

摂食障害予防のための基礎的研究

—自己愛脆弱性からの検討—

Fundamental study of eating disorder
—The view point of narcissistic vulnerability—

山蔦 圭輔¹, 葦原 摩耶子², 鍋谷 聡子³

¹大妻女子大学人間関係学部, ²神戸親和女子大学発達教育学部, ³大妻多摩中学高等学校

Keisuke Yamatsuta¹, Mayako Ashihara², and Satoko Nabeya³

¹Faculty of Human Relations, Otsuma Women's University

2-7-1 Karakida, Tama-shi, Tokyo, 206-8540 Japan

²Faculty of Human Development and Education, Kobe Shinwa Women's University

7-13-1 Suzurandai Kitamachi, Kobe, 651-1111 Japan

³Otsuma Tama Junior and Senior High School

2-7-1 Karakida, Tama-shi, Tokyo, 206-8540 Japan

キーワード：摂食障害, 食行動異常, 自己愛脆弱性

Key words : Eating disorder, Abnormal eating behavior, Narcissistic vulnerability

抄録

本研究では、摂食障害予防や支援の基礎的研究と位置付け、自己愛脆弱性と食行動異常との関連性について検討することを目的とした。女子学生148名（平均18.95±1.35歳）を対象に調査を実施し、自己愛脆弱性の得点により、低群および高群に分類し、それぞれ、食行動異常（非機能的ダイエット、食物へのとらわれ、むちゃ食い）が摂食障害臨床症状にどのように影響するかを検討した。

検討の結果、非機能的ダイエット行動は、自己顕示抑制を除き、各種自己愛脆弱性の低・高によらず、摂食障害臨床症状に影響することが示された。また、自己緩和不全ならびに潜在的特権意識では、低群と比較して、高群において食事へのとらわれが摂食障害臨床症状へ強く影響する可能性が示唆された。

以上から、行動面の問題を持続する場合、自己愛脆弱性の程度によらず、摂食障害の臨床症状へ移行する可能性が推測される。一方、自己愛脆弱性が強い場合、食事へのとらわれが摂食障害臨床症状を重篤化させる可能性が推測される。

1. 問題と目的

近年、思春期・青年期の女性を中心に、摂食障害を罹患する者、摂食障害の臨床症状に類似する摂食障害ハイリスク群が増加しており、こうした食行動の問題（以下、食行動異常とする）に関して、臨床心理学的立場から、その発症機序を理解することは食行動異常の予防や早期介入を実現する上でも重要な課題となっている。

摂食障害は、DSM-5^[1]では、食行動障害および摂食障害群とされ、食行動障害および摂食障害群には、発達的にみて不適切で文化的規範に従わな

い、非栄養的あるいは非食用物質を、少なくとも1ヵ月間以上の期間、持続的に摂取するという異食症、少なくとも1ヵ月の期間にわたり、いかなる消化器系または医学的疾患でもうまく説明することができない、食物の吐き戻しを繰り返す反芻症、栄養や体力的必要性を満たすことができず、結果として有意の体重減少や栄養不足、経口栄養補助食品や経腸栄養への依存、または心理社会的機能の障害が生じるという回避・制限性食物摂取症、食物制限による有意な低体重、体重増加に対する強い恐怖、危機的な低体重の事実にもかかわらず

らず太っているという信念を持つなどの身体心像の障害である神経性やせ症，平均して3ヵ月にわたって少なくとも週1回，過食と代償行動が起こり，加えて，体重や体型を過度に重視することが特徴である神経性過食症，3ヵ月にわたって少なくとも週1回，代償行動のない繰り返される過食が特徴となる過食性障害などが分類されている。

こうした中，特に思春期・青年期女性を中心とした食行動異常について，その予防や早期介入が求められるものは，神経性やせ症（以下，Anorexia Nervosa：ANとする）ならびに神経性過食症（以下，Bulimia Nervosa：BNとする）といえる。

これまで，摂食障害の発症・維持要因は，成熟拒否や痩せた身体を賞賛する社会文化の影響，Body imageの否定的認識^{[2][3]}，過激なダイエット行動からの連続性^{[4][5]}などが指摘されてきた。

こうした中，自己心理学領域から摂食障害の成り立ちについて言及されたもの^[6]では，“閉じこもった自己愛性パーソナリティ障害”と捉えたものや摂食障害の病理を“身体への攻撃”と捉えたものなど多様である。また，映し出し（賞賛・承認を通して自己を認めてくれる存在である鏡映自己対象との関係）や理想化（自身を励ます存在である理想化自己対象との関係）などがうまく行かない場合，自尊心や凝集性をはじめとしたセルフコントロール機能が不足し，その結果として摂食障害が発症することが指摘されている^{[7]-[9]}。

以上の通り，自己心理学の枠組みから摂食障害や食行動異常を検討する際，自己愛を鍵概念とした検討を行うことは，食行動異常を理解する上で有用であると考えられる。

自己愛に関する臨床心理学研究を概観すると，自己愛パーソナリティ障害を扱った研究が多い。自己愛パーソナリティ障害臨床群を対象として行われた研究では，“感情を感じにくい鈍感なタイプ”，“過敏で傷つきやすい敏感なタイプ”といった分類^[10]や“無関心”，“過剰警戒”といった分類^[11]がされている。また，自己愛パーソナリティ障害は，“誇大的・自己顕示的タイプ”，“他者への過敏性が高く自己抑制的タイプ”に分類されるが，この分類は，一般健常者の自己愛傾向に適用できることが明らかとされている^[12]。こうした中，“過敏で傷つきやすい敏感なタイプ”や“過剰警戒”，“他者への過敏性が高く自己抑制的タイプ”に共通するような他者への過敏性が高

い自己愛は，特に自己愛脆弱性と呼ばれる。

自己愛脆弱性は，自己愛的欲求の表出に伴う不安や他者の反応による傷つきなどを処理し，心理的安定を保つ力が脆弱であることを意味しており，言い換えれば，自己愛的に脆弱な人は，他者に承認・賞賛や特別の配慮を求め，期待した反応が返ってこないときに心理的に不安定になりやすいといえる^[13]。

以上から，本研究では，食行動異常の理解を促進することを目的に，自己愛の中でも，特に他者への過敏性が特徴である自己愛脆弱性を取り上げた基礎研究を行うことを目的とする。

2. 方法

(1) 調査方法

調査対象者は，都内女子大学に所属する大学生であった。調査は2019年6月に実施した。授業時間終了後の休み時間に調査用紙を配布し，回答を求め，その後，個別に回収した。

(2) 倫理的配慮

本調査に回答すること，あるいは回答しないことにより，調査対象者に不利益が生じることがないことを十分説明した上で，同意した場合のみ回答を求めた。なお，本研究は大妻女子大学生命科学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した（承認番号：30-026）。

(3) 調査項目

【基礎事項】 年齢・性別・身長・体重・ダイエット経験の有無と開始時期，摂食障害罹患有無について尋ねた。

【新版食行動異常傾向測定尺度^[14]】本尺度は，一般女子学生を対象に実施可能な食行動異常傾向を測定するものであり，非機能的ダイエット尺度（極端で危険なダイエット行動），食事へのとらわれ尺度（食事を摂ること，あるいは採らないことで頭の中が一杯になり，とらわれる感覚），むちゃ食い尺度（食行動をコントロールすることができず食物摂取をしてしまう）の3下位尺度から成る14項目6件法の尺度である。

【Eating Attitude Test-26^[15]】本尺度は，特に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6件法の尺度である。摂食障害の臨床症状をスクリーニングする際，素点を置換する方法が用いられる。本研究における対象者は一般女子学生であるため，素点を置換することなく解析を行っ

た。

【自己愛脆弱性尺度^[13]】本尺度は、自己顕示抑制尺度、自己緩和不全尺度、潜在的特権意識尺度、承認・賞賛過敏性尺度の4下位尺度から成る20項目5件法の尺度である。

(4) 対象者

調査対象者は157名であった(回収率86.26%)。その中、尺度項目回答に不備のなかった者148名(平均18.95±1.35歳)を解析対象者とした。また、身長・体重への回答に不備のなかった者129名(平均18.98±1.43歳)をBody Mass Indexを算出する際の対象者とした。

(5) 解析方法

解析は、まず、自己愛脆弱性尺度短縮版の各下位尺度得点、EAT-26尺度合計得点との各間においてPearsonの積率相関係数を求めた。次に、自己愛脆弱性尺度下位尺度ごとに平均値で低群・高群に群分けし、各自己愛脆弱性の高低により、新版食行動異常傾向測定尺度で測定される摂食障害の前段階にある食行動の問題が、EAT-26で測定される食行動(摂食障害の臨床症状に類似すると考えられる食行動)にどのように関連するか検討するため、新版食行動異常傾向測定尺度の下位尺度得点を独立変数、EAT-26得点を従属変数とした強制投入法による重回帰分析を実施した。重回帰分析は、有意な相関係数が算出された各尺度得点についてのみ行った。

3. 結果

まず、BMI値を算出した。痩せ体型と判定される18.5 kg/m²未満であった者は全体の27.13% (35名)、18.5 kg/m²~25.0 kg/m²であった者は全体の70.54% (91名)、25.0 kg/m²以上であった者は全体の2.23% (3名)であった。また、ダイエット経験の有る者は92名、無い者は65名であり、ダイエットを始めた時期は、小学校3・4年生で2名、小学校5・6年生で6名、中学生で33名、高校生で42名、大学生以降で9名であった。

つぎに、自己愛脆弱性尺度短縮版の各下位尺度得点、EAT-26尺度合計得点との各間においてPearsonの積率相関係数を算出した結果、自己顕示抑制得点と非機能的ダイエット得点およびむちゃや食い得点との間に有意な相関係数は算出されず、その他の新版食行動異常傾向測定尺度およびEAT-26合計得点との間に有意な相関係数が算出さ

れた。また、自己緩和不全得点とむちゃや食いの間に有意な相関係数は算出されず、その他の新版食行動異常傾向測定尺度およびEAT-26合計得点との間に有意な相関係数が算出された。加えて、潜在的特権意識得点および承認・賞賛過敏性得点と新版食行動異常傾向測定尺度およびEAT-26得点との全ての間に有意な相関係数が算出された(Table.1)。

Table.1 各変数間の相関関係

	A	B	C	D
自己顕示抑制	.09	.23**	.16	.22**
自己緩和不全	.27**	.23**	.12	.21**
潜在的特権意識	.28**	.33**	.23**	.24**
承認・賞賛過敏性	.32**	.32**	.22**	.29**

** $p < .01$

A: 非機能的ダイエット, B: 食事へのとらわれ, C: むちゃや食い, D: EAT-26

加えて、自己愛脆弱性尺度下位尺度得点により群分けされた群ごとに、新版食行動異常傾向測定尺度の下位尺度得点を独立変数、EAT-26得点を従属変数とした重回帰分析を行った。群分けは、自己愛脆弱性尺度下位尺度得点の平均値以下の者を低群、それ以外を高群とした。

解析の結果、自己顕示抑制では、低群・高群ともに、“食事へのとらわれ”と“EAT-26”との間に有意な関係性が認められた(低群: $\beta = .55, p < .01$, 高群: $\beta = .78, p < .01$) (Table.2)。

自己緩和不全では、低群・高群ともに、“非機能的ダイエット”および“食事へのとらわれ”と“EAT-26”との間に有意な関係性が認められた(非機能的ダイエット:低群 $\beta = .40, p < .01$, 高群: $\beta = .40, p < .01$; 食事へのとらわれ:低群 $\beta = .32, p < .01$, 高群: $\beta = .56, p < .01$) (Table.2)。

Table.2 重回帰分析の結果

	自己顕示抑制				自己緩和不全			
	低群		高群		低群		高群	
	β	R ²						
A	-	-	-	-	.40**		.40**	
B	.55**	.38	.78**	.52	.31*	.35	.56**	.64
C	.10		-.11		-.08		-.16	

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

A: 非機能的ダイエット, B: 食事へのとらわれ, C: むちゃや食い

潜在的特権意識では、低群・高群ともに、“非機能的ダイエット”および“食事へのとらわれ”と“EAT-26”との間に有意な関係性が認められた（非機能的ダイエット：低群 $\beta=.41$, $p<.01$, 高群： $\beta=.45$, $p<.01$ ；食事へのとらわれ：低群 $\beta=.33$, $p<.01$, 高群： $\beta=.48$, $p<.01$ ）（Table.3）。

Table.3 重回帰分析の結果

	潜在的特権意識				承認・賞賛欲求			
	低群		高群		低群		高群	
	β	R ²						
A	.41**		.45**		.46**		.37**	
B	.33**	.40	.48**	.63	.21	.32	.61**	.63
C	-.04		-.17		-.07		-.17	

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

A: 非機能的ダイエット, B: 食事へのとらわれ, C: むちゃ食い

承認・賞賛過敏性では、低群では“非機能的ダイエット”と“EAT-26”との間で有意な関係性が認められた（ $\beta=.46$, $p<.01$ ）。また高群では、“非機能的ダイエット”および“食事へのとらわれ”と“EAT-26”との間に有意な関係性が認められた（非機能的ダイエット： $\beta=.37$ $p<.01$ ；食事へのとらわれ： $\beta=.31$, $p<.01$ ）（Table.3）。

4. 考察

本研究では、自己愛の中でも、特に、他者への過敏性が高い自己愛である自己愛脆弱性に注目し、食行動異常に係る基礎研究を蓄積することを目的とした。ここでは、自己愛脆弱性の高低により、AEBSで測定される食行動異常がEAT-26で測定される摂食障害臨床症状（以下、臨床症状とする）に与える影響について検討した。

自己顕示抑制の高・低の両群において、食事へのとらわれが臨床症状に影響することが示された。また、標準偏回帰係数を比較すると、低群（ $\beta=.55$ ）よりも高群（ $\beta=.78$ ）で強いことが示された。

自己顕示抑制は、自己顕示を恥ずかしいものと感じて抑制する傾向であり、食事へのとらわれは、食事をセルフコントロールすることが困難な状態で、食事をすること（あるいはダイエット行動など、食事をしないこと）で頭が一杯になり、ふりまわされている感覚を示す概念である。

仮に自己顕示抑制が高く、対人関係場面において恥の意識を有する場合、「痩身は価値が高い」と

いった価値基準を有すると想定すると、恥の意識を低減させることを求め、他者から賞賛される瘦身体を獲得するためにダイエット行動が持続すると考えることもできる。こうした中、ダイエット行動を持続しても、理想とするような瘦身体を獲得することが難しく、ダイエット行動（すなわち食事や食事制限）のことで頭が一杯になり、食事にふりまわされる状況へと移行し、臨床症状へとつながる可能性が考えられる。

次に、自己緩和不全では、高・低群の両群とも非機能的ダイエットおよび食事へのとらわれが、臨床症状に有意に影響することが明らかとなった。また、標準偏回帰係数を比較すると、非機能的ダイエットでは、低群（ $\beta=.40$ ）と高群（ $\beta=.40$ ）で同等であること、食事へのとらわれで、低群（ $\beta=.31$ ）よりも高群（ $\beta=.56$ ）で強いことが示された。

自己緩和不全は、不安や抑うつを自身で緩和する力の弱さを示すものであり、気分・情動のセルフコントロールに関する概念であると考えられる。また、セルフコントロール機能が不足することで摂食障害が発症するといった機序が指摘されており^{[7]-[9]}、こうしたことから考えると、自己緩和不全が高い群において、食事へのとらわれ（気分・感情のセルフコントロール感欠如）が強くなり、臨床症状に影響することは了解可能である。

一方、自己緩和不全の程度によらず、非機能的ダイエットが臨床症状へ同等に関係していることをみると、極端な食事制限などといった行動面の問題が摂食障害の誘因となる可能性も推測できる。

加えて、潜在的特権意識では、高・低群の両群とも非機能的ダイエットおよび食事へのとらわれが、臨床症状に有意に影響することが明らかとなった。また、標準偏回帰係数を比較すると、非機能的ダイエットでは、低群（ $\beta=.41$ ）と高群（ $\beta=.45$ ）とで大きな差はなく、食事へのとらわれで、低群（ $\beta=.33$ ）よりも高群（ $\beta=.48$ ）で強いことが示された。

潜在的特権意識は、自分への特別の配慮を求める傾向を指す。これを、他者への援助希求ととらえると、他者への援助希求が強い場合に、食事へのとらわれを有する状態がより臨床症状へ影響するものと考えられる。

援助希求が強いにも関わらず、援助されている実感を得ることができないと想定した場合、食事へのとらわれ、すなわち、気分・感情のセルフコ

ントロール感の欠如と合わせ、“自分ではどうすることもできず、他人も助けてくれない”状況で、食行動の問題が重篤化する可能性も推測できる。

さらに、承認・賞賛過敏性では、低群では非機能的ダイエットのみ、高群では非機能的ダイエットおよび食事へのとらわれがそれぞれ臨床症状に有意に影響することが明らかとなった。また、標準偏回帰係数を比較すると、非機能的ダイエットでは、高群 ($\beta=.37$) よりも低群 ($\beta=.46$) で強いことが示された。

承認・賞賛過敏性において、食事へのとらわれが高群でのみ有意に影響することは特徴的である。承認・賞賛過敏性は、他者からの承認や賞賛に過敏で、それが得られないと傷つく傾向とされる^[13]。

「他者から認められたい」「評価されたい」「賞賛されたい」という欲求が強い場合、極端なダイエット行動などと合わせて、食事へのとらわれが臨床症状へつながる重要な要因であると推測される。

「痩身は価値が高い」といった価値基準を有すると想定した場合、他者から認められ、高い評価を受けるために、瘦身体を求めるダイエット行動を持続し、理想とするような瘦身体を獲得できない場合に、食事へのとらわれが強くなり、食行動の問題が重篤化する可能性も考えられる。

以上、本研究では、自己愛脆弱性の程度により、AEBS-NV で測定される食行動異常が EAT-26 で測定される臨床症状に与える影響を検討した。それぞれの結果は、“自己顕示抑制を除き、自己愛脆弱性の程度によらず、非機能的ダイエットが臨床症状へつながること”、“承認・賞賛欲求を除き、自己愛脆弱性が高い程、食事へのとらわれが臨床症状へと影響する程度が強い可能性があること”の2点にまとめることができる。

本研究で測定した自己愛脆弱性は、「自己顕示抑制」、「自己緩和不全」、「潜在的特権意識」、「承認・賞賛欲求」という4つの構成概念から成り立っている。これらは単一の概念が単独で保有されるものではなく、複数が共存するものであると考えられる。したがって、今後、複数の組み合わせを考慮した上で検討する必要があるだろう。

また、本研究の結果をみると、多くの場合、自己愛脆弱性が高い場合、食事へのとらわれが臨床症状に影響することがわかる。食事へのとらわれが、気分・情動をセルフコントロールできない状況ととらえた場合、気分不耐性といった概念と取

り上げた実証的研究も必要であろう。

付記

本研究は、2018年度大妻女子大学戦略的個人研究費（S3038）の助成を受け実施された。

引用文献

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition: DSM—5. Washington, D.C: American Psychiatric Association. 2013.
- [2] Garfinlel, P. E. 神経性食欲不振症および過食症：病態理解に基づいた治療。心身医学。1991, 31, p. 27-33.
- [3] Polivy, J. et al. Causes of eating disorders. Annual Review of Psychology. 2002, 53, p. 187-213.
- [4] Cooper, P. J. et al. Cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: Some preliminary findings. Journal of Psychosomatic Research. 1984, 28, p. 493-499.
- [5] Stice, E. et al. Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. Psychological Bulliten. 2004, 130, p. 206-227.
- [6] Masterson, J. F. Paradise lost-bulimia, a closet narcissistic personality disorder: A developmental, self, and object relations approach. In R. C. Marohn & S. C. Feinstein (Eds.). Adolescent psychiatry. 1995, 20, 253-266
- [7] Geist, R. A. Self psychological reflections on the origins of eating disorders. Journal of the American Academy of Psychoanalysis. 1989, 17, p. 5-27.
- [8] Goodsitt, A. Self psychology and the treatment of anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York: Guilford Press. 1985, 55-82.
- [9] Sands, S. H. Bulimia, dissociation, and empathy: A self-psychological view. In C. L. Johnson (Ed.). Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia. New York: Guilford Press. 1991, p. 34-50.
- [10] Rosenfeld, H. Impasse and interpretation. In D. Tuchett (Ed.), New library of psychoanalysis. London: Tavistock Publications. 1987
- [11] Gabbard, G. O. Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition. Washington, D. C.: American Psychiatric Press. 1994.

- [12]Wink, P. Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991, 61, p. 590-597.
- [13]上地雄一郎ほか. 対人恐怖傾向の要因としての自己愛的脆弱性, 自己不一致, 自尊感情の関連性. *パーソナリティ研究*. 2009, 17(3), p. 280-291.
- [14] 山蔦 圭輔ほか. 女子学生を対象とした新版食行動異常傾向測定尺度の開発. *心身医学*. 2016, 56, p. 737-747.
- [15] Mukai, T. et al. Eating attitudes and weight preoccupation among female high school student in Japan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994, 35, p. 677-688.

(受付日 : 2020 年 3 月 26 日, 受理日 : 2020 年 4 月 8 日)



山蔦 圭輔 (やまつた けいすけ)

現職 : 大妻女子大学人間関係学部准教授

早稲田大学大学院人間科学研究科博士後期課程修了。

専門は臨床心理学・健康心理学。ボディ・イメージや食行動異常, 摂食障害予防などをメインテーマとした研究を行っている。

主な著書 : 摂食障害および食行動異常予防に関する研究 (単著, ナカニシヤ出版)