摂食障害への支持的精神療法

永田　利彦

専門的な支持的栄養管理の神経性やせ症への有効性がいくつものランダム化比較試験によって証明されたことによって，摂食障害への支持的精神療法が注目されている．支持的精神療法はすでに一般的な精神科医療として根付いている．しかし，神経性やせ症の場合は低栄養状態などによって言語化や感情表出ができないことも多く，外来治療での支持的精神療法は種々の困難を伴う．その結果，これまでのガイドラインに従えば，入院治療の一択となってしまう．神経性やせ症治療では，その初期の段階において栄養管理は不可欠ではあるが，ただ共感的に傾聴するのではなく，プロトタイプに基づいて的確に診立て，validation（承認，認証，有効化などと訳されるが，適切に意を表してないので，そのまま使用している）などを通じて強固な治療同盟を築くことが重要である．治療同盟が築かれたのちは，徐々に表出的-支持的精神療法や認知行動療法的-支持的精神療法に拡張していくことが可能になる．そのような，気の長い支持的精神療法によって，通常の精神科医療によっても，摂食障害からの完全なリカバリーに導きうる．

索引用語　摂食障害，神経性やせ症，専門的な支持的栄養管理，支持的精神療法，プロトタイプ診断

はじめに

摂食障害は，年代，性的志向，人種，地域にかかわらず罹りうる，ごく一般的なものとなった[1]．先進諸国の特定の人種，それも成績優秀・品行方正な良家の子女を突然襲う稀な奇病ととらえられていたのは過去のこととなった．さらに，ゲノムワイド関連分析によって，神経性やせ症は強迫症やパーソナリティだけではなく，低体脂肪率，インスリン感受性との間にも一塩基多型（single-nucleotide polymorphism：SNP）レベルで相関し[32]，代表的な他の精神疾患と同程度の生物学的基盤を有することが明らかになった．ゲノムワイド関連分析には限界もあるが，摂食障害，特に神経性やせ症は，前述のように一般的な精神疾患の1つとなり，精神科医が診療を忌避し続けることはできなくなった．

一方で，摂食障害の病型は神経性やせ症の摂食制限型から過食・排出型へ，神経性過食症，回避・制限性食物摂取症へと拡がり，不安症，パーソナリティ障害，神経発達症などの併存率の高さに加え，トラウマやアタッチメントの障害なども抱えている異種性の高い「生きづらさ」の病へと変貌した[23]．もはや良家の子女の奇病と考えられていた時代とは違い，家族と引き離す必要がなく，入院から外来治療にパラダイムシフトが要請されているが（p. x iii，Russell, G. の序文）[16]，この20～40年，新しい治療が出てきていないとされる[4]．その結果，年間1,000人の患者あ

著者所属：壱燈会なんば・ながたメンタルクリニック
編　　注：本特集は第119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.24-088

たり 5.10 人が死に至るという[2]，精神障害のなかで最も高い死亡率を呈したままである．画一的な治療の限界は明らかなのに，それに合わせた治療の変革はこれからである．

本稿はそのようななか，すでに一般的な治療として日本の精神科医療に根付いている支持的精神療法[33]の摂食障害治療への適用の可能性を紹介する．

Ⅰ．摂食障害への構造化された精神療法の限界

欧米のガイドライン[1,24]では，構造化されたプロトコルに基づく精神療法が推奨されているが，後述するように，治療資源の限られた日本での実装は困難である．

米国精神医学会のガイドライン[1]では，成人の神経性やせ症に対しては認知行動療法[8,9]，焦点化された力動的精神療法（focal psychodynamic psychotherapy：FPT），対人関係療法，モーズレイモデルによる神経性やせ症治療（Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults：MANTRA，以下，モーズレイモデル式治療）[28]，専門的な支持的栄養管理〔Specialist Supportive Clinical Management：SSCM（直訳すると臨床管理であるが，本稿では栄養管理とした）〕[13]を，成人の神経性過食症に対しては認知行動療法[8,9]を推奨している．英国の NICE ガイドライン[24]では，成人の神経性やせ症に対しては認知行動療法[8,9]，モーズレイモデル式治療[28]，SSCM[13]を，成人の神経性過食症に対してはガイド付きセルフヘルプを推奨している．

一方，両ガイドラインとも青年期の神経性やせ症，神経性過食症には，18 歳以下，病歴 3 年未満という限界があるものの，家族をベースとする治療[16]を推奨している[1,24]．それまで神経性やせ症に対する精神療法はエビデンスフリーとされてきたが，家族病理ではないことをようやく体現させる形でエビデンスが形成された．

しかし，限界は明らかである．強化版認知行動療法は，神経性過食症と神経性やせ症を超診断的に区別せず，摂食障害症状のみならず，自己評価の低さや，完全主義，対人関係の問題，感情不耐性をも治療の対象とするものであるが，Body Mass Index（BMI）15 以上を対象としている[8,9]．家族をベースとする治療[16]のランダム化比較試験への参加者の平均 BMI も 16 前後である．BMI 15 を切らない 18 歳以下，病歴 3 年未満の症例が摂食障害を専門とする医師を受診することはきわめて稀である．ガイドラインに従えば入院治療の一択になってしまう．しかし，現実的には，天文学的な治療費を要する摂食障害専門病棟は[21]日本にはなく，日本でも特定機能病院の平均在院日数制限が重くのしかかっている．

その背景に，理想体重の 78％以上で外来精神療法が有効と報告され[12]，低栄養状態では精神療法に限界があることがある[12,29]．力動的精神療法のみならず，認知行動療法においても，罹病期間に関係なく，治療中の陰性感情の表出は，治療終結時の体重，精神病理の改善度と有意に相関し，1 年後の予後とも関連する傾向が認められ[11]，精神療法での感情表出は重要である．にもかかわらず，低体重の状態のときには感情表出に乏しく，言語的なコミュニケーションに限界があることがよく知られている[3]．さらに低体重の神経性やせ症では，言語的な記憶が十分ではない．Terhoeven, V. ら[29]は，神経性やせ症を対象に言語性記憶検査を入院治療前後で行った．その結果，理論記憶の即時再生・遅延再生（ウェクスラー記憶検査法で短い話を聞かせ，即時および 30 分後にどの程度を記憶しているかを評価）の両方が患者群では対照群に比べ有意に低く，体重回復に伴い回復した．さらに興味深いことに，入院治療を行っているのに，入院治療後の 2 回目の縦断研究に同意しなかった対象者の数が非常に多く（31 例中 13 例，42％），研究参加に不同意群は同意群に比べ，ウェクスラー記憶検査法の理論記憶の即時再生・遅延再生のみならず，言語記憶評価テスト（California Verbal Learning Test-II）得点も有意に低得点であった[29]．低体重のときに言語の記憶が十分ではない一群は，治療のための研究への同意取得さえ難しいことがわかり，治療にも工夫が必要である．

Ⅱ．摂食障害への支持的精神療法

最近，支持的精神療法の 1 つである神経性やせ症への SSCM が注目されている[13]．最初は，認知行動療法と対人関係療法に対する，「無効」「無治療」な対照外来治療として開発された[18]．それが図らずも，少なくとも 6 つのランダム化比較試験において有効性が証明され，ガイドラインで神経性やせ症への治療として推奨されるようになった[1,24]．

SSCM は，1 回のセッションで栄養管理と支持的精神療法の両方が行われる[13]．栄養管理では，健康的な摂食と体重回復，神経性やせ症特有の行動とその影響，心理教育，治療継続が扱われる．一方，支持的精神療法ではクライエントから提起される日常生活上の問題が話し合われる．何らかの理論に基づいた治療ではないため，認知行動療法の

ように定式化したり問題解決法を提案したり，対人関係療法のように対人関係と摂食障害の関係を探索したりはしない．マニュアル化されており，第1段階では神経性やせ症による摂食制限・体重不足の直接的結果としての，身体的・心理的・心理社会的な悪影響を吟味し，話し合う．治療の対象とする症状，体重回復など，神経性やせ症との関連で身体的・社会心理的側面を心理教育的に説明し，目標を設定する．第2段階では，継続的に体重と摂食行動の正常化について話し合い，第3段階では，治療終結について話し合う．

SSCMについて，少なくとも6つのランダム化比較試験がなされた．まずMcIntosh, V. V. W. ら[18]は，56例の神経性やせ症を対象にして，認知行動療法，対人関係療法，SSCMの20週，20セッションのランダム化比較試験を行った．研究開始時の平均BMIは17.3であった．63%が試験を終了し（15セッション以上），全般的な摂食障害評価で1（著明改善かつ摂食障害症状も最小限）か2（著明改善）と評価されたのは，対人関係療法10%，認知行動療法32%，SSCM 56%と，SSCMが最も有効であった（脱落者を含めた割合）．それが平均6，7年後の追跡調査（56例中43例が参加）では逆転され，全般的な摂食障害評価で1か2とされたのは，治療直後でSSCM 75%，認知行動療法33%，対人関係療法15%であったのに対し，追跡調査時にはSSCM 42%，認知行動療法41%，対人関係療法64%であった[6]．

Byrne, S. ら[5]は，平均BMIが16.7の120例の神経性やせ症を対象に強化版認知行動療法，モーズレイモデル式治療，SSCMの50分20〜40セッション10ヵ月間の多施設ランダム化比較試験を行った．BMIが14未満は除外された．その結果，60%が試験を終了し，3群間で体重増加に有意差はなかった．12ヵ月追跡調査時にBMIが18.5以上でかつ摂食障害評価得点が正常化したのはSSCMの32.5%，強化版認知行動療法の30.8%，モーズレイモデル式治療の22.0%と，有意差はないものの，SSCMが最も有効な傾向を示した．

Schmidt, U. ら[26]は，72例，平均BMIが16.4の神経性やせ症を対象に，週に1回，20週間のモーズレイモデル式治療，SSCMのランダム化比較試験を行った．治療終了時，6ヵ月，12ヵ月追跡調査において2群間でBMIや摂食障害評価尺度得点に有意な差はなかった．ただ，モーズレイモデル式治療に割りあてられた34例中7例が入院・部分入院が必要であったが，SSCMではそのような例はなかった．さらにSchmidt ら[27]はBMIを18.5以下と診断閾値を緩め，142例の神経性やせ症を対象に，週に1回，20〜30週間のモーズレイモデル式治療とSSCMのランダム化比較試験を行った．その結果，12ヵ月追跡調査において両群間にBMIなど主となる指標で差がでなくなった．

Touyz, S. ら[31]は，63例の重症遷延性神経性やせ症（severe and enduring anorexia nervosa：SE-AN，病歴7年以上，平均BMIは16.2，75%が摂食制限型）を対象に8ヵ月，30セッションの認知行動療法，SSCMのランダム化比較試験を行った．両方の治療ともSE-ANに向けて修正され，認知行動療法では動機づけに重点を，SSCMでは生活の質の向上をめざした．その結果，7例が入院したが，85%が治療終結でき，両群とも治療終結時，12ヵ月追跡調査において体重（BMI）は改善しており，両群間で差がなかった．摂食障害評価尺度得点は両群とも改善していたが，12ヵ月追跡調査時に認知行動療法のほうが有意に低得点（改善）であった．

このように，SSCMは他の治療に比べ，神経性やせ症に直結する症状に有効であるとも考えられる．McIntosh ら[19]はこれまでのランダム化比較試験中に行われた10例の録音データを分析し，SSCMのセッション中の栄養管理と支持的精神療法の割合を検討した．その結果，第1，第2段階では栄養管理の割合が75〜96%と大部分であったが，第3段階，15セッション以降（全部で20セッション）は60〜80%と低下していた．予後良好8例と予後不良2例の比較では，予後良好群は83%が栄養管理であったが，予後不良群では栄養管理は66%しかなかった．SSCMでは，クライエントから提起される問題についても話し合うだけで，後述する「本来」の支持的精神療法とは異なる．純粋に栄養的なアドバイスだけでは治療脱落が非常に多いことが知られており[7]，SSCMにおける支持的精神療法は治療脱落防止の意味合いが強い．

一方で，より体重が正常に近く，摂食障害以外に主となる精神病理を有する場合の効果は限定的である．Robinson, P. ら[25]は，境界性パーソナリティ障害を併存する68例の摂食障害（BMIが18.5未満は7例のみで，多くは正常体重）を対象に，メンタライゼーションに基づく治療（週に1回の個人療法と集団療法）とSSCM（1〜4週間に1回の20〜26セッション）との1年間のランダム化比較試験を行った．その結果，22%しか18ヵ月追跡調査に参加せず，セッションに半分以上参加したのはSSCMの37%，メンタライゼーションに基づく治療の47%でしか

なかった．両群間に大きな差はなかったが，メンタライゼーションに基づく治療のほうが追跡調査時に体形・体重への囚われが有意に少なかった．

さらに，それらランダム化比較試験を可能とする治療者の層の厚さにも注目すべきである．背景因子の統制のため，それまでの多くのランダム化比較試験と同様に，1人の治療者が認知行動療法，対人関係療法，SSCMを使い分けたり[18]，SE-ANを対象にしたランダム化比較試験でも，認知行動療法，SSCMを使い分けたりしていた[31]．日本で，認知行動療法，対人関係療法，支持的精神療法を臨機応変に使い分けられる治療者はどれほどいるだろうか．欧米でのオフィス開業，セルフペイにも耐えうる精神療法が実践されてきた基盤との差は歴然としている．

III．本格的な精神療法との間を埋める

このように，再び脚光を浴びている支持的精神療法であるが，マニュアル化されたSSCMは，他の精神療法と同様に，比較的，高いBMIを対象としたランダム化比較試験によって有効性が示されている．理想体重の78%以上で外来精神療法が有効と報告され[12]，強化版認知行動療法はBMI15以上を対象としている[8,9]．確かに，家族をベースとする治療[16]のように，低栄養状態が関係しない家族を治療の対象とするのも1つの方法であるが，ある程度までの年齢に限られる．そこで，体重回復に対する最もエビデンスを有する治療は入院治療となってしまう．低栄養状態では，上述のように言語的記憶も制限されており[29]，個人的な経験では，低体重，低栄養状態で言語化，言語的記憶が十分ではない状態では，セラピストと2人だけの1時間弱の間を過ごすのは非常に苦痛で，早期に脱落してしまう．むしろ，日本の通常診療の最大限の枠，15～20分以内が適切であるし，そのほうが逆に効果的である．そのあたり，マニュアル化された精神療法に疑問が提起されているのと相通じる[20]．1時間弱の本格的な精神療法との間を埋める方策が求められている．

そこで，最も期待されるのが，現在，日本でごく一般的な精神科医療として根付いている支持的精神療法の適用である．支持的精神療法は欧米でも最も頻繁に行われているタイプの精神療法でありながら，その教本は少ない[33]．Winston, A. ら[33]は，教本で，支持的精神療法は支持的関係（supportive relationship，家族，友人，同僚からの支援），カウンセリング，支持的精神療法，支持的-表出的精神療法，表出的-支持的精神療法，精神分析というスペクトラムのなかにあり，特定の病因論，治療論を含まない分，拡張が可能で，多くの支持的精神療法が，支持的-表出的精神療法，表出的-支持的精神療法の形で行われているとしている．カウンセリングが傾聴，共感を旨とするのに対して，支持的精神療法では，適切な励まし，保証，教育，アドバイスが重要とされている[33]．

その点，ここで紹介する支持的精神療法は，SSCMが，ランダム化比較試験で他の治療との差を明確化するために，クライエントから提起された問題に関してのみに限定したのとは異なる[13]．SSCMは，短期的には認知行動療法や対人関係療法より有効であり[18]，治療の最初の段階でどれほど栄養管理について話し合えるかが短期的予後に直結する[19]．一方で，純粋に栄養管理だけ，食事に対する助言だけでは治療脱落がきわめて多い[7]．そこで，治療初期では食事日誌や体重測定といった行動療法的アプローチに加えて，栄養管理による低栄養状態の改善が重要で，さらに最低限であっても支持的精神療法も必須である．長期追跡調査で対人関係療法に逆転された点からわかるように[6]，治療の進行に従って本格的な助言を伴う支持的精神療法，さらに，個々の精神病理に合わせて支持的-表出的精神療法，支持的-認知行動療法，支持的-対人関係療法というように拡張，移行していくことが重要である．背景にある精神病理に合わせた治療を行うことで，たとえ，慢性・遷延性例でも回復が期待できる．ここで，日本の外来治療期間無制限が生きてくる．

しかし，治療開始時点の低栄養状態や神経性過食症の混乱した状態で，どのように治療脱落を防ぐのか，さらなる工夫が求められる．「熱心な家族が連れてきてくれる」ことばかりには依存できない．これまで一般的には動機づけ面接が推奨されてきたが，摂食障害を対象とするメタアナリシスでは効果量はゼロであった[10]．そこで薬物乱用の臨床での信頼障害仮説提示による治療導入が参考になる[14]．小林[14]は，中学生時代に神経性やせ症の既往を有し，薬物乱用を繰り返し，「2日後に死ぬ」と宣言する初診患者に，薬物乱用を一切責めず，逆境的小児期体験のなか，人を信じられず，薬物乱用のみを唯一の杖として生き抜いてきたと伝えることで治療関係を構築しているという．それは境界性パーソナリティ障害治療初期においてvalidation（承認，認証，有効化などと訳される）によって治療関係を構築することに相通じる[15]．境界性パーソナリティ障害に対する弁証法的行動療法を創始したLinehan, M. M. は，そ

の治療の根幹に validation することを重視した[15]．行動療法は，見て観察できる行動を分析し，その行動を変えることを是とし，観察できないものを仮定していないはずであるが，validation では言語化されていない感情を読み取り，その人が人として正しく生きてきたと称賛し，生きていく価値があると鼓舞することが必須とした．

摂食障害，そして神経性やせ症患者は，低栄養状態で，さらに症例によっては元来，言語化や感情表出が苦手な場合も多いが，訴えをただただ聞いているだけではわからない，完全主義，そして各種のパーソナリティ，不安症，神経発達症を的確に捉えることが重要である．それは正常から疾患域まで連続体であり，さらに重なり合うこと（併存症）が知られており，診立てには経験を要する．ある研究では，多数の精神科医，臨床心理士を対象に，実際に自身が治療終結または治療が進んでいる摂食障害のクライエントを摂食障害症状だけではなく，パーソナリティ障害の部分も含め評価した結果，感情統制障害/コントロール不能，抑制的/過剰コントロール，高機能/完全主義の 3 つのプロトタイプが見いだされた[30]．そして，感情統制障害/コントロール不能では精神分析的精神療法が，抑制的/過剰コントロールには認知行動療法が行われていた[30]．この研究からおおよそ 20 年が経ち，神経発達症，なかでも複雑性心的外傷後ストレス障害を抱える自閉スペクトラム症，発達性トラウマ障害やアタッチメントの問題が重要となった[22]．そこで，上記の 3 つに神経発達症を加えて，4 つのプロトタイプ診断をできるだけ早期に診立て，validation を通じて，生きていく価値があると称賛，鼓舞することで強固な治療関係を構築していく．そうすることで，徐々に栄養管理から個々の精神病理に合わせた長期的視点からの本格的な支持的精神療法に移行していけるし，場合によっては，より本格的な精神療法へと移行していくことができる．

おわりに

外来治療は，入院と異なり，常に治療中断のリスクがあり，変化に向けた治療関係が鍵となる．マニュアル化された精神療法はパーソナリティ障害への効果は限定的との指摘もある[17]．実は行動療法でも言語化されない感情の察知が重要である[15]．そこで，摂食障害において低栄養状態や精神的に混乱した治療初期の状態であっても，クライエントの発した言葉の背景にある病理を早期に診立て，強固な治療同盟を築けるかが重要なポイントとなる[23]．その結果，通常の精神科医療として保険診療下で根付いている支持的精神療法を最大限適用することで摂食障害からのリカバリーを支援しうるのである．

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：Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 2023
2) Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., et al.：Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry, 68（7）；724-731, 2011
3) Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., et al.：Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. Compr Psychiatry, 53（5）；496-501, 2012
4) Bulik, C. M.：From awareness to action：an urgent call to address the inadequacy of treatment for anorexia nervosa. Am J Psychiatry, 178（9）；786-788, 2021
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) Carter, F. A., Jordan, J., McIntosh, V. V. W., et al.：The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa：a randomized, controlled trial. Int J Eat Disord, 44（7）；647-654, 2011
7) Dejong, H., Broadbent, H., Schmidt, U.：A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. Int J Eat Disord, 45（5）；635-647, 2012
8) 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）
9) Fairburn, C. G.：Overcoming Binge Eating：The Proven Program to Learn Why You Binge and How You Can Stop, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2013（永田利彦監訳，藤本麻起子，江城　望訳：過食は治る―過食症の成り立ちの理解と克服プログラム―．金剛出版，東京，2021）
10) Fetahi, E., Søgaard, A. S., Sjögren, M.：Estimating the effect of motivational interventions in patients with eating disorders：a systematic review and meta-analysis. J Pers Med, 12（4）；577, 2022
11) Friederich, H. C., Brockmeyer, T., Wild, B., et al.：Emotional expression predicts treatment outcome in focal psychodynamic and cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa：findings from the ANTOP study. Psychother Psychosom, 86（2）；108-110, 2017
12) Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., et al.：Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents：randomised controlled trial. Br J Psychiatry, 191；427-435, 2007

13）Jordan, J., McIntosh, V. V., Bulik, C. M.：Specialist Supportive Clinical Management for anorexia nervosa：what it is（and what it is not）. Australas Psychiatry, 28（2）；156-159, 2020
14）小林桜児：依存や自傷の臨床．こころの科学，216；80-84, 2021
15）Linehan, M. M.：Validation and psychotherapy. Empathy Reconsidered：New Directions in Psychotherapy（ed by Bohart, A. C., Greenberg, L. S.）. American Psychological Association, Washington, D. C., p.353-392, 1997
16）Lock, J., Le Grange, D.：Treatment Manual for Anorexia Nervosa：A Family-Based Approach, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2012（永田利彦監訳：神経性やせ症治療マニュアル―家族をベースとする治療―，第2版．金剛出版，東京，2023）
17）松本ちひろ：パーソナリティ障害．精神医学，61（3）；293-300, 2019
18）McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Carter, F. A., et al.：Three psychotherapies for anorexia nervosa：a randomized, controlled trial. Am J Psychiatry, 162（4）；741-747, 2005
19）McIntosh, V. V. W., Carter, J. D., Jordan, J., et al.：Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa：analysis of therapy content and relation to outcome. Int J Eat Disord, 55（5）；717-722, 2022
20）宮岡　等：多彩な新しい精神療法への懸念．こころの科学，204；1，2019
21）永田利彦，切池信夫：米国における摂食障害患者の治療の現況―COPE病棟（ピッツバーグ大学摂食障害専門病棟）での重症患者の治療経験から―．精神医学，40（7）；781-785，1998
22）永田利彦：不安症を併存する双極性障害の治療―自閉スペクトラム症，境界性パーソナリティ障害の視点から―．不安症研究，11（1）；24-34，2019
23）永田利彦：摂食障害（摂食症）病理のパラダイムシフト．精神医学，65（9）；1218-1227，2023
24）NICE：Eating disorders：recognition and treatment, NICE guideline［NG69］update 2020. National Institute for Health and Care Excellence, London, 2020（https://www.nice.org.uk/guidance/ng69）（参照 24-06-14）
25）Robinson, P., Hellier, J., Barrett, B., et al.：The NOURISHED randomised controlled trial comparing mentalisation-based treatment for eating disorders（MBT-ED）with specialist supportive clinical management（SSCM-ED）for patients with eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. Trials, 17（1）；549, 2016
26）Schmidt, U., Oldershaw, A., Jichi, F., et al.：Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa：randomised controlled trial. Br J Psychiatry, 201（5）；392-399, 2012
27）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 Consult Clin Psychol, 83（4）；796-807, 2015
28）Schmidt, U., Startup, H., Treasure, J.：A Cognitive-Interpersonal Therapy Workbook for Treating Anorexia Nervosa：The Maudsley Model. Routledge, London, 2019（中里道子，友竹正人，水原祐起監訳：モーズレイ神経性やせ症治療 MANTRA ワークブック．南山堂，東京，2021）
29）Terhoeven, V., Faschingbauer, S., Huber, J., et al.：Verbal memory following weight gain in adult patients with anorexia nervosa：a longitudinal study. Eur Eat Disord Rev, 31（2）；271-284, 2023
30）Thompson-Brenner, H., Westen, D.：Personality subtypes in eating disorders：validation of a classification in a naturalistic sample. Br J Psychiatry, 186（6）；516-524, 2005
31）Touyz, S., Le Grange, D., Lacey, H., et al.：Treating severe and enduring anorexia nervosa：a randomized controlled trial. Psychol Med, 43（12）；2501-2511, 2013
32）Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., et al.：Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. Nat Genet, 51（8）；1207-1214, 2019
33）Winston, A., Rosenthal, R. N., Roberts, L. W.：Learning Supportive Psychotherapy：An Illustrated Guide, 2nd ed. American Psychiatric Publishing, Washington, D. C., 2019〔大野　裕，堀越　勝，中野有美監訳：動画で学ぶ支持的精神療法入門．医学書院，東京，2015（初版，2012 の翻訳）〕

Supportive Psychotherapy for Patients with Eating Disorders

Toshihiko NAGATA

Mental Health Clinic of Dr. Nagata in Nanba

Recently, specialist supportive clinical management has demonstrated clinical effectiveness for psychotherapy in patients with eating disorders based on several randomized controlled trials. Supportive psychotherapy has been incorporated into standard clinical psychiatric practice under the Japanese public health insurance system. However, psychotherapy for patients with anorexia nervosa at outpatient clinics is challenging to implement because the malnourished state of the patients is an obstacle for effective verbal communication and emotional expression. Therefore, inpatient treatment is implemented according to previous practice guidelines. To overcome these obstacles, solid therapeutic alliances should be built through validation based on prototype diagnosis rather than empathic listening or motivational interviewing, although clinical nutritional management is essential for patients with anorexia nervosa as a first step. Once solid therapeutic alliances are established, supportive psychotherapy should be gradually expanded toward expressive–supportive, cognitive–supportive, or interpersonal–supportive psychotherapy. These long–term supportive psychotherapies will lead to a full recovery from eating disorders even under standard psychiatric practice.

Author's abstract

Keywords eating disorders, anorexia nervosa, specialist supportive clinical management, supportive psychotherapy, prototypic diagnosis