

摂食障害患者における発症状況分類と その特徴についての検討

大村 慶子

長野県厚生連篠ノ井総合病院精神科

Classification by Onset of Eating Disorder and Clinical Features in Patients with Eating Disorders

Keiko OMURA

Department of Psychiatry, Shinonoi General Hospital

The author examined groups of patients with eating disorders classified according to onset situation, and discussed the clinical features of each group. Forty-one female patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa diagnosed by ICD-10 criteria were studied. The patients were classified into 3 types: diet, appetite loss and bulimic types.

There were 25 patients in the diet type. The onset was dieting behavior. There were 10 patients in the appetite loss type. The onset was involuntary appetite loss and weight loss because of psychological stress. There were 6 patients in the bulimic type. The onset was binge eating.

Patients of the diet and bulimic types developed their eating disorder when they could not cope with psychological stress by means of dieting or binge eating. On the other hand, patients of the appetite loss type developed their eating disorder to escape from reality. This type of patient had no desire for bodily thinness before onset and had a tendency to over-adaptation. The most important feature of the appetite loss type was severe emaciation, sometimes reaching a life-threatening level. This finding shows that the physical condition of this type of patient requires care. *Shinshu Med J* 47 : 297-307, 1999

(Received for publication March 17, 1999; accepted in revised form April 26, 1999)

Key words : eating disorder, classification, onset
摂食障害, 分類, 発症状況

I はじめに

摂食障害は年々増加し¹⁾²⁾, 摂食障害発症はダイエットが契機であることが多いと報告されている³⁾⁻⁵⁾。館⁶⁾は多くの摂食障害患者は、まず自分の意志で痩せようと考え、それを実行している意識的な「行為者」であるが、やがて痩せ続けるか、過食が始まり自分のコントロールが及ばない状態に陥り、病的な精神身体過程の被害者となると述べている。これは摂食障害に特異的である。もちろんダイエット以外から発症する場合

もあり、この場合は発症契機においては館の言う「行為者」とは必ずしも言えない。このような発症状況の相違点に注目することは、摂食障害患者の治療を進めていくうえで重要であると考えられる。なぜなら、摂食障害患者はなかなか医療機関を受診しなかったり、受診しても治療継続が困難などの特徴があるからである。そこで、摂食障害患者の発症状況調査から発症状況による類型化を行い、各々の発症機制的検討を加えて発症状況の特徴を明らかにした。

II 対象と方法

対象は、筆者が信州大学医学部附属病院およびその

別刷請求先: 大村 慶子 〒388-8004
長野市篠ノ井会666-1 篠ノ井総合病院心療内科

関連病院で主治医として担当し、ICD-10の診断基準で Anorexia Nervosa (以下 AN と略す) または Bulimia Nervosa (以下 BN と略す) と診断され、発症状況が明らかであった41症例である。全症例が女性で、発症平均年齢は18.5歳、受診平均年齢は21.2歳であった。

方法は対象患者のカルテ記録から発症状況を調べた。その結果、美容上の目的で意図的に減食をしたことから発症した症例が25症例 (これをダイエット群とする)、心理的ストレスから食欲が低下して体重が減少したことから発症した10症例 (これを食欲低下群とする)、心理的ストレスによる過食から発症した6症例 (これを過食群とする) の3群に類型化できた。

ダイエット群においては、ダイエットが契機ではあるが、背景には必ず心理的要因が存在するので、その要因を調べた。食欲低下群では、食欲低下と関係した心理的ストレスと、適応障害による食欲低下の状態から摂食障害発症に至った要因を調べた。過食群では、

過食が始まる要因となった心理的ストレスを調べた。各群の発症過程は代表的症例を記述することで示した。

さらに各群の特徴をより明らかにするために発症前と受診時の BMI (体重/身長²)、発症から受診までの期間、結婚状況、受診時動機、入院歴、診断などを調査し、統計学的処理は t 検定を行った。表1の中の年齢と BMI の数値は平均値±標準偏差を示した。

なお、AN と BN が相互移行的・重複的な臨床形態である⁷⁾という見解が妥当であるとされていることから、本研究の発症状況の3群比較については摂食障害を一括して AN と BN とを分けていない。

III 結 果

A ダイエット群

1 臨床統計 (表1)

発症平均年齢は18.4歳であり、発症から受診までの期間は1年未満と3年以上が多かった。発症前平均 BMI は22.3であり、受診時平均 BMI は17.7であった。

表1 患者背景

	ダイエット群 (N=25)	食欲低下群 (N=10)	過食群 (N=6)
発症年齢 (歳)	18.4±3.6	19.4±4.8	17.6±1.9
受診年齢 (歳)	21.4±5.3	20.9±5.9	21.3±5.8
発症から受診までの期間			
1年未満	11(44)	9(90)	3(50)
1年～2年未満	2(8)	0	0
2年～3年未満	3(12)	0	0
3年以上	9(36)	1(10)	3(50)
BMI			
発症前 BMI	22.3±3.2	17.7±1.0	20.7±2.9
受診時 BMI	17.7±3.6	13.7±1.1	19.5±2.3
発症時結婚状態			
未婚	23(92)	8(80)	6(100)
既婚	2(8)	2(20)	0
受診動機			
人から勧められて	8(32)	0	2(33)
過食嘔吐に困って	9(36)	0	2(33)
他科から紹介	6(24)	9(90)	1(17)
その他	2(8)	1(10)	1(17)
受診前および後入院歴			
入院歴有	5(20)	7(70)	2(17)
内訳(精神科入院)	5	2	2
(内科小児科入院)	0	5	0
受診時診断			
Anorexia Nervosa	8(32)	8(80)	0
Bulimia Nervosa	17(68)	2(20)	6(100)

括弧内は% *P<0.05, ***P<0.001 (t検定) 年齢と BMI の値は平均値±標準偏差

受診動機は自らダイエットをしているうちに過食嘔吐の症状に困ったり、人から勧められて受診した場合が多かった。受診時診断はANよりBNが多かった。

2 発症状況 (表2)

ダイエットの誘因は「人から太っているとされた」「自分で太っていると思った」「肥満指導」「制服サイズが大きい」「痩せて友人に勝ちたい」「ダイエットは自分ができること」など多岐にわたっていた。

さらに、ダイエット以外に学校や職場や家庭でのストレスなどの発症状況要因が認められた。学校での要因は友人関係や進路問題、職場では対人関係や仕事内容に関するものであった。家庭内要因は長期的にわたっており、両親の不和や親子関係および兄弟関係、また家族の精神疾患などであった。これらのストレスから不安が生じて自信を失い、自信喪失を癒すべくダイ

エットを始めていた。また、ダイエットを始め、痩せると自己満足し、不安感が解消されていた。25症例中22症例は心理的要因に気付いていたが、3症例は心理的要因が存在するにもかかわらずそれに気付いていなかった。

社会適応についてみると、発症前から不登校であったり職を転々として社会適応性が悪い症例が7症例、発症後悪化例が5症例、発症前後で不変であったものが13症例であった。以下に代表的症例をあげる。

<症例21>21歳 (主婦), 女性

既往歴: 特記すべきことはない。

病前性格: 強がり, 完璧主義, 几帳面

生育歴: 父は自己中心的であり, 転職を繰り返す, 酒を飲み荒れることが多かった。一方, 母は自分のやるべきことをきちんとやるので患者は尊敬し, いつも母

表2 ダイエット群の発症状況

症例	発症年齢	発症前社会適応状態	発症後社会適応状態	ダイエット誘因	ダイエット以外の誘因
1	12	普通	普通	太ったと言われた	両親不和, 母の愚痴の聞き役
2	15	悪い	悪い	自分ができること	痩せていれば学校へ行かなくてよい
3	15	悪い	悪い	痩せて友人に勝ちたい	友人関係, 幼少時両親離婚
4	18	悪い	悪い	肥満指導	職場での人間関係
5	18	普通	悪い	太っていると思った	職場での人間関係, 仕事がつつい
6	17	普通	普通	健康上太ってはいけない	両親に甘えられなかった
7	15	普通	悪化	太っているとされた	人間関係
8	23	普通	普通	制服が大きい	母が乳癌, 兄の精神疾患
9	23	普通	悪化	彼氏に好かれるため	恋愛に自信が持てない, 自分に自信がない
10	23	普通	普通	太った	いつも注目されたい, 心配して欲しい
11	20	普通	普通	太っていると思った	職場で気を使う, 仕事に自信が持てない
12	23	普通	悪化	太ったと言われた	仕事で水着を着なくてはいけない
13	16	悪い	悪い	太っていると思った	一浪後高校進学しての不安感
14	17	普通	悪い	痩せて友人に勝ちたい	両親不仲, 母精神病, 妹の非行, 友人関係
15	17	普通	普通	太っていると思った	両親不仲
16	14	悪い	悪い	太っているとされた	両親不和, 母から頼られる, 人間関係
17	20	悪い	悪い	痩せるといいことある	彼氏出来ない, 自信持てない, 仕事ができず
18	17	悪い	悪い	太ったと思った	父親が転職繰り返す, 妹と比較
19	17	普通	普通	お弁当が友人より大きい	進路
20	24	普通	普通	制服が着られない	不妊
21	21	普通	普通	太ったと言われた	結婚生活に自信もてない, 夫の転勤
22	24	良い	悪化	自分ができること	仕事に自信がない, 無力感
23	25	良い	悪化	肥満で結婚できない	同僚の結婚, 仕事で責任出てプレッシャー
24	18	普通	普通	細い方が良いと言われた	職場の人間関係
25	14	良い	良い	デブと言われた	進路, 親の過剰な期待とプレッシャー

に嫌われないように誉められるようにと行動して、母に甘えることはなかった。

中学時代、父が単身赴任して以来、母は患者を頼り始めた。弟達に対しては父親代わりもするようになった。母を徐々に鬱陶しく感じ「母のようにはなりたくない」と思うようになった。早く家を出たいと思い19歳の時アルバイト先で知り合った現夫と結婚した。家族構成：2歳年上の夫（会社員）と2人暮らしで、夫は父とは正反対の性格で全てを受け入れてくれる。発症経過：結婚生活は順調で幸せであったという（身長156cm、体重47kg、BMI19.3）。不妊のため排卵誘発剤を内服したところ、体重は徐々に増え60kgになった。

21歳、夫の転勤で全く知らない土地に引っ越した。夫の帰宅の遅さからも寂しさや不安がでてきた。さらに、結婚生活が不満ではないが自分の理想にならず、何となく自分に自信が持たなくなってきた。そんな折り、友人に「太った」と言われ、「痩せてきれいになればいいことがある。結婚当初の47kgになればまた幸せになれる」と思い、ダイエットを始めた。

1日100kcalの食事しか食べなかった。空腹感を感じても「痩せるため」と思い我慢した。いったん体重が減りだすとおもしろくなり、毎日体重計に乗った。そして、体重が減っていると幸せな気分になり満足感を味わえた。「あと1kg痩せよう」と体重減少の目標を設定し、体重が減っていると達成感を自覚し、自信が持てるようになっていった。さらなる目標を立て痩せるとますます自信をつけた。2～3か月で体重は37kg (BMI15.2) になった。痩せるにつれて目標は限界がなくなり、痩せていく自分の体を眺めては自己陶醉感に浸り、体重を減らすことしか考えられなくなっていた。

そんな折り、夫が腹壁に腫瘍ができ手術を受けるため入院した。夜、一人でいる時寂しさと不安感に襲われた。今までは、痩せることで不安感が消えていたが、今回は不安感が解消されないため受診した。

（症例要約）夫の転勤による慣れない土地での生活の不安と寂しさ、理想の結婚生活が送れず自信を失った状況で「太った」と言う友人の言葉が契機になりダイエットが始まった。痩せることで自己満足し失った自

表3 食欲低下群の発症状況

症例	発症年齢	発症前社会適応状況	発症後社会適応状況	発症誘因→食欲低下	食欲低下から摂食障害に至らしめた要因
26	12	良い	悪化	児童会会長になった	家族（特に母）が心配してくれた、現実逃避（身体症状で学校を休めた）身体化で良い子の破綻を示した
27	14	良い	悪化	姉と同じテニス部部長になった	現実逃避（部長をやらずに済んだ）、不安回避 母が痩せると自分の言いなりになった 痩せて姉に勝ち自己満足し自信のなさを癒した
28	17	良い	悪化	進路、友人の中に入っていけない	現実逃避（進路問題を考えずに済んだ）、不安回避 痩せて自己満足し自信のなさを癒す
29	22	普通	悪化	失恋	現実逃避（失恋の現実からの逃避） 痩せていくことで失恋の寂しさや不安を忘れられた 痩せることで自信のなさを癒した
30	23	良い	悪化	園児の熱発が増え園長から責められた、多忙	現実逃避、不安回避 痩せていくことで自己満足し自信のなさを癒した
31	23	良い	悪化	夫は仕事中心、転勤で見知らぬ土地の生活	痩せていくことで夫の気持ちを向けさせた 現実逃避（結婚生活からの逃避）、不安回避 痩せていくことで自己満足し自信のなさを癒す
32	26	良い	悪化	夫は仕事中心、義母の看病	痩せていくことで夫の気持ちを向けさせた 現実逃避（結婚生活、義母の看病）不安回避
33	20	良い	悪化	仕事がうまくいかない、上司が厳しい	現実逃避（仕事）、不安回避 痩せていくことで自己満足、自信のなさを癒す
34	24	普通	悪化	失恋	現実逃避（失恋の現実）、不安回避
35	13	良い	悪化	学校や家で強い子と思われ頼りにされていた負担	痩せて弱さを示した、強い子の評価の破綻を示した 現実逃避（学校）

信を癒し、現実不安を回避する状態になり、ますます痩せが進み、やがて摂食障害が発症した。

B 食欲低下群

1 臨床統計 (表1)

平均発症年齢は19.4歳であり、発症後1年以内の受診が10症例中9症例であった。発症前の平均BMIは17.7、受診時の平均BMIは13.7であった。受診動機は内科、小児科からの紹介が9症例であり、そのうち5症例は入院中であった。受診時診断はANが8症例で、BNは2症例であった。

2 発症状況 (表3)

全症例で発症前に心理的ストレスが認められた。このストレスは患者自身が自覚していた。ストレスが加わったことで食欲が低下し、体重減少が進んでいった。

発症前の社会適応は良いと評価されていたり、頑張り過ぎて過剰適応の傾向にあった。発症後は全症例が著しい痩せにより不登校や休職、既婚症例では家事ができない状態になっていた。

3 食欲低下から摂食障害発症に至った要因 (表3)

各症例ともストレスが加わると食欲低下から痩せていくが、この患者の痩せた状態に周囲が反応を示した。このように痩せの状態になると、全症例でストレスから逃避できる状況が起こっていた。また、最初は自然に痩せた状態であったが、「痩せたこと」に患者が喜びを感じた結果、意識的に痩せようとするのが認められた。このことを通して、患者にとっては痩せることが失った自信を癒す手段や、不安を回避する手段になっていることが想像される。

<症例33>20歳 (会社員)、女性

既往歴：特記すべきことはない。

病前性格：完璧主義、神経質

生育歴：母親は常に父親を立て、機嫌を損ねないように気を使い、父親を中心に家族がまわっていた。患者は何をするにも自分では決められず周りの様子を伺いながら行動し、母親に甘えることもできなかった。

幼少時から「痩せているのにスポーツができてすごい、よく頑張っている」と評価されていた。その反面、何かあると挫けやすく、学校に行きたくないと思うと熱発して休むことがあった。

高校時代は足が速かったので陸上部に入った。男っぽく見られがちで、それが嫌で女らしくなりたかったという。そのため、部活動を辞めてから髪を伸ばし始め、その後ロングヘアーを変えたことはない。

家族構成：両親と患者の3人家族。父親は刑務官で厳

しく、几帳面で融通性がない。母親はしっかり者である。

発症経過：20歳、専門学校を卒業後建設会社に事務職として就職した(身長165cm、体重50kg、BMI18.4)。上司は女性で厳しく、その厳しさについていけず徐々に仕事に対し自信を失い、不安が出現した。

仕事に行くのが億劫になり憂うつな気分が襲われるようになった。食欲も落ち自然に体重が減っていった。痩せると会社や家で皆が心配するようになった。そして「こんなに痩せてまで自分は一生懸命頑張っている」姿を示そうとしたという。体重が減り始めると体重のことにのみ気持ちが向くようになり、帰宅するとすぐ体重計に乗っていた。同じ体重だと安心し、少しでも減っていると嬉しくなり、減った体重を維持しようとして食事を減らした。その結果体重が減り、またその体重を維持しようとして食事を減らす。食事量と体重が互いに関連し合っ、一層痩せていった。また、体重のことを考えていると仕事の不安は忘れられた。そして、体重が少しでも減っていると満足感を感じるとともに仕事で失った自信を取り戻せるような気分になれた。仕事を始めて1年半たった頃、体重は36kg (BMI13.2) に減少し、動けなくなり仕事を休むようになったため内科を受診した。そこで、精神科を紹介されて受診した。

(症例要約) 発症前から痩せており、痩せ願望もなくダイエットをしたこともなかった。就職後、上司との人間関係、仕事に自信が持てないなどのストレス状況になり、食欲が低下し自然に体重が減少していった。痩せたことで周囲が心配したこの段階でもっと痩せようと思い、意図的な減食が始まった。さらに、痩せることに自己満足し、失われた自信が癒されていった。こうして痩せを進行させ摂食障害が発症した。

C 過食群

1 臨床統計 (表1)

平均発症年齢は17.6歳であり、受診までの期間は1年未満と3年以上が多かった。発症前の平均BMIは20.7、受診時の平均BMIは19.5であった。受診動機は、過食嘔吐の症状に困ったり、人から勧められた場合が多かった。

2 発症状況 (表4)

全症例、ストレス状況になった時、野上⁸⁾の言う「気晴らし食い」が始まっていた。発症前から社会適応に問題があったのは2症例、発症後に悪化したのは

表4 過食群の発症状況

症例	発症年齢	発症前社会適応状況	発症後社会適応状況	過食の始まった誘因
36	20	悪い	悪い	職場での人間関係, 不安緊張感の高まり
37	16	普通	悪化	学校や家庭で嫌なことがある
38	21	普通	普通	職場で嫌なことがある, 落ち込む
39	16	普通	悪化	友だちが担任に患者の悪口をいい, 担任が叱った
40	16	普通	悪化	部活があわない
41	16	悪い	悪い	留学中のホームシック

4症例であった。

〈症例40〉17歳, 高校2年生

既往歴: 特記すべきことはない。

病前性格: 神経質, 明るい, 言いたしたらきかない。

生育歴: 幼少時からあまり手のかからない子であった。学校では友人の世話をやくが, 自分のことになると優柔不断であった。患者が中学2年生の時, 兄が不登校になり, 両親は患者のことを放りっぱなしにして兄のことに夢になっていた。このような状況にあって, 徐々に自分の安心できる居場所を感じられなくなっていった。

家族構成: 両親と3歳年上の兄の4人家族。父親は銀行員である。母親は弱音を吐かず, 完璧なところしかみせない。兄は不登校となり高校2年で退学して家にいる。

発症経過: 高校入学後, 悩んだ末に弓道部に入部した(身長164cm, 体重53kg, BMI19.7)。高校1年生の終わり頃, レギュラーから外されたことで「部活動は自分に合わず上達もしない, 厳しいしもう辞めたい」と部活動のことで悩むようになった。この頃から無性に食べなくなり, 友人と食べ歩くことが始まった。食べ歩きが増えると体重も増え, 太ることが嫌で下剤を使うようになった。さらに, 一緒に食べ歩く友人から「食べた後吐けば太らないしスッキリする」と教えてもらい吐くことが始まった。テスト前の不安な時, 自分にとって嫌なことがあった時, 自暴自棄になった時, 抑え難い激しい過食衝動に駆られ堰を切ったように食べ始めた。そして, 胃が苦しくなっても止めることができず食べ続けた。食べている時は不安が消え何もかも忘れられ, 頭の中が真っ白になれた。過食後は太る恐怖に襲われ自発嘔吐した。そして, 後悔し落ち込み自己嫌悪に陥り, 罪悪感にさいなまれた。過食衝動は進路問題がでてくるとますます強まり, 自己コントロールができない状態になっていった(体重60kg, BMI22.3)。母親に病院に行くことを勧められ受診し

た。

(症例要約) 部活動がうまくいかないことで不安が生じイライラして気晴らし食いが始まった。食べている間は嫌なことを全て忘れられたが, 太る不安から嘔吐し下剤を使うようになった。不安が生じると無性に食べなくなり, 食べれば太る恐怖から吐く, 下剤を使うというサイクルができ摂食障害が発症した。

D 3群間の比較

1 臨床統計(表1)

発症年齢は3群間で有意差はなく, また発症時3群とも未婚の比率が高かった。発症から受診までの期間は, ダイエット群と過食群では1年未満と3年以上の比率が高い傾向にあり, 食欲低下群では1年未満が90%で高率の傾向にあった。

食欲低下群の発症前平均BMIは17.7, 受診時平均BMIは13.7であり, 他2群に比べるとどちらの値も有意に低値であった。

受診動機はダイエット群と過食群では人に勧められた場合や自ら過食嘔吐の症状に悩んで受診した場合が多かった。これに対して食欲低下群では内科や小児科からの紹介が90%と高率の傾向にあった。診断はダイエット群ではBNがANより多く, 食欲低下群ではANがBNより多かった。

2 発症状況(表2-4)

3群全てに学校や職場や家庭でのストレスがあった。そのストレス内容は3群間で差はなかった。

ダイエット群では直接の発症契機はダイエットであったが, 必ず背景には心理的ストレスが存在していた。このストレスは自覚的な場合と他覚的な場合があった。ストレスから生じる葛藤や不安を避けるため, 自らダイエットを行い, 痩せることに気持ちを向けていった。

一方, 食欲低下群では全てがストレスを自覚していた。ストレスから食欲が低下し体重が減少した。それに加え, 抑うつ気分, 意欲低下, 不安焦燥感などの精

神症状が認められ適応障害の状態であった。痩せたことを患者が意識した時から痩せ願望が出現し、意図的減食が始まった。

過食群は食欲低下群と同様にストレスを自覚していた。そのストレスから生じる不安焦燥感などを気晴らし食いをを行うことで解消した。しかし、太る恐怖からパージングを行い、また過食するという悪循環が形成されていった。

Ⅳ 考 察

A 今までになされた類似化について

摂食障害は臨床症状や経過や性格など心理的側面を中心に色々な分類がなされている⁹⁾⁻¹³⁾。これらの分類では、摂食障害の臨床特徴の記載が主題となっている。今回の研究と類似性が認められる分類は笠原¹⁴⁾の分類である。笠原の分類はANを対象とせず、BNのみを対象としたその発症状況の分類である。摂食障害はANとBNは相互移行的で重複的な臨床形態であるゆえ、摂食障害全体を論ずる必要がある。そこで、本論文の分類は摂食障害全体を対象にしている。笠原¹⁴⁾は、ストレスから過食しBNが発症する群、ストレスから食欲が低下した状態が3~4カ月程続いた後にBNが発症する群、意図的減食、すなわちダイエットからBNが発症する群、痩せ願望のため自発的嘔吐を行っているうちにBNが発症する群の4群に分けている。笠原の分類は、発症状況と性格特徴を述べた内容のみに言及しており、また笠原分類を始めとし、今までの分類は身体的な記載がほとんどなされていない。

摂食障害は身体症状を巻き込み、特にANは他の精神疾患より死亡率が高いとされている¹⁵⁾。発症過程で食欲が低下した状態では、患者は内科や小児科を受診する場合も多い。そこで、今回の分類は発症状況と身体状態の関連性に重きを置き、治療上留意すべき点に注目したことがこれまでにはなかった新たな視点であると考えられる。

B 本研究での類似化について

1 ダイエット群

この群はダイエットから発症した群である。山口¹⁶⁾は、DSM-III-Rにより摂食障害と診断した57症例の女子大生を調査したところ、32症例(56%)で発症契機がダイエットであったという。今回の研究でも41症例中25症例(61%)がダイエットを発症契機としており、ほぼ同じ割合であった。

ダイエット群の発症前BMIは22.3であり、決して

ダイエットが必要とする程、太っているとはいえない。しかし、現代の若い健康女性が高率に痩せ願望を持ち¹⁷⁾、著者ら¹⁸⁾¹⁹⁾が女子高校生1,200名を対象にして行ったダイエットに関する意識調査で痩せ願望が90%に認められたこと、一般女性に「痩せ」を美とする社会的風潮²⁰⁾があることから、自己体重を過大評価している人が多い²⁰⁾²¹⁾。また、一般中学生の理想体重はアイドルタレントに近い²¹⁾と報告されていることから、痩せ願望やダイエットは摂食障害患者に限ったことではない。問題は、ダイエットをしても摂食障害になる人とならない人が存在することである。

その相違点としてWardle²²⁾や松本ら²³⁾のダイエット方法に関する研究があるが、今回の研究で注目したのは心理的要因の関与とダイエットの関係である。高木⁹⁾は大部分の患者は発症の契機としてダイエット、あるいは太っているのを気にしてなどと答えるが、これは摂食障害という表現型をとる以上当然のことであり、背景にある葛藤が自らの体型に関心を持つことに置き換えられている場合がほとんどであると述べている。今回の調査でも美容上の問題以外の心理的問題(各年代に応じた社会生活でのストレスや葛藤、人間関係、家庭内での親子関係など)が認められていた。

そこで、ダイエット行為と心理的要因がどのように摂食障害発症に関与していくかについて述べる。摂食障害になりやすい患者は自己評価が低い²⁴⁾²⁵⁾と報告されているが、ダイエット群では、心理的ストレスが加わるとますます自分に自信が持たなくなり自己評価が低くなっていく。それを埋め合わせるために「痩せ」が美とされている社会的要因と結びつきダイエットを始める。ダイエットで体重が減ると自己満足し、さらなる体重減少の目標を達するべく努力する。体重は目に見える自己評価指標であり、体重が減ると達成感が生じる。心理的問題を「体重減少」を達成する目標に置き換え、心理的安定を保とうとする。身体的には、食事制限によって二次的に胃排出遅延²⁶⁾や視床下部一下垂体系に機能障害等の変化が生じる²⁷⁾と言われている。精神的にも痩せによる強迫的な食べ物へのとらわれ、不安焦燥感、抑うつ気分、注意集中力低下などが生じてこれらが悪循環となり、摂食障害が進行していくと考えられる。

ダイエットを行っているうちに過食が始まりBNと診断されるようになった症例が17症例(68%)あった。今までの研究でもダイエットが過食の誘因になることはすでに知られている²⁸⁾²⁹⁾。さらに、この17症例は笠

原の「意図的減食の経過中に発症する群」に相当する。笠原はこの群には痩身願望を背景とした例が多く、強迫的ないしは未熟性格といった人格偏奇に基づいた発症状況と述べている。今回の研究の17症例も痩せ願望を持ち人格的な点で問題はあったが、それはこの群に限ったことではなかった。

以上をまとめると、発症においてダイエット群は心理的要因が生ずると、その解決方法としてダイエットを開始する。ダイエット行為が不安回避手段や自己評価を高める手段になるが、このダイエットに失敗して摂食障害が発症する。

2 食欲低下群

この群の発症機制については以下のように考えてみたい。発症前はほとんどの症例が学校や職場や家で過剰適応しているが、心理的ストレスが加わると、食欲低下が生じ体重減少が起こる。この体重が減少した状態のままであるか、つまり、適応障害の病態に留まるのか、それとも摂食障害が発症してしまうか、この分岐点としては症例が示すように次の3つの場合が考えられる。

第1に食欲が低下し痩せた状態を周囲の人が見て心配し、関心を寄せることで疾病利得が患者に生じる場合、第2に患者自身は体重が減ることに「喜び」を感じ、また減った体重で自己満足し、仕事や人間関係などで自信を失っている状態を癒すことができる場合、第3に心理的ストレスで生じている不安感を体重を減少させることで置き換える場合である。これらが生じると、意図的減食が始まりますます痩せが進み摂食障害が発症する。こうして体重減少により身体的に危機状態に陥る。

なお、食欲低下を起す前の平均BMIは17.7であり、すでにANの診断基準に近い程の痩せて、全症例とも発症前は痩せ願望がなくダイエット経験もなかった。受診時は平均BMIが13.7となり、他2群と比べ著しい痩せとなり、1症例は痩せによる全身衰弱によって死亡している。この症例は頭痛と食欲低下で内科を受診し、当科に紹介された。しかし、疾病否認が強く、精神科的治療が中断して、6カ月後に病院へ連れてこられたが、もはや時期が遅く死の転帰をとった。このように、生命予後の悪い症例が含まれていたことは注目すべき点である。

摂食障害の死亡に関する報告は今までもなされているが、本研究と関連するような報告は少なく、死亡率と死因に関する内容が多い。死亡率の値は様々である

が、ANの死亡率は追跡期間が1年経過するごとに0.56%上昇し、10年で5.6%に達するという報告¹⁵⁾もある。死因では、痩せによる栄養障害が54%、自殺27%、その他19%という報告¹⁵⁾がある。BNでは、死亡率はANより低く、今までに7件の報告³⁰⁾がある。その死因は、交通事故3件、自殺2件、低体重1件、高血圧発作1件である。

高木ら³¹⁾は死亡症例は発症から受診までの平均期間は6.3年と著しく長いとしている。しかし、症例報告で、14歳の女子が発病後約2年で痩せのため死亡したという文献³²⁾もあり、これは珍しい症例報告といえるだろう。

以上のように、摂食障害と死亡に関する文献がない訳ではないが、詳しい経過を記載した報告は少ない。特に、今回の研究に即していえば、食欲低下群で死亡症例が出ていることは注目すべき所見であると考えられる。

食欲低下群についてまとめると、食欲低下群では発症前は過剰適応の傾向にあり、心理的ストレスが生じると「食欲低下と痩せ」が起こり、経過途中から意図的減食が始まる。そして摂食障害を発症することでストレスから逃避するようみえる。この痩せの進行は著しく、場合によっては死に至ることもあり、意図的減食によって生ずる身体的障害に対して早期から適切な処置を施す必要がある。この点が食欲低下群の重要な特徴である。ところが、「食欲低下から発症した摂食障害患者が、ダイエットや気晴らし食から発症した摂食障害患者に比べ、著しい痩せに至る」という観点から観察した報告は見当たらない。食欲低下と痩せで内科や小児科を受診する患者の中には、摂食障害の入り口に立たされている患者もおり、この患者が摂食障害発症に至らないように注意して診ていくことが肝要である。

3 過食群

この群は、ストレス由来の不安を食べることによって解消するという心理機制で発症しており、野上⁹⁾の言う「気晴らし食」からの発症に該当する。

過食に至る理由をMitchellら³³⁾は緊張感と不安感が87%で最も高率であると報告しており、JohnsonとLarson³⁴⁾は過食後のパーキングで安心感が得られると報告している。今回の研究でも同様のことが言え、発症機制は次のように考えられる。現代は食物が豊富で「食べたい」時にいつでも食べられるために、「気晴らし食」は簡単なストレス解消手段といえる。そこでストレスが加わったり、不安感が生じると最も簡単

表5 積極的食行動異常発症型と受動的食欲低下発症型の比較

	積極的食行動異常発症型	受動的食欲低下発症型
対応群	ダイエット群と過食群	食欲低下群
心理的ストレスへの対応	ダイエットや気晴らし食い	食欲低下と痩せ
発症過程	ストレスに対して自らダイエット気晴らし食いをして対処した結果、その行動が失敗して摂食障害発症	ストレスに対して身体化（自然に食欲低下して痩せた）したことから摂食障害が発症
発症前後の社会適応状態	発症前良い場合～悪い場合さまざま→発症後不変～悪化	発症前良いこと多く、過剰適応傾向→発症後身体症状で悪化
発症前の痩せ願望	あり	なし
発症前後 BMI	発症前標準的→発症後標準的～痩せ	発症前痩せ→発症後著しい痩せ（生命的に危険になることもある）
受診までの期間	幅広い	1年未満が多い
受診動機	人に勧められたり、過食嘔吐の症状に困って	内科小児科からの紹介が多い

な「気晴らし食い」によって解消するが、太る恐怖から自己誘発嘔吐や下剤使用が始まる。このサイクルが始まると心身ともに過食嘔吐に依存し、吐くために食べるという状態が生じてくる。こうして摂食障害が発症する。

以上をまとめると、心理的ストレスを気晴らし食いで解消するが、食べた後に太る恐怖から自発嘔吐、下剤使用が始まり、摂食障害が発症するものといえる。

なお、この群は笠原分類⁴⁾の「最初から過食として発症する群」に相当する。この群を笠原は「食欲低下の経過中に発症する群」とともに典型的な心身症の発症機制を示し性格的弱さが問題であるとしているが、性格的問題はこの研究では過食群以外にも認められた。

C ダイエット群、食欲低下群、過食群の比較 (表5)

ダイエット群と過食群は心理的ストレスが生じるとダイエットや気晴らし食いで対処するが、それに失敗して摂食障害が発症する。自ら摂食障害発症の道を進み始めるといえる。自分でストレスに対し積極的に行動（ダイエットや気晴らし食い）をとった結果として発症したことから「積極的食行動異常型摂食障害」と呼ぶことにする。また、ダイエット群と過食群は発症前後の社会適応性や発症前の痩せ願望や受診経路などにおいて共通点が多い。

一方、食欲低下群では心理的ストレスが加わると、これに対して「食欲低下と痩せ」が始まる。このような身体化により、自分の体を心配してくれる周囲の反応と「痩せ」による自己満足が生じ、失っていた自信が癒されることから、二次的に意図的減食を始め摂食障害に至る。この群は他2群と違いストレスに対し「食欲低下と痩せ」という身体化から始まるので「受

動的食欲低下型摂食障害」と呼ぶことにする。このような「受動的食欲低下型摂食障害」という観点から報告した文献はこれまで見当たらない。しかし、この群は先にも述べたように死に至る危険性をもっているのので、臨床的には十分に身体状態に注意していく必要がある。

V まとめ

- 1 摂食障害患者41症例を発症状況により、ダイエットから発症するダイエット群、食欲低下から発症する食欲低下群、気晴らし食いから発症する過食群の3群に分類し、発症要因を検討した。
- 2 ダイエット群と過食群では、心理的ストレスをダイエットや気晴らし食いで対処しようとして失敗し、摂食障害が発症していた。自ら進んで摂食障害の道を進み始めた点で「積極的食行動異常型摂食障害」と呼んだ。
- 3 食欲低下群では、心理的ストレスが加わると「食欲低下と痩せ」という身体化が始まり、二次的に意図的減食となり摂食障害が発症していることから、これを「受動的食欲低下型摂食障害」と呼んだ。発症前には痩せ願望はなく、二次的に意図的減食になるのは痩せることに周囲が反応し、それが痩せを進める強化因子になる場合、痩せることが「嬉しい」と感じられる場合、および不安感が痩せたことで解消される場合であった。
- 4 食欲低下群（受動的食欲低下型摂食障害）は発症前過剰適応の傾向があり、発症後は他2群に比べ重篤な痩せにより、現実逃避状態となり、結果的に直面化していたストレスを回避したことになる。そして、

この群の重要な特徴は他2群に比べ重篤な痩せに至り、場合によっては死をも招きかねない点である。それゆえ、日常臨床場面で二次的な意図的減食によって生ずる身体症状に対しては早期に適切な対処をしていくことが必要である。

本論文の要旨の一部は第17回および第18回日本社会精神医学会（平成9年3月東京，平成10年3月高松）

で発表した。また、本論文の全体の要旨は第95回日本精神神経学会（平成11年5月東京）で発表した。

謝 辞

稿を終えるにあたり、御指導御校閲を賜りました信州大学医学部精神医学教室 吉松和哉教授に深謝致します。

文 献

- 1) Halmi KA: Changing rates of eating disorders: what does it mean? Am J Psychiatry 152: 1256-1257, 1995
- 2) Willi J, Grossman S: Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. Am J Psychiatry 140: 564-567, 1993
- 3) 高木洲一郎: 青年期の摂食障害. 臨床精神医学 19: 785-790, 1990
- 4) Polivy J, Herman CP: Dieting and bingeing. A causal analysis. Am Psychol 40: 193-201, 1985
- 5) Striegel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J: Toward an understanding of risk factors for bulimia. Am Psychol 41: 246-263, 1986
- 6) 館 哲朗: 摂食障害の生物学的背景をどのように考えるか. 脳の科学 20: 19-27, 1998
- 7) Fairburn CG, Cooper PJ: The clinical features of bulimia nervosa. Br J Psychiatry 144: 238-246, 1984
- 8) 野上芳美: 青春期の「気晴らし食い」. 臨床精神医学 7: 1285-1291, 1978
- 9) Dally P: Treatment and outcome of anorexia nervosa. Br Med J 2: 793-795, 1966
- 10) 木下悦子: 思春期神経性無食欲症の研究. 精神神経学雑誌 87: 601-633, 1985
- 11) 青木宏之, 末松弘行, 江崎正博, 黒川順夫, 玉井 一, 武末妙子, 遠山尚孝: 神経性食欲不振症の病態発生機序に関する心身医学的考察. 心身医 16: 30-38, 1976
- 12) 鈴木啓嗣: 社会的活動の視点からみた神経性無食欲症の臨床経過. 児童青年精神医学とその近接領域 33: 127-144, 1992
- 13) 馬場謙一: 神経性食思不振症. 精神療法 7: 12-19, 1981
- 14) 笠原敏彦: 摂食障害の発病状況. 社会精神医学 12: 311-316, 1989
- 15) Sullivan PF: Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 43: 1073-1076, 1995
- 16) 山口直美, 堀 正士, 上月英樹: 大学生における摂食障害の変遷. 第32回全国大学保健管理研究集会報告書, pp 299-301, 1984
- 17) Cash TF, Hicks KL: Being fat versus thinking fat: relationships with body image, eating behaviors, and well-being. Cognitive Ther Res 14: 327-341, 1990
- 18) 大村慶子, 吉松和哉: 現代思春期青年期ダイエットに関する意識調査 (抄録). 社会精神医学 11: 246, 1998
- 19) 大村慶子, 吉松和哉: ダイエットに関する高校生の意識アンケート調査 (抄録). 社会精神医学 12: 96, 1998
- 20) 竹内 聡, 早野順一郎, 堀 礼子, 向井誠時: ボディイメージとセルフイメージ (第2報). 心身医 33: 698-703, 1993
- 21) 竹内 聡, 早野順一郎, 堀 礼子, 向井誠時, 藤浪隆夫: 中学生の体重イメージ. 心身医 33: 692-695, 1993
- 22) Wardle J: Eating style: a validation study of the Dutch Eating Behavior Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. J Psychosom Res 31: 161-169, 1987

- 23) 松本聡子, 熊野宏昭, 坂野雄二: どのようなダイエット行動が摂食障害傾向や binge eating と関係しているか? 心身医 37: 426-432, 1997
- 24) Silverstone PH: Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression. Psychol Rep 67: 276-278, 1982
- 25) Slade P: Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Br J Clin Psychol 21: 167-179, 1990
- 26) Robinson PH: Determinants of delayed gastric emptying in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Gut 29: 458-464, 1988
- 27) Casanueva FF, Borras CG, Burguera B: Steroids and neuroendocrine function in anorexia nervosa. J Steroid Biochem 27: 635-640, 1987
- 28) 石川 中, 末松弘行: 神経性食欲不振症の実態調査のための資料. 厚生省特定疾患中枢性摂食異常調査研究班, 昭和57年度研究報告書, p 12, 1983
- 29) Pyle RL, Mitchell JE, Eckert ED: Bulimia: a report of 34 cases. J Clin Psychiatry 42: 60-64, 1981
- 30) Keel PK, Mitchell JE: Outcome in bulimia nervosa. Am J Psychiatry 154: 313-321, 1997
- 31) 高木洲一郎, 村田佳應, 光宗勝繁, 片山義郎, 浅井昌弘, 保崎秀夫: Anorexia nervosa の死亡例の検討. 精神医学 27: 899-906, 1985
- 32) 大隅紘子, 荒木隆次: 死亡した Anorexia Nervosa の 1 症例. 心身医 20: 249-253, 1980
- 33) Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED: Frequency and duration of binge-eating episodes in patients with bulimia. Am J Psychiatry 138: 835-836, 1981
- 34) Johnson C, Larson R: Bulimia: an analysis of moods and behavior. Psychol Med 44: 341-351, 1982

(H 11. 3. 17 受稿; H 11. 4. 26 受理)
