

摂食障害「自助グループ」を考える (2)

— イギリスのネットワーク化とそれを学 (真似) ぶ日本の課題 —

野村佳絵子*

Self-Help Groups in the United Kingdom and Japan :

— The Case of Eating Disorders —

Kaeko Nomura*

This study is the second paper for comparing the “transitional” self-help groups of eating disorders in Japan with the mature self-help groups for eating disorders in the West. The study conducts participant-observation on the groups associated with the Eating Disorders Network of Japan (EDNJ, a newly-established network of self-help groups of eating disorders in Japan) and Eating Disorders Association (EDA, a wide network of local self-help and support groups of eating disorders in the United Kingdom) and interviews with the group participants. As a result, the self-help groups of eating disorders in the United Kingdom are characterized as a place where the members can chat over a cup of tea and share the ideas that “it’s not about food, it’s about feelings.” and “my family is very important to my eating disorders.” However we recommend that it's not just to ape the ways of the West; we have to pursue our own methods to get to grips with eating disorders in Japan.

Key Words: eating disorders, self-help groups, Eating Disorders Network of Japan

はじめに

私の摂食障害。これは2004年9月に京都でおこなわれた第4回摂食障害フェスティバルのタイトルである。「摂食障害の私」ではなくて、「私の摂食障害」。このタイトルを提案した女性は、「摂食障害と一言でいっても、そのあり様は人それぞれです。人間、いろいろな存在の仕方があっていいはずですし、一つの枠に収めることなどできないと思うのです」と言う。これは、いわゆる西洋の診断基準に基づき「摂食障害か、否か」を判断する (Lee and Kwok 2005:209) 医師たちにたいする彼女からのアイロニックなメッセージだろうか。その証拠に、このメッセージに反応・共感を寄せた人たち約500名がフェスティバルに参加した¹⁾。この既成の事実には、摂食障害を抱える本人だけではなく、その家族や友達、援助にあたる専門家など、さまざまな立場の人たちが皆でいっしょに多角的な側面から摂食障害について考えようという近年の日本の実情がうかがえる。

今や誰でもがなりうる病気、「common illness」(生野 2003:92) として知られるようになった摂食障害。周知のとおり、摂食障害の増加を示唆する報告は、1950年代後半の西ヨーロッパとアメリカにはじまり、次いで、日本のような急速に西洋化した社会においておこなわれるようになった

* 龍谷大学社会学部

(横山 2000:51)。第二次世界大戦以降、伝統的な家族形態の変化と経済発展のなかで生じてきた圧力や緊張感がとりわけ大きい日本において、アジアで初めて摂食障害の報告がなされたのである。その背後には個人主義の浸透、女性の役割葛藤、そして消費文化やマスメディアの広がりなどがある (Gordon 2001:5-6)。

筆者が摂食障害の自助グループ研究に取りくんでいて、いつも疑問に思うことがある。情報量の少なさと偏り、くわえて、研究者（とくに医師）による固定観念の浸透である。彼らがずっと言いづづけていることに、「日本は遅れている、アメリカやイギリスの取りくみは進んでいる」という指摘がある。はたして「進んでいる」とはどのようなことを言うのか。この目で確認して今後の日本における摂食障害についての取りくみへ応用したい。本稿は、そのような気持ちからはじめて一連のフィールドワークにもとづくものの第2弾にあたる²⁾。

本稿の目的は、イギリスにおける自助グループおよびグループをとりまとめるネットワークの現状を確認し、そこから得たデータを分析することである。そして、日本への応用を視野にいれながら、考察をくわえる。したがって、もともと白人、裕福、やせ礼賛に代表される西洋の病 (Fontaine 1991; Nagel and Jones 1992) と言われていた文化結合症候群 (culture - bound syndrome) (Prince 1983, 1985; Weiss 1995; Gordon 2001; 本村 2004; Pike and Mizushima 2005) としての摂食障害について再検討する意味をもち、アジアで唯一の摂食障害大国である日本 (Weiss 1995:537; Gordon 2001:5) との比較研究として位置づけられる。

まず1では、第1弾のフィールドワークであるアメリカの Overeaters Anonymous (OA) から確認できた事項をふまえて、本稿の課題を提示する。2では、イギリスの Eating Disorders Association (EDA) のフィールドワークで得たデータを提示し、3で課題について考察する。4では文化的背景を視野にいれながら、日本の摂食障害にたいする取りくみについて提言をくわえる。

1 課題

アメリカの OA と日本の摂食障害の自助グループとを比較して、おもにおさえておきたい点は、(1)「グループの目的意識」、(2)「アディクション (嗜癖) という考え」、(3)「親の会・家族の会の重要性」の3点であった。

まず(1)について。OA では、ミーティングへ行くことは「回復」という目的意識を持っている証であり、一人一人の努力が求められ、グループ自体もそれに向かって一致団結していた³⁾。ミーティングは、「症状を断つ」ために「私はこれだけの努力をしている」ということを自己主張するための「成長の場」であった。これにたいして日本では、グループは「そのままでもいいんだ」、「無理することはないんだ」という安心感を得る場所として機能していた。グループは「居場所」であり、他者とのコミュニケーションのあり方を見直すための「訓練の場」であった。

つぎに(2)について。摂食障害を嗜癖ととらえる OA は、摂食障害を物質乱用障害の変型とみなし、行動の問題に直接焦点をあてて、禁欲を強くおし進め、過食からの離脱を維持するのに役立つと言われていた (Yeary 1987; Malenbaum 1988; Weiner 1998)。そのため、Alcoholic Anonymous (AA) と同じく、グループのプレッシャーおよび禁欲の強化やプログラムの遵守を体験させることに依存した集中的アプローチ (Garner and Garfinkel eds. 1997=2004:443-4) であり、「症状をとること」が何よりも優先されていた。これにたいして日本では、摂食障害という症状を「生き方

について問い直す時期」,「生き延びるための自己救済行為」というように肯定的にとらえることも必要とされていた。摂食障害という機会を通じてさまざまなことをみつめ返し,これからの生き方を探し求める機会を得たととらえるならば,摂食障害は自然に消えていくと考えられた。

最後に(3)について。日本では親の会や家族の会が積極的に活動をしているのにたいして,OAではそのような動きはみられなかった。自助グループに通うのも,日本のように親子連れや家族連れでの参加はどこにもみられなかった。これはまさに,自立モデルの相違,甘えや身内意識(斎藤 2003:102-11)など文化の違いから生じる現象であると考えられた。

ではイギリスはどのようなだろう。(1)「グループの目的意識」,(2)「アディクション(嗜癖)という考え」,(3)「親の会・家族の会の重要性」という3つの課題について,OAと違うのだろうか,一緒なのだろうか。日本のグループと違うのだろうか,一緒なのだろうか。しばしば「イギリス人は日本とアメリカの中間的な方略をとる」(佐藤 2001:148)と言われるが,はたして「中間的」とはどのようなことだろうか。また,それは摂食障害についての取りくみにおいてもあてはまることなのだろうか。筆者はイギリスへ向かった。

2 イギリスでのフィールドワーク⁴⁾

2.1 Eating Disorders Association (EDA) の歩み

まず,EDAの概略から説明する。EDAは,1989年4月,2つのグループ(Anorexic AidとAnorexic Family Aid)が合体して,専門家が主導になって発足した。1992年,規模を拡大(3つめのグループthe Society for the Advancement of Research into Anorexiaが加入)し,現在は有給スタッフと無給スタッフ⁵⁾の手で運営維持されている。本部は,ロンドンから北東へ電車で約2時間のところにあるノーリッチ⁶⁾におかれている。イギリスの摂食障害者や家族の自助活動の拠点になっており,講演会開催の企画,機関紙や専門雑誌(*European Eating Disorders Review*)を発行,専門家の研究の補助をおこなっている(EDA, 2002, Annual Report)。

EDAの摂食障害にたいする考えは,「It's not about food, it's about feeling. (食べ物の問題じゃないよ,心だよ)⁷⁾」というスローガンにある。とりわけ,「摂食障害とは?」という筆者の問いに,案内係であるAさんは,「生き方そのものだわ」と答えた。さらに,「回復とは?」という問いにたいしては,ボス(Chief Executive)が唱えた「朝起きたとき,食べ物のことを一番に考えなくなった状態,つまり,仕事のことや,勉強のこと,友達のことなどを考える状態」という考えが浸透しており,他の2人(Bさん・Cさん)に聞いても「ボスに同感だ」という同じ答えが返ってきた⁸⁾。

事務所にダイアナ妃の写真が飾っていたので,それについて質問してみると,ダイアナ基金はEDAの財政を支えている基金の1つであることがわかった。そして,「摂食障害で苦しんだダイアナ妃は,それを恥ずかしいことと思わず,それに打ち勝った人だ。そんな彼女の意思にEDAの取りくみはぴったり一致する。ダイアナ基金はEDAをサポートしていきたいと,基金のリーダーが述べている」と,Bさんが教えてくれた。

EDAが現在一番力を入れて取りくんでいるのは,国との連携である。イギリスの保健省(Department of Health)国立臨床研究所(The National Institute for Clinical Excellence, NICE)から出された摂食障害の治療パンフレット“The NICE Treatment Guideline”(2004年1月28日発行,家族と援助者に役立つ情報や利用できる社会的資源,自助グループの役割などを掲載)の宣伝

をあらゆる広報活動の場でおこなっていた。また、NICEの支部にあたるNCCMH (The National Collaborating Centre for Mental Health) と EDA とが協力して作ったパンフレット“18歳未満の方へ”と“援助者の皆さんへ”についても同様の広報活動がなされており、いたるところで、“NICE Guideline”の宣伝を聞くことができた⁹⁾。

2.2 トレーニング

EDA は、医療にはお金がかかるため、治療は短期で終え、あとは自助グループに任せる Self Help Network という体制をとっている。それは、イギリス全土 (イングランド・アイルランド・スコットランド・ウェールズ) に自助グループ (sufferers と carers)、電話相談グループ¹⁰⁾、手紙相談グループを作るというところみである。EDA のスタッフ (A さんと C さん) が地域に出向いてトレーニングの機会を提供し、グループリーダーを養成し、彼らと定期的に連絡をとりながら、グループにたずさわる人たちをサポートしていく¹¹⁾。ただし、グループのリーダーが当事者の場合、治療を終えて18カ月経っていないとなれない¹²⁾。なぜなら、B さんによると「症状を抱えたままでは、グループ運営が不安定になり、それは危険なことだから」である。また、グループのなかでは「やせ」を競う争いが起こるため、リーダーの役割がひじょうに重要であると言われている。

ではじっさい、トレーニングの様子を確認しよう。

トレーニングの受講には、あらかじめ予約が必要であり、料金は15名で500ポンド (日本円で約10万円、1人で参加する場合は37ポンド、約7400円) とかなり高い。キャンセル料も発生するが、参加した場合、手渡される EDA グッズ一式はかなり充実している。この日の参加者は、10名、皆が女性、年齢層は20代から70代、学生や援助者、リーダー (FREED¹³⁾) という自助グループのリーダーで、かつ25万ポンドを EDA に寄付した初老の女性) 以外は初めてトレーニングに参加、なかにはここへ来るために1時間半以上かけて参加している人もいた。トレーニングの部屋には、絵や小物、花などが飾られてあり、皆で大きな机を囲んで座る。開始は10時であるが、それほど厳密ではない。

トレーニングの進行については、まず、ミルクティーを飲みながら、EDA のトレーナーがあいさつをして、順に皆へ一周する。つぎに、一人一人秘密を紙に書き、封筒に入れ、EDA のトレーナーに渡す。これには、大切なことを他者に打ち明けるという体験を実践する意味がある。つづいて、グループ作りについて大切なことを、参加者が思い思いにそれぞれの経験から語る。この時に注目したいのは、EDA のトレーナーは話題提供 (たとえば、症状ごとに区別するのか、そうでないのか。ジェンダー差を確認したり、模造紙に絵を描いてイメージを膨らましたりなど) のみで、後は皆でクロストークをする。

トレーニングの最中には、ランチタイムもふくめて、何度も休憩が入る。その時間は、お茶を飲みながら参加者同士がコミュニケーションをはかり、情報交換などをおこなう。たとえば、お金のないグループはどうしたらよいか、親の会の運営の仕方など。けっして、アルコールやアディクションの話にはならない。

午後からは、2人でペアになってロールプレイ (「もし、あなたがリーダーだったら」、「あなたが電話相談の係だったら」、「あなたが手紙を受けとったら」など) をする時間が設けられている。ペアになった人と、真剣にやりとりをしながら、それを周りの人は観察して、また皆で討論をつづ

ける。笑いも交えながら、話に広がりが出てくる。そして最後に、「今日、一番よかったこと」を一人ずつ言う。

他のトレーニングでは、これらの他にたとえば、医師の講演や本人の体験談発表、他のグループからの広報活動、トレーニング修了証明書の発行などがある。

つまり、「トレーニングを受けに来た」、「グループ作りのマニュアルを教えてもらいに来た」というのではなくて、ミルクティーを飲みながら、参加者それぞれのいろいろな経験に基づいて話したり、皆のアドバイスを受けていたりして、情報交換、コミュニケーションをはかる場として、トレーニングは機能している。EDAのトレーナーは、話題提供や最近の研究の動向などを伝えるだけであって、答えを与えたり、グループの作り方のノウハウを提供したりするわけではない。また、Cさんによると、「トレーニングで一番大切な時間はランチタイム」だとのこと。この時間に皆がそれぞれ自分の思いや考えを交わすことができるからである。笑顔で解散する姿、その後喫茶店に行って、さらなる交流をはかろうとする姿などがみうけられる。

2.3 自助グループについて【資料1 参照】

sufferers グループ

自助グループのミーティング場所は、個人宅や教会などグループによって違う。したがって、参加費も必要なグループとそうでないグループとがある。ここでは、ロンドンの郊外にある個人宅でおこなわれたミーティングについて追っていく。

部屋には大きなソファが3つ、その上には、それぞれ赤や白、黄、茶のクッションが置いてある。絨毯の上に大きな机、サイドには花、壁には絵が飾られており、暖炉がぼかぼかと燃え、ランプの明かりで部屋全体が橙色である。この日はバレンタインデーのため、グループリーダー（30代前半の女性、かつて摂食障害の経験者、今はカウンセラー、ピンクのジャケット、ブーツカットのジーンズ、茶色のブーツ）が、「もしかしたら、あなたと私の2人だけかもしれない。ふだんは8人ぐらい」と笑って教えてくれた。

リーダーは「若い頃、苦しんでいた」と言うぐらいで、自分の経験話はあまりしない。皆が来るまでこちらから、まず詳しく自己紹介をして、それからいくつかの質問をした。

「回復とは？」

「ムズカシイ、怖がらずに食べることかな？」

「人に言えたか？」

「恥ずかしい、罪悪感があったから人に言えなかったわ。過剰に運動したり、勉強したり、いっぱい食べたり、リストカットしたり……」

「拒食症と過食症の違いは？」

「同じだと思うわ」

などである。

この日の参加者は最終的に5名（皆ジーンズにブーツ）であり、遅刻をしても、嫌な顔をしないで「Welcome!」と迎えらる。年齢は20代から30代の主婦や学生で、拒食症、過食症、むちゃ食いなど、症状はさまざまである。初めてグループに来た人が1人、あとの人たちは2ヶ月目（このグループは月に2回開催されている）だった。自己紹介は本名で、皆、ソファにゆったりもた

れかかって人目を気にせずくつろぎながら、対等な立場で、ぼちぼちといろいろな話をしはじめる。「(前回のミーティングから) この2週間でできたこと、できなかったこと、今どんな気持ちか」など。話し手に皆が耳を傾けながら、ふんふんと共感して聞いている。脱線や笑いもあり、ほのぼのとした雰囲気で厳しくない。心地よい沈黙のほか、あまりにも長い沈黙ができた場合は、リーダーがいろいろと話をふったり、質問したりする。うまく答えられないときは、他の人が助け舟を出すこともある。マンツーマンで話をしたり、「どうしていいかわからないの」と言ったりすることもある。

どちらかというと、参加者はリーダーに本来の仕事である「カウンセラー」の役割を求め、リーダーもそれに応じようとしている。しかし、そこに権力関係は生まれない。もともと彼女が「カウンセラー」であることを知ったうえで、皆がグループに参加しているからだ。リーダーは、目がうつろかげんでうまく言葉にできない人の語感をくみとり、饒舌でコミュニケーション能力がある人の言葉や気持ちを整理する役割として、サポート係にまわっている。空気が重たくなった時には話題を転換し、話が急ぎすぎた時にはゆっくりとみつめる時間をもたすような、間のとり方を大切にしている。しかし、けっして支配的ではない。そして最後に、「つぎの2週間、どうするか」について、順番に話していく。ミーティングの後には、日常会話や情報交換などのおしゃべりもはずみ、さっぱりとした雰囲気で解散する。

補足として、他のグループとの違いをあげる。リーダーの年代、参加費の有無、EDAの広報活動の有無、誰かが提案したテーマにそって話すなどである。

carers グループ

carers グループは、おもに教会や病院でおこなわれる。以下では、ロンドンの中心部にある教会でおこなわれたミーティングを追ってみよう。

まず、教会の入り口の案内板に、EDAと大きな表示があり、ミーティングの部屋には、大きな机を囲んでいますが12脚から13脚、用意されていた。1人3ポンド(約600円)の参加費が必要であり、時間きっかりにはじまる。

はじめに、50代の女性のリーダーからミーティングの説明がなされる。「carersのみ、遅刻はダメ、アドバイスを与えてはダメ、自分がリーダーである」など。これらは、EDAのホームページに載っている約束ゴトであり、彼女はメモをみながら一つ一つていねいに朗読した。その後、順番に自己紹介をし、その内容は、子どもの症状や今の自分の気持ちについてである。それらを曖昧にしてはいけないため、口をにごすと、「もう少し詳しく教えてほしいわ」と質問される。

この日の参加者は14名(うち男性3名)、皆、娘が摂食障害である。3人の男性(夫)はスーツにネクタイをピンとしめ、妻とともに参加している。妻の方は、娘のことを我がごとのように話す人、泣きそうな人、アドバイスを与える人、黙っている人、笑いや余裕のある人、よくしゃべる人などいろいろである。

「何を食べさせたらいいのかしら？」

「どこの病院がいいのかしら？」

「困っているの」

「最近1ポンド(453.6グラム)ふえた」

「〇〇病院がいいわよ」

「あなたがそんなに悲しい顔をするからいけないのよ」

などである。

8時半からは、情報提供の時間であり、話が途中であっても、いったん終わらせる。リーダーが“News Letter”や“Carers Network”などの会報を配って、EDAの案内をする。参加者の方はあまり関心を示さず、どちらかというと自分が話すことの方が大切という印象をうける。しかし、チラシや情報など、もらえるものはもらう。ミーティング終了後は、わいわいと帰る様子がうかがわれた【資料2参照】。

以上の観察から、当初の目的であった3つの課題について考察を試みる。

3 考察

3.1 グループの目的意識

まず、EDAのスローガンである「It's not about food, it's about feelings. (食べ物の問題じゃないよ、心だよ)」や、「摂食障害とは」という質問にたいする「生き方そのものだわ」という答えから、摂食障害を一刻も早くやっつけなければならない「悪者」としてとらえられてはいないことがわかる。したがって、それからの回復も、「朝、目覚めたときに食べ物以外のことが頭に浮かぶこと」というボスの答えに代表されるように、「症状を断つ」ことを強制するものではない。自助グループにおいても、お茶を飲みながら、自分のできたこと、できなかったことをたがいにディスカッションしあい、「〇〇するために」が目的化されているわけではない。また、EDAのトレーナーやグループリーダーは、話題提供をするだけであって、マニュアルや「〇〇しなければならない」と教えることはしない。

つまり、運営の仕方は個々のグループに任されており、それぞれのリーダーの力量に応じた、また参加者のニーズにあわせた雰囲気をかもし出しながらグループが成り立っている。さまざまなグループがあり、名前もEDA in London, EDA in Norwich, FREED, Breadなどさまざまである。また、自助グループ以外にも、手紙、電話、メールなどの選択肢があり、専門機関や病院の紹介もなされている。アメリカのOAで確認したようなマニュアルにしたがったグループ作り、明確な目的意識、というよりもむしろ、日本のグループで観察された、個々人、グループそれぞれに、言葉をやりとりすることや、その時間をリラックスして過ごすことが大切にされているようだ。

3.2 アディクション（嗜癖）という考え

つぎに、アディクション（嗜癖）という考えについてであるが、こちらから質問しないかぎり、けっしてこの言葉は出てこなかった。もちろん、摂食障害に付随して生じる感情の問題として、孤独感や不安感、鬱状態はあり得る。そこから、強迫性障害やアルコール依存症、薬物乱用状態におちいることもあり、それらについては見過ごせない問題であるという指摘はなされている。ただし、それらは、アディクション（嗜癖）というとらえ方というよりもむしろ、リストカットや性的逸脱に代表されるself-harm（自傷行為）としてとらえられている¹⁴⁾。とりわけ、リストカットについては、本人の会でも、家族の会でも、話題になっていた。また、同様に付随する問題として、歯の

問題や骨粗鬆症、不妊症などがあげられる。

このとらえ方は、3.1でみた「目的意識」とのつながりから考えれば、当然のことである。摂食障害は「食べ物」の問題ではない。したがって、OAで確認した、症状を断つとか、他のものに依存・執着するというアディクションという考えは出てこないのである。

また、「摂食障害の嗜癖モデルは批判をうけてきた」と指摘されている（Yeary 1987; Wilson 1991; Weiner 1998; Phillips 1999¹⁵⁾）。というのは、摂食障害を抱える人のすべてに、嗜癖パーソナリティが存在する確証はないからである。嗜癖モデルは摂食障害の中核的な臨床的問題ととりくんでおらず、摂食障害にひそむ精神病理を無視していると言われている。したがって、嗜癖モデルはさまざまな摂食障害にみられる差異を無視し、摂食障害についての画一的神話を助長させている。食べ物にたいする無力を信じよ、というのは、ふつうの摂り方、その元にある問題をみるのではなくて、節制を強調するのみである（Garner and Garfinkel eds. 1997=2004: 444）。

つまり、EDAでは、食べ物からお酒へ、そして薬物や人へというふうに、何かから何かへと依存する対象が一生つづくという考えではなく、摂食障害にしてもリストカットにしても、根本の問題（feelings）が解決したら、当然「治る」という考えなのである。

3.3 親の会・家族の会の重要性

そして、親の会の重要性である。EDAの作る自助グループが「sufferers グループ」と「carers グループ¹⁶⁾」とにわかれていることからわかるように、家族はたいへん重視されている。これは、家族原因論を助長するものではなく、むしろ、原因はさておきながら、家族は回復過程においてひじょうに重要な位置を占めるという考えのもとに成り立っている。

じっさい、トレーニングやグループには、家族が両親ともに参加する姿があり、1つのグループあたりの参加者数も、本人のグループの参加者数よりもはるかに多い。マニュアル化されているわけではないが、EDAからの約束ゴト（情報、サポート、理解や知識は与えるべきものであり、反対に、トリートメント、アドヴァイス、カウンセリング、セラピーは与えてはいけない）を忠実に守る、熱心な親の姿¹⁷⁾がみうけられた。

イギリスの親子のあり方については、子育ての比較教育学を専門としている佐藤（2001）によると、「イギリスでは、幼児期に先生の権威によってトラブルを解決することは、本来子どもの権利や自由を守るものとして認める場合も多い¹⁸⁾」（佐藤 2001: 90）と言われている。したがって、日本の家族会でみられるような、「私の育て方が悪かったから娘が摂食障害になった」という自分にとって原因をつきつめることはしないが、放っておくのではなくて、少なくとも援助をする側の立場として、学べることは学ぶ、教育できることは教育する、という姿勢が確認された。「どうしていいかわからない」という泣き顔をみせる母親はいるものの、「私もしんどい」と愚痴をこぼす親の姿はみられなかった。お茶を飲みながら、おたがいに情報交換をする、そしてその時間を大切にする、ランチタイムや休憩時間も、彼らにとっては貴重な自助グループの時間なのである。

以下では、できるかぎり文化的背景を考慮しながら、日本の摂食障害にたいする取りくみについて検討する。

4 日本での取りくみに向けて

4.1 あらたな課題

じっさい、筆者がアメリカやイギリスの自助グループに参加したり、そのグループをオーガナイズする事務所を訪れたりして感じたことは、摂食障害を一つの社会問題としてとらえるという、摂食障害にたいする関心や注目度の高さであった。どちらかという、日本ではこそこそと研究活動をしていたのとは対照的に、隠さずに、正面きって摂食障害について取りくめる、そのような印象をうけた。しかしながら、上述したようにさまざまなグループの特徴や日本のグループとの違いを発見したものの、素朴な疑問がつきまとっていた。何かぬけている部分があるのではないか。もっと根本的なことを考えないといけないのではないか。

それは、以下の2点である。まず、OAでもEDAでも、摂食障害を抱えた人たちの症状や語り口調、そこからかもしだされる雰囲気や、コミュニケーション能力については、筆者が日本のグループで確認したものと同じであった。また、EDAの家族会で観察した、娘のことを熱心にまるで我がごとのように話す母親、ネクタイをピンとしめてけっしてマヌケは姿などみせない父親の姿については、日本の家族会で確認した姿と同じであった。これらの発見は、つぎの疑問へと結びつく。

なぜ、会ったばかりの人たちが「摂食障害」というキーワードを共有するだけで、筆者の話を聞いてくれるのだろうか。同じように、筆者は彼らの話に共感するのだろうか。またなぜ、皆が同じような思考（摂食障害になると、あるいはそれ以前から、またはそれ以降も、自己評価の低さ、焦燥感、やるせなさ、どうしようもなさ、××しなければならぬ）になるのだろうか。つまり、なぜ、言葉も環境も文化も違うのに、同じ症状が出るのだろうかということである。どうやら、これが最後の課題、摂食障害を考えるうえで一番の原点かもしれない、じつに素朴な課題に到達した。

4.2 culture-bound syndrome or culture-change syndrome?

culture - bound syndrome, 日本語に訳すと「文化結合（拘束）症候群¹⁹⁾」、上の説明の反対（つまり、文化が同じ）のことをこのように言う。特定の文化集団に特徴的な特定の文化要因に基づく病的反応である。この概念を提唱したヤップは、その例の一つとして「拒食症」をあげている（Yap 1969: 40）。そして驚くことに、ヤップが提唱する以前、1874年にガルが拒食症を発見したとき、すでに、摂食障害は特殊な人種、とりわけ白人の間でより広く普及しているという指摘をおこなっていた（Nagel and Jones 1992: 110）。

その後、Prince (1983, 1985) や Weiss (1995), Gordon (2001) らが摂食障害を文化結合症候群であると唱えている。Prince (1985) は、「文化結合症候群 (CBS) とは、人類すべてに普遍的にみられる症状や特徴ではなくて、特殊な文化や特定の文化集団に限られた症候である」(Prince 1985: 198) と定義した。

では、その特定の文化とは何か。それがまさに、スリムであることを女性の美しさの理想とみなす西洋の美的感覚 (Weiss 1995: 538), 細くあること、美しくあることが西洋の理想 (Weiss 1995: 539) とする文化である。それゆえ、スリムで若い体は、美しく健康的であり、太った体は、だらしく、醜く、病気がちで、自己鍛錬が欠けているとみなされる。とりわけメディアは、スリムな人や肥満の人たちにたいする文化的な基準を生み出す役割を果たしている (Nagel and Jones

1992:109)。そして、その文化が生まれる背景には、消費経済の上昇、集団の目的を犠牲にした個人的な満足の達成を強調、家族の離散、世代間の関係の葛藤の上昇、性別役割の変動、思春期におけるプレッシャーや葛藤がある。これらの文化の傾向が摂食障害を増加させる役割をになっており、さらに、この西洋的文化は、世界中に広がってきている。とりわけ、日本において顕著である (Gordon 2001:4)。それゆえ、摂食障害は「北アメリカ、西ヨーロッパ、そして日本で最も頻繁に生じている」(Weiss 1995:537) のである。

もともと白人の裕福な階層のやせ礼賛社会で起こる西洋の病であった摂食障害、しかし、それは、アジアで唯一日本でも起こる、いわゆる西洋化された病なのである (Gordon 2001:5)。医師たちが「日本は遅れている。西洋は進んでいる」とオウム返しのように口にする背景には、このような摂食障害にたいするとらえ方 (摂食障害は文化結合症候群、その原点を確認する) があったからなのだと合点がいった。ということは、摂食障害は、グローバル化の成れの果てに生み落とされた一つの現象と言えるのだろうか。

したがって、原因が同じであれば、それにたいする治療法や回復に向けての取りくみにおいても見習うべき点があるだろう。モデルを求めて試行錯誤している日本の自助グループが、一步も二歩も先を行く西洋の自助グループを真似るというのは、多いに実りある試みのようにも映る。しかしながら、ここに落とし穴があることを忘れてはいけない。「摂食障害は文化結合症候群ではない」という、もう一つのとらえ方があるのだ。

Weiss (1995) によると、近年の研究では、北アメリカや他の国においても広くさまざまな社会経済的、またさまざまな人種間のなかで摂食障害が増加してきていると言う。アメリカならアフリカンアメリカン、香港では労働者階級の女性や他のマイノリティ集団があげられている (Weiss 1995:544)。また、Lee (2001, 2005) による臨床研究では、西洋の場合、典型的な診断基準には、体重増加への恐怖とボディイメージのゆがみが要求されるが、香港ではこの徴候はみられない。したがって、DSM の診断基準は不適切であるとの指摘もなされている (Lee 2001; Lee and Kwok 2005)。たしかに、日本で筆者がこれまで出会ってきた人たちのなかには、「ヤセ願望」のない人、西洋の診断基準にみあわない人が多くいた。みあわないから、「私、摂食障害って言ってもいいのかなあ」と、症状をかかえながらも、不安な顔をする人を何人も見てきた。

このことを“文化変容症候群 (culture-change syndrome)” ととらえたのが DiNicola (1990) である。彼は“文化結合症候群”と“文化変容症候群”を区別した。そして、文化変容症候群を、発展途上国の都市化と先進国への移民流入に関連したきびしい文化のストレスを経験している移民や難民のなかに生じる (DiNicola 1990:260)、すなわち急速な文化変容の状況のなかで生じる (DiNicola 1990:273) ものであると定義している。その証拠として、ロンドンとカイロに住むアラブ人女性の調査を調査すると、ロンドンに住むアラブ人の方が摂食障害の率が高く、また、イギリスに住むアジア人と白人の調査をすると、アジア人の方がその率が高いことをあげている (DiNicola 1990:266-7)。

筆者はこんなことを聞いたことがある。

私の子どもの頃にはそんな病気はなかったわ。私の父や母は今でも信じてくれないもの。でも今、私の働いている子ども病院には拒食症の子がたくさん訪れてくるの。きっとメディ

アの影響よ。だから私はここに勉強しに来たの。

これは、筆者が2005年4月に学会で出会ったインド人の看護師の言葉である。彼女は8歳までインドで育ち、今はアメリカのダラスの子ども病院で働いている40代前半の女性である。筆者が「私はインドの拒食症の論文 (Mendehkar 2003) を読んだことがあります」と言うと、しかしながら、北と南とはかなり状況が違らしく、北での深刻な摂食障害はやはり南の人には理解できないということを教えてくれた。それゆえ、摂食障害を研究するためには、しっかりとこの文化変容症候群を念頭において進めていく必要があるだろう。

摂食障害の比較文化の研究にあたって、Weiss (1995) はつぎのように言う。

比較文化の研究は、摂食障害は現在のDSN-IVの診断基準によってあらわすことができないということを示す。摂食障害の増加は、女性の美しさという西洋の理想の影響の広がり、帰するという社会的な分析は、……不注意にも、文化特異症候群 (文化結合症候群) を定義付けることになる (Weiss 1995: 549)。

このように、文化結合症候群であっても、文化変容症候群であっても、症状のみに注目すれば、同じ摂食障害であるとひとくくりにできる。しかしながら、文化変容症候群の概念を取りいれて、自助グループについて考えるならば、つぎの点に注意しなければならない。発展途上にある日本の自助グループに、成熟した西洋の自助グループが急速に入りこめば、そこにはたちまち文化変容が生じてしまう。それゆえ、せっかく摂食障害からの回復を求めて、西洋によりよい方法を学んだにもかかわらず、非肉なことに、それは、かえって摂食障害を助長させてしまうという逆説にもなりかねないのである。ただし今は、本稿の範疇を超えるため、摂食障害は文化結合症候群であるか、文化変容症候群であるかといった議論については、別の機会にゆずる。

4.3 日本の自助グループ、そしてネットワークのゆくえ

「摂食障害の人がインドネシアに行ったらどうなのかしら。」

筆者が、摂食障害の研究をしはじめて1年ほどした折 (2001年) に出された質問である。当時、そんなことは考えたこともなかったので、即答はできなかった。そしてしばらく考えて、つぎのような答えをだした。

「周りの視線をひじょうに気にする人たちだから、もしかすると、『太っていることがすばらしい』という価値観の世界に行けば、『太らなければいけない』と思うのではないか。そして、そのための努力をするのではないか。」

今でもやはり筆者の考えは変わらない。ただし、つぎのように少しニュアンスを修正する。

「私は私、自分のなかにそういう基盤みたいなものができたら、どこに行ってももう大丈夫。」

摂食障害になるのは、その個人に問題があるのか。はたまた社会が生み出した病気なのか。いまだにその答えはわからないが、おそらくその両方がうまくマッチして、必然的に出てきた一つの時代の申し子であろう。

しかしながら、いったん摂食障害になってしまえば、今さら「こんな現代社会が悪い」といった

ところではじまらない。当事者はもちろんのこと、家族も友達もパートナーも援助者もまきこんでの闘いの日々がつづく。それは、必然的に「個人」の問題として直視せざるを得なくなる。葛藤や後悔、あきらめやうけいれ、時間の流れとともに、それぞれのアイデンティティの模索がなされる (Bruch 1973, 1978=1979)。主人公は、当事者だったり、親だったり、きょうだいだったり、パートナーだったりするだろう。

その過程の途中には、他者とのやりとりが必要な人もいる。その一つが自助グループかもしれない。自助グループ内で、他者とのコミュニケーションを通じて、柔軟な自我を獲得していく。摂食障害という同じ問題を抱えてはいるものの、さまざまな背景や考えをもった人たちが、一同に集い、悩み、笑い、泣き、そして時には対立しながら、自分の身の丈を知っていく。

また、瀬山 (2000) の言葉を借りるなら、自助グループは「『個人の問題』を『社会的な問題』へと移行させる場」(瀬山 2000:72) でもある。自分一人だけが悲劇のヒロインのように苦しんでいるわけではなく、人の痛みもまた我がごととして共有することで、少しずつまわりの世界が見えはじめる。やがて、もっと広く一般の人たちに正しい知識を知ってもらいたい、理解をしてもらいたいと声をあげはじめる。そこには、個人や家族の問題だけに還元できない、この現代社会を問い直すようなメッセージがこめられている場合もある。その問い直しの作業には、当事者のみならず、さまざまな分野からの知識や情報提供、それらをコーディネートする人たちの協力が不可欠なのである。こういった選択肢を与える情報ステーション、それが自助グループ同士をつなぐネットワークに求められている役割であろう。

しかしながら、現在のところ、日本各地の自助グループ、また日本摂食障害ネットワークにしても、どちらも発展途上 (過渡期) であり、組織としては不安定である。それらを「ゆるやかに連携」させながら、一つの運動として発展させていこうとする様子がうかがわれてはいるものの、目に見える形での土台作り、つまりハード面が整っていないため、専門家はもちろん、当事者のなかにも不安感や不信感を抱く人たちが大勢いる。

岡 (2000) によると、「多くの文化的、歴史的障壁にもかかわらず、日本はあきらかにセルフヘルプグループがたいへん活発でしかも成功している地域である」(岡 2000:721) と言われている。その障壁とは、自助グループに必須の西洋文化、すなわちユダヤ・キリスト教、個人主義、多元的な文化の欠如を意味する (Oka 1994:73)。そのような文化をもっていないのに、なぜ自助グループが「成功している」と言われるのか。それは、日本のグループには伝統的に、感情的結束、同質性、運命共同体、ヒエラルキーな構造が根付いているからなのである (Oka 1994:74-7)。それゆえ、日本でグループを作るとなれば、たとえ自助グループでなくとも、自然とそのような構造をもつというわけである。

したがって、日本の摂食障害にたいする取りくみについては、もう少し気長に見守ることが求められよう。単に、西洋のモデルを取りいれるだけではなく、日本独自の調査・研究・取りくみをおこなう必要があるだろう。また、その折には、西洋化だけを原因に帰せず、日本の文化や伝統なども見直し、古来の風土と現在のそれとを融合させて、独自の取りくみ方法を見いだすことが大切であろう。冒頭で述べた「摂食障害フェスティバル」は、世界でも類をみない本人・家族・専門家のゆるやかな連携をめざす日本で唯一のこころみとなっている。これらの活動をつづけていくことそれ自体が、一つの社会運動を作ってきているともいえる。しかし、このようなこころみが、上述し

たような役割を担うようになるには、まだ相当の時間がかかりそうである。日本における摂食障害にたいする取りくみは、ようやく今、始まったと言えよう。

【注】

- 1) 筆者は、2002年から、摂食障害フェスティバルにスタッフとして、企画・運営・総括などの全行程にわたって主体的にかかわっている。
- 2) 日本の自助グループとアメリカの自助グループとの比較検討をした第1弾については、拙稿(2005)を参照のこと。
- 3) 文化人類学者の宮永(1994)は、「アメリカのグループは、目的があってつくられるので、グループの選択も目的別にしかおこないようがない。……そうでないグループなどというものは、いい加減なもので、そんなところと交流したって、得るところは少ない」(宮永 1994:105)と指摘する。
- 4) 期間は2004年2月と2005年2月にそれぞれ2週間ずつ、場所はロンドン・ノーリッジ・ウスター、案内係は、ノーリッジ在住のAさん(30代女性, EDAのNational Development Officerとして働く)、その同僚Bさん(2004年の調査に行く以前、2003年の夏に筆者の知り合いの日本人医師より紹介してもらった。30代前半男性, Head of Regional Support)、Cさん(30代女性, Head of Training)。
- 5) 筆者が訪れた2004年現在、スタッフは平均35歳、もともとチャリティで働いていた人や青少年施設で働いていた人、ソーシャルワーカーらである。Aさん・Bさん・Cさん以外に、ボス(女性)、ホームページや広報担当(男性)、基金担当(女性)、メール担当(女性)、出版物やパンフレット担当(女性)から成っており、働く時間はフレキシブルとのこと。
- 6) 以前事務所はロンドンにおかれていたが、「ロンドンは事務所維持費がかかりすぎるから(Bさん)」との理由で2001年に今の場所に移転した。念のため、ロンドンの事務所があった場所を訪れてみたが、まだ“LET BY LEASE”の看板がかかっていた。
- 7) これは、筆者がこれまで日本の研究をしていて導き出した一つの答え「症状は氷山の一角である」という話をEDAの人に話した時に、このスローガンが書かれたパンフレットを提示してくれた。
- 8) しかし、原因についてはさまざまであり、それを明言するような答えは得られなかった。併発問題として、リストカット、アルコール、ドラッグの問題がある。日本の現状を話すと、イギリスにおいても、医師をはじめ、一般の人びともなかなか摂食障害に理解のある人は少ないとのこと。しかし、日本の現状よりもむしろ、アメリカやカナダに関心が向かっているようだった。
- 9) 筆者は、2004年と2005年ともに、EDAの主宰するトレーニングに参加したが、どちらにおいてもNICEが大きくとりあげられていた。
- 10) 電話相談はボランティア(10人ほどの女性、平均45歳)であり、空いた時間を使って週に〇日、1日〇時間など、8:30amから8:30pmの間で調整する。ボランティアはホームページ(<http://www.edauk.com>)でも常時呼びかけている。
- 11) グループリーダーになろうとする人はEDAのSelf-Helpの原則(“help people help themselves.”)を学ぶ。彼らの役割は、摂食障害で苦しんでいる人たちにたいして、励まし(encourage)と力添え(empower)をすることである。そのために、彼らは情報、サポート、理解や知識は与えるべきものであり、反対に、トリートメント、アドヴァイス、カウンセリング、セラピーは、与えてはいけないものであるというEDAの精神を教えられる。
- 12) 当事者が「グループを作りたい」と申し出てきたが、Bさんは「断った」とのこと。
- 13) FREEDのリーダーは3階建ての建物をグループに提供している。その一室をトレーニングのために借りる。建物のなかには、カウンセリングルームやグループの部屋、皆が常時居られる部屋、キッチンやお茶を飲むスペースなどがある。この建物以外に、リーダーは、近々もう一つ新しいバス付きで生活できるような建物を提供する予定。EDAのスタッフはFREEDのことを「すばらしいグループだ」と言う。
- 14) EDAは、国と連携して、“摂食障害”と“自傷行為”の二種類のパンフレットやリーフを同時に出版しており、広報活動の際には両方とも配布される。筆者もどちらとももらった。
- 15) Yeary(1987)は、強迫的な行為は修正されたとしても、元にもどる傾向はけっしてなくなるというアディクションのとらえ方をするOAは「危険だ」と述べ、Weiner(1998)は、過食を“精神異常”と言及する多くのアディクショングループは、生物学的説明について納得をせず、代わりに、心理的、精神的要素を強調すると示す。Phillips(1999)は、摂食障害=アディクションとは、摂食障害を一時的に抑

えることしかできない、完治などありえない強迫的な疾病であるというとらえ方であるとして、それを批判する。彼女は摂食障害をアディクションととらえていないため、それからの完全回復は可能であると主張する (Phillips 1999: 188)。

- 16) パンフレットは、家族用や援助者用のほか、“18歳未満の子どものために”や“援助者のためのガイドライン”など子どもや思春期向けの対策があり、それらはすべて「親向け」である。
- 17) イギリス社会を述べるにあたっては、中産階級と労働者階級の違い（「経済力やライフスタイルではなく、ことばとマナーだとイギリス人はいう」（佐藤 2001: 62））を念頭におかなければならないだろう。正確な階層まではわからないが、平日の夜に両親そろってグループに参加できる、トレーニングに高額な参加費を支払うという状況から想像すると、かなり経済的に裕福な家庭ではないかと推測される。
- 18) これにたいして、「日本では、どちらかといえば身体的な危険がないかぎり、子ども同士で解決する方が望ましいと考えられている」（佐藤 2001: 90）。
- 19) 「文化結合反応症候群 (culture-bound reactive syndrome) ともいう。症状パターンが通常のもthingと異なり、かつ形式と頻度がともに文化的因子により決定されている。普遍的で定型的なタイプの心因反応にたいして、地域的で非定型的という特徴をもつ」（加藤正明編 1993: 710）。

[文献]

- Bruch, Hilde, 1973, *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*, New York: Basic Books.
- , 1978, *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*, Cambridge: 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.)
- DiNicola, Vincenzo F., 1990, “Anorexia Multiforme: Self-Starvation in Historical and Cultural Context. Part 1 and 2”, *Transcultural Psychiatric Research Review*, (27): 165-196; 245-286.
- Fontaine, Karen Lee, 1991, “The Conspiracy of Culture: Women’s Issues in Body Size”, *Nursing Clinics of North America*, 26(3): 669-676.
- Garner, David M. and Paul E. Garfinkel eds., 1997, *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, Second Edition, New York: Guilford Press. (=2004, 小牧元監訳『摂食障害治療ハンドブック』金剛出版.)
- Gordon, Richard A., 2001, “Eating Disorders East and West: A Culture-Bound Syndrome Unbound”, Mervat Nasser, Melanie A. Katzman and Richard A. Gordon eds., *Eating Disorders and Cultures in Transition*, East Sussex: Brunner-Routledge, 1-16.
- 生野照子, 2003, 「摂食障害と自助グループ」『こころの科学』112: 88-93.
- 加藤正明編, 1993, 『新版 精神医学事典』弘文堂.
- Lee, Sing, 2001, “Fat Phobia in Anorexia Nervosa: Whose Obsession Is It?”, Mervat Nasser, Melanie A. Katzman and Richard A. Gordon eds., *Eating Disorders and Cultures in Transition*, East Sussex: Brunner-Routledge, 40-54.
- , and Kathleen Kwok, 2005, “Cross-Cultural Perspectives on Anorexia Nervosa without Fat Phobia”, Claes Norring and Bob Palmer eds., *Eating Disorders Not Otherwise Specified: Scientific and Clinical Perspectives on the Other Eating Disorders*, New York: Routledge, 204-221.
- Malenbaum, Roxanne, David Herzog, Sherman Eisenthal and Grace Wyshak, 1988, “Overeaters Anonymous: Impact on Bulimia”, *The International Journal of Eating Disorders*, 7: 139-143.
- Mendehkar, D.N., 2003, “Anorexia Nervosa with Binge Eating: A Case Report”, *Indian Journal of Psychiatry*, 45(1): 58-59.
- 宮永國子, 1994, 『人類学的出会いの発見』世界思想社.
- 本村汎, 2004, 『「文化拘束症候群」としての摂食障害』 畠中宗一・清水新二・広瀬卓爾編『社会病理学講座 4 社会病理学と臨床社会学——臨床と社会学的研究のブリッジング』学文社, 49-65.
- Nagel, K. L. and Karen H. Jones, 1992, “Sociological Factors in the Development of Eating Disorders”, *Adolescence: An International Quarterly Devoted to the Physiological, Psychological, Psychiatric, Sociological, and Educational Aspects of the Second Decade of Human Life*, 27(105): 107-113.
- 野村佳絵子, 2005, 「摂食障害『自助グループ』を考える——アメリカと日本の現状から回復モデルを模索して」『国際社会文化研究所紀要』7: 225-240.
- Oka, Tomofumi, 1994, “Self-Help Groups in Japan: Trends and Traditions”, *Self-Help and Mutual Aid Groups*:

- International and Multicultural Perspectives*, Francine Laboie, Thomasina Borkman, Benjamin Gidron, eds., New York: Haworth Press, 69-95.
- 岡知史, 2000, 「セルフヘルプグループの歴史・概念・理論——国際的な視野から」『作業療法ジャーナル』34(7): 718-722.
- Phillips, Jeanne, 1999, "The Importance of Self-Help Groups in Recovery from Eating Disorders," Raymond Lemberg and Leigh Cohn eds., *Eating Disorders a Reference Sourcebook*, Phoenix: The Oryx Press, 186-188.
- Pike, Kathleen M. and Hiroko Mizushima, 2005, "The Clinical Presentation of Japanese Woman with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Study of the Eating Disorders Inventory-2", *The International Journal of Eating Disorders*, 37(1): 26-31.
- Prince, Raymond, 1983, "Is Anorexia Nervosa a Culture-Bound Syndrome?", *Transcultural Psychiatric Research Review*, 20: 299-301.
- , 1985, "The Concept of Culture-Bound Syndromes: Anorexia Nervosa and Brain Fog", *Social Science and Medicine*, 21: 197-203.
- 斎藤環, 2003, 『ひきこもり文化論』紀伊國屋書店.
- 佐藤淑子, 2001, 『イギリスのいい子 日本の子——自己主張とがまんの教育学』中公新書.
- 瀬山紀子, 2000, 「社会運動としてのセルフヘルプグループ」『Sociology Today』11: 72-85.
- Weiner, Sydel, 1998, "The Addiction of Overeating: Self-Help Groups as Treatment Models", *Journal of Clinical Psychology*, 54(2): 163-167.
- Weiss, Mitchell G., 1995, "Eating Disorders and Disordered Eating in Different Cultures", *Psychiatric Clinics of North America*, 18(3): 537-553.
- Wilson, G. Terence, 1991, "The Addiction Model of Eating Disorders: A Critical Analysis," *Advances in Behavior Research and Therapy: An International Review Journal*, 13: 27-72.
- Yap, Pow Meng, 1969, "The Culture-Bound Reactive Syndromes", William Caudill and Tsung-Yi Lin eds., *Mental Health Research in Asia and the Pacific*, Honolulu: East-West Center Press, 33-53.
- Yeary, Jody, 1987, "The Use of Overeaters Anonymous in the Treatment of Eating Disorders", *Journal of Psychoactive Drugs*, 19(3): 303-309.
- 横山知行, 2000, 「文化・社会的成因」松下正明編『臨床精神医学講座 S 4 巻 摂食障害・性障害』中山書店, 51-58.

【資料1】 EDA ミーティング（ロンドン）

[出典：February 2005, EDA パンフレットをもとに筆者が作成]

COUNTRY/TOWN	TYPE OF SUPPORT	TIMES	NOTES
London W1	Self help group- Sufferers only, £5 fee to assist with costs	2nd and 4th Wednesday of each month, 7.30pm-9.30pm	Church
London WC1	Self help group-Carers only	3rd Thursday of each month, 7pm-9pm	Church
London SW19	Self help group- Sufferers only	Alternate Tuesdays, 6.30pm-8pm	Guild
London E4	Self help group- Sufferers only	1st and 3rd Wednesday of each month, 7.30pm-9pm	Church
London Baron's Court	Baron's Court Self help group	2nd Monday of each month, 7.30pm-9pm	House
London N20	North London Self help group	Monthly on a Sunday, 10.30am-11.45am	House

【資料2】 援助者のために

[出典：February 2005, carersグループパンフレット "The London Carers' Group"]

摂食障害者を援助することは、過度の負担を強いられ、あなたは怒りや不安、怖れや孤独といった感覚に苛まれます。あなた自身の自尊心や自信は、あなたが看病している大切なお子さんに影響を与えます。あなたは、しばしば無力感から、家庭内のトラブルにうまく対処することができなくなるかもしれません。その無力感は、どこで援助を受けたらよいかかわからないといった知識のなさや、あるいは同じような苦しみをもった人たちと感情をシェアできないといったことから生じます。援助者は、とてもたいせつな役割をになっているので、あなた自身の幸福を求める必要があります。そうすることによって、あなたのお子さんに前向きな力を与えることができ、お子さんを回復に向かわせることができるのです。

ロンドンの援助者グループの目的は、経験とアイデアをわかちあうことで、たがいに支えあい、信頼できる環境を提供することです。援助者グループに参加することによって、あなたはつぎのような感動を得ることができます。

- ・他者とわかちあうことと、他者の経験から学ぶこと
- ・問題に向きあうことで新しい方法を発見すること
- ・あなたがうけた情報や文献を役立てること

EDA やほかの情報提供者を通じて、援助者の経験や改善点について学ぶことができます。