

## 総 説

### 摂食障害児の社会適応への支援

二 宮 恒 夫

徳島大学医学部保健学科母子看護学講座

(平成15年9月8日受付)

(平成15年9月22日受理)

#### 1. はじめに

思春期の摂食障害(神経性無食欲症, anorexia nervosa, AN)は, 食行動の異常によるやせ症状で発症する。経過中, 家族関係性の問題や, 学業, 友人関係, 長期目標, 職業選択, 価値観, 集団への帰属などアイデンティティの確立に関連したさまざまな問題に対する葛藤が顕在化する<sup>1)</sup>。すなわち, ANは食行動の異常であるが, 子どものアイデンティティの確立, 社会適応への準備のための, また家族関係を再構築するための病気ととらえることができる。支援の目標は, 身体症状の回復だけでなく, 子どもの社会適応や家族関係の改善である。

実際の治療にあたっては, 子どもと信頼関係を築き, 身体症状の早期回復をはかる。家族を治療プログラムに参加させ家族自らが家族関係性の問題に気づき改善に努めるように支援する。一方, 子どものアイデンティティの確立の葛藤に基因する社会不適応に対する支援は, 長期にわたり困難を極めることが多い。

今回, AN症例を紹介し, 子どもはアイデンティティの確立に悩んでいることを念頭に, 病初期から子どもの社会適応を目標に継続支援することの大切さを述べる。

#### 2. 症 例

症例: MK, 15歳, 女子

診断: 神経性無食欲症(anorexia nervosa, AN), 不登校

家族歴: 家族は, 両親と高校3年生の姉の4人家族。父親は公務員, 仕事熱心で家庭のことは母親にまかせていた。母親にとって父親は家庭の問題から逃げていると感じられた。母親は, 3交代制の勤務の職に就いている。

成育歴: 患児は, 母親の父親に対する不満を感じ成長

した。患児は, 母親が仕事も家事も忙しそうなので母親に甘えたくても甘えてはいけなかった。また, 母親に認めてもらいたくて学業を頑張り優秀な成績をおさめてきたが, いくら頑張っても認めてもらえないような気がした。クラスでは模範生として担任からも期待された。しかし, クラス内では孤立していた。母親は, 患児はしっかりした子どもであり, 自分一人でなんでもできる子どもと考えていた。

現病歴: 中学2年のとき, 親友と思っていた友人とのささいなトラブルから不登校になった。中学3年の新学期には最初の4日登校できただけであった。フリースクールや塾, 市立図書館で学習し, 実力テストは学校で受けるなど高校受験にそなえた。担任の家庭訪問もときどきあり, 実力テストの結果から校区外の希望校に進めると言われていた。しかし, 学習の量では同級生に追いつかないと感じたことから, 受験への不安, 不合格のときの自分に対する周囲の評価が心配になり, 不眠, 食欲不振に陥った。平成X年7月, 当院小児科心身症外来を受診した。

経過:

1) 初診(平成X年7月)~平成X年12月(不安, 自責, うつと拒食期)

初診時の体重は35kg(これまでの最高は中学1年頃の45kg), 身長は156cm。受験に向けて頑張っている親友や姉と, 自宅で何もしていない自分を比較し, 不安, 自責, うつ感情が強くなっていた。外来では, 不安は勉強中に強くなり, そのため勉強に集中できなくなることで, 希望校には合格しそうでないこと, 自分が情けないなどの気持ちを聴きながら, 抗不安剤を併用し, 情緒の安定をはかった。

9月には体重はさらに減少し, 31kgになった。将来への過剰な不安と, それに伴う自責とうつは持続し, 易

疲労感も強くなったため入院した。食事は800カロリーから開始し、ブドウ糖・電解質輸液の併用、抗不安剤の投与を続けた。話をゆっくり聴くことで不安は少しずつ和らぎ、食事も少し摂取できるようになった。気分も安定し家庭での回復を強く希望したため、入院10日後に退院した。

11月頃から過食に対する恐怖を訴えるようになった。食べ始めると止まらなくなるのではないかと、体重は際限なく増えるのではないかと訊ねた。「疲労感をとるために適度に食べることは、際限なく太ることにはつながらない」「反動的な過食は、正常な回復過程のひとつで過食症ではない」「過食と感じる時がくれば、話し合いながら母親の協力も得て必ず解決できる」ことを伝えた。生理がなくなった理由や、回復させるためには体重がめやすになることも話した。

#### 2) 平成 X + 1 年 1 月 ~ 3 月 (反動的な過食期)

少しでも食べ物をお口に入れると吐きそうになるまで食べないと気持ちが治まらなくなった。食べているときは止めないでほしいと考えてしまった。そのくせ食後は自責感や罪悪感にさいなまされるとともに、止めなかったと言って母親を責め気分が混乱した。このことは数週間連日続いた。反動的な過食であることや、標準体重の範囲を説明し、体型への認知を変化させることで、少し落ちつく日もできてきた。「1日に1,500カロリーに抑え、でも食べたいときには食べるようにしよう」とか、「40kg以上になってもいいと考えることもできるようになった」「太った自分が自分のことをどう考えるかも体験してみよう」など、体重の増加を許容する発言も生じるようになった。3月に体重は37kgに回復した。

#### 3) 平成 X + 1 年 4 月 ~ 8 月 (甘え出現、情緒安定期)

高校の通信教育課程にすすむことになった。勉強は自分のできる範囲でやってみようと思い、親友と比較する気持ちはうすらいだ。ANになったのは、苦しいことがあって、そのことを話すことができなかつたためかもしれないなど、自己を分析するようになった。今は母親に何でも話せるようになり、聴いてもらうことで自分を認めてもらっていると感じることができるようになった。母親にすごく甘えたいし、すなおに甘えることができるようになったと話した。体重も40kgを超え、5月には生理も回復した。患児は毎日同じ内容の話(子どもの頃甘えたかったけど辛抱したこと、学業は一生懸命取り組んだこと、食行動で悩んでいることなど)を繰り返した。話は3~4時間にもおよんだ。母親は、患児がやっとほ

んどうのことを話してくれるようになったのをうれしく思い、聴くことに徹した。

#### 4) 平成 X + 1 年 9 月 ~ 平成 X + 1 年 12 月 (自罰期)

本はきちんと整理しなければならないという強迫行為をきっかけに、肥満恐怖や対人恐怖が再燃した。悲しく不安になり、自分の部屋に閉じこもるようになった。太った自分を他人に見られたくないことから1週間に一日でよかった登校もできなくなった。結局通信教育をやめ、「このことで母親は私を嫌いにならないか」とか、「親は太った自分が嫌いになるのではないか」、「働くことができるようになるのだろうか」、「親はほんとに今のままでいいとは考えていないのではないか」など、母親の帰宅後から就寝まで母親に同じ質問を繰り返し、今の自分でよいとの母親の返事を確認する日が続いた。母親は毎日の同じ質問にうんざりし、いいかげんにしてほしいと思ったが、口には出さず耐えていた。しかし、きちんと聴いてくれていない表情を指摘され、「本気で聴いてくれていない、私のことはどうでもいいと思っている」と、母親を責め始めた。母親は対応に苦慮し心身ともに疲れてきた。

何もしていない自分を情けなく思い、好きな水泳教室や、英会話の塾に通った。しかし、自分に対する評価が気になって話せなくなったり、英会話ではささいな誤りを指摘され、どちらも数回通っただけでやめてしまった。自責感、挫折感、将来への希望のなさが強くなるとむちゃ喰いした。治療者は完璧主義を和らげるために、対人接触の機会をふやし自分の考えを変化させていくことが必要と考え、すぐやめてもいいからと伝えながらアルバイトやボランティアなどを勧めた。

このころ摂食障害の会や、インターネットで同じ悩みをもつ人と出会うことができ、その人たちとは気楽に話すことができた。

#### 5) 平成 X + 2 年 1 月 ~ 2 月 (母親への攻撃期)

「過食している自分が嫌いである。太りたくない。進学している親友に比べ私は何もしていないので情けない。大学に進学したお姉さんなんか帰って来なければいいのに」などと話すようになった。そして、「こんな私に育てた母親が悪い」と、母親を強く責めた。これらのことを毎日繰り返すようになり、話す内容の順序も決まっていた。

母親への質問に納得のいく回答が得られないと、「母親は聴いてくれるだけ、私に言ってくれることは単になぐさめ、母親は自分の意見を持っていない」と、不満を

ぶちまけ攻撃を強めた。その後では必ず母親に許しを乞いながらも、「私が憎くて殺したいと思っているでしょう」と、皮肉を交えた。「私は自分を守るために包丁を自分の部屋に置いて寝る」と、母親を困らせた。父親は、2人の様子を伺いながら、患児の母親への攻撃を和らげようとする、「お父さんなんか嫌い、あっちに行って、家から出て行って、出ていかないと私が出ていく」と、父親の仲介を妨げた。

この期間、患児は考えがまとまらないから治療者に伝えることはないと言って、外来へは両親が受診した。治療者にもよい子の自分を演じないといけなとかえって苦しんでいたと思われた。両親には包丁を枕元に置いて寝るなどの行為は絶対に許さないと包丁をとりあげよう、わがままな言動には毅然とした態度で接しようと言った。この時、父親は母親に子どもの言いなりにはならないでほしいと言った。治療者は、父親に母親を介して子どもの様子を聴くとか、母親の対応に注文をつけるのではなく、母親の支援者として母親と相談しながら子どもにかかわることが大切であると伝えた。

#### 6) 平成 X + 2 年 3 月 ~ 4 月 (母親との関係改善期)

母親は、患児にわがままはやめてほしいと、患児に向かってはっきり口にだして言うことができず、手帳に書きとめていた。それを偶然子どもが見た。患児は包丁を母親に返した。手帳には、患児に責められてもただ謝るだけでなく、患児のわがままな点は悪いとはっきり言おう。包丁を絶対に取りあげよう。患児は完璧主義であり、集団に入っても気楽に居ることができるように、理想が高くて外にできることができないのをなんとか手助けしてあげようなどが書かれていた。以来、患児の母親攻撃は少なくなったが、相変わらず母親との会話は3~4時間にもおよんでいた。母親のあげあしをとることもあるが、会話の最後には母親に迷惑をかけて悪いという気持ちを伝えていた。

父親との関係は表面的な平和状態であった。母親が夜勤のときは、一緒に食事に出かけることもあったが、話の内容は日常的なさしさわりのないものにとどまっていた。

子どもは、この頃の心境を、「一日中考えていて頭の中は忙しく、レンコン畑の泥沼に入って身動きがとれない状態で、心の頭と身体がばらばらである」と表現した。学校にも行かず家で何もしていないと思われたくないと考え、高校卒業の資格は得ておくために再度の入学を決意した。

#### 7) 平成 X + 2 年 4 月 ~ (社会適応に向けて)

周囲に気を使いながら登校していた。5月には体重は50kgを超えたが、肥満恐怖は訴えなかった。母親に対する反抗的言動や、このままの私でよいのかなどの確認のための話しもなくなってきた。しかし、ときにむちゃ喰いをしていた。

高校で定期のテストが予定されるようになると、幼少から100点とらなければと思ってきたので、悪ければ皆からどう思われるか心配であると不安を訴えた。7月から登校できなくなった。体重は53kgになり、献血時に太ったと言われ気分が滅入っていた。

「新しい場所にも以前より気を使わなくなったように思う。友人と話す時も楽しく話さなければならないと思っていたが、相手がありのままをだそうとしているのがわかると、私も気持ち楽になる」などと話した。

大検の合格をきっかけに県外の予備校に通うことになった。友人に会うと、自分と比較して将来は見返してやりたいと思う気持ちがある一方、悲観的にもなる。ときに食べ過ぎると感じる時はあるが、体重は50kg前後を維持している。容姿にはこだわる気持ちは残っている。自分は完璧を追い求めて、かえってだめにしていると思う。これは母親がさせているのだと頭の片隅で思っているなど、情緒が混乱し自分を苦しめている。

#### 【症例のまとめ】

本症例は、抑うつが先行した AN (制限型) (DSM ) である。反動的な過食の時期を経て、2年足らずで AN の診断基準 (表1参照) は満たさなくなるまで改善したが、たまにむちゃ喰いをしている。食行動の改善後は、患児は退行し甘えを示したが、しだいに反抗やわがまま、幼児的言動、あるいは母親を支配的に扱おうとする言動が目立ち、母親を困惑させ心身ともに疲弊させた。また、うつや自責にともなう情緒の不安定性や衝動の制御困難、将来に対する不安、完璧主義による柔軟性のなさ、強迫

表1 神経性無食欲症の診断基準 (DSM )

- 1) 年齢と身長に対する正常体重の最低限、またはそれ以上を維持することの拒否。
- 2) 体重が不足している場合でも、体重が増えること、または肥満することに対する恐怖。
- 3) 自分の体重、または体型の感じ方の障害。
- 4) 初潮後の女性の場合、無月経、つまり月経周期が連続して少なくとも3回欠如する。

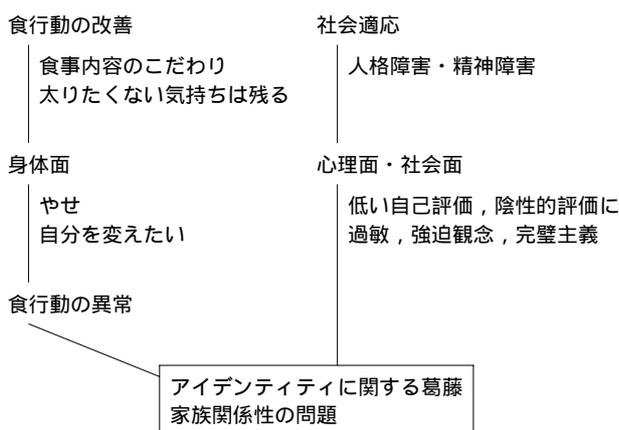


図1：神経性無食欲症の発症要因と支援のポイント

的思考, 低い自己評価, 否定的評価の過敏さなどの心理的問題が明らかになった。これらは, 同一性に関連したさまざまなこと(学業, 友人関係, 長期目標, 職業選択, 価値観, 集団への帰属など)に対する不確実性としてあられわれ, 自立, 社会適応を困難にさせた。

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

【母親の心理変化】

母親は, 摂食障害の原因が母子関係にあるとの本から得た知識によって, 子育てが間違っていたから AN になったと自責の念にかられていた。母親が治さなければならぬとの思いも強くなった。患児は手のかからなかったよい子であったが, 実は甘えたくてしかたがなかった, 認めてもらいたかったために学業に励んだが, いくら頑張っても認めてもらった気持ちにならなかったと言われ, 患児のこころを理解していなかった母親は自分を強く責めた。患児の拒食やむちゃ喰い, 感情の不安定さに, 母親は翻弄されながらも, 食行動が改善され, 思いっきり甘えたい, 甘えることができるようになった

と患児に言われたときには過去につぐないができそうで救われた気持ちになった。母親に聴いてもらうことで自分を認めてもらっていると感じるようになったとの患児の言葉から, 患児の要求をすべて聴き入れることが大切であると考えてしまった。その後にあられる反抗的言動にも, ただひたすら堪えた。

しかし, その後, 患児は高校入学, 英会話, 水泳教室, ダンス教室などでの集団生活を試みたが適応できなかった。対人関係に困難を感じるのは母親の育て方が悪かったからと非難されたことで, 母親はさらに自責感を強めた。母親の言葉じりをとらえた批判や, わがままな発言が多くなり, 母親は何を言っても反撃されるであろうと考え返答できなくなった。患児と話さなければならない気持ちと, 話したくない気持ちが交錯した。しかも, 心と身体がばらばらで, 沼地に入って身動きできない苦しい今の気持ちもわかってくれないと患児に指摘されたことで, 昔も今も結局は患児を理解できない情けない母親であると考えた。患児の他罰的な攻撃的言動にもただひたすら耐えた。母親は, 毅然とした態度で自分の考えを患児に伝えようと思ったのであるが, 患児との関係がますます悪化し拒食が再発するのではないかという恐れも抱いた。患児の母親への攻撃は, 患児自身の自責感情の自己防衛であり, わがままな点を治してほしいとのサインであるが, 母親は気づかなかった。毅然とした態度がとれない原因は, 母親の自責感が強くなったためもあるが, もともと母親も自己評価が低いのかもしれない。(母親も子どもの頃から自己評価を低くさせられるような成育環境にあったのかもしれないが, 確認できていない。)

3. AN の診断基準と治療効果の評価

AN は食行動の異常によるやせで発症する。そのため, AN の診断基準(DSM - IV)は<sup>2)</sup>, 病初期の食行動や体型の特徴からなっている(表1参照)。しかし, 本症例の経過が示すように, 身体的問題の改善とともに, 家族関係性の問題や子どものアイデンティティに関連した心理社会的問題が明らかになり, これらが支援の中心になる。しかも, 心理社会的問題の改善は長期におよび困難を極める。すなわち, 氷山モデル<sup>3)</sup>からすれば身体的問題は表面に見える部分であり, 家族関係性の問題や心理社会的問題は内面に潜んでいる問題であるが, これが AN の本質の問題である。診断基準に身体症状だけでな

く、ANの本質的問題を含めなければ、治療効果の判定や予後の評価に役立たないと考える。

Morgan & Russell は、治療効果の判定において、DSMの診断基準だけではなく、食行動、生理、異性との関係、心理状態、家族との関係、学業や就職状況を評価している(表2参照<sup>9)</sup>)。すなわち、思春期のANの治療は、生物・心理・社会アプローチ (biopsychosocial approach) の大切さが強調され<sup>5)</sup>、社会適応に困難を感じている子どもの心理に病初期から介入すべきであると言われている<sup>6)-8)</sup>。本症例の経過からも、改善の困難な点は心理状態や社会適応の問題であり、病初期から家族(特に母親)とともに子どもの心理社会面に焦点をあてた支援が重要であり、治療効果の判定は身体面、心理面、社会面の3方向から評価すべきであることが痛感される。

#### 4. 身体症状への発達モデルによる対応

Comerci は、思春期のANの治療においては、身体症状の早期回復をはかる、患者と信頼関係を確立する、家族を治療プログラムに参加させる、チーム医療を行うことの4点が重要であると述べている<sup>9)</sup>。

身体症状の早期回復をはからなければならないことは言うまでもない。「やせたい」の願望に共感し、「ダイエットは悪くないよね」と言葉をかけ、合併症の重篤性など疾病教育をおりませながら、患児の食行動に関する心理に対応しなければならない。病識の欠如・やせ願望などの認知の歪みや、少しでも食べると止まらなくなるのではないかという過食への恐怖、体重は際限なく増えるのではないかの肥満恐怖、あるいは食べていないにもかかわらず毎日排便がなければならぬなどの強迫観念の改善をはかる。身体症状の改善のみにとらわれる疾病モデルによる対応ではなく、食行動に関連した不安や恐怖、認知の歪みに誠実に耳を傾けなければ、患児の信頼は得られない。信頼が得られなければ、継続支援はできなくな

る。患児の言葉に共感し傾聴する、同じことの繰り返しでも傾聴し、コアの部分に具体的に触れることによって、患児を認めてくれる大人がいることを患児自身が認識すれば(信頼関係の成立)、患児自らが自分を変え成長させる。ANなどこころの問題を有する患児への対応は、患児が自ら変化する力を有することを信じた発達モデルによる対応が基本と考える。

#### 5. 社会適応への支援

「やせたことで私に目を向けてくれる。治りたくない」などの退行、疾病利得を示す一方、友人と比較し社会から逃避している自分を責める。社会適応し自分を活かすことができないことに葛藤が強くあらわれる。本症例は、不登校、高校進学を果たすが2度にわたっての中途退学、自分の得意な英語をのぼすための会話塾でのささいな点を訂正されたことから数回の参加しかできなかった。水泳やダンスなどに興味を示すが、長くは続けることができなかった。自分がどう思われるか他人からの陰性評価に過敏になり、テストは高得点をとらなければなど目標を高くかかげる。理想を高くし、しかも完璧を求めるあまり何ごとでもできなくなる。アンビバレントな気持ちに支配され、結局はなにもできなくなるという強迫的な優柔不断を呈するようになる。あせり、挫折、自責から悪循環に陥る。「レンコン畑の泥沼の中で身動きがとれない状態。心と身体がばらばらである」などと表現する。

ボランティアやアルバイトなどの活動を勧め、「自分に適したことをみつけるためにいろいろしてみよう」ではなく、「自分にあっていないものをみつけるためにいろいろしてみよう」と伝える。完璧主義、強迫的思考過程を和らげ、対人関係における認知を是正し、社会適応に向けて支援する。患児の失敗体験も成功体験も患児にとって気楽に話せる相手になることが、治療者の最も大切な姿勢である。

#### 6. 母親は支援者の一員

ANでは家族関係性に問題がある。家族システムの一般の特徴として、絡み合った関係、過保護、硬直性、葛藤解決能力の欠如があげられている<sup>10)</sup>。また、父親の特徴は、社会的には仕事熱心で努力を惜しまないが、男性的な力強さや自信に欠け、情緒面でも未熟であるために、妻の依存対象にならない、表面的平和状態を好み、家庭

表2 Morgan & Russell の治療効果の判定基準項目

1) Food intake (dietary and eating pattern, body concern, and body weight)
2) Menstrual state and pattern
3) Mental state
4) Psychosexual state
5) Socioeconomic state( work and family relation ): relationship with family, emancipation from family, social contacts outside family, social activity outside family, employment record

内の争いを避けようとするなどである<sup>11)</sup>。本症例では、甘えたくても甘えられなかった母子関係と、妻の依存対象にならない父親の姿が明らかであった。幸い、両親とも面接を繰り返すことができ、父親の家族に対する対応は変化した。

患児は、「ANになったのは母親の子育ての失敗である」と、母親を責めた。母親は、「手がかからず、しっかりした子ども」と、思っていた。患児は、「母親に甘えたくても甘えられない。勉強をいくら頑張っても認めてもらえない」気持ちで育った。母親に心配させないようにしようとの考えは患児にとっては外傷体験としてきざまれ、しだいに完璧主義を形成することにつながったかもしれない。すなわち、社会適応を困難にさせる要因は、家族関係の中で形成されると思われる。

家族の中では母親が患児の支援の中心的存在であり、患児も母親を頼りにする。母親が患児の表面の症状や反抗的言動に動揺しすぎると、支援どころではなくなる。本症例では、母親は、患児からの非難も重なって、自責感を強め、うつに陥り、患児に対し毅然とした対応ができなく、患児のわがままを咎めることもできなくなっていった。患児からすれば甘えることのできない頼りのない母親になってしまった。治療者は、患児にかかわりながら母親の内面の感情の推移を知り、母親も支援者の一員、すなわち患児に毅然とした態度で接することができるように支援することが大切である。具体的には、そのときどきに患児のあらゆる症状への対応をともに考える。もちろん、ANの本質である子どもの同一性の確立、社会化に向けての支援を基本にしなければならない。

母親の患児への対応から、母親を仮に3つにタイプ分けすることができるかもしれない。本症例のように患児からの攻撃に立ち向かうことができなくなり、患児に支配されるタイプ、患児を理解せず口論が絶えないタイプ、受容しながら拒食の再発やトラブルを恐れず、一貫した毅然とした態度で接することができるタイプである。これらのタイプは母親自身の成育歴や家族関係と関係するかもしれない。

## 7. おわりに

ANの発症要因として家族関係の問題が重視されてきたが、最近では思春期や前思春期における身体的・性的変化へのとまどいや、それにとまどい自己同一性の葛藤が重要な発症要因と考えられている<sup>12)</sup>。ANの予後因子と

して、発症年齢、最低体重、入院前の病気の期間、治療方法、心理社会性の問題などとの関係が調査されているが、結果は研究者によって多少異なっている。共通している点は、気分障害や不安障害などの精神症状や人格異常を伴う例、学業や就職など社会適応の問題があれば長期予後は不良と言われている。ANは不安障害や気分障害を合併することは多い<sup>13)</sup>。予後をPSR (psychiatric status rating scale) スコアで判定したところ、良好な経過のものが約半数、悪化は25%、中間は20%であったと報告されている<sup>14)</sup>。

本症例の治療経過を理解しやすくするために、拒食期 (不安, うつ, 自責を伴う), 反動的過食期, 情緒安定期 (母親への甘え出現), 自罰期, 母親への攻撃期, 関係改善期, 社会適応期に分けた。多くのANの経過は、おおよそこのような経過を示す。治療は、栄養指導を含む身体的治療, 問題行動の是正, 精神的治療, 心理的問題の解決 (カウンセリング, 行動療法, 認知療法, 認知行動療法, 家族療法, 精神力道的療法, 箱庭療法, 集団療法, 各種の芸術療法), 環境の調整などが、症例に応じて行われる。治療の基本姿勢として大切な点は、患児と信頼関係を確立するために傾聴し、患児の心理社会的な悩みに触れ、患児自ら自分を社会に活かそうとする力を取り戻すことができるように支援することであると考ええる。

## 文 献

- 1) Johnson, C.: Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa. In: Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa & bulimia (Garner, D. M. and Garfinkel, P. E., eds.) The Guilford Press, N.Y., London, 1985, pp. 19-33
- 2) 高橋三郎 (訳): DSM 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1997, pp. 205-207
- 3) 米山奈奈子: 看護の立場から. 摂食障害問題対応マニュアル (NABA, 日本アノレキシア・プリミア協会, 編), 東京, 2002, pp. 133-149
- 4) Morgan, H. G., Hayward, A. E.: Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. Brit. J. Psychiatry, 152: 367-371, 1988
- 5) Kreipe, R. E., Dukarm, C. P.: Outcome of anorexia nervosa related to treatment utilizing an adolescent

- medicine approach. *J. Youth and Adolescence* 25 : 483-497, 1996
- 6) Ben-Tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, K. : Outcome in patients with eating disorders : a 5 year study. *Lancet* 357 : 1254-1257, 2001
- 7) Herpertz-Dahlmann, B., Wewetzer, C., Hennighauser, K., Remschmidt, H. B. : Outcome, psychosocial functioning, and prognostic factors in adolescent anorexia nervosa as determined by prospective follow-up assessment. *J. Youth and Adolescence* 25 : 455-471, 1996
- 8) Strober, M., Freeman, R., Morrell, W. : The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents : Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10 ~ 15 years in a prospective study. *Int. J. Eat. Disord.*, 22 : 339-360, 1997
- 9) Comerci, G. D. : Eating disorders in adolescents. *Pediatr. In. Rev.*, 10 : 1, 1988
- 10) Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. : Psychosomatic families : Anorexia nervosa in context . 福田俊一 訳 : 思春期やせ症の家族, 星和書店, 東京, 1987
- 11) 束原美和子, 下坂幸三 : 父親の態度に照らしてみた摂食障害の発達の病理 *精神療法* 20 : 409-421, 1994
- 12) 生野照子 : 摂食障害 . 清水凡生 編 : 小児心身医学ガイドブック, 北大路書房, 京都, 1999, pp. 208-209
- 13) Herpertz-Dahlmann, B., Wewetzer, C., Schulz, E., Remschmidt, H. : Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, 19 : 335-345, 1996
- 14) Zipfel, S., Lowe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., *et al.* : Long-term prognosis in anorexia nervosa : Lessons from a 21-year follow up study. *Lancet* 355 : 721-722, 2000

## *Psychosocial support for adolescent anorexia nervosa*

*Tsuneo Ninomiya*

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

### SUMMARY

Anorexia nervosa is characterized by extreme weight loss, body-image disturbance, and an intense fear of becoming obese. Personality character includes obsessive traits, interpersonal insecurity, perfectionism, rigid control over impulses and underlying low self-esteem. Anorexic adolescents have felt helpless and ineffective in conducting their own lives. Other views anorexia nervosa as a family problem, particularly maternal failures to empathy and administration resulted in the child's overcompliance with maternal wishes.

The support for adolescent anorexia nervosa has focused on the psychosocial problems and the maternal-child relationship, resulted in the improvement of the overall quality of the patient's life (school works, daily activities and interpersonal relationships) and the adaptation within the familial dynamics.

Key words : anorexia nervosa, psychosocial problems, maternal-child relationship