

MMPI を用いた摂食障害に関する臨床的研究

東京慈恵会医科大学精神医学講座 (指導: 牛島定信教授)

松 永 裕 紀 子

(受付 平成 15 年 2 月 14 日)

CLINICAL STUDY OF EATING DISORDERS WITH THE MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY

Yukiko MATSUNAGA

Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine

Eating disorders have become more frequent and varied. Their clinical features, especially the increase in bulimia nervosa, binge-eating disorders, and comorbidity with major depression, panic disorder, alcoholism, and personality disorders, have been examined in various ways. I investigated clinical features of eating disorders with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), the Eating Disorder Inventory-2, and Zung's Self-rating Depression Scale in 48 female outpatients (age range, 15 to 38 years; mean age, 22.1 ± 4.7 years) treated at the Department of Psychiatry, The Jikei University Hospital, from 1997 through 2001. Eating disorders were diagnosed with criteria from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Patients were classified with cluster analysis of MMPI scores into four eating-disorder subtypes as follows: group A (14 patients, 29.2%), who had more normal personalities; group B (12 patients, 25%), whose firm denial of internal anxieties or troubles caused somatization symptoms; group C (9 patients, 18.8%) who had borderline psychopathology, usually a borderline personality disorder; and group D (13 patients, 27.1%), who had MMPI scores that could not be interpreted and who usually decided by themselves to stop treatment. Patients of group A had near-neurosis psychopathology, and those of group C had borderline-level psychopathology. Patients of groups B and D had new types of eating disorders: patients of group B has more severe psychopathology than borderline personality disorder, and patients of group D has more complicated defense mechanisms than did patients of group A.

(Tokyo Jikeikai Medical Journal 2003; 118: 153-64)

Key words: eating disorder, Minnesota Multiphasic Personality Inventory, clinical feature, cluster analysis, classification

I. 緒 言

神経性無食欲症は古くから精神医学の中で記載されていたが、新たに摂食障害として世の中の注目を浴びることになったのは最近になってからである。すなわち、1970年代になってその病態が急速に増加し、かつてあまりみられなかった過食とそれに伴う諸症状を呈する神経性大食症が加わっ

て、新たな臨床的状況が出現してきたことに関係する。事実、摂食障害として概念化され、その中に神経性無食欲症 (anorexia nervosa; AN) と神経性大食症 (bulimia nervosa; BN) が並列されるようになったのは DSM-IV (1994) においてである。以来、この病態は今なお増加傾向にある。それは、精神科外来その他を受診する症例が増えただけではなく、一般人口における発症率という

水準での増加である。そのため、好発年齢層を対象にした調査も少なくない¹⁾⁻³⁾。

最近の摂食障害の特徴として、BNの増加⁴⁾とともに、この障害の診断に必須とされるやせ願望や肥満恐怖はあまり強くなく、正常体重で、衝動的なむちゃ食い (binge eating) を繰り返すむちゃ食い障害 (binge eating disorder; BED)⁵⁾の増加やうつ病、パニック障害、アルコール依存、人格障害など様々な精神疾患の併発 (comorbidity)⁶⁾⁻⁸⁾があげられている。一般に、BNでは過量服薬や自傷行為などの問題行動が多くみられ、人格障害、とくに境界性人格障害と診断されることが多くなったことが指摘されている⁹⁾。Russellが過食を伴うANをBNとし¹⁰⁾、DSM-IVの診断基準でもANに過食が伴うことやBNに非排出型が存在するように、両者は本質的には連続したものだとする考え方は一貫している¹¹⁾。

以上の臨床的状況を把握するためには、従来の症状による診断分類だけでは十分ではなく、その背景にある人格構造や精神力動まで視野にいった分類をも考えておかねばならない。それを簡便に臨床に応用するような方法は現在のところ見られないのが実情である。そこで筆者は、臨床現場で比較的使用され、信頼度の高いMMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)¹²⁾とEating Disorder Inventory-2 (EDI-2)¹³⁾¹⁴⁾、ZungによるSelf-rating Depression Scale (SDS)¹⁵⁾を用いて、これらを総合的に把握する方法の可能性を、筆者の経験した摂食障害の症例を臨床素材として検討することにした。

II. 対象と方法

対象は、1997年9月から2001年3月までに東京慈恵会医科大学附属病院精神神経科外来を受診した患者のうち、筆者が外来主治医となり、DSM-IVの摂食障害の診断基準に該当した女性48例である。なお、男性症例は1例のみ存在したが、少数のため今回は対象から除外した。対象患者はいずれも調査の趣旨を説明の後、同意を得た者である。

対象の平均年齢は22.1±4.7歳(15-38歳)、平均身長158.5±5.2cm、平均体重43.9±8.5kgであった。DSM-IVによる臨床診断は、神経性無食欲症

制限型 (anorexia nervosa restricting type; AN-R) 9例(18.8%)、神経性無食欲症むちゃ食い/排出型 (anorexia nervosa binge-eating/purging type; AN-P) 9例(18.8%)、神経性大食症排出型 (bulimia nervosa purging type; BN-P) 21例(43.8%)、神経性大食症非排出型 (bulimia nervosa nonpurging type; BN-N) 1例(2.1%)、特定不能の摂食障害 (eating disorder not otherwise specified; NOS) 4例(8.3%)、BED 4例(8.3%)であった。

これらの症例に対して、先述のMMPI, SDS, EDI-2を施行した。MMPIは、対象者の人格と行動特徴を評価する目的で使用した。つぎに、摂食障害と感情障害の近縁性が指摘され¹⁶⁾¹⁷⁾、うつ病との併発は高いこと、本病態の感情基調が抑うつであることを考慮してSDSでうつ状態を定量化した。また、一口に摂食障害といってもその多様性が否定できないことから、各症例の特徴を見出す目的でEDI-2を施行した。以上、摂食障害の身体的、心理的、行動特性を多面的に評価するようにした。診断に用いた調査表の内容を下記に示す。

1. MMPI

信頼性、妥当性とも十分に検討された尺度で、MMPIを用いた摂食障害の研究は少なくない。ANとBNのMMPIのプロフィールが類似していた⁸⁾という報告やMMPIのプロフィールによりBNを亜型分類したものの¹⁹⁾²⁰⁾もある。

4つの妥当性尺度と10の臨床尺度からなり、対象者の人格と行動特徴を評価することを目的とする。妥当性尺度には疑問点?, 嘘構点L, 妥当性得点F, K点が含まれ、臨床尺度には心気症尺度Hs, 抑うつ性尺度D, ヒステリー性尺度Hy, 精神病質的偏奇性尺度Pd, 性度尺度Mf, 偏執性尺度Pa, 精神衰弱性尺度Pt, 精神分裂病性尺度Sc, 軽そう性尺度Ma, 社会的向性尺度Siがある。これらの各尺度に表れた粗点をTスコアに換算し、それを得点とする仕組みになっている。

2. SDS

20項目からなり、各質問に対しその頻度を4段階で評価する。合計得点によりうつ状態の重症度を定量化することが可能である。得点は最低が20点、最高が80点で40点以上が軽度うつ状態の傾

Table 1. Demographic data 1

	Group A n=14		Group B n=12		Group C n=9		Group D n=13	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
AGE (years)	22.2	4.89	19.8	3.74	22.3	4.18	23.9	5.36
HT (cm)	158.9	6.31	159.6	4.62	156.9	4.31	158.2	5.24
BW (kg)	43.8	11.13	42.7	7.60	41.0	5.29	45.7	8.21
BMI	17.1	3.43	16.7	2.28	16.8	2.27	18.5	3.39

向, 50 点以上が中等度うつ状態の傾向と評価される。

3. EDI-2

1983 年に Garner らが開発した EDI を 1991 年に改訂したものである。やせ願望 DT, 過食 B, 身体への不満 BD, 無力感 I, 完璧主義 P, 対人不信 ID, 内界への気づき IA, 成熟拒否 MF, 禁欲性 A, 衝動制御 IR, 社会不適応 SI の 11 尺度, 91 の質問項目からなっている。項目ごとに 6 段階で評価し, その合計得点により摂食障害の身体的, 心理的, 行動特性を評価する。

III. 結 果

1. MMPI のクラスター分析による分類

MMPI の? (疑問点) の粗点が 55 点以上のもは, 出てきた粗点を評価しても解釈困難であり意味がないとされている¹²⁾。今回の調査では 13 例 (27.1%) がそれに該当し, これらは別扱いとした。

残りの 35 例について, MMPI のスコアにより SPSS 統計パッケージを使用してクラスター分析²¹⁾を施行した。クラスター分析により相互の類似度を調べ, 近いもの同士を互いに結びつけていくつかのまとまりに分類することが可能である。今回の調査では, dendrogram により類似した特徴を持つ A, B, C 3 群に分類することができた。A 群には 14 例 (29.2%), B 群 12 例 (25%), C 群 9 例 (18.8%) が含まれた。

MMPI 解釈困難な症例が 13 例 (27.1%) とはかなり高率といわねばならない。しかし, この本質は, 疑問点が高いこと, すなわち, 質問に対し「どちらでもない」という応答が多いということで, 防衛的で抑圧的な態度を取りやすい人たちとみることができる。これらを一つの群として扱うことは理に適っていると見え, D 群として処理することにした。以上の観点から, 対象を A, B, C, D 4 群に

Table 2. Demographic data 2

Diag	Group A	Group B	Group C	Group D
	n=14	n=12	n=9	n=13
AN-P	2	1	3	3
AN-R	3	5	0	1
BN-N	0	0	0	1
BN-P	6	4	5	6
NOS	2	0	0	2
BED	1	2	1	0

分類し, 患者背景は Table 1, 2 に示した。

これまでの MMPI を用いた研究では, 特徴的形態により分類されることが多い。今回の症例を形態により分類した結果は, クラスター分析による分類とほぼ一致していた。ただ, 従来形態による分類では, 神経症性尺度のみが高得点のものが存在したが, 本研究ではそれらが A, B, C 各群に散見される結果となった。これら神経症性尺度のみが高得点というだけでは, 必ずしも摂食障害そのものの特徴というより, 摂食障害に陥った結果生じた神経症傾向の反映である可能性が強く, 従来の特徴的形態による分類は不相当と思われる。

まず, A, B, C 3 群の MMPI スコアについて分散分析を行い, 結果を Table 3 に, 各群の MMPI の平均スコアを Fig. 1 に示した。妥当性尺度の? (疑問点), L (嘘構点), F (妥当性得点), K 点, 臨床尺度でも Hy (ヒステリー性尺度) と Mf (性度尺度) 以外の Hs (心気症尺度), D (抑うつ性尺度), Pd (精神病質的偏奇性尺度), Pa (偏執性尺度), Pt (精神衰弱性尺度), Sc (精神分裂病性尺度), Ma (軽そう性尺度), Si (社会的向性尺度) において有意な差を認めた。これにより, dendrogram による分類は妥当であったこと, また, 各群の MMPI の特徴が明らかとなった。

Table 3. MMPI mean scores for sub-groups

	Group A Mean	n=14 SD	Group B Mean	n=12 SD	Group C Mean	n=9 SD	F	P	(Bonferroni)
MMPI									
?	45.1	4.50	54.8	10.79	52.4	8.56	4.97	0.013*	A<B
L	43.0	7.22	48.2	7.61	53.2	6.46	5.66	0.008**	A<C
F	59.6	12.08	45.0	6.30	64.9	18.07	7.60	0.002**	B<A, C
K	43.8	6.70	57.6	8.51	46.4	9.41	10.12	0***	A, C<B
Hs	59.9	8.22	59.3	10.90	71.4	12.85	4.31	0.022*	A, B<C
D	62.9	7.27	53.3	9.34	73.0	22.50	5.62	0.008**	B<C
Hy	60.1	9.04	59.5	9.31	70.2	14.36	3.15	0.056	
Pd	61.0	6.10	54.8	9.80	69.3	10.77	7.09	0.003**	B<C
Mf	44.0	9.32	51.5	4.80	48.7	23.92	1.00	0.378	
Pa	59.6	6.47	44.3	5.43	69.9	15.28	20.55	0***	B<A<C
Pt	59.8	5.74	48.8	7.97	73.8	16.94	15.07	0***	B<A<C
Sc	58.3	8.94	45.3	10.43	72.1	15.88	14.04	0***	B<A<C
Ma	57.4	12.12	42.4	9.27	59.8	14.18	7.28	0.002**	B<A, C
Si	54.6	7.15	39.9	7.03	60.2	16.02	11.90	0***	B<A, C

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

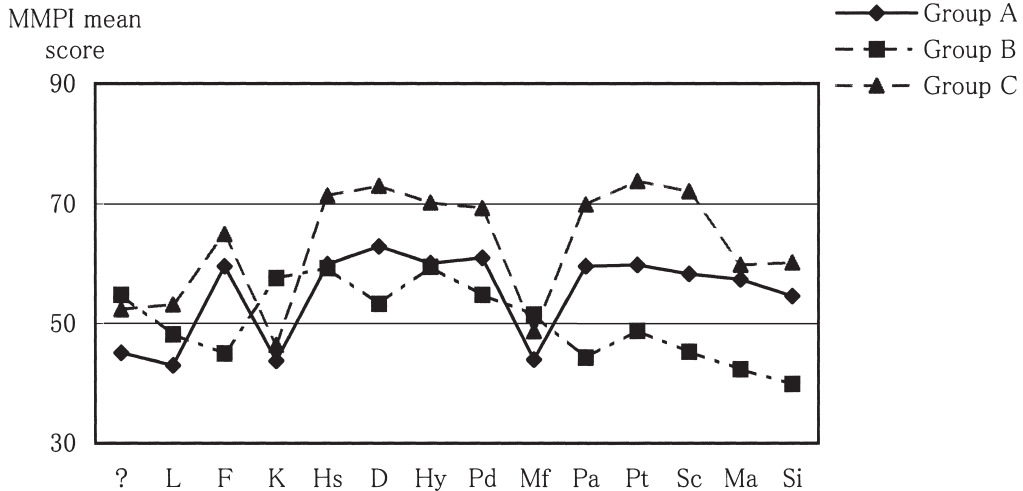


Fig. 1. MMPI profiles for sub-groups.

A 群は? (疑問点), L (嘘構点) は低いが, ほぼすべての尺度が 50~70 点の正常範囲であった. B 群は神経症性尺度 Hs (心気症尺度), D (抑うつ性尺度), Hy (ヒステリー性尺度) は正常範囲内であるが, 精神病性尺度 Pa (偏執性尺度), Pt (精神衰弱性尺度), Sc (精神分裂病性尺度), Ma (軽そう性格尺度) は 50 点以下であった. ? (疑問点), L (嘘構点), K 点は高いがそれ以外は A, C 群より

低かった. C 群は神経症性尺度, 精神病性尺度の両方とも高かった.

つまり, A 群は神経症性尺度, 精神病性尺度ともに正常範囲のもの, B 群は神経症性尺度は正常範囲だが, 精神病性尺度はさらに低値を示すもの, C 群は両方の尺度ともに正常範囲を超えて高値のものという特徴で分類できることがわかった. これに加えて, 疑問点 (どちらでもない) が高い一

群をD群とした。

2. EDI-2, SDS における各群の特徴

次に A, B, C, D 4 群の EDI-2 スコア, SDS について分散分析を行った。その結果を Table 4, 5 に示した。各群の EDI-2 の平均スコアを Fig. 2 に

示した。EDI-2 の各項目において B 群は低く、特に P (完璧主義), IR (衝動制御), SDS で有意に低かった。DT (やせ願望), B (過食), BD (身体への不満) という摂食障害の根本をなす症状では有意差は得られなかった。つまり、B 群では摂食

Table 4. EDI mean scores for sub-groups

	Group A n=14		Group B n=12		Group C n=9		Group D n=13		F	P	(Bonferroni)
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
EDI											
DT	13.3	5.28	13.0	5.08	12.9	6.57	13.5	5.36	0.03	0.992	
B	11.4	7.94	9.5	6.50	13.7	7.87	11.5	7.13	0.55	0.651	
BD	15.5	8.20	15.8	7.35	16.3	9.45	14.8	10.45	0.05	0.983	
I	13.9	4.17	10.6	5.58	17.4	6.41	12.4	6.56	2.68	0.058	
P	7.6	3.37	3.6	2.78	7.7	2.12	5.3	1.84	6.60	0.001***	B<A, C
ID	6.3	4.48	3.2	2.82	7.0	3.67	5.6	4.29	2.04	0.122	
IA	16.4	8.57	11.2	8.59	12.3	8.46	11.8	7.77	1.05	0.380	
MF	9.8	5.41	6.7	3.37	12.4	6.50	9.3	5.14	2.22	0.100	
A	14.0	4.15	10.7	5.48	13.2	3.90	12.0	4.71	1.24	0.306	
IR	11.9	7.07	5.4	2.50	11.1	4.70	7.9	7.12	3.21	0.032*	B<A
SI	9.1	5.72	6.3	3.70	12.3	5.63	8.9	6.13	2.19	0.103	

*p<0.05, ***p<0.001

Table 5. SDS mean scores for sub-groups

	Group A n=14		Group B n=12		Group C n=9		Group D n=13		F	P	(Bonferroni)
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
SDS	56.5	7.52	44.1	9.65	56.4	11.23	53.9	8.40	3.95	0.015*	B<A, C

*p<0.05, ***p<0.001

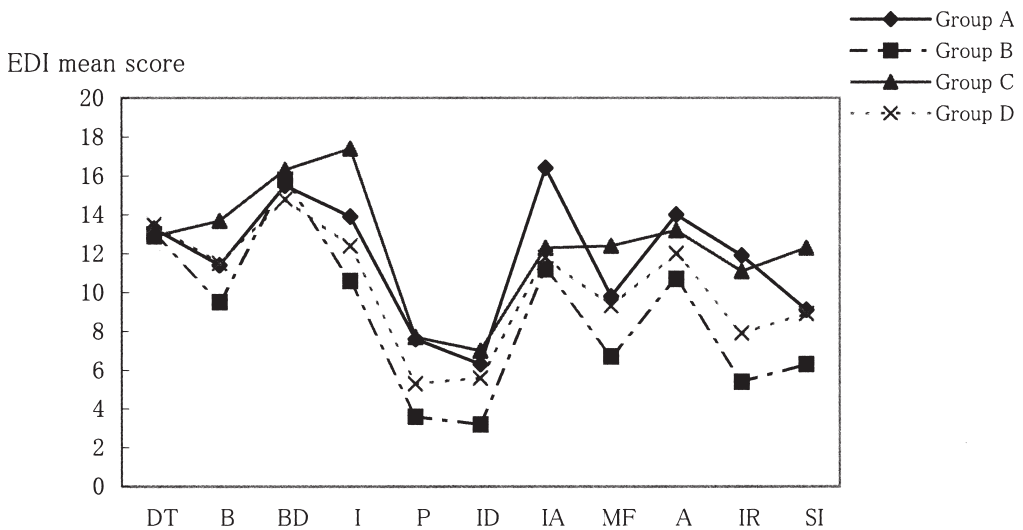


Fig. 2. EDI profiles for sub-groups.

Table 6. Clinical features

	Group A n=14		Group B n=12		Group C n=9		Group D n=13	
	N	%	N	%	N	%	N	%
GAF score (Mean±SD)	54.86±6.01		56.33±5.30		44.33±7.14		54.31±7.17	
Social situation								
worker or student	12	85.7	11	91.7	3	33.3	10	76.9
unemployed but live her social life	1	7.1	0	0	0	0	1	7.7
withdrawal	1	7.1	1	8.3	6	66.7	2	15.4
Problem of the Mother								
overconcern	1	7.1	5	41.7	3	33.3	5	38.5
emotional over-involvement	3	21.4	1	8.3	2	22.2	2	15.4
lack of sympathy	10	71.4	6	50	4	44.4	6	46.2
Therapeutic relationship								
good	9	64.3	5	41.7	4	44.4	4	30.8
superficial	3	21.4	7	58.3	0	0	4	30.8
instability	2	14.3	0	0	5	55.6	5	38.5
Personality disorder								
borderline	1	7.1	0	0	3	33.3	1	7.7
narcissistic	1	7.1	0	0	1	11.1	0	0
avoidant	0	0	0	0	0	0	0	0
Outcome								
improved	9	64.3	7	58.3	3	33.3	3	23.1
discontinuation	5	35.7	5	41.7	3	33.3	10	76.9
no change	0	0	0	0	3	33.3	0	0

Therapeutic relationship

good: She has a good relationship with a doctor. She consults about everything frankly.

superficial: She consults a doctor superficially, not frankly.

instability: She doesn't have a good relationship with a doctor, often intense and unstable.

Outcome

improved: Her symptom reduction is seen for an improvement in the quality of life

discontinuation: She doesn't visit the hospital by herself.

no change: Her symptom reduction isn't seen. She ever has some symptoms.

症状はあるが、従来言われているような完璧主義傾向^{22)–24)}、衝動性²⁵⁾は低く、うつ状態も軽度であった。

3. 各群の臨床的特徴

最後に4群について臨床的特徴を見るために、以下の項目について筆者がこれまでの診察で得られた情報を基に調べた (Table 6)。すなわち、① 社会適応 (仕事をしている、または学生、仕事についていないが、社会生活を送っている、引きこもっている)、② GAF (Global Assessment of Functioning Scale, 機能の全体的評定尺度)、③ 母親の態度 (過干渉か、感情的に巻き込まれやすいか、共感性に乏しいか)、④ 治療関係 (良好、表

面的、不安定)、⑤ DSM-IV における II 軸診断 (人格障害) の可能性、⑥ 転帰 (軽快、中断、不変) である。

社会適応については、A, B, D 群のほとんどが仕事をしているか、学校に通っていたが、C 群には引きこもりが多かった。GAF も C 群で低かった。母親については、A 群は共感性の乏しい母親が圧倒的に多く、B, C, D 群では過干渉と共感性に乏しい者が半数ずつ占めた。

治療関係については A 群では良好な者が大半を占め、B 群は表面的になる傾向が、C 群は不安定なものが多かった。人格障害については、C 群で境界性人格障害と診断されたものが多かった。転帰

については、A、B群は軽快するものが多かったが、C群では中断や通院は継続されても行動障害が頻発して治療場面を混乱させ、治療困難な症例が多かった。D群は通院が数回で中断されるものが多かった。

4. 症例呈示

1) A群

[症例1] 18歳 女性 大学生 AN-R

首都圏にて同胞3名の長女として出生。3歳時より中学2年生までバレエを習っていた。小さい頃からやせていると言われることが多く、人よりやせているのが当たり前だと思っていた。中学生時いじめにあい、高校入学後は友達の色をうかがうようになった。大学入学後、X年5月頃より授業に出ない友達をみて、どうしていい加減でいられるのか、とイライラするようになり、友達との関係を悩むことが多くなった。6月末、試験前に患者1人を残して家族が旅行に出かけてしまい、長女なので頑張らなければと思った。この頃からしだいに食欲がなくなり、1カ月で体重が5kg減少、39kgとなり、18歳、X年9月初診となった。やせ願望と食事時いつもカロリー計算し、決めたカロリーしか食べないこと、過剰に運動していることを語った。さらに母親の関心が小さい頃から病気がちの1歳下の妹に向けられていたことに対する不満や、やせている妹へのコンプレックスを話した。同伴した母親も患者が小さい頃から妹への嫉妬心が強く、とすれば妹への言葉が辛辣であったと描写している。来院する度に不安を訴えるので、それを否定しないように傾聴すると同時に、時々同伴する母にも不安を受け止めるように依頼した。ことに食事についての相談には拒否的にならないように忠告した。そうした治療的働きかけにより、患者の症状を認めたくない、病気と思えないと距離をおいていた母親も次第に患者の状態を理解しようとする態度をみせるようになった。父や妹の協力も得て、家族内のコミュニケーションを図る努力も見せるようになり、患者自身も妹との喧嘩が少なくなったと報告している。自分を主張するだけでなく、妹のことも考えることができるようになったと話している。次第に完璧主義の傾向も緩んで、「まあいいか」と思うことも多くなったと述べている。その結果、体重も徐々

に増え、家族関係における風通しもずっとよくなったという。

この症例は、高校時代は取り繕って何とか人間関係を形成していたが、大学入学後はそれが破綻し、過剰な自己コントロールに注目がいくようになったものである。時の経過とともに、治療関係も安定し、それを基に家族とのコミュニケーションがよくなって患者を受け入れるようになるとともに症状も改善したものである。

2) B群

[症例2] 19歳 女性 ウェイトレス AN-R

首都圏にて同胞2名の次女として出生。2歳年上の姉がいる。小さい頃はおとなしく、小学生時は意識して目立たないようにしていたと言う。中学、高校はブラスバンド部に所属し、充実していたという印象をもっていた。高校3年の時、希望した会社の就職試験が不合格となった。アルバイトでいろいろな仕事を経験してみようと思っていたところ、担任の先生から現在の仕事を紹介され、親も勧めたことから就職することとなった。この経緯について、自分ではなかなか決められない、つい他人に決めてもらうことが多い性格に関連していると語っている。就職後、仕事は想像に反して忙しくつらいものだったという。

18歳、X-1年12月頃より親知らずが痛み、好物のピーナッツが食べられなくなった。そのため、歯科に通うようになったが治らないためX年4月抜歯した。ところが、その後も歯痛が続いて食事を思うように摂ることができず、体重が10kg減少するほどになった。その時点で、X年8月内科より紹介されて精神科を受診することとなった。診察では歯痛を訴え続け、精神医学的治療の必要性はあまり認識できないようで、あまり現実性がないという印象を与えた。次第に「今の生活は自由がない」「大人になりたくない」と現在の社会生活についていくことの困難を語り、「自分のやりたいことがわからない」「いつも人に流されてしまう」など適応に問題があることが明らかになった。その語り方は攻撃的にさえ感じたほどである。その過程で、体重低下のため一時休職せざるを得なくなったが、適応の難しさや困惑した感情を受け止めるように心掛けていくと、次第に現実性を取り戻し職場復帰も可能になった。少しは楽しんで

仕事ができるようになったと述べるまでになった。

自分の希望とは異なる就職をしたことをきっかけに、身体症状に強くこだわるようになるとともに摂食障害を発症した症例である。定期的に通院したが、症状への認識は乏しく、否認が強かった。主治医との関係は深まらず、情緒的な交流はなかなか得られない印象を受けた。しかし、幼兒的な心性の支持に心掛けて、多少とも指導的な接近をしていくと、何とか自分の気持ちを語るようになり、社会復帰が可能となった。

3) C群

[症例3] 21歳 女性 大学生 BN-P

首都圏にて同胞2名の長女として出生。父親は、定職につかず祖父の残した財産で生活していたが、患者が2歳の時に飲食店を始め、母親がそれを手伝うという生活が続いている。そのため、保育園から小学生のころは、夜も母親のいないことが多かったという。一方、同居している父方祖母が絶対的な権力を持っているという家族内力動があった。しかも、祖母と母の嫁姑関係がうまくいかず、父親はいつも逃げてばかりという状況があった。その中で、患者は母親を守ってあげることができるのは自分だけという意識が形成されていったという。いわば、家庭の中は絶えず緊張していたといえる。それは中学生まで続いたという。

私立女子中学3年の時、体育祭の準備等でコンパに出席しなければならない状況の下で緊張し、それを契機に絶食に近いダイエットをするようになった。以来、その反動で過食をする、さらにまたダイエットをするといった事態となった。過食と拒食が繰り返されるようになった。しかし、それは高校進学後の学園生活への影響はなく、大学へ進学した。大学進学後は1人暮らしをするようになった。大学では周囲の目をひどく気にするようになり、周囲に細くてきれいといわれると、嫌がらせのように感じて惨めに思うようになり、18歳、X-3年6月になると、毎日が食べ吐きの状態となり、他の学生との交流も途絶え、引きこもるようになった。20歳時、X-1年5月他院精神科を親に勧められて受診し、勧められるままに入院治療を受けたが治療的進展はみられなかった。退院後は実家に戻り、21歳、X年8月に筆者の外来を

受診することとなった。家では1日中過食しては、母親に当たる、夜中に母を起こしてドライブに付き合わせるなど母親に依存と攻撃を繰り返す非常に不安定な対象関係を発展させるようになった。抑うつ、無力感、手首自傷、さらには過量服薬と激しい自傷行為を中心にした行動障害がみられるようになったのである。外来では、過食による肥満を気にして通院が難しくなるなどのために、入院を余儀なくされた(2カ月)。入院すると問題の精神状態、行動障害は急速に軽減され、さらに多少とも爽快気分さえ見られるほどになったので退院とした。しかし、退院後は再び過食が始まり、容姿が気になり、外来通院できず、母親のみが通院するという事態になり、手首自傷や過量服薬などを認めた。

繰り返される多様な自傷行為を認め、治療関係を形成するにも難渋を極めた症例である。DSM-IVのI軸診断は摂食障害であるが、背後のII軸診断はまさに境界性人格障害であった。MMPIでは、神経症性尺度でも精神病性尺度でも平均をはるかに上回るスコアを記録した。

4) D群

[症例4] 24歳 女性 販売員 AN-P

会社員の父親と専業主婦の母親との間の長女として生まれ、育った。5歳下の妹がいる。21歳の時に失恋して、一時的に食欲の低下、難聴、湿疹等が出現したことがある。大学卒業後、販売の仕事に就職した。23歳、X-1年1月、偶然に失恋した相手に会った。そのとき、患者には未練が残っていて、できることなら関係を回復したいと思うものの、相手の男性にはその気がなく、突き放された感じで別れた。しかし、その後も思いを断つことができず、魅力ある女性を目指してダイエットを開始した。肉を拒み、野菜中心の食事となった。その過程で、やせ願望と肥満恐怖が出現し、半年後には無月経となったが、仕事はそのまま続けていた。翌X年夏頃になると責任ある仕事を任されるようになりストレスが高じ、月に2回位過食、嘔吐出現、イライラが発作的に出現して苦しくなり、X年11月に精神科外来を初診した。通院は不規則で3回目の診察時、それまでの淡々とした様子とは異なり、別れたボーイフレンドに未練があると話した。「他人の話ばかり聞いて自分は平気

よ、という姿勢でいる」「本当はつらいのに自分がどうなのかわからない」と語り、混乱していることが明らかとなった。投薬については「あまり頼りたくない」「いつも明るくいたい」と必死にこらえている様子だったが、最後には涙を流した。次の来院時に、「緊張の糸が切れたよう」と過食がひどくなったと報告、以後通院は中断してしまった。

この症例は、「いつも自分を出さないようにしている」と言うが、実際は自分の感情を認識できなく、それが診察により明らかになることへの不安が大きくなり、通院を自己中断した。

IV. 考 察

これまでの MMPI を用いた研究ではいまだ統一のとれた結果は得られていない。たとえば、Rybicki ら¹⁹⁾ と Strassberg ら²⁰⁾ は、BN を MMPI のスコアによりクラスター分析し、Pd(精神病質的偏奇性尺度)のみが高得点のものと、Pd(精神病質的偏奇性尺度)、D(抑うつ性尺度)、Pt(精神衰弱性尺度)、Sc(精神分裂病性尺度)が高得点の2群に分類している。また、Goldner ら²⁶⁾ は摂食障害患者を人格障害の尺度を用いて、強迫的で対人関係に問題のある群、境界例の群、正常群の3群に、Grilo ら²⁷⁾ は BED を2群に分類しているといった具合である。摂食障害といっても対象が BN のみや BED のみと単一の診断に限られていたり、あるいは神経症水準か境界水準かといった視点に限られた傾向があり、摂食障害全体を視野に入れたものとは言い難いところがあるように思われる。そういう意味では、本研究は MMPI を中心にしたとはいえ、それと他の臨床的側面(摂食症状、うつ病の併発など)をも併せてみようとした点でより総合的立場での検討だといえる。

今回の調査では、摂食障害患者を MMPI スコアにて4群に分類することができた。BN のみを対象にした Rybicki らと Strassberg らの結果と比べると、対象の質が若干異なるが、C群は彼らの cluster 2 (Pd, Sc, Dが高得点)に類似しているように思われる。彼らは、Pdのみが高得点の群があったとしたが、今回の調査では見られなかった。これは、対象が摂食障害全般と異なることと関係しているとも考えられる。

本研究の結果、分類することのできた4群の特徴を考察することにする。

1. A 群

この群では、従来診断でいう BN-P (いわば食べ吐きを主症状とする大食症排出型) が約半数を占めていた。かなり定型的な大食症を中心にしたものだということができる。興味深いのは、MMPI においてスコアが神経症領域でも精神病領域でもすべてほぼ正常範囲にあることである。つまり、摂食障害に関する症状以外はほぼ正常な社会生活ないしは精神生活を送っているということができる。そのことは、?(疑問点)、L(嘘構点)は有意に低く、素直な態度で回答していることにも現れている。EDI-2 では、P(完璧主義)、IR(衝動制御)、さらに SDS が高い傾向があった。

これより人格傾向としては正常に近いと考えられるが、完璧主義の傾向や衝動制御の悪さ、という摂食障害に特徴的ともいえる特性を認め、感情基調は抑うつ的ということができる。

さらに臨床的には、社会適応も良く、治療関係も安定しやすい。治療中に問題行動に走ることもほとんどない。一方、母親は共感性に乏しい者が多かったが、母親の人格傾向そのものというより、娘の不安や葛藤が醸し出した母子間の緊張を反映したもののように思われる。それだけに、通院は継続され、軽快するものが多かった。

2. B 群

従来診断では AN-R と BN-P が大半を占めた。MMPI では?(疑問点)、K 点は高い傾向にあったが、特徴的なのは精神病性尺度と Si(社会的向性尺度)が50点以下と有意に低かったことである。EDI-2 では A 群と比べて P(完璧主義)、IR(衝動制御)、SDS(うつ傾向)が有意に低かったが、DT(やせ願望)、B(過食)、BD(身体への不満)などの基本症状は認められた。

以上を総合すると、ひどく防衛的で感情閉鎖的であるといえる。それだけに衝動性は低いが、自分の問題を自分のこととして考える態度に乏しく、不安感や対人関係における緊張などを感じている様子は認められず、他人との接触は好むが深い情緒的な関わりは避ける傾向にあることがわかる。すなわち一人よがりな依存傾向があるといえる。MMPI で全般的に低得点だが、そのなかで神

経症性尺度は比較的高く、身体化傾向がよい。人格傾向は必ずしも硬いという印象を与えないが、柔軟性に乏しく、内的世界の豊かさを感じない。

臨床的には、表面的には社会適応は一応よいが、母親はA群に比べ過干渉な傾向が強く、また、治療関係は表面的になりやすかった。転帰は、軽快例と中断例が約半数ずつ存在したが、洞察が深まるといった感じの治り方は望み難いと思われた。

これまでの研究で、この種のグループの存在は報告されていない。身体化障害やその他の障害に摂食障害を併発したといった印象を与えるものが存在していることは確かである。しかし、明らかに摂食障害の診断基準を満たし、衝動性が低く、感情閉鎖的で内的世界に否認的な一群の患者がいることも忘れてはならない。さまざまな問題行動が表面上現れることは少なく、人格障害の診断をつけるまでには至らないが、その硬さ、柔軟性のなさをみると人格的にかなりの問題を秘めた一群ではないかと考えられる。

3. C群

過半数はBN-Pを示した。MMPIで神経症性尺度、精神病性尺度の両方とも高いスコアを特徴とし、A群と対照的な一群といえる。EDI-2では、A群と同じくP（完璧主義）、SDS（抑うつ傾向）がB群に比べて有意に高かったが、A群とは差異を認めなかった。

A群と同様に摂食障害の特徴を認め、抑うつ的であるが、人格傾向は正常と考えられるA群とは異なった。C群は不安や緊張が高く内的な衝動や感情に圧倒されやすく、また外界の刺激に動揺し、強い無力感をもちやすい。さらに精神的余裕がないことがむしろ完璧主義的傾向を強くし、抑うつ的になっていくといった特徴を持っている。対人関係においては感情的に不安定かつ衝動的なため、社会的に不適応になりやすいと言える。

母親は過干渉な者と共感性に乏しい者に大別された。手首自傷や過量服薬などの自傷行為、万引きなど衝動性の悪さを認め、人格障害、特に境界性人格障害と診断されることが多い。治療関係も不安定になりがちで、困難な治療状況を呈することが多かった。

摂食障害と衝動性との関連は指摘されているが²⁵⁾²⁸⁾、これが境界性人格障害との近縁性を高め

ていると考えられる。一般に、衝動行為のある摂食障害は予後不良と言われるが、背後の人格障害を睨んで治療する必要のあることを示している。ただ、衝動性と感情障害の関連については、今回の調査では、衝動行為の多いC群と衝動行為の少ないA群との間にSDSによるうつ状態の差異は認められなかった。最近では、境界性人格障害にみられる抑うつは本来のうつ病にみられる悲哀感を中心とする抑うつとは質を異にするとの知見もあり、チェック・リストだけでは捉えることのできない側面もあることは十分に考えられる。

ここで取り上げたC群の症例は拒食にしろ大食にしろ、食事行動の異常を中心にしたものであったが、しばしば指摘される多様な衝動行為の一症状としての摂食障害、いわば境界性人格障害に併発した摂食障害との異質性も考えておかねばならないであろう。現在のところ、摂食障害が前面に出た症例と境界性人格障害が前面に出た症例との間に一線を画するような特質は見出されていないようである。

4. D群

従来診断ではBN-Pが過半数を示した。MMPIで?（疑問点）が多く、このテストで人格傾向の診断ができなかった一群である。質問にどちらでもないと答えることを特徴とするもので、防衛的であり、抑圧的といえるが、自分の性格特性に対して曖昧なままにしておこうとする態度が強くみられる。EDI-2では、明らかな特徴は見出せず、A群とB群の中間に位置すると考えられる。人格的には神経症水準（正常範囲）と考えられるA群と比べると、IR（衝動制御）が低い、つまり衝動性は低いと考えられる。

社会適応はいいが、母親に受診する事自体知らせていないものが多いことが特徴的であった。母親が患者の状態を知らないものが多いという点では、母親に共感性が乏しいといえる。人格障害と診断されるものは少なかったが、治療関係は作りやすく、通院数回で中断する例が圧倒的に多いところをみると、内的葛藤をもちやすく、それから逃げようとする傾向をうかがうことができる。いわば、A群のように、内的な不安や葛藤を母子関係や治療関係の中に持ち込んでくることができず、内的葛藤を感じる状況ができると、そこから

逃避してしまう傾向をもっているといえる。一般に摂食障害では治療中断例が多いとされるが、摂食障害のこの種の特徴と関係しえるのかも知れない²⁹⁾。今回の調査では4群すべてに中断例が存在したが、D群でとくに多く認められたのである。

以上、摂食障害患者を対象にMMPIを施してほぼ4群に型分けすることができた。従来、神経症水準の患者と境界水準の患者に分けることが一般的であったが、この考え方からすると、A群とD群が神経症水準の範疇に入るように思われる。両者の違いは、A群が内的な不安や葛藤を対人関係に持ち込むことができるのに対して、D群は内的不安や葛藤を母子関係ないしは治療関係に持ち込むことができずに逃避してしまう点にある。D群は、不安や葛藤が自らの中で醸し出す内的緊張に耐えることができ難い患者群であり、換言すると、衝動性が高まると場面を移動して衝動行為に発展するのを回避する患者群である。これを乗り越えたとA群に近くなっていくといえるであろう。したがって、D群はA群とC群の中間に位置するように思う。A群よりD群の方がその病理は多少とも複雑だからである。

一方、本研究でのC群はその衝動性の高さ、不安的性の強さより境界水準の病態に該当することは先述した通りである。それではB群はどうか。感情閉鎖性、接触のとれ難さは病理の深さを示しているように思われる。すべての症例が精神病性の精神力動を蔵しているとはいえないが、外界との接触性の悪さは英国対象関係論という分裂現象が見られることはほぼ間違いないように考えられるからである。摂食障害が非常にしばしば精神分裂病の前駆症状として出現すること³⁰⁾と考え併せると、境界水準よりも多少とも深い精神病理の一群が存在するという視点はもっておいてよいかもしれない。

そういう意味で、MMPIの描く図形から分類された摂食障害の4群のうち、B群とD群はこれまで指摘されることのなかった亜型だが、近年の臨床場面では時に経験される病態といえる。これこそは、本研究が提示する摂食障害の新しい領域である。この視点は、治療的にも新しい工夫の必要性を提供している。たとえば、A群は神経症患者への、C群は境界性障害患者への治療的接近を試

みるにしても、D群になると、内的不安や葛藤が治療関係の中でなかなか姿を現さない。そのため、内的不安を治療関係の中に出現させるような技法上の工夫を必要とし、B群は分裂病型ないしは分裂気質性人格障害のような、探索的接近を控えてより支持的な接近を進めるべきだといった工夫である。

V. 結 語

DSM-IVの摂食障害の診断基準に該当した48例の女性を対象にMMPI, EDI-2, SDSを施行した。そして、MMPIで捉えることのできた曲線の特徴から4群に分けることができた。より人格傾向が正常に近いと考えられるA群(29.2%)、身体化等の症状を生じた内的不安や葛藤の否認が強いB群(25%)、境界水準の病理をもつC群(18.8%)、疑問点が高くMMPI解釈困難で、治療中断例が多いD群(27.1%)がそれである。それぞれの症例を提示し、病態の特徴を検討した。

その結果、これまで神経症水準の摂食障害とされるのはA群に、境界水準の摂食障害はC群に該当することが明らかになったが、B群とD群はこれまであまり指摘されることのなかった新しいタイプの摂食障害ではないかと考えた。つまり、B群は境界性障害よりもより深い精神病理をもったものであり、D群はA群に多少とも複雑な防衛機制が絡んだ病理をもったものではないかと考えた。そしてそれぞれの治療的接近のあり方に若干の考察を行った。

本稿を終えるに際し、EDI-2日本語版の使用についてご許可をいただきました東海大学健康科学部東海大学病院精神科 館哲朗教授に深謝いたします。また、懇切なるご指導、ご校閲を賜りました東京慈恵会医科大学精神医学講座 牛島定信教授に深謝いたします。

文 献

- 1) 中野弘一, 坪井康一. 大学生の食習慣及び食行動異常に関する検討. 第33回全国大学保健管理研究集会報告書. 1995. p. 44-7.
- 2) 野上芳美, 門間康二, 鎌田康太郎. 女子学生層における異常食行動の調査. 精神医学 1987; 29: 155-65.
- 3) 藤田長太郎, 甲斐道子, 土山幸之助, 寺尾英夫. 大

- 学生における摂食障害の実態調査. 臨床精神医学 1999; 28: 1139-45.
- 4) 中井義勝, 藤田利治, 久保木富房, 野添新一, 久保千春, 吉政康直他. 摂食障害の臨床像についての全国調査. 精神医学 2001; 43: 1373-8.
 - 5) Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord* 1993; 13: 137-53.
 - 6) Gartner AF, Marcus RN, Halmi K, Loranger AW. DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1585-91.
 - 7) Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro U, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 712-8.
 - 8) Welch SL, Fairburn CG. Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa: a controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 451-8.
 - 9) 生田憲正. 神経性無食欲症および過食症の追跡調査 摂食障害と境界パーソナリティ病の併存をめぐって. 慶應医 1990; 67: 903-17.
 - 10) Russell GM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 429-48.
 - 11) Garner DM, Garfinkel PE, Olmstead M. An overview of sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. In: Darby PL, Garfinkel PE, Garner DM, Coscina DV, editors. *Anorexia nervosa: recent developments in research*. New York: Alan Liss; 1983.
 - 12) MMPI 研究会 編. 日本版 MMPI ハンドブック. 京都: 三京房; 1969.
 - 13) Garner DM. *Eating disorder inventory-2: professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
 - 14) 館 哲朗. 摂食障害に対する EDE と EDI-2 の試行. 精神誌 1996; 98: 1057.
 - 15) Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
 - 16) Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 1994; 24: 85 9-67.
 - 17) Fava M, Abraham M, Clancy-Colecchi K, Pava JA, Matthew SJ, Rosenbaum JF. Eating disorder symptomatology in major depression. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 140-4.
 - 18) Scott RL, Baroffio JR. An MMPI analysis of similarities and differences in three classifications of eating disorders: anorexia nervosa, bulimia, and morbid obesity. *J Clin Psychol* 1986; 42: 708-13.
 - 19) Rybicki DJ, Lepkowsky CM, Arndt S. An empirical assessment of bulimic patients using multiple measures. *Addic Behav* 1989; 14: 249-60.
 - 20) Strassberg DS, Ross S, Todt EH. MMPI performance among women with bulimia: a cluster-analytic study. *Addic Behav* 1995; 20: 137-40.
 - 21) 市原清志. バイオサイエンスの統計学. 東京: 南光堂; 1990. p. 336-9.
 - 22) Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M. Perfectionism in anorexia nervosa variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1799-805.
 - 23) Hewitt PL, Flett GL, Ediger E. Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *Int J Eat Disord* 1995; 18: 317-26.
 - 24) Shafran R, Mansell W. Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 879-906.
 - 25) Fahy T, Eisler I. Impulsivity and eating disorders. *Br J Psychiat* 1993; 162: 193-7.
 - 26) Goldner EM, Srikameswaran S, Schroeder ML, Livesley WJ, Birmingham CL. Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Res* 1999; 85: 151-9.
 - 27) Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Subtyping binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 1066-72.
 - 28) Kent A, Goddard KL, van den Berk PAH, Raphael FJ, McCluskey SE, Lacey JH. Eating disorder in women admitted to hospital following deliberate self-poisoning. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 140-4.
 - 29) 西村宣子, 霜山孝子, 沖田 肇, 野中幸之助, 森野百合子, 鈴木卓也 他. 摂食障害 3 患者の治療導入の困難さ 脱落例を通してのアプローチ. 精神科治療学 1998; 13: 461-6.
 - 30) 馬場謙一, 井上果子. 摂食障害と分裂病. 精神科治療学 1992; 12: 1329-37.