

## 原著論文

# 神経性やせ症をもつ人が体験している身体体験

## The body experience of the person who are having with anorexia nervosa

井上 さや子 (Sayako Inoue)\*<sup>1</sup> 畦地 博子 (Hiroko Azechi)\*<sup>2</sup>

### 要 約

神経性やせ症をもつ人はその過程においてどのような身体体験をしているのかを明らかにすることを目的に、外来にて治療を受けている4名に半構成的面接を行い、質的帰納的に分析した。その結果、神経性やせ症をもつ人が体験している身体体験として【感情的態度の表れ】【おかしさへの気づき】【変化の感覚への怖れ】【回復の感受】の4カテゴリーと18サブカテゴリーが明らかになった。

この結果より、【おかしさへの気づき】と【変化の感覚への怖れ】の間で長く循環し、【回復の感受】にはつながり難いという身体体験の特徴が考察された。【おかしさへの気づき】と【変化の感覚への怖れ】の間で患者が揺らいでいる時は、行動的事実に焦点を当てた支持的な姿勢を保ち、患者の状況は自分の力で歩んでいるのだと理解することで、巻き込まれないことが重要である等の看護が示唆された。

### Abstract

Body experiences of anorexia nervosa patients in Japan have not been systematically identified as medical symptoms in psychiatric nursing. Developing categories is in dire need for nurses who provide care to these patients. In this research, we interviewed 4 anorexia nervosa patients to generate the most obvious body experience symptoms and corresponding nursing care guidelines. 4 main categories of body experiences were 'manifestation of emotional attitude,' 'awareness of some irregularity,' 'fear of a sensation of change,' and 'acceptance of recovery,' which could be classified into 18 subcategories.

As the characteristics of the body experience, the characteristics was considered that it pendulated for a long time between 'awareness of some irregularity' and 'fear of a sensation of change' and was hardly connected to 'acceptance of recovery'.

As a nursing suggestion, when a patient fluctuates between 'awareness of some irregularity' and 'fear of a sensation of change', maintain a supportive attitude focused on behavioral facts. Understanding that she is walking on her own, suggested that nursing should not be involved.

キーワード：摂食障害 身体体験 自我 看護

### I. はじめに

Freud (1923) は、性的発達理論において、口唇付近の身体感覚、口唇機能の発達から芽生えた自我が、身体の発達に合わせて成熟や安定へと向かっていくという身体機能の発達とこの成熟の関連を指摘している。つまり、こころを看る精神看護では、身体とこころの結びつき

を意識してこころの安定・成長の過程を捉える必要がある。そして、身体感覚や身体機能、身体機能の発達という視点でなく、身体体験という、よりこころとつながる概念で捉えることが身体とこころの結びつきを意識する上で重要だと考えた。

神経性やせ症をもつ人の身体体験の特徴として、身体感覚を過剰に抑制しバランスを欠いた

\*<sup>1</sup> 高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

\*<sup>2</sup> 高知県立大学看護学部

状態であること、特定の身体感覚に執着する傾向の2つが考えられる。下坂(2001)は、自らの治療経験より、次のような現象を指摘している。食事に関する強迫的なこだわりを持ち、持続的に食事を制限する。ほとんど空腹感を感じず、自分をコントロールできる達成感や安心感を抱く。また、不食による体の軽さから爽快感も感じており、疲労感を感じていない。時折、猛烈な空腹感に襲われながらも、押さえつけてきた食欲が暴走し、とめどなく食べてしまうのではないかと恐れて空腹感を押さえ込む。少量摂取するだけで、すぐに満腹感を感じ、お腹がでている感じがする、太っている感じがする、などと訴えることもある。さらに、神経性やせ症をもつ人の中には、リストカットの併存が多くみられること、嘔むだけで飲み込まずにすぐに吐き出す行為(チューニング)によって食べる満足感を得ようとすることから、特定の身体感覚に執着する傾向の存在も考えられる。この2つの特徴を踏まえると、神経性やせ症をもつ人は、抑制や執着などで歪められた疾患特有の身体体験をしていると考えられ、健康な人とは違う身体体験をしている可能性がある。そのため、歪められているかもしれない身体体験に留まるのではなく、その人が身体感覚をいかに受け取っているか、主観的な体験に着目していく必要が考えられる。

看護師は、神経性やせ症をもつ人をその身体体験の独自性を理解することができず、問題行動と捉えてしまう。問題行動に着目するのではなく、視点を変えて、神経性やせ症をもつ人が身体感覚をいかに受け取っているか、主観的な体験を理解することが重要な看護ケアとなる。このようなケアを行うことは、問題行動に着目する姿勢から心の安定・成長を待つ姿勢へと看護師の姿勢を変化させ、患者―看護師間に新たな関係をもたらすことが期待できる。

したがって、本研究では、神経性やせ症患者の身体体験の理解に基づいた精神看護ケアガイドラインの開発を目指して、神経性やせ症をもつ人はその過程においてどのような身体体験をしているのかを明らかにする。

## II. 用語の定義

身体体験とは、「その人が感じた身体感覚、ボディサイズの知覚などの“いま、ここにある”感覚を、自分なりに感じ、意味づけること」とする。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン：質的帰納的研究

### 2. 研究協力者

地域で生活し、外来治療を受けている神経性やせ症をもつ人で、研究協力者本人から同意がとれる20歳以上の人を対象とした。

### 3. データ収集方法

半構成的インタビューガイドを用いて、30～40分程度の面接を実施した。面接の内容は同意を得て録音した。データ収集期間は2018年4月から7月であった。インタビューは、発症後の経過に沿って、身体の変化を尋ね、その時の感覚やイメージ、身体に対する感情や態度を中心に伺った。研究協力者がこれまでの経過に対して前向きな意味づけができるよう、最後は、現在の回復感やその協力者にとっての身体がいい状態について質問した。

### 4. データ分析方法

逐語録からケース毎に経過に沿って体験を整理し理解を深めた後、逐語録に戻り、身体感覚ならびに身体の受けとめに着目して身体の体験を表している部分を抽出し、カテゴリー化を行った。カテゴリーの定義をする中で類似するカテゴリーがないか確認し、洗練化を行った。

### 5. 倫理的配慮

本研究は高知県立大学研究倫理委員会の承認を得て実施した(看研倫17-56)。研究協力施設と研究協力者に対し、研究の目的と方法と意義、研究結果は公表することを伝え、参加は自由意思であり、撤回は自由であること、不利益を受けないこと、プライバシーの保護に努めること、心身の負担への配慮を行うことを約束し、同意

を得た。これらは文書及び口頭で説明を行った。対象者へのアクセスは、研究協力施設から研究協力依頼について紹介してもらい、研究者に連絡先を教えてもよいと答えてくださった方の連絡先を、施設を通して研究者に教えてもらった。対象者がよく考えた上で研究に参加できるよう、研究者から対象者への初回の連絡は、上記内容と協力していただきたいことを説明するだけに留め、次回の連絡で協力の有無を聞かせて欲しいと依頼した。

#### IV. 結 果

##### 1. 研究協力者の概要

研究協力者は女性4名で、年齢は20歳代2名、50歳代2名であった。4名とも現在の診断名は神経性やせ症だが、うち2名が、過食期を経験していた。発症時期は、3名が10代で、1名が40代だった。

##### 2. 神経性やせ症をもつ人が体験している身体体験

神経性やせ症をもつ人が体験している身体体験は、【感情的態度の表れ】【おかしさへの気づき】【変化の感覚への怖れ】【回復の感受】の4カテゴリと18サブカテゴリに分類された。以下、

【 】がカテゴリ、《 》がサブカテゴリ、「 」研究協力者の語り、を表す。

##### 1) 【感情的態度の表れ】

【感情的態度の表れ】とは、自分に生じている身体感覚を、患者独自の感情的態度で受けとめる体験である。

このカテゴリには、《今の身体は全く評価できない》《苦しさをぶつけて快感を得る》《身体でしんどさを訴える》《休むことは身体に許さない》《不快な感覚は否認して感じない》の5つのサブカテゴリが含まれる。全ての対象者は、このカテゴリを体験していた。

##### (1) 《苦しさを身体にぶつけて快感を得る》

これは、食べる－食べないで生じた苦しい身体感覚を、自己にぶつけて快感を得ることである。

例えば、ある人は、「やっぱりおなかはずごくすくけど、それ以上に自分のコンプレックスを克服したいっていうことのほうが勝って、苦しいけど苦しいのが快感みたいな、自分を追い込みたくなるっていう感じがありました。苦しいけどそれを乗り越えたらアドレナリンが出るような感じで、気分がハイになる感じがある。」と、本能のままに自分を虐めるように身体と付き合い、生じた苦しい身体感覚を理想に向かう苦し

表1 神経性やせ症の人が体験している身体体験

【カテゴリ】	《サブカテゴリ》
感情的態度の表れ	苦しさを身体にぶつけて快感を得る 休むことを身体に許さない 不快な感覚は無視して感じない 今の身体は全く評価できない 身体でしんどさを訴える
おかしさへの気づき	身体の不調に気づく こころと身体のつながりの感覚が乱れていることに気づく 社会生活に必要な体力と知力の不足に気づく 身体を制御できない 動けない状態までいってしまう 鏡や他者を見て痩せているかもと気づく
変化の感覚への怖れ	増えるのも減るのも怖い 勝手に体重を増やされることに抵抗を感じる 病気を手放すことに躊躇する
回復の感受	悩んでいた体調の軽減する 身体の感覚・イメージをとりもどす 健康の基準ができる 太らないと実現しない希望や目標ができる

みと受けとめることで、今の苦しさを中和させて快感を得ていた。

(2) 《休むことを身体に許さない》

これは、しんどさを感じていようがまいが、頑張り休まないことを身体に求めることである。

例えば、ある人は「もう3日目ぐらいで、体が全く動かなくなって。でも、引きずっていくんですけど。それで死にたくて爆発して、ぎゃーって家でなっ。」とステップアップのためにやっている手伝いを体調に合わせて休むことができず、身体を引きずるほどしんどくても、他者の手伝いを優先していた様子を語った。

(3) 《不快な感覚は否認して感じない》

これは、生じているはずの不快な身体感覚を、なかったことのように一切感じないことである。

例えば、日夜問わずに家族の食事の支度に明け暮れ、家族との関係性に強い苦痛を感じていたある人は、体重が20キロ台になっても、「(空腹感)ないんですね。ウーロン茶なら飲む感じですね。(そうすると水分で満腹感がでる?)ないですね。(倦怠感も?)ないんですよ。とにかく、3食ご飯を作らなければならない、仕事の昼休みは帰って家族のご飯の用意をして、また、元に戻るみたいな。」と、不快な身体感覚は全く感じておらず、他者から車椅子が必要な状態として接されたことでようやく痩せすぎている現実を認識したが、それでも不快な感覚は感じなかった様子を語った。

(4) 《今の身体は全く評価できない》

これは、今の自分は全く評価できないが、体重が減ればコンプレックスだらけの身体が人にも認められて新しい自分になると信じることである。

例えば、ある人は、「昔から自分の体形とかにコンプレックスがあったのでだんだん痩せてきたことがうれしかったっていうのはあったと思います。あとなる直前(痩せ始める直前)ぐらいから自分の性格が嫌だったのもあって無理に違う自分を演じたりとか。あといろんな学校行事とかクラブとかいっぱい掛け持っていて、でも本当はしたくないけど自分を克服するために頑張るみたいな感じで、人に認められたいとか。」と、評価できない自分を克服したい強い思いが、変化が見えやすい痩身に当てはまり、痩せてい

く自分を理想に向かう自分として受けとめる体験をしていた様子を語った。

(5) 《身体でしんどさを訴える》

これは、自分に生じている身体的心理的な調子の悪さを、他者が気づいてどうにかしてくれるのを期待することである。

例えば、ある人は「お薬を、言葉じゃなくて、お薬いっぱい飲んだ次の日に、ほとんど記憶ないけど学校に行って。ふらふらしてて、(もう帰りな。)いや帰るのも無理だったから、何か休んでたりとか。そういうのは何回かありました。」と、自分のことを気にしてくれる先生の気をさらに引きたくて、過量服薬でふらふらしているのに登校して、言葉ではなく具合の悪い身体を強調することでしんどさを表現していたことを語った。

2) 【おかしさへの気づき】

【おかしさへの気づき】とは、食べる-食べないに囚われた生活を継続することで生じた身体のおかしさに身体感覚を通して気づく体験である。

このカテゴリーには、《身体の不調に気づく》《こころと身体のつながりの感覚が乱れていることに気づく》《社会生活に必要な体力と知力の不足に気づく》《身体を制御できない》《動けない状態までいってしまう》《自分の身体と摂食障害のイメージを結びつける》の6つのサブカテゴリーが含まれる。

(1) 《身体の不調に気づく》

これは、ひどい胃のむかつき、常にある倦怠感、無月経など身体の不調を感じて身体具合がよくないことに気づくことである。

例えば、ある人は「食べれなくなって、そのときは(体重が)40になったときに怖かったです。その最初は。そのあたりからもう生理がなくなって、これはもうやばいと思って。だからそれで生理がなくなったら赤ちゃんが産めない。どうしようかって思うのがあって、それでも太ろうとは思わなかったですね。太れなかったですね、もう、怖くて。」と、子どもが好きなのに赤ちゃんが産めない身体になったことにショックを受け、身体のおかしさに気づいたと語った。

## (2) 《こころと身体のコントロールの感覚が乱れていることに気づく》

これは、自分を追い込む快感や達成感がなくなり、体調の悪さや身体が無感覚を、こころと身体が思い通りにならないと感じることである。

例えば、ある人は「その快感みたいなのがあったのは最初のほうだけで、最初は気分がよかったけどやっぱり食べてないからだんだんとしんどくなってきて心と体がついていけないような感じで。」と病院に通い始めた頃には気分と身体がコントロールできないと感じるようになり、「ちょっと困るというか、感じが出てきた」と語った。

## (3) 《社会生活に必要な体力と知力の不足に気づく》

これは、社会の中で活動することによって得られた身体感覚を通して、必要な体力と知力が病気によって失われた、または培われていないと気づくことである。

例えば、ある人は「やっぱり人の何倍も努力しないと頭に入ってくないとかあったり。あとはやっぱりどうしても体力が要るからそこでだんだん(体重が)減ってきて続けられなくなったっていうのはあります。」と当時を振り返り、学校や仕事が続かない自分について「やっぱり働きだしたらすごくしんどくなってしまって辞めてしまうので、その点ではやっぱり何かがおかしいんだろうなって思います。」と語った。

## (4) 《身体を制御できない》

これは、もうこれ以上体重が減ったら命が危うくなると怖くなくても、食べようと思っても食べられず、なんとか食べても吐いてしまう状態を通して、自分の意思通りに食べられずに体重が減っていくのを見ているしかできない自分に気づくことである。

例えば、ある人は「もう食べようと思っても入らない。体重測ると20キロとかになって、やばいなと思っても減っていくんですよね。あれはちょっとさすがに怖かったです。」と、数値にこだわり体重を減らすことに価値を見出していた自分が、身体を制御できずにただ減っていくのを見ているしかできないことへの怖さを語った。

## (5) 《動けない状態までいってしまう》

これは、全く動けない状態を通して、自分の重症度に気づくことである。

例えば、ある人は「え、(毎日の体重測定を止めることが)できるかなっていうのがまずあったんですけど、でもこのころの私はもうとにかく体調がめちゃくちゃ悪くなっていて、もうなぜか分からないけど倦怠感と胃のむかつきと動けない状態になるぐらいまでいっていたので、もうやるしかないっていうのがあったので、だから受け入れることはできましたね。」と、毎日体重を測るのを止めるように言われて実行できるか不安に思ったが、やるしかないと思ったきっかけには、動けない状態になるくらいまでいっていた自分に気づいたからだと言っていた。

## (6) 《他者の目線から摂食障害のような身体を持つ自分を意識する》

これは、他者の視点からイメージした自分の身体が、摂食障害をもつ人のように痩せているかもと気づくことである。

例えば、ある人は「たまに子どもが帰ってくると、『お母さん、痩せたんじゃないか』みたいになってたけど、自分の中ではそんな、痩せてるっていう感じは全くなくて。」「でも、確かに鏡を見たら、頬もこけてるから、いわゆるネットで摂食障害の方を見ると、確かにそういう体型は、ワンパターンの体型をされてたりとか、『私、もしかして、こうなんかな』っていうのはありました。」と他者の目線から自分を意識することで自分の身体と摂食障害のイメージが結びついたことを語った。

## 3) 【怖れを伴う変化の感覚】

【怖れを伴う変化の感覚】とは、受療や摂食行動により生じる身体的な変化を怖いという感覚とともに捉える体験である。

このカテゴリーには、《増えるのも減るのも怖い》《勝手に体重を増やされることに抵抗を感じる》《病気を手放すことに躊躇する》の3つのサブカテゴリーが含まれる。

## (1) 《増えるのも減るのも怖い》

これは、もっと太ってしまうのではないかと怖いと、どんどん痩せていった経験が怖かったという怖れの間で葛藤して、体重が増えるの

も減るのも怖いと変化を避けることである。

例えば、ある人は「最近になって思うようになったのは、体重が増えるのも怖いけど減るのも怖かって思うようになって、今のまんまを維持したいっていうのが最近になって出てきたなって思います。」と語った。

#### (2) 《勝手に体重を増やされることに抵抗を感じる》

これは、治療によって不本意に体重を増やされ、勝手に体重が増えていくのを、恐怖として受けとめ、変化に強く抵抗を感じることである。

例えば、ある人は「それ（経管栄養法）がどうしてもそのとき嫌で。もう何かすごい、とにかく早く食べて早く出たいと思って、もういきなり完食とかしてたとおもいます。」と、三食完食とカロリーの高そうな間食を自ら摂取して、強制的に体重を増やされることに抵抗していたことを語った。

#### (3) 《病気を手放すことに躊躇する》

これは、病気とともに永く生きてきたので、病気があったから生きてこられたと受けとめ、病気を手放すことを恐れ、回復を躊躇することである。

例えば、ある人は、「もうやっぱり大人になっていくにつれてどんどん、病気のせいで捨てていったものがどんどんどんどん増えていくから。でもやっぱり手放したら病気があったから生きてこれたっていうのもあるし、でも病気があるから逆に自分の首をしめることにもなるし、難しいんで。」と、病気と深く結びついている自分との決別を考え、怖れていることを語った。

#### 4) 【回復の感受】

【回復の感受】とは、感じている身体感覚の変化に対し、痩せたい思いがひつつきながらも、当たり前前の身体になることに価値を見出し、受け入れる体験である。

このカテゴリーには、《悩んでいた体調が軽減する》《感覚・イメージをとりもどす》《健康の基準ができる》《太らないと実現しない希望や目標ができる》の4つのサブカテゴリーが含まれる。【回復の感受】を経験していない対象者もいた。

#### (1) 《悩んでいた体調が軽減する》

これは、悩んでいた体調が、軽減したと素直に喜べることである。

例えば、ある人は「(家族旅行が) 1回目より2回目、2回目より3回目のほうがちょっと体力がついてきたので楽しめる余裕もできてきたし。食べ物も食べれる物はもう結構おなかいっぱい食べれるようになってきたので、そうするとやっぱり元気な体がこんなにうれしいものかと。言ったらもう私も今でも1日にずっと気持ちのいい、体調のいいっていうときはないんですよ。だからもう体調がよくて朝、胃の不快感もなく起きてるっていうのはもうすごいうれしいですね。」といつでも体調のいい身体ではないからこそ、体調のいい時に感謝できるようになったと語った。

#### (2) 《身体感覚・イメージをとりもどす》

これは、以前は感じられなかった身体の楽しさ・しんどさ・イメージを感じられるようになることである。

例えば、ある人は、「自分が今この体重になって偉そうに言えないですけど、やっぱり、スーパー行っても、痩せてらっしゃる方とかがいっちゃって腕を出されているのを見ると、わたし、自分に置き換えて、他人から見たら、こういうふうに見られてたんやなって、冷めて見られる部分がありますね。」と、他者の身体を借りて過去の身体をイメージし、「『もっと食べたほうがいいよ』って、心の中で。」その人と過去の自分にメッセージを送っていることを語った。

#### (3) 《健康の基準ができる》

これは、生理や体重などを、最低限身体が整う基準として捉え、その基準を持つことを許せることである。

例えば、ある人は、生理が戻ったことについて看護師から『赤飯炊かな』と言われて、うれしさは感じなかったが太ったことへの怖さも感じなかった。「何か、元に戻ったっていうのを実感したかな。」「実際、体重が増えても、何が変わったって。自分でなかったんやけど、生理があったっていうのは、初めて、ホルモンのバランスがちょっと近づけたんだなっていうのはありますね。何か自分の中で、それは40なんやなって、ネックが。」と語り、今は、時々来る生理と

体重40キロを身体が整う基準として持っていると言った。

(4) 《太らないと実現しない希望や目標ができる》

これは、痩せたい気持ちは持ちつづけながらも、太ることでもたらされた、希望や目標を実現できる身体を感じ、太ったことを気にしないでもっと体調のいい状態を望むことである。

例えば、ある人は「私のしたいことが体重が減ることだったので、もうそれからやっぱり解放されて今はもう本当に孫をちょっと見たりとかしているときに一緒に遊んでやったりとかできないんですね、えらくて。そばで見ているだけ。そうじゃなくてやっぱり体調のいいときは、だからもうすごい笑顔で接してやれるし。これから両親の介護も入ってくるだろうし。どんどん引き受けて仕事もやっぱり元気な体で。」  
「健康っていうのがベースにあってやっていける。それがないと、できることがすごく狭まってくる。私もだからもうちょっと広げたい。その意味でももうちょっと体重をと思うんですけど、まだまだ根強いですね。(体重を減らしたい思いが) ひつつくともうすごい長いですから。」と体重を減らしたい思いが離れない苦労を味わいながらも、体調の良い時にやりたいことはどんどんと広がっているときの身体の良い感覚も大切に受けとめていることを語った。

## V. 考 察

### 1. 神経性やせ症をもつ人が体験する身体体験の特徴と考えられる看護ケアへの示唆

本研究で得られた4つのカテゴリより考えられた、カテゴリの特徴とカテゴリ間の関係性の特徴、そこから考えられる看護ケアについて以下に述べる。

#### 1) 【感情的態度の表れ】から見える病理の深さ

本研究の結果より、全ての対象者は【感情的態度の表れ】を体験しており、身体体験の基礎となる重要な体験だと考えられた。【感情的態度の表れ】は、今はコンプレックスだらけの自分が瘦せれば新しい自分になると信じる体験の《今の身体は全く評価できない》、身体的心理的しん

どさを他者との繋がりを作る方法として受けとめ他者がどうにかしてくれるのを期待する体験の《身体でしんどさを訴える》、苦しい身体感覚を自己にぶつけて快感を得る体験の《苦しさを身体にぶつけて快感を得る》、いつも追われているように受けとめ頑張り休まないことを身体に求める体験の《休むことを身体に許さない》、生じているはずの不快感をなかったことのように一切感じない体験の《不快な感覚は否認して感じない》の5つのサブカテゴリから成っていた。

【感情的態度の表れ】は、生じている身体感覚を患者独自の感情的態度として受けとめる体験であり、患者らしさが表れている。その人がもつ態度が外に向いているのか、内に向いているのかで分類してみると、5つのサブカテゴリが2つに分かれると考えられた。身体を用いて誰かに何かを伝えたい態度として《今の身体は全く評価できない》《身体でしんどさを訴える》が該当し、身体を用いて伝えたい誰かも何もなく内的に引きこもっている態度として《苦しさを身体にぶつけて快感を得る》《休むことを身体に許さない》《不快な感覚は否認して感じない》が該当する。小此木(1985)はフロイトの学説を解説し、フロイトが、うっ積不安学説において本能のエネルギーを表すリビドーの放出が中断されたことによってうっ積したリビドーが不安に変換されると説いたことを示している。態度が外に向いているのか、内に向いているのかとは、リビドーの向かう方向性を示す。どちらに向いている方がよりうっ積しやすいというわけではなく、不安が出現しても、不安を軽減しようとするメカニズムである防衛機制が上手く働いているのかが重要である。防衛機制の考えを用いてサブカテゴリの内容を見てみると、身体を用いて伝えたい誰かも何もなく内的に引きこもっている態度に分類された3つのサブカテゴリの弱さ・未熟さが窺われた。《苦しさを身体にぶつけて快感を得る》は超自我が形成される前の段階によく用いられる自己愛的な防衛機制の投影を用いており、《不快な感覚は否認して感じない》も自己愛的な防衛機制の否認を用い、《休むことを身体に許さない》も全くしんどさを感じていないケースは、自己愛的な

防衛機制の抑圧の使用が考えられた (Freud, A, 1936)。つまり、伝えたい誰かはおらず内的に引きこもっている態度は、自己愛の傾向が強く、自分を理想化し、その自己愛世界だけに住むことをひとつの生き方にしてしまっている。松木ら (2006) は、摂食障害のパーソナリティ病理の中核は、自己愛だと述べている。身体を用いて誰かに何かを伝えたい態度の2つのサブカテゴリーには伝えたい対象が存在していることから、身体を用いて伝えたい誰かもなく内的に引きこもっている態度と比べると、病理は深くないと考えられた。その人がどの身体への感情的態度を体験しているかを知ること、病理の深さを判断し、自己愛的な傾向が強い人は、自己の万能・誇大・優越性を維持しようとする、対象の軽蔑と支配しようとする、思いやりが欠如する傾向があることなどの特徴は病理からくるものだと理解して関わると互いが楽に付き合えるはずである。

下坂 (2001) は、自らの治療経験より、「患者は自己誘発嘔吐や下剤の乱用を行うことで激しい身体感覚を得て、自らの存在感覚の希薄さを補い自己を確かめている」と述べている。神経性やせ症をもつ人は実存的な不安や不確かさを抱いており、拒食行動を行うことで不安を埋めて自己を確かめている。そのため、拒食行動を止めるときには、その人の実存的な不安や不確かさへの理解を示した上で行うべきである。その一方で、身体を用いて誰かに何かを伝えたい態度を示す人に対しては、寄り添うだけでなく、他者へのリビドーを強めないように、自己に向き合う時間を促すケアが必要である。齋藤ら (2014) は、体重は回復したが強い腹部症状を繰り返し訴えた患者について、その訴えには「生理学的異常事態の表現」「肥満恐怖・栄養投与への抵抗」「強いコントロール欲求」「一人で栄養投与に耐えることの不安・恐怖」といった多層的な語りが含まれていたと報告している。腹部症状の訴えに多層的な語りが含まれていたように、《身体でしんどさを訴える》の身体体験にも、一つのしんどさではなく、様々なしんどさ、例えば生理学的異常事態の表現や肥満に対する恐怖、コントロール欲求、孤独感などが混在し、言語化するほど意識化できないままに、身体で

訴えているのだと考えられた。これらのしんどさは自己に向き合うことで整理されていく。看護師が神経性やせ症の患者と多く関わるのは、栄養投与に関するかかわりである。身体にアプローチする重要な場面である一方、強い怖れや不安、を患者にもたらず場面となる。そこで、齋藤らは看護師が栄養投与時に付き添うことを治療に取り入れたが、患者のリビドーの方向性が柔軟であるように考慮すると、身体を用いて誰かに何かを伝えたい態度を示す自我をもつ患者の栄養投与は、強い怖れや不安を患者にもたらずことに理解を示しつつ、栄養投与以外の場面で日頃から関係性作りに注力し、一人で不安や恐怖に耐えられるよう、患者一人で実施できることを目指して支援すべきだと考えた。

## 2) 【おかしさへの気づき】と【変化の感覚への怖れ】の循環

【おかしさへの気づき】のサブカテゴリーの気づきの時期には幅があると考えられた。比較的初期から生じる気づきとして、身体の具合がよくないことに気づく体験の《身体の不調に気づく》、自分を追い込む快感や達成感がなくなりしんどさや身体の無感覚を感じる体験の《こころと身体をつながりの感覚が乱れていることに気づく》の2つが考えられた。また、身体の不調がより悪化した状態で生じる気づきとして、これ以上体重が減ったら命が危うくなると怖くなくても増やすことができない体験の《身体を制御できない》、全く動けない状態を通して自分の重症度に気づく体験の《動けない状態までいってしまう》の2つが考えられた。結果に示したように、やるしかないと思った対象者がいたことから、より影響力が高く切羽詰った状況であると考えられたからである。最後に、苦しさはありながらも回復しつつある状態での気づきとして、社会活動を通して必要な体力と知力が病気によって不足していると気づく体験の《社会生活に必要な体力と知力の不足に気づく》、他者の視点から自分の身体をイメージして痩せているかもと感じる体験の《自分の身体と摂食障害のイメージを結び付ける》の2つが考えられた。自分の身体だけに注目するのではなく、他者や社会へ視点が開かれていることから、【おかしさ



の気づき】の中で、比較的余裕のある状態だと考えられたからである。

【変化の感覚への怖れ】のサブカテゴリーも体験される時期に幅があり、外部への抵抗を体験する時期と、葛藤を保持することができる時期の2つに分かれると考えられた。治療によって体重を増やされる変化に強く抵抗しそうになる体験の《勝手に体重を増やされることに抵抗を感じる》は、外部からの力に抵抗を感じて自己を守ろうとするという形で生じているが、もっと太ってしまうのではないかという怖れとどんどん痩せていった経験が怖かったという怖れの中で葛藤する体験の《増えるのも減るのも怖い》や、病気があったから生きてこられたと受けとめて《病気を手放すことに躊躇する》体験は、自己の中に相反する感情が生じて葛藤し、葛藤を保持することができるということから、怖れはありながらも自我は安定している状態であると考えられた。

【おかしさへの気づき】と【変化の感覚の怖れ】のどちらもサブカテゴリーの体験される時期に幅があり、身体体験の比較的初期から中期にかけて幅広く存在すると考えられたことから、この2つは同時に存在し、おかしさと変化の感覚への怖れの間で葛藤し循環しながら進んでいると考えられた。

Janet (2014) は、摂食障害をもつ人の変化に対する準備性についてプロセスを明らかにしている。前考慮期（変わりたいと思っていない）、考慮期（変わることに對する2つの心がある）、準備期（変わる準備ができている）の3つから成るそのプロセスのうち、【おかしさへの気づき】と【変化の感覚への怖れ】の循環は考慮期だと考えられた。プロセスの中で変わることの重要性和変わることができるという自信の2つが次第に高まっていくことから、【おかしさへの気づき】は変わることの重要性に該当すると考えられた。この文献より、【おかしさへの気づき】は回復に向けて積極的になるためには欠かせないものであるが、変わることができる自信を同時に高めていけるよう、松木 (2006) が治療的姿勢として述べている行動的事実に焦点を当てた支持的な姿勢がこの時期でも重要だと考えた。

福岡 (2012) は、摂食障害をもつ人のストレ

ングスを高めるケアとして、摂食障害を持つ人が、これまでに乗り越えてこられなかったことやこれから乗り越えていかなければならないテーマ（責任、意思決定、関係性など）に向き合うことを支え、自分の力で歩むことを支えるケアが重要だと述べている。【おかしさへの気づき】と【変化の感覚への怖れ】の悪循環に陥っている患者が、その中でもおかしさや怖さの気持ちに気づくことができたことを評価し、ストレングスを活かした視点で患者を捉え、揺らぎながら綱渡りしている患者の状況は自分の力で歩んでいるのだと理解することで、巻き込まれない姿勢が看護ケアとして重要である。

### 3) 【回復の感受】へのつながり難さと完全回復することへの許せなさ

結果にも示したように、対象者には【回復の感受】を経験していない人もいた。経験している人は、結果にも示したように、対象者たちは今も痩せに拘る思いを捨てきれず、手放して喜んでいる状況ではなかった。【感情的態度の表れ】が出現するような危うさはなく、他のカテゴリーと違い前向きな言葉で語られたため、《健康の基準ができる》《太らないと実現しない希望や目標ができる》など前向きな言葉のサブカテゴリーが誕生した。しかし、痩せたい思いがひつつきながらという状態は、部分的な回復への許しであり、完全に回復することへの許せなさのように窺われた。【変化の感覚への怖れ】と【おかしさへの気づき】の循環から、【回復の感受】へと移る過程には多くの葛藤とトライとエラーがあり、どのように移行していくのかを明らかにするのは今後の課題である。

【回復の感受】へのつながり難さに対する看護ケアとして、多くの葛藤や変化への怖れに看護師は注目しすぎることなく、患者が歪んだ見方ではなく現実的な見方ができるように、また、自己防衛的に対処するのではなく身体を動かし現実的な行動をとれるように、現実的に処理することを助ける役割が考えられた。そのためには、患者が【おかしさ（への気づき）】に気づいてどうしようもなくなっている時でも支えとなる信頼関係を日頃から築いておく必要がある。そうすれば、その行動が失敗に終わっても関係

性の中で次にまた取り組む機会があるまで見守り、機会を見つけ、機会を作ることができる。しかし、患者の認知の歪みや自己防衛が強い場合、患者の葛藤や変化への怖れに理解を示すことと現実的な立場で関わることをバランスよく行うのは難しいであろう。【回復の感受】は回復のゴールではあるが、患者の現実的な視点が育つを見守り、育てながら、看護師は決して急ぐことなく待つことが重要である。福岡 (2012) が、自分の力で歩むことを支えるケアが重要だと述べていたように、患者が現実的な見方、現実的な体験の積み重ねができる時期を、命を守りながら見守ることが重要だと考えた。

## VI. 結 論

神経性やせ症をもつ人はその過程においてどのような身体体験をしているのかを明らかにすることを目的に、質的帰納研究を行った。その結果、神経性やせ症をもつ人が体験している身体体験として4カテゴリー18サブカテゴリーが明らかになった。本研究の限界として、4ケースと対象者が少なく、一般化するには限界がある。今後は、この結果を元に【変化の感覚への怖れ】と【おかしさへの気づき】の循環から、【回復の許し】へと移る過程にはどのような体験があるのかという視点で研究を進め、摂食障害看護の発展に寄与していきたい。

## VII. 謝 辞

研究協力者の皆様、研究協力者をご紹介くださいました施設の皆様に、心より感謝いたします。なお、本研究は、JSPS科研費JP17K17515の助成を受けて実施した。本研究において申告すべき利益相反事項はない。

### <引用・参考文献>

C・Brenner (1955)／山根常男, 本村汎 (1965).

精神分析の基礎理論, 誠信書房: 東京.

福岡雅津子, 畦地博子 (2012). 摂食障害をもつ人のストレスを高めるケア. 高知女子大学看護学会誌, 38(1), 61-67.

Freud, A. (1936)・外林大作 (1958). 自我と防衛, 152-168, 誠信書房: 東京.

Freud, S. (1923)／井村恒郎, 小此木啓吾 (1970). フロイト著作集 自我論・不安本能論, 274-275, 人文書院: 京都.

Gallagher, S (2000): Philosophical conceptions of the self: Implications for cognitive science. *Trend in Cognitive Sciences*, 4, 14-21.

Janet Treasure, Ulrike Schmidt, Pam Macdonald／中里道子, 友竹正人 (2014). モーズレイ摂食障害支援マニュアルー当事者と家族をささえるコラボレーション・ケア, 107-115, 金剛出版: 東京.

松木邦裕 (2008). 摂食障害というところー創られた悲劇／築かれた閉塞ー, 新曜社: 東京

松木邦裕, 鈴木智美 (2006). 摂食障害の精神分析的アプローチー病理の理解と心理療法の実際ー, 金剛出版: 東京.

小此木啓吾 (1985). 現代精神分析の基礎理論, 弘文堂: 東京.

齋藤慎之介, 小林聡幸, 加藤敏 (2014). 摂食障害における多層的な“身体症状の語り”と精神療法的アプローチ, *精神科治療学*, 29(6), 789-795.

下坂幸三 (2001). 摂食障害治療のこつ, 56-57, 金剛出版: 東京.

篠木由美, 野嶋佐由美 (2010). 摂食障害者との共同目標形成に向けての看護介入. 高知女子大学看護学会誌, 19(1), 137-147.

Stephan Kaufer, Anthony Chemero (2015)／田中彰吾, 宮原克典 (2018), 現象学入門ー新しい心の科学と哲学のためにー, 勁草書房: 東京.

田中彰吾 (2011). 身体イメージの哲学. *Clinical Neuroscience*, 29(8), 868-871.