

容など、とくに精神療法的対応の意義についての検討をするという本ワークショップは、まさに精神科領域としてのユニークな試みと思われる。

しかし、一方で私は、いかなる障害にたいしても、対人援助としての精神療法的関与は、基本的事項であると自覚している。そのため、ワークショップが求めている発達障害ゆへの課題と対応策について、ある特異性を明確に抽出できうるのか、大きな不安を抱いている。自分の力量不足と重ねての報告であることも、はじめに告白しておこうと思う。

そのような言い訳をしたうえで、注意欠陥多動性障害 (Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, 以下 ADHD) に行為障害が併存した中学2年生の女子との、短い関わりを報告することにしたい。

症 例

ここでは、私が実際に関わった事例を紹介する。個人情報の保護のために、ある程度事実を変更して報告させていただく。報告する症例はM子(13歳)である。

1. 外来通院の様子

M子が中学2年生の冬、3月に、当初は母親だけがわれわれの児童外来に相談にみえた。

母親の訴えは、M子が学校生活をうまく行なえず、学校側からも病院受診を勧められたというものであった。

母親の表情には明らかに不快な感情があり、相談に来ること自体気乗りしていない様子が窺えた。母親は「学校では、気の合う教師とはうまくいっているが、合わない教師にはほとんど反発するので、全体的に悪く評価されがち」と簡単に説明した。

聞き出すなかで明らかになったことは、M子が学校生活になじめていないこと、時に下級生や上級生と口論になったり、授業を抜け出してしまうことで、自宅では深夜に無断外出して

は遊び歩き、時に警察に補導されることもあるということであった。また、こうした状況に対して、母親が緊急性と途方にくれた感じを抱いていないような様子が、話の内容と比べて、非常にアンバランスな印象を、私に抱かせた。

母親の語る家族歴によると、両親はM子が1歳の時に離婚し、その後母親は祖父が経営していたコンビニ店を受け継ぎ生計を立て、現在に至っているという。M子の実父は元来神経質で、あまり家にはいなかったという。現在の養父はM子が5歳のときに再婚して土建業を営んでいる。きょうだいは、中学卒業後フリーターをしている4歳上の兄と、高校進学後にすぐに退学した2歳上の姉がいる。小学3年生の弟は、現在の義父と母との間に生まれた子で、M子はこの弟をやさしく面倒みているという。

母親の話では、M子はきょうだいのなかで、もっとも親思いで優しい気持ちを持ち、なんでもよく話してくれるという。義父は仕事のないときはパチンコに行っていることが多く、母は家から離れたコンビニ店で終日働き詰めであるという。自然と子どもたちに手が回することは少なく、変則的な家庭生活環境が営まれていると思われた。

次の外来面接には、母親に連れられてM子も受診した。

母親からの情報によるM子の生育暦は、妊娠37週目に2,780gで生まれたが、羊水感染症のため出生後1カ月ほど入院していたという。

乳幼児期の様子であるが、母親によると初期の運動発達や言葉に関する心配はなかったという。利き手は右で、食事に対してはやや偏食気味であったという。小さいころから人見知りはないほうで、誰かれかまわず寄っていったという。一方で、母親はまわりつかれたということに「あまり覚えがない」と話された。M子が1歳のころ、離婚されたことを考えると、なかなか育児に集中できなかった可能性があるように思われた。M子のことでは、新しいお

もちゃでも、ひとたび気に入らなると全く手にとることもしないという気難しさが、ともかく印象深かったという。

保育園には、5歳から喜んで通っていたという。ただお世辞にも機敏な子ではなく、不器用さが目立つ子で、子ども同士の場面では乱暴なところも見られたという。女の子であったにもかかわらず、よく転んだり、子ども同士でよくたたき合ったりと、生傷が絶えない子であったという。

小学校に入学後、1、2年生の頃は、とてもおとなしく、担任の先生にべったりだったという。子ども同士の輪に入れないためか、よく同級生からはいじめられたり、からかわれたりしていたという。3年生の頃から学習への取り組みがうまくいかず。成績はふるわなかったという。

生活場面での忘れ物については、低学年時は母親が手助けし、学年があがると手助けを拒否するようになり、次第に生活全体が投げやりになっていったという。

小学4年生になると周囲から「暗い子」といわれ周囲から浮いてきたらしい。しかし、M子自身は、このころから周囲に強くでる（乱暴にあるいは大声で対応する）と相手がひるむということを学び、「これでもういじめられないと思えた。ほっとしたと同時に、いじめられないためには、いつも強気で攻めつづけないといけないと思い、いじめや嫌がらせをするようになった」という。6年生の通知票は全教科オール2、行動評価は「明朗・快活」に○がついているが、校内活動では、一般的に理解力は高いが、集中するのに時間がかかる、友人とは感情的になりやすく、よく衝突する、感情の起伏も目立ち、気持ちの浮き沈みが激しい、などと評価されていた。

中学では1年生の時から目立つ子で、学校では友達とうまくいかず、別な中学校の生徒や高校中退した子どもたちと遊び歩くようになったという。学校では教師を呼び捨てにしては、

なれなれしく話しかけ、同級生や下級生とは口論、ときに乱暴な態度を示すこともあった。髪を染める、化粧して登校しては指導教師から注意され続けていたという。

面接でM子は、中学校について「よく話を聞いてくれる先生も何人かいた。でもその先生は校長や教頭から文句を言われて、もう私と話をしてはいけないといわれたようだ」と述べ、学校への不信感をあらわにしていた。

しかし、現状は何度指導されても校則違反し、強く注意する教師の揚げ足取りをしては、ひんしゅくを買い続けていたようである。自宅や友人宅で飲酒、喫煙、無断外泊による性行為なども認められていた。

中学1年生の通知票はオール2の成績、校内での態度は「時と場所に無関係に大声で話し、授業に集中することはなく、休み時間との区別がない」と評価され「教師の指導に一切従わないことが問題である」と記載されていた。一方で、小学時代から欠席の少ない子で、中学でも年間10日前後であった。ただし、中学では遅刻が目立ち、1年生の段階で年間30日以上は遅刻登校であった。

M子が初めて来院した面接日に、中学2年生の2学期早々に深夜徘徊で補導され、以後しばらく自宅謹慎していたことが明らかになった。母親が最初に相談に来られたときには、話されていないことであった。また、この謹慎は母親自身が判断したものであった。しかし、この謹慎中にもM子は数名の友人と遊び歩き、2年生の秋、10月に友人3名（全員中学2年生の女子）と深夜に無免許運転し、重傷ひき逃げ事件を起こし保護されていたこともわかった。児童相談所の一時保護を経て、学校は登校禁止となった。その後、児童相談所の職員と学校側から、われわれの児童外来を受診するようにいわれていたことが、M子の話から明らかになった。

こうした出来事をあまり悪びれずに話しつつけるM子のとなりで、母親はやや困惑した表

情で寄り添っていた。しかし、ひき逃げ事件の話になると M 子は、明るく笑いながらも大粒の涙をこぼしていた。

私が尋ねる日々の生活の様子について、M 子はずまらなそうに答えていた。次第に椅子から立ち上がり、診察室をうろうろしはじめた。「あ～、退屈」と大声で独り言をいっては、診察室においてあるペンやハンコ、おもちゃなどを関心なさげに触り始めた。次第に母親に「まだなの？」とかける声も大きくなり、母が代わってする説明にもやたらと口をはさみ、落ち着きない様子が窺えた。

さらに、M 子の様子を探るために、今後の生活についていっしょに考えるために、しばらく外来通院してもらえないかと依頼したところ、M 子は「退屈していたから、いいよ」と返答した。しかし、登校禁止中で自宅謹慎中にもかかわらず、M 子は友人との深夜徘徊を繰り返し、友達を呼び出してはリンチまがいのことをしてしまうということが続いた。

数回の通院で、私は、M 子には、軽度発達障害、おそらく ADHD という診断がつき、現状はそこから生じた二次的障害としての行為障害と診断できるのではないだろうかと予測していた。ただ、日々の生活の様子などを細かく見ていきながら、可能な範囲で心理検査を行ない、結論を下したいと考えていた。警察の少年課と児童相談所とも検討し、入院の方向性が支持された。さらに、登校禁止が続くことで高校進学についても困難が生じてしまうことを危惧し、病院に付属する院内学級の活用を考えた。

M 子と母親に入院の相談をしたところ、本人は「楽しそう」と拒否を示さず、母親も院内学級の活用を希望したため、入院することが決定した。

2. 初回入院の様子

入院生活は、中学 3 年生の春、4 月に M 子本人の承諾のもとに開始された。

入院当日の最初の病棟面接で、唐突に M 子

は、義父が M 子や姉の部屋に入ってきては一緒に寝ようとする、姉の胸をさわろうとしたり、キスしようとするということを語った。私は、義父による性的虐待の可能性を疑った。しかし、これまでの外来通院中の様子からは、明らかな乖離症状や転換症状といったものは認められず、自宅での様子からも、過覚醒、自傷行為、自殺企図なども全く認められなかった。しかし、確かに年齢不相応の性的言動や性的な行動化、自尊感情の低下、友達関係からの孤立などは存在していたため、性的虐待の可能性を完全に否定せずに見ていこうと判断した。

面接では、母親がコンビニ店の仕事のため朝まで帰宅できないことが多く、家事はきょうだいが当番制で行なうことになっているが、実際にはそれぞればらばらに勝手に食事していることが話された。私が「大変だね」と M 子にいうと、「うちはお母さんが働かないといけないし、仕方ないよ」と返答された。義父については「ひまなときはパチンコばかりしているけれど、母さんが選んだ人だから、仕方ない」と事実を淡々と受け入れているような様子が窺え、M 子には、外来でみた奔放さとは対照的な受動的な面、あるいは「どうしようもないことは、どうしようもない」といった諦念が見られた。

4 月早々から始まった院内学級は、担任の若い女性教師と早い時期に意気投合し、非常に楽しそうに通学する様子が確認できた。

日々の病棟生活は、病室のベッド周りにもものが散乱し、ベッド上にもものがあふれ、ときどき M 子はベッド下で寝るなど、とてもだらしなさそうに見えた。大声でホールを走り回ったり、看護師のあとをぴったりとついて回り、一方的に話しかける。若い看護師には、恋人がいるのかといった質問などを浴びせ、からかうこともあり、病棟スタッフからは早々に嫌がられてしまった。

さらに、面会にきた姉からタバコを貰い受け、トイレで喫煙してしまうといった行動が発覚した。

こうしたベッド周りの整理整頓、看護師との関わりや、喫煙の件などについては、その日のうちに個別に面接して注意すると、真顔で素直に謝ることができるが、翌日には同じ言動を繰り返した。

入院直後にとった WISC-III は 2 時間以上要した (図 1)。担当した心理士の報告では、M 子は検査直前から緊張した様子で腹痛を訴えていた。心理士が学業成績とは無関係であることを伝えると、ほっとした表情に戻り、腹痛が収まったという。普段の生活ぶりからは窺えないような緊張・不安の高さがあったように思われる。

検査中は、すぐにスリッパを脱ぎ、椅子の上で膝を抱え座り、ときどきストップウォッチを触りながら答えるなど、和らいだ雰囲気に見えたという。終始質問には投げやりになることもなく協力的な態度であったという。

ただ、検査中に外を走る車に気をとられる場面が目立ち、動作性の検査項目中は終始検査と無関係なおしゃべりが目立っていたという。

結果は、全検査 IQ が 92 と正常域である。言語性 IQ が 100、動作性 IQ が 85 とバランスが悪く、それぞれの下位項目にも多少のばらつきが認められた。

特徴として、注意、集中が困難で長期および

短期記憶の維持が芳しくなく、視覚情報処理が全体に苦手なところが窺えた。これらは M 子の日常をある程度説明できるものであった。一方で、理解の高さなど、社会的に望ましく周囲から期待される行動や考えは得意なほうで、隠された能力を知ることもできた。

この時点で、母親と病棟スタッフに M 子の見立てを伝えた。M 子の養育歴と病棟生活態度、心理検査などから総合して、M 子には ADHD が基盤にあると判断した。現在問題視されている逸脱行動は、診断的には行為障害が併存していると判断されるが、本人なりに生きていくための対処行動であろうと思われた。すなわち M 子の行為障害の意味は、ADHD によるさまざまな生活の躓きから、自己評価が低下していくなかで獲得した、M 子なりの自己表現、あるいは「あがき」であろうと捉えた。

M 子の言動を、ADHD メガネ²⁾で見直してみた。

M 子の誰かれかまわず示されるなれなれしさは、ADHD のある子どもによく見られる「他人への無防備さ」であろう。こうした無防備さは、結果的に周囲に利用されやすい状況を作りやすいことも少なくない。

次に、ADHD のある子どもたちが示す日常の無頓着さ、整理整頓などの管理能力の躓きは、

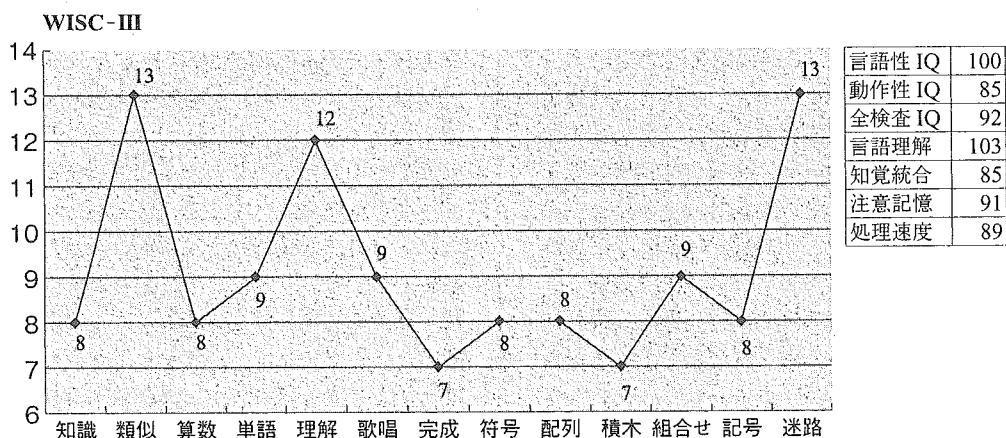


図 1 M 子の WISC-III の結果

年齢からするとだらしない人として低く評価されやすい。さらに往々にして、これらの特徴のある子どもたちは、多弁にあるいは一生懸命に（それがときには頑固に自己主張すると捉えられてしまいやすいが）話を進めていくため、周囲から浮きやすく疎まれやすいこともある。話は正論のときも多いが、行動がついていかないために、「能弁だが言行不一致」の人とみられ、これも低い人物評価を招きやすい。ひらめきで判断しやすく、注意もそれやすいので、人の話に中途半端に関わり、場に合わせて言葉を拾い集めることができず、結果的に周囲からの反感を買うやりとりになりやすい。

このように、前景に認められる症状は、M子にあると想定したADHD特有のもので、M子が故意に努力も配慮もせず示した自己中心的な行動ではないと判断したい。

先の「現状を淡々と受け入れる姿勢」は、周囲に働きかけることへのあきらめだけではなく、M子自身にも向けられていると思われる。この内面にある自暴自棄さが逸脱行動に結びつきやすく、結果としての行為障害になると判断した。

こうしたM子を説明する仮説は、母親にも病棟スタッフにも受け入れやすいものであったようだ。そのため今後の治療目標をM子の行動統制として、結果として良く評価される状況作りには置いた。

そのため、悪いことは悪いと伝えながらも、単なる注意や指摘にとどめず、もっと良い面を見てもらえるよう、具体的な行動のとり方を伝えていくことを目指した。入院中は病棟スタッフと、外泊中は母親と、相談しながら行動を決めることを重視した。内容は、毎日の予定表をたてながら、見通しをもった生活をする中で、あとの後悔が減るのではないかと考え、時間管理や行動決定、1日の振り返りなど、全体の生活支援を一緒に考えることとした。

また私との面接でも、思いや考えを一度外に出してまとめ直しをすることと、あとで振り返

ることができるよう、ノートを介しての面接に変更した。

入院1カ月後の5月から、朝に私がノートを渡し、夕方の面接までに考えをまとめて書いておくように指示し、夕方そこに記載された内容を話題にする面接を提案した。しかし、M子がノートに書いた中身を面接中に見ないでほしいと希望したため、ノートの受け渡しと、短い会話で面接は終了し、ノートは結果的に交換日記のような形式に変更された。

通常の会話では、大声で、短い言葉でふざけた様子で話をするM子であったが、ノートには、自分は勉強ができない、どうしたらよいのだろう、とか、将来のことを真剣に考えようとしても、別なことを思うと忘れてしまうこともあることや、ここに入院したことで友達に忘れられてしまわないか、とか、ひき逃げしてしまった人のお見舞いに行きたいけれど行けないのがつらいといった心情が綴られていた。日々のおしゃべりについては、自分は沈黙が苦手で息苦しくなってしまうからとも書かれていた。

病棟生活は相変わらず整理整頓がなされず、だらしない様子に変化はなかった。病棟スタッフの毎日の関わりは、実際目に見える効果を示さず、スタッフのなかにも徒労感が生まれ始め、結果的にM子の評価を低く見積もったり、入院生活の意味合いを疑問視する話も出てきた。

6月には、高校2年生のアスペルガー障害と診断されたS君に突然殴られるということが生じた。S君が突然に興奮して看護師を叩こうとしたときに、「やばくねえ」と言ったことで突然矛先が変わったようであった。直後の面接では「マジ腹立つ、もう退院する」と言っていたが、翌日の面接では「私がからかったせいだから、私が悪い」とノートに記されていた。こうした軌道修正ができる能力は、良い面として周囲に伝わりにくく、結果として評価を引き上げることが難しいという状況が見て取れた。私は、これでは日々の日常生活は誤解ばかりで浮かばれないだろうと強く感じた。

週末に行なう外泊では、毎回、性的逸脱行動に走らないように自宅で過ごすこと、社会ルールからも、当然喫煙・飲酒をしないようにと注意事項を伝え、ノートに書いて持たせ続けた。帰院時には、M子は必ず注意事項に返事を記したが、当初は「〇〇のこと、守ってください」という私の言葉に、「守りました」という返事を書いていたが、次第に「守ってみせよう！」とか「守れたぞ!!」と表現されていた。

並行して、日々の面接時に渡されるノートには、看護師へ感謝の言葉や病棟生活上の不満などを冷静に綴るようになった。時には「本当に甘える人がいない」といった心情をふと漏らすこともあった。感謝の言葉を述べた看護師には、このころから挑発的な行動を示すようになっていった。病棟をわざと抜けだそうとしたり、看護師の私的なことを尋ねたりした。M子なりの接近法、親愛の情の示し方ではあるのだろうが、看護師もとまどいがちになるなど、周りで見ても不器用なほどの言動であった。

さらに、時に示すなれなれしい（ため口をたたく）態度は、生意気と判断され一部の看護師から責められることもあった。

M子は、気の毒なほどの不器用さを次第にあらわにしていった。

一方で、頑張って前向きなコメントを書きつづけた週末外泊も、姉に深夜のドライブやシンナー遊びに誘われ、断ることができずに「最悪な外泊」として戻ってきたことがあった。外泊の失敗を後悔して面接中に泣きじゃくるM子に、どうして断れなかったのかと尋ねたところ「お姉ちゃんも高校中退して寂しいんだよ、私は入院できているからいいけど」と語り、いまさらながらM子にある、まず何を置いても相手を重視するという対処行動に驚いた。同時にそこに潜む自己価値観の低さにも。

8月になると、M子の学校の同級生Y子が不登校のため入院してきた。M子の動揺は著しく、Y子を従わせようとしたり、Y子と対

等に仲良く振る舞ったりしていたが、次第に院内学級の登校時間をずらしたり、退院したいとホールで叫び始めた。

一方で、面接ノートには、Y子にふれた内容は一切なく、高校への希望や、交通事故の処遇を巡る警察や家庭裁判所の判断への不安などが綴られていた。

病棟生活は、Y子と張り合うM子の動きが明らかになっていった。これまでの病棟生活の評価から看護師のM子への風当たりは強く、次第に感情的に衝突することも目立ってきた。さらに、病棟内での喫煙が発覚するなど、わざわざ評価を貶めるようなことが続いていた。結果的に、M子は退院を強く求めはじめ、病棟生活の拒否感を強めていった。

10月になると、M子の病棟での自己主張はエスカレートしていった。病棟での居場所を見失っているように見えた。面接ノートには、病棟生活の不満と、頑張って勉強して高校に行き医者になりたいと書かれるなど、私への失望と理想化が交錯していた。

病棟生活では、Y子から離れ、看護師とも距離を置き、毎日の生活指導もルーズになり、病棟行事である朝の会合への欠席も目立ち、どんどんと孤立していった。

退院の希望と同時に、まるで新しい居場所を確保するかのように、M子は強く中学復帰、高校進学を希望しはじめた。親と中学校の校長、教頭との協議が増え、中学復帰、高校進学の話が現実的になると、M子に対してこれまでの評価の積み重ねが話題になり、面接は緊迫した様相を呈していった。この緊張感に耐えきれないかのようにM子は週末外泊時、友人宅で飲酒して緊急帰院したこともあった。

これ以上、不安定な環境に置くことで、さらに孤立させ自暴自棄にさせないために、まず冬休みの間だけでも退院して、自宅学習と規則正しい生活に努力して中学復帰さらには高校進学といった状況に向き合えるかどうか試してみようと相談した。

M子は冬休みの間、塾に通うことを決め、12月に退院した。

私は担当医として、さらに病棟責任医として、十分にその役割が果たせていないことを知っていた。M子に対してやれたことは、面接時のノートの交換と、外泊時に外泊中に毎日開いて読めるよう日付けつきの手紙を手渡しつづけること、時間のあるときに一緒に病棟の外に散歩に出かけることくらいであった。病棟スタッフには、早い時期にM子にある病理性を説明したこと以外、特により理解を深めてもらう対応ができていなかった。

私は改めて思春期病棟の運営の困難さに直面していた。

3. 2回目の入院の様子

M子は、12月に退院後、すぐに塾に通いはじめた。夜は母親との約束で近くのホテルに母親と一緒に寝泊まりすることにした。姉との関係や他の友人との関係を考慮しての母親の判断であった。

冬休みの間M子は、塾に熱心に通い、自宅の生活も安定し、無断外泊、深夜徘徊はまったくなくなった。しかし、この間数回の話し合いをもっても、中学への復帰を学校側は認めないという態度を崩さなかった。M子が高校に進学するためには、3年生の3学期、残りの時間を病院に入院して院内学級で過ごすことがもっとも近道であるということになり、年が明けた1月にM子は病棟に戻ってきた。

今回の入院は、院内学級に通うことと、週末外泊時に塾を活用することを計画した。M子にとって、塾の存在は非常に大きく、通うことでずいぶん励まされるという。学校と違って、M子の価値観を保障し、いろいろな生き方があることを指し示してくれているという。病棟での私との面接は従来どおりとしたが、病棟スタッフの関与は必要最低限として、生活の多くを自己管理下にした。さらに、高校受験が終了し、院内学級の卒業式である3月15日には必

ず退院すると、期日(ゴール)を明らかにしての入院生活とした。

2度目の入院から、M子は週2回の面接を、面接ノートを使わず、言葉のやりとりで行ないたいと希望した。高校という直前のことが明確になったためか、面接では、勉強の仕方や、将来の夢などが語られることが増えてきた。ある時M子は、自分が首謀したとみなされているリンチ事件について、「あの事件は、私は現場にいていない」と告白した。「自分がやっただけと言わないと、友人が退学させられる。自分はどうなってもよいが友人が可哀想になって。それに、どうせ私は信用されていないから」という理由で、警察にその供述をしたと、静かに補足した。さらに「どうして自分はつつい道を踏み外してしまうのだろうか、先生は考えてから行動しなさいというけれど、私もこれでも考えて行動しているんだよね。でもしくじっちゃう、何が悪いのだろうか。私がバカだからだろうか？」と自分の足元に目を落とし、涙ぐんだ。

私は、M子の今後を考えて、高校進学が決まり次第、本人に診断を伝えこれからの生活に役立ててほしいと感じ、母親に本人への説明について相談し、合意を得ることができた。

2月、M子はある高校説明会に行き、校長先生の話に感銘を受けたと戻ってきた。「なんとなく私のことをわかってくれそうな気がした」ということらしい。小規模高校であり、以前に私も学校訪問したり、在学生のことで情報交換したことがある高校で、校長とも面識もあった。簡単に生徒を見捨てず暖かく、深い懐をもつて対応してくれたという印象があった。なによりもM子の印象を大切にしようと思った。

院内学級の卒業式が迫っていた。数回の練習では不快な表情をしていたが、当日たったひとりの卒業式では、母と一緒に明るい表情で涙を流していた。すっきりした表情で、M子は約束どおりその日に退院した。

M子は外来通院については否定的で、病院

といった縁を切りたいという意思表示をしていた。学習に関しても、大学を希望していることと、本人の支えとなっている塾も活用しながら、頑張りたいということになった。

退院直後の最初の外来が最後の外来になった。私は、M子に対して、高校生活を楽しく過ごし、将来の夢が現実にも近づくように祈っていると伝えた。そして入院生活も含めて病院が関与した理由は、補導されたり事故をおこしたためではなく、M子にあるADHDという、発達のアンバランスさ、そして時に非常に生きにくさにつながりやすい障害について説明した。M子のこれまでの関わりから、他人を思いやるやさしい気持ちがある点と、もっと上手に気持ちが伝えられるようになることを信じていることを話し、当面は頼れる人をたくさん確保するようにと伝えた。

実は担当医である私が、その2カ月後に職場を辞めることから、継続的な対応策が打ち出せないこともあり、ここでいったんの終了とした。

おわりにかえて——ささやかな省察

考察とよべるような、立派なことは書けない。私にとって、M子との関わりは「行き当たりばったりの、出たとこ勝負」の精神療法的関与であったと思う。

しかし、注意欠陥多動性障害がある子への精神療法的アプローチといっても特に障害の克服や解消を目指すことではなく、私はその子が自らの特性と付き合いながら、おおきな躓きをすこしでも回避できるような、人としての成長を期待して付き合っていきたいと思っている。

私は、児童精神科医療の師から、「もっとも大切なことは、子どもとの関係性の構築で、これに9割がかかっている」と教えられていた。不肖の弟子は、以来子どもとの関係性、安全と信頼の構築に心を砕いてきた³⁾。

発達障害のある子どもに対しても、その教えは変わらずに私の治療的接近の中心を占めてい

る。生活のしやすさ、生き延びる力に気づかせ、信頼関係の改善を図ることに尽きる、ということである。唯一異なるとすれば、誤解から積み重ねられた「自己評価の傷つき」にどのような手当てがあるかということであろう。

しかし、実際にはこのテーマは難しいように思われる、私も今回報告しているように、その点では大きく躓いている。多くの取り上げるべき話題を見落としているだけでなく、なによりも病棟スタッフとともに治療構造を構築できえなかった後悔が残る。

病棟空間でこのような子どもたちを、丁寧に傷つけないように見守ることは本当に難しい。結局、私は、M子に対して病棟を治療の場としては提示できなかった。私の力量不足を一時棚上げして言わせてもらえば、根気よく長い目

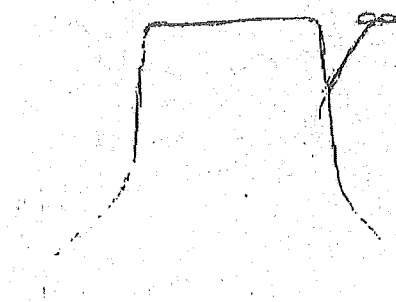


図2 M子のバウムテスト

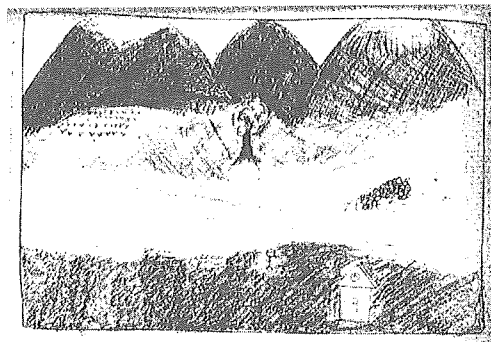


図3 M子の風景構成法

で安定した評価を伝え続ける面での難しさを、この障害は持ち得ているようにも思われる。

最後に、入院当初に児童相談所からいただいたバウムテストのコピーと、高校が決まったころの風景構成法を示しておく(図2, 3)。

私はこのバウムテストをはじめてみたとき、正規の成長を自ら閉ざすという強い絶望感と挫折感を感じつつも、ささやかな、ほんとうにささやかながらも、未来を信じようとして芽吹いた双葉に賭けたいと思った。風景構成法に描かれた中央の大木と、家の前を元気に走る抜ける子どもに、さらなる期待も抱いている。

治療経過を振り返ると、己の不備と力不足があらさまであるが、やはりM子を終始支えていたのは、明らかに母親であり、数名の教師、そして塾の先生であったと強く確信している。

治療者は、こうした他者の存在から勇気づけられることと、思春期にある子どもたちと一緒に、すったもんだしながらも、互いの自己に向き合う一瞬の時間をささやかにでも共有できたことに、大きな喜びを感じるものである。本論の「日常の生きやすさの支援は、日常に棲む環境の総体にある」とは、これら日常にある他者に向けた心からの畏敬の念からきている。

その一方で、「他人の身を兼ねられるものなら兼ねたい、しかし兼ねることのかなわぬ根本的な悲哀と同情」を意味する「かなし」と常に向き合っていかなければならないわけでもある。このとき、「かなし」は、「悲し」であり「哀し」でありながら、「愛し(かなし)」でもある⁴⁾ということに、治療者としての希望を持ち続けたいと思う。

文 献

- 1) Kanner L : Child Psychiatry (4th) . Charles C Thomas Publisher, Illinois. 1972. (黒丸正四郎・牧田清志共訳:カナー児童精神医学第2版. 医学書院, 東京, 1974.)
- 2) 田中康雄: ADHDの明日に向かって第2版増補. 星和書店, 東京, 2004.
- 3) 田中康雄・太田充子・毛利義臣ほか: “独り芝居” を続けた登校拒否の1例—フィナーレ創作法による治療的接近—. 児童青年精神医学とその近接領域, 31(4):284-292, 1990.
- 4) 成田善弘: 精神療法家の仕事. 金剛出版, 東京, 2003.

THE SUPPORTS THAT ENHANCE THE QUALITY OF LIFE EXIST IN A WHOLE SYSTEM THAT CONSISTS OF EACH ENVIRONMENT THAT CHILDREN ARE INVOLVED: THE PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH FOR CHILD WITH ATTENTION DEFICIT/ HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

YASUO TANAKA
(Hokkaido University)

Abstract : This article presented a case study of a female with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) to discuss the importance of psychotherapy for the children with mild developmental disorder. The client started showing behavioral problems and then developed conduct disorder as a secondary disorder in addition to ADHD after she became a junior high school student.

The symptoms of conduct disorder represented her agony to live with ADHD and were considered as an outcome of her trial to build relationships with others. The psychotherapy focused on making her share her difficulties to deal with herself and identity confusion that she had as adolescent.

Instead of decreasing the symptoms of this disorder, it is believed that psychotherapeutic approach for children with ADHD should focus on helping clients believe that they could have better life dealing with the characteristics of ADHD. Next, therapist should inform how they could have better life, empower them, and share the tips to establish better relationships with others.

Key words : *mild developmental disorder, attention deficit/ hyperactivity disorder, conduct disorder, psychotherapeutic approach*

❖ 研究報告 ❖

過食症に対する集団療法の試み

— 自記式質問票に反映されない治療効果について —

水田 一郎¹⁾ 植月 マミ²⁾
木下 朋子¹⁾ 渡辺 洋一郎²⁾

抄録：過食型の摂食障害患者6名に対して短期集団療法を実施し、その効果を検討した。集団療法は期間限定(12回)のクローズド形式で、セッションの頻度は週1回、長さは1セッションあたり1時間、各セッションは心理教育と自由会話の2部構成とした。結果として、摂食障害関連行動(過食・嘔吐・体重変化)、摂食障害の心性、抑うつ・不安傾向、社会生活・対人関係など、自記式質問票による評価において明らかな改善を示したのは1名のみであった。また、ドロップアウト率も高かった(初回ドロップアウトの1名を含めた計7名中3名[43%])。しかし、自由記述においては、参加者全員がグループ体験を肯定的に評価していた。また、個人療法や治療外の現実生活において大きな変化を示した患者が多かった。これらの結果に基づき、今回実施した集団療法が、質問票の得点に反映されない何らかの治療的效果をもった可能性について検討した。

臨床精神医学 34: 487~499

Key words: 集団療法 (group psychotherapy), 過食症 (bulimia), 治療効果 (therapeutic effect)

(2004年10月15日受理)

1 緒言

近年急増する摂食障害に対して、本邦では、欧米諸国に比べ対応がかなり遅れており、治療システムや治療ガイドラインの構築が急務とされている。摂食障害の治療においては、個人精神療法、家族療法、集団精神療法、栄養指導、薬物療法、身体療法など、さまざまな治療的アプローチを患者の病態レベルや病期に応じて組み合わせ、専門職種間で役割分担を行いながらチーム医療を進めていくことが肝要とされるが、本邦では、専門医・専門施設の不足や、保健医療による制約など

のために、現実にはこのような多角的アプローチを行いつらい状況にある¹⁾。

限られた診療時間やマンパワーの中で、数多くの患者への対応を迫られる現行の健康保険制度下で、費用効率のよい治療法として、最近注目されるようになったのが集団療法である²⁾。摂食障害に対する集団療法は、欧米諸国では、1970年代以降に盛んになり、当初は神経性無食欲症、1980年代後半以降は神経性大食症を主な対象として、多くの治療効果研究が行われ、その有効性が繰り返し確認されてきた^{3,10)}。本邦では、欧米に比して、摂食障害の集団療法に関する報告数ははるかに少ないものの、1980年代の斎藤の研究¹³⁾

A trial of group psychotherapy with bulimic patients; Consideration of therapeutic effects not reflected in self-administered questionnaires

¹⁾ MIZUTA Ichiro and KINOSHITA Tomoko 神戸女学院大学人間科学部〔〒662-8505 西宮市岡田山4-1〕

²⁾ UETSUKI Mami and WATANABE Yoichiro 渡辺クリニック

をおそらくは嚆矢として、学会報告まで含めるならば、1990年代以降現在まで調べ得た範囲で40近くの報告が存在し、それらの多くにおいて肯定的な結果が得られている。また、全国の精神科医、心療内科医、開業医を対象として行った摂食障害についてのアンケート調査によれば、彼らのうち、約20%が集団療法を行っていると答えている¹⁴⁾。これらのことから、現実には、本邦でも、相当数の施設で何らかの形で集団療法が行われているものと考えられる。

こうした現況をふまえて、摂食障害治療における集団療法の位置づけ、すなわち、その適応と限界を明らかにすることは、有効な治療ガイドライン作りに不可欠の手続きである^{1,8)}。また、そのためには、EBM (Evidence Based Medicine) モデルに沿った形での科学的治療効果研究の蓄積が必要なことはいままでもない。しかし、ここで問題になることが3つある。それは、①EBM研究を臨床現場で実施することの困難、②EBM研究の知見を臨床実践の場に一般化することの困難、③臨床実践の中で得られた貴重な知見がEBMの必要条件を満たしていないという理由によって等閑視される危険である。

①についていえば、治療効果を科学的に検証するためには、実験条件の厳密な統制が不可欠の前提になる。それは例えば、研究対象の選択基準・除外基準を明確に定め、それに厳密に従うこと、治療の内容を明確に規定し(可能な限りマニュアル化し)、これに従って確実に治療が行われるようにすること、効果の判定にあたっては、治療に直接携わらなかった者が、客観的な評価基準を用いて判定を行うこと、治療を行わない対照群を設けることなどである。しかし、このいずれをとっても、特に本邦においては、それを臨床現場で実践することは容易でない。これまでの研究^{1,3,10)}によれば、研究対象として、短期集団療法の場合には、現在神経性無食欲症であるか、その既往をもつ者、DSMで摂食障害以外のI軸障害やパーソナリティ障害を合併する者、摂食行動以外の問題行動(自殺企図、衝動行為、社会的逸脱行動など)を示す者は、治療反応性が悪かったり、他のメンバーに否定的な影響を与えがちなため、これ

らの者を除いたグループ構成が勧められることが多い。しかし、これらの基準を厳密に適用すると、ほとんどの施設では、該当患者が少な過ぎて、集団療法を実施すること自体が難しくなるだろう。また、治療の種類についても、現時点では、どのようなタイプの集団療法がどのようなタイプの患者に有効かについて、明確な結論は出ていない¹⁰⁾。いろいろなタイプの治療を比較検討することが必要だが、臨床現場ではこのことも難しい。例えば、臨床現場では、集団療法と同時に、個人療法や薬物療法が行われていることが多い。集団療法の効果を調べるために、他の治療を中断して、集団療法だけを行うことは、実際には困難である。また、本邦では、保険診療での集団療法は6カ月までしか認められていない。このことだけが理由ではないだろうが、臨床実践や研究の中心は、どうしても、比較的短期間で実施可能な認知行動療法や心理教育に傾きがちであり、実施に長期間を要する力動的集団精神療法については、わずかな例外¹⁵⁾を除いて、その適応や限界が十分に検討されていない感がある。

次に②は、①の別の側面ともいえる。すなわち、仮に①で述べた種々のハードルをクリアし、EBM研究を行うことができたとしても、そこから得られた知見を臨床実践の現場に一般化することが、果たしてどれほど可能かという問題である。EBM研究の結果、ある治療法が有効だという知見が得られたとしても、臨床現場では、治療が本来の効果を発揮するための前提条件を満たせない場合の方がはるかに多いのではないだろうか。また、そうであれば、研究では有効とされた治療が、臨床現場では期待したほどの効果をあげられないという事態が生じる可能性が大いにある。

最後の③であるが、治療者や患者自身が患者の変化を実感しているのに、それが、自記式質問票などの客観的な評定法には現われてこないという現象を経験した治療者は、少なくないのではないだろうか。この場合、その現象は、「よい方向に変化したい(してほしい)」という患者や治療者の願望バイアスによって引き起こされた可能性も、もちろん否定はできない。しかし、同時に、事実として患者の中に変化は起こっているが、そ

表1 対象の特徴

対象	年齢	病型	BMI	過食 (/週)	嘔吐 (/週)	嘔吐以外の 浄化行動	罹病 期間	AN 既往	入院歴	他疾患・問題行動 (現在・既往)
A	22	ANBP	16.8	7回	7回	無	5年	—	有	自傷・抜毛癖
B	25	BNP	24.2	3回	3回	無	6年	無	無	興奮・混乱
C	19	BNP	18.5	2~3回	2~3回	無	4年	有	無	解離・自傷・自殺企図
D	38	ANBP	13.7	7回	7回	無	23年	—	無	無
E	24	BNP	20.2	2回	2回	無	8年	無	無	うつ・幻覚
F	22	BNP	18.0	7回	7回	無	6年	有	無	抜毛癖
G	24	BNP	17.7	4~5回	4~5回	無	6年	有	無	自殺企図・窃盗癖

れが、既存の評定法ではとらえきれないという可能性も捨て去ることはできない。その場合、患者の変化を主観的なものにすぎないと切り捨てるのではなく、変化を的確にとらえることのできる評価手段を開発することこそが、次の目標になる。摂食障害治療の効果判定においては、単に体重や、過食・嘔吐などの摂食関連行動だけでなく、それ以外の心理的側面や社会適応・対人関係など、多方面にわたる長期的評価が必要とされるが、これらを網羅した治療効果判定基準は、まだ完成されていないということを忘れてはならない。

以上を考えると、摂食障害治療における集団療法の適応と限界を明らかにするために、EBM研究が必要なことは当然であるが、それだけでは決して十分とはいえない。日々の臨床実践の中で実行可能な集団療法(それは、科学的研究の視点から見れば、多くの不純物を含んでいるのだが)が、どのような適応と限界を持つのか、あるいは、さまざまな制約下にある臨床現場の中で最大限の効果をあげうる集団療法とはどのようなものか—これらの疑問を解明しようとする純臨床的な研究も、EBM研究を補完するものとして、重要な位置を占めると考えてよいのではないか。

今回われわれは、このような問題意識に基づき、われわれのクリニックに通院中の摂食障害患者7名に対して短期集団療法を行った。結果は、自記式質問票の得点でみる限り、概して不満足なものであった。しかし、質問票の得点に反映されない治療効果のあったことが、治療者の患者観察や、患者自身の陳述から推察された。以下では、この点を中心に、今回われわれが行った集団療法の効

果や限界、問題点について検討し、報告する。

2 対象

筆者らのクリニックに通院中で、筆者らが主治医を務める摂食障害患者6名(全員女性)に短期集団精神療法を行った。この6名に、短期集団精神療法に参加の意思表示をしながら初回にドロップアウトし、治療を受けずに終わった1名を加えた計7名を、本研究の対象とした。対象の選択方法は、過食・嘔吐を症状にもつ摂食障害患者で、身体的な危機状態にないこと、集団療法への参加に積極的であること、という比較的ゆるい選択基準を用いた。それは、これ以上選択基準を狭めると、集団療法に必要な人数を確保することが困難と考えられたからである。

対象7名(A~G)の特徴を表1に示す。年齢は19~38歳、病型(DSM-IV-TR)は、5名が神経性大食症—排出型(BNP)、2名が神経性無食欲症—むちゃ食い/排出型(ANBP)であった。BMIは13.2~24.2、過食・嘔吐の頻度は1週間につき2~7回、嘔吐以外の浄化行動(下剤乱用、過度の運動など)を持つ者はいなかった。罹病期間は4~23年、BNP5名のうち神経性無食欲症(AN)の既往を持つ者は3名、入院歴のある者は1名であった。

摂食障害以外の精神疾患や問題行動をもっていたり、その既往のある者は6名であった。Aの“自傷・抜毛癖”は、摂食障害の発症直前のものである。Aによれば、摂食障害発症後は、それらの症状が摂食障害の症状に置き換わったかのよう

に消失したとのことであった。Bの“興奮・混乱”は、摂食障害発症の少し前、当時不登校気味であった大学の担当教員から単位のこと電話があった直後に出現したもので、心配した母親が神経科を受診するほどであったが、2～3週間ほどで収まった。反応性の興奮・混乱であり、精神病性ではなかったと考えられる。Cの“解離・自傷・自殺企図”は、摂食障害の発症後に、解離性健忘・人格交代様症状、自傷行為、自殺企図などが出現したもので、当初は、境界性人格障害・解離性障害の合併なども疑われたが、その後、次第に軽快した。集団療法実施時にも、症状自体は残っていたものの、これらの診断基準を満たすほどではないと考えられた。Eの“うつ・幻覚”は、摂食障害発症後に出現したもので、“うつ”は、うつ気分・意欲低下、“幻覚”は幻聴・幻視・幻触などであったが、いずれも未治療で改善しており、気分障害や精神病性障害の診断に該当したかどうかは不明である。集団療法実施時には、これらの症状は認められなかった。Fの“抜毛癖”の発症時期は小学校高学年頃であり、集団療法実施時にも続いていた。Gの“自殺企図”は摂食障害発症後、“窃盗癖”については正確な発症時期は不明であるが、いずれも、両親の関心を引くためのアピールの行動のニュアンスが強く、精神医学的診断がつくほどのものかどうかははっきりしなかった。以上をまとめると、集団療法実施時において、摂食障害以外の疾患が明らかに存在していたのはFのみであった。しかし、Dをのぞく全員の現在・既往において、問題行動、あるいは摂食障害以外の精神疾患の疑いが認められた。

3 方法

上記の対象7名に対して短期集団療法の効果を検討した。評価法としては、集団精神療法の開始時・進行中・終了時に行った自記式質問票を用いた。

1. 集団精神療法

期間限定(12回)のクローズド集団精神療法で、セッションの頻度は週1回、長さは1セッション1時間であった。各セッションは原則的に2部構

成とし、最初15分は、Davis Rら²⁾、名越ら⁹⁾を参考に筆者らが作成したマニュアルを用いた心理教育を行い、後半45分は、心理教育についての質問や感想とともに「何でも好きなことを話してよい」という自由会話方式とした。最終回のみ食事(間食)セッションとし、心理教育は行わず、ケーキやチョコレートを食べながら、60分すべてを自由会話とした。治療者は筆者らのうち2名(IM, MU)とし、心理教育は男性治療者であるIMが、後半の自由会話部分は女性治療者であるMUが担当した。場所はクリニック内のデイケアルーム和室を使用した。集団療法開始に際しては、約束事として、毎回出席を原則とすること、遅刻したり休む場合には前もって連絡すること、また、その理由についてセッションの中で話すこと、集団療法中はセッション外での個人的な接触は控えることなどを求めた。なお、すべてのセッションは、室内の少し離れた所から、女性助手がビデオ録画した。また、心理教育では毎回資料を配布したが、欠席者については、この資料を自宅に郵送した。

2. 自記式質問票

集団療法の開始時と終了時に、①基本調査票、②EDI-2⁵⁾、③日本版SDS⁴⁾、④新版STAI⁶⁾を、また、各セッションの終了時に、⑤グループ体験自己評価票を渡し、回答を求めた。①基本調査票とは、南フロリダ大学の摂食障害質問表¹¹⁾を参考に筆者らが作成したもので、摂食行動や浄化行動、体重の変動など、摂食障害症状の基本的な事柄について尋ねるものである、②EDI-2(Eating Disorder Inventory-2)は、摂食障害に特徴的な心性や認知状態がどの程度認められるかを調べる目的で考案された質問票で、翻訳は東海大学版を用いた、③日本版SDS(Self-rating Depression Scale)は抑うつ性を測定する質問票で、Zungによって作られたオリジナル版を福田らが日本人用に標準化したもの、④新版STAI(State-Trait Anxiety Inventory-Form JYZ)は不安(状態不安・特性不安)を測定する質問票で、Spielbergによって作られたオリジナル版を、肥田野らが日本人用に標準化したもの、⑤グループ体験自己評価票は筆者らが作成したもので、その日のグループセッションに

表2 出席状況

対象	セッション											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○
C	○	○ ^{注1)}	○	×	○	×	○ ^{注3)}	○	○	×	○	○
D	×	○	×	○	○	×	○	×	○	×	○	×
E	×	○	○	○	○	○	×	○	×	×	×	×
F	○	×	×	○ ^{注2)}	○	×	×	×	×	×	×	×
G	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

注1) 早退 (終了10分前); 注2) 遅刻 (開始後36分に入室); 注3) 遅刻 (開始後20分に入室)

表3 集団療法期間中の他治療, および集団療法前後のデータ回収状況

対象	集団療法	他治療	質問票 (集団療法開始時)	質問票 (集団療法終了時)
A	完了	個人療法継続	○	○
B	完了	個人療法継続	○	×
C	完了	個人療法継続	○	○
D	完了	個人療法継続	○	○
E	ドロップアウト	個人療法・デイケア継続	○	○
F	ドロップアウト	個人療法継続	×	×
G	ドロップアウト	個人療法継続	○	×

についての自由感想, および直前1週間の過食関連症状(過食・嘔吐など), 気分, 社会生活・対人関係についての自己評価(最悪を0点, 最良を10点とした10段階評価)・自由記述を求めるものである。

なお, 対象は, 集団療法と同時に, 筆者ら(A, BはIM, C~GはMU)によって, 1~2週間に1度, 1セッション20分程度の個人療法を受けていた。その内容であるが, 筆者らはいずれも精神力動的志向性を持ち, この文脈で患者理解を試みようとする傾向が強い。しかし, 実際の治療では, 時間の制約等の事情もあり, 過去の探索や転移・無意識の解釈などはほとんど行わず, 現実の対人関係や, それと摂食行動の関連に焦点を当てることが多かった。また, 患者の身体状態や問題行動に対するマネジメントも併せて行っていた。要するに, 精神力動的志向性をもった治療者の多くが, 精神科医療の現場で, 限られた時間内に行っているであろう, ごく普通の面接といて差し支えない。また, Eのみは, クリニックで実施されてい

る青年期デイケアにも参加していた。

最後に, 今回の集団療法については, その内容をビデオ録画すること, 結果を研究目的に使用する可能性があること, その際には個人のプライバシー遵守に最大限の注意を払うことなどを口頭で対象に説明し, 同意を得た。

4 結果

結果のうち, 集団療法の具体的プロセスや内容についての分析は別の所に譲り, 今回は, 集団療法の前後に実施した自記式質問票の結果を中心に報告する。

まず, 対象の出席状況は表2の通りである。対象7名のうち, E, F, Gの3名をドロップアウトとみなした(ドロップアウト率43%)。Dの出席率は50%であるが, これは, 仕事のため, 1回おきにしか参加できないことがわかったうえで治療者が参加を認めたものであり, ドロップアウトには当たらない。Gは1回も出席していないものの,

インテーク面接では参加の意向を表明していたことからドロップアウトとしてあつかった。

表3は、集団療法中の他治療状況、および集団療法前後のデータ回収状況を示したものである。対象のところで説明したように、全員が、個人療法(Eのみはそれに加えてデイケア)を受けていた。集団療法終了時にデータを回収できたものは7名中4名であり、集団療法の完了/ドロップアウトとデータ回収の成否は必ずしも一致していなかった。

基本調査票の結果であるが、摂食障害関連行動(過食・嘔吐・体重変化)については、Cが著明改善(過食・嘔吐ともほぼ消失)を示した以外は、全員不変であった(集団療法終了時の基本調査票が得られなかったB, F, Gについては、個人療法時に確認した)。

基本調査以外の自記式質問票の結果は、図1～4の通りである。集団療法開始時には、EDI-2, SDS, STAIとも、Eを除いて全般的に高い傾向を示し、摂食障害的心性、抑うつ傾向、不安傾向の高いグループと考えられた。集団療法終了時には、STAIで全般的にわずかな改善傾向がみられたが、それ以外(EDI-2, SDS)は、Cを除いてほとんど不変か、むしろ悪化傾向を示した。グループ体験自己評価(直前1週間の過食関連症状、気分、社会生活・対人関係)においても、結果は同様であった。すべての自記式質問票のデータを回収でき、かつ、全般的に明らかな改善傾向を示したのはCのみであった。

5 考察

以上見てきたように、出席状況や自記式質問票の結果から見ると、今回われわれが行った集団療法の効果は、概して不満足なものといわざるを得ない。すなわち、ドロップアウト率も高く(7名中3名[43%])、摂食障害関連行動、摂食障害的心性、気分状態(不安、抑うつ傾向)、社会生活・対人関係において、明らかに改善を示したのは、終了時のデータが回収できた4名のうち、わずか1名にすぎなかった。しかし、この結果から単純に、今回の集団療法は不適切なものであった

と結論づけることはできないと、筆者らは考える。それは、質問票の結果に反映されない変化が集団療法によって引き起こされ、それが何らかの治療効果をもった可能性があると感じるからである。以下ではまず、この、“質問票の結果に反映されない変化”について考察する。次に、質問票の否定的な結果や高いドロップアウト率の理由を検討し、最後に、本研究の反省点と今後の研究課題について述べたい。

1. 自記式質問票の結果に反映されない対象の変化・反応

1) 集団療法終了時の自由記述

質問票の得点において終了時に明らかな改善を示したのはCだけであったのに対し、自由記述においては、回答した全員(A, C, D, E)が肯定的な内容であった。「過食嘔吐は変わらなかったが、グループの人達の中で、自分のことが話せてよかった。過食症は、ダイエットの反動や習慣の問題も大きいけれど、それだけでなく、心の問題も大きいと思う」(A)、「過食症がよくなった。グループで安心感を得たと思う。完璧ではないけれど、この小さな安心感が大きい」(C)、「私の場合、過食症は習慣化していて、なかなか止めることができない。でも、グループに参加して過食症である自分から逃げず、自分と向き合う機会を与えられたことは、とてもいい経験になった。人の話を聞くことで『今、自分はこう感じている』とわかってきて、不安やイライラがなくなったように思う。ここで、同じような仲間がいて、先生の話聞いたことが大きな支えになった。グループのメンバーの前で、自分のことを話すのは、とても勇気が必要だった。でも参加を重ねていくうちに、それほど混乱せず、落ち着いて話せるようになった。それは、他の人の話を聞いたことが大きかったのだと思う。過食症はよくなっていないが、グループで学んだ自分を見つめるという姿勢をこれからも続けることで、少しでも過食症がよくなるようにしていきたい。グループに出てよかった」(D)、「(過食症は)最初の頃と比べ、よくなってきている。感情を消したり否定するのではなく“留めておく”ということが身につけてきたら健康的な対人感覚がうまれてきた。“心”をあげっ

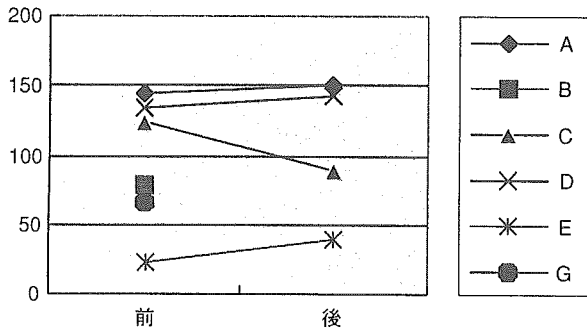


図1 EDI-2 (合計得点のみ)

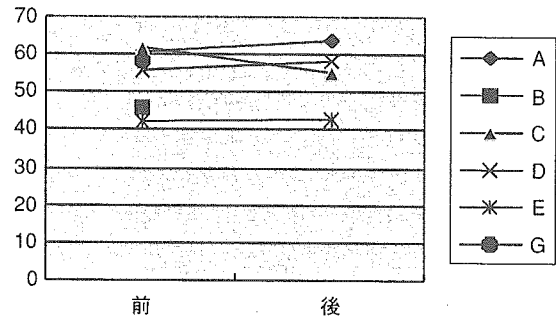


図2 SDS

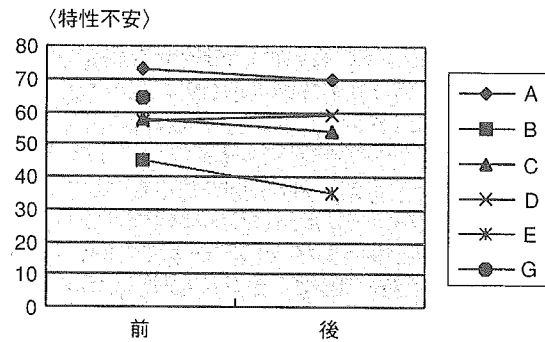
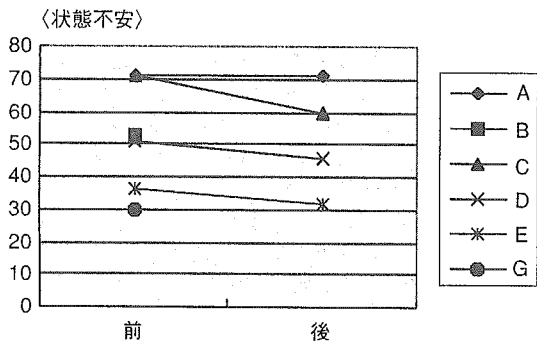


図3 STAI

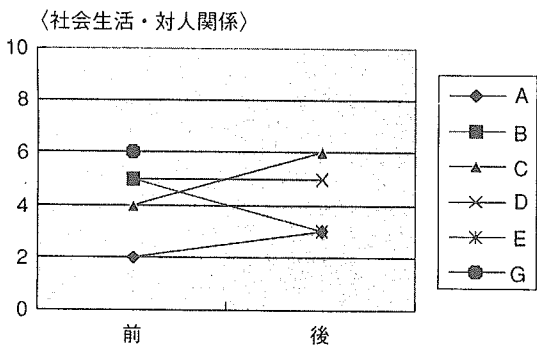
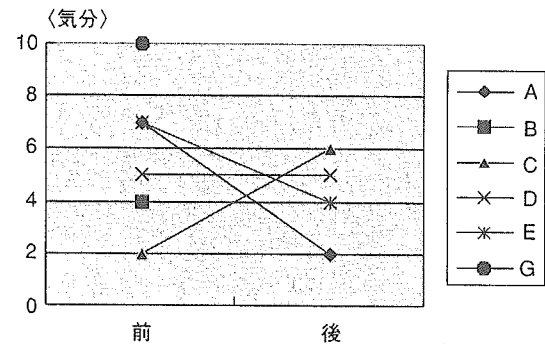
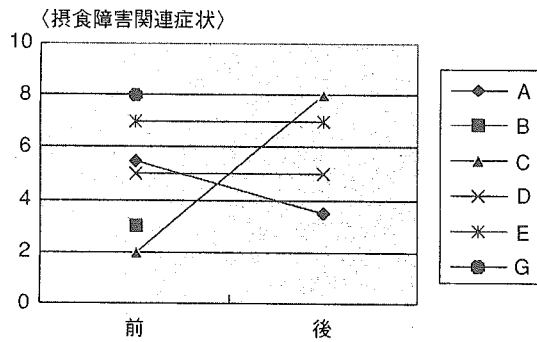


図4 グループ体験自己評価 (直前1週間の摂食障害関連症状, 気分, 社会生活・対人関係)
* 高得点の方が良好

びろげでもなく、隠すのでもなく“届けたり、留めたり”できる自分に出会えた。自分に八つあたりすることが減った」(E)。また、回答の得られなかったBとFについても、個人療法の中で、グループ体験について尋ねたところ、いずれも肯定的な回答が返ってきた。

この自由記述内容と、質問票の得点結果の乖離については、いろいろな解釈が可能であろう。一般に、摂食障害患者は、他者の期待に自分を合わせようとする傾向の強いことが知られている¹²⁾。今回の対象についても、Yes/No式の質問票に対しては比較的率直に自己状態を報告できたものの、自由記述においては、(患者に)改善してほしいという治療者の期待を敏感にくみ取り、その期待に添うように(治療者を喜ばせるために)肯定的内容を記述した可能性は否定できない。しかし同時に、対象がグループ体験を真に肯定的なものとして経験したが、それが質問票で評定した領域とは異なる領域の経験であったために、質問票の得点変化としては現われてこなかった可能性や、グループ体験の影響が、中・長期的に経過を追う中で次第に明らかになってくる可能性もまた、否定はできないであろう。

2) 個人療法内での変化

今回の集団療法の対象はすべて、筆者ら(IM, MU)が主治医を務めていた。したがって、集団療法からドロップアウトした対象を含め、全員について、集団療法だけでなく、個人療法の中でも観察することができた。そこでは、質問票の得点に反映されないさまざまな変化が起こっているように感じられた。以下では、この点について、対象ごとに検討する。

①Aは今回の対象中、痩せによる身体危機のために入院を経験したことのある唯一のケースである。症状的にも過食・嘔吐・ひきこもりが固定化し、個人療法では行き詰まりを感じていた。ところが、集団療法開始直後から、“劇的”と形容してもよいほどの大きな変化が起こってきた。変化は、ひきこもり傾向の改善、感情表出の増大、対人関係的な話題の増加の、大きく3つにまとめることができる。まず、ひきこもり傾向の改善であるが、それまでは、過食用の食物を買いに外出す

る以外はひきこもりがちの生活を送っていた彼女が、アルバイトを探すために、頻繁に外出したり、面接を受けたりするようになった。集団療法の終了後間もなく、販売員に採用され、現在は1週間に30～40時間程度働いている。次に、感情表出の増大であるが、アルバイトが不採用になった時など「泣いて気分を落ち着かせるようになった」、
「今までは泣きたくても泣けなかった」と語ったり、面接場面でも、これまでほとんど見せたことのなかった涙や怒りを見せるなどの変化が急激に起こってきた。患者自身は、この変化について「情緒不安定になってきた」と語り、実際、数年ぶりにリストカットをするということも起こった。しかし、治療者には、この変化がそれまで抑圧していた感情を表出できるようになってきたという意味で、むしろ進展と感じられた。また、これに関連することとして、それまでの面接では、摂食障害関連行動と対人関係の問題を結びつけようとする治療者の努力にもかかわらず、話題はもっぱら、食事や体重のことに集中しがちであったが、集団療法の開始後、対人関係的な話題が急に増え、それに伴って、対人関係における自己の不適切感や、その感覚と過去の外傷体験の関連についても語るようになっていった。集団療法は、膠着した個人療法を活性化・促進する効果を持ったと考えられた。

②Bは、個人療法を開始して約1カ月後に集団療法に入ったケースである。その意味で、治療者との間に十分な治療関係ができていたとはいえない。しかし、集団療法ではドロップアウトすることもなく最後まで参加した。また、それ以外の点でも、「将来のことを考えて」3年間続けたアルバイトを辞め、新しい仕事を始めたり、それまで交際していた男性と別れ、新しい男性との交際を始めるなど、生活上の大きな変化を示した。個人療法の中でBは、「集団療法に参加したことによって、ただ食べ吐きを止めるのではなく、その原因を考えないといけないと思うようになった。食事や体型へのこだわりが前よりも少なくなってきた」など、よい方向への変化が起こっていることを報告した。印象的だったのは、これらの変化もさることながら、集団療法、個人療法、治療外

の現実生活でBが一定の行動パターンを反復していることが、集団療法と個人療法を併用したことによってより観察しやすくなったことである。1つだけ例を挙げる。Bが交際していた男性と別れた事情はいろいろあったようだが、決定的だったのは、彼に悩み事を相談された時に、満足のいく答を返してあげられなかったことであった。「結婚して彼の世話をしあげたい。でも、今の自分にはその能力がない。意見を求められても適切なアドバイスをしてあげられない。料理や洗濯はできても“話”ができない」。相手の求めに対して、相手が満足する応対ができないという自己不適切感に関連したテーマは、集団療法の中でも、「意見を求められて述べるのは苦手」といった発言や、毎回の最後に回答するグループ体験自己評価票（これは治療者に意見を求められている状況と解することができる）への記入に非常に時間がかかった（メンバーの中で提出は毎回最後であった）ことにも現われているように見えた。また、集団療法終了後に回答を求めた質問票についても、個人療法時には「持参するのを忘れた」と繰り返すばかりで、一向に持参する気配がなかった。やがて「通院は、ある程度、報告事項がたまってからでよいと思う」と、通院間隔の延長を申し出、最後に「仕事のため、今日はいけない。アンケートは至急郵送する」と、キャンセルの連絡が入ったまま、通院は中断してしまった。アンケートが送られてくることもなかった。この中断のパターンもやはり、相手の求めに対して相手が満足する応対ができないというテーマ（この場合は、治療者が期待しているであろう改善を達成できていない、治療者を喜ばせることができないという自己不適切感）の反復に思われた。

③Cは今回の対象の中で、自記式質問票の結果において全般的な改善が認められた唯一のケースである。集団療法開始当初の個人療法では、「彼に会えないことが寂しくて」、過食嘔吐とともに、リストカット、過呼吸、不眠、ときに解離性健忘が出現するなど、心身不調のために来院も不定期で個人療法の予約キャンセルがしばしばであり、症状の波も激しかった。しかし、集団療法開始後2カ月頃から次第に落ち着き、過食もコントロー

ルできるようになっていった。集団療法に積極的にかかわり、グループを基地として前向きに歩んだ印象を抱かされた。集団療法開始後の主な変化として、母子関係の変化（「母の小言を聞き流せるようになった」）、対象恒常性の向上（「彼と離れているのは寂しいけれど、また会えると思って我慢できるようになった」）、自己感情に対する洞察の促進（「自分が怒っていることを自覚できるようになった」）、仲間関係の広がりや深まり、相手から見捨てられるのを避けるための過度の気遣いの軽減などが観察された。また、集団療法終了後の個人療法では「グループで得たことは、自分に対して優しい言葉をかけられるようになったこと。まだ不安はあるけど、勇気と希望を得た」と語っている。

④Dは、摂食障害発症後20年以上経ち、グループで最もBMIが低く、過食関連症状が長期化・固定化したケースである。一方、年単位でパート就労を続けており、社会適応上の顕著な問題は見受けられない。最終参加の集団療法では、「元々対人接触が苦手で、（過食関連症状で）人を回避している。しかし、人との繋がりが過食よりも大切」と、話す中で自らの対人希求に気づき、さらに、他メンバーとの繋がりを確認するような交流も見受けられた。集団療法参加後も、摂食障害関連行動や社会生活上の変化はみられていない。しかし、「以前のようなやけ食いはなくなり、自分の気持ちがわかるようになってきた」と報告している。その他、家族や親戚に対して、自分から話しかける、自分の病気を自己開示するなど、コミュニケーション上の新たな変化がみられている。

⑤Eは、当院来院後、青年期デイケアと個人療法を自発的に開始したのち、自らの希望で摂食障害集団療法に参加したケースである。集団療法はドロップアウトしたが、その後もデイケアと個人療法は続けていた。摂食障害関連症状はほとんど変化しなかったが、対人交流や認知面での変化が認められたように思われた。具体的には、集団療法開始後、それまでためらっていた接客のアルバイトを開始した。デイケアでは、それまでの緊張した様相から、他メンバーと談笑しともに食事で

きるようになり、自由に振舞えるようになっていった。また、同棲中の男性との距離の取り方にも一定の改善が見られた。集団療法の中断については、個人面接の中で「周りのメンバーの話聞いて『自分の中にも同じことがある』とうんざり感といらいらを感じたのが行かなくなった理由かもしれない」と語った。集団療法の中で、自己開示をしたり、自分と他メンバーの類似に気づかされることによって、自己の内面の受け入れがたい部分に直面させられる不安が高まり、それに抵抗する形でドロップアウトが生じたものと考えられた。しかし、ドロップアウト後も、個人療法の中では「自分の中の親のような存在が私に大丈夫だと言ってくれる。その存在との信頼関係があるから、安心して物事を判断できるようになった。人と距離を取れるようになった」などと述べ、改善を自覚していた。集団療法からはドロップアウトしたものの、そのことが、他形式の治療（個人療法と青年期デイケア）にとっては、むしろ促進的に働いたように思われた。

⑥Fは、集団療法への参加は3回のみでドロップアウトしたが、その後も、個人療法は不定期に続いている。症状面での大きな変化はないが、症状と対人的ストレスの関連に気づくようになってきたり、仕事を頑張っけて続け、対人関係の広がりを見せるなど、集団療法からはドロップアウトしたが、それ以外の面では、むしろ進展したように見えた。

⑦Gは、集団療法を希望し、インテーク場面ではグループへの期待感を表明したものの、仕事や生活面での多忙を理由に、結局、集団療法には一度も参加しなかった。Fと同様に、集団療法からはドロップアウトしたものの、個人療法は続いている。また、予約時間に来院できない時には、クリニックの他外来を受診して投薬を受けたり、低栄養と疲労のために点滴を求めて受診するなど、「クリニックが唯一の居場所」と語っている。集団療法に参加することこそなかったものの、主治医の集団療法への誘いは、Gにとって、この安全な“居場所”を再保証する言葉として、肯定的に受け止められた可能性がある。

以上のように、個人療法の側から見ても、今回

の集団療法は、自己感情の洞察促進、対人関係の広がりと深まり、対人関係における過度の気遣いの軽減や自己開示・自己主張の増進等、さまざまな肯定的変化をもたらしたと考えられた。集団療法からドロップアウトしたものについても、Eについては集団療法に途中まで参加したことによる集団療法の効果がみられ、F、Gについては集団療法の直接的な効果こそ認められなかったものの、参加を働きかけたことは、間接的な形で他形式の治療（個人療法と青年期デイケア）に促進的に働いたように思われた。また、治療者にとっても、集団療法を併用し、患者の行動を異なった状況下で観察することにより、患者の行動パターンや力動が、より理解できやすくなるというメリットがあった。

2. 質問票の否定的な結果や高いドロップアウト率の理由

1) 対象選択の問題

上述したように、短期集団精神療法の効果を挙げるために、現在神経性無食欲症であるか、その既往をもつ者、DSMで摂食障害以外のI軸障害やパーソナリティ障害を合併する者、摂食行動以外の問題行動（自殺企図、衝動行為、社会的逸脱行動など）を示す者をのぞいて集団を構成することが勧められている。しかし、今回の対象で、この条件を確実に満たしていた者は誰もいなかった。このことが、否定的な質問票の結果や、高率のドロップアウトに関係していた可能性は当然ある。

また、F、Gについては、仕事上の時間的制約が多く、集団療法参加に対する両面的傾向（参加したい気持ちと、新しい状況へ入っていくことへの不安やためらいや葛藤）が特に強かったことから、ドロップアウトのリスクが高いことを筆者らは事前に承知していた。短い準備期間の間に必要な人数を確保したいという事情のため、やや無理をしてグループに入れたものの、結果としてこの2人は、やはり、ドロップアウトに至ってしまった。

実際のところ、筆者らは、集団療法開始の2～3カ月前から対象を探し始めたが、最初は先行研究が勧める諸条件を満たし、かつ、ドロップアウ