

【特集 リカバリーを考える ―危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか―】

摂食障害におけるリカバリー

Recovery of eating disorders

安藤哲也¹⁾

Tetsuya Ando

はじめに

摂食障害 (ED) は摂食行動あるいは摂食に関連した行動の持続的な障害がある生物学的な基盤をもつ重篤な精神疾患で、頻度が高いコモンディージーズである。ED は身体・行動・認知・情動レベルで特有の症状・病理を有する。ED は身体的、精神的健康や心理社会的機能に深刻で広範な長期にわたる障害をもたらす可能性がある。ED からの回復にかかる期間、最終的な回復のレベル、回復に影響する要因は個人差が大きく多様である。本論では、ED のリスク要因や素因、発症のプロセス、病態が維持される仕組み、合併症・併存症や心理社会的機能の障害、予後について概観し、ED が回復にいたる道筋と、ED の回復とは何かについて論じる。

摂食障害とは

ED は摂食行動あるいは摂食に関連した行動の持続的な障害があり、その結果、食物の消費量や吸収量に変化し、身体的健康や心理社会的機能が著しく障害される、慢性、再発性に経過する精神疾患とされている。DSM-5 の診断基準では、DSM-IV で「幼児期または小児早期の食行動障害および摂食障害」に分類されていた「異食症」や「反芻症」「回避／制限性食物摂取障害 (ARFID)」が「摂食障害」とともに「食行動障害および摂食障害群」に統合された。従来からの ED は、「神経性やせ症 (AN)」、「神経性過食症 (BN)」、「過食性障害 (BED)」の3つの主要な診断カテゴリーと、これらのいずれの診断

基準を満たさない、「他の特定される食行動障害または摂食障害 (ORFED)」から構成される¹⁾。

ED の食行動の異常は、食事を制限して、健康な体重よりも低い体重を維持すること (やせ、自己飢餓)、短時間に大量の食物を食べることを繰り返し、食べることをコントロールできない感覚を伴うこと (過食)、体重増加を防ぐための自己誘発性嘔吐や下剤乱用、絶食、過度の運動、薬物使用などの (不適切な代償行動) を繰り返すことの、三つの主要な症状の組み合わせである。不適切な代償行動のうち、自己誘発性嘔吐や下剤乱用は排出行動と呼ばれる。単純化すれば、やせがあれば AN、やせがなくて過食と不適切な代償行動があれば BN、過食のみで、やせも不適切な代償行動もなければ BED に分類される。AN は過食あるいは排出行動を伴う過食・排出行動 (ANBP)、過食や排出行動を伴わない制限型 (ANR) の二つのサブタイプに分類されている²⁾。

ED の食行動異常の背景にはやせ願望や肥満恐怖、ボディーイメージの障害、体重・体型、食事とそのコントロールへのとらわれなどの特有の中核的精神病理が存在する。この病理は AN と BN に共通で、BED の半数程度にもみられる。個々の患者の経過をみると、診断分類間の移行 (diagnostic crossover) が稀ではない。たとえば制限型の AN 患者の約半数は経過中に過食を始め、非定型の ED や、過食・排出行動の AN や BN に移行する。頻度は少ないが BN で発症して過食・排出行動の AN に移行する場合など、いくつかのパターンがある。そのため複数の種類の ED があるのではなく、ひとつの ED として見るべきであるという考えかた (超診断学的理論) が提唱されている³⁾。

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 ストレス研究室長

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

摂食障害のリスク、素因

ED は遺伝的要因と環境要因が関与する多因子疾

患である。発症のピークは10代後半で、女性に多いが、年齢、性別、人種、民族、体型・体重、性的嗜好、経済力、社会的地位によらず誰でも罹る可能性がある。発症のリスクとして、女性、青年期・成人期早期、西欧型社会であること、家族歴に摂食障害、うつ病、薬物乱用、肥満があること、環境要因として周産期異常（未熟児等）、性的虐待、家族のダイエット、家族その他からの食事や体型、体重についての批判的なコメント、やせることが要求される職業（例：モデルやダンサーなど）やスポーツなどがあげられる。ED患者の病前の特徴としては、自尊心が低いこと、完璧主義の傾向、不安が強い傾向ないしは不安症、肥満（BNの場合）、初潮が早いこと（BNの場合）などが報告されている。なお、以上のようなリスク要因がなくて、EDを発症しうることを付け加えておく⁴⁾。

摂食障害の発症前

ANであれBNであれ、少なくとも一時的な体重の低下が発症の契機となることが多い。強度のダイエットで3年以内のED発症リスクが18倍、中等度のダイエットで5倍に上昇すると報告され、絶食など極端なダイエットがより危険である。意図的なダイエット以外にも、胃腸障害や手術など、あるいは理由がわからない摂取量の減少、体重低下が契機となる場合もある。他の精神疾患の存在もダイエットと独立のリスクと報告されている⁵⁾。

Sticeらは、496名の青年期女性を8年間前向きに経過観察し、身体への不満が上位24%の群ではED発症リスクが4倍に上昇すること、抑うつが存在がリスクを増幅すること、一方、身体への不満が低い群でも、ダイエットがあるとリスクが上昇することを報告した⁶⁾。

発症の前後を患者に振りかえってもらうと、発症以前から、体重・体型・食事に対して敏感になる出来事や状況が報告されることが多い。例えば、もともと体型が太めで気にしていた、他人から容姿や体型をけなされた、などである。わが国では、「瘦身理想の内面化」が浸透し、若い女性の大部分が自分の体重・体型に不満を持っているといわれており、特別な出来事がなくても体重・体型・食事に敏感な状態かもしれない。思春期の女性的な体型への変化は、「太った」と誤認されることがある。

発症の直前には、何らかの非特異的なストレス状況がみられる場合も多い。例えば、転居や進学、家族構成の変化や、学業、友人関係、親子関係の問題などで、内面的にも生きづらさや、挫折感を抱えていたことが推察される。

やせることは一時的には肯定的な感覚をもたらす可能性がある。例えば、不安や不快感が減少したり、高揚感や達成感、自己コントロール感を得られたり、誉められたり、優越感を持ったりなどである⁷⁾。

摂食障害の発症

俗にダイエットの95%は失敗すると言われているように、ほとんどの場合、生理的な食欲・体重調節機構の働きで、食欲、食物摂取が増加し、体重は回復していく。その中で、一部の者がダイエットにさらにのめりこみ、摂取量を減らし、体重を落とすしていく。

一方、生理的な食欲、食事摂取の増加と、体重の回復に対抗するため、嘔吐や下剤乱用などの排出行動や、その他の不適切な代償行動を覚え、繰り返す一群も出てくる。

食事制限、過食、不適切な代償行動の結果、低体重になるか、正常体重以上に留まるかはエネルギーの摂取量・吸収量とエネルギー消費量のバランスによって決まってくる。

摂食障害が維持される仕組み

やがて食行動の異常は、多かれ少なかれ、自律性をもちはじめ自己永続的な悪循環の状態に陥り、患者は食行動のコントロールを失っていく。

Kayeらが提唱したANの神経生物学的モデルでは、もともとEDに感受性のある特性、例えば不安の強さ、強迫性、完璧主義、成果志向、損害回避の強さ、罰への感受性などを持っている個人が、思春期の脳の発達、内分泌変化、ストレス、文化要因にさらされることによって不快感や不安が増加したときに、ダイエットによって、不快感や不安の低下を経験するが、体重減少による神経系の生物学的変化が、否認、頑固さ、不安、抑うつ、強迫性など特性をさらに強め、さらにダイエットを促し、体重を一層減少させるという悪循環を想定している⁸⁾。

実際、ED患者では脳の機能変化が報告されてい

る。セロトニン系の機能はAN患者では低体重期は低下、回復期は上昇している一方、BN患者では病期、回復期とも低下していることや、ドパミン系の機能変化、HPA軸の反応の亢進が報告されている。脳の構造的変化（灰白質、白質ボリュームの変化）、セロトニン、ドパミン受容体の結合能の変化、神経回路の異常（不安ネットワーク、報酬系、内受容性知覚）が報告されている。これらの脳の形態的、機能的な変化がED病態とどう関連するのか、特性なのかそれとも、低体重による二次的なものか、回復するのか、回復にどのくらい期間を要するのかなど解明すべき問題は多い⁸⁾。

FairburnらはEDの維持の超診断的理論（transdiagnostic model for maintenance of eating disorders）を提唱した。彼らは、EDは認知障害であり、EDの中核病理は自己評価において食事、体型や体重、これらのコントロールについての重要性を過大評価していることとした。そのために、厳格な食事制限や体重調節行動を行う結果、過食を起しやすくなる。過食をすると、今度は、体重が増加する恐怖から、嘔吐や下剤乱用などの排出行動をする。排出行動することで、さらに次の過食が起きやすくなる。また、過食したことで食事や体重のコントロール、体重調節行動をさらに強化するという悪循環が形成される。一方、低体重があると常に食欲にドライブがかかるだけでなく、飢餓症候群によってこだわりや強迫性を強めることになる。こうして食事制限、過食、排出行動は延々と繰り返されることになる。彼らは気分不耐性や対人関係のストレス、中核の低い自尊心、病的な完全主義などの外的要因も症状を維持して変化を妨げている場合があるとしている³⁾。

なお、フェアバーンらは超診断的理論に基づき、摂食障害の認知行動療法改良版（Enhanced cognitive behavior therapy, CBT-E）を開発した³⁾。この治療法は、EDの維持機構のそれぞれに対処するモジュールからなり、基本は外来での個人心理療法であるが、入院版も開発されている。全てのEDに適用でき、また改善が早いのが特徴で、BNには最も効果が高く（寛解率約60%）⁹⁾、ANでも他の治療法と同等以上（寛解率30%）と報告され、1年後フォローアップでも寛解が維持されるとしている¹⁰⁾。

Treasureらは、ANの認知-対人関係維持モデル（cognitive-interpersonal maintenance model for anorexia nervosa）を提唱している。彼女らの理論

は複雑であるが、AN患者は特性としてセントラルコヒアランスの弱さを伴う実行機能の障害や、セットシフティングの障害を伴う認知柔軟性の欠如、強迫的な傾向をもち、そのような特性が低体重による脳の栄養不足で増強されること、AN患者は社会的認知や感情調節に広範な障害をもつこと（一部は飢餓の影響によるとしている）、そのことが社会的コミュニケーションのシグナルを送ることや、解釈する機能を低下させ、孤立に至ること、また家族の患者に対する批判や敵意、過保護などの高い感情表出 expressed emotion を伴う反応を惹起し、問題を悪化・持続させることなどを指摘している¹¹⁾。

その他の維持要因

社会文化的小および環境的な病態の維持要因として、精神的な外傷、ネグレクト、PTSD、文化的要因や社会的強化、家族機能不全などが指摘されている。またEDやその症状が適応的な機能を果たしているという考え方が古くからあり、成熟恐怖や性的葛藤への対処、構造や予測可能性・コントロールの提供、自己同一性の強化、逃避・回避・麻痺、否定的な自己の処罰、気分の障害への対処、ストレスの緩和と不安への対処などの機能があげられる。初めからこのような効果を狙ってEDになったとは考え難く、経過の中でEDがこれらの機能を担うようになったものと思われる¹²⁾。

飢餓症候群

飢餓は、食物に対する態度、行動、感情や社会性、認知、身体に影響する。Keysらによる1950年の有名な飢餓実験によれば、健康な男性でも半年間食事を半減することで、食物に対する態度と行動の変化（食事に没頭する、料理やレシピの夢中になる、コーヒーやお茶、香辛料を多くとる、異常や食習慣やむちゃ食いなど）、感情と社会性の変化（抑うつ、不安、過敏、自尊心の低下、精神病的エピソード、引きこもり）、認知の変化（集中力、判断力の低下、感情鈍麻）、身体的変化（睡眠障害、脱力、胃腸障害、音や光への過敏、浮腫、寒がり、代謝の低下、性的興味の低下、皮膚の乾燥、脱毛、産毛）などが生じ、これらの飢餓の影響は再栄養後も長期間続くことが報告されている¹³⁾。AN患者はもちろんのこ

と、BN患者であっても食事を制限している場合には、多かれ少なかれ飢餓の影響下にある。飢餓の影響下では、食事のコントロールは難しく、心理療法的アプローチの効果も上がりにくい。

摂食障害の身体合併症

飢餓、栄養障害は脳を含む全身の臓器に深刻なダメージを与える。身体合併症の全てをここに述べることはしないが、代謝が低下し、脈拍、血圧、体温は下がる。消化管の機能が低下し、腹部膨満や便秘になり、ますます食べられなくなる。脳や、心臓を含む全身の筋肉は委縮し筋力が低下する。骨密度は減少し、若くして病的骨折をおこす。生殖機能が低下する。貧血になる。免疫力が低下する。低血糖による脳障害や骨粗しょう症のように、EDから回復しても、後遺症として残ってしまうものもある。過食や嘔吐・下剤乱用などの排出行動は、体液や電解質のバランスを乱し、不整脈の原因となり、長期的には腎臓機能を低下させる、過食や嘔吐は消化管にダメージを与える。ED罹患が長期化するとともに死亡する患者も増えていく。最近のドイツの病院での5839名のED入院患者を平均20年以上、長期間フォローした研究では、225人の死亡が観察され、ANの標準化死亡率(SMR)は5.34、BNは1.49、BED1.50、特定不能の摂食障害(EDNOS)2.39であり、死亡時の平均年齢はANが36才、BNが42.2才、BED54.9才、EDNOS43.5才であったという。死因はANの2/3、BNの1/2が病死であった¹⁴⁾。今後さらに長期のEDの予後が明らかになるであろう。

摂食障害の精神科併存症

ED患者は気分障害や、不安障害、パーソナリティ障害、自閉症スペクトラム障害、アルコール薬物乱用などを併存していることが多く、半数近くに何らかの精神疾患を併存しているとされる¹⁵⁾。併存症は、ED発症に先行する場合、ED発症後に起こる場合、EDの症状が軽快するとそれに伴って消失することもあれば、入れかわって顕在化してくるなど、パターンはさまざまである。ED患者は自殺のリスクが高い。ANの自殺による死亡率は一般人口の31倍、BNは7.5倍と報告されている¹⁶⁾。

摂食障害による心理社会的機能の障害

社会的機能の障害はしばしば大きい。健康障害によるだけでなく、食べ物や食事、外見へのこだわりは、会食、対人関係や社会生活を困難にし、引きこもりがちになる。体重や体型、食事に関することが自己評価の中心となり、それ以外の活動が隅に押しやられてしまう。年齢相応の経験を積むことができない。学業・職業の遅れ、結婚・妊娠・出産への悪影響、経済的な依存が指摘されている¹⁷⁾。内面的にも体重や食べ物のこと頭の中が占められ、集中力や認知機能が低下し、眠れない。気分は不安定になる。過食と嘔吐で消耗し疲れてしまう。自己嫌悪で、もともと低い自尊心はさらに低下する。過食や下剤に費用がかかる。月に何万円、何十万円も出費することも珍しくない。家族とは食べることをめぐって葛藤や争いを生じやすい。家族の精神的負担やケアの負担は非常に大きい。

摂食障害の自然歴

摂食障害の自然歴について、Keski-Rahkonenらが、1975年から79年の出生コホートから抽出した2881人の女性を22-28歳時にスクリーニングした研究がある。スクリーニング陽性の292人に診断面接を行ったところ、DSM-IVのANの生涯有病者数は55人、生涯有病率は2.2%、無月経でないものも含む広義のANの生涯有病者数は107人、生涯有病率は4.2%であった。発症から5年以内の臨床的回復率(体重と月経が回復し、過食と排出行動が少なくとも1年間の消失している割合)は狭義のANで66.8%、広義のANで69.1%であった。臨床的回復後の残遺症状について、BMIと心理的なアウトカム(やせ願望、過食、身体不満、完璧主義、不安、自尊心、心身症状)と社会的機能(職業、教育、出産歴、婚姻または同棲)、を対照群(非罹患の双生児姉妹, co-twin)と比較した。心理的なアウトカムは身体と食行動異常が回復した後、徐々に改善し、臨床的回復が5年後には全ての指標が対照群と差がなくなった。社会的機能も回復群では対照群と差がなかった。約半数はヘルスケアシステムに検出されておらず、検出の有無はアウトカムに関連しなかった¹⁸⁾。

Keski-Rahkonen らは、同様に BN についても同じ出生コホートで、42 人が狭義の BN、59 人が広義の BN であったと報告した。BN の生涯有病率は狭義で 1.7%、広義で 2.3% であった。狭義の 31%、広義の 24% が過去に AN の時期を持っていた。5 年後の臨床回復率（一年間の過食、嘔吐の消失と BMI19 以上の回復）は狭義で 57%、広義で 55.0% であった。3 分の 1 だけがヘルスケアに検出されていた。検出はアウトカムに関連しなかった。臨床的回復後は、AN と同様に心理的なアウトカムは徐々に減少したが、5 年後でもボディーイメージ障害や心身の症状は対照群より高く、また、婚姻・同棲歴が少なかった。

これらの結果は、一般人口においてはヘルスケアに検出されず治療を受けない場合でも、AN の約 2/3、BN の半分強が 5 年以内に身体・行動の回復に至り、さらに約 5 年かけて心理的回復（ED の精神病理 + α ）が得られること、また回復した例では社会的機能も健常者と顕著な差がないことを示している。一方で、AN の 1/3、BN の半分弱が 5 年経っても自然には回復しないことも示している¹⁹⁾。

臨床例の回復

Steinhausen HC は 20 世紀後半の 119 研究 5990 例の AN でフォローアップ時の死亡率やアウトカムを総括した²⁰⁾。研究により対象や方法、治療的介入、アウトカムにばらつきがありフォローアップ期間も 1 年から 19 年と幅があるが、全体としてフォローアップ時 46.9% が回復、33.5% が改善、20.1% が慢性化していた。5.0% が死亡していた。フォローアップ時の併存症は気分障害 24.1%、不安障害を含む神経症性障害 25.5%、強迫性障害 12.0%、統合失調症 4.6%、物質関連障害が 14.6%、人格障害は特定不能または境界性が 17.4%、演技性が 16.6%、強迫性が 31.4% であった。すなわち、フォローアップ時に約半数が ED あるいは他の併存症あるいは両方を有していたという厳しい結果である。フォローアップ期間 4 年未満では回復 32.6%、死亡 0.9%、4 - 10 年で回復 47.0%、死亡 4.9%、10 年を越えると生存例では回復 73.2% が回復、8.5% が改善する一方、13.7% が慢性化しており、死亡は 9.4% であったという²⁰⁾。彼らは 2009 年にも、79 研究、5653 人の BN の予後と予後要因を解析した²¹⁾。フォローアッ

プ期間は半年から 12.5 年で、45% が回復、27% が部分回復、23% が慢性・遷延性の経過をとっていた。粗死亡率は 0.32% であった。フォローアップ期間 4 年未満で回復が 39.2%、改善が 32.2%、慢性化が 26.9%、他の摂食障害の診断への移行は 0.8%、4 年を越えると回復は 66.6%、改善は 21.6%、慢性 11.9% であった²⁰⁾。

他の報告も含めて、臨床例の回復率は一般人口のそれよりも低く、死亡率は高い。また、ED では他の精神疾患が高率に併存することが示されている。

回復を予測できるか

ED の予後因子が報告されている。Valle らの治療アウトカム予測のレビューによると、過食、嘔吐、過剰な運動などの症状の数が少ない、罹病期間が短い、BMI が高い、併存症が少ない、自尊心が高い、対人関係スキルがある、回復への動機づけが高い、家族の問題が少ない方が予後は良く、体重の抑制（元の体重からの減量の程度）が大きく、過食と嘔吐、抑うつ症状があり、衝動性が高く、精神科合併症があり、動機づけが低いとドロップアウトしやすい。しかし、これらの要因の効果量は小さく、初診の段階で、その患者がその後どういう経過をとるかを予測できない。一方、治療早期の反応、たとえば早期の体重回復の程度や、認知行動療法の場合では最初の 7 週間の改善の程度が、予後を比較的予測する ($r=0.4$ 前後)。つまり治療してみて早期に改善の兆しがみえなければ、ある程度長期化することを覚悟しなければならない。Valle らは、予後の改善のためには、不良な転帰やドロップアウトが予測される患者を同定し、あらかじめ対策を立てること、早期の症状の改善の達成を目指すこと、患者の変化への動機づけや自信に焦点を当てること、を提案した²²⁾。

罹病期間が短い方が予後に関係するというのは多くの研究で共通してみとめられており、発症後早期に適切な（エビデンスのある）を介入した方が回復の可能性が高いであろうというのが多くの専門家の一致した意見である。単に罹病期間が予後に関係するというだけでなく、罹病期間が長くなるほど、過食や嘔吐をする割合が増えていく²³⁾。海外では Family-Based Treatment (FBT) が、思春期や青年期の AN に対する治療のファーストチョイスに

なっている。FBTは、その名前から想像されるものとは違って、体重の回復と食のコントロールの回復の達成に主眼を置き、第一段階では、親や養育者が子どもの体重回復の責任を負う。FBTは発症3年未満、年齢が18歳未満では効果は良好だが、3年、18歳をこえると効果が減少する²⁴⁾とされ、早期治療が推奨されている。

摂食障害の回復の重層性

EDは特有の身体・行動・認知の症状・障害があり、EDからの回復には、少なくとも身体、行動、認知レベルの回復が含まれる。回復のプロセスは、典型的には、身体、行動、認知の順に進むことが多く、治療的介入の焦点も、全ての領域を視野に入れつつも、この順番に移行していく。体重や過食・嘔吐などの身体・行動レベルの回復を達成するだけでは不十分で、EDを完全に治癒し、症状の再発を防ぐためには、認知レベルまでの回復が望ましい^{25,26)}。

EDの症状や特有の精神病理だけでなく、心理社会的機能の回復もEDの回復の定義、目標に加えるべきであるという意見がある。一方、心理社会的機能には、EDの直接的な影響だけでなく、身体合併症・後遺症、精神科併存症、家族機能、病前からの(罹患感受性や発症にかかわる)問題、二次的に生じた心理社会的問題、適応機能などの維持要因、EDと関連しない種々の非特異的要因が影響しうる²⁷⁾。患者からの視点を重視すべきであるとの意見もある。患者は、体重や食行動異常の回復よりも、心理社会的機能の回復をより重視していると報告されている²⁸⁾。

摂食障害の回復の定義

EDの回復の定義のコンセンサスが定まらないことにより、予後研究を比較することが困難となり、混乱を招いてきた²⁸⁾。身体的基準(体重や月経の回復)か、身体+行動的基準(厳格な食事制限、過食、不適切な代償行動の頻度の減少・消失)までの回復か、身体+行動+認知的基準(やせ願望や、肥満恐怖、ボディイメージの障害など消失)か、身体+行動+認知的基準+心理社会的機能まで含めた基準にするか。広い基準を用いるほど、回復率は低下し、回復のまでの期間が長くなる、あるいは困難に

なる。また、狭い基準の方が、明確で評価が容易である一方、広い基準での評価は困難さが増していく。近年、EDの認知的側面を評価する半構造化面接(半構造化面接(例えばEating Disorder Examination、EDE)やEDEの自記式質問紙版(EDE-Q)、EDによる機能障害やQOLの尺度も開発され、心理社会的機能を含めて回復の評価がなされる方向に進んでいる。

患者の視点から見たQOLの評価も研究されており、de la Rieらによると、患者が最も重視しているのは帰属意識のドメインで、93%が言及し(中でも、友人や知人へのものが76%と最も高率で、以下パートナー、家族、子どもの順であった)、次が仕事/教育のドメインで64.3%、以下、健康、Well-being、自己意識のドメイン順であったという²⁹⁾。

治療努力にもかかわらず長期間回復しない重症のAN患者が存在する(Severe and Enduring Anorexia Nervosa, SE-ANと呼ばれることがある)。このようなケースでは身体的合併症・後遺症、うつ病などの併存症をもち、社会的にも孤立し、患者の家族や養育者のケア負担は大きい。治療の目標を体重の回復ではなく、死亡を防ぎ、一定程度の生活の質や社会的機能を維持することを目標とするハームリダクションモデルを適用すべきではないかという議論もなされている³⁰⁾。

EDの治療には多くの治療スタッフに関わることが少なくない。患者と治療スタッフの間で回復の目標やそこに至るプロセスのイメージが共有されていない場合、治療が混乱することが予想される。

広範な回復を目指した場合、果たしてどこまで治療や支援が必要なのだろうか。併存症を含めた全ての症状がなくなるまで治療しなければならないとすれば、治療は永遠に続くことになるかもしれない。また、必要な資源も膨大になるであろう。ひとつの考え方としては、EDは特有の身体・行動・認知の症状・障害の回復に焦点をあて、もしEDが取り除かれてもなお問題や障害が残るならば、それを扱う。あるいはEDに焦点を当てた治療がうまく働かなかった場合に別のアプローチに切り替える戦略が考えられる。

まとめ

摂食障害は完全な回復が可能な疾患である一方、

一部の患者は、ほぼ半生にわたって不完全な回復あるいは未回復にとどまり、早すぎる死に至る場合も稀でない。EDは身体的、精神的健康や、心理社会的機能に、深刻で広範な、長期にわたる障害をもたらす可能性がある。

EDは身体・行動・認知の症状・障害があり、それらが相互作用により病態が維持されている。回復のプロセスは、典型的には、身体、行動、認知の順に進む。身体・行動レベルの回復を達成するだけでは不十分で、EDを完全に治癒し、症状の再発を防ぐためには、認知レベルまでの回復が必要である。

EDからの回復にかかる期間、最終的な回復のレベル、回復に影響する要因は個人差が大きく多様である。発症や初診の段階で、その患者の経過や予後予測することは難しい。しかし、EDを発症後、時間が経たないうちに、適切な（エビデンスのある）治療的介入に結びつけることが回復の可能性を高める可能性がある。

EDの症状や特有の精神病理だけでなく、心理社会的機能の回復もEDの回復の定義、目標に加えるべきであるという意見が強い。回復には患者の視点も重要である。一方、回復の評価はさらに複雑になり、治療・支援は一層、個別化される必要があるだろう。

適切な治療にもかかわらず回復せず、長期化・慢性化した難治のED患者の治療や支援の目標をどのようにすべきなのか、我が国でも慢性例や高齢の患者の増加が指摘されており、議論が必要である。ED患者の支援施設は日本には現在2カ所しか存在しない。ED患者の社会機能は、特に対人関係において統合失調症よりも低い傾向があると報告されており、EDに適した支援が必要である。

EDの病態と回復の重層性、多様性、個別性からみて、EDの専門家・治療者のみならず、多くの専門領域の多職種によるチーム医療や連携協力、発症初期から急性期、慢性期といったステージに対応した切れ目ない治療・支援を提供できる体制が求められる。

EDの回復を困難にしている大きな要因の一つは、ED特有の病識や治療意欲の乏しさであり、いかに患者と治療同盟を構築し、回復への動機づけを高め、維持するかが重要な課題である。病気の外在化や動機づけ面接法などが試みられているが、よりよい方法・技法の研究や開発が求められる。

EDの治療法については外来治療を中心に、無作為比較試験が実施され、青年期のAN患者に対するFamily-based treatment (FBT) や成人ED患者に対するEDに焦点を当てた認知行動療法などエビデンスのある心理療法が開発されている。しかし、いずれも有効な患者の割合は限られており、さらなる治療法の研究・開発が求められる。

英国でのNICE (2004, 2017)や米国のAPA (2006)のガイドラインなど各国でエビデンスに基づくガイドラインが作成され、EDの適切な治療的アプローチや治療・支援体制、未解決の課題などが次第に整理されてきている。海外での最新の研究や臨床の知見を取り入れながら、わが国でも多くのED患者が回復できるように病態解明や治療法の研究・開発・診療・支援の体制の整備を進めることが必要であろう。

- 1) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013
- 2) Practice guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders Third Edition: American Psychiatric Association, 2006
- 3) Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment Behaviour Research and Therapy 41:509-28, 2003
- 4) Fairburn CG, Harrison PJ: Eating disorders. Lancet 361:407-16, 2003
- 5) Patton GC, Selzer R, Coffey B, et al.: Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. BMJ 318:765-8, 1999
- 6) Stice E, Marti CN, Shaw H, et al.: An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. Journal of abnormal psychology 118:587-97, 2009
- 7) Fairburn CG: Cognitive Behavior therapy and Eating Disorders: The Guilford Press,

- 2008
- 8) Kaye WH, Fudge JL, Paulus M: New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience* 10:573-84, 2009
 - 9) Fairburn CG, Bailey-Straebler S, Basden S, et al.: A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy* 70:64-71, 2015
 - 10) Byrne S, Wade T, Hay P, et al.: A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 47:2823-33, 2017
 - 11) Treasure J, Schmidt U: The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *J Eat Disord* 1:13, 2013
 - 12) Brewerton TD, Dennis AB: Perpetuating factors in SE-AN; in *Managing Severe and Enduring Anorexia Nervosa*. Edited by Touyz S, Le Grange D, Lacey H, et al New York: Routledge, 2016
 - 13) Keys A, Brozek J, Henschel A, et al.: *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950
 - 14) Fichter MM, Quadflieg N: Mortality in Eating Disorders - Results of a Large Prospective Clinical Longitudinal Study. *The International journal of eating disorders* 49:391-401, 2016
 - 15) Iwasaki Y, Matsunaga H, Kiriike N, et al.: Comorbidity of axis I disorders among eating-disordered subjects in Japan. *Compr Psychiatry* 41:454-60, 2000
 - 16) Preti A, Rocchi MB, Sisti D, et al.: A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 124:6-17, 2011
 - 17) Mustelin L, Raevuori A, Bulik CM, et al.: Long-term outcome in anorexia nervosa in the community. *Int J Eat Disord* 48:851-9, 2015
 - 18) Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, et al.: Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *The American journal of psychiatry* 164:1259-65, 2007
 - 19) Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, et al.: Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine* 39:823-31, 2009
 - 20) Steinhausen HC: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American journal of psychiatry* 159:1284-93, 2002
 - 21) Steinhausen HC, Weber S: The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *The American journal of psychiatry* 166:1331-41, 2009
 - 22) Vall E, Wade TD: Predictors of Treatment Outcome in individuals with eating disorders: A systematic Review and Meta-Analysis. *The International journal of eating disorders* 48:946-71, 2015
 - 23) Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, et al.: Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-V. *The American journal of psychiatry* 165:245-50, 2008
 - 24) Treasure J, Russell G: The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 199:5-7, 2011
 - 25) Le Grange D, Crosby RD, Lock J: Predictors and moderators of outcome in family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47:464-70, 2008
 - 26) Lock J, Agras WS, Le Grange D, et al.: Do end of treatment assessments predict outcome at follow-up in eating disorders? *The International journal of eating disorders* 46:771-8, 2013

- 27) Couturier J, Lock J: What is recovery in adolescent anorexia nervosa? The International journal of eating disorders 39:550-5, 2006
- 28) Noordenbos G, Seubring A: Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. Eat Disord 14:41-54, 2006
- 29) de la Rie S, Noordenbos G, Donker M, et al.: The patient's view on quality of life and eating disorders. The International journal of eating disorders 40:13-20, 2007
- 30) Touyz S, Le Grange D, Lacey H, et al.: Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. Psychol Med 43:2501-11, 2013