

摂食障害の治療における外来治療の意義と 当事者と共に実践する治療のあり方

西園 マーハ 文

摂食障害は有病率も死亡率も高い疾患であるが、外来での治療が充実しているとはいえ、経過観察中に体重が低下して入院となる場合も多い。入院となっても、体重増加だけを目標とした入院治療では再発も多い。外来での効果的な治療や、入院と外来治療の連携が望まれるところである。摂食障害においても他の精神疾患同様、地域での治療が望ましく、そのためには外来治療が治療の中心となることが望まれる。外来治療においては、治療者が食事量や運動量をすべて管理することはできないため、当事者が積極的に治療にかかわる必要がある。摂食障害では病状を否認することも多いため、外来治療の充実のためには、当事者への心理教育、特に当事者が症状の外在化について知ることが重要である。これによって、当事者と治療者の協働作業が可能になる。また、本人が取り組むべき課題を明確にして、生活のなかで、ガイドドセルフヘルプの考え方で治療を行うのが望ましい。治療では、過活動の制限も必要となるが、これは単なるエネルギー消費の制限というだけでなく、その結果生じる心理的問題への気づきが重要である。また、過活動の制限を本人が納得するためには、見通しをもった治療計画と信頼関係の確立が必要である。従来、摂食障害の治療は、低体重や過食嘔吐などの症状改善に焦点があてられてきたが、本人の回復のためには、社会参加への支援も重要である。特に、就労については、他の疾患に比べて支援のシステムが整っておらず、現状では個人の努力に任されている。摂食障害当事者の年齢が広がっている現在、就労も視野に入れたソーシャルスキルトレーニングなどが必要であろう。摂食障害であることを周囲に話したときの対応など、産業保健領域や社会に向けたさらなる啓発が必要である。これらの課題を意識し、早期の治療が始められれば、摂食障害は、精神科ジェネラリストにも十分治療できる疾患である。

索引用語

神経性やせ症、神経性過食症、外来治療、過活動、ガイドドセルフヘルプ

著者所属：明治学院大学心理学部

編 注：本特集は第118回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに本稿著者を代表として企画された。

doi : 10.57369/pnj.24-031

はじめに

神経性やせ症、神経性過食症などの摂食障害は、有病率が高く、また、死亡率も高い疾患であるが、日本においてその治療が十分効果的に行われているとは言えない状況にある。摂食障害は、ICD 第 10 版¹⁶⁾や第 11 版¹⁷⁾においても、アメリカ精神医学会による DSM-5-TR¹⁾においても、精神疾患に位置づけられている。摂食障害は、精神医学的症状をもち、その背景に心理的因子も認められ、精神疾患には間違いがないが、神経性やせ症の極度な低栄養状態は精神科医が治療に取り組むのを難しくする。

神経性過食症については、精神科治療を困難にするような身体症状はない場合が多いが、当事者が症状を明確に報告せず、症状の実態がわかりにくい傾向がある。本人は、症状に羞恥心や罪悪感があり、セルフスティグマのために治療関係がつくりにくいとも言われている⁹⁾。

一方、「過食を止めてほしい」という希望で受診するケースもあるが、「行動を止める」のは不安やうつなどの精神症状を薬物療法で軽減するのとは違った難しさがある。治療では過食の背景の心理を扱うのが望ましいが、「止めてほしい」という希望の場合、当事者の視野を心理面に転換できなければ治療は中断しがちである。このように、摂食障害には他の精神疾患とは異なった特徴があり、確かに治療関係の形成には難しさもある。

摂食障害は、国内では精神科医以外に、内科、婦人科なども治療に携わっており、カウンセリングマインドをもって丁寧な診療が実践されている場合も多い。しかし、精神疾患全般への対応法を参考に、摂食障害を精神疾患と位置づけることにより、治療を充実させられる面は少なくないように思われる。

本稿では、摂食障害を精神疾患と位置づけ、そのなかで外来治療の役割は何か、当事者と共にどのような治療を実践すべきかという点を検討してみたい。摂食障害については、認知行動療法などフォーマットが決まった治療もあるが⁸⁾、ここでは一般的な外来治療を中心に考察する。

1. 摂食障害の外来治療の意味

精神疾患の治療の原則は、表 1 のとおりである。統合失調症が典型的だが、地域での治療を中心におくのが現在の精神疾患の治療の考え方の基本であろう。すなわち、外来

表 1 摂食障害にもあてはまる精神疾患治療の考え方

1. 地域での治療が重要であり、入院は、治療のなかの一部である。
2. 急に入院を要する病状はあるが、それ以外の場合は、事前に当事者と治療計画をよく話し合い、外来治療と連続性のある形で入院治療を行うのが望ましい。
3. 入院から退院後の治療への移行は丁寧に行う。退院後に医療機関との接点が薄くなりそうなケースには、入院中に心理教育を実践し、治療継続の必要性を説明する。
4. 次に入院するとしたらどのような病状のときかということを本人、家族、治療者が話し合って同意しておく。
5. 当事者と家族および治療者が再発時の対応について同意しておく。再発のサインは、本人が気づくことが重要である。
6. 症状軽減だけでなく、社会参加の支援も重要である。
7. 治療は、多職種がかかわるとより効果的である。

(文献 10 より)

で薬物療法や心理的支援を行いながら、デイケアなどで社会参加を促すというものである。海外では、精神医学の立場から地域における摂食障害治療のあり方が議論されている¹²⁾。

近年は、リカバリーという概念も知られているが³²⁾、症状軽減という臨床的リカバリーだけでなく、個人生活の充実であるパーソナルリカバリーや、社会参加すなわち社会的リカバリーも重要とされる。パーソナルリカバリーや社会的リカバリーが、入院治療だけで成し遂げられるのは難しく、外来治療が重要である。もちろん、どのような疾患においても、経過中に入院を要する場合もあるが、これはあくまでも外来では対応できない状況が発生したときに限られる。また、外来治療と入院治療の間に連携があり、治療者が異なる場合には、本人も一緒に治療目標が共有されていることが望ましいのは言うまでもない。成人期、また、児童期発症でも長期化しているケースについては、心理教育により本人が治療に参加し、社会参加をしながら地域で生活し、再発予防を心がけるという精神疾患モデルで治療を考えるほうがよい場合が多い。

現在、摂食障害については、入院のみが主な治療の場となっている傾向がある。これは、病棟での栄養補給などはマニュアル化しやすく普及しやすいという事情もあるだろう。一方、外来治療が、次の入院までの経過観察だけになりがちなのは残念なことである。症状が悪化したら入院で経管栄養をして体重を増やし、すぐ地域に戻すというのは、例えて言えば、統合失調症患者を入院させ、持効性注射剤を注射して、症状が落ち着いたら心理社会的支援などなしですぐ退院させるのに等しい。入院治療アウトカムを体重増加、幻聴の減少などとすれば、効果のある入院治療

ということになるだろうが、これだけでは再発を繰り返し、良い長期予後は期待できない。もし、アウトカムとして、本人の疾患への理解度、治療参加の意欲などを設定するとしたら、入院治療の内容も外来への移行準備も変わってくるだろう。外来では、食事量も運動量も医師が管理できないのでどうしようもないという声も聞かすが、すべて医師が管理するのが良い治療とは言えない。上記のような治療アウトカムを想定し、本人が治療に参加し、単なる経過観察ではない、効果的な外来治療を行うにはどのような要素が重要だろうか。

II. 効果的外来治療の要素

1. 心理教育と外在化

統合失調症においても、当事者が自分の疾患をよく理解していなければ、薬物療法を継続することは難しい。摂食障害においても、本人が、自分が摂食障害という疾患をもっていることを理解することはきわめて重要である。

精神疾患のなかには、症状が自我親和的なものと自我違和的なものがある。強迫症などでは、「こんなに細菌を気にする必要はないとわかっているのに」という違和感がありながら、頻繁に手を洗ってしまうというところが本人の強い苦悩になっている。摂食障害では、発症当初は、「こんなに体重を気にする必要もないのに」という違和感はなく、やせ願望はきわめて自我親和的である。

外在化という用語が近年よく用いられるが^{10,13)}、これは、本人自身と疾患を分ける、つまり疾患は本人の外にあるという考え方である。神経性やせ症について言えば、体重を極度に気にするのは自分本来の考えではなく病気の症状であり、自分はこれに支配されていることを理解するのが外在化である。具体例を挙げれば、「こんなに体重を気にする必要もないのに、摂食障害のせいでまた気にしてしまった」「対人関係で自信を失うと体重を気にする傾向が強まる気がする」といった意識ができれば外在化ができていくということになる。「やせなくては」と思っている最初の段階に比べれば、「やせ願望」が自我違和的になっていると言えるだろう。

外在化ができれば、症状への対応について治療者と協働ができる。しかし、自我親和的症状を外在化するのは時間のかかるプロセスである。本人にとってこれが難しい過程なのはもちろんだが、時には治療者も外在化ができていないことがある。「皆と同じように部活の練習に出たい」「試

合に出たい」と言われると、治療者がこういった「病気の声」に支配されてしまうことがある。本人に対して傾聴しているつもりで、病気の声を傾聴しがちなことには注意が必要である。外在化ができれば、「病気だとはわかっているが、やせたいとすぐ思ってしまう、自分でも闘うのに疲れてしまう」というような、当事者の困り感に耳を傾けることができる。

摂食障害を精神疾患だと呼ぶのは本人たちにとってかわいそうだという意見も聞く。しかし、発達障害の議論にあるような「個性の1つ」的な捉え方では外在化が難しい。本人や家族と十分話し合う必要がある部分であろう。

2. 当事者の治療参加——ガイドドセルフヘルプ——

上記のような心理教育が行われ、当事者が積極的に治療に参加すれば、外来治療でも十分変化を起こすことができる。まず、栄養面については、本人が何を試すべきかを明確にし、それを宿題として、行動変容が起きるかどうかを確認する必要がある。「もっと食べるように」という漠然としたアドバイスでは変化は起きにくい。また、「1日1,800 kcal は必要」といった、1日全体のカロリー数の指定は、外来治療に管理栄養士が関与できない場合は難しい。このような場合は、約7,000 kcal のカロリーの追加が行われれば、体重1 kg の増加が見込めるという考え方に基づき、緩やかな体重増加をめざすことができる。これは脂肪組織1 kg を増やすのにこの程度のカロリーを要するという概算⁵⁾で、もちろん代謝の程度や運動量により変動するものである。しかし、1ヵ月に1 kg 増やすならば、少なくとも1日200 kcal 強は追加が必要という具体的な目安があれば本人も治療に参加しやすい。発症早期の受診であれば、「1ヵ月に1 kg の体重増加をめざし、これでうまくいかなければ、夏休みを利用して入院」などの治療計画ができるだろう。摂食障害患者、特に神経性やせ症患者では消化吸収能が低下していることが多いため、これまでの食事に加えて約300 kcal の追加をめざす、あるいは次項で述べるような過活動の制限に加えて食事を足すことで1日300 kcal の追加をめざすとよい。

当事者の治療参加は、摂食障害領域ではガイドドセルフヘルプ（指導下のセルフヘルプ）と呼ばれている⁷⁾。摂食障害の当事者は、「腹痛が起きない物を選んで頑張って食べている」「過食にならないよう、できるだけ炭水化物は食べない」など、本人なりの工夫をしていることが多いが、こういった本人の「自助努力」がすなわち症状という

ことも多い。しかし、本人が受身的過ぎるのも改善には結びつきにくい。入院中は別として、食事や生活管理には自分で取り組む必要がある。このため、治療者の指導を受けた自助努力が重要であり、認知行動療法の技法も取り入れたものがガイドドセルフヘルプと言われている。英国のNICEガイドライン⁴⁾では、ワークブックなどを用いるガイドドセルフヘルプは、神経性過食症の治療の第1段階として、推奨されている。当事者の治療参加としては、共同意思決定 (shared decision making)¹⁴⁾という言葉も知られている。この概念は、治療Aより治療Bを選択するといった、選択に力点があり、治療は基本的に治療者が提供する医療である。これとは違いガイドドセルフヘルプは、日々の生活や症状への対応を本人が中心に行い、そこに治療者の指導が加わるという視点である。

3. 過活動の制限

体重増加を治療アウトカムとする低体重者の入院治療では、まず安静を保ち、体重増加を指標に徐々に行動制限を解除する行動療法を行うことが多いだろう。外来において、入院で実施するような絶対安静を保つのは困難であるが、外来で治療できる健康状態であれば、必ずしも絶対安静が必要ではないだろう。例えば高校生ならば、自転車通学をバス通学にしたり、部活動の日数を制限するなどによりエネルギー消費を抑えることができる。入院治療では、絶対安静からスタートし、体重増加を指標に、室内歩行許可など決まった報酬を与える方式なので、治療者が消費エネルギーの計算を行うことはあまりない。外来では、どのような過活動制限がどの程度エネルギー消費を抑えるかを知っておくことが必要であり、これは身体活動のメッツ (METs) 表³⁾などで知ることができる。たとえ入院になっても、退院後の生活で体重を減らさないために必要な知識である。

退院後、食事量の維持だけに注意が向きがちであるが、エネルギー消費を抑えることも重要である。入院での行動療法は、ある特定の行動ができたことに報酬が与えられるというよりは、体重増加に対して報酬が与えられる形式が多く、学習理論に基づく行動療法としてはやや特殊である。一方、外来で特定の過活動を制限する方法は、当事者にとっては実践しやすい場合もある。

行動制限は、単に消費エネルギーを減少させるというだけでなく心理的意味もある。神経性やせ症については、metabo-psychiatric な背景があるという表現もあると

り¹⁵⁾、食欲中枢などの身体的素因に、さまざまな心理的背景が重なり、食行動の異常が生じる。拒食、過食、排出行動、過活動などの食行動異常は、一旦症状が定着すると自動的に続いてしまい、その背景の心理は意識されにくい (図1)。過活動を部分的に止めると、一過性に不安は増えるが (図2)、このことは、これらの病的な行動の背景にある不安を意識化するきっかけとなる。

例えば、部活の日数を制限して過活動を減らすよう指示すると、ほとんどの症例では不安が増大する。このときの不安としてまず意識できるのは、体重が増える、顧問に叱責されるなどだが、よく話し合うと、部活で評価されなければ自分の価値はどこにあるのかといった話が出てくることがある。そもそもなぜこの部活を選んだのか、この学校を選んだのが間違いではなかったか、親はなぜこの学校を強く勧めたのか、などをめぐる感情が続けて現われることもある。摂食障害の背景にはこのような心理的な問題があることがほとんどであるが、発症時点では本人のアレキシサイミア傾向のために意識化も言語化もされにくい。過活動制限に伴う不安を振り返ることでやっと自分の病気の意味がわかるということも多いのである。

部活動の日数制限などは、本格的な行動制限というより「過剰な活動」の部分制限だが、急に指示すると強い反発が起きる。外来治療者からは、入院で絶対安静を指示するより、外来で部活を止めるほうが難しいという声も聞く。絶対安静のほうが、行動の自由の制限という面からは人権上の配慮が必要な事項であるが、医療者としては、医療行為として実施しやすい面があるだろう。外来では、前項で述べた心理教育を十分行い、休みたくないと思うのは病気の声かもしれない、身体は疲れているかもしれないといった話ができるのが理想的である。また、治療の早い段階で治療の見通しを示し、このような場合は過活動を制限するという治療計画を話しておくことが必須である。これには当然、医師以外の関係者の協力も必要となる。要求水準の厳しい部活指導者でも、骨折時の運動制限は受け入れるだろう。同様に摂食障害の過活動による低体重でも、極度の貧血、極端な徐脈、甲状腺ホルモンの低下などが起きていれば、同様の運動制限が必要であることは啓発していく必要がある。

4. 治療と社会生活の両立

「思春期やせ症」と呼ばれた病態が多かった時代は、体重が回復して本人が教室に戻ればそれがすなわち社会参

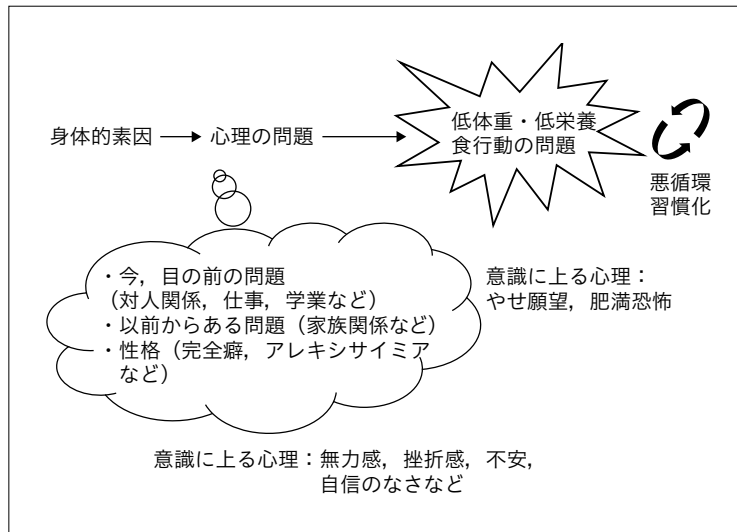


図1 摂食障害の症状の構造
(文献 11 より一部改変)

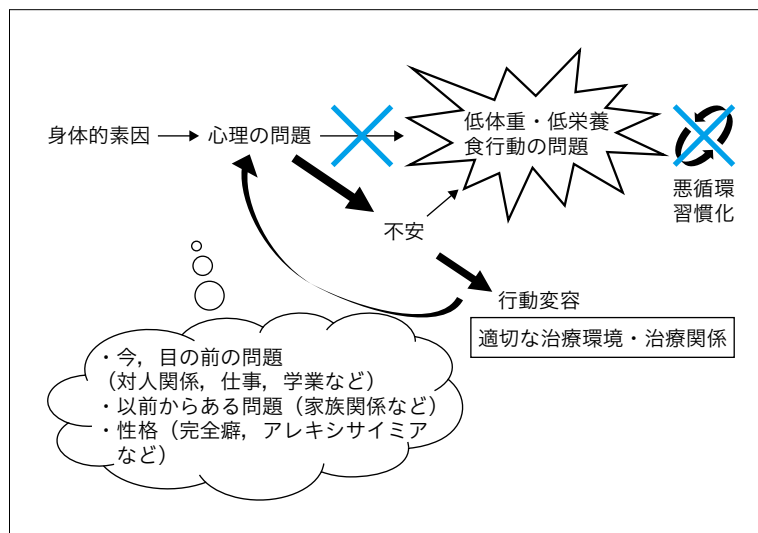


図2 行動制限による症状の構造の変化
(文献 11 より一部改変)

加であった。今増えている成人年齢の当事者にとっては、社会参加にはいくつものハードルがある。闘病中の低体重では就職活動は難しく、一旦大学や会社を辞めてしまうと、社会とのつながりが切れてしまうことも多い。統合失調症などの疾患では、就労へのさまざまな準備、障害者としての雇用などの制度も整っている。また、近年は、発達障害の領域でも合理的配慮が必要とされ、職場環境の改善が進められている。

これに対し、摂食障害領域では、就労は個人の努力に任されている。治療者側も、働こうと思うのは過活動の現れだと思ったり、体力が回復すれば自然に働けるようになる

だろうと考え、積極的に就労のための支援を行ってこなかった傾向がある。体力的に就労が望ましくない事例も多いのはもちろんだが、体力は回復しながら中年期になっても社会参加のスキルがなく、親亡き後、必要に迫られての求職活動に難渋する事例も増えている。摂食障害の年齢が広がっている現在、就労あるいは本格的就労でなくても社会参加を促すことは、外来治療計画に入れておくべきだと思われる。

就労を経験した摂食障害当事者にアンケート調査や聞き取り調査⁶⁾をしたところ、職場でかかえる困難としては、業務そのものに対するものより、昼食時間が日によって一

定しないことに対する対応困難や、出張者が持ち帰る菓子類を食べると食生活のリズムが乱れるなどといったことが多かった。食事時間や退社時間を一定にする、通院時間を確保するなど、業務外の職場での食のあり方や時間の使い方に配慮が必要であることがわかる。

これらを職場と交渉するには、ある程度、自分が闘病中であることを話す必要があるが、この点に困難を抱えている事例が多くみられた。摂食問題について話せずに勤務時間外の食事を休み続けて「同僚に嘘をついている感じ」を抱いて職場に行きにくくなったり、職場での同僚との昼食が困難で、体重低下をきたす例などもみられた。上司や身近な同僚に話せた人のなかでは、話してよかったという人が多かったが、なかには、話したことで「腫れもの扱いされてシフトから外された」「最初からわかっていれば雇っていなかったと言われ、職場に居づらくなった」などの意見もあった。

うつ病などについて社会啓発が進んでいるが、摂食障害については、「心に闇がある人」とみられたり、メディアでの排出行動などの詳しい報道から「食べ物を粗末にする人」「きれいになりたいという自己中心的思いのためにどんなことでもする人」「万引きする人」などのイメージももたれているようである。産業保健領域の協力や一般への啓発が必要な部分だが、それと同時に、職場に何をどのように伝えるかについて、治療の場でのソーシャルスキルトレーニングなども必要だと思われる。他の疾患で就労や復職支援のなかで実施されている技法を援用して、摂食障害の社会的リカバリーのために社会参加を促す支援を行っていくことも急務である。

さらに、病状否認の心理が残っている当事者は、「仕事を始めたからもう大丈夫」と思いがちである。仕事を始めて生活が変わった時こそ、再発に気をつける必要がある。それには、頻度は減っても通院を続けることは欠かせない。このためには、周囲に話して「治療と社会参加の両立」の時期をつくる必要がある。もちろん最初からフルタイム就労である必要はなく、ステップをふんだ社会復帰が重要である。頻度が少ない社会参加であっても、家族関係のなかでの固定した低い自己評価が続いていた人が、他者との出会いのなかで自信をつけていくことはしばしばある。なかには、社会で生きていく自信がついて、体型へのこだわりや食の面の症状はほとんどみられなくなる人もいる。統合失調症などの疾患では、パーソナルリカバリーが進んでも維持的薬物療法が不要になることは少ないが、摂食障害に

ついては、パーソナルあるいは社会的リカバリーにより、臨床症状のリカバリーが起きる可能性がある。仕事選びなどの相談を受ける際は、社会参加によるリカバリーと症状のリカバリーが連動するような支援が必要だと言えるだろう。

5. 日々の外来診療で必要なこと

日々の外来診療では次のような点にも注意すると、治療が進めやすい。

1) プライマリケア医の役割ももつ

精神科医が、精神面だけでなく、血圧、貧血の重症度の把握など身体面の基本的プライマリケアも担ったほうが治療関係はつくりやすい。もちろん、経過中に大きな身体症状があれば、内科などに紹介はするが、病状の否認が強い事例が多く、内科を受診すると、精神科医が知らないうちに内科で下剤や利尿剤が処方されて病状が好転しないような場合もある。

2) 当事者の生活状況を理解しておく

神経性やせ症の低体重は外見から判断できるが、過食嘔吐の程度や過活動の程度などは、当事者が語らなければ判断できない。本人自身が症状をよくわかっている場合もあるが、セルフスティグマのために自分でもみないようにしている場合がある。まずは、どのような生活をしているのか、どのような症状があるか、それはどのような因子で変動するのかについて本人と共有する必要がある。

3) 行動変容を少しずつ促す

確実に行動変容を起こすには、前述2)のように病状を把握した後、少しずつ過食の金額や過活動などを減らすのがよい。「行動」は薬物療法で劇的に変わるわけではなく、行動変容は地道なプロセスだが、症状行動で何を発散してきたのか、心理的に振り返りながら行動を変えられるのが理想である。過食症の場合、アルコールや薬物とは異なり、食物を避けるのは難しい。少しずつ過食を減らしてコントロール感を積み重ねることが重要である。

おわりに

摂食障害の治療については、「摂食障害の専門家が治療すべき」という、専門性重視の声もある。精神科医で、うつ病は専門でないから診ないという人はまずいないと思われるが、摂食障害については「専門でないから診ない」という説明が通用しているのが現状ではある。しかし、これ

まで述べてきたように、特別な身体治療を要さない状態の摂食障害は、精神科ジェネラリストで問題なく治療できる疾患である。重症化する前に受診する人が増え、日々の生活のなかで回復の道を探すような治療が普及することを願っている。

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, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2022 (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-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2023)
- 2) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部 : リカバリー (Recovery), 第4回改定版, 2021 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/about/recovery.html>) (参照 2023-01-21)
- 3) 中江悟司, 田中茂穂, 宮地元彦 : 改訂版『身体活動のメッツ (METs) 表』. 国立健康・栄養研究所, 2012 (<http://www.nibiohn.go.jp/files/2011mets.pdf>) (参照 2023-01-21)
- 4) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : Eating disorders : recognition and treatment. 2017 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>) (参照 2023-01-21)
- 5) 日本肥満学会肥満症診療のてびき編集委員会編 : 肥満・肥満症の指導マニュアル. 医歯薬出版, 東京, 1997
- 6) 日本摂食障害協会 : 摂食障害患者の就労実態調査と社会復帰支援報告書. 平成 29 年度三菱財団社会福祉事業・研究助成金報告書. 2017 (<https://www.jafed.jp/pdf/reports/working-survey.pdf>) (参照 2023-01-21)
- 7) 西園マーハ文 : 摂食障害のセルフヘルプ援助—患者の力を生かすアプローチ—. 医学書院, 東京, 2010
- 8) 西園マーハ文 : 摂食障害の認知行動療法. 精神経誌, 118 (8) ; 561-569, 2016
- 9) 西園マーハ文 : 摂食障害の啓発と発症予防の取り組み. 精神科治療学, 33 (12) ; 1449-1454, 2018
- 10) 西園マーハ文 : 対人援助職のための精神医学講座—グループディスカッションで学ぶ—. 誠信書房, 東京, 2020
- 11) 西園マーハ文 : 摂食障害の精神医学—「心の病気」としての理解と治療—. 日本評論社, 東京, 2022
- 12) Robinson, P. H. : Community Treatment of Eating Disorders. John Wiley & Sons, Chichester, 2006
- 13) 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)
- 14) 渡邊衡一郎 : 共同意思決定 (SDM) の概念と現状. 精神医学, 62 (10) ; 1301-1309, 2020
- 15) Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., et al. : Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabolic-psychiatric origins for anorexia nervosa. Nat Genet, 51 (8) ; 1207-1214, 2019
- 16) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文ほか監訳 : ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—. 新訂版, 医学書院, 東京, 2005)
- 17) World Health Organization : International Statistical Classification of Diseases 11th Revision (<https://icd.who.int/en>) (参照 2023-01-21)

The Significance of Outpatient Treatment and the Importance of Active Participation of Patients in the Treatment of Eating Disorders

Aya NISHIZONO-MAHER

Faculty of Psychology, Meiji Gakuin University

Eating disorders are psychiatric illnesses with a high prevalence and mortality. However, currently, outpatient treatment is not adequately delivered and after some period from the start of treatment, many patients tend to receive inpatient treatment for renutrition. Inpatient treatment is effective in increasing body weight but if that is the only treatment target, relapse after discharge is highly likely. A more effective outpatient intervention and a closer link between inpatient and outpatient treatment is necessary.

“Treatment in the community” is regarded as the basic principle in psychiatry today. It should also be the best treatment for eating disorders and, for that purpose, outpatient treatment should be the core of patient care. Unlike in inpatient treatment, doctors and medical staff at outpatient clinics cannot exert full control over the food intake and level of activity of patients. Thus, with outpatient treatment, patients themselves are expected to participate actively in the treatment.

How best can patients, who often deny their illness, participate in their own treatment? Psychoeducation, in particular, learning the concept of externalization is the start. If a patient externalizes their anorexia or bulimia nervosa, it is easier for them to work together with the medical staff to fight the illness which is troubling them. A guided self-help approach should be acquired to monitor and control their pathological eating behaviour. Excessive exercise and activity should be controlled in a guided self-help method and the anxiety which occurs after stopping excessive activity should be discussed in order to examine the psychological background of the anxiety. A reduction of physical activity will be accepted by patients when there is a clear treatment plan at the beginning of the treatment. Building trust and planning treatment ahead of time is important.

The importance of weight restoration and the reduction of other symptoms have been emphasized in the treatment of eating disorders. However, other aspects such as social participation and acquiring a job is also crucial to the process of recovery. Currently, the social and professional support for people with eating disorders to look for work and adapt to a work environment is much less sufficient than the support given to people with other psychiatric illnesses. In the case of eating disorder patients, it is left to their own personal motivation and effort. In addition to symptom reduction, outpatient treatment should include such elements as social skills training to enable them to look for employment and to help patients communicate and assert themselves at work. Updating the industrial doctors and staff with such knowledge

may also be necessary.

If eating disorders are treated early, before physical and mental conditions become complicated, these illnesses are manageable for general psychiatrists not just by specialists who are highly specialized in the field. In this way, we should be able to offer better treatment opportunities for patients.

Author's abstract

Keywords

anorexia nervosa, bulimia nervosa, outpatient treatment, hyperactivity,
guided self-help