

ジワジワと増えつつある摂食障害

九州大学病院心療内科講師 河合 啓介 氏

食べては嘔吐を繰り返し、極端なダイエットから絶食をする摂食障害。今までは思春期の女性の病気とされていたが、最近はより広い年齢層でも認められるようになってきた。そして単に栄養失調に陥るだけでなく、脱力感や精神的な不安に襲われるなど、心と身体の両方に障害が生じるケースも少なくない。摂食障害という病名こそ一般に知られるようになってきたが、自ら治療に足を運ぶ患者はまだ多くない。九州大学病院心療内科講師 河合啓介氏に、摂食障害の現状と治療の展望について伺った。

中高年までの遷延化も問題に

摂食障害は、大きく神経性食欲不振症(拒食症)と神経性大食症(過食症)に分けられ、拒食症は標準体重の-20%以上(国際基準は-15%)を、過食症は基本的に標準体重の範疇にある場合をいう。どちらも体重の増加に対して極端な恐怖を抱き、体重や体形が自分の存在価値に与える影響が過剰に大きいといった共通する臨床像を呈する。

日本における摂食障害の実態は、受診しない患者が多いため詳細に把握することが難しい。厚生労働省研究班(中井義勝ら)が京都市内の女子高校生及び女子大学生を対象に行った調査では、拒食症の有病率が0.2~0.4%で、過食症の有病率が2.2%であった。この結果は欧米のデータとほぼ一致する。発症するのは90%

以上が女性で、拒食症の場合は「やせている」「食事量の低下」「過食・嘔吐」「下剤の乱用」「低栄養による身体的異常」などを、過食症の場合は「過食・嘔吐」「下剤の乱用」などを特徴とする。

河合氏は、病院を受診する摂食障害患者は最近の20年間で、10倍近くに増えていると指摘。さらに「若年発症者に加え、中高年まで症状が遷延する人が増えているのも問題」と話す(図1)。長年にわたり社会との接点がなくなると、それだけ社会復帰が難しくなり、結果的に遷延化、難治化するからだ。

価値観の一元化やダイエットブームが背景に

摂食障害が増加した背景には、社会環境や人々の考え方の変化などがある。

「競争社会の進展で価値観が一元化し、昔であれば、足が速いとかが絵がうまいとか、いろいろな価値観があり、そのような個性の中で子どもたちの社会が機能していたのに、最近は勉強のできる子たちだけが、生きていきやすい社会になってしまいました」

その目標に向かって一所懸命に『よい子』を演じてきた子が、何かをきっかけに挫折。心理的ストレスにうまく対処できず、発症のきっかけとなることもある。これにダイエットブームが加わることで、さらに発症を容易にしているのかもしれない。ほかに拒食症になりやすい要素として、本人の性格傾向(完全主義、強迫的)

や社会的引きこもり、高い達成目標、抑うつなどが挙げられ、他方で過食症になりやすい要素として、気分障害(うつ病)、アルコールや薬物乱用などが指摘されている。

「摂食障害のおよそ70%は、軽度を含めると何らかの精神疾患が併存し、最近ではアスペルガー症候群をはじめとした、発達障害の関与も指摘されるようになってきました」

どちらの疾患にも、物事に対するこだわりという点で共通性があり、それが一致すると摂食障害になりやすい、そういう素因があると考えられている。

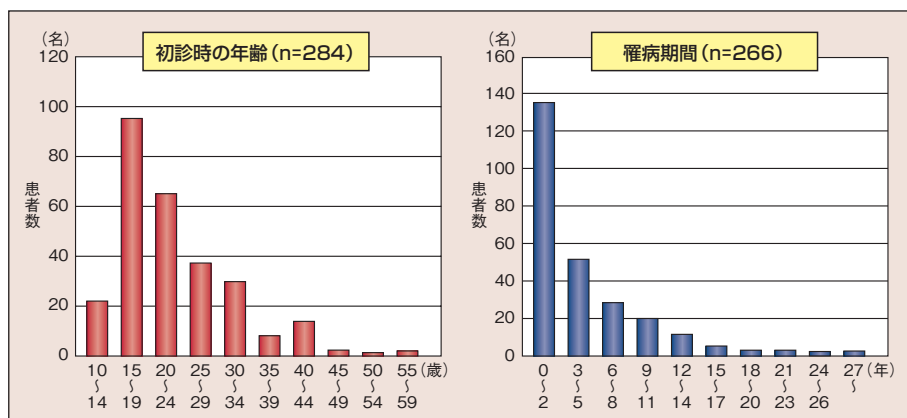


図1 神経性食欲不振症患者の初診時の年齢と罹病期間の分布

九州大学病院心療内科の新患外来を受診した神経性食欲不振症患者284名(2002~2008年)のデータ。受診年齢は15~19歳をピーク(95名:33%)に徐々に減少するが、それでも30~59歳を合わせると61名(21%)であった。罹病期間(推定)は2年以内が最も多く136名(51%)、12年以上の遷延例は28名(11%)であった。
(資料提供:河合啓介氏)

かわい・けいすけ

1989年愛媛大学医学部卒業。94年カナダ・トロント大学医学部内分泌研究所客員研究員。2000年九州大学大学院医学研究科助手。05年より現職。専門は心身医学。日本心身医学会、日本心療内科学会、日本摂食障害学会、日本内科学会、日本内分泌学会、日本甲状腺学会などに所属。



身長伸びが急に止まる場合は拒食症の可能性も

摂食障害もほかの疾患と同様に、早期発見・早期治療がポイントになる。一般臨床家が摂食障害を診断する場合、成長曲線を参考にするとみつけやすい。「もともと身長が低いわけでもなく、途中までふつうに伸びていたのが急に伸びなくなる。そういう場合は拒食症の可能性もあります。-2SD*が1つの目安になります」と河合氏は言う。

摂食障害は前述したように、「やせている」ことなどをきっかけにして受診してくる人が多いが、「易疲労感」や「無月経」などを訴えて、内科や婦人科を受診する人も少なくない(図2)。

「摂食障害は心と身体両方の治療が必要で、そこに難しさがあります」と河合氏は話す。

身体的な治療としては、栄養療法や、低栄養によって低下したホルモンを補充するホルモン療法が挙げられるが、ホルモン療法を行う場合の注意点として、「ホルモンの値だけを元に戻すとかえってバランスが悪くなります。例えば甲状腺ホルモンの低下は、代謝が落ちていることが原因なので、やせているときに甲状腺ホルモンを補充しても、動悸が激しくなるだけで危険です」と河合氏は指摘。ホルモン療法を行う際は、原則的に身体の治療を行って、その結果、ホルモンの値が正常化してくるのを待つことが最もよい方法である。しかし現実には、長期間摂食障害を患っている人も多く、そのような人には、骨粗鬆症予防のために活性型ビタミンD₃製剤やビタミンK₂製剤などが投与される。

心理療法としては、患者の思考や信念・行動・感情を変化させる認知行動療法がよく知られている。その他、家族療法や精神分析的精神療法が、患者の特性や施設の特性で用いられている。河合氏は、「薬物療法は、併存する精神疾患や過食衝動に対して、抗うつ薬・抗不安薬・抗精神病薬などが使用されますが、特効薬ではありません」と話す。

食欲を促進するペプチドの研究も

最近、摂食障害の治療に、成長ホルモン(GH)分泌促進ペプチドであるグレリンを用いる研究が行われている。

「グレリンは、1991年に日本の研究グループが発見し

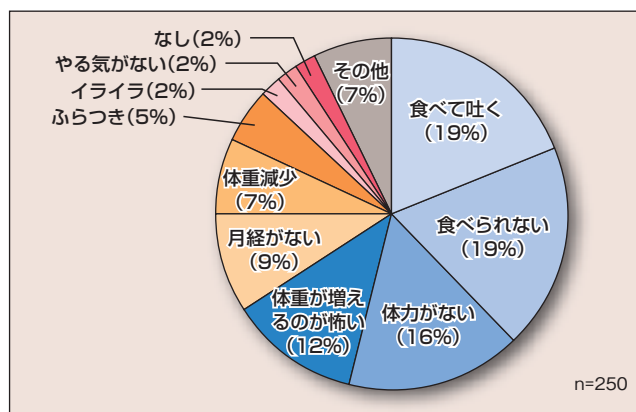


図2 神経性食欲不振症患者の入院時の主訴

九州大学病院心療内科に入院した神経性食欲不振症患者250名のデータ。食って吐く、食べられない、体力がない、月経がないなど75%が身体的訴えである。(河合啓介, 他. Medicina 2007; 44(11): 2086-2089)

た食欲を回復させる内因性のペプチドです。胃で最も多く産生され、GH分泌促進作用、摂食亢進作用、脂肪蓄積、消化管運動・胃酸分泌促進作用、交感神経抑制作用などを示します。中枢投与と末梢投与で摂食亢進作用と体重増加作用が期待できますが、『食べたくない、あるいは食べたいことを我慢している拒食症の人に、食欲を出すようなホルモンを使用しても効果があるのか?』という意見も耳にします」

ほかのホルモン療法と同様に、グレリンも摂食障害が長期化し、「食べようと思っても食べられない」といった人に対して、健康な食欲を少し回復させる効果を期待して投与する薬剤なのかもしれない。またグレリンを投与しても、周囲が上手にサポートしないと、「期待したような結果は得られないかもしれません」と河合氏も言う。やはり総合的な治療が重要で、栄養状態の改善を図り、ある程度容態が落ち着いてから、認知行動療法に取り組むことが摂食障害治療の基本なのだろう。

長年の拒食で、2次的に胃の機能が低下した患者に対する身体療法が、実際どのくらい効果的なのか。「患者数が増加していることもあり、早期発見、早期治療に加え、新たな補助的な身体療法の開発は急務です。今、その可能性を探っているところです」と河合氏は締めくくった。

(2010年7月取材)

*評価に使われるSD(標準偏差)とは、統計学的に使われる言葉で、この場合は子どもの身長のバラツキの程度を表しています。[+2SD]と[-2SD]の間に全体の約95%の子どもの身長が入ることから、[-2SD]以下の身長を低身長としています。