

*** 事業報告 ****

令和5年度 神奈川県立こども医療センター こどものこころのケアネットワーク事業 児童思春期精神科 Web セミナー

日 時 2023年10月14日(土) 14時～16時40分

場 所 男女共同参画センター横浜 フォーラム 1階ホール

テーマ 「子どもの摂食障害への対応」

ーやせたい・食べるのがこわい子どもの心にせまるー

演題・演者

(1) 当科における摂食障害診療の現状

児童思春期精神科 医師 庄 紀子

(2) 摂食障害の外来治療

児童思春期精神科 医師 尾野美奈子

(3) 食べられないという子どもに出会ったとき

児童思春期精神科 ソーシャルワーカー 永井 直子

(4) 心理治療の考え方

臨床心理科 臨床心理士 蒲池 和明

(5) 病気との向き合い方を子どもとともに考える

児童思春期精神科 医師 鈴木 悠

(6) 家族は子どもにどう接したらよいか

児童思春期精神科 医師 山本 恭平

(7) 摂食障害の後ろにある心の問題をみること

ー架空事例を通して考えるー

児童思春期精神科 医師 豊原 公司

はじめに (庄 紀子)

2008年から2017年度まで、厚生労働省が推進する「子どもの心の診療ネットワーク事業」を神奈川県から当センターに委託され運営をした。神奈川県が同事業への参加を終了した2018年度からは、当センター独自の「こどものこころのケア

ネットワーク事業」(以下、本事業)を児童思春期精神科(以下、当科)と臨床心理科とが運営し、本事業の一環として児童思春期精神科セミナーを実施している。

昨年度は、テーマを「児童思春期精神科外来を初めて受診するまでに」としてWebで実施した。

アンケートでいただいた意見を反映してセミナー発表内容をさらに練り、長期化している当科初診待機患者のご家族向けに9本の心理教育動画を作成し、2023年6月から配信を開始した。また、セミナー後に当事業へのご寄付を67,000円いただいた。本事業への応援にお応えすべく、引き続き努力を重ねていきたい。

新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、2020年度から3年間は本セミナーをWebで実施し、それまでよりも多くの専門職の皆様に参加していただけた。一方で、演者が講演の手ごたえを感じにくいことや運営面から質疑応答を行いにくいこと、さらに昨年度・今年度と新たに入职した3名の常勤医師が専門職の皆様と直接お目にかかれる機会を持ちたいという思いもあり、今年度は「リアル」で実施した。摂食障害という有病率が決して多くはない疾患をテーマにしたが、当日は208名の専門職の方に参加していただけた。264名から事前申込をいただき、その職種は心理士が59名と最も多く、次いで養護教諭30名、看護師22名、社会福祉士22名、保健師18名、医師16名などであった。2時間40分のセミナーに7名の演者が登壇するという慌ただしい内容であったが、それぞれ1名程度から質問をお受けすることができ、内容を深められた。

事務局を担う臨床心理科の準備により、大きなトラブルがなく実施できた。google formを利用してアンケートをお願いしたところ、87名(参加者の約41%)から回答を得た。紙面によるアンケートよりも大幅に回収率が下がり、これは来年度の課題となった。内容の満足度については満足もしくはやや満足との回答が約92%と概ね好評を得た。

(1) 当科における摂食障害診療の現状(庄 紀子)

国立成育医療研究センターが実施した「COVID-19流行下の子どもの心の実態調査」(全国26医療機関が参加)(<https://www.ncchd.go.jp/press/2021/211021.html>)において、COVID-19流行前の2019年度と比較し、2020年度は神経性やせ症(神経性無食欲症)(以下AN)の初診外来患者数が約1.6倍、新入院患者数が約1.4倍に増加したことが明らかになった。当科外来に

ついても、ANの初診患者数は2018年度25名、2019年度29名、2020年度42名、2021年度40名、2022年度43名と約1.5倍に増加した。一方で、嘔吐恐怖や嚥下恐怖により、もしくは明らかな理由がなく食事が低下するAN以外の摂食障害(以下非AN)の初診患者数は、2018年度26名、2019年度19名、2020年度18名、2021年度24名、2022年度30名と大きな変化を認めなかった。ANについて、初診患者の約半数が入院治療を要したため、当科入院患者のうち摂食障害が占める割合は、2017-2019年度の3年間は41%、2020-2022年度の3年間は63%と約1.6倍に増加した。その結果、摂食障害の患者も、摂食障害ではない情緒不安定、興奮、衝動行為、抑うつ状態、自殺企図、神経症症状などを呈する患者も当科入院が容易にはできない状況が続いている。摂食障害以外の患者については県内の児童精神科病棟を有する医療機関に入院依頼を行うことが多いものの、子どもの自殺未遂者の増加などもあり、児童精神科病棟はどこも逼迫している。そもそも、身体的危機状態にある摂食障害の子ども入院治療を小児科医がいない精神科病院で行うことは難しい。そこで、摂食障害の患者については、患者が居住する地域の小児科病棟との連携を模索し続けてきた。すなわち、患者の身体管理を小児科病棟に依頼し、できるだけ早急に当科外来にも受診していただき、小児科病棟での診療を後方支援しつつ、小児科病棟で対応困難な場合には当科に転院していただくやりとりである。2020-2022年度の3年間に当科に初回入院した小中学生の摂食障害患者は76例(男児2例、女児74例)であり、主診断はAN61例、非AN15例で、平均年齢12歳(8-15歳)であった。紹介元医療機関は延56機関であり、うち10機関から複数回の紹介があり、その他の46機関は1回のみの紹介であった。すなわち、入院治療を要する摂食障害患者は当科から見れば約1.6倍に増加したが、地域の小児科医から見れば、稀に出会う頻度である。地域の医療機関との連携を積み重ねることの困難さを感じていたが、それも尤もである。

そもそもANは難治疾患である。回復する割合は受診後4年未満で約30%、4-10年で50%、10年以上で70%である一方、10%強は不変で

10%近くが死亡するとされている（厚生労働省 e-ヘルスネット）。うつ病、不安障害、統合失調症などの精神疾患の併存は一般よりも高く、発症の背景に複雑な心理社会的問題があることも多い。身体的にも、やせが進行した結果、もしくは再栄養中に死に至る可能性がある。心と身体の治療が必要にもかかわらず、患者は治ることを希望しない。さらに、患者は必死に活動し続けるため、家族はそれを止めることを躊躇するだけでなく、“主治医（の病気を治したい思い）が患者を苦しめている”と感じて治療内容に反対することも珍しくない。すなわち、ANは病気の理解が難しく、患者の治療抵抗が強く、患者・家族との信頼関係が築きにくいいため、外来・入院診療ともに難渋しやすい。

摂食障害患者が減少する傾向がまだ見えない中で、摂食障害の子どもと家族がよりよく理解され、支援を受けられるように、今年度のセミナーのテーマを摂食障害とした。

なお、本セミナーは最新の知見を紹介するものではなく、子どもと接する専門職の皆様が明日からすぐに活用できる内容であるよう、われわれが日常臨床で実際に行っている治療内容を紹介することを目的とした。支援者からみると、ANは「お化け」であったり、「脳がハイジャックされた状態」である一方で、患者からみると「お守り」であるとの表現がこの病気の難しさを表していると思われた。

(2) 摂食障害の外来治療（尾野美奈子）

摂食障害とは食行動の重篤な障害を特徴とする精神疾患であり、世界保健機構（WHO）による国際疾病分類第10版（ICD-10）の診断基準では、主にAN、神経性過食症、他の摂食障害の3つに分類される。当科で扱うことが多い神経性無食欲症と他の摂食障害について、その疾病概念、診断、治療についてまとめた。

神経性無食欲症のやせ願望は単純な減量とは異なる。体重が減ることで充実感・達成感を感じ、痩せていることが自尊心を保つ手段となるため体重増加が怖くなり、極度の低体重に至るまでやせ続ける。他の摂食障害には、典型例の診断基準に当てはまらない非定型の症例が含まれ、子どもの

場合は非定型の症例も多い。他の摂食障害に該当する場合には、イギリスロンドンのGreat Ormond Street Hospitalの医師らが提唱した診断分類を利用している。その中でも、外来診療で経験することが多い、“食物回避性情緒障害”および“機能的嚥下障害と他の恐怖状態”について説明した。

食物回避性情緒障害は、いつも不安や悲しい気持ちでいるために何かを食べる気持ちになれずやせてしまう状態であり、神経性無食欲症と異なり、体重や体型を気にしておらず、発症の契機としては家庭環境の変化が多いとされている。機能的嚥下障害と他の恐怖状態とは、嘔吐恐怖症や嚥下恐怖症とも呼ばれる。自身が食べ物を喉につまらせた経験や、近くにいた人の嘔吐を目撃した経験などから、また喉に詰まるのではないかと、自分が経験していなくても自分も嘔吐するのではないかなどと過剰に心配し、食べることに過度の恐怖を持ったり、固形物が食べられなくなる状態である。

いずれの摂食障害であっても、治療はまず身体的回復を優先する。低栄養状態では脳機能も低下し、他者の話を聞き入れにくくなるため、何よりも低栄養を改善することが大事である。身体的治療では、疾病教育（どのような病気であるかを伝える）、輸液などの身体的急性期対応、栄養指導および再栄養（経口や経管などの方法で身体に栄養を入れること）を行う。身体的危機状態から回復後、徐々に発症の背景にある心理的課題を検討するような心理的治療に比重が移る。

まとめると、栄養確保と体重増加は必須であり、治療は身体と心の両面に行い、長期間を要す。そのため治療者が一緒に頑張る・寄り添う姿勢を見せることが大事である。

最後に、神経性無食欲症の患者に対して、実際に医師が伝えている言葉を紹介する。「今日測定した体重は許せる数値であった？この病気は食べることをストイックに我慢する病気で、いわゆるダイエットとは違うんだ。今、頭の中は食べ物のことについていっぱい、いつも体型や体重、食物のことを考えていない？今まで楽しめていた趣味に時間を割く余裕がなくなっていないかな？最初は『やせたね』などと褒められて嬉しさを感じたかもしれない。褒められてうれしい感覚が手放せなくなったり、太ったら悪く思われるかもと不安

になったりしたかもしれない。体重は数字だから分かりやすいし、自分でコントロールもできるから、自分の自尊心を保つ大事な手段となってしまうやすい。だから余計に手放せなくなることが多いんだよ。

やせると月経が止まって、身体を守る脂肪や筋肉が減るから寒さに弱くなる。身体は省エネモードになって、一番心配な影響があるのは心臓で、健康な人の半分ほどしか動かなくなってしまう。このままやせ続けると心臓が止まる可能性があって、この病気は死ぬ可能性がある病気なんだ。やせすぎると脳も栄養不足になってしまい、集中力がなくなって、不安になったり、イライラしやすくなって、そしてなぜか食べ物や体重のことばかりを考えてしまったりするんだ。体重が増えるのが怖いから運動するというだけでなく、脳が栄養不足になることで、身体を動かしていないと落ち着かなくなるんだよ。今のあなたは本来のあなたではなくなっているのではないかと思う。ここまでやせてしまったのには、何か苦しいことがあったのかもしれないと思う。まずは身体と脳に栄養を与えてあげて、健康な状態に戻しながら、苦しかったことを一緒に考えていきたいと思っているよ。

人間はほとんど何もせずに過ごしても1,000 kcal ほどは消費をするし、体重を1キロ増やすためにはさらに7-8,000 kcal 程度が必要だから、食べて体重を増やすのはすごく大変なこと。胃腸の筋肉もやせて、動きが悪くなっているから、食べるとすぐにお腹がいっぱいになると思うけど、体重を戻すためにはお腹が苦しくても食べないといけないから大変なんだ。食べることが十分にできなければ、入院をしよう。体重が増えた後には、心の問題も一緒に考えていこうね。治療は大変だけれど、一緒に頑張ろう。」

(3) 食べられないという子どもに出会ったとき (永井直子)

1. はじめに

架空事例を用いて当科ソーシャルワーカー（以下SW）が行う地域支援者との連携について提示し、最後に“食べられないという子どもと家族のリアルな声”を紹介した。

2. 架空の事例① AN（2つの小児科医療機関との連携）

<Aクリニック小児科医(A)からSWへの入院相談>

10歳、小4の女兒。小学4年4月の学校検診で身長131 cm、体重28 kgであった。COVID-19対策のため活動量が減り、体重増加への焦りから6月に食事制限を開始した。母が小児科受診を勧めたが、本人は「私は病気じゃない」と受診を拒んだ。きょうだいの食事を管理したり、母に低カロリーの食事作りを指示して口論が増えた。さらに過活動が始まり体重減少が加速した。8月にAを受診した時には、身長131 cm、体重21 kg、標準体重比76%で、低血糖や軽度脱水を認めた。本人は「太るのが怖い。痩せたい。」と言い、1日600 kcal程度しか摂取していなかった。母は専門医への早期受診を希望したが、本人の意思は不明であった。

<AとB地域基幹病院小児科医(B)とSWの連携>

A → SW：早期の入院治療を依頼。

SW → A：当科にはすぐに対応できる病床がないことを説明し、Aでの診療体制とBへの協力依頼が可能かを確認。

A → SW：点滴の実施は困難だが、AからBへの診療依頼は可能。

SW → A：身体的緊急時にBの協力が得られるのであれば当科受診をできる限り早期（2週間以内）に調整する。

A → SW：緊急時にはBが対応可能であると確認がとれたため早速Bに診療を依頼する。

B → SW：精査目的で入院とした。今後の連携について確認したい。

SW → B：入院後の病状確認をしたうえで、患者の家族と初診日程を調整。

B → SW：食事量が少なく体重が増えない。再栄養について相談したい。

SW → B：当科医師からBに電話連絡を行うことができる。

当科医師⇄B：小児科病棟で経管栄養が開始された。小児科病棟での3週間の入院治療の後に当科転院となった。

<小児科と精神科の協働と連携>

摂食障害は身体面と精神面の治療を要する。県内で受け入れ可能な精神科医療機関は限られてお

り、精神科医療機関のみでの受診調整は困難である。初期対応は小児科で行い、精神科が併行して診療する形が現実的である。

(参考) 受診援助時のインタビュー項目

- ・年齢、学年、性別、家族構成、居住地
- ・身長、体重（健康時と現在）、標準体重比（%）
- ・バイタルサイン、身体所見
- ・食事量と飲水量
- ・痩せのきっかけと経過
- ・病前の集団適応
- ・紹介医から本人等への説明の有無
- ・本人と家族の想いや治療動機
- ・紹介元での治療経過や実施可能な診療内容

3. 架空の事例②非 AN（行政・教育機関との連携）

12歳、中1の男児。主症状は不登校と体重減少で、入院時には身長148cm、体重22kg、標準体重比55%と生命危機状態であった。夫婦不和があった。

＜学校からSWへの受診相談（両親の同意あり）＞

幼少期から場面緘黙があり、小3から不登校が続く。新奇場面への不安・緊張が強い。4月の学校検診で147cm、33kg（健康時体重）であった。夏に好物のお菓子を喉につまらせて以降、嚥下への恐怖心から食事量が低下した。教師が家庭訪問を行うと、やせが著しかったため、家族の了承を得て病院に早期受診の相談をした。

＜SWによる受診援助＞

母は「本人の嫌がることは極力したくない。恐怖心が強まり親子関係が悪くなるのが心配。」と強制的治療への抵抗を話した。体重減少が進んだため、SWから行政機関に通院同行を依頼した。受診を躊躇う母に対し医療、学校、行政の3機関から説得を続けた。ようやく両親のみで受診でき、医師から診断と治療方針の説明を行い、入院の同意を得た。

＜外来治療の経過＞

母「家の方が食べられる物があるから入院は嫌だと言います。無理強いをすると心を閉ざしそうで怖いです。」

SW「それは不安ですよね。ただ、本人の意思を尊重することは大切ですが、今は病気の勢いが強

いので本人の命を守る方が優先です。お母さんが覚悟を決める必要があります。本人が安心して病院で過ごせる工夫を一緒に考えませんか。」

母「昔から肌身離さず使っている毛布があって。それがあると少し安心するかもしれませんが。」

SWは家族の戸惑いに理解を示した上で、病棟環境や規則、必要時の行動制限等の情報提供を行い、家族が具体的に入院治療をイメージできることで不安が軽減するように努めた。

＜入院当日＞

入院を告げられると本人は必死に抵抗した。母は「元気になるためだから。」と涙を堪え本人の背中を擦った。支援者は安堵したが、母は「やっと病院に連れてこられた安心感と本人を騙した罪悪感とで複雑です。」と涙を流した。SWは母の両価的な思い受け止め労った。

＜入院後経過＞

本人は「人と話すのが嫌。家に帰りたい。」と苦痛を訴え退院を希望した。SWは「本人の世界から現実はどう見えるのか」を想像しながら関わり方を思案した。他職種と共に根気強く関わると、徐々に本人からの意思表示が増え、「人と話す時にどこを見ればいいのか分からない。」と困り事を話してくれたことで、本人の理解が進んだ。入院を契機に家族機能の問題だけではなく発達特性などの本人の課題が浮き彫りになった。母が入院治療を躊躇った理由を支援者が深く理解することで、母は医療に少し安心されたようであった。退院時には、母が本人に“通院の必要性”を諭す変化が見られた。

本人と家族をより知ろうとする姿勢がより良い支援に繋がる。本人と家族が支援者に相談できるようになることが大切である。

4. 「食べられない」という子どものリアルな声

「痩せたらお母さんが優しくなったから、このままがいい。」

「頑張っていないと認めてもらえない。」

「なんでかわかからないけど食べられない。」

子どもが摂食障害という病気を手放せないことには理由がある。家族と支援者が協働して、本人・家族の心理・社会的問題を理解しようとすることが重要である。

5. とはいえ、家族だってつらい。

「食べればいいだけなのに、何故できないのか理解できない。」

「毎日奴隷のように食事を作らされて辛い。」

「いつになったら“治る”のか知りたい。」

治療が長期化すると、食事との戦いが無限に続くようで途方にくれる家族がいる。家族の思う“治る”とは“無理をしていた頃に戻る”なのか。それとも“新たな生き方を見つけて元気を取り戻すこと”なのか。この視点が重要である。家族支援の一環として、当科の“摂食障害親の会”（疾患心理教育と意見交換）を紹介した。正解のない問題に対し家族が向き合えるよう支える姿勢が望ましい。

(4) 心理治療の考え方（蒲池和明）

1. はじめに

摂食障害は、食行動に対する執着によって、大量に食べる、食事を制限するなどの非合理的な行動が見られる病気である。

特に神経性無食欲症は、食事を拒否したり、少ししか口にいれずに捨てたりする。その結果、栄養が欠乏し体重が減少していく。身体はやせ細っていくが、本人はそれでも「太っている」と考え、さらに食事を制限したり、激しい運動をすることもある。

摂食障害は心と身体の両面に影響を及ぼす深刻な疾患であり、その発症には、ストレス、思春期心性、本人の特性などさまざまな要因が関与していることが多い。

2. 心理治療の考え方

摂食障害の心理治療は、カウンセリング・プレイセラピー、家族療法などさまざまなアプローチを併用することが多い。治療には、食行動の修正や栄養状態の改善などの現実へのアプローチと、心のケアなど心理面へのアプローチがある。体重や食行動への執着が減り、健全な社会生活を送れるようになることが目標になる。

摂食障害治療において、外在化（externalization）は重要な概念である。外在化とは、患者が自身の問題や困難を内在的なものではなく、外部の力や物事のせいだとして認識することを指す。

外在化の過程で、体重を極端に気にする、食事への強いこだわりがあるなど、摂食障害特有の思考や症状を、患者本人とは別の“何か”（お化け）がとり憑いていて、本人の意識や行動を操っていると認識することが、治療の第1歩になる。外在化により、患者が自己に対して過剰な責任感や自己評価を抱かず、治療に参加しやすくなるとされている。

3. 心理士の役割

一般的に心理士が治療に登場するのは、患者の栄養状態がある程度改善し、思考力、判断力、記憶力などが回復してきた段階が多い。

児童思春期精神科に摂食の問題を主訴として来院する患者は、児童青年期の子どもである。困り感は薄く、治療に対する抵抗が強く、自身の内面について言語化することも困難な場合が多いことから、心理士が患者に特定の心理治療を行う機会は少ない。当センターにおいて、心理治療的なアプローチは外来・入院診療の中で医師・看護師が行うことが多く、心理士が主に行っていることは心理検査、他職種への助言、家族会での疾患心理教育である。②の心理治療では当科では実際に行っていない治療も紹介した。

①心理検査

知能検査（発達検査）や性格検査から、自己評価、対人関係、理解力・判断力、言葉での表現力、コミュニケーションの特徴、ストレスがかかったときにどのように反応をするかなどが明らかとなり、治療方針を立てる際の参考となる。

②心理治療

a. カウンセリング・プレイセラピー

カウンセリングやプレイセラピーは、病的な食行動の背景にある患者の心理的な問題や行動パターンを理解するための重要なアプローチである。特に子どもの場合、言語能力の発達が不十分であり、極端な対人関係や思考のパターンを持つことも多い。対話・遊びを通して表現される患者の内的な世界について、やりとりを繰り返しながら理解を深めていく。

b. 認知行動療法

認知行動療法（Cognitive-Behavioral Therapy, CBT）は、摂食障害患者の認知（思考）と行動

(行為)のパターンに着目し、それらを修正することを旨とする治療法である。

摂食障害患者は、自己評価の低さ、完璧主義的な思考、制御欲求の高さなどの特徴を持っていることが多く、それが摂食障害の発症や維持に関与している。CBTでは、これらの非合理的思考や行動を正常なものに修正し、健康な食事行動を促すことを目指す。具体的な手法としては、思考の書き換え(思考の傾向や強さに気づき、それを修正する)、食事日誌の作成(摂食障害患者の食事や思考と関連づけた情報を収集し、問題点を明らかにする)、反応予備訓練(問題行動が起こる前に、代わりの行動を選択できるようにする)などがある。

c. 対人関係療法

対人関係の問題が摂食障害発症の重要な要素となっている場合がある。対人関係療法は近年注目されている心理治療の1つであり、患者の対人関係の問題に焦点を当て、関係構築やコミュニケーションの向上を目指すものである。

d. 家族療法

患者にとって、家族は最大の支援者であるが、家族そのものが病理を抱えていて、機能が発揮できないことも多い。そのような家族に対して、家族間の力関係や家族が抱えている病理について家族全員で考える家族療法を行う。

e. 疾患心理教育

心理士は患者や家族に対して疾患の特徴や症状についての説明を行う。摂食障害は、自己価値や身体イメージの問題と密接に関連しているため、心理士は患者に対して健康的な身体イメージや食生活への正しい考え方を教えることが重要になる。

4. おわりに

摂食障害は治療に取り組みれば必ず回復できる病であると考えている。そのためには、食事、身体、考え方、感情、対人関係、家族関係など、個人を取り巻きさまざまなことについて、本人、家族、治療者が協力しながら、よりよい状態を目指して進むことが重要である。

(5) 病気との向き合い方を子どもとともに考える (鈴木 悠)

摂食障害患者は、やせていることや食べられな

いことが表向きの問題のように見えるが、それは表層の問題であり背景に何かしらのSOSがあることが多い。発達上の特性や生来性の気質など本人の問題と、家庭や学校などの環境の問題とが重なった結果、患者は解消されない不安や葛藤を抱えていることが多く、やせがお守りになっている状態と考えられる。やせにより身体的な危機に陥っていればまずは身体の治療が優先されるが、やせを治すことが最終的なゴールではなく、まだ判明していない本人のSOSに目を向けるのが本質的な治療となる。

摂食障害の治療は大きく2段階に分かれる。第1段階は身体面の安定である。患者はもともと背景に表現されない不安や葛藤を持っていることが多いが、やせが進みすぎるとさらに不安や葛藤が強化される。やせが進んだ状態では心理的な治療もあまり意味がないことが多い。栄養を入れ続けて身体が回復するだけで心理的な安定につながる場合もある。この時期の治療者の役割は患者のやせというSOSを評価し、苦しさに共感しつつ、身体的な危機を脅さず丁寧に伝え続けることである。

第2段階は心理面の安定である。食べることは自分の避けていた不安や恐怖に向き合うことである。やせというお守りを徐々に手放していく過程であり、本人の気持ちは大きく揺れ動き、怒りや不安な感情を治療者や家族にぶつけてくることも多い。この時期は病状を理解して、患者、家族、医療者が励まし合いながら、同じ方向を向き続ける必要がある。医療者や支援者にとって症状である拒食ややせが、患者にはお守りになっていることを理解した上で、好きでやせにしがみついている訳ではないという共感の姿勢が重要であると思われる。やせへの結びつきが強ければ強いほど、抱えている不安や葛藤が深く強い可能性があることをイメージする。患者が自分自身の心理的問題に気づき、それを周囲の人に言葉で伝えられるようになったり、乗り越えていけるよう治療者が援助する必要がある。やせというお守りにしがみついた背景を想像しながら、患者と同じ目線にたって出来事や気持ちを確認するやりとりを繰り返していく。徐々にやせ以外のお守りを見つけられるように長い目で見守り続ける。

摂食障害の背景には我慢が第一であるという生き方があるように思う。感情や欲求を我慢して、最終的に食事を我慢する。我慢が自分の限界を超えると摂食障害に至るイメージがある。背景に自尊心の低さや、失敗した自分に価値はないというような感覚があるように感じられることが多い。全ての子どもに共通する目標に、自立する力を身につけることがある。自立というのは何でも自分一人で解決できるようになるとことではなく、自分の限界を知り、周囲にSOSを発信できることである。

支援者は、子どもがやせというSOSを出せていることをチャンスと捉え、より周囲の人に理解してもらえるSOSの出し方に変えていけるように並走する姿勢が大切である。そのためには、支援者が心理的に安定していること、表層のやせというSOSを受容できる気持ちの余裕や覚悟が必要と思われる。

(6) 家族は子どもにどう接したらよいか (山本恭平)

1. 神経性無食欲症の子どもへの対応

辛さに寄り添い、共感もしながら、『『食べる』ことは絶対にしなければいけない』と伝える毅然とした態度が求められる。しかし、実際には、病気の真っ只中の子どもにとって、病気が辛い事象から心理的距離をとる役割を果たしている面もあるため、病気を手放すことは難しい。そのため、病気を奪おうとする家族や支援者に対して、鋭い表情や言葉を投げかけ、家族は子どもの形相に恐怖すら感じることがある。その強さや激しさに圧倒された保護者は、食べるように強いると子どもが壊れてしまうのではないかと、という恐怖を感じ、「無理に食べなくてもいい」と言わずにはいられない。一方で、「このままでは命を落としてしまうかもしれない」と悩む。こうした状況が、家族に焦りや無力感、罪悪感などのさまざまな感情を起こし、適切な親機能を失わせ、過剰コントロールや過剰回避といった対応を生みやすくする。

過剰コントロールとは、子どもの気持ちには目を向けず、理詰めでの説得や脅しなどのより強い態度で子どもをコントロールしようとする対応である。一方、過剰回避とは、「本当にかわいそう

に。食べるなんて言わない。」と、子どもの気持ちに寄り添い過ぎるあまり、食べさせることを極端に遠ざけようとする対応である。双方とも極端な対応であり、子どもは回復に向かいづらい。支援者はこうした状態に陥っている家族に寄り添いながら、家族が落ち着いて対応できるように、家族に合わせた助言をする必要がある。

2. 子どもの状態を理解する

家族が冷静に子どもに対応できるように、支援者は疾病心理教育（病気についての説明）を行う必要がある。前述したように、家族は子どもと病気を同一視し、治ろうとしない子どもを否定的に捉えて非難したり、病気のままでいようとする子どもの訴えに同調したりしやすい為、まず“子どもの脳が摂食障害という病気にハイジャックされている状態”などと説明する。病気を外在化すること、すなわち、子どもと病気を分けて考えられることで、病気には毅然として対応し、子どもの苦しみには寄り添うように支援する。

3. 具体的対応

病状の程度や時期などにより対応方法は異なるため、本稿では、病初期で比較的軽症段階での食事・生活面の対応の工夫と心理的な支援方法を説明する。

①食事中に交渉・説得・説教をしない

食事を目の前にした子どもは、気持ちの余裕が失われ、現実的に考えることが難しい。話することに時間がとられて食事の時間が減ったり、子どもの気持ちが乱れたりすることで、かえって食事量が減ることになりかねない。

②子どもに食事の準備をさせない

病気に囚われている子どもは、よりカロリーが少ない食品や献立を選択するため、改善に向かいにくい。食事は家族が準備し、子どもは家族が準備した食事を食べることを約束する方が望ましい。

③病的な行動を止める

小さいスプーンで食べる、細かく刻んで食べる、お箸でこぼしながら食べる、食事中にトイレに頻回に行くなど、病的な行動を始めるとやめられなくなる可能性があり、なるべく早い段階で止

めることが望ましい。

④食事の内容をシンプルにする

食品の種類やバランスよりも、十分なカロリーを摂ることが優先される。バランスを考えて品数を多く出し、子どもが少しずつ食べる場合には、一見食べているように見えても量が摂れていないことが多い。主食・主菜・副菜（または汁物）の3品程度を準備し、摂取量を分かりやすくする方が良い。

⑤食べることの苦しさには寄り添う

「食事が終わるまで、そばにいるからね」「食べることは本当に辛そうだね。食事が終わったら楽しみにしていた映画を一緒にみよう」など、食べることは譲らない一方で、子どもが食事をとることの苦しさや努力に寄り添うことは大切である。

⑥病気の背景にある心の苦しさを考える

「頑張り屋さんだから、それが当たり前だと思いきすぎて我慢させていたかもしれない」「お父さんお母さんともに余裕がなくて、負担をかけていたかもしれない」など、病気の背景にある子どもの心の苦しさを気にかけてやろうとする態度は大切である。すぐに食生活が変化するわけではないが、子どもを大事に思っていることを伝えることが、子どもが病気を手放す勇気やありのままで大丈夫と感じる安心感につながる。

(7) 摂食障害の後ろにある心の問題をみること

— 架空事例を通して考える — (豊原公司)

本稿では架空事例の詳細を割愛し、治療の要点を報告する。

摂食障害（神経性無食欲症）の治療は、大きく2つの時期に分かれ、筆者はこれを第1ラウンドと第2ラウンドと表現している。

第1ラウンドは、とにかく栄養を入れて、身体的危機状態を脱すると同時に、低栄養による思考の狭さを脱する時期である。この時期、肥満恐怖は非常に強く、それゆえ栄養を入れる治療者との対立が起りやすい。とりわけ入院治療ではこの傾向が強く、家族は治療を子どもを苦しめるものと感じて動揺し、治療の同意が得られにくい場合も少なくない。そのため、まず家族に治療目的を説明しつつ家族の心理的支援を行うことが重要で

ある。その際に、一方的に治療方針を説明するだけではなく、家族の治療に対する意見や教育方針などを傾聴し尊重する姿勢が大事である。治療に抵抗する子どもと、子どもの苦痛を軽減したい家族の言動が治療者に攻撃的になることもあるが、治療者が感情的に反応しすぎると反治療的になることは自明であり、このことを治療者は常に留意する必要がある。

第2ラウンドは、摂食障害になった背景を、家族・本人とともに考えていく時期である。原因は科学的には証明できないため、「もし仮にこの病気の原因がここらの問題だとすると何が原因だと思いますか？」と家族と本人に問かけ、医療者を含めた3者で本人の心理的負荷を考える。学校などの環境因、家族関係などさまざまな心理的負荷が仮定されればそれを取り除き、症状がどう変化するかを皆で見守ることを繰り返す。母子関係を仮説とした場合には、母子関係を治療者が調整する必要があり、この調整が治療の一番になることも多く、治療者は真摯に臨む必要がある。心理的負荷が緩和された後に本人が自身の特性や課題について洞察することもある。この段階になると治療は終了が近いと判断され、同時に食事量などは安定していることが多い。

治療は第1ラウンドから第2ラウンドの順番になるが、第1ラウンドから、どのような第2ラウンドが展開されるかをイメージしておくことで治療展開がスムーズである。第1ラウンドの家族支援が第2ラウンドに活かしていることが多い。また、第1ラウンドの本人の入院中の様子などは、第2ラウンドで仮説を立てる際に有力な手掛かりとなる。この治療過程は短くても数か月、長いと数年以上を要する。

まとめると、本人・家族の治療抵抗が強い第1ラウンドは、本人に振り回される家族を支え、第2ラウンドは第1ラウンドでのやりとりを足掛かりに、心理的な背景を皆で考えることが重要である。仮説はあくまでも仮説であり、絶対的でなく、原因を指しているものではない。それでも、仮説を立てることが本人の心理的負荷を軽減させ、いずれは、本人が自身を洞察する治療的な過程に繋がると考えられる。