

摂食障害の生活障害についての研究

—他の精神疾患との比較—

鈴木 健二 武田 綾
(国立療養所久里浜病院)

(要旨)

この研究は、摂食障害のリハビリテーションの必要性を実証するために、摂食障害のソーシャルスキルの低さを他の精神疾患との比較で明らかにしたものである。対象は精神保健福祉法による小規模作業所に通所している摂食障害、精神分裂病、アルコール依存症の患者であり、彼らのソーシャルスキルについて、本人の自己評価と指導員からの評価という2方向から測定した。評価スケールとしては、本人にはGHQ, KISS-18 指導員には LASMI, LSP, GAF を使用した。結果として、本人評価では分裂病とアルコール依存症が同じレベルであり、摂食障害は有意に低い評価をしていた。指導員評価では、分裂病と摂食障害は同じレベルであり、アルコール依存症は有意に高かった。すなわち、摂食障害のソーシャルスキルは、自己卑下による本人の低い自己評価だけでなく、客観的にも低いと判断された。この結果から、摂食障害のリハビリテーションの必要性が立証された。

(キーワード)

摂食障害、ソーシャルスキル、作業所、リハビリテーション、調査

(はじめに)

摂食障害は近年増加しており(武田ら, 1993)、医療機関に受診する患者も増加している(高木, 2000)。摂食障害はその極端に痩せた姿や、大量に過食してその後嘔吐する行動などの症状の奇妙さだけが取り上げられることが多い。しかし摂食障害は、病気の自覚がなかったり(病気の否認)、治療を拒否したり、症状のコントロールが困難であったり、一般の臨床医は治療困難で、心療内科か精神科の専門医に患者は集中している。しかし、治療に必要な膨大なエネルギーと医療費の収入が釣り合わず、日本では本格的な治療ユニットは少ない。摂食障害は、発病前にはまじめ

で優秀な子どもであることが多く、食べることさえ正常化すればもとの優秀な子どもに戻れると本人も家族も考えており、そのため専門医にかかれば直してもらえんと思込込していることが多い。

最近の研究では、摂食障害の回復には長い時間がかかり、食行動が改善してもその他の精神症状が残遺するという報告が出されている(Keel, 1999)。実際に我々は発病後 5-10 年も経過した患者を多く治療している。こうした病気の長期化は、リハビリテーションの必要性につながるが、摂食障害のリハビリテーションについてはまだ誰も論議していない。我々は、以前から摂食障害の治療の長期化

は、家族と医療機関だけではケアしきれないと考え、リハビリテーションの場としての摂食障害のための作業所作りを家族会と協力して始めた。そして摂食障害の作業所におけるケアの中で、摂食障害の患者の生活障害、あるいはソーシャルスキルの低さに気づかされた。これは、食べることの問題さえなくなれば健康に戻れると信じている患者や家族の期待と全く正反対のことであった。そこで、この研究は、摂食障害のソーシャルスキルを、他の精神障害との比較で明らかにしようと考えた。

(対象と方法)

研究対象は、我が国初めての摂食障害のための作業所「ミモザ」に通所している摂食障害の28名と、3つの作業所に通所している精神分裂病58名と、2つのアルコールの作業所に通所しているアルコール依存症33名である。これらの作業所は、リハビリテーションや生活訓練の場として精神保健福祉法による「精神科小規模作業所」である。6つの作業所はいずれも神奈川県にあり、そのうち4つは横浜市に存在している。これらの対象者に対し、2つの方向からのソーシャルスキルの評価を行なった。ひとつは対象者本人の自己評価であり、もうひとつは作業所の本人をよく知っている指導員による評価である。ソーシャルスキルの評価のための尺度は、本人用に2種類、指導員用には3種類を使用した。本人用は、いずれも自己記入式の評価スケールであり、ひとつは一般健康調査票(GHQ: General Health Questionnaire)と名付けられた12項目の精神障害をスクリーニングするためのスケールであり(Goldberg, 1997)、得点が高いほど精神的な不健康があるとされており、合計点は0-36点で、24点以上が病的

とされている。2つめは、KISS-18(Kikuchi's Social Skill Scale-18)と名付けられた18項目のスケールで(菊地, 1988)、一般人に対するソーシャルスキルの測定を目標にしており、得点が高いほどソーシャルスキルが高いと評価され、合計点は18-90点で大学生の平均は57点である。指導員用は、一つ目は、日本で開発され、作業所に通所している精神障害者のソーシャルスキルの評価のためのスケールである精神障害者社会生活評価尺度(LADSMI: Life Assessment Scale for the Mentally Ill)であり(岩崎, 1994)、日常生活、対人関係、労働または課題の遂行、持続性・安定性、自己認識の5つのサブスケールの40項目の質問から構成されており、総得点は0-140点で、点数が高いほどソーシャルスキルが低いと評価される。2つ目はLife Skills Profile(LSP)で、オーストラリアのRosenら(1989)によって精神障害者が地域で生き残るための能力の評価のために作製され、身辺整理、規則遵守、交際、会話、責任の5つのサブスケールの39項目の質問からなり、総得点は39-156点であり、点数が高いほど適応が良好であるとされている。日本語版作製の際に行なわれた通院している分裂病患者では平均点は 124.1 ± 18.4 であったと報告されている(長谷川, 1997)。3つ目はDSM-IVの全般的機能評価(Global Assessment of Functioning: GAF)であり(AMA, 1994)、得点は0-100であり、10点ごとにガイドラインが示されており、社会生活状態を全般的に評価する尺度である。評価期間はそれぞれのスケールごとに示されているが、この研究においては、5つのスケール全てについて評価前の1ヶ月間とした。

調査は2001年1-3月の間に行なった。調査方法については、それぞれの作業所に共同研究者が出向いて、指導員にスケールの評価方

法を説明・例示した。

なお、3つの精神科作業所の分裂病と分類した58名の中には4名の躁鬱病の患者が含まれている。分裂病の患者の中には精神遅滞、うつ病、パニック障害などの第2病名を持っている患者がおり、アルコール依存症、摂食障害の中にも、分裂病、うつ病、精神遅滞、痴呆などの第2病名をもった患者が含ま

れているが、この研究ではその頻度は調査していない。

倫理面への配慮として、インフォームドコンセントは作業所の職員からメンバーに調査の趣旨を説明し、調査はそれに同意をしたメンバーに対してだけ行い、調査票は本人も指導員の評価も匿名として、研究者には名前が特定できないように配慮した。

表1 調査対象の3つの群の生活状態の比較

| | A: 摂食障害群 (N=28) | B: 分裂病群 (N=58) | C: アルコール依存症群 (N=33) |
|-------------------------|--------------------|-------------------|------------------------|
| 男女比 | 0/28 | 48/10 | 25/8 |
| 平均年齢 ¹⁾ | 25.1±4.9 | 42.0±11.0 | 45.2±10.5 |
| 発病年齢 ²⁾ | 18.3±3.6 | 23.4±8.1 | 34.1±10.6 |
| 家族形態 ³⁾ | | | |
| 親と同居 | 60.7% | 62.1% | 18.2% |
| 夫婦で生活 | 7.1 | 19.0 | 9.1 |
| 単身生活 | 32.2 | 5.2 | 39.4 |
| 施設入所 | 0 | 13.8 | 33.3 |
| 生活費・収入 ⁴⁾ | | | |
| バイト代 | 21.4% | 6.9% | 9.1% |
| 障害年金 | 0 | 56.9 | 0 |
| 親からの援助 | 60.7 | 24.1 | 24.2 |
| 生活保護 | 17.9 | 8.6 | 66.7 |
| 退院してからの期間 ⁵⁾ | | | |
| 入院経験なし | 3.6% | 3.4% | 6.1% |
| 退院後1年以上 | 25.0 | 91.4 | 15.2 |
| 退院後1年未満 | 71.4 | 5.2 | 78.7 |

1) A群対C群, p<0.001, A群対B群, p<0.001

2) A群対B群, p<0.005, A群対C群, p<0.001, B群対C群, p<0.001

3) A群対B群, p<0.01, A群対C群, p<0.005, B群対C群, p<0.001

4) A群対B群, p<0.001, A群対C群, p<0.005, B群対C群, p<0.001

5) A群対B群, p<0.001, B群対C群, p<0.001

(結果)

表 1 は、摂食障害、分裂病、アルコール依存症の 3 つの群の生活状態の特徴を示した。平均年齢は摂食障害 25 歳、分裂病 42 歳、アルコール依存症 45 歳で、発症年齢は摂食障害 18 才、分裂病 23 歳、アルコール依存症 34 歳であり、摂食障害は他の 2 群と比較して発症年齢も現在の年齢も若く、アルコール依存症は発症年齢も現在の年齢も高い。調査時年齢では、摂食障害群と分裂病群との間に有意の差 ($t=7.7$, $df=84$, $p<0.001$) があり、摂食障害群とアルコール群の間にも有意の差 ($t=9.2$, $df=59$, $p<0.001$) がある。発症年齢は、摂食障害群と分裂病群の間に有意差 ($t=3.1$, $df=84$, $p<0.005$) があり、摂食障害群とアルコール依存症群との間にも有意差 ($t=7.4$, $df=59$, $p<0.001$) があり、分裂病群とアルコール依存症群の間にも有意差 ($t=5.3$, $df=89$, $p<0.001$) がある。摂食障害は全員女性であるが(作業所ミモザは女性だけという条件をつけている)、分裂病、アルコール依存症では男女比は約 4 対 1 である。同居家族は、分裂病と摂食障害は親との同居が多く、アルコール依存症は単身者と施設入所が多いという特徴があり、摂食障害群とアルコール依存症群との間には有意差 ($X^2=13.9$, $df=3$, $p<0.005$) があり、分裂病群とアルコール依存症群との間にも有意の差 ($X^2=23.7$, $df=3$, $p<0.001$) があり、摂食障害群と分裂病群とでも摂食障害群に単身生活者が多いため有意の差 ($X^2=11.6$, $df=3$, $p<0.01$) がある。生活費の比較では、摂食障害は親からの援助が多く、分裂病は障害年金が多く、アルコール依存症は生活保護受給者が多いなど 3 群の間で差があり、摂食障害群と分裂病群との間で有意差 ($X^2=23.3$, $df=3$, $p<0.001$) があり、摂食障害群とアルコール依存症群との間でも有意差 ($X^2=12.0$, $df=2$, $p<0.005$) があり、分裂病群と

アルコール依存症群の間でも有意差 ($X^2=38.9$, $df=3$, $p<0.001$) がある。入院については、摂食障害とアルコール依存症は退院後 1 年未満の者が多く、分裂病は退院後 1 年以上の者が多く、摂食障害群と分裂病群の間には有意差 ($X^2=31.9$, $df=2$, $p<0.001$) があり、分裂病群とアルコール依存症群との間にも有意の差 ($X^2=47.8$, $df=2$, $p<0.001$) がある。

表 2 には、3 つの群について、それぞれのスケールの平均値の比較を示した。本人の自己評価は GHQ と KISS-18 の 2 つのスケールであるが、2 つのスケールの平均値は同じ傾向を示しており、摂食障害は自己評価が低く、アルコール依存症と分裂病がほぼ等しくなっている。GHQ では点数が高いほど健康度が低いので、摂食障害の自己評価はアルコール依存症や分裂病よりも低いことが示されており、摂食障害群と分裂病群の間には有意差 ($t=4.4$, $df=84$, $p<0.001$) があり、摂食障害群とアルコール依存症群の間にも有意差 ($t=2.5$, $df=59$, $p<0.01$) がある。本人の自己評価のもうひとつのスケールの KISS-18 では、点数が高いほどソーシャルスキルが高いとされているので、摂食障害はアルコール依存症や分裂病よりソーシャルスキルが低いと自己評価していることが示されており、摂食障害群と分裂病群との間で有意差 ($t=2.4$, $df=84$, $p<0.01$) があり、摂食障害群とアルコール依存症群との間でも有意差 ($t=2.2$, $df=59$, $p<0.05$) がある。

指導員からの評価は、LASMI, LSP, GAF の 3 つのスケールであるが、LASMI と LSP は同じ傾向を示しており、ソーシャルスキルはアルコール依存症が高く、分裂病と摂食障害は低いことが示されている。LASMI は点数が高いほどソーシャルスキルが低いスケールであり、摂食障害群と分裂病群の間には有意差はなく、摂食障害群とアルコール依存症群との間に有

意差($t=6.0, df=59, p<0.001$)があり、分裂病群とアルコール依存症群との間にも有意差($t=5.6, df=89, p<0.001$)がある。LSP は点数が高いほどソーシャルスキルが高いスケールであり、摂食障害群と分裂病群との間には差はなく、摂食障害群とアルコール依存症群との間には有意差($t=5.5, df=59, p<0.001$)があり、分裂病群とアルコール依存症群との間にも有意差($t=4.8, df=89, p<0.001$)があった。GAF

スケールはスコアが高いほど良好な適応とされており、摂食障害がいちばん低く、分裂病が中間で、アルコール依存症がいちばん高く 3つの群の間には有意差がある(摂食障害群対分裂病群, $t=3.8, df=84, p<0.001$, 摂食障害群対アルコール依存症群, $t=9.5, df=59, p<0.001$, 分裂病群対アルコール依存症群, $t=6.9, df=89, p<0.001$)。

表 2 3つの群のソーシャルスキルのそれぞれのスケールの平均値の比較

| | A: 摂食障害群 (N=28) | B: 分裂病群 (N=58) | C: アルコール依存症群 (N=33) |
|-----------------------|--------------------|-------------------|------------------------|
| GHQ ¹⁾ | 22.3±6.2 | 16.1±6.0 | 18.2±6.2 |
| KISS-18 ²⁾ | 45.6±13.4 | 53.2±13.9 | 53.2±13.1 |
| LASMI ³⁾ | 62.3±18.4 | 54.7±25.8 | 25.7±18.4 |
| LSP ⁴⁾ | 121.8±18.1 | 127.8±15.6 | 142.3±9.7 |
| GAF ⁵⁾ | 49.9±15.2 | 62.2±13.5 | 80.5±9.1 |

GHQ: General Health Questionnaire(一般健康調査票)

KISS-18: Kikuchi's Social Skill Scale 18(菊池式ソーシャルスキルスケール18)

LASMI: Life Assessment Scale for Mentally Ill(精神障害者社会生活評価尺度)

LSP: Life Skills Profile

GAF: Global Assessment of Functioning (全般的機能評価尺度)

- 1) A 群対 B 群, $p<0.001$, A 群対 C 群, $p<0.01$
- 2) A 群対 B 群, $p<0.01$, A 群対 C 群, $p<0.05$
- 3) A 群対 C 群, $p<0.001$, B 群対 C 群, $p<0.001$
- 4) A 群対 C 群, $p<0.001$, B 群対 C 群, $p<0.001$
- 5) A 群対 B 群, $p<0.001$, A 群対 C 群, $p<0.001$, B 群対 C 群, $p<0.001$

表 2 から摂食障害のソーシャルスキルの低さが浮かび上がってくる。しかし、一般的には摂食障害の女性は、かわいくておしゃれに気を使っている存在であり、外見から見るとソーシャルスキルがこれほど低いとは想像できない。そこで、ソーシャルスキルの構成因子ごと

の平均値を摂食障害と分裂病で比較したのが表 3 である。LASMI の総得点は両群で差はないが、下位項目で有意差があるのは、身辺整理で分裂病群が有意に高く評価され($t=2.2, df=84, p<0.05$)ており、人付き合いでも分裂病群が有意に高く評価されており($t=3.1, df=84,$

p<0.005)、わずかに社会資源の利用の項目のみ摂食障害が高く評価されて有意差(t=4.1, df=84, p<0.001)があった。この項目は、銀行や交通機関の利用や買物など、若い人ほど有

利になる質問項目であった。身辺整理の項目は、みだしなみでは摂食障害は能力があるが、生活リズムとバランスのよい食事が全然できていないので、低くなってしまったのである。

表3 摂食障害群と分裂病群の精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)の下位項目の比較

| | 摂食障害群 (N=28) | 分裂病群 (N=58) |
|-----------------------|-----------------|----------------|
| 日常生活得点 | 12.8±7.1 | 12.7±7.8 |
| 身辺整理 ¹⁾ | 7.4±3.7 | 5.2±4.5 |
| 社会資源の利用 ²⁾ | 1.6±1.5 | 3.7±2.4 |
| 自己管理 | 3.8±3.0 | 3.8±2.6 |
| 対人関係得点 | 19.6±8.4 | 17.1±9.4 |
| 会話 | 8.8±3.8 | 9.2±5.8 |
| 集団活動 | 3.0±1.9 | 2.2±1.6 |
| 人づき合い ³⁾ | 7.9±3.7 | 5.6±2.9 |
| 労働または課題の遂行 | 17.1±11.4 | 15.4±8.2 |
| 持続性・安定性 | 7.3±2.6 | 5.8±1.1 |
| 自己認識 | 5.8±3.2 | 4.2±2.8 |
| LASMI 総得点 | 62.3±27.9 | 54.7±25.8 |

1) p<0.05

2) p<0.001

3) p<0.005

(考察)

この研究は摂食障害のソーシャルスキルについての初めての研究であり、摂食障害のソーシャルスキルが彼女達の見かけよりもずっと低いことを明らかにしたことに意味がある。この研究の結果である摂食障害のソーシャルスキルの低さは、摂食障害には回復までに長いリハビリテーションが必要であり、リハビリテーションのシステムを作ることが必要なことを示している。過去に我が国では摂食障害のリハビリテーションについての研究はなく、我が国ではいかに摂食障害の治療が立ち

遅れているのかも明らかになった。

この研究は精神科の作業所に通所している患者を対象とした。精神科の作業所は、精神保健福祉法で定められた小規模作業所にあたり、行政から補助金をもらって運営されており、医療的ケアと異なり、サービスを無料で受けられる。作業所は10-20人の規模であり、主に精神分裂病を対象として作られており、リハビリテーションの側面と福祉的ケア（ノーマライゼーション理念に基づく社会参加の領域）の側面を持っている。分裂病では比較的病気が長くなり、症状が安定した患者が通うこ

とが多い。一方最近アルコール依存症や薬物依存症のリハビリテーション施設が、作業所としての認可を受けることが増えている。アルコールではマック (MAC)、薬物ではダルク (DARC: Drug Abuse Rehabilitation Center) などである。これらの依存症関係の作業所は断酒・断薬の継続をサポートするための施設としてリハビリテーションがおもな目的であり、福祉的ケアの側面は薄い。たとえばマックに通所しているアルコール依存症者達は、「酒さえ飲まなければ俺達は十分社会に通用する」と考えており、今回の研究でも彼らのソーシャルスキルの高さは示されている。この研究におけるアルコール依存症群の自己評価の低さは、作業所に通う彼らは断酒を始めたばかりで、過去の飲酒にかかわる数々の失敗の歴史を引きずっていて、自信喪失状態が続いていると推測される。

この研究は分裂病のソーシャルスキルとの比較の方法を取った。この研究における標準となる分裂病のソーシャルスキルは、LASMIでは作業所通所の分裂病の標準値は示されていないが、LSPでは 124.1 ± 18.4 と報告されており(長谷川, 1997)、今回の分裂病の 127.8 ± 15.6 はほぼ同じレベルであった。アルコール依存症のソーシャルスキルについての報告はなされていないので、この研究対象のアルコール依存症のスケールの平均値が高いか低いかはわからない。筆者は以前に若いアルコール依存症はソーシャルスキルが低く、断酒も困難なケースであると報告したが(鈴木, 1994)、このときはスケールを使用した評価ではなかった。

摂食障害の作業所は我が国で初めての試みであり、今年度に横浜市から認可された。これまでの3年間は、摂食障害の親の会である「のびの会」が中心になって自主運営を行なって

きた。摂食障害のリハビリテーションの必要性についての社会の認知が低く、自治体からの認可に長い時間がかかったのであった。摂食障害の作業所は依存症関係と同じようにリハビリテーションを目的としている。摂食障害は大きくは2つに分類され、ひとつは拒食症であり、ひとつは過食症である。思春期に発症した拒食症は、適切な治療を受けると比較的短期間に回復する。その一方、過食症、特に過食後の嘔吐を伴っている者や、嘔吐や下剤乱用を伴う拒食症は治療困難で、長い病歴を持っているものが多い。この研究対象の摂食障害も発病からの期間は約7年であり、こうした慢性例のリハビリテーションの場として摂食障害の作業所は作られた。しかし、この研究で明らかになった摂食障害のソーシャルスキルの低さは深刻であり、リハビリテーションの困難さが示唆されている。

過去に摂食障害のリハビリテーションについての研究がなかったのは、摂食障害に対する効果的な治療法が確立されていないことが大きな原因である。精神分裂病もアルコール依存症も定式化された治療法があり、その中でリハビリテーションも位置付けられている。しかし摂食障害の治療法として、拒食症の一部(嘔吐や下剤乱用のない拒食症の中核群)に対する体重増加治療の有効性は一般化しているが、過食症や嘔吐・下剤乱用タイプに対する治療はまだ一般化されていない現状がある。我々もリハビリテーションをも視野に入れた一般化しうる摂食障害の治療法を開発する必要がある。

(文献)

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington, DC:

American Psychiatric Association; 1994.

Goldberg DP, et al.: The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 27: 191-197, 1997.

長谷川憲一, 他: Life Skills Profile (LSP)日本版の作製とその信頼性・妥当性の検討. *精神医学*, 39: 547-555, 1997.

岩崎晋也, 他: 精神障害者社会生活評価尺度の開発. *精神医学*, 36: 1139-1151, 1994.

Keel PK, et al.: Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 63-69, 1999.

菊地章夫: 思いやりを科学する. 川島書店, 1988.

Rosen A, et al.: The Life Skills Profile: A measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophr Bull* 15: 325-337, 1989.

鈴木健二, 他: ヤングアルコールリックの治療経験. *アルコール依存とアディクション*, 11: 290-296, 1994.

高木洲一郎: 摂食障害の臨床. *慶應医学*, 77(2):67-74, 2000.

武田 綾, 他: 男女高校生における神経性過食症の出現頻度. *精神医学*, 35: 1273-1278, 1993.