

博士論文

小児摂食障害の臨床像および心理・社会的特徴
と
母親の心理的特徴

平成 29 年度

筑波大学大学院人間総合科学研究科
ヒューマン・ケア科学専攻

田副真美

はじめに

私は、総合病院の小児科で長年臨床心理士として働いている。臨床現場では、医師、看護師などの医療従事者と連携をとり、子どもたちの病気からの回復への心理的援助を行っている。中でも心身症の治療においては、医療現場のみならず、家庭、学校など子どもたちの置かれている様々な環境に働きかけながら、連携をとりながら子どもたちがより適応的な生活が出来るように、子どもや家族と一緒に考えていくことが多い。

摂食障害は近年増加傾向にあり、中でも神経性やせ症の急増と低年齢化が小児科診療の問題となっている。神経性やせ症は、入院時に著しい低栄養状態によって身体の内科的全身管理が重要であるとともに、慢性的な栄養障害に陥ることで、重篤な心身への合併症を持つ。その子どもたちに共通して、幼い頃よりいわゆるいい子で、他人に気を遣い自己不全感に陥っていることが多いことを経験する。そのような子どもたちは、発症のきっかけに友人関係のトラブルや勉強や部活などにおける躓きなどが認められ、適切な対応がされずに放置されることで、その後の社会生活における対人交流の在り方や自己実現に影響を与え、その結果として、QOLの低い生活を送っている。そのようなことから、医療現場では、栄養士らと連携し、早期に身体管理と心理的援助を基盤とした教育プログラムなどによる介入が行われている。子ども自身が病気を克服し、肯定的に自身を捉えることができ、本音で行動し人と交流できるような自律性の発達を支援することが目的である。

医療現場だけではなく子どもたちが日常過ごしている家庭や学校などでの介入も重要な役割を果たす。摂食障害の子どもの摂食の問題や完全癖、自己不全感などの心理的な特徴が、社会的な生活面にも大きな影響を与えることがあり、生活場面での支援を行うことが必要である。そのためには、日常生活を続ける中で、摂食障害を治すというよりは、むしろ摂食の問題がありながら上手に付き合っていくという生活全般の長期的な改善によるものであるというイメージを治療者と子ども、家族で共有し支援していく必要があると考える。

本研究では、小児期摂食障害の心理・社会的な特徴の理解を深め、今後の小児摂食障害の心理臨床と家族支援の一助にしていきたいと考えている。また、その結果をふまえ新たな研究につなげていきたいと思う。

目 次

はじめに

第1章 問題の所在と目的

第1節	摂食障害の概念	1
第2節	摂食障害の疫学	4
第3節	摂食障害の臨床像	5
第4節	摂食障害の病因と発症機序	8
第5節	小児摂食障害へのアプローチ	15
第6節	小児摂食障害患児と家族	16
第7節	本研究の目的	19

第2章 小児摂食障害の臨床像と心理・社会的特徴

第1節	目的と方法	21
第2節	結果	24
第3節	考察	29
第4節	小括	34

第3章 初経発来の有無による臨床像と心理・社会的特徴

第1節	目的と方法	36
第2節	結果	39
第3節	考察	43
第4節	小括	45

第4章 症状移行の有無による臨床像と心理・社会的特徴

第1節	目的と方法	46
第2節	結果	49
第3節	考察	54
第4節	小括	57

第5章 小児摂食障害患児と母親の心理的特徴—エゴグラムによる検討—

第1節	目的と方法	58
第2節	結果	61
第3節	考察	64
第4節	小括	67

第6章 総 括

第1節	結果のまとめ	68
第2節	総合考察	72
第3節	本研究の限界	77
第2節	今後の課題	78
引用文献		79
図表		92
資料		
謝辞		

第 1 章

問題の所在と目的

第 1 節 摂食障害の概念

1. 摂食障害の定義

Fairburn & Wash (2002) は、摂食障害を「摂食行動、もしくは体重のコントロールを目指した行動の持続的な障害で、その結果、身体的健康や心理社会的機能を著しく損なうもの、そしてこの障害は一般的な身体疾患やその地の精神障害により派生したものではないこと」と定義した。

摂食障害の概念は、1980 年に米国精神医学会が作成した DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition (American Psychiatric Association, 1980) の診断基準で初めて登場し、異食症や幼児期の反芻障害などとともに、「幼児期、児童期および思春期に生じる障害」の項に含まれていた。その後、DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (American Psychiatric Association, 1994) の診断基準で、神経性無食欲症 (DSM-5 では、神経性やせ症) と神経性大食欲症が摂食障害として独立した。そして、DSM-IV-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition Text Revision (American Psychiatric Association, 2000) を経て、DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th (American Psychiatric Association, 2013) では、摂食障害および摂食障害群として、回避・制限性摂食障害、神経性やせ症 (anorexia nervosa: 以下 AN)、神経性大食欲症 (bulimia nervosa: 以下 BN) 過食性障害などが分類された。

ICD-10 : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th Edition (World Health Organization, 1992) の診断基準では「生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群」の中で、摂食障害として分類されている。

2. 小児摂食障害の定義

上記の診断基準を 10 歳以下の子どもたちには使用することは勧められず、診断基準は若年の子どもの摂食行動の問題に対して信頼性があると認められていない (Nicholls, Chater & Lask, 2000) と言われているが、実際には、8 歳の子どもでも摂食障害を発症しているという報告がある (Watkins & Lask, 2002)。しかし、小児摂食障害は成人の摂食障害とは臨床的特徴が異なり (傳田, 2005)、その定義は必ずしも明確でなく、若年で発症という場合の年齢についても発症年齢なのか受診年齢なのかというように、明確に定義されていない (傳田, 2005, 2007 ; Lask & Bryant-Waugh, 1993)。

Lask & Bryant-Waugh (1992) は、14 歳以下に発症した摂食障害を若年発症の摂食障害と呼ぶべきと述べている。傳田 (2005, 2007) は、14 歳以下発症の摂食を若年の摂食障害としながらも、12 歳以下の摂食障害の症例が少ない理由も挙げ 14 歳以下と定義している。

また、中井（2010）は、14歳以下で発症し14歳以下での受診をⅠ群、14歳以下で発症し15歳以上での受診をⅡ群、15歳以上で発症し15歳以上での受診をⅢ群として、摂食障害調査票 EDI (Eating Disorder Inventory)、摂食態度検査 EAT (Eating Attitudes Test)、自己評価抑うつ尺度 SDS (Self-rating Depression Scale) の結果を比較検討した。その結果、Ⅰ群では、初診年齢、罹患期間、初診時体重、初診時 BMI (Body Mass Index) では、最小 BMI がⅡ、Ⅲ群に比べ小さく、病型では79%が AN の制限型であった。また、Ⅰ群は、やせ願望と自己認知欠如がⅡ群に比べ低く、SDS のスコアもⅡ、Ⅲ群に比べ低いことが示されていた。一方、Ⅱ、Ⅲ群では、発症年齢、初診年齢、罹患期間に差は認められなかったと報告している。以上のことから、中井（2010）は若年発症の摂食障害の区分は、14歳以下の発症ではなく14歳以下の受診者として定義することが好ましいとしている。

このように、小児摂食障害の定義は、研究者間において見解がいくつかあり、若年発症の年齢区分については、今後もさらなる検討が必要である。

小児にみられる摂食行動の問題は成人とは異なり、非定形なことが多く、AN では、AN の精神病理を有するものの体重減少が著明でないために DSM などの診断基準を完全には満たさない。それだけではなく、軽度の不安・抑うつから二次的に体重減少をきたすもの、腹痛・嘔吐などの恐怖から食物を回避するものなど、AN や BN とは精神病理学的にまったく異なる病態まで、さまざまなバリエーションが存在する。このようなことから、特定不能の摂食障害として分類されることが多い（中井，2010）。Nichol et al. (2000) は、摂食困難で専門機関を受診した6～16歳の81例について DSM-IV で診断した結果、特定不能の摂食障害が58.0%、分類不能7.4%であったと報告している。また、1999年に実施された厚生科学研究特定疾患対策事業の全国調査の報告では、DSM-IV の診断基準を満たす成人女性975例のうち、特定不能の摂食障害は11.9%であった（中井・久保木・野添・藤田・久保・吉政・稲葉・中尾，2002）。また、前述の Nichol et al. (2000) による調査で、ICD-10 による分類においても、その他の摂食障害25.3%、特定不能の摂食障害13.3%であったと報告している。このことから、小児期の摂食障害は、思春期以降に比べて特定不能の摂食障害に分類される割合が高いことを示している。小児摂食障害の非定型例については、AN とそれ以外の非定型例において、その精神病理に差異があり（Cooper, Watkins, Bryant-Waugh & Lask, 2002）、その治療戦略も異なる。適切な医療の提供のためには、小児期の摂食障害と摂食困難についての詳細な分類が必要である。

小児期発症の摂食障害の診断基準については、米国精神医学会による診断基準に加え、英国の Great Ormond Street Hospital の Lask らが小児期発症の摂食障害とその類縁疾患の診断分類として提唱した Great Ormond Street criteria (以下 GOSC) (Lask &

Bryant-Waugh, 2013) の併用が試みられている (地寄, 2012)。この分類では、AN、BN、食物回避性情緒障害、選択的摂食、制限摂食、食物拒否、機能的嚥下障害と他の恐怖状態、広汎性拒絶症候群、うつ状態による食欲低下の計 9 つの基準が示されている。

小児摂食障害では成人例と比べ AN、BN を除く非定型の摂食障害が比較的多く、相違点や類似点を理解して対応することが必要である。

第2節 摂食障害の疫学

摂食障害の発症頻度や罹患率は、全体のサンプルや測定の方法によって異なるが、女性のANの生涯罹患率は0.5~3.7%、BNでは1.1~4.2%といわれている（Garfunkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan & Woodside, 1996 ; Walters & Kendler, 1995）。年齢のピークは、ANが15~19歳であり（Hoek & Hoeken, 2003; Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007）、BNでは19歳と青年期から成人期始めに多くみられる（Hus, 1996 ; Stein, 1991 ; Whitaker, 1992）。むちゃ食いや排出行動といった食行動異常はより普遍的に認められ、10代女性の10~50%に機械的な自己誘発性嘔吐やむちゃ食いエピソードがみられるという（Fisher et al, 1995）。しかし、前思春期では排出行動はあっても摂食障害の性差については、女性に多く、その男女比は1:6~1:10といわれているが、欧米の若い患者中では、19~30%が男性患者であるという報告もある（Fosson, Knibbs, Bryant-Waught & Lask, 1987 ; Hawley, 1985 ; Luca, Breard, O'Fallon & Kurland, 1991 ; Hudson et al., 2007）。児童期においては、8歳からの発症例の報告がある（Bryant-Waugh, 2000）。

日本は、西欧文化圏でない中で、唯一、摂食障害が持続的に増加している国である。最近の調査では受診者は約24,000人と推定されている。病識の乏しさから受診していない患者も多いといわれおり、実際の患者数は受診者の数倍いるともいわれている（Nadaoka, Oiji, Takahashi, Morioka, Kashiwakura & Totsuka, 1996）。

わが国の病院を対象とした疫学調査では、1981年に厚生省（現厚生労働省）の特定疾患「中枢性摂食異常調査研究班」が発足した。第1回は、1977年に実施され、全6回の調査が実施されている。その結果、第4回までの患者数、有病率はあまり大きな変化が認められなかったが、第5回では全人口における推定患者数は、ANで10,500人~15,000人（人口10万対8.3~11.9）で、BNでは、5,500~7,500人（人口10万対4.3~5.9）という結果が得られ、第5回の診断基準がDSM-IVであるため、DSM-IIIによる診断結果と単純には比較できないとしながらも、第3回、第4回に比べ、ANでは2~3倍、BNでは4~5倍に増えたと報告している（末松・久保木, 1988）。中井ら（2002）の調査では、55:45でBNの増加が示されていた。

中井（2007）による学生を対象とした調査では、1982年の調査結果と比べ、1992年で約4倍、2002年では約10倍に摂食障害が増加していることを報告している。また、その内訳は、1992年では、特定不能の摂食障害の増加が顕著であるが、2002年ではAN、BN、特定不能の摂食障害のすべての病型について著しい増加が認められている。

第3節 摂食障害の臨床像

1. AN

身体面では、やせ、低体温、低血圧、除脈、便秘、浮腫、うぶ毛の密生、乾燥した皮膚、重症では、時に恥毛の脱毛や乳房萎縮がみられる。女子では、無月経や初経遅延が出現する。初経発来前に発症した場合には、身長伸びが悪くなり、最終的には低身長になることが知られている（綾部・大谷・綾部・作田，2013；日本小児心身医学会，2016）。

心理面では、低体重の維持、肥満恐怖とやせ願望、身体像の障害、自己評価が体重や体型に過度に影響を及ぼす、病識の欠如、二次的に抑うつ・強迫等の併存する精神症状が挙げられる（傳田，2008；日本小児心身医学会，2016）。

行動面では、不食、摂食制限、過食、排出行動、強迫傾向、活動性の亢進、家庭内暴力、盗癖、性的逸脱行動、自殺企図やアルコール、薬物の乱用などの自己破壊行動、万引きなどの社会逸脱行動の問題行動が認められる（傳田，2008；日本小児心身医学会，2016）。

合併症として、やせや低栄養による身体的合併症が認められる。また、精神的合併症として、二次的にうつ病、不安障害、パーソナリティ障害などの精神障害が出現することが少なくない（Godart, Flament & Curt, 2003；Lucka, 2006；傳田，2008）。報告によってさまざまであるが、AN患者の33~80%に何等かのパーソナリティ障害が存在し、AN-制限型は、強迫性パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、依存性パーソナリティ障害が多く、ANむちゃ食い/排出型は、境界性パーソナリティ障害、演技性パーソナリティ障害が多く認められる（切池，2009）。

2. BN

BNの中心的症状はむちゃ食い（binge eating）である。むちゃ食いは、単なる過食ではなく、大量の食物を一定の時間内に詰め込むように食べてしまうことである。典型例では、不快気分状態、対人関係のストレス、因子、食事制限後の強い空腹感、体重や体型に関連したマイナスの感情などがきっかけになってむちゃ食いが起こる。その後、自己嫌悪の感情や抑うつ気分が襲ってくることが多い（傳田，2008）。もう1つの特徴としては、体重増加を防ぐための代償行動を繰り返すことである。自己誘発性嘔吐、下剤・利尿剤の乱用・1日以上以上の絶食や過度の運動が挙げられる。小児の場合には、利尿剤の使用などはほとんどみられない（傳田，2008；日本小児心身医学会，2016）。

また、ANと同様に体重が自己評価や自尊心を決定する重要なものとなっている。そのため、体重増加への恐怖、体重減少の願望、自身の体型や体重への不満が過度に存在する。精神的合併症として、むちゃ食いや排出行動による身体的合併症やANと同様に二次的にうつ病、不安障害、パーソナリティ障害などの精神障害が出現することが少なくない（傳田，2008）。また、切池(2009)は、BNの36~64%になんらかの不安障害が合併し、さらに

は、21~77%になんらかのパーソナリティ障害の合併が認められ、境界性パーソナリティ障害、演技性パーソナリティ障害、強迫性パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、依存性パーソナリティ障害が多く認められると述べている。

3. 小児摂食障害の臨床像の特徴

小児摂食障害の AN の臨床像は、几帳面、完全主義的で強迫的な性格傾向を有し、腹痛、嘔吐、悪心などの身体症状をもって発症する例が多く、11 歳頃より典型的な AN の臨床像を呈し、過食症に移行する例は少ない（切池，2009）。また、小児摂食障害は食思不振や腹部膨満感で食べられない食思不振型と、体重を増やそうとする治療に激しく抵抗する拒食型が多く、さらには、過活動傾向や食事量低下などの食行動異常の方がより中核的な症状であり、やせ願望やボディイメージの障害は明確でない（切池，2009）。白崎（1983）は、前思春期の発症例で多い「拒食型」では緘黙や不登校がみられやすいことから、年齢的・精神発達のにより未熟な病態としての位置づけが可能であるとしている。

BN は、平均年齢 15 歳を対象とした調査では、既報告の若年発症の患者に比べて高年齢で、過食を呈する患者が約 38%と多く、過食を発症する年齢は主に 13~14 歳であった。しかし、嘔吐や下剤を乱用する患者は、思春期発症の典型例に比して少なく、また自殺企図や万引きなどの問題行動についても低率であったと報告している（切池・金子・池永・永田・山上，1998）。

傳田（2008）は、小児摂食障害の臨床的特徴である 11 項目を以下のように挙げている。

①拒食とやせが主症状の症例が多い。②ダイエットの既往がない症例も少なくない。③腹痛、嘔気などの身体症状を伴いやすい。④抑うつ症状を呈しやすい。⑤不登校などの不適応行動や神経症症状が重なりやすい。⑥成熟拒否や同一性をめぐる思春期葛藤が明らかでない。⑦過食・隠れ食い・盗食などの食行動異常が目立たない。⑧肥満恐怖・身体像の障害・やせ願望が明らかでない。⑨拒食症から過食症への移行は、青年期より少ない。⑩子どもの摂食障害は急激に重篤な状態に陥りやすい。⑪症状は飢餓による影響を受けやすい。

このことから、病態の中心は、やせが主症状の AN が中心であること、明らかなやせ願望がない場合があり、生活上の不適応行動や神経症が合併しやすく、さらには体重の減少が身体に重篤な影響を与えることがうかがわれる。また、死亡率は 6~10%と高く、10 代前半の発症は 10 代以降の発症よりも、心身のダメージが大きく、栄養障害による深刻な発育不全と多臓器障害を生じるという報告（渡辺，2005a）もあり、若年発症の神経性無食欲症は、深刻な病気であることがわかる。

また、Wentz, Lacy, Woller, Rastam, Tunk & Gillberg（2005）は AN の 18~20%に広汎性発達障害を認め、低体重や摂食障害との有意な関連があると報告しており、Rastam, Gillberg & Wentz（2003）は、広汎性発達障害の合併例は心理・社会的予後に関して不良

な転帰をたどるとしている。小児摂食障害の AN に関して、前思春期発症例の増加、BN への移行例の増加、広汎性発達障害との合併例の存在が指摘されている。(日本小児心身医学会, 2016)。

第4節 摂食障害の病因と発症機序

摂食障害の発症には、社会・文化的要因、心理的要因、生物学的要因が複雑に関与しており、それぞれが相互的作用による多因子疾患と考えられ、多因子モデルが提唱されている（中井，2009）。

佐藤（2005）は、多様な生物学的・心理的・社会的ストレスが複雑に絡み合い、体重減少→空腹感喪失→脳の委縮・機能不全→ダイエットハイ→体重減少という悪循環から、発症すると述べている。それぞれ、発症の素地や、引き金となり、慢性化の要因になっている。その慢性化する代表的な要因は、ダイエットハイであり、特に脳内変化が挙げられ、一種の薬物中毒に似た状態で、患者はやせることをやめられなくなるとしている。

切池（2009）によれば、やせ願望、思春期の自立葛藤、ストレスなどの社会的、心理的要因により、摂食量の低下が起き、身体素因として脆弱性を有する人の前頭葉・扁桃体－視床下部系に影響を及ぼし、認知・情動－摂食行動制御系の機能異常を引き起こし、これに種々の摂食調整物質の変化、視床下部－孤束核系の機能異常があいまって適切な摂食行動が障害されるものと考えられる。さらには、栄養障害により生理的、精神的変化を生じ、これがさらに摂食行動の中枢調節機構に悪影響を及ぼし、食べない→食べられない→食べたなら止まらない、といった摂食行動異常の悪循環に陥り、摂食障害の複雑かつ特異的な病態が形成されるものとしている。

しかし、一方では Fairburn & Harrison（2003）は、摂食障害の問題の複雑さを認め、発症の具体的なモデルを提唱することを拒んでいる。「関連している個々の成因過程についてほとんど何もわかっていないし、摂食障害の発症と持続について、そういった過程がどのように相互作用し、どのように変化するかについても、ほとんど知られていない」と述べている。また、摂食障害発症に関与する危険因子を大きく分けて2種類あるという仮説（Fairburn, Wash, Doll, Davies & O'Corinor, 1997 ; Fairburn et al., 2003）がある。1つ目は、病前の不幸な体験などという精神障害の全般的リスクを高めるもの。2つ目は、子ども時代の肥満や家族性の肥満、早期の初経、体重体型に対して敏感にさせるような他の要因などの、ダイエットや食行動異常のリスクを高めるものであると述べている。さらには、摂食障害発症の危険因子に寄与するものとして、低い自尊感情と完全主義などの性格要因を挙げている。

摂食障害は、ストレスがきっかけとなることは明らかであるが、その内容はさまざまに複雑に関係しあっていることが示されており、個々人によっても違いがあることが推測される。さまざまな発症機序の説があり、いずれにしても、摂食障害については未だ解明できない部分が多いことがうかがわれる。

本研究では、図1に示すように、多因子モデルを、準備因子（社会文化的要因、家族関係、個人の心理的・生物学的要因）が背景にあり、発症要因（ダイエットやストレスなど）

が加わり、摂食障害を発症し、身体面、心理面、行動面に二次的変化が生じ、それらが悪循環を形成し、持続因子となって病気を慢性化させるという考え(切池, 2009; 中井, 2009; 鈴木, 2012; Fairburn & Wash, 2002)に沿って記述する。

1. 摂食障害の発症に関与する要因：準備因子

(1) 社会・文化的要因

① やせ願望と肥満蔑視

美容や健康上の理由により肥満蔑視ややせ願望が社会に浸透しており、生物学的、本能的欲求を無視した極端なダイエットに走らせる精神病理が蔓延している(切池, 2009)。マスコミやグラビアなどの商業紙には、多くのダイエットに関する広告が掲載され、スリムであることもはやしている。

馬場・菅原(2000)は、青年期の女子を対象とした瘦身願望についての研究において、瘦身体型の獲得と「女性的魅力のアピール」や「自己不全感からの忘却」との関連を示唆している。

思春期の子どもたちは、社会全体が外見的な価値を重視する傾向が強い環境の中で、小中学生で社会基準や親の意向に照準を合わせて自身を自己評価し、変容しようとしている。小林(1998)は、そのような環境に置かれている小学生は、知識の少なさから、適切な体重維持行動がとれていないと警告している。

② 女性の社会参加

現代の女性を取りまく状況は、高学歴化による職業選択肢の多様化や、妊娠可能期間の延長、結婚を決定する年齢が高くなり、いつ子どもをもつかの選択幅の拡大、ライフスタイルの選択肢が多様化している。これらにより、女性の自己実現に向けて、より主体的に人生を選択できる方向で社会が動いている。しかし、現実的には伝統的な性役割分担が依然として存在し、そのような状況下で女性は主体的に人生を選択し、自己実現に向けて生きていかなければならずストレスに囲まれて生きているとしている(切池, 2009)。

③ 飽食の時代

現代の日本では食物が豊富で、世界のどこの食物でも手に入り、グルメ志向が浸透しており、食事は生体を維持すると言うよりも、享乐的傾向が非常に強くなってきており、拒食・過食という食行動は、食物のない社会での発症は考えられなく、食物が欠乏している社会では過食するにもできず、不食や拒食は死を意味していることから、飽食の環境も準備因子として挙げられている(切池, 2009)。

(2) 個人的要因

① 心理的要因と精神科合併症

摂食障害の発症にはさまざまな心理的要因が関与していることが明らかにされている。

しかし、これらは1つだけ関与しているというより複数の要因が重なり合って、患者独自の病気を形成しているものと考えられている（切池，2009）。摂食障害の近代理論を打ち立てた Bruch（1975）も、AN について「多くの要因が同時に相互作用しあって決定される複雑な状態」と述べている。

注意すべき点として、発症要因としての心理的特徴と発症後に認められた心理的特徴を区別する必要がある、心理的要因として扱うには慎重を要する。

a. 性格

切池（2009）は、AN では、内向的で強迫的、内気で恥ずかしがり屋、良心的、統合失調気質、自己中心的で未熟、ヒステリーなどが病前性格または性格傾向として指摘されているとしている。BN では、AN と共通する部分も多く、完全主義、低い自尊感情、依存的、強迫的、衝動的、自己主張しない、人に認められたい願望が強い等が、多くの研究者により、指摘されているとしている。

Fairburn et al.（2003）も摂食障害発症の危険因子に寄与するものとして、低い自尊心や完全主義などの性格要因の関連を想定している。

井上・山本・廣常・横井・館・片岡（1988）は、AN の性格特徴について、自己表現の乏しさというマイナスな面をもっているにもかかわらず、周囲からは適応の良い子という評価を得ていることが明らかにし、葛藤を生じやすい性格構造を有していると報告している。

摂食障害児の心理的特徴については、田副・作田・成田・成田・中村（2001）は投映法のバウムテストを用いた調査では、摂食障害児に、防衛的で未熟な特徴や心理的に不安定な状況が認められたことを報告している。

b. 自立葛藤

切池（2009）は、核家族化と少子化の進行に伴い、親の過保護、過干渉の傾向が浸透し、対人交流の狭小化と貧困化を招き、自我機能が未発達になり脆弱化している。このような状況で、両親（多くは母親）をめぐる依存と自立の葛藤や自我同一性の確立を廻る葛藤が生じる。そして、この葛藤がうまく解決できず、親からの自立が困難で、自分らしさを確立できない状況に陥った時に、自分自身への無力感や絶望感をダイエットによって体重をコントロールすることで、自己統制感と自己価値観の高揚を得ることができる（切池，2009）。そのため、自分自身に目を向け、自信を持ち自己実現に向かい、自立葛藤の問題が解決するまでは、体重のコントロールを繰り返すことになる。

c. 身体像の障害

AN 患者においては、発症前に体重が正常かむしろやせているのにダイエットを始めた後、発症してやせているにもかかわらず、やせを認識していなかったり、または身体の一部、例えば大腿部や下腹部などが太っていて醜いと思っている。一方、BN 患者においても、正常体重であるのに自分は太って醜いと思っている場合がしばしば認められる。こ

れらは身体像の障害に起因するものと考えられている（切池，2009）。

d.不適切な学習

誤った学習により不適応行動、すなわち摂食行動異常が生じる。発症準備因子として、自分が肥満していると思い込み、体重減少をはかろうとして、常に食事のカロリーや体重が気になっている状態があり、症状誘発因子として、肥満を指摘されたりするとこれに過敏に反応する。さらに家庭、学校、職場などで種々のストレスが加わると、いっそうこの反応が増強される。そして強化因子として、両親の注目をあびたり、周囲の人々からも関心を引いたりすることから摂食行動異常はさらに強化される（切池，2009）。

e.認知の歪み

AN や BN 患者に共通して、体型と体重についての過剰な関心と認知の歪み（信念と価値観）がみられる。そして、自尊心や自己評価が体型や体重に過度に影響を受けている。すなわち、少し体重が減れば成功したと思い自信を得、逆に増えれば失敗したと思い自信を失う。その結果、病的なやせ願望や肥満に対する恐怖を生じ、極端な食事制限、自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤の乱用に至る（切池，2009）。

f.精神疾患の合併症

完全主義傾向と摂食障害の関連について、永田・田中・切池・松永・河原田・山上（1998）によって AN むちゃ食い/排出型と BN において完全主義傾向が高いことが示されている。

また、DSM-IIIでパーソナリティ障害の診断基準が確立され、第II軸に診断されるようになる、AN や BN においてパーソナリティ障害を高率に合併することが明らかにされている（切池・松永，1997）。「体重のこだわり」は、摂食障害全体の病的行動を惹起する要因の1つといわれている（Fairburn et al., 2003）。摂食障害全体では否定的な自己評価あるいは低い自尊心（自己評価）、AN では強迫性パーソナリティ傾向や完全主義、BN や むちゃ食い行動では、特に抑うつや不安などが発症に関連があると考えられている（Fairburn et al., 2003）。

(3) 身体的要因

肥満になりやすいことや早熟などが挙げられる。また、第二次性徴期の女子の場合は、皮下脂肪の増加、初経発来、乳房の増大、など急激な身体的変化を経験するため、発症の要因となりやすい。そのため、15歳以下への予防的介入の重要性がいわれている（馬場他，2000）

(4) 環境要因

①家族関係

Minuchin, Rosenman & Baker（1978）は、心身症の家族にみられる交流パターンの特徴として、①絡み合い、②過保護、③硬直性、④葛藤回避、⑤葛藤に子供を巻き込むなど

を挙げた。これらは AN 家族でもみられ、これらの家族の交流パターンの機能不全により摂食障害が発症するものと考えられている（切池，2009）。児童期および青年期の子どもを対象とした研究では、健康な食事を維持することは摂食障害発症と負の相関関係を示し、過度の支配、激しい指導、食事の個別化が摂食障害発症と正の相関関係を示したという報告（Kurg, Treasure, Anderluh, Bellodi, Cellini, Collier, diBernardo, Granero, Karwautz, Nacmias, Penelo, Ricca, Sorbi, Tchanturia, Wagner & Fernández-Aranda, 2009）や摂食障害の発症には家庭環境の影響が大きいという報告がある（Goncalves, Moreira, Trindade & Fiates, 2013）。また、むちゃ食い症状を有する AN-排出型や BN 群のむちゃ食い行動が、両親の不和・別離・離婚といった先行体験のストレス対処行動としての意味合いをもつという報告（大場・安藤・宮崎・川村・濱田・大野・瀧田・苅部・近喰・吾郷・小牧・石川，2002）がある。BN や自己誘発性嘔吐のような排出行動の準備因子として、家庭内のストレスとなる先行体験が示されていた。

② 偏った養育態度

強母弱父型の家庭で、父親は家庭のことにに関して傍観者の態度、無関心、放任的態度を示し、受け身的で弱く影の薄い存在である。一方、母親は優勢で支配的であるが、自己不全感が強く、子どもに対して過保護、過干渉、支配的な養育態度を示し、育児の達成感により自己を保とうとする。このように、切池（2009）は、子どもは母親に対して基本的信頼関係を結べず、愛情飢餓状態にあるが、自己を主張することができず、思春期まで非常におとなしく、いわゆる「よい子」として育つことが、発症の要因となっているとしている。

③ スポーツ

体重や体型の維持を必要とする競技に属するスポーツ選手は、摂食障害の発症の危険性が高い。特に体重制限を伴う競技種目エリート選手の女性アスリートの 3 徴と呼ばれる「摂食障害、無月経、骨粗鬆症」を高率に発症しているアスリート特有の摂食障害として、*anorexia athletica* と呼ばれている（Nattiv, Loucks, Manore, Sanborn, Sundgot-Borgen & Warren, 2007）。児童期、青年期の学校内外の運動部の活動での指導においても注意が必要である。

（5）生物学的要因

前述の社会文化、心理的要因、家庭や学校など環境要因の影響が準備因子の存在があるとしても、必ずしも発症するわけではない。近年、摂食障害への罹患感受性に遺伝的要因が重要な役割を果たしていることが家族内集積の研究や双生児研究で報告されている（小牧，2012）。

遺伝的要因、視床下部一下垂体系の神経内分泌学的異常、これを調節する神経伝達物質やニューロペプチドの異常、脳の形態的および機能的変化があり、これらが摂食障害の素因、

発症および慢性化に関係しているものと考えられている（児島・成尾，2004；小牧・安藤，2004；永田・切池 2008；Kaye, 1996；Walters & Kendler, 1995）。

中村・白澤（2006）は摂食障害の生物学的要因として遺伝子解析し、AN 感受性を示す遺伝子多型情報（SNPs）を取得したことを報告している。また、朝田・森・木村・遠藤（2000）は摂食障害における定量脳波の分析により、抑うつを伴う神経性大食症とうつ病での定量脳波学的所見において一致する脳波活動がみられることを報告している。

その病因について、切池（2004）は「食べない→食べられない→食べたるとまらない（過食）」という摂食行動異常には悪循環があり、その悪循環のメカニズムについて社会的、心理的要因（ストレス、やせ願望、思春期の自立葛藤など）によって摂食量の低下が引き起こされ、摂食障害の身体的要因を有する人の中枢性調節機構に異常が生じ、適切な摂食行動が障害される、さらにやせや栄養障害により生理的、精神的変化（身体合併症や脳の機能のおよび形態的变化）が生じ、さらに摂食行動の中枢性摂食調整機構に悪循環を及ぼすと述べている。

母親の要因に関しての報告では、母親の妊娠時・周産期の合併症が子どもの中枢神経の発育に影響し、摂食障害発症の危険因子となる可能性が指摘されている（小牧，2012）。また、母親が摂食障害であることは、遺伝的要因のみならず、環境因子として子どもの発症危険因子とし指摘されている（小牧，2012）。

両親の肥満あるいは、本人の小児期の肥満が、BN の発症危険因子として報告されている（Fairburn et al., 2003）。

また、ラットの実験で、ダイエットによる「糖分依存症」を発症し、ダイエット行動が覚醒剤依存と同様の報酬系関連した脳内ドーパミン神経系の変化をもたらし、摂食障害と類似の病態を呈すとされ、ダイエット行動自体が摂食障害、特に AN-排出型、BN 発症の危険因子になる可能性があると言われている（小牧，2012）。

2. 摂食障害の発症に関与する要因；発症因子

(1) ダイエットと食生活の変化

痩せを賛美する風潮とグルメブームやコンビニやファーストフード店の増加という過食につながる食生活に関連する環境の変化の板挟み状態が発症因子として挙げられる。飽食とダイエットの板挟み状態が発症因子の 1 つであり、近年の若い女性に摂食障害が多いことへの説明ができる（中井，2009；渡辺，2009）

(2) ストレス

学校、職場での挫折経験や対人関係の問題がきっかけとなる。また、中学校や高等学校でスポーツ関連の部活動を辞めたことをきっかけに体重が増加したことをきっかけにダイエットを始め、発症となることもある。

特に思春期は、身体的な変化だけでなく、心理面や行動面でも大きく変化する。成績不振や受験等の失敗経験などの学業に関する問題、対人関係の問題、自我同一性という自立をめぐる葛藤などがストレスとなり、準備因子としてストレスへの脆弱性をもった精神構造をもっている状況下で発症となる (Bruch, 1975)。また、異性からの体型などに対するからかいや体重測定において友人や教員の何気ない言葉がダイエットのきっかけとなる。

このようにストレスがきっかけとなることは、明らかであるが、その内容はさまざま、複雑に関係しあっていることが示されており、個人によっても違いがある。

(3) 思春期

思春期は、二次性徴に伴う乳房の発育や初経などの身体面の変化によって、自身の体型や容姿に敏感になる時期である。また、自我同一性の獲得や自分と他者との関係など心理面、行動面でも大きく変化する。このような時期に、身体的、心理的な準備因子をもっていると発症要因となる (中井, 2009)。

3. 小児摂食障害の契機と発生機序の特徴

小児摂食障害の発症契機や状況について、10歳以下のAN患者では、学校生活などの対人関係上の問題は明らかでなく、同胞間の葛藤があらわになり、母親の関心を引くような形で、発症するものが多く、また、やせ願望、肥満恐怖、成熟拒否などの心性を欠いているのが一般的であるといわれている (切池, 2009)。また小児科領域でみられる摂食障害患者では、食思不振や腹部膨満を理由にして食べない食思不振型と、瘦身へのあこがれや自己の体型に対する嫌悪感を示さないが、体重を増やそうとする治療的なアプローチに対して抵抗する拒食型が多いことも報告されている。さらに直接的誘発状況については日常レベルから相当な心的外傷や環境変化まで種々あり、特定の傾向を同定しにくいという意見もあるとしている (切池, 2009)。

切池ら (1998) の研究結果では、太っていると言われたり、肥満を嫌ってダイエットを始めた者が14例 (58%) と過半数を占めたが、その他の症例は食思不振や食後の腹部膨満感によることや、受験・いじめ・学力低下・両親不仲などの状況下で摂食量が低下して発症していた。このように発症年齢が低年齢であると、やせ願望や肥満嫌悪感を示さず、さまざまな心理的要因により摂食量が低下し、摂食障害を発症することが示されていた。

精神科合併症に関しては、小児期の不安障害がAN発症の危険因子だとする報告がある (Raney, ThorntonL, Berrettini, Brandt, Crawford, Fichter, Halmi, Johnson, Kaplan, LaVia, Mitchell, Rotondo, Strober, Woodside, Kaye & Bulik, 2008)。また、13歳から15歳の青年期女性の5年感の追跡調査の結果、うつ病の発症は、その後の摂食障害の発症と薬物乱用の増加を予測したとしている (Measelle, Stice, E & Hogansen, 2006)。

第5節 小児摂食障害へのアプローチ

渡辺（2005a）は、子どものANは、早期発見し症状が軽い間に治療すれば治りやすいとし、最も効果的なアプローチは、予防と早期発見を挙げている。また、次のような治療に必要な6つの点を挙げている。①患児の心身が栄養障害によりどの程度障害されているかを診断する。②患児を粘り強くサポートして健やかな食行動と栄養状態に戻す。③正しい栄養と身体機能と食生活の教育をする。④思春期やせ症特有の極端な食へのとらわれや完全癖をなくしていく。⑤家族と学校が患児を十分にサポートしていけるよう支援する。⑥患児が自分を肯定し、本音で行動し人とかかわれるようその自律性の発達を支援する。

入院治療過程を患児の病態により渡辺（2005b）は、第1期（急性期）、第2期（回復期）、第3期（社会復帰期）に分け説明している。各期には、治療課題として回復のための努力としての「山」と陥りやすい危機、悪化、死亡などの「谷」があり、それぞれに、身体と心について次のように説明をしている。

第1期における「谷」は、身体では飢餓死や心不全などやせによる低栄養状態による身体的な危機の状況である。心理状態では、患児・家族の疾病否認と治療抵抗からくる他罰的言動や不信感を挙げている。この時期は、治療構造が崩れやすく、両親が主治医を信頼してゆだねることがない場、患児は治療を拒否し続けると述べている。

次に、第2期の「谷」は、身体的には、再栄養症候群などが出現する可能性がある。身体の回復に伴い、喜怒哀楽が回復し情緒的に開放的になる時期で、母親や治療者から患児の本音を受け止めてもらうことが重要となる。一方では、体重の回復に伴い、抑うつ、不安、怒りや絶望が湧き感情の起伏が激しくなり、万引き、盗み、過食嘔吐、捨食、衝動行動が生じやすい。ここでは、家族と治療者の一岩のような連携と親心が重要となる。

第3期は、体重や身体機能がほぼ正常下限に達した状態で、月経の再来も認められる時期である。この時期の「谷」は、焦りと疲れによる体調の崩れ、自身喪失による混乱が認められる。また、学校への復帰では、見かけとは裏腹にまだ正常に回復していない多臓器障害のため、体力不足やから再発や慢性化が起きるとしている。ここでは、学校復帰に対する患児の気持ちや学校生活では、スモールステップで復帰できるような学校の協力の必要性を述べている。

このように治療過程において、身体や心理状態の違いがあるため、各治療段階によって必要とされるアプローチに違いがあることがわかる。また、小児摂食障害の治療の特徴として、家庭と学校との連携も特徴であることが示されている。支援の実際には、患児の性格・発症の要因・患児の生活環境など個々に違いがあるため、その治療段階において具体的にどのような課題や問題点があるのかを明らかにしていく必要がある。

第 6 節 小児摂食障害患児と家族

1. 家族の役割

摂食障害の家族については、さまざまな説があるが、家族の関係性や構造が発症の原因と考えられていた時代があった (Minuchinet et al.,1978)。西園 (2010a) は、家族が原因だと示す科学的なデータは少なく、また家族を病気の原因であると責めるだけでは、あまり状況の改善にはならないとしている。

下坂 (1990) も、患児が摂食障害の状態を呈するまでには、家族によってさまざまな経緯があるが、別の方向から眺めると親の姿は「追いつめられた親」の姿そのものであるとし、自分たちなりにできる限り努力したが、適切な方法を知らないため、あるいは周囲から適切なアドバイスを得られなかったため、全力を尽くしたにもかかわらず、悪循環に陥り、深みに陥ったとみることもできると述べ、家族の原因や犯人探しへの視点を否定している。

治療者が初診時に行う家族へのアプローチでは、

- ①親も苦しんでいることを理解する。
- ②十分なインフォームド・コンセントを含めた心理教育的アプローチを行う。
- ③親の問題ではなく、「摂食障害という心と身体の病気」という理解をしてもらい、治療協力をむすび、子どもに代わり現状のつらさや気持ちを両親に伝え、家族自身の休養と精神衛生に気をつけることを伝え、親への働きかけや協力を得る。

という 3 つの重要性を傳田 (2008) は述べている。

以上のことから、患児のみならずその家族、特に母親への支援の必要性が考えられたが、患児のアプローチと同様に、治療段階による違いや、患児の置かれている環境によって家族が支援を必要とする内容の違いがあることが考えられる。

児童期・青年期の AN に対する治療に関する研究は少ないが、心理・社会的治療に関する報告には、家族療法が多く (Lock, 2009)、治療への反応が良好である (Halmi, 2008)。のため、家族を含めた統合的な治療が必要である (Russell, 1979)。

2. 治療における母親の役割

摂食障害の患児をもつ母親は、摂食障害の原因として捉えられていた (Bruch, 1978) 時期があったが、現在では治療の対象者として捉えられている (井上・浅川・六軒・大谷, 2002; 中村, 2005)。しかし、一方では、家族への心理教育的アプローチの有用性 (上原・川嶋・河内・田崎・後藤, 2001) から治療への協力者として注目されるようになっている。さらに、西園 (2004) は、摂食障害の思春期症例においては、患者が家族と生活を共有する部分が大きく、家族が治療計画の一端を担う治療参加が必要であると述べている。

次に、母親の生活環境からみると、患児の母親として日常生活を共にしている。治療施

設外での関係では、摂食障害の発症と経過の中で、患児の家庭内での母親への依存と拒否というような両価的な態度や食事にまつわるさまざまなエピソードを経験することになる。

西園（2010a）は、生活共有者としての家族が経験する負担感について、これまでほとんど明らかにされておらず、実際に家族は心理的にも生活面でも病気からくる負担感を感じていることを指摘している。特に、摂食行為には生活と密着しており、生命維持活動にも大きくかかわっている。このことに対し、西園（2010a）は、家族が「常に死の恐怖と、死に至りかねない体重でありながら食事を拒否することから来る焦燥感」を感じていると指摘している。

摂食障害の患児をもつ母親の性格や養育態度は、支配的ではあるが、自己不全感が強く、子どもに対しては過保護、過干渉、支配的な養育態度を示すことが報告されている（波多野，1998；切池，2009）。心身医学領域では、患者の性格特性と対人関係の特徴や親子関係を捉えることができる交流分析を背景理論としたエゴグラムが患者理解と援助法として活用されている（十河・石川・和田・末松、河原，1978）。AN-制限型の患児をもつ母親のエゴグラム研究では、自我状態のパターンから自己犠牲的な行動パターンの特徴を報告している（袖長・渡辺・小林，2000）。

子どもの健康問題は、家族にさまざまな影響を及ぼす。中でも慢性的な健康問題をもつ子どもの母親は、健康児の母親よりストレスが大きいことが報告されている（丸・兼松・中村・工藤・武田，1997）。

安川・高宮（2005）は母親への直接面接による質的研究を実施して、ANの子どもをもつ母親の心理的過程について以下の7つの段階を見出した。第1に楽観の段階、第2に不安に覆われた段階、第3に両価的な気持ちに支配される段階、第4に負の感情を伴う気付きの段階（変化期を含む）、第5に子の存在の受容段階、第6に自己洞察段階、最後の第7段階が親自身の成長段階である。また、その変化の過程において子どもに対する無理解から知的レベル、行動レベル、情緒的レベルでの理解に移行すると述べており、その中でも特に行動レベルから、情緒レベルへの変化が一番難しく、母親への苦痛のレベルが大きいと述べている。

羽仁・土屋・中野（1999）による事例研究では、摂食障害治療において家族病理には触れず、母親への支持的面接と家族合同面接をした結果、システムとしての家族に変化が生じたという報告がなされている。

また、摂食障害家族の現状と不安について、服部・永野・木下・地寄・津村・生野（2000）は、家族が必要としていることは、①治療者の具体的で適切な助言によって不安を取り除くこと、②摂食障害の情報を浸透させること、③情報源、また支えとなるべきサポートシステムの充実、であると述べている。生野（2002）は、摂食障害は慢性化しやすいため、本人や家族を長期的にサポートする必要があることの重要性を述べている。

鈴木（2001）は自身の臨床経験から摂食障害者の家族の印象について、「忍耐強い、頑張り屋」と述べており、治療においては母親が患者に対する限界を示すことが大きな効

果をもたらすとしている。さらに、摂食障害が治るということが食行動の急激な改善ではなく、生活全般の長期的な改善によるものであるというイメージを治療者と家族で共有する必要がある、そのためには摂食障害患者を支え、長期間の治療に付き合っていく家族を支える場が重要であると述べている。

以上のような母親の多重役割が存在することがわかり、患児への援助に加え家族特に母親への支援の重要性が考えられる。

第7節 本研究の目的

1. 目的

小児摂食障害の病態の中心は、やせが主症状のANが中心であること、明らかなやせ願望がない場合があり、生活上の不適応行動や神経症神経症が合併しやすく、さらには体重の減少が身体に重篤な影響を与える。10代前半の発症は10代後半以降の発症よりも、心身のダメージが大きく、栄養障害による深刻な発育不全と多臓器障害を生じるという報告(渡辺, 2005a)もあり、若年発症のANは、深刻な病気である。

また、近年の小児摂食障害のANにおける話題では、初経発来前に発症する前思春期発症例の増加、BNへの移行例の増加や自閉症スペクトラムとの合併例の存在が挙げられている(日本小児心身医学会, 2016)。また、初経発来前に発症する前思春期の摂食障害が増加傾向にあり、体重回復後も身体的後遺症を生じる可能性が指摘されている(綾部ら, 2013)。

BNへの移行例の増加に関しては、予後不良の一因であるといわれており、症状の移行の特徴を明らかにすることは、臨床場面において重要であると考えられる。

摂食障害の原因は、複合的な要因であり、家族病理が摂食障害の直接的な病因とは考えられなくなっている。特に、小児摂食障害患児への治療や援助には、家族の協力が不可欠であるが、患児の様々な病態から、主たる養育者である母親でさえ患者を十分に理解することが難しく、その対応にも苦労していることが予測される。治療過程における患児の回復に向けてのさまざまな情報や患児の心身の状況が存在するため、患児が治療段階ごとに求めている援助を治療者や両親、主に母親が知り理解することで、摂食障害と上手に付き合い、日常生活を少しでも適応的に過ごせることが、治療において重要である。また、発症後の病態維持や増悪因子として作用しないよう、家族の中でも特に、養育や食事面において対応の困難さを抱えている母親への心理教育や継続的な心理・社会的サポートは重要である。そのようなことから、母親の行動や性格の特徴を捉えることは、治療を進めていくうえで有益であると考えられる。

西園(2010b)は、入院、通院を重視した治療援助だけでなく、日常生活に焦点を合わせ、どのように患児が病気を持ちながら学校・家庭生活を少しでも適応的に送ることができるのかということの治療者が考え支援していくことの大切さを強調している。そのように、生活支援を中心とした総合的な治療は、患児の治療動機を高め、患児自身が積極的に治療に参加することが可能となるのではないだろうか。

以上のことから、本研究では、小児摂食障害の中心症状であるAN-制限型を対象とし、小児摂食障害の臨床像および心理・社会的特徴とその母親の心理的特徴を明らかにすることを目的とする。

なお、調査対象者は、前思春期発症例と思春期発症例の違いやBNなどの移行例の特徴を

明らかにするため、対象を小児摂食障害の中心症状であるAN-制限型の女児とする。

2. 論文の構成

本論は、「第1章 問題の所在と目的」、「第2章 小児摂食障害の臨床像と心理・社会的特徴」、「第3章 初経発来の有無による臨床像と心理・社会的特徴」、「第4章 症状移行の有無による臨床像と心理・社会的特徴」、「第5章 小児摂食障害患児とその母親の心理的特徴—エゴグラムによる検討—」、「第6章 総括」の計6章から構成される。

以下に、第2章、第3章、第4章、第5章における各章の研究の概要を示す。

第2章では、小児摂食障害のAN-制限型の患児を対象に、カルテの記載内容と実施した心理検査をもとに、臨床像、心理・社会的特徴を明らかにする。

第3章では、小児摂食障害のAN-制限型の患児を対象に、カルテの記載内容から月経現象を調査し、初経発来の有無により2群に分類し、カルテの記載内容と実施した心理検査をもとに、臨床像、心理・社会的特徴が2群間においてどのような違いがあるかを明らかにする。

第4章では、小児摂食障害のAN-制限型の患児に対して、カルテの記載内容から、拒食から、過食や過食後の排出行動などの症状が移行したものを調査し、症状移行の有無により2群に分類し、カルテの記載内容と実施した心理検査をもとに、臨床像、心理・社会的特徴が2群間においてどのような違いがあるかを明らかにする。

第5章では、小児摂食障害のAN-制限型の患児と母親を対象にし、実施したエゴグラムをもとに、心理的特徴を明らかにする。

第2章

小児摂食障害の 臨床像と心理・社会的特徴

第1節 目的と方法

1. 目的

小児にみられる摂食行動の問題は成人と異なり、非定型であることが多い。ANの精神病理を有する者の体重減少が著明でないためにDSMなどの診断基準を完全には満たさない。それだけではなく、軽度の不安・抑うつから二次的に体重減少をきたす者、腹痛・嘔吐などの恐怖から食物を回避する者など、ANやBNとは精神病理学的にまったく異なる病態まで、様々なバリエーションが存在する。小児摂食障害の定義に関しても小児科医や専門医によってさまざまである。そこで、本章では、小児科を受診した16歳以下の摂食障害の全体像を把握し、臨床像および心理・社会的背景を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

(1) 調査対象

病床数723床の総合病院（以下A病院）の小児科を1996年1月～2012年12月に受診し、DSM-IV-TRおよびGOSC(Great Ormond Street Criteria)によりAN-制限型と診断された患児159名（初診時年齢 12.5 ± 1.7 歳）を対象とした。

なお、DSM-5に新たに加わった摂食障害群にある「回避・制限性食物摂取症（ARFID : Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder）」は除外した。

(2) 調査期間

第1回目の調査は、88名に対して、2010年8月から2011年12月までに実施した。また、第2回目の調査は、新たに71名に対して、2016年4月から2017年6月までに実施した。

(3) 調査手続き

1996年1月から2012年12月までに本総合病院小児科を受診し、AN-制限型と診断された女児159名を対象に、カルテの記載内容から必要な項目について、後方視的に調査を行った。心理検査は、初診時に個別法により、筆者を含めた2名の女性の臨床心理士により実施されたものを使用した。

(4) 調査項目

下記①～④の心理検査のうち、12歳以下では②④、13歳以上では①③の心理検査を実施した。

① 日本版BDI-II (Beck Depression Inventory-II, 以下BDI-II) (13歳以上)

DSM-IVの診断基準に沿って作成されており、過去2週間の状態についての21項目の質問によって抑うつ症状の重症度を短時間で評価することができる(資料1-1, 1-2)。得点は

1 項目 0~3 点の 21 項目で構成されている。合計点数 0~13: 極軽症、14~19: 軽症、20~28: 中等症、29~63: 重症と分類される (Beck, Steer, Ball & Ranier, 1996; Kojima, Furukawa, Takahashi, Kawai, Nagaya & Tokudome, 2002)。

② Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度 (Birleson's Depression Self-Rating Scale for children, 以下 DSRS-C) (12 歳以下)

18 項目からなり、「いつもそうだ」、「ときどきそうだ」、「そんなことはない」の 3 件法にて回答する。16 点以上で抑うつが存在すると評価する (Birleson, 1981; 佐藤・新井, 2002) (資料 2)。

③ STAI (State-Trait Anxiety Inventory) (13 歳以上)

不安の 2 因子、状態不安と特性不安を別々に測定する尺度で、各 20 項目から構成されている (資料 3)。状態不安 20 項目、特性不安 20 項目の計 40 項目であり、状態不安、特性不安共に得点により段階 I~段階 V に分類される (肥田野・福原・岩脇・曾我, 2008)。

④ 児童用顕在性不安検査 (Children Manifest Anxiety Scale, 以下 CMAS) (12 歳以下)

53 の質問項目からなり、「はい」、「いいえ」、「わからない」で回答する。得点から不安の高さを 5 段階で評価する (資料 4-1, 4-2)。回答の仕方について Lie スケールが設けられており、信頼性と妥当性も捉えることができる。不安の程度は、非常に低い不安: 0~5 点、低い不安: 6~12 点、正常: 13~20 点、高い不安: 21~28 点、非常に高い不安: 29 点以上と判断する。(Castaneda, McCandless & Palermo, 1956; 坂本, 1989)。

⑤ 患児の心理・社会的背景

カルテの記載内容より以下の項目について調査した。

a) 臨床像: 発症年齢・初診時年齢、初診時身長・体重・BMI、初診時月経現象、初診時初経発来の有無、受診経緯 (依頼機関)、発症契機、体重減少の原因、入院期間、精神疾患などの併存障害、症状移行

b) 心理・社会的状況: 不登校、問題行動、家族負因

(5) データ分析の方法

159 名を対象に、カルテより情報を取り出しているが、(4) の⑤患児の心理・社会的背景については、必ずしも記載されているわけではないため、統計で扱った母数は、本文および図表に示している。データの数値は、平均値±標準偏差で示した。

2 群間の平均の差は t 検定を用い、クロス集計による検定は χ^2 検定を用いた。 χ^2 検定では、1 つのセルの数値が 5 以下となる場合には Fisher の直接確率計算法を用いた。2 項間の関連を求めるために、ノンパラメトリック検定として Spearman の順位相関係数、パラメトリック検定として Pearson の相関係数を求めた。因果関係の検討には重回帰分析を用いた。統計処理は、IBM SPSS Statistics Ver.23 for Windows を用いた。

(6) 倫理的配慮

本研究で実施した調査に関しては、ルーテル学院大学倫理委員会において事前の承認を得ている（2010年7月3日：承認番号10-29、2015年12月28日：承認番号15-27）。

本研究は後方視的研究であり、患児および保護者の承諾がとれないため、小児科および子どもの心診療センターの外来に、臨床データを研究に使用する旨を公示した。

データの転記および解析は、A病院子どもの心診療センター研究室内で行った。転記したデータは、個人を識別する情報を取り除き匿名化し、A病院子どもの心診療センター研究室内およびルーテル学院大学田副研究室内にあるパスワードにより開くPCで保管した。

第 2 節 結果

1. 臨床像

(1) 発症年齢および初診時年齢

発症年齢の平均は、 12.0 ± 1.7 歳（8~16 歳）で、初診時年齢の平均は 12.5 ± 1.7 歳（8~16 歳）であった（表 2-1）。

表 2-2 は、発症年齢（Ⅰ）と初診時年齢と発症年齢の差（Ⅱ）ごとの人数と出現率を示している。発症年齢のピークは 12 歳であり、次いで 13 歳であった。

発症年齢（Ⅰ）ごとの初診時年齢と発症年齢の差（Ⅱ）では、150 名中 102 名（68%）が、発症年齢と初診年齢が一致していた。12 歳以下では、発症年齢と初診時年齢の差のばらつきがみられ、専門機関への受診までに時間差があることが考えられた。

図 2-1 は、発症年齢を 12 歳以下と 13 歳以上の年齢区分別にみた出現率である。12 歳以下の発症が 92 名（59%）であった。

(2) 体重・身長・BMI 値

平均体重は 32.6 ± 7.3 kg、平均身長は 151.1 ± 8.8 cm、平均 BMI 値は 14.2 ± 2.7 kg/m² であった（表 2-1）。低い体重や BMI 値が、AN の特徴として示されていた。

(3) 初診時の月経現象

初診時における月経現象は、159 名中無月経 76 名（48%）、初経未発来 75 名（47%）であった（図 2-2）。

(4) 初経発来の有無

初経発来年齢が確認できた 67 名の平均値は、 11.8 ± 1.4 歳であった（表 2-1）。初経発来の日本人の平均年齢は、先行研究において 12.2~12.4 歳と報告されている（大山，2004；Tanaka, 2012）が、本調査の対象者がそれよりも若い初経年齢であったことが示されていた。

図 2-3 は、初診時の初経発来の状況を示す。151 名中、初経発来 84 名（53%）、初経未発来 75 名（47%）であり、約半数が初経未発来のまま発症していた。

(5) 受診経緯

A 病院小児科を受診へ紹介した機関をみると、88 名中、医療機関 75 名（85%）、学校 3 名（4%）、なし 10 名（11%）であった（図 2-4）。

(6) 発症契機

図 2-5 は、発症契機 9 項目の人数比率を示す。

患児 159 名中、「容姿」が 57 名 (36%)、次いで、「ストレス・体調不良」35 名 (22%)、「部活・運動」21 名 (13%)、「いじめ・からかい」11 名 (7%)、「環境の変化」9 名 (6%)、「対人関係」8 名 (5%)、「他者からの影響」5 名 (3%)、「死別・家族の病気」5 名 (3%) であった。体重減少となるきっかけが、外見を良く見せようとする瘦身願望だけでなく、環境や対人関係によるストレス反応による食欲不振や部活や学外でのスポーツ参加における、パフォーマンス向上のためのダイエットでもあったことを示していた。

(7) 体重減少に至った原因

図 2-6 は、体重減少に至った原因の人数比率を示す。

患児 159 名中、ダイエット 100 名 (63%)、食欲不振が 47 名 (30%) その他 12 名 (7%) であった。高橋・清家・庄・大森・新井 (2010) の調査結果では、若年発症摂食障害 45 例のうちダイエット発症群 27 例 (60%)、非ダイエット発症群 18 例 (40%) であり、本結果とほぼ一致していた。

(8) 入院回数および入院日数

入院経験は 157 名中 57 名 (64%) に認められ、入院経験のある者の平均入院期間は、 108.2 ± 69.3 日 (12~314 日) であった。入院回数は、入院経験者 57 名のうち、1 回が 46 名 (81%)、2 回 10 名 (17%)、3 回 1 名 (2%) であった (図 2-7)。

(9) 精神疾患などの併存

治療過程における精神疾患などの併存が、患児 88 名中 26 名 (30%) に認められた (図 2-8)。その内訳は、精神疾患の併存が認められた 26 名中、強迫性障害 7 名 (27%)、不安障害 6 名 (23%)、発達障害 4 名 (15%) の順に多かった。

(10) 精神科受診歴

A 病院小児科を受診する前に精神科を受診した患児は 11 名 (12%) であった (図 2-9)。

(11) 精神科受診歴と精神疾患などの併存との関連

治療経過中に精神疾患などの併存を確認した患児は、AN 発症以前に何らかの精神的な問題があると仮定し、受診前の精神科受診歴との関連を検討した。図 2-10 は、精神科の受診歴の有無における精神疾患などの併存の人数比率を示す。

精神科の受診歴がある患児 11 名中 7 名 (64%)、精神科の受診歴のない患児 77 名中 19 名 (25%) で、精神科の受診歴がある患児の方が、併存症を有する者が有意に多かった ($p=0.01$, Fisher の直接確率計算法)。

精神科の受診歴の有無と併存している疾患の内訳を表 2-3 に示す。受診歴のある患児では境界性人格障害 2 名 (18%) ($p=.04$, Fisher の直接確率計算法)、強迫性障害 3 名 (27%) ($p=.04$, Fisher の直接確率計算法) と精神科の受診歴のない患児に比べ有意に多かった。不安障害では差は認められなかった ($p=.56$, Fisher の直接確率計算法)

(12) 症状移行

治療経過中における症状の移行が認められた患児は 88 名中 22 名 (25%)、症状の移行がなかった患児は 66 名 (75%) であった (図 2-11)。症状移行が認められた患児の 22 名中 11 名 (50%) は過食—自己誘発性嘔吐で、過食 10 名 (45%) であった。

2. 心理・社会的側面

(1) 不登校

治療経過中に不登校が認められた者は、88 名中 33 名 (37%) であった (図 2-12)。宮本 (2009) の調査では、約 30% に不登校が認められたと報告があり、ほぼ一致していた。

(2) 問題行動

治療経過中に問題行動が認められた患児は 88 名中 24 名 (27%) で、その内訳は、自傷行為 10 名 (11%)、暴力 4 名 (5%)、強迫行動 2 名 (2%)、逃走 2 名 (2%) であった (図 2-13)。問題行動が認められた 24 名中、自傷行為が 42% (10 名) と一番多かった。

図 2-14 は、精神疾患等の併存の有無と問題行動の人数比率を示す。精神疾患等の併存がある患児は 26 名中 10 名 (38%)、精神疾患等の併存のある患児は 62 名中 14 名 (23%) であり、出現率に有意な差は認められなかった ($\chi^2(1)=1.37$, *n.s.*)。併存した疾患とは関係なく、自傷行為などの問題行動が患児らに存在していることがわかった。

(3) 家族の負因

同居している家族の負因が認められた患児は、88 名中 34 名 (39%) で、認められなかった患児は 88 名中 54 名 (61%) であった。

表 2-4 に家族の負因の内訳を示す。両親の不仲 6 名 (7%) が一番多く、次いで、母親の摂食障害 6 名 (7%)、母親が精神疾患 (うつ病、統合失調症) 4 名 (5%)、父親の病気 (身体疾患、事故後の後遺症など) 4 名 (5%) であった。

母親自身の精神疾患などの負因が認められたものが 13 名であった。図 2-15 は、13 名の内訳を示す。摂食障害の既往が 6 名 (46%)、うつ病 2 名 (15%)、統合失調症 2 名 (15%)、子へのネグレクト 1 名 (8%)、被虐待経験 1 名 (8%)、自殺 1 名 (8%) であった。

(4) 心理検査結果

表 2-5 に各心理検査の平均得点を示す。

12 歳以下の患児の心理検査では、DSRS-C 12.3 ± 5.9 点、CMAS 16.3 ± 8.8 点であった。

13 歳以上の患児心理検査では、BDI-II 22.4 ± 13.7 点と中等度の抑うつが認められた。

STAI では、特性不安 51.4 ± 12.3 点、状態不安 56.6 ± 11.8 点と、ともに高い不安が認められた。

これらの結果は、13 歳以上の AN の患児の対応には、思春期の心性と抑うつや不安感という心理的背景を考慮する必要があることを示していた。

(5) 発症年齢および BMI への影響要因

発症年齢、BMI、発症の契機、体重減少に至った原因、精神疾患などの併存、家族負因、母親負因との関連性を見るために、ノンパラメトリック検定として Spearman の順位相関係数、パラメトリック検定として Pearson の相関係数を求めた。その後、発症年齢および BMI に影響する項目を決定する目的で、重回帰分析（ステップワイズ法）を適用した。

① 相関分析結果

図 2-5 で示した発症の契機の 7 項目（容姿、死別、ストレス・体調不良、部活・運動、いじめ・からかい、他者からの影響、対人関係）、発症年齢、BMI、体重減少に至った原因（ダイエット、食欲不振）、精神疾患などの併存（境界性人格障害、強迫性障害、不安障害、発達障害）、家族負因、母親負因との関連を求めた。

表 2-6 に相関分析の結果を示す。発症の契機の「容姿」では、「ダイエット」との間に中等度の正の相関関係（ $rs=.40, p<.01$ ）、食欲不振との間に弱い負の相関関係を認めた（ $rs=-.34, p<.01$ ）。発症の契機の「ストレス」では、「ダイエット」との間に中等度の負の相関関係（ $rs=-.58, p<.01$ ）、「食欲不振」との間に中等度の正の相関関係（ $rs=.60, p<.01$ ）、不安障害との間に弱い正の相関関係（ $rs=.22, p<.01$ ）、母親の負因との間に弱い負の相関関係（ $rs=-.25, p<.01$ ）、家族の負因においても弱い負の相関関係（ $rs=-.26, p<.01$ ）を認めた。発症の契機の「いじめ・からかい」では、境界性人格障害との間に弱い負の相関関係を認めた（ $rs=.33, p<.01$ ）。発症の契機のその他の項目では有意な相関関係が得られた項目はなかった。体重減少に至った原因の「ダイエット」では、家族負因との間に弱い正の相関関係を認めた（ $rs=.30, p<.01$ ）。また、体重減少に至った原因の「食欲不振」では、家族負因との間に弱い負の相関関係を認めた（ $rs=-.28, p<.01$ ）。強迫性障害では、母親負因との間に弱い正の相関関係（ $rs=.25, p<.01$ ）、家族負因との間に弱い正の相関関係（ $rs=.25, p<.01$ ）を認めた。発症年齢では、初経発来との間に中等度の正の相関関係を認めた（ $rs=.41, p<.01$ ）。BMI では、初経発来との間に中等度の正の相関関係（ $rs=.55, p<.01$ ）、母親負因との間に弱い正の相関関係（ $rs=.22, p<.05$ ）を認めた。BMI と発症年齢の間には弱い相関関係を認めた（ $r=.33, p=.01$ ）。

② 発症年齢への影響要因

発症年齢を目的変数とし、説明変数を発症の契機（容姿、ストレス・体調不良、部活・運動、いじめ・からかい、環境の変化、対人関係、他者からの影響、死別・家族の病気）、体重減少に至った原因（ダイエット、食欲不振）、精神疾患などの併存（強迫性障害、不安障害、発達障害）、初経発来、母親の負因、家族の負因としたステップワイズ法による重回帰分析を行った。名義変数は、1, 0のダミー変数を用いた。

結果を表 2-7 に示す。発症年齢に対して、「初経発来」で有意な正の標準回帰係数（ $\beta = .43, p < .001$ ）が認められた。また、「発達障害」で有意な負の標準回帰係数（ $\beta = -.27, p < .01$ ）が認められた。

③BMI への影響要因

本研究の対象が AN-制限型であることから、重症度の指標として BMI を目的変数とし、説明変数を発症年齢、発症の契機（容姿、ストレス・体調不良、部活・運動、いじめ・からかい、環境の変化、対人関係、他者からの影響、死別・家族の病気）、体重減少に至った原因（ダイエット、食欲不振）、精神疾患などの併存（強迫性障害、不安障害、発達障害）、初経発来、母親の負因、家族の負因、移行としステップワイズ法による重回帰分析を行った。名義変数は、1, 0のダミー変数を用いた。

結果を表 2-7 に示す。BMI に対して、「初経発来」で有意な正の標準回帰係数（ $\beta = .55, p < .001$ ）が認められた。また、「母親負因」で有意な正の標準回帰係数（ $\beta = .27, p < .01$ ）が認められた。

第3節 考察

1. 臨床像

発症年齢の平均は、 12.0 ± 1.7 歳（8~16 歳）で、初診時年齢の平均は 12.5 ± 1.7 歳（8~16 歳）であった。発症年齢のピークは 12 歳であり、次いで 13 歳であった。心理的側面では、親からの自立や自我同一性の獲得に向けての思春期の課題をめぐる不安や葛藤が生じる時期である。このような心身の症状の好発期に、個人の要因に加え、家族、学校などの環境要因や社会的文化的要因などが複合的に関連し、摂食障害の発症に至っていると考えられた。

発症年齢ごとの初診時年齢と発症年齢の差では、150 名中 102 名（68%）が、発症年齢と初診時年齢が一致していた。12 歳以下では、発症年齢と初診時年齢の差にばらつきがみられ、専門機関への受診までに時間差があることが考えられた。一方で、本研究対象となっている患児が受診している A 病院の性質上、他機関などに受診し AN と診断されたことで、専門機関である当科へ依頼、受診となっているため時間差が生じたとも考えられた。

また、発症年齢を 12 歳以下と 13 歳以上の年齢区分別にみると、12 歳以下の発症が半数以上に認められた。

体重は軽く、低い BM を示しており、AN・身体的な制限型の特徴として確認できた。また、小児の場合、重篤な病状につながる恐れも推測され、身体的な治療の必要性が確認できた。

初診時における月経現象は、約半数が無月経で約半数が初経未発来で発症していた。AN による体重減少や低栄養状態は、第二次性徴前の患児の思春期遅発症を生じさせ、第二次性徴後であれば思春期の進行は止まり、成長のスパートが遅れ、成長や成熟に影響を与える。しかし、無月経のメカニズムは解明されておらず、低栄養だけではない他の因子も重要であることが示唆されている（渡辺，2005a）。また、初経発来年齢が確認できた 67 名の平均は、 11.8 ± 1.4 歳であり、初経発来の日本人の平均年齢は、先行研究において 12.2 ~12.4 歳と報告されている（大山，2004；Tanaka，2012）が、本調査の対象者がそれよりも低い初経年齢であったことが示されていた。Fairburn et al.（2003）は、早期の初経発来を発症の危険因子としているため、初経年齢早期化による心身の変化と摂食障害発症との関連について今後詳細に検討する必要性が示唆された。

受診経緯では、小児科の受診を紹介した機関をみると、医療機関からの紹介が最も多く、小児科などを受診し、診断の結果 AN・制限型の診断や疑いがあることから、より専門の機関への依頼がなされた結果と推測する。

発症契機では、「容姿」が一番多く、次いで、「ストレス・体調不良」、「部活・運動」、「いじめ・からかい」、「死別・家族の病気」であった。体重減少となるきっかけが、外見を良く見せようとする痩身願望だけでなく、環境や対人関係によるストレス反応による

食欲不振や部活や学外でのスポーツ参加における、パフォーマンス向上のためのダイエットでもあったことを示していた。

宮本（2009）の、小児科専門医研修施設、51 病院および日本小児心身医学会会員が勤務する 156 病院での調査では、発症のきっかけの約 40%が、家庭や学校におけるストレスであったと報告している。本研究でも、外見を良く見せるためにやせるという目的だけではなく、様々なストレスが原因となり、体重減少に至っていることが捉えられた。

体重減少に至った原因では、「ダイエット」100名（63%）、「食欲不振」が 47名（30%）であった。高橋・清家・庄・大森・新井（2010）の調査結果では、若年発症摂食障害 45 例のダイエット発症群 27 例（60%）、非ダイエット発症群 18 例（40%）であった。ダイエットでは、傳田ら（2002）および手代木ら（2010）の結果でも約 60%を示しており、本結果とほぼ一致していた。体重減少に至った原因について、切池（2009）は、小児摂食障害は、身体症状をもって発症する例が多いとしており、本研究においても、ダイエットのような意図的な体重減少だけでなく、吐き気などの体調不良により食欲不振に至り発症すること分かり、小児摂食障害の特徴として確認できた。

入院経験では、半数以上に入院の経験が認められた。小児期では、低栄養が身体に重篤な影響を与えることから、入院による治療が必要となることが考えられた。宮本（2009）の調査によると、入院治療では輸液治療 84%、チューブ栄養 58%、中心静脈栄養 53%と高率であった。AN の初期治療において、栄養障害が強い時には、身体的側面への対応を積極的に行うことが重要であることが示された。

治療過程における精神疾患などの併存は、26名（30%）に認められた。その内訳は、強迫性障害、不安障害、発達障害の順に多かった。不安障害については、AN 発症前に不安障害の症状を呈し、小児期の過剰不安障害と AN の重症度および持続期間の関連があることから、摂食障害発症の危険因子であるといわれている（Raney et al., 2008）。

発達障害を併存する事例では、全員が精神科の受診歴はなかった。発達障害と摂食障害との関係は近年注目されている。中でも自閉症スペクトラムは、興味や関心の幅が非常に限局され、それに対して没頭し、固執しやすいといった特性があり、時には強迫性障害を併発する。また、知覚の過敏性やこだわりなどが原因となって偏食であることも多く、食行動の異常を伴いやすいため、発達障害の特性と AN の臨床像と共通した部分が多い（木村・岡田, 2010）。AN において 12%にアスペルガー障害の診断基準を満たしたという報告（Gillberg & Rastam, 1992）があるが、本研究では発達障害と診断された患児は 5%であった。Gillberg et al. (1992) の研究は、診断基準に沿った診断決定のみであることから必ずしも正確な診断とはいえない。今後、発達障害の併存を決定するにあたっては、生育歴・知能検査などを含めたより詳細な診断決定が必要である。

本総合病院小児科を受診する前に精神科の受診をした患児は 11名（12%）であった。精神科の受診歴がある患児の方が、併存症を有する者が有意に多かった。併存障害が少ない

と短期で摂食障害が寛解する（高橋ら，2013）という報告もあり、初診時での精神科受診歴の確認は、治療経過中の併存障害の発現をある程度予測できるのではないかと考えられた。しかし、本研究における AN 発症前の精神科の受診歴と併存障害の関連については、精神科受診の際の患児の臨床的特徴などの詳細な内容に記載がカルテによってばらつきがあり、精神科受診歴と併存の関連については、今後の課題としたい。

治療経過中における症状の移行が認められた患児は 22 名（25%）であった。小児の場合は、AN-制限型のまま経過する症例が多いと言われ、特に低体重のまま持続する症例が多いといわれている（切池，2009；傳田，2008）。しかし近年、小児例において AN から BN に移行する例が増加傾向にあるという報告もある（宮本，2009）。AN の過食型や BN において、自傷行為や自殺企図，アルコールや薬物乱用などの自己破壊的行為や万引きなどの社会的逸脱行為がしばしば認められ予後不良と言われている（切池，2009）。また、小児摂食障害の転帰では、AN-制限型や排出行動が伴わない病型の方が寛解率が高いという報告（傳田ら，2002；高橋ら，2005；手代木ら，2010）があり、小児期における AN-制限型の症状移行の特徴を明らかにすることは重要である。

これまでの小児摂食障害の臨床像に関する研究と本研究結果を比較するために、傳田ら（2002）（以下、文献 1）および手代木ら（2010）（以下、文献 2）による研究結果をもとに、患者の受診年数、初診時の診断名、対象事例数、性別、発症年齢、初診時年齢、身長、体重、BMI、初経発来年齢、初経年齢、体重減少に至った原因「ダイエット」、家族の負因歴、母親の負因歴、併存障害、AN-制限型からの移行について表 2-8 にまとめた。

傳田らの研究では、男子例が含まれてはいるが、初診時に AN-制限型と診断された 44 名について調査しているため、本研究の対象と同じ条件であるため比較検討しやすいと思われた。

発症年齢では、いずれも本研究結果よりも発症年齢が高いことが示されていた。前思春期の発症の増加や低年齢化（作田，2015；日本小児心身医学会，2016）という観点からは、本研究対象の受診年が文献 1 と文献 2 が調査した年よりも新しいことから、発症年齢が低かったことを低年齢化と結論づけたい。しかし、もう 1 つの側面として、文献 1 は精神科を受診した患児を対象とし、本研究は小児科を受診した患児を対象としているため、平均年齢に違いが生じた可能性も考えられた。AN-BP や BN-P が含まれ、本研究と同様に小児科を受診した患児を対象としている文献 2 では、発症年齢において AN-制限型のみを対象にしている本研究よりも高い年齢を示していた。このことから、AN-制限型の発症年齢が AN-BP や BN-P に比べ、低いことが考えられた。BMI では、文献 2 と本研究結果の方が、文献 1 に比べ低いことが示されており、小児科と精神科の受診によって、患児の病態に違いがある可能性が示唆された。

受診時の初経発来については、本研究と同様に日本人の平均初経年齢よりも低いことが確認できた。しかし、初診時の初経未発来の割合をみると、本研究が一番多いことが示さ

れていた。体重減少に至った原因では、いずれもダイエットが 60%に認められた。

家族の負因については、文献 1 の負因の詳細が不明であるため参考ではあるが、ほぼ同じ出現率であった。

併存障害の総数では、本研究の方に出現率が低かった。内訳をみると、文献 1 では、初診時診断で AM・制限型であった患児に気分障害 25 名（55%）、強迫性障害 7 名（16%）の併存を報告している。今回の調査では、気分障害の併存は確認できなかった。強迫性障害については、本研究の方が高い出現率であった。今後の検討課題としては、本研究では、強迫性障害と診断された患児と不安障害と診断された患児いたため、気分障害の診断も含め、統一された診断が必要であると考えられた。

移行については、文献 1 に比べ本研究の方が、症状移行の割合が低いことが確認できた。診断による違いなのか、小児科を受診する摂食障害の患児は、精神科受診の患児に比べ年齢が低いことや併存障害の割合に違いもあることが関係している可能性が考えられた。また、本研究対象の患児は、発症年齢や BMI が低かったことから、精神科を受診した患児よりも身体面での治療が求められている可能性が示唆された。

2 つの文献をもとに本研究結果と比較したところ、標榜されている科によって受診患児に違いがあることが推測された。これまでの摂食障害の臨床研究をみると、精神科や心療内科を受診した患者を対象としているものが多く、発症年齢も高かったため、本研究で文献 1 の若年発症の摂食障害に関する臨床研究と比較できたことは、意義のあることと思われた。

2. 心理・社会的側面

治療経過中に不登校が認められた者は、33 名（37%）であり、宮本（2009）の約 30% に不登校が認められたという報告と、ほぼ一致していた。

治療経過中に問題行動が認められた患児は 24 名（27%）で自傷行為 10 名（11%）が一番多かった。精神疾患等の併存がある患児と精神疾患等の併存のある患児の出現率に有意な差は認められず、併存した疾患とは関係なく、自傷行為などの問題行動が患児らに存在していることがわかった。

同居している家族の負因が認められた患児は 34 名（39%）であった。そのうち両親の不和が一番多く認められた。母親の負因では、摂食障害の既往が一番多く、次いで、うつ病や統合失調症などの精神疾患の既往であった。高橋・清家・庄・大森・新井（2013）は、家族関係や精神障害の家族歴も転帰に関与しているとし、家族心理教育や家族療法などの家族への介入が治療をする上で有用であると報告している。また、そのような環境において、AN を発症した患児を抱えることは、母親の精神的なストレス状態が増加し、養育態度にも影響を与え悪循環となっていることが推測でき、母親への支援も治療過程では重要であることが示唆された。

心理検査結果では、12歳以下の患児では不安や抑うつは認めず、13歳以上の患児では、中等度の抑うつと高い特性不安、状態不安が認められた。これらの結果は、13歳以上のANの患児の対応には、思春期の心性と抑うつや不安感という心理的背景を考慮する必要があることを示していた。

3. 発症年齢とBMIへの影響要因

相関分析の結果より、発症年齢とBMI、初経発来に関連があることが示されていた。このことは、発症年齢が低いと身体が小さいため、BMIは低くなるため、必然的な結果であると考えられた。また、BMIは、初経発来と母親負因に関連があることが示されていた。

次に、発症年齢との影響要因を検討するために重回帰分析を行ったところ、初経発来と発達障害が発症年齢に影響を与えていることが示された。このことから、初経が発来していると発症年齢が高く、発達障害の併存があると発症年齢が低いことが示唆された。

本研究の対象がAN-制限型であることから、初診時のBMIを重症度の指標とし、その影響要因を検討するために重回帰分析を行った。その結果、初経発来と母親負因がBMIに影響を与えていることが示された。初経が発来や母親の負因があるとBMIが高いことが示唆された。このことから、初経発来のある患児はBMIが高く、その要因としては、初経発来により体重、体脂肪の増加が関連していることが示唆された。また、母親の負因を有している患児は、BMIが高いことを示しており、AN-制限型の病態や経過に母親の負因の有無により違いがある可能性もあり、今後さらに検討していきたい。

第 4 節 小括

第 2 章では、AN-制限型の臨床像および心理・社会的特徴を検討した。

1. 臨床像

発症年齢の平均は、 12.0 ± 1.7 歳（8~16 歳）で、初診時年齢の平均は 12.5 ± 1.7 歳（8~16 歳）であった。平均体重は 32.6 ± 7.3 kg、平均身長は 151.1 ± 8.8 cm、平均 BMI 値は 14.2 ± 2.7 kg/m² であり、AN の特徴として示されていた。初診時における月経現象では、初経未発来の状態での発症や、AN による体重減少や低栄養状態による無月経の患児が多いことが示されていた。初経未発来は、 11.8 ± 1.4 歳であり、日本人の平均年齢よりも低かった。発症契機では、「容姿」一番多く、次いで「ストレス・体調不良」であった。発症の契機では、体型が肥っていると感じたり、他者から体型について指摘されたことなどがきっかけとなり、発症する者が多いことが確認できた。体重減少に至った原因では、ダイエットが一番多かったが、ダイエットのような意図的な体重減少だけでなく、吐き気などの体調不良により食欲不振に至り発症すること分かり、小児摂食障害の特徴として確認することができた。入院では、患児の半数以上に経験があり、小児期では低栄養が身体に重篤な影響を与えることから、入院による治療が必要となることが考えられた。AN の初期治療において、栄養障害が強い時には、身体的側面への対応を積極的に行うことが重要であることが示された。精神疾患などの併存では、強迫性障害 7 名（27%）、不安障害 6 名（23%）、発達障害 4 名（15%）の順に多かった。治療経過中における症状の移行が認められた患児は 22 名（25%）、症状の移行がなかった患児は 66 名（75%）であった。

本研究における AN 発症前の精神科の受診歴と併存障害についての検討の限界として、精神科受診の際の患児の臨床的特徴などの詳細な内容に記載がカルテによってばらつきがあること、精神科受診歴と併存の関連については、今後の課題としたい。

精神科を受診した患児の特徴を文献により比較したところ、本研究結果の方が、発症年齢、身長・体重・BMI が低いことが確認できた。また、初診時の初経未発来、併存障害、症状の移行の出現率も低かった。標榜されている科によって受診患児に違いがあることが推測された。

2. 心理・社会的側面

治療経過中に不登校が認められた者は、33 名（37%）であった。治療経過中に問題行動が認められた患児は 24 名（27%）で、問題行動が認められた 24 名中、自傷行為が 42%（10 名）と一番多かった。同居している家族の負因が認められた患児は、34 名（39%）に認められた。家族関係や精神障害の家族歴も転帰に関与している両親の不仲や母親の摂食障害や精神疾患などの負因が確認できた。

心理検査結果では、12歳以下の患児では不安や抑うつは認めず、13歳以上の患児では、中等度の抑うつと高い特性不安、状態不安が認められた。これらの結果は、13歳以上のANの患児の対応には、思春期の心性と抑うつや不安感という心理的背景を考慮する必要があることを示していた。

3. 発症年齢とBMIへの影響要因

初経発来と発達障害が発症年齢に影響を与えていることが示された。このことから、初経が発来していると発症年齢が高く、発達障害の併存があると発症年齢が低いことが示唆された。本研究の対象がAN-制限型であることから、初診時のBMIを重症度の指標としたところ、初経発来と母親負因がBMIに影響を与えていることが示された。初経発来により体重、体脂肪の増加が関連していることが示唆された。また、AN-制限型の病態や経過に母親の負因の有無により違いがある可能性もあり、今後さらに検討が必要である。

第3章

初経発来の有無による 臨床像と心理・社会的側面の検討

第1節 目的と方法

1. 目的

小児期の発達の視点の特徴では、心身の大きな変化を遂げる第二性徴が挙げられる。近年、子どもたちの身体的な発達が、早熟傾向になってきている一方で、精神的な発達はむしろ遅延傾向であるといわれている（成田・田副，2004；大野久，2011）。女子の場合は、第二性徴の評価の1つとして初経の発来がある。そこで、本研究では前思春期と思春期の違いによる特徴を初経発来により分類し、小児摂食障害の臨床像および病態の背景にある心理社会的因子に違いがあるのかについて検討する。本章は、得られた結果より、初経発来の有無の違いによる小児摂食障害の特徴を明らかにすることを目的とする。

2. 方法

(1) 調査対象

病床数 723 床の総合病院（以下 A 病院）の小児科を 1996 年 1 月～2012 年 12 月に受診し、DSM-IV-TR および GOSC(Great Ormond Street Criteria)により AN-制限型と診断された患者（女児）159 名（初診時年齢 12.5 ± 1.7 歳）を対象とした。

なお、DSM-5 に新たに加わった摂食障害群にある「回避・制限性食物摂取症（ARFID : Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder）」は除外した。

(2) 調査期間

第 1 回目の調査は、88 名に対して、2010 年 8 月から 2011 年 12 月までに実施した。また、第 2 回目の調査は、新たに 71 名に対して、2016 年 4 月から 2017 年 6 月までに実施した。

(3) 調査手続き

1996 年 1 月から 2012 年 12 月までに A 病院小児科を受診し、AN-制限型と診断された女児 159 名を対象に、カルテの記載内容から必要な項目について、後方視的に調査を行った。心理検査は、初診時に個別法により、筆者を含めた 2 名の女性の臨床心理士により実施されたものを使用した。

(4) 調査項目

下記①～④の心理検査のうち、12歳以下では②④、13歳以上では①③の心理検査を実施した。

① 日本版 BDI-II（Beck Depression Inventory-II，以下 BDI-II）（13 歳以上）

DSM-IV の診断基準に沿って作成されており、過去 2 週間の状態についての 21 項目の質問によって抑うつ症状の重症度を短時間で評価することができる（資料 1-1, 1-2）。得点は

1 項目 0~3 点の 21 項目で構成されている。合計点数 0~13: 極軽症、14~19: 軽症、20~28: 中等症、29~63: 重症と分類される (Beck, Steer, Ball & Ranier, 1996; Kojima, Furukawa, Takahashi, Kawai, Nagaya & Tokudome, 2002)。

② Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度 (Birleson's Depression Self-Rating Scale for children, 以下 DSRS-C) (12 歳以下)

18 項目からなり、「いつもそうだ」、「ときどきそうだ」、「そんなことはない」の 3 件法にて回答する。16 点以上で抑うつが存在すると評価する (Birleson, 1981; 佐藤・新井, 2002) (資料 2)。

③ STAI (State-Trait Anxiety Inventory) (13 歳以上)

不安の 2 因子、状態不安と特性不安を別々に測定する尺度で、各 20 項目から構成されている (資料 3)。状態不安 20 項目、特性不安 20 項目の計 40 項目であり、状態不安、特性不安共に得点により段階 I~段階 V に分類される (肥田野・福原・岩脇・曾我, 2008)。

④ 児童用顕在性不安検査 (Children Manifest Anxiety Scale, 以下 CMAS) (12 歳以下)

53 の質問項目からなり、「はい」、「いいえ」、「わからない」で回答する。得点から不安の高さを 5 段階で評価する (資料 4-1, 4-2)。回答の仕方について Lie スケールが設けられており、信頼性と妥当性も捉えることができる。不安の程度は、非常に低い不安: 0~5 点、低い不安: 6~12 点、正常: 13~20 点、高い不安: 21~28 点、非常に高い不安: 29 点以上と判断する。(Castaneda, McCandless & Palermo, 1956; 坂本, 1989)。

⑤ 患児の心理・社会的背景

カルテの記載内容より以下の項目について調査した。

a) 臨床像: 発症年齢・初診時年齢、初診時身長・体重・BMI、初診時月経現象、初診時初経発来の有無、受診経緯 (依頼機関)、発症契機、体重減少の原因、入院期間、精神疾患などの併存障害、症状移行

b) 心理・社会的状況: 不登校、問題行動、家族負因

(5) データ分析の方法

159 名を対象に、カルテより情報を取り出しているが、(4) の⑤患児の心理・社会的背景については、必ずしも記載されているわけではないため、統計で扱った母数は、本文および図表に示している。データの数値は、平均値±標準偏差で示した。

発症時に初経発来があった患児を初経発来群、初経未発来の患児を初経未発来群の 2 群に分けた。

2 群間の平均の差は t 検定を用い、クロス集計による検定は χ^2 検定を用いた。 χ^2 検定では、1 つのセルの数値が 5 以下となる場合には Fisher の直接確率計算法を用いた。統計処理は、IBM SPSS Statistics Ver.23 for Windows を用いた。

(6) 倫理的配慮

本研究で実施した調査に関しては、ルーテル学院大学倫理委員会において事前の承認を得ている（2010年7月3日：承認番号10-29、2015年12月28日：承認番号15-27）。

本研究は後方視的研究であり、患児および保護者の承諾がとれないため、小児科および子どもこころ診療センターの外来に、臨床データを研究に使用する旨を公示した。

データの転記および解析は、A病院子どもこころ診療センター研究室内で行った。転記したデータは、個人を識別する情報を取り除き匿名化し、A病院子どもこころ診療センター研究室内およびルーテル学院大学田副研究室内にあるパスワードにより開くPCで保管した。

第 2 節 結果

1. 臨床像

(1) 初診時の月経現象

初診時における月経現象は、第 2 章の結果より、調査対象の AN 患児 159 名中無月経 76 名 (48%)、初経未発来 75 名 (47%) であった (図 2-2)。また、初経発来の平均年齢は、 11.8 ± 1.4 歳であった (表 2-1)。初経発来の全国平均 12.4 歳 (大山, 2004) に比べて約 1 年早く、摂食障害発症と初経年齢早期化との関連が示唆された。初診時の初経発来の状況 (図 2-3) は、151 名中初経発来 84 名 (53%)、初経未発来 75 名 (47%) であり、約半数が初経未発来のまま発症していた。

(2) 初経発来の有無と初診時年齢および発症年齢

図 3-1 は、初経未発来群と初経発来群の初診時と発症時の平均年齢を示す。

発症年齢では、初経未発来群 11.4 ± 1.7 歳、初経発来群が 12.8 ± 1.5 歳で初経発来群の方が有意に高かった ($t(148) = -5.36, p < .001$)。初診時年齢も同様に、初経未発来群 11.8 ± 1.7 歳、初経発来群 13.2 ± 1.3 歳と初経発来群が有意に高かった ($t(148) = -5.60, p < .001$)。

(3) 初経発来の有無と発症年齢の年齢区分

図 3-2 は、発症年齢を 12 歳以下と 13 歳以上の年齢に区分した、初経発来群と初経未発来群における人数比率を示す。

初経未発来群 75 名中 12 歳以下が 58 名 (77%)、13 歳以上が 17 名 (23%)、初経発来群 75 名中 12 歳以下が 31 名 (41%)、13 歳以上が 44 名 (59%) であり、有意な差が認められた ($\chi^2(1) = 20.4, p < .001$)。初経未発来群では、12 歳以下で発症している患児が多いことが示されていた。

(4) 初経発来の有無と初診時の身長・体重・BMI 値

図 3-3 は、初経発来群と初経未発来群における初診時の身長・体重・BMI 値の平均値の比較を示す。

平均身長では初経未発来群 147.2 ± 5.2 cm、初経発来群 155.2 ± 10.0 cm であり、有意な差が認められた ($t(149) = -6.16, p < .001$)。平均体重では初経未発来群 28.3 ± 6.3 kg、初経発来群 35.9 ± 5.2 kg であり、有意な差が認められた ($t(149) = -8.15, p < .001$)。平均 BMI 値では初経未発来群 12.9 ± 2.2 kg/m²、初経発来群 15.0 ± 2.2 kg/m² で有意な差が認められた ($t(149) = -5.90, p < .001$)。この結果は、年齢区分における比較において、12 歳以下の患児に初経未発来の者が多かったことに起因していることが考えられた。

初経未発来群において、身長・体重・BMI 値が低かったことは、発症前より低い傾向が

あったのか発症による減少なのかは、今回の調査では明らかではなく、発症後の体重の減少率などを調べる必要がある。

(5) 初経発来の有無と受診経緯

表 3-1 は、A 病院小児科を紹介した機関を「医療機関」、「学校」、「なし（紹介機関なし）」に分類し、それぞれの初経発来群と初経未発来群における人数比率を示す。

医療機関からの紹介では、初経発来群 37 名中 34 名（92%）、初経未発来群 51 名中 41 名（80%）で両群間に有意な差は認められなかった（ $p=.22$, Fisher の直接確率計算）。他機関からの依頼ではなく直接受診した「なし」においても、初経未発来群 37 名中 3 名（8%）、初経発来群 51 名中 6 名（12%）であり、両群間に有意な差は認められなかった（ $p=.73$, Fisher の直接確率計算）。

両群とも医療機関からの紹介が一番多く、第 2 章の結果と同様に、当科が摂食障害治療の専門機関という特徴から、一般の小児科のクリニックや病院に受診し AN と診断されたことで、より専門性のある医療機関へ依頼をした結果と考えられた。

(6) 初経発来の有無と発症契機

表 3-2 は、初経未発来群と初経発来群の発症の契機 11 項目の人数比率を示す。

両群間で出現率に差が認められた項目はなかった。上位を占めている発症の契機についてみると、初経未発来群では 76 名中「容姿」24 名（32%）、「ストレス・体調不良」16 名（21%）、「部活・運動」12 名（16%）であった。初経発来群では、75 名中「容姿」31 名（41%）、「ストレス・体調不良」・「部活・運動」がともに 9 名（12%）であった。

(7) 初経発来の有無と体重減少に至った原因

表 3-3 は、初経未発来群と初経発来群の体重減少に至った原因の「ダイエット」、「食欲不振」、「その他」の人数比率を示す。

「ダイエット」では、初経未発来群 76 名中 45 名（60%）、初経発来群 75 名中 54 名（71%）と、ともに多かった。「食欲不振」では、初経未発来群 76 名中 29 名（39%）、初経発来群 75 名中 15 名（20%）であった。「ダイエット」、「食欲不振」ともに両群間の出現率の有意差は認められなかった。

(4) において、身長・体重・BMI 値が有意に初経発来群の方が高いことを示していた。初経発来により体重、体脂肪の増加したことで、体重減少のためにダイエットを行うことが予測できたが、本結果より、初経の有無に関係なく、ダイエットによる体重減少に至っている患儿が多いことがわかった。一方、体重減少に至った原因で「ダイエット」が多かったが、ストレスや体調不良などによる食欲不振が原因となっている者も多く認められ、やせ願望などが明らかでない、小児期の AN の特徴（傳田，2008）を表していると考えら

れた。

(8) 初経発来の有無と入院の経験・入院日数

図 3-4 は、初経発来群と初経未発来群の治療過程における入院の経験の人数比率を示す。初経発来群 37 名中 23 名 (62%)、初経未発来群 51 名中 33 名 (65%) であり、両群間に出現率の差は認められなかった ($\chi^2(1)=.06, n.s.$)。

図 3-5 は、入院経験のあった初経発来群 22 名と初経未発来群 27 名の平均入院日数を示す。

初経未発来群 129.2 ± 65.2 日、初経発来群 95.4 ± 70.9 日で初経未発来群の方が長い傾向が認められた ($t(47)=1.72, p<.10$)。

初経未発来群は、初経発来群に比べ発症年齢が低く、身長、体重、BMI 値でも有意に低いことがとらえられていることから、初経発来群に比べ体重の減少が身体に与える影響が大きく、治療に時間を要することが考えられた。

(9) 初経発来の有無と精神疾患などの併存および精神科の受診歴

図 3-6 は、初経発来群と初経未発来群における精神疾患などの併存の人数比率を示す。初経未発来群 37 名中 8 名 (22%)、初経発来群 51 名中 18 名 (35%) であり、両群間の出現率の差は認められなかった ($\chi^2(1)=.1.926, n.s.$)。

図 3-7 は、初経発来群と初経未発来群における精神科の受診歴した人数比率を示す。初経未発来群 37 名中 3 名 (8%)、初経発来群 51 名中 8 名 (16%) であり、両群間に有意な差は認められなかった ($p=.345, Fisher$ の直接確立計算法)。

(10) 初経発来の有無と症状移行

図 3-8 は、初経発来群と初経未発来群における症状の移行の人数比率を示す。初経未発来群 37 名中 5 名 (14%)、初経発来群 51 名中 17 名 (33%) であり、両群間の出現率に差が認められた ($p=.029, Fisher$ の直接確立計算法)。初経発来により体重や体脂肪の増加と食欲の抑制の反動が、過食や過食とその後の排出行動の発現のきっかけとなっていることが考えられた。

2. 心理・社会的側面

(1) 初経発来の有無と不登校

図 3-9 は、初経発来群と初経未発来群における治療経過中における不登校の人数比率を示す。初経未発来群 37 名中 11 名 (30%)、初経発来群 51 名中 22 名 (43%) であり、両群間の出現率に差は認められなかった ($\chi^2(1)=1.64, n.s.$)。

(2) 初経発来の有無と問題行動

図 3-10 は、初経発来群と初経未発来群における治療経過中における問題行動の人数比率を示す。

初経未発来群 37 名中 10 名 (27%)、初経発来群 51 名中 14 名 (27%) であり、両群間の出現率に差は認められなかった ($\chi^2(1)=.00, n.s.$)。

(3) 初経発来の有無と家族の負因

図 3-11 は、初経発来群と初経未発来群における家族の負因の人数比率を示す。

初経未発来群 37 名中 10 名 (27%)、初経発来群 51 名中 18 名 (35%) であり、両群間の出現率に差は認められなかった ($\chi^2(1)=.68, n.s.$)。

図 3-12 は、初経発来群と初経未発来群における母親の負因の人数比率を示す。

初経未発来群 37 名中 9 名 (24%)、初経発来群 51 名中 10 名 (20%) であり、両群間の出現率に差は認められなかった ($\chi^2(1)=.28, n.s.$)。

(4) 心理検査

図 3-13 は、初経発来群と初経未発来群における心理検査の結果を示す。

BDI-II (13 歳以上) の平均得点では、初経発来群 24.1 ± 12.0 点、初経未発来群 19.8 ± 15.0 点であり、両群間に有意な差は認められなかった ($t(55)=1.18, n.s.$)。

DSRS-C (12 歳以下) の平均得点では、初経未発来群 11.7 ± 6.5 点、初経発来群 14.4 ± 2.6 点であり、両群間に有意な差は認められなかった ($t(20)=-.89, n.s.$)。

SATI (13 歳以上) 特性不安の平均得点では、初経未発来群 57.0 ± 13.6 点、初経発来群 55.0 ± 10.7 点であり、両群間に有意な差は認められなかった ($t(85)=.93, n.s.$)。SATI (13 歳以上) 状態不安の平均得点では、初経未発来群 52.0 ± 11.8 点、初経発来群 49.6 ± 11.7 点であり、両群間に有意な差は認められなかった ($t(85)=-.81, n.s.$)。

CMAS (12 歳以下) の平均得点では、初経未発来群 15.1 ± 7.6 点、初経発来群 19.3 ± 11.1 点であり、両群間に有意な差は認められなかった ($t(33)=-1.09, n.s.$)。

すべての検査において、初経未発来群と初経未発来群間で有意な差は認められなかった。

カットオフポイントで見ると、BDI-II では、14~19 点は軽症、20~28 点が中等度の抑うつと判定されるため、初経未発来群は軽症から中等度の抑うつ、初経発来群では、中等度の抑うつの存在が捉えられた。DSRS-C では、16 点以上で抑うつと判定するが、両群とも抑うつの存在は認められなかった。STAI の特性不安では、段階 4 の範囲にあり、高い不安の存在が捉えられた。STAI の状態不安では、両群ともに段階 3 の範囲にあり、不安の存在は認められなかった。CMAS では、両群とも正常の 13~20 点の範囲であった。

12 歳以下では、初経発来の有無に関係なく、抑うつや不安の存在は認められなかった。

13 歳以上では、抑うつが存在し、不安になりやすい性格特性が認められた。

第 3 節 考察

1. 臨床像

第 2 章の結果より、初経発来平均年齢は、 11.8 ± 1.4 歳であり、初経発来の全国平均 12.4 歳（大山，2004）に比べて低かった。Fairburn et al.（2003）は、早期の初経発来を発症の危険因子としているため、初経年齢早期化による心身の変化と摂食障害発症を関連を今後詳細に検討する必要がある。また、初診時の初経発来の状況では、約半数が初経未発来のまま発症していた。

発症年齢では、初経未発来の患児は、12 歳以下で発症している患児が多く、発症年齢も初経発来している患児に比べ低いことが示されていた。

平均身長、平均体重、平均 BMI 値において、初経未発来の患児が初経発来の患児に比べ有意に低値であったことは、年齢区分における比較において、12 歳以下の患児に初経未発来の者が多かったことに起因していることが考えられた。

初経未発来の患者児は、身長・体重・BMI 値が低値であったことは、発症前より低い傾向があったのか発症による減少なのかは、今回の調査では明らかではなく、発症後の体重の減少率などを調べる必要がある。

受診経緯では、両群とも医療機関からの紹介が一番多く、当科が摂食障害治療の専門機関という特徴から、一般の小児科のクリニックや病院に受診し AN と診断されたことで、より専門性のある医療機関へ依頼をした結果と考えられた。

初経が発来している患児は、体重、体脂肪の増加したことで、体重減少のためにダイエットを行うことが予測できたが、体重減少に至った原因では、初経発来の有無による差は認められなかった。しかし、発症前の身長・体重・BMI は明らかでないため、初診時では初経発来のある患児の方が身長・体重・BMI が初経未発来の患児に比べ上回っていたことが示唆された。また、このことから、初経発来の有無に関係なく、ダイエットによる体重減少に至っている患児が多いことがわかった。一方、体重減少に至った原因で「ダイエット」が多かったが、ストレスや体調不良などによる食欲不振が原因となっている者も多く認められたことは、やせ願望などが明らかでない、小児期の AN の特徴（傳田，2008）を表していると考えられた。

受診経緯では、初経未発来の有無に関係なく、医療機関からの紹介が一番多く、第 2 章の結果と同様に、当科が摂食障害治療の専門機関という特徴から、一般の小児科のクリニックや病院に受診し AN と診断されたことで、より専門性のある医療機関へ依頼をした結果と考えられた。

発症契機、体重減少に至った原因では、初経発来の有無による差は認められなかった。

身長・体重・BMI 値が有意に初経発来の患児の方が高いことを示していた。初経発来により体重、体脂肪の増加したことで、体重減少のためにダイエットを行うことが予測したが、本研究結果では、初経の有無に関係なく、ダイエットによる体重減少に至っている患

児が多いことがわかった。

入院日数では、初経発来の子の方が初経未発来の子に比べ、多い傾向が認められた。初経未発来の子の身長、体重、BMI が低いことが示されており、初経発来の子に比べ体重の減少が身体に与える影響が大きく、治療に時間を要することが考えられた。

精神疾患などの併存および精神科の受診歴の出現率では、初経発来の子と初経未発来の子の間に差は認められなかった。

症状の移行では、初経発来の子の出現率の方が高かった。初経発来により体重や体脂肪の増加と食欲の抑制の反動が、過食や過食とその後の排出行動の発現のきっかけとなっていることが考えられた。

2. 心理・社会的側面

治療経過中における不登校、問題行動、家族の負因、母親の負因いずれも初経発来の子と初経未発来の子の間に差は認められなかった。

心理検査の結果では、12歳以下の子では、初経発来の有無に関係なく、抑うつや不安の存在は認められなかったが、13歳以上子では、初経発来の有無に関係なく、抑うつと不安になりやすい性格特性が認められた。

第 4 節 小括

第 3 章では、発症時に初経発来があった患児を初経発来群、初経未発来の患児を初経未発来群の 2 群に分け臨床像および心理・社会的特徴を比較検討した。

1. 臨床像

発症年齢および初診時年齢ともに、初経発来群の方が高かった。初経未発来群では、12 歳以下で発症している者が多かった。平均身長、平均体重、平均 BMI 値すべてにおいて初経発来群の方が上回っていた。平均入院日数では、初経未発来群の方が多い傾向が認められた。発症の契機および体重減少に至った原因では、両群間で差は認められなかった。症状の移行では、初経発来の患児の方が多く認められた。

2. 心理・社会的特徴

精神科の受診歴、治療経過中の不登校、問題行動、併存症、家族の負因、母親の負因についても両群間で差は認められなかった。症状の移行では、初経発来の患児の出現率の方が高かった。心理検査の結果では、12 歳以下の患児では、初経発来の有無に関係なく、抑うつや不安の存在は認められなかった。13 歳以上の患児では、初経発来の有無に関係なく、抑うつと特性不安が高かった。

本研究では、初経発来の有無と心理的側面の関連は認められなかった。しかし、身体面では初経未発来の患児は、初経発来の患児に比べ、身長、体重、BMI 値が低いことが示され、身体面での違いが確認できた。綾部ら（2013）は、初経発来前に発症する前思春期の摂食障害は、体重回復後も身長の伸びが悪くなり、最終的には低身長になるという身体的後遺症を生じる可能性を指摘しており、初経未発来の患児には、身体面での対応がより重要であると言える。

第4章

症状移行の有無による 臨床像と心理・社会的側面の検討

第1節 目的と方法

1. 目的

近年、小児例において AN から BN に移行する例が増加傾向にあるという報告がある(宮本, 2009)。摂食障害の類型による予後の研究では、AN-制限型から AN や BN の排出型への移行は症状の重症化や遷延化するという報告がある(傳田ら, 2002; 高橋ら, 2005; 手代木ら, 2010)。そのため、小児期における AN-制限型の症状移行の特徴を明らかにし、臨床現場および日常生活環境において有用な支援をすることが急務である。そこで本研究では、小児期に多い AN-制限型において症状移行を認めた患児の心理社会面での特徴を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

(1) 調査対象

病床数 723 床の総合病院(以下 A 病院)の小児科を 1996 年 1 月～2012 年 12 月に受診し、DSM-IV-TR および GOSC(Great Ormond Street Criteria)により AN-制限型と診断された患者(女児) 159 名(初診時年齢 12.5 ± 1.7 歳)を対象とした。

なお、DSM-5 に新たに加わった摂食障害群にある「回避・制限性食物摂取症(ARFID : Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder)」は除外した。

(2) 調査期間

第 1 回目の調査は、88 名に対して、2010 年 8 月から 2011 年 12 月までに実施した。また、第 2 回目の調査は、新たに 71 名に対して、2016 年 4 月から 2017 年 6 月までに実施した。

(3) 調査手続き

1996 年 1 月から 2012 年 12 月までに A 病院小児科を受診し、AN-制限型と診断された女児 159 名を対象に、カルテの記載内容から必要な項目について、後方視的に調査を行った。心理検査は、初診時に個別法により、筆者を含めた 2 名の女性の臨床心理士により実施されたものを使用した。症状移行は、医師とともに DSM-IV-TR で診断されたものを新たに DSM-5 の診断基準にもとづき再検討し確定した。

(4) 調査項目

下記①～④の心理検査のうち、12歳以下では②④、13歳以上では①③の心理検査を実施した。

① 日本版 BDI-II (Beck Depression Inventory-II, 以下 BDI-II) (13 歳以上)

DSM-IV の診断基準に沿って作成されており、過去 2 週間の状態についての 21 項目の質

間によって抑うつ症状の重症度を短時間で評価することができる（資料 1-1, 1-2）。得点は 1 項目 0~3 点の 21 項目で構成されている。合計点数 0~13: 極軽症、14~19: 軽症、20~28: 中等症、29~63: 重症と分類される（Beck, Steer, Ball & Ranier, 1996; Kojima, Furukawa, Takahashi, Kawai, Nagaya & Tokudome, 2002）。

② Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度（Birleson's Depression Self-Rating Scale for children, 以下 DSRS-C）（12 歳以下）

18 項目からなり、「いつもそうだ」、「ときどきそうだ」、「そんなことはない」の 3 件法にて回答する。16 点以上で抑うつが存在すると評価する（Birleson, 1981; 佐藤・新井, 2002）（資料 2）。

③ STAI（State-Trait Anxiety Inventory）（13 歳以上）

不安の 2 因子、状態不安と特性不安を別々に測定する尺度で、各 20 項目から構成されている（資料 3）。状態不安 20 項目、特性不安 20 項目の計 40 項目であり、状態不安、特性不安共に得点により段階 I~段階 V に分類される（肥田野・福原・岩脇・曾我, 2008）。

④ 児童用顕在性不安検査（Children Manifest Anxiety Scale, 以下 CMAS）（12 歳以下）

53 の質問項目からなり、「はい」、「いいえ」、「わからない」で回答する。得点から不安の高さを 5 段階で評価する（資料 4-1, 4-2）。回答の仕方について Lie スケールが設けられており、信頼性と妥当性も捉えることができる。不安の程度は、非常に低い不安: 0~5 点、低い不安: 6~12 点、正常: 13~20 点、高い不安: 21~28 点、非常に高い不安: 29 点以上と判断する。（Castaneda, McCandless & Palermo, 1956; 坂本, 1989）。

カルテの記載内容より以下の項目について調査した。

a) 臨床像: 発症年齢・初診時年齢、初診時身長・体重・BMI、初診時月経現象、初診時初経発来の有無、受診経緯（依頼機関）、発症契機、体重減少の原因、入院期間、精神疾患などの併存障害、症状移行

b) 心理・社会的状況: 不登校、問題行動、家族負因

（5）データ分析の方法

159 名を対象に、カルテより情報を取り出しているが、（4）の⑤患児の心理・社会的背景については、必ずしも記載されているわけではないため、統計で扱った母数は、本文および図表に示している。データの数値は、平均値±標準偏差で示した。

治療過程において過食、過食—自己誘発性嘔吐などの症状の移行が認められた者を症状移行あり群、症状の移行が認められなかった者を症状移行なし群の 2 群に分けた。

2 群間の平均の差は t 検定を用い、クロス集計による検定は χ^2 検定を用いた。

χ^2 検定では、1 つのセルの数値が 5 以下となる場合には Fisher の直接確率計算法を用いた。多重ロジスティック回帰分析（ステップワイズ法）を行い、相対危険度の指標であるオッズ比（OR）を求めた。統計処理は、IBM SPSS Statistics Ver.23 for Windows を用

いた。

(6) 倫理的配慮

本研究で実施した調査に関しては、ルーテル学院大学倫理委員会において事前の承認を得ている（2010年7月3日：承認番号10-29、2015年12月28日：承認番号15-27）。

本研究は後方視的研究であり、患児および保護者の承諾がとれないため、小児科および子どものこころ診療センターの外来に、臨床データを研究に使用する旨を公示した。

データの転記および解析は、A病院子どものこころ診療センター研究室内で行った。転記したデータは、個人を識別する情報を取り除き匿名化し、A病院子どものこころ診療センター研究室内およびルーテル学院大学田副研究室内にあるパスワードにより開くPCで保管した。

第 2 節 結果

1. 症状移行の状況

第 2 章の結果より、治療経過中における症状移行の認められた患児は、88 名中 22 名（25%）であり、22 名のうち、過食—自己誘発性嘔吐 11 名（50%）、過食 10 名（45%）であった。症状移行の認められなかった患児は 88 名中 66 名（75%）であった（図 2-11）。

2. 臨床像

(1) 症状移行の有無と発症年齢および初診時年齢

図 4-1 は、症状移行あり群と症状移行なし群の発症年齢と初診時年齢の平均値を示す。

発症年齢では、移行あり群 12.2 ± 1.3 歳、移行なし群 12.0 ± 1.8 歳であり、両群間に有意な差は認められなかった ($t(86)=.66, n.s.$)。初診時年齢においても、移行あり群 12.7 ± 1.1 歳、移行なし群 12.3 ± 1.8 歳であり、両群間に有意な差は認められなかった ($t(86)=.94, n.s.$)。

(2) 症状移行の有無と発症年齢区分

図 4-2 は、発症年齢を 12 歳以下と 13 歳以上の年齢に区分した、症状移行あり群と症状移行なし群における人数比率を示す。

12 歳以下では、移行あり群 22 名中 15 名（68%）、移行なし群 66 名中 41 名（62%）であった。また、13 歳以上では、移行あり群 22 名中 7 名（32%）、移行なし群 66 名中 25 名（38%）であり、両群間に有意な差は認められなかった ($\chi^2(1)=2.62, n.s.$)。

(3) 症状移行の有無と初診時の身長・体重・BMI 値

図 4-3 は、症状移行あり群と症状移行なし群の初診時の身長・体重・BMI 値の平均値の比較を示す。

平均身長においては症状移行あり群 154.4 ± 5.5 cm、症状移行なし群 151.1 ± 9.6 cm であり、有意な差が認められた ($t(86)=1.56, p<.05$)。平均体重においても症状移行あり群 35.1 ± 6.1 kg、症状移行なし群 31.7 ± 7.5 kg であり、有意な傾向が認められた ($t(86)=1.95, p<.10$)。平均 BMI 値においても症状移行あり群 14.6 ± 2.1 kg/m²、症状移行なし群 13.7 ± 2.2 kg/m² で有意な傾向が認められた ($t(86)=1.7, p<.10$)。

(2) の結果と合わせると、年齢に関係なく症状移行がある患児は、身長、体重、BMI 値において、症状移行のない患児より上回っていることが示されていた。

(4) 症状移行の有無と受診経緯

表 4-1 は、A 病院小児科を紹介した機関を「医療機関」、「学校」、「なし（紹介機関なし）」

に分類し、症状移行あり群と症状移行なし群における人数比率を示す。

医療機関からの紹介では、症状移行あり群 22 名中 18 名 (82%)、症状移行なし群 66 名中 57 名 (86%) であり、両群間に有意な差は認められなかった ($p=.17$, Fisher の直接確率計算)。他機関からの依頼はなく直接受診した「なし」においても、症状移行あり群 22 名中 4 名 (18%)、症状移行なし群 66 名中 5 名 (8%) であり、両群間に有意な差は認められなかった ($p=.15$, Fisher の直接確率計算)。

(5) 症状移行の有無と発症契機

表 4-2 は、症状移行あり群と症状移行なし群における発症の契機 11 項目の人数比率を示す。

「容姿」では、症状移行あり群 22 名中 11 名 (50%)、症状移行なし群 66 名中 12 名 (18%) であり、症状移行あり群の出現率の方が有意に高かった ($\chi^2(1)=8.65$, $p<.01$)。「部活・運動」では、症状移行あり群 22 名中 4 名 (18%)、症状移行なし群 66 名中 9 名 (14%) であり、両群間の出現率に有意な差は認められなかった ($p=.27$, Fisher の直接確率計算)。

「対人関係」では、症状移行あり群 22 名中 3 名 (14%)、症状移行なし群 66 名中 2 名 (3%) であり、両群間の出現率に有意な差は認められなかった ($p=.10$, Fisher の直接確率計算)。

「いじめ・からかい」では、症状移行あり群 22 名中 2 名 (9%)、症状移行なし群 66 名中 8 名 (12%) であり、両群間の出現率に有意な差は認められなかった ($p=.15$, Fisher の直接確率計算)。症状移行のない群では、「ストレス・体調不良」が 24% (16 名) に認められたが、症状移行群には認められた者はいなかった。

(6) 症状移行の有無と体重減少に至った原因

表 4-3 は、症状移行あり群と症状移行なし群における体重減少に至った原因の「ダイエット」、「食欲不振」、「その他」の人数比率を示す。

「ダイエット」では、症状移行あり群 22 名中 20 名 (90%)、症状移行なし群 66 名中 41 名 (62%) であり、両群間の出現率に有意な差が認められた ($\chi^2(1)=6.42$, $p<.01$)。「食欲不振」では、症状移行あり群 22 名中 2 名 (9%)、症状移行なし群 66 名中 20 名 (30%) であり、両群間の出現率に有意な差が認められた ($p=.05$, Fisher の直接確率計算)。

(7) 症状移行の有無と入院の経験・入院日数

図 4-4 は、症状移行あり群と症状移行なし群の治療過程における入院の経験の人数比率を示す。

入院の経験がある者は、症状移行あり群 22 名中 16 名 (73%)、症状移行なし群 66 名中 40 名 (61%) であり、両群間に出現率の差は認められなかった ($\chi^2(1)=1.05$, *n.s.*)。

図 4-5 は、入院経験のあった症状移行あり群 16 名と症状移行なし群 40 名の平均入院日

数を示す。

症状移行あり群 84.2 ± 46.7 日、症状移行なし群 118.8 ± 65.2 日であり症状移行なし群の方が多い傾向が認められた ($t(50)=-1.72, p<.10$)。

(8) 症状移行の有無と精神疾患などの併存および精神科の受診歴

図 4-6 は、症状移行あり群と症状移行なし群における精神疾患などの併存の人数比率を示す。

症状移行あり群 22 名中 7 名 (32%)、症状移行なし群 66 名中 19 名 (29%) であり、両群間に有意な差は認められなかった ($\chi^2(1)=.07, n.s.$)。

図 4-7 は、症状移行あり群と症状移行なし群における精神科を受診歴した人数比率を示す。

症状移行あり群 22 名中 6 名 (27%)、症状移行なし群 66 名中 5 名 (8%) であり、両群間の出現率に有意な差が認められた ($\chi^2(1)=5.85, p<.05$)。

(9) 症状移行の有無と初経発来の有無

図 4-8 は、症状移行あり群と症状移行なし群における初診時の初経発来的人数比率を示す。

初経発来であった者は、症状移行あり群 22 名中 17 名 (77%)、症状移行なし群 66 名中 34 (52%) であり、両群間の出現率に有意な差が認められた ($p=.03$, Fisher の直接確率計算法)。

3. 心理・社会的側面

(1) 症状移行の有無と不登校

図 4-9 は、症状移行あり群と症状移行なし群における治療経過中における不登校の人数比率を示す。

症状移行あり群 22 名中 14 名 (64%)、症状移行なし群 66 名中 19 名 (29%) であり、両群間の出現率に有意な差が認められた ($\chi^2(1)=8.55, p<.01$)。

(2) 症状移行の有無と問題行動

図 4-10 は、症状移行あり群と症状移行なし群における治療経過中における自傷行為などの問題行動の人数比率を示す。

問題行動がみられた患児は、症状移行あり群 22 名中 11 名 (50%)、症状移行なし群 66 名中 13 名 (20%) であり、両群間の出現率に有意な差が認められた ($\chi^2(1)=7.64, p<.01$)。

表 4-4 に問題行動を「自傷行為」、「暴力」、「逃走」、「強迫行動」、「その他」に分類し、その人数比率を示す。

「自傷行為」では、症状移行あり群 22 名中 6 名 (27%)、症状移行なし群 66 名中 4 名 (6%) であり、両群間の出現率に有意な差が認められた ($p=.01$, Fisher の直接確率計算法)。「暴力」および「その他」では、両群間の出現率に有意な差は認められなかった。

(3) 症状移行の有無と家族負因

図 4-11 は、症状移行あり群と症状移行なし群における家族負因の人数比率を示す。

症状移行あり群 22 名中 9 名 (41%)、症状移行なし群 66 名中 19 名 (29%) であり、両群間の出現率に有意な差は認められなかった ($\chi^2(1)=1.12$, *n.s.*)。

表 4-5 に家族負因を「母親が摂食障害」、「両親が不仲」、「母親が精神疾患」、「母親が被虐待経験」、「父親が精神疾患」、「その他」に分類し、その人数比率を示す。

「母親が摂食障害」、「両親が不仲」、「母親が精神疾患」において、両群間の出現率に有意な差は認められなかった。

図 4-12 は、移行の有無と母親負因の人数比率を示す。症状移行あり群 22 名中 6 名 (27%)、症状移行のない患児 66 名中 7 名 (11%) であり、症状移行あり群の出現率が高い傾向が認められた ($\chi^2(1)=3.64$, $p<.10$)。

(4) 移行への影響要因

χ^2 検定において、有意 ($p<.05$) であった項目を独立変数として、移行の有無を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析 (ステップワイズ法) を行い、相対危険度の指標であるオッズ比 (OR) を求めた。

結果を表 4-6 に示す。 χ^2 検定において有意であった 7 項目 (契機の「容姿」、自傷行為、不登校、初経発来、体重減少に至った原因「ダイエット」、精神科受診歴) と移行との関連を多重ロジスティック分析で検討した結果、「容姿」(OR:4.24, 95% CI: 1.34~13.44)、自傷 (OR:7.73, 95% CI: 1.65~36.23)、不登校 (OR:4.31, 95% CI: 1.34~13.46) が移行に対する有意な予測因子として認められた。変数の有意性は、自傷が $p<.01$ 、容姿と不登校が $p<.05$ であった。このモデルの Hosmer-Lemeshow 検定は $p=.76$ で適合していることが示され、予測値と実測値の判別の中率は 80.7% であった。移行に与えている要因として、「容姿」のオッズ比が 4.24、自傷行為のオッズ比が 7.73、不登校のオッズ比が 4.31 であった。

(5) 心理検査結果

図 4-13 は、症状移行あり群と症状移行なし群における心理検査の得点の比較を示す。

BDI-II (13 歳以上) の平均得点では、症状移行あり群 25.5 ± 2.1 点、症状移行なし群 21.9 ± 5.6 点であり、両群間に有意な差は認められなかった ($t(32)=.61$, *n.s.*)。

DSRS-C (12 歳以下) の平均得点では、症状移行あり群 8.5 ± 2.1 点、症状移行なし群

11.8±5.6 点であり、両群間に有意な差は認められなかった ($t(12)=-1.48, n.s.$)。

STAI 特性不安 (13 歳以上) の平均得点では、症状移行あり群 57.0±7.3 点、症状移行なし群 56.8±13.6 点であり、両群間に有意な差は認められなかった ($t(38)=.53, n.s.$)。

STAI 状態不安 (13 歳以上) の平均得点では、症状移行あり群 49.9±9.0 点、症状移行なし群 52.8±12.4 点であり、両群間に有意な差は認められなかった ($t(38)=-.63, n.s.$)。

CMAS (12 歳以下) の平均得点では、症状移行あり群 21.5±21.9 点、症状移行なし群 15.9±9.3 点であり、両群間に有意な差は認められなかった ($t(14)=.36, n.s.$)。

第3節 考察

1. 症状移行の状況

第2章の結果より、治療経過中における症状移行の認められた患児は、88名中22名（25%）であり、22名のうち、過食—自己誘発性嘔吐11名（50%）、過食10名（45%）であった。症状移行の認められなかった患児は88名中66名（75%）であった。

2. 臨床像

発症年齢では、症状移行がある患児と症状移行がない患児の間に有意な差は認められなかった。身長・体重・BMIでは、症状移行がある患児の方が症状移行のない患児に比べ高かった。このことから、移行の有無は年齢には関係がなく、身体面では症状移行がある患児は症状移行のない患児より上回っていることが示されていた。

発症の契機では、「容姿」において、症状移行がある患児の方が、症状移行がない患児に比べ高かった。また、移症状行がある患児では、「ストレス・体調不良」が24%（16名）に認められたが、症状移行がある患児には認められなかった。症状移行が認められた患児は、そうでない患児に比べて容姿に対する関心の高さや否定的な気持ちの強さなどが発症の契機となっていることが示唆された。

体重減少に至った原因では、症状移行のある患児が「ダイエット」で症状移行なしの患児に比べ出現率が高かった。「食欲不振」では、症状移行のない患児において高い出現率を認めた。症状移行が認められなかった患児に比べ、症状移行が認められた患児は、発症の契機からみても、より瘦身願望が強く、このことがダイエット行為につながっていると考えられた。体重減少に至った原因について、切池(2009)は、小児摂食障害は、身体症状をもって発症する例が多いとしており、症状移行のない患児は、ダイエットのような意図的な体重減少だけでなく、吐き気などの体調不良により食欲不振に至り発症することが分かり、小児摂食障害の特徴を有していることが示唆された。

平均入院日数では、症状移行のある患児の方が症状移行のない患児よりも多い傾向が認められた。初診時の身長・体重・BMI値が症状移行のない患児の方が低かった結果と合わせて考えると、症状移行のない患児は、入院治療による身体的な治療が必要であったと推測された。

精神疾患などの併存の出現率では、症状移行の有無による差は認められなかった。

精神科の受診歴では症状移行のある患児の方が症状移行のない患児よりも出現率が高かった。当科受診前の精神科受診歴であることから、症状移行前より何等かの心理的な問題や問題行動などを有していたことが推測された。

初経発来があった者は、症状移行のある患児の方が多かった。初経発来には体重が43kg以上あることが必要とされ(目崎, 1987)、体脂肪率は17%以上が必要とされている(Reid

& Vugt, 1987)。初経発来の患児に症状移行の割合が有意に高かったことは、初経発来の条件となる体脂肪の増加がダイエットのきっかけとなり、その後、むちゃ食いなどの過食に転じる可能性が高いことが考えられた。このことは、症状移行した患児の方が、移行しなかった患児に比べ BMI 値が高い傾向が認められたことから、初経未発来の患児よりも体重・体脂肪の増加が症状移行の誘引となっているのではないかと推測する。

3. 心理・社会的側面

治療経過中における不登校の人数比率では、症状移行のある患児の方が症状移行のない患児よりも高かった。むちゃ食いや自己誘発性嘔吐は、その行為に激しい自己嫌悪に陥ることがあり、心理的苦痛度が高い（傳田，2008）といわれており、症状移行の背景にある心理・社会的要因や過食や自己誘発性嘔吐の結果からもたらされる心理状況が不登校状態の要因となっていると推測できる。

治療経過中における問題行動では、症状移行のある患児に問題行動が多くみられ、「自傷行為」で高い出現率であった。AN の過食は、飢餓の反動、ストレスや不安の回避行動であり、自己誘発性嘔吐などの排出行動によって飢餓は解消されず慢性化し、BN の排出行動と同じような機序（鈴木，2009）をたどる。このようなことから、患児らの問題行動の背景には、食べたい気持ちを抑圧していた反動により過食となり、肥満恐怖や自己誘発性嘔吐という行為からもたらされる不安、焦燥感、空虚感や罪悪感というような心理的ストレスを自傷行為という回避行動により解消しようとしていると考えることができる。そのような自傷行為の背景には、抑うつ状態が存在しているともいわれており（傳田，2008）、症状移行が認められた患児に対し、自殺などの予防を念頭に入れた対応が必要となる。また、自傷行為は、過食やむちゃ食い、過食—自己誘発性嘔吐と同じように自己破壊的行動として捉える（鈴木，2009）こともでき、境界性パーソナリティ障害の心性の存在が示唆される。以上のことから、症状移行を有する患児には、日常生活における適応的なストレスの対処の方法を身につけ、ストレスと感情、摂食行動との関係に気づかせるようなアプローチが必要になる。

家族負因の出現率では、症状移行の有無では差がみられなかったが、母親負因では、症状移行のある患児で高い傾向が認められた。母親の負因との関係では、摂食障害の既往や精神疾患に罹患している母親の存在が認められた。摂食障害の母親がいる子どもについての報告では、摂食障害の母親は、子どもの体重が重いと感じるという指摘や、摂食障害の母親が食事の時間だけでなく遊ばせている時間も子どもを強くコントロールし、侵入的に接しているという報告がある（Hodes, Timimi & Robinson, 1997 ; Stein, Woolley, Cooper & Fairburn, 1994）。世代間伝達についての報告（Stein et al., 1994）もあり、そのメカニズムは未だ解明されていないが、妊娠・出産・育児の時に母親が精神的不安定になりやすいことが指摘されている（渡辺，2005c）。また、妊娠中に母親が摂食障害を再発し、

育児が困難となった場合には、母子間の愛着形成が築けなくなるという問題も推測される。そのようなことから、母親の摂食障害の既往や精神疾患の罹患が、患児らの生育環境における心身の発達に何らかの問題を与えていることが考えられた。

心理検査結果では、症状移行の有無では差がみられなかった。13歳以上の患児は、症状移行の有無にかかわらず、高い抑うつと不安になりやすい性格特性が認められた。

4. 移行への影響要因

移行に与えている要因として、「容姿」のオッズ比が 4.24、「自傷行為」のオッズ比が 7.73、「不登校」のオッズ比が 4.31 であった。

「容姿」に対する関心の高さや否定的な気持ちの強さなどが症状移行の危険因子として抽出された。また、症状移行の患児には初経発来が多い結果が得られおり、初経発来による体重体脂肪の増加に伴う身体の変化との関連が示唆された。また、第 2 章において、初経年齢が日本人の平均よりも低いことが示されていた。体重減少に至る原因についても「ダイエット」が症状移行の患児に多く認められた。これらを踏まえて考えると、発達加速現象のような身体的な早熟化と瘦身願望によるダイエットが、症状移行に関連していることが予測された。このような臨床像は、小児摂食障害の特徴ではなく、成人の摂食障害の臨床像に近いものであると考えられた。しかし、本研究では瘦身願望や肥満恐怖の程度などの詳細なデータがないため、慎重に考察したい。

治療経過中の不登校が危険因子と抽出されたことについては、不登校状態になった時期と症状移行の時期との関連などについて明らかでない。仮定ではあるが、症状移行が始まる前の心理状況や移行による過食や排出行動によりもたらされる心理状態が不登校状況に関連していることが考えられた。

自傷行為が、症状移行の危険因子として抽出され最も高い危険因子として抽出された。自傷行為は、過食やむちゃ食い、過食—自己誘発性嘔吐と同じように自己破壊的行動として捉える（鈴木，2009）こともでき、境界性パーソナリティ障害の心性の存在が示唆される。つまり、症状移行のある患児には、併存障害の存在も考えられたが、本研究の結果では併存障害との関連が得られなかったため、今後さらなる検討が必要である。

第4節 小括

本章では、小児摂食障害の AN-制限型の患児を対象に、治療経過中に過食—自己誘発性嘔吐や過食などの症状移行の有無を症状移行あり群、症状移行なし群に分け、カルテの記載内容と実施した心理検査をもとに、臨床像、心理・社会的特徴について比較検討を行った。

1. 臨床像

症状移行あり群は、平均身長および平均体重では、平均 BMI において、症状移行なし群に比べ上回っていた。発症契機の「容姿」では、症状移行あり群の出現率の方が高い傾向が認められた。体重減少に至った原因では、「ダイエット」で症状移行あり群の出現率が高く、「食欲不振」で、症状移行なし群の出現率が高かった。平均入院日数では、症状移行あり群の方が多い傾向が認められた。精神科の受診歴の出現率では、症状移行あり群の方が、高い傾向が認められた。また、精神疾患などの併存では、症状移行あり群の方が、出現率が高かった。初経未発来では症状移行あり群の方が、出現率が高かった。

2. 心理・社会的特徴

治療経過中における不登校、問題行動の出現率では、症状移行あり群の方が高かった。また、問題行動のなかでも「自傷行為」の出現率が高かった。家族の負因では、両群に差は認められなかったが、母親負因の出現率では、症状移行あり群の方が、高い傾向が認められた。心理検査の結果では、13歳以上の患児では、両群とも高い抑うつと特性不安を示していた。

3. 移行への影響要因

χ^2 検定において有意であった 7 項目（契機の「容姿」、自傷行為、不登校、初経発来、体重減少に至った原因「ダイエット」、精神科受診歴）と移行との関連を多重ロジスティック分析で検討した結果、「容姿」、自傷行為、不登校が移行に対する有意な予測因子として認められた。移行に与えている要因として、「容姿」のオッズ比が 4.24、自傷行為のオッズ比が 7.73、不登校のオッズ比が 4.31 であった。

症状移行と初経発来、瘦身願望とダイエット、自傷行為との関連が示唆されたが、本研究結果だけで結論づけることはできない。今後さらなる詳細な調査と検討が必要である。

第5章

小児摂食障害患児と母親の心理的特徴 —エゴグラムによる検討—

第1節 目的と方法

1. 目的

摂食障害の患児をもつ母親は、摂食障害の原因として捉えられていた (Bruch, 1978) 時期があったが、現在では治療の対象者として捉えられている (井上ら 2002; 中村, 2005)。

一方では、家族への心理教育的アプローチの有用性 (上原ら, 2001) から治療への協力者として注目されるようになってきている。さらに、西園 (2004) は、摂食障害の思春期症例においては、患者が家族と生活を共有する部分が大きく、家族が治療計画の一端を担う治療参加が必要であると述べている。このように、摂食障害の原因は複合的であり、家族病理が摂食障害の直接的な病因とは考えられなくなっている。

しかし、家族の病理は、発症後の病態維持や増悪因子として作用する可能性が示唆されている (高橋他, 2013)。第2章では、母親の摂食障害や精神疾患などの負因が、体重の減少に何らかの影響を与えていることが示唆された。また、第4章では、症状の移行のある患児に母親の負因が多く認められた。羽仁ら (1999) による事例研究では、摂食障害治療において家族病理には触れず、母親への支持的面接と家族合同面接をした結果、システムとしての家族に変化が生じたという報告がなされている。そのため、治療過程における患児への援助に加え家族、特に母親への支援の重要性が考えられた。

心身医学領域では、患者の性格特性と対人関係の特徴や親子関係を捉えることができる交流分析を背景理論としたエゴグラムが患者理解と援助法として活用されている (十河ら, 1978)。小児領域では、親の自我状態が子どもの自我状態に影響を与えているという観点から、親子にエゴグラムを実施して治療に活用している。

そこで、本研究では、AN 患児および母親の心理アセスメントや支援のための情報として、小児科外来で実施された母親のエゴグラムを用いて、性格特性や養育態度をエゴグラムにより明らかにすることを目的とする。また、AN 患児のエゴグラムより、患児の性格特性と母親のエゴグラムとの関連を明らかにすることを目的とする。

2. 方法

(1) 調査対象

病床数 723 床の総合病院 (以下 A 病院) の小児科を 1996 年 1 月～2012 年 12 月に受診し、DSM-IV-TR および GOSC (Great Ormond Street Criteria) により AN-制限型と診断された患者 (女児) 59 名および AN-制限型の母親 75 名を対象とした。患児の平均年齢は、 12.5 ± 1.7 歳であった。母親の平均年齢は、 43.2 ± 4.8 歳であった。

なお、診断については、DSM-5 に新たに加わった摂食障害群にある「回避・制限性食物摂取症 (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: ARFID)」は除外した。

(2) 調査期間

第 1 回目の調査は、88 名に対して、2010 年 8 月から 2011 年 12 月に実施した。また、第 2 回目の調査は、新たに 71 名に対して、2016 年 4 月から 2017 年 6 月に実施した。

(3) 調査手続き

2007 年より、母親に対し、TEG II に加え P-EG を実施した。そのため、2007 年 1 月から 2012 年 12 月までに小児科を受診し、AN-制限型と診断された母親に実施したエゴグラムを検索した。その結果、母親 75 名のデータを得た。また、母親のエゴグラムと比較をするために、母親にエゴグラムが実施されていた AN 患児のエゴグラムを検索した結果、母子 59 名のデータを得た。エゴグラムは、初診時に個別法により、筆者を含めた 2 名の女性の臨床心理士により実施された。

(4) 調査項目

① 東大式エゴグラム新版 II (以下 TEG II)

質問紙法のエゴグラムで、Critical Parent (以下 CP)、Nurturing Parent (以下 NP)、Adult (以下 A)、Free Child (以下 FC)、Adapted Child (以下 AC) の 5 つの自我状態について、各 5 項目と信頼性尺度 3 項目の計 53 項目で構成されている。回答は、はい：2 点、どちらでもない：1 点、いいえ 0 点とする 3 件法となっている (野村, 2010) (資料 5-1, 5-2)。

② プロジェクティブ・エゴグラム (以下、P-EG)

P-EG は、投映法として開発された人格検査である。P-EG の特徴は、行動化以前の精神内界における自我の働きを客観的に把握することを目的としている。日常生活にみられる対人関係を描いた刺激図 (20 場面) に対して、5 つの自我状態を表す言葉を示し、その中から提示されている人物のセリフとして適当と思うものを選ぶようになっている (中村, 2007) (資料 6-1, 6-2, 6-3)。

(5) 各自我状態の解釈

5 つの自我状態の解釈を以下に示す (佐々木, 2007)。

CP: 自分の価値判断を正しいものとして譲らず、主に「～しなければならない」、「～すべきである」といった批判や避難を行う。目標が高く、理想を追求し、自分に厳しく、責任感が強く、リーダーシップを発揮する。半面、他人に厳しく、自分の言い分を通すといった、自分の価値観を相手に押しつける面がみられる。基本的に他者否定の構えを有する。

NP: 他人をいたわり、親身になって世話をするといった、親切で、寛容的な態度や行動を示す。他人の喜びを自分のことのように喜び、人の気持ちがよくわかり、共感的である。基本的に他者肯定の構えを有する。

A：事実に基づき、物事を客観的かつ理論的に理解し、判断しようとする自我状態である。偏見、感情、本能に左右されず、物事を冷静に捉えることができる。他の自我状態の調整役でもある。

FC：感情や欲求を自由に表現する自我状態である。親の躰を受けていない部分であり、本能的、自己中心的、好奇心、直感、創造力と関連性がある。基本的に自己肯定の構えを有する。

AC：周囲に適応していく従順な自我状態である。親の躰や教育の影響を多分に受けている。基本的に自己否定の構えを有する。

(6) エゴグラムによる基本的構えの操作的分類

基本的構えとは、人が自分自身と他人が持っている価値に対して取る、基本的なスタンスと態度を指す（交流分析学会，2017）。基本的構えは、Ⅰタイプ：自己肯定・他者肯定、Ⅱタイプ：自己肯定・他者否定、Ⅲタイプ：自己否定・他者肯定、Ⅳタイプ：自己否定・他者肯定の4タイプに分類されている（交流分析学会，2017）。

本研究では、三野（2009）が作成した分類をもとに、エゴグラムの5つの自我状態のうち、CP、NP、FC、ACの得点の不等式により、図5-1に示すように4つに分類した。

(7) データ分析の方法

2群間の平均の差は t 検定を用い、クロス集計による検定は χ^2 検定を用いた。

χ^2 検定では、1つのセルの数値が5以下となる場合にはFisherの直接確率計算法を用いた。また、2変数間の関連には、相関分析を行った。

統計処理は、IBM SPSS Statistics Ver.23 for Windowsを用いた。

(8) 倫理的配慮

本研究で実施した調査に関しては、ルーテル学院大学倫理委員会において事前の承認を得ている（2010年7月3日：承認番号10-29、2015年12月28日：承認番号15-27）。

本研究は後方視的研究であり、患児および保護者の承諾がとれないため、小児科および子どもこころ診療センターの外来に、臨床データを研究に使用する旨を公示した。

データの転記および解析は、A病院子どもこころ診療センター研究室内で行った。転記したデータは、個人を識別する情報を取り除き匿名化し、A病院子どもこころ診療センター研究室内およびルーテル学院大学田副研究室内にあるパスワードにより開くPCで保管した。

第 2 節 結果

1. 母親のエゴグラム

(1) TEG II および P-EG の各自我状態の平均値とエゴグラムパターン

図 5-2 に TEG II における各自我状態の平均値を示す。

CP : 38.4 ± 27.5 点、NP : 51.7 ± 32.8 点、A : 44.4 ± 28.1 点、FC : 31.8 ± 27.6 点、AC : 40.7 ± 32.4 点であった。エゴグラムパターンは、NP・AC 高位、CP・FC 低位の N 型を示していた。

図 5-3 に P-EG における各自我状態の平均値を示す。

CP : 48.2 ± 11.5 点、NP : 50.1 ± 9.7 点、A : 53.9 ± 10.0 点、FC : 47.6 ± 9.5 点、AC : 39.8 ± 8.0 点であった。エゴグラムパターンは、A を頂点とした山型を示していた。

(2) TEG II および P-EG の各自我状態の関連

表 5-1 に TEG II および P-EG の各自我状態の相関分析の結果を示す。

P-EG の NP は、TEG II の FC と弱い正の相関関係が認められた ($r = .24, p < .05$)。P-EG の A は、TEG II の AC と弱い負の相関関係が認められた ($r = -.28, p < .05$)。また、P-EG の FC は、TEG II の FC と弱い負の相関関係が認められた ($r = -.26, p < .05$)。

(3) TEG II および P-EG エゴグラムパターンの一致と不一致

TEG II および P-EG の CP と NP、FC と AC の不等式により分類し、その組み合わせによって、TEG II および P-EG のエゴグラムパターンを比較した。両者のエゴグラムパターンが一致した群と不一致の群の 2 群に分けた。

TEG II および P-EG エゴグラムパターンの一致群と不一致群の出現率は、75 名中、一致群 20 名 (27%)、不一致群 55 名 (73%) であった。

図 5-4 は、TEG II の一致群と不一致群の各自我状態の平均値の比較を示す。

一致群では、CP : 42.2 ± 25.8 点、NP : 59.3 ± 30.2 点、A : 46.7 ± 22.7 点、FC : 41.8 ± 28.3 点、AC : 29.2 ± 31.5 点であった。エゴグラムパターンは、NP を頂点とした山型を示していた。不一致群では、CP : 37.0 ± 28.2 点、NP : 48.2 ± 33.5 点、A : 43.5 ± 28.8 点、FC : 28.1 ± 26.6 点、AC : 44.8 ± 32.1 点であった。エゴグラムパターンは、NP・AC 高位、CP・FC 低位の N 型を示していた。一致群と不一致群の各自我状態の平均得点を比較すると、FC において、一致群の方が高い傾向が認められた ($t(73) = 1.93, p < .10$)。また、AC において、不一致群の方が高い傾向が認められた ($t(73) = -1.88, p < .10$)。

図 5-5 は、P-EG の一致群と不一致群の各自我状態の平均値の比較を示す。

一致群では、CP : 46.6 ± 12.0 点、NP : 51.0 ± 9.6 点、A : 56.2 ± 9.2 点、FC : 47.1 ± 10.6 点、AC : 38.5 ± 8.6 点であった。不一致群では、CP : 48.8 ± 10.8 点、NP : 49.6 ± 10.5 点、

A : 53.0±10.3 点、FC : 47.8±10.6 点、AC : 40.3±7.6 点であった。一致群と不一致群の各自我状態の平均値に有意な差が認められなかった。エゴグラムパターンは、一致群および不一致群ともに、A 高位の山型を示していた。

(4) 母親の基本的構えの 4 タイプと TEG II と P-EG の一致群と不一致群の比較

P-EG の各自我状態は、一致群および不一致群で差がみられず、いずれも A を頂点とした山型のエゴグラムパターンを示していた。そのため、行動化前の自我状態に差がみられないとみなし、基本的構えの 4 タイプと一致群と不一致群の関連を TEG II により検討した。

TEG II による基本的構えの 4 タイプの出現率は、75 名中、I タイプ 21 名 (28%)、II タイプ 27 名 (36%)、III タイプ 11 名 (13%)、IV タイプ 16 名 (21%) であった。

表 5-2 は、一致群 20 名と不一致群 55 名における、基本的構えの 4 タイプ (I、II、III、IV) の各人数比率を示す。

I タイプでは、一致群 11 名 (55%)、不一致群 9 名 (16%) であり、有意な差が認められた ($p=.00$, Fisher の直接確率計算)。II タイプでは、一致群 3 名 (15%)、不一致群 24 名 (44%) であり、有意な差が認められた ($p=.02$, Fisher の直接確率計算)。III タイプでは、一致群 4 名 (20%)、不一致群 7 名 (13%) であり、有意な差は認められなかった ($p=.33$, Fisher の直接確率計算)。IV タイプでは、一致群 2 名 (10%)、不一致群 14 名 (25%) であり、有意な差は認められなかった ($p=.13$, Fisher の直接確率計算)。

2. AN-制限型の患児のエゴグラム

(1) AN-制限型の患児のエゴグラムの各自我状態の平均値とエゴグラムパターン

図 5-6 に各自我状態の平均値とエゴグラムパターンを示す。

CP : 46.1±10.6 点、NP : 51.7±12.2 点、A : 50.1±10.3 点、FC : 44.6±11.4 点、AC : 51.1±11.0 点であった。エゴグラムパターンは、NP・AC 高位、CP・FC 低位の N 型を示しており、母親の TEG II のエゴグラムパターンと同じであった。

(2) AN-制限型の患児と母親の自我状態の関連

表 5-3 は、患児のエゴグラムと母親のエゴグラム (TEG II、P-EG) における各自我状態の相関分析の結果を示す。

患児の CP は、母親の P-EG の NP と弱い正の相関関係が認められた ($r=.26$, $p<.05$)。また、母親の TEG II の FC においても弱い正の相関関係が認められた ($r=.39$, $p<.01$)。AN 患児の NP は、母親の P-EG の NP と弱い正の相関関係が認められた ($r=.29$, $p<.01$)。

図 5-7 は、母親の TEG II と P-EG のエゴグラムパターンの一致群と不一致群における AN-制限型の患児の各自我状態を比較したグラフを示す。

一致群の患児の各自我状態平均値は、CP : 50.2±11.6 点、NP : 50.9±12.9 点、A : 53.6

±10.6 点、FC : 49.9±12.5 点、AC : 51.9±11.1 点であった。不一致群の AN 患児の各自我状態の平均値は、CP : 44.9±10.0 点、NP : 52.0±12.1 点、A : 49.0±10.1 点、FC : 42.9±10.7 点、AC : 50.9±11.1 点であった。一致群と不一致群の患児の各自我状態の平均得点を比較すると、CP において、一致群の患児の方が高い傾向が認められた ($t(57)=1.67$, $p<.10$)。また、FC において、一致群の患児の方が有意に高かった ($t(57)=2.07$, $p<.10$)。

第3節 考察

1. 母親の自我状態の特徴

TEGⅡのエゴグラムパターンは、NP・AC高位、CP・FC低位のN型を示していた。TEGⅡは、質問紙法であり、日常生活において母親自身が意識している行動や思考など、いわば観察可能な行動化後の自我状態を表している。母親のエゴグラムパターンより、養育的で保護的であり、周囲とのトラブルを避け、自己抑制的な行動パターンが推測された。

P-EGのエゴグラムパターンは、Aを頂点とした山型を示していた。P-EGは、行動化以前の出来事に対する感じ方、受け取り方、認知、対処の仕方を表している（中村，2007）。P-EGによる行動化以前の自我機能では、物事を客観的に理解し、判断するという特徴が示されていた。また、FCがACよりも高いことから、TEGⅡに見られた感情の抑圧傾向は示されていなかった。このことから、母親が環境に適応するために行動化以前の自我状態Aの働きで、体験している現実の状況を客観的に捉えることができる。また、行動化後の自我状態では、NPによる養育的で周囲とのトラブルを避ける行動パターンの特徴が確認できた。

P-EGとTEGⅡの各自我状態の関連をみると、P-EGのNPは、TEGのFCと弱い正の相関関係が認められたことから、出来事に対して養育的、共感的な認知が強いほど、実際の行動では、自己主張や喜怒哀楽を表す行動が増えることが捉えられた。また、P-EGのAは、TEGのACと弱い負の相関関係が認められたことから、出来事に対して現実的に受け取ることができるほど、自己抑制的な行動が少なくなるということが捉えられた。P-EGのFCは、TEGのFCと弱い負の相関関係が認められたことは、自己中心的あるいは直観的な認知が強いほど、現実場面での自己主張や喜怒哀楽を表す行動が少なくなるということが捉えられた。P-EGの特徴と合わせてみると、行動化以前の認知や受け止め方において、現実検討能力としてのAの機能が働いていると、行動化後の自己抑制的な行動を減少させることが推測できた。

投映法のP-EGと質問紙法のエゴグラムの結果の一致、不一致をみることで、行動化以前と行動化後の自我機能の一致、不一致を知ることができる。不一致の場合には、適応のための対処ではあるが、背景には心理的な葛藤や不安などの心理的混乱などの存在があると言われている（中村，2007；田副，2012）。本研究結果では、TEGⅡおよびP-EGエゴグラムパターン不一致が73%と多いことが示されており、多くの母親が心理的な葛藤や不安などの心理的混乱を抱えていることが推測された。しかし、本研究結果は、健常の子どもを持つ母親との比較をしていないため患児の母親の特徴と結論づけることはできない。

次に、行動化後の自我機能に違いがあるかについて、一致群と不一致群のTEGⅡの各自我状態の比較してみると、FCにおいて一致群の方が高い傾向が認められた。また、ACにおいて、不一致群の方が高い傾向が認められた。エゴグラムパターンは、一致群ではNP

を頂点とした山型を示し、不一致群では NP・AC が高位、CP・FC 低位 N 型を示していた。このことから、一致群は不一致群に比べ、感情や欲求を自由に表現でき自己肯定的であることが示唆された。一方、不一致群は、周囲に適応するために従順で、自己抑制的であり、自己否定的であると考えられた。P-EG における一致群と不一致群の各自我状態の比較では、一致群と不一致群の各自我状態の平均値に有意な差が認められなかった。エゴグラムパターンをみると、行動化以前の自我機能は一致群および不一致群ともに、A 高位の山型を示していた。

これらの結果から、行動化以前では、両群とも客観的に現実に即した認知が機能しているが、日常の場面では、一致群の母親は、養育的で共感的な行動パターンの特徴を有していることが確認できた。一方、不一致群の母親は、感情を抑制し周囲と協調しトラブルを回避する行動パターンの特徴を有していることが確認できた。そのため、不一致群の母親は、対人関係においてトラブルは起きないものの、自己否定的な自我機能の特徴から、自身の中で葛藤や不安などを抱えていることが推測された。

基本的構えでは、全体として、自己否定・他者肯定のⅡタイプが一番多く認められた。

一致群では、自己表現が可能であり他者への共感的な人間関係が持てるⅠタイプ（自己肯定・他者肯定）が多く認められた。不一致群では、自分に自信がなく自己抑制的で、他者との関係を良くしようとするⅡタイプ（自己否定・他者肯定型）が多く認められた。

袖長ら（2000）の AN-制限型の母親のエゴグラム研究では、NP 高位、CP・FC 低位の N 型を示していた。本研究においても AN-制限型の母親全体の TEGⅡのエゴグラムパターンが同様の結果になった。しかし、投映法である P-EG と質問紙法の TEGⅡの一致と不一致について検討したところ、不一致群のエゴグラムパターンは、袖長ら（2000）の結果と同様の N 型を示していたが、一致群では NP を頂点とした山型で適応的なエゴグラムパターンを示すという違いが確認できた。

2. AN-制限型の患児の自我状態の特徴

エゴグラムパターンでは、NP・AC 高位、CP・FC 低位の N 型を示しており、母親の TEGⅡと同じエゴグラムパターンを示していた。患児の行動パターンは、他者と共感性があり、周囲とのトラブルを避け、自己抑制的な特徴を示していた。井上ら（1988）は、摂食障害の性格として、自己表現の乏しさというマイナスな面をもっているにもかかわらず、周囲からは適応の良い子という評価を得ていることから、葛藤を生じやすい性格構造を有していると報告している。本研究の結果と照らし合わせてみると、自己表現の乏しさは FC の低さと一致し、適応の良い子は AC の高さとも一致していることが確認できた。

3. AN-制限型の患児と母親の自我状態の関連

患児の CP、FC と母親の P-EG の NP との間に弱い正の相関関係が認められたことから、

母親の出来事に対しての養育的で共感的な認知や捉え方が強いと、子どもの共感的な行動パターンや理想の追求、自他への厳しい行動パターンが強くなることを示していた。また、TEG II の FC が、患児の CP との間に弱い正の相関関係がみられたことから、母親の出来事に対しての自由な発想あるいは自己中心的な捉え方が強いと、子どもの理想の追求や自他への厳しい行動パターンが強くなることが示されていた。

次に、TEG II と P-EG のエゴグラムパターンが不一致である母親をもつ患児と、一致している母親をもつ患児の自我状態を比較すると、一致している母親をもつ患児は、理想の追求や自分や他者に厳しく、自由な自己表現ができることが示されていた。

母親のエゴグラムの結果より、感情の抑制傾向などにより、何らかの心理的不適応状態の存在が推測される母親と適応的な行動パターンを有している母親の存在が確認できた。本研究結果だけで関連づけることはできないが、心理的に不適応状態にある母親の養育態度が、摂食障害発症の準備因子や症状の持続因子となっている可能性もあり、今後より詳細な検討していく必要があると考えた。

第3節 小括

母親の性格特徴を TEGⅡ、P-EG の 2 つのエゴグラムにより検討した。

行動化以前では自我状態 A の働きで、体験している現実の状況を客観的に捉え、行動化後は、養育的で周囲とのトラブルを避ける行動パターンの特徴が確認できた。また、行動化以前の A により出来事に対して現実的に捉えることができるほど、行動化後の自己抑制的な行動が少なくなることが捉えられた。

行動化以前と行動化後の 2 つのエゴグラムパターンでは、一致している母親、不一致の母親ともに、行動化以前のエゴグラムパターンは A 優位であり、客観的に現実に即した認知が機能していることが確認できた。行動化後では、一致している母親は、養育的で他者に共感的な行動パターンの特徴が認められたが、不一致の母親は、感情を抑制し協調的でトラブルを回避する傾向が認められた。

基本的構えでは、一致群では、自己表現が可能であり他者への共感的な人間関係が持てる I タイプ（自己肯定・他者肯定）が多く認められた。不一致群では、自分に自信がなく自己抑制的で、他者との関係を良くしようとする II タイプ（自己否定・他者肯定型）が多く認められた。

以上のことから、行動以前の自我状態と行動後の自我状態が一致している母親は適応的な行動パターンを示していたが、不一致の母親は、自己否定的な自我機能が特徴で、何らかの葛藤や不安などを有していることが推測された。

AN-制限型の患児のエゴグラムでは、他者との共感性があり、周囲とのトラブルを避け、自己抑制的な行動パターンの特徴が示されていた。患児の他者への共感的な行動は、母親の共感的な認知や捉え方に関連していることが捉えられた。

2 つのエゴグラムパターンが不一致である母親をもつ患児と、一致している母親をもつ患児の自我状態を比較すると、一致している母親をもつ患児の方が、理想の追求や自分や他者に厳しい行動が強く、自由な自己表現ができることが示されていた。

母親のエゴグラムの結果より、適応的な行動パターンを有している母親と何らかの心理的不適応状態の存在が推測される母親の存在が確認できた。心理的不適応状態にある母親は、摂食障害発症の準備因子や症状の持続因子となっている可能性がある。また、治療過程においては、母親自身の支援がより必要になるため、今後より詳細な検討をしていきたい。

第 6 章

総 括

第 1 節 結果のまとめ

本節では、第 2 章から第 5 章に示した研究によって得られた結果をまとめる。

1. 小児摂食障害の臨床像と心理・社会的特徴

第 2 章では、小児摂食障害の AN-制限型の患児を対象に、カルテの記載内容と実施した心理検査をもとに、臨床像、心理・社会的特徴を検討した。

(1) 臨床像

発症年齢の平均は、 12.0 ± 1.7 歳で、発症年齢のピークは 12 歳であり、次いで 13 歳であった。発症年齢を 12 歳以下と 13 歳以上の年齢区分別にみた出現率では、12 歳以下の発症が 92 名 (59%) であった。身体面では、平均 BMI は 14.2 kg/m^2 であり、低い BMI 値を示していた。初診時における月経現象では、初経発来が認められた患児の約半数が初診時に無月経で、約半数は初経未発来で発症していた。初経発来の平均年齢は、11.8 歳で、日本人の平均年齢よりも早かった。A 病院小児科に紹介した機関は、医療機関が一番多かった。発症契機で、一番多かったのは、「容姿」、次いで「ストレス・体調不良」であった。体重減少に至った原因では、「ダイエット」が一番多く、次いで食欲不振であった。入院経験は 64% に認められ、入院経験のある者の平均入院期間は、平均 108.2 ± 69.3 日であり、入院日数にはばらつきがあった。治療過程における精神疾患などの併存は、30% に認められた。精神科の受診歴のある患児は、治療経過中における併存のうち境界性人格障害、強迫性障害において、精神科の受診歴のない患児に比べて多かった。治療経過中における症状の移行が認められた患児は 25% であった。

(2) 心理・社会的特徴

治療経過中に不登校が認められた者は、33 名 (37%) に認められた。治療経過中に問題行動が認められた患児では、自傷行為が一番多かった。同居している家族の負因が 34 名 (39%) に認められた。母親の負因は、18% に認められた。負因のある母親のうち 38% が摂食障害の既往があった。また、うつ病や統合失調症などの精神疾患の既往が、31% に認められた。13 歳以上の患児の心理検査では、中等度の抑うつが認められ、特性不安、状態不安がともに高かった。

(3) 発症年齢、BMI への影響要因

発症年齢、BMI をそれぞれ目的変数とし、説明変数を発症の契機 (容姿、ストレス・体調不良、部活・運動、いじめ・からかい、環境の変化、対人関係、他者からの影響、死別・家族の病気)、体重減少に至った原因 (ダイエット、食欲不振、その他)、精神疾患

などの併存（強迫性障害、不安障害、発達障害）、初経発来、母親の負因、家族の負因としたステップワイズ法による重回帰分析を行った。発症年齢に対して、「初経発来」で有意な正の標準回帰係数（ $\beta=.43, p<.001$ ）が認められた。BMIに対して、「初経発来」で有意な正の標準回帰係数（ $\beta=.55, p<.001$ ）が認められた。また、「母親負因」で有意な正の標準回帰係数（ $\beta=.27, p<.01$ ）が認められた。

2. 初経発来の有無による臨床像と心理・社会的特徴

第3章では、小児摂食障害のAN-制限型の患児を対象に、発症時の初経発来の有無により、初経発来群と初経未発来群に分け、カルテの記載内容と実施した心理検査をもとに、臨床像、心理・社会的特徴について比較検討を行った。

（1）臨床像

発症年齢および初診時年齢ともに、初経発来群の方が高かった。初経未発来群では、12歳以下で発症している者が多かった。平均身長、平均体重、平均BMI値すべてにおいて初経発来群の方が上回っていた。平均入院日数では、初経未発来群の方が多い傾向が認められた。発症の契機および体重減少に至った原因では、両群間で差は認められなかった。

（2）心理・社会的特徴

精神科の受診歴、治療経過中の不登校、問題行動、併存症、家族の負因、母親の負因についても両群間で差は認められなかった。症状の移行では、初経発来の患児の出現率の方が高かった。心理検査の結果では、12歳以下の患児では、初経発来の有無に関係なく、抑うつや不安の存在は認められなかった。13歳以上の患児では、初経発来の有無に関係なく、抑うつと特性不安が高かった。

3. 症状移行の有無による臨床像と心理・社会的特徴

第4章では、小児摂食障害のAN-制限型の患児を対象に、治療経過中に過食—自己誘発性嘔吐や過食などの症状移行の有無を症状移行あり群、症状移行なし群に分け、カルテの記載内容と実施した心理検査をもとに、臨床像、心理・社会的特徴について比較検討を行った。

（1）臨床像

発症年齢、初診時年齢の平均では、症状移行の有無による差は認められなかった。また、12歳以下と13歳以上の発症年齢区分でも症状移行の有無の出現率に差は認められなかった。症状移行あり群は、平均身長および平均体重では、平均BMIにおいて、症状移行なし群に比べ上回っていた。発症契機の「容姿」では、症状移行あり群の出現率の方が高い傾向が認められた。体重減少に至った原因では、「ダイエット」で症状移行あり群の出現率

が高く、「食欲不振」で、症状移行なし群の出現率が高かった。平均入院日数では、症状移行あり群の方が高い傾向が認められた。精神科の受診歴の出現率では、症状移行あり群の方が、高い傾向が認められた。また、精神疾患などの併存では、症状移行あり群の方が、出現率が高かった。初経未発来では症状移行あり群の方が、出現率が高かった。

(2) 心理・社会的特徴

治療経過中における不登校、問題行動の出現率では、症状移行あり群の方が高かった。また、問題行動のなかでも「自傷行為」の出現率が高かった。家族の負因では、両群に差は認められなかったが、母親負因の出現率では、症状移行あり群の方が、高い傾向が認められた。心理検査の結果では、13歳以上の患児では、両群とも高い抑うつと特性不安を示していた。

(3) 移行への影響要因

χ^2 検定において有意であった7項目（契機の「容姿」、自傷行為、不登校、初経発来、体重減少に至った原因「ダイエット」、精神科受診歴）と移行との関連を多重ロジスティック分析で検討した結果、移行に与えている要因として、「容姿」のオッズ比が4.24、自傷行為のオッズ比が7.73、不登校のオッズ比が4.31であった。

4. 小児摂食障害と母親の心理的特徴—エゴグラムによる検討—

第5章では、小児摂食障害のAN-制限型患児のエゴグラムおよび母親のTEGおよびP-EGの結果から心理的特徴を検討した。

(1) 小児摂食障害の母親の心理的特徴

母親のTEGⅡにおける各自我状態の平均値によるエゴグラムパターンは、NP高位、CP・FC低位のN型を示していた。P-EGにおける各自我状態の平均値によるエゴグラムパターンは、Aを頂点とした山型を示していた。

P-EGとTEGⅡの各自我状態の相関分析では、P-EGのNPとTEGのFC、P-EGのFCは、TEGのFCで、弱い正の相関関係が認められた。また、P-EGのAとTEGのACで、弱い負の相関関係が認められた。

TEGⅡおよびP-EGエゴグラムパターンの一致と不一致の検討では、一致群27%、不一致群73%で、不一致群の出現率が高かった。一致群と不一致群の各エゴグラムの自我状態の平均値を比較すると、TEGⅡでは、FCが一致群の方が高い傾向が認められた。また、ACが不一致群に高い傾向が認められた。P-EGでは、一致群と不一致群の各自我状態の平均値に差は認められず、両群ともA優位の山型を示していた。

TEGⅡの結果を基本的構えの4タイプに分類した結果では、Ⅰタイプ28%、Ⅱタイプ36%、Ⅲタイプ13%、Ⅳタイプ21%であった。タイプ別に一致群および不一致群の出現率の比較をすると、Ⅰタイプでは、一致群が不一致群よりも高かった。Ⅱタイプでは、不一致群の方が高かった。Ⅲタイプ、Ⅳタイプでは両群間に差は認められなかった。

(2) 小児摂食障害の心理的特徴

エゴグラムパターンは、NP・AC高位、CP・FC低位のN型を示しており、母親のTEGⅡのエゴグラムパターンと同じであった。患児のCP、FCと母親のP-EGのNPとの間に弱い正の相関関係が認められた。また、また、TEGⅡのFCが、患児のCPとの間に弱い正の相関関係がみられた。

TEGⅡとP-EGのエゴグラムパターンが不一致である母親をもつ患児と、一致している母親をもつ患児の自我状態を比較すると、CPにおいて、不一致である患児の方が高い傾向が認められた。また、FCにおいて、一致している母親をもつ患児の方が有意に高かった。

第 2 節 総合考察

1. 小児摂食障害の臨床像と心理・社会的特徴

発症年齢は、小学校 6 年生、中学校 1 年生の時期であった。受診年齢 12 歳以下では、発症年齢と初診時年齢の差のばらつきがみられ、専門機関への受診までに時間差があることが考えられた。その要因の 1 つとして、本研究対象となった患児が受診している大学病院の性質上、他機関などを受診し AN と診断されたことで、摂食障治療の専門機関である当科へ依頼、その後受診となっているためとも考えられた。

月経現象では、初経未発来の状態での発症や、AN による体重減少や低栄養状態による無月経の患児が多いことが示されていた。そのような状態における身体への影響は、第二次性徴前の患児には、思春期遅発症を生じ、第二次性徴後であれば思春期の進行は止まり、成長のスパートが遅れ、成長や成熟に影響を与えることが示唆された。また、初経年齢の早期化が発症の危険因子となっていることが示唆された。

発症の契機では、体型が肥っていると感じたり、他者から体型について指摘されたことなどがきっかけとなり、発症する者が多いことが確認できた。第二次性徴に関連し、体型の変化とやせていることが、容姿や身体の美しさや健康度を示しているというような社会的な環境因子との相互作用が関連していることが推測された。

体重減少に至った原因について、切池（2009）は、小児摂食障害は、身体症状をもって発症する例が多いとしており、本研究においても、ダイエットのような意図的な体重減少だけでなく、吐き気などの体調不良により食欲不振に至り発症すること分かり、小児摂食障害の特徴として確認することができた。

入院では、患児の半数以上に経験があり、小児期では低栄養が身体に重篤な影響を与えることから、入院による治療が必要となることが考えられた。

精神科の受診歴のある患児では、境界性人格障害、強迫性障害の併存が精神科の受診歴のない患児に比べ多かった。併存症が少ないと短期で摂食障害が寛解する（高橋他，2013）という報告もあり、初診時の面接で精神科の受診歴の確認は、治療経過中の併存症の発現をある程度予測ができるのではないかと考えられた。

本調査における AN 発症前の精神科の受診歴と併存障害についての検討の限界として、精神科受診の際の患児の臨床的特徴などの詳細な内容に記載がカルテによってばらつきがあること、精神科受診歴と併存の関連については、今後の課題としたい。

精神科を受診した患児の特徴を文献により比較したところ、本研究結果の方が、発症年齢、身長・体重・BMI が低いことが確認できた。また、初診時の初経未発来、併存障害、症状の移行の出現率も低かった。標榜されている科によって受診患児に違いがあることが確認できた。

患児らの生育環境において同居している家族や母親の負因という問題が存在しており、発症と関係していることが示唆された。家族関係や精神障害の家族歴も転帰に関与しているという報告（高橋他，2013）もあり、家族心理教育や家族療法などの家族への介入が治療には必要であることが示唆された。また、負因を持った母親が AN を発症した患児を抱えることで、母親の精神的なストレス状態が増加し、養育態度にも影響を与え、悪循環となっていることが推測でき、母親への支援も治療過程では重要であることが示唆された。

13 歳以上の患児の心理検査では、中等度の抑うつが認められ、特性不安、状態不安がともに高いことが示されていた。これらのことから、元来不安になりやすい性格特性がある患児が、家庭を中心とした環境における心理・社会的ストレスと第二次性徴期に伴う身体的変化と思春期の発達課題をめぐる不安や葛藤というような心理的に危機的な状況に置かれるというような心理・社会的要因が相互に関係し、AN の発症に至っていることが示唆された。

発症年齢との影響要因を検討したところ、初経発来と発達障害が発症年齢に影響を与えていることが示された。このことから、初経が発来していると発症年齢が高く、発達障害の併存があると発症年齢が低いことが示唆された。また、初診時の BMI を重症度の指標とし、その影響要因を検討したところ、初経発来と母親負因が BMI の影響を与えていることが示された。初経が発来していると BMI は高く、母親の負因があると BMI が高いことが示唆された。

2. 初経発来の有無による臨床像と心理・社会的特徴

初経未発来の患児の身長、体重、BMI 値が低かったことは、発症前より低い傾向があったのか発症による減少なのかは、本研究では明らかではなく、成長曲線の確認や発症後の体重の減少率などを調べる必要がある。また、初経未発来の患児において、平均入院日数が多い傾向が認められることは、初経発来の患者に比べ、身体の治療が必要であることや何等かの要因で入院治療に時間を要することが考えられた。心理検査の結果では、12 歳以下の患児では、初経発来の有無に関係なく、抑うつや不安の存在は認められなかったが、13 歳以上患児では、初経発来の有無に関係なく、抑うつと不安になりやすい性格特性が認められた。

本研究では、初経発来の有無と心理的側面の関連は認められなかった。しかし、身体面では初経未発来の患児は、初経発来の患児に比べ、身長、体重、BMI 値が低いことが示され、

身体面での違いが確認できた。綾部ら（2013）は、初経発来前に発症する前思春期の摂食障害は、体重回復後も身長の伸びが悪くなり、最終的には低身長になるという身体的後遺症を生じる可能性を指摘しており、初経未発来の患児には、身体面での対応がより重要であるといえる。

3. 症状移行の有無による臨床像と心理・社会的特徴

発症年齢、初診時年齢および発症年齢区分で、症状移行の有無における差は認められず、症状の移行は、年齢に関係なく存在していることが示唆された。

症状移行がある患児は症状移行がない患児に比べ、身長、体重、BMI値が上回り、初経発来の上昇率や発症の契機「容姿」の上昇率が高かった。症状移行がある患児は、初経発来により体重や体脂肪の増加が、体型など容姿に対する関心が高く、自身の容姿に対して、否定的な気持ちを持っている可能性が考えられた。さらに、そのような状態が発症の契機となり、ANを発症していることが推測された。

体重減少に至った原因として、ダイエット行為が症状移行のある患児に多かった。症状移行がある患児は、症状移行のない患児よりも痩身願望が強く、このことがダイエット行為につながっていると考えられた。

入院日数において、症状移行がある患児の方が長い傾向が認められた。このことは、身体面の治療だけでなく、過食や自己誘発性嘔吐などの排出行為による心理的な状況が入院日数と関連していると考えられた。しかし、本研究では、入院時期と症状が移行した時期との関連が明らかではないため、今後詳細な調査が必要である。

症状移行がある患児は、治療経過中における問題行動の上昇率が高く、その詳細を調べると自傷行為の上昇率が高かった。患児らの問題行動の背景には、食べたい気持ちを抑圧していた反動により過食となり、肥満恐怖や自己誘発性嘔吐という行為からもたらされる不安、焦燥感、空虚感や罪悪感というような心理的ストレスを自傷行為という回避行動により解消しようとしていると考えることができる。そのような自傷行為の背景には、抑うつ状態が存在しているともいわれており（傳田，2008）、症状移行が認められた患児に対し、自殺などの予防を念頭に置いた対応が必要と思われた。

症状移行がある患児に、治療経過中における不登校の上昇率が高かったことは、排出行為がもたらす自己嫌悪などの心理状態（傳田，2008）や自傷行為などの問題行動の存在が、不登校状態に陥る要因となっていると考えられた。

症状移行がある患児には、摂食障害の既往や精神疾患に罹患している母親が多い傾向が認められた。Hodes, et al. (1994) は、摂食障害の母親がその子どもに対する間違っただけへの認知や、侵入的な育児について報告している。また、世代間伝達(Stein et al., 1994) や妊娠・出産・育児の時に母親が精神的に不安定になりやすいという指摘（渡辺，2005c）もあり、母親の摂食障害の既往や精神疾患の罹患が、患児らの生育環境における心身の発達に何らかの影響を与え、発症にも関与している可能性が示唆された。

症状移行に与えている危険因子として、「容姿」、「自傷行為」「不登校」が抽出された。これまでの研究結果をふまえて考えると、発達加速現象のような身体的な早熟化と痩身願望によるダイエットが、症状移行に関連していることが予測された。このような臨床像は、小児摂食障害の特徴ではなく、成人の摂食障害の臨床像に近いものであると考えら

れた。しかし、本研究では痩身願望や肥満恐怖の程度などの詳細なデータがないため、慎重に考察したい。自傷行為は、過食やむちゃ食い、過食—自己誘発性嘔吐と同じように自己破壊的行動として捉える（鈴木，2009）こともでき、境界性パーソナリティ障害の心性の存在が示唆される。つまり、症状移行のある患児には、併存障害の存在も考えられたが、症状移行の有無による検討では併存障害との関連が得られなかったため、今後さらなる検討が必要である。このような臨床像は、小児摂食障害の特徴ではなく、成人の摂食障害の臨床像に近いものであると考えられた。しかし、本研究では痩身願望や肥満恐怖の程度などの詳細なデータがないため、慎重に考察したい。

心理検査の結果では、13歳以上の患児では、症状移行の有無にかかわらず、高い抑うつと不安特性を示していた。

4. 小児摂食障害の母親の心理的特徴

P-EGによる行動化以前の自我機能から、理論的で客観的な自己認識を持っていることがとらえられた。TEGⅡによる行動化後の行動パターンは、養育的ではあるが、周囲とのトラブルを避け、自己抑制的に行動していることがうかがわれた。

質問紙のエゴグラムTEGと投映法であるP-EGの結果が不一致であると、環境へ適応するための方法としての行動と捉えることができる（中村，2007）。しかし、環境で何らかの不適応を起こしている場合には、その不一致の背景には、葛藤や不安などの心理的混乱などの存在があると考えられている（中村，2007；田副，2012）。本研究の結果では、2つのエゴグラムが不一致の母親の方が多く認められ、多くのAN患児の母親に葛藤や不安などの心理的混乱などの存在している可能性が示唆された。しかし、母親に関する心理・社会的な詳しい情報がないため、今後詳細な調査が必要である。

行動化以前と行動化後の2つのエゴグラムパターンでは、一致している母親、不一致の母親ともに、行動化以前のエゴグラムパターンは同じであり、客観的に現実に即した認知が機能していることが確認できた。しかし、行動化後では、一致している母親は、養育的で他者に共感的な行動パターンの特徴が認められたが、不一致の母親は、感情を抑制し協調的でトラブルを回避する傾向が認められた。不一致の母親は、対人関係において、トラブルは起きないものの、自己否定的な自我機能が特徴で、何らかの葛藤や不安などを有していることが推測された。

基本的構えの4タイプでの検討では、行動化以前の自我機能と行動化後の自我機能が一致している母親は、共感的な対人交流が可能であり、感情や欲求を適切に表現できるIタイプが多く認められた。一方、行動化以前の自我機能と行動化後の自我機能が不一致の母親は、自己抑制的であるため、ストレスを蓄積しやすいIIタイプが多く認められた。

基本的構えは、親の養育態度や親からのメッセージ、親子のコミュニケーションを通して、その個人に培われるため、母親自身の養育環境が本研究結果に関係していると思われるが、母親自身の情報がないため、今後の課題としたい。

AN-制限型の患児のエゴグラムでは、他者との共感性があり、周囲とのトラブルを避け、自己抑制的な行動パターンの特徴が示されていた。他者との共感性は、母親の行動化以前の認知や捉え方に関連していることが捉えられた。

2つのエゴグラムパターンが不一致である母親をもつ患児と、一致している母親をもつ患児の自我状態を比較すると、一致している母親をもつ患児は、理想の追求や自分や他者に厳しい行動が強く、自由な自己表現ができることが示されていた。不一致である母親が、摂食障害発症の準備因子や症状の持続因子となっている可能性もあり、今後より詳細な検討していく必要があると考えた。

本研究全体を通じて、以下のことが確認できた。

小児摂食障害の臨床像の特徴として、前思春期での発症例が多いことが確認できた。これまでの研究で言われているように、前思春期発症例に関しては、身体面の管理がより必要であることが示唆された。発症年齢が13歳以上の患児は、抑うつや特性不安が高いことが確認でき、治療においては留意することが必要であることが確認できた。過食や自己誘発性嘔吐などへの症状移行には発症年齢に関係なく、初経発来による体重体脂肪の増加などにより、やせ願望や肥満恐怖を有すことで、発症することが確認できた。また治療経過中における、不登校や自傷行為などが、症状移行の危険因子となっていることも確認できたため、臨床現場での注意が必要であることが示唆された。心理的に何らかの葛藤や不安を有し、自己否定的な母親を持つ患児は、自己抑制的な行動パターンを有していることが確認できた。交流分析理論を背景とした基本的構えは、親の養育態度や親からのメッセージ、親子のコミュニケーションを通して、その個人に培われることから、母親への摂食障害の病気・生活支援や心理教育だけでなく、母親自身への情緒的支援を行うことで、患児の行動パターンの変容あるいは治療的介入に有益であることが考えられた。

第3節 研究の限界

1. 本研究では、過去の診療記録から、必要な情報を取り出すという、後方視的研究であった。そのため、研究に必要な項目が必ずしも記載されているわけではなく、十分なデータ数を得ることができなかつた。今後、因果関係を求めるための解析が可能となるデータ数を蓄積していく必要がある。
2. 本研究の目的は、ANの特徴を明らかにすることであったが、ANのみを対象にしたため、第2章の結果は、必ずしもANの特徴とは言えない。健常群あるいはANと同様に心理・社会的要因が発症に関与している他疾患との比較を行うことが必要である。また、摂食障害のANとBNについて、比較検討をすることで病態の違いによる、心理・社会的特徴が明かになると考えられた。
3. 心理的側面における検討では後方視的調査であった。そのため、患児およびその母親の心理的特徴を多角的にとらえることができなかった。今後は、本研究で得られた結果をもとに仮説を立て、テストバッテリーを組み前方視的調査をしていくことが必要である。

第4節 今後の課題

1. 小児摂食障害の体重減少に至る原因として、発症年齢に関係なくダイエット行動が多く認められ、症状移行の危険因子として確認できた。今後は、小児期の瘦身願望に関連する要因を健常群と比較検討し、小児摂食障害の特徴を明らかにしていきたい。

今後、研究結果をふまえて、1次予防につながる効果的な心理教育を提案していきたい。

2. 本研究では、症状移行の患児に母親の負因を有しているものが多く認められた。また、母親のエゴグラムによる特徴では、行動化以前の認知では同じ自我機能を有しているにもかかわらず、行動化後の自我機能では、適応タイプと不適応タイプの違いがみられた。今後、その違いの要因についてさらに検討を重ねていきたい。また、交流分析の理論を背景とした基本的構えによる検討を行った。基本的構えは、親の養育態度や親からのメッセージ、親子のコミュニケーションを通して、その個人に培われるため、母親のエゴグラムと患児のエゴグラムを対比して、その関連と特徴を明らかにしていきたい。

以上のことから、母親に焦点をあてた研究を継続し、負因をもつ母親が小児摂食障害に与える要因について明らかにし、母親への効果的な心理教育や支援の方法を検証し、提案したい。

引用文献

引用文献

- 赤坂徹・根津進（1985）エゴグラムの小児科領域における標準化とその応用（生涯各期における心身症の諸問題：小児期），*心身医学*，25(1)，36-44.
- American Psychiatric Association(1980)*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3th ed.*, Washington D.C., American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association(1994)*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.*, Washington D.C., American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association(2000a)*Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*, Washington D.C., and London England, American Psychiatric Association. 高橋三郎・大野裕・染谷俊幸訳（2004）『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断基準の手引き』，医学書院，213-215.
- American Psychiatric Association(2000b)Practice guideline for treatment of patients with eating disorders(revision), *American Journal Psychiatry*, 157, Supplement, 1-39.
- American Psychiatric Association(2013)*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.*, Washington D.C., American Psychiatric Association.
- 朝田薫・森隆夫・木村真人・遠藤俊吉（2000）摂食障害患者における定量脳波分析，*心身医学*，41(5)，352-351.
- 綾部敦子・大谷良子・綾部匡之・作田亮一（2013）小児摂食障害の初診時における身長・体重，*小児科臨床*，66，2045-2048.
- 馬場安希・菅原健介（2000）女子青年における瘦身願望についての研究，*教育心理学研究*，48(3)，267-274.
- Beck,A.T., Steer,R.A., Ball,R. & Ranier,W.(1996)Comparison of beck depression inventories -IA and -II in psychiatric outpatients, *Journal of Personality*

- Assessment*, 67(3), 588-597.
- Beumont,P.J.V. & Touyzg,S.W.(2003)What kind of illness is anorexia nervosa?,
European Child and Adolescent Psychieatory, 12, Supplement1, 20-24.
- Birleson,P.(1981)The validity of depression disorder in childhood and development
of a self-rating scale: A research report, *Journal of Child Psychology and
Psychiatry*, 22(1), 73-88.
- Bruch,H.(1975)Obesity and anorexia nervosa: Psychosocial aspects, *Australian and
New Zealand Journal of Psychiatry*, 9, 159-161.
- Bruch,H.(1978)*The Golden Cage - The Enigma of Anorexia Nervosa*, Cambridge,
Harvard University Press. 岡部祥平・溝口純二訳 (1996) 『思春期やせ症—ゴール
デンゲージ』, 星和書店.
- Bryant-Waugh,R.(2000)Overview of the eating disorders, Lask,B., Bryant-Waugh,R.
(Eds), *Anorexia Nervosa and Related Eating disorder in Childhood and
Adolescence*, Hove, Psychology Press, 27-40.
- Castaneda,A., McCandless,B.R. & Palermo,D.S.(1956) The children's form of the
manifest anxiety scale, *Child Development*, 27(3), 285-290.
- 地寄和子 (2012) 初診時の診断, 日本摂食障害学会監, 摂食障害治療ガイドライン作成
委員会編 『摂食障害治療ガイドライン』, 医学書院, 26-39.
- Cooper,P., Watkins,B., Bryant-Waugh,R. & Lask,B.(2002)The nosological status of
early onset anorexia nervosa, *Psychological Medicine*, 32, 873-880.
- Cooper,Z. & Fairburn,C.G.(2003)Refining the definition of BED and non-purging
bulimia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 34, 89-95.
- 傳田健三 (2005) 小児の摂食障害, 石川俊夫・鈴木健二・鈴木裕也・中井 義勝・西園文
編 『摂食障害の診断と治療—ガイドライン 2005』, マイライフ社, 30-36.
- 傳田健三 (2007) 小児の治療, 切池信夫編 『摂食障害』, 最新医学社, 163-170.

傳田健三(2008)『子どもの摂食障害—拒食と過食の心理と治療』, 新興医学出版, 41-75.

傳田健三・角南智子・井上誠士郎・佐々木幸哉・朝倉聡・北川信・小山司(2002)若年発症の摂食障害に関する臨床研究, 児童青年精神医学とその近接領域, 43(1), 30-56.

Fairburn,C.G. & Harrison,P.J.(2003)Eating disorders, *The Lancet*, 61, 407-416.

Fairburn,C.G. & Wash,B.T.(2002)Atypical eating disorders(Eating disorder not otherwise specified), Fairburn,C.G. & Browell,K.D.(Ed.), *Eating disorders and obesity, A comprehensive handbook*, New York, The Guilford press, 71-177.

Fairburn,C.G., Wash,S.L., Doll,H.A., Davies,B.A., & O'Corinor,M.E.(1997)Risk factor for bulimia nervosa: A community-based case-control study, *Archives of General Psychiatry*, 4, 509-517.

Fisher,M., Golde,N.H., KatzmanD.K., Kreipe,R.E., Rees,J., Schebendach,J., Sigman,G., Ammerman,S. & Hoberman,H.M.(1995)Eating disorders in adolescents: A background paper, *Journal of Adolescent Health*, 16, 420-437.

Fosson,A., Knibbs,J., Bryant-Waught,R. & Lask,B.(1987)Early onset anorexia nervosa, *Archives of Disease in Childhood*, 2, 14-118.

Garfunkel,P.E., Lin,E., Goering,P., Spegg,C., Goldbloom,D.S., Kennedy,S., Kaplan,A.S. & Woodside,D.B.(1996)Bulimia nervosa in a Canadian community sample prevalence and comparison of subgroups, *American Journal of Psychiatry*, 52, 1052-1058.

Gillberg,C. & Rastam,M.(1992)Do some case of anorexia nervosa reflect underlying autistic-like conditions?, *Behavior Neurology*, 5, 27-32.

Godart,N.T., Flament,M.F. & Curt, F.(2003)Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: A DSM-IV controlled study, *Psychiatry Research*, 117, 245-258.

Goncalves,J., A.Moreira,E.A., Trindade,E.B. & Fiates,G.M.(2013)Eating disorders in

- childhood and adolescence, *Revista Paulista de Pediatria*, 31, 96-103.
- Gull,W.W.(1874)Anorexia nervosa(apepsia hysterica, anorexia nervosa),
Transactions of Clinical Society of London, 7, 22-28.
- Halmi,K.A.(2008)Anorexia nervosa: An increasing problem in children and
adolescents, *Dialogues in clinical neuroscience*, 11, 100-103.
- 羽仁真奈美・土屋洋子・中野博子（1999）摂食障害治療における母親援助の効用，心身
医学，39（supplementII） ， 45.
- 波多野美佳（1989） Parental Bonding Instrument と家族関係調査票を用いた摂食障害
患者の家族関係についての検討，心身医学，39(7), 512-522.
- 服部安紗・永野洋子・木下賢子・地寄和子・津村裕子・生野照子（2000）摂食障害家族
の現状と不安，心身医学，40(1), 81.
- Hawley,R.M.(1985)The outcome of anorexia nervosa in younger subjects, *British
Journal of Psychiatry*, 146, 657-660.
- 肥田野直・福原真知子・岩脇三良・曾我祥子（2008）『Speilberger DC 新版 STAI マニ
ユアル State-TraitAnxiety Inventory-Form JYZ』，実務教育出版.
- Hodes,M., Timimi,S. & Robinson,P.(1997)Children of mothers with eating disorders:
A preliminary study, *European Eating Disorders Review*, 5, 11-24.
- Hudson,J.I., Hiripi,E., Pope,H.G.Jr. & Kessler,R.C.(2007)The prevalence and
correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication,
Biological Psychiatry, 61, 348-358.
- Hudson,J.I. & Van Hoeken,D.(2003)Review of the prevalence and incidence of eating
disorders, *The International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Hus,L.K.(1996)Epidemiology of the eating disorders, *The Psychiatric Clinics North
America*, 19, 681-700.

生野照子（2002）摂食障害と包括的支援，保健の科学，44(8)，615-619.

井上カノ子・浅川寿・六軒美奈子・大谷幹代（2002）摂食障害患者をもつ母親への援助-母への心理的アプローチ，日本精神科看護学会雑誌，45(1)，40-43.

井上洋一・山本晃・廣常秀人・横井公一・館直彦・片岡純子（1988）Anorexia nervosaの性格特徴について，精神神経学雑誌，90(10)，818-819.

Key,W.H.(1996)Neuropeptide abnormalities in anorexia nervosa, *Psychiatric Research*, 62, 65-74.

木村記子・岡田俊（2010）児童期における摂食障害，精神医学，52(5)，467-475.

切池信夫（2004）摂食障害の現在，臨床精神医学，33(4)，397-404.

切池信夫（2008）摂食障害の生物学的側面，加藤敏・神庭重信編『精神医学対話』，弘文堂，722-759.

切池信夫（2009）『摂食障害』，医学書院.

切池信夫・金子浩二・池永佳司・永田利彦・山上栄（1998）若年発症の摂食障害患者の検討，精神医学，40(3)，389-394.

切池信夫・松永寿人（1997）摂食障害とパーソナリティ障害，精神治療診断学，12，785-794.

小林正子（1998）子どもの肥満とやせに関する近年の動向とその背景，公衆衛生研究，47(3)，237-246.

Kojima,M., Furukawa,T., Takahashi,H., Kawai,M., Nagaya,T. & Tokudome,S.(2002) Cross-cultural validation of the Beck depression inventory-II, *Japan Psychiatry Research*, 11(3), 291-299.

兒島真哉・成尾鉄朗（2004）摂食障害の神経画像的研究，脳 21，4，73-77.

小牧元（2012）発症要因，摂食害治療ガイドライン作成委員会編『摂食害治療ガイドライン』，医学書院，47-53.

小牧元・安藤哲也（2004）摂食障害の遺伝的研究，*脳* 21，4，59-66.

交流分析学会編（2017）『交流分析基礎的テキスト』，金子書房，57-60.

栗生修司（1999）摂食障害の基礎，*心身医学*，39，99-109.

Krug,I., Treasure,J., Anderluh,M., Bellodi,L., Cellini,F., Collier,D., diBernardo,M., Granero,R., Karwautz,A., Nacmias,B., Penelo,E., Ricca,V., Sorbi,S., Tchanturia,K., Wagner,G. & Fernández-Aranda,F.(2009)Associations of individual and family eating parents during childhood and adolescence, *British Journal of Nutrition*, 101, 909-918.

Krug,I., Villarejo,C., Jiménez-Murcia,S., PerpiñánN.C., Vilarrasa,N., Granero,R., Cebolla,R.A., Botella,C., Montserrat-Gilde, Bernabe,M., Penelo,E., Casella,S., Islam,M. A., Orekhova,E., Casanueva,F.F., Karwautz,A., Menchón,J.M., Treasure,J. & Fernández-Aranda,F.(2012)Eating-related environmental factors in underweight eating disorders and obesity: Are there common vulnerabilities during childhood and early adolescence?, *European Eating Disorders Review*, 21, 202-208.

Lask,B. & Bryant-Waugh,R.(1992)Early-onset anorexia nervosa, *Journal of Clinical Psychology*, 55, 727-739.

Lask,B. & Bryant-Waugh,R.(2013)Overview of eating disorders in childhood and adolescence, *Eating Disorders in Childhood and Adolescence,4th ed.*, London Routledge, 33-49.

Lucka,I.(2006)Anxiety disorders in children suffering from anorexia nervosa, *Psychiatry Polish* , 40, 83-97.

Luca,A.R., Breard,C.M., O’Fallon,W.M. & Kurland,L.T.(1991)50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: A population-based study, *The*

American Journal of Psychiatry, 148, 917-922.

丸光恵・兼松百合子・中村美保・工藤美子・武田淳子（1997）慢性疾患患児をもつ母親の育児ストレスの特徴と関連要因—健康児の母親との比較から—, 千葉大学看護学部紀要, 19, 45-51.

松本俊彦（2010）DSM-5 ドラフトにおける摂食障害, 精神治療学, 25(8), 1071-1075.

Measelle, T.J., Stice, E., & Hogansen, J.M. (2006) Developmental trajectories of co-occurring depressive, eating, antisocial, and substance abuse problem in adolescent girls, *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 524-538.

目崎登（1987）初経発来時の身体発育状態. 思春期学, 5, 15-20.

三野節子・金光義弘（2009）大学生の対人関係の基本的構えと精神的健康との関係—交流分析におけるエゴグラムの類型化を通して—, 川崎医療福祉学会誌, 18(2), 481-484.

Minuchin, S., Rosenman, B. & Baker, L. (1978) *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*, Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass. 福田俊一訳（1987）『思春期やせ症の家族—心身症の家族療法』, 星和書店.

宮本信也（2009）小児の摂食障害—小児科における診療実態：神経性食欲不振症を中心に—, 心身医学, 49(12), 1263-1269.

文部科学省（2012）学校保健統計調査・平成22年度結果の概要, <http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/kekka/k_detail/1303380.htm>,（最終閲覧日2017年9月12日）.

Nadaoka, T., Oiji, O., Takahashi, S., Morioka, Y., Kashiwakura, M. & Totsuka, S. (1996) An epidemiological study of eating disorders in northern area of Japan, *Acta Psychiatrica Research*, 93, 305-310.

永田利彦・切池信夫（2008）摂食障害とサイトカイン, ホルモンと臨床, 54(4), 63-70.

永田利彦・田中秀樹・切池信夫・松永寿人・河原田洋次郎・山上栄（1998）摂食障害患者における完全主義傾向について，心身医学，38(suplementII)，118.

中井義勝（2007）摂食障害の疫学，切池信夫編『新しい診断と治療のABC 摂食障害』，最新医学社，17-23.

中井義勝（2009）予防対策-1，末松弘行・渡邊直樹編『チーム医療としての摂食障害診療-新たな連携を求めて』，診断と治療社，35-38.

中井義勝（2010）小児摂食障害の定義と臨床的特徴について，精神医学，52(7)，671-677.

中井義勝・藤田利治・久保木富房・添新一・久保千春・吉政康直・稲葉裕・末松弘行・中尾一和（2001）摂食障害の臨床像について全国調査，精神医学，43(12)，1373-1378.

中井義勝・久保木富房・野添新一・藤田利治・久保千春・吉政康直・稲葉裕・中尾一和（2002）摂食障害の臨床像についての全国調査，心身医学，42(11)，729-737.

中村一彦・白澤専二（2006）ゲノムワイド解析による摂食障害遺伝子の探索と今後の課題，心身医学，47(4)，259-264.

中村延江・松岡洋一（2006）P-EG Projective EGOGRAM プロジェクティブ・エゴグラム使用手引，千葉テストセンター.

中村伸一（2005）摂食障害の家族療法の適用と効果，精神科治療学，20(8)，719-794.

成田奈緒子・田副真美（2004）『脳と心の子育て』，ブレーン出版，28-44.

Nattiv,A., Loucks,A.B., Manore,M.M., Sanborn,C.F., Sundgot-Borgen,J. & Warren,M.,P.(2007)American college of sports medicine position stand the female athlete triad medicine and science in sports and exercise, *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(10), 1867-1882.

Nicholls, D., Chater, D. & Lask, B. (2000) 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(3), 317-324.

日本小児心身医学会（2016）『小児心身医学会ガイドライン集』改定第2版，南江堂．

日本小児心身医学会摂食障害WG（2008）多施設研究「摂食障害グループ」神経性無食欲症に関する報告—診療状況および二次調査，*子どもの心とからだ*，17，69-72.

西園マーハ文（2004）思春期の摂食障害と家族，*精神神経学雑誌*，106，617-621.

西園マーハ文（2010a）『摂食障害のセルフヘルプ援助 患者を生かすアプローチ』，医学書院，71-72.

西園マーハ文（2010b）学校保健，切池信夫編『新しい診断と治療のABC47，精神4食障害』，最新医学社，192-198.

野村忍（2010）新版 TEG の成り立ち，東京大学医学部診療内科 TEG 研究会編『新版 TEG II 解説とエゴグラムパターン』，金子書房，27-43.

奥田紀久子（2004）母親のダイエットに関する意識や行動が子どものダイエット行動に及ぼす影響，*瀬戸内短期大学紀要*，35，1-9.

大場真理子・安藤哲也・宮崎隆穂・川村則行・濱田孝・大野貴子・瀧田直子・苅部正巳・近喰ふじ子・吾郷晋浩・小牧元・石川俊男（2002）家族環境からみた摂食障害の危険因子についての予備研究，*心身医学*，42(5)，316-324.

大野久（2011）『青年心理学』，ミネルヴァ書房，2-33.

大山建司（2004）思春期の発現，*Yamanashi Nursing Journal*，13(1)，3-8.

Raney, T.J., Thornton, L.M., Berrettini, W., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Johnson, C., Kaplan, A.S., LaVia, M., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D.B., Kaye, W.H. & Bulik, C.M. (2008) Influence of over anxious disorder of childhood on the expression of anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 41, 326-332.

Rastman,M., Gillberg,C. & Wentz,E.(2003)Outcome of teenage-onset anorexia in a Swedish community based sample, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 78-90.

Reid,R.I. & Van Vugt,D.A.(1987)Weight-related changes in reproductive function, *Fertilb and Steril*, 48, 905-913.

Russell,G.F.M.(1979)Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa, *Psychological Medicine*, 9, 429-448.

坂本龍生（1989）『日本版児童用顕在不安 CMAS 使用手引』，三京房．

作田亮一（2016）子どもの摂食障害の治療—早期発見と治療のための診療体制構築—，*教育と医学*，64(3)，15-25.

佐々木直（2010）エゴグラムの解釈，東京大学医学部診療内科 TEG 研究会編『新版 TEG II 解説とエゴグラムパターン』，金子書房，19-23.

佐藤明弘（2005）思春期やせ症とは，渡辺久子・徳村光昭編『思春期やせ症の診と治療ガイド，厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究班』，文光堂，2-35.

佐藤寛・新井邦次郎（2002）児童用抑うつ評価尺度（DSRS）の因子構造の検討と標準化データの構築，*筑波大学発達臨床心理学研究*，14，85-91.

下坂幸三（1990）青年期患者とその家族に対する心理的援助，*臨床精神医学*，19，994-998.

白崎和也（1983）小児科領域における摂食障害について—初診時の食行動からみた検討，*心身医学*，33(8)，643-650.

Stein,A., Woolley,H., Cooper,S.D. & Fairburn,C.G(1994)An observation study of mothers with eating disorders and their infants, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35,734-748.

Stein,D.M.(1991)The prevalence of bulimia: A review of the empirical reseach,
Journal of Nutrition Education, 23, 205-213.

Steinhasen,H.C.(1997)Clinical guidelines for anorexia nervosa and bulimia nervosa,
European Child Adolescent Psychiatry, 6, 121-128.

Stephen,W.T., Janet,P. & Philipa,H.(2008)*Eating disorders*, Hogrefe & Huber
Publishers. 切池信夫監訳 (2011) 『摂食障害』, 金剛出版.

末松弘行 (1985) 歴史からみた神経性食思不振症, 末松弘行編著『神経性食思不振症—
その病態と治療』, 医学書院, 12-18.

鈴木広子 (2001) 摂食障害者の家族援助, 下坂幸三編『心理臨床家としての家族援助』,
金剛出版, 129-148.

鈴木眞理 (2009) 診断と治療—総論, 末松弘行・渡邊直樹編『チーム医療としての摂食
障害心療—あらたな連携を求めて』, 診断と治療社, 9-27.

鈴木眞理 (2012) 持続要因, 摂食害治療ガイドライン作成委員会編『摂食害治療ガイド
ライン』, 医学書院, 47-53.

高橋雄一・清家洋二・庄紀子・大森武・新井卓 (2013) 子どもの摂食障害—小児の摂食
障害の長期転帰と精神科治療の検討—, 児童精神医学とその近接領域, 54(2), 186-
195.

Tanaka,T.(2012)Pubertal growth and sexual maturation in healthy Japanese girls:
Reference values of puberty after cessation of secular trend and relation between
puberty and growth, Preedy,V.R.(Ed.), *Handbook of Growth and Monitoring in
Health and Disease*, Springer, 1103-1116.

田副真美・片岡ちなつ・中村延江 (2012) 臨床場面におけるエゴグラムの活用—TEG IIとプロジェ
クティブ・エゴグラム—, 交流分析研究, 37(1), 23-29.

田副真美・作田亮一・成田正明・成田奈緒子・中村延江 (2001) 摂食障害児の心理的特
徴, 心身医学, 41(supplement), 151.

手代木理子・氏家武（2010）小児科で早期治療介入を行った若年発症摂食障害 45 例の検討—臨床特徴と転帰について—, 児童精神医学とその近接領域, 51(5), 550-561.

十河真人・石川中・和田迪子・末松弘行・河原弘規（1987）新しい質問紙エゴグラムの臨床的応用：その 3. 心身症のエゴグラム, 心身医学, 27(4), 329-336.

上原徹・川嶋義章・河内博子・田崎紳一・後藤雅博（2001）摂食障害教室 - 家族の心理状態および家族機能との関連, 心身医学, 41(3), 190-197.

Walters,E.E. & Kendler,K.S.(1995)Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in population-based females twin sample, *American Journal of Psychiatry*, 152, 64-71.

渡辺久子（2005a）思春期やせ症とは, 渡辺久子・徳村光昭編『思春期やせ症の診と治療ガイド, 厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究班』, 文光堂, 2-35.

渡辺久子（2005b）病期別の治療展望, 渡辺久子・徳村光昭編『思春期やせ症の診と治療ガイド, 厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究班』, 文光堂, 102-135.

渡辺久子（2005c）ライフサイクルを視野に入れた思春期やせ症 2. 思春期やせ症の成人に向けた心理的サポート, 厚生労働省科学研究（子どもの家庭総合研究事業）思春期やせ症と思春期の不健康のやせの実態把握および対策に関する研究班編『思春期やせ症の診断と治療ガイド』, 文光堂, 90-100.

渡辺久子（2009）予防対策—2, 末松弘行・渡邊直樹編『チーム医療としての摂食障害診療—新たな連携を求めて』, 診断と治療社, 35-38.

Walters,E.E. & Kendler,K.S.(1995)Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in population-based females twin sample, *American Journal of Psychiatry*, 152, 64-71.

Watkins,B. & Lask,B.(2002)Eating disorders in school-aged children, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American*, 11, 185-200.

Whitaker,A.H.(1992)An epidemiological study of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls: Implications for pediatricians, *Pediatric Annals*, 21, 752-759.

World Health Organization(1992)*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*, 10th ed., Malta, World Health Organization.

安川智子・高宮静男（2005）神経性無食欲症の子どもをもつ母親の心理的变化過程，精神科治療学，20(8)，827-834.

図 表

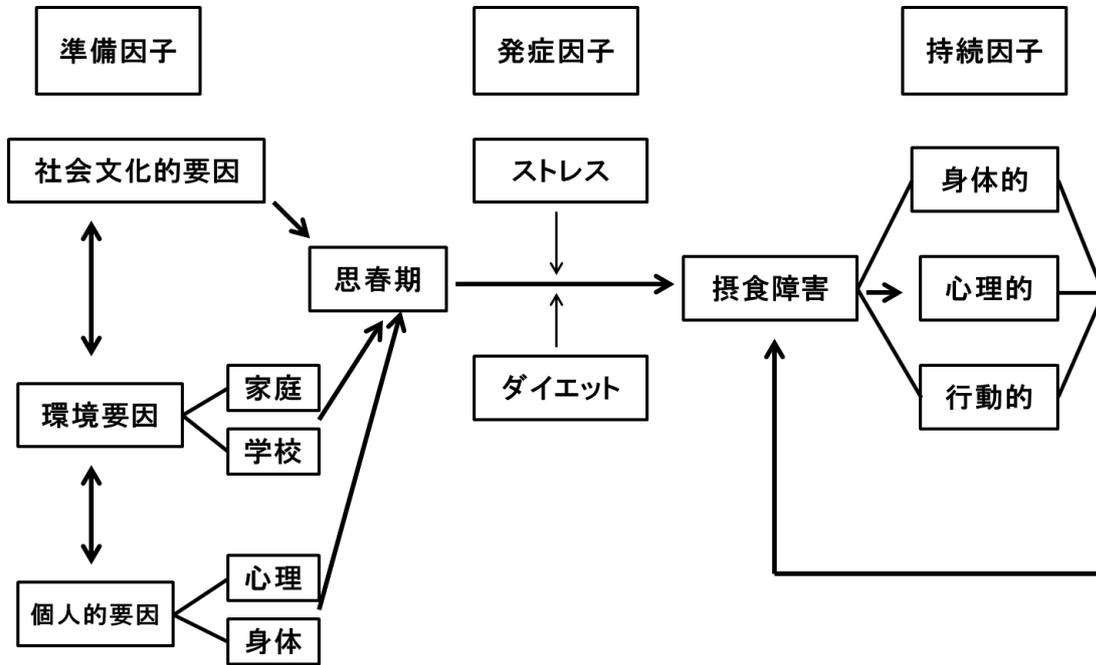


図 1-1 摂食障害成立過程の多因子モデル（中井，2012 一部改編）

表 2-1 初診時の臨床像

	<i>n</i>	平均値	標準偏差	最小値～最大値
発症年齢（歳）	155	12.0	1.7	8～16
初診時年齢（歳）	159	12.5	1.7	8～16
初経発来年齢（歳）	67	11.8	1.4	9～15
初診時体重（kg）	158	32.6	7.3	15～55
初診時身長（cm）	159	151.1	8.8	127～168
初診時 BMI（kg/m ² ）	158	14.2	2.7	8～25

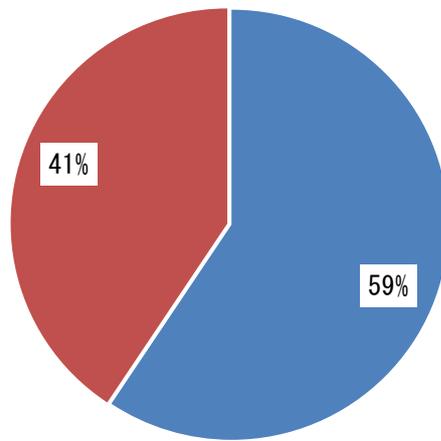
表 2-2 各年齢における初診時年齢と発症年齢の差の出現率

I \ II	0	1	2	3	4	5	III
8 歳	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	0	0	0	4 (3%)
9 歳	6 (60%)	2 (20%)	0	1 (10%)	1 (10%)	0	10 (7%)
10 歳	8 (53%)	3 (20%)	2 (13%)	1 (7%)	0	1 (7%)	15 (10%)
11 歳	1 (52%)	8 (38%)	1 (5%)	1 (5%)	0	0	21 (14%)
12 歳	27 (73%)	8 (21%)	2 (5%)	0	0	0	37 (14%)
13 歳	21 (70%)	9 (30%)	0	0	0	0	30 (20%)
14 歳	21 (80%)	5 (19%)	0	0	0	0	26 (17%)
15 歳	3 (75%)	1 (25%)	0	0	0	0	4 (3%)
16 歳	3 (100%)	0	0	0	0	0	3 (2%)
合計	102	37	6	3	1	1	150

I : 発症年齢

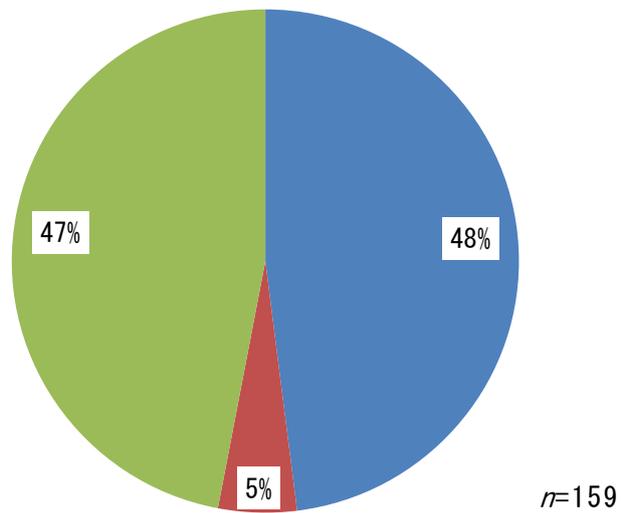
II : 発症年齢と初診時年齢の差（歳）（%の母数は各発症年齢の人数）

III : 各発症年齢の人数と出現率（%の母数は 150 名）



■ 12歳以下 ■ 13歳以上

図 2-1 発症年齢による年齢区分



■ 無月経 ■ 月経あり ■ 初経未初来

図 2-2 初診時の月経現象

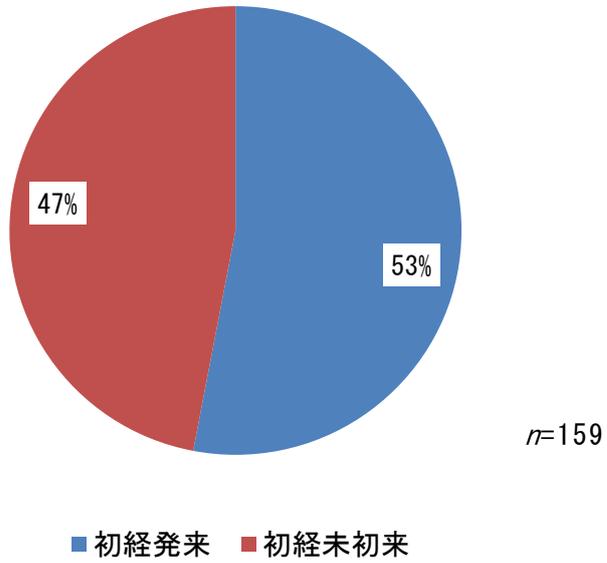


図 2-3 初診時における初経初来の有無

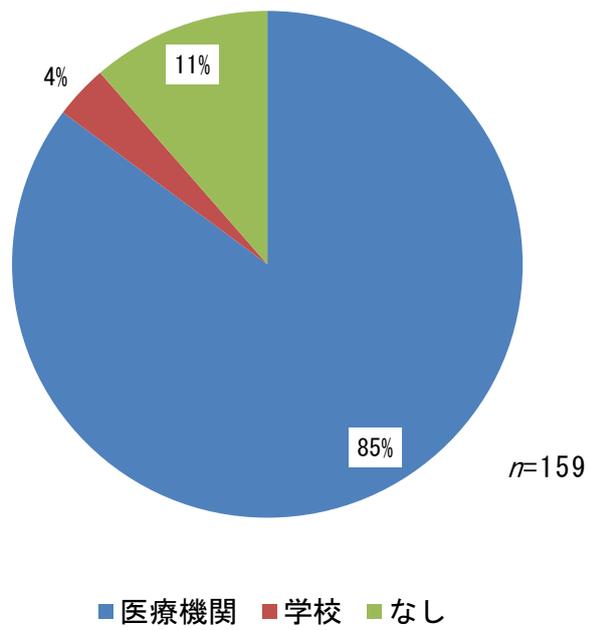


図 2-4 受診経緯

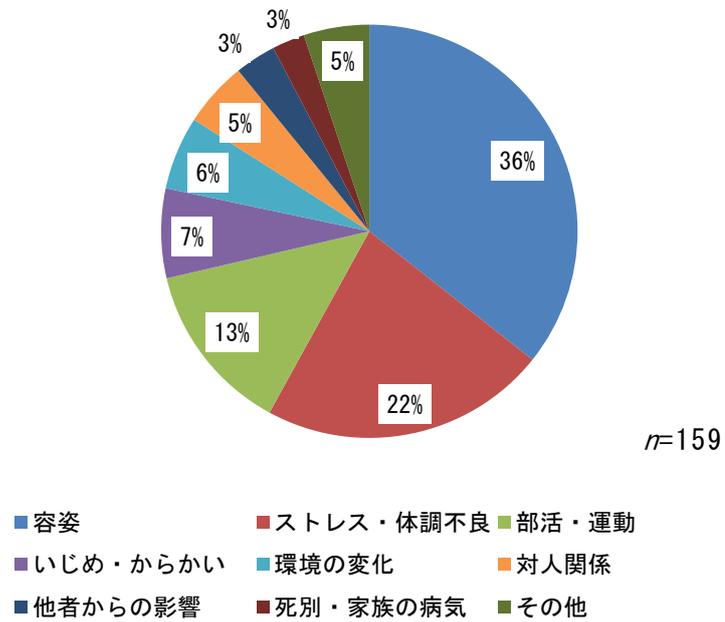


図 2-5 発症の契機

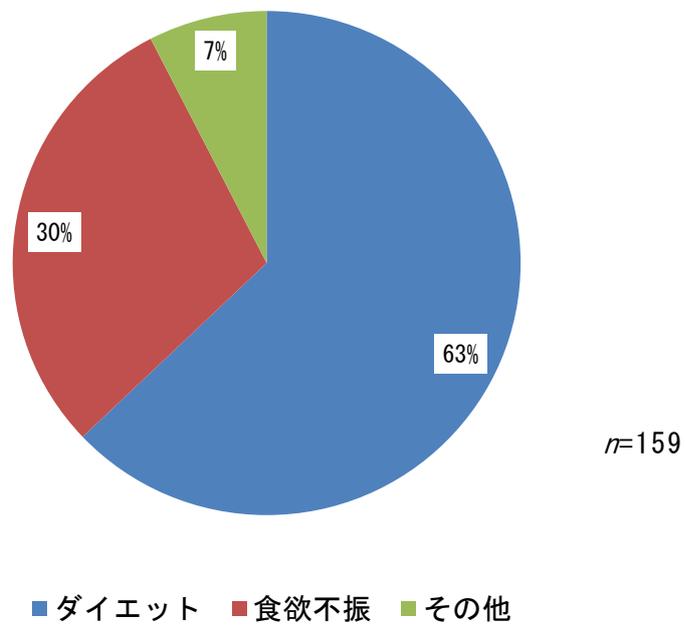


図 2-6 体重減少の要因

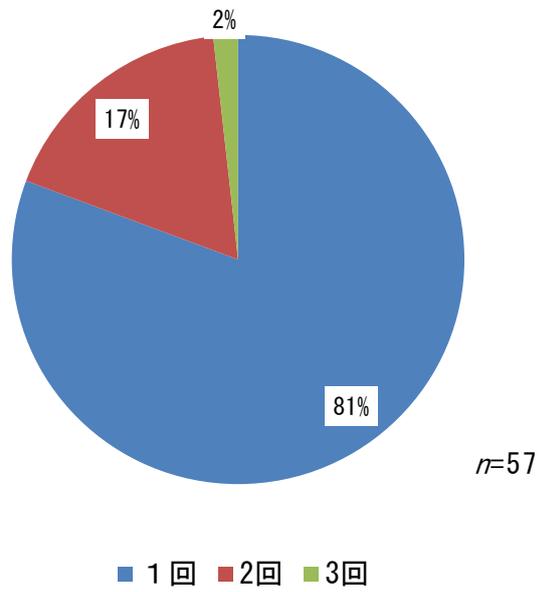


図 2-7 入院回数

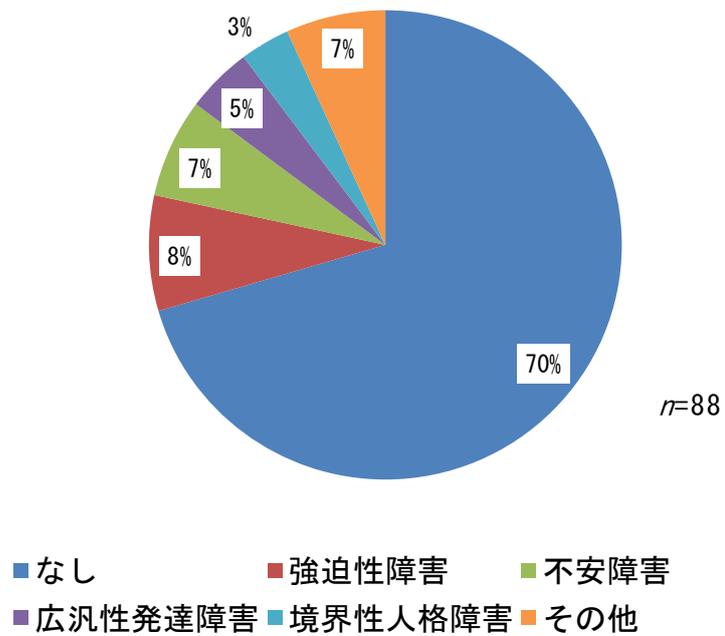


図 2-8 精神疾患などとの併存

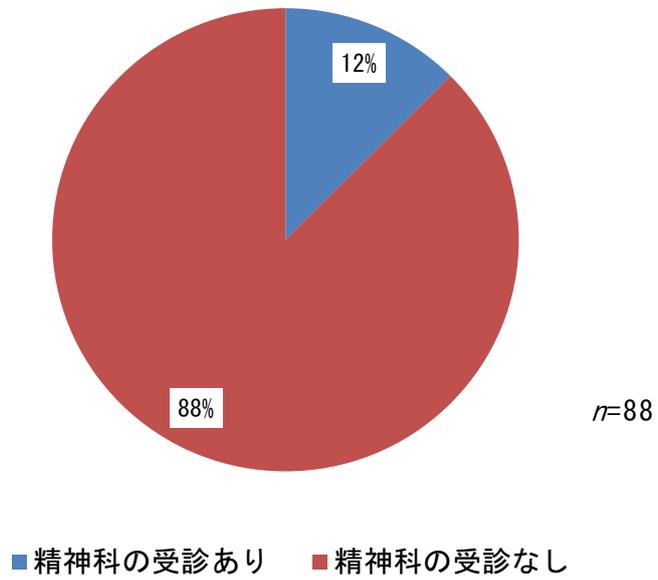


図 2-9 精神科の受診

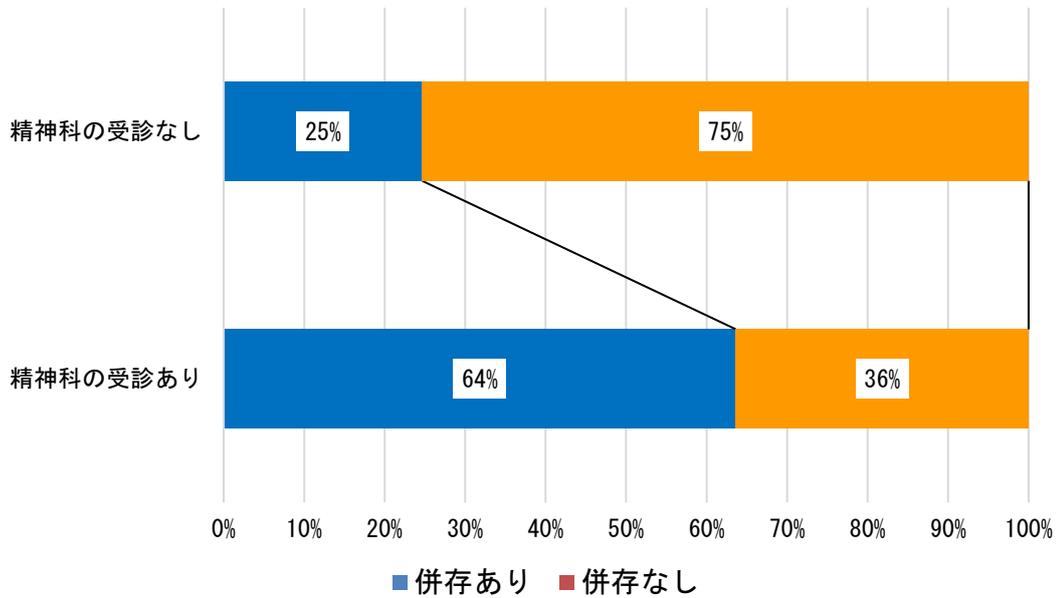


図 2-10 精神科受診歴の有無と精神疾患などの併存
 (%の母数は精神科の受診あり 11 名、精神科の受診なし 77 名)

表 2-3 精神科受診歴の有無と併存症の出現率

	精神科の受診あり	精神科の受診なし	p 値
境界性人格障害	2 (18%)	1 (5%)	☆ $p=0.040$
強迫性障害	3 (27%)	4 (5%)	☆ $p=0.039$
発達障害	0	4 (5%)	—
不安障害	1 (9%)	5 (6%)	☆ $p=0.563$
その他	1 (9%)	5 (6%)	☆ $p=0.580$

(%の母数は精神科受診あり 11 名、精神科受診なし 77 名)

注) 表中の「☆」は *Fisher* の直接確率計算法により検定したことを示している。「—」は χ^2 検定行う必要がない項目であることを示している。

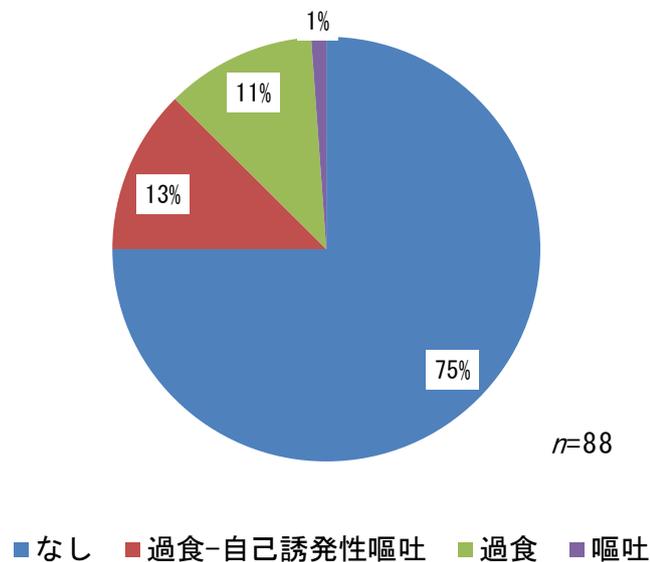


図 2-11 症状の移行

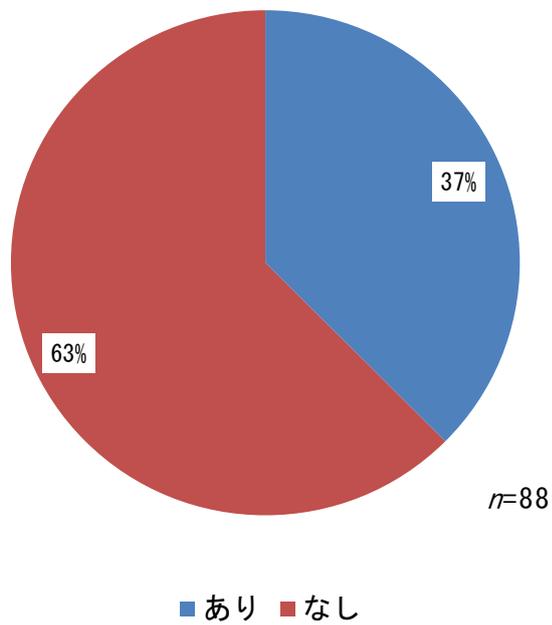


図 2-12 治療中過程における不登校

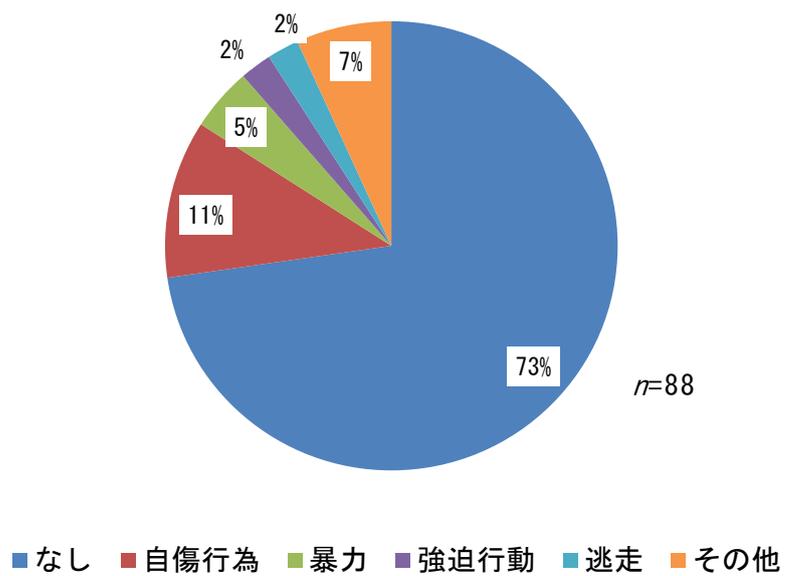


図 2-13 治療中過程における問題行動

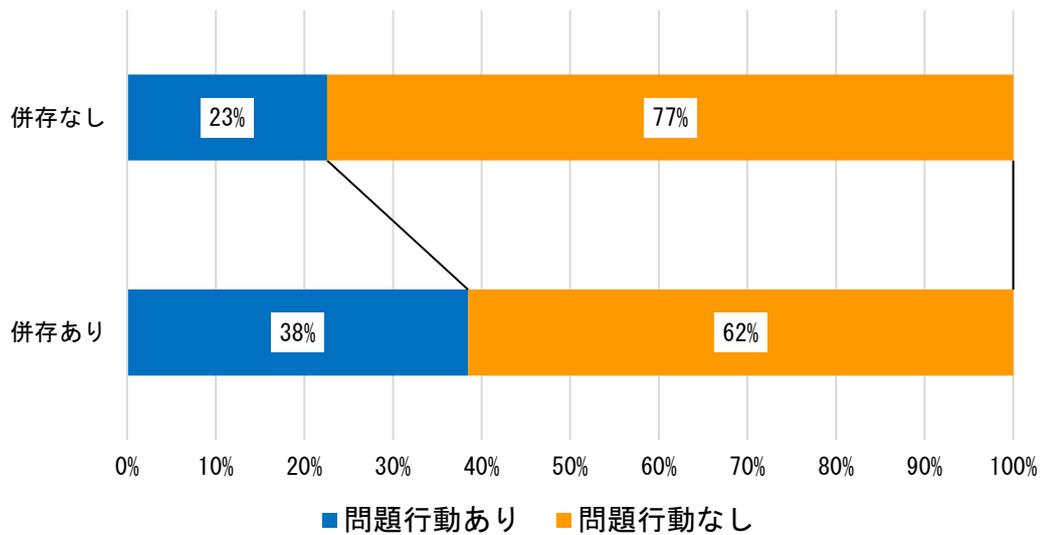


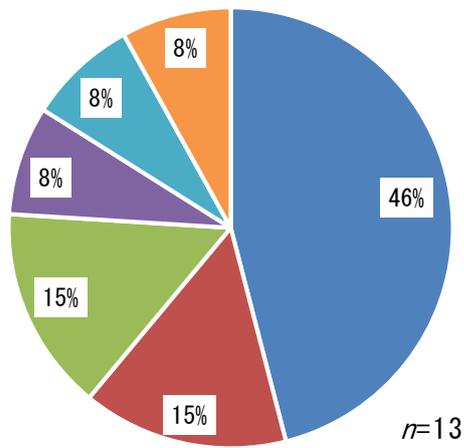
図 2-14 問題行動と同居との関係

(%の母数は同居なし 62 名、同居あり 26 名)

表 2-4 家族の負因

負因	人数 (%)
なし	54 (61)
両親不仲	6 (7)
母親摂食障害	6 (7)
母親精神疾患	4 (5)
父親病気	4 (5)
家族不仲	2 (2)
父親精神疾患	2 (2)
子へのネグレクト	1 (1)
母親自殺	1 (1)
母親被虐待経験	1 (1)
経済的問題	1 (1)
その他	6 (7)

(%の母数は 88 名)



■ 摂食障害 ■ うつ病 ■ 統合失調症 ■ 子へのネグレクト ■ 被虐待経験 ■ 自殺

図 2-15 母親負因の詳細

表 2-5 心理検査結果

	<i>n</i>	平均値	標準偏差	最小値～最大値
DSRS-C	22	12.3	5.9	4～21
BDI-II	63	22.4	13.7	0～58
STAI 特性不安	95	51.4	12.3	22～78
STAI 状態不安	95	56.6	11.8	31～79
CMAS	35	16.3	8.8	2～37

表 2-6 発症年齢および BMI への影響要因間の相関分析

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
発症年齢	1.00																	
BMI	0.33 **	1.00																
初経発来	0.41 **	0.55 **	1.00															
容姿	0.13	0.08	0.14	1.00														
死別	0.18	0.09	0.13	-0.09	1.00													
ストレス	-0.11	0.02	-0.02	-0.28 **	-0.07	1.00												
部活・運動	0.05	0.02	-0.16	-0.25 *	-0.06	-0.20	1.00											
いじめ・からかい	0.00	0.02	0.01	-0.21 *	-0.05	-0.17	-0.15	1.00										
他者からの影響	-0.20	-0.16	-0.15	-0.13	-0.03	-0.10	-0.09	-0.08	1.00									
対人関係	-0.03	-0.04	0.11	-0.15	-0.04	-0.12	-0.10	-0.09	-0.05	1.00								
ダイエット	-0.01	0.04	0.13	0.40 **	-0.06	-0.58 **	0.14	0.08	0.15	-0.05	1.00							
食欲不振	-0.10	-0.12	-0.20	-0.34 **	0.09	0.61 **	-0.09	-0.04	-0.13	0.09	-0.87 **	1.00						
境界性人格障害	0.03	-0.05	0.03	0.03	-0.03	-0.09	-0.08	0.33 **	-0.04	-0.05	-0.01	0.04	1.00					
強迫性障害	0.10	0.11	0.00	0.02	-0.04	-0.14	0.11	0.03	-0.06	-0.07	0.01	0.02	-0.06	1.00				
不安障害	0.19	0.17	0.14	0.04	-0.04	0.22 *	-0.11	0.05	-0.06	-0.07	-0.02	0.05	-0.05	-0.08	1.00			
発達障害	-0.21	-0.10	0.11	-0.03	-0.04	0.14	0.04	-0.09	0.18	-0.06	0.06	-0.03	-0.05	-0.07	-0.07	1.00		
母親負因	0.03	0.22 *	-0.06	0.19	-0.08	-0.25 *	-0.06	0.07	0.02	-0.01	0.17	-0.18	-0.10	0.25 *	-0.14	-0.13	1.00	
家族負因	-0.11	0.16	0.09	0.15	-0.10	-0.26 *	-0.08	0.06	-0.03	0.04	0.30 **	-0.28 **	-0.13	0.25 *	-0.09	-0.06	0.77 **	1.00

1. 発症年齢 2. BMI 3. 初経発来 4. 容姿 5. 死別 6. ストレス 7. 部活・運動 8. いじめ・からかい 9. 他者からの影響 10. 対人関係 11. ダイエット 12. 食欲不振 13. 境界性人格障害 14. 強迫性障害 15. 不安障害 16. 発達障害

** $p < .01$ * $p < .05$

表 2-7 発症年齢および BMI を目的変数とした重回帰分析

説明変数	目的変数	発症年齢	BMI
初経発来		.43***	.55***
容姿		—	—
死別		—	—
ストレス・体調不良		—	—
部活・運動		—	—
いじめ・からかい		—	—
他者からの影響		—	—
対人関係		—	—
ダイエット		—	—
食欲不振		—	—
境界性人格障害		—	—
強迫性障害		—	—
不安障害		—	—
発達障害		-.27**	—
母親負因		—	.27**
家族負因		—	—
R^2		.29	.40
調整済み R^2		.26	.38

*** $p < .001$ ** $p < .01$

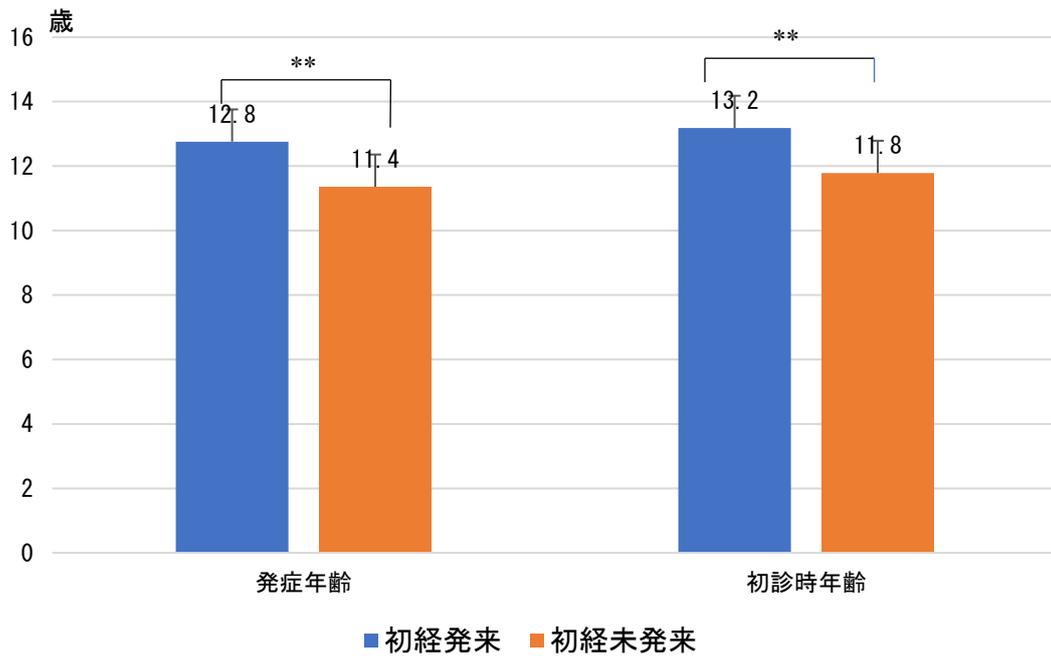


図 3-1 初経発来の有無と発症年齢・初診時年齢 ** $p < .01$

(初経未発来 75 名、初経発来 75 名)

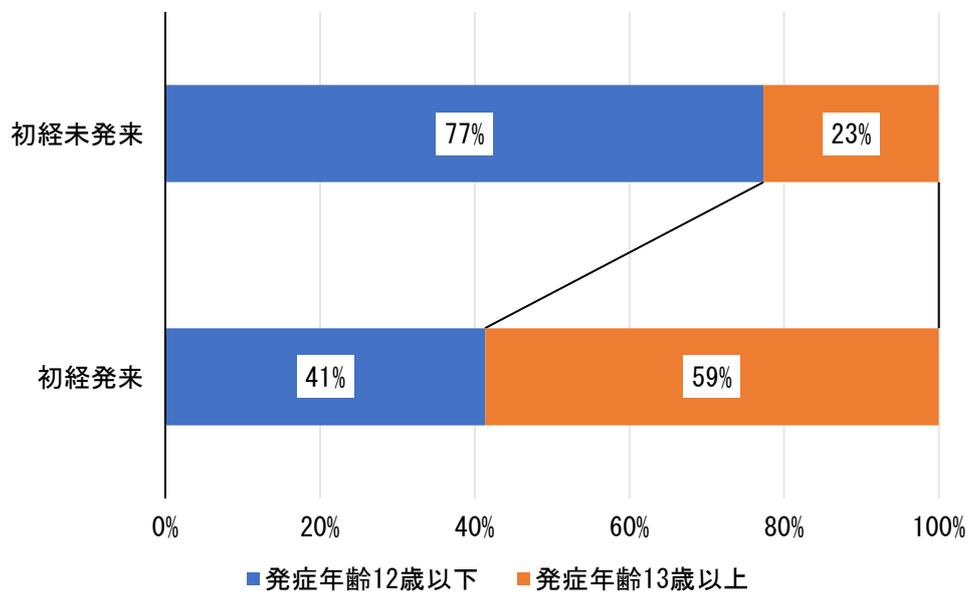


図 3-2 初経発来の有無と発症年齢区分

(%の母数は初経未発来 75 名、初経発来 75 名)

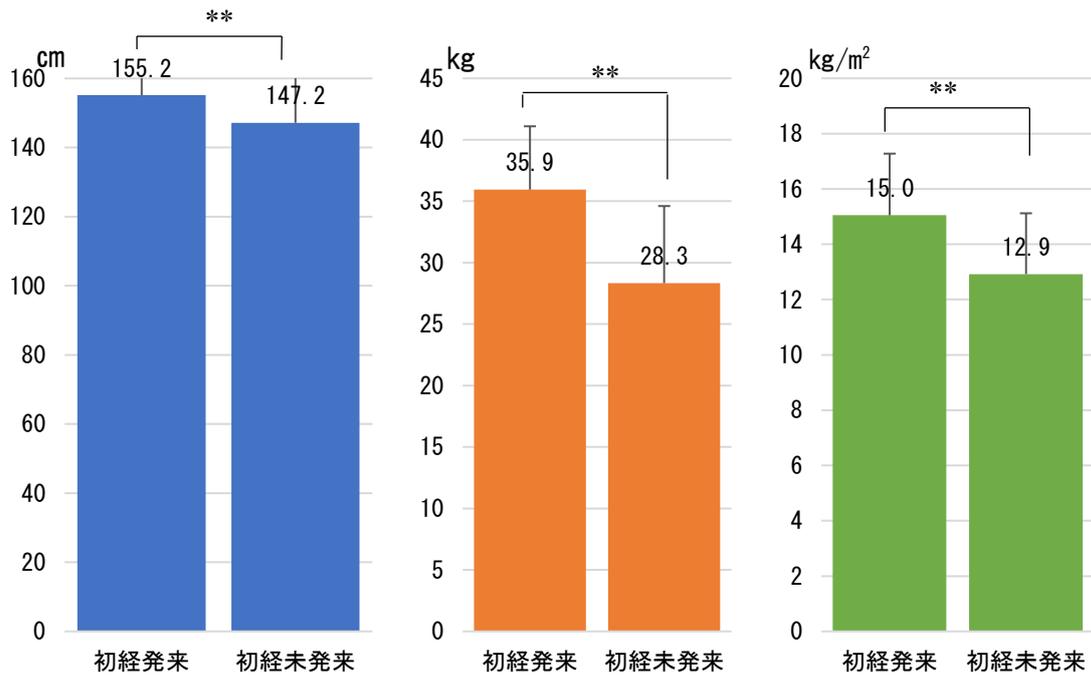


図 3-3 初経発来の有無と初診時の身長・体重・BMI 値 ** $p < .01$

(初経未発来 75 名、初経発来 75 名)

表 3-1 初経発来の有無と受診経緯

	初経未発来群	初経発来群	p 値
医療機関	34 (92%)	41 (80%)	☆ $p = .22$
学校	0	3 (6%)	—
なし	3 (8%)	6 (12%)	☆ $p = .73$

(%の母数は初経未発来群 37 名、初経発来群 51 名)

注) 表中の「☆」は Fisher の直接確率計算法により検定したことを示している。

「—」は χ^2 検定行う必要がない項目であることを示している。

表 3-2 初経発来の有無と発症の契機

	初経未発来群	初経発来群	χ^2 値
容姿	24 (32%)	31 (41%)	1.68
ストレス・体調不良	16 (21%)	9 (12%)	2.46
部活・運動	12 (16%)	9 (12%)	5.45
対人関係	6 (8%)	4 (5%)	☆p=.53
いじめ・からかい	5 (7%)	6 (8%)	☆p=.53
他者からの影響	3 (4%)	2 (3%)	☆p=.68
環境の変化	3 (4%)	6 (8%)	☆p=.49
死別・家族の病気	3 (4%)	2 (3%)	☆p=.68
学校健診	2 (3%)	1 (1%)	—
その他	1 (1%)	3 (4%)	—
不明	1 (1%)	2 (3%)	—

(%の母数は初経未発来群 76 名、初経発来群 75 名)

注) 表中の「☆」は *Fisher* の直接確率計算法により検定したことを示している。

「—」は χ^2 検定行う必要がない項目であることを示している。

表 3-3 初経発来の有無と体重減少の原因

	初経未発来群	初経発来群	χ^2 値
ダイエット	45 (60%)	54 (71%)	2.04
食欲不振	29 (39%)	15 (20%)	6.56
その他	1 (1%)	8 (11%)	—

(%の母数は初経未発来群 76 名、初経発来群 75 名)

注) 表中の「☆」は *Fisher* の直接確率計算法により検定したことを示している。
「—」は χ^2 検定行う必要がない項目であることを示している。

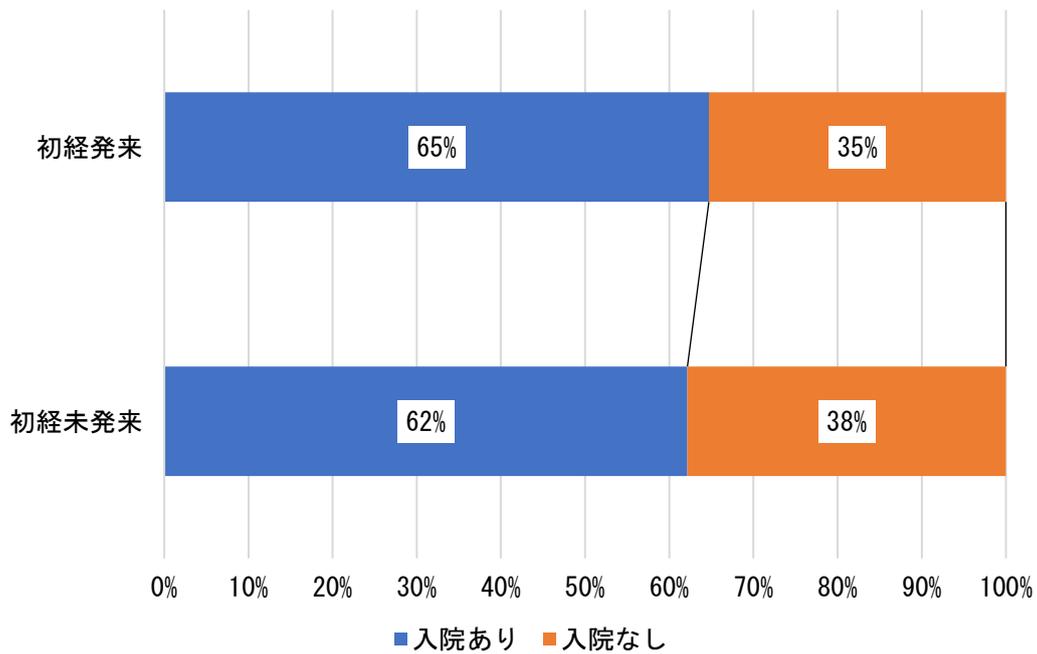


図 3-4 初経発来の有無と入院の経験

(初経未発来 37 名、初経発来 51 名)

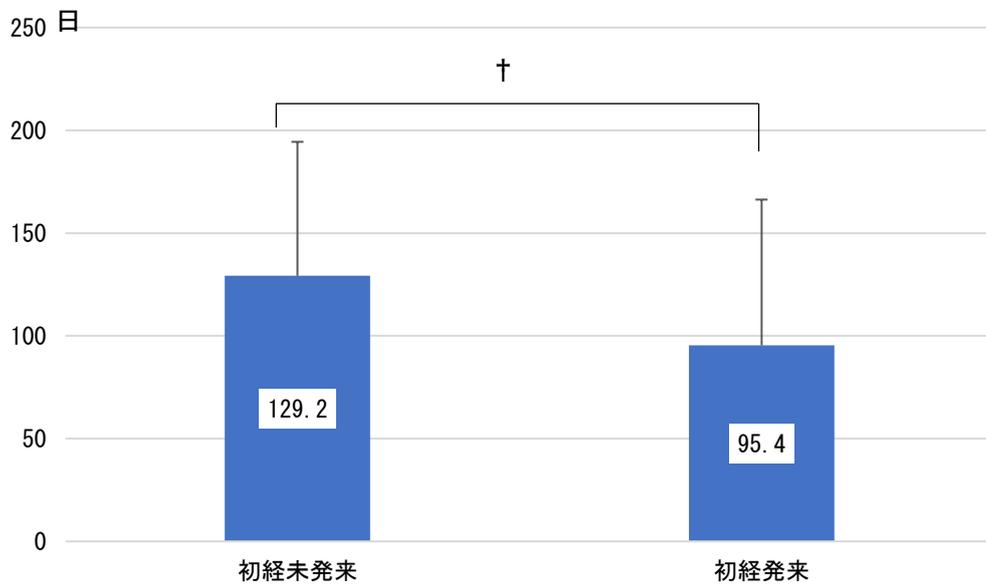


図 3-5 初経発来の有無と入院日数

† $p < .10$

(初経未発来 22 名、初経発来 27 名)

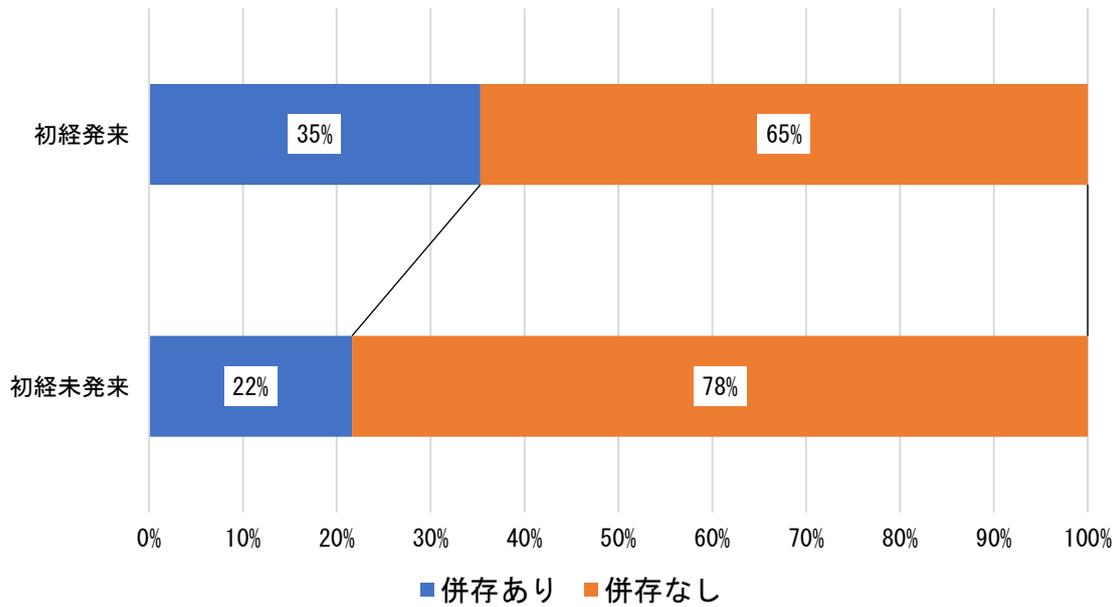


図 3-6 初経発来の有無と精神疾患などの併存

(初経未発来 37 名、初経発来 51 名)

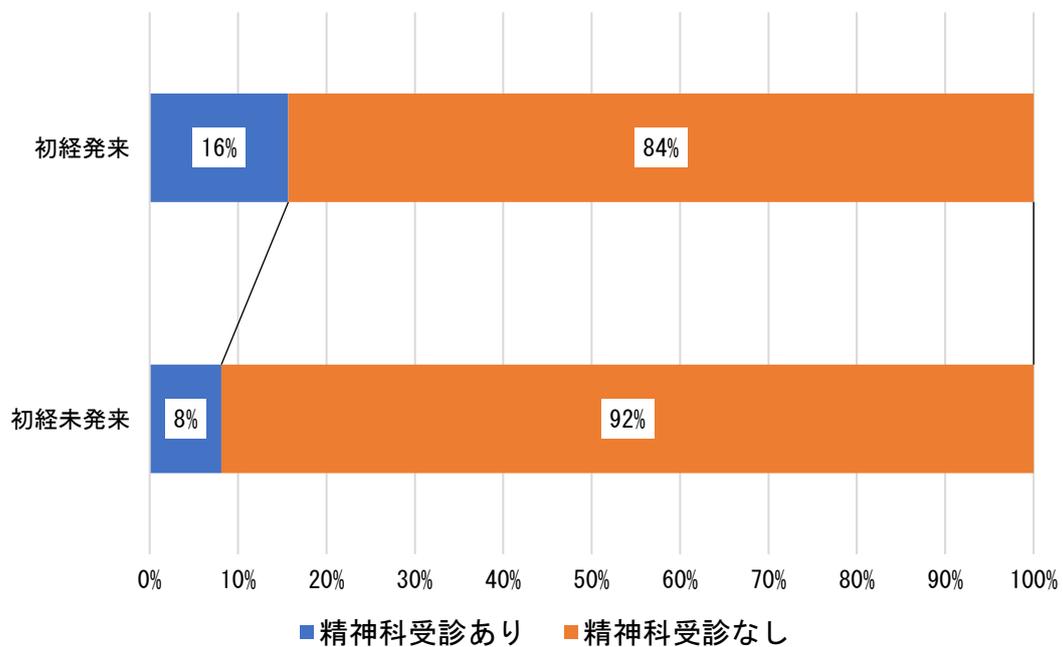


図 3-7 初経発来の有無と精神科の受診歴

(初経未発来 37 名、初経発来 51 名)

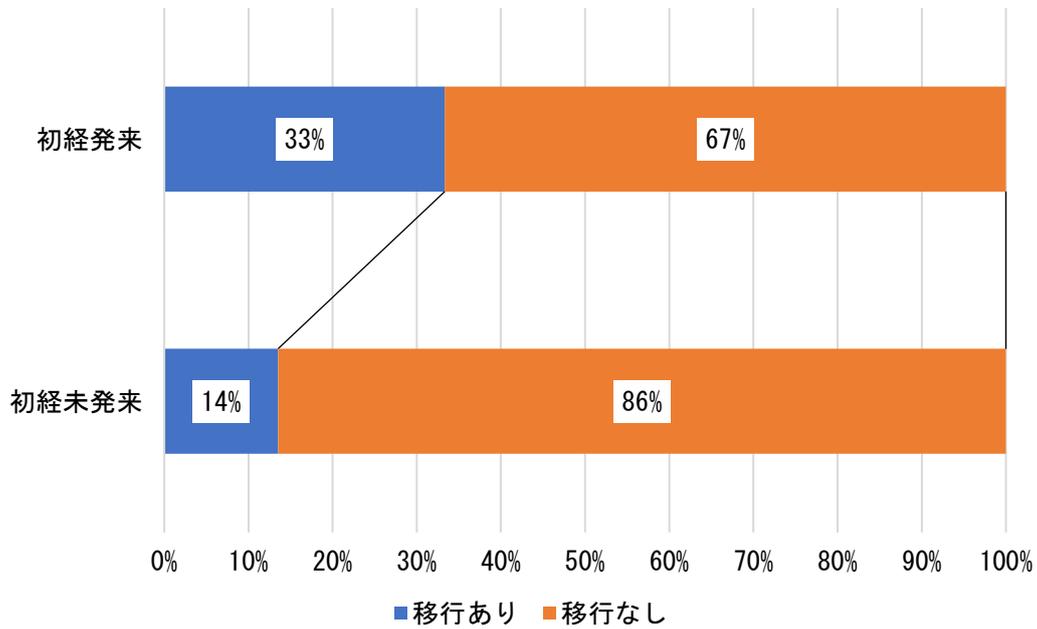


図 3-8 初経発来の有無と症状の移行

(初経未発来 37 名、初経発来 51 名)

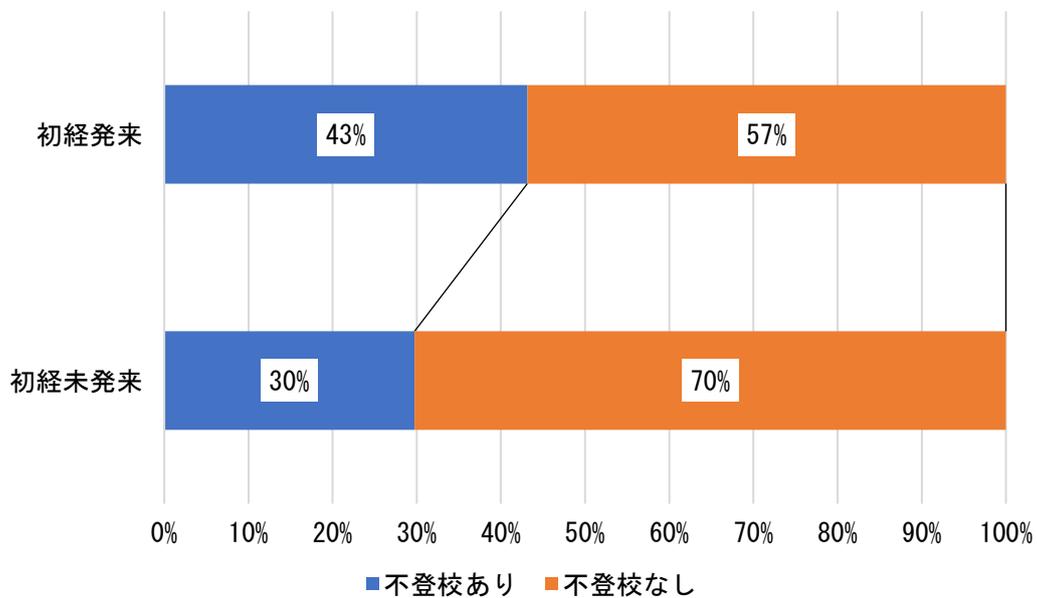


図 3-9 初経発来の有無と不登校

(初経未発来 37 名、初経発来 51 名)

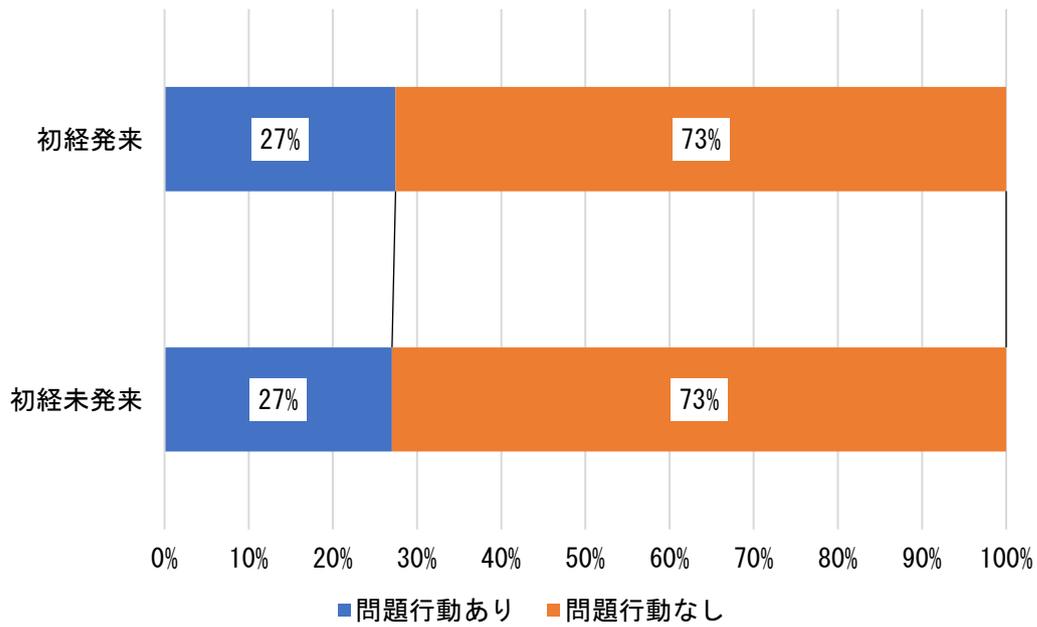


図 3-10 初経発来の有無と問題行動

(初経未発来 37 名、初経発来 51 名)

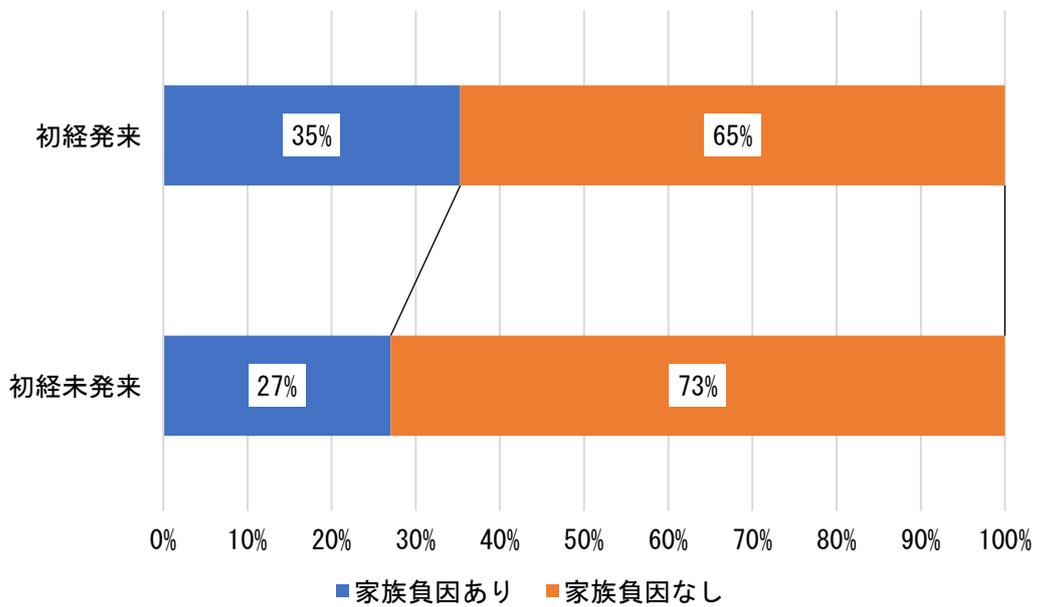


図 3-11 初経発来の有無と家族の負因

(初経未発来 37 名、初経発来 51 名)

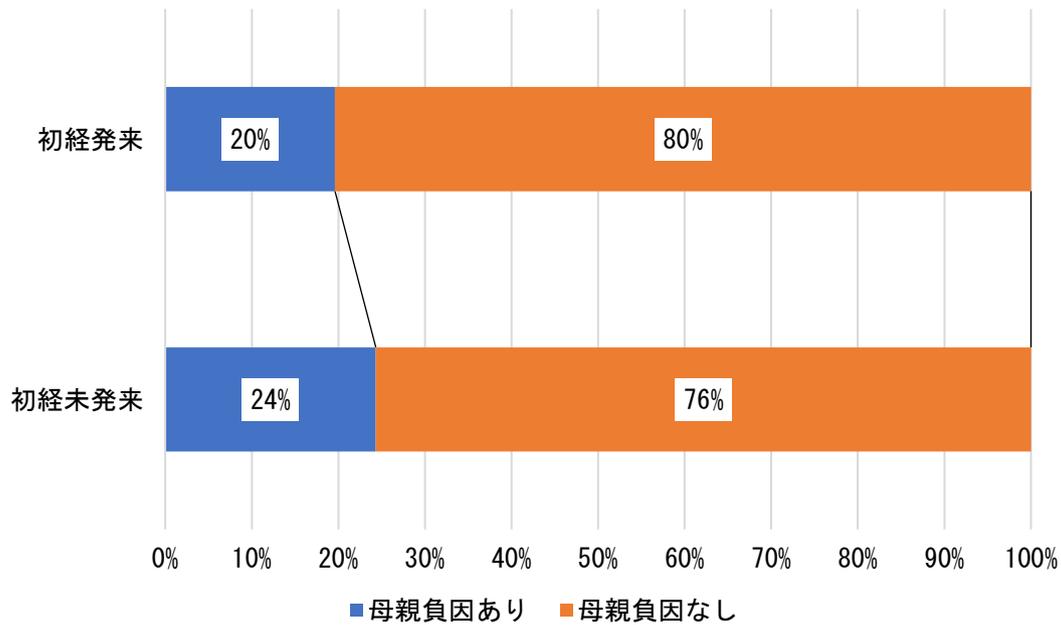


図 3-12 初経発来の有無と母親の負因

(初経未発来 37 名、初経発来 51 名)

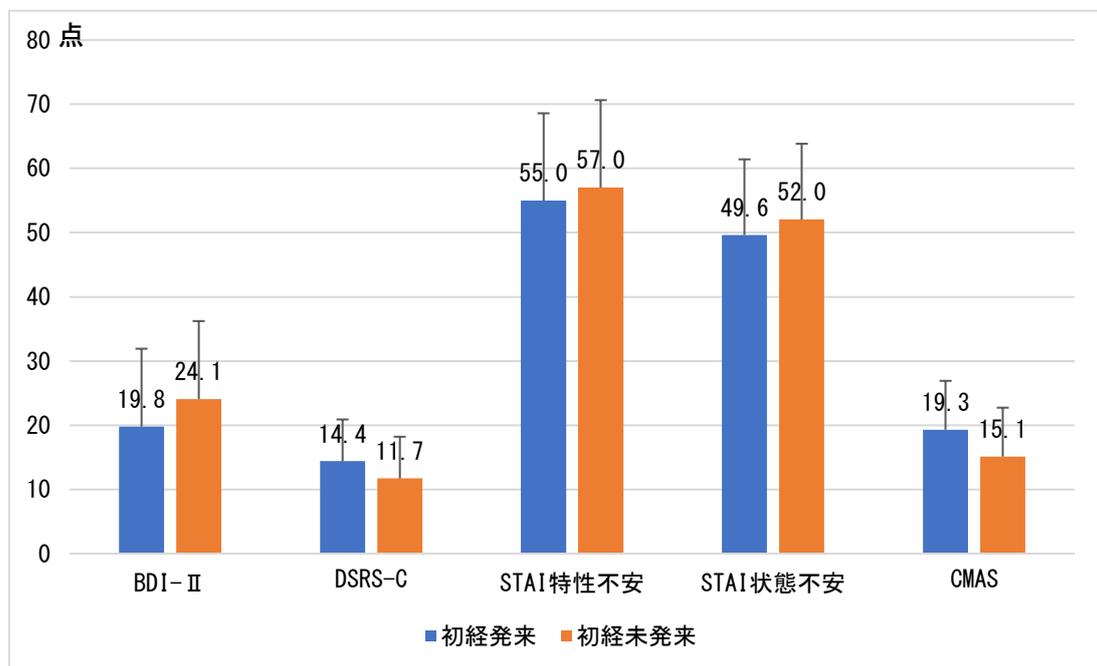


図 3-13 初経発来の有無と初診時の身長・体重・BMI 値

BDI-II : 初経未発来 27 名、初経発来 30 名 DSRS-C : 初経未発来 17 名、初経発来 5 名

STAI : 初経発来群 42 名、初経未発来 45 名 CMAS : 初経未発来 25 名、初経発来 10 名

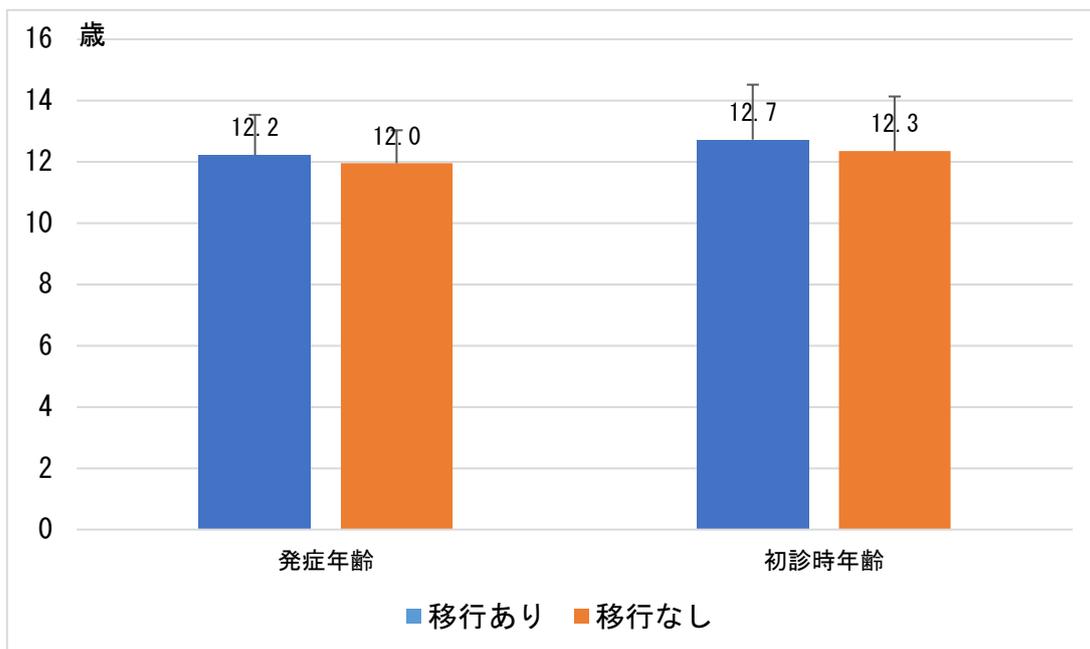


図 4-1 移行の有無と発症年齢および初診時年齢
(移行あり 22 名、移行なし 66 名)

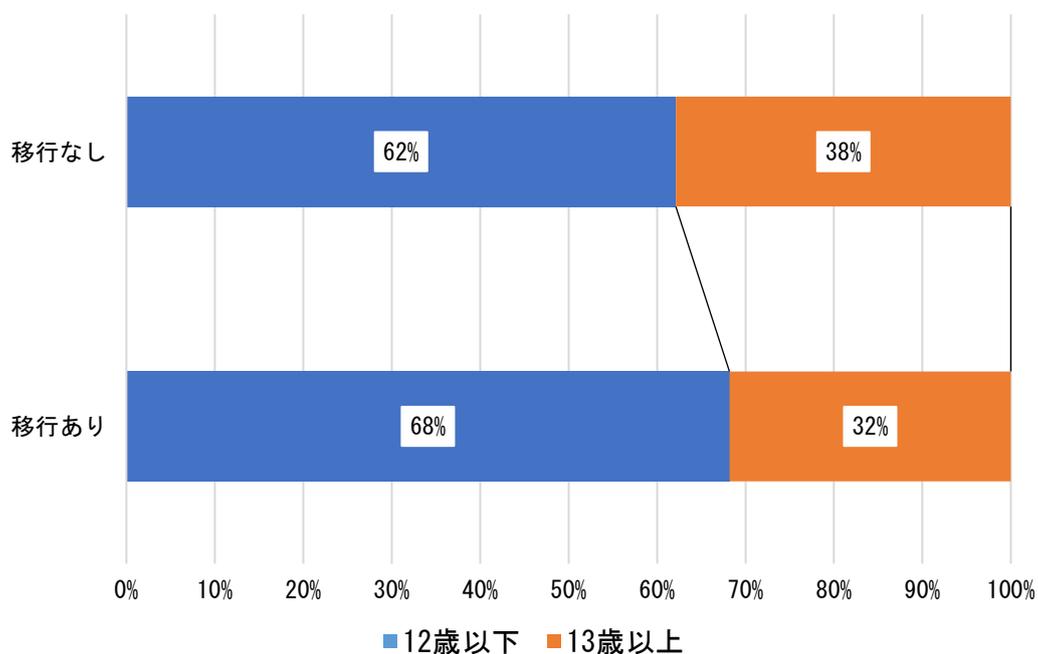


図 4-2 移行の有無と発症年齢区分
(移行あり 22 名、移行なし 66 名)

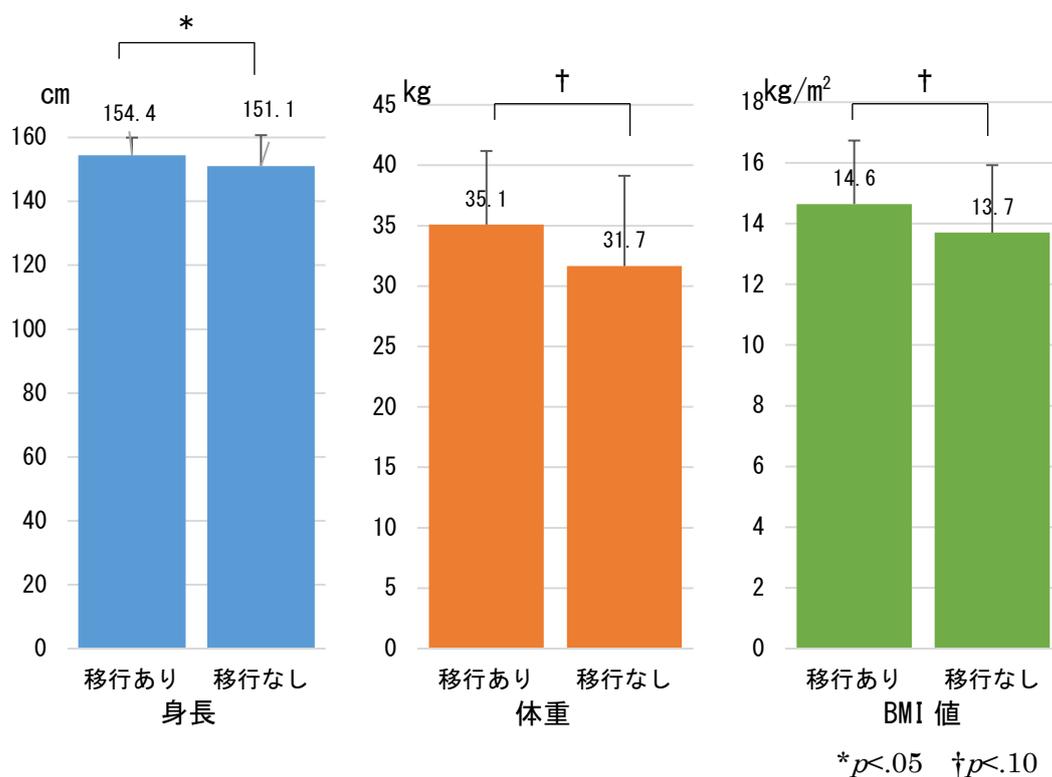


図 4-3 移行の有無と初診時の身長・体重・BMI 値

(移行あり 22 名、移行なし 66 名)

表 4-1 移行の有無と受診経緯

	移行あり群	移行なし群	χ^2 値
医療機関	18 (82%)	57 (86%)	.17
学校	0	3 (5%)	—
なし	4 (18%)	5 (8%)	☆ $p = .15$

(%の母数は移行あり 22 名、移行なし 66 名)

注) 表中の「☆」は Fisher の直接確率計算法により検定したことを示している。

「—」は χ^2 検定行う必要がない項目であることを示している。

表 4-2 移行の有無と発症契機

	移行あり	移行なし	χ^2 値
容姿	11 (50%)	12 (18%)	8.65**
部活・運動	4 (18%)	9 (14%)	☆ p .27
対人関係	3 (14%)	2 (3%)	☆ p .10
いじめ・からかい	2 (9%)	8 (12%)	☆ p .15
学校健診	1 (5%)	1 (2%)	—
不明	1 (5%)	3 (5%)	—
環境の変化	0 (0%)	6 (9%)	—
死別・家族の病気	0 (0%)	2 (3%)	—
ストレス・体調不良	0 (0%)	16 (24%)	—
他者からの影響	0 (0%)	4 (6%)	—
その他	0 (0%)	3 (5%)	—

(%の母数は移行あり 22 名、移行なし 66 名) ** p <.01

注) 表中の「☆」は *Fisher* の直接確率計算法により検定したことを示している。

「—」は χ^2 検定行う必要がない項目であることを示している。

表 4-3 移行の有無と体重減少の原因

	移行あり	移行なし	χ^2 値
ダイエット	20 (90%)	41 (62%)	6.42**
食欲不振	2 (9%)	20 (30%)	☆ p .05
その他	0 (0%)	5 (8%)	—

(%の母数は移行あり 22 名、移行なし 66 名) ** p <.01 * p <.05

注) 表中の「☆」は *Fisher* の直接確率計算法により検定したことを示している。

「—」は χ^2 検定行う必要がない項目であることを示している。

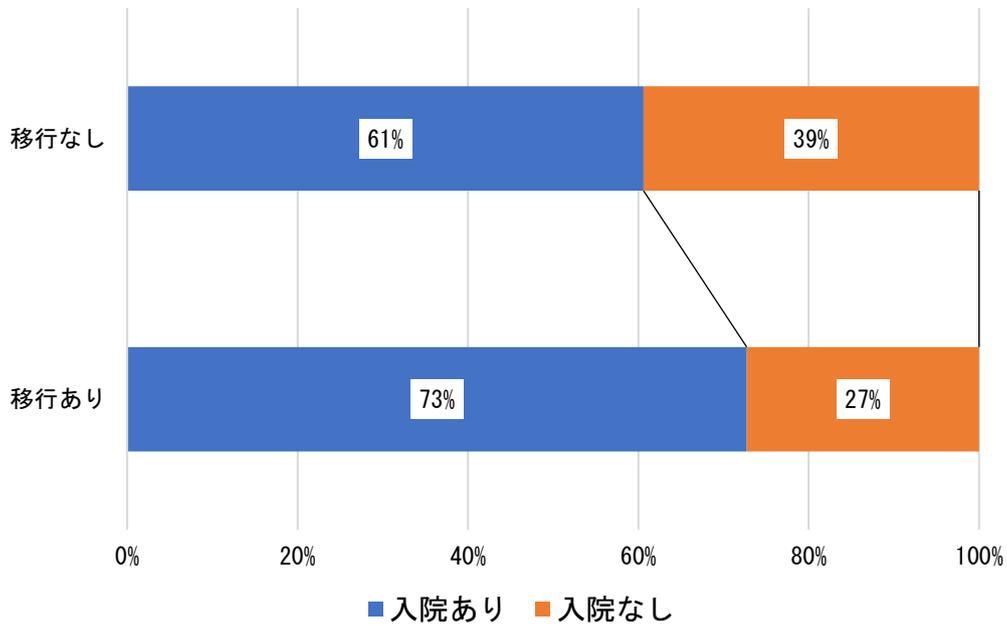


図 4-4 移行の有無と入院の経験
(移行あり 22 名 移行なし 66 名)

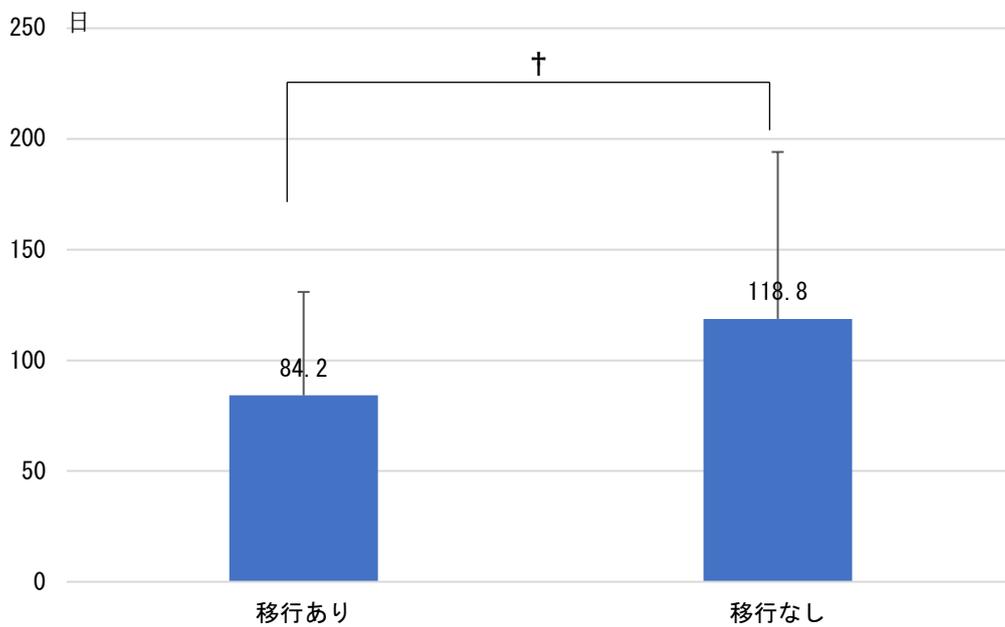


図 4-5 移行の有無と入院日数 † $p < .05$
(移行あり 16 名、移行なし 40 名)

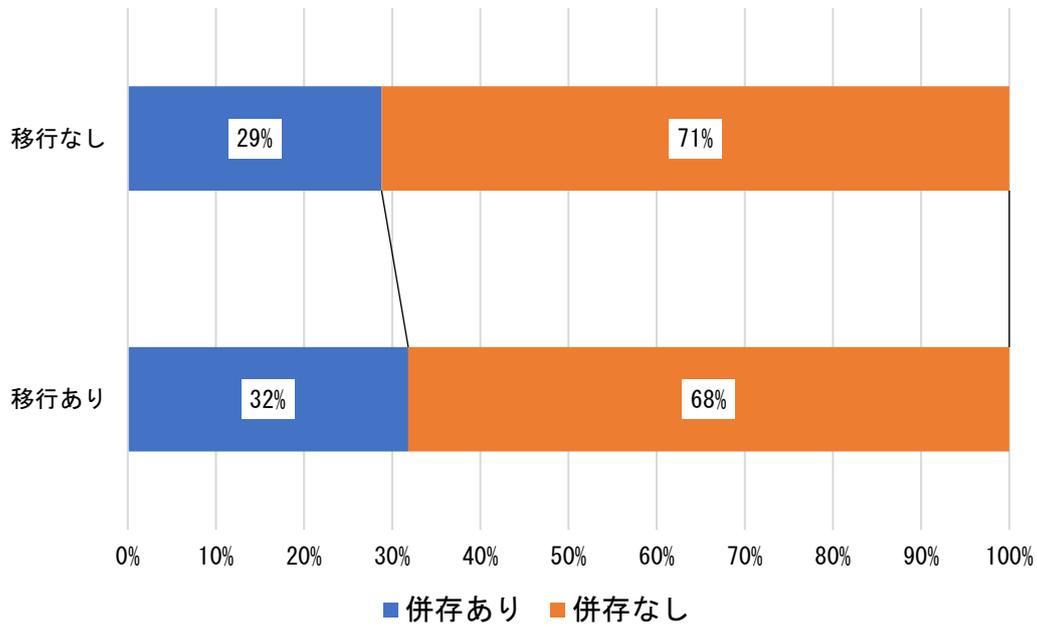


図 4-6 移行の有無と精神疾患などの併存
(移行あり 22 名、移行なし 66 名)

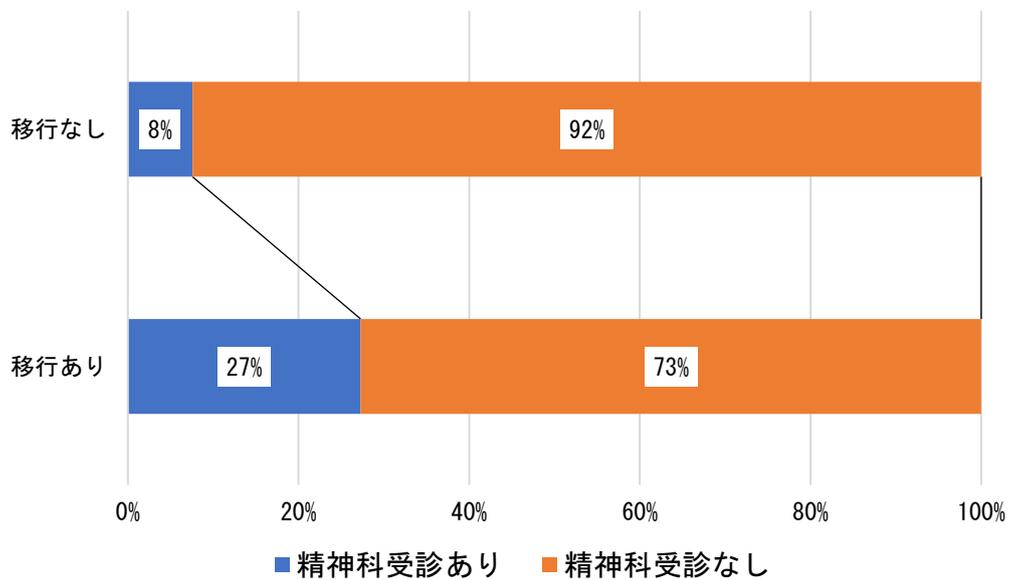


図 4-7 移行の有無と精神科受診歴
(移行あり 22 名、移行なし 66 名)

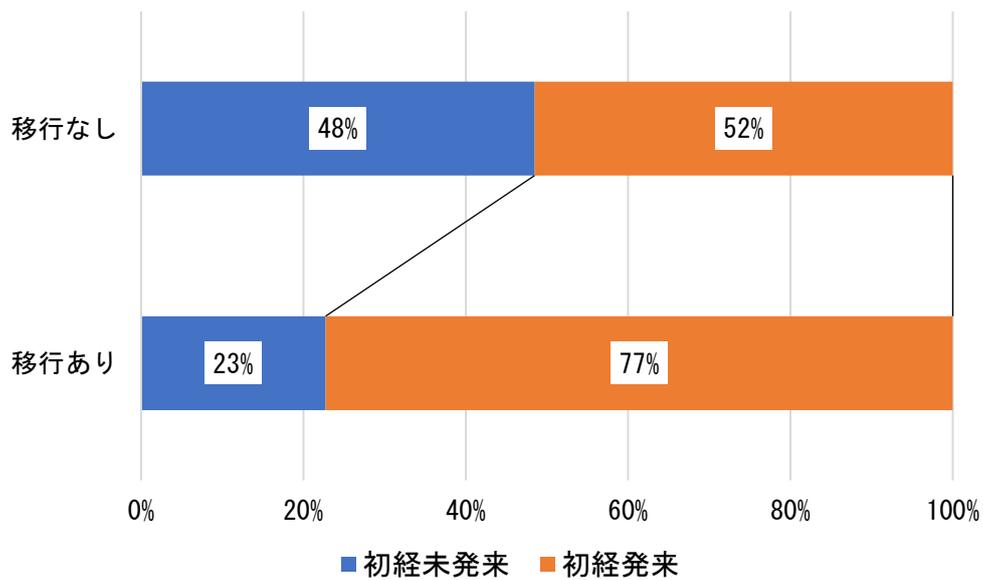


図 4-8 移行の有無と初経発生
(移行あり 22 名、移行なし 66 名)

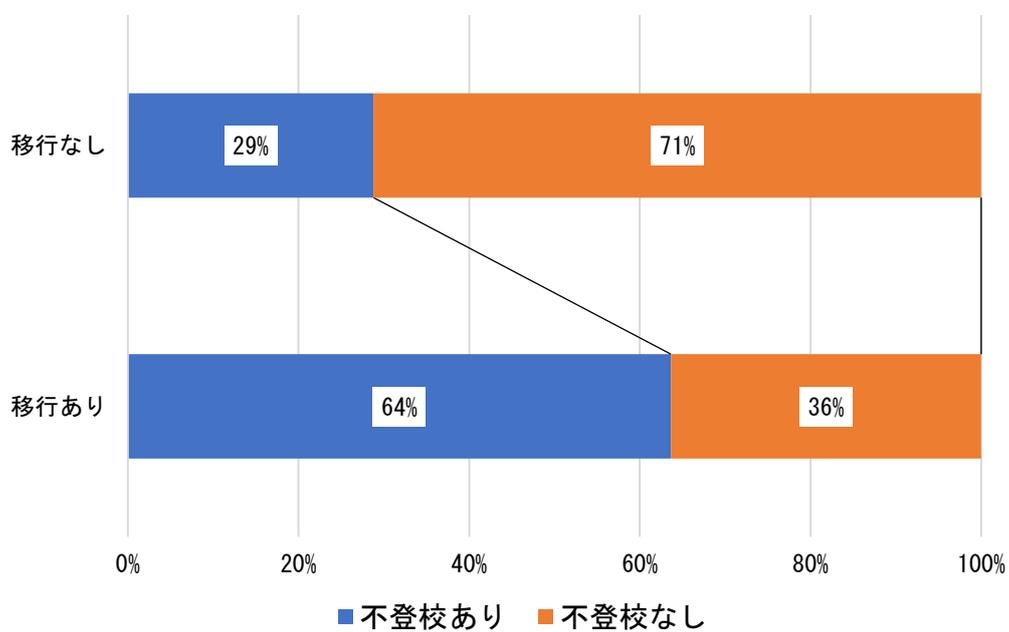


図 4-9 移行の有無と不登校
(移行あり 22 名、移行なし 66 名)

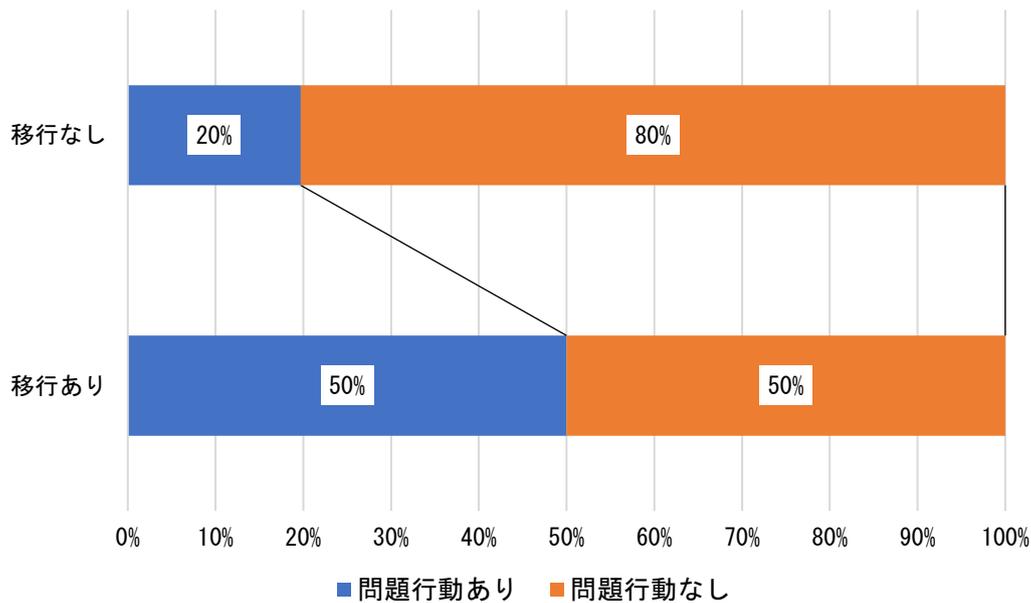


図 4-10 移行の有無と問題行動
(移行あり 22 名、移行なし 66 名)

表 4-4 移行の有無と問題行動の内訳

	移行あり	移行なし	p 値
自傷行為	6 (27%)	4 (6%)	☆ p . 01
暴力	5 (1%)	3 (5%)	☆ p . 74
逃走	0 (0%)	0 (0%)	—
強迫行動	0 (0%)	2 (3%)	—
その他	3 (14%)	4 (6%)	☆ p . 24

(%の母数は移行あり 22 名、移行なし 66 名)

注) 表中の「☆」は *Fisher* の直接確率計算法により検定したことを示している。

「—」は χ^2 検定行う必要がない項目であることを示している。

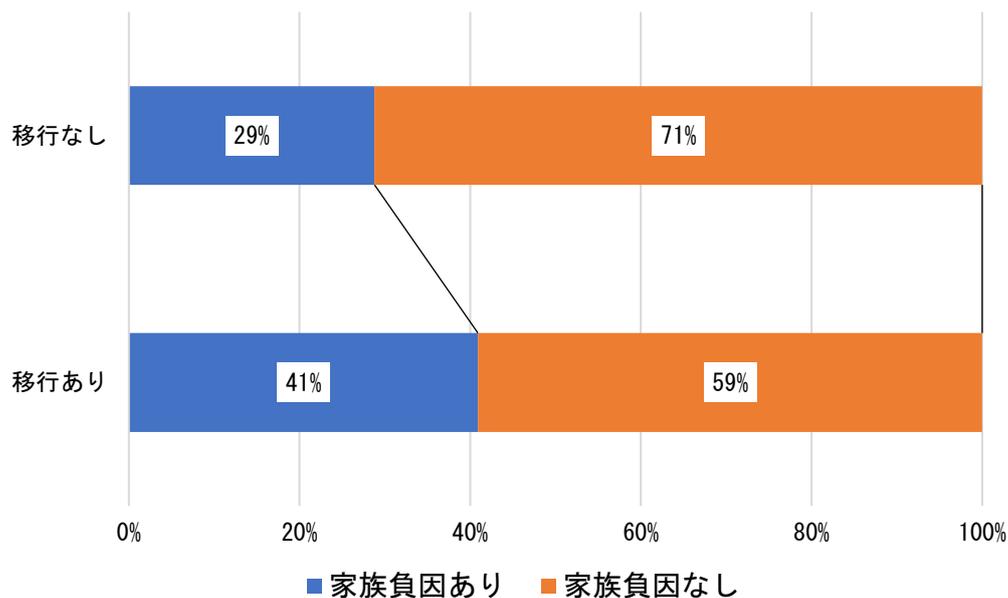


図 4-11 移行の有無と家族の負担
(移行あり 22 名、移行なし 66 名)

表 4-5 移行の有無と家族負担の内訳

	移行あり	移行なし	p 値
母親が摂食障害	3 (14%)	3 (5%)	☆ $p = .16$
両親が不仲	2 (9%)	4 (6%)	☆ $p = .63$
母親が精神疾患	2 (9%)	1 (2%)	☆ $p = .26$
母親が被虐待経験	1 (5%)	1 (2%)	—
父親が精神疾患	0 (0%)	2 (3%)	—
その他	1 (5%)	8 (12%)	—

(%の母数は移行あり 22 名、移行なし 66 名)

注) 表中の「☆」は *Fisher* の直接確率計算法により検定したことを示している。

「—」は χ^2 検定を行う必要がない項目であることを示している。

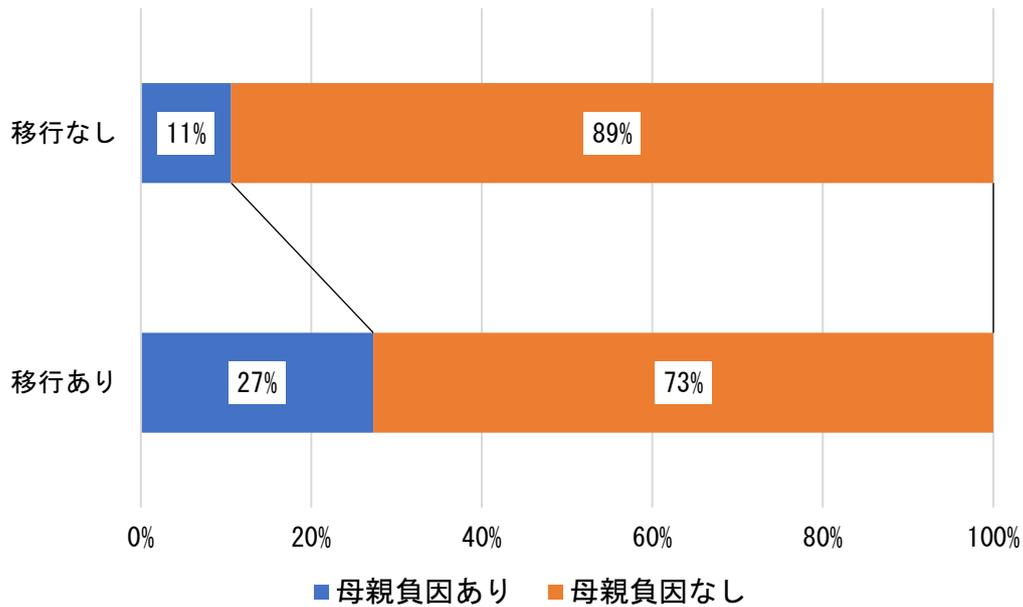


図 4-12 移行の有無と母親の負因
(移行あり 22 名、移行なし 66 名)

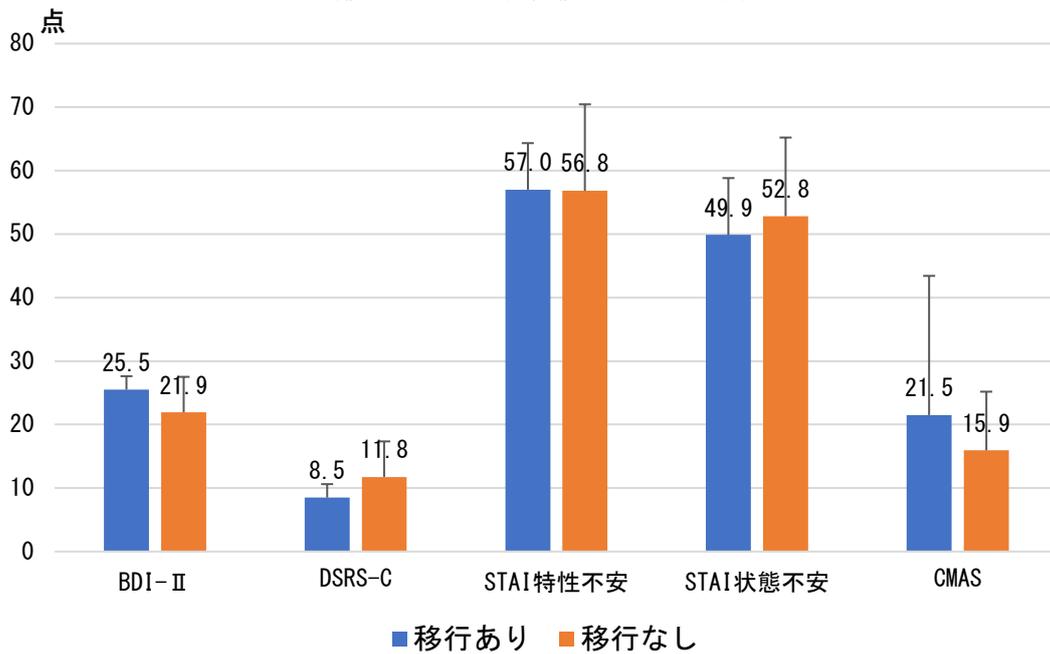


図 4-13 移行の有無と初診時の心理検査

BDI-II : 移行あり 8 名、移行なし 32 名

DSRS-C : 移行あり 2 名、移行なし 12 名

STAI (特性不安・状態不安) : 移行あり 8 名、移行なし 32 名

CMAS : 移行あり 2 名、移行なし 14 名

表 4-6 移行を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析結果

目的変数 説明変数	移行		
	β	オッズ比	95%CI (下限～上限)
自傷	2.05**	7.73	1.64～36.24
不登校	1.46*	4.31	1.39～13.46
容姿	1.45*	4.24	1.34～13.44

** $p < .01$ * $p < .05$

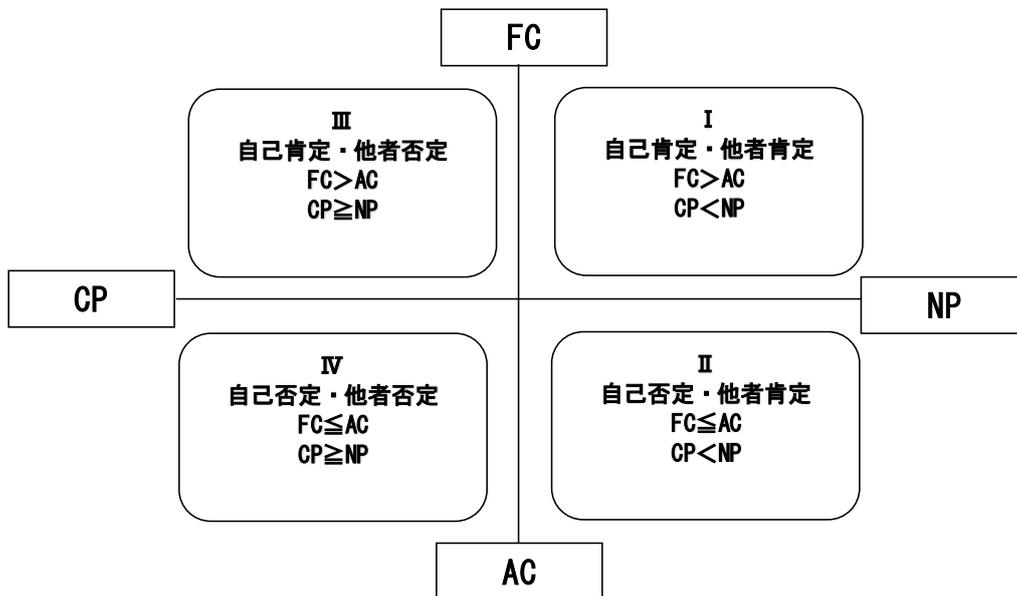


図 5-1 基本的構えの 4 タイプ

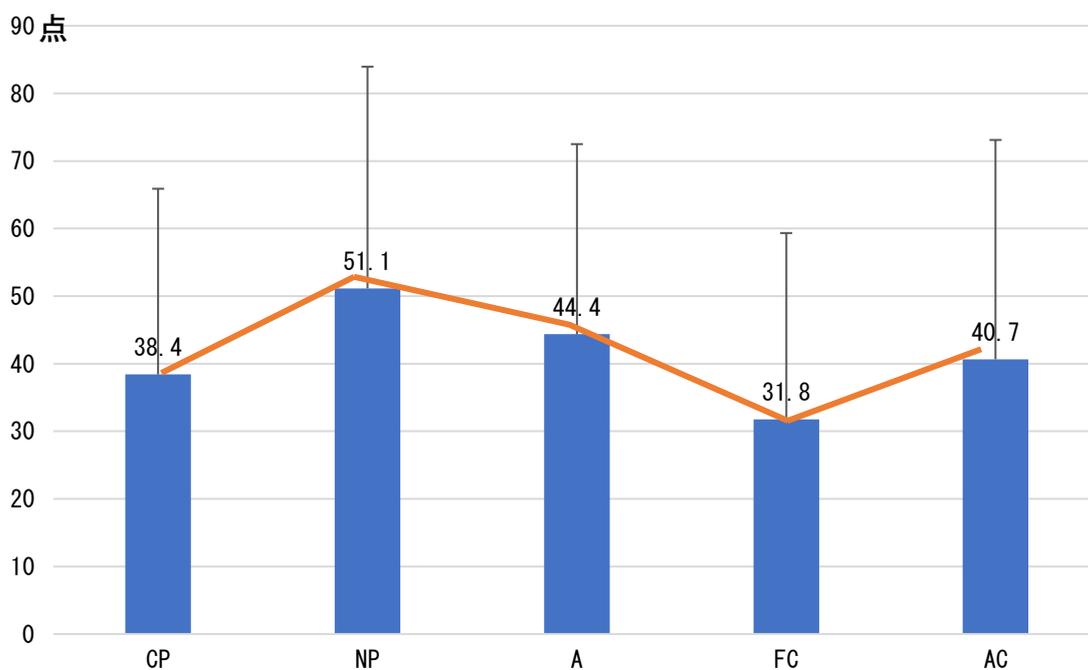


図 5-2 TEG II の各自我状態の平均得点 $n=75$

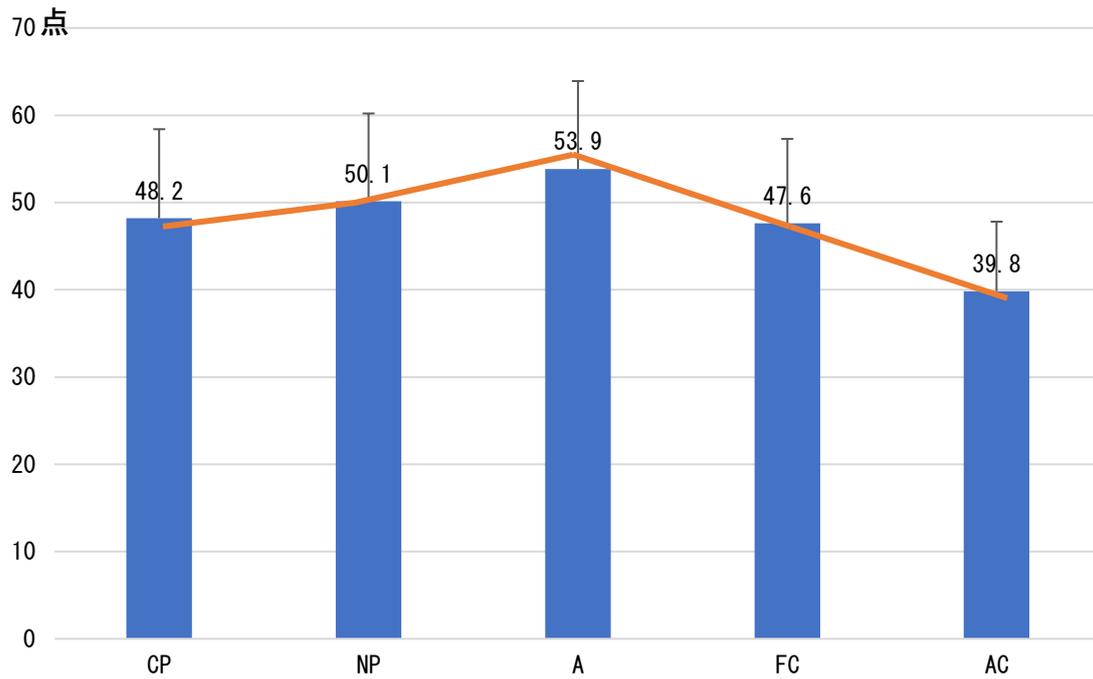


図 5-3 P-EG の各自我状態の平均得点 $r=75$

表 5-1 TEG と PEG の各自我状態の相関分析結果

	TEG II : CP	TEG II : NP	TEG II : A	TEG II : FC	TEG II : AC
P-EG : CP	.11	-.11	.10	-.03	.21
P-EG : NP	.03	.12	.14	.24*	.08
P-EG : A	-.01	.04	-.08	.06	-.28*
P-EG : FC	-.12	-.20	-.21	-.26*	.02
P-EG : AC	-.04	.14	.02	-.08	-.02

$r=75$ * $p < .05$

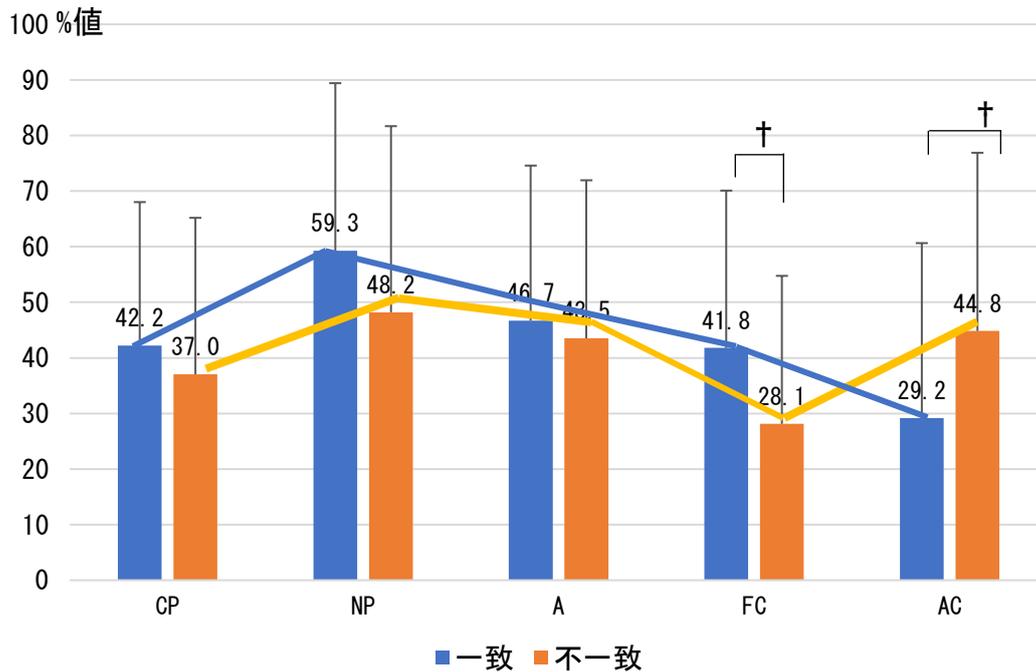


図 5-4 一致群と不一致群の TEG II における各自我状態の比較 † $p < .10$
 (一致群 20 名 不一致群 55 名)

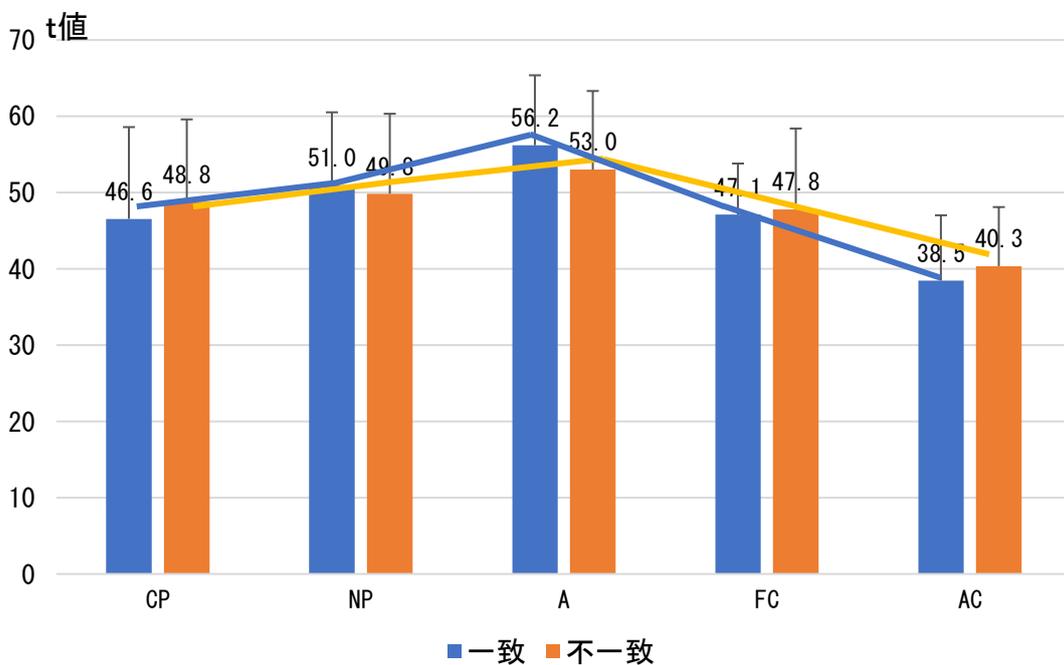


図 5-5 一致群と不一致群の P-EG における各自我状態の比較
 (一致群 20 名 不一致群 55 名)

表 5-2 TEG IIとPEG のエゴグラムパターン的一致・不一致と
TEG IIの基本的構えの4タイプとの関係

TEG 基本的構えタイプ	一致群	不一致群	p 値
I	11 (55%)	9 (16%)	☆ p . 002
II	3 (15%)	24 (44%)	☆ p . 019
III	4 (20%)	7 (13%)	☆ p . 326
IV	2 (10%)	14 (25%)	☆ p . 128

(%の母数は一致群 20 名 不一致群 55 名)

注) 表中の「☆」は *Fisher* の直接確率計算法により検定したことを示している。

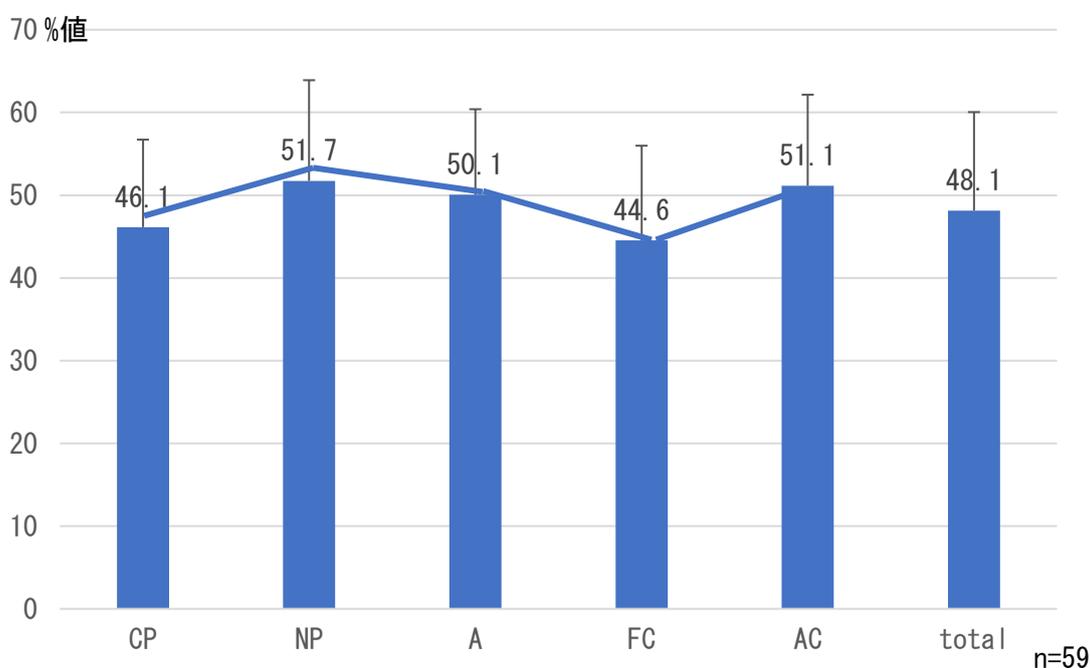
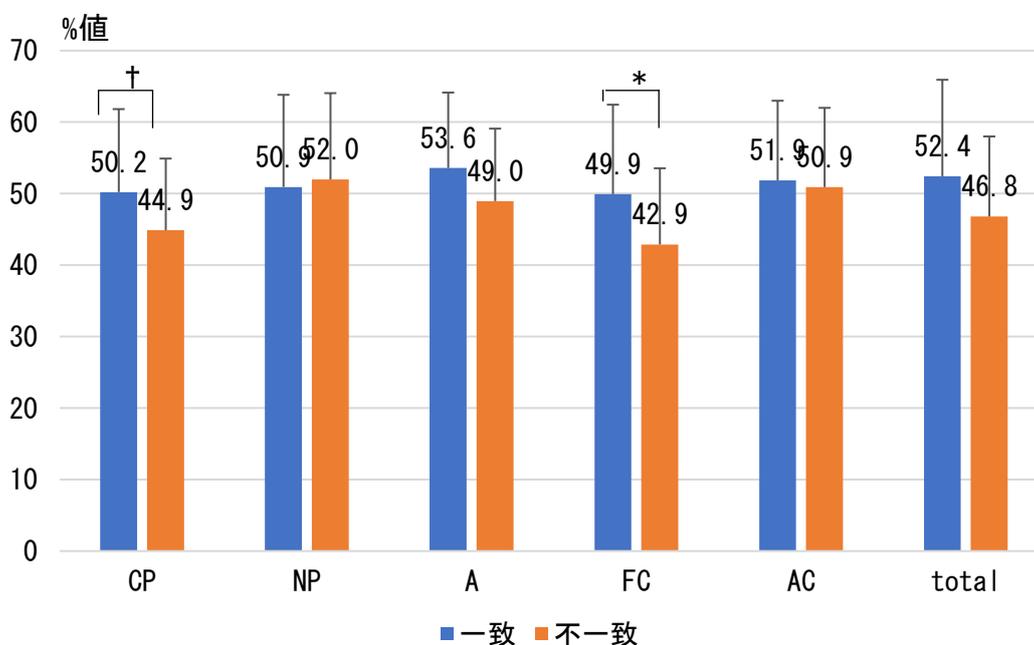


図 5-6 AN 患児の各自我状態の平均値

表 5-3 母親の自我状態と AN 患児の自我状態の相関分析結果

	AN 患児 CP	AN 患児 NP	AN 患児 A	AN 患児 FC	AN 患児 AC
AN 患児 CP					
AN 患児 NP	.60**				
AN 患児 A	.55**	.60**			
AN 患児 FC	.28*	.17	.27*		
AN 患児 AC	.29*	.34**	.37*	.07	
母 P-EG : CP	-.19	-.13	-.23	.13	.05
母 P-EG : NP	.26*	.39**	.14	-.06	.13
母 P-EG : A	.12	-.03	.17	.12	-.18
母 P-EG : FC	-.25	-.24	-.14	-.10	-.20
母 P-EG : AC	.00	-.06	.02	-.09	.22
母 TEG II : NP	.22	.13	.11	.08	-.05
母 TEG II : CP	.09	-.01	-.17	-.02	-.01
母 TEG II : A	-.04	.00	-.16	.02	-.10
母 TEG II FC	.39**	.13	.23	.24	.17
母 TEG II : AC	-.30**	.00	.11	-.04	.00

n=59



† $p < .10$ * $p < .01$

図 5-7 母親のエゴグラムによる一致群と不一致群と AN 患児の各自我状態の平均得点の比較

資料

資料1-1 日本版BDI-II (BDI-II: Beck Depression Inventory- II)

この質問票には21の項目があります。

それぞれの項目に含まれる文章をひとつひとつ注意深く読み、それぞれの項目で、今日を含むこの2週間のあなたの気持ちに最も近い文章をひとつ選び、選んだ文章の番号を○で囲んでください。

もし、ひとつの項目で同じように当てはまる文章がいくつもある場合は、番号の大きい方を○で囲んでください。No.16(睡眠習慣の変化)やNo.18(食欲の変化)を含め、それぞれの項目で必ずひとつだけ選んでください。

1. 悲しさ

- 0 私は気が減入っていない
- 1 しばしば気が減入る
- 2 いつも気が減入っている
- 3 とても気が減入ってつらくて耐えがたい

2. 悲観

- 0 将来について悲観していない
- 1 以前よりも将来について悲観的に感じる
- 2 物事が自分にとってうまくいくとは思えない
- 3 将来は絶望的で悪くなるばかりだと思う

3. 過去の失敗

- 0 自分を落伍者だとは思わない
- 1 普通の人より失敗が多かったと思う
- 2 人生を振り返ると失敗ばかりを思い出す
- 3 自分は人間として完全な落伍者だと思う

4. 喜びの喪失

- 0 自分が楽しいことには以前と同じくらい喜びを感じる
- 1 以前ほど物事を楽しめない
- 2 以前は楽しめたことにもほとんど喜びを感じなくなった
- 3 以前は楽しめたことにもまったく喜びを感じなくなった

5. 罪悪感

- 0 特に罪の意識はない
- 1 自分のしたことやすべきだったことの多くに罪悪感を感じている
- 2 ほとんどいつも罪悪感を感じている
- 3 絶えずに罪悪感を感じている

6. 被罰感

- 0 自分が罰を受けているようには感じない
- 1 自分は罰を受けるかもしれないと思う
- 2 自分は罰を受けるだろう
- 3 自分は今罰されていると感じる

7. 自己嫌悪

- 0 自分自身に対する意識は以前と変わらない
- 1 自分自身に対して自信をなくした
- 2 自分自身に失望している
- 3 自分自身が嫌でたまらない

8. 自己批判

- 0 以前よりも自分自身に批判的ということはない
- 1 以前より自分自身に批判的だ
- 2 あらゆる自分の欠点が気になり自分を責めている
- 3 何か悪いことが起こると、全て自分のせいだと思う

9. 自殺念慮

- 0 自殺したいと思うことはまったくない
- 1 自殺したいと思うことはあるが、本当にしようとは思わない
- 2 自殺したいと思う
- 3 機会があれば自殺するだろう

10. 落涙

- 0 以前よりも涙もろいということはない
- 1 以前より涙もろい
- 2 どんなささいなことにも涙が出る
- 3 泣きたいと感じるのに涙が出ない

10. 落涙

- 0 以前よりも涙もろいということはない
- 1 以前より涙もろい
- 2 どんなささいなことにも涙が出る
- 3 泣きたいと感じるのに涙が出ない

11. 激越

- 0 普段以上に落ち着きがなかったり緊張しやすくない
- 1 普段より落ち着きがなかったり緊張しやすい
- 2 気持ちよりも落ち着かずじっとしているのが難しい
- 3 気持ちが落ち着かず絶えず動いていたり何かしていないと気が済まない

資料1-2 日本版BDI-II(BDI II: Beck Depression Inventory- II)

12.興味喪失

- 0 他の人や活動に対する関心を失ってはいない
- 1 以前より他の人や物事に対する関心が減った
- 2 他の人や物事への関心がほとんどなくなった
- 3 何事にも興味をもつことが難しい

13.決断力喪失

- 0 以前と同じように物事を決断できる
- 1 以前より決断するのが難しくなった
- 2 以前より決断するのがずっと難しくなった
- 3 どんなことを決めるにもひどく苦勞する

14.無価値観

- 0 自分には価値がないとは思わない
- 1 以前ほど自分に価値があり人の役に立てる人間だとは思えない
- 2 他の人に比べて自分は価値がないと思う
- 3 自分にはまったく価値がないと思う

14.無価値観

- 0 自分には価値がないとは思わない
- 1 以前ほど自分に価値があり人の役に立てる人間だとは思えない
- 2 他の人に比べて自分は価値がないと思う
- 3 自分にはまったく価値がないと思う

15.活力喪失

- 0 以前と同じように活力がある
- 1 以前と比べて活力が減った
- 2 活力が足りなくて十分動けない
- 3 活力がなく何もできない

16.睡眠習慣の変化

18.食欲の変化

- 0 食欲は以前と変わらない
- 1a 以前より少し食欲が落ちた
- 1b 以前より少し食欲が増えた
- 2a 以前よりかなり食欲が落ちた
- 2b 以前よりかなり食欲が増えた
- 3a まったく食欲がなくなった
- 3b いつも何か食べたくてたまらない
- 3a まったく食欲がなくなった

19.集中困難

- 0 以前と同じように集中できる
- 1 以前ほどは集中できない
- 2 何事にも長い間集中することは難しい
- 3 何事にも集中できない

20.疲労感

- 0 以前と比べて疲れやすいわけではない
- 1 以前より疲れやすい
- 1 以前より疲れやすい
- 2 以前ならできた多くのことが疲れてしまってできない
- 3 以前ならできていたほとんどのことが疲れてしまってできない

21.性欲減退

- 0 性欲は以前と変わらない
- 1 以前ほど性欲がない
- 2 最近めっきり性欲が減退した
- 3 まったく性欲がなくなった

資料2 Birleson自己記入式抑うつ評価尺度
(DSRS-C: Birleson's Depression Self-Rating Scale for children)

わたしたちは、楽しい日ばかりではなく、ちょっとさみしい日もあります。
みなさんが、この一週間、どんな気持ちだったか、当てはまるところに○を書き入れてください。
良い答え、悪い答えはありません。思ったとおりに答えてください。

	いつもそうだ	ときどきそうだ	そんなことはない
1 楽しみにしていることがたくさんある	0	1	2
2 とても良く眠れる	0	1	2
3 泣きたいような気がする	2	1	0
4 遊びに出かけるのが好きだ	0	1	2
5 逃げ出したいような気がする	2	1	0
6 おなかが痛くなることもある	2	1	0
7 元気いっぱいだ	0	1	2
8 食事が楽しい	0	1	2
9 いじめられていても自分で「やめて」と言えない	0	1	2
10 生きていても仕方がないと思う	2	1	0
11 やろうと思ったことがうまくできる	0	1	2
12 いつものように何をしても楽しい	0	1	2
13 家族と話すのが好きだ	0	1	2
14 こわい夢を見る	2	1	0
15 ひとりぼっちの気がする	2	1	0
16 落ち込んでいてもすぐに元気になれる	0	1	2
17 とても悲しい気がする	2	1	0
18 とても退屈な気がする	2	1	0

資料3 STAI (State-Trait Anxiety Inventory)

たった今、あなたがどう感じているか、最もよく当てはまる番号を選んで、 ○で囲んでください。					
		全くあては まらない	いくぶん当 てはまる	かなり良く 当てはまる	非常に良く 当てはまる
1	おだやかな気持ちだ	1	2	3	4
2	安心している	1	2	3	4
3	緊張している	1	2	3	4
4	ストレスを感じている	1	2	3	4
5	気楽である	1	2	3	4
6	気が動転している	1	2	3	4
7	何か良くないことが起こるのではないかと心配している	1	2	3	4
8	満足している	1	2	3	4
9	おびえている	1	2	3	4
10	快適である	1	2	3	4
11	自信がある	1	2	3	4
12	神経過敏になっている	1	2	3	4
13	いらいらしている	1	2	3	4
14	ためらっている	1	2	3	4
15	くつろいでいる	1	2	3	4
16	満ち足りた気分だ	1	2	3	4
17	悩みがある	1	2	3	4
18	まごついている	1	2	3	4
19	安定した気分だ	1	2	3	4
20	楽しい気分だ	1	2	3	4
あなたが普段、どう感じているか、最も当てはまる番号を選んで、 ○で囲んでください。					
		ほとんど ない	ときどき ある	たびたび ある	ほとんど いつも
21	楽しい気分になる	1	2	3	4
22	神経過敏で落ち着かない	1	2	3	4
23	自分に満足している	1	2	3	4
24	取り残されたように感じる	1	2	3	4
25	気が休まっている	1	2	3	4
26	冷静で落ち着いている	1	2	3	4
27	困ったことが次々に起こり克服できないと感じる	1	2	3	4
28	本当はそう大したことでもないのに心配しすぎる	1	2	3	4
29	幸せだと感じる	1	2	3	4
30	いろいろ頭に浮かんで来て仕事や勉強が手につかない	1	2	3	4
31	自信がない	1	2	3	4
32	安心感がある	1	2	3	4
33	すぐものごとを決めることができる	1	2	3	4
34	力不足を感じる	1	2	3	4
35	心が満ち足りている	1	2	3	4
36	つまらないことが頭に浮かび悩まされる	1	2	3	4
37	ひどく失望するとそれが頭から離れない	1	2	3	4
38	落ち着いた人間だ	1	2	3	4
39	気になることを考え出すと緊張したり混乱したりする	1	2	3	4
40	うれしい気分になる	1	2	3	4

資料4-1 児童用顕在性不安検査 (CMAS: Children Manifest Anxiety Scale)

わたしたちには、だれでも心配することや気になることが、いろいろとあります。この用紙には、普段気にしたりすることが書いてありますので、一つつよく読んで、あなたにも同じようなことがあったら「はい」のところを○でかこんで下さい。そんなことがないときには「いいえ」のところを○でかこんでください。どうしても「わからない」ときは、両方に×をしてください。では、表の1番から始めてください。

	はい	いいえ
1 なにをやっても集中できず気が散りやすい。		
2 何かをやっているときに、だれかに見られると気になってアガってしまいます。		
3 何をやっても一番にならなければならないと思います。		
4 わたしは、すぐに顔が赤くなります。		
5 わたしの知っている人できれいな人は、ひとりもいません。		
6 ときどき、大声でどなりたくなるようなことがあります。		
7 ときどき、大声でどなりたくなるようなことがあります。		
8 ときどきこんなところに行きたくなくて、どこか遠い所に行ってしまいたいと思うことがあります。		
9 ともだちは、みんなわたしよりできる人ばかりのような気がします。		
10 ゲームをするときは、できるだけ勝ちたいと思います。		
11 人に話せないような心配ごとがたくさんあります。		
12 ともだちがみんな、わたしのことをきれいなのではないかと思うことがあります。		
13 大ぜいのともだちと一緒にいても、ひとりぼっちのような気もちになりことがあります。		
14 何かきめなければならないときでも、なかなか決心がつきません。		
15 自分の思ったとおりにならないことがあると、気もちがいらいらします。		
16 たいていのは何か心配しています。		
17 いつも人には親切です。		
18 お父さんやお母さんが、何かわたしにいいたいのではないかと気がかりです。		
19 ときどき、胸がくるしくて大きな息をしたくなります。		
20 わたしは、おこりやすいです。		
21 わたしは、いつもれいぎ正しいです。		
22 きんちょうすると、あせをかきやすい。		
23 ほかの人よりべんじょに行くのが、おおいと思います。		
24 ほかの方は、みんなわたしよりずっとしあわせそうに見えます。		
25 みんなが、私のことをどう思っているのだろうと気がかりになります。		
26 ときどき、のどがつまったような感じのすることがあります。		
27 あとになって考えれば何でもなかったことでも、そのときはとても気にしたようなことがよくあり		

資料4-2 児童用顕在性不安検査 (CMAS: Children Manifest Anxiety Scale)

		はい	いいえ
28	ちょっとしたことでにでも気がしずんでしまいます。		
29	いつもわるいことをしないようにと一生けんめいに心がけています。		
30	わたしは、いつもまちがいのないりっぱな人間です。		
31	これからさき、どんなことがおこるだろうと気になります。		
32	夜ねどこにはいっても、なかなか眠れません。		
33	学校のことがうまくいっているのかどうか心配です。		
34	いつでも、みんなからすかれています。		
35	しかられるとすぐカッとなりやすい。		
36	どんなときでも、本当のことだけしか話していません。		
37	みんなと一しょにさわいでいるときでも、ふとさびしくなることがあります。		
38	ちょっとしたことでにでも気がしずんでしまいます。		
39	わたしは、暗いところがこわい。		
40	べんきょうをしていても気もちがちって、すぐあきてしまいます。		
41	わたしは、まだおこったことがありません。		
42	夜ねるときに、あれこれと心配ごとが頭にうかびます。		
43	わたしは、おなかをこわしたことがありません。		
44	ときどき、あんなことをしなければよかったと思うことがあります。		
45	ときどき、頭が痛くなります。		
46	ときどき、お父さんやお母さんに何か起こるのではないかと心配になります。		
47	いってはならないことをいわれたことを、いったことはありません。		
48	わたしは、つかれやすいほうです。		
49	学校で、成せきをあげるのはよいことです。		
50	ときどき、こわいゆめをみます。		
51	わたしは、神経質です。		
52	まだ、ウソをいったことがありません。		
53	ときどき、何かやなことが起こるのではないかと心配になります。		

資料5-1 東大式エゴグラム新版Ⅱ (TEGⅡ)

1～53の質問項目を順に読んで、「自分にあてはまる」時は、1. はいに○を「自分にあてはまらない」時は、3. いいえに○を付けてください。なるべく、はいかいいえで答えてください。どうしても決められない時は、2. どちらでもないに○を付けてください。

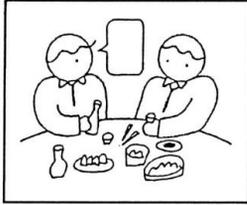
	はい	どちらでもない	いいえ
1 他人の言うことに左右されやすい。	1	2	3
2 納得のいかないことに抗議をする。	1	2	3
3 ユーモアのセンスがある。	1	2	3
4 他人の評価が気になる。	1	2	3
5 寛大である。	1	2	3
6 他人の話を聞くとときに根拠を求める。	1	2	3
7 他人の目を気にして、行動することが多い。	1	2	3
8 心が広い。	1	2	3
9 一度決めたことがよくぐらつく。	1	2	3
10 いつも楽しめることを探している。	1	2	3
11 物事には常に原因があるから結果があると考える。	1	2	3
12 理屈っぽい。	1	2	3
13 人の気持ちがよくわかる。	1	2	3
14 良いと思うことは貫く。	1	2	3
15 議論を好む。	1	2	3
16 なにかを始める前には情報を集める。	1	2	3
17 新しいことをやってみることが多い。	1	2	3
18 のびのびと振る舞うことができる。	1	2	3
19 他人に指図されることが多い。	1	2	3
20 夜ふかしをすることがまったくない。	1	2	3
21 何気ない気配りをする。	1	2	3
22 人見知りをしない。	1	2	3
23 自分に厳しい。	1	2	3
24 一度決めたことはやりとおす。	1	2	3
25 人の気持ちがなごむように話をする。	1	2	3
26 責任感が強い。	1	2	3
27 夢を見たことがない。	1	2	3

資料5-2 東大式エゴグラム新版Ⅱ (TEGⅡ)

		はい	どちらでもない	いいえ
28	しばしば人から言われた通りに行動してしまう。	1	2	3
29	他人に指図されるより指図する方が多い。	1	2	3
30	人を笑わせることが得意である。	1	2	3
31	人の顔色をうかがってしまう。	1	2	3
32	人助けをすることに喜びを感じる。	1	2	3
33	物事を言葉できちんと説明できる。	1	2	3
34	人の言うことが気になる。	1	2	3
35	親身になって行動する。	1	2	3
36	優柔不断である。	1	2	3
37	つねにその場を楽しむことができる。	1	2	3
38	事実の確認を行う。	1	2	3
39	予測して行動する。	1	2	3
40	人に優しい言葉をかける。	1	2	3
41	良くないことは指摘する。	1	2	3
42	論理的である。	1	2	3
43	筋道を立てて考える。	1	2	3
44	みんなとにぎやかに騒ぐのが好きだ。	1	2	3
45	明るい。	1	2	3
46	決断することが苦手である。	1	2	3
47	風邪をひいたことがまったくくない。	1	2	3
48	人には温かく接している。	1	2	3
49	よく笑う。	1	2	3
50	言うべきことは言う。	1	2	3
51	ついリーダーシップをとってしまう。	1	2	3
52	人の役に立つよう行動する。	1	2	3
53	常に向上心を持つ。	1	2	3

資料6-3 プロジェティブ・エゴグラム(P-EG)

7

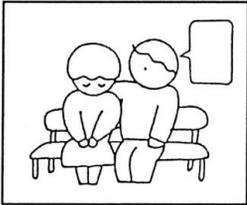


- ① あまり、飲みすぎるとみっともないですよ。
- ② 飲みすぎは体に悪いですよ。大丈夫ですか。
- ③ ここの料理の味はとうですか。
- ④ さあ、今日は思いっきり飲みましょう。
- ⑤ 先輩のおかげで今日はとても愉快地飲めますよ。

[回答欄/No.7]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8.

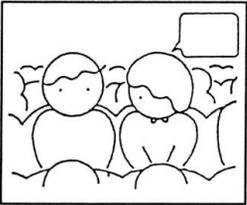


- ① 二人できちんとした生活をするように努力しなくてはね。
- ② 風邪をひかないようにね。
- ③ 時間に遅れるから急ごう。
- ④ きみを愛しているよ。
- ⑤ きみのいうとおりだと思よ。

[回答欄/No.8]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.

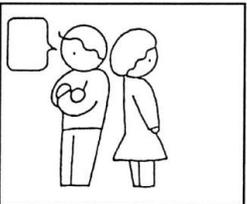


- ① なんて不道德な映画なのかしら。
- ② 疲れているんじゃない、出ましょうか？
- ③ ステキな映画ね。
- ④ わあ、興奮しちゃうわ！
- ⑤ あなたが見たいんならこれで良かったのよ。

[回答欄/No.9]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.

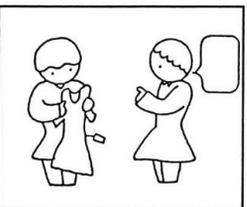


- ① きみは何てだらしがいいんだ。
- ② そんな態度をしていると人に嫌われるよ。
- ③ それはきみのわががまだと思うがね。
- ④ もう顔もみたくない！
- ⑤ そんなに言うのならきみのいうとおりにするよ。

[回答欄/No.10]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11.

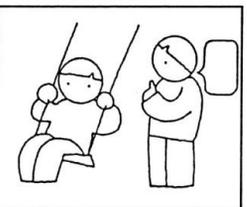


- ① むだ使いはしないほうが良いわよ。
- ② 丈の長いのは私がつめてあげるわ。
- ③ それいくらしたの？
- ④ わあステキ！ 私もほしいわ。
- ⑤ あなたに似合うと思わ。

[回答欄/No.11]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12.

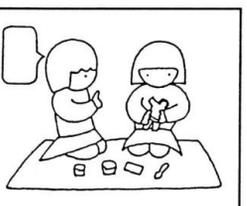


- ① 皆で順番にしないといけないよ。
- ② 押してあげよう。
- ③ もう帰る時間になったよ。
- ④ ぼくもりたいんだよー。
- ⑤ きみがあきたらのせてね。

[回答欄/No.12]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13.



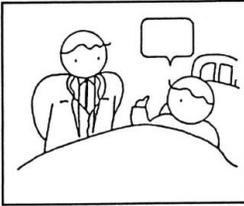
- ① おりこうにしなくてははいけませんよ。
- ② さあ、ねんねしましょうね。
- ③ あなたが赤ちゃんの役ね。
- ④ 私の好きな役やらしてくれなきゃいや！
- ⑤ あなたがお母さんの役でいいからままごとに入れてね。

[回答欄/No.13]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

資料6-2 プロジェティブ・エゴグラム(P-EG)

14.

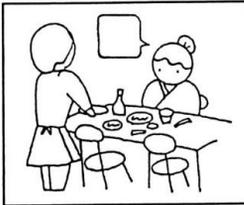


- ① 検査の結果をちゃんと教えてくれるべきですよ。
- ② 当直あけではつかれるでしょうね。
- ③ 今日はとても具合がいいです。
- ④ せんせえー、早く退院したいんですよ。
- ⑤ おっしゃるとおりに安静にしていますよ。

[回答欄/No.14]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15.

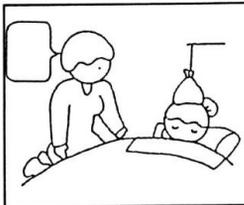


- ① おはしはきちんと並べるものですよ。
- ② あなたも早くさめないうちにお座りなさいよ。
- ③ いただきます。
- ④ これは好きじゃないのよ。
- ⑤ 私も一緒にいただいでいいのかしら。

[回答欄/No.15]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16.

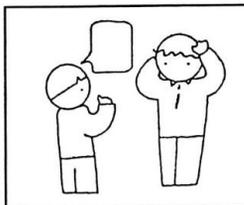


- ① 静かにねていなくてはダメですよ。
- ② どこかさすりましょうか。
- ③ どこが痛いんですか。
- ④ お姑さんの世話もたいへんだわあ。
- ⑤ お姑さんのいうとおりにしますわ。

[回答欄/No.16]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17.

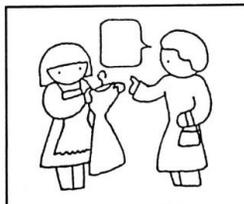


- ① 先生、ちゃんと教えてくれなくては困るよ。
- ② 先生にだって間違いはあるよ。
- ③ 先生、掃除はおわりました。
- ④ 先生もドジだなあ！
- ⑤ 先生の期待にそえなくてすみません。

[回答欄/No.17]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18.

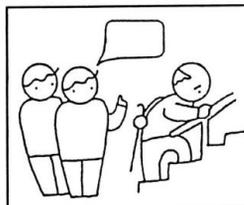


- ① そんな対応の仕方は良くないですよ。
- ② あなたは若いのにとてもよく働くのね。
- ③ これとそっちのどっちがうんですか。
- ④ こんなもの売りつけるなんてひどいじゃない。
- ⑤ 品物は良いのに私がやせすぎているから合わないのね。

[回答欄/No.18]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19.

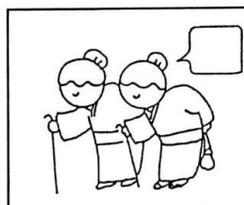


- ① あんな年寄りをひとりにするなんてなんてことだろう。
- ② おじいさん手をかしましょう。
- ③ もうすぐ敬老の日だね。
- ④ あーあ、あぶなっかしいな、年はとりたくないなあ。
- ⑤ 手をかさない和不親切な奴だと思われないかなあ。

[回答欄/No.19]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20.



- ① 今の若いものは思いやりがないわね。
- ② 明日は息子のところへ孫の面倒をみに行くのよ。たのしみだわ。 [回答欄/No.20]
- ③ 今日の老人会は何時までかしら。
- ④ 本当にうちの嫁ときたら気がきかなくて嫌になるわ。
- ⑤ 見たくもない芝居だけれど、ことわれないしね。

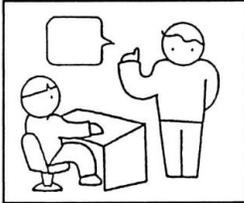
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

資料6-1 プロジェティブ・エゴグラム(P-EG)

回答方法

左の絵をみて、絵のなかの人物の台詞として一番適当と思われるものを、①～⑤の中から1つ選んで、右の[回答欄]の数字に○をつけて下さい。
20問あります。とばさないで全問に回答して下さい。

1.

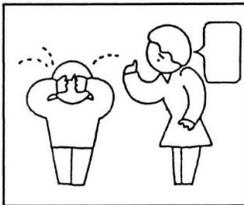


- ① しっかり勉強しなさい。
- ② あまり無理をしないように。
- ③ 勉強しているのかい。
- ④ 勉強なんかやめて野球を見に行こう。
- ⑤ 勉強しているなら邪魔しないね。

[回答欄/No.1]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.

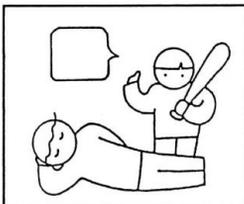


- ① 他人に迷惑をかけるとはなんですか。
- ② 泣いていないで理由を話してごらん。
- ③ 何を泣いているの？
- ④ 本当にこの子ったらうるさいわね！
- ⑤ 何か買ってあげるから泣きやんでね。

[回答欄/No.2]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.

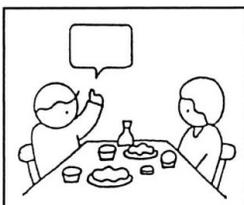


- ① ゴロゴロしてダラシがないなお父さんは。
- ② お父さん具合わるいんじゃないの。
- ③ ぼく、野球に行って来るよ。
- ④ 早く、野球しに行こうよおー。
- ⑤ 疲れてるんなら一人で行くからいいよ。

[回答欄/No.3]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.

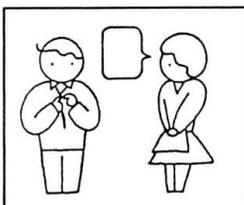


- ① もう少し早く食事の支度ができないのか！
- ② この位の味付けの失敗は誰にでもあるさ。
- ③ もう少し塩気をひかえた方が良くと思うよ。
- ④ 大きいほうを食べよう！
- ⑤ せっかくなつったんだからいただくよ。

[回答欄/No.4]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.

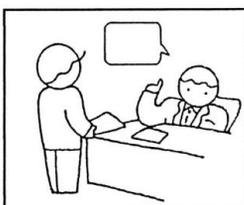


- ① 早くなさらないと遅刻しますよ。
- ② ハンカチは持ちましたか？
- ③ 何時にお帰りですか？
- ④ さびしいから、早く帰って来てね。
- ⑤ いけないとおっしゃるなら、今日は出かせませんわ。

[回答欄/No.5]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.



- ① こんな書類の書き方ではダメじゃないか。
- ② これからも頑張ってくださいませ。
- ③ これについてきみの意見をきかせてほしい。
- ④ 仕事が終わったんだから、ちょっとつき合ってくださいよな。
- ⑤ ま、これで良いでしょう。あとはぼくがみておくよ。

[回答欄/No.6]

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

資料7-1 AN-EGOGRAM

じょうきのしよていのらんじ「じっしび」「がっこうめい」「がくねん」「しめい」「せいべつ」をきにゆうしてください。

けんさのしかた

ひだりがわにしつもんがあります。みぎがわがかいとらんです。
 かいとらんは『はい・いつも』、『はい・ときどき』、『はい・たまに』、『いいえ』となっています。
 じぶんのこたえにあてはまるくらんに○をはっきりとつけてください。
 ばんごうじゆんにかいとらんをまちがえないようにきにゆうしてください。
 じかんせいげんはありませんが、なるべくはやくやってください。あまりふかくかんがえず、ちよっかんてきに○をつけてください。
 まちがえてつけたときは、×でけて○をつけなおしてください。

	いつも	ときどき	たまに	いいえ
1	わたしは、なんでもげんきよく、はやく、うまくできる。			
2	わたしは、すなおでうそをつかない。			
3	わたしは、ほかのひとがほかのようにみえるときがある。			
4	わたしは、ほかのひととなかよくできる。			
5	わたしは、むかしからのきまりをまもる。			
6	わたしは、ほかのひとのよいところをほめてやる。			
7	わたしは、ほかのひとのきもちがよくわかる。			
8	わたしは、よくかんがえてからきめる。			
9	わたしは、かんじたことをすぐにかおにだしてしまう。			
10	わたしは、よいことわるいことをはっきりきめる。			
11	わたしは、えんりよばかりして、ひっこんでばかりいる。			
12	わたしは、ほかのひとのためにしてあげることがおおい。			
13	わたしは、いやなことはあとまわしにしてしまう。			
14	わたしは、たのまれたことはきちんとする。			
15	わたしは、かおをみながらはなしをする。			
16	わたしは、いいたいもんくがいっぱいある。			
17	わたしは、ほかのひとのせわをたくさんする。			
18	わたしは、ほかのひとのきげんをみながらはなしをする。			
19	わたしは、「どうして」とか「なぜ」とかんがえることがおおい。			
20	わたしは、よいことだけをしている。			
21	わたしは、よくかんがえてきめる。			
22	わたしは、よくびっくりして「わあ」とか「へえー」という。			
23	わたしは、ほかのひとがしっばいするとひどくおこる。			
24	わたしは、うちでよくおてつだいをする。			
25	わたしは、おもっていることをなかなかいえない。			
26	わたしは、うまくいいわけをする。			
27	わたしは、「～しなければならぬ」ということがある。			
28	わたしは、じっとしているよりうごきまわっていたい。			
29	わたしは、きめられたことをきちんとまもる。			
30	わたしは、ほかのひとにたのんでやってもらうことがある。			
31	わたしは、ほかのひとにのたためになることをやってあげる。			
32	わたしは、おもったことをなんでもいえる。			
33	わたしは、いろいろなことをきたりみたりしてかんがえる。			
34	わたしは、わがままである。			
35	わたしは、「すみません」といってあやまる。			
36	わたしは、じぶんのきもちをいれずにかんがえる。			
37	わたしは、めずらしいものがすきだ。			
38	わたしは、まわりのことをきにしない。			
39	わたしは、みんなきぼうをもってどりよくすればいいとおもう。			
40	わたしは、なにかするまえにしっかりかんがえてからする。			
41	わたしは、おこったりしながらはなすことがない。			
42	わたしは、こまっているひとのためになぐさめてやる。			
43	わたしは、ひとのためにすることがすきだ。			
44	わたしは、じぶんのおもっていることをはっきりいう。			
45	わたしは、かんがえずにすぐなんでもやる。			
46	わたしは、こまったときいろいろじゆうにかんがえてやる。			
47	わたしは、ほしいものはなにがなんでもほしくなる。			
48	わたしは、ほかのひとがしっばいしたらゆるしてやる。			
49	わたしは、だれとでもうまきはなす。			
50	わたしは、ほかのひとからたのまれるとなんでもする。			

謝 辞

本論文を執筆するにあたり、多くのご指導を頂きました徳田克己先生にお礼申し上げます。研究の取り組み方や研究者として姿勢を沢山教えて下さいました。先生の「言い訳をしない」というお叱りの言葉は、これから研究者として臨床家として、しばらく生きていく上で大切な教訓でもあり、目標にもなりました。論文を完成することができましたもの、先生の厳しくも温かいお言葉があったからと思っています。

水野智美先生には、いつも見守っていただき、きめ細かいご指導をしていただきました。くじけそうな時に、温かいお言葉と適切なアドバイスくださり、切り抜けることができました。

森田展彰先生には、臨床研究の方法や結果の考察の仕方など、大変有益なご指導を頂きました。先生の貴重なご指摘をもとに今後も臨床研究を続けていきたいと思っています。

埼玉県立大学の古谷佳由理先生には、小児看護学のお立場から、専門的なご指摘やアドバイスをいただきました。小児の医療現場にこの研究がどのように活用できるかについて改めて考えていきたいと思えます。

論文が完成できましたのは、徳田克己先生をはじめとして、水野智美先生、森田展彰先生、古谷佳由理先生のご指導のおかげです。深く感謝いたします。

また、小児摂食障害の理解と臨床について沢山のアドバイスを下さいました獨協医科大学子どものこころ心療センターの作田亮一先生に感謝申し上げます。

貴重なデータを提供して下さいました、小児摂食障害のお子さんとそのお母さまに深く感謝申し上げます。この研究が、小児摂食障害のお子さんやご家族の支援に寄与できることを願い、臨床活動に活かしていきたいと思えます。また、今後も研鑽し、研究を発展させていきたいと思えます。

そして、本研究を進めるにあたり、生活支援学教室の皆さまには、多くのご支援をいただきました。西舘亜理紗先生、西村実穂先生、安心院朗子先生、吉岡尚美先生、坪見利香先生、阿部忍先生、仲本美央先生、八幡眞由美先生には、様々なサポートをしていただきました。子ども支援研究所の大越和美先生には、いつも笑顔でさりげない気遣いをしていただきました。そして、島田由紀子先生、淵田陽子先生、和田美香先生には、予備審査の準備など様々なサポートをしていただき、沢山の力をいただきました。ありがとうございました。そして、これからもよろしく願いいたします。

多くの方々に助けていただき、論文を完成することができました。今後、この研究結果を活用し、小児摂食障害の子どもとご家族の支援をしていきたいと思えます。

最後に、いつも近くで励ましてくれた家族に感謝します。

2018年3月