

Title	肥満の心理療法
Sub Title	Psychological treatment for overweight
Author	佐藤, 周三(Sato, Shuzo) 村川, 由梨(Murakawa, Yuri) 佐藤, 美奈子(Sato, Minako) 山本, 基(Yamamoto, Motoi) 山本, 享子(Yamamoto, Kyouko)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2007
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.84, No.4 (2007. 12) ,p.227- 236
JaLC DOI	
Abstract	The condition of being overweight is responsible as a major cause of metabolic syndrome. The control of obesity is of a great concern in terms of medicine-economics. Diet, exercise, medical and behavioral treatments have been employed to control this condition. But those treatments have some limitations in reducing body weight. We considered that being overweight is a result of a psychological response to the stress of their environment and human relationships. To solve these psychological problems, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Self-rating Depression Scale (SDS), Yatabe-Gilford (Y-G) character test, WHO/QOL-26 were employed for psychological evaluation. Overweight patients showed a high state of anxiety and trait anxiety by STAI. SDS showed a depressive tendency and Y-G character test showed a self-restrictive tendency. Considering the psychological analysis of overweight patients, cognitive-behavioral treatment was introduced to treat the overweight patient. It is concluded that psychological analysis and periodical interviews by cognitive-behavioral treatment between doctor, clinical psychologist and the patient are essential to treat overweight patients.
Notes	講座
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20071200-0227

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

講 座

肥満の心理療法

Psychological treatment for overweight

¹ 佐藤診療所, ² 佐藤診療所臨床心理部門, ³ 慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科,

⁴ 東京大学医学部整形外科, ⁵ 慶應義塾大学医学部皮膚科

さとうしゅうぞう むらかわ ゆり さとうみなこ やまもと もとい やまもときょうこ
佐藤 周三・村川 由梨・佐藤美奈子・山本 基・山本 享子

¹ Sato Medical Clinic, ² Department of Clinical Psychology, Sato Medical Clinic,

³ Department of Otolaryngology, Keio University, ⁴ Department of Orthopedics, Tokyo University,

⁵ Department of Dermatology, Keio University

Shuzo Sato, Yuri Murakawa, Minako Sato, Motoi Yamamoto, Kyouko Yamamoto

ABSTRACT

The condition of being overweight is responsible as a major cause of metabolic syndrome. The control of obesity is of a great concern in terms of medico-economics. Diet, exercise, medical and behavioral treatments have been employed to control this condition. But those treatments have some limitations in reducing body weight. We considered that being overweight is a result of a psychological response to the stress of their environment and human relationships. To solve these psychological problems, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Self-rating Depression Scale (SDS), Yatabe-Gilford (Y-G) character test, WHO/QOL-26 were employed for psychological evaluation. Overweight patients showed a high state of anxiety and trait anxiety by STAI. SDS showed a depressive tendency and Y-G character test showed a self-restrictive tendency. Considering the psychological analysis of overweight patients, cognitive-behavioral treatment was introduced to treat the overweight patient. It is concluded that psychological analysis and periodical interviews by cognitive-behavioral treatment between doctor, clinical psychologist and the patient are essential to treat overweight patients.

Key Words : overweight, obesity, psychological treatment, clinical psychologist, Cognitive-behavioural treatment

筆者は、脳神経疾患を専門として、特に脳卒中の治療、手術、研究を専門としてきた。永年の脳血管障害の治療の経験を通して、一旦発症してしまった脳血管障害を治療するのは大変困難であり、脳血管障害発症後の治療には限界があると感じていた。脳血管障害の発症前になんとか、その原因となる肥満症、高血圧、高脂血症、糖尿病などの成人病の治療をすることが、脳血管障害の予防として、最も重要だと感じていた。また、近年、メタボリックシンドロームの概念の普及により、肥満症は高血圧、糖尿病、高脂血症などの基礎疾患となり、脳血管障

害、心筋梗塞などのリスクを高める因子として、注目されるようになってきた。

従来、肥満の治療は、食事療法、運動療法、薬物療法、行動療法などの組み合わせにより行われてきた。心理学的な側面を重視して、1967年にStuartが行動療法を肥満の治療に取り入れ¹⁾、一定の効果を上げ、その後、Bennettが認知により問題を再構築するという認知行動療法を確立した²⁾。筆者は平成15年に開業したのを機会に、肥満外来を創設し、従来の方法に加えて、心理学的な側面を重視し認知行動療法を取り入れて、臨床心理

士と共に肥満症の心理治療を行なって来た。本稿においては、最近の肥満症に対する考え方、筆者等が行っている肥満の心理療法について述べる。

肥満の医療経済

肥満の合併症である高脂血症、糖尿病、高血圧、虚血性心疾患や脳血管障害の年間医療費を概算すると、それぞれ470億円、1,885億円、5,092億円、1,382億円、4,671億円とされ、その総額は1兆3,505億円に達する³⁾。BMIの相違による宮城県北西部の大崎地域での、月額医療費を算出した報告では、 $21 \leq \text{BMI} < 25$ の正常体重者では180\$, $25 \leq \text{BMI} < 30$ では197.6\$, $30 \leq \text{BMI}$ だと220.1\$であり、肥満者の総医療費に占める割合は3.2%とされている⁴⁾。これから推測すると、日本全体では、おおよそ、約1兆1000億円以上の医療費が肥満のために余計にかかっている計算になる。つまり、肥満および肥満症を治療、予防することができれば、医療費が、1兆円以上節約できるということになり、医療経済の面からも、十分に価値があるものと考えられる。

肥満の定義

体脂肪蓄積量の評価には、CTスキャンによる脂肪容量測定法、水中体密度測定法、DEXA法(dual energy X-ray absorptiometry法)などが知られているが、実際の運用性という点ではbody mass index(BMI)が国際的にも広く使用されている。BMIは

$$\text{BMI} (\text{kg}/\text{m}^2) = [\text{体重} (\text{kg})] / [\text{身長} (\text{m})]^2$$
として定義される。

日本肥満学会の肥満の判定と肥満症の診断基準によれば、肥満は脂肪蓄積を示す状態であると定義され、BMI 25以上を肥満と定義している⁵⁾。この肥満は、基礎疾患による二次性肥満と原因不明の特発性肥満に分類される。特発性肥満は、肥満に起因する疾患を合併する肥満症(メタボリックシンドロームタイプなどの合併が多い)と健康障害の無い肥満の二つに分類される⁶⁾。

肥満症のタイプ分類

肥満症は、脂肪分布の違いにより内臓脂肪蓄積型と皮下脂肪蓄積型に分類される。腹腔内の脂肪の測定はCTを用いれば正確であり、内臓脂肪が 100 cm^2 以上を内臓脂肪型肥満症とし、内臓脂肪が 100 cm^2 以下を、皮下脂肪型肥満症と定義する。実際にCT検査は簡便に行

える検査ではないので、腹囲を測定し、男性では腹囲が85 cm以上、女性では90 cm以上を内臓脂肪型肥満症と定義する。

内臓脂肪型肥満症は、耐糖能異常、II型糖尿病、高血圧、脂質代謝異常、高脂血症、高尿酸血症、脂肪肝などを合併し、アディポサイトカインの働きにより、脳、心疾患を合併しやすいとされ「脂肪細胞の質的異常による肥満症」とされる⁶⁾。

皮下脂肪型肥満症は脂肪による重量増加のため、膝や腰椎などの骨、関節関係の異常を来したり、睡眠時無呼吸症候群を合併し、「脂肪細胞の量的異常」による肥満症とされる⁶⁾。

一般的な肥満症の治療

従来の肥満に対する治療法として、日本肥満学会のガイドラインによると⁶⁾、食事療法、運動療法、薬物療法、行動療法、手術療法が推奨されている。

食事療法

肥満症治療食として、10, 12, 14, 16, 18と呼ばれる治療食を規定している。それぞれは1000, 1200, 1400, 1600, 1800 kcal/日の摂取エネルギーとして規定される。他に、超低エネルギー食をVLCDとして600 kcal以下の摂取量を規定している。それぞれの治療食の処方基準は、質的異常による肥満症か、量的異常による肥満症かに基づいて決定される。

治療食の栄養素は

- 1 たんぱく質：標準体重 $\times 1.0 \sim 1.2 \text{ g}/\text{日}$
- 2 脂質：20 g/日以上、必須脂肪酸の確保
- 3 糖質：100 g/日以上
- 4 ビタミン、ミネラルの必要量の確保と設定されている。

運動療法

脂肪細胞の質的異常による肥満症(内臓脂肪型肥満)に対しては、散歩、ジョギング、ラジオ体操、自転車、水泳などの全身の筋肉を用いた有酸素運動を行う。運動強度は、脈拍120/分(60歳未満)、または100/分(60~70歳)の中強度の運動を一回10~30分、一日2~3回、週3~5日以上実施する。

脂肪細胞の量的異常に起因する肥満症には食事療法を優先する。

薬物療法

どの患者にも、ある一定の減量効果を上げ得るという点では、薬物療法が最も有効である。しかし、薬物療法で減量できるということは、薬物投与を中止すれば、以前の体重に戻るとのこと、つまりリバウンドを誘発する。薬物療法に対する適応基準が詳しく定められているが、使用法を誤ると薬物乱用による薬物依存の危険性をはらんでいる。

現在、保険適応とされている肥満症に対する薬物は、防風通聖散、マジンドールなどである。

マジンドールは適応基準が、運動療法、食事療法を行っても効果が無い場合で BMI 35 以上とされている。実際の肥満治療においては BMI 35 以上という患者の頻度は低く、BMI 35 以上の患者においては、食行動そのものが心理学的な要因が強いため、肥満治療の補助的な効果は期待でき、一定の減量効果は期待できるものの、根本的な治療法とはなりにくい。防風通聖散は、効果はマイルドであり、大きな副作用の可能性も低いため、外来にても比較的使用しやすい薬剤である。

行動療法

行動療法は NIH のガイドライン⁵⁾を参考にして作成されているが、行動療法が前面にでており、その中の一部に認知行動的治療を含んでいるように記述されている。我々の考えでは、行動療法と認知行動療法は異なった概念であり、実際の治療においては、患者に認知してもらう認知行動療法によって、主として、行動の再構築がなされると考えている。詳細は筆者らがやっている肥満の心理療法の項で詳述する。

手術療法

最近内視鏡的な手術法も普及してきているが、手術適応患者自体もそれほど多くないので、ここでは手術療法の詳細は略す。しかし、筆者らの印象では、二次性肥満以外の肥満は、心理的な問題に続発してくることが多く、通常の肥満の治療を尽くした後に極めて限定的な適応があると考えている。

肥満の心理療法

実際に肥満症外来を行っていて、日本肥満学会のガイドラインによる食事療法、運動療法、薬物療法、行動療法を患者に指導した結果、一部の患者にはもちろん有効ではあったが、大多数の患者においては、指示された食事量、運動量をうまく守れず、体重を減少させることが

できなかった。患者の熱意が少なかったり、思うように体重が減らなくなった結果、通院しなくなってしまうのが主な原因であった。

食事療法でいえば、肥満症治療食 10-18 と指示されていても、そのカロリー数が守れなかったり、一時的には減量に成功しても、長期的には以前の摂取量に戻り、体重が元に戻ってしまうことがよく経験された。

運動療法でも、一時的には、運動により体重減少が図られても、半年も経つと、運動をやめて、以前の体重に戻っていた。

以上のような経験を通じて、筆者らは、二次性肥満症を除く多くの肥満症の原因は、心理学的な原因であるという印象を持ち、肥満に対しては、患者の苦悩を受容するというプロセスを含む心身医学的アプローチが効果的ではないかと考えた。

精神科的疾患または心療内科的疾患以外での心身医学的アプローチにて治療を行うという方法は、慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科においては、1986 年より臨床心理士と共同し、めまい・メニエール病・心因性難聴・心因性発声障害・吃など心理的要因の関与があるとされる耳鼻咽喉科領域疾患の認知行動療法を行った報告があり⁹⁾¹⁴⁾、これらを参考に、筆者らは、肥満に対して、臨床心理士と共同で心理療法を試みた。

我々の経験では、従来支持されてきている肥満症の治療法のなかで、ある程度有効だと考えられたのは行動療法であった。行動療法は、患者が食行動に対してセルフモニタリングすることにより、食事と運動に関して行動面の目標を設定でき、栄養についての学習や生活習慣、運動の重要性の認識、問題解決法の習得が図られるとされる方法である⁶⁾。

肥満症治療ガイドラインにも、カウンセリングの重要性が指摘されており、行動療法の項目の中にも認知の再構築という項目があり、認知の重要性を指摘している⁶⁾。食事の自己記録、グラフ化体重日記法、咀嚼回数記録法などが指導されているが、患者によっては持続することが困難な場合も多く経験される。

行動療法では、体重、食事の自己記録により、問題行動の抽出、ストレスへの対処法 (stress management)、過食行動誘発刺激の回避法 (pre-stimulus control) が確立される。しかし、この段階で留まると、この行動の持続は困難であり、一時的な体重減少に留まる。修復された行動を持続させるためには、患者の認知様式を再構築 (cognitive reconstruction) するという認知行動的治療をおこなう必要がある。適正行動を持続させるために、患者の意欲を保つためには、いかに適切な報酬を

与えるか (contingency management) が重要である。筆者らは、肥満の治療、維持のためには、行動療法よりも、むしろ認知行動療法が重要だと考えて、認知行動療法を主体にして、臨床心理士と共同し、肥満の心理療法を行っている。

肥満症に対しての認知行動療法は Cooper らが 2001 年に提唱¹⁵⁾、日本でも徐々に取り入れる施設も増加している。しかし、原法のままでは日本に取り入れにくいこともあり、筆者等の施設では認知行動療法を取り入れた心理療法を行っている。

肥満の心理療法は、食事療法、運動療法、薬物療法と平行して行われる。筆者らは、肥満の心理療法を概念的に、大きく分けて 3 段階に考えている。しかし、それぞれのステージの期間、内容は厳密には決めておらず、患者の状況に合わせて治療者が柔軟に対応している。治療の流れは、Ⅰ段階は肥満の原因検索、問題行動の修復に 3 ヶ月程度、Ⅱ段階は、修復行動の持続のためには 3 ヶ月、Ⅲ段階として、問題点の克服と維持のためには 3 ～ 6 ヶ月の期間を想定し、合計 9 ヶ月から 12 ヶ月間を 1 クールとして治療を行う。1 クールで治療が完結しない場合はそのまま 2 クール目とする。

治療の大まかなステージ分類

Ⅰ段階 (1 ～ 3 ヶ月目ころまで)

1) 肥満の原因検索

問診、生活環境調査 (家族関係、職業、ストレスの有無) を行い、肥満に至る原因がどこにあるか注意深く調査する。各種の心理テスト (後述) を行い、患者の心理状態、性格、不安状態を詳細に把握し、その後の心理治療、認知行動療法の参考にする。また肥満の原因に相当すると考えられる事に関して、患者が認知できるように努める。

2) 問題行動の修復

栄養指導、咀嚼法の導入 (一回飲み込む毎に咀嚼を 30 回行うように指導)、体重記録の指導、食日記の導入、カウンセリングにより問題行動の修復を図る。第一段階は、初診から 3 ヶ月目頃まで、週一回程度の認知行動的カウンセリングを行う。通常減量を始めたばかりのときは体重減少が順調に行くことが多いので、この成功への適切な報酬が患者の意欲保持に努める。

Ⅱ段階 (3 ～ 6 ヶ月目まで)

修復行動の持続のために、2 週間に一回程度のカウンセリングを行い、運動療法の内容の改善、体重維持の管理を行う。第二段階ではそれほど体重の減少は期待出来

ない事が多いが、この時期はむしろ、リバウンドを防ぐ練習を兼ねて、減少した摂取量に、あまり努力しなくても、慣れるようにカウンセリングする。ともすれば、患者の意欲が減少する時期なので、積極的に認知行動学的方法を用いて、患者の意欲を保持するようにサポートする。具体的には、患者は「まだ、何キロしか減っていない。」というような認知をすることが多いが、治療者側からは「もう、何キロも減っていますね。すごいですね!!」と同じ現象をみても肯定的に認知できるようにカウンセリングする。

Ⅲ段階 (7 ～ 12 ヶ月目)

問題点の克服と維持

それほど意識しなくても体重が維持できるようにサポートする。この時期は、主としてリバウンドを防ぐ目的で、それほど意識しなくても、ある程度体重が維持できるように、月一回程度のカウンセリングを 7 ヶ月目から 3 ～ 6 ヶ月行う。

心理療法のための心理検査

肥満の心理療法を行うためには、患者の詳細な心理状態、生活状況の把握が必要である。このため、肥満外来患者には、詳細な生活状況の調査 (小児期から現在までの心理的なバックグラウンドを含めて)、心理検査を施行し、その後のカウンセリング、肥満の心理治療の参考としている。

施行している心理検査について、簡単に説明する。

1) State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (状態・特性不安検査) : 一般に人は外部からストレスを受けると、そのストレスに対してどのような意味があるかと認知的評価をし、不安を感じる。その外部の刺激に対して行われた認知的な評価を分析することにより、ストレスに対する情動変化を評価しようとするものである¹⁶⁾。外部刺激が自分にとって有害であると判断し短時間に誘発された不安状態を状態不安 (State Anxiety)、生来個人が備えている性格的な不安を特性不安 (Trait Anxiety) と定義する。状態不安は、個人が今置かれている環境、人間関係でどのような不安があるかを評価するものであり、特性不安は、通常本来その人が持っている不安尺度を評価するものである¹⁶⁾。状態不安と特性不安を評価することにより、本来その人がもっているストレスの抱え込みやすさが多いのか、現在おかれている生活環境の

ストレスが多くて摂食行動に現れてしまうのかを評価することができる。この結果により、抗不安薬の投与や心理療法の適応、評価を行うことができる。

- 2) Self-rating Depression Scale (SDS) (自己評価式うつ性尺度)：患者の自己評価による抑うつ性尺度の評価である^{17) 18)}。抑うつ性は、抑制性と憂うつ症のことであるが、単にうつ性と考えてもよい。SDSは抑うつ性の強さを持続時間の比較で評価しようというものである。1、2、3、4という点数は症状の強さの順位、または偏りの程度を表すもので数学的な意味をもっているものではない。しかし点数化することにより抑うつ性を精神病理学的に量的に評価できるという利点がある。
- 3) YG 性格検査：JP ギルフォードが考案した性格検査モデルを矢田部達、辻岡美延、岡原太郎が日本人向けの性格検査として再構成したもので、心理学的に高い信頼性を持ちながら、検査方法および採点方法は簡易であり、質問紙法による検査にかかる時間的、経済的コストの負担も少ないとされる。性格特性検査の結果は、A：平均的、B：情緒不安定、C：防衛的、抑圧的、D：自己顕示的、E：神経症的の5つの類型に分け、適応型、不適応型をみる。B、Eが不適応型とされる。
- 4) WHO/QOL-26：生活の質、満足度の指標 (Quality of life) Division of Mental Health and Protection of Substance Abuse WORLD HEALTH ORGANIZATION の編纂による自己

評価尺度である。患者の主観的幸福感を評価する。身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境、全体的領域の5つの分野に分類された生活の満足度についての自己評価を判定する。

肥満における心理検査所見

2004年以降に肥満外来を受診した症例の心理検査の特徴的傾向を以下に示した。

- 1) STAI：不安傾向、ストレスのかかり易さの分析 (表1)

全体では特性不安も状態不安も高かったが、肥満度により、不安の程度はことなっていた。BMI<25の普通体重、25≤BMI<30の肥満(1度)のグループでは、特性不安、状態不安とも高い傾向を認めた。しかし、30≤BMI<35の肥満(2度)グループでは、特性不安は低く、状態不安が高かった。35≤BMIの肥満(3度)では特性不安は高いものの、状態不安は低かった(表2)。肥満2度では本来持っている不安状態は低いが、現在置かれている状態のストレスが高いことがわかる。肥満3度では本来の不安が高いにもかかわらず、現在それほどストレスを感じていないという像が浮かび上がる。摂食行動により不安が解消されているものと考えられる。

- 2) SDS：抑うつ傾向(表2)

肥満外来受信者全体では、抑うつ傾向が認められた。BMI<25の普通体重、35≤BMIの肥満

表1 STAIの各領域とBMI得点の比較(%)

まずBMI得点により、全体をBMI<25、25≤BMI<30、30≤BMI<35、35≤BMIの4グループに分けた。各グループ内で、STAIの段階別に不安の高さを比較しパーセンテージで示した。STAIは得点によって不安のレベルがIからVの段階に分けられる。I「非常に低い」、II「低い」、III「普通」、IV「高い」、V「非常に高い」とされる。ここでは、I、II、IIIが不安状態の少ない状態、IV、Vが不安状態の高い状態と判定している。

		BMI<25 n=19		25≤BMI<30 n=19		30≤BMI<35 n=20		35≤BMI n=29		全体 n=87	
特性不安	I	0.00		0.00		0.00		0.00		0.00	
	II	5.26	42.10	15.78	47.36	10.00	55.00	3.44	48.27	6.89	48.27
	III	36.84		31.57		50.00		44.82		41.37	
	IV	26.31	57.89	26.31	52.63	10.00	45.00	34.48	51.72	27.58	51.72
	V	31.57		26.31		25.00		17.24		24.13	
状態不安	I	0.00		0.00		0.00		0.00		0.00	
	II	10.52	42.10	5.26	36.84	5.00	45.00	3.44	55.17	5.74	45.97
	III	31.57		31.57		40.00		51.72		40.22	
	IV	36.84	57.89	26.31	63.15	30.00	55.00	24.13	44.82	28.73	54.02
	V	21.05		36.84		25.00		20.68		25.28	

表2 SDSとBMIの比較

心理分析の結果、抑うつ傾向を指標化し、40点をカットオフポイントとし、40点未満を抑うつ傾向が低い、40以上を抑うつ傾向が高いと判定した。

	n	SDS<40		SDS≥40	
		n	%	n	%
BMI<25	n=19	7	36.84	12	63.15
25≤BMI<30	n=19	10	52.63	9	47.36
30≤BMI<35	n=20	11	55.00	9	45.00
35≤BMI	n=29	11	37.93	18	62.06
全体	n=87	39	44.82	48	55.17

(3度)では抑うつ傾向を認めた。しかし25≤BMI<30の肥満(1度)、30≤BMI<35の肥満(2度)では抑うつ傾向を示す割合が低かった。中等度の肥満者では摂食により、抑うつ傾向が改善されていると考えられた。また、普通体重者、肥満度3度では、本来の抑うつ傾向のために肥満になったり、普通体重であるのに減量を望むという結果になったと思われる(表3)。

3) Y-G 性格検査(表3)

肥満度にかかわらず、全体ではD類(自己顕示的)が最も多く認められた。肥満は、体形、容姿とも密接に関連するものであるから当然とも考えられるが、情緒不安定、神経症的な不適応型

(B, E)が30%に認められた。肥満者には、自己主張が苦手で、対人関係において、自己抑制が強い傾向が認められた。対人関係において、自己主張を抑えて我慢しているためストレスが高く、そのストレスを通常の趣味、仕事、家族や友人関係などを通じて得られる満足感だけでは解消できず、その結果、摂食量が増え、摂食により得られる満足感により精神的な安定感を得ているものと考えられる。対人、環境に対する不適応のためにストレスが増大し、摂食行動につながっているものと考えられた。

4) WHO QOL-26:生活の質(Quality of life)、満足度の自己評価(表4)

自己評価テストには、容貌、体形に対して自分では低い評価を下しており、自己が肥満しているという認識により身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境、全体のすべてに自己評価が低い傾向が認められた。

心理検査の長所と短所

心理検査の長所としては、心理療法の中心となる面接において得られない情報を補い、面接者の経験、癖などによる誤差を小さくしうる点、いくつかの心理検査を組

表3 YG性格検査の類型とBMIの比較

性格特性検査の結果は、A:平均的、B:情緒不安定、C:防衛的、抑圧的、D:自己顕示的、E:神経症的の5つの類型に分け、適応型、不適応型をみる。B、Eが不適応型とされる。BMI得点別に、YG性格検査の類型を比較した。BMI得点の高低によって性格傾向に差があるかどうかを検討した。

	BMI<25 n=19		25≤BMI<30 n=19		30≤BMI<35 n=20		35≤BMI n=29		全体 n=87	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A類	3	15.78	2	10.52	3	15.00	8	27.58	17	19.54
B類	4	21.05	2	10.52	5	25.00	3	10.34	17	19.54
C類	1	5.26	2	10.52	0	0.00	5	17.24	11	12.64
D類	10	52.63	8	42.10	10	50.00	9	31.03	37	42.52
E類	1	5.26	4	21.05	2	10.00	3	10.34	10	11.49

表4 WHO QOL-26:生活の質(Quality of life)

生活の満足度を、身体、心理、社会、環境、全体領域とその平均を、1から5の5段階で自己評価した。BMI得点別に、QOL得点の比較をしたものである。BMI得点の高低によって生活の質に対する評価に違いがあるかどうかを検討した。

	身体的領域	心理的領域	社会的領域	環境領域	全体領域	平均
BMI<25 (n=19)	3.4	3.8	3.33	3.13	2.72	3.27
25≤BMI<30 (n=19)	3.4	3.04	3.39	3.43	2.7	3.26
30≤BMI<35 (n=20)	3.2	3.11	3.28	3.2	2.65	3.08
35≤BMI (n=29)	3.08	3.03	3.29	3.15	2.41	3

み合わせる（検査バッテリー）で、相互的補完が可能である点、特定の疾患に罹患しやすい特徴が認められることがある点、治療効果の判定や予後の予測に有用である点、などが上げられる。一方、短所としては、各心理検査で得られる結果は、「傾向」であり、生化学的検査のような定量的評価はなし得ないこと、したがって検査の診断、評価、活用には経験が必要となり、経験のある医師、臨床心理士以外のものには困難であること、検査バッテリーを組むことは、長所はあるものの、検査数が増加し、施行に時間がかかる等負担が増加すること、などが挙げられる。

心理検査を踏まえた肥満の心理治療

臨床心理学的な分析結果より、肥満者においては、STAI テストによれば、本来持っている特性不安、現在おかれている状態不安が高く、SDS テストによれば抑うつ傾向が強い傾向が認められた。YG テストによる性格分析にては、自己抑制傾向が強いという結果が認められた。WHO QOL-26 の自己評価テストでは、自己評価が低いという結果であった。この結果より、これらの心理傾向を改善することが肥満治療につながると考えられる。

しかし、特性不安は本来その人が持っている不安状態を表すものであるから、この特性不安を改善することは非常に困難である。状態不安は、現在その人が抱えている不安状態を反映する指標であり、状態不安が高いということはその人が現実には抱えているストレスもしくは問題点が多いということである。現実には、その人が抱えている問題の解決方法が無いためにストレスになるのであり、医療側が単に肥満者に働きかけることにより、その問題が簡単に解決できるとは考えられない。

抑うつ傾向に対しては、軽い安定剤や、時には抗うつ剤の投与が有効な場合もあり、睡眠障害などのうつ状態の初期症状が軽微なうちに、症状を的確に捉えられるように勤めるべきである。

性格を変えるということは現実的には非常に困難であり、自己抑制が強い性格に対しては、それを否定するよりは、謙虚な性格だとほめて、時には自分の言いたいことを言うようにと、現実に対する適応を変化させるようにアドバイスするにとどめる。性格は変えられないが、悪い癖は変えられるというようにカウンセリングする。

肥満者における摂食行動は、高い不安状態や抑うつ状態を解決するための代償行為なので、いたずらに摂食量を減らすように指示しても無効なことが多い。たとえ短期間にも減量に成功したところで、長期的にみれば

精神的に不安定になるのを避けるために、意識的、無意識的に以前の摂食量に戻り以前の体重に戻ってしまうことが多いので長期的なフォローが重要である。但し、肥満者すべてがストレスによる肥満と言う訳ではないので、個々に柔軟に対処する必要がある。

認知行動的カウンセリングの実際

肯定的に認知するように患者にサポートする内容

1 血液生化学的データの改善

治療により、体重の減少が始まると、内臓脂肪は皮下脂肪より早く減少するため、糖尿病、高血圧、高脂血症、脂肪肝、具体的には、総コレステロール値、LDL コレステロール値、中性脂肪値、尿酸血症、HbA1C の改善が認められる。しかし、「まだこれだけしか改善していない。」と否定的に評価する患者もいるが、「こんなに改善していますよ」と認知行動学的に評価する。これらの疾患に対して投薬が行われている患者には、「以前だったら一生薬を飲まなければいけなかったのに、このまま行けば、薬もいらなくなりますよ。そうすれば、お金も時間も助かりますよ。」と励ます。

2 減量による周囲からの評価

具体的には、周囲から、「ちょっと痩せたんじゃない？と言われませんか？」と聞き出し、周囲からの少しでも好ましい評価があった場合には、高く評価して患者の意欲を引き出すようにカウンセリングをする。

3 運動機能の改善

減量により動きやすくなったり、階段の昇降が楽になったりすることを（階段の昇降はまず階段を下りるほうが最初に楽になる）、治療者は、患者と大いに共感をもって喜び、認知行動学的に、「こんなに体重が減ったから、こんなに動くのが楽になったんですね。頑張った甲斐がありましたね。またもう少し頑張りましょう。」と減量によって、生じた変化について、肯定的に評価できるようにカウンセリングをする。

4 膝関節痛などの改善

変形性腰椎症、変形性膝関節症の痛みを訴える患者が、わずか2～3kgの体重減少により、痛みは著明に改善するのも良く経験される。

肩凝り、腰痛、膝痛などは体重の3～5%、約2～3kgの体重減少にて改善してくることが多

い、通常この程度の体重減少では、患者はまだ十分満足しておらず、「まだこれしか減っていない。」と否定的な評価をすることが多いが、認知行動学的に、「痛みが改善してよかったですね、これからはもっと、楽になりますよ。」というように肯定的な認知を指導する。

認知行動的な治療法の実際は以上のようなことなどであるが、実際の臨床には、様々な要素が複雑に絡み合っており、治療者は、積極的に機会を見つけ、常に患者に肯定的な認知を促すように勧め、患者の意欲を高めることが重要である。ただし、治療者は患者に、教訓じみて、自分の信念を押し付けてはならない。押し付けて教訓をたれれば、時には患者との議論になり、ひいては来院しなくなり治療の途絶につながるからである。治療者が患者と友好的な関係を築くためには、カウンセリングに時間をかけることも重要である。治療者が答えを見つけ出すのではなく、患者自身が問題を認知して答えを出せるようにするのが、治療者の重要な役目である。

摂食行動の心理（なぜ食べるのか？）

人間が生命を維持するために必要とされるカロリーは、思っている以上に、かなり低いものである。それではなぜ生命維持に必要なカロリー以上のカロリーを、摂取するのであろうか。その理由は、摂食行動により満足感が得るためである。精神的に安定した生活を送るためには（生きていくためにうまくストレスを解消するため）、ある程度の満足感なり充実感が必要なためである（精神衛生を保つと言い換えてもよいが）。ある程度満足感なり、生き甲斐を持っていないと精神的に安定して生きていくことができないのである。満足感なり生き甲斐は、趣味、仕事、家族や友人関係などを通じて得られる部分も多いが、摂食行動、つまり食べることによって得られる満足感も、個人差はあるものの一定の比率をしめていると考えられる。肥満者においては、摂食量が多いため、摂食行動によって得る満足感なり充実感が多いと考えられる。ではなぜ、肥満者においては、摂食行動により得る事ができる充実感、満足感が多いのだろうか。その理由は、臨床心理学的に、肥満者においては、精神的な安定感を保つために、摂食行動により満足感なり充実感を得ることが必要なのである。いいかえれば、通常体重の人は、摂食行動によらなくても、趣味、仕事、家族や友人関係などを通じて得られる満足感が十分なので、一定の摂食量で満足できるが、肥満者においては、趣味、仕事、家族や友人関係などを通じて得られる満足感が相対的に少

ないか、解消すべきストレスが多いために食べざるを得ないのである。言い換えれば、摂食行為は、ストレスの多少に対する解消法としてのバッファの役目を果たしているものと考えられる。

リバウンドの心理

減量の結果、肥満者において、満足感なり充実感が減少すると、ストレスが解消されず残ってしまうことになる。この状態は短期間であれば、我慢も出来るが、長期間持続するならば、精神的な安定を失ってしまう。そこで、自己防御的に、精神的な不安定を防ぐために、旅行や宴会がきっかけになることが多いが、簡単に以前の摂取量に戻ってしまうことがよく経験される。これがリバウンドとして知られる現象である。特徴は、以前の摂取量に戻るために、治療前と同じ体重に戻ることである。以前の摂取量に戻れば、約8ヶ月で以前の体重に戻ってしまう。

医療機関など第三者が肥満治療に関与していなければ、摂取量が以前と同じ量に戻っていても、体重増加は徐々に起こってくるため、体重増加初期には、患者は、1kg増えたら、自分は1kg分だけ余計に食事していると錯覚してしまうのである。実際は、1kg分以上である治療前の摂取量をおある一定期間続けていたために1kg増えてしまったのにも拘らずである。ある一定期間、治療前の摂取量を続けた結果、本格的に減量を試みようとしても、治療前の摂取量を何ヶ月も続けているために、少しくらい減らしたつもりでも、そのときの体重維持程度の減食しか出来ず、減量できないのである。このように、治療前の摂取量より少し減らした摂取量で、1~2週間頑張っても、明らかな効果が認められないときには、再び、治療前の摂取量に戻ってしまい、結局は治療前の体重に戻ってしまうという結果になる。

このリバウンドを防ぐためには、体重増加の初期において、以前の摂取量に戻っているという情報を、治療者が患者に正しく与えるべきである。ここで、患者が「そういうえば、どうも治療前と同じくらい食べているかもしれない。」と認知できれば、再び減量できることになる。

減食による満足感の減少への対処

減食による満足感なり充実感が減少することには、どのように対処すればよいのだろうか。理想的には飲食によらない満足感なり充実感が得られる楽しみを見つけることである。ところが、実際に、このことを行うの

は非常に困難である。なぜなら、肥満に至る過程は、飲食以外に、さしてストレス解消が出来る楽しみが無かったから、最も手軽で着実な飲食という手段でストレスを解消せざるをえなかったからである。しかし、患者が、飲食に変わりうる満足感なり充実感が得られることを探そうと決心することで、摂取量のより戻しが少し抑えられる。現在はまだ、飲食に変わりうる楽しみは見出せないが、いつかは見つけ出すという方向性が重要である。減量は、飲食による満足感を、飲食によらない楽しみに置き換えるという精神的な作業なのである。このことがスムーズにゆけば、結果として摂取量は現象し、減量かうまくいくのである。

心理的な方向転換だけでは補えない満足感、減量による体形変化や健康状態の回復などの満足感が出現すれば補えると考えられる。

定期的なメールの活用

体重が思うように減らないとか、仕事や家庭の都合で、来院が不定期になりがち患者も多いが、これらの患者に対して、「さとうのメルマガ」を定期的にメールマガジンとして送っている。内容は、減量に対するワンポイントアドバイスが主であるが、冗談や、笑い話など、治療者の人柄が伝わるような内容も同時に送信することにより、患者は治療者の存在を思い出し、通院しているのに近い減量効果を認めている。

人工関節置換術後の患者に対しての減量の試み

変形性股関節症や変形性膝関節症のために人工関節置換術を施行した患者において、肥満による体重増加は人工関節の耐用年数に大きな影響を及ぼすことが知られている^{19), 20)}。このため、筆者らは東京大学整形外科の人工関節グループと協力し、人工関節置換術後に肥満症を認めた患者に対して、積極的に心身医学的アプローチを試みている。まだ症例は少ないものの、全例において9.6~11 kgの著明な減量効果を認めており、今後、人工関節置換術後のフォローアップの一環として、体重増加者に対しての心身医学的アプローチの必要性が増大するものと思われる。

おわりに

肥満の治療というと食事療法や運動療法をすぐに思い浮かべるが、肥満に至った原因としては、二次性肥満を

除けば、心理学的な要素が大きな割合を占めている。肥満は、日常生活での支障はほとんどないが、その誘因となる心因は、患者を取り巻く環境を反映している。この心因を解決することが肥満治療の最も重要なポイントである。具体的には、肥満治療において、認知行動療法の技術を取り入れたカウンセリングが最も重要である。肥満の心理療法では、大まかな治療のステージ分類はあるものの、心理テストの結果を踏まえて、患者一人一人のその時々状態に応じて、治療者は適切なサポートを緩急自在に行い、患者の減量への意欲を持続させるようにカウンセリングを行う。そのためには、治療者自身の人柄が肥満の心理療法に最も重要で、治療の技術能力、それにコミュニケーション技術を駆使し、患者と如何に友好的な関係を築きうるかを重要な目標におくべきである。肥満症においては、個々の症例における患者の苦悩を、治療者が受容するというプロセスを含む、心身医学的アプローチが、問題点の解決を積極的におこなうために有用であると考えられる。

文 献

- 1) Stuart RB : Behavioral control of overeating. *Behav Res Ther* 5 : 357-365, 1967
- 2) Bennett GA : Cognitive-behavioural treatments for obesity. *J Psychosom Res* 32 : 661-665, 1988
- 3) 徳永勝人, 藤岡滋典 : 日本における肥満の医療経済一わが国における高コレステロール血症の頻度とそれに要する医療費一. *肥満研究* 5 : 94-97, 1999
- 4) Kuriyama S, Tsuji I, Ohkubo T, et al : Medical care expenditure associated with body mass index in Japan : the Ohsaki study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 26 : 1069-1074, 2002
- 5) 松澤佑次, 井上修二, 池田義雄, 坂田利家, 齋藤 康, 佐藤祐造, 白井厚治, 大野 誠, 宮崎 滋, 徳永勝人, 深川光司, 山之内国男, 中村 正 : 新しい肥満の判定と肥満症の診断基準. *肥満研究* 6 : 18-28, 2000
- 6) 日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会 : 病態別治療, 肥満症治療ガイドライン 2006. *肥満研究* 12 : 49-74, 2006
- 7) New criteria for 'obesity disease' in Japan. *Circ J* 66 : 987-992, 2002
- 8) Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults - The Evidence Report. National Institutes of Health. *Obes Res* 6 Suppl 2 : 51S-209S, 1998
- 9) 神崎 仁, 浅野恭子, 田副真美, 他 : 難治性メニエール病に対する心理療法. *Equilibrium Res* : 60 : 93-104, 2001
- 10) 田副真美 : めまいの心理療法. *心身医療* 11 : 58-63, 1997
- 11) 佐藤美奈子 : 耳疾患に対する心理治療 - 患者自身に問題

- 意識をもたせる, 神崎 仁編, 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
診療のコツと落とし穴 ①耳疾患, 88-89, 中山書店:
東京, 2006
- 12) 佐藤美奈子, 片岡ちなつ, 田副真美, 小川 郁: 小児耳
鼻咽喉科領域の疾患における心理検査—小児心因性難聴
を中心に, 小児耳 26(2): 28-31, 2005
- 13) Sato M, Kataoka C, Tazoe M, Ogawa K: Psychologi-
cal test evaluation in children. *Int J Ped Otorhino-*
laryngol 70: 750, 2006. (Abstracts. The 52nd study
meeting of the Japan Society for Pediatric ORL)
- 14) 佐藤美奈子: 耳鳴の心理治療, 日本医師会雑誌, 134(8):
1500-1503, 2005
- 15) Cooper Z, Fairburn CG: A new cognitive behaviou-
ral approach to the treatment of obesity. *Behav Res*
Ther 39: 499-511, 2001
- 16) Spielberger CD: theory and research on anxiety.
(Ed) Spielberger CD. *Anxiety and behavior*, New
York, Academic Press, 1966
- 17) Zung WW: A Self-Rating Depression Scale. *Arch*
Gen Psychiatry 12: 63-70, 1965
- 18) Zung WW, Richards CB, Short MJ: Self-rating de-
pression scale in an outpatient clinic. Further valida-
tion of the SDS. *Arch Gen Psychiatry* 13: 508-515,
1965
- 19) Cwanek J: Impact of overweight on the durability
of Weller prostheses. *Ortop Traumatol Rehabil* 8:
329-334, 2006
- 20) Kieser C, Raber D: [Expenses and risk of artificial
knee joint: a look backward to a 20-year clinical ex-
perience]. *Schweiz Med Wochenschr* 126: 1047-
1053, 1996
-