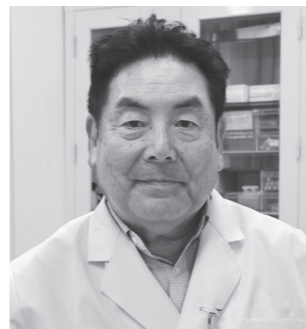


写真 入退院自由で開放的な雰囲気のある赤城高原ホスピタル



アルコール依存症に合併しやすい嗜癖問題



アルコール依存症専門病院
赤城高原ホスピタル院長
竹村 道夫

若い女性のアルコール依存症患者のうち、約7割が摂食障害を発症しています。アルコール依存など、ある習慣への耽溺は嗜癖とも呼ばれ、複数の嗜癖が合併していく場合が多いので注意が必要です。アルコール依存症とそれに併発する嗜癖問題を含め、患者が抱えるあらゆる問題を総合的に治療している竹村院長にお話を伺いました。

● 若年女性のアルコール依存症の多くは摂食障害を合併

赤城高原ホスピタルは、北関東では唯一のアルコール依存症専門の精神科病院です。現在はベッド数111床で、平均在院患者数は100名程度です。

原則として任意入院なので、患者さんは、自分の意思により自由に入退院できます。また、開放的処遇に配慮し、患者さんの要望に柔軟に対応しています。そのため、開院（1990年）当初から、明るい雰囲気、好む女性患者の比率が高く、現在でも入院患者の約半数が女性です。一般に、アルコール依存症患者の年齢は10代から高齢者まで広く分布していますが、中心世代は中高年の男性です。しかし最近では、若年女性のアルコール依存症患者も増えてきました。そして、この29歳以下の若い女性患者の7割程度が摂食障害を合併しています（図表1）。

アルコール依存症よりも先に摂食障害を発症していることです。ですから、若い女性のアルコール依存症を治療するためには、併存する可能性が高い摂食障害にも配慮し対応する必要があります。

■ 摂食障害患者の構成

患者の年齢構成は、拒食症はやや若くて十代に多く、過食症は20歳前

図表1 女性のアルコール依存症における摂食障害の合併率

29歳以下の女性のアルコール依存症	72%
30代の女性のアルコール依存症	12%
40代以上の女性のアルコール依存症	0.5%

出典：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）

後に多いという特徴があります。

これまで、摂食障害全体の男女比は1対10と、圧倒的に女性に多いとされてきました。しかし、これはあくまで治療に訪れる患者の男女比であり、潜在的な患者まで含めると男女の差はもっと小さく、1対5程度であるという意見があります。摂食障害は以下のように、大きく三つに分類されます。

① 拒食型

医学的には「神経性やせ症」「神経性無食欲症」と言います。

典型的な例として、思春期の女性が自身のスタイルに憧れてダイエットをし、拒食症に至るということがあります。しかし実際には、美しさを求めるためのダイエットは、拒食症の主な原因ではありません。ストレスの結果、食欲が落ちて体重が減ったことがきっかけで拒食になる患者も少なくありません。

次に目を向けなくてはならないのは、ダイエットに固執する背景です。拒食症の患者さんは、トラウマ（心の傷）を抱えていることが多く、

幼少期に虐待を受けていた人もいます。両親から「ありのままの自分ではない」というメッセージを受けていることから、自己評価が低い方も多く見受けられます。これが心理的な飢餓感につながり、「このままの自分ではいけない」という気持ちが変身願望を生み出します。これが無理なダイエットにしがみつくと動機になってしまふのです。

拒食による飢餓の反動で、過食となると、短時間で大量の食物を摂取

する過食（むちゃ食い）エピソード（二過性の症状発現）が見られます。

そして、体重増加の恐怖から、あるいは過食に強い罪悪感を抱いて、自発的嘔吐などの排出行動をとります。これを繰り返すうちに、嘔吐することに快感を得てしまう方もいます。拒食症のなかでも、このようなむちゃ食いと排出行動を伴う「過食・排出行動」は、排出行動を伴わない「摂食制限型」とは区別します。いずれの場合も、体重は正常以下です。

② 排出行動を伴う過食型

医学的には「神経性過食症」「神経性大食症」と言います。

過食エピソードに加え、自発的嘔吐や利尿剤、下剤乱用などによる排出を行うタイプです。食べたものを排出してしまいますので、体重は適正値内であることがほとんどです。日中は健常者と同様に仕事をし、夜中に過食をして排出するという方もいるので、行動パターンや体型など見かけから判断することが難しいのが特徴です。

このタイプの患者さんには、もとは拒食型の摂食障害だった方もいます。体重が正常範囲となり、過食嘔吐などの症状が3か月以上続くと、「過食・排出行動を伴う過食型」と診断されます。

③ 排出行動を伴わない過食型

過食エピソードがあるが、排出行動を伴わないタイプです。医学的には「過食性障害」と言います。

このタイプは、単なる食べ過ぎと混同されることが多いのですが、実際にはそんなレベルのものではなく、過食のために体重の異常な増加や甚だしい肥満などを伴います。そのため、生活習慣病などのリスクが高まります。このタイプには中高年の男性も多く、男女の割合は半々と言われています。

■ 摂食障害と嗜癖

嗜癖は、英語の「アディクション（Addiction）」の訳語で、「ある習慣への耽溺」を意味します。重症例は

図表3 機能不全家庭の例



この場合、入院治療などによってアルコール依存症が改善しても、さらに摂食障害の治療まで踏み込まないと、飲酒再開の危険は高いと予想されます。

■**家庭環境などに潜む摂食障害の原因**

女性の摂食障害患者に家庭環境をうかがうと、「ACOD」の方が多くいらっしやいます。

ACODは、Adult Children of Dysfunctional Familyの略で、「機能不全家庭に育って大人になった人」のことをいいます。機能不全家庭とは、子供にとって安全な居場所としての機能が崩壊している家庭のことです(図表3)。その理由は様々ですが、アルコール依存症者のいる家庭はその典型です。「アルコール依存症者の親を持つて成人した人」または

図表2 嗜癮問題と依存症



病気とされ「依存症(Dependence)」と呼ばれるますが、嗜癮という言葉自体は、軽症から重症までを含めた広い概念で使われます。

嗜癮は、もともと自分で選択して生活に取り入れた習慣が、続けていくうちに自分自身でコントロールできなくなっただけです(図表2)。

対象・タイプにより、次の三つに分類されています。

- ①「物質の嗜癮」：アルコールや薬物が嗜癮対象です。
- ②「行動の嗜癮」：ギャンブルが代表格で、最近ではインターネットやSNS依存も目立つようになってきました。クレプトマニア(窃盗症)も、これに分類されます。
- ③「人間関係の嗜癮」：恋愛依存、暴力的人間関係、共依存などがこれに分類されます。

共依存は、自分が相手から必要とされることにより自己の価値を見いだす嗜癮で、他の依存症者の配偶者によくみられることがあります。問題のある人を支えることで自己満足を得ますが、結果として、支えられた人の問題は増長され悪化します。

■**注意すべき嗜癮の特徴**

嗜癮同士は合併しやすく、一つの嗜癮がまた別の嗜癮を引き寄せ、取り込みます。先述した若年女性の摂食障害患者がアルコール依存症を発症するのもこの例です。このほか、アルコールと暴力、アルコールとギャンブルなどもよく見られます。

また、嗜癮対象が次々に移行することもあります。アルコールから薬物、さらにギャンブルのように、新しい刺激を求めて変化する例です。

さらに、家族内で嗜癮が重複して見られることがあります。たとえば、父親がアルコール依存、母親が共依存でうつ病、息子が薬物依存、娘が摂食障害というような家庭が少なくありません。

そして、嗜癮は世代を超えて続きます。アルコール依存症者のいる家庭に育った子供が、ギャンブルや暴力にのめり込み、さらにその子供たちが摂食障害や窃盗症を発症する、といったように、世代を超えて嗜癮問題が継承されます。

●**摂食障害と結びつきやすいアルコール依存**

摂食障害の患者にとって、アルコールは特に注意が必要な嗜癮です。なかでも若年女性のアルコール依存症は、単独疾患として発症するよりも、先行する摂食障害に合併して発症する例がはるかに多いという調査結果があります。

摂食障害の患者の多くは、飲酒することで摂食障害の苦痛が和らぐといます。生理的飢餓感や、食べて太ることへの恐怖感から一時的に解放されるのです。この解放感を得るために飲酒を繰り返すと、短期間でアルコール依存症を発症してしまいます。

「アルコール乱用家庭で育って大人になった人」のことを「ACOA」と呼んでいます。ACOAは、Adult Children of Alcoholicsの略です。ACOAは自己評価が低く、女性の場合は摂食障害を発症し、男性の場合は薬物依存へと陥る傾向があります。

また、家庭以外の要因として、中等度以上の摂食障害患者は性的被害を受けていることが少なくありません。時には、これが摂食障害の発病契機や重篤な多重嗜癮の原因になっています。

この他にも、いじめや受験などの学校環境からのストレスから摂食障害を発症することもあります。

●**摂食障害とアルコール依存症合併のリスク**

摂食障害が重症化すると、自傷行為や自殺などに至るケースが多くあります。さらに、摂食障害とアルコール依存症を合併している場合、その傾向は強くなります。

摂食障害に伴いやすい対人関係の持ち方が、両疾患合併患者の治療上の障害となることがあります。一般的に、摂食障害の患者は対人関係に非常に過敏になっています。特に治療初期では、体重や体型、拒食か過食か、嘔吐があるか、虐待を受けた体験があるか、家族の治療協力があるかなどに関し、他の患者との違いを見つけてうらやんだり、排他的、敵対的、被害的、あるいは自責的になりやすくなったりする傾向があります。その結果、孤立して閉じこもったり、早期に自主退院してしまったりということが起こりがちです。

■**クレプトマニアへの移行**

クレプトマニア(窃盗症)とは、精神障害としての常習窃盗のことで、経済的目的や所有目的でなく、窃盗衝動そのものが主たる動機になっているような病態です。一般に窃盗症の窃盗手口は、万引が9割以上です。

赤城高原ホスピタルと関連病院では、10年以上前から、窃盗症の治療

に取り組んでおり、これまでに、1800例以上の常習窃盗患者を診てきました。

常習窃盗も「行動の嗜癖」の一つと考えられますが、多重嗜癖に関して、もっとも重要な合併嗜癖問題は摂食障害です。以下に解説するのは、極めて多数の患者を診察し、その観察と分析から私が導き出した摂食障害患者が窃盗症を合併しやすい理由です(図表4)。

幼児期の家庭環境や成長期のストレスからトラウマを持った青少年少女は、「自分の能力、努力、自分の存在を認めてほしい」という心理的な飢餓感を持っています。それが変身願望につながります。そしてそのような渴望感を持つ現代人の多くは、ダイエットに走ります。そして、やせた体重の維持に失敗すると摂食障害を発症します。

摂食障害患者は、常に生理的な飢餓状態にあるため、自分が所有する食べ物がなくなることを何よりも恐れます。この「涸渇恐怖」から、食品をストックするようになります。

ります。

出所後も窃盗を繰り返して、服役を重ねるうちに家族から見放され、最終的に自殺という結末に至るケースもあります。

この窃盗症を病気として扱うことで、治療の道もひらけ、何よりも窃盗再犯を防止することによって社会的コストを削減することができると考えています。

● 依存症の正しい治療に向けて
● 家族ができること

前述のACODやACOAなど、嗜癖問題の原因として、問題が家庭にある可能性についてお話ししました。

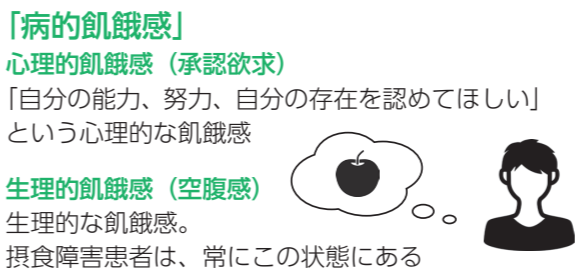
たまたま家族の一人に嗜癖問題という症状が出現したように見えるだけで、実は家族全員に様々な問題が隠れていることを認識しなければなりません。

私たちは、家族の中の代表的な症状をもつ患者を、IP (Identified Patient) と呼んでいます。IPを

そして、そのストックすらくなくすることを恐れて予備を蓄え、さらに予備の予備、そして予備の予備の予備と際限なく食品をためこみたくくなります。これを私は、「ためこみマインド」と呼んでいます。

実際、摂食障害患者では、冷蔵庫を食品でいっぱいにすることが少なくありません。ためこみたいものは、食品だけでなく、生活用品、資金、他人の評価など、これも広がる傾向があります。

図表4 摂食障害患者が窃盗症になる心理メカニズム (竹村説)



とはいえ、食品や生活用品の備蓄には物理的限界があるので、置き場所に困ることがないお金を貯め込むことにも執着するようになります。そして、商店では、現金を持っていても、預金が十分にあっても、予備の資金を減らさずに予備の商品を入手したい衝動に駆られます。こうして、最後には盗むことになるのです。

加わると、窃盗症は、はるかに発症しやすくなります。

■放置できない窃盗症
窃盗症は、アルコール依存症や摂食障害などと異なり、「嗜癖対象が犯罪行為そのものであり、直接の被害者が存在する」訳ですから、病気であるからといって放置しておくことはできません。窃盗を繰り返すうちに逮捕され、繰り返し逮捕されるうちに実刑を受け服役することにな

治療するためには、同時に他の家族の協力が不可欠です。嗜癖問題では、しばしばIPは病院に來たがりません。自分では正常だと思っているか、病院に行くほどではないと考えているからです。

こういった場合、まずは、病院に相談に來た家族(ファースト・クラアント)を教育・治療することで、IPの治療につながるようにしなければなりません。そして、IPの治療が始まってからも、家族の教育・治療を継続して行います。

特にアルコール問題を抱える患者は、IPのみを治療しても効果が無い場合があります。担当医が断酒を指導していても、IPに共依存している家族が、こっそり少量のお酒を飲ませてしまうことすらあります。こうした、相手の問題行動を助長する家族はイネイブラー(支え手)と呼ばれます。

家族をイネイブラーにしないためには、IPのために家族が「何をすべきか」「何をすべきでないか」「何を本人に任せるべきか」などを正し

く理解することが大切です。

● 多重嗜癖は正しい判断の
● できる専門医に相談することが重要

摂食障害、アルコール依存症に加えて、窃盗症など多数の嗜癖を併した重症患者が医療現場に登場したとき、多重嗜癖の扱いに慣れていない医療機関では、手も足も出ません。医療行為らしい体裁を整えるために、とりあえず精神安定剤を処方しておくことになりがちです。

患者は、苦しみからの一時的な解放を願って薬を飲み続けるうちに、今度は処方薬への依存症に陥ることになります。実際に、摂食障害や窃盗症など、薬物治療の難しい疾患では、もともとの病気に加えて、精神安定剤や睡眠薬など処方薬の依存症となった患者を診察することが増えています。

こうした事態にならないためには、正しい判断のできる専門医に相談することが重要なのです。専門医は、

全国の精神保健福祉センターなどに相談して見つけてほしいと思います。

家族はお互いを思うがゆえに、助け合い、かばいあっています。しかしその愛情が、意図せずに問題行動を助長するイネイブラーになって悪循環から抜け出せなくなっていることもあります。

まずは、家族では対応困難な事態に陥っていることに気づいたご家族が、勇気を出して、相談に來てほしいと思います。決して一人で悩まないでください。どんなに絶望的な状況に思っても、最善の道、回復の手立てがあるはずです。

とはいえ、多重嗜癖問題では短期間ですぐに治ることは望めません。諦めずに通い続けて、家族一緒に取り組み続けることが必要です。

■たけむら・みちお

1945年生まれ。特定医療法人群馬会赤城高原ホスピタル院長・京橋メンタルクリニック勤務医。大阪大学医学部卒業後、帝京大学医学部精神科に入局。同大学分院の溝口病院でアルコール医療に取り組み、1990年、アルコール症専門医療施設「赤城高原ホスピタル」を開院。アルコール依存症や薬物依存、摂食障害、クレプトマニア(窃盗症)の治療を行っている。