

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

摂食障害を伴うアルコール依存症の特徴と治療

鈴木 健二 (鈴木メンタルクリニック)

〈索引用語：女性アルコール依存症，摂食障害，アディクション，合併，境界性パーソナリティ障害〉

1 若いアルコール症に摂食障害は合併しやすい

摂食障害は青年期疾患の一つであり，通常は10代に発症し，精神科臨床においても10代後半から20代前半の受診が多い．一方でアルコール依存症（この論文では以下アルコール症と略す）の日本での平均年齢は40代後半であり，10代の発症はまれで，20代での発症も多くない．こうした発症年齢の差が大きい2つの疾患がなぜ合併するのか，という問いがまず出てくる．

表1は，久里浜アルコール症センター（以下久里浜センターと略す）における1982～1988年の7年間の女性のアルコール症の入院患者における摂食障害の合併の割合を示した²⁾．アルコール症と摂食障害及び他の精神科合併症については入院後共同研究者の面接により診断している．データ的にはやや古いですが，我々の研究グループが初めて系統的な調査を始めた時の統計であり，国際的にもアルコール症と摂食障害の合併についての初めての疫学的報告である．336名の平均年齢が44.8歳の女性アルコール症全体では摂食障害の合併は12%であるが，20代で見ると72%が摂食障害を合併し，30代で12%，40代以上では0.5%しか存在していない．一般人口中の摂食障害の出現率は20代女性の2～3%と推定されるので，アルコール症の中では極めて高い割合で存在していることが言える．この合併例において，摂食障害とアルコール症とどちらが先行発症しているかについ

ては，89%において摂食障害が先行しており，アルコール症が先行，もしくは同時発症は11%であった．さらに，男性においても調査したが，男性アルコール症全体の中の摂食障害の合併は0.2%であったが，29歳以下の男性では7%に合併しており，男性でも高い割合の合併が見られた．この小論では女性に絞って話しを進める．

なぜアルコール症に摂食障害が合併しやすいのか，という点では，2つの考え方がある．一つは，アルコール症と同じく，摂食障害の中の過食症はアディクションで共通するという説と，もう一つは，底にある境界性パーソナリティ障害の症状としてアルコール依存も摂食障害も存在する，という考え方である．この小論では，我々の臨床研究を紹介してこの2つの考え方の正否について論じたい．

2 女性アルコール症の中での摂食障害の合併例の特徴

表2には，表1で示した調査と平行して行った久里浜センターにおける30歳以下の女性アルコ

表1 女性アルコール症における摂食障害の合併率²⁾

29歳以下の女性アルコール症 (N=35)	72%
30代の女性アルコール症 (N=86)	12%
40歳以上の女性アルコール症 (N=216)	0.5%

表2 若い女性アルコール症と摂食障害合併群(合併群)とアルコール症単独群(単独群)の比較⁹⁾

	合併群(N=29)	単独群(N=21)
初診時年齢(歳) ¹⁾	24.9±3.0	27.1±2.2
習慣飲酒開始年齢(歳)	20.4±2.9	20.2±2.3
問題飲酒開始年齢(歳) ²⁾	22.4±2.9	24.6±2.5
アルコール症持続期間(年)	2.5±2.6	3.0±2.8
結婚経験(%) ³⁾		
結婚経験なし	69.0	14.3
結婚継続	21.7	52.4
結婚-離婚	10.3	33.3
その他の精神疾患の合併(%)		
うつ病 ⁴⁾	55.2	19.0
薬物依存	24.1	38.1
境界性パーソナリティ障害 ⁵⁾	62.1	19.0

1) p<0.01, 2) p<0.01, 3) p<0.001, 4) p<0.01, 5) p<0.01

ール症の入院・外来における調査研究の結果を示した⁹⁾。50名の30歳以下の女性アルコール症の初診患者は、摂食障害合併群の29名とアルコール症単独群の21名に分けられたが、その2群において特徴を示した。30歳以下と限定したにもかかわらず、平均年齢は摂食障害合併群では24.9歳でアルコール症単独群は27.1歳で、平均年齢において両群の間には有意の差($t=2.93$, $df=48$, $p<0.01$)が存在した。表2に示したように、摂食障害合併群はいくつの特徴を持っていた。それらは①両群ともに習慣飲酒開始年齢がきわめて若いという点では共通しているが、問題飲酒開始年齢は合併群が22.4歳とアルコール症単独群の24.6歳と比較して有意に($t=2.82$, $df=48$, $p<0.01$)早く、合併群においては短期間で問題飲酒が始まっていること、②アルコール症専門治療施設である久里浜センターへの受診は、両群ともに問題飲酒が始まってから2.5~3年と差がなく、問題飲酒が早く始まる合併群のほうがそれだけ早く受診しているために初診時の年齢の有意差が存在していること、③摂食障害合併群の多くは結婚経験を持たず、一方アルコール症単独群の多くは結婚しているか結婚・離婚経験者であり、結婚経験の有無において両群には有意の差($p<0.001$, Fisher's exact test)が存在している

こと、④摂食障害合併群にはうつ病の合併が有意に多く($p<0.01$, Fisher's exact test), 境界性パーソナリティ障害の合併も有意に多く($p<0.01$, Fisher's exact test), 境界性パーソナリティ障害の合併は62%に及んでいること、などである。さらに興味深いのは、表には示していないが、摂食障害合併群は久里浜センターに受診する前に摂食障害の治療を受けた経験を持つ者の割合は48%であり、久里浜センターでの面接調査の中で摂食障害を初めて指摘された者のほうが多かったことである。

摂食障害もアルコール症も根本的な治療法が開発されていないためにいくつかの治療を組み合わせるしかできない疾患であるが、アルコール症と摂食障害の合併群は、さらにうつ病や境界性パーソナリティ障害などの疾患も合併しており、精神科臨床における難治例であることが表に示されている。

3. 摂食障害の中でのアルコール症合併例の特徴

表3と表4は、1990~1998年の間に久里浜センターで外来・入院治療を行った摂食障害患者の2000年に追跡調査を行ったデータのまとめである¹¹⁾。その期間の受診者総数130名のうちの追跡できた102名を、アルコール症合併群32名と摂

表3 アルコール症・摂食障害合併群と摂食障害単独群の比較¹⁾

	合併群(N=32)	単独群(N=70)
初診年齢(歳) ¹⁾	25.1±3.8	20.9±4.4
摂食障害発症年齢(歳)	18.2±3.2	17.1±3.7
初診時の摂食障害の分類(%) ²⁾		
AN/R	3.1	27.1
AN/BP	25.0	24.3
BN/NP	9.1	10.0
BN/P	40.6	34.3
ED/NOS	21.9	4.3
初診時BMI	19.0±4.1	17.9±4.2
合併精神障害(%)		
うつ病	28.1	30.0
不安障害 ³⁾	12.5	38.6
境界性パーソナリティ障害 ⁴⁾	28.1	10.0

1) p<0.001, 2) p<0.01, 3) p<0.01, 4) p<0.05

表4 アルコール症・摂食障害合併群と摂食障害単独群の5年後の転帰調査(%表示)¹⁾

	合併群(N=32)		単独群(N=70)	
	初診時	調査時	初診時	調査時
AN/R	3.1	3.1	27.1	1.4
AN/BP	25.0	15.6	24.3	12.9
BN/NP	9.4	0	10.0	10.0
BN/P	40.6	18.8	34.3	18.6
ED/NOS	21.9	9.4	4.3	27.1
症状なし	—	28.1	—	27.1
死亡 ¹⁾	—	25.0	—	2.9

1) p<0.005

食障害単独群70名に分割して比較したものである。表3において、初診時の年齢はアルコール症合併群が平均25.1歳なのに、摂食障害単独群は20.9歳と、平均年齢は4歳の差があり、その差は有意($t=4.62$, $df=100$, $p<0.001$)であった。すなわち、合併群は、アルコール症という集団の中では若い一群であるが、摂食障害という集団の中では年齢が高い存在になるということを示している。この年齢差は、摂食障害の発症年齢で見ると、単独群の発症は17歳であり合併群は18歳なので、発症年齢に大きな差はない。アルコール症合併群は、一部の例外(アルコール症と摂食障害の同時発症か、アルコール症の先行発症例)を除

いて摂食障害の遷延化・慢性化の中でアルコール依存症が発症して久里浜センターに受診してくると考えることができる。

摂食障害のタイプとしては、合併群には神経性食欲不振症/制限型(AN/R)が少なく、神経性食欲不振症/排出型(AN/BP)と神経性過食症排出型(BN/P)が多く、両者を合計すると65.6%になり、特定不能の摂食障害(ED/NOS)も多く、神経性過食症/非排出型(BN/NP)は変わりがなく、ということが示されている。すなわち、合併群はAN/BPとBN/Pの2群が多く65.6%を占めており、過食-排出型の摂食障害が多いと言えるであろう。一方摂食障害単独群は、全国調査における摂食障害のサブタイプの分布に近似している。全国調査においては、AN/R 28.4%、AN/BP 20.3%、BN/P 32.8%、BN/NP 10.5%、ED/NOS 12.0%と報告されている⁶⁾。

精神科的合併症を両群で比較すると、うつ病は同じ割合であり、摂食障害単独群は不安障害が合併群より有意に多く($\chi^2=9.9$, $df=1$, $p<0.01$)、アルコール症合併群は境界性パーソナリティ障害が有意に多い($\chi^2=5.5$, $df=1$, $p<0.05$)ことも示されている。ここからアルコール症と摂食障害の合併例は、アルコール症群の中でも摂食障害群の中でも境界性パーソナリティ障害

が多いということが示されている。

4. なぜ摂食障害とアルコール症は合併しやすいのか

上記の2つの調査結果を示したが、その中から摂食障害とアルコール症の合併する根拠を検討したい。まずアディクション説であるが^{1,10,13}、アルコール症を合併する摂食障害は過食-嘔吐型あるいは過食-排出型が多い。過食-排出型は摂食障害の慢性型と呼んでもよい。なぜなら、摂食障害は食べ物の摂取を減らすダイエットから発症することが多く、体重減少が大きいとAN/Rと診断されるが、AN/Rであれば、そこまでやせなかったタイプであれば、何れかの時期で過食が始まることが多い。そこからしばらく過食が続いて体重が回復した後に過食が収まり回復する群と、過食が収まらないままに自己誘発嘔吐や下剤乱用を覚えて過食-排出型に変化する群が分けられ、過食-排出型では嘔吐や下剤乱用などの排出行為によって、やせ願望と食べたい願望(過食欲求)がちょうど釣り合った状態となり、慢性化構造が出現することになる。過食-嘔吐はひどい時には一日中続けられることもあり、過食-嘔吐のみの生活になってしまうことがある。これはアルコール症における連続飲酒発作にそっくりで、アディクション行動と呼ぶのがピッタリなのである。アルコール症におけるコントロール喪失飲酒の基礎には、「飲酒欲求」と呼ばれる強い渴望感が存在し、それがアルコール症の断酒困難の大きな要因でもある。同様に過食症における渴望感である「過食欲求」もまた過食をとめることの困難さの大きな要因である。

元来アディクションという概念は、アルコールアディクションに原型があるが、最近では気分を変えること(一部は快楽指向)を目指した強迫的反復行動として拡大概念として使用されることが多い。アルコール症と摂食障害の過食-排出型がアディクションという共通性を持つと考えると、その双方に合併しやすい薬物依存、異性依存、自傷行為、なども理解しやすい。特に摂食障害にお

ける覚せい剤依存の合併において、覚せい剤には強い依存性と食欲抑制作用があるため摂食障害にとってアルコール症よりも強い結びつきがあると考えられている⁴⁾。

もう一つの仮説である、境界性パーソナリティ障害の合併という点に関しては、若いアルコール症に境界性パーソナリティ障害が合併しやすいという報告もあり⁵⁾、また摂食障害の一部にも境界性パーソナリティ障害が合併するという報告もある⁷⁾。境界性パーソナリティ障害は、衝動性と自己破壊性を持っており、大量飲酒も過食も自己破壊的行為ととらえることができる。また境界性パーソナリティ障害の強い依存性と自己中心性は、様々な依存を引き起こすとも説明できる。Laceyらは過食やアルコール乱用などの衝動行動を持つタイプに対して、multi-impulsive personality disorderと名づけている³⁾。その概念と境界性パーソナリティ障害との違いなどについては、不明確である¹²⁾。

ここで、久里浜病院という同じ治療機関におけるデータでありながら、合併例の境界性パーソナリティ障害の合併率が、表2では63%であり、表3では29%と大きな差があることについての説明が必要である。表2では、アルコール症治療の入院時の面接から境界性パーソナリティ障害があると評価したが、表3では、外来・入院治療を行った群での転帰調査のデータで評価した。したがって、表3の対象者には追跡調査から脱落した境界性パーソナリティ障害が除かれていること、もう一つの理由は、入院治療を始めて断酒を開始し、異常食行動が減少すると、衝動性や自己破壊性が姿を消すケースがいて、入院時には境界性パーソナリティ障害があると診断されても退院時診断としてそれはずしたケースが存在したせいである。後者のような場合、過食-嘔吐や酩酊状態がひどいと、表現型として境界性パーソナリティ障害らしく見えることもあることを示している。

5. 合併例の転帰調査

アルコール症と摂食障害の治療を論ずる前に、

筆者らが行った、転帰調査を報告する¹¹⁾。転帰調査は、表3で示したと同じ対象者である。追跡期間は約5年であった。

表4にその結果を示した。摂食障害単独群は、5年後において4分の1は症状が消失し、4分の1はED/NOSとして症状が軽くなっていた。一方合併群は、4分の1は摂食障害の症状は消失していたが、4分の1は死亡していた。死因はアルコール関連疾患と自殺であった。転帰調査における死亡率は両群の間に有意の差 ($\chi^2=9.8$, $df=1$, $p<0.005$) があった。自殺したケースも全員断酒ができずにアルコール症が続いていたと判断された。生き残った合併群の中にも調査時において41.7%の問題飲酒を持つ者が存在し、一方の摂食障害単独群においては転帰調査において問題飲酒者は存在しなかった。また合併群の中で、摂食障害の症状が消失していた者において、時々飲酒する者は存在したが問題飲酒が続いていた者は存在しなかった。合併群の高い死亡率はきわめて特徴的であり、断酒が続くかどうかが生死を分けていた。この結果から、合併例は断酒できなければ死亡のリスクが高いと言える。また摂食障害の回復者はほぼ断酒していたという点からすると、断酒ができるようになるためには摂食障害の症状も回復しなければならない、ということが言えるかもしれない。臨床的経験でも、過食-嘔吐が止まらないケースは断酒が長続きせず、再飲酒から連続飲酒になることが多いという印象はある。

6. 合併例の治療

表4に明らかなように、合併例は摂食障害の中で予後の悪い一群であり、合併例の主な死因はアルコールであった。ここから合併例における治療の中心は断酒指導ということになる。アルコール依存症の治療を概略的に説明すると、①断酒の動機付け、②アルコール離脱症状の治療、③アルコール関連内科疾患の治療、④断酒継続のための集団療法、⑤自助グループと抗酒剤による断酒継続支援、という流れである。一般精神科の外来や入院においては①～③間では可能であるが、集団療

法はアルコール専門医療機関に依頼するしかないであろう。そうすると、アルコール乱用の段階や、アルコール症の初期段階のケースでは、①～③の治療で断酒を開始することもできる。しかし、依存が強固になっているケースではアルコール専門病院での治療を依頼することになる。ところが合併例のアルコール症治療においてはいくつかの困難が存在している。第1にはアルコール専門病院には摂食障害を治療できる医師が少ないことが多いという問題であり、第2には、①～③の治療においても断酒を開始すると摂食障害は一時的に増悪し、過食-嘔吐がひどくなり、脱水状態になったり、体重減少でやせすぎになったり、病院食が食べられなくなったり、不安で落ちつかなくなったり、男性依存がでたり、他患の食べ物を盗んだり、コッソリ市販の下剤を飲んだり、などの問題がでてきて治療的管理が困難となり、病棟の治療的雰囲気が破壊されるときもあるという理由である。

以上からは、合併例の治療においては、断酒治療が優先されるが、その中で摂食障害に対しても症状のコントロールが必要であるといえる。筆者は、久里浜センターにおいて、アルコール症の集団治療プログラムに平行して行う摂食障害の集団治療プログラム (eating disorders education program : EDEP) を考案した⁹⁾。EDEPは摂食障害に対する勉強会、ミーティング、集団認知行動療法、エクササイズ、などのプログラムで構成された。EDEPはアルコール症を持たない摂食障害においても過食-排出型では治療的に有効性があつたと評価できる。EDEPは過食-排出型をアディクションモデルにおいてとらえた治療プログラムであるということが出来る。アルコール症も摂食障害も家族問題の関与が大きい疾患であり、アルコール症の治療において家族会の存在は欠かすことができないが、合併例においてもアルコールの家族会と摂食障害の家族会の両方に参加するような指導が必要である。

文 献

- 1) Davis, C., Claridge, G. : The eating disorders as addiction : a psychological perspective. *Addict Behav*, 23 ; 463-475, 1998
 - 2) Higuchi, S., Suzuki, K., Yamada, K., et al. : Alcoholics with eating disorders : prevalence and clinical course—A study from Japan—. *Br J Psychiatry*, 162 ; 403-406, 1993
 - 3) Lacey, J.H., Evans, C.D.H. : The impulsivist : a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addiction*, 81 ; 641-649, 1986
 - 4) 松本俊彦, 宮川朋大, 矢花辰夫ほか : 女性覚せい剤乱用者における摂食障害の合併について (第1報). *精神医学*, 42 ; 1153-1160, 2000
 - 5) Nace, E.P., Saxon, J.J., Shore, N. : A comparison of borderline and nonborderline alcoholic patients. *Arch Gen Psychiatry* , 40 ; 54-56, 1983
 - 6) 中井勝義, 藤田利治, 久保木富房ほか : 摂食障害の臨床像についての全国調査. *精神医学*, 43 ; 1373-1378, 2001
 - 7) Pope, H.G., Frankenburg, F.R., Hudson, J.I., et al. : Is bulimia associated with borderline personality disorder? A control study. *J Clin Psychiatry*, 48 ; 181-184, 1987
 - 8) Suzuki, K., Higuchi, S., Yamada, K., et al. : Young female alcoholics with and without eating disorders : A comparative study in Japan. *Am J Psychiatry*, 150 ; 1053-1058, 1993
 - 9) 鈴木健二, 武田 綾, 白倉克之 : アディクションモデルによる摂食障害の入院治療の試み. *心身医学*, 43 ; 689-697, 2003
 - 10) 鈴木健二 : 集団療法を中心とした過食症への治療戦略. *精神経誌*, 108 ; 736-741, 2006
 - 11) 武田 綾, 鈴木健二, 白倉克之 : 摂食障害とアルコール依存症の合併例の転帰調査. *心身医学*, 42 ; 513-519, 2002
 - 12) 飛谷 渉, 永田利彦, 切池信夫 : Multi-impulsive bulimia の5症例. *臨床精神医学*, 28 ; 1389-1395, 1999
 - 13) Vandereycken, W. : The addiction model in eating disorders, some critical remarks and selected bibliography. *Int J Eat Disord*, 9 ; 95-101, 1990
-