

摂食障害の認知行動療法改良版 (Enhanced Cognitive Behavior Therapy : CBT-E)

安藤 哲也

Tetsuya Ando : Enhanced Cognitive Behavior Therapy (CBT-E)

摂食障害 (ED) は頻度が高く、回復には長期間を要し、心身の健康や心理社会的機能に重篤な影響を及ぼす。回復の可能性を高めるには早期にエビデンスのある治療を行うことが重要である。2018 年 4 月から神経性過食症に対する認知行動療法が保険収載された。「摂食障害に対する認知行動療法 CBT-E 簡易マニュアル」に従って実施した場合に限り算定できる。本論では、この CBT-E 簡易マニュアルのもととなっている認知行動療法改良版 (CBT-E) について解説する。CBT-E は Fairburn, C. G. らによって開発された、ED に焦点化された認知行動療法 (CBT-ED) の代表的なものである。Fairburn らの「超診断的」認知行動理論では ED の中核的な精神病理は、自己評価が自らの体重や体形、摂食と、これらをコントロールする能力に過度に影響を受けていることとされている。その表現として摂食抑制や、低体重、過食、嘔吐や下剤乱用などの不適切な代償行動が生じ、自己永続的な悪循環が形成され食行動異常が維持される。CBT-E は ED 固有の中核的な精神病理に対する治療であるため、ED の診断カテゴリーを超えて適用可能な治療である。CBT-E は外来の個人療法を基本とし、マニュアル化、構造化された、期間限定の治療である。ED の精神病理のみを扱う焦点版と、ED の精神病理に加えて外的メカニズムも扱う拡大版の2つのバージョン、低体重のない患者用の20セッション版と低体重患者用の40セッション版の2つの強度がある。さらに若年患者や、入院治療、強化外来、集団療法への適用が研究されている。CBT-E は低体重のない ED (神経性過食症や過食性障害など) に対しては現在、最も有効性の高いエビデンスを有する治療である。また、外来レベルの神経性やせ症に対しても、他の ED の心理社会的治療と同等程度の有効性が報告されている。本論では、CBT-E の概要や特徴、歴史、ED の超診断的認知行動理論、CBT-E の有効性のエビデンス、CBT-E の実際、CBT-E をどのように学ぶかについて解説する。最後に、CBT-E のわが国での実臨床への適用や普及についての課題や展望を述べる。

<索引用語：認知行動療法、神経性過食症、過食性障害、神経性やせ症、摂食障害>

はじめに
マニュアル化された認知行動療法 (cognitive

behavioral therapy : CBT)、とりわけ神経性過食症 (bulimia nervosa : BN) の認知行動療法 (CBT-

著者所属：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所行動医学研究部ストレス研究室長/摂食障害治療支援センター設置運営事業・摂食障害全国基幹センター長, Department of Behavioral Medicine, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry/Center for Eating Disorder Research and Information, Treatment and Support Center for Eating Disorder Project

編 注：第115回日本精神神経学会学術総会教育講演をもとにした総説論文である。

BN) は、BN や過食性障害 (binge-eating disorder : BED) に対してエビデンスの確立された心理社会的治療であり²⁶⁾、英国の NICE ガイドライン 2004³¹⁾をはじめ、海外のガイドラインで主要な治療法の 1 つとして推奨されてきた²⁷⁾。CBT-BN から改良された摂食障害の認知行動療法改良版 (Enhanced Cognitive Behavior Therapy : CBT-E) は超診断的認知行動理論に基づき、摂食障害 (eating disorder : ED) の診断・病型を選ばずに適用できる治療法である³²⁾。

CBT-BN が 1981 年に Fairburn, C. G. らにより最初に発表されてから 37 年¹⁶⁾、2008 年に CBT-E ガイドが発表されてから約 10 年の歳月を経て²⁰⁾、2018 年 4 月から日本でも「神経性過食症に対する認知行動療法」が保険収載された³⁹⁾。この算定に必要な CBT-E 簡易マニュアルは、後に説明する CBT-E の 20 セッション版、焦点版に相当するものである³⁰⁾。本論では CBT-E について解説する。

I. CBT-E とは

CBT-E は Fairburn らによって 2008 年に発表された ED 焦点化 CBT (ED-focused CBT : CBT-ED)³²⁾ の代表的なものの 1 つである²⁰⁾。CBT-E は ED の超診断的理論 (transdiagnostic theory)¹⁹⁾ に基づいた ED 固有の精神病理に対する治療法であり、ED の診断カテゴリーを超えて広範な ED に適用できる²⁰⁾。認知行動理論では、ED の原因よりも、ED を持続させている要因に対処することに重点がおかれている。ED の中核の精神病理は自己評価の非機能的スキームとされ、ED に特徴的な食事制限やさまざまな体重調節行動、過食や不適切な代償行動は、この中核の精神病理の表現あるいは派生とされている¹⁹⁾。CBT-E は実証的な治療すなわち、経験的な事実に基づく治療であり、エビデンスによって支持されている²⁰⁾。

II. CBT-E の形式

CBT-E の基本型は成人の個人 (1 対 1 の) 外来治療である。その特徴としては、マニュアル化さ

れ、明確な構造をもち、期間限定の治療であることが挙げられる。一方でフォーミュレーション (定式化) に従い、個々の患者のニーズに合わせて個別化された治療でもある。CBT-E には 2 つのバージョンがある。デフォルトの焦点版 (focused form) は ED の中核の精神病理にのみ焦点をあてて対処する。一方、拡大版 (broad form) では中核の精神病理に加えて外的維持メカニズム、すなわち中核の低い自尊心、完全主義、対人関係問題¹⁹⁾についても取り組む。CBT-E には 2 つの強度のバージョンがある。20 セッション版は低体重のない ED、すなわち神経性過食症 (BN) や過食性障害 (BED)、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) などを対象とする。一方、40 セッション版は低体重がある ED、すなわち神経性やせ症 (anorexia nervosa : AN) を対象とする。CBT-E の基本型は成人の個人外来治療であるが、派生型として若年者版、強化版 (入院および強化外来)、集団版の CBT-E が開発されている²⁰⁾。

III. CBT-E の歴史

BN の疾患概念は Russell, G. によって 1979 年に提唱されたが³⁵⁾、早くも 1981 年には BN の認知行動療法 (CBT-BN) が Fairburn によって発表された¹⁶⁾。以後、1990 年代にかけて無作為化比較試験 (randomized controlled trial : RCT) を含む CBT-BN の効果の検証が実施された。例えば、CBT-BN と対人関係療法 (interpersonal psychotherapy : IPT)、行動療法 (behavior therapy : BT) の効果を比較した研究では、CBT-BN は、治療終了 12 ヶ月後での反応率は IPT と同等で、BT より優れていること、CBT-BN のほうが IPT よりも早期に反応することが示された¹⁷⁾。2004 年に発表された英国の NICE ガイドライン 2004 では CBT-BN が成人 BN の治療として Grade A で推奨され、BN に対する主要な治療法として認められた³¹⁾。しかし、その間も Fairburn らは CBT-BN の治療成績に満足することなく、より有効率を高めるため、また BN 以外の ED へ適用の拡大

表1 英国 NICE ガイドライン 2017 の摂食障害の心理的治療の推奨

		第一選択	第二選択	第三選択
神経性 やせ症	成人	・個人 CBT-ED ・MANTRA ・SSCM	・ED 焦点化精神力動精 神療法	
	小児, 若年成人	・小児・若年者の AN 焦 点化家族療法	・CBT-ED ・AN の青年期焦点化精 神療法	
神経性 過食症	成人	・GSH-CBT	・CBT-ED	
	小児	・BN 焦点化家族療法	・CBT-ED	
過食性障害		・GSH-CBT	・集団 CBT-ED	・CBT-ED

(文献 32 より改変して引用)

をめざして治療法の改善と試行錯誤を続け、2003 年の論文「Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment」において、ED の維持の超診断的理論と治療を発表した¹⁹⁾。そして、2008 年には CBT-E のガイドンス “Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders” を出版した（以下、CBT-E ガイドとする²⁰⁾。その後の RCT を含む効果研究により、2017 年に改訂された英国の NICE ガイドライン 2017 では、CBT-E を含む CBT-ED が、専門家による支持的臨床マネジメント（specialist supportive clinical management: SSCM）、Treasure, J.らの開発したモーズレイ成人 AN 治療（Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults: MANTRA）³⁶⁾と並んで AN の心理的治療の第一選択の 1 つとされた³²⁾。一方、BN に対しては、より低コストのガイディッドセルフヘルプ CBT（GSH-CBT）が第一選択とされ、CBT-ED は GSH-CBT に反応しないケースの第二選択となった³²⁾（表 1）。わが国では 2010 年に CBT-E ガイドの日本語版『摂食障害の認知行動療法』が出版され、CBT-E が紹介された²²⁾。CBT-E をわが国に導入する研究が 2014 年から国立精神・神経医療研究センターの研究班により開始され、指導者の養成、日本語マニュアルや研修資料の作成、効果検証の準備が始められた³⁰⁾。2018 年 4 月に「神経性過食症に対する認知行動療法」が保険

収載された³⁹⁾。

IV. ED の超診断的認知行動理論

ED の超診断的認知行動理論については、Fairburn らの論文¹⁹⁾に詳しく述べられている。ED を超診断的に診ることの根拠の 1 つとして、同一の患者で経過とともに ED の診断・病型が変わっていくこと〔診断移行（diagnostic crossover）〕が挙げられる。DSM-5 のシステムでは、食行動障害および摂食障害群は AN, BN, BED, OSFED などのいくつもの診断カテゴリーに分けられている。しかし、例えば、AN の摂食制限型（AN-R）（主に食事制限および/または過剰な運動によって体重減少するタイプ）と診断された患者が、経過中に過食や嘔吐を始めると病型は過食・排出型（AN-BP）となり、体重が回復して健康体重になると、診断が BN に変わるというように、診断、病型間の相互の移行がしばしばみられる¹⁵⁾。これは、同じ患者がつぎつぎと別の精神疾患を発症したのではなく、その患者にとっては 1 つの ED が進展したとみるほうが妥当である¹⁹⁾。

もう 1 つの根拠は ED の診断カテゴリー・病型を超えて類似の精神病理がみられることである。Fairburn らは、ED は基本的に認知障害であり、ED 固有の中核の精神病理は「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（over-evaluation of weight and

場合)がある。以上に述べた中核的なEDの維持メカニズムに加えて、Fairburnらは、一部の患者においては、4つの外的なEDの維持メカニズムのうちの1つあるいは複数が相互作用しているとした。すなわち、重篤な「病的な完全主義(Clinical Perfectionism)」, 無条件の広範な低い自尊心「中核の低い自尊心(Core Low Self-Esteem)」, 「気分不耐性(Mood Intolerance)」, そして「対人関係の問題(Interpersonal Difficulties)」である。以上が、超診断的認知行動理論によるEDの維持メカニズムであり、これによりEDが自己永続的に持続することになる^{19,20)}。

V. CBT-Eの有効性のエビデンス

CBT-Eの有効性(efficacy)はRCTを含むいくつもの効果研究により実証されてきた。また実臨床でも有効性(effectiveness)が示されてきた¹⁴⁾。

効果研究でのアウトカムとしては、健康体重の回復や、過食と排出行動などの症状の消失、摂食障害精神病理の評価面接(Eating Disorder Examination: EDE)や自己記入式尺度(Eating Disorder Examination Questionnaire: EDE-Q)の得点が用いられてきた。

1. BN患者を対象にした効果研究

Poulsen, S.らはDSM-IVのBN患者70名を対象に焦点版CBT-E(CBT-Ef)(36名)と精神分析的な精神療法(psychoanalytic psychotherapy: PP)(34名)の治療効果をRCTで比較した。治療の完遂率はCBT-Eは77%, PPは88%であった。治療企図(intention to treat: ITT)解析で過食と排出行動の両方とも消失していた割合は、治療終了時にCBT-E群が42%であったのに対して、PP群は6%であった(オッズ比13.4, $P<0.01$)。CBT-E群では20週間で治療を終了した一方、PP群では以後も治療が継続していたが24ヵ月後でも過食・排出行動の消失率はCBT-E 44%, PP 15%とCBT-E群で有意に改善率が高かった(オッズ比4.34, $P=0.02$)³⁴⁾。

2. 超診断的な患者群を対象にした効果研究

BNやDSM-5のBED, OSFEDあるいはDSM-IVの特定不能の摂食障害(eating disorder not otherwise specified: EDNOS)などの低体重のないED患者を超診断的に対象にした研究も実施されてきた。FairburnらはBMI 17.5 kg/m²以上のDSM-IVのED患者130名(BN 40.8%, BED 6.2%, EDNOS 53.1%)を対象に焦点版CBT-E(CBT-Ef)(65名)とIPT(65名)の効果をRCTで比較した。アウトカムにはEDEの全体得点(Global score)を用いた。治療完遂率はCBT-E群が74%, IPT群が82%であった。ITT解析で治療終了時寛解率はCBT-E群65.5%, IPT群33.3%(オッズ比8.8, $P<0.001$)とCBT-E群の寛解率はIPT群の約2倍で、有意に高かった。過食と排出行動の不在率はCBT-E群44.8%に対しIPT群21.7%であった。終了60週間後での寛解率はCBT-E群69.4%, IPT群49%でCBT-E群が有意に高かった²⁴⁾。

3. 焦点版と拡大版の効果の比較

中核の精神病理に絞った焦点版(CBT-Ef)と、外的維持機構まで含めた拡大版(CBT-Eb)ではどちらが有効であろうか? FairburnらはED患者154名(BN 38.3%, EDNOS 61.7%)を、CBT-Ef群、CBT-Eb群、待機コントロール群にランダムに割り付けた。待機コントロール群は8週間の観察期間後にさらにCBT-Ef群とCBT-Eb群に割り付けられた。待機コントロール群の観察期間中には、ほとんど症状の改善はみられなかった。CBT-E群全体の治療完遂率は77.9%であった。寛解率は治療終了時51.3%, 60週間後50.0%であったが、治療完遂者では寛解率が66.4%と高かった。複雑な病理をもつ患者では寛解率が48%と、病理が複雑でない患者(60%)よりも低かった。病理が複雑でない場合はCBT-Ef群のほうがCBT-Eb群よりも、病理が複雑な場合はCBT-Eb群のほうがCBT-Ef群よりも寛解率が高い傾向があった。病理が複雑でない多くの患者では焦点版が、病理が複雑な少数の患者では拡大版にメリットが

ある可能性がある²¹⁾。一方, Thompson-Brenner, H.らはBNと境界性パーソナリティ障害の併存例50名を対象にRCTでCBT-EfとCBT-Ebの効果を比較したが, 両者間に有効性の差はみられなかったという⁴³⁾。

4. AN患者を対象にした効果研究

ANに対するCBT-Eと他の心理社会的治療の効果が比較検討されてきた。Zipfel, S.らは成人ANの外来患者242名〔平均BMI 16.7 kg/m² (SD 1.0)〕を対象に多施設共同RCTを実施し, 適正化された通常治療 (optimised treatment as usual: OTAU) と, マニュアル化された焦点型力動精神療法 (focal psychodynamic therapy: FPT), CBT-E (40セッション版) の効果を比較した。治療終了時に22%が, 12ヵ月後評価時に30%が脱落した。治療終了時および12ヵ月後のBMIの平均増加量 (kg/m²) は, それぞれOTAUが0.69と1.22, FPTが0.73と1.64, CBT-Eが0.93と1.30で終了時の体重増加量に差はみられなかったが, 12ヵ月後評価時ではFPTが他の治療に比べ体重増加量が高い傾向があった⁴⁷⁾。

Byrne, S. M.らは, BMI \geq 14 kg/m²の成人の外来AN患者120名〔平均年齢26.19 \pm 9.47 (SD), 平均BMI 16.7 \pm 1.22〕を対象にSSCM, MANTRA, CBT-Eの効果をRCTで比較した。治療完遂率は全体で60% (SSCM 57.5%, MANTRA 56.1%, CBT-E 66.7%) であった。ITT解析で治療終了12ヵ月後に健康体重 (BMI $>$ 18.5) を回復した割合はSSCM 47.5%, MANTRA 43.9%, CBT-E 59.0%, EDE Global scoreの正常化はSSCM 62.5%, MANTRA 43.9%, CBT-E 48.7%, 寛解を達成した割合 (健康体重回復, EDE Global score正常化, 過食と排出行動の消失)はSSCM 32.5%, MANTRA 22%, CBT-E 30.8%であった。完遂率, 体重の回復率, 精神病理の正常化率, 寛解達成率のいずれも3つの治療群間で有意な差はみられなかった。このようにBMI \geq 14 kg/m²のANに対して, CBT-Eを実施した約6割で健康体重を回復, 5割でED精神病理の正常化, 3割で寛解が

得られた。CBT-Eの有効性は他の心理社会的治療と同程度であった⁵⁾。

5. 実臨床でのCBT-Eの有効性

RCTのような研究条件ではなく, 実臨床 (real world setting) でもCBT-Eは実施可能で有効であろうか?

Byrneらはオーストラリアの公的な外来クリニックのED患者を対象にオープン試験でCBT-Eの実施可能性と有効性を検証した。クリニックに紹介され適格性を評価された176名の患者のうち, 125名 (71.0%, AN 34, BN 40, EDNOS 51) が治療を開始し, 66名 (52.8%) が治療を完遂, 50名 (40.0%) がドロップアウト, 5名 (4.0%) が途中辞退し, 4名 (3.2%) が他に紹介された。ドロップアウト率はAN 50.0%, BN 35.0%, EDNOS 37.3%でANが高い傾向にあった。治療を開始した患者の32.0%が完全寛解, 8.0%が部分寛解であった。治療完遂者に限ると完全寛解は56.1%, 部分寛解は10.6%であった。全体の寛解率はANのほうがBNやEDNOSに比較して低かったが, 治療完遂例に限ればANとBNやEDNOS間に差はなかった。FairburnらのRCTの成績と比べ, 治療完遂例の寛解率には差がなかったものの, 脱落率が高い傾向があった (40.0% vs. 22.1%)⁴⁾。

Knott, S.らはウェールズの国民保健サービス (National Health Service: NHS) のEating Disorder Service (EDS) での成人 (18~65歳) のBN患者とEDNOS患者を対象にCBT-Eの効果を調べた。683名がEDSに紹介され, 451名が適格性を評価され, うち396名が適格として待機リストに入り, うち272名で治療を開始し, 135名が治療を完遂, 26名が治療中, 111名が非完遂であった。EDE-Qでの評価による寛解率は治療した全体では39.4%, 治療完遂者に限ると78.3%に達した²⁹⁾。FairburnらのRCTでの成績に比べて, 治療完遂者の寛解率が高い傾向があったが (78.3% vs. 66.4%), 非完遂例を含めた全体ではやや低かった (39.7% vs. 53.0%)。これは, 脱落率が高

いこと (40.8% vs. 22.1%) に起因すると考えられる²⁹⁾。最近の、オーストラリアの外来 ED サービスでの報告でも、完遂者では良好な ED および一般精神病理の改善がみられたが、50.0%が完遂できなかったと報告され、脱落をいかに防ぐかが重要であるとされた⁴⁰⁾。

Frostad, S.らはノルウェーの公的病院の外来 ED ユニットで、AN 患者 44 名に対し 40 セッションの CBT-E を実施した。22 名 (50.0%) が治療を完遂した。治療開始から 12 ヶ月後に目標体重 ($BMI > 18.5 \text{ kg/m}^2$) を達成した率は、完遂者では 77.3%, 非完遂者では 31.8%, 治療実施者全体では 54.5%であった²⁵⁾。

以上のように、CBT-E は実臨床の環境においては、RCT に比べて、治療から脱落する率が高いものの、治療を完遂した場合は、遜色ない効果がみられることが示された。

6. CBT-E のエビデンスのまとめ

RCT のような研究条件のもとでは、BN や BED に対しては頑健なエビデンスを有し、導入した患者の約半数が寛解し、約 4 割で過食と排出行動が消失すること、7~8 割が治療を完遂し、完遂者では約 3 分の 2 が寛解し、その効果は長期間維持されること、他の積極的な治療 (PP や IPT) よりも寛解率が高いことが示されてきた。低体重のある AN では、治療完遂者の 6 割程度で寛解が得られ、他の心理社会的治療法と同程度の有効性であるが、完遂割合が低い (6 割程度) ため、全体での寛解率は 3 割程度になる。実臨床においても完遂例においては研究条件下と同様に有効であるが、完遂割合が研究に比べて低下する (5~6 割)。CBT-E の効果を得るためには最後まで治療を完遂させること、脱落させないことが非常に重要である。

VI. CBT-E の実際

1. CBT-E のテキストとマテリアル

CBT を実施するには、CBT-E のガイド (『Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders』²⁰⁾、『摂

食障害の認知行動療法』²²⁾) を熟読し、親しむことが必須である。ガイドは非常に詳細に書かれていて、これに忠実に行い逸脱しないことが重要とされている。心理教育用テキストとして『Overcoming Binge Eating, Second Edition』²³⁾を用いるが、本論執筆時点では、日本語版は出版されておらず、一日も早い出版が待たれる。CBT-E で用いるマテリアルの英語版や CBT-E の最新情報は CREDO (Centre for Research on Eating Disorders at Oxford) のサイト⁷⁾から入手できる。『摂食障害に対する認知行動療法 CBT-E 簡易マニュアル』³⁰⁾や、日本語版のマテリアル、質問紙は摂食障害全国基幹センターが運営する摂食障害情報ポータルサイト³⁷⁾から入手できる。

2. CBT-E のプログラムの概要

CBT-E の詳細については、CBT-E ガイドや上記テキストを参照してほしい。ここでは低体重のない ($BMI \geq 17.5$) ED 患者の大部分に適した 20 セッション版の焦点版の概略を説明する (表 2)。

CBT-E には 3 つの目標がある。1 つ目は ED の中核の精神病理、すなわち「体形や体重、それらのコントロールについての過大評価」を取りのぞくこと、2 つ目は ED の精神病理を維持しているメカニズムを修正すること、3 つ目は治療による変化を治療後も維持することである。CBT-E の治療期間は、低体重のない患者では 20 週間が標準である。

CBT-E を始める前の準備として評価面接を 1~2 回実施する。患者を治療に参加させること、ED の診断や、身体面・心理面での安全を確認すること、治療の障壁となりうるもの、例えば、臨床的なうつ病、薬物乱用、治療への集中を妨げる出来事や環境、治療参加が困難な事情があれば前もって対処すること、そして、患者が治療を最優先し、集中して取り組めるようにすることが目標である。

CBT-E には 4 つのステージがある (表 2)。ステージ 1「上手に始める」では、週 2 回のセッションを計 8 回 (セッション 0~7)、ステージ 2「評価

表2 CBT-E 焦点版, 20 セッション版の各ステージの目標と主な内容

ステージ1 「上手に始める」: 8回 (セッション0~7), 週に2回	
目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者を治療と変化に参加させる 2. 治療の道標となる個別化されたフォーミュレーション (病態概念図) 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 <p>精神病理と重症度の評価, 治療の説明, フォーミュレーション作成, リアルタイムセルフモニタリングの確立, 共同体重測定の導入, 個別化した心理教育, 規則正しい食事の確立, 重要な他者 (との面接)</p>
ステージ2 「評価と計画」: 2回 (セッション8, 9), 週に1回	
目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 治療の進展の吟味 2. 変化への障壁を見つける 3. ステージ3を計画する
ステージ3 「維持メカニズムに対処する」: 8回 (セッション10~17), 週に1回	
目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 残存している摂食障害の問題を取り扱う 2. 摂食障害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 (set back) に対処する力をつける <p>「ボディイメージ」: 体重・体形の過大評価に対処する 体重・体形の過大評価, 他の生活領域の拡大, 体形確認への対処, 体形 (確認) 回避への対処 体形比較への対処, 肥満感への対処</p> <p>「摂食抑制」: 摂食抑制と食事規則, 摂食コントロールの過大評価に対処する ダイエットの問題を認識, 摂食抑制と食事規則の教育, 食事規則への対処, その他の規則への対処, 食事規則を破ることへの対処</p> <p>「出来事, 気分, 摂食行動」: 出来事と気分に関連した食行動の変化に対処する 出来事に関連した食行動変化への対処 (セルフモニタリング, 問題解決技法), 気分に関連した食行動変化への対処 (気分不耐性の特定, 教育, 観察, 分析, 介入), 過食分析</p> <p>「思考様式 (マインドセット)」: 摂食障害の思考様式のコントロールを学ぶ 摂食障害の思考様式に戻る刺激を同定, 傾向を共有 (DVD のたとえ), 最初の徴候に気づく, 思考様式を切り替える</p>
ステージ4 「上手に終わる」: 3回 (セッション18~20), 2週間に1回	
目標	<ol style="list-style-type: none"> 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 <p>治療終了への不安を取り上げる, 達成した進歩の評価, 今後対処すべき事項, 短期維持計画作成, 治療の手順の終了, 長期維持計画</p>
再評価セッション: 治療終了20週間後に1回	<p>患者に近況を知らせ, 進歩を報告する機会を提供, 摂食障害を再評価, 短期維持計画実施状況の見直し, ぶり返しに対処できたかの見直し, 追加の治療が必要かどうかを決定, 家庭体重測定を継続すべきかどうかの話し合い, 長期維持計画の作成または見直し</p>

と計画」は週1回のセッションを2回 (8, 9), ステージ3「維持メカニズムに対処する」では週1回のセッション8回 (10~17), ステージ4「上手に終わる」では2週間に1回のセッションを3回 (18~20) 実施する。治療終了20週間後に再検討セッションを1回実施する。したがって22回の

セッション, CBT-E の開始前の評価面接を含めると23~24回の予約が必要になる。

CBT-E はいくつかのモジュールより構成されている (図2)。ステージ1はすべての患者で共通である。ステージ3では, ステージ2での評価と計画に基づいて「ボディイメージ」「摂食抑制」

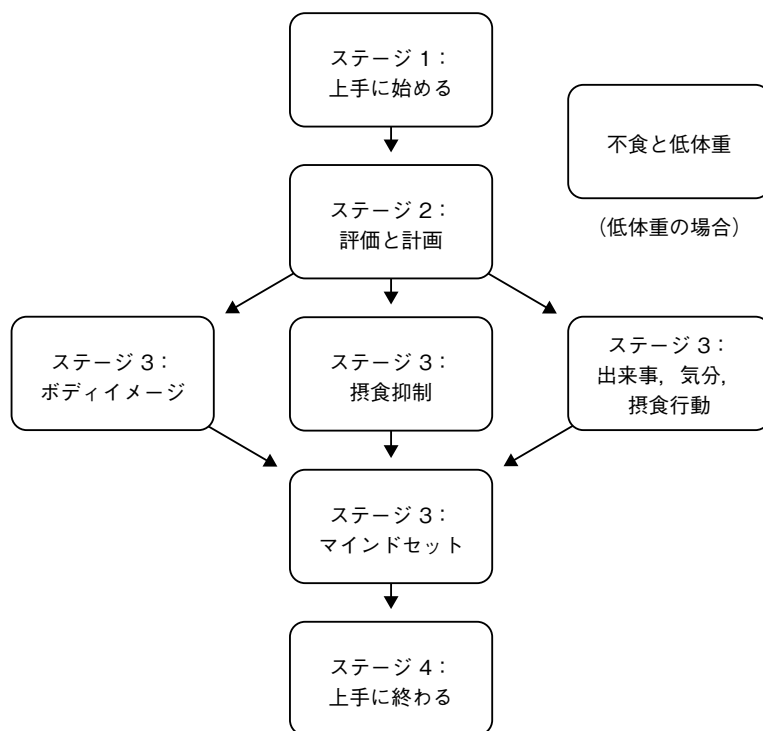


図2 CBT-Eのロードマップとモジュール
(文献30より改変して引用)

「出来事、気分、摂食行動」のモジュールを組み合わせて実施する。ステージ4では変化の維持と再発予防に取り組む。

CBT-Eの各セッションのフォーマットは決まっている。90分程度のセッション0を除いて、1回のセッションの長さは約50分である。セッションの構造は、①共同体重測定、②進捗の吟味、③アジェンダの設定、④アジェンダに取り組む、⑤宿題の確認とセッションのまとめ、となっている。

その他のCBT-Eの重要な特徴は、フォーミュレーションに導かれる個別化された治療であること、治療的な勢いの確立と維持を重視すること、作業の多くはセッション間で宿題のかたちで行われること、原則として、ひとりの治療者で実施すること、同時に他の形式の心理療法を行わないことが挙げられる。他のCBTと共通した特徴として協同的であることが挙げられる。

ステージ1は、患者を積極的に治療に参加させ、治療の基礎を確立し、早期の変化を達成させることを目標とする。セッションを週2回行うことは、治療の勢い（therapeutic momentum）を確立するのに役立つ。導入される手順は、精神病理の性質と重症度の評価、治療の説明、フォーミュレーションすなわちケースの病態概念図の作成（図3）、実時間セルフモニタリングの導入、共同体重測定の導入、心理教育、規則正しい食事パターンの確立が主要な目標となる。フォーミュレーションやセルフモニタリングは患者がEDから距離において（脱中心化）、EDやEDを維持している仕組みを理解し、変化を起こすことに役立つ。週に1回の共同体重測定は、体重についての教育や、体重経過のグラフ化を含み、体重への不安を減少させる。個別化した心理教育により体重・体形や食事に関するさまざまな誤解が修正される。規則正しい食事習慣を確立することはCBT-Eの鍵と

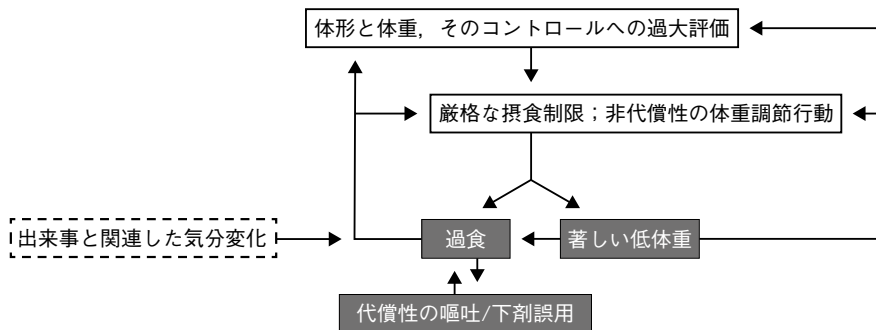


図3 摂食障害の超診断的なフォーミュレーション
(文献22より改変して引用)

なる介入で、過食の頻度は激減する。CBT-Eは通常1対1の個人療法であるが、もし治療を促進することが望めるなら、重要な他者とのセッションを数回設ける場合がある。

ステージ2では治療の進展を吟味し、障壁があれば対処する。ステージ3の計画を行う。拡大版を用いるかどうかを判断する。

ステージ3では、ステージ1で導入された戦略と手順を継続しながら、個々のケースで作動している主要な維持メカニズムに対処する。「ボディイメージ」モジュールは「体形と体重の過大評価」に、「摂食抑制」モジュールは「厳格な食事制限」に、「出来事、気分、摂食行動」モジュールは「出来事と気分による食行動への影響」にそれぞれ対処する。「思考様式（マインドセット）」モジュールはすべての患者に共通でEDの思考様式のコントロールを学ぶ。

ステージ4では、治療終了の不安に対処し、終了後も進歩が続くことを保証し、治療を徐々に終了する。長期的な再発リスクを最小限にするため、ぶり返し（セットバック）への対処法を話し合い、長期維持計画を作成する。これで治療を終了する。ステージ4終了20週間後に再評価セッションを実施する。近況や進歩を報告してもらい、EDを再評価する。短期維持計画の実施状況の見直し、ぶり返しへの対処の見直し、追加の治療が必要かどうかの決定、体重測定を継続すべきかどうかの話し合い、長期維持計画の作成または

見直しを行う。追加の治療が必要な場合を除いて、治療者が患者に会うのはこれが最後になる。

3. CBT-E で用いる評価法

CBT-E で用いる ED の評価法について紹介する。身長と体重は実測する。EDE は半構造化面接で、過去4週間の症状と精神病理の評価を行う。またDSMの診断項目については過去3ヵ月を評価し、診断が可能である⁸⁾。実施には約90分を要し、主に研究で用いられ、臨床に用いることはほとんどないが、一読するとEDに特徴的な病理を理解するのに役立つ。EDE-Qは、EDEの自己記入式版であり、28項目からなる。過去28日間（4週間）の評価を行う。Global scoreのほか、下位尺度得点（Restraint, Eating Concern, Shape Concern, Weight Concern）を算出できる¹⁸⁾。CIA（Clinical Impairment Assessment Questionnaire）は、16項目の自記式質問紙で、過去28日間のEDによる心理社会的障害の程度を評価する³⁾。

CBT-Eの実践では少なくとも治療前、ステージ2、治療終了時、再評価セッションでEDE-QとCIAを用いて評価する。

Ⅶ. CBT-E の課題とトピックス

ED患者のおよそ半分に他の精神疾患が併存するといわれている。しかし、薬物依存や強迫症、不安症、PTSDなど併存症をもつEDに対する

CBT-E の適用や有効性については研究が少なく今後の課題である。うつ病が併存する場合は、事前に治療しておくことが CBT-E ガイドで推奨されている。

CBT-E は英国で開発された治療法であり、ヨーロッパ諸国やオーストラリアなどを中心に研究されてきた。日本を含め東アジアでは科学的な有効性のエビデンスや実臨床でのデータがなく検証が必要である³³⁾。CBT-E を実施できる治療者や治療施設は、英国でも不足しており、長期間の治療待機期間が問題となっている。わが国では、医療での臨床心理職の活用が進んでいないことや、心理療法に対する診療報酬も十分とはいえないことが、普及するうえでの課題である。

CBT-E を実行するうえで、実際的に問題になるのがセッションの頻度である。特にステージ 1 で、週 2 回のセッションをもつことは、治療者、患者双方にとって難しい場合がある。セッション頻度を週 2 回にした場合と 1 回にした場合で、有効性を比較した研究はないが、CBT-E 開発者は経験上、週 2 回が明らかによいスタートをきれると強調しており、著者らも同様の印象をもっている。CBT-BN や CBT-E では開始 4 週間後の嘔吐の減少度合いで、治療終了時やフォローアップ時の転帰を中等度予測できるとの報告があり^{1,42)}、ステージ 1 での介入で早期に過食・嘔吐を減らすことが極めて重要である。ED から回復することを第一とするならば、治療者も患者も週 2 回セッションがもてるようスケジューリングの工夫や努力をすべきであろう。遠隔医療の活用はこの問題を解決する手段の 1 つになるかもしれない。

CBT-E よりコストの少ない短期間の治療として GSH-CBT⁴⁶⁾ は比較的軽症な患者に対しては有効である³⁸⁾。ウェブベースの治療の有効性の検証も進められている^{41,45)}。Waller, G. らは、低体重のない ED 向けの 10 セッションの CBT-T (ten-session CBT for non-underweight eating disorders) を開発した。オープン・スタディでは良好な成績が報告されているが⁴⁴⁾、比較研究はこれからである。

CBT-E の応用について、青年期の患者に対する CBT-E の開発、研究がイタリアの Dalle Grave, R. らのグループを中心に行われており、低体重の有無にかかわらず、成人患者に比較してよい成績が報告された^{12,13)}。現在、青年期の AN 患者に対する第一選択とされる family based therapy の代替となりうる可能性がある¹⁰⁾。AN 患者に対する入院 CBT-E も Dalle Grave らにより開発・研究され¹¹⁾、重症の遷延した AN 患者でも良好な成績が報告されており⁶⁾、AN の入院治療の成績の改善や治療期間の短縮が期待される。

Ⅷ. CBT-E を学ぶには

Fairburn は CBT-E を実施するのに特別な資格はいらないが、治療者が CBT の訓練を受けていて、ED の治療経験を有していることが望ましく、ED の身体合併症を理解しており、適切に対処できるほうがよいとしている²²⁾。実際、CBT-E は医師や臨床心理士のみでなく、看護師やソーシャルワーカーにより実施されている。わが国では、今のところ保険点数を算定できるのは医師と、看護師（医師および看護師が共同で行う場合）のみである。

CBT-E を習得し実践するには、CBT-E ガイドを熟読することが必須であり、これに忠実に実施し、逸脱しないことが強調されている。CBT-E を習得する最も理想的な方法は、海外で年に数回程度実施される 2 日間の CBT-E ワークショップを受講し、約 1 年間 20 回のスーパービジョンを受けながらトレーニングケースを 2～3 例実施することであるが、臨床家が、このような機会を得ることは非常に困難である。Fairburn ら CBT-E 開発者もそのことは十分認識しており、その分、CBT-E ガイドには戦略や手順は非常に詳しく記述されている。それでも研修を受けることや、上級者のスーパービジョンや、同僚とのピア・スーパービジョンを受けながら実施することは CBT-E を適切に実施し、質を保つために欠かせない。わが国では日本心身医学会、日本心療内科学会、日本摂食障害学会の 3 学会合同ワーキンググルー

ブによる1日研修が2018年度より開始された。さらに実践的な研修やスーパービジョンのための人材育成、体制整備が求められる。CREDOではWeb-centred trainingを開発した。ウェブ上のマテリアルを用いてトレーニングを受ける仕組みである⁹⁾。上記3学会合同ワーキンググループにより日本語版の作成が進められている。

おわりに

CBT-EはED固有の精神病理に対する治療法であり、超診断的理論に基づいて広範なEDに対応している。EDの原因ではなく維持メカニズムに対処することに重点をおいている。CBT-EはBNやBEDなど低体重のないEDに対しては研究でも実臨床でも堅固な有効性 (efficacy と effectiveness) のエビデンスを有する。CBT-EはANの外來治療では、少なくとも他の治療法と同程度の効果と報告されている。青年期の患者に対しても、わずかな修正により用いることができ、成人よりもよい成績が報告されている。また入院CBT-Eも開発されており良好な成績が報告されている。わが国ではEDに対する治療として初めて、神経性過食症に対する認知行動療法が保険収載された。CBT-Eの焦点版に相当するマニュアルで実施した場合に算定できる。わが国でも有効性の検証を含むさらなる研究や、治療者養成システムの一層の充実が求められる。

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) Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., et al. : Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa : data from a multisite study. *Am J Psychiatry*, 157 (8) ; 1302-1308, 2000
- 2) 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)
- 3) Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., et al. : The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behav Res Ther*, 46 (10) ; 1105-1110, 2008
- 4) Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L., et al. : The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders : an open trial. *Behav Res Ther*, 49 (4) ; 219-226, 2011
- 5) Byrne, S., Wade, T., Hay, P., et al. : A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychol Med*, 47 (16) ; 2823-2833, 2017
- 6) Calugi, S., El Ghoch, M., Dalle Grave, R. : Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa : a longitudinal outcome study. *Behav Res Ther*, 89 ; 41-48, 2017
- 7) Centre for Research on Eating Disorders at Oxford (CREDO) (<http://www.credo-oxford.com>) (参照 2020-04-02)
- 8) Cooper, Z., Fairburn, C. G. : The Eating Disorder Examination : a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 6 (1) ; 1-8, 1987
- 9) Cooper, Z., Bailey-Straebl, S., Morgan, K. E., et al. : Using the internet to train therapists : randomized comparison of two scalable methods. *J Med Internet Res*, 19 (10) ; e355, 2017
- 10) Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., et al. : Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa : an alternative to family therapy? *Behav Res Ther*, 51 (1) ; R9-12, 2013
- 11) Dalle Grave, R., Calugi, S., El Ghoch, M., et al. : Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa : immediate and longer-term effects. *Front Psychiatry*, 5 ; 14, 2014
- 12) Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., et al. : Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behav Res Ther*, 73 ; 79-82, 2015
- 13) Dalle Grave, R., Sartirana, M., Calugi, S. : Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa : outcomes and predictors of change in a real-world setting. *Int J Eat Disord*, 52 (9) ; 1042-1046, 2019
- 14) de Jong, M., Schoorl, M., Hoek, H. W. : Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating

disorders : a systematic review. *Curr Opin Psychiatry*, 31 (6) ; 436-444, 2018

15) Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., et al. : Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa : implications for DSM-V. *Am J Psychiatry*, 165 (2) ; 245-250, 2008

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

17) Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., et al. : Psychotherapy and bulimia nervosa : longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 50 (6) ; 419-428, 1993

18) Fairburn, C. G., Beglin, S. J. : Assessment of eating disorders : interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*, 16 (4) ; 363-370, 1994

19) Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R. : Cognitive behaviour therapy for eating disorders : a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther*, 41 (5) ; 509-528, 2003

20) Fairburn, C. G. : *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press, New York, 2008

21) 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 (3) ; 311-319, 2009

22) Fairburn, C. G. (切池信夫監訳) : 摂食障害の認知行動療法. 医学書院, 東京, 2010

23) Fairburn, C. G. : *Overcoming Binge Eating*. 2nd ed : The Proven Program to Learn Why You Binge and How You Can Stop. Guilford Press, New York, 2013

24) Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., et al. : A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behav Res Ther*, 70 ; 64-71, 2015

25) Frostad, S., Danielsen, Y. S., Rekkedal, G. Å., et al. : Implementation of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for adults with anorexia nervosa in an outpatient eating-disorder unit at a public hospital. *J Eat Disord*, 6 ; 12, 2018

26) Hay, P. P., Bacaltchuk, J., Stefano, S., et al. : Psychological treatments for bulimia nervosa and binge.

Cochrane Database Syst Rev, 2009 (4) ; CD000562, 2009

27) Hilbert, A., Hoek, H. W., Schmidt, R. : Evidence-based clinical guidelines for eating disorders : international comparison. *Curr Opin Psychiatry*, 30 (6) ; 423-437, 2017

28) Hrabosky, J. I., Masheb, R. M., White, M. A., et al. : Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*, 75 (1) ; 175-180, 2007

29) Knott, S., Woodward, D., Hoefkens, A., et al. : Cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified : translation from randomized controlled trial to a clinical setting. *Behav Cogn Psychother*, 43 (6) ; 641-654, 2015

30) 国立精神・神経医療研究センター精神・神経疾患研究開発費研究事業「心身症・摂食障害の治療プログラムと臨床マーカーの検証」：摂食障害に対する認知行動療法 CBT-E 簡易マニュアル. 2017 (http://www.edportal.jp/pdf/cbt_manual.pdf) (参照 2020-04-02)

31) National Institute for Clinical Excellence : *Eating Disorders : Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. 2004

32) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : *Eating disorders : recognition and treatment, full guideline*. 2017 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>) (参照 2020-04-02)

33) Ohara, C., Sekiguchi, A., Takakura, S., et al. : Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for bulimia nervosa in Japan : a randomized controlled trial protocol. *Biopsychosoc Med*, 14 ; 2, 2020

34) Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., et al. : A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 171 (1) ; 109-116, 2014

35) Russell, G. : Bulimia nervosa : an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9 (3) ; 429-448, 1979

36) Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., et al. : The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC) : Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa : a randomized controlled trial. *J Con-*

sult Clin Psychol, 83 (4) ; 796-807, 2015

37) 摂食障害全国基幹センター：摂食障害情報ポータルサイト 専門職の方. 精神保健等対策費補助金「摂食障害治療支援センター設置運営事業」(<http://www.edportal.jp/pro>) (参照 2020-04-02)

38) Setsu, R., Asano, K., Numata, N., et al. : A single-arm pilot study of guided self-help treatment based cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa in Japanese clinical settings. BMC Res Notes, 11 (1) ; 257, 2018

39) 社会保険研究所：I003-2 認知療法・認知行動療法. 医科診療報酬点数表平成 30 年 4 月版. 社会保険研究所, 東京, p.484-486, 2018

40) Signorini, R., Sheffield, J., Rhodes, N., et al. : The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy (CBT-E) : a naturalistic study within an out-patient eating disorder service. Behav Cogn Psychother, 46 (1) ; 21-34, 2018

41) ter Huurne, E. D., de Haan, H. A., Postel, M. G., et al. : Web-based cognitive behavioral therapy for female patients with eating disorders : randomized controlled trial. J Med Internet Res, 17 (6) ; e152, 2015

42) Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Sauer-Zavala, S., et al. : Multiple measures of rapid response as predictors of remission in cognitive behavior therapy for

bulimia nervosa. Behav Res Ther, 64 ; 9-14, 2015

43) Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Thompson, D. R., et al. : Focused vs. broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality : a randomized controlled trial. Int J Eat Disord, 49 (1) ; 36-49, 2016

44) Waller, G., Tatham, M., Turner, H., et al. : A 10-session cognitive-behavioral therapy (CBT-T) for eating disorders : outcomes from a case series of nonunderweight adult patients. Int J Eat Disord, 51 (3) ; 262-269, 2018

45) Watson, H. J., McLagan, N., Zerwas, S. C., et al. : Cost-effectiveness of internet-based cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa : results of a randomized controlled trial. J Clin Psychiatry, 79 (1) ; 16m11314, 2018

46) Wilson, G. T., Zandberg, L. J. : Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders : effectiveness and scalability. Clin Psychol Rev, 32 (4) ; 343-357, 2012

47) Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., et al. : Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study) : randomised controlled trial. Lancet, 383 (9912) ; 127-137, 2014

Enhanced Cognitive Behavior Therapy (CBT-E)

Tetsuya ANDO

*Department of Behavioral Medicine, National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry*

CBT-E is an evidence-based treatment for adults with eating disorders (EDs). As CBT-E is a treatment for the core psychopathology of EDs rather than a specific ED diagnosis, based on the transdiagnostic cognitive behavioural theory, it is applicable to a wide range of EDs. The emphasis is on addressing the mechanisms sustaining EDs. CBT-E consists of two versions, the focused version and broad version, and two intensities, the 20-session version for non-underweight patients and 40-session version for underweight patients. CBT-E has been confirmed as effective for non-underweight patients, such as those with bulimia nervosa and binge eating disorders, and at least as effective as other treatments for underweight patients with anorexia nervosa. Better performance of CBT-E has been reported for adolescents than for adults. Inpatient CBT-E was also developed and promising results have been reported for severe anorexia nervosa. In Japan, cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa, implemented using a manual equivalent to the focused version of CBT-E, has been covered by insurance since April 2018. This report describes the features of CBT-E, its history, the transdiagnostic cognitive behavioural theory, efficacy and effectiveness of CBT-E, outline of the CBT-E 20 session-focused version and CBT-E education. Lastly, the issues and prospects for application and dissemination of CBT-E to clinical practice in Japan are discussed.

< Author's abstract >

< **Keywords** : cognitive behavioral therapy, bulimia nervosa, binge eating disorder,
anorexia nervosa, eating disorders >
