性役割からみた食行動異常

―女性摂食障害患者と女子大学生の比較―

Inappropriate Eating Behavior through Gender Roles: Comparison between Female Eating Disorder Patients and Female University Students

菅原彩子・宮岡佳子・鈴木眞理・加茂登志子

Ayako SUGAWARA, Yoshiko MIYAOKA, Mari SUZUKI, Toshiko KAMO

要　約

【目的】摂食障害（Eating Disorders：以下 ED）の病因は女性性の拒否であると言われてきた（Bruch, 1978）。一方で，昨今の ED は成熟拒否というより痩せて綺麗になりたいという願望に基づいている者も多いことから，女性性を意識し過ぎた結果という見方もある（山登，2003）。そこで，本研究では，女性性や男性性といった性役割（gender roles)が ED にどのように関わっているかについて新たな知見を得ることを目的とする。【方法】20～30 代の女性摂食障害患者（患者群）43 名と女子大学生（一般群）139 名を対象に，質問紙調査を行った。質問紙は（1）フェイスシート（年齢，身長，体重），（2）日本語版 EAT-26（Eating Attitude Test-26），（3）BSRI 日本語版 （Bem Sex Role Inventory），（4）日本語版 GHQ-12（General Health Questionnaire-12）である。【結果】①患者群は一般群より，精神的健康度と社会活動度が低く，うつ傾向が強いことが示された。②性役割をアンドロジニー（女性性も男性性も高い），セックス型（女性性が高く，男性性が低い），クロスセックス型（女性性が低く，男性性が高い），未分化型（女性性も男性性も低い）に分類した。患者群では一般群に比べてクロスセックス型が多かった。③患者群内での比較では，クロスセックス型が，精神的健康度が低く，うつ傾向が強かった。【考察】ED ではクロスセックス型の頻度が高く，この型はほかの型よりも精神的健康度が低かったことから，女性性の低さが ED に関連があることが示された。摂食障害の治療では，食行動の異常のみに焦点を当てるのではなく，女性性にも注目すべきだと考えられた。

Key words: 摂食障害，食行動異常，性役割，女性性，大学生

Abstract

<Aims> It is said that eating disorders (ED) are based on a rejection to femininity (Bruch, 1978). On the other hand, EDs often occur among women who want to be beautiful by losing weight. ED may be consequence of focusing too much on femininity (Yamato, 2003). We investigated the relationship between inappropriate eating behaviors and gender roles in female eating disorder patients and female university students.

<Methods> Questionnaires were handed out to 43 female patients with eating disorder (the patient group) and 139 female university students (the healthy group). The questionnaires consisted of as follows: (1) a face sheet (age, height and body weight), (2)the Japanese version of the Eating Attitudes Test (EAT) -26, (3) the Japanese version of the Bem Sex-Role Inventory (BSRI) , (4) the Japanese version of the General Health Questionnaire (GHQ)-12.

<Results> (1) Mental healthiness was negatively correlated with inappropriate eating behaviors in both groups. (2) Four gender types were categorized: the androgyny type (high femininity and high muscularity), the sex type (high femininity and low muscularity), the cross sex type (low femininity and high muscularity), and the undifferentiated type (low femininity and low muscularity). The proportion of the cross sex type was higher in the patient group than in the healthy group. (3)In the patient group, the cross sex type was the most mentally unhealthy and depressive.

<Conclusion> The cross sex type was dominant in the patient group. Such patients were less mentally healthy than those with other types. It indicated that low femininity relates to eating disorder. Focusing on femininity as well as inappropriate eating behaviors seem~~s~~ to be important factor in the treatment for eating disorders.

Ⅰ　問題と目的

摂食障害（Eating Disorders　以下，ED と略記）は，女性の患者数が男性の約 10 倍という性差があり（髙橋，2003），近年，罹病期間の長期化や青年期・成人期の ED の増加（小林ら，2010；永田，2012）が報告されている。

ED における心理的要因や社会的要因について考える際に，性役割（gender roles）も重要な要因の一つである。性役割とは，一般的には自己概念・認知・行動の 3 つにわけることができ，このうち自己概念としての側面は男性性（男らしさ）・女性性（女らしさ）と呼ばれる（中島ら，1999）。男性性の特徴としては独立心がある，支配的な，競争心がある等が挙げられ，女性性の特徴としては優しい，子ども好き等のパーソナリティ特性以外に背が低い，身体の曲線が丸みをおびている等の外見的特徴や，筋力が弱い等の身体能力上の特徴等も挙げられている（江原・山田，2010）。本研究では，東・鈴木（1991）の研究に基づき，性役割を「男女にそれぞれふさわしいとみなされる行動やパーソナリティに関する社会的期待・規範およびそれらに基づく行動」と定義する。

Bem（1974，1977，1981；東，1986）は性役割パーソナリティの側面から，性役割をアンドロジニー，セックス型，クロスセックス型，未分化型の 4 種類に分類した。分類は，「アンドロジニー」（女性，男性ともに，女性性も男性性も高いタイプ），「セックス型」（女性においては，女性性が高く，男性性が低いタイプ），「クロスセックス型」（女性においては，女性性が低く，男性性が高いタイプ），「未分化型」（女性，男性ともに，女性性も男性性も低いタイプ）である。男性性と女性性の

両方の特性を兼ね備えたアンドロジニー（心理的両性具有）は社会的適応がよく，心理的に安寧であると言われている（Bem，1974，1976）。性役割とストレスを調べた研究では，20～30 代の女性で，アンドロジニーはストレス反応が低く，コーピング能力が高いため職場においてより適応的であり，それに対してクロスセックス型はストレス反応が高く，コーピング能力が低く，ソーシャルサポートが低いため，職場においてより不適応的であることが示されている（田村，2012）。

ED の女性は自分らしさ，女性らしさという課題の中で大きく揺れ動き，完璧な女性像をイメージして自分と比較し，自己不全感を持ったり自己否定的な感情を抱き，痩せることでそれを代償しようとしたり，過食や嘔吐で不満や不安を解消しようとする（髙橋，2003）。藤原・児玉（1992）は，①男性性が相対的に欠如していることが心理的安寧，維持にとって最も問題となっており，情動摂食行動を起こす可能性がある，②女性性は不安および情動性摂食行動を増加させるよりも，むしろ減少させる可能性を含んでいると考察している。だが，中村（2011）は，摂食障害患者と青年男女において食行動異常と平等主義的性役割観についての研究を行ったところ，両者の比較ではいかなる関係も見出せず，摂食行動と性役割の関係を見るには性役割がどのような要素によって構成されているかというより詳細な分析の必要性を示唆している。

これまで，ED は女性性の拒否であると言われてきた（Bruch，1978）。女性性の拒否とは，女性であることや女性になることに対する嫌悪・拒否であり，それゆえに自己の身体をどこまでも細くしようとする病的な努力がされると解釈されている（傳田，2003）。これは，女性の身体は美しくない，女性のように見えるのは「素敵」ではないという考えが根底にあったからである（Bruch，1978）。今日では，マスコミや男性が痩せを好ましく思っていることや，スリムになることで優越感を得るために痩せようとする女性が増えてきている。（鈴木，2003）。これは成熟拒否というより痩せて綺麗になりたいという願望に基づいていることから，ED は女性を意識し過ぎた結果と言えなくもない（山登，2003）。

本研究では，ED と診断された患者と一般女子大学生を対象に食行動と性役割に関する質問紙調査を行い，両群を比較検討して食行動異常と性役割，および ED は精神疾患であるため精神的健康度の関わりについて調べ，新たな知見を得ることを目的とする。

Ⅱ　方法

1.　対象者

A 医科大学附属診療所において外来を受診し，主治医より ED と診断された 20～30 代の女性患者 43 名（以下，患者群と記す）と，関東圏内 B 女子大学に在籍する 20 代の女子大学生 139 名（以下，一般群と記す）を調査対象とした。患者群の摂食障害の病型分類（神経性やせ症，神経性過食症等）については，本人の自己申告の場合信頼性に欠けること，症状の経過において初期の診断から病型が

変化する場合があること，病型を主治医から告げられていない患者もいることから，集計は行わなかった。

2.　調査時期

平成 27 年 4 月～平成 27 年 8 月の間に調査を実施した。

3.　調査方法

患者群に対しては，研究者もしくは患者主治医が外来診療時間中に文書と口頭で本研究の趣旨と同意について説明した。研究に同意した対象者は質問紙を記入後，質問紙および返信用封筒に記名せずに郵送にて返送，ないし外来受付に持参という形で回収した。

一般群に対しては，大学の講義終了後に研究者が文書と口頭で本研究の趣旨と同意について説明し，質問紙を配付した。研究に同意した対象者は質問紙を記入後，記名せずに提出という形で回収した。

4.　倫理的配慮

参加しなかった場合，診察あるいは成績に不利益は一切ないことを事前に説明を行った。そして，同意書への署名がかえって個人情報の収集となる可能性を考慮し，両群とも同意書はとらず無記名の質問紙の返送および提出をもって本研究への同意とした。

なお，本研究は跡見学園女子大学文学部臨床心理学科倫理委員会（受付番号 15001），および東京女子医科大学倫理委員会（承認番号 3385）において承認を得ている。

5.　質問項目

(1)　フェイスシート

年齢と身長，体重について尋ねた。

(2)　日本語版EAT-26　（Eating Attitude Test-26）

食行動の異常を測定するために日本語版 EAT-26（Mukai et al.，1993）を使用した。この尺度は，神経性やせ症患者に特徴的な摂食態度や食行動などの臨床症状をもとに作成されている。質問項目は 26 項目から構成され，「ダイエット」，「過食と食の関心」，「食のコントロール」の 3 つの下位尺度からなる。（Mukai et al.，1993）。各項目への回答は 6 件法で行い，得点が高いほど食行動異常度が高いことを示す。カットオフポイントは，3 件法で行う場合が 20 点であるため，本研究では 70 点をカットオフポイントとして設定した。

(3)　BSRI（Bem Sex Role Inventory）日本語版

性役割を測定するために，Bem（1974）によって開発され，東（1990 ; 1991）によって翻訳された BSRI 日本語版を使用した。BSRI 日本語版は，男性と女性にとって望ましい行動という社会の性的型付けされた標準を内在化した人，すなわち伝統型の人の概念に基づいて作られている（東，1990）。質問項目は 60 項目から構成され，「男性性」，「女性性」，「社会的望ましさ」の 3 つの下位尺度からなる。

得点の高低は BSRI 日本語版の分析方法にしたがい，中央値を境に判断する。各項目への回答は

7 件法で行い，得点が高いほど女性性あるいは男性性が高いことを示す。本研究では，女性性尺度と男性性尺度のみの計 40 項目を使用した。

(4) 日本語版GHQ-12 （General Health Questionnaire-12）

精神的健康度を測定するために日本語版 GHQ-12（中川・大坊，2013）を使用した。この尺度は，主として神経症者の症状把握，評価，および発見に有効なスクリーニング・テストある。質問項目は 12 項目から構成され，「うつ症傾向」，「社会活動障害」の 2 つの下位尺度からなる。各項目への回答は 4 件法で，採点は GHQ 採点法に基づいて行い，右側 2 つの回答を 1 点，左側 2 つの回答を 0 点と回答を得点化した。得点が高いほど精神的健康度が悪いことを示す。

6. 分析方法

質問紙で得られた回答は，SPSS（IBM SPSS Statistics 22.0）を使用し統計的な処理を行った。

Ⅲ 結果

1. 対象者の背景

本研究では，A 医科大学付属診療所において外来通院中で， ED と診断された 20～30 代の女性患者 43 名と，関東圏内 B 女子大学に在籍する 20 代の女子大学生 139 名を対象とした。対象者の各尺度得点の平均値と標準偏差，および *t* 検定の結果を表 1 に示す。

表1 群ごとの平均値の比較

	患者群（*N*=43）		一般群（*N*=139）		
	平均	*SD*	平均	*SD*	*t*値
年齢	30.63	6.69	20.47	0.75	9.94 **
身長	157.67	5.55	158.21	5.11	0.59
体重	37.81	8.62	50.28	7.52	9.09 **
BMI	15.17	3.20	20.08	2.66	9.97 **
EAT-26合計	86.08	25.52	54.71	16.66	7.08 **
EAT-26ダイエット	39.85	14.94	27.55	11.27	5.62 **
EAT-26過食と食の関心	21.98	8.17	11.74	5.16	9.70 **
EAT-26食のコントロール	24.78	7.63	15.37	4.87	9.43 **
女性性得点	84.79	15.48	89.76	15.40	1.84
男性性得点	75.41	14.92	75.54	17.63	0.04
GHQ-12合計	6.60	3.64	4.35	2.92	3.57 **
GHQ-12うつ症傾向	4.05	1.99	3.27	2.06	2.21 *
GHQ-12社会活動障害	2.50	2.16	1.13	1.52	4.51 **

*t*検定 ： * $p<.05$, ** $p<.01$
BMI：Body Mass Index ／ EAT：Eating Attitude Test ／ GHQ：General Health Questionnaire

BMI（$t(171)=9.97$, $p<.01$），体重（$t(172)=9.09$, $p<.01$）は患者群より一般群の方が有意に高い数

値を示した。年齢（$t(42.32)=9.94$, $p<.01$），EAT-26 合計点（$t(44.67)=7.08$, $p<.01$），EAT-26 ダイエット（$t(175)=5.62$, $p<.01$），EAT-26 過食と食の関心（$t(178)=9.70$, $p<.01$），EAT-26 食のコントロール（$t(178)=9.43$, $p<.01$），GHQ-12 合計点（$t(55.22)=3.57$, $p<.01$），GHQ-12 うつ症傾向（$t(73.08)=2.21$, $p<.05$），GHQ-12 社会活動障害（$t(171)=4.51$, $p<.01$）については，一般群より患者群の方が有意に高い数値を示した。身長（$t(176)=0.59$, *n.s.*），女性性得点（$t(70.24)=1.84$, *n.s.*），男性性得点（$t(176)=0.04$, *n.s.*）については，患者群と一般群の得点の差は有意ではなかった。

次に，対象者の BMI（body mass index）の状況を群別に述べる。患者群では BMI18.5 未満の「痩せ」が 83.7%，18.5 以上 25.0 未満の「普通」が 16.3%，25.0 以上の「肥満」が 0%であった。一般群では「痩せ」が 28.0%，「普通」が 68.8%，「肥満」が 3.2%であった。

2.　対象者の性役割パーソナリティの分類

BSRI 日本語版の分析方法にしたがい，女性性得点および男性性得点を，中央値を境に高低で分け，性役割を 4 つの型に分類した。図 1 に 4 つの型の分布を示す。

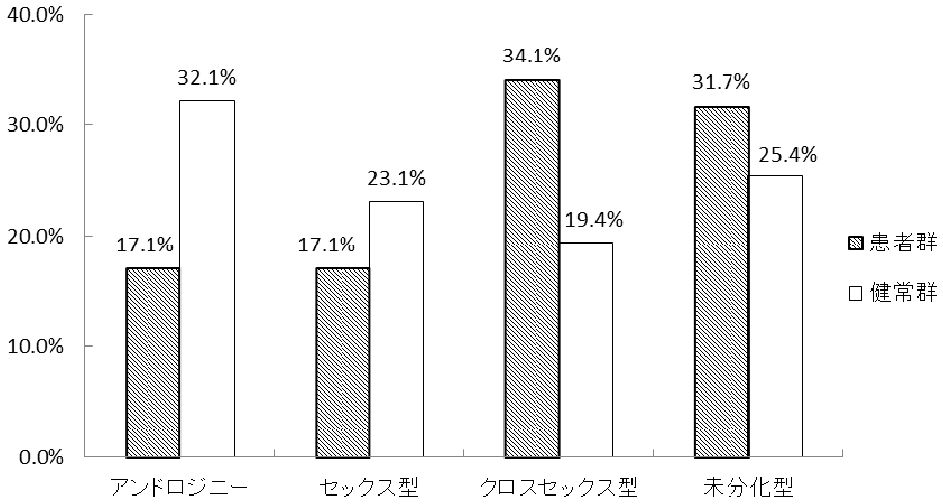

図1　性役割4類型の分類

患者群では，アンドロジニーが 7 名（17.1%），セックス型が 7 名（17.1%），クロスセックス型が 14 名（34.1%），未分化型が 13 名（31.7%）であった。一般群では，アンドロジニーが 43 名（32.1%），セックス型が 31 名（23.1%），クロスセックス型が 26 名（19.4%），未分化型が 34 名（25.4%）であった。ここで，2 変量の χ^2 検定を行った結果を表 2 に示す。

表2　性役割4類型の人数割合

			性役割4類型				合計
			アンドロジニー	セックス型	クロスセックス型	未分化型	
群	患者群	人	7	7	14	13	41
		割合(%)	17.1%	17.1%	34.1%	31.7%	
		調整済み残差	−1.86	−0.82	1.97	0.80	
	一般群	人	43	31	26	34	134
		割合(%)	32.1%	23.1%	19.4%	25.4%	
		調整済み残差	1.86	0.82	−1.97	−0.80	
合計		人	50	38	40	47	175

2変量のχ^2検定：χ^2=6.46, p<0.1

表 2 より，10%ではあるが有意傾向が認められた。残差分析を行った結果，クロスセックス型では調整済み残差の絶対値が 1.96 以上となった。以上から，クロスセックス型では，一般群より患者群の人数割合が有意に大きい傾向があることが明らかになった。

3.　性役割パーソナリティにおける得点の比較

性役割の 4 つの型によって各尺度得点の値が異なるかを検討するために，群ごとに一元配置の分散分析を行った。患者群の結果を表 3 に示す。

表3　性役割との比較（患者群）

患者群	1 アンドロジニー	2 セックス型	3 クロスセックス型	4 未分化型	*F*値	多重比較
BMI	16.25	13.17	16.36	14.80	1.98	
	(4.10)	(1.86)	(3.60)	(2.33)		
GHQ合計点	6.00	3.14	7.83	7.67	3.42 *	3＞2　4＞2
	(4.00)	(3.84)	(3.16)	(2.96)		
GHQうつ症傾向	3.86	2.14	4.64	4.38	3.04 *	3＞2
	(2.12)	(2.19)	(1.78)	(1.66)		
GHQ社会活動障害	2.14	1.00	3.17	3.00	1.83	
	(2.27)	(1.73)	(2.29)	(2.09)		
EAT合計点	73.00	80.00	93.40	90.46	1.09	
	(18.44)	(23.77)	(28.92)	(24.38)		
EATダイエット	33.67	35.71	42.00	43.31	0.85	
	(12.63)	(14.13)	(15.29)	(15.50)		
EAT過食と食の関心	20.00	19.00	24.36	22.77	0.81	
	(8.64)	(7.16)	(7.60)	(9.10)		
EAT食のコントロール	20.43	26.29	26.83	24.38	1.19	
	(6.29)	(5.85)	(9.09)	(7.16)		

一元配置分散分析：* p<.05

BMI：Body Mass Index　／　EAT：Eating Attitude Test　／　GHQ：General Health Questionnaire

表 3 より，患者群では GHQ-12 合計点において群間の得点差は 5%水準で有意差が認められ（$F(3,34)=3.42$, $p<.05$），GHQ-12 うつ症傾向において群間の得点差は 5%水準で有意差が認められた（$F(3,37)=3.04$, $p<.05$）。Tukey の HSD 法（5%水準）による多重比較を行ったところ，GHQ-12 合計点では「クロスセックス型」は「セックス型」より有意に得点が高く，「未分化型」は「セックス型」より有意に得点が高かった。GHQ-12 うつ症傾向では「クロスセックス型」は「セックス型」より有意に得点が高かった。

次に，一般群結果を表 4 に示す。

表4　性役割との比較（一般群）

一般群	1 アンドロジニー	2 セックス型	3 クロスセックス型	4 未分化型	*F*値	多重比較
BMI	20.03	20.16	19.70	20.74	0.73	
	(2.00)	(3.00)	(2.59)	(3.16)		
GHQ合計点	4.45	4.45	3.54	4.50	0.67	
	(3.27)	(2.44)	(2.19)	(3.11)		
GHQうつ症傾向	3.40	3.55	2.85	3.06	0.71	
	(2.16)	(1.72)	(2.05)	(2.12)		
GHQ社会活動障害	1.10	0.97	0.88	1.39	0.68	
	(1.71)	(1.27)	(2.05)	(2.12)		
EAT合計点	52.09	58.70	49.85	57.06	1.75	
	(15.00)	(18.48)	(13.45)	(18.05)		
EATダイエット	26.76	30.10	22.58	30.32	3.17 *	4＞3
	(9.71)	(12.62)	(9.03)	(11.86)		
EAT過食と食の関心	10.88	12.47	12.23	11.97	0.68	
	(3.87)	(6.52)	(5.87)	(4.81)		
EAT食のコントロール	15.28	15.90	15.04	14.76	0.33	
	(4.71)	(5.49)	(4.06)	(4.70)		

一元配置分散分析：* $p<.05$
BMI：Body Mass Index ／ EAT：Eating Attitude Test ／ GHQ：General Health Questionnaire

表 4 より，一般群では EAT-26 の下位尺度「ダイエット」において 5%水準で有意差が認められた（$F(3,128)=3.17$, $p<.05$）。Tukey の HSD 法（5%水準）による多重比較を行ったところ，「未分化型」は「クロスセックス型」より有意に得点が高かった。

Ⅳ　考察

本研究では，ED と診断された女性患者と一般女子大学生を対象に，両群を比較検討して食行動異

常と性役割，および ED は精神疾患であるため精神的健康度の関わりについて新たな知見を得ることを目的とした。患者群と一般群の比較から，患者群のほうが，精神的健康度，社会活動度が低く，うつ傾向が強いことが示された。

女性性得点，男性性得点から対象者の性役割をアンドロジニー，セックス型，クロスセックス型，未分化型の 4 つに分類した結果，患者群では女性性得点が低く男性性得点が高いクロスセックス型の人数が最も多く，一般群では女性性得点，男性性得点が共に高いアンドロジニーの人数が最も多いことが明らかになった。また，χ^2 検定を行った結果，患者群は一般群と比べてクロスセックス型の人数の割合が多い傾向があることも示された。

山登（2003）は，ED は成熟拒否というより痩せて綺麗になりたいという願望に基づいていることから，ED は女性を意識し過ぎた結果と言えなくもないと述べている。本研究では，ED はクロスセックス型が多い，つまり女性性が低い者が多いという結果となり，山登（2003）の見解とは異なるものであった。このような結果の違いは，2 つの可能性が考えられる。まず，山登（2003）との女性性の焦点の当て方に違いがある点である。山登(2003)は見た目における女性性に焦点を当てているが，本研究で用いた尺度 BSRI 日本語版（東，1990）は女性にとって望ましい行動という社会の性的型付けされた標準を内在化した人（例えば，従順な，温和な），すなわち伝統型の概念に基づいた項目を測定しており，山登（2003）のいう女性性とはやや異なる。本研究では，ED は，外見上でなく内在化された女性性を持つ者が少ないという結果が示されたと考えられた。二つ目は，ED において女性性が少ない者の比率が高かったことは，従来から言われている ED における女性性の拒否が示されたともいえる。

さらに，性役割パーソナリティ 4 類型間の得点の差をみるために，群ごとで一元配置の分散分析を行った結果，患者群では GHQ-12 の合計点が「クロスセックス型＞セックス型」，「未分化型＞セックス型」，GHQ-12 うつ症傾向の得点が「クロスセックス型＞セックス型」であるということが明らかになった。田村（2012）は，アンドロジニーはストレス反応が低くコーピング能力が高い，クロスセックス型はストレス反応が高くコーピング能力が低いと述べている。したがって， ED 患者はクロスセックス型が多いことから，女子大学生と比べるとストレス反応が高くコーピング能力が低いと推察される。また，ED 患者はコーピング能力が未熟である（堀田，2004），摂食態度の異常と抑うつや非適応的なストレス対処行動と関連がある（岡本ら，2013），現代女性の置かれた様々なストレス状況を背景に ED が現れていた（小野ら，2014）という先行研究と一致する。

ED 患者ではクロスセックス型が最も頻度が高く，またこの型は他の型よりも精神的健康度が悪かったことから，女性性の低さが ED と関連していることが示された。そこで，摂食障害のカウンセリングにおいて，食行動のみに注目するだけでなく，患者のもつ性役割のタイプを意識しながら行うことが役に立つかもしれない。特に精神的健康度が他の型に比べて悪かったクロスセックス型や未分化型と考えられる患者に対しては有効と考えられる。クロスセックス型の患者に対しては，女性性の獲

得を目指すことが回復の一助になるだろう。さらに，クロスセックス型はストレス反応が高くコーピング能力が低い（田村，2012）といわれていることから，岡本ら（2013）が指摘しているようにストレス対処行動への介入が重要であると本研究の結果からも考えられる。女性性も男性性も低い未分化型は，いまだ自己が確立していないことも一因と考えられ，自己の成長を促すことを目標とするとよいであろう。

一般群では EAT-26 の下位尺度「ダイエット」の得点が「未分化型＞クロスセックス型」ということが明らかになった。この結果から，女性性，男性性両方の未熟さがダイエットに影響を及ぼしている可能性が考えられた。この結果については，一般群は患者群と比べて対象者の年齢が低く，139 名全員が青年期であり，両性のアイデンティティが確立していないことも一つの要因に挙げられるだろう。

最後に，本研究の限界を述べる。まず，本研究の対象者は患者群では 20～30 代の女性，一般群では 20 代の女性であり，年齢の違いが結果に影響を及ぼしている可能性がある。さらに，患者群は 1 施設のみの通院患者であり，人数も 43 名と少ない。そのため，今後はサンプル数を増やした再検討や，摂食障害の病型分類（神経性やせ症，神経性過食症等）ごとに性役割との関連を見出すような研究が必要であると考えられる。

本論文に関し，開示すべき利益相反（COI）関係にある企業などはない。

引用文献

東　清和（1986）. 心理的両性具有の類型論．早稲田大学教育学部学術研究（教育・社会教育・教育心理・体育学編），**35**，45-58.

東　清和（1990）. 心理的両性具有Ⅰ―BSRI による心理的両性具有の測定．早稲田大学教育学部学術研究（教育・社会教育・教育心理・体育学編），**39**，25-36.

東　清和（1991）. 心理的両性具有Ⅱ―BSRI による心理的両性具有の測定．早稲田大学教育学部学術研究（教育・社会教育・教育心理・体育学編），**40**，61-71.

東　清和・鈴木淳子（1991）. 性役割態度研究の展望．心理学研究，**62**（4），270-276.

Bem,S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny，*Journal of Consulting and Clinical Psychology*，**42**，155-162.

Bem,S.L. (1976). Probing the promise of androgyny. In A.G. Kaplan & J.P. Bean (Eds.), *Beyond sex role stereotypes: Readings toward a Psychology of androgyny.* Boston: Little, Brown. pp.48-62.

Bem,S.L. (1977). On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*，**45**，196-205.

Bem,S.L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*，**88**(4),

354-364.

Bruch,H. (1978). *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa.* Massachusetts: Harvard University Press. 岡部祥平・溝口純二(訳) (1992). 思春期やせ症の謎―ゴールデンゲージ．星和書店，pp81-101.

傳田健三　(2003).　摂食障害の病像の変化．こころの科学，**112**，15-21.

江原由美子・山田昌弘　(2010).　岩波テキストブックスα　ジェンダーの社会学入門．岩波書店，pp22-39.

藤原真理・児玉昌久 (1992).　思春期女性の情動性摂食行動の研究（Ⅱ）: 自制仮説と性役割志向性との関係について．健康心理学研究 **5**(2)，40-49.

堀田眞理 (2004). 内科医にできる摂食障害の診断と治療．三輪書店，pp70-158.

小林仁美・石川俊男・野村　忍 (2010). 摂食障害における Quality of Life に関する要因の包括的検討，女性心身医学会雑誌，**15**(1)，144-153.

Mukai,T.,Crago,M.,& Shisslak,C.M. (1994). Eating attitudes and weight preoccupation among female high school students in Japan. *Journal of Child psychology and Psychiatry*，**35**，677-688.

永田利彦 (2012). 摂食障害に対する精神療法的アプローチについて．心身医学，**52**(4)，277-285.

中川泰彬・大坊郁夫 (2013). 日本版 GHQ 精神健康調査票手引き（増補版）．日本文化科学者，pp69-80.

中村このゆ (2011).　摂食障害者と青年男女のボディイメージ，ダイエット体験，摂食態度，ジェンダー観．追手門学院大学心理学部紀要，**5**，61-74.

中島義明・安藤清志・子安増生・坂野雄二・繁桝算男・立花政夫・箱田裕司 (1999). 心理学辞典. 有斐閣, pp504-505.

岡本百合・三宅典恵・神人　蘭・矢式寿子・内野悌司・磯部典子・高田純・小島奈々恵・二本松美里・松山まり子・石原令子・杉原美由紀・古本直子・玉田美江・高橋涼子・山手紫緒・横崎恭之・日山　亨・吉原正治 (2013). 摂食障害の回復過程に関与する因子の検討. 総合健康科学 : 広島大学保健管理センター研究論文集，**29**，1-6.

小野和哉・塩谷美紀・中山和彦 (2014). 摂食障害の世代間の相違と摂食障害の病理（多角的視点から捉えた新たな摂食障害像追求の試み）．心身医学，**54**(10)，916-921.

鈴木眞理 (2003). 乙女心と拒食症―やせは心の安全地帯．インターメディカル，pp52-58.

髙橋清久 (2003). 精神医学とジェンダー．学術の動向，**8**(4)，13-19.

田村綾乃 (2012). 20～30 代の働く女性における女性性・男性性と職場ストレスの関係．跡見女子大学大学院修士論文（非刊行）.

山登敬之 (2003). 若者文化, ダイエットと摂食障害―美の強迫と成熟の困難さのはざまで. こころの科学, **112**, 22-27.