

5) 消化器の異常: 血漿亜鉛の減少により、味覚障害を生じる。低栄養状態による胃や腸の粘膜の萎縮、消化管蠕動運動の停止によると考えられる麻痺性イレウスや急激な痩せによる上腸間膜動脈症候群などを生じる。上腸間膜動脈症候群の場合、食物を食べると直ちに嘔吐するので、過食後の自己誘発性嘔吐との鑑別はそれ程むずかしくない。しかし、低体重で過食型の患者の場合において自己誘発性嘔吐と紛らわしい場合もあるので注意を要する。その他機能的障害として胃内容排泄時間の遅延などが知られている。

6) 肝機能障害: ANにおいてしばしばGOTやGPTなどの肝酵素が軽度上昇することはよく知られている。その機序として飢餓状態による酵素誘導が考えられている。しかし、稀には重篤な肝障害をきたし、死亡例も報告されている。

表 10 痩せや低栄養状態による身体合併症の症状と徴候および検査データ

器官	症状と徴候	検査データ (検査名)
1. 尿	急激なやせ	ケトン体 (尿検)
2. 皮膚系	うぶ毛の密生 脱毛、皸の増加	(視診)
3. 血液	疲労 低体重	貧血 (正球性正色素性が多い) 血清鉄、葉酸、ビタミンB ₁₂ が低下、白血球減少、汎血球減少症。(末梢血液検査)
4. 電解質	動悸 不整脈 けいれん	心電図異常、低K血症 (電解質検査) 低Na血症
5. 消化器	味覚障害 食後の不快感 腹部膨満感、便秘、嘔吐、腹痛	血漿亜鉛の減少 (血液検査) 胃内容排泄時間の延長 イレウス 上腸間膜動脈症候群 (消化管検査)
6. 肝臓	疲労	トランスアミナーゼの軽度上昇 (肝機能検査)

7. 腎臓	足の腫脹 浮腫	BUNの上昇。 腎濃縮能の低下 (腎機能検査)
8. 脂質代謝	無症状	コレステロール値の上昇 (脂質検査)
9. 循環器系	徐脈、 不整脈 動悸 失神	ST-T変化、T波異常 QT時間の延長、 左室径、右室径、 大動脈径の減少 (心電図検査、心エコー)
10. 骨・筋肉系	骨折 筋力低下	骨粗鬆症 筋萎縮筋電図 (CT、DEXA)
11. 内分泌系	無月経、 性欲低下 皮膚乾燥 浮腫	視床下部一下垂体－ 性腺系、副腎系、 甲状腺系の異常 睡眠障害 (内分泌検査)
12. 中枢神経系	睡眠障害 認知、 集中力の低下 けいれん	異常脳波 脳萎縮像 (脳波検査、CT検査、 MRI検査)

7) 腎機能の異常: しばしばBUNの上昇をきたすが、血中クレアチニンは正常のことが多く、腎機能の異常というより、脱水、タンパク質の崩壊など腎前性因子の影響が考えられる。しかし水利尿障害や糸球体濾過率の低下など腎機能低下などみられる場合に浮腫などを生じる。

8) 脂質代謝の異常: 拒食や摂食制限により低体重に至った患者でしばしば血中コレステロール値が上昇し、これがFredricksonの分類のIIa型高脂血症に属することが知られている。この原因としてコレステロールの胆汁への排泄低下や、コレステロール代謝回転の低下などが推定されている。低体重のAN患者が血中コレステロール値の高値を指摘され、さらに脂肪を含む食品をさけ、さらに低体重に至ることがしばしばある。これには摂食行動の正常化で体重

が増加していけば改善することを明確に告げるべきである。

9) 循環器系の異常：低体重のANでは、心電図異常が多く報告されている。主なものとして徐脈や軽度の不整脈、低電位差、ST-T変化、QT時間の延長、T波異常がある。また胸部X線で心陰影の縮小、心エコーにおいて左室径、右室径、大動脈径の減少と左室重量の減少が報告されている。これらは体重増加により回復すると云われている。さらに僧帽弁逸脱も報告されている。

10) 骨・筋肉系の異常：ANにおいて骨粗鬆症により、骨折をよく生じることはよく知られている。体重の回復で骨塩量はある程度増加するが、これだけでは十分でなく月経の回復により骨塩量が正常化すると云われている。そして前思春期に身長が伸びる前にANを発症すると身長が伸びない。筋肉系の異常として、筋萎縮やmyopathyなどが知られている。その他、深部腱反射の減弱や消失もみられる。

11) 内分泌系の異常：低体重や低栄養状態により視床下部－下垂体－性腺系、副腎系、甲状腺系の種々の内分泌学的異常を生じる。

12) 中枢神経系の異常：低体重のAN患者において睡眠障害は必発である。一晩浅い睡眠で、わずかな物音で目が覚めるといふ。ANの脳波異常として、基礎波の徐波化、6 & 14 Hzの陽性棘波、棘徐波結合などが知られている。まれに全身けいれん発作を生じる患者もいる。AN患者において認知や集中力が低下すると言われている。そしてCT像では、脳溝および脳室の拡大が認められ、脳萎縮像を呈する。大部分は

体重の回復に伴って正常化するが、慢性例においては、萎縮像が持続する場合もある。MRIでは、第3脳室、脳脊髄液容積、脳溝の拡大を認め、体重増加後においても、なお脳脊髄液容積が大きく、灰白質容積が小さいことが報告されている。

表11に過食、嘔吐や下剤または利尿剤の乱用による合併症を示した。

1) 歯の異常：過食と嘔吐を繰り返すため歯のエナメル質と象牙質が喪失し、齲歯を生じやすい。30歳代で、見事に歯が脱落している患者もいる。

2) 皮膚系の異常：人差し指や中指をのどの奥に挿入して嘔吐の誘発を繰り返すために手背の指の付け根に吐きダコができたり、過食による急激な体重増加のため皮膚線条がみられたりする。

3) 電解質異常：低Na血症、低K血症、低Cl血症、代謝性アルカローシスなどを生じることがある。低Na血症は塩分制限や多飲により、低K血症や低Cl血症は嘔吐や下剤乱用、利尿剤乱用などの排出行動により生じる。このうち低K血症は心電図上QT時間を延長させ、致死性頻拍性心室性不整脈を生じ突然死の原因となるので看過できない。また低K血症、アルカローシス、アンギオテンシンIIに対する昇圧反応の欠如などBartter症候群類似の症状をきたすことがあり、このよう状態をPseudo-Bartter症候群と云われている。

4) 膵臓の異常：過食や嘔吐を示す患者はしばしば血清アミラーゼの高値を示し。これが過食や嘔吐の頻度と相関するという報告もある。なかには膵炎を合併した症例も報告されている。このように摂食障害において膵外分泌異常を呈することがある。

表 11 過食や嘔吐、下剤乱用による身体合併症の症状と徴候および検査データ

器官	症状と徴候	検査データ (検査名)
1. 歯	歯痛	齲歯 (X線)
2. 皮膚系	吐きダコ 皮膚線条	視診
3. 電解質	動悸 不整脈 けいれん	低K血症 (電解質検査) 低k1血症 低Na血症
4. 膵臓	腹痛	血清アミラーゼの高値 (膵臓検査)
5. 消化器	頰部の腫脹 腹痛 血性下痢	唾液腺腫脹生検で良性 腹部圧痛 便潜血反応陽性 (消化管検査)
6. 肝臓	疲労	トランスアミナーゼの上昇 (肝機能検査)
7. 呼吸器	息切れ	気胸、気縦隔、 皮下気腫 (胸部X線、呼吸器検査)
8. 循環器系	動悸 不整脈 失神	QT時間の延長、 低K血症 (心電図検査、 電解質検査)
9. 中枢神経系	意識障害 けいれん 脳波異常	低Na血症 電解質検査 (脳波検査、CT検査)

5) 消化器の異常：過食や嘔吐による胃拡張や穿孔、食道裂孔、逆流性食道炎などがある。

機能的障害として唾液腺腫脹を生じる。その他下剤乱用による血性下痢がある。

6) 肝臓の異常：BN患者において、薬物やアルコールの乱用や依存により肝炎を呈することがある。

7) 呼吸器系の異常：嘔吐による胸腔内圧の亢進により気胸、気縦隔、皮下気腫などを生じる。

8) 循環器系の異常：嘔吐や下剤乱用により低K血症となり、QT時間がさらに延長して致死性頻拍性心室性不整脈を生じる。これが摂食障害患者における突然死の原因の一つとして推定されている。

9) 中枢神経系の異常：BN患者において、

脳波異常を生じ、6 & 14 Hz の陽性棘波が報告されている。またCT上で脳萎縮像も報告されているが、これらの患者は、過去にANの既往を有していると考えられる。さらに過食の代理行動として多飲に傾き、低Na血症により意識障害やけいれんを生じた症例もある。

B. 精神合併症と comorbidity

ANやBN患者において不安や抑うつ、強迫症状などをしばしば伴う。さらに気分障害、不安障害、アルコールや薬物依存、人格障害などの comorbidity が偶然の確率を超えて高い。Comorbidity とは、ある疾患をもつ患者が、その疾患の経過中またはその前後に罹患した別の疾患または病態を指し、必ずしも合併症を意味しない。摂食障害と comorbidity との内的関連性について、現時点では不明であるが、これらを診断することは、治療上および治療転帰を考える上で有用な情報を提供してくれる。表 12 に摂食障害と精神障害の comorbidity を示した。

表 12 精神障害の comorbidity

Mood disorders	うつ病
Anxiety disorders	社会不安障害、 パニック障害、強迫性障害、 全般性不安障害
Substance related disorders	薬物やアルコール
Personality disorders	境界性、演技性、 回避性、依存性、強迫性

1) 気分障害

ANやBNなどの摂食障害患者において、抑うつ症状をしばしば生じる、近親者に気分障害の出現が高率である、抗うつ剤が有効な場合がある、うつ病と共通する神経内分泌学的異常や神経伝達物質の異常が存在するなどにより、うつ病が摂食障害の合併症というより摂食障害がうつ病の一亜型ま

たは不全型と考えられてきた歴史的経緯がある。現時点においては、この見解に否定的である⁵⁴⁾。

2) 不安障害

ANにおいて、体重増加や肥満に対する強い不安や恐怖が精神病理の中核にあり、不安や恐怖との関連について多くの研究がなされてきた。そして、摂食障害において全般性不安障害や社会恐怖を高率に合併することから、DSM-III-RやDSM-IVの診断基準において、これらを診断する際に不安や恐怖が異常な摂食行動と関連していないことが要求されている。しかし、これらの点を考慮しても摂食障害患者において、表13に示すように不安障害のcomorbidityが高率であることが報告されている⁵⁵⁻⁵⁷⁾

表13 摂食障害に合併する不安障害

社会恐怖
全般性不安障害
強迫性障害
恐慌性障害
広場恐怖
単一恐怖
心的外傷後ストレス障害

3) 人格障害

DSM-IIIで人格障害の診断基準が確立され、これが第II軸に診断されるようになってから、ANやBNにおいて人格障害のcomorbidityが高率であることが明らかにされている。AN患者の33%-80%が少なくとも1つの人格障害を有すると診断された。そして摂食制限型の患者では強迫性、回避性、依存性などのクラスターCの人格障害が多く認められたのに比し、過食型の患者では境界性、演技性などのクラスターBの人格障害が多く認められるようである⁵⁾。一方BN患者の21%-77%が少なくとも1つ

の人格障害を有すると診断され、境界性、演技性、強迫性、回避性、依存性などのクラスターBとCの人格障害が多く認められている⁵⁸⁾。摂食障害患者に人格障害を合併した場合、気分障害や物質依存などをより合併し、臨床像がより複雑になり、難治で予後が悪いといわれている。

4) アルコール依存および薬物乱用

BN患者においてアルコールや精神活性物質の依存や乱用を多く認めることや、女性アルコール依存者にBNに罹患した者が多いなどのことが多くの研究により明らかにされてきた。欧米の研究ではBN患者の23% (11~89%) がアルコール乱用、26% (5~100) が、精神活性物質常用を合併していたと報告されている⁵⁹⁾。我が国では、摂食障害患者のなかでアルコール依存や乱用の合併は約11%以下である⁶⁰⁾。精神活性物質常用はごく稀にしかみられない。これには体質の問題や、社会文化的背景が異なることによると考えられる。

6. 経過と予後

摂食障害の一般的経過について⁶¹⁾、AN4タイプ、BN3タイプに大きく分けられる。

A. 経過

1) AN

ANの経過を図1に示した。以下これについて簡単に説明する。

①ANの摂食制限型で発症し、過食を生じず経過するタイプ。

このタイプの場合、急性経過をとり比較的短期間で回復して予後もよいものと、慢性経過をとる場合とに分かれる。慢性経過をとる場合、発症から数年、さらには10年以上経過しても過食を生じず経過する症例

である。そして日常生活はかなり制限されている。

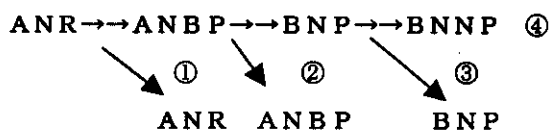
②ANの摂食制限型で発症し、過食型に移行して経過するタイプ。

ANの中で最も多いタイプである。過食型に移行して、嘔吐などの排出行動を示し、低体重で慢性に経過する。

③ANの摂食制限型で発症し、過食型に移行して嘔吐などの排出行動を示すが、体重は正常化してBNの排出型に移行して経過するタイプ。このタイプは長い経過をとることが多い。いわゆるBNでANの既往歴ありと診断されることになる。

④上記のBNの排出型からさらにBNの非排出型に移行して経過するタイプ。肥満に傾く。

図1 神経性食思不振症の経過図



2) BN

BNの経過について図2に示した。以下簡単にこれを説明する。

⑤過食で発症し、排出行動を生じず経過するタイプ。

このタイプのものは一過性でよくなるものと、慢性化して体重が正常から肥満に傾くものに分かれる。これがいわゆる binge eating disorder と診断される。

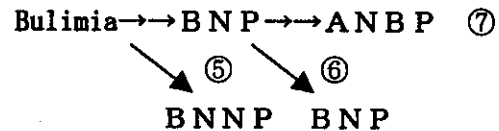
⑥過食で発症し、排出行動を生じて経過するタイプ。

BNの中でこれが最も多くみられる。この場合たいてい慢性化する。

⑦過食で発症し、排出行動を生じ、その後

低体重となり、ANの過食／排出型に移行して経過するタイプ。このタイプのものは少ない。

図2 神経性過食症の経過図



B. 予後

我が国では、摂食障害の転帰や予後調査に関する研究は極めて少ない。そこでまず外国で報告されている主な結果について検討を加え、次いで我が国の結果を紹介する。

1) AN

①転帰調査結果

1994年以後のANの転帰調査結果をよると⁶²⁻⁶⁷⁾、1994-1995年では治療を受けて約10年後に体重と月経が正常化してい「良好」が24-41%、低体重で無月経が持続している「不良」が16-29%で、その他は部分的に改善している「中間」であった。これが1996年代にはいと、「良好」が58-76%と増加し、「不良」が10-21%と減少している。Strober⁶³⁾らのprospectiveな研究では、「良好」が退院後3年目～4年目で1～18%であったのが、5年目には37%と急増し、その後漸増し10年目には73%に達し、その後は平坦になり、15年目には76%と報告している。そして非定型な病像を呈するものはさらに予後がよいと報告している⁶⁸⁾。我が国の結果についてみると、入院治療を受け、退院後少なくとも4年以上(平均8.3年)経過しているAN患者61例についてみた研究では「良好」51%、「中間」25%、「不良」11%と報告されている⁶⁹⁾。また51例に

ついて検討した研究では⁷⁰⁾、76%が改善、8%が部分改善、8%が不良という結果も報告されている。しかし、「良好」とされた者でも、軽度の食べ物や体型（重）に対するこだわりは持続するという⁶⁸⁾。

②死亡率

Crisp ら⁷¹⁾ は20年以上の追跡期間を有する研究結果を比較している。これによると英国の聖ジョージ病院の4%からスウェーデンの20%と大きな差異がみられる。これには、研究がなされた時代や患者層や重症度、治療法の違い、追跡期間の違いなどを反映しているものと考えられる。1995年になされた死亡率に関する42研究、3006例についてのメタ解析⁷²⁾では、10年間の死亡率は5.6%、死因について合併症によるものが54%、自殺が27%、原因不明が19%となり、突然死の原因として、QT延長、冠動脈血栓といった心臓血管系疾患が多いと報告されている。しかし、1997年の報告では、10-15年の追跡期間で死亡率0%というものもある⁶³⁾。

③予後と関連する諸要因

予後不良をと関連する因子として、最低体重が低い、過食と嘔吐、既治療の失敗、長い罹病期間、強迫症状、アルコール依存の合併、病前の家族関係の問題、既婚などが挙げられている⁷³⁻⁷⁷⁾。

2) BN

①転帰調査結果

BN患者の転帰について、最低6ヶ月間以上追跡調査した88の研究結果を分析して、5-10年の追跡期間で、50%の患者が完全に回復し、30%は再発しており、20%はなおもBNの診断基準をすべて満たしていたと報告されている⁷⁸⁻⁷⁹⁾。

②死亡率

BNの死亡率についての研究は極めて少ない。致死率は0.3%（2194人中7人死亡）と報告⁷⁸⁾もあるが、1%という報告もある⁸⁰⁾。死因として、交通事故、自殺、内科疾患とされている。しかし追跡期間がANより短く、研究数も少ないので実際の数値より低く評価されている可能性が考えられる。

③予後と関連する要因

ANの既往を有するBNは予後が悪いと予想されるが、これを明らかに示した研究はない。発症や調査時年齢との関連についても否定的である。しかし罹病期間が長いことと、物質関連障害の合併は予後が悪いと報告されている⁷⁹⁾。また人格障害の合併も予後が悪いことと関連しているようである⁸¹⁾。治療法との関連において、種々の治療的介入は一時的な症状改善を促進するが、5年以上の長期予後において差を認めないと云われている。

Ⅲ. 治療

1. AN

神経性食思不振症は社会文化的要因、心理的要因、生物学的要因が複雑に相互に関連しあっている病気であり、治療においても患者の状態や状況、病型、重症度、経過などに応じて、精神療法、家族療法、集団精神療法、オペラント条件づけや認知行動療法、薬物療法、経鼻腔栄養、高カロリー輸液などを適宜選択して組み合わせ、包括的な治療を行う必要がある。そして栄養状態の改善と社会的に不適応をもたらした精神及び行動面における障害を改善する

A. 栄養状態の改善

1) 目標

治療目標は低栄養や低体重の回復、摂食行動の正常化、これらの異常から生じた精神面、身体面の二次的障害から回復することである。

目標体重は、女性なら月経と排卵の再来、男性なら正常な性機能と血清ホルモン値の正常化、小児・思春期の患者なら身体・性機能の健康な発育がみられる体重とする。一般的には過去の健康時に生理と排卵がみられた時の体重、少なくとも体重が減少して月経異常をきたした時の体重以上が必要である。患者の中には低体重でも規則的な月経や排卵があったりする者⁸²⁾や、体重が正常に回復してもこれらをみない者もいる。最低限の目標体重は、年齢と身長による標準体重の90%以上とされている。しかし標準体重は、人種や国により異なるので、body mass index(BMI)で18.5以上も採用されている。我が国の標準体重は、厚生省(現厚労省)の研究班が作成した表1が用いられて

いる。しかし、最近の若い女性の平均BMIが20.5と低下しているので、身長(m)²×20~21という意見もある⁸³⁾。

目標体重は患者が納得するよう柔軟性をもって決める必要がある。患者が納得しない体重では、患者の治療に対する動機づけにも影響してうまくいかない。したがって少なくとも標準体重の-10%位で納得してもらうようにする。

2. 有効性

栄養状態の改善と体重増加により、電解質、心臓、腎臓の機能、集中力、注意力などが改善する。栄養状態の評価は体重を目安とし、年齢と身長による標準体重に基づく場合とbody mass index(BMI:体重(kg)/身長(m)²)による場合がある。BMIによる場合、18.5以下が低体重となる。標準体重の場合、85%(我が国では80%)以下が低体重となる。発育期の子供の場合、成長曲線が有用である。

体重回復の程度は、患者の病気を治したいという気持ちの強さや、外来か入院治療かで異なる。極度の低体重の場合、外来治療では体重増加を少ししか見込めないかもしれない。しかし、入院治療においても、患者のやる気と実行力がなければ、体重増加は少ない。また強制的に体重増加を図っても退院後、その体重を維持出来ない。

栄養状態が改善すると、摂食障害のさまざまな症状が改善していく。食べられる食物の種類が増え、食物のカロリーや体重の数値に関する強迫的観念が緩和していくが、異常な摂食行動パターンは、そう簡単には変わらない。そして体重や体型に関する歪んだ考えや、カロリーを少しでも消費したいという気持ちから生じる過活動も変わり

にくい。

規則正しい食生活を再確立すると、過食と嘔吐や下剤乱用などの排出行動が改善する場合もある。しかし、厳格なダイエットを諦めることにより過食を生じ、急激な体重増加を防ぐために排出行動を生じたりすることもある。

体重が正常に回復してくると、気分や不安症状に変化を生じる。最初に低栄養状態や低体重に関係した無感情や無気力が減少する。しかし、ある程度回復して急激に体重増加をきたしたと感じるようになると、患者は体重増加を恐れ始め、不安や抑うつ症状を生じたりする。これに対して治療者は、これを克服するように患者を精神療法的に励ましていく必要がある。そしてこれを克服して体重が増加していくとこれらの精神症状や、食物や体重以外の強迫的観念が緩和していく。

3) 実施上の注意点

治療による望ましい体重増加は 1 週間に 0.5~1 kg 程度である。正常な食事パターンの回復を目指して、1 日 3 回（朝、昼、晩）決まった時刻に食事をする習慣を確立させる。一回の食事に腹部膨満感などで少量しか食べられない場合は、1 日の食事の回数を 4~6 回に増やさせる。経口摂取量は 1 日に 30~40kcal/kg（約 800~1200kcal 程度）から始めるべきである。そして体重減少が止まり増加してくると体重当たりの経口摂取量を徐々に増やしていく。そして体重減少が止まり増加してくると体重当たりの経口摂取量を徐々に増やしていき、米国では一日に 70~100kcal/kg とされ、さらに目標体重に達して、これを維持する場合や小児・思春期の場合には 40~60kcal/kg/日と

されているが、日本ではこれより少ない量に設定する。維持期の経口摂取量は目標体重の最低限を維持するために性、年齢、体重、身長、基礎代謝率などの違いに応じて、個々に適切に調節する必要がある。そして体重が増加するにつれて、日常生活での活動量や運動量の制限を解除していく。

生命的に危険な状態にあっても自分の病気を否認し、治療の必要性を認めない患者に対しては、救命措置をとる必要がある。胃チューブからの栄養摂取の方が点滴よりも良い。特に自分では食べられないが、治療を受けることを望み、治療されることで安心感をおぼえるような若い患者に対してはよい。IVH はまさに生命的危険な場合のみに用いる。これらの治療を行う場合には、急速な栄養摂取による心不全や、重篤な浮腫に注意する必要がある。またこれらの治療を強制的に施行せねばならない場合、家族の同意と倫理面に対する十分な配慮が必要である。

栄養摂取による体重増加時にはバイタルサイン、摂食量と飲水量やこれらの排泄量に加えて、浮腫、水分貯留による急速な体重増加、心不全徴候、胃腸症状などを注意深く観察する。低リン血症や電解質の異常を注意深くチェックする。嘔吐が持続している場合、血中カリウム値の測定を定期的に行い、低カリウム血症であれば経口カリウム薬の投与や輸液で改善する。体重回復時に生じる低リン血症を認めればリンを補充する必要がある。体重測定に際して、患者は意図的に体重増加を装う（重いもの身に付ける、多量飲水など）ことがあるので注意を要する。不自然な増加があれば、尿比重の測定も必要である。

極度に低体重である場合、患者の活動や運動を制限して常に注意深く観察する必要がある。しかし体重が増加して、生命的に危険でない状態に達すれば、体重に応じて適度に日常生活での活動量や運動量を増やすことは、骨塩量の低下を防ぎ、心機能の維持に良い。この場合、消費カロリーが摂取カロリーより上まわらないようにする。そして活動しながら体重増加をきたすような摂食量を維持し、そこから達成感を得られるように、またボディーイメージの変化について心理的にサポートする。

入院期間について、どれ位が適切であるかという研究は少ない。低体重で退院した患者はしばしば入院期間が短く、適正体重で退院した患者よりも再入院の率が高いといわれている。しかし長期入院が良いという結果もない。

4) 問題点

治療による体重増加中に身体に水分貯留をきたす。これは患者が摂食を開始して、急激にその量を増加させた場合、下剤や利尿剤を突然止めた時などに生じやすい。慢性の脱水に伴うアルドステロンの上昇で過剰な塩分と水分貯留によるものと思われる。これらによる浮腫やむくみはよく見られるが、ごく稀には、うっ血性心不全を生じることもある⁸⁴⁻⁸⁶⁾。胃内容物排泄時間が遅延しているため腹痛や腹部膨満感を生じやすい。極度の低体重時における過剰で急速な栄養摂取、胃チューブや点滴からの栄養は特に危険で、過剰な液体の貯留、不整脈、心不全、せん妄、痙攣などを引き起こしたりする^{87,88)}。生命を脅かす低リン血症が起こることもある^{89,90)}。便秘もよく生じ、腸閉塞の原因になることもある。体重が増加

するときにきびが増えたり、胸痛を生じたりすることもある。多くの患者はこのような症状を不快に思い、体重を増加させる気持ちをくじくかもしれない。これを防ぐには1週間に0.5~1. kg以上の体重増加をきたさないよう注意することである。浮腫を生じている患者には、ナトリウム、カリウム、クロール、カルシウム、リン、マグネシウムなど頻回に検査する必要がある。胃チューブから栄養摂取する場合、1日中継続して行うよりも1日に3~4回に分けた方がよい。このことにより患者の不快感や代謝障害を緩和することが出来る。

B. 心理社会的治療

1) 目標

心理社会的治療の目的は 1) 低栄養と低体重の改善の重要性についての理解、2) 摂食障害によりもたらされる心理面や行動面への影響について理解と改善、3) 対人関係と社会的機能の改善、4) 摂食障害の維持と強化に関連する心理的問題や精神病理の解決など、である。これらの目標を達成するには、患者の「治したい」という動機づけの強化と維持が必要である。

2) 有効性

心理社会的治療の有効性について系統的に検討されているが、現時点では、大部分が症例報告やこれに準じた研究結果からきている⁹¹⁾。

入院治療

入院治療プログラムの大部分は行動療法に基いたものからなっている。これらに共通しているのは、懲罰的でない強化法、例えば大きな賞賛、運動に関する制限、ベッド上安静、目標体重や望ましい行動を達成した時の報酬などを含んでいる。行動療法は、

短期入院でさえ、薬物療法だけより良い治療効果をもたらす⁹²⁾。また厳格なものより穏やかな行動療法プログラムの方が有効であることが多い⁹³⁻⁹⁵⁾。行動療法の限界設定は、健康的な方向への行動を自ら形成するための手助けになるようなものでなければならない。厳格な行動療法のやり方は、しばしば患者に抑圧的で強制的であると受け止められるので注意を要する。したがって、治療者はこの印象について共感的であり、むしろ患者自らが自分の生命を救うための治療で、自ら進んでやる必要があることを理解してもらうことが肝要である。

個人精神療法

低体重で急性期の治療において、ある特定の心理療法的介入が体重増加に対して有効であるという実証的データはない。しかし、臨床緒家の一致する見解では、患者の精神力動についてきめ細かく理解しており、共感的理解、病気の説明、努力に対する賞賛、支持と指導、勇気づけなどを与えるような個人精神療法的介入が有用であるとされている。最初から治療に対する動機づけを欠いている患者に対して、これを強化するような治療が必要である。

低体重の患者で、拒絶的、強迫的、軽度に認知障害がある場合には精神療法の効果を認めないことが多い。極度の栄養障害の治療に精神療法のみでは充分でない。しかし、個人精神療法的に医師と患者との間に良好な信頼関係を作ることは、動機づけの強化に有効で、その結果体重を増やすことにもつながる⁹⁶⁾。栄養状態の改善に認知行動療法または他の心理療法的介入が有効であるという比較試験の結果はない。また個人精神療法に集団精神療法を併用した場合に有

効であるという報告⁹⁷⁻⁹⁹⁾もあるが、急性期の低栄養状態では無効もしくは有害であるという結果もある(患者間の痩せ競争、体重増加の装いあい、食べ物を隠すなどの反治療的テクニックの交換など)¹⁰⁰⁾。

しかし、体重が増え栄養状態が改善しだすと精神療法が有効である。

精神療法は、患者に次のことを理解するのを容易にする 1)今までしてきたこと 2)病気に先行した発達、家族、文化的要因、3)病気によりもたらされた不適切なストレスに対する対処法や感情コントロール法、4)再発を防ぎその危険性を減らす方法、5)将来の重要な問題への対処方などである。しかし、いつ精神療法を開始すれば良いのかを示す絶対的な体重や体脂肪率の指標は明らかでない。臨床的には、体重が増えだすと患者の気分の改善、認知機能の強化、思考の清明化がもたらされることはよく知られている。

認知行動療法は健康な食行動を維持すること、認知または対人関係療法は認知を再構築し、より効果的なコーピングを促進する¹⁰¹⁻¹⁰²⁾。

身体的に危険な状態を脱すれば速やかに精神療法的介入を用い得る。そして体重回復後には、病気に影響するような人格障害への取り組みや、精神的洞察や成熟を促進するための精神力動的な個人またはグループ療法を用いる¹⁰³⁻¹⁰⁶⁾。

精神療法的介入は栄養療法、薬物療法、入院治療などの種々の治療法に対して抵抗する患者でも、治療を受けたり、治療に対する動機づけを高めたり上で有効であり得る。慢性で難治性の患者群についても、患者を理解しようとする試みや努力は、治療関係

の確立や、栄養療法の開始に役立つ^{103, 104, 107, 108}。自分の問題について語るのが難しい患者では、芸術療法やその他の非言語的な治療法が試みられている¹⁰⁹。回復期において、作業療法が自己についての誤った概念や自信を高めたりする^{110, 111}。

家族療法

病気の持続に家族関係が関係している場合には家族療法が有用である。18歳以下の発症で罹病期間が3年以下の患者に対して、家族療法と個人精神療法の効果について比較した研究では、退院1年後において家族療法は個人精神療法だけの場合より有意な改善をもたらし、さらに5年後の追跡調査でも、家族療法の持続的効果が認めたと報告されている¹¹²⁻¹¹³。家族療法は、成人期より青年期の若い患者に有効なようであるが、実際的には個人精神療法を受けており、それぞれ単独の比較試験はない。患者が母親の場合には、摂食障害が子供に伝達される危険を少なくするために、育児について特別な配慮を必要とする¹¹⁴⁻¹¹⁶。

嗜癖モデルに基づく心理社会的治療

摂食障害の治療に嗜癖モデルが役立つと考える臨床家もいるが、これを実証するような短期または長期的な研究データはない。アルコール依存症に用いられている「12段階法」だけで摂食障害を治療する試みはうまくいかないが、これと他の治療法を組み合わせることでもうまくいく可能性がある¹¹⁷。しかし今のところ実証的データはない。

患者・家族会

摂食障害の子供をもつ家族は、その対応に万策尽き果てており、その苦悩は計り知れないほど大きい。そしてこの病気は長期に及び家族も疲弊してしまう。これを避ける

ために、患者・家族会が有効である。家族の孤立が避けられ、相互にサポートしたりアドバイスを与えることが出来ること、摂食障害についての正しい知識と理解を得る機会が与えられるなどの利点がある。そしてこれと他の治療法と併用した時により摂食障害の治療に有効となる。インターネットにより家族相互のサポートや、種々の情報を得ることも可能だが、専門的なスーパービジョンがないため、独断や偏見に陥り誤った方向に行く可能性がある。

3) 実施上の注意点

さまざまな治療法が行われているが、その有効性を実証したデータは少ない。しかし治療者は身体的治療と精神的問題の解決の両方に取り組みなければならない。チーム治療を行う場合、中心的となる治療家は身体面および精神面の治療に対して治療者に対してそれぞれの治療目標を指示する必要がある。このチーム治療が有効に働くためには、各治療者達がお互いに親密かつ協調的で、何でも相談でき、相互に信頼し合える関係が持続しており、患者の治療者達を分裂させるような試みに対してきめの細かく対応をしておく。

C. 薬物療法

1) 目標

神経性食思不振症の薬物療法において、摂食行動を正常化して体重を正常範囲内に回復させる薬物は実証されていない。薬物療法は不眠、不安、抑うつ気分、強迫症状、胃重感、消化・吸収機能の低下などの精神および身体の随伴症状や合併症に対する治療に使われたり、体重が回復した後に持続する精神症状や正常な摂食行動を維持するために用いられる。また治療関係を促進し、

精神療法や行動療法への導入を容易にするためにも使われたりする。

2) 有効性

抗うつ薬の体重増加に関する研究は少なく、低栄養や低体重の患者には使われていない。最近の比較試験¹¹⁸⁾によると、入院中の低栄養で低体重の患者の治療に栄養療法と心理社会的治療に fluoxetine を加えても有効性を認めなかったと報告されている。体重が回復しても強い強迫性、不安、妄想的な考え方を認める場合に、少量の抗精神病薬を、食前の強い不安や緊張に対して抗不安薬を使用したりする¹¹⁹⁻¹²¹⁾。また強い強迫症状を示す患者に対して、低量の非定型抗精神病薬と SSRI または他の新しい抗うつ薬の併用を行う場合もあるが、この治療法の有効性を支持するような比較試験の結果はない。

その他、ビタミンやホルモン療法から電気ショック療法まで施行されたが、これらの有効性は証明されていない¹²²⁾。エストロゲン補充療法が長期の無月経患者の骨粗鬆症予防に使用されたが、その有効性についてはまだ明らかでない¹²³⁻¹²⁶⁾。現在のところ、エストロゲン単独で骨粗鬆症の治療を行うより、体重の回復と月経の再来を待つて行うことが勧められている^{127, 128)}。

Metoclopramide は、胃機能の低下により生じる腹部膨満感や腹痛に用いられる。

3) 副作用

低栄養で低体重の患者に抗うつ薬、特に三環系を投与すると、心臓血管系や抗コリン作用による副作用を生じやすい。特に水分補給が不適切な場合や、心臓の状態が嘔吐や下剤を乱用により栄養的に損なわれている患者では低血圧、心伝導時間延長、不整

脈をひきおこして重篤な状態に陥る危険性がある。低体重の患者の不安、抑うつ、強迫症状などに対して投薬する場合、低量からはじめ、副作用をモニターしながら慎重に投与すべきである。三環系抗うつ薬は、低体重または自殺の危険のある患者に対して避けるべきである。

4) 実施上の注意点

神経性食思不振の症状やうつなどの精神症状は体重増加によって改善するので、これらに対する薬物療法は体重が回復されるまで待った方がよい。薬物療法を施行は、体重回復後にも持続している症状の内容により決定される。

2. BNの治療

神経性過食症は社会文化的要因、心理的要因、生物学的要因が複雑に相互に関連しあっている病気であり、治療においても患者の状態や状況、病型、重症度、経過などに応じて、精神療法、家族療法、集団精神療法、認知行動療法、薬物療法などを適宜選択して組み合わせ、包括的な治療を行う必要がある。そして過食や嘔吐などの摂食行動の正常化と、社会的に不適応をもたらした精神及び行動面における問題を改善する。

A. 栄養状態の改善

過食と嘔吐や下剤の乱用などの排出行動を減少させるのが主な治療目標である。患者の多くは正常体重の下限を示したり、変動したりするので身体および精神的に安定した状態を得るためには体重を増加させたり、安定させる必要がある。

これらの患者は規則的でバランスがとれ、日常生活に必要で十分なカロリーを得られる正常な食生活を確立することが要求される。

患者の多くは月経異常を示すが、この治療に関して系統だった研究は今のところない。体重が正常な患者であっても、栄養指導は摂食行動異常の改善、バランスの取れた食生活に導くのに有用であるかもしれない。栄養指導を組み込んだ治療プログラムが有効であるという報告もある¹²⁹⁾。

B. 心理社会的治療

1) 目標

過食や排出行動の減少や改善、体型や体重に対する態度の改善、摂食制限の緩和、偏食の是正、体重減少のための過度の運動を健康なパターンに変える、摂食障害と合併して生じる身体及び精神合併症の改善、さらに摂食行動異常の根底にあるさまざまな問題、例えば自己同一性、ボディイメージ、自己評価、家族問題、対人関係、ストレス対処法などを改善することである。

2) 有効性

個人精神療法：神経性過食症に対する認知行動療法の有効性については最も多く研究され、その有効性が報告されている¹²⁹⁻¹⁴⁷⁾。認知行動療法を受けた患者の過食や嘔吐および下剤の乱用の有意な改善が認められているが、完全に消失する患者の割合について研究結果にばらつきがある^{130, 131, 133-137, 139, 140, 142, 145)}。比較試験の結果において、認知行動療法は未治療群^{130, 133, 136, 140)}、最小の治療群、または非指示的な対照群¹³⁹⁾に比し有意に過食と嘔吐の改善が認められている。さらに患者自らの評価¹³⁶⁾や治療者の評価¹³⁸⁾においても気分の改善が認められている。

認知療法と比較した研究で、対人関係療法の有効性は証明されているが^{134, 137)}、他の精神カ動を中心にした個人精神療法の有効

性は証明されていない¹⁴⁸⁻¹⁴⁹⁾。

暴露反応防止法からなる行動療法も神経性過食症の治療に用いられているが、その結果は一致していない^{131, 150-151)}。さらにこの治療法を認知行動療法と併用した時の有用性についても実証されていない¹⁷¹⁾。個人精神療法の有効性を直接比較した研究は極めて少ないが、Fairburnらは、神経性過食症患者に認知行動療法、対人関係療法、行動療法の有効性を直接比較した研究では、3つの治療法のすべてが治療終結時に過食の減少をもたらしたが、認知行動療法だけ体重と体型に対する態度や摂食制限に対して有効であることを示した^{134, 135, 148, 149, 152, 153)}。しかし平均5.8年の長期追跡調査の結果では、対人関係療法も認知行動療法と同等の有効性が認められ¹⁵³⁾、この結果は多施設研究でも確認されている。

集団精神療法

神経性過食症に対する集団精神療法の効果について、40研究のメタ分析から中等度の有効性が認められ、1年後の追跡調査結果でもその効果が維持されていることが報告されている¹⁴³⁾。そして、食事指導を含んだ治療プログラムの方がより有効で¹²⁹⁾で、治療初期に治療回数が多いほど良い結果をもたらす^{134, 135, 142)}。これらのことから多くの臨床家は個人と集団精神療法の併用を推奨している。集団精神療法は、自分だけが恥ずかしい病気になったという羞恥心を払拭し、対人関係の改善、同じ悩みを持つもの同士の共感と激励、「人のふり見てわがふり直せ」的効果をもたらす。

家族療法

神経性過食症に対する家族療法の有効性については実証されていない¹⁴⁵⁾。しかし家族

療法は、親と同居している思春期の患者、親とうまくいっていない患者、結婚生活に困難をきたしている患者において考慮されるべきである。母親自信が摂食障害である場合、育児に対する介入、時には子供の援助も必要になる¹¹⁴⁻¹¹⁵⁾。

患者家族会

アルコール依存の治療に用いられる「12段階法」を唯一の治療法として用いる場合の有効性については多くの議論がある。というのは、このプログラムは栄養上の問題や、摂食障害患者の複雑な心理-行動的問題を扱っていない。これらを含んでいない治療法はいかなるものでも初期治療として推奨されない。患者家族会やこれと類似の会の、初期療法や再発予防に併用した場合に有用であることが報告されているが¹⁴¹⁾、これらの短期及び長期の転帰に及ぼす効果については検討されていない。

3) 実施上の注意点

認知行動療法は、短期で16週間(最初の4週間は週2回)の20セッションからなっている^{131, 134, 135, 148, 149, 152, 153, 155, 157)}。集団認知行動療法の研究では、週1回の精神療法より、治療初期に治療回数をさらに増やすことや、全期間中週2回施行する方がより有効であることが報告されている¹⁴²⁾。さらに認知行動療法と薬物療法の併用、または自助マニュアルの併用の有用性が認められている¹⁵⁸⁻¹⁶²⁾。認知行動療法的アプローチに不慣れな臨床医は、認知行動療法の治療マニュアルに精通し、認知行動療法の訓練を受けることで、治療上の恩恵を受ける。^{148, 163-168)}。ここでは認知行動療法について主に述べたが、これについての比較試験が最も多いのがその理由で、他の個人精神療

法についてもさらなる研究が望まれる。今後、長期におけるこれらの治療法の効果や、精神合併症や問題行動を示す患者の有効な治療法の開発が必要である。

4) 問題点

認知行動療法を受ける患者で、認知再構成が難しかったり、毎日の自己記録表をつけるのに強い抵抗を示したりする場合がある。また当初、摂食量を増加させたり、排出行動を減らすなどの摂食行動を変えるのに抵抗を示したりすることも多い。しかしながら、完全にこの治療法を受け入れない患者はまれである。精神療法的介入に潜むネガティブな影響を取り扱う戦略として、1) 治療前に患者の治療に対する動機づけの程度の評価とその強化、適当な治療法の選択(例えば個人精神療法なのか集団精神療法のかなど)、2) 選択された治療法に対する患者の態度と反応に慎重であって、支持的なやり方で患者の治療法に関する心配や懸念を聞いたり話し合ったりする、3) 治療関係の質を常にモニタリングする、4) 治療前または治療開始と共に他の治療法の併用が必要かどうかの検討。(例えば、アルコール依存や薬物乱用患者に対する治療、うつ症状により治療に積極的に取り組めない場合の抗うつ薬による治療、人格障害を持つ患者に対するより集中的な精神療法など)。治療過程を前進させたり、治療中断を防ぐために他の治療法が必要になる場合もある。

C. 薬物療法

1) 目標

神経性過食症の薬物療法は、過食や嘔吐などの摂食行動異常を改善するため、随伴する不安、抑うつ、強迫性、衝動性などの精神症状に対して、さらに治療関係を促進し

精神療法や行動療法への導入を容易にするために用いられる。

2) 有効性

抗うつ薬

多くの研究で抑うつ症状の有無に関わらず、抗うつ薬が神経性過食症の過食と嘔吐や、併存する気分や不安障害に対して有効であることが報告されている。これらのうち二重盲検比較試験で有効性が報告されている抗うつ薬として、imipramine、desipramine、amitriptyline、mianserin、bupropion、trazodone、phenelzine、SSRI である fluoxetine などがある¹⁶⁹⁾。これらのうち米国のFDAで認可されているのは fluoxetine だけである。我が国で有効性が検証された抗うつ薬がなく認可もされていない。しかし、併存するうつ病や強迫性障害、パニック障害などに抗うつ薬を投与する機会が生じる。

3) 副作用

三環系抗うつ薬の一般的な副作用は過鎮静、便秘、口渇、体重増加などである。大量服薬時には致死的になるため自殺の危険ある患者には慎重に投与すべきである。薬物治療からの脱落に関して医師患者関係や、治療への抵抗性、動機づけなどが大きく関与していると考えられる。良好な医師患者関係を築くことが、治療を成功に導くための大きな要因となる¹⁷⁰⁾。気分調整のために、炭酸リチウムやバルプロ酸を用いるのは問題である。というのは、リチウムの血中濃度は非常に変動しやすいし、両者とも体重増加をきたす。いずれにして神経性過食症患者に薬物療法を施行する場合副作用出現に関して可能な限り注意を払い、これが出現した際には速やかに対応せねばならない。

4) 実施上の注意点

我が国で摂食障害の治療で承認されている薬物は存在しない。現実には摂食障害患者においてうつ病や、パニック障害、強迫性障害などの不安障害の comorbidity が高率で、これらの治療のため我が国で認可され、外国では摂食行動異常の改善をもたらすとされている薬物が使用されている。

D. 精神療法と薬物療法の併用

認知行動療法、薬物療法、これらの併用と3つの治療法を直接比較した研究において、過食と排出行動や摂食障害に関連する行動異常に対して認知行動療法の方が薬物療法よりもより有効¹⁷¹⁻¹⁷³⁾で、二つの研究が認知行動療法と薬物療法がそれぞれの単独の治療より有効であることを示している¹⁷²⁻¹⁷⁴⁾。そして認知行動療法に抗うつ薬を追加した方が、気分や不安障害の改善に有効なようである¹⁷¹⁻¹⁷⁴⁾。しかしながら、多くの臨床家はこれらの研究結果が示しているほど認知行動療法の有用性を感じていない。これには、臨床家がこの治療法に不慣れでやり辛く思うこと、多くの臨床家がみる患者層と研究に参加した患者層の違いなどが挙げられる。

IV 治療計画の立て方

この章では、個々の患者の治療計画を立てる際に推奨されることを説明する。

1. 治療法の選択

初診時に急性期なのか慢性期なのか、直ちに入院治療が必要なのか、外来治療で可能なのかを判断する必要がある。これには身体状態、摂食行動および精神症状を評価し、急性期であれ慢性期であれ、身体的に生命的危険な状態、精神科的に生命的危険な状態であるかどうかをまず評価する。

緊急入院の適応

米国のガイドラインでは、神経性食思不振症の場合 1) 著しい起立性低血圧：起立試験で脈拍の 20/分以上の上昇、20mm/Hg 以上の血圧低下、2) 40/分以下の徐脈、3) 110/分以上の頻脈、4) 36.1° C (97.0° F) 以下の低体温、などが身体治療のための緊急入院の適応とされている。さらに児童や思春期の患者では、この基準に達しなくても短期間で急速に体重減少をきたし患者や、成人でも急速な体重減少で身体的に不安定な場合も適応とされている。このような基準は米国の経験に基づいており、このまま我が国で採用できるかどうか検討する必要があるが、生命的危険を考えると、より厳しい基準にしておく方が賢明であろう。また視診で低体重で浮腫をきたし、歩行もおぼつかないほど体力が低下している場合も緊急に入院させる必要がある。神経性過食症の場合、高度の電解質異常（2 mEq/L 以下の低カリウム血症など）やその他バイタル・サインが危険な場合などがある。入院施設として救急病院や内科病院となる。

精神科的な緊急入院の適応

自殺企図、重篤な精神合併症、薬物・アルコール依存など合併する場合に精神科病院への入院の適応となる。この場合、本人が応じなければ医療保護入院という法的手続きをとる必要も生じる。

入院

緊急入院の必要はないが、内科的、精神科的入院治療の必要が生じる場合がある。緊急入院を必要とするほど、身体的、精神的に危険な状態ではないが、身体状態の改善、摂食行動の正常化、社会からの引きこもり、家族との関係の調整などを目的として、患者の治療への動機づけが強く、入院治療を悪循環を断ち切るための一つの契機として、真の回復は退院後の本人の歩みから始まることを、患者および家族が十分に納得している場合である。

米国では入院期間を短くするために partial hospitalization やデイケアが増えている。外来治療ではうまくいかないが、治療に対する動機づけが強く、集団での治療に協調的である場合に適応になるといわれている^{175, 176)}。しかし我が国ではこのような治療システムを有していない。今後このような治療システムの利点について検討する必要があるだろう。

外来治療

治療への動機づけが強く、家族が協力的で、罹病期間が短く、入院の必要なほどの痩せない場合に外来治療の適応となる。しかし注意深い経過観察と、改善がみられない場合には行動制限を強化した治療が必要であることを患者と家族に理解させる必要がある。この場合、学校や仕事を継続しながら、治療を受けることができる。しかしこ

のような治療形態から得られる利点と病気の改善が得られない場合の利害得失を十分に考慮する必要がある。

2. 精神科的治療

精神科的治療は、多様な作業を含んでいる。これと他の治療法を併用して行う。

A. 良好な治療者-患者関係の確立と維持

治療者は患者との間に信頼関係を確立し、治療への動機づけをして治療への導入を図ることが治療上、重要なことの1つとなる。摂食障害はしばしば長期におよぶ病気で、その間さまざまな病像を呈し、それに相応して治療法を工夫する必要がある。患者は、治療経過中に摂食障害の症状の背景にある心理的問題や精神症状への直面化を避けようとするかもしれない。精神科医は、治療的介入をすることで患者に過剰な不安を引き起こす可能性に配慮すべきである。というのは、体重を増やすように励ますことは、患者が最も恐れていることだからである。患者にこのことについて気づかせたり分かせたりすることや、治療者がただ患者を太らせるだけとか、心理的問題について共感と理解を欠いているといった印象をもたせないことが良好な治療関係を築く上で極めて重要である。このことが、治療の行き詰まりの打開したり、摂食障害を悪化させ持続させている要因を改善することにもつながる。

摂食障害の患者は、しばしば治療者の逆転移反応を理解した上で治療者に挑戦する(治療者を試す)。摂食障害は短期治療での改善が難しいので、治療者はしばしば患者の病気を改善するほど十分に治療していないという無力感、患者に困らされているという感情、慢性の患者に必要以上の改善を

求めるなどを生じる。治療者と患者の性の違いや文化の違いが、患者の治療に影響を与える可能性のあることが欧米の研究で指摘されている^{177, 178)}。いずれにしても逆転移反応を生じた場合には、自分ひとりで頑張らず、スーパーヴァイザーや助言者の助けを得ることが必要である。性的虐待やひどい暴力を受けた患者は、治療者に治療者-患者関係の境界や構造を壊したり、性的な逆転移反応を起こさせたりすることがあるので注意を要する。摂食障害患者の治療において、治療者-患者間の明白な境界を設けることは治療上不可欠である。これは性的虐待を受けた患者だけでなく、すべての患者にいえることである。

B. パラメディカルや他科との協調

摂食障害患者の治療者にとって、患者に関わる他科医師やパラメディカル、さらには患者家族との間に協調的な関係を築くことが極めて重要である。患者の必要性に応じて、他の専門家や患者に関わる人々と相談する必要がある。特に他科医師が摂食障害患者への接し方や治療に不慣れの場合に、適切なアドバイスを与えることが治療上極めて重要である。

C. 摂食障害症状の評価と経過観察

治療者は摂食障害患者の症状や行動異常を注意深く評価すべきである。一日の詳しい食生活日誌を得たり、カレンダーへの記録を使うことは有用である。食事を直接観察することは、患者が忌避する食物、食事時の不安や緊張、食事に関して強迫的に行う儀式的行動(食物を細かく切り刻む、真ん中だけを食べるなど)を知る機会を与えてくれる。病気がどのように生じたか、病気の対人関係に与える悪影響について患者に理

解してもらうことは重要である。患者の家族歴、摂食障害、精神障害、肥満、摂食障害に関して家族との関係、食べること、運動、外見へのこだわりについての家族の考え方を知る。患者や家族を罰するために摂食障害の仮説を用いるべきでなく、回復を促進するような要因を見つけることが重要である。児童－思春期の患者を評価する場合、両親、学校の先生、日頃子ども達に関わっている保健の先生達の情報が役立つ。最初から詳細な情報を得るのは難しい。したがって家族が話したがるようなことについては、信頼関係が確立されてから尋ねる。

摂食障害の評価には表 16 に示したように、自己記入式のものや半構造化面接によるものがある。これらのうち、EAT、EDI、BITE がよく用いられている。

表 16 自己記入式の摂食障害症状評価尺度²⁾

Anorexic Behaviour Scale (Slade, 1973),
Anorectic Attitudes Questionnaire (Goldberg ら, 1979),
Eating Attitudes Test (EAT) (Garner ら, 1979),
Compulsive Eating Scale (Ondercin, 1979),
Binge Scale Questionnaire (Hawkins ら, 1980),
Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner ら, 1983),
Bulimia Test (BULIT) (Smith ら, 1984),
Setting Condition for Anorexia Nervosa Scale
(Slade ら, 1986),
Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE)
(Henderson ら, 1987),
Symptom Rating Scale for Eating Disorders (SRSED)
(永田ら, 1991)

D. 身体症状の評価と経過観察

摂食障害の患者にみられる表 10 と 11 に示

されるような、さまざまな身体症状や徴候について、慎重に評価されるべきである。検査の必要性については、個々の患者の状態に応じて判断すべきで、闇雲に行うべきものではない。

E. 精神状態の評価

気分障害や不安障害、自殺傾向、物質乱用、強迫症状、人格障害の有無や、万引き、盗食、自傷行為などについて慎重に評価する必要がある。生育歴や生活歴、病前性格、性的及び身体的虐待の有無などについても知る必要がある。身体状態が改善した後の心理学的評価が、患者の人格障害や精神症状の有無を明らかにする。しかし、これらに加えて、患者の対人関係や精神力動について考えることは、病気の理解と治療に有益である。

F. 家族への対応

患者の家族は、患者への対応に苦勞しており、万策尽き、切羽詰った挙句の果てに相談に来る場合が多い。家族は疲れ果てており、ワラをもつかむ気持ちである。また子供の病気を認めることや受け入れることに頑強に抵抗する場合もある。両親はしばしば養育上の失敗で、子供を摂食障害にしたという自責感にさいなまれる。しかし、摂食障害は養育上の失敗だけでは生じないこと、本人の体質と性格、環境要因などが複雑に相互に関連して生じていることを明確に告げ、両親の罪責感を取り除くことが必要である。家族関係の評価は、同居している場合や、家族関係に問題を生じている場合に重要である。これにより病気の悪化と関係したり、または回復の一助となる家族関係の理解につながる。家族が患者の病気に対する苦痛を理解することは、治療上極めて

重要である。

3. AN に対する治療法の選択

治療目的は、1) 体重を正常範囲内に回復させること(女性：月経と正常な排卵、男性：正常な性機能、小児・思春期患者なら身体・性機能の正常な発育); 2) 身体合併症の治療; 3) 健全な食事パターンの回復を目指して治療に参加するという動機づけの強化と維持; 4) 健康な食事と栄養のバランスについての教育; 5) 摂食障害と関連する感情・思考・行動の正常化; 6) 感情のコントロール、自尊心、行動面や精神面の治療; 7) 家族の支援のもとに、必要に応じて家族面接・家族療法を行う; 8) 再発予防。

A. 栄養状態の改善

著しい低体重の患者では、栄養状態の改善が不可欠である。体重が標準体重の 75% 未満の場合や、小児・思春期の患者で体重減少が短期間で急速に生じた場合において、入院加療を考慮する必要がある。

栄養回復は正常範囲内の健康的な体重を目標とし、徐々に体重を増やしていく(外来治療では 1 週間に 0.5~1 kg、入院の場合は外来治療より多く、1 週間に 1~1.5 kg が望ましい)。食事摂取量は 1 日に 30~40 kcal/kg (約 800~1200 kcal) から始め、漸増していく。体重を増やす時期については、米国では 70~100 kcal/kg とされているが、我が国ではこれより少ない量に設定する。目標体重に達してこれを維持する時期や小児・思春期患者の成長期では、1 日に 40~60 kcal/kg とする。しかし維持期の経口摂取量は目標体重の最低限を維持するために個々の患者の性、年齢、体重、身長、基礎代謝率などの違いに応じて適切に調節する必要がある。摂取している割に体重が増加

しない場合、食事を捨てたり、嘔吐したり、過活動やその他カロリーを消費するための何らかの活動を疑うべきである。もしそうでなければ、基礎代謝量が高い場合であり、患者に合わせて摂取量を調節する。その他ビタミンやミネラルの補充も効果がある(特に、血清リンを補充して低リン血症を予防することは重要)。栄養回復期には、バイクルサインのみならず、摂食量と飲水量およびこれらの排泄量、電解質管理(リンも含む)、浮腫の有無、急速な体重増加(主に水分過剰による)、うっ血性心不全、胃腸症状(特に便秘や腹満)などに注意する。小児・思春期の患者で栄養障害が重篤な場合、夜間の心電図モニターが必要な場合も生じる。安静度は、患者の食事摂取量やエネルギー消費量、体重増加の程度によって適宜決定する。栄養状態の改善のために、固形や液体の補助食品を使うこともある。場合によっては経鼻腔栄養が必要となる。生命的に危険な状態の場合、短期間の非経口的栄養(経静脈栄養)を考慮する。

しかし、この方法は痩せ衰え潜在的に免疫力の低下している患者において、常に感染のリスクがあるので、経口摂取が望めず、生命的に危険な場合のみ施行すべきである。この際、患者の心理面や倫理的側面についての配慮が必要である。その他の治療目標として、支持と教育、患者の体重増加やボディイメージの変化についての修正を助けることなどがある。

B. 心理社会的治療

心理社会的治療は、精神力動面、認知の発達、心的防衛機制、家族関係および他の精神障害の有無などを理解した上で行う必要がある。栄養状態改善プログラムの多くは、

情動面を育むような環境と行動療法的な治療を取り入れている。また、体重増加後には種々の個人精神療法が用いられている。しかし、これらの治療法についてどれがより適切であるかという研究はほとんどない。患者の精神病理学的特徴の多くは、長期に持続するため、回復のために長期にわたる支持が必要である。個人精神療法では少なくとも1年必要で、5～6年かかることもまれでない¹⁷⁹⁾。家族療法は症状だけでなく、症状の持続に関与している家族関係の問題の改善にも有用である。集団精神療法が併用されることもあるが、患者の痩せ競争、人間関係に問題を生じないように配慮する必要がある。

C. 薬物療法

向精神薬だけでANを治療してはならない。また、体重回復期に一律に薬物療法を行うべきでない。抗うつ薬は、栄養状態の回復後も抑うつ、強迫症状などの精神症状が持続している場合に検討するべきである。

4. BNに対する治療法の選択

A. 栄養指導

栄養状態改善のために、まず患者の過食や排出行動のパターンを知ることである。多くの患者の体重は正常範囲内であるので、栄養状態の回復が治療の主体にならない。しかし、正常体重であっても、摂食行動異常の正常化、例えば摂食制限や偏食の軽減を促す栄養指導をするのが有用である。

B. 心理社会的治療

心理社会的治療は、患者の精神的発達、精神力動面、認知のパターン、合併する精神症状、家族関係などを包括的に評価した上で選択するべきである。急性のエピソードに対する短期治療では、認知行動療法の有効

性が最も多く報告されている。また対人関係療法も有効であるという報告もある。治療初期に過食や排出行動に対して、計画された過食や自己行動記録などの行動療法的技法もまた有効である。過食や排出行動の改善後は、個人または集団精神療法を施行しながら、他の精神力動的な精神療法も有効であるという症例報告もある。これらの治療法は、発達の問題、自己同一性の形成、ボディイメージ、性的・攻撃性の問題、情動の調整、性役割の問題、対人関係の問題、家族の問題、ストレス対処法、問題解決法などを扱っている。人格障害を有している場合には長期のかかわりが必要である。家族療法または家族への介入は、思春期例や、成人例でも親子関係に問題がある場合に推奨される。結婚生活がうまくいっていない場合、夫婦療法が有効である。患者・家族会や、アルコール依存症に用いられている治療プログラムは、初期治療や再発防止のための補助的療法としては有用であるが、単独の初期治療法として用いるべきでない。

C. 薬物療法

抗うつ薬は、治療初期に精神療法と併用して用いられる。抗うつ薬は過食や嘔吐などの排出行動、再発予防に有効であると云われ、抗うつ薬のうちSSRIが最も安全である。薬物療法は、抑うつ、不安、強迫症状、衝動的な症状に対して、または心理社会的治療で上手くいかない症例に有用である可能性がある。希死念慮のある患者に三環系抗うつ薬を処方することは避けるべきである。

D. 心理社会的治療と薬物療法の併用

薬物療法と認知行動療法を併用することで、高い改善率が得られるという報告がある。