向を持つ人が多いため、グループはうまく行かない」といった含意が読み取れた。このため彼女の怖れは、あながち的外れとはいえないと、筆者は感じた。

## 13.3 「熱意、忍耐そして愛」

2008 年の学術集会において、この学会は「熱意、忍耐そして愛」をテーマとして掲げていた。

摂食障害の臨床を国内外で少しでも垣間見た者として、ここが愛や忍耐を必要とする現場であることに、筆者は何の疑いもない。

特効薬もなければ、透析のような特殊な治療方法もない。必要なのは、ひどくやせ細っているのに自分は病気ではないと言い張ったり、時には医療者に対して心無い言葉を吐いたりする人々のそばに寄り添い、辛抱強く耳を傾けるといった、保険点数が一切つかない態度と時間である。

筆者を臨床に入れてくださった 2 人の医師は、文字通り朝から夜遅くまで病棟を駆け回り、治療や後進の育成、子供のサポートに疲れ果てた親のケアに当たっていた。おそらく、この学会に参加をしていた大勢の医療者が、当事者のためにこのような多忙な毎日を

送っていることなのだろう。そして、時には訴訟も起こるような現場において、「医者だから何かしてくれるのだろう」と期待されながらの実践は、風通しの良い場で、自由に発言ができる人文・社会学者からは想像もつかないほどの重責なのだろうと思う。

しかし「時には家族も見放してしまうような、大変な患者を治療している」という現実が、「摂食障害の『ほんとう』を知っているのは自分たちである」、「医療の外から学ぶことは何もない」という「過剰な自信」を生んではいけないだろうか。

医療者だけで、医療者の関わらない「自助グループ」に関する議論をまわし、長きにわたって存続している自助グループの存在や、そこでの成功例を語らずに、個別の失敗例ばかりを取り上げ、それを自助グループそのものの危うさの証拠のように語る医療者、そしてそれに同調して大きくうなづく参加者の姿を見る限り、そのような「過剰な自信」が一部の医療者に存在している可能性を筆者は否定することができない。

本研究において敬子さん、理央さん、由佳さん、拓美さんは複数の医師にかかり、その何人かの治療は、治療効果を全く出していない。そしておそらく、彼女たちと同じような経験をした当事者は他にも大勢いるであろう。

このような事実に対して、あの討論会で批判的意見を述べた医療者は何を述べるのだろうか。彼ら/彼女らは、これを摂食障害の医療全体の失敗としては捉えまい。文献や、筆者がこれまでに集めた調査データを見る限り、彼ら/彼女らは、その原因を、個々の医師、患者の個人的な資質、患者をうまくサポートできない家族といった個別の問題に求めて行くであろう。

だとするならば、なぜあの討論会においては、個別の自助グループの失敗例が、『自助グループ』全体の失敗」として語られ、「個々のグループもしくは、参加者本人の問題」として語られなかったのだろうか。

そこが「慰労会」ではなく「学術集会」である以上、「自助グループ」の問題を話し合いたいのであれば、成功例と失敗例をともに出し、それらを見比べ問題点を精査した上での議論であるべきではないだろうか。

学会が掲げる「愛と忍耐」が、不完全な人間が不完全な人間に手を差し伸べるという、不完全な者同士の間ではなく、崇高な医療者が、不完全な患者を助けてあげるという、神と人間の間に存在するようなものになったとき、その「愛と忍耐」は、回復の可能性を広げるどころか、医療のパラダイムに対する過剰な自信となり、それは臨床の限界となって、最終的には患者に跳ね返るだろう。

摂食障害に関わる医療者からは、しばしば「摂食障害を『正しく』理解することの重要性」が主張される<sup>132, 186, 241</sup>。このような論調からは、摂食障害に関する「正しい」知識を持っているのは我々であるという自負が読み取れるが、彼/彼女らがいう「正しい」知識とは果たしてどこまで「正しい」のであろうか。

医学や心理学といった、1つ、2つの学問の範疇ではおそらく捉えきれないだろう、ひとの全人格に、自分たちは相対しているのだという誇りと謙虚さからその言葉は発せられているのだろうか。

### 13.4 「ダイエットは原因でない」という奇妙な議論

医療者が持っている主張する摂食障害の「正しい」知識に関して筆者が疑問を呈したくなるのは、「ダイエット」もしくは、「それを助長する社会」が、摂食障害の原因ではな



いという主張が彼/彼女らからなされるときである<sup>33,134,197,244,245</sup>。\*3

この主張は、「ダイエットをする人は大勢いるのに摂食障害を発症する人はごく一部である。」という事実に根拠を置く。従って、より「ほんとう」らしい摂食障害の原因は、家族関係や人格、本人の器質など、より「個人的」な部分にある。従って、ダイエットやそれを助長する社会は、「原因」ではなく「引き金」に過ぎない。

このような議論は一見もっともらしく聞こえるが、文化人類学をバックグラウンドとして持つ筆者から見ると、不十分で非論理的な部分が多い。

これを、「ダイエット原因説」が摂食障害の予防学の混乱をもたらしているという、精神科医の西園マーハ文<sup>182</sup>の論文を例にとりて見てみよう。西園は次のように述べる。

特に精神医学以外の社会学、女性学、教育学などにおいては、痩身を美と規定する文化を摂食障害の原因と捉える考え方が強く、痩身女性をもてはやすメディアのあり方、社会において女性が外見だけで判断される風潮に対抗することが摂食障害の予防につながるという主張が多い。摂食障害の「原因」は、英語で言えば causes という複数形であり、遺伝負因、両親のアルコール依存やうつ病などとの関連、虐待体験、本人の性格、またダイエットブームなど、その個人によってさまざまな要因が素因、引き金、症状持続因子、再発因子として働くと考えられる。個人を治療する立場からいえば、メディアにさらされる若者全員が摂食障害になるわけではないこと、また、ダイエットブームのない時代にも症例報告があった点から、個人の特性の検討は欠かせないのだが、このような考え方は、摂食障害を個人の問題として矮小化してしまうという批判も見られる。(274; 太字筆者)

また西園は次のようにも述べる。

教育現場や社会学、女性学などの分野では、ダイエットブームが摂食障害を作ると考えるため、スクリーニングはやせ願望について行うという発想が強い。(277; 太字筆者)

このような議論に基づいて西園は、行き過ぎたダイエットの危険性を教育して摂食障害の発症を予防しようとする1次予防より、スクリーニングによって体重が激減した者や、無力感が強い者を同定して、早期に介入をし、病気の影響を最小限に抑える2次予防が、今最も求められていると主張する。

2次予防の重要性に関して筆者は何の反論もない。だが西園の議論は次の点で奇妙である。

■参考文献の不足 まず西園は十分な参考文献を上げないまま、社会学、女性学、教育学を批判する。

「社会学、女性学、教育学などにおいては、痩身を美と規定する文化を摂食障害の原因と捉える考え方が強い」と西園は述べるが、その論拠となる参考文献が、2つしか載せられておらず、その2つはいずれも1980年代に出版されたかなり古いものである。

しかもそのうちのひとつの文献の著者である Susie Orbach は、確かに女性学の観点か

\*3 もちろん言い方は様々で、「ダイエットは原因でない」という言い切る場合ものから、「ダイエットが原因なら、ダイエットをする人のすべてが摂食障害にならない事実をうまく説明できない」というものまである。

ら議論を展開しているが、彼女は、摂食障害の治療経験が豊富で、かつロンドンとニューヨークにある The Women's Therapy Centre の設立に貢献した心理療法家であって、「女性学」の学者ではない。

同様に、もう1つの共著論文の著者のうちの1人は、教育学博士を持っているが、同時に臨床心理士 (Clinical psychologist) であり、残りの1人の専門も心理学である。

西園は社会学、女性学、教育学をまとめて批判するが、それに際して参照されている論文は、女性学や教育学を臨床に応用している心理士によって書かれた論文である。にもかかわらず、西園は、3領域をまとめて批判するような離れ業をなぜ行えたのだろうか。

さらに西園は、「個人を治療する立場からいえば」と前置きし、社会学、女性学、教育学を批判しているが、この点で言えば、この2つの論文でなされている議論も「個人を治療する立場」から展開されたものであり、3人の間に差異はない。また Orbach は、拒食症の社会・文化因を強調してはいるものの、医学的な側面を完全に無視しているわけではなく、最終章をそのための議論に割いている。

さらに不可解なのは、「痩身を美と規定する文化が摂食障害の原因である」と主張するような社会学、教育学、女性学の論文や著書が一体どこにあるのかを西園は明確にしていることである。

たとえば1996年に浅野<sup>10</sup>の著書が発表されて以降、加藤<sup>125</sup>、円田<sup>152</sup>、中村<sup>172</sup>、野村<sup>187</sup>など、国内の社会学者による摂食障害の論文が続いているが、これら社会学者は、「ダイエットブームが摂食障害の原因である」という議論も、「女性が外見だけで判断される風潮に対抗することが摂食障害の予防につながる」というような議論も展開していない。

同様に2章で紹介した社会学者のギデンズ、哲学者のポルド、文化人類学者の波平も本症を社会・文化的な視点から説明しているだけで、ダイエットブームが摂食障害を作り出すというような短絡的な主張は行っていない。

さらにこれら論文や著書は、ダイエットブームの影響を指摘してはいるものの、彼ら/彼女らが展開する議論は、それに特化しているわけではなく、現代社会の構造、自己のあり方、ジェンダーなど、焦点は西園が指摘するよりもずっと重層的で複雑である。

この中でも浅野は、社会に原因があるという主張をもっとも強く主張した論者である。だが、浅野の議論も「ダイエットブーム」という表層的な現象を捉えただけのものではないし、また社会に原因があるという彼女の強い主張は、「母性を受け入れない母親に原因がある」という、当時、医療において主流であった議論に対抗したものである。このような著書の背景を考えずに、「社会学は『ダイエット』を摂食障害の原因と見なしている」と捉えるのは的外れであろう。

西園の論文を読むと、「ダイエットブームが摂食障害を作る」という考えが、社会学、女性学、教育学に一貫してあるように聞こえるが、このような認識が不適切であることは、上述した著書を読めば一目瞭然である。

西園は医師であるから、領域の異なる論文をくまなく網羅することは困難であろうし、それを求めるべきでもない。だがその点を加味しても、西園の論文は日本の摂食障害の社会科学的な分析のパイオニアである浅野の著書を参照しないなど、根拠をあまりにも欠いている。1980年代に海外で出され論文を2つ参照しただけで、西園は、なぜそのような確信にたどり着くことができたのだろうか。

だが西園の場合、文献を参照しているだけまだ良いのかもしれない。なぜなら根拠が全

く示されないまま、議論が展開される場合もあるからである。たとえば、摂食障害研究の重鎮である切池は、摂食障害の病因における仮説のなかに「文化社会的発症説」というものがあると述べる。

摂食障害は、西洋文化に密接に関連した culture bound syndrome と考えられている。しかし近年では、スリム崇拜、女性の自立が尊ばれている西洋文化がマスメディアを通じて浸透した日本をはじめ、非西洋諸国において増加してきている。こういったことから、スリムな体型とダイエット文化が摂食障害の病因として考えられている。しかし、多くの女性がダイエットしても、ごく一部の人がしか発症しない事実を説明できない。(57)

切池は「文化社会発症説」の根拠となる文献をひとつも出していないため、この説を主張しているのが誰であるのかは分からない。だが、少なくとも、これは上述した社会・人文科学者が展開しているものではない。また摂食障害が、一定の地域にしか見られない culture bound syndrome(=文化結合症候群)ではないかという説は、当時カナダの McGill 大学の精神医学部に所属していた医師の Prince Raymond<sup>209</sup>が 1985 年に発表したものである。<sup>\*4</sup>しかし、この説は 1990 年代に入り、摂食障害が全世界に広がるにつれて一般的なものではすでになくなっていく<sup>91,176</sup>。

このため筆者に言わせると、摂食障害を culture bound syndrome とみなし、ダイエット文化を摂食障害の病因としてみならず議論がいつ誰によって展開されたのかが気になるのであるが、その論拠となる資料が示されていないため分からないのである。

西園や切池は医学的な見解に関しては、根拠となる参考文献をきちんと示している。このため 2 人の議論を見ていると、たとえば話が社会・文化的なものであったとしても、医学の論文においては、医学的文献のみを参照すれば良いというようなきまりでもあるのではないかと思ってしまう。

■社会や文化の影響を一様なものと捉える 西園の議論のさらなる問題点は、次の一説にも現れる。

ダイエットブーム原因説は、個人の特性を考慮せず、メディアの受け手を一様なものと考えるところに、医学的な難しさがあるといえるだろう。(275; 太字筆者)

これに関しても論拠となる参考文献を 1 つも出していないため、誰が「個人の特性を考慮せず、メディアの受け手を一様なもの」と考えているのかははっきりしないのであるが、議論の流れから言って、社会科学、女性学、教育学の研究者がそのように考えていると西園は感じているのだろう。

そしてこの考えは、「ダイエットをしても摂食障害を発症するのはごく一部であるから、ダイエットは摂食障害の原因ではない」と主張する医療者にも共有されていると思われる。

なぜならこの議論からは、「ダイエット」もしくは「ダイエットを助長する社会や文化」という、個人から離れたものが存在し、それが資質の異なる個人に、一様な影響を与え、その中の一部が摂食障害を発症するというイメージが読み取れるからである。

\*4 正確には摂食障害ではなく拒食症

このように主張する人々は、「社会や文化を人から取り払うことが可能で、それを取り払った時に現れるのが『ほんとう』の人間である」という思いを抱いているのだろう。

だが、「社会や文化が個人に与える影響は同様であって、社会や文化は個人的なものに関与しない」といった考え方は、少なくとも文化人類学や社会学においては、20世紀の後半にすでに否定されている<sup>22,82</sup>。<sup>\*5</sup>

このため、まともな社会・人文科学者であれば、このような議論を展開するはずがないのだが、西園の論文に拠れば、そのような学者はどこかに存在していることになる。

そもそも、ひとであることの象徴ともいえる社会や文化を人から取り除いたら、その後は、いったい何が残るのであろうか。社会や文化を取り払った「純粋な生物」としてのひとが存在可能なのは、想像の世界だけであって、現実世界ではありえない。

### 13.5 文化や社会を語ることは個人を語ることでもある

実は筆者は、「ダイエットをしても摂食障害を発症するのはごく一部であるから、ダイエットは摂食障害の原因ではない」という議論が誤りであることのヒントを12章ですでに散りばめておいた。

筆者は、ハビトゥスという社会学者のブルデューにより提唱された議論を紹介し、人々の個人差というものが、個々人が占める社会的なポジションの微妙な差異や、「場」において遭遇した社会的なできごと、さらにはその順番の差異といった社会的な因子によっても生じることを述べた。

これは皆さんの語りにも応用できる。たとえば奈々さんの過激なダイエットの始まりは、体育教師が「あなたが縄跳びをすると体育館が揺れる。」と他の生徒の前で言い、笑われたことにあった。<sup>\*6</sup>

奈々さんは、大勢の人がダイエットをする中で摂食障害を発症した、ごく一握りの中にいる女性である。

よって「ダイエット原因説」を否定する人の考えに従えば、「体育教師にそのようなことを言われても、摂食障害を発症するのはごく一部であるから、体育教師の言葉は『引き金』であって原因ではない。見るべきは彼女の個人的資質や家族関係だ」ということになるのだろう。

だが、体育教師にからかわれたときに奈々さんが持っていた「個人的資質」や「家族」は、社会や文化から切り離された個人的なことなのだろうか。小学生のときに友達から外見についてからかわれたことや、陸上部に入って周りからほめられスタイルに関する自信を深めたことは、奈々さんの過激なダイエットの開始に少なからず影響を与えていたはずである。彼女のこのような人生の軌跡は、社会や文化とは関わりがないのだろうか。

そして、その後奈々さんは、ファッション雑誌のダイエット特集をきっかけに1日1000キロカロリーのダイエットを始めたが<sup>\*7</sup>、彼女がそれまで社会の中で歩んできた軌跡を考慮せず、「普通の人はそのような過激なダイエットはできない」と言えるのだろうか。

<sup>\*5</sup> 文化人類学においては、精神分析に対抗する形で、「文化が個人の性格を形作る」というような議論が1930年ころ沸き起こった。しかし、この議論は、文化の内にある個人差を軽視しているという激しい批判に遭い、すでに古びたものとなっている。

<sup>\*6</sup> 7.3,p126

<sup>\*7</sup> 7.5,p128

また筆者は奈々さんの母親にインタビューをすることはできなかったが、彼女が奈々さんに食事を残してはいけないといっていたこと、慢性の病を抱えていくつもの病院を回り、薬の副作用で苦しみ、家でいららしていたことと、そのときの社会状況は全く無関係なのだろうか。<sup>\*8</sup>

これは理央さんでも同様である。理央さんは、転校に伴い、いじめに会い、体型に関する中傷をいくつも受けた。その中には月経という女性性に関わるものもあり、それは理央さんをさらに傷つけた。<sup>\*9</sup>

彼女の体型に関するコンプレックスは明らかにここで強まっているが、このことを考える際に、いじめを生み出す社会構造や、現代における女性性の問題といった、社会的な議論は必要ないのであるか。

理央さんの「個人的な資質」は、このような社会的要因によって作られてはいないのだろうか。

「いじめにあつて体型をからかわれ、体型に関して強いコンプレックスを持つのは一部であるから、いじめは『引き金』でしかなく、より本質的な問題は彼女の個人的な資質や両親にある」と結論付けることが、果たして「正しい」摂食障害の捉え方なのだろうか。

筆者から見れば、奈々さんが行ったダイエットも、理央さんが行ったダイエットも、間違いなく彼女たちの摂食障害の「原因」の1つである。彼女たちのダイエットを、それぞれの人生の軌跡に据えて考えたとき、それは、生物的、心理的、社会的な要素の溶け合いの中で生まれたものであり、そこから社会的なものだけを抜き取だして、「それは原因ではなく『引き金』だ」というようなことなど到底できないはずである。

### 13.5.1 「診察室」という特殊性

社会から切り離された個人的なものを想定し、それに着目しようという考えは、「診察室」という「場」においては有効であろう。なぜなら「診察室」とは、守秘義務が高く、患者とその家族以外は立ち入ることをめったに許されない、患者の日常生活からは、物理的に切り離された「場」であるからである。

患者が生きてきた「場」がそこにある以上、純粋に個人的なもの、もしくは家族の問題を想定し、そこを修正しようと試みることは「正しい」と言える。

だが「個人的なものを診る」という診察室においては「正しい」見方が、診察室の外においては非人道的な色合いを帯びる可能性があることを知っておく必要がある。

次の主張を見て欲しい。

いじめられて自殺をした子の原因は、いじめにはない。なぜなら、いじめを受ける生徒はたくさんいるのに、自殺をする生徒はごく一部であるからだ。問題の本質は、いじめという社会現象ではなく、自殺をした子に特有の器質や家族構造にある。いじめによる自殺をなくすためには、「いじめをやめよう」と呼びかけるのではなく、いじめられて自殺をしやすの子のスクリーニングを急ぐべきだ。

このような論理に賛成をする人はほとんどいないであろう。しかし、「いじめられて自殺をする子」を「摂食障害」、「いじめ」を「ダイエット」に置き換えてみると、これが摂

<sup>\*8</sup> 7.2,p126;7.7,p129

<sup>\*9</sup> 5.1,p98

食障害の原因論で行われている論理の流れと全く同じである。対象をいじめに変えると、非人道的としか思えない議論が、摂食障害の場合はなぜ「ほんとうらしく」響くのであろうか。

これは、いじめを受ける人と、ダイエットをする人を比べると、前者のほうがはるかに少ないという母体数の問題ではない。これは、摂食障害という病気がどのような「場」で展開されているかという領域の問題である。

医師や心理士は、生理学や心理学といった問題の所在を個人的な場所に求めてゆく学問をベースにしながら、治療を進める。治療が臨床家対個人、もしくはその家族に限定されている以上、このアプローチは正しいだろう。臨床家が影響を及ぼせる範囲はそもそも限られている。

ただ「診察室」という「場」での真実が、それ以外の「場」での真実になるとは限らない。同じ問題がたとえば学校のような「場」で議論された場合、問題の所在を個人に還元していくことは、適切な方法とはいえないだろう。

学校が、他人の気持ちを思いやったり、共同生活の方法を学んだりする「場」である以上、学校やクラスという「場」が、問題を抱えている当人を追い込むような構造を作っていないか、そうならないようにするにはどうしたら良いかという議論は必ず必要となる。

「ダイエットは摂食障害の原因ではない」という議論の問題点は、「ほんとう」が相対的であるという事実を考慮に入れず、診察室という「場」での真実がその外側でも真実であるかのように語ってしまうところにある。

もちろん、生き死にに関わる患者、家族からも見捨てられた患者を医療者が前にし、限られた時間と施設でそのような人々をケアしなければならない必要性に迫られたとき、社会や文化の影響などと悠長なことを言っていられないことは当然であろう。

だが特に医学は、ひとを救う機関であると同時に、大変な権力機関でもある。医学が権力機関であり、そこでなされる発言は医学を超えて、多大な影響力を持つ以上、医学をバックグラウンドに「ほんとう」を発言する人々は、「ほんとう」が相対的なものであること、羽を持つことが、鳥を鳥たらしめているように、社会や文化を持つことが、ひとをひと足らしめていることに、もっと思慮深くあるべきではないだろうか。

残念ながら、「ダイエットは摂食障害の原因ではない」という主張や、現在進行形でなされている社会や文化の議論を参照せずになされる、社会・人文科学的な見方に対する批判的な姿勢から、そのような思慮深さを感じ取ることは難しい。

### 13.6 文化や社会を語ることは、生物としてのひとを語ることでもある

人文・社会科学から摂食障害に関する文献が多数発表され、さらに医療者もこの疾患に対する社会や文化の影響を指摘しているにもかかわらず、人文・社会科学から出される研究がごとく見過ごされる様子は、「徹底討論会」において、自助グループの当事者がいるにも関わらず、そのような人々はあたかも存在しないかのように扱われる風景とも重なる。

医師免許を持つ人類学者の Arthur Kleinman (アーサー・クラインマン) は、1970年

代に盛んになった医療人類学のバイオニアである。

彼は、医学生が、医学教育の過程で、患者が語る病気の語りを、生物医学的な基盤を持った疾患として翻訳する訓練を繰り返し受ける中で、病気に対する生物医学的な解釈が病気の「正しい」理解であると思うようになっていくと指摘する。言い換えると病気の本質は、患者や家族が行う、社会や文化の影響が色濃い病気についての語りから、社会・文化的なものをそぎ落としたあとに現れるということである<sup>136</sup>。

だが、文化や社会を語るということは、生物としてのひとを語らないことには決してならない。なぜなら文化や社会は人の外側から突然やってきたのではなく、生物学的な基盤を持つ人が作り出したものであり、そうである以上、ひとの生物学的な基盤とどこかで必ず繋がっている<sup>223</sup>。こう考えるとき、社会や文化はすこぶる「生物学的なもの」と見なすことも可能であろう。

ただ現代の自然科学は、たんぱく質の塊である人が、なぜかくも複雑な社会や文化というものを作り出し、それを共有し、後進へ引き継いでいけるのかということをも十分に明らかにできていない。

もし自然科学がその謎を解明することを目指すのであれば、そして摂食障害に関わる医療者が、その目的を共有するのであれば、「ダイエット」という社会・文化的因子を「引き金」として摂食障害の原因から外し、「個人的」な資質を見ようとする姿勢が、実は生物学的な存在としてのひとの不思議さを矮小化させていることに気づくべきであろう。

そして、この謎の解明の当たって、自らの領域に入らないものを、あたかも存在しないかのように扱うという姿勢が、よく知らないことをよく知っているかのように語る姿勢が、役に立つはずはない。ひとという存在の不思議さに謙虚であるならば、まだ自らの領域の外でひとがどのように語られているのかについて、もう少し耳を傾ける必要があるのではないのだろうか。今盛んに叫ばれる「連携」に、そのような姿勢は含まれないのであろうか。





## 第 14 章

# 回復まであと一歩の人たちへ

これまで筆者は、「皆さん」という言葉を、本研究に協力してくださった 6 人の方を限定して使ってきたが、ここからこの言葉を、彼女たちと似たような立場にいる人々にまで拡大し、そのような人々に向けて、「自然な食」を回復するための具体的な提言を行ってみたいと思う。

もちろんこれは今まで医療者を中心に提示されてきた方法に取って代わるものでも、これまでの治療の成果を否定するものでもない。これは、「還元主義」の弱点を踏まえ、その弱点の「現象主義」によって一部補填しようという試みである。

これまで摂食障害は、「還元主義」により、飢餓状態と心理的な問題の 2 点から説明されてきた。しかし飢餓状態とは必ずしもいえない状態にあり、心理状態も拒食や過食排出行動が始まった当初より改善しているにも関わらず、未だ「自然な食」の回復が見られない場合もあり、そのような場合に「還元主義」を適用し続けることは無理がある。

特に「還元主義」が問題視する、精神的なストレスや家族の軋轢から生じる心理的な問題は、際限なく発掘することができるため、拒食や過食排出行動が続く限り、それを症状の誘発要因と見なすことは極めて簡単である。この考えが過剰に適用されると、当事者が「自分には他の人にはない特別な弱さや、心理的な問題がある」と思い込み、むやみやたらに「心の問題探し」をはじめ、それに医療者も何の疑いもなく加担してしまうという状況が発生しかねない。

IV 部で、過食排出行動を中心に示したように、摂食障害の当事者の食の内部構造を見ると、食べ方や、食に対する体験、さらには食に対する主観的な捉え方といった食の内部にも、摂食障害の症状を継続させてしまう要因が見受けられた。そして、これは繰り返し述べたように、栄養学的に正しい食事がとれる、とれないといった科学的視野からは議論できない。というより、科学的問題に刷りかえられた時点で、この問題は取るに足らないものになってしまう。

「還元主義」によるアプローチが限界に達した場合、むしろ食そのものに対する主観的な捉え方およびその体験の内容を変える必要があり、そしてそれは究極的には、長きにわたって拒食や過食排出行動を繰り返したために身体から抜け落ちたハビトウスを、もう 1 度身体に入れなおす作業となるだろう。

従って、このための具体的な方法として本章では、

1. 科学の弱点を知ること
2. 「ほんとう」を知ることの不可能性を知ること

3. 病気を意味づけることの意義を知ること
4. 身近な他者を模倣すること
5. 聖域としての志向性を守ること

という5つの方法を提言したい。

ただこれら提言に入る前に、本研究がひとという存在をどう捉えているかを予め宣言しておくこととしよう。

## 14.1 ひとの2つの捉え方

ひとの捉え方に「限界を決めること」と「可能性を見ること」の2つがあるならば、本研究は後者を採用している。

「限界を決める」とは、「あなたは何かあると食に逃げ込むという生まれつきの弱さがあるのだから、食に関するこだわりから完全に脱しようとするのではなく、あなたの性質とうまく付き合って行きなさい」という見方を指し、「可能性を見る」とは、「あなたには他の人と同じような可能性があるのだから、努力をすれば食の乱れから脱することができます」という見方を指す。

前者の捉え方は、個々人の限界を重視するため、本人や彼／彼女をサポートする人の負担を軽くしたり、罪悪感を軽減したりするという利点がある。ひるがえって、究極的には誰にも分からないであろうひとの限界を、一方的に設定し、個々人の可能性をむやみに矮小化する危険性もあるだろう。

一方で後者の捉え方は、可能性に限界を設けない分、本人も知らなかったような、ひととしての能力が引き出される可能性がある。しかし、本人にとっては「空を飛べ」というくらいに不可能なことを、「あなたならできるはずだ」と言って追い込み、サポートする者ともども疲れ果て、共倒れしてしまうという危険性も併せ持つ。そして、臨床を少しだけ見た筆者個人の感想であるが、『『できる』と言ってしまふこと自体が残酷なのではないか』と感じてしまう当事者の方がいたことも事実である。

にもかかわらず本研究が、後者の見方を採用したことには、次のような理由がある。

ひとつには、本研究に協力して下さった6人の皆さんが、いくつもの困難にぶつかりながらも、それを乗り越えて今に至っていること、ふたつには、彼女たちには自然に食べられた期間が、少なくとも15年以上は存在していたこと、3つには、他者と共に社会を作っていくことはひとに課された義務であり、「自然な食」がその役割を担っている以上、「自然な食」を取り戻す努力を簡単にあきらめてはならないと、筆者が考えていることにある。

しかし「可能性を見られること」それ自体が苦痛だという方もいるだろうし、筆者も後者の見方が絶対的に正しいものとは思っていない。しかし上述のような理由によって、また論文という、立場を固定させなければならない文章の性質上、後者を採用したことをご理解いただきたいと思う。

それでは、5つの提言に移ることとしよう。

## 14.2 科学の弱点を知ること

科学は我々の生活に多大な貢献をなしてきた。「科学的」に何かを捉えることは、たいいていの場合、「正しい」と見られるし、そうすることで多くの問題が解決に導かれている。(ここでいう科学とは、物理学、生物学、生理学など、世界の現象を数値によって置き換えることを得意とする自然科学を指す。)

おそらく皆さんの中には、やせようとする過程で生理・栄養学を中心とした科学的知識を積極的に取り入れていた人も多いだろう。だがもし皆さんが、食品のカロリーや、栄養素、そして自分の体重を知ることに変な労力を払い、カロリーが分からなければ、「正しく」なければ食べられないと思っているのであれば、科学にも弱点があり、それが皆さんの食べ方に悪影響を与える可能性を忘れて欲しない。

その科学がもたらす悪影響とは、誤った知識を身に付けることの害とは、全く別の次元のところにある。なぜなら、筆者がこれから提示する科学の弱点とは、科学の世界の捉え方そのもの、すなわち科学的なパラダイムの中にあるからである。

### 14.2.1 科学は「体験」を扱うことが苦手である

我々は、日常生活の中で様々な体験をする。コーヒーを飲んだ温かな感じや、故郷に帰ったときの懐かしい感じ、青空を眺めたときのすがすがしい感じなど、体験の内容は非常に多様で複雑である。

このような体験は、我々がこの世界に存在し、世界と関わっていることについて揺ぎ無い確信を与えるが、これを言葉で的確に表現することは大変に難しい。

青い色を見たとき、我々のうちに生ずる青の感じを表現するには、海のような色とか、空の色とか、類推を用いて説明するほかは無い。その説明は「青」という色に近接しているかも知れないが、我々のうちに生じた「あの感じ」を過不足無く説明しているとはとても言えないだろう<sup>42</sup>。

我々は確かに世界を体験をするが、それは捉えようとする、我々の手を常にすり抜ける厄介な代物なのである。

これまで「体験」が科学の対象となることは少なかった<sup>42</sup>。

それは科学が、このように扱いにくい「体験」を脇に退け、心の「作用」に焦点を当ててきたことにある。

心の作用に着目するとは、言い換えると、「心はその時、何を感じるか」という皆さんの体験ではなく、「心はその時何をやるか」という、心の因果論的な側面に焦点を当てることを指す。<sup>\*1</sup>

<sup>\*1</sup> 本節はオーストラリア生まれの哲学者である David Chalmers(デービット・チャーマーズ)<sup>42</sup>の理論を援用している。本節でいう「体験」と「作用」の英訳は、それぞれ“phenomenological aspect”と“psychological aspect”であり、それぞれの邦訳は「現象的側面」、「心理的側面」である。「現象的側面」に関しては、チャーマーズ自身がそれは「体験」や「主観的体験」といった言い回しと同じであると明言している。一方、“psychological aspect”の邦訳に関しては少々説明が必要である。

チャーマーズが著書において批判の対象の1つとしているのが、認知心理学である。このため、彼はその学問に対する批判の意味も込めて、「心理的側面」という用語を使ったと推測される。

しかし「心理的側面」という言葉を本研究においてそのまま採用した場合、「体験」との違いが直感的に分かりにくい。このため筆者の判断で邦訳を差し替えている。

たとえば、ある人が、A という刺激に対して、B という解釈をし、それに続いて C という行動を起こしたとしよう。

心の「作用」に着目した場合、注目されるのは、 $A \Rightarrow B \Rightarrow C$  と続く因果論的なつながりにおいて「心が何をしたか」であり、「心が何を感じたか」、すなわち心がどのような体験をしたかではない。

分かりやすい例を挙げれば、ある人が、雨が降ってきたので傘をさしたとする。

この人は、「雨」という「刺激」に対して、「雨が降った」という「解釈」をし、傘をさしたのであり、これが、心の作用に着目するということである。

この人は、雨という刺激を感じているため、これはこの人の「体験」ではないかという反論が当然出るであろう。

「体験」と「作用」は完全に分離できるものではなく、むしろ共起する傾向にあるため、ここが難しいのだが、科学において問題なのは、科学は、研究の対象とする心の「作用」に絡む体験のみに目を向けがちだということである<sup>42</sup>。

実は、この傾向は摂食障害の研究においても顕著に現れている。

2 章で紹介したように、否定的な感情が過食嘔吐を誘発するという結果を導いた研究がこれまでにいくつも発表されている。これら研究は、過食嘔吐の直前の感情を調べているため、「体験」に注目しているように見えるが、よく見ると、これら研究は、心の「作用」に関与したと思われる「体験」のみに着目しているだけで、それ以外の体験は考慮に入れていない。

たとえば、筆者が 11 章で見た過食排出行動中の詳しい描写は、明らかに皆さんの体験の一部であるが、これまでの研究において、このような体験は注目されていない。なぜならこれら体験は、過食排出行動を引き起こす心の「作用」に絡んでいないと考えられているからである。

極端な言い方をすると、これら研究においては、皆さんが「おいしさ」に溢れて過食をしようとも、苦しさの中でそれをしようとも、その体験の差異に見るべき価値はない。なぜならそれは結果であって、より重要なのは、過食排出行動の直前に何がそれを誘発したかであるからである。

摂食障害は食べることに関する混乱であるにも関わらず、そのメカニズムは「食べる」という体験を抜いても、説明することが可能なのである。

また「体験」は、神経内分泌的に関わる化学反応として解説されることもある。

たとえば摂食障害においては、食欲や気分に関わるとされるセロトニンがその遺伝子配列に至るまで注目され、本疾患の症状に関わるとして注目を浴びている。

だが重要なのは、セロトニンが「体験」をしているわけではないことである。セロトニンの分泌状況や塩基配列を調べれば、拓美さんのうつうつとした気持ちや、食べ物への渴望の一部は説明できるかもしれない。だが、それだけでは、「せめてクリスマスくらいはおいしいものを食べて楽しみたい」という彼女の具体的な体験を解説することはできない。

もしそれをを行うならば、彼女のこの「体験」に関わっている化学物質を全て洗い出し、それがどのような相互作用においてこの「体験」を発現させているかを言わなければならないだろう。

だが残念ながら、現在の科学はこのような体験に関わっているらしい、いくつかの化学物質や遺伝子を明らかにしているだけで、ある個人の具体的な「体験」がどのような仕組みで発現しているのかの全容を解明するには至っていない。

### 14.2.2 科学は身体から「体験」を分離させる

現在の摂食障害治療において行われる栄養学の指導では、患者の誤った知識を「正しい」知識に置き換えることが重要視される。<sup>\*2</sup>

しかし9章で見たように、栄養学的な知識の取り入れは、必ずしも「自然な食」の回復を導くとは限らない。むしろ栄養学の知識を身に付けることで、「自然な食」からはますます遠のいている様子すら伺えた。

9章で紹介した敬子さんや拓美さんが「正しい」栄養学を再学習したとしても、彼女たちの「自然な食」はおそらく回復しないであろう。

そしてその理由は、「還元主義」が示すように、食とは関係のないより心理的な部分に解決すべき問題が残っているからではない。

2人の問題は、「体験と身体が分離してしまう」という形で、「体験を扱うことが苦手である」という科学の弱点に見事に「はまって」いることにある。

「体験と身体が分離する」ということが、いかなることかについて理解するためには、科学が現代社会にどのような形で貢献をし、それが我々の身体にどのような影響を与えているかを、まず理解する必要がある。

グローバル化が進み、ひととひと、モノとモノの移動が激しくなった現代社会において、科学は、「空間と時間を分離」することによって大きな貢献をなしてきた<sup>87</sup>。

「空間と時間の分離」とは、「時間と体験の分離」、「空間と体験の分離」という体験を媒介した2つの作業によって引き起こされる現象である。

現代社会に住む我々は、空間や時間を同じ尺度(例： $m^2$  や  $m^3$ 、秒・分・時)で数値化したり、金銭化したりすることや、空間や時間は世界中どこに行っても同質であるという思想に慣れっこになっている。

しかし、このような考え方は、工業化と資本主義、国民国家という3つの大きな柱によって作られる社会<sup>87</sup>、すなわち現代に生きる我々の社会のあり方が、ほぼ普遍的になるにつれ広がったものであり、社会がそのように再構成される以前、空間や時間は容易に比較できるものではなかった。<sup>\*3</sup>

たとえばアフリカのポコットの人々は、15年を一区切りとして時を数える。これは我々にとって理解しがたい時間の区切りであるが、15年とはポコットの人々が生まれてから成人式に参加するまでの期間であることを踏まえると、この暦は、ポコットの人々が成人になるまでの時間と同じ周期で流れていることが分かる<sup>5</sup>。

一方、グアテマラの高知に住むキチエの人々は、生活用と宗教用の2つの暦を持っている。前者は20日を1ヵ月とする18ヶ月からなり、1年は365日である。対して、後者の暦に月はなく1年は260日で構成されている。しかし月はないものの、宗教用の暦の1日1日には、それぞれ特別な性質があり、加えて、特別な性質をもった番号もついていて、この2つの組み合わせによって吉日と凶日が決まる。

<sup>\*2</sup> 2.7.1,p47

<sup>\*3</sup> ギデンズ<sup>87</sup>は工業化、資本主義、国民国家を中心として成り立つ社会を「モダニティ」とよび、これら3つの柱の特徴が特に際立つ社会を「ハイ・モダニティ」と呼んでいる。現在我々が生活する社会は、ギデンズにカテゴリーに当てはめると「ハイ・モダニティ」に属する。

さらに2つの暦は独立しておらず、互いに関連し、1周期52年の大<sup>カレンダー・ラウンド</sup>暦を成す。

このようにキチエの人々の暦は大変複雑であるため、暦の管理はシャーマンが行っている。

ポコットの人々とキチエの人々は、それぞれの言語においてこの暦を使っているのであるから、この2つの民族の時間を比較することが困難であるのは想像に難くない。もちろん、上述のように、我々が普段使う太陽暦を媒介させれば、2つの暦の比較は可能なのであるが、これこそが「空間と時間の分離」であり、その分離によって引き起こされる弊害は、本章の問いと深く関わりあっている<sup>97</sup>。

その弊害とは、ポコットの人々とキチエの人々の時間が太陽暦に換算されることによって起こる、文化的、もしくは宗教的意味の脱落である。

2つの暦を太陽暦によって換算しなおすことは技術的には可能だが、それぞれの暦に含まれる、民族の文化的、宗教的意味までも、そこに取り込むことはできない。

違う尺度に置き換えられた瞬間に、ポコットの人々の暦にあった成人になるまでの15年のサイクルという文化的意味合い、キチエの人々の暦の宗教的意味合いは剥ぎ取られ、後に残されるのは無機質な数字ばかりとなる。

それぞれの民族の暦は、それぞれの民族の日々の体験と分かちがたく結びついており、彼ら／彼女らの生き方とはまったく分離した時間の体系を持ち込むことで、彼ら／彼女らの体験は時間から分離される。

これは空間も同様である。都市社会学者の吉原直樹<sup>279</sup>はジャカルタの内奥部にあるカンボンという居住区で住民の協力を得ながら、地図を作成しようとした際に、「自分たちのムラを空から見下ろして平面の上に置く」(2)という視点を住民が持っていなかったため、大変な苦勞をしたというエピソードを紹介している。

カンボンの人々にとって空間とは、自分の体験の中で主観的に認識されるものであって、体験を離れて捉えられるようなものではなかった。

宇宙船に乗るといような特異な場合を除くと、地球儀や白地図に描かれたような形で世界を体験することは、日常生活においてはまず不可能であるが、現代社会においてはこのような空間把握が当たり前のように行われ、そちらの方がより「正しい」空間把握の方法であるとみなされる。

しかしこのような方法の「正しさ」に確信を強めれば強めるほど、日常生活における「体験」の価値は希薄になってしまうことに摂食障害の当事者である皆さんは十分な注意を払う必要がある。

### 希薄になる体験の価値

ここまで「時間と体験の分離」、「空間と体験の分離」を具体的な例を出して分析した。これを3段論法を使って説明すると次の結論を導き出すことができる。

1. 時間と体験は分離する
2. 空間と体験は分離する
3. 時間と空間は体験を通じて結びついている

そして、これをさらに推し進めれば次のことが言えるだろう。時間と空間は体験を通じてお互いに結びついており、ここから体験を抜き取れば時間と空間はお互いに分離する。

時間と空間が体験を通じて結びついていることを実感するのは、実はそれほど難しいことではない。たとえば今、筆者は自分のオフィスで、パソコンに向かって文章を書きおいて、時計は18:22を指している。この場合、「18:22」という時間は「筆者の体験」を通じて「筆者のオフィス」に結び付けられている。しかし、ここからもし筆者の体験を取り除いてしまえば、「18:22」という時間と「筆者のオフィス」を結びつけるものは存在しない。

つまり筆者が言いたいのは次のようなことである。

空間や時間を同じ尺度(例:  $m^2$  や  $m^3$ 、秒・分・時)によって均質化し、数値化するという作業は、ひととひと、モノとモノの移動を円滑にし、世界のグローバル化を推し進めた。

たとえば、異なる地域の労働時間を金銭で換算し、工場の設置に十分な空間があるかどうかを調べ、より人件費の安い地域に工場を作れば、より利益を上げることができるし、作業をマニュアル化すれば、そこで誰が働いていても、ほぼ同じ品質で製品を顧客に提供し続けることができる。

しかし空間や時間が均質化されればされるほど、ひとの体験は価値を失う。なぜなら空間や時間を同じ尺度によって均質化するということは、それまで空間と時間を結びつけ、その結びつき方に多様性を与えて、比較を困難にしていた、主体的に生きるひとの体験を剥ぎ取ることになるからである。

コストを考える際により重要なのは、18:00から19:00までの時給(時間)と、オフィスの賃料(空間)であって、18:00から19:00の1時間に、筆者がオフィスにおいてどのような体験をしたかではない。現代社会において、時間と空間はこのように分離され、体験はこのように意味を失う。

### 身体モノ化と科学的知識

空間と時間の分離が進む現代社会の影響を強く受けているのが我々の身体である。

我々は、自らの身体においてに多様な体験をする。たとえヴァーチャルな世界での通信であったとしても、その世界から我々が受け取る印象や感覚はすべて、自分の身体の内側に沸き起こる。

しかしもし空間と時間の分離が進み、体験が意味を喪失していったら、我々の体験を生み出す身体には何が起こるのだろうか。

まず起こるのが、時間と空間と同じような尺度で身体を測り、比較可能なものに変換するという、身体の均質化・モノ化である。(誤解のないように言うが、筆者の言う「身体の均質化」とは「すべての人間を同じ体型にしよう」という考えを指しているのではない。)

そして、この均質化に大きな貢献をなしてきたのが、摂食障害と関わり深い体重である。

たとえば20世紀前半の欧米で、身体を評価する尺度のひとつとなって以降、体重は、健康を管理するための重要な指標として現代社会のさまざまな場面で利用されるようになった<sup>31</sup>。発展途上国における大人の飢餓の度合いを測定する指標として開発されたBody Mass Index (BMI)<sup>72\*4</sup>は現在、肥満度を知る指標として現在広く使われているし、保険

\*4 計算式は  $BMI = \frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^2}$  である。

会社は、肥満の顧客により高い保険料を課すようになった<sup>31</sup>。最近では、腹囲とBMIを参考にメタボリックシンドロームを診断したり\*5、体重で妊婦の健康状態を測定したりと、身体の均質化に体重が果たした影響は大きい。

もちろん身体の均質化は体重だけで行われるわけではない。身長や脈拍、血圧、血液検査の値など、科学の指標を用いて測定されたすべての値が、身体の均質化に貢献している。

そして身体の均質化において科学、特に医学が果たした役割は絶大である。日常生活では絶対にそのはたらきを実感することのできない神経系や内分泌系の細かな働きを、生理学的な解説によって知ることができたり、自覚症状がなくとも病気が発見できるようになったりしたことで、救われた命は数え切れない。

しかし、それは身体と体験のモノ化を通じて、身体と体験の分離を引き起こした。

そもそも、体験は我々の身体の内側で沸き起こるのであるから、身体と体験が分離するというようなことは考えにくいのだが、この分離は科学における身体の捉え方に如実に現れている。

たとえば検診を受ければ、自分にまったく自覚症状—たとえば、がんにかかっているという体験—がなかったとしても、がんを発見し、治療をすることができる。中性脂肪や黄体形成ホルモンの分泌状況のみを抜き出して体験することは絶対にできないが、その状態は血液検査を受ければ、一目瞭然である。

これは大げさな言い方だが、現代の科学を用いれば、自分の身体の状態は、自分が何も体験していなくとも把握することが可能だし、自分にはまったくの自覚症状がなくとも、検査値さえあれば、病気の治療を進めることが可能なのである。(もちろんこれは、現場の医療者の方々が患者の体験を無視して治療を進めているということではない。)

これは食べ物も同様である。栄養学において正しく食べているかどうかの指標は、たいいていの場合、炭水化物やビタミンの量など、栄養学的な見地から適切かどうかによって決定され、食べている本人がどんな体験をしているかによっては決定されない。たとえば、「健康・体力づくり事業財団」が厚生労働省とともに2000年から推進している「健康日本21」において推奨されているのは、成人の1日あたりの平均食塩摂取量の減少(13.5g→10g)、野菜(292g→350g)とカルシウムに富む食品(牛乳・乳製品:107g→130g、豆類:76g→100g、緑黄色野菜:98g→120g)の摂取量の増加であって\*6、食において個人がどのような体験を持つかではない。

食べ物ほど我々のうちに豊かな体験を生むものはないであろう。しかし栄養学においてもっとも重要視されるのは、体験抜ききの食べ物の組成であるため、体験は重要性を失ってしまう。

科学は、我々の体験を身体から分離させ、体験なしの身体を分析することで発展を遂げ、我々はすべてその恩恵を受けている。しかし、我々が日常生活において、このような科学的見方を徹底させたらどうなるであろうか。

我々は、「自分がどのような体験をしているのか」ではなく、身体を均質化するために使われる指標によって、まるで身体が自分から乖離したモノであるかのように、自分の身体を捉えようとするようになるだろう<sup>175</sup>。\*7

\*5 腹囲とBMIのほか、血糖、脂質、血圧も指標に含まれる<sup>141</sup>

\*6 健康日本21サイト内(<http://www.kenkounippon21.jp/kenkounippon21/about/kakuron/index.htm>)

\*7 フランスの社会学者であるJean Baudrillard(ジャン・ボードリヤール)はこのことを「肉体とモノの相向性」(196:圏点ママ)<sup>16</sup>と呼んでいる。



ある人は、本当は「お腹が空いている」という体験をしているのに、「カロリーの取りすぎだから」と食べるのをやめ、ある人は、「シュークリームが食べたい」という体験しているのに、「血糖値が上がるから」と食べることをやめるであろう。体験は信頼に足るものではなくってしまうのである。

もちろん「飽食の時代」と言われる現代、栄養学的に「正しい」食べ方を心がけることは重要であろうし、それをういた食事療法も時には有効だろう。そして、臨床での栄養カウンセリングなどにおいては、栄養学の知識と合わせて、クライアントの体験も、栄養士の方は重視するのである。

しかし話の焦点を、栄養素やカロリーに過剰な注目を払う人が少なからず存在する摂食障害という病気に限定するならば、次の点はいくら強調してもしすぎることはない。

体験は自分を自分たらしめているものであるゆえに、体験の抑圧は「自分らしさ」の抑圧に他ならない。しかし、身体を体験から分離させ「客観的な」視点から身体を捉えることの重要性は、現代社会において、医療者を中心とした専門家によって奨励されており、その影響をまともに被ったのが、9章で紹介した敬子さんや拓美さんである。

「(人工のものを使ってあるから)私の好きなおいしさじゃない」\*8、「味は好きだけどおいしくない」\*9など、敬子さんや拓美さんの口からは「素直に『好きだ』『おいしい』と言ってしまうよいのに、なぜそんな回りくどい言い方をするのだろう」と思える発言が次々となされる。

しかしこれこそが、「体験」を扱うことが苦手であるという科学の弱点が、2人の些細な日常に跳ね返った結果である。

彼女たちに見られる体験の抑圧は、「彼女たちが正しい科学的知識を持っているか」という視点からは語れない。これは科学という思考の枠組みが引き起こす弊害で、このような弊害が、その利点と合わせて示されることはめったにないことが問題なのである。

もし皆さんが、敬子さんや拓美さんと同様に、カロリーや食べ物の栄養素に過度にこだわってしまうのであれば、科学が持つこの弱点を是非知っておいて欲しい。

皆さんが住んでいる日常は、ひととひとの具体的なつながりによって作られており、食にはそのつながりを作り出す優れた役割がある。もし、そのつながりの中に食を通じて戻りたいと願うのであれば、食べ物と自分だけの世界という空間から脱却しなければならない。社会がひとりでは作れない以上、そこは「仮想空間」でしかなく、このような空間でいくらものを食べても、沸き起こるのは、不安と寂しさだけであろう。

もしかするとその寂しさや不安は、「さらに食べる」もしくは「食べない」ということで、一時的に逃れることが可能であるのかもしれない。しかし、その選択は「仮想空間」での食をますます強化する結果となり、より大きな不安や寂しさが皆さんに押し寄せるであろう。この悪循環から抜け出すためには、食べ物に対する見方を大きく転換させ、勇気を持って「仮想空間」から抜け出る以外にないのである。

---

\*8 9.1.3,p158

\*9 9.2.9,p170

### 14.3 「ほんとう」を知ることの不可能性

摂食障害から回復をしたいと考えた人であれば、本を読んだりネットを読んだりして、「自分がどうしてこうなったのか」という原因を探ろうとしたことが1度はあるだろう。そしてその中のほとんどの人は、その過程で「親が悪い」という論説を目にし、中には、親を糾弾した人もいたに違いない。

2章(p32)において筆者は、親が摂食障害の原因とする「第1次家族モデル」は、科学的に立証されないとか、新たな家族問題を作り出すとかいった、さまざまな批判によって原因論の背景に退いたように見えるものの、親の不適切な態度や子育てを拒食や過食排出行動の継続要因として重要視する姿勢は、「唯一の原因ではない」「発症に関わることもある」というように、表現を和らげながらも根強く残っていると指摘し、これを「第2次家族モデル」と名づけた。

医療者の考えが、このようである以上、それに触れた皆さんが、「親が原因」と考えたとしても不思議ではない。いくら親に原因はないと医療者が主張しても、診察やカウンセリングで、親について様々な質問をされたり、問題のある親の態度が列挙されている本を見たりしたならば、自分の摂食障害の一因が親であると感じても仕方がない。

筆者は、親に関する「原因」をめぐる「第2次家族モデル」のような、ある種の混乱は、「還元主義」がもたらす弊害ではないかと考えている。

「還元主義」は食の乱れを心理的な問題の表れ、言い換えると心理的問題が食の乱れを誘発すると見なすため、当然、研究や治療においては「誘因探し」がどうしても必要となる。すると、患者の最も近くにいる、そして診察にも訪れることの多い親が、「誘因探し」のターゲットになることは避けられない。10章でみた、さゆりさんや拓美さんのように、親と自分の摂食障害のつながりに大変な注目を払う当事者がいるのは、食の外側に誘因を探さざるを得ない、「還元主義」の影響とも言えるであろう。

しかし摂食障害の回復を考える際に、「ある方法を用いれば親の『ほんとう』の姿にたどり着ける」という考え方自体に危険があることを皆さんは知っておく必要がある。

経験とは雑多なものの集合体であるがゆえに、ある経験を語るというプロセスには、ある情報を取り入れ、ある情報を切り捨てるという作業が必ず含まれる。言い換えると、経験を語るということは、経験にある方向性を持たせるために、情報を取捨選択し、経験を物語る作業であって、経験の「ほんとう」の姿をそっくりそのまま写し取る作業ではない<sup>44</sup>。

これは、病気が医師や心理士といった専門家、(もちろん筆者のような文化人類学者)によって語られた場合でも同じである。彼/彼女らは、自らの専門知識に従って、当事者の経験を物語るもしくは、意味付けているだけであって、彼ら/彼女らの専門的な語りや、摂食障害の当事者の「ほんとう」の経験を映し出しているわけでも、「ほんとう」の家族の姿を捉えているわけでもない。専門家は自分の頭の中にある知識に沿って、患者の経験を語りなおしているのである<sup>90, 135, 136</sup>。

もちろんこれは、病気が皆さんの口から語られた場合でも同様である。

さゆりさんと拓美さんの語りを聞くと、「ありのままの自分を決して認めようとしない」という親の姿が、2人の心のうちにありありとした姿で存在していることが分かる。しかし、このような親のイメージが、それぞれの親の、そして家族のすべてを物語っているわ

けでは決してないであろう。

これは筆者の印象であるが、4章と9章において記したように、さゆりさんと拓美さんは、ひととしての魅力を数多く持っている。そして、2人が力説するように、親の育て方が2人の生き方を決定づけるほどの威力を持っているというのであれば、2人のひととしての奥深さも同様に、それぞれの両親から引き継いだものであろう。

だとすれば、2人の両親には短所だけでなく、長所も多くあるはずであり、それを踏まえれば、親の短所ではなく、長所に着目して病気を語ることも可能なはずだが、2人がそのように病気を語ることはない。(そして、2人が親の長所に注目して親を語った場合、専門家の頭の中に描かれる彼女たちの親のイメージと2人の語りには齟齬が生じるであろう。)

入院中の治療に徹底的に抵抗するさゆりさんを支えた由紀さん、衰弱していく拓美さんの浮き出たあばら骨を、泣きながら手でさすった淳子さんの姿も、2人の母親の「ほんとう」の姿であるはずであろう。また、両親が2人のサポートに追われている間、拓美さんの姉やさゆりさんの弟妹が「親が自分のほうを見てくれない」と寂しい思いをしたことも当然考えられる。

しかし「ありのままの自分を決して認めようとしない親」、「親に見てもらえず寂しかった自分」に焦点を当てて話す、2人の語りからそのような母親や兄妹の姿を感じ取ることは難しい。

もちろん「だから、さゆりさんや拓美さんの語りはゆがんでいるのだ」、「だから2人は病気なのだ」と主張したいわけではない。

2人が両親の長所を語りの中に含めたとしても、それでそれぞれの両親が語り尽くされるわけではなく、語られない部分は常に残される。経験は常に語りを凌駕する以上<sup>90</sup>、誰が、どのように病気を語ったとしても、語られていない部分は常に残され、残された部分が、語られた部分よりも重要でないという保障はどこにもない。

親と自分との関係のすべてを語りつくすことはできないという事実、「ほんとう」の親の姿を語ることは不可能であるという事実は、『『ほんとう』かどうか』、あるいは何かに書かれた「適切な子育て」を基準に、親の問題を追究することの無意味さを示してはいただろうか。

なされるべきは、「両親の『ほんとう』の姿は何か」、「両親が『原因』かどうかを科学的に証明できるか」といった客観論に基づいた議論ではなく、「そう両親を語るの意味はどこにあるのか」という意味論へ視点の移動であるはずなのだが、「第2次家族モデル」を見ても、さゆりさんと拓美さんの語りを見ても、その視点の移動は十分にはなされていない。

## 14.4 病気を意味づけることの意義～伝統的医療を通じて

親という存在をどう意味づけるかを考えるにおいて参考になるのが伝統的医療における病気の治療である。

たとえば鹿児島県の奄美諸島には「ユタ」と呼ばれる人々がおり、病気を抱えた人々の訴えに応じて祈祷や占いを行う。ユタが治療の手かがりとするのは、医学で言うところの幻視や幻聴である<sup>174</sup>。

ユタは、相談者および自身の幻視や幻聴を解釈し、そこから病気を克服する道を示すの

だが、ここで注意したいのは、幻視や幻聴といわれる現象は、幻ではなく、ユタや相談者にとって現実そのものであることである。通常の医学では病気として解釈される幻視や幻が、ユタの治療体系には存在していない<sup>174</sup>。

このような例は国外にもある。たとえば、南米や北米に住むスパニッシュ系アメリカ人の間にはススト (susuto) と呼ばれる病気があり、主訴は、不眠やうつ、焦燥感であり、これら症状は、医学で言ううつ病に類似しているが、大きく違うのはその解釈である。スストの原因は、セロトニンの分泌異常といった科学的なものではなく、魂の身体からの離脱とされ、治療では、本人や脱魂に関わったと思われる人々の参加の元、シャーマンにより入魂の儀式が行われる<sup>216</sup>。

一方、スリランカには悪魔祓いの習慣がある。悪魔祓いの対象になる人々は、頭痛、腹痛、動悸、発熱、皮膚病のような身体的症状と不安や無気力などの心的な症状を併せ持ち、病院での治療で回復しなかった者がほとんどで、治療は現地の占い師や占星師、祓霊師によって、悪魔の障りをブッタの権威のもとに身体から追い払うという形で行われる<sup>259</sup>。

悪魔祓いの儀式は大掛かりなものになると夜を徹して行われる。複数のダンサーやドラマーが儀式に参加し、儀式には患者の家族だけでなく、親族や近所の人々も参加し、多いときには総勢 100 - 200 人もが集まって、ブッタの権威において悪魔の障りが供え物に移動される。

さらに世界には、精霊の力を借りる医療もある。ザイール盆地のクバ王国には「ンゲッシュ」と呼ばれる水や土地、森の精霊が存在する。そして、過去にンゲッシュの力に導かれて病気を克服した過去を持つ人々もまたンゲッシュと呼ばれ、ンゲッシュは、ンゲッシュの霊力を借りて、病気の治療をする<sup>270</sup>。

ユタやンゲッシュのような治療法の「ほんとう」らしさを科学的に検証することはおそらく不可能であろうし、脱魂や悪魔が病気の原因であるといった考え方は現代医学において受け入れられるものではないだろう。しかし、このような医療体系がそれぞれの地域に伝統的に根付き、その治療を受けて「治った」と感じる人が存在する以上、「非科学的である」という理由だけでこのような医療体系を否定することはできない。

摂食障害において原因を知りたい人は多いが、そこからの回復において、「ほんとう」の原因の探求は必ずしも必要のないことを、伝統的医療は示唆しているのではないだろうか。

#### 14.4.1 伝統的医療は何をするのか

摂食障害において親を語ることの意義を検討する前に、現代医学の枠組みでは受け入れられないだろう、伝統的医療のシステムが、治療において何を成しているのかを抑えておくこととしよう。

祈禱や儀礼といった伝統的医療を研究した人類学者が等しく指摘するのは、①病気を既存の社会・文化体系の中に位置づけることで、病者の状態を誰もが理解できる状態に変換し、②治療を通じて病気によって社会的な役割が果たせなくなった人々を、もう一度社会の中に統合するという 2 つのはたらきである。

たとえば①について、ユタについて調査した波平は次のように述べている。

奄美の人々の全般的な信仰体系からはずれた、あるいは断片的で脈絡のつかめない

幻視や幻聴をクライアントが語る時、職能的なユタはさまざまな種類の儀礼を通じて、クライアントがより脈絡のある、そして奄美の一般の信仰体系に沿った幻視や幻聴を体験するように誘導してゆく。クライアントの語る内容が次第に脈絡のあるものになれば、家族や周囲の人々は当人の語る言語やその行動により注意を払うし、自分たちも了解可能な意味を見出すことができるようになり、病的状態を示す人との意思疎通が、幻覚の内容を手がかりに行われるようになる。(257; 圏点ママ)

伝統的な医療の治療方法は、その地域の宗教や社会・文化体系に深く根ざしたものである場合が多く、そのような治療体系の中に病気の当事者が組み込まれ、その中で病気が語られるとき、病気は家族や周囲の人々によく理解できる現象に変換される。

また②に関しては、次のように説明することができる。

病気になって心身に不調をきたせば、仕事や学校に行けなくなるというように、当人がそれまで当たり前のように担ってきた社会的な役割を果たすことが難しくなる。言い換えると、ひとは、病気になると、ある役割を持って社会的な「場」\*10を構築することが往々にしてできなくなってしまうのである。

伝統的医療において行われる儀礼は、病気によって役割を果たせなくなった人々をもう一度社会に統合させる象徴的な局面を、たいていの場合持っている。

たとえばスリランカの悪魔祓いでは、悪魔の障りが取り除かれた後、漫才のような局面が用意されており、それによって儀礼の場は笑いに包まれ、その局面を経て、病者は、儀礼に参加した人々が作り上げる場の中に、再び統合される。

スストにおける入魂の儀礼では、「魂が戻ったのだから、あなたは再び社会に復帰することができる」というメッセージをスストの患者、さらには家族や親戚など身近な人々に象徴的に知らせ、患者を社会に再び統合するはたらきがある。

親、特に母親を摂食障害の原因として見なす「家族モデル」は、男女分業により経済発展を成し遂げた日本社会になじみやすい語りであると、2章で述べた。この点で「家族モデル」は伝統的医療の果たす①の役割を持っているといえるであろう。

しかし「家族モデル」が②の役割を同時に果たすとは言い難い。

なぜなら「家族モデル」は問題のある親の態度を列挙するものの、学校や職場といった病気によっていったん逸脱してしまった社会に、どのように当事者を再統合していくかを明確には示さないし、そもそも現代医学において、医療者と患者、もしくはその家族という守秘義務により守られた限定された空間で治療が行われ、病気の原因として生物学的なものが説得力を持つ以上、伝統的医療が見せるほどの人間関係の調整を期待することはできない。

伝統的医療は「科学的正しさ」という点において、現代医学にかなりの遅れを取る。しかし、病者を取り囲む多くの人々を、治療体系に巻き込み、人間関係全体を調整するという点で、伝統的医療は現代医学より長けているのである。

#### 14.4.2 親をどう意味づけるか

伝統的医療の果たす役割に目を向けると、回復を促す摂食障害の意味づけ方とは、それが『『ほんとう』かどうか』ではなく、その意味付けが、「病気によって一時的に社会から

\*10「場」については12.4.3,p232を参照のこと

離脱した自分を再び社会に統合していくか」という点になるだろう。

そして、この「社会との統合」という点において示唆的な経験をしているのが奈々さんと理央さんである。7章で示したように、奈々さんの母親であるかおるさんは、持病のせいもあって、機嫌が悪い時が多く、奈々さんはかおるさんを怒らせないように顔色をいつもかがって行動していた。「子供に過剰に気を遣わせる」というのは、「家族モデル」において変更を促される親の態度であるが\*11、このような姿勢が、彼女に悪影響ばかりを与えたとは言い難い。

奈々さんは、チューイングがひどかった大学生のころ、学校を休みたくてたまらなかつたし、卒業後の就職もそれほど乗り気ではなかつた。だが、そんな奈々さんが、大学にも、会社にもほとんど休まず通い続けることができたのは、「母親が怖かった」ことに理由があるという。

かおるさんは、学校や会社を休むことに対して大変厳しい人で、少々の熱でも子供を学校に行かせており、そんな母親が怖かった奈々さんにとって、休学をしたり、就職をせずに家にいたりという選択肢ははじめから存在しなかつた。\*12

にもかかわらず、そんな母親に今では感謝をしているという。家においてチューイングばかりを続ける生活を続けていたら、精神状態はもっと悪化し、今のような社会人としての生活は絶対にできなかつただろうし、友人や同僚との付き合いにおいては、嫌なことも多かつたが、そのおかげで、自分のおかしなところや、良いところに気づくことできた。

社会と無理やりにもつながっていなければならない環境が「怖い母親」によって作られていたことは、ある意味幸運であつたと奈々さんは話し、自分の意見をめつたに主張しない彼女が、「社会から引かないことの重要性」だけは常に力説していた。

一方、奈々さん以上に過酷な経験をしているのが理央さんである。母親の佳代さんは、自分に暴力をふるい、自分が治療の対象となっていることに気づくや否や、病院に行かなくなつてしまった。また、自分の言動を悔いる様子も見せた奈々さんの母親と違い、自分の非を一切認めず、すべて理央さんに責任があるといった態度を貫き、また大学入学後も、理不尽な理由でしばしば理央さんに手を上げた。

結果、「家の外にいたほうがよっぽど気が休まる」という状況が作り出され、理央さんは、一人暮らしを始めて、これまでにない解放感を味わつた。

奈々さんと状況は異なるが、やはり理央さんにおいても、休学をしたり、働かずに家にいたりといった選択肢ははじめから存在しなかつたのである。

この点において、敬子さん、さゆりさん、由佳さん、拓美さんは状況が大きく異なる。この4人においては、拒食や過食排出行動が「こんなに大変だから、学校や会社には行けない」という「メッセージ」として良く働き、結果4人は、引きこもりや入院といった形で、社会から逸脱することが一時的に可能になった。

奈々さんや理央さんの母親においては、このようなメッセージは、受け入れられないし、伝わらないが、この4人の場合、拒食や過食排出行動は「メッセージ機能」を良く果たしている。

敬子さん、さゆりさん、由佳さん、拓美さんの親が、家にいることを許したり、入院をさせたりしたことは、医学的に見ても誤りではないだろう。そして、その視線で見れば、

\*11 2.4.7,p32

\*12 7.9,p130

子どもに恐怖心を植え付け、無理やり学校に行かせたり、暴力を振るったりした奈々さんや理央さんの母親の方にこそ、よっぽど大きな問題があると言えるだろう。

しかし、それぞれの状況を比較すると、この6人の中で、社会生活が不可能になるほどの状況に陥らずに、なんとか生活をし続けてこられたのは、皮肉にもそのような親を持つ奈々さんや理央さんである。

病院を探したり、家族会に出たり、態度を改めたり、食べられそうなものを工夫して作ったり、それでも駄目なら高額な民間医療を試したりする、敬子さん、さゆりさん、由佳さん、拓美さんの親からは、子供の回復のために奔走をする親心が伺える。たとえそれが子供の目から見れば不適切で、不十分なものであったとしても、そのような親心には十分な敬意が払われるべきだし、決して責められるべきものではない。

しかし、伝統的医療の枠組みに沿って言えば、拒食や過食排出行動という「行動が社会からの逸脱を許す行動」として一度は認められ、実際にそうなった以上、「逸脱した自分を今一度社会に統合するという意味づけ」が回復においては必要になる。そして先ほど述べたように、現代医療の体制が、そして「家族モデル」がそのようなことを成す構造を十分に備えていない以上、その意味づけは自分で行うしかない。

この点に限って言えば、「自分を病気に追いやった親」ではなく、「摂食障害になってからの自分を懸命に支えてくれた親」に力点を置いて話す、敬子さん<sup>\*13</sup>や奈々さん<sup>\*14</sup>の語り方のほうが、親の非に重点を置いて話す、さゆりさんや拓美さんそれよりも、優れているといえるだろう。親の長所に目を向けたことで、2人の意識は「親と自分」の外側に、すなわち社会との再統合の方向に向いているからである。

拒食や過食排出行動の状態が重ければ重いほど、自分が関わる世界は狭くなって苦しさがつわり、その中で親との関わりは濃密にならざるを得ず、親の短所ばかりが目につき、「自分はこんなに苦しいのになぜ親は理解をしてくれないんだ」と、「親がちゃんと私を育てなかったからこうなったんだ」という気持ちは当然生まれるだろう。そんなときに、問題のある親の態度が列挙されている本を読めば、自分の思いが裏付けられた安堵感と、「自分は悪くないんだ」という確信から、安らぎを得ることもできるだろう。

ただし自分が一方的な犠牲者になることで得られるこの安らぎは、期限付きのものとするべきではないだろうか。

この安らぎは、「自分と親」の外にある社会に自分を統合してゆくどころか、「自分と親」という閉じた世界の中に自分を押し込め、親の変化ばかりを期待する状態を作り出しやすい。社会との再統合という点を重視して、親を語るのであれば、親の非に注目をして、自分の摂食障害を語り続ける作業の意味は薄れるのである。

## 14.5 他者を模倣し、ハビトウスを取り戻す

ここまで科学の弱点とほんとうを知ることの不可能性を解説した。本節では、これら議論を素地とした上で、ハビトウスを取り戻すための方法を提案したい。

皆さんが「自然な食」を失った一因は、それまでに培った「自然な食」のハビトウスを失ったこと、言い換えると、食を通じて他者との社会的なつながりを構築できなくなった

\*13 3.10,p76

\*14 7.10,p131

ことにあると本研究は推測する。

たとえば、11章で見たように、過食排出行動はある種の爽快感を生み出すが、この爽快感は一切の他者を排除した空間の中で生み出されるため、過食排出行動の社会性はきわめて低い。

「還元主義」は摂食障害における食の乱れを心理的な問題の表れと捉えるが、「現象主義」に基づくと、他者との孤立を深めざるを得ないこの食べ方が、皆さんの心理的な問題を深めているという逆の見方が可能となる。

拒食や過食排出行動を打ち破り、ハビトゥスを取り戻すには一体どうしたら良いだろうか。

ハビトゥスは、生れ落ちた世界の規範を当然のものとして受け取り、それに従って身体を動かし続けることで始めて身に付く。皆さんの身体から「自然な食」を作り出すハビトゥスが抜け落ちた以上、このプロセスをもう一度繰り返すしかない。

従って、本研究が提案する方法は驚くほどシンプルである。それは、自分が持つ食に対するこだわりをできる限り保留し、家族や学校の友人、仕事の同僚、近所のカフェにいる人たちなど、皆さんの身近にいる人々の食べ方を、とりあえず全面的に受け入れ、それをそっくりそのまま模倣することである。そして、そのような食べ方をするとどのような体験が生まれるのかをよく感じることである。

模倣をする際には、できるだけ自分と社会的地位に近い人が望ましい。皆さんが女性であれば、身近にいる女性、いなければ年齢の近い人などが良いだろう。ハビトゥスの性質上、同じ社会的地位を持っている人の食べ方を模倣するほうが、自分に合った「自然な食」のハビトゥスは身に付きやすいからである。

また、ハビトゥスは教師と生徒のような1対1の関係で身に付けられるものではなく、「場」を共有する大勢の人との社会的な関わりの中で作られていくため、模倣をする相手は1人ではなくできるだけ大勢の方が良い。

大勢の食べ方を観察し模倣をすれば、食べ方には類似性と多様性が共存していること、そしてその多様性のある程度許容することこそが、「自然な食」であることに気づくであろう。そしてどの程度の多様性が許容され、どの程度からが許容されないのかも、このような他者との関わりの中で、自ずから身に付いて行くことであろう。

「自然な食」とは「1日1800kcal 摂れば良い」といった、クリアカットな基準を持たない。基準は常に曖昧で流動性を持ち、自然に食べるためには、それを一瞬にして体感する必要がある。

曖昧で流動的な基準を瞬時に把握するなど、大変難しいことのように聞こえるかもしれないが、皆さんの身近にいる人々はこれを難なくこなしているし、皆さんも摂食障害になる前は、これを当たり前のようにこなしていたのである。

自分の食に対するこだわりを保留し、身近な他者を日々模倣するという作業を続けていけば、食のハビトゥスは皆さんの身体に、少しずつ、だが確実に、蓄積されていくであろう。

おそらく、その蓄積の速度は、皆さんが期待するよりもはるかに遅く、場合によっては、十分な量になるまでに、5年や10年といった月日がかかるかもしれない。さらに、それを続けることにたいした面白みも、目新しさもないだろう。しかし、ハビトゥスの獲得は、一朝一夕には成されず、さらにそれまでの過程は、何の目新しさもない作業の繰り返しで



ある以上、この点は覚悟を決めるしかない。

皆さんが日々何気なく行う動作は、長い月日にわたる反復の賜物であり、「自然な食」もそれと同じであるからである。

食に関して何も考えていないような人の食べ方を「そういうもの」として受け入れ、さらに模倣するなど、皆さんのプライドが許さないかもしれない。食に細かなこだわりがあり、そうでなければならぬと頑なに信じていけばいる方ほど、このような方法に憤りを覚えるかもしれない。

しかし皆さんの身近にいる人は、少なくとも皆さんほどは、食のハビトゥスを失っていないこと、皆さんに比べると、はるかに上手に自然に食べられること、その人たちの食べ方のほうが「場」を上手く構築できることを少なくとも認めるべきである。

専門家の本を読まなくとも、ネットサーフィンをしなくとも、皆さんが求めるものをすでに持っている人は身近に多くおり、その人たちと共に自分の身体を使って「場」の構築に参加することで、皆さんは、その人たちから学ぶことができる。<sup>\*15</sup>

「自分なりの食べ方」を確立するのは、食に社会的な生命を育む力が戻ってきてからでも決して遅くないのではないだろうか。

#### 14.5.1 「還元主義」との接点～食を語ることは心を語らないことではない

自分の食に対する規範を保留し、身近な他者の模倣を繰り返していれば、食べ物と自分という「仮想空間」から皆さんは抜け出して、他者と関わらないわけにはいかなくなり、ここにおいて「現象主義」と「還元主義」は結びつく。

他者と関わるようになれば、その関わりの中で不安が生じることや、そのような状況をどのように乗り切ればよいか分からず混乱することもあるだろう。そして、社会から逸脱した自分と、そうでない友人を比べて悲しくなることも増えるであろう。

しかし、そのようなときにこそ、2章で紹介した心理療法や薬物療法は必ずや皆さんの助けになるはずである。医師や心理士は、そのような状況を拒食や過食に逃げ込まずに乗り切る方法を共に考えてくれるであろうし、必要であればしかるべき他者と連携を取ってくれることであろう。

いきなり他者と関わるのが不安であるのなら、同じような立場にある人々があつまる

<sup>\*15</sup> 文化人類学者が行うフィールドワークではこれと全く同じ方法が取られる。フィールドに赴いた文化人類学者は調査の初期段階において、相手の文化を「そういうもの」として受け入れようと努力する。なぜなら、いくら自分の価値観にそぐわない規範であっても、それがフィールドで上手く機能している現実がある以上、その規範には何らかの意義があるはずだからである。従って文化人類学者は、フィールド先で暮らす人々の立ち居ふるまいを模倣し、この文化と共に暮らすことはどのようなことであるのかを体得するよう努力する。

もちろん自分の価値観を完全に保留することも、フィールド先の人々と完全に同化することも不可能である。しかし、この作業を行わずに調査を進めると、自分の価値観で他者の文化を一時的に評価する、「自民族中心主義」に簡単に陥ってしまうと文化人類学では考えられている。

ただ本研究においては、摂食障害という状態が、調査参加者の所属する「場」において上手く機能していないこと、さらに皆さんもそこから抜け出したいと考えているという事情を踏まえ、一般的な文化人類学の調査と比べると、やや変則的な方法を取った。その方法とは、調査の初期段階では、協力者の価値観や、拒食と過食排出行動を「そういうもの」として受け入れるが、途中からその受け入れをやめ、拒食や過食排出行動から抜け出すためにはいかにすべきかという視点の逆転を行うことである。この点で本研究は応用人類学としての立場が色濃い。また、本研究においてこの視点の逆転は、調査開始から1年程度が経過した後になされた。

自助グループが、社会に戻るためのつなぎとしてはたらくかもしれない。<sup>\*16</sup>

もし他者の食を模倣をし、それによって体重がどんどん増えるのではないかと不安になったら、栄養士がそのようなことは科学的に起こりえないことを筋道を立てて指導してくれるであろう。

そして、（これは医療においてほとんど重要視されていないが）皆さんが食を通じて社会と関わる力を取り戻したいと願うのであれば、なぜ現代社会においてやせていることがこれほどまでに評価されるのか、摂食障害に女性が多いのはなぜなのか、そして自分は社会に対して何ができるのかを、人文・社会科学者の書籍を通じて学び、その見方を日常に生かしてゆくことができるであろう。

「還元主義」は摂食障害を飢餓状態における身体の反応に注目した「生体物質論」と、心理的な部分に着目する「本質論」に分ける。このようなことをするのは、食の問題だけ見てしまうと、「心の問題が置き去りにされてしまう」という懸念が医療者の中にも、そして皆さんの中にもあるからであろう。

しかし「摂食障害は単なる食の問題ではなく、心の問題である」という思いが皆さんの中に存在するとするならば、「食は『単なる』という言葉でくくれるほど、単純なものではないし、食を語ることは心を語らないことにはならない」、「食を語ると、心が置き去りにされると思うのならば、それは、食の『正しい』見方が、生物・栄養学的な見方にあると勘違いしている証拠である。」と返したい。

食を語ることは心を語ることでもあるし、心を語ることは食を語ることでもある。ただ「還元主義」は「生物・栄養学的側面に注意を払って食を分析することが、食を語ることである」と誤解している傾向が強いため、「還元主義」は、食と心をつなぐ言葉を十分に持たない。そして、そこを補うことができるのが、本研究が提示した「現象主義」なのである。

食と心は結びつき、お互いに影響を与え合う。本研究に即して言えば、「還元主義」と「現象主義」はお互いに排除しあうものではなく、お互いに補完しあうものなのである。

## 14.6 聖域としての志向性を守ること

5つ目の方法として「志向性」に関する話をしたい。

「志向性」とは皆さんの心が、自分の外側にある何かを指し示している状態を指す<sup>224</sup>。ヨーロッパに行きたいと思えば、皆さんの身体はヨーロッパになくとも、ヨーロッパを指し示すことができるし、ケーキのことを考えれば、ケーキが目になくとも、皆さんの心はケーキを指し示す。

特に指し示すものがなく、漠然と楽しい気分になったり、不安になったりする心の状態も存在するが、「志向性」は、自分の外側にある何かに向けられている<sup>224</sup>。

ここで筆者が強調したいのは、摂食障害からの回復には「志向性」の変化が必須であり、それに変化を起こせるのは、究極的には皆さん自身でしかないということである。

医療が格段に進歩した現在とはいえ、医療には皆さんの心が食べ物のカロリーや栄養素しか志向しない状態を変える力はない。

<sup>\*16</sup> 2章で紹介した野村 (p26) は、自らが創立した自助グループである「かなりあしょっぶ」が、そのような場所として存在できること、だからこそ「かなりあしょっぶ」は、そこからの「卒業」が見据えられるグループであることを述べている<sup>187, 188</sup>。

抗うつ剤などで、気分の底上げが可能であっても、「白砂糖を食べることが嫌でたまらない」という敬子さんの志向性や、「残り物を見ると過食嘔吐したくなる」というさゆりさんの志向性を、「白砂糖を食べても健康な人は健康である」、「残り物は嫌だが、だからといって食べて吐く必要はない」という志向性に、それぞれ変えることはできない。

「治療を医者任せにしないこと」の重要性が摂食障害の専門書において言われる場合があるが<sup>132</sup>、これを筆者の言葉で言い換えると、次のようになる。

現代の医学に志向性を自由自在に操る力はない。摂食障害が医学では太刀打ちできない志向性に深く関わる病気である以上、医者に治療を任せていたら、この病気からは回復できないであろう。

もし皆さんの志向性を自由自在に変えることのできる心理療法や薬が存在したならば、皆さんも、医療者も、そして皆さんの両親も、誰一人苦勞をしないであろう。皆さんは一夜にして、カロリーや、体重ばかりに心が向いてしまう志向性から開放され、食べ物を食べ物として楽しく、おいしく食べることができるようになるのだから。

しかし、もし志向性を自由自在に変えることのできる薬や心理療法が発明されたら、果たしてどうなるだろうか。摂食障害の人は、1人としていなくなるかもしれないが、その手段は、人道的なことばかりには使われまい。そのような手段を手にしたひとは、たちまちのうちに、それを、誰かの命を奪ったり、他者の尊厳を蹂躪することに使うであろう。

志向性とは未だに構造がはっきりしない謎であり、誰もそれを自由自在に操作できない以上、それは皆さんの聖域である。自らの志向性に最も手が届きやすいところにいるのは、皆さん自身であって、他の誰でもない。

そこを踏まえると、理論的には相矛盾する治療方法の双方に、成功例が見られることの原因が分かる。

たとえば、摂食障害の治療方法には、食という不安に直面させるランチセッション<sup>\*17</sup>と、食の乱れをストレスマーカーとして捉え、食に着目しない対人関係療法<sup>\*18</sup>がある。

2つの治療方法は、一方から見れば、一方は完全に誤りであるが、そのどちらにおいても成功例は報告されている。理論的には合致しないにも関わらず、2つの治療方法のどちらにも回復者がいるという事実は、治療において最も重要なのは理論ではなく、その中で「患者が自分の心をどこに方向付けするか」という、志向性の問題であることを示してはいないだろうか。

筆者が、摂食障害の治療に深く関わる2人の医師の臨床を見せていただく中で感じたのは、患者の志向性を「回復」に方向付けるよう、後押しする2人の医師の力である。

2人の医師は、筆者が本研究を通じて批判をした「還元主義」の明らかな支持者であったし、また2人の医師から患者に向けて語られる言葉の中には、専門書を見れば、どこにでも書いてあるようなものも多々あった。

しかしたとえそうであっても、そのような言葉がそれぞれに医師によって語られると、回復の意志を一切見せなかった患者が、何度も転院を繰り返してきた患者が、自らの志向性を「回復」という方向に力強く転換させることがある。

\*17 2.7.4,p54

\*18 2.7.2,p50

おそらくこれは、それぞれの医師がそれぞれの人生の中で培った、ひととしての深みが成す技なのであろう。

ただし、いくら名医といえども、出会った患者の全ての志向性に影響を及ぼせるわけではないし、また患者の志向性が「回復」に向いた後、回復までの道のりが具体的にどのように示されるかで、予後は大きく変わってくるだろう。

家族の問題を探ることで回復に近づく人もいるだろうし、それが逆効果を生む人もいるであろう、カロリー計算をすることで上手く行く人もいれば、そうでない人もいるはずである。

ひとの志向性のメカニズムが未だに判明しておらず、しかしその内容は大変に多様であることが明白である以上、その道のりは複数用意されているべきではないだろうか。

それに当たって、「還元主義」だけでは、ひとの志向性の多様性に対応しきれないだろうと筆者は考える。飢餓を克服し、心の問題をひたすらに解消し続けることだけが、摂食障害からの回復方法なのであろうか。「現象主義」により筆者はそれを問いかけた。

おそらくこれまでに提案された治療法や、先ほど筆者が紹介した方法を読んで、「それができれば苦労はしない」、「それができたらとっくに治っている」と感じた方も多いことであろう。しかし「それができれば苦労をしない」という志向性か、「それはできるかもしれない」という志向性のどちらを選ぶかも、志向性が皆さんの聖域である以上、最終的には皆さんに委ねられている。

実際、筆者は、拒食や過食が、本人には「どうにもならないもの」とであるという印象をあまり持っていない。

例えば、敬子さんは過食嘔吐が止まらずに約束を直前でキャンセルすることもあるが、海外へ行く飛行機にはきちんと搭乗できている。さゆりさんは受験期に入ると、野菜やわかめといった「身にならないもの」から、菓子パンとパフェという目標到達に向けてより現実的な食べ物へと食事の内容を大転換させた。奈々さんはチューイングが止まらなると言いつつも、1人暮らしを始めると、金銭的な面を考慮して、チューイングの量を減らすことができた。拓美さんは、入院をすると今までの拒食が嘘のように食べ始めた。

6人の皆さんの語りを見ると、要所要所で、拒食や過食のやり方や程度を調整している様子が伺える。拒食や過食は「どうしようもない」ものに見えながら、実は「どうにかなる」部分も多々存在すると思わざるを得ない。

摂食障害という病気に皆さんが完全に飲み込まれてしまえば、「海外旅行に行きたい」、「受験に受かりたい」といった、自分の心の指し示す方向に応じて、拒食や過食の状態を変化させるなどといったことはとてもできないであろう。

「どうにかなる」部分が垣間見れるということは、皆さんが自らの志向性をきちんと守っている、言い換えると志向性と身体を呼応させることができている証拠である。

だとするならば、回復に向けて、皆さんが成すべきことは、自らの志向性を守りきるという決断と、それに伴う責任を引き受けるという覚悟ではないだろうか。

「志向性を守る」ということは、自分の心が指し示す方向性に従って、自分の身体を動かすことであるから、これは言い換えると、自分の摂食障害を、誰のせいにもしないことに究極的には結びつく。

医者がなんと言おうと、親がなんと言おうと、皆さんの志向性を決定できるのは、最終的には皆さんしかいないのだから、皆さんの志向性の下に行われている拒食や過食排出行

動を、誰かのせいにはできないのである。

ひとは「あなたのせいではない」と言われて大変に安心する生き物であるから、「自らの志向性を自分で守る」という決断には大変な覚悟があるであろうし、それに伴う苦しさも当然生まれるであろう。しかし、その決断と覚悟でひととしての聖域が守りきれるのであれば、その苦しさには価値がある。

## 14.7 最後に

「文化」とは、「社会」という名の楽団に所属する人によって奏でられる「楽曲」のようなものである<sup>258</sup>。

ただこの楽団と楽曲において特徴的なのは、この楽団からはひとである以上抜けられず、また作曲は、ひとりによってではなく全員によって行われている点である。

皆さんは間違いなく、「社会」という名の楽団のメンバーの1人であり、「文化」という名の楽曲の作曲家の1人である。

もし「文化」という名の楽曲に「食」という楽章があるのなら、皆さんはその楽章の作曲や演奏には参加していないかもしれない。もしくは皆さんの作曲や奏でる音は、楽曲とそれを演じる楽団に不協和音を引き起こしているかもしれない。

たとえ皆さんが演奏を止めても、作曲をやめても、不協和音を起こしても、その他のメンバーが、その穴をフォローし、なんとか楽曲を、そして楽団を支えていくことであろう。

しかし、ひと以上に豊かで多様な文化や社会を作り出している生命は地球上で他にはない。社会や文化が、ひとをひとたらしめるものである以上、それらを作る共同作業に参加することこそが、ひととしての命を育むこと、ひとであることの証といえないだろうか。

筆者は10年にわたり摂食障害を調査し、その中で様々な当事者や、当事者を支える方々に出会った。

摂食障害の人々の食は、まるでブラックホールのように、自らの、時には身近な人々の、ひととしての命を吸い尽くす。ひととしての輝きを放つためには欠かせないものである食が、なぜこのような暗闇を作り出してしまうのだろう。

だからこそ、『ありのままの自分』を受け入れることや「心に病を抱えた人に理解を示すこと」ことの重要性が叫ばれる現代にあって、筆者はあえてこう言いたい。

拒食や過食という状態に限って言えば、皆さんは「ありのまま」であってはならない。拒食や過食、嘔吐や下剤乱用やチューイングは、我慢はできても理解はできない。

食は、「ひととしての命」を育む源流であるべきであり、自らの、そして他者の命を吸い尽くすものであってよいはずがない。自らの、そして他者の命を吸い尽くす行動を、受け入れたり、理解をすることはできないのである。

皆さんに、他者と共に社会を紡いでいきたいという思いがあるならば、この流れをどこかで逆転させる必要がある。鍵になるのは皆さんが、社会とつながりを取り戻し、「文化」という楽曲を創造する方向に自分の心を向けること、食に「ひととしての命」を育む力を戻そうとする皆さんの志向性である。

皆さんの食が、命を育む源流としての輝きを取り戻し、他者とのつながりを作り出す力を、ひいては他者の命を育む力を取り戻すことを願ってやまない。そして、その際に本研究で示した見方や方法が、何らかの形で貢献できるのであれば、この上ない喜びである。

## 参考文献

- [1] A. Gunewardene, G. F. Huon, and R. Zheng. Exposure to westernization and dieting: A cross-cultural study. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 29, pp. 289–293, 2001.
- [2] G. W. Alpers and B. Tuschen-Caffier. Negative feelings and the desire to eat in bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, Vol. 2, No. 4, pp. 339–352, Winter 2001.
- [3] T. Ando, G. Komaki, T. Naruo, K. Okabe, M. Takii, K. Kawai, F. Konjiki, M. Takei, T. Oka, K. Takeuchi, A. Masuda, N. Ozaki, H. Suematsu, K. Denda, N. Kurokawa, K. Itakura, C. Yamaguchi, M. Kono, T. Suzuki, Y. Nakai, A. Nishizono-Maher, M. Koide, K. Murakami, K. Nagamine, Y. Tomita, K. Ookuma, K. Tomita, E. Tonai, A. Ooshima, T. Ishikawa, and Y. Ichimaru. Possible role of preproghrelin gene polymorphisms in susceptibility to bulimia nervosa. *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics : the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, Vol. 141, No. 8, pp. 929–934, Dec 5 2006.
- [4] 青木省三. ダイエットを始めようとしたときに. *こころの科学*, No. 112, pp. 8–14, 2003.
- [5] 青木保. 境界の時間: 日常性をこえるもの. 岩波書店, 東京, 1985.
- [6] 米国精神医学会 (American Psychological Association). DSM-3-R 精神障害の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 1988.
- [7] 米国精神医学会 (American Psychological Association). DSM-4-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 2003.
- [8] 新川詔夫. 遺伝医学への招待. 南江堂, 東京, 1990.
- [9] 浅見知邦. 矯正施設における摂食障害の特徴と治療について. 第4回日本摂食障害学会, 東京, 2008/9/20-21.
- [10] 浅野千恵. 女はなぜやせようとするのか: 摂食障害とジェンダー. 勁草書房, 東京, 1996.
- [11] 浅野佐和子. 摂食障害患者の食事内容・食事パターンに関する分析: 食事記録からの検討 (摂食障害 vi). *心身医学*, Vol. 36, p. 159, 1996.
- [12] American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 163, No. 7 Suppl, pp. 4–54, 2006.
- [13] 馬場謙一. 過食症の発症機制と治療 ii. *精神科治療学*, Vol. 8, No. 4, pp. 381–388, 1993.

- [14] U. F. Bailer, G. K. Frank, S. E. Henry, J. C. Price, Meltzer C. C., C. Becker, S. K. Ziolko, C. A. Mathis, A. Wagner, N. C. Barbarich-Marsteller, K. Putnam, and W. H. Kaye. Serotonin transporter binding after recovery from eating disorders. *Psychopharmacology*, Vol. 195, No. 3, pp. 315–324, 2007.
- [15] U. F. Bailer, G. K. Frank, S. E. Henry, J. C. Price, C. C. Meltzer, L. Weissfeld, C. A. Mathis, W. C. Drevets, A. Wagner, J. Hoge, S. K. Ziolko, C. W. McConaha, and W. H. Kaye. Altered brain serotonin 5-HT<sub>1A</sub> receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [carbonyl<sup>11</sup>C]WAY-100635. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 62, No. 9, pp. 1032–1041, 2005.
- [16] Jean Baudrillard. 消費社会の神話と構造. 今村仁、塚原扶美 (訳). 紀伊国屋書店, 東京, 1995[1983].
- [17] Aaron T. Beck. 認知療法: 精神療法の新しい発展. 大野裕 (訳). 岩崎学術出版社, 東京, 1990[1976].
- [18] Anne E. Becker. New global perspectives on eating disorders. *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 28, No. 4, pp. 433–437, 2004.
- [19] P. J. Beumont, Claire Beumont Cynara., Stephen W. Touyz, and Hazel Williams. 栄養カウンセリングと運動管理. Paul E. Garfinkel, editor, 摂食障害治療ハンドブック, 小牧元 (監訳). 金剛出版, 東京, 2004[1997].
- [20] Susan Bordo. *Unbearable weight: feminism, Western culture, and the body*. University of California Press, Berkeley, Calif., 2003[1993].
- [21] Marlene Boskind-White and William C. White. 過食と女性の心理: プリマレキシアは現代の女性を理解するキーワード. 杵淵幸子ほか (共訳). 星和書店, 東京, 1991.
- [22] Pierre Bourdieu. 実践感覚. 今村仁司・港道隆 (訳). みすず書房, 東京, 1988.
- [23] Pierre Bourdieu. デイスタクシオン: 社会的判断力批判. 石井洋二郎 (訳). 藤原書店, 東京, 1990.
- [24] Pierre Bourdieu. ピエール・ブルデュー: 1930-2002. 加藤晴彦 (訳). 藤原書店, 東京, 2002.
- [25] D.L. Braun, S.R. Sunday, and K.A. Halmi. Psychiatric comorbidity with eating disorders. *Psychological Medicine*, Vol. 24, pp. 859–867, 1994. no RefWorks.
- [26] John D. Brewer. *Ethnography*. Open University Press, Philadelphia, 2000.
- [27] T. D. Brewerton, M. D. Lesem, A. Kennedy, and W. T. Garvey. Reduced plasma leptin concentrations in bulimia nervosa. *Psychoneuroendocrinology*, Vol. 25, No. 7, pp. 649–658, Oct 2000.
- [28] T. Brewerton, T. Lydiard, D. Herzog, A. Brotman, P. O'Neil, and J. Ballenger. Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 56, pp. 77–80, 1995.
- [29] Peter J. Brown and Melvin Konner. An anthropological perspective on obesity. In *Understanding and Applying Medical Anthropology*, pp. 401–413. Mayfield Publishing Company, CA, London, Toronto, 1998.
- [30] Hirde Bruch. *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Harvard



University Press, Cambridge, Mass, 1978.

- [31] Joan J. Brumberg. *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa*. Vintage-books, New York, 2000[1988].
- [32] Cynthia M. Bulik. Eating disorders: Integrating nature and nurture through the study of twins. In *Eating Disorders and Cultures in Transition*, pp. 66–85. Brunner-Routledge, Great Britain, 2001.
- [33] Cynthia M. Bulik. Eating disorders: Integrating nature and nurture through the study of twins. In *Eating Disorders and Cultures in Transition*, pp. 66–85. Brunner-Routledge and Taylor and Francis Inc, East Sussex, 2001.
- [34] Cynthia M. Bulik. Anxiety, depression, and eating disorders. In Graham D. Burrows, Pierre J.V. Beumont, and Regina C. Casper, editors, *Handbook of eating disorders: a comprehensive handbook*. Elsevier Science Pub. Co., New York, 2002.
- [35] E. Burton, E. Stice, S. K. Bearman, and P. Rohde. Experimental test of the affect-regulation theory of bulimic symptoms and substance use: a randomized trial. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 40, No. 1, pp. 27–36, 2007.
- [36] S. Bydlowski, M. Corcos, P. Jeammet, S. Paterniti, S. Berthoz, C. Laurier, J. Chambry, and S. M. Consoli. Emotion-processing deficits in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, Vol. 37, No. 4, pp. 321–329, May 2005.
- [37] J. Cairns and R. L. Milne. Eating disorder nutrition counseling: strategies and education needs of english-speaking dietitians in canada. *Journal of the American Dietetic Association*, Vol. 106, No. 7, pp. 1087–1094, Jul 2006.
- [38] C. Calandra, F. Musso, and R. Musso. The role of leptin in the etiopathogenesis of anorexia nervosa and bulimia. *Eating and weight disorders : EWD*, Vol. 8, No. 2, pp. 130–137, Jun 2003.
- [39] L. A. Campfield. Leptin and body weight regulation. In Christopher G. Fairburn and Kelly D. Brownell, editors, *Eating disorders and obesity: A Comprehensive handbook*, pp. 32–36. Guilford, New York, second edition, 2002.
- [40] L. A. Campfield, F. J. Smith, and P. Burn. The ob protein (leptin) pathway—a link between adipose tissue mass and central neural networks. *Hormone and metabolic research. Hormon- und Stoffwechselforschung. Hormones et métabolisme*, Vol. 28, No. 12, pp. 619–632, Dec 1996.
- [41] S. E. Cassin and K. M. von Ranson. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*, Vol. 25, No. 7, pp. 895–916, Nov 2005.
- [42] David J. Chalmers. 意識する心: 脳と精神の根本理論を求めて. 林一 (訳). 白揚社, 東京, 2001.
- [43] R. Chamorro and Y. Flores-Ortiz. Acculturation and disordered eating patterns among mexican american women. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 28, pp. 125–129, 2000.
- [44] James Clifford and George E. Marcus. 文化を書く. 春日直樹ほか (訳). 紀伊国屋書店, 東京, 1996[1986].
- [45] Peter J. Cooper, 生野照子, 西園文. 過食症からの脱出: 自分で治す実践ガイド. 女

- 子栄養大学出版部, 東京, 1997.
- [46] M. Corcos, O. Guilbaud, M. Speranza, S. Paterniti, G. Loas, P. Stephan, and P. Jeammet. Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry research*, Vol. 93, No. 3, pp. 263–266, 2000.
- [47] R. D. Crosby, S. A. Wonderlich, S. G. Engel, H. Simonich, J. Smyth, and J. E. Mitchell. Daily mood patterns and bulimic behaviors in the natural environment. *Behaviour research and therapy*, Dec 27 2008.
- [48] Mihaly Csikszentmihalyi. 楽しみの社会学. 今村浩明 (訳). 新思索社, 東京, 2000[1975].
- [49] David E. Cummings. Ghrelin and the short- and long-term regulation of appetite and body weight. *Physiology & Behavior*, Vol. 89, No. 1, pp. 71–84, Aug 30 2006.
- [50] Berni Curwen. 認知行動療法入門: 短期療法の観点から. 下山晴彦 (監訳). 金剛出版, 東京, 2004[2000].
- [51] Christopher Dare and Ivan Eisler. Family therapy and eating disorders. In Christopher G. Fairburn and Kelly D. Brownell, editors, *Eating Disorders and Obesity*, pp. 215–220. The Guilford Press, New York, 2nd edition, 2002.
- [52] Gillian Davidson. The gender inequality of planning in Singapore. In *Gender Planning and Human Rights*, pp. 74–92. Routledge, New York, 1999.
- [53] Sandra Davie. School link to eating disorders possible: Study finds that a third of at-risk girls had been on Trim and Fit programme. *The Straight Times*, p. A1, 2005, May 16.
- [54] R. Davis, R. Freeman, and L. Solyom. Mood and food: an analysis of bulimic episodes. *Journal of psychiatric research*, Vol. 19, No. 2-3, pp. 331–335, 1985.
- [55] Allison D.B. A note on the selection of control groups and control variables in comorbidity research. *Comprehensive psychiatry*, Vol. 34, No. 5, pp. 336–339, 1993.
- [56] Michel de Certeau. 日常実践のポイエティック. 山田登世子 (訳). 国文社, 東京, 1987[1984].
- [57] Vincenzo F. DiNicola. Anorexia multiforme: Self-starvation in historical and cultural context. *Transcultural Psychiatric Research Review*, Vol. 27, pp. 245–286, 1990.
- [58] Janet D.Latner and Terence Wilson. Cognitive-behavioral therapy and nutritional counseling in the treatment of bulimia nervosa and binge eating. *Eating Behaviors* 1, pp. 3–21, 2000.
- [59] D.L.Franko, B.E. Wolfe, and D.C.Jimerson. Elevated sweet taste pleasantness ratings in bulimia nervosa. *Physiol.Behav.*, Vol. 56, No. 5, pp. 969–973, 1994.
- [60] Mary Douglas. 汚穢と禁忌. 塚本利明 (訳). 筑摩書房, 東京, 2009[1966].
- [61] A. Drewnowski, F. Bellisle, P. Aimez, and B. Remy. Taste and bulimia. *Physiology & Behavior*, Vol. 41, No. 6, pp. 621–626, 1987.
- [62] A. Drewnowski, K. A. Halmi, B. Pierce, J. Gibbs, and G. P. Smith. Taste and eating disorders. *The American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 46, No. 3,

- pp. 442–450, 1987.
- [63] A. Drewnowski, B. Pierce, and K. A. Halmi. Fat aversion in eating disorders. *Appetite*, Vol. 10, No. 2, pp. 119–131, 1988.
- [64] Adam Drewnowski and M. R. C. Greenwood. Cream and sugar: human preferences for high-fat foods. *Physiology & Behavior*, Vol. 30, No. 4, pp. 629–633, 1983.
- [65] Dixie K. Elmore and John M. de Castro. Self-related moods and hunger in relation to spontaneous eating behavior in bulimics, recovered bulimics, and normals. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 9, pp. 179–190, 1990.
- [66] S. G. Engel, J. J. Boseck, R. D. Crosby, S. A. Wonderlich, J. E. Mitchell, J. Smyth, R. Miltenberger, and H. Steiger. The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behavior. *Behaviour research and therapy*, Vol. 45, No. 3, pp. 437–447, 2007.
- [67] C. G. Fairburn, R. Jones, R.C. Oeveler, R.A. Hope, and M. O' Connor. Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal therapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 50, pp. 419–428, 1993.
- [68] Christopher G. Fairburn. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In Christopher G. Fairburn and Kelly D. Brownell, editors, *Eating disorders and obesity: A Comprehensive handbook*, pp. 302–307. Guilford, New York, second edition, 2002.
- [69] Christopher G. Fairburn. Interpersonal psychotherapy for eating disorders. In Christopher G. Fairburn and Kelly D. Brownell, editors, *Eating disorders and obesity: A Comprehensive handbook*, pp. 320–324. Guilford, New York, second edition, 2002.
- [70] F. Fernandez-Aranda, A. P. Pinheiro, F. Tozzi, L. M. Thornton, M. M. Fichter, K. A. Halmi, A. S. Kaplan, K. L. Klump, M. Strober, D. B. Woodside, S. Crow, J. Mitchell, A. Rotondo, P. Keel, K. H. Plotnicov, W. H. Berrettini, W. H. Kaye, S. F. Crawford, C. Johnson, H. Brandt, M. La Via, and C. M. Bulik. Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 41, No. 1, pp. 24–31, 2007.
- [71] F. Ferron, R. V. Considine, R. Peino, I. G. Lado, C. Dieguez, and F. F. Casanueva. Serum leptin concentrations in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and non-specific eating disorders correlate with the body mass index but are independent of the respective disease. *Clinical endocrinology*, Vol. 46, No. 3, pp. 289–293, Mar 1997.
- [72] Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Body Mass Index: a measure of chronic energy deficiency in adults*. The United Nations, Rome, 1994.
- [73] Rita Freedman. Reflections on beauty as it relates to health in adolescent females. *Women and Health*, Vol. 9, pp. 29–45, 1984.

- [74] 藤野武彦. BOOCS-肥満治療の新たなコンセプト-その理論と実際について. ヘルス・リサーチインターナショナル, 東京, 1996.
- [75] 藤山正二郎. イニシエーションとしての思春期の病: <思春期やせ症>の事例から. 波平恵美子(編), 病むことの文化-医療人類学のフロンティア, pp. 210-234. 海鳴社, 東京, 1990.
- [76] 深町建. 摂食異常症の治療. 金剛出版, 東京, 1987.
- [77] 深町建. 続・摂食異常症の治療. 金剛出版, 東京, 1989.
- [78] 古川壽亮. 精神疾患の分類と診断. 野村総一郎, 樋口輝彦, 尾崎紀夫(編)(編), 標準精神医学 第4版, pp. 289-315. 医学書院, 2009.
- [79] Paul E. Garfinkel. Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Christopher G. Fairburn and Kelly D. Brownell, editors, *Eating disorders and obesity: A Comprehensive handbook*, pp. 162-170. Guilford, New York, 2nd edition, 2002.
- [80] David M. Garner, Marion P. Olmstead, and Janet Polivy. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 2, No. 2, pp. 3-14, 1983.
- [81] A. Gati, B. Paszthy, I. Wittman, I. Abraham, S. Jeges, and F. Tury. Leptin and glucose metabolism in eating disorders. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudományos folyoirata*, Vol. 22, No. 2, pp. 163-169, 2007.
- [82] Clifford Geertz. *The interpretation of cultures: selected essays*. Basic Books, New York, 1973.
- [83] 小牧元. 過食を伴う摂食障害患者に対する BOOCS の応用. 心身医学, Vol. 38, No. 6, pp. 423-431, 1998.
- [84] 小牧元. 飽食の時代の飢餓-身体回復からみた摂食障害へのアプローチ-. こころの科学, No. 97, pp. 2-7, 2001.
- [85] K. A. Gendall, P. E. Sullivan, P. R. Joyce, F. A. Carter, and C. M. Bulik. The nutrient intake of women with bulimia nervosa. *The International journal of eating disorders*, Vol. 21, No. 2, pp. 115-127, Mar 1997.
- [86] K. A. Gendall, P. F. Sullivan, P. R. Joyce, and C. M. Bulik. Food cravings in women with a history of anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, Vol. 22, No. 4, pp. 403-409, Dec 1997.
- [87] Anthony Giddens. モダニティと自己アイデンティティ: 後期近代における自己と社会. 秋吉美都, 安藤太郎, 筒井淳也(訳). ハーベスト社, 西東京, 2005.
- [88] P. Gillyatt and T. Reynolds. Sharp rise in eating disorders in Fiji follows arrival of TV: After three years of western programming, five times as many teenage girls report vomiting to control weight, 1999.
- [89] Kristine Godt. Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *European eating disorders review: the Journal of the Eating Disorders Association*, Vol. 16, No. 2, pp. 94-99, 2008.
- [90] Byron Good. 医療・合理性・経験: バイロン・グッドの医療人類学講義. 江口重幸ほか(訳). 誠信書房, 東京, 2001[1996].

- [91] Richard Gordon. *Eating Disorders: Anatomy of a Social Epidemic*. Wiley-Blackwell, Massachusetts, 2000.
- [92] C. M. Grilo, C. A. Sanislow, A. E. Skodol, J. G. Gunderson, R. L. Stout, M. T. Shea, M. C. Zannarini, D. S. Bender, L. C. Morey, I. R. Dyck, and T. H. McGlashan. Do eating disorders co-occur with personality disorders? comparison groups matter. *The International journal of eating disorders*, Vol. 33, No. 2, pp. 155–164, 2003.
- [93] Carlos M. Grilo. Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Current psychiatry reports*, Vol. 4, No. 1, pp. 18–24, Feb 2002.
- [94] Avery Gulbert. 匂いの人類学. ランダムハウス講談社, 東京, 2009.
- [95] C. M. Hadigan, E. J. Anderson, K. K. Miller, J. L. Hubbard, D. B. Herzog, A. Klibanski, and S. K. Grinspoon. Assessment of macronutrient and micronutrient intake in women with anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, Vol. 28, No. 3, pp. 284–292, 2000.
- [96] C. M. Hadigan, H. R. Kissileff, and B. T. Walsh. Patterns of food selection during meals in women with bulimia. *The American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 50, No. 4, pp. 759–766, 1989.
- [97] Edward T Hall. 文化としての時間. 宇波彰 (訳) . ティビーエス・ブリタニカ, 東京, 1983.
- [98] K. A. Halmi. The psychobiology of eating behavior in anorexia nervosa. *Psychiatry research*, Vol. 62, No. 1, pp. 23–29, 1996.
- [99] 浜島信之. がん遺伝子と遺伝子多型, 2000.
- [100] David Harvey. ポストモダン時代の条件. 吉原直樹 (監訳) . 青木書店, 東京, 2002[1999].
- [101] Todd F. Heatherton and Roy F. Baumeister. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, Vol. 110, No. 1, pp. 86–108, 1991.
- [102] D. B. Herzog, M. B. Keller, P. W. Lavori, G. M. Kenny, and N. R. Sacks. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, Vol. 53, No. 5, pp. 147–152, May 1992.
- [103] Sharlene Janice Hesse-Biber. *Am I thin enough yet?: the cult of thinness and the commercialization of identity*. Oxford University Press, New York, 1996.
- [104] M. M. Hetherington, M. Altemus, M. L. Nelson, A. S. Bernat, and P. W. Gold. Eating behavior in bulimia nervosa: multiple meal analyses. *The American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 60, No. 6, pp. 864–873, Dec 1994.
- [105] A. Hinney, A. Bornscheuer, M. Depenbusch, B. Mierke, A. Tolle, K. Middeke, A. Ziegler, H. Roth, G. Gerber, K. Zamzow, A. Ballauff, A. Hamann, H. Mayer, W. Siegfried, G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. H. Schmidt, H. Hermann, B. M. Herpertz-Dahlmann, M. Fichter, H. Renschmidt, and J. Hebebrand. No evidence for involvement of the leptin gene in anorexia nervosa, bulimia nervosa, underweight or early onset extreme obesity: identification of two novel mutations in the coding sequence and a novel polymorphism in the leptin gene linked

- upstream region. *Molecular psychiatry*, Vol. 3, No. 6, pp. 539–543, Nov 1998.
- [106] A. Hinney, S. Friedel, H. Remschmidt, and J. Hebebrand. Genetic risk factors in eating disorders. *American journal of pharmacogenomics : genomics-related research in drug development and clinical practice*, Vol. 4, No. 4, pp. 209–223, 2004.
- [107] T. F. Ho, B. C. Tai, E. L. Lee, S. Cheng, and P. H. Liow. Prevalence and profile of females at risk of eating disorders in Singapore. *Singapore medical journal*, Vol. 47, No. 6, pp. 499–503, Jun 2006.
- [108] 本間研一. 内分泌総論. 本間 研一, 大森 治紀, 大橋 俊夫 (編), 標準生理学, 小澤 澗司, 福田 康一郎 (総編集), pp. 904–912. 医学書院, 東京, 第7版, 2009[1985].
- [109] 堀口雅子. 産婦人科医の立場から見た摂食障害の治療連携. 末松弘之, 渡邊直樹 (編), チーム医療としての摂食障害診療—新たな連携を求めて, pp. 53–60. 診断と治療社, 東京, 第1版, 2009.
- [110] George Hsu. The treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 26, No. 5, pp. 391–398, 1986.
- [111] J. I. Hudson, H. G. Pope Jr, J. M. Jonas, D. Yurgelun-Todd, and F. R. Frankenburg. A controlled family history study of bulimia. *Psychological medicine*, Vol. 17, No. 4, pp. 883–890, 1987.
- [112] 井原成男. 食と身体の臨床心理学: 摂食障害の発達心理学. 山王出版, 東京, 2006.
- [113] 一條智康. 家族への介入の現状. 末松弘之, 渡邊直樹 (編), チーム医療としての摂食障害診療—新たな連携を求めて, pp. 45–52. 診断と治療社, 東京, 第1版, 2009.
- [114] 生野照子. 摂食障害と自助グループ. *こころの科学*, No. 112, pp. 88–93, 2003.
- [115] 生野照子. 摂食障害と包括的支援. *保険の科学*, Vol. 44, No. 8, pp. 615–619, 2002.
- [116] 生島浩. 摂食障害と家族のあいだ. 野上芳美 (編), 摂食障害, pp. 55–68. 日本評論社, 東京, 1998.
- [117] 稲田俊也. 精神医学の神経科学的基礎. 野村総一郎, 樋口輝彦, 尾崎紀夫 (編), 標準精神医学 第4版, pp. 25–35. 医学書院, 2009.
- [118] Maho Isono. Thiness in Asia: Eating disorders in Singapore as seen through anthropological eyes. Master's thesis, Oregon State University, 2003.
- [119] Maho Isono, Patti Watkins, and Lee Ee Lian. Bon bon fatty girl. In Sondra Solovay and Esther Rothblum, editors, *Fat Studies Reader*. New York University Press, New York, 2009.
- [120] Graeme Taylor J, Michael Bagby R., and James Parker D. A. アレキシサイミア: 感情制御の障害と精神・身体疾患. 福西勇夫 監訳、秋本倫子 訳. 星和書店, 1998.
- [121] M. Janas-Kozik, I. Krupka-Matuszczyk, I. Malinowska-Kolodziej, and J. Lewin-Kowalik. Total ghrelin plasma level in patients with the restrictive type of anorexia nervosa. *Regulatory peptides*, Vol. 140, No. 1-2, pp. 43–46, Apr 5 2007.
- [122] Pierre Janet. *The Major Symptoms of Hysteria: Fifteen Lectures Given in the Medical School of Harvard University*. Kessinger Publishing, New York, 2007[1924].
- [123] 可知悠子, 前田基成, 笹井恵子, 後藤直子, 守口善也, 庄子雅保, 廣山夏生, 瀧井正人, 石川俊男, 小牧元. 摂食障害患者におけるアレキシサイミアの特徴. 心身医学,

- Vol. 46, No. 3, pp. 215–222, 2006.
- [124] 加納実紀代. 母性主義とナショナリズム. 現代社会学 19: <家族>の社会学, pp. 189–216. 岩波書店, 東京, 1996.
- [125] 加藤まどか. 現代日本社会の規範と矛盾構造—摂食障害の事例を手がかりとして. ソシオロゴス, Vol. 20, pp. 94–113, 1996.
- [126] 笠原敏彦. 過食症の発症機制と治療 I. 精神科治療学, Vol. 8, No. 3, pp. 265–272, 1993.
- [127] 粕谷なち, 草薙和美. 「やせたい」に隠された心: 摂食障害から脱するための13章. 新宿書房, 東京, 2004.
- [128] 加藤敏. パーソナリティ障害と行動異常. 野村総一郎, 樋口輝彦, 尾崎紀夫(編), 標準精神医学 第4版, pp. 229–252. 医学書院, 2009.
- [129] 加藤まどか. 拒食と過食の社会学: 交差する現代社会の規範. 岩波書店, 東京, 2004.
- [130] 川上恵子. 「現代女性のライフステージと『食』—つまずきとしての摂食障害」. *Journal of JSPOG*, Vol. 5, No. 2, pp. 116–122, 2000.
- [131] 香山雪彦. 現代社会の象徴としての「摂食障害」とその地域差. アディクションと家族, Vol. 21, No. 1, pp. 54–62, 2004.
- [132] 切池信夫. みんなで学ぶ過食と拒食とダイエット. 星和書店, 東京, 2001.
- [133] 切池信夫. 展望 摂食障害. 精神医学, Vol. 48, No. 4, pp. 356–369, 2006.
- [134] 切池信夫. 摂食障害—食べない、食べられない、食べたら止まらない. 医学書院, 東京, 2009.
- [135] Arthur Kleinman. *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. University of California Press, Berkeley, 1995.
- [136] Arthur Kleinman. 病の語り—慢性の病をめぐる臨床人類学. 誠心書房, 東京, 1996[1988].
- [137] 小林隆児, 牛島定信. 前思春期発達をめぐる母親の葛藤: 摂食障害の家族療法を通じて. 家族療法研究, Vol. 6, No. 1, pp. 11–18, 1989.
- [138] L. P. Kok and C. S. Tian. Susceptibility of singapore chinese schoolgirls to anorexia nervosa—part ii. (family factors). *Singapore medical journal*, Vol. 35, No. 6, pp. 609–612, 1994.
- [139] 小牧元. 過食を伴う摂食障害患者の臨床的特徴からみた治療の方向性. 心身医学, Vol. 39, No. 1, pp. 76–75, 1999.
- [140] 小牧元, 可知悠子. 全国8府県における養護教諭意識アンケート調査: 10代の若者における摂食障害発症の危険性, その早期発見と対策のための. 心身医学, Vol. 45, No. 9, pp. 707–718, 2005.
- [141] 厚生労働省健康局. 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版), 2008. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02.pdf> (Retrieved: 2010/9/5).
- [142] 厚生省内分泌系疾患調査研究班(中枢性摂食異常症). 中枢性摂食異常症, 2008. [http://www.nanbyou.or.jp/sikkan/072\\_i.htm](http://www.nanbyou.or.jp/sikkan/072_i.htm) (Retrieved: 2009/9/1).
- [143] 香山幸彦. 摂食障害の自助グループは回復に役に立たないか? それは傷の舐めあい か? アディクションと家族, Vol. 1, No. 26, pp. 62–65, 2009.
- [144] 久我原明朗. 摂食障害におけるセロトニン代謝の画像研究の新しい知見, Kaye

- WH, Frank GK, Bailer UF, et al, Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa, New insights from imaging studies, *Physiol Behav* 85, 73-81, 2005. 心身医学, Vol. 46, No. 1, p. 66, 2006.
- [145] 久徳重盛. 母原病. 教育研究社, 東京, 1979.
- [146] Theresa A. Laquatra and James R. Clopton. Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behaviors*, Vol. 19, No. 4, pp. 373-380, 1994.
- [147] R. Lawson, F. Emanuelli, J. Sines, and G. Waller. Emotional awareness and core beliefs among women with eating disorders. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, Vol. 16, No. 2, pp. 155-159, Mar 2008.
- [148] H. Y. Lee, E. L. Lee, P. Pathy, and Y. H. Chan. Anorexia nervosa in Singapore: an eight-year retrospective study. *Singapore medical journal*, Vol. 46, No. 6, pp. 275-281, 2005.
- [149] A. V. Lunde, O. B. Fasmer, K. K. Akiskal, H. S. Akiskal, and K. J. Oedegaard. The relationship of bulimia and anorexia nervosa with bipolar disorder and its temperamental foundations. *Journal of affective disorders*, Vol. 115, No. 3, pp. 309-314, Jun 2009.
- [150] Selvini Palazzoli M. *Self-Starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa*. Chaucer, London, 1974. RefWorks:1194.
- [151] 加藤まどか. 家族要因説の広がり問う: 拒食症・過食症を手がかりとして. 太田省一(編), 分析・現代社会: 制度/身体/物語, pp. 119-154. 八千代出版, 東京, 1997.
- [152] 円田浩二. 摂食障害と家族-家族関係が摂食障害者を生み出すのか?-. 現代社会理論研究会, Vol. 12, pp. 196-205, 2002.
- [153] 松林直. 摂食障害を治療する-「ランチセッション」の活用. 金剛出版, 東京, 1999.
- [154] Marcel Mauss. 贈与論. 有地亨(訳). 勁草書房, 東京, 2008[1924].
- [155] S. L. McElroy, M. A. Frye, T. Suppes, D. Dhavale, P. E. Keck Jr, G. S. Leverich, L. Altshuler, K. D. Denicoff, W. A. Nolen, R. Kupka, H. Grunze, J. Walden, and R. M. Post. Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, Vol. 63, No. 3, pp. 207-213, Mar 2002.
- [156] S. L. McElroy, R. Kotwal, and P. E. Keck Jr. Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar disorders*, Vol. 8, No. 6, pp. 686-695, 2006.
- [157] Salvador Minuchin. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1978.
- [158] M. Misra, P. Tsai, E. J. Anderson, J. L. Hubbard, K. Gallagher, L. A. Soyka, K. K. Miller, D. B. Herzog, and A. Klibanski. Nutrient intake in community-dwelling adolescent girls with anorexia nervosa and in healthy adolescents. *The American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 84, No. 4, pp. 698-706, 2006.
- [159] 宮岡等. 精神疾患の分類と診断. 野村総一郎, 樋口輝彦, 尾崎紀夫(編), 標準精神医学 第4版, pp. 71-80. 医学書院, 2009.



- [160] 水島広子. 「やせ願望」の精神病理: 摂食障害からのメッセージ. PHP 研究所, 東京, 2001.
- [161] 水島広子. 対人関係療法 (今日の精神科治療指針 2006). 臨床精神医学, Vol. 35, pp. 461–465, 2006.
- [162] 水島広子. 拒食症・過食症を対人関係療法で治す. 紀伊国屋書店, 東京, 2007.
- [163] 水島広子. 対人関係療法. 切池信夫 (編), 摂食障害, pp. 133–139. 最新医学社, 大阪, 2007.
- [164] P. Mohr, J. Horacek, L. Motlova, J. Libiger, and P. Czobor. Prolactin response to d-fenfluramine challenge test as a predictor of treatment response to haloperidol in acute schizophrenia. *Schizophrenia research*, Vol. 30, No. 1, pp. 91–99, 1998.
- [165] P. Monteleone, A. Di Lieto, A. Tortorella, N. Longobardi, and M. Maj. Circulating leptin in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa or binge-eating disorder: relationship to body weight, eating patterns, psychopathology and endocrine changes. *Psychiatry research*, Vol. 94, No. 2, pp. 121–129, 2000.
- [166] P. Monteleone, V. Martiadis, M. Fabrazzo, C. Serritella, and M. Maj. Ghrelin and leptin responses to food ingestion in bulimia nervosa: implications for binge-eating and compensatory behaviours. *Psychological medicine*, Vol. 33, No. 8, pp. 1387–1394, Nov 2003.
- [167] P. Monteleone, A. Tortorella, E. Castaldo, C. Di Filippo, and M. Maj. No association of the arg51gln and leu72met polymorphisms of the ghrelin gene with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Neuroscience letters*, Vol. 398, No. 3, pp. 325–327, 2006.
- [168] P. Monteleone, A. Tortorella, E. Castaldo, C. Di Filippo, and M. Maj. The leu72met polymorphism of the ghrelin gene is significantly associated with binge eating disorder. *Psychiatric genetics*, Vol. 17, No. 1, pp. 13–16, 2007.
- [169] 村上伸治. 拒食と過食の治療—身体に注目して. こころの科学, Vol. 112, No. 11, pp. 28–34, 2003.
- [170] 永田利彦. 児童・青年期の精神疾患—青年期. 野村総一郎, 樋口輝彦, 尾崎紀夫 (編), 標準精神医学 第4版, pp. 330–338. 医学書院, 2009.
- [171] 中川彰子, 中谷江利子. 拒食と過食の行動療法. こころの科学, No. 112, pp. 41–46, 2003.
- [172] 中村英世. 摂食障害からの回復: 回復者を対象とした質的調査に基づく社会学的調査. PhD thesis, お茶の水女子大学, 2007.
- [173] 中谷陽二. 司法精神医学から見た摂食障害患者の万引き. 第4回日本摂食障害学会, 東京, 2008/9/20-21.
- [174] 波平恵美子. 幻覚と癒し: 奄美大島におけるユタの治療儀礼の分析. 波平恵美子 (編), 病むことの文化—医療人類学のフロンティア, pp. 236–262. 海鳴社, 東京, 1990.
- [175] 波平恵美子. からだの文化人類学: 変貌する日本人の身体観. 大修館書店, 2005.
- [176] Mervat Nasser. *Culture and Weight Consciousness*. Routledge, London, New York, 1997.

- [177] 西江雅之. 食の課外授業. 平凡社, 東京, 2005.
- [178] 西園文. 生活しながら治す摂食障害. 女子栄養大学出版部, 東京, 2004.
- [179] 西園 マーハ文. 摂食障害と家族 (特集 1 家族について研究する—精神障害と家族). 精神科, Vol. 7, No. 2, pp. 116–119, 2005.
- [180] 西園 マーハ文. 現代型摂食障害の病理と治療理論の変遷: 「流行」のはじまりから 30 年の実態. 慶應醫學, Vol. 84, No. 3, pp. 157–163, 2007.
- [181] 西園 マーハ文. 青年期女性のストレス: 摂食障害を一つの題材に考える. 日本心療内科学会誌, Vol. 11, No. 3, pp. 164–168, Aug 2007.
- [182] 西園 マーハ文. 摂食障害に対する早期介入の現状と今後の課題 (特集精神疾患に対する早期介入の現状と将来). 精神医学, Vol. 50, No. 3, pp. 273–279, 2008.
- [183] Mino Nobakht and Mahmood Dezhkam. An epidemiological study of eating disorders in iran. *The International journal of eating disorders*, Vol. 28, No. 3, pp. 265–271, 2000.
- [184] 信田さよ子. 「アダルト・チルドレン」完全理解—一人ひとり楽にいこう. 三五館, 東京, 1996.
- [185] 信田さよ子. 愛しすぎる家族が壊れるとき. 岩波書店, 東京, 2003.
- [186] 野上芳美. 摂食障害, pp. iii–iv. 日本評論社, 東京, 1998.
- [187] 野村佳絵子. 摂食障害からの回復? 自助グループ活動についての臨床社会学的考察. PhD thesis, 龍谷大学大学院社会学研究科, 2007.
- [188] 野村佳絵子. かなりあしょっぷへ、ようこそ!—摂食障害がくれた宝物たち. 筒井書房, 東京, 2008.
- [189] Katsunori Nonogaki. Ghrelin and feedback systems. *Vitamins and hormones*, Vol. 77, pp. 149–170, 2008.
- [190] 野々垣勝則. セロトニンシグナルと食欲調節機構 (パネルディスカッション: 肥満・摂食障害の分子機構, 2006 年, 第 47 回日本心身医学会総会. 心身医学, Vol. 47, No. 4, pp. 251–257, 2007.
- [191] 野添新一. チーム医療としての摂食障害診療—新たな連携を求めて. 末松弘之, 渡邊直樹 (編), 栄養士の視点から見た摂食障害の現状, pp. 148–151. 診断と治療社, 東京, 2009.
- [192] 落合恵美子. 21 世紀家族へ. 有斐閣選書, 東京, 1997[1994].
- [193] 小倉清. 思春期やせ症—重症例の治療をめぐる. 精神医学, Vol. 27, No. 12, pp. 1343–1352, 1985.
- [194] 小原千郷. 臨床心理士からみた摂食障害の現状. 末松弘之, 渡邊直樹 (編), チーム医療としての摂食障害診療—新たな連携を求めて, pp. 80–86. 診断と治療社, 東京, 2009.
- [195] 岡本百合, 村岡満太郎, 岡本泰昌. 出産・育児を経験した後に発症した摂食障害. 精神医学, Vol. 43, No. 9, pp. 973–978, 2001.
- [196] 小野瀬健人. 「食べない心」と「吐く心」: 摂食障害から立ち直る女性たち. 主婦と生活社, 東京, 2003.
- [197] 大河原昌男. 家族への希望と哀しみ: 摂食障害とアルコール依存症の経験. 思想の科学社, 東京, 2004.
- [198] 大森哲郎. 薬物療法. 野村総一郎, 樋口輝彦, 尾崎紀夫 (編), 標準精神医学 第 4 版,

- pp. 125–144. 医学書院, 2009.
- [199] Susie Orbach. 拒食症: 女たちの誇り高い抗議と苦悩. 鈴木二郎 [ほか] (訳). 新曜社, 東京, 1992.
- [200] The World Health Organization. *ICD-10 Classification of Mental Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research*. The World Health Organization, Geneva, Switzerland, 10 edition, 1992.
- [201] 尾崎紀夫. 気分障害. 野村総一郎, 樋口輝彦, 尾崎紀夫 (編), 標準精神医学 第4版, pp. 289–315. 医学書院, 2009.
- [202] Brenda Parry-Jones and William L. Parry-Jones. Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 10, No. 2, pp. 129–143, 1991.
- [203] Ho Peng. *TAF students not at higher risk of anorexia*. Ministry of Education, Singapore, 2005. <http://www.moe.gov.sg/media/forum/2005/20050520.htm>.
- [204] F. Perdereau, S. Faucher, J. Wallier, S. Vibert, and N. Godart. Family history of anxiety and mood disorders in anorexia nervosa: review of the literature. *Eating and weight disorders : EWD*, Vol. 13, No. 1, pp. 1–13, 2008.
- [205] G. Perugi, C. Toni, M. C. Passino, K. K. Akiskal, S. Kaprinis, and H. S. Akiskal. Bulimia nervosa in atypical depression: the mediating role of cyclothymic temperament. *Journal of affective disorders*, Vol. 92, No. 1, pp. 91–97, 2006.
- [206] J. V. Beumont Pierre. Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Christopher G. Fairburn and Kelly D. Brownell, editors, *Eating disorders and obesity: A Comprehensive handbook*, pp. 162–170. Guilford, New York, 2nd edition, 2002.
- [207] Kathleen M. Pike and Amy Borovoy. The rise of eating disorders in japan: Issues of culture and limitations of the model of “Westernization” . *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 28, No. 4, pp. 493–531, 2004.
- [208] J. Polivy and C. P. Herman. Distress and eating: why do dieters overeat? *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 26, pp. 153–164, 1999.
- [209] Raymond Prince. The concept of culture-bound syndromes: Anorexia nervosa and brain-fag. *Social Science and Medicine*, Vol. 21, No. 2, pp. 197–203, 1985.
- [210] N. D. Quinton, D. W. Meechan, K. Brown, H. Eastwood, and A. I. Blakemore. Single nucleotide polymorphisms in the leptin receptor gene: studies in anorexia nervosa. *Psychiatric genetics*, Vol. 14, No. 4, pp. 191–194, Dec 2004.
- [211] R. Eiber, I. Berlin, B. de Brettes, and C. Foulon et al. Hedonic response to sucrose solutions and the fear of weight gain in patients with eating disorders. *Psychiatry Res.*, 113 (1-2), pp. 173–180, 2002.
- [212] M. Ribases, F. Fernandez-Aranda, M. Gratacos, J. M. Mercader, C. Casasnovas, A. Nunez, J. Vallejo, and X. Estivill. Contribution of the serotonergic system to anxious and depressive traits that may be partially responsible for the phenotypical variability of bulimia nervosa. *Journal of psychiatric research*, Vol. 42, No. 1, pp. 50–57, Jan 2008.
- [213] V. Ricca, B. Nacmias, M. Boldrini, E. Cellini, M. di Bernardo, C. Ravaldi,

- A. Tedde, S. Bagnoli, G. F. Placidi, C. M. Rotella, and S. Sorbi. Psychopathological traits and 5-HT<sub>2A</sub> receptor promoter polymorphism (-1438 G/A) in patients suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Neuroscience letters*, Vol. 365, No. 2, pp. 92–96, Jul 22 2004.
- [214] Audrey I. Richards. *Hunger and work in a savage tribe : a functional study of nutrition among the southern Bantu*. Free Press, Illinois, 1948.
- [215] Audrey I. Richards. *Hunger and work in a savage tribe: a functional study of nutrition among the southern Bantu*. Routledge, New York, 2004.
- [216] A. J. Rubel. The epidemiology of a folk illness: Susuto in hispanic america. In *Understanding and Applying Medical Anthropology*, pp. 196–206. Mayfield Publishing Company, California; Tronto, 1998.
- [217] 斎藤学. 生きるのが怖い少女たち. 光文社, 東京, 1993.
- [218] 斎藤学. 嗜癖行動と家族: 過食症・アルコール依存症からの回復. 有斐閣, 東京, 1984.
- [219] 坂野雄二. 認知行動療法. 日本評論社, 東京, 1995.
- [220] 斎藤学. 嗜癖と過食症、そしてその回復過程における自助グループの機能. 下坂幸三, 秋谷たつ子 (編), 「精神科治療学」選定論文集: 「摂食障害・過食」論文集, pp. 293–303. 星和書店, 1993.
- [221] Alfred Schütz. 現象学的社会学の応用. 御茶の水書房, 東京, 1997[1980].
- [222] John R. Searle. 志向性: 心の哲学. 坂本百大 (訳). 誠信書房, 東京, 1997[1983].
- [223] John R. Searle. マインド: 心の哲学. 山本貴光・吉川浩満 (訳). 朝日出版社, 東京, 2006[2004].
- [224] John R. Searle. ディスカバー・マインド!: 哲学の挑戦. 宮原勇 (訳). 筑摩書房, 東京, 2008[1992].
- [225] 瀬地山角. 東アジアの家父長制: ジェンダーの比較社会学. 勁草書房, 東京, 1996.
- [226] M. Selvini-Palazzoli and M. Viaro. The anorectic process in the family: a six-stage model as a guide for individual therapy. *Family process*, Vol. 27, No. 2, pp. 129–148, 1988.
- [227] L. S.erpell, A. Livingston, M. Neidermanb, and B. Lask. Anorexia nervosa: obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? *Clinical psychology review*, Vol. 22, No. 5, pp. 647–669, 2002.
- [228] 清水保彦. 摂食障害患者の万引き事案の刑事弁護について. 第4回日本摂食障害学会, 東京, 2008/9/20-21.
- [229] 下坂幸三. 青春期やせ症 (神経性無食欲症) の精神医学的研究. *精神神経学雑誌*, Vol. 63, No. 11, pp. 1041–1082, 1961.
- [230] 下坂幸三. アノレクシア・ネルヴオーザ論考. 金剛出版, 東京, 1988.
- [231] 下坂幸三. 概説. 岩波講座: 精神の科学 5 食・性・精神, pp. 1–68. 金剛出版, 東京, 1983.
- [232] Frederick J. Simoons. *Eat not this flesh: food avoidances in the Old World*. University of Wisconsin Press, Madison, 1961.
- [233] J. M. Smyth, S. A. Wonderlich, K. E. Heron, M. J. Sliwinski, R. D. Crosby, J. E. Mitchell, and S. G. Engel. Daily and momentary mood and stress are

- associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 75, No. 4, pp. 629–638, 2007.
- [234] J. M. Smyth, S. A. Wonderlich, M. J. Sliwinski, R. D. Crosby, S. G. Engel, J. E. Mitchell, and R. M. Calogero. Ecological momentary assessment of affect, stress, and binge-purge behaviors: Day of week and time of day effects in the natural environment. *The International journal of eating disorders*, 2008.
- [235] N. Soh, L. J. Surgenor, S. Touyz, and G. Walter. Eating disorders across two cultures: does the expression of psychological control vary? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 41, No. 4, pp. 351–358, 2007.
- [236] G. M. Soomro, A. H. Chrisp, D. Lynch, Duong Tran, and N. Jounhin. Anorexia nervosa in ‘non-white’ populations. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 167, pp. 385–389, 1995.
- [237] 寒川賢治. グレリン (ghrelin) の発見とその新しい機能の解明, 2007. <http://www.ncvc.go.jp/restopics/ghrelin.html> (Retrieved:2007/12/28).
- [238] James P. Spradley. *The ethnographic interview*. Harcourt College Publishers, Fort Worth, 1979.
- [239] M. David Stein and William Laakso. Bulimia: A historical perspective. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 7, No. 2, pp. 201–210, 1988.
- [240] E. Stice, E. M. Burton, and H. Shaw. Prospective relations between bulimic pathology, depression, and substance abuse: unpacking comorbidity in adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 72, No. 1, pp. 62–71, 2004.
- [241] 鈴木健二. チーム医療としての摂食障害診療—新たな連携を求めて. 末松弘之, 渡邊直樹 (編), 栄養士の視点から見た摂食障害の現状, pp. 148–151. 診断と治療社, 東京, 2009.
- [242] 鈴木健二. 他の嗜癖 (アディクション) を伴う摂食障害の事例. 末松弘之, 渡邊直樹 (編), チーム医療としての摂食障害診療—新たな連携を求めて, pp. 123–127. 診断と治療社, 東京, 第1版, 2009.
- [243] 鈴木 (堀田) 眞理, 赤水尚史, 大和田里奈, shibasaki tamotsu, 寒川賢治. グレリンの神経性食欲不振症患者の食欲と摂食量の改善に及ぼす効果. 第35回日本神経内分泌学会, 東京, 2008/08/29.
- [244] 鈴木眞理. Primary care note : 摂食障害. 日本医事新報社, 東京, 2008.
- [245] 鈴木裕也. 拒食、過食の長いトンネルを抜けて. 女子栄養大学出版部, 1997.
- [246] Clarence Wilbur Taber. and Clayton L. Thomas, editors. *Taber’s Cyclopedic Medical Dictionary: Thumb-Indexed Version, 18th Edition*. F A Davis Company, Philadelphia, 1997.
- [247] 高木洲一郎. 摂食障害患者の万引きの法的処分をめぐって:現状と問題点. 第4回日本摂食障害学会, 東京, 2008/9/20-21.
- [248] 高宮静男. 小児摂食障害予防における養護教諭による学校内での啓発活動. 心身医学, Vol. 47, No. 3, pp. 213–218, 2007.
- [249] 高崎正秀. 民俗の展望-ハレとケの循環. 高崎正秀, 池田弥三郎, 牧田茂 (編), 日本

- 民族学の視点 1:ハレ（晴）の生活, pp. 2-6. 日本書籍, 東京, 1976.
- [250] 武田綾. 摂食障害者のサポートグループ. 日本心療内科学会誌, Vol. 11, No. 4, 2007. 245-249.
- [251] J. Tamney. *The Struggle Over Singapore's Soul: Western Modernization and Asian Culture*. Walter de Gruyter, Berlin, 1996.
- [252] 田中且子. 看護師の視点からみた摂食障害の現状. 末松弘之, 渡邊直樹 (編), チーム医療としての摂食障害診療—新たな連携を求めて, pp. 87-91. 診断と治療社, 東京, 第1版, 2009.
- [253] G. J. Taylor, J. D. Parker, R. M. Bagby, and M. P. Bourke. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of psychosomatic research*, Vol. 41, No. 6, pp. 561-568, Dec 1996.
- [254] Cheong Mui Toh. School based intervention has reduced obesity in singapore. *British Medical Journal*, Vol. 324, p. 427, 2002.
- [255] 床呂郁哉. 社会空間の人類学—マテリアリティ・主体・モダニティ. 西井涼子, 田辺繁治 (編), 変容する<空間>、再浮上する<場所>—モダニティの空間と人類学, pp. 65-90. 世界思想社, 東京, 2009.
- [256] Constance Mary Turnbull. *A History of Singapore 1819-1988*. Oxford University Press, Oxford, 1989.
- [257] Bryan S. Turner. *The body and society: explorations in social theory*. B. Blackwell, New York, 1984.
- [258] Victor Turner. Mukanda:the politics of a non-political ritual. In Marc J. Swartz, editor, *Local-level politics : social and cultural perspectives*. Aldine Publishing Company, Chicago, 1968.
- [259] 上田紀之. イメージの治癒力: 治療儀礼と深層のネットワーク. 波平恵美子 (編), 病むことの文化—医療人類学のフロンティア, pp. 176-209. 海鳴社, 東京, 1990.
- [260] E. K. Ung. Eating disorders: An asian perspective. *Medical Progress*, pp. 31-37, 2000.
- [261] E. K. Ung. Eating disorders in Singapore: coming of age. *Singapore medical journal*, Vol. 46, No. 6, pp. 254-256, Jun 2005.
- [262] E. K. Ung, S. Lee, and E. H. Kua. Anorexia nervosa and bulimia—a Singapore perspective. *Singapore medical journal*, Vol. 38, No. 8, pp. 332-335, Aug 1997.
- [263] Waler Vandereycken. Emergence of bulimia nervosa as a separate diagnostic entity: Review of the literature from 1960-1979. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 16, No. 2, pp. 105-116, 1994.
- [264] Walter Vandereycken. History of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Christopher G. Fairburn and Kelly D. Brownell, editors, *Eating disorders and obesity: A Comprehensive handbook*, pp. 151-154. Guilford, New York, 2nd edition, 2002.
- [265] Walter Vandereycken and Ron van Deth. 拒食の文化史. 野上芳美 (訳). 青土社, 東京, 1997.
- [266] Kelly Vitousek and Frederic Manke. Personality variables and disorders in

- anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 103, No. 1, pp. 137–147, 1994.
- [267] G. Waller, M. Babbs, R. Milligan, C. Meyer, V. Ohanian, and N. Leung. Anger and core beliefs in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 34, No. 1, pp. 118–124, 2003.
- [268] Timothy B. Walsh. Pharmacological treatment of anorexia nervosa and bulimia. In Christopher G. Fairburn and Kelly D. Brownell, editors, *Eating Disorders and Obesity*, pp. 325–329. The Guilford Press, New York, 2nd edition, 2002.
- [269] M. C. Wang, T. F. Ho, J. N. Anderson, and Z. I. Sabry. Preference for thinness in Singapore—a newly industrialised society. *Singapore medical journal*, Vol. 40, No. 8, pp. 502–507, Aug 1999.
- [270] 渡辺公三. 森と器：治療者はどうして治療者となるか（クバ王国）. 波平恵美子（編）, 病むことの文化—医療人類学のフロンティア, pp. 2–35. 海鳴社, 東京, 1990.
- [271] 渡邊美樹. 栄養士の視点から見た摂食障害の現状. 末松弘之, 渡邊直樹（編）, チーム医療としての摂食障害診療—新たな連携を求めて, pp. 73–79. 診断と治療社, 東京, 2009.
- [272] Myrna M. Weissman, John C. Markowitz, and Gerald L. Klerman. 臨床家のための対人関係療法クイックガイド. 水島広子（訳）. 創元社, 東京, 2008.
- [273] J. E. Wildes, M. D. Marcus, and A. Fagiolini. Eating disorders and illness burden in patients with bipolar spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, Vol. 48, No. 6, pp. 516–521, 2007.
- [274] G. Terence Wilson, Christopher G. Fairburn, and W. Stewart Agras. Bulimia nervosa の認知行動療法. 摂食障害治療ハンドブック, 小牧元（監訳）, pp. 73–98. 金剛出版, 東京, 2004[1997].
- [275] 山田純子, 秋山実砂. 摂食障害を主症状とするボーダーラインの母子面接と家族療法について. *家族療法研究*, Vol. 5, No. 1, pp. 11–21, 1988.
- [276] 山本隆. おいしさの知覚. 山口静子, 山野善正（編）, おいしさの科学, pp. 8–40. 朝倉書店, 東京, 1994.
- [277] 山岡昌之. 拒食と過食は治せる. 講談社, 東京, 1997.
- [278] 安岡誉. 神経症無食欲症の病前性格と治癒像. *児童青年精神医学とその近接領域*, Vol. 26, No. 2, pp. 35–39, 1984.
- [279] 吉原直樹. 時間と空間で読む近代の物語. 有菱閣, 東京, 2004.





## 付録 A

# 調査協力をお願い

みなさん始めまして。管理人の方から許可を頂いてこのメッセージを出させてもらっています。早稲田大学文学研究科文化人類学専攻、博士課程2年の磯野真穂と申します。

10代から20代前半にかけて、過食症を患ったことがきっかけとなり（医者には行っていませんが、行ったらたぶんこの診断が下ったと思います。)\*<sup>1</sup>、文化人類学という学問の視点から、摂食障害の研究を行っています。

摂食障害の研究は、修士から続けています。修士では、インド人の家庭にホームステイしながら、シンガポールにある摂食障害クリニックで摂食障害患者さんに協力をしてもらい研究を進めました。しかし、シンガポールの摂食障害の研究を進めるうちに、日本のマスメディアや、専門家の摂食障害の取り上げ方、解釈の仕方に疑問をもつようになりました。マスメディアは、往々にして、食べ方や、体型などの目に付きやすい話題ばかりを取り上げていました。このような描き方は、私の目からは、とても十分なものではありませんでした。摂食障害に苦しんでいる人間が抱えている、恐怖や、罪悪感、混乱をきちんと捉えているとはとても思えなかったのです。

このような思いから、2年間の社会人経験を経た後、博士課程に進みました。当初、シンガポールの調査の続きを行おうと思っていたのですが、やはりシンガポールで得た疑問もあり、現在は日本とシンガポールの比較の視点から、研究をしようと考えました。

私自身経験者として、このようなお願いするのはとても恐縮なのですが、みなさんの中に、私の調査に協力してもよいと思われるかたはいらっしゃらないでしょうか。「どのように摂食障害になったのか」、「どのようなことを考えてきたのか」、「何に一番苦しんでいるのか」、など、どんなことでも構いません。みなさんの世界観をお話していただければと思います。

もちろん、守秘義務は完全に守られますし、実名が使われることもありません。また、調査協力の是非を問わず、私が無断で、みなさんがこの掲示板に記したことを利用することも一切ありません。また、もし、文章にされたくない個人情報（出身地など）があれば、デフォルメをくわえることも可能です。

原則的に、いつか実際に私と会ってもいいという方に協力をお願いしたいのですが、それにためらいがあるようであれば、メールでも構いません。許可を頂くまでどんな情報も使いませんのでご安心ください。

最後になりますが、このメッセージによって、不快な思いをされる方もいらっしゃるか

---

\*<sup>1</sup> しかし筆者は途中から「当事者」という位置づけを取り下げている。詳しくは1.8(p11 参照のこと)。

もしれません。深くお詫び申し上げます。

私が書くものが、摂食障害を抱える人たちが持つ想いを、真摯に描き、それが将来、摂食障害に苦しむ人々や、医療者の役に立つものになればと思っています。調査のご協力について、ご一考いただければ幸いです。もし協力しても良いという方がいらっしゃいましたら、isono@fuji.waseda.jp までメールをいただければと思います。

ありがとうございました。

早稲田大学博士課程 2 年  
文学研究科文化人類学専攻  
磯野真穂

\*グループを特定できないよう、内容には若干の変更を加えている。

## 索引

- BOOCS, 54, 235
- アダルト・チルドレン, 21, 194  
アレキシサイミア, 150
- 遺伝子, 43, 224, 254
- 栄養カウンセリング, 47-48, 259  
栄養学, 40, 43-45, 56, 155-176, 181, 183, 184,  
227, 228, 258, 259, 268
- おいしさ, 45, 54, 134, 158, 160, 163, 170, 174,  
205, 206, 208-210, 212, 236, 254, 259
- 「外的な時間」, 210-212  
回復, 61  
—の本研究における意味, 61  
科学, → 体験  
過食  
—の本研究における定義, 3  
過食症, 23, 25, 36, 41-45, 48, 71, 72, 113, 147,  
149, 203, 216, 239, 241  
—の診断基準, 15  
過食排出行動  
—の本研究における定義, 3  
「家族モデル」, 23, 139, 143, 153, 177-198,  
263-265  
「第1次家族モデル」, 19-23, 30, 32, 38, 177,  
260  
「第2次家族モデル」, 32-33, 177, 260  
「還元主義」, 3, 55-57, 216, 221, 224, 227, 251,  
255, 266-269  
—の5つの柱, 56  
—の問題点, 139, 146-153, 198, 201, 203,  
225, 226, 235, 251, 260
- 患者  
—の本研究における定義, 3  
慣習行動, 226
- 「飢餓説」, 56, 144, 145  
「器質説」, 56  
共依存, 20  
境界性人格障害, → 人格障害  
拒食  
—の本研究における定義, 3  
拒食症, 17-20, 24-27, 29, 34, 36, 38, 39, 41-46,  
50, 81, 82, 94, 98, 129, 130, 143, 163,  
178, 181, 187, 192, 193, 240, 244  
—の診断基準, 15
- グレリン, 42
- 「現象主義」, 201, 251, 266-268, 270
- 行動療法, 46
- 再帰性, 26-27
- 志向性, 232, 268-271
- 自助グループ, 22, 28, 86, 189, 239-242  
「自然な食」, 65, 68, 72, 139, 155, 167, 175, 177,  
197, 221, 225, 251, 265, 266  
—の獲得過程, 230-234  
—の状況依存性, 229  
—の定義, 61  
—の「背景」, 227-230  
—の役割, 234-236
- 嗜癖, 20  
食  
—の本研究における定義, 227  
人格障害, 36  
シンガポールの摂食障害, 16, 33-35, 47
- 「精神的ストレス説」, 56, 142-144, 146  
「生体物質論」, 14, 40-48, 54, 56, 71, 139, 144,  
149, 155, 227, 235, 268  
生理学, 56, 155-176, 184  
セロトニン, 42-43, 254, 262
- 「第1次家族モデル」, → 「家族モデル」  
体験, 40, 45, 161, 163, 171, 175, 201, 203, 204,  
207, 208, 210, 211, 213, 215-217, 226,  
235, 251  
—と科学, 253-259  
対人関係療法, 39, 50-51, 82, 141-145, 149, 151,  
153, 182, 203, 216, 269  
「第2次家族モデル」, → 「家族モデル」  
多元的モデル, 30
- 伝統的医療, 262-263, 265
- 当事者  
—の本研究における定義, 3
- 「内的な時間」, 210-212
- 認知行動療法, 39, 51-52, 141, 144, 145, 149,  
151-153, 203, 216, 223, 235, 236
- 「場」, 232-234, 236, 237, 263, 266, 267  
—の定義, 232  
「背景」, 227-230, 234, 236, 237  
—の状況依存性, 230  
—の身体化, 231  
—の定義, 227  
—とハビトゥスとの違い, 231  
ハビトゥス, 231, 232, 234, 236, 237, 246, 251  
—と多様性, 233-234  
—を取り戻す, 265-267  
—と「背景」との違い, 231
- フロー, 212-213  
—と過食排出行動, 213-216  
—と過食排出行動における「楽しさ」, 216-218
- 「併存説」, 36-37, 56, 149

- 「本質論」, 14, 18-33, 54-56, 139, 142-146, 148,  
177, 235, 268  
—のまとめ, 37-40
- マインドフルな食, 53-54, 236
- ミネソタ実験, 41, 226
- 「問題処理説」, 56, 142-144, 146
- ランチセッション, 54, 235, 269
- レプチン, 41