

摂食障害の治療上の注意事項

——学校保健や看護との関連も含めて——

大谷 正人

Suggestions about the Treatment for Eating Disorders: Implications for School Health and Nursing Care

Masato OTANI

はじめに

摂食障害は、その頻度が急激に増えたこと、罹病期間の長さ、死亡例がかなり存在すること、治療の難しさなどから、近年ますます重要な疾患となってきた¹²⁾。思春期、青年期の女子に好発し、学校保健上も重要な疾患である。

本論文は、摂食障害における特定の問題に焦点を絞って論じたものではなく、治療全般についての一般的注意事項を記したものである。摂食障害の患者（病院でも患者というよりクライアントと呼んだ方が適切な少女たちも多々いるが、本研究では患者と総称する）の診察に携わることの多い筆者自身にとって、治療上の注意事項を整理することは、筆者自身にとって日常の診療を反省するよい機会となるだけでなく、摂食障害に悩む少女、青年に関わりの多い医療関係者、教師などにとっても何らかの寄与するところがあるのではないかと願い、本研究をまとめることとした。また、本誌の性格上、教育関係者や看護関係者に関心の多い問題についても論じた。なお、本研究では、神経性無食欲症と神経性大食症の概念としては、アメリカ精神医学会による DSM-IV¹⁾ に従った。

I. 治療について

——初期対応を中心に——

1. 受診に至るまで

ダイエットなどが高じて神経性無食欲症になったとしかみえない場合、家族の中からは、「このままでは体によくないからもっと食べなさい」といった注意が普通なされる。単なる過剰なダイ

エットで病気になったという単純な問題ではないので、「食べなさい」という注意は良くないと、受診時に指摘されることが多い。しかし、黙って様子をみるだけでは、やせが進行し危険な状態となる。子どもの拒食という行為の背景には、いろいろな意味（メッセージ）が隠されていることが多い。また病気が発症して、かなり長い期間が経過している場合は、その意味すら解らないこともしばしばある。確かにこれらの意味に気が付かず「食べなさい」というだけでは、親子関係は悪化するだけである。また同時に、黙って様子を見ているだけでは、子どものメッセージを無視することにもなってしまう。やはり、子どもの体重減少が進行してきた場合、子どもに理解できる症状、例えば便秘、寒さを感じやすいこと、早く走れないこと、（若くして罹患した場合の）低身長などを説明し、説得して早期に病院を受診することが重要である。その説得などにおいては、教師もしばしば重要な役割を果たし得る。

神経性大食症の場合、受診への経緯はもっと複雑になるだろう。病気が発症してから受診するまでの期間は、神経性無食欲症の場合より、長く経過していることが多い¹¹⁾。受診する頃には、本人が自分の異常な食行動にかなり悩んでいる場合もあるし、親などに連れられて受診する場合など様々である。病態も様々で受診が続かないことも多いので、個々の患者に適した対応が求められる。

2. 病院の選択

一般的には、総合病院や開業クリニックの精神科、内科、心療内科、小児科などを患者は受診す

ることが多いが、治療期間の長い摂食障害患者の場合、一カ所の治療機関だけで治療を終結できる場合はむしろ少数である。

せっかく病院を受診するところまで本人が同意したのに、病院で嫌な思いをしたので通院を中断してしまうといったケースも少なくない。患者の症状や病態レベルによっても当然受診機関は異なってくるが、症状が重いほど、また病態レベルが深いほど、その適した専門機関にかかることは必要となる。地方では特に、専門機関が少ないため、摂食障害を扱える専門機関が今後増えることが望まれている。専門機関が少ないと、それだけ1カ所に患者が集中することになり、結果的に治療の密度が薄くなりかねないし、通院にあまり長時間かかってしまうことも、本人、家族にとって大きな負担となる。医療機関に対する厚生省研究班の調査でも、専門医の絶対数の不足が指摘されている¹⁷⁾。

病院の選択に関しては、養護教諭など、教育機関の中での専門家が豊富な知識を持っていることが望ましい。患者に対するこれまでの治療に関する調査でも、治療自体がしばしばマイナスの評価を受けていることもあるが、当然のことながら、この疾患の専門家の方が、そのようなマイナスの評価を下されることは少ない¹⁸⁾。

3. 治療継続の工夫

治療継続の難しさには、いくつかの要因があると思われる。第1に、本人が治療の必要性をどこかで感じながらも、この病気が患者のこれまでの生き方と密接に関連しているため、表面的には治療を拒否しているかのようにはしばしばみえること¹⁵⁾。第2に、アレキシシミアという言葉で象徴されるように、自己の感情や思いをいきいきと語ることの困難な患者が多いこと。第3に、薬物療法の効果が限られていること。第4に、複雑な背景を持つ患者にうまく対応できる専門医の少ないこと。主にこれらの理由のためであり、治療中断がある場合、医療機関、特に医師にその責任がある場合も少なくない。摂食障害の治療にあたっては、医師が自分の得意な治療技法で治すのではなく、患者にあった治療法を選択し治すことが望ましいが、様々な治療技法を修得していない医師が多いのではないだろうか。これは、もちろん自戒の念をこめての思いである。

神経性大食症の場合によくみられるように、治

療への意志よりも、過食で得られる魅力の方が大きく、治療を継続しようとする周囲の努力が、その時点では、労力の浪費となってしまいうこともあろう。過食の持つ意味の大きさについては、後述するソリューション・フォーカスト・ブリーフセラピーで頻用するミラクル・クエスションは、示唆するところが大きい⁹⁾。すなわち、奇跡が起こって問題が解決した時、どのようですか、という質問に対して、過食の意味が大きい場合、答えに窮してしまう。このような場合、過食の継続は覚悟しなければならない。

このような難しい問題はあがあるが、一般的にはこの病気における深刻な問題（長期的観察における死亡率の高さ、罹病期間の長さなど）を考えると、治療継続のための技術を医師が身につけているのは、重要なことである。

治療継続のための技法については、下坂の報告¹⁵⁾などから多くのことを学ぶことが出来る。下坂は、不食や過食の利点を患者の言葉で明らかにさせ、本人と親の意見の食い違いの仔細を把握することから始めている。また、ソリューション・フォーカスト・モデルにおけるビジター、コンプレイナント、カスタマーという関係性のタイプ分けによる治療段階の把握も、治療継続に役立つであろう。

4. 入院中の看護

摂食障害の看護において、身体や行動を管理することと共感することという、時には矛盾することを統合し治療していくことは、看護上大きな問題である。一般的に患者は、治療者の支持、励ましや共感治療のためにプラスと評価することが多いが、身体管理や行動制限などにはしばしば否定的な評価を下している¹³⁾。看護者の方でも、摂食障害はその治療への抵抗性、合併する行動上・人格上の問題などのために、病棟患者の中で摂食障害の患者の比率が高くないように抑えている病院も総合病院では多く存在している。しかし、摂食障害の重大性や入院になる確率の高さを考えると、摂食障害患者の看護の重要性は明らかである。看護者が、摂食障害特有の問題（やせの進行、過食・嘔吐など）、及び摂食障害に伴いやすい問題（自殺企図、抑鬱、強迫、盗癖、物質乱用など）への対処法を熟知していることが肝要である。具体的には、どのような看護目標をたてて、どのような看護援助をするかということになる¹⁶⁾。最近で

は、ボディ・イメージやセルフ・エスティームなどの自己概念における問題の改善に、看護者が関わることの重要性が指摘されている⁵⁾。

5. 連携の問題

連携には、いろいろな側面がある。入院治療におけるチーム医療としての、医師・看護婦・栄養士など相互の連携、親との連携、教育機関との連携など、いずれを取っても、治療上重要な意味を持っている。摂食障害は、単に食べられない、過食してしまうという問題にとどまらず、その患者の生活やその家庭全体に重大な影響を及ぼしうる疾患である。

教育の立場から見た場合、病院は敷居が高いことが多い。たとえば、病院に教師が相談に出かけた場合でも、診療報酬(相談費用)を請求する病院があると、教師はその出所に困ってしまう。従って教師、特に養護教諭の場合、相談しやすい医師を知っておくことは、子どもたちのために重要なことである。摂食障害は、児童・青年期精神医学領域では精神分裂病などと並び、早期対応の重要な疾患であるので、予防において果たしうる教師の役割も大きい。

6. 治療方法の選択

マクファーランドは、摂食障害の心理療法に影響を与えた四つの波として、精神力動的アプローチ、認知・行動論的アプローチ、システム論的アプローチ、ソリューション・フォーカスト・アプローチ(SFA)をあげている⁹⁾。治療方法の選択は、入院か通院かによって、また人格障害の有無のような病態レベルの問題によって大きく影響される。それぞれのニーズにあわせた統合的アプローチが重要であることについては別に触れた¹¹⁾。

以上の四つの波の中で、これまで摂食障害の治療では、認知行動療法的アプローチが最も中心的な役割を果たしてきたが、摂食障害が多様化し、一般的な疾患となってきた現在、人格障害などの合併のない場合、SFAの果たす役割も大きい。SFAは、「すべてのクライアントは自分たちの問題を解決するのに必要な資源と強さを持っている」という信念に基づく理論であり、例外、すなわち問題がおこらない時に焦点をあて、差異を生むために何が必要かという疑問に答えようとするセラピーである¹⁴⁾。

7. 過食への対応

過食への具体的な対応、すなわち食事記録(食事日記)の作成、食事プランの設定、過食を防ぐための行動リストの作成、ダイエットの中止などについては、最近は様々な本に書かれている⁴⁾。しかし、それぞれの人にあった対応策は、意外と難しい。過食の占める意味や病態レベルの確認などが過食への対応策を考えるのに先だって必要である。

II. 病因・病態について

1. 病因について

摂食障害の病因について考える時、心理学的要因(社会的要因も含む)、生物学的要因の二つの方面からのアプローチが不可欠である¹²⁾。摂食障害は、拒食とか過食とか肥満恐怖などの共通した症状をかかえる一種の症候群である。従って、摂食障害の病因は、それぞれの患者によって多少とも異なる。

近年の病因論における、(脳の)脆弱性、心因性(外傷性)という二つの軸から、摂食障害及び摂食障害と関連の多い重要な精神神経疾患を考えると、以下の図1のようになるだろう。

図1の見方としては、横軸(X軸)の右方に行くほど、心因性の強い疾患となり、縦軸(Y軸)の上方に行くほど、脳の生物学的脆弱性による疾患(遺伝子が脆弱性を伝達する場合も含む)となる。多くの疾患は、両者に何らかの関係がある場合が多く、 $y = -x + \alpha$ の線付近に存在するが、摂食障害はその中で、中央にほぼ位置し、図の上下の多くの疾患との関連性を有している。なお、図

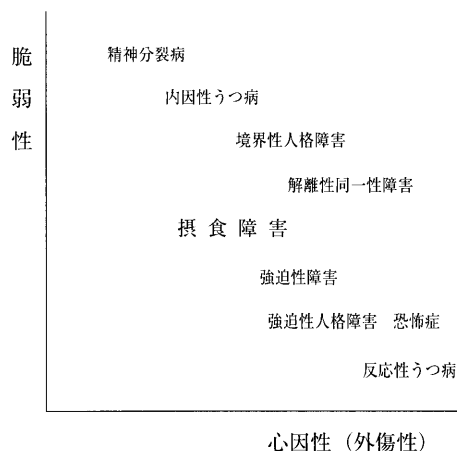


図1. 病因論からみた摂食障害と関連疾患

1は臨床上の参考のために考えた便宜的なものであり、様々な問題はかかえている。例えば、強迫性障害、強迫性人格障害、恐怖症などの中で、どれが脳の生物学的要因が大きいかなどは、明らかになっていない。また解離性同一性障害の場合でも、心的外傷による海馬の体積減少の報告などから、外傷が脳の脆弱性を増している可能性もある¹⁰⁾。また、人格障害の発症原因としての脆弱性という問題もまだまだ議論の最中である⁶⁾。

2. 病態レベルについて

摂食障害のレベルが、神経症レベルなのか、境界例レベルなのかという問題、自我の脆弱性のレベルの問題は、摂食障害の治療上、よく問題となる。一般には、境界例水準の方が病態レベルが重いと考えられるが、下坂は、神経症水準の方が、境界例水準や精神病水準より治りがよいとは必ずしも言えないと述べている¹⁵⁾。確かに病態レベルの問題は、その時々々の病態という横断面だけでなく、時間という縦断面からも検討すべき問題である。

ただ、その時々における症状やその背景となる病態レベルを考えて、何を治療の焦点とするかについては、しばしば治療者の方で確認が必要である。特に、行動療法のようなある意味では単純な理論に基づく治療方法を選択する場合、患者の自我のレベルに関しては十分な検討が必要である¹¹⁾。

Ⅲ. 行動化への対応

1. 盗癖とアルコール依存

摂食障害における盗癖の頻度は、0%から79%の幅で報告されており、タイプによっても異なる⁷⁾。神経性過食症や無茶食い／排出型の神経性無食欲症に多く、制限型の神経性無食欲症では、比較的少ないとされている。アルコール依存などと同時に、対応に苦慮する行動である。感情的にならずに叱る、盗んだ所に返却し謝りに行く、両親でそろって子どもの不適応行動にきちんと対応し続けるなどにより、盗癖が次第に収まっていくことが多い。

アルコール依存を合併する場合、対応がさらに難しい。境界性、自己愛性、回避性などの人格障害がその根底に存在する可能性もあり、入院によるアルコール離脱が必要な場合も多いと思われる。

2. 自傷行為と自殺企図

反復性自傷患者における摂食障害の比率は50%から70%程度と報告されており⁷⁾、自傷への対応は、息の長いものとなる。まず危険の除去、そして自己評価の向上、適応的な自己防衛反応（コーピング）の獲得、社会支援資源の獲得などがその対策となるが、医療関係者、親のみならず、キーパーソンとの連携も重要となる¹⁶⁾。摂食障害の自殺企図においては、アピールの要素も少なくないが、うつ状態、強迫症状との関わりも大きく、希死念慮は決して軽視するべきではないことが多い。摂食障害においては、数%以上の死亡率があることがわかっているが、筆者の経験でも、死因の中で自殺の占める比率は最も高く、摂食障害の治療上、重大な問題である。

Ⅳ. 予後に関わって

1. 人格障害の合併の問題

摂食障害における人格障害の合併は1/2以上とする報告が多いが³⁾、人格障害を合併した摂食障害は遷延化・難治化しやすいとよく報告されている。特に、社会的関わりを持たず、引きこもってしまう場合にその印象は強くなる。幸い、摂食障害に合併しやすい人格障害は、境界性人格障害、強迫性人格障害、回避性人格障害、自己愛性人格障害など、人格障害の中では、比較的アプローチしやすい人格障害が多い。人格障害の中で境界性人格障害については、かなり多くの知見の積み重ねがあるが、それ以外の人格障害の治療法については、治療のガイドラインも作られていない現状がある。人格障害に対する治療法の確立が、入院治療、通院治療、集団での治療など、それぞれの治療形態との関連の中で望まれている。

2. 精神分裂病への移行の危険性

摂食障害において、解体した行動や緊張病性の行動、幻覚や意欲の欠如など、精神病性の症状が認められることはしばしばある。これらの症状が、精神分裂病の発症を示しているのか、ストレスによる急性一過性精神病性障害なのか、境界例的なものか、解離を背景に伴うものなのか、しばしば判断が難しい⁸⁾。

摂食障害患者における精神分裂病の合併率は、3%弱とされており²⁾、一般人口での罹患率の約3倍になるが、筆者は報告されている以上に、精神分裂病の合併には注意するべきではないかとい

う印象を持っている。実際、ハロペリドールやリスペリドンのような抗精神病薬が奏功する場合も多い。臨床経過を丹念に見て、特に重症の可能性があると思われる患者において精神分裂病を発症させるような脆弱性がないかどうか、治療者側に早期からの慎重な対応が求められている。

おわりに

摂食障害の人々には、これまで完璧主義とか、人に異常に気を遣うといったような生き方を余儀なくしてきた人々である。その彼女たちが、もう少し楽に生きることができるようになるために摂食障害を体験しているという面がある。また同時に、この病気には、脳の視床下部、下垂体などの機能異常、脳の神経伝達物質の代謝異常といった生物学的な視点も不可欠である。このように多因子が絡み合っておこる摂食障害の場合、医学、心理学、看護、教育など多方面にわたる連携が、この病気のよりよい治療、病態の解明にとって重要であると思われる。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV. American Psychiatric Association, 1994. (高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院、東京、1995.)
- 2) 馬場謙一、井上果子: 摂食障害と分裂病. 精神科治療学、7; 1329-1337, 1992.
- 3) Braun, D. L., Sunday, S. R., Halmi, K. A.: Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. Psychological Medicine 24; 859-867, 1994.
- 4) Cooper, P. J., 生野照子、西園 文: 過食症からの脱出。—自分で治す実践ガイド—, 女子栄養大学出版部、東京、1997.
- 5) 藤崎 郁: 摂食障害患者の看護問題の構造と看護者の認識の分析. 日本看護研究学会雑誌、20; 21-31, 1997.
- 6) 福島 章: 脳と人格障害. 福島章、町沢静夫、大野裕編: 人格障害; pp 347-364、金剛出版、東京、1995.
- 7) 浜垣誠司: 過食の精神病理に関する一考察。—強迫と解離の弁証法—, 精神神経学雑誌、97; 1-30, 1995.
- 8) Hugo, P. J., Lacey, J. H.: Disordered eating: A defence against psychosis? International Journal of Eating Disorders 24; 329-333, 1998.
- 9) McFarland, B.: Brief Therapy and Eating Disorders: A Practical Guide to Solution-focused Work with Clients. Jossey-Bass Inc., Publishers, 1995. (児島達美監訳: 摂食障害の「解決」に向かって。—ソリューション・フォーカスト・ブリーフセラピーによる治療の実際—, 金剛出版、東京、1999.)
- 10) 皆川邦直: 児童精神医学の課題。—行為障害、注意欠陥・多動性障害の予防と早期治療—, 精神医学、42; 171-178, 2000.
- 11) Otani, M., Yoshiada, H., Inui, T., Kawamoto, H., Nomura, J.: Combined modalities of treatment for eating disorders. Neurobiology of Depression and Related Disorders. (Nomura, J. ed.); pp 193-226, Mie Academic Press, Tsu, 1998.
- 12) 大谷正人、豊田長康: 食行動の異常 (摂食障害). 河上征治編: 新女性医学大系 4、女性の症候学; pp 368-379、中山書店、東京、1998.
- 13) Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E.: Why and how do women recover from bulimia nervosa? The subjective appraisals of forty women recovered for a year or more. International Journal of Eating Disorders, 14; 249-260, 1993.
- 14) 佐野博彦: Solution Focused Approach (SFA) を小児心身症の治療に試みて、一本法が有効であった摂食障害の2例について。日本小児心身医学会雑誌 8; 23-27, 1999.
- 15) 下坂幸三: 過食と拒食の心理。—治療者のまなざし—, 岩波書店、東京、1999.
- 16) Stuart, G. W., Sundeen, S. J.: Pocket Guide to Psychiatric Nursing. Third edition. Mosby-Year Book, Inc., 1995. (神郡博監訳: 精神看護学の新しい展開、医学書院、東京、1999.)
- 17) 高木洲一郎、鈴木浩也: わが国における摂食障害の治療システムの構築に関する研究. 厚生省精神・神経疾患研究委託費「青年期を中心とした心身症の病態の解明とその治療法に関する研究」平成10年度研究成果報告書; pp 27-30, 1999.
- 18) Yager, J., Landsverk, J., Edelman, C. K.: Help seeking and satisfaction with care in 641 women with eating disorders: I. Patterns of utilization, attributed change, and perceived efficacy of treatment. Journal of Nervous and Mental Disease, 177; 632-637, 1989.