

第 113 回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演

摂食障害対応の基本

西園 マーハ 文 (白梅学園大学子ども学部発達臨床学科)

摂食障害は、治療関係が作りにくく、治療中断も多い疾患である。特に、神経性やせ症においては、治療中断のまま低栄養が進行すると、本人が病状を否認する傾向が強まり、強制栄養しか手段がなくなりがちである。家族も、無理やり食べさせるか本人の好きなようにさせるかという両極端を行き来しやすい。しかし、もし早期に治療が開始できれば、本人の希望を取り入れるような治療も可能である。近年は、神経性過食症の有病率が高いことから、海外では、認知行動療法など本人の症状モニタリングなどを前提とした神経性過食症の治療法が発展しているが、これは、神経性やせ症の治療にも影響を与えている。神経性やせ症の治療も、極度の重症期を除けば、本人の力を生かす「ガイドドセルフヘルプ」(指導付きセルフヘルプ)の考えを援用することは可能である。神経性過食症は、ガイドドセルフヘルプや認知行動療法など本人の治療参加を前提とした治療の効果が知られている。国内では、抗うつ薬による薬物療法のみの場合もあるが、海外では、薬物療法のみは望ましくないとされている。生活リズムの改善や症状モニタリングを導入すれば、より効果的だといえるだろう。摂食障害の治療において、治療の連続性は非常に重要である。体重回復のための入院治療後、治療が中断する事例は跡を絶たない。再発のサインは何か、そのときどう対応するかなどを退院前に本人や家族とも相談し、外来主治医に積極的に伝えるなどの努力が求められる。摂食障害においても、他の精神疾患同様、早期発見と治療開始が重要である。学校の養護教諭は、健診などを通して、摂食障害を早期に発見しやすい立場にある。学校と医療の連携のための指針も作られたことから、今後は早期に発見されたケースの受診が増えるものと思われる。これらに対する精神科での適切なプライマリケアが求められるだろう。

<索引用語：神経性やせ症，神経性過食症，治療中断，否認，早期発見>

はじめに

摂食障害は、有病率も高く、死亡例も珍しくない重大な疾患である。発症早期に援助を開始し、極度の低栄養や慢性化を防ぐことが望まれるが、治療関係の形成は難しく、外来治療は中断しがちである。神経性やせ症においては、低栄養が進むと入院治療が行われるが、これについては高カロリー輸液などの医療的な手段がある。また、従来

から行われている行動療法でも、ある程度の体重増加は期待できる。しかし、体重増加以外の治療効果には個人差が大きく、退院後の通院が続かないケースも少なくない。患者の生活の質の向上を考えれば、他の精神疾患同様、摂食障害についても、症状悪化時の入院治療だけでなく、外来が治療の中心となり、地域生活を援助できるのが望ましい。そして、外来治療の充実のためには、摂食

第 113 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2017 年 6 月 22～24 日，会場＝名古屋国際会議場

総会基本テーマ：精神医学研究・教育と精神医療をつなぐ——双方向の対話——

教育講演：摂食障害対応の基本 座長：切池 信夫（大阪市立大学名誉教授，浜寺病院）

障害の多彩な病理、治療関係の作り方、薬物療法以外の治療スキルなどについての基本を知っておく必要がある。

I. 本人の治療参加について ——強制か放任かを越えて——

摂食障害、特に神経性やせ症では、否認の現象がしばしばみられる^{13,17,18,19}。否認は、摂食障害、特に神経性やせ症において、重要な特徴である。しかし、この言葉は精神医学の領域で広く用いられるわけではなく、薬物療法の対象になりにくいことから、症状としての理解が根づいていないように思われる。低体重の患者が「どこも悪くない」と言ったり、ほとんど食べていないのに「ちゃんと食べている」と言う、「意図的に嘘をついている」ととらえられてしまうこともいまだ多い。確かに否認は、治療関係を難しくする大きな原因ではある。19世紀に anorexia nervosa を記述した³⁾ Gull の論文⁴⁾にも、極度の低体重でありながら「私は元気」と言った患者の報告がある。そして Gull は、否認する患者の意向は絶対に聞かず、2時間ごとに高栄養食品を食べさせることを推奨している⁴⁾。一方、18世紀の日本の事例では、強制すると吐いたりするため、「治せざるを持って真の治法となす」態度が最も望ましいとされた^{5,8)}。このように、神経性やせ症の否認を前にすると、強制的に食べさせるか、本人が食べる気になるまで何もしないかの両極端の対応になりやすい。18世紀の事例については、治療者は見守りを行っていたようではあるが、現代日本では、入院治療は強制的に行い、その後の外来では見守りもできていないことが多いように思われる。そして、患者の身近な家族が、「食べなさい」という強制と「好きにしなさい」という放任を繰り返しがちなのは周知の通りである。

この強制と放任の繰り返しに欠けていたのは、本人はどのような体験をしているか、何か本人にも協力してもらえないことはないかという視点である。理想的には、本人が協力するというよりは、本人の取り組みを治療者が援助するという関係で

あろう。

神経性やせ症の治療に、このような視点の必要性がいわれるようになったのは、摂食障害の病理や患者層が時代とともに変化したことが大きい。特に、神経性やせ症の「流行」の後、神経性過食症の患者が増加したことは、摂食障害の治療観に大きな影響を与えた⁸⁾。神経性過食症では、神経性やせ症とは異なり、医療者が一方的に提供できる治療は少ない。また、患者は正常体重のことも多く、本人が症状を正確に治療者に伝えない限り、治療者には症状の程度が不明で、治療計画が立てられない。治療においても、24時間、食物にアクセスできる現代の生活のなかで、症状コントロールのスキルを身につけるには、本人の治療動機が必須である。これらを背景に、神経性過食症には認知行動療法が勧められるようになった。認知行動療法は、本人の症状モニタリングを重視するが²⁾、患者の数が非常に増えた後は、認知行動療法をベースにしながらも、より簡便な、患者自身が症状に取り組む方法が開発された。この「ガイドドセルフヘルプ」(指導付きセルフヘルプ)は、英国の NICE ガイドラインでは、治療の第一段階としてまず取り組む方法として推奨されている^{7,10)}。

神経性やせ症は、「流行」当初は、多くの患者が「思春期やせ症」であり、本人は未成年であった。本人が治療に同意しなくても、両親の同意で救命のための治療を開始するのは、治療者に大きなプレッシャーを感じさせることではなかった。また、ほとんどの患者は中高生であり、栄養を回復して学校に戻れば、それが社会復帰であった。しかし、時代とともに、入退院を繰り返す慢性例や成人発症例も増加し、強制的体重増加だけでは対応が困難となった。このようななかで、過食症で実践されるような、本人が治療にかかわる方法が試みられてきたといえる。

II. 神経性やせ症に対する基本的対応の実際

神経性やせ症では、一般的に、低栄養が進むほど治療に拒否的になる。したがって、治療につい

て本人との共同作業を行うには、早期の治療開始が望まれる。「やせ過ぎ」「このままでは将来子どもが産めない」といった説明は治療意欲を引き出せないことが多い。これらには本人は困っていないからである。摂食障害の多彩な症状をよく知り、本人が「何とかしたい」と思うことは何かないかを知る必要がある。発症間もないケースには、1年前と比べて違和感を感じていないか、自分で困っていることはないかを聞くと、「頭のなか体が体重のことばかりで他のことに集中できない」というような支配観念の苦しさを訴える場合もある¹³⁾。そうなったのはいつ頃からか、そのときの体重はどれくらいだったかというような情報があれば、治療関係作りに役に立つ。標準体重まで戻すという目標には納得しない患者でも、「頭に栄養が行かず、思考に影響が出てきたのはその体重からなので、まずそこまで戻して、それからどうするかまた考えよう」という提案は受け入れられることが多い。

栄養指導は精神科外来では困難だと思われがちであるが、早期に対応できれば、栄養改善は十分可能である。NICEガイドラインでは、ほぼ7,000 kcalの追加が体重1 kgの増加をもたらすと考えて対応することを勧めている⁷⁾。これには個人差があり、吸収能が落ちている患者では摂食量を増やしても体重増加につながらない場合もある。しかし一般的には、今の食事に大体250~300 kcalの追加を1ヵ月続ければ、1ヵ月で体重が1 kg回復することを説明する。通常の栄養指導では、「1日トータルで1,600 kcal食べるように」といった指導が多いが、外来では、1日の摂取量は不明なことが多い。えてして「もっと食べるように」「食べています」という押し問答になりがちである。「食べているかもしれないけれども、体重が変わっていない。吸収が悪いのかもしれないので、今の状態に1日300 kcal足すように」という指示ならば、課題が達成できているかどうか分かりやすい。300 kcalという枠が示されると、その枠内ならば、チョコレートなど高カロリー食品を取り入れられるケースもある。Gullは、「患者の意向

は絶対聞いてはいけない」としたが、枠は示したうえで、内容は本人の自由とする方が治療意欲が高まる。

過活動傾向の患者には、運動の軽減を300 kcal追加の一部としてもよいことを説明する。「動き回っていません」と言う患者には、日々のさまざまな活動による消費エネルギー量¹⁾を振り返ってもらうとよい。スポーツとしての運動はしてなくても、エレベータ使用を避けて常に階段を使用していたり、楽器を長時間練習しているような場合もある。また、睡眠時間を確保するのもよい方法である。このようにして1ヵ月に1 kg追加できれば、早期に治療が開始できたケースでは、入院はほとんど回避できる。

1ヵ月に1 kgの体重増加は、1日あたり33.3 gの増加だが、これは、日々体重測定を行っても、その時々¹⁾の飲食量に隠れて算出できない微増である。したがって、体重の値は気にせず、生活習慣として300 kcal追加する生活を毎日続けるよう促す。患者は、「自分が決めた量以上に食べたら肥満する」と思っていることが多いが、1 kg増やすのも意外に難しいことが実感できると、「この一口を食べるかどうか」といった心配に振り回されずに治療に取り組みやすくなる。

このように、早期に治療を開始すれば、本人の希望も取り入れながら栄養補給ができる。では、心理面にはどのように対応すればよいだろうか。心理面の問題を最初から自覚していたり、体重を戻す話をすると「元の自分には戻りたくない」という気持ち¹⁾がすぐ語られるような場合は、その背景を丁寧に聞いていく。しかし、初診の段階では本人は心理的背景に無自覚な場合も多い。「学校での人間関係や家族関係がストレスになることもあるのだが、あなたの場合はどうですか」と聞いても答えがない場合は、栄養指導をしながら、本人のおかれている状況を知る努力を続ける。虐待などの事例には特別の配慮が必要だが、一般的には、過去の病因を突き止める態度ではなく、回復のためにどのような心理的問題の解決が必要かという視点が有用である。時には、小学校時代から

の成長曲線が役に立つこともある。明らかな体重減少は直近の数ヵ月であっても、その1~2年前のある時点から、本来の成長曲線を外れ始めていることがある。その頃何があったかを確認すると、学校への不適応や家庭内の問題など本人が伸び悩んでいる理由が推測できることもある。

否認をめぐる「食べている」「食べていない」という、本人と家族のすれ違った話を整理し、心理面の話をするには、面接の設定も重要である。まず本人と家族から一緒に話を聞き、次に、本人だけの話、家族だけの話を聞く時間を設ける。それぞれの話を聞きつつ、「自分はこういうふうに思って行動している」ことを相手に話すことを勧める。そして、最後にふたたび同席面接の時間を設ける。短時間でもこのことを面接のたびに繰り返せば、「食べる」の定義がすれ違っていること、しかし定義の違いを議論するだけでは意味がないことを理解し、実質的に状況を改善するにはどうすればよいかという共同作業ができるようになっていく。個別の話聞かずにいると、「娘はさつきこう言いましたがそれは嘘です」という電話が後で入ったり、帰宅した後で、本人がもう受診はしないと出すなどの経過になりやすい。また、主治医への質問は積極的に受け付ける態度も重要である。

Ⅲ. 神経性過食症に対する基本的対応の実際

神経性過食症の治療には、認知行動療法の効果が知られている^{7,10)}。また、認知行動療法の前に、病気への理解、症状モニタリング、生活の規則化などを行うガイドドセルフヘルプも推奨されている^{7,10)}。

これらの治療の詳細は参考書^{2,9)}に譲るが、外来での基本的対応のポイントは、本人に生活状況を把握してもらうこと、把握した結果に基づいて、実行可能な過食嘔吐の枠を設け、少しずつコントロールすること、生活のリズムを決めておくことなどである^{9,16)}。「過食嘔吐を止めるにはどうしたらよいですか」という質問も多いが、神経性過食症の治療は、「過食嘔吐を止める」だけを視野に入

れても効果が少ない。また、NICE ガイドラインなどでは、抗うつ薬は過食嘔吐を減らす効果はあるが、薬物療法だけの治療は勧められないとされており^{7,10)}、生活リズムも見直す必要がある。患者は、過食を怖れて日中はほぼ何も口にせず、夜中に空腹を感じて大量の過食をしているというような生活パターンが多い。結局、「明日から過食はゼロにする」といった非現実的な理想を掲げながら、失敗を繰り返してますます自己評価が下がることになる。外来では、理想は一旦横におき、今現在の食事や睡眠、社会生活のリズムをしばらく冷静に記録することを勧める^{2,9,16)}。ワークブック¹²⁾などを使用してもよいし、自分の好きな形式でもよい。症状に対する心理教育¹⁶⁾を行い、絶食が過食嘔吐を引き起こすという悪循環が起きていることなどを理解することも必要である。そして、毎日10,000円分の過食をしている人ならば、9,900円を目標にするなどの現実的な目標を掲げれば、達成できる日が多くなる。このように、神経性過食症の治療は、「過食を止めること」ではなく、「コントロール感をもつこと」を目標とし、症状を少しずつ減らしていくのが望ましい。ある程度コントロールできれば、過食の背景の心理的問題に取り組むことができる。このように、感情面への対応の前、あるいは並行して「生活の規則化」^{2,16)}を行うことが重要であり、これは神経性過食症の認知行動療法の一部にもなっている。自力で生活リズムを戻せる人もいるが、治療者が援助する方が効果的な場合も多い。ケースによっては、抗うつ薬投与よりも、まず睡眠導入剤を処方して生活のリズムを整えた方がよい場合もある。ここに症状モニターを宿題として定期的に診察を続ければ、海外のガイドドセルフヘルプより少しレベルの高い治療になるだろう。

自宅での食生活の規則化が困難な場合は、短期の入院治療で睡眠や食事のリズムをつけるという方法もある¹¹⁾。過食を避けることだけを目的とするのではなく、外来では経験できない栄養指導や作業療法など多職種による援助を体験し、外来でのガイドドセルフヘルプを可能にする教育入院

的な入院であれば、心理面にも改善がみられる¹¹⁾。

IV. 治療の連続性

摂食障害の治療においては、治療中断が多いのが大きな問題である。中断したまま症状が悪化して緊急入院になり、一旦体重が増加して退院しても通院中断、症状悪化ということを繰り返す患者は少なくない。医療機関のなかには、このような事例の緊急対応ばかりで、摂食障害集中治療病棟のような状況になっている場合もあるだろう。このような病棟では、緊急対応患者が長期に入院し、他の患者が入院できないという問題も生じがちになる。

入院は緊急ではなく、できるだけ計画的に行うのが望ましいが、そのためには、たとえ診察頻度は低くても、治療を継続しておくことが望ましい。そのためには、治療の早期から、上記のような、本人が病状改善に興味をもって参加できるような対応が必要である。また一方、退院から外来への移行など、治療環境の変化の際に、治療から脱落しない働きかけを行う必要がある。

海外の状況を見ると、ヨーロッパには一般医 (general practitioner : GP) 制度がある国が多く、摂食障害専門病院はあっても、基本的な治療は GP が行う。GP が対応できない重症患者は、専門病院に紹介されるが、退院後は GP のケアに戻されることが多い。患者が自己判断で専門病院を受診することはなく、GP の紹介を基本とするので、GP は入院前の状況を知っている。したがって、退院後、GP の外来治療への移行は比較的スムーズである。しかしこのシステムがあっても、入院から外来への移行期にはかなり綿密な準備をしている。再発や地域での生活の困難が予測される患者には、英国では care programme approach^{6,14)} という、統合失調症など他の精神疾患への援助方法が適用される。これにより、よい状態を維持するために何をすべきか、再発の徴候は何か、再発の徴候が出たときには誰がどのような対応をするかなどを話し合い、本人と家族の了承を得ておく。退院時ミーティングには、GP オフィスのス

タッフも参加することが多い。

日本では、海外には摂食障害病院が多数あり一般精神科医は摂食障害を診ないのだろうと考えられている場合もあるようだが、そのようなことはなく、むしろプライマリケアレベルでの初期対応、退院後の社会復帰援助などが充実していることがわかる。NICE ガイドラインには、摂食障害専門医療機関に紹介するときは、紹介先で治療が開始される日までは GP が治療の責任をもつと明記されている^{7,10)}。この間に状況が悪化するケースが多かったことからの反省であろう。日本では、紹介元の医師が紹介状を書いた日から専門家のいる病院の初診まで、何の援助もなく過ごしている場合も少なくない。この時期は、身体的にも動機づけにも極めて重要であり、この間の対応の充実が望まれる。

おわりに

摂食障害においても、他の疾患同様、早期の治療開始は極めて重要である。単に早期の方が身体的ダメージが少ないというだけでなく、早期の方が本人との協力関係が作りやすいという意味も大きい。初診のときに、本人と一度きちんとした治療関係ができていれば、たとえその後、入院を必要とする事態になっても、その治療関係に立ち返ることができる。一度も治療関係ができないまま緊急入院になった患者は、退院前に治療関係を作る積極的努力をしなければ、治療中断と強制入院の繰り返しになるであろう。早期発見については、養護教諭は摂食障害を早期に発見できる立場におり、近年、発見は積極的になされる傾向にある。学校と医療の連携指針¹⁵⁾も完成し、今後は早期に発見された患者の受診が増加すると思われる。しかし、医師の側に病棟での栄養補給以外の治療経験がなく、「まだ重症ではない。もっと悪くなったら来るように」というような対応をすると、本人が受診を継続しないのは必至である。今後は、精神科プライマリケアの段階での援助の充実が極めて重要だといえるだろう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Herrmann, S. D., et al. : 2011 Compendium of Physical Activities : A second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc.* 43 ; 1575-1581, 2011 [国立健康・栄養研究所 (中江悟司, 田中茂穂, 宮地元彦作成) : 改訂版身体活動のメッツ (METs) 表, 2012 年 4 月 11 日改訂] (<http://www.nibiohn.go.jp/files/2011mets.pdf>) (参照 2017-11-21)
- 2) Fairburn, C. G. : *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press, New York, 2008 (切池信夫監訳 : 摂食障害の認知行動療法, 医学書院, 東京, 2010)
- 3) Gull, W. W. : Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of Clinical Society of London*, 7 ; 22-28, 1874
- 4) Gull, W. W. : Anorexia nervosa. *Lancet*, 1 ; 583-584, 1888
- 5) 香川修徳 : 不食. 一本堂行余医言, 巻之五, 1788
- 6) NHS (National Health Service) Choices (<http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/care-programme-approach.aspx>) (参照 2017-09-17)
- 7) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : Eating disorders : recognition and treatment [NG69]. 2017 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>) (参照 2017-09-17)
- 8) 西園マーハ 文 : 摂食障害の治療理念. *精神医学史研究*, 9 ; 43-48, 2005
- 9) 西園マーハ 文 : 摂食障害のセルフヘルプ援助—患者の力を生かすアプローチ—. 医学書院, 東京, 2010
- 10) 西園マーハ 文 : 摂食障害治療最前線—NICE ガイドラインを实践に活かす—. 中山書店, 東京, 2013
- 11) 西園マーハ 文, 群馬会群馬病院摂食障害治療チーム : 過食症の短期入院プログラム—精神科のスキルを生かして摂食障害治療に取り組もう—. 星和書店, 東京, 2017
- 12) 西園マーハ 文 : 過食症の症状コントロールワークブック. 星和書店, 東京, 2017
- 13) 西園マーハ 文 : 摂食障害における病識と治療. *精神経誌*, 119 ; 903-910, 2017
- 14) Royal College of Psychiatrists (<http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/treatmentwellbeing/mentalhealthinthecommunity/mentalhealthteamkeyfact.aspx>) (参照 2017-09-17)
- 15) 摂食障害全国基幹センター : エキスパートコンセンサスによる摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針—小学校版, 中学校版, 高校版, 大学版— (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/shinshin/edcenter/>) (2018 年 3 月開設予定)
- 16) 鈴木真理, 西園マーハ 文, 小原千郷 : 摂食障害—見る読むクリニック—. 星和書店, 東京, 2014
- 17) Vandereycken, W. : Denial of illness in anorexia nervosa—A conceptual review : Part 1 Diagnostic significance and assessment. *Eur Eat Disord Rev*, 14 ; 341-351, 2006
- 18) Vandereycken, W. : Denial of illness in anorexia nervosa—A conceptual review : Part 2 Different forms and meanings. *Eur Eat Disord Rev*, 14 ; 352-368, 2006
- 19) Vandereycken, W., van Humbeeck, I. : Denial and concealment of eating disorders : A retrospective survey. *Eur Eat Disord Rev*, 16 ; 109-114, 2008

The Basics of Eating Disorder Treatment

Aya NISHIZONO-MAHER

Shiraume Gakuen University, School of Childhood Studies, Department of Developmental and Clinical Psychology

It is known that forming a therapeutic relationship with eating disorder patients is a difficult task and that the rate of treatment dropout is quite high. In particular, anorexic patients tend to deny the seriousness of the illness as the malnutrition progresses. Inevitably, this leads to forced feeding. Also, the family of a patient daily alternates between the two extremes of forcing the patient to eat and, failing to do so, adopting an entirely laissez-faire attitude. A more productive approach is possible, however, by incorporating the patient's own ideas and wishes if the treatment is started early. Treatment skills such as cognitive behavioral therapy which employs self-help element have developed over the years because of the need for self-control in the treatment of bulimia nervosa. This new therapeutic idea has influenced the treatment of anorexia nervosa. Guided self-help is now regarded as a possible element in the treatment of anorexia nervosa if the patients are not severely malnourished.

For bulimia nervosa, the treatment with highest evidence of treatment effect is cognitive behavioral therapy (CBT) and guided self-help before the full introduction of CBT. In Japan, the treatment is often limited to pharmacotherapy by antidepressants but treatment guidelines overseas do not recommend the employment of pharmacotherapy only. The introduction of regular meal plans and symptom monitoring by patients themselves is expected to improve the treatment outcome in Japan.

Continuity of care is extremely important in the case of eating disorders. The number of patients who drop out of treatment after inpatient treatment continues to be high. The treatment plan after discharge, including such topics as monitoring the signs of relapse and how to deal with them, should be discussed carefully with the patient and family and be conveyed to the doctor in charge of outpatient treatment.

As with other psychiatric illnesses, early detection and the early start of treatment is very important with eating disorders. School nurses have the relevant information to detect eating disorders, at an early stage, through the annual physical check-up. With the publication of guidelines for school nurses, there will be more referrals of early cases to primary care psychiatrists. The appropriate treatment of these early cases is necessary.

< Author's abstract >

< **Keywords** : anorexia nervosa, bulimia nervosa, treatment dropout, denial, early detection >