

Eating disorders の臨床的研究

— DSM-III の適応と問題点 —

川崎医科大学 精神科

権 成 鉉, 渡辺 昌祐

川崎医科大学付属川崎病院 精神科

横 山 茂 生

(昭和60年9月30日受付)

Clinical Study of Eating Disorders: Application of DSM-III and its Problems

Seigen Gon and Shosuke Watanabe

Department of Psychiatry, Kawasaki Medical School

Shigeo Yokoyama

Department of Psychiatry, Kawasaki Hospital
Kawasaki Medical School

(Accepted on September 30, 1985)

著者らは **eating disorder** の患者に **DSM-III** を適応して以下の三群に分けた—I群: **Anorexia Nervosa** (29%). II群: **Anorexia Nervosa and Bulimia** (52%). III群: **Bulimia** (19%). そしてそれぞれの臨床的側面を比較検討した.

結果: ① 発症年齢, 初診までの期間に差はなかった. ② 病前の肥満度は I 群よりも有意に II 群, III 群が大きかった. ③ 病前の肥満感はすべてに認められた. ④ 体重減少率は I 群よりも II 群の方が大きかった. ⑤ 活動性の亢進は I 群, II 群に認められたが III 群では認められなかった. ⑥ 食事への態度では II 群は拒食期には I 群に, 過食期には III 群に類似していた. ⑦ 盗食, 薬物乱用, 自殺企図等の問題行動は II 群, III 群に認められた.

以上の結果から **DSM-III** では **Anorexia Nervosa** に合併する **Bulimia** についての記載はないが, II 群は必ずしもまれでないことを強調した. さらに **body image** の障害, 活動性の亢進, II 群, III 群での問題行動等について若干の考察を行った.

The authors classified patients with eating disorders into three groups according to DSM-III: group I, anorexia nervosa (29%); group II, anorexia nervosa and bulimia (52%) and group III, bulimia (19%). We studied and discussed the clinical features of each group. There were no differences among the three groups in age of onset and the first consultation. The premorbid obesity rate of group II and group III was higher than that of group I. All groups had premorbidly the sense of being fat. The body weight of group II decreased significantly more than that of group I. Group I and group II had "hyperactivity" but group III

did not. As to the attitude toward food, group II was similar to group I when dieting, being similar to III group during bulimic episodes. Theft, drug abuse, suicidal attempts and so on were observed in group II and group III, but none of these problems was seen in group I.

We examined the diagnostic problems of DSM-III among the three groups, stressing that, although DSM-III ignores bulimic episodes associated with anorexia nervosa, such episodes are not always rare in group II. Furthermore we discussed "body image disturbances", hyperactivity, impulsive behavior and so on in group II and group III.

Key Words ① Anorexia nervosa ② Bulimia ③ DSM-III ④ Impulsive behavior ⑤ Body image disturbances ⑥ Hyperactivity

はじめに

摂食障害, 特に Anorexia nervosa (以下 A. N. と略す) については各方面で関心をもたれ, 多くの発表がなされている. また臨床的特徴も下坂,¹⁾ 藤本,²⁾ 末松³⁾ らによっても詳細な報告がなされている. ちなみに下坂, 藤本, 末松らの診断基準を見てみると, 下坂¹⁾ は Morton, Gull, Lasegue らの記述した A. N. から共通部分を抽出し, やせなどのよく知られた身体症状の他に以下の4つの項目をあげている. ①若い娘(15-23歳), ②落ち着きがない. 活動的あるいは一事への熱中がみられる, ③病気とは思わない. あるいは満ち足りた様子である, ④医師の治療を拒む, 家族の懇請に応じない. また藤本²⁾ はその臨床経験から普遍的なものでないとしながら, ①拒食(あるいは過食と嘔吐), ②るいそうの希求, ③性の嫌悪もしくは拒否(意識的, 現象的な), ④異常に高い活動性(その衰弱した身体状態にもかかわらず数カ月は持続する), ⑤特異な人間関係(親子関係も含めて), と以上の5項目をあげている. 末松³⁾ は A. N. の診断基準として以下の10項目を定め, すべてを満たすものを狭義(中核群), ①③⑩を満たすものを広義の A. N. としている. ①標準体重の-20%以上のやせ, ②ある時期に始まり, 3カ月以上持続, ③30歳以下, ④女性, ⑤無月経, ⑥食行動の異常(不食, 多食, かくれ食い), ⑦体重に対する歪んだ考え(やせ願望), ⑧活動性の亢進, ⑨病識

が乏しい, ⑩除外規定.

下坂の診断基準は食行動にはふれていないが, 藤本, 末松の診断基準にはどちらも過食については一応の記載がある. しかし下坂も診断基準には含めていないが一時的な過食はあらゆる A. N. にみられうるとしている.⁴⁾ そして A. N. の経過中に過食を生ずることもよく知られているところで, A. N. の過食群に関する文献も数多く発表されている.⁵⁾⁻¹³⁾ この観点から A. N. という表現は歴史的なものであり, dysorexia nervosa というべきだとの意見もある. 加瀬⁵⁾ は A. N. の不食症状が成熟拒否, 嫌悪の機制によると理解されるのに対して, 法外な過食症状は成熟危機, 成熟猶予, 母性に対する愛着欲求と言った一貫した心的機制によるものとしている. また過食を呈する群は拒食を呈する群とはやや異なり, A. N. の亜型とする見解もある.^{9), 10)}

過食そのものについては, A. N. という疾患からだけではなく, 思春期の「気晴らし食い」という観点から野上⁶⁾ は“Hyperorexia nervosa”と過食群を位置づけ以下の三群に分類している. 一A群: 神経症群, B群: A. N. の一表現型, C群: 境界線級, 初期分裂病群一

また人格構造や精神力動から摂食障害を理解しようとする立場もある. 馬場¹⁴⁾ は病態や精神力動を異にするいくつかのグループの最終の共通形態として食思異常が前面に出てくるにすぎないとしている. 同様に A. N. の過食群に

についてはそれは A. N. の亜型というよりも、Borderline personality としての特徴を示しているにすぎないとする意見もある^{11,13)} (これは野上^{6),7)} の C 群に近い)。

以上のように摂食障害については様々な見解が報告されている。しかしながら、A. N. についての拒食群と過食群についての比較検討では過食についての診断基準が明確でない研究が多い。また A. N. の過食群と Bulimia の臨床的比較検討もあまり行われていない。そこで我々は DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition)¹⁵⁾ を適応して摂食障害を A. N. の拒食群と過食群、Bulimia に分け比較検討した。その結果から DSM-III の問題点についても調査した。

対象と方法

対象の患者は、1974年から1982年までに当科を受診しその後入院もしくは外来通院歴のあった 25 症例である (Table 3)。

当科の摂食障害の症例は 32 例であるが、上記の 25 症例以外は初診で他院紹介、もしくはそれ以後通院しなくなり、追跡不能となったものである。

この 25 例に DSM-III の Eating disorder の診断基準を適応した (Tables 1, 2)。1981年以前の症例については当初 ICD-9 で A. N., その他の摂食障害と診断されていたものを、DSM-III

Table 1. DSM-III criteria for diagnosis of anorexia nervosa.^{14), 15)}

- | | |
|----|---|
| A. | 肥満することに対する極端な恐れ、これは体重が減少しても軽減されない |
| B. | 身体心像の障害、例えばやせ細っていても「太っていると思う」と主張する |
| C. | 元の体重から少なくとも25%の体重減少、18歳未満の場合は元の体重からの体重減少と発育表から期待される体重増加が合せて25%になる |
| D. | 年齢と身長に対する正常体重の最低限を越える体重を維持することの拒否 |
| E. | 体重減少の原因となりうる身体疾患が判明していないこと |

Table 2. DSM-III criteria for diagnosis of bulimia.^{14), 15)}

- | | |
|----|---|
| A. | むちゃ食い (一定時間内、通常2時間以内で多量の食物の急速な摂取) のエピソードの反復 |
| B. | 以下のうち少なくとも3項目
(1) むちゃ食い時の高カロリーで消化されやすい食物の摂取
(2) むちゃ食い時の盗み食い
(3) こうした摂取のエピソードが腹痛、睡眠、他人の干渉または自ら誘発する嘔吐で終ること
(4) 厳しい食事制限、自ら誘発する嘔吐、あるいは下剤または利尿剤使用による体重減少の試みのくり返し
(5) むちゃ食いと断食の交代による10ポンド (4.5 kg) を越える頻繁な体重変動 |
| C. | 摂食パターンが異常であることの自覚、および自らの意志で摂食をやめることができないかという恐れ |
| D. | むちゃ食い後の抑うつ気分と自己卑下 |
| E. | 大食のエピソードは「神経性無食欲症」またはいかなる身体疾患にも起因しない |

で再診断した。そしてその結果が各主治医によって確認された。DSM-III で診断された患者は以下の 4 群に分けられた。

- I Anorexia nervosa.
- II Anorexia nervosa & Bulimia.
- III Bulimia.
- IV Atypical eating disorder.

ここで問題となるのは、II の Anorexia nervosa & Bulimia である。Bulimia の診断基準の E に Bulimic episode が A. N. によるものではないという記述がある。しかし DSM-III の textbook¹⁶⁾ には A. N. の鑑別診断で、A. N. に Bulimia がまれではあるが合併すると記載されている。(この点の問題は中村ら⁸⁾ によっても指摘されている。)

上記の I ~ III について臨床的比較、特徴、および考察をした。ただ、症例の 5, 6 はその経過中に過食、すなわち甘いものなどを 2, 3 時間食べ続けることがあったが、Bulimia の診断基準を満たさないために I 群に入れた。また III 群の症例 20 は約 1 週間程の拒食期、やせ願望があった。症例 21 は 16 歳の時に体重減少 (28%)。

Table 3. Case number and clinical features in three groups.

病 型 症 例	A. N.						A. N. and Bulimia										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
発 症 年 齢	20	12	17	17	17	17	15	20	18	18	16	17	14	17	16	20	18
病 前 自覚的肥満	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
肥満度(%)	22	5	-17	-12	-6	-12	4	0	-2	-17	19	-10	-4	-12	6	4	52
初 潮	11	11	11	12	12	15	13	⊗/	?	?	11	12	12	13	14	11	13
無 月 経	+	+	+	-	+	+	+	/	+	+	-	+	+	+	-	+	+
活動性の亢進	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-
嘔 吐	-	-	-	-	-	+	-	+	+	+	+	-	+	-	-	-	-
下剤等の使用	+	-	-	-	-	+	+	+	+	-	+	-	+	-	-	+	-
自殺企図・念慮	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+
盗 み	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-
過食の誘因				/			+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	-
脳波異常	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

⊗ 症例8は男性例

無月経等がみとめられた。しかし両者ともに A. N. の診断基準を満さないか、明確でないために III 群に入れた。また今回の調査では IV 群の Atypical eating disorder にはふれなかった。

結 果

それぞれの群の割合は Table 4 に示した。I 群と II 群に限ってみれば過食を合併する A. N. は 65% であった。

発症年齢は体重減少、無月経、過食のいずれかが発症した時期をそれとした。3 群の間に有意差はなかった。また II 群では A. N. がすべて先行し、過食が先行するものはなかった。

初診までの期間も 3 者の間で有為な差はなかった。

体重に関する問題 (Tables 3, 4)。各症例の肥満度、自覚的肥満感は Table 3 に、肥満の平均、有意差は Table 4 に示した。病前の肥満傾向については、平均体重の 10% 以上を肥満とすると I 群、III 群ではそれぞれ 1 例、II 群では 2 例であった。これらの肥満傾向の統計的有意差は I 群と II 群、I 群と III 群で認められたが、II 群と III 群では認められなかった。すなわち Bulimia を呈す II 群と III 群の方が I 群よりも病前の肥満傾向が大きかった。体重減少率は

I 群と II 群で有為な差が認められ、II 群の方が大きかった。

病前の自覚的肥満感は実際の肥満度にかかわらずすべての患者で認められた。(多くの患者で「問題なのは体重でなくて顔が丸くて太っている」「筋肉質で太ってみえる」等語られた。)

初潮と無月経について (Tables 3, 4)。無月経の認められないものが、I 群で 1 例、II 群、III 群ではそれぞれ 2 例であった。無月経が体重減少に先行したものは I 群ではなく、II 群では 2 例であった。III 群の 1 例は過食に先行して無月経が認められた。初潮年齢については差がなかった。

活動性の亢進 (Table 3)。I 群では全例に、II 群では 11 例中 9 例 (約 82%) に認められたが、III 群では認められなかった。また II 群にあっては、それは拒食期に出現していた。

嘔吐、薬物乱用、自殺企図等の問題行動 (Tables 3, 4)。嘔吐 (self-induced vomiting)、下剤の乱用については、I 群から III 群の順でその頻度は高くなる傾向にあった。II 群の症例 7 では利尿剤の使用があった。アルコールの問題については、II 群の症例 13 で大量飲酒による肝不全、III 群の症例 20 でアルコール性肝炎が認められた。自殺念慮、企図は下剤の乱用と同様に I 群から III 群の順でその頻度は高くなる傾向に

Table 4. Clinical features in three groups.

Bulimia				atypical			
18	19	20	21	22	23	24	25
19	15	28	18	19	16	24	33
+	+	+	+	+	?	-	-
3	3	5	15	-5	-5	-15	-13
11	?	15	11	14	13	13	?
+	-	+	-	+	+	+	+
-	-	-	-	+	+	?	-
+	+	+	-	-	+	+	+
+	+	+	-	-	+	+	+
+	+	+	-	-	-	+	+
-	-	+	-	+	+	+	+
+	+	-	+	+	-	-	-
-	-	-	-	+	+	+	-

あった。そしてI群ではいずれも自殺念慮であるのに対して、II群、III群ではすべて自殺企図(自傷行為を含む)であった(症例12は入院中に死亡)。盗みに関しては大きな差はなかったが、I群の症例5ではその頻度は経過中に一度だけであったが、II群、III群では繰り返す傾向があった。

食事への態度。料理への関心、作って食べさせる傾向はI群、II群ともに認められたが、III群では認められなかった。またII群では過食期にはその傾向は減少した。ただIII群の症例19では過食期に作って食べさせることはなかったが、食べることを強要することがあった。

精神性的問題について性嫌悪はIII群では認められなかった。そして症例21を除きいずれも性体験が語られ症例20では家族の反対する男性との同棲経験があった。しかしながら、過食期における性的逸脱、性活動の亢進といったものは認められなかった。これに対してI群、II群では明らかな性嫌悪を示した症例もあればそうでない症例もあり表面的には一定の傾向は認められなかった。ただ発症以前に異性との交流が認められたものでも発症後には疎遠となっているものが多かった。またII群でも過食期にお

	A.N.	A.N. & Bulimia	Bulimia
割合(%,数)	29%,6 35%	52%,11 65% 73%	19%,4 27%
性別F/M	6/0	10/1	4/0
発症年齢	16.1±1.1 NS	16.7±5.8 NS	20.0±7.8 NS
初診までの期間(M)	13.3±6.9 NS	12.3±1.31 NS	16±22.43 NS
Bulimiaまでの期間	/	12.2±4.6	/
病前肥満度(%)	-3.3±12.3 .05	3.6±12.5 .05	6.0±8.3 NS
体重減少率(%)	34.7±7.7 .05	38.5±11.2	/
初潮年齢	12.0±1.2 NS	12.4±0.8 NS	12.3±4.3 NS
嘔吐	17%	45%	75%
下剤等の使用	33%	55%	75%
自殺企図念慮	33%	82%	75%
盗み	17%	27%	25%

ける性的逸脱、性活動の亢進といったものは認められなかったばかりでなく、この時期には社会的にも引きこもりがちとなった。

家族歴。同胞数はいずれも3人までであった。同胞内にA.N.等摂食障害と診断された症例はなかったが、症例6では姉がA.N.の診断を疑わせるエピソードを有していた。その他の家族負因としてI群の症例2では強迫神経症の兄、II群では不安神経症、アルコール依存症がそれぞれ1例ずつあった。しかし躁うつ病、分裂病の負因を有するものはなかった。

考 察

著者らは eating disorder の 25 症例に DSM-III を使用して A.N. 群 (I 群), A.N. と Bulimia が合併する群 (II 群), bulimia 群 (III 群) に分け, それぞれの臨床的特徴を比較した。ただ症例数の少なさもあり, 著者らが示した類似点, 相違点は一つの傾向にすぎないかもしれない。

発症年齢について 3 群ともに差はなかった。これは Casper¹⁰⁾ が Bulimia group の方がより年長発症としたの異なる。初診までの期間であるが, I 群, II 群では拒食とやせが自我親和的であるのに対し, III 群では過食が自我異質的であるので前者の方がその期間が長くなるのではないかとの予想をしたが結果は同じであった。これらのことは Garfinkel⁹⁾ の受診年齢に差がないという結果と同じであった。また II 群ではいずれも拒食期に初診をしており, これは本人の意志とは関係なしに家族が受診させたと言うことに関係しているかもしれない。III 群では確かに自我異質的ではあるが, Herzog¹⁴⁾ も報告し DSM-III の項目の D にもあるようにその行為を恥ずべきものと考えており, 結果的に受診が遅れこのように差がなくなったと考えられた。しかし III 群の受診までの期間は Pyle¹⁸⁾ の平均 4 年に比べ 1.5 年とかなり短い。

病前の体重の問題は, 過食を呈さない I 群と過食を呈す II 群, III 群では有為な差が認められた。これは Garfinkel⁹⁾ が指摘したのと同様の結果となったが, Casper¹⁰⁾ は差がないとしている。また前者では Bulimia の患者の 32% に病前の肥満があったとしているが, 我々の症例では II 群, III 群の 15 例中 3 例だけでこれは Pyle¹⁸⁾ の報告に近い結果となった。(Bulimia に関して Pyle は DSM-III の診断基準を適応しているが, Garfinkel はしていない。) すなわち, DSM-III で拒食期に A.N. と診断されても比較的病前の肥満傾向が大きい程将来 Bulimia に移行しやすいと言える。我々の症例では過食から発症した例はないが, II 群で Bulimia に至るまでの期間は 12.2 ± 4.6 カ月で

あった。

また体重と関連して, 病前の自覚的肥満感は全ての症例で認められた。I 群と II 群では発病後は body image の障害として当然語られるが, この body image の障害と III 群でも認められた病前のこの様な肥満感はあきらかに質的な相違があるのだろうか。Bruch¹⁹⁾ は primary A.N. と secondary A.N. を鑑別するものとして “body image disturbances of delusional proportions” を強調した。一方思春期の女性は自分の体型に対して実際以上に太っていると歪んだ感覚をもっているとして, 1000 人の女子大学生の調査で 50% にその傾向がみられたという報告もある。²⁰⁾ また「やせ」が野上⁷⁾ も指摘しているように現代女性にとってある種の「美的価値観」をもっていることも疑いないことである。この点から野上は一般にみられるやせのための不食者と A.N. のそれとの間にかなり共通するものがあるとしている。また Lowenkopf²¹⁾ も運動選手やバレエダンサーなどの人達にみられるやせ願望を調査しそれは A.N. と大差がないとしている。さらに Bruch の “delusional proportions” に批判的な見解^{1), 22), 23)} もあり, Hsu²³⁾ は「やせているにもかかわらず太っている」という訴えと body image の障害は別のものであるとして, body image の障害を診断基準から除外すべきであるとまで言っている。

今回の我々の調査から body image の障害が「正常像の誇張」²²⁾ なのか「delusional な障害」なのかは言えないかもしれないが, I 群と II 群すなわち A.N. で語られるやせ願望には正常像の誇張に加えて妄想的と言うよりも「体なんかいいほうがいい」など語られたように厭世的, 虚無的な意味合いが加味され, この点で一般女性や III 群にも認められた自覚的肥満感とは異なっているように思われた。また DSM-III の body image の障害は治療関係がある程度進展してから語られることが多く, 機械的に診断基準にあてはめるだけでは A.N. と診断されない場合があるかもしれないことは注意を要する。

体重減少率は II 群の方が大きく Garfinkel⁹⁾

と同様の結果となった。ほとんどの症例(88%)で体重減少が無月経に先行した。これは末松³⁾や Dally²¹⁾の結果に比べかなり高率であった。

初潮年齢は差がなかった。また小谷野²⁰⁾は A. N. においては初潮年齢が早かった例が多いとしている。本邦の平均初潮年齢は 13 歳²⁵⁾であるが、我々の結果でもこれに比べ早い傾向にあった。

活動性の亢進であるが、DSM-III には含まれていない。しかし、これを診断基準に加えていたり(末松,³⁾ Casper,¹⁰⁾) また定型例には必須とする藤本の見解²⁾、“core pathology”としてただ単に意識的な体重減少を目的とするだけではないとする Kron ら²⁶⁾の見解がある。一方活動性の亢進は体重減少のためとする見解もある。²²⁾ 今回の調査でも I 群では全例に認められたが、III 群では全く認められなかった。II 群では拒食期に認められた。また II 群では過食の時期には引きこもりが主体となっていた。この I 群と II 群で Casper¹⁰⁾ はその頻度に差がないとしているが、著者らの場合には II 群すなわち過食を合併する群ではこの活動性の亢進がみられない症例があった(2 例, 18%)。藤本は活動性の亢進を「空しさの現れ」²⁾とし、また下坂¹⁾はこの他に肥満防止、飢餓に基づく運動促進と説明している。著者らも活動性の亢進がただ単純に体重減少のためと言う合目的論では説明できないように考えている。今回の調査ではこれ以上の意義について言及できないが、その出現頻度、他覚的所見としてとらえやすいことから、診断的意義をもつものであると考えられた。

嘔吐、薬物乱用、自殺企図などの問題行動について Garfinkel⁹⁾ はいずれも過食群が有意に問題ありとしている。また Casper ら¹⁰⁾ は下剤の使用に関しては差がないとしながらも、嘔吐、盗みに関しては有意な差があるとしている。一方過食群だけの調査でも下剤の使用頻度は高くないとする報告もある。¹⁸⁾ 我々の調査では Garfinkel,⁹⁾ Casper¹⁰⁾ らとは異なり盗みを除いていずれも、I 群より II 群、II 群より III

群とその頻度が高くなる傾向にあった。特に自殺(wrist cutting を含む)については I 群では希死念慮に止まるのに対して、II 群、III 群ではいずれも実行しているのには注意を要する。このことは加瀬⁵⁾の言う過食の自己破壊的態度(成熟放棄)を支持するものかもしれない。ただ加瀬は我々の言う II 群についてのみの考察であるが、III 群についても同様のことが言えるのかは今後の課題としたい。いずれにせよ、問題行動に関しては同じ A. N. と言っても II 群は I 群よりも III 群に近い傾向にあった。

食事への態度について、A. N. では食事の準備からすべて行い家族にたべさせる行為はよく知られている。またこの時に母親と台所の使用をめぐって争いもおこることもある。このことを料理を通しての母親への反抗とする見解もある。²²⁾ また料理好きに関して I 群と II 群に差がないと言う報告もある。¹⁰⁾ 著者らの症例でも同様の結果を得たが、II 群では過食期にはこのような行為はみられなかった。Dally ら²²⁾の見解に従えば母親との争いに破れた結果であり、拒食そしてやせ追求の自己実現にも挫折した結果ともいえようか。III 群の bulimia では経過をへるにつれてこのような傾向が出現すると Pyle¹⁸⁾ は報告しているがそのような傾向はみられなかったし、III 群の過食期と同様の食事への態度であった。すなわち過食期の摂食態度、料理への関心について II 群と III 群は類似の傾向にあった。

家族歴については A. N. と affective disorder との関連を示唆する報告^{13), 23), 26)} bulimia の家族歴では alcoholism, depression を有す率が高いとする報告^{12), 13)} があるが、今回の調査では psychosis の家族歴を持つ症例はなかった。一方 I 群に強迫神経症の兄、II 群に不安神経症、アルコール依存症の負因を有す症例はあった。

結 論

今回摂食障害に DSM-III を使用して I 群 (AN), II 群 (AN+Bulimia), III 群 (Bulimia) に分けそれぞれの臨床的側面を比較検討した。

DSM-ⅢのA.N.診断基準では過食についてはその記載はなく、注釈に「(過食は)まれではあるが存在する」とだけ触れてある。またBulimiaの診断基準のEには過食のエピソードがA.N.に基因しないこととしている。しかしながら、今回の調査ではA.N.の診断基準を満足した症例の65%がBulimiaのそれも満たした。これはGarfinkel⁹⁾の48%, Casper¹⁰⁾の45%, 末松³⁾らの31%に比べやや高い比率ではあるが、いずれにしてもDSM-Ⅲのいうようにはまれではないことは強調したい。またBulimiaの診断基準のEも中村ら⁹⁾が指摘しているようにA.N.をAxis Iに併記するという点で問題ないかもしれないが、診断的にこの両者の関係を不明瞭にさせている点は問題である。

今回の臨床的側面における調査では、発症年齢、初診までの期間、初潮年齢に関してはI群からIII群までに相違はなかったが、病前の肥満

度についてはII群とIII群は統計的にも有意にI群に比較して大きかった。体重減少率についても有意にII群の方がI群よりも大きかった。その他の人格構造に基因すると考えられる問題行動はII群とIII群に類似点が多く認められた。

最近過食を合併するA.N.(II群)についてそれらを合併しないA.N.と疾患単位として同じものなのか、それとも亜型なのかという問題が呈示されている。^{9)~13)}著者らはA.N.は下坂,¹⁾馬場¹⁷⁾も指摘しているようにその病態水準には神経症的レベルのものから、性格障害にいたるまでのいろいろのレベルがあると考えている。この点は今後DSM-ⅢのAxis IIに記載される人格障害がどのようにA.N., Bulimiaと関係するのかを調査することが課題となるであろう。

本論文の要旨は第5回及び第6回日本心身医学会中国四国地方会において発表した。

文 献

- 1) 下坂幸三: Anorexia nervosa 再考. 精神医学 19: 1253—1265, 1977
- 2) 藤本淳三: Anorexia nervosa の症状と成因. 臨精神 7: 1251—1257, 1978
- 3) 末松弘行, 久保木富房, 和田廸子, 山本葉子: 神経性食欲不振症の臨床像に関する集計的研究. 心身医 20: 235—242, 1980
- 4) 下坂幸三: Anorexia Nervosa と多食と肥満. 医のあゆみ 64: 247—248, 1968
- 5) 加瀬達夫: Anorexia nervosa の過食症状に関する一考察. 精神経誌 81: 629—648, 1979
- 6) 野上芳美: 青春期における気晴らし食い (binge eating) の精神病理. 日大医誌 32: 218—227, 1974
- 7) 野上芳美: 青春期の「気晴らし食い」. 臨精神 7: 1285—1291, 1978
- 8) 中村道彦, 高橋三郎, 飯田英晴: DSM-Ⅲ 診断基準の適応とその問題点その17 小児・思春期の身体的障害—とくに神経性無食欲症とトウレット症候群について—. 臨精神 11: 527—539, 1982
- 9) Garfinkel, P. K., Moldfsky, H. and Garner, D. M.: The heterogeneity of anorexia nervosa bulimia as a distinct subgroup. Arch. gen. Psychiatry 37: 1036—1040, 1980
- 10) Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C. and Daris, J. M.: Bulimia its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. Arch. gen. Psychiatry 37: 1030—1035, 1980
- 11) Katz, J.: Anorexia and bulimia. Arch. gen. Psychiatry 39: 487—488, 1982
- 12) 野上芳美: 不食と過食の精神病理. 季刊精神療法 7: 5—11, 1981
- 13) Strober, M., Salkin, B., Burroughs, J. and Morrell, W.: Validity of bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa, parental personality characteristics and family psychiatric morbidity. J. nerv. ment. Dis. 170: 345—351, 1982
- 14) Herzog, D. B.: Bulimia the secretive syndrome. Psychosomatics 23: 481—487, 1982
- 15) American psychiatric association: diagnostic and statistical manual of mental disorder third edition. Washington, D. C., American Psychiatric Association. 1980, pp. 67—86

- 16) 高橋三郎, 花田耕一, 藤縄 昭: 精神障害の診断と統計の手引き, 東京, 医学書院. 1982, pp. 38—39
- 17) 馬場謙一: 神経性食思不振症—概念, 分類, 治療. 季刊精神療法 7 : 12—19, 1981
- 18) Pyle, R. L., Michell, J. E. and Eckert, E. D.: Bulimia a report of 34 cases. J. clin. Psychiatry 42 : 60—64, 1981
- 19) Bruch, H.: Anorexia nervosa and its differential diagnosis. J. nerv. ment. Dis. 141 : 555—566, 1966
- 20) Jonson, C. and Larson, R.: Bulimia : an analysis of moods and behavior. Psychosom. Med. 44 : 341—351, 1982
- 21) Lowenkopf, E. L.: Anorexia nervosa some nosological consideration. Comp. Psychiatry 23 : 232—240, 1982
- 22) Dally, P. and Gomez, J.: Anorexia nervosa. England, Pitman. 1979 (監訳 渡辺昌祐・横山茂生: 思春期やせ症, 東京, 医歯薬出版. 1984)
- 23) Hsu, L. K. G.: Is there a disturbance in body image in anorexia nervosa? J. nerv. ment. Dis. 170 : 305—307, 1982
- 24) 小谷野柳子: 神経性無食欲症. 臨精神 5 : 1233—1240, 1976
- 25) 小川重男: 必修産婦人科学. 東京, 南江堂. 1978
- 26) Kron, L., Katz, J. L., Gorzyuski, G. and Weiner, H.: Hyperactivity in anorexia nervosa a fundamental clinical feature. Comp. Psychiatry 19 : 433—440, 1978
- 27) Cantwell, D. P., Sturzenberger, S., Burroughs, J., Salkin, B. and Green, J. K.: Anorexia nervosa, an affective disorder? Arch. gen. Psychiatry 34 : 1087—1093, 1977
- 28) Winokur, A., March, V. and Mendels, J.: Primary affective disorder in relative of patients with anorexia nervosa. Am. J. Psychiatry 137 : 695—698, 1980