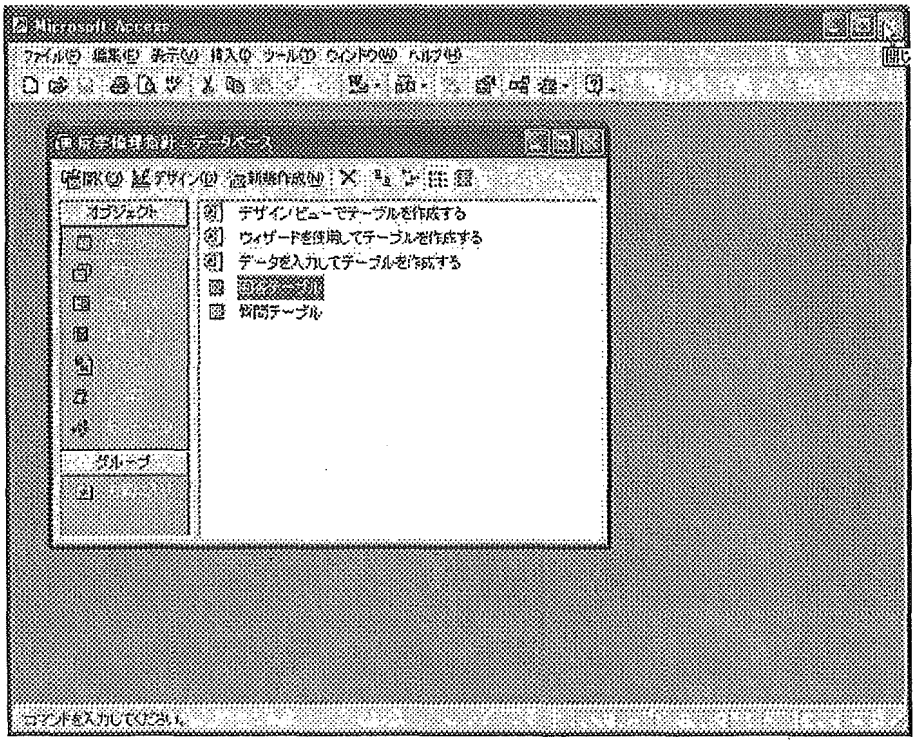
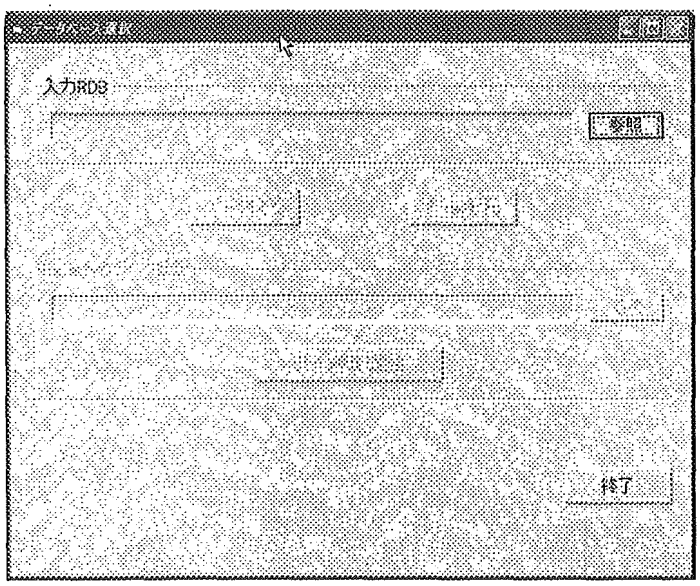
④データベースの保存。
　Ａｃｃｅｓｓを閉じてデータベースを保存する。

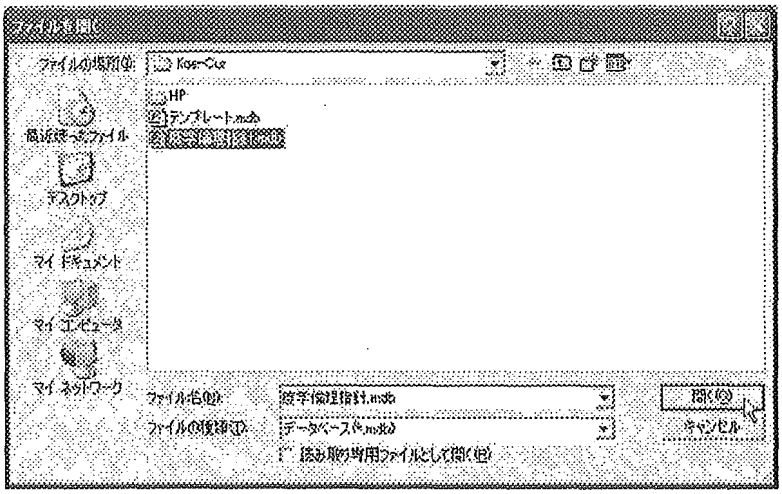


（4）回答データの投入

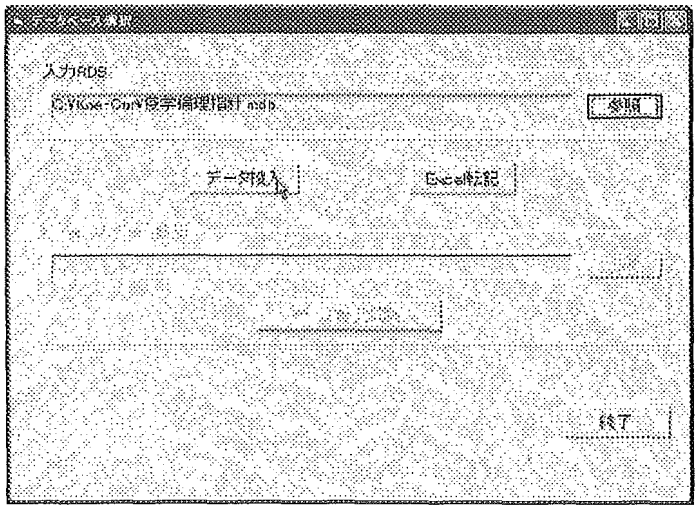
①「Ｑ＆Ａ管理ツール.exe」をダブルクリックして「データベース選択」画面を開く。



②「入力ＲＤＢ」の「参照」ボタンを押下し、データベースを選択して「開く」を押下する。



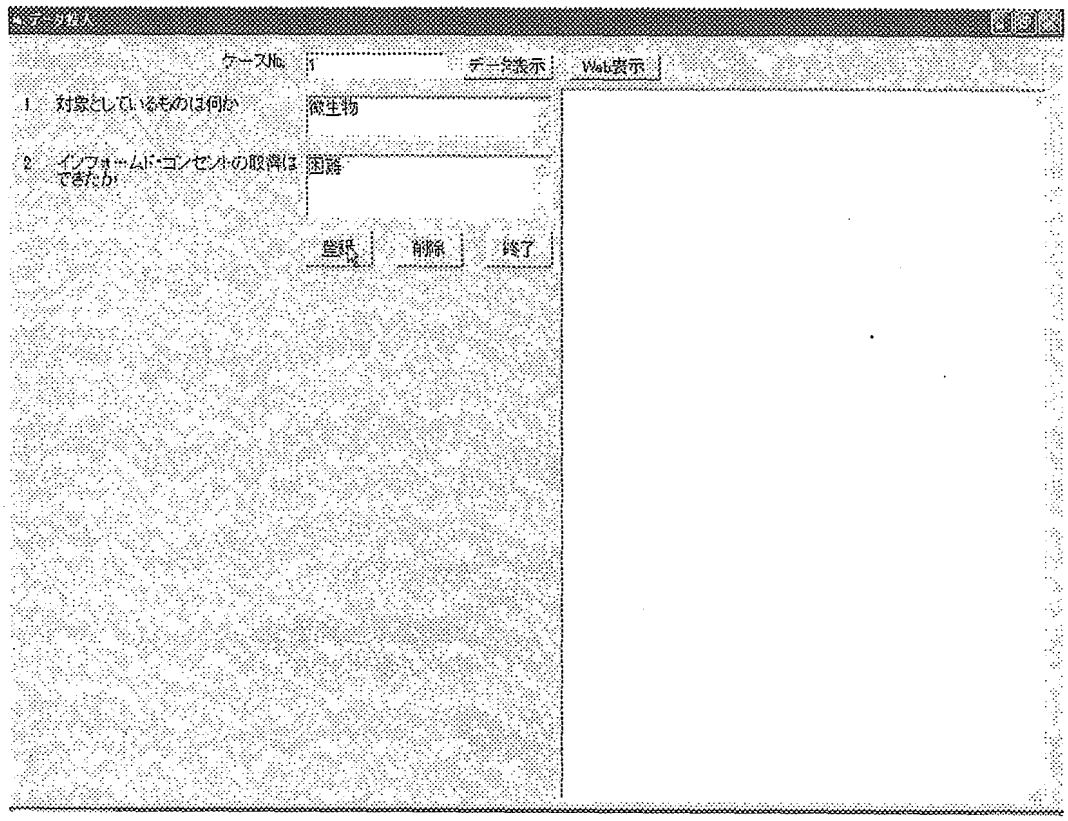
③「データ投入」ボタンを押下して、「データ投入」画面を表示する。



④「ケースNo.」に値を入力し、「データ表示」ボタンを押下する。
（ケースNo.は英数２０文字まで入力可能）
既に登録済みの場合は、画面に回答データが表示される。
未登録の場合は、「指定されたケースNo.は登録されていません」のメッセージが表示される。

⑤各質問事項に対する回答を入力する。

⑥回答入力後、「登録」ボタン押下により、データを保存する。
（登録済みのケースNo.の場合は上書き確認メッセージが表示される）



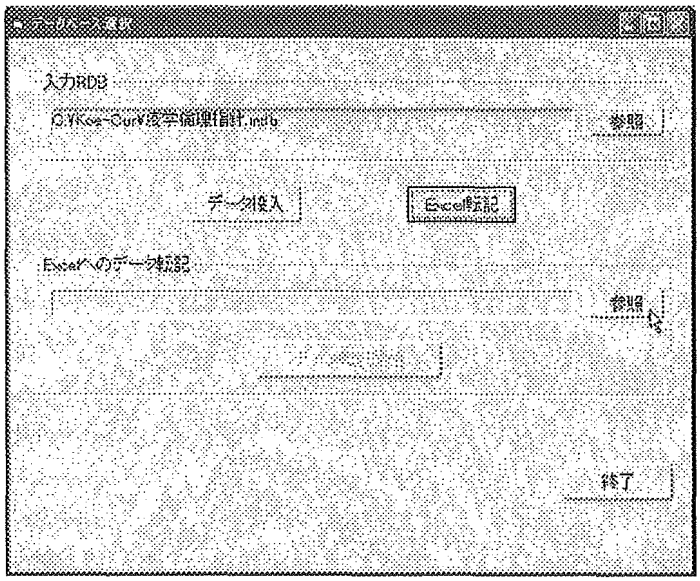
⑦登録済みの回答データを削除する場合は、「ケースNo.」を入力して「データ表示」ボタン押下し、
削除する回答データを画面表示する。
内容を確認して「削除」ボタンを押下する。

（5）Excelへの転記

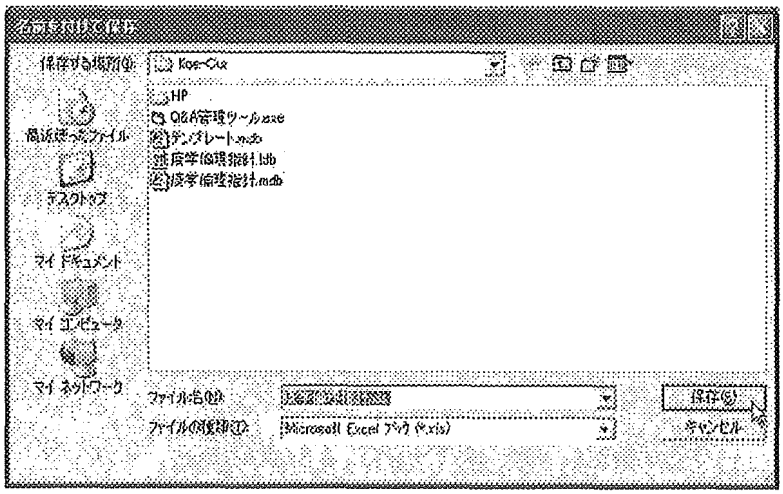
①回答データ投入の手順と同様に、入力ＲＤＢを「参照」ボタン押下により選択する。

②「Ｅｘｃｅｌ転記」ボタンを押下する。

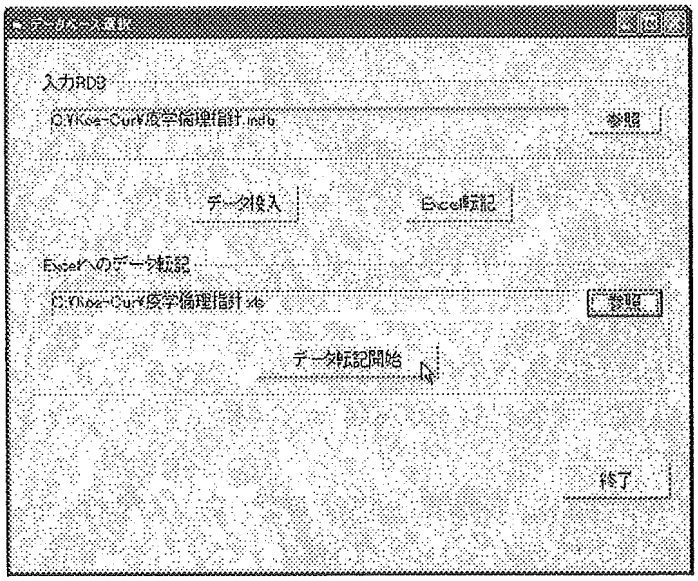
③「Ｅｘｃｅｌへのデータ転記」フレームの「参照」ボタンを押下する。



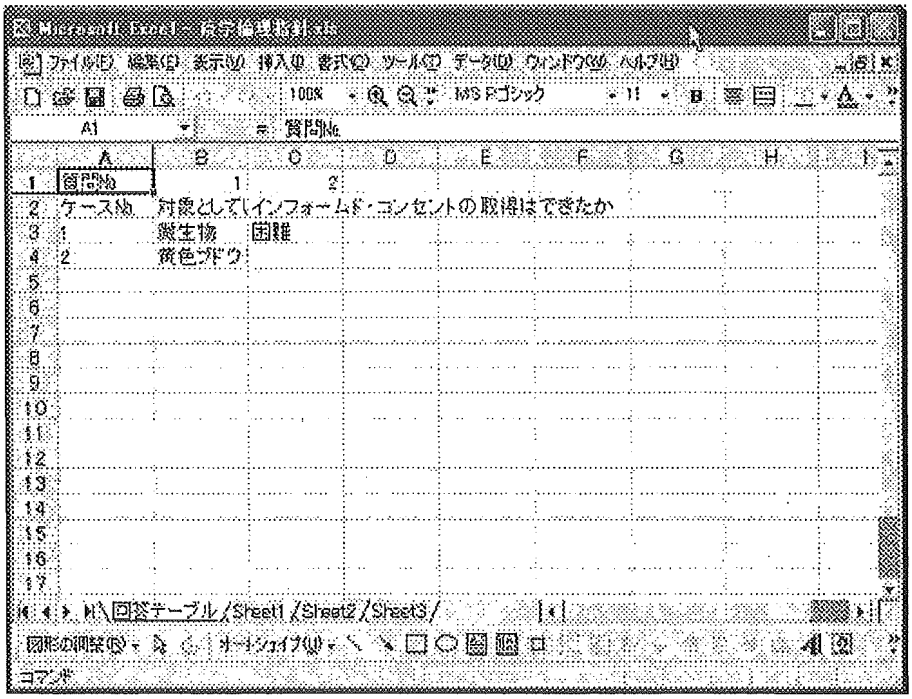
④転記するＥｘｃｅｌブックを選択（入力）し、「保存」ボタンを押下する。
ファイル名のデフォルトは「入力ＲＤＢ」と同一名称とする。
ファイル名に既存のＥｘｃｅｌファイル名を選択（入力）した場合は上書きとし、
存在しないファイル名を入力した場合は、Ｅｘｃｅｌブックの新規作成となる。



⑤「データ転記開始」ボタンを押下する。
　マウスポインタが砂時計から標準に戻ったら転記終了。



Ｅｘｃｅｌブックの「回答テーブル」という名前のシートにデータを転記する。
既に同一名のシートが存在する場合は、上書き確認メッセージが表示される。
上書きを「はい」にすると、「回答テーブル」シートにデータを上書きする。
上書きを「いいえ」にすると、「回答テーブル（２）」という名前のシートを新規追加してデータを転記する。
（「回答テーブル（２）」が存在する場合は「回答テーブル（３）」というように、（）内の数値を大きくしてシートを新規追加する）



（別紙２）　文献アブストラクトの和訳

75 One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatment for bulimia nervosa.
Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Tglch CF, Raeburn SD, Bruce B, Koran LM
J Clin Psychiatry 1994 May;55(5):179-83

BACKGROUND: この研究は、過食症の治療にデシプラミン、認識行動療法(CBT)、またこれらの併用を用いて治療後１年の結果を調査したものである。
METHOD: 過食症のDSM-Ⅲ-Rと診断された61人の患者をランダムに５グループに分けた。デシプラミン16週間または24週間投与・CBT18段階・２者の併用(18段階のCBT＋デシプラミン16または24週間投与)の5群で、治療後１年を追った。
RESULT: 1年間 フォローしたところ、CBT+デシプラミン24週間投与群とCBT群は、16週間デシプラミンを投与した群に対して有意に過食が減少した。併用療法はまたあ、16週間デシプラミン投与群に比べて衝動的な食べる行為の減少と食事制限において優れていた。デシプラミン16週間投与群の18％(2人/11人)は過食と嘔吐から開放され、それに比べてCBT+デシプラミン24週間投与群の78％(7人/11人)が治癒した。他のグループはこの間に入る。
CONCLUSION:デシプラミン16週間投与群をのぞいてすべての治療群で十分な改善が見られた。デシプラミン16週間投与群で弱い治療効果であったので、この研究結果はデシプラミン単独投与は少なくとも24週間投与が必要であり、また、CBTと併用するのがよいということを示唆している。精神病理学が付随する過食症の改善にはデシプラミン24週間投与+CBT併用が基本となる。

76 Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa.
Rovbin AL, Siegel PT, Koepke T, Moya AW, Tice S
J Dev Behav Pediatr 1994 Apr;15(2):111-6

拒食症の22人の若い女性をランダムに割り当てたところ、家族構成行動療法(BFST)はコントロール面で自己指南個人療法(EOIT)に匹敵することがわかった。
患者と患者の両親はおよそ16ヶ月の一般的な医療と食事プログラムの外来療法を受けた。BFSTは認識の再構成と問題解決コミュニケーショントレーニングとともに親による食べすぎと体重増加のコントロールを強調した。EOITは自己の力強さの構築・患者の自律性・食べることに対する情動的抑制という病気への認識を強調した。BFSTはEOITよりもBMIに大きな変化をもたらした。しかしどの療法も食事の姿勢・体型の不満・内受容性の認識・精神病理学的うつ・食事による家族の葛藤における改善が見られた。拒食症の患者を治療する臨床医のためのこれらの結果の重要性は討論されるだろう。

77 First step in managing bulimia nervosa: controlled trial of therapeutic manual.
Treasure J, Schmidt U, Troop N, Tiller J, Todd G, Keilen M, Dodge E
BMJ 1994 Mar 12;308(6930):686-9

OBJECTIVE:過食症の為の自己への直接的な治療マニュアルの短期間での効果を検討したもの。
DESIGN：認識行動療法と順番待ち名簿に対してマニュアルをランダマイズ化した。
SETTING：第三者が中心となっている。
SUBJECTS：連続的な過食症または不定形の過食症81名。
MAIN OUTCOME MEASURES：過食・嘔吐・その他の行動の頻度の抑制と体重のコントロール
RESULT：認識行動療法は過食・嘔吐・体重コントロールによるその他の行動の頻度を有意に減少した。マニュアルは嘔吐以外の過食・体重コントロール行動を有意に減少させたが、順番待ち名簿のグループには変化がなかった。完全治癒を達成したのは認識行動療法で5人(24%)・マニュアルで9人(22%)・順番待ち名簿群では2人(11%)であった。
CONCLUSION：自己への直接的な治療マニュアルは過食の治療における第一選択法として有効である。

78 Outcome of outpatient psychotherapy in a radom allocation treatment study of anorexia nervosa.

Gowers S, Norton K, Halek C, Crisp AH

Int J Eat Disord 1994 Mar;15(2):165-77

DSM-Ⅲ-Rの拒食症患者90人を４つの治療法：入院療法・外来療法・一種類の調査報告にランダムに割り当てた。20人は個人または家族精神療法を提供した。２年間フォローしたところ、12人/20人は研究上定義された分類のうち良好またはほぼ良好に分類された。体重・BMI・そしてまた精神的・性的・社会経済的な適応において有意な改善は時間がかかった。体重とBMIの変化はアセスメントのみのグループより有意によかった。そのうちの何人かは他の場所で治療を受けていた。外来療法とアセスメントはともにいくつかの治療・非治療グループが示した前兆が見られた。診察時、嘔吐における低体重は外来患者において関与がみられたが、年齢と身長は関連がなかった。

79 Comparison of cognitive-behavior therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa.

Leitenberg H, Rosen JC, Wolf J, Vara LS, Detzer MJ, Serbnik D

Behav Res Ther 1994 Jan;32 (1):37-45

過食症治療において、認識行動療法単独・デシプラミン単独・併用療法間で比較を行なった。研究は1群あたりたったのｎ＝７で早く終了した。なぜなら他グループに比べてデシプラミン単独群は高い割合でリタイアし、ポジティブな反応に欠けていたからである。今回治療後６ヶ月フォローで成果がないのは併用療法から判断した。

81 Group psychotherapy during radiotherapy: effects on emotional and physical distress.Forester B, Kornfeld DS, Fleiss JL, Thompson S Am J Psychiatry 1993 Nov;150(11):1700-6

目的:この研究の目的は癌の為の放射線療法中の集団心理療法が患者の情緒的・物理的な苦痛を著しく減少させるかどうか確認することであった。

方法:放射線療法を受ける24人の患者が、集団心理療法(1つのグループ当たり6人の患者(10週の間の90分の毎週ののセッション))にランダムに選ばれた。さらに他の24人の患者をコントロール群とした。患者はそれぞれ放射線療法開始時、放射線療法中、放射線療法後、放射線療法終了後4週間または8週間後に、感情の障害および精神分裂病(SADS)の集団心理療法を受けた。

結果: SADSの症状であるうつ、悲観主義、絶望用身体の先入観、心配、社会隔離、撤回、不眠症、および心配および動揺を情緒的な苦痛の基準として用いた。結合したSADSアイテムである拒食症、吐き気、嘔吐、および疲労を物理的な苦痛の基準として用いた。集団心理療法を受け取った患者は、放射線療法終了後の4週間以内に良好な放射線療法治療効果を示し、情緒的・物理的な徴候の著しい減少を示した。また、その減少は、コントロール患者と比べて顕著であった。初期に自分が癌であることに気づいていない様に見えた患者は、情緒的・物理的な苦痛の基準レベルが、最低であった。しかし、放射線療法終了の4週間後では、高い苦痛レベルを示した。

結論:集団療法は情緒的・物理的な苦痛を減少させ、放射線療法を受ける癌患者のクオリティー・オブ・ライフを向上させるかもしれない。悪性腫瘍の診断に対する患者の認識度が、患者初期の苦痛および放射線療法と集団療法に対する反応の要因となるかもしれない。

82 Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa.Fahy TA, Russell GF Int J Eat Disord 1993 Sep;14(2):135-45

この論文の目的は、8週間の認識行動療法受けた39人の神経性過食症を持つ患者における治療反応・治療効果に影響する要因を検討することである。また8週1年追求の期間の後に患者の経過は、臨床検査、構造的質問および自己評価計から集められたデータを使用して評価された。治療終了時、反応が低かった患者は、より大きな前処理徴候厳しさ、より低ＢＭＩを持ち、なにより人格障害を持つ傾向がありそうであった。1年後の貧弱な反応には、病気の人格障害、前処理徴候厳しさおよび、より長い病気の持続に関係していた。これらの貧弱な予後の指標のない患者は、簡単な心理教育的治療に対する応答がより良好そう。一方、貧弱な予後の指標を持つ患者は、集中的な心理学的、薬理学的および実験的な治療アプローチにより適する。

83　Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight.Fairburn CG, Peveler RC, Jones R, Hope RA, Doll HAJ Consult Clin Psychol 1993 Aug;61(4):696-8

神経性過食症を持つ75人の患者は3つの短期の心理療法のうちの1つで治療され、その後1年間追跡調査された。3つの治療効果測定値の治療前予測指標が求められた。2つの変数だけが著しく治療効果に関係していた。それは体形と体重に対する態度および自尊心に関する変数であった。態度の妨害と結果の関係の性質は複雑で予測できなかった。データセットも神経性過食症の主な予測をする為に用いられた。すなわち治療に応答した患者の間のそれ)態度の妨害の残余のレベルは後の結果を予言するでしょう。この予測が確認された。

84 A comparison of behavioral and cognitive-behavioral interventions for bulimia nervosa.

Thackwray DE, Smith MC, Bodfish JW, Meyers AW

J Consult Clin Psychol 1993 Aug;61(4):639-45

この研究は過食症において認識行動療法と行動療法のアプローチにおける効果の関係を見たものである。過食症の女性を認識行動療法・行動療法・またはプラセボを与える群にランダムに振り分けた。治療後、認識行動療法群の92％、行動療法群の100％、非特異的自己モニタリング群は過食―嘔吐から離脱した。６ヶ月のフォローで認識行動療法群６９％・行動療法

群３８％・非特異的自己モニタリング群15％が離脱した。この結果は多くの側面をもつ疾患である過食症は不適当な認識を求めたり問題行動療法をしたり、適合する技術を発達させる治療がよいと示唆している。

85 Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal Psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy.

Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M

Arch Gen Psychiatry 1993 Jun;50(6):419-28

OBJECTIVE：過食における認識行動療法(CBT)が特異的な治療効果があるかどうか、CBTを行動療法に簡略化して十分な治療効果が得られるかどうか。

DEGINE：３つの精神療法をランダムに振り分けた。2つのプランで比較：CBT＋対人療法（IBT）とCBT＋BT。12ヶ月のフォローで終了した。

SETTING：第三者

PATIENTS：７５人の過食症患者。拒食を伴う人を含む。

INTERVENTIONS：CBT・IPT・BTは外来を基本に行なった。6人の経験をもつセラピストが３つの療法を管理し、これらは19のセッションを18週以上かけて行なった。これらは同時に行なっていない。

MAIN OUTCOME MEASURE：過食と嘔吐の頻度

RESULT：BTを受けた患者の48％が症状が弱くなったまたは離脱した。フォロー後、BTを受けた患者の何人かは経過良好であった。これらははっきりとした一時的な異なるパターンの反応を示し、IPTではその効果が続いていたがCBTとIPTを受けた患者の治癒はすべての症状においておなじくらいであった。

CONCLUSIONS：過食は患者の食べる癖と体型と体重を焦点にすることなく治療に成功した。CBTとIPTは異なるメカニズムで同等の効果が得られる。CBTとIPTの比較は実証された。CBTの行動バージョンはすべての治療に比べて弱い効果であった。

86 Changes during treatment for bulimia nervosa: a comparison of three psychological treatments.

Jones R, Peveler RC, Hope RA, Fairburn CG

Behav Res Ther 1993 Jun;31(5):479-85

75人の過食症患者を認識行動療法・行動療法・対人精神療法で治療した。治療中起こった変化は38人の副標本で評価した。これらは過食と嘔吐（自己誘発嘔吐または緩下剤の乱用）の頻度が低下した。これは対人精神療法で４週間、他の2つの療法では８週間続いた。３つの療法の間に食行為の一般的なものさしにおける効果とうつ症状・自己自信において明確な差はなかった。この結果は精神療法には特異性がなく、過食症患者の食行為における本質的な早期効果をもっていると示唆される。加えて過食症患者は特に非特異的な治療効果を示す。認識行動療法と行動療法は非特異的効果の上に食行為に直接的な影響を示した。この研究は対人精神療法におけるメカニズムを示すことはできなかった。

87 Survival analysis of response to group psychotherapy in bulimia nervosa.
Crosby RD, Mitchell JE, Raymond N, Nugent SM, Pyle RL
Int J Eat Disord 1993 May;13(4):359-68

過食症治療における認識行動療法の治療効果及び再発の分析は１２週間の臨床試験を経て行なわれた。過食・自己誘発嘔吐・そしてまた緩下剤の使用を頻繁に行なう143人の過食症女性を２つの要因を含む（1.節制における強調(High/Low)　2.治療効果(High/Low)）４つのグループにランダムに割り当てた。“合計”と“近似”の節制基準をベースとした“初期”と“維持”での治療効果は過食・嘔吐・緩下剤使用データを自己申告したものを使った。結果は食事制限に対する強制が初期の制限の達成において重要であり、効果の強さが制限の維持において重要であるかもしれないことを示唆している。

88 Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. Rossiter EM, Agras WS, Telch CF, Schneider JA Int J Eat Disord 1993 May;13(4):349-57

研究の基線評価にある71人の神経性過食症患者において人格障害検査(PDE)を行ない、デシプラミンと認知行動療法の有効性あるいは両方の治療のコンビネーションを比較した。人格障害サブスケールは単一のDSM-III-Rクラスタ・スコアへ組み合わせられた。高いクラスタBスコア(反社会的、境界性、ヒステリック、自己愛性)は、16週目での貧弱な結果を著しく予言し、

境界性人格の特性のみ、あるいは他のDSM-III-Rクラスタ・スコア、またはクラスタ・スコアのコンビネーションによる予測よりもよりよく結果予測ができた。対照的に、治療前のうつ状態、自尊心、食事の制約の程度、下剤乱用などの排出行動および神経性拒食症症の経歴は、ほとんど結果と関係がなかった。1年間の追跡調査においても高いクラスタＢスコアが貧弱な結果の指標となる傾向が得られた。クラスタBスコアはセッションへの参加率や、高いクラスタＢスコアを持ちながらも他の特殊な治療によって良好な結果が得られた患者とはそれほど相関がなかった。これらの結果により、高いクラスタＢの患者において治療効果が改善できるか否かを決定する為の代替療法のより進んだ調査が証明された。

89 Pharmacotherapy of bulimia nervosa with fluoxetine: assessment of clinically significant attitudinal change. Goldbloom DS, Olmsted MP Am J Psychiatry 1993 May;150(5):770-4

目的）著者らは、神経性過食症の姿勢および信条特性でfluoxetineをによる薬物療法の臨床的に重要な影響を検討するために実質的変化モデルを使用した。

方法: 神経性過食症のDSM-III-R基準を満たす382人の女性が、8週間の複数医療機関における、偽薬、fluoxetine 20mgおよびfluoxetine 60mgの二重盲検で、無作為化された臨床試験に参加した。 行動変化は、過食と排出行動の自己評価で評価された。また心理的な変化は、自己評定摂食障害リストおよびうつ病用のハミルトン評定尺度で測定された。心理学的観察における臨床的に重要な変更を決定するために特定の統計的手法が使用された。

結果: ほどんどの心理的評価において、偽薬の患者より実薬の患者のほうが、臨床的に顕著な変化をみせた。 行動の改善は、臨床的に顕著な心理的変化を示す可能性と著しく関係していた。 態度の変化に対する薬物療法の効果は、治療開始時におけるうつ病の存在と関係が無かった。 これらの結果は神経性過食症のための他の研究と比較できる。

結論: 治療研究における変化の観察は統計的有意性と同様に臨床も反映するべきである。短期のものでは、fluoxetineによる神経性過食症の治療は、臨床的に顕著な態度・行動変化をもたらすようであった。

90 A placebo-controlled trial of d-fenfluramine in bulimia nervosa.Fahy TA, Eisler I, Russell GFBr J Psychiatry 1993 May;162:597-603

d-フェンフルラミンは、人間の食事摂取および過度の炭水化物摂取を減少させる、5-HTアゴニストである。 d-フェンフルラミン(45mg/日)の偽薬対照臨床試験が、神経性過食症を持つ

43人の患者で実施された。 患者は、8週間の薬物治療試験に参加し、その治療期間中、認知行動療法も受けた。治療反応は、食事振る舞いを記録する食事日記および精神機能障害を測定する自己評価アンケートを使用して評価された。 薬物試験および試験後8週後の追跡評価は、39人の患者で行われた。 異常な食べ振る舞いおよび精神機能障害は、治療試験期間中、d-フェンフルラミンおよびプラセボ群の両方の中で著しく改善した。 研究は、d-フェンフルラミンの追加が簡潔な精神療法のみの効果に比較して、利点がある事を示さなかった。 d-フェンフルラミンは、太り過ぎや肥満の患者によくある、食べ過ぎ、過度のスナック量、および過度の炭水化物消費を抑えるのに有効だが、この研究は薬が神経性過食症の有効な治療法ではないことを示唆する。

91 Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual:a controlled comparison.

Wilfley DE, Agras WS, Telch CF, Rossiter EM, Schneider JA, Cole AG, Sifford LA, Raeburn SD

J Consult Clin Psychol 1993 Apr;61(2):296-305

この研究は過食症における行動認識療法(CBT)と対人精神療法(IPT)の効果を評価したものである。過食症女性患者56人をCBT・IPT・wait-list control(WT)の3つのグループのうちの1つにランダムに割り当てた。治療は16週間毎週のセッションのために面会したグループの中で判断した。治療後、CBTとIPT群では有意な過食の減少を示した。しかし、WLでは見られなかった。過食は6ヶ月間または1年間フォローした群ともにベースラインより有意に低下した。これらのデータは過食症を理解し、治療することにおいて食行為と対人的要素は中心的な役割を果たすことを示している。

92 Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa.

Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M

Am J Psychiatry 1993 Jan;150(1):37-46

OBJECTIVE：著者らは過食症治療の4ヶ月(18段階)の行動認識療法と支持表現療法の効果を比較した。

METHOD:過食症DSM-III-Rで摂食障害プログラムを受けた患者60人を2つのグループにランダムに分けた。治療は治療マニュアルを利用して経験をつんだセラピストが、外来治療を基本として個別に行なった。主な治療効果は自己誘発嘔吐・過食・体重・体型を自己申告および作成したアンケートによってまとめた。

RESULT：各群25人、合計50人の患者が完全に治療した。両治療法とも特定の食欲異常・社会心理的な妨害を有意に改善した。支持表現療法は過食症の改善において認識行動療法と同じくらい有効であった。効果の差の解明により、認識行動療法のほうが有効と考えられる。認識行動療法は自己誘発嘔吐の頻度減少において優れていた。認識行動療法を受けた患者の36％、支持表現療法を受けた患者の12％は治療を受けた治療を受けた最後の月で嘔吐から離脱した。認識行動療法は食行為・体重を気にすること・うつ・自己尊重の弱さ・一般的な心理的苦痛・人格特性の防止において有効であった。
CONCLUSION：これらの結果は、過食症治療には支持特性療法よりも認識行動療法が有効であることを示している。しかしフォローは両者の治療法の結果の持続性を示すのに必要である。過食症人口を示していないかもしれないこの研究において、この発見は選択された臨床サンプルから注意深く解釈すべきである。

94 Cue-exposure vs self-control in the treatment of binge eating: a pilot study.

Jansen A, Broekmate J, Heymans M Behav Res Ther 1992 May;30(3):235-41

最近の渇望反応と過食症の学問的な性質に対する理論では、反応予防を備えた過度の食糧摂取量を予測する刺激を長期間与えることによってCS-US bindingが阻害されると、食欲が消滅させるであろうことが示唆されている。 著者らは合図刺激への接触および反応の抑制を6の肥大したbulimicsに与えた。 他の6人の患者は、自己制御技術の助けによって過食に関連する合図刺激を回避・阻止することを学んだ。 両方の治療とも過食頻度を抑制するのに有効に見えたが、現在の研究の中でとても著しい発見は、合図刺激接触によって治療された患者がみな、治療の後1年のあいだ、直接禁欲的だったということです。 合図刺激接触を与えられたよって扱われた100%の過食なしのヒトと比較すると、自己制御技術および再発予防は33%の患者においてのみ効果的であった。

95 Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison.

Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Schneider JA, Telch CF, Raeburn SD, Burce B, Perl M, Koran LM

Am J Psychiatry 1992 Jan;149(1):82-7

OBJECTIVE：この研究は過食症の治療において、デシプラミン・認識行動療法・および両者の併用(デシプラミン投与期間は２種類設けた)における相対的な有効性を検討した。

METHOD：摂食障害クリニックから、あるいは広告によって募集された過食症DSM-Ⅲ-R基準を満たす71人の患者を5グループ(デシプラミン16週間または24週間投与)・認識行動療法(15段階)・および併用療法（デシプラミンは16週間または24週間））にランダムに割り当てた。すべての治療は外来で個別に行なわれた。主要な治療結果は治療前・16・24・32週における過食・嘔吐の割合で示した。結果は16週では3つのグループ(薬物療法・認識行動療法・併用療法)で、治療後は5グループで分析した。
RESULT：16週では認識行動療法および併用療法ともに、過食と嘔吐の減少効果が薬物療法より優れていた。さらに32週目では併用療法(24週間薬物投与)は16週間の薬物投与群とより優れていた。さらに併用療法は食事優先・空腹を抑制するのにより有効であった。認識行動療法の継続は、16週間の薬物投与群の患者の症状の再発を防ぐ傾向にある。
CONCLUSION：全体として過食症の治療において、24週間の薬物治療をおこなうとともに、認識行動療法・併用療法を継続することが望ましいと考えられる。

97 A comparison of nutritional management with stress management in the treatment of bulimia nervosa.

Laessle RG, Beumont PJ, Butow P, Lennerts W, O'Connor M, Pirke KM, Touyz SW, Waadt S

Br J Psychiatry 1991 Aug;159:250-61

過食症治療の為、栄養管理(NM)とストレス解消(SM)の比較において、55人の女性患者をランダムに割り当てた。治療は各群3ヶ月間・15段階で終了した。これらの治療により過食・嘔吐の頻度が有意に低下し、身体不満・うつのようなさまざまな精神病理学的特徴において有意に改善した。効果は、NKが食行為を迅速に改善し、過食の頻度の速やかな減少後、過食の抑制が12ヶ月間維持された。SMは無能と感じること、対人障害、心配性のような精神病理学的特徴において大きな良い変化をもたらした。NKはすべての過食症患者において第一選択療法とするべきである。さらにSMのような心理的治療は特定の精神障害に対して使用するのが良い。

98 Three psychological treatment for bulimia nervosa. A comparison trial.

Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA

Arch Gen Psyshiatry 1991 May;48(5):463-9

過食症の治療における認識行動療法の効果の特異性および強度が評価した。厳密な診断基準を満たした75人の患者を認識行動療法・認識行動療法を単純化した行動療法・対人精神療法で治療した。評価は問診と自己報告アンケートを用いた。また、発現する多くの症状を評価した。3つの治療効果はすべて、精神機能障害の評価基準を改良したものを用いて評価した。認識行動療法は、体型・体重・食事制限・自己誘発嘔吐において対人精神療法よりも有効であった。また認識行動療法は体型・体重・食事制限において行動療法より有効であったが、その他の症状においては同じくらいの効果であった。この研究から、過食症患者に適応した

時、行動認識療法は特有のメカニズムによって作用し、対人精神療法および認識行動療法の単純化された行動療法より有効であることが示唆された。

99 Fluoxetine versus placebo: a double-blind study with bulimic inpatients undergoing intensive psychotherapy. Fichter MM, Leibl K, Rief W, Brunner E, Schmidt-Auberger S, Engel RR Pharmacopsychiatry 1991 Jan;24(1):1-7

二重盲検試験でDSM III-R基準による神経性過食症を持つ40人の患者が、60mgのfluoxetineグループあるいは偽薬対照群のいずれかに任意に割り当てられた。Fluoxetineまたは偽薬は35日の期間投与された。薬物試験と平行して、患者は集中的な入院患者の行動精神療法プログラムを受けた。研究ですべてに脱落者はなかった。Fluoxetineはよく許容され、副作用頻度はひくかった。食事、食べ振る舞い、一般的な精神機能障害に対する態度に関する、自己評価および専門家による評価により、時間の著しい改善が両方のグループで観察された。しかしながら、分散分析(ANOVA)では、統計的に著しい差は「group for time」で無かった。結果は、集中的な入院患者治療と精神療法プログラムが食べ振る舞いおよび食事態度を改善するのに一般的な精神機能障害と同じぐらい顕著に有効であったことを示す。Fluoxetineは、特にfluoxetine治療の最初の3週間で体重の顕著な減少を示した。薬物療法が食事態度、食べ振る舞い、一般的な精神機能障害に対する集中的な入院患者精神療法および一般的な入院患者治療による効果のみよりも優れているかどうかを実証することは不可能であった。これらの結果については「有効限界」の存在によって恐らく説明することができます。

102 A double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine plus behavior modification in the treatment of obese binge-eaters and non-binge-eaters.Marcus MD, Wing RR, Ewing L, Kern E, McDermott M, Gooding WAm J Psychiatry 1990 Jul;147(7):876-81

(fluoxetineが肥満の長期的な治療に有効か、それが、肥満で過食症の人の治療に特に役立つかどうか決める為に、著者は、任意に52週間の二重盲検ため試験でfluoxetine(60mg/日)あるいは偽薬を45の肥満患者(過食症22人および過食症の無い人23人)を割り付けた。試験終

了後、21人の患者は13のクリニック訪問を行い、基礎的な行動修正戦略を教えられた。行動修正とfluoxetineで治療された患者は、行動修正と偽薬で治療した患者よりも顕著に体重が減少した。 しかしながら、薬は、過食症にとって特別な利益があるようには見えなかった。

113 Cyproheptadine in anorexia nervosa. Goldberg SC, Halmi KA, Eckert ED, Casper RC, Davis JM Br J Psychiatry 1979 Jan;134:67-70

神経性拒食症の満足な正確な診断の基準を満たす81人の女性患者が、シプロヘプタジンおよび偽薬、さらに行動療法（あり・無し）の4つの治療コンビネーションのうちの1つに任意に割り付けられた。（3つの病院で） シプロヘプタジンは、(a) 先天性合併症をもつ(b)標準体重から41-52%体重が少ない(c)以前に外来患者治療で失敗したというような神経性拒食症患者のサブグループにおいて体重増加を誘導するのに有効であると分かりました。このサブグループは、神経性拒食症症のより多くの厳しい形式を表わすかもしれない。

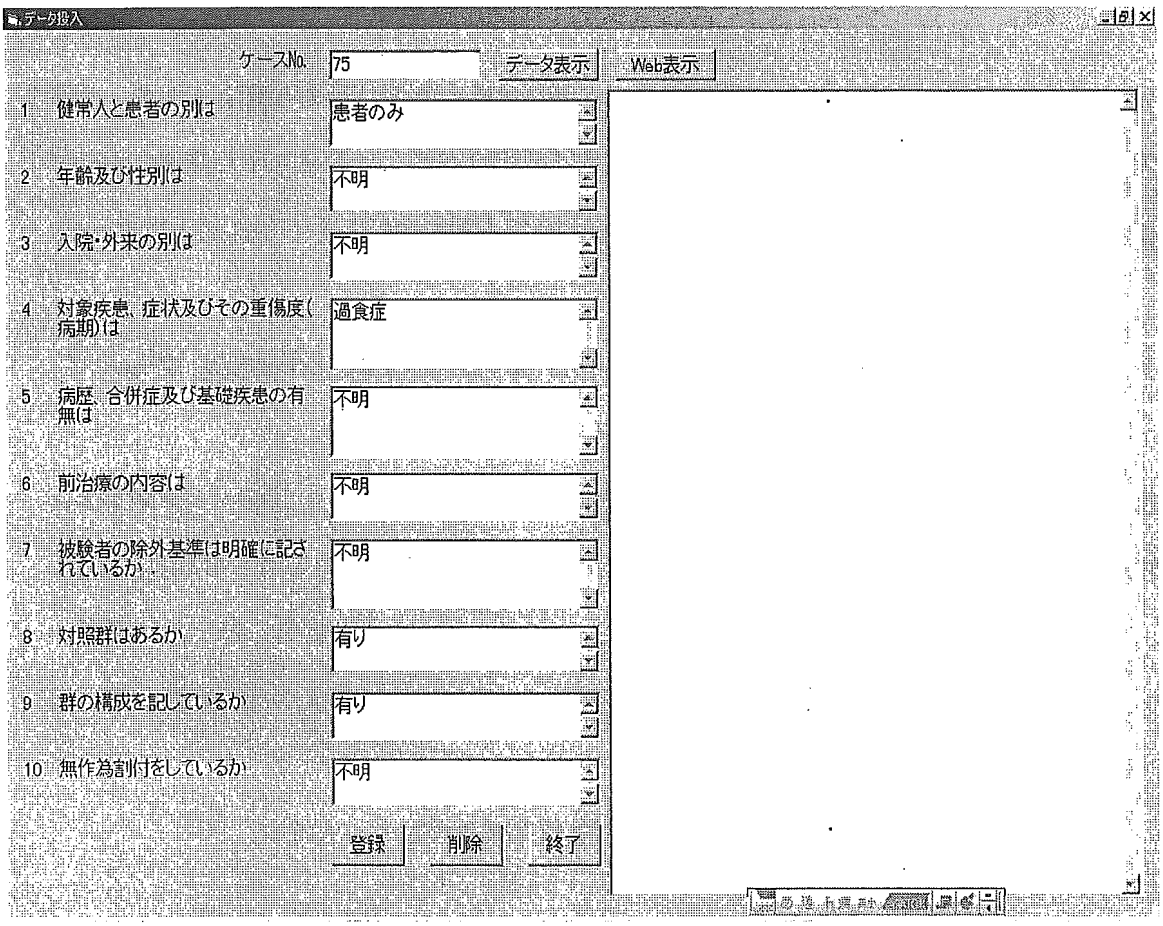


図１　入力画面

表１　出力例

質問No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ケースNo.	健常人と患者の別は	年齢及び性別は	入院・外来の別は	対象疾患、症状及びその重傷度（病期）は	病歴、合併症及び基礎疾患の有無は	前治療の内容は	被験者の除外基準は明確に記されているか	対照群はあるか	群の構成を記しているか	無作為割付をしているか
75	患者のみ	不明	不明	過食症	不明	不明	不明	有り	有り	不明
76	患者のみ	不明	外来のみ	拒食症	不明	不明	不明	不明	有り	有り

Ⅲ．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	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
瀧井正人、野崎剛弘	摂食障害	久保千春	心身医学標準テキスト	医学書院	東京	2002	178-187
Takii M et al	A cognitive/behavioral approach to type 1 diabetic females with recurrent binge eating: A three-year follow-up study	Tatjana Sivik, Don Byrne, Don R. Lipsitt, George N. Christodoulou, and Harris Dienstrey	Psycho-Neuro-Endocrino-Immunology (PNEI) A common language for the whole human body	Elsevier Science		2002	291-296.

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Takii M et al	Classification of type 1 diabetic females with bulimia nervosa into subgroups according to purging behavior	Diabetes Care	9	1571-1575	2002
瀧井正人、野崎剛弘	糖尿病患者教育ー摂食障害にどのように取り組むか.	Pharma Medica	20(5),	53-59	2002