

教育現場における摂食障害の早期発見、早期介入

Early Detection and intervention of Eating Disorders in School Settings

三井 知代*

Tomoyo Mitsui

摂食障害 (ED) は思春期・青年期女子に発症が集中し、合併症の問題や長期予後の悪さなどから、中学・高等学校等の教育現場における早期発見、早期介入の必要性が唱えられている。本稿においては、精神疾患への早期介入において先進国であるオーストラリアでの学校精神保健促進プロジェクト「マインド・マターズ」について概観し、さらに ED の早期発見の手がかりとなる初期徴候、学校での体重測定による発見の手立て、DSM-IV の診断基準の問題、早期発見や早期治療の阻害要因、保護者との連携、本人とのコミュニケーションの観点から我が国の教育現場における ED 早期発見、早期介入について検討した。

キーワード：教育現場 摂食障害 早期発見 早期介入 予防的介入

1. はじめに

摂食障害 (Eating Disorder; 以下 ED と記す) は思春期・青年期の女子に発症が集中する精神障害であり、死亡率が高く、長期予後が著しく悪い (Strober, Freeman, Morrell, et al.1997)。思春期・青年期における摂食障害の時点有病率は、海外の報告では神経性食欲不振症 (Anorexia Nervosa; 以下 AN と記す) で、0.48-0.7% (Ackard & Neumark-Sztainer 2007; Hoek, 2000; Hoek & van Hoeken, 2003)、神経性過食症 (Bulimia Nervosa; 以下 BN と記す) で 1-2% とされている (Hoek & van Hoeken, 2003)。さらに AN 発症危険率は 10 歳頃より増加し始め、そのピークは 16-17 歳の間にあり、BN の発症危険率のピークは AN よりも高年齢となっている (Lewinsohn, Striegel-Moore, & Seeley, 2000)。我が国においては、広範な疫学調査研究が行なわれていないが、同様の傾向があると考えられる。いずれにしても、ED は思春期・青年期という心身共に成長する時期に発症し、慢性的な経過を取りやすく、また合併症の問題もあり、個人の身体的・心理的・社会的側面に深刻な影響を及ぼす障害であると考えられる。特に、栄養障害により脳、子宮、卵巣や骨への後遺症は、その後の人生において精神障害、不妊症、骨粗しょう症、生活習慣病などにつながりやすくなる。また BN は

慢性化しやすく、肥満、抑うつ、不安障害、物質依存の問題が併存する危険性も指摘されている (Fairburn, Cooper, Doli, et al., 2000; Stice, Hayward, Cameron, et al., 2000; Stice & Shaw, 2003)。このような疾病特性を鑑みても、発症高リスク期にあたる思春期・青年期の女子に対する ED 予防的介入により発症を未然に防ぐ、あるいは発症直後からの早期治療、早期支援によって、遷延化を防ぐ試みは非常に重要であると思われる。このような ED 予防研究は、これまで欧米においては精力的に行なわれてきており、介入プログラムの開発などの成果に結実している (Stice, Mazzotti, Weibel, et al., 2000; Stice, Chase, Stormer, et al., 2001; Stice, Trost, Chase, 2003)。日本においても 2000 年以降、中学・高等学校での予防的介入や大学生を対象とした介入研究が徐々に増え始めているが (生野, 北村, 頼藤, 2002; 永井, 青木, 増田他, 2005; 三井, 2006, 2007; 三井, 生野, 2007)、欧米における研究数と比較すると非常に少なく、我が国における ED 予防的介入研究の充実が今後の課題と思われる。

ED の予防、早期発見、早期介入において、介入の中心的な対象となるのが、ED 発症のピーク時期と重なる中学生、高校生の女子、そしてより早期からの介入の必要性から小学校高学年の女子である。

* 本学大学院心理臨床学専攻准教授

そして介入や支援を行なう場所は、彼女達が日常生活の大半の時間を過ごす小・中・高等学校などの教育現場が効果的であるとされている（渡辺,田中,南里,2002,2003）。教育現場における ED 予防活動としては、①やせや過激なダイエットの危険性、健康的な食生活、思春期の身体的心理的变化に関する健康教育など全生徒を対象とした一次予防、②不健康なやせ状態や ED の部分的症状（例えば体重減少を目的とした不適切な排出行動、過食、極端な節食、拒食など摂食行動異常）を有する者を早期発見し、重篤な状態に進展しないよう早期支援する（医療機関へ繋ぐなど）、あるいは高いやせ願望や体型不満を有している ED 発症高リスク者に対する予防プログラムを実施する二次予防が中心的なものとなる。さらに③ED を早期の段階で治療し、病気の慢性化や後遺症、再発、死亡を防ぐ三次予防があり、学校関係者が医療機関と連携し、当該生徒の学校生活における管理指導を行なうことも必要となる（徳村,2005）。

特に、教育現場においては、②の二次予防において発症高リスク者への対応や既に発症している生徒の早期発見、スムーズに医療機関受診につながるような支援が重要と思われるが、その際に「どのような徴候を示した生徒に対して、どの段階で、どのような手段で発見し、援助するか」ということが問題となる。加えて、ED という心と体が複雑に絡み合った疾患ゆえの援助の困難さがある。このような問題を検討しながら、日本の教育現場の現状に合った ED の早期発見・介入方策を考えていく必要性がある。そこで本稿では、教育現場における精神疾患の予防的介入において先進国であるオーストラリアでの学校精神保健促進プロジェクトの試みについて概観し、さらに ED の早期発見の手がかりとなる初期徴候、体重測定による発見の手立て、診断基準の問題、早期発見や早期治療の阻害要因、保護者との連携、本人とのコミュニケーションについて検討する。

2. オーストラリアの教育現場における精神疾患の予防的介入

我が国における教育現場における ED も含めた精神疾患の予防的介入を検討する際、参考となるのはオーストラリアで2000年から開始された学校精神保健促進プロジェクト、マインド・マターズ (Mind Matters:[心]が大事) である (Sheehan,Cahill, Rowling,et al.,2000 ; 白井,崎川,岡田他,2009) 。マインド・マターズは、政府・保健省主導の精神疾患

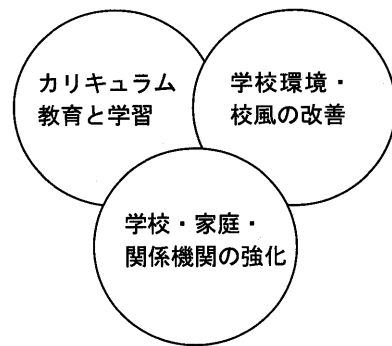


図1. Mind Matters 包括的學校精神保健アプローチ概念図 (“School Matters” (2000) より転載)

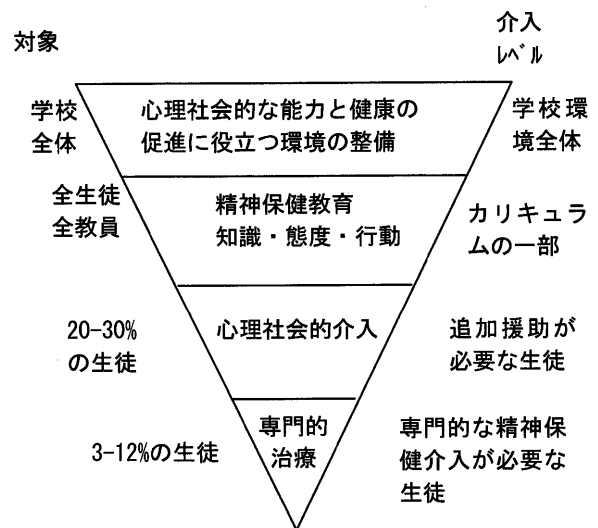


図2. 包括的學校精神保健活動 (“School Matters” (2000) より転載)

の予防、早期介入を目的とした学校精神保健プロジェクトであり、オーストラリアの公立中等教育校（11歳から17歳）において71%が実施している。マインド・マターズのカリキュラムは全8冊のテキストにまとめられており、学校でのこころの健康教育の計画についてまとめたスクールマターズや地域社会における問題を扱ったコミュニティマターズなどのテキストがある。

マインド・マターズの特徴は①学校環境の整備・改善、②精神的危機を乗り越えるためのスキル・資源の提供、③危機的状況にある若者に対して、教師や家族が効果的なサポートが出来る支援システム作りを目的としている。マインド・マターズの基礎となる概念モデルは「健康増進校 (Health Promoting School)」という枠組みである。この枠組みは3領域から構成されており、それらはカリキュラム、校

風と環境、関係機関との連携とサービスから成っている(図1)(School Matters, URL: <http://www.curriculum.edu.au/mindfmatters>)。校風と環境とは、いじめや嫌がらせに対する学校全体の取り組みを行い、生徒・教員が思いやりや関心を持ち、学校への所属感や連帯感を高めるような雰囲気醸成することである。加えて生徒が精神疾患のスティグマを超えて、勇気を持って回復に向かっていけるような精神風土を学校レベルで作っておくことも必要である。学校における包括的精神保健活動の概要は、図2(School Matters)に示す。第1層は、学校全体を対象とした心理社会的な能力と健康の促進に役立つ学校環境全体の整備を意味している。第2層は全生徒・全教員を対象とした精神保健教育であり、コミュニケーションや問題解決技法の習得を通じて精神保健の増進を目的としたカリキュラムを表している。第3層は追加援助が必要な20-30%の生徒を対象とした心理社会的介入を示し、第4層は専門的な精神保健介入が必要な3-12%の生徒への専門的アセスメントや治療を示している。マインド・マターズでは、生徒のみならず教師の精神的健康を改善することも重要な要素と考えられている。教師はトレーニングセンターにおいて精神保健に関する研修を受けることにより、自分自身の精神的健康を維持する能力を向上させるとともに、授業で精神保健カリキュラムを教授する力を磨く。

マインド・マターズのカリキュラムでは、若者に発症が多いED、抑うつ、不安障害、統合失調症、双極性気分障害が主として取りあげられており、これらの疾患の概念と疫学、主な類型と症状、原因と治療法等について概説している。このような精神疾患への理解を促す知識教育により、早くから反スティグマ活動を行っているのである。さらに、このような知識教育により、精神的不調や精神疾患は多くの若者が体験する可能性があるものであり、早期発見、早期治療が重要であることを生徒に具体的に伝えることができる。さらに将来、自分あるいは家族、友人が何らかの精神疾患の症状を呈した際に、より早くと確かな対応が可能となることも期待でき、若者や周囲の人々の生涯にわたるメンタルヘルス向上に有益であると思われる。

マインド・マターズは、教育カリキュラムだけでなく、そのカリキュラムを活かすことができる学校環境の整備や、学校・家庭・関係機関の連携強化の三つ巴であること(図1)が特徴である。我が国の

教育現場におけるED予防的介入を検討する際にも、健康教育・学校環境整備・生徒サポート連携システムの強化からなる多面的アプローチをとることが望ましいと考える。

さらにマインド・マターズでは対象者と介入レベル別に、介入内容を分けており(図2)このような多層的介入により、対象者のニーズに応じた援助が可能となる点も興味深い。

我が国の学校精神保健政策や活動は発達障害に焦点づけられたものが多く、精神疾患への理解促進や早期介入方策は非常に手薄であったと思われる。今後、オーストラリアの試みのように、多面的、多層的な精神保健介入アプローチを我が国の教育現場においても検討する必要があると思われる。

【注】マインド・マターズのテキストは、公式WEBサイト(URL: <http://www.curriculum.edu.au/mindfmatters>)でテキストのPDFコピーや事例、参考文献等が閲覧できる。】

3. 初期徴候

本項においては、教育現場におけるEDの早期発見の際に参考となるEDの初期徴候について概観する。AN、むちゃ食い障害(Binge Eating Disorder: 以下BEDと記す)、BNの初期徴候について表1で示した(National Eating Disorders Association Educator Tool Kit URL: <http://nationaleatingdisorders.org>)。記載されている初期徴候が全てEDの診断基準に当てはまるものではない。EDの診断は医師のみが行なうものであるが、生徒が下記の徴候や症状を示し続ける場合、注意深くその生徒を見守る必要がある。

初期徴候について、保護者に『保健室便り』等で知らせておくことは、家庭での健康観察に役立つと思われる。

4. 体重による早期発見の手立て

教育現場におけるED早期発見の手立てとしては、学校健康診断時の身体計測が重要であるとされている。

渡辺ら(2002)は思春期やせ症(AN)の頻度調査では、学校健康診断時の身長・体重計測値から成長曲線を作成し、その成長パターンの解析から、やせ、体重減少生徒の抽出を行っている。渡辺らによると、全国1130名の高校3年生女子の小学1年から高校3年生までの身長・体重計測値から成長パターンを解析した結果、成長パターンに異常を認める

表1 EDの初期徴候

<p>Anorexia Nervosa : AN</p> <p>突然の体重減少 血色のない顔色・手・足、ふらつき、寒気、疲労感、めまい、浅い眠り、便秘、腹痛 生理不順、無月経 体型を隠すためサイズの大きな服を着る、重ね着をする 体重、食品のカロリー、特定の食物を抜く（炭水化物など）、食べ方（食べる順番、皿の上での切り刻み）へのこだわり 低体重であっても体重増加、太ることに強い恐怖心を抱いている 年齢、身長に見合った体重維持への抵抗 自分は食べずに家族の誰かのために調理する 学校の食堂を避ける、自分のお弁当を持参、家族と一緒にの食事時間を避ける やせるための過度な運動（例；体調が悪くとも運動を1日も休まず行なう）、頻繁な体重測定 低体重であっても自分を「太っている」と言う 体型や体重によって感情が大きく揺さぶられる（普通体重・やせであっても体型に不満を抱き、ほめられても受け入れられない、常に自分と他人を比較する、自己卑下、自分を「太っている、みっともない」と言う） 空腹を否認 問題を抱えていること（低体重の危険性）を否認する 友人との付き合いが減る（特に食事）、一人で過ごす時間が多くなる、引きこもり 頑固で融通の利かない考え方 不安、無力感、無価値感を抱く、感情表現の抑制</p>
<p>Binge Eating Disorder : BED</p> <p>過食の痕跡（大量の食べものの空き袋が自室に捨ててある） 儀式的な食事（特定の食物のみ摂取、過度の咀嚼） 食物を隠す、盗む 体型を隠すためサイズの大きな服を着る、重ね着をする 過食のために日常生活の時間調整 通常の食事を抜く、あるいは小食で済ます 満腹であっても、コントロール不能で衝動的な過食 排出行動は行っていない 体重は普通から肥満傾向、重度の肥満</p>
<p>Bulimia Nervosa : BN</p> <p>やせること、ダイエット、食事制限が主な関心事 過食の痕跡（大量の食べものの空き袋が自室に捨ててある） 体型を隠すためサイズの大きな服を着る、重ね着をする 食物を隠す、盗む 排出行動の痕跡（食事後にトイレに行く、嘔吐の痕跡、下剤ややせ薬の空き箱） 他人と一緒にの食事を嫌う 儀式的な食事（特定の食物のみ摂取、過度の咀嚼） 通常の食事を抜く、あるいは小食で済ます 大量の水を飲む 口臭を防ぐため、ガムや口腔洗浄剤を使用する</p>

National Eating Disorders Association Educator Tool Kit(URL:<http://nationaleatingdisorders.org>)
 を改変

「不健康やせ」は中学3年生では5.5%、高校3年生では13.2%、ANの高校3年生における点有病率は2.3%で、その内訳は医療機関を受診し、ANの診断を受けている者が0.6%、未受診ではあるが重度のやせや症状からANと想定される者が1.7%であった。

さらに渡辺ら(2005)は、学校におけるAN早期発見の手立てとして、①肥満度-15%以下で、②成長曲線において、体重が1チャンネル以上下方にシフトした生徒を保健室に呼び、③徐脈(60/分未満)、及び④3ヶ月以上の無月経(初経前は除く)を確認し、これらが合併する場合には、ANを疑い早期に医療機関へ紹介することを推奨している。③④などの身体症状が伴わない場合は、保健室で経過観察を行なうとしている。渡辺らは、学校保健現場における効率の良いANスクリーニングは、上記のような学校健康診断の身体計測値から作成した成長曲線の解析に脈拍数計測による徐脈を指標として組み合わせることにより可能となると示唆している。しかし、例え上記の①②に該当する場合であっても、ANを疑っていることを生徒に強調すると、受診を拒否される場合が多く、無月経や徐脈などの身体症状の精査を目的として、医療機関への受診を勧める方が良いとも渡辺らは述べている。

5. 児童・思春期におけるEDの診断基準の見直し

現在のDSM-IV-TR(アメリカ精神医学会診断基準4版改訂版, American Psychiatric Association, 2000)などの診断基準は、児童・思春期の摂食障害の徴候を捉えるには適切とは言えないとの指摘がある(Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents, 2007)。DSM-IV-TRにおけるEDの診断基準は、10代前半の子どもにおいては、発症初期、軽度～中度のEDの診断には不適切であるとされている。渡辺ら(2005)は小児のANの確定診断には、Laskらが提唱するGOS(Great Ordmond Street)診断基準(Nicholls, Chater, Lask, 1999)(表2)を用い、病像の進んだものに対してDSM-IV-TRの診断基準をあてはめ、DSM-IV-TRに該当する際には、小児期では進行した重度のANと考えると指摘している。

表2 LaskらによるGOS診断基準

以下の1~3を満たす時にANと診断する
①頑固な拒食、減食
②思春期の発育スパート期に身体・精神疾患が無く、体重の増加停滞・減少がある
③以下のうち2つ以上がある 体重へのこだわり、カロリー摂取へのこだわり、ゆがんだ身体像、肥満恐怖、自己誘発嘔吐、 下剤の乱用、過度の運動

佐藤明弘, 渡辺久子(2005)より転載

The Academy for Eating Disorders(AED)は、児童・思春期のEDは成人のEDと比較すると重症化しやすく、それ故、児童・思春期のEDの診断基準には、症状の軽いものも含めるべきであると提言している。例えば、診断基準に設定されているよりも排出行動の頻度が低い場合や体重が設定体重よりも高い場合などである。児童・思春期のEDの分類に関するワーキンググループ(Workgroup for classification of Eating Disorders in children and Adolescents; WCEDCA)は、児童・思春期の子どもは認知・感情・そしてそれらを言語化する能力が発達途上にあることや、成人と比較すると急激に重症化しやすい傾向から、この年代の子どもの症状に合った診断基準の必要性を指摘している(Classification of Eating Disturbance in Children and Adolescents: Proposed Changes for the DSM-IV URL: <http://www.aedweb.org>)。WCEDCAでは、DSM-IVのED診断基準をDSM-Vに向けての変更点の提案を行なっている。WCEDCAの主な提案は、以下の5項目である。

- ①AN、BNにおける認知に関する従来の基準の変更；
認知能力の発達途上にある小児・思春期の子どもにおいては認知に関する診断基準 - 例えば、ANの診断基準C；低体重の重大さの否認 - の代わりに、行動上の指標を用いるべきである。
- ②ANの体重減少基準の変更；
健康な体重基準設定のためには、従来の体重減少基準に加えて、その子どものこれまでの成長・成熟の履歴が重要である。また、前思春期の小児においては、成人より脂肪蓄積量が少なく、たとえ体重減少の割合が少なくとも、重篤な脱水など身体への悪影響を考慮しなければならない。
- ③無月経を必須とするAN診断基準の変更；
診断のためには単一の項目だけでは不十分であり、栄養失調症の影響により種々の変化が予想される複数の項目(例えば心臓、内分泌、胃腸系)の変

化を調べなければならない。

④BN と BED におけるむちゃ食いの基準の変更；

小児・思春期の子どもにおけるむちゃ食い行動の特徴は、摂取カロリー量に関係なく、食べている時にコントロール不能の感覚を抱いている、つまり食べることを途中で止めることが出来ない感覚を抱いているということにある。ただ、子どもの場合の頻度は、過去3ヶ月間に1回のエピソードで十分である。

⑤BN における不適切な代償行為に関する基準の変更；

小児・思春期の子どもにおける不適切な代償行為に関して、成人の頻度と期間よりもより低い条件が用いられるべきである。

表3に、現行のDSM-IV-TRにおけるEDの診断基準とWCEDCAのDSM-Vに向けての変更点の提案を示す。WCEDCAの提案は、教育現場におけるEDの生徒の発見や対応に対して重要な示唆を与えるものである。つまり、児童・思春期の子どもは認知・感情・そしてそれらを言語化する能力が発達途上にあることから、行動観察も重要な情報源であること、さらに成人と比較すると急激に重症化しやすい傾向があり、体重の減少、栄養失調状態は見逃すことのできない危機のサインとして認識しなければならないことである。

6. EDの早期発見や早期治療の阻害要因

EDの生徒は、問題を抱えていることや病気であることを否認するケースが多い(渡辺,2005)。前述した初期徴候が把握されていたとしても、それがED発症の危険性と結び付けられにくい。早期発見や早期治療の阻害要因として、複数の要因が考えられる。例えば、①周囲が気付かない、病気と認め難い：若い女性の平均的な体型は年々細くなり、多少の体重減少であっても周囲が気付きにくい。また、やせが進行すると活動性がより一層亢進し、家族は病的な過活動を「元気さ」と捉えてしまうという問題がある。体重が普通体重の場合、家族が病気を認め難く、『気持ちさえ変われば治るかも』と安易に考える場合もある。

早期治療の阻害要因として、②病気の否認、受診拒否がある。本人は低体重になればなるほど、体重へのこだわりが強くなり、受診を勧めても拒否しがちである(田中,2005)。治療を受けたら「太らされるかも」という恐れが強い。やせた体や過食・嘔吐

などのEDの症状が隠れ蓑あるいはシェルターとなり、彼女達は自分自身の辛い現実にとどまり、向き合わずに済むのである。さらに、本人は「変な病気に罹ってしまった」と恥じ、家族は「親の対応が間違っていたのかも」と罪悪感を感じ、両者共に病気であることを否認してしまうというケースもある。これらは、EDの中核的病理の影響や本障害への理解不足が大きいと思われるが、このような要因が早期発見や早期治療を遅らせ、病像が複雑化してからようやく治療が開始されることが多い。

上記①の「周囲が気付かない、病気と認め難い」に関しての対応は、学校関係者や保護者を対象としたEDの早期徴候や疾患特性の理解を促進するパンフレット配布や講演会が有効と思われる。②の病気の否認、受診拒否に関しては、本人・家族の恐れや不安を理解しつつ、客観的な身体状況、例えば成長曲線のデータを糸口に医療機関につながるようなコミュニケーションをとり続けること、本人が触れてほしくない「体型、体重、食べること」に関しては、治療の専門家に任せる方が望ましいと思われる。

思春期以降発症のANの強烈な痩身へのしがみつきは、単なる「やせた体が美しいから」というダイエット志向とは本質的に異なるものである。過食・嘔吐も同様に、「やけ食いをして太るのが嫌だから」というレベルのものではない。このような行動、症状の背後にある強烈な抑うつ不安(松木,2008) – 自分の無価値感、無力感、自分や他者への不信感、そしてそれらから生まれる抑うつ – を見つめ、持ちこたえることが困難であるがゆえ、彼女達は自分の命や健康を犠牲にしてまでもやせた身体にしがみつきの、あるいは過食・嘔吐の悪循環に身をゆだねるのだと思われる。松木(2008)は中核的なEDの病理を、自己愛的なパーソナリティの障害としている。彼は思春期以降発症のEDは、極度に癒せた身体を理想化し、それを維持する行動を営み続ける病であるとし、このようなやせの理想化と固執は、彼女達が絶対的有能感を維持するための方策であるとしている。同様に瀧井(2008)は、EDは「自分から、現実から、将来からの回避行動」であるとし、彼女たちはやせていることで全てが得られる万能感あふれる世界をつくりあげ、その世界を必死で守ろうとし、心の真実を見ようとしないと言及している。彼女達が、直視することを恐れている不安の内実は「価値の無い自分は人から愛されるはずも無い」「他人も自分さえも信頼できない」という無力感や不信、

表3 DSM-IV-TR における ED の診断基準と WCEDCA の DSM-V に向けての変更点の提案

DSM-IV-TR における ED の診断基準	WCEDCA の DSM-V に向けての変更点の提案
神経性無食欲症 (AN) の診断基準	
A. 年齢と身長に対する正常体重の最低限、またはそれ以上を維持することの拒否。 (たとえば、期待される体重の 85% 以下の体重が続くような体重減少、または成長期間中に期待される体重増加がなく、期待される体重の 85% 以下になる)	児童・思春期では、本疾患の臨床上の最低基準や重症度の決定に関しては、過去の成長曲線からの偏りや体重減少の割合、及び年齢対応の BMI を考慮すべきである。 児童・思春期においては、成人と比較して体重減少の悪影響は低いパーセンテージ重量で現れる。
B. 体重が不足している場合でも、体重が増えること、または肥満することに対する強い恐怖。	子どもは、顕著な体重減少をもたらす頑固な食事拒否をしているにもかかわらず、肥満恐怖を言葉で認めることができない。 これは低年齢の AN の徴候であるか、別の疾患の場合がある。一旦体重回復が始まると、体重増加に対する明白な恐怖、あるいは代償行動が明らかになる。この基準のための有益な情報源として、行動上の指標及び/または親からの報告が用いられなければならない。
C. 自分の体重や体型を感じる感じ方の障害。自己評価に対する体重や体型の過剰な影響、または現在の低体重の重大さの否認。	小児や思春期の若者には、自分の価値のような抽象的概念を理解する能力や、具体的、身体的言語以外で自分の身体の感じを説明することは難しい。小児や思春期前期、後期では、一般的リスクに対する評価が困難であり、著しい体重減少をもたらす行為が危険なことだと認識できない。
D. 初潮後の女性では、無月経。つまり月経周期が連続して少なくとも 3 回欠如する。(エストロゲンなどホルモン投与後にのみ月経が起きている場合、その女性は無月経とみなされる)	栄養失調の影響により身体に様々な変化が起こる。臨床医は、治療のために複数のシステム(例えば心臓、内分泌、胃腸系)の変化を調べなければならない。児童・思春期では、診断のために、単一の身体症状のみを用いることは、避けなければならない。

表3 (続き) DSM-IV-TR における ED の診断基準と WCEDCA の DSM-V に向けての変更点の提案

DSM-IV-TR における ED の診断基準	WCEDCA の DSM-V に向けての変更点の提案
神経性大食症 (BN) の診断基準	
<p>A. むちゃ食いのエピソードを繰り返す。むちゃ食いのエピソードは以下の2つによって特徴づけられる。</p> <p>(1) 他とはっきり区別される時間の間に (例えば1日の何時でも2時間以内)、ほとんどの人が同じような時間に同じような環境で食べる量よりも明らかに多い食べ物を食べる。</p> <p>(2) そのエピソードの間は、食べることを制限できないという感覚 (例えば、食べるのを止めることができない、または何をどれほど多く食べるかを制限できない感じ)</p>	<p>小児・思春期においては、コントロールできないという主観的経験は、摂食行動異常において特に強力な指標である場合がある。しかし、子どもの場合、コントロールできないとはどういう意味かを、具体的な例や年齢相応の比喩を使い、発達的に適切な評価方法で、理解するという事に注意しなければならない。</p> <p>12歳以下の小児において、陰性感情の時に起こる無感情とか隠れ食いとか食べ物を探すとといった、食べることをコントロールできないことを示す行動や、食物を貯める行為などがこれに相当する。小児・思春期におけるむちゃ食いの経過を、その症状の重症度や慢性度に考慮すれば、診断基準は、より低いところで設定しなければならない。</p>
<p>B. 体重増加を防ぐために不適切な代償行動を繰り返す。例えば、自己誘発性嘔吐、下剤、利尿剤、浣腸、もしくは他の薬剤の誤った使用。絶食、または過剰な運動。</p>	<p>小児・思春期において、低年齢層では急激に重症化する恐れがあることから、症状の頻度や期間についてはより低く設定すべきである。</p>
<p>C. むちゃ食い及び不適切な代償行動はともに、平均して、少なくとも3ヶ月間にわたって週2回起きている。</p>	<p>むちゃ食いのエピソードは、小児の場合は、頻度は低く設定されるべきである。例えば、過去3ヶ月間に1回のコントロール喪失のエピソードで充分である。これは、他の精神障害の診断基準 (小児の気分変調症障害の場合、期間は成人の場合の2年間の代わりに1年間である) というのと整合性がある。</p> <p>不適切な代償行為においても、症状の頻度と期間に関して、低い条件が用いられるべきである。</p>
<p>D. 自己評価は、体型及び体重の影響を過度に受けている。</p>	<p>小児・思春期の若者には、自分の価値のような抽象的概念を認める能力や、あるいは具体的、身体的言語以外で自分の身体の感じを説明することは難しい。</p>

劣等感、孤独感、哀しみである。つまり、やせを目的とした行動や過食・嘔吐は、不安や葛藤を感じないようにする防衛行動であり、彼女達の不器用ながらも生きる方策なのである。このような中核的なパーソナリティの問題は、思春期以降発症のEDに顕著であると思われるが、よりパーソナリティの発達が未熟な小児期発症のEDにおいて当てはまるかどうかは、慎重に検討すべき点であると考えられる。いずれにしても、このようなED特有の心理を理解した上での援助が必要となるところに、EDの早期発見・早期介入の困難さと介入の要点があると思われる。

7. 保護者との連携

体重計測で低体重が認められる、あるいは何らかの気になる行動が認められた場合、学校側から保護者への連絡が必要となる。保護者と連絡を取る際には、まず保護者との信頼関係の構築が重要となる(National Eating Disorders Association Educator Tool Kit)。保護者と学校側の良好な関係性は、本人の治療予後に良い影響を与えられると思われる。そのためには、学校で教職員が把握した事実のみを伝え、学校側の判断・予想・意見を挟まず、保護者の罪悪感や自責の念を募らせないよう配慮した方がその後の関係性が良好となると思われる。子どもの食事や体重の問題に関しては保護者、特に母親は罪悪感を抱いたり、「家庭内で問題を解決しなければ」という責任感から、学校側の援助を拒否したり、コミュニケーションを取ろうとしない場合が多い。例えば保護者が学校側の支援や連携に拒絶的であったとしても、「学校側は何時でも相談に乗る準備があること」を伝え、一緒に子どもが楽になれるように考えて行く姿勢を示し続けること、さらに家庭と学校の情報交換と連携が子どもの回復には必要であることを根気強く伝え続ける必要がある。

しかし、緊急入院治療の適応となる場合は、猶予無く即刻の受診が必要であることも伝え添えておかなければならないだろう。体重減少が激しい場合、浮腫を生じ、歩行もおぼつかない場合、低血糖、脱水、高度の電解質異常、自傷行為・自殺企図、重篤な精神合併症(鬱)、薬物依存合併例などである(Garner, Garfinkel, 1997; 切池, 2000)。

8. 教員と本人とのコミュニケーション

教員と本人とのコミュニケーションで重要な点は教員側から本人の体重、食べ方、体型についてはあ

えて触れないことである。本人は食行動や体重に関して批判されたり、「異常なことを行なっている」ということで周りの人から拒否されるのを恐れていることが多いからである。本人が自分の問題について安心して話せるような雰囲気を作り、悩みやつらいことがあるのなら、何時でも相談に乗ることを伝える。さらに専門家に相談することも一つの方法であることや、身体的な問題が心配な場合は医療機関受診を勧める。前述したように、ED本人には、様々な恐れや不安から病気を否認する場合が多く、このような複雑な心理状態を認識しつつ、根気強く援助の手を差し伸べ続けることが必要となる。

医療機関受診後、本人の体育や行事への参加が問題となる。本人が過活動で危機感が薄い場合、本人は「欠席したくない」と訴え、保護者も本人の意向を尊重しがちであるが、病状を悪化させる可能性が高い(崔, 2005)。出来るだけ休憩を取らせる方針が望ましいが、主治医の治療方針を確認する必要がある。主治医との連携は、本人が主体的に治療に参加している意識を育てるためにも、本人・家族を通して主治医と連絡・連携を取ることが重要である。

例えば、主治医、本人、保護者、学校教員間で回す連絡ノートの利用は、本人が実際に記載事項に目を通すことで、自分の治療方針を確認し、安心感を得られることと主体的な治療への参加をうながすことが出来ると思われる。自分を取り巻く医師・教員・保護者の温かなまなざしは、本人に治療に向かう勇氣とエネルギーを与えられると思われる。

治療中の生徒への学校側からの支援については、本人、保護者、教員間で相談をし、現実的な教育計画・目標について個別に設定する必要がある。留年などストレスフルな事は、体調を鑑み、決定するタイミングを計らねばならない。級友と友人関係を再構築するのは困難な場合が多く、校内での居場所作りや話し相手の確保が問題となる。

友人への配慮も、教育現場では重要である(National Eating Disorders Association Educator Tool Kit)。まず、本人のプライバシーを保護することが必要であり、本人に「友人には説明するかどうか、またどのように説明したらよいか」を尋ねることもある。友人には年齢相応の配慮した説明が必要である。また、友人には「本人がEDになった責任も、回復への責任も友人には無い」事を伝え、いつもどおりの温かい付き合い方を持続するように励ますことが必要である。

EDの治療経過は長く、入院や在宅での療養により、長期欠席をしなければならない場合が多い。本人が疎外感を抱かず、治療に専念できるよう、学校・保護者・医療機関のチームネットワークで支える必要性があると思われる。

9. 日本の教育現場でのED予防・早期発見・早期介入実践に向けて-コミュニケーションのきっかけとして-

「マインド・マターズ」を実施しているオーストラリアと同様、我が国においても早期からの精神保健教育や早期介入方策について、個々の学校や個人の取り組みを超えた政策レベルでの検討が必要であると思われる。特にEDは統合失調症や鬱病と同様、重篤な精神疾患であり、罹患した若者がその人生で被るダメージは計り知れない。可能であれば発症予防を、発症した後はできるだけ早期に治療にかかり支援を得る、治療中においては病状に応じた学校生活や学校とのかかわりを維持し続けることが、EDの予防・発見・介入の目標である。EDの早期発見や早期介入においても、マインド・マターズのように、精神保健教育カリキュラムだけではなく、そのカリキュラムを活かす学校環境の整備や、学校・家庭・医療機関の連携強化を同時に行う多面的なアプローチが重要であると思われる。

しかし、日本の教育現場においては、過密なカリキュラムによる授業時間不足の問題があり、系統だったカリキュラムによる精神保健教育の実施が困難な場合が多い。現実的には生徒集団に対しての精神保健教育を精神疾患に関するパンフレットやインターネットのホームページの情報を利用することで代用している場合がある（例えば、東京こころサイト URL:<http://square.umin.ac.jp/tkcocoro/>）。我が国の教育現場で実施可能な精神保健教育に関して、今後より効果的な方法を模索していかねばならない。しかし、保護者講演会や教職員研修等でEDへの理解を促進する機会を増やす試みなど、教員集団内や保護者への啓発活動を通して、精神疾患について理解を深め、生徒のこころの不調に的確に援助の手を差し伸べることができる学校環境を整備していくことは可能であると考えられる。また、学校・家庭・医療機関等の生徒サポートシステムの要として、日頃生徒の心身の健康管理を行っている養護教諭が、本人、家族、学校、病院をつなぐ役割を取る場合が多いと思われる。学内の多くの生徒を1-2名の養護教諭で

対応しなければならない現状の中、学内でのサポートシステムの構築についても、より現実的な方策を今後考えていかねばならないだろう。

本稿で検討した初期徴候、体重による発見の手立て、診断基準、早期発見や早期治療の阻害要因を理解することは、言葉で自分の苦しさなどの感情を表現し、助けを求めることが苦手なED本人の辛さを理解し、コミュニケーションの糸口を探すためのものである。学校現場は同じ年頃の生徒が集まり、勉強、スポーツ、対人関係などで生徒にとりストレスフルな場所であるが、生徒、教職員、保護者におけるこころの問題への理解と学内の温かなコミュニケーションが、生徒のこころの危機への最大の防御となるのではないだろうか。

文献

- Ackard, D.M., Neumark-Sztainer, D. 2007 Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*. 40(5), 409-417.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doli, H.A., Norman, P.A. & O'Connor, M.E. 2000 The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- American Psychiatric Association 2000 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth Edition, Text Revision, Washington D.C. (高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳 (2004)『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版』医学書院)
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E. 1997 Handbook of treatment for eating disorder, 2nd (ed.). The Guilford Press.
- Hoek, H.W. 2000 Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394.
- Hoek, H. W., van Hoeken, D. 2003 Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 34(3), 383-396.
- 生野照子, 北村圭三, 頼藤和寛他 2002 摂食障害の予防活動—女子大キャンパスをベースとして—, 精神障害の予防をめぐる最新の進歩 (小椋力編), 302-303, 星和書店.

- 切池信夫 2000 摂食障害 - 食べない、食べられない、食べたら止まらない-医学書院.
- Lewinsohn, P.M., Striegel-Moore, R.H., Seeley, J.R. 2000 Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 39(10),1284-1292.
- 永井美鈴, 青木紀久代, 増田かやの他 2005 女子高校生を対象とした摂食障害予防教育の試み—メンタルヘルス促進授業プログラムの効果—. 学校保健研究, 47, 436-451.
- National Eating Disorders Association Educator Tool Kit
URL: <http://nationaleatingdisorders.org>
- Nicholls,D., Chater,R., Lask, B.1999 Children into DSM Don't Go : A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*. 28,317-324.
- 松木邦裕 2008 摂食障害というところ - 創られた悲劇 築かれた閉塞 - 新曜社.
- 三井知代 2006 女子大学生における摂食障害予防介入プログラムの効果-7ヶ月後までの追跡調査-思春期学, 24 : 581-589.
- 三井知代 2007 女子大学生を対象とした摂食障害予防的介入プログラムの開発,神戸親和女子大学 研究論叢, 40:259-269.
- 三井知代,生野照子 2007 女子大学キャンパスにおける摂食障害予防 活動.心療内科学11, 250-254.
- 崔明順 2005 入院治療および通院在宅治療中の学校と医療機関の協力 思春期やせ症の診断と治療ガイド 厚生労働省科学研究(子ども家庭総合研究事業) 思春期やせ症と思春期不健康やせの実態把握および対策に関する研究班編42-45、文光堂.
- 佐藤明弘,渡辺久子 2005 診断基準と病型分類,思春期やせ症の診断と治療ガイド 厚生労働省科学研究(子ども家庭総合研究事業) 思春期やせ症と思春期不健康やせの実態把握および対策に関する研究班編 13-17, 文光堂.
- Sheehan,M.,Cahill,H.,Rowling,L.,Marshall,B.,Wynn,J.& Holdsworth,R. 2000 Establishing a role for schools in mental health promotion : the mindmatters project, in Rowling,L., Martin,G.,Walker,L.(eds), *Mental health promotion, concepts and practice, young people*, 111-127, McGraw-Hill.
- 白井有美,崎川典子,岡田直大他 2009 マインド・マターズの概要とスクールマターズ こころの科学 No.14 3,119-126.日本評論社.
- Stice,E., Chase, A., Stormer,S .& Appel,A. 2001 A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 247-262.
- Stice,E., Hayward, C., Cameron, R., Killen, J.D. & Taylor, C.B. 2000 Body image and eating related factors predict onset of depression in female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 438-444.
- Stice, E., Mazzotti, L., Weibel, D. & Agras, W.S. 2000 Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*,27, 206-217.
- Stice, E. & Shaw, H. 2003 Prospective relations of body image,eating,and affective disturbances to smoking onset in adolescent girls: How Virginia slims. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 71,129-135.
- Stice,E.,Trost,A. & Chase,A. 2003 Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Result from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*. 33,10-21.
- Strober,M.,Freeman,R.,Morrell,W.et al. 1997 The long-term course of severe anorexia Nervosa in adolescents:survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22,339-360.
- 瀧井正人 2008 出会い - 精神科医と心療内科医 精神分析と行動療法 - 対論的解題,松木邦裕著 摂食障害というところ - 創られた悲劇 築かれた閉塞 - .新曜社.
- 田中徹哉 2005 学校保健室における早期介入,思春期やせ症の診断と治療ガイド 厚生労働省科学研究(子ども家庭総合研究事業) 思春期やせ症と思春期不健康やせの実態把握および対策に関する研究班編40-41、文光堂.
- 徳村光昭 2005 学校における予防教育,思春期やせ症の診断と治療ガイド 厚生労働省科学研究(子ども家庭総合研究事業) 思春期やせ症と思春期不健康やせの実態把握および対策に関する研究班編) 51-53、文光堂.

- 渡辺久子 2005 思春期やせ症とは,思春期やせ症の診断と治療ガイド 厚生労働省科学研究(子ども家庭総合研究事業) 思春期やせ症と思春期不健康やせの実態把握および対策に関する研究班編) 13-17,文光堂.
- 渡辺久子、田中徹哉、南里清一郎 2002 思春期やせ症のスクリーニングと頻度調査 成長曲線を用いた早期発見、診断方法の試み,思春期やせ症(神経性食欲不振症)の実態把握および対策に関する研究.平成13年度厚生労働省科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書,212-216.
- 渡辺久子、田中徹哉、南里清一郎 2003 女子中学生における思春期やせ症,不健康やせの全国頻度調査 学校健診身体計測結果を用いた成長曲線による思春期やせ症早期発見の試み,思春期やせ症(神経性食欲不振症)の実態把握および対策に関する研究。平成14年度厚生労働省科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書,633-639.
- Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA) 2007 Classification of Child and Adolescent Eating Disturbances. *International Journal of Eating Disorders*. 40,117-122.
- Workgroup for classification of Eating Disorders in children and Adolescents; WCEDCA Classification of Eating Disturbance in Children and Adolescents: Proposed Changes for the DSM-IV.URL:<http://www.aedweb.org>