

特集：メンタルヘルスと栄養**摂食障害の診断と治療**

友竹 正人

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部メンタルヘルス支援学分野

(平成24年3月26日受付) (平成24年4月3日受理)

はじめに

近年、わが国でも摂食障害の患者数の増加が続いている。摂食障害は、神経性無食欲症(拒食症)と神経性大食症(過食症)に大別されるが、実際にはその両者の診断を完全に満たさない特定不能の摂食障害(非定型の摂食障害)の割合が50~60%と最も多く、痩せを特徴とする神経性無食欲症は10~20%程度にとどまっている。また、実際の臨床現場では、何らかの他の精神障害やパーソナリティ障害、発達障害を合併しているケースを診療する機会も多く、そのようなケースでは病態はより複雑である。

治療的には、神経性大食症の場合は、抗うつ薬がある程度有効なことが知られているが、その効果は十分なものとは言えず、むしろ認知行動療法などの精神療法や心理的介入の方が、有効性のエビデンスも多く、効果も長続きするため推奨されている。一方、神経性無食欲症の治療は簡単ではない。このことは、神経性無食欲症患者の治療動機の低さだけでなく、飢餓状態による心理面の不安定さに起因している部分も大きいと思われる。

本論文では、摂食障害の診断と心理的アセスメント、治療について、概説することとする。

診断と心理的アセスメント**1. 診断**

摂食障害の診断は、DSM-IV(アメリカ精神医学会, 1994年)やICD-10(世界保健機構, 1992年)などの国際診断基準を用いて行われるが、前者の方が、内容が簡明であり、診断一致率も高いため、研究や臨床現場で用いられることが多いようである。

食行動上の問題を呈する精神障害は多いため、診断の際には、まずは不安障害、気分障害、統合失調症、発達障害などによる二次的な食行動異常であるかどうかを鑑別できる診断スキルが最低限必要である。

摂食障害が主診断となる場合でも、他の精神障害の合併には注意を払う必要がある。摂食障害の治療経過中にうつ病などの気分障害や強迫性障害、睡眠障害を併発するケースは多い。また、近年、摂食障害のみの診断で治療を受けていたケースに中に、高機能の自閉症スペクトラム障害の合併が予想以上に多いことが報告されるようになっており、摂食障害を主診断に持つ患者のおおよそ10~20%に自閉症スペクトラム障害の併存が認められるとされている。自閉症スペクトラム障害の合併は、心理社会的予後の悪さにつながるものであり、心理的アプローチの内容の選択を含め、治療方針を決める上でも、早い段階での適切なアセスメントが重要である¹⁾。

2. 心理的アセスメント

神経性無食欲症で認められる低栄養状態(飢餓)は、さまざまな精神身体症状を引き起こすため、アセスメントを難しくする要因となっている。純粋な飢餓の影響を調査した研究としては、1944年から1945年にかけて実施されたミネソタ飢餓実験²⁾が有名であり、この膨大な研究結果は、われわれに多くの有益な情報を提供してくれる。この研究は、32人のボランティアの健常男性を対象に行われ、最初の3ヵ月間は観察期間として普通に食事を行い、次の6ヵ月間は半飢餓期間として摂取カロリーを抑え(その結果体重は減少)、その後の3ヵ月間は食事を普通に戻して観察期間に充てられた。体重の減少が続く半飢餓期間には、抑うつ、不安、イライラ、無力感の増大が認められ、理解力・集中力が減退し、知的作業能力も低下するなど、心理面に大きなマイナスの影響が認められた。また、被験者は一日中食事のことで頭が一杯になり、食事制限の指示に反して過食をする者もいた。その他にも、行動上のさまざまな問題や性格検査におけるスコアの大幅な変化(マイナスの方向への変化)が認められており、飢餓の心理面への影響の重大さが示されている。

このような半飢餓期間中に観察された心理行動特徴は、

低栄養状態の神経性無食欲症患者で観察されるものと酷似しており、このことは、神経性無食欲症の治療において栄養状態の改善は最重要課題であり、それなくして、十分な心理面の改善は得られないことを示している。つまり、栄養状態の改善を直接目指さないようなアプローチ（例えば、食事や栄養の問題を直接取り扱わないタイプの心理療法など）では、十分な効果が期待できないことを示唆している。

摂食障害の治療予後の悪さに関連した要因として、パーソナリティ障害の合併がよく知られているが、ミネソタ飢餓実験の結果は、飢餓状態の患者に心理アセスメントを行う際は、飢餓の影響を十分に考慮する必要があることを示している。実際に、低体重の患者群において高頻度に認められたパーソナリティ障害の合併が、体重回復後の再評価では低頻度となっていたとする報告がいくつか存在する³⁾。

治 療

1. 心理社会的治療

表1は、英国の治療ガイドライン⁴⁾において、摂食障害を治療する際に優先すべき事項として記載されている文章である。身体的なリスク管理と心理社会的治療の重

表1 治療を行う際にの優先事項⁴⁾

以下は、治療を行う際に優先的に考慮すべき事項を示している。

神経性無食欲症

- ・大部分の神経性無食欲症の患者は、外来で心理療法を受けながら治療されるべきであり、治療は、心理療法を提供できて、摂食障害による身体リスクを評価できるような施設で行うべきである。
- ・入院治療が必要な神経性無食欲症の患者は、心理社会的介入とともに、慎重に身体状態をモニターしながら再栄養を行うやり方に熟練した施設へ入院すべきである。
- ・児童思春期の神経性無食欲症の患者には、摂食障害に焦点づけられた家族介入が提供されるべきである。

神経性大食症

- ・最初のステップにふさわしい治療として、神経性大食症の患者は、エビデンスに基づいたセルフヘルプ・プログラムに取り組むことが推奨される。
- ・エビデンスに基づいたセルフヘルプ・プログラムの代わりになるもの、あるいはそれに追加すべきものとしては、まず、成人の神経性大食症の患者には、抗うつ薬による治療が試みられてよい。
- ・神経性大食症の治療用に開発された認知行動療法（CBT-BN）が、成人の神経性大食症の患者に提供されるべきである。治療は、4～5ヵ月の期間に16～20回の面接が行われるべきである。
- ・思春期の神経性大食症患者は、患者の年齢や状況、発達レベルに応じて改変されたCBT-BNで治療を行ってもよく、妥当であれば家族を治療に参加させてもよい。

要性が示されている。

摂食障害の治療では、患者と家族に対して十分な心理教育を行い、本障害についての正確な情報を提供することが不可欠である⁵⁾。この心理教育には、身体的リスクや起こりうる合併症、必要な栄養についての知識、摂食障害を維持させている精神病理や家族病理に関する説明などが含まれる。適切な心理教育は、患者が回復へ向かう変化を起こす動機づけにもなる。心理教育を行う際には、現状を変えることに対する患者の心の準備度をアセスメントしながらアプローチする必要がある⁶⁾。例えば、自分には治療すべき問題はないと思っている患者（神経性無食欲症のケースでしばしば認められる）には、標準的な心理教育を行うことは難しいため、まず、問題意識を生じさせ、治療動機を高めるようなかわり続けることから始めなければならない。患者が自分の問題を認識できていて、現状を変えたいが、一方で現状を変えることに対する不安が強く、葛藤状態に陥っているような場合には、心理教育がとくに有効となる。この段階の患者に対しては、共感的な態度を保ちながら心理教育を行うことによって、変化への決断を促進することができる。

神経性大食症の治療では、認知行動療法などの精神療法が有効性のエビデンスが多く、海外の治療ガイドラインでも推奨されている。しかし、このような治療が導入できる条件としては、前述のように、患者自身が問題を抱えていることを認識しており、その問題状況を変えようとする意志（治療意欲）があることが必要となる。神経性大食症の患者のほとんどは過食や嘔吐を苦痛に感じているため、自発的に医療機関を受診する割合が多く、そのような場合は、問題に対する患者の理解度と治療意欲とをアセスメントした上で、摂食障害の治療用に改良された認知行動療法をスムーズに導入できることが多い。摂食障害の認知行動療法の実際については、紙面の都合上、他書を参照していただきたい^{7,8)}。

また、神経性大食症の治療では、セルフヘルプの治療も最初に試みられるべき治療法として推奨されている。摂食障害の治療用に開発されたセルフヘルプ・マニュアル（ほとんどが認知行動療法の理論に基づいて作成されている）を併用しながら認知行動療法を行うと、より頻度の少ない面接回数でも相当な効果が得られることが知られている。このようなセルフヘルプ・マニュアルは成人の患者だけでなく、思春期の患者にも家族療法と同等に有効であることが報告されているため、著者らは、海外の研究で有効性が実証されているセルフヘルプ・マニュアルを翻訳したものを臨床で用いている⁹⁾。

一方、神経性無食欲症（とくに制限型）では、相当に

痩せが進行して何らかの自覚症状（息切れ、脱力感、など）が現れるまでは、患者自身が問題を自覚していないことが多いため、医療機関を自主的に受診することはまれである。神経性無食欲症患者の多くは、家族に連れられて不本意ながら来院することが多いため、すぐに認知行動療法などの専門的な治療を導入することはできず、まず治療意欲を高めるための介入から始めることになる。具体的な方法としては、動機づけ面接の理論を応用して、①低栄養状態の医学的なリスクについて共感的な態度で情報提供や説明を繰り返す、②現在の状態を続けることと患者が思い描く将来像とのギャップに目を向けさせるような問いかけを行う、③さまざまな不安に対する患者なりの対処行動が長期的にみると患者に不利益をもたらしている事実を目を向けさせるような介入を行う、④医学的な不利益だけでなく、人付き合い、仕事、学業、趣味などの幅広い領域における不利益について患者と話し合う、といった方法が用いられることが多い。神経性無食欲症患者の多くは、前述のような飢餓の影響を受けて、心理的に不安定になりやすく、認知面でも本来の機能が損なわれていることが多いため、このようなアプローチによっても短期間で治療動機を高めるのは容易でないことも多い。

体重減少が顕著で入院治療を行う場合は、行動制限を行いながら体重の増加に応じて制限を段階的に解除する方法を用いることが多い。また、飢餓状態の患者に再栄養を行う際には、再栄養症候群（Refeeding syndrome）に十分に注意しておく必要がある。段階的に栄養摂取を増やし、体重を回復させることを第一の目標にして入院治療を進めていくが、体重が増加するにつれて、体重や体型に関する歪んだ認知を含めた心理的な問題がより明瞭になってくるため、そこが心理的介入の重要なポイントとなる。

2. 薬物療法

神経性無食欲症に対する薬物療法の有効性については、エビデンスに乏しい状態である。これまでの研究から、selective serotonin reuptake inhibitor（SSRI）の有効性は否定的である。SSRI 以外では抗精神病薬の効果が検討されてきており、haloperidol, risperidone, olanzapineなどで体重増加がみられたという報告がいくつかなされているが、おおむね抗精神病薬の有効性は否定的であり、低栄養状態の患者に投与する際の副作用のリスクを考慮すると慎重であるべきである。

神経性大食症については、抗うつ薬の有効性が報告されており、治療に用いられている。抗うつ薬の中では、安全性の観点から SSRI が推奨されている。SSRI を投与する場合は、比較的短期間で過食や排出行動に有効であるかどうかを判定できるため、無効な場合は漫然と長期間投与しないようにすべきである。表2に神経性大食症とむちゃ食い障害に対する SSRI の有効性を報告した主な二重盲検比較試験の結果が示されている¹⁰⁾。このように SSRI の有効性は繰り返し報告されているが、それらの研究では効果評価の期間が短く、長期的な有効性はまだ実証されていない。このことは、認知行動療法や対人関係療法などの専門的な精神療法の効果が数年以上にわたって持続することが実証されていることとは対照的である。

また、最初に述べたような自閉症スペクトラム障害を併存したケースで、体重計の数字などに対する強固なこだわりにより食行動異常が生じているような場合は、抗うつ薬や抗精神病薬が奏功することが多いことも報告されており、このようなケースでは、早い段階で薬物療法を検討すべきである。

表2 神経性大食症とむちゃ食い障害（binge eating disorder）に対する SSRI の主な二重盲検比較試験の結果¹⁰⁾

報告者（報告年）	対象患者数	投与量（mg/日）	評価期間（週）	結果の概要
■Fluoxetine				
Freeman ほか（1987）	40	60	6	過食が減少
Goldstein ほか（1995）	398	60	16	過食、嘔吐が減少
Walsh ほか（2000）	22	60	8	認知行動療法や対人関係療法が無効であった患者の過食、嘔吐が減少
■Fluvoxamine				
Fichter ほか（1996）	72	100-300	12	退院後の再発予防に有効
Hudson ほか（1998）	85#	50-300	9	過食が減少
Milano ほか（2005）	12	200	12	過食、嘔吐が減少
■Sertraline				
McElroy ほか（2000）	34#	50-200	6	過食が減少
Milano ほか（2004）	20	100	12	過食、排出行動が減少

#対象は、むちゃ食い障害の患者

文 献

- 1) 友竹正人：自閉症スペクトラムと摂食障害．児童青年精神医学とその近接領域（印刷中）
- 2) Keys, A., Brozek, J., Henschel, A. : The biology of human starvation-volume 2, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1950
- 3) Tomotake, M., Ohmori, T. : Personality profiles in patients with eating disorders. J. Med. Invest., 49 : 87-96, 2002
- 4) National Collaborating Centre for Mental Health : National Clinical Practice Guideline-Eating Disorders : core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), UK, 2004
- 5) Treasure, J., Smith, G., Grane, A. : Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder-the new Maudsley method, Routledge, East Sussex, 2007 ; 友竹正人, 中里道子, 吉岡美佐緒 (訳) : モーゼレイ・モデルによる家族のための摂食障害こころのケア. 新水社, 東京, 2008
- 6) 友竹正人：摂食障害, 睡眠障害. よくわかる精神科治療薬の考え方, 使い方 (大森哲郎 編). 中外医学社, 東京, 2008, pp. 123-136
- 7) Fairburn, C. G. : Cognitive behavior therapy and eating disorders, Guilford Press, New York, 2008 ; 切池信夫 (監訳) : 摂食障害の認知行動療法. 医学書院, 東京, 2010
- 8) 友竹正人：認知行動療法. チーム医療としての摂食障害診療 (末松弘行, 渡邊直樹 編). 診断と治療社, 東京, 2009, pp. 140-143
- 9) Schmidt, U., Treasure, J. : Getting better bit (e) by bit (e) : a survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders, Psychology Press, East Sussex, 1993 ; 友竹正人, 中里道子, 吉岡美佐緒 (訳) : 過食症サバイバルキットーひと口ずつ, 少しずつよくなろうー. 金剛出版, 東京, 2007
- 10) 友竹正人：摂食障害治療に対する薬物療法のスタンダードと応用. 摂食障害の治療 (西園マーハ文編). 中山書店, 東京, 2010, pp. 52-61

*Diagnosis and treatment of eating disorders**Masahito Tomotake**Department of Mental Health, Institute of Health Biosciences, the University of Tokushima Graduate School, Tokushima, Japan*

SUMMARY

Eating disorders are common especially in young women nowadays and sometimes can devastate their social functions. In diagnosis of eating disorders, clinicians have to pay attention to co-occurrence of them and other psychiatric disorders such as mood disorder, anxiety disorder, and developmental disorder. To evaluate patients' psychological trait and state precisely, clinicians must have a good knowledge of the effects of starvation on psychological aspects.

The author also highlights that in the treatment of eating disorders, adequate somatic risk assessment and psychological intervention including motivational enhancement approach and cognitive behavioral approach are essential.

Key words : eating disorder, diagnosis, assessment, treatment