

摂食障害 Eating Disorder

神経性無食欲症 Anorexia Nervosa

神経性大食症 Bulimia Nervosa

他に分類されない摂食障害 Eating Disorder NOS

食欲の異常と体型への過度のこだわりを主徴とする障害

近年急激に増加

摂食障害の概念の歴史

1600年代

少なくともこのころから症例の記述が現存する

1874年

Gullがanorexia nervosaと命名し報告。心因性の障害として認識された

1914年

Simmondsが下垂体機能低下症を報告してから30年あまり内分泌異常が注目された

1950-1960年代

心因性障害としての認知
過食症の認知

1973年

Bruchが摂食障害として包括

1983年

カレン・カーペンターが拒食で死亡

摂食障害の分類(DSM-IV改変)

I. 神経性無食欲症 **Anorexia Nervosa(AN)**

- A. 標準の-15%以上の体重減少(☆)
- B. 体重増加に対する強い恐怖
- C. ボディイメージの障害
- D. 無月経

II. 神経性大食症 **Bulimia Nervosa(BN)**

- A. むちゃ食いのエピソードの繰り返し
- B. 体重増加を防ぐための代償行動
- C. むちゃ食いや代償行動は週2回3ヶ月以上持続
- D. 体型へのこだわり

III. 摂食障害NOS **Eating Disorder NOS**

摂食障害の下位分類

神経性無食欲症

- 制限型 (AN-R)
- むちゃ食い—排出型 (AN-BP)

神経性大食症

- 排出型 (BN-P)
- 非排出型 (BP-NP)

摂食障害NOS

やせ願望が明確でないものや、
むちゃ食い障害が含まれる

★嘔吐などの排出行為を伴うかどうかで下位分類

★AN/BNは共通の心性をもっている

体重と危険度

身長	150cm	160cm	
標準体重	44kg	55kg	健康優良児？
-15~-20%	37-35kg	47-44kg	月経異常の可能性
-30%	30kg	38kg	重要臓器の障害
-40%	26kg	33kg	生命に危険な重篤な合併症

- ★ 文部省統計に基づく標準体重から算出
- ★ 日本人のこどもでは女子で160cm以下の場合BMI=21.5で標準体重を計算するをかなり多めになってしまうので注意

摂食障害の有病率

拒食症 青年期~成人期前期の女性の0.5~1%

過食症 同年代の2~3%

★男性は女性の1/10~1/20といわれていたが近年増加

★前思春期以前初発の早発例／30代初発の晩発例も増加傾向

摂食障害の長期予後

拒食の50~70%は数年以内に体重／月経回復

拒食の6~10数%が10年以内に死亡（身体合併症・自殺）

過食の50%が5年以内に症状消失

制限型からAN-BP/BN-Pへの移行は多い(30~64%)

摂食障害の時代変遷

1. 発症年齢

小学校中学年～30歳代まで発症年齢が広範囲に

2. 性差

男性例の増加

3. 合併するパーソナリティ障害の変化

昭和20年代はA群人格障害が多かったらしい

現在 AN-R C群人格障害合併が多い（回避,強迫,依存）

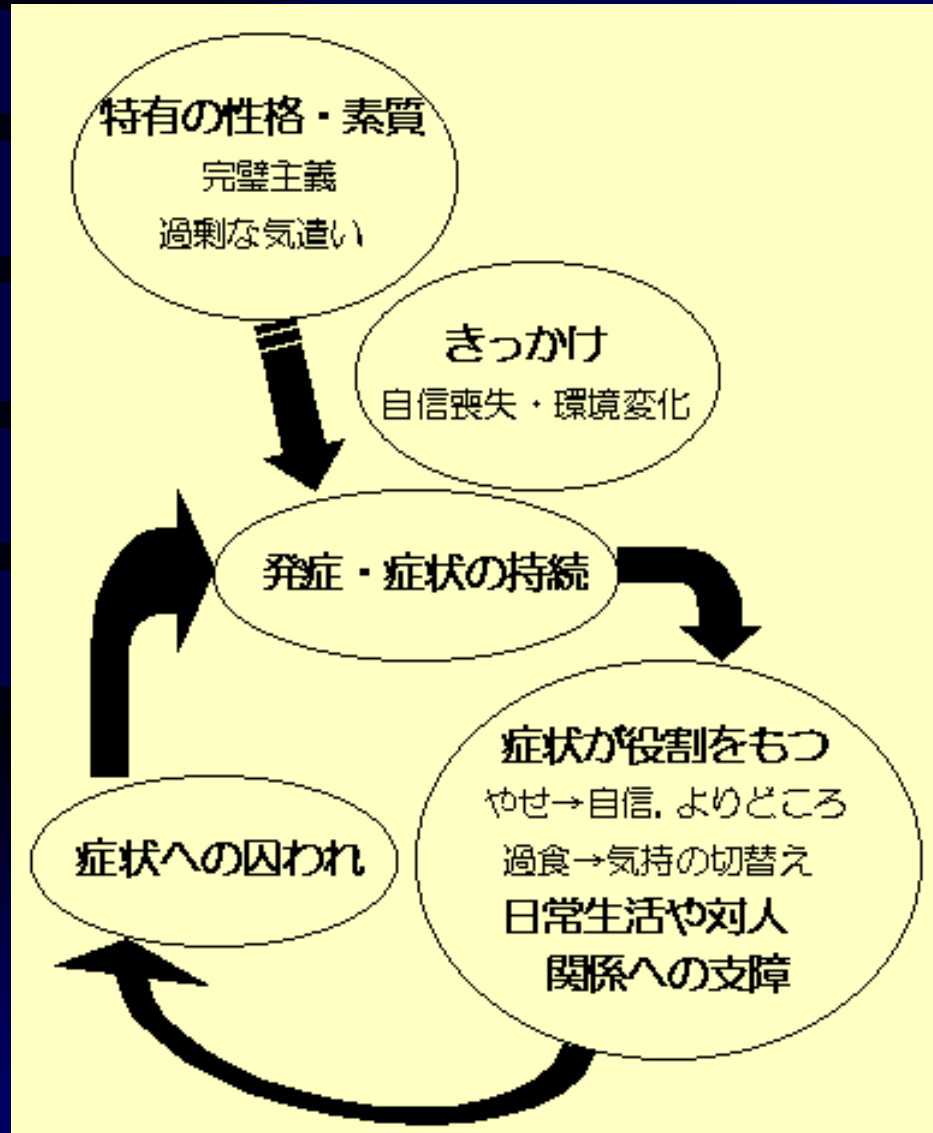
AN-BP/BN-P B群人格障害合併が多い（BPDなど）

低年齢/高年齢で人格障害非合併例の増加

4. 重症度

軽症例の増加

摂食障害の要因(1)



- ★摂食障害は、生来性の素因、性格/対人関係の特徴、直接の引き金となるきっかけが複合的に作用して発症する
- ★性格形成には家族のありかたが大きく影響
- ★だれもが一度はダイエットにチャレンジするという社会的価値観も大きく影響
- ★“やればできる”教育は過剰ながんばり屋さんを生産する両刃の剣

摂食障害の要因(2)

1. 生来性の因子

脂質代謝の異常?

パーソナリティの生来性の部分

2. 幼児期の環境

パーソナリティの後天性の部分

3. 生活環境

慢性のストレス, サポートの少なさ

完全癖を助長する環境

4. きっかけ

ダイエット, 孤独感, 女性性 (男性性) の拒否

摂食障害の要因(3)－慢性化因子

1. 1次・2次利得の獲得

低栄養による高揚感（いわゆるダイエットハイ）

やせが自信になる，まわりがサポートしてくれる

病気で居る限り次のことを考えなくて済む

2. やせによる生理学的な変化

摂食中枢のセットポイントの変化

3. 生理学的な変化＋心理学的な反応

やせ→便秘→太っている・汚い感じ→さらに拒食

胃腸が小食に適応→少しの食事でお腹が張る

摂食障害の人の性格特徴

すべての人に当てはまるわけではないが

障害と関連した一定の性格傾向が見出される

- ・ All or Nothing 完全癖, コントロール欲求, 強迫性
- ・ All Good or All Bad的な対人関係
- ・ 見捨てられ不安, 人の顔色を察知して動く
- ・ 慢性の空虚感と衝動行為
- ・ 自己と他者の境界のあいまいさ

例) 自分が相手を拒絶→相手が拒絶している

- ・ 保護され抱えられることに対して両価的

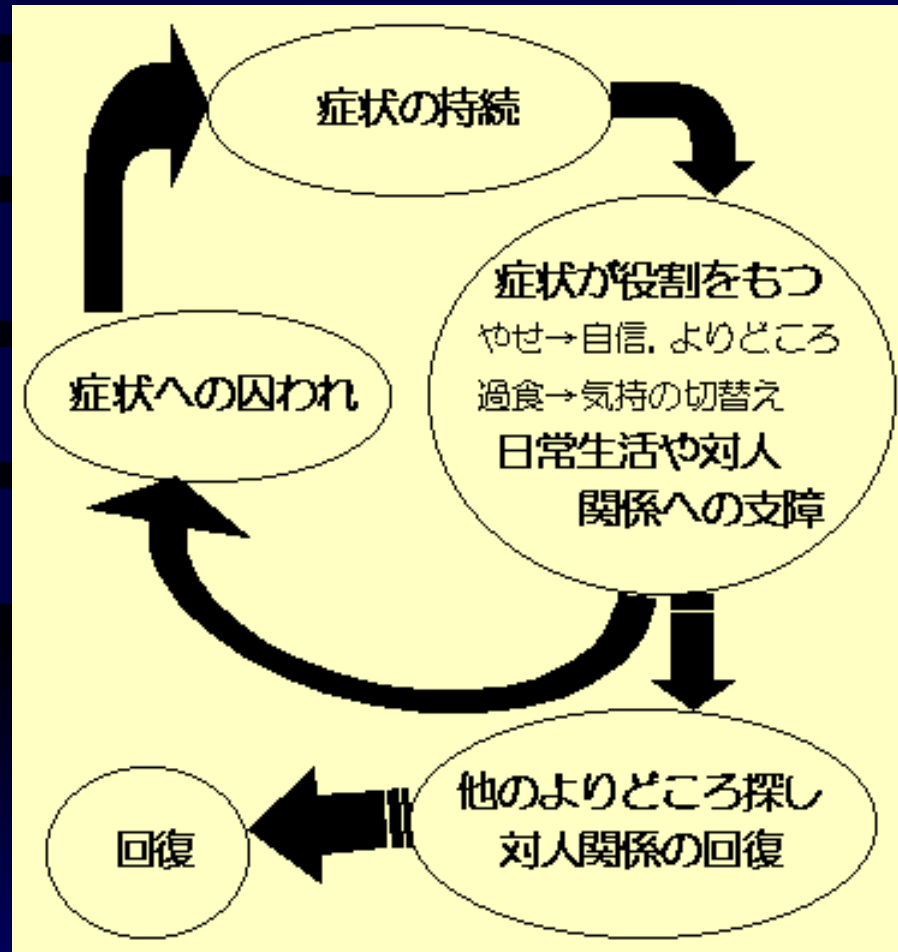
抱えられる→コントロールを失う, 全部思い通り
にならなくなる不安

抱えられない→見捨てられ不安

- ・ 言語的接近の限界

体験を通して安心感を獲得することの重要性

摂食障害からの回復



- ★身体の回復と、
障害に関連する対人関係
の回復の両方が必要
- ★摂食障害が本人の支えに
なっている場合が多く、
新たな支え,よりどころ,
安心できる関係が必要
- ★そのために家族のありか
たの変化が必要
- ★摂食障害と関連する性格
のポジティブな面も重視

摂食障害の治療(1)

1. 広範囲の問題

今、どの因子のアプローチするか

広範囲・多面的な問題の全てを一度には解決できない

拒食によってさまざまな潜在的な問題があからさまとなる

2. 本人や家族の現在の主訴から離れない

抵抗・否認→健康な防衛機転である側面

不用意な直面化→拒食の増強・過食への変遷

摂食障害の治療(2)

1. 身体的治療

低栄養が2次的な不安や衝動性を増強

拒食では死亡直前まで比較的元気

2. 本人への治療

行動療法的枠組み

個人精神療法（力動的アプローチ，心理教育，
栄養指導）

3. 家族へのアプローチ

心理教育，家族構造療法的アプローチ