

報 告

糖尿病治療にコンプライアンス不良を示す神経性大食症例

二宮恒夫¹⁾, 谷洋江¹⁾, 横田一郎²⁾,
松田純子²⁾, 黒田泰弘²⁾

¹⁾徳島大学医学部保健学科母子看護学講座, ²⁾徳島大学病院小児科

要 旨 インスリン依存性糖尿病を合併した神経性大食症例で, 糖尿病治療にコンプライアンス不良を示す17歳女子例を経験した. 両親は言い争いが絶えず, 姉は神経性無食欲症になり, 母親は姉の治療に心労を費やした. 患児は幼少からさびしい思いをし, 家族と信頼関係が育まれない環境で育った. 離婚を契機に過食・嘔吐が始まった. 患児の親権者は父親であったが, 父親との生活もストレスを感じた. 母親と生活をともにする日を作ったが, 姉との関係も悪く満足できなかった. 友人や部活動にも気を遣う学校生活から不登校になり, 将来への絶望感が高まった.

離婚1年後にインスリン依存性糖尿病を発症したが, コンプライアンスは不良であり, 糖尿病は悪化し白内障を合併した. 家族関係障害に起因するアイデンティティ確立への葛藤や, 母親をコントロールしようとする気持ちだが, 糖尿病治療のコンプライアンスに影響していると考えられる.

キーワード: 神経性大食症, 糖尿病, 家族関係障害, アイデンティティ, コンプライアンス

はじめに

思春期の摂食障害は, 食行動の異常で発症する. 経過中に, 学業, 友人関係, 長期目標, 職業選択, 価値観, 集団への帰属などアイデンティティの確立に関連した葛藤が生じ, これらは家族関係性の障害に起因していることが明らかにされている¹⁾. すなわち, 摂食障害は子どものアイデンティティの確立, 社会適応への準備のための, また家族関係を再構築するための病気ととらえることができる. 従って, 支援の目標は子どもの身体症状の回復だけではなく, 社会適応である.

今回, 糖尿病を合併した神経性大食症の17歳女子例で, 糖尿病に対するコンプライアンス不良例を経験した. 家族機能の不良に起因するアイデンティティ確立への葛藤が, 糖尿病治療のコンプライアンスにも影響したと考えられる. 日常診療において, コンプライアンスを左右する要因は, 患児個人の問題だけではなく, 家族機能も関

係していること²⁾を考える上で参考になると思われるので報告する.

症 例

症例: MK, 17歳, 女子

診断: 神経性大食症 (bulimia nervosa, BN), インスリン依存性糖尿病

家族歴・成育歴: 両親, 姉と患児, 母方祖父母の6人家族であった. 両親は共働きで, 患児が15歳の時, 離婚した. 離婚後は, 母親が姉の, 父親が患児の親権者になった (図1参照).

父親は婚養子, まじめな仕事人間であるが, 母方祖父母と折り合いが悪かった. 患児が12歳の時にインスリン非依存性糖尿病を発症し, 現在インスリンによる治療中である.

母親は, 父親と祖父母の間をとりもっていたが, 夫婦間でも意見の違いから言い争いが絶えなかった.

姉は, 患児が13歳の時に神経性無食欲症 (anorexia nervosa, AN) を発症した. 母親は姉の看病でも心労を費やした. 現在も姉の再発を恐れている. 患児は母親か

2003年12月25日受理

別刷請求先: 二宮恒夫 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科母子看護学講座

年 月	患児年齢	患児の病状	家族の状況
平成X-5年	12歳		父親：糖尿病を発症
平成X-4年10月	13歳		姉：神経性無食欲症を発症
平成X-2年10月	15歳	過食・嘔吐が始まる	両親の離婚
平成X-1年8月	16歳	糖尿病を発症，他院で約1カ月間入院治療	
平成X-1年10月	16歳	当院糖尿病外来に紹介	
平成X年*7月	17歳	母親が心身症外来に患児の過食・嘔吐の相談のため受診	
平成X年7月 (第1回目入院, 1週間)		カウンセリング，糖尿病治療の目的で入院	
平成X+1年1月 (第2回目入院, 3週間)		糖尿病性ケトアシドーシス（入院中糖尿病治療の虚偽の申告あり）	
平成X+1年7月	18歳		
平成X+1年7月 (第3回目入院, 2週間)		糖尿病性ケトアシドーシス（家族から離れて一人になりたい希望もあり）	
平成X+1年12月 (第4回目入院, 1週間)		専門学校入学前，糖尿病治療の患児自身の希望入院	
平成X+2年7月	19歳	専門学校退学	

(*：患児が心身症専門医と最初に出会った年を平成X年とした。)

図1：症例と家族の経過

ら姉の病気を理解してほしいと言われた。食事時に姉にご飯を多く盛られたが、姉が治るためにはがまんし全部食べた。そのため、少し肥満ぎみになった。

現病歴：平成X年7月、母親から患児の過食・嘔吐の相談をきっかけに心身症外来に受診することになった（患児が最初に心身症外来を受診した年をX年とした）。過食・嘔吐は両親の離婚頃（平成X-2年10月）から始まっていた。受診数カ月前に父親がトイレの吐物の臭いから患児の過食・嘔吐に気づき、父親から母親に相談され、以前に姉もANのため心身症外来を受診していたことがきっかけで、同外来を訪れた。

過食・嘔吐はほとんど毎日であった。学校から帰宅後自室にこもり、帰宅途中に買ったお菓子、パンや餅などの食料をむちゃ喰いし、その後トイレで嘔吐していた。食べている時は、途中でとめようとする気持ちは起きなかったが、嘔吐の後は自責感に陥りやめなければと思った。しかし、次の日も夜になると、むちゃ喰いしたい気持ちにかられた。父親は勤務の都合で夜はいないことも多く、そのため患児の過食・嘔吐に気づくのが遅かった。DSM-IVの診断基準により神経性大食症（排出型）と診断された。

なお、患児のインスリン依存性糖尿病は、離婚1年後（平成X-1年）の16歳の時に発症し、糖尿病外来に紹介された。以来、糖尿病外来と心身症外来のそれぞれの専門医が連携し治療することになった。

姉の経過の概略：

中学3年の冬、やせたいために運動とダイエットを始めた。この時、体重は62kg、身長は154cm。高校1年の夏休みに生理がなくなった。学業への意欲もなくなり、カウンセリングの目的で高校2年の10月に心身症外来を受診した。このときの体重は38kg（肥満度は-27%）。

「母親の食行動に対する過干渉，家族の視線やため息から逃れたい。学業へ集中できない。自分を理解してくれる親友が見つからない」などが話された。

反動性の過食期を経て、食行動は規則正しくなり、体重も回復した。大学入試の成功をきっかけに情緒も安定した。しかし、現在も食事内容には偏りがある。

治療経過

1) 糖尿病の経過

平成X-1年8月（16歳4カ月）、全身倦怠感、口渇、体重減少があらわれ、近医にてインスリン依存性糖尿病と診断された。血糖値は723mg/dl、HbA1cは9.5%、体重57.6kg、身長155cm。他院に1カ月間の入院治療後、当院小児科糖尿病外来を紹介された。

治療はインスリンの自己注射が行われた。高校の部活動を優先させ、糖尿病外来への受診は不規則で、糖尿病治療に対するコンプライアンスは不良であった。外来受診時は、その日の検査値をもとに糖尿病の治療や合併症についても繰り返し説明されたが効果はなかった。父親

が糖尿病であることから治療については十分理解している様子であったし、父親からも毎日のようにインスリン注射の確認をされていた。

本院への第1回目入院は糖尿病発症約1年後であったが、これは糖尿病コントロール不良の改善のためと、心身症外来担当専門医の初対面も兼ねたカウンセリングの目的であった。糖尿病治療教育が行われたが、その後もケトアシドーシスなど糖尿病の悪化時、短期間の入院を繰り返した。2回目入院中、インスリン注射をせず虚偽の報告が判明したときには、糖尿病について長時間の再教育が行われた。また、人の目を盗んで外出し、食料品を大量に買い、病院内のトイレで過食・嘔吐していた。

4回目入院は、他県の専門学校に入学する前に糖尿病を改善しておきたいという患児の希望であった。

発症から3年経過後(19歳)のHbA1cは15.0%、体重は46kg(肥満度は-6%)。眼科で白内障を指摘された。

心身症外来では、不十分な糖尿病治療の理由として、「インスリン注射すると太る」、「糖尿病を治せば、母親は私を心配しないかもしれないと思った」など、やせ願望、あるいは姉に太らされたという思いに対する反発、母親をコントロールしようとする胸の内を打ち明けた。不登校になってからは、「学校に行きたくないのを糖尿病のせいにしている」と、自責感を強めた。

2) 高校生活

高校生活では、「家族だけでなく友人や教師に気を遣い、作り笑いしている。人のことばかり気にして、本当の自分を出しておらず、学校にいる自分は自分ではないみたいである」などと話した。

部活動は中学時代の外傷のため、選手たちをささえる仕事を引き受けることになった。この仕事は、やりがいがあると友人には言っていたが、内心は選手として自分の存在をアピールしなかった。病院受診によって部活動を1日でも休めば友人から忘れられそうな不安を抱いていた。また、自分にまかされている仕事の理想を後輩に押しつけているように感じ、後輩からは嫌われているのではないかと考えた。周囲から自分の仕事を非難されないよう手ばかりがないか気を遣っていた。部活動が終了した3年の2学期からは無気力になった。以後、勉強にも集中力をなくし学校を休むようになった。このころ、過食・嘔吐はひどくなっていた。久しぶりに登校したと

き、将来の進路の決まっている友人たちと自分を比較しはじめになった。進学したい気持ちはあったが、将来何をしたいと思っているのかわからなかった。冬休みに補習や課題をこなすことで卒業することができた。

3) 専門学校入学前後

3学期になって県外の専門学校への進学が決まったこと、車の免許を取得したこと、アルバイトを楽しんでいること、高校から進学のための奨学金交付の決定通知があったことを非常に喜んだ。

専門学校入学後はアパートに一人で住み自立できることをうれしく思った。しかし、新しい友人とうまくやっていたのかどうか、過食・嘔吐もひどくなるのではないかと、入学が近づくとつれて不安を膨らませた。

入学後、新しい環境での緊張や不安が強まり、過食・嘔吐は続き、糖尿病は悪くなった。この地の糖尿病の主治医には糖尿病のことだけでなく、将来への悩みなど聴いてもらえると満足していた。毎日、母親から励ましの電話はあったが、入学3カ月後に退学した。

その後は、アルバイトをしながら定職に就くための資格試験の準備を始めた。糖尿病外来には母親とともに定期的に受診するようになった。アルバイトを気に入る、周囲の人たちも暖かいことから少し体調を整えなければと糖尿病治療に触れる発言が聴かれるようになった。

4) 家族との関係の経過

心身症外来では、満足できなかった家庭環境や、学校生活について繰り返し話された。離婚の際、本当は母親のもとにいたかった。しかし、母親は姉のことを心配していたので、母親にこれ以上子どものことで心配かけてはならないと思ったし、母親と姉の密着状態を見るのは堪えられなかった。父親がひとり生活することが心配だったなどの理由から父親との生活を選んだ。

父親への思いは、「父親はまじめな会社人間。仕事のストレスを私にぶつける。身体を心配してくれるが、さびしい気持ちをわかってくれない」と、打ち明けた。

母親と父親に同時に面接し、患児の母親のもとで過ごしたい気持ちを受け入れ、母親と生活を共にすることのできる日が多くなるように家族が話し合うことを勧めた。患児は、母親と過ごしている時は父親の愚痴を聞かなくて済むが、父親は食事の準備などに困っていると思うと母親との生活も落ち着かず、アンビバレントな気持ちに揺らいでいた。姉は、患児は父親の籍に入ったのだから、

帰ってくるのはおかしいと考え、暗に患児を責めた。折に触れ、母親は姉を説得した。どちらで生活するかは、その時の患児の気持ちで自由に選んでよいことにした。母親には、心身症外来受診の同伴を依頼した。

専門学校を退学後は母親と過ごしていた。母親は、「糖尿病のことが気になって、ついつい注射をしなさいと言ってしまいます。患児はすぐにだまってしまう、何を考えているのかわからない。わからないからうまく対応できない」と、助言を求めた。母親は姉がANになったことを、子育ての失敗ととらえ自責感を高め、子どもへの対応に自信をなくしていた。患児の無理難題には毅然とした態度で接しながら、母親との愛着関係を続けることが大切であると伝えた。患児は、「母親との生活も息がつまる時があり、時々父親のもとに行くとおとすとす」と話した。姉が廊下をはさんで向かいの部屋で生活していることも、患児が落ち着かない一因と思われた。

5) 過食・嘔吐の経過

「家族との葛藤、学校での対人関係のストレス、将来への不安感を、過食によって紛らしているように思う。過食しているときは自分を忘れていて、ストレスが貯まると早く自室にこもり過食したいという気持ちにかられる」と話した。過食・嘔吐は、強迫的嗜癖行為として続いていた。対人関係における認知の歪みを修正することによって、対人関係のストレスが軽減されれば過食・嘔吐の改善につながると考え、認知行動療法を中心とした心理療法を行った。また、卒業、アルバイト、車の免許、専門学校への入学など、自己評価を高めるための支援を行った。しかし、専門学校を退学後は再出発をはかることになったが、情緒は不安定で、過食・嘔吐も続いている。

考 察

1) 家庭環境について

摂食障害の家族システムの特徴は、絡み合った関係、過保護、硬直性、葛藤解決能力の欠如があげられている³⁾。また、父親の特徴は、社会的には仕事熱心で努力を惜しまないが、男性的な力強さや自信に欠け、情緒面でも未熟であるために、妻の依存対象にならない、表面的平和状態を好み、家庭内の争いを避けようとするなどである⁴⁾。

本症例では、父親と母方祖父母の関係、夫婦不和から

葛藤解決能力欠如の家族と考えられる。患児は、両親の言い争いを聞き、幼少から親に気を遣いながら生活した。また、姉によって母親を奪われた感情を抱いた。患児にとっては安心した気持ちで過ごせず、自分の意思も抑えなければならぬ家庭、すなわち家族と信頼関係が育まれない環境で育った。患児にとっては心理的な安心、安定が得られず、信頼関係が結べない家庭環境であり、まさに虐待家庭と同じと思われる。患児の日常生活における心理社会的行動は、虐待と同様な心理社会的影響の結果といえる。

2) 心理社会性について

虐待の心理社会的影響は、外傷後ストレス障害 (post-traumatic stress disorder, PTSD)、対人関係障害、人格障害である⁵⁾。PTSDの要因になる外傷的な体験は、死の危険にさらされるか、それに近い状況と定義されている。しかし、通常考える以上に頻繁に起っていることが指摘されている。直接自分にふりかかるものだけでなく、目撃体験や、死の危険がなくても、子どもが主観的に自己の安全が危険にさらされていると感じられれば、外傷体験になる。具体的には、天災、戦争、事故、虐待、DV (domestic violence, 家庭内暴力)、不適切な養育、安全に守られているという感覚がない環境である。虐待やDV家庭では、子どもにとって安心、安全、信頼感が脅かされる状況が持続するので、PTSDをあらわすようになる⁶⁾。親の過干渉、過保護、放任、厳格などは、子どもの意思が尊重されず、発達年齢に応じた心理的な理解と対応を親から十分に与えられないために外傷体験になる。

被虐待児の思春期における具体的な臨床症状は、不安、うつ状態、低い自己評価、無気力、将来への希望のなさ、学業への意欲低下や不登校、自傷行為、自殺企図、人間不信、過食・嘔吐・下剤の乱用、睡眠障害、フラッシュバック、養育者とのアタッチメント障害、突然の驚愕、家出、非行や暴力、薬物使用などである。患児にあてはまる症状が多くみられる。信頼関係を培えない家庭環境の中で不安、うつ状態、低い自己評価、無気力、将来への希望のなさ、学業への意欲低下など、いわゆるこころの発達の歪みが、対人関係の取り方に自信がもてず、社会適応を困難にさせた。家庭が安全基地であると自分が確認できなければ、アイデンティティの確立が困難といえる。

患児の感情、対人関係性、認知様式、衝動の制御は偏つ

てはいたが、境界性人格障害（対人関係、自己像、感情の不安定性および著しい衝動性）、自己愛性人格障害（誇大性、賞賛されたいという欲求、共感の欠如）、回避性人格障害（社会的制止、不適切感および否定的評価に対する過敏）、強迫性人格障害（秩序、完全主義、精神面および対人関係の統制にとらわれ、柔軟性、開放性、効率性が犠牲にされる）などの診断基準には該当しなかった⁷⁾。しかし、不安障害や気分障害があり、不安障害としては社会恐怖（社会不安障害）、気分障害としては気分変調性障害と考えられた。

3) カウンセリングの効果について

第1回目の当院への入院目的は、糖尿病のコントロールの不良さを改善するためもあったが、心身症専門医と患児の初対面の場面を設定し、入院中毎日患児にゆっくり会うためでもあった。家族関係の問題、学校生活における対人関係の問題、過食・嘔吐が強迫的な行為として続けられていることなどが繰り返し話された。これまでの患児の苦しい生活体験に共感のことばをさみながら聴くことに徹した。退院後は、患児が受診しやすいように夕方に予約時間を設定したこともあり、心身症外来に定期的に受診した。心身症外来では、受診までの期間に家族や友人に対して生じた、あるいは部活動での出来事に対する自分の感情を吐露する場所になったようであった。

完璧主義や自分に対する評価の過敏さ、他人に理想を押しつけることでかえって自分を苦しめ、帰宅途中に大量の食料品を買い過食・嘔吐の行為につながっていた。柔軟な考え方への変化をはかったが、そうならなくてはと現実に生活場面では変化にはつながらず、認知の歪みの改善は容易ではなかった。患児の日常の言動に共感的、支持的対応を続けることで、卒業前には、ひとりで生活することの不安を訴えながらも、将来への準備を積極的に取り組むようになった。過食・嘔吐がなくなった日もあったと喜んで話す日もあった。専門学校を退学後の1カ月くらいは閉じこもりがちであったが、両親も見守る姿勢をとることができたことで、患児は意欲をとりもどし、アルバイトや専門職の資格試験を受ける意欲を示すようになった。

当初から両親も心身症外来を訪れた。面接を繰り返すことで、両親は糖尿病を治そうとしない子どもを咎める姿勢から、家族の中で苦しい思いをしてきた子どもという見方に変化した。父親は仕事のストレスを患児にぶつ

けなくなったこと、母親の実家の患児の受け入れがよくなってきたこと、母親は姉と距離を置くようになったことなど家族関係の変容が見られた。母親は心身症外来に患児と同伴するようになり、その際患児は母親に自分への対応の不満を言葉で表現できるようになった。母親も患児の情緒不安定への対応に苦慮したが、心身症外来では母親とも個別面接を重ね母親を支えた。母子同伴の受診が、患児の母親への信頼回復につながると思われる。

今後も患児の社会生活を肯定的に対応し支えることによって、自分を活かす場所をみつけると思われる。社会における対人関係の距離の置き方、自分に対する陰性評価への過敏さを和らげることができるようになるようにカウンセリングすることも大切であるが、アイデンティティ確立に向けての支持的対応が重要であろう。

4) コンプライアンス不良について

患児が糖尿病を治療しようとししない理由については、患児の言動からいろいろなことが推測される。インスリンの注射による肥満への恐れ、不登校は糖尿病のせい、糖尿病を治せば母親と縁が切れる、糖尿病を治せば社会で自立しなければならないなどである。対人関係、自立への自信のなさ、将来への絶望感、すなわちアイデンティティ確立の困難さが、糖尿病への逃避、コンプライアンス不良をきたしていると考えられる。リストカットは自分を罰するためという子どもがいるが、糖尿病を治療しないことは、自立できない自分を罰する行為とも考えられる。また、インスリンを過剰に注射して自殺企図の患者の報告もあり⁸⁾、これも社会適応の自信のなさからくるものと思われる。

家族との相互作用で育まれる子どものこころの発達、アイデンティティ確立につながり、コンプライアンスに大いに影響することが本症例によって明らかである（図2参照）。糖尿病治療のコンプライアンスを良好にするためには、患児へ糖尿病の疾病教育だけでなく、家庭環境を整えなければならない。一般の日常診療においても、コンプライアンスを良好にするためには、患児だけを対象にするのではなく、常に家族関係を念頭に入れ対応することが非常に重要と思われる⁹⁾。

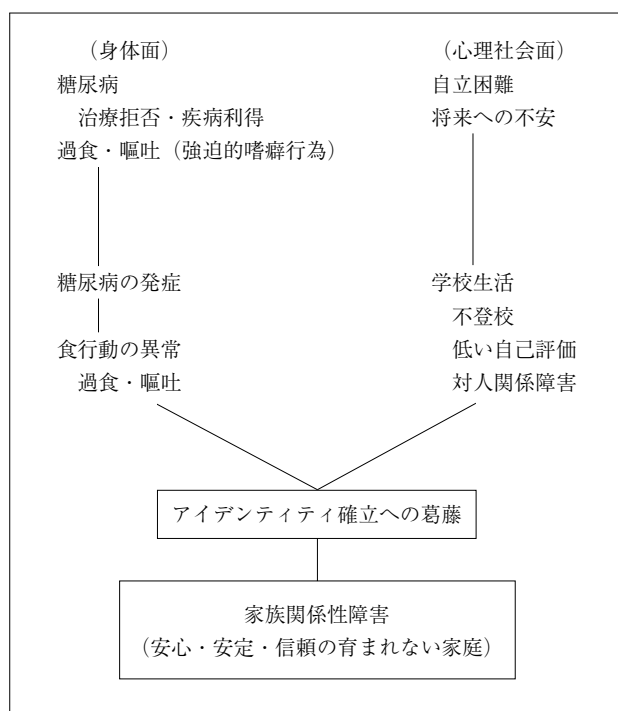


図2：症例の身体・心理・社会的症状

文 献

- 1) Johnson, C.: Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa. In: Garner, D. M. and Garfinkel, P. E., eds. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa & bulimia, The Guilford Press, N. Y., London, 1985, pp. 19-33
- 2) 中根秀之：治療におけるコンプライアンスの維持. 兼子 直 (訳)：MGH「心の問題」診療ガイド, 579-589, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2002.
- 3) Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L.: Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. 福田俊一 (訳)：思春期やせ症の家族, 星和書店, 1987.
- 4) 東原美和子, 下坂幸三：父親の態度に照らしてみた摂食障害の発達の病理. 精神療法, 20, 409-421, 1994.
- 5) 西澤 哲：虐待を受けた子どもの心理療法—虐待のタイプとプレイセラピー—, 子どもの虐待とネグレクト, 4, 87-96, 2002.
- 6) 森 茂起：外傷後ストレス障害の原因と心理的症状, 小児看護, 24, 804-810, 2001.
- 7) 高橋三郎 (訳)：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 225-233, 1997.
- 8) 今野美紀, 中村伸枝, 兼松百合子：自傷行為を呈する思春期のI型糖尿病事例への看護援助, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 5, 130-138, 2001.
- 9) Cohen, L. J., Jermain, D. M.: Neuropsychopharmacology 1: Basic principles. In: Coffey, C. E., Brumback, R. A., eds. Textbook of pediatric neuropsychiatry, American Psychiatric Press, Washington DC, London, England, 1998, pp. 1275-1286

1) Johnson, C.: Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa. In: Garner, D. M. and Garfinkel, P. E., eds. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa & bulimia, The Guilford Press,

A case of bulimia nervosa associated with poor treatment compliance for diabetes mellitus

Tuneo Ninomiya¹⁾, Hiroe Tani¹⁾, Ichiro Yokota²⁾, Junko Matsuda²⁾, Yasuhiro Kuroda²⁾

¹⁾Department of Maternal and Pediatric Nursing, School of Health Sciences, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

²⁾Department of Pediatrics, Tokushima University Hospital, Tokushima, Japan

Abstract A 17-year old girl of bulimia nervosa with diabetes mellitus was reported. Family history showed that the quarrel occurred frequently between father and mother, and elder sister suffered from anorexia nervosa. She have lived with father after divorce of her parents, and begun to vomit after overeating. She has suffered from diabetes mellitus after 1 year of divorce, but has been noted to have poor compliance for glycemic control. The development of interpersonal confidence and identification was impaired through the reciprocal interaction within the family. She was exhausted from the inability to expression of emotion, sensation and thoughts in her school life and stay away from school. The disturbance of interfamilial relation resulted in the impaired development of identification may lead to poor treatment compliance for diabetes mellitus.

Key words : bulimia nervosa, diabetes mellitus, disturbance of interfamilial relation, identification, compliance