

摂食障害と認知行動療法 (CBT)

2024/11/24

石川俊男 心療内科医





パリコレクションのショーに登場するモデルたち(3月9日、長沖真未撮影。写真のモデルと本文は関係ありません)

拒食症対策で仏法案

やせ過ぎモデル起用NG

ファッション大国のフランスが、「やせ過ぎモデル」の排除に乗り出した。一定の体重に満たないモデルを起用する事務所を罰する法案が、月内に下院を通過する見通しだ。拒食症対策の一環だが、ファッション業界は反発しており、波紋が広がっている。

(パリ 本間圭一)

ファッション界は反発

法案は、体重と身長之比で、やせ過ぎのモデルに報酬を支払う組織や、極端に率から算出した体格指数(BMI)が一定数値以下

で、やせ過ぎのモデルに報酬を支払う組織や、極端に率から算出した体格指数(BMI)が一定数値以下で、やせることを促すようなウエブサイトの運営者に、禁錮刑や罰金刑を科す内容だ。

フランスには拒食症患者が約4万人おり、このうち女性が9割とされる。リヨンで拒食症患者の治療にあたるエドゥアル・カリエ医師は、AFP通信に対し、「法案は若い女性に警告を与える」と述べ、拒食症の防止効果に期待を示した。

スペインやイスラエルなどでも同様の対策が行われているが、モデル志望者が世界中から集まるフランスで規制が導入される意味は大きい。ベラン議員は「法案は、フランスで働く外国人も含め、すべてのモデルに適用される」と話した。

これに対し、怒りが収まらないのが、全国モデル事務所組合(SYNAM、本部・パリ)だ。イサベル・サンフェリックス事務局長は「自然にやせているモデルもいる。やせ過ぎのモデルをなくせば拒食症患者がなくなるとするのは単純すぎる発想だ」と批判した。

やせる以外 選択肢ない



有名モデルだったフランス人のジュエル・マイエさん(43)＝写真、本人提供＝も

法案賛成の元モデル

7日、本紙に「法案には賛成だが、これによってやせ過ぎモデルがいなくなるかは分からない」と語った。

マイエさんは20年前の現役時代、168cmの身長に体重52kgという体形を維持するため、1日の食事は、朝のコーヒー、昼のりんご1個とダイエット炭酸飲料2缶だけだった。「栄養が足りなかった」と振り返ったが、デザイナーや雑誌編集者が細身のモデルを求める中、「トップを目指した女の戦いに勝つために、やせる以外の選択肢はあり得ないのではないか」と話した。

摂食障害の分類

(米国精神神経学会:DSM V)

- **神経性やせ症(ANr, ANbp)**
- **神経性大食症(BNp)**
- **過食性障害(BED)**
- 回避・制限性食物摂取症
- 反芻性障害
- 異食症
- 特定不能の摂食障害

主に上記3疾患

主な摂食障害の特徴

- **神経性やせ症**

制限型 (Anr: 低体重・拒食),

無茶食い・排出型 (Anbp: 低体重・無茶食い・排出)

- **神経性大食症**

(BNp: 無茶食い排出型)

- **過食性障害**

(BED: 無茶食い型)



拒食とは？

絶食ではありません！！

- とにかく高カロリーを避ける
- 野菜、果物などが中心
- 油もの（脂肪）や炭水化物は極端に避ける
- こだわりの食事
- 痩せる（太らない）ための食べ方
- 望まれる健康体重より優位に低い体重

むちゃ食い(大食、過食)とは

1. 他とはっきり区別される時間(2時間以内)の間にほとんどの人が同じような時間に同じ様な環境で食べるよりも明らかに多い食物を食べること
2. そのエピソードの間は、食べることに制御できないという感覚

* 嘔み吐き、だらだら食い

3. 3か月にわたって週1回以上

4/11日・昼(1:30~)

お茶
ごはん 1杯
かぼちや
竹のこのにもの
ハム&タマゴパン
クリームパン
食パン 8枚
野菜コロッケ 2つ
マヨネーズ
ブルーベリーソース
卵焼き 2つ
卵 2つ
(マヨネーズ)
メイプルシロップ
ゴボウサラダ
さつまいも 1本
牛乳 500ml
さくらめせんべい
あけせんべい
板チョコ 2枚
ミントチョコ 2枚
さつまいもパイ
イチゴとらろき
ハーゲンダッツ

35.6 Kg

寝ないで、学校に行ったので、
すごく眠かったけど、おなか
すいていたので、いらい
食べてしまった。最近、
どんなに食べても、気持ち悪く
ならない。もちろん満腹感も
ぜんぜんないので、いくらでも
食べようと思えば、入る。
あんまり吐けた感じは、
しなかったのに、体重は変わら
ないの、ビックリ。
これから学校が合わなかったら
今まで以上に食生活が困り
そうだから、すごく不安。
食費も、もっか心配。
体力も、もっか心配。

不適切な代償行為

- 自己誘発性嘔吐
- 下剤、利尿剤、浣腸、またはその他の薬剤の誤った使用
- 絶食
- 過剰な運動（過活動）

黄色：排出行動

摂食障害患者は日本にどのくらいいるのか ～受診患者数～

**2015年受診者数全国調査では
全国で約25000名が受診しているとのこと**

- これは学校調査などの有病率調査から推定される数より著しく少ない。

cf.オランダでの研究では、地域レベルでみる医療機関受診者の
2.3～2.9倍のAN患者、9.3～11.8倍のBN患者がいると報告されて
いる。

何故受診しない患者が多い？

- 病識がない(やせていたい、ふとりたくない)
- 症状(過食嘔吐など)を隠したがる
- 医療者や国民が病気のことを知らない
- 誤った治療や無知な医師による医療不信
- 大変なのに医療費が安い(診たくない)
- 専門医が少ない、専門施設がない
- 医療連携ができていない
- どこに行ったらいいかわからない

神経性食欲不振症患者の 性格(こころ)の特徴

- 模範的で周囲の期待通りに頑張り、他人からの助けをあまり求めようとしない、**手のかからない良い子**
- **完全主義、(強迫的)**
- 周囲のことを非常に気にする、他人の目を気にする、**自分に自信の持てない子(低い自己肯定感)**

(神経性食欲不振症への対応のために:

厚生省特定疾患研究班1992)

31

1911

1911

1911

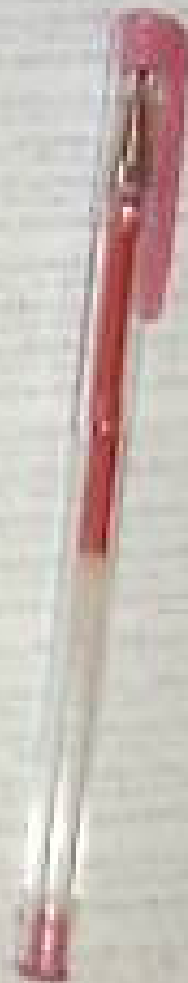
1911

1911

1911

1911

31



発症のキツカケ

- ダイエット（無駄肉をそぎ落としたい）
- いじめ、「太ってるね」
- 成績が落ちた、進学、受験
- 先生やコーチから「身体をしぼれ、やせろ」
- 体形への不満（服に合う体形にしたい）
などなど

背景要因

- 幼小児期の不安定な親子関係
- 両親の不和
- 人間不信
- 自己否定

精神疾患併存症(Comorbidity)

- 感情障害(大うつ病、双極性障害、気分変調症)
- 不安障害(強迫性障害、社交不安障害)
- パーソナリティ障害(境界性パ障害、回避性パ障害、依存性パ障害、強迫性パ障害)
- アルコール依存、薬物依存
- 自閉症スペクトラム

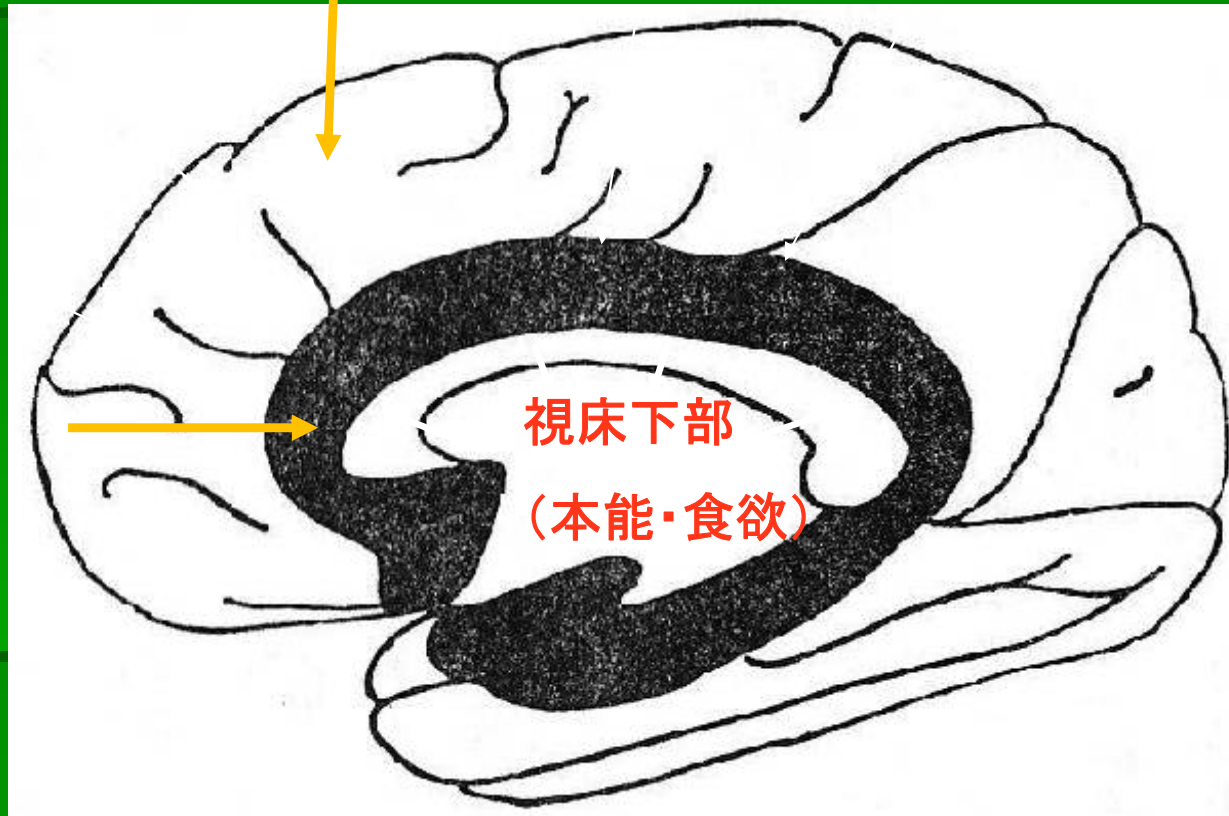
身体合併症

1. 無月経, 低エストロゲン血症
2. 電解質異常(低カリウム血症, 低Na血症, 低マグネシウム血症)
3. 乳酸アシドーシス, ビタミンB₁欠乏, ウエルニツケ脳症
4. 低血糖, 低体温, low T3症候群, 高GH血症, 高コルチゾール血症
5. 浮腫, 胸・腹水、皮膚の乾燥, 皮膚の黄色調(高カロチン血症), うぶ毛増生
6. 歯牙障害, 耳下腺腫脹, 消化管運動障害, マロリーワイス症候群, 胃破裂, 急性膵炎, 上腸間膜動脈症候群, 肝機能障害, 高アミラーゼ血症、腸閉そく、
7. 低血圧, 徐脈, QT延長症候群, 心不全, 心タンポナーデ
8. 造血器障害: 鉄欠乏貧血, 巨赤芽球性貧血(ビタミンB₁₂欠乏, 葉酸欠乏), 血小板減少、骨髓低形成など
9. 敗血症, 播種性血管凝固症候群
10. 骨粗鬆症
11. 特発性縦隔気胸、誤嚥性肺炎、
12. Refeeding 症候群

摂食障害患者の治りにくさに関する仮説

大脳皮質
(知的理解)

大脳辺縁系
(情動・実感・納得)



知的理解だけでは治らない、情動に働きかけて本能行動の修正が可能になる

重症者では

食べないのではなく**食べるのが怖い！**
、太りたくないのです

背景には**自己否定、自信のなさ、人間不信**などがあります。

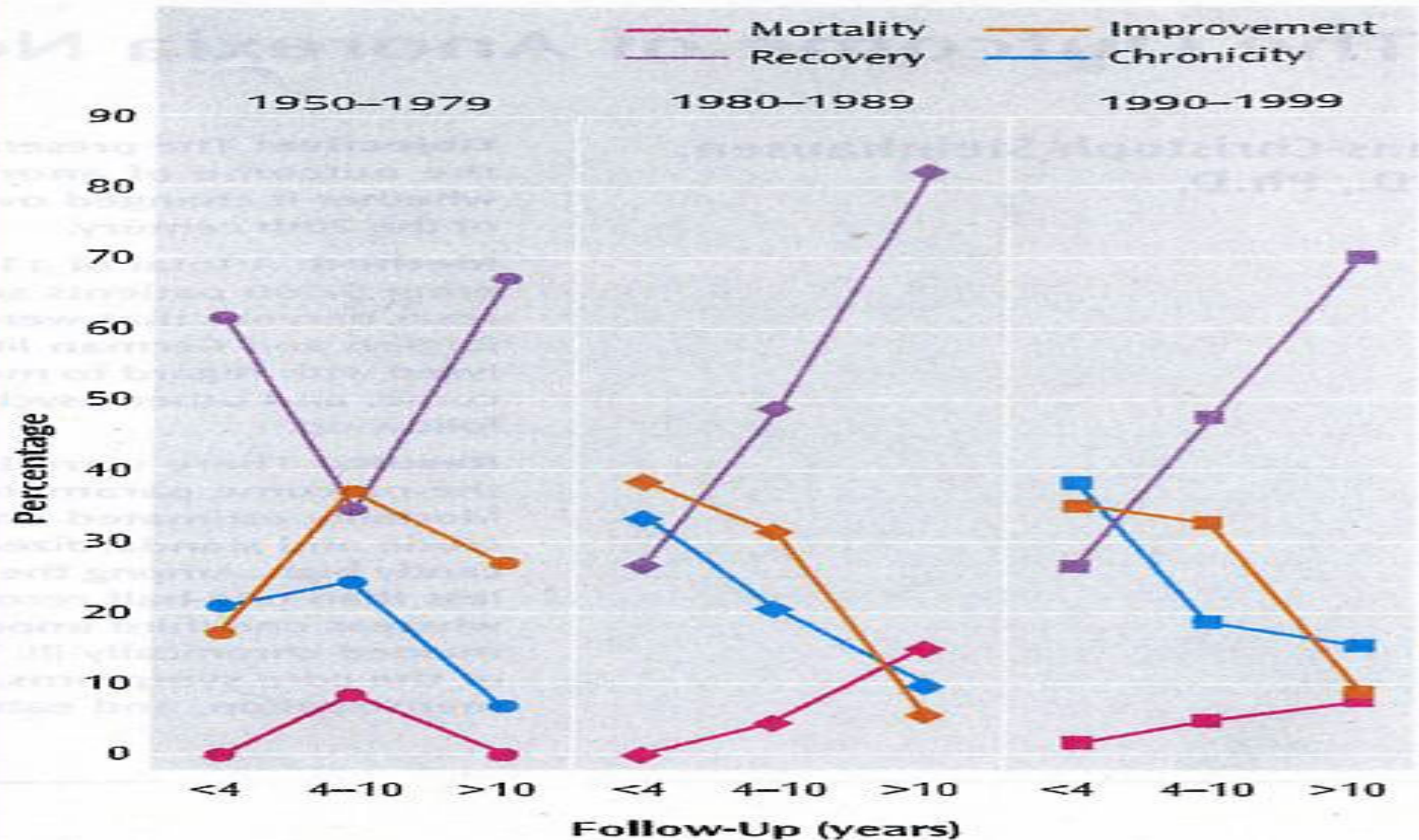
それらの問題解決は大きな課題です

摂食障害(Eating Disorders)の特徴

- 原因不明だが、痩せを美德化している地域や国に多い。
- 持続的な摂食行動の障害によって、結果的に身体的健康や心理社会的機能が著しく障害される。
- 拒食や過食・嘔吐などの食行動異常のためにやせや栄養障害、さまざまな身体合併症を来し、内科的にもしばしば重篤となり、緊急入院が必要となる。摂食障害以外の精神疾患(気分障害、不安障害、薬物関連障害、人格障害、神経発達症など)の併存率も高く、予後が悪く自殺率も高い。
- 精神病理の根幹に、肥満恐怖があり、結果的に本人の病識が欠如しているようにみえたり、重篤さの認識が乏しくみえる。
- 治療の中心は、人手と時間と労力を要する、様々な心理・精神療法(CBT-Eなど)と栄養改善、合併症治療の併用による根気のいる生活機能改善である。
- 薬物療法は対症療法にすぎずその効果は限定的。

この病気は治っているのか？

FIGURE 2. Outcome of Anorexia Nervosa in 119 Patient Series by Duration of Follow-Up and Time Period of Study^a



^a A total of 577 patients had less than 4 years of follow-up, 2,132 had 4-10 years of follow-up, and 438 had more than 10 years of follow-up.

わが国初の多施設共同 長期予後(4年以上)調査

精神神経疾患研究委託費摂食障害研究班(6施設共同研究)

初診時 病型	ANR	ANBP	BNP	BNN P	EDNOS
症例数 (人)	205	105	110	43	14
全快(%)	62	36	48	64	50
死亡(%)	3	18	5	4	6

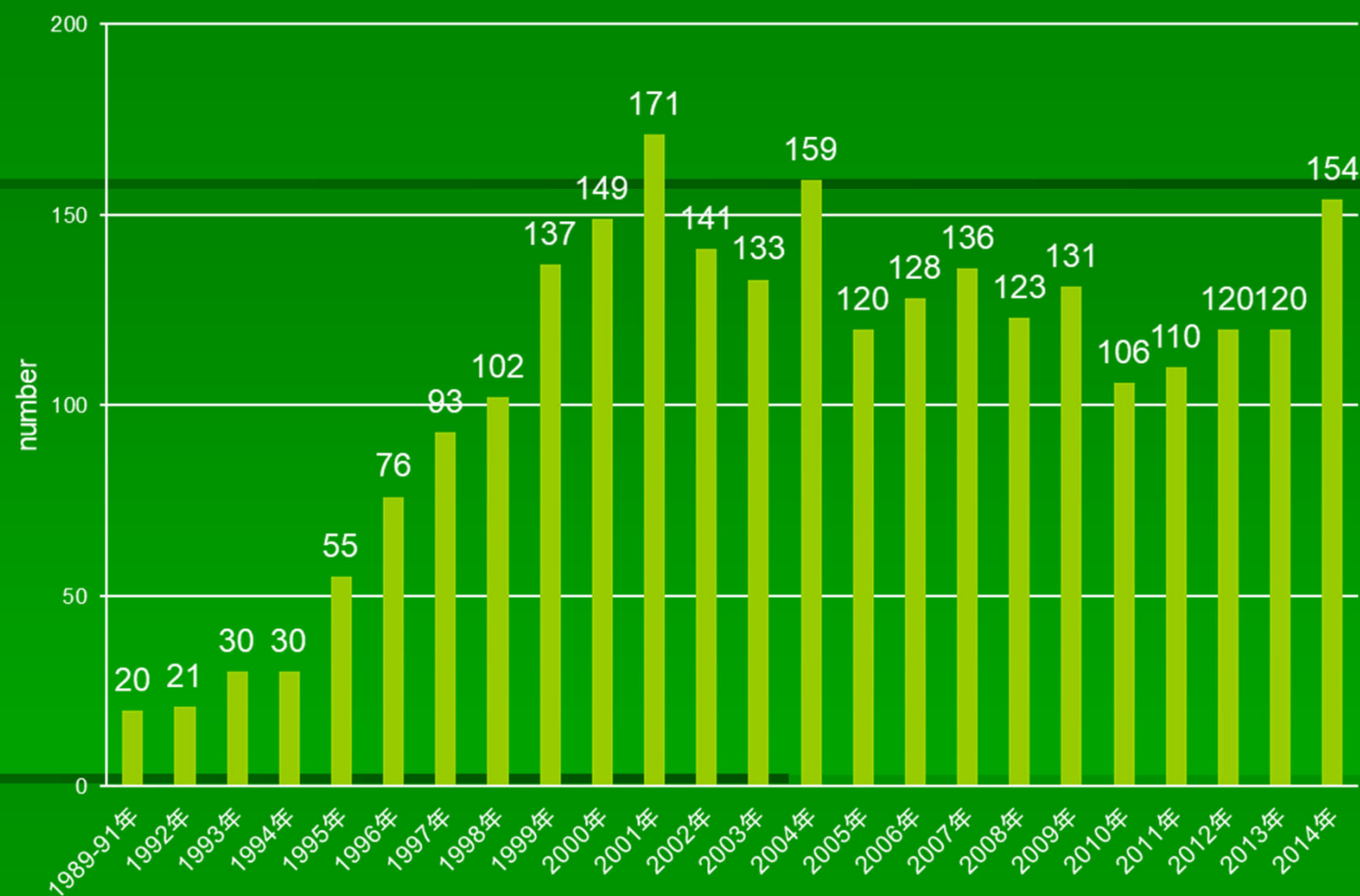
1. 6施設477例(回収率 57.0%)1987年から1997年
2. 全快53%、部分回復16%、摂食障害24%、死亡7%
3. 死因: 病死22例、自殺8例、その他4例

(中井ら2004年より)

国府台病院心療内科在籍中における摂食障害診療の実際

(1998－2008)＋2014





国府台病院心療内科 新患外来
摂食障害患者数(2565名)

年間診療患者数について

厚労科研費摂食障害研究班2016(非公開)

国府台病院心療内科 460名(AN332、BN105他)

〇〇市立大学神経精神科 260名(AN150, BN74他)

××医科大学精神科 210名(AN117, BN20他)

民間病院精神科 190名(AN109, BN45他)

某国立大学精神科・親と子供の心療科心療内科
190名(AN155, BN15他)

▽▽大学心療内科 180名(AN133, BN52他)

□□大学心療内科 150名(AN92, BN33他)

▽□府立医科大学精神科 110名(AN78, BN15他)

2014年度国府台病院心療内科
摂食障害入院患者数
(一般科混合病棟、在院日数制限平均17日)

135名(延べ208名)

平均年齢31.4歳 在院日数24.4日

内訳

ANbp:68名

ANr :34名

BNp :20名

他 :13名

摂食障害の治療

決定的な治療法ある？

残念ながら実は無い

欧米にはED診療専門施設あり

例: オランダ



米国(ソルトレイク近郊)



摂食障害治療支援センター

(2024現在)

- **基幹センター:**

国立精神・神経研究センター精神保健研究所
行動医学研究部(センター長:室長)

- **地域の治療支援センター**

- ①宮城県:東北大学心療内科
- ②静岡県:浜松医大精神科神経科
- ③福岡県:九州大学心療内科
- ④千葉県:国立国際医療研究センター国府台病院心療内科
- ⑤石川県:金沢大学神経科精神科
- ⑥福井県:福井大学神経科精神科

治療のゴールとは

- 生理的な食習慣の獲得（拒食、過食・嘔吐などの消失）
- 生活機能の改善
- **自己受容**
- **等身大の自分らしい生き方・生活の仕方の実現**
- 良好な対人交流の獲得

治療とは、患者自らで治っていくための

サポート役！？

治療の目指すところとは、背景要因としての こころの有り様の改善が重要

- **自己肯定感の回復**は自分自身への気づきと情動機能の正常化をもたらす(症状からの離脱)
 - 嫌われない、良い子、気遣いのできる対人交流には、使い方次第で、社会適応において有効活用できる社会活用資源となる(**対人緊張、不安、恐怖からの回復**)
 - **完全癖や強迫的行動**は症状の慢性化だけではなく**自分の能力を生かすやり方として実に有効**(症状からの離脱や社会適応強化)
-
- 精神身体症状および行動化に対してはそれぞれ対症療法で

治療の流れ

1) 自我が未成熟で混乱した時期(繰り返す食行動異常)

受容体験の獲得(治療関係の確立)や混乱の修正



2) 自発性の発現の援助(食行動異常の持続,低体重の改善傾向)



精神療法(CBT-Eの開始など)

3) 社会適応へ向けた実践的アプローチ(食行動の改善)



補助自我的なかかわり

4) 自立(生理的な食習慣の獲得、**等身大の自分らしい生活の実践**)

自立: 自発性の発揮されるなかでの社会適応能力の安定した獲得

治療法

- 基本、原因療法はない
- 対症療法（精神・身体合併症）
- 精神療法（こころや行動への）
- 薬物療法（向精神薬など）は補助的

我が国でも有名な治療者たちはそれぞれに特徴がある？

- 認知行動療法（H30医療保険適応）
- 行動制限を用いたCBT
- 再養育療法、精神分析的治療（過去に注目）
- 内科を基本にした総合医学的治療
- 対人関係療法
- 総合的な支持的な精神療法
- 心理教育的アプローチ
などなど

認知行動療法 (CBT-E)

(過去よりも現在の問題に焦点)

認知: 外界にある対象を知覚したうえで、それがなんであるかを判断したい、解釈したいする過程のこと

治療法というより治療に使える道具？

認知行動療法(CBT)とは

(うつ病、パニック障害、摂食障害などに適応)

- ストレスを感じた事柄について、その時に起きる以下の4つの側面(ストレス反応)に注目して

○頭に浮かぶ考え(認知)

○感じる気持ち(感情)

○からだの反応(身体)

○振る舞い(行動)

の悪循環(病的反応)を、

認知や行動の修正に注目して病的な状況を改善していこうとする
精神心理療法

(NCNP HPより)

CBT—enhanced (CBT-E)

(永田利彦:精神科臨床サービス15:341—348 2015、より)

これは、摂食障害に直接関連する病理だけではなく、完全主義、中心的な自己評価の低さ、対人関係の困難(対人関係療法)、感情不耐性(弁証法的行動療法)まで扱おうというのである。

・・CBTを利用して全人的アプローチを徹底？

4段階治療(20—40セッション)・・20週間

平成30年度より

神経性大食症の治療法として認知行動療法が
医療費として認められた

- CBT-E(認知行動療法)を用いた治療法
- 16回の治療に適応(500点・回)
- 原則、FairburnのCBT-Eによるマニュアル
- 医師もしくは看護師による治療

精神療法はCBT一択！！



EDの超診断的認知行動理論

(Fair-burnら、安藤)

- 自己評価スキームにおける、体形や体重、それらのコントロールについての過大評価

◎自尊心を専ら体形・体重・食事やそれらをコントロールする能力で評価しており、

他の人生や生活の領域、例えば仕事や学業、家族、友人などとの人間関係、趣味といったEDを有しない人にとって重要な領域は、自尊心の評価においては隅に追いやられている

EDの維持の超診断的理論

(同一の患者で経過とともにEDの診断・病型が替わる)

- 厳格なダイエット、過度な運動、過食、代償性嘔吐、下剤乱用などはEDの中核の精神病理の表現
- 過食・嘔吐・下剤乱用などで、生理的に食欲が増す、心理的障壁が下がる・・・悪循環
- 生活上のストレスや否定的な気分の解消のために過食を強める・・・感情の調節に過食嘔吐を活用
- 結果の低体重(飢餓症候群)は中核の精神病理を強化する

外的な維持メカニズム

- 病的な完全主義
- 無条件の広範な低い自尊心
- 気分不耐性
(出来事によって引き起こされた気分や感情に対し、敏感に、強く感じてしまい 耐えられない)
- 対人関係の問題

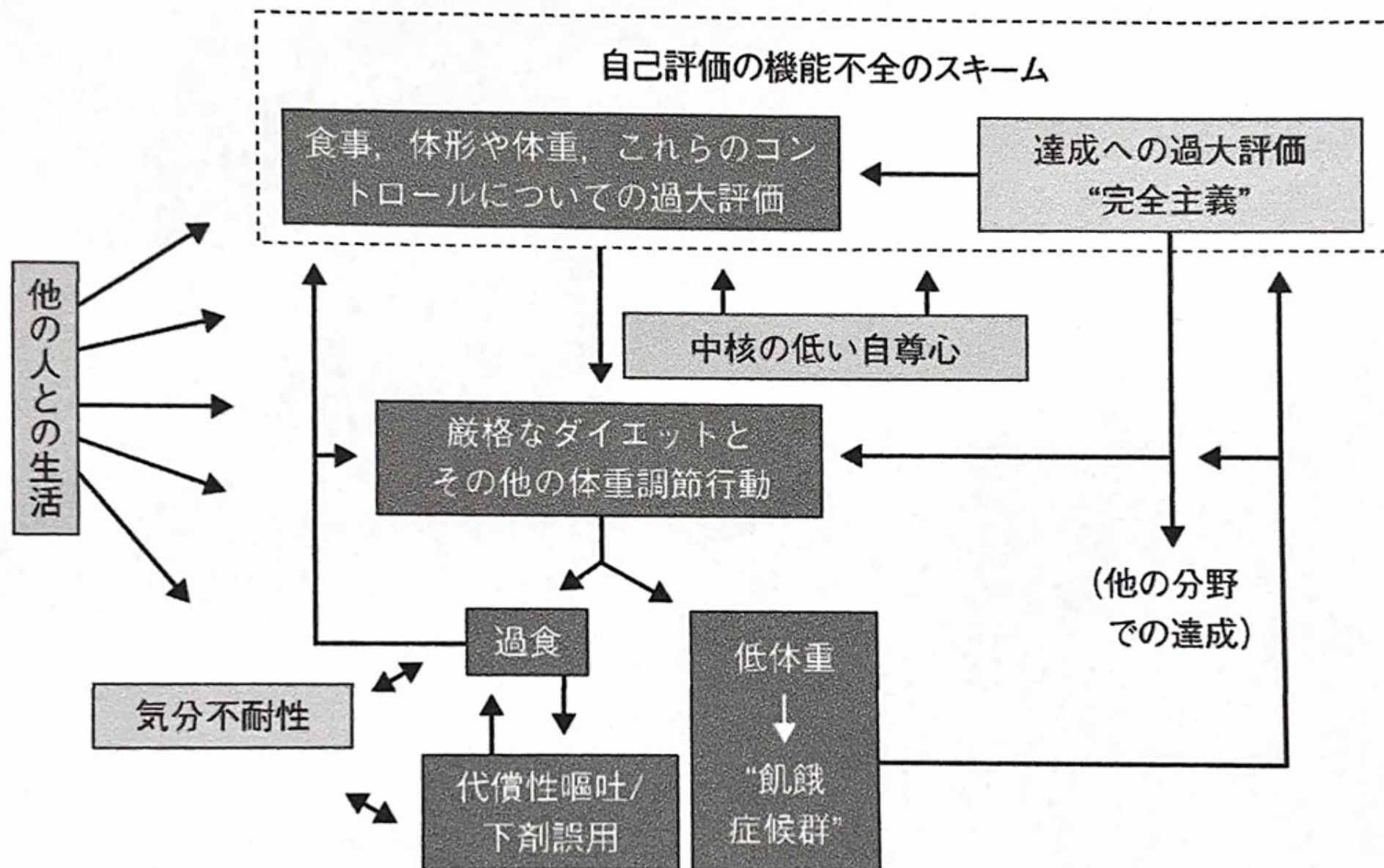


図1 摂食障害の維持の超診断的理論 (transdiagnostic theory of the maintenance of eating disorders)
(文献 19 より改変して引用)

CBT—Eプログラムの概要

目標

- 1) 精神病理の中核、「体形や体重、それらのコントロールについての過大評価」をとり除く
- 2) 維持メカニズムの修正
- 3) 治療による変化の維持

CBT-Eの実際(焦点版、20w)

- 基本1対1の面談形式
- 評価面接
- 行動記録(毎日患者記述)の記述内容を検討する
- 4ステージ(0セッション90分、各セッション50分)
- ステージ4終了後20週間後に再評価セッション
- 症状評価は経時的に質問票(EDE-Qなど)を用いて評価する

CBT-E焦点版、20セッション版(1)

ステージ1:上手に始める 8回、週2回

- 1, 患者を治療と変化に参加させる
- 2, 治療の道程となる個別化されたフォーミュレーションを作成する
- 3, 体重に対するこだわりを弱め、心理教育を行う
- 4, 規則正しい食事のパターンを確立する

ステージ2:評価と計画 2回 週1

- 1, 治療の進展の吟味
- 2, 変化の障壁を見つける
- 3, ステージ3の計画

CBT-E焦点版、20セッション版(2)

ステージ3:維持メカニズムに対処する8回 週1回

- 1, 残存しているEDの問題を取り扱う
- 2, EDの精神病理を維持しているメカニズムに対処する
- 3, ぶり返しに対処する力をつける

ステージ4:上手に終わる:3回 2週に1回

- 1, 治療終了の不安に対処する
- 2, 治療が終わっても進歩は続くことを保証する
- 3, 治療のために行っていた手順を徐々に終了する
- 4, 長期的な再発リスクを最小限にする

再評価セッション:治療終了後20週後 1回

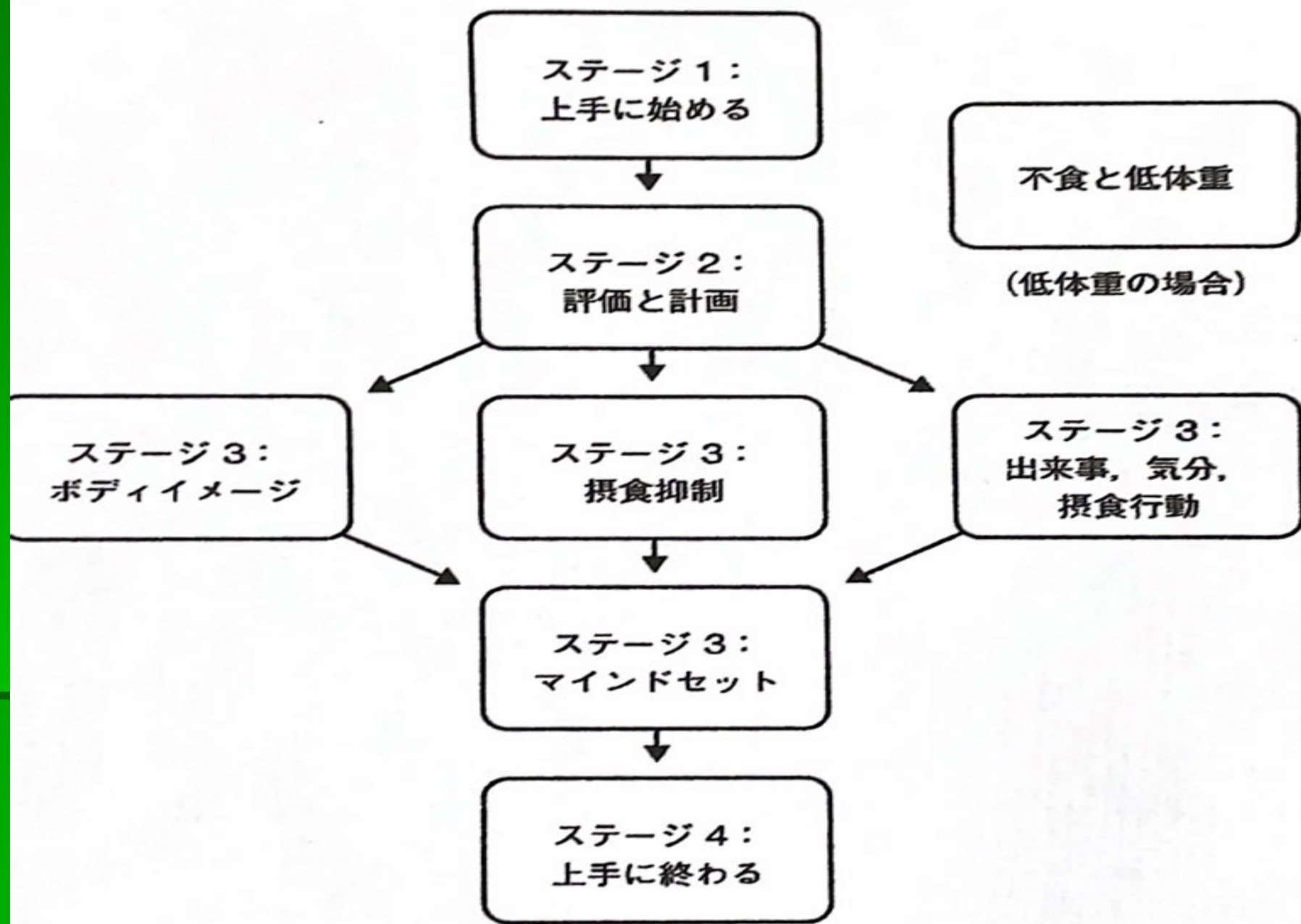


図 2、CBT-E のロードマップとモジュール
(文献 30 より改変して引用)

EDに対するCBT-Eの適応と限界

- 基本エビデンスが確立しているのは神経性大食症のみ
- 神経性食欲不振症（肥満恐怖？）でははっきりしない
- 鬱病合併例は治してから、他の精神疾患合併症への適応はわかっていない、、、、
- 過去の重篤なトラウマ経験者は要注意
- 治療完遂者が少ない

CBT—Eの何がEDを治しているのか？

実はよくわかってない
必要なのは：

- 1) 治療への熱意・意欲
- 2) 治療者・患者間の信頼関係
- 3) 治療者、患者が持つ適応能力
- 4) 専門的な技法の意味は？

精神心理療法で欠けている要因 (私見)

実は**治療者側の能力の測定**

患者側の適応についてはよく語られるが、、、、
治療者側には、マニュアル指導研修受講のみ

予防鍼灸研究会のみなさん、、
御静聴感謝いたします

治療的自己を高めて**CBT**を活用してね！！

もうすぐ20歳です
でももう少し生きて
みます(石川りりー)

