

# 摂食行動障害と心身症状に関する研究

寺田 明代・松本 和雄

## I. はじめに

近年、摂食障害に関する報告は確実に増加傾向にある。元来この障害の起源は古く、最初の本症に関する記載は1694年、Mortn, R に遡る。彼に次ぐ本症に関する Gull, W(1873) の報告以降、「神経性無食欲症」(AN) という名称が用いられるようになったのであるが、第二次世界大戦頃までは甚だ珍しい病態であった。

しかしながら既に1976年には第一回の国際的、学際的会議が催されるまでになった。更に臨床科学の立場から非常に重要な功績を残した Bruch, H は「The Golden Gage(1978)」のなかで、神経性食思不振症の増加に言及し、その説明として社会文化的な力を果たす役割について述べている。彼女は神経性食思不振症がここ二十年程の間に著しく増加していること、更には本症が高校や大学のなかで将来に於いては、より一般的な問題に拡大するであろうとも述べている。

残念ながら彼女の予言通り、いまや摂食障害は先進国に於ける重要なテーマとなり、世界各国で国際学会が持たれるようになっていく。

研究者たちは、自然な状況で食思不振症が見いだされることの多い年代層での実態調査を始めている。成熟拒否症候群(stuned-growth syndrome)一新しいタイプの摂食障害—は太るのを恐れている思春期の女子についていわれるようになったもので、彼女らはアノレキシアでも過食症でもないが、常にダイエットしていて、その習慣を破るときはジャンクフードに走り、結果的に彼女らの成長は止まってしまう。英国の Lacey, J(1979) は、思春期の少女の7%は

食思不振症にかかっていると推定している。

通常、神経性食思不振症の行動及び体重の減少は、実際に診断が下されなくとも患者の問題として注目を集める。これに対し、過食症患者は発見されるまでに下剤の乱用を長期間に渡って使用を続けていることが多い。大学1年生を対象とした研究では、女性の4.5%、男性の0.4%に過食行動のあることが認められている (Pyle, Mitchell, Eckert, Halvorson, Neuman & Goff 1983)。

医学的な合併症をみていくと、神経性食思不振症の場合、飢餓の場合と同様、内分泌系を変化させる。無月経は本症に必ず発現する症状であり、深刻な体重減少の診られる以前でさえ80%の患者に現れる (Warren & VandeWiele 1973)。この事実は、神経性食思不振症を一時的な視床下部の障害として考える際の根拠となってきた。

体重の減少をもたらす程のカロリー低下は、決まって成長停止を引き起こす。この傾向は成長のスパートを迎える青年期において顕著である。正常な女子では、伸長速度の頂点は初潮の約18カ月まえにある。しかし初潮以前に食思不振症を生じた女子では、エストロゲンによって起こる第二次性徴が発現しないばかりか骨年齢まで低下してしまう (Lacey, Hart, Crisp & Kirkwood 1979)。Crisp(1969)は、成人の食思不振症患者の骨盤が一般よりも狭いことを報告し、骨盤成長中枢に対するエストロゲンの影響が長期に渡って減少していたことが原因であるという仮説を立てている。

一般に、すぐにお腹が一杯になる、げっぷが出る、食後に痛みを感じると述べる食思不振症患者は、胃が空腹になるのに時間がかかると考えられる (Dubois, Gross, Ebert & Castell 1978)。また、臨床的に食思不振症は便秘を伴うことがしばしば観察されている。便秘は、胃の中が空になるのが遅れ、食物組成が変化し、脱水症状が起こって、代謝率が低下し、おそらく低カリウム血症が生じた結果生じると考えられる。

神経性食思不振症の研究では、脳障害との関連からも当然であるが、覚醒機構や睡眠行動についても注目されてきている。岡本ら (1994) の神経性食思不振症患者の睡眠に関する研究で、睡眠内省による評価から、患者の睡眠は病状

の重篤な時期も軽快した時期も、健常者と同等に良好であったが、病状の重篤な時期の2例のPSG（終夜睡眠ポリグラフ）については睡眠構造は保持されるものの、REM潜時の短縮、徐波睡眠の増加が認められたこと、また病状の軽快にともないREM潜時の延長、徐波睡眠の減少が認められている（岡本1994）。

摂食障害の生理学的機序に関する研究は、今後多くの課題を残しているが、すでに多くの研究が集積されていて、治療上も有用であり、且つ重要で示唆に富む研究も少なくない。例えば女性的成熟の無意識の拒否が重要な要因であるとする考え方は、神経性食思不振症に特徴的で基本的な心性として、しばしば強調され一般に受け入れられているようである。またBruchは、「自己制御のあがき (struggle to self-control)」あるいは「主体性の感覚、競争および有用性へのあがき (struggle to sense of identity, competition and effectiveness)」をこの病態の主要な精神病理学的特徴として提示している。

しかし最近ではごく普通の適度な体重の女性たちまでもがアノレキシアに似た行動を取り始めている。痩せを礼賛するダイエットへの極端な文化的信念は文化・社会的背景を素地にした問題でもある。いずれにしてもこの病態の一般人への汎化には、個人の抱える精神的困難・家族的背景・心理的問題等、病理性の軽重はあるにしろ心理的要因を無視して理解を深めていくことは難しい。

本研究では現代の大学生における食行動異常の現状を把握し、食行動と睡眠および排泄に関する諸症状を含む身体・生理学的症状と精神症状との関連について明らかにすることを目的として企画された。

## II. 方 法

### 1. 調査の対象・時期

対象は、兵庫県下のK大学（4年生男女共学）の男子学生145名、女子学生223名の計368名（平均年齢19.83才）である。1994年7月から9月にかけて質問紙を配布、回収した。

## 2. 手続き

質問紙は、遠山（1998）が病態心理の自己評価票として作成した EDQ-Eating Disorder Questionnaire から、食行動や食に関する認知・思考様式が特に顕著に含まれていると判断した25項目を抽出したもの（以下、EDQ と呼ぶ）、TMI（東邦大学心療内科による身体・精神症状に関する質問紙）、そして本研究の為に独自に作成した排泄に関する調査票、そして睡眠調査票（石原1993）を用いた。回答方法については、EDQ は「よくある」「時々ある」「ない」の3件法での記入、TMI は当てはまる場合に○をつけることとなっている Yes・No 方式である。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 摂食行動障害とその性差について

EDQ の各項目の出現率を表 1 に示す。また、TMI の各項目の出現率を表 2 に示す。

睡眠調査票・排泄に関する調査票の出現率をそれぞれ、表 3、表 4 に示す。

EDQ で性差を比較したところ（表 1）、有意差がみられたものは次の項目である。「脂肪がつきすぎていると思う」「決まって毎日のように体重測定をする」「痩せたいと思う」「人は私を痩せているというのがそうは思わない」「太るのが怖い」「ダイエットをしている」「食べることで頭がいっぱいになる」「やたらに甘いものがほしくなる」「食物の味をよく味わって食べる」「太り出す際限なく太るように思える」の10項目で女子のほうが男子よりも多い出現率であった。男子のほうが女子よりも多いのは「食事をつめこむように速く食べる」の1項目のみであった。

EDQ の25項目の回答を、「よくある」を2点、「時々ある」を1点、「ない」を0点として得点化し、男子・女子について、平均の差の検定を行った（表 5）。検定の結果、有意水準1%で女子は男子よりも摂食行動異常傾向が高いことが明らかになった。

表1 EDQ の出現率 (単位%)

項目	男子 N=145			女子 N=223		
	3ヶ月	時々	殆どない	3ヶ月	時々	殆どない
1. 空腹・満腹感がない	6.09	19.13	74.78	2.69	21.52	75.78
2. 脂肪がつきすぎていると思う *	13.04	25.22	61.74	25.91	42.27	31.82
3. 決まって毎日のように体重測定をする *	9.57	16.52	73.91	20.18	26.91	52.91
4. 食欲がない	6.96	33.91	59.13	5.83	36.32	57.85
5. ものすごい食欲が出る	20.00	46.09	33.91	15.70	52.47	31.84
6. 痩せたいと思う *	17.39	26.96	55.65	57.85	23.77	18.39
7. 人は私を痩せているというがそうは思わない *	14.78	20.87	64.35	37.39	35.59	27.03
8. 太るのが怖い *	17.39	34.78	47.83	47.09	31.84	21.08
9. ダイエット (食事制限) をしている *	1.74	13.04	85.22	6.73	30.94	62.33
10. カロリーを計算しながら食べる	1.74	11.30	86.96	5.38	18.39	76.23
11. 食事をつめこむように速く食べる *	23.48	38.26	38.26	12.56	33.18	54.26
12. お腹がすいても食事をとらない	7.02	29.82	63.16	4.04	24.66	71.30
13. 食べ始めると止まらない	15.65	22.61	61.74	1.31	31.39	58.30
14. 食後に吐きたい衝動にかられる	1.74	9.57	88.70	2.24	5.38	92.38
15. 苦しくなるまで食べ、食べた後で吐く	0.00	7.83	92.17	0.00	3.14	96.86
16. 糖分の高い食物は食べないようにしている	4.35	23.48	72.17	7.66	32.88	59.46
17. 食べること、食物のことで頭がいっぱいになる *	6.96	35.65	57.39	10.31	50.22	39.46
18. やたらに甘いものがほしくなる *	13.91	46.96	39.13	17.49	63.68	18.83
19. 食物の味をよく味わって食べる *	24.56	53.51	21.93	36.04	56.31	7.66
20. 食べている間は嫌なことも忘れられる	13.27	34.51	52.21	16.14	36.77	47.09
21. 太り出すと際限なく太るように思える *	13.04	21.74	65.22	23.77	32.74	43.50
22. 他の人たちが私にもっと食べるように圧力をかける	2.61	15.65	81.74	4.93	16.14	78.92
23. 私の人生は食物にふりまわされている	3.48	9.57	86.96	2.25	12.16	85.59
24. 自分の欲求をうまくコントロールできない	7.83	31.30	60.87	10.31	35.43	54.26
25. 食事をする前に不安になる	1.75	9.65	88.60	2.69	9.42	87.89

注: \*  $p > 0.01$

表2a TMI の出現率 (単位%) N=368

項 目	出現率
1. いつも耳鳴りがする	1.6
2. 胸が心臓がしめつけられるような感じをもったことがある	35.7
3. 胸か心臓がおさえつけられるような感じをもったことがある	31.0
4. 動悸がうって気になることがよくある	15.8
5. 心臓が狂ったように早くうつことがある	6.5
6. よく息苦しくなることがある	16.1
7. 人より息切れしやすい	27.2
8. 時々座っていても息切れする	3.5
9. 夏でも手足がひえる	14.4
10. 手足のさがが紫色になることがある	10.6
11. いつも食欲がない	3.0
12. はきげがあったり、はいたりする	5.4
13. 胃の調子がわるくてひどく気になる	19.3
14. 消化がわるくてこまる	8.7
15. いつも胃の具合がわるい	8.2
16. 食事のあとか、空腹の時に胃が痛む	15.5
17. よく下痢をする	18.7
18. よく便秘する	25.0
19. 肩やくびすじがこる	55.2
20. 足がだるい	29.9
21. 腕がだるい	15.8
22. ひふが非常に敏感でまげやすい	28.5
23. 顔がひどく赤くなることもある	19.6
24. 冬でもひどく汗をかく	8.7
25. よくひふにじんましんができる	11.1
26. よくひどい頭痛がする	12.0
27. いつも頭が重かったり痛んだりするため気がふさぐ	9.7
28. 急に体が熱くなったり冷たくなったりする	5.4
29. 度々ひどいめまいがする	15.8
30. 気が遠くなって倒れそうな感じになることがある	16.3
31. 今まで二回以上気を失ったことがある	6.0
32. からだのどこかにしびれや痛みがある	6.0
33. 手足がふるえることがある	9.5
34. からだがカーとなって汗のでることがある	36.4
35. 疲れてぐったりすることがよくある	61.4
36. 特に夏になるとひどくからだがだるい	59.8
37. 仕事をすると疲れきってしまう	41.6
38. 朝起きるといつも疲れきっている	24.2
39. ちょっと仕事をしただけで疲れる	25.0
40. ご飯が食べられない程疲れる	11.7
41. 気候の変化によってからだの調子が変わる	50.6
42. 特異体質と医者にいわれたことがある	4.1
43. 乗り物に酔う	37.8
44. 試験の時や質問の時に汗をかいたり、ふるえたりする	22.0
45. 目上の人が近づくととても緊張してふるえそうになる	10.6
46. 目上の人が見ていると仕事がさっぱりできなくなる	13.9
47. 物事を急いでしなければならぬ時には頭が混乱する	50.0
48. 少しでも急ぐと誤りをしやすい	45.5
49. いつも指示や命令をとり違える	11.4
50. 見知らぬ人や場所が気になる	34.1
51. そばに知った人がいないとおどおどする	21.5
52. いつも決心がつかかねない	41.3

表2b TMI の出現率 (単位%)&lt;続き&gt;

53. いつも相談相手がそばにいてほしい	43.8
54. 人から気がきかないと思われている	24.5
55. よそで食事をするのが苦になる	8.4
56. 会合に出て一人ぼっちな感じがして悲しい	16.8
57. いつも不幸で憂うつだ	7.1
58. よく泣く	17.4
59. いつもみじめで気が浮かない	10.3
60. 人生は全く希望がないように思われる	6.0
61. いっそ死んでしまいたいと思うことがよくある	14.4
62. いつもくよくよする	23.9
63. 家族にくよくよする人がいる	14.4
64. ちょっとしたことでも気になって仕方ない	40.4
65. 人から神経質だと思われている	25.0
66. 家族に神経質な人がいる	27.0
67. ひどい神経症になったことがある	3.0
68. 家族にひどい神経症になった人がいる	2.7
69. 精神病院に入院したことがある	0.5
70. 家族の誰かが精神病院に入院したことがある	1.9
71. ひどいほにかみや神経敏感なたちだ	10.1
72. 家族にひどいほにかみや神経敏感な人がいる	5.7
73. 感情を害しやすい	35.3
74. 人から批判されるとすぐ心が乱れる	47.0
75. 人から気むづかしがりやだと思われている	19.6
76. 人からいつも誤解される	22.6
77. 友人にも気を許さない	16.3
78. 仕事をしようと思ったらいてもたってもおれなくなる	20.1
79. すぐカーとなったたり、いらいらしたりする	26.7
80. いつも緊張していないとすぐ取り乱す	6.5
81. ちょっとしたことが薄にさわって腹が立つ	32.1
82. 人から指示されると腹が立つ	25.1
83. 人から邪魔されていらいらする	46.6
84. 自分の思うようにならないとすぐカーとなる	27.2
85. ひどく腹を立てることがある	34.3
86. よく体がふるえる	3.5
87. いつも緊張していらいらする	6.0
88. 急な物音で飛び上がるように驚いたりふるえたりする	15.2
89. どなりつけられるとすぐくんでしまう	36.4
90. 夜中急に物音がしたりすることがよくある	9.0
91. 恐ろしい夢で目のさめることがよくある	16.3
92. 何か恐ろしい考えがいつも頭に浮かんでくる	8.4
93. よくなんのわけもなく急におびえたりする	3.5
94. 突然冷汗のすることがよくある	4.1

## 2. 摂食行動障害と心身症状について

この EDQ 得点の中央値で高得点群・低得点群に二分し、TMI の各領域および独立した項目との比較を行った (表 6)。

身体症状においては心臓脈管系、消化器系、神経系、疲労度の 4 領域に加え、「気候により体調が変化する」の質問で 1% 水準で有意な差がみられた。また皮膚と「乗り物に酔う」の質問で 5% の有意な差が、筋肉骨格系と「特異体質

表3 睡眠調査票の出現率

1. 寝つきは良い方ですか					
(1) すぐ眠れる	(2) 普通	(3) なかなか眠れない			
34.8%	51.6%	13.3%			
2. 就寝時刻の、過去1ヶ月での平均は何時頃ですか					
(1) 2時前後	(2) 2.3~0時頃	(3) 1時以降			
11.1%	48.1%	40.8%			
3. 起床時刻の、過去1ヶ月での平均は何時頃ですか					
(1) 7時迄	(2) 7~8時迄	(3) 8~9時迄	(4) 9~10時迄	(5) 10時以降	
27.4%	33.7%	26.6%	8.4%	3.0%	
4. 夜中に目が覚めることがありますか					
(1) よくある	(2) 時々ある	(3) 殆どない			
5.7%	36.4%	57.6%			
5. 朝の起床について					
(1) 自分から起きる	(2) 起こされると起きる	(3) なかなか起きない			
62.0%	17.9%	19.3%			
6. 起床時刻は不規則ですか					
(1) はい	(2) やや	(3) いいえ			
17.4%	48.6%	33.7%			
7. 睡眠時間の、過去1ヶ月での平均はどのくらいですか					
(1) 5時間以下	(2) 5~6時間	(3) 6~7時間	(4) 7~8時間	(5) 8時間以上	
4.3%	29.9%	37.2%	21.7%	6.0%	
8. 旅行などで枕が変わったりすると、眠れませんか					
(1) はい	(2) 時々	(3) いいえ			
10.1%	31.0%	59.0%			
9. 徹夜の習慣はありますか					
(1) よくある	(2) 時々ある	(3) 殆どない			
3.8%	22.8%	73.1%			
10. 寝起きが悪いですか					
(1) はい	(2) やや	(3) いいえ			
25.5%	38.0%	36.4%			
11. ふだん、もう少し眠りたいと思いますか					
(1) はい	(2) やや	(3) いいえ			
75.0%	19.6%	5.2%			
12. 就寝時刻は不規則ですか					
(1) はい	(2) やや	(3) いいえ			
29.6%	47.8%	22.6%			
13. 過去にノイローゼ、あるいは不眠症などの経験がありますか					
(1) はい(いつ頃)	(2) いいえ				
7.3%	90.2%				
14. 睡眠中に歯ぎしりをしますか					
(1) しばしば	(2) 時々	(3) いいえ			
2.7%	8.2%	89.1%			
15. 睡眠中に寝言を言いますか					
(1) しばしば	(2) 時々	(3) いいえ			
5.2%	30.7%	63.6%			
16. 睡眠中に寝ぼけることがありますか					
(1) しばしば	(2) 時々	(3) いいえ			
4.1%	21.7%	73.9%			
17. 夜中に歩き回ることがありますか					
(1) しばしば	(2) 時々	(3) いいえ			
1.4%	1.9%	96.5%			
18. 睡眠中にいびきをかきますか					
(1) しばしば	(2) 時々	(3) いいえ			
5.2%	26.9%	67.7%			
19. 眠るために薬を飲みますか					
(1) しばしば	(2) 時々	(3) いいえ			
5.2%	2.2%	97.0%			
20. 夢は見ますか					
(1) ほぼ毎日見る	(2) 週1~2回程度	(3) 月1~2回程度	(4) 殆ど見ない		
26.9%	38.3%	15.8%	17.7%		



表4 排泄に関する調査表の出現率

1. 便通は定期的に毎日ありますか  
 (1) 毎日ある (2) 2~3日に1回 (3) 4~5日以上ない  
 59.8% 36.4% 3.0%
2. 排便の感じはいかがですか  
 (1) 気持ちいい (2) 特に感じない (3) わずらわしい  
 39.1% 56.5% 3.8%
3. 排便がある日は1日にどのくらい行きますか  
 (1) 1日1回 (2) 1日2回 (3) 1日3回以上  
 79.6% 17.4% 1.6%
4. いつ排便に行きますか  
 (1) 朝食前 (2) 朝食後 (3) 夕食前 (4) 夕食後 (5) その他(いつ) (6) まちまち  
 7.9% 44.0% 1.6% 6.5% 0.5% 41.8%
5. いつもは、どんな形状の便が出ますか  
 (1) バナナ状 (2) コロコロした便 (3) 軟らかい便 (4) その他( )  
 69.3% 10.3% 11.4% 2.7%
6. 排便には、どのくらい時間がかかりますか  
 (1) 数分 (2) 10数分 (3) 30分以上  
 82.6% 14.4% 0.3%
7. 排便の時、便はスムーズに出ますか  
 (1) すぐに全部出る (2) なかなか出ない (3) 出ても残っている感じがする  
 65.2% 16.3% 16.6%
8. 便意はいつありますか  
 (1) 食後 (2) 緊張した時 (3) 特定の場所で (4) 不規則  
 49.5% 5.7% 4.3% 39.9%
9. 下痢をすることがありますか  
 (1) よくする (2) 時々する (3) 殆どしない  
 9.0% 48.6% 41.6%
10. 下剤を使用することがありますか  
 (1) よくある (2) 時々ある (3) 殆どない  
 1.1% 9.2% 88.9%
11. 便秘と下痢をくり返すことがありますか  
 (1) よくある (2) 時々ある (3) 殆どない  
 3.3% 16.0% 79.9%
12. 下剤を使うと、ちゃんと効きますか  
 (1) よく効く (2) 少しは効く (3) あまり効果がない  
 26.9% 18.5% 15.5%
13. 便意に伴って、腹痛が起こることがありますか  
 (1) よくある (2) 時々ある (3) 殆どない  
 13.0% 49.2% 36.7%
14. 旅行など環境が変わったら、便通に影響しますか  
 (1) 便秘傾向になる (2) 下痢傾向になる (3) 変わらない  
 57.3% 4.9% 37.0%
15. 排便の時に、何か異常がありますか  
 (1) 排便痛がある (2) 出血する (3) その他( ) (4) 特にない  
 2.7% 3.0% 0.5% 92.7%

表5 男女の EDQ 得点の平均値

性別	N	平均	標準偏差	t 値 (自由度)
男子	145	11.228	6.026	-5.81
女子	223	14.632	5.120	(272)

P&lt;0.01

表6 EDQ 得点と心身症状との関係

		高得点群	低得点群
心臓脈管系	***	95 (60.13)	63 (39.87)
消化器系	***	106 (58.56)	75 (41.44)
筋肉骨格系	*	57 (55.34)	46 (44.66)
皮膚	**	90 (55.56)	72 (44.44)
神経系	***	87 (59.59)	59 (40.41)
疲労度	***	94 (59.12)	65 (40.88)
気候により体調変化あり	***	105 (56.45)	81 (43.55)
特異体質といわれたことあり	*	11 (73.33)	4 (26.67)
乗り物に酔う	**	76 (54.68)	63 (45.32)
不適応	***	89 (60.14)	59 (39.86)
抑鬱	***	85 (60.71)	55 (39.29)
不安	***	103 (57.22)	77 (42.78)
過敏	***	80 (55.17)	65 (44.83)
怒り	***	86 (58.90)	60 (41.10)
緊張	***	56 (60.22)	37 (39.78)

注：\*\*\* P>0.01 \*\* P>0.05 \* P>0.1

といわれたことがある」の質問で有意傾向がみられた。全ての身体症状は EDQ において低得点群よりも高得点群に多く認められた。

また、精神症状においても不適応、抑うつ、不安、過敏、怒り、緊張と全ての領域で1%水準の有意な差がみられた。精神症状の全領域で EDQ の低得点

表7 EDQ 得点と睡眠・排泄との関係

		高得点群	低得点群
7時迄に起床する	***	60(59.41)	41(40.59)
徹夜の習慣がある	***	55(56.12)	43(43.88)
不眠症経験がある	**	19(70.37)	8(29.63)
寝言をいう	**	74(56.06)	58(43.94)
寝ぼける	***	57(60.00)	38(40.00)
夢中歩行する	*	9(75.00)	3(25.00)
睡眠薬を服用する	*	7(77.78)	2(22.22)
便通は毎日ある	***	87(39.55)	133(60.45)
排便感がよい	*	78(54.17)	66(45.83)
便はすぐにでる	**	104(43.33)	136(56.67)
下剤を使用する	***	29(76.32)	9(23.68)
下剤の効果がある	*	90(53.89)	77(46.11)
便意に伴う腹痛がある	***	123(53.71)	106(46.29)
環境の変化が便通に影響する	**	121(52.84)	108(47.16)
排便時の異常あり	**	16(69.57)	7(30.43)

注: \*\*\*  $P > 0.01$  \*\*  $P > 0.05$  \*  $P > 0.1$ 

群よりも高得点群に症状が多くみられた。

### 3. 摂食行動障害と睡眠・排泄について

EDQ 得点と睡眠調査票・排泄に関する調査票の各項目との比較を行った(表7)。起床時刻の過去1ヶ月での平均が7時迄の者と8時以降の者を比較し

たところ、1%水準で有意な差がみられた。高得点群には7時迄に起きる者が多く、低得点群には8時以降に起きる者が多くなっていた。

徹夜の習慣のある者とない者を比較したところ、有意傾向がみられた。高得点群には徹夜の習慣のある者が多く、低得点群には徹夜の習慣のない者が多く認められた。

過去にノイローゼや不眠症の経験のある者とない者を比較したところ、5%水準で有意な差がみられた。高得点群には不眠症の経験者が多く、低得点群には経験のない者が多かった。

寝言をいうことのある者とない者を比較したところ、5%水準で有意な差がみられた。高得点群には寝言をいう者が多く、低得点群には寝言のない者が多くみられた。

寝ぼけることのある者とない者とを比較したところ、1%水準で有意な差がみられた。高得点群には寝ぼけることのある者が多く、低得点群には寝ぼけることのない者が多かった。

夢中歩行のある者とない者を比較したところ、有意傾向がみられた。高得点群には夢中歩行のある者が多く、低得点群にはない者が多かった。

睡眠薬の服用をする者とならない者を比較したところ、有意傾向がみられた。高得点群には服用する者が多く、低得点群には少なかった。

便通が毎日ある者と2日以上の間隔である者を比較したところ、1%水準で有意な差がみられた。低得点群には毎日ある者が多く、高得点群には2日以上の間隔である者が多く認められた。

排便の感じがよい者と特に感じない或いはわずらわしいという者を比較したところ、有意傾向がみられた。高得点群により者が多く、低得点群に特に感じないものが多くなっていた。

排便時に便がすぐに全部出る者となかなか出ない或いは出ても残っている感じがするという者を比較したところ、5%水準で有意な差がみられた。低得点群にすぐに全部でる者が多く、高得点群になかなか出ない者が多かった。

下剤を使用する者とならない者を比較したところ、1%水準で有意な差がみら

れた。高得点群に下剤を使用する者が多く、低得点群には少なかった。

下剤の効果がある者となない者を比較したところ、有意傾向がみられた。高得点群に効果のある者が多く、低得点群には効果のない者が多かった。

便意に伴う腹痛のある者となない者を比較したところ、1%水準で有意な差がみられた。高得点群に腹痛のある者が多く、低得点群に腹痛のない者が多くみられた。

旅行などの環境の変化によって便通に影響のある者となない者を比較したところ、5%水準で有意な差がみられた。高得点群に影響のある者が多く、低得点群に影響のない者が多かった。

排泄時、何らかの異常のある者となない者を比較したところ、5%水準で有意な差がみられた。高得点群に異常のある者が多く、低得点群に異常のない者が多くみられた。

#### IV. 考 察

##### 1. 摂食行動障害と性差について

本調査でも、従来の報告と同様、摂食行動障害傾向は男子よりも女子に高いことが示された。女子では、脂肪がつきすぎていると思うものが7割近くもあり、ボディイメージの歪みは最早、臨床群の専売特許ではなくなっていることが示唆された。痩せ願望、肥満恐怖は女子で8割前後、男子においても5割前後と高い数値を示している。このことは食行動異常の問題がすでに女性特有のものではなく、男性に関しても憂慮すべき事態が予測されることを示唆するものである。その背景には80年代後半から始まった相次ぐ男性向けファッション雑誌の創刊に象徴されるように、若い男性の価値観が従来主に男性の領域とされていた仕事や成功、出世といったものの偏重から自身の外見への過度な気配りといった、これまで女性の領域とされてきたものの影響を受け、「スリム指向」が進行しつつあることが挙げられる。ただ摂食行動として実際に行動化するに至っている者（例：ダイエットをしている）はやはり女性に多い。今

回の調査では自己誘発嘔吐のような過食症の中核的症状の出現率は5%程度であった。日本の大学生を対象とした調査としては先行研究とほぼ同程度の出現率ではある。しかし、過半数の女子が「太り出すと際限なく太るように思え」たり「食べている間は嫌なことも忘れられる」と回答していることから、健常群においても本来個体維持が目的であるべき「食」自体がストレス解消の手段であったり、同時にストレッサーでもあるといった複雑な二面性を内包していると考えられる。野上(1993)も指摘しているようにスリムであることを良しとすることの絶対的な信抑が、女性の生き方が多様化した時代に、自我の弱い者、ことに自立を課題とする青年期の女性に多大な衝撃を与えることは容易に推察される。痩せ礼賛の風潮に乗せられ、痩せることイコール自己実現といった安易な考えが予測以上に流布していること、換言すれば個体維持、種族保存の生物学的命題に否定的に向かっているとも考えられる。

## 2. 摂食行動障害と心身症状について

摂食行動障害傾向の高い者では身体症状・精神症状共に出現率が高いことが指摘された。

食生活の乱れが直接影響を及ぼすと考えられる消化器系の症状は勿論、問題の多い摂食行動の結果、皮膚に肌荒れ等を起こしたり、血行が悪化し慢性的な循環器系・神経系・筋肉骨格系の障害が持続するものと推察される。長期に渡る栄養障害状態は生体の免疫力を低下させ、自覚的・他覚的な疲労度は増加する。身体の問題は無論精神状態とも密接に関係しており、通常より低い閾値で過敏に反応したり、安易に怒ったりという事態を招くことにもなりえよう。

ただし先に述べたような、不安定な自己像を持ち、痩せ礼賛の風潮に乗せられやすい者は元来精神的にも未熟で不安定、もしくは両極的思考を持つと推測される。従って過剰適応的な行動をとる者、換言すると本来精神的な成熟がもたらす安定を自己の外見により獲得しようとする者は、常に高い不安や緊張にさらされることになりがちである。勿論、見せかけの自己で得られる満足は「見せかけ」に過ぎないので精神的にも混乱をきたし抑うつ状態にも陥りがち

になると考えられる。

### 3. 摂食行動障害と睡眠・排泄について

摂食行動障害傾向の高い者は睡眠のリズムに関して不安定で、睡眠中の異常行動や不眠症経験、早朝覚醒傾向や睡眠薬の服用者の多いことが認められた。また、摂食行動障害傾向の高い者は低い者よりも便通が悪く、下剤を使用し、旅行などの環境の変化に影響されやすいこと、また排便時の何らかの異常や腹痛を伴うことが示され、消化器系のリズムの障害をも指摘された。

覚醒と睡眠の基本的リズムは視床下部で形成される。REM 睡眠には自律神経系の激しい乱れを伴うことは周知の事実であるが、REM 睡眠と痩せとの相関から摂食行動と睡眠との因果関係を示唆した上述の岡本の研究は意義深いものといえる。さらに岡本は AN では健常者と比べて最低体温が顕著に低いことの原因を、夜間の低体温を AN のエネルギー保存を目的とした、生体の適応的变化であるという説を挙げている。

これまで内分泌系の変化の結果としての無月経が神経性食思不振症を視床下部の障害として考える根拠となってきた。しかしながら視床下部の障害はより多彩な症状を呈する可能性があり、本研究で示された睡眠・排泄の異常もその一部であると考えられる。

視床下部が障害され自律神経系の調節作用が交感神経優位に働くと心拍の促進、拍動力の増強と共に胃や腸の活動が抑制されるため消化機能が低下し、結果として便秘等の症状につながる。また視床下部は情動・覚醒水準調節作用機構の中枢でもあるので緊張が高まり情動行動の異常をきたすこととなり、一方で不眠症等の睡眠行動障害をも引き起こすことになることは容易に推察できる。つまり、摂食行動の異常は、生体のあらゆる多様なリズムの障害と密接に関連しているといえる。

本研究では健常群を対象にしたが、今後は臨床群での摂食行動と生体リズムに関する更なる研究が望まれる。

## V. 要 約

本研究では、近年著しい増加が指摘されている摂食行動障害と睡眠、排泄等を含めた心身症状について質問紙による調査を行い、その実態及び関連性について検討を行った。

その結果、摂食行動障害傾向は多彩な精神症状・身体症状、また睡眠、排泄のリズム障害と密接に関連していることが示唆された。

摂食行動は生体の個体維持に欠かすことの出来ない基本的欲求を満たす行動であり、その乱れは視床下部の障害につながるものと考えられた。視床下部の障害は、自律神経系の乱れと密に関わっていること、加えて情動とも深い関連があるといわれている。そこで本研究では生体の一連の悪循環を生体リズムの障害として捉えることが有意義であるとの結論に至った。

## 文 献

- Bruch, H. 1987 *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Crisp, A. H. 1969 Some skeletal measurements in patients with primary anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 13, 125-142.
- Doubois, A., Gross, H. A., Ebert, M. H., & Castell, D. O. 1979 Altered gastric emptying and secretion in primary anorexia nervosa. *Gastroenterology*, 77, 316-323.
- Lacey, J. 1979 Personal communication to Vivian Meehan.
- Lacey, J. H., Hart, G., Crisp, A. H., & Kirkwood, B. A. 1979 Weight and skeletal maturation: A study of radiological and cholesterolemia age in an anorexia population. *Postgraduate Medicine*, 55, 381-385.
- 野上芳美 1993 摂食障害とは何か—最近の傾向をどうとらえるか—*こころの科学*, 52, 16-20.
- 岡本典雄 1994 神経性無食食欲症の体温と睡眠に関する研究 *精神経誌*, 8, 565-586
- Pyle, R. L., Mitchell, J. E., Eckert, E. E., Halvorson, P. A., Neuman, P. A., Goff, G. M. 1983 The incidence of bulimia in freshman college students. *The Interna-*



tional Journal of Eating Disorders, 2, 75-85.

遠山尚孝 1988 神経性食思不振症の病態心理の評価について 厚生省特定疾患神経性食思不振症研究班 昭和63年度研究報告

Warren, M. P., & VandeWiele, R. L. 1973 Clinical and metabolic features of anorexia nervosa. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 117, 435-44.9

——寺田明代 大学院博士課程後期課程——

——松本和雄 文学部教授——