

摂食障害患者家族における「感情表出」の特徴

—カンバウエル家族面接法を用いて

吉田 昌平

家族の「感情表出 (Expressed Emotion : EE)」は、精神障害の患者に対して家族が表出する感情の内容を概念化し評価したものである。

著者は、摂食障害患者の家族に対しカンバウエル家族面接 (Camberwell Family Interview : 以下 CFI と略記する) を用いて EE の評価を行い、その特徴を検討した。

・対象および方法

対象は、1998年4月から2000年3月にまでに川崎医科大学精神科を受診した25人の摂食障害患者 (16人は神経性食思不振症：以下 AN と略記する、9人は神経性大食症：以下 BN と略記する) の母親である。これらの母親に対しカンバウエル家族面接に摂食障害の症状項目加えて EE の評価を行った。

・結果

1. 25人のうち11人 (44%) が高 EE を示し、いずれも高い「過度な情緒的巻き込まれ (emotional over-involvement : 以下 EOI と略記する)」を認めた。AN 患者の母親群と BN 患者の母親群間では、「批判コメント (以下批判と略記する)」と「EOI」の表出に差は認められなかった。
2. この研究の対象群と日本の精神分裂病患者の家族と躁うつ病患者の家族を比較した場合、対象群の母親は低い「批判」と高い「EOI」を示した。
3. 対象群の母親の EE の評価尺度の分布をイギリスとオランダの摂食障害の母親と比較したところ、他の2カ国の母親に比べて、対象群の母親では「批判」の表出が低かった。

・考察

高い「EOI」を示した母親の特徴が、従来述べられてきた摂食障害の家族の特徴と一致すると考えられた。日本の他の精神障害患者の家族との比較で、対象の母親群が低「批判」と高「EOI」を示した要因について、摂食障害患者の痩せなどの危機的な身体症状が母親の批判的な言動を抑制し、懸念や心配の結果過保護的な行動や過剰な情緒的反応を引き起こしている可能性や、ライフサイクルの観点から、摂食障害患者の多くが親からの過保護行動を受けやすい年代である思春期・青年期に属することなどが考えられた。

また、3国間の母親の EE の評価尺度の分布比較では、社会文化的な要因として、欧米と日本における母親の子どもに対する養育態度の違いが反映している可能性が考えられた。

そして本邦においては、摂食障害患者の治療に際しては、母親の高い「EOI」に配慮した家族への介入が必要であることを述べた。

(平成13年9月3日受理)

Characteristics of Japanese Families with Adolescents Suffering from Eating Disorders Determined by Evaluating Expressed Emotion

Shohei YOSHIDA

“Expressed Emotion” (EE) is a psychiatric measurement conceptualizing affective styles of other family members toward the patient in a family disrupted by the patient’s symptoms of mental disorder. This study investigated the characteristics of Japanese families with adolescents having eating disorders by evaluating EE utilizing the Camberwell Family Interview (CFI).

(Subjects and Method)

Twenty-five mothers of eating disorder (ED) patients (16 patients with anorexia nervosa (AN) and 9 with bulimia nervosa (BN)) were the subjects of this study. All of them had been referred to the Department of Psychiatry, Kawasaki Medical School Hospital between April 1998 and March 2000. Each mother was interviewed individually within two weeks of the first referral, using the CFI with the addition of features for anorexic and bulimic symptoms.

(Results)

1. Eleven of the 25 mothers were evaluated as high-EE, and they all showed high “emotional over-involvement” (EOI). There were no differences in the scores of “critical comment” (CC) and “EOI” between the mothers of AN patients and those of BN patients.
2. Compared with the families of schizophrenic patients and mood disorder patients in Japan, those of ED patients showed low CC scores and high EOI scores.
3. A comparison of the EE subscales of the mothers of ED patients in the United Kingdom, the Netherlands and Japan showed the mean CC scores of Japanese mothers to be lower than those of mothers in the United Kingdom and the Netherlands.

(Discussion)

Among the subjects of this study, the characteristics of mothers with a high EOI coincided with the familial characteristics of ED patients that some theorists have mentioned. Based on a comparison of the findings in the subjects of this study and those of the families of the patients with other mental disorders, it is suggested that there are several reasons for the low CC and high EOI scores in our samples. One possibility is that the emerging physical symptoms of the patients, such as their emaciation, caused the mother to suppress critical comments and conduct, and evoked the mother overprotective behavior and exaggerated emotional in their response as a result of their worry and concern. And, from the point of view of the life cycle, most of the patients were adolescents and mothers tend to be overprotective during the adolescent period.

A comparison of the mothers in the three countries specifically from a cultural standpoint led the author to consider that the low CC of the Japanese mothers could be related to the characteristics of Japanese childrearing practices.

Finally, it is suggested that the factor of a mother with a high EOI score should be considered more seriously in clinical intervention into the family of cases being treated for eating disorders in Japan. (Accepted on September 3, 2001) *Kawasaki Igakkaishi* 27(3): 219-230, 2001

Key Words ① **Eating Disorder** ② **Expressed Emotion**
③ **Camberwell Family Interview**

はじめに

摂食障害 (Eating Disorder) は、思春期の女性に好発し、拒食により極端な痩せ (標準体重の20%以上の減少) を呈するにもかかわらず、痩せを否認し肥満或いは体重増加に対する恐怖から更なる食事制限や過活動を行う神経性無食欲症 (Anorexia Nervosa) と、制御感を失ったという自覚をともなうむちゃ食いと、体重増加の懸念から自己誘発性嘔吐や下剤や利尿剤乱用など行動が認められる神経性大食症 (Bulimia Nervosa) に大別される。摂食障害は1950年頃までは極めて稀であったが、わが国では1950年代後半の頃からその頻度が増加し、特に1980年より急増しているとの報告がある^{1),2)}。しかしながら、摂食障害の成因については未だ不明なことが多く、個人的要因 (生物学的要因や性格・心理要因など)、家族的要因、社会文化的要因などがその成因に複合的に関与しているのではないかと考えられている^{2)~4)}。

その中で臨床ならびに精神病理学的な立場から摂食障害患者の精神発達史を含めた病理性と環境としての家族関係における病理性が注目され諸家により論じられてきた。

代表的な摂食障害患者の家族に対する理解は、欧米においては Minuchin⁵⁾ や Selvini-Palazzoli⁶⁾ らが、精神療法や家族療法を通じて、両親の間での潜在的で未解決な葛藤状況とその葛藤に患者が巻き込まれていること、両親の患者に対する過保護が目立つこと、親子間の情緒的な密着性、子どもの分離個体化を阻む強要された家族の一体感、などが認められることなどを指摘した。

また、本邦では臨床的な観察から、石川ら⁷⁾ は、家族内での父親の「父性としての役割欠如」と母親の神経症的傾向と患者に対する過干渉、下坂ら⁸⁾ はさらに母子間の葛藤の存在と母親の

養育態度の問題を指摘した。このような臨床的観察に基づく概念を実証的に検証しようとする試みが、1980年代以降なされてきている^{9),10)}。

精神障害者の家族の「感情表出」研究の概要と歴史について

家族の「感情表出」Expressed Emotion (以下EEと略す)とは、精神分裂病などの精神障害患者を取り巻く心理社会要因のうち、患者の家族成員が患者に対して表出する感情の内容を概念化し測定したものである。特に精神分裂病においては、その再発を予測する心理社会要因として特に社会精神医学分野の研究者らに注目されてきた¹¹⁾。

EEの概念は、1962年にBrownが、患者一家族間の感情的な関与 emotional involvement を評定尺度として概念化し、家族の表出する感情と家族の患者に対する敵意が、精神分裂病の再発に関連していることを明らかにしたのを端緒としている¹²⁾。その後、BrownとRutterは「家族の感情的な関与」と呼んでいた概念を更に洗練・緻密化させ、「感情表出 (Expressed Emotion)」という概念に発展させた。彼らは、EEの測定方法として、半構造化された面接法であるカンパウェル家族面接法 (Camberwell Family Interview, 以下CFIと略す)を開発した。この面接方法は、家族成員に関する2つの次元の情報—すなわちひとつは「実際の出来事や活動に関すること」と、もう一つは「面接中の被面接者の態度や感情に関するもの」—を得ることを目的にしている。また方法論上の大きな特徴として、「被面接者の感情の自発的な表出」に重きを置くことが挙げられる。面接に際しての質問は、患者の精神医学的病歴、最近3ヶ月の様子 (家族との接触時間)、被面接者のいらいら・患者との口論・患者に対する小言、最近3ヶ月の各臨床症状、家事・金銭関係、被面接者と患者の関係性、患者の疾病に対する態度などの項目か

ら構成されている。このような質問項目を用いて被面接者の面接中に表現した患者に対する感情および態度と報告された面接外での行動を、「批判的コメント (critical comment; 以下批判と略す)」、「敵意 (hostility)」、「過度な感情的巻き込まれ (emotional over-involvement: 以下EOIと略す)」、「暖かみ (warmth)」、「肯定的言辭 (positive remarks)」の5つの尺度を用いて評価する。これら5つの尺度の評価にあたり、それぞれに指標となるいくつかの項目があり、それら頻度や程度をもとに各評価尺度が決定される¹³⁾。Brownらは、1972年にこのCFIを用いた研究で、EEの5つ評価尺度の中では、再発予測性の要素として特に「批判」、「敵意」、「EOI」が重要であることを明らかにした。EEの高低を決定するこの3つの評価尺度のcut off pointは、「批判」が6ポイント以上、「敵意」が1ポイント以上、「EOI」が3ポイント以上を高EEとし、彼らの研究によるとこれらの3尺度をまとめた総合的なEEの方が個別の下位尺度より再発予測力が高く、高EE家族では精神分裂病の再発率が58%であったのに対し、低EE家族では再発率が16%にすぎなかった¹⁴⁾。なお、以後のEE研究では、研究ごとに異なるものの上記のcut off pointが一応の標準とされている¹⁵⁾。

1976年のVaughnらのCFIを用いた研究¹⁶⁾では、1972年のBrownの研究を追試し、同様の結果が再現されることを明らかにした。また抑うつ神経症患者の家族を対象に同じデザインで調査を行い、EEの各評価尺度のcut off pointを変更すれば、家族のEEと再発の関連性が認められることを明らかにした^{13), 16)}。

その後、EE研究は広がりを見せ、他の精神障害患者を持つ家族への応用が試みられている^{11), 18), 19)}。1985年以降、主にDareらのグループによってEEを用いた摂食障害患者の家族研究がなされてきた²⁰⁾。彼らの一連の研究を要約すると、1) 精神分裂病患者の家族に比べ、摂食障害患者の家族では感情表出が全体的に低い^{21), 22)}、2) 神経性無食欲症の家族と神経性

大食症の家族を比較した場合、後者では前者に比べて「批判」が高い²¹⁾、3) 高い「批判」を持つ家族の患者は、低い「批判」を持つ家族の患者に比べ外来家族療法から脱落しやすいが、家族の高い「批判」が必ずしも個人支持的精神療法からの脱落を招かない²³⁾などであった。一方で、本邦における摂食障害患者家族を対象にしたEE研究は未だ少なく、わずかに5編で、摂食障害に関連したEE研究の紹介とその展望1編²⁴⁾、会議録1編²⁵⁾、対象を用いた研究報告3編^{26)~28)}であり、内容も十分なものとは言い難い。

氏家は、「Anorexia NervosaとEE」(1993)²⁴⁾において、これまで諸家によって指摘されてきた摂食障害患者とその家族の関係における病理性を踏まえ、イギリスのSzmuklerらの研究²³⁾を紹介ともに、摂食障害患者の家族に対してEEの評価を行う有用性について、1) 従来の述べられてきた摂食障害患者の家族の病理性について、客観的に評価しうること、2) 治療的な観点からは、治療の進展に伴う患者と家族関係の変化についてEEを用いて評価が可能となることや、摂食障害患者の家族に特異的なEE評価の所見と患者の転帰の関連性が認められれば、新たな治療的アプローチが展開されていく可能性があること、3) 多国間で摂食障害患者の家族研究にEE評価を利用することで比較文化的な視点から研究を行うことが可能であること、などを指摘した。そして、摂食障害患者の家族のEE評価に際し、EOIの評価尺度の重要性について述べている。

本研究の目的は、カンパウエル家族面接：CFIを用いて、わが国の摂食障害家族のEEを評価し、1) 日本の精神分裂病患者とうつ病を含む感情障害患者の家族のEEとの比較、2) 西欧の摂食障害患者家族のEEとの比較を行い、日本における摂食障害患者家族の特徴を検討することである。

対象と方法

1. 対象

対象は、1998年の4月から2000年3月までの期間に、川崎医科大学附属病院精神科外来を受診し、国際疾病分類第10版 (ICD-10)²⁹⁾と米国精神医学会による「精神障害の分類と診断の手引き」第4版 (DSM-IV)³⁰⁾の診断基準を共に満たして摂食障害と診断された患者とその家族のうち、口頭と文面にて本研究への同意が得られた患者の母親25名である。25人の患者のうち、16人が神経性無食欲症 (anorexia nervosa: 以下ANと略す)、9人が神経大食症 (bulimia nervosa: 以下BNと略す)と診断された。

2. 方法

それぞれの患者は、調査導入時より2週間以内に患者の身体的・精神医学的な評価を行う一方、家族の機能評価として、それぞれの母親に対してCFIを施行した。今回CFIの実施にあたりこれまでの臨床症状の項目に摂食障害特有の症状、例えば拒食、過食と自己誘発性の嘔吐、隠れ食いなどの質問項目を加え、報告者がオーディオテープ録音下に面談を行った。そして、その録音テープを元に、前述したEEの評価尺度である「批判」、「敵意」、「EOI」、「暖かみ」、「肯定的言辞」について2人の評価者（報告者ならびに認定評価者）が個別に評価し、各スコアの決定に際しては両者の話し合いにより決定した（なお評価者間の信頼性は、 $r = 0.90$ であった。）。

2. 統計処理について

本研究では、2群における各評価尺度の平均値の比較にはt検定、2群間の各評価尺度の比率の比較には 2×2 の分割表の検定を用いた。両側確率 $p < 0.05$ を有意水準とした。

結果

まず、患者の背景因子についてTable 1に示す。

Table 1. Clinical characteristics of eating disorder patients

n=25	
sex	female 23 ,male 2
mean age	18.6years (SD ± 4.3)
marital status	all are singles
mean duration of illness	2.4years (SD ± 3.4)
type of eating disorder	Anorexia nervosa;16 Bulimia nervosa;9
mean height	157.8cm (SD ± 10.2)
mean weight	43.8kg (SD ± 10.2)
BMI	17.4 (SD ± 3.7)

Table 2. The results of EE components of each families in the samples

EDNO	CC	H	EOI	W	P.R.
1	0	0	3	3	0
2	3	0	2	2	0
3	1	0	3	1	0
4	0	0	2	4	0
5	1	0	3	4	0
6	0	0	1	2	0
7	1	0	1	2	0
8	0	0	2	3	0
9	0	0	4	2	0
10	2	0	1	2	0
11	0	0	4	2	0
12	0	0	3	2	0
13	0	0	3	3	0
14	0	0	1	2	0
15	6	0	3	2	0
16	3	0	2	2	0
17	1	0	3	2	0
18	0	0	3	3	0
19	0	0	2	3	0
20	2	0	2	3	0
21	0	0	1	2	0
22	0	0	1	3	0
23	0	0	4	3	0
24	0	0	2	4	0
25	0	0	2	3	0

CC : critical comment, H : hostility, EOI : emotional over-involvement, W : warm, P.R. : positive remarks

Table 3. Comparisons of the mean score of EE components between mothers of anorexia nervosa patient and those of bulimia nervosa patients

	Mother of AN(n=16)	Mother of BN(n=9)	p value
CC	0.81(SD 1.64)	0.78(SD 1.1)	0.96
EOI	2.44(SD 1.1)	2.11(SD 0.78)	0.44
W	2.55(SD 0.82)	2.67(SD 0.71)	0.61

AN : patients with anorexia nervosa, BN : patients with bulimia nervosa, Abbreviations of CC, EOI, W are same as in Table 2.

1. 本研究の対象群における各EE評価尺度の分布について
各母親のEE評価尺度の結果はTable 2に示す

す。従来の精神分裂病患者の家族を対象としたEE研究で用いられた評価尺度のcut off point(「批判」が6以上,「敵意」の存在,「EOI」が3以上)を用いると「高EE」として分類されるものは,11人(44%)であり,ANの母親群から16人中8人(50%),BNの母親群9人中3人(33.3%)であった。その高EEの決定要因としては,高「批判」と高「EOI」が共存するものが1人,高「EOI」によるものが10人であった。さらにこれらの高「EOI」を示す11人の「EOI」の下位項目を見てみると,報告された「極端な過保護行動」ないしは「過剰な情緒反応」を高く示した者はそれぞれ3例ずつ,この両項目とも高く示したものの3例で,残りの2名は他の項目も含めて決定されていた。「敵意」ならびに「肯定的言辞」はいずれの家族においても認められなかった。AN患者の母親群とBN患者母親群の各評価尺度の平均値を比較したところ(Table 3),いずれの評価尺度の平均値に有意差は認められなかった。

以下の比較においては,5つの下位尺度のうち,特に「批判」,「敵意」,「EOI」の各評価尺度のスコアに注目し検討した。先に述べたように精神分裂病患者のEE研究において,この3尺度が患者の予後を決する因子として実証されており,家族のEEを決定するに際してその重要性が研究者間で認められているからである。

2. 本研究対象の摂食障害患者家族と日本の分裂病患者家族,うつ病患者家族における

Table 4. Distributions of EE Subscales of families with eating disorder patients, schizophrenic patients and mood disorder patients in Japanese sample

	no CC	CC \geq 6	H	EOI \geq 3
Eating disorders (n=25)	64%	4.0%	0%	44%
Schizophrenia* (n=73)	25%	29%	12%	8%
Mood disorders** (n=31)	55%	3%	10%	10%

*Mino, T., Tanaka, S., Inoue, S. et al (1995)

**Mino, Y., Inoue, S., Shimodera, S., et al (2000)

Table 5. Comparison of EE components between families with schizophrenic patients and eating disorder patients in Japanese sample

	Schizophrenia (n=73)	Eating disorders (n=25)	P value
no CC	25%	64%	0.00036*
6 or more CC	29%	4.0%	0.011**
H+	9%	0%	0.18****
3 or more EOI	8%	44.0%	0.0002***

Table 6. Comparison of EE components between families with mood disorder patients and eating disorder patients in Japanese sample

	Mood disorders (n=31)	Eating disorders (n=25)	P value
no CC	55%	64%	0.65*
6 or more CC	3%	4.0%	0.69**
H+	10%	0%	
3 or more EOI	10%	44.0%	0.011***

EEの評価尺度の分布比較

日本の他の精神障害患者家族の各評価尺度のデータは,三野らによる研究^{31),32)}での対象群のものを用いた。Table 4は,それぞれの家族群におけるEEの下位尺度の分布について,「批判が0」,「批判が6以上」,「敵意の存在」,「EOIが3以上」であった家族の割合を示している。精神分裂病患者の家族と比較した場合,摂食障害者の家族では「批判が0」であった割合と「EOIが3以上」であった割合が有意に高く,また「批判が6以上」であった割合が有意に低かった(Table 5)。

うつ病患者の家族と比較した場合,「批判が0」であった割合と「批判が6以上」であった割合に有意差は認められなかったが,「EOIが3以上」であった割合は有意に高かった(Table 6)。

この3家族群の比較においては,摂食障害患者の家族は他の2群に比べてより高EOIを示す傾向が窺われた。「批判」は,分裂病患者の

Table 7. Comparison of mean CC and EOI scores of mothers in the Unites Kingdom, the Netherlands and Japan

	United Kingdom n=40	Netherlands n=33	Japan n=25
Mean CC (SD)	5.33 (4.76) ⁻¹⁾	2.30 (3.83) ⁻²⁾	0.8 (1.44)
Mean EOI (SD)	1.30 (1.64) ⁻³⁾	2.05 (1.70) ⁻⁴⁾	2.28 (0.98)

1)~4) are comparisons of the mean scores between the Japanese samples and the other samples.

1) $P < 0.0001$, 2) $P = 0.0045$, 3) $P = 0.004$, 4) $P = 0.05$

家族群に比べて低く表出される傾向が窺われたが、うつ病患者の家族とは同様の傾向であった。

3. イギリス, オランダ, 本研究対象の摂食障害患者の母親の「批判」と「EOI」の比較
各群のEEの各評価尺度の比較に際し, それぞれの国において, CFIを用いて測定された研究をその対象とした^{23), 33)}. **Table 7**は, 3国の母親の「批判」と「EOI」の平均値を示している. 著者の母親群の「批判」の平均値は, その他の2国の母親と比べて有意に低く, 「EOI」の平均値はイギリスの母親に比べて有意に高く, オランダの母親とは有意差は認められなかった。

考 察

1. 最初に, 本邦における摂食障害患者の家族を対象としたEE研究に関する文献5編について, それぞれ概要を述べておきたい。

5編のうち, 氏家の摂食障害におけるEE研究の展望については, 冒頭ですでに触れた。

また, 同じく氏家らの会議録²⁵⁾によると, 1994年に対象5家族(父親2名, 母親5名)に対しEE評価を行い, いずれにおいても「敵意」, 「肯定的言辞」を認めず, 母親のEEにおいては「批判」と「EOI」が共存していること, 父親では「感情表出」が低い傾向にあったと報告している. ただしこの報告は, 会議録のみであるために詳細については不明である。

馬場らは(1995年)²⁶⁾, 摂食障害患者の母親20名を対象にEEの評価を行い, 母親のEEが患者の治療過程におよぼす影響について検討し

た. 方法論としては, 著者の研究と同様に, EEの評価に際してCFIを用い, 標準的な「批判」, 「敵意」, 「EOI」のcut off pointを用いていた. その結果, 「批判」の平均値の比較においてBNの母親群はANの母親群と比べて高かったこと, BNの母親群はANの母親群よりも「高EE」が多い傾向にあったこと, 母親が「高EE」を示した患者群は母親が「低EE」を示した群に比べて転院回数が多いことを示した. ただ, 「高EE」の決定要因となった評価尺度について述べられていないことや, 「敵意」と「EOI」の測定値が明らかにされていない²⁵⁾.

後藤らは(1997年)²⁷⁾, 摂食障害の心理教育的プログラムに参加した摂食障害患者の6家族7名を対象にthe Five Minute Speech Sample (FMSS)という測定法を用いてEEを評価した. 参加開始時7名のうち2名が「高EOIタイプ」の「高EE」と評価されたが, 終了時にはこの高EEを示していた2名を含めて7名全員が「低EE」となっていた²⁶⁾. 例数が極めて少ないが, 摂食障害患者の家族への治療的介入による家族のEEが変化されうることを示唆している。

上原ら(1998)は²⁸⁾, 日本の精神障害患者(精神分裂病, 気分障害, 摂食障害, アルコール)の家族200余例に対し, FMSSを用いてEEの評価を行った. そのうち摂食障害患者の家族は28家族34名で, 高EEと判定されたもの25.7% (「高EOIタイプ」17.1%, 「高批判タイプ」8%)であった. そして, いずれの疾患群においても, 「EOI」のうちの低位項目として「感情の表れ」(面接中での涙ぐんだり泣き出したりすること)が高率で認められており, 「EOI」の日本の特徴と見なせると述べた²⁷⁾.

馬場らと上原らの研究については後にまた触れるが, いずれにしても本邦において標準的な測定法であるCFIを用いた摂食障害患者家族に対するEE研究においては, 対象例数が少ないことなどから予備的な研究の段階と考えられる. そういう意味で, 本研究は25名という家族を対象にして統計学的検討を踏まえて評価尺度の検

討を行っており意義のあるものと考えらる。

2. 本研究対象群の各評価尺度の分布について

「肯定的言辞」が、本研究の全ての母親において認められなかったが、三野らの日本精神分裂病患者家族やうつ病患者家族を対象としたEE研究においても、ほとんど「肯定的言辞」が認められなかったとしており、これは社会文化的な要因が可能性として考えられる。日本においては家族（特に子ども）に対する賞賛をあまり親しくない者（例えば本研究における面接者）に述べることは控える傾向にあるように思われた。

従来 of cut off point を用いると、高EEと見なせる母親の決定要因は1例が「高EOIと高批判の並存」であったことを除きすべて「高EOIタイプ」であった。著者の対象群で「高EOI」を示した母親群における「極端な過保護行動」は文字通り患者に対する過保護を示し、「過剰な情緒反応」は過度な患者に対する心配や母親—患者間の境界の曖昧さが生じている可能性があり、前述したMinuchinらが述べた「親の子供に対する過保護」、「親子間の情緒的な密着性」などの摂食障害患者家族の特徴と近似していると思われる。

この点について、先に触れた馬場らの研究では、著者の研究と同じcut off pointを用いているが、「高EE」の決定要因となるタイプには触れていないために確認できない。一方、西欧におけるCFIを用いた摂食障害患者家族のEE研究においては、Szymuklerらの研究においては²³⁾、高EEの決定に際し、「批判」のみに注目し、「EOI」をその決定要因に用いておらず、von Furth³³⁾の研究においては、それぞれの評価尺度の結果についてEEの高低そのものを検討していない。それ故、現時点では著者の対象群における「高EOIタイプ」の高い比率が、CFIを用いたEE評価において「高EE」を示す摂食障害患者家族の普遍的な特徴であるのか、或いは著者の対象群に特異的であるのかは明らかではない。

また、上原らのFMSSを用いた研究では、EEの測定方法が異なること、評価段階の設定の違い（EEの高低に加え、「境界級のEE」という段階を設けている）やその「EOI」の概念の内容が若干異なるために、彼らの対象の「高EOI」群と著者の対象の「高EOI群」との比較は困難である。「感情の表れ」は、FMSSとCFIにおける「EOI」の下位項目として共通しているが、著者の対象群で明らかに認められたものは1例のみであった。

冒頭にも述べたが、「批判」はこれまでの主に西欧の摂食障害患者家族のEE研究では、その疾病の経過や予後に関わる因子であることが指摘されている。Szymuklerらの研究²³⁾では、BN患者の親の「批判」は、AN患者の親の「批判」に比べて高いこと、高「批判」の親を持つ患者は低「批判」の親を持つ患者に比べて治療からの脱落率が高いことを報告し、von Furth³³⁾は、母親の「批判」が高いほど患者の転帰が不良となることを報告していた。本邦の研究では、馬場らも同様の結果を報告している。著者の対象群においては、ANとBNの母親の「批判」と「EOI」には差がなく、Szymuklerや馬場ら研究結果とは異なっていた。Hodes²⁰⁾は、BNの親がANの親とくらべて高「批判」となる要因について、自己誘発性嘔吐を含む過食症状は非社会的で家族生活の規則の障害として考えられることや、過食障害の患者にはしばしば窃盗やアルコール依存などの反社会的行動が認められやすい事を考慮していた。現時点では、本研究の対象群において、上述の先行研究の結果と異なった理由について不明であるが、親の「批判」を引き上げる患者の要因として過食症状の有無そのものよりも、過食症状にしばしば随伴する非社会的および反社会的な行動に注目していく必要があるのかも知れない。

また、著者の対象群では全体的に「批判」のポイントが低く、精神分裂病で使われてきた標準的なcut off pointでは、「高批判タイプ」はわずかに1名だけとなり、今後の追跡調査を行っていく上で、摂食障害患者の家族に対しては

cut off point を下げていく必要がある。

3. 日本における摂食障害患者の家族、分裂病患者の家族、うつ病患者の家族間の各 EE 評価尺度分布の比較について

これらの3家族群において、摂食障害患者の家族で「EOI」が最も高い傾向を示し、「批判」はうつ病患者の家族とは差異がなかったものの分裂病患者の家族に比べて低かった要因として、以下の3つが考えられる。

第1に、摂食障害患者の家族は、他の家族群と比べ患者の精神症状よりは極度な痩せを主体とした身体症状に注意を向けがちであり、家族の心配の結果として、批判を控え、過保護的な行動や過剰な情緒反応をしめす可能性がある。

第2に、摂食障害患者家族の病理性を反映している可能性がある。すなわち親の子どもに対する過保護行動、患者の両親間の潜在化ないしは顕在化した葛藤状況への巻き込まれ、世代間境界の曖昧さなどの要因^{3),4)}が、高い「EOI」を反映し、そして家族内における葛藤解決能力の欠如が母親の患者に対する批判的な言動を抑制し、結果的に低い「批判」を反映している可能性がある。

第3に、この3家族群が異なった家族ライフステージに属していること。例えば、摂食障害の患者群は大半が思春期後期から青年前期に属し、すべてが独身者で、調査の対象が母親であったのに対し、他の2群では患者の年齢層が不明確なものの調査の対象に親の他に配偶者が含まれていた。すなわち、調査の対象となる家族成員にばらつきが見られる事に加えて、それぞれの患者群の家族のライフサイクル上の課題が異なっている事が推測される。その観点から見れば、大半の摂食障害患者は自立と依存がテーマとなる思春期から前青年期に属するために、他の疾患群の患者に比べて親の過保護行動や過度の心配から来る過剰な情緒反応を誘発しやすい年代群と言える。

英国の調査では、摂食障害の家族は、同国内の他の精神障害患者家族（分裂病や抑うつ神経症、行為障害の患者家族）に比べてどの下位尺

度においても低い傾向を示していた²¹⁾との報告があり、著者の研究結果とは異なっていた。その点において著者の研究対象の母親群は、同一文化圏に属する分裂病家族やうつ病の患者家族に比べて高EOIを示しひとつの特徴となっており、今後母数を増やして検討する必要があると思われる。

4. 3カ国間における摂食患者の母親の「批判」と「EOI」の平均値の比較について

英国の調査においては、親の「批判」レベルと患者の過食症状、患者の罹病期間との間に正の相関性と報告されている²³⁾。まず過食症状について、それぞれの群におけるBNの割合を比べてみると、本研究の対象群では44.0%であるのに対し、英国では38.8%、オランダでは14.3%であり、BNの対象群に占める割合が「批判」の平均値に影響を及ぼしている可能性はなかった。また、平均罹病期間の比較では、本対象群は42ヶ月（SD 51）、英国は47ヶ月、オランダは23ヶ月であり本研究の母親の低い「批判」に影響を与えているのではなさそうであった。

ここで、著者の対象母親群における「低批判」の持つ意味を比較精神医学的な観点から検討してみたい。社会文化的な要因としての養育に注目すると、日米間では母親の養育態度に以下のような違いが認められるという。

米国の母親は、日本の母親と比べると、子どもに対してより権威的に接する傾向にあること。米国の母親は子どもの行動が明らかに許されるものでない限り、それを禁止するのに対し、日本の母親は、子どもの行動が明らかに禁止するものでなければそれを許容する傾向にあること。また、米国の母親は、子どもの行動はその子どもの意志の現れと見なすために、母子間でお互いの意志の主張に結びつきやすいが、日本の母親は母子間での葛藤が生じると、非言語的な方法—たとえば態度や表情—を用いて、その葛藤の緊張を中和・減弱するように努めるという³⁴⁾。すなわち、一般的な文化背景として、日本の母親の養育態度は、意志表示とくに批判的な言動により母子間の葛藤を解決していくのではなく、

むしろそういった葛藤を潜在的かつ非言語的に緩和しようとするものになりやすい可能性がある。そして、その事が西欧諸国の母親に比べて「低批判」となる一因となっているのかも知れない。

4. 摂食障害患者家族への治療的介入について

本研究のEEの評価に直接つながるものではないが、それぞれの面接過程において、摂食障害患者の母親は、しばしば患者が成長過程において本疾患に陥ったことを養育上の失敗として罪悪感を感じていることや、本人と接し方や患者の予後について強い不安を抱えることがうかがわれた。その意味において、「高EOI」は、これらの母親達の不安や罪悪感、或いは無力感の一表現形として捉えることも可能であろう。イギリスやオランダの先行研究により、摂食障害の発症要因としての家族の「感情表出」との関連性については依然として不明確ではあるが、少なくともその転帰に影響を及ぼすものであることが示唆されている。その意味からも、EE評価を用いた治療的な家族への介入が必要と思われるが、Hodesら²⁰⁾は、摂食障害患者の治療的な介入に際し、患者とその家族の間の情緒的な混乱や悪循環を解消するために、家族の患者に向かう「批判」を軽減させるような介入が重要な要素のひとつであると述べていた。

今回の研究結果から見ると日本の摂食障害患者の家族への介入に当たっては、こうした母親への心理状態へも充分配慮し、「高EOI」に留意しそれを軽減させることを目標においた支持的アプローチ、1) 家族の誤った理解から生じる不安や罪悪感を軽減させることを目的とした、摂食障害に対する適切な知識を得るための心理教育プログラムや、2) 不安な家族を情緒的に支持する事を目的とした家族カウンセリング、3) 家族の孤立感や悩みを他の家族と共有し、それらの問題解決の方向性を共に検討するを目的とした家族ミーティングなどの充実が求められるものと考えられる。

終 わ り に

これまでに、本研究の対象となった摂食障害患者の母親のEEを評価し、それらの結果を主に日本の他の精神障害患者の家族のEEならびに西欧2カ国の摂食障害患者の母親のEEと比較することにより、日本の摂食障害患者の母親の特徴を検討した。そして、日本の他の精神障害患者の家族に比べて「高EOI」を示すこと、西欧2カ国の摂食障害の母親と比べて「低批判」であることについて考察を行ってきたが、それらの要因として1)「高EOI」においては、摂食障害患者家族の特徴性の関与、2)患者の痩せなどの危機的な身体症状に対する2次的な母親の情緒的な反応、3)患者ならびにその家族のライフステージ上の発達課題での心理的反応、4)社会文化要因としての日本の母親の養育態度の傾向が考えられた。そして、最後に日本の摂食障害患者家族に対しては、「高EOI」に配慮した治療的な介入が必要であることを述べた。

ただしこれらの所見は、「正常」対象群を用いた検討はしていないため、直接日本の摂食障害の母親の病理性を示すものではない。しかし、冒頭で述べたようにEEの評価はあくまでも予後の追跡調査を目的に開発されたことや、2次的に精神障害者を持つ家族への治療的介入の指標にも用いられてきた経緯を踏まえると、この研究での所見は、日本の摂食障害患者の予後調査や治療的な介入の方向性について、独自の視点を与えるものと思われる。

最後に本研究の限界と今後の展望について述べておきたい。

まず第1に、対象例数が少なく本研究で得られた所見には一定の限界がある。1998年4月から2000年3月までの間に、川崎医科大学精神科外来を受診した新患の摂食障害患者数は221人であり、今回の対象症例数25例は全体の11.3%に過ぎない。今後も症例数を増やし、これらの所見を検討していく必要があると考えられる。

第2に、本研究の母親においては、「低批判」

と「高EOI」の傾向を示していたが、他の要因、例えば患者の症状の有無およびその重症度と、他の家族評価尺度などを併用して評価し、EEの各評価尺度の分布を規定する因子についてさらに詳しく検討していく必要性があるが、これはまた別の機会に報告したい。

第3に、本来EEは疾患の予後予測のために開発された評価尺度であるが、今後本研究に用いた対象例の経過を追いながら、これらの家族のEEの可変性の有無と「批判」のcut off pointの再設定を含めて、「高EE」家族が摂食障害の予後に与える影響についても検討していく必要

があるものと考えられる。

謝 辞

本稿を終えるにあたり、本研究全般にわたりご指導とご示唆をいただきました当教室の青木省三教授、ならびにEEの評価にご指導をいただきました岡山大学医学部衛生学教室の三野善央助教授に対し、心より深謝申し上げます。

なお本論文の要旨は、2000年6月26日から同月30日にパリで開催された世界精神医学会50周年記念大会(World Psychiatric Association, International Jubilee congress)で発表した。

文 献

- 1) 中井義勝：摂食障害の疫学。心療内科 4：1-9, 2000
- 2) 横山知行：摂食障害の時代変遷。臨床精神病理 18：141-150, 1997
- 3) Crisp H：Anorexia nervosa. Br Med J 287：855-858, 1985
- 4) 吉田昌平, 青木省三：若年発症 Anorexia Nervosa. 児童青年精神医学とその近接領域 40：427-437, 1999
- 5) Minuchin S, Baker L, Rosman BL, Liebman R, Todd TC：A conceptual model of psychosomatic illness in Children family organization and family therapy. Arch Gen Psychiatry 32：1031-1038, 1975
- 6) Selvini-Palazzoli M：Self-starvation—from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. New York, Jason Anderson. 1978
- 7) 石川 清, 岩田由子, 平野源一：Anorexia Nervosa の症状と成因について。精神神経誌 62：1203-1221, 1960
- 8) 下坂幸三：アノレクシア・ネルヴォーザ論考。金剛出版。1988, pp 216-241
- 9) Strober M, Salkin B, Burroughs J, Morrell W：Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa. J Nerv Ment Dis 170：345-351, 1982
- 10) Humphrey LL, Apple RF, Kirschenbaum, DS：Differentiating bulimic-anorexic from normal families using interpersonal and behavioral observational systems. J Consult Clin Psychol 54：190-195, 1986
- 11) 大島 巖, 三野善夫：EE研究の起源と今日的課題。精神科診断学 4：265-281, 1993
- 12) Brown W, Monck M, Carstairs M, Wing K：Influence of family life on the course schizophrenic illness. Prev Soc Med 16：55-68, 1962
- 13) Leff J, Vaughn C：Expressed Emotion in Families. The Guilford Press, 1985 (三野善央, 牛島定信訳：分裂病と家族の感情表出。金剛出版, 1991)
- 14) Brown W, Birley T, Wing K：Influence of family life on the course of schizophrenic disorders. a replication. Br J of Psychiatry 121：241-258, 1972
- 15) 三野善央, 津田俊秀, 馬場園明, 来往由樹, 田中脩一, 大島 巖, 伊藤順一郎：家族の感情表出 Expressed Emotion 測定, 評価の方法論。精神科診断学 4：283-292, 1993
- 16) Vaughn E, Leff P：The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness comparison of schizophrenic. Br J of Psychiatry 129：125-137, 1976
- 17) Hooley M, Orley J, Teasdale D：Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. Br J of Psychiatry 148：642-647, 1986

- 18) Greedharry D : Expressed emotion in the family of the mentally handicapped. a pilot study. *Br J of Psychiatry* 150 : 400-402, 1987
- 19) Hooley JM, Hoffman PD : Expressed emotion and clinical outcome in borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 156 : 1557-1562, 1999
- 20) Hodes M, Le Grange D : Expressed emotion in the investigation of eating disorders. a review. *Int J Eat Disord* 13 : 279-288, 1993
- 21) Le Grange D, Eisler I, Dare C, Hodes M : Family criticism and self-starvation. a pilot study of expressed emotion. *J Fam Therapy* 14 : 177-192, 1992
- 22) Dare C, Le Grange, Eisler I, Rutherford J : Redefining the psychosomatic family : Family Process of 26 Eating Disorder Families. *Int J Eat Disord* 16 : 211-226, 1994
- 23) Szmukler G, Eisler I, Russell G, Dare C : Anorexia nervosa, parental 'expressed emotion' and dropping out of treatment. *Br J of Psychiatry* 147 : 265-271, 1985
- 24) 氏家 武 : Anorexia nervosa と EE. こころの臨床ア・ラ・カルト 12 : 51-55, 1993
- 25) 氏家 武, 松田孝之, 秋谷博夫, 手代木理子, 河合健彦, 市川恵子 : 摂食障害患者の家族の感情表出評価の試み. *児童青年精神医学とその近接領域* 35 : 42-44 (会議録), 1994
- 26) 馬場謙一, 古川 輝, 井上昭子 : 摂食障害の治療経過と家族の感情表出 (Expressed Emotion, EE). 厚生省特定疾患中枢性摂食異常症調査研究班平成6年度研究報告書. 1995, pp 96-99
- 27) 後藤雅博, 川嶋義章, 横山知行, 上原 徹, 田崎紳一, 千村 浩 : 摂食障害の家族における感情表出と家族教室形態による心理教育的介入について. *安田生命社会事業団研究助成論文集*第32号 : 71-79, 1977
- 28) 上原 徹, 横山知行, 後藤雅博, 中野靖子, 川嶋義章, 田崎紳一, 豊岡和彦, 和泉貞次, 染矢俊幸 : 日本版 FMSS (Five-Minute Speech Sample) を用いた EE (Expressed Emotion) 評価の信頼性と疾患別特性および臨床要因との関連. *日本社会精神医学会雑誌* 7 : 113-122, 1988
- 29) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines, 1992 (融 道男, 中根允文, 小宮山実 監訳 : ICD-10 精神および行動の障害, 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 1993)
- 30) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington, D.C. 1994 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 訳 : DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 1995)
- 31) Mino Y, Tanaka S, Inoue S, Tsuda T, Babazono A, Aoyama H : Expressed emotion components in families of schizophrenic patients in Japan. *Int J Ment Health* 24 : 38-49, 1995
- 32) Mino Y, Inoue S, Shimodera S, Tanaka S : Evaluation of expressed emotion (EE) status in mood disorders in Japan : inter-rater reliability and characteristics of EE. *Psychiatry Res* 94 : 221-227, 2000
- 33) Van Furth E, Van Strein D, Martina L, Van Son M, Hendrickx J, Van Engeland H : Expressed emotion and the prediction of outcome in Adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord* 20 : 19-31, 1996
- 34) Lanham B, Garrick R : chapter 6, Adult to Child in Japan. Interaction and relations : Japanese childrearing. New York, The Guilford Press. Shwalb D and Shwalb B. 1996, pp 97-124