

30. 「体重増加を目的としない神経性やせ症の治療方針」の発達障害への応用

国立障害者リハビリテーションセンター（所沢）病院第三診療部小児科・児童精神科

深井善光、倉川佳世、金 樹英、西牧健吾

小児科を受診する摂食障害の2割、児童精神科を受診する摂食障害の3～4割に発達障害を合併している。摂食障害の治療に決定打はないが、英国NICEガイドラインでは、成人摂食障害にたいしては認知行動療法、モーズレイ方式など、小児の摂食障害の場合、家族療法が第一選択として推奨されている。これらはいずれも摂食障害の原因を問わず、食行動異常を是正することに主眼が置かれており、心理社会的な変化が希薄なため再発するケースが少なくない。また、家族療法（保険適応外）は家族で参加して毎週、24回の通所面接を行うものであるが、身体的に標準体重の70%以下では自宅からの通所が困難であることや、本邦には家族療法を行う心理士が少ないため選択しにくい。一方、低体重の摂食障害患者は小児科を受診するが、そこでは身体管理は可能でも心理面への対応が難しい。演者は入院を要する標準体重の65%未満の患者に対して、体重増加を目的とせず、輸液療法（末梢挿入式中心静脈カテーテル）により身体の安全を確保することで、精神分析的な精神療法（力動的な精神療法）が可能となり心理的な気づきや洞察が得られることを経験してきた。その過程で発症原因は大きく2つあり、①思春期の心理発達課題（主体性の確立、アイデンティティの確立）が過剰適応のために停滞しているケース、②ベースに発達障害を持つため、思春期の同世代集団になじみにくいケースを見いだした。心身両面の治療を同時並行で進めるためには、当初は食行動の是正と体重増加を目的とせず、発症原因（心理社会的要因）に対するアプローチをすることが有効であり、その結果、再発率を減らせる可能性がある。発達障害、特に自閉スペクトラム症（ASD）では、家族への疾患教育（ASD特性）と患者への対人関係の指導、適切な薬物療法により、生き辛さの原因である集団不適応を是正し、再発を繰り返すことなく就学、就労を目指すことができる。

「体重増加を目的としない治療方針（定常体重療法）」の理念は、「輸液療法により体重を定常状態に保つこと（定常体重設定）で、体重や食事摂取量に躍起になっている患者と家族の対立構造を棚上げ」にすることである。これにより患者と家族が取り組むべき心理社会的要因が浮き彫りとなる。具体的には、入院後、① 患者の希望があるまで食事の配膳を停止し、輸液療法で体重維持カロリーを投与することで定常体重を維持する。② 配膳停止により「食べる・食べない」という親子間の闘ぎ合い、患者内部での偽り葛藤が不要となり、本来の“行き詰まり”や“生き辛さ”に焦点をあてた洞察的な面接が可能となる。③ 生き辛さが過剰適応（親や周囲の価値観優先）ならば、心理的な独立と自立を目指す。生き辛さがASD特性（空気が読めない）による集団不適応ならば、場面におけるソーシャルスキルトレーニングを行う。④ 生き辛さへの対策が始まるとともに、輸液による脱水の補正、腸蠕動の活発化により自然な食欲が自覚されると食事の配膳を開始、さらに漸増する。食事の漸増課程で体重増加への抵抗が再燃しないように輸液を漸減し定常体重設定を維持することで、食べたことへの罪悪感が生じず自然な食事摂取が可能となる。退院後は、自宅療養期間を経て、新しい自己像、新しい対人関係の取り方を試行錯誤していくことで体重へのこだわりに戻ることなく生活が可能となる。