

経 験

Clinical report

摂食障害の治療における小児科と精神科の連携

—コンサルテーション・リエゾンの経験から—

稲垣 卓司 岡崎 四方 安田 英彰 宮岡 剛
堀口 淳

【要約】 コンサルテーション・リエゾン精神医学の立場から、小児科病棟において小児科医と共同して、摂食障害の治療を行った経験を報告した。小児科医が主として身体管理を行い、精神療法的アプローチを精神科医が担当する役割分担で、治療を行う利点について述べた。精神科医が関与する際には、精神科への紹介の時点で、本人、両親への説明と治療への動機付けをきちんとなされることが重要と思われた。また治療過程においては、スタッフ間で密な連携を取ることが重要であった。児童精神科医の少ない現状では、小児科医と精神科医がそれぞれの役割をうまく補い合うことで、小児の精神医学的問題に十分対応していける可能性を述べた。

はじめに

児童思春期の摂食障害の治療では、身体管理とともに、家族療法を含む精神療法的アプローチが必要である。児童精神科医の少ない現状では、実際の治療は小児科医、心療内科医、婦人科医、精神科医などが担うことが多いが、施設の状況（病棟の状況、専門医の有無など）や、患者の状況（問題行動の有無など）により、各科で連携する場合も多い。われわれは、以前から小児科と連携し、児童・思春期の患者について精神療法の面で治療に協力してきている。今回、小児科病棟で小児科と

共同して治療を行った摂食障害9例を経験したので、治療で工夫した点や配慮した点、連携の利点などに焦点を当てて報告したい。

症例の概要

平成13年4月から平成17年3月までの間に小児科入院患者で精神科に紹介されたのは22人で、そのうち入院時の診断が摂食障害の患者は7人であった。また当科外来受診後、同病名で小児科に紹介し入院した者は2人であった。当院においては、通常15歳以下（中学3年以下）の摂食障害患者で小児科に入院した者は精神科と併診し、精神科初診で入院が必要な者は小児科に入院治療を依頼し併診する連携をとっている。今回、この合計9人について検討した。

Table 1に症例の臨床背景について示す。

9人は全例女性で、初診時年齢は平均13.1歳（10～15歳）で、小学生3人、中学生5人、高校生1

キーワード：摂食障害、コンサルテーション・リエゾン精神医学、小児科病棟、小児科医

鳥根大学医学部精神医学講座（〒693-8501 出雲市塩治町89-1）

Table 1. 神経性無食欲症患者の臨床背景

症例	年齢	発症のきっかけ	小児科への受診経路	発症から小児科初診までの期間	小児科入院時体重・身長	BMI	発症前体重	月経(入院時)	性格傾向	精神科紹介までの期間
1	10歳小5	人にきついこと言われ	近医内科から当院小児科へ	3カ月	32.9kg 143cm	16.2	38.8kg	無月経 (3カ月)	強迫的	15日
2	11歳小6	ダイエット	総合病院小児科から当院小児科へ	9カ月	26.4kg 150cm	11.7	42kg	未発来	強迫的	4日
3	11歳小6	学校行き渋り	当精神科初診, 小児科に併診依頼	3カ月	24.8kg 135cm	13.6	28.5kg	未発来	強迫的, 完璧主義, 失感情症	精神科から紹介
4	13歳中2	部活の悩み	直接当院小児科へ	4カ月	31.5kg 152cm	13.5	37kg	未発来		14日
5	14歳中2	友人から「太ったね」と言われ	総合病院小児科から当院小児科へ	6カ月	35.2kg 151cm	15.4	49.5kg	無月経 (6カ月)	強迫的, 頑固	5日
6	14歳中2	部活の負担	総合病院小児科から当院小児科へ	3カ月	32kg 152cm	13.8	38kg	未発来	強迫的, 失感情症	10日
7	15歳中3	ダイエット(部活で)	直接当院小児科へ	8カ月	40.2kg 166cm	14.6	54kg	無月経 (5カ月)	強迫的	4日
8	15歳中3	失恋, 便秘を気にし出す	総合病院小児科から当院紹介後, 小児科に併診依頼	6カ月	31.3kg 152cm	13.5	45kg	無月経 (6カ月)	強迫的, 失感情症	精神科から紹介
9	15歳高1	部活の負担	直接当院小児科へ	0.5カ月	43kg 161cm	16.6	53kg	あり		19日

人であった。初診時のBMIは平均14.3(11.7～16.6)。標準体重でみると全例が15%以上の体重減少(平均32.4%)であった。月経は「無月経」になった者が4人, 「未発来」4人, 「月経あり」が1人であった。

発病(ダイエットを始めて)から小児科初診までの期間は平均約4.7カ月(0.5～9カ月)であった。小児科への受診経路としては, 他院小児科からが3人, 直接小児科外来受診が3人, 精神科をまず受診し小児科に紹介した者が2人などであった。小児科入院後の精神科への紹介までの期間は,

平均10.1日(4～19日)であり, 小児科病棟入院期間(症例6は3回入院)は, 平均3.5カ月(2～9カ月)であった。

精神科治療では, 精神科外来における面接回数(臨床心理士による遊戯療法なども含む)は平均19.2回(6～44回)で, 内容は, 精神療法のみ3人, 精神療法と臨床心理士による遊戯療法を組み合わせたもの6人であった。行動療法は6人(症例1, 2, 3は個室を使用した厳密なもの, 症例5, 6, 7は制限の緩いもの)に適応した。

小児科看護師を含むスタッフカンファレンスは

小児科入院期間	主たる治療技法	治療回数 精神科医 (臨床心理士)	小児科スタッフ とのカンファレンス	退院時 体重	退院後の処遇	終結の有無
2.3月	行動療法 遊戯療法 家族療法	12 (11)	1 (行動療法の導入)	32.7kg	小児科通院	退院8カ月終了。 (35.8kg)
2.3月	行動療法 家族療法	14 (0)	2 (行動療法導入, 退院前)	34.8kg	小児科・精神科 通院	退院6カ月終了。 (45.5kg)
9月	行動療法 遊戯療法 家族療法	37 (7)	3 (両親のかかわり)	28.8kg	小児科・精神科 通院	退院6カ月終了。
3.5月	家族療法	9 (10)	0 (主治医とのみ 情報交換)	35.7kg	小児科・精神科 通院	退院10カ月終了。 (40kg)
2.5月	行動療法 遊戯療法 家族療法	9 (9)	0 (主治医とのみ 情報交換)	37.5kg	小児科・精神科 通院	退院8カ月精神科終了。 小児科通院し1年5カ 月後中断。(35kg)
5月	行動療法 家族療法	15 (0)	2 (行動療法導入, 家族のかかわり)	34.9kg	小児科・精神科 通院	以後2回入院。小児科 に3年間通院し、終了。 (35.2kg)
2.3月	行動療法 家族療法	10 (7)	2 (家庭内状況の 理解)	42.5kg	小児科通院	退院10カ月終了。
3月	家族療法 遊戯療法	11 (6)	2 (精神科受診の 動機付け)	32kg	小児科通院	小児科通院し、1年4カ 月後に終了。(35.8kg)
2月	家族療法	6 (0)	0	41.5kg	小児科・精神科 通院	退院2カ月終了。 (44kg)

6例で開催した。転帰についてみると、退院時の平均BMIは15.5(13.9～16.4)に増加し、退院後に小児科のみに通院した者3人、小児科と精神科両科で経過をみた者6人であった。長期経過をみると、8人が治療終了(終了時の平均BMIは17.8(15.2～22.2))し、治療期間は6カ月から最長3年までであった。1例(症例5)が小児科通院1年5カ月後に自己中断した(BMIが15.4)。

全例が、初診時の体重が標準の15%以上の減少で、明らかなやせ願望、肥満恐怖を訴えた者は6人(症例1, 2, 3, 5, 7, 8)、はっきりしない者3人

(症例4, 6, 9)であった。今回の経過中に、排出行動はすべての症例で認めなかった。全例とも、慣用診断では神経性無食欲症であるが、DSM-IV-TRの診断基準によれば、無月経を呈した4例(症例1, 5, 7, 8, 他は未発表)が神経性無食欲症(制限型)となり、他は特定不能の摂食障害となる。また全例に人格障害の合併はなかった。

症例提示

次に、具体的な治療について症例を提示する。

なお、プライバシーに配慮し大筋を損なわない範囲で事実関係の記述に修飾を加えた。

1. 行動療法が奏効した症例

症例2：11歳，小学6年生，女子。

主訴：食欲不振，やせ。

病前性格：母親によれば，幼少時から手のかからない，何でも頑張る良い子であった。

現病歴：X-1年8月（5年生）頃，友人から「太ったね」と言われ，その頃から食事が減り，体重42kg（身長150cm）が36kgに減少したため，A総合病院小児科を初診した。X年5月（6年生）には体重がさらに減少し，当院小児科に入院となった（26.4kg，BMI：11.7）。入院4日目に当科に紹介され，両親と患児に同意を得たうえで，小児科と精神科で共同して治療にあたることにした。

当科初診時，「すぐおなか一杯になる」「前の体重の42kgはイヤ」と述べ，肥満恐怖ややせ願望を認めた。食事摂取増加が望めないため，行動療法を提案した。本人と両親に趣旨を説明（精神科医も同席），入院6日目から開始した。個室で，体重増加に従って，行動制限を緩めていく段階方式を設定した。行動療法開始時は，巻尺で自分の腹囲を何度も測定した。精神科医は週1回訪問し，「厳しい治療だけど，小児科の先生はあなたの体のことを最も大切に考えています」と小児科医の立場を説明し，その治療に対する不満や，つらさを聞く役割を意識して接した。家族には，本人が親の期待に応えようとし，過剰適応してきたことが発症の背景にあることなどを話題にした。また行動療法による行動制限が長引いたため，個室にいる期間が長くなり，子どもの精神発達上よくないとの小児科医の視点からの判断で，途中で制限を軽減する処置をとっている。

約2週目に全量食事（2,100kcal）が可能となったが，全身に浮腫が出現，小児科医によりrefeeding症候群と診断され，いったんカロリーを1,700kcalに低下させ，その後改善している。徐々に行動制限解除になり，開始4週目に大部屋に移動した（体重31.5kg）。その後も順調に体重は増加し，食事が3食きちんと摂取可能となった。

今後の方針について学校の担任，母親，小児科

医，小児科看護師と精神科医でカンファレンスを行った。食事を維持していくこと，体力に応じて学校行事に参加すること，体調が悪ければ再入院も考慮するなどを相談し，退院とした（34.8kg）。以後は体重減少なく元気に過ごしている。

まとめ：身体管理を小児科主治医にお願いし，心理面への介入を，精神科医が小児科医と連携を密にしながら主に担当した。本例は人格の偏位がなく問題行動もなかったため，行動療法が効を奏し順調に回復した症例である。

2. 家族療法が奏効した症例

症例4：13歳，中学2年生，女子。

主訴：嘔気，腹痛，やせ。

生活歴：主として祖父母が養育。母親によれば「（祖父母は）きつい育て方であった」とのこと。祖父母が「勉強しないといけない」とよく怒るようになっていた。

現病歴：X-1年10月（中学2年生），特に誘因なく，嘔気，腹痛が生じ，食事が摂れなくなった。37kgあった体重が減少し，X年1月に31.5kg（152cm，BMI：13.5）となったため，当院小児科に入院となった。2週目に当科に紹介された。両親と患児に同意を得たうえで，小児科と精神科で共同して治療にあたることにした。

当科初診時，目標体重の34kgについて抵抗を示し，やせ願望，肥満恐怖を認めた。精神科医（男性）は支持的精神療法を行い，臨床心理士（女性）が遊戯療法などで感情表出を図る治療を開始した（週1回）。小児科医の提案で，行動療法（外出制限）も始めた。家族療法において，両親から祖父母が患者を見るたびに「勉強しなさい。80点以上取らないとダメ」と叱責することが多いことなどが語られた。

入院2カ月経過しても状態が不変なため（31.4kg），祖父母との面談を行った。祖父母は「勉強したか？」を口癖のように言っていたと振り返り，「父親を育てるときのように，この子も封建的に育てた」，「あれこれ言い過ぎていた」と述べた。精神科医は「子どもが気持ちを素直に出せる環境が大切」とアドバイスした。その後，本人に祖父母との面接の話をする「すごく封建的に感じる。

うるさく感じていた」と気持ちを表出した。また両親と祖父母の関係も「よくない、悪い」と述べることができた。

入院3カ月、両親は「娘が自分の想いを表出でき、明るくなった」と述べた。この頃から食事もほぼ摂れるようになり、4カ月目に34kgとなり、35.7kgで退院した。X+1年1月には40kgになり、治療終了とした。

まとめ：発症に家族要因が強く関与したと思われる1例である。厳格な祖父母、両親と祖父母間の葛藤などが誘因として考えられた。家族療法を行い、環境調整を行うことで患者本人の葛藤が軽減し、言語化もできるようになり症状が軽快したと思われる。

考 察

今回の9症例は治療が比較的順調に進んだ症例である。問題行動もほとんどなく、摂食障害(神経性無食欲症)でも軽症例であった。摂食障害の治療は長期に及ぶことが多いため、治療方針やその都度の問題把握など、小児科医と精神科医間で、また看護スタッフや家族との間で連携が必要となる。これらの経験から、精神科が小児科と連携して治療を行う利点や配慮する点などを考察したい。

1. 小児科から精神科への紹介に際して

9例の、発症から医療機関受診までの期間は平均4.7カ月で、従来の報告より短かった¹⁾。また、9例中7例が小児科からの紹介で、2例は精神科初診後、小児科に紹介している。7例の精神科紹介までの期間は、平均10.1日と短期間であった。最初は小児科で身体管理をし、早期に精神科も関与する連携をとった。摂食障害の治療は、早いほど予後がよいという報告もあり^{1,2)}、紹介のタイミングはスムーズなものと思われた。

小児科から精神科への紹介に際しては、本人・家族の心理的な抵抗に配慮する必要がある^{3,4)}。われわれは、小児科医から「心とからだの両面から、病気をみていきましょう」と本人と両親へ説明してもらうようにしている。そして、精神科の初診時には「今までも小児科と一緒に多くの患者さん

を治療してきました。身体と心の両面から、多角的に病気を診ていきます」と説明すると、大抵は納得され、治療への導入が良好であった。

2. 精神科治療について

治療は全例において、小児科が身体管理や身体精査を中心に行い、精神科が精神療法的なサポートを行う分担とした。基本的には、小児科病棟での入院であるため、治療方針は小児科医が立て、精神科が助言し援助する形式をとった。すなわち治療の役割分担として、食事の重要性や体重が成長に及ぼす影響などについては、小児科医から患児に心理教育を行い、身体の危機を乗り越えることを優先した。次に、精神科医における精神療法を行った⁵⁾。

精神療法では、第一に安定した治療関係を成立させることが大切で、患者の抱える回復することへの恐怖を深く理解することから始めた⁶⁾。われわれは、患者の「食べたくない」気持ちを受容しながら、支持的な精神療法を主体に行った。また患者は「自分は、ダメな人間」「変な病気に罹ってしまった」などと自己評価を低下させていることが多い。このような場合は「あなたの病気は『痩せたい』とか『今の自分は太っている』という偏った考えが頭に付着している状態です。健康な自分が少しずつ戻るとその考えも消えていく」などと外在化の技法を用いて説明した。

さらに、行動療法と家族療法と遊戯療法を組み合わせ治療した。摂食障害の治療には家族の理解と協力が必須であるため、家族療法は全例に行った。特に家族内の葛藤の調整を主眼に置いた。小児科主治医にも同席してもらうこともあった。家族療法では、治療者と患者、家族全体の対話がオープンにできることが大切で、十分に協力が得られることで治療が進む^{8,9)}。症例4は、家族全員との連携が図られ、治療が好転したと思われる。

行動療法は、厳しく制限する場合(個室で行動制限)と緩く制限する場合(比較的的自由)があった。提示症例2のように頑固に拒食し、摂食の進展がみられない場合に厳しい行動制限を行った(症例1, 2, 3)。食べることや体重を維持する行動に対して、行動制限を緩和させる形でのオペラン

ト条件付けを行った⁹⁾。特に厳しい制限の場合、強制的な治療は低い自己肯定感や自信の欠如の改善に結びつかないとの指摘もあり⁷⁾、患者と家族への動機付けが必要になる。症例2のように家族面接にわれわれ精神科医も同席し、「命を守るための治療」ということを協調して説明し、同意を得るように配慮した。

遊戯療法は、低年齢の患者(特に小学生)で、友人関係や家族との葛藤や、肥満恐怖ややせ願望を言語化することが難しい症例に行った。自分の気持ちや感情を表出できず、面接も行き詰まってしまうことも多い。臨床心理士(当院では精神科に所属)がかかわり、箱庭、ゲーム、コラージュなどを用いる遊戯療法を行った(4例)。遊戯室という場の安心させる効果もあり、病気や入院生活における様々な感情の表出に役立つものと思われた。症例1には特に有効であった。

また、治療過程で治療方針を変更することがある場合、精神科医の意見も述べながら、臨機応変に設定を変更した。

3. 小児科病棟での治療の意義

元来、小児科には心身両面を診るという全体論的視点があることから、小児科での入院治療は合理的である。さらに、治療場面に家族が常に登場するため、家族療法的視点で精神科の関与の理解が得やすく、リエゾン医との役割分担も果たしやすい利点があるといわれる⁴⁾。

また、病棟の入院患者がほぼ同年齢であり、その中で身体を治すという雰囲気がある。小児科病棟では、特に急性期の身体疾患を治療する構造がとられていることが多く、身体的介入を患児や家族に受け入れてもらうことで心理的アプローチにつながり、身体治療をごく自然に行える環境として小児科病棟の治療に果たす意義は大きい¹⁾。若年発症では、同じ体重減少率でも青年期以後の発症例よりも身体的消耗が激しく、治療の大半が身体管理センターとなる¹⁰⁾。特に全身衰弱の激しい場合の全身管理や身体精査、refeeding症候群(提示症例2)の際の治療など、安定した全身管理が可能である。この点、重篤な小児の身体管理に慣れない精神科医単独での治療は通常難しいと思われ、連

携の意義がある。

一方、精神科病棟では、成人の難治性摂食障害患者が不適切な代償行為(自己嘔吐、下剤、浣腸の乱用など)や行動化(手首自傷、大量服薬など)を呈することがあり、その影響を考えると小児患者と家族の心理的負担は大きくなると思われる。摂食障害で、問題行動(自傷行為や盗食など)がある場合以外は、小児科病棟での治療が望ましい。

病棟カンファレンスでは、患者家族への関与方針が妥当であるか、現在の症状の評価、今後の症状や問題行動の予測などの検討を行った。小児科病棟の看護師サイドで考えると、病棟の看護師は一般の小児内科的な疾患の治療と異なり、身体の治療過程と精神面の治療過程の時間的な長さの違いに戸惑うことが多い¹¹⁾。通常、小児科病棟には、身体的に急性の疾患や重篤な患者が多く、摂食障害の子どもの内面のケアにかかわる時間的余裕が少ないことが想像される。この点から、精神的な治療方針や、治療の見通し、患者や家族の抱える病理の捉え方、対応の仕方などの情報を共有していくことが、精神科医が治療に参加する意義と考えた。

4. 退院後の経過観察について

退院時に低体重の者は再入院率が高く、摂食行動に問題を示す例が多いとされる^{7,12)}。本例の退院時の平均BMIは15.5と入院時より微増であったが、食事摂取の習慣が元に復したものと判断し退院としている。その後の外来治療については、精神的不安や葛藤の強いと思われる者については、小児科と精神科の両科で経過観察をした。外来継続については、1年以上治療関係が継続した場合、脱落が少ないという報告がある¹³⁾が、今回の報告では中断した症例5以外は1年以内に終了していた(終了時の平均BMIは17.8まで改善)。今回の9例では過食や嘔吐などの問題行動や、人格障害の合併のなかったことが予後良好の要因²⁾と思われた。

おわりに

摂食障害の児童思春期患者に対応していく場合、

長期にわたり、身体面と精神面とに配慮が必要である。児童精神科医が不足している現状では、小児科病棟において、小児科医と精神科医が共同して治療にあたることはお互いの得意領域を補い合って、効率よく対応できる利点があると思われる。

謝辞：稿を終えるにあたり、治療に協力していただいた当教室の和気 玲先生に深謝します。また本報告に際し、御高配いただきました小児科学講座の山口清次教授、ならびに小児科病棟で精神科活動の機会をいただきました瀬島 育准教授、岸 和子講師、金井理恵講師、四本由郁先生はじめ教室の諸先生方、また遊戯療法で対応して下さった齋藤千都香、佐伯はるか両臨床心理士に深謝いたします。

文 献

- 1) 塩川宏郷, 桃井真里子:小児科病棟における神経性無食欲症状児の入院治療の検討. 子どもの心とからだ 13:59-63, 2004
- 2) Steinhilber H-C: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry 159:1284-1293, 2002
- 3) 広沢郁子:子どもの精神科からみた他科との連携. 佐藤泰三, 市川宏伸(編):臨床家が知っておきたい「子どもの精神科」, 医学書院, 252-254, 2002
- 4) 宮原明美, 佐野信也, 野村総一郎:小児病棟を「間借り」しての精神科リエゾン—小児慢性疾患に随伴した神経症圏の3例を通じて—. 総合病院精神医学 13:159-165, 2001
- 5) 森岡由起子, 生地 新, 村田亜美, 他:神経性食欲不振症 私はこう治療している—児童精神科の立場から—. 小児科診療 8:1319-1323, 1996
- 6) 花澤 寿:神経性無食欲症(制限型)の治療. 精神科治療学 20:681-686, 2005
- 7) 山口利昌, 関口 敦, 後藤直子, 他:神経性食欲不振症における身体的治療および入院治療の役割. 日本心療内科学会誌 8:173-177, 2004
- 8) 生島 浩:家族療法. 精神科臨床サービス 3:35-38, 2003
- 9) 野添新一, 鷺山健一郎, 長井信篤, 他:若年化, 遷延化する摂食障害患者の問題と支援. 心身医 45:218-223, 2004
- 10) 松本英夫, 齋藤 巨, 白井博美, 他:12歳以下で発症した Anorexia Nervosa に関する臨床的研究. 児童青年精神医学とその近接領域 40:460-468, 1999
- 11) 佐々木栄一:小児科からみた子どもの精神科との連携. 佐藤泰三, 市川宏伸(編):臨床家が知っておきたい「子どもの精神科」, 医学書院, 247-251, 2002
- 12) Baran SA, Weltzin TE, Kaye WH: Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 152:1070-1072, 1995
- 13) 西村宣子, 竹田希美子, 沖田 肇, 他:摂食障害患者の外来治療の継続について. 精神科治療学 19:97-104, 2004

受理日:2007年4月19日

Abstract

Experiences of Consultation-Liaison Psychiatric Intervention for Patients with Anorexia Nervosa in a Pediatric Ward

Takuji Inagaki, Motohide Furuya, Shihoh Okazaki,
Hideaki Yasuda, Tsuyoshi Miyaoka, Jun Horiguchi

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Shimane University,
89-1 Enya, Izumo, Shimane 693-8501, Japan*

We reported an experience of liaison psychiatric intervention for nine adolescent cases with anorexia nervosa in a pediatric ward. Pediatricians mainly treated physical problems, and psychiatrists treated psychological problems. In the therapeutic process, closer cooperation was needed among pediatricians, psychiatrists, nursing staff, and parents, because the treatment usually took a long time. In the pediatric ward, we discussed methods of desirable approaches to psychological and behavioral problems.

It was suggested that cooperative treatment was useful for pediatric or adolescent patients suffering from psychological and physical problems, such as anorexia nervosa.

Key words : Anorexia nervosa, Consultation-liaison psychiatry, Pediatric ward, Pediatrician