

原著論文

## 摂食障害回復者の特徴

— 包括システムによる摂食障害患者と回復者の比較による回復要因 —

貝塚陽子

### 【要旨】

遷延化しやすく死亡率も高い摂食障害については様々な立場からどう治療すべきかという多くの研究がなされているが、未だ唯一絶対的な治療法は見つかっておらず、摂食障害からの回復に特化した研究は多くない。ロールシャッハ研究においても、包括システムを使用した摂食障害研究は日本では少なく、海外においても、回復者と摂食障害患者の違いを比較したものは未だ見当たらない。ここでは、摂食障害からの回復の心理的支援に生かすことを考え、摂食障害患者と比較した回復者の特徴を考えるためにロールシャッハ研究を行った。

本研究では、摂食障害患者群と回復者群の各々のロールシャッハ・テストの変数をカイ二乗検定およびフィッシャーの正確確立検定によって分析し、回復者の特徴を示し、摂食障害からの回復に必要な要因を示唆した。結果として、 $CDI \geq 4$ ,  $FM < 3$ ,  $PureH < 2$ ,  $XA\% < 0.78$ および $X-\% > 0.20$ ,  $3r+(2)/R < 0.33$ ,  $An+Xy > 0$ の変数に関して有意差が示され、各々の変数の示す意味から、対人関係における対処力の改善、ニード・意欲の意識の向上、他者理解・自己理解の向上、現実検討力の向上、自己中心性指標の上昇、普通ではない身体的関心の緩みが、摂食障害患者に比較した回復者の特徴として示され、摂食障害からの回復に必要な要因として示唆された。

**Key Words:** 摂食障害, 回復者, 回復要因, ロールシャッハ・テスト, 包括システム

### はじめに

#### 1. 摂食障害とは

摂食障害は、主に思春期から青年期の女性によくみられる疾患で死亡率も高い。やせることや食事への過度なとらわれから極端な食事制限や過食などを行い、様々な精神症状・身体症状を呈する疾患であり、主として拒食症〔神経性やせ症／神経性無食欲症 (anorexia nervosa : AN)〕と過食症〔神経性過食症／神経性大食症 (bulimia nervosa : BN)〕に大別される(須田・石川, 2015)。拒食症の患者は、非常に強いやせ願望や肥満恐怖、ボディイメージの認知の障害などのために、摂食制限、過食、嘔吐、不食等の結果、激しいやせと様々な身体症状や精神症状を生じる。過食症の患

者は、止まらない摂食の欲求のために、大量に食物を過食した後に罪悪感に苛まれながら、自己誘発的嘔吐や下剤の乱用、摂食制限などで体重増加を必死に防ごうとする。やせていることをよしとしている摂食障害患者は、なかなか医療機関にはつながらないことが多い。まだ若い拒食症の患者が親に連れられてなんとか病院に辿り着いても「私はどこも悪くない」と頑なに表情で医療者を拒むことも少なくない。食べるのを止めたいと思っている過食症の患者は、しばしば自ら医療機関を訪れることもあるが、その精神的な不安定さから、なかなか安定した治療者との治療関係を維持することが難しく、治療から離脱していくものも多い。

摂食障害患者は二次的に抑うつ、強迫、不安などの精神症状を示し、拒食症の患者は極端な低体重から抑うつや不安、強迫症状が生じ、体重やカロリー、時間等の数字にとらわれている場合も多く、過食症の患者は

過食や嘔吐の後に自己嫌悪に陥り、抑うつ的になる場合も多い。摂食障害患者の強迫症状について切池(2007)が、「AN患者やBN患者は、食に対するとらわれの強さから、徹底した食事制限ややせへの希求を行い、やせるために過活動となる。そして、AN患者では、低体重になればなるほど強迫症状が強くなることが臨床的に観察されている」と述べているように、摂食障害は目に見える身体的な症状に強く精神的な症状が結びついた疾患である。

## 2. 病型の移行

摂食障害はその現状の症状で診断基準に基づき、神経性無食欲症と神経性大食症に大きく分類されるが、ANからBNに移行する症例は多いと指摘されるように亜型間の移行は頻繁に起こっている(Halmi et al.,1991)。初診時のアセスメントにおいて、現状の状態が神経性過食症であっても、病歴を尋ねると発症は神経性無食欲症であったというエピソードを聞くことは非常によくあることである。

ロールシャッハ・テストにより摂食障害患者の病型別の特徴を示そうと試みた原田(1998)も、その難しさの理由について、「摂食障害という疾患は実際に病型分類を試みようとしても、一人の患者の中で病型自体が変化する可能性があり困難を伴う。例えば受診時に不食でも過食に移行する可能性や、不食と過食を繰り返す可能性などがある」と述べている。切池(2014)は摂食障害の病型の移行を成長段階で名前が変わる「鱈」のようだとし、以下のように説明している。「AN患者の大部分が摂食制限型で発症する。そして多くは、5年以内に過食を生じて嘔吐するようになり、これが常習化した時点でANの過食/排出型と診断される。その後、体重が正常範囲内に回復してBNに推移し、嘔吐や下剤乱用(誤用)などの排出行動を認めなくなると患者は肥満傾向になり、BNの非排出型と診断されてきた」。加藤・山岡(1999)は、「拒食症も過食症も『異常なまでの痩せ願望』と『肥満恐怖』が共通して認められるため、病気のステージ(症状の段階)が異なるだけで、同じ原因で起こる疾患だと考えられている」と指摘している。また、鈴木(2010)は、治療的観点から、摂食障害を急性期と慢性期とに分けて考えることを提唱している。急性期の代表を摂食障害無食欲制限型(AN/R)として、少数であるが、ストレスから過食が止まらないと訴える過食症非排出型(BN/NP)があるとしている。そして、慢性期の摂食障害として、AN/Rの経過の途中として、あるい

はちょっとしたダイエットから過食が始まり、やせ願望が強いままに過食が続ぎ、やせ続けるために排出行動を行っていることを特徴とするとし、少数であるが、食事制限をし続けて何年もやせたままのAN/Rのケースや、拒食してやせたり、過食して太ったりを繰り返しているケースがあると述べ、この疾患のしばしば起こる病型の推移について説明している。

## 3. 摂食障害からの回復に関する研究

摂食障害は遷延化しやすい難治な疾患であることから、現在までに医療者の立場からどう治療するかという研究がたくさんなされてきた。しかし、回復するためにどんな要因が必要かという様々な研究をまとめてみると、回復に焦点を当てた研究は未だ少ない。

岡本他(2013)は、大学の保健管理センターまたは大学病院を受診し回復後一年以上安定を維持している10例(回復者群)と、治療継続中の摂食障害患者10例(対象群)を、回復と関連する要因について比較した。結果は、回復者群はソーシャルサポートが多いと感じている者が多く、社会活動、友人や家族のサポート、自己実現、他者から評価される体験が回復の大きな要因になっているとした。また、治療開始1年後のEAT(摂食態度評価)が低下し、GAF(社会適応尺度)が高くなったことを述べ、回復者群のストレス対処行動は課題優先対処や回避優先対処に比べて情緒優先対処の得点が低い傾向にあったとした。奥田(2014)は、自身の外来治療で支持的精神療法が有効と思われた症例3例と有効でなかった症例3例を提示し、その治療を考察し、それぞれの自己評価の観点から検討を加え、進路決定ができた、自己主張ができるようになり対人交渉ができるようになった、職場復帰が可能になった症例では摂食障害が治まったとした。鈴木(2014)は自らがサポートしている摂食障害のリハビリテーション施設通所経験のある発症から平均17年(9-28年)経過した摂食障害患者76名は、調査時にDSM-IVの分類でAN/R 0%、AN/BP 7.9%、BN/NP 9.2%、BN/P 14.5%、ED/NOS 23.7%、症状なし44.7%であったとした。また、慢性化した摂食障害は精神科併存症を伴うものが多く、症状消失群でも52.9%が精神科・心療内科を受診していると報告し(気分障害26.5%、不安障害11.8%、パーソナリティ障害11.6%)、再発経験者も32%で、慢性化した摂食障害は穏やかに回復するが十分な健康状態まで回復することは困難であると考えられるとした。Klump et al. (2004)は、摂食障害患者群と摂食障害回復者群とコントロール群の性格特性を質

問紙, 気質性格検査TCI (Temperament and Character Inventory) によって比較した。結果は, 摂食障害患者群と回復群はノーマル群よりも, 行動抑制Harm-Avoidanceが高く, 自己志向Self-directednessと協調志向Cooperativenessが低いとし, この結果は病因と関連している可能性があるとした。

#### 4. 摂食障害に関する包括システムによるロールシャッハの先行研究

本研究では, 国際的にはロールシャッハの共通言語になっており, 広く研究や臨床でも使われている包括システムを採用した。日本に包括システムが導入されたのは1990年代で, 包括システムでなされた摂食障害に関する研究は未だ少ない。吉村他 (2006) は, 入院中の摂食障害患者と非患者群を比較し, 摂食障害患者の特徴は, 抑うつ的で, 感情の統制力が低く, 肯定的な人間関係を持ちにくく, 独特な認知を持つことが示されたと報告している。その第2報として塚野・秋庭・津久井・伊藤・江花 (2012) は, 神経性食欲不振症・制限型群 (ANR 23名) とむちゃ食い・排出型群 (ANBP 10名) に分けて比較し, それぞれの心理的特徴を比較した。その結果, ANBP群はANR群に比べて警戒心が強く, 外界からの刺激に影響を受けやすく, 周囲に合わせる傾向が高く, 身体イメージのとらわれが強く, 独特な思考をしやすく, 変化しにくいという傾向が認められたと報告している。

海外でも, 包括システムを用いて摂食障害研究が行われているが, それぞれの病種別の特徴を示している場合が多い。Garcia (2005) は, ANの認知的な側面について調べ, 拒食症患者は, うつ病患者や非患者群と比べて, ロールシャッハの変数がMQnone↑, Mp↑, FD↓, M↑, MQo↑, Adj D↑, Sum H↑, (H) ↑であったとした。思考面では, Mは多いがMpが多いことで, 思考を非効率にし, 考えを決められずに思いをただ巡らせているとした。そして自己認知においては, (H) が多いことから空想的なイメージの中に自らを隠しやすいと指摘した。Curie et al. (2012) は, ANの自己の無さについて研究し, 自己の無さを自らの欲求を無視して他者の欲求を満たそうとする傾向とし, それらの傾向を調べるためにロールシャッハの変数 (AG, PER, PHR, COP, GHR) を分析した。その結果, AN患者は, 非患者群に比べてより自己がない傾向にあり, 攻撃性を表すAGが少なく, 協調行動を示すCOPが多いことを示した。Smith, Hillard, Walsh, Kubacki, & Morgan (1991) は, BNの排出型

と非排出型の違いについて調べた。ほとんど大きな違いはないが, 抑うつと怒りと自己没頭に関しては差のある傾向があり, 非患者群と比べると, 2つのBNの群の特徴として, 認知の歪み, 思考の障害, 人間関係に関する問題への脆弱性, 傷ついた自己イメージ, 悲観的な見解があるとした。Guinzbourg (2011) は, ANとBNとEDNOSの3つの摂食障害のカテゴリと非患者群を比較し, その結果, 摂食障害患者群は, 体験や感情を扱う能力が非患者群より低いことが示され, 社会的つながりにおいても困難を生じるとした。また, 摂食障害の種別の比較では, ANは不定形型がBNやEDNOS (DSM-IVの分類による特定不能の摂食障害) より少なく, 自己中心的で, 他者に関する関心が少なく, 対人関係を回避する傾向があるとし, BNとEDNOSはより類似しており, 情緒的に不安定で傷つきやすいことを示した。BNは感情表現を抑制する傾向にあり, 不安をコントロールするのに躁的なスタイルを用い, 受動的で内省力が弱いと報告した。

#### 5. 様々な回復の定義

回復に関する先行研究の結果は統一されたものとは言いがたく, それは各々の研究者の立場や, 回復をどう捉えているかということに違いが大きいと考えられた。

予後研究で世界的に使われて来た基準は, Morgan & Russell (1975) が用いた基準であり, 判定しやすい体重と月経を用いる方法が普及していた。日本では厚生省の調査票に基づき回復の定義を用いた転帰調査が行われた (中井, 2004; 建部他, 2002)。中井 (2012) によると, それは初診時, 経過中最悪時, 転帰調査時の身長, 体重及び月経, 食異常行動 (食事制限, むちゃ食い, 嘔吐その他), 身体像の障害の有無とその程度, 対人関係 (親に過度の依存, 親と不適合, 親以外の家族, 家族以外) と社会関係 (出席状況, 結婚生活, 社会適応) を評価したものだ。ここでは回復は, 体格指数 (BMI) が $17.5\text{kg}/\text{m}^2$ 以上で, 月経があり, 食行動異常, 身体像異常, 行動の障害がなく, 対人関係, 社会関係がともに良好な状態を3カ月以上継続した場合と定義されている。

慢性化した摂食障害患者を診ることが多い鈴木 (2012) は, 摂食障害の回復については幾つかの側面から考える必要があるとし, ①食行動異常の正常化, ②対人関係の回復, ③完璧主義, 強迫性の回復, ④問題行動の消失, ⑤ソーシャルスキルの回復, ⑥自分のアイデンティティを認めることができ生きがいを見



つけるなどの側面と思われるとしている。摂食障害の治療を総合病院の心療内科で積極的に行ってきた石川(2012)は、回復に向ける治療目標を「その人らしい自立した生活機能の獲得」としている。精神科診療所外来で摂食障害患者の治療を行っている奥田(2014)は回復を「摂食障害の症状がほぼ消失し、その人に応じた社会生活をしていける状態になったこと」とした。中村(2011)は、当事者であり社会学者である立場から、それぞれにそれぞれの回復があり、「回復者自身が捉える回復」を<回復>とした。<回復>の捉え方には個人差があり、過食や嘔吐がなくなった時点を<回復>とするものが多かったが、様々なこだわりが取れた時を<回復>とするものもあり、過食をする自分を受け入れた段階を<回復>とするものもいたとしている。

## 目的

以上のように、摂食障害の回復に焦点を当てた研究は未だ少なく、摂食障害に関するロールシャッハ研究では、ノーマル群と摂食障害患者群とを比較し摂食障害患者の特徴を示そうとしたものや、または、ANやBN等の病型を比較しそれぞれの特徴を示そうとしたものはあるが、回復者と摂食障害患者の特徴を比較検討し回復に必要な要因を探することを試みたものは未だ見当たらない。

そこで本研究では、摂食障害回復者と摂食障害患者のロールシャッハ・テストを比較することにより、回復者の特徴を示し、摂食障害から回復するために必要となる要因について示した。

## 方法

### 1. 対象者

2011年9月～2016年3月までに総合病院の精神科外来にて摂食障害と診断された患者17名を摂食障害患者群とし、2011年3月～2016年8月までに家族会や紹介を通して知り得た摂食障害回復者で、心理テストの承諾を得た13名を回復者群とした。対象者は全例女性とした。Table 1に示したように、対象者の調査時の年齢は、摂食障害患者群が14～33歳までの平均年齢23.18歳(標準偏差6.87)、回復者群は20歳～40歳までの平均年齢27.54歳(標準偏差5.53)であった。

加えて、摂食障害という疾患が亜型間の移行が頻繁に起こっている(Halmi et al.,1991)という特徴を示す

疾患であり、本研究の対象者となっている摂食障害患者の中には検査時にはAN型を示したが後にBN型に移行した例や、初診時のアセスメント時にはBN型であったが検査時以前にAN型の既往のある例が多くあり、回復者群においてもほとんどの例において病型は流動的であったことから、本研究では病型の区別はせず、摂食障害群、回復者群の2群とした。

また、上述のような様々な回復の定義を踏まえて、筆者は病院や患者会で摂食障害患者の回復を支援する心理士という立場から、この研究においては摂食障害からの回復を以下の二点と定義し回復者群を定めた。①社会的にその人に応じた適応ができており、心理的な問題を大きく残していないこと。②摂食障害の症状が消失しているか、あるいは少し残っていても自らがコントロールできるもので、日常生活に支障をきたすものではないこと。

Table 1 対象者の調査時の年齢

群(n)	摂食障害患者 (17)	回復者 (13)	p level
年齢	Range 14-33	Range 20-40	
	Mean±SD 23.18±6.87	Mean±SD 27.54±5.53	n.s.

### 2. 分析方法

ロールシャッハ・テストを用いて得られたデータをカイ二乗分析およびフィッシャーの正確確率検定によって統計処理した。ロールシャッハ・テストの施行は、包括システムによって筆者が行い、それぞれの採点、記号化については包括システムにおけるロールシャッハ臨床歴25年の心理士との検討を加え、相違があった場合にはその都度検討を重ね相応しいと判断されるものを採択した。

摂食障害患者のデータの使用については総合病院精神科の主治医に、回復者については本人に、研究の主旨、データは研究目的でのみしか使用しないこと、個人を特定できる記載はしないことを説明し、承諾を得て倫理的な配慮を行った。

### 3. 包括システムにおける特殊指標とクラスター

包括システムにおける構造一覧表にある変数には、一般的な値である期待値が存在しており、主にその期待値内に変数がどのくらい収まっているか否かを、摂食障害患者群と回復者群で比較して有意差を求めた。

本研究においては、まず、6つの特殊指標に該当するものがどれくらいあるかを、各々摂食障害患者群と回復者群の特殊指標(Special Indices)の欄で見え

た。6つ特殊指標は、知覚と思考の指標 (PTI)、抑うつ指標 (DEPI)、対処力不全指標 (CDI)、自殺の可能性 (S-CON)、警戒心過剰指標 (HVI)、強迫的スタイル指標 (OBS) である。その後、統制とストレス耐性 (Control & Stress Tolerance)、状況関連ストレス (Situation Related Stress)、感情の特徴 (Affective Features)、情報処理過程 (Information Processing)、認知的媒介 (Mediation)、思考 (Ideation)、自己知覚 (Self Perception)、対人知覚 (Interpersonal Perception) というクラスターにある重要な変数について、摂食障

害患者群と回復者群で比べ、有意差があった点についてその意味を解釈した。

## 結果

### 1. ロールシャッハ・テストの各変数の結果

ロールシャッハ・テストの各変数について、摂食障害患者群と回復者群の比率を比較した結果をTable 2に示した。

Table 2 摂食障害患者と回復者のロールシャッハ・テストのスコアの比較

	変数	摂食障害患者(n=17)	回復者(n=13)	plevel
特殊指標 Special Indices	S-CON $\geq$ 7	4 (23.5%)	0	n.s.
	PTI $\geq$ 4	2 (11.8%)	0	n.s.
	PTI $\geq$ 3	4 (23.5%)	5 (38.5%)	n.s.
	PTI $\geq$ 2	11 (52.9%)	6 (46.2%)	n.s.
	DEPI $\geq$ 6	1 (4.8%)	0	n.s.
	DEPI $\geq$ 5	6 (35.3%)	2 (15.4%)	n.s.
	DEPI $\geq$ 4	11 (64.7%)	6 (46.2%)	n.s.
	CDI $\geq$ 5	3 (14.3%)	0	n.s.
	CDI $\geq$ 4	6 (35.3%)	0	p<.05 <sup>+</sup>
	CDI $\geq$ 3	13 (76.5%)	8 (61.5%)	n.s.
	HVIPositive	3 (17.6.5%)	5 (38.5%)	n.s.
OBSPositive	0	0		
制力とストレス統耐性 Control & Stress Tolerance	R $\leq$ 17	9 (52.9%)	3 (23.1%)	n.s.
	L>0.99	4 (23.5%)	3 (23.1%)	n.s.
	EA $\leq$ 6	7 (41.2%)	4 (30.8%)	n.s.
	D-SCORE>0	7 (41.2%)	3 (23.1%)	n.s.
	D-SCORE<0	4 (23.5%)	1 (7.7%)	n.s.
	D-SCORE<-1	1 (5.9%)	1 (7.7%)	n.s.
	Adj D-SCORE>0	7 (41.2%)	5 (38.5%)	n.s.
	Adj D-SCORE <0	1 (5.9%)	0	n.s.
	Adj D-SCORE <-1	0	0	
	FM<2	9 (52.9%)	2 (15.4%)	n.s.
	FM<3	14 (82.4%)	5 (38.5%)	p<.05 <sup>+</sup>
	m>1	8 (47.1%)	6 (46.2%)	n.s.
	m>2	4 (23.5%)	2 (15.4%)	n.s.
	SumC' $\geq$ 3	3 (17.6%)	3 (23.1%)	n.s.
SumT=0	13 (76.5%)	10 (76.9%)	n.s.	
SumT>1	0	0		
SumV>0	4 (23.5%)	3 (23.1%)	n.s.	
SumY>1	4 (23.5%)	4 (30.8)	n.s.	
状況関連ストレス Situation Related Stress	D>Adj D	4 (23.5%)	5 (38.5%)	n.s.
感情 Affect	FC>(CF+C)+2	1 (5.9%)	3 (23.1%)	n.s.
	FC>(CF+C)+1	3 (17.6%)	1 (7.7%)	n.s.
	(CF+C)>FC+1	0	3 (23.1%)	n.s.
	(CF+C)>FC+2	6 (35.3%)	1 (7.7%)	n.s.
	PureC>0	5 (23.8%)	2 (15.4%)	n.s.
	PureC>1	1 (5.9%)	0	n.s.
	SumC' $>$ WSumC	2 (11.8%)	3 (23.1%)	n.s.
	Afr<0.46	10 (58.8%)	9 (69.2%)	n.s.
	S>2	9 (52.9%)	7 (53.8%)	n.s.
	CP>0	2(11.8%)	0	n.s.

++1%,+5%水準で有意差あり (Fisherの正確確率検定), \*\*1%,\*5%水準で有意差あり (X2検定)

Table 2 摂食障害患者と回復者のロールシャッハ・テストのスコアの比較

	変数	摂食障害患者(n=17)	回復者(n=13)	plevel
対人知覚 Interpersonal Perception	COP=0	13 (76.5%)	8 (61.5%)	n.s.
	COP>1	4 (23.5%)	5 (38.5%)	n.s.
	COP>2	1 (4.8%)	2 (15.4%)	n.s.
	AG=0	13 (76.5%)	10 (76.9%)	n.s.
	AG>2	2 (11.8%)	0	n.s.
	Fd>0	7 (41.2%)	5 (38.5%)	n.s.
	H<Hd+(H)+(Hd)	15 (88.2%)	8 (61.5%)	n.s.
	PureH<2	13 (76.5%)	5 (38.5%)	p<.05*
	PER>1	4 (23.5%)	3 (23.1)	n.s.
	PER>2	1 (9.5%)	0	n.s.
	Isol Index > 0.32	0	1 (7.7%)	n.s.
自己知覚 Self -Perception	3r+(2)/R<0.33	10 (58.8%)	3 (23.1%)	p<.05*
	3r+(2)/R>0.44	2 (11.8%)	5 (38.5%)	n.s.
	Fr+rF>0	3 (17.6%)	0	n.s.
	FD>1	4 (23.5%)	2 (15.4%)	n.s.
	MOR>1	8 (47.1%)	3 (23.1%)	n.s.
	MOR>2	6 (28.6%)	1 (7.7%)	n.s.
	MOR>3	5 (29.4%)	1 (7.7%)	n.s.
	An+Xy>0	13 (76.5%)	2 (15.4%)	p<.01++
	An+Xy>1	5 (29.4%)	0	n.s.
情報処理過程 Processing	Dd>3	8 (47.1%)	5 (38.5%)	n.s.
	Zd>+3.0	6 (35.3%)	6 (46.2%)	n.s.
	Zd<-3.0	2 (11.8%)	3 (23.1%)	n.s.
	DQ+ $\geq$ 7	4 (23.5%)	5 (38.5%)	n.s.
	DQ+ $\geq$ 5	6 (35.3%)	10 (76.9%)	n.s.
	DQv+DQv/++>2	3 (17.6%)	0	n.s.
認知的媒介 Mediation	XA% $\geq$ 0.78%	0	5 (38.5%)	p<.01++
	XA%>70%	6 (35.3%)	7 (53.8%)	n.s.
	XA%>60%	12 (70.6%)	10 (76.9%)	n.s.
	X-%<0.15	0	2 (15.4%)	n.s.
	X-%>0.20	16 (94.1%)	7 (53.8%)	p<.05+
	X-%>0.30	9 (52.9%)	5 (38.5%)	n.s.
	S->2	6 (35.3%)	3 (23.1%)	n.s.
	S->1	10 (58.8%)	5 (38.5%)	n.s.
	S-=0	6 (35.3%)	5 (38.5%)	n.s.
	P<4	7 (41.2%)	4 (30.8%)	n.s.
	P>7	0	0	
	X+%<0.70	17 (100%)	13 (100%)	n.s.
	X+%<0.60	17 (100%)	12 (92.3%)	n.s.
	X+%<0.50	13 (76.5%)	9 (69.2%)	n.s.
	Xu%>0.30	6 (35.3%)	5 (38.5%)	n.s.
Xu%>0.20	11 (64.7%)	10 (76.9%)	n.s.	
思考 Ideation	p>a+1	8 (47.1%)	6 (46.2%)	n.s.
	Mp>Ma	9 (52.9%)	8 (61.5%)	n.s.
	(2AB+Art+Ay)>5	0	0	
	Lv2 2 Sp.Sc.>0	5 (29.4%)	1 (7.7%)	n.s.
	WSum6 Sp. Sc.>6	2 (11.8%)	0	n.s.
	M->1	7 (41.2%)	7 (53.8%)	n.s.
	M->2	4 (23.5%)	3 (23.1%)	n.s.
	Mnone>1	0	0	

++1%,+5%水準で有意差あり (Fisherの正確確率検定), \*\*1%,\*5%水準で有意差あり (X2検定)

## 2. 特殊指標と各クラスターの結果

### 特殊指標

対人関係における対処力の不全を示すCDIにおいて5%水準で有意差が認められた。他の特殊指標においては両群に有意な差は認められなかった。

### 統制力とストレス耐性

統制力とストレス耐性に関わる変数では、動物運動反応であるFMにおいて5%水準で有意差が認められた。

Exner (2003 中村・野田訳 2009) は、統制の定義を「状況からの要請に対処するための行動を慎重に決定あるいは実行する能力」とし、「自分のまとまりと方向性を維持する力」だと説明している。また、「ストレス耐性は、統制と直接的な関連があり、統制力が高まれば高まり、乏しければ、それに伴いストレス耐性も低くなる」と述べている。

### 状況関連ストレス

今回の研究では、摂食障害患者群と回復者群では、状況関連ストレスが高いことを示すD<Adj Dに該当する値には有意差がでなかった。

### 感情の特徴

今回の感情のクラスターに関わる変数においては、摂食障害患者群と回復者群間に有意な差が認められなかった。

### 対人知覚

対人知覚の変数の中では、Pure Hに関して5%水準で有意差が認められた。

対人知覚は、人が他者をどのように理解し、様々な場面でどのように行動するかということである。中村 (2016) は、対人知覚を「外の人間にどれくらい興味関心をもって目を向けられているのか」だと説明しており、それは後に説明する「自分のことがどれくらいわかっているかという自己知覚」と密接な関係があり、「天秤の右と左のように釣り合っている可能性が高い」と説明している。

### 自己知覚

自己知覚に関する変数では、自己中心性指標が期待値以下であることを表す変数 $3r+(2)/R<0.33$ と、普通ではない身体的関心を示す指標 $An+Xy$ に有意差があった。

Exner (2003 中村・野田訳 2009) は、「自己知覚は、自己イメージと自己への没頭 (self-involvement) という2つの特徴に関係している」とし、自己イメージは「個人が自分の特性について抱く印象から成り立っている」ものであるとし、自己への没頭は「外界へ向け

る関心と比べた場合の自分自身へ向ける関心の程度と関連している」と説明している。

### 情報処理過程

今回は情報処理過程における指標の有意差は認められなかった。

### 認知的媒介過程

認知的媒介の変数においては、現実検討力を示す $XA\%<0.78$ と $X-\%>0.20$ の変数に5%水準で有意差が認められた。

認知媒介のクラスターは、「その人がそれまで生きて見たり聞いたり学習してきたことを通じて、『世の中はこのようなもの』と定義してきた経験値の蓄積」(中村, 2016) である。Weiner (1998 秋谷・秋本訳 2005) は、「出来事についての現実的な知覚は、人々が自分自身や環境について正確な印象を形成できていることで成立する」とし、「事柄をありのままに見ることができるとは、人の適切な判断の実行を助け、上手な適応を示す」と述べている。

### 思考

思考の変数においては、摂食障害患者群と回復者群の間には有意差は認められなかった。

## 考察

本研究では、摂食障害患者群と回復者群のロールシャッハ・テストの主な変数を統計的に比較し回復に必要な要因を明らかにした。結果は $CDI\geq 4$ ,  $FM<3$ ,  $PureH<2$ ,  $XA\%<0.78$ ,  $X-\%>0.20$ ,  $3r+(2)/R<0.33$ ,  $An+Xy>0$ の変数に有意差が認められ (Table 3), そこから解釈できる回復に必要なとされる要因について考察した。

Table 3 摂食障害患者と回復者の比較による回復要因の考察

有意差のあった変数	変数が示す意味
CDI $\geq 4$	対人関係における対処力の改善
Mean $\pm$ SD 23.18 $\pm$ 6.87	Mean $\pm$ SD 27.54 $\pm$ 5.53
FM<3	自身のニード, 意欲の意識向
PureH<2	他者理解, 自己理解の向上
XA%<0.78	現実検討力の向上
X-%>0.20	
$3r+(2)/R<0.33$	自己中心性指標の上昇
$An+Xy>0$	普通ではない身体的関心の緩み



CDI (対処力不全指標) に該当するものは有意に摂食障害患者群の方が多く、回復者群は摂食障害群より対人関係における対処力が高いものが多いことが推察された。ここでは摂食障害からの回復には対人関係における対処能力の改善が一つの大きな鍵となることが示唆された。

統制力とストレス耐性に関わる変数では、動物運動反応であるFMにおいて有意差が認められた。通常FMの期待値は3~4で、生命維持活動に直結するような欲求や原始的な欲動を示すと言われている。Weiner (1998 秋谷・秋本訳 2005) によると「FMは典型的には自身の満たされない欲求への気づきと当惑に関連」している。回復者群のFMと摂食障害患者群のFMに有意差が見られたことから、回復者は摂食障害患者よりも内的な思考活動の中で自らの本音を意識し、自らのニード、意欲を自覚していることが考えられた。

対人知覚の変数の中ではPure Hに関して有意差が認められた。PureHは、対象像を見る時に全体像として捉えられるか否かという変数であり、PureHが期待値に達していれば他人を理解して深く関与する成熟した人間関係のベースを持っていることを意味する。回復者群のPureHは摂食障害患者群のPureHと有意差があり、摂食障害患者群に比べて、他者を理解する際にその人を統合して捉えることが出来ているものが多いことが推察され、摂食障害からの回復には、他者を理解して深く関与する人間関係のベースが求められることがうかがわれた。

回復者と摂食障害患者のXA%, X-%には有意差が見られた。XA%は適切に図版を見ることが出来た割合を表し、X-%は反対に適切に見られなかった割合を表す。このことから、回復者群には摂食障害患者群よりも図版を適切に見ることができるものが多い、回復者群の現実検討力が摂食障害患者群よりよくなっているものが多いことが推察され、回復には現実検討力の向上が必要であることが考えられた。

自己知覚に関する変数では、自己中心性指標が期待値以下であることを表す変数 $3r+(2)/R<0.33$ と、普通ではない身体的関心を示す指標 $An+Xy$ に有意差があった。中村 (2016) は、「自己中心性指標は、自分と他人を天秤にかけて、比較して検討する認知 (思考) 作業と言えます」としており、本研究では回復者群の自己中心性指標は摂食障害患者群より高いものが多いことが推察され、他者と比べ自己を低く見る傾向が改善することが回復に繋がることが示唆された。

$An+Xy$ は普通ではない身体的関心が示される変数であり、この変数に有意差があったことから、回復者は摂食障害患者より普通ではない身体への関心を緩めているものが多いことが推察された。

以上のことから、本研究においては、摂食障害からの回復には対人関係における対処力を高めること、自身のニード、意欲を意識すること、偏った他者理解に陥りやすい認知スタイルを見直すこと、現実検討力を高めること、普通でない身体への関心を緩めていくことが必要な要因になり得ることが考察された。摂食障害は精神疾患の中でも最も死亡率の高い疾患であり (Hutchings, 2001)、当然ながら、その異常なまでの身体的なとらわれや、頑なさ、つまり現実検討力の低さに目が行きがちであるが、それらが改善されるためには、同時に精神的な回復が必須であることが本研究でも示唆された。松木 (1997) は、摂食障害の本質とは「やせた身体への自己愛的理想化であり、その追求である」と述べている。身体的なとらわれ、やせることへの異常なまでの執着を緩めるためには、その自己愛的世界から脱し、外の世界に目を向けることで、対人的な理解を深め、対人関係を改善させることが必要であると考えられる。Lawrence (2008) は摂食障害患者の対人関係の特徴を、対象をコントロールしたいという欲求を持ち依存することをよしとしていないとし、食物の取り入れをコントロールしたいという強固な欲求は、コントロールが難しく必ずしも受け入れ可能とはされない関係性での依存心を回避する機能を果たしているとした。食物の強固なコントロールに代替された受け入れられない関係性での依存心の回避は、受け入れられずに傷つくことを恐れ、それを回避する自己防衛の一つとして生じていると考えられ、その過剰な防衛の在り方の一つの要因は自尊心の低さであると思われる。本研究では、偏った他者理解に陥りやすい認知スタイルが見直されることで、対人関係の改善が生じ、そういった生活の中で自己の欲求に気づき、現実検討力を高め、身体へのこだわりを緩めて食物の強固なコントロールから徐々に解放され、同時にそういった自分自身に少しずつ自信を持ち自尊心を高め、精神的な回復を得ることが疾患への回復に繋がっていくことが考察された。

## 本研究の今後の展開

本研究では、回復者の特徴を摂食障害患者と比較することで推察したが、有意差のあった変数の中でも、



回復者の変数の値の中には、元々の期待値に届いていないものも存在していた。このことから推察されることは、回復者の現状の臨床像は回復をもたらすことには繋がったが、健常者の状況とは違っている可能性もあるということであった。

本研究と同じ対象者群を用いた筆者の他のロールシャッハ研究の考察において（貝塚, 2017）、摂食障害回復者と健常者の違いについて考察することを試みたが、その研究で用いたノーマルデータは、2007年に発表された包括システム17国のノーマルデータの一つである日本人成人非患者のデータ（Nakamura, Fuchigami, & Tsugawa, 2007）で、本研究で使用した摂食障害患者、回復者のデータとは年齢、性別、人数の点から比較対象とするには適したものとは言えなかった。今後は、本研究の対象者と比較する上で適したノーマルデータを取り、摂食障害回復者と健常者を比較することによって、回復者の特徴をより明確にし、再発が多いと言われるこの疾患の再発予防について考えと共に、摂食障害に対する脆弱性についても考えていきたい。

## 謝辞

本論文は博士論文の一部を加筆、修正したものです。本研究は2019年度包括システムのロールシャッハ学会で発表されました。

本論文を作成するにあたり、データ提供にご協力くださいました患者様、回復者の方々と家族会の主宰者である鈴木様に深くお礼を申し上げます。また本論文の出筆にあたり、ご指導賜りました木部教授をはじめ、田島教授、眞榮城准教授、ご助言いただきました先生方に心から感謝申し上げます。

## 引用文献

- Exner, J., E., Jr., (2002). *The rorschach: A comprehensive system, Vol. 1: Basic foundations and principles of interpretation*, 4th ed. USA: John Wiley. (エクスナー, J. E. Jr. 中村 紀子・野田 昌道 (訳) (2009). *ロールシャッハ・テスト包括システムの基礎と解釈の原理* 金剛出版).
- Garcia, A., C. (2005). Cognitive functioning and other discriminatory variables in anorexia patients. *Rorschachiana*, 27, 191-210.

Curie, L., G., Canetti, L., Galili W., E., Milun, M., Gur, E., & Bachar, E. (2012).

Selflessness in anorexia nervosa as reflected in the rorschach comprehensive system. *Rorschachiana*, 33, 78-93.

Guinzbourg, M. (2011). Eating disorders: A current concern similarities and differences among the anorexia, bulimia, and EDNOS categories. *Rorschachiana*, 32, 27-45.

Halmi, K. A., Ekert E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives General Psychiatry*, 48 (8), 712-718.

原田 真理・熊野 宏昭・野村 忍・久保木 富房・末松 弘行 (1998). ロールシャッハ・テストによる摂食障害患者の臨床像の特徴についての考察 *心身医学* 38 (2), 143-152.

Hutchings, M. (2001). *How to recover from anorexia & other eating disorders*. NSW: Hale & Iremonger, Pty.Ltd.

石川 俊男 (2012). 支持的精神療法 中井 義勝・永田 利彦・西園 マーハ (代表) 摂食障害治療ガイドライン作成委員会 (編) 日本摂食学会 (監修) 摂食障害治療ガイドライン (pp.247-249) 医学書院.

貝塚 陽子 (2017). 摂食障害回復者の心理的变化過程と要因. 博士論文. 白百合女子大学.

加藤 直子・山岡 昌之 (1999). 若い女性と摂食障害 (拒食症, 過食症) の治療 — 再養育療法を中心に — *母子保健情報* 40.

Klump, K. L., Strover, M., Bulik, C. M., Thornton, L., Johnson, C., Devlin, B., ...Kaye W.H., (2004). Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological Medicine*, 34 (8), 1407-1418.

切池 信夫 (編). (2007). 摂食障害 最新医学別冊 新しい診断と治療のABC 最新医学社.

切池 信夫 (2014). DSM-5を読み解く 伝統的精神病理, DSM-IV, IDC-10をふまえた新時代の精神科診断 神庭 重信・神尾 陽子 (編) 神経性やせ症/神経性無食欲症 (pp.117-122) 中山書店.

Lawrence, M. (2008). *The anorexic mind*. London: Karnac Books.

- 松木 邦弘 (1997). 摂食障害の治療技法 金剛出版.
- Morgan, H.G., & Russell, G.F. (1975). Value of family back-ground and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 355-371.
- 中井 義勝 (2004). 中学生, 高校生を対象とした身体像と食行動および摂食障害の実態調査 過去20年の比較 厚生労働研究費補助金 分担研究報告書 pp.35-40.
- 中井 義勝 (2012). 転帰 中井 義勝・永田 利彦・西園 マーハ (代表) 摂食障害治療ガイドライン作成委員会 (編) 日本摂食学会 (監修) 摂食障害治療ガイドライン18 (pp.252-262) 医学書院.
- 中村 英代 (2011). 摂食障害の語り 〈回復〉の臨床社会学 新曜社.
- Nakamura, Fuchigami, Tsugawa (2007). Rorschach Comprehensive System data for a sample of 240 adult nonpatients from Japan., *Journal of personality assessment* 89 (S1), S97-S102.
- 中村 紀子 (2016). ロールシャッハ・テスト講義Ⅱ 解釈編 金剛出版.
- 岡本 百合・三宅 典恵・神人 蘭・矢式 寿子・内野 悦弟司・磯部 典子…吉原 正治 (2013). 摂食障害の回復過程に関与する因子の検討 総合保健科学, 29, 1-6.
- 奥田 宏 (2014). 摂食障害の回復と支持的精神療法 心身医学, 54, 1111-1117.
- Smith, J. E., Hillard, M.C., Walsh, R. A., Kubacki, S. R., & Morgan, C. D. (1991). Rorschach assessment of purging and nonpurging bulimics. *Journal of Personality Assessment*, 56 (2), 277-288.
- 須田 真史・石川 俊男 (2015). 摂食障害, 最近の動向と治療 診断と治療103 (8), 1087-1091.
- 鈴木 健二 (2010). 慢性期の摂食障害の病理と治療 専門医のための精神科臨床リミュエール28 摂食障害の治療 西園 マーハ (編) (pp.106-116) 中山書店.
- 鈴木 健二 (2012). 中井 義勝・永田 利彦・西園 マーハ (代表) 摂食障害治療ガイドライン作成委員会 (編) 日本摂食学会 (監修) 摂食障害治療ガイドライン 17-3行動面での治療効果測定 (pp.247-249) 医学書院.
- 鈴木 健二・武田 綾 (2014). 慢性化した摂食障害はどこまで回復するか 精神医学56(10), 891-899.
- 建部 佳記・長井信篤・胸元孝夫・穂満直子・成尾鉄朗・野添新一 (2002). 当科にて入院行動療法を行った摂食障害患者の予後に関する調査研究 心身医学 42, 661-668.
- 塚野佳代子・秋庭篤代・津久井要・伊藤牧子・江花昭一 (2012). ロールシャッハ・テスト包括システムによる摂食障害の心理的特徴の検討 心身医学52 (7), 646-653.
- Weiner, I. B. (1998). Princess of rorschach interpretation. Laurence: Erlbaum Associaes. (ワイナーI. B. 秋谷 たつ子・秋本 倫子 (訳) (2005). ロールシャッハ解釈の諸原則 みすず書房).
- 吉村 佳世子・秋庭 篤代・富田 裕一郎・服部 聡・松波 聖治・山本 晴義・津久井 要・江花 昭一 (2006). ロールシャッハ・テスト包括システムによる摂食障害の心理的特徴の検討: 第1報 心身医学46 (3), 206-214.

# The Characteristics of the Recovered Persons from Eating Disorder

—Main Factors of the Recovery from Eating Disorder in the Rorschach Comprehensive System—

YOKO KAIZUKA

Shirayuri University

---

Eating disorder, which is easy to prolong and carry a high mortality, has been studied a lot about the treatment in various positions. But the best way of the treatments can not have been found and there are not many studies about the recovery from eating disorder in the Rorschach Comprehensive System.

Here, I compared the eating disorder's clients with the persons recovered from this disease to support eating disorder's clients mentally. In this study, I analyzed the variables of the Rorschach tests among them by Fisher's exact test or chi-squared test, showed the characteristics of the recovered persons and found out primary factors to recover in the Rorschach Comprehensive System. In the result, it showed several significant differences about the variables of  $CDI \geq 4$ ,  $FM < 3$ ,  $PureH < 2$ ,  $XA \% < 0.78$ ,  $X\% > 0.20$ ,  $3r+(2)/R < 0.33$  and  $An+Xy > 0$ . They mean that the main factors are improving coping skills in interpersonal relationships, awareness of need, comprehension of self and interpersonal perception, meditation, self-esteem and decreasing unusual interests in bodies.

---

**Key Words:** Eating disorder, Recovery, Factors of Recovery, Rorschach, the Comprehensive System