

【特集 メンタルヘルスにおける家族支援の意義】

摂食障害患者の家族支援

Support for the families of patients with eating disorders

小原千郷^{1) 2)}、安藤哲也¹⁾

Chisato Ohara, Tetsuya Ando

はじめに

摂食障害の治療を考える上で、大きく二つの視点から家族支援は欠かせないものである。一つの視点は、家族が患者をケアすることの現実的負担と精神的負担（以下ケア負担）と、それに伴って生じる抑うつや不安・不眠等の精神的健康状態（以下精神的健康）の悪化の問題である。摂食障害、なかでも神経性やせ症（Anorexia Nervosa；以下AN）は、多くが思春期・青年期に発症し、慢性化しやすく、死亡率が高い疾患であり、患者と身近に接する家族は、極端なやせや異常な食行動、問題行動、合併症などに対して、長期間にわたり対応を迫られる。やせを伴わない神経性過食症（Bulimia Nervosa；以下BN）の場合であっても、重症化した場合には過食する食べ物にかかる費用や嘔吐物の処理の問題など、家族が対処に困ることは少なくない。このように摂食障害の患者家族のケア負担は重く、精神的健康を損ないがちであるため、家族自身を支援ターゲットと考え、その負担を軽減する支援が求められている。

もう一つの重要な視点は、患者の予後に関わる因子としての家族である。摂食障害の中でも、特に極端な低体重を特徴とするANの治療として、家族療法の有効性のエビデンスが積み重ねられてきた。最新の米国精神医学会（American Psychiatric Association, APA）のガイドライン¹⁾でも、「家族

に対するサポートまたは家族療法を行う」ことが明確に推奨されている。また、英国国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE）のガイドライン⁶⁾においても、グレードBに該当する治療は、児童思春期の治療における家族への介入だけである。実際、AN患者は病識の低さや体重増加への抵抗感から治療に消極的であることが少なくなく、その際は家族への介入や支援が患者の治療継続や回復への鍵となる。さらに、家族の患者に対する批判的な態度や、患者への感情的な巻き込まれといった感情表出（Expressed emotion、以下EE）が高いことが、患者の予後不良と関連することも指摘されている。したがって、患者の回復の妨げとなる家族のコミュニケーションのパターンを改善したり、患者に適切に働きかけられるように援助したりする家族療法や、家族の患者に対するサポートの質を高める家族支援は、患者の予後改善に寄与するものである。

本稿では、まず、摂食障害の家族のケア負担感や精神的健康、EEに影響を与える因子についての研究をレビューする。次に、家族療法や家族心理教育といった具体的な家族支援の方法を概観する。最後に、本邦における家族支援の実態として、筆者が行う家族心理教育と、家族会の実態調査を紹介し、今後の家族支援の在り方を考察する。

1. 家族のケア負担・精神的健康・EEを改善する支援

患者の家族、特に母親をはじめとする両親や成人患者の配偶者などは、日々患者の世話をやき、精神的なケアする当事者でもある。近年、こうした家族をケア提供者（caregiver）とみなし、その現実的、精神的負担に着目した研究が増加している。

家族の負担を図る指標として、抑うつや不安、不

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

心身医学研究部

Department of Psychosomatic Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

Institute of Women's Health, Tokyo Women's Medical University

眠などの精神的健康、患者の主観的なケア負担（ケア負担感）、そしてEEがしばしば用いられる。EEとは、家族の患者に対する感情表出の仕方であり、批判的なコメントや敵意、感情的な巻き込まれなどが高いと高EEと判定される。これまで主に統合失調症において、高EE家族の元では患者の再発率が高いことと、家族の過剰なEEを下げるような介入を行うと患者の再発率が低下することが報告されてきた¹⁶⁾。

Zabalaら¹⁷⁾は、摂食障害の患者家族のケア負担感、精神的健康状態とEEに関連する尺度を採用した20の文献レビューから、摂食障害の患者家族はケアの負担感を強く感じており、また抑うつ感や不安感が強く、高い確率で精神的健康を害していることを指摘した。またEEについては、摂食障害の家族は患者に対する批判や感情的巻き込まれが強いことが多く、いくつかの研究ではEEが摂食障害の予後に影響するというエビデンスが示されたとしている。加えて、AN患者家族の精神的健康状態は、統合失調症の患者家族と比較してもより悪いという報告もある¹⁴⁾。また、多くの研究で、家族の主観的なケア負担と、精神的健康状態との間には非常に強い関連があることが示されている^{2) 17)}。

家族のケア負担を高め、精神的健康を悪化させる要因として、患者の症状の重さや患者の扱いにくい問題行動に加えて、家族への周囲の人や専門的機関からのサポートが乏しいこと、家族の疾患に対するスティグマや、疾患が精神面や社会生活に与える影響への心配、そして家族自身の不適切なストレスコーピングなどが指摘されている^{2) 17)}。これらは全て欧米における研究によるものであるが、現在筆者らは、本邦におけるAN患者家族のケア負担と精神的健康にかかわる因子の研究を進めている。中間報告の段階ではあるが、2012年8月から2013年12月までに東京女子医科大学病院附属女性生涯健康センターに通院したAN患者の主要なケア提供者69名にアンケート調査を実施したところ、精神健康調査（GHQ-28）にて、精神的な問題を有する可能性の高いとされるカットオフポイント（6/7点）を越えていた者が43名（62.3%）存在した。また、精神的健康の悪化に影響を与える因子として、患者の重症度、患者と接する時間の長さ、ケア提供者の情緒優先のストレスコーピング、周囲からの情緒的支援の乏しさが示された¹¹⁾。すなわち、日本にお

いても欧米での先行研究と同様に、患者をケアする家族は精神的健康を損ないがちであり、また周囲からのサポートの欠如や、不適切なストレスコーピングが精神的健康を損なう可能性が示唆された。

従って、家族のケア負担や精神的健康を改善するためには、周囲からのサポートを増やし、また家族自身の対処技能を高めるような家族支援が必要であると考えられる。

2. 我が国での家族支援の取り組み

これまで述べてきたように、家族の高い支援ニーズと患者の予後への影響力から、欧米諸国における摂食障害治療では、家族療法や家族支援は患者治療に欠かせない部分であり、特に若年のANに対しては非常に重要視されている。しかし、本邦においては摂食障害の公的な専門治療施設が存在せず、医療機関自体が不足するなど⁷⁾摂食障害の治療や医療の体制自体が発展途上にあり、家族への対応も十分であるとはいえない。特に思春期のAN患者の家族が、エビデンスのある家族療法を受けられることは重要であるが、日本では、家族療法が自費負担であることや、家族療法家の不足、家族療法への関心の薄さなどから、すべての家族が家族療法を受けるのは難しいのが現状である。しかし、家族療法や家族支援の重要性は認識されつつあり、日本摂食障害学会監修の「摂食障害治療ガイドライン」でも家族へのアプローチとして、助言や疾患教育といった常識的な家族サポート、専門的な家族療法、患者が受診を拒否する場合の家族のみを対象とした支援、そして家族会などのサポートグループが提唱されている。筆者も、どのような治療体制であれ摂食障害の治療計画にできる限り家族を組み込み、家族に基本的な心理教育やサポートを提供し、必要であれば家族療法を提供することを提案してきた⁹⁾。そこで、ここからは主に、医療機関の外来でのサポートや家族心理教育など、多くの家族に提供できる家族支援の方法について述べていきたい。

本邦の家族支援の進展に大きな影響を与えたのは下坂幸三である。下坂¹²⁾は外来治療の中でも実施可能な「常識的家族療法」を提唱した。その基本は、(1)個人面接と家族が同席する面接を原則として併用する。(2)常に親権を尊重して親の顔を立てる。(3)親の持つ保護機能を信頼し、保護機能の活性化をは

かる。(4) 親の苦衷を汲み、親の不安、焦燥、疲労、怒りの軽減をはかる。(5) 家族療法の技法は理解するが意図的に用いない(強引で作為的な介入はしない)、ということである。このように、外来治療の中で患者と家族の言い分を平等に取扱い、家族が病気の苦しみや痩せの意味を理解して患者の回復を支援できるようにしながら患者の治療を進めていく。下坂の指摘をもう少し大きくとらえると、家族を治療の蚊帳の外にはせず、家族と協力して治療を進めていくことが、医療における家族支援の第一歩であると考えられる。

家族心理教育も摂食障害の家族支援として有効であるとされ、広まりつつあるものである。心理教育とは、疾患に対する正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、疾患の結果もたらされる諸問題・諸困難に対する対処技能を高める技法である⁴⁾。家族自身が力をつけ、自分自身の力で問題や課題を解決できるように援助すること、すなわち家族のエンパワーメントを重視している。単家族に対して実施されることもあるが、困難を抱える家族同士が集まる集団プログラムとして実施されることも多い。家族を対象とした集団心理教育は、一般に家族教室と呼ばれ、知識・情報の共有、日常的ストレスへの対処技能の増大、心理・社会的サポートを基本構造とする。そして、家族を疾患の原因ではなく、むしろ回復に有効なリソースとみなし、家族が治療に肯定的な役割を果たすことを目指している。摂食障害の家族心理教育の有効性に関しては、Geist, R. ら³⁾が、AN患者とその家族を含めた心理教育は、精神症状の改善、体重増加、入院期間の短縮に関して家族療法と同等の効果があつたことを報告している。本邦では上原ら¹⁵⁾が、全5回の家族教室で、家族の苦悩が低減し、病気や症状への巻き込まれが減少し、家族機能の肯定的な変容が導かれたことを報告している。こうした家族心理教育を展開させ、患者の治療の一環として提供していくには、より効率的に実施でき、家族が参加しやすいプログラムを開発する必要があると考えられる。筆者らは、多くの家族を効率的に支援し、治療への理解と協力を得るための心理教育プログラムの開発に取り組んでおり、その実践と研究を次に紹介する。

3. 家族心理教育の一例

筆者らは2003年から東京女子医科大学病院に通院するANの患者家族を対象とした家族教室を実施している。本会の最大の特徴は、短期集中の導入プログラム(1回3時間、全2回、定員6家族)とフォローアッププログラム(年数回、定員なし)を組み合わせていることであり、多くの参加者が気軽に参加でき、また希望者には長期的支援が可能であるという利点がある。心理教育の内容は、大きく情報提供とグループでの話し合いの二つからなる。

本プログラムの目的は、家族の疾患理解を促進し、対処技能を増大させ、治療への理解を向上させる支援を行うことで、家族をエンパワーすることである。その結果、家族が治療に協力的になり、患者に適切なケアを提供することで患者の治療環境の向上することと、家族自身が楽になり、安定した家庭生活を営めるようになることを目指している。

この目標に到達するため、家族に以下の内容を理解し、受け入れてもらうように働きかける。すなわち、1. 家族が発症の原因であるという根拠はなく過剰な罪悪感を抱く必要はないこと、2. 発症後は、家族は強力な支援者であり、家族の協力により予後が改善すること、3. 治療の目標は体重を増やすことだけではなく患者がコーピングスキルを獲得し社会復帰を果たすことであること、4. やせ願望の心理的背景と体重減少が心身に与える影響、5. 望ましい家族の対応指針である。

導入プログラムの構造は、1クールの参加家族は5～6家族で、本人の参加は認めないが、両親以外の家族や親戚などは積極的に受け入れている。スタッフは、医師1名、臨床心理士1名で、1回3時間のミーティングを隔週で全2回行っている。参加家族を入れ替えて年に4～6クール程度実施し、年に20～30家族程度を受け入れている。導入プログラムは、テキストを用いた情報提供とグループディスカッションで構成されている。特に情報提供に重点を置いているが、ただ情報を一方的に与えるのではなく、家族が困っていることを共有し、患者の問題行動の多くが摂食障害特有の症状のせいであることを家族が理解することを重視している。例えば、特定の食品への過剰なこだわりや、家族に食事を強要するなどの行動を、家族は「理解しがたい異常な

行動「家族へのあてつけ」などと捉えがちであるが、それが症状や飢餓の影響として説明できることを知ることは、本疾患の理解の基礎となる。また、治療の目標・方針を共有することで、家族との協力関係を築き、長期にわたる治療の見通しと希望を持てるように工夫している。

一方、グループディスカッションでは、それぞれの家族が患者への対応で困っていることを具体的に引き上げ、その解決方法を話し合う。その際ソリューションフォーカスアプローチや問題解決技法を取り入れた伊藤らの手法⁵⁾を参考に、家族の肯定的な側面を評価し、他家族との共通点を確認しながら問題点と改善の目標を明確にする。そして、既に家族が実行している対応の工夫があれば、それを肯定するとともに、他の参加家族からも、似たような場面での自分の体験や対応の工夫、アイデアを挙げてもらう。この際、医師と臨床心理士もグループの一員として、ともにアイデアを出し、具体的な助言を行う。

2003年の発足から2012年末までに52クルールの導入プログラムを実施した。296家族378名が参加し、その内訳は母親278名(73.5%)、父親82名(21.7%)、その他(きょうだい、祖父母等)が18名(4.8%)であった。また、ドロップアウトは1.4%と低率であり、ほとんどの家族が全2回のプログラムを修了した。そして、家族のアンケート調査からは、この導入プログラムへの参加により、家族の疾患理解と対処技能についての自己評価が向上することが示された⁸⁾。

こうした短期間に集中したプログラムには、実施がしやすく、参加者の負担が少ないという利点がある一方で、心理教育の重要な側面である継続的な社会的支援を提供できないという欠点がある。そこで、希望者には治療の終了まで利用できる、フォローアッププログラムを提供している。マンパワーの不足等の理由で、現在年に3、4回ほどの実施しかできていないが、情報提供に加え、小グループで同じような課題を抱えた家族が話し合ったり、古参の家族が新しい家族を支えたりできるような仕組みを工夫している。

このように、家族同士が集まり支えあう会(以下、家族会)は家族支援において重要な役割を担う。次に筆者らが実施した本邦における家族会の実態調査について報告する。

4. 本邦における摂食障害の家族会の実態調査

家族会とは共通の問題や疾患を抱えた家族が集まって相互支援を行う会であり、本邦では1980年代後半から、摂食障害の家族会の報告がみられる。

筆者らは家族会の活動実態を把握するため、文献・インターネットによる検索と全国の精神保健福祉センターへの電話での聞き取り調査を実施し、そこで情報が得られた家族会を対象に活動実態のアンケート調査を実施した¹⁰⁾。質問内容は、家族会の所在地、主催者、創設から調査時までの継続年数、開催時間や回数等の会の枠組み、参加者、会の目的と活動内容、開催場所、その他の会の特徴であった。また、主催者に対して、他の家族会との連携の希望を尋ねると共に、家族会を開催するメリットと、運営上の困難や課題について意見を求めた。

調査の結果、全国で50の家族会の活動が確認され、その内49(回収率98.0%)の会がアンケートに回答した。家族会の所在地を図1に示すが、地域による偏在が大きく、関東などでは複数の家族会の選択肢がある一方で、地域によっては家族会への参加が非常に難しいことがうかがわれた。

主催者の内訳は、家族などの当事者が主催するグループを自助グループ、専門家が主催もしくは中心的役割を果たしているグループをサポートグループとして分類すると、自助グループが19(38.8%)、サポートグループが30(61.2%)であった。

家族会の継続年数は、平均11.3年(SD = 6.5、1年未満~27年)であった。10年以下の会が24(49.0%)、11年から20年の会が23(46.9%)、21年以上の会が2(4.1%)であった。1回あたりの平均実施時間は2.6時間(SD = 0.9)で、最小1時間から最大6時間であった。過去一年間の開催回数は、平均13.7回(SD = 10.9)で、最小2回から最大60回とばらつきが大きかった。家族会の一回あたりの参加人数は、平均9.7人(SD = 7.0)で、最小2.5人から最大37人であった。参加した家族メンバーの内訳は、母親が約85%、父親が約13%、その他が約2%であった。

家族会の主な目的を尋ねたところ、参加者同士で支えあい励ましあい助け合う「相互支援」が48(98.0%)、摂食障害について勉強し知識を得る「学習」が43(87.8%)、社会に対して働きかけ医療や



図1. 全国の家族会の分布

福祉の充実などのための活動をする「社会的運動」が8 (16.3%) であった。9割近くの家族会が相互支援と学習の両方を目的としている一方、社会的運動を目的とする会は少なく、今後このような活動が展開されていくかどうか注目される。

家族会の活動内容を、摂食障害について勉強し知識を得ている「学習」、参加者同士が自由に情報交換やおしゃべりをしている「自由交流」、テーマやルールを決めて話し合いをしている「ディスカッション」、専門家による家族への講演・心理教育を行っている「講演・心理教育」、レクリエーションなどを開催し、親睦を深めている「レクリエーション」、その他の6項目で尋ねたところ、「学習」を行なっている会がのべ37 (75.5%)、「自由交流」が33 (67.3%)、「ディスカッション」が30 (61.2%)、「講演・心理教育」が30 (61.2%)、が「レクリエーション」が5 (10.2%) であった。その他の活動等としては、会報の発行や他のグループとの交流などが挙げられた。多くの会が何らかの学習と交流の機会を併用していた。しかし中には、参加者同士が自由に情報交換やおしゃべりをする自由交流だけの会も存在し、逆に自由交流はせずに学習がメインの会や、参加者が順番に自分の体験を話し他の参加者はそれを傾聴するなどルールに沿って運営されている会もあった。こうした家族会の特徴や内容は、主催者が専門

家であるか家族であるかによっても異なっていた。

次に専門家が主催するサポートグループの特徴を述べる。30のサポートグループにおいて、運営に関わる専門家の平均人数は4.3人 ($SD = 3.2$, 1人～12人)、家族会1回当たりの参加人数は平均2.8人 ($SD = 1.5$, 1～6人) であった。専門家の職種は多い順に、心理士、医師、看護師、精神保健福祉士 (PSW)、保健師、栄養士であり、また多職種で連携している会が8割以上を占めた。医療機関がその機関に通院する患者家族を対象に実施している会が多い一方、精神保健福祉センターや保健所の主催する会や、いくつかの機関から有志の専門家が集まって主催している会もあった。サポートグループのうち心理教育を実施している会は76.7%であったが、その回数間隔や開催時間などの枠組みにはばらつきが大きかった。電話で聞き取った活動実態からも、一定の方法が確立されているというよりは、各専門家が家族会の方法を模索中であり、様々な試みがなされていると考えられた。

家族会を開催するメリットと運営の課題について主催者に尋ねたところ、メリットについては、家族のニーズの高さを感じることで、家族 (親) の孤立感を軽減できること、共感や安心感を得られること、家族が変わることで患者に良い影響があること、人の役に立つことが自己肯定感につながるなどが挙

げられた。またサポートグループに特有なメリットとして、診療では聞けない親の気持ちや家族の様子がわかること、スタッフの連携や士気が高まり、研修の場になることなどが挙げられた。運営上の困難や課題として最も多く挙げられたのは、マンパワーの不足であった。他には参加者のニーズの違いへの対応、参加者の定着を促すこと、土日の開催、費用の問題などが挙げられた。特に自助グループでは、会場の確保が困難なこと、運営や事務の協力者が不足すること、運営の後継者の確保が困難なことが挙げられた。

本研究から、家族会の数は増加傾向にあるものの、その活動実態には大きなバリエーションがあり、地域により偏在が大きいことが分かった。家族会の取り組みをますます発展させるには、家族会同士の情報交換や交流を促進し、効果的で実施しやすい家族会の方法を模索することが必要であると考えられた。

終わりに－家族支援の充実のために 必要なこと

これまで見てきたように、摂食障害における家族支援は、家族自身の精神衛生のためにも、そして患者の治療環境や予後の向上のためにも非常に重要なものである。家族支援の充実のために必要なことを医療面とそれ以外の社会的サポートの面からまとめてみたい。

医療的な観点から考えると、まず重要なことは摂食障害の診療体制の充実自体が家族支援の基礎となることである。先に述べたように、公的な専門治療機関が存在しないなど、摂食障害の治療は発展途上である。加えて、ANは命に係わる疾患であるにも関わらず病識が乏しく、またBNも嗜癖化等の問題から本人が受診をしたがらないことが多く、家族が医療機関受診へのイニシアチブを取らざるを得ないことが多い。こうしたときに、適切な治療を受けられないままに家族だけで摂食障害患者を長期間抱えたり、受診のために遠方まで出向いたりせざるを得ないことは、家族の大きな負担になるだろう。筆者らが2011年に行った東京都の高校の養護教諭に対して行ったアンケート調査¹³⁾でも、疑い例を含むAN患者の約1/3が未受診であり、また紹介できる専門医療機関の少なさが問題として挙げられた。これは比較的専門医療機関が多い首都圏での調査結果

であり、専門的治療機関が少ない地方では、問題はより一層深刻であることが推測できる。こうした現状から2013年には摂食障害の治療環境の改善を求める約24,000筆の署名が厚生労働省に提出され、2014年から厚生労働科研費補助金の「摂食障害の診療体制整備に対する研究」が発足するなど、診療体制の整備に対する取り組みが始まっている。このような流れを推進し、摂食障害の診療体制を整えること、そしてその中に情報提供や疾患についての心理教育や家族療法などの充実した家族支援が盛り込まれていくことが重要であろう。

加えて、医療以外の社会的サポートの充実も必要であろう。第1章で述べたように、家族のケア負担を減らし、精神的健康を改善するためには、社会的サポートを増やし、摂食障害に対する偏見を改善し、そして家族のコピーングスキルを向上する必要がある。自助的なものであれ、専門家がサポートするものであれ、家族会はこうした社会的サポートを提供する資源となり得るものである。現在も、多様な家族会が全国に存在していることが明らかになったが、今後はより効果的・効率的なサポートグループの在り方を探る研究の実施や、サポートグループの標準的なマニュアルの作成などを通じて、こうした取り組みを促進していくことが必要であると考えられる。また、摂食障害に対する社会的認知を広げ、偏見をなくしていく事も必要であろう。2013年より、摂食障害学会の前後1週間を「摂食障害ウィーク」とし、本疾患を多くの人に正しく理解してもらうための啓蒙活動が始まっているが、いくつかの家族会もこの活動に参加し始めている。こうした活動を通じて、家族同士の連携を促進し、また家族をエンパワーしていく事も広い意味での家族支援に含まれるだろう。

最後に、摂食障害の家族支援は非常にニーズが高く、また患者の予後改善にとっても重要なものである。家族のニーズを明らかにし、家族が必要な支援を得られるようになるための研究と実践が今後も必要な課題である。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Treatment of patients with eating disorders (third edition) . Am J Psychiatry 163: 4-54, 2006.
- 2) Anastasiadou D, Medina-Pradas C, Sepulve-

- da AR et al: A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eat Behav* 15: 464-477, 2014.
- 3) Geist R, Heinmaa M, Stephens D et al: Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry* 45: 173-178, 2000.
 - 4) 後藤雅博 (編): 摂食障害の家族心理教育. 金剛出版, 東京, 2000.
 - 5) 伊藤順一, 馬場晶子: 解決志向・相互作用モデルによる摂食障害グループ. 後藤雅博(編): 摂食障害の家族心理教育, 金剛出版, 東京, pp.179-206, 2000.
 - 6) National Collaborating Center for Mental Health: National Clinical Guideline CG9 Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Related Eating Disorders. 2004. <http://www.nice.org.uk/>
 - 7) 日本摂食障害学会 (監修), 「摂食障害治療ガイドライン」作成委員会 (編集): 摂食障害治療ガイドライン. 医学書院, 東京, 2012.
 - 8) 小原千郷, 鈴木 (堀田) 眞理: 神経性食欲不振症心理教育の患者家族に対する効率的なプログラムの開発 - 短期集中・情報提供型の家族教室. *家族療法研究* 27: 82-89, 2010.
 - 9) 小原千郷: 神経症性障害の治療ガイドライン 疾患別項目 摂食障害の家族療法と家族支援. *精神科治療学* 26 増刊: 257-260, 2011.
 - 10) 小原千郷, 鈴木眞理: 本邦における摂食障害家族会の実態調査. *心身医学* 54: 165-173, 2014.
 - 11) 小原千郷, 安藤哲也, 小牧元他: 神経性食欲不振症のケア提供者の精神的健康に関連する因子の検討. *心身医学* 54: 581, 2014.
 - 12) 下坂幸三: 常識的家族療法. *精神神経学雑誌* 93: 751-758, 1991.
 - 13) 鈴木 (堀田) 眞理, 小原千郷, 堀川 玲子他: 東京都の高校の養護教諭へのアンケートによる神経性食欲不振症の疫学調査. *日本心療内科学会誌* 17: 81-87, 2013.
 - 14) Treasure J, Murphy T, Szukler G et al: The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36: 343-347, 2001.
 - 15) Uehara T, Kawashima Y, Goto M et al: Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Compr Psychiatry* 42: 132-138, 2001.
 - 16) Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C et al: A review of expressed emotion research in health care. *Clin Psychol Rev* 20: 633-666, 2000.
 - 17) Zabala MJ, Macdonald P, Treasure J: Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: a systematic review. *Eur Eat Disord Rev* 17: 338-349, 2009.