

摂食障害における完全主義傾向の意義について

—— 対人恐怖症との異同をめぐって ——

中 村 晃 士

東京慈恵会医科大学精神医学講座

(受付 平成 15 年 9 月 26 日)

PERFECTIONISM IN EATING DISORDERS COMPARED WITH TAIJIN-KYOFU-SHO

Koji NAKAMURA

Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine

I administered the Japanese edition of the Multidimensional Perfectionism Scale (MPS) and surveyed the role of perfectionism tendency in patients with eating disorders. As background factors, age, age at onset, duration of disorder, height, weight, and body mass index were investigated. I also administered the Japanese edition of the Eating Disorder Inventory-2 in patients with eating disorders. The subjects were 10 patients with anorexia nervosa (AN), restricting type; 13 patients with AN, binge eating/purging type; 20 patients with bulimia nervosa (BN), purging type; and 13 patients with BN, nonpurging type. Thirty-two persons with taijin-kyofu-sho (TKS) and 98 healthy university students (control subjects) were also enrolled. All subjects were female. Initially, scores for 4 subscale scores of the MPS were higher in patients with AN or BN than in control subjects. A background factor was associated with high perfectionism tendency. Similarly, scores for 3 subscale scores of the MPS were significantly higher in subjects with TKS than in control subjects, suggesting high perfectionism tendency, as found in patients with AN or BN. Patients with AN or BN showed higher scores for “personal standard,” an inferior-position parameter of the MPS, than did subjects with TKS. In patients with AN or BN, reality was less abundant, a result that suggests low self-esteem and a deficit of ego ideals, which should be supported by the parent-child relationship, were present. Thus, perfectionism in persons with TKS may be based on more realistic ego ideals.

(Tokyo Jikeikai Medical Journal 2004 ; 119 : 13-26)

Key words: eating disorder, taijin-kyofu-sho, perfectionism, Multidimensional Perfectionism Scale, Eating Disorder Inventory-2

I. 緒 言

近年、増加傾向を示す摂食障害(以下、ED と略す)は、おもに思春期青年期の女性に発病する病態である。その中で、最近 ED 患者の完全主義的な性格傾向¹⁾⁻⁴⁾を指摘し、自己評価の低さと絡めて論じる研究が多い³⁾⁵⁾⁻⁸⁾。一方、わが国では森田⁹⁾の神経質概念の提示以来、対人恐怖症(以下、TKS

と略す)を中心とした神経質における完全主義とそれに伴う劣等感等について論じられてきた。そしてこれは男性に多いとされてきたが、最近の女性の社会進出とともに女性の神経症において、TKS 症例の増加が指摘されるようになった¹⁰⁾¹¹⁾。これらの TKS にも同じく従来の神経質同様の完全主義傾向は重要な要因であることは論じるまでもない⁹⁾。

このEDにおける完全主義傾向はその病態においてどういった意義を持っているのかを明らかにするにあたって、これらの神経質の完全主義との異同を明らかにすることは、EDにおける完全主義の特徴をより明確にすることになると考えた。もちろん、両者を比較した研究はなされたことはない。

そういう目的で、EDとTKSとの完全主義を比較検討するための調査・研究を行い、考察を行った。

II. 対象および方法

対象は、東京慈恵会医科大学附属病院およびその関連5病院(東京慈恵会医科大学附属青戸病院, 東京慈恵会医科大学附属第三病院, 東京慈恵会医科大学附属柏病院, 町田市民病院, 富士市立中央病院)の精神神経科外来を受診し、精神障害の診断・統計マニュアル第4版DSM-IV¹²⁾において、神経性無食欲症(制限型)(以下, AN-Rと略す)と診断された10例, 神経性無食欲症(むちゃぐい/排出型)(以下, AN-BPと略す)と診断された13例を併せたAN群(23例)と、神経性大食症(排出型)(以下, BN-Pと略す)と診断された20例, 神経性大食症(非排出型)(以下, BN-NPと略す)と診断された13例を併せたBN群(33例)である。また比較対照としたTKS群は対人恐怖症の診断基準¹³⁾を満たした女性例32例である。今回の調査対象となったED患者およびTKS患者はともにEDとTKSの合併例は含まれていない。また、同様に比較対照とした健康女性群(以下, C群とする)は、首都圏の大学に通う女子大学生98例(対照群の均質化を図るため首都圏の大学2校で調査を行った)とし、簡単な質問用紙により摂食障害を含む精神科疾患の既往がないことを確認した。

完全主義傾向を測定するために、多次元完全主義尺度Multidimensional Perfectionism Scale(以下, MPSと略す)の邦訳版¹⁴⁾をED群に対して施行した。また患者背景としては、年齢、発病年齢、罹病期間、身長、体重、BMI(body mass index)について調査し、またED群の病態を把握するために、摂食障害目録Eating Disorder Inventory-2(以下, EDI-2と略す)の邦訳版¹⁵⁾を

施行した。比較対照としたTKS群に対しては、MPSの邦訳版のみを施行し、ED群と同様の患者背景を調査した。なお、研究の内容、方法、倫理上の問題等に関して、東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を得た。またED群、TKS群に対して質問紙を施行する際、外来主治医が研究の内容、方法、プライバシーの保護等に関して十分に説明し、さらには書面での説明文書も手渡し、患者の理解が得られたことを確認し、同時に書面で同意を得た。同様にC群に対しても、研究の内容、プライバシーの保護等に関して十分に説明し、さらには書面での説明文書も手渡し、被験者の理解が得られたことを確認した上で、同時に書面での同意を得た。

MPSはFrostら³⁾が作成した完全主義傾向を多次的に把握することを目的とした評価尺度で、35項目の質問からなり、下位項目は「ミスへの過度のとりわれ(Concern over Mistakes: CM)」、「自身の高目標(Personal Standard: PS)」、「親からの高い期待(Parental Expectations: PE)」、「親からの批判(Parental Criticism: PC)」、「自身の行動への疑い(Doubts about Actions: DA)」、「整理整頓好き(Organization: O)」の6項目から構成されている。各質問項目に対しては、「強く同意する」から「全く同意できない」の5段階リカレントスケールが用いられている。その邦訳版のMPSは田中ら¹⁴⁾が作成し、その信頼性と妥当性(基準関連)が証明されている。またMPSはすでに国内外でもED患者を対象に用いられ、その有用性が認められている³⁾⁵⁾⁸⁾¹⁴⁾。EDI-2¹⁶⁾もED患者の摂食行動を多次的に捉えるために開発された自己記入式質問紙であり、91項目の質問からなり、その下位項目は「やせ願望(Drive for Thinness: DT)」、「過食(Bulimia: B)」、「体型不満(Body Dissatisfaction: BD)」、「無力感(Ineffectiveness: I)」、「完全主義(Perfectionism: P)」、「対人不信(Interpersonal Distrust: ID)」、「内部洞察(Interoceptive Awareness: IA)」、「成熟恐怖(Maturity Fears: MF)」、「禁欲性(Asceticism: A)」、「衝動制御(Impulse Regulation: IR)」、「社会不適応(Social Insecurity: SI)」の11項目からなる。日本語版もその信頼性および妥当性は証明されてい

る¹⁵⁾¹⁷⁾。

統計学的検討は、SAS/STAT Software¹⁸⁾を用い、GLM プロシジャによる分散分析(Tukey 法)を用い、有意水準は 0.05 とした。

III. 結 果

1. 患者背景

前述のように摂食障害の分類には DSM-IV を採用し、AN-R 群と AN-BP 群を合わせて、AN 群 (計 23 例)、BN-P 群と BN-NP 群を合わせて BN 群 (計 33 例) とした。AN 群、BN 群、TKS 群、C 群の背景因子の比較を Table 1 に示した。

発病年齢は、AN 群、BN 群、TKS 群の間に大きな差は認められなかった。罹病期間は TKS 群が長かった。身長は 4 群間で差を認めなかったが、体重、BMI では、他の 3 群に比して AN 群が低

かった。

2. EDI-2 結果

AN 群、BN 群、C 群に施行した EDI-2 の結果を Table 2 および Fig. 1 に示した。

参考までに、田中ら¹⁴⁾、草野ら¹⁷⁾の先行研究の健常群に施行した EDI¹⁹⁾ と EDI-2 の下位項目の結果を比較したのが Table 3 である。先行研究の健常群に施行した調査と比較して、大きな差はなく、対照群としてとくに問題はないものと考えられた。

「やせ願望」、「過食」、「内部洞察」、「禁欲性」、「衝動制御」の 5 項目は、いずれも 3 群間すべての間で、有意差を認め、いずれも BN 群、AN 群、C 群の順で得点が高かった。「不全感」、「完全主義」、「対人不信」、「社会不適応」の 4 項目では、いずれも得点は BN 群、AN 群、C 群の順で高く、AN

Table 1. Characteristics of AN, BN and TKS Compared with controls

	AN	BN	TKS	C
number of case	23	33	32	98
age (years old)	24.0±8.2	23.5±6.3	28.8±10.7	20.6±3.4
age of onset (years old)	17.9±3.6	18.5±4.1	16.9±6.5	—
duration of disease (years)	6.2±7.3	4.9±5.9	13.2±12.1	—
height (cm)	158.0±4.4	160.9±5.4	158.9±5.3	158.2±5.1
weight (kg)	37.4±7.7	51.2±6.5	49.0±5.5	51.7±6.6
BMI	14.9±2.8	19.8±2.4	19.4±1.8	20.6±2.2

Scores are expressed as mean±S.D.

BMI: body mass index, AN: anorexia nervosa, BN: bulimia nervosa, TKS: taijin-kyofu-sho, C: controls

Table 2. EDI-2 subscale scores

EDI-2 subscale	AN	BN	C
Drive for Thinness (DT)	10.2±7.1 ^{bc}	14.8±5.9 ^{ac}	5.6±5.3 ^{ab}
Bulimia (B)	5.5±6.4 ^{bc}	12.5±6.1 ^{ac}	2.0±3.4 ^{ab}
Body Dissatisfaction (BD)	13.7±6.9 ^b	18.7±8.3 ^{ac}	13.3±7.4 ^b
Ineffectiveness (I)	11.9±8.0 ^c	16.2±8.1 ^c	6.6±6.8 ^{ab}
Perfectionism (P)	6.7±5.2 ^c	7.8±4.6 ^c	4.3±4.1 ^{ab}
Interpersonal Distrust (ID)	6.9±4.6 ^c	7.1±4.1 ^c	3.8±3.8 ^{ab}
Interceptive Awareness (IA)	8.9±6.5 ^{bc}	15.3±7.4 ^{ac}	4.1±4.2 ^{ab}
Maturity Fears (MF)	9.0±6.4 ^c	8.5±5.5 ^c	5.0±3.8 ^{ab}
Asceticism (A)	6.0±4.0 ^{bc}	8.5±5.1 ^{ac}	3.6±3.1 ^{ab}
Impulse Regulation (IR)	6.7±6.9 ^{bc}	11.5±7.8 ^{ac}	3.0±4.4 ^{ab}
Social Insecurity (SI)	10.0±6.1 ^c	10.3±4.3 ^c	6.4±5.2 ^{ab}

Scores are expressed as mean±S.D.

a: $p < 0.05$ vs AN b: $p < 0.05$ vs BN c: $p < 0.05$ vs C

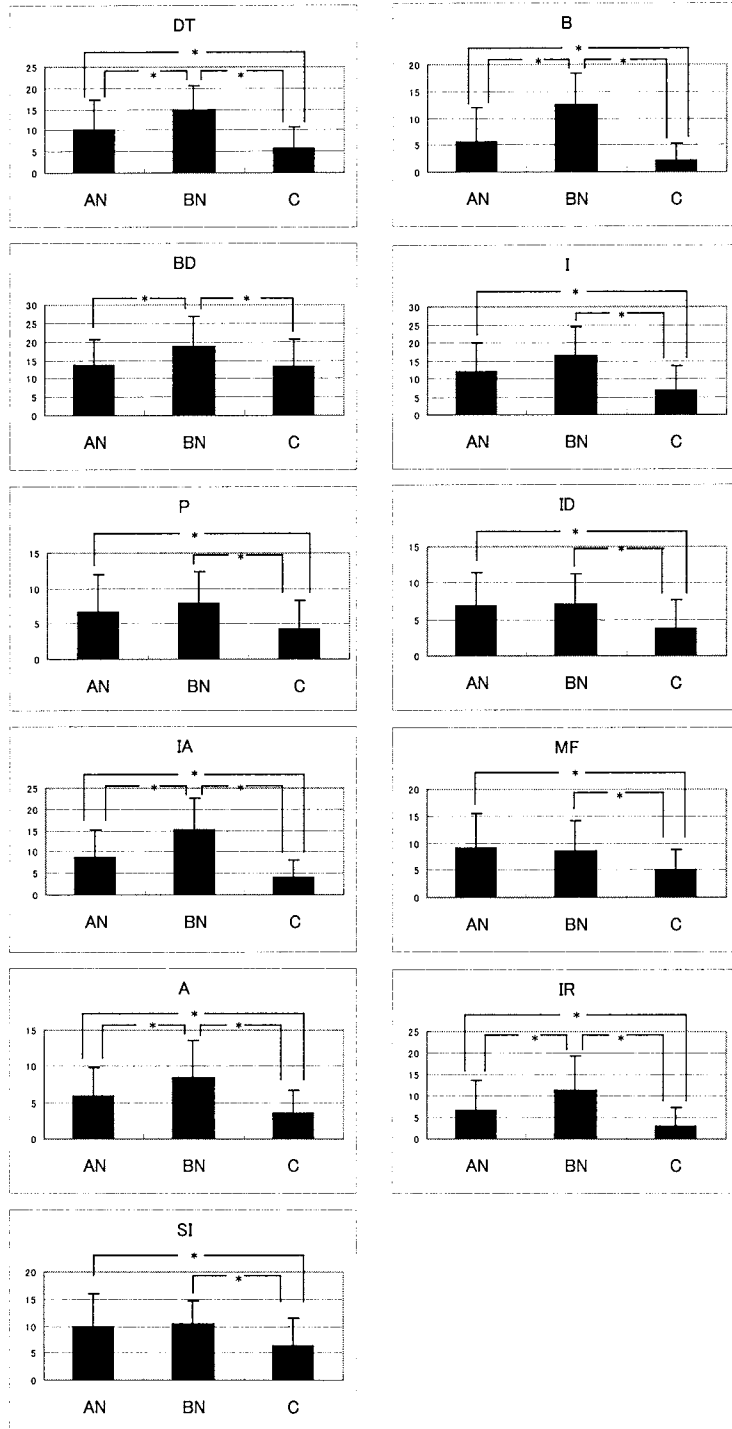


Fig. 1. EDI-2 subscale scores

Scores are expressed as mean+S.D.

*: $p < 0.05$

DT : Drive for Thinness, B : Bulimia, BD : Body Dissatisfaction, I : Ineffectiveness, P : Perfectionism, ID : Interpersonal Distrust, IA : Interoceptive Awareness, MF : Maturity Fears, A : Asceticism, IR : Impulse Regulation, SI : Social Insecurity

Table 3. EDI-2 subscale scores of control groups
Compared with controls of Tanaka, et al.¹⁴⁾ and Kusano, et al.¹⁷⁾

EDI-2 subscale	Controls of this study	Controls of Tanaka, et al. ¹⁴⁾	Controls of Kusano, et al. ¹⁷⁾
Drive for Thinness (DT)	5.6±5.3	6.2±5.5	6.7±5.4
Bulimia (B)	2.0±3.4	1.9±2.8	2.5±3.8
Body Dissatisfaction (BD)	13.3±7.4	12.5±6.4	14.9±7.1
Ineffectiveness (I)	6.6±6.8	4.6±3.8	6.4±5.7
Perfectionism (P)	4.3±4.1	2.9±3.1	3.3±3.4
Interpersonal Distrust (ID)	3.8±3.8	2.6±3.1	3.2±2.8
Interceptive Awareness (IA)	4.1±4.2	3.8±4.2	3.5±4.7
Maturity Fears (MF)	5.0±3.8	5.2±3.3	6.5±4.0
Asceticism (A)	3.6±3.1	—	3.1±2.5
Impulse Regulation (IR)	3.0±4.4	—	3.2±4.8
Social Insecurity (SI)	6.4±5.2	—	5.2±4.1

Scores are expressed as mean±S.D.

Table 4. MPS scores

	AN	BN	TKS	C
CM	28.9±11.0 ^c	32.5±9.4 ^c	28.5±8.0 ^c	22.7±8.1 ^{abt}
PS	21.3±8.0 ^c	22.8±6.0 ^{bc}	18.2±6.1 ^b	17.4±5.6 ^{ab}
PE	13.8±7.6	14.1±6.2	13.3±4.7	12.3±5.3
PC	10.2±4.5	10.6±4.1 ^c	10.8±3.6 ^c	8.3±3.4 ^{bt}
DA	13.4±4.0	14.4±3.9 ^c	13.7±2.6 ^c	11.4±3.7 ^{bt}
O	19.2±5.9	20.3±6.3	17.0±5.6	16.9±5.1

Scores are expressed as mean±S.D.

AN: anorexia nervosa, BN: bulimia nervosa, TKS: taijin-kyofu-sho, C: control group, CM: Concern over Mistakes, PS: Personal Standard, PE: Parental Expectations, PC: Parental Criticism, DA: Doubt about Actions, O: Organization
a: $p < 0.05$ vs AN b: $p < 0.05$ vs BN t: $p < 0.05$ vs TKS c: $p < 0.05$ vs C

群-C群間, BN群-C群間では有意差を認めましたが, いずれもAN群-BN群間では有意差は認められなかった。「成熟恐怖」では, 得点はAN群, BN群, C群の順で高く, AN群-C群間, BN群-C群間で有意差を認めましたが, AN群-BN群間では有意差は認められなかった。「体型不満」では, 得点はBN群, C群, AN群の順で高く, BN群-C群間, AN群-BN群間では有意差を認めましたが, AN群とC群間では有意差を認めず, この項目では, BN群が他の2群に比して有意に得点が高かった。

3. MPS 結果

MPSの下位6項目に関して, AN群, BN群,

TKS群, C群の4群での比較をTable 4およびFig. 2に示した。

「ミスへの過度のとらわれ」では, BN群, AN群, TKS群, C群の順で得点が高く, AN群-C群間, BN群-C群間, TKS群-C群間で有意差を認めた。AN群, BN群, TKS群の3群間では, 有意な得点の差は認められなかった。「自身の高目標」では, BN群, AN群, TKS群, C群の順で高く, AN群-C群間, BN群-C群間, BN群-TKS群で有意差を認めた。「親からの批判」での得点はTKS群, BN群, AN群, C群の順で高く, BN群-C群間, TKS群-C群間で有意差を認めた。「自身の行動への疑い」の項目では, BN群, TKS群, AN群, C群の順で得点が高く, BN群-C群間, TKS群-C群間で有意差を認めた。また「親からの高い期待」では, BN群, AN群, TKS群, C群の順で得点が高かったが, 4群間で統計学的な有意差は認められなかった。「整理整頓好き」の項目では, BN群, AN群, TKS群, C群の順で得点が高かったが, 4群間で統計学的な有意差は認められなかった。

IV. 症例呈示

以下に, EDI-2ならびにMPSの結果を補う目的で症例を呈示する。症例A, 症例B, 症例CはEDの, 症例DはTKSの症例である。なお, 症例の匿名性を確保するため, 症例の本質を損なわない程度に修飾が加えてある。

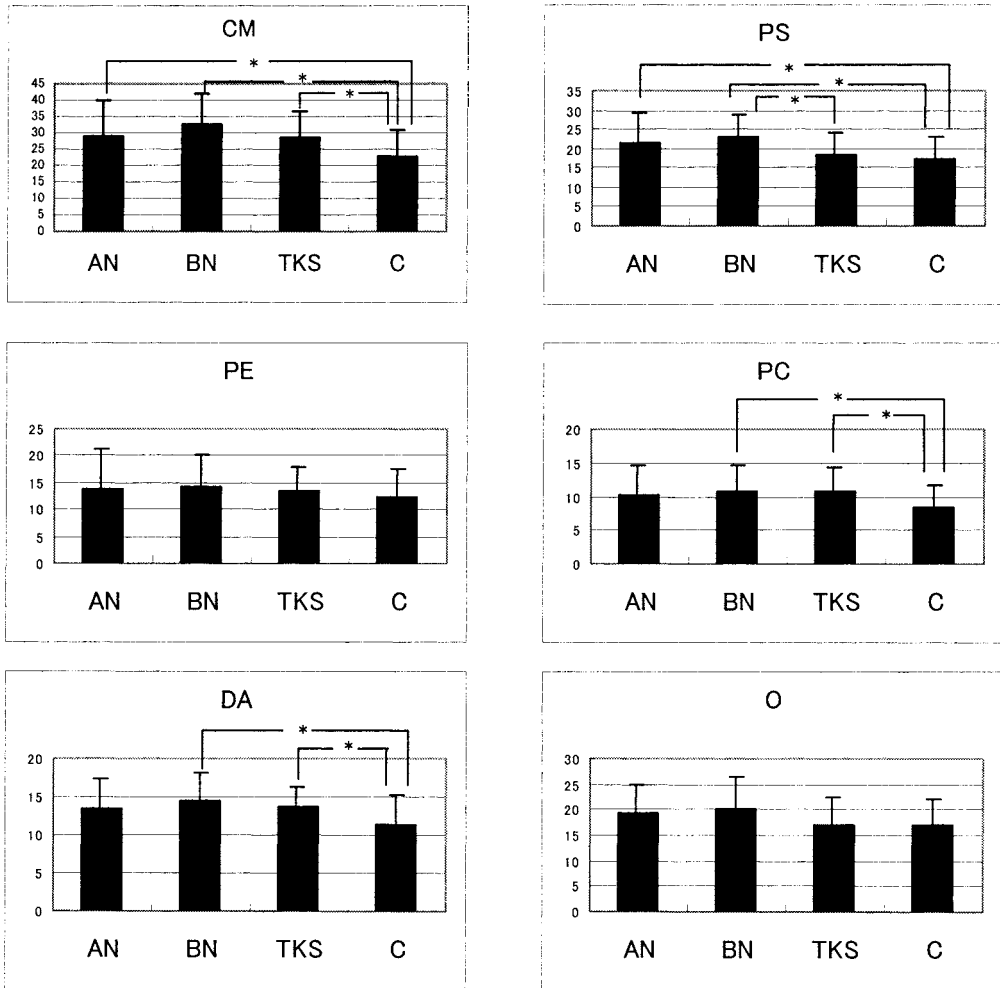


Fig. 2. MPS subscale scores

Scores are expressed as mean+S.D.

*: $p < 0.05$

AN: anorexia nervosa, BN: bulimia nervosa, TKS: taijin-kyofu-sho, C: controls, CM: Concern over Mistakes, PS: Personal Standard, PE: Parental Expectations, PC: Parental Criticism, DA: Doubt about Actions, O: Organization

1. 症例 A 20 歳, 女性, 大学生

診断: 神経性無食欲症 (制限型)

主訴: 食欲不振

生活史および現病歴: 会社員の父と専業主婦の母親の間に生まれ, 9 歳下に弟がいる。元来おとなしくあまり自分の意志を表に出さない子であったが, 小学校から始めたバレエはまじめに続け, そのためか「やせているほうがいい」と中学生から思っていたという。中学 3 年から橋本病にて E 病院小児科通院していたが, 病状は投薬にて安定していた。中学高校時代は成績は常にトップであっ

た。研究職に就きたいとの希望で大学に入学したが, 以前と同じように試験勉強をするも成績は中位にとどまり, とても落胆したという。また同じ頃, 続けていたバレエで脚が思うように開かなくなり, 骨盤の歪みを気にするようになった。その後さらに勉強したが成績は変わらず, 大学 2 年生になってからは, さらに自分を追い立てるように勉強や実習に取り組んだため, 次第に食事が摂れなくなり, 入学時に 40 kg あった体重は 32 kg へと減少した (身長 160 cm)。そのため以前からの通院の経緯もあり, E 病院小児科病棟に入院と

なり、同時に精神科にコンサルトされた。

受診後経過：入院後やはり食事をほとんど摂らないため、体重はさらに 29 kg まで減少した。やむを得ず高カロリー輸液を開始したが、それに対して拒否的になることはなかった。その後次第に体調が回復したが、表情は硬く、自発的に話すことはなく、こちらの質問に対しても慎重に言葉を選んでゆっくりと話した。なるべく自分の感情を抑制しているのが見て取れたが、「お母さんがいつも一緒にいるけど負担ではないか？」との質問には涙ぐみもした。初めは無反応であった質問にも、次第に返事をし、太りたくない気持ちがあること、小学校時代にいじめに遭い、今でも心の中につらい気持ちが残っていること、いじめの体験は家族が心配してはいけなないと思ひ、誰にも話していないことなどを語った。また食事のことを面接の話題にすることも出来るようになり、A は「ヨーグルトやスープなら食べられる」と話し、食事を少しずつ口にするようになった。その後病棟では他患との交流などはなかったが、落ち着いて過ごしていたため、体調が回復し、検査上問題のないことから、小児科医から退院の話が持ち上がったが、その途端に A の態度が変わった。面接では以前にも増して反応が少なくなり、拒絶的で、退院の提案をした小児科医に対してはイライラをぶついたり、面会に来た母親には「お母さんの勝手にすれば！」と怒鳴ったりするなど、今までに見たこともない A の姿を見せたのであった。小児科医との話し合いの結果、A の気持ちを受け入れて退院を少し延期した。面接でも「話したくない」と初めて自ら意思表示したので、〈自分の気持ちを言えたことはよいこと〉と評価し、〈でも A が話さないと A の気持ちは分からない。面接はがんばって〉と支持した。その後は、退院へ向けて、「母親にいっぱい食べさせられるのではないか」、「食べないといけないのは分かっているが、太るのが止まらないのではないかと」といった不安を話すようになり、治療者との関係は好転した印象であった。そして体重も増加傾向にあり、食事も摂れていることから入院 3 カ月で退院となった。外来での面接となってからは、予想に反して大きく動揺することもなく、本人も外来で何とかやれそうな実感を抱き、また面接でも入院中よりもしっかりとした口

調で自分の気持ちを話すようになった。治療者は A の食べる量が増えて体重が増える不安を支えつつ、A の気持ちを汲むように接した。しかし食事に関してはとても慎重で、退院後もしばらくはヨーグルトやスープといった流動食に近いものを摂り続けた。徐々にではあるが体重は退院後半年で 43 kg まで増え、以前には決して見せることのない笑顔も見せるようになった。そして「昔から自分は何でもまじめにこなさなければならぬと思ひすぎている」、「小学校時代のいじめ体験以来、人に嫌われまいと必死に人に合わせてきた」と振り返り、大学への復学も迷った末、休学という選択をし、その後は家で落ち着いて過ごせ、両親に対しても自分の意見を言うようになったのであった。

2. 症例 B 24 歳、女性、会社員

診断：神経性大食症（むちゃぐい/排出型）

主訴：過食、自己誘発嘔吐

生活史および現病歴：東北で両親とも公務員の家庭に、第二子として生まれる。兄が優秀であったため、小さいときから周囲は表立って口には出さないが、兄と比較されることが多く、いつもプレッシャーを感じていたという。私立の高校ではまじめに勉強し、東京の一流私立大学に進学し、大学入学と同時に一人暮らしを始めた。高校時代の体重は 70 kg (身長 154 cm) あったが、大学入ってから生活が不規則になり、徐々にではあるが痩せ始め、卒業時には 42 kg にまで減少した。大学卒業後会社に就職し、研修合宿に参加したところ、規則正しい食生活であったためか、1 週間の研修期間で体重が 4 kg 増加した。そのためその後自分で食事制限したり、時には過食し自己誘発嘔吐を繰り返したりするようになった。過食嘔吐を繰り返しながらも仕事はまじめにこなしていたが、入社 2 年目の終わりに内科で自己誘発嘔吐が原因と思われる低 K 血症を指摘され、近医内科に 6 日間入院し点滴を受けた。入院中は嘔吐もしなかったため、K 値が正常範囲になったところで退院し、同時に精神科受診を勧められ、F 病院精神科受診となった。

受診後経過：B は、初診時、自分の性格について、完全主義を挙げ、「何でも完璧にやらないと気がすまない。そしていつも人と比較してしまい、自

分の至らないところばかりが目についてしまう。だからいつも満足することがない。もともと負けず嫌いだからですかね」と述べた。

SSRIを主体とした薬物療法と面接を開始したが、面接では「気がつくと自分で勝手に目標を高く設定してしまう」というBの言葉通り、自分の目標と現実との間で葛藤するBであったが、そういった個々の問題を治療者と一緒に考え、少しずつ現実的な適応をし、それほどまでに自分を追い立てなくてもよいのだということに気づきつつある。

3. 症例C 20歳、女性、サービス業

診断：神経性大食症（むちゃぐい/排出型）

主訴：過食、自己誘発嘔吐

生活史および現病歴：公務員の父親と塾講師の母親、弟が2人いる。父親はアルコールを飲むと人が変わり、暴言を吐くが、普段はまじめに仕事をこなす人で、仕事中心の生活を送り、家庭には無関心であった。母親はCが小さい頃は勉強に関してうるさく、どんなにいい成績をとっても誉めてくれたことはなく、いつもミスばかり指摘されていた。Cは元来無口でまじめなおとなしい子で、自分の意見を言わない子であったが、Cの唯一の自慢は足が速いことであり、小学校ではクラブ活動の陸上競技だけが楽しみだった。大人しすぎるために「まじめ、まじめ」と周囲からからかわれることが多く、今でも言われた当時の悔しい気持ちが強く残っていると言う。そして小学校の陸上競技で怪我をきっかけに挫折し、それ以来自分には何も自慢できるものがないと思うようになった。中学に入り、それまで母親に反抗してやらなかった勉強を一念発起してがむしゃらに勉強したが、結果はクラスで9番で、Cはその結果にとっても落胆した。その頃から拒食を来とし、体重は29kg（身長は不明）にまで減少し、G病院の思春期病棟に入院した。入院後すぐに過食に転じ、半年後に退院し、その後はいくつか精神科の病院を転々としたが、しばらくして通院をやめている。中学には復学しなくなかったが、母親が強く復学を迫ったため、嫌々ながら復学した。しかしクラス内にはグループが出来ておりCの入る余地はなく、また過食により太っていたため、いじめられもした。そのため持っていた薬で過量服薬した。その後は

両親も強く復学を迫ることはなくなり、次第に学校へ行かなくなった。高校も通信制に通ったが長続きしなかった。小学校以来、周囲に「まじめ」と言われ、そんな自分が嫌で嫌で仕方なく、ずっと何とかしなければと思い続けていたが、それを打開する策はCには見つからなかった。16歳のとき援助交際に関するピラを見て、「自分を変えるにはこれしかない」と強く思い、見知らぬ男性との援助交際を開始した。さらに18歳からは風俗で働くようになった。発病からこの18歳までの間に、時に虚しくなって過量服薬による自殺企図が合計7回あるが、いずれも未遂で終わっている。20歳になり、うつ状態、過食嘔吐の悪化、不眠を訴えて、H病院精神神経科受診となった。

受診後経過：初診時、礼節は保たれ、きちんとした対応をするしっかりした20歳の女性というのが最初の印象であった。過食嘔吐の悪化と抑うつが認められ、吐くのが面倒くさくなると下剤も使うこともあるという。また風俗で働くことを両親は快く思っておらず、そのことで口論になるため両親と離れて一人暮らしをしているとのことであった。また初診時には体調が悪かったため、仕事もしていない状態であった。そして、昔のいじめ体験が根強く残っていて「自分をいじめた人たちがよい大学に通っているのを考えると悔しい」と語った。

定期的な面接とSSRIを中心とした薬物療法を開始した。2回目の受診時には、いきなりたくさんピアスを着けて来て治療者を驚かせた。また別の風俗の仕事が始めたが、抑うつ感が強まり、過食嘔吐も悪化した。そして昔の自分を、まじめで大人しく、馬鹿にされていたと回想し、ずっと不良に憧れていたことを話した。そして風俗で働きながら気晴らしにホストクラブに通い始めるようになると、過食がおさまるようになった。「風俗、ホストクラブはもしかすると昔の不良願望を満たしているのかも知れない。でもやってみたら大したことはなかった」と笑うのであった。しかし、過食がおさまると、今度はイライラが増し、リストカットがみられるようになった。そこでCが頑張っている姿を肯定し支えていくと、風俗での仕事を続ける現状とは掛け離れた、芸能界入りを夢みるようになった。「そういった夢は昔からあっ

た。昔は朝が来るのが嫌だったが、そういうことを空想するようになったら明日が来るのが楽しみになった」と語るのであった。

4. 症例 D 20 歳, 女性, 大学生

診断: 対人恐怖症

主訴: 注目が集まる場面で緊張し, 何も出来ないくなる

生活史および現病歴: 公務員の父とパート勤務の母親の間に生まれる。2 歳下に妹がいる。父親はまじめで厳しく, 厳しい父親に気を遣う母親はストレスが多く, 子供に当たることも多かった。そのため D は家の中で常にいい子にしていなければという思いが強かったという。中学 1 年生のとき, 国語の授業で指名され朗読することになったが, 緊張して途中で読めなくなってしまった。それ以来, 人前で何かするときには緊張するようになったが, 友人などには嫌われるのが嫌で話せなかったという。高校時代になっても対人緊張は続き, 国語の授業で当てられることが分かっているときは遅刻したり, 病院へ行くと嘘をついて授業に出なかったりした。それでも通学を続けていたが, 高校 2 年のときとうとう耐え切れなくなり, 高校を中退した。このときも学校を辞めたい理由を両親には「学校が合わないから」と嘘をつき, 人前で緊張することを打ち明けることはできなかった。高校中退後, しばらく家で過ごした後, 思い立って勉強し, 大学検定試験に合格した。その後親に迷惑を掛けまいと 2 年間アルバイト生活をして学費を稼いだ後, 大学受験し, 20 歳の春に親元を離れて東京の大学に入学した。その 4 月から大学の外国語の授業で当てられた時に緊張し, 自分の対人緊張が治っていないことを再認識し, 5 月に I 病院精神神経科受診となった。

受診後経過: すぐに緊張して何もできなくなる自分が嫌であり, それを友人はもとより両親にも話せないでいるという。そこで, 抗不安薬を投与しながらの精神療法を計画した。面接の中で, 「自分はダメな人間だと思ってきた」と劣等感のあることを述べているが, 土居²⁰⁾のいう「甘えたくとも甘えることのできない」心性は明らかであった。ときには, 死にたくなるほどに悔しい思いがあると涙ぐんで悔しがるところもあった。支持的に接していくと, 次第に治療関係でも緊張も和み, 授

業を受けることができるようになった。しかし, 緊張が戻ってきては「やっぱり自分はダメ」と落ち込み, 大学を辞めることさえ考えることもあるという。また精神科に通院することも甘えていると感じて, 自分で治さなければという気持ちから通院しなくなることもあった。すると, やはり抗不安薬と面接がないと不安だといって, 外来にやってくるのであった。そんな D に対して, 「自分に対して厳しすぎるのでは」とアドバイスをしたり, 治療者との間で自分の弱いところを話せないでいることを指摘したりしていると, 少しずつ友人にも自分のことを話せるようになり, 薬を使わなくても授業であまり緊張しなくて済むようになったというようになった。大学 4 年生になった現在は, 福祉関係の仕事に就きたいと自分の目標を設定し, 抗不安薬も使わずに大学に通いながら就職活動をしている。

V. 考 察

1. EDI-2 ならびに MPS で捉えられた完全主義傾向

EDI-2 の結果は Table 3 および Fig. 1 に示した通りである。ここで, AN 群と BN 群を比較すると下位項目「過食」で有意な差をもって BN 群の方が AN 群に比して得点が高かっただけでなく, 「やせ願望」, 「体型不満」の項目でも BN 群が AN 群に比して有意に得点が高かった。また「内部洞察」, 「衝動制御」, 「禁欲性」においても, BN 群が AN 群に比して有意に得点が高かったが, これらの項目はいずれも C 群より高得点でもあった。

一方, 従来から AN の中核群の特徴とされている「成熟恐怖」では AN 群, BN 群の区別無く得点が C 群より高かった。また同様に「完全主義」, 「不全感」, 「対人不信」, 「社会不適応」の 4 項目でも, AN 群, BN 群の間に有意差はなく, とともに C 群に比して有意に得点が高いことが明らかになった。EDI-2 における不全感, 対人不信, 社会適応が完全主義と完全に重なるわけではないが, 臨床場面で見ると諸特徴をみていると完全主義に近似した特性であることは間違いなく, EDI-2 においては, 摂食障害患者は健常者に比べて完全主義傾向が強いことを示唆しているといつてよいであろう。

次に、多次元完全主義尺度 MPS を用いて比較した。Table 4, Fig. 2 にみるように、AN 群は、症例数が若干少ないために、TKS 群、C 群と比較したとき、AN 群-TKS 群間、AN 群-C 群間で統計学的な有意差が認められないものの、平均値などのデータや AN 群-BN 群間で有意差 ($p < 0.05$) を認めていないことから、AN 群と BN 群はほぼ同じ傾向を示していると考えられる。すなわち、AN 群と BN 群は摂食行動を含めた病態は異なっているものの、背景にある完全主義傾向は同様のものと考えられ、AN 群と BN 群はひとつの群、すなわち ED 群としてまとめて考えても差し支えないと考えられる。したがって、AN 群と BN 群を合わせて ED 群として考察を進める。

まずこの ED 群の完全主義傾向が C 群と比較してどのように異なるかをみてみると、ED 群は、MPS の下位項目「ミスへの過度のとりわれ」、「自身の高目標」、「親からの批判」、「自身の行動への疑い」の 4 項目において C 群に比して得点が高かったが、「親からの高い期待」、「整理整頓好き」の 2 項目においては C 群と差がみられなかった。すなわち、ED 群は失敗することに対して敏感で、少しでも物事を完全に出来ないことを気にしやすく、そのために自分のした行動に対して常に自信がない。そして親の目を常に意識しつつ、自分に対しても高い目標を掲げて努力し続けるという完全主義的な姿が明らかとなった。また意外な結果ではあったが、ED 群は、「親からの高い期待」の項目で C 群と TKS 群の間で差異がみられなかった。客観的にみると、ED 群にしる TKS 群にしる、親からの期待が高い関係の中で育ってきているという印象をもちやすいが、それを達成できていないことへの劣等感、罪悪感等と相殺されて、チェックリストの上では得点化しなかったものと思われる。

次に、TKS 群と C 群を比較してみると、TKS 群は「ミスへの過度のとりわれ」、「親からの批判」、「自身の行動への疑い」の 3 項目で C 群より有意に得点が高かった。ただし、この 3 項目においては ED 群-TKS 群間で差がみられなかった。また TKS 群は、他の「自身の高目標」、「親からの高い期待」、「整理整頓好き」の 3 項目では C 群とは差がみられなかった。すなわち ED 群とほぼ同等の

完全主義傾向を示し、ED 群も TKS 群も健常者に比べて完全主義傾向が強いということがいえる。問題は、ED 群と TKS 群の間で、C 群と比べたとき差異があるかどうかである。詳しくみると、「自身の高目標」の項目では ED 群と C 群を比べたとき有意な差があることがわかる。つまり、「自身の高目標」では、TKS 群では C 群との間で有意な差が認められなかったのである。

ED 群、TKS 群とも C 群に比べて完全主義傾向は確かに強いが、ED 群と TKS 群とでは完全主義傾向で若干の質の違いがあることを示唆している。質の違いの内容については語述する。

2. ED における完全主義傾向の意義

では ED 群に特徴的であるこの「完全主義」の中でも「自分の高目標」の意味をもっているのかについて考察する。

まずこれまで ED における性格傾向、ことに完全主義はどのような扱いを受けてきたのであろうか。今日でいうところの神経性無食欲症 (anorexia nervosa) を一番最初に記載したのは英国の内科医 Morton²¹⁾ である。彼は、“Phthisiologia: Or, a treatise of consumptions” の中で、「彼女はいつも夜中に勉強し、読書に熱中していた」という以前の anorexia nervosa の中核群と思われる患者の完全主義が垣間見える性格を描いている。そしてまた、Palmer と Jones²²⁾ は、頑固、完全主義、強迫的と描写し、Bruch²³⁾ は「親の夢を満たす完全な子」と評して、そこに完全主義と依存性のあることを指摘し、完全な目標達成へもがくという要素が摂食障害の形成において果たす重要な役割を力説している。また、Crisp²⁾ は「手のかからない良い子」と評した。さらに Dally²⁴⁾ は 11-14 歳に発症した AN の 59% に内向性を伴う強迫性格が認められたと述べる一方で、この傾向は発病年齢が高くなるに従って減ってくるとも述べ、前思春期につよくなりがちな強迫性、精神分析的な肛門性に触れ、これらがある種の発達段階に関連した心性であることを示唆している。他方、Anderson²⁵⁾ も AN の強迫的、完全主義的、自責的側面は飢餓の時期になるまで出現しないと述べ、むしろ AN の結果であるとした。

そういった中で、最近では、ED 患者の本質的な問題はむしろ自己評価 (self-esteem) の低さにあ

ると考えられるようになってきた。例えば、Steinberg⁷⁾やSilvera⁶⁾はED患者におけるself-esteemを調査し、ANとBNのいずれにおいても自己評価が低いことを明らかにした。その一方で、その低い自己評価を形成するのが完全主義傾向ではないかとも考えられている⁵⁾⁸⁾。完全主義が摂食障害の低い自己評価を形成するリスクファクターではないかとする報告もある²⁵⁾。Slade⁴⁾はANとBNのどちらに対しても完全主義が危機的状況の布石となると述べているし、完全主義が摂食障害の病期において重要な役割を果たすとLilenfeldら²⁷⁾やHalmiら²⁸⁾は指摘し、また回復した後にも完全主義が意味を持つとの指摘もある^{29)–31)}。またBulikら¹⁾は、ANとBNに加え、大うつ病、アルコール障害、全般性不安障害、パニック障害、他の恐怖性障害に対し、完全主義傾向のうちの「ミスへの過度のとりわれ」、「自身の行動への疑い」、「自身の高目標」の3項目に関して調査し、「ミスへの過度のとりわれ」の得点の高さがANとBNに特有のものであるとした。そして「自身の行動への疑い」の得点の高さはEDと不安障害に特有のものであるとした。このようにみえてくると、摂食障害において古くから指摘されてきた「完全主義」は、現代においても大きなキーワードであることは間違いない。

また完全主義傾向を考える際に重要なのは、「親の期待に応えようとし続ける」心性の意義である。Bulik¹⁾も指摘しているように、「ミスへの過度のとりわれ」はミスへの否定的な反応と、ミスを自分の失敗と捉える傾向を測定しているし、「自身の行動への疑い」でも、失敗しやしないか、自分の評価が下がるのではないかと、という心性は「他人の目を気にしながら過ごしていること」の反映であり、その背後には「親からの批判」を恐れる心性と密接に絡んでいるものである。親の養育態度との関係が大きいといわなければならない。

しかし、「親からの高い期待」の項目で、ED群、TKS群では一般に高いといわれる項目であるが、本調査で差異が認められなかったのはむしろ期待に応えることができなくなってしまった結果と考える。つまり彼女たちは、親から高い期待をされながら育ってきたが、何らかの契機で絶望的になって期待されていないと感じているのではない

かと思われる。C群の親の期待と自ら諦めてしまったED群の親の期待の低さは質的に違うのではないかと思われる。

これらを個々の症例について考えると理解しやすいと考える。症例Aはかつて中核群と呼ばれた典型的なAN-Rである。元来まじめで物事をきちんとこなさなければいけないという性格であり、また人間関係においても小学校のいじめ体験以来、人に嫌われまいと完璧であることを一生懸命に求めてきたのであった。しかしそんなAは大学に入ると高校までのように優秀な成績を修めることができず、不全感を来たすようになった。またAの唯一の心の支えであるバレエにおいて開脚がうまくいけなくなったという自己愛的な傷つきも破綻の原因の一つといえる。つまり、高い学業達成もバレエダンサーとして成功することも親の期待に応えようとするものであった。これが破綻したとき発病したと考えられる。症例Bは幼い頃から優秀な兄と比較され、兄に追いつくことに必死であり、一流大学を出た後も常に向上せんと精一杯に過ごす毎日であった。親の期待に応えるためには、兄よりももっと完全でよい成績を修めることが必要なのである。この目標は、自らの体験に基づいたものではなく、兄との競争の中で生まれた押し付けられた目標であり、永遠に達成されることのないものである。Bは常に満足感をもつことはなかった。そうした緊張の中で、追い詰められたとき繰り返したのが過食嘔吐である。ある種の達成感に裏打ちされた喜びをもった夢、親の期待ではないのである。また症例Cは、境界型人格構造を併せ持つBN-Pである。拒食、さらには過食に加えて、母親を始めとした周囲との距離がうまく取れない状況で過量服薬やリストカットなどの衝動行為が多様に出現していることが多い。このような症例では、Cが芸能人になりたいという目標を掲げているように、幼児的というか、現状からみて達成されそうにない非現実的な人生目標を立ててそれに邁進している。他にも医師になりたいとか、弁護士、さらにはスチュワーデスになりたいなどといった、精神病ほどに妄想的ではないが、実現性からほど遠い人生目標をもっているものであるが、詳しく見ていくと、こうした夢形成の背後には些細な現実体験に恐怖する心性の

存在がわかってくる。第一、食事をするという実に単純なことが怖い、さらに学校に行って試験を受けることが怖い、与えられた課題に取り掛かることからさき自信がないのである。だれかに、つまり母親に傍にいて支えてもらいたい、一緒にいてもらいたいという極めて幼児的な心性があるのである。こうした些細な誰でもできると思われる課題を支えられながら達成するという体験を通じて治っていくのである。低い自己評価、親の期待のなさ、それでいて高い自我理想はこうしたことを示しているとみてよいであろう。

3. 対人恐怖症(TKS)との比較からみえてくるED群の完全主義の特徴

TKSとの比較を通じ、EDの完全主義の特徴を明らかにする。

歴史的に、森田⁹⁾が、TKSの基盤にある神経質の主要な要因として「完全主義」、「理想主義」をおいたことはよく知られている。また彼は、TKSを「自ら人前で恥ずかしがることをもって苦悩する症状」と捉え、それは「高すぎる自我理想と現実の自分とのギャップ」に由来するとした³²⁾。森田療法においては、その「高すぎる自我理想」の修正が主要な目標ということが出来る。もうひとつの特徴は、TKSの多くが男性で、それも長男か一人息子といった両親に期待される人に発症しやすいとされたことである。ところが最近になって、女性のTKS症例の増加が指摘されてきている。近藤³³⁾が戦後の女性を含めたTKS患者の増加を指摘し、最近では牛島¹¹⁾も森田神経質といえるような女性のTKSの増加を指摘しているし、小野¹⁰⁾もヤングアダルト世代の女性の神経症圏の病態の変化について調査し、対人恐怖症状の増加を明らかにし、この背後に女性の社会進出があることを指摘している。またTKSに至らないまでも、一般企業の職場においても完全主義傾向をもつ女性が増えているとの指摘もある¹¹⁾。このようにTKS、もしくはそこまでも至らない完全主義的傾向をもつ健康な女性が増加していることは間違いないようである。この背景には女性の社会進出が一般化している社会状況があるとの指摘がある¹⁰⁾¹¹⁾。家庭にあって、かつては妻として母親としての将来を期待された女の子もまた最近では、将来の社会で活躍することを期待されるようになり、男の子

と同様に、学童期から進学校を目指した学業生活(塾その他)を強いられるようになっていく。それだけに、女の子もまた内的には社会の中に位置づけた自らの将来像を描き、それに邁進する生活態度をとるのが一般的になっている。ここに高い自我理想を形成して完全主義を形作る基盤があるということが出来る。

本研究において研究対象になったTKS患者はすべてが女性例である。したがって女性例がほとんどなED患者と男性例に多いTKS患者を比較するとき生じがちな性差の問題をここでは無視して論じることが出来る。

完全主義の基本的心性は、課題を前に自分が失敗しやしないかと心配してひどく緊張し、遂行に完全を求める、あるいは他人にどのような評価を受けているかをひどく気にし軽蔑されないようにするために気が休まらないことにあることは、これまで森田療法の中で論じられてきたことである。論じなければならない課題は、こうした完全主義的傾向において、ED患者とTKS患者とは何が異なるかといことである。今回のMPSでは「自身の高目標」の項目でED群が有意に高いという結果を示した。一方、この「自身の高目標」は、TKS群はC群との間に有意の差を認めていない。そういう意味では、TKS群の完全主義は、ED群と健常群の中間に属しているということが出来る。そのTKS群では、完全主義はどのような形で表現されるのか。症例に戻って検討すると、次のようなことが明らかになった。「国語の授業で指されて読むとき緊張した」エピソードは失敗を恐れる心性があり、そうした緊張のため高校を中退したときも、恥ずかしさから本当のことがいえず「学校が合わない」とウソついた恥の心理を認める。ここにあるのは森田療法でしばしば指摘されるように患者の規範や価値観に「べきべからず」が大きな影を落としている心的状況である。この背後に「立派にならねばならない、偉くならねばならない、人格者にならねばならない」といった「生の欲望」にまつわる人生目標があることは論じるまでもない。

一方、ED患者ではどうか。先述したように、高い学業成績を維持し、他人のできないバレーがでることが友だちの中での自らを位置づける手段

となっている症例 A, 幼い頃から優秀な兄と比較されて追いつくことが人生の目標と化していた症例 B, 自己破壊的な人生行路を辿って今日に至っているが, 内的には芸能人になりたいという夢をもっている症例 C のもっている完全主義はかなり様相が違うことが分かる。希望をもって夢を追うという姿はない。自己評価が異常に低く, 反動的に高い自我理想を形成しているという心的構造になっているのである。その点, TKS 患者は抑制的で絶えず現実検討がなされているというより現実検討がなされ過ぎて自己卑下に陥っているのである。現実との体験が前面に出て, 自我理想をめぐる心性の部分は抑圧をこうむっているのである。あたかも自分の中にある幼児的なもの, 理想追及的なものを表面に出すべきではないと言ったかの印象を与えるのである。一方, ED 群では理想追求的な側面は夢のまた夢で実現することはない, あるいはそれに直面することを恐れているかの印象がある。それだけに実現不能性に直面して絶望感に襲われた時に過食, さらに他の衝動行為(自傷行為など)を呈するということができる。牛島³⁴⁾は, かつての神経質は親子関係の中で一度は万能体験をして夢をもう一度といったところがあるが, 最近の境界心性をもった症例はそうしたかつての万能体験がないため, 治療の中で体験して初めて現実感覚がよみがえってくるとしているが, ここで述べた ED 群と TKS 群の完全主義の違いの根幹にある部分を指摘したものといえるだろう。

VI. 結 語

最近になって, ED の原因ないしは臨床において完全主義傾向の意義を論じる研究が増えているが, わが国では以前から TKS (森田神経質) における完全主義の意義を論じられてきたという経緯がある。そこで EDI-2 と MPS を使って, ED と TKS の完全主義の違いを明らかにしようと試みた。方法としては, ED 患者, TKS 患者, 健常者を対象に EDI-2, MPS を試行し, その結果を検討した。その結果, EDI-2 では ED 群が健常群に比べて完全主義を示す項目で有意な差がみられた。MPS においては ED 群も TKS 群も健常者に比べて確かに完全主義傾向が強いことが明らかに

なった。

ED 群と TKS 群の間の完全主義の違いを比較検討したところ, 前者において「自身の高い目標」という項目だけが有意に高いことが明らかになった。具体的にどのような違いがあるのかを症例に戻って検討した。それによると, ED 群の自我理想ないしは完全主義の傾向は低い自己評価を基盤にしたものであり, TKS 群の高い自我理想はかつての万能体験に基づいたもので, それが成人するにつれて発達してきた「べきべからず」価値観が現実との照合をするようなかたちに変形しているものだと言えた。いわば ED 群の完全主義は現実性の薄い自我理想に起因したものであり, TKS 群の完全主義は現実体験に基づいた自我理想に裏打ちされたものという違いをみることができた。

稿を終えるにあたり, 本研究に際し直接ご指導を賜りました東京慈恵会医科大学精神医学講座主任教授牛島定信先生に深謝いたします。またご指導, ご校閲を賜りました同大学環境保健医学講座主任教授清水英佑先生に深謝いたします。統計学的検討におきまして直接ご指導いただきました東京慈恵会医科大学環境保健医学講座助教授縣俊彦先生に厚く御礼申し上げます。さらにご指導およびご助言をいただきましたお茶の水女子大学生活科学部教授井原成男先生, 東京大学大学院医学系研究科助教授上別府圭子先生, ならびに研究に際しご協力いただきました皆様に感謝いたします。

なお本研究の一部は, 第 99 回日本精神神経学会総会にて発表した。

文 献

- 1) Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 366-8.
- 2) Crisp AH. *Anorexia nervosa: let me be*. London: Academic Press; New York: Grune & Stratton; 1980.
- 3) Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res* 1990; 14: 449-68.
- 4) Slade P. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol* 1982; 21(Pt 3): 167-79.
- 5) Joiner TE Jr, Heatherton TF, Rudd MD, Schmidt NB. Perfectionism, perceived

- weight status, and bulimic symptoms: two studies testing a diathesis-stress model. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 145-53.
- 6) Silvera DH, Bergersen TD, Bjorgum L, Perry JA, Rosenvinge JH, Holte A. Analyzing the relation between self-esteem and eating disorders: differential effects of self-linking and self-competence. *Eat Weight Disord* 1998; 3: 95-9.
 - 7) Steinberg BE. Bulimia as a disturbance of narcissism: self-esteem and the capacity to self-soothe. *Addict Behav* 1997; 22: 699-710.
 - 8) Vohs KD, Bardone AM, Joiner TE Jr., Abramson LY, Heatherton TF. Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: a model of bulimic symptom development. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 695-700.
 - 9) 森田正馬. 神経質及び神経衰弱の療法. 森田正馬全集 1. 東京: 白揚社; 1921/1974. p. 231-506.
 - 10) 小野和哉. 最近のヤングアダルト世代の神経症圏の女性における病態変化. *臨精病理* 2000; 21: 31-52.
 - 11) 牛島定信. 最近の若い女性にみられるある種の神経症について. *精神科治療* 1997; 12: 119-25.
 - 12) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
 - 13) 笠原 嘉, 中村 敬. 対人恐怖症と Social Phobia. *メンタルヘルス 岡本記念財団研究助成報告集* 1993; 6: 55-60.
 - 14) 田中秀樹, 永田利彦, 切池信夫, 河原田洋次郎, 松永寿人, 山上 榮. 摂食障害患者における完全主義傾向. *精神医* 1999; 41: 847-53.
 - 15) 館 哲朗, 村上 健, 鷲塚輝久, 生田憲正, 西園マーハ文, 三宅由子. 摂食障害に対する EDE と EDI-2 の試行. *精神誌* 1996; 98: 1057.
 - 16) Garner DM. *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
 - 17) 草野美穂子, 額原禎人, 中村 敬, 牛島定信, 館 哲朗. *Eating Disorder Inventory-2* の一般女子学生への試行. *日社精医誌* 2000; 9: 171-81.
 - 18) SAS/STAT Software. Version 8. Cary NC: SAS Institute; 1999.
 - 19) 永田利彦, 切池信夫, 松永寿人, 池谷俊哉, 吉田充孝, 山上 榮. 摂食障害患者における *Eating Disorder Inventory (EDI)* の試み. *臨精医* 1994; 23: 897-903.
 - 20) 土居健郎. 「甘え」の構造. 東京: 弘文堂; 1971.
 - 21) Morton R. *Phithisiologia: or, a treatise of consumptions*. London: S. Smith and B. Walford; 1694.
 - 22) Palmer HD, Jones MS. Anorexia nervosa as a manifestation of compulsive neurosis. *Arch Neurol Psychiatry* 1939; 41: 856-60.
 - 23) Bruch H. *Eating Disorders*. London: Routledge & Kegan Paul; 1974.
 - 24) Dally P. *Anorexia nervosa*. New York: Grune and Stratton; 1969.
 - 25) Anderson AE. *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Baltimore: John Hopkins Univ Press; 1985.
 - 26) Fairburn CG, Cooper Z, Doll HD, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case control comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 468-76.
 - 27) Lilenfeld LR, Stein D, Bulik CM, Strober M, Plotnicov K, Pollice C, et al. Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychol Med* 2000; 30: 1399-410.
 - 28) Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, et al. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1799-805.
 - 29) Bastiani A, Rao R, Weltzin T, Kaye W. Perfectionism in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1995; 17: 147-52.
 - 30) Kaye WH, Greeno CG, Moss H, Fernstrom J, Lilenfeld LR, Weltzin TE, et al. Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 927-35.
 - 31) Srinivasagam NM, Kaye WH, Plotnicov KH, Greeno C, Weltzin TE, Rao R. Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1630-4.
 - 32) 森田正馬. 赤面恐怖症 (又は対人恐怖症) とその療法. 森田正馬全集 3. 東京: 白揚社; 1932/1974. p. 164-74.
 - 33) 近藤喬一. 対人恐怖の時代的変遷: 統計的観察. *臨精医* 1980; 9: 45-53.
 - 34) 牛島定信. 現代社会における森田療法の可能性. *こころの科学* 2000; 89: 32-7.