

プレングレス
シンポジウムB

学童・思春期のこどもの心の危機にどのように対応すべきか

4. こどもの摂食障害と心因性視力障害

成尾鉄朗* (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
社会・行動医学講座)

樋渡三保子 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
小児発達機能病理病態学講座)

I. はじめに

こどもの心身症患者は、ストレス耐性が未成熟な状況下で、内部環境の変化や親子間の葛藤、依存と自立、アイデンティティーの確立、進路など多くの成長課題に次々に遭遇するため、内外に多くのストレスサーを抱えている。さらに、現在の我が国の社会・文化的事情も影響して、こどもの心身症は急増していると思われる。中でも摂食障害や過敏性腸症候群、心因性視力障害、自律神経系機能不全などは単独、あるいは神経症、行動障害に合併することが多く問題化している。特に摂食障害は高い確率で長期化し、家族を中心とした周辺社会のサポート機能にも大きな負担となっている。このように心身症を取り巻く状況にも多様で重大な問題が増えてきているため、早期の対応や再発予防も含めた対策が急務とされるようになっている。

今回は、こどもの心理・社会的問題を背景として発症する摂食障害と心因性視力障害について解説し、行動療法を主体とする治療的アプローチを紹介する。

II. 摂食障害について

1) 疫学と病態

摂食障害は、1950年代以降に欧米で急増し、日本など急速に欧米化された国々からの報告が

見られるようになった。特に、物質的豊かさ、やせていることへの高い価値、メディアによるやせの宣伝といった文化・社会的背景が摂食障害を呼び起こし、価値観の急激な変化、核家族化、性役割の変化、食卓状況の変化などの文化・社会的要因の変化が、今日の増加に結びついていると指摘されている。その概念や分類は、変遷しながら現在に至り、発症要因も多様化してきているが、主たる疾患群は、神経性食欲不振症 (AN) と神経性過食症 (BN) とされている。

本症は環境—精神—身体—行動の相互干渉的病態が特徴で、現在は病因も多元論的に解釈されている。症状は患者個々の体重、病悩期間、食行動様式などにもよるが、身体面から心理・認知・行動面まで幅広い障害を有する(表1)。身体的障害の大半は低栄養に伴う二次的変化か、それによって増悪している症状と理解されているが、食欲に関与する生理活性物質が近年多数発見され、摂食障害の病態との関連で盛んに研究されている。

2) 治療と予後

心理・認知面の病態の中核には、強烈なやせ願望と肥満恐怖があり、やせ細った自分の体型や低い体重への病識が欠如している。特に、自分の体重が極度に低いことを全く認識できず、さらに多少でも体重が増加すると自分の体重が止めどなく増えていくのではないかと恐怖

* 成尾鉄朗 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科社会・行動医学講座

〒890-8520 鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

Tel : 099-227-5751 Fax : 099-275-5749

表1 神経性食欲不振症に見られる合併症

-
- 1 身体所見と異常検査所見
 - 1) 循環器系：低血圧，徐脈，脱水，末梢循環障害など
 - 心電図で，不整脈，低電位，ST低下，QT延長など
 - 心エコーにて，心嚢液貯留，左心室容量・重量低下，僧帽弁逸脱など
 - 2) 血液系：正球性正色素性貧血，DICなど
 - 骨髓穿刺にて，低形成，酸性ムコ多糖類基質の増加など
 - 3) 消化器系：肝・膵機能障害，腸閉塞，便秘，消化管穿孔，味覚障害，浮腫，唾液腺腫脹など
 - 生化学検査にて，肝酵素異常高値，低蛋白血症，アマラーゼ高値など
 - 腹部エコーにて，脂肪肝，胆石など
 - X線・内視鏡検査にて，食道炎，胃拡張，穿孔，上腸管膜動脈症候群など
 - 4) 内分泌系：無月経，低体温，易疲労，産毛密生など
 - 視床下部一下垂体—甲状腺系異常で，T3低下，T4・TSH正常
 - 視床下部一下垂体—副腎系異常でコルチゾール上昇
 - 視床下部一下垂体—性腺系異常で，LH/FSHの低値，エストロゲン・テストステロンの低値
 - その他の異常として，グレリン増加とレプチン低下
 - 5) 骨・代謝系：骨粗しょう症，低身長，カロチン血症，偽性パーター症候群など
 - 骨密度測定にて，骨密度低下
 - 血液検査にて，高レニン血症，低K血症，低Na血症，低血糖など
 - 6) 脳神経系：けいれん，認知障害など
 - 脳波にて，徐波化，突発性律動など
 - CT，MRIにて，脳溝拡大・脳室拡大など
 - SPECT，PETにて，全脳血流低下と局所的血流異常など
 - 7) 睡眠障害：入眠障害，中途覚醒，悪夢など
 - 2 心理・認知と行動の異常所見
 - 1) 心理・認知の異常
 - 退化化，成熟拒否，親との共依存関係
 - 強迫性，抑うつ
 - 肥満恐怖，やせ願望，病識欠如
 - Body Imageの障害，記憶障害
 - 2) 行動の異常
 - 衝動行為・薬物乱用・アルコール依存・反社会的行為
-

心が非常に強いため，体重を回復させるための如何なる説得も徒労に終わることが多い。

本症の性格特性としては，強迫性，固執性，過敏性などがあげられるが，その特性を親の養育姿勢や幼少時の生活環境がさらに強化していることが多い。彼らは知的には優れているが，社会性，人間関係性において未熟で，勉学の節目や就職の際などに直面する自己決断という成長期の課題から回避する手段として，偶然にあるいは半ば意識的に不食，節食，減量といった食にまつわる問題に強くとらわれることで，一時しのぎの心理的安定を得ようとするのである。その背景に，Bruch¹⁾のいう「自律性に関する基本的な自我欠損の問題」を有した低い自己価値観や自己不全感が関与しているという考えが広く支持されるようになっていく。

われわれは，行動理論の立場から症状の誘発因子は大まかに次の4つに分けて考えてい

る²⁾。第一は，肥満状態ないし肥満傾向にある青年期の女性にありがちなダイエットを動機として，摂取カロリーにとらわれることによる。第二には，肥満の有無にかかわらず，生活上のストレスの身体化症状から食欲不振や胃腸障害を呈することにはじまる。さらに第三は，家族，特に姉妹の減食とそれに母親などが過度に干渉する様子を見て，自らもダイエットを開始するといったモデリング学習が考えられる。第四には，家族機能の破綻によって，幼少時から親による虐待や強い精神的ストレスを受けたり，過度に干渉的で支配的な親の養育態度によって自己抑圧的態度が形成されるなどして，それらが思春期に問題化することなどである。

以上のプロセスで発症に至ると，①摂食障害になることでストレス場面から回避できることや，②周囲の人々の気づかい，思いやりなどの随伴刺激がオペラント強化子として作用し，症

摂食障害の治療法の選択と流れ

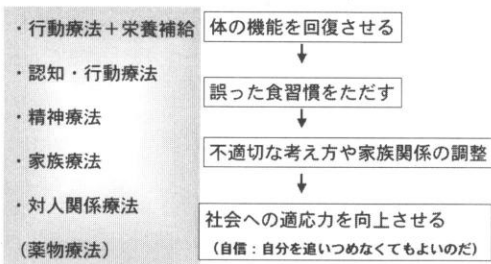


図1 摂食障害の治療について

状の持続と固定化をもたらすというオペラント原理に基づく一連の機序によって、摂食障害が成立すると考えている。さらに、その個体内での生物学的側面の強化機序として、レスポナント条件づけの機序が過食・嘔吐などの習慣化に関与すると考えている³⁾。

治療は、図1に示すような種々の治療法を統合的に組み立てることの必要性が唱えられるようになった。ただし、いずれにしても発症早期に治療を施すことが、その後の経過に大きな影響を及ぼすと考えられ、特に初回治療は重要と考えられている。

ANの予後調査は、1990年以降に報告されているものについては、本症が長期経過をたどるという認識が広まり、かつ再発という概念や生存分析などを取り入れた精密な研究も報告されるようになった。

Zipfelら⁴⁾が2000年に報告した長期予後調査では、84例AN患者を初回の入院から21年間にわたって前向きにフォローアップしたところ、50.6% (39名)が良好、20.8% (16名)が中程度、26.0% (20名)が不良であり、そのうち死亡が15.6% (12名)で、不良に分類された患者はすべてDSM-IVのANの診断基準を完全に満たしていた。

Ⅲ. 心因性視力障害について

1) 概念と病態

屈折異常・調節異常・眼科的器質性病変や中枢神経疾患を認めない視力低下を心因性視力障害と定義する。好発年齢は7～16歳で、男女比では、女子に3～4倍多く認める。受診の動機

は、学校健診の視力検査で視力低下を偶然に発見された例が7割で、自覚症状として視力低下を訴えたものが3割症状の割合である。

視力低下の特徴としては、①発症前には視力1.0以上のものが0.4以下へ低下するものが多く、中には0.1以下の視力を示すものも珍しくない。②また視力の変動を認めることが多く、検査のつど視力が低下していったり、動揺したりする例を多く認める。③レンズによって矯正できなかつたり、トリックテストを行う。④中等度以上の視力低下があるにもかかわらず日常生活に支障をきたさないことが多く、「黒板の字がちょっと見にくい」程度で自覚症状の程度は強くない。

また、半分以上の症例に視野異常を認めるが、その種類は①求心性視野狭窄視野に中心部を残し周辺部が見えない状態を示すが、かなり小さな視野を示す例でも、物につまずいたりぶつかったりすることもなく日常生活が不自由なくできることが特徴。②螺旋状視野とは、検査の進行とともに視野がどんどん小さく縮んで行く傾向を示すものをいう。③管状視野とは、対象までの距離を倍に延長しても見える範囲が同じで視野が広がらないものをいう。

2) 社会的・心理的背景

社会的・心理的背景は、大きく分けると次のようになり、時にはこれらが複合されて背景要因を形成する。

① 日常生活上の葛藤や生活荷重の要因

塾や習い事をやめたいがやめるわけにいかないという葛藤や、習い事や部活動で生活がきつくなり時間的余裕がないなど、現在のこどもの生活状況を反映した側面が見られる。

② 学校内要因

いじめられているがそれが容易に解決できないという事態や、友人関係の悩みがあげられる。大人から見れば些細な問題で取るに足らない事態であっても、当の本人にとっては容易に解決できない問題であり、その葛藤状況が視力障害に転換される。

③ 家族関係の要因

親の要求や期待過剰によるこどもの抑圧、兄弟間葛藤、母親の多忙や父親不在による依存欲

求などがあげられる。こどもの学力に親が満足できず、否定的な言動が多く勉強を強いている例もよく見られ親から子への抑圧を生じている。

④ こどもの側の要因

おとなしくて思ったことが言えない内向性格や自信欠如、未熟な表現力、周囲の人の目を気にする過敏性などが要因となる。人格発達の観点からは、年齢に比べて害して未熟であり、問題解決能力に乏しいという特徴が見られる。知的に境界線ないし軽度の障害も背景要因の1つになる。

3) 行動理論に基づく理解⁶⁾

明らかな心因が存在しない例では、はじめの些細な眼症状が本人や周囲からの注意集中によって強まることを強化というが、この強化により明らかな眼症状が生じたと考えられる場合もある。

4) 治療について

まず、眼科的に異常はなく心配する必要のないこと、必ず視力が回復することを伝えたいうえで治療を開始する。

① 家族指導と環境調整

家族に対して環境改善のための指導を行うことが不可欠である。こどものおかれている家庭や学校での現状を受容的・支持的態度で話し合い、背景にある心理的問題の解決を方向付けていく。また疾病利得や強化因子を取り除いていくよう指導する。

② 行動療法 (オペラント技法)

目を大事にすると視力がよくなるという暗示のもと、毎晩、星をながめること、またTVや漫画などをしばらく禁止とする約束をする。そのうえで視力が上がればTVや漫画を短時間ずつ見ることができる (正のオペラント) ようにしていくなどの行動療法を用いる。

③ その他の心理療法

低年齢であったり、表現力の制約によって内面的問題の言語化が困難である場合は、箱庭療法や遊戯療法、絵画療法などの心理療法によって心理的葛藤の解決を図る方法を用いる。

④ 背景要因 (自我未熟性や知的能力など) に対する長期的援助

自我の未熟性や性格要因、学力の問題などの背景を持つ例では、より長期的に自我の成長を支える態勢が必要。また学校その他の機関との連携が必要となることもある。

IV ま と め

以上、こどもの心身症への対応のまとめてみると、①症状として表現されている背景にある問題を探る。すなわち、未熟な言語表現力やこども特有のこころ、いわゆるよい子であるがために、悩みを言語化したり、表出できないことに配慮する。②病的状態を否定的にとらえない。つらいけれども、本人および親自身の内的成長をするための重要な課題として前向きに受け入れるように導く。③環境の調整に取り組む。すなわち、症状だけに治療の焦点を置かず、家庭機能の回復やストレス耐性・対処能力を育てるように指導する。④治療のタイミングを慎重に判断する。個々の様々な要因に配慮して、治療と学校適応のどちらを優先するかを判断することが重要であると考えられる。

文 献

- 1) Bruch H. Eating disorders. Basic Book, New York, 1973.
- 2) 野添新一, 金久卓也. 神経性食思不振症の行動療法について pp1-17 行動療法ケース研究 (V) 神経性食思不振症, 野添新一ほか編, 岩崎学術出版, 東京: 1987.
- 3) 成尾鉄朗, 野添新一. 摂食障害の行動療法, pp2000-2008, 臨床精神医学講座 (4) 摂食障害・性障害, 松下正明編, 中山書店, 東京: 2000.
- 4) Zipfel S, Lowe B, Reas DL, et al. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. Lancet 2000; 355: 721-722.
- 5) 小児心身医学 臨床の実際. こども心身医療研究所編, 朝倉書店, 東京: 1995.
- 6) 園田順一・高山巖. 子どもの臨床行動療法, 川島書店, 東京: 1978.