

特集 さまざまな精神障害の「病識」をどのように治療に生かすか

摂食障害における病識と治療

西園マーハ 文

摂食障害の治療において、病識は大きなテーマである。特に、神経性やせ症については、「低体重の深刻さに対する認識の欠如」は診断基準にも挙げられている項目である。身体像などに対する誤った信念が訂正不能で妄想の域に達している場合もあるが、訂正不能でなくても、苦痛やとらわれ度が他の精神疾患より強い場合も多いと報告されている。神経性やせ症は、否認を背景に、体重操作などの問題行動がみられることがあるが、病識の乏しきや問題行動を指摘するだけでは治療が進展しない。直面化をしながらも本人の治療参加を促すような働きかけが必要である。神経性やせ症は、治療の動機付けの面からの研究も行われている。食生活だけでなく、生活全般が自己流のルールで支配され、社会的にも孤立しがちな慢性例については、生活の変化をめざす動機付け面接法は有用である。一方、発症間もない事例は、本人はやせることに万能感をもち、生活を変えるべきニーズをもっていない場合が多い。しかし、よく聞けば、ある時点から体重に関する支配観念や家族との葛藤が増えていることに困っていることは多い。このような変化を指摘することにより、低栄養によって、思考が病的な状態になってしまっていることを認識できる事例は少なくない。神経性過食症は受診率が低い疾患であるが、受診する患者については、過食や嘔吐は過食症の症状だという認識をもつことがほとんどである。しかし、「今すぐ症状をなくしたい」など治療に非現実的な期待をもつものもあり、治療が期待通りでないと、治療中断を招くことも少なくない。このように、効果的治療のためには、病気であることを認識しているという意味での病識だけでなく、治療に関するイメージや、病因や症状悪化因子などの理解についても治療者と共有することが重要である。病識を育てるには、治療関係と対話を継続することが重要だといえるだろう。

<索引用語：病識，神経性やせ症，神経性過食症，治療動機，治療抵抗性>

はじめに

摂食障害の治療において、病識は大きなテーマである。病識とは、自分の心身に、それまでとは異なった病理的な変化が起きているという認識である。摂食障害の場合は、体重の変化のみならず、心理面や生活上の変化を伴い、周囲には病理が明らかである。また、本人にも病理が明らかにならずだと周囲が期待するような大きな変化がみられることが多い。しかし、多くの変化は自我親和的であり、病理的だという認識を患者本人がもつのは容易ではない。

摂食障害においては、治療のテーマは心身両面の多岐にわたる。多面的に治療に取り組む必要性が理解されていない場合は、たとえ病名が認識されていても状況が好転しない難しさがある。特に、神経性やせ症においては、患者が十分な病識をもって受診することは稀であり、治療者は、初診の段階から、治療の難しさに直面することがしばしばである。一方、神経性過食症においては、以前にはなかった症状の存在を自覚しているという点では病識をもつ患者がほとんどだが、必ずしもこれが安定した治療関係には至らず、治療中断

を招くことも多い。摂食障害の典型的な型である神経性やせ症と神経性過食症の病識について考えながら、治療上どのような対応が可能かについて検討したい。

I. 神経性やせ症における病識

1. 神経性やせ症にみられる否認の現象

神経性やせ症については、病状の否認という現象がみられることは古くから知られており^{5,18~21)}、このために、摂食障害患者には病識がないといわれがちである。否認は、ごく少量しか食べていないのにもかかわらず、「ちゃんと食べています」と報告するような自己の行動に対する否認、また、衰弱しているにもかかわらず、「元気です」と報告するような身体感覚の否認など、さまざまな領域に及ぶ。前者については、少量ながら食べてはいるので、「ちゃんと」の言葉の定義の違いといえなくもないだろう。また、後者については、元気だと言葉で主張しているだけでなく、体重が大幅に減少しながら長時間運動をしていることもあり、疲労など身体感覚の一種の解離、離人症状態があると考えざるを得ない場合が多い。このように、摂食障害にみられる否認には、病状の過小評価や、解離、離人症などさまざまな現象が含まれる。DSM-5では、以前の「否認」ではなく、「低体重の深刻さに対する認識の持続的欠如」という新しい表現になったが³⁾、これは、食べていないのに食べたと主張するような、事実の単純な否認以外の現象も包含するためのようと思われる。病初期の否認現象について当事者に後方視調査をした Vandereycken によれば²⁰⁾、低栄養を放置した場合のリスクについて説明された際、「深刻に考えるほどではないと思った」「そんなリスクは自分には起きないと思った」という回答がそれぞれ約3割にみられたという。診断基準に挙げられている症状であることを考えれば、若干低い数字のようにも思われるが、リスクを説明するだけでは深刻さの認識には至らない患者が一定数いることは明らかである。

また一方、神経性やせ症の病識の問題として

は、「少しでも食べると限りなく肥満する」「食べた物が永遠に身体に残る」などの考えが、訂正不能な妄想の域に入ることがあり^{5,7,10,14,16)}、この頻度は1~3割であることが指摘されている^{7,16)}。身体に関する誤った信念がある疾患には醜形恐怖症もあるが、DSM-5の醜形恐怖症では³⁾、病識についての specifier (特定項目) が設定されている。この項目では、信念が明らかに訂正不能で病識がないもの、中間の状態、病識があるものの3段階が想定されている。信念の確信の状態が中間のものが、overvalued idea と呼ばれることもあるが^{7,14)}、この用語は、意識のなかに占める割合が高い現象を指すこともあり、今後は言葉の定義を検討することが必要だと思われる。神経性やせ症に多いのは後者であるが、訂正不能性についても、「自分では太りすぎだとは思えないが、人から見るとやせているのはわかる」など中間的な確信もしばしばある。妄想性を、確信、とらわれ、苦痛、行動への影響の多軸でとらえると、神経性やせ症では、とらわれと苦痛は統合失調症よりも高かったとした報告もある¹⁴⁾。醜形恐怖症については、病識がないものは全体的に症状の程度が強くなり、また希死念慮も強いことから、1つの軸上の3段階に分類することは意味がある⁷⁾とされているが、神経性やせ症については、妄想的な少数以外の中間層の病識については、多軸的にとらえる方が本人のニーズがわかり、治療には有用であろう。

2. 神経性やせ症と「操作」

神経性やせ症の患者は、食行動以外には認知の問題がなく、むしろ知的には優れていることも多い。このため、食行動に局限した否認は、周囲には「わかっているのに嘘をついている」「わざとやっている」ととらえられがちである。家庭においても、患者の「ちゃんと食べている」というような発言を「嘘つき」ととらえる家族は多く、スマートフォンで撮った食後の皿の写真を診察室で見せ、「これで食べたと言うのは嘘」などと言う家族も増えている。

入院患者についても、「神経性やせ症患者は、食べたと言って食物を隠すことがある」「下剤を持ち込むことがある」「体重測定前に水を飲むなど操作が多い」と言われやすく、これらのイメージが治療関係を不安定にさせがちである。操作がある場合は、病状の否認も強く、このような患者は、症状が重い患者というよりは問題患者とみなされがちである。上述の Vandereycken の調査によれば、体重測定直前に水を飲んだり、ポケットに重い物を入れるなど、過去に体重操作をしたと供述する患者は 49.7% で、そのうち 73.0% は、その当時から故意に操作しているという意識があったという²⁰⁾。操作しない事例もあり、また、操作をした事例でも、操作しているとは思っていなかった例もあることになる。日本の臨床場面でも、「あの頃はついそうなってしまった」「夢中でやっていた操作しているとは思っていなかった」という声の後で聞かれることがある。本人に故意という意識がある場合に、それを医療者が指摘する場合と指摘せずにいる場合とでどう経過が変わるのか、また、本人には故意という意識が薄く「夢中で」やっている事例に、その場で「操作」を指摘する場合としない場合ではどのように病識が変わり経過に影響するのかなどについてのデータはまだ乏しい。

操作に気づいているのに医療者が見逃すと、何が真実かわからなくなって治療関係は破綻するが、「患者は意図的操作をする」という仮説を前提として、抜き打ち手荷物検査や抜き打ち体重測定を機械的に行うのは、治療にはあまり役に立たないように思われる。先の Vandereycken は、否認や操作は症状であり、そのような行動をとってしまう患者の心理を理解したうえでの直面化が重要であると述べている^{18,19,20)}。具体的な方法は詳述されていないが、日本の現場でも例えば体重操作については、体重だけを退院目標にしないことをあらかじめ話し合っておくこと、体重測定の結果に本人はどのような感想をもったかを折にふれて聞くことなどはできるであろう。このような対応をすれば「自分で選んだ食物以外のものを食べる」と一気に体重が増えると思いついでいたが、そう

でもないことがわかった」というような感想が聞かれることもある。本人の声を聞くことは、本人のなかに病識を育てる第一歩といえる。また、「退院後の生活の計画を立てるためには、これくらいの体重を維持できる栄養状態になれば白血球数が正常域に入るといったデータが必要」など身体の中身にも目を向けた説明を疾患教育に生かすこともできる。ここまで説明すれば、体重の測定値が不正確では意味がないことを納得する人が多い。また、「残さず食べたのに体重があまり増えなかったのはどうしてだろう」など、自分の身体と治療に興味を示すようになる。自分の状態に興味をもち、身体が自分のイメージ通りにはなかなか変化しないということに気づけば、病感や病識が育ちやすい。

3. 病識と動機付け

神経性やせ症の領域では、精神病理的な病識の研究以上に、治療動機や治療抵抗性の研究が盛んである^{26,9)}。海外では、依存症などの治療に活用される動機付け面接法¹³⁾がしばしば使用されている。動機付け面接法においては、「変化」がキーワードである。変化に対する両価性に注目し、行動を変えることの良い面 (pros) と悪い面 (cons) を検討しながら、行動変容を促す。神経性やせ症の治療に動機付け面接法を活用した英国の Treasure の教科書¹⁷⁾には、患者の背中に魔物のような「拒食症 (神経性やせ症)」が取り憑いたイラストが描かれている。そして、魔物が自分を支配していることに本人が気づき、それを振り落とすよう格闘するのが治療であることが示されている。依存症においても、アルコール使用などを「問題」ととらえるのが難しい患者は多いだろうが、神経性やせ症では依存症以上に、「拒食症的」というライフスタイルが自我親和的となり、魔物のようなものとして外在化するのには難しい場合が多い。食事の問題だけではなく、食事以外にも生活上の細かいルールを作っていたり、人とは接点をもてないなど、生活全般が病的ライフスタイルになっていることが多いからである。外在化するというこ

とが病識をもつということであるが、この魔物の姿をとらえるにはさまざまな工夫が必要である。その1つとして、Treasureは、手紙療法を提案している¹⁷⁾。一通目は「拒食症」宛てに苦情の手紙を書くもので、「拒食症」のせいで入院となり、勉強が遅れた、というようなことが書かれることが多い。もう一通は「親愛なる拒食症様」宛ての手紙である。「あなたのおかげで、家族が自分に優しくなった」というようなことが書かれれば、その患者は、疾病利得がみえるようになっていくことになる。拒食生活を変化させる良い面は、苦情に書いたような問題が減ること、悪い面は、疾病利得を失うことということになる。ここまで話が進めば、拒食症が改善しても家族は自分に目を向けてくれるのだろうか、それにはどうしたらよいかというようなことが話し合えるだろう。

神経性やせ症の動機付けについては、動機付け面接法だけではなく、行動の変化には前熟考期、熟考期、行動期、維持期という段階があるとしたProchaskaの理論¹⁵⁾なども用いて論じられているが、これらの理論が最もあてはまるのは、拒食状態がライフスタイルとなった慢性例である。では、慢性化する前の発症早期の段階の患者に、病識をもたせたり、患者自らが変化を望むことを促すことは可能だろうか。発症早期の「学校にはもっと細い子もいる。私はやせすぎではない」と主張するような患者が病識をもつのは容易ではない。しかし、病前との変化や、変化に対する違和感の自覚を促すのは十分可能である。例えば、摂食障害に対する認知行動療法についての海外の教科書では、本人が困っていることを知るために「頭のなかの関心事」の円グラフを描いてもらうという方法が紹介されている²²⁾。円グラフを描いてもらうと、頭のなかには体重の心配が9割を占め、残りのわずかな部分に勉強や友達関係の心配などが描かれることが多い。患者は、体重減少には困っていなくても、ある時期から頭のなかがこのように支配観念で一杯になっていることには苦痛を感じていることが多い。また、ある時期から、家族への強制食べさせ行動が増えて喧嘩が絶えな

いことに悩んでいる場合もある。そのような行動はいつ頃からか、また、その頃の体重がどれくらいだったかと聞くと、比較的正確に覚えていることが多い。支配観念に影響された現在との違いに焦点をあてれば、病気かもしれないという認識がもてるケースも多い。「異常な低体重なので治療が必要」と言うよりは、低栄養で思考力が影響される前の状態まで戻すことを促す方が変化への納得も得られやすい。

II. 神経性過食症の病識と治療

神経性過食症は、神経性やせ症以上に受診率が低い疾患であり、有病者のうち、受診するのは9人に1人のみという報告⁸⁾もある。前述の通り、受診に至る少数者においては、過食と嘔吐という症状を問題だと思っていない患者はほとんどいない。また、これらの患者には、過食症状以外の受診理由もあることが多い。例えば、併存するうつ病症状のために仕事ができない、過食代が膨大で経済的に困窮している、来月の就職までに症状をなくしたいなどである。このように、受診例については、受診理由を聞けば、変化を起こすことの良い面について、本人からも語られるはずである。受診していない多数の有病者の病識はどうだろうか。未受診のまま出産し、子育て困難という理由があつてはじめて受診するケースに未受診時代の病識について問うと、「過食嘔吐には困っていて、病気かとも思ったが、結局自分の弱さが悪いので、治療というより、強い意志をもたなくてはと思っていた」「過食症だとは思ったが、生活には深刻な影響がなく、何とかなっていた」などの答が返ってくることが多い。神経性過食症については、病識があることと受診行動はすぐには結びつかないことが多いといえる。受診後も治療中断が多いので、下記のような、より総合的な病識へのアプローチが必要だといえる。

III. 病因や治療イメージも含めた病識と治療動機

自分には問題があること、その問題の少なくとも一部は病気から来ることを納得するのが病識で

あり、その改善のためには治療が必要だと理解して行動するのが治療動機である。しかし、このような病識と治療動機だけでは安定した治療ができるとは限らない。治療が安定するためには、病気の成因や治療経過のイメージについても、治療者の理解とあまり乖離していないことが望ましい。例えば、治療のイメージについて、神経性やせ症の家族が「精神科医がカウンセリングすれば普通に食べられるようになるはず」と思っている場合がある。このような患者に栄養補給のみが行われるような場合は、家族や患者の治療イメージとの隔たりが大きく、治療中断となる場合も多い。

また、神経性過食症の場合、受診例のなかには、早急に症状をゼロにしたいという希望が強い場合もある。「少しずつコントロールする」という治療方針は、本人の期待に合わないことになる。また、「カウンセリングで治す」というイメージをもって来院し、カウンセリングについて「嫌な感情を吐き出す治療」と考えていると、一般的な精神科診察はやはり期待外れとなって治療中断となる場合もあるので、治療に関する十分な説明が必要である。

本人や家族の病気の成因に対する理解も治療経過に影響する。自分に摂食障害の症状があるという病識がきちんとあるケースでも、「家族のせいでも自分が病気になった」と思っている場合は、「家族は何も苦しまずに普通の暮らしをしていて、なぜ自分だけが膨大な時間をかけて治療を受けなくてはいけないのか」という思いから治療中断となることもある。また、保護者の方が「本人の幼少期、自分が忙しすぎてかまっていられなかったせいで病気にしてしまった」といったストーリーをもち、その理め合わせのために、母親が仕事を辞めたり過食の買い物に行ったりして症状を複雑化させている場合もある。摂食障害についても他の精神疾患同様、本人と家族への心理教育は欠かせない。

おわりに

摂食障害の病識は、治療を考えるうえで非常に重要であるが、精神病理が身体の状態にも大きく影響を受けるためか、また思春期の一過性の問題

と思われてきたためか、精神病圏の疾患のような詳細な精神病理学的検討がなされてこなかった面がある。近年は、摂食障害の認知やメタ認知の問題⁴⁾やそれがどれくらい身体に起因するかという議論が盛んになっている^{11,12)}。横断的な研究では、妄想域に達する極端な病識の乏しさは、必ずしも低栄養だけでは説明できないとされているが^{10,16)}、神経性やせ症の病識の問題が、経過とともにどのように変化するのか、また、栄養状態との関連については、今後明らかにされる必要があるだろう。臨床感覚としては、病状が進んだ飢餓状態の患者よりも、発症間もない軽症域の患者の方が本人との対話の余地があることは多くの臨床家が経験していることであろう。早期の段階で病識を育てる働きかけを行い、経過のなかで、その効果を検証することが必要だと思われる。

摂食障害の領域では、治療への動機付けを高める技法の実践が行われてきた¹⁾。特に、海外ではさまざまな技法が工夫されているが、そのエビデンスについては賛否両論がある⁹⁾。今後は、病識を精神病理学的にも把握し、動機付けの実践法を対象によって修正する必要があるだろう。特に、発症初期の患者や、また逆に慢性的に妄想域にある患者などについては、病識に働きかけるための工夫が求められる。病識を多軸的にとらえる¹⁴⁾というのは興味深い試みであり、臨床場面で活用されるべき方法だと思われる。どのような方法をとるにせよ、患者との対話を継続することが本人の気づきや治療動機を高めることにつながる。対話できる関係があれば、経過中にたとえ症状が悪化しても、これが病識をさらに深める場合もあるのは他の精神疾患と同様である。外来治療が継続せず、極端な飢餓状態になって救急入院となる事例もまだ多い。このようなケースは、危機状態を脱すれば病識のないままに退院となることも多い。治療早期の段階から、病識について話題にし、また入院ケースについても退院前には病識を確認し、本人の気づきと治療意欲を高められるような働きかけを継続することが重要である。病識が育てば、たとえ途中で治療施設が変わっても治療を

継続でき、また一方で、治療関係が継続することが病識を育てるともいえるだろう。

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) Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., et al. : Resistance to treatment in eating disorders : A critical challenge. *BMC Psychiatry*, 13 ; 294-311, 2013
- 2) Allen, K.L., Fursland, A., Raykos, B., et al. : Motivation-focused treatment for eating disorders : a sequential trial of enhanced cognitive behavior therapy with and without preceding motivation-focused therapy. *Eur Eat Disord Rev*, 20 ; 232-239, 2012
- 3) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 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)
- 4) Arbel, R., Koren, D., Klein, E., et al. : The neurocognitive basis of insight into illness in anorexia nervosa : a pilot metacognitive study. *Psychiatry Res*, 209 ; 604-610, 2013
- 5) Arbel, R., Latzer, Y., Koren, D. : Revisiting poor insight into illness in anorexia nervosa : true unawareness or conscious disagreement? *J Psychiatr Pract*, 20 ; 85-93, 2014
- 6) Geller, J. : Estimating readiness for change in anorexia nervosa : comparing clients, clinicians, and research assessors. *Int J Eat Disord*, 31 ; 251-260, 2002
- 7) Hartmann, A. S., Thomas, J. J., Wilson, A. C., et al. : Insight impairment in body image disorders : delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res*, 210 ; 1129-1135, 2013
- 8) Hoek, H. W. : The distribution of eating disorders. *Eating Disorders and Obesity* (ed. by Brownell, K. D., Fairburn, C. G.). Guilford Press, New York, p.201-211, 1995
- 9) Knowles, L., Anokhina, A., Serpell, L. : Motivational interventions in the eating disorders : what is the evidence? *Int J Eat Disord*, 46 ; 97-107, 2013
- 10) Konstantakopoulos, G., Tchanturia, K., Surguladze, S. A., et al. : Insight in eating disorders : clinical and cognitive correlates. *Psychol Med*, 41 ; 1951-1961, 2011
- 11) 西園マールハ文 : 摂食障害の認知機能障害. *臨床精神医学*, 42 ; 1529-1534, 2013
- 12) 西園マールハ文 : 摂食障害における病識. *精神科治療学*, 30 ; 1327-1332, 2015
- 13) Miller, W.R., Rollnick, S. : . *Motivational Interviewing*. Guilford Press, New York, 2002 (松島義博, 後藤恵訳 : 動機づけ面接法—基礎・実践編—. 星和書店, 東京, 2007)
- 14) Mountjoy, R. L., Farhall, J. F., Rossell, S. L. : A phenomenological investigation of overvalued ideas and delusions in clinical and subclinical anorexia nervosa. *Psychiatry Res*, 220 ; 507-512, 2014
- 15) Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. : In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, 47 ; 1102-1114, 1992
- 16) Steinglass, J. E., Eisen, J. L., Attia, E., et al. : Is anorexia nervosa a delusional disorder? An assessment of eating beliefs in anorexia nervosa. *J Psychiatr Pract*, 13 ; 65-71, 2007
- 17) Treasure, J. : *Anorexia Nervosa : A Survival Guide for Families, Friends, and Sufferers*. Psychology Press, London, 1997 (傳田健三, 北川信樹訳 : 拒食症サバイバルガイド—家族, 援助者, そしてあなた自身のために—. 金剛出版, 東京, 2000)
- 18) Vandereycken, W. : Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review : Part 1 diagnostic significance and assessment. *Eur Eat Disord Rev*, 14 ; 341-351, 2006
- 19) Vandereycken, W. : Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review : Part 2 different forms and meanings. *Eur Eat Disord Rev*, 14 ; 352-368, 2006
- 20) Vandereycken, W., van Humbeeck, I. : Denial and concealment of eating disorders : a retrospective survey. *Eur Eat Disord Rev*, 16 ; 109-114, 2008
- 21) Viglione, V., Muratori, F., Maestro, S., et al. : Denial of symptoms and psychopathology in adolescent anorexia nervosa. *Psychopathology*, 39 ; 255-260, 2006
- 22) Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., et al. : *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders : A Comprehensive Treatment Guide*. Cambridge University Press, Cambridge, 2007

Insight Into Illness and Treatment in Eating Disorders

Aya NISHIZONO-MAHER

Shiraume Gakuen University, School of Childhood Studies, Department of Developmental and Clinical Psychology

Insight into illness is an important topic in the treatment of eating disorders. In particular, patients with anorexia nervosa do not recognize the seriousness of malnutrition nor sense that they are unwell. These phenomena make the treatment extremely difficult. In some anorexic patients, it is known that their beliefs about their own body are not correctable and are delusional in nature.

Some reports have pointed out that in terms of preoccupation and distress caused by the pathological beliefs, anorexic patients score worse than other psychiatric patients such as schizophrenics. Problematic behavior such as manipulation of weight before weighing is often observed on a ward treating anorexic patients. However, pointing out the badness of behavior only pushes patients to leave the treatment early. Confrontation is necessary but the psychological aspects behind the behavior must be discussed with the patients. With discussion on why the patient had to behave that way, patients themselves start to recognize that part of their behavior is indeed controlled by anorexia nervosa.

Motivation for treatment has also been the interest of researchers in the field of eating disorders. Motivational interviewing (Miller and Rollnick) is a recommended treatment method and is best applied for relatively chronic patients in whom anorexia has become a life style. Early cases often see their weight loss as a success and it is difficult for them to consider the negative side of it. However, it is possible to encourage them to reflect on the various changes in them that have occurred since they lost weight. For example, the use of a pie chart that encourages the patient to draw how much their weight concern occupies their mind. Many patients admit that they are aware of these changes and that they are distressed with the preoccupation. They are often aware of the point at when they started to notice the change in their mind. Many are even aware at which weight this started to occur. This weight can be used as a treatment target at the first stage of treatment. Very few patients at the early stage of treatment have insight into why they should reach a standard weight. Going back to the weight at which the preoccupation started can be a manageable initial target.

With bulimia nervosa, patients can hide their symptoms for a long time and the percentage of patients who seek help is smaller than that of anorexics. However, the patients who come for treatment do so of their own will and they have a strong sense that they have symptoms of eating disorders. They have a full insight into illness in that sense but their image of

treatment can be quite unrealistic. Some want zero symptoms immediately, after years of binging and purging ; others think talking their stress off, in one long session, should normalize the situation.

Insight into illness is not simply the recognition of the existence of psychiatric symptoms. Treatment is stabilized when the image of the course of treatment and the hypotheses on the possible causes and exacerbating factors in the future are shared between the patient and the professional. Labeling certain behavior as pathological and abnormal does not help patients gain insight. Encouraging patients to observe the change and cultivate their interest in the change help them acquire the appropriate insight into illness.

< Author's abstract >

< **Keywords** : insight into illness, anorexia nervosa, bulimia nervosa, treatment motivation, resistance to treatment >
