

DSM-5 を用いた食行動障害および摂食障害群の診断について ——診断を行うときの注意点——

中井 義勝¹⁾, 任 和子²⁾

Yoshikatsu Nakai, Kazuko Nin : Diagnosis of Feeding and Eating Disorders
Using DSM-5 —Checkpoints on Making a Diagnosis—

精神疾患の診断・統計マニュアル第5版 (DSM-5) を用いて, 食行動障害および摂食障害群 (FED) の診断を行うときの注意点について, DSM-5 で新たに加わった回避・制限性食物摂取症と過食性障害に焦点をあてて記述した。欧米における先行研究と著者の自験例を用いた研究を比較すると, 日本固有の注意点があった。日本では, 「肥満恐怖」や「体重および体型に関する自己認知の障害」の明らかでない神経性やせ症に関連した障害が存在するため, これらの障害と回避・制限性食物摂取症および神経性やせ症との鑑別が必要である。また, 日本は欧米に比し, 過食性障害の体格指数が高くないため, 過食性障害と排出行動を有しない神経性過食症との鑑別が容易でない。最近, 食行動異常のため著者を初めて受診した患者を対象に, DSM-IV診断基準とDSM-5診断基準を用いてFEDの診断を行うと, DSM-IV診断基準で, FED全体の37%を占めた特定不能の摂食障害は, DSM-5診断基準では, 他の特定される食行動障害または摂食障害と特定不能の食行動障害または摂食障害をあわせても7%と著しく減少した。以上の結果は, DSM-5はFEDの診断に有用であることを示唆するが, その使用にあたっては, いくつかの注意する事項がある。

<索引用語: 摂食障害, 診断基準, DSM-IV, DSM-5>

はじめに

摂食障害 (eating disorders) の診断基準によく用いられてきた精神疾患の診断・統計マニュアル第4版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition : DSM-IV)¹⁾では, 摂食障害は神経性無食欲症 (anorexia nervosa : AN) と神経性大食症 (bulimia nervosa : BN) に

分類され, そのいずれにも属さないものは, まとめて特定不能の摂食障害 (eating disorder not otherwise specified : EDNOS) に分類される。したがって, EDNOSは多様な病態の集合であり, DSM-IVでは, むちゃ食い障害 (binge-eating disorder : BED) を含めて6つの例が記述されている¹⁾。また, DSM-IVで初めてBEDの診断基準

著者所属 : 1) 京都健康科学研究所, Kyoto Institute of Health Sciences

2) 京都大学大学院医学研究科人間健康学専攻, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kyoto University

受 理 日 : 2016年7月30日

として、A～Eの5項目からなる研究用基準案が提案された¹⁾。

DSM-IVが作成後20年を経過し、DSM-5が2013年6月に改訂された²⁾。DSM-5の食行動障害および摂食障害群 (feeding and eating disorders: FED) は、DSM-IVにおける「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」の「幼児期または小児期早期の哺育、摂食障害 (feeding and eating disorders of infancy or early childhood)」と「摂食障害」が統合されたカテゴリーである。統合されたのは、DSM-IVでは小児の摂食障害の診断基準および小児の摂食障害と成人の摂食障害の関連が不明瞭であったためである。そのため、FEDには、異食症 (pica)、反芻症 (rumination disorder)、回避・制限性食物摂取症 (avoidant/restrictive food intake disorder: ARFID) が含まれている²⁾。

最近、欧米ではEDNOSが摂食障害の半数以上を占めるようになったため、DSM-5の作成に際し、EDNOSの摂食障害に占める割合を減らすことが改訂目標の1つに掲げられた。そのため、DSM-5では、ANやBNの診断基準を緩めることに加え、BEDを独立した疾患単位とした。DSM-5のBEDの診断基準は、DSM-IVのBEDの研究用基準案のA、B、C、Eの4項目はそのまま継承している。D項目は過食の頻度の記述で、DSM-IVでは、「少なくとも週に2日、6カ月にわたっておこる」だが、DSM-5では「3カ月間にわたって少なくとも週1回は生じている」に変更された²⁾。

一方、日本語訳については、日本精神神経学会精神科病名検討連絡会が組織され、DSM-5病名・用語翻訳ガイドライン (初版) が作成された³⁴⁾。その際、原本では、DSM-IVとDSM-5で変更されていない用語や字句が、日本語訳では変更されている。例えば、ANは「神経性やせ症」に、BNは「神経性過食症」に、BEDは「過食性障害」にDSM-5では変更された。また「binge-eating」の日本語訳はDSM-IVの「むちゃ食い」からDSM-5では「過食」になった⁴⁷⁾。

欧米では、2012年に提案されたDSM-5摂食障

害診断基準改訂案 (以下、DSM-5改訂案) を用いて、DSM-IV診断基準との比較研究が行われた^{6,18)}。その後、2013年に出版されたDSM-5診断基準を用いて、DSM-IV診断基準との比較研究が行われている^{7,9,21)}。著者は、食行動異常のため受診した患者を対象に、DSM-5改訂案とDSM-IV診断基準との比較研究²⁵⁾および、DSM-5診断基準とDSM-IV診断基準の比較研究を行った³²⁾。本稿では、これらの報告をもとに、DSM-5の診断基準を用いて、FEDの診断を行うときに注意すべき点を、DSM-5で新たに加わったARFIDとBEDに焦点をあてて考察した。

I. DSM-5における食行動障害および摂食障害群 (FED) の構成と診断手順 および本稿での記述について

1. DSM-5におけるFEDの構成

DSM-5では先にも述べたように、FEDの特定すべき障害として異食症、反芻症、ARFID、AN、BN、BEDがある。これらの障害に分類されないFEDのうち、どの障害の基準も完全に満たさない場合は、他の特定される食行動障害または摂食障害 (other specified feeding or eating disorder: OSFED) に分類する。「他の特定される」という用語を用いて特定できる例として、①非定型 (atypical) AN、② (頻度が低い、および/または期間が短い) BN (不完全BN)、③ (頻度が低い、および/または期間が短い) BED (不完全BED)、④排出性障害 (purging disorder)、⑤夜間食行動異常症候群 (night eating syndrome: NES) が記載されている。以上のいずれにも分類できないFEDは、特定不能の食行動障害または摂食障害 (unspecified feeding or eating disorder: UFED) に分類する²⁾。

2. DSM-5におけるFEDの診断手順

DSM-IVでは摂食障害の診断手順は、診断基準に記載されているように、まずANの診断を行い、ANに分類されない場合BNの診断を行う。AN、BNいずれにも属さない摂食障害はEDNOS

に分類される。EDNOSには、BEDを含めて6つの例が提示されていることはすでに述べた。

一方、DSM-5では、DSM-IVと同様にまずANの診断を行い、ANに分類されない場合BNの診断を行う。AN、BNいずれにも属さないFEDは異食症、ARFID、BEDのいずれかの診断を行い、いずれにも属さないFEDは反芻症の診断を行う。これら6疾患いずれにも属さないFEDは、OSFEDかUFEDのいずれかに分類される。

3. FEDの診断に必要な症状や行動の評価について

欧米では有用性の確立された面接マニュアルに従って、診断に必要な症状や行動を評価する。DSM-IVの摂食障害に関しては、精神科診断面接マニュアル (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders: SCID-IV) のH. 摂食障害が国際的によく用いられている¹³⁾。摂食障害評価法 (Eating Disorder Examination: EDE) は評価の高い摂食障害面接マニュアルである¹¹⁾。ただ、DSM-5のFEDの診断基準の多くが、過去3ヵ月間の症状を問うているのに対し、EDEでは過去28日間の症状を問うているので注意する必要がある。DSM-5のFEDに関しては、SCID-IVの改訂版であるSCID-5が近く発刊される。EDEはDSM-5に対応できるように改訂17版ができて¹²⁾。国際的な雑誌に投稿すると、どの面接マニュアルを用いて診断したかが問われる。日本ではこのようなマニュアルはないので、著者は欧米で用いられているマニュアルの日本語訳を用いている^{25,28)}。

4. 本稿での記述について

本稿では、まず各疾患を診断するときに注意すべき点について考察した。なお、著者はこれまでに異食症と反芻症に該当するケースは診ていないため、これらの疾患については本稿では対象としなかった。DSM-5に記述されている順序でなく、先に述べたDSM-5の診断手順に従って、AN、BN、ARFID、BED、OSFED、UFEDの順に記述

した。DSM-5のFEDでは各障害に鑑別診断が記述されている。その中でANとARFID、BNとBEDの鑑別は容易でなく、かつ重要なので、本稿では章を設けて考察した。また、精神科併存症や身体的合併症の存在は、FEDの診断に影響を及ぼし、治療を行うときにも重要なので、別に章を設けた。

II. 各疾患を診断するときに注意すべき点

1. 神経性やせ症 (AN)

先に述べたように、DSM-5改訂の目標の1つは、DSM-IVのEDNOSの割合を減らすことである。EDNOSの例1と例2がANに関連している¹⁾。

例1は、月経を有すること以外にはANの診断基準を満たす「月経を有するAN」である。これは、AN摂食制限型 (restricting type: AN-R) よりもAN過食・排出型 (binge-eating/purging type: AN-BP) に多い。「月経を有するAN」とANの間で、臨床症状や精神病理に差のないことから、「無月経に関する」基準Dが、DSM-5では削除された²⁾。そのため、未初経の例、ピルを服用している例や男性例に対しても、ANの診断ができるようになった。

例2は、「低体重が基準に達しないAN」である。「低体重に関する」基準Aは、DSM-IVでは「期待される体重の85%未満が例示されているが¹⁾、国際的には、「体格指数 (body mass index: BMI) が17.5 kg/m²未満」であることが、低体重の基準として用いられてきた²⁸⁾。DSM-5では、低体重の数値を例示せず、「BMIが18.5 kg/m²以上のほとんどの成人は有意の低体重であるとはみなされないだろう」と記述している²⁾。著者は、欧米の論文に従って、「BMIが17.5 kg/m²未満」をDSM-IVによるANの診断基準に、「BMIが18.5 kg/m²未満」をDSM-5によるANの診断基準に用いている³²⁾。DSM-IVでは、ANの診断的特徴で、基準Aの低体重は「正常体重維持の拒否 (refusal) による」と説明されているが、DSM-5では、低体重はカロリー摂取制限のためであることが基準Aに追記された²⁾。AN患者は自分が病

気であることを認めようとしないう場合がしばしばあるためである。

同じ理由で、DSM-IVのAN診断基準の基準Bと基準CがDSM-5では次のように改訂された。基準Bは「肥満恐怖」に関する項目で、DSM-IVでは、「体重が不足している場合でも、体重が増えること、または肥満することに対する強い恐怖」と記述されていて、肥満恐怖を患者の口述にもとづいて評価していた¹⁾。したがって、患者が肥満恐怖をうまく言語表現することができないか、否認した場合には、基準Bをいかに評価するかが困難であった。そのため、DSM-5では、先の記述に「または体重増加を妨げる持続した行動がある」ことを追記した²⁾。しかし、行動の評価をどのようにして行うかは今後の課題である。

基準Cは「体重および体型に関する自己認知の障害」についての項目である。DSM-IVでは、基準Cは「自分の体重または体型の感じ方の障害」「自己評価に対する体重や体型の過剰な影響」「現在の低体重の重大さの否認」の3項目から成り立っている。DSM-5では、1番目と2番目の項目に変更はないが、3番目の項目が、「現在の低体重の深刻さに対する認識の持続的欠如」に変更された。DSM-IVでは、患者が基準Cを認めようとしないう場合、いかに評価するかが困難であった。DSM-5では、治療者の判断で、基準Cの評価が可能となる。そのため、DSM-5に記述されているように、「家族または他の情報源から情報を得ることがしばしば重要になってくる」²⁾。

Beckerらは、これら感情、認知の障害を評価する困難さについての概説で、次のように述べている⁴⁾。「肥満恐怖」や「体重および体型に関する自己認知の障害」を評価できないのは、AN患者の積極的で意図的な拒否 (refusal) によるとみなすと、これらをうまく評価できないのみならず、誤って評価する危険性がある。むしろ、患者が、AN特有の症状を維持することに利得があると思ひ、あるいは内的洞察力の不足から、「かくす (concealment)」「打ち明けない (non-disclosure)」「最小化する (minimization)」「否認する

(denial)」などの行動をとるのではないか。また、小児や思春期の患者では、認知の発育が不十分なため、症状をうまく言語表現できない可能性がある。一方、周囲の人々に受け入れられるための「偽の同意 (pseudo-agreement)」「過剰な追従 (over-compliance)」と考える人もいる。これらの可能性を念頭に対応すると基準Bや基準Cの評価が向上するのはと彼女らは述べている。

しかし、臨床の間では基準Bや基準Cの評価は容易でない。著者は、患者とラポールをとること、患者とだけの対話の間を作ること、患者が望んでいる理想体重を尋ねること、家庭や学校・職場の情報を集めることなどに努めている。初診の低体重時に肥満恐怖がなくとも、体重が増加し始めると肥満恐怖が顕在化することはよく経験する²⁸⁾。一方で、若い女性が、「自分は太りすぎだ」と思い食事制限をすることは、今日の日本では普通にみられる現象である^{26,27)}。DSM-5では低体重が数値化されず、無月経の項目が削除されるなどバイオマーカーがなくなったため²⁾、治療機関を受診しないANの診断は困難となった。

DSM-5では、7つの鑑別疾患が列記されているが、主に問題となるのは、BNとARFIDである。欧米の多くの論文や著者の論文によると、DSM-IV分類でBMIが17.5~18.5 kg/m²のBNは、DSM-5診断基準ではANに分類される^{9,32)}。BNと異なり、AN-BPには、過食のみを有する人や排出行動のみを有する人を含んでいる。また、過食や排出行動の頻度は定めていない。そのため、DSM-IV診断基準でBMIが17.5~18.5 kg/m²のEDNOSの多く (例えば、過食のみを有するケースや自己誘発性嘔吐のみを有するケース) は、DSM-5診断基準では、ANに分類される^{30,32)}。ANとARFIDの鑑別は次の章で考察する。

DSM-IVと同様に、DSM-5でもANは、AN-RとAN-BPに下位分類される。体重減少が主に摂食制限および/または過剰な運動によりもたらされた場合はAN-Rに、過食または排出行動があればAN-BPに特定する。下位分類は、AN-RとAN-BPが経過の中で混ざりあうことは珍しくな

いため、縦断的経過ではなく、過去3ヵ月間の症状で特定する²⁾。「過去3ヵ月」を問うのは、BNやBEDの診断基準にあわせたとと思われるが、DSM-5で初めて用いられるのでその妥当性は今後検討する必要がある。

該当すれば、部分寛解と完全寛解を特定する。完全寛解は「一定期間診断基準を満たしていない」と記述されているが、原文では、「none of the criteria have been met」となっており「一定期間診断基準のいずれをも満たしていない」とすべきである。一定期間とはどのくらいかは記述されていない。現在のBMIによる重症度を特定する。BMIのみでANの重症度を特定することの是非は、今後検討する必要がある。

2. 神経性過食症 (BN)

BNには反復する過食エピソード(基準A)、体重増加を防ぐための反復する不適切な代償行動(基準B)、体型および体重によって過度に影響を受ける自己評価(基準D)の3つの特徴があり、DSM-5は、DSM-IVの記述をそのまま継承している^{1,2)}。また、「障害がANのエピソードの期間のみに生じるときにはBNの診断を下すべきではない」(基準E)の項目も、DSM-5はDSM-IVの記述を継承している。DSM-5で変更されたのは、基準Cの「過食と代償行動の頻度」で、DSM-IVの「少なくとも週2回」が、「少なくとも週1回」になった²⁾。

DSM-IVではBNは、BN排出型(purging type:BN-P)とBN非排出型(non-purging type:BN-NP)に下位分類される¹⁾。しかし、DSM-5ではこの下位分類が削除された²⁾。そのため、排出行動を有さないBNとBEDの鑑別に問題点を残している^{23,30)}。BNの鑑別診断に関して、BEDとの鑑別は次の章で考察する。AN-BPとの鑑別はANの項で述べた。非定型の特徴を伴ううつ病や境界性パーソナリティ障害に関しては、BNと両方の基準を満たす場合は、両方の診断を下す²⁾。

該当すれば、部分寛解と完全寛解を特定する。

重症度については、不適切な代償行動の頻度を判断基準として、軽度(週に平均して1~3回)、中等度(週に平均して4~7回)、重度(週に平均して8~13回)、最重度(週に平均して14回以上)の4段階を特定するようになっている。他の症状および機能の能力低下の程度を反映して、重症度が上がることがある。重症度の判定基準に不適切な代償行動の頻度を用いることの妥当性および重症度判定に追加すべき他の症状を検討した論文はないようである。

3. 回避・制限性食物摂取症 (ARFID)

ARFIDは、DSM-5でFED(食行動障害および摂食障害群)に新たに加わったカテゴリーであるが、DSM-IVの幼児期または小児期早期の哺育障害(feeding disorder of infancy or early childhood:FDIEC)を引き継ぎ、それが拡大されたものである。ARFIDの診断基準は、その成立過程を理解するとわかりやすい。ARFID診断基準作成の中心となったのが、LaskとBryant-Waughである⁸⁾。DSM-IV診断基準では、小児の摂食障害の多くがEDNOSに分類される。そのためLaskらは、Great Ormond Street(GOS)診断基準を提案し、小児の摂食障害を9つのカテゴリー①AN、②BN、③食物回避性情緒障害(food avoidance emotional disorder)、④選択的摂食(selective eating)、⑤機能的嚥下障害(functional dysphagia)、⑥広汎性拒絶症候群、⑦制限摂食、⑧食物拒否、⑨うつ状態による食欲低下に分類した³⁵⁾。ARFIDはDSM-IVのFDIECの基準D「発症は6歳以前である」を削除し、これにGOS診断基準の一部、食物回避性情緒障害、選択的摂食、機能的嚥下障害を併合した、多くの病態が集合したカテゴリーと考えると理解しやすい。

ARFIDは、摂食または栄養摂取の障害で、①有意の体重減少、②有意の栄養不足、③経腸栄養または経口栄養補助食品への依存、④心理社会的機能の著しい障害のうち1つ以上を伴う(基準A)。有意の体重減少や有意の栄養障害は臨床的に判断する。基準Bは障害は食べ物が手に入らな

いことや慣習によるものでないこと、基準 C は自分の体重や体型に対する感じ方に障害をもっていないこと、基準 D は医学的または精神的疾患で説明できないことである。診断的特徴として、「選択的摂食」「えり好み摂食」「固執的摂食」「慢性的食事拒否」「新奇食物恐怖症」などの食行動を有する。不安症の人や、自閉症に伴う高度の感覚過敏をもつ人は類似の行動を示すが、診断基準すべてを満たす場合に ARFID と診断する²⁾。

ARFID の鑑別診断として、他の医学的疾患、自閉スペクトラム症、不安症群などが列記されている。これらはまた、ARFID と併存することの多い疾患で、その場合には ARFID の発症にどのように関与しているかを考察する必要がある。鑑別を要する重要な疾患は AN である。ARFID と AN の鑑別は次の章で考察する。該当すれば、寛解状態を特定する。

日本では、ARFID についての記述は少ないが、欧米では小児期や思春期の摂食障害患者を対象とした ARFID の研究がいくつかあるので紹介する^{14,37)}。ARFID は、小児摂食障害の 5~22.5% に存在し、AN に比し年齢は若い、罹病期間は長く、男児の比率が約 30% と高い。臨床像は、幼少期から選択的摂食（つまみ食い）、全般性不安、胃腸症状、嘔吐/窒息感、食物アレルギーなどが報告されている。ARFID は医学的疾患の合併、不安症や自閉スペクトラム症の併存が多いが、うつ病の併存は少ない。

成人における ARFID の報告は数少なく臨床像は明らかでない。その臨床像が小児期や思春期の ARFID と類似するなら、診断に際し、幼児期、小児期の食行動の詳細な問診が必要である。また、不安症や自閉スペクトラム症などの併存症がないか注意する。

4. 過食性障害 (BED)

BED は、DSM-5 で FED（食行動障害および摂食障害群）に新たに加わったカテゴリーである。BED の診断基準を考察するに際し、BED の歴史的背景が参考になる。Stunkard が肥満症の一部

に過食を有するケースが存在することを見出し、1959 年に BED として論文を発表した³⁹⁾。一方、1980 年頃から BN の経過中に過食はあるが、不適切な代償行動のない BED が増加してきた³⁾。Stunkard が提唱した肥満症の一部にみられる BED と、AN や BN の既往のある BED に相違があるかどうか欧米で議論されている^{3,23,42)}。

DSM-IV の BED の研究用基準案の基準 A~E のうち、基準 D を除き、あとの 4 つの基準はそのまま DSM-5 が継承していることは先ほど述べた。基準 A は「反復する過食エピソード」の存在で、BN の基準 A と同じ内容である。欧米では、BED が増加してきた 1980 年頃、過食の定義に関する研究が行われた⁴⁵⁾。要約すると、過食には 2 つの要素を必要とする。1 番目の要素は「他とはっきり区別される時間帯（普通 2 時間以内に限定された時間帯）」に、「ほとんどの人が同様の状況で食べる量より明らかに多い食べ物を食べる」ことである。2 番目の要素は「過食エピソードとするには、食べることをコントロールできないという感覚を伴わなければならない」ことである^{11,26,45)}。

基準 B は過食と関連する 5 つの事項で、BED はこのうちの少なくとも 3 つによって特徴づけられる。これらの事項は、一見、基準 A の繰り返しのように見える。これは、基準 C の「過食に関して明らかな苦痛が存在する」とともに、Stunkard が提唱した BED の基準を取り入れたためと思われる^{23,39)}。基準 D は、先に述べたように、DSM-IV の「少なくとも週に 2 日、6 カ月間にわたる」が BN に合わせて「平均して 3 カ月間にわたって少なくとも週 1 回は生じている」に変更された。基準 E は、BED は不適切な代償行動を有さないこと、BN の診断を優先させることである²⁾。BED の鑑別診断に関して、非排出型の BN については次の章で述べる。双極性障害群、抑うつ障害群、境界性パーソナリティ障害に関しては、BED と両方の基準を満たす場合は、両方の診断を下す。

該当すれば、部分寛解か完全寛解かを特定する。重症度については、過食エピソードの頻度を判断基準として、軽度（週に平均して 1~3 回）、

中等度（週に平均して4～7回）、重度（週に平均して8～13回）、最重度（週に平均して14回以上）の4段階を特定するようになっている。他の症状および機能の能力低下の程度を反映して、重症度が上がることがある。重症度の判定基準に、過食エピソードの頻度に、体型・体重への過剰なこだわりの程度を加えると、重症度判定の精度が増強するとの報告がある¹⁶⁾。

欧米では臨床研究の結果、BEDの臨床像が明らかとなってきた³⁾。要約すると、BEDは一般社会の1～3%、摂食障害全体の5～9%、肥満症の6～20%に存在し、ANやBNと異なり男性例も珍しくない。症例により差はあるが体重や体型へのこだわりが強くない、治療によく反応し、再発が少ない³⁾。通常、うつ病などの精神科併存症を有する。Stunkardが報告したような、いきなり過食から発症し、高度な肥満を有するBEDがいる一方で、ANやBNの経過中に嘔吐などの不適切な代償行動が消失して、過食のみが残存したBEDがいる。先に述べたように、前者と後者を同一視してよいか否かは今後の課題である^{3,42)}。これと関連して議論されているのは、ANやBNのようにBEDにも「体重や体型への過度なこだわり」があるか否かである¹⁵⁾。これに関しては、BNとBEDの鑑別診断で述べる。

著者はBED患者69例を対象に、臨床症状を検討した³¹⁾。BEDの頻度は摂食障害全体の27.5%で、欧米の報告に比し高頻度であった。50.7%に過食のみでなくgrazing¹⁰⁾、いわゆる「だらだら食い」が併存していた。97.1%に抑うつ障害群などの精神科併存症があった。85.5%に脂質異常症などの身体的合併症があった。55.1%にBED発症前に食行動異常の既往があった。食行動異常の既往を有する群は、有さない群に比し、体重や体型へのこだわりが強く、BEDの重症度が重かった。日本では欧米に比し肥満の頻度が低いためか、BEDのBMIが欧米に比し低かった。そのため、BEDと排出行動を有さないBNとの鑑別が容易ではなかった^{30,31)}。

5. 他の特定される食行動障害または摂食障害（OSFED）と特定不能の食行動障害または摂食障害（UFED）

先に述べたOSFEDの5つの例のうち、②不完全BN、③不完全BED、⑤夜間食行動異常症候群（NES）は、西欧の研究でも著者の研究でもFED（食行動障害および摂食障害群）に占める割合が少なかった^{6,9,25,32)}。一方、①非定型ANと④排出性障害の頻度は、著者の研究では低かったが^{25,32)}、欧米では著しく高い^{6,9)}。そのため欧米では非定型ANや排出性障害に関する多くの論文がある^{6,18)}。Keelらは、排出性障害を「主観的過食と排出行動を有する」摂食障害と定義している¹⁸⁾。しかし、客観的過食と主観的過食との鑑別は容易でない。また、AN-BPはBNと異なり、過食の量や頻度は問題としていないため、排出性障害は非定型ANに含めればよいとの意見がある⁶⁾。日本では、非定型ANや排出性障害は、現在のところ頻度が極めて低い^{25,32)}。チューイングや「だらだら食い」などは、UFEDに分類される³²⁾。

Ⅲ. 容易でない鑑別診断

1. 神経性やせ症（AN）と回避・制限性食物摂取症（ARFID）の鑑別診断

ARFID診断基準の基準Cは、「自分の体重および体型に対する感じ方に障害をもっている形跡がない」なので、ANとARFIDの鑑別は容易と考えられる。しかし、初診時にARFIDと診断しても、経過中に「肥満恐怖」や「体重や体型に対する自己認知の障害」「体重増加を妨げる持続した行動」などが明らかとなれば、診断はANになる。

日本では、ANが医学的に注目されるようになった1960年頃に、下坂や青木らが、日本では「肥満恐怖」や「身体イメージの障害」の明らかでないANが存在することを報告した²⁸⁾。1980年頃からANの患者数が急激に増加したため、厚生省に「中枢性摂食異常症調査研究班」が設置された。そのとき、日本では「肥満恐怖」や「身体イメージの障害」の明確でないANが多く存在し、これらのケースをANと診断するか否かの議論が再燃

したが、著者の知る限り、英文の論文では、最近の著者の論文が最初である²⁸⁾。

香港の Lee らは、独自に開発した面接法を用いて「肥満恐怖のない AN (non-fat phobic AN : NFP-AN)」の存在を英文で報告し、NFP-AN を AN に含めるべきだと主張している²⁰⁾。その後、報告された Becker らの NFP-AN に関する総説によると、NFP-AN はアジアに多いが欧米では少なく、その精神病理を摂食障害評価法 (EDE) による面接および摂食態度試験 (eating attitude test : EAT) と摂食障害評価票 (eating disorder inventory : EDI) などの自記式評価票を用いて検討すると、食行動異常関連症状 (やせ願望や自己像不満) および、精神症状 (無力感や自己認知の欠如など) が AN と比較して有意に低い⁵⁾。彼女らは、発表者により概念や定義に差異はあるが、NFP-AN は DSM-IV の AN 診断基準の基準 A と基準 D を有するが、基準 B と基準 C を有していないと記述している⁵⁾。そのため NFP-AN は ARFID であるという意見がある⁴¹⁾。しかし、DSM-5 の ARFID の解説で、NFP-AN は「肥満への恐怖を否定しながら体重増加を防ぐ持続的な行動をとり、自分の低体重の医学的重大性を認識していない神経性やせ症」だが、ARFID との鑑別が難しいかもしれないと記述している²⁾。この解説によると、NFP-AN は、DSM-IV では EDNOS だが、DSM-5 では AN と診断される。

著者は、DSM-IV の AN 診断基準の基準 A と基準 D を有するが、基準 B と基準 C を有さないケースの精神病理を、EAT と EDI を用いて検討し、食行動異常関連症状 (やせ願望や自己像不満) および、精神症状 (無力感や自己認知の欠如など) が AN と比較すると有意に低いことを報告した²⁸⁾。その後、これらのケースを DSM-5 の FED の診断基準で検討すると、AN と診断できるケースはおらず、少なくとも一部は ARFID と診断できた³³⁾。

小児の ARFID、成人の ARFID、著者が報告したケース、Lee らの NFP-AN と DSM-5 診断基準による AN の関連は今後の課題である。

2. 神経性過食症 (BN) と過食性障害 (BED) の鑑別診断

DSM-IV 分類の BN 排出型 (BN-P)、BN 非排出型 (BN-NP) と BED の 3 群を比較すると、精神病理が BN-NP は、BN-P と BED の中間にあった^{17,38)}。そのため、DSM-5 でも BN の下位分類を残すべきとの意見があったが廃止されたため、排出行動を有さない BN と BED の鑑別に問題点を残している^{23,30)}。BN にみられる嘔吐などの排出行動は定義が容易である。しかし、BN にみられる非排出行動の不適切な食事制限や過剰な運動の定義は容易でない。DSM-5 の BED と BN との鑑別診断の項目には、「神経性過食症にみられる反復的な不適切な代償行動 (例：パーキング、駆り立てられた運動) は過食性障害ではみられない」と記述されている。混乱を招くのは、これに続く記述である。「過食性障害の人は典型的には、過食のエピソードとエピソードの間に体重や体型に影響を与える目的で、顕著なあるいは持続的な食事制限を行うことはない。しかし、過食性障害の人はダイエットをたびたび試みていることを報告することもある」と記述されている²⁾。では、顕著な食事制限とダイエットの違い、あるいは持続的な食事制限の「持続的」をどのように評価するか明らかでない。著者らは DSM-5 の BN の診断的特徴の記述と BN の基準 C に従って、「1 日以上の間絶食をすること」が「平均して 3 ヶ月間にわたって少なくとも週 1 回は起こっている場合」は、不適切な代償行動とみなして BN と診断している^{30,32)}。ただ、過食を有する肥満症の人が減量目的で絶食するのを不適切な代償行動と言えるか否かは今後議論する必要がある。

AN や BN の診断上重要な項目は、「体重や体型への過度なこだわり」である。DSM-5 で新しく加わった ARFID の診断基準には体重や体型への過度なこだわりを有しないとされており^{1,2)}、ARFID と AN の鑑別診断はこの記述にもとづいている。一方、BED の診断基準には「体重や体型への過度なこだわり」に関する記述がなく、BN と BED の鑑別診断は、「不適切な代償行動」の有無にもとづ

いている²⁾。BEDの診断基準に「体重や体型への過度なこだわり」を加えるべきとする論文がある^{15,23)}。ただ、著者の経験したBED 69例の多くで、「体重や体型へのこだわり」は、過食の結果、体重が急激に増加した結果であった³¹⁾。その点で、ANやBNの精神病理の中核をなす「体重や体型への過度なこだわり」と同一視してよいか、今後検討する必要がある。

Stunkardが提唱した肥満症の一部にみられるBED、ANやBNの既往のあるBEDとDSM-IV分類のBN-NPの関連については今後の課題である。

IV. 精神科併存症と身体的合併症

1. 精神科併存症

DSM-5では、特定の6疾患については、(精神科)併存症の記述がある²⁾。FED(食行動障害および摂食障害)の併存症で注意すべき点は、併存症がFED障害の原因となっているか、単なる併存か、FED障害の結果、併存症が発症したのか、問題となる。いずれにしても併存症は多くの場合、FED障害の経過で悪循環形成にかかわっている。

1) 神経性やせ症(AN)と神経性過食症(BN)について

不安障害群、抑うつ障害群、双極性障害群など幅広い範囲の精神疾患が起こる。AN-Rの人では不安症群と強迫症の頻度が高い。AN-BPとBNでは、不安症群、抑うつ障害群、双極性障害群、アルコール使用障害、パーソナリティ障害、とくに境界性パーソナリティ障害の頻度が高い^{1,2)}。

2) 回避・制限性食物摂取症(ARFID)

小児のARFIDでは併存症を有するケースが多く、不安症群、強迫症に加えて、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、知的能力障害がよくみられる^{2,14,37)}。

3) 過食性障害(BED)

BEDでは併存症を有するケースが多く、双極性障害群、抑うつ障害群、不安症群がよくみられる^{2,31)}。

2. 身体的合併症

ANとBNの身体的合併症は、DSM-5でもDSM-IVの記述と同じなので省略する。ARFIDでは消化器疾患、とりわけ機能的胃腸症に注意する。また食物アレルギーや食物不耐性にも注意する。これらは鑑別診断上も重要である^{14,37)}。BEDではメタボリック症候群の合併の頻度が高い^{3,31)}。合併症があればその治療が必要である。

V. DSM-IV診断基準とDSM-5診断基準の比較

2012年10月から2015年4月の期間に食行動異常のため著者を初めて受診した患者251例を対象に、DSM-5診断基準を用いてFEDの診断を行った³²⁾。その結果、ANは30%、BNは34%、ARFIDは1%、BEDは28%、OSFEDは2%、UFEDは5%であった。すなわち、DSM-IV診断基準で37%を占めたEDNOSは、DSM-5診断基準ではOSFEDとUFEDをあわせても7%と著しく減少した。この結果は先行研究とは異なる。欧米では、体重減少のない非定型ANや排出性障害が多数存在したため、OSFED+UFEDはEDNOSに比し減少したが、なお高い比率であった^{6,7,9,18,21)}。一方、日本では、「肥満恐怖のないAN」や「身体イメージ障害のないAN」が多数存在したためOSFED+UFEDの頻度が高かった²⁵⁾。著者の今回の研究でEDNOSに比しOSFED+UFEDが著しく減少したのは、「肥満恐怖のないAN」や「身体イメージ障害のないAN」が著しく減少したため、その理由として、対象とした施設が異なること、年代が異なることなどが考えられる。

DSM-5と摂食障害をキーワードに、DSM-5が出版された2013年から2016年までの日本語の文献検索を行うと、12編の論文が抽出された。著者たちの論文4編^{29~32)}はいずれも診療所を受診した自験例を対象にDSM-5のFED診断基準の有用性を検討した報告である。一方、その他の論文8編^{19,22,36,40,43,44,46,47)}は、いずれも大学病院など大病院の勤務医による執筆で、主に外国の論文を引用したFEDのDSM-IVからDSM-5への診断基準の変更点およびDSM-5によるFEDの診断手順を解

説したものである。

友竹⁴⁰⁾や切池¹⁹⁾は Fairburn¹¹⁾の「強固なやせ願望や肥満恐怖などの摂食障害中核の精神病理に焦点をあてた超診断的アプローチと認知行動療法」を紹介している。しかし、すでに述べたように、DSM-5で新たに加わった ARFID はやせ願望や肥満恐怖のないことが診断基準の1つである²⁾。また、BEDの診断基準にやせ願望や肥満恐怖に関する記述はない²⁾。これらを診断基準に加えることを提案する人がいる¹⁵⁾が、著者のケースの多くは、すでに述べたように過食による急激な体重増加の結果であった³¹⁾。ARFID や BED の診断や治療に Fairburn の超診断的アプローチが有用かどうかは今後の課題である。DSM-IV 診断基準を用いて摂食障害の頻度を病型別に検討すると、大学病院と診療所では有意の差があった²⁴⁾。DSM-5 診断基準の有用性の検討、またこれを用いた FED の疫学調査が日本の大学病院で行われることが望まれる。

おわりに

DSM-5 日本語版を用いて、FED (食行動障害および摂食障害群) の診断を行うときの注意点について考察した。日本では、「肥満恐怖」や「体重および体型に関する自己認知の障害」が明らかでない AN (神経性やせ症) に関連した障害が存在するため、これらの障害と ARFID (回避・制限性食物摂取症) および AN との鑑別が必要である。また、日本は欧米に比し肥満の頻度が低いいため、BED (過食性障害) の BMI が高くないため、BED と排出行動を有さない BN (神経性過食症) との鑑別が容易でない。著者を初めて受診した患者を対象に、DSM-IV 診断基準と DSM-5 診断基準を用いて FED の診断を行うと、DSM-IV 診断基準による EDNOS (特定不能の摂食障害) は FED 全体の 37% だが、DSM-5 診断基準の OSFED (他の特定される食行動障害または摂食障害) + UFED (特定不能の食行動障害または摂食障害) は 7% で著しく減少した。以上の結果は、DSM-5 は FED の診断に有用であることを示唆するが、

その使用にあたっては、いくつかの注意する事項がある。

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) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed : DSM-IV. American Psychiatric Press, Washington, D. C., 1994 (高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸訳 : DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 1996)
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed : DSM-5. American Psychiatric Press, Washington, D. C., 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2014)
- 3) Amianto, F., Ottone, L., Abbate Daga, G., et al. : Binge-eating disorder diagnosis and treatment : a recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*, 15 ; 70, 2015
- 4) Becker, A. E., Eddy, K. T., Perole, A. : Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-5. *Int J Eat Disord*, 42 ; 611-619, 2009
- 5) Becker, A. E., Thomas, J. J., Pike, K. M. : Should non-fat phobic anorexia nervosa be included in DSM-5 ? *Int J Eat Disord*, 42 ; 620-635, 2009
- 6) Birgegard, A., Norring, C., Clinton, D. : DSM-IV versus DSM-5 : Implementation of proposed DSM-5 criteria in a large naturalistic database. *Int J Eat Disord*, 45 ; 353-361, 2012
- 7) Brewin, N., Baggott, J., Dugard, P., et al. : Clinical normative data for eating disorder examination questionnaire and eating disorder inventory for DSM-5 feeding and eating disorder classifications : a retrospective study of patients formerly diagnosed via DSM-IV. *Eur Eat Disord Rev*, 22 ; 299-305, 2014
- 8) Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., et al. : Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord*, 43 ; 98-111, 2010
- 9) Caudle, H., Pang, C., Mancuso, S., et al. : A retrospective study of the impact of DSM-5 on the diagnosis of eating disorders in Victoria, Australia. *J Eat Disord*, 3 ; 35, 2015
- 10) Conceição, E. M., Mitchell, J. E., Engel, S. G., et

al. : What is “grazing” ? Reviewing its definition, frequency, clinical characteristics, and impact on bariatric surgery outcomes, and proposing a standardized definition. *Surg Obes Relat Dis*, 10 ; 973-983, 2014

11) 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)

12) Fairburn, C. G., Cooper, Z., O'Connor, M. : *Eating Disorder Examination (Edition 17.0D)*. 2014 (http://www.credo-oxford.com/pdfs/EDE_17.0D.pdf) (参照 2016-11-04)

13) First, M. G., Spitzer, R. L., Gibbon, M., et al. : *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders (SCID-IV)*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York, 2010 (高橋三郎, 北村俊則, 岡野禎治監修：精神科診断面接マニュアル SCID：使用の手引き・テスト用紙, 第2版, 日本評論社, 東京, 2010)

14) Fisher, M. K., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., et al. : Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in children and adolescents : A “new disorder” in DSM-5. *J Adolesc Health*, 55 ; 49-52, 2014

15) Grilo, C. M. : Why no cognitive body image feature such as overvaluation of shape/weight in the binge eating disorder diagnosis? *Int J Eat Disord*, 46 ; 208-211, 2013

16) Grilo, C. M., Ivezaj, V., White, M. A. : Evaluation of the DSM-5 severity indicator for binge eating disorder in a clinical sample. *Behav Res Therapy*, 71 ; 110-114, 2015

17) Jordan, J., McIntosh, V. V. W., Carter, J. D., et al. : Bulimia nervosa-nonpurging subtype : closer to the bulimia nervosa-purging subtype or to binge eating disorder? *Int J Eat Disord*, 47 ; 231-238, 2014

18) Keel, P. K., Brown, T. A., Holm-Denoma, J., et al. : Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders : reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *Int J Eat Disord*, 44 ; 553-560, 2011

19) 切池信夫：DSM-5分類について, *臨床精神医学*, 41 ; 529-535, 2013

20) Lee, S., Hsu, L. K. G. : Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa : a comparative study of 70 Chi-

nese patients in Hong Kong. *Psychol Med*, 23 ; 999-1017, 1993

21) Mancuso, S. G., Newton, J. R., Bosanac, P., et al. : Classification of eating disorders : comparison of relative prevalence rates using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Br J Psychiatry*, 206 ; 519-520, 2015

22) 松崎朝樹：DSM-5における摂食障害の診断の流れ, *ポイント*, *精神科*, 28 ; 1-5, 2016

23) Mond, J. M. : Classification of bulimic-type eating disorders : from DSM-IV to DSM-5. *J Eat Disord*, 1 ; 33, 2013

24) 中井義勝, 浜垣誠司, 野間俊一ほか：京都市の医療機関を対象とした摂食障害の実態調査, *精神医学*, 51 ; 681-683, 2009

25) Nakai, Y., Fukushima, M., Taniguchi, A., et al. : Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders in a Japanese sample. *Eur Eat Disorders Rev*, 21 ; 8-14, 2012

26) Nakai, Y., Nin, K., Fukushima, M., et al. : Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) : Norms for Undergraduate Japanese Women. *Eur Eat Disorders Rev*, 22 ; 439-442, 2014

27) Nakai, Y., Nin, K., Noma, S. : Eating disorder symptoms among Japanese female students in 1982, 1992 and 2002. *Psychiatry Res*, 219 ; 151-156, 2014

28) Nakai, Y., Nin, K., Teramukai, S., et al. : Typical and atypical anorexia nervosa in a Japanese sample. *Int J Eat Disord*, 47 ; 130-137, 2014

29) 中井義勝, 任 和子, 野間俊一：日本におけるDSM-5診断基準による摂食障害の分類について, *精神医学*, 56 ; 245-253, 2014

30) 中井義勝, 任 和子：DSM-5診断基準を用いた摂食障害の診断についての問題点—過食性障害を中心に—, *精神医学*, 58 ; 73-80, 2016

31) 中井義勝, 任 和子：Binge-eating disorder (過食性障害)の臨床症状, *臨床精神医学*, 45 ; 235-239, 2016

32) 中井義勝, 任 和子：摂食障害の診断について—DSM-IV診断基準とDSM-5診断基準の比較—, *心身医学*, 56 ; 361-368, 2016

33) Nakai, Y., Nin, K., Noma, S., et al. : Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of adult patients. *Eur Eat Disorders Rev*, 24 ; 528-530, 2016

34) 日本精神神経学会 精神科病名検討連絡会：DSM-5病名・用語翻訳ガイドライン (初版), *精神経誌*,

116 ; 429-457, 2014

35) Nicholls, D., Chater, R., Lask, B. : Children into DSM don't go : A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord*, 28 ; 317-324, 2000

36) 野間俊一 : 過食性障害. *臨床精神医学*, 45 ; 181-185, 2016

37) Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., et al. : Exploring Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in eating disordered patients : A descriptive study. *Int J Eat Disord*, 47 ; 495-499, 2014

38) Nunez-Navarro, A., Jimenez-Murcia, S., Alvarez-Moya, E., et al. : Differentiating purging and non-purging bulimia nervosa and binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 44 ; 488-496, 2011

39) Stunkard, A. J. : Eating patterns and obesity. *Psychiatry Quarterly*, 33 ; 284-295, 1959

40) 友竹正人, 中土井芳弘 : DSM-5 の Feeding and Eating Disorders (食行動障害および摂食障害群) につい

て. *児童青年精神医学とその近接領域*, 55 ; 597-604, 2014

41) Uher, R., Rutter, M. : Classification of feeding and eating disorders : review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 11 ; 80-92, 2012

42) Utzinger, L. M., Mitchell, J. E., Cao, L., et al. : Clinical utility of subtyping binge eating disorder by history of anorexia or bulimia nervosa in a treatment sample. *Int J Eat Disord*, 48 ; 785-789, 2015

43) 和田良久, 福居顯二 : 身体症状症および摂食障害. *医学のあゆみ*, 248 ; 211-214, 2014

44) 和田良久 : DSM-5 における摂食障害について. *精神科臨床サービス*, 15 ; 313-317, 2015

45) Wolfe, B. E., Baker, C. W., Smith, A. T., et al. : Validity and utility of the current definition of binge-eating. *Int J Eat Disord*, 42 ; 674-686, 2009

46) 吉内一浩 : DSM-5 における摂食障害 : 診断基準および日本語病名の変更. *心と社会*, 45 ; 50-54, 2014

47) 吉内一浩, 久保千春, 切池信夫 : 食行動障害および摂食障害群. *精神経誌*, 116 ; 626-628, 2014

Diagnosis of Feeding and Eating Disorders Using DSM-5 —Checkpoints on Making a Diagnosis—

Yoshikatsu NAKAI¹⁾, Kazuko NIN²⁾

1) *Kyoto Institute of Health Sciences*

2) *School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kyoto University*

We reviewed the diagnostic checkpoints associated with the diagnosis of feeding and eating disorders (FED) using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5, focusing on two new categories: avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) and binge-eating disorder (BED). There are some differences between the diagnostic checkpoints for FED employed in Japan and Western countries. In Japan, some patients with anorexia nervosa (AN)-like conditions do not exhibit any evidence of fat phobia or a distorted view of their body weight and shape. Accordingly, we need to differentiate these patients from those with AN or ARFID. Since Japanese BED patients do not have high body mass indices compared with those in Western countries, it is not easy to differentiate BED from non-purging bulimia nervosa in Japan. We observed a 30% reduction in the diagnostic frequency of other specified FED/unspecified FED after the implementation of DSM-5 compared with the diagnostic frequency of eating disorder not otherwise specified based on DSM-IV. These findings suggest that DSM-5 is useful for diagnosing FED, but there are various checkpoints that we need to consider when diagnosing FED using DSM-5.

< Authors' abstract >

< **Keywords** : eating disorders, diagnostic criteria, DSM-IV, DSM-5 >
