

博士（人間科学）学位論文

摂食障害予防のための尺度および心理教育プログラムの開発

Development of the scales and a psycho-educational program  
for the prevention of eating disorder

2007年1月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

山蔦 圭輔

Yamatsuta, Keisuke

研究指導教員： 野村 忍 教授

## 第1章 序論および目的

1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 摂食障害の診断基準および歴史・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
  - 2-1. 摂食障害の診断基準と特徴
  - 2-2. 摂食障害の歴史
3. 摂食障害の実態・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
  - 3-1. これまでの実態調査
4. 学校精神保健における食行動異常・摂食障害の予防・・・・・・・・ 7
  - 4-1. 学校精神保健における食行動異常・摂食障害予防と関連研究
    - 4-1-1. 食行動異常および摂食障害と社会文化的影響
    - 4-1-2. 食行動異常および摂食障害と身体像の問題
    - 4-1-3. 摂食障害の連続性
    - 4-1-4. 食行動異常および摂食障害と自己意識
  - 4-2. 学校精神保健における食行動異常・摂食障害予防のための測定と査定
    - 4-2-1. 食行動異常および摂食障害に関連する身体像の評価尺度
    - 4-2-2. 食行動異常および摂食障害の評価尺度
  - 4-3. 学校精神保健における食行動異常・摂食障害予防のための心理教育
5. 食行動異常および摂食障害関連研究の問題点・・・・・・・・ 14
  - 5-1. 身体像不満足感に関する測定尺度の問題点
  - 5-2. 食行動異常および摂食障害に関する測定・査定尺度の問題点
  - 5-3. 食行動異常および摂食障害の関連研究における問題点
  - 5-4. 食行動異常・摂食障害の予防に関わる心理教育の問題点
  
6. 本研究の位置付けおよび目的と調査概要・・・・・・・・ 16
  - 6-1. 本論文の位置付け
  - 6-2. 本論文の目的
  - 6-3. 本論文で使用する指標と尺度
    - 6-3-1. 基礎事項
    - 6-3-2. シルエット画項目
    - 6-3-3. EAT-26(Eating Attitude Test-26:食行動調査票)
    - 6-3-4. 摂食障害 I(Eating Disorder Inventory:摂食障害調査質問紙)
    - 6-3-5. 自己意識尺度(Self-consciousness Scale)
    - 6-3-6. 本論文で開発される尺度
  - 6-4. 研究対象者
    - 6-4-1. 調査 A
    - 6-4-2. 調査 B

- 6-4-3. 調査C
- 6-4-4. 調査D
- 6-4-5. 調査E
- 6-4-6. 調査F
- 6-4-7. 調査G
- 6-4-8. 心理教育
- 6-4-9. 事例検討

## 第2章 女子大学生を対象とした実態調査と関連性の検討 (研究1)

- 1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
- 2. 目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
- 3. 研究方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
  - 3-1. 調査方法
  - 3-2. 調査項目
- 4. 解析方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・24
  - 4-1. BMI に関する検討
  - 4-2. EAT-26 得点の因子分析
  - 4-3. 各抽出因子とボディ・イメージに関する項目との関連性
- 5. 結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・25
  - 5-1. 実態調査
    - 5-1-1. BMI における対象者の分類
    - 5-1-2. BMI における食行動異常傾向
    - 5-2-3. BMI とボディ・イメージに関する項目との関係
  - 5-2. 摂食行動や摂食に関する信念の類型
    - 5-2-1. EAT-26 からみた食行動異常の種類
  - 5-3. 摂食行動と各要因との関連性
    - 5-3-1. 食行動異常の種類と体型分類
    - 5-3-2. 食行動異常の種類と現実のボディ・イメージ, 理想的ボディ・イメージ
- 6. 考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29

## 第3章 身体像不満足感測定尺度の開発 (研究2)

- 1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32
- 2. 目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32
- 3. 研究方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32
  - 3-1. 調査方法
  - 3-2. 調査項目

4. 解析方法	34
4-1. 因子構造の確認	
4-2. 信頼性の確認	
4-3. 妥当性の確認	
4-3-1. シルエット画項目得点を用いた検討	
4-3-2. EDI 痩せ願望得点を用いた検討	
4-3-3. EAT-26 得点を用いた検討	
5. 結果	35
5-1. 尺度の因子構造	
5-2. 信頼性の検討	
5-3. 妥当性の検討	
5-3-1. シルエット画項目得点を用いた検討	
5-3-2. EDI 痩せ願望得点および過食得点を用いた検討	
5-3-3. EAT-26 を用いた検討	
5-3-4. 因子構造の再確認と信頼性の再検討	
6. 考察	40
第4章 食行動異常傾向測定尺度の開発（研究3）	
1. はじめに	42
2. 本節の目的	42
3. 研究方法	43
3-1. 調査方法	
3-2. 調査項目	
4. 解析方法	45
4-1. 因子構造の確認	
4-2. 信頼性の確認	
4-3. 妥当性の確認	
5. 結果	45
5-1. 尺度の因子構造	
5-2. 信頼性の検討	
5-3. 妥当性の検討	
6. 考察	49
第5章 食行動異常傾向測定尺度カットオフポイントの設定（研究4）	
1. 目的	51
2. 研究方法	51

2-1. 調査方法	
2-2. 調査項目	
2-3. 解析方法	
3. 結果	52
3-1. 判別分析	
3-2. ROC分析	
3-2-1. 食物に関する捉われ感	
3-2-2. 不適応的食物排出行動	
3-2-3. 食物摂取コントロール	
3-2-4. 食行動異常傾向測定尺度	
4. 考察	55
第6章 女子大学生および女子専門学校生の身体像不満足感と食行動異常（研究5）	
1. はじめに	56
2. 目的	56
3. 研究方法	56
3-1. 調査方法	
3-2. 調査項目	
4. 解析方法	57
4-1. BMIに関する検討	
4-2. 身体像不満足感と食行動異常との関連性の検討	
5. 結果	57
5-1. 実態調査	
5-1-1. BMIにおける学生の分類	
5-1-2. BMIにおける食行動異常傾向	
5-1-3. 体型分類と身体像不満足感および食行動異常との関連性の検討	
5-2. 身体像不満足感と食行動異常傾向との関連性の検討	
6. 考察	64
第7章 食行動異常発現要因の検討 - 自己意識の観点から - （研究6）	
1. はじめに	67
2. 目的	68
3. 研究方法	68
3-1. 調査方法	
3-2. 調査項目	
3-3. 解析方法	

4. 結果	69
4-1. 自己意識高群・低群における身体像不満足感と食行動異常	
4-2. 学生群と臨床群の自己意識	
4-4. 自己意識保有パターンと身体像不満足感との関連性	
4-5. 自己意識保有パターンと食行動異常との関連性	
4-6. 食行動異常発現過程の検討	
5. 考察	77
第8章 自己意識理論を用いた心理教育とその効果の検討（研究7）	
1. はじめに	79
2. 目的	79
3. 対象	79
3-1. 心理教育における対象	
4. 方法	80
4-1. 手続き	
4-2. 調査項目	
5. 心理教育前後の効果検討	81
5-1. 実施前後における自己意識の変化	
5-2. 自己意識の変化と全身のふくよかさ不満足感の変化	
5-3. 全身のふくよかさ不満足感の変化と食物に関する捉われ感の変化	
6. 結果	82
6-1. 心理教育前後の各自己意識の変化	
6-2. 自己意識の変化と全身のふくよかさ不満足感の変化	
6-3. 全身のふくよかさ不満足感の変化と食物に関する捉われ感の変化	
7. 考察	86
第9章 総合考察	
1. はじめに	88
2. 本論文における問題と目的	88
3. 研究結果と考察	92
4. 最後に	96
引用文献	97
謝辞	103
付録	105

## 第1章 序論および目的

### 1. はじめに

摂食障害 (Eating Disorder : 以下 ED) とは, 食行動の重篤な障害であり, 極端な食事制限や絶食, 過活動あるいは無茶食いと排出行動といった基本的特徴を持つ神経性無食欲症 (anorexia nervosa : 以下 AN) と無茶食いとその後の絶食や排出行動といった基本的特徴を持つ神経性大食症 (Bulimia Nervosa : 以下 BN) に大別される (APA, 1994)。

摂食障害を導く要因は, 古くから数多く検討されているが, 数々の要因が関連し合い生じる疾患であるとされる。こうした中で社会文化的な影響や自己身体像への不満足感が強く関連するという見解は共通したものである。

摂食障害の好発年齢は思春期・青年期であり, 特に女性を中心とした疾患である。また, 近年では, 摂食障害に類似する食行動を呈する者も急増しており, 摂食障害予防のためにも, その前段階にある食行動異常を呈する摂食障害ハイリスク群の査定や関連要因について詳細な検討が急務である。

第1章では, 摂食障害の診断基準や歴史, 実態, 先行研究などを示した上で, 本論文の目的を示す。

### 2. 摂食障害の診断基準および歴史

#### 2-1. 摂食障害の診断基準と特徴

摂食障害は, 「身体の病気」であり, 「こころの病気」であり, 「時代の病気」であるとされる (Treasure, 2003)。また ED は, 各時代特有の社会文化的影響を受け, 病態が変化し続けていることが指摘されている (傳田, 2003)。

現在, ED の診断基準はさまざま存在し, アメリカ精神医学会による DSM-IV (APA, 1994) (Table. 1) や世界保健機構による ICD-10 (WHO, 1992) (Table. 2), 日本では厚生省特定疾患神経性食欲不振症研究班 (末松・久保木・和田, 1979) (Table. 3) による診断基準があり, 各種臨床場面で活用されるとともに改訂が続けられている。

こうした診断基準の内, DSM-IV (APA, 1994) では, 狭義の ED は AN と BN に分けられ, AN では制限型 (Anorexia Nervosa-Restricting type; AN-R) と無茶食い/排出型 (Anorexia Nervosa-Binge eating Purging type; AN-BP), BN では排出型 (Bulimia Nervosa-Purging type; BN-P) と非排出型 (Bulimia Nervosa-Non Purging type; BN-NP) といった下位分類が設けられ記載されている。

ED 患者が呈する食行動や精神症状の特徴として, 不食や節食, 無茶食い, 排出, 食物への関心, 食事時間や食事内容の偏り, 肥満恐怖, 体型への過剰意識, 痩せ希求などが挙げられることに加え, 強迫傾向, 対人関係不良, 過剰適応, 抑うつが高い出現率であることが示されている (石川・鈴木・鈴木・中井・西園, 1999) (Table. 4)。

Table. 1 摂食障害の診断基準 DSM-IV (APA, 1994)

## 307.1 神経性無食欲症の診断基準

- A. 年齢と身長に対する正常体重の最低限、またはそれ以上を維持することの拒否(例: 期待される体重の85%以下の体重が続くような体重減少;または成長期間中に期待される体重増加がなく、期待される体重の85%以下になる)
- B. 体重が不足している場合でも、体重が増えること、または肥満することに対する強い恐怖。
- C. 自分の体の重さまたは体形を感じる感じ方の障害;自己評価に対する体重や体型の過剰な影響、または現在の低体重の重大さの否認。
- D. 初潮後の女性の場合は、無月経。つまり、月経周期が連続して少なくとも3回欠如する(エストロゲンなどのホルモン投与後にのみ月経が起きている場合、その女性は無月経とみなされる)

病型を特定せよ:

**制限型** 現在の神経性無食欲症のエピソード期間中、その人は定期的に無茶食いや、または排出行動(つまり、自己誘発性嘔吐または下剤、利尿剤、または浣腸の誤った使用)を行ったことがない。

**無茶食いや/排出行動型** 現在の神経性無食欲症のエピソード期間中、その人は定期的に無茶食いやまたは排出行動(つまり、自己誘発性嘔吐または下剤、利尿剤、または浣腸の誤った使用)を行ったことがある。

## 307.51 神経性大食症の診断基準

- A. 無茶食いやのエピソードの繰り返し、無茶食いやエピソードは以下の2つによって特徴づけられる。
  - (1)他とはっきり区別される時間の間に(例:1日の何時でも2時間以内の間)、ほとんどの人が同じような時間に同じような環境で食べる量よりも明らかに多い食物を食べること。
  - (2)そのエピソードの間は、食べることを制御できないという感覚(例:食べるのをやめることができない、または、何を、またはどれほど多く食べているかを制御できないという感じ)。
- B. 体重増加をふせぐために不適切な代償行動を繰り返す、例えば、自己誘発性嘔吐;下剤、利尿剤、浣腸、またはその他の薬剤の誤った使用;絶食;または過剰な運動。
- C. 無茶食いやおよび不適切な代償行動はともに、平均して、少なくとも3ヵ月間にわたって週2回起こっている
- D. 自己評価は、体型および体重の影響を過剰に受けている
- E. 障害は、神経性無食欲症のエピソード期間中にのみ起こるものではない。

病型を特定せよ:

**排出行動型** 現在の神経性大食症のエピソードの期間中、その人は定期的に自己誘発性嘔吐をする、または下剤、利尿剤、または浣腸の誤った使用をする。

**非排出行動型** 現在の神経性大食症のエピソードの期間中、その人は、絶食または過剰な運動などの他の不適切な代償行為を行ったことがあるが、定期的に自己誘発性嘔吐、下剤、利尿剤、または浣腸の誤った使用はしたことがない。

## 307.50 特定不能の摂食障害

特定不能の摂食障害のカテゴリーは、どの特定の摂食障害の基準も満たさない摂食の障害のためのものである。例をあげると、

1. 女性の場合、定期的に月経があること以外は、神経性無食欲症の基準を全て満たしている。
2. 著しい体重減少にもかかわらず現在の体重が正常範囲内にあること以外は、神経性無食欲症の基準を全て満たしている。
3. 無茶食いやと不適切な代償行為の頻度が週2回未満である、またはその持続期間が3ヵ月未満であるということ以外は、神経性大食症の基準を全て満たしている。
4. 正常体重の人が、少量の食事をとった後に不適切な代償行動を定期的に用いる(例:クッキーを2枚食べた後の自己誘発性嘔吐)。
5. 大量の食事を嘔んで吐き出すということを繰り返すが、呑み込むことはしない。
6. 無茶食いや障害:無茶食いやのエピソードが繰り返すが、神経性大食症に特徴的な不適切な代償行動の定期的な使用はない。



Table. 2 摂食障害の診断基準 ICD-10 (WHO, 1992)

## F50 摂食障害

## F50.0 神経性無食欲症

- A. 体重減少(子どもでは通常のように体重が増加せず), 標準体重あるいは年齢と身長から期待される体重より少なくとも15%下回っていること.
- B. 体重減少は, 「太るような食物」を自らが避けることによって招いた結果である.
- C. 肥満に対する病的な恐怖をともなったり太りすぎというボディ・イメージの歪みであり, このために体重の許容限度を低く設定して自らに課す.
- D. 視床下部・下垂体・性腺系を含む広範な内分泌障害が顕在化する. それは, 女性では無月経によって, 男性では性的な関心と性的能力の喪失によって確認される(明らかに例外的なものとして, 避妊薬に代表されるホルモンの補充療法を受けていること, 神経性無食欲症の女性でも持続的な性器出血をみることもある).
- E. 神経性大食症(F50.2)の基準A項, B項を満たさないこと.

## 〈コメント〉

次の特徴は診断基準の補助となるが, 必要条件ではない. つまり, 自己誘発性嘔吐, 自発的な下剤使用, 適度の運動, 食欲抑制剤および/または利尿剤の利用. 発症が前思春期であれば, 思春期兆候の発現が遅れたり停止に至ることもある(成長の停止. 女子では, 乳房が発達せず, 原発性無月経がある. 少年では, 子どものままの性器にとどまる). 回復すると, 通常思春期は普通に完了するが, 初潮は遅れる.

## F50.1 非定型神経性無食欲症

神経性無食欲症の非定型的なものについて研究しようとするものは, 満たされるべき診断基準の数とタイプについて, 独自の定義をしておくことを勧める.

## F50.2 神経性大食症

- A. 短期間の間に大量の食物を消費する過食のエピソードを繰り返すこと(週2回以上の過食が少なくとも3ヵ月間)
- B. 食べることへの頑固なこだわり, および食べることへの強い欲求または強迫感(渴望)
- C. 患者は, 次に示す1項目以上のことで食物の太る効果に抵抗しようと試みる.
  - (1) 自己誘発性の嘔吐
  - (2) 自発的な下剤使用
  - (3) 交替性にみられる絶食の時期
  - (4) 食欲抑制剤や甲状腺製剤または利尿剤のような薬物の使用
 糖尿病患者が大食症になると, インシュリン治療を故意に怠ることがある.
- D. 肥満に対する病的な恐怖をともなう, 太りすぎというボディ・イメージの歪み(結果的に痩せ気味のことが多い)

## F50.3 非定型神経性大食症

神経性大食症の中で正常な体重あるいは過剰な体重のある非定型的なものについて研究しようとする場合, 満たされるべき診断基準の数とタイプについて, 独自の定義をしておくことを勧める.

## F50.4 その他の心理的障害に関連した過食

## F50.5 その他の心理的障害に関連した嘔吐

## F50.8 その他の摂食障害

## F50.9 摂食障害, 特定不能のもの

Table. 3 神経性食欲不振症の診断基準（厚生省特定疾患神経性食欲不振症研究班，1979）

- 
- ① 標準体重の-20%以上の痩せ(3ヶ月以上)
  - ② 食行動の異常(不食, 多食, 隠れ食い, など)
  - ③ 体重や体型についてのゆがんだ認識(体重増加に対する極端な恐怖など)
  - ④ 発症年齢:30歳以下(ほとんどが25歳以下, 稀に30歳以上の初発がある)
  - ⑤ (女性ならば)無月経(その他の身体症状としては, うぶ毛密生, 徐脈, 便秘, 低血圧, 低体温, 浮腫などを伴うことがある。ときに男性例がある)
  - ⑥ 痩せの原因と考えられる器質的疾患がない。精神分裂病による奇異な拒食, うつ病による食欲不振, 単なる心因反応(身内の死亡など)による一時的な摂食低下などを鑑別する。
- 

Table. 4 摂食障害の食行動と精神症状（摂食障害の診断と治療ガイドライン 2005, 2005）

	拒食症		過食症		特定不能の 摂食障害
	制限型	無茶食い/ 排出型	排出型	非排出型	
不食・節食	83	74	44	33	52
無茶食い	11	79	94	88	58
嘔吐	7	80	90	35	31
下剤乱用	5	30	26	4	16
利尿剤乱用	1	8	2	0	2
ダラダラ食い	6	19	32	22	24
チューイング	2	6	3	2	2
盗み食い	2	10	10	4	1
食べさせる	10	6	3	3	0
食物への関心	58	74	71	70	44
食事時間の偏り	32	52	50	38	32
食事内容の偏り	58	62	53	45	41
肥満恐怖	87	94	88	89	69
体型過剰意識	70	83	71	72	52
痩せ希求	75	85	79	85	61
脅迫傾向	56	58	45	49	51
対人関係不良	51	68	75	74	60
過剰適応	50	42	39	52	50
抑うつ	41	58	75	64	64
活動性の亢進	44	39	26	22	20
母との共生	24	29	20	21	25
罪悪感	21	42	37	35	34
ひきこもり	21	34	37	40	30
ヒステリー性格	20	36	39	30	37
自殺念慮	6	25	34	21	12
アルコール依存	0	12	10	3	4
薬物依存	3	5	8	2	3
盗癖	3	12	15	4	5
性的逸脱	0	9	9	12	2

数字は調査対象者中の割合(%)

## 2-2. 摂食障害の歴史

現代の AN と類似する特徴が医学的にはじめて記載されたのは 1689 年のことである。Morton(1689)が『消耗病もしくは消耗のための遂行』(Phthisis Nervosa)としてはじめて二例の症例を記載した。Morton はこうした症例に対し、その当時での薬物療法や環境調整によるストレスマネジメントなどを用いた治療的援助を行っていた。その後、数々の症例が発表され、Gull(1874)などの報告(Figure. 1)によってはじめて、Anorexia Nervosa と呼ばれるようになる。20 世紀に入ると、下垂体の機能不全を病因説とした報告も現れ、より多面的な問題解決が望まれるようになった。本邦においては、江戸時代に「不食の症」として、AN と類似する記述があり(香川, 1683~1755)、医学的には 1976 年に AN の報告(青木・末松・江崎・黒川・玉井・武末・遠山, 1976)がされて以来、数多くの報告がされている。

一方、BN の歴史は AN と比べると比較的新しい。これは、BN が AN の亜型として 1979 年に提唱されていることや、社会文化的な影響を受け変容する特徴があるという理由に他ならない。

BN は AN を命名した Gull の症例報告の中で触れられてはいたものの、単一疾患として取り上げられることはなかった。そして、1970 年代に入り、過食を主症状とする症例が増加したことで、AN とは質の異なる食行動の障害が存在することが議論されるようになり、過食と自己誘発性嘔吐を行動的特徴、肥満恐怖を心理的特徴とした AN の症例が Russell(1979)などにより報告され、過食を主症状とする ED は Bulimia Nervosa と命名された。こうした歴史の変遷を経て 1980 年には DSM-III (APA, 1980) の診断基準に初めて摂食障害という項目が設けられ、AN と BN が ED の病型として定められた。

ED の病型は、現在でも検討が続けられ、歴史を重ねるごとに一層詳細な基準が設けられるようになっている(APA, 1994)。



Figure. 1 Gull の症例

### 3. 摂食障害の実態

ED は生命に関わる重篤な障害であり，その治療や援助，予防に関して早急な実践的研究が求められる。

ED 患者は病院を受診しにくくその潜在数は計り知れない (APA, 1994; 中井, 2000) といった問題があり，治療・援助・予防的関わりを持つためにも，潜在的な ED ハイリスク群や罹患者，食行動異常を呈する者を把握する全国調査を行うことは必要不可欠である。

なお，本研究において診断基準を満たさない ED ハイリスク群が呈するような，ED と類似する行動的・心理的特徴が認められる食行動の問題を食行動異常 (Abnormal Eating Behavior: 以下 AEB と定義する)。

本節では，AEB や ED に関するこれまでの実態調査を示す。

#### 3-1. これまでの実態調査

ED の好発年齢は 10 代後半から 20 代前半であり，大学生，とりわけ女子学生では，ED 患者もしくは ED ハイリスク群といえる食行動上の問題を呈する者が多くみられるとされ (山中・宮坂・吉内・佐々木・野村・久保木, 2000)，有病率は年々増加し ED 患者の推計数は 5 年前に比し AN で 2～3 倍，BN で 6～7 倍に増加し，特定不能の ED も増加しているといった報告や (大野・玉越, 1999)，1980 年からの 18 年間に約 10 倍，最近の 5 年間で約 4 倍増加しているといった報告がある (中井, 2000)。1981 年に発足した，厚生省特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」の調査研究では，ED の有病率は最近の 5 年間に AN で約 3 倍，BN で約 5 倍増加しており，AN では 10 歳～19 歳，BN では 20 歳～29 歳の年齢層が多く，いずれも 90%以上が女性であることが報告されている (Table. 5)。また，同様の報告で女子大学生の ED 推定頻度が特に BN で増加している結果が示されている (Table. 6)

Table. 5 日本における病院を対象とした ED 全国調査

(摂食障害の診断と治療ガイドライン 2005, 2005)

	1980年～1981	1985年	1992年	1998年
拒食症				
推定患者人口(全体)	2600～3200	3500～4400	4500	10500～15000
推定患者人口(10～29歳女性)	2400～3000	2900～3600	3800	8500～12000
過食症				
推定患者人口(全体)			1414	5500～7500
推定患者人口(10～29歳女性)			1157	4600～6200

単位:人

Table. 6 女子大学生を対象としたEDの推定頻度(%)

(摂食障害の診断と治療ガイドライン 2005, 2005)

	1982年	1992年	2002年
拒食症	0.1	0.1	0.4
過食症		0.9	2.2
特定不能の摂食障害		4.3	15.4

EDの病型ごとの報告では、ANに関しては若い女性の約1%にみられる疾患であり、BNは女性の2～3%にみられる疾患であることが報告されている(Garfinkel, 1991)。また、学生を対象に行ったBNに関する実態調査では、少なくとも女子短大生の0.9%にBNが存在すると推定されることや(中井・濱垣・高木, 1998)、看護学生の3.6%、短大生の2.1%が週一回の気晴らし食いと嘔吐などの代償行為をしていることが指摘され(Kiriike, Nagata, Tanaka, Nishiwaki, Takeuchi, & Kawakita, 1988)、BNの増加が問題となっている。こうした実態調査から、ED好発年齢にあたる、大学や専門学校に在籍する女子学生に対して予防的関わりを持つことの重要性が伺える。

#### 4. 学校精神保健における食行動異常・摂食障害の予防

思春期・青年期にあたる女子学生に対する実態調査の結果からも明らかであるように、大学や専門学校などの学校精神保健において予防的関わりを早急を持つ必要がある。予防についてCaplan(1964)は、第一次予防・第二次予防・第三次予防の三段階に分類している。第一次予防は地域社会のあらゆる精神障害の発生を減らし、第二次予防は発生した障害の罹患期間を短縮させ、第三次予防は精神障害から派生する欠陥を軽減するとそれぞれ定義付けられ、医学・臨床心理学の分野では、各段階に関する検討が続けられている。学校精神保健では、学生特有の疾病周辺にある諸問題を予防し、援助を行うことが目的となり、第一次予防を行うことが主要活動となる。

『摂食障害の診断と治療ガイドライン 2005』(「摂食障害の治療ガイドライン作成とその実証的研究」班)(石川他, 2005)によると、ED予防のためには、EDハイリスク群やEDの早期発見が必要であり、①EDという病気を知ること、②AEBや身体的問題のみでなく心理的問題についても良く理解すること、③早期発見のためのスクリーニングが必要であること、④①～③を通して各種関連機関が連携することの必要性などが挙げられており、こうしたことから、学校精神保健におけるED予防では、適確な尺度を用いて測定・査定を行うことで早期発見を目指し、体系的な心理教育を実施することで知識教育を行う必要性が推測される。

学校精神保健において AEB・ED 予防的視点から、測定・査定を行う際には学生を対象に適用可能な測定・査定尺度を使用する必要があるとあり、測定する心理的要因や行動について詳細に検討する必要もあるだろう。また、心理教育に関しても体系的かつ実施可能性の高い方法について検討する必要があるだろう。

#### 4-1. 学校精神保健における食行動異常・摂食障害の予防と関連研究

学校精神保健において AEB や ED の早期発見は大きな課題となり、早期発見のためには、AEB 傾向を測定することや ED ハイリスク群の査定を適確に行うことが重要であり、体系的な心理教育の開発も急務である。そして、測定・査定や心理教育の検討を行う際、AEB・ED に関する先行研究を検討することは必要不可欠である。

これまで、AEB・ED に関する研究は数々行われ、現在も検討が続けられている。こうした中、AEB や ED に関連する代表的な要因として社会文化的要因、個人内心理要因、家族関係の要因、成熟拒否、生物学的要因などが挙げられ (Garfinkel, 1991; 生田, 1995)、AEB や ED に関わりを持つ際に、重要な示唆を与えている。

現代社会では、痩身を高価値とする社会文化的風潮が蔓延している。こうした痩せを賞賛する社会文化的風潮は、特に女性にとって深刻な影響を及ぼす。痩身であることが高価値であるが故、自身の身体に不満足感を抱き、不満足感を低減させるために食事制限などを代表とするダイエット行動を行うことにより痩身を求める。痩身を獲得するためのダイエット行動が過度になり維持されることで、AEB や ED に進展するといった ED の連続性仮説 (Mintz & Betz, 1988; Petrie, 1993) も指摘されている。したがって、現代の AEB・ED を検討する際、社会文化的要因を検討することは必要不可欠である。

ここでは、ED の関連要因とされる社会文化的要因、個人内心理要因としての身体像不満足感に関する先行研究を概観するとともに、AEB と ED との連続性について述べ、AEB・ED に関わる個人内心理要因とされる自己意識に関する研究を概観する。

##### 4-1-1. 食行動異常および摂食障害と社会文化的影響

ED の疾患概念や病態が時代により変化することからも、社会文化的観点から、ED に至るまでの経緯や症状の維持について数多く研究が行われている。

例えば、「痩身であることは容姿や身体の美しさや健康度などを示し、周囲からは自己コントロールが出来ていると評価される」という社会文化的風潮が生まれ、ED の発現要因になることが指摘されている (Polivy & Herman, 1987)。社会的規範としての美を求める若年女性は低体重を求め、低体重を維持することに価値を置くようになり、こうした「痩身が美しい」とする美意識は、米国において 1960 年代頃から急激に広まったが (Garner & Garfinkel, 1980)、日本においても近年では、社会的な「痩せ賞賛」文化の影響を受け、ダイエット行動が習慣化・定着化していることが指摘されている (馬場・菅原, 1998)。例えば、日本における調査では、標準体重であるにも関わらず「自分は太っている」と認識し

ている女性が7割、「痩せ」であってもダイエット願望を持つ者が4割を超え、若年女性の「瘦身願望」が以前にも増して顕著になっているという報告がある（厚生労働省，2003）。

“瘦身美賞賛”の風潮はAEBやEDの増加と一致しており（Stice, Schupak, Erika, Heachter, & Stein, 1994），AEB発現・ED発症に対する社会文化的影響の寄与が伺え、AEB・EDは社会文化的影響や人間関係なども考慮すべき社会心理学的課題であると考えられている（Heather, Pamela, & Lauren, 2001；菅原・馬場，1998）。

以上のような研究は、痩せを賞賛する社会文化的影響を受けた場合に生じる個人内心理要因である身体像不満足感がAEBやEDと関連性を有する可能性を示している。

#### 4-1-2. 食行動異常および摂食障害と身体像の問題

EDに関して、DSM-IV（APA, 1994），ICD-10（WHO, 1992），厚生省特定疾患神経性食欲不振症研究班（1990）による診断基準のいずれにおいても、“身体像の障害”が診断の共通項目とされ、EDを発症・維持させる要因のひとつとされている。また、身体像の問題と病理的なダイエット行動や食行動の乱れは相互関係にあること（Levine, Smolak, Moodey, Shuman, & Hessen, 1994），社会文化的影響に伴う自己の身体に対する意識の持ち方がAEB・EDの関連要因であることが指摘され（Garner & Girfinke, 1985；野上, 1998；Stringel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1986b），AEBおよびEDに関する検討を行う上で、身体像に関する検討を欠かすことは出来ない。

身体像とは一般的に「個人が身体の外観に対して持つイメージまたは態度」と定義され（Brush, 1962；Hsu, 1982），「実際の身体に関する見積もり」認知と「理想とする身体像」認知に分けられる（Williamson, Davis, & Bennett et al., 1989）。

ED各診断基準に明記されている身体像の障害は、ANとBNに共通する臨床的特徴であるが（Gardner, Friedman, & Jackson., 1998），身体像不満足感（Body Image Dissatisfaction：以下BID）などといった「感情的側面」と、身体に関する誤った認知である身体像の歪みなどといった「知覚・認知的側面」の二つに分けられる（Garner & Garfinkel, 1981）。BIDは実際の身体に関する見積もりと理想とする身体像との間に差が生じることで持たれる感情であり、痩せ願望や肥満恐怖を引き起こす。一方で身体像の歪みは身体の細さやサイズの認知が明らかに歪んでいるといった認知であり、自分は痩せていても太っていると認知するなどといった例が挙げられている（APA, 1994）。身体像の障害の中でも、特に感情的側面であるBIDが不健康な食行動を規定する要因として危惧されているが（Gralen, Levine, Smolak, & Murnen, 1990；Rozin & Fallon, 1988），BIDは、他者の身体との比較の結果、自己にとって否定的なものであると生じ（Striegel-Moore, Silberstein, Frensch, & Rodin, 1989），各個人の身体に関する意識の持ち方により多面的に構築されるものでもあることが指摘されている（Cash, 1989）。

また、痩せ願望やAEBには、全身のふくよかさのみならず、身体部位のふくよかさや身体外観の評価に対する不満足感も関連性を持つという指摘（Cash, 1989；Koff, Benavage,

& Wong, 2001; Garfinkel, 1991; Thompson, 1992) や, ED 罹患者の臨床的特徴として, 身体に関する自己評価および他者評価への意識が否定的であるという指摘 (APA, 1994) など, BID についてより多面的な検討も行われている。

#### 4-1-3. 摂食障害の連続性

思春期・青年期女性を中心として, ダイエット行動が標準的な行動として定着している (Garner, Gerfinkel, Schwartz, & Thompson, 1980; Green, Elliman, Rogers, & Welch, 1997; Polivy & Herman, 1987)。適切なダイエット行動であれば, 人間が健康的な生活を送る上で必要な行動と言えるが, 過剰かつ不適応的なダイエット行動を続けることは生命維持をも脅かす。また, 不健康で過剰な不適応的なダイエット行動は, ED の臨床症状と類似するものであり, 女子学生の中にはこうした食行動上の問題を呈する者も増加している。

食行動上の問題は痩身を求めるダイエット行動から誘発され, 不適応的な食行動上の問題と ED との連続性が数々の研究によって明らかにされている。例えば, 痩せ願望を持つことで生じるダイエット行動と ED との間には連続性があることや (Mintz & Betz, 1988; Petrie, 1993), 社会文化的な影響を受け異常なまでの痩身希求により, 過度のダイエット行動が生じ, その結果として ED が発症するなどといった指摘 (Cooper & Fairburn, 1984) は連続性を示した研究である。

以上の先行研究をまとめると, 痩せ賞賛文化といった社会的背景のもと, 痩身希求や肥満恐怖などを伴う BID を有し, こうした否定的な感情を低減させる行動として, 身体を細く保つための AEB が行われ (Polivy & Herman, 1987), AEB が維持されることで ED へと進展することが考えられる (Figure. 2)。

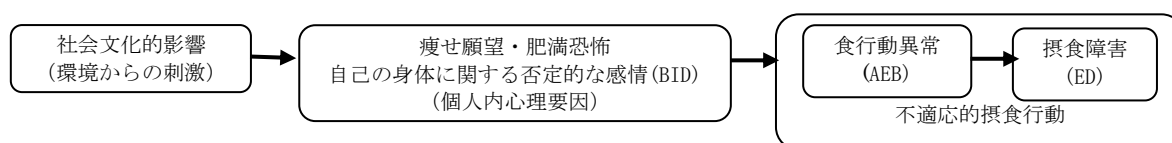


Figure. 2 社会文化的影響から不適応的摂食行動を呈する過程

#### 4-1-4. 食行動異常および摂食障害と自己意識

社会文化的影響が AEB や ED 発症に寄与している可能性の指摘はこれまで述べた通りである。しかし, 痩身を渴望する人のほんの一部の者しか ED を発症しないことや (種田, 1991), 摂食量の減少と痩せを直接引き起こすのは強い痩せ願望を持つに至る心理的要因であることなどが指摘される (早野, 2002; Mintz & Betz, 1988)。以上のような, AEB や ED が同様の環境に属する者の全てで発現し得ないという見解は, AEB や ED は個人差により発現・発



症するか否かが決定されるといった示唆 (Herman & Polivy, 1988; Laessle, Tuschl, Waadt, & Pirke, 1989; Polivy & Herman, 1987; Ruderman & Grace, 1988) と一致しており, AEB・ED に関して心理的要因を検討する必要性が推測される。

社会文化的影響を受け, AEB や ED を呈する過程で影響を与える心理的要因として, 米国を中心に自己意識が取り上げられ検討されている。

自己意識は身体像に対する意識の持ち方同様, 社会文化的影響により形成・維持され (Grilo, Wilfley, Brownell, & Rodin, 1994), 「普段からどのくらい自己に注意を向けやすいかの程度」とされ, 公的自己意識 (公的で外面的な自己側面 (容姿や行動) に注意を向ける傾性) と私的自己意識 (自己の私的で内面的な側面 (感情や態度) に注意を向ける傾性) の二側面が含まれる用語である (Buss, 1980; Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975)。また, 公的自己意識の下位意識として, 容姿・容貌・動作などの「外見への意識」と他者に認知され評価される結果である「評価意識」, 私的自己意識の下位意識として, 自己の内的な心的過程への意識である「内的状態への意識」, 自己概念や自己イメージによって自己を回想・内省する「自己内省」が挙げられており (Mittal & Balasubramanian, 1987), 「評価意識」や「自己内省」は自身で統制可能な意識であり, 「外見への意識」や「内的状態への意識」は自動処理されるものであり, 統制不可能な意識であることが指摘されている (辻, 1993)。これまで, 自己意識に関する理論は数多く提唱されているが, 本研究では, 自己意識を公的自己意識および私的自己意識に二分する上記を用い検討を行う。

自己意識と BID, AEB などとの関連性を検討した研究では, 例えば, 自己の身体についてネガティブな情報を受けた場合, 特に若年層において自己意識が高く保有されること (Gould, 1987), 女子大学生に痩せたモデルの写真を提示すると, 自己意識が高まること (Wegner, Hartmann, & Geist, 2000), BID を持つ者は, 公的自己意識の得点が高く, 肉体的な外形を特に強く知覚していることなどが報告されている (Akan & Grilo, 1995; Grilo et al., 1994; Striegel-Moore, Silberstein, & Robin, 1993)。一方, AEB・ED と自己意識との関連性を検討した研究では, ダイエットを行う者の BID と自己意識には強い関連性があることが指摘され (Heatherton & Baumeister, 1991), ダイエット群は非ダイエット群に比べ公的自己意識の得点が高いことや (Blanchard & Frost, 1983; Heatherton, Polivy, Herman, & Baumeister, 1993), BN 群は他群と比較すると公的自己意識の得点が有意に高いこと (Heatherton & Baumeister, 1991), 公的自己意識と合わせて私的自己意識がより病的な食行動に関連性を有すること (山蔦・野村, 2006) などが指摘されている。

以上の各研究をまとめたものを Figure. 3 に示す。

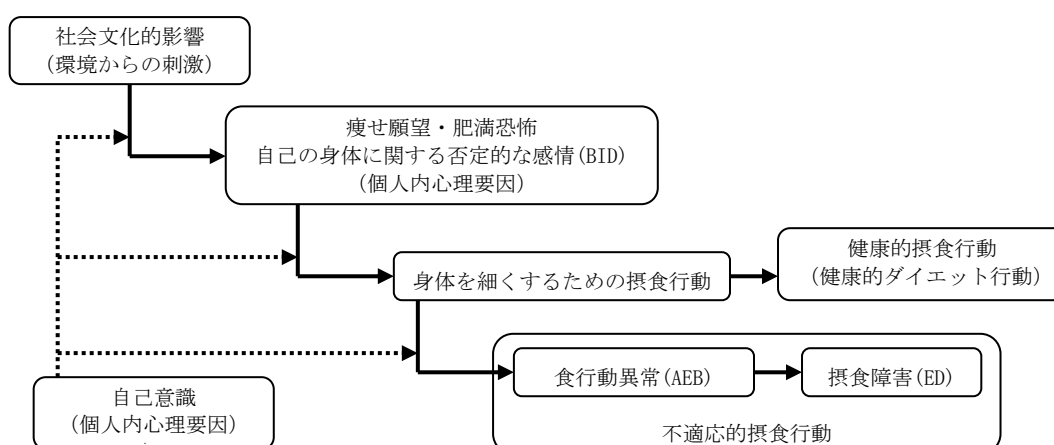


Figure. 3 先行研究のまとめと AEB 発現および ED 発症までの流れ

#### 4-2. 学校精神保健における食行動異常・摂食障害予防のための測定と査定

AEB や ED 予防について、AEB 傾向の測定や ED の査定を行うことと併せて、身体像を正確に評価する必要性が指摘されている (Thompson, 1992)。AEB・ED の先行研究を概観すると、身体像の障害の中でも、特に BID が AEB や ED の関連要因として詳細に検討する必要性が推測され、学校精神保健における予防を検討する際、AEB・ED を測定・査定することと併せて社会文化的影響を多大に受ける BID を測定することは必要不可欠である。

これまで、BID や AEB・ED など測定・査定するために簡便で信頼性・妥当性に富んだ尺度が開発されている。ここでは、これまで開発された代表的尺度を概観する。

##### 4-2-1. 食行動異常および摂食障害に関連する身体像の評価尺度

前述の通り、BID と AEB および ED との関連性が指摘され、身体像に関する問題は AEB・ED と密接な関連性を有するということが共通理解となっている。こうした中で、身体像に対する意識を評価することは、AEB や ED の予防や援助・治療に際して欠かすことが出来ない。

身体像を評価する尺度として、100 種類近い測定尺度の開発が行われている。例えば、簡便な尺度として、文章としての質問項目を用いず身体に関する 9 つのフィギュアを提示し、自分の身体を評価させる尺度があり (Fallon & Rozin, 1985)、フィギュアによるシルエットを用いて、視覚的に把握される身体像への意識を測定するという方法により身体への意識を測定する (Gardner et al., 1998) (Figure. 4)。

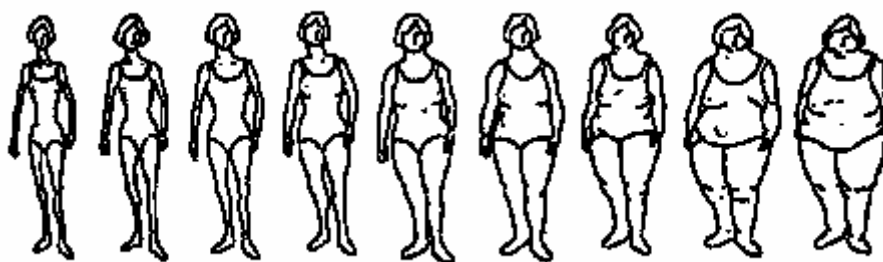


Figure. 4 シルエット画を用いた測定例

一方、文章による質問項目を用いる尺度として、ED 治療の臨床的経験より全身的なふくよかさや下半身のふくよかさの認知傾向を客観的に測定しようと試みる尺度などが開発され (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987), 児童期から青年期を対象として尺度の信頼性・妥当性の検討が行われている (Gardner et al., 1998; 向井, 1996 など)。

#### 4-2-2. 食行動異常および摂食障害の評価尺度

ED について予防・援助的関わりを持つ際、臨床症状や不適応的な食行動を客観的に評価する必要がある。これまで評価のために、種々の自己記入式の評価尺度が開発されており、ED 傾向を測定する尺度として、代表的なものに、Eating Attitude Test (以下: EAT) (Garner & Garfinkel, 1979) と Eating Disorder Inventory (以下: EDI) (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983) がある。こうした尺度は、臨床場面において初診時の病態診断や経過や転機の病態把握の補助として、学校精神保健では早期発見のためのスクリーニングテストとして活用されている。

EAT は AN の臨床症状を簡便に評価し弁別するために開発された 40 項目からなる尺度であり (Garner & Garfinkel, 1979), 因子分析の結果より 26 項目に縮小しても、その信頼性と妥当性が変わらないことから、短縮版である EAT-26 (Garner, Olmstead, Bohr, & Garfinkel, 1982) が頻繁に用いられている。本邦において、EAT-26 の妥当性・信頼性の検討も行われているが (新里・玉井・藤井・吹野・中川・町元・徳永, 1986; 中井, 2003; Mukai, Crago & Shisslak, 1994), 多種多様な ED の病型をスクリーニングする際には注意を要するとされている (中井, 2003)。

一方、EDI は、AN や BN などの ED 患者特有の摂食行動と心理的特徴を、包括的かつ多次元的に評価することを目的として開発された、痩せ願望・過食・体型不満・無力感・完全主義・対人不信・内部洞察・成熟恐怖の 8 下位尺度からなる 64 項目の尺度である。現在では、8 下位因子に禁欲主義・対人交流不安・衝動統制の困難さの 3 因子が加えられ、全 91 項目である EDI-2 (Garner, 1991) も開発されており、EAT-26 とともに ED のスクリーニングテストとして用いられている (永田・切池・西脇・川北・吉野・竹内・田中, 1989; 新里

他, 1986 ; Ujii & Kono, 1994)。EDI は EAT と異なり, AN だけではなく, 過食を伴う AN や正常体重の BN の過食, およびそれに関連する症状を評価出来るよう, 過食が1つの独立した下位尺度として設定されており, 行動, 心理的側面から多面的なアセスメントが可能であるとされる (永田・切池・松永・池谷・吉田・山上, 1994)。

#### 4-3. 学校精神保健における食行動異常・摂食障害予防のための心理教育

学校精神保健における予防を考える際, 有効な測定や査定に加えて, 適確な心理教育を実践する必要がある。心理教育とは, 疾病の知識を最大限, 対象者に伝える教育的な部分と, 問題を持つ者の家族に対する心理的支援と対処技能の増大を目的とした家族療法的な部分との二つが組み合わされている方法と定義付けられている (心理臨床大事典, 2004)。当初, 統合失調症の家族を対象にしたアプローチとして位置付けられるものであったが, 現在では, 統合失調症に対するアプローチとしてはもちろんのこと, うつ病に対する予防的支援・臨床現場における介入法として有効性が認められている (坂本・西河, 2002)。しかし, 本邦において, ED に関する心理教育は, 主に ED 患者を対象にしたものや, ED 患者の家族を対象とした家族療法的なアプローチは多数検討されているものの, AEB や ED 予防のために学校精神保健の場で学生を対象として実践される心理教育はほとんどない。

AEB・ED に関する学生を対象とした心理教育の実践的研究として, 例えば, Full of Our selves: Advancing Girl Power, Health and Leadership (Stener-Adair, Sjostrom, Franko, Pai, Becker, & Herzog, 2002) が挙げられる。ここでは, 女子大学生を対象に8週間毎週45分から90分でEDの関連要因を教示し, その効果を検討している。学生に教示されるEDの関連要因は, 自尊感情, 自己身体への認知, ポジティブな関係性の構築などであり, プログラム終了後EDの知識や体型に関する自己認知に有意差が認められたことや安全に実施可能であることが報告されている。

### 5. 食行動異常および摂食障害関連研究の問題点

これまで, 学校精神保健におけるAEBやEDの予防の必要性と, 予防に関わるBIDやAEB, EDに関する先行研究, 各種尺度を示した。しかしこうした先行研究や尺度には少なからず問題がある。

ここでは, これまでに開発されたBIDおよびAEB・EDの測定・査定尺度の問題点, AEB・ED関連研究の問題点, 心理教育の問題点をそれぞれ述べる。こうした問題点に関する更なる検討を行うことは, ED予防をより有効なものとするだろう。

#### 5-1. 身体像不満足感に関する測定尺度の問題点

これまで示したように, EDの診断基準には, 「身体像の障害」という共通する基準があり, ED予防を効果的に行う上で身体像に関する意識や感情について適確に測定する必要があるといえる。

AEB・EDを発現・発症・維持させる要因は多くのものが混在していることが指摘され、中でも社会文化的影響がAEB・EDの誘因のひとつとされるBIDに強く影響していることが指摘されている(Polivy & Herman, 1987; Stice et al., 1994)。このように、痩身を賞賛する社会文化的影響は、BIDを強め、過剰なダイエット行動を導き、その結果としてAEBやEDを呈するに至ると考えられている。しかし、社会文化的影響は各時代背景により異なるため漸次的な検討が必要である。

これまでAEB・EDを予防・治療・援助するために、BIDを客観的に測定する試みが数多く行われ、妥当性・信頼性を兼ね備えた尺度が開発されているが、こうした尺度は、身体に関して「全身のふくよかさ」を測定するものや「下半身のふくよかさ」に特化したものが多く、身体に関する自己評価の程度を測定するものが多い。しかし、痩せ願望やAEBには、全身のふくよかさのみならず、顔や腕、脚などといった身体部位のふくよかさや身体外観の評価に対する不満足感も関連性を持つという指摘(Cash, 1989; Koff et al., 2001; Garfinkel, 1991; Thompson, 1995)や、ED罹患者の臨床的特徴として、身体に関する自己評価および他者評価への意識が否定的であるという指摘(APA, 1994)があるため、BIDについて、全身や下半身のふくよかさに加え、各身体部位への不満足感の自己評価および他者評価への意識を詳細に測定する尺度の開発が望まれる。

#### 5-2. 食行動異常および摂食障害に関する測定・査定尺度の問題点

これまでEDを測定・査定することを目的として、EAT(Garner & Garfinkel, 1979)やEATの短縮版であるEAT-26(Garner et al., 1982), EDI(Garner et al., 1983)などの尺度が多数開発されている。しかしながら、これら尺度には問題も少なくない。前述の通り、食行動に関する問題は社会文化的な影響を多大に受けるものである。そして、その社会や文化は年々変化する。しかし、EATは1979年、EAT-26は1982年、EDIは1983年と開発が古く、本邦において2000年代に信頼性・妥当性の検討が行われているが、ED臨床群以外に適用する場合、現代の社会文化を反映した質問項目から構成される尺度であるとは言い難い。また、EATは測定も査定も簡便ではあるが、AN群を母集団として開発されており、近年増加するBNを対象に実施する場合には注意が必要であり、EDIはBNを測定する下位尺度が含まれるものの、64項目と簡便とは言えない。加えて、両者ともED治療の臨床的経験から作成された項目であるため、ED罹患以前のEDハイリスク群であるAEBの傾向を測定する項目として妥当であるか否か疑問が残る項目もある。

AEB・EDの予防といった観点から、学校精神保健などで尺度を有効利用するためには、EDの臨床症状や特徴や時代的背景を適確に捉えた質問項目を作成して、信頼性・妥当性を検討する必要がある。

### 5-3. 食行動異常および摂食障害の関連研究における問題点

AEB や ED について検討する先行研究は数多い。しかし上記のように、研究に用いる尺度に問題がある場合、研究全体として問題点を有することとなる。したがって、実態を明確化するためにも、より多面的な視点から測定可能な尺度や適確な方法論を用いて詳細に検討を行う必要がある。

また、痩せ願望を持つ者やダイエットを行う者全てが AEB や ED を呈する訳ではないといった指摘（種田，1991）をみても、AEB や ED に発展する個人内心理的要因を詳細に検討する必要がある。これまで AEB・ED に関わる個人内心理的要因として自己意識が取り挙げられ有用な示唆が与えられている。自己意識が AEB や ED に関連する重要な要因であるといった示唆は、AEB 発現・ED 発症の過程を明らかにする一端を担う可能性もある。

本邦において自己意識を取り上げた研究として、抑うつとの関連性を検討したもの（坂本，1997）などは存在するものの、AEB や ED に関する自己意識研究は、米国での報告がほとんどであり本邦における検討は少ない。自己意識は身体像同様、社会文化的影響を強く受けるため、日本における検討が必要である。加えて、自己意識は公的自己意識と私的自己意識の2つの概念で説明されるものであるが、ほとんどの研究で私的自己意識について言及されていない。したがって、公的自己意識・私的自己意識の両面から BID や AEB・ED を検討する必要がある。

### 5-4. 食行動異常・摂食障害の予防に関わる心理教育の問題点

これまで、AEB や ED の予防的観点から学生を対象とした心理教育は数少なく、今後の研究が望まれる。AEB・ED 予防を目的とした、心理教育を実施する際に重要とされることは安全性と簡便性である。既存のプログラムをみると、安全に実施可能であるとされているが、8週間毎週45分から90分を必要とするため簡便ではなく、EDに関連する要因を毎週教示されることにより、対象者に心理的負荷をかけてしまう可能性も推測出来る。したがって、学校精神保健で学生を対象として簡便に実施可能かつ有効な体系的心理教育を検討する必要がある。

## 6. 本研究の位置付けおよび目的と調査概要

### 6-1. 本論文の位置付け

AEB・ED の好発年齢は、思春期・青年期であり、特に女性の有病率が著しく高い。AEB・ED の予防的研究を行う場合、ED について臨床群対象の検討を行うことは必要であるが、ED の潜在患者数が計り知れないということや、ダイエット行動や AEB から連続して発症する疾患であることを考慮すると、ED 好発年齢にあたる大学生および専門学校生などを対象に検討を行うことは、AEB・ED 予防において非常に重要な役割を持つだろう。

したがって、本研究は AEB・ED の予防的研究と位置付け、特に大学や専門学校などといった学校精神保健の場における女子学生を対象とした研究を行う。また、研究の中で、必

要な場合において、ED 臨床群を対象とした検討を行う。

#### 6-2. 本論文の目的

本論文の目的は、これまでに挙げた問題点を検討するために大きく4つに分かれる。女子大学生および女子専門学校生を対象とした調査を行い、①BMI や食行動、BED などの実態調査を行うこと、②新たな項目による身体像不満足感測定尺度および食行動異常傾向測定尺度の開発を行うこと、③本邦における検討の少ない自己意識の観点から BED や AEB・ED に関する検討を行うこと、④③に基づく心理教育の導入と効果検討を行うことのそれぞれを目的とする。

①により現状を知ることは社会文化的影響を多大に受ける BED や AEB・ED を検討する上で重要であり、②でより有用な尺度を開発することで、AEB・ED に関してより詳細な検討が可能となり、③により AEB や ED に関して援助・予防的支援を行う上で重要な情報を与えるものとなり、④を通して学校精神保健における AEB・ED 予防がより実践的なものとなる。

本論文の流れを Figure. 5 に示す。

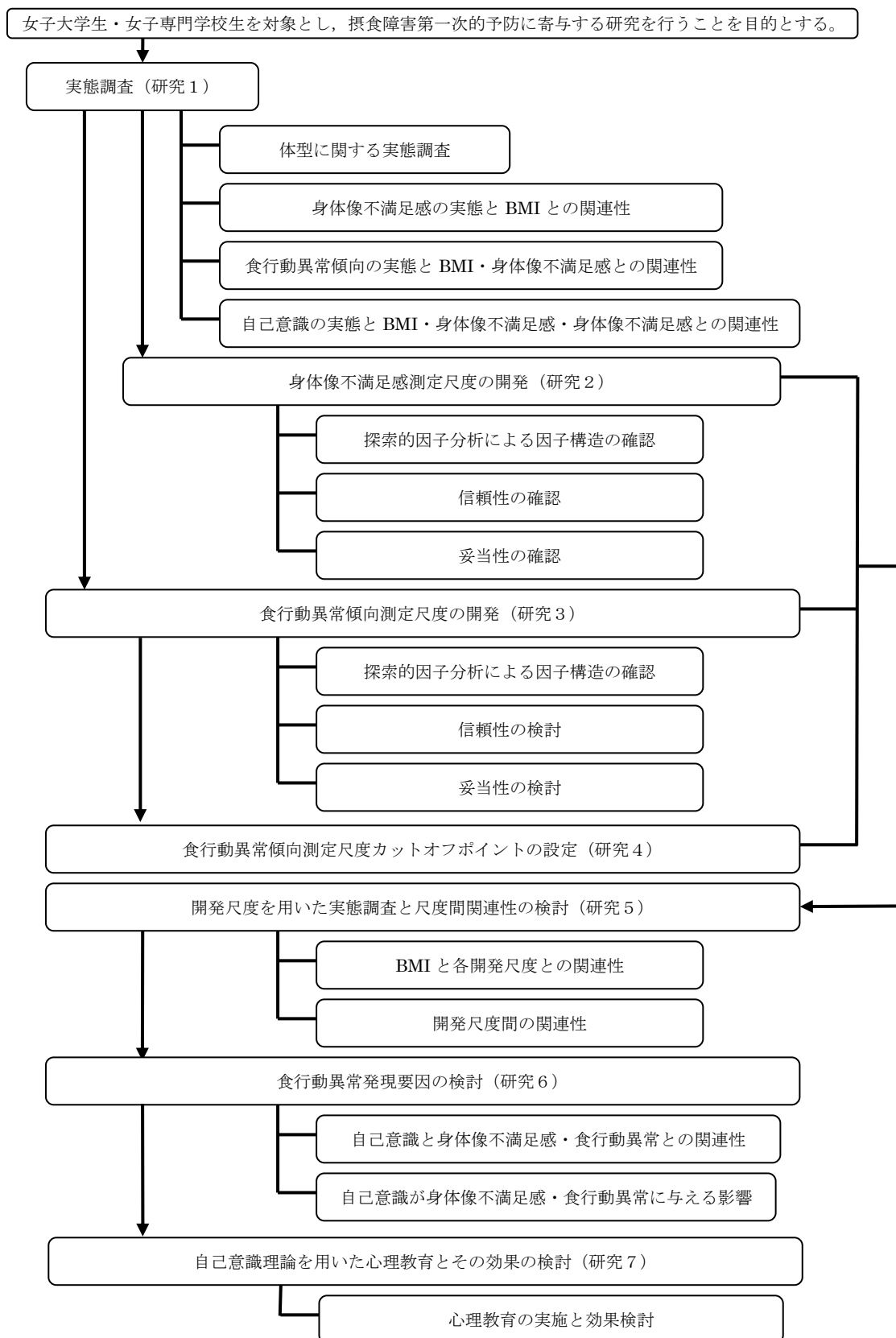


Figure. 5 本研究の流れ



## 6-3. 本論文で使用する指標と尺度

ここでは、各研究で使用する指標と尺度の内容と評価方法をまとめる。

## 6-3-1. 基礎事項

年齢・身長・体重に関して回答を求める。また、身長・体重から、BMI (Body Mass Index : 体重<sub>(kg)</sub> ÷ 身長<sub>(m)</sub><sup>2</sup>) を算出し、日本肥満学会(1994)の基準である「痩せ」(BMI ≤ 18.5), 「普通」(18.5 < BMI ≤ 25.0), 「肥満」(BMI > 25.0) にしたがって対象者の体型を分類する。

## 6-3-2. シルエット画項目

シルエット画項目は、視覚的に把握されるボディ・イメージを測定する尺度であり、項目として、高度の痩せから高度の肥満に至るまでを段階的に示す女性の体型のシルエット画が描かれている尺度である(Gardner et al., 1998)。

評価方法としては、まず、現実の自己身体像に最も近い画を選択することによって、主観的な認知である実際の体型と一番近いボディ・イメージを測定し、次に同様の画の中から、自分が理想とする身体像画を選択することで理想とするボディ・イメージを測定する。選択される9つの画には、1点～9点の評価点が与えられ、現実的身体像を測定するシルエット画得点と理想的身体像を測定するシルエット画得点の差が正となる場合、自分の身体に関する不満足感を持つと判断する。本調査においては、シルエット画を用いた評価票の原版が、米国人を対象として作成されたため、日本人対象の評価票として適当ではないために、輪郭の内側を塗り潰したものを使用し、ふくよかさに対する意識を測定した(Figure. 6)。

1. あなたの現在の体型に一番近いものをご自分で選択し、数字に○を付けてください。



2. あなたが理想とする体型を選択し、数字に○を付けてください。

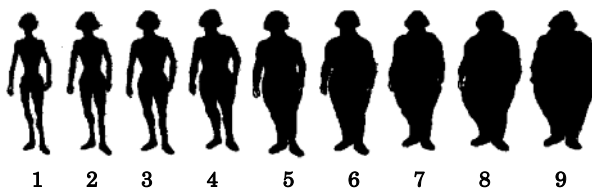


Figure. 6 ボディ・イメージおよび BID 測定のためのシルエット画項目

## 6-3-3. EAT-26(Eating Attitude Test-26:食行動調査票)

EAT-26(Eating Attitude Test-26:食行動調査票) (Garner et al,1982) は, ANの臨床症状を簡便に評価するために開発された26項目からなる尺度であり, 我が国においても妥当性・信頼性の検討が行われている。

評価方法として, 1.「まったくない」から6.「いつも」の6件法で回答を求めた結果得られた評価点について, EDを判別する目的でEAT-26を使用する場合, 素点を置換して使用する尺度である。置換方法は, 1点・2点・3点を0点, 4点を1点, 5点を2点, 6点を3点とし, 全項目の置換合計得点が高いほど, ED傾向が強いと判断する。また, 置換合計得点が20点以上の場合, EDやEDに準じるAEBの傾向が強いと判断することが好ましいとされる(中井, 2003)。臨床現場で多く用いられる摂食障害アセスメントツールの一つである。

本論文では, 検討の目的に応じ, 素点もしくは置換得点のどちらかで検討を行った。

## 6-3-4. EDI(Eating Disorder Inventory:摂食障害調査質問紙)

EDI(Eating Disorder Inventory:摂食障害調査質問紙) (Garner et al,1983) は, ANやBNなどのED患者特有の摂食行動と心理的特徴を, 包括的かつ多次元的に評価することを目的として開発された, 8下位尺度からなる64項目の尺度である。

評価方法として, 1.「いつもそう」から6.「まったくない」の6件法で回答を求めた結果得られた評価点について, 最も強く症状を表すものを3点, 以下2点, 1点とし, 残りの3段階に0点が与えられ, 各下位尺度合計得点が高い程, 各下位因子で表される行動や心理的特徴が強いと判断する。

本論文では, 下位尺度の内, 「痩せ願望」尺度および「過食」尺度を用いて調査を行った。また, 両尺度の素点を用いて検討を行った。

## 6-3-5. 自己意識尺度(Self-consciousness Scale)

自己意識尺度(Fenigstein et al.,1975)は, 自己に向けられる意識として挙げられている, 私的自己意識(private self-consciousness)と公的自己意識(public self-consciousness)の程度を測定することを目的としている。公的自己意識を測定する項目11項目, 私的自己意識を測定する項目10項目の2因子からなる尺度である。

評価方法としては, 1.「全くあてはまらない」から7.「非常にあてはまる」の7件法で回答を求めた結果得られる評価点について, 逆転項目を考慮し, 因子ごとに合計得点を算出し, 得点により各意識の強さを評価する。

本論文では, 検討の目的に応じて, 素点もしくは標準得点を算出し検討を行った。

### 6-3-6. 本論文で開発される尺度

本論文では、身体像不満足感測定尺度および食行動異常傾向測定尺度を開発する。

身体像不満足感測定尺度は BID を自己と他者からの評価といった側面から測定する3因子24項目4件法の尺度であり、因子合計得点の素点を用いて評価を行う(第3章)。また、食行動異常傾向測定尺度へ現代の女子大学生や女子専門学校生の AEB 傾向を測定する3因子19項目6件法の尺度であり、各因子および尺度についてカットオフポイントが設定されている。評価方法は、素点を置換した上で因子合計得点を算出し行う(第4章・第5章)。

各尺度の詳細については該当章で述べる。

### 6-4. 研究対象者

ここでは、各研究における調査対象者と調査実施時の調査項目についてまとめる。調査は全て自己記入式であり調査 A から調査 F に関しては、依頼した学校の講義時間内に調査用紙を配布し回収する方法と、郵送により送付し返送を求める方法により行われた。また調査 G に関しては、依頼した心療内科・精神科に通院する ED 患者に対して、医師を通し調査用紙への記入を求めた。なお、全調査で調査実施時に調査の目的や記入済調査用紙の処理方法を説明し、同意を得た上で行った。

以下では、各調査に使用した尺度を示す。

#### 6-4-1. 調査 A

2003年9月から同年11月にかけて、東京都2大学、神奈川県1大学、埼玉県3大学、滋賀県1大学に依頼し、1200部の調査用紙を配付した結果、女子大学生823名の調査用紙が回収された(回収率68.58%)。

調査項目は、基礎事項(年齢・身長・体重)、シルエット画項目、EAT-26、EDI 過食尺度、EDI 痩せ願望尺度、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度開発のための項目であった。

#### 6-4-2. 調査 B

2005年8月、神奈川県の看護専門学校に依頼し、220部の調査用紙を配布した結果、女子学生209名の調査用紙が回収された(回収率95.00%)。

調査項目は、基礎事項(年齢・身長・体重)、EAT-26、EDI 過食尺度、EDI 痩せ願望尺度、食行動異常傾向測定尺度開発のための項目であった。

#### 6-4-3. 調査 C

2006年5月、神奈川県の看護専門学校に依頼し、63部の調査用紙を配布した結果、女子学生55名の調査用紙が回収された(回収率87.30%)。

調査項目は、基礎事項(年齢・身長・体重)、EAT-26、EDI 過食尺度、EDI 痩せ願望尺度、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度項目であった。

#### 6-4-4. 調査D

2006年6月、栃木県の看護専門学校に依頼し、80部の調査用紙を配布した結果、女子学生69名の調査用紙が回収された（回収率86.25%）。

調査項目は、基礎事項（年齢・身長・体重）、EAT-26、EDI 過食尺度、EDI 痩せ願望尺度、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度項目であった。

#### 6-4-5. 調査E

2006年7月、神奈川県内の大学に依頼し、150部の調査用紙を配布した結果、女子学生96名の調査用紙が回収された（回収率64.00%）。

調査項目は、基礎事項（年齢・身長・体重）、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度であった。

#### 6-4-6. 調査F

2006年8月、栃木県の看護専門学校に依頼し、80部の調査用紙を配布した結果、女子学生66名の調査用紙が回収された（回収率82.50%）。

調査項目は、基礎事項（年齢・身長・体重）、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度項目であった。

#### 6-4-7. 調査G

2006年6月から8月にかけて、京都府のEDを専門とする心療内科および山梨県の子精神科に依頼し、80部の調査用紙を配布した結果、ED患者31名の調査用紙が回収された（回収率38.75%）。

調査項目は、患者に対して、EAT-26、EDI 過食尺度、EDI 痩せ願望尺度、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度への回答を求めた。また担当医師に対して対象者の属性（身長・体重・診断基準・関わり方）を尋ねる用紙へ回答を求めた。

#### 6-4-8. 心理教育

2006年9月栃木県の医療福祉系専門学校で行なった。対象者は女子学生20名（平均年齢18.70±.56歳）であった。

心理教育実施前に基礎事項（年齢・身長・体重）、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度への回答を求め、実施後および実施後2週間の後に自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度への回答を求めた。

## 第2章 女子大学生を対象とした実態調査と関連性の検討 (研究1)

### 1. はじめに

第1章では、EDの診断基準や歴史、EDの連続性や関連要因を概観し、先行研究や既存尺度の問題点を述べた。こうした中で、痩身を賞賛する社会文化的影響を多大に受けて生じるBEDがAEBやEDを導くといった過程が想定された(Figure.2)。1970年代、ED臨床群の食行動やボディ・イメージは健常人と比較して、明らかに異常であったが、現在では、健常人においても、ボディ・イメージへの不満(BID)は高く、ED臨床群の特徴と類似する食行動を呈する者も増加傾向にあり、健常人とED臨床群との境界が不鮮明になっていることが指摘され(中井, 2002 など)、BIDやそれに伴うAEBは、もはやED臨床群に限定されるものではないことが考えられる。

このように、現代社会では、健常人においても過度の痩身を求め、痩身を達成するために、摂食制限を代表とするダイエット行動を行う傾向にある。前章でも述べた通り、こうしたダイエット行動が維持されることにより、EDへと進展するという連続性をみても、AEB傾向を強くする者の増加が危惧される。

AEBからEDへ移行することを防止するためにも、AEB傾向が強い者が多数存在すると考えられる女子大学生を対象に検討することは、AEBやEDに対し予防的援助に重要な示唆を与える。本章は第3章以降で行う各研究の基礎的研究と位置付ける。

### 2. 目的

女子大学生の食行動、その心理的背景と体型との関係を調査することを目的とした。

### 3. 研究方法

#### 3-1. 調査方法

調査は2003年9月から同年11月にかけて行った。依頼した大学の講義時間内に調査用紙を配布し回収する方法と、郵送により送付し返送を求める方法により行った。調査大学は、東京都2大学、神奈川県1大学、埼玉県3大学、滋賀県1大学であり、女子学生823名の質問紙が回収された(回収率68.6%) (調査A)。その内、調査項目に記入漏れのなかった者689名(平均年齢 $20.02 \pm 2.43$ 歳)を分析の対象とした。

なお、調査実施時に、調査の目的や記入済調査用紙の処理方法を説明し、同意を得た上で行った。

#### 3-2. 調査項目

質問紙法により、基礎事項(年齢、身長、体重)およびシルエット画項目、EAT-26を用い調査を行った。第1章で述べた通り、EAT-26をそのまま現代の女子大学生に適用することには問題がある可能性があるが、今回、次章以降で行う尺度開発の予備的研究と位置付

けるため調査尺度として用いた。

各尺度の採点・評価方法は、シルエット画項目の場合、実際のボディ・イメージ得点と理想的ボディ・イメージ得点との差を、AEBを導くとされる心理的要因であるBIDを示す指標として用いた。一方、EAT-26に関して、女子大学生中のAEBの査定を行う場合には、素点を置換し、その合計得点を算出し評価に用いた。また、女子大学生のAEB傾向を検討する際には、素点をそのまま分析に用いている。

#### 4. 解析方法

##### 4-1. BMIに関する検討

女子大学生の体型と食行動異常の実態を把握するために、日本肥満学会の定めるBMI（体重<sub>(kg)</sub> ÷身長<sub>(m)</sub><sup>2</sup>で求められる体格指標。日本肥満学会では、BMIが18.5未満の者を「痩せ」、18.5以上25.0未満の者を「普通」、25.0以上の者を「肥満」と分類している。）により、体型を分類し、「痩せ」「普通」「肥満」の各割合を算出した。その後、体型分類ごとに、AEB傾向が強いと判断される者がどの程度存在するか明らかとするため、体型分類ごとに、EAT-26の置換合計得点20点以上である者の割合を算出した。また、BMIとボディ・イメージ、理想的ボディ・イメージとの関係を明らかとするために、各値について、Pearsonの積率相関係数を算出した。

##### 4-2. EAT-26得点の因子分析

先行研究では、EAT-26を1因子構造の尺度として用いることが多い。しかし、EAT-26の項目について検討すると、一般的であると考えられる、“食事に関する行動や信念を測定する項目”と、“ED臨床群に特異的な臨床症状に類似する行動や信念について測定する項目”が混在している可能性が推測される。したがって、女子大学生の食行動や食行動に関する信念を類型化するため、EAT-26素点について因子分析（主因子法・バリマックス回転）を行った。

##### 4-3. 各抽出因子とボディ・イメージに関する項目との関連性

EAT-26の因子分析により抽出された各因子と、BMI、心理的要因であるBIDとの各関連性を検討するため、BMI値により分類された体型群を独立変数、各抽出因子を従属変数とした一要因分散分析、シルエット画項目差得点高群・低群を独立変数、各抽出因子を従属変数としたt検定を行った。シルエット画項目差得点の群分けに関しては、各値の平均値+1SD以上に属する者を高群、平均値-1SD以下に属する者を低群とした。

5. 結果

5-1. 実態調査

5-1-1. BMIにおける対象者の分類

「痩せ」に分類される者は689名中、130名(18.9%)、「普通」に分類される者は、534名(77.5%)、「肥満」に区分される者は、25名(3.6%)であった(Figure.7)。

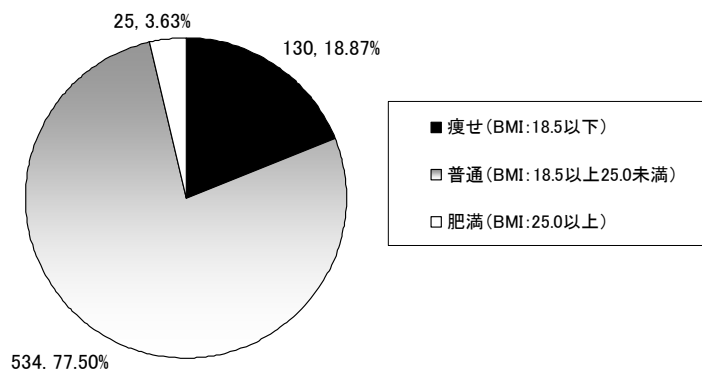


Figure.7 BMI の分類

5-1-2. BMIにおける食行動異常傾向

EAT-26の判定法によりAEB傾向が強いと判断される、EAT-26置換合計得点20点以上である者の数は「痩せ」130名中6名(4.62%)、「普通」534名中44名(8.24%)、「肥満」25名中2名(8.00%)であった(Figure.8)。

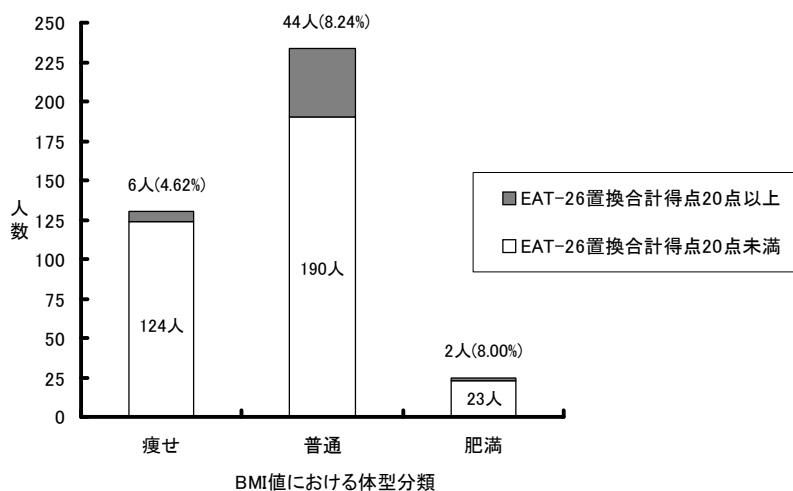


Figure.8 BMI の分類中のAEB傾向強者の割合

## 5-2-3. BMI とボディ・イメージに関する項目との関係

BMI ならびにシルエット画項目平均値および標準偏差を算出した結果、BMI 値 ( $M=20.4 \pm 2.6$ )、実際のシルエット画選択得点 ( $M=3.8 \pm 0.9$ )、理想のシルエット画選択得点 ( $M=2.6 \pm 0.6$ )、実際のシルエット画選択得点と理想のシルエット画選択得点との差得点 ( $M=1.2 \pm 0.9$ ) であった。

BMI 値、シルエット画項目で測定される実際のボディ・イメージ得点、理想的ボディ・イメージ得点、シルエット画項目差得点の各得点間について、Pearson の積率相関係数を算出した。その結果、BMI 値と実際のボディ・イメージ ( $r=.61, p<.01$ )、BMI 値とシルエット画差得点 ( $r=.51, p<.01$ )、実際のボディ・イメージとシルエット画差得点 ( $r=.79, p<.01$ ) との各間で有意な相関が認められた (Table. 7)。

Table. 7 BMI 値とシルエット画項目得点との関連性

	BMI	現実のシルエット画得点	理想的シルエット画得点	シルエット画項目差得点
BMI	-	.61**	.12**	.51**
現実のシルエット画得点		-	.28**	.79**
理想的シルエット画得点			-	-.36**
シルエット画項目差得点				-

\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ , + $p<.10$

## 5-2. 摂食行動や摂食に関する信念の類型

## 5-2-1. EAT-26 からみた AEB の種類

女子大学生がどのような食行動を行うか詳細に検討するため、EAT-26 の得点について主因子法、バリマックス回転、スクリープロットにより因子数を決定し探索的因子分析を行った。

因子負荷量.40 以下であったものや、二重付加であった項目を削除しながら分析を続けた。その結果、6 因子が抽出された。削除項目は、2. 「おなかがすいたときに食べないようにしている」、22. 「甘いものを食べた後で、気分が落ち着かない」、23. 「ダイエットをしている」、24. 「胃が空っぽの状態が好きだ」、25. 「食べたことのないカロリーが高い食物を食べてみることは楽しみだ」であった。

抽出因子に所属する各項目の意味合いから、第1因子を「食物摂取コントロール感」( $\alpha=.76$ )、第2因子を「食物に関する捉われ感」( $\alpha=.79$ )、第3因子を「肥満恐怖」( $\alpha=.84$ )、第4因子を「食事と体型に関する他者評価への意識」( $\alpha=.69$ )、第5因子を「嘔吐」( $\alpha=.77$ )、第6因子を「摂食形態」( $\alpha=.56$ )とそれぞれ命名した (Table. 8)。

第4因子および第6因子の  $\alpha$  係数について、両者とも.70 以下であり、信頼性に欠ける可能性が認められるため、第4因子および第6因子を除く因子について検討を行う。



Table. 8 EAT-26 素点に関する因子分析結果（主因子法・バリマックス回転）

項目名	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
第1因子 食物摂取コントロール感 ( $\alpha=.76$ )						
12. カロリーを使っていることを考えながら運動する	.64	.17	.19	.00	.01	.08
6. 自分が食べる食物のカロリー量を知っている	.62	.09	.04	-.04	.06	.05
7. 炭水化物が多い食物(パン, ご飯, パスタなど)は特に食べないようにしている	.60	.04	.14	-.01	.18	-.06
19. 食物に関して自分で自分をコントロールしている	.57	.04	.05	.01	-.02	.13
17. ダイエット食品を食べる	.51	.11	.21	.04	.10	.05
16. 砂糖が入っている食物は食べないようにしている	.49	.00	.19	.08	.14	.14
第2因子 食物に関する捉われ感 ( $\alpha=.79$ )						
3. 食物のことで頭がいっぱいである	.00	.72	.08	-.03	.01	-.12
18. 私の生活は食物にふりまわされている気がする	.21	.68	.21	.11	.07	.07
4. やめられないかも知れないと思うほど次から次へと食べ続けることがある	.03	.61	.16	.05	.13	-.06
21. 食物に関して時間をかけすぎたり, 考えすぎたりする	.23	.58	.21	.10	.11	.30
10. 食べた後でひどく悪いことをしたような気になる	.29	.43	.36	.09	.27	.03
第3因子 肥満恐怖 ( $\alpha=.84$ )						
11. もっと痩せたいという思いで頭がいっぱいである	.25	.27	.80	-.12	.07	.02
14. 自分の身体に脂肪がつきすぎているという考えが頭から離れない	.20	.22	.74	-.07	.10	.15
1. 太りすぎることが怖い	.26	.20	.62	-.09	.00	-.03
第4因子 食事と体型に関する他者評価への意識 ( $\alpha=.69$ )						
8. 他の人は私がつもって食べるようにと望んでいるようだ	.06	-.02	-.01	.84	-.01	.08
13. 他の人は私のことを痩せすぎだと思っている	-.06	.00	-.21	.59	.03	.02
20. 他の人が私にもっと食べるように圧力をかけている感じがする	.05	.22	.05	.56	.13	.11
第5因子 嘔吐 ( $\alpha=.77$ )						
26. 食事の後で衝動的に吐きたくなる	.14	.17	.10	.07	.86	.03
9. 食べた後に吐く	.15	.09	.02	.06	.70	-.04
第6因子 摂食形態 ( $\alpha=.56$ )						
15. 他の人よりも食事をするのに時間がかかる	.03	.06	.06	.10	.00	.78
5. 食物を小さくきざんで少量ずつ口に入れる	.17	-.06	.01	.06	-.02	.46
因子寄与	2.40	2.19	2.02	1.47	1.44	1.03
因子寄与率	11.43	10.42	9.63	6.99	6.85	4.91
累積因子寄与率	11.43	21.86	31.49	38.48	45.32	50.23

## 5-3. 摂食行動と各要因との関連性

## 5-3-1. 食行動異常の種類と体型分類

BMI 値により群分けした群を独立変数, 5-2. で抽出された各因子の合計得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。その結果, 第1因子「食物摂取コントロール感」因子, 第3因子「肥満恐怖」因子でそれぞれ群の主効果が有意であった(第1因子:  $F_{(2, 670)}=11.32, p<.01$ ; 第3因子:  $F_{(2, 670)}=42.49, p<.01$ )。

Tukey 法による多重比較を行った結果, 第1因子では, 「痩せ」群と「普通」群との間で有意差( $p<.01$ )が認められ, 第3因子では, 「痩せ」群と「普通」群( $p<.01$ ), 「痩せ群」と「肥満」群( $p<.01$ ), 「普通」群と「肥満」群( $p<.01$ )との各間で有意差が認められた(Table. 9)。

Table. 9 BMI 分類における EAT-26 抽出因子の一要因分散分析

因子名	「痩せ」群 (n=126)	「普通」群 (n=522)	「肥満」群 (n=25)	F
第1因子:食物摂取コントロール感	10.33 (SD=4.20)	12.53 (SD=4.81)	12.56 (SD=4.00)	11.32** 「痩せ」群<「普通」群
第2因子:食物に関する捉われ感	9.61 (SD=4.60)	10.61 (SD=4.74)	11.16 (SD=4.78)	2.56 n.s.
第3因子:肥満恐怖	7.3 (SD=3.48)	10.57 (SD=4.25)	13.68 (SD=3.53)	42.47** 「痩せ」群<「普通」群<「肥満」群
第5因子:嘔吐	2.24 (SD=.79)	2.3 (SD=1.07)	2.56 (SD=1.45)	1.01 n.s.

\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ , + $p<.10$

## 5-3-2. 食行動異常の種類と現実のボディ・イメージ, 理想的ボディ・イメージ

シルエット画項目差得点により群分けした群を独立変数, 5-2. で抽出された各因子の合計得点を従属変数とした  $t$  検定を行った。その結果, 第1因子「食物摂取コントロール感」, 第2因子「食物に関する捉われ感」, 第3因子「肥満恐怖」でそれぞれ有意差が認められた (第1因子:  $t_{(339)}=-4.70, p<.01$ ; 第2因子:  $t_{(339)}=-5.20, p<.01$ ; 第3因子:  $t_{(339)}=-15.12, p<.01$ )。また, 第5因子「嘔吐」に関しては, 有意傾向にあることが認められた ( $t_{(339)}=-1.73, p<.10$ ) (Table. 10)。

Table. 10 シルエット画項目差得点高・低における  $t$  検定

	低得点群 ( $n=120$ )	高得点群 ( $n=221$ )	$t$ 値	$df$
第1因子: 食物摂取コントロール感	10.23 $SD=3.83$	12.72 $SD=5.05$	-4.70**	339
第2因子: 食物に関する捉われ感	8.79 $SD=3.82$	11.63 $SD=5.28$	-5.20**	339
第3因子: 肥満恐怖	6.12 $SD=2.83$	12.39 $SD=4.04$	-15.12**	339
第5因子: 嘔吐	2.17 $SD=.694$	2.37 $SD=1.10$	1.73 <sup>+</sup>	339

\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ , + $p<.10$

## 6. 考察

本章では、女子大学生の体型やシルエット画項目で測定される BID, AEB の実態を明らかにし、これらの各関連性について検討した。

まず、女子大学生の体型について検討した結果、全対象者中 18.87%が「痩せ」、77.50%が「普通」、3.63%が「肥満」に分類された。また、この内、「痩せ」に分類される者の 4.62%、「普通」に分類される者の 8.24%、「肥満」に分類される者の 8.70%で AEB 傾向が強いことが推測され、女子大学生の中には、ED 罹患者および将来的に罹患する可能性が高い者が存在していることが示唆され、学校精神保健において予防的援助を行う必要があることが示された。

次に、BMI と実際のボディ・イメージ、理想的ボディ・イメージ、実際のボディ・イメージと理想的ボディ・イメージとの差で示される BID との各関係性を確認した。その結果、BMI 値が増大することで、実際のボディ・イメージはよりふくよかに評価され、BID が強まる可能性が示唆された。しかし、BMI 値と理想的ボディ・イメージの間には関連性が希薄である可能性が推測され、女子大学生は自己の身体をある程度正当に評価している一方で、求める理想的な身体は、体型に関わらず瘦身であるということが推測された。こうした結果は、これまでの研究で指摘されるように痩せを賞賛する社会文化的影響によるものであると考えられる。今回の検討は視覚的に測定されるボディ・イメージを用いた検討であり、第1章で示した身体像に関する研究の問題点からみても、より詳細に BID を測定する尺度の開発が望まれる。また、以上の結果は「痩せる必要がないのに、過剰に痩せなくてはならない、痩せたい」と感じてしまう者の増加を示しており、痩せる必要のない者が BID を保有し痩せを希求するに至る過程について詳細に検討する必要があると考えられる。

次に、先行研究では EAT-26 を 1 因子構造の尺度として使用しているものがほとんどであるため、EAT-26 に対して因子分析を行うことで女子大学生の AEB を分類した。その結果、女子大学生の食行動は、“食物摂取をコントロールする”など、現代社会において頻繁に行われるダイエット行動を表すものや、DSM-IV (1994) による ED の診断基準と類似する食行動を表すものの両者が抽出された。抽出因子の中で、「食物摂取コントロール感」因子を、一般的な食行動やその信念を測定し得る因子であると判断した。また、DSM-IV (1994) で示される臨床症状を参考に「食物に関する捉われ感」因子、「肥満恐怖」因子、「嘔吐」因子を、より ED の臨床症状に近い行動や信念を測定する因子であると判断した。

以上の結果より、女子学生を対象とした AEB を検討する際、“通常と考えられるダイエット行動を行っているのか”、“ED の特徴に類似する行動を行っているのか”の少なくとも 2 つの観点より測定・査定可能な尺度が開発されることが望まれる。そして、尺度項目としては、第1章でも示した通り、学校精神保健で適用可能性が高い項目である必要もあり、適確な査定を行うためには、尺度開発の過程で ED 臨床群との比較を行う必要もある。

BMI と EAT-26 に対する因子分析の結果抽出された因子との関連性について検討した結果、BMI 値が高くなるほど、食物摂取のコントロール（ダイエット行動）を行う頻度が高まり、

ED の臨床症状を測定すると判断した「肥満恐怖」因子に関しても有意差が認められた。これは、現代の痩身賞賛文化の影響がより浸透し ED の臨床的特徴としての位置付けに留まらず、女子大学生においても持たれる感情となっていることを反映した結果であると考えられる。

一方、シルエット画項目差得点により測定される BID が強くなると、ダイエット行動を行う頻度が高まり、肥満恐怖が強くなることが示された。こうした結果は、BMI に関する検討と同様の結果であり、ここでも女子大学生が痩身賞賛という社会文化的影响を多大に受け生活していることが推測される。

また、BID に関する検討で特徴的な結果は、BID が強くなることで「食物に関する捉われ感」が明らかに強くなることと、「嘔吐」を行う頻度が強くなる傾向にあるということであった。このことより、BID が ED の臨床症状に類似する AEB を引き起こしている可能性が推測され、個人内心理要因である BID が ED 臨床症状もしくは臨床症状と類似する行動的・心理的特徴を引き起こす要因のひとつとなる可能性が推測された。

しかし、同様の社会文化的影响を受けているにも関わらず、AEB を呈さない者も存在する(種田, 1991)。したがって、今回検討した心理的要因に加え、その他の要因についても検討する必要がある。また、BID や AEB の適確な測定・査定尺度の開発や各種心理的要因に関する詳細な検討を踏まえて、学校精神保健において適切な介入方法を検討する必要がある。

以下に本章と第1章において明らかとした問題点や研究課題を示し、第3章以降の研究で該当するものを示す。

- (1) より詳細に BID を測定する尺度の開発が望まれる。【第3章 身体像不満足感測定尺度の開発(研究2)】
- (2) AEB を検討する際、“通常と考えられるダイエット行動を行っているのか”、“ED の特徴に類似する行動を行っているのか”の少なくとも2つの観点より測定・査定可能な尺度を開発する必要がある。また、開発される尺度は、学校精神保健で適用可能性が高い項目である必要があり、適確な査定を行うためには、尺度開発の過程で ED 臨床群との比較を行う必要もある。【第4章 食行動異常傾向測定尺度の開発(研究3)・第5章 食行動異常傾向測定尺度カットオフポイントの設定(研究4)】
- (3) 痩せを賞賛する社会文化的影响を受け、「痩せる必要がないのに、過剰に痩せなくてはならない、痩せたい」と感じてしまう者が増加しており、痩せる必要のない者が BID を保有し痩せを希求するに至る過程について詳細に検討する必要がある。【第6章 女子大学生および女子専門学校生の身体像不満足感と食行動異常(研究5)】

- (4) 同様の社会文化的影響を受けているにも関わらず、AEBを呈さない者も存在することから BID に影響を与えるような心理的要因を検討する必要がある。【第7章 章食行動異常発現要因の検討 - 自己意識の観点から - (研究6)】
- (5) 現代の痩身賞賛文化の影響がより浸透し、ED の臨床的特徴としての位置付けに留まらず、女子大学生においても持たれる感情となっているおり、学校精神保健において予防的援助を行う必要性が示唆された。【第8章 自己意識理論を用いた心理教育とその効果の検討 (研究7)】

## 第3章 身体像不満足感測定尺度の開発（研究2）

### 1. はじめに

「身体像の障害」はEDの診断基準に共通して記述されており、身体像の歪みとBIDから成り、特に感情的側面であるBIDに関わりを持つ必要性が指摘されている(Gralen et al., 1990; Mintz & Betz, 1986; Rozin & Fallon, 1988)。また、第2章では、BIDがBMIやAEBと有意な関連性があることが示された。したがって、AEBやEDの予防・援助を効果的に行う上でBIDを多面的かつ適確に測定する必要性が推測される。

これまでもBIDを測定するための尺度が多数開発されているが問題点も少なくない。例えば、1970年代と比較して近年ではED臨床群と健常群との間で大きな差異が認められないようになってきているという指摘(中井, 2000など)をみても、BIDは時代背景により様相が異なり、社会文化的な影響を多大に受けることが推測出来る。したがって、時代背景に合致するように漸次的な検討が必要である。しかし使用頻度が高い尺度は開発が古いものが多い。

また、BIDを客観的に測定する試みは数多く行われ、妥当性・信頼性を兼ね備えた尺度が開発されてきたが、こうした尺度はED臨床群のBIDに関する特徴から経験的に項目が作成され、例えば、「身体に関して主観的なふくよかさ」を測定するものや「下半身のふくよかさ」を測定することに特化したものが多い。しかし、AEBには全身のふくよかさのみならず、身体部位のふくよかさや身体外観の評価に対する不満足感も関連性を持つなどといった指摘(Cash, 1989; Koff et al, 2001; Garfinkel, 1991; Thompson, 1995)があり、より適確な項目を有する尺度の開発が望まれる。

一方、EDの臨床的特徴として、身体に関する自己評価に加え、身体に関する他者評価への意識が否定的であるという指摘(APA, 1994)があり、自己評価の側面に加えて、他者評価への意識といった側面を測定し得る尺度が必要であると考えられる。

本章では、以上の問題点からED予防のために、新たに身体像不満足感測定尺度の開発を行う。

### 2. 目的

身体について全身のふくよかさへの不満足感に加え、身体各部位への不満足感、また、これらの主観的な不満足感に加え、身体に対する他者評価への不満足感を測定し得る簡便な尺度を開発し、信頼性・妥当性を検討することを目的とした。

### 3. 研究方法

#### 3-1. 調査方法

調査は2003年9月から同年11月にかけて行った。依頼した学校の講義時間内に調査用紙を配布し回収する方法と、郵送により送付し返送をを求める方法により行われ、東京都2

大学，神奈川県1大学，埼玉県3大学，滋賀県1大学に依頼し，女子学生823名の調査用紙が回収された（回収率68.58%）（調査A）。その内，調査項目に記入漏れのなかった者765名（平均年齢19.91±2.17歳）を分析の対象とした。

なお，調査実施時に調査の目的や記入済調査用紙の処理方法を説明し，同意を得た上で行った。

### 3-2. 調査項目

基礎事項（年齢・身長・体重），シルエット画項目，EAT-26，EDI 過食尺度，EDI 痩せ願望尺度，自己意識尺度，身体像不満足感測定尺度開発のための項目について回答を求めた。

なお，本章の検討は上記項目の内，シルエット画項目，EAT-26，EDI 痩せ願望尺度，身体像不満足感測定尺度開発のための項目データを用いて行った。

身体像不満足感測定尺度開発のための項目は，身体を全身・上半身・下半身・各身体部位に大分し，身体に不満を持つ箇所について女子大学生に聴取することで作成し，作成した項目はK-J法（川喜田，1967）を用いて臨床心理士・臨床心理系大学院生により分類した後，EDに精通する心療内科医・臨床心理士によって，身体に関する自己評価および他者評価への不満足感を測定し得る項目が全50項目選定された（Table. 11）。また，各項目に関して，1.「全くあてはまらない」から4.「あてはまる」の4件法で回答を求めた。

Table. 11 身体像不満足感測定尺度 選定項目

選定項目	分類番号	選定項目	分類番号
自分の体型に満足している	①	他の人は私のお尻が大きいと思っている	②
自分は太っていると思う	①	他の人は私の太ももが太いと感じていると思う	②
自分の身体が恥ずかしいと思う	①	他の人は私の足が太いと思っている	②
自分の体型が嫌いである	①	他の人は私のお腹が太いと思っている	②
今よりもっと痩せたい	①	他の人は私の腰まわりが太いと思っている	②
自分のお尻まわりの太さに満足している	①	他の人は私の腕が太いと思っている	②
私のお尻の大きさはちょうど良いと思う	①	他の人は私のことを痩せすぎだと思っている	②
今よりもっとお尻を小さくしたい	①	自分の顔の大きさに満足している	③
自分の太ももの太さに満足している	①	私は自分の顔立ちに自信がある	③
私の太ももは太すぎると思う	①	私は自分の顔立ちに満足している	③
今よりもっと太ももを細くしたい	①	他の人は私の顔立ちを否定的に捉えている	③
自分の足の太さに満足している	①	私の顔の大きさはちょうど良いと思う	③
自分の足は太すぎると思う	①	他の人は私の顔が大きいと思っている	③
今よりもっと足を細くしたい	①	今よりもっと顔を小さくしたい	③
下半身の中で肉を落としたい部分がある	①	顔の中（あごやほほ）で肉を落としたい部分がある	③
自分のお腹まわりの太さに満足している	①	私は背の高さに不満がある	④
私のお腹は太すぎると思う	①	今よりもっと背を高くしたい	④
今よりもっとお腹まわりを細くしたい	①	他の人は私の背が低いと思っている	④
自分の腰まわりの太さに満足している	①	私は腕の長さに不満がある	④
私の腰まわりは太すぎると思う	①	今よりもっと腕を長くしたい	④
今よりもっと腰まわりをもっと細くしたい	①	他の人は私の腕が短いと感じている	④
自分の腕の太さに満足している	①	私は足の長さに不満がある	④
私の腕は太すぎると思う	①	今よりもっと足を長くしたい	④
今よりもっと腕を細くしたい	①	他の人は私の足が短いと感じている	④
上半身の中で肉を落としたい部分がある	①	自分の腕の長さに不満がある	④

①身体のおよそよかさに関する自己評価 ②自己身体に関する他者評価への意識 ③顔に関する自己評価 ④身体の高さに関する評価

#### 4. 解析方法

##### 4-1. 因子構造の確認

尺度を作成するために選出した項目について、因子構造を明らかとするために探索的因子分析（主因子法・バリマックス回転スクリープロットにより因子数を決定）を行った。因子負荷量.40以下であったものや、二重付加であった項目を削除しながら分析を進めた。

##### 4-2. 信頼性の確認

尺度の信頼性を確認するために、抽出された因子ごとにCronbachの $\alpha$ 係数を算出した。

##### 4-3. 妥当性の確認

本尺度の妥当性を検討するため以下に示す解析を行った。

###### 4-3-1. シルエット画項目得点を用いた検討

シルエット画項目差得点の高群・低群を独立変数，4-1. で抽出した各因子得点を従属変数とした  $t$  検定を行った。群分けに関しては調査対象者のシルエット差得点平均値が  $1.31 \pm .86$  であることから0点以下を低群，その他を高群とした。

###### 4-3-2. EDI 痩せ願望得点を用いた検討

EDI 下位尺度である痩せ願望因子得点の高群・中群・低群を独立変数，4-1. で抽出した各因子得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。群分けに関しては，各合計得点の平均値+1SD以上に属する者を高群，平均値-1SD以下に属する者を低群，平均値 $\pm 1/2SD$ 以内に属する者を中群とした。

###### 4-3-3. EAT-26 得点を用いた検討

EAT-26 得点の高群・中群・低群を独立変数，4-1. で抽出した各因子得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。群分けは，日本人におけるEAT-26のカットポイントを参考に行った。EAT-26のカットポイントによると日本人では，EAT-26 置換合計得点20点以上をED臨床群の可能性が高い者と判定することが望ましいとされている（中井，2003）。本研究の対象は，一般大学生であり，EAT-26 得点の結果を直接，ED臨床群として扱うことは出来ない。しかし，一般大学生においても，専門機関に来所しない，ED潜在者が数多く存在し，EDを発症しながら大学生活を送る者が数多く存在することからも，EAT-26 カットポイントを便宜上使用し，群分けを行った。EAT-26 の置換合計得点が20点以上を高群とした。また，20点未満の者でEAT-26 の置換合計得点の平均値を算出し，平均値以上に属する者を中群（EAT-26 置換合計得点6点～19点），平均値未満に属する者を低群（EAT-26 置換合計得点6点未満）とした。



## 5. 結果

## 5-1. 尺度の因子構造

想定した項目得点に関して、探索的因子分析（主因子法・バリマックス回転）を行った。また、二重付加や因子負荷量.40以下であった項目は削除した。スクリープロットより検討したところ4因子が妥当であると判断し、4因子で分析を続けた。その結果、最終的に30項目が抽出され、本研究における尺度の構成概念である身体像不満足感測定尺度項目とした。抽出因子と因子に含まれる項目をTable.12に示す。

Table.12 身体像不満足感測定項目得点 因子分析結果（主因子法・バリマックス回転）

項目名	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	分類番号
第1因子:全身のふくよかさ不満足感( $\alpha=.89$ )					
45.今よりもっと足を細くしたい	.78	.12	.10	.05	①
46.今よりもっと痩せたい	.78	.23	.13	.05	①
34.今よりもっと腰まわりを細くしたい	.71	.23	.18	.03	①
28.下半身の中で肉を落としたい部分がある	.66	.06	.05	.05	①
38.自分の足の太さに満足している	-.61	-.16	-.16	-.03	①
20.自分の太ももの太さに満足している	-.60	-.18	-.16	.06	①
21.今よりもっとお腹まわりを細くしたい	.54	.19	.10	.05	①
49.上半身の中で肉を落としたい部分がある	.53	.26	.15	.10	①
16.今よりもっとお尻を小さくしたい	.52	.32	.19	.01	①
47.自分のお尻まわりの太さに満足している	-.48	-.31	-.20	.04	①
2.今よりもっと腕を細くしたい	.45	.29	.02	.14	①
第2因子:身体に関する他者評価不満足感( $\alpha=.91$ )					
29.他の人は私の腰まわりが太いと思っている	.31	.74	.18	.07	②
39.他の人は私の足が太いと思っている	.33	.72	.15	.08	②
44.他の人は私の腕が太いと思っている	.28	.72	.14	.17	②
25.他の人は私のお腹が太いと思っている	.34	.71	.15	.09	②
48.他の人は私の太ももが太いと感じていると思う	.39	.67	.09	.04	②
12.他の人は私のお尻が大きと思っている	.37	.63	.16	.04	②
19.他の人は私の顔立ちを否定的に捉えている	.00	.47	.35	.19	②
32.自分の身体が恥ずかしいと思う	.35	.45	.33	.09	②
第3因子:顔に関する不満足感( $\alpha=.81$ )					
23.私の顔の大きさはちょうど良いと思う	-.16	-.14	-.77	-.07	③
5.自分の顔の大きさに満足している	-.20	-.12	-.70	-.03	③
15.自分の顔立ちに満足している	-.14	-.15	-.61	-.03	③
10.自分の顔立ちに自信がある	-.07	-.16	-.56	-.05	③
31.今よりもっと顔を小さくしたい	.36	.09	.56	.10	③
第4因子:身体の長さに関する不満足感( $\alpha=.83$ )					
9.今よりもっと背を高くしたい	.03	-.13	.01	.64	④
22.今よりもっと腕を長くしたい	.09	.19	.08	.63	④
14.他の人は私の背が低いと思っている	.05	-.03	-.04	.62	④
26.他の人は私の腕が短く感じている	-.04	.32	.13	.59	④
4.私は背の高さに不満がある	.02	.02	.04	.57	④
18.自分の腕の長さに関する不満がある	.06	.28	.12	.56	④
因子寄与	5.22	4.26	2.71	2.35	
因子寄与率	17.40	14.19	9.03	7.82	
累積寄与率	17.40	31.58	40.61	48.43	

各因子に含まれる項目内容より検討を行った結果、第1因子を「全身のふくよかさ不満足感」因子、第2因子を「身体に関する他者評価不満足感」因子、第3因子を「顔に関する不満足感」因子、第4因子を「身体の長さに関する不満足感」因子とそれぞれ命名した。また、当初想定し選定した項目と因子内項目とを比較した結果、各因子とも K-J 法による分類番号が一致するものとなった。

### 5-2. 信頼性の検討

信頼性の検討を行うために、各因子について、Cronbach の  $\alpha$  係数を算出した。その結果、第1因子「全身のふくよかさ不満足感」因子では  $\alpha = .89$ 、第2因子「身体に関する他者評価不満足感」因子では  $\alpha = .91$ 、第3因子「顔に関する不満足感」因子では  $\alpha = .81$ 、第4因子「身体の長さに関する不満足感」因子では  $\alpha = .83$  となり、各因子とも高い  $\alpha$  係数が算出された (Table. 13)

Table. 13 信頼性係数

因子名	$\alpha$ 係数
第1因子：全身のふくよかさ不満足感	.89
第2因子：身体に関する他者評価不満足感	.91
第3因子：顔に関する不満足感	.81
第4因子：身体の長さに関する不満足感	.83

### 5-3. 妥当性の検討

#### 5-3-1. シルエット画項目得点を用いた検討

シルエット画差得点で分類した高・低群を独立変数、5-1. で抽出された各因子の合計得点を従属変数とした  $t$  検定を行った。その結果、全ての因子において有意差が認められた (第1因子： $t_{(746)} = -11.52, p < .01$ ；第2因子： $t_{(746)} = -14.12, p < .01$ ；第3因子： $t_{(746)} = -9.02, p < .01$ ；第4因子： $t_{(746)} = -2.60, p < .01$ ) (Table. 14)。

Table. 14 シルエット画項目差得点高・低における下位因子の  $t$  検定

	シルエット画差得点		$t$ 値	$df$
	低群 ( $n=481$ )	高群 ( $n=267$ )		
第1因子：全身のふくよかさ不満足感	36.82 $SD=6.08$	41.51 $SD=3.63$	-11.52**	746
第2因子：身体に関する他者評価不満足感	19.77 $SD=5.11$	25.17 $SD=4.75$	-14.19**	746
第3因子：顔に関する不満足感	14.91 $SD=3.14$	17.00 $SD=2.84$	-9.02**	746
第4因子：身体の長さに関する不満足感	15.47 $SD=5.21$	16.51 $SD=5.26$	-2.60**	746

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , † $p < .10$

## 5-3-2. EDI 痩せ願望得点を用いた検討

痩せ願望合計得点で分類した各群を独立変数, 4-1. で抽出された各因子の合計得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。その結果, 第4因子「身体の長さに関する不満足感」因子を除く各因子合計得点に関して, 群の主効果が有意であった(第1因子:  $F_{(2, 592)}=154.64, p<.01$ ; 第2因子  $F_{(2, 592)}=94.15, p<.01$ ; 第3因子:  $F_{(2, 592)}=383.65, p<.01$ )。Tukey法における多重比較の結果, 第1因子「全身のふくよかさ不満足感」因子, 第2因子「身体に関する他者評価不満足感」因子, 第3因子「顔に関する不満足感」因子の各合計得点において, 低群が, 他の2群よりも有意に得点が低く( $p<.01$ ), 中群が高群よりも有意に得点が低かった( $p<.01$ ) (Table. 15)。

Table. 15 痩せ願望高・中・低群における下位因子の一要因分散分析

因子名	低群 (n=169)	中群 (n=259)	高群 (n=167)	F
第1因子:全身のふくよかさ不満足感	33.17 (SD=6.63)	39.72 (SD=4.41)	41.99 (SD=2.91)	154.64** 低群<中群<高群
第2因子:身体に関する他者評価不満足感	17.79 (SD=4.68)	22.18 (SD=5.05)	25.09 (SD=4.97)	94.15** 低群<中群<高群
第3因子:顔に関する不満足感	14.13 (SD=3.31)	15.80 (SD=2.94)	17.14 (SD=2.83)	42.09** 低群<中群<高群
第4因子:身体の長さに関する不満足感	15.83 (SD=5.14)	15.59 (SD=5.27)	16.56 (SD=5.43)	1.74 n.s.

\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ , + $p<.10$

## 5-3-3. EAT-26 を用いた検討

EAT-26 合計得点で分類した各群を独立変数, 5-1. で抽出された各因子の合計得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。その結果, 第4因子「身体の長さに関する不満足感」因子を除く各因子合計得点に関して, 群の主効果が有意であった(第1因子:  $F_{(2, 762)}=44.98, p<.01$ ; 第2因子  $F_{(2, 762)}=38.79, p<.01$ ; 第3因子:  $F_{(2, 762)}=21.09, p<.01$ )。Tukey法における多重比較の結果, 第1因子「全身のふくよかさ不満足感」因子合計得点において, 低群が, 他の2群よりも有意に得点が低く( $p<.01$ ), 第2因子「身体に関する他者評価不満足感」因子合計得点において, 低群と比較し中群の得点が有意に高く( $p<.01$ ), 中群と比較し高群の得点が有意に高かった( $p<.05$ )。第3因子を「顔に関する不満足感」因子合計得点では, 第1因子同様, 低群が他の2群よりも有意に得点が低かった( $p<.01$ ) (Table. 16)。

Table. 16 EAT-26 得点高・中・低群における下位因子の一要因分散分析

因子名	低群 (n=381)	中群 (n=325)	高群 (n=59)	F
第1因子:全身のふくよかさ不満足感	36.67 (SD=5.95)	40.1 (SD=5.12)	41.63 (SD=3.69)	44.98** 低群<中群
第2因子:身体に関する他者評価不満足感	20.15 (SD=4.90)	22.94 (SD=5.85)	25.37 (SD=5.16)	38.79** 低群<中群<高群
第3因子:顔に関する不満足感	14.97 (SD=3.09)	16.26 (SD=3.18)	17.03 (SD=2.77)	21.09** 低群<中群
第4因子:身体の長さに関する不満足感	15.83 (SD=5.05)	15.54 (SD=5.50)	17.00 (SD=5.22)	1.92 n.s.

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

#### 5-3-4. 因子構造の再確認と信頼性の再検討

妥当性の確認を行った結果、第4因子「身体の長さに関する不満足感」因子は、妥当性を欠くことが明らかとなった。したがって、第4因子に含まれる項目を除く、24項目で再度因子分析を行った。回転方法などは、先の因子分析と同様に行った。その結果、3因子が抽出され、各因子に含まれる項目は、当初抽出された第1因子～第3因子と相違はなかった。ここで抽出された3因子に含まれる項目ごとに再度 Cronbach の  $\alpha$  係数を算出した結果、5-1. での検討(Table. 13)と同値であった (Table. 17)。

Table. 17 身体像不満足感測定尺度得点 因子分析結果 (主因子法・バリマックス回転)

項目名	第1因子	第2因子	第3因子	分類番号
第1因子: 全身のふくよかさ不満足感 ( $\alpha = .89$ )				
45. 今よりもっと足を細くしたい	.78	.14	.12	①
46. 今よりもっと痩せたい	.77	.25	.14	①
34. 今よりもっと腰まわりを細くしたい	.70	.25	.19	①
28. 下半身の中で肉を落としたい部分がある	.65	.09	.06	①
38. 自分の足の太さに満足している	-.60	-.19	-.17	①
20. 自分の太ももの太さに満足している	-.59	-.19	-.16	①
21. 今よりもっとお腹まわりを細くしたい	.53	.22	.11	①
49. 上半身の中で肉を落としたい部分がある	.52	.29	.16	①
16. 今よりもっとお尻を小さくしたい	.51	.34	.19	①
47. 自分のお尻まわりの太さに満足している	-.47	-.32	-.20	①
2. 今よりもっと腕を細くしたい	.44	.31	.03	①
第2因子: 身体に関する他者評価不満足感 ( $\alpha = .91$ )				
29. 他の人は私の腰まわりが太いと思っている	.28	.76	.19	②
39. 他の人は私の足が太いと思っている	.29	.75	.16	②
44. 他の人は私の腕が太いと思っている	.25	.74	.16	②
25. 他の人は私のお腹が太いと思っている	.31	.73	.16	②
48. 他の人は私の太ももが太いと感じていると思う	.36	.70	.10	②
12. 他の人は私のお尻が大きいと思っている	.35	.64	.17	②
19. 他の人は私の顔立ちを否定的に捉えている	-.02	.47	.36	②
32. 自分の身体が恥ずかしいと思う	.33	.46	.34	②
第3因子: 顔に関する不満足感 ( $\alpha = .81$ )				
23. 私の顔の大きさはちょうど良いと思う	-.15	-.14	-.78	③
5. 自分の顔の大きさに満足している	-.19	-.13	-.70	③
15. 自分の顔立ちに満足している	-.12	-.16	-.61	③
31. 今よりもっと顔を小さくしたい	.36	.10	.57	③
10. 自分の顔立ちに自信がある	-.06	-.17	-.56	③
因子寄与	4.94	4.33	2.75	
因子寄与率	20.57	18.05	11.45	
累積寄与率	20.57	38.62	50.08	

## 6. 考察

本研究は、増加の一途をたどる ED・AEB 関連要因のひとつと指摘される BID について、女子大学生を対象として、全身や下半身のふくよかさのみではなく、全身や下半身のふくよかさに加え、各身体部位のふくよかさや身体の長さに関する不満足感を自己評価および他者評価への意識という観点より測定し得る尺度の信頼性と妥当性を検討することを目的とした。

因子分析を行った結果、4 因子が抽出された。また、各抽出因子の信頼性係数は、一貫して高い値が算出され、信頼性が認められた。また、当初の想定項目と因子項目が一致することから、構成概念妥当性が認められた。

BID が痩せ願望の強度に影響を与えることから、妥当性を確認するため、まず、シルエット画項目で測定される BID との関連性について検討した。その結果、シルエット画項目で測定される BID が強い者では各因子得点が高くなることが認められた。したがって、本尺度は BID を測定し得る尺度である可能性が推測された。

次に、痩せ願望の保有傾向により BID 保有傾向に相違が認められるか否かを検討した。その結果、第1因子「全身のふくよかさ不満足感」因子、第2因子「身体に関する他者評価不満足感」因子、第3因子「顔に関する不満足感」因子の各因子合計得点は、痩せ願望を強く持つ者ほど高かった。したがって、本尺度の下位因子である第1因子「全身のふくよかさ不満足感」因子、第2因子「身体に関する他者評価不満足感」因子、第3因子「顔に関する不満足感」因子は、AEB・ED 関連要因と考えられる痩せ願望の強さを測定し得る尺度である可能性が推測された。

また、BID が食行動に影響を与えることから、EAT-26 で測定される AEB 傾向により BID 保有傾向に相違が認められるか否かを検討した。その結果、中井（2003）のカットオフポイントにしたがうと、第1因子「全身のふくよかさ不満足感」因子と第3因子「顔に関する不満足感」因子の各因子合計得点は、AEB 傾向を呈する可能性が低い者と比較し、AEB 傾向が中程度の者および ED が疑われる者が高かった。このことより、本尺度の下位因子である第1因子「全身のふくよかさ不満足感」因子および第3因子「顔に関する不満足感」因子は、その得点が高い場合、AEB 傾向を呈する可能性が高いと判断し得る尺度である可能性が推測された。

一方、第2因子「身体に関する他者評価不満足感」因子合計得点については、AEB 傾向を呈する可能性が低い者と比較し、AEB 傾向を呈する可能性が高い者の得点が高く、AEB 傾向を呈する可能性が高い者と比較し、ED が疑われる者の得点が高いことが認められた。したがって、第2因子「身体に関する他者評価不満足感」因子は、AEB 傾向を段階的に測定し得る可能性が推測された。以上の結果から、本尺度の基準関連妥当性が認められた。

ここで、第4因子「身体の長さに関する不満足感」因子について、シルエット画項目との関連性は認められるが、痩せ願望および AEB 傾向との関連性が認められなかったため、本尺度では妥当ではないと判断し、第4因子に含まれる項目を削除することとした。再度、

第4因子に含まれる項目を削除し因子分析を行った結果、3因子が抽出され、当初の因子分析の結果抽出された第1因子・第2因子・第3因子と同様の因子構造となり、各因子とも、高い $\alpha$ 係数が算出された。

本章の検討により、3因子 24項目4件法、下位尺度として「全身のふくよかさ不満足感測定尺度」、「身体に関する他者評価不満足感測定尺度」、「顔に関する不満足感測定尺度」が含まれた、高い信頼性・妥当性が認められる身体像不満足感測定尺度が開発された。

## 第4章 食行動異常傾向測定尺度の開発（研究3）

### 1. はじめに

大学や専門学校において、AEB や ED を呈する女子学生の数が増加しており、学校精神保健において、適確な測定・査定を行うことが求められている。適確な測定・査定が可能であれば、AEB 傾向が強い者に対しては予防的関わりが可能となり、潜在的な ED 臨床群に対しては、専門機関を紹介することなどといった危機的介入が可能となる。こうした予防・介入を行うためには、AEB や ED を適確かつ簡便に測定・査定出来得る心理尺度が必要である。

食行動に関する問題は、社会文化的な影響を多大に受ける。そして、社会文化的影響を鑑みて開発された食行動の異常性を測定する尺度の多くは信頼性・妥当性の検討が行われ、一応の結果として有用な尺度であることが示唆されている。

現在、AEB や ED 傾向を測定することや、ED を査定するために開発された代表的尺度として EAT (Garner & Girfinkel, 1979), EAT-26 (Garner et al., 1982) や EDI (Garner et al., 1983) が挙げられ、EAT・EDI とともに各種臨床場面で有効であることが示唆されているが、問題も少なくない。

例えば EAT は 1979 年、EAT-26 は 1982 年、EDI は 1983 年と開発は古く、社会文化的影響を多大に受ける食行動や時代により病態の様相が異なる ED を測定・査定する尺度であるにも関わらず、現代の社会文化を反映した質問項目から構成される尺度であるとは言い難い。また、EAT では測定も判定も簡便ではあるが、AN 患者のみを対象として開発されており、近年増加する BN を査定するには不足であると考えられるとともに、女子大学生や女子専門学校生を対象とした AEB 傾向を測定する場合に適用可能性に問題があると考えられる。

また EDI は EAT 同様、ED 治療の臨床的経験から作成された項目であるため、女子大学生や女子専門学校生にそのまま適用することが妥当であるか否か疑問が残る上、いくつかの下位尺度に分かれてはいるが、全 64 項目と簡便とは言えない。

本章では、AEB や ED の予防的観点から、女子大学生および女子専門学校生の AEB を適確にかつ詳細に測定するために食行動異常傾向測定尺度の開発を行う。

### 2. 目的

年々変化する社会文化的影響が大きく関連する AEB・ED を学校精神保健において予防するために、現代の女子大学生および女子専門学校生の AEB 傾向を簡便かつ詳細に測定し得る新たな尺度を開発し、信頼性・妥当性を検討することを目的とした。



### 3. 研究方法

#### 3-1. 調査方法

調査は、2005年8月神奈川県看護専門学校女子学生209名(回収率95.00%) (調査B)、2006年5月神奈川県看護専門学校女子学生55名(回収率87.30%) (調査C)、2006年6月栃木県看護専門学校女子学生69名(回収率86.25%) (調査D)の三度行った。全ての調査は、依頼した学校の講義時間内に調査用紙を配布し回収する方法により行った。

2005年8月に行われた調査対象者の内、調査項目に記入漏れのなかった者197名(平均年齢 $21.56 \pm 4.40$ 歳)、2006年5月に行われた調査対象者の内、記入漏れのなかった者52名(平均年齢 $18.67 \pm 2.59$ 歳)、2006年6月に行われた調査対象者の内、記入漏れのなかった者52名(平均年齢 $19.57 \pm 1.51$ 歳)を分析の対象とした。

なお、調査実施時に調査の目的や記入済調査用紙の処理方法を説明し、同意を得た上で行った。

#### 3-2. 調査項目

基礎事項(年齢・身長・体重)、EAT-26、EDI 過食尺度、EDI 痩せ願望尺度、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度項目について回答を求めた。

AEBを測定する項目は、女子大学生および女子専門学校生およびBNの診断を受けたED患者、ANの診断を受けたED患者との面接により作成し、作成した項目はK-J法(川喜田, 1967)を用いて臨床心理士および臨床心理学系大学院生により分類された後、EDに精通する心療内科医・臨床心理士によって項目として29項目が選定された(Table. 18)。また、各項目に関して、1.「全くない」から6.「いつも」の6件法で回答を求めた。

解析は、「全くない」を0点、「たまに」を1点、「ときどき」を2点、「しばしば」を3点、「非常にひんぱんに」を4点、「いつも」を5点と得点を置換したデータを用いて行った。また、尺度使用時も同様の採点方法を用いるものとする。

なお、本章の検討では、解析にあたり、2005年8月に行われた調査Bデータを用いて開発する因子構造および信頼性を検討するため、収集されたデータの内、食行動異常傾向測定尺度開発のための項目データを用いた。また、2005年8月および2006年5月、2006年6月に行われた調査B・C・Dデータを用いて抽出された因子の妥当性を検討するため、収集されたデータの内、EAT-26・EDI 過食尺度・EDI 痩せ願望尺度データを用いた。

Table. 18 食行動異常傾向測定尺度 選定項目

質問項目	K-J法による分類番号
5. 対人関係などに不快感を感じると、必要以上に気持ち悪くなるほど食べてしまう	①
8. 必要以上に食べてしまった後、ひどく落ち込む	①
10. 自分の食事の摂取量が把握できない	①
12. 必要以上に食べてしまうことを自分自身でコントロールすることが難しい	①
16. 必要以上に食べてしまう	①
21. カロリーに関わらず、大量のものを短時間(1時間から2時間)で摂取する	①
26. 食べはじめると食欲と関係なく、気持ちが悪くなっても食べ続ける	①
3. 必要以上に食べてしまった後、放心状態になる	②
18. 必要以上に食べてしまった後、罪悪感を覚える	②
19. 食べた後でひどく悪いことをしたような気になる	②
23. 必要以上に食べている時、頭の中が真っ白(何も考えていない)になる	②
28. 必要以上に食べてしまった後、恥ずかしいと感じる	②
1. 実際に高カロリーである食物は食事から除いている	③
2. 食事量を制限しなければならない	③
4. 摂取カロリー以上の運動をしたい	③
7. 食べる量を極端に少なくしている	③
15. ダイエットをしている	③
17. いつも食事は最後に少量残す	③
20. 食事を採った後、必要以上に身体を動かさないと気がすまない	③
24. 「太りそう」と思うものは食事から除いている	③
27. 食物を小さくきざんで少量ずつ口に入れる	③
29. 総カロリー摂取量をいつも気にして1日の食事を採る	③
6. 必要以上に食べることやそれを吐き戻すなどを止めて、普通通りの食生活に戻したいと感じる	④
9. 食物を噛んでそのまま吐き出す	④
11. 必要以上に食べた後、薬品(利尿剤や浣腸など)を用いる	④
13. 食べ物で胃の辺りが膨れ上がると、嘔吐や薬品によって体内から出すことがある	④
14. 必要以上に食べた後、吐く	④
22. 少量でも何か食べた後には、それを吐き出したり、薬品などを使用して排出しなくてはならないと思う	④
25. 少量でも(例えば、クッキー2枚程度でも)何かを食べた後、吐く	④

①食事のコントロール不能 ②摂食行動に関する感情 ③食事のコントロール(ダイエット行動) ④不適応的な食行動とその感情

#### 4. 解析方法

##### 4-1. 因子構造の確認

尺度を作成するために選出した項目について、因子構造を明らかとするために探索的因子分析（主因子法・バリマックス回転・スクリープロットにより因子数を決定）を行った。因子負荷量.4以下であったものや、二重付加であった項目を削除しながら分析を進めた。

##### 4-2. 信頼性の確認

尺度の信頼性を確認するために、抽出された因子ごとに Cronbach の  $\alpha$  係数を算出した。

##### 4-3. 妥当性の確認

本尺度の妥当性を検討するために以下の検討を行った。

###### 4-3-1. EAT-26 得点を用いた検討

EAT-26 得点の高群・中群・低群を独立変数，4-1. で抽出した各因子得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。群分けは，前章同様，EAT-26 カットポイントを便宜上使用し，群分けを行った。EAT-26 の置換合計得点が 20 点以上の者を高群とした。また，20 点未満の者で，EAT-26 の置換合計得点の平均値を算出し，平均値以上に属する者を中群（EAT-26 換算合計得点 6 点～19 点），平均値未満に属する者を低群（EAT-26 換算合計得点 6 点未満）とした。

###### 4-3-2. EDI 下位尺度得点を用いた検討

EDI 下位尺度で測定される過食尺度得点の高群・中群・低群，痩せ願望尺度得点の高群・中群・低群をそれぞれ独立変数，4-1. で抽出した各因子得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。群分けは，各下位尺度の合計得点の平均値+1SD以上に属する者を高群，平均値-1SD以下に属する者を低群，平均値±1/2SD以内に属する者を中群とした。

#### 5. 結果

##### 5-1. 尺度の因子構造

想定した AEB を測定し得る項目得点に関して，探索的因子分析（主因子法・バリマックス回転）を行った。また，二重付加や因子負荷量.40以下であった項目は削除した。スクリープロットより，4因子が妥当であると判断し，4因子で分析を行った。その結果，最終的に 19 項目が抽出され，各因子に含まれる項目内容より検討を行った結果，第1因子を「食物摂取コントロール不能感」因子，第2因子を「不適応的食物排出行動」因子，第3因子を「食物摂取コントロール」因子とそれぞれ命名した。

K-J法により分類された初期の項目群と比較すると，第1因子では，①食事のコントロール不能・捉われ感に属する項目と②摂食行動に関する感情に属する項目が混在する結果と

なった。項目内容を検討したところ、第1因子の構成概念である「食物摂取コントロール不能感」として問題のない内容であったため、第1因子を尺度構成因子として採用した。また、第2因子および第3因子は当初の想定通りの因子構成となったため、第1因子から第3因子の全19項目を抽出因子として、信頼性および妥当性の検討を行った。

本研究における尺度の構成概念である AEB を測定する項目とした。抽出因子と因子に含まれる項目を Table. 19 に示す。

Table. 19 食行動異常傾向測定項目 因子分析結果 (主因子法・バリマックス回転)

項目名	第1因子	第2因子	第3因子	分類番号
第1因子 食物摂取コントロール不能感 因子 ( $\alpha=.89$ )				
16. 必要以上に食べてしまう	.82	.06	.12	①
12. 必要以上に食べてしまうことを自分自身でコントロールすることが難しい	.76	.13	.12	①
5. 対人関係などに不快感を感じると、必要以上に気持ち悪くなるほど食べてしまう	.76	.16	.03	①
8. 必要以上に食べてしまった後、ひどく落ち込む	.70	.10	.34	①
23. 必要以上に食べている時、頭の中が真っ白(何も考えていない)になる	.67	.23	.19	②
21. カロリーに関わらず、大量のものを短時間(1時間から2時間)で摂取する	.61	.30	.10	①
3. 必要以上に食べてしまった後、放心状態になる	.57	.16	.38	②
10. 自分の食事の摂取量が把握できない	.48	.17	.10	①
第2因子 不適応的食物排泄行動 因子 ( $\alpha=.85$ )				
22. 少量でも何か食べた後には、それを吐き出したり、薬品などを使用して排出しなくてはならないと思う	.22	.86	.08	④
14. 必要以上に食べた後、吐く	.15	.82	.07	④
13. 食べ物で胃の辺りが膨れ上がると、嘔吐や薬品によって体内から出すことがある	.25	.79	.06	④
25. 少量でも(例えば、クッキー2枚程度でも)何かを食べた後、吐く	.09	.78	.00	④
9. 食物を嚼んでそのまま吐き出す	.18	.54	.09	④
第3因子 食物摂取コントロール 因子 ( $\alpha=.78$ )				
24. 「太りそう」と思うものは食事から除いている	.05	-.05	.78	③
1. 実際に高カロリーである食物は食事から除いている	.06	-.03	.72	③
29. 総カロリー摂取量をいつも気にして1日の食事を探る	.10	.09	.64	③
15. ダイエットをしている	.21	.01	.54	③
20. 食事を探った後、必要以上に身体を動かさないと気がすまない	.17	.11	.52	③
7. 食べる量を極端に少なくしている	.20	.25	.48	③
	因子寄与	4.01	3.27	2.69
	因子寄与率	21.09	17.22	14.16
	累積寄与率	21.09	14.16	52.47

## 5-2. 信頼性の検討

信頼性の検討を行うために、各因子について、Cronbach の  $\alpha$  係数を算出した。その結果、第1因子「食物摂取コントロール不能感」因子では  $\alpha = .89$ 、第2因子「不適応的食物排出行動」因子では  $\alpha = .85$ 、第3因子「食物コントロール」因子では  $\alpha = .78$  となり、各因子とも高い  $\alpha$  係数が算出された (Table. 20)。

Table. 20 信頼性係数

因子名	$\alpha$ 係数
第1因子：食物摂取コントロール不能感	.89
第2因子：不適応的食物排出行動	.85
第3因子：食物摂取コントロール	.78

## 5-3. 妥当性の検討

EAT-26 置換合計得点で分類した各群を独立変数、5-1. で抽出された各因子の合計得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。その結果、全ての因子合計得点に関して、群の主効果が有意であった (第1因子： $F_{(2, 299)} = 64.83, p < .01$ ；第2因子： $F_{(2, 299)} = 44.14, p < .01$ ；第3因子： $F_{(2, 299)} = 92.67, p < .01$ )。Tukey 法における多重比較の結果、全ての因子において、低群が、他の2群よりも有意に得点が低く ( $p < .05$ )、中群が高群よりも有意に得点が低かった ( $p < .01$ ) (Table. 21)。

Table. 21 EAT-26 得点 高・中・低群における下位因子の一要因分散分析

因子名	低群 (n=176)	中群 (n=113)	高群 (n=13)	F
因子1:食物摂取コントロール不能感	13.16 (SD=5.42)	20.30 (SD=7.78)	29.15 (SD=9.81)	64.83** 低群<中群<高群
因子2:不適応的食物排出行動	5.10 (SD=.42)	5.58 (SD=1.91)	9.31 (SD=4.96)	44.14** 低群<中群<高群
因子3:食物摂取コントロール	9.64 (SD=2.91)	14.88 (SD=4.80)	4.80 (SD=5.65)	92.67** 低群<中群<高群

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

一方、EDI 下位因子である過食尺度合計得点で分類した各群を独立変数、各因子合計得点を従属変数とした一要因分散分析の結果では、全ての因子合計得点に関して、群の主効果が有意であった (第1因子： $F_{(2, 214)} = 196.11, p < .01$ ；第2因子： $F_{(2, 214)} = 16.16, p < .01$ ；第3因子： $F_{(2, 214)} = 11.97, p < .01$ )。Tukey 法における多重比較の結果、第1因子「食物摂取コントロ

ール不能感」因子において、低群が他の2群よりも有意に得点が低く ( $p < .01$ )、中群が高群よりも有意に得点が低かった ( $p < .01$ )。また、第2因子「不適応的食物排出行動」因子および第3因子「食物摂取コントロール」因子合計得点において、低群が中群および高群よりも有意に得点が低かった ( $p < .01$ ) (Table. 22)。

Table. 22 EDI 過食得点 高・中・低群における下位因子の一要因分散分析

因子名	低群 (n=34)	中群 (n=138)	高群 (n=45)	F
因子1:食物摂取コントロール不能感	9.09 (SD=2.05)	15.2 (SD=4.57)	29.80 (SD=7.41)	196.11** 低群<中群<高群
因子2:不適応的食物排出行動	5.06 (SD=.34)	5.15 (SD=.63)	6.96 (SD=4.07)	16.16** 低群<中群, 低群<高群
因子3:食物摂取コントロール	15.46 (SD=5.35)	21.06 (SD=7.60)	23.4 (SD=7.69)	11.97** 低群<中群, 低群<高群

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

次に、EDI 下位因子である痩せ願望尺度合計得点で分類した各群を独立変数、各因子合計得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。その結果、第1因子および第3因子合計得点に関して、群の主効果が有意であった(第1因子： $F_{(2, 220)}=51.16, p < .01$ ；第2因子  $F_{(2, 220)}=1.51, n. s.$ ；第3因子： $F_{(2, 220)}=73.45, p < .01$ )。Tukey 法における多重比較の結果、第1因子「食物摂取コントロール不能感」因子および第3因子「食物摂取コントロール」因子の合計得点において、低群が他の2群よりも有意に得点が低く ( $p < .01$ )、中群が高群よりも有意に得点が低かった ( $p < .01$ ) (Table. 23)。

Table. 23 EDI 痩せ願望得点 低・中・高群における下位因子の一要因分散分析

因子名	低群 (n=60)	中群 (n=102)	高群 (n=61)	F
因子1:食物摂取コントロール不能感	10.38 (SD=2.65)	16.88 (SD=7.39)	22.21 (SD=7.30)	51.16** 低群<中群<高群
第2因子:不適応的食物排出行動	5.18 (SD=1.30)	5.37 (SD=1.88)	5.74 (SD=2.07)	1.51 n.s.
第3因子:食物摂取コントロール	7.45 (SD=1.57)	11.97 (SD=3.76)	15.98 (SD=5.37)	73.45** 低群<中群<高群

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

## 6. 考察

本章では、AEB 傾向を測定することを目的として、食行動異常傾向測定尺度を開発した。

AEB 傾向を測定し得る既存尺度は、時代的背景を反映した質問項目から構成されていないことや、ED 臨床群のみを対象として開発されていることなどといった問題点が挙げられる。こうした中で、食行動に問題を抱える者が多数存在するとされる女子大学生や女子専門学校生の AEB 傾向を適確に測定し得る尺度を開発することには、ED の予防的観点からも大きな意義がある。

AEB 測定尺度開発のために、まず、質問項目の選定を行った。項目の選定に際し、女子大学生や女子専門学校生、ED 臨床群との面接を経て、心療内科医・臨床心理士により選定されているため、学校精神保健において本尺度を適用出来る可能性は高いと考えられる。また、選定した項目を K-J 法を用いて分類した結果、29 項目が選定された。

次に、女子大学生および女子専門学校生を対象とした調査を行い、29 項目について探索的因子分析を行った。その結果、3つの独立した因子が抽出され、それぞれ第1因子「食物摂取コントロール不能感」因子、第2因子「不適応的食物排出行動」因子、第3因子「食物摂取コントロール」因子と命名された。

尺度の信頼性を検討するため、因子ごとに  $\alpha$  係数を算出した。その結果  $\alpha$  係数の値は、十分なものであると判断出来、信頼性が認められた。また、各因子に属するそれぞれの項目と K-J 法で分類された項目を比較した所、第1因子に関しては、K-J 法による分類①食事のコントロール不能・捉われ感、②摂食行動に関する感情が混在するものであった。両者の項目内容を確認したところ、第1因子が示す「食物摂取コントロール不能感」を十分に表す項目であると判断されたため、第1因子は探索的因子分析により抽出された状態で使用することとした。また、第2因子および第3因子に関しては、K-J 法による分類の④不適応的な食行動とその感情と③食事のコントロール（ダイエット行動）とほぼ一致したため、構成概念妥当性が認められる尺度と判断された。

因子に所属する項目の内容を検討すると、第1因子「食物摂取コントロール不能感」因子は、“食物にふりまわされている感覚を有し、食物摂取をコントロールすることが困難である”といった Binge-eating に近い概念を問う項目群であり、第2因子「不適応的食物排出行動」因子は、自己誘発性嘔吐や薬剤を用いて食物を排出するといった Purging に近い概念を問う項目群であり、第3因子「食物摂取コントロール」因子は、ダイエット行動を問う項目群であることがわかる。このように ED の臨床的特徴である Binge-eating や Purging に近い概念を問う項目が多数存在していることから、現代の学生において ED が増加していることが窺い知れ、これは近年、学校や思春期・青年期の女性において Binge-eating や Purging が増加傾向にあるといった先行研究の知見と一致するものである。

さらに、妥当性を検討するため EAT-26 置換合計得点によって分類された各群を独立変数、抽出因子項目合計得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。その結果、本尺度の下位因子である「食物摂取コントロール不能感」因子、「不適応的食物排出行動」因子、「食

物摂取コントロール」因子は、AEB 傾向を呈する可能性が低い者と比較し、AEB 傾向を呈する可能性が高い者の得点が高く、AEB 傾向を呈する可能性が高い者と比較し、ED が疑われる者の得点が高いことが認められた。この結果から、本尺度は、中井（2003）による EAT-26 カットオフポイントでいう ED と疑われる者と、AEB 傾向が中程度の者、AEB を呈する可能性が低い者をそれぞれ段階的に測定し得る尺度である可能性が推測された。

また、EDI 下位尺度である過食尺度得点によって分類された各群を独立変数、抽出因子項目合計得点を従属変数とした一要因分散分析を行ったところ、「食物摂取コントロール不能感」因子は過食傾向が弱い者と比較し、中程度の者で得点が高く、中程度の者と比較し、過食傾向が強い者の得点が高いことが認められた。この結果から、「食物摂取コントロール不能感」因子は、過食傾向を段階的に測定し得る尺度である可能性が推測された。

一方、「不適応的食物排出行動」因子および「食物摂取コントロール」因子は、過食傾向が弱い者と比較し、中程度および過食傾向が強いので得点が高いことが認められた。この結果から、「不適応的食物排出行動」因子および「食物摂取コントロール」因子は特に過食が疑われる者を測定することに優れている可能性が推測される。

加えて、EDI 下位尺度である痩せ願望尺度得点によって分類された各群を独立変数、抽出因子項目合計得点を従属変数とした一要因分散分析を行ったところ、「食物摂取コントロール不能感」因子および「食物摂取コントロール」因子は、痩せ願望が弱い者と比較し、中程度の者で得点が高く、中程度の者と比較し、痩せ願望を強く有する者の得点が高いことが認められた。この結果から、「食物摂取コントロール不能感」因子および「食物摂取コントロール」因子は痩せ願望を段階的に測定し得る尺度である可能性が推測される。

以上の結果から、基準関連妥当性が認められた。

本章で開発された食行動異常傾向測定尺度は、19 項目 3 因子 6 件法、下位因子として「食物摂取コントロール不能感」因子、「不適応的食物排出行動」因子、「食物摂取コントロール」因子が含まれた、高い信頼性・妥当性が認められる尺度である。また本尺度の採点方法は、EAT-26 の採点方法を参考として、回答を得た素点について 1 点（「全くない」）を 0 点、2 点（「たまに」）を 1 点、3 点（「ときどき」）を 2 点、4 点（「しばしば」）を 3 点、5 点（「非常にひんばんに」）を 4 点、6 点（「いつも」）を 5 点に置換して使用するものとする。

第 5 章（研究 4）では、本尺度を学校精神保健においてスクリーニングテストとして有効活用するために、ED 臨床群を対象に調査を行い、カットオフポイントを設定する。



## 第5章 食行動異常傾向測定尺度カットオフポイントの設定（研究4）

第4章では、食行動異常傾向測定尺度の信頼性・妥当性について検討を行い、十分な信頼性・妥当性を有する尺度を開発した。ED 予防のためには、AEB 傾向を測定することは重要である。また、AEB 傾向の測定に加えて、ED の査定機能を兼ね備えた尺度である場合、その有用性は更に高まると考えられる。

本章では、本尺度を AEB 傾向の測定に加え、査定が可能となるような尺度とするために、ED 臨床群を対象とした調査結果を用い、カットオフポイントを設定する。

本章の検討により、学校精神保健における適用可能性が高くなり、食行動異常傾向測定尺度が ED をスクリーニングする尺度として有用なものとなる。

### 1. 目的

第4章で開発した食行動異常傾向測定尺度について、ED 臨床群を対象とした調査結果から検討することで、カットオフポイントを設定することを目的とする。

### 2. 研究方法

#### 2-1. 調査方法

調査は、ED の診断を受けた臨床群を対象とした調査および女子大学生・女子専門学校生を対象とした調査に分けられる。

臨床群を対象とした調査では、2006年6月から8月にかけて、京都府のEDを専門とする心療内科および山梨県の精神科に依頼し、80部の調査用紙を配布した結果、ED患者31名の調査用紙が回収された（回収率38.75%）（調査G）。

女子専門学校生を対象とした調査では、2006年7月神奈川県に大学に依頼し、150部の調査用紙を配布した結果、女子学生69名の調査用紙が回収された（回収率86.25%）（調査E）。また、2006年8月栃木県の看護専門学校に依頼し、80部の調査用紙を配布した結果、女子学生66名の調査用紙が回収された（回収率82.50%）（調査F）。

#### 2-2. 調査項目

調査項目は、ED臨床群を対象とした調査において、基礎事項（年齢・身長・体重）・EAT-26、EDI過食尺度、EDI痩せ願望尺度、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度への回答を求めた。また、女子専門学校生を対象とした調査において、年齢・身長・体重、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度項目であった。なお、本章の検討は上記項目の内、食行動異常傾向測定尺度項目データを用いて行った。

上記調査の内、ED臨床群対象の調査では記入漏れのなかった者27名（平均年齢24.26±6.13歳）、大学および専門学校の女子学生を対象とした調査では記入漏れのなかった者127

名（平均年齢  $19.38 \pm 2.43$  歳）を分析対象とした。

### 2-3. 解析方法

食行動異常傾向測定尺度の各下位因子および尺度合計得点のカットオフポイントを設定するために、ROC分析(receiver operating characteristic analysis)を行った。

ROC分析を行うことで、カットオフポイントを任意に変化させた場合の感度(臨床群と判定される割合)と特異度(調査対象者の内、健常者が臨床群と判断されない割合)が算出される。各カットオフポイントを変更し算出された感度と特異度によりROC曲線を描いた。ROC曲線は、任意にカットオフポイントを設定し変化させた場合の精度を図示したものである。ROC分析によるカットオフポイントの設定は、尺度や検査の性質により定まる。したがって、本尺度においては、その目的がED臨床群のスクリーニングであるため、感度と特異度の組み合わせが最も高い割合である得点を便宜上カットオフポイントと設定した。

## 3. ROC分析

### 3-1. 食物摂取コントロール不能感

食物摂取コントロール不能感因子合計得点に関して感度および特異度を算出した結果(Figure. 9)、感度および特異度の組み合わせが最も高くなる得点は16点(感度:77.78%; 特異度:83.46%)であった。

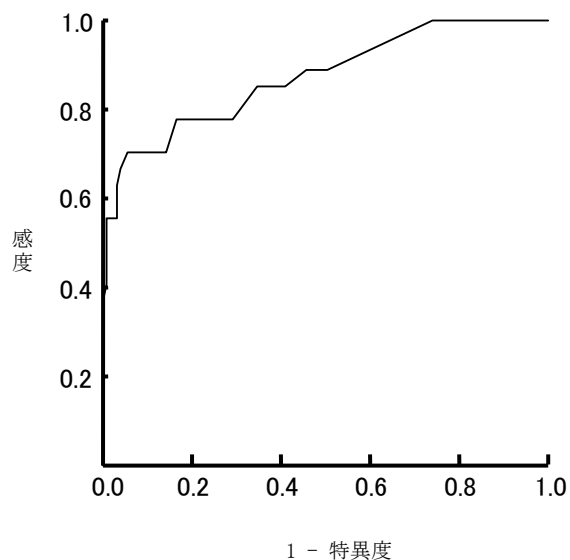


Figure. 9 食物摂取コントロール不能感 ROC曲線

### 3-2. 不適応的食物排出行動

不適応的食物排出行動因子合計得点に関して感度および特異度を算出した結果(Figure. 10)、感度および特異度の組み合わせが最も高くなる得点は2点(感度:81.48%;

特異度：92.91%)であった。

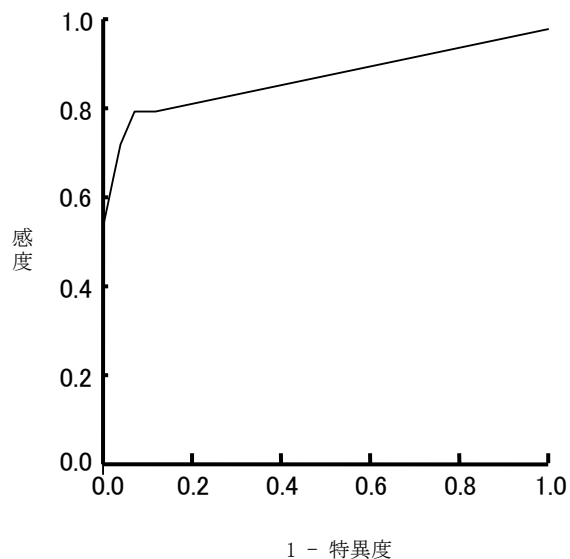


Figure. 10 不適応的食物排出行動 ROC 曲線

### 3-3. 食物摂取コントロール

食物摂取コントロール因子合計得点に関して感度および特異度を算出した結果 (Figure. 11), 感度および特異度の組み合わせが最も高くなる得点は7点 (感度：74.07% ; 特異度：70.08%) であった。

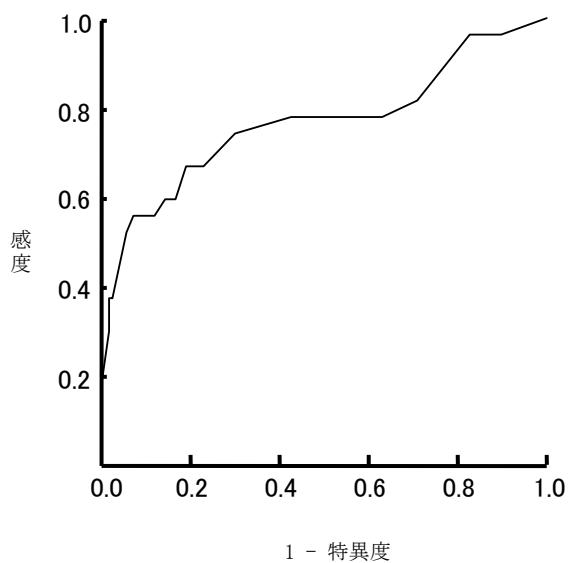


Figure. 11 食物摂取コントロール ROC 曲線

## 3-2-4. 食行動異常傾向測定尺度

食物摂取コントロール因子合計得点に関して感度および特異度を算出した結果 (Figure. 12), 感度および特異度の組み合わせが最も高くなる得点は24点 (感度: 92.59%; 特異度: 83.46%) であった。

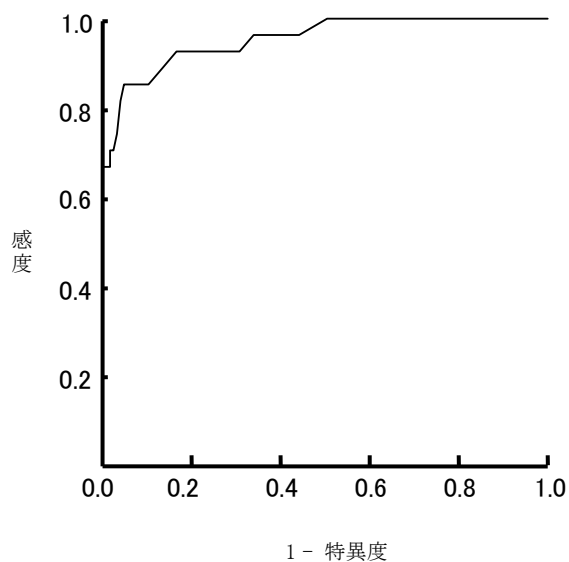


Figure. 12 食行動異常傾向測定尺度 ROC 曲線

## 4. 考察

本章では、第4章で開発した食行動異常傾向測定尺度の各下位因子合計得点および尺度合計得点を第4章で示した方法で置換した得点に対してROC分析を行うことでカットオフポイントを設定することを目的とした。

その結果、第1因子「食物摂取コントロール不能感」因子に関して、16点がカットオフポイントとして好ましいことが明らかとなった。また、第2因子「不適応的食物排出行動」因子に関して2点が不適応的食物排出行動因子のカットオフポイントとして好ましいことが明らかとなった。本因子でカットオフポイントの値が2点と低くなる理由として、因子に所属する項目内容が全てED臨床群の特徴を尋ねるものであることに起因すると考えられる。

次に、第3因子「食物摂取コントロール」因子に関して7点が食物摂取コントロール因子のカットオフポイントとして好ましいことが明らかとなった。また、食行動異常傾向測定尺度全体で検討したところ、24点がカットオフポイントとして好ましいことが明らかとなった。(Table. 24)。

Table. 24 食行動異常傾向測定尺度カットオフポイント

尺度名	尺度合計得点	感度	特異度
食物摂取コントロール不能感	16	77.78%	83.46%
不適応的食物排出行動	2	81.48%	92.91%
食物摂取コントロール	7	74.07%	70.08%
食行動異常傾向測定尺度	24	92.59%	83.46%

以上の結果から、第4章で開発した食行動異常傾向測定尺度の下位尺度である食物摂取コントロール不能感尺度のカットオフポイントを16点、不適応的食物排出行動尺度のカットオフポイントを2点、食物摂取コントロール尺度のカットオフポイントを7点とし、食行動異常傾向測定尺度のカットオフポイントを24点と設定する。

## 第6章 身体像不満足感と食行動異常との関連性（研究5）

### 1. はじめに

これまで、女子大学生および女子専門学校生の AEB・ED 予防を行うために第2章では、AEB や ED の好発年齢にあたる女子大学生や女子専門学校生を対象とした実態調査を行い、BID や AEB 傾向を多面的かつ詳細に検討する必要性などを示唆した。

こうした示唆を受けて、第3章では BID を多面的かつ詳細に測定可能である身体像不満足感測定尺度を開発し、第4章では、AEB 傾向を多面的かつ詳細に測定可能である食行動異常傾向測定尺度を開発し、第5章では、AEB を査定するために食行動異常傾向測定尺度のカットオフポイントを設定した。本研究で開発した尺度は、尺度項目の収集方法などからして、現代の女子大学生や女子専門学校生の BID と AEB 傾向を測定・査定する際に適用可能性が高いと考えられる。

本章では、これまでに開発した身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度を用いて、現代の女子大学生および女子専門学校生の BID と AEB を調査し検討する。

### 2. 目的

女子大学生および女子専門学校生を対象として、第3章、第5章および第4章で開発した尺度を用いた調査を行い、①現代の女子大学生および女子専門学校生の体型や BID、AEB について、その実態を把握し、学生対象の調査に加え ED 臨床群調査を行い、②学生および ED 臨床群を対象として、心理的要因である BID と AEB との関連性を検討するとともに学生群と ED 臨床群の比較を行うことを目的とした。

### 3. 研究方法

#### 3-1. 調査方法

調査は、2005年8月神奈川県看護専門学校（調査C）、2006年6月栃木県の看護専門学校（調査D）、2006年7月神奈川県の大学（調査E）、2006年8月栃木県の看護専門学校（調査F）にそれぞれ依頼し、全373部の調査用紙を配布した結果、女子学生301名の調査用紙が回収された（回収率80.70%）。この内、調査項目に記入漏れのなかった者215名（平均年齢 $19.18 \pm 3.11$ 歳）を検討の対象とした。

また、臨床群を対象とした調査では、2006年6月から8月にかけて、京都府のEDを専門とする心療内科および山梨県の精神科に依頼し、80部の調査用紙を配布した結果、ED患者31名の調査用紙が回収された（回収率38.75%）（調査G）。この内、調査項目に記入漏れのなかった者27名（平均年齢 $24.26 \pm 6.13$ 歳）を検討の対象とした。

### 3-2. 調査項目

2005年8月神奈川県看護専門学校(調査C)では、基礎事項(年齢, 身長, 体重), EAT-26, EDI 過食尺度, EDI 痩せ願望尺度, 自己意識尺度, 身体像不満足感測定尺度, 食行動異常傾向測定尺度について回答を求め, 2006年6月栃木県の看護専門学校(調査D), 2006年7月神奈川県の大学(調査E), 2006年8月栃木県の看護専門学校(調査F)では、基礎事項(年齢, 身長, 体重), EAT-26, EDI 過食尺度, EDI 痩せ願望尺度, 自己意識尺度, 身体像不満足感測定尺度, 食行動異常傾向測定尺度について回答を求めた。

なお, 本章における検討は上記項目の内, 基礎事項(年齢, 身長, 体重), 身体像不満足感測定尺度, 食行動異常傾向測定尺度データを用いて行った。

## 4. 解析方法

### 4-1. BMIに関する検討

女子学生の体型と AEB 傾向の実態を把握するために, まず日本肥満学会(1994)の定める BMI (Body Mass Index) で 18.5 未満の者を「痩せ」, 18.5 以上 25.0 未満の者を「普通」, 25.0 以上の者を「肥満」と分類し, 各分類の割合を算出した。その後, 体型分類ごとに, AEB 傾向が強いと判断される者がどの程度存在するか明らかとするため, 食行動異常傾向測定尺度の各カットオフポイント以上である者を抽出し割合を算出した。

次に, BMI と BID および AEB との関連性を検討するために, BMI 値により分類された体型を独立変数, BID および AEB をそれぞれ従属変数とした一要因分散分析を行った。

### 4-2. 身体像不満足感と食行動異常との関連性の検討

学生群, ED 臨床群ごとに, BID と AEB との関連性を検討するため, 身体像不満足感測定尺度下位因子と食行動異常傾向測定尺度下位因子との間で Pearson の積率相関係数を算出した。また, 群ごとに, 有意な相関が認められた身体像不満足感測定尺度因子を予測変数, 食行動異常傾向測定尺度因子を従属変数とした回帰分析を行った。

## 5. 結果

### 5-1. 実態調査

#### 5-1-1. BMI における学生の分類

学生調査対象者の平均身長は  $158.64 \pm 5.60$  cm, 平均体重は  $52.45 \pm 6.09$  kg, 平均 BMI は  $20.87 \pm 2.50$  であった。また, BMI 値による体型分類で「痩せ」に分類される者は対象者 215 名中 31 名 (14.42%), 「普通」に分類される者は 168 名 (78.14%), 「肥満」に分類される者は 16 名 (7.44%) であった (Figure. 13)。

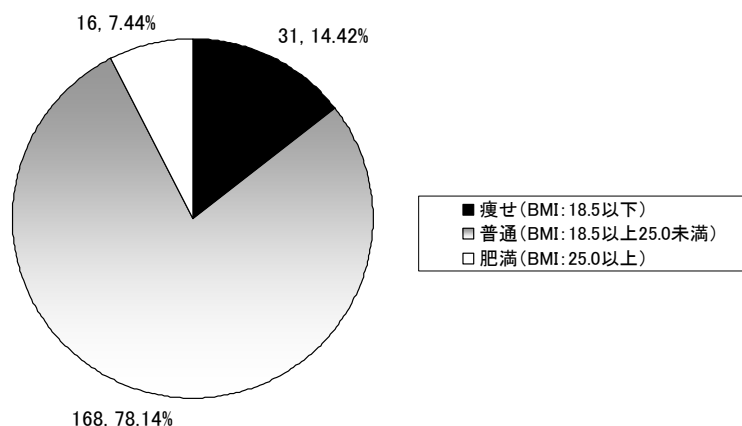


Figure. 13 身長・体重調査における BMI の内訳

## 5-1-2. BMI における食行動異常傾向

BMI 値で区分される体型分類ごとに食行動異常傾向測定尺度各下位因子および尺度全体におけるカットオフポイント以上に属する者の割合を算出した。その結果、体型分類で「痩せ」に分類される者 31 名の内 3 名 (9.68%)、「普通」に分類される者 169 名の内 17 名 (10.06%)、「肥満」に分類される者 16 名の内 3 名 (18.75%) で食物摂取コントロール不能感因子カットオフポイント (16 点) 以上であることが明らかとなった (Figure. 14)。

また、体型分類で「痩せ」に分類される者 24 名の内 4 名 (16.67%)、「普通」に分類される者 124 名の内 8 名 (6.45%) で不適応的食物排出行動因子カットオフポイント (2 点) 以上であることが明らかとなった。「肥満」に分類される者で不適応的食物排出行動因子カットオフポイント以上の者は存在しなかった (Figure. 15)。

食物摂取コントロール因子については、体型分類で「痩せ」に分類される者 31 名の内 10 名 (32.26%)、「普通」に分類される者 169 名の内 66 名 (39.05%)、「肥満」に分類される者 16 名の内 4 名 (18.75%) で食物摂取コントロール因子カットオフポイント以上 (7 点) であることが明らかとなった (Figure. 16)。

食行動異常傾向測定尺度については、体型分類で「痩せ」に分類される者 31 名の内 6 名 (19.36%)、「普通」に分類される者 169 名の内 35 名 (20.71%)、「肥満」に分類される者 16 名の内 3 名 (18.75%) で食行動異常傾向測定尺度カットオフポイント (24 点) 以上であることが明らかとなった (Figure. 17)。



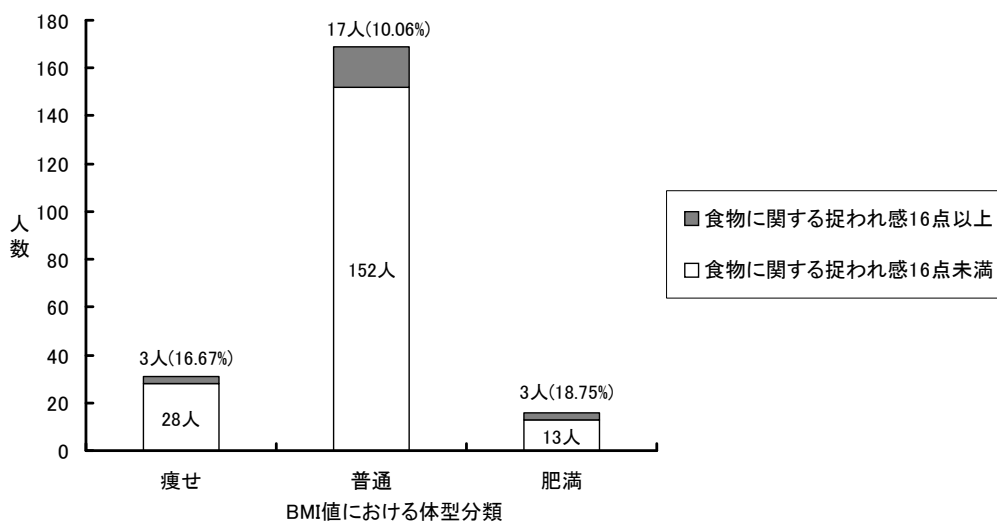


Figure. 14 BMI 分類における食物摂取コントロール不能感カットオフポイント以上の割合

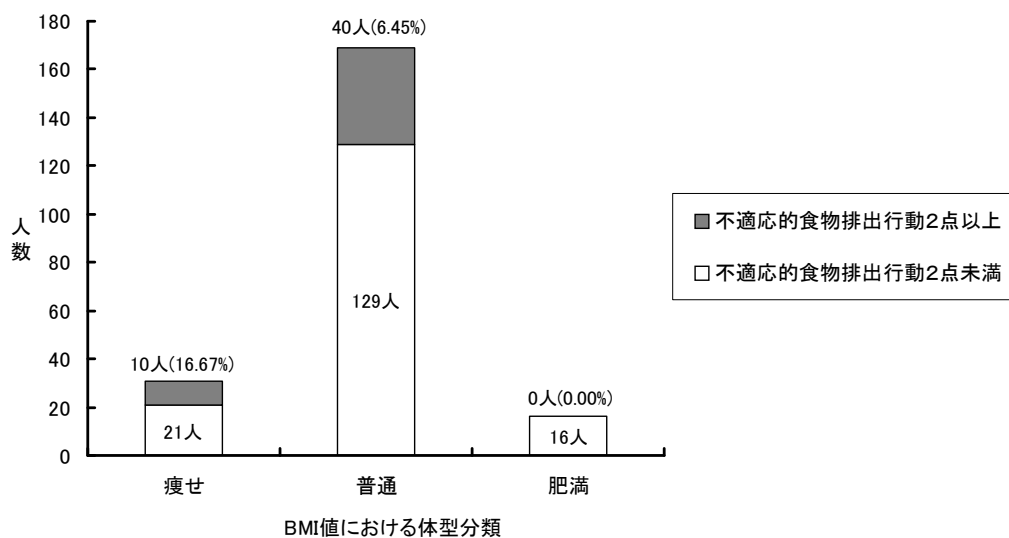


Figure. 15 BMI 分類における不適応的食物排出行動カットオフポイント以上の割合

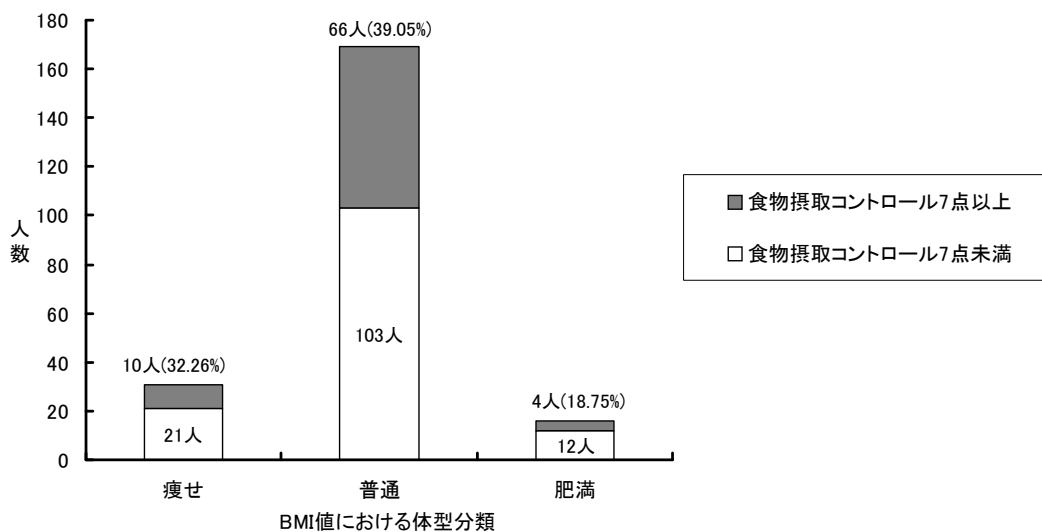


Figure. 16 BMI 分類における食物摂取コントロールカットオフポイント以上の割合

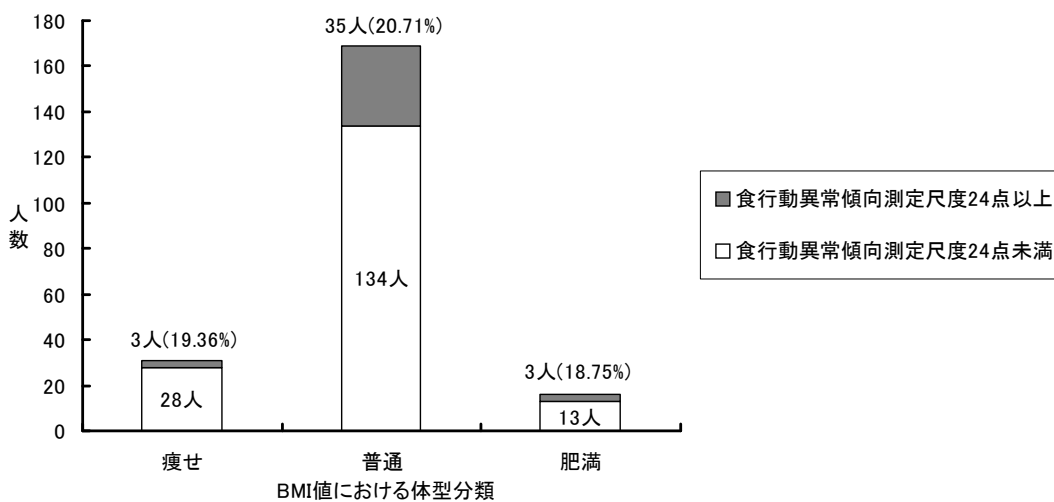


Figure. 17 BMI 分類における食行動異常傾向測定尺度カットオフポイント以上の割合

## 5-1-3. 体型分類と身体像不満足感および食行動異常との関連性の検討

BMI 値と身体像不満足感測定尺度各下位因子得点との関連性について検討するため、体型分類を独立変数、身体像不満足感測定尺度各下位因子得点を従属変数とした一要因分散分析を行った (Table. 25)。その結果、全身のふくよかさ不満足感因子および身体に関する他者評価不満足感因子において群の主効果が有意であった (全身のふくよかさ不満足感:  $F_{(2, 212)}=13.22, p<.01$ ; 身体に関する他者評価不満足感:  $F_{(2, 212)}=21.89, p<.01$ ; 顔に関する不満足感:  $F_{(2, 212)}=.12, n.s.$ )。Tukey 法による多重比較を行った結果、「痩せ」群よりも他群の全身のふくよかさ不満足感が有意に強いことが明らかとなった ( $p<.01$ )。また、「痩せ」群よりも他群、「普通」群よりも「肥満」群の身体に関する他者評価不満足感が強いことが明らかとなった ( $p<.01$ )。

Table. 25 体型分類における BID 下位因子の一要因分散分析

因子名	痩せ (n=31)	普通 (n=169)	肥満 (n=15)	F
第1因子:全身のふくよかさ不満足感	29.00 (SD=8.54)	35.50 (SD=6.72)	37.87 (SD=5.25)	13.22** 「痩せ」群<「普通」群・「肥満」群
第2因子:身体に関する他者評価不満足感	15.81 (SD=5.07)	20.55 (SD=4.95)	25.67 (SD=4.50)	21.89** 「痩せ」群<「普通」群<「肥満」群
第3因子:顔に関する不満足感	13.65 (SD=4.17)	13.99 (SD=4.45)	13.60 (SD=5.05)	.65 n.s.

\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ , + $p<.10$

BMI 値と食行動異常傾向測定尺度各下位因子得点との関連性について検討するため、体型分類を独立変数、食行動異常傾向測定尺度各下位因子得点を従属変数とした一要因分散分析を行った (Table. 26)。その結果、BMI 値による各群について群の主効果は認められなかった (食物摂取コントロール不能感:  $F_{(2, 212)}=.92, n.s.$ ; 不適応的食物排出行動:  $F_{(2, 212)}=1.99, n.s.$ ; 食物摂取コントロール:  $F_{(2, 212)}=.89, n.s.$ )。

Table. 26 体型分類における AEB 下位因子の一要因分散分析

因子名	痩せ (n=31)	普通 (n=169)	肥満 (n=15)	F
第1因子:食物摂取コントロール不能感	6.81 (SD=6.27)	7.81 (SD=5.90)	9.47 (SD=9.52)	.40 n.s.
第2因子:不適応的食物排出行動	1.06 (SD=1.73)	1.46 (SD=2.94)	.07 (SD=.26)	.14 n.s.
第3因子:食物摂取コントロール	4.81 (SD=5.10)	5.93 (SD=4.48)	6.33 (SD=4.85)	.52 n.s.

\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ , + $p<.10$

## 5-2. 身体像不満足感と食行動異常との関連性の検討

BIDとAEB傾向との関連性を検討するため、学生群・臨床群ごとにPearsonの積率相関係数を算出した。

その結果、学生群では、全身のふくよかさ不満足と食物摂取コントロール不能感、食物摂取コントロールとの間で有意な相関が認められた（食物摂取コントロール不能感： $r=.31, p<.01$ ；食物摂取コントロール： $r=.26, p<.01$ ）。また身体に関する他者評価不満足感と食物摂取コントロール不能感、食物摂取コントロールとの間で有意な相関が認められた（食物摂取コントロール不能感： $r=.35, p<.01$ ；食物摂取コントロール： $r=.31, p<.01$ ）（Table. 27）。

Table. 27 学生群におけるBIDとAEBとの関連性

	食物摂取コントロール不能感	不適応的食物排出行動	食物摂取コントロール
全身のふくよかさ不満足感	.31**	.07	.26**
身体に関する他者評価不満足感	.35**	.12	.31**
顔に関する不満足感	-.001	.05	.08

\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ , + $p<.10$

また臨床群では、全身のふくよかさ不満足感と食物摂取コントロール不能感、不適応的食物排出行動、食物摂取コントロールとの間で有意な相関が認められた（食物摂取コントロール不能感： $r=.77, p<.01$ ；不適応的食物排出行動： $r=.57, p<.01$ ；食物摂取コントロール： $r=.42, p<.01$ ）。また顔に関する不満足感と食物摂取コントロール不能感、不適応的食物排出行動との間で有意な相関が認められた（食物摂取コントロール不能感： $r=.42, p<.01$ ；不適応的食物排出行動： $r=.49, p<.01$ ）（Table. 28）。

Table. 28 臨床群におけるBIDとAEBとの関連性

	食物摂取コントロール不能感	不適応的食物排出行動	食物摂取コントロール
全身のふくよかさ不満足感	.77**	.57**	.42**
身体に関する他者評価不満足感	.19	.02	.28
顔に関する不満足感	.42**	.49**	.16

\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ , + $p<.10$

学生群・臨床群ごとに、有意な相関が認められた項目について、身体像不満足感測定尺度を予測変数、食行動異常傾向測定尺度下位因子を従属変数とした回帰分析を行なった。

学生群に対し、全身のふくよかさ不満足感および身体に関する他者評価不満足感を予測変数、食物摂取コントロール不能感を従属変数として重標準偏回帰係数を算出した結果、 $R^2=.14$ であった（ $F_{(2, 159)}=13.28, p<.01$ ）。また、全身のふくよかさ不満足感の標準偏回帰係

数は  $\beta = .17$  ( $p < .05$ ), 身体に関する他者評価不満足感の標準偏回帰係数は  $\beta = .26$  ( $p < .01$ ) であった。

全身のふくよかさ不満足感および身体に関する他者評価不満足感を予測変数, 食物摂取コントロールを従属変数として重標準偏回帰係数を算出した結果  $R^2 = .11$  であった ( $F_{(2, 159)} = 9.88$ ,  $p < .01$ )。また, 全身のふくよかさ不満足感の標準偏回帰係数は  $\beta = .13$  (*n. s.*), 身体に関する他者評価不満足感の標準偏回帰係数は  $\beta = .26$  ( $p < .01$ ) であった (Table. 29)。

Table. 29 学生群 回帰分析

	食物摂取コントロール不能感			食物摂取コントロール		
	$\beta$	$R^2$	$F$	$\beta$	$R^2$	$F$
全身のふくよかさ不満足感	.17*			.13		
身体に関する他者評価不満足感	.26**	.14**	18.28**	.25**	.11**	9.88**

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

一方, 臨床群に対し, 全身のふくよかさ不満足感および顔に関する不満足感を予測変数, 食物摂取コントロール不能感を従属変数として重標準偏回帰係数を算出した結果  $R^2 = .61$  であった ( $F_{(2, 24)} = 19.13$ ,  $p < .01$ )。また, 全身のふくよかさ不満足感因子の標準偏回帰係数は  $\beta = .92$  ( $p < .01$ ), 顔に関する不満足感因子の標準偏回帰係数は  $\beta = -.22$  (*n. s.*) であった。

全身のふくよかさ不満足感および顔に関する不満足感を予測変数, 不適応的食物排出行動を従属変数として重標準偏回帰係数を算出した結果  $R^2 = .34$  であった ( $F_{(2, 24)} = 6.11$ ,  $p < .01$ )。また, 全身のふくよかさ不満足感の標準偏回帰係数は  $\beta = .45$  ( $p < .10$ ), 顔に関する不満足感の標準偏回帰係数は  $\beta = .18$  (*n. s.*) であった。

全身のふくよかさ不満足感を予測変数, 食物摂取コントロールを従属変数として重標準偏回帰係数を算出した結果  $R^2 = .18$  であった ( $F_{(2, 24)} = 5.4$ ,  $p < .05$ )。また, 全身のふくよかさ不満足感の標準偏回帰係数は  $\beta = .42$  ( $p < .05$ ) であった (Table. 30)。

Table. 30 臨床群 回帰分析

	食物摂取コントロール不能感			不適応的食物排出行動			食物摂取コントロール		
	$\beta$	$R^2$	$F$	$\beta$	$R^2$	$F$	$\beta$	$R^2$	$F$
全身のふくよかさ不満足感	.92**			.45+			.42*	.18*	5.40*
身体に関する他者評価不満足感	-.22	.61**	19.13**	.17	.34**	6.11**			

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

## 6. 考察

本章では、女子大学生および女子専門学校生の体型の実態を明らかとするとともに、第3章および第4章・第5章で開発した身体像不満足感測定尺度と食行動異常傾向測定尺度を用いて本研究の調査対象者である女子学生における BID と AEB 傾向との関連性を検討した。

まず、女子大学生および女子専門学校生の体型を把握するために、BMI を算出し日本肥満学会（1994）により定められる分類にしたがい対象者を分類した。その結果、BMI が 25.0 未満に分類される者が調査対象者中 92.56% と大半を占めていることが明らかとなり、こうした結果は第2章における結果や厚生労働省による調査結果と類似する結果であった。現代の女子大学生や女子専門学校生は痩せ体型および普通体型に分類される者が多いことわかる。

次に、BMI 値による体型分類ごとに第4章および第5章で開発した食行動異常傾向測定尺度における AEB 傾向強者（各下位因子および尺度全体のカットオフポイント以上）の割合をそれぞれ算出した。

その結果、食物摂取コントロール不能感を強く有する者は「痩せ」の内 9.68%、「普通」の内 10.06%、「肥満」のうち 18.75%、不適応的食物排出行動を呈する可能性の高い者は「痩せ」の内 16.67%、「普通」の内 6.45%、食物摂取コントロールをより行っている者は「痩せ」の内 32.26%、「普通」の内 39.05%、「肥満」の内 18.75%、食行動異常傾向測定尺度全で測定される AEB 傾向強者は「痩せ」では 19.36%、「普通」で 20.71%、「肥満」で 18.75%での割合で存在することが明らかとなった。

以上の結果から、体型によらず約 20%程度の者で AEB 傾向が強い者が存在することがわかり、こうした背景には痩せを賞賛する社会文化的影響が考えられ、現代女子学生は“痩せることが美しい”という価値基準のもと、過度の痩せ体型を希求し、なおかつ痩身を獲得するため食物摂取に関する問題を呈してしまう可能性が推測される。これは、AEB・ED 予防の際には留意すべき点であり、大学や専門学校などにおいて心理教育を実践するなど、予防的援助の必要性を示唆している。また、食行動異常傾向測定尺度因子の各特徴から考察すると、Binge-eating や Purging といった ED の臨床的特徴と類似する特徴を呈する者も多数存在することが推測され、危機的な介入が必要である。加えて、ダイエット行動もより一般的な行動となっていることが推測され、ダイエット行動から AEB・ED へと進展することを考えると、やはり予防的支援を行うことは必須である。

次に、体型と BID との関連性を検討したところ、「普通」や「肥満」に分類される者は「痩せ」に分類される者よりも全身のふくよかさ不満足感が強いことが明らかとなった。また、体型がふくよかな場合、身体に関する他者評価不満足感を強く有することが明らかとなった。しかし、体型と AEB との関連性を検討したところ、体型によって AEB に相違は認められなかった。

以上の結果から、身体に関する自己評価や他者評価への意識は実際の体型と密接な関係

があると推測されるものの、AEB 傾向と実際の体型との関連性が希薄であることが推測され、AEB には客観的指標である体型よりも各自が有する BID が関連性を有する可能性が推測された。

また、BID と AEB との関連性を検討することとともに、BID と AEB との因果関係を推定した。加えて、女子大学生および女子専門学校生の学生群と ED 臨床群の特徴をそれぞれ検討し、比較することで、より病的な状態に関わる要因について検討した。

検討の結果、学生群においては、全身のふくよかさ不満足感と身体に関する他者評価不満足感が、食物摂取コントロール不能感および食物摂取コントロールとそれぞれ有意な関連性を有することが認められた。一方、臨床群では、全身のふくよかさ不満足感と食物摂取コントロール不能感、不適応的食物排出行動、食物摂取コントロールとの各間、顔に関する不満足感と食物摂取コントロール不能感、不適応的食物排出行動との各間で有意な関連性が認められた。

次に、上記で有意な関連性が認められた各 BID が AEB に与える影響を推定した結果、学生群においては、全身のふくよかさ不満足感と身体に関する他者評価不満足感の両者が食物摂取コントロール不能感に影響を与える可能性が推測された。また、その内、身体に関する他者評価不満足感が特に大きな影響を与える可能性が推測された。一方、臨床群においては、全身のふくよかさ不満足感が食物摂取コントロール不能感、不適応的食物排出行動、食物摂取コントロールのそれぞれに影響を与えている可能性が推測された。

以上の結果から、学生群においては、身体に関する自己評価および他者評価への意識の両者が食物をコントロールすることが困難な状態や食物にふりまわされてしまうといった感覚に影響を与え、特に他者評価への意識の影響が大きい可能性が推測されるとともに、身体に関する他者評価への意識がダイエット行動に影響を与えている可能性が推測された。また、臨床群の場合、身体に関する自己評価が Binge-eating や Purging、食事制限に影響を与えている可能性が推測された。

学生群の結果を臨床群の結果と比較すると、学生群・臨床群ともに食物摂取コントロール不能感については、身体に関する自己評価が関連性を有することに相違はないが、臨床群では他者評価への意識といった要因が AEB にあまり寄与していない可能性が推測された。したがって、ED 連続性仮説 (Mintz et al., 1988; Petrie, 1993) に基づくと、AEB や ED の初期段階に位置付くダイエット行動などに関しては身体に関する他者評価への意識を適確に測定し関わりを持つ必要があり、ED の臨床症状に類似するような、より強い AEB に関しては身体に関する自己評価を適確に測定した上で関わりを持つ必要が考えられる。また、全身のふくよかさ不満足感が食物摂取コントロール不能感に影響を与える可能性は、学生群と ED 臨床群に共通するものであり、学校精神保健において AEB や ED の予防を検討する際には、身体に関する自己評価について注目する必要があるだろう。

本章を通して、BID が AEB に影響を与える要因となることが明らかとなり、ダイエット行動などには、自己身体に関する他者評価へ否定的感情を持つ場合に生じる BID が影響を及

ぼし、ED 臨床症状と類似するような強い AEB に関しては、身体に関する自己評価へ否定的な感情を持つ場合に生じる BID が影響を与える可能性が推測された。

以上の結果は AEB・ED 予防に示唆を与えるものである。しかしながら、社会文化的影響を受ける全ての者で BID 強く保有し AEB 傾向を強くする訳ではない。社会文化的環境下において、BID や AEB・ED に関わる刺激の受け取り方により BID や AEB・ED に相違が認められる可能性がある。第7章では、刺激の受け取り方に関わる個人内心理要因である自己意識を取り上げ検討する。



## 第7章 食行動異常発現要因の検討—自己意識の観点から—（研究6）

## 1. はじめに

第6章では、学生を対象としたAEB・EDの予防的援助を考える場合、BIDの中でも自己評価と他者評価への意識といった側面を検討する必要があることが明らかとなった。しかし、BIDの中でも特に自己評価の側面を検討する必要があることが明らかとなった。しかし、BIDを有する者が必ずAEBを呈するとは考えられないことや、さまざまな要因が複雑に絡まり発現しているという指摘（種田，1991など）からみると、AEB研究において、社会文化的要因と関連性の強いと考えられる個人内心理要因に関して更なる検討が必要である。

これまで個人内心理要因として社会文化的要因と関連が強い自己意識が取り上げられ、BIDやAEBとの関連性が検討されている（山蔦・野村，2006）。

自己意識や、自己意識を介在する行動のメカニズムに関する研究は、Duval& Wicklund (1972)の客体的自覚理論にはじまり、Fenigstein et al. (1975)の私的自己意識・公的自己意識の定義化、Scheier & Carver (1988)のサイバネティックモデルなどにより認知心理学的観点より明確化されている。現在では、自己意識を公的自己意識、私的自己意識に大別し、検討するものが多い。

公的自己意識は、他者から観察可能な自己の容姿や外見、行動などへの意識傾向である。公的自己意識が高い者は、その意識状態を誘導する誘導因に敏感に反応する。その結果、理想的基準が明確化され、理想的基準と現実自己とが不一致であることが判明すると、不快感情や自己評価の低下が引き起こされる。一方、私的自己意識は、他者から観察不可能な自己の内面などへの意識傾向である。私的自己意識を誘導する情報により、その意識傾向が高まると、内省を行う頻度が増し、その結果、内的感情が強まり、否定的である場合、より否定的な感情を強め、否定的な感情を低減させるために具体的な行動を行うとされる（辻，1998）。

例えば、公的自己意識が高い者は、BIDやAEBが誘発されるような情報により、身体や食行動に対する不快感情が喚起され、不快感情に対処するため具体的な行動として、ダイエット行動などを行う。また、私的自己意識が高い者は、BIDやAEBを誘発するような情報により、内省の頻度を高める。例えば「太っているは駄目だ」、「上手く食事制限出来ていないと駄目だ」などといった感情を強く有している場合、内省の頻度が高くなることで、否定的な感情を増幅させてしまい、食物にふりまわされている感覚や過度のダイエット行動などを呈するといえる。

このように、公的自己意識・私的自己意識の保有傾向がAEBに関連している可能性が推測される。また、先行研究では米国を中心に公的自己意識とBIDやAEBとの関連性が指摘されているが本邦における検討は未だ少ない。したがって、本邦において更なる検討を行う必要がある。

本章では、AEBと心理的要因としてのBIDおよび自己意識を検討し、女子大学生・女子

専門学校生の AEB を考える。

## 2. 目的

女子大学生および女子専門学校生（学生群）、ED 患者（臨床群）の BID および AEB と自己意識との関連性を検討し、AEB 発現の要因について検討することを目的とした。

## 3. 研究方法

### 3-1. 調査方法

調査は 2006 年 5 月神奈川県内の看護専門学校女子学生 63 名（回収率 87.30%）（調査 C）2006 年 6 月栃木県内の看護専門学校女子学生 69 名（回収率 86.25%）（調査 D）、2006 年 7 月神奈川県内の女子大学生 96 名（回収率 64.00%）（調査 E）、2006 年 8 月栃木県内の看護専門学校女子学生 66 名（回収率 82.50%）（調査 F）、2006 年 9 月京都府の心療内科および山梨県の精神科を受診した ED の診断を受けた者 31 名（回収率 38.75%）（調査 G）をそれぞれ対象として行った。依頼した学校の講義時間内に調査用紙を配布し回収する方法と郵送による方法で行われ、回収された質問紙の内、検討に必要な項目に記入漏れのなかった者 215 名（平均年齢  $19.18 \pm 3.12$  歳）の学生、27 名（平均年齢  $24.26 \pm 6.13$  歳）の ED 罹患者を分析対象とした。

なお、調査実施時に調査の目的や記入済調査用紙の処理方法を説明し、同意を得た上で行った。

### 3-2. 調査項目

年齢・身長・体重・EAT-26・EDI 過食尺度・EDI 痩せ願望尺度・自己意識尺度・身体像不満足感測定尺度・食行動異常傾向測定尺度について回答を求めた。

なお、本節の検討は上記項目の内、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度データを用いて行った。

### 3-3. 解析方法

解析は、まず学生群の各自己意識保有程度で BID や AEB にどのような差が認められるか検討するため、学生群を対象に①各自己意識高・低群を独立変数、身体像不満足感測定尺度下位因子得点および食行動異常傾向測定尺度下位因子得点を従属変数とした  $t$  検定を行った。群分けは、各自己意識得点平均値+1SD 以上に属する者を高群、平均値-1SD 以下に属する者を低群とした。

次に、各自己意識について、学生群と臨床群との比較を行うために、②学生群および臨床群を独立変数、公的自己意識および私的自己意識を従属変数とした  $t$  検定を行った。

また、公的自己意識、私的自己意識とも単独で保有される意識ではないことから、両自己意識の保有パターンを検討するために、③学生群および臨床群それぞれに対してクラス

ター分析を行った。クラスター分析に際して、公的自己意識得点および私的自己意識得点の各合計得点の平均値より得点が高い者を各自己意識高者として検討した。

加えて、自己意識保有パターンと身体像不満足感およびAEBとの関連性を検討し、学生群と臨床群を比較・検討するために、④各クラスターを独立変数、学生群および臨床群それぞれに対して身体像不満足感測定尺度下位因子得点および食行動異常傾向測定尺度下位因子得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。⑤①～④を通して想定したAEB発現の過程を検討するために、共分散構造分析におけるパス解析を行なった。

#### 4. 結果

##### 4-1. 自己意識高群・低群における BID と AEB

各自己意識得点高・低群を独立変数、身体像不満足感測定尺度下位因子得点および食行動異常傾向測定尺度得点を従属変数とした  $t$  検定を行った。その結果、公的自己意識高・低群間では、顔に関する不満足感で有意傾向、その他全てで有意差が認められた(全身に対する不満足感:  $t_{(61)}=-3.97, p<.01$ ; 身体に関する他者評価不満足感:  $t_{(58,26)}=-3.99, p<.01$ ; 顔に関する不満足感:  $t_{(59,58)}=-1.78, p<.10$ ; 食物摂取コントロール不能感:  $t_{(61)}=-4.46, p<.01$ ; 不適応的食物排出行動:  $t_{(61)}=-2.40, p<.05$ ; 食物摂取コントロール:  $t_{(58,63)}=-3.17, p<.01$ )。また、私的自己意識高・低群間では、全てで有意差は認められなかった(全身に対する不満足感:  $t_{(62,52)}=.71, n.s.$ ; 身体に関する他者評価不満足感:  $t_{(65)}=-.90, n.s.$ ; 顔に関する不満足感:  $t_{(62,13)}=-.25, n.s.$ ; 食物摂取コントロール不能感:  $t_{(58,06)}=-1.49, n.s.$ ; 不適応的食物排出行動:  $t_{(62,52)}=-.78, n.s.$ ; 食物摂取コントロール:  $t_{(65)}=-1.62, n.s.$ ) (Table. 31)。

Table. 31 自己意識高低における BID・AEB 下位因子の  $t$  検定

因子名	公的自己意識		$t$ 値	$df$	私的自己意識		$t$ 値	$df$
	低群 ( $n=31$ )	高群 ( $n=32$ )			低群 ( $n=32$ )	高群 ( $n=35$ )		
第1因子: 全身のふくよかさ不満足感	32.19 $SD=6.66$	37.91 $SD=4.61$	-3.97**	61	36.00 $SD=6.12$	34.74 $SD=8.22$	.71	62.52
第2因子: 身体に関する他者評価不満足感	17.29 $SD=4.13$	22.06 $SD=5.32$	-3.99**	61	19.69 $SD=4.25$	20.97 $SD=6.96$	-.90	65
第3因子: 顔に関する不満足感	13.42 $SD=4.63$	15.38 $SD=4.07$	-1.78 <sup>+</sup>	59.58	13.88 $SD=4.58$	14.14 $SD=4.04$	-.25	62.13
第1因子: 食物摂取コントロール不能感	3.94 $SD=3.93$	9.75 $SD=9.75$	-4.46**	61	5.63 $SD=4.61$	7.83 $SD=7.29$	-1.49	58.06
第2因子: 不適応的食物排出行動	.45 $SD=1.15$	2.06 $SD=3.56$	-2.40*	61	.91 $SD=1.84$	1.43 $SD=3.48$	-.78	52.52
第3因子: 食物摂取コントロール	3.10 $SD=3.12$	5.94 $SD=3.96$	-3.17**	58.63	4.56 $SD=2.71$	6.46 $SD=6.07$	-1.67	65

\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ , <sup>+</sup> $p<.10$

## 4-2. 学生群・臨床群における自己意識

学生群・臨床群を独立変数，各自己意識得点を従属変数とした  $t$  検定を行った。その結果，公的自己意識および私的自己意識の両方で有意差が認められた（公的自己意識： $t_{(240)} = -5.33, p < .01$ ；私的自己意識： $t_{(240)} = -3.83, p < .01$ ）（Table. 32）。

Table. 32 学生群・臨床群における自己意識の  $t$  検定

	学生群 ( $n=215$ )	臨床群 ( $n=27$ )	$t$ 値	$df$
公的自己意識	55.04 $SD=12.07$	67.81 $SD=8.59$	-5.33**	240
私的自己意識	46.92 $SD=9.99$	54.70 $SD=9.66$	-3.83**	240

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

上記の結果をみると，公的自己意識・私的自己意識ともに学生群よりも臨床群の得点が高いことが明らかとなった。

## 4-3. 自己意識得点に対するクラスター分析

学生群および臨床群を対象としてそれぞれ自己意識得点に関してクラスター分析を行った。クラスター数2から7で検討を行った結果，クラスター数4が最適であると判断した。第1クラスターは公的自己意識および私的自己意識が平均値より低い者，第2クラスターは公的自己意識が平均値より高く，私的自己意識が平均値より低い者，第3クラスターは公的自己意識が平均値より低く，私的自己意識が平均値より高い者，第4クラスターは，公的自己意識・私的自己意識とも平均値より高い者であった。

以上の結果より，第1クラスターを「自己意識低群」，第2クラスターを「公的自己意識高群」，第3クラスターを「私的自己意識高群」，第4クラスターを「自己意識高群」と命名した。

## 4-4. 自己意識保有パターンと身体像不満足感との関連性

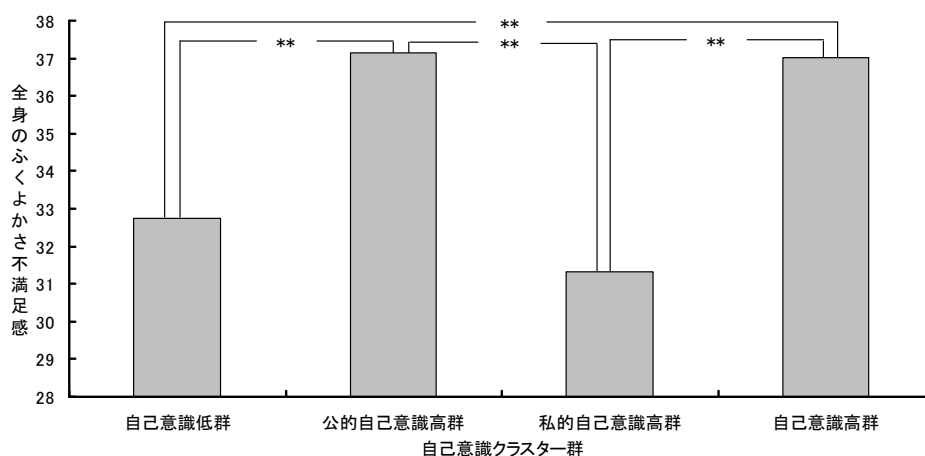
クラスター分析の結果明らかとなった自己意識保有パターンを独立変数，身体像不満足感測定尺度下位因子得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。その結果，学生群では身体像不満足感測定尺度全因子で群の主効果が有意であった（「全身のふくよかさ不満足感」： $F_{(3, 211)} = 9.78, p < .01$ ；「身体に関する他者評価不満足感」： $F_{(3, 211)} = 8.56, p < .01$ ；「顔に関する不満足感」： $F_{(3, 211)} = 3.09, p < .05$ ）（Table. 33）。

Table. 33 自己意識クラスター群における BID 下位因子の一要因分散分析 (学生群)

因子名	自己意識低群 (n=51)	公的自己意識高群 (n=42)	私的自己意識高群 (n=49)	自己意識高群 (n=73)	F
第1因子: 全身のふくよかさ不満足感	32.75 (SD=7.11)	37.14 (SD=5.41)	31.33 (SD=7.95)	37.01 (SD=6.74)	9.78** 自己意識低群<公的高群・自己意識高群 私的高群<公的高群・自己意識高群
第2因子: 身体に関する他者評価不満足感	18.31 (SD=4.00)	22.67 (SD=5.09)	18.47 (SD=5.45)	21.33 (SD=5.62)	8.56** 自己意識低群<公的高群・自己意識高群 私的高群<公的高群・自己意識高群
第3因子: 顔に関する不満足感	13.14 (SD=4.87)	14.29 (SD=4.32)	12.82 (SD=4.05)	14.97 (SD=4.25)	3.09* 私的高群<自己意識高群

\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ ,  $p<.10$

Tukey 法による多重比較の結果、全身のふくよかさ不満足感因子では「自己意識低群と公的自己意識高群」( $p<.01$ )、「自己意識低群と自己意識高群」( $p<.01$ )、「私的自己意識高群と自己意識高群」( $p<.01$ )、「私的自己意識高群と公的自己意識高群」( $p<.01$ )、身体に関する他者評価不満足感因子では「自己意識低群と公的自己意識高群」( $p<.01$ )、「自己意識低群と自己意識高群」( $p<.01$ )、「私的自己意識高群と自己意識高群」( $p<.05$ )、「私的自己意識高群と公的自己意識高群」( $p<.01$ )、顔に関する不満足感因子では「私的自己意識高群と自己意識高群」( $p<.05$ )の各間で有意差が認められた ( $p<.05$ ) (Figure. 18, Figure. 19, Figure. 20)。



\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ ,  $p<.10$

Table. 18 自己意識クラスター群における全身のふくよかさ不満足感 (学生群)

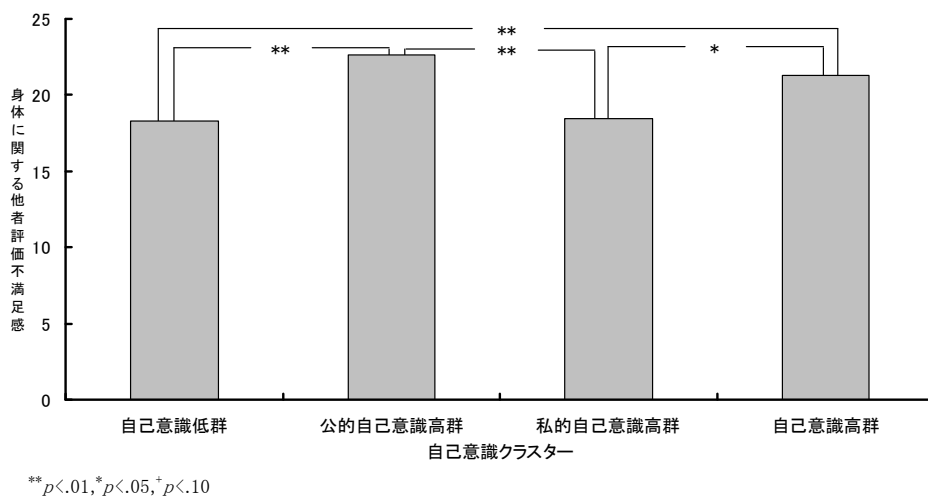


Table. 19 自己意識クラスター群における身体に関する他者評価不満足感 (学生群)

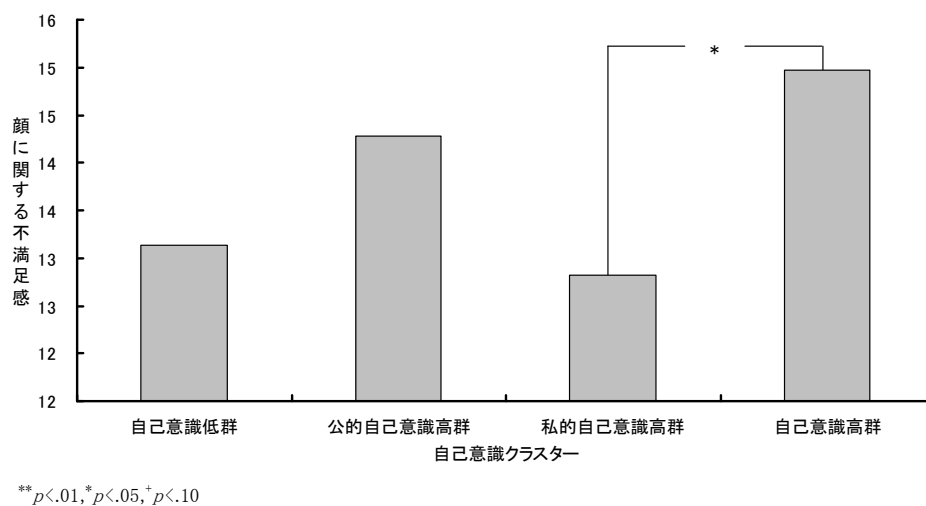


Table. 20 自己意識クラスター群における顔に関する不満足感 (学生群)

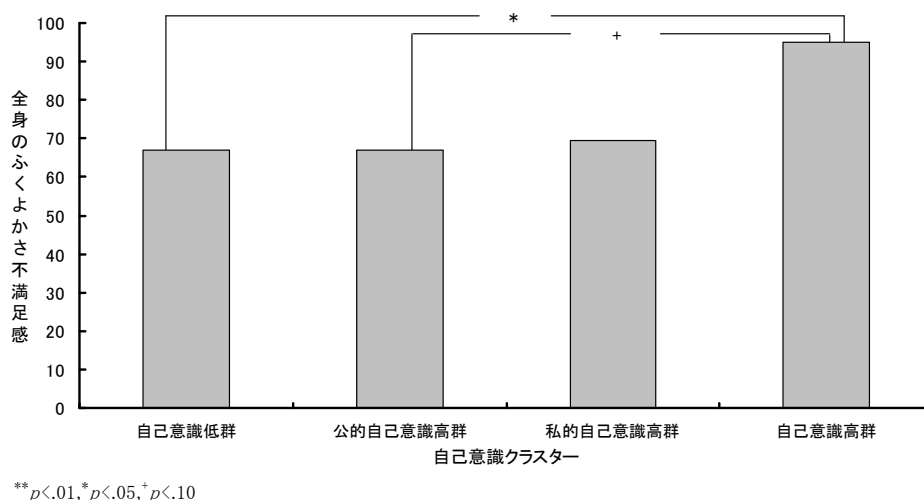
一方、臨床群では、全身のふくよかさ不満足感因子において群の主効果が有意であった。  
 (「全身のふくよかさ不満足感」： $F_{(3, 23)}=4.16, p < .05$ ) (Table. 34)。

Table. 34 自己意識クラスター群におけるBID下位因子の一要因分散分析 (臨床群)

因子名	自己意識低群 (n=5)	公的自己意識高群 (n=8)	私的自己意識高群 (n=4)	自己意識高群 (n=10)	F
第1因子: 全身のふくよかさ不満足感	69.60 (SD=16.40)	67.13 (SD=12.67)	67.00 (SD=16.06)	95.10 (SD=25.16)	4.16* 自己意識低群 < 自己意識高群 公的高群 < 自己意識高群
第2因子: 身体に関する他者評価不満足感	14.20 (SD=2.39)	17.38 (SD=5.04)	20.75 (SD=8.73)	21.40 (SD=7.58)	1.66 n.s.
第3因子: 顔に関する不満足感	14.40 (SD=2.30)	14.75 (SD=1.98)	14.25 (SD=2.99)	16.20 (SD=3.43)	.78 n.s.

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , † $p < .10$

Tukey 法による多重比較の結果, 「自己意識低群と自己意識高群」 ( $p < .05$ ), 「公的自己意識高群と自己意識高群」 ( $p < .10$ )との間でそれぞれ有意差が認められた (Figure. 21)。



\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

Table. 21 自己意識クラスター群における全身のふくよかさ不満足感 (臨床群)

4-5. 自己意識保有パターンと食行動異常との関連性

クラスター分析の結果明らかとなった自己意識保有パターンを独立変数, 食行動異常傾向測定尺度各下位因子得点を従属変数とした一要因分散分析を行った。

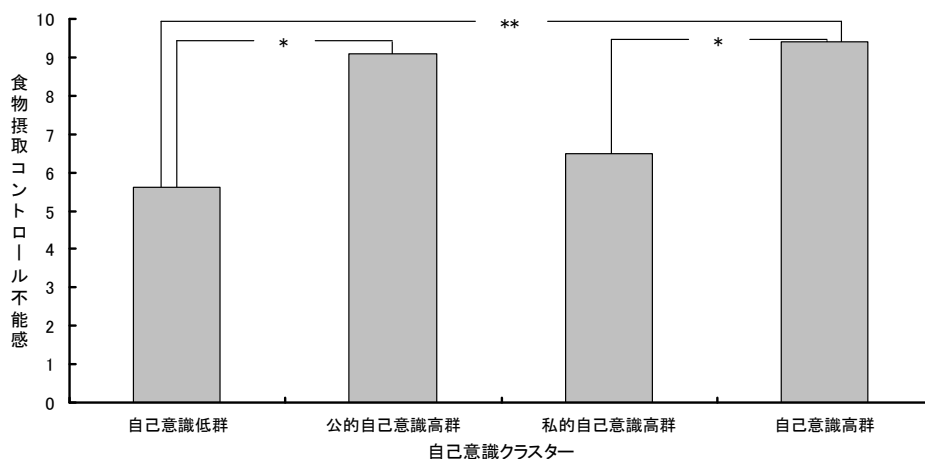
分析の結果, 学生群では「食物摂取コントロール不能感」および「食物摂取コントロール」因子において群の主効果が有意であった(「食物摂取コントロール不能感」 $F_{(3, 211)} = 5.33, p < .01$ ; 「食物摂取コントロール」 $F_{(3, 211)} = 5.95, p < .01$ ) (Table. 35)。

Table. 35 自己意識クラスター群における AEB 下位因子の一要因分散分析 (学生群)

因子名	自己意識低群 (n=51)	公的自己意識高群 (n=42)	私的自己意識高群 (n=49)	自己意識高群 (n=73)	F
第1因子: 食物摂取コントロール不能感	5.61 (SD=5.82)	9.10 (SD=5.76)	6.49 (SD=6.35)	9.41 (SD=6.23)	5.32** 自己意識低群<公的高群・自己意識高群 私的高群<自己意識高群
第2因子: 不適応的食物排出行動	1.00 (SD=2.03)	1.55 (SD=3.01)	1.10 (SD=2.12)	1.52 (SD=3.26)	.57 n.s.
第3因子: 食物摂取コントロール	4.49 (SD=3.34)	6.21 (SD=3.74)	4.49 (SD=4.60)	7.34 (SD=5.30)	5.95** 自己意識低群<自己意識高群 私的高群<自己意識高群

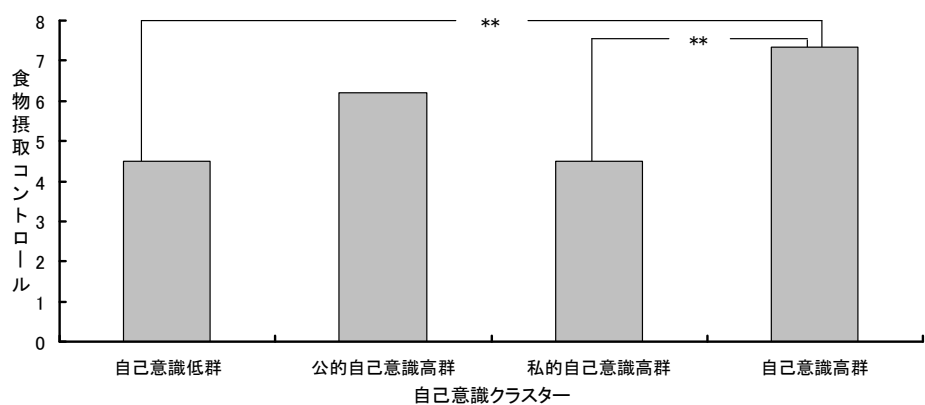
\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

Tukey 法による多重比較の結果, 食物摂取コントロール不能感因子では「自己意識低群と公的自己意識高群」 ( $p < .05$ ), 「自己意識低群と自己意識高群」 ( $p < .01$ ), 「私的自己意識高群と自己意識高群」 ( $p < .05$ )との各間でそれぞれ有意差が認められた (Figure. 22)。また, 食物摂取コントロール因子では「自己意識低群と自己意識高群」 ( $p < .01$ ), 「私的自己意識低群と自己意識高群」 ( $p < .01$ )との間で有意差が認められた (Figure. 23)。



\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

Figure. 22 自己意識クラスター群における食物摂取コントロール不能感 (学生群)



\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

Table. 23 自己意識クラスター群における食物摂取コントロール (学生群)

一方、臨床群では、「食物摂取コントロール不能感」因子において群の主効果が有意であった（「食物摂取コントロール不能感」 $F_{(3, 23)}=3.68, p < .05$ ）(Table. 36)。

Table. 36 自己意識クラスター群におけるAEB下位因子の一要因分散分析 (臨床群)

因子名	自己意識低群 (n=5)	公的自己意識高群 (n=8)	私的自己意識高群 (n=4)	自己意識高群 (n=10)	F
第1因子: 食物摂取コントロール不能感	19.8 (SD=14.36)	21.00 (SD=8.57)	18.50 (SD=10.85)	33.60 (SD=9.14)	3.68* 自己意識高群 > 自己意識低群・公的高群・私的高群
第2因子: 不適応的食物排出行動	9.40 (SD=9.15)	6.00 (SD=4.41)	6.50 (SD=6.03)	12.20 (SD=8.72)	.33 n.s.
第3因子: 食物摂取コントロール	14.80 (SD=9.71)	10.25 (SD=6.76)	9.25 (SD=9.98)	15.50 (SD=7.47)	1.00 n.s.

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$



Tukey 法による多重比較の結果、「自己意識低群と自己意識高群」( $p < .10$ ), 「公的自己意識高群と自己意識高群」( $p < .10$ ), 「私的自己意識高群と自己意識高群」( $p < .10$ )との各間でそれぞれ有意差が認められた (Figure. 24)。

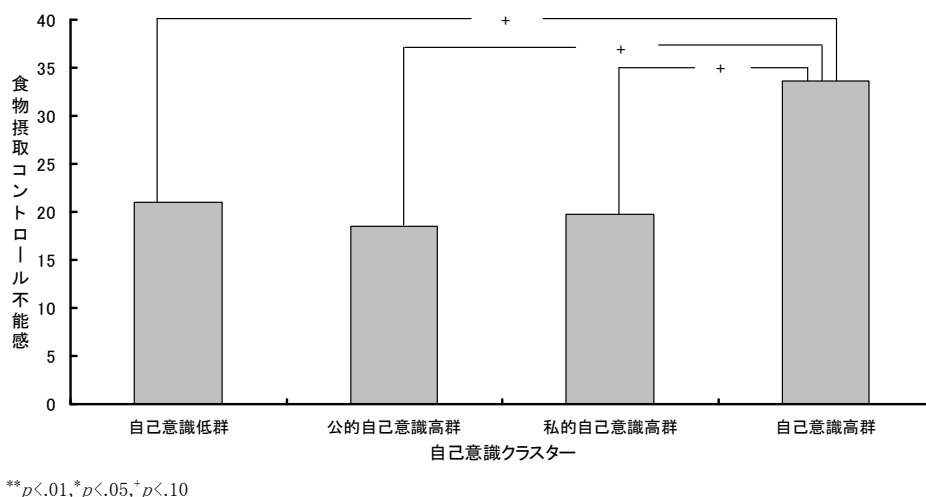


Table. 24 自己意識クラスター群における食物摂取コントロール不能感 臨床群

#### 4-6. 食行動異常発現過程の検討

4-5. までの結果を検討すると、学生群では BID や AEB には公的自己意識が関連性を持ち、臨床群では公的自己意識に加えて私的自己意識が関連性を持つことが推測される。ED の連続性仮説に基づき考えると、学生群と臨床群の相違を検討することは AEB・ED 予防に示唆を与える可能性が高い。

臨床群の特徴をみると、公的自己意識と合わせて私的自己意識を高く保有することにより、全身のふくよかさ不満足感を強く持つことが推測される。第6章とこの結果を合わせて検討すると、公的自己意識と合わせて私的自己意識を高く保有することで全身のふくよかさ不満足感を強く持ち、その結果として食物摂取コントロール不能感を強くすることが推測される。

全身のふくよかさ不満足感が食物に関する不満足感に影響を与えることは学生群と臨床群で相違のないものであった。したがって、学生群において ED の臨床的特徴と類似するような、全身のふくよかさ不満足感や食物摂取コントロール不能感が強くなる過程には、公的自己意識と合わせて私的自己意識が影響を与えていることが推測される。

すなわち、外見や振る舞いに対して過剰な注意を向けている状態と合わせて自己の内面に過剰に注意を向けることで、身体に対する自己評価が否定的になり、ED 臨床症状のひとつであり、食物摂取をコントロールすることが困難な状態や食物にふりまわされてしまうなどといった Binge-eating と類似するような状態を呈することが推測される (Figure. 25)。

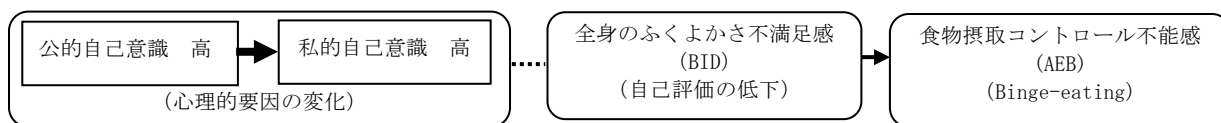


Figure. 25 AEB 発現過程の予測

Figure. 25 を検証するため、共分散構造分析におけるパス解析を行なった。学生群と臨床群でそれぞれ検討した結果、学生群では公的自己意識から私的自己意識へのパス係数は.33( $p < .01$ )、公的自己意識から全身のふくよかさ不満足感へのパス係数は-.07(*n. s.*)、公的自己意識から全身のふくよかさ不満足感へのパス係数は.29( $p < .01$ )、全身のふくよかさ不満足感から食物摂取コントロール不能感へのパス係数は.33( $p < .01$ )であった。また、モデルの適合度を確認したところ、GFI が.97、AGFI が.87、RMSEA が.15 であることが確認された (Figure. 26)

一方、臨床群では公的自己意識から私的自己意識へのパス係数は.41( $p < .05$ )、私的自己意識から全身のふくよかさ不満足感へのパス係数は.48( $p < .01$ )、公的自己意識から全身のふくよかさ不満足感へのパス係数は.26(*n. s.*)、全身のふくよかさ不満足感から食物摂取コントロール不能感へのパス係数は.77( $p < .01$ )であった。また、モデルの適合度を確認したところ、GFI が.99、AGFI が.98、RMSEA が.00 であることが確認された (Figure. 27)。

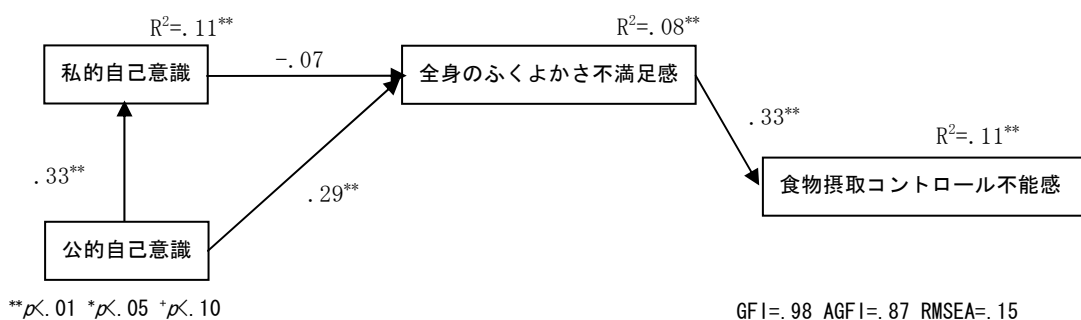


Figure. 26 パス解析 (学生群)

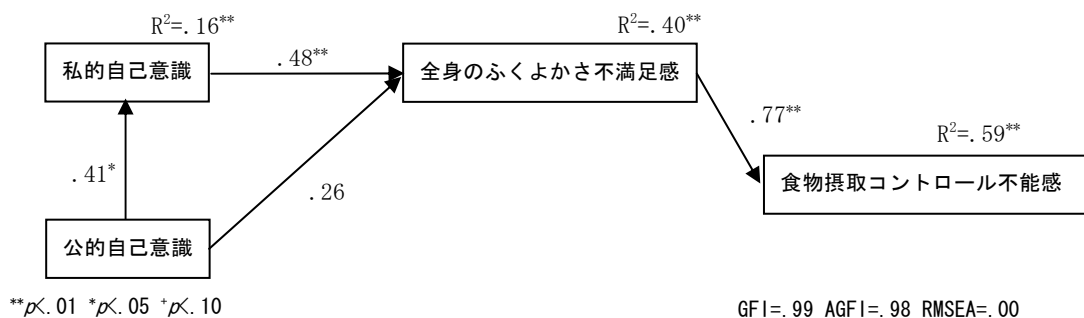


Figure. 27 パス解析 (臨床群)

## 5. 考察

本章では、BID, AEB 傾向が強い者に特有と考えられる心理的要因を検討するために自己意識の観点から検討を行った。

自己意識は自己の外見や振る舞いへの意識傾向である公的自己意識と、自己の内的感情に対する意識傾向である私的自己意識の2つから成り立つ意識である。これまでの BID, AEB・ED 研究において自己意識を扱ったものでは、特に公的自己意識に関する検討が多く、私的自己意識に対する見解を述べた研究は少ない。しかし、公的自己意識も私的自己意識も単独で存在するものではなく切り離して検討することは出来ない。また、自己意識の観点から BID や AEB・ED を検討する研究は本邦において数少ない。したがって、本邦において公的自己意識・私的自己意識の両面から検討を行うことは、BID や AEB・ED 研究として新たな知見を与える可能性がある。

本章では、まず、学生群の自己意識と BID・AEB がどのような関連性にあるか検討した。その結果、身体像不満足感測定尺度および食行動異常傾向測定尺度で測定される BID および AEB は公的自己意識が高い場合に得点が高くなることが認められた。公的自己意識と BID および AEB との関連性は先行研究を示唆するものであり、自己の外見や振る舞いに注意を向ける傾向が高い場合、BID を強く有し AEB 傾向も強くなることが考えられる。

次に、学生群と臨床群との間で、自己意識得点に差が認められるか否かを検討した。その結果、臨床群の公的自己意識得点、私的自己意識得点がともに学生群よりも高いことが明らかとなった。したがって、BID や AEB 傾向が強い者の場合、公的自己意識や私的自己意識を高く保有する可能性が推測され、自己意識保有傾向が BID や AEB の関連要因となる可能性が考えられた。

公的自己意識、私的自己意識は保有程度の違いこそあれ、単独で持たれる意識ではなく、これまでの結果だけで、自己意識と BID, AEB との関連性を結論付けることは出来ない。したがって、ここで自己意識保有パターンを検討した。その結果、公的自己意識および私的自己意識の両者が高い「自己意識高群」、公的自己意識が特に高い「公的自己意識高群」、私的自己意識が特に高い「私的自己意識高群」、公的自己意識および私的自己意識が特に高い「自己意識高群」の4パターンに分類された。この4つの自己意識保有パターンごとに BID, AEB について学生群および臨床群に対してそれぞれ検討を行うことで、自己意識と BID, AEB との関連性を検討した。

BID および AEB と自己意識保有パターンとの関連性を検討したところ、学生群では公的自己意識・私的自己意識の両自己意識が低い者と比較して、両者が高い者や公的自己意識が高い者では、全般的な BID や食物摂取コントロール不能感が強い可能性が推測された。一方、臨床群では、両自己意識が低い者と比較して両者が高い者、公的自己意識が高い者と比較して両自己意識が高い者で全身のふくよかさ不満足感や食物摂取コントロール不能感が強い可能性が示唆された。

以上の結果を第6章の結果と合わせて検討すると、公的自己意識と合わせて、特に私的

自己意識が高い者で、身体への“自己評価”に否定的感情を持ち、この結果、ED 臨床症状のひとつである Binge-eating に類似するような食物摂取をコントロールすることが困難な状態や食物にふりまわされてしまうといった感覚を導いている可能性が推測される。女子大学生や女子専門学校生がより強い AEB を呈することには、公的自己意識のみならず私的自己意識が影響を与えていることが予測出来る。

以上の結果はこれまでに検討した各関連性を総合的に検討したものである。したがって、「公的自己意識が高い状態で私的自己意識が高い場合、全身のふくよかさ不満足感が強くなり、その結果、食物摂取コントロール不能感を強くする」(Figure. 25)と想定した上でパス解析を行い検証した。その結果、Figure. 25 に関して、臨床群の場合、公的自己意識は私的自己意識を介在要因として全身のふくよかさ不満足感に影響を及ぼし、全身のふくよかさ不満足感が食物に関する不満足感に影響を及ぼしている可能性が推測され、Figure. 29 で想定した過程が証明された。また学生群の場合、私的自己意識は介在せず、公的自己意識が直接全身のふくよかさ不満足感に影響を及ぼしている可能性が推測された。しかし説明率は低かった。

以上の結果から、公的自己意識は私的自己意識を介在要因として、より病的な ED の特徴と類似する全身のふくよかさ不満足感や食物摂取コントロール不能感などを導く要因となる可能性が推測出来、上述の予測を支持するものである。この結果からみると、他者との関係の中で自己の外見や振る舞いに注意を向けることに加え、自己の内的な感情に注意を向けることで、身体への“自己評価に対する否定的感情”を強くし、身体への“自己評価に対する強い否定的感情”が Binge-eating に類似する状態を強くするといったことが推測できる。

したがって、過度の BID や AEB の予防的援助や心理教育を行う際、公的自己意識と私的自己意識の両者が過剰である者の場合、過剰な意識を低減させるとともにバランスを整える支援が有効であると考えられる。また、特に私的自己意識に対して有効な支援を行うことで、現代の女子大学生や女子専門学校生で増加傾向にある Binge-eating などを予防することも可能であることが推測される。

以上のように、ED 臨床群に特異的な特徴を見出すことは、AEB・ED 予防に対して重要な示唆を与える。また BID や AEB・ED に関する自己意識研究において私的自己意識が AEB 傾向に影響を与えるという結果は新しい知見であり、AEB 予防に関しても有用な情報である。

第8章ではこれまでの結果を受けて、自己意識理論を用いた体系的な心理教育を導入することで効果検討を行う。

## 第8章 自己意識理論を用いた心理教育とその効果の検討（研究7）

### 1. はじめに

AEB・EDの好発年齢は10代後半から20代前半であり、この年齢にあたる女子大学生や女子専門学校生では、BIDやAEBの問題を有する者が多いことはこれまでの検討でも明らかである。したがって、大学や専門学校などにおける学校精神保健においてAEBやEDの予防的関わりを持つことが出来る可能性は高い。

学校精神保健では、学校に在籍する学生特有の疾病周辺にある諸問題を予防するための援助を行うことが目的となることから、各種問題を適確に測定・査定することや、予防の一端を担う心理教育を行う必要がある。

第6章および第7章における検討では、学生のBIDやAEBを考える上で、公的自己意識と合わせて私的自己意識保有傾向について支援を行う必要性が示唆された。

したがって、自己意識に関わる心理教育を実施することで、自己意識のバランスを整え、特に私的自己意識を高く保有している場合、私的自己意識を低減させる関わりを持つことで、全身のふくよかさ不満足感を低減させ、ED臨床症状に類似するような食物摂取コントロール不能感を低減させ得る可能性が考えられる。

### 2. 目的

女子専門学校生を対象として、自己意識に関する心理教育を実施することで、実施前・後の短期的効果および実施後2週間後における効果の持続を検討することを目的とする。

### 3. 対象

心理教育は2006年9月栃木県の医療福祉系専門学校で行なった。対象者は女子学生20名（平均年齢 $18.70 \pm .56$ 歳）であった。臨床心理学の授業時間内に行った。実施校には予め了承を得ており、学生には実施内容を詳細に説明するとともに同意を得た上で行なった。また、対象学生の内、実施内容に関して否定的である者はおらず、全員参加希望の意を示している。

対象者の自己意識保有傾向を判断するために、調査A・調査C・調査D・調査E・調査Fにおける公的自己意識平均得点55点以上であった者を公的自己意識高群、私的自己意識平均得点47点以上であった者を私的自己意識高群とした。

以上の分類にしたがい対象者を分類した結果、6名（平均年齢 $18.83 \pm .69$ 歳）が公的自己意識高群、8名（平均年齢 $18.75 \pm .43$ 歳）が私的自己意識高群に分類された。心理教育は分類された群ごとに行った。

## 4. 方法

## 4-1. 手続き

手続きは、①介入前に身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度、自己意識尺度への回答（20分）、②自己意識やAEB、EDに関する基礎的情報の提示（30分）、③ペアごとでロールプレイ（20分）、④①と同様の尺度への回答（20分）、⑤振り返り（10分）であった。また、心理教育実施後2週間の後に、①と同様の尺度への回答を求めた。詳細をFigure. 28へ示す。

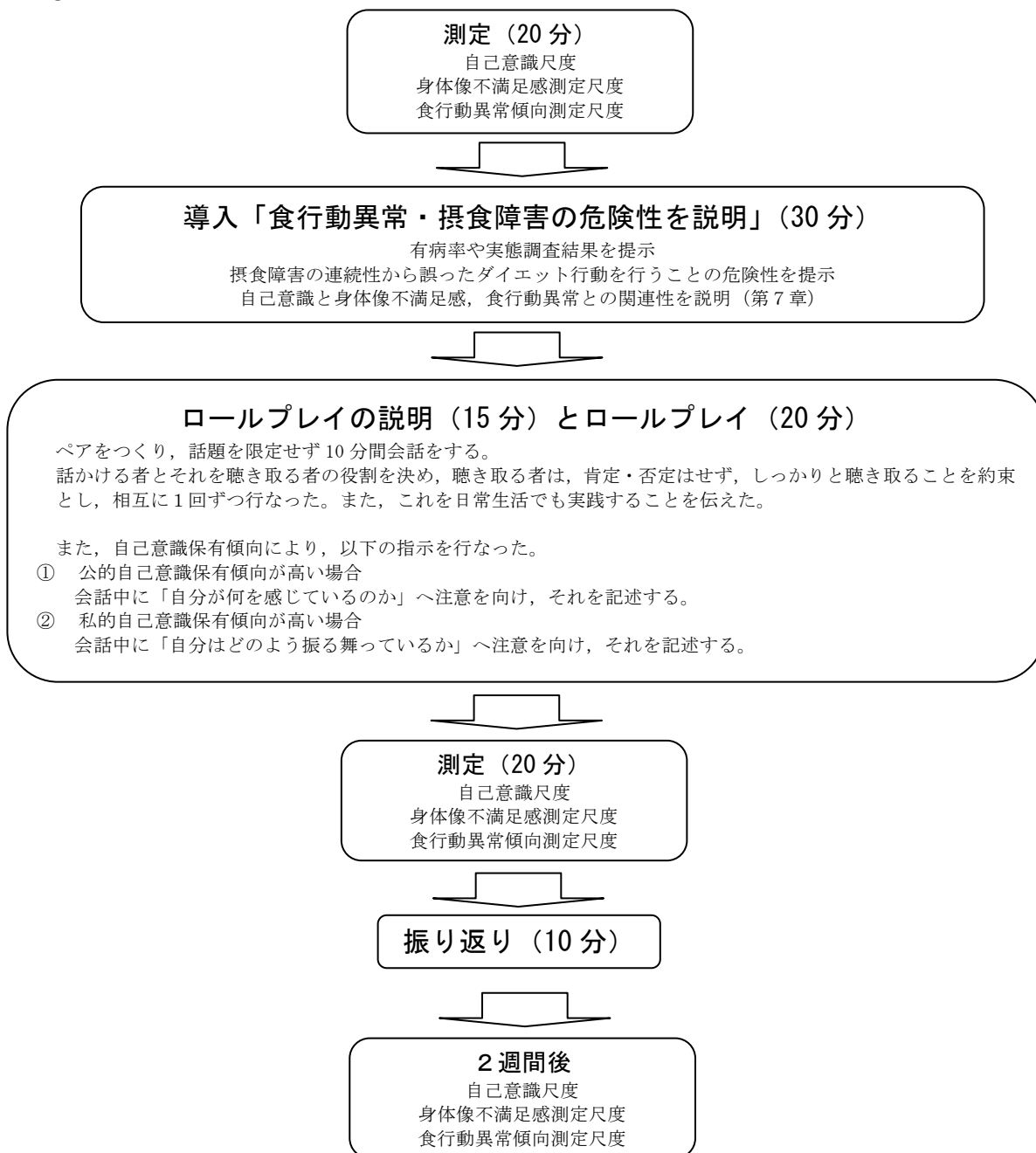


Figure. 28 心理教育の手続き

#### 4-2. 調査項目

心理教育実施前に、基礎事項（年齢・身長・体重）、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度に対して回答を求めた。また、実施後および実施後2週間の後に自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度に対して回答を求めた。

なお、回答に際し、十分な説明を行い、同意を得た。また、本研究に使用することに関しても同意を得た。

### 5. 心理教育実施前・後の効果検討

#### 5-1. 実施前・後における自己意識の変化

心理教育を実施する前後で、各自己意識にどのような変化が認められるか検討するため、公的自己意識高群に対して、実施前・後および実施後2週間における自己意識得点について対応のある一要因分散分析を行った。

また、私的自己意識高群に対しても同様に、実施前・後および実施後2週間における私的自己意識自己意識得点について対応のある一要因分散分析を行った。

#### 5-2. 自己意識の変化と全身のふくよかさ不満足感の変化

第7章までの結果に基づき、私的自己意識を低くするような心理教育を実施する前後で、全身のふくよかさ不満足感にどのような変化が生じるか検討するため、実施後に私的自己意識得点が低下した群および低下しなかった群を独立変数、実施後の全身のふくよかさ不満足感得点を従属変数、実施前の全身のふくよかさ不満足感得点を共変量とした共分散分析を行なった。なお、心理教育前後で私的自己意識得点が低下した者は全体の内9名（平均年齢 18.67 歳±.67 歳）、低下しなかった者は全体の内11名（平均年齢 18.73 歳±.45 歳）であった。

また、心理教育実施後に、私的自己意識が低下し全身のふくよかさ不満足感が低減する者の場合、実施後の私的自己意識得点および全身のふくよかさ不満足感得点と実施後2週間における私的自己意識得点および全身のふくよかさ不満足感に差異が認められるか否か検討するため、心理教育実施後に私的自己意識得点および全身のふくよかさ不満足感得点が低下した者7名（平均年齢 18.71 歳±.45 歳）を対象として、実施後および実施後2週間における私的自己意識得点と全身のふくよかさ不満足感得点について対応のある  $t$  検定を行った。

#### 5-3. 全身のふくよかさ不満足感の変化と食物摂取コントロール不能感の変化

心理教育を行った前後において、私的自己意識が低下し全身のふくよかさ不満足感が低減する者の場合、食物摂取コントロール不能感がどのように変化するか検討するため、私的自己意識得点および全身のふくよかさ不満足感得点が低下した者7名（平均年齢 18.71

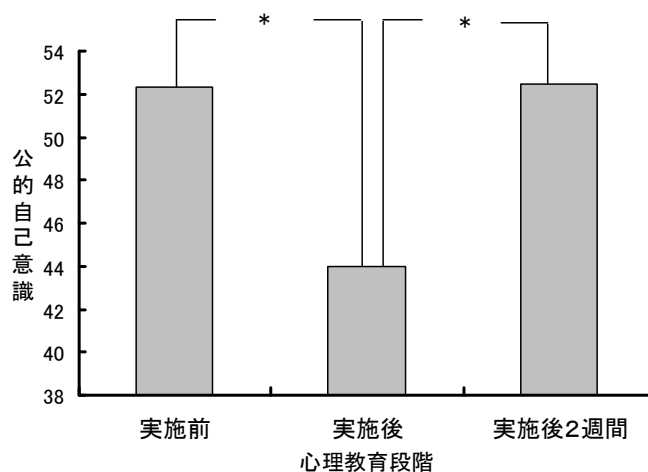
歳±.45 歳) を対象として、実施前・後および実施後2週間における食物摂取コントロール不能感得点について対応のある一要因分散分析を行った。

## 6. 結果

### 6-1. 心理教育実施前・後の各自己意識の変化

公的自己意識高群に対して心理教育実施前・実施後・実施後2週間の公的自己意識得点における対応のある一要因分散分析を行った。その結果、時期の主効果が有意であった ( $F_{(2,10)}=12.74, p<.01$ )。多重比較の結果、実施前と実施後 ( $p<.05$ ) および実施後と実施後2週間の公的自己意識得点 ( $p<.05$ ) で有意差が認められた (Figure. 29)。

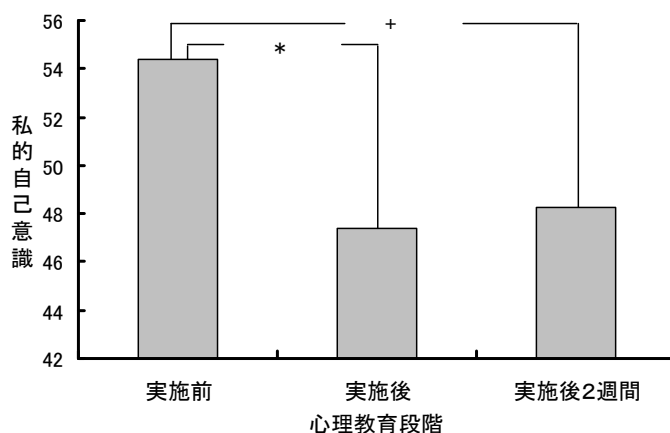
また私的自己意識高群に対して心理教育実施前・実施後・実施後2週間の私的自己意識得点における対応のある一要因分散分析を行った。その結果、時期の主効果が有意であった ( $F_{(2,14)}=4.49, p<.05$ )。多重比較の結果、実施前と実施後の私的自己意識得点で有意差 ( $p<.05$ )、実施前と実施後2週間の私的自己意識得点で有意傾向にあることが認められた ( $p<.10$ ) (Figure. 30)。



\*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ , + $p<.10$

Figure. 29 心理教育実施前・後における公的自己意識得点の変化 (公的自己意識高群)





\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

Figure. 30 心理教育実施前・後における私的自己意識得点の変化（私的自己意識高群）

6-2. 自己意識の変化と全身のふくよかさ不満足感の変化

心理教育実施前・後で私的自己意識得点が低下した群および低下しなかった群を独立変数，実施後の全身のふくよかさ不満足感得点を従属変数，実施前の全身のふくよかさ不満足感得点を共変量とした共分散分析を行なった。その結果，全身のふくよかさ不満足感得点で有意傾向にあることが認められた ( $F_{(2,8)}=3.73, p < .10$ ) (Table. 37)。

Table. 37 心理教育に実施により私的自己意識が低下する者の全身のふくよかさ不満足感

因子名	私的自己意識変化なし群 (n=9)	私的自己意識低下群 (n=11)	F
全身のふくよかさ不満足感	35.89 (SD=4.60)	33.82 (SD=7.97)	3.73 <sup>+</sup>

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

次に，心理教育実施後，私的自己意識および全身のふくよかさ不満足感得点の両者が低下した者を対象として，実施後と実施後2週間の私的自己意識得点および全身のふくよかさ不満足感得点について，対応のある  $t$  検定を行った。その結果，私的自己意識得点および全身のふくよかさ不満足感得点について有意差は認められなかった（私的自己意識得点： $t_{(6)}=-1.10, n. s.$ ；全身のふくよかさ不満足感得点： $t_{(6)}=-1.34, n. s.$ ）(Table. 38)。

Table. 38 心理教育実施後2週間における得点変化

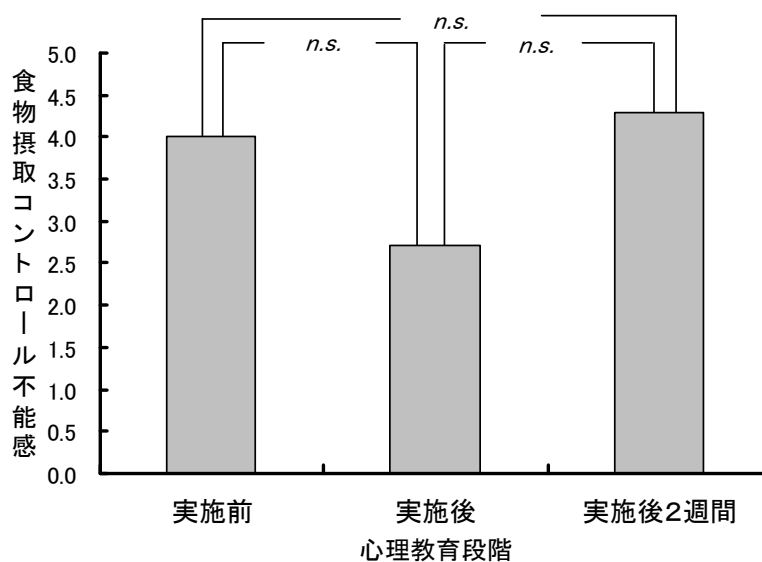
	実施後	実施後2週間	<i>t</i> 値	<i>df</i>
私的自己意識	40.14 <i>SD</i> =8.09	41.86 <i>SD</i> =6.77	-1.10	6
全身のふくよかさ不満足感	34.00 <i>SD</i> =10.21	35.43 <i>SD</i> =9.43	-1.34	6

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

### 6-3. 全身のふくよかさ不満足感の変化と食物摂取コントロール不能感の変化

心理教育実施後、私的自己意識得点および全身のふくよかさ不満足感得点の両者が低下する者を対象として、実施前・実施後・実施後2週間の食物摂取コントロール不能感得点について対応のある一要因分散分析を行った。その結果、時期の主効果に有意差は認められなかった ( $F_{(2,12)}=1.79, n.s.$ ) (Figure. 31)。

また、心理教育実施前・後のみで検討するため、実施前と実施後の全身のふくよかさ不満足感得点について対応のある *t* 検定を行ったところ、有意差が認められた ( $t_{(6)}=2.47, p < .05$ ) (Figure. 32)。

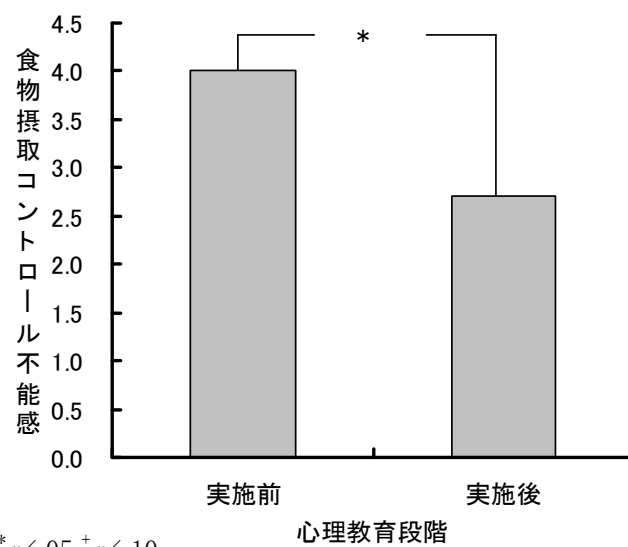


\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

Figure. 31 心理教育実施前・後および実施後2週間における

食物摂取コントロール不能感の変化

(私的自己意識・全身のふくよかさ不満足感低減者対象)



\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

Figure. 32 心理教育実施前・後における食物摂取コントロール不能感の変化  
(私的自己意識・全身のふくよかさ不満足感低減者対象)

## 7. 考察

本章では、「自己意識を過剰に保有している場合、特に私的自己意識が全身のふくよかさ不満足感や食物摂取コントロール不能感に影響を及ぼす」といった前章までの結果に基づき、自己意識理論の観点から、女子専門学校生を対象に心理教育を実施し、その効果検討を行った。

心理教育では、まず基礎事項、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度への回答を求めた。次に、AEBやEDの現状や危険性を示した後、自己意識理論を説明した上で、自己意識保有傾向がBIDやAEB・EDに影響を与えることを示した。また自己意識理論を充分理解した上で、ロールプレイの段階では、過剰である自己意識を低減させるような方法により他者と対話し、それを記述することを求めた。その後、自己意識尺度、身体像不満足感測定尺度、食行動異常傾向測定尺度への回答を求め、2週間の間隔を空けて、同一対象者へ同様の尺度に対する回答を求めた。

心理教育実施前・後および2週間後の各自己意識得点で比較を行った結果、公的自己意識が過剰な者では、心理教育を行うことで、公的自己意識が低くなる可能性が示されたが、実施後2週間では、実施後の得点と差は認められず、公的自己意識に関しては、心理教育実施直後の効果は認められるものの、効果の持続は期待出来ない可能性が推測された。一方、私的自己意識が過剰な者では、心理教育を行うことで、私的自己意識が低くなるとともに、2週間後もその効果が持続される可能性が推測された。

したがって、本研究で検討した心理教育を実施することにより、短期的には、過剰な公的自己意識を低減させる効果が認められるが、実施後2週間における効果は認められない可能性が推測され、継続的な検討が望まれる。

また、これまでの検討で問題とされた私的自己意識に関しては、心理教育を実施することにより実施直後および実施後2週間の低減効果が望めることから、有益であることが考えられる。いずれにしても、心理教育実施後に自己意識の変容が認められることから、その後の自己意識保有傾向の調整にも期待が持てる。

心理教育を実施することによって、私的自己意識が低下する者の場合、全身のふくよかさ不満足感も低減することが明らかとなった。この結果は、第7章までの結果と一致するものであるとともに、全身のふくよかさ不満足感を強く持つ者に対して、今回実施した心理教育を用いて過剰な私的自己意識に関わりを持つことで、強い全身のふくよかさ不満足感が低減される可能性が推測される。

また、心理教育実施後に、私的自己意識および全身のふくよかさ不満足感が低減した者では、実施後と実施後2週間の私的自己意識および全身のふくよかさ不満足感に差が認められないことから、はじめ私的自己意識が過剰であり全身のふくよかさ不満足感を強く持つ者が心理教育を経て過剰であった私的自己意識が低減し、全身のふくよかさ不満足感を弱くする場合、その後の効果が持続される可能性が推測される。

加えて、第7章までの結果では、全身のふくよかさ不満足感が食物摂取コントロール不

能感と関連性を有することが明らかとされている。したがって、心理教育によって私的自己意識および全身のふくよかさ不満足感が低減した者を対象として、食物摂取コントロール不能感の変化を確認した。すなわち、はじめ過剰であった私的自己意識と全身のふくよかさ不満足感が心理教育によって低減した者では、食物摂取コントロール不能感にどのような変化がみられるかといった検討である。

心理教育前後および実施後2週間の変化を合わせて検討すると、各得点に有意差は認められなかった。しかし、実施前・後のみで検討したところ、食物摂取コントロール不能感が低減する可能性が推測された。したがって、心理教育によって、過剰であった私的自己意識や全身のふくよかさ不満足感が低減する者の場合、短期的には食物摂取コントロール不能感が低減する可能性が推測される。

以上の結果から、私的自己意識に関しては、心理教育を実施することで、実施後2週間では低減効果が持続し、過剰である私的自己意識が低減する者の場合、全身のふくよかさ不満足感も併せて低減し、その効果は持続する可能性が推測された。一方で、公的自己意識や食物摂取コントロール不能感については、心理教育実施後の効果は認められたものの、実施後2週間では、実施前の状態と相違のない状態へと変容していた。したがって、心理教育によって公的自己意識や食物摂取コントロール不能感に与える影響は短期的なものであるか、もしくはロールプレイなどによるリラクセーション効果である可能性も推測される。また、今回の検討は、探索的な実践的研究であるため、統制群を設定した検討などを行っていない。今後、より精緻化した上で継続的な検討が必要である。

本研究で検討された体系的な心理教育的アプローチにより自己意識に関わりを持つことは、長期的効果が望めるか否かといった検討の余地は残るものの、女子大学生や女子専門学校生で問題とされる BID や AEB を支援する上で少なからず有効であることがわかる。対人場面におけるロールプレイを導入し、対人関係の中で自己への意識傾向を知り、調整するといった過程が正当な自己身体認知を導き、こうしたことが、食行動の改善をもたらす可能性が充分推測される。

今回、十分な理論教育を行なった後、対象者が慣れ親しんだ対人場面をロールプレイによって再現することによって、自己意識の変容を目指した。慣れ親しんだ場面による体験型学習であるため、BID や AEB・ED に関する危険性をそのまま提示するよりも侵襲性が低く、学生が“楽しく”実施することが出来るプログラムである。そして、こうしたロールプレイによって自身の意識傾向を確かめ、その意識傾向を修正するといった手続きは困難なものではなく、日常生活で継続して行える可能性も期待出来る。また、施行時間も短いため、複数回施行することによる効果も期待出来るだろう。

本研究で検討した自己意識に関する体系的な心理教育プログラムを学校精神保健の場で適用する試みは今までにない。しかし、こうした短期間で実施することが可能である心理教育を学校精神保健の場で適用することは、AEB・ED 予防には欠かせないものである。

## 第9章 総合考察

### 1. はじめに

近年、女子大学生や女子専門学校生を対象とした調査によると、EDの罹患者数は増加し、EDの特徴に類似する行動的・心理的な問題を抱えるAEB傾向が強い者も増加していることが報告されている（中井，2000など）。こうした中、AEBやEDに関する先行研究を概観すると、EDの好発年齢が思春期・青年期であることや、痩せを賞賛する社会文化的影響を受けることによりBIDが生じ、BIDを低減させるための行動としてダイエット行動などを行い、ダイエット行動が過度になることでAEB傾向が強くなり、AEBが持続されることで、EDへ進展するといったAEBとEDとの連続性が示唆されている（Mintz & Betz, 1988; Petrie, 1993）。したがって、ED好発年齢にあたる女子大学生や女子専門学校生を対象とし、学校精神保健においてAEBやEDに関する予防的関わりを持つことは急務である。

学校精神保健が担う役割は第一次予防である。そして、『摂食障害の診断と治療ガイドライン2005』（摂食障害の治療ガイドライン作成とその実証的研究班）（石川他，2005）によれば、学校精神保健におけるAEB・ED予防では、“早期発見のために適確な測定・査定を行うこと”や“知識を教示することなど、体系的な心理教育を実践すること”の重要性が挙げられている。本論文では女子大学生および女子専門学校生を対象として、学校精神保健における予防の目的を達成するための検討を行うことを目的とした。

### 2. 本論文における問題と目的

これまで、AEBやEDに関する研究は数多く行われ、さまざまな示唆が与えられている。AEBやEDを発現・発症させる要因に関する検討では、痩せを賞賛するような社会文化的な影響を受けるBIDがAEBやEDに関連・影響性を有することが示唆され、共通の見解となっている。

以上のように、BIDがAEB・EDの関連要因となっていることをみると、学校精神保健における目的でもある“適確な測定・査定”では、BIDを適確に測定する必要があると考えられる。これまで、BIDを測定し得る信頼性・妥当性を兼ね備えた測定尺度は多数開発されているが、EDの臨床的知見より身体の下半身のふくよかさがAEB・EDに関連性を有することが指摘されていることから、下半身のふくよかさに対する意識を測定することに特化した尺度が多い。一方で、身体部位のふくよかさ不満足感や身体に関する他者評価への不満足感などがAEBやEDに関連性を有することも指摘され（APA, 1994）、AEB・EDに関わるBIDの検討を行う際、BIDについて下半身のふくよかさへの不満足感のみを測定することは問題であり、BIDを多面的に検討する必要も考えられ、測定尺度に関してもより多面的かつ詳細に測定し得る尺度の開発が求められる。

また、EDの連続性仮説からみても、AEB・ED予防のために、AEB傾向やEDの測定・査定を適確に行う必要があることが推測される。こうした観点からBID同様、AEB傾向やEDを

測定・査定し得る信頼性・妥当性を兼ね備えた尺度が開発されている。既存尺度はED臨床群を対象として開発され、学校精神保健においても利用されているが、問題もある。AEBや「EDは時代の病気」(Treasure, 2003)とも呼ばれるように、社会文化的な影響を多大に受ける。しかし、有用とされるAEB傾向やEDを測定・査定する尺度の開発は非常に古く、現代社会におけるAEBやEDの様相を適確に捉え得るか否かに疑問が残る。また、こうした尺度を開発する際、その対象者がED臨床群であるが故、学校精神保健において学生対象に測定・査定する場合にそのまま適用することが有用であるか否かについても疑問が残り、時代的背景を反映した学生対象に適用出来るAEB傾向やEDの測定・査定尺度の開発が望まれる。

一方、尺度の問題が残存する場合、その問題点を改善した尺度の開発が望まれるとともに、新たな尺度を用いて、改めてBIDとAEB・EDなどとの関連性の検討を行う必要もある。

以上のように、BIDがAEB傾向やEDに関連性があることが示唆されているが、痩せを賞賛するような社会文化的影響を受ける者が全てAEBやEDを呈するとは限らず、先行研究では、摂食量の減少と痩せを直接引き起こすのは社会文化的な影響を受け生じる自発的な痩せ願望やストレスであり、強い痩せ願望を持つに至る心理的要因として、人格的な脆弱性があることや、個人差によりAEBやEDが発現・発症するか否かが決定されることなどが示唆されている(早野, 2002など)。こうした中、社会文化的影響を受け、AEBやEDを呈する過程で影響を与える心理的要因として自己意識が取り上げられ検討が進められている。

自己意識は日常生活における意識傾向であり、自己の外見や振る舞いに対する意識傾向である公的自己意識と自己の内的な感情などに対する意識傾向である私的自己意識に大別され(Buss, 1980; Fenigstein et al., 1975), 特に公的自己意識とBIDやAEB・EDとの関連性が指摘されており(Akan & Grilo, 1995; Blanchard & Frost, 1983; Grilo et al., 1994; Heatherton et al., 1993; Striegel-Moore et al., 1993), AEBやEDを詳細に検討する際には欠かせない概念である。しかしながら、これまでに行われたAEBやEDに関する自己意識研究は主として米国で行われ、本邦における検討は数少ないことや、公的自己意識の観点からの検討を行う研究が多く、私的自己意識に言及した研究が少ないなどといった問題点が挙げられる。

このように、AEBやEDを詳細に検討する上で欠かせない自己意識は、日常生活における意識傾向であることから、学校精神保健における予防の主目的となる心理教育などといった実践的援助を行う上で何らかの有用な示唆を与える可能性が推測される。

これまで、AEB・EDに対する心理教育は、ED臨床群やED患者の家族を対象として構成されたものが多く、学校精神保健における予防的観点から学生を対象として検討されたものは非常に少ない。こうした中、例えば、Full of Our selves: Advancing Girl Power, Health and Leadership(Stener-Adair et al., 2002)は、学生を対象としたAEBやED予防のための体系的心理教育として挙げられる。ここでは、女子大学生を対象に、8週間毎週45分から90分でEDの関連要因を教示し、その効果を検討している。EDの関連要因としては、自尊

感情、自己身体の認知、ポジティブな関係性の構築などの内容であり、こうした知識を学生に教示することにより、プログラム終了後 ED の知識や体型に関する自己認知に有意差が認められたことが報告されている。

この心理教育をみると、長期間に渡る介入が必要であり簡便ではないといった問題点が挙げられる。また、AEB や ED に関わる情報を長期に渡り教示することで予防的効果が確認されているが、対象とする学生にとっては、AEB や ED に関わる情報そのものが侵襲性の高い情報である可能性も考えられ、より簡便で実行可能性が高い体系的な心理教育の開発が望まれる。

以下に、問題点をまとめる。

- (1) AEB・ED 研究をみると、BID は多面的に測定する必要があるが、既存 BID 測定尺度では特に下半身に関する BID に特化して測定しているという問題がある。
- (2) 既存の AEB・ED 測定・査定尺度の開発は古く、また学校精神保健の場で適用する項目として妥当か否か問題が残る。
- (3) 上記の問題から、既存尺度を用いて現代の AEB や ED 研究を行うことには問題がある。
- (4) AEB・ED と関係を有する心理的要因を詳細に検討する必要があるが、これまで自己意識が取り上げられ検討されてきたが、本邦における検討が少ない上に、私的自己意識に言及しない研究が多いといった問題がある。
- (5) 先行研究の知見から、学校精神保健における心理教育で関わりを持つべき要因が明確化され、実施されている。こうした心理教育は簡便ではなく、侵襲性に関して問題がある。

以上の問題から、学校精神保健における AEB・ED の予防を検討することが本研究の目的である。本研究を行う上で、研究対象者の AEB・ED の関連要因に関してその実態を検討することは必要不可欠である。したがって、第2章では、現代の女子大学生の体型や BID、AEB・ED に関する実態を把握することを目的とした。ここでは、先行研究の示唆を支持する一方で、研究課題が明確化された。

したがって、第3章以降では、第1章で示した先行研究の問題点と第2章で示した研究課題に関して検討することを目的とした。

第3章では、問題として挙げた BID を測定する既存尺度の問題点から、BID を詳細かつ多面的に測定する身体像不満足感測定尺度の開発を行うことを目的とした。また、第4章では女子学生の AEB 傾向を測定する食行動異常傾向測定尺度の開発を行うこと、第5章では食行動異常傾向測定尺度のカットオフポイントの設定を行うことを目的とした。

次に、さまざまな問題点を含有する尺度を用いた AEB・ED 研究には問題があることから、第6章では、第5章までで開発した尺度を用いて、女子大学生および女子専門学校生の AEB



やEDや関連要因について検討することを目的とした。また、同様の社会文化的影響を受ける者が全てBIDを有し、AEBやEDを呈するとは限らないことから、第7章では、個人内心理要因である自己意識とBID、AEBやEDとの関連性について検討することを目的とした。

第7章の結果、学校精神保健における有効な予防的援助法を考える際、学生の自己意識に関わりを持つ必要性が推測されたことから、第8章では自己意識に関する体系的な心理教育を実施し、その効果を検討した。

以下に本論文の目的と該当章をまとめる。また、Figure. 33に本研究の検討手順を示す。

- (1) 女子大学生を対象とした体型、BID、AEBに関する実態調査【第2章（研究1）】
- (2) 身体像不満足感測定尺度の開発【第3章（研究2）】
- (3) 食行動異常傾向測定尺度の開発とカットオフポイントの設定【第4章（研究3）、第5章（研究4）】
- (4) 開発尺度を用いた研究【第6章（研究5）】
- (5) 自己意識とBIDおよびAEBとの関連性の検討【第7章（研究6）】
- (6) 女子大学生および女子専門学校生を対象とした、自己意識の観点より体系化された心理教育の効果検討【第8章（研究7）】

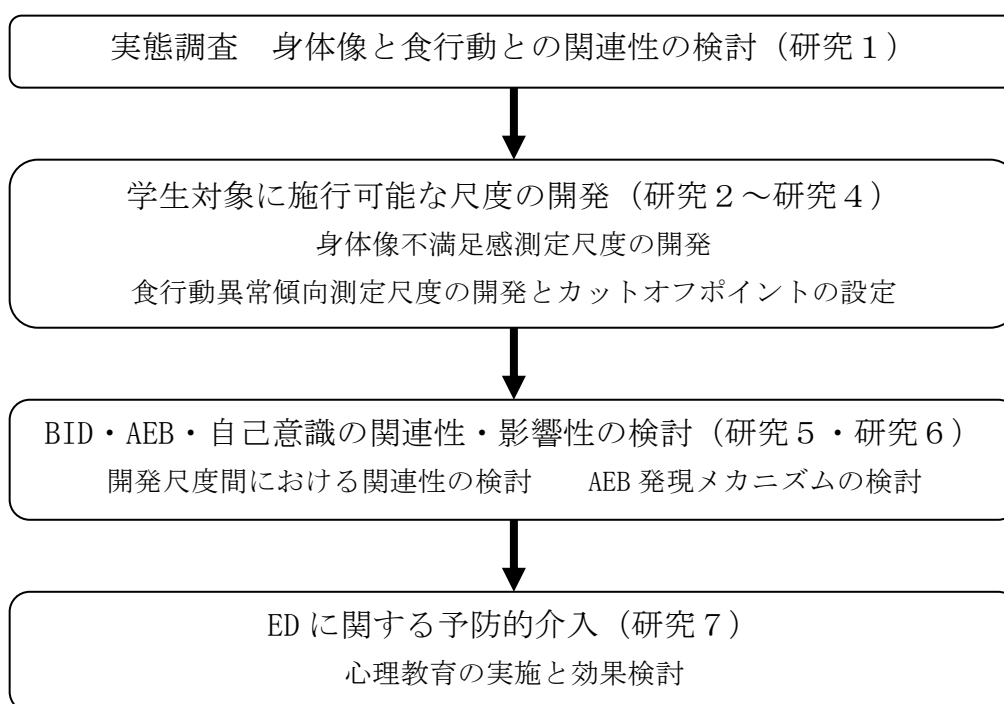


Figure. 33 本研究の検討手順

### 3. 研究結果と考察

本論文では、まず第2章において女子大学生の体型や BID や AEB 傾向に関する実態と各要因の関連性を検討した。調査には既存尺度を用いた。

その結果、現代の女子大学生では体型が「痩せ」や「普通」に分類される者が大半であるが、その中には AEB 傾向が強い者も多数存在し、学校精神保健において早急に予防的支援を行う必要があることが明確化された。また、BID や AEB はより多面的かつ詳細に測定される必要があることなどが示された。

第2章における示唆と第1章で挙げた先行研究の問題点から、第3章以降の研究を行った。

第3章では、BID を多面的に測定し得る尺度の開発が望まれることから、身体像不満足感測定尺度の開発を行った。項目作成段階において、学校精神保健における測定尺度として適した項目構成とするため、女子大学生を対象に BID を聴取することで、項目を作成し、その後、専門家により分類された項目群を用いて、女子大学生を対象に調査を行うことで尺度の検討を行った。その結果、「全身のふくよかさ不満足感」因子、「身体に関する他者評価不満足感」因子、「顔に関する不満足感」因子の3因子構造 24 項目 4 件法の信頼性・妥当性ともに十分な尺度が開発された。

第4章では、学校精神保健において女子大学生および女子専門学校生を対象として AEB 傾向を測定し得る尺度の開発が望まれることから、食行動異常傾向測定尺度の開発を行った。項目作成段階において、女子大学生および女子専門学校生、ED 臨床群を対象とした面接を行うことで項目を作成し、その後、専門家により分類された項目群を用いて、女子大学生および女子専門学校生を対象に調査を行うことで尺度の検討を行った。その結果、「食物摂取コントロール不能感」因子、「不適応的食物排出行動」因子、「食物摂取コントロール」因子の3因子構造 19 項目 6 件法の信頼性・妥当性ともに十分な尺度が開発された。また、採点に際しては、EAT-26 の採点方法を参考として、1 点を 0 点、2 点を 1 点、3 点を 2 点、4 点を 3 点、5 点を 4 点、6 点を 5 点にそれぞれ置換し、置換得点を合計した得点を求めることとした。この内、「食物摂取コントロール不能感」因子および「不適応的食物排出行動」因子では、ED 診断基準にも明記されている Binge-eating と Purging に類似する特徴をそれぞれ測定し得る尺度であると考えられ、「食物摂取コントロール」因子はダイエット行動を測定し得る尺度であると考えられた。

第5章では、第4章で開発した食行動異常傾向測定尺度を学校精神保健において査定尺度として活用するため、尺度全体および下位尺度のカットオフポイントを設定した。カットオフポイントの設定に際して、ED 臨床群データと女子大学生および女子専門学校生の学生群データを用いて ROC 分析を行った。検討の結果、「食物摂取コントロール不能感」因子 16 点、「不適応的食物排出行動」因子 2 点、「食物摂取コントロール」因子 7 点、食行動異常傾向測定尺度全体 24 点がカットオフポイントとして最適であると判断した。

第3章から第5章で開発された各尺度は女子大学生や女子専門学校生の BID や AEB を測

定・査定するために開発された尺度であり、学校精神保健における AEB や ED に関する予防的援助に寄与する可能性が高いと考えられる。また、本開発尺度を用いて AEB・ED 研究を行うことで、新たな示唆が得られる可能性があり、第6章では、各開発尺度を用いて検討を行った。

第6章では開発尺度を用いて AEB の実態や、AEB や ED に関わる要因の各関連性について検討した。その結果、BMI に関わらず「食物摂取コントロール不能感」、「不適応的食物排出行動」、「食物摂取コントロール」のカットオフポイント以上の者が多数存在し、早急に予防的関わりを行うことが必要であることが考えられた。また、体型と BID および AEB との関連性について検討したところ、体型がふくよかな程、BID を強くなるが、体型と AEB との関連性は希薄であることが推測された。したがって、以下で BID と AEB との関連性の検討および因果推定を行った。

BID と AEB との関連性について、女子大学生や女子専門学校生の学生群の場合、全身のふくよかさ不満足感と身体に関する他者評価不満足感が、食物摂取コントロール不能感や食物摂取コントロールと関連を有することが認められた。また、ED 臨床群の場合、全身のふくよかさ不満足感と食物摂取コントロール不能感、不適応的食物排出行動、食物摂取コントロールと関連性を有し、顔に関する不満足感が食物摂取コントロール不能感、不適応的食物排出行動と関連性を有することが認められた。

こうしたことから、身体について“自己評価”や“他者評価に対する意識”が否定的感情とダイエット行動との関連性が推測され、より病的な状態になる場合、全身のふくよかさや顔などといった身体表象に対する主観的な“自己評価”が関連性を持つ可能性が推測された。こうした結果を ED 連続性仮説(Mintz & Betz, 1988; Petrie, 1993)に基づき考えると AEB や ED の初期段階にある不健康なダイエット行動は、自己評価の不満足感を低減させるために行われる行動であるとともに、他者との関係性の中で良い他者評価を得るために行われる行動であることが推測される。

また、以上の各関連性に基づき、BID が AEB に与える影響を検討した。検討の結果、学生群の場合、全身のふくよかさ不満足感および身体に関する他者評価不満足感の両者が食物摂取コントロール不能感に影響を与え、特に身体に関する他者評価の影響が大きいことが示された。また、身体に関する他者評価不満足感が食物摂取コントロールに影響を与えている可能性が推測された。一方、ED 臨床群の場合、全身のふくよかさ不満足感が食物摂取コントロール不能感、不適応的食物排出行動、食物摂取コントロールに影響を与えている可能性が推測された。また、特に食物摂取コントロール不能感への影響が大きいことが推測された。

学生群と ED 臨床群ともに Binge-eating に類似する特徴を示す食物摂取コントロール不能感については、身体に関する“自己評価の否定的感情”である全身のふくよかさ不満足感が影響を与えているという結果に相違はないが、ED 臨床群では“他者評価に対する否定的感情”である身体に関する他者評価不満足感が AEB にあまり寄与していない可能性が推

測された。

したがって、AEB や ED の初期段階に位置付くダイエット行動などに関しては身体に関する“他者評価に対する否定的感情”を適確に測定し関わりを持つ必要があり、ED の臨床症状に類似するようなより強い AEB に関しては身体に関する“自己評価の否定的感情”を適確に測定した上で、関わりを持つ必要が考えられる。

こうした中、同様の社会文化的影響を受ける者の全てで AEB 傾向が強くなり、ED へと進展するとは限らず（種田，1991 など）、AEB・ED について BID に影響を与える個人心理的要因を詳細に検討する必要があることが推測される。したがって、第7章では、AEB や ED に関わる個人内心理要因として米国を中心に検討されている自己意識を取り上げ検討した。

検討の結果、公的自己意識が高い者の場合、開発尺度で測定される BID や AEB 傾向が強くなる可能性が示唆され、先行研究の結果（Akan & Grilo, 1995; Blanchard & Frost, 1983; Grilo et al., 1994; Heatherton et al., 1993; Striegel-Moore et al., 1993）を支持するものとなった。そして、自己意識保有パターン（公的自己意識高群・私的自己意識高群・自己意識高群・自己意識低群）において、開発尺度で測定される BID と AEB 傾向を学生群および ED 臨床群ごとに検討し、比較したところ、学生群においては、公的自己意識が高い場合、全身のふくよかさ不満足感や身体に関する他者評価不満足感、食物摂取コントロール不能感が強く、食物摂取コントロールの頻度が高い可能性が推測された。また ED 臨床群では、公的自己意識に加えて特に私的自己意識が高い場合、全身のふくよかさ不満足感や食物摂取コントロール不能感が強い可能性が推測された。

こうした学生群の結果と ED 臨床群の結果とを比較すると、女子大学生や女子専門学校生がより ED 臨床症状と類似するような状態に陥る過程には、私的自己意識が影響していることが推測される。また、第6章における結果と合わせて検討すると、公的自己意識と合わせて私的自己意識が過剰になることによって、全身のふくよかさ不満足感が強くなり、食物摂取コントロール不能感が強くなる可能性が推測される。こうした推測はこれまでの検討を総合的に考察したものであることから、共分散構造分析によるパス解析を用いて、「公的自己意識が高い状態で私的自己意識が高い場合、全身のふくよかさ不満足感が強くなり、その結果、食物摂取コントロール不能感を強くする」といった仮説を検証した。

その結果、学生群と ED 臨床群では明らかな相違が認められ、ED 臨床群の場合には上述の仮説と合致することが示された。したがって、AEB 傾向が強い者の場合、過剰な公的自己意識が過剰な私的自己意識を媒介することで、全身のふくよかさ不満足感を強くし、その結果として食物摂取コントロール不能感を強くすることが示唆された (Figure. 25)。

以上の結果から、過剰な公的自己意識を保有することと併せて過剰な私的自己意識を保有することが、より病理的な強い AEB を導く要因となる可能性が推測され、AEB や ED に予防的関わりを持つ場合には自己意識のバランスを整える必要性が示された。その中でも私的自己意識に対する関わりは必須であると考えられた。

学校精神保健において AEB や ED の予防的援助を行う際、①BID や AEB・ED について適確

に測定・査定すること、②体系的な心理教育などによる実践的な関わりを行うことなどが求められている。①については本研究における開発尺度が現代の女子学生を対象としたものであることから適用可能性が高いと考えられる。しかし、②はこれまでED臨床群やその家族を対象とした心理教育は多数検討されているものの、学校精神保健において学生を対象とした検討は少なく、検討の余地がある。

したがって、第8章では第7章までの結果を受けて、自己意識に関する体系的な心理教育を実施し、その効果の検討を行った。

まず、心理教育を実施することによって過剰な自己意識がどのように変化するかを検討するため、心理教育実施前・実施後・実施後2週間における公的自己意識得点の比較を、実施前に公的自己意識が過剰であった群を対象に行った。また、同様に私的自己意識得点の比較を、実施前に私的自己意識が過剰であった群を対象に行った。その結果、実施前・後では、公的自己意識が過剰であった群、私的自己意識が過剰であった群の両群で、各自自己意識が低下することが認められた。したがって、心理教育を実施することで、過剰である自己意識を短期的に低減させる効果が望めることが明らかとなった。一方、私的自己意識が過剰であった群のみで、実施後2週間経過後も効果が持続されることが認められた。

したがって、今回実施した心理教育では私的自己意識過剰群に関わりを持つ場合、実施後2週間における低減効果が認められ、公的自己意識過剰群に関わりを持つ場合、実施直後の効果のみが認められ、心理教育が過剰な公的自己意識に与える効果は、短期的な効果かりラクセーション効果であることが推測される。

特に私的自己意識の低減効果が持続する理由として、私的自己意識の場合、心理教育を実施することで、統制可能であるとされる「自己内省」の頻度が低減することにより、短期的低減効果が認められ、その後、2週間の内に統制不可能であるとされる「内的状態への意識」が強くなったとしても、「自己内省」を自身でコントロールし得ることから、私的自己意識の低減効果が持続する可能性が推測される。いずれにしても、今後、継続的な検討を行うとともに、自己意識の詳細な研究を行うとともに、精緻化・定義化する必要がある。

次に、第6章、第7章で検討した「公的自己意識が高い状態で私的自己意識が高い場合、全身のふくよかさ不満足感が強くなり、その結果、食物摂取コントロール不能感を強くする」といった結果に基づいて、心理教育を実施することにより私的自己意識が低減する者の全身のふくよかさ不満足感の変化について検討した。その結果、心理教育実施後、私的自己意識が低減する者では、低減しない者と比較して、全身のふくよかさ不満足感が弱くなることが認められた。また、こうした者の場合、心理教育実施後の私的自己意識得点と全身のふくよかさ不満足感得点は、実施後2週間の得点と有意差が認められず、心理教育を実施することで私的自己意識・全身のふくよかさ不満足感が低減する者の場合、その後2週間においても効果が期待出来る。

最後に、心理教育によって私的自己意識・全身のふくよかさ不満足感が低減する者の食

食物摂取コントロール不能感について検討した。その結果、実施前・後および実施後2週間、食物摂取コントロール不能感得点に有意差は認められなかった。しかしながら、実施前・後では、食物摂取コントロール不能感得点が弱くなることが認められ、AEBである食物摂取コントロール不能感については、心理教育実施後の短期的低減効果が期待出来る。より長期的な効果を求めるためには、数度に渡り心理教育を実施する必要があるのかも知れない。また、より効果的な教育内容を検討する必要もあるだろう。

今回検討された心理教育は、私的自己意識が過剰な者に対する予防的援助法として有用なものであると言える。これまでの検討により、過剰な私的自己意識はED臨床症状に類似する強いAEBに影響を与えると要因であると考えられるため、心理教育を実施する意義は大きいだろう。しかし、公的自己意識や食物摂取コントロール不能感については、実施後の効果持続に関する問題点が残存している。また、ダイエット行動などについては公的自己意識が影響を持つ可能性が推測されることから、今後は、公的自己意識に関する有用な心理教育に関しても検討する必要があるだろう。

本心理教育は、短期的かつ簡便に実施することが可能であり、学生への侵襲性が低く、楽しみながら参加することが可能であるといった利点を持つ。また、前例が少ない体系的な心理教育であり、持続効果や実験計画の問題など、今後の更なる検討が望まれるものの、実施することで得られる効果は計り知れない。

#### 4. 最後に

以上のように、本論文では女子大学生および女子専門学校生のAEB・ED予防に関わる基礎的・発展的研究を行った。現在、学校現場においてAEBやEDの問題を抱える学生が増加していることは、全国的な調査を通してみても明らかである。AEBやEDは健康的な生活を脅かす問題であり、早急な予防・援助的支援が必要である。

これまで、さまざまな予防的研究が行われており、学校精神保健において、AEB・ED予防的援助を実践する際には重要な示唆を与える。しかし、先行研究の問題点を改善し、現代の社会的状況に合わせた研究を随時行って行く必要があことも確かである。

こうした中、先行研究における問題点を少なからず解決した本研究結果を実践することが出来るのなら、効果的なAEB・ED予防の一端を担うことも期待出来る。したがって、今後、今回の研究結果をより一層精緻化し、多くの現場で導入されることを目指す必要があり、こうしたことが実現するのであれば、学校精神保健におけるAEB・EDの予防的効果はこれまで以上に有効なものとなるだろう。

## 引用文献

- Akan, G. E., & Grilo, C. M. (1995). Sociocultural influences on eating attitudes and behaviors, body image, and psychological functioning: A comparison of African-American, Asian-American, and Caucasian college women. *International Journal of Eating Disorders*, **18**, 181-87.
- American Psychological Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th. ed.)*. Washington D.C.: Author.
- American Psychological Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.)*. Washington D.C.: Author.
- 青木宏之・末松弘行・江崎正博・黒川順夫・玉井一・武末妙子・遠山尚孝 (1976). 神経性食欲不振症の病態発生機序に関する心身医学的考察. *心身医学*, **16**, 30.
- 新里里春・玉井一・藤井真一・吹野治・中川哲也・町元あつこ・徳永鉄哉 (1986). 邦訳版食行動調査票の開発およびその妥当性・信頼性の研究. *心身医学*, **26**, 398-407.
- 馬場安希・菅原健介 (2000). 女子青年における瘦身願望についての研究. *教育心理学研究*, **48**, 267-274.
- Blanchard, F. A., & Frost, R. O. (1983). Two factors of Restraint: Concern for Dieting and Weight Fluctuation. *Behaviour Research and Therapy*, **21**, 259-267.
- Brush, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, **24**, 187-194.
- Buss, A. H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman & Company.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cash, T. F. (1989). Body image affect: gestalt versus summing the parts. *Perceptual and Motor Skills*, **69**, 17-18.
- Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1984). Cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: Some preliminary findings. *Journal of Psychosomatic Research*, **28**, 493-499.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, **6**, 4 85-494.
- 傳田健三 (2003). 摂食障害の病像の変化. *こころの科学*, 日本評論社, 112, 15-21.
- Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). Avoidance of objective self-awareness under conditions of high and low intra-self discrepancy. In S. Duval & Wicklund (Eds.) *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic Press.
- Fallon, A. E., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, **94**, 102-105.

- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **43**, 522-527.
- Gardner, R. M., Friedman, B. N., & Jackson, N. A. (1998). Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. *Perceptual and Motor Skills*, **86**, 387-395.
- Garner, D. M. (1991). Eating Disorder Inventory-2; Professional Manual. *Psychological Assessment Resources, Inc.*, Odessa, Florida.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The eating Attitude Test: An index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, **9**, 273-279.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of eating disorders. *Psychological Medicine*, **10**, 647-656.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, **11**, 263-284.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1985). *Hand book of Psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, **47**, 483-491.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitude test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, **12**, 871-878.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Eating Disorders*, **2**, 15-34.
- Garfinkel, P. E. (1991). 神経性食思不振症および過食症：病態理解に基づいた治療. *心身医学*, **31**, 27-33.
- Gould, S. J. (1987). Gender differences in advertising response and self-consciousness variables. *Sex Roles*, **16**, 215-225.
- Gralen, S. J., Levine, M. P., Smolak, L., & Murnen, S. K. (1990). Dieting and disordered eating during early and middle adolescence: Do the influences remain the same? *International Journal of Eating Disorders*, **9**, 501-512.
- Green, M. W., Elliman, N. A., Rogers, P. J., & Welch, D. A. (1997). Impaired color naming of food and body shape words: Weight phobia or distinct affective state? *International Journal of Eating Disorders*, **21**, 77-82.
- Grilo, C. M., Wilfley, D. E., Brownell, K. D., & Rodin, J. (1994). Teasing, body image, and



- self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive Behaviors*, **19**, 443-450.
- Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transaction of the Clinical Society of London*, **7**, 22-28.
- 早野洋美 (2002). 男子大学生の摂食障害傾向に関する心理学的研究. *心理臨床学研究*, **20**, 44-51.
- Heather, L. B., Pamela, K. K., & Lauren M. C. (2001). Body type preferences in Asian and Caucasian college students. *Sex Roles*, **45**, 867-878.
- Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, **110**, 86-108.
- Heatherton, T. F., Polivy, J., Herman, C. P., & Baumeister, R. F. (1993). Self-awareness, task failure, and disinhibition: How attentional focus affects eating. *Journal of Personality*, **61**, 49-61.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1988). Psychological factors in the control of appetite. *Current concepts in nutrition*. **16**, 41-51.
- Hsu, L. K. G. (1982). Outcome of anorexia nervosa: A review of the literature (1954-1978). *Archives of General Psychiatry*, **37**, 1041-1046.
- 生田憲正 (1995). 摂食障害の発症要因. *精神科治療学*, **10**, 395-401.
- 石川俊男・鈴木健二・鈴木裕也・中井義勝・西園文 (2005). 摂食障害の診断と治療ガイドライン 2005. マイライフ社.
- 香川修徳 (天明八年). 一本堂行余医言. 卷之五, 四十頁.
- 川喜田二郎 (1967). 発想法: 創造性開発のために. 中央公論社.
- Kiriike, N., Nagata, T., Tanaka, M., Nishiwaki, S., Takeuchi, N., & Kawakita Y. (1988). Prevalance of binge-eating and bulimia among adolescent women in Japan. *Psychiatry Reserch*, **26**, 163-169.
- Koff, E., Benavage, A., & Wong, B. (2001). Bodyimage attitudes and psychosocial functionning in EuroAmerican and AsianAmerican college women. *Psychological Reports*, **88**, 917-928.
- 厚生労働省 (2003). 国民栄養調査.
- Laessle, R. G., Tuschl, R. J., Waadt, S., & Pirke, K. M. (1989). The specific psychopathology of bulimia nervosa: a comparison with restrained and unrestrained (normal) eaters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **57**, 772-775.
- Levine. M. P., Smolak. L., Moodey. A. F., Shuman. M. D., & Hessen. L. D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, **15**, 11-20.
- Mintz, L. B., & Betz, N. E. (1988). Sex differences in the nature, realism, and

- correlates of body image. *Sex Roles*, **15**, 185-195.
- Mittal, B., & Balasubramanian, S. K. (1987). Testing the dimensionality of the self-consciousness scales. *Journal of Personality Assessment*, **51**, 53-68.
- Morton, R. (1689). *Phthisiologia, seu exercitationes de phthisi*. London: S. Smith.
- 向井隆代 (1996). 思春期女子における身体像不満足感, 食行動および抑うつ気分: 縦断的研究. *カウンセリング研究*, **29**, 37-43.
- Mukai, T., Crago, M., & Shisslak, C. A. (1994). Eating attitudes and weight preoccupation among female high school student in Japan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **35**, 677-688.
- 永田利彦・切池信夫・松永寿人・池谷俊哉・吉田充孝・山上栄 (1994). 摂食障害患者における Eating Disorder Inventory (EDI) の試み. *臨床精神医学*, **23**, 897-903.
- 永田利彦・切池信夫・西脇新一・川北幸男・吉野祥一・竹内伸江・田中美苑 (1989). Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa 患者における Eating Attitude Test の信頼性と妥当性. *臨床精神医学*, **18**, 1279-1286.
- 中井義勝 (2000). 摂食障害の疫学. *心療内科*, **4**, 1-9.
- 中井義勝 (2003). Eating Attitude Test (EAT) の妥当性について. *精神医学*, **45**, 161-165.
- 中井義勝・濱垣誠司・高木隆郎 (1998). 大食症質問票 Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE) の有用性と神経性大食症の実態調査. *精神医学*, **40**, 711-716.
- 野上芳美 (1998). 摂食障害とは何か—最近の傾向をどうとらえるか—(野上芳美編 摂食障害). 日本評論社, 1-13.
- 大野良之・玉越暁子 (1999). 中枢性摂食障害異常症. 厚生省特定疾患対策研究事業・特定疾患治療研究事業未対象疾患の疫学像を把握するための調査研究班平成 11 年度研究業績集, 266-310.
- Petrie, T. A. (1993). Disordered eating in female collegiate gymnasts: Prevalence and personality/attitudinal correlates. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, **15**, 424-436.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**, 635-644.
- Rozin, P., & Fallon, A. (1988). Body image, attitudes to weight, and misperceptions of figure preferences of the opposite sex: A comparison of men and women in two generations. *Journal of Abnormal Psychology*, **97**, 342-345.
- Ruderman, A. J., & Grace, P. S. (1988). Bulimics and restrained eaters: A personality comparison. *Addictive Behaviors*, **13**, 359-368.
- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, **9**, 429-448.
- 坂本真士・西河正行 (2002). 大学生における抑うつ気分のコントロールに関する予防的

- 取り組み：グループワークを利用した心理教育プログラムの開発. 大妻女子大学人間関係学部紀要, **3**, 227-242.
- 坂本真士 (1994). 自己注目と抑うつ. 社会心理学. 至文堂.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translation intention into action. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology*, **21**, 303-346.
- Steiner-Adair, C., Sjostrom, L., Franko, D. L., Pai, S., Tucker, R., Becker, A. E., & Herzog, D. B. (2002). Primary prevention of eating disorders in adolescent girls: learning from practice. *International Journal of Eating Disorders*, **32**, 401-411.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., & Stein, R. I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, **103**, **4**, 836-840.
- Stringel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., Frensch, & Rodin, J. (1989). Bulimics and restrained eaters: A personality comparison. *Addictive Behaviors*, **13**, 359-368.
- Stringel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986b). Toward an understanding of risk factors for Bulimia. *American Psychologist*, **41**, 246-263.
- Stringel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: Public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology*, **102**, 297-303.
- 末松弘行・久保木富房・和田迪子 (1979). 神経性食欲不振症の臨床像 治療 **61**, **3**, 703-707.
- 菅原健介・馬場安希 (1998). 現代青年の瘦身願望についての研究—男性と女性の瘦身願望の違い—. 日本心理学会第62回大会発表論文集, 69.
- 種田真砂雄 (1991). 摂食障害の問題点 - 認知の視点から -. 臨床精神医学, **20**, 83-94.
- Thompson, J. K. (1992). Progress in behavior modification. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Body image: Extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, and a proposal for a new DSM-IV diagnostic category—Body image disorder*. Syracuse, IL: Syracuse Publishing.
- Treasure, J. (1997). *Anorexia nervosa: a survival guide for families, friends, and sufferers*. East Sussex, UK: Psychology Press. (ジャネット・トレジャー著 傳田健三・北川信樹訳 2000 拒食症サバイバルガイド: 家族, 援助者, そしてあなた自身のために 金剛出版).
- 辻平次郎 (1998). 自己意識と他者意識. 京都北大路書房, 55-73.
- Ujiie, T., & Kono, M. (1994). Eating Attitude Tests in Japan. *Journal of Psychiatry Neural*, **48**, 557-565.
- 氏原寛・亀口憲治・成田善弘・東山紘久・山中康裕 (2004). 心理臨床大事典 培風館,

1262.

- Wegner, B. S., Hartmann, A. M., & Geist, C. R. (2000). Effect of exposure to photographs of thin models on self-consciousness in female college students. *Psychological Reports*, **86**, 1149-1154.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Bennett, S. M., Goreczny, A. J., & Gleaves, D. H. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. *Behavioral Assessment*, **11**, 433-446.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*; World Health Organization,
- 山中学・宮坂菜穂子・吉内一浩・佐々木直・野村忍・久保木富房 (2000). 大学生の摂食障害. *心身医学*, **40**, 216-219.
- 山蔦圭輔・野村忍 (2006). 女子大学生における食行動異常—自己意識保有傾向からの検討— (第3報). *女性心身医学*, **10**, 172-180.

## 謝辞

まずは本論文にご協力戴いた、学生の皆様、通院中の皆様にも深く感謝申し上げます。こうしたご協力がなくして研究は出来ない。社会に還元出来る形でお礼をして行きたい。

これまで、修士課程・博士課程と、この論文を仕上げるに当たり、ご指導・ご鞭撻・ご協力を賜った方々への感謝の意を述べたいと思う。

はじめに、長くに渡りお世話になっている師匠である早稲田大学人間科学学術院 野村忍先生にお礼を申し上げます。今思い返すと果たして良い学生であったか否かには疑問が残るところではあるが、「人に影響を与えないこと」がモットーという先生に一番と言っても過言ではない程、影響を受けた学生である。私にとっては良い指導教員であることは間違いなく、感謝の念は尽きることがない。今後ともご指導・ご鞭撻の程、頂戴できれば幸いである。

心理学・臨床心理学を学ぼうと思ったきっかけは案外単純なものであった。“興味”である。興味を引き出して下さった恩師こそ、立正大学 宮城まり子先生である。いつもあたたかく見守っていただき、ご心配いただいている。先生にとって、いつまでも頼りない学生であることが誇りにさえ感じられる。いつか頼られるようにがんばりたい。

心理学・臨床心理学に対する興味関心を持ちながら早稲田大学の門を叩いた。この時、扉を開けて下さった先生が東京福祉大学 門前進先生である。恐らく知識という知識が何も無い私を齒痒く感じられていたことだろう。あの頃、先生のおっしゃった心理臨床の意味が今やっと分かるようになってきた。

学部・修士課程・博士課程と学び、その他大きな出会いが、私を成長させるとともに、一歩立ち止まって考える術を身に付けさせてくれた。

今回、論文の大きなテーマが自己意識であった。自己の問題は卒業論文でも扱ったが、非常に難しくまた興味深いものであることは今もなお実感している。ここで切り離すことが出来ない恩師が日本大学 坂本真士先生に他ならない。坂本先生との出会いは修士1年次であった。先生の一語一句には偽りがなく自然とところに染み入る感があり、とても不思議ではあるが、それは研究者・教育者として偽りが無いことから来るのかも知れない。真似できることではないが、見習いたい。

また、今回副査をお願いした早稲田大学人間科学学術院 鈴木晶夫先生との出会いも大きいものである。はじめてお会いしたのは、大阪での学会の帰り道であった。見ず知らずの私に、お話いただいたことを鮮明に記憶する。その後は大学や学会会場などでお会いし、長時間お時間を頂戴してしまう。先生の博識さやあたたかさ、鋭さが私にとって大いに刺激となっている。副査をお引き受けいただいたことと併せてお礼申し上げます。

同じく副査をお願いした早稲田大学学術院 根建金男先生には修士論文も同様に副査をお願いした。修士論文口頭試問の際、厳しいご指摘を頂戴した。とても辛かったことを思

い出す。しかし人間は感情的になると周囲が見えなくなるものであり、冷静に振り返ると、全てのご指摘は、その後の研究に大きく影響することとなった。適確なご指摘を頂戴したこと、並びに今回の副査をお引き受けいただいたこと、心から感謝申し上げる。

こうした過程を経て、自身の専門性を拡充しながら、心理臨床に携わることとなる。ここでも多くの方にあたたかいお言葉を頂戴した。早稲田大学人間科学学術院 菅野純先生には、臨床で大切なことをこころの底からお教えいただいた。人間が人間として“生きる場”をつくるのが臨床であり、こうした観点からの関わりは菅野先生にいただいた宝物である。また、早稲田大学人間科学学術院 山崎久美子先生には、臨床の知とも言うべきご指導を度々いただくとともに、「人とは何か」を深く考える機会を与えていただいた。これまでもこれからも重要なテーマである。先生の真摯さを見習うべく精進したい。

一方で、自身、臨床心理学に対する疑問を感じずる時もあった。早稲田大学人間科学学術院 野嶋栄一郎先生には臨床心理学の問題点を改めて考えさせられるとともに有用なご指摘を頂戴した。こうしたご指摘は、今後の方向性を定める重大な役割を担っている。

このように、私にとって恩師と呼べる先生は多い。加えて、時に恩師であり、先輩であり、友人である方々への感謝の意も尽きることはない。

修士課程時代から友人である渡部紘子さん、笹川智子さん、菅谷渚さん。はやいもので5年の付き合いである。これからもこの付き合いが続き、より発展することを心から望む。また、先輩である岸俊行さん、大久保智生さん。議論をはじめると面白くて止まらない。このお二人から学んだことも数知れない。近く、研究をご一緒したいものである。

野村研究室に新たな風を吹き込んで下さった、城月健太郎君、山本智也君、山本隆一郎君をはじめとする修士二年生の皆様は、私にとってとても貴重な存在である。これからはそれぞれ違った道へと進んで行くことが少々寂しいが、末永くお付き合い願いたい。野村研究室の皆様にもこの場を借りてお礼申し上げます。

今、これまでの自己を振り返って、綴り切れない想いがある。このままでは論文のページ数を超えるかも知れない。何ページあっても綴り切れないように、やはり自己は深いものである。今後は、より詳細に自己を扱った研究を行いたいと思う。“研究をしたい”という気持ちを忘れず、良い研究者・臨床家・教育者になりたい。

最後になったが、この道に進むことを快諾し、全力で応援して下さい下さった両親に心から感謝する。この道に進んだことを後悔しないよう奮闘したい。また、結婚後約1年、休日も平日もなく、あまり相手にすることが出来なかったが、不平不満のひとつも言わず、いつもしっかりと見守ってくれた、妻有希に心から感謝する。そして、なるべく避けるつもりではあるが、今後こうした生活が続いても、末永くよろしく願いたい。

2006年 秋 感謝を込めて  
山蔦圭輔

# 食行動および身体に関するアンケート調査

## 調査の目的

このアンケート調査は、みなさんの食行動や身体に関する意識、日常生活における意識などをお尋ねするものです。

## 集計方法

お答えいただきました結果は、全て数値化し統計的処理を行います。したがって、このアンケートにお答えいただくことで、みなさんの個人情報が増えることは絶対にありません。安心してお答えください。

## 回答方法

各質問をお読みいただき、あなたに一番あてはまると思われるものを選択して、○を付けてください。たとえば、「1. 極端に食べる量を少なくしている」という質問に対して、毎日のようにしていれば「6. いつも」の場所へ○を付けます。

中には答えにくい質問があるかも知れませんが、難しく考えず一番あてはまるものをお答えください。また、質問の中には、似たようなものや同じものがある場合がありますが、ご面倒でも再度お答えいただきますようよろしくお願いいたします。

一箇所でもお答えいただくことができない場合、統計的処理が困難となってしまいますので、うっかり記入漏れすることのないよう、よろしくお願いいたします。

こうしたアンケート調査に多くの方にご協力いただき検討することで、さまざまな心理的問題の解明や問題を抱えている方が回復に向かうためのお手伝いができます。どうぞ、ご協力の程よろしくお願いいたします。

早稲田大学大学院人間科学研究科博士後期課程 山蔦圭輔

早稲田大学人間科学学術院 教授 野村忍

	1 全 く な い	2 た ま に	3 と き ど き	4 し ば し ば	5 非 常 に ひ ん ぱ ん に	6 い つ も
1. 食べる量を極端に少なくしている						
2. 対人関係などに不快感を感じると、 必要以上に気持ち悪くなるほど食べてしまう						
3. 実際に高カロリーである食物は食事から除いている						
4. 必要以上に食べてしまった後、ひどく落ち込む						
5. 食物を嚙んでそのまま吐き出す						
	1	2	3	4	5	6
6. 自分の食事の摂取量が把握できない						
7. 必要以上に食べてしまうことを自分自身で コントロールすることが難しい						
8. 食べ物で胃の辺りが膨れ上がると、 嘔吐や薬品によって体内から出すことがある						
9. 必要以上に食べた後、吐く						
10. ダイエットをしている						
	1	2	3	4	5	6
11. 必要以上に食べてしまう						
12. 食事を採った後、 必要以上に身体を動かさないと気がすまない						
13. カロリーに関わらず、大量のものを 短時間（1時間から2時間）で摂取する						
14. 少量でも何か食べた後には、それを吐き出したり 薬品などを使用して排出しなくてはならないと思う						
15. 必要以上に食べている時、 頭の中が真っ白（何も考えていない）になる						
	1	2	3	4	5	6
16. 「太りそう」と思うものは食事から除いている						
17. 少量でも(例えば、クッキー2枚程度でも) 何かを食べた後、吐く						
18. 必要以上に食べてしまった後、放心状態になる						
19. 総カロリー摂取量をいつも気にして1日の食事を採る						



	1 全くあてはまらない	2 ややあてはまらない	3 ややあてはまる	4 あてはまる
1. 自分の顔立ちに自信がある				
2. 他の人は私のお尻が大きいと思っている				
3. 自分の顔立ちに満足している				
4. 今よりもっとお尻を小さくしたい				
5. 他の人は私の顔立ちを否定的に捉えている				
	1	2	3	4
6. 今よりもっと腕を細くしたい				
7. 自分の太ももの太さに満足している				
8. 今よりもっとお腹まわりを細くしたい				
9. 私の顔の大きさはちょうど良いと思う				
10. 他の人は私のお腹が太いと思っている				
	1	2	3	4
11. 下半身の中で肉を落としたい部分がある				
12. 他の人は私の腰まわりが太いと思っている				
13. 今よりもっと顔を小さくしたい				
14. 自分の身体が恥ずかしいと思う				
15. 今よりもっと腰まわりを細くしたい				
	1	2	3	4
16. 自分の足の太さに満足している				
17. 他の人は私の足が太いと思っている				
18. 他の人は私の腕が太いと思っている				
19. 今よりもっと足を細くしたい				
20. 今よりもっと痩せたい				
	1	2	3	4
21. 自分のお尻まわりの太さに満足している				
22. 他の人は私の太ももが太いと思っている				
23. 上半身の中で肉を落としたい部分がある				
24. 自分の顔の大きさに満足している				

	1 全 く な い	2 た ま に	3 と き ど き	4 し ば し ば	5 非 常 に ひ ん ぱ ん に	6 い つ も
1. 太りすぎるのが怖い						
2. おなかがすいたときに食べないようにしている						
3. 食物のことで頭がいっぱいである						
4. やめられないかも知れないと思うほど 次から次へと食べ続けることがある						
5. 食物を小さくきざんで少量ずつ口に入れる						
	1	2	3	4	5	6
6. 自分が食べる食物のカロリー量を知っている						
7. 炭水化物が多い食物（パン、ご飯、パスタなど）は 特に食べないようにしている						
8. 他の人は私よりもっと食べるようにと望んでいるようだ						
9. 食べた後に吐く						
10. 食べた後でひどく悪いことをしたような気になる						
	1	2	3	4	5	6
11. もっと痩せたいという思いで頭がいっぱいである						
12. カロリーを使っていることを考えながら運動する						
13. 他の人は私のことを痩せすぎだと思っている						
14. 自分の身体に脂肪がつきすぎているという考えが 頭から離れない						
15. 他の人よりも食事をするのに時間がかかる						
	1	2	3	4	5	6
16. 砂糖が入っている食物は食べないようにしている						
17. ダイエット食品を食べる						
18. 私の生活は食物にふりまわされている気がする						
19. 食物に関して自分で自分をコントロールしている						
20. 他の人が私にもっと食べるように 圧力をかけている感じがする						

	1 全 く な い	2 た ま に	3 と き ど き	4 し ば し ば	5 非 常 に ひ ん ぱ ん に	6 い つ も
21. 食物に関して時間をかけすぎたり, 考えすぎたりする						
22. 甘いものを食べた後で, 気分が落ち着かない						
23. ダイエットをしている						
	1	2	3	4	5	6
24. 胃が空っぽの状態が好きだ						
25. 食べたことのないカロリーが高い食物を 食べてみることは楽しみだ						
26. 食事の後で衝動的に吐きたくなる						

	1 全 く な い	2 た ま に	3 と き ど き	4 し ば し ば	5 非 常 に ひ ん ぱ ん に	6 い つ も
1. 気分を害した時に食べてしまいます						
2. 食べ物をお腹につめこみすぎてしまいます						
3. たくさん食べ物を食べて止められないと 感じるがあります						
4. たくさん食べ過ぎることについて考えます						
5. 他の人の前ではふつうに食べて、 一人になると食べ過ぎてしまいます						
	1	2	3	4	5	6
6. 食べた後は非常に後味の悪い思いがし、 それに耐えられません						
7. 隠れて食べたり飲んだりします						
8. ダイエットのことを考えます						
9. 太ることがとても心配です						
10. 体重のことを気にし過ぎています						
	1	2	3	4	5	6
11. もっと痩せることを考えています						
12. 体重が1Kg増えるとしたら、 そのまま増え続けるのではないかと心配です						
13. 甘いものを食べると気がとがめます						
14. 食べ過ぎた後、後悔します						

	1 全くあてはまらない	2 あてはまらない	3 ややあてはまらない	4 どちらともいえない	5 ややあてはまる	6 あてはまる	7 非常にあてはまる
1. 自分が他人にどう思われているか気になる							
2. 世間体など気にならない							
3. 人に会う時、どんなふうにふるまえば良いのか気になる							
4. 自分の発言を他人がどう受け取ったか気になる							
5. 人にみられていると、つい格好をつけてしまう							
	1	2	3	4	5	6	7
6. 自分の容姿を気にするほうだ							
7. 自分についてのうわさに関心がある							
8. 人前で何かするとき、自分のしぐさや姿が気になる							
9. 他人からの評価を考えながら行動する							
10. 初対面の人に、自分の印象を悪くしないように気づかう							
11. 人の目に映る自分の姿に心を配る							
	1	2	3	4	5	6	7
12. 自分がどんな人間か自覚しようと努めている							
13. その時々のお気持ちの動きを自分自身でつかんでいたい							
14. 自分自身の内面のことには、あまり関心がない							
15. 自分が本当は何をしたいのか考えながら行動する							
16. ふと、一歩離れた所から自分をながめてみることもある							
	1	2	3	4	5	6	7
17. 自分を反省してることが多い							
18. 他人を見るように自分をながめてみることもある							
19. しばしば、自分の心を理解しようとする							
20. つねに、自分自身を見つめる目を忘れないようにしている							
21. 気分が変わると自分自身でそれを敏感に感じ取る方だ							

記入の間違えや記入漏れはございませんか？

再度確認をお願いします。

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

以下にご自身の年齢と身長・体重をご記入ください。

年齢 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_

NO.〇〇〇

ご担当医様

この度は、お忙しい中、ご協力を賜りまして誠にありがとうございます。

今回ご協力いただく本用紙の No(右上)と調査対象者にご回答いただく用紙 No(表紙右上)は一致した番号です。回収させていただきました後、この No で解析を行います。恐縮ではございますが、No をご確認の上、ご記入いただけますよう、お願い申し上げます。また、調査対象者に対して記入漏れなどなきようご指示いただけましたら幸いです。

恐縮ではございますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

1. 年齢 \_\_\_\_\_ 歳
2. 身長 \_\_\_\_\_ cm
3. 体重 \_\_\_\_\_ kg
4. 当てはまるものに○を付けてください

AN-R ・ AN-BP ・ BN-NP ・ BN-P ・ ED-NOS

5. 以下ご記入ください

罹病期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

通院期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

6. 心理療法などを行っている場合はご記入ください。

関わり方

---



## 自己意識とは？

日常生活で向ける“自分”に対する意識のことである。  
公的自己意識と私的自己意識に分けることが出来る。

### 公的自己意識とは？

特に、自分の外見や容姿、行動  
へ向ける意識のことである。

### 私的自己意識とは？

特に、自分のこころ(感情や  
気分など)へ向ける意識のこと  
である。

それぞれ高くなると…

### 公的自己意識が高い！

他人から“こう見られたい”など  
といった自分の理想像が明確に

### 私的自己意識が高い！

自分の内面を振り返る機会が  
多くなる

自己否定感が強いと…

明確になった理想像と現実の自分を  
比較する。なかなか一致しないこと  
で、自己否定感をより一層高めてし  
まうことがある。

自己の内面を振り返り、否定的な  
自分を何度も発見してしまう。その  
結果、自己否定感をより一層高め  
てしまうことがある。

身体への否定感で言うと

他者から良く見られるためには痩せなく  
ては(理想)と思うがなかなか痩せられ  
ない(現実)。自己否定感をより一層高め  
てしまうことがある。

「太っている自分はダメだ、何でダイエ  
ットが続かないの？」(感情や施行)を  
振り返り、否定的な自分を何度も発見  
してしまう。その結果、自己否定感を  
より一層高めてしまうことがある。

各自で、高い自己意識を低くするよう練習しましょう。  
公的・私的ともに同じでも両者が高い場合は両者をうまく低くしましょう。

**過剰な自己意識を低くするためには…**

公的自己意識・私的自己意識どちらでも過剰に持ってしまうことで、食行動に問題を抱えてしまう可能性があります。健康的な生活を送るためにも、各自で、自己意識のバランスを最適に保つ必要が考えられるのです。

**自己意識を最適に！！**

**公的自己意識が高い場合は…**

誰かと会話をする時、その人にどう思われているかに気を遣わずに、その会話で“自分はどう思っているのか”に意識を向けてみよう！

**私的自己意識が高い場合は…**

誰かと会話する時、自分の内面に注意を払わず、自分の動き(身振り手振り)に意識を向けてみよう！

**最終的には… 日常生活では…**

今回の結果を参考として、公的自己意識と私的自己意識のバランスを整えましょう。日常のさまざまな環境の中で、“自分にとってどのような意識を向けることが良いか”を考え、バランス良く意識の配分が出来るように心掛けましょう！