

小児のやせと肥満

—心身症としての位置づけとアプローチ—

Thinness and obesity in children

—Positioning and approach as a psychosomatic disorder—

井ノ口 美香子*

慶應保健研究, 42(1), 019-025, 2024

要旨：やせと肥満という一見相反する状態も、心身症の定義に照らせば、同じスペクトラム上の心身症として捉えることが可能である。心身症の病態はストレスに対する反応として捉えられ、ストレスと関連する病態とやせ・肥満の関連も報告されている。一方、やせと肥満においては、それぞれの定義や分類が互いに単純な対応関係にならない。原疾患の有無による分類において、原疾患が特定できないが「不健康」と判断されるやせ・肥満の状態は、「症候性やせの疑い」および単純性肥満であるが、いずれも栄養状態の是正を目標に食事・運動評価と心理的アプローチを含む指導、経過観察を必要とする。また、やせ・肥満の治療では、近年、摂食障害あるいは肥満症に対する認知行動療法が注目されているが、やせ・肥満の予防でも、特にプライマリケアの場においてやせと肥満と心身症を包括的に捉えて対応する姿勢が望まれる。小児では成長曲線の活用により、やせ・肥満を初期の体重増加不良・体重減少あるいは体重増加過多の段階で発見し、その時の子ども達の変化や現状に耳を傾け寄り添うきっかけにつなげることも可能である。さらに今後は、体重に関連するスティグマ（weight stigma：体重スティグマ）を理解し、肥満・やせの治療・予防に悪影響を与える可能性のあるものとして認識すること、および社会全体における「反スティグマ化」が重要と考える。

keywords：ストレス、摂食障害、肥満症、認知行動療法、体重スティグマ

Stress, Eating disorder, Obesity disease, Cognitive behavior therapy,
Weight stigma

はじめに

小児の心身症は、2014年、日本小児心身医学会において「子どもの身体症状を示す病態のうち、その発症や経過に心理社会的因子が関与するすべてのもの」と定義され、発達・行動上の問題や精神症状を伴うこともあるとされている^{1), 2)}。一方、少なくとも医療的介入を要する小児のやせと肥満の診療において、その発症

や経過に心理社会的因子の関与が疑われる例は珍しくない。すなわち、やせと肥満という一見相反する状態も、この心身症の定義に照らせば、同じスペクトラム上の心身症として捉えることが可能である。本稿では、小児のやせ・肥満について、心身症としての位置づけとアプローチを様々な側面から検討して述べるものとする。

*慶應義塾大学保健管理センター

(著者連絡先) 井ノ口 美香子 〒223-8521 神奈川県横浜市港北区日吉4-1-1

1. ストレス反応としての心身症とやせ・肥満

1) ストレスと心身症

心身症の病態は、ストレスに対する反応として捉えることができる。ストレスに上手く対応できない時には「ストレス内分泌反応」、すなわちストレスが脳に影響を与え、HPA軸（視床下部：H→下垂体：P→副腎：A）の反応が生じ、その一連の反応の結果として多彩な身体症状を有する心身症を生じると考えられている。「視床下部（CRH）→下垂体（ACTH）→副腎皮質ホルモン（コルチゾール）」の反応は短期的にはストレスに対処する急性反応であるが、ストレス刺激がくり返されると身体の免疫力を低下させ、様々な疾患への抵抗力が落ちる。また「視床下部→自律神経系（交感神経の興奮）、副腎髓質（カテコールアミン放出）」の反応は、様々な急性ストレス反応（血圧上昇、心拍数増加、血糖上昇など）を引き起こし、慢性のストレス状態の結果、成人では高血圧・糖尿病を含む生活習慣病などが生じる可能性があると考えられている^{2), 3)}。

2) ストレスとやせ・肥満

やせ・肥満の病態は、前述のHPA軸により単純に説明できるものではないが、やせ・肥満をストレス反応としての心身症の一部と解釈することが可能と考える。実際に、成人ではストレスに関連する病態、例えばうつ病や心的外傷後ストレス障害（PTSD）がやせ・肥満に関連することなどが以前から報告されている^{4), 5)}。近年では、COVID-19パンデミックというストレスの食行動への影響も報告されており、食事が減少あるいは増加した人はうつ病症状のレベルが高く感情調節が困難な傾向があることも示されている⁶⁾。

わが国の小児においては、COVID-19対策での長期休校措置前後の小児心身症関連疾患受診者数の推移（2018～2020年度）が検討され、摂食障害による受診者が2020年度に有

意に多かったことが示された⁷⁾。また、他の小中学生を対象とした縦断的検討では、2019年から2020年の1年間は、過去4年間に比較して、中学生女子では「やせた（ Δ BMI-SDS減少 >0.5 ）」人が有意に多く、小中学生男子では「太った（ Δ BMI-SDS増加 >0.5 ）」人が有意に多いことが示されている⁸⁾。

2. 小児のやせ・肥満の定義と分類・治療

1) 小児のやせ・肥満の定義と分類

これまでやせ・肥満が心身症としての同じスペクトラム上で語られづらかった背景の1つは、それぞれの定義や分類が、互いに単純な対応関係にならないことであると考えられる。例えば、肥満の定義は「脂肪が過剰に蓄積した状態」であるが、やせの定義は「脂肪だけでなく同時に筋肉や骨なども過少な状態」が妥当と考える。やせ・肥満はいずれも原疾患の有無により分類されるが、少なくとも小児の実臨床においては、同様に単純な対応関係にはならない（図1）。すなわち、小児のやせは原疾患の有無により、症候性やせ（原疾患あり）と体質性やせ（原疾患なし）に分類されるが、実臨床においてはその中間に位置する「症候性やせの疑い」というべき一群が存在する。「症候性やせの疑い」は、いわゆる神経性やせ症の予備軍と言われるような小児が含まれ、その時点において原疾患は特定できないが、成長速度の異常（体重減少あるいは体重増加不良）、および、やせによる健康障害の片方あるいは両方を有する状態を示す⁹⁾。一方、小児の肥満は原疾患の有無により、症候性肥満（あるいは二次性肥満：原疾患あり）と単純性肥満（あるいは原発性肥満：原疾患なし）に分類されるが、原疾患を認めない単純性肥満でも明らかな健康障害を有するような「肥満症」という状態と判断されれば疾患として扱うという概念がある。

2) 小児のやせ・肥満の治療

小児のやせ・肥満における原疾患の有無に

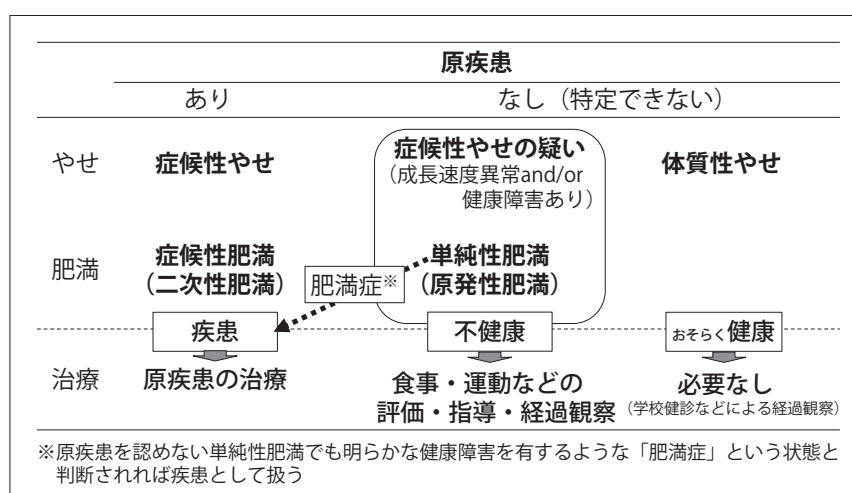


図1 小児のやせ・肥満における原疾患の有無による分類と治療

よる分類に基づく各治療の概要は図1に示す通りである。症候性やせと症候性肥満は「疾患」であるため原疾患の治療を行う。また、前述の通り、「肥満症」（単純性肥満の一部）も疾患として扱われ、いわゆる肥満による健康障害（合併症）を含め治療の対象となる。一方、「症候性やせの疑い」および単純性肥満（肥満症以外）は、原疾患が特定できない状態ではあるが「不健康」な状態であるため放置するべきではない。いずれも栄養状態の是正を目標に、食事・運動などの評価と心理的アプローチを含む指導、および経過観察を行う必要がある。なお、体質性やせは、言いかえれば病的意義のないやせ（原疾患がなく、かつ成長障害もやせによる健康障害も有しない）であり、「おそらく健康」のため治療不要であり、学校健診などによる経過観察のみでよいと考える。

3. やせ・肥満の治療における心理的サポート・精神医学的アプローチ

1) 摂食障害に対する認知行動療法（enhanced cognitive behavior therapy：CBT-E）

やせ，特に摂食障害の治療において，その治療目標の第一は栄養状態の回復としても，治療の過程には家族療法や認知行動療法など

の心理的・精神医学的アプローチが必須である。特に家族療法は，小児・思春期の神経性やせ症において国際的にも認められた治療法である。家族を最も重要な治療資源とみなし，親が持つ子育ての知識やスキルを最大限活用して子どもを病気から救い出すことを目指す¹⁰⁾。

摂食障害に対する認知行動療法（CBT-E）は，成人の神経性やせ症（あるいは過食症）に対して用いられている。摂食障害では，いかにやせているか，いかに体重をコントロールできるかということが重視され，人生や生活において本来重要視すべきこと（家族・友人との営みなど）が軽視される傾向があるとされる。CBT-Eはこうした摂食障害における「体重・体形およびそれをコントロールすることへの過大評価」という中核病理に焦点をあて，不適切な対処行動（不食・過食・嘔吐など）を段階的に止めて，新たな生き方を営むための適応的なスキルを身に付けることを目指すものである¹¹⁾。

2) 肥満症に対する認知行動療法（personalized cognitive-behavioral therapy for obesity：CBT-OB）

行動療法は，小児においては肥満症治療の3本柱（食事・運動・行動療法）の1つと

して、成人においてはそれに薬物・外科療法を加えた5本柱の1つとして、以前から併用されるものである。しかし近年、肥満治療において、治療からの脱落や、減量後の体重維持の失敗が大きな課題とされ、認知行動療法（CBT-OB）が注目されるようになった。すなわち、CBT-OBは、こうした治療からの脱落や減量後の体重維持の失敗には認知的要因が関連しているとの考えに基づき、認知的な変化も治療ターゲットとして、肥満の長期アウトカムの改善を目的に開発されたものである。CBT-OBは、行動療法の主要な戦略である食事や身体活動に関するアドバイス、行動変容技法（セルフモニタリングや目標設定など）、協同的な治療スタイルへの積極的な参加、現在に焦点を当てた問題解決アプローチ、治療効果の評価、戦略・手順のアップデートなどについては継承するが、その上で、単なる行動変容の追求ではなく生活様式の変化を長期的に維持するための認知的変化を目指していく¹²⁾。

3) 病態概念図（フォーミュレーション）の作成

CBT-EおよびCBT-OBのいずれにおいても、その過程において病態概念図の作成が行われる。CBT-Eでは、治療当初より心理教育や疾病教育と並行して作成し、治療進行に合わせて修正する。特に、過食は摂食抑制の結果生じると考え、厳密なダイエット、体型や体重に対する過大評価、不適切な体重調節法などが過食や嘔吐に結び付いていることを図示し、食行動の課題を客観視して、患者が今までと違う行動をする意味や効果を話し合う^{11), 13)}。CBT-OBでは、「減量への障壁に関する質問票」を用いて、不健康な食行動につながる「問題のある思考」や「先行刺激」、「不健康な食行動自体の良い面」など、減量や体重維持に負の影響を与えるメカニズムを図示した病態概念図を協同的に作成し、個々の患者ごとの減量への障壁に取り組む手順を話し合う¹²⁾。こうした病態概念図の作成は、小児

の摂食障害や肥満症の治療において確立されているものではないが、一部では応用可能な場合があると考ええる。

4. やせ・肥満の予防における心理的サポート・精神医学的アプローチ

1) やせ・肥満予防におけるプライマリケア

やせ・肥満の予防において、心理的サポートや精神医学的アプローチの方法は確立されていないが、生活に身近な学校や職場の保健室などを含むプライマリケアの場が果たす役割は大きいと考える。適正体重や栄養学的に好ましい食事のとり方などの正しい知識の伝達による予防だけでなく、様々な相談への対応による重症化予防も可能である。そうした予防的観点からも、プライマリケアの場はやせ・肥満の者にとって十分に相談しやすく、かつ継続的に心理的サポートを受けられる環境であることが望ましい。すなわち、心理的ストレスの影響が、食欲減退・体重減少につながりやすいやせと、欲求不満の代償や悲しみへの癒しの行為としての過食（気晴らし食いなど）・体重増加につながりやすい肥満の心理的特徴を理解した対応など、やせ・肥満と心身症を包括的に捉えて対応する姿勢が望まれる。さらに今後は、体重に関連するスティグマ（weight stigma: 体重スティグマ）（後述）に対する十分な理解と対応が必要である。

2) 小児における成長曲線の活用

学校の定期健康診断における身長・体重の成長曲線の活用は、小児におけるやせ・肥満の予防において重要であり、2016年施行の学校保健安全法施行規則の一部改正により正式に推奨されている¹⁴⁾。児童生徒等の健康診断マニュアル¹⁴⁾において提供されるパソコン用ソフト「子供の健康管理プログラム」では、成長曲線（身長・体重・肥満度曲線）の作成、および9つの「成長異常群」の抽出が可能である。しかし、この抽出システムには課題も多く、中学生では4人に1人が何らかの「成長異

常群」として検出されてしまう現実がある¹⁵⁾。

このように、学校現場における成長曲線の活用にはまだ課題も多いが、成長曲線の活用は、小児におけるやせ・肥満の重症化予防には欠かせない考える。我々は、思春期やせ症患者（5-18歳女性，104例）の成長曲線を分析し、思春期やせ症の「ハイリスク児」の状態を「成長曲線上，体重が1チャンネル以上の下向きシフト」と定義し、思春期やせ症発症のリスクを早期発見し介入できる可能性を検討した。「ハイリスク児」抽出から診断までの期間で体重減少パターンを分類した結果、「急降下型（6か月以内）」は46%，「緩除型（6か月～3年）」は37%，「長期緩除型（3年以上）」は17%であり、特に後者2者（合計54%）においては、十分な介入の可能性があったと考えた¹⁶⁾。

こうした成長曲線の活用により、小児のやせ・肥満を初期の体重増加不良・体重減少あるいは体重増加過多の段階で発見し、学校の保健室を含むプライマリケアの現場において、「何かあったのかな?」、「今どんな感じ?」と声かけを行うことは重要と考える。そうした身体的な変化の理由や原因は様々であるが、その時の子ども達の変化や現状に耳を傾け寄り添うきっかけにつなげることも可能である。

5. やせ・肥満に対する体重スティグマの影響

1) 体重スティグマ

近年、肥満者の心理面に与える体重スティグマの影響が注目されている。「肥満に対するスティグマについての国際合意声明」¹⁷⁾によれば、体重スティグマは「超過した体重による社会的評価の低下および誹謗中傷を指し、否定的な態度、固定観念、偏見、差別をもたらすもの」と定義されており¹⁸⁾、そうした体重や見た目に基づく差別行為は、肥満に関連する否定的なイデオロギー（怠惰、意志力の欠如、道徳性の欠如、衛生状態の悪さ、知的

能力の低さ、魅力の欠如など）により裏付けられることがよくあるとされている¹⁹⁾。

体重スティグマが特に問題であるのは、ときに正当化されてしまうところにある。その結果、否定的な固定観念や不当な評価、嘲笑、いじめにつながることも稀ではない。実際にメディアでは体格の大きなキャラクターが否定的な描写をされたりユーモアや嘲笑の対象となったりすることがよくあるが、学校や職場、家族内においても、肥満者に対する運動能力や学力、社会的関係性など様々な分野における期待が低くなりやすいとされている。肥満者は、日々こうしたことを様々な程度に受け入れて同意し、含意を自分自身に適用すること（スティグマの内面化）により、心身の健康への影響を受けている¹⁹⁾。すなわち、体重スティグマには、患者が社会から受ける「社会的スティグマ」と社会的スティグマに気づいた患者自身が抱える「自己スティグマ」が存在するとされる^{12), 18)}。特に小児における体重スティグマによる影響は大きく、自尊心の低下などの心理的影響だけでなく、身体的影響や社会的影響（社会的孤立や学業成績の低下、不健康な食生活、身体活動の減少、肥満の悪化）も生じる¹⁹⁾。

2) 治療の場における体重スティグマへの取り組み

医療現場においても体重スティグマは存在する。CBT-OBの「治療からの脱落を最小化するための戦略と手順」の中にもスティグマへの取り組みが含まれており、治療者は患者がスティグマを感じるようないかなる態度も避けることが強く推奨されている¹²⁾。小児にとっては「非難される」と認識される‘脂肪’・‘肥満’などの用語の使用さえも、モチベーションの欠如、医師への不信任感、治療に対する期待低下へとつながることがあるという¹⁹⁾。したがって、治療の場においては特に「肥満は慢性疾患であること」の認識が重要とされる。小児においては、体重について話

し合う許可を得ること、また体重の評価や診断についても敬意を持った偏見のない方法で告知する必要がある。さらに肥満の複雑な性質や肥満を誘発する環境を理解できるように支援し、身体的・心理的レベルの総合的評価に基づく持続可能なケア計画を共同作成し、共感的にサポートことが重要である。適切な言葉（「体重は自分自身への評価に影響すると思いますか？」など）で「スティグマの内面化」を調査することも求められる¹⁹⁾。

3) 体重スティグマと‘スマート’への賛美

体重スティグマは肥満の患者に対して悪影響を与えるが、一方でやせ（摂食障害など）の患者に対しても悪影響を与える可能性があると考ええる。体重スティグマは、裏を返せば、‘スマート’への賛美として捉えることができる。すなわち「やせていること＝良いこと」という固定観念が、例えば、摂食障害における肥満恐怖からの回復を妨げる可能性も危惧される。したがって、今後は、体重スティグマは、肥満だけでなく、やせの治療・予防に対して悪影響を与えるものとして認識すること、および「反スティグマ化」の拡大、すなわち健康、教育、政治、メディアなどあらゆる分野の社会全体における肥満者およびその家族に言及する際の否定的な言葉やイメージの排除が重要と考える。

結語

やせと肥満という一見相反する状態を、心身症との関係性から同じスペクトラム上で包括的に捉えることを提案した。やせ・肥満に対するアプローチの共通点や相違点を理解することは、それぞれのより良い治療・予防へとつながると考える。

本内容は、第17回日本小児心身医学会東北地方会において「やせと肥満と心身症」として発表した。筆頭著者の利益相反としてファイザー株式会社（医学教育助成）を挙げる。

文献

- 1) 小児科医のための心身医療ガイドライン. In: 日本小児心身医学会 (編), 小児心身医学会ガイドライン集 改訂第2版. 南光堂; 東京: 2015. p. 1-23.
- 2) 作田亮一. 子どもの心身症. チャイルドヘルス 2021; 24: 726-730.
- 3) Aguilera G. Regulation of pituitary ACTH secretion during chronic stress. Front Neuroendocrinol 1994; 15: 321-350.
- 4) de Wit LM, van Straten A, van Herten M, et al. Depression and body mass index, a u-shaped association. BMC Public Health 2009; 9: 14.
- 5) Roenholt S, Beck NN, Karsberg SH, et al. Post-traumatic stress symptoms and childhood abuse categories in a national representative sample for a specific age group: associations to body mass index. Eur J Psychotraumatol 2012; 3: 17188.
- 6) McAtamney K, Mantzios M, Egan H, et al. Emotional eating during COVID-19 in the United Kingdom: Exploring the roles of alexithymia and emotion dysregulation. Appetite 2021; 161: 105120.
- 7) 土生川千珠, 村上佳津美, 石井隆大, 他. COVID-19対策での長期休校措置前後の小児心身症関連疾患受診者数の推移. 日本小児学会雑誌 2023; 127: 1277-1288.
- 8) Nagashima Y, Inokuchi M, Yasui Y, et al. Impact of school closure due to the coronavirus disease 2019 pandemic on body mass index in Japanese children: Retrospective longitudinal study. J Paediatr Child Health 2022; 58: 1841-1846.
- 9) 井ノ口美香子. やせ (学童期・思春期). In: 日本小児栄養消化器肝臓学会 (編) 小児臨床栄養学 改訂第2版. 診断と治療社; 東京: 2018. p. 126-128.
- 10) 萩原かおり. 児童思春期の神経性やせ症のための Family Based Treatment (FBT). 臨床精神医学 2023; 52: 253-257.
- 11) 高倉修. 摂食障害の CBT-E. 臨床精神医学 2023; 52: 237-243.
- 12) 山崎允宏, 菊地裕絵. 肥満の心身医学領域のトピック — 認知行動療法・スティグマ. 心身医学 2021; 61: 242-248.
- 13) 総論. In: 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神・神経疾患研究開発費研究事業「心身症・摂食障害の治療プログラムと臨床マーカーの検証」摂食障害に対する認知行動療法 CBT-E 簡易マニュアル. p 4-7.
https://www.edportal.jp/pdf/cbt_manual.pdf
(cited 2024-2-17)

- 14) 監修のことば, 児童, 生徒, 学生及び幼児の健康診断の実施 In: 文部科学省スポーツ・青少年局学校保健教育課(監修). 児童生徒等の健康診断マニュアル 平成27年度改訂. 日本学校保健会; 東京: 2015. p. 1, p. 9-72.
- 15) 井ノ口美香子, 徳村光昭. 学校の健康診断における「成長曲線の活用による発育の評価」: 推奨化の意義と問題点 第2報 — 今後の対応改善に向けて —. 慶應保健研究 2017; 35: 75-81.
- 16) 井ノ口美香子. 成長曲線評価による小児期発症神経性食欲不振症のハイリスク児抽出の意義. 日本小児科学会雑誌 2007; 111: 451-453.
- 17) Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et.al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nat Med 2020; 26: 485-497.
- 18) 山崎充宏. 糖尿病/肥満症(心身症)についてのトピック. 医学と薬学 2023; 80: 471-475.
- 19) Tanas R, Gil B, Marsella M, et al. Addressing weight stigma and weight-based discrimination in children: Preparing pediatricians to meet the challenge. J Pediatr 2022; 248: 135-136.e3.