

ビネット法を用いた女子短期大学生における 摂食障害に関するメンタルヘルスリテラシー調査

Mental Health Literacy Survey on Eating Disorders in Female Junior College Students Using the vignette method

西田 江里¹⁾²⁾、中根 秀之²⁾、田中 悟郎²⁾

1)長崎短期大学 食物科、2)長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 医療科学専攻

要旨

背景：摂食障害の予防や早期発見には摂食障害に関する知識や理解が必要だが、日本人を対象とした調査は少ない。

目的：摂食障害好発年齢である女子短期大学生の摂食障害に関する知識や理解の程度を明らかとすることを目的とした。

方法：Mond J.M.ら（2004, 2006, 2008）によって作成された神経性やせ症（AN）、神経性過食症（BN）、過食性障害（BED）のビネットの日本語版を用いた自記式調査票により、日本人女子短期大学生に調査を行った。

結果：ANやBNは「摂食障害」と回答した者が最も多く、対応としても医学的なケアが選択される傾向にあったが、単なる食行動の問題と認識しているものも多かった。BEDは「食事量」の問題と回答した者が最も多く、食事の量や肥満に関する問題であると認識されていた。

総括：本研究より、女子短期大学生の摂食障害に関する知識や理解は十分ではなく、特にBEDに関する認識が不足していることが考えられる。摂食障害に関する知識や理解を向上させる取り組みが必要である。

1. 目的

日本人の摂食障害の有病率は増加し続けていることが指摘されており（Chisuwa et al., 2010）、1982年から2002年にかけて16歳から23歳の日本の女子学生を対象とした調査では、摂食障害の可能性のある者の人数が約10倍になったことが報告されている（Nakai et al., 2014）。摂食障害は慢性化や長期化する疾患であり、日本人においても摂食障害のサブタイプによって予後は異なるが、高い死亡率が報告されている（Nakai et al., 2014）。摂食障害の患者が増加する一方で、摂食障害の患者は積極的に治療を行うことが少ないといわれている。よって、予防や患者に対する早期介入を行うことで重症化を防ぐ必要があるが、摂食障害の予防や早期治療に関するエビデンスは十分ではない（Mond, 2014）。

摂食障害の予防や早期発見には、摂食障害に関する疾患としての知識や対処法等を含めたメンタルヘルスリテラシー（Mental health literacy：MHL）が必要であり、摂食障害患者に対する差別や偏見であるStigmaを改善するためにも摂食障害に関するMHLの向上が求められている（Anderson et al., 2016, Mond & Arrighi, 2011, Mond & Hay, 2008, Hay et al., 2007）。摂食障害患者は摂食障害の原因に関して健常者と異なる認識を有していることが報告されていることや（Salafia et al., 2015）、摂食障害が増加する原因として近代日本社会が痩せに対して強い理想を持つことが指摘されていることから（Chisuwa et al., 2010）、日本人の摂食障害に関するMHLが十分でないことが考えられる。よって、摂食障害に関するMHLの調査研究は重要だが、日本人の摂食障害に関するMHLの検討は十分なされていない（Dryer et al., 2015）。そこで本研究では摂食障害の好発年齢に属する女子短期大学生の摂食障害に関するMHLを明らかとするため、摂食障害のMHLの調査において多用されているビネット法（Mond et al., 2004, Mond et al., 2006, Mond & Hay, 2008, Mond & Arrighi., 2011）を用い調査を行った。ビネット法は調査対象者にある疾患の架空の症例（ビネット）を提示し、そのビネットに対する質問を行うことで、ビネットの疾患名や登場する患者の状況、疾患のイメージなどを明らかとする方

法である。疾患や患者に対する Stigma 等の調査にも用いられている。

2. 方法

1) 調査対象者

対象者は地方都市の短期大学に在籍している日本人女子学生 323 人であった。対象者には研究の趣旨を説明した文書と調査票を配布し、任意での提出とした。回収された調査票 241 (回収率 74.6%) のうち、18 歳から 24 歳までの 230 (有効回答率 95.4%) を検討対象とした。なお、本研究は長崎短期大学倫理審査委員会の承認 (承認番号 njc_k_2016_E-01) を得たうえで実施し、調査対象者に対しては調査票の質問項目として研究への同意の確認を行い、同意が得られたものを検討対象とした。

2) 調査方法

本研究で用いたビネットは Mond らが作成した AN、BN、BED のビネット (Mond et al., 2004, Mond et al., 2006, Mond & Hay, 2008) をもとに日本語版を著者に許可を得たうえでバックトランスレーションを行って作成した。本研究で使用したビネットは補足資料に記載する。質問項目および質問に対する選択肢は Mond らの調査結果 (Mond et al., 2004, Mond et al., 2006, Mond & Hay, 2008, Mond & Arrighi., 2011) 及び摂食障害治療ガイドライン (日本摂食障害学会, 2012) を参考に、日本人女子大学生に対する予備調査を経て作成した。調査の実施では AN、BN、BED の各ビネットとそれに対する質問ならびに選択肢がまとまった冊子を対象者に配布し、回答された冊子は 1 か月以内に専用の回収箱を用いて回収した。

調査票の調査項目のうち、本研究の目的にそって集計および解析に用いた項目は、対象者の国籍、年齢、ビネットに関する知識 (主な問題、原因、助けとなる人、治療)、ビネットの症状に対しての印象 (どの程度苦しんでいるか、共感できるか、治療は必要か、一時的なものだと思うか、深刻だと思うか、本人に責任があると思うか) であった。

3) 統計処理

対象者の回答は全有効回答数 (230) に対する割合を % で示した。統計処理にあたり各ビネットの記述内容の差を調整するため、各ビネットの主な問題に関する認識については「摂食障害 (拒食症)」「摂食障害 (過食症)」「摂食障害 (詳しいタイプはわからない)」の回答数を合計して「摂食障害」とし、その他の回答を「その他」とした。また、その他の回答のうち「食べないこと」「食べすぎであること」の回答数を合計して「食事の量」とした。「痩せ」と「肥満」の回答数を合計して「体型」とした。「摂食障害」と「その他」に対しては χ^2 検定による差の検定を行った。また、各ビネットの原因および対処方法に関する認識については、質問ごとに回答の差について χ^2 検定を行った。各ビネットの症状に関する認識については、クラスカル・ウォリス検定を行い、各ビネット間の回答状況の差についてはマンホイットニーの U 検定およびボンフェローニ法による多重比較を行った。本研究におけるデータ解析には IBM SPSS Statistics 23 For Windows (IBM, Japan) を使用し、有意水準は 5% (両側検定) とした。

3. 結果

1) 対象者の属性

対象者はすべて日本人の女子短期大学生であり、平均年齢は 19.3 ± 0.91 歳 (18-24) であった。Body mass Index (BMI) の算出が可能だった対象者は 225 名で、平均が 21.0 ± 2.85 (15.2-34.5) であった。BMI18.5 未満の者が 41 名 (18.2%)、25 以上が 17 名 (7.6%) であった。

2) 主な問題

各ビネットの主な問題に関する認識を Table1 に示す。AN や BN では「摂食障害」(AN40.0%, BN43.9%)

Table1. 各ビネットの主な問題に関する認識 (%)

主な問題	AN	BN	BED	X	p
摂食障害	40.0	43.9	12.2	63.28	<0.001
その他	60.0	56.1	87.8		
誤ったダイエット	18.7	14.3	6.1		
自分をコントロールできないこと	7.8	23.1	22.7		
食事の量	5.2	4.3	25.8		
強いストレス	1.3	6.5	13.6		
強い不安感	10.0	2.2	2.6		
摂食障害以外の心の健康に関する問題	6.1	0.4	2.2		
自分に自信がないこと	9.1	3.1	1.7		
体型	0.9	0.4	9.6		
孤独	0.0	0.0	0.4		
わからない	0.9	1.8	3.1		
χ^2 検定					

と正しく理解したものが最も多く見られた。しかし、BED については摂食障害だと認識した者は 12.2%しか確認されず、BED は AN や BN に比して摂食障害と認識されていないことが示された。各ビネットにおいて、摂食障害と認識できるか否かについては有意な差が見られ ($X=63.28, p<0.001$)、各ビネットが摂食障害であると認識される程度は異なることが示された。摂食障害以外の回答では AN は「誤ったダイエット」(18.7%) という意見が多く見られた。BN と BED では「自分をコントロールできないこと」(BN23.1%, BED25.8%) が問題だという意見が多く見られたが、BED では「食事の量」(25.8%) という意見も多く見られた。

3) 原因および対処方法

各ビネットの原因および対処方法に関する認識を Table2 に示す。主な原因に関しては、AN では「体形についての考え方」という意見が最も多く (37.8%)、BN では「極端なダイエット」(28.1%) という意見が多く見られた。BED では日常のストレス (34.3%) が最も多く、次いで「本人の性格」(33.9%) が多かった。

最も助けになる人に関しては、AN、BN とともに「母親」が最も多く (AN27.8%, BN28.3%)、次いで「精神科医、心療内科医」が選択されていた (AN23.9%, BN23.0%)。BED では「管理栄養士 (栄養士)」が最も多く (21.8%)、次いで「友人」(20.4%) が回答されていた。

対処方法については、AN と BN では「カウンセリングを受ける」が最も多く選択され (AN25.7%, BN23.9%)、次いで「病院で治療を受ける」(AN22.2%, BN22.2%) が多く選択されていた。BED では「食事や栄養についてのアドバイスをもらう」が多く (21.3%)、次いで「体重を減らすためのアドバイスをもらう」が多かった (16.5%)。

3つの質問全てにおいて、各ビネット間の回答状況には有意な差が確認され ($p<0.001$)、ビネット間の回答傾向に差があることが示された。

4) 症状に関する認識

各ビネットの症状に関する認識を Table3 に示す。

3つのビネット間の回答傾向は「苦しんでいると思うか」($p<0.001$)、「治療を受けることが重要であると思うか」($p<0.001$)、「深刻な問題であると思うか」($p<0.001$) において有意な差がみられた。

「苦しんでいると思うか」に関しては BED では「非常に思う」(AN40.4%, BN33.0%, BED21.7%) と回答した者が少なく、AN と BED 間 ($p<0.001$) および BN と BED 間 ($p<0.001$) では有意な差が見られた。「治療を受けることが重要であると思うか」では「非常に思う」と回答した者がすべてのビネットでも最も多かったが (AN42.2%, BN37.4%, BED26.5%)、AN、BN、BED の順に「非常に思う」と回答した者の割合は少なくなっ

Table2. 各ビネットの原因および対処方法に関する認識 (%)

	AN	BN	BED	X	p
主な原因				238.79	<0.001
テレビや雑誌などのマスメディアの影響	10.0	4.8	1.3	-	-
以前からの精神的な問題	3.9	3.9	4.8	-	-
本人の性格	7.8	11.9	33.9	-	-
最近のとてもショックな出来事	1.8	1.3	0.5	-	-
家族、友人、恋人等の意見	4.8	3.1	1.3	-	-
日常のストレス	4.3	15.4	34.3	-	-
極端なダイエット	28.3	28.1	3.9	-	-
体形についての考え方	37.8	21.9	12.2	-	-
子供のころの体型	0.0	5.7	1.3	-	-
遺伝的な問題	0.4	0.0	0.0	-	-
わからない	0.9	3.9	6.5	-	-
最も助けになる人				107.33	<0.001
友人	20.4	17.4	20.4	-	-
学校の先生や職場の上司	0.4	1.3	6.1	-	-
スクールカウンセラー、職場のカウンセラー	6.1	8.3	9.6	-	-
学校や職場以外のカウンセラー	2.2	2.2	3.5	-	-
母親	27.8	28.3	10.4	-	-
母親以外の家族	1.8	1.3	0.4	-	-
管理栄養士（栄養士）	5.2	11.7	21.8	-	-
精神科医、心療内科医	23.9	23.0	12.2	-	-
その他の医師	0.0	2.6	4.3	-	-
フィットネスクラブのインストラクター	8.7	0.4	4.8	-	-
わからない	3.5	3.5	6.5	-	-
対処方法				136.50	<0.001
病院で治療を受ける	22.2	22.2	13.5	-	-
カウンセリングを受ける	25.7	23.9	15.2	-	-
認知行動療法を受ける	20.4	12.6	4.8	-	-
薬による治療をする	0.0	0.0	0.4	-	-
ビタミンやミネラルのサプリメントを利用する	0.0	0.9	0.0	-	-
食事や栄養についてのアドバイスをもらう	7.4	16.5	21.3	-	-
体重を減らすためのアドバイスをもらう	0.4	4.3	16.5	-	-
同じような状態の仲間を見つける	0.4	0.4	1.3	-	-
周囲の人（家族や友人など）が理解を示す	3.5	2.2	1.3	-	-
フィットネスクラブやエステでのダイエット（減量）	0.0	1.7	4.8	-	-
今の状態について家族や友人などに話すまたは相談する	6.1	4.8	8.3	-	-
自分の状態について調べる	7.4	3.9	3.1	-	-
新しい趣味を見つける	3.5	3.1	1.7	-	-
外出する	0.4	0.0	0.4	-	-
運動量を増やすまたは減らす	0.4	2.2	3.5	-	-
わからない	2.2	1.3	3.9	-	-
χ^2 検定					

ていた。「深刻な問題であると思うか」においてもBEDでは「非常に思う」と回答した者の割合がANやBNより低かった（AN52.6%, BN41.7%, BED23.0%）。「共感することができるか」「状態は一時的なものであると思うか」「本人の責任であると思うか」に関しては3つのビネット間で有意な差は見られなかった。

Table3. 各ビネットの症状に関する認識 (%)

		AN	BN	BED	χ	p	AN vs. BN		AN vs. BED		BN vs. BED	
							z	p	z	p	z	p
苦しんでいると 思うか	まったく思わない	2.6	2.2	2.6	30.32	<0.001	-2.290	0.066	-5.518	<0.001	-3.124	<0.001
	少し思う	5.2	12.6	16.1	-	-						
	まあまあ思う	20.0	22.2	33.1	-	-						
	とても思う	31.8	30.0	26.5	-	-						
	非常に思う	40.4	33.0	21.7	-	-						
共感することが できるか	まったくしない	24.3	33.9	36.5	3.15	0.207						
	少しする	43.1	34.8	31.8	-	-						
	まあまあする	25.7	22.2	25.2	-	-						
	とてもする	6.5	5.6	3.9	-	-						
	非常にする	0.4	3.5	2.6	-	-						
治療を受けるこ とが重要である と思うか	まったく思わない	1.3	0.4	4.3	38.62	<0.001	-2.259	0.072	-6.104	<0.001	-3.915	<0.001
	少し思う	5.7	13.5	22.6	-	-						
	まあまあ思う	16.5	22.2	26.1	-	-						
	とても思う	34.3	26.5	20.5	-	-						
	非常に思う	42.2	37.4	26.5	-	-						
状態は一時的な ものであると思 うか	まったく思わない	50.0	40.4	43.5	3.26	0.196						
	少し思う	26.5	34.3	31.3	-	-						
	まあまあ思う	19.6	17.8	22.2	-	-						
	とても思う	3.9	5.7	2.1	-	-						
	非常に思う	0.0	1.8	0.9	-	-						
深刻な問題であ ると思うか	まったく思わない	0.4	2.2	2.6	69.18	<0.001	-3.381	0.003	-8.310	<0.001	-4.791	<0.001
	少し思う	3.1	8.2	16.1	-	-						
	まあまあ思う	12.6	20.9	32.6	-	-						
	とても思う	31.3	27.0	25.7	-	-						
	非常に思う	52.6	41.7	23.0	-	-						
本人の責任であ ると思うか	まったく思わない	2.6	4.3	3.0	4.24	0.120						
	少し思う	23.9	25.2	24.3	-	-						
	まあまあ思う	45.6	34.8	32.2	-	-						
	とても思う	20.9	25.2	23.5	-	-						
	非常に思う	7.0	10.5	17.0	-	-						

クラスカルウォリス検定

多重比較：マンホイットニーのU検定（ボンフェローニ法）

考察

日本人の摂食障害好発年齢は10代から20代前半とされており、特に思春期に多いとされるANに対し、BNやBEDは発症年齢が高いことが報告されている(Nakamura et al., 2000)。本研究は、BNやBEDの好発年齢である日本人女子短期大学生の摂食障害に関するMHLを明らかにし、今後の摂食障害の予防活動において参考とすることを目的とした。

本研究の結果として、提示されたビネットの症状からANやBNを認識できた者が全体の半数未満となり、疾患名と症状に関しては知識の普及がみられたが十分ではないことが示された。豪州の女子大学生を対象とし

た報告において、疾患名を正しく回答した者の割合はAN73.7%、BN25.3%であった(Mond & Arrighi, 2011)。また、シンガポール的女子大学生を対象としたBNに関する報告では14.5%であった(Chan et al., 2010)。今回の結果と比較すると、ANでは豪州の報告よりも劣るが、BNに関しては豪州やシンガポールの報告よりも認識できていたと考えられる。一方で、BEDに関してはANやBNに比して摂食障害という認識がないことが示された。BEDに関する報告では、豪州における地域一般女性を対象とした調査においてBEDの問題点を抑うつや自尊心の欠如と認識するものが多いことが報告されている(Mond & Hay, 2008)。また、豪州の12-18歳対象の調査ではBEDと認識できる女子の割合は42.7%であり、BEDに対する理解の不足が指摘されている(Anderson et al., 2016)。本研究では豪州よりもBEDに対する理解が低く、単なる食欲や食事量の問題と認識されている傾向が確認された。

原因に関してはANやBNの摂食障害のリスクファクターである極端なダイエットや体形についての考え方や回答した者が多かったが、BEDに関しては日常のストレスや本人の性格が多く回答され、BEDの疾患としての認識が低いことが影響したと考える。

最も助けになる人や対処方法に関しては、ANでは精神科医、心療内科医が多く回答され、それによって病院での治療やカウンセリングといった専門家による治療が選択される傾向にあった。今回使用した調査票では認知行動療法に関する説明文が提示されていたため、認知行動療法についてよく知らない調査対象者からもANやBNに対して効果的な治療方法として認識された可能性が考えられる。しかし、BEDに対しては最も助けになる人として管理栄養士(栄養士)や友人が多く選択されており、対処方法としては食事や栄養、体重に関連することが選択されていた。これは、BEDを食事量が多いこと、その結果による単純な肥満だと認識を持つものが多く、BEDに関する知識を有する者の割合が少ないことが要因であると推察される。

摂食障害の状態に対する認識としては、ANやBNは症状が患者にとって苦しく、治療を受けることが必要な深刻なものだと認識されているが、BEDでは症状に対する本人の苦しみの程度はANやBNより軽く、深刻で治療が必要だとは認識されていないことが示された。

このようにBEDに対して否定的な意見が多くみられた原因としては、BEDがDSM-5(American Psychiatric Association, 2013)において新しい疾患名として加わったことにより、周知されていないことや日本における公衆衛生活動において、生活習慣病の予防のために肥満の改善が目的とされ、肥満や食べ過ぎが及ぼす影響についての情報が社会に多くみられる(Dryer et al., 2015)ことが一因であると考えられる。BEDによる過食は単なる食べすぎとして認識され、その結果生じる肥満に対する否定的な見解が本研究で示された可能性がある。肥満に対しては以前より自己管理能力の欠如(Rothblum et al., 1988)と信じられており、BEDに関しても同様の見方があることが報告されている(Ebnetter et al., 2013)。本研究でもBEDに対する否定的な見解がみられ、このような認識は症状に苦しむBED患者に対するstigmaとなり、社会的にも苦しめる結果となると考える。

本研究の結果より、日本人女子短期大学生の摂食障害に関するMHLは十分ではなく、特に過食を有するBEDに対しては理解が少なく、ANやBNよりも否定的な認識があることが示された。これはBED患者に対して大きな負担であると同時に治療の妨げとなる。摂食障害の予防や早期発見のためには摂食障害に関するMHLの向上が必要であり、特にBEDに関する知識と理解を普及させるための活動は必須である。今後は摂食障害のMHL向上のためのプログラムの開発やその効果についても検討していく必要がある。

本研究の限界としては、対象者が一短期大学の学生に限られていること、回収率が低いため回答内容に偏りがある可能性が考えられる。また、調査方法が自記式で、選択肢を用いた回答方法であったため、調査対象者の意図とは異なる回答が選択されている可能性が考えられる。

参考文献

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA) : American Psychiatric Publishing.

- Anderson R, Gratwick-Sarll K, Bentley C, Harrison C, Mond J. (2016) .Adolescents' perception of the severity of binge eating disorder:a population-based study. J Ment Health, 25, 16-22.
- Chisuwa N, O' Dea JA. (2010) . Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents: A review of the literature. Appetite, 54, 5-15.
- Dryer R, Uesaka Y, Manalo E, Tyson G. (2015) . Cross-Cultural Examination of Beliefs About the Causes of Bulimia Nervosa Among Australian and Japanese.Int J Eat Disord. 48, 176-186.
- Ebneter DS, Psych D LatnerJD, (2013) . Stigmatizing Attitudes Differ Across Mental Health Disorders. J Nerv Ment Dis. 201, 281-5.
- Hay P, Mond J, Paxton S, Rodgers B, Darby A, Owen C. (2007) . Anita Darby and Cathy Owen, What are the effects of providing evidence-based information on eating disorders and their treatments? A randomized controlled trial in a symptomatic community sample.Early Intervention in Psychiatry. 1, 316-324.
- 日本摂食障害学会 (2012) . 摂食障害治療ガイドライン. 東京, 医学書院 .
- Mond JM, Arrighi A. (2011) . Gender differences in perceptions of the severity and prevalence of eating disorders. Early Intervention in Psychiatry, 5, 41-49.
- Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ. (2004) . Beliefs of women concerning the severity and prevalence of bulimia nervosa. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 39, 299-304.
- Mond JM, Hay PJ. (2008) . Public Perceptions of Binge Eating and Its Treatment. Int J Eat Disord, 41, 419-426.
- Mond JM, Robertson-smith G, Vetere A. (2006) . Stigma and eating disorders: Is there evidence of negative attitudes towards anorexia nervosa among women in the community? Journal of Mental Health, 15, 519 - 532.
- Mond JM. (2014) .Eating disorders 'mental health literacy' : an introduction, J Ment Health, 23, 51-54.
- Nakai Y, Nin K, Noma S. (2014) . Eating disordersymptomsamongJapanesefemalestudents in 1982, 1992and2002, Psychiatry Res, 219, 151-6.
- Nakamura K, Yamamoto M, Yamazaki O, Kawashima Y, Muto K, Someya T, Sakurai K, Nozoe S. (2000) . Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. Int J Eat Disorder, 28, 173-180.
- Rothblum ED, Miller CT, Garbutt B (1988) Stereotypes of obese female job applicants. Int J Eat Disord, 7, 277-283.
- Salafia EH, Jones ME, Haugen EC, Schaefer MK. (2015) . Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. Journal of Eating Disorders, 3, 32.

補足資料

調査で使用した摂食障害のビネット

1. 神経性やせ症 (Anorexia Nervosa : AN)

Aさんは15歳の女子学生です。

Aさんは常にほっそりとしていましたが、思春期に体型の変化が大きな悩みになりました。それ以降は体重を減らすことばかり考えています。13歳の時、Aさんはフィットネスクラブに入会し、毎日のトレーニングを始めました。このような努力によってAさんの体重は減りはじめました。同時に、脂肪の多い食品は食べない、間食はしない、「ヘルシーな食品」を決まった量だけ食べるといった厳しいルールによる食事制限を開始しました。全く何も食べない日もあります。このような食事と運動の組み合わせでAさんの体重はさらに減りました。

Aさんの現在の体重は、身長や年齢からみた平均体重よりも非常に軽くなり、月経がとまりました。Aさんは非常に痩せていますが、Aさんはこのことを絶対に認めようとしません。Aさんは「太ること」が怖くて、

体重が増えるのを避けるためにどのようなことでもします。また、助けが必要であることも認めようとしません。その結果、Aさんと家族との関係は悪化してしまい、学校での成績は下がり始めてしまいました。

2. 神経性過食症 (Bulimia Nervosa : BN)

Bさんは19歳の女子大学生です。

子どもの頃のBさんは「ぼっちゃり」していましたが、体重は常に正常範囲内でした。しかし、Bさんは自分が太っていると認識しています。16歳の時に、Bさんは体重を減らすためのプログラムを作成し、定期的にランニングをやりはじめました。Bさんはまた脂肪の多い食品は食べない、間食はしない、「ヘルシーな食品」を決まった量だけ食べるといった厳しいルールによる食事制限を開始しました。このような努力によって、Bさんの体重は減りはじめました。

しかし、Bさんはこの生活パターンを維持するのが難しいことに気づき、またBさんの体重はこの1年半で大きく変動してしまいました。大学から帰ると、Bさんはおやつを食べます。しかし、Bさんは一度食べ始めると食べるのが止められなくなり、制限なしに食べ続けてしまいます。例えば、食パン1斤全部、ビスケット1箱、チョコレート1ブロック、数種類のアイスクリームと果物数切れを一度に食べます。時々、Bさんは体重が増えないようにするため下剤を使います。別のときには、食べた後に無理矢理吐くこともあります。このような行動パターンが原因で、Bさんは家族や友人との関係がうまくいかなくなりました。

3. 過食性障害 (Binge-Eating Disorder : BED)

Cさんは32歳の事務員です。

Cさんは常にふとっていました。ここ数年で肥満になりました。Cさんはさまざまな種類のダイエットを試しましたが、全てのダイエットを少しも続けたことはありませんでした。Cさんは様々な食品を含む食事をいつも1日3回します。しかし、それ以外の時にチョコレートやチーズケーキなどの「大好きな食べ物」を楽しんで食べます。仕事から帰った時、Cさんは冷蔵庫を開けておやつを取り出します。

しかし、Cさんは一度食べ始めると食べるのが止められなくなり、制限なしに食べ続けてしまいます。例えばサンドイッチ、ビスケット数枚、チーズケーキ2、3切れ、数種類のアイスクリームと果物数切れを一度に食べます。それから夜遅くに夕食を食べ、時には我慢できずに残り物やデザートを食べることもあります。

Cさんはこの状態を悲惨で不健康な事で、彼女の仕事や人生に影響していると考えています。Cさんは常にダイエットについて考えていて、体重を減らすことが可能な方法として、たくさん運動をすること、食べた後に無理矢理吐くことや下剤を使用することを考えています。しかし、これらのことのどれかを試したことはありません。

長崎短期大学研究倫理委員会承認【第1802号】