

はじめてのFBT実践ガイド

神経性やせ症に対する家族をベースとする治療
Family Based Treatment(FBT)実践ガイド

令和3～5年度厚生労働科学研究費
「摂食障害に対する標準的な治療方法、心理的アプローチと
身体的アプローチとその研修の開発及び普及に資する研究
(中里班21GC1013)
小児治療ワーキンググループ FBT研究班

はじめに

獨協医科大学埼玉医療センター子どものこころ診療センター 作田亮一

近年、児童・思春期の摂食障害患者が増加している。コロナ禍も関連し患者数が増加したことが本邦のみならず欧米でも報告され、児童・思春期摂食障害の発症予防と早期治療の必要性が高まっている。10代で発症する摂食障害の多くは神経性やせ症（Anorexia Nervosa: AN）であり、この時期の心理介入法として、家族療法、力動的治療、認知行動療法等が開発され臨床で実施されてきた。家族をベースとする治療 Family Based Treatment (FBT)は、1980年代に英モーズレイ病院で開発された家族療法に基づいている。2002年以降、Daniel LeGrangeとJames LockによってFBTマニュアルの開発と体系的評価がなされた。FBTは、身体的に安定した状態にある若年のANに適した心理治療とされる（Academy for Eating Disorders, 2020）。外来治療の枠組みで行う介入プログラムであり、チームアプローチを用いる。FBTによる治療のエビデンスが報告されているにも関わらず、本邦においてFBT実施施設が十分広がっているとは言えないという現状がある。

令和3～5年度厚生労働科学研究費「摂食障害に対する標準的な治療方法、心理的アプローチと身体的アプローチとその研修の開発及び普及に資する研究（中里班）」では、多角的に摂食障害の標準的治療方法の開発を進めた。小児治療ワーキンググループ（分担研究者作田）は、前述の背景から、児童・思春期ANの心理治療においてFBT普及の障壁を検証し、初心者が使用できるFBT実践ガイド作成を試みた。作成にあたり、2022年第25回日本摂食障害学会において、ワークショップ：FBTを「知る」から「やってみる」へ、を企画、2023年第26回日本摂食障害学会ではFBT研修会をオンラインで行なった。FBT導入のハードルが高い理由として、適切な講習やスーパーヴィジョンの場の設定の困難さ、実施者の属する施設の医療資源やチーム形成の問題があげられた。

小児治療WG FBT研究班では、以上を考慮にいれて実践ガイドを作成した。この実践ガイドを使用するにあたって、「**ジェームズ・ロック、ダニエル・グランジ・著、永田利彦（監訳）：家族をベースとする治療 神経性やせ症治療マニュアル（第2版）（金剛出版）**」をテキストとして利用することを推奨する。本文中、本書を参考とする記載箇所は（翻訳書p.）と示した。

実践ガイドは3章から成り立っている。第1章は、「FBTを始める前にここだけは知っておこう」と題し、児童・思春期摂食障害の臨床的特徴や、エビデンスのある心理療法、FBT治療のアウトラインをまとめた。第2章は、「FBTを始めよう」と題し、実践場面で役立つアドバイス（コツ）や注意点をまとめた。第3章は、「FBTの応用」と題し、標準的FBTが実践できない場合や日本の現状に合わせた工夫、回避・制限性食物摂取症に対するFBTも取り上げた。

実践ガイドは、現在FBTを実施している医師、心理士等のもとより、FBTをこれから導入しようとしている方々に活用していただきたい。また、児童・思春期のANのご家族にも参考になればと思う。FBT研修会でもテキストとして活用され、FBT実践者の裾野が広がることによって、FBTが子ども達の心身の健康回復に役立てられることが、分担研究者一同の思いである。

実践ガイドの執筆者は、小児科医、児童精神科医、心理士として実際にFBTを実践しているエキスパートである。特に荻原かおり先生にはFBTの啓蒙に尽力を注いでいただき、本ガイド作成にあたって当初から大きなご助力をいただいた。巻頭辞をいただいた永田利彦先生、エキスパートとして執筆いただいた井口敏之先生、岡田あゆみ先生、藤井智香子先生、重安良恵先生、田中知絵先生、鈴木太先生、私の所属する獨協医大の大谷良子先生、井上建先生、北島翼先生、吉田有希先生、ご助言・校閲を頂いた宮脇大先生、公家里依先生、皆様のご助力に深謝申し上げます。

2024年3月

令和3～5年度厚生労働科学研究費「摂食障害に対する標準的な治療方法、心理的アプローチと身体的アプローチとその研修の開発及び普及に資する研究（中里班21GC1013）」
小児治療ワーキンググループ FBT研究班（分担研究者 作田亮一）

巻頭辞 家族をベースとする治療

壺燈会 なんば・ながたメンタルクリニック 永田利彦

数多くランダム化比較試験の結果、欧米の摂食障害ガイドラインは、病歴3年未満、18歳以下という制限のもと、神経性やせ症のみならず、神経性過食症に対しても家族をベースとする治療を第一選択とするようになった。治療の要点は、①不可知論の立場から、病因論を棚上げし、家族病理としてきた従来の立場から家族を開放する。②徹底的な外在化、すなわち摂食障害は明確な病理であると、「エイリアン」などとし、両親による疑似的摂食障害専門病棟を実現する。③外来治療であることから「青年期の悩み」(adolescent thinking)は早期に密な仲間関係に戻すことで自然な成長を期待するものである。

我々が学び取るエッセンスは、病歴3年未満、18歳以下といった発症早期に、病理を徹底的に外在化し、慢性化させないことである。しかし徹底的外在化は治療脱落と表裏一体である。不安感を高めれば、家族全集も可能で、「緊迫シーンの演出」によってさらに家族の結束を強めることができるが、治療進展がなければ、家族の不安感是不信感に豹変し不幸な結果に終わる。それを円滑に進めるのは、まず治療チームが「同じページ」(翻訳書19ページ)にあることである。それでこそ、両親の意見が「寸分も違わなく」なる(翻訳書67ページ)。

「青年期の悩み」の診立ても重要である。家族をベースとする治療では、青年期の悩みは兄弟下位システムの担当であり、さらに早期に仲間関係に戻すことで自然な成長が期待される。ところが、予後不良因子とされる精神障害を併存している場合、例えば診断閾値以下でも神経発達症を併存していると密な仲間関係は困難で、温かい積極的な関わりが必要となる。

青年期に限定されるとは言え、これだけのエビデンスを有する治療法が登場したことは患者、治療者の双方にとって福音であるが、エッセンスを正しく使うことができればという点を肝に銘じなければならない。

目次

項 目 名	ページ
はじめに	1
巻頭辞 家族をベースとする治療	3
執筆者一覧	5
第1章 FBTを始める前にここだけは知っておこう	6
1 児童思春期摂食障害の臨床的特徴	9
2 エビデンスのある児童思春期摂食障害心理療法 FBT FT-AN AFT CBT-Eなど	11
3 FBT治療のアウトライン（治療目標と介入）	14
a. 第1段階（体重回復）	14
b. 第2段階（患者が食事に自分で責任を持つように援助する）	15
c. 第3段階（青年期の問題と治療の終結）	16
第2章 FBTを始めよう	17
1 児童思春期神経性やせ症を診る治療者が家族に最初に説明すべきこと	18
a. 早期の体重回復の重要性 および病気が慢性化することの心身へのリスク	18
b. 犯人探しや家族の分断を避けること	18
2 診断の伝え方のコツ	19
a. 神経性やせ症について、家族にもってもらうべき共通認識	19
b. 重症度は何をもとに評価するか	20
3 検査結果の伝え方のコツ	21
a. 治療の評価に有用な検査とデータの意味	21
b. 家族が必要な危機感と覚悟を持てるようなフィードバックの仕方とは	22
4 目標体重の設定、家族への伝え方のコツ	23
5 運動制限の目安設定のコツ	25
6 診察の頻度と体重設定のコツ	26
a. 治療者の危機感が伝わる頻度設定	26
b. 毎回の体重測定と受診時の流れ	27
c. 食べることや体重回復を話題の中心とすると同時に 家族間のあつれきを中和する	29
7 標準的なFBT治療が可能か？適応と選択のコツ	30
8 FBT導入に際し施設による困難さの解決のコツ	34
9 FBTがうまく進まない場合の対応のコツ	35
第3章 FBTの応用	40
1 modified-FBT	41
2 Family-Based Treatment for Primary Care (FBT- PC)	44
3 児童思春期の回避・制限性食物摂取症に対するFBT	46

執筆者一覧 (50音順、敬称略)

<u>氏名</u>	<u>所属</u>
・ 井口 敏之	星ヶ丘マタニティ病院小児科
・ 井上 建	獨協医科大学埼玉医療センター子どものこころ診療センター
・ 大谷 良子	獨協医科大学埼玉医療センター子どものこころ診療センター
・ 岡田 あゆみ	岡山大学学術研究院医歯薬学域 岡山大学病院小児科・小児心身医療科
・ 荻原 かおり	東京インターナショナルサイコセラピー・二子玉川オフィス
・ 北島 翼	獨協医科大学埼玉医療センター子どものこころ診療センター
・ 作田 亮一	獨協医科大学埼玉医療センター子どものこころ診療センター
・ 重安 良恵	岡山大学病院小児科・小児心身医療科
・ 鈴木 太	上林記念病院こども発達センターあおむし / 福井大学子どものこころの発達研究センター
・ 田中 知絵	岡山大学病院小児科・小児心身医療科
・ 永田 利彦	壺燈会 なんば・ながたメンタルクリニック
・ 藤井 智香子	岡山大学病院小児科・小児心身医療科 ダイバーシティ推進センター
編集協力者	
・ 公家 里依	信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部
・ 宮脇 大	大阪市立総合医療センター児童青年精神科

第1章 FBTを始める前にここだけは知っておこう



1. 児童思春期摂食障害の臨床的特徴

1. はじめに

児童・思春期摂食障害(child and adolescent eating disorders: 以下Ch-EDs)を発症するのは、どんな子どもだろうか? 実際には、ごく普通の家庭で育った、普通の子どものみである。言い換えれば、誰でも発症のリスクがある。Ch-EDsの患者が医療機関を初診する際、自ら摂食障害を疑い摂食障害専門医療機関を受診する以外に、食欲不振、腹痛や便秘、易疲労、無月経、めまい、う歯等の身体症状を主訴として、小児科、消化器内科、婦人科、歯科などを受診することがある。この場合、病識がないことも少なくない。急激に水分や栄養が摂れなくなると、脱水症や低血糖症状を呈し救急外来で初めて診察を受ける可能性もある。本人や家族が発症に気がつかず、学校の担任や養護教諭が気づくこともある。本人は受診に拒否的なことが多いので、患者を取り巻く家族、教育現場、種々の医療関係者等の繋がりが大切である¹⁾。

2. Ch-EDs診療時のポイント

1) やせの評価: 15歳以下では性別や年齢を考慮し、BMI-SDSや標準体重比(%標準体重)で評価する²⁾。

解説) 小児心身医学会のガイドラインでは、標準体重の65%(BMI-SDSでおよそ-4.0に相当)未満は入院治療が必要な重症度とされている。成人はBMI (Body Mass Index: 体重(kg) / 身長²(m)) で評価する。初診時の身長、体重の評価だけでなく、母子手帳、学校健診の身長・体重データをもとに、成長曲線を作成する。身長増加がないほどの低栄養、急激なやせ、慢性の体重増加不良など、患者の病状把握に役立つ。

2) 重症度の評価: %標準体重だけではなく、直近の体重減少、身体的な検査も加えて評価する。重症は早期入院が必要である。(表1)

表1 やせの重症度(小児摂食障害診療ガイドライン改訂第3版, 2023)³⁾

やせの重症度	%標準体重	BMI-SDS
軽症	75%以上	-2.5SD以上
中等症	65以上 75未満	-4.0SD以上 -2.5SD未満
重症	55以上 65未満	-6.5SD以上 -4.0SD未満
超重症	55%未満	-6.5SD未満

【体重による基準】

- ① 軽症、かつ、直近の8週間に急激な体重減少(-1kg/週)
- ② 中等症、かつ、直近の4週間に急激な体重減少(-1kg/週)
- ③ 重症例は早期の入院が必要
- ④ 超重症は緊急入院が必要

3) 小児の摂食障害の評価 (子ども版EAT-26) ⁴⁾

解説) 日本で標準化されている。小学校4年生から中学校3年生までの子どもが使用できる。体重増加への恐怖、身体イメージの障害などを評価する。

4) 臨床病型: 神経性やせ症/摂食制限型(Anorexia Nervosa/ restricting type: AN-R) と回避・制限性食物摂取症 (avoidant/restrictive food intake disorder: ARFID) が多い (表2)。

表2 摂食障害の主な病型 ⁵⁾

病歴		痩せ	痩せ願望・肥満恐怖	過食	排出行動 (自己誘発嘔吐・ 下剤の乱用)	食事制限	過剰な運動
神経性 やせ症 (AN)	制限型	あり	あり	なし	なし	あり	あり
	むちゃ食い・ 排出型			あり	あり	あり	あり
神経性過食症(BN)		なし	あり	あり	あり	あり	あり
むちゃ食い症(BED)		なし	半数はあり	あり	なし	なし	なし
回避・ 制限性食物摂取症 (ARFID)		あり	なし 成長や変化への 不安を 認めることはある	なし	なし	なし 食事制限ではな く食欲低下・ 食事への不安	なし

解説) Ch-EDsの主な病型はAN-R (70%) とARFID (30%) である。診断はDSM-5-TRTM「食行動症及び摂食症群」⁶⁾ を用いる。ANとARFIDの臨床的な相違点は以下である。

AN: やせ願望があり、体型認知の歪みがある

ARFID: やせ願望がなく、体型認知の歪みがない

ARFIDの発症年齢はANに比べより低年齢である(しかし、成人にもみられる)。ANは女兒が90%、ARFIDは男児の比率が高くなる。ANは、「体重や体型が自己評価に過剰に影響し、体重や体型のコントロールの可否がその人の自尊心を決定してしまう疾患」と定義される。一方、ARFIDは、ANにみられるような積極的なダイエットは認められず、感覚過敏に基づく食物回避、食事への関心欠如、食後に嘔吐などの嫌悪すべき結果が生じることへの不安、等により栄養摂取できず、有意な体重減少や成長障害、経腸栄養や経口補助食品へ依存、もしくは心理社会機能の障害を来すことで診断される。両者とも初診時は、器質的疾患の鑑別(脳腫瘍、消化器系疾患、膠原病、内分泌疾患等)のため、身体的検査が必須である。

5) 発症年齢の低年齢化と患者数の増加

解説) ANの発症年齢のピークは15~19歳だが、10歳未満の発症がある。DSM-5-TRによれば、若年女性におけるANの12か月有病率は約0.4%、男女比は1:10。本邦の調査では、1982年と2002年で比較すると、ANの頻度は0.11%から0.43%、全摂食障害は1.18%から12.7%へと増加した⁷⁾。

6) 神経発達症を併存

解説) ANでは自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder: ASD) が併存する

ことが必ずしも稀ではなく約10%併存する。ARFIDの男児では特にASDの特徴を認めることが多いが、ARFIDにおけるASD有病率の明確な報告はない。ASDの併存が疑われる患者では診断ありきにならず、発達特性による患者の困り感、家族の理解、摂食障害の症状との関連などを十分検討した上で治療計画を立てる。見通しを伝える、あいまいな表現を避けて共通理解を得る、数値や視覚情報を用いてイメージやすくするなどである。また、感覚過敏や食事への興味が無い・極端な偏食なども経験するので、これも考慮する。

7) 早期診断の必要性（摂食障害の身体と心に対するリスク）

解説） 早期に発見し、体重を増やし、回復に導くことが大切である。成長途上の児童・思春期に慢性的な低栄養状態に陥った患者の身体には大きな影響が生じる。性ホルモンの分泌能が著しく低下し、無月経、妊孕性の低下、身長伸びの低下や停止を認め、骨密度の低下によって骨粗しょう症発症のリスクや病的骨折のリスクも高くなる。思春期以降の患者は自殺による死亡率が高い。身体的、精神的なリスク因子が高い患者は摂食障害専門治療施設での治療が必要である。

3. ANの発症と経過

典型的な経過は、遺伝的素因や性格（陰性感情、完璧主義、やせ願望、内部感覚の不安定さ、強迫特性など）などを背景に、学童後期から思春期にかけて変化する脳の発達、ホルモン変化、ストレスが引き金となり、やせへの意識が高まり食行動の異常（過剰なダイエット）が始まる。体重が減少し痩せると、達成感、統制感、優越感、自尊感情の高まりを経験し、いっそうダイエットに励むため、体重が減少し慢性的な低栄養、飢餓状態に陥り本人の思考が変化する。視野が狭くなり、食への固執、思考力の低下がみられ痩せていることへの安心感を得る。同時に、身体的な多臓器の重大な機能障害（内分泌系、骨代謝、循環器、腎機能、肝機能、中枢神経系など）を呈する。このような状況では、健康を維持するよりも、摂食障害という病気に捉われた自分の方が優位となり、食物摂取に関する自己コントロールは困難となる。

4. ARFIDの発症と経過

ARFIDはANと異なり、前述のような身体認知の障害がなくやせ願望や肥満恐怖を呈さず、軽度の不安・抑うつ、腹痛・嘔吐などの恐怖から食物を回避するものなど、様々なバリエーションが存在する。また、上腸間膜動脈症候群など身体疾患が発症誘因となることがある。ARFIDと診断された患者が、経過中にANの特徴が明らかになることがある。

5. 治療

ANでもARFIDでも、標準体重比75%以下で低栄養による身体症状を認める患者では、再栄養等の身体管理が心理治療に優先して行われる。基本的には、身体症状が安定した後に、心理介入すべきである。

6. Biopsychosocial (BPS) モデルに基づく摂食障害のリスク要因

ANでもARFIDでも、子どもは成人に比べストレス耐性が脆弱でありストレスの影響を受け摂食障害発症の要因となる。ストレス要因は複雑であり、構造化された見立てが必要となる。その方法として、BPSモデルに基づくアプローチがある。BPSモデルとは、病気を単なる生物学的な問題としてとらえるのではなく、生物学的要因(Bio)、心理学的要因(Psycho)、社会的要因(Social)の三つに注目し包括的に捉えるものである。例えば、Bio「低血糖・低身長・無月経など多臓器にわたる身体疾患リスク、中枢神経系の異常、神経発達症併存」、Psycho「物事の捉え方、自尊心、ストレスを処理、自己コントロール、逆境的小児期体験、パーソナリティ、不安や強迫症状など」、Social「家族、学校などの物理的環境、家族・友人・教師などの人的環境、社会文化」などである。これらをもとに、患者の状態をフォーミュレーションし治療や支援の計画を策定する⁸⁾。

7. 治療のゴール

ANの治療ゴール（完全寛解）は、食行動異常の回復と体型認知障害の回復であるが、第一目標は部分寛解（食行動の回復：食物摂取が本人にとって健康な体重を維持できるまでに回復すること）である。なるべく早期に体重を増やし、社会的生活が安定し自信を取り戻すことである。ARFIDでは、様々な症状があるため目標を一律に決めることが難しいが、子どもの特徴に合わせた治療が必要であり、普遍的な対応として「子どもが安心して摂食の方法や食形態など」を本人、家族と話し合っ解決していく。食物摂取を含めた生活一般が不安なく過ごせるようになることである⁹⁾。

8. 摂食障害の気づき：医療と教育の連携

「学校と医療のより良い連携のための対応指針」¹⁰⁾は、小学校、中学校、高等学校、大学の現場で使用できる。回復途上にある摂食障害の子ども達にとって、病気を克服するための安全基地として学校は治療上重要な意味を持つ。医療・教育の連携は取り組むべき重要課題である。

文献：

1. 作田亮一：子どもの摂食障害-早期発見と包括的治療. 日小児会誌123：548-557, 2019
2. 小児内分泌学会web site: <http://jspe.umin.jp/medical/taikaku.html> (2024年3月15日参照)
3. Nagamitsu S, et al.: Validation of a child eating disorder outcome scale. *BioPsychoSocial Medicine* 2019 13:21 <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0162-3>
4. 一般社団法人日本小児心身医学会摂食障害ワーキンググループ：小児摂食障害診療ガイドライン（改訂第3版）. *子の心とからだ*.2023, 32：396-450
5. 大谷良子. 子どものこころ診療エッセンス 専門医との連携を検討すべき疾患 摂食障害. *小児科診療*82, 1329-1333, 2019
6. American Psychiatric Association: DSM-5-TRTM精神疾患の診断・統計マニュアル, 日本精神神経学会監修, 高橋三郎, 大野裕監訳, 医学書院, 東京, 2023
7. Nakao Y, Nin K, Noma S : Eating disorder symptoms among Japanese female students in 1982, 1992 and 2002, *Psychiatry Research* 219:151-156, 2014
8. Kevin K, et al.: Principles of Biopsychosocial Formulation and Interventions in the Pediatric Medical Setting. *Pediatric Consultation-Liaison Psychiatry: A Global, Healthcare Systems-Focused, and Problem-Based Approach* (Guerrero APS, ed), Springer, London, 2018)
9. 作田亮一:回避・制限性食物摂取症、異食症、反芻・吐き戻し症. 食行動症または摂食症群. *精神疾患の臨床*. 久住一郎(編集), 中山書店, 東京, 2021
10. 摂食障害情報ポータルサイト<https://www.edportal.jp/pro/material.html> (2024年3月15日参照)

(作田亮一)



2. エビデンスのある児童思春期神経性やせ症心理療法 FBT FT-AN AFT CBT-Eなど

●エビデンスのある治療とは

EBM (Evidence Based Medicine) が医療の中で重要視されるようになってから20年以上経つ。EBMを重要視する根拠として、①すべてのエビデンスが同等に形成されるわけではなく、医学の実践は利用可能な最善のエビデンスに基づくべきであるという点、②真実の追求は特定の主張に有利な方たちではなくエビデンスの総合的評価によってなされるべきという点がある¹⁾。この根拠を基に、統計学的手法などを基にシステマティックレビューの方法論などが整備され、エビデンスの質を評価するGRADEシステムなどが形成されてきた。“ケアの標準化”は現在でもガイドライン作成の主要な根拠の1つであるが、臨床家や患者にとっての多くの価値観や嗜好性を加味した決定に対しては、使い方によっては必ずしも望ましいとは言えない。臨床現場において根拠ある推奨が望ましいことは言うまでもない。しかし、現在のガイドラインは、個々の患者や提供者である医療者の特性、地域性などに対し、どのようにエビデンスをチューニングして提供すべきか、という点についてGRADEシステム等が取り組んではいるものの未だ発展途上である。これらのEBMの重要な視点に留意しながら、以下に比較的エビデンスの蓄積された児童思春期神経性やせ症 (anorexia nervosa: AN) に対する心理治療について述べていく。

●児童思春期神経性やせ症への心理療法とエビデンス

上記のGRADEシステムのようにエビデンスの総合的な評価を行っているガイドラインはいくつかある。イギリスのNICEガイドライン²⁾、アメリカ精神医学会のガイドライン³⁾、カナダの児童思春期摂食障害治療に関するガイドライン⁴⁾、ドイツの精神科や心身医学の複数の学会が共同で作成したガイドライン⁵⁾などである。これら複数のガイドラインで共通しているのは、本マニュアルで述べているFBTが児童思春期神経性やせ症に対する心理治療として最も推奨されているという点である。そして、いずれのガイドラインにおいても、認知行動療法 (Enhanced-Cognitive Behavior Therapy: CBT-E) や力動的療法から派生したAdolescent Focused Therapy (AFT) がFBTを実施できない場合の治療として推奨・提示されている。FBTについては、最初のマニュアルが発行されて20年以上の期間が経ち、治療反応性に関するリスク因子などについての研究成果^{6,7)}も蓄積されてきており、患者毎の注意点を加味しながら適応できるようにまでなっている。対して、CBT-EおよびAFTについて有効性を示す研究はいくつかあるものの、どのような患者に適しているかなどのリスク因子についてはFBT程の知見はまだないというのが実情である。児童思春期の日本人を対象としたFBTを含めた上記3つの治療法を用いた介入試験はこれまで実施されておらず、海外のエビデンスを基に効果を推測する他ないのが現状である。国内での介入試験の実施が望まれる。

●FBT/ Maudsley FT-AN

FBTはMaudsley病院児童思春期部門の家族療法をもとにマニュアル化されたものであるが、Maudsley病院のFT-ANについては、摂食障害治療全体の枠組みとしてMaudsley Service Manual⁸⁾として別のマニュアルが存在し、現在改訂作業中である。内容はほとんど共通しているものの、初期評価からFBT以上に多職種介入を前提としていることや、family meal (FBTのmeal session) とは異なり治療者が食事を準備するthe mini mealの利用やfamily mealに複数のセラピストが参加するなど一部異なる点がある(2016年改訂版)。また、Maudsley病院ではmultifamily therapyについての知見を積み重ねており、こちらも別途マニュアル化されている⁹⁾。実際に内容を読むと、Maudsley FT-ANやmultifamily therapyは、より専門施設向けのマニュアル、FBTは広く実施しやすいようなマニュアルという印象を受ける。FBTが遠隔での実施¹⁰⁾やプライマリ・ケア医での実施¹¹⁾、親だけに対する実施¹²⁾など裾野を広げる方向性でのエビデンスを蓄積していることを踏まえると、神経性やせ症に対する家族療法は、広く・深くの2つの方向に守備範囲を広げていっていると言えるだろう。マニュアル化されたFBTに対しシステム論的家族療法の有効性を検討したRCT¹³⁾では、体重増加及び親の自己効力感においてFBTの方が有効であるという結果が出ており、家族療法というだけでなく摂食障害に特化した家族療法でより強いエビデンスがあることに留意する必要がある。

●Enhanced-Cognitive Behavior Therapy (CBT-E)

CBT-Eについてのエビデンスは成人を中心に蓄積されている。思春期版はイタリアのDalle Graveらにより思春期版CBT-Eのマニュアルも発刊・翻訳されており、低体重が多い思春期ANの特徴や、親とのセッションを(必須ではないが)設けるなどの修正が行われている¹⁴⁾。13-19歳の対象者に実施したコホート研究で有効性^{15), 16)}が見出されており、最近では非ランダム化試験にてFBTとのEDEスコアの改善での非劣性(体重回復はFBTが有意に早い)が示されている¹⁷⁾。現段階ではマニュアルを作成している施設からの限られた報告がほとんどである。思春期版CBT-Eは低体重の場合30-40回かけて1人のセラピストで実施され、多職種での実施が基本となるFBTと比べて限られた医療資源の中でも実施可能である、という点がメリットとして挙げられる。また、CBT-Eでは摂食障害病理に関して超診断的なフォーミュレーションを行うため、病型に関わらず対応しやすいとされる。これらのフォーミュレーションにおいては、病気を本人から切り離し外在化を行うFBTとは異なり、本人の中の問題として捉える。これはFBTとCBT-Eの大きな相違点であり、単純に「FBTをfirst-line、無効な場合にsecond-lineとしてCBT-E」とは言えないことに注意すべきである。FBTが無効である場合に次にどういった治療を行うべきかという点についてはまだ十分なエビデンスはない。

●Adolescent Focused Therapy (AFT)

AFTはFBTをマニュアル化したLockらがego-oriented individual therapyから

発展させマニュアル化した力動的な精神療法である¹⁸⁾。治療者は患者の感情を共に同定し、ネガティブな感情に持ちこたえることを獲得するよう支援する。ANが患者にとって4つの状態（葛藤・怒り、抑うつ・自己肯定感の低下、自己概念の欠損、成長への不安）のいずれかから守るために役立っていることが維持要因となっており、ANが思春期の子どもの発達プロセスを阻害しているという考えに基づく。FBTとは異なる理論を背景としているが、原因について不可知的スタンスを取ることや、疾患の外在化など共通した考え方も多い。AFTについてのエビデンスは、主には1件のRCT¹⁹⁾でFBTに対して統計的には有意差のない寛解率（体重回復はFBTの方が早い）であったという研究を基に示されている。AFTは精神力動的な理解を基にして作成されているものの、セルフモニタリングや曝露療法的なテクニックを用いるなどCBTの手法を取り入れていることや、セッション内でロールプレイを行うなど、一般的な力動的な精神療法と異なる点も多い。

●エビデンスのある心理療法で共通している点

ここまで述べた神経性やせ症に対する心理療法で共通している点は、①外来治療を基本としていること、②身体的安全性が確保されている必要があること（ただし、FBTやCBTは入院治療と組み合わせた治療も開発されている）、③疾患の原因ではなく維持要因に注目している点である。また、それぞれの心理療法は古典的家族療法、認知行動療法、力動的な精神療法を基にしているものの、あくまで摂食障害に焦点化した修正された方法に対してエビデンスがあるということに留意する必要がある。

文献：

1. Djulbegovic, B., et al.: Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet*. 390, 415-423 (2017)
2. National Guideline Alliance (UK): Eating Disorders: Recognition and Treatment. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017)
3. Crone, C., et al.: The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *Am. J. Psychiatry*. 180, 167-171 (2023)
4. Couturier, J., et al.: Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord*. 8, 4 (2020)
5. Herpertz S., et al.: Joint German Guideline “Diagnosis and treatment of eating disorders” (Online).
6. Hagan, K.E., et al.: Understanding outcomes in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: a network approach. *Psychol. Med*. 53, 396-407 (2023)
7. Datta, N., et al.: Predictors of family-based treatment for adolescent eating disorders: Do family or diagnostic factors matter? *Int. J. Eat. Disord*. 56, 384-393 (2023)
8. The Maudsley Centre for Child and Adolescent Eating Disorders: Maudsley Service Manual, <https://mcaaed.slam.nhs.uk/professionals/resources/books-and-manuals/> (accessed 1.1.2024)
9. Mima, S., et al.: Multi-Family Therapy for Anorexia Nervosa: A Treatment Manual. Routledge (2021)
10. Lock, J., et al.: Feasibility of conducting a randomized controlled trial comparing family-based treatment via videoconferencing and online guided self-help family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord*. 54, 1998-2008 (2021)
11. Lebow, J., et al.: A primary care modification of family-based treatment for adolescent restrictive eating disorders. *Eat. Disord*. 29, 376-389 (2021)
12. Le Grange, et al.: Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 55, 683-692 (2016)
13. Agras, W.S., et al.: Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry*. 71, 1279-1286 (2014)
14. リッカルド・ダッレ・グラウヴェーラ【著】、吉内一浩【監訳】：思春期の摂食障害のための認知行動療法 CBT-Eマニュアル。金子書房、東京（2023年7月14日）

15. Calugi, S., et al.: Body image concern and treatment outcomes in adolescents with anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 52, 582-585 (2019)
16. Dalle Grave, et al.: Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behav. Res. Ther.* 51, R9-R12 (2013)
17. Le Grange, D., et al.: Enhanced cognitive-behavior therapy and family-based treatment for adolescents with an eating disorder: a non-randomized effectiveness trial. *Psychol. Med.* 52, 1-11 (2020)
18. Lock, J.: *Adolescent-Focused Therapy for Anorexia Nervosa: A Developmental Approach.* Guilford Press (2020)
19. Lock, J., et al.: Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry.* 67, 1025-1032 (2010)

(北島翼)



3. FBT治療のアウトライン

治療は、患者の回復の度合いとそれに合わせた目標の設定によって3つの段階に分けられており、スタンダードなFBTでは、およそ20セッションを12ヶ月間にわたり実施する。FBTの各段階の面談頻度および回数、そしてそれぞれの段階における治療の焦点は表1のとおりである。

表1. FBT治療の3段階

【第I段階】セッション1-10 頻度:最初の週のみ2回、以後週1回	<ul style="list-style-type: none"> ● 両親が体重回復の責任を担う ● 治療の焦点は体重の回復(週0.5~1kgの増加) ● 1日3回の食事と3回の間食すべてを両親が監督する(過活動を含む病気の行動のマネジメントも含む) ● きょうだいは心理的サポート役 ● セッション2はファミリーミールを実施
【第II段階】セッション11-16 頻度:隔週1回	<ul style="list-style-type: none"> ● 食事に関する権限を徐々に患者へ戻す ● 標準体重の90%以上を達成し、かつ強い抵抗なく食事を取ることができているかが目安
【第III段階】セッション17-20 頻度:月1回	<ul style="list-style-type: none"> ● 思春期発達の正常な軌道へ戻ることを促す ● 病気の症状がほぼ消失していることが目安 ● 年齢相応の親子関係、思春期の正常な発達課題について ● 再発予防・治療の終結(あるいは併存疾患などがある場合はそれに焦点を当てた新たな治療へ移行)

a. 第I段階 (体重回復)

最もインテンシブな治療が行われる第I段階では、両親が患者の栄養リハビリテーションの全責任(1日3回の食事と3回の間食のメニュー決め、準備と調理、配膳、そして付き添い)を担い、週0.5kg~1.0kgの体重増加のペースで標準体重(本ガイド第2章4参照)のおよそ90%を達成すること、食えることや太ることへの恐怖に起因する食事への抵抗や過活動、および食事にまつわる厳格なルールなどの摂食障害行動を減らすことに取り組む。この段階において、FBT治療者は、家族への心理教育(本ガイド第2章2参照)を通じて全員が神経性やせ症という病気に関する共通認識を持てるようにし、それが患者の心身にどのような悪影響を及ぼすかを理解してもらうことで、子どもの早期回復のために両親が速やかに行動を起こせるよう(そして家族が治療にコミットし続けられるよう)動機付けを行う。それに加えて通常2回目のセッションで

行われるファミリーミール（翻訳書第5章参照）やその後の面接の中で、回復のために必要な食事を患者が取れるよう、あたたかくも毅然とした、そして粘り強い働きかけができるように両親を援助し、食べることや体重を増やすことへの患者の抵抗に両親が効果的に対応できるようになるよう支援する。

第I段階において注意すべきこと：

- 両親が体重回復の全責任を担うということは、治療者が患者の回復を両親に任せきりにするというのではない。治療者はセッション毎に、両親が目下の課題を明確化し、それに対してどのような具体的なアクションプランが必要なのかを導き出せるよう、問いかけを通じて両親が自分たちのアイディアの是非を検討したり、他の家族の取り組みを例として挙げたりするなどして両親の問題解決を支援する。同時に治療者は、家族間のコミュニケーションの橋渡しを積極的に行い、患者と両親が敵対関係に陥らないように家族関係の調整に努めることで、自宅で再栄養に取り組む両親の負担が少しでも軽くなるようにする。（例えば、両親に対しては、病気と本人を分けて捉えることを繰り返しリマインドする、本人に対しては、両親の介入は本人への強い愛情があるからこそであることを説明する。）
- 過活動や食事に関する異常行動（食事時間の長さ、食事内容の偏り、食べ方のこだわりなど）に対してすべて一度に介入することが難しい場合は、週に0.5-1kgの体重増加を実現可能にするという視点から、ターゲットとなる問題行動やその優先順位を決定する。
- 測定した体重の数値よりも、体重チャートにプロットした際のグラフの傾向（増減）にフォーカスする。
- 特定のカロリー数を摂取することが体重増加の目標とすり替わらないよう注意する（体重が増えていないにもかかわらず、「●●kcal摂れているからOK」という認識にならないようにする）。

b. 第II段階（患者が食事に自分で責任を持つように援助する）

第II段階では、それまで両親が握っていた食事に関する決定権や主導権を、患者の回復の度合いに応じて、年齢相応な形で少しずつ患者本人に戻していき、患者が自分の健康回復と維持のために自発的に食べられるようになることを目指す。それだけでなく、食事を単に身体的回復のためのエネルギー補給ではなく、楽しみや他者とのつながりをもたらすものとして、様々なシチュエーションで臨機応変に食べられるようになることに取り組む。この段階において、FBT治療者は、両親の継続した見守りの中で患者が徐々に主体的に回復に向かっていけるよう、主導権の移行のプロセスをサポートする。

第II段階において注意すべきこと：

- 患者が持とうとしている食事に関する権限が、年齢相応のものであること。
- 主導権移行のプロセスを急がないこと。まずは両親に見守られながら自分の食事を

取り分けるなど、スモールステップで段階的に進めていく。体重の停滞や減少がみられる、食事へのこだわりが再燃するなど、本人が主導権をもつことが時期尚早であることが判明した場合には、第I段階に戻る（再び両親に主導権を戻す）こともあることを予め本人と家族に伝えておく。

- 主導権を取り戻すことについて患者自身が消極的な場合は、スモールステップでやってみることを促し、成功体験を重ねられるようにする。
- 主導権の移行に伴い、患者自身が残りの体重回復や摂食障害行動の克服に取り組んでいかなければならない。よって、治療者は、摂食障害が後押しする価値観や本人に歩ませようとしている人生と、患者が思い描く生き生きとした将来像との隔たりが浮き彫りになるような働きかけを意識し、本人の回復へのモチベーションを高め、患者と病気の分離を促す。多くの患者にとっては、「普通になりたい／同年代の子と同じことを、同じようにできるようになりたい」という思いが、治りたいという気持ちを後押しする原動力になる。そのため、第II段階では、年齢相応の友人付き合い（飲食や身体活動を伴うもの）の機会をもつことを積極的に奨励し、摂食障害の思考に引っ張られずにそれらの活動を楽しむことに挑戦できるよう仕向ける。

c. 第III段階（青年期の問題と治療の終結）

治療の終結に向けた最後の数回を含む第III段階における治療者の役割は、病気の症状が消失していることを確認した上で、再発防止の計画を立てながら、患者や家族が本来の生活にスムーズに戻っていけるようサポートすることである。

第III段階において注意すべきこと：

青年期の課題へのフォーカスや治療の振り返り（翻訳書第11章参照）に加えて、今後の再発可能性のリスクを話し合ってから治療を終結することが望ましい。すなわち、どのような行動や態度や考え方ができていれば回復が維持されていると言えるのか、それらがどう変化したら要注意あるいは危険信号で、その場合はどのようなアクションを起こさなければならないかについて話し合い、プランを立てておく。また、近い将来の間にボディ・イメージの懸念を刺激するかもしれない出来事（身体測定、学校行事やクラブ活動のイベント、進級・進学など）があるか、あるとしたら再発のリスクをどう少なくできるか、なども検討する。

（荻原かおり）

第2章 FBTを始めよう



1. 児童思春期神経性やせ症を診る治療者が 家族に最初に説明すべきこと

a. 早期の体重回復の重要性および病気が慢性化することの心身へのリスク

家族に対して早期の体重回復の重要性と病気が慢性化することの心身へのリスクについて説明するときは、以下のような言葉で説明することができる。

『神経性やせ症はあらゆる年代の方にとって重大な心身への影響をもたらし、命の危険を伴う病気ですが、特に児童思春期に起こる場合の心身への影響は深刻（ポイント①）です。なぜなら、急激に体や脳が成長を遂げるこの時期にエネルギーが不足すると、体や脳の発達が阻害され、低身長や骨粗しょう症や今後の人格形成など、取り返しのつかない結果をもたらすリスクがあるからです。それだけでなく、体重が回復しないということはそれだけ病気が長引いてしまう（ポイント②）ということ、そうなると同年代の子が普通にしていることができなかつたり、本来送っているはずの生活が送れなかつたりと、QOLの低い人生を強いられる（ポイント③）ことになります。また、飢餓状態が続くと、身体の生理反応として過食が起こりやすくなり、神経性やせ症から神経性過食症や過食性障害に転じてしまうリスク（ポイント④）もあります。その一方で、神経性やせ症患者を対象にした研究では、治療を始めてから最初の1か月の間に1.5kg程度体重を増やせたグループが最も予後が良い（翻訳書p.25,55）（ポイント⑤）ことが分かっています。ですから、お子さんをぜひこの予後の最も良いグループに入ることができるよう、しっかり取り組んでいきましょう。』

【解説】

ポイント①：日本では、家族が触れる神経性やせ症についての情報が、成人患者や遷延例を念頭に置いたものであることが少なくないため、小児におけるリスクについて明確に伝える。

ポイント②：体重を増やさずに神経性やせ症から回復することは不可能であることを強調する。

ポイント③：低体重は単に身体の問題だけでなく、人生の質にも影響することを伝え、両親の危機感を高める。

ポイント④：患者本人にとっても避けたい事態を回避するための介入として、治療を位置づける（「このままでは過食になるよ」といったように脅しとして使うのではない）。

ポイント⑤：リスクを回避する方法として早期の体重回復を挙げることで、家族の治療へのモチベーションやFBTに対するコミットメントを高める。

b. 犯人探しや家族の分断を避けること

治療開始からなるべく早い段階で、家族の中にあるかもしれない「病気になってしまったのは自分のせいだ」とか「●●（←本人、母親、父親、きょうだい、など）が悪い」といった自罰的・他罰的な感情や捉え方をはっきりと話題にしておく。そうすることで、それがのちに治療の進展を妨害することを防いだり、家族がお互いの思いに触れる機会になったりする。例えば、以下のような手順で話題にすることができる（翻訳書p.60,78）。

『私のこれまでの経験上、家族の誰かが摂食障害になると、心の中で<こうなったのは自分のせいだ>と感じてしまったり、<誰それが悪い>と思って腹を立ててしまったりすることがとてもよくあるんですが、皆さんはどうですか？』

→ポイント：このあと家族が自分の秘めた思いを口にしやすいように、それが正常な反応であることを示す。また、ほとんどの場合、患者は自分のせいで家族が苦しんでいることに罪悪感や自責感をいだいており、普段は言えないそれらの感情を言葉にし、それを両親に受け止めてもらえることで「わかってもらえている」という安心感が持てる。両親にとっては、病気にとらわれた子どもの中に、本来の優しい我が子がまだちゃんといることが認識でき、子どもへの愛情を再確認する機会になる。また、きょうだいにとっても、それまで口にできなかった自分の思いを表現できる機会になる。

『実際のところ、摂食障害は環境や遺伝やさまざまな出来事が複雑に絡み合って発症する病気だと言われています。ですので、誰かのせいで家族が摂食障害になるということはありませんし、もちろん本人もなりたくて病気になっているわけではありません』

→ポイント：治療者がこのように述べることによって、治療が、誰も責められることのない安全な場であることを本人や家族に伝え、共通の敵は摂食障害という病気であるという空気を作る(翻訳書p.63.85)。

(荻原かおり)



2. 診断の伝え方のコツ

a. ANIについて家族に持ってもらうべき共通認識—中核は恐怖

家族に対してANIについて説明するときは、以下のような言葉で説明することができると。下線を引いてある箇所は、特に伝えたいポイントである：

『神経性やせ症のお子さんは、始めのうちは本人の「やせたい、健康的になりたい」という意思があって、ダイエットしたり、運動したりしていました。しかし、病院に受診するレベルになると、もう本人の意思ではなく、神経性やせ症の症状が作られ、そうしないといけない、さぼってはいけない、墮落しておいしいものを食べてはいけない、という思いに支配されています。これは、強迫というより、病気が取り付いて脅迫されているという感じ(ポイント①)です。神経性やせ症が本人の脳の中に入り込んで、まるで「エイリアン」に「洗脳」された状態、病気に乗っ取られた状態(ポイント②)といえるでしょう。そのため、「やせたい」というよりは、「やせなければすべてが終わってしまう」恐怖の状況にお子さんは追い込まれているのです。多くの患者さんがこれではまずいと思っている(ポイント③)のですが、それを言っただけでは食べさせられる、それは怖すぎる、だから口が裂けても心配だとは言えな

い、という状況で葛藤しています。ですから、この病気の説明を心理教育用のパンフレット（ポイント④）を読みながら説明すると「まるで私のことが書いてある」という反応がみられることも少なくありません。

治療のコツは、お子さんにどうやってこの恐怖を乗り越えさせていくか(ポイント⑤)です。恐怖を乗り越えるのに、より強い避けたい恐怖が「入院」であったり、「経管栄養」であったりすれば、それよりは「家で食べる方がまし」という考えや選択も生まれやすいです。この恐怖を両親の力を借りて乗り越えて「食べる」というのがFBTの神髄です。そのために、恐怖症状としていろいろなことが起きます。脱走する、包丁を持ち出して何とか回避しようとする、狂ったように食べ物を捨てる、食べたことにごまかすために捨てる、とんでもなく何時間をかけて食べる、食べたことをなかったことにするために、過度に運動するといったことです。すべて恐怖を紛らわすあるいは避けるために起こす行動（ポイント⑥）なので、それをコントロールして乗り越えさせてあげる必要があります。この時、忘れてはならないのは、病気だけではなくて病気の後ろには、病気に脅されて圧倒されて困っている本当のお子さんがいることです。治りたい、この状況から抜け出したいその子がいるからこそ病院に来ることができる（ポイント⑦）わけです。食べられるようになって回復していくと病気の脅しも減ってきてだんだん本来のお子さんとやりとりしやすくなり治療への抵抗も減ってきます（ポイント⑧）。逆に、最初の抵抗で、両親が恐怖に負けてしまうと、病気はさらにパワーアップ（ポイント⑨）します。結果として、本人は両親の力では病気の方が強くて乗り越えられない、私を救ってくれないと思ってしまい、さらに病気の奴隷になってしまいます。』

【解説】

ポイント①：「食べない」のではなく「食べられない」のだということ。

ポイント②：本人は食事に関して正常な判断ができない状況に陥っているということ。

ポイント③：問題を認識している部分、健康的な部分もあるということ。

ポイント④：例えば、【摂食障害こころ版】

https://www.toukeikai.com/sy_sesshu/images/kokoro.pdfなど。

ポイント⑤：病気の症状である恐怖を乗り越える、和らげるためには、最も怖いと感じる食事摂取に取り組まなければならないこと。

ポイント⑥：治療の過程で問題行動が生じることは多く見られること。

ポイント⑦：外からは見えなくとも、本人の中には「治りたい」という気持ち、健康的な側面があるということ。

ポイント⑧：食事をとることが回復に必要な不可欠であるということ。

ポイント⑨：両親が覚悟をもって毅然と対応することが重要であるということ。

b. 重症度は何をもとに評価するか

重症度の把握は重要である。ここでいう重症度は3点から考えるとよいと思われる。

身体的重症度と心理的重症度と家族の健康度である。

① 身体的重症度

身体的重症度は、小中学生の年代では、標準体重比が最も確に表しやすい。FBTの適応は医学的に安定した身体状態となっており、日本では標準体重の70%以上が目安とされている(本ガイドp24参照)。

また、体重が標準体重の70%以上あっても全く水分も食事も摂れなくなっている状況では、FBTの導入は困難である。一度経管栄養などで栄養を摂れるようにして、そこから食べられるようになったところからFBTの導入を検討するとよい。

② 心理的重症度

心理的重症度は治療経過を診ないとわからないことが多い。心理的には、3つのパターンが考えられる。

- ・ FBTの治療にのれて回復すれば、心理的にも回復してしまうもの
- ・ FBTの治療にのれて体重回復はしたが、もともとに持つ心理的課題が残るもの
- ・ FBTの治療にのれず本人が心理的な問題を解決しないと神経性やせ症を手放せない場合

見立てとしては、FBTをまず導入して、治療を行っていく中で見えてくるものに柔軟に対応していくしかないと思われる。(翻訳書p.40-41患者面接、翻訳書p.43-44標準化尺度の使用、翻訳書p.47-49パーソナリティ障害の参照)

③ 家族の健康度 (2-⑦参照、翻訳書p.45-47参照)

家族療法なので、家族の健康度は治療効果を大きく左右する。家族によっていろいろな事情がある。母子(父子)家庭、父親が単身赴任、母と祖母の家庭などと両親がそろわない家庭もよくある。ただ、FBTがうまくいくかどうかは、家族構成員の数や両親がそろっているかどうかよりも、家族が「腹をくくって患者を丸抱えできるかどうか」が大きいと思われる。「食べさせるしかないんですよ」と腹をくくって何があっても食べさせます、と言える覚悟ができる家族は強い。それに比べて、家族の不安が強い、あるいは優しすぎて、あるいは受け身で割り切ってリードできない場合は難しい場合が多い。ある患者は、家族が抱えきれず逃げてしまい入院になった際に「もっと負けないでしっかりしてくれればいいのに」と言っていた。

また、両親の関係が悪いからと言ってできないことはない。怖い父で母が父のことを良く思っていない、父が仕切ってくれてよくなったこともある。両親が患者のために治療に取り組む中で外に敵ができるのでかえって関係がよくなることもある。ただし、家庭内暴力や虐待がある場合は、FBTは適切ではなく、むしろ「禁忌」となることに留意する。

(井口敏之)



3. 検査結果の伝え方のコツ

a. 治療の評価に有用な検査とデータの意味

治療の評価に有用な検査は、脈拍数である。1分間に60回を切っていれば、徐脈で、代謝が抑えられ、栄養が入ってこないために省エネモードもっといえ冬眠モードに入っている。40とか30になれば、脳に行く血液量も減り、ぼーっとしたり、一生懸命勉強するのにちっとも成果が上がっていかなくなる。回数だけではなくて、脈の触れ具合が弱く、どこにあるかわからないような状態では、脳にも腸にも皮膚にも十分に血液が届きにくく、脳機能（ちゃんと考えられない、学習効果が出ない）、腸管機能（便秘になります）、皮膚がつめたくなり、産毛がいっぱいになり、寒くて寒くて仕方なくなる。しっかり食べれるようになっていくと回数も触れ具合も元気になっていき、60以上になるのが一つの目安である。

総コレステロールはやせると上昇し、回復すると下がる。甲状腺機能は省エネモードにするために低下し、回復すると正常化する。肝機能検査はFBTをするレベルの低体重（標準体重の70%以上）では異常は出にくい。女性ホルモン（E2）は骨にカルシウムを取り込んでいくために必要である。骨は女性の場合20歳までしか増やすことができずそこから年齢とともに減少し、早期に骨粗しょう症になってしまう原因になる。回復とともに女性ホルモンが出るようになると体が本当によくなってきた、本人にとって必要な栄養状態になってきた指標になる。骨についていえば、ALPも通常、小・中・高校生レベルでは、骨をいっぱい作るので成人の正常値よりもかなり高くなって異常値になっていなければならない。それが成人レベルに低くなっているのは、栄養状態が低く、大事な骨を作れていないという証拠である。栄養状態が回復し骨が作れるレベルに回復してくるとALPの値は高くなっていく。

CKは過活動で運動が過ぎると上がる。筋肉を壊しているので筋トレにならない。体重を減少させていく局面では筋トレは、筋肉を壊して減らしているだけで何の意味もないのでやめさせる。

低血糖があれば、ぼーっとするなど意識レベルが低下するし、低カリウム血症があれば吐いていて不整脈の危険があるので身体的に安定しているとは言えず、FBTの適応にならない。

b. 家族が必要な危機感と覚悟を持てるようなフィードバックの仕方

脳のMRI画像等で脳萎縮の状態があれば、脳が器質的にも変化していることが意識しやすく、脈を触れてもらえば、遅く弱く命の危機は感じられやすい。ただ、検査データよりも、以下のポイントが家族の動機付けになりやすい。

- ① 神経性やせ症の死亡率は20人に1人であること。
- ② 4年以内に治らないと治りにくくなること
- ③ 病気が治らないまましていると、強迫的で、人付き合いを避けるようになり、いつも食べ物とカロリーと体重のことしか考えられなくなり、狭い世界に生きて、生き生きと友達付き合いをして楽しい学生生活を送れなくなる。人生を文字通り棒に振ることになること。

（井口敏之）



4. 目標体重の設定、家族への伝え方のコツ

●神経性やせ症と体重（翻訳書p.57）

神経性やせ症という疾患において、「体重」とは何だろうか。治療者にとって「体重」は、診断項目のひとつであり、治療過程においては治療効果を見定める「目安」であり、ときに経過を予想する「予後因子」として利用されることもある。

FBTにおいて治療の主体となる家族にとって「体重」は、治療者と共有される大切な治療効果の「目安」であろうし、ときにはセッション間に家族が行ってきた介入の「通信簿」のように感じられるかもしれない。一方で、患児にとっては、彼ら彼女らの生活を支配する得体のしれない「何か」であり、治療過程において外在化が上手く進んでいけば、モンスター（摂食障害）が執拗に迫りささやいてくる不気味な「数字」なのかもしれない。この項では、FBTにおいて「体重」をどのように取り扱うかについて概説したい。

●体重を量る（翻訳書p.57-58）

FBTでは、すべてのセッションは体重を量ることからスタートする。それだけ大きな意義をもつものであり、マニュアルでもその説明は各論の最初に位置している。

マニュアルでは、治療効果を見定める「目安」はもちろんであるが、たった数分間であるけども、患児にとってはときに耐えがたい体重を量るという行為を、治療者が寄り添い、測定之苦難と一緒に乗り越えることを繰り返すことで、信頼関係を築き、患者治療者関係を構築することの大切さが述べられている。実際の計測は、ただの計測にあらず、計測時の患児の様子を観察し、必要があれば心理的援助を提供する。さらに、両親から離れた数分間を、その日のセッションで両親に伝えたいこと・相談したいことなどが確認する時間として有効活用する。

●体重は量りたくない、見たくない（翻訳書p.72）

体重測定は、患児にとって恐怖や不安の対象となる。結果、ときに外来診療で体重測定を拒んだり、「量るけど教えなくて欲しい」と懇願したりする。そのようなとき治療者や身体管理を担った内科医や小児科医はどのように対応すべきなのだろうか。マニュアルには、測定の恐怖や不安に共感したうえで、「体重の回復が治療の要点であり、毅然と、しかし穏やかに、体重を定期的に確認できなければ先に進むことはできないとの立場を取る」とある。

では、教えなくてほしい、という要求にはどう答えるのが良いだろうか。Forbushら¹⁾による治療者に対する調査では、46.5%が開示する測定を日常的に行っているとあるが、この調査はFBTに限らずさまざまな介入の治療者を対象としている点に注意が必要である。2020年には、開示した計測と隠した計測のランダム化比較試験のプロトコル²⁾が発表されており、その結果が待たれるところである。現時点では、この疑問に対する明確な答えはないようであるが、FBTにおいては、前述のように体重の回

復が治療の要点であるというスタンスを持ち、拒否が強くなければ開示して計測するのが良いだろう。一方で、拒否が強く、本人が体重を知らないほうが食事が摂れ、体重回復がスムーズにいく場合には、本人の気持ちの準備ができるまで体重を治療者と親のみで共有することもあるだろう。

●治療の目標とする体重

治療の目標とする体重について解説するにあたり、関係する用語を以下に示す。

期待される体重 (EBW: Expected Body Weight)：医学的に決定される身長に対して健康的と考えられる体重。年齢、性別、人種、体組成などの多くの要因によって、個人間で異なる可能性があることに注意する。一般的には、EBWは地域ごとのmBMI (BMIの中央値) から計算される。本邦における小児思春期のEBWには「標準体重」が用いられることが多い。長期間の低栄養による成長障害のために本来期待される身長より身長が低い場合は、成長曲線を使用してEBWを求めこともある³⁾。

%EBW：EBWに対するある特定の体重（現在の体重や目標となる体重等）の百分率。標準体重⁴⁾：2000年の文部科学省の学校保健統計調査報告書のデータをもとに計算される体重。日本国内のデータであり、日本人の評価に適合している。1歳毎に計算されるため、年齢が上がると標準体重も変わることには注意が必要である。

目標体重 (target weight)：摂食障害の治療において、個人の体重回復や維持のために設定される目標となる体重。通常は%EBWが目安となる。例えば、EBWが50kgの女兒が、FBTの第Ⅱ段階開始の目安(90%EBW)となる目標体重は $50 \times 0.9 = 45\text{kg}$ 、となる。

FBTの診療において用いられる体重の割合としては、FBTの適応75%以上（翻訳書p.44）、FBTの第Ⅰ段階75-90%（翻訳書p.158）、第Ⅱ段階90-95%（翻訳書p.229）が目安としてマニュアルに記載されている。しかし、FBTの実際には、具体的な目標体重を患児に伝えることは推奨されていない。その理由として、患児が特定の体重や数値に執着すること（翻訳書p.58）、思春期では成長することでEBWも大きくなるため、変化するEBWと目標体重が患児と家族を混乱させること（翻訳書p.139）が示されている。そして、具体的な数値を伝える代わりに、不適切なダイエットを行うことなく維持することができ、女性であれば月経を問題なく継続できる健康的な体(体重)を目指すように伝えることが推奨されている（翻訳書p.139）。

FBTの実施においては身体的に安定していることが望ましく、その状態の目安の一つが体重である。翻訳本では標準体重の75%が実施の目安となっているが、人種や文化、地域による目安の差については明確な指針がない。わが国ではFBTを実施している複数名の治療者によるエキスパートコンセンサスとして、標準体重70%以上という目安を採用している。

一方で、70%ないし75%以上でなければ外来でFBTを実施してはならないわけではない。ただし、低体重を含む入院適応指針に挙げられた基準を一つ以上満たしている場合には、医師の綿密な監督の下にFBTを行うべきである。

文献：

- 1) Forbush KT, Richardson JH, Bohrer BK. Clinicians' practices regarding blind versus open weighing among patients with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2015 Nov;48(7):905-11.
- 2) Murray SB, Levinson CA, Farrell NR, Nagata JM, Compte EJ, Le Grange D. The open versus blind weight conundrum: A multisite randomized controlled trial across multiple levels of patient care for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2020 Dec;53(12):2079-2085.
- 3) Steinberg DM, Perry TR, Freestone D, Hellner M, Baker JH, Bohon C. Evaluating differences in setting expected body weight for children and adolescents in eating disorder treatment. *Int J Eat Disord.* 2023 Mar;56(3):595-603.
- 4) http://jspe.umin.jp/jspe_test/medical/taikaku.html

(井上建)



5. 運動制限の目安設定のコツ

●はじめに

本稿では、ANにおける運動について考察し、その管理について概説する。摂食障害の病的意義をもつ運動を「過活動」、そうでない場合は「運動」と区別して記載した。具体的には、筋トレや散歩、ランニングのほかにも、目的地まで遠回りする、エスカレーターではなく階段を使う、なるべく座らない、足踏みなどが含まれる。さらにANの過活動に関しては、exercise addiction、exercise abuseなどの重度な過活動を意味する用語が使用されることがあり、これらを機能不全運動 (dysfunctional exercise) と記載した。

●ANにおける過活動の管理

ANの過活動の管理について、オーストラリアのNSW Eating Disorder Toolkit¹⁾には、「摂食障害の患者には過活動がよくみられ評価・管理することが重要である」と記載されている。また摂食障害の救急管理マニュアルであるMEED²⁾では、過活動と低栄養を同時に認めると低血糖など致死的な結果となることがあるとし、Red Flag (高リスク) の項目の一つとして「低栄養を背景とした1日2時間以上の高レベルの機能不全運動」を挙げている。さらに摂食障害の運動と過活動についてガイドラインSEES³⁾では、機能不全運動は慢性的なEDや高い再発リスクを有する可能性が高く⁴⁾、そのためより厳格な運動の管理の必要性が提言されている。

このように、ANの過活動に管理が必要なことはコンセンサスを得ているようであるが、実際の管理については一定の見解は得られていない。MEEDでは、Red Flag (m%BMI<70%等・詳細は2)を参照) の場合は、過活動は制限し、ストレスを軽減するための気晴らしや代わりとなる活動を提供する、と記載されているにとどまる。さらにAmber Flag (中リスク) については、過活動に関する記載自体がない。

一方、SEES³⁾では、摂食障害の状態をAからDの4つのレベルに分け、それぞれに対して許容もしくは処方される運動の内容(強度)、時間、管理する人等が記載されている。具体的には、バイタルサインや血液検査に異常がある場合はレベルAと判定され、ストレッチを1日当たり30分まで可。バイタルサインや検査に異常を認めず体重が回復基調となるとレベルBでは散歩や軽めのヨガなどを30分まで可。さらに性ホルモンの正常化もしくは月経の再開でレベルCとなり、ジョギングや筋トレなどを合計

1時間まで可。最後に、EBW（≡標準体重）の90%まで回復してレベルDとなり、運動に制限は不要となる。

●FBTにおける運動管理

マニュアルには、運動の管理や過活動について具体的な記載は少ない。ただし関連する部分として、第I段階では、「親は他の症状（過食・排出など）も厳密にコントロールする」（翻訳書p.139）とある。以前本邦で行われたFBT研修では、Dr. Lockは運動の管理について以下のような話をしていた。

「もし体重が増加していない場合は、なぜ増加していないと思うか親に確認します。食事は摂っていますが、でも夜になると2階の部屋で3時間以上トントントントン縄跳びをしています、と両親は言います。それではどうすれば良いと思いますか、と私は尋ねます。縄跳びをやめる必要があります、と両親は答えます。そうですね、それが良いですね、と私も同意します。このようなやり取りを経て、必要があれば運動を管理する必要があります。」

これから分かるのは、第I段階で大切なのは体重回復であり、運動が体重回復の障壁となっている場合は、その運動は過活動と考えると管理が必要であるということである。そして過活動の管理もエンパワメントされた親が主体となる。一方、運動が気分転換やリラクゼーションとして上手く機能している場合は、それは過活動ではなく運動として許容されるだろう。第II段階では「運動ができるか、どの程度出来るか」という問題に触れており（翻訳書p.198）、運動をするためにも十分なエネルギーを摂取することに重点を置くことが示されている。

文献：

- 1) <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Pages/nsw-eating-disorders-toolkit.aspx>
- 2) <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/campaigning-for-better-mental-health-policy/college-reports/2022-college-reports/cr233>
- 3) <https://www.safeexerciseateverystage.com/sees-guidelines>
- 4) Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 346-352.

（井上建）



6. 診察の頻度と体重設定のコツ

通常、第I段階は週1回（翻訳書p.28）、第II段階は2～3週間（翻訳書p.193）、第III段階は4～6週に1回（翻訳書p.230）の頻度で診察を行う。本章では、第I段階での設定について述べる。

a. 治療者の危機感が伝わる頻度設定

FBTでは、「家族が治療に取り組むこと」が治療の根幹をなす。よって、受診の頻度もこれを意識して設定する。第I段階では、週1回通院してもらう（翻訳書p.28）。家族の治療への動機づけを高めるためには、導入時の説明により子どもが危険な状況にあることを共通理解させることが重要である。「この病気は死亡率が高い病気だ

ある」こと、「現在は病的な痩せのために、甲状腺機能を下げることや、月経を止めることでなんとか生命を維持しようとしている状態である」こと、また「月経停止は不妊につながり、骨折の危険性が高くなる」ことなどを伝え、医学的に治療が必須な状況であり、注意深く経過をみるために定期的な受診を行うことに同意を得る。また、脱水、電解質異常など医学的評価による異常を認めた場合(翻訳書p.42~44)は、入院またはこれに準じた週数回の通院を考慮することも説明する。

治療早期に体重増加(最初の1ヶ月で~1.5kg)があると予後良好である(翻訳書p.55)。このエビデンスを伝えて、週0.5~1kgの体重増加を目指して「体重回復の責任を両親に負わせる」(翻訳書p.68)。

第I段階の目標体重は標準体重の90%、第III段階の目標体重は標準体重の95~100%(翻訳書p.230)である。第I段階の体重増加が順調で、本人の食事に対する抵抗が軽減していれば第II段階が始まる。第II段階の受診は2~3週間間隔となるが、体重増加が停滞・減少する場合は、頻度を元に戻すことを考慮する。

家族に仕事を休むことができないと言われたら、「この病気の克服に今取り組むことが重要で、そのためには仕事を休んでも通ってもらうことが必要である」こと、「長い目で見ればそれが時間を節約することであり、ご本人を救うことになる(翻訳書p.93)」ことを説明する。この病気の深刻さを強調し、治療に取り組むためには週1回の受診が必須であるという断固とした姿勢を示し説得する(翻訳書p.72)。同時に、これが難しい家族にFBTを適応することの是非も検討するべきである。

b. 毎回の体重測定と受診時の流れ

標準的なFBTの流れは、体重測定⇒患者面接⇒家族面接である。治療者が患者の体重測定に付き添い、そのまま短時間の面接を実施、その後家族を招き入れて全員で話をする。「子どもを前にすると言にくいことを打ち明けてもらうために、両親は子どもと別に面接する(翻訳書p.39, 40)」、「高EEの家族では、患者と家族を別々にして家族ベースの治療を行う(翻訳書p.153)」場合もある。

治療のためには正しい体重計測が必要なことを説明して、毎回同じ条件で体重測定を行う。測定は個室を利用し他者から見えないよう配慮する。靴は履かず軽い室内着で測定するよう本人に声かけを行い、治療者が体重測定に付き添う。体重測定の目的は、単に患者の体重の増減を確認することだけではなく、治療者と患者との関係を強めることで体重を増やすという患者にとって精神的に負担になり得る過程を手助けすることである(翻訳書p.57, 58)。このためFBTでは原則治療者が付き添うが、医療機関では医師以外のスタッフが付き添う場合が多いので、手順とともに意義を共有しておく。また、治療者が男性の場合には、女性のスタッフが測定するなど配慮を行う。身体には触れず「ポケットに物が入っているときには、中身を出してから測定しましょう」と声をかける。体重測定を嫌がる場合は、患者が体重測定に気が進まないことに理解を示しながら、「体重を量ることが嫌な気持ちはよくわかります。しかし、あなたの体が健康な状態に向かっているか確認することが治療上とても大切なので測定させてください」と伝える(翻訳書p.72)。体重測定の直前に水分を多く摂って体重

をかさ増ししようとしていることが疑われる場合には、家族全体で情報共有する。「体重が増えたら恐ろしくて、病気があなたにそんな極端なやり方をさせてまで、我々に回復していると思わせたかったんでしょ。これはあなたにとって恐ろしいまでの葛藤だったに違いありません」と外在化して伝える(翻訳書p.150, 151)。次回からどう防ぐかを家族全体で相談する。例えば小児科では、「水分を摂りすぎると体の中の塩分バランスがくずれて、けいれんを引き起こすことがある」など水分過多による身体への危険性を説明し、来院1~2時間前から水分を制限していただくようお願いしたり、検尿で尿比重を確認するなどを行っている。

第I段階は、セッション1から10まであり、体重回復に焦点を当てる(翻訳書p.36,37)。子どもの養育で優れている点を見つけ、最大限に褒めることで、障害を起こしたという家族の罪悪感から開放しようとする特徴がある(翻訳書p.28)。セッション1の目的は、家族が治療に取り組むこと、やせ症が家族にこれまでどのように影響してきたか、家族がどのように機能しているか情報を得ることである(翻訳書p.55)。患者の体重を測定した後に、治療に必要な情報を集め(翻訳書p.63)、病気がいかに深刻なものであり、いかに回復が難しいかを強調し(翻訳書p.66)、体重回復の責任を両親に負わせる(翻訳書p.68)。

セッション2では、ファミリーミールを行う。ファミリーミールの目的は、食事の際の家族の交流パターンのアセスメントを行い、両親が娘に食べるつもりであった量よりも少しでも多く食べさせることを支援することである(翻訳書p.95)。

セッション3~10では、親が子どもに普通に食事をさせ体重を増やすことを振り返り、いかに摂食障害の影響を減らしていくか、親に系統的助言と支援をしていく(翻訳書p.135)。各セッションの最初に体重を量り、本人面接では食事時の家族のかかわりを確認する。どんな対応や声かけが良かったかを明らかにし、本人の同意が得られれば家族へ情報共有を行う。(注)

家族面接では、治療者は患者の体重を体重チャートに記録し、この情報を家族に伝える。面接の中で家族の面前で体重チャートに体重を描き込むのが良い(翻訳書p.58)。体重が増えたとしても増えなかったとしても、そのことを家族全員で共有し、その都度ミーティングの雰囲気を決めていく。体重が週0.5~1kgのペースで増加しているときには褒め称え、体重キープまたは減少していた時には気の毒がるのが良い(翻訳書p.137)。FBTセッションの中での体重測定とは別に、医学的モニタリングを目的とした受診時の体重測定も行われている場合、「病院での測定ではもっと増えていた/もっと減っていた」という風に進展に関して混乱が起きないように、FBTセッションでの測定値のみを治療の進展の判断材料にする(必要に応じて、受診時の測定値は家族と共有せず、治療者のみと共有してもらえようドクターと話をつけておく)。そして1週間の生活の様子や、ご本人の体重を回復させるために食事をどうやって決めたのかを詳しく聞く(翻訳書p.148)。家族が患者の治療に取り組み続けていることを労うことが治療継続への動機づけになるため、家族の努力を十分に聴取する。また両親の間に意見の違いがあることを理解し尊重しながらも、体重を増やすことができているかが治療上重要であることを強調する(翻訳書p.141)。カロリー計算が不十分であったり、レタスサラダや脂肪抜きヨーグルトのわずかなカロリー量の違いについての非建設的で無意味な議論(「やせ症ディベート」:患者が病気のせいで持つカロリーへの

こだわりによる言い争い(翻訳書p.132))で行き詰まっていたとしても、重要なのは体重を週0.5~1kg増やせているかであり、増えていなければ、1000キロカロリー以上の食事の大切さについて議論するよう促し(翻訳書p.139)、家族が食品の購入から献立の立て方、食事用意、患者に食べさせることの全てに責任を負う必要性を説明する(翻訳書p.149)。また、過食嘔吐を防ぐために、トイレは食事前に済ませておき、食後30分から1時間はテレビを一緒に観たりするなど、嘔吐したい気持ちが収まるまで家族が付き添い、気持ちを逸らしてあげる(翻訳書p.139)。兄弟(姉妹)には、両親が患者に一貫して食事を食べさせることに取り組めるよう邪魔をせず、食事面での親の努力に対して意見を言わないよう説明する(翻訳書p.101)。患者に対して無批判で、食事以外の患者の好きなことを話題に出すなど健康な部分を応援してもらうよう兄弟(姉妹)に説明する(翻訳書p.46)。

注：治療者が小児科医の場合は、体重測定とともに、血圧・脈拍測定、血液検査・尿検査、診察などを行う。血液検査時は、低体重患者が血圧低下によって倒れることを防ぐため、臥位で採血することが望ましい。身体診察では、「手足が冷たい」、「脈拍がゆっくりである」、「皮膚が乾燥している」など、低栄養に伴う身体状況を伝える。

c. 食べることや体重回復を話題の中心とすると同時に

家族間のあつれきを中和する

FBTの基本は、家族療法である。よって、食事や体重増加をめぐる様々な衝突が発生するが、これを面接な中で取り扱い、緩和する。この際には外在化と不可知論が重要で、患者、家族が対峙しているのは「病気の考え」であることを常に伝え、共通の目標に向かって治療を行っていることを確認、認識してもらう。

	対応
家族が無力感を訴えるとき	共感とともに、家族に対して「ご本人を救えるのはご家族であり、治療に取り組む力がご家族にあると思うからこそ、治療を提案しました。」と伝え、治療を勧める。「無力感は養育者の善良の証拠」(翻訳書p.46)である。
患者がまったく食事をとっていないにも関わらず、親が患者のそれまでに成し遂げたことを重要視していたり、学校を欠席するのを避け無理やり行かせようとしたとき	治療早期に急速な体重増加(最初の1ヶ月で~1.5kg)があると予後良好であることを再度説明し、学校よりも治療的努力に注力することを勧める(翻訳書p.137)。
「食事に時間がかかって大変だ。促してもなかなか食べない。献立に文句を言う」など、家族が患者を批判するとき	たとえ少しの批判であっても、摂食障害の症状の増悪や治療進展の阻害につながりかねない(翻訳書p.64)ため、「病気は手強いのでご自分で症状をコントロールすることはできないのです。本人は途中で時間をかけてよく完食しましたね」など、患者は病気の声に責められている中でも頑張っていることを言語化して伝える。保護者が病気を患者から切り離して考えられる(外在化)よう支援し、上手に治療に取り組んでいることの保証を行う(翻訳書p.63~66)。

吐き気や便秘で食べられないと本人が訴えるなど、病気と関係がありそうな身体的訴えがあるとき	話題を取り上げすぎず、「しばらく食べないでいると消化機能が低下する。食べ始めの時期は、体が慣れるまで吐き気がでることがある」、「食事を食べないと消化管が動かず便は出ない」など、医学的に説明する。 症状が続く場合には、小児科医に身体的な評価や対応のコンサルトを行う。腹部エコー検査などを適宜行い、他の疾患を鑑別する。食事摂取ができており体重も増加しているのに排便がなく困っているときには、必要最小限の薬物療法による介入を行う。
十分に治療を実施できていないとき	「ご本人は病気が嘔いて支配してくる中で、よく食卓の席につきましたね」など部分的にでもできているところを褒め、再度食事内容や食事準備などすべてで家族が主導権をにぎり、食事を完食するまで家族が見守る重要性を説明する(翻訳書p.148, 149)。また、設定したエネルギー量を摂取するためにできそうな具体的な方法(例：少量で高カロリーな食品の提案、栄養ドリンクを利用するなど。翻訳書p.69)を相談する。
家族が過去を振り返り、自分の対応が悪かったせいで発症したと自責の念を語るとき	FBTの原則である疾患原因の不可知論に基づき「原因は複合的であってわからない」、「家族の力が患者を救うために必要不可欠である」ことを説明する。家族は治療において重要な資源であるため、家族を支持し続けることが大切である。(翻訳書p.30, 31, 35, 36) 「無力感は養育者の善良の証拠」(翻訳書p.46)であるが、罪悪感は治療を妨げることに留意する。
患者が家族に暴言を吐いたり暴力的になったり、「食べるくらいなら死ぬ」と言うとき	「食べるくらいなら死ぬ」と思うくらい、しんどい気持ちが増えている中で、よくがんばっていることを認め伝える。しかしながら家族が日常的に患者からの暴言や暴力を受け疲弊するようであれば、病院外で治療するには病気が重すぎる可能性があるため、入院を勧めるかどうか判断する必要がある(翻訳書p.104)。

(田中知絵・岡田あゆみ)



7. 標準的なFBT治療が可能か？適応と選択のコツ

1. 標準的FBTの適応(患者) (翻訳書p.30-32)

- 1 身体的安定：FBTは外来治療であり、患者の身体的な状態が安定していること、つまり生死に関わるような極度のやせ状態ではないことが重要である。目安として肥満度が-30% (標準体重の70%) 以上が必要とされている²⁾。

- 2 年齢：治療が適しているのは18歳未満の青年期やせ症である。
- 3 罹患期間：発症から3年未満でより有効である。発症3年を超えると個人精神療法と同等の効果となる³⁾。
- 4 家族：FBTは同じ家庭で暮らす家族（両親、きょうだい、祖父母も含む）が一緒に食事をし、毎日のようにコミュニケーションをとっていることを前提としている（翻訳書p.30）。

18歳未満、病歴3年以内の青年期神経性やせ症に対するFBTは複数のランダム化比較試験により有効性が証明されており、第一選択の治療として推奨される。治療の選択に際して、より有効性を高めるために上記の患者が望ましい。一方で、多様な患者・家族、各施設の医療資源などにより応用が可能である（翻訳書p.44-53）。「FBT適応の注意点と工夫」で具体的に考えられる注意点をなどを紹介した。

また、家族が心理的ケアや病気の考えを修正するアプローチを希望することはよく起こる。標準体重の78%以下⁴⁾、BMI15未満⁵⁾では精神療法が有効ではなく、まずは栄養状態を改善し体重回復を図ることが必要である。そのため、子どもの低体重は医学的な危機であり速やかに治療されるべきであること、体重回復を優先することが重要であることを治療者も理解し親子に危機感を持たせるように説明する（翻訳書p.66-69, 98-99）。さらに両親をエンパワーメントし互いに協力しながら外在化された病気に抵抗して、家族一丸となってFBTに取り組むことができるように努める。それが可能であるかどうか、医学的な診断、身体的評価と共に、家族の力(家族構成・家族関係、精神病理など)を評価してFBTの適応を考える。

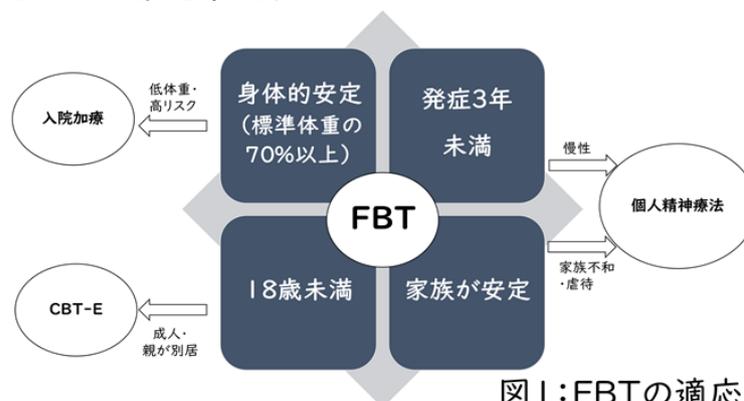


図1: FBTの適応

2. 標準的FBTの適応（治療者）（翻訳書p.32-35）

- 1 治療者：治療を行うのは青年期の摂食障害の患者の診断・治療の経験がある臨床医、または臨床医の指導のもとで経験を積んでいる治療者（心理士など）でFBTの研修を受講していることが望ましい。FBT研修については、学会などで開催される研修会やオンラインのオンデマンド研修などがある。

- 2 治療チーム：治療チームとしてFBT治療者の他、主治医(小児科医・精神科医)、心理士、看護師、栄養士などが共同治療者となり、相談体制のあることが推奨される（FBT治療者が主治医となる場合もある）。可能であれば全員同じ施設内にいるのが望ましいが、異なる施設に所属する場合は相互で連絡を取り合うことが可能で情報と治療方針を共有していることが必要となる。

チームでFBTを実施することが難しい場合にも治療者は同僚や他施設の専門家（小児科医、精神科医、心理士、栄養士など）に相談しながら専門的かつ共通の一貫した治療方針のもとで治療を行う必要がある。また治療者が悩んだり疲弊したりすることも多く、治療者自身が自分の不満や悩みを認識し、面接に影響しないように同僚などに話せるような場をつくることも重要である（翻訳書p.155）。

3. FBT適応の注意点と工夫（翻訳書p.44-47）

- 1 ひとり親家族：パートナーがいない親にとって、摂食障害の子どものFBTに取り組むことは大変な労力である。治療者は、治療者自身やきょうだいが親の役割の引き受けられないよう注意しなければならない。ひとり親だけで治療ができれば、適切な他の大人の協力者（祖父母、おじ・おば）を探すように促す。
- 2 別居の家族：両親が離れて生活している家族では仕事や家族の関係など距離をとっている理由を確認する。患者と同居の親に負担がかかりやすくなるが、疾患の重篤さと行動に移す必要性を強調し、両親に2人で共同行動をとらせる戦略を考える。
- 3 精神疾患の合併：うつ、不安、強迫などは摂食障害の症状であることも多く、その場合にはFBTによる体重の回復が重要かつ必要である。摂食障害発症前から存在する主要な診断であり、症状が持続している場合には治療者自身で取り組むか精神科医にチームに加わってもらう（翻訳書p.53）。
- 4 親の役割を担うことが難しい：両親が、子どもの「友だち」や「協力者」の役割をしてきた養育歴や仕事や養育能力などの理由で親の役割を引き受けることが難しいことがある。この場合には、治療者がより具体的で直接的な指示を出して、両親の親役割を援助する。指示に従うことができれば親役割を強化し、養育の成功体験にもつながる。
- 5 身体的な危機状態：やせが重度で外来治療が難しい場合は、refeeding syndromeに注意してバイタルサインや血液検査を頻回に測定しながら目標のカロリー設定を行う必要がある。図2、3に入院基準の目安を示した。FBTは本来外来治療で行うが、入院中にFBTを開始することが可能である（翻訳書p.105）。また入院加療が必要になった際に、家族や治療者は入院を失敗としてとらえがちだが、治療の一選択肢としての入院加療であること、さらに退院後も治療が続くことに注意して、子どもの身体的重症度と治療の必要性に焦点

をあてることが大切である。親が付き添いの場合、食事摂取の時間は親の見守りで親が責任をもって食べさせ、食べることができたという親子の成功体験を作り、親役割の強化につながる。付き添いでない場合には、退院後の生活に向けて退院前にミールセッションや心理教育などを行い、両親が体重回復のための治療に参加し患者をサポートするための準備を行う必要がある。

- 6 家族が入院を希望する：身体的に安定している状態で、家族が「家ではできないから入院させてほしい」と訴えることがある。その場合に、患者を助けようとするものの困難さや過去の努力の失敗などによる結果を説明し、大変さに共感した後、入院治療を行う目的は身体的な安定であり短期的な体重回復の効果はあるが、退院後も効果が続くわけではなく、家庭で家族が体重回復の役割を果たすことが長期的な回復のために不可欠であることを伝える（翻訳書p.68）。例外的に、医療機関の資源によっては、短期入院中に、FBTの治療的介入を組み合わせることと、入院の危機が親に治療への動機づけを高めさせる、親が治療のための準備を行う機会として、FBT導入を行うことも可能である（翻訳書p.32）。

図2:緊急入院基準
(アメリカ青年期医学会,2003)(翻訳書p.44)

- 尿比重>1.030 あるいは <1.010
- 脈<50回/分
- 立位心拍変化:収縮期>10mmHg
あるいは心拍数変化>35回/分
- 不整脈、QTc>0.43
- 失神
- 体温<36.3℃
- 電解質異常
- 脱水と一致した身体検査所見
- 標準体重の75%未満
- 成長停止
- 第二性徴遅延

図3:緊急入院を検討すべき項目
(神経やせ症初期診療の手引き,2019)

- 年齢・性別・慎重にいったBMI中央値≦75%未満
- 低血糖(低血糖昏睡)
- 電解質異常(K値<2.5mEq/L、P値<2mm/dl)
- 心電図異常(QT延長、徐脈(HR<40bpm)、不整脈)
- 血行動態の不安定(徐脈、低血圧(<90/60mmHg)、
低体温(<35℃)、重度脱水)
- 起立性めまい、歩行障害
- 栄養不良による重篤な内科合併症
(肝障害、腎障害、失神、心不全、膵炎、けいれん発作)
- 外来加療が困難になりうる併存症
(重篤なうつ病、希死念慮、強迫性障害、1型糖尿病)
- 摂食障害の診断が不確定

文献

- 1) ジェームズ・ロック (著),ダニエル・グランジ (著),永田 利彦 (監修) : 神経性やせ症治療マニュアル 家族をベースとする治療. 第2版, 金剛出版, 2023
- 2) マリア・ガンシー (著), 井口 敏之, 岡田 あゆみ (監修/監訳), 荻原 かおり (監修/訳) : 家族の力で拒食を乗り越える -神経性やせ症の家族療法ガイド-. 星和書店, 2019
- 3) Russell GF, et al. : An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry 1987; 44: 1047-1056
- 4) Gowers SG, et al. : Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry 2007; 191: 427-435
- 5) Fairburn CG, et al. : Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study: Behaviour Research and Therapy 2013; 51: 2-8

(重安良恵・岡田あゆみ)



8. FBT導入に際し施設による困難さの解決のコツ

FBTは、児童思春期の神経性やせ症に対する標準治療として国際的に位置づけられている一方、日本では、FBTという治療の存在が専門家間で少しずつ知られるようにはなっているものの、国内で標準治療として提供されるまでには到底至っていないのが現状である。FBTの実施に際しては、導入へのハードルが高い理由として、主に、適切な講習やスーパービジョンの場の設定の困難さ、そして実施者の属する施設の医療資源やチーム形成の問題がある。それらの困難さを解決するためのヒントについて、以下に述べる。

1. FBT治療者育成の訓練および継続的な学びの機会の確保について

FBTのマニュアル作成者であるDaniel Le Grange博士とJames Lock博士が設立したTraining Institute for Child and Adolescent Eating Disordersにて、専門家育成研修が定期的実施されているほか、同団体が規定する必要条件を満たした治療者は、同団体認定のFBT治療者／スーパーバイザーとなることができる。ただし、日本国内では、公式にFBT治療者の育成を担う団体は未だない（本ガイド執筆時点）。しかしながら、不定期に開催されるFBT研修会や、オンデマンド研修が受けられるオンラインのプラットフォームなどを通じて、FBTのノウハウを学ぶことは可能である。これらの研修を受けた専門家を対象としたオンラインのグループ・スーパービジョンが2020年から月に一回の頻度で開催されている。今後は、このような機会を活用していち早く国内でFBTを実施している専門家や治療施設が、そのノウハウを共有したり、ピアサポートを提供したりすることでFBT実践の裾野が一層広がっていくことが期待される。2023年にFBTマニュアルの翻訳書が出版されたこと、そして本ガイドの作成もまた、日本においてFBTを小児摂食障害の標準治療に押し上げることに寄与するであろう。

2. 医療資源の不十分さ・チーム形成の問題をどのように克服できるか

摂食障害を治療する施設や専門家の不足や、医療保険の構造上の課題などから、マニュアルどおりにFBTを実施することは、多くの治療施設にとって現実的でないと感じられるかもしれない。しかしながら、そういった制約に直面しながらも、FBTを施設の実情に合わせて修正し、成果を上げている治療施設は存在している¹⁾。例えば、日本国内の標準的な治療施設においてFBTをどう実施できるかについては、後述のセクションで詳しく述べている（本ガイド第3章1参照）。

マニュアルに沿ったスタンダードなFBTはおろか、それを修正して組織的に取り組むことさえ困難であったとしても、FBT治療の原則を取り入れたFBT-informedな治療は、どのような環境にある治療者・治療施設であっても実現可能である。すなわちこれらの原則である：

- ① 治療戦略としての不可知論的立場をとる（病気の原因を追及しない、病気を家族や患者本人の責任ととらえない）

- ② 治療者は非権威主義的態度を保つ（治療者は神経性やせ症という病気に関する専門知識を有してはいるものの、目の前の家族にとってどんな方法がベストであるかはその家族しか知り得ない、というスタンスに立ち、指示的になることを避ける）
- ③ 病気を外在化する（病気と患者を切り離して捉える）
- ④ 両親をエンパワーする（患者を回復に導けるのは両親しかいないし、両親はそれができる力を持っている、というメッセージとともに再栄養の責任を託す）
- ⑤ 病気の症状克服に焦点を当て、現在志向的・実用主義的な取り組みを重視する

マニュアル化されたスタンダードなFBTからどの程度の修正は許容されるのか、その場合治療効果はどのくらい失われるのか、といったことについては、現在も多くの議論が交わされており、まだ十分検証されているとは言えない。よって、マニュアルにある手順を省略したり、修正して実施したりする場合には、そうすることのリスクを意識し家族に伝えておく必要がある。

文献：

1) Iguchi, T., Miyawaki, D., Harada, T., Ogiwara, K. (2021). Introduction of family-based treatment to Japan with adaptations to optimize the cultural acceptability and advance current traditional treatments of adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 54(1), 117-119.

（荻原かおり）



9. FBTがうまく進まない場合の対応のコツ

はじめに

FBTはエビデンスに基づいた小児・思春期神経性やせ症（AN）の治療法である。RCTにおいてもFBTに取り組んだ患者や家族の半数以下で有効とされている¹⁾が、一方で最大27%の家族が第I段階で脱落するとされている²⁾。また、FBTを実施している40名の治療者の調査では、マニュアルに忠実に遂行できていると回答したものは一人もおらず³⁾、117名の治療者に対する調査では、1/3の治療者が本来のマニュアルから逸脱していた⁴⁾。マニュアル遵守においては、食行動を焦点とした行動的介入は遵守されやすいが、親の批判的態度の修正や一般的な家族の問題への関与は弱くなり、マニュアル遵守は時間経過とともに低下していた⁴⁾。このようにFBTはエビデンスに基づいた治療法とはいえ、多くのケースにおいて「うまく進まない場合」に直面することが想定される。さらに、その際に行われているFBTは、FBTを一部取り入れた“FBT informed”や、一部修正された“modified FBT”などの可能性があり、これらの治療法は定義も明らかではなく効果検証された標準的FBTからは逸脱していることに注意を要する。治療がうまく進まないときに、他の治療法への切り替えやFBTの修正の必要性を考慮するが、最も重要なことは、その前にまずはFBTの原則や手順が適切に実施されたか、慎重に検討することである。

治療者は治療停滞に関連する、AN症状と併存症、治療システム、家族、治療者、の4つの要因のうち主要な要因や要因同士の相互関係を評価する必要がある。Lavenderは、FBT脱落例の家族の語りを聴き、学び、2回目のFBTを実施した際に特定された問題を5つの主要なテーマに統合した⁵⁾。本稿では、治療がうまく進まない場合の対応を、5つのテーマに加え神経性やせ症治療マニュアルの内容も踏襲して記載した。

1. FBTを正しく始められたか？

第I段階のセッションI (p75-94) では、家族が治療に取り組むこと、ANが家族にこれまでどのように影響してきたかの情報を得ること、家族機能が体重回復に対してどのような促しもしくは妨げになっているかの情報を得ることが目的となる。そのため治療者は、病気を患者から切り離し（外在化）、ANがいかに深刻なものでいかに回復が難しいかを説明し、家族がANに侵された子どもを批判せずに団結して体重回復の責任を負うことをエンパワメントする。Lavenderによると脱落例の家族は、FBTの基本原則は理解していたが治療に反映できていなかった。つまり治療者は、親がANの本質を真に理解しているか、ANが子どもに与える身体的精神的影響を真に理解しているかを確認するだけでなく、親の今までの経験に共感し、親が持っている不安を最適化する必要がある。うまく進まなかった場合、再度FBTのセットアップに十分な時間をかける必要がある。

2. 親の力を引き出すエンパワメントは十分であったか？

治療者はまず、この親が子どもを回復させるという大切な役割を果たせるのだという強い信頼を持って親の力を引き出す必要がある⁶⁾。そして治療者は、治療がうまく進まないときに自分の治療が失敗しているかのように反応してはならない。そのような反応は治療者の能力を弱めるだけである (p157)。例えば第I段階では体重回復に重点が置かれるが、治療初期は反応が良くともその後停滞することはよく見られる。検討すべきは「親が子どもの体重増加を進めるのに何が妨げになっているか」であるが、うまく進んでいないとき多くの親は、子どもに食事を与えられないことに疲弊し、罪悪感を抱え、今までの子育てが通用せず途方に暮れている。よって治療者は、治療がうまく進んでいるときから親のエンパワメントに細心の配慮を行う必要がある。家族がチームを組んでいるか、大きな夫婦不和が存在していないか評価したうえで、両親の視点や強みを積極的に共有し、健康的な意思決定を共に強化すると同時に明確な目標を設定していく。治療者はその繊細なバランスで治療を進めていく。

3. 体重増加だけではなくAN行動に注目ができていたか？

親は、子どもの体重回復という困難な責任を負う中で「食べて体重が増えれば良い」と考え、体重の増減にのみ集中してしまうことがある。その場合、子どもの体重が回復してきても食行動異常（食事内容の偏りや破棄など）、身体認知のゆがみ、過活動が変化しないことに戸惑う。体重回復のみに焦点づけると治療がうまく進まないかもしれない。子どもにとってAN行動（拒食以外の食行動異常や過活動）は習慣化しており、AN行動を「あきらめなければいけない」ことに不安を抱えている。第I段階で最も重要なことは体重回復ではあるが、親は、食べないことだけではなく、他のAN行動にも理解を示し介入することが必要である。

子どもが食事を増やすなど苦痛や不安が強い時にAN行動が出現しやすいことに気づき、対処し、問題行動を減らしていけると良い。例えば過活動は適切な運動レベルに調節する、排出行為を減らすように見守りを強化する、子どもの好きなことで注意をそらす、などである。体重回復以外に第Ⅱ段階に移行できるかどうかの目安として、「家族における不安の減少や食事に関係のない会話の盛り上がり」があり、家族はそれを「明白な雰囲気の変化」と表現することが多い（翻訳書p158-159）。家族の不安が軽減しないまま第Ⅱ段階に移行しないよう、第Ⅰ段階からAN行動へ注目する必要がある。

4. 治療同盟と慈愛（コンパッション）は十分だったか？

親と子どもの治療同盟の強さが治療脱落予防と治療成績に影響することは実証されているが⁷⁾、Lavenderによると脱落例のほぼすべての親は、失敗したFBTでは治療者と子どもの間の治療同盟がなかった、と語っていた。また、Contiらは、FBT治療後も継続した心理的苦痛を経験した14例の質的研究を報告した。患者は、家族単位で介入することがAN回復の鍵と認識し、命を救った親の姿勢により自分の人生は救う価値があるという感覚につながったと述べた。しかし一方で、治療初期に体重回復にのみ焦点を当てることは、患者のアイデンティティと心理的苦痛の無視につながると認識していた。その際に患者にとって最も助けになったのは、治療者が彼らのユニークな好みを理解したうえで治療介入をしたことだった⁸⁾。

初期段階の治療の中心は、親のコントロールのもとでの体重回復と摂食の正常化であり、これらの問題が解決するまではより一般的な家族力動や青年期の課題について話し合わない（翻訳書p36）とあるものの、治療者が子どもの恐怖に慈愛を持って接することは不可欠である。治療同盟がうまく作れていない場合には、治療者がセッション前に子どもと個別の時間を設けたり、合同面接の中に子どもの恐怖をその場で共有することも有用かもしれない。治療者は、子どもが恐怖対象である食事を避ける行動は本能的に正常なことでありと理解を示しながらも、恐怖の克服には暴露していかなければならないという強い信念をもって親とANの戦いを支えていく必要がある。

5. 治療を完了する重要性を認識していたか？

家族によっては、体重が回復し正常な食行動や運動が確立された第Ⅱ段階で疲れきり、早く治療を終了させたいという誘惑に駆られる場合がある。しかし、治療者は家族が第Ⅲ段階を急いだり飛び越えたりしないようにするための粘り強さが必要である。ある研究では、家族によっては第Ⅲ段階は必要ないかもしれないと示唆しているが、強迫観念の強い症例やひとり親家庭ではより長期の治療が有効としている⁹⁾。第Ⅲ段階で中心となるテーマは、「やせ症に影響されない健康な青年期患者と親との関係性の確立」であり、セッションにおける楽観的で希望に満ちた雰囲気は継続的に青年期の問題に向き合う家族の支えとなる（翻訳書p229-231）。第Ⅲ段階ではAN症状を取り扱わず年齢相応の課題（自立や交友関係）を家族と振り返るが、その中で家族は、子どもが最初に躓いたきっかけに気づき、子どもがANのない生活の軌道に乗っているかを確認することができる。また第Ⅲ段階は、親にとってもうまくいっていることを実感できる時間となるため「ちゃんと終わる」ことが大切である。治療開始時の挨拶と同様に、別離の過程を丁寧に扱うことは重要である（翻訳書p239）。

6. その他

6-1. 余計なことをするチームメンバーのマネジメント（治療システムの課題）

FBTは多職種のチームで行われるが、治療成功のためにはチーム全体が一致団結している必要がある。例えば治療者が親に対して月経回復する体重を目指すことを目標にしているのに、小児科医が現段階で月経は重要ではないと考えていると、戦略は非建設的になってしまう。チームメンバー間の適切なコミュニケーションが両親を協働できるようにするうえで重要である（翻訳書p152）。

6-2. 親のメンタルヘルス、批判的な親への介入（家族の課題）

親が不安症、気分障害、自身の過去の摂食障害など、親自身の困難を抱えて治療に現れる場合、体重回復のプロセスにエネルギーを注ぎ続けることができないこともある。その際は親個人の治療を勧めることが必要かもしれない（翻訳書p153）。ひどく批判的な家庭のANの子どもはそうではない家庭に比べて予後が悪く、親の温かさは治療に良い転帰をもたらす¹⁰⁾。そのため親の批判に対処し、親の対応を温かくさせることはとても大切である。批判の背景には親の罪悪感が存在するため、治療者は治療開始時に親を病気の原因から免責する努力を行う。うまく進まないときは、患者やその症状を無批判に受容する治療者がモデルになることが親の患者への批判を治療的に取り扱う上で最も役立つ。しかしこれには治療者の冷静沈着さが求められる（翻訳書p143-144）。

6-3. 治療者の感情調整（治療者の課題）

親がFBTに疲弊するのと同様に、治療者も親を動かすことができない、治療がうまく進まないときに疲弊する。治療者は自分自身の不満に目を見渡しておき、セッション中には口に出さず同僚との定期的なミーティングで不満が口にできるような場を作ることが大切である（翻訳書p155-156）。FBTでは断固とした、しかし共感的で思いやりのある態度の必要性が強調されている。治療者がこうした態度を保つことが難しいと感じたら、なぜそうなったということに注意深く自己評価し、常にスーパービジョンのもとに問題を修正していく必要がある。

文献:

- 1) Dalle Grave R, et al. A conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. *J Eat Disord.* 2019;7(42):1-9.
- 2) DeJong H, et al. A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2012;45(5):635-47.
- 3) Couturier J, et al. Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Therapist perspectives. *Int J Eat. Disord* (2013) 46(2):177-88.
- 4) Kosmerly S, et al. Clinician adherence to guidelines in the delivery of family-based therapy for eating disorders. *Int J Eating Disord* (2015) 48(2):223-9.
- 5) Lavender KR. Rebooting “Failed” Family-Based Treatment. *Front. Psychiatry* 11:68.
- 6) マリア・ガンシー（著）、井口 敏之、岡田 あゆみ（監修/監訳）、荻原 かおり（監修/訳）：家族の力で拒食を乗り越える—神経性やせ症の家族療法ガイド—. 星和書店 東京 2019
- 7) Pereira T, Lock J, et al. Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Int J Eating Disord* (2006) 39(8):677-84.
- 8) Conti et al. “I’m still here, but no one hears you”: a qualitative study of young women’s experiences of persistent distress post family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders* (2021) 9:151
- 9) Lock J, et al. A comparison study of short and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (2005) 44(7):632-
- 10) Le Grange D, et al. Parental expressed emotion of adolescents with anorexia nervosa: outcome in family-based treatment. *Int J Eat Disord.* 2011 Dec;44(8):731-4.

（大谷良子）

メモ欄

第3章 FBTの応用



I. modified-FBT

FBTの実施においては、定型に従って行うのが基本である。しかし、「人手不足や診療時間の制限を考慮して」を考慮して、プロトコルの一部を変更してFBTを実施している施設は多い。FBTの原則を踏まえながら実際に有効な治療が実施できるという報告も多数認められる(1~4)。またマニュアルにも「厳密な手順が必要とされる研究以外では、臨床家の判断が適応されるべきである」と記載されている(翻訳書p.35)。このようにできるだけマニュアルを遵守して実施するという原則に則りながら、その場の状況に応じて臨床医が工夫を行い、FBTを実施することは認められている。ただしその場合には、前提として基本原則の意義とマニュアルに基づいた実施内容を熟知していることが求められる。特に、①疾患原因の不可知論的視点から、治療上、家族が原因ではないとすること、②飢餓状態の子どもの体重増加を確固として実行する能力のある主体である親に権限を与えること、③家族全体が回復するのに重要な資源であるという見方、④体重以外の分野での、青年期の患者に必要とされるコントロールと自主性を尊重すること、などの原則が非常に重要であるとされている(翻訳書p.35-36)。この原則を省略したり理解せずに変更したりすることはFBTの根本を欠くことになり、治療の失敗につながる。また治療速度と段階もマニュアルに従う必要があり、第I段階として親のコントロールのもとで体重の回復と摂食行動の正常化が行われるまでは、その他の家族力動や青年期の課題について話し合わない(翻訳書p.36)。

治療中にFBTの要素を取り入れて治療を行うことが有効であるいくつかの例を述べる。

I 入院治療でFBTを導入・利用する

家族が付き添うことのできる小児科病棟では、身体的な危機を乗り越えて外来治療に移行する前にFBTを導入することができる。また、食事を捨ててしまうなどの行為のために家族の重点的な見守りが必要になった場合にも利用できる¹⁾。家族が食事に付き添い食事を勧めることを練習しながら、親に食事管理と体重回復の責任を背負ってもらう。この場合は、給食を殆ど摂れない場合を除いてミール・セッションを省略することも可能である。入院中であれば、FBTの治療の前提となる標準体重の70%以上でなくても身体面の安全を医療者が保証できる。よって、親子が継続してFBTを行い必要な食事を摂取できる自信がついた段階で外来治療に移行することも可能となる(図. 入院治療からFBT導入)。

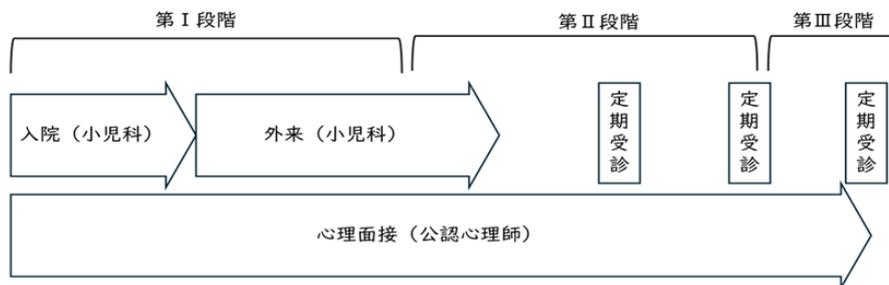


図1 入院治療からFBT導入

なお、家族の付き添いができない小児科病棟や児童精神科病棟では、入院治療によって標準体重の70%程度に回復した退院前の時期に、FBTを開始する。この場合、家族に来院してもらいFBTの導入とミール・セッションを実施し、その後外来でFBTを継続するなどが実際的である。また、必ずしも同居家族全員の参加を求めなかったり、セッション時間の短縮を許容したり、身体管理役の小児科医役割を精神科医が兼任するなどのmodifyを実施していることが多い。

2 小児科医が身体管理にFBTの要素を取り入れて診療を行う

本来FBTはチーム医療で実施することが推奨されており、チームリーダー（児童・思春期精神科医もしくは心理士、ソーシャルワーカー）と小児科医、看護師、栄養士からなる同一施設のメンバーで情報を共有し方針を統一することが望ましい(翻訳書 p.32)。身体管理を担う小児科医が治療方針を十分に理解していないと治療進行に否定的な影響を与える危険性があることはマニュアルにも記載されている(翻訳書 p.152)。しかしながら、現在日本ではFBTに精通している児童精神科医もしくは心理士と小児科医が同一施設で診療を行っていることはまれである。このため、それぞれの時期に治療者が分担して診療することで、FBTの要素を取り入れた治療を行うことができると考えられる。

また、神経性やせ症などの摂食症の治療経験のある小児科医は、身体管理も担いつつ、FBTのチームリーダーとなることができる。ただし、自殺願望が強い症例では早期から、栄養状態の改善後もうつ症状、不安症状、強迫症状や場面緘黙等が持続する症例では、適宜児童精神科医と連携し、精神医学的併存症の評価をすることが望ましい。

第I段階では、必要な食事量を3回の食事と3回の間食で3000kcal程度を摂取し、標準体重の90%を目安に体重を回復させる。これは月経回復の目安となる体重でもある。体重の厳密な数字にこだわる必要はないが、月経回復や認知の改善にはこれ以上の体重が必要となることが多いため「健康な性周期が回復するまではがんばらないといけない」と親子に声をかけていく。この時期に必要な身体管理と栄養指導、疾病教育は、FBTの前提を理解している小児科医にも実施できると考えられる。第II段階からは、徐々に家族から子どもに食事と体重のコントロール権を戻していく、これについては、引き続き小児科医が体重を確認しながら見守りを行うことができると考えられる。

同時に第II段階からは、青年期の課題について振り返ることを始める。これについては一般小児科での実施が難しい場合があるため、スクールカウンセラーや病院の公認心理師などカウンセリングの専門家に介入を依頼することを検討する。その際には「これまで摂食障害に対して本人と家族が協力して立ち向かいFBTを行って身体的には回復傾向にあること、今後、病気の完治を目指すためには摂食障害の背景にある青年期の課題について本人や家族が振り返りをおこなえるようにサポートして欲しいこと、身体的な問題だけでなく今後の社会生活など将来の話をしていただきたいこと」などを申し送り、紹介するのが望ましい。第II段階終了後は、定期的な身体管理（骨粗鬆症や性ホルモン値など長期合併症のチェック）を小児科医が行い、心理面や食行動についてはカウンセリングの専門家に担当してもらい、終結に向けてこれまでの変化を振り返り、青年として社会へ参加することのサポートをしてもらう。

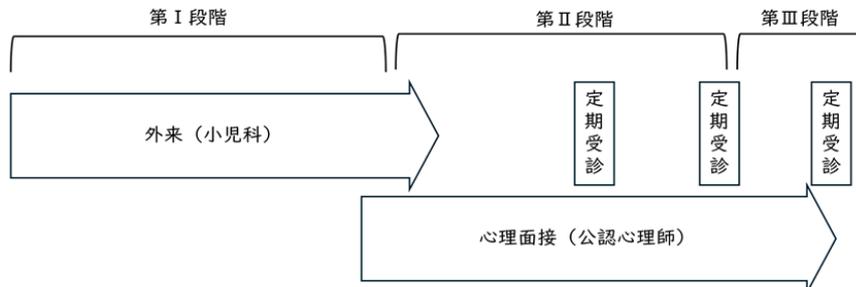


図2 FBT要素を入れた小児科外来診療

以上のように、FBTの要素を取り入れた治療は様々な形が想定できる。また筆者らが所属する岡山大学病院小児科/小児心身医療科では、心身症の専門外来を開設しているが、専任の公認心理師はおらずFBTを依頼することは難しい。このため小児科医のみでFBTの要素を取り入れながら診療を行っている。

以下に当科での実際の診療の様子を紹介する。

- **初診まで：**神経性やせ症もしくは急性発症の回避・制限性食物摂取症と考えられる患者の紹介があれば、1週間（もしくは2週間）以内に通常外来枠とは別に医師1人もしくは2人で行う初診診察（検査を含め約半日）予定を立てる。患者家族へは、「緊急で診察を行うため、この日に必ず受診するように」連絡し予約日を伝える。受診については可能な範囲で両親の来院を依頼するが、きょうだいについては受診を求めない。
- **初診時：**一般的な摂食障害の初診時診察と同様に診断のための面接や検査を行い、病型や病態水準、身体的な状態などを判定する。この時に家族環境を確認し、病前の家族機能に問題がないか（ネグレクト家庭、家族の疾患など）などFBTの実施ができるかどうかチェックを行う。
その後検査結果と身体状態を伝えた上で、摂食障害として治療が必要な状態であることを親子に説明する。その上で「現在、世界的なANの標準治療はFBTであること」を伝え、家族に家族療法ガイド5）を読んで実施するように指示する。初回は2000kcal、その後は体重の回復を確認しながら3000kcal以上に食事摂取量をあげる予定であることを説明し、家族に食事記録表への記載を依頼する。また、FBTが実施できなかった場合入院加療となることも伝える。小児心身医学会ガイドライン6）を元に入院となる体重を設定し、「体重が0kg以下に低下したら入院治療を行う」などと明確に伝え、初診時に入院基準と治療の内容を提示する。
食事についての細かい質問については「お子さんが回復するのに必要と思う食事を準備してください」「カロリー計算アプリなどを使用している人もいますが、やってみて足りなさそうな時は病院から伝えます。悩まれる場合は栄養指導もうけられます」と伝える。
- **2回目以降：**ミール・セッションについては主治医の判断で行うこととしているが、ほとんどの症例で実施していない。

体重の回復が週に0.5kg～1.0kg程度得られるまで、週に1回（30～60分）の診察と

計測を行う。FBT実施状況を確認→子ども面接→家族面接の順に行い。主にFBTの実施状況に焦点を当て、体重増加不良の場合は「摂取量が足りていません」「実施できるまでご家族が見守ってください」などを伝える。また、標準的FBTとやや異なるが、診察時間の制限があること、通常小児科医は保護者から身体管理の専門家として信頼されていることを考慮し、必要な摂取量について具体的に助言することもある。家族が過度に依存しないよう留意しながら、「1日1回〇〇を足しましょう」などを提案する。

- 第Ⅱ段階以降：安定して食事を摂取できるようになり、食行動の問題や不安が減少して標準体重の90%を維持できるようになったら、徐々に家族からの食事の指示を減らし、本人の食事選択の自由度を増やしていく。このころから、学校への登校状況や社会参加、本人の性格傾向などを家族とともに振り返り、心身ともに健康に過ごすための工夫を相談して、治療終結を目指す。

文献：

- 1) 荻原かおり, 他: 神経性やせ症のための家族療法 - Family Based Treatment (FBT). 子どもの心とからだ 日本小児心身医学会雑誌 28(4): 414-416, 2020.
- 2) 宮脇, 大. (2021). 【児童青年期の摂食障害治療アップデート】児童青年期の神経性やせ症に対する家族療法の実践 Family based treatment. 児童青年精神医学とその近接領域, 62(5), 655-665.
- 3) Iguchi, T., (2020). Introduction of family-based treatment to Japan with adaptations to optimize the cultural acceptability and advance current traditional treatments of adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord. doi:10.1002/eat.23405
- Nishiura, S., (2023). Adoption of inpatient family-based treatment for anorexia nervosa: A case report. 4) Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports, 2(2). doi:10.1002/pcn5.89
- 5) マリア・ガンシー (著), 井口 敏之, 岡田 あゆみ (監修/監訳), 荻原 かおり (監修/訳): 家族のカで拒食を乗り越える -神経性やせ症の家族療法ガイド-. 星和書店 東京 2019
- 6) 日本小児心身医学会摂食障害ワーキンググループ: 小児摂食障害診療ガイドライン (改訂第3版) 子の心と身体 32: 396-450

(藤井智香子、岡田あゆみ)



2. Family-Based Treatment for Primary Care (FBT-PC)

●プライマリ・ケア医にとっての神経性やせ症治療

多くの神経性やせ症の子どもや青年は、専門医療機関を受診する前にプライマリ・ケア医を受診する。適切かつ早期に診断を受けたとしても、児童思春期神経性やせ症に対応できる医療機関は限られており、受診までの待機が長いために治療開始が遅れることは重大な課題である。

2023年に実施した全国の1360名の養護教諭を対象としたアンケート調査¹⁾では、66%の養護教諭が摂食障害に関して「近隣に連携・相談できる医療機関がある」と述べており、その中にはプライマリ・ケア医も多く含まれていると思われる。相談を受けるプライマリ・ケア医側としては、神経性やせ症を診療する自信はどの程度あるだろうか？国内の一般小児科医、プライマリ・ケア医を対象とした摂食障害対応に関する大規模な意識調査は行われていない。小児科専門医研修の到達目標²⁾では「よく遭遇するため対応できるようになっておくべき内容・疾患」の中に摂食障害が位置づけられているが、家庭医療専門研修プログラムの経験目標³⁾の中に摂食障害は入っていない。アメリカ中

西部の小児を診療しているプライマリ・ケア医132名を対象とした調査⁴⁾では、摂食障害患者の評価についての自信は平均5.53点（10点満点）であったが、対応に関する自信は5点未満で、摂食障害治療に関する新しい診療技術を身に着けることに関して強い関心を示した。この調査と同時に行われたインタビュー調査⁴⁾において、プライマリ・ケア医にとって時間の制約や経験の不足などからプライマリ・ケアで摂食障害診療を行うことに消極的な意見があることも記されているが、日本も同様の状況であることが推測される。そのような状況であっても、プライマリ・ケアは患者にとってアクセスのしやすさ、早期治療介入など大きなメリットがあり、プライマリ・ケア医は子どもや家族の日常的な健康行動の変容を促すことについて長けているため、方法論を確立することで摂食障害治療を変える可能性がある。そのメリットを生かすために、標準的FBTを基にLebowらが修正を加えたものがFBT for Primary Care (FBT-PC)である。

●FBT-PC^{5,6)}

FBT-PCは摂食障害を専門としない小児科医、家庭医、診療看護師等がプライマリ・ケアの場で神経性やせ症の管理を行いやすいように修正が行われている。FBT-PCの開発段階に参加した実施者は摂食障害診療の経験がほぼ皆無の状態から、事前に4時間の研修を受け、その後も月1回の症例コンサルテーションを継続（途中で遠隔での相談対応も可能）した。FBT-PCではFBTのPhase Iをモデルにしているが、プライマリ・ケアの設定に合わせ、meal sessionを省略し、きょうだい兄弟を参加させることはあまりせず、セッション時間を短くすること（15分-45分）が許容されている。また、標準的FBTではセラピストが体重測定を行うことを基本としているが、実施者と別で看護師が体重測定を行うことを基本としている。こういった修正は、FBT-PC以前に両親とセラピストのみでセッションを行う形式にFBT開発者の1人であるLe Grangeらが発展させ既にRCTも実施していたParent Focused Treatment (PFT)に準じて行われている。FBT-PCでは、栄養士による栄養指導も省略されており、多職種介入としてのFBTとは異なる点も多い。ただし、先に述べたようにFBT-PC実施者は密にコンサルテーションを受けるシステムとなっており、相談を受けているスーパーバイザーとの連携が不可欠であることは重要である。また、FBTの予後良好因子である開始後4週間以内に2.2kgの体重増加が得られない場合には高次機関へ紹介することとなっており、専門機関のバックアップ体制が担保されていることでプライマリ・ケア医にとって過度な精神的負担とならないように実施されている。

●FBT-PCのエビデンス

FBT-PC、標準的FBTを実施したAN患者それぞれ15名の後ろ向きコホート研究⁷⁾では、FBT-PC群80%、標準的FBT群87%で期待体重（患者の成長曲線をもとに2名が盲検的に設定した体重の平均値）の95%を達成し、FBT-PC群67%、標準的FBT群60%で寛解が得られた。FBT-PCの対象者は、初診時に標準的FBT群と同等の体重減少の速度・程度であるだけでなく、多くが他の精神疾患を併存しており、半数近くが向精神薬を内服していたなどの背景を踏まえても、FBT-PCが十分に有効な手段であると言えるであろう。

より簡易化されているFBT-PCが有効であるならば、日本のようにこれから導入が進んでいく地域ではFBT-PCを中心として広めてもよいのではないかという意見があ

るかもしれない。

しかし、この点については注意を要する。FBT-PC開発者のLebowらは、地域のプライマリ・ケアでも実施可能な治療法の開発を、①地域における関心具合の調査、②摂食障害治療の文献レビュー、③実施する摂食障害治療の選択（FBT）、④プライマリ・ケア医や摂食障害・FBTの専門家との間での修正内容の相談、⑤治療方法の修正（FBT-PCの開発）、⑥忍容性試験、⑦開発した治療法（FBT-PC）を実施する、⑧効果検証、と計画的なプロセスに基づいて実施しており、この過程の中で地域の関係者を巻き込んでいる⁸⁾。FBT-PCそのものの導入より前に、専門家からの一方向のアプローチではなく、地域のプライマリ・ケア医の実情を知り協働で修正し作り上げたという過程を見習うことが重要かもしれない。

文献：

1. 作田亮一、日本摂食障害協会：「コロナ禍が10代摂食障害患者に与える影響」および「摂食障害に関する学校と医療のより良い連携のための対応指針」の活用状況のアンケート調査、https://www.jafed.jp/pdf/covid-19/covid19_survey__230604.pdf
2. 日本小児科学会：小児科医の到達目標、https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/mokuhyo_7.pdf（2024年1月1日閲覧）
3. 日本プライマリ・ケア連合学会一般社団法人：新家庭医療専門医制度に基づく家庭医療専門研修プログラムに関する細則、https://www.primary-care.or.jp/file/pdf_file.php?no_chk=1&file=shin-kateiryu_program_saisoku（2024年1月1日閲覧）
4. Lebow, J., Narr, C., Mattke, A., Gewirtz O' Brien, J.R., Billings, M., Hathaway, J., Vickers, K., Jacobson, R., Sim, L.: Engaging primary care providers in managing pediatric eating disorders: a mixed methods study. *J. Eat. Disord.* 9, 11 (2021)
5. Lebow, J., O' Brien, J.R.G., Mattke, A., Narr, C., Geske, J., Billings, M., Clark, M.M., Jacobson, R.M., Phelan, S., Le Grange, D., Sim, L.: A primary care modification of family-based treatment for adolescent restrictive eating disorders. *Eat. Disord.* 29, 376-389 (2021)
6. Gewirtz O' Brien, J.R., Sim, L., Narr, C., Mattke, A., Billings, M., Jacobson, R.M., Lebow, J.: Addressing Disparities in Adolescent Eating Disorders: A Case Report of Family-Based Treatment in Primary Care. *J. Pediatr. Health Care.* 35, 320-326 (2021)
7. Lebow, J., Mattke, A., Narr, C., Partain, P., Breland, R., Gewirtz O' Brien, J.R., Geske, J., Billings, M., Clark, M.M., Jacobson, R.M., Phelan, S., Harbeck-Weber, C., Le Grange, D., Sim, L.: Can adolescents with eating disorders be treated in primary care? A retrospective clinical cohort study. *J. Eat Disord.* 9, 55 (2021)
8. Lebow, J., Sim, L., Redmond, S., Billings, M., Mattke, A., Gewirtz O' Brien, J.R., Partain, P., Narr, C., Breland, R., Soma, D., Schmit, T., Magill, S., Leonard, A., Crane, S., Le Grange, D., Loeb, K., Clark, M., Phelan, S., Jacobson, R.M., Enders, F., Lyster-Mensch, L.C., Leppin, A.: Adapting Behavioral Treatments for Primary Care Using a Theory-Based Framework: The Case of Adolescent Eating Disorders. *Acad. Pediatr.* (2023). <https://doi.org/10.1016/j.acap.2023.08.004>

（北島翼）



3. 児童思春期の回避・制限性食物摂取症に対するFBT

回避・制限性食物摂取症 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) は、2013年に発表された米国精神医学会の診断基準であるDSM-5から精神医学に導入された新しい概念であり、少食や偏食などの食行動異常を背景として、低体重、成長遅延、栄養不足などを生じた状態である。神経性やせ症 Anorexia Nervosa (AN)、神経性過食症 Bulimia Nervosa (BN)とは異なり、ARFIDでは、ボディイメージは正常に保たれ、やせ願望や肥満恐怖はない¹⁾。

典型的なARFIDは体重が低く、栄養不足で、精神症状を生じた男児であり¹⁾、腹痛の既往を有していることが多い²⁾。

ARFIDの類型として、食への関心の欠如 lack of interest in food、感覚過敏に基づく選択性 selectivity based on sensory sensitivity、嫌悪的な結果への恐怖 fear of aversive consequences が検討されており、これらは特定の個人において共存する³⁾。ARFID概念はLaskらが提唱したGreat Ormond Street criteria (GOSC)における諸概念を源流としているが⁴⁾、食への関心の欠如にGOSCにおける制限摂食、感覚過敏に基づく選択性にGOSCにおける選択的摂食、回避的な結果への恐怖にGOSCにおける機能的嚥下障害が概ね対応しているようである。自閉スペクトラム症 Autism Spectrum Disorder (ASD)、注意欠如多動症 Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)、学習障害、不安症、強迫症、インターネットゲーム障害はARFIDに併存しやすいことが知られている^{2, 5)}。

ASDとARFIDを併存診断された幼児・児童・青年に関するシステマティックレビューでは、患児の63%が正常体重であったにも関わらず、ビタミンC欠乏症が70%、鉄欠乏症が18%、葉酸欠乏症が7%、ビタミンB12欠乏症が5%に認められた⁶⁾。これらの栄養素の欠乏は情動易変性、集中困難、眠気、易疲労性などの非特異的症状を引き起こすことがある⁷⁾。医師はこのような症状を生じた患児をアセスメントする際に、ARFID・AN・BNといった摂食障害が併存する可能性を念頭に置きつつ、身長と体重を測定して、食事摂取内容や食行動について網羅的に聴取し、必要であれば、生化学的手法で栄養状態を評価すべきである。ARFIDの治療は外来で行われることが多く、家族療法であるFamily-Based Treatment for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (FBT-ARFID) は栄養状態を改善するための心理社会的介入として選択肢になる。

食への関心の欠如を伴うARFIDの治療

食への関心が欠如したARFIDに対して、FBT-ARFIDでは「体重増加」と「食事時間の短縮」を治療目標とした介入がなされる^{8, 9)}。食への関心の欠如は幼い頃から続いていて、家族は巻き込まれていることが多い。治療者は小食が身体的・社会的な成長に悪影響をもたらしていることについて心理教育を行う。

この類型をFBT-ARFIDで治療するとき、両親は体重回復に焦点づけられなくなることが多い。治療者は小食という問題を扱う際の進歩はゆっくりであることをノーマライズし、子どもの健康が適切な栄養に依存していることを強調し続け、摂食量を増やすための具体的で現実的なゴールを両親が設定することを支援する。

感覚過敏に基づく選択性を伴うARFIDの治療

感覚過敏を伴うARFIDは、他の類型に比べて、神経発達症や強迫症を併存していることが多い¹⁰⁾。この類型に対して、FBT-ARFIDでは「食べられる食品の種類の増加」を治療目標とした介入がなされる^{8, 9)}。治療者は選択的摂食が身体的・社会的な成長に悪影響をもたらしていることについて心理教育を行う。患児・両親・治療者は協力して、Always, Sometimes, Never (ASN) リストを作成し、食物を「いつも食べられる(Always)」「ときどき食べられる(Sometimes)」「決して食べられない(か、食べて欲しい)(Never)」ものに分類する。

治療者の役割は両親の意思決定プロセスを確認して協力させることであり、両親は患児に新しい食べ物を試すように促す。患児自身が曝露のペースを決定するのに関与することはARFIDを外来治療するときの重要な原則の一つであり¹¹⁾、患児は徐々に苦手な食品に曝露される。

嫌悪的な結果への恐怖を伴うARFIDの治療

嘔吐に関する予期不安、腹部膨満感、嘔気、腹痛といった食後の嫌悪的な結果を恐れて食事や食物を回避するARFIDに対して、FBT-ARFIDでは「摂食に関連した不安の減少」を治療目標とした介入がなされて、結果的に体重は増加する^{8,9)}。

この類型に対する治療は神経性やせ症を対象としたFBTに類似しており、ファミリーミールでは、患児は摂食を指示されると、深刻な不安、恐怖、感情の爆発を示し、神経性やせ症を伴う患児の両親と同様に、両親は回避したり、過保護になったり、欲求不満を示したり、敗北主義を表明するといった形で反応する。親が自らの反応を認識し、食べさせることに焦点づけて行動計画を立てて、これらの反応を克服できるように支援する。親は批判的ではない支持的なスタンスで、徐々に、持続的に、恐怖が条件づけられた食品を提示し続ける。ARFIDは心的外傷関連障害、抑うつ症、不安症といった問題をしばしば併存しているが、FBT-ARFIDでは、これらの問題に焦点がそれないように、食事に焦点を保ち続ける。

文献：

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. [高橋三郎, 大野裕(監訳). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014.]
- 2) Bourne, L., Bryant-Waugh, R., Cook, J., & Mandy, W. (2020). Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Research*, 288, 112961.
- 3) Strand, M., von Hausswolff-Juhlin, Y., & Welch, E. (2019). A systematic scoping review of diagnostic validity in avoidant/restrictive food intake disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 331-360.
- 4) 作田亮一. (2020). 子どもの摂食障害の問題点. *女性心身医学*, 24(3), 288-291.
- 5) Seetharaman, S., & Fields, E. L. (2020). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Pediatrics in Review / American Academy of Pediatrics*, 41(12), 613-622.
- 6) Yule, S., Wanik, J., Holm, E. M., Bruder, M. B., Shanley, E., Sherman, C. Q., Fitterman, M., Lerner, J., Marcello, M., Parenchuck, N., Roman-White, C., & Ziff, M. (2021). Nutritional Deficiency Disease Secondary to ARFID Symptoms Associated with Autism and the Broad Autism Phenotype: A Qualitative Systematic Review of Case Reports and Case Series. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 121(3), 467-492.
- 7) Brigham, K. S., Manzo, L. D., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2018). Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. *Current Pediatrics Reports*, 6(2), 107-113.
- 8) Lock, J., Robinson, A., Sadeh-Sharvit, S., Rosania, K., Osipov, L., Kirz, N., Derenne, J., & Utzinger, L. (2019). Applying family-based treatment (FBT) to three clinical presentations of avoidant/restrictive food intake disorder: Similarities and differences from FBT for anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 439-446.
- 9) Lock, J. D. (2021). *Family-based Treatment for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* (1st ed.). Routledge.
- 10) Kambanis, P. E., Kuhnle, M. C., Wons, O. B., Jo, J. H., Keshishian, A. C., Hauser, K., Becker, K. R., Franko, D. L., Misra, M., Micali, N., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2020). Prevalence and correlates of psychiatric comorbidities in children and adolescents with full and subthreshold avoidant/restrictive food intake disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(2), 256-265.
- 11) Białek-Dratwa, A., Szymańska, D., Grajek, M., Krupa-Kotara, K., Szczepańska, E., & Kowalski, O. (2022). ARFID-Strategies for Dietary Management in Children. *Nutrients*, 14(9). <https://doi.org/10.3390/nu14091739>

(鈴木太)



令和3～5年度厚生労働科学研究費
「摂食障害に対する標準的な治療方法、心理的アプローチと
身体的アプローチとその研修の開発及び普及に資する研究
(中里班21GC1013)
小児治療ワーキンググループ FBT研究班