

摂食障害治療を日常生活から支援する

——「生きる」と「生きる」こと——

武田 綾

身体への大きな侵襲をもたらす摂食障害は、身体管理の必要性から入院治療が選ばれやすい。しかし、退院後に患者は、発症の重要な要因であり、適応の困難をもたらした、家庭や学校、職場などの社会のなかに戻ることになる。したがって、本症の外来治療とは、医療的な介入を意識しつつも、患者が地域社会のなかで日常生活を営める主体的存在であることを気づかせ、その力を支持しながら、こうした心身の侵襲を招く、病的な解決方法以外のスキルの獲得を提案することである。特に、治療抵抗の強い難治例は経過が長く、すでに中高齢層に突入していることも多い。その治療目標は、疾患の理解と受容、症状との共存で、これらをふまえた生活の質の向上である。これは、一般の精神疾患患者の治療が、従来の入院や施設収容型の生活から地域社会での自立生活支援型に転じたことと同様である。そこで本症の慢性例に対し、われわれはこの自立支援型の包括型地域生活支援プログラム（ACT）を試みている。こうした学習と実体験の試行錯誤の繰り返しができる場所とシステムが、患者自らの主体性を保障しながら進める本症の外来治療の一端を担うと考えられる。

索引用語

摂食障害、自立支援、包括型地域生活支援プログラム、ソーシャルモデル

はじめに

その治療がおおよそ入院一択に限られていた摂食障害は、病状や病型、その発症の背景なども時代とともに大きく変化した。本稿では「外来で」「効果的に治療する」というテーマで、本症を多角的に捉えるなかの1つとして、本邦で1998年に新たに発足した地域社会支援体制がどのように貢献できているか、はなはだ僭越ながら自験例を通じて検討したい。

1. 摂食障害における「生活」「支援」の必要性

摂食障害において「生活」「支援」が必要・重要視されるのはなぜか。簡単に言えば、摂食障害が、文字どおり症状によって「生活」が成り立たず、「支援」の必要な疾患だからである。

「生活」とは生物として生存する、「生きる」ことであり、個性や能力を発揮して社会のなかで「生きる」ことである。摂食障害は、食事制限や過活動、自己誘発嘔吐などの排出行動などの症状から、低体重や低栄養状態などの生

著者所属：特定非営利活動法人のびの会

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西園マーハ文（明治学院大学心理学部）を代表として企画された。
doi: 10.57369/pnj.24-034

命の危機に陥り、「生きる」ことが危うくなる。そのため、学業や就労などの社会生活にはさまざまな制限がかかる。それが活動の、「生きる」ことの制限である。こう考えると、本症の治療とは、人として豊かに「いきる」ことの立て直しである。

具体的には「生きる」ための食行動と身体面の改善と、「生きる」ための心理社会的能力の獲得と実践である。食行動や体重などの身体管理は必要であるが、患者の体重増加への強力な抵抗には、入院環境ですらどれほど手を尽くそうとも完全管理はできず、ましてや制限のない外来治療ではほぼ不可能に近い。発症初期や、身体面の危機的状況では、アウトカムの評価に統一した認識をもつためには、体重や各種の検査データという客観的な数値は用いやすい。しかし、こちらが「生きる」ための数値だけにこだわると、強迫的自己管理による現実からの回避という、本症のそもそもの核心的な問題の悪化につながる。一方、外来治療では、後者の「生きる」こと、すなわち、患者がいかなる病状にあっても、日々の生活の様子を必ず問うように著者はしている。そこで行動や感情と、現在の身体的精神的問題との関係性に患者は気づくのである。すると、体重や体型以外に患者の視野は広がり、苦しく葛藤的な現状を解決するための具体的なスキルトレーニングにつながる。また、この心身相関関係を示すことで、いま苦悩する行動や感情面での不具合が、食事や身体的精神的症状の改善からも緩和できると示せる。だからこそ、食行動、体重や体型の問題の改善は重要であると治療の正当性を述べることができる。本症の外来治療は、スキルアップによって「生きる」ことと「生きる」ことの改善をめざすという、「生活」からもアプローチできるのである。ただし、病状や罹病期間により生じる問題点に違いがあり、比重のかけ方はその病状によって異なる。一般的には発症初期、急性期例には「生きる」ための医学的治療（メディカルモデル）に、発症から時間が経過した慢性例には「生きる」ための社会福祉的援助（ソーシャルモデル）にそれぞれ重点がおかれる。本稿では後者の慢性例に対する支援を中心に述べる。

Ⅱ. 慢性化した摂食障害の捉え方

たとえ神経性やせ症が始まりだとしても、拒食が継続したり、あるいは過食に移行してうつ状態になる、そして、その体重増加の恐怖から、自己誘発嘔吐や下剤乱用などの

排出行為を用いて痩せを維持することに捉われ続けるといった症状を呈し、そのまま何十年も経過する場合もある。これがいわゆる慢性期で、先の初期、急性期とは疾患自体の捉え方を変える必要がある。

慢性化の背景には、強く長い治療抵抗があり、以下のような心理社会的特徴がある。

1. 早期発症による社会体験の不足と解決のためのスキル不足

もともと幼少期からいわゆる「いい子」に発症者が多いとされてきた疾患である。しかし、時代の変遷に伴って「いい子」の勲章は昔ほど正しいとされる評価ではなくなっている。一方、それでも患者は総じて「いい子」をめざす。本来の自分を過剰に抑圧し「努力と忍耐」で、自身の内部に生じた困難を越えている。失敗がなく、挫折を知らない。他のコーピングスキルももたない分、立て直しができない。失敗の経験値の少なさゆえ、ストレス耐性が圧倒的に低く、逆境に脆い傾向にあることが多い。

2. 「変化」への計り知れない強い不安と恐怖

ところが思春期を迎えて仲間入りする大人の社会において、先の「努力と忍耐」だけではまったく歯が立たないという挫折を「いい子」は初めて体験する。本来はここでその挫折と葛藤による抑うつを、時間をかけて現実に向き合って受け入れるが、「いい子」は他にスキルがないためその不安に耐えられず、やはり「努力と忍耐」が有効に作用するもの、この年代でやればやるほど、明確にその成果を示してくれるものを早々と探し当てる。それが学業成績、そしてダイエットである。尋常ではないそののめり込みが、すでに本症の症状である。

3. ストレスに対する自己治療仮説²⁾

本症は、アルコールや薬物依存症と同様の嗜癖疾患であり、その行為や過程に依存してしまう「プロセス依存」と考えることができる。それらの行為は快楽追求目的で行われるのではなく、自らの生きづらさを解消するためにやむなく編み出されている。例えば、対人関係で生じる否定的な感情を、健常者はさまざまなスキルを用いて解消する。ところが先のようにスキルがない「いい子」は否定的な感情をそのまま抱えるが（抑圧）、この抱えて見つめる苦痛を認識する作業そのものを止める働きが、次の心理的メカニズム（分離、否認）として生じる。例えば、ダイエット

への成功に対する周囲からの賛美の声はその強化因子となり、ますます痩せへとめり込む。

一方、過食嘔吐の場合も同様で、たとえ食欲という本能に屈しても、排出行為を行うことで、体重の増加は阻止できることになっている。屈した弱い自分はすべてなかったことにされるため、心的防衛としてもこれらの行為は成功している。ただし、嘔吐をはじめとする排出行為によってもたらされた、生理的・心理的に強い飢餓感と渴望感には、ずっと苛まれ続けることになる。

こうしてみると、適応的な回避スキルをもたず、「いい子」の未熟さゆえの「全般的・徹底的回避」⁹⁾が該当したのが疾患としての本症であったと言える。疾患の存在を理由に、万能感と自己愛とが繰り出す幻想の世界に浸る現実逃避⁴⁾が本症の罹患の意味と考えると、健康になること、つまり回復とは、患者が幻想の世界から現実に戻って、背を向けてきた苦痛への対峙を迫られる環境に戻されることを意味する。

治療者の前では「治ったらこうしたい」と、優等生的な姿勢をみせるが、本当は薄々もう病前のような華々しい日々には戻れないことに気づいている。どう生きていいのかわからない、そんなわからないことに挑戦することはできない、だからよくなるわけにはいかない。「治らない、治れない」が実は摂食障害者の本音である。

Ⅲ. 摂食障害者の「生活支援」の果たす役割

しかし、「治れない」本人たちにも平等に朝は訪れる。痩せていようが症状が継続していようが、日々の「生活」ははじまってしまう。そんな「生活」に根差す外来治療において、地域社会の果たす役割は、大きく2つに絞ることができる。1つは、疾患の特性から、医療機関で行う医学的治療のサポート、もう1つは、その外来治療に安心して取り組める、現実的な生活基盤の保証である。さまざまな情報や資源が提供されること、その実際の生活を支援する人材と場所が必要である。

1. 外来治療の補完

本症は、その疾患の特性上、高率に身体的な問題を合併し、精神的な不安定さから起こる自殺のリスクも高いため、心身と生命の安全管理を行う医療機関での専門的なかわりが不可欠である。また、危機的な状況からは脱したものの、健常者の生活には遠く及ばないといった慢性的な

経過を辿り、一旦は回復して通常の生活を営めても、ライフイベントの遭遇による再発も多く、スキル不足の問題は予想以上に長く影響を及ぼす。

以前、著者らが本症患者を対象に行った調査では、精神科の地域作業所に通う一般精神疾患患者、アルコール依存症患者より、本症患者は対人関係問題でのソーシャルスキルが低かったという結果を得ている⁶⁾。つまり、発症当初の食行動によってもたらされる身体的・精神的障害を一次障害とすると、こうした慢性例の場合は、一次障害（認知や思考の歪み）が長期にわたって続くことで食行動や低体重への病的な捉われが増悪し、その結果として社会性や生活能力が障害される二次障害（引きこもりなど）が生じると言える。そして、その二次障害が社会適応を妨げて、症状の再燃と増悪をもたらすという負のスパイラルができる。そのために医学的治療だけではなく、アサーティブトレーニング、ソーシャルスキルトレーニングなどによって生活上の問題に対応する力をつけ、この負のスパイラルから抜け出る力を獲得する社会的治療も必要となる。

近年は、身体機能の改善だけではなく、これらをふまえて心身両面からアプローチのできる治療プログラムが医療機関で試みられている。例えば具体的には疾患・心理教育、認知行動療法などを取り入れた教育入院プログラムの設定である^{1,5,7)}。しかし、治療に多くの時間やエネルギーが必要とされるにもかかわらず、診療報酬には十分に反映されない、入院期間の短縮化の方向性が打ち出されているといった治療環境では、せつかくのプログラムを十分に活かすことができないといった課題があった。

また、外来では、デイケア、デイホスピタルの利用も考えられる³⁾。これらは緊急的介入の必要がありうる本症患者の場合は、比較的安全に利用できる資源であり、診療報酬面からも望ましい。しかし、これらを継続して利用できる患者は実は非常に少ない。1つの理由としては、利用している患者層、いわゆる統合失調症や双極性障害などの精神障害者との病態の隔たりがある。そこで本症者に特化したデイケアが、近年、医療機関で開設された。しかし、今度は摂食障害者が本質的にかかえている対人関係障害によるトラブルが多発している。組織の活動であるため、集団力動の操作が必要となり、それは必ずしも個人が十分に納得できるとは限らない。しかし、その葛藤への対処に試行錯誤する訓練にデイケアの意味はある。本症患者を集団で扱うとほぼ患者間で比較競争が生じ、それが食行動や精神症状に反映される。そのパターンを個人精神療法で課題と

して取り上げ、フィードバックすることこそ治療には大きな前進をもたらすが、先の心性をもつ本人たちは、自己愛の傷つきに耐えられず、治療者やデイケアに対する怒りや不満を症状の悪化で示し、そしてその場と葛藤からフェードアウト（逃避）しきってしまう。一方で治療者から離れた地域社会は、そんな葛藤に曝されることばかりである。こうして負荷のかかる日常に曝される体験を積んでこそスキルは獲得されると考えている。

2. 具体的な生活支援情報やサービスの提供

慢性化した本症患者のかかえる深刻な病状と長期にわたる経過は、障害福祉サービスの対象に該当する場合がある。具体的には、生活保護や障害年金の受給、精神障害者保健福祉手帳の取得、訪問看護や居宅介護サービスの導入などである。1例として挙げると、うつ状態や双極性障害などのさまざまな併存疾患を伴う場合は、精神的機能の低下を理由に障害年金の申請ができる。さらにこの症状や家族葛藤への対策として、家族と世帯分離し、本人の独立を図り、その障害年金と生活費の不足分を生活保護費で補うといったこともできる。もちろんすべての症例に適するわけではなく、それらの利用がかえって退行を招いて病状を悪化させることも十分に考えられる。しかし、治療のプロセスで自己理解、自己洞察が深まるなかで、自身のおかれている現状を冷静に判断し、また、家族の環境調整を行って、これらの制度を前向きに利用することが望ましいとされた場合は、先のような方法をとることで精神・経済的身体・経済的自立を図り、回復の促進につなげる。こうした資源を情報として提供し、有効活用するための指導を行うほか、実際の生活場面での適切な介入もまた、地域が果たせる重要な役割である。

IV. 摂食障害の包括型 地域生活支援プログラムの実際

そこで1998年、著者が所属するのびのびの会が本症に特化した包括型地域生活支援プログラム（assertive community treatment：ACT）を構築し、実際に地域社会で試みるようになった。それは、医療機関における、1992年に開始した本症の集団精神療法参加者と、その活動に刺激を受けた1996年発足の家族会参加者の有志による自主的な活動を、治療者ら（医師、心理療法士など）が医学的・心理的、そして社会福祉的な手腕を用いて支えるという「サポートグ

ループ」という形態で始まった。これは、本人や家族の自主性を最大に活かしつつ、治療的枠組みで安全性と安定性を兼ね備えた体制であり、これまでにはない、まったく新しい試みであった。現在は5部門9事業（2事業は期間限定で終了している）を有し、法人としての事業を展開している（図1）。なお、著者は、心理療法士として心理相談室に属しているが、理事としても全事業にわたって携わっている。

1. 障害者自立支援事業部門通所施設：地域活動支援センター

さて、地域活動の第一歩として、「精神科小規模地域作業所」を横浜市内に設立し、自主運営を開始することとなった。その後、2001年に自治体より認可を受け、名実ともに本邦初の摂食障害のための地域通所施設（現在は「地域活動支援センター」と名称変更）となった。先の医療者や地域福祉関係者からの援助や指導を受けながら、健常者スタッフが1日平均10名前後の利用者に対応し、居場所の確保と疾患の改善をめざすための各種プログラムを行っている。「居場所」として対人関係の構築の仕方を模索しつつ、個々の病態や希望に応じて、病的な食行動の改善に取り組み、いまの本人にもできる社会参加とその先の社会復帰を提供している。

1) 食行動の正常化をめざすトレーニング

本症の治療において最優先される課題である。飢餓状態からの脱却、歪んだ食行動の矯正のため、普通の食事の内容や量を体験、獲得する食事会を、昼食、夕食含めて月5～6回設定している。これがクリアできると自信がつき、自由度が上がるが、慢性化した患者らの食事内容、食べ方に代表される食事や食べ物にまつわる非常識とも思われるエピソードは数限りなく、もはや完全な軌道修正は不可能に近い。そこでめざす生活スタイルに即した食事と身体管理の必要性を個別に検討し、望ましい食事内容や摂取方法の理解と実践、他者との時間の共有の体験に重点をおいている。

2) 摂食障害を理解して、心理的な問題に取り組むトレーニング

いわゆる心理教育である。先に述べた本症患者の心理的な問題は病気によって引き起こされたものと、生来的なものがあるが、いずれも現在の本人が有しているものである。また、さまざまな段階の患者の集団は、疾患により生じる苦悩を理解し分かち合えるとともに、自身を客観視することにもつながる。それは歪んだ物事の捉え方にに基づい

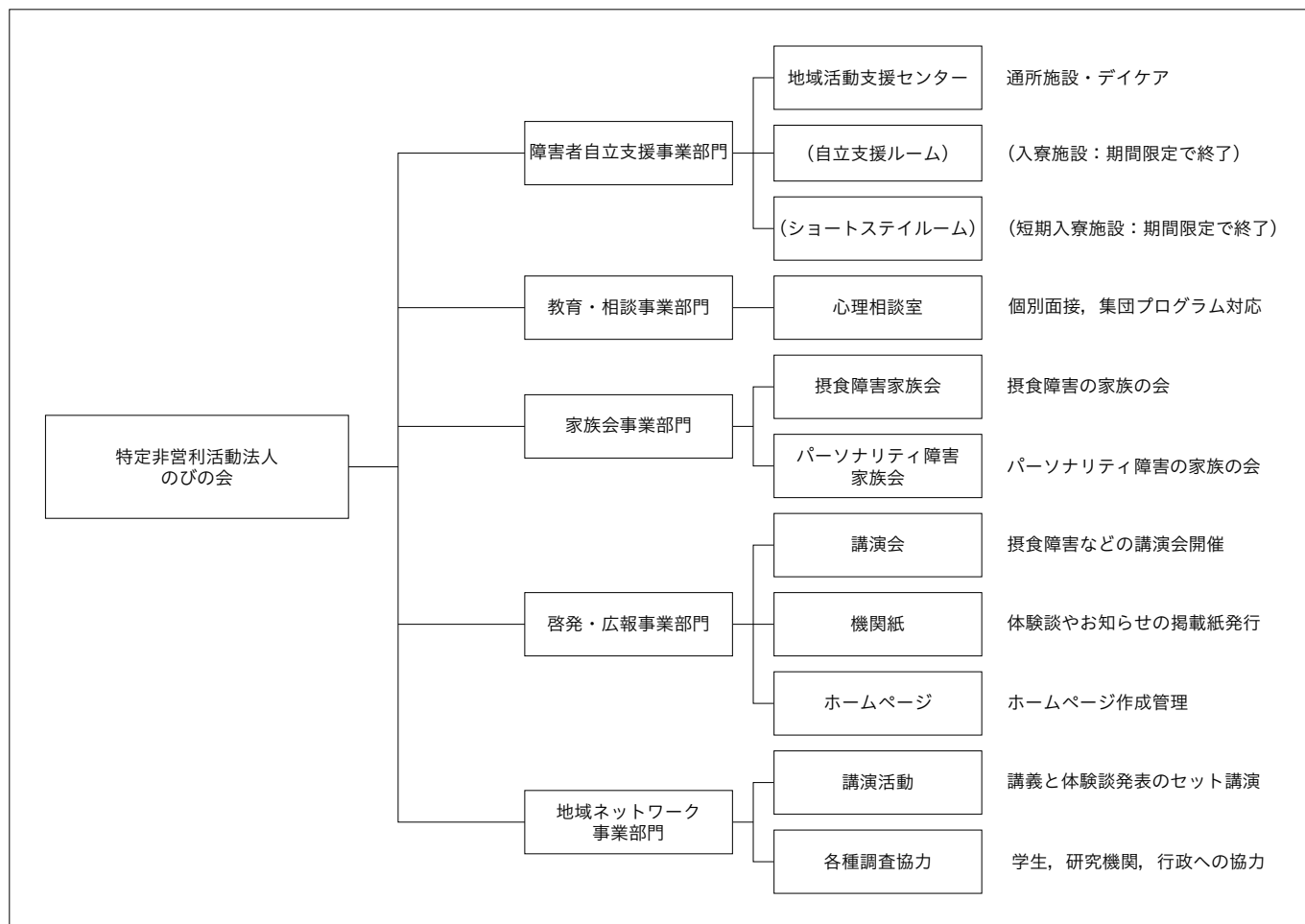


図1 特定非営利活動法人のびの会の組織図

特定非営利活動法人のびの会は、1998年に市民団体として発足、2001年自治体より認可され、本邦初の摂食障害者に特化した地域支援が始まる。2009年に心理相談室が開所し、治療部門と生活福祉支援部門が整備され、患者の生活に基づいた心理治療が可能になった。

た対人関係をもつ自身に直面することでもある。通常の対人関係とは、診察場面のような支持されるだけの一方通行ではない。ミーティングも「言い放し・聞き放し」ではなく、ラリースタイルのディスカッションである。同じ疾患をかかえるメンバーとの接触はさまざまな感情をもたらすが、このミーティングや、集団での疾患教育、アサーショントレーニングなどの勉強会を通じ、気づきを言語化し、その感情を客観的に捉え、安全な環境のなかでの互いのフィードバックを通じて、対処方法を考える実践こそが社会適応のための重要な訓練となる。

3) 社会参加，社会復帰トレーニング

残念ながら身体的精神的症状が長引くと、社会適応への影響はかなり大きいと言わざるを得ない。したがって、復学や就労が困難な場合もある。しかし、プライドの高さと完全主義が先行し、自分がおかれている現実の認識が適切にできない患者らは、不自然なほど高いレベルの社会復帰

を求め続ける場合も多い。「いつかやせたらちゃんと社会復帰する」とはよく聞かすが、先の認識では「いつか」は永遠にこない。そこで「今できること」として、のびの会では施設での自主製品の製作販売、イベント関連の会議への参加など地道な活動を通じて、小社会のなかでも社会的役割を負い、責任を果たす訓練を行っている。その体験を通じて、発症以来失った達成感や充実感を得て自己効力感を積み重ねることができるのである。

その他にも映画鑑賞、カラオケなどの外出レクリエーション、アロマセラピーやアート、音楽プログラムなどの活動も行われており、多彩なプログラムのなかで「いつかできるならそのときやる」ではなく「今できることを今やる」ことを体験し、やり慣れていくことをめざす。

そこで、地域活動支援センターのこれまでの成果を明らかにするため、著者らは2009年に地域活動支援センター利用者36名を対象に、実態調査を行い、これらの成果を

検討した⁸⁾。地域活動支援センターに5年以上通所している14名と、通所5年未満の22名とを比較したところ、5年以上通所群は平均年齢が高く罹病期間も長いが、過食の頻度は5年未満群と同等ながら嘔吐の症状が減っていた。また、5年未満群より、その他の摂食障害（分類不能）群が増えており、神経性やせ症が少なく、継続通所者の症状が軽快していることがわかった。毎回定時の参加、継続利用はなかなか困難でも、通い続けると体力が付き、生活の基盤が整い、症状に支配されていた生活が変化していた。さらに勉強会やミーティングなどのプログラムへの参加で自己理解が進むと、自己の内部への洞察が深まり、身の丈に合った生活を考えられるようになっていた。このように、地域の通所施設は、心理的課題への取り組みを可能にし、継続性や持久力をつけ、社会適応へ近づける基盤となりうるということがうかがえる結果が得られた。

2. 教育・相談事業部門：心理相談室

いくら本症に特化した小集団とはいえ、そもそも、社会集団への適応に困難をきたしている患者らが、そう簡単に馴染めるわけではない。また、所属しても常にその立ち位置は不安定である。そこで、心理療法士である著者が別会場を設け、個別の課題に対応している。ここでは精神医学的、心理的側面に直接的にアプローチするため「外来での効果的な治療」の前段階的な、または現在行われている治療の補完的な役割を果たしている。

3. 家族会事業

今でこそ家族、母子関係だけにその原因が言及されることはなくなったが、摂食障害によりわが子が長年にわたって常に生死の危機に瀕している現実には、家族は心身ともに疲弊しきっている。しかしその反面、長年にわたり患者とその家族をみていると、家族構成員の個々のもつパーソナリティに、そして、そこから長年培われた独特な交流パターンに、患者がこうならざるを得なかった理由も実はうかがえる。

したがって、家族に正しい知識を伝え、情緒的な安定を図る家族介入は必須である。現時点ではもうすでに、他の疾患の治療よりも多くの時間と労力を費やしているケースがほとんどで、家族サポートのために今以上の時間を設けることは困難というのが多くの医療者の実情であろう。そのため、外来治療とは別枠として、本症の家族会、家族教室は全国的に増加しつつある。地域の自助グループでは、

生きた体験談は具体的で実践しやすいというメリットはあるが、医学的な知識に欠けるため、緊急性の高いケースには対応できないこと、参加が患者の状態に左右されるために、グループの基盤そのものが不安定であることなどの問題を抱えているというデメリットがある。そこでこのびの会では家族に対して、家族会を基盤に、初期・急性期と慢性期との病態別のグループ分けを行い、それぞれミーティングと心理教育（疾患教育）を行っている。

4. 啓発広報事業

外部講師を招聘し、本症や慢性期の併存精神疾患であるパーソナリティ障害に関する講演会を開催している。基調講演と、患者や家族自らの体験談発表を組み合わせ、会場の来場者とともにディスカッションしている。これは社会に向けての啓発的な意味合いも含まれる。また、会員対象の情報誌の企画、発行などもともに行う。啓発を兼ねたこれらの事業は、患者や家族には自らの行動を振り返る機会にもなっている。

5. 地域ネットワーク事業

著者のもとには摂食障害について講演の依頼も多い。その場合は可能な限り、患者や家族との組み合わせで講演させていただいている。また、大学生の卒業論文や高校生の自主学習の調査依頼、あるいはさまざまな医療機関や研究機関からの協力依頼にも応じている。

おわりに

ここまで、本症の「外来治療を効果的に行う」ことについて論じてきた。しかし、再度見直してみると、認知症も含めた一般の精神疾患患者のACTを、本症の慢性期患者に対して先行したのびの会の活動を紹介したに過ぎないように思う。わが国の精神疾患に対する収容型治療では、重い精神疾患の患者が、院内生活での経験を退院後の生活のなかで活かすことができず、症状が再燃して再入院を繰り返したことで、本症患者への体重の増加と食行動の軌道修正を目的とした強制的な入院を行っても、退院後、長くもたずに再入院することとは、いずれも、同じことを繰り返す回転ドア現象である。しかし、本症の場合は、本症の根幹にある、現実逃避と否認の病理が、患者にもそして治療者の側にもどうも深く根づいていることにその原因がありそうだ。「いつかきっと元どおりになる」という幻想を患

者がもち続けることは、その病理上やむを得ない。しかし、どうかかわっても改善のみえない無力感に苛まれる治療者までもが、それこそ「いつかきつと元どおりに治したい」と執着し、その幻想を手放せないことで治療に影響をもたらしてはいないだろうか。それはかつて「ゴールデンケージ」と言われ、患者の自立や成長を阻んだ家族関係の再現ではなかろうか。

メディカルモデルから捉えた患者は「疾患や問題を治してもらう存在」である。しかし、ソーシャルモデルでは、「自分の生活について判断し、決定を行う権利と能力を有し、たとえ障害や疾患があってもできる（強み、長所：ストレングス）可能性を有する存在」として捉える。かつての精神疾患患者の社会生活が、社会に向けて大きく開かれた歴史をもっているように、この見守りで「効果的に行う」外来治療によって、本症の多くの患者が、自らの等身大の力の有効性と、社会のなかで「いきる（生きる・活かす）」ことができる存在であることに気づけるに違いない。大きな期待を込め、そして小さなその支援を息長く続けたいと考えている。

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) 林 公輔, 西園マールハ文: 精神科病院における摂食障害の治療, 精神科治療学, 27 (11); 1453-1458, 2012
- 2) Khantzian, E. J., Albanese, M. J.: Understanding addiction as Self Medication: Finding Hope Behind the Pain. Rowman & Littlefield Publishers, Ranham, 2008
- 3) 栗田大輔, 竹林淳和: 神経性やせ症に対する包括的入院治療プログラム—静岡県摂食障害診療ネットワークの構築—, 精神経誌, 120 (2); 85-92, 2018
- 4) 松木邦裕: 摂食障害というところ—創られた悲劇/築かれた閉塞—. 新曜社, 東京, p.42-47, 2008
- 5) 野間俊一, 香月 晶: 摂食障害の過食症状に対する行動制限療法を用いた入院治療（過食症教育入院プログラム）の有効性に関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患研究開発費「摂食障害の疫学, 病態と診断, 治療法, 転帰と予後に関する総合的研究」（研究代表者: 切池信夫）, 平成 20~22 年度総括・分担研究報告書, p.57-60, 2011
- 6) 鈴木健二, 武田 綾, 白倉克之ほか: 精神科作業所における摂食障害のソーシャルスキル—統合失調症との比較—. 精神医学, 45 (2); 145-151, 2003
- 7) 鈴木健二, 武田 綾, 白倉克之: アディクションモデルによる過食症の入院治療の試み. 心身医学, 43 (10); 689-697, 2003
- 8) 鈴木健二, 武田 綾: 摂食障害の回復におけるリハビリテーションの有効性. 精神科治療学, 30 (9); 1243-1251, 2015
- 9) 瀧井正人: 摂食障害という生き方—その病態と治療—. 中外医学社, 東京, p.168, 2014

Community Support for the Treatment of Eating Disorders

Aya TAKEDA

Non-Profit Organization Nobi-no-kai

Eating disorders substantially stress the body due to abnormal eating behavior. Therefore, weight change and biochemical data must be utilized as good or bad parameters. Most of the cases have been treated medically with a strong focus on physical management ; this may include hospitalization. On the other hand, patients continue to live their daily lives in the social environment of their homes, schools, and workplaces, which causes the condition to develop further. Outpatient treatment for this disorder helps them acquire skills, other than pathological solutions, in order to support their ability to be aware of medical intervention. At the same time, they may recognize that they are active in their daily lives in the community. This is the case especially for middle-aged and elderly individuals who are highly resistant to treatment and who definitely find themselves following a long chronic course. The treatment goal is not a complete cure but instead focuses on understanding and accepting the disorder, coexisting with the symptoms, and placing emphasis on improving their quality of life. This aligns with the usual treatment of mentally ill individuals, which has shifted from traditional hospitalization and monitored living toward supported independent living within the community. With this, the authors are experimenting with assertive community treatment (ACT). This is a comprehensive community living support program which establishes a facility and staff inside the community and focuses on a self-sustaining service for chronic disorder cases. A facility and system that allows for such trial and error in learning and actual experience may be effective in realistically advancing outpatient therapy for this disorder. Such a system respects and ensures the independence and individuality of patients with illnesses.

Author's abstract

Keywords

eating disorder, independence support, assertive community treatment, social model