

第104回日本精神神経学会総会

教育講演

## 摂食障害の病態理解と治療：精神科医に 求められている対応は何か

西園マールハ文 (東京都精神医学総合研究所)

### 1. はじめに

摂食障害は、若年女性を中心に有病率の高い疾患である。神経性食欲不振症が中心で、「思春期やせ症」と呼ばれていた時代から、栄養補給についての内科との協力や、無月経の治療に対する婦人科との協力は行われてきた。しかし、近年、過食症が増えたり、神経性食欲不振症についても慢性例が増えるなど、病状の変化がある。過食症で、嘔吐が激しい症例では、酸蝕など歯科口腔外科領域の問題が多い。また、低体重が長期続いている慢性神経性食欲不振症ケースでは、直腸脱、骨粗鬆症など、外科や整形外科領域の問題も見られるようになってきた。一方、ダイエットは、いまや小学生の間でも話題になっているため、養護教諭やスクールカウンセラーも拒食の予防には関心が高い。近年注目されている食育においても、偏食や節食の危険は強調されている。これらを背景に、「ダイエット中の生徒に対してどう対応したらよいか」「ダイエットの流行に対して、学校全体でどのように取り組めばよいか」という予防的な対処について精神科医に意見を求められる機会が増えている。

このように、周囲からの精神科医に対する期待は多様化しているが、精神科医の対応やトレーニングは、必ずしも病状の変化や現場からの要請に応えきれていない部分がある。ここでは、精神医

学の基本的な考え方や技術を生かしながら、本人、家族や関連職種からの多様なニーズにいかに対応できるかについて検討してみたい。

### 2. 精神科の特性を生かして

摂食障害は、児童思春期精神医学や力動精神医学領域で主に治療されてきたが、これらの専門でなくても、一般的な精神医学の知見を生かせば、次のような部分で、患者本人や家族、また関連職種に対する援助が可能であろう。

#### (1) 精神病理の把握とそのフィードバック

精神科医は、精神症状の評価については、高い技術を持っている。評価の結果を本人や家族に伝えるフィードバックも重要だが、これについては、精神療法のトレーニングがあると実施しやすい。摂食障害では、低体重の重大さの否認以外の判断力は問題がなく、本人から治療について、さまざまな質問がなされることも多いので、質問に答える力も必要となる。

摂食障害の症状として、「ボディイメージの障害」は、他科医にもよく知られているが、精神医学的には、DSM-IV-TRなどに挙げられている「自己評価に対する体重や体型の過剰な影響」<sup>1)</sup>という特徴が重要である。「あなたが太っていると思っても本当はやせ過ぎ」というボディー

イメージの歪みを強調しても、治療関係は悪くなる一方だが、「自己評価に対する体重や体型の過剰な影響」を指摘し、体重でその日の気分が振り回される状態を何とかしようという提案であれば、治療を若干受け入れやすくなる。この症状は、極端な場合は、体重が100g増えても不安で外出できなくなるため、本人にも苦痛であり、社会適応にも大きく影響する。健康なダイエットと病的ダイエットの境界となる体重について質問を受けることが多いが、体重の区分以外に、この自己評価に対する特徴について説明すると良い。発症早期で、低栄養の影響が社会適応や対人関係にまだ及んでいない場合は、体重で気分が左右されるのは当然のこと、やせたくてどこが悪いのか、とやせ願望に違和感がないことが多いが、ある程度症状が持続している場合は、体重で振り回されるところが病気だと気付いていることも多い。この点を治療者と共有しておくことで治療が進めやすい。

拒食症、過食症という病名は、一般にも知られているため、本人、家族、学校教諭などから「拒食症」、「過食症」という診断で紹介されてくることがある。当然ながら、精神医学で定義する病状とは異なる場合が多いので、確認が必要である。学校からは、かなり軽症のケースも紹介されることがある。このような場合、「大した病状ではない」という態度ではなく、生活上の注意、また今後の受診の仕方などについて説明する必要がある<sup>7)</sup>。摂食障害は、発症当初は病理の否認の心理が強く、早い段階で受診した際に、「病気ではない」と言われると、本人の否認を強め、その後の受診を非常に遅らせてしまうことがあるので、特に注意が必要である。

精神医学の領域として、コモビディティの評価も重要である。摂食障害の症状として、体重が増えれば気分が落ち込むという関係があるため、他科では、患者が憂うつ感を訴えても、摂食障害の特徴の一部として特に注目されない場合がある。しかし、体重に連動しない抑うつ感が何日も続き、大うつ病の併存と考えた方がよい場合も少なくない。また、神経性食欲不振症の慢性期には、気分

変調症が伴うことが多い。「何をやっても治らない」というような発言も多いが、他科では、その内容だけを聞いてスタッフも悲観的になってしまうことが多い。精神医学的に見て、抑うつ気分の影響を受けた発言だと判断される場合は、連携先の他科スタッフにもその見立てを伝え、治療が進めやすくなる。

パーソナリティ障害の併存も多い。特に境界性パーソナリティ障害は、頻度も高く、また、高い衝動性などのために治療上も苦慮することが多い<sup>13)</sup>。境界性パーソナリティ障害が元々あり、その上に摂食障害やアルコール乱用などが発展してくる場合と、摂食障害が激しい時期に、対人関係などの面で、境界性パーソナリティ障害的な特徴が激しく出る場合がある。いずれの場合も、経過とともに衝動性は軽快するが、元々パーソナリティの問題が強い場合は、慢性の空虚感などの気分の問題や対人関係の難しさは持続することがあり、長期の援助が必要である。境界性パーソナリティ障害を持つ患者が他科でも治療を受けている場合は、対人関係の特徴などについて、精神医学的立場から説明しておくことで混乱が少ない。経験の少ない科では、対人操作性、また、過度の理想化や攻撃性のために治療が困難になる場合があるからである。

## (2) 家族の役割

本人の性格や、家族関係、生育歴など、摂食障害の病因として論じられる因子は多彩である。近年は、食欲調節の異常、またその背景の遺伝子など生物学的因子についても研究が進んでいる<sup>3)</sup>。これらの中で、本人や家族には、家族原因説の親和性が高い場合が多い。本人が親に対して持つ否定的感情が非常に大きい時期に、「親のせいで病気になった」と感じてしまうことはしばしばある。そのようなシナリオで自分の位置を確認しなければ、混沌とした否定的感情から抜け出せない場合も多いだろう。本人の家族原因説は、病状を考えれば納得できるものだが、本人以上に、家族が家族原因説を取ることも少なくない。最近では、自分

には責任がないと強調する親も見られるが、従来は、子どもの発症に際し、「育て方を間違っただけ」と自責的になったり、埋め合わせのために本人の要求を全部聞き入れるなど、自己犠牲的行動を取る家族が多かった。

精神医学では、統合失調症の治療の発展の中で、家族原因説を克服していった歴史がある。統合失調症においては、過去の原因よりも、過度の批判、巻き込まれ過ぎなどの発症後の家族の対応が、再発に影響するという感情表出 (expressed emotion: EE) 理論<sup>9)</sup>が確立し、家族向け心理教育では「育て方のせいではありません」というメッセージが強調されている。統合失調症については、遺伝子研究や新薬の開発など、生物学的な研究が発展したことも手伝って、育て方を問題にする程度は減っていった。精神医学の中で、生育歴上の問題が話題になることは当然あるが、成人後の患者について、生育歴上の問題を、患者に退行を促しながら親も一緒にやり直すという方法は一般的でない。摂食障害については、精神科以外の職種で、「やり直し」の治療が行われることがある。例えば、再養育療法という治療法がある<sup>14)</sup>。母親の情緒応答性の悪さについて、治療者の指導を受けながら母子が体験し直すというもので、2人で外出したり入浴するなどのプログラムが組まれる。児童思春期であれば、ある時期集中的に家族が治療に関わることで、治療が大きく進展することもあるが、成人例については、家族が、感情表出理論という「巻き込まれ過ぎ」の状態となり、自立への道が複雑化することもある。再養育の治療では、母親も治療中心の生活になり、他の家族にも影響がある。家族の位置付けについて、病因から経過への影響へと視点の変換があったことは、精神医学以外ではあまり知られていない。もちろん、家族の位置付けは疾患によっても異なる。虐待歴などには適切に対応し、生育歴は十分配慮するにしても、成人例には、最終的には自立を促す治療計画が必要になる。治療上、家族がどのような役割を担うべきかについては、本人、家族、また、関わる関連職種とよく話し合う必要があるだろう。

### (3) 長期経過

近年、摂食障害の長期経過が明らかになってきた。Stroberらは、思春期に入院治療を必要とした神経性食欲不振症患者の退院後の長期予後を報告している<sup>11)</sup>。4年後の部分回復(体重、月経の回復)は33%だが、完全回復(心理面も回復)は9%という低値であった。しかし、8年後には、部分回復が75%、完全回復が63%で、退院後数年間、回復の大きなスパイクが見られることがわかる。しかし、最終的に症状が回復するとしても、病気とともに過ごす数年間の社会適応だけでなく、回復後の社会適応にも援助が必要である。

臨床的には、発症後の経過中に、拒食から過食への変化、過食代の増加による経済的困難、親の引退など、生活支援が必要な状況が起きるのをしばしば観察する。既婚者も増えているが、既婚者では、パートナーや子どもとの関係にも新たな課題が生じる。従来は患者が思春期中心で、生活支援や福祉との連携はあまり必要なかった。摂食障害に特化した就労トレーニングや社会復帰援助もあまり行われていないのが現状であるが、今後はこの分野でも、摂食障害のニーズに応じていく必要があるだろう。福祉スタッフの援助を受けて就労練習を試す場合、仲間には統合失調症や知的障害が多く、摂食障害のニーズと合わないことがある。例えば、「仕事はなるべく休まないで」と言われると、過活動、かつ失感情症が強い状態に戻ってしまい、体調の悪さに気付かずに働いて、仕事が続かなくなることが多い。過食症で外見は健康に見えても、基礎的体力が乏しいために、立ち仕事などの仕事がこなせず、仕事上の評価が低くなることも多い。食堂での大人数の食事や、短時間で食べる困難など、食事に関してもさまざまな問題が見られる。求職時の履歴書作成や面接の段階でも、自己評価が極端に低いために十分な自己表現ができなかったり、闘病のために就労していなかった数年間のことを聞かれて答えられないなどの問題がある。摂食障害の病理を理解した社会復帰準備を工夫する必要があるだろう。今後は、精神医学領域の他の疾患に対して行われている就

労援助、SSTなどの技法、またデイケアや共同作業所などを活用して社会復帰を援助することが重要であろう。

### 3. 今後の課題

#### (1) 動機付け

近年、健康科学や嗜癖行動の分野では、行動変容<sup>9)</sup>や動機付け理論<sup>6)</sup>が発達し、摂食障害の治療にも活用されている<sup>12)</sup>。例えば、禁煙のための行動変容を検討すると、喫煙をやめようとも思っていない時期（前熟考期）から、やめようと考え始めた時期（熟考期）、具体的な解決策を考え始めた時期（準備期）、治療を受ける時期（行動期）、喫煙習慣に戻らないよう意識して努力している時期（維持期）というような段階的な変化があるといわれている。摂食障害については、病状の重篤さの否認という症状があるため、「病識がない」とされることが多かった。近年は、病識や治療動機は、有りなしの二分法で簡単に分けられるのではなく、段階的に変化していくと考えられている。従来は、病識がないから本人の協力は望めない、したがって強制的に栄養補給するしかないという考え方の流れがあった。病識が段階的だとすると、「あなたが今一番困っているのはどんなことか」、「それについて自分ではどう対応してきたか」、「その対応はうまく行ったか」、などの確認ができるはずであり、これらの確認のプロセスの中で、ここまでは自分で頑張った、この部分は専門家の力を借りようという協力可能な地点を探し出すことができる。

近年、海外では、guided self-helpという言葉が用いられている<sup>2)</sup>。治療者が援助しながらのセルフヘルプという意味である。名医に治してもらいたい、癒されたいというスタンスの患者はまだ多いが、本人が治療の一翼を担った方が当然治療は進みやすい。高血圧などの生活習慣病の治療がそうであるように、医師のアドバイスを取り入れて、食事や運動の部分は自分で工夫し、その状況を記録してまた医師に報告するというような協力関係が望ましい。摂食障害の場合は、食事量をコ

ントロールするのが最終目標ではなく、食行動上の問題をある程度コントロールすることにより、心理的背景などについて考えられるようになるのが理想的である。

#### (2) 多職種連携

精神医学の分野では、従来から、医師、看護師、臨床心理士、作業療法士など多くの職種が協力して治療に当たってきた歴史がある。摂食障害についても、精神科医と他科医、臨床心理士、栄養士、学校の養護教諭などが連携して治療ができることが望ましい。病状の否認の心理が強い摂食障害患者には、さまざまな職種が関与して本人の全体像をとらえ、それを本人にフィードバックすることが治療の技法としても重要である。他の疾患の場合も同様だが、一つの病院の中の多職種連携は、比較的容易である。それぞれの職種の特徴や役割が比較的是っきりしており、科が違っても、必要な時には、カルテの閲覧などが可能だからである。一方、精神医学全体で、入院よりも地域での治療に重心が移った現在、組織が違う援助機関が多職種チームを組む必要が出てきている。海外では、摂食障害の場合も、統合失調症などに対してチーム医療を行うACTチーム<sup>4)</sup>に類似した、地域での多職種チームを活用している場合がある。例えば、摂食障害専門病棟から退院後に食行動の悪化が予測される症例について、地域でチームを組み、連絡なく専門外来受診を休んだら、元來のかかりつけ医の看護師が、体重計を持って家庭訪問するような治療計画を立てることもあるという<sup>10)</sup>。日本にはかかりつけ医制度がないので、チーム編成には工夫が必要だが、これまでの精神医学領域の多職種連携の技術を活用するときさまざまな試みが可能ではないかと思われる。

### 4. おわりに——摂食障害はきわめて精神的ということ

小倉は、「精神科の治療の中でも摂食障害は、統合失調症とともに、最も精神的な病態である」「摂食障害の治療というものは、治療者の精

神科的なセンスを最大限に求めてくる」と述べている<sup>8)</sup>。精神医学の中では辺縁的な場所に置かれがちな摂食障害だが、危機的な身体状況、かつ、多くの場合、薬剤という利器の効果も限定的にしか発揮されない中で治療関係を作る力は、他の疾患の治療にも役立つはずである。

#### 文 献

1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV, Text revision. A.P.A. Press, Washington, D.C., 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002)

2) Bailer, U.; Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 35; 522-537, 2004

3) Bulik, C.: Genetic and biological risk factors. *Handbook of Eating Disorders and Obesity* (ed. by Thompson, J.K.). John Wiley, Hoboken, p. 3-16, 2004

4) Burns, T. Firn, K.: *Assertive Outreach in Mental Health*. Oxford University Press, Oxford, 2002

5) Leff, J., Vaughn, C.: *Expressed Emotion in Families*. The Guilford Press, London, 1985 (三野善央ほか訳: 分裂病と家族の感情表出. 金剛出版, 東京, 1991)

6) Miller, W., Rollnick, S.: *Motivational Interviewing*. The Guilford Press, New York, 2002 (松島義博, 後藤 恵訳: 動機付け面接法. 星和書店, 東京, 2007)

7) 西園マーハ文: 摂食障害の治療における説明の意義. 専門医のための精神科臨床リュミエール 精神科診療における説明とその根拠 (林直樹編). 中山書店, 東京, p. 98-108, 2009

8) 小倉 清: 過食の治療. 小倉清著作集2, 思春期の臨床. 岩崎学術出版社, 東京, p. 213-226 2006

9) Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J. C.: In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47; 1102-1114, 1992

10) Robinson, P.H.: *Community Treatment of Eating Disorders*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, 2006

11) Strober, M.: Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *Int J Eat Disorder*, 36: 245-255, 2004

12) Treasure, J.: *Anorexia Nervosa: A Survival Guide for Families, Friends, and Sufferers*. Psychology Press, London, 1997 (傳田健三, 北川信樹訳: 拒食症サバイバルガイド. 金剛出版, 東京, 2000)

13) Wonderlich, S.A.: Personality and eating disorders. *Eating Disorders and Obesity*, 2nd ed (ed. by Fairburn, CG., Brownell, K.D.). The Guilford Press, London, p. 204-209, 2002

14) 山岡昌之, 加藤直子, 一條智康ほか: 再養育療法. 摂食障害の診断と治療ガイドライン2005 (石川俊男編). マイライフ社, 東京, p 89-95, 2005