

摂食障害の認知行動療法

西園 マーハ 文

Aya Nishizono-Maher : Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders

神経性やせ症に、ボディイメージの歪みなどの認知の問題があることは古くから知られているが、認知の修正はきわめて難しいとされてきた。一方、近年神経性やせ症以上に有病率の高い神経性過食症においては、フォーマットが定まった認知行動療法が開発され、その治療効果のエビデンスが示されている。この治療を低体重群にも適用する中で、神経性やせ症にも認知行動療法的な治療を実践する可能性が出てきている。神経性過食症に対する認知行動療法は、一時的には週2回の外来面接を必要とし、日本での実践には解決しなくてはならない課題が多い。海外で治療の第一段階として推奨されるガイドドセルフヘルプなどの手法を取り入れることも有用だと思われる。神経性やせ症に対する認知行動療法の効果については、まだ報告が十分ではないが、体重回復後の再発防止などの領域には有用な手法ではないかと思われる。従来の行動療法や栄養療法が当事者を受身的立場に置くのに比較して、認知行動療法は当事者を治療に参加させるという点で注目され、今後の発展が望まれる。当事者の病識という認知の問題についても、治療に当事者を参加させていくことで改善するかどうか、今後の研究が望まれる。

<索引用語：摂食障害、神経性やせ症、神経性過食症、認知行動療法、病識>

はじめに

摂食障害には、神経性やせ症（神経性無食欲症）（anorexia nervosa : AN）、神経性過食症（神経性大食症）（bulimia nervosa : BN）、過食性障害（むちゃ食い障害）（binge eating disorder : BED）など、さまざまなタイプがあるが、いずれも、心身両面に多彩な症状を示す。特に AN においては、著しい低栄養から派生する種々の身体症状とともに、肥満恐怖などの特有の心理がみられるが、その背景には、ボディイメージの障害と呼ばれる認知の歪みがあると考えられている。また、ANには、深刻な病状にあることを否認するという認知の問題も大きい。

BNにおいても、過食や嘔吐などの行動に加え、体型で自己評価が左右されるという AN 同様の心理的特徴がある。これは単に「太るのが嫌」という軽い反応ではなく、自分で設定した体重の基準を1gでも超えたのをみると希死念慮をもつような極端な認知である。

このように、摂食障害にはさまざまな認知の問題があるが、これは最も治療しにくい領域でもある。「あなたは太っていない」と説得するような、認知の修正を試みる働きかけで回復するのはごく軽症例だけであろう。では、なぜ摂食障害の認知行動療法（cognitive behavioral therapy : CBT）が行われ、NICE ガイドライン^{13,14}などの海外のガ

イドラインでは、強く推奨されているのか。本稿では、AN から BN へという「流行」の流れとは逆に、BN の治療法として発展した CBT が AN の治療にも取り入れられるようになった歴史をたどり、摂食障害の治療における認知へのかかわりのあり方、また身体や食行動への治療との関連などについて検討したい。

I. 摂食障害の治療の歴史と認知行動療法

AN は 1960 年代から患者数が増加したが、その治療は、体重増加に焦点をあてた行動療法が中心であった。入院行動療法は体重増加には効果的だが、心理面を全く扱わず体重増加だけを目標とすると、「太らなければ出られない」という圧迫感を与え、症例によっては、やせ願望や治療への嫌悪感が最高に強まった状態で退院することになる。このような点から、厳格な行動療法のみを実施するのは、例えば英国の NICE ガイドラインでは望ましくない治療とされている。日本では、心療内科で「行動制限療法」²³⁾という入院治療が開発され、体重増加により明らかになる認知の問題に取り組む方法も実践されてきたが、比較的長い入院を必要とし、実践できる施設も少なかった。AN では、行動療法だけでなく家族療法の効果も知られているが、家族構造の変化と当事者の認知がどのように関連しながら変化するかあまり詳細には知られていない。

その後、BN が増加し、摂食障害の治療に関する考え方が変化した。うつ病に対する認知行動療法やさまざまな行動療法の技法の影響を受け、BN にも CBT が試みられるようになった。BN に対する CBT は、後に詳述するように、食行動の「正常化」という行動面の治療と、ボディイメージの歪みなどの認知や、完全癖など心理面への援助の両方を行う。認知や心理の問題は、AN と共通部分が多いことから、BN の CBT を開発した英国の Fairburn らは、徐々に 'transdiagnostic'⁷⁾ という概念を用いるようになった。「診断を越える」とは、AN、BN という病型にかかわらず使用可能という意味である。確かに、過食嘔吐が中心

の患者の場合、DSM の診断では、体重によって AN の過食・排出型と BN の診断の境界線を行き来しやすい。過食症用の CBT というより、transdiagnostic という設定の方が現実的な面がある。そして、実務上の便だけでなく、CBT が選択肢に入ったのは、AN の治療には大きな意味があることであった。CBT は、本人が症状を観察、記録するなど、当事者が治療に参加する部分が多い。それまでの AN の治療は、行動療法にせよ、家族療法にせよ、中心静脈栄養などによる栄養補給にせよ、当事者の立場は受身的な場合が多かった。BN は AN より成人年齢の患者が多いことから、治療上の本人の役割が明らかになったのは重要である。AN についても、近年は成人例も増えている。このことから、本人が参加することの治療意義が大きく、また外来でも実施できる CBT が注目されるようになったといえる。

II. 神経性過食症の認知行動療法

1. CBT-BN の開発

Fairburn は、1981 年の論文⁴⁾で、11 例の過食症患者の治療経過を報告した。Russell が、1979 年の論文²¹⁾で ominous variant of anorexia nervosa (神経性やせ症の不吉な亜型)として過食例を紹介し、入院治療を勧めて 2 年後のことである。Fairburn は外来で治療できるとしており、この論文以降現在まで、BN は、AN の複雑型というより、BN と BED を中心に論じられるようになったといえるだろう。当時の治療は、すでに「認知行動療法的アプローチ」と呼ばれたが、治療の前半部分はかなり行動療法的である。前半には週 2~3 回のセッションを行い、規則正しい食事と食事の記録をとることを勧め、日頃避けている食事を食べる「曝露療法」的対応も行うとされている。治療の後半はやせ願望などの認知に対応している。約 7 ヶ月で、9 例では過食が消失したとしている。

その後の BN の有病率の増加はよく知られている通りであるが、Fairburn は、過食症向けの治療を CBT-BN として確立した。これにより治療が普及しやすくなり、治療効果研究が広く行われる

ようになった。

2. 特徴的技法

他の疾患のCBTと共通する治療要素だが、BNのCBTの中の重要な技法には次のようなものがある。

1) 患者との共同作業で「フォーミュレーション」を作成する

定式化、事例概念化とも訳されるが、気分、自己評価の低さなどの心理、長時間の絶食など、過食嘔吐にかかわる要素がどのように影響し合っているかを図示するものである。この「症状の出方の構造図」は患者によって異なる。本人が意識していなくても、絶食による血糖値の低下や睡眠不足が過食を招くような場合が多いため、治療者も意見を出しながら、その患者固有の図を作成する。CooperとFairburnは、過食の始まりよりも、過食・嘔吐・陰性感情の連鎖が持続するメカニズムについてのフォーミュレーションの作成を重視している²⁾。過食の始まりについては、「自分で決めた食のルールを外れた」という本人の意識が引き金にはなるが、その前の長時間の絶食など、栄養状態の悪さがむしろ根本的問題であり、食事の規則化が最善の対処法だとしている。この点、本人は、ルールを外れた意識やその後の自己嫌悪感など、感情の影響を強調し、絶食の影響は意識していないことが多い。感情に焦点をあてた方がよい時期もあるが、関連因子の見落としがないよう、よく状況を把握することが重要である。

2) 症状のモニター・宿題

CBTでは、次の診察までの「宿題」として、過食嘔吐の出方、過食以外の食事、過食が出る直前の状況や気分などを自分で「モニター」（観察記録）する。宿題の結果は、診察時に治療者と吟味する。モニターは、全ての項目を網羅的に記録するのではなく、そのときに扱っているテーマに必要な記録を行う。強迫的に記録に没頭していないかについても確認が必要である。症状モニターは症状の自己コントロールに重要であり、CBTの簡易版である後述のガイドドセルフヘルプでは中

心的な要素となっている。

3. CBT-E への発展

現在、治療効果検証に用いられ、広く普及しているのはFairburnらがCBT-BNから発展させたenhanced CBT (CBT-E) と呼ばれている治療⁷⁾である。これは、transdiagnosticな面を強調して、ANの範疇の患者にも対応可能で、基本は20セッションである。

以前からの考え方を踏襲し、CBTの第1段階の4週間では「食事の正常化」をめざす。「正常化」とは、食事時間をあらかじめ決め、その時間に食べるというトレーニングである。治療初期には受診は週2回とし、食事の規則性を促す。第2段階以降、徐々に体型へのこだわりや自己評価の低さなどを吟味し、これらと症状の関係を考えていく。食事の規則性や体重は継続的に確認する。

CBT-Eには、食行動や体型への懸念を中心に治療する「焦点化版」と、極端な完全癖、自己評価の低さ、対人関係の困難など心理面も大きく取り扱う「広範囲版」とがある。CBT-Eを実施するのは、BMIがおおむね15以上の場合だが、BMIが15.0~17.5という低体重の場合や、心理面の問題が大きいものに広範囲版を本格的に行う際は40セッション実施する。低体重例では、なぜ自分が低体重にとどまり続けようとするのか納得できるフォーミュレーションの作成が重要だとされる。低体重例の治療導入時には、自宅では体重を測定せず診察時に量ることを勧めている。また、低体重患者がBMI 19以上に達し、維持するには、1日500 kcalの追加を要することを説明し、厳密にモニターするとしている⁷⁾。この部分は、CBTというより、行動療法といえるだろう。CBT-Eには、「動機付け面接法」¹¹⁾も組み込まれており、本人が変化を望むよう援助する。

4. CBT-E 以外の認知行動療法

CBT-Eはマニュアル化され、研究面で活用されるため、研究論文で紹介されるのはCBT-Eが多いが、海外の臨床現場ではCBT-E以外の治療

も行われる。例えば、併存疾患のためにマニュアル通りに進まない場合などがある。併存疾患について、CBT-Eの教科書では、例えばうつ病併存例には先に薬物療法を行い、うつが軽快後に通常通りのCBT-Eを行うという方法が示されている⁷⁾。これに対し、Wallerらは、心的外傷後ストレス障害(PTSD)の併存例にPTSDと摂食障害の両方の症状を組み込んで作成するフォーミュレーションを示している²⁷⁾。トラウマ体験が自己評価を低くし、低体重にとどまることで自己評価を保っているなど、2つの疾患が患者の中で関連して体験されていれば、このようなフォーミュレーションが有用であろう。

臨床現場では、誤った認知を修正するさまざまな技法が用いられる。例えば「行動実験」では、自分の「信念」が真実かどうかを治療者と検討する。「少しでも摂食量を増やすと体重が爆発的に増える」という信念のためにほとんど絶食している症例には、少し違う食事をするという「実験」を行い、その後の体重や食物に対する認知の変化を話し合う。また、「調査実験」では、「その日の気分はどういうことで決まりますか」などを人にきき、10人中何人が体型を第1に考えているかなどを検討する。これらの「実験」を通じて、「信念」は、環境要因などにより、誤って学習された認知の歪みだったことを理解し、再学習できるよう援助する。

5. CBT-Eの応用

1) 入院でのCBT

CBT-Eは外来用に開発されたものだが、イタリアでは、入院治療で活用している病院がある^{3,7)}。外来CBT-Eに反応しなかったり、低体重の場合に、入院13週、デイケア7週で実施される。入院は摂食障害専門の開放病棟で行い、退院後の環境と連続性がある方が望ましいとされる。

2) ガイデッドセルフヘルプ

1990年代以降、CBTの効果が増える一方、BNの有病率が増加し、CBTの治療者が不足するようになった。特に、英国など医療が公営の

場合、無料の公営治療としてのCBTを受けるための待ち時間が長くなった。このような中で、本格的CBTの前に、セルフヘルプ的に症状に取り組む方法が開発されるようになった²⁵⁾。BNに関する心理教育、症状モニタリング、食事の規則化など、CBTの中で、自力で実施可能な要素を取り出したワークブック^{6,22)}が使用されることが多い。その後、完全なセルフヘルプでなく、家庭医外来の看護師や心理士などがワークブックの進行を援助するガイデッドセルフヘルプ(guided self-help: GSH)が盛んになった¹⁶⁾。NICEガイドライン^{13,14)}では、治療の第一段階として推奨されている。

6. 治療効果エビデンス

CBTの効果については多くの研究がある。1993年には、18週の行動療法(BT)、CBT-BN、対人関係療法(interpersonal psychotherapy: IPT)の比較がなされている⁵⁾。治療完了時の過食嘔吐消失率は、CBTが最も高く、次にBT、IPTの順であった。その後の経過は異なり、CBTでは症状消失率は4ヵ月後に最も高く、その後再発が徐々に増えたが、IPTでは、症状消失率は、低い状態から徐々に増加し、12ヵ月にはCBTと同程度となった。BTでは、4ヵ月以降再発が多かった。2009年の報告⁸⁾では、20週のCBT-Eを60週間追跡した結果が示された。治療完了時には、BNの52.7%、特定不能の摂食障害の53.3%、追跡時には、BNの61.4%、特定不能の摂食障害の45.7%が、摂食障害評価法(Eating Disorder Evaluation: EDE)の総得点が病的でないレベルにあった。病的でないレベルとは、一般人口における平均値プラス1標準偏差より低いという意味であり、EDEが正規分布に従うならば、一般人口では84.1%がこの範囲となる。CBT-Eは、焦点化版と、広範囲版の2型で実施されたが、心理面の問題が少ない症例においては、追跡期間を通じて、摂食問題のみを扱う焦点化版の方が効果があり、心理的問題をもった症例は、心理を扱う広範囲版の方が効果的であった。

BN に対する治療効果は、過食嘔吐の頻度、消失度、診断基準を満たすか否か、心理面を含めた質問紙や面接法の点数の変化、また上記のように、点数が健常範囲に入る割合などさまざまな評価法があるが、CBT の効果はおおむね実証されていると考えてよい。NICE ガイドライン^{13,14)}でも、摂食障害の治療の中で、エビデンスランクが最も高い A となっているのは、過食症と非定型的摂食障害の CBT のみである (表 1)。

従来の研究は、CBT と IPT など、2 つの治療法の効果を比較する方法が多かったが、近年は、治療の組み合わせについても報告されている。Mitchell らの研究¹²⁾は、GSH あるいは CBT のいずれかを開始し、それぞれの群で、4 週目に効果がなかった者にフルオキセチンを追加して 18 週目に効果を判定し、GSH 群で薬物追加後も効果がなければ CBT を追加するというデザインである。CBT→フルオキセチン群と、GSH→フルオキセチン→CBT 群を 1 年後に比較すると、最初に GSH を行った群の方が良好であった。最初に GSH を実施した方が動機付けには有効だったためではないかと考えられている。

Ⅲ. 神経性やせ症の認知行動療法

CBT-E 以外に、最初から AN に焦点をあてた CBT-AN というフォーマット¹⁸⁾も開発されている。CBT-AN は 4 期からなり、20~50 セッションである。第 1 期は動機付けを高める時期、第 2 期は、体重の目標設定と食事計画を明確にし、行動実験を行い、そこで明らかになる歪んだ認知について検討する時期、第 3 期は、CBT-E のフォーミュレーションに相当するシェーマを明らかにし、変化を促進する時期、4 期は再発防止の時期である。

入院による体重回復後の対象に実施された研究¹⁷⁾では、CBT-AN 群の方が、対照の栄養カウンセリング群より再発が少ないことが示された。栄養カウンセリング群では 1 年後の中断と再発が計 73% だったのに対し、CBT-AN 群では 22% であったという。

表 1 NICE ガイドライン (2004) における神経性過食症の治療推奨

1.3.1.1 過食症患者には、治療の第一段階として、エビデンスのあるセルフヘルププログラムを実践することを勧めるべきである。	B*
1.3.1.3 成人の過食症患者には、過食症に特化した認知行動療法 (CBT-BN) を提供するべきである。治療期間は、4~5 ヶ月の間に、16~20 セッションである。	A**
1.3.1.4 CBT に反応しなかったり、望まない患者には、他の心理的治療を提供することを考慮する。	B
1.3.1.5 対人関係療法を CBT の代わりに提供してもよいが、CBT と同様の効果を得るのに 8~12 ヶ月を要することを説明するべきである。	B
1.3.2.1 初期治療として、エビデンスに基づいたセルフヘルププログラムの代替治療あるいは、追加の治療として成人の過食症患者には、抗うつ薬を試してみてもよい。	B
1.3.2.2 患者に、抗うつ薬は、過食や嘔吐の頻度を減らすことはできるが、長期の効果が不明であることを知らせるべきである。また、効果があるケースでは、すぐに効果が現れることも知らせるべきである。	B

*推奨レベル A: 質の高い一連の研究により常に効果が示されている。少なくとも 1 つランダム化比較試験 (RCT) の結果がある。

*推奨レベル B: 質の高い臨床研究により効果が示されているが RCT は実施されていない。あるいは若干異なる治療設定の RCT からの推測。

(文献 13 より抜粋)

AN 患者と、診断基準を満たさない閾値下 AN 患者に CBT-AN を 40 セッション実施した報告¹⁹⁾によると、治療完了時に、AN 群の 37% が回復、閾値下群の 23% が治癒しており、3 年後の追跡時の予後にも差はなかったという。診断基準を満たす低体重か否かは CBT-AN の効果に影響を与えなかったということになる。

近年増加している慢性の AN について、severe and enduring anorexia nervosa (SE-AN) (重症かつ慢性の神経性やせ症) という用語が用いられるようになっているが、SE-AN に CBT-AN を用

いた報告²⁴⁾もある。7年以上の病歴をもつ30代の慢性患者に、CBT-ANと一般的な診療パッケージである specialist supportive clinical management (SSCM) のRCTを実施すると、30回の治療完了時、BMI、EDEなどで2群とも改善がみられ、2群に有意差はなかったが、6ヵ月後の追跡では、CBT-AN群は、社会適応スコアがよく、12ヵ月の追跡ではEDEがより低値で、回復への準備スコアが高値であった。慢性患者は回復しにくいと考えられがちであるが、改善はみられ、しかもCBT-ANでは、摂食障害関連症状だけでなく、社会適応なども改善することが示された。

Carterらの、6.7年の長期追跡研究¹⁾では、通常診療のパッケージSSCM、CBT、IPTで、治療完了時も追跡時も症状に有意差はなかったが、経過をみると、SSCMは治療完了時に最も効果があり徐々に再発傾向なのに対し、CBTとIPTでは経過とともに改善傾向がみられたという。

おわりに

BNについては、食事を規則化するという行動の矯正とともに認知への働きかけを行うことが効果的だといってよいであろう。日本においては、週2回などの頻繁な通院の設定が難しいなか、行動への働きかけをいかに行うかは大きな課題である。治療の第1段階としてのGSHは日本の外来でも実施可能であり、GSHと薬物療法さらに治療が必要な場合のCBTなどを実践できるとよいと思われる。入院も1つの選択である⁹⁾。CBTは、海外では心理士が担当することがほとんどであり、今後日本でも心理士との連携が望まれる。海外では、BEDは肥満症の背景としてもよく知られ、CBTが実践されている。日本でもBEDの有病率は高く、今後は治療の充実が望まれる。

ANは、治療中断も多く、治療研究が行いにくい分野であるが、近年、CBTの長期の効果も検証されつつあるのは注目に値する。長期にはCBT、IPTの成績がよく、BNと同じく、IPTは低いところから徐々に成績が上がるというのは興味深い傾向である。ANについては、短期の体重増加の

成績のみが論じられがちであるが、これらをみれば、長期予後の改善には、心理面にも対応する必要があると思われる。IPTとCBTは、対象の特徴によって効果が異なるのか、今後さらに検討が必要である。認知の歪みは生物学的基盤をもち、完全には回復しないとする報告¹⁰⁾もあり、心理的治療の限界も今後明らかになるであろう。NICEガイドラインは現在改訂中であり、新しい版ではANのCBTについてどのような形で推奨されるか注目される。

ANにおいては、病識も病状によって変化する。症状改善後に、再発サインを確認し、対処法を話し合うのは、例えば英国では多くの症例で実践されるようになっている^{15,20)}。このような対応を行うことにより、再発時の本人の病状認知が初発時ほど歪んだ状態にならないのか否かはまだ検証されていないが、広義の認知への働きかけとしては重要なテーマである。統合失調症の再発予防などの心理教育の技法が活用できる可能性もある。病状を否認した患者の多くは、後に、当時の認知は歪んでいたという認識に至る²⁶⁾。Vandereyckenは、患者の否認に対し、治療者は見て見ぬふりをせず、サポートと理解を示しながら直面化する態度が必要だとしている²⁶⁾が、これらの対応が患者の認知にどのような影響を与えるのかについても検証が必要であろう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Carter, F. A., Jordan, J., McIntosh, V. V. W., et al.: The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*, 44; 647-654, 2011
- 2) Cooper, Z., Fairburn, C. G.: Cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook* (ed. by Grilo, C. M., Mitchell, J. E.). Guilford Press, New York, p.243-270, 2010
- 3) Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., et al.: Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*,

82 ; 390-398, 2013

4) Fairburn, C. : A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychol Med*, 11 ; 707-711, 1981

5) Fairburn, C. G., Jones, R., Preveler, R. C., et al. : Psychotherapy and bulimia nervosa : Long-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 50 ; 419-428, 1993

6) Fairburn, C. G. : *Overcoming Binge Eating*. Guilford Press, New York, 1995

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) Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., et al. : Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders : A two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry*, 166 ; 311-319, 2009

9) 林 公輔, 西園マーハ文 : 精神科病院における摂食障害の治療. *精神科治療学*, 27 ; 1453-1458, 2012

10) Holliday, J., Tchanturia, K., Landau, S., et al. : Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry*, 162 ; 2269-2275, 2005

11) Miller, W., Rollnick, S. : *Motivational Interviewing*. Guilford Press, New York, 2002 (松島義博, 後藤恵訳 : 動機づけ面接法, 星和書店, 東京, 2007)

12) Mitchell, J. E., Agras S., Crow, S., et al. : Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa : randomized trial. *Br J Psychiatry*, 198 ; 391-397, 2011

13) National Institute for Health and Care Excellence : CG9 Eating disorders : Core interventions in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. 2004 (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg9>) (参照 2016-05-18)

14) 西園マーハ文 : 摂食障害治療最前線 : NICE ガイドラインを実践に活かす. 中山書店, 東京, 2013

15) Page, L. A., Sutherby, K., Treasure, J. L. : A preliminary description of the use of 'Relapse Prevention Cards' in anorexia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev*, 10 ; 281-291, 2002

16) Palmer, R. L., Birchall, H., McGrain, L., et al. : Self-

help for bulimic disorders : A randomized controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance. *Br J Psychiatry*, 181 ; 230-235, 2002

17) Pike, K. M., Walsh, B. T., Vitousek, K., et al. : Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 160 ; 2046-2049, 2003

18) Pike, K. M., Carter, J. C., Olmsted, M. P. : Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. *The Treatment of Eating Disorders : A Clinical Handbook* (ed. by Grilo, C. M., Mitchell, J. E.). Guilford Press, New York, p.83-107, 2010

19) Ricca, V., Castellini, G., Lo Sauro, C., et al. Cognitive-behavioral therapy for threshold and subthreshold anorexia nervosa : A three-year follow-up study. *Psychother Psychosom*, 79 ; 238-248, 2010

20) Robinson, P. H. : *Community Treatment of Eating Disorders*. Wiley, Chichester, 2006

21) Russell, G. : Bulimia nervosa : an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9 ; 429-448, 1979

22) Schmidt, U., Treasure, J. : *Getting Better Bit (e) by Bit(e). A Survival Kit for Sufferers of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorders*. Routledge, Hove, 1993 (友 正人, 中里道子, 吉岡美佐緒訳 : 過食症サバイバルキット 一口ずつ, 少しずつよくなる。金剛出版, 東京, 2007)

23) 瀧井正人 : 心療内科での治療, 摂食障害の治療(専門家のための精神科臨床リュミエール 28). 中山書店, 東京, p.163-174, 2010

24) Touyz, S., Le Grange, D., Lacey, H., et al. : Treating severe and enduring anorexia nervosa : a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 43 ; 2501-2511, 2013

25) Treasure, J., Schmidt, U., Troop, N., et al. : Sequential treatment for bulimia nervosa incorporating a self-care manual. *Br J Psychiatry*, 168 ; 94-98, 1996

26) Vandereycken, W., van Humbeeck, I. : Denial and concealment of eating disorders : A retrospective survey. *Eur Eat Disorder Rev*, 16 ; 109-114, 2008

27) Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., et al. : *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders ; A Comprehensive Treatment Guide*. Cambridge University Press, Cambridge, 2007

Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders

Aya NISHIZONO-MAHER

Shiraume Gakuen University

Cognitive dysfunction such as body-image disturbance and undue influence of body weight on self-worth is a conspicuous feature of eating disorders. The cognitive problems are known to be extremely difficult to treat. Why and how, therefore, is cognitive behavioral therapy (CBT) recommended, with high quality evidence, in clinical guidelines such as the NICE guidelines in the UK?

In reverse direction to the history of eating disorders, namely anorexia nervosa first and then bulimia, CBT was developed for bulimics first and then after its establishment, the skills were applied to anorexia nervosa. Anorexia treatment whether behavioral or familial, has tended to place patients in a passive mode. The CBT technique, on the other hand, invites patients to participate fully in the treatment, via formulation-making and symptom self-monitoring. This is particularly important because, unlike in the early days of adolescent anorexia 'epidemic', the number of adult patients has increased. Behavioral and family treatment is less applicable to adult patients who are expected to be more independent than early adolescent anorexics.

CBT for bulimics consists of two parts. The first part, the normalization of eating pattern, is largely behavioral. In the enhanced CBT (CBT-E) by Fairburn, a standard CBT in the field of eating disorders research, patients are obliged to make two outpatient visits a week for the first four weeks in order to install a regular eating pattern. The cognitive work is added later on the basis that the patient has successfully achieved a regular meal schedule. This behavioral change through two sessions a week may be difficult in a Japanese clinical setting. Some modification such as a brief in-patient treatment may be considered. Also, the number of CBT therapists in Japan is lacking. Collaboration with clinical psychologists is necessary.

The CBT for anorexia is a challenge. Fairburn has expanded the application of CBT to anorexia via his 'transdiagnostic' approach. Likewise, Pike et al started to use CBT-AN for relapse prevention for the patients who acquired sufficient weight through inpatient treatment. The research data is promising. In particular, Touyz et al show that CBT-AN had effects on severe and enduring AN (SE-AN), a category of AN which is often thought to be resistant to any type of treatment.

It is of note that for both anorexics and bulimics, the effect of 'behavioral only' techniques expires early. By contrast, treatments which deal with psychological elements such as CBT

and interpersonal psychotherapy (IPT) have a lasting effect. The time courses of CBT and IPT treatment effect seem sufficiently different that the matching of patient characteristics and the type of treatment should be investigated further. Another important aspect of cognitive dysfunction among eating disorder patients is 'denial of illness'. More research should be performed with regard to how patients, on improvement from eating disorders, look back on aspects of denial and whether a better understanding of these phenomena is helpful in relapse prevention.

<Author's abstract>

<**Keywords** : eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, cognitive behavior therapy (CBT), insight into illness>
