

多重迷走神経理論による 神経性過食症理解の可能性について

花 澤 寿

千葉大学・教育学部養護教育

Polyvagal theory and psychopathology of Bulimia nervosa

HANAZAWA Hisashi

Faculty of Education, Chiba University, Japan

既存の治療法ではその効果に限界が指摘されている神経性過食症の精神病理および治療について、近年トラウマ治療を中心に新しい心理療法の基礎理論として注目されている多重迷走神経理論を援用し、共食不全論と関係づけて新たな視点から検討を試みた。過食症者は、低い自己評価のため、対人関係で適度な依存や健全な自己主張をすることが難しく、ストレスを社会的関わりシステムを用いて解消することが困難なため、過食嘔吐行為を代償的に用いて交感神経系の緊張の緩和を図る。過食嘔吐行為のもつ共食からの分離という特徴のため、社会的関わりシステムの機能不全を代償するために行われる過食が、さらに社会的関わりシステムから患者を遠ざけていくという悪循環が成立することが過食症の難治性の一要因として考えられた。そこから、社会的関わりに関わる腹側迷走神経系の機能不全に働きかける治療法の可能性を指摘した。

キーワード：多重迷走神経理論 (polyvagal theory) 摂食障害 (eating disorders)
過食 (binge eating) 精神病理 (psychopathology)

はじめに

摂食障害は、過去数十年にわたって思春期青年期の主要な精神疾患であり続けている。特に1980年代以降、過食と、それによる体重増加を防ぐための代償行為、体重に自己評価が強く左右される傾向、などを特徴とする神経性過食症 (Bulimia nervosa 以下過食症) の増加が著しいとされ、その傾向は現在も続いている。

過食症は、神経性やせ症Anorexia nervosaと異なり、一般的に極度のやせは呈さず、また症状に家族を巻き込むことも少ないので周囲に気づかれにくいことも多い。しかし、当事者にとっては、繰り返される過食嘔吐による身体的不調や合併症、経済的圧迫、またしばしば合併するうつ状態などが大きな問題となる。薬物療法の奏効率は高くなく、認知行動療法や対人関係療法が有効とされるものの、2009年に出された過食症の治療成績のレビューにおいても、長期追跡によるその治癒率は45%未満とされている (Steinhausen & Weber, 2009)。

過食症の治療成績の向上が得られない一つの理由として、過食症の病態、病理の理解が未だ不十分であることがあげられるだろう。

筆者は、主として精神病理学の立場から、摂食障害の病理について検討し、人類の特徴的食行動とされる「共食」に注目し、過食症を共食の不全という視点から理解することを試みてきた (花澤, 2007)。

近親者が、家の中で、同じ時間同じ場所を共有し、互いに分配しつつ食事をとるのが共食である。この食事形

態は、自然界で際立って弱く成長も遅い人類の子どもを、捕食者をはじめとする自然界の脅威から守り育てる必要から成立したと考えられている。共食によって子どもに与えられる食物には、親の保護、愛情の表現という象徴的意味が附与される。また実際に食事の場面は、親子間のふれあいの場、豊かな情緒交流の場ともなりうる。さらに共食は、個人の食の欲求の適切な制限と、食事におけるマナーの遵守を要求する。つまり共食は、情緒的交流や、他者への配慮、互いの利害の適切な調節などを含み、人間に独特な社会的な食の形態といえる。

摂食障害のうち、神経性やせ症は極端に食べないこと、やせることを通じ保護者の注意を強引に自分に向けさせ、共食の世界から母子2者関係の食の世界への退行を図る病理ととらえることができる。一方過食症者は、大量の食物を衝動的に詰め込み、それをコントロールできず、その後 (多くの場合) それを一気に嘔吐するという症状を恥じ、家族に対しても秘密にする。家族と食卓を囲んでいるときも、頭の中は過食の欲求でしめられ、くつろぐことはできない。つまり過食症者は、共食の世界から完全に離れてしまう。このことは、共食の世界がひとに提供する、身近な者に守られている、見守られているといった安全感や安心感を過食症者が根本的に失うことを意味している。拒食症者は食べないことで、「母」の保護的な眼差しを強引に自分に向けさせる。それに対して過食症者は食べるがゆえに、「母」の保護的な眼差しを受けられず、孤独を深めることになるのである。母による保護＝「愛」を失った過食症者は、「愛」の代用物としての食べ物にさらに依存せざるを得なくなる。結局、過食すればするほど「愛」から離れ、それを幻想的

連絡先著者：花澤 寿 hanazawa@faculty.chiba-u.jp

に満たすためにまた過食するという悲劇的な悪循環が生じることとなる。

以上が、過食症に関する、共食不全説の要約である。ここから導かれるのは、治療者が患者の孤独に思いやり、患者との心理的なつながりを成立、維持することの重要性である。これは、どのような治療法をとる場合でもその前提として必要な配慮ではあるが、共食不全という考え方から直接新たな治療法を導き出すには至っていなかった。そこで本稿では、過食症の共食不全という考え方を、より臨床的に、治療論にまで広げうる理論として、近年トラウマケアの領域を中心にその基本理論として注目されているPolyvagal theory（以下多重迷走神経理論）に注目し、検討することを試みる。「多重迷走神経理論」は、自律神経の適応機能に関する新しい理論であり、ストレス対処における人と人との関わりのもつ意味の重要性を強調することが大きな特徴である。以下、多重迷走神経理論を概説し、多重迷走神経理論から人間の「食」を捉えなおした上で、過食症の病理の理解と治療にこの理論が果たしうる可能性について、共食とも関係づけつつその展望を試みたい。

I. 多重迷走神経理論 Polyvagal theoryについて

多重迷走神経理論は、米国のStephen W. Porgesによって1990年代に提唱され、その後も発展と応用が進んでいる自律神経系の適応反応に関する新しい理論である（Porges, 2011）。トラウマや自閉症スペクトラム障害の病態理解に応用され、すでに新たな治療法の開発に貢献している（Porges, 2011; Ogden et al., 2006; 藤本, 2015）。しかし、我が国ではまだ紹介が進んでいるとは言えない段階にあり、ここではまずこの理論の概説を試みる。

自律神経系は、呼吸、循環、消化、代謝、体温調節、排泄、生殖などのような不随意的な機能の制御を担い、生態の内部環境を維持して恒常性を維持する役割がある（日本自律神経学会, 2015）。従来の理解では、自律神経系は交感神経系と副交感神経系の2つからなり、それぞれの神経が機能的に互いに拮抗する作用を臓器・器官に及ぼし、バランスを取って恒常性を維持すると考えられてきた。

しかし、Porgesは、副交感神経系を代表する神経である迷走神経が、系統発生的に異なる起源をもつ2種類の神経系（腹側迷走神経系と背側迷走神経系）からなることを見出し、この2種類の迷走神経系と交感神経系が階層構造を構成し外界への適応反応とホメオスタシスの維持を担っているとする理論を体系化したのである。

人類を含む哺乳類が生きていくには、エネルギーを吸収し、消化し、代謝し、必要に応じて保存することで身体の構造と機能を維持する静的なモードと、食物を得たり（狩ったり）、狩られる（殺され食べられる）を防ぐために逃げたり闘ったりすることに代表される動的なモードの両方が必要である。従来の理解では、前者の静的モードを主に副交感神経系（主に迷走神経）が調整し、後者の動的モードを交感神経系が調整すると考えられていた。それに対してPorgesは、哺乳類の生存にはもうひとつ大切な欠くことのできない要素があり、それを系統

発生的に新しい腹側迷走神経を中心としたシステムが調整しているとした。その要素とは、social engagement（以下、社会的な関わり）である。

哺乳類の子どもは、胎生で生まれ、保温や栄養摂取のため爬虫類以前の動物に比して格段に親からの手厚い保護を要する。成長後も、同種の個体と多くの関わりをもって生きていく。特に人類は、哺乳類の中でも出生時の未熟性が際立っており、成長も遅く、保護者と強い絆を結ぶ。成長後も基本的に群れ（集団）を形成し、互いに助け合って生活していく。人類の生存にとって社会的関わりは確かに欠くことのできない要素である。

以下、Porgesの理論における各神経系とその働きを危機対処との関係を含め整理しておく。

1. 背側迷走神経系

脳幹（延髄）の背側運動核から始まり、体幹を下行し、心臓と肺および横隔膜より下の臓器を支配している。ミエリン鞘を持たない無髄神経であり、系統発生的には最も古い起源をもつ。

背側迷走神経系は、基本的に生体の「不動状態」と関わる。その「不動状態」には2種類ある。日常生活において、筋肉系の駆動による危機対処を要しない穏やかな状況における不動状態と、筋肉系の駆動による危機対処もできないような圧倒的な危機状況における不動状態（凍りつき反応）である。

前者は、休息、回復、消化などを調整する、生命にとって支持的な機能をもつ。心拍を遅くし、血圧を下げ、腸管の収縮運動を促進し、消化のために唾液と消化酵素を分泌し、排泄物の排出のため大腸と膀胱を収縮させるなどの働きである。

後者の「凍りつき反応」は、交感神経系の緊張による「逃げるか闘うか反応」が無効なほど圧倒的な危機状況（逃げられず闘えない、命に関わるような状況）において、最後の生き残りメカニズムとして駆動する。極度の交感神経系緊張に、背側迷走神経が強いブレーキをかけた状態と考えられている。脈拍、血圧、呼吸の低下を伴い、動物は死んだ様に動けなくなる。肉食動物が動かなくなった獲物から興味を失いがちであることから、最後の逃走の可能性を生む反応（擬死反射）として進化したと考えられている。人間も、トラウマ体験時、凍りつき反応を起こす。

なお、腹側迷走神経の求心性（感覚性）繊維は、延髄の孤束核に至り、内臓からの感覚情報を伝えている。

2. 交感神経系

胸髄・腰髄に起始し、目や唾液腺などの頭部の器官、心臓、肺などの胸腔内器官、胃腸管、肝臓、膵臓などの腹腔内器官、膀胱・生殖器などの骨盤内器官に広く分布する。

交感神経系は基本的に動物の運動・動作に関わる。心拍数、血圧、呼吸数をあげ、取り込んだ酸素を骨格筋に届けるため骨格筋への血流を増やすとともに、運動のため筋肉系の緊張を高める。これは特に危機状況における「逃げるか闘うか反応」において重要な働きである。つまり、交感神経系の緊張の主要な目的は、動物が、動く

ことによって危機に対処することを準備・維持することにある。筋肉系による運動によってその目的が果たされ、逃げられるか闘いに勝てば、運動は必要なくなり交感神経系の緊張も収まる。

交感神経系の機能は、神経のみで完結しない。副腎髄質に作用し、アドレナリンの分泌を伴う。アドレナリンは化学物質であり、一度分泌されるとすぐ回収することはできない。したがって交感神経系による「逃げるか闘うか反応」は、一度作動するとすぐ解除することはできず、ある程度興奮が持続することになる。

3. 腹側迷走神経系

脳幹（延髄）において背側運動核よりも腹側に位置する疑核から始まり、心臓、肺、耳、喉頭、顔面（すなわち横隔膜の上）へと分布する、哺乳類のみがもつ系統発生的に新しい迷走神経である。運動神経（遠心性）繊維と感覚神経（求心性）繊維からなる。ミエリン鞘をもつため、背側迷走神経、交感神経に比べ伝達速度が速い。

腹側迷走神経の機能は2つに大別される。

1つは、主に心臓の拍動に対するvagal brake「迷走神経ブレーキ」としての機能である。人間では、心臓の本来の拍動リズムは毎分100回程度であるが、洞房結節に分布する腹側迷走神経が、常にその活動を抑え、（個人差はあるものの）70回前後となっている。危機であるかもしれない状況に遭遇したとき、その脅威の程度が判断されるまではブレーキをかけておき、危機であることがわかった時点でブレーキを緩め、心拍数を上げ、その後必要に応じて交感神経系による「逃げるか闘うか反応」へと移行するのである。腹側迷走神経のもつ速い伝達速度が、一度作動してしまうとエネルギー消費が大きく解除にも時間がかかる交感神経系に先んじて、潜在的な危機状況に迅速かつ柔軟に対応することを可能にし、無駄なエネルギー消費を抑えているのである（Scare, 2014; Ogden et al., 2006）。

腹側迷走神経の2つめの機能は、Porgesがその重要性を強調するSocial engagement system（以下社会的関わりシステム）としての機能である。

腹側迷走神経の起始部である疑核は、その進化的起源を頭部・顔面・頸部・喉のコントロールに関わる他の多くの脳神経核（動眼神経・三叉神経・顔面神経・舌咽神経・副神経）と共有している。腹側迷走神経とこれらの神経は、構造的・機能的に密接なつながりをもって作用し（腹側迷走神経複合体）、大脳皮質からの制御を受けながら哺乳類における他個体とのコミュニケーション（社会的関わり）に大きな役割を果たしているとされる（腹側迷走神経自体は、心臓、口蓋、咽頭、喉頭、気管、気管支等を支配領域としてもつ）。特にヒトにおいては、相手の方を向き、その声を聴き、目を合わせ、自分の意志や欲求、感情を、声や顔の表情で表現することで、互いに安心し協力することは、生存にとってきわめて重要な能力である。

頸部から上のコミュニケーションと、心臓と肺へのおだやかな抑制（vagal brake）の両方に関与する腹側迷走神経の働きは、他者とのつながりによる落ち着きや安心を得る上で重要な働きを担っていると考えられ、

Porgesはこれをface-heartのつながりとして強調している。我々のコミュニケーションを円滑にする豊かな表情と豊かな声（安心感をもたらす音の高さ、強さ、抑揚など）、そしてそれに気づき聴き取るプロセス（顔面神経支配による耳小骨筋の緊張の調節が、背景雑音から人間の声を聴き取りやすい様にチューニングを行っていると考えられる）には、腹側迷走神経複合体の適切な働きが必要なのである。

4. 階層的反応モデル

このように、進化を通じて、ヒトの自律神経系は3つの神経回路を獲得した。Porgesによれば、これらは進化の歴史の中で系統発生的に組織された自律神経系の階層的サブシステムである。Porgesの理論が示唆するのは、神経系は（従来の通説である交感-副交感の）バランスの観点より、反応の階層性の観点からよりよく説明できるということである（Ogden et al., 2006）。

Porgesによると、この適応反応の階層の中で、系統発生的に最も新しい回路が最初に使われるという。もしその回路が安全を供給することに失敗すると、より古い回路が引き続いて動員されることとなる。つまり、ヒトはまず腹側迷走神経複合体が主導する社会的関わりシステムを用いて適応をはかる（信頼できる他者と一緒に過ごす、助けを求め、相談する、愚痴を言う等々）が、それがうまく機能しない、あるいはその余裕が与えられない状況では、交感神経系主導の「逃げるか闘うか反応」が主役となる。それすらも機能できない大きな危機状況に直面すると、背側迷走神経が主導する凍りつき反応が起こることになる。

社会的関わりシステムが機能低下に陥ると、社会的関わりシステムの「ブレーキ」が作用しないので、交感神経や背側迷走神経は高度に活性化したまま、ストレスに反応して過緊張・過覚醒状態を引きおこしやすくなる（Ogden et al., 2006；藤本, 2015）。こうなると、対人関係そのものが緊張を呼ぶストレスとなりやすくなり、ますます社会的関わりシステムが機能しないという悪循環に陥りやすい。特に過去にトラウマを体験している人は、交感神経系の慢性的緊張とともに、背側迷走神経系がトラウマ関連刺激に敏感に反応し、凍りつき反応を起こしやすくなる。

社会的関わりシステムの機能低下とは、腹側迷走神経複合体の機能低下を意味する。慢性的なストレス状態やトラウマをもつ人が示す表情の乏しさ、声の小ささや抑揚の乏しさ、音への過敏などは、腹側迷走神経複合体を形成する脳神経の機能低下の表れとして見ることもできる。

II. 多重迷走神経理論から見た人の「食」

多重迷走神経理論を摂食障害の病態理解に拡充する準備として、まず我々人間の生存のために欠くことのできない「食べる」という営みを、多重迷走神経理論から見直してみたい。

人間の食行動の始まりには、まず食べ物を探索し、獲得（進化論的にいえば狩猟・採集によって）する段階がある。これは能動的な「動き」を要する活動であり、自

律神経領域では交感神経系が主に関与すると考えられる。続いて、獲得した食べ物を摂食し、消化吸収する段階がある。これには、腹側・背側2種類の迷走神経系が主に関わることになる。食べ物が口唇にふれ、口腔内に取り込まれ、咀嚼されるとともに、舌で味が感じられ、同時に鼻腔粘膜で臭いが感じられる。分泌された唾液とともに食物は飲み込まれ咽頭から食道を通過する。この段階までは、神経の支配領域から考えて主として腹側迷走神経および関連する脳神経群（腹側迷走神経複合体）が関わりとされる。食事によって腹側迷走神経の働きが活発になると、心肺系への迷走神経ブレーキ、すなわち交感神経系の抑制が促進される。

以後の、胃・腸による消化、吸収そして胃の膨満による満腹感は、背側迷走神経の遠心路及び求心路が担うこととなる。この時、(背側)迷走神経の働きにより、消化管の運動が活発になるとともに、摂食以前にあった交感神経系による緊張は抑制される。また迷走神経求心路から中枢への信号は、満腹感をもたらす。

ここまでは他の哺乳動物と共有するメカニズムであるが、人間の場合、食に関わる大きな特徴がある。前述した「共食」という特徴である。食卓を囲み、互いに分け合いながら食事を取る。食事しつつ、その場にいる他者の方を向き、視線を交わし、話し、相手の声に耳を傾ける。その時何らかのコミュニケーションが存在する。ここでは、Porgesのいう社会的関わりシステムとしての腹側迷走神経複合体が大きな役割を果たすことになる。これにより、人間においては、食事を取ることで栄養摂取に伴う満足、安心にとどまらず、他者との社会的つながりや愛着の満足としての落ち着きや安心の感覚が得られることになる。

以上の様に、人間は食べることに伴い、腹側迷走神経系による主として心肺系の交感神経性緊張の抑制、背側迷走神経系による腹部内臓を中心とする交感神経系緊張の抑制にともなう落ち着きの感覚とともに、腹側迷走神経複合体による社会的関わりシステムを通して、他者とのつながりによる安心を感じることができると考えられる。

また、安心できる状況で、他者とともに食事を取る人間固有の様式(共食)は、それ自体が腹側迷走神経複合体を刺激し、その機能を高めることで日常生活におけるストレスへの耐性を高めることにも考えられる。

Ⅲ. 過食症理解への適応可能性

以上の多重迷走神経理論からみた人間の食についての理解を元に、摂食障害における過食の病理の理解への応用可能性について検討を試みる。

我々が日常的に経験する、やけ食い、あるいはストレス食いと呼ばれる現象が、摂食障害の過食症状と関連するのは明らかであろう。そこでまずやけ食いのメカニズムを多重迷走神経理論から考えてみたい。

やけ食いは、日常生活で感じるストレス、あるいは本人が無自覚であってもなんらかのストレス状況において、そこから必然的に身体内に生じている交感神経系の緊張を、食べることにより緩和しようとする行為と考えられる。これには、前項で検討した、腹側、背側迷走神経の

活動による交感神経系の緊張の抑制が大きく関与すると考えられる。しかし、この感覚が持続するのは食べている間のみであり、また食べるだけでは背景にあるストレス状況、その原因にはなんら変化がない。つまり食べるのをやめればまた交感神経系の緊張が舞い戻ってくることになりやすい。そのため、栄養摂取という観点からは不必要に長時間、多量のものを食べてしまうことになる。

Porgesの唱える階層的対処の視点から考えると、ひとりやけ食いに走るということは、社会的関わりシステムによるストレス対処が機能していないことを意味する。つまりその状態で動員されているのは交感神経系主導の「逃げるか闘うか」反応ということになる。しかし、現代人の抱えるストレス状況はほとんどの場合、逃げることも闘うことも許されない。なぜなら、この場合の逃げる・闘うとは、身体を動かして物理的に逃げるか攻撃するかを意味し、実行すれば社会的には不適応行為とみなされるからである。そうすると交感神経系は、本来の目的を果たせないまま空しく緊張を続けることになる。その緊張をなんとか緩和しようとして食行動が使われるわけだが、「動くことによる適応」を目的に緊張している交感神経系の緩和は、食べる行為のみではそもそも難しいということになる。

この、「食べることによる緊張緩和の試み」という要素は、基本的に過食症の過食においても当てはまると考えられる。では、単なるやけ食い、ストレス食いと過食症を隔てているのは何だろうか。それは、DSM5 (American Psychiatric Association, 2013) の診断基準によれば、過食時の衝動性の強さ、過食の頻度と一回に食べる量の多さ、体重増加を防ぐための代償行為の存在、そして体重・体型に自己評価が過度に影響を受けていることである。これらの特徴を踏まえて、過食症の成立・維持過程について、多重迷走神経理論の視点も含めて考察する。

体重・体型に自己評価が過度に影響を受けてしまうのは、やせを礼賛する文化を背景に、他者からの評価を過剰に意識するためであり、その根底にあるのは自己評価そのものの低さと言ってよいだろう。過食症に陥る人がほぼ例外なく行っているダイエットは、やせることで自己評価を上げようとする行為に他ならない。ちなみにダイエットとは、そもそも個人的な食のコントロールであり、この段階から食のもつ社会的関わりシステムとしての機能から患者は距離を置き始めていることになる。自己評価の低い人は、対人関係で適度な依存や健全な自己主張をすることが難しく、ストレスを社会的関わりシステムを用いて解消することが困難である。そのため、日々のストレスに対して逃げることも闘うこともできない中、交感神経系の緊張が緩まないまま身体に蓄積されていく。そんな中、ダイエットによって高まっていた食の衝動に任せて最初の過食が起こる。前述の通り、過食は食べている間、交感神経系の緊張を緩和してくれるが、それは一時的、利他的なものにすぎず、さらに過食後には食べたことで太ってしまうという恐怖が交感神経系の緊張を強める。患者は多くの場合、食べたものを嘔吐することでその恐怖から逃れようとする。この、過食(そして嘔吐)による緊張緩和パターンは、不健全な食生活によっ

て持続する食衝動の充進を背景に、日常のストレスに対する手軽で利他的な対処として固定化していくこととなる。また、通常患者は、この過食、そして嘔吐という行動、それをコントロールできない自分を恥じ、あるいは責める。その結果、さらに自己評価が下がることになりがちである。そして、家族にも秘密にし、自分だけで抱え込む。過食を隠したまま家族と食卓を囲む場合も、持続する過食への衝動と、過食を秘密にしていることによる家族との距離感もあって食を楽しんだりその場でくつろいだりすることはできない。こうして過食症者の食の世界は、共食の世界から完全に離れた孤独なものとなる。社会的関わりシステムの機能不全を代償するために行われる過食が、さらに社会的関わりシステムから患者を遠ざけていくという悪循環がそこにはある。過食という症状の難治性の少なくとも一部はこの視点で説明することが可能だろう。

このように、多重迷走神経理論による過食症の理解は、共食の不全という過食症の病理モデルと整合性が高い。筆者はかつて「過食症者は、共食の世界から離れるゆえに『愛』を渴望し、得られない『愛』を食べ物を食べることで埋めようとするがゆえにさらに共食の世界から離れてゆくという出口のない孤独に陥っていくことになる」と述べた。ここで言う共食を「社会的関わりシステムが機能している食」、「愛」を（社会的関わりシステムを通して得られる）「他者との絆」と読み替えることが可能だろう。

最後に、過食症を多重迷走神経理論から理解することの利点についてとりあげる。

まず、摂食障害の予防という観点では、食事のもつ社会的関わりシステムの機能を、心身の状態の無意識レベルでの調節能力を高めるものとして強調し教育していくことがあげられる。ダイエット教育に組み込むことも大切だろう。ダイエットの健康や身体的成長への悪影響のみでなく、他者と分かち合い、くつろいで食事を取ることが、個人のストレス耐性をあげ、心理的安定を得るためにきわめて大きな意味を持つことを伝えるべきだろう。

治療論に直結しうることも大きな利点である。すでに多重迷走神経理論は、トラウマ治療を中心に新しい心理療法の技法の基礎理論として採用され、成果を上げている。代表的なものに、Peter A. Levineによるソマティック・エクスペリエンスSomatic Experiencing[®]がある (Levine, 1997)。ソマティック・エクスペリエンスでは、治療者の介入・関わりとクライアント自身の身体感覚への気づきを通して、トラウマ体験や過剰なストレスによって健全な自己調整能力を失っている神経系に働きかけ、その回復が図られる。その過程では、交感神経系の過剰な活性化・背側迷走神経系による凍りつき反応の解消と、失われていた腹側迷走神経複合体機能の復活・強化が図られる (藤本, 2015)。

それは、最も人間らしい、繊細で柔軟なストレス対処を可能にする社会的関わりシステムが有効に機能するようになることを意味し、前述した過食症の悪循環からの離脱を促進する効果が期待できる。すでに過食症治療への応用も試みられ、有効性が報告されている (Sengelman, 2014)。また、過食症の発症要因の一

つに、心的外傷体験の存在があることも指摘されており (Tagay et al., 2014; Casliniet al., 2016) その意味でも、多重迷走神経理論を応用したトラウマ治療の技法が過食症の治療に有効である可能性が考えられる。

おわりに

多重迷走神経理論は、諸外国では近年臨床の場でその有用性が確かめられ、確固たる地位を築きつつあるが、我が国における紹介や学術的意義の検討はまだこれからという段階と言って良いだろう。

本稿では、過食症の共食不全説が多重迷走神経理論を援用することで治療論に向けて拡充できるのではないかととの問題意識のもと、多重迷走神経理論の概要の紹介と、過食症理解への適用の可能性を検討した。

人間の食行動は、自律神経系以外にも、中枢神経系や種々のホルモンなど多様なレベルでの調節を受けており、多重迷走神経理論のみで摂食障害を理解することには無理がある。しかし、従来の力動精神医学や精神病理学、認知心理学等をもとに開発された治療法が奏功しない患者群が決して少なくない現状もまた事実であり、摂食障害の理解と治療に新たな光を当てる可能性をもつ理論として今後もさらに検討を重ねていきたい。本稿で触れることのできなかった今後の課題として、過食症において重要な意味を持つ嘔吐症状の意味について、そして心的外傷体験が過食症の発症や維持に与える影響について、それぞれ多重迷走神経理論から考察することが重要と考えている。

今後我が国においても、多重迷走神経理論を応用した治療法が普及し、臨床的実践の中でその効果の検証がなされるとともに、摂食障害治療への応用が進むことが望まれる。

文 献

- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. (高橋三郎, 大野豊監訳 2014 DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- Briere, J., Scott, C. (2007) Assessment of trauma symptoms in eating-disordered populations. *Eating Disorders*, 15, 347-358.
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., Carrà, G. (2016) Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med.* 78, 79-90.
- 花澤寿 (2008) 摂食障害における過食の病理性について「共食」との関係からの考察. 千葉大学教育学部研究紀要, 第56巻, 257-260.
- 藤本靖 (2015) 神経系のバランスをとり自己調整力を引き出す～ボディーワークと心理療法の統合～ 久保隆司・日本ソマティック心理学協会編. ソマティック心理学への招待. コスモス・ライブラリー.
- Levine, P.A. (1997) *Waking the Tiger -Healing Trauma.*

- North Atlantic Books. Berkeley. ピーター・リヴァイン. 藤原千枝子訳 (2008) 心と身体をつなぐトラウマ・セラピー. 雲母書房.
- 日本自律神経学会編 (2015) 自律神経機能検査. 第5版. 文光堂.
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006) Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. パット・オグデン他. 日本ハコミ研究所訳 (2012). トラウマと身体 センサリーモーター・サイコセラピー (SP) の理論と実践. 星和書店.
- Porges, S.W. (2011) The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation. W. W. Norton & Company. New York.
- Scare, R. (2014) The Body Bears The Burden.: Trauma, Dissociation, and Disease. 3rd Edition. Routledge. New York.
- Sengelmann, I. (2014) Somatic wisdom and the polyvagal theory in eating disorder. somatic psychotherapy today. 14. 60-63.
- Steinhausen HC, Weber S. (2009) The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. Am J Psychiatry. 166, 1331-41.
- Tagay, S., Schlottbohm, E., Reyes-Rodriguez, M.L., Repic, N., Senf, W. (2014) Eating Disorders, Trauma, PTSD, and Psychosocial Resources. Eat Disord. 22, 33-49.