

摂食障害：神経性食欲不振症と神経性過食症 / 失感情症（アレキサイミア） / PTSD / 災害とこころの健康

厚生労働省 eヘルスネット

摂食障害は食行動の重篤な障害を特徴とする精神疾患です。極端な食事制限と著しいやせを示す「神経性食欲不振症」と、むちゃ喰いと体重増加を防ぐための代償行動を繰り返す「神経性過食症」とにわけられます。いずれもやせ願望や肥満恐怖をもち、自己評価に対する体重・体型の過剰な影響があります。心身両面からの専門的治療が必要です。

概念

摂食障害は食行動の重篤な障害で、一般に「拒食症」と呼ばれる神経性食欲不振症 (AN: anorexia nervosa) と「過食症」と呼ばれる神経性過食症 (BN: bulimia nervosa) とに分類されます。診断基準としてアメリカ精神医学会の DSM-IV がよく用いられます。

AN は 10～19 才に多く 40 才以上は稀で 90% が女性です。ダイエットや胃腸症状・食欲不振を契機に発症します。多くの場合、発症前に心理的社会的ストレスを経験しています。

食事の量や回数を制限し、太りやすい食物を避けます。極端なやせ願望と肥満恐怖があります。体重・体型の認知が歪んでいて、実際はやせているのに太っていると感じ、少しでも体重が増えると際限なく増えると考えます。自己評価に対する体重・体型の過剰な影響があります。低体重の深刻さを否認し、活発に動きまわり、周囲が食事や休養を勧めても従いません。上記特徴に加えて「期待される体重の 85% 以下の体重」かつ「無月経」の場合に AN と診断します。

約半数はやがて飢餓に耐えかねてむちゃ喰いを始め、その結果生じる体重増加を防ぐために自己誘発性嘔吐、下剤・利尿剤・浣腸の乱用などの代償行動を行い習慣化していきます。

BN は 20-29 才に多く 90% が女性です。多くは発症前にダイエットを経験し、AN から移行することもあります。

むちゃ喰いは、一定の時間内にほとんどの人が同じ時間・状況で食べる量よりも明らかに多量を食べ、食べることを止められない感覚を伴います。体重増加を防ぐための絶食や嘔吐、下剤・利尿剤乱用などの代償行動を行います。自己評価は体型・体重に強く影響され、やせ願望や肥満恐怖、身体像の障害も伴います。むちゃ喰いと代償行動の頻度が少なくとも3ヶ月間にわたり週2回以上の場合、BNと診断します。

ANの基準にもBNの基準にも合致しない摂食の障害は「特定不能の摂食障害」といいます。

症状

やせや栄養不足による症状として、無月経・便秘・低血圧・徐脈・脱水・末梢循環障害・低体温・産毛密生・毛髪脱落・柑皮症・浮腫などがあります。嘔吐があると唾液腺腫脹・歯牙侵食・吐きダコがみられます。検査値異常として低カリウム血症などの電解質異常・肝機能障害・総コレステロール上昇・低血糖・甲状腺ホルモンや女性ホルモンの低下・骨密度の低下などです。

患者はしばしばこだわりが強く、過敏で情緒的に不安定となります。精神疾患（気分障害・不安障害・物質関連障害・人格障害など）の併存もよくみられます。死因として電解質異常や感染症などの身体合併症、自殺などがあげられます。

思春期・青年期女性の有病率はANが0.1-0.2%、BNが1-3%程度と考えられます。発症後は慢性に経過するか寛解と再発を繰り返すことが多く、ANが回復する割合は受診後4年未満では約30%、4-10年で50%で、10年を超えると70%が回復する一方、10%強は不変で10%近くが死亡するとされています。BNは5-10年で50%は回復、30%は再発、20%は不変で死亡率は0.3%と報告されています。

治療

治療には心身両面からの働きかけが重要です。治療者との信頼関係の構築、栄養状態の改善や身体症状・合併症の治療、不安や抑うつなどの情動面の改善、適切な食習慣の形成、食事や体重に関する信念や価値観の是正を行います。患者は自己評価が低く、完璧主義の傾向があり、大人になること・自立・家族との関係・対人関係・社会生活につ

いて課題を抱えています。心理教育・認知行動療法・対人関係療法・家族療法・社会的技術訓練などを組み合わせた統合的治療が推奨されます。

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 心身医学研究部 安藤 哲也

失感情症（アレキサイミア）

失感情症（アレキサイミア）はシフネオスが提唱した性格特性です。自分の感情（情動）への気づきや、その感情の言語化の障害、また内省の乏しさといった点に特徴があるとされています。心身症の発症の仕組みの説明に用いられる概念ですが、近年は衝動性や共感能力の欠如など、ストレス対処や対人関係を巡る問題との関連が研究されています。

「失感情症」という言葉からは、感情が失われた病気をイメージしてしまいそうですが、それは正しくはありません。

この失感情症（アレキサイミア：a-lexi-thymia）という言葉が最初に唱えられたのは1972年のことです。ハーバード大学マサチューセッツ総合病院のP. E. シフネオス医師は長年、いわゆる古典的「心身症」と言われていた患者さん達（潰瘍性大腸炎や気管支喘息など）の治療に取り組んでいました。その臨床経験からこの患者さん達にはある心理的な特徴があることに気づきました。

あまり生気が感じられず、葛藤状況やフラストレーションがたまる状況では、内省したり困難に上手に対処したりするのではなく、むしろそれを避けるための行動に走ってしまうというのです。そしてその最大の特徴は「自分の感情を表現する言葉を見つけるのが難しい」ということでした。そこから感情を言い表す言葉が欠けていること＝失感情（言語化）症という概念が出てきたのです。

なぜ、心身症というからだの病気とこうした感情を言葉にすることが難しいということとに関係があるのでしょうか？それは私たちのからだのところは密接に関係があるからです。不安や恐怖あるいは喜びといった「喜怒哀楽」は情動(emotion)と呼ばれます。怒ると顔が真っ赤になったり、恐怖に襲われ不安になると心臓がドキドキし声が上ずっ

たりします。このように情動はからだの変化と直結し、自律神経系の変化や表情・声の変化といったからだの変化と一体となっています。

この情動の変化はまた、私たちの主観的な気持ち＝感情(feelings)の変化とも普通結びついています。この感情の変化について、私たちは自分が「腹が立っている」とか「とっても怖い思いをした」とその感情に気づき、それを言葉で表現をすることを普段何気なく行っていますが、心身症の患者さんたちはどうもそうしたことが上手ではないのではないかというのです。昔の諺にある「もの言わざるは、腹ふくるるわざ也」のように、自分の微妙な感情の変化に気づき言葉にしていくことは、私たちの健康維持にとりきわめて大切というわけです。

失感情症の概念は研究者の間で検討されて、以下の特徴としてまとめられました。

- ・自分の感情がどのようなものであるか言葉で表したり、情動が喚起されたことによってもたらされる感情と身体感覚とを区別したりすることが困難である。
- ・感情を他人に言葉で示すことが困難である。
- ・貧弱な空想力から証明されるように、想像力が制限されている。
- ・(自己の内面よりも) 刺激に結びついた外的な事実へ関心が向かう認知スタイル。

こうした特徴に関して、興味深いことに最近の脳科学研究から、自分の内的な感情に気づき・表すことと、自分とは一端離れた視点(他人の視点に立つ)を持つこと＝自分を客体化できることとが、実は密接に関係していることがわかってきました。感情の気づきの問題は共感性、また想像力・空想力などとも大いに関連しているのです。自分の感情の微妙な変化に気づき言葉に出来ることは、彩り豊かな精神生活を送りスムーズな対人関係を築くことにもつながっているというわけです。

このように「失感情症」を理解することは、こころとからだの関係だけでなく、自分と他人との関係のあり方を理解する上でも欠かせないキーワードになって来ています。

元 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 心身医学研究部 小牧 元

PTSD

生死に関わるような体験をし、強い恐怖とそこから逃れることができないという無力感を体験した後、その記憶が恐怖とともによみがえる現象が PTSD です。しかし半年以内に 8 割程度が回復しますし、エクスポージャー療法（認知行動療法）や SSRI などの薬で治療することができるようになってきました。

災害や事故・犯罪被害などで、「もうこのまま自分は死んでしまう」「どうすることもできない」ことを実感して強い恐怖を体験した後で、その記憶が何度も思い出され、そのときに連れ戻されたような感じがして、同じ恐怖がよみがえってくることがあります。これを再体験症状と呼びます。

多くの場合それは正常なことで 2-3 週間のうちに落ち着いてくる方が多いのですが、これが 1 ヶ月以上続いて、ドキドキしたり物音に敏感になったり、いらだった感じ（過覚醒症状）や現実感が無くなって感情が麻痺したり、自分の体験が遠い出来事のように思ったり、事件を思い出させるものに近寄れなくなる（回避・麻痺症状）という症状がそろそろと、PTSD という診断がつきます。正式には外傷後ストレス障害といますが、外傷というのは身体のけがのことではなくて心のトラウマのことです。PTSD になったとしても、3 分の 2 程度は半年以内に自然に治ります。

トラウマとなるような被害を受けた場合あるいは PTSD を発症した場合、ひどく動揺したり大変つらい気持ちになったりします。そのような人に対して、支えになるような人がいることは、大きな助けになります。支えというのは批判せずにその人の気持ちを受け止めること、被害に伴う手続きや生活のストレスを助けてあげることです。具体的には警察や病院に行くことや、職場や学校への報告、被害者がお母さんの時には子どもたちの世話などを助けてあげることです。

被害者に接するときの原則は「三つの安らぎ」、つまり安全・安心・安眠を保証することです。もう被害に遭うことがないこと、助けになる人がいること、ゆっくりと眠れる場所を提供すること（医者から寝るための薬をもらうのも良いでしょう）が大切です。お酒やコーヒー、喫煙が増えないように気をつけてください。

被害を受けた後は PTSD だけではなく、うつ病・不安障害・外出恐怖など、様々な形で精神のバランスが崩れます。ですから誰かが心の状態に気をつけてみてあげることが必要です。PTSD をはじめ、これらの状態には薬が効くことも多いので、勇気を出して精神科や心理士に相談をしてみてください。PTSD の治療としては、SSRI などの抗うつ薬を中心とした薬物療法と、2 時間のカウンセリングを 10 回ほど続けるエクスポージャー療法が、有効であるとされています。

日本で一生の間に PTSD になる確率は、1~3%程度と思われます。その多くが自然に治っているとしても、治療を必要としているのに受けておられない方がたくさんおられます。何年間も PTSD で苦しまれた方が、治療を受けることで治る場合も少なくありません。自分一人だけの問題と思わずに、治療を受けられることをお勧めいたします。

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健部 金 吉晴

災害とこころの健康

災害は大きな心理的な負担を与えるため、人が心身の変調を感じることは正常な反応ともいえます。しかしなかにはうつ状態・PTSD などの精神症状や、飲酒や喫煙などの健康問題が増えることもあります。その際には適切な医療サービスや周囲の人からの支え（ソーシャルサポート）を得てこころのケアに配慮することが重要です。

日本は地震・台風などの自然災害を多く経験しています。特に 1995 年の阪神・淡路大震災以降は、こころのケアの重要性が一層認識されて、災害後に多くの予防や治療的関わりが行われています。

災害は多くの住民にとって予期しない出来事であり、大きな心理的な負担を与えます。災害によって家財を失ったり、親しい人に犠牲がでたり、生活に大きな変化や、将来の生活へ不安がもたらされることがあります。このようなこのような重大な出来事のあとで心身の変調をきたすことは人間の正常な反応ともいえます。

多くの場合には生活の再建とともにこころの健康も回復していくのですが、なかには精神的な影響が長く続いたり、精神疾患の診断がついたりすることもあります。これら

の診断として、うつ病・不安障害・心的外傷後ストレス障害（PTSD）が挙げられます。他にもストレスへの対処行動として、飲酒や喫煙の増加がみられることもあります。

高齢者や子どもは災害弱者といわれますが、高齢者では身体症状の増加や、子供の場合にも頭痛・腹痛・身体各部の痛みなどの身体の不調、気持ちが落ちこみ、またお漏らし・指しゃぶり・保護者へのべたつき（だっこ・おんぶ）といった退行現象（赤ちゃん返り）が見られることがあります。これらの反応は、恐怖を感じたり不安な状況をもたらしたりする心身の反応であり、異常なことではありません。安全を確保して安心感を与えることで、多くは回復していきます。

被災後に実際に不安定になっている人びとを見つけた場合にも多くの場合には直ちに医学的な対応をすることは困難な場合があります。そのような時には、災害の後で新たに生じた不安・落ち込み・苛立ち・焦りなどは、誰にでもあることで多くは一時的なことを伝えて落ち着いて様子を見ること、しかし程度がひどくなった場合には、迷わずに電話相談や相談室などを利用するように伝え、精神的な援助を受けられる体制を確認することが必要です。

特に不眠が続いたり、パニック・興奮・放心などが強かったりする場合には、できるだけ早期に専門家に相談するように勧めます。これは災害だけが原因ではなく、災害の前に別の強い衝撃があったり（家族の事故など）、何らかの精神疾患があったり、あるいは始まりかけていたという場合もあるからです。このような精神的な変化は、体の不調とあわせて生じることもあるので、身体医療のなかでもこころのケアに配慮した対応をする必要があります。

このようにこころのケアは、精神や一般の保健・医療体制のなかで対応されますが、それと同様に重要なことは、周囲の人からの支え（ソーシャルサポート）を得ることです。このような支えは災害後のこころの状態に対して、保護的に働くことが研究からも明らかになっています。

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健部 鈴木 友理子