

戦後の日本における社会文化的変容と摂食障害

野 添 新 一

わが国における摂食障害〔神経性食欲不振症, Anorexia Nervosa, AN〕は、1950年に勃発した朝鮮戦争による経済発展と、それに続く社会文化的変化の影響を受けて1950年代中頃以降に見られるようになった。その後もさまざまな影響により、病型の変容を伴いながら増加し、現在に至っている。

ANについては、すでに1870年代ガル、ラセーグらの先人が“心因性の自発性飢餓で、低栄養と栄養失調の結果、時には致命的な身体的障害を伴うことがある”との見解を示している。また本症の原因についてはパラツォーリ¹⁾、H.ブルック²⁾が、“ANには幼児期の母子環境に欠陥があり、気まぐれで非共感的な育児にある”と述べており、近年では1) 瘦身願望と肥満蔑視 2) 女性の社会参加 3) 飽食の時代によるとの指摘がなされているが、十分納得できる説明になりえていない。

そもそも本症は近代的な病気として、19世紀最後の25年間にイギリスやフランスを中心としたヨーロッパで急増した。当時、上流階級で肥満が心配され始めたことや健康の正常性や肥満の度合いを数字で表現できるようになったことが背景にある³⁾と考えられている。

しかし、1950年代中頃の日本におけるANの出現は、敗戦〔1945年〕後数年を経てようやく大飢饉に見舞われることがなくなったことや、多くの国民がさまざまな束縛から解放されたこと、加えて20世紀初頭から掲げられていた「子供の世紀」^{3), 4)}のスローガンがこの頃から急に子どもに向けられるようになったことなど、ヨーロッパとは異なる原因によるものだと考える。

ここではANが日本で全国的に広まった原因として考えられる下記の2要因を著者のこれまでの臨床における治療体験を踏まえながら明らかにしていきたい。

1. 社会文化的変容（国民所得の増加；栄養状態の改善や学童の体格との関わり、家族システムの変化；少子化・世帯数の減少・専業主婦の増加など、テレビなどによる情報化；肥満嫌悪、ダイエット、瘦身志向など）の影響を受けていたこと
2. 養育者・患者間で存在していた不適切な情緒調節（情緒によって個体と環境

との間にじょうずな適合を生みだすはたらき⁵⁾が発病によってさらに機能不全〔両者は(負の)強化をし合う〕に陥り、アイデンティティや自律性の確立などが阻まれた。以後、飢餓による心理・生理的機能への影響が人格的・社会的発達を損ない、ついには個人を破滅的な孤立へと追い込み遷延・難治化に向かうこと

1 1950年代～1970年代における社会文化的変容の影響

①1950年代の急速な栄養改善と食事スタイルの変化

ANをもたらし背景には、社会的に肥満促進因子の増加が考えられるであろう。わが国では1940年代にまれにANの症例報告が見られるものの、本格的な発症は戦後を待たねばならなかった。症例が顕著になったのは1955年前後の大都會で、急激な経済成長とそれらに続く栄養状態の改善が発症の背景にあったと考えられる。

実際、'55年から'73年に至るわが国の経済成長率は年平均9.1%を達成して国民所得も増加、その影響を受けて動物性蛋白質の摂取量は'45年に10.5gから、'75年には38.9gへと約3.7倍も急増した。また図1⁶⁾にあるように、脂質の摂取量も'45年の7.5gから'75年には22.3gと約3倍となり、強力な肥満促進因子の一つになっていることはほぼ間違いないであろう。

育児法も戦後まもなくしてアメリカ型が推奨されたため、育児用粉乳の需要が伸びて人工乳が母乳を凌駕、人工的育児方法が普及し始めた。それに伴いさまざまな離乳食が入手可能となり、学校給食も栄養的に改善され、「育児には母親不要」の時代、つまり文字通りの「人工育児の可能」な時代の幕開けとなった⁷⁾。以降、母親と子どもの触れ合いは減少し、結果的に摂食障害が出現・増加する素地が出来たと考えられる。

また、朝鮮戦争による特需景気の影響を受けて急速に回復したかにみえた子ども達の栄養状態は、'60年度の国民栄養調査では太り過ぎと栄養不良が問題視され、その4年後には肥満児童の増加が注目された⁷⁾。'53年以降、次々とインスタント食品が登場し、以後調理食品と外食の伸び率が上昇、'59年頃からは自動販売機の普及によってジュース類の売り上げが急増して摂食スタイルは一変、これらは糖類の過剰摂取による肥満児増加の一因となった。つまり'50年から'70年までの経済成長に伴って豊かになった食生活は学童児の急速な身長・体重(図2)⁸⁾の伸びと相関していると考えられる。

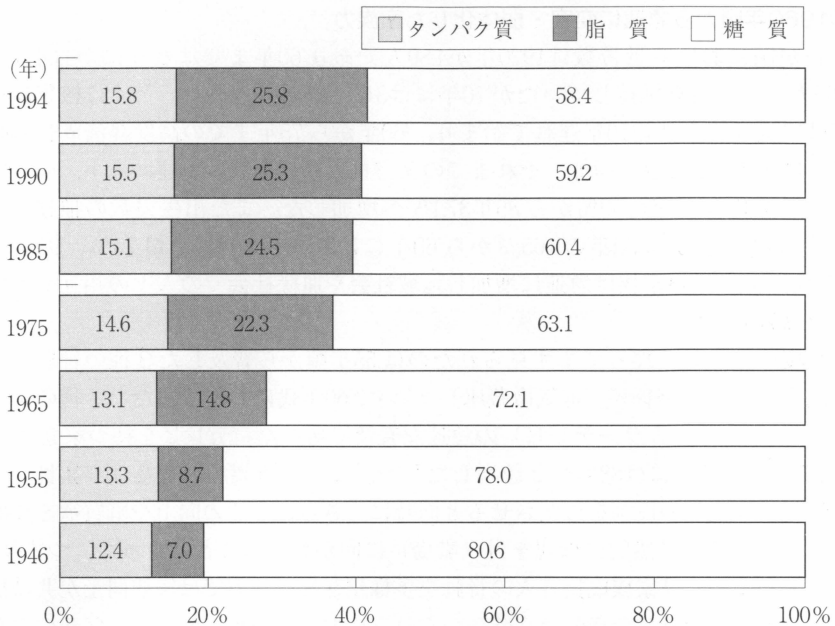


図1 エネルギーの栄養素別摂取構成比

平成2年国民栄養調査成績（国民栄養の現状，平成4年，厚生省保健医療局，健康増進栄養課監修）第一出版，平成8年

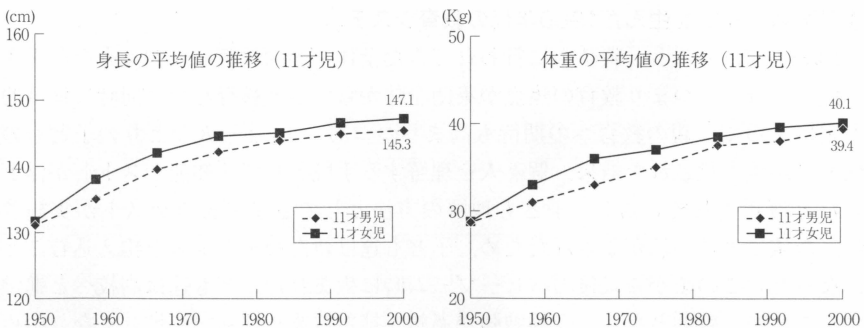


図2 昭和25年から平成12年までの学童の身長体重の推移

日本子ども資料年鑑，日本子ども家庭総合研究所，P92（一部略），KTC 中央出版，2002（一部略）

②1960年頃から急速に変容・弱体化した家族力

わが国における世帯数は1920年が4.89人であり'60年まではどうにか4.64人～4.65人と5人台を維持していたが'70年には3.69人へ減少した⁹⁾。とくに核家族化率はアメリカより約10年遅れて始まり、'60年から'75年までの高度経済成長の時代には10.6%と急激に増加、それまでの父方拡大家族形態は急速に縮小、同時に専業主婦化も'55年の30%から'85年37.1%へ増加した。また出生児数の推移（合計特殊出生率）は'50年の3.65%から'60年には2.0%、'80年には1.75%、'90年は1.54%へ減少、核家族は急速に増加し地域社会や血縁社会での人々の相互交流の機会は減少した。

高度経済成長に伴ってまず見られたのは'55年頃から普及した3種の神器〔電気洗濯機、白黒テレビ、電気冷蔵庫〕、ついで'60年代における新たな3種の神器（クーラー、車、カラーテレビ）の急速な普及であった。テレビを持つ家庭は'59年4.7%から'75年には88%へと急増した^{7), 9)}。これら新製品の普及は家族員、特に母親の家庭での役割を急変させると同時に、さらに生活の向上や購買欲を高めることとなり、必然的に母親を外（職場）に向かわせることとなった。つまり、経済的な豊かさは家族成員各人の行動を多様化させ、一方では家族同士が共に悩み苦しみ、時に喜び合うという結びつき（家族力）を弱めていった。父親の単身赴任も増加して夫婦間の希薄化や親子間の過度な密着と疎遠が生じて、本来家族のもつ心的・情緒的な面は弱体化して家族力は低下、その結果として不登校、自殺、いじめ、塾の過熱などが現れてきたと考えられる。

③児童ストレスを生んだ1960年代の教育システム

1950年代に入ると、戦時中に行われてきた全体主義的教育から個々人を尊重する民主教育へ、つまり教育の焦点が集団全体から個へと移行した。同時に経済的安定によって、親の教育への期待も高まりつつあった。「一人ひとりの子どもの理解」が焦点化された結果、個々人を理解する手段として「知能テスト」が浮上したと解釈されている⁴⁾。子ども理解の方法としてさまざまなテストが実施され、数値による評価がなされたため、子ども達は新たなストレスを抱え込むことになった。この頃から戦後のベビーブーム時に生まれた子ども達は高校へと進学することが一般的となり、受験勉強が過熱、補習授業や塾通いで忙しくなり始めた。また近所隣の子ども同士が遊びを通して成長していく機会は減少し、子どもの多忙さと家庭の外で働く母親の増加によって、一家揃って夕食の膳を囲むなどという光景は少なくなった。

このようなストレス下に置かれた子ども達が孤独感や自己疎外感を抱くとき、他者へのSOSのメッセージとして、食を使って自らの気持ちを表現するようになったのは頷けることである。この時期、食物は子どもにとって心理・社会的意味をもつに至ったのである。

④1970年代における情報化社会とダイエット願望・やせ志向

1973年のオイルショック前後の頃、急激な経済成長によって食生活は豊かとなったが、一方では急速に普及したテレビ（1975年には88%の世帯に普及）などの情報を通じてインスタント食品などが紹介され、食文化は激変した。家族で食卓を囲む機会はさらに減少し、大人も子どもも食をいかにコントロールしていくが重要な課題となっていた。

図3¹⁵⁾は思春期の子どもの肥満傾向（体重が標準の120%以上の割合）を調査したものである。1968年14才男子の肥満傾向は2.7%に対して女子は7.8%であった。これは14才女子では生理的な脂肪沈着が進むので正常の傾向と捉えて良い。しかし1980年になると肥満傾向は各年代で増加したが、その中で14才女子は5.8%へ減少、男子は6.2%へと増加し、両者は逆転したのである。僅か12年の間にこのような現象が見られたのは、いかに多くの女子生徒が情報の影響を受けてダイエットに扇動され、1980年代以降のAN、神経性過食症（Bulimia Nervosa, BN）の増加に寄与したかを示している。

なかでもBNはストレスの多様化と情報の影響が加わり、低年齢から高年齢に及び、摂食障害増加の一因となった。ただ患者は長期に過食嘔吐に苦しんでも、入院するだけで自制できることが多いことから、その病理性は弱いと思われる。しかし、さまざまな内外のストレス刺激によって過食・嘔吐が繰り返されるようになり（回避条件づけによるオペラント強化を獲得）、さらに異常な食行動による心理・生理的機能への影響も加わり治療に抵抗、いずれも病気を長引かせる要因になっていると考えている。また彼らも社会文化的変容（母親の過保護・過干渉といった養育パターンなど）の影響を強く受けている例が多かった。

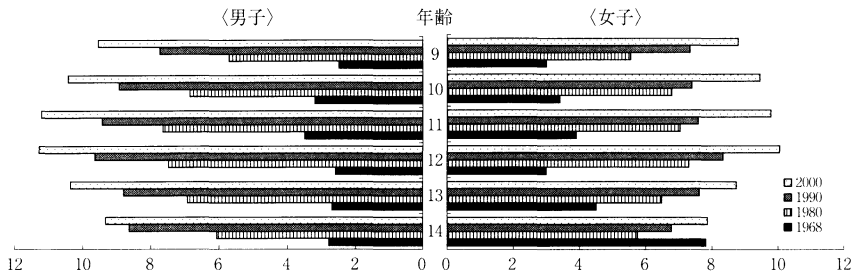


図3 肥満傾向児の出現率の推移

(注) 肥満傾向児：性別、年齢別に身長別体重を求め、その平均体重の120%以上の者
 文部科学省（学校保健統計調査報告書）日本の子ども資料年鑑、2002年、KTC 中央出版より、引用（一部略）

2 1960年前後に見られた思春期発症例とその背景要因

①思春期発症例から見た心理社会的要因

i：1960年前後の東京

下坂¹⁰⁾は約5年間にわたって、ANの25例の治療を経験しそのうち18例について詳細な検討を行い1961年に報告した。患者の発症年齢は9歳2ヶ月から19歳2ヶ月に及び、治療の時期は1955年頃から約5年間であるので、彼らの多くは40年代の生まれであると推定される。この頃首都圏では1950年に始まった朝鮮戦争の特需による経済効果の影響がいち早く現れてきたと思われる。わずか5年後の55年以降には首都圏を中心にANが見られるようになり、1959年はじめて梶山¹¹⁾が、次いで1960年に石川¹²⁾がANをまとめて報告した。

下坂は14例について分析し、母と患者および他の家族成員との関係について詳細な検討を行った〔表1〕¹³⁾。

それによると、母は患者に対して支配的である場合が多く、その数は14例中11例、拒否的であったのが6例、幼児期疎隔的であったのが5例、冷淡3例、性に対して厳格なのが2例に見られた。なお母が非支配的であった2例は「お祖母さん子」として育ち、これらの祖母たちはすこぶる支配的であったので、これらを合わせると14例中13例の養育者が支配的であった。母親以外の他の家族成員との関係は祖母との不和2例、夫との不和・虐待・対立が6例、また母親が末子、長女などを偏愛しているのが6例に見られた。このような母親の態度について下坂は「本来の性格特性によるとは考えられず、夫との不和や生活上の問題との関連

表1 母の態度（文献10より引用）

症例	患者に対する養育態度	他の家族成員との関係
1	幼児期疎隔，保護的*	祖母との不和
2	支配的，拒否的	祖母と不和，他子偏愛
3	幼児期疎隔，保護的	夫に虐待される
4	支配的（完全主義）**，冷淡，拒否的	夫に虐待される，末子（♀）偏愛
5	支配圧制的，微妙な拒否	夫と対立，末子（♂）偏愛
6	幼児期疎隔，支配的，厳格な性倫理	夫放蕩，夫と不和
7	支配的（完全主義），厳格な性倫理	
8	支配的，冷淡	男子偏愛，同居人と不和
9	支配圧制的，拒否的	夫と対立
11	支配圧制的	
13	幼児期疎隔，支配的	
16	冷淡，拒否的	夫放蕩，夫と不和，長女偏愛
17	幼児期疎隔，支配的，拒否的	他子偏愛
18	支配的（完全主義）	

* これは過保護を意味しない

** 自己のかたくな完全壁を子どもに押し付ける一種の支配的態度

で捉えるべきである」とした。また「患者は母ないし母代わりの者に対して両価的態度を示す。すなわち内心，不満，敵意を抱きながら，強い依存関係を保ち続けている」と述べている。患者の中には他の同胞に比して自分は母親から無視されていると感じていたのが5例に見られた。スタイルをよくしたいとの気持ちからダイエットを試みた例は少なく，多くは非ダイエット群であった。

同じく生活歴を見ると，「入学，学期の代わりなどの転換期において，多少の適応困難を示している。検証したANの発症も多数のものが学校生活の転換期に一致していたことから，新しい状況の展開は，患者にとっては常に一つの危機を意味する」と指摘している。

ii：1965年前後の鹿児島

1950年以前の生まれで鹿児島大学病院へ入院したAN患者は13例で，その中ではじめての入院治療例は'63年¹⁴⁾であった。その後しばらく入院患者は途絶えたが'71年以降毎年のように続くようになった。ただ'63年以来発症者がなかったのでなくANを発症しても診断の遅れや疾患への無理解のため，また治療法も分からないまま受療の機会を失っていたと思われる。事実，'50年以前の生まれで10代で発症したのは6例であったが，入院した時期は発症後最短4年で2例，8

年が2例、残りの3例は10年以上を経過してからであった。

iii：東京と鹿児島と比較

これらの結果から AN は'55年前後に首都圏に現れてから約10年遅れの'65年前後に地方で見られるようになった。1950年以前の生まれで鹿児島大学病院へ入院した13例の中で、10代発症の場合、母親の養育態度は6例中4例が支配的、過干渉的であったが、性格は東京例と同じく本来の性格というより、生活上の問題や父親が仕事優先あるいはやさしすぎるといった要因があった。残りの7例は20代以降に発症した青年期やせ症（全員女性）で、うち母親の死亡は3例。結婚後の発症は5例で、いずれも夫婦間の不和や義母との感情的対立といった生活上の問題、あるいはその他の人生上の危機が発症に関わっていた。

最年長は1927年生まれで、ついで'38年、残りは'40年代生まれであったが、4例は20代で発症していた。最年長の症例は終戦後東京で結婚、2児を儲けたがまもなく夫婦不和状態となり、ANを発症、とくに夫に養育能力なしと判断された頃より過食・嘔吐がはじまり、途中東京より九州の離島へ転居、その後も症状は続き発症32年後に入院となった。入院の理由は胃潰瘍を併発し手術を受けたが症状の改善がないため紹介入院となった。夫は「以前より過食・嘔吐がひどく年2回は押入れに貯蔵された残飯や腐れた食品をトラックで廃棄していた」と話した。'38年生まれの場合は糖尿病とバセドウ病の治療中夫婦不和状態が続き40歳で摂食障害を併発し、48歳時に入院した。

以上から AN 例の診断と治療は首都圏に比べて、地方では疾患の認知度の低さから治療時期を逸し難治化後の入院例が多かった。つまり1960年代から'70年代における発症誘因は美容上のダイエットよりもむしろ対人関係を引き金とした例が多かったと捉えるべきであり、鹿児島においても、東京と同じく患者の「脆弱性要因と直接の経験要因」¹⁰⁾ が引き金となって発症していた。またいずれも欧米のように、女性解放が発症の誘因になった例は少なく、むしろ家族成因の中で母親は家庭を守る負担がふえ、そのため子育てが支配的・圧制的にならざるをえなかったと思われる。

② AN 発症に関わる因子

i：1955年前後の東京

1950年代の日本でやせ願望や痩身願望をもって AN を発症したと思われる例は稀であった。AN が急に見られるようになったのは前述の通り、戦後混乱期の約5年を経て1950年に始まった朝鮮戦争の5、6年後であった。まず下坂の報告

した14例中詳しく報告されている10例について養育者・子ども関係を分析する。注目されるのは祖母に育てられたか、あるいは溺愛されていたのが2例、当然母親と姑との感情的対立が存在した。また、嫁・姑の間でけんかが生じていたのが1例、幼児期の養育を派出婦（1例）や子守りに任せたのが2例（うち一例の父親に愛人あり）、母親が患児の誕生を好まず他の同胞を偏愛したのが2例、母が過干渉・父が厳格である家庭に育ち、発症するまで重宝な子（イイ子）であったのが1例に見られた。この中で発症前に肥満傾向にあったのは3例であるが2例は同胞に「デブ」と言われて、1例は体型が母親に似ていると言われて反応的に減食を始めていた。以上から養育者とくに母親は発症因子の一つとして重要な役割を有している。

ii：1965年前後の鹿児島

鹿児島大学病院へ入院した1940年代生まれで10代発症の6例のうち2例に病前肥満が見られた。1例は父親がアル中、母親はスナックの経営に従事し支配・圧制的、他の一例は母親が肥満体で過干渉的、患児も肥満体で中学時代より「マルちゃん」の愛称で呼ばれ、中学卒業後就職してから（新しい環境への適応不全あり）自ら減食を開始した。その他、将来を巡って支配的な母親との葛藤の最中、姉に足が太いと言われて減食を開始したのが1例と、残りの1例は末子で保護的に育ったが交通事故を契機に発症、あと2例の母親は支配・圧制的であった。減食は反応的に始めた場合が多く、初めからスタイルを気にしていたケースは少なかった。20代以降に発症した7例は離婚や夫婦不和、片親、親子の葛藤などが引き金となって食欲不振をきたし、やせ症に発展していた。

iii：東京と鹿児島の比較

以上から、東京、鹿児島の症例とも発症前の家族背景は母親が支配的、過干渉的あるいはほったらかしの二つのタイプに分けられたが、いずれも母親は祖父母や夫とのストレス下にあることが多かった。このような場合、子どもは母親（ないし代わりの養育者）に気を使いすぎるか、あるいは自分はある程度安心できる気持ちをもってよいかどうかの葛藤下に置かれ、母親との間でお互いの信頼関係を学習することは出来なくなる。その際、母親の支配的、過干渉的態度は子どもには間違いないものとして受け取られてしまい、たとえ不満でも感情を抑えて従順な態度で応答するようになると思われる。新たなストレスで空腹あるいは満腹感を的確に認知できなくなり、不満や苛立ちを食で処理して食事パターンを乱すことになる。A. H. crisp¹⁴⁾も「本症の発病に先行して患者にとって一つの社会的危機があり、それが病気になることで解決される」との見解を述べており同感である。

③若年（14歳以下）発症例の出現と長期化の背景要因

本症は青年期やせ症とも呼ばれ、発症時期は通常15歳から18歳に集中しているのが特徴である。若年発症例の問題はすでに1985年頃より指摘されていたが例数は少なかった。思春期に直面する前、すなわち未だ精神的、身体的問題も顕在化しない前思春期における発症は肥満嫌悪や肥満蔑視とは別の発症要因が考えられる。そこで1955年から各5年間に生まれた患者のうち14才以下で発症して鹿児島大学病院へ入院した症例数を調査した。その結果、'55年から'59年までの生まれが2例、同じく'60年から'64年生まれは1例、'65年から'69年生まれは10例であった。'70年から'74年生まれは16名、'75年から'79年生まれは7例と減少したが'80年から'84年生まれは16例と増加した。これらは幼少時期を石油ショック前後の高度成長時代、またはバブル期に過ごした子どもに前思春期例が顕著に見られたことを示している。おそらく母親は余った時間を身体的成長の速くなった子供に過度に向けるようになったと考えられる。一例を紹介するとC子（12歳発症、現在33歳）の母親は支配・圧制的、過干渉的、父親は単身赴任中であつたが、一年前から姉（高校一年）の食行動異常に気づいて注意や叱責を繰り返していた。母親はいつも姉に注意しながら“C子ちゃんは姉さんのようなことはしないよね”が口癖、そのうちC子は“何も言えない人間となった”と当時を振り返って述懐した。C子のはじめ母が姉だけに注目と関心を向けていたのを自分は無視されていると思ってしまった。まもなく拒食を開始、今度は母親の注目と関心を一気に引くこととなり、病態は悪化して12歳で紹介入院した。これまで3回入院して治療を受け体重は回復するものの（3回目の入院後過食症へ移行）、退院すると母子の関係は前と同じにあるため前の状態へと戻っていた。現在は社会的引きこもりの状態にある。

回復に至らない原因としては、母親の過保護、過干渉といった専制的態度の直接的影響が強い反面、C子からの意見は全く受け入れられないまま、また発症後もそれらは変わらずに続いていたことが考えられる。また母親へのアプローチが十分でなかったことや、前思春期例のため強迫思考や認知の歪みへの治療が困難であったことなどが考えられる。発症前は成績も上位でイイ子に育てられていたが、発症から現在までの約20年間、患者は自律性や社会性、人間関係性の発達に費やす時間やエネルギーはもち合わせていなかったと考えられる。

前思春期にあつては肥満や体型の問題は優位でなく、心身とも未熟で、自己評価を得る体験も少なく、自立的行動を学習できる状況にもなかった。おそらく、養育期における情緒調整（“他者によって”自己の興奮やストレスを緩和させる

機能であると共に、他者とうまくやる機能でもある)⁵⁾は未発達な上に、母親の支配性は優位のまま、子どもの抑制的応答だけが習慣形成されていった。以後それらは双方とも再学習することもなく、異常食行動による心理・生理的影響が加わり調整障害に陥ったことが長期化要因になったと思われる。

考察

1950年代から70年の日本に見られた神経性食欲不振症と社会文化的要因

19世紀後半から20世紀初頭の西洋で見られた神経性食欲不振症の発現は瘦身願望がその主な原因とされていた。しかし、わが国における神経性食欲不振症の発現はそれとはかなり異っていた。

シカゴ大学のナサニエル・アプターが1950年代のアメリカのシカゴ大学にいた頃「一次性神経性食欲不振症の症例はきわめてまれで、医学生や精神科実習生は、生涯 AN の診療に当たる機会は何回もあればいいほうだろうと言われていた」と述べているようにアメリカでは AN は稀な疾患であった¹⁶⁾。それに比して下坂は1950年代の中頃から東京を中心に僅か5年前後で25例の診療を行ったと報告、その急激な AN の出現はアメリカにおける状況とは異なっていた。

1950年代になって都会の子どもたちは以前のような飢餓の心配が無くなり、栄養状態は急速に改善、人工乳や離乳食が普及し「育児の合理化」⁷⁾が進んだこともその一因だと考えられる。とはいうものの症例に詳述されているように家庭内での嫁・姑や夫婦関係での対立・批判や暴力、さらに患児以外の子どもに対する親の偏愛・ひいきなど大人達によって引き起こされるさまざまな問題は発達期の子どもたちにとって強いストレスとなったであろう。そのため患者の多くは満たされない不満や苦悩の気持ちを抱くようになり、その状態から回避する手段あるいはそれらの解消策として、食事制限や不食さらに体重にまで気持や関心を向けるようになったと考えられる。

また、20代で発症した鹿児島の1940年代の生まれの患者のうち、思春期の課題は何とか克服できたが結婚を契機に AN を発症したのが7例中5例、職場ストレスが2例に見られたがいずれも肥満嫌悪や瘦身願望は主な発症因ではなかった。彼女らは自由で新しい考え方に触れながら希望を胸に結婚したと思われるが、夫や姑との関係に悩み、結婚に幻滅を感じながら食欲不振に陥りやせに向かったと思われる。

1960年代の中から後半にかけて、日本は高度経済成長時代に入り家族のあり方

や教育システムは急変、大人も子どももそれらへの適応ストレスに晒されることとなった。その結果として、登校拒否や校内暴力、少年非行、摂食障害などが見られるようになった。本田⁷⁾はこの時期の状況について「経済上昇期に当たる60～70年当時は、わき目も振らずに働く親たちと、将来のためにと管理を強化された学校教育の支配下で、不満を堆積させる子ども達とが、住空間だけを共有しつつ各個ばらばらに暮らしていた時代ということになろう」と述べている。1970年代にはいるとベビーブーム時代に生まれた子どもたちの受験戦争は激しさを増し、それまで学校で行われていた受験教育は塾に引き継がれることとなった。親の期待に沿って動かざるをえなくなった子ども達は周囲との交わりを犠牲にし、また望ましい対人関係を形成する余裕もなくしていた。一方、情報化も急速に進んで自らの価値を体型すなわちスタイルに求めようとする若者が急増、いまでは、前思春期例にまで拡大している。それらは1968年に次いで80年に行われた栄養状態の調査で14才女子の体重が男子との間で逆転した事実から、いかに急速に不適切なダイエットや食事スタイルが広がっていったかを知ることができる。現在各世代で肥満率はさらに増加し、また児童相談所における子ども虐待に関する相談件数は1990年を1（1,171件）とすると2001年には21.1倍（23,274件）へ急増〔厚生労働省ホームページ〕、養育環境の悪化と若い女性のやせ傾向は進んでおり、摂食障害は今後も増えていくことが予想される。

治療の経過から観察した思春期発症例と長期遷延化の問題

1970年代後半に入ると神経性食欲不振症患者は全国的に増加し始め1981年には厚生省の特定疾患に指定されて班研究が発足、はじめて全国調査が施行された。そしてバブル期へ突入した86年前後から過食症も増加、加えて病態の複雑さや治療法の遅れから遷延化した症例の入院も多くなった。

ところで筆者が1971年に摂食障害の治療に参加するようになって、すでに35年が経過した。この間、10代で発病し入院した患者の中には治療に抵抗し続けて20、30年が過ぎ、中には自殺したり、50歳を過ぎて合併症で死亡した症例もあった。

彼らの発症後の特徴は「養育期の親子間の歪み」を抱えたまま、進学・就職・対人関係などの悩み直面している点である。この状況では、カロリーや体重に気持ちを向けることで悩みから回避できたり解放されることもあろう。一方親が病前の患者を他の同胞に比して「自慢の子で周囲の評価も良かった」とする口調はどの例でも同じであるが、はたして生まれながら「イイ子」であったかは疑わしい。むしろ幼児期の彼らが大人の表情や行動を鋭く観察しながら、親の期待に

沿える行動を半ば無意識に学習させられていたことも考えられる。たとえば第一子が親に厳しく、時には叱責されながら育てられるのを観察した患児は自らも情緒を抑制し、イイ子を演じる場合が多い。また病弱な同胞をもつ例では、母親が自分に構うことなく同胞の面倒を見ている間、辛抱強く我慢するのが習慣となり、結果として思春期に入って適応不全に陥ってしまったと考えられる。

調査できた26例の長期遷延化（退院後10年以上を経過した例）したAN中核群の問題を検証すると、死亡が4例で残りの8割以上は親たちとの間で、混迷と苦悩を繰り返しながら、40代、50代となっても親や家族へ依存し続けていた。定職についているのは2例のみである。彼らは大学へ入学し一時期親元を離れるか、あるいは家を出て働いた経験があっても病を払拭できないまま20、30年後再び親に依存する生活へ戻っていた。ただ親元を出て異常な食生活を続けながらも働いている例では快方に向かうことが多い。いかに自立が困難となるかは次の症例が示している。A子は40代、10代で発病したが、いまは両親と同居している。母親によると「今でもこたつでゆっくりしている娘の部屋のふすまを急に開けると“ピクッ”として起きあがる」と述べており、母子の間で形成された幼時期の心理・生理的反応が依然として脱条件づけされないままであることを示唆している。これらはBowlby¹⁷⁾が言うように発達過程における親との間で「自分は安全であるという感覚」を十分得られない不安と迷いの中で発症、以後飢餓による心理的影響が加わり、社会性・自律性の獲得や仲間関係の形成が阻まれてしまったと考えることができる。今後は子どもを「大人に働きかけて反応を引き出す主体である」といった見方が必須となることが示唆される。

そこで我々は摂食障害患者の親の養育態度をPerris¹⁸⁾らが開発したEMBU (Egma Minnen Beträffande Uppfostran) を用いて調査¹⁹⁾した。EMBUは患者が15歳時の親の態度を遡及的に評価する自己記入式調査表である。その結果、ED (Eating Disorders) 群がコントロール群に比して父親、母親とも「拒絶的」で有意 ($p<0.000$) に高く、「情緒的暖かみ」は父親、母親とも有意 ($p<0.000$) に低かった。「過保護」の中で「成績重視」はED群の父親がコントロール群に比して有意 ($p<0.05$) に低かった。同じく「過干渉」も父親が有意 ($p<0.05$) に低かった。また「ひいき」は母親が有意 ($p<0.05$) に高かった^{20), 21)}。これらの成績は彼らが思春期の段階で父親、母親は「拒否的」でかつ「情緒的暖かみ」に欠け、また父親は母親に比べて放任的で成績にも関心を示さなかったと認知していたことになる。つまり養育期に養育者と子どもとの間で形成される社会・情動発達⁵⁾ (人と人との間で働く情動が、たがいの関係を調整し、主体の社会的能力を

もたらすようなシステム変化)は不安定で、情緒調整は機能不全に陥っていたことを示している。そのため発症を契機に人と人との調整不全は飢餓の心理・生理的作用の影響を受けてさらに進み、自我機能や自立を育み能動的に状況に対処する能力の発達は損われてしまったと考えられる。新たな社会・家族システムの変容に相応する新たな養育システムや思春期・青年期心身症への治療モデルによる治療法の構築されることを望む。

結論

- 1 わが国における神経性食欲不振症は1955年前後先ず大都会で、ついで1965年前後に全国的に広まった。それらは一般的には肥満嫌悪、瘦身願望によると思われがちだが、それよりむしろ急速に変容していた家族、とくに母親と子供との間で形成される不適切な情緒調整にあった。つまり高度経済成長の影響を受けた食生活、電化による母親の家事労働からの解放、地域社会・血縁社会との関係性の希薄化、核家族化の進行、過度な受験競争と情報化などの社会・文化的要因は各人の自由の拡大と家族力の弱体化をもたらし、神経性食欲不振症発症の背景要因となっていた。
- 2 鹿児島大学病院においてわれわれが行った神経性食欲不振症(中核群)の長期観察結果から、彼らの多くは養育期に母ないしは母に代わる養育者間との情緒調整が旨く機能しない状況でANを発症、以後飢餓による心理・生理機能への作用がさらに情緒調整力(自我機能や自立性)の発達を阻んでしまったと考えられた。つまり、過度の期待を抱く母とその期待に自らの気持ちを抑えて応えようとする子ども双方の間で取り交わされる情緒調整を巡る誤学習があり、それらは発症後も病態の特異性から修正学習²²⁾*)の機会は無視されるか困難な状況にあったのである。また双方からの不適切な行動はオペラント強化(負の強化)を受けて消去に抵抗することとなり、正常な生物学的能力(たとえば生殖能力)や社会的能力(たとえば働いたり恋をする能力)の発達や健康を慢性的に損なう¹⁴⁾ことになっていると考えられる。

* 修正学習(corrective learning): 随伴性を誤って認識してしまうと、しばしば不適応的な予期を形成してしまうことになる。こうした不適切な予期を捨てさせ、現実に応じた予期を形成すること。この学習が成功するためには、単に言語的説得のみでなく、自己の持つ予期が誤りであることを証明するような体験(修正的経験)が重要である。

稿を終えるにあたり、これまで神経性食欲不振症の患者さんの治療に共に取り組んできました鹿児島大学第一内科ならびに心身医療科の先輩および関係者の方々に感謝し深甚の御礼を申し上げます。

本研究の一部は平成17年度厚生労働省精神神経疾患研究委託費（17公－1）を受けて実施された。

文献

- 1 Palazzoli, M. S. Self-starvation. (A. Pomerans, Tras.) London: Chausser 1974
- 2 ヒルデ・ブルック著（岡部祥平・溝口純一訳）：ゴールデンケージ思春期やせ症の謎、星和書店、1979
- 3 ワンダーヴァンダーエイケン、ロン・ヴァン デート著：拒食の文化史、野上芳美訳、青土社
- 4 本田和子：子ども100年のエポック「児童の世紀」から「子どもの権利条約」まで、p48、フレーベル館、2000
- 5 須田 治：社会・情動発達をとりあげることの臨床的意味、社会・情動発達とその支援、p2、須田 治・別府 哲 編著、ミネルヴァ書房、2002
- 6 平成6年国民栄養調査成績、国民栄養の現状 p36-37、第一出版、平成8年
- 7 本田和子：変貌する子ども世界、中公新書、p73、2001
- 8 日本子ども資料年鑑：身長、体重の平均値の推移、文部科学省「学校保健統計調査報告書」、日本子ども家庭総合研究所、KTC 中央出版、2002
- 9 石川 実：家族の形態と機能－核家族化と潜在的機能ストレス、p56、現代家族の社会学 石川 実編、有斐閣ブックス、1999
- 10 下坂幸三：青春期やせ症（神経性無食欲症）、精神神経学雑誌 63（11）：1042-1082、1961
- 11 梶山 進：精神経誌 61：82、1959
- 12 石川 清、岩田由子、平野源一：精神経誌 62：51、1960
- 13 山本喜三郎 金久卓也：神経性不食症－精神身体医学症例（5）精神身体医学、3（5）：292-297、1963
- 14 A. H. クリスブ：思春期やせ症の世界（高木隆郎、石坂好樹訳）、紀伊国屋書店、1985
- 15 肥満傾向児の出現率の推移 資料：文部科学省「学校保健統計調査報告書」日本子ども資料年鑑、KTC 中央出版、2002
- 16 ドナルド・M・シユウォーツ、マイケル・G・トンプソン、クレイグ・L・ジョンソン：神経性食欲不振症・過食症－その社会文化的背景、p123-148、神経性食欲不振症と過食症、編スティーヴン・ワイリー・エメット 訳篠木満／根岸銅、星和書店、1986
- 17 Bowlby, J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. new York: Basic Books 1988
- 18 Perris C, Jacobson L, Lindstron H, et al : Development of a new inventory assessing memories of parental rearing behavior. Acta Psychiatr Scand 61: 265-274, 1980

- 19 染矢俊幸, 高橋三郎, 門脇真帆, 他: EMBU 尺度(養育体験認知に関する自己記入式調査票)の日本語版作成と信頼性検討. 精神医 38: 1065-1072, 1996
- 20 武井美智子: 心理・生理・行動面から見た摂食障害の慢性化要因. 心身医 44: 911-918, 2004
- 21 野添新一, 鷺山健一郎, 長井信篤, 他: 若年化, 遷延化する摂食障害患者の問題と支援. 心身医 45: 217-223, 2005年
- 22 A・バンジュラ著(原野広太郎 監訳): 社会的学習理論. p241, 金子書房, 1982