

摂食障害の病理とマインドフルネス — 「時間」と「身体」からの考察

花澤 寿

千葉大学・教育学部養護教育

Psychopathology of eating disorders and mindfulness

HANAZAWA Hisashi

Faculty of Education, Chiba University, Japan

新たな治療法として注目されるマインドフルネス・アプローチの可能性を摂食障害の精神病理の視点から検討した。Anorexia nervosaは、拒食とやせにこだわり続け「今の瞬間」から目を背けることで発達の危機状況を防衛していると考えられ、あえてそこに目を向けさせようとするマインドフルネス・アプローチの適用は困難であると考えられた。しかし、回復期においては、わき上がる食衝動の制御や身体感覚の正常化に対し、有効に作用する可能性が考えられた。Bulimia nervosaに対しては、過食嘔吐の成立要因となる陰性感情や焦燥へのマインドフルな「気づき」による、問題により健全に対処しうる主体的自己の育成、他者の視線に依存しない内的基準に基づいた自己イメージの構築、過剰な身体感覚でしか満足できなくなっている身体感覚の正常化等の点で有効に作用する可能性が考えられた。

キーワード：摂食障害 (eating disorders) 神経性無食欲症 (anorexia nervosa) 過食症 (bulimia nervosa)
マインドフルネス (mindfulness) 精神病理 (psychopathology)

はじめに

摂食障害は、思春期の精神保健を考える上で極めて重要な疾患群である。拒食と極度のやせを主症状とする anorexia nervosa (以下AN)、ダイエットをきっかけに過食嘔吐が習慣化する bulimia nervosa (以下BN)、いずれも先進諸国の思春期女子を中心に発症し、その精神的・身体的健康にとって深刻な影響をもたらす。

この数十年、摂食障害の治療法には様々な方法が提唱されてきた。精神分析的精神療法、支持的な精神療法、個人精神療法と親面接の併用、家族療法、入院による行動制限療法、対人関係療法、認知行動療法などである。特に近年は、エビデンスベーストメディスンの普及に伴い、方法論が明確に確立され治療効果の科学的判定がしやすい認知行動療法がその主役となっている。

しかし、認知行動療法には、問題点と限界も指摘されはじめている。摂食障害の症状を排除すべき問題として治療が組み立てられるため、治療開始時点において患者が自らの症状を問題として認識できている必要がある。このため、そもそも病識に乏しく拒食とやせた身体に執着しているAN患者への適用が難しい。その点BNは、過食と嘔吐という自らの症状に苦しみ、治療を求めていることが多いため認知行動療法への導入は比較的行きやすい。しかし、その治療成績は必ずしも満足できるものではない。最近のレビューでは、多くの患者で症状の改善は見られるものの、過食嘔吐が消失する患者はおよそ50%と報告されている (Wilson, 2004)。脱落例や無効例、再発例も少なくはなく、さらに効果的な介入法が求

められている。

摂食障害に限らず、うつ病等他の疾患でも認知行動療法の限界は明らかになってきており、その流れの中で、欧米で登場してきた新しい治療法 (あるいは治療の基礎概念) にマインドフルネス・アプローチがある。東洋思想 (仏教：釈迦の教え) の影響を色濃く受けつつ発展したマインドフルネス・アプローチは、認知 (行動) 療法が、認知の変容を通じて問題解決を図ろうとするのに対して、認知にとらわれることからの解放を目指している。「何かを変えようとするのではなく、ただ自分のおかれているありのままの状況と共にその瞬間を過ごす」 (Kabat-Zinn, 1990) ことにより、習慣的な見方や考え、行動の仕方から解放され、問題の領域を、全体性という視点から見る広い視野が獲得されるとされる。

マインドフルネス・アプローチは、1970年代に、マサチューセッツ大学医療センターにマインドフルネス・ストレス低減 (Mindfulness-based Stress Reduction: MBSR) プログラムを提供するクリニックを設立したカバットジンにより確立された (Kabat-Zinn, 1990)。その後、主としてうつ病の再発予防および治療を目的として、認知療法にマインドフルネス・アプローチを組み合わせたマインドフルネス認知療法が登場する (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)。その他にもマインドフルネスの概念は、弁証法的行動療法 dialectical behavior therapy (DBT; Linehan, 1993), acceptance and commitment therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) などの新しい治療法に応用され、適用疾患も睡眠障害、各種依存症、人格障害等と多岐にわたり、それぞれ有効性が報告されるようになった (Grossman, Niemann, Schmidt, Walach, 2004)。その流れの中で、摂食

連絡先著者：花澤 寿

障害の治療にもマインドフルネスを取り入れる動きが1990年代後半以降本格化していった(Kristeller, J.L., Baer, R.A., Quillian-Wolever, R. 2006)。そして、その有効性を示す研究報告が蓄積されつつある(Wanden-Berghe, Sanz-Valero, Wanden-Berghe, 2011)。

一方、我が国では、欧米に比べ認知行動療法の普及が遅れ、その専門家の養成がようやく本格化してきた段階である。したがって、認知行動療法の先を行くマインドフルネスアプローチに関しては、まだほんの黎明期とっていいだろう。

本稿の目的は、今後我が国でも普及するが期待される摂食障害に対するマインドフルネスアプローチの可能性を、摂食障害の病態から精神病理学的に検討することにある。摂食障害が思春期青年期を中心に発達と密接に関連して発症し、身体像や身体感覚がその病態と大きく関わることから、マインドフルネスの考え方と摂食障害の病態をつなぐ鍵概念として、「時間」と「身体」に注目し、検討を試みたい。

I. マインドフルネスについて

1. マインドフルネス・アプローチの概要

カバットジン(Kabat-Zinn, 1990)は、マインドフルネスを、「瞬間瞬間立ち現れてくる体験に対して、今の瞬間に、判断をしないで、意図的に注意を払うことによって実現される気づき」であると説明している。MBSRのプログラムは、瞑想(マインドフルネス瞑想法)を中心に、今現在の瞬間瞬間の体験への気づきを増やすことを促すさまざまな技法から構成されている。マインドフルネス・アプローチは、疾患や問題に対する治療技法に留まらず、人の生き方そのものにかかわる実存的側面をもっている。それは、「注意を集中し、評価を下さず自分を観察することによって、自分という存在の正しい内的基準を直接的に感じとるプロセス」であり、「自分自身と世界を新しい視点でとらえ、“やっかいごとだらけの人生”をまるごと抱きしめてしまうという方法」とも説明される。また、ひとは、外部の世界や自分の内部の世界での体験に対して無意識に自動的に反応することで莫大なエネルギーを浪費している。マインドフルネス・アプローチは、自分のしていることや経験していることに「気づく」ことでそのような「自動操縦状態」から脱し、浪費されていたエネルギーを集めて利用する方法ともいえる(Segal, Williams, & Teasdale, 2002)。

マインドフルネス認知療法では、この「自動操縦状態」とマインドフルな状態を、〈すること〉モード(doin mode)と〈あること〉モード(being mode)という概念で説明している(Segal, Williams, & Teasdale, 2002)。〈すること〉モードは、「駆り立てられる」モードともよばれる。そこでは、将来起こりうることや過去の問題について考えがめぐり、行動に駆り立てられ、結果として「今ここ」にあることをほとんど体験できない。一方、〈あること〉モードでは、状況を変えようとするとなしに、そのあるがままが受容される。情報処理のプロセスがすべて、瞬間瞬間の体験を扱うために捧げられ、十分に「今ここ」に存在して、あらゆることに気づくこと

ができるとされる。プログラムでは、マインドフルネス実践によって、〈すること〉モードに気づくことを学び、〈あること〉モードを身につけることが重視される。

2. マインドフルネスと「時間」

マインドフルネス概念において、「時間」は大きな意味をもっている。過去と未来にとらわれることで、多くの人が「今」の瞬間を生きられなくなっていることが問題視される。それに対して、一つひとつの瞬間に十分に注意を集中することによって、自分が体験していることをすべて自分のものにするのが目指される。「時間にとらわれている人が、時間の存在しない現在に入り込み、過去や未来の時間から抜け出すための方法」(Kabat-Zinn, 1990)とも言われる。背景には、時計や暦によって測られる時間が、本来人工的なフィクションに過ぎないことを多くの人が忘れ、時間に縛られて生きている現代の時代的特徴がある(古東, 2011)。

3. マインドフルネスと「身体」

マインドフルネスの考え方と「身体」とのかかわりについて、ここでは以下の3点にまとめておく。まず第一に、今この瞬間に生きるための技法として、「身体感覚への気づき」が重視されることである。マインドフルネス瞑想における「呼吸」の重視、ボディー・スキャン、五感への気づきなど、すべて身体感覚への気づきを促し、今その瞬間の自分を感じ取る技法である。第二に、「体からのメッセージ」の重視である。体に現れてくる兆候は、体がどんな状態にあるか、何を必要としているかを教えてくれるメッセージであり、健康で充実した人生を過ごすためにそれを読み取ることの重要性が強調される。マインドフルネス・アプローチは、この「体からのメッセージ」をきちんと受け取ることができるようになることを目指す。第三に、「体のイメージ」の重視である。カバットジン(Kabat-Zinn, 1990)は、現代では社会や文化、他者の視線に影響された限られた見方でしか自分の体をみていないことで、自分の体に根深い不快感を感じている人が多いとしている。マインドフルネス・アプローチにおいては、外的基準に照らし合わせて自分の体を判断するのではなく、ありのままの自分の体にただ意識を向けることで、自分の体が一つであるという統一感、全体性の感覚を回復させ、「内的基準」に基づいた身体イメージを獲得することが目指される。

II. マインドフルネスと摂食障害

以下、今後マインドフルネス・アプローチを摂食障害治療に応用して行くにあたり、その適用の可能性と問題点を、AN, BNの精神病理から考察することを試みる。

1. ANとマインドフルネス

(1) ANの精神病理と「時間」

ANは、徹底した拒食によってやせを求め続ける。その出発点に、やせをよしとする社会文化的風潮があるのは確かだが、いったん発症すると彼女たちが求めるのは、「やせて美しい」身体ではない。ANの少女たちが求め

るのは、未来へ向かって成長していく身体の変化を止め、逆行させることである。女性の社会的性役割が明確で、かつ性が禁忌としての性格をより強くもっていた60年代、70年代までの症例は、女「性」として性的に成熟していく事への強い抵抗感、拒絶感を呈し、それは「成熟拒否」の心理としてANの中核的病理とされた（下坂，1961）

（高石，栗原，1975）。80年代以降の症例では、「性」への拒絶感は薄れたが、一貫してみられるのが、成長へと向かうベクトルをもった身体の些細な変化への恐怖である（花澤，2007）。端的には、たとえ1gであっても体重増加を恐怖する肥満恐怖（体重増加恐怖）にそれは現れる。これは、未来へと続く時間の流れを、体重という数字の変化に置き換えて恐怖している姿にほかならない。

ここに明らかのように、ANの精神病理の中核には「時の流れ」に対する恐れがある。幼児期・学童期を、自分にとって大切な大人（保護者および教師）の期待を無意識に察知し、それを先回りして達成することで心理的安定を保ってきた彼女たちは、思春期の様々な発達課題と、その到達点としての親からの自立に耐えるだけの強さを培えてきていなかったと考えられる。そんな彼女たちにとって、未来に向けていやおうなく流れていく時の流れは、大きな脅威として無意識的に捉えられている。拒食により二次性徴を止め、際限なくやせていこうとするその姿は、彼女たちの時間を止め、さらに逆行させようとする絶望的な努力にほかならない（花澤，2005）。ANの少女たちは、未来へと流れる時間から必死に目をそらしているのである。

ANの世界は、過去ともまた断絶している。それまでの過剰適応のパターンは発症とともに破綻し（より正確には破綻したからこそ発症し）、それまでの達成は拒食、やせという圧倒的な事態を前に無にきしてしまう（親や教師からは、「手のかからない良い子」の理解し難い変貌に見える）。つまりANを発症した少女は、過去とも未来とも切り離された閉鎖的な時間のなかに生きている。本来の成長発達の時間軸から離れたパラレルワールドに移行したかのようなのである。その「未来」のない世界で、本来の時間軸には存在しなかった「過去」、すなわち親を振り回し、親を試すことで親の保護能力を確認し甘えの欲求を満たそうとする乳幼児的な日常を、ANという疾患の力を借りて彼女たちは生きようとする。それは本来の世界で生きられなかった過去を疾患の中で生き直そうとする試みである（花澤，2000）。

しかし、そのアノレキシアの世界は、患者にとって安息の場所ではない。なぜなら、そこは、無理な拒食をし続け、際限なくやせ続けていくことでしか成立しない、所詮偽りの世界でしかないからである。それは無意識には患者自身にもわかっている。ANとしての自らの存在の仕方を直視し、心の底から認めることなど患者自身にもできはしない。やせにこだわり続け、体重にこだわり続け、カロリーにこだわり続け、親をふりまわし続けることで、患者はその偽りから目をそらす。「のんびり」や「ぼんやり」はアノレキシアの日常にはない。心も身体も常に動かし続けることでしかアノレキシアの少女は生きられない。まさに「走り続けていなければ倒れてしまう自転車」が彼女たちである。これはANの特徴的な

症状である過活動を成立させるのひとつの大きな要因ともなっている。

(2) ANの精神病理と「身体」

アノレキシアにおける主体と身体との関係を見るとき、特徴的なのは、「身体感覚の遮断」と「身体認識の変容」である。

徹底した拒食は、空腹感の遮断なしではあり得ない。過活動も、やせすぎた身体と低栄養状態から当然あるはずの疲労感、倦怠感、あるいは筋肉痛や関節痛などの身体感覚の徹底した遮断を抜きには成立し得ない。

身体認識の変容は、身体像の障害として臨床的には現れる。死の危険性すらはらんだ極度にやせた身体を、患者の主体はやせ過ぎと認識しないのである。この身体像の障害は、アノレキシアの世界へ自らを封じ込めた主体にとって都合の良い身体認識である。自らをやせ過ぎと認めることは、やせの（身体的）治療の必要性、即ち自分が疾患の力で離脱した正常世界の論理を認めることにつながるからである。

アノレキシアにおける身体感覚の遮断と身体認識の変容は、主体による身体の奴隷化とも言うべき事態である。主体と身体との間の情報の流れは、主体から身体への命令の一方向となり、身体からの訴えは却下される。主体は、身体の形・大きさすら、自らの都合の良い形にねじ曲げて解釈する。これらは、本来一体であるはずの心（主体）と身体が分離し、主体が身体を対象化することで可能となっている。彼女たちの体重（という数字）への強いこだわりも、身体の対象化の現れである。それは、身体という本来とらえどころのない全体（アナログ量）を、数値化（デジタル化）することで明確化し、コントロールしようとする機制に他ならない（花澤，1995）。

拒食し続け、動き続けるアノレキシアは、主体が身体を対象化し、奴隷化することではじめて成立する病態という側面を持っている。

(3) ANに対するマインドフルネスアプローチの可能性

マインドフルネスは、過去にとらわれ、未来におのくことをやめ、今この瞬間に生きることをめざす。今この瞬間の身体感覚、感情、思考をある距離をもって眺めることを通じて、今ここに生きる「自分」に気づき、意識し続けることが求められる。動き続けることをいったんやめ、立ち止まってみるアプローチといってもよい。「することモード」から「あることモード」への転換である。ANの存在様式は、典型的な「することモード」であり、つまりANは、典型的に「マインドレス」な状態像といえることができる。こう考えると、ANに対するマインドフルネスにもとづくアプローチは有効なように思われる。

しかし、実際には発症初期から中期、すなわちやせにとらわれ、実際やせ続けて行くことで自らの発達段階の危機から目を背け万能感にひたっているANの少女に、マインドフルネスにもとづくアプローチはきわめて適用困難であろう。その理由は、まさに彼女たちがあまりにも「マインドレス」だからである。マインドレスに生きることだからうじて自分を保っている少女に、マインドフルであれというアプローチは届かない。ANの少女たちは、過去とも未来とも断絶したアノレキシアの世界の

中であって、拒食とやせにこだわり続けることで「今の瞬間」からも目をそらしている。あえてそこに目を向けさせようとするマインドフルネスの思想は、彼女たちには脅威であり拒絶されるだろう。

一方、ANが回復過程に入れば、マインドフルネスにもとづくアプローチは大きな意味をもってくる可能性がある。

拒食・極度のやせと、退行的な態度により（母）親を振り回すことは、患者が乳幼児期から学童期には得ることができなかったあらたな親子関係の展開（甘え直し）を意味する。そこに本人はもちろん親へのサポートが適切になされることで、患者は思春期を生き直す強さを獲得していく。それにつれ、拒食という無意識の対処行為はゆるみ始め、患者は自らの内に食の衝動の亢進を自覚するようになる。その結果、食べる量が増え始めていくが、この時期患者は一般的に自分が過食症になってしまうのではないかという不安を抱く。主体にとって、それまで封じ込めてきた食の衝動のうごめきは、それが一転制御不能となることへの不安を呼ぶのである。これは、前述したANにおける主体と身体の関係の一方向性（身体の奴隷化）がゆらぎはじめた事態であり、次に目指されるべきは、主体と身体の関係の双方向性の復活（身体の復権）である（花澤，2000）。ANの回復期におけるマインドフルネスにもとづくアプローチの有効性は、まずこの点にあることが考えられる。

カバットジンのMBSRの重要な技法に、「食べる瞑想」がある。「食べる」という行為に伴う感覚（視覚、触覚、嗅覚、味覚）、ともなう生じてくる感情や思考などにマインドフルな注意を向け続けることを、一粒のレーズンを実際に時間をかけて食べることを通して体験する。この食の瞑想は、普段無意識にしている食べるという行為にマインドフルな注意を向けることで、食べものに対する衝動の強さとコントロールのしにくさを自覚し、その上でそれを満足させる方法を学ぶことにつながるという。ANの回復期、食の衝動に圧倒されそうになっている主体にとって、この食べる瞑想の実践は極めて有効な可能性がある。これはまた、健全な空腹感と満腹感の獲得にもつながる技法でもある。

もうひとつ、AN回復期の身体の復権に直接つながりうる技法に「ボディ・スキャン」があげられる。これは、「何らかの基準に照らし合わせて自分の体を判断するのではなく、自分の体に意識を向けるように」する技法であり、具体的には「つま先から頭のとっぺんまで注意を移動させながら、すべての瞬間に注意を集中して、自分の呼吸と体を客観的に観察すること」を行う（Kabat-Zinn, 1990）。この技法が、ANの少女がそれまでかたくなに遮断してきた身体感覚を呼び覚まし、主体の都合に左右されない身体イメージを取り戻すことに有効であることは十分に予想される。

さらに、マインドフルネスの実践は、ANから回復しつつある少女たちを、周囲の期待に合わせすぎることによって自分を見失わず、未来の不安にも圧倒されず、思春期の瞬間瞬間を自分自身の生として大切に生きることにつながることを期待される。これは、〈すること〉モードから〈あること〉モードへの転換であり、マインドフルネスにも

とづくアプローチは、アノレキシアの世界から、健康な世界への橋渡しとなる技法となる可能性があるといえるだろう。

2. BNとマインドフルネス

(1) BNの精神病理と「時間」

現代の思春期青年期女性にとって、もともと低い自己評価、あるいは一時的に低下した自己評価を確実に上げてくれる（と彼女たちが思っている）方法は、やせることである。そのため、多くの女子がダイエットに走り、その一部がBNとして発症する。ダイエットによって亢進した食衝動が、一気に解放され最初の過食が起こる。過食の最中、患者は無我夢中であり、衝動に身を任せたまま食べ続ける。過食が終わり、我に返ったとき、肥満する恐怖から自己誘発性嘔吐を典型とした代償行為に走る。一度起こった衝動的過食は、以後頻発するようになり、多くの場合過食嘔吐が習慣化、嗜癖化していくことになる。

習慣化するにつれ、過食は、日常で蓄積したストレスに対する対処行動という側面をもつようになる。日常生活の時間の中で、患者は「これではいけない」「こんな自分ではいけない」という自己否定と焦燥の中にいる。その自信のなさが、他者との関係において「嫌われたくない」「悪く思われたくない」「浮きたくない」といった心理を強め、過剰な気遣いと緊張の持続をよび、気疲れが蓄積していく。この、自己否定と焦燥、気疲れは、日常の中で健全に解消されることなく、帰宅後の過食嘔吐の時間の中で刹那的に忘れられることとなる。嘔吐は、当初は過食の結果わき上がる肥満恐怖への対処であるが、しだいに思っきり吐くという行為が、内面の鬱憤や攻撃性といった陰性感情や衝動を文字通り「吐き出す」行為として、それ自体積極的な意味を持つようになる。過食嘔吐が終わり、日常の時間に戻れば、過食嘔吐を繰り返してしまったことがさらに自己否定と焦燥を強め、それがまた過食嘔吐を呼ぶ。悪循環の構造である。

ANの時間が、疾患が作り出す特殊な閉鎖的時空間の中で停滞し、あるいは逆流するのに対し、BNは日常生活に留まる。過食嘔吐の存在は隠され、外からは普通の日常を送っているように見えることが多い。しかし、BNの時間も、ANとは違った形で停滞する。日常における他者との関わりで生じた怒りや悲しみなどの陰性感情、自己への不満足感や焦燥は、日常の中で直視され、健全に解消がはかられることで自己の成長につながることなく、孤独に行われる過食嘔吐によって刹那的にリセットされる（花澤，2008）。問題は手つかずのまま翌日に繰り返され、それが毎日繰り返される。過食症者の時間は、日常—過食—日常—過食—……という無限のループの中に停滞し続けるのである。

(2) BNの精神病理と「身体」

BNの少女にとって、身体は、まず他者から評価される対象としてある。評価の基準は、「やせていることが良いこと」という社会文化的な価値観である。患者自身が、自らの身体をその外的基準で評価する対象としてみている。そして理想の体型に近づくためにダイエットを行う。これは、主体が対象として身体を操作することに

ほかならない。ここまでは、ANと共通している。違いは、BNにあっては、強い食衝動という身体側からの反撃を抑え込むことができず、それに翻弄されるところにある。翻弄され、過食行為に身をゆだねるとき、主体は日常の緊張から解放される。悩み疲れている主体そのものが、過食行為の中に溶けていく。過食が終わり、我に返った主体は嘔吐によって食べてしまったことの無化を試みるが、嘔吐という非日常的な行為のもつ強い身体感覚は、それ自体が主体の存在感を薄め、過食同様衝動と緊張の発散という意味を持つ。

過食も嘔吐も、非日常的な強い身体感覚をもたらし、それによって主体は衝動と緊張の解放を味わう。過食嘔吐のもつ嗜癖性の一つの理由がこれである(山登, 1998)。

過食嘔吐を繰り返す中で、患者は食に関連した本来の健康な身体感覚である「空腹感」と「満腹感」を失っていく。すでに、過食に先行するダイエットによってそれらは損なわれている。さらにいえば、いつでもどこでも適度においしい食物が過剰に供給される現代社会は、そもそも少女たちに健康な「空腹感」と「満腹感」を育む機能を低下させている。

空腹感、満腹感とならんで食に関連した重要な身体感覚に「味覚」がある。衝動的な過食において、患者は食物をゆっくり「味わう」ことをしない。胃袋に食べものを「詰め込む」感覚が優先され、「味とかおいしさとか感じていない」という患者が多い。ただし、過食症者が味覚を全く無視しているわけではない。特に慢性化した患者においては、治療関係が深まると、実は「好きなものを好きなだけ」食べられることも過食の魅力であることを語ってくれることが多い。その場合、ケーキやチョコレート、菓子パンといった甘い物やスナック菓子が好まれる(花澤, 2003)。これらは、もともと砂糖の甘さ・適度の塩分・適度の脂肪分の組み合わせを中心に食品会社によって味が設計され商品化された「過剰においしい」食品群である。自然界には本来存在しない味であり、それ自体嗜癖性を有し、現代社会におけるBNの増加の要因の一つともなっている(Shell, 2003)。過食においてはふつうの味はほとんど感じられず、過剰においしい食品群に満足を求める。過剰においしい食品群にはそれ自体嗜癖性があり、過食を誘発する。ここにも悪循環がある。

以上のように、BNの少女たちは、自らの身体イメージの形成を、もっぱら「やせていれば美しい」という外的基準に依存するとともに、過食・嘔吐という過剰な身体感覚と、過剰においしい食品群に耽溺する中で、健康な「空腹感」「満腹感」「味覚」を失っている。

(3) BNに対するマインドフルネスアプローチの可能性

過食をしていない時間のBNの少女は、過食する自分に悩み、やめたいとも思っている一方で、過食嘔吐のもつ魅力(嗜癖性)を手放すことについては密かな抵抗も抱いている。過食嘔吐を基本的に問題行動として捉え、そのコントロールを治療方針の前面に掲げる認知行動療法において、治療導入の失敗や脱落例が少なくない一つの理由はここにあると考えられる。その点、過食そのものを直接コントロールしようとする技法ではないマインドフルネスにもとづくアプローチは、治療の導入と継続について利点を有している。

マインドフルネス・アプローチにおいては、自分の中にある様々な陰性感情や焦燥を、注意を集中し評価を下すことなくありのままに観察することがまず求められる。そのようにして得られるマインドフルな「気づき」は、主体がそれら陰性感情や焦燥を対象として見、距離を取ることにつながる。陰性感情や焦燥に気づいている「自分」は、それらに巻き込まれることなく、落ちついて今その瞬間を生きることが出来る主体である。過食嘔吐による刹那的な解消へと先送りすることなく、問題に今その瞬間に向き合い、より健全に対処しうる主体である。嗜癖化した過食嘔吐をただちに消すことはできないにしろ、無限のリプレイの中に停滞していた過食症者の時間が、前に向かって流れ出す契機とはなり得るだろう。

BNの少女たちは、他者の目を通して自分の身体を見、社会文化的な価値観にもとづいて身体を評価しコントロールしようとしている(加藤, 2000)。それに対してマインドフルネスにもとづくアプローチは、自分の目で自分の身体を見ること、自分の心で自分の身体を感じることをめざす。カバットジンは、マインドフル瞑想について「注意を集中し、評価を下さずに自分を観察することによって、自分という存在の正しい内的基準を直接的に感じとるプロセス」という意味が含まれているとしている。身体も「全体としての自分」を構成する要素であり、心と切り離して評価とコントロールの対象とされるべきものではないという実感を育むことができれば、過食の動因となっている外的基準に依存したやせ志向やダイエットへのこだわりが和らぐことが予想できる。また、ボディー・スキャンにおいて、落ちついて、集中して身体感覚に気づいていこうとする中で、失われた(あるいはそもそもきちんと育てていなかった)健全な身体感覚が育まれていくことが期待される。これにより、過剰な刺激でしか満足できなくなっているBNの身体感覚の正常化と空腹感・満腹感の復活が期待できる。そして食べる瞑想は健全な味覚を育むとともに、ゆっくりと味わう体験を意識的に行うことで、衝動的でなく食べることの再学習につながると考えられる。

以上のようにBNに対するマインドフルネス・アプローチは、過食嘔吐の消失を直接の目的と掲げることなく、それを維持している患者の生き方や心の状態、身体感覚などに働きかけることで悪循環からの離脱を促す技法として、有効に作用することが期待できる。

おわりに

すでに精神療法の新たな潮流となりつつあるマインドフルネス・アプローチは、豊かな可能性を秘めている。症状や問題行動を排除することを直接の目的とはせず、我々人間の存在の仕方への深い洞察に基づき、人生そのものの質を高めるなかで問題の解決、あるいは受容を促そうとする方法と言ってよいだろう。文明の進歩、社会の複雑化の中で不可避となった構造的ストレスの中に生きている現代人に現れる様々な心身の障害に対して、広く適用可能な技法と考えられる。

しかし、個々の疾患への適用を考える際には、その疾患固有の病態、精神病理に対する理解が必要なのは言う

までもない。本稿では、摂食障害へのマインドフルネス・アプローチの可能性を、その精神病理の検討から考察することを試みた。その際、摂食障害が思春期青年期に好発し、心身の成長と大きな関わりをもつ病態であることから、「時間」と「身体」を鍵概念として考察した。今後は臨床的研究の検討と臨床実践の中で、その可能性をさらに探っていきたい。

文 献

- Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H.Z.V. (2004) Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 57, 35-43
- 花澤寿 (1995) anorexia nervosaの1症例 食物の細分化と「デジタル化(数値化)傾向」という視点から. *精神医学* 37, 187-193
- 花澤寿 (2000) anorexia nervosa (制限型)の回復過程に関する精神病理学的考察—症状の変化に注目して. *臨床精神病理*, 第21巻, 225-243
- 花澤寿 (2003) 発症後12年を経過したBulimia nervosaの1症例. *臨床精神病理*, 第24巻, 109-117
- 花澤寿 (2005) 神経性無食欲症(制限型)の治療. *精神科治療学*, 第20巻, 681-686
- 花澤寿 (2007) ANにおける「成熟拒否」の時代変遷. *千葉大学教育学部研究紀要*, 第55巻, 223-225
- 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
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experimental Approach to Behavior Change*. New York, Guilford Press
- Kabat-Zinn, j. (1990) *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York, NY: Dell Publishing. (春木豊訳 マインドフルネスストレス低減法. 北大路書房 2007)
- 加藤敏 (2000) 現代社会における視線の過剰と精神科臨床. *精神科治療学*, 15, 1127-1136
- 古東哲明 (2011) 瞬間を生きる哲学 〈今ここ〉に佇む技法. 筑摩書房
- Kristeller, J.L., Baer, R.A., Quillian-Wolever, R. (2006) Mindfulness-based approaches to eating disorders In Baer, R. (Ed.) (2006) *Mindfulness and acceptance-based interventions: Conceptualization, application, and empirical support*. San Diego, CA: Elsevier.
- Linehan, M.M (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press
- Segal, Z.V. Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2002) *Mindful-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press (越川房子訳 マインドフルネス認知療法—うつを予防する新しいアプローチ. 北大路書房, 2007)
- Shell, E.R. (2003) *The Hungry Gene: the inside story of the obesity industry* Grove Pr (栗木さつき訳 太りゆく人類—肥満遺伝子と過食社会. 早川書房, 2003)
- 下坂幸三 (1961) 青春期やせ症(神経性無食欲症)の精神医学的研究. *精神神経誌* (下坂幸三 アノレクシア・ネルボーザ論考. 金剛出版, 東京, 1988 所収)
- 高石利博 栗原雅直 (1975) 止まった時計に投影された成熟拒否—Anorexia nervosaの1症例—. *精神医学*, 17, 27-37
- Wanden-Berghe RG, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. (2011) *The Application of Mindfulness to Eating Disorders Treatment: A Systematic Review*. *Eating Disorders*, 19: 34-48.
- Wilson, G.t. (2004) *Acceptance and Change in the Treatment of Eating Disorders: The Evolution of Manual-Based Cognitive-Behavioral Therapy*. In S.C. Hayes, V.M. Follette, M.M. Linehan (Ed), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, Guilford Press.
- 山登敬之(1998)拒食症と過食症 困惑するアリスたち. 講談社