

免疫

(5) アレルギー疾患と免疫異常

① アトピー性皮膚炎—心身医学的側面から考える

東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

ヒガキ ユウコ
檜垣 祐子

(受理 平成27年8月13日)

Immunity

(5) Allergic Disease and Immunologic Disorder

① Atopic Dermatitis from the Standpoint of Psychodermatology

Yuko HIGAKI

Institute of Women's Health, Tokyo Women's Medical University

Atopic dermatitis is a common skin disease manifesting during childhood and the symptoms usually disappear before puberty. However, the disease sometimes persists from puberty to adulthood and psychosocial stress is frequently observed as a major exacerbating factor in such cases. Occupational or familial problems are the most common reasons for psychosocial stress and induce scratching as a kind of stress coping mechanism. Scratching is a behavioral problem that directly exacerbates dermatitis. Therefore, reducing scratching and improving stress coping skills is an important psychodermatological approach to reduce dermatitis. Corticosteroid phobia is the most serious problem resulting from atopic dermatitis. Cooperation with psychiatrists is necessary for the treatment of psychiatric disorders such as depression and insomnia.

Key Words: atopic dermatitis, corticosteroid phobia, psychodermatology, psychosocial stress, scratching behavior

はじめに

アトピー性皮膚炎はありふれた皮膚疾患の一つであり、乳幼児期に発症して、多くの症例は学童期までに治癒する。一方、思春期以降、さらに成人になるまで持ち越し、あるいは再発する症例もあり、このような場合には、より重症となりやすい¹⁾²⁾。皮膚科診療の現場では、15年余り前から成人型アトピー性皮膚炎ともいわれる難治な症例が増加し、標準的な薬物療法によっても期待されるような改善が得られず、治療上の大きな問題となった。

さらに、一部にステロイド忌避の傾向が強まり、

アトピービジネスの問題とあいまって、治療現場に少なからぬ混乱をもたらした。そのような中で成人の重症例では特にその臨床経過にストレスなどの心理社会的要因、特にストレスが関与していることが示されるようになり、標準的薬物療法に加えて、心身医学的治療の重要性が認識されるに至った。

日本皮膚科学会は2000年に「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン」を発表し、その中で、ステロイド外用療法を主体とした標準的薬物療法に加えて、基本治療方針のひとつとして、心身医学的側面に配慮した治療が取り上げられた³⁾。以降、最新版である

Table 1 Classification of psychocutaneous diseases

	Diseases	Behavioral problems
Skin conditions derived from psychiatric disorders	Neurotic excoriation	Scratching behavior
	Artificial dermatitis	Self-mutilation
	Trichotillomania	Plucking hairs
	Delusion of parasitosis	
Psychosomatic skin diseases	Atopic dermatitis	Scratching behavior
	Chronic eczema	Scratching behavior
	Acne	Scratching behavior
	Alopecia areata	
	Chronic urticaria	
	Prurigo	Scratching behavior
	Pruritus cutaneus	
	Psoriasis	Scratching behavior
	Hyperidrosis	
	Pemphigus	

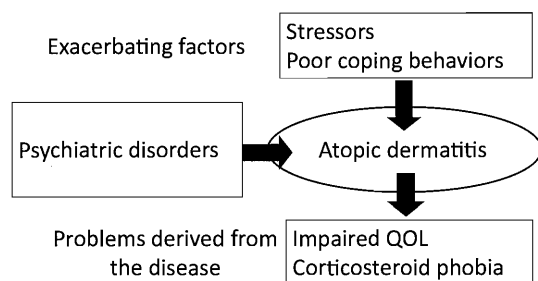


Fig. 1 Atopic dermatitis and psychosocial factors
Psychosocial stress (stressors) and a poor coping mechanism exacerbate atopic dermatitis. Psychosocial problems derived from atopic dermatitis include an impaired quality of life and corticosteroid phobia. Psychiatric disorders associated with atopic dermatitis also affect the skin condition.

2009年の「アトピー性皮膚炎診療ガイドライン」まで、その記述は反映されている⁴⁾。

このように、アトピー性皮膚炎というごくありふれた皮膚疾患が心身医学的治療の対象として認識されたことで、サイコダーマトロジー(精神皮膚科学)の裾野が広がり、アトピー性皮膚炎の治療にあたる皮膚科医の間で皮膚心身医学に対する関心が高まっていた。

1. 皮膚心身症としてのアトピー性皮膚炎

皮膚心身症は大まかに、精神障害の症状が皮膚に発現したものと、心理的要因が密接に関与する皮膚疾患(狭義の皮膚心身症)の2つの疾患群に分類されるが、アトピー性皮膚炎は後者の代表的疾患といえる(Table 1)。皮膚心身症としてのアトピー性皮膚炎と心理社会的要因との関係は、他の皮膚心身症と同様、①疾患の悪化因子となる問題(ストレス)、②

疾患から派生する心理社会的問題(特に治療環境への不適応)、③精神疾患の合併、の3つの点からなり、それぞれの対策を考えて方針を立てる⁵⁾(Fig. 1)。

このうち①疾患の悪化因子となる問題への対応は、まず大まかなストレス因子を把握し、ストレス対処のスキル向上を図ると共に、ストレスによる悪化の機序に皮膚特有の問題といってもよい、搔破行動の問題があることに注意する。皮膚は自分自身で触ることが出来るという点が、他の臓器とは異なる大きな特徴で、こする、たたく、搔くといった行動が、行動の問題として、Table 1に示すような、いくつかの皮膚心身症の病態に関与している。②治療環境への不適応については、ステロイド忌避の問題が重要である。この場合、しばしば治療が困難となり難渋する。また、③精神疾患の合併例では、その状態が様々なアトピー性皮膚炎の治療行動、つまりセルフケア(患者自身が実行する外用療法、ストレス対処、搔破行動の修正など)に影響する。

2. ストレス下での搔破行動

アトピー性皮膚炎がストレスによって悪化する機序として、行動の問題としての搔破行動が大きい。これには、いろいろや疲労など心身のストレスで誘発され、知らずに繰り返されるうちに習慣化する特徴がある。患者がこれを自覚すると搔破行動は減少し、皮疹は改善する⁶⁾。一般にストレスに対する反応として、心理反応(不快な気分、落ち込みなど)と身体反応(動悸、発汗など)とともに行動反応がある(Fig. 2)。行動反応にはいわばストレス解消にあたる、適切な行動(適度なスポーツ、会食など)と、不適切な行動(過度の飲酒、買い物依存、気晴らし

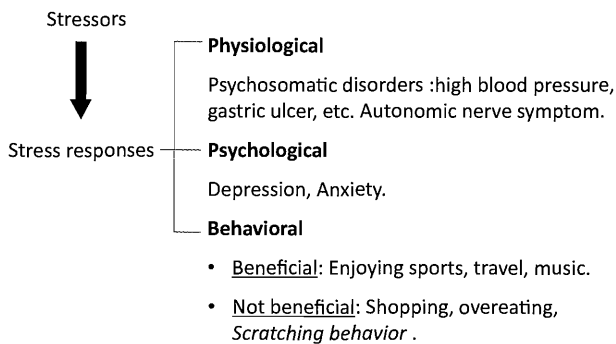


Fig. 2 Relationship between stress and scratching behavior

Responses to stress include physiological, psychological, and behavioral responses. Scratching is considered one of the non-beneficial behavioral stress responses. Beneficial behavioral responses should be recommended to reduce scratching behavior.

食いなど)がある。ストレス下の搔破行動は、この不適切な行動に相当する。搔破行動は繰り返されることによって、ストレス⇒搔破行動、という反応が強化され、固定したルートが出来上がっていく。

習慣化した搔破行動により特徴的な皮疹(手の届きやすいところに境界明瞭な湿疹病変,左右対称性,搔破痕は目立たない,爪の光沢,指の関節背面の色素沈着,Knuckle pad 様変化)が形成されるので,皮疹の状態から搔破行動の関与を推察できる⁶⁷⁾。診察時にこれらの皮疹を患者と共に確認しながら,どのような時に搔破行動が起きるかを聞いていくと,イライラした時,あせった時,帰宅時,パソコンに向かっている時,など,患者自身が搔破行動のきっかけや状況を語ることで,これに気づくことができる。

そこで,搔破に気づいた時には手を組む,というように,搔破以外の行動をとることを提案する。また,搔破行動を日記に記録する,スクラッチ日記も有用である⁶⁾。

3. 悪化因子となるストレス

アトピー性皮膚炎の増悪因子となる主なストレスを調査すると,職場の人間関係や仕事の負荷などの職業上の問題のほか,夫婦や家族間の不和,母親の過干渉などの家庭内の問題が多い。これらのストレスはいずれも慢性的または日常的問題(デイリーハズルズ, daily hassles)であり,特に対人関係の問題がその中心となっている⁸⁹⁾。心身医学的に見ると,これらはアトピー性皮膚炎に特有のものというよりは,20~30歳代という年齢層では,ごく一般的な問題と考えられる。

患者自身は悪化因子となっているストレスに気づいていないこともあるので,なるべく具体的に質問すると,「2ヵ月前に引越しをして…」,「4月に部署が変わって…」というように話の糸口が得られ,ストレス因子を把握しやすい。

ストレス対処については,まず最も簡単な,ストレス発散や休養を勧める。以前行っていたスポーツなど患者が取り組みやすいものを勧めてみる。またストレスは周囲(家族,友人,専門家など)の協力や援助,すなわちソーシャルサポートを実感することで緩和されることから,親しい友人との交流,専門家からの正しい情報の収集などを勧める。ストレス対処のスキルが向上することでストレス状態から抜け出し,搔破行動を誘発しにくくなる。ストレス対処の向上を目指したグループ療法は,実施できる施設に限られるが,患者のストレス対処の幅を広げ,皮膚症状の悪化や再燃を防ぐ効果が期待される¹⁰⁾。

4. 治療環境への不適応とステロイド忌避

疾患から派生する心理社会的要因のうち,問題となるのはステロイド忌避で,適切な薬物療法を行えないためにしばしば治療が困難になる。

アトピー性皮膚炎が悪化しているときには,十分な外用療法が行われていないことがほとんどである。その中には,ステロイド外用薬に対し,なんとなく使いたくないなど,患者の漠然とした不安から,その使用法が不適切になっている場合がある。このようなケースでは,外用量や外用回数など適切な外用療法の説明と指導を行うことで,すみやかに治療効果が上がる。さらに患者が外用療法を習得することで,その後の治療経過により結果をもたらす。適切な外用療法を自ら体験することは,ステロイド外用療法の受け入れにポジティブに作用するからである。

それに対して問題となるのは,明白なステロイド忌避の場合である。ステロイド外用療法が行えないと,治療の柱を欠くことになり,治療自体が困難となる。これは治療環境への不適応と捉えることができる。この様な場合,まずは治療者が共感的に話を聞くことが基本である。ステロイド忌避に結びつく過去の不快な体験があって,挫折感を抱き,医療不信に陥っている場合もあるため,安易に批判することは避け,話を聞きながら何が問題であったかを把握するよう努める。患者はステロイド外用療法について,いろいろと誤解していることもあるので,正しい情報を提供するとともに,皮膚科医の常識から

かけ離れた誤解であっても、可能な限り合理的に説明することを心がける。皮膚科医にとっては自明のことでも、その常識を患者と共有できるかどうかが重要である。実際に外用処置を行うのは患者本人やその家族であり、正しく使用できるよう繰り返し指導する必要がある。

5. アトピー性皮膚炎の精神医学的病態

アトピー性皮膚炎患者の精神医学的状态を把握することは、アトピー性皮膚炎の治療の見通しを立てる際に参考になる。いささか古い調査とはなるが、1997～1998年にコンサルテーション・リエゾン精神科医が東京女子医科大学病院皮膚科に入院中の重症例100例と面接した結果によると⁹⁾、最も多いのは「一般身体疾患に影響を与えている心理的要因」、いわゆる心身症で70%を占めた。精神疾患の合併は少なく、「気分障害」(うつ病性障害など)が6%、「適応障害」が5%、「不安障害」が4%、「睡眠障害」が3%などで、すべてあわせても20%に満たなかった。また特に精神医学的に問題なく、精神科診断のない例が10%を占めた。この結果からは、いわゆる心身症と診断される70%のケースと、精神医学的に問題のない(精神科診断のない)10%の症例とあわせて、アトピー性皮膚炎の重症例であっても、その80%は皮膚科医が対処可能な症例であるといえる。

その後、2003～2004年の72例の検討では、精神疾患の合併例の割合が33%に増加し、いわゆる心身症と、精神科診断のない例は合計60%にとどまった¹¹⁾。このことは、精神医学的病態がより深刻化したとも取れるが、一方、皮膚科診療において、アトピー性皮膚炎に対する心身医学的アプローチが実践されるようになった結果、多くの症例は外来での治療が可能となり、より複雑な病態を抱える難治例が入院治療に至るようになったと考える方が自然かもしれない。

何らかの精神疾患を合併している場合は、それがアトピー性皮膚炎の治療経過に影響している可能性が考えられる。これらのケースでは精神疾患に由来する問題が、ストレス対処や搔破行動の修正のための行動療法的アプローチだけでなく、外用療法などの一般的な薬物療法においても、アドヒアランスの

低下をきたすことがあり、皮膚科医と精神科医や心理士などとのチームによる治療が望まれる。

おわりに

アトピー性皮膚炎の心身医学的側面について、悪化因子、疾患から派生する問題、精神疾患の合併の各項目について述べた。治療者が心身医学的な治療を実践する際に、患者本人の気づきと、患者自身のセルフケアがどこまで達成できるかが、皮膚心身症としてのアトピー性皮膚炎の経過の鍵を握っている。適切な薬物療法に心身医学的治療を加え、患者のセルフケアを実行しやすいようにサポートしていくのが治療者の役目であると考ええる。

開示すべき利益相反状態はない。

文 献

- 1) 古江増隆, 林田清芽, 内 博史: アトピー性皮膚炎の自然経過. 臨免疫・アレルギー科 52: 320-325, 2009
- 2) 荻原順一, 竹田正秀, 伊藤 巨: X. 性差からみたアレルギー疾患の自然経過. アレルギー・免疫 16: 554-563, 2009
- 3) 川島 眞, 瀧川雅浩, 中川秀己(アトピー性皮膚炎治療ガイドライン作成委員会)ほか: 日本皮膚科学会編「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン」. 日皮会誌 110: 1099-1104, 2000
- 4) 古江増隆, 佐伯秀久, 古川福美(日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン作成委員会)ほか: アトピー性皮膚炎診療ガイドライン. 日皮会誌 119: 1515-1534, 2009
- 5) 檜垣祐子: 皮膚疾患の心身医学的評価. 日皮会誌 120: 2958-2960, 2010
- 6) 小林美咲: アトピー性皮膚炎患者の搔破行動の検討. 日皮会誌 110: 275-282, 2000
- 7) 川島 眞, 檜垣祐子, 細谷律子ほか: 嗜癢の搔破行動によるアトピー性皮膚炎の臨床像. 臨皮 54 (5増): 103-107, 2000
- 8) 檜垣祐子, 有川順子, 吉原伸子ほか: 重症アトピー性皮膚炎における搔破行動および心理社会的負荷の関与について. 日皮会誌 111: 837-842, 2001
- 9) 檜垣祐子, 有川順子, 吉原伸子ほか: アトピー性皮膚炎の難治化における心理社会的負荷の関与について コンサルテーション・リエゾン医療の試み. 日皮会誌 110: 27-34, 2000
- 10) 渡邊郁子, クスマノ J: 皮膚心身症患者におけるストレス対処スキル向上を目的としたグループ療法の実践. 上智大心理年報 37: 7-15, 2013
- 11) 川本恭子: リエゾン・コンサルテーション. Visual Dermatol 4: 442-475, 2005