HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	神経性食思不振症妊婦の妊娠受容に向けての援助 : 情緒面に対する特別な母性援助の必要性とカウンセリングの視点
Author(s)	大西, 由希子
Citation	北海道大学医療技術短期大学部紀要, 12, 21-30
Issue Date	1999-12
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/37646
Type	departmental bulletin paper
File Information	12_21-30.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

原　　著

神経性食思不振症妊婦の妊娠受容に向けての援助

－情緒面に対する特別な母性援助の必要性とカウンセリングの視点－

大西由希子

The Effect of Mental Support toward Acceptance of Pregnancy for a Pregnant Woman with Anorexia Nervosa

－The necessity of special maternal support for mental health and the concepts of counseling－

Yukiko Onishi

Abstract

Pregnant patients with eating disorders have difficulty maintaining normal gestation due to their abnormal eating behaviors. A pregnant woman with anorexia nervosa was hospitalized, in a critical condition, in the maternity ward after repeatedly suffering from hyperphagia and emesis, and committing acts of self-mutilation in the late gestation period. We provided emotional support, mainly by conducting perticipant obsevation from the viewpoint of maternal support, to prevent suicide and achieve emotional stability in the patient. During the process, we discovered that she had familial trauma during her childhood, a feeling of regret about pregnancy, tension within her marriage, and anxiety about delivering and rearing her child. To solve these problems, we tried to increase family understanding using the principles of family therapy, by consistent listening to her and adopting an accepting attitude, and conducted counseling using the feminist therapy techniques. As a result, she positively accepted her pregnancy, controlled her hyperphagia, recognized meals as important to her life, and became enthusiastic about delivery. Accordingly, the necessity of special mental care for pregnant woman with eating disorders in helping them accept their pregnancy was discussed. In addition, maternal nursing tasks were examined taking unsolved problems into account.

Key Words: anorexia nervosa, acceptance of pregnancy, familial trauma, re-framing, feminist counseling

---

北海道大学医療技術短期大学部専攻科助産学特別専攻
Department of midwifery, College of Medical Technology, Hokkaido University

要　　旨

摂食障害患者が妊娠した場合，摂食行動の異常により正常な妊娠経過を保つことが難しい。今回，妊娠後期に過食・嘔吐と自傷行為を繰り返し，危機的な状態で産科入院となった神経性食欲不振症の妊婦に対し，自殺を防止し情緒的安定を図る目的で，面接を中心とした情緒的サポートを行った。面接を通して，生育歴における家族内トラウマ，妊娠への後悔，結婚生活の緊張，分娩や育児に対する予期不安が観察された。家族療法の視点から家族理解をすすめ，一貫した傾聴と受容の態度を示し，フェミストカウンセリングの理論と技術を用いた面接を展開した。結果，妊娠を肯定的に受容し，過食行動が抑制され，食事を意味あるものとして受容し，さらに，積極的な分娩意欲を持つに至った。これより，摂食障害妊婦に対する妊娠受容に向けての特別な情緒的配慮の必要性と，残された問題から母性看護の課題について考察したことを報告する。

キーワード：神経性食思不振症，妊娠の受容，家族内トラウマ，リフレーミング，フェミニストカウンセリング

Ⅰ　緒　　言

摂食障害は思春期の女性に多く発症する食行動の重篤な障害であり，疾病自覚に乏しく，自分自身の体型や体重の認知障害を本質的な特徴として持つ[1~4]。このため，摂食障害の女性が妊娠した場合，妊娠に伴う体重増加やボディイメージの変化により，病状悪化を招く危険性がある。神経性食思不振症（Anorexia nervosa*1，以下ＡＮと略す）患者の妊娠では，妊娠中も強い肥満恐怖を持ち，妊娠異常や低体重児出産のケースが報告されている[5,6]。ＡＮは，女性として成熟することに対する「成熟不安」を抱えるケースが多く[7,8]，養育過程における母性性の欠如が病理要因として重要視されており[9,10]，ＡＮの女性が妊娠した場合には，母性獲得を促す特別な精神的サポートの必要性があると考える。

今回，妊娠に対する拒否反応を呈したＡＮの妊婦に対し，妊娠の受容を促す心理的介入を試みた。その方法に，家族療法とフェミニズムの視点とテクニックを取り入れたことの有効性について考察するとともに，残された課題について述べる。

Ⅱ　対　　象

1．対象の背景

Ａ氏。女性，23歳。主婦。夫と二人暮らし。

［妊娠・分娩歴］初妊初産婦。今回の妊娠は計画外であり，希望ではなかった。

［既往歴ほか］先天性の視力障害を有し，視力は左右0.01程度。弱視鏡で読書が可能。

［性格傾向］まじめ，完璧主義，世話好き（本人の弁）。

［家族関係］夫：35歳，脳外科手術の既往あり，片側に軽度麻痺がある。義母：60歳，夫の死（30年前）後，育児と生計を担ってきた。責任感強く，頑固な性質。Ａ氏夫婦の生活の面倒を見ている。実父：Ａ氏４歳時，肝硬変で死亡。実母：58歳，内縁関係の男性と生活。所在不明。同胞：歳の離れた兄がいるが，Ａ氏出生前に独立し接触がない。

［経済状態］夫婦の障害年金と義母の援助。

［生活歴］実父（アルコール依存症であった）死後，母子家庭となった。Ａ氏は，小学校卒業後，全寮制の盲学校に入学。その後，高校（普通科）に進学。卒業後は障害者施設に勤務。恋愛遍歴多数。

［摂食障害の歴史］12歳時，友人との関係悪化を最初の契機に拒食。この時より「やせると同情され，優しくされる」と思い，その後も拒食を繰り返した。19歳時に恋愛問題を契機に拒食

以後，習慣的な過食・嘔吐を繰り返す。20歳時，抑うつ症状が強くなり，精神科受診。「摂食障害」および「うつ」の診断により１年間の入院を経て通院治療中であった。

［身体状況と妊娠経過］身長158cm，非妊時体重は43kg(標準体重－24%，BMI＝17の超やせ)。妊娠後も精神科薬（アナフラニール，エバミール，ヒルナミン：頓服）は内服継続。入院時（妊娠31週）までの体重増加は計13kg。過食により妊娠中期に正常体重増加（週0.5kg以内）を超えたが，特に異常所見は認めなかった。胎児発育はほぼ順調であり，推定児体重は週数相当であった。

２．入院前の状況

妊娠26週時，手首自傷を実行した。妊娠週数が進むに連れ，過食・嘔吐行動の増加と睡眠薬や下剤の乱用を行なった。妊娠32週時，同じく摂食障害の友人が自殺したことにより，自殺念慮が誘発された。不安が強度で切迫早産の兆候も認められたため，産科入院管理が決定された。

Ⅲ　介入方法

１．介入の時期と調整

Ａ氏に対する介入は，本人の希望でもあった。事前に産科医師および精神科医師と産科病棟婦長に調整し，介入は面接による方法とし，入院直前と入院期間中に行った。面接者（筆者）は助産婦でカウンセリングの訓練を受けていることと，介入の目的を本人に話した。面接は約束し，決められた時間に行い，看護上必要と判断された面接内容の一部については，確認の上，病棟の助産婦に情報開示することを本人に説明し，同意を得た。

２．初回面接

妊娠30週の検診時，外来で初回面接を行った。妊娠に対する拒否感，情緒不安定な状態が査定された。分娩や育児への不安と嫁姑関係の問題を抱え，自殺願望が強まっていた。

３．介入の手段と方法

面接は，関与観察法にカウンセリングを併用した。筆者は家族療法とフェミニストカウンセリングに関する訓練を受けており，家族療法の視点から家族関係の理解[11]をすすめ，フェミニストカウンセリングの理論[12]とその立場に基づく解釈とテクニックを使用した（フェミニストカウンセリングの立場は，女性としての自己尊重を重視し，社会的な女性の性・ジェンダーの問題に絡む個人的な問題を，個人にとどまらず社会の価値観を問い直す形で，その女性の生き方と自己実現を共に考える立場である)。

４．スーパービジョン

初回面接終了後より，カウンセリングのスーパービジョンを受け，４回目の面接終了後，家族療法研究会において事例検討を行なった（すべて事前にＡ氏の同意を得た)。

５．介入および援助の実際

［介入の目的・援助目標］自殺を防止し，妊娠受容プロセスを援助することを目的とし，さらに，積極的な出産への意識づけと，その行動化を目標においた。

［方針］Ａ氏を全面的に支持し，受容と傾聴の一貫した態度を明示した。しかし，自殺への具体的な行動化は，言葉によってはっきり禁止した。Ａ氏の感情表現と自発的な意思決定を助け，指示的な発言を控えるが，必要時，歪んだ自己認知の表現に対して肯定的な解釈に変換して伝達した。

［面接回数と面接時期］全12回と家族面接１回。入院前１回，入院中11回，退院後１回（初回面接：外来，２回目：入院直後・妊娠30週，３回目：32週，４～５回：34週，６～７回目：35週，８～９回目：36週，義母・夫との面接，10回目：37週，11回目：産褥４日目，12回目：産褥12

日目家庭訪問)。

Ⅳ 結　　果

1．観察された内容

① 妊娠への否定感情と分娩予期不安

A氏と夫の交際期間は短く，妊娠を契機に入籍した。義母から人工妊娠中絶をすすめられた経緯があったが，夫の希望により出産を決意した。分娩予定日が近づくに連れ，後悔と予期不安は強まり，自分に大きな災いがもたらされることを案じるようになっていた。

② 母子関係と家族内トラウマ[13,14]

A氏は幼少期を，父親のアルコール問題と母親の浮気，暴力を伴う夫婦喧嘩の中で孤独と不安を抱えて過ごした。父親の死後も母親は不在がちであった。A氏は母親から「不憫な子。お前など産まなければよかった。」と言われ，自分は生まれてくるべきではなかったという思いが自殺願望の根底にあった。A氏は，自分も望まない妊娠の結果,子どもを憎むことを恐れた。また，出産後は夫から必要とされなくなる予期不安を持っていた。

③ 対人心理と対人関係の問題

A氏は自分に関わる他者に，「愛情と絶対の信頼」を求めていた。A氏が保護と愛情を求めてきた対象は母親であった。しかし，幼少期から母親との温かな交流はまったくなかった。A氏は，他者とよい関係を築きたいと思うほど不安感と焦燥感を持った。A氏の愛情表現様式は，自己犠牲を伴う献身的世話と，自分の感情や不快感を伝えないよう努力することであった。それが報われなかった時，相手に対し不信と憎悪を抱いた。対人関係はこの連続であり他者との適切な心理的距離をとることができずに過ごしてきた。

④ 食事と生活における問題

結婚後，夫婦は独立したが，身体障害のため生活は困難を抱え，義母の援助を必要とした。夫婦の食事は，いわゆるコンビニ弁当やレトルト食品，ファーストフードが多く，義母が見かねて食事を用意した。しかし，A氏は家族で食事をした経験がなく，食事の場面では非常に緊張した。それがストレスとなり，過食・嘔吐行動は増加した。

⑤ 家族関係調整の必要性

義母との感情的な衝突はたびたびであり，緊張状態にあった。また，義母はA氏の疾病を理解していなかった。このため，義母の理解と関係調整が必要と考えられた。

2．妊娠の受容に向けてのカウンセリングの視点と展開

1）家族理解とリフレーミング[15]

初回面接から2回目の面接では，家族関係図を描き，家族システムの理解をすすめた。アルコールや薬物の嗜癖，暴力のある家庭は，子どもにとって安全な場として機能しない。そのような機能不全家族に育った子どもは「アダルトチルドレン*2（以下ＡＣと記す)」と呼ばれ，彼らが共通に生き辛さの問題を持つことが知られてきている。A氏はＡＣであった。そして，父母の不幸の原因は自分の出生にあると思いこんでいた。そこで，A氏がその経験から捉えている情緒的な文脈（フレーム）に対し，面接者の解釈によって，状況における意味を変更する（リフレーミング）ことを試みた。また，嗜癖行動と家族の問題について解説した。

実母との関係における筆者の具体的な解釈の例を以下に列挙する。A氏によると，母親は「養女に出され，ちやほやされて幸せに育った。」ということであったが，母の養女時代は寂しく孤独で，母もまた実の母親の愛情を求めていたであろうことが考えらた。また，再婚せず夫の位牌を大切に守っており，そこから父母夫婦の結び付きの強さをみることができた。また，母親はA氏に時に過干渉し世話をした様子から，母親なりに娘に何かしてやりたいと思っているが，「子どもの愛し方」がわからなかったと思

われること，などである。さらに，A氏に対し，傷ついてきた思いを汲み，「あなたはそのままで十分に保護と愛情を受ける価値がある」ことを繰り返し話した。A氏は流涙し，温かな気持ちになれてきたと語った。

2）心理的代理母親役割

A氏は不安で，幼い子どものように母親の保護を求めている状態であった。しかし，実母は所在が分からず，出産まで時間も迫っていたため，実母との関係を改善する方法を考える事はできなかった。A氏には，彼女が理性的に依存と甘えを体験できる心理的母親が必要と感じ，面接において陽性の感情転移が起こった段階（面接3～4回目）から，筆者は心理的母親役を意識化した。同じ一人の女性として感情移入をしながらゆっくり傾聴し，状況に応じて筆者自身の感情を伝え，自己開示も行った。A氏が不安を表出した時には，安心感を与えられるようなスキンシップや共感的なうなずきを行った。A氏は筆者の言葉をよく理解し，信頼を寄せ，自己感情の表現もできるようになってきた。

3）妊娠の受容と変化

3回目の面接後より，分娩に対する不安を強く訴えるようになった。また，出産による胎児との分離も恐れていた。A氏はこの不安を異常と捉えていた。このため，不安に対する肯定的な意味付けが必要と思われた。出産体験は，産婦にとって幸福な体験であると同時に，自尊心にとって脅かしとなるような自己の側面の喪失体験（大切なものを失う）を伴う[16]。特に出産前後のボディイメージの変化は喪失として体験される。また，陣痛に対する制御不能な自己の状態（痛みに耐え兼ねて理性を失うことに対する羞恥心）の予測や，新しい母親役割への不適応の心配などの予期不安も喪失を想起させる。しかし，これは多くの産婦がもつ不安であり，A氏も同様の体験をしているに違いなかった。そこで，不安は新しい母親役割受容の心理的準備状態であり，胎児との分離不安は児への愛着の始まり，と意味付けした。そして，「そのように感じるあなたは，母親らしくなってきているのでは」と返した。A氏はその言葉を嬉しそうに繰り返し，その後の面接で，「やっとこの子を受け入れました。」と語った。

4）具体的な行動変更の実践と変化

A氏は，依存は嫌われる行為と思っていた。A氏は他者から嫌われることを何よりも恐れていた。このため，必要に応じて適切に他者に依頼する方法を学ぶことと，具体的な行動の変化とその経験を積み重ねることによる自己認知の修正作業が必要であると考えた。

4～5回目の面接場面では，アサーティブトレーニング[17),18)]の方法で，夫や義母に「些細なことを頼む」実践を促した。過去の出来事に基づいて場面を想起し，感情表出を手伝い，日常に起こりがちな場面を想定したシュミレーション（荷物を持ってもらう，赤ちゃん用品を買ってきてもらう）を行った。6回目の面接では，この実践報告を受け，A氏は依頼する心地よさを学んだと語った。また，この日，面会に来た義母に優しい言葉をかけられた経験を通して，落ち着いた気分で「カレーライスを一口一口味わって食べられた」ことが後日語られた。そして，初めて，食事を「餌」ではなく「栄養」と感じられたと表現し，彼女自らが新しい意味付けを行う変化が見られた。

5）家族との調整

［夫との面接］夫はA氏のことを大事に思っていると話した。しかし，出産後の育児について，自分は口出しせず母親に一任すると決めていた。この態度はかたくなであった。

［義母との面接］義母は「この結婚には反対であった」という，やり場のない怒りを激しく訴え，涙した。しかし，感情を吐き出した後は筆者の説明に聞き入った。それまで精神科の面談には一度も応じず，A氏の病気についての理解がなかったため，「育ち」や「性格」が悪い，と腹立たしく感じていたことを話してくれた。

面接後，A氏への理解を示す態度に軟化し，産後の育児については全面的に協力する意思を示した。

6）出産への意識付けと準備

A氏は，当初，自力の分娩は耐えられないと考え，陣痛発来前の帝王切開を希望していた。しかし，妊娠受容後，「自力で出産したい」と経膣分娩を希望した。病棟助産婦により分娩準備教育が進められた。分娩経過の説明に対する理解は良好で，分娩台に上る体験に感動し，「夫立ち会いで出産したい」と希望した。また，育児練習を楽しそうに実施する様子がうかがえた。しかし，母乳は，精神科薬の母乳移行の危険性により，医師の説明による本人の合意のもと，初回母乳授乳後は人工乳へ切り替えとなった。

3．分娩経過と分娩時所見

正期産（妊娠37週～）に入ると，陣痛に対する予期不安が強度となり，計画分娩の方針のもと，妊娠37週6日，分娩誘発となった。分娩第1期後半に産痛を強く訴えたが，取り乱すこともなく，夫立ち会いのもと無事に経膣分娩した。会陰Ⅰ度裂傷，出血量中等量で分娩総時間は8時間。児は成熟し外表奇形などもなく，体重は標準値，アプガースコアも問題なかった。A氏と夫は興奮気味に喜んでいた。分娩直後の児の受け入れは良く，母乳授乳も行なった。

4．産褥期の経過と援助

①　産褥早期（産科入院中）

産褥復古は良好であったが，精神科薬内服後に児のケアが出来ずに寝ている様子が目立った。産褥4日目の面接では，退院後の育児に関しては義母が手伝ってくれるから大丈夫と思う，と話していたが，本人からの具体的な不安が何一つあげられない事が気掛かりであった。児の出生で家族内ムードが一転して明るくなり，本人も家族も通常どおりの退院を希望し，産褥6日目に退院となった。筆者は受け持ち助産婦とともにフォローアップの必要性を認め，退院後の電話訪問と家庭訪問を約束した。また，保健所保健婦に電話と看護添書送付により訪問を依頼した。

②　退院後の状況

退院3日目の電話訪問の際，義母との関係は友好的で，共同で育児を行っていた。しかし，その2日後，実母から「姑と対立し，娘が情緒不安定になっている」という連絡が入った。産後になって実母が娘宅を頻繁に訪れていたことが判った。翌日，病棟助産婦とともに家庭訪問を行った。児の発達に問題はなかったが，A氏の関心は夫に向き，精神状態は不安定で，育児は義母に任せきりであった。翌日，精神科の再受診時，パニック発作を起こし，緊急入院となった。A氏の精神症状は重く，分裂病の疑いと診断され，退院の目処がたたなかった。児の養育は，児童相談所の処遇により保育所を利用して夫と義母が行うことになった。

Ⅴ　考　　察

1．摂食障害の理解

1）幼児期の食事体験

摂食障害を引き起こす要因の中でも幼児期の食生活の影響は多く報告され，松木ら[19]は，ANの家族の食事行動における家族の集合性や家族間の交流の少なさを指摘している。筆者の経験した他のAN事例においても，幼児期の食事風景にこの共通性がある。A氏の幼児期の食卓は，家族不在，食物を空腹時に漁る，という孤独で惨澹たるものであった。本来，食事は家族の中心的な行事であり，交流の場である。山極[20]は，霊長類と人類の食を分ける決定的な違いは分配にあり，食事が社会交渉としての機能を持ち，人間の家族の起源は食事の起源と期を同じくして発生していることを示唆している。家族との感情的な結びつきと子どもの食生活を分けては考えられない。幼児期の食事は，

その後の食行動異常と深い関連を持つことが考えられる。

2）母親の分娩体験の影響

A氏の肥満に対する罪悪感には，母親の分娩体験が関与していることが考えられた。A氏の生下時体重は4000ｇと標準値より大きく，母親が分娩時に苦痛体験をしたことを否定的な感情と共に聞かされてきた。これによって，子どもは痩せて小さいほうがよいとA氏は思ってきた。AN患者の生下時体重に統計的な有意差はないと言われる[21]。しかし，今回の事例から，出生体重よりも母親の分娩の印象が影響要因として大きいことが考えられ，このことから，分娩体験が肯定的に捉えられるような助産の重要性を改めて感じる。

3）フェミニズムの視点からみた母娘関係

高橋[22]は，過食患者における両親の養育態度に，愛情が少なく支配干渉的であり，感情受容が少ない傾向を指摘する。A氏が訴えた基幹感情は欠損感であった。それは母親に「愛されなかった」「受け入れられなかった」などの感覚である。この精神的欠損感は「内なる少女*3」という概念で説明される。母親はA氏に愚痴や感情のはけ口となることを求め，時には過干渉した。そして娘が愛情を要求すると怒りと不同意を示し，娘の情緒的枯渇を無視してきた。ここから，母親もまた情緒的・社会的に満たされなかった自らの「内なる少女」を抱えていたことが査定される。そのような母親は，同性としての娘を相対化しにくく，無意識に自分の延長として見ており，娘の欲求を抑圧する傾向がある[23]。

また，「内なる少女」を抱える女性には対人関係に病理的側面が現われる。それは，いわゆる「愛しすぎる女たち[24]」がもつ病理である。その病理は，他人の意見に自分を従属させる他者優先志向，基本的信頼の欠如，対人緊張と対人不安，不健康な男性を好んで選択する，親密な関係を恐れる，などである。A氏にもこの対人関係の特徴が観察された。

2．妊娠受容へのカウンセリングの視点

1）特別な母性的援助：心理的母親役割

今まさに出産しようとする女性に，豊かな出産経験を持ち相談にのり，励ましを与えるドゥーラ*4役割を取る先輩女性が傍にいることは産婦にとって大きな力となることが知られている[25]。その役割を果たすのは，健康な母娘関係の場合，母親であろう。母親またはそれに代わりうる援助者がない場合，母親としての発達に危機を抱えることが考えられる。また，摂食障害の治癒症例では，治療が奏効すると患者は極度の退行状態に陥り，母性（母親の愛情）を求めてやまない状態になり，それが満たされるにつれ，食や体重に関するこだわりが改善されてくることが報告されている[26,27]。カウンセラーが代理母親を果たす効果は，類似の報告もあり[28]，妊娠中の精神的安定に寄与することができたと考えられる。しかし，限界もあった（後述）。

2）家族関係のリフレーミング

まず，ネガティブな基幹感情に焦点を当て，家族関係をリフレームすることから始めた面接は，認知の変更を促すことに有効であった。不幸に歪んだ認知から彼女を解放し，それが，妊娠の受容を促す一助となった。

3）認知行動療法の視点

① 食事の意味の変換と「噛む」重要性

A氏は，妊娠を受容できた時，一口一口味わい，つまりよく噛んで食べたと語った。ここで，重要なタームとして「噛む」ことをあげる。噛むこと，つまり咀嚼は食事の重要な要素である。摂食障害の患者が過食する際には丸呑みを行なう。この丸呑みは消化吸収不良障害[29]を引き起こす。A氏にもその可能性があった。これより，心の問題に働きかけると同時に，食物に「栄養」の意味が与えられた時点で，食事是正の介入機会を作り，食事を楽しめるような工夫や，

「噛む」ことに注意を与えながら一緒に食事をとる等の実践の試みも必要であったと考える。

② フェミニストアサーティブトレーニング

「アサーティブ」とは率直な自己表現という意味である。率直な自己表現のためには表現できる自尊感情が前提となる。しかし，A氏は自尊感情に非常に乏しかったため，アサーティブ表現のハウツウよりも，自分自身の感情を理解し言葉にすることが目標であった。フェミニストアサーティブトレーニングのテクニックは，自尊感情を高め，表現する方法として有効であり，今回の関わりの中で効果を認めた。しかし，これはトレーニングであり，繰り返し訓練することが重要なことである。今回は時間切れとなった感を否めない。

3．カウンセリングの限界と課題

1）産後の母乳育児の推進

最近，摂食障害患者の妊娠・出産の報告とともに出産後の育児困難が問題にあげられている[30,31]。一方，鍵本ら[32]の報告では，産後の授乳に関しては，どの症例も出産前より積極的で，母乳分泌も良好だったことが明らかとなっている。産後に母性意識を高めるための母性援助は，直接的で代替えの利かない母乳栄養の確立を目指すことが有効であった可能性があり，授乳に関しては慎重に検討を重ねるべきであったと考える。

2）カウンセリングの限界

今回のカウンセリングは，妊娠の受容を助け，自殺を防止した。しかし，開始時期が遅く，産後にむけての十分な準備はできなかった。また，産後最も大きな問題となったA氏と実母の関係は調整不能であった。これは個人カウンセリングの範囲を超える問題であった。このような摂食障害の症例では，妊娠の最初期からの母性的サポートとそのサポートを供給できるシステムが必要と考える。

Ⅵ むすび

家族関係における嗜癖問題やトラウマ，母娘の不健康な発達を背景とした母性性の欠如を病理要因として持つ神経性食思不振症患者が妊娠した場合，ハイリスク妊娠として，精神科管理，産科管理，助産ケアに併せて特別な母性強化を目的とした情緒的サポートが妊娠初期から必要である。その援助の一方法として，援助者による心理的代理母親役割，家族療法およびフェミニズムの視点からの対象理解とカウンセリングに効果があったと考えられる。しかし，今後は，同時に積極的な行動療法と訓練の視点，母乳育児の推進なども必要である。また，助産援助の経験を持ち，周産期のカウンセリングやケア全体のマネージメントを行う専門的な役割を援助システムに位置づけてゆく必要性を感じる。

[注（文中＊）]

1．神経性食思不振症の診断基準（厚生省特定疾患・神経性食思不振症調査研究班）

① 標準体重の－20%以上のやせ
② 食行動の異常（不食，過食，隠れ食いなど）
③ 体重や体型についての歪んだ認識（体重増加に対する極端な恐怖など）
④ 発症年齢：30歳以下
⑤ （女性ならば）無月経
⑥ やせの原因と考えられる器質的疾患がない

（備考）①②③⑤は既往歴を含む。6項目すべてを満たさないものは疑診例

2．アダルト・チルドレン

アダルト・チルドレン（ＡＣ）という言葉は，アルコール依存症の治療現場から生まれたもので，特にこのことを指す場合は，ACoA（Adult-children of alcoholics）という。もともとアルコール依存症者を片親ないし両親に持つ子供達（child of alcoholics）の行動パターンというものが注目されてきて，この子供達が大人に

なった時の「生きにくさ」を表現する言葉として取り沙汰されるようになった。ACoAは何が正常かを推測することに確信が持てない，物事を最初から最後までやり遂げることができない，楽しめない，親密な関係を持つことが難しい，常に責任を取りすぎるか，責任をとらなさ過ぎるかである等の13の特徴が挙げられている。＊文献14参照。

3．内なる少女

自分自身が子供時代を通じて常に自分の欲望と要求を抑圧し，自分の要求を切り捨て，愛育を求め要求に応えてもらうことを期待しまいと自分に教えてきた母親は，子供時代から大人の生活を通じて枯渇を経験してきている。それが母親のうちに「内なる少女」として潜在する。そのような母親は，愛育を求める娘の要求を退けると同時に，娘を自分自身が住んでいる境界内に引きこもうとする。母娘関係のなかには「強制したり，引き止めたりする」力動がある。母親は娘が満足する姿を見たい一方で，娘の情緒的枯渇を無意識に否定する。＊文献23参照。

4．ドウーラ

ドウーラ（doula）とは，ほかの女性を援助する経験豊かな女性をあらわすギリシア語である。現在では，この言葉は，出産前，出産中，出産後の母親を身体的にも情緒的にも継続して支援し，情報を提供する，出産経験のある女性のことを意味するようになっている。＊文献25参照。

謝　辞

本事例をまとめるにあたり，スーパービジョンを下さった北海道医療大学の金田迪代教授，国際心理教育研究所の鈴木浩二先生に感謝致します。そして，誰よりも，この尊い経験を与えて下さったA氏とご家族の方に感謝いたします。尚，この発表については，A氏に事前に承諾を得ていたことを加筆致します。

文　献

1）末松弘行，石川　中，久保木富房他：Anorexia nervosaの第一次全国調査．石川　中編，厚生省特定疾患・中枢性摂食異常調査研究班昭和56年度研究報告書．p.11-16,1982,東京．

2）The American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition. 1994, 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳，ＤＳＭ－Ⅳ 精神疾患の診断・統計マニュアル．p.543-554，医学書院，1996，東京．

3）Hilde Bruch,M.D.：The Golden Cage-The Enigma of Anorexia Nervosa. 1978, 岡部祥平・溝口純二訳，思春期やせ症の謎－ゴールデンケージ－．p.9-34,星和書店，1979，東京．

4）末松弘行，河野友信，玉井一他編：神経性食思不振症－その病態と治療．p.6-8，医学書院，1985，東京．

5）Namir S., Milman K.N., Yage J.: Pregnancy in restricter-type anorexia nervosa - A study of six women. Int. J. Eating Disorders 5: 837-845, 1986.

6）鍵本伸明，切池信夫，永田利彦他：低体重で妊娠，出産したanorexia Neevosaの1症例．臨床精神医学25（11）：1339-1345，1996.

7）野上芳美：不食と過食の精神病理．下坂幸三編，食の病理と治療．p.19-22,金剛出版，1983，東京．

8）下坂幸三：Anorexia Nervosa再考．精神医学19：1253，1977.

9）Dally P., Gomez J., A.J.Isaacs: ANOREXIA NERVOSA，1979，渡辺昌祐・横山茂生監訳,思春期やせ症．p.107,医歯薬出版，1984，東京．

10) 一條智康，石川めぐみ，山岡昌之他：摂食障害患者の治療における母性の重要性について．心身医療 2 (2)：73-77，1990.
11) 遊佐安一郎：家族療法入門システムズアプローチの理論と実際．p.13-61，星和書店，1984，東京.
12) 河野貴代美：フェミニスト・カウンセリング．p.13-76，新水社，1991，東京.
13) 斎藤学：アダルトチルドレンと家族．p 15-43，学陽書房，1996，東京.
14) 斎藤学：トラウマ理論とアダルト・チルドレン．現代のエスプリ358：22-53，1997.
15) 前掲書11)，p.151.
16) 新道幸恵，和田サヨ子：母性の心理社会的側面と看護ケア．p.58，医学書院，1990，東京.
17) 河野貴代美：引っ込み思案をなおす本．p.99-208，ＰＨＰ文庫，1995，東京.
18) Stanlee Phelps，Nancy Austin：THE ASSERTIVE WOMAN. 1987，園田雅代・中釜洋子訳，アサーティブ・ウーマン－自分も相手も大切にする自己表現．p.55-66．誠信書房，1995，東京.
19) 松木邦祐，安岡誉，西園昌久：神経性摂食障害患者の家庭内食卓状況について．心身医学22：151-160，1982.
20) 山極寿一：家族の起源．p.35-45，東京大学出版会，1995，東京.
21) 前掲書9)，p 102.
22) 高橋誠一郎：Parental Bonding Instrument (PBI)を用いた摂食障害患者における両親の養育態度の評価．臨床精神医学23(9)：1042，1994.
23) L.Eichenbaum,S.Orbach: Understanding Women. 1982，長田妙子，長田光展訳，フェミニスト・セラピー女性を知るために．p.61-91，新水社，1988，東京.
24) Robin Norwood：WOMAN WHO LOVE TOO MUCH. 1985，落合恵子訳，愛しすぎる女たち．p.29-43，読売新聞社，1988，東京.
25) Marshall H. Klaus，John H. Kennell: MOTHERING THE MOTHER. 1993，竹内徹　監訳，マザリング・ザ・マザー　ドウーラの意義と分娩立ち会いを考える．p.1-59，メディカ出版，1996，東京.
26) 一條智康，大谷義夫，石川ひとみ他：摂食障害患者に対する再養育療法について．心身医療 2 (11)：67-71，1990.
27) 前掲書10).
28) 佐藤珠美，竹之上ケイ子，松山敏則：心理的な代理母親役を必要とした妊婦への援助．看護研究32(2)：39-51，1999.
29) 山田和彦：消化・吸収障害．からだの科学増刊：49-53，1995.
30) 小林隆児：摂食障害と育児援助．こころの科学66：43-47，1996.
31) 鈴木裕也：摂食障害－拒食症・過食症－．産婦人科の実際46(2)：175-179，1997.
32) 鍵本伸明，切池信夫，永田利彦他：摂食障害の妊娠，出産，胎児に及ぼす影響．臨床精神医学26(7)：865-872，1997.