

〈回復〉の語られ方

— 摂食障害にみる「治療」・「癒し」・「肯定」・「解消」のナラティブ —

中 村 英 代

1. はじめに

現在、人々は「病い」や「障害」の個人的な経験について、公的な場で語るようになった。そうした語りをマスメディアやインターネットを通じて読むことは、すでに私たちの日常の一部になっている。特に、インターネット空間はまさに語りの場として機能しており、これまで私的領域に留められていた語りが、公の空間に一気に現れた。このようにさまざまな個人的物語が噴出する現代を、野口は「ナラティブの時代」だと論じた(野口 2005)。そして、人々の語りを聴きとること、すでにある物語を考察すること、語りが噴出している時代そのものを問うこと等は、社会学の課題といえる。

こうした時代背景を踏まえつつ、本稿では、摂食障害(拒食症・過食症)を対象として取り上げ、摂食障害をめぐるナラティブを考察していきたい。近年は、原因の探求は必ずしも問題の解決には繋がっていないという視点から原因論への疑問も議論されるようになってはきたが、今なお、原因論が持つ影響は大きい。摂食障害の領域では、原因論として「個人」、「家族」、「社会」という3つの物語化がなされてきた。原因の語られ方にいくつかのパターンがあり、それぞれの語りが当事者たちにどのように受けとめられているかについては中村(2008, 2011)で論じられている。

では、「原因の語られ方」にあるパターンがあるように、「回復の語られ方」にもいくつかのパターンがあるのではないか。それぞれの語り方にはそれぞれの特徴や機能があり、私たちの回復観や回復実践を大きく規定しているのではないか。中村(2007, 2011)では、摂食障害の原因ではなく回復に焦点があてられ、個々の回復者の語りからいくつかの回復の在り方が導出されている。しかし、これらの先行研究では、現代社会に存在する回復の語られ方、すなわち、治療や支援という営みの基盤にある回復観をと

らえ、それらを全体的、俯瞰的にとらえる作業は行われていない。ミクロな視点からみれば、治療法や回復支援法にはいろいろな流派があり、細かい差異があり、それらは時に優劣を競いあったりもしている。だが鳥瞰してみると、回復の語り方は、大枠ではいくつかのパターンにおさまったり、一見対立しているようにみえた治療法・支援方法が共通の認識論の上に成立していることなどもみえてくるのではないだろうか。

そこで本稿では、回復の語られ方を整理した上で、それぞれの語りの特徴や機能を考察していくことを課題とする。摂食障害は“病い”とみなされたり、“依存症(アディクション)”というカテゴリーで語られることも多い。したがって、本稿の考察は、病い一般や依存症の回復の語り方にも示唆を与えることができるだろう。

以下、まず本稿の分析視角を提示し、回復の物語を4つに整理する(第2節)。次に、4つのそれぞれの物語を具体的に検討していく(第3・4・5・6節)。最後に、本稿の意義をまとめる(第7節)。

2. 分析視角—ナラティブ・アプローチ

2.1 治療や支援を方向づけている認識への着目

摂食障害の治療法として唯一特効的治療法はなく、精神療法、家族療法、対人関係療法、集団療法、オペラント条件づけや認知行動療法、薬物療法、経鼻腔栄養、高カロリー輸液、およびその他の種々の療法が医師の専門性に応じて適宜選択され、行われているのが現状で、標準的な治療法が確立されていない。(切池 2003:1)

日本の摂食障害の治療の現状はこのように説明されている。そしてこの引用のように、現在行われている治療法を併記する仕方は、今ある摂食障害の治療や支援方法を把握するためのひとつの方法ではある。しかし本稿では、こうした個々の治療法に着目したいのではない。個々の治療法の根幹にある「回復観」を把握しようと試みるのが、本稿の目的である。

薬物療法であれ、認知行動療法であれ、集団療法であれ、治療や支援の根幹にはどういう方向性で回復をおしすすめていこうとしているのかについて、必ずそれぞれの「認識」が存在する。本稿でとらえたいのはこの認識の部分、すなわち回復観だ。ここでいう「認識」とは、拒食や過食とい

う現象をどのような視点で問題化し、どのような方向で調整していくかといった、問題と向き合う姿勢を指す。

近年、医療やカウンセリングなどの臨床領域で、上述してきた「認識」を、「物語」や「ナラティブ」といった言葉でとらえようとする動きが広がりをみせてきている。それが、次でみていくナラティブ・アプローチである。

2.2 分析視角—ナラティブ・アプローチ

ナラティブという概念はさまざまな使われ方をしているため定義は難しいが、たとえば、医師の斎藤は、医療という領域に限定した上で、「ナラティブとは複数の言説を何らかの意味のある連関で結び合わせたもの、あるいは結び合わせることによって意味づける行為」（斎藤 2006：254）としている。この定義を採用した場合、「ナラティブとは、何らかの経験を意味づけるための言説のほとんどすべてを網羅することになる」（斎藤 2006：254）。つまり、「ナラティブ」は、ミクロな水準では個々人が語るストーリーから、マクロな水準では科学理論をはじめイデオロギーや価値規範なども含んだ包括的な概念ということになる。別の考え方もあるだろうが、本稿では、ナラティブをこのようなものとして広く捉えておく（中村 2015）。

社会学の領域でナラティブ・アプローチを先導してきた野口は、ナラティブ・アプローチの目的を、「ナラティブを手がかりにして、なんらかの現象を分析すること」（野口 2009：20）とし、次のように続けている。

この意味で、ナラティブ・アプローチとは、ナラティブという形式がなんらかの現象に対してどのような機能を果たしているかという問いを基本にすえるナラティブの機能分析にほかならない。（野口 2009：20）

こうした視点に立つことで見えてくる世界がある。たとえば、野口（2005）は、苦難の克服をどのようにとらえるかによって、臨床のナラティブを3つの形式に分類した。

第1が、「モダニストの物語」で、「苦難を受け、切り抜け、克服した」というプロットによって特徴づけられる。第2が、「ポストモダニストの

物語」で、「克服」という結末を欠いた物語だという。第3が、「スピリチュアリティの物語」で、「自己を超えた何か」との出会いによって苦難を克服していく物語である。

多様な物語を分類する切り口もまさに多様であり、唯一正しいものはない。だが、野口の視点の興味深い部分は、苦難の克服をどのようにとらえるかという切り口から、ナラティヴを整理した点である。野口の整理の仕方を参照すれば、治療法や支援方法を整理する際に、「精神療法、家族療法、対人関係療法、集団療法、オペラント条件づけや認知行動療法、薬物療法、経鼻腔栄養、高カロリー輸液」(切池 2003:1)といった記述の仕方とは異なる整理ができるのではないか。また、精神力動的アプローチ、認知・行動論的アプローチ、システム論的アプローチ、ソリューション・フォーカスト・アプローチ (McFarland 1995 = 1999) といった分類法とも異なる分類軸から、摂食障害の治療・支援方法を記述することもできそうだ。そこで本稿では、野口に準拠し、「苦難の克服をどのようにとらえるか」によって、摂食障害からの回復の語られ方を以下のように整理した。

第1に、「治療」の物語を挙げたい。ここでは摂食障害という苦難は治療によって克服されることが目指される。医療サービスの枠内で、専門家主導で実施されている治療的アプローチであり、代表的な治療方法として認知行動療法が挙げられる。

第2に、「癒し」の物語を挙げたい。ここでは自己より大きな力との出会いによって苦難が克服される。代表的なものとして、医療サービスの枠外で、当事者主導で実施されているセルフヘルプグループによるサポートを挙げることができる。

第3に、「肯定」の物語を挙げたい。ここでは摂食障害という苦難の克服は目的にされない。回復しなくてもよいという回復自体を求めない立場、摂食障害を肯定していこうという動きである。

第4に、「解消」の物語を挙げたい。ここでは摂食障害という問題の克服には、正面から取り組まれることはない。しかし、結果的に苦難は解消される。治療的アプローチとは異なるサポート形態として、近年の社会構成主義に裏付けられた各種セラピーで提唱されてきている。

野口が提示した苦難の克服の3つの物語に上記の4つを対応させると、「治療」の物語はモダニストの物語に、「癒し」の物語はスピリチュアリティの物語に、「肯定」と「解消」の物語はポストモダニストの物語に分

類できるだろう。

回復の語られ方はもっと別の視点から分類することも可能だが、ひとまず本稿では、この4つの形式に着目し、摂食障害の回復のナラティブを考察していくこととする。

3. 「治療」の物語

3.1 コントロールによる「治療」

摂食障害という苦難は治療や意志的な努力によって克服される。こうした物語を、本稿ではコントロールによる「治療」と呼びたい。

ここでは、拒食や過食、嘔吐といった症状は、病い、あるいは、問題とみなされ改善の対象となる。このナラティブの特徴は、問題行動をコントロールする、部分的な症状の除去、症状の消失をゴールとみなすなどの考え方にある。実証主義をベースに発展してきた近代医療に特徴的なナラティブであり、ここには薬物療法や行動療法を含めることもできるだろう。そして、摂食障害の領域でも、近年注目を集めてきている治療法に認知行動論的アプローチがある。

認知行動療法 (Cognitive Behavioural Therapy : 以下、CBT) の原形は、Beckによるうつ病の治療にあったが (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979)、1980年代初めにFairburnによって過食症の治療にも適応された。摂食障害の領域では、CBTは、たとえば次のように説明されている。

摂食障害の患者は、低い自己評価による体型や体重に関して過剰な関心や歪んだ信念や価値観 (認知の歪み) を有し、これが肥満恐怖や痩せ願望となり、その結果、極端なダイエット、自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤の乱用にいたるという「認知行動モデル」仮説に基づいている。そして過食は極端な食事制限の反動として生じると考えられている。したがって、体型や体重に関する過剰な関心や歪んだ信念や価値観の修正を行うことが、摂食行動異常を改善することになる。この治療法は、個人精神療法のかたちで患者との対話形式で進み、過去を問わず、現在およびこれからの患者の認知の変化および行動の変化に焦点が当てられる。(切池 [2000] 2009 : 181)

日本では、こうした治療を受けることができる実際の治療機関はまだまだ

だ非常に限られているものの、研究の領域では、認知行動療法は主に過食症に対して最も有効な治療としてエビデンスも確立されており（切池編 2007：127）、国際的にも入院と外来の両方で普及している技法である（Garner & Garfinkel 1997 = 2004：73-147；切池 2003）。

3.2 利点と問題点

認知行動論的アプローチは、臨床の現場で有効に用いられた場合、短期間で多数の人々に適用できる合理的な治療のひとつになりうる。自己の認知や食事のみにフォーカスする在り方は、摂食障害を家族問題や過去のトラウマ的な経験と結び付ける治療スタイルとは異なり、実践的であると考えられること可能だろう。

だが、このアプローチには次のような批判もなされてきた。第1に、こうした治療法の起源は行動療法に求められるが、治療者主導で実施された場合¹⁾、強制的な食事摂取などの治療法に繋がったり、患者の心理的な問題をおざなりにすることで、患者を心理的に追いつめる可能性をはらんでいることが指摘されてきた（Bruch 1978 = 1979：126-143）。第2に、このアプローチでは痩せていることに高い価値が置かれる社会環境、女性に痩せることを強いるようなメディア環境などの現代社会の問題には注意が向けられることはない。個人の認知の在り方を問題にし、それを改善の対象とするため、摂食障害を生み出す社会環境を隠蔽してしまう側面が強い。第3に、現代社会の支配的な価値観を問うというスタンスがないので、回復は、今ある社会の基準への適応という形がとられることが多い。同時に、摂食障害を個人の問題として完結させすぎた場合、回復支援を社会的に整備し、社会的なサポート体制を充実させるという展開に繋がっていない可能性がある。

4. 「癒し」の物語

4.1 スピリチュアリティによる「癒し」

治療のナラティブとは対照的なナラティブとして挙げたいのが、「癒し」のナラティブである。ここでは自己より大きな力との出会いによって苦難が克服される。拒食や過食、嘔吐といった症状は、病いや問題ともみなされるが、自己にもたらされた恩恵や気づきの契機としても評価される。癒しのナラティブの特徴は、コントロールを手放すこと、部分的な症状のみ

ではなく個人の生き方全体を問うこと、回復にはゴールはないという考え方などにある。

こうしたナラティブに基づく実践の代表的なものとして、12ステップ・プログラムに基づいたセルフヘルプグループを挙げることができる。アルコホーリック・アノニマス (Alcoholics Anonymous) とは、アルコール問題を抱えた当事者たちによる世界規模の共同体である。そして、12ステップ・プログラムは、アルコホーリック・アノニマスで発展してきたもので、摂食障害の領域でも用いられている。代表的なグループとしてカリフォルニアで1960年に創設されたOvereaters Anonymous (OA) がある。OAの特徴は次の点にある。12ステップ・プログラムに沿っていること、食べ物や食べることに對して無力であるということを確認すること、症状を絶つこと、回復にスピリチュアルなアプローチを使うことなどである。

他方で、日本には1987年に発足したNABA (日本アノレクシア・プリミア協会) があり、NABAでの回復と成長とは、次のようなものとされる。

私たちにとっての回復と成長とは、摂食障害の症状がなくなることだけを意味していません。ですから、NABAでは症状だけを問題として取り上げ、無理に止めさせようとしたり、説教をしたりはしていません。回復や成長のために大事なものは、症状も含めた今の自分を責めずに認め、少しずつありのままの自分を受け入れていくことです。
(NABA 2002 : 291)

OAとNABAの大きな違いとして、12ステップ・プログラムに忠実であるかどうかがある。同じセルフヘルプグループといっても、12ステップ・プログラムに基づいているかいないかによって、目指す回復の方向性は大きく異なる²⁾。また、OAは過食などの症状を断つ努力を肯定しているのに対して、NABAでは症状をも肯定していくという違いがある。こうした違いは、グループによってさまざまであり、一概にまとめることはできない。

4.2 利点と問題点

セルフヘルプグループなどでよく語られてきたものとして、アディクションからの回復はないという語り方がある。たとえば、アルコールや薬物など依存対象の摂取をやめることがゴールではなく、そうしたトラブル

を抱えるようになってしまう自分自身の生き方を変えること、スピリチュアルに成長することが重視される。症状の周辺部分の改善にフォーカスする行動論的アプローチと異なり、生き方の全てが改善の対象とされる。国内の摂食障害の領域では12ステップ・プログラムはあまり普及していないが、アルコール依存 (Alcoholics Anonymous)、薬物依存 (Narcotics Anonymous) の領域では、国内でも広く普及しており、毎日のように日本中でミーティングが行われている。

問題点としては、回復にゴールはないという考え方をとることで回復することだけが人生の目的となってしまうことや、症状がなくなった後もいつまでもたってもポジティブなセルフイメージを持ってなくなるなどの可能性が指摘されている。アディクションからの回復方法として、12ステップ・プログラムが支配的な状況に批判的なPeeleは、どのようなアディクションも病気なのではなく、必ずしも一生継続する問題ではないと述べている (Peele 1991)。

筆者はこうした問題以上に、次のような現実的な問題があると考えている。すなわち、12ステップ・プログラムでは、経済的な活動を中心とした生き方を含めて現代社会の価値観そのものを相対化する。したがって、たとえ12ステップ・プログラムを実践したくても、現代の資本主義社会でこのプログラムを忠実に実践することは、多くの者にとって現実的な意味で困難である場合が多いのではないだろうか。

5. 「肯定」の物語

5.1 回復しなくてもいいという「肯定」

摂食障害に限らず、既にさまざまな領域で、問題を肯定するという言説が普及している。逸脱や病理とみなされてきた現象を肯定する言説は、社会のなかで一定程度を占めてきたとあってよいだろう。

病理や逸脱的な現象を肯定する言説群と一言でいっても、各言説に含まれる意図、あるいは結果としてもたらされている機能には大きな違いがある上、摂食障害の領域でも肯定言説にはいくつかのタイプがある。ここでは、トラブルを一端肯定することを通じて最終的にはそのトラブルの解消を意図しているナラティブと、トラブルの解消を目的にはせず、問題を抱えたままの生を肯定していこうというタイプのナラティブとを分けたい。両者は語り口は似ていても、目指している状態に大きな違いがあるからだ。

(1) 治療的言説としての肯定

摂食障害の肯定といっても、最終的には回復や治癒を意図しているナラティブがある。これらは問題行動を自己の一部として位置づけ、それを一端は受け入れることで問題の解消を意図する語りといえるだろう。こうした言説は、摂食障害の領域では非常に多い。

たとえば、筆者が行ったインタビューでは、ある回復者が、摂食障害についての書籍も出版している治療者のレクチャーを受けた時の様子を、次のように語ってくれた。

〈面白かったのは、あんたたち治りたいと思うんだったら吐くな、絶対吐くなって言うわけ。で、誰かが質問、質問できるのね、先生は[筆者注：本の中では]食べたい時食べたいだけ食べて吐いて下さいって言うのに、どうして吐くなって言うんですかって質問した人がいて。で、それは、今ここで、あなたたちと私が出会ってるってことは、私はあなたたちの治療に責任があるっていうことで。あの本は誰が読むかわからないでしょって、いろんな人が読むんでしょって。で、孤独の中で読んでもる人もいるかもしれないでしょって。ただでさえ目減りしている自尊心を、ああいう本とかを読んでさらに叩き潰すことはないでしょっていうの。いろんな環境の、いろんな状況の人が読むから、あれだって嘘なわけじゃなくて本当にそうで、あなたたちはもうここに来てて、私と会ってるわけだからってというようなこと。だから私は吐くなって言うんですよって。ふーんとか思って。〉

(女性/30歳 [調査時]/2003年7月インタビュー)

このように、食べても吐いてもいいという語り方は、文字通りに食べて吐いてもいいという意味ではないことがある。食べてもいい、吐いてもいい、回復しなくてもいいという語り方は、問題行動を一端受容することで、その問題行動の解消を目指す一種の治療的言説として語られている場合もある。

(2) 摂食障害というライフ・スタイルの肯定

摂食障害であることを肯定することで、その状態から抜け出そうという

意図を持つナラティブに対して、摂食障害をライフ・スタイルのひとつとして肯定しようというナラティブがある。具体的な実践例として、たとえば、英語圏のインターネット上には、摂食障害からの回復を望まない当事者たちのサイト“Anagrrl”がある。Anagrrlの目的は、治療や回復ではなく、危険な状況を回避しながら安全に摂食障害という状態をマネジメントしていくことにある。

Anagrrl上で展開される回復に抵抗するスタンス、すなわち、アンチ・リカバリー・スタンスは、医学モデルとも社会モデルとも対立する新しい説明モデルだとも説明されている (Fox, Ward & O'Rourke 2005)。

5.2 利点と問題点

まだまだ不十分ではあるものの、逸脱や病理についての経験を語ることができる社会的な風潮は少しずつできつつあるといえるだろう。そして、問題的な行動を肯定する言説には、問題を抱えている人々が持ちやすい自責感や恥の感覚を軽減させたり、彼らに社会のなかでの居場所を提供する機能がある。たとえば、過食・嘔吐の後は、多くの場合、またやってしまったという自責感があることはしばしば指摘されてきた。そして、この自責感が、セルフイメージの低下を招き、回復を阻害する場合がある。したがって、過食や嘔吐を肯定することには、自責感を軽減させることで心理的な状態の改善を図る効果がある。

だが、こうしたナラティブには、次のような側面もまた含まれる。まず、Anagrrlのように、治療や回復を目的とするのではなく、危険な状況を回避しながら安全に摂食障害という状態をマネジメントしていくといったナラティブやそれに基づく共同体は、筆者の知る限りでは、現時点の日本では見受けられない。ローカルな世界でこうしたナラティブが実践されている可能性はあるし、今後、こうしたナラティブが増加していく可能性はある。摂食障害の領域では、今のところ起こり難いことではあるが、先取的に論じておくと、拒食や過食・嘔吐をひとつのライフ・スタイルとして肯定することには、次のような問題が伴う。それは、摂食障害という状況は、個々人が選択した主体的なライフ・スタイルなのだともみなされることで、社会的な介入が行われなくなる可能性である。主体性という名目の下、医療サービスや社会環境の整備が行われなくなれば、摂食障害の予防／治療環境は衰退していく。摂食障害は死亡率の高い問題でもあ

り、問題行動の肯定という文脈だけで摂食障害を語ることは危険だ。肯定言説には、個々人の主体性を尊重する意図があるが、肯定の行きつく先が放置であればそれは問題である。ここに、肯定のナラティブの問題がある。

以上、「回復しなくてもいい」という語りを2つに分けてみてきた。だが、回復しなくてもいいという言説にはさらに別のタイプのものがある。

摂食障害の領域ではあまり見受けられない語りだが、病理や逸脱の肯定を通じて社会を批判していこうとするものだ。すなわち、社会批判のための問題行動の肯定言説である。ある問題を、個人の問題ではなく社会の問題とみなし、社会を改善していこうという方向性は必要であると思う。しかし、苦しむ個人は、社会を変えるために苦しんでいる訳ではない。彼らが回復することと、社会を変えていくことは安易に結びつけられるものではない。個人の回復と社会の改善はともに重要であるが、社会の改善という名目のもとに、個人が長らく苦痛を強いられるような事態は避けられるべきだろう。社会批判をする目的で、なんらかの困難を抱えている人々を肯定・擁護したり、困難を抱えているままでもいいじゃないかと語るとは、社会批判が目的なのだという自覚のもとに慎重になさなければ、回復したい人々、苦痛から脱したいという人々の願いと時として齟齬をきたす。

回復しなくてもいいという言説と、回復を目指していくタイプの言説は、相反する位置づけにあるものなのではない。摂食障害をはじめとして、同種の問題にも、さまざまな状態がある。そうした人々の資源としては、両方の言説があった方がいい。

6. 「解消」の物語

6.1 問題化しないことによる「解消」

本節でみていく「解消」の物語では、摂食障害という問題の克服に正面から取り組まれることはない。しかし、結果的に苦難は解消される。代表的な治療や支援の方法として、ソリューション・フォーカスト・アプローチを挙げることができる。こうしたアプローチに基づく治療実践では、従来の治療法のように、原因を特定しそれを除去するという方法をとらない。たとえば、ソリューション・フォーカスト・ブリーフセラピーでは、原因を探し続けるのではなく今の状況の解決に焦点が当てられる。

そして、このアプローチでは、「例外、すなわち問題がおこらない時」

(McFarland 1995 = 1999 : 35) に焦点が当てられるとともに、クライアントは病人とはみなされない。自己の人生を十分にマネジメントしていける能力がある者とみなされる。病人とみなされることでクライアントが病人としての自己を形成してしまう側面に、ソリューション・フォーカスト・アプローチは自覚的だからである。

6.2 利点と問題点

ソリューション・フォーカスト・アプローチでは、目標を強調することや、容易に解決が見つからないような問題への有効性に対する疑問も指摘されている。他方で、ソリューション・フォーカスト・アプローチと同様に社会構成主義に基づくセラピーであるナラティブ・セラピーの実践では、解決を志向するよりも「多声性」が重視されるなど、新しい展開がある。ナラティブ・セラピーでは、問題の外在化³⁾ やユニークな結果へ着目⁴⁾ などナラティブ・セラピー独自の技法に依拠した対話のなかで、クライアントは新しいものの見方や新しい行為の可能に開かれていき、問題から解放されていく。本稿では詳細に取り上げることはできなかったが、新しいセラピーとして、さまざまな可能性をはらんでいる (中村 2015)。

7. おわりに

以上、本稿では、摂食障害領域における回復の語られ方の一端を4つのナラティブとして整理し、その効果や問題点について述べてきた。これはあるひとつの暫定的な整理の仕方ではない。しかし、本稿で行ってきたように回復の語られ方を俯瞰的に把握することの意義はいくつかある。まず第1に、異なる回復観を持つ者同士が、相互のナラティブを把握することで、対立ではなく相互理解を得られやすくなる。第2に、研究者や治療者自身が、自らがどのようなスタンスにあるのかを自覚でき、自らのスタンスを相対化しやすくなる。第3に、回復モデルの多様性を確保できる。そして第4に、各ナラティブと社会環境との関係性を把握することが可能になる。

社会学はさまざまな語りを対象に研究活動を推し進めてきた。同時に、我々社会学研究者もまた語りの噴出の一翼を担っている。私たちがどのような語りを生産し、あるいは今後生産していく可能性があり、それがどのような社会的機能を持ちえるかについて自覚的であることは、私たちが今

後も続けていくであろう社会学的営みにとって重要なことだ。

質的調査が盛んになり、ナラティブや語りというキーワードがあちこちで使われるようになった、このまさにナラティブが氾濫する時代に、社会学研究者はどのような役割を果たしていくことができるか。こうした問いを、今後、社会学研究者が共に考えていくべき課題のひとつとして、ここに提案したい。

注

- 1) 治療者主導ではなく、当事者が自ら自主的に食生活を改善することで自らの回復を図ろうとする場合、これは「解決権」の回復として、当事者をエンパワメントする側面もある (Cooper 1993 = 1997, 中村 2008)。
- 2) セルフヘルプグループといっても、12ステップ・プログラムに基づいているかそうでないかで、回復の方向性はかなり異なる。この点に関して、筆者は現在草稿を準備中である。
- 3) ナラティブ・セラピーの「外在化する会話」では、まず、人やシステムではなく問題が問題なのだとし、人やシステムの外側に問題を置きなおす。次に、人やシステムはその問題からどのような影響を受けているのかを探っていく。そしてその問題に、私たちはどのように対抗していくことができるかを考えていく。「人のアイデンティティを問題のアイデンティティから分離することは、人々が遭遇している問題に対処する責任を放棄することにはならない。むしろ、受理されることで、人々はもっとこの責任を負えるようになる。もしも人が問題だとしたら、自己破壊的行為以外ほとんどなす術はない」 (White 2007 = 2009 : 27)。
- 4) 問題が起こらなかった経験や、問題が起こってもそれに振り回されなかった経験に着目する方法。

参考文献

- Beck, A. T., Rush A. J., Shaw B. F. & Emery, G., 1979, *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press.
- Bruch, H., 1978, *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*, Harvard University Press. (=1979 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』星和書店.)
- Cooper, P. J., 1993, *Bulimia Nervosa and Binge-Eating: A Guide to Recovery, Including*

- a Self-Help Manual for Sufferers*, London: Robinson Publishing. (=1997, P. J. クーパー (小田勝己訳)・生野照子・西園文『過食症からの脱出——自分で治す実践ガイド』女子栄養大学出版部。)
- Fairburn, C. G., 1981, "A cognitive behavioural approach to the management of bulimia," *Psychological Medicine*, 11 : 707-711.
- Fox N., Ward K. & O'Rourke, A., 2005, "Pro-Anorexia, Weight-Loss Drugs and the Internet: an 'Anti-Recovery' Explanatory Model of Anorexia," *Sociology of Health & Illness*, 27(7): 944-971.
- Katy, D and Tammy K., 2009, "Anorexia/bulimia as resistance and conformity in pro-Ana and pro-Mia virtual conversations," in Malson, H. and Burns M., 2009, *Critical Feminist Approaches to eating dis/orders*: 87-96.
- 切池信夫, [2000] 2009, 『摂食障害—食べない、食べられない、食べたなら止まらない 第2版』医学書院。
- 切池信夫編, 2003, 『摂食障害・治療のガイドライン』医学書院。
- , 2007, 『新しい診断と治療のABC／精神4 摂食障害』最新医学社。
- McFaland, B., 1995, *Brief Therapy and Eating Disorders : A practical guide to solution-focused work with clients*, Jossey-Bass Inc. (=1999, 児島達美監訳『摂食障害の「解決」に向かって—ソリューション・フォーカスト・ブリーフセラピーによる治療の実際』金剛出版。)
- NABA 日本アノレキシア・プリミア協会編, 2002, 『分析おことわり! —— 私たちは摂食障害とこんなふう生きてきた』東京: 東峰書房。
- 中村英代, 2007, 「過食症——『がんばらなくていい』ということ、『がんばらなければ治らない』ということ」本田由紀編『若者の労働と生活世界——彼らはどんな現実を生きているか』大月書店: 253-285。
- , 2008, 「回復体験記からみる回復者自身による摂食障害解釈——『解決権』の回復」『社会学評論』232 : 557-575。
- , 2011, 『摂食障害からの〈回復〉——回復者の物語の臨床社会学』新曜社。
- , 2015, 「誰も責めないスタンスに立ちつつ、問題の所在を探りあてる——摂食障害・薬物依存へのナラティブ・アプローチ」『ナラティブとケア』6 : 34-40。
- 野口裕二, 2005, 『ナラティブの臨床社会学』勁草書房。
- Peele, S., Brodsky, A. & Arnold M., 1991, *The truth about addiction and recovery*,

Fire Side Book.

Peele, S., Bufe, C. & Brodsky, A., 2000, *Resisting 12-step coercion: How to fight forced participation in AA, NA, or 12-step treatment*, See Sharp press.

齋藤清二, 2006, 「医療におけるナラティブの展望—その理論と実践の関係」江口重幸・齋藤清二・野村直樹編, 2006『ナラティブと医療』金剛出版: 245-265.

White, M., 2007, *Maps of Narrative Practice*, W. W. Norton & Company. (=2009, 小森康永・奥野光訳『ナラティブ実践地図』金剛出版.)