

療効果を維持することができる。

C. 結論

入院を急がせる客観的基準としては、肝機能異常・貧血・血小板減少症などの身体的要因が重要と考えられ、また患者の受療行動（身体的・精神的治療介入に対する拒否）が強いときほど、実は入院の必要が高まっていることが示唆された。また、入院治療は、行動療法を中心として統合的治療が推奨されるが、その客観的妥当性は、今後の予後経過調査などで検討する必要性がある。

D. 健康危険情報

神経性食欲不振症(AN: Anorexia Nervosa)の有病率は、米国の若い女性の 0.1～0.5%で、生涯有病率は 0.5～3.7%とされ、神経性過食症(BN: Bulimia Nervosa)の有病率は 2.2～3.5%、生涯有病率は 1.1～4.2%と推定されているが、本邦でも急増し、そのレベルにほぼ到達し

てきたと危惧されている。

E. 研究発表

- 1) Nagai N, Naruo T, Homan H, Tatebe Y, Muranaga T, Munemoto T, Yasuhara D, Deguchi D, Nozoe S: Effectiveness of multidisciplinary team approach and prognosis of inpatients with eating disorders. Psycho-neuro-endocrino-immunology (International Congress Series) 2002; 1241: 137-141
- 2) 安原大輔、鷺山健一郎、筒井順子、建部佳記、長井信篤、成尾鉄朗、野添新一：神経性食欲不振症患者における入院適応を規定するための重症度スコア作成の試み. 心身医学 2002 ; 42 (10) : 653-66

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学分野 研究事業）
(分担) 研究報告書
「欧米における摂食障害の治療システムについて」に関する研究

分担研究者 永田利彦 大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学

研究要旨 日本での摂食障害治療体制整備の準備に向け、海外の摂食障害治療施設、米国、ピッツバーグ大学の COPE とオーストラリア、メルボルンでの摂食障害専門病棟 Bansksia House の現状を報告した。ピッツバーグの摂食障害専門病棟は高度に構造化され、難治例にも対処できる利点はあるものの、費用などの面から実現性に問題があった。一方、メルボルンの病棟は、短期間の評価だけを目的としているが、それでもスタッフの質と数において日本とは差があった。また、急性的、緊急的な医学的治療は内科病棟において行われているが、日本では内科救急が症例をなかなか引き受けられず、その点も支援も同時に検討すべきである。

A. 研究目的

摂食障害は高度に専門的な治療を必要とするが、日本に専門病棟はまだなく、それらの参考にすべく、すでに多くの症例を経験し、対処してきた海外での状況を把握し、日本での治療体制整備に役立てる。

B. 研究方法

米国、ピッツバーグ大学の COPE とオーストラリア、メルボルンでの摂食障害専門病棟 Bansksia House を訪問した。

C. 研究結果

COPE (Center for Overcoming Eating Disorders)は、UPMC (University of Pittsburgh Medical Center)の一翼である WPIC(Western Psychiatric Institute and Clinic)の一部門である。病棟は 11 床の閉鎖病棟で、バスルーム (トイレ) にも鍵があり、看護師に開けてもらわなければ用を足せない。しかし絵やその他の装飾品が配置され、「寄宿舎」の感じで、威圧的なところはない。

入院すれば、その日のうちに、主治医、担当看護師、担当ソーシャルワーカー、ナースプラクティショナー (身体管理役)、栄養士などが訪れ、あれやこれやと聞きにくる。あらゆる治療方針は週に 2 回あるチームミーティングで決められる。行動療法に病型ごとに第 0 から第 4 段階まで決められており、その段階によって食後何分間、看護師の監視の元に居なければならないか、院外レクレーションや夕方の体操への参加の可否が決められている。精神科的な把握と薬物療法は精神科医が、厚さ 20cm 以上の認知療法の冊子の進行の助けと、日々の話し相手は担当および副担当看護師が、目標体重とメニューの決定は栄養士が、家族とのやりとりや、退院計画、家族療法的アプローチはソーシャルワーカーが担当する。朝から晩までほとんど休む暇無く、日に 3 度の食事と 2 度のスナック、心理学者などが担当する認知療法的な各種の集団療法の時間割が決められている。

食事は常に看護師が付いており、食後 30 分から 1 時間は自室に戻るのを制限される。食事量は体重当たり 80 から 90 カロリー (4000 カロリー弱にまでなる!) を目標に上げるので、入院して 2 週間後より面白いように体重が増え (それがまた、患者の不安をかき立てるのだが)、あっと言う間に標準体重のかなり近いところになって退院していく。

しかし、入院費（別に薬代、医者代など必要）が1日700-800ドルかかるのが難点（もっと高価な病棟もあるとのこと）で、無保険の家族は家を売って娘を入院させる悲劇もあった。

オーストラリア、メルボルン

オーストラリアでは公共医療(public)と私立医療(private)の両方がある。公共医療は無料であるが、私立医療は全額個人支払いとなる。Mental Health Clinical Service Unit(通称 Banskia House)は公立のAustin & Repatriation Medical Centerの1部である。病棟はメディカルセンターから少し離れた2階建ての建物である。開放病棟で、ベッド数は15床で、9床は摂食障害、気分障害プログラムになっており、6床は母親、子供プログラムになっている。1階はダイニングや団らん室、グループミーティング室などよりなつておらず、2階は個室が15室あり、全ての患者は個室に入院している。

スタッフは部長、Graham Burrows教授、その他、精神科医2名、ケースマネージャー、ソーシャルワーカー、心理士、栄養士、看護スタッフからなる、いわゆる multi-discipline team approachで、それらスタッフはすべて、摂食障害を専門としている。また、常に8名程度の医学部生、看護学生などがある。トイレの鍵は、昔はあったとのことであるが、体重を増加させるのが目標ではなくなり、いまはしていない。

入院は40日以内に外来治療に移される事になっており、摂食障害患者の場合は2~4週間である。入院後は、最初の数日は、どの様に食事を取るのか観察される。その後、健康的に食事が取られるように栄養士が助言し、目標体重も設定されるようになる。そして、ある程度、安定すると、地域の外来プログラムに移されるのである。

D. 考察

比較研究などが無いものの、米国における摂食障害専門病棟の神経性食思不振症に対する有効性は「疑う余地がない」ように受け止められており、確立している。しかし、高額な入院費が、入院を繰り返す重症例の治療を妨げている。また、国民皆保険を目指す日本の医療においては、その実現性は乏しい。その点、

通常医療を無料で提供するオーストラリアの現状は、日本の場合にも参考になる。全例が任意の入院であり、点滴などを施行されていない点。また、身体的に厳しいときは数日間、内科病棟で治療後、送られてくる点、日本で摂食障害専門病棟を創設するにあたって、参考になる。それでも、看護師、心理士が摂食障害を専門とするスタッフで構成されており、日本でも医師のみならず、それらスタッフも専門の要員の養成が必要とされた。

緊急的、急性的な医学的治療は内科病棟において行われていたが、日本では症例を内科が引き受けられず、その点も今後、検討すべきである。

E. 結論

日本でも、現在の医療システムのなかで、しかしそれより、専門的な、少しでも構造化された治療システムの構築が必要である。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

Nagata, T., Kiriike, N., The Psychoneuroimmunological aspect of eating disorders. Edited by Miyoshi, K., Shapiro, C.M., Gaviria, M., Morita, Y. Contemporary Neuropsychiatry 438-439, 2001, Springer-Verlag, Tokyo

Nagata, T. et al. (in press) Repetitive self-mutilation among Japanese eating disorder patients with drug use disorder: Comparison with patients with methamphetamine use disorder. J Nerv Ment Dis.

Nagata, T., Oshima, J., Wada, A., Yamada, H., Iketani, T., Kiriike, N. (in press) Temperament and character of Japanese eating disorder patients. Comprehensive Psychiatry

Nagata, T. et al. (in press) Open trial of milnacipran for Taijin Kyoushudo in Japanese patients with social anxiety disorder. Int J Psych Clin Pract

- Nagata, T., Kawarada, Y., Ohshima, J., Iketani, T., & Kiriike, N. (2002). Drug use disorders in Japanese eating disorder patients. *Psychiatry Res.*, 109(2), 181-191.
- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., Shidao, A., & Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder. PG - 171-8. *Acta Psychiatr Scand.*, 106(3).
- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., Shidao, A., & Fukuhara, H. (2002). Personality disorder comorbidity in panic disorder patients with or without current major depression. *Depress Anxiety*, 15(4), 176-182.
- Nagata, T., Kaye, W. H., Kiriike, N., Rao, R., McConaha, C., & Plotnicov, K. H. (2001). Physical and sexual abuse histories in patients with eating disorders: A comparison of Japanese and American patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 55(4), 333-340.
- Tanaka, H., Kiriike, N., Nagata, T., & Riku, K. (2001). Outcome of severe anorexia nervosa patients receiving inpatient treatment in Japan: An 8-year follow-up study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 55(4), 389-396.
- Kaye, W. H., Nagata, T., Weltzin, T. E., Hsu, L. K., Sokol, M. S., McConaha, C., Plotnicov, K. H., Weise, J., & Deep, D. (2001). Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry*, 49(7), 644-652.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Matsui, T., Nagata, T., Yamagami, S., & Kaye, W.H. (2000). Multi-impulsivity among bulimic patients in Japan. *Int J Eat Disord*, 27, 348-352.
- Nagata, T., Kawarada, Y., Kiriike, N., Iketani, T. (2000). Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: Primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Research* 94: 239-250, 2000
- Nagata, T., Matsuyama, M., Kiriike, N., Iketani, T., and Oshima, J. (2000) Stress coping strategy in Japanese patients with eating disorders: Relationship with bulimic and impulsive behaviors. *J Nerv Ment Dis.* 188:280-286
- Nagata, T., Kiriike, N., Iketani, T., Kawarada, Y., and Tanaka, H. (1999) A history of childhood sexual or physical abuse in Japanese patients with eating disorders: Relationship with dissociation and impulsive behaviors. *Psychological Medicine* 29, 935-942.
- Nagata, T., Kiriike, N., Tobitani, W., Kawarada, Y., Matsunaga, H., and Yamagami, S. (1999) Lymphocyte subset, lymphocyte proliferative response, and soluble interleukin-2 receptor in anorexic patients. *Biological Psychiatry* 45, 471-474.
- Nagata, T., Tobitani, W., Kiriike, N., Iketani, T., and Yamagami, S. (1999) Capacity to produce cytokines during weight restoration in patients with anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine* 61, 371-377.

<p>Iketani, T., Kiriike, N., Nagata, T., & Yamagami, S. (1999). Altered body fat distribution after recovery of weight in patients with anorexia nervosa. <i>Int J Eat Disord</i>, 26(3), 275-282.</p>	<p>2. 学会発表 Wednesday 13 November, 2002 Nagata, T. Psycho-neuro-endocrinological aspects of BN Plenary, Core Psychiatric Issues Asian Pacific Eating Disorders Congress 2002 Melbourne, Australia</p>
<p>Matsuanaga H, N Kiriike, Nagata T, Yamagami S. (1998) Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 23:399-408, 1998</p>	<p>Thursday 14 November, 2002 Nagata, T. Multi-impulsivity and repetitive self-mutilation among Japanese eating disorder patients Workshop 17 Asian Pacific Eating Disorders Congress 2002 Melbourne, Australia</p>
<p>Matsuanaga H, N Kiriike, Miyata A, Iwasaki Y, Matsui T, Nagata T, Takei Y, Yamagami S Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan <i>Acta Psychiatrica Scandinavia</i> 98:128-134, 1998</p>	<p>H. 知的財産権の出願・登録状況 特記すべき事項なし 1. 特許取得 なし 2. 実用新案登録 なし 3. その他 なし</p>
<p>Kiriike, N., Nagata, T., Shirata, K., Yamamoto, N. Are young women in Japan at high risk for eating disorders?: Decreased BMI in young females from 1960 to 1995. <i>Psychiatry and Clinical Neuroscience</i> 52, 279-281, 1998</p>	<p>H. Matsunaga, N. Kiriike, T. Nagata, S. Yamagami (1998) Personality Disorders in patients with eating disorders in Japan <i>International Journal of Eating Disorder</i> 23(4) 399-408, 1998</p>
<p>Nagata, T., McConaha, C., Rao, R., Sokol, M., Kaye, W. H. (1997). Comparison of subgroups of inpatients with anorexia nervosa. <i>International Journal of Eating Disorder</i> 22(3) 309-314, 1997</p>	

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学分野研究事業）

分担研究報告書

摂食障害の診療コンプライアンス改善に向けた臨床研究

分担研究者 石川俊男（国立精神・神経センター国府台病院 心療内科）

研究協力者 守口善也（国立精神・神経センター国府台病院 心療内科）

【研究要旨】

摂食障害の治療コンプライアンス改善には、まず①治療を中断させず継続させる また②治療の中での入院や服薬への拒否といった治療遂行への支障をおさえる といった内容が含まれると考えられるが、今回は、①について、当院で行ってきた治療中断に関する検討と、現在中断群に對して行っている2つの調査の一端について述べたい。

た。

I 治療中断の患者側要因についての検討

【目的】治療の早期中断に影響する患者側要因をカルテと質問紙を用いて検討した。

【方法】1999年2月から2001年8月までに当科を受診した摂食障害(ED)患者でEDI-2を施行した214名を対象とし、早期治療中断に影響を及ぼす可能性のあるカルテ上の項目およびEDI-2の各下位尺度に対して、「継続」群と「早期中断」群とで比較した。

【結果】ANで継続が多くBNで早期中断が多かった。ED全体およびBN群では、継続群の方が初診時BMIが有意に低かった。前医での入院歴では、継続群の方が有意に入院歴が多かった。EDI-2では、ED全体で早期中断群の方が“やせ願望”“体型への不満”“過食”的得点が有意に高く、AN群の中では“完璧主義”が、BN群では“やせ願望”“体型への不満”が早期中断群で得点が有意に高かった。前医の数、受診の動機、受診の状況、発症のきっかけ、婚姻状況、学歴、職業および、上記以外のEDI-2下位尺度においては、有意差を示さなかつ

【考察】治療中断に関わる患者要因は、ANは治療継続しやすく、BNは早期中断する傾向があるが、BMIや精神病理など、病型以外の要素も考えられ、今後の参考したい。

II 治療中断群への追跡調査について

【目的】治療がなぜ自己中断に至ったかを検討するためには、中断した患者の率直な意見が大変参考になると考えられ、他疾患(糖尿病など)では中断理由などのアンケート調査なども積極的に行われている。摂食障害においては、従来、訪問・電話・郵便などによる経過・予後の調査は積極的に行われてきたが、「なぜ中断したか」という中断理由を中断者に追跡調査した研究は知るところ見当たらぬ。患者側の貴重な意見から、今後の治療の改善点を見出せればと考え、電話によるアンケート調査を開始した。

【方法】informed consentのとれている者のうち、99年3月～01年12月に外来治療

を自己中断した摂食障害患者 100 名を対象に、03 年 1 月より電話アンケートを開始している。質問の内容は①摂食障害の症状や身体状況 ②社会適応状態 ③当院中断後の他院への受診状況 といった中断後の経過に関する質問と、④当科外来を中断した理由 という中断時の様子についての質問を行っている。

【結果】現在、17 名ほどと連絡がつき、12 人ほどに回答に応じてもらった。予想と異なり、かなり率直な意見を聞けている印象がある。追って結果と考察を報告したい。

摂食障害（過食症候群）の簡易外来治療

分担研究者 大野裕（慶應義塾大学保健管理センター）

研究協力者 宗未来（国立病院東京医療センター）

研究要旨 本研究では、摂食障害（過食症候群）の簡易外来治療の可能性を探り、エビデンスに基づく治療ガイドラインの基礎になるデータを示すことにあ。これまでのエビデンスでは、認知行動療法や対人関係療法などの精神療法が有効であり、薬物療法にも効果があることが明らかにされている。我が国の治療環境を考えると、薬物療法の積極的活用と、認知行動療法や対人関係療法の内容に即した心理教育的意味合いをもつセルフヘルプマニュアルの導入による簡易治療アプローチが重要な位置を占める。今後はさらにこうしたアプローチの信頼性を検証する研究を行うことが重要であろう。

A. 研究目的

本研究の目的は、過食症候群摂食障害の簡易外来治療の可能性を探り、エビデンスに基づく治療ガイドラインの基礎になるデータを示すことにある。

現在、国際的な精神医療の現状では、様々な摂食障害の標準的治療を目指した研究がなされているが、エビデンスの質・量的にもまだ不十分な状態にある。特に神経性拒食症に関しては、身体的管理面に関してはある程度の対処が可能になっているが、その反面、「過剰なやせ願望」等の中核症状に関するメカニズム解明と、治療的アプローチに関しては標準的治療の方向性は定まっておらず、エビデンス自体も乏しいために、各々の臨床家がケースごとに対症療法的に対応しているのが現状である。

一方、神経性過食症に関しては、精神療法・薬物療法の治療効果に関する

エビデンス上が次第に積み重ねられて、ある一定の指向性を打ち出せる状態に近づいてきている。治療は原則として入院治療よりも外来治療が推奨されているが、その理由は、医療経済的にも効率が良く、過食に至らせるような環境やストレス状況も扱うことが可能であり、一定の効果が期待できるためである。

また、その同様な治療は過食症候群についても、神経性過食症よりは効果が劣るものの、やはりある程度は期待できるという報告が行われ、さらに近年では、より簡便で効率性を高めた簡易外来治療の可能性が模索されている。

そこで本報告では、神経性過食症（過食症候群）の標準的治療を概説したうえで、わが国における簡易外来治療の可能性について検討した結果を記載した。

B. 研究方法

これまでの文献をレビューして治療のエビデンスについて検討した。さらに、慶應大学病院および国立医療センター、桜ヶ丘記念病院で摂食障害の治療に当たっている精神科医による文献のレビューを定期的に行い、エビデンスに基づく治療指針を検討し、さらに症例検討を積み重ねることによって、神経性過食症（過食症候群）患者に対する効果的で簡便な治療ガイドラインの可能性について検討した。

（倫理面への配慮）

文献のレビュー等の会合はすべて非公開で行い、しかも症例に関しては主にロールプレイの形で個人が特定できないように十分な配慮をしたうえで行った。

C. 研究結果

現在の神経性過食症（過食症候群）における標準的治療

神経性過食症（過食症候群）の中心的治療法である薬物療法と精神療法について現在得られているエビデンスを検討した。

1) 薬物療法

2001 年の Cochrane Database System Review (1)によれば、三環系抗うつ薬（imipramine、desipramine、amitriptyline）、SSRI (fluoxetine)、MAOIs (phenelzine、isocarboxazid、brofaromine) は、いずれも偽薬に比べて高い Remission Rate (過食エピソードの 50%以上の改善を認めた割合、以下：寛解率) が認められている。しかし、三環系抗うつ薬は、その副作用を理由とするドロ

ップアウトが多い。一方、SSRI (fluoxetine) は認容性が高いことから、欧米では薬物療法の第一選択薬として fluoxetine が推奨されている。また fluoxetine は、米国の FDA で神経性過食症の適応が認められている唯一の SSRI である。

Romano SJ ら (2) が、2002 年に 232 人の bulimia を持つ患者を対象に行った 52 週にわたる長期調査では、fluoxetine は急性治療として反応するだけでなく、内服を継続することによって再燃の可能性を減らせるという結果が得られている。

しかし、Agras WS(3) は、薬物投与によって寛解・回復が得られた 25% の患者群に対する継続治療の過程で、約 1/3 に再燃・再発を認められることを示し、薬物単独療法では限界があることを指摘している。

これまでの調査では、抗うつ薬のみの薬物単独療法で得られる初期の寛解率は約 20% 前後であり、しかも長期に内服を継続している課程での再発、再燃が多いことが指摘されている。

2) 精神療法

2003 年の Cochrane Database System Review (4) によれば、データの数、精度の問題にやや検討の余地はあるものの、RCT などの複数のエビデンスを検討すると神経性過食症に関しては短期精神療法、特に認知行動療法（神経性過食症の治療目的で開発された CBT-BN）の効果が最も高いことが示されている。認知行動療法は、効果は若干落ちるが過食症候群に対

する効果も認められている。

神経性過食症の認知行動療法は、食習慣の改善、過食や嘔吐の衝動が起こった際の対処、そうした衝動を強める問題の解決、等の症状に関連した認知面や行動面の修正に焦点を当てる構造的短期精神療法である。

近年、対人関係療法の治療効果を支持する研究も報告されており、長期的予後に関しては認知行動療法と同等の効果を示すとする報告もある。これは、症状にはあまり焦点化せず、本人にとって重要な他者との対人関係上の問題を中心に取り扱う構造的短期精神療法である。

現時点では、治療直後の寛解率は認知行動療法の方が有意に高いといった治療効果発現の早さや実証研究の信頼性からは、精神療法の第1選択が認知行動療法であり、第2選択が対人関係療法であると考えるのが妥当であろう。しかし、認知行動療法単独での寛解率は40%前後と、その限界も指摘されている。その意味で、精神療法の統合や他の薬物療法などとの併用など統合的アプローチの効果が報告されている点は興味深い(5)。

また、認知行動療法や対人関係療法をベースにした集団精神療法が、構造的精神療法ほどではないが効果的であるというエビデンスも報告されている。また、認知行動療法のマニュアルに基づいて個人で行う独習型セルフヘルプや指導者つきでガイドに基づく指導型セルフヘルプ研究の効果に関する研究も行われている。また構

造的な認知行動療法のマニュアルを用いたセルフヘルプ的アプローチの効果には一定の信頼性があるということも結果が、同じ2003年のCochrane Review(4)で報告されている。

3) 薬物療法と精神療法の統合

2001年のCochrane Review(5)によるメタ解析では、それぞれ単独での「精神療法」と「抗うつ薬」における寛解率は、39%対20%と「精神療法」が「抗うつ薬」に優っていた。

また、「精神療法と抗うつ薬の併用」と単独の「抗うつ薬」の比較では、寛解率において42%対23%と、併用療法の方が抗うつ薬に優っていた。

さらに、「精神療法と抗うつ薬の併用」と単独の「精神療法」との比較では、寛解率において49%対36%で、併用療法の効果の方が優れているという結果が得られている。

一方、精神療法は認容性が最も高いが、薬物療法と併用するとその認容性が優位に低下すること、精神療法に薬物療法が加えられると治療脱落率が上昇することも結果されている。

Jacobi C ,Dahme B, Rustenbach S(6)らによるメタ解析では、神経性過食症に対する精神療法単独と薬物療法単独との比較では、精神療法単独療法の方が、寛解率(Remission Rate)といった治療反応者数の点でも、および改善した患者の過食症状そのものの減少率(Reduction Rate)の点でも優っていたという結果が得られている。

以上より、治療における現在のエビデンスに基づく神経性過食症（過食症候群）に対する治療効果の高さは、併用（精神療法と薬物療法）、精神療法、抗うつ薬療法の順であり、第一選択として認知行動療法、第二選択として薬物療法か対人関係療法、さらに精神療法と薬物療法の併用とするというのが一般的な見解である(7)(8)。

しかし、抗うつ薬と認知行動療法のような精神療法を、具体的にいつはじめ、どう組み合わせるかについてはコンセンサスを得ているとはいえない。精神療法単独からの開始や、精神療法と薬物療法の同時開始を推奨する研究者は少なくないが、費用対効果の面から、薬物療法からの開始を提案している Agras ら(3) のような研究者もいる。

Walsh BT らは(9)、神経性過食症の患者 120 人を対象にした研究で fluoxetine の併用が精神療法の効果をより高めるといった報告を行っている。また、認知行動療法や対人関係療法に反応しなかった症例や、再燃してしまった症例に対して、fluoxetine を投与すると、placebo に比して有意に過食、嘔吐の両頻度の改善が認められたことから、精神療法に反応しない患者に対して薬物療法の効果が期待できるという見解を示している。

D. 考察：神経性過食症の簡易外来治療の可能性を中心に

1) 簡易外来治療の可能性

神経性過食症における薬物療法、精神療法、各々の併用の効果を勘案した

標準的な治療アルゴリズムは、現時点では国際的にも存在していない(10)。

総合的なエビデンスからは、第一選択は最も効果が認められている認知行動療法、その効果が認められなければ薬物療法というアプローチを推奨している文献が多い(11)。

しかし、前述の Argos は、認知行動療法の治療効果の優位性を認めながらも、費用対効果を重視すると、逆に、薬物療法が第 1 選択で、その効果が認められない場合に認知行動療法を行うのが望ましいと指摘している。これは、精神療法の費用が高い米国での評価であることを理解しておく必要がある。その際の薬物療法としては、fluoxetine で効果がなければ desipramine を試すといった、sequential medication trial を推奨している。(3)

薬物療法を併用することによって、特に、気分の改善、摂食に関連する精神病理面、症状改善の面において、精神療法の効果をあげるという Walsh BT らの研究報告もある(12)。

このように薬物療法と精神療法の併用の効果が指摘されてはいるが、我が国はもちろん欧米でも、摂食障害の認知行動療法のトレーニングを積んだ治療者が少ないと、費用対効果の面からも構造的認知行動療法が可能な専門的治療を受けられる医療機関を充実させるという方向性だけでは限界があることが、近年、問題として指摘されているようになっている(13)。

そのような背景の中治療をできる

だけ簡便に効率的に行う可能性が検討されるようになっており、認知行動療法モデルを基本としたマニュアルを参考に患者が一人で実践する「独習型セルフヘルプ」や、同じマニュアルを専門家や非専門家による指導つきで行う「指導型セルフヘルプ」、さらに認知行動療法や対人関係療法のグループセラピーが注目されている。マニュアルセルフヘルプの導入は有意なメリットが認められるという報告(13)や、こうしたアプローチが構造的な認知行動療法や対人関係療法よりも効果的であるといった研究成果も報告されている(4)。

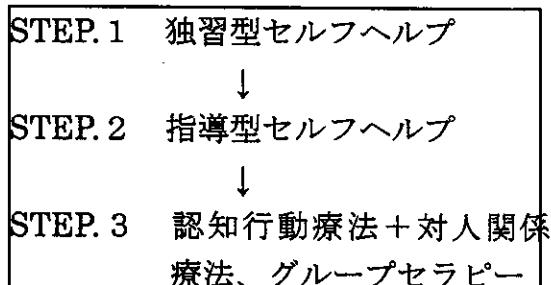
とくに Fairburn らは、これらを系統的に組み合わせたステップケアプログラムを提唱しており、効率的に患者に必要な治療を提供できるという点で注目されている。欧米以上に治療時間の制限が多いわが国の医療状況で効率的・効果的な外来診療を行う上で、こうしたアプローチは検討に値する(14)。

こうしたアプローチは、近年の内科領域で治療上のメリットも報告の多いインフォメーションセラピーやリソースセンター(患者図書館)など「患者中心の医療」の運動の流れにもそるものである。

現在のわが国的一般的な外来でも、治療簡易化のために、Christopher Fairburnによる OVER COMINNG BINGE EATING のようなすでにある程度の実績のある認知行動療法のセルフヘルプの本を参考にして、心理

教育的な意味合いも含めたガイドブックを作成し、患者自身が各自で自己学習の形で試しながら、臨床家が一般外来の中でその疑問や問題点などの相談にのったり現実的な介入を行ったり、必要に応じて薬物療法を活用したりするアプローチの可能性が考えられる。その場合には、以下のようなステップアッププログラムを視野に入れておくと良いであろう。

神経性過食症ステップケアプログラム



こうしたアプローチには限界もある。Dansky ら(15)は、外来を受診する神経性過食症患者は、受診しない群より、大うつ病性障害の生涯有病率が高いという研究結果を報告している。このように、患者の医療機関受診契機の動機に、摂食障害の症状に加えてうつ症状の存在が関与している可能性がある。そのため、初回受診の段階では、うつ病性障害や強迫性障害といった、摂食障害との間で高率に認められる併存障害の存在を念頭におき、自殺念慮なども慎重に評価しながら、患者のセルフヘルプ治療が可能かどうかを見極めていかなくてはならない。

また、Fairburn らの認知行動療法のセルフヘルプブック「OVER THE BINGE EATING」を教材として使

った最近の RCT によれば、ドロップアウト率が高く、セルフヘルプ群と waiting list 群とで有意な差が認められなかつたともいわれているが、これは、症状のみに焦点を当てた治療法の限界を示すものである。

現時点では第一選択とされている認知行動療法単独療法による神経性過食症の寛解率は 40 % 前後と、その治療効果には限界があることから、対人関係療法などの他精神療法との統合的併用療法も近年提唱されつつある(4)。

また、米国精神医学界 APA は、うつ病ガイドラインの Psychotherapeutic management (16) の中で、実際の臨床場面では、治療者の好みに基づいたひとつの精神療法的アプローチにとらわれず、患者の状態や希望に応じていくつかのアプローチを統合的に用いることを提唱している。

また、Riess らは、摂食障害のグループセラピーでは患者が自分にあつたアプローチを見つけていける利点があることを指摘しているが、これは本人の問題解決能力を高めるという点でも重要である(17)。

わが国では、認知行動療法心理的アプローチに関する信頼性の高い国内エビデンスは、RCT も含めまだ存在しておらず、その検証が今後の課題として残されている。また、治療者のトレーニングプログラムと心理社会的なアプローチが可能なシステム(医療保険制度や医療場面における心理士国家資格化)の問題も含めてその治療

環境整備を検討することも重要である。

費用対効果の面や、精神療法の導入には制限の多いわが国の現実の治療環境の中では、前述のように組み合わせにより精神療法の効果を高めるとされている薬物療法の積極的投与も検討されるべきである。

摂食障害に併存することが約半数ときわめて多い大うつ病性障害に関しても、摂食障害と同様に、効果が認められている認知行動療法などの構造的精神療法を行うことが困難な場合も少なくない(18)。こうした意味でも、薬物療法を積極的に検討することは重要である。

ただ、米国で第 1 選択薬とされている fluoxetine はわが国では使用が許可されていないこと、また三環系抗うつ薬やその他の抗うつ薬でも効果の差が明確には認められないという Cochrane Review (1) の報告を勘案すると、副作用や脱落率に注意を払いながら Proxetine や Fluvoxamine などの SSRI など、現在わが国で使用可能な抗うつ薬を用いた治療の適応を検討する価値はある。

2) 精神療法の実際

a) 摂食障害の認知療法

認知療法は、気持ちが沈み込んでくると悲観的に考えるようになるし、悲観的に考えるようになるとますます気持ちが沈み込んでくるという、認知と感情の悪循環を修正することによって症状の軽減と再発の防止をはかろうとする治療法である。うつ病をは

じめとする精神疾患に対する有効性が示されている。

認知療法が開発された際に治療対象になったうつ病についていえば、患者は、「集中できないし、物覚えも悪い悪くなつた。だから自分はダメな人間だ」（自分に対する否定的な考え）、「自分は何一つおもしろい話も出来なくて、こんな人間とつきあいたいと思う人なんていないだろう」（周囲に対する否定的な考え）、「このつらい気持ちは一生続いて絶対に楽になんてならない」（将来に対する否定的な考え）といった考えに支配されている。認知療法では、こうした認知の偏りを修正することで抑うつ気分や不安をやわらげて、同時に問題解決に向かえるように手助けしていくが、そのときに以下の3つの方法が役に立つ。

i) 根拠を探す（「そう考える根拠はどこにあるのか」）

まず第一に、気持ちが動搖したときに患者が考えていたことを少し丁寧に見返すようにすすめる。そして、「いったい何を根拠に自分はこのように考えたんだろう」、「それを裏付ける事実にはどのようなものがあるんだろうか」、「逆の事実はないものだろうか」と心に問い合わせてみて、どのように考える根拠を探してみるのである。そうすれば、考えが少しずつ現実的なものになり、視野が広がってくる。

ii) 結果について考える（「だからどうなるというんだ」）

しかし、どうしても自分の判断が正しいように思えるときがある。その場

合には、結果について再検討する。「それが本当だとして、どんなひどいことが起るんだろう」「それはどの程度重要なんだろう」「違った行動をすれば、何か困ったことが起きるんだろうか」と、考えてみるのである。客観的に考えることで対処法を見つけだすようにするのである。

iii) 代わりの考え方を探す（「別の考え方はないものだろうか」）

そして、最後に、今までの硬直化した考え方から解放されて、現実的で柔軟な考え方を見つけだすようにする。そのときには「コラム法」が役に立つ。例えば5つのコラム法では、第一のコラムにその場の状況を、第二のコラムにそのときの感情や気持ちを、第三のコラムにそのとき瞬間に浮かんでいた考えを、第四のコラムにはその自動思考に代わる考えを、第五のコラムには考えを変えて気持ちがどのように変化したかを書き込んでみて、ものの見方や考え方をより現実的なものに変えていくようとする。

こうしたアプローチは、薬物療法のコンプライアンスを高めることにもつながる。患者は、「こんなやり方で治るはずがない」、「薬は効かないに決まっている」など、治療に関してもゆがんだ認知をしていることが多いことから、薬物療法などの治療に関する悲観的な認知を修正することでコンプライアンスが高まる可能性があるからである。

Fairburn C (1995) は、認知療法の焦点をうつ症状から過食症状に置き換えること

で神経性過食症にもちりようこうかがあるというエビデンスを示した。彼は、過食症の治療に当たってはまず、患者が過食のコントロールができるようにするために行動的、教育的技法を用いる。それによって、患者がしっかりと決まった食のパターンをつくりあげられるようにすることを目的とするものである。以下に Fairburn が提唱している摂食障害克服のための 6 つのステップを挙げる。

Fairburn (1995) のセルフヘルプブック

ステップ 1

治療の全体像を把握する

自己観察 self-monitoring と毎週の体重測定

ステップ 2

規則的に食べる

「規則的に食べることは、このプログラムの中でもおそらくもっとも効果的な部分です。これは、毎日、計画した通りに 1 日 3 回食事を食べることと、プラス、2~3 回の軽食にとどめることです。規則的に食べる習慣をつけることで、過食を追い払い、その頻度を次第に減らすことができます。頻回にやっていた過食はいつしか時々しかしなくなっていることでしょう。」

規則的な食べ方を身につける方法

目標は、一日 3 回予定通りに食べ、軽食を 2~3 回とることである。一例を以下に挙げる。

8:00AM 朝食

10:30AM 朝の軽食

12:30PM 昼食

3:30PM 午後の軽食

7:00PM 夕食

9:00PM 夜の軽食

ステップ 3

過食にかわる活動を見つける

他の行動をうまく使うには他の行動のリストを作りましょう。食べることと同時にできないこと、あるいは、食べることが難しくなるようなありとあらゆる行動を考えましょう。人によってそれですが、いくつか典型的な例をあげます：

- ・ 運動。例えば、水泳、ウォーキング、サイクリング、ジョギング、エアロビクス。
- ・ 子どもと出かける
- ・ シャワーやお風呂
- ・ 友達や知り合いと会ったり、電話したりする。このプログラムを支援してくれる人ならなおよし。
- ・ 音楽を聞く。

振り返り

1. 毎日、規則的な食事とおやつの計画を立てているか？
2. 食べるのを、食事とおやつだけに限定するようにしているか？
3. 食事やおやつを一つでも抜かしていないか？
4. 食事とおやつの間を 3~4 時間以上あけていないか？
5. 食事やおやつの合間に食べていないか？
6. うまくいかなくなったときも、復帰できているか？
7. 特別な状況の時には、それに合うよう食事やおやつの時間を調節しているか？
8. 自己誘発性嘔吐や下剤・利尿剤の

乱用についてのアドバイスを守っているか？

ステップ4：問題解決技法の習得と評価

以下のような問題解決技法を身につける

1. できるだけ早く問題を同定する
2. 問題を正確に特定する
3. できるだけ多くの解決法を考える
4. 個々の解決法の意味を考える
5. 最前の解決法（単独でも組み合わせでも）を考える
6. 解決に向けて行動する

ステップ5：ダイエットに挑戦する

食行動に関連した主要な問題行動を修正する

1. 過剰なダイエット行動を修正する
 - a. 定時に食事を取るようにして、食事と食事の間を開けすぎない
 - b. 食事の量を制限しすぎない
 - c. 回避している食物を段階的に取るようにしていく
2. 問題のある回避行動を修正する
 - a. 他の人と一緒に食事をするようにする
 - b. カロリーのわからない食事をとるようにする

ステップ6：再発を予防する

1. 過食の問題が続いている場合
 - a. 他の治療を考える
2. 症状が改善したり消失したりしている場合
 - a. 短期の場合はさらにプログラムを続ける
 - b. 長期の場合
 - i) 現実的な目標を持つ

ii) 再発と一時的な後退を区別する

*一時的な後退の場合

- ・早めに問題に焦点を当てる
- ・治療プログラムを再開する
- ・ストレスを同定する

b) 摂食障害の対人関係療法

対人関係療法はうつ病の精神療法として開発されたものであるが、食行動の問題の誘因や持続因子として対人関係上の問題が関係していることが多いことから摂食障害の治療でも使用可能である。また、先に述べたように、臨床上は、認知療法との併用も可能である。

そこで、次に対人関係療法の概要を述べることにする。

対人関係療法は、対人問題がうつ病性障害の発症と進行に関与するという理解のもとに抑うつ症状と現在の対人関係の問題に焦点を当ててその問題を解決し治療することを目的として開発されたものである。実際の治療にあたっては、「原因」は詮索せず、患者と「重要な他者」（家族・恋人・親友など、その人の情緒にもっとも大きな影響を与える他者）との関係に注目し、患者が直面している現実の人間関係の問題に焦点を当て、最も影響が現れている領域を明らかにする。なかでも、悲哀 grief、対人関係上の役割をめぐる不和 interpersonal role dispute、役割の変化 role transition、対人関係の欠如 interpersonal deficit の4つはとくに重要視されている問題領域であり、精神療法の過程ではこ

れら4つのうち1つか2つを選択して問題の解決を図ることになる。

「悲哀」は、対象喪失後の悲哀の仕事をうまく進めることができなかつた場合に治療の対象になる。私たちは、自分にとって重要な意味を持つ人と別れたり価値のあるものを失つたりしたときには否認→絶望→脱愛着のプロセスを通して喪失体験を克服するが、それが進まなくなると異常な悲哀となって、抑うつ症状が現れる。別れた人やなくしたものとの価値を過剰に高く評価したり、逆に低く評価したりしていることもある。そうしたときには、対象喪失が起きた前後の気持ちを思いだして整理することによって別れた人との関係をもう一度自分の体験の中に位置づけなおし、新しい人間関係を築いたり活動を始めたりするようにするようとする。つまり、別れた人を良いところも良くないところもあるひとりの人間として経験の中に位置づけられるようにすることが大切となる。

「対人関係上の役割をめぐる不和」は、人間関係の中でお互いに期待する役割にずれがあるために問題が生じ、解決できなくなっている状態である。こうした不和はその程度に応じて、(a) お互いのずれに気づいて積極的に解決しようとしている「再交渉」の段階、(b) ずれを解消しようと努力するのをあきらめてお互いに沈黙てしまっている「行き詰まり」の段階、(c) 不和が取り返しのつかないところまでできている「離別」の段階、の3

段階に分けて、段階に応じた治療を行うことになる。つまり、再交渉の段階では関係者たちの気持ちを落ち着かせて問題解決が促進するように援助し、行き詰まりの段階では食い違いをはっきりさせながら再交渉が可能な状態にするようとする。また、離別の段階では適切な別れができるように喪の作業を進めるように手助けすることが重要になる。

「役割の変化」は、妊娠・出産などのように生物学的な形で役割の変化が起きた場合にも、入学・卒業・就職・退職・結婚・離婚などのように社会的な形で役割の変化が起きた場合にも問題領域として治療の対象になりうる。その場合の治療戦略は、古い役割と新しい役割のそれぞれについて良い面と悪い面も含めたバランスの良い見方ができるようになることが中心になる。

「対人関係の欠如」は、満足できる対人関係を患者が持てなかつたり、すぐに入間関係が破綻してしまつたりしている場合に問題領域として選ばれる。この対人関係の欠如の問題が中心を占めている患者の治療は難しく、対人関係療法では、その問題を解決するというよりはむしろ人間関係を持とうとするところまでを治療の目標とする方が妥当であると考えられる。その際には、過去の重要な人間関係や現在の治療関係の中で患者の特徴的な人間関係パターンを明らかにして改善していくことになる。

最後になるが、対人関係療法は、患

者の有する能力に働きかけて自らの問題を解決していくようとする治療法である。思春期症例では、患者の能力を信用して健全な自立欲求を育むことも重要であるが、保護者という「重要な他者」への教育も必須である。したがって、成人に対する対人関係療法と比較すると、「重要な他者」に対して、保護者としての自覚を促し保護者としての自尊心を維持しながら治療に取り組んでもらうための工夫が必要になるという点が一つの特徴になると考えられる。

E. 結論

我が国の治療環境を考えると、薬物療法の積極的活用と、認知行動療法や対人関係療法の内容に即した心理教育的意味合いをもつセルフヘルプマニュアルの導入による簡易治療アプローチが重要な位置を占めるが、今後はさらにこうしたアプローチの信頼性を検証する研究を行うことが重要である。

F. 健康危険情報

特記すべきことはない。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

<引用文献>

- (1) Bacaltchuk J, Hay P: Antidepressant versus placebo for people with bulimia nervosa. Cochrane Database Syst Rev 2001; (4):CD003391
- (2) Romano SJ, Halmi KA, Sarkar NP et al: A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. Am J Psychiatry 159(1): 96-102, 2002
- (3) Agras WS: Pharmacotherapy of bulimia nervosa and binge eating disorder. Long-term outcomes. Psycho-pharmacol Bull 33(3): 433-436, 1997
- (4) Hay P, Bacaltchu J: Psychotherapy for bulimia nervosa and binging (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2003; (1):CD000562
- (5) Bacaltchu J, Hay P, Trefiglio R: Antidepressant versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. Cochrane Database Syst Rev 2001; (4): CD003385
- (6) Jacobi C, Dahme B, Rustenbach S: Comparison of controlled psycho- and pharmacotherapy studies in bulimia and anorexia nervosa. Psychother Psychosom Med Psychol 47(9-10): 346-364, 1997
- (7) Walsh BT, Wilson GT, Lobe KL: Medication and Psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. Am J Psychiatry 154(4): 523-531, 1997
- (8) Mitchell JE, Halmi K, Wilson GT: A randomized secondary treatment study of women with bulimia nervosa who fail to respond

- to CBT. *Int J Eat Disord* 32(3): 271-281, 2002
- (9) Walsh BT, Agras WS, Devkin MJ: Fluoxetine for bulimia nervosa following poor response to psychotherapy. *Am J Psychiatry* 157(8): 1332-1334, 2002
- (10) Mitchell JE, Tareen B, Sheehan W: Establishing guidelines for pharmacotherapy trials in bulimia nervosa and anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 28(1): 1-7, 2000
- (11) Dalle Grave R, Ricca V, Todesco T: The stepped-care approach in anorexia nervosa and bulimia nervosa: progress and problems. *Eat Weight Disord* 6(2): 81-89, 2001
- (12) Walsh BT, Wilson GT, Loeb KL, et al: Medication and Psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 47: 149-157, 1997
- (13) Mitchell JE, Fletcher L, Hanson K et al: The relative efficacy of fluoxetine and manual-based self-help in the treatment of outpatients with bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol* 21(3): 298-304, 2001
- (14) Fairburn CG: OVER COMING BINGE EATING. New York, The Guilford Press, 1995
- (15) Dansky BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG: The nature and prevalence of binge eating disorder in a national sample of women. DSM-source books (pp.515-531). Washington, APA Press
- (16) Merriam AE, Karasu TB: The role of psychotherapy in the treatment of depression: review of two practice guidelines. *Arc Gen Psychiatry* 53: 301-302, 1996
- (17) Riess H: Integrative time-limited group therapy for bulimia nervosa. *Int J Group Psychother* 52(1): 1-26, 2002
- (18) Karina MO, Noeah KV: Psychiatric co morbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clin Psychology Review* 23: 57-74, 2003
- <参考図書>
- Fairburn CG: OVER COMING BINGE EATING. New York, The Guilford Press, 1995
- 切池信雄：摂食障害—食べない、食べられない、食べたら止まらない、医学書院、2000
- 切池信雄：みんなで学ぶ過食と拒食とダイエット—1000万人の摂食障害入門、星和書店、2001
- 水島広子：「やせ願望」の精神病理、PHP新書、2001
- 大野裕：こころが晴れるノート：うつと不安の認知療法自修帳、創元社、2003

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル 名	書籍全体の 編集者氏名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
切池 信夫	摂食障害の治 療ガイドライ ン	切池 信夫	摂食障 害の治 療ガイ ドライ ン	医学書院	東京	2003 (予定)	
石川俊男							
小牧 元							
大野 裕							
成尾鉄郎							
中井義勝							
生野照子							
永田利彦							

雑誌

なし