

表2 | カルシウムの食事摂取基準 (2005年版) (mg/日)

性別 年齢	男性			女性			
	目安量	目標量	上限量 ^{※2}	目安量	目標量	上限量 ^{※2}	
0~5 (月)	母乳栄養児	200	-	-	200	-	-
	人工乳栄養児	300	-	-	300	-	-
6~11 (月)	母乳栄養児	250	-	-	250	-	-
	人工乳栄養児	400	-	-	400	-	-
1~2 (歳)	450	450 ^{※3}	-	400	400	-	
3~5 (歳)	600	550	-	550	550 ^{※3}	-	
6~7 (歳)	600	600	-	650	600	-	
8~9 (歳)	700 ^{※4}	700	-	800	700	-	
10~11 (歳)	950	800	-	950	800	-	
12~14 (歳)	1,000	900	-	850	750	-	
15~17 (歳)	1,100	850	-	850	650	-	
18~29 (歳)	900	650	2,300	700	600 ^{※4}	2,300	
30~49 (歳)	650	600 ^{※4}	2,300	600 ^{※4}	600 ^{※4}	2,300	
50~69 (歳)	700	600	2,300	700	600	2,300	
70以上 (歳)	750	600	2,300	650	550	2,300	
妊婦 (付加量) ^{※1}				+0	-	-	
授乳婦 (付加量) ^{※1}				+0	-	-	

※1 付加量は設けませんが、目安量をめざして摂取することが勧められる。

妊娠中毒症などの胎盤機能低下がある場合は積極的なカルシウム摂取が必要である。

※2 上限量は十分な研究報告がないため、17歳以下では定めない。しかし、これは、多量摂取を勧めるものでも、多量摂取の安全性を保障するものでもない。

※3 目安量と現在の摂取量の中央値とが接近しているため、目安量を採用した。

※4 前後の年齢階級の値を考慮して、値の平滑化を行った。

より少なくする効果はある。またサプリメントを摂取している場合には、ほかの栄養摂取状況は必ずしも良くないので、ほかの栄養にも十分配慮する。大量のCa摂取は便秘を起こしやすいので、水分・繊維質を十分にとることを心がける。

■ ビタミンD

● Caに加え、ビタミンDはとるべきである。思春期やせ症では食事摂取量が少ないのでビタミンDは不足傾向にある。また最近は日焼け止めクリームが多用されており、皮膚でのビタミンD転換産生が少なく、血中ビタミンD量は少ない傾向にある。ビタミンDは1日400IU (国際単位) が望ましい。ビタミンDには細胞分化促進作用、免疫系、糖代謝への作用など多彩な生理活性も有している。しかし脂溶性ビタミンなので過剰摂取には注意する。

体重回復

- 思春期やせ症治療の中心は、体重を回復させることである。理想体重（[図1](#) p.58, 65）の90%までの体重回復がまず目標となる。体重を回復させることで、IGF-1の成長ホルモン（GH）抵抗性が改善され、IGF-1の上昇、さらには甲状腺機能の回復が期待できる。また視床下部-下垂体-卵巣の系では、ゴナドトロピン分泌ホルモン（GnRH）のパルスおよび分泌量の増加が期待される。[図1](#) 1章 p.23
- 発症前の体重が重かった場合には、その目標体重値は理想体重の90%以上にすべきである。また3ヵ月毎にエストロゲンを測定する。血清エストロゲンが30pg/mLまで回復すると月経が回復してくる可能性があると考えてよい²⁾。3~6ヵ月経過しても、エストロゲンが30pg/mL以下である場合は、回復すべき目標体重値をさらに高くする。
- 月経再開の可能性を判定するものとして、血中エストロゲンの測定（30pg/mL以上）に加えて、腹部超音波で卵巣の卵胞成熟を観察することも重要な検査である³⁾。主卵胞の成熟傾向（卵胞径の増加）が認められれば、それは、卵胞刺激ホルモン（FSH）の上昇があつて、卵胞が発育していることを示すものである。主卵胞の発育は、エストロゲンが上昇して、月経の再開が1ヵ月以内に起こることを予想させる。
- 体重は骨量と密接な関係にある。例えば成人で肥満者をダイエットさせ、体重減少させると骨量は減少する。体重増加による骨への負荷も骨代謝によい影響を与え、思春期やせ症でも骨量を増加させる効果が期待される。

体重減少性無月経

体重が大きく減少すると視床下部性の卵巣機能低下をきたす。無月経の30%が視床下部性無月経である。それは、月経不順、次いで第一度無月経、第二度無月経と重症化していく。第二度無月経は体重が回復しても、月経周期が回復するのは50~70%にすぎない。ところが、思春期やせ症では理想体重の90%まで回復すると6ヵ月以内に86%の月経再開が期待できる²⁾。このように、体重減少性無月経の卵巣機能回復率は思春期やせ症と比べ、ずいぶん低い。

適度な運動

- 運動は骨量を増加させることが多い。しかし過剰な運動は逆効果であり、諸刃の剣とみなすべきである。例えば激しい運動を行う選手では無月経となる例が多く、激しい運動は骨へ負の効果しかない。
- 骨密度があまり低い場合には、過剰な激しい運動は控えるように指導し、骨密度を観察しながら運動処方をしていく。その意味で、運動指導の専門家を思春期やせ症の治療陣に加えることが望ましい（[図2](#) 2章 p.46）。骨密度が極端に低くな

い場合や、回復過程では、ウォーキング、ジョギング、ジャンプ、スキッピング、ホッピングなど体重負荷が骨に直接かかる運動を、序々に加えていく。しかし水泳や自転車は、骨への負荷は期待できないので、骨量増加に効果的ではない。急性期では臥床安静状態が持続するが、これは不動性骨量減少を引き起こすので、1日30分間程度は、歩行するか、または立ち続けて、下肢骨に重力負荷を加えるべきである。

薬物療法

■ ホルモン補充療法 (HRT : hormone replacement therapy)

- 更年期や卵巣摘除例では、エストロゲンの減少により、高代謝回転型の骨量減少を起こす。ホルモン補充療法は、高代謝回転状態にある骨代謝を正常化して、骨量を増加させる。閉経後の骨量減少に対し年間で4.3%前後骨量を増加させる。
- 思春期やせ症でもHRTが多く使われている⁸⁾。しかしHRT単独では骨量増加は期待できない^{9, 10)}。それはIGF-Iの低値、甲状腺機能の低下など栄養面の不良状態があって閉経後の骨量減少とは病態像が異なっているからである。思春期やせ症は対照群に比べ身長は約3cm低い。身長の増加は骨端線で起こる。エストロゲンを投与すると骨端線の閉鎖を促進し、さらに低身長とする可能性があるためHRT療法は慎重に行わねばならない。治療に抵抗性を示し、長時間低エストロゲン血症に暴露されることはさまざまな影響を身体に及ぼす。更年期以降に生ずる多様な症状をみれば理解できる現象である。すなわち骨量減少、脂質代謝異常、動脈硬化症、認知能の低下など閉経後に生ずる多くの成人病を発症する危険性が高くなる。それゆえ若年者ではHRTによって骨量増加は期待できないが、低エストロゲン血症が長期化する場合にはむしろ積極的なHRTを行うべきである。
- 体重が回復しても治療に抵抗を示す場合や長期に卵巣機能低下が固定化してしまった場合は、難治性の体重減少性無月経と同様に低エストロゲン血症に長期暴露されることとなり、体重回復のみを治療の中心に置くのではなく、積極的な介入が必要となる。
- HRTを行うときエストロゲン単独では子宮内膜癌を引き起こす可能性があり、必ずプロゲステロン製剤を併用する。またHRTに用いる結合型エストロゲン (プレマリン®) は、同じ投与量でも人ごとに、血中エストロゲン濃度は異なるので血中濃度を測定して正常月経周期と同レベルの血中濃度になるように投与量を調整する。

成人に用いられている女性ホルモン剤

- 1) 低容量ピル (OC: oral contraceptives) : 避妊を目的に低容量ピルが使われているが、排卵を抑制するための最小のホルモン量であるために、血中エストロゲン濃度は低値をとるので治療には用いるべきではない。OCの長期使用が、骨量にいかなる影響を及ぼすかは不明な点が多い。卵巣機能が正常であった人でも3年以上の長期使用で骨量は低下する。時に軽度な凝固障害、血栓症なども副作用として考慮する必要がある。とくに、1日10本以上の喫煙者や、血栓塞栓症の家族歴を有する人は血栓症の発症に注意する。
- 2) 黄体ホルモン (MPA: medroxyprogesterone acetate) : MPAの使用に関して、18~30歳を対象にした3年間のコホート研究ではデポ-MPAを使用すると骨量を減少させる。この骨量減少は中止により回復するが、思春期やせ症には禁忌といえる。
- 3) 選択的エストロゲン受容体モジュレーター (SERMs: specific estrogen receptor modifiers) : エストロゲン受容体に結合するエストロゲン様作用を有する薬剤である。その代表としてラロキシフェンがある。閉経後に本剤を60mg/日使用することで、高代謝回転型の骨量減少を阻止し、腰椎骨折の発症を5%抑制する。しかし大腿骨頸部骨折の発症頻度は抑制しない。思春期やせ症には使われた報告がなく、エストロゲン以上に有効であるとは考えられない。

■ レプチン

- レプチンは脂肪組織より分泌されており、エネルギー代謝に深く関与している。体重減少性無月経はレプチンが極端に減少していること、レプチンの日内変動の消失していることが特徴である。体脂肪量とレプチン血中濃度は相関し、急激な体重変化はレプチンの分泌状態に変化を起ししやすい。
- レプチンの欠損したマウスでは不妊症や性成熟が遅れる。しかし、レプチンを投与するとそれが正常化する。また飢餓による体重減少で生じた性腺機能異常がレプチンを投与することで回復する。Mantzorosら⁴⁾は、組み換え人レプチン (r-metHuLeptin®:Amgen) を、レプチン低値の視床下部性無月経患者に連日1日2回の自己注射を行ったところ、短時間で卵巣機能の回復をみた。この成績から、思春期やせ症などの摂食障害、運動による骨密度低下例の治療にレプチンが期待されている。
- レプチン濃度の低い視床下部性無月経患者を2群 (対象群と対照群) に分け、毎日自己注射を行った。8名中3名が排卵したが、この3名の無月経期間は、14年、6年と著しい長期間から9ヵ月まで多様であった。排卵は、投与開始から、28日、35日、58日後という短時間に生じた。消退出血はほかの2名にも見られた。この消退出血をきたした2例は、超音波で主卵胞の増大を認めたが、排卵は起こらず卵胞の退縮を起こしたものであった。エストロゲン濃度もそれに一致して、増加し、減少した。卵胞発育を意味する顆粒膜細胞から分泌されるインヒビンBも増加した。こ

れらより、日内変動を考慮した朝夕のレプチン自己注射で、短時間で中枢のGnRHパルスが回復したのである(1章 p.23)。その他は、甲状腺機能が軽快し、IGF-IのGH抵抗性が軽快した。また骨は、骨芽細胞機能を上昇させ破骨細胞機能には影響を及ぼさず骨量が増加していた。

- 視床下部性無月経の重要な合併症は、骨量の低下とそれが回復しないことであるが、この治験成績よりレプチンは、中枢を介して卵巣機能を賦活して、さらに骨芽細胞機能を賦活することが明らかとなり、今後の臨床応用に期待がもたれている。

■ビスフォスフォネート

- 閉経後の骨粗鬆症には最も有効な治療薬である。また若年者でも男性の骨粗鬆症、ステロイド性骨粗鬆症に対しても有効である。閉経後骨粗鬆症では、2~4年の使用で脊椎骨および大腿骨頸部の骨密度を年間5~10%上げ、同部分の骨折率を30~50%減少させる⁵⁾。
- 18歳以下の骨量減少者に対しては使用されていない。それは長期に骨に沈着して存続することによる危険性が想定されるからである。ビスフォスフォネートは破骨細胞機能を抑制するので、骨の成長過程に使用すると、将来いかなる影響が出るか不明であるとされている。
- 妊娠中に、母体骨では破骨細胞活性が上昇し、骨芽細胞機能が抑制された状態が続くので、骨に沈着したビスフォスフォネートが溶出して胎盤を介し、胎児に移行する可能性がある。動物実験では、催奇形性も心配されている。ただし人への影響は現在のところ報告がなく、不明である。そこで妊娠使用薬のリスクカテゴリーはC(米国FDAが作成した「FDA薬剤胎児危険度分類基準」であり、カテゴリーA, B, C, D, Xの5段階に分けている。Aは危険度が証明されていない。)とされている⁶⁾。そのため、妊娠する可能性がある場合には、使用は許可されていない。しかしKlibanskiはリデドロネートを若年女性に使用して有効であると報告⁷⁾している。

■IGF-I

- 米国では、rhIGF-I(リコンビナントヒトIGF-I)を用いた治療が一部で始められている¹²⁾。それに加えてエストロゲン、プロゲステロンを用いるホルモン補充療法(HRT)を併用すると、より骨量の増加が期待できると報告されているが、これは確立した治療法ではなく、必ずしも著しい骨量増加効果は得られていない。

骨粗鬆症の検査

骨量測定法（図1）には、二重X線エネルギー吸収法（DEXA）、第2中手骨骨密度測定（MD）法、末梢骨定量的コンピュータ断層撮影（pQCT）法、超音波法などがある。スクリーニングには踵骨を超音波で測定する方法が多く用いられているが、必ずしも正確とはいえない。そこでまずスクリーニングとして、本法で骨量を測定し、もし低い場合にはより正確な測定法を試みる。治療に伴う経時的な骨量の推移をみるには、全身のDEXA法がよい。これは骨密度測定ゴールドスタンダードである。それはX線曝射量がきわめて少ないこと、正確であって、骨密度の経時変化をみるのに適しているためである。さらに骨量に加え、体脂肪率、脂肪量、除脂肪量が測定できる点も思春期やせ症の治療を行う上で重要な指標を与えてくれる。骨量は、腰椎、左の大腿骨頸部を測定する。なお橈骨のDEXA法もあるが、経時変化をみるには、全身DEXA法が誤差が少なく優れている。しかし全身DEXA器を保有する施設は、残念ながら少ない。骨粗鬆症財団に、その保有病院を問い合わせるとよい。

図1 骨粗鬆症の検査法



3 家族治療

(佐藤明弘)

- 家族治療は、思春期やせ症治療の第一選択とされる¹³⁾。家族関係は思春期やせ症の発症だけでなく、病気の遷延や回復に影響を与える重要な要因であることが認識されている^{14, 15)}。家族の問題は個々に違うため、治療開始にあたり適切な家族評価が必要である。
- 治療の開始時点では、思春期やせ症患者は食事をめぐって葛藤的になり、周囲の理解しにくい行動をとるため、家族は患者に巻き込まれ、疲弊し、本来の家族機能を失っている。とくに、母親は患者と過ごす時間が長く、それまでは良い子であった患者から別人のように感情をぶつけられ、責めたてられ、驚き困惑しながら、自分の育児に罪悪感を感じ、周囲に相談もできず、孤立する。一方、父親の多くは仕事を理由に育児を母親に任せきりである分、患者とのかかわりを怠がちである。児の発症により母親は夫に相談できず、夫婦関係の溝はさらに深まる。
- 家族治療は、このように複雑化する家族関係を改善し、病気の発症や病状の固定や遷延に関与する家族葛藤の解決を目的とする。そのためには家族間の対話や感情表現や行動などに注目する。家族個人との面接、父母同席面接や家族と患者の合同家族面接を組み合わせて問題を探っていく。家族治療によって起こる家族の感情の改善は、敏感な思春期の者にすぐに伝わり良い影響をもたらすので、治療効果が高いと考えられている¹⁶⁾。

家族を理解する

- 食べることは生まれてから始まる生理的な営みであり、一家団欒の中、家族の会話や情緒の交流を取り入れ、食べることで心も成長していく。しかし、その食卓が緊張や不安の場となるということは、家族の緊張した関係そのものをあらわしており、食べることで歪んだ家族関係を取り入れることとなる。
- 思春期やせ症の家族の特徴として家族関係の緊密さ、世代間の境界の曖昧さがいわれている^{14, 15)}。そのため思春期やせ症の家族はコミュニケーションが機能不全に陥っており、家族内の一貫性や協調性が失われてしまう^{14, 15, 17)}。その実態をできるだけ理解していく。

■ 家族機能評価をする

- 家族機能を理解するには、家族の歴史と発達過程である、家族過程を知る必要がある。それには・妊娠前・妊娠周産期・乳児期・幼児期・学童期・思春期にわたる話を聞きながら、次のような内容を整理する。

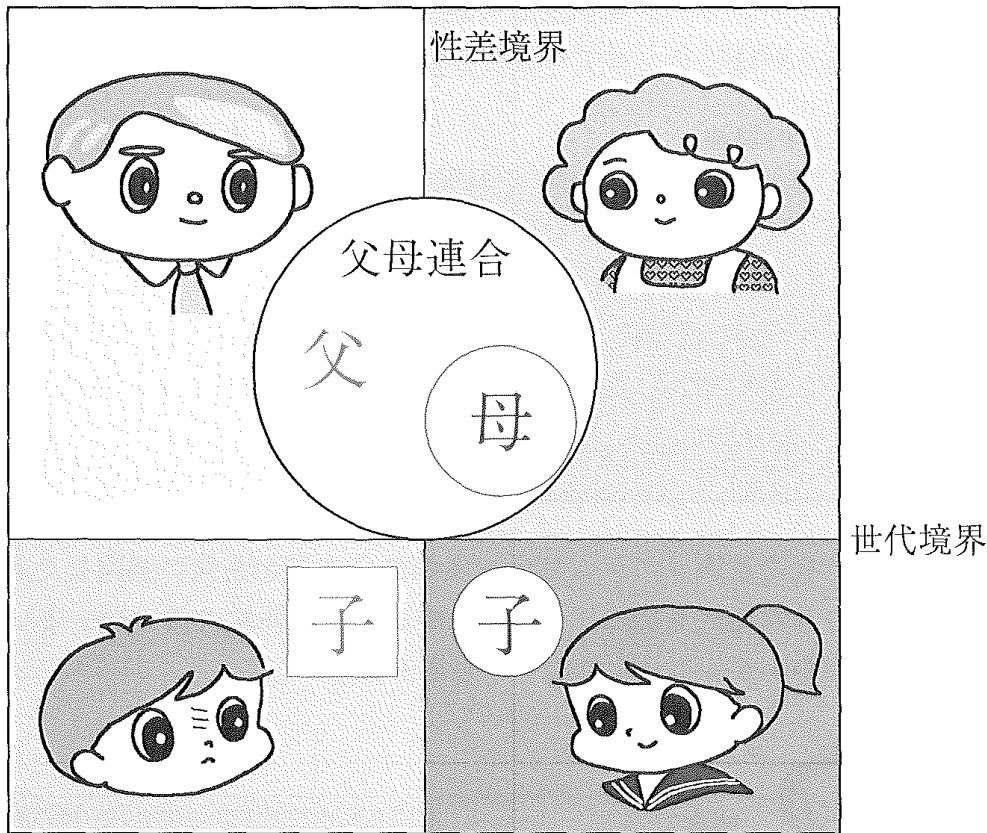
家族理解のための情報

- 1) 3世代にわたる詳細な家系図（生年月日、職歴、学歴、居住地など）
- 2) 家族構造（・父母連合 ・世代境界 ・性差境界）
- 3) 母の生いたち（両親像、愛着体験、対象喪失、自己像）
- 4) 父の生いたち（両親像、愛着体験、対象喪失、自己像）
- 5) 家族の病気（摂食障害の有無）

■ 家族構造

- 家族構造の基本には、父母連合、世代境界、性差境界がある（図2）。
- 思春期やせ症の患者は、家族構造の歪みのため、乳児期・幼児期・学童期を通じて、自我発達が阻害される。周囲とのかかわりの中で自分を発揮する代わりに周囲に評価され周囲の期待通りになることが自分であると思い込んでしまった児は、現実に対処する十分な能力を発達させる代わりにロボットのような従順さで見せかけの適応を示す。しかし、勝手の違う未知の状況に出会うととたんに破綻する¹⁷⁾。
- 思春期は、抽象思考による形式的操作が可能になる年齢である。しかし、思春期やせ症では、それ以前の具体的操作・前概念的操作の思考形式しか持ち合わせてなく、臨機応変な対応をとることができない。思春期やせ症は発病に先立ち、まず同年齢の友達の考えについてゆけずに孤立し、次に身体的変化に対し幼児的な恐れを抱き節食を始める²¹⁾。
- 児の自我発達を阻害する母子関係の背後にある家族病理の中で多いのは児自身が親の自己不全や不満を防衛し埋め合わせるための存在として、金の鳥かご golden cage の鳥のように大切に育てられ、表面的な幸せの中に抑圧された場合である¹⁷⁾。思春期やせ症を見ていくためには、その背後にある家族病理をなるべく詳しく知る必要がある。

図2 家族構造



【父母連合とは】両親が一体となって児を見守っていく体制。

思春期やせ症の回復には、両親が一致団結しチームとして働くことが必要。食事のとれない児たちに、一貫して食事をするように両親が団結している様子を見せる。こうした一貫した対応をとり、父母が互いに児とオープンに直接コミュニケーションをとることで葛藤を明確にし解決に導くことが可能である。

【世代境界とは】児が、両親その他の大人に守られ安心して成長するための境界。祖母と母、両親などのいさかきに気をとられる児は、自分の本音を主張することができず、自分で決めて自分で選ぶなどの自我機能が確立しづらくなる。

【性差境界とは】思春期の児にとって、親であろうと男女の間に踏み入ることのできないけじめがある。

思春期に性的な自己に目覚める女の子にとり、同性の母親に頼れる関係は、女性同一性の確立に必要。反面、父親を異性と感じ、無邪気にふれあうことはできなくなる。配慮を欠いた父親のなれなれしさは、近親相姦的な不安を誘発する。異性の親は思春期の子に異性としてのけじめと配慮が必要である。

家族治療で何を行うのか？

- 家族治療では家族構成要員の複雑な絡み合いを多角的に解明していく。そのためには、以下のように、家族全員の視点から家族の中の問題を見直し、家族システムの葛藤を明確にし一歩ずつ改善を図る¹⁸⁾。

家族治療の課題

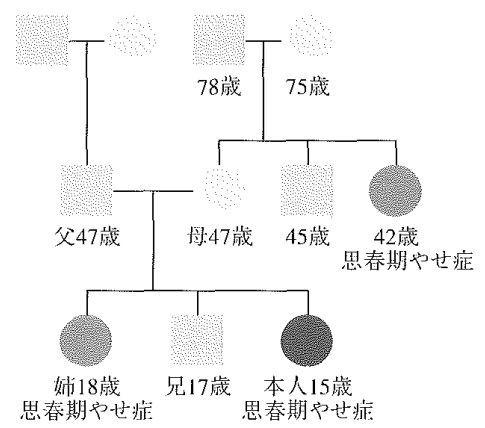
- 家族の中での子どもの声を明確にする
- 思春期やせ症のままでいる将来と脱却した将来との違いを考える
- 夫婦の問題を明確にし、子どもへどれほど影響しているかを確認する
- 家庭に思春期やせ症があるストレスに他の家族がいかにか苦しんでいるのかを話し合う

- 思春期やせ症の家族システムでは家族の集合意識が非常に強固なため、個人は背景に追いやられる人もいる¹⁵⁾。家族のゆがんだ関係性の絡み合いという悪循環は解決に時間がかかることを理解する必要がある。

症例2

15歳女子

思春期やせ症と診断された15歳女子。
 47歳の母、3歳年上の姉、2歳年上の兄、45歳の母方叔父、47歳の父に囲まれている。
 思春期やせ症を発症したのは15歳、その前に姉が15歳のころ思春期やせ症を発症、叔母は姉が母のお腹にいたころに思春期やせ症を発症した。
 まず、現実の問題点を家族への問診で明らかにした。子どもたちの世代のみならず母の世代にも摂食障害患者がいた。さらに上の世代まで詳細に聞いていくと母方祖母が母親機能を発揮できない人で、母は、摂食障害を発症した叔母の面倒も祖母に代わりみなくてはならなかった。家族の交流について聞いていくと、姉が思春期やせ症を発症した際も叔母のときと同様に母は、一人で面倒をみて治そうとしていた。母自身が実母から十分な母性的養育を受けずに育ち、妹のケアを背負い込む陰で、その娘たちは母の愛情を受けることができないで育ち、思春期に次々と発症していった。



- このような関係を明確にするには一人からの情報では不十分である。家族治療では、各家族構成員から家族関係の詳細を聞き、多元的な検討を加え、家族病理を把握したうえで治療を進めていく。

家族へのアプローチで留意する点

- 治療者は家族と良い関係を保ちつつ家族内の関係調整を行い、家族構造を立て直していく。思春期やせ症の家族の関係性のゆがみは複雑であり、家族へのアプローチをうまく行わないと、家族関係を明らかにするどころか治療者に対して閉鎖的となり踏み入ることができなくなる。治療者は肯定的な意味付けを行い、家族をよりオープンにしていく必要がある。
- また、治療者は循環的質問を行い順繰りに意見を聞いていき、家族の調整役となる必要がある。例えば、母が主張する内容に対して父は納得いかずに言い争いになる。このようなケースのときに家族病理の中に治療者が巻き込まれてしまえば治療にならなくなる。治療者は家族を指揮していく立場になる必要がある。
- 家族へのアプローチは個々のケースの家族力動を評価しながら、それぞれに適した創意工夫を積み重ねていく。その際、治療者の声を家族はどのように受けとるかを逐一記録し、よく吟味しながら、臨機応変にすすめていく。
- 家族治療の目標は、両親が力をあわせて児の養育に関わりながら、児も親もそれぞれが心の成熟を遂げられることのできる家族機能の回復である。そのためには家族の団結・一貫性・コミュニケーション・葛藤の解決といったポイントとなる家族の課題を、家族が地道に獲得していけるように、治療者は粘り強く援助していかなくてはならない。

4 心理治療

(酒井道子)

はじめに

- 思春期やせ症の心理治療は常に身体治療や家族治療と連携して行われる。
- 歴史的には20世紀後半において、思春期やせ症の治療は、精神分析と行動療法が主流であった。やがてBruch¹⁷⁾が精神分析と行動療法の治療効果の限界を指摘し、自己感や自己認識を育みなおすことに焦点をあてた治療法を提唱した。これは「無知の建設的利用constructive use of ignorance」と呼ぶ原則に基づき、子ども自身が主体的に自己認知を育んでいく心理生理的教育的アプローチであり、広く今日の認知行動療法の基礎となった。
- 最新の治療法に関するメタ解析研究の結果、神経性過食症の特異的治療は認知行動療法であり、思春期やせ症の特異的治療はまだ特定できないとしている(NICE)²³⁾。小児期発症思春期やせ症では、身体治療と家族治療の組み合わせでよくなる患者も多く、必ずしも心理治療を全員に行うわけではないが、有効な心理治療は、子どもの長期的闘病と人格発達に役立つ。

体の治療と心の治療は車の両輪

- 思春期やせ症の治療は、身体治療と心理治療が車の両輪である（小児では心理治療のかわりに家族治療でもよい）。思春期やせ症はストレスを心で悩み解決する代わりに、飢餓により成長期の身体を破壊する自己破壊病である。この自己破壊である身体破壊にリミット設定をする身体治療なくして、心の治療は進められない。やせて栄養不良の飢餓状態では心身ともに省エネの身体機能レベルにあり、心の作業ができない。一方、本症に陥る児は、自己不全感と見捨てられる不安を心に深く抱いているため、身体治療だけでは不十分で再発を繰り返す危険性が高い。児を自己破壊に駆り立てた心の悩みに治療者が共に取り組む必要があるが、それには口先だけのかかわりではまず心を開くことはない。「これ以上命を危険にさらしてはならない」と自分の存在に向かって、本気で取り組んでくれる身体治療があってはじめて、心を開く気にもなっていく。

思春期やせ症の中核病理

極端にやせても患者はまだ「自分は太っている」と主張する。この思春期やせ症の中核病理についてBruch^{21,24)}は、次の特徴をあげている。

■ 思春期やせ症患者の3つの特徴

第1に身体像、つまり自己認知の深い混乱。

第2に内的外的刺激の、誤った解釈。飢餓を明白な症状として認識できないこと。

第3に内的無力感。一中略一 食欲という身体要求を夢中になって我慢し、コントロールする背景には、無力感がある。

■ 思春期やせ症患者は“こころの赤ちゃん”

- 生まれたばかりの赤ちゃんが泣いて訴えると、周りが不快をとりのぞく。おなかですいて泣くと母親が授乳し、満腹になる。という繰り返しのなかから、空腹、満腹感覚が分化する。成長に従い泣き声も複雑に分化し、より正確にその瞬間の気持ちをも母親に伝えられるようになる。この中から、赤ちゃんは真心を込めてケアする母親を、特別な存在として認識し、母への愛着と絆が生まれていく。不幸にしてこの母子の相互作用がかみあわないと、児は自分の内的な感覚や欲求を把握したり伝えることもうまく発達しない。
- 児はおよそ3歳までに親に愛され守られた実感により、人への基本的信頼感を獲得する。同時に自分には愛される価値があるという自尊感情も芽生える。ところが家庭不和、両親の離婚、家族の病気や死などの状態があると、親自身が児の心のSOSに気づくゆとりがない。児も気持ちを表現できず、その結果、基本的信頼と自尊感情という心の根っこが十分に育たず児は、強いストレスにさらされると、動揺しやすくなる。成長過程で心の奥深く溜め込んだ、さまざまな怒りや悲しみ、淋しさ、攻撃性などが、これ以上溜めておくことができないほど肥大して、心は破裂寸前の風船のようになる。

■ 心の風船が破裂しないための3つの方法

- ここでガス抜きをしないと心の風船が破裂する。生き延びようとして児の自我機能（社会に適応して生きていくための心の機能）は、無意識のうちに、言語化、行動化、身体化のいずれかを選ぶ。言語化は言葉で自分の気持ちを表すこと、行動化は非行や社会的な規範に反する行動をとること、身体化は身体の症状によってガス抜きすることを指す。思春期やせ症も「食べることや太ることを拒絶してやせ細る」という身体化により、自分を必死にコントロールして、不安定な心の破綻を防ごうとしている。

■ 治療の目標

- 基本的信頼と自尊感情の育て直し、身体化から言語化への転換、自己認知機能の回復。

具体的方法

- 親や治療者は赤ちゃんを育てなおすような気持ちで真心のこもったケアをする。
- 児の混乱した認知を理解しつつ、児が自分の気持ちに気づき表現できるように援助する。
- 身体感覚を正しく認知できるよう、児に寄り添いことばにしていく。
- 周囲との関係を正しく認知できるように援助していく。

心理治療的身体ケア

児が極端なやせの状態にあり救命が優先されるべき段階では思考力が低下し、現実検討力が著しく低下し病識も欠如している。この段階では本格的な心理治療への導入として心理治療的身体ケアが必要である。

■ こころの赤ちゃんを育てる

- 児は「食べないこと」にしがみついて漠然とした不安や苦しみや、つらさを無意識に覆い隠している。食べることへの頑強な拒否に対して皆がその児を大切に思い命を救うことが第一であることを伝える。病気による誤った認知に児が取り込まれ、命を奪われていくことに断固として取り組む姿勢を見せることが大切である。
- 入院治療ではまず主治医や医療スタッフからの、外来治療では家庭で両親からの真心をこめたケアが大切である。わずかなサインでもきちんと受け止めてもらえた体験をさせる。治療初期の安静の時期に食事介助や添い寝、マッサージなどによるスキンシップを通して受け入れられる心地よさを体験させる。それにより児は守られている安心感から、硬く閉ざしていた心の扉を少しずつ開き自己表現を始める。
- このようなケアによって身体が回復し、児がなぜこの病気になってしまったのか、どうしたらよくなれるのかを考えるようになると、治療の第二段階として心理治療を導入する時期になる。

心理治療

■ 心理検査

- 思春期やせ症の背景には人格発達障害や発達の偏りなどに基づく独特の認知の偏りが認められる。まず詳細な生育歴、生活史の聴取を行う。さらに今後の治療の方針を立てるために表3のような心理検査を行う（①、②は必ず、③～⑥は必要に応じて、その他の検査も適宜行う）。

表3 | 心理的病理構造を知るための心理検査

検査名	実施者	目的
①SCT (文章完成法)	医師 or 臨床心理士	自分自身や家族への感じ方を知る
②ロールシャッハテスト	臨床心理士のみ	心理的な病理の深さを測る
③バウムテスト	医師 or 臨床心理士	心理的な病理の深さを測る
④P-Fスタディ	医師 or 臨床心理士	現実的な対人関係の傾向を知る
⑤家族画	医師 or 臨床心理士	児からみた家族関係を知る
⑥知能検査(WISC-IIIなど)	臨床心理士のみ	知的な能力や精神発達のバランスを知る

●②, ⑥は熟練が必要なので臨床心理士が行う。その他の検査は病棟や診察室に検査用紙を置き小児科医でも手軽に行える。小児科医が行う場合は評価法や解釈法にとらわれず、あくまで患者を理解するための手がかりとして使う。患者が書いた文章や絵を患者と一緒に見ながら説明してもらったり、より詳しく聞いたりするなかで患者の心のありようを立体的にとらえていく手がかりが得られる。実施したすべての検査について臨床心理士も加わってより専門的な評価、検討を加えると心理治療や家族治療のプランが立てられる。

●患者には「あなたをもっとよく理解するためには客観的な資料も必要なので検査をしたい」と話し、納得を得てから行う。抵抗するときにはなぜいやなのかを考へることも意味があるので、無理強いせず時期を待つ。

■ 児と両親への検査結果のフィードバック

●原則として児自身と両親に対して、それぞれに検査結果を伝える。最近では発症の低年齢化が進み6~10歳の患者もいるが、必ず本人にわかる言葉でフィードバックする。思春期以降の児の場合は「あなた自身の問題だからまずあなたに結果を知らせ、今後どうして行くのがよいかを話し合いたい」と伝えて、大人が勝手にその児の問題を話し合うのではなく、児自身が治療の主体であることを示していく。これによって治療の目標を児と共有することができ治療動機をもたせることができる。

■ 治療方針を立てる

●心理検査や児への面接によって児の心理的問題の評価ができれば臨床心理士は主治医と話し合いどのような治療構造をつくるかを定める。思春期やせ症の治療では児が安心して自分の本音を見つめ、自分の問題に気づいていける治療構造が必要であり、心理治療もA-Tスプリット（管理医と治療者を分けること）が原則である。しかし低年齢児には柔軟な対応が必要である。病理の深さや家族背景の複雑さなどによって主治医と臨床心理士（治療者）の役割分担を決める。

表4 | 役割分担のバリエーション

		身体管理	本人面接	両親面接
ごく初期でやせの程度が軽い場合	主治医	○	○	○
年齢が低く入院中の児の場合	主治医	○	○	
	臨床心理士			○
内向性の親子の場合	主治医	○		○
	臨床心理士		○	
親子関係が治療の焦点の場合	主治医	○		
	臨床心理士		○	○

- 精神病圏への移行リスクが高い場合：ロールシャッハテストでプロットとの一致度が低い反応が多い場合や、幻覚、幻聴が見られたり、自分の行動を覚えていない時間がある（乖離）、衝動のコントロールが著しく悪いなどの症状がある場合は精神病圏への移行のリスクが高い。このような患者は精神科と連携し向精神薬の投与も視野に入れ慎重に治療を進める。急激な体重増加は精神病の発病を誘発することがあるので現実生活や環境調整に重点を置き、内面に触れないよう配慮する。
- 人格障害への移行リスクが高い場合：人を信頼することができない、自分にも相手にもさまざまな面があることを認めず、自分にとって善か悪かの一面的なとらえしかできない、対人関係を歪曲しやすいなどの面をもつ場合は人格障害への移行のリスクが高い。このような患者は幼児期に十分体験できなかった甘えを母子関係の中でやり直せるように親子を支えていく。児は漠然と感じている怒りや不安や淋しさを親にぶつけながら少しずつ親に信頼を向け始める。治療者は児自身のことばで語れるように、粘り強く寄り添いながら共に考えていく（症例4 下線部⑨）。また児は初めのうちは疲れやだるさ、痛みなどの自分の身体感覚を正確に感じとることができない。治療が進むにつれて正しく認識できるようになり、少し前と今の自分の違いを言葉にできるようになる。治療者はそれを共に感じ、身体感覚への気づきを促していくことが大切である（症例4 下線部⑧）。
- 家族への援助：家族が児のリスクを理解し、居心地のよい家庭をつくり直していきけるように援助する。そのためには児の気持ちを通訳したり、家族の児への葛藤を治療者が受け止めていく。とくに児が親に対して愛情の試しを繰り返す時期は親にとって混乱しやすくつらい。この時期に治療者が児の行動の意味を伝え、両親を支えることが治療の鍵である。父親や母親自身が自分の生い立ちからくる深い悩みを抱えていたり夫婦関係の問題を抱えていて、児の受け皿として十分に機能できないときは、家族治療が必要である。☞ 3. 家族治療 p.113

第1章 思春期やせ症とは

第2章 学校における予防と早期発見・介入

第3章 小児科医による予防と早期発見・初期治療

第4章 ライフサイクルを視野に入れた思春期やせ症

第5章 専門医による最先端治療

心理治療の実際

■ 治療の間隔

- 外来治療では通常の心理治療と同様に週1回50分程度が望ましい。しかし児の身体状況や家族状況によって面接間隔を変えたり、面接時間を短くすることもある。また入院中から心理治療を始める場合は毎日面接や2日ごとの面接にして、時間を5～15分程度にするほうが面接への導入として抵抗が少ないこともある。

■ 面接場所

- 外来の面接室など病室以外の場所で行う。入院治療の場を離れることで自分の気持ちに向き合いやすくする。

■ 面接形態

- 原則として児と親を別々に行う。児は親子や家族関係の問題を抱えていることが多いので親の前ではなかなか本音がいえないことが多い。しかし児が低年齢で一人で話すことに不安があったり、治療者が親子の通訳をしたほうがよい場合などは親子同席面接にすることも有効である（症例3 下線部①）。

■ 学校への対応

- 児が良くなる過程で学校をどうするかが必ず問題になる。一度許可した条件を厳しくするのは児にも受け入れがたいので、初めはごく短い時間から許可し、少しずつ自由度を増すほうが児にとり自分が良くなっていく実感をもちやすい。また学校側が間違った理解から治療構造を壊したり児を心身ともに追い込む危険性が高いので担任や校長、学校医、養護教諭の理解を求める。児を取り巻く大人が病気や治療に対して共通理解をもって取り組むことが児を守ることにつながる（症例3 下線部④、症例4 下線部⑤）。

■ 治療のつまづきを新たな展開の契機にすること

- それまでの治療の流れと明らかに違うことが起こったとき（例えば児が激しい怒りや絶望を表現し治療からドロップアウトしそうになる、主治医のいうことをきかなくなる、学校に行けなくなるなど）やリストカットや万引きなどの行動化が起きたときは、必ずわけがある。表面的な児の行動に振り回されず、児の気持ちの中でどういうことが起こっているのかに注目してよく話を聞いていくことが大切である。それによって児自身も気がついていなかった抑圧されていた気持ちが浮かび上がり、そこに焦点づけていくことで治療が一段階進むことが多い（症例3 下線部②③、症例4 下線部⑥）。

■不安は心の中を知る手がかり

- 思春期やせ症では、やせて心身のエネルギーを低下させ、葛藤や感情の嵐を無意識の世界に閉じ込めている面がある。そのため身体が回復すると、封じ込められていた怒りや哀しみがよみがえる。この変化は言葉では言い表せない内臓感覚に近い原始的情動の波を引き起こす。児はつらく、心細く、不安な気分が苦しみ、支えがなければ、元の拒食期の飢餓状態に戻らないといわれなくなる。
- 心理治療はこのような回復期の児の混乱にしっかりと寄り添い、心中深く埋もれた本音を、粘り強く一緒に探していく営みである。まずは言葉にならない漠然とした感じを共感し共有し、その実感に近い言葉を手探りしていく。それが手がかりとなり、似たような体験に思い当たる。そういえばこんなことが前にもあった。と過去の瞬間がよみがえり、言葉でたどりなおすことができる。そして自分は、どういうときに、いやだ、と感じるのかにようやく気づき、はっきり認識できるようになる。このように児の現在の瞬間の感じ方に対し、私はあなたの心については完全に無知だから一緒に探らせてと治療者が虚心坦懐に、臨む。これはBruchが「無知の建設的利用Constructive use of ignorance」と呼んだ、思春期やせ症患者の主体性や自己感を育む基本的アプローチである²⁴⁾。現在ではそれに基づき、広く認知行動療法的アプローチが治療の主流になっている（症例4 下線部⑦）。

■よくなることへの道しるべを確かめること

- 治療には長い年月がかかる。先の見通しがもてないと児も親も息切れして、治療意欲は低下する。よくなった点は少しでも積極的に評価し話し合う（症例3 下線部③）。それにより、児は自分がゴールに向かって少しずつ着実に前進していることに気づき治療意欲をもち続けることができる。

症例3

9歳時発症女子

- 発症時9歳、2年間の入院治療後、11歳で心理治療を開始。現在治療6年目
心理検査と治療方針

*ロールシャッハテスト、SCT、WISC-Rを行った。知的レベルは高く、精神病的所見は認めない。しかし両親にしっかり包まれ守られている実感、つまり基本的信頼が乏しく、他者の目への病的な過敏さが認められた。以上より人格障害に移行するリスクを認めると判断した。

*治療目標：安心して甘えたい気持ちを出し、十分に受け止められる母子相互作用の体験を経て、あるがままの自分を肯定し、健やかな自己評価を獲得する。同時に、自分も相手も長所と欠点の両方あって初めて一人の人間という新たな対象認識を獲得し、黒白に分かれる部分対象の世界から、グレーなものも受け入れる全体対象の世界に入ること。

*低年齢のため、主治医が身体管理と面接を行い、臨床心理士が重点的に両親面接（主に母親面接）を行い親子関係の根本的な解決を図った。

激しい分離不安を示したため、入院前半は個室で、後半は病棟三人部屋で母親が付き添った。あれこれ要求しながら、心の底からは母親に甘えることはできなかった。母親はすぐに涙目になり、一生懸命にやっても安定して児を受け止めることはできなかった。そこで当面の目標を、母親に甘えの要求を出せるようになること、母親が安定して児を受け止めるようになることとした。退院後は心身ともに不安定で自宅療養にて毎週通院した。当初は母親と児を分離して面接をしていたが、① 児が母親と一緒に話をしたいと訴えたのをきっかけに、主治医と臨床心理士と一緒に母子同席面接を行った。母親とのみ話す必要があるときは計測や採血の間に行った。

退院後の心理治療初期は食事に時間がかかり、経腸栄養剤にも抵抗を示し、入浴も就寝も母親と一緒に母親がちよっと離れるだけでも不安になった。面接場面では不安なことや嫌なことに触れると拒否的態度になり、横を向き涙を流した。② 退院後2年目の12歳に初めて「どうしてよくならないのか」と不安と怒りを言葉にし、母親にもたれて泣いた。③ 臨床心理士が、誰にも頼ることができなかったあなたが今はお母さんにもたれて泣けるようになった。とてもよくなっているもっと気持ちを母親や他の人に伝えようと話すとな得し、治療に前向きになった。その直後、初めて実は経腸栄養剤をソファのすき間に流して捨てていたことを告白した。

治療中期は学校への適応とありのままの自分を出すことがテーマになった。卒業を間近に、登校したいが、友達にどう思われるかが気になり外に出られなかった。この時期に不安が強まると物が飲み込みにくく、気持ち悪くなり、抑うつになった。また症状のないときは、香水が買いたい、パーマをかけたいと強迫的にこだわった。児の苦しみは強く、母親が児の不安をよく受け止め、主治医や臨床心理士と電話で密に連絡をとった。また担任とよく話し合い、登校しやすい体制を作った。やがて放課後に学校で友達と遊びだし、卒業式、謝恩会には参加できた。中学に入学すると、主治医の指示を守らず、初めから体育以外の全授業に参加し、部活動まで出た。一度帰宅して昼食をとり安静時間をもった後、また夕方まで部活動をした。1ヵ月後には体力的について行けなくなり登校できなくなった。

主治医の休学の提案を児は受け入れ、ショックを受けながらも、小さい頃から習い事が多すぎて遊べなかった不満を初めて母親にぶつけた。実際には習い事は児がやめようとしなかったこと、親の期待に応えないと認められない不安からがんばり続けてきたことがわかった。④ 学校には授業に徐々に参加させる方針の診断書が提出されていたが、児をずる休み扱いする先生もいて、校長、担任、養護

教諭を病院に招いた。校長が摂食障害の治療には長い時間と慎重な対応が必要なことを理解し、全教師を指導した結果、学校の対応は改善された。

1年2学期には担任が兄の病気について皆に話した。母親の自転車の送り迎えにより1日1時間の授業参加からはじめた。慣れても、緊張しやすく試験や新しい体験の前に気持ちが悪くなった。3年生の3学期に給食も含めすべての授業に参加できるようになった。高校受験では通学も学力的にも無理のない学校を選び、合格した。

現在は普通の高校生活を送っている。部活は縛られるからと入部をやめ、マイペースでも仲間はずれにされないことを体験し安定している。母親の突然の入院にも不安定にならずに手伝い、退院後はより自立し。将来英語の仕事に就きたい夢を語っている。治療後期は心身の回復状態の維持を目標に月1回の面接を継続する予定である。

症例4

14歳時発症女子

●発症時14歳、1年10ヵ月の入院治療後、15歳9ヵ月で心理治療を開始。現在治療6年目
心理検査と治療方針

*ロールシャッハテスト、SCT、バウムテスト、家族画を実施し、兄はまじめで深く物事を考えるが自分をうまく表現できないこと、両親に対してゆがんだイメージをもち、家庭や両親、姉に対する強い拒否があること、情動を揺さぶられると一時的に現実のとらえが歪むがすぐに立ち直って常識的な反応ができるので自他ともに気持ちの揺れに気づきにくいこと、基本的安定感の欠如が明らかになった。以上から人格障害への移行のリスクが高いと判断した。

*兄は家に戻ることを強く拒否し、高校入学と同時に寮生活を送った。週1回主治医が身体管理を、臨床心理士が面接を、別の医師が両親面接を行った。臨床心理士は⑤生活管理や精神的サポートのために寮長とも連絡を取り合い、多面的に患児を支えていった。父親は学校との連絡や話し合いをする役割を引き受けた。心理治療では家族を全面拒否する気持ちの裏に、どのような感情があるのかを共に考え、言語化していくことを目標とした。

治療初期、不安で緊張しているのに、「一人でやっていける」と突っ張り、父母を「ウザイ」と一言で切り捨てた。ドロップアウトの危険を念頭におきながら、治療者は、家族問題には踏み込まず、生活態度や健康管理に話題を絞った。6ヵ月後⑥「こんな面接ならお金を払う意味がない」と怒りをあらわにした。「やっと自分の気持ちを表現できたね。」と伝えると、兄は相手が怒り返さないことに、意外な顔をした。自分の気持ちを言葉で表現することが、これからの面接課題と話す素直に受け入れた。

⑦治療中期、母親と再会した。母親が保存食品などを寮に届けることも嫌がっていたのが少しずつ母親と連絡を取りはじめた。一方、「一緒にいると息苦しくなり、