

成人女性におけるむちゃ食い行動生起要因の検討

平 田 真知子

問題および目的

近年、若年女性における食べ物や食事、体型へのこだわり、およびそれに追従するダイエットの流行が、医学的・心理学的問題として取り上げられ、それと同時に摂食障害の様相を呈する患者数の増加が注目されている。摂食障害とは、神経性食欲不振症 (anorexia nervosa: AN) と神経性過食症 (bulimia nervosa: BN) を一括して称したものであり、AN は制限型とむちゃ食い／排出型に、BN は排出型と非排出型に分類されるなど (DSM-IV; APA, 1994), その病態は複雑で、また、慢性化と再発を特徴としている。

さらに、DSM-IVでは、AN・BNの基準を満たさない摂食障害に対して、特定不能の摂食障害 (eating disorder not otherwise specified; EDNOS) というカテゴリーを設け、この EDNOS と診断される患者に対しても深刻かつ迅速な注意が必要であると Walsh ら (1997) は言及している。中でも、BN の特徴である「不適切な代償行為 (例; 自己誘発性嘔吐, 下剤・利尿剤などの誤った使用, 絶食または過剰な運動など)」を伴わないむちゃ食いのエピソードを繰り返す人々の存在に近年注意が向けられつつあり、DSM-IV においても付録 B 「今後の研究のための基準案と軸」の中でむちゃ食い障害 (binge eating disorder; BED) という診断基準が設けられている。

以上のことから、摂食障害の徴候として現れるむちゃ食いには、AN あるいは BN の経過における 1 つの症状として考えられるものと、むちゃ食いそれ自体が問題視される BED の徴候として生じるものがあると考えられる。

Casper (1983) は、AN におけるむちゃ食いの歴史を 20 世紀以前の事例まで遡って調査し、AN のおよそ半数にむちゃ食いがあったという報告をもとに、むちゃ食いが AN にとってよく起こる問題であったこと、むちゃ食いの背景には心理的問題が存在していたことなどを明らかにした。また、AN の中でも、むち

や食いのあるタイプ (むちゃ食い／排出型) は、むちゃ食いのないタイプ (制限型) に比べて年齢が高く罹病期間も長いこと、衝動性や社会的困難、家族機能不全、抑うつ、情緒的問題などをより多く抱えているということが多くの研究によって指摘されている (Silverman, 1997)。

Fairburn & Cooper (1984) は、AN と BN はダイエットによって発症する障害であると述べている。スリムな体型が理想とされる現代社会では、そのような社会文化的背景に基づいて、多くの女性が思春期や成人期において程度の差はあるものの、ダイエットを経験したりその必要性を感じていると考えられる。ところが、実際に AN や BN が発症するのはそのうちの少数である。ダイエットはおそらく、自覚的にも他覚的にも認識されやすい直接的な契機であり、患者本人にとっても意識化されやすい要因ではあるが、ダイエットという要因だけで摂食障害が発症するという考えには少々疑問が残る。しかしながら、ダイエットの他にどのような要因が関与しているのかという発症メカニズムについては、未だはっきりと解明されていない。

これまでの見解では、摂食障害に関する発症要因の検討は、図 1 に示すような複合要因モデル (循環型モデル) をもとに考えられることが多かった (Garfinkel & Garner, 1982)。

この複合要因モデルでは、①摂食障害は個人ごとに異なる複合的要因によって生じること、②同じ要因あ

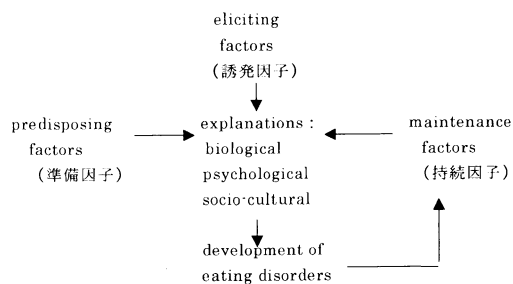


図 1 摂食障害に関する複合要因モデル (Garfinkel & Garner, 1982)

るいは同じ複合要因が異なる個人を摂食障害に導くことはなく、摂食障害が生物学的、心理学的、社会的存在としての相互作用の中で起こりうる循環的な特徴を持つことが強調されている。

しかし、Jansen (2001) は、このような複合要因モデルにおけるリスク要因の多くが特に摂食障害だけの要因ではないこと、また、この複合要因モデルでは、摂食障害が幅広い要因を持ち、発症の直接の起因や発症するのかもしれないのかという一般的な法則を発見することが出来ないことを示唆しているにすぎないと述べている。つまり、摂食障害の発症要因や病態そのものを理解するには、このような複合要因モデルをもとに、発症に関わっているとされる様々なリスク要因について総合的に検討するのではなく、AN や BN, BED それぞれに特有の問題や症状に焦点を当て因果モデルを設定することが有効であり、また、それに続く治療的介入にもつながるのではないかと考えられる。

Stice ら (2000) は、摂食障害に特有の症状の中でも、「むちゃ食い行動」に焦点を当て、むちゃ食いが起こる要因と維持モデルに関してネガティブ感情統制プロセスとダイエットとの関係に注目した。そして、BED の臨床例をクラスター分析によって「ダイエット群」と「ダイエット抑うつ群」に分類し、「摂食異常性 (eating pathology)」「社会的機能 (social functioning)」「他の精神疾患の共存性 (psychiatric comorbidity)」「治療に対する反応 (response to treatment)」について異なる側面を持つかどうか比較検討した。その結果、「ダイエット群」より「ダイエット抑うつ群」の方が、摂食量が多く、体重に関する強迫観念が強く、社会適応障害、気分障害や不安障害、人格障害の発症率が高く、治療に対する反応も悪いということが示された。また、度を越さない中程度のダイエットが BED の主たる特徴であること、情緒的障害は BED の少数のケースにのみ存在するが、度を越さない中程度のダイエットと情緒的問題の結合は、重度の気分障害や不安障害、体重や体型に関する過度の没頭、社会機能障害、治療に対する反応の乏しさなど種々の深刻な障害の指標と成り得ることを示唆した。

Stice (2001) はまた、BN の発症要因について、過激なダイエットや長期に亘るネガティブ感情、あるいはこれらの結合がむちゃ食いを促進し、将来の BN を導くとする 2 経路モデル (図 2) を提示しモデルの検証を行った。

〈2 経路モデルにおける BN 発症に至る経緯〉

- ① 多くの女性に支持されているような、スリムな

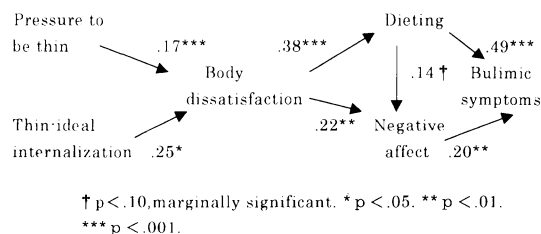


図 2 2 経路モデルおよびモデルの検証結果 (Stice, 2001)

体型の自己への内在化 (thin-ideal internalization) や近親者、あるいは社会からの痩せることへの圧力 (pressure to be thin) は自己の身体への不満 (body dissatisfaction) を生み出す。

- ② 自己の身体への不満は、一般に最も効果的な体重コントロール法と考えられているダイエットを導く。
- ③ 自己の身体への不満は、女性にとって容姿 (身体的外観) が最も重要な評価ポイントであると考えられている現代の社会的背景に基づき、ネガティブ感情を生起させる要因となる。
- ④ 体重コントロールに関する失敗や、極端なダイエットがもたらすカロリー欠乏は気分に影響を与えるという理由から、ダイエットはネガティブ感情を生起させる。
- ⑤ ダイエットはカロリー欠乏に伴う身体的反動調節によってむちゃ食いを生起させ BN へと導く。
- ⑥ むちゃ食いはネガティブ感情からの気晴らしとなって快をもたらし強化されるため BN を発症させる。

Stice の女子高校生を対象にした調査に基づくモデルの検証結果 (図 2) では、ダイエットとネガティブ感情の両方が、BN の要因となるという「2 経路」については支持されたが、ダイエットがネガティブ感情を促進させるという仮説については有意な結果は得られなかった。

目 的

本研究の目的は、Stice の提示した 2 経路モデルを参考に、摂食障害の様々な病態において徴候として出現する「むちゃ食い行動」の生起要因に関する因果モデルを構築し、摂食障害発症メカニズムについての解明の手掛かりとすることである。

方法および手続き

1. 被調査者

20代の社会人女性203名に調査用紙を配布し、189名から回答を得た。うち23名については欠損項目があったため、残り166名について分析を行なった。

2. 調査用紙

EDE-Q (Eating Disorder Examination-Questionnaire) (Fairburn & Beglin, 1994) を和訳し改訂したものの30項目に、オリジナル項目5項目を追加したものと、Midlife in the United States Survey で使用されたポジティブ感情およびネガティブ感情の頻度に関する質問紙、Positive and Negative Affect Scales (Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M., 1998) を和訳したものの12項目(ポジティブ感情; 6項目, ネガティブ感情; 6項目)を使用した。

<EDE-Q>

摂食障害に特徴的な精神症状や行動を総合的に評価することを目的とした半構造化面接用の質問紙, EDE (Eating Disorder Examination) を自己記入式に改訂したもの (Fairburn & Cooper, 1994)。過去4週間の精神症状に焦点を当てた4つの下位尺度(摂食制限, 体重関心, 体型関心, 食関心)を構成する項目と、特徴的な2つの行動(過食, 極端な体重コントロール)を調査する項目から構成されている。

<オリジナル項目>

EDE-Qには含まれていない「やせることに対する圧力 (pressure to be thin)」などの概念を含む5項目(「家族や友人, 恋人から『やせた方がいい』と強く言われることが」「雑誌やTVを見て, 自分の体型や体重が気になることは」「雑誌やTVのダイエット情報に関心がありますか」「女性はやせている方が魅力的だと思うことが」「いやなときや, つらいときに食べてしまいますか」)。

<Positive and Negative Affect Scales>

Midlife in the United States Survey (1995~1996) で用いられた質問紙の1つで, 過去30日間のポジティブ感情とネガティブ感情(各6項目)の出現頻度(「全くない」~「いつもあった」)について質問したものの。非常に簡潔な内容でありながら, 高い信頼性が得られている(ポジティブ感情; $\alpha=0.91$, ネガティブ感情; $\alpha=0.87$)。

これらをもとに, (1) 体重・体型に関するこだわり

から生じる行動について, (2) 体重・体型に関するこだわりから生じる心理的側面について, (3) 感情についての3つの部分から構成される質問紙を作成し, いずれも被調査者の過去1ヶ月間の状態について5件法で回答してもらった。

なお, 回答は0~4点で得点化した。

以上の項目に, 年齢・身長・体重・理想体重の4項目を追加し, 被調査者のプライバシー保護と回答内容の正確性を期すため, 回答は無記名式で行ない回答用紙は被調査者自身が封筒に入れ厳封の上回収した。

結果および分析

1. 被調査者の特徴

被調査者の年齢, 身長, 体重, 理想体重, BMIの平均値およびSDは, 年齢: 25.21 ± 2.58 歳, 身長: 1.59 ± 0.05 m, 体重: 50.44 ± 6.32 kg, 理想体重: 47.30 ± 4.73 kg, BMI: 19.88 ± 2.24 であった。

2. 探索的因子分析

調査項目をモデルの構成概念として特定するため, SPSS 11.0 を使用し, (1) (2) (3) の設問ごとに主因子法による因子抽出とバリマックス法による回転を用いて因子分析を行ない合計9因子を抽出した。各因子の概念および因子負荷量は表1の通りである。

分析の経過中, 因子負荷量が低かった項目と複数の因子と関連があつてその負荷量の差が小さかった項目(「1-5 胃を空っぽにしたいと思ったことがあつたのは」「1-9 人にかくれて食べたことが(むちゃ食いで)」「1-11 体型や体重のことで頭が一杯になって, 関心のあること(読書, TV鑑賞, 勉強など)に集中出来なくなったことは」「1-18 コントロールを失って食べ過ぎてしまったと感じてはいるものの, 実際にはそれほど多くは食べていなかったということは」「1-22 体型や体重をコントロールするために激しい運動をしたことが」「2-3 もし, これから1ヶ月間, 毎週1回, 体重を測らなければならなくなったとしたら, どのくらい動揺しますか」「2-6 自分が食べるのを他人に見られるのはどのくらい不快ですか」「2-13 いやなときや, つらいときにたくさん食べてしまいますか」)については除外した。また, 「2-9 家族や友人, 恋人から『やせた方がいい』と強く言われることが」については他の項目と共に因子の中に含めることに違和感があつたため因子分析からは除外し, 単独で「やせることへの圧力」という構成概念と見なすこと

表1 探索的因子分析結果

(1)	1-5, 1-9, 1-11, 1-18, 1-22 削除後	回転後(バリマックス回転)				共通性 (抽出後)
		I	II	III	IV	
やせ願望	1-13 太ったように感じたことは	0.808	0.180	0.081	0.035	0.693
	1-14 体重を減らしたいと強く思ったことは	0.785	0.128	0.285	0.009	0.714
	1-12 体重が増えたり、脂肪がついて太るかもしれないと怖くなったことは	0.760	0.110	0.064	0.085	0.602
	1-10 お腹がべちゃんこになって欲しいと思ったことは	0.641	0.170	0.211	-0.007	0.485
	1-15 体型や体重に影響するという理由で食べた後に罪悪感を感じたことが(ただし、むちゃ食いをしたときを除いて)	0.606	0.265	0.241	0.092	0.504
むちゃ食い	1-17 1-16のようなエピソードの時に、コントロールを失ってしまったと感じたことは	0.111	0.839	0.131	-0.006	0.733
	1-16 他人に見られたら、おそらくその人がびっくりするぐらいの食べ物を食べてしまったと思ったことは	0.227	0.789	0.012	0.124	0.689
	1-7 食べることがコントロール出来なくなるのではと怖くなったことは	0.252	0.751	0.037	0.084	0.636
	1-8 むちゃ食い(一定時間に大量の食べ物を急速に食べる)をしたことは	0.123	0.725	-0.008	0.181	0.574
ダイエット	1-1 体重や体型をコントロールするために食事の量を減らそうとしたことは	0.265	-0.007	0.816	0.074	0.742
	1-3 体重や体型をコントロールするために好きな食べ物を我慢したことは	0.161	-0.029	0.782	0.280	0.716
	1-4 体重や体型をコントロールするために食べることに厳しいルールを守ろうとしたことは	0.086	0.014	0.775	0.136	0.627
	1-2 体重や体型をコントロールするために長時間(8時間以上)何も食べなかったことは	0.198	0.214	0.505	0.105	0.351
極端な体重コントロール	1-19 体重や体型をコントロールするために嘔吐したことが	-0.019	0.075	0.139	0.807	0.677
	1-20 体重や体型をコントロールするために下剤を使用したことが	0.027	0.219	0.163	0.766	0.662
	1-6 食べ物やカロリーのことで頭が一杯になって、関心のあること(読書、TV鑑賞、勉強など)に集中出来なくなったことは	0.173	0.043	0.312	0.417	0.303
	固有値	2.942	2.678	2.489	1.598	
	寄与率(%)	18.388	16.737	15.559	9.987	
	累積寄与率(%)	18.388	35.125	50.684	60.671	

(2)	2-3, 2-6, 2-9, 2-13 削除後	回転後(バリマックス回転)			共通性 (抽出後)
		I	II	III	
自己の身体に対する不満	2-5 体型のことについて考えるとどのくらい憂うつになりますか	0.839	0.214	0.261	0.818
	2-7 自分の身体を見るのはどのくらい不快ですか(鏡やお店のウインドウに映った自分の姿を見たりお風呂で自分の裸を見たりしたとき)	0.760	0.178	0.196	0.647
	2-8 自分の身体を見られるのはどのくらい不快ですか(更衣室で着替えているとき、水着やびったりした洋服を着ているとき)	0.627	0.115	0.214	0.452
	2-4 体重のことについて考えるとどのくらい憂うつになりますか	0.623	0.247	0.390	0.601
自己の身体と自己評価	2-2 自分自身の評価に体型は影響しますか	0.203	0.830	0.208	0.773
	2-1 自分自身の評価に体重は影響しますか	0.198	0.808	0.235	0.747
社会文化的に理想とされる身体像への関心	2-11 雑誌やTVのダイエット情報に関心がありますか	0.285	0.171	0.836	0.808
	2-10 雑誌やTVを見て、自分の体型や体重が気になることは	0.450	0.327	0.548	0.609
	2-12 女性はやせている方が魅力的だと思うことが	0.220	0.262	0.450	0.319
	固有値	2.473	1.698	1.604	
	寄与率(%)	27.477	18.864	17.818	
	累積寄与率(%)	27.477	46.341	64.159	

(3)		回転後(バリマックス)		共通性 (抽出後)
		I	II	
ポジティブ感情	3-6 とても幸せだ	0.858	-0.171	0.765
	3-5 気分がいい	0.834	-0.181	0.728
	3-4 楽しい	0.794	-0.104	0.641
	3-12 活気がある	0.732	-0.109	0.547
	3-11 満足している	0.731	-0.290	0.618
	3-10 穏やかで落ち着いている	0.591	-0.374	0.489
	3-9 つまらない	-0.491	0.376	0.383
ネガティブ感情	3-2 いらいらする	-0.101	0.726	0.537
	3-3 落ち着かず、そわそわする	-0.100	0.722	0.532
	3-1 とても悲しくて元気がない	-0.115	0.624	0.403
	3-8 何事も億劫だ	-0.277	0.523	0.351
	3-7 希望がない	-0.369	0.489	0.375
		固有値	3.968	2.402
	寄与率(%)	33.067	20.014	
	累積寄与率(%)	33.067	53.081	

にした。

感情に関する設問 (3) の「3-9 つまらない」はポジティブ感情の反転項目として負荷していたため、モデルの構成概念には含めなかった。

なお、設問 (1) の「1-21 体型や体重をコントロールするために利尿剤を使用したことが」に関しては、全調査者の回答が「1. 全くない (0 点)」であったため、因子分析の対象からあらかじめ除外した。

3. 2 経路モデルの検証

まず、探索的因子分析によって得られた構成概念をもとに、Amos 4.0 を使用した共分散構造分析モデルによるパス解析によって、Stice の 2 経路モデルの検証を行なった (図 3)。

(「bulimic symptoms」=「むちゃ食い」+「極端な体重コントロール」)

表 2 2 経路モデルの検証結果 主な適合度指標

カイ 2 乗検定			GFI	AGFI	AIC	RMSEA
カイ 2 乗値	自由度	確率				
48.533	8	0.000	0.915	0.777	74.533	0.175

表 2 の主な適合度指標によると、カイ 2 乗値；48.533、確率； $p=0.000$ となり、このモデルは有意水準 1% で棄却されてしまう。また、GFI (0.915) はモデル受容の基準値 (0.9 以上) をわずかに上回ったが、AGFI (0.777) は基準値 (0.9 以上) より低い結果であった。また、RMSEA (0.175) は基準値 (0.05 以下) を満たさなかった。各パス係数については、「自己の身体に対する不満」→「ネガティブ感情」($t=1.930$) と「ダイエット」→「ネガティブ感情」($t=1.002$) が 5% 水準で有意ではなかったことや、「ダイエット」→「bulimic symptoms」のパス係数 (0.183) が、有意ではあるがやや低かったことから (表 3)、本調査では『身体への不満がダイエットとネガティブ感情の両方を助長し、過食症の徴候をもたらす』という 2 経路は実証されなかった。

4. モデルの構築

以上の検証結果を考慮した上で、本研究の第 1 の目的である、むちゃ食い行動に関する因果モデルを構築するため、探索的因子分析で得られた構成概念間の相関係数を算出し、どのような影響関係が存在するかを

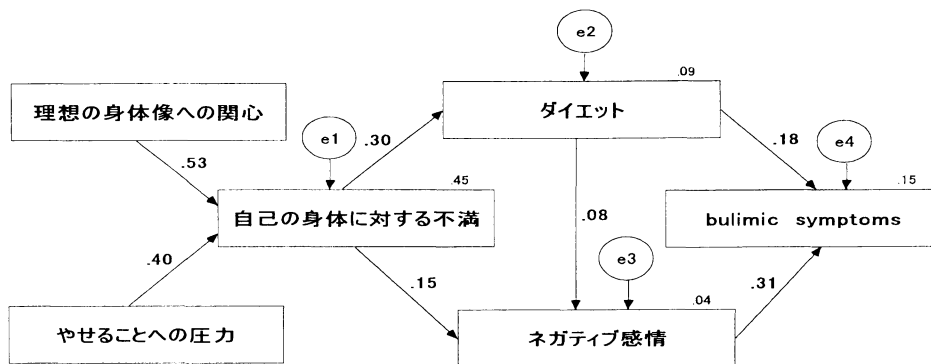


図 3 2 経路モデルの検証結果 (標準化係数)

表 3 2 経路モデルの検証結果 パラメータ推定値

	非標準化係数				標準化係数
	推定値	標準誤差	検定統計量	確率	推定値
理想の身体像への関心→自己の身体に対する不満	0.648	0.070	9.199	0.000	0.533
やせることへの圧力→自己の身体に対する不満	1.037	0.150	6.927	0.000	0.402
自己の身体に対する不満→ダイエット	0.265	0.067	3.974	0.000	0.296
自己の身体に対する不満→ネガティブ感情	0.165	0.086	1.930	0.054	0.154
ダイエット→ネガティブ感情	0.096	0.096	1.002	0.316	0.080
ダイエット→bulimic symptoms	0.160	0.064	2.527	0.012	0.183
ネガティブ感情→bulimic symptoms	0.229	0.053	4.304	0.000	0.312

標準化係数 (パス係数) は検定統計量： $t > 1.96$ の時、5% 水準で有意である。

検討した(表4)。

「むちゃ食い」と相関があったのは、相関係数の高い順に「やせ願望」「ネガティブ感情」「自己の身体に対する不満」「極端な体重コントロール」「社会文化的に理想とされる身体像への関心」「やせることへの圧力」で、これらはむちゃ食いの生起要因として高い関与が予測される構成概念であると考えられた。

また「やせ願望」は「社会文化的に理想とされる身体像への関心」「やせることへの圧力」「自己の身体と自己評価」「ダイエット」と、「極端な体重コントロール」は「ダイエット」と、「社会文化的に理想とされる身体像への関心」は「自己の身体と自己評価」「ダイエット」「やせることへの圧力」ともそれぞれ相関

が見られた。さらに「ダイエット」と「自己の身体と自己評価」との間にも弱い相関があった。また、2経路モデルでは「ダイエット」が「むちゃ食い」などBNの徴候の直接的な生起要因として提示されていたが、本調査では、直接的な相関はなく、「極端な体重コントロール」という媒介要因を経て「むちゃ食い」を生起させていることが想定された。

これらの相関関係と Stice の2経路モデルでの検証結果、そして「むちゃ食いはダイエットという媒介要因がなくても起こる(やせ願望そのものがむちゃ食いの生起要因となり得る)」という新たな仮説をもとに概念モデル(3経路モデル)を構築し、共分散構造分析モデルによるパス解析を行なったところ、次のよう

表4 構成概念間の相関係数 (Pearson の相関係数)

	やせ願望	むちゃ食い	ダイエット	極端な体重コントロール	自己の身体に対する不満	自己の身体と自己評価	理想とされる身体像への関心	やせることへの圧力	ポジティブ感情	ネガティブ感情
やせ願望	1.000									
むちゃ食い	0.389**	1.000								
ダイエット	0.397**	0.135	1.000							
極端な体重コントロール	0.181*	0.267**	0.372**	1.000						
自己の身体に対する不満	0.605**	0.271**	0.316**	0.140	1.000					
自己の身体と自己評価	0.399**	0.057	0.303**	0.081	0.450**	1.000				
社会文化的に理想とされる身体像への関心	0.647**	0.253**	0.418**	0.175*	0.634**	0.527**	1.000			
やせることへの圧力	0.541**	0.220**	0.163*	0.045	0.558**	0.163*	0.374**	1.000		
ポジティブ感情	-0.070	-0.132	-0.110	-0.123	-0.224**	-0.045	-0.101	-0.058	1.000	
ネガティブ感情	0.092	0.342**	0.133	0.120	0.191*	0.148	0.131	0.092	-0.445**	1.000

**相関係数は1%水準で有意(両側)。
*相関係数は5%水準で有意(両側)。

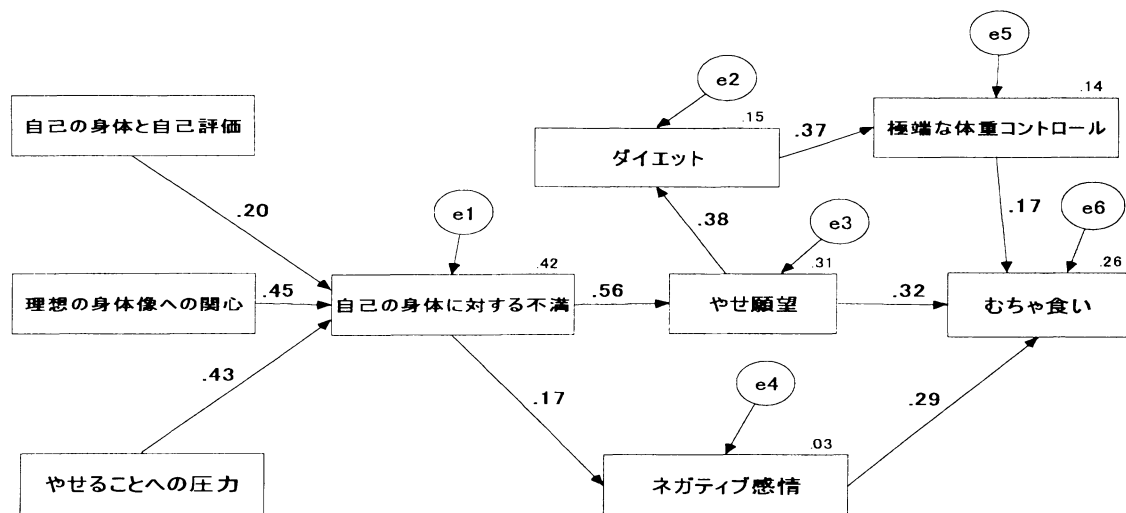


図4 むちゃ食い行動に関する因果モデル(3経路モデル)①の分析結果(標準化係数)

表5 むちゃ食い行動に関する因果モデル（3経路モデル）①の分析結果
主な適合度指標

カイ2乗検定			GFI	AGFI	AIC	RMSEA
カイ2乗値	自由度	確率				
155.152	26	0.000	0.830	0.706	193.152	0.174

な結果が得られた（図4、表5、表6）。

各パス係数に関しては、5%水準で全て有意であったが、表5の主な適合度指標から、カイ2乗値；155.152、確率； $p=0.000$ 、 $GFI=0.830$ 、 $AGFI=0.706$ 、 $RMSEA=0.174$ とモデル適合度がよくなかったため、モデル①の修正を行なうことにした。

表6 むちゃ食い行動に関する因果モデル（3経路モデル）①の分析結果

パラメータ推定値

	非標準化係数				標準化係数
	推定値	標準誤差	検定統計量	確率	推定値
理想の身体像への関心→自己の身体に対する不満	0.522	0.069	7.590	0.000	0.448
自己の身体と自己評価→自己の身体に対する不満	0.316	0.093	3.393	0.001	0.200
やせることへの圧力→自己の身体に対する不満	1.057	0.146	7.232	0.000	0.427
自己の身体に対する不満→やせ願望	0.955	0.110	8.665	0.000	0.559
やせ願望→ダイエット	0.211	0.039	5.346	0.000	0.384
ダイエット→極端な体重コントロール	0.093	0.018	5.112	0.000	0.370
自己の身体に対する不満→ネガティブ感情	0.191	0.086	2.224	0.026	0.171
極端な体重コントロール→むちゃ食い	0.532	0.207	2.564	0.010	0.174
やせ願望→むちゃ食い	0.135	0.029	4.729	0.000	0.322
ネガティブ感情→むちゃ食い	0.188	0.043	4.353	0.000	0.294

標準化係数（パス係数）は検定統計量： $t > 1.96$ の時、5%水準で有意である。

表7 BMIと各構成概念との相関係数（Pearsonの相関係数）

やせ願望	むちゃ食い	ダイエット	極端な体重コントロール	自己の身体に対する不満	自己の身体と自己評価	理想とされる身体像への関心	やせることへの圧力	ネガティブ感情
0.416**	0.147	0.124	0.087	0.351**	0.039	0.178*	0.493**	0.043

**相関係数は1%水準で有意（両側）。

*相関係数は5%水準で有意（両側）。

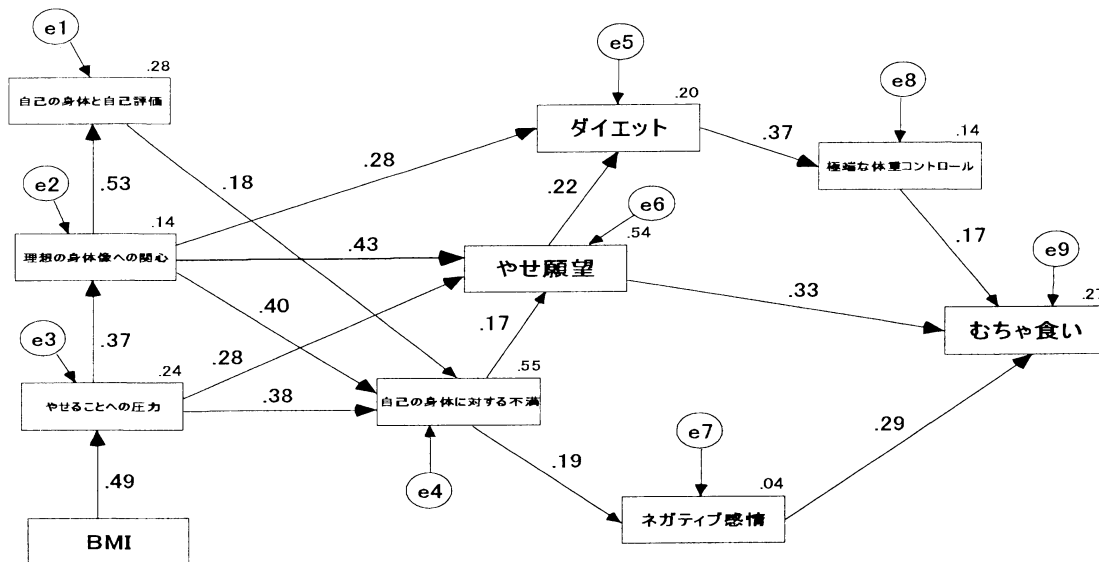


図5 むちゃ食い行動に関する因果モデル（3経路モデル）②の分析結果

一方, Stice & Whitenton (2002) は, 身体不満を生み出すリスク要因として, 強い社会的圧力と BMI の高さ (肥満) が深く関与していると述べている。本調査においても, 「自己の身体に対する不満」は「やせることへの圧力」「理想の身体像への関心」と強い相関があり (表4), BMI に関しては, 各構成概念との相関を算出したところ, 1% 水準で有意な相関があったのは, 「やせることへの圧力」「やせ願望」「自己の身体に対する不満」であった (表7)。

以上の相関関係からも, BMI が高いことは「やせることへの圧力」を強め, 「自己の身体に対する不満」や「やせ願望」を生み出す要因になっていると考えられるため, BMI についてもむちゃ食い行動の生起要因としてモデルの構成概念に追加し, モデル②を構築, 共分散構造分析によるパス解析を行なった (図

5, 表8, 表9)。

モデル②では, 全てのパスに関して有意な結果が得られた。表8の主な適合度指標は, カイ2乗値 = 30.875, 確率; $p=0.371$, GFI = 0.965, AGFI = 0.934, RMSEA = 0.020 であり, モデル適合度としても十分であると考えられる。

5. むちゃ食い行動に関する因果モデル (3経路モデル) と2経路モデルの相違

2経路モデルの概念では, 「やせることに対する社会的圧力」や「やせた身体を理想とする社会文化的傾向の自己への内在化」から導かれた「自己の身体への不満」が「ダイエット」という行動, あるいは「ネガティブ感情」という情動を喚起し, それがむちゃ食いに代表される BN の徴候を生起させているというものであった。

それに対して, 本研究において構築されたむちゃ食い行動に関する因果モデル (3経路モデル) に基づく概念は次のように考えられる。

- ① 「BMI」の上昇, 「やせることへの圧力」「社会的文化的に理想とされる身体像への関心」の増加, およびそれらの「自己の身体と自己評価」への影

表8 むちゃ食い行動に関する因果モデル (3経路モデル) ②の分析結果
主な適合度指標

カイ2乗検定			GFI	AGFI	AIC	RMSEA
カイ2乗値	自由度	確率				
30.875	29	0.371	0.965	0.934	82.875	0.020

表9 むちゃ食い行動に関する因果モデル (3経路モデル) ②の分析結果

パラメータ推定値

	非標準化係数				標準化係数
	推定値	標準誤差	検定統計量	確率	推定値
BMI → やせることへの圧力	0.289	0.040	7.278	0.000	0.493
やせることへの圧力 → 理想の身体像への関心	0.795	0.154	5.176	0.000	0.374
理想の身体像への関心 → 自己の身体と自己評価	0.389	0.049	7.965	0.000	0.527
理想の身体像への関心 → 自己の身体に対する不満	0.522	0.085	6.103	0.000	0.398
やせることへの圧力 → 自己の身体に対する不満	1.057	0.158	6.708	0.000	0.379
自己の身体と自己評価 → 自己の身体に対する不満	0.316	0.110	2.884	0.004	0.178
やせることへの圧力 → やせ願望	1.243	0.282	4.408	0.000	0.283
自己の身体に対する不満 → やせ願望	0.273	0.121	2.257	0.024	0.173
理想の身体像への関心 → やせ願望	0.893	0.142	6.306	0.000	0.432
やせ願望 → ダイエット	0.116	0.048	2.399	0.016	0.219
理想の身体像への関心 → ダイエット	0.303	0.100	3.031	0.002	0.276
ダイエット → 極端な体重コントロール	0.093	0.018	5.143	0.000	0.372
自己の身体に対する不満 → ネガティブ感情	0.191	0.076	2.508	0.012	0.192
やせ願望 → むちゃ食い	0.135	0.028	4.909	0.000	0.333
極端な体重コントロール → むちゃ食い	0.532	0.207	2.564	0.010	0.173
ネガティブ感情 → むちゃ食い	0.188	0.043	4.360	0.000	0.292

標準化係数 (パス係数) は検定統計量: $t > 1.96$ の時, 5% 水準で有意である。

響は、「自己の身体に対する不満」や「やせ願望」を助長し、「やせ願望」は実際にダイエット行動を生じさせ、それが長時間の絶食や嘔吐、下剤の乱用などのように過激化すると、極度のカロリー欠乏に伴う生理的な身体反応である反動調節としてのむちゃ食いを生起させる→生理的な反動調節によるむちゃ食い

- ② 「やせ願望」を持つことはまた、実際にダイエットを行わなかったとしても、太ることに對する過度の恐怖心を扇動したり、普通に食事をするだけでも常に罪の意識を感じさせたりするなど心理的なダイエット状態を生み出し、そのような心理的なダイエットによる潜在的な飢餓感からの反動調節としてむちゃ食いが生起する→心理的な反動調節によるむちゃ食い
- ③ 「自己の身体に対する不満」はネガティブ感情にも影響を与えているが、ネガティブ感情はそれ自体、直接的なむちゃ食いの要因となりうると考えられる。つまり、「食べること」は通常快をもたらすため、むちゃ食いはネガティブ感情からの気晴らしとして強化され、ネガティブ感情によるむちゃ食いが生起する。→ネガティブ感情によるむちゃ食い

考 察

Stice (2001) は、BN 発症のリスク要因として、身体不満がもたらす「ダイエット」と「ネガティブ感情」をあげ、その一方、あるいは両方の関与によって BN が発症するという 2 経路モデルを提示した。

本研究では、AN や BN といった病態にではなく、「むちゃ食い行動」という徴候そのものに焦点を当てその生起要因について検討したところ、「生理的反動調節」「心理的反動調節」「ネガティブ感情」という 3 つの経路によってむちゃ食いが生起すると予測される因果モデルが構築された。

まず、第 1 の経路（生理的反動調節）は、ダイエットによって低下したセロトニン値を回復させようとする生物学的プロセスとして解釈されるもので、この理論に関しては、既に多くの先行研究によって実証が得られている (Herman & Mack, 1975; Hawkins & Clement, 1984; Kaye ら, 1998 など)。また、Kaye ら (1998) が「飢餓は食べ物や体重に関する強迫観念を促進させる作用のある神経ペプチドに異常を引き起こす」と述べているように、このような生物学的プロセ

スは生理的反動調節によるむちゃ食いの持続要因としても関与していると想定される。

第 2 の経路（心理的反動調節）については、反動調節は生理的なものだけでなく潜在的（心理的）な飢餓状態によっても生起するのではないかと解釈されるものである。これは、実際にダイエットという行動が生起しなくても、太ることや自己の身体に対して過度に敏感になったり、ただ普通に食事をするだけでも常に罪悪感を抱いてしまうというような認知的制御が、潜在的なダイエット状態を作り出しているのではないかと示唆している。このような潜在的なダイエット状態とむちゃ食いとの関連については、今後、さらに詳細な研究によって実証していく必要があると考えられる。

第 3 の経路（ネガティブ感情によるむちゃ食い）についての解釈は、Stice の BN に関する 2 経路モデルでは「身体不満から導かれたネガティブ感情がむちゃ食いなどの徴候を生起させる」というものであったが、本研究では「身体不満がもたらすネガティブ感情以外に、日常的なストレスやネガティブなライフイベントによって生じるネガティブ感情によってもむちゃ食いが生起する」という経路が存在することが示唆された。このようなネガティブ感情によってむちゃ食いが生起するというメカニズムについては、AN や BN とは別の視点で（例えば、抑うつ気分に対する対処行動という観点や依存症の観点からとらえるなど）、今後、研究を進めていく必要があると考えられる。

結 論

摂食障害の生起要因についての研究は、従来、AN や BN といった疾病分類ごとに行われることが多かった。しかし、AN から後に BN になる症例や、ED-NOS と診断されるような特定不能のものが存在するなど複雑な病相を持つため、その生起要因や因果関係については未だはっきりと特定されていないのが現状である。本研究では、疾病分類ではなく、むちゃ食い行動という問題行動そのものに焦点を当て、因果モデルを構築したことにより、それぞれの生起要因に関する解明の手掛かりやそれに続く治療的アプローチ方法についての方向性を示唆することができたのではないかと考える。

引用文献

American Psychiatric Association. 1994 *Diagnostic and statis-*

- tical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Casper, R. C. 1983 On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: A historical view. *International Journal of Eating Disorders*, 2, pp 3–16.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. 1994 Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, pp 363–370.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. 1984 The Clinical Features of Bulimia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, pp 238–246.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. 1982 Anorexia Nervosa. A multidimensional Perspective. In *The Multidetermined Nature of Anorexia Nervosa* pp.188–213. New York: Brunner/Mazel.
- Hawkins, R. C., & Clement, P. F. 1980 Development and construct validation of a self-report measure of binge-eating tendencies. *Addictive Behaviors*, 5, pp 219–226.
- Herman, C. P. & Mack, D. 1975 Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, pp 647–660.
- Jansen, A. 2001 Towards effective treatment of eating disorders: nothing is as practical as a good theory. *Behavior Research and Therapy*, 39 pp 1007–1022.
- Kaye, W., Gendall, K., & Strober, M. 1998 Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 44, pp 825–838.
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. 1998 The Effect of Age on Positive and Negative Affect: A Developmental Perspective on Happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, pp 1333–1349.
- Silverman, J. A. 1997 Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, pp 3–10. New York: Guilford Press.
- Stice, E., Agras, W. S., Telch, C. F., Halmi, K. A., Mitchell, J. E. & Wilson, T. 2000 Subtyping Binge Eating-Disordered Women Along Dieting and Negative Affect Dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 30, pp 11–27.
- Stice, E. 2001 A Prospective Test of the Dual-Pathway Model of Bulimic Pathology: Mediating Effects of Dieting and Negative Affect. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 110, No. 1, pp 124–135.
- Stice, E., & Whitenton, K. 2002 Risk Factor for Body Dissatisfaction in Adolescent Girls: A Longitudinal Investigation. *Developmental Psychology*, Vol. 38, No. 5, pp 669–678.
- Walsh, B. T., & Garner, D. M. 1997 Diagnostic Issues. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, pp 25–33. New York: Guilford Press.