〔研究部門シンポジウム「アレキシソミアと〈身〉の医療」〕　pp. 57–59

アレキシサイミアとアレキシソミア

心療内科の臨床より

橋爪 誠（橋爪医院）

アレキシサイミア Alexithymia について

1973 年、Sifneos[1] は消化性潰瘍や潰瘍性大腸炎など古典的心身症の精神分析治療を通じて、心身症患者に以下のような特徴が認められることを指摘し、Alexithymia（アレキシサイミア、失感情言語症）と名づけた。(a) 想像力（ファンタジー）が貧弱で、心的葛藤を言語化することが困難である、(b) 情動を感じることやそれを言語表現することが制限されている、(c) 外的な事実関係をくどくどと述べ立てるが、それに伴う主観的な感情を表出しない、(d) 面接者との交流が困難である。アレキシサイミアは、境界の明確な（全か無かの）現象ではなく、一般人にも広く見られる人格特徴であるとされている。

現在アレキシサイミアの評価、判定には一般に Toronto Alexithymia Scale（TAS）[2] が用いられる。TAS は以下の 3 因子構造からなるとされる [3]。F1：感情を識別することの困難さ（感情同定困難）、F2：感情を他者に語ることの困難さ（感情伝達困難）、F3：外面性志向の思考（外的志向）。

アレキシサイミアの臨床像

筆者ら [4] が検討したデータを示す。まず、同じ呼吸器系疾患である気管支喘息（以下喘息）患者（BA 群、115 名）、肺癌患者（LC 群、33 名）を対象として心理テスト（MMPI-アレキシサイミアスケールおよび矢田部・ギルフォード性格検査）を行い、神経症患者（N 群、38 名）および健常人（C 群、106 名）と比較した。N 群には不安神経症、抑うつ神経症、転換性障害などが含まれ、C 群は医療機関に通うことなく自覚症状も有さない者である。

この研究を行った時点で TAS は未だ開発されておらず、当時最も広く使用されていた MMPI-アレキシサイミアスケール（MMPI-AS）[5] を用いた。MMPI-AS の詳細は文献にゆずるが、スコア 14 点以上がアレキシサイミアであると判定される。また、矢田部・ギルフォード性格検査（YG）の結果は A～E の各類型で判定し、A 類（平均型）、C 類（安定消極型）、D 類（安定積極型）は適応型、B 類（不安定積極型）と E 類（不安定消極型）は不適応型と評価した。結果は図 1、2 に示す通りである。

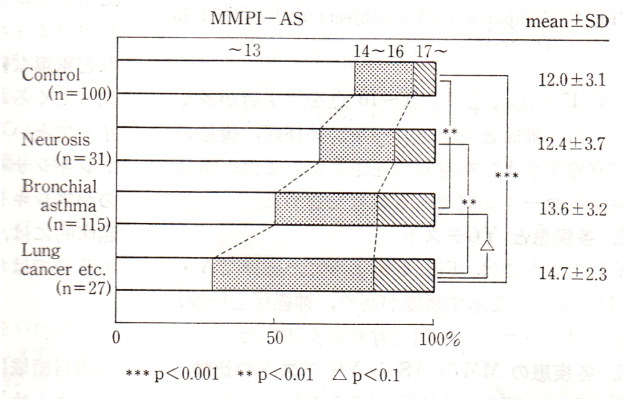

図 1　各種疾患の MMPI-AS スコア

YG で適応型（A 類、C 類、D 類）の割合は、BA 群 71%、LC 群 85%、N 群 43%、C 群 73% で、社会適応性は肺癌患者 ＞ 健常人 ＞ 喘息患者 ＞ 神経症患者の順であった（図 1）。MMPI-AS のスコアは BA 群 13.6±3.2、LC 群 14.7±2.3、N 群 12.4±3.7、C 群 12.0±3.1 で、アレキシサイミアの傾向は肺癌患者 ＞ 喘息患者 ＞ 神経症患者 ＞ 健常人の順であった（図 2）。さらに YG の類型

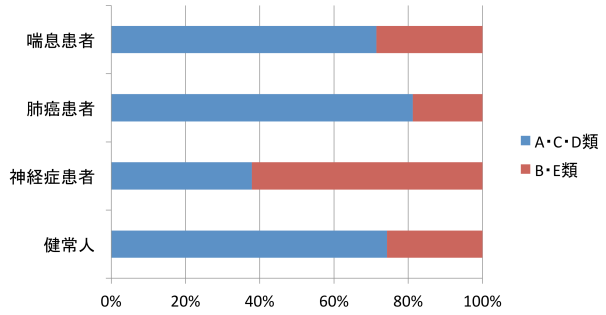

図 2　各種疾患の YG 性格タイプ

と MMPI-AS スコアの相関を調べたところ、YG で適応型（A、C、D 類）と判定される者は、不適応型（B、E 類）の者に比べて、アレキシサイミアスコアが有意に高いという結果であった（図 3）。これを YG の各尺度でみると、アレキシサイミアスコアが高く出る心理的特徴には、客観的、非攻撃的、協調的で気分の変化や神経症傾向は少ないといった傾向があった [6]。

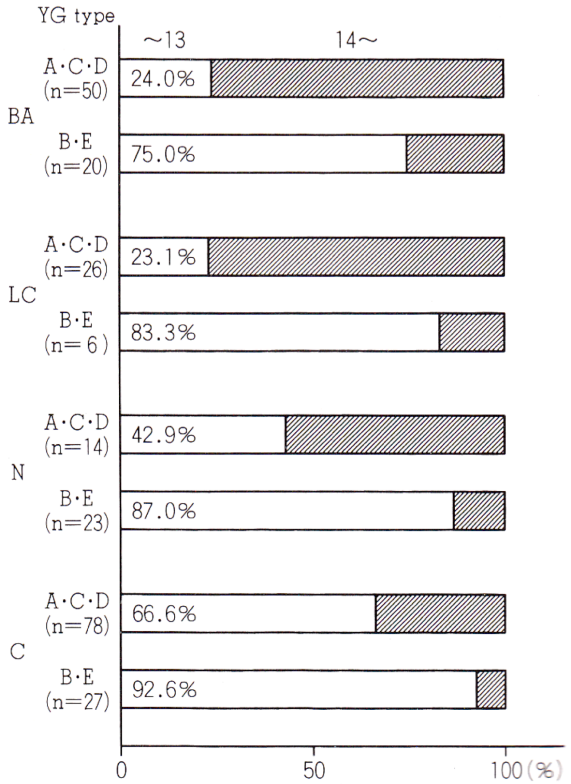

図 3　YG と MMPI-AS の相関

アレキシサイミアとアレキシソミア

アレキシサイミアの概念が発表された後、池見 [7] は心身症患者における身体面の気づきの乏しさに注目し、アレキシソミア Alexisomia の概念を提唱した。具体的には次のような症例を挙げることができる。糖尿病で血糖値 500mg/dl 以上の高値にもかかわらず、口渇、倦怠感などの自覚症状を全く訴えない。胃潰瘍で腹痛を自覚せず突然の吐血で発症する。喘息で呼吸機能が低下し低酸素血症をきたしているにもかかわらず、本人はほとんど呼吸困難を感じていない。池見は、アレキシソミアとは心身症（とくに現実心身症）患者にみられる特徴で、アレキシサイミア傾向のある患者でよく認められると考えていた。このようなアレキシサイミアとアレキシソミアの関連性を明らかにするため、筆者は喘息患者 47 名を対象として以下のような検討を行った [6]。

まずアレキシサイミアと喘息の身体的重症度の相関性を調べるために、MMPI-AS スコアとアストグラフ法 [8] による気道過敏性（アセチルコリンの誘導体であるメサコリン吸入時の呼吸抵抗上昇を指標とした気道反応性）を比較した。その結果、両者の間には図 4 に示すような有意な相関性が見出された。すなわち、MMPI-AS スコアが高い者ほど気道の反応閾値が低く、気道が過敏である。

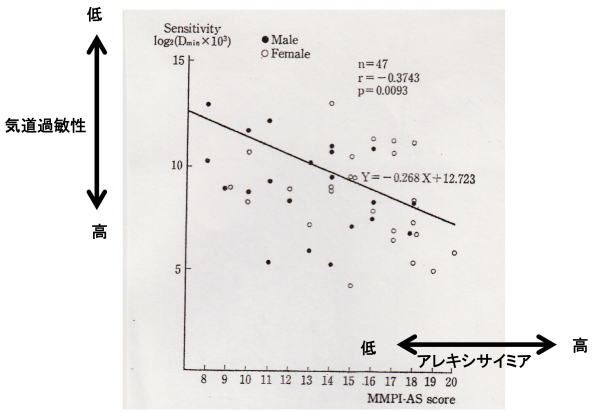

図 4　MMPI-AS と気道過敏性

次に、アレキシサイミアと喘息症状への気づきを調べる目的で、MMPI-AS のスコアが 15 点以上の者（アレキシサイミア群、A 群）と 13 点以下の者（非アレキシサイミア群、N 群）各 8 名を選び、各自にピークフローメーターを携帯させ、連日午前および午後に、自覚的な呼吸困難の程度（息苦しさ点数：0 点「息苦しさなし」から 10 点「息苦しさ最高」までの 11 段階で自己評点）と自己測定したピークフロー値を記録させた。両者をグラフ化したものが図 5 である。縦軸が息苦しさ点数、横軸が自己測定したピークフロー値を予測値に対する % で表している。N 群では症例により差がみられるが、息苦

しさ点数と％ピークフロー値の間に比較的直線に近い相関が認められるのに対して、A 群では N 群に比べて症例間の相違が目立つ。すなわちアレキシサイミアスコアが高い患者では、自覚的な呼吸困難の程度と客観的な呼吸機能の間のずれが大きい。実際の臨床像としては、呼吸機能が低下しているにもかかわらず呼吸困難をあまり感じていなかったり、呼吸機能が正常に近くても呼吸困難を強く感じたりする患者が多い。

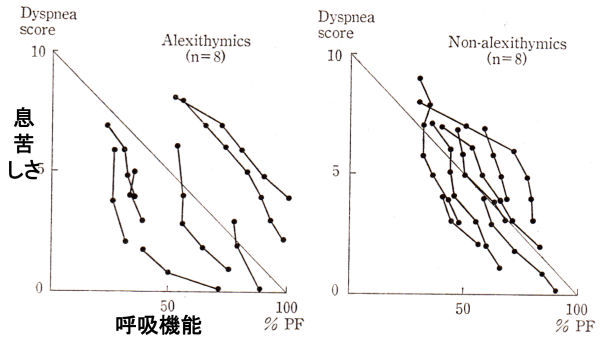

図 5　自覚的な息苦しさと呼吸機能

考察およびまとめ

呼吸器疾患患者（器質的な病態として肺癌、機能的な病態として喘息）を対象とした検討の結果、機能的な病態に比し器質的な病態を伴う患者でアレキシサイミア傾向が強く、神経症傾向が少ない。これはアレキシサイミアに関わる臨床像の特徴の一つと考えられる。

アレキシサイミア傾向の強い喘息患者の臨床像は、社会的な適応性が高く、表面的には問題の少ない性格特徴を有している一方、身体面では気道過敏性が高く、主観的な呼吸困難と客観的な呼吸機能との間にずれが認められる。これは身体感覚の自己認知に歪みがあることを意味し、アレキシソミアの傾向が強いことを示していると言えよう。すなわち、アレキシサイミアが喘息の病態に関わっているとともに、アレキシサイミアとアレキシソミアに関連性があることが示唆される。薬物療法を中心とした通常の内科的治療だけでは症状が十分にコントロールされず慢性難治化しやすい症例では、このようなアレキシサイミアやアレキシソミアの傾向を考慮すべきであろう。最後に将来への課題として次の 2 点を挙げておきたい。(a) アレキシサイミアとアレキシソミアは共通の病態を見ているのかどうかを明らかにする必要があること（両者を媒介するものとしての〈身〉の意義？）、(b) アレキシサイミア／アレキシソミアのために慢性難治化した心身症に対してどのような治療的関わりの可能性があるか（どのように「気づき」を得るか？）。

文　献

1) Sifneos, P. E. : The prevalence of ‘alexithymic’ characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 22: 255-262, 1973

2) Taylor, G. J. et al.: Toward the development of a new self-report alexithymia scale. Psychother Psychosom 44: 191-199, 1985

3) Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D., et al.: The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. Psychother Psychosom 75: 25-39, 2006

4) 中井吉英, 橋爪誠, 福永幹彦, 他: 内科領域におけるアレキシサイミアの臨床像について. 心身医 33: 42-47, 1993

5) Kleiger, J. H. & Kinsman, R. A.: The development of an MMPI alexithymia scale. Psychother Psychosom 34: 17-24, 1980

6) 橋爪誠: 気管支喘息の心身医学的診断― Alexithymia の観点より―. 心身医 32: 233-236, 1992

7) 池見酉次郎: 全人的医療の核としての心身医学. 心身医 30: 251-260, 1990

8) Takishim, T. et al.: Direct-writing recorder of the dose-response curves of the airway to methacholine. Chest 80: 600-606, 1981

（研究部門シンポジウム　コメンテーター）

編集・制作協力：特定非営利活動法人 ratik
http://ratik.org
ratik