

# 摂食障害と取り組んで43年

——外来治療を中心に——

切池 信夫<sup>✉</sup>

著者は、1971年に大阪市立大学医学部を卒業し、神経精神医学教室に入局した。約10年間、脳の核酸の研究に従事した。しかし、臨床への思いが強くなり、1981年に臨床研究に転向した。その頃、神経性やせ症という珍しい病気の若い女性患者を初めて診た。「死ぬほどやせているのに、なぜ彼女は食べないのだろう?」。この病気に興味をもち、その原因と良い治療法を見つけようと、症例を重ね臨床研究を続けた。また、この病気は「心-行動-脳」の関係を明らかにできる疾患ではないかという思いもあった。著者のこれまでの43年間の臨床研究と治療経験に基づき、神経性やせ症と神経性過食症の外来治療について紹介する。神経性やせ症については、初診時の治療導入、病気についての心理教育、治療動機の強化、治療目標と目標体重、食事指導、支持的療法、治療抵抗性慢性患者の治療について述べた。神経性過食症については、治療導入、治療動機の強化、治療目標と方法、食事指導、過食や嘔吐の止め方について述べた。摂食障害患者にみられる摂食制限は過食と同じように悪い習慣行動（行動嗜癖）と考え、これらの食行動異常を減少または止めさせるための具体的な方法と、これらの行動の根底にある心理的問題を解決していく治療を並行して行う必要がある。

## 索引用語

神経性やせ症, 神経性過食症, 外来治療, 食事指導, 精神療法

## はじめに

著者は1971年に大阪市立大学（現・大阪公立大学）医学部を卒業して神経精神医学教室に入局した。そして神経化学のグループに入り、脳の核酸の研究に従事した。1979年に米国に留学したが、臨床への思いが強くなり約1年後に帰国して大学に戻った。1981年頃に著しくやせた無月

経の若い女性が産婦人科医から紹介されてきた。それが最初の神経性やせ症（anorexia nervosa: AN）の患者であった。その頃はきわめて稀な疾患で「なぜ食べないのだろう?」と不思議に思い、興味をもって診るようになった。原因不明で、治療法も確立されておらず、その対応には苦労した。なんとかよい治療法を見つけよう、それには原因を明らかにせねばならない、いや原因を明らかにするまでの間だけでも最良の治療をせねばならないなどと心の

著者所属：大阪公立大学名誉教授/浜寺病院名誉院長/なにわ生野病院心療内科

✉E mail: kirino76@gmail.com

受付日：2024年9月27日

受理日：2024年12月2日

doi: 10.57369/pnj.25-043

中で反芻しながら症例を重ねた。一方でこの病気は、「心-行動-脳」の関係を明らかにできる疾患との思いもあり興味を引き続け、現在まで43年経過した。

以下、この間における摂食障害の時代の変遷と、著者の臨床研究と治療経験をもとにしたANと神経性過食症の外来治療について説明する。

## I. 摂食障害の時代の変遷

著者が患者を診だした1980年代では、摂食障害といえはANであり、アングロ・サクソン系の思春期の白人女性にみられる稀な疾患として知られていた。現在では、人種や民族を問わず世界のどこにでも発症し、女性特有の病気ではなく男性にも、また年齢層も前思春期、働く女性、既婚者、高齢者と幅広くみられている。摂食行動異常も不食や摂食制限から、過食後に嘔吐する患者が中心になっている。そして1990年代頃から過食や嘔吐をして、体重が正常範囲内で推移する神経性過食症（bulimia nervosa : BN）の患者が増え、若い女性の流行病になっている。診断基準も、米国の診断基準であるDSM-IIIからDSM-III-R、DSM-IV、DSM-5（WHOの診断基準ではICD-10からICD-11）と改変され、内容も多種多様化している。性格面では几帳面で強迫的な性格との関連が注目されていたが、その後、解離性障害、境界性パーソナリティ障害、発達障害との併存に移っている。原因論について、女性性拒否や成熟拒否などの精神分析的理論から、今や身体的、精神的、社会的要因が複雑に絡み合って生じる多元的モデルが広く受け入れられている。治療としては一部の専門家（主に心身医学系）が診ていた病気が、今や小児科、心療内科、内科、産婦人科、精神科、救急科などの医師が診療し、各科の連携の必要性が叫ばれている。そして摂食障害患者に特化した摂食障害支援拠点病院などが全国的に設置されている。いまだ変わっていないのが、摂食障害には特効薬がないということである。

## II. 摂食障害外来患者の治療

現在、著者は思春期以降の独歩で通院可能な外来患者を診ている。初診時の診察にて、急性期なのか慢性期なのか、身体的または精神的に生命的危険である状態かを評価する。摂食障害患者の治療の基本は外来治療であるが、必要に応じて可能な限り短期間の内科系または精神科への入院

治療を行う。入院の治療目標を達成できれば、再び外来にて治療を継続する。体重がある程度回復しても無月経が持続する場合には、産婦人科での治療を行う。

### 1. ANの外来治療<sup>4)</sup>

#### 1) 治療への導入

初診時に同伴者がいても患者から面接を始め、受診が自ら望んでなのか、半ば強制的なのかを尋ねる。自ら望んで受診した場合、治療に対する動機づけはある程度できている。半ば強制的に親（または配偶者）に受診させられた場合は、治療に対する動機づけはできていない。この場合、受診させられた経緯について共感しながら聞く。投げやりに答えたり、わざとひねくれた態度をとったり、一言もしゃべらない患者に対しても決してあせらず、根気よく付き合っていく態度を示し、治療を急がない。というのは強い自己卑下には高い理想が、反抗の底には従順が、ひねくれの深部には依存欲求が、投げやりの裏には救いを求めるあがきがあり、患者の言動は常に両面的であるからである。これを見誤ると患者との間に信頼関係を築くことは難しい。そして親や配偶者の一方的な味方にならないことを保証し、むしろ患者側につき、患者の意思を無視した形での治療はあり得ないことを説明し、このことを親や配偶者にも納得してもらう。

患者はただやせているだけだと考え病気として認識していない。やせの身体、精神、行動面に及ぼす悪影響、これが単なるやせではなく、死に至る場合があることなど、パンフレット<sup>5)</sup>を用いてわかりやすく説明する。治療目標は、正常な食事パターンの回復と日常生活に支障をきたさない体力を得ることであり、決して肥満にさせることでない。体重が少しずつ回復してくれば、社会（家庭、学校、職場）で不適応を起こした心の問題を解決していく。一方的に食べることを強要せず、規則正しい食習慣を再学習する必要性や、体重が回復したら体重のコントロールの正しい方法を学ぼうと説明する。これらのことにより自分の状態を病気と認めさせる。

自分の食行動に対して問題意識が芽生えるが、食行動を変えるまでにいかない場合、やせた状態を続けることで「得ることと、失うこと」について、一枚の紙に箇条書きにすることを1週間の課題とし、次の受診時にその利害得失を患者と一緒に吟味する。失うことが多いことを理解してもらい、通院治療については患者自らにより決めてもらう。治療に対する動機づけを形成しなければ、患者の真の

表 1 治療目標, 目標体重, 食事指導

**治療目標**

- ・悪い食習慣と体重の正常化.
- ・社会 (家庭, 学校, 職場) での困難な課題や心の問題を解決して新しく適応することを学ぶ.  
〔これらの目標は, 家族 (両親や配偶者) の協力なしでは達成できない〕

**目標体重**

- ・目標体重は標準体重の 90% 以上とする.
- ・標準体重: 病前正常またはやせ傾向: 身長 (m)<sup>2</sup> × 20 (BMI)  
病前肥満傾向: 身長 (m)<sup>2</sup> × 20.5~21 (BMI)  
例: 身長 160 cm の場合: 標準体重 = 1.6 × 1.6 × 20 = 51.2 kg  
目標体重 = 51.2 × 0.9 = 46.08 kg

**食事指導**

- ・1日 3~4 回 (朝, 昼, 晩) の食事を食欲でなく時間と量を決めて規則正しく食べる (食トレ).
- ・今食べている食事量 (カロリー計算をしない) を 100% として, これを大まかに 120% に増やす.  
1 週間続けて食べられるようになれば, これを 100% として 120% に増やす. これを目標体重に達するまで繰り返す.
- ・体重増加は 1 週間に 0.5~1 kg (4 週間の平均) を目標とする.
- ・食物の栄養素の配分を大まかに炭水化物 60%, 蛋白質 30%, 脂質 10% を目標とする.
- ・ご飯 (炭水化物: 米, パン, 麺類, イモ類) は通常の意味でのご飯でなく「薬」であると説明する.

協力は得られない.

食行動異常を変えようと悩むが, 変えると自分がどうなるか自信がもてない場合, ダイエットが容易になり, これを止めたら過食を生じて体重が増え続けるという不安や恐怖などで食行動を変えられない. そして, 不食や摂食制限を継続しているとこれが習慣化<sup>1,2,7,9)</sup>して, 低体重で身体や精神面に悪影響を及ぼしているにもかかわらず止められない悪いダイエットになる. これには意識して食行動を変えないと一生変わらないと説明する. そして健康維持のための体重のコントロールは一生続くので, 健康的なダイエットを学ぼうと説く.

2) 治療目標, 目標体重, 食事指導

表 1 に治療目標, 目標体重, 食事指導の概要を示した.

治療目標は, 表 1 に示した 2 つの目標である. 目標体重は標準体重の 90% 以上としている. 若い女性の BMI は 1960 年の平均 21.5 から 1995 年には 20.5 まで低下して, 現在も平均 20.5 前後で推移している. これを参考にして, AN 患者はやせ好みであることから達成可能な標準 BMI を 20 と低くしている. そして, 表 1 に示したように標準体重と目標体重を算出する.

食事指導として, 表 1 の各項目について説明する. そして食生活日誌をつけてもらう<sup>4)</sup>. ここで 1 回の食事に腹部膨満感などで少量しか食べられない場合は, 食事の回数を患者の状態に合わせて増やす. 食事量について, 1 週間毎日続けて食べられるようになるのに個人差があり, 食べら

れるようになるまで根気よく支援する. また炭水化物摂取を頑なに抵抗する患者には, 好き嫌いの問題でなく「薬」と思い摂取しなければ回復の道はないと説明する.

3) その後の外来治療

初回およびその後の診察で外来通院を希望する患者に対して行う. その後 2~4 週間の外来通院では「神経性やせ症について」「私は病気でない, 病気の否認について」「神経性やせ症の治療について」のパンフレット<sup>5)</sup>を用いて, 病気と認知療法的な治療法についての理解を深めてもらいながら食事指導していく.

治療で重要なことは, 治療に対する動機づけは一旦形成されても, その後絶えず揺らぐことである. 少し体重が増えだすと, 体重増加や肥満恐怖のため治したいという気持ちが弱まり, このままでよいという「悪い自分」が出てくる. そして治そうという「良い自分」と葛藤状態に陥る. 治療者は健康な部分を支持し, 不健康な部分については共感しつつも, 健康な部分が勝つことを支援する. 体重がかなり回復しても, 治したいという動機づけを強化, 維持させていく配慮が必要である.

(1) 支持的精神療法のポイント

約 1 ヶ月間の外来治療で治療関係が確立されると, その後の外来通院では食事指導と支持的精神療法を継続する. 日常生活での苦しみや葛藤, 対人関係での悩み, 将来に対する不安などについて語らせ, 語らせることにより問題を明確化していく. そして摂食障害は, 心の問題を回避する

ための代理症状で不適応解決策であり、「心の問題を体重の問題にすり替えない」という洞察を得させる。

患者の多くは、表面的にはしっかりしていても、自律性に欠け、いつも自己不全や自信のなさにさいなまれ、自尊心がきわめて傷つきやすい。些細なことで無能感に陥り、容易に挫折し、それから立ち直ることができない、または挫折することを恐れて何もしないという状態になる。治療者は、患者がとりあえずの仮の目標を設定し、試行錯誤を繰り返しながら、そのなかで見失われていた自分のしたいことや生き方を見つけたりしていくことを励まし、助言を与え、患者の心の成長を温かく見守っていく。

## (2) 重症遷延性 AN 患者への治療のコツ

治療に対する動機づけが低く、少し体重が改善しては悪化を繰り返す。ドクターショッピング、入院回数が多い。罹病期間は5年以上と長く、家庭内で最低限の生活をしている。孤立や孤独状態で病気が改善した後の人生が描けない。このような患者を著者は治療抵抗性慢性 AN と呼んでいたが、欧米では重症遷延性 (severe and enduring AN) として、注目されている。このような患者の治療のコツを紹介する<sup>3,8)</sup>。

1. 体重増加を治療の第一目標としない：体重をそれほど増やさず栄養状態を改善するために、最低限 800～1,200 kcal/日をバランスよく食べてもらう。定期的に身体状態をモニターする。生命的に危険な状態であれば、これから脱するための短期間の入院を勧める。入院による体重増加も、危険な状態を脱するのに必要な程度とする。
2. 生活面：さらなる孤立や孤独に陥らないために、何とか最低限の社会生活を維持するよう励ます。そして何か小さな楽しみや趣味を見つけてもらう。
3. 家族に対して：家族が看病に疲れないために、患者への接し方を助言する。そして摂食障害は、患者の人生上の困難さに直面するのを緩和し、最悪の事態、つまり自殺を防いでいることを理解してもらう。
4. 通院を長期に継続：治療の目標を症状撲滅とせず、患者の人生上の困難さを理解し、病気の症状をもちながらも小さな幸せを見つけて生きることを支援する。そのなかで自分のしたいことや新しい生き方を見つけることを励まし続ける。患者が死に至らないように外来で根気よくつき合っていけば、治療者が予測できない何らかの契機で、回復への道を歩み出すことがある。

## 2. BN の外来治療

### 1) 治療への導入と治療目標

BN 患者は受診するまで、過食や嘔吐の中断を何度も試みては頓挫した経験を有し、「わかっちゃいるけど止められない」状態に陥っている。そして自分の意思が弱い、だらしない、情けないなどと自責的で、自尊心が低下している。これには「人生、七転び八起き」、何回挫折してもそれから立ち直ることが重要で、失敗すること自体は問題ではない、問題なのはそれから立ち直ろうとしないことである。失敗や挫折をしても早く立ち直る練習をしよう、そうする努力を重ねていると、必ず報われる、過食や嘔吐をしない自分になれると励まし続ける。

治療目標は、どんな状態でも過食をしないというのではなく、ある一定期間過食しない状態が続いた後、ストレスなどがきっかけで過食してもその翌日から再び過食しない状態に戻れること、過食をコントロールできるようになることである。

### 2) 治療法の説明と食事指導

図1のリーフレットを用いて、過食の生じる要因とその後の経過、治療法について説明する。過食は i) 食欲低下、拒食、ダイエットなどで体重が減少してそのリバウンドとして、ii) ドーナツやケーキなど高嗜好性高カロリー食品 (高脂肪、高糖質) の摂取を繰り返して、iii) 嫌な出来事、嫌な感情、ストレス、将来に対する不安、退屈などの解消法として、これが習慣化する。そして過食による体重増加や肥満を防ぐために不食や絶食、嘔吐や下剤乱用、過剰運動などを行う。これらにより体重は増減を繰り返すが、正常範囲内か肥満傾向で推移する。なかには排出行動が激しく AN のようにやせる場合もある。このような状態が長期に持続すると、マイナス思考で悲観的、感情不安定、摂取する食物の固定化、身体合併症などを生じる。これらのことが食行動や精神面にさらに悪影響をもたらすという悪循環に陥る。

この悪循環から脱するために、表2のリーフレットを用いて、食事指導 (食べ方と過食の誘発を防ぐ方法)、過食しそうなときの対策について (代替法：過食と両立しない行動をする) 説明する。

### 3) 過食の止め方

過食を止めるには、まず過食のコントロール方法を練習する。それにはまず小さな変化を起こし続けること、これを長期に継続することである。具体的には、毎日過食している場合、「過食タイム」として過食する時間帯を設定す

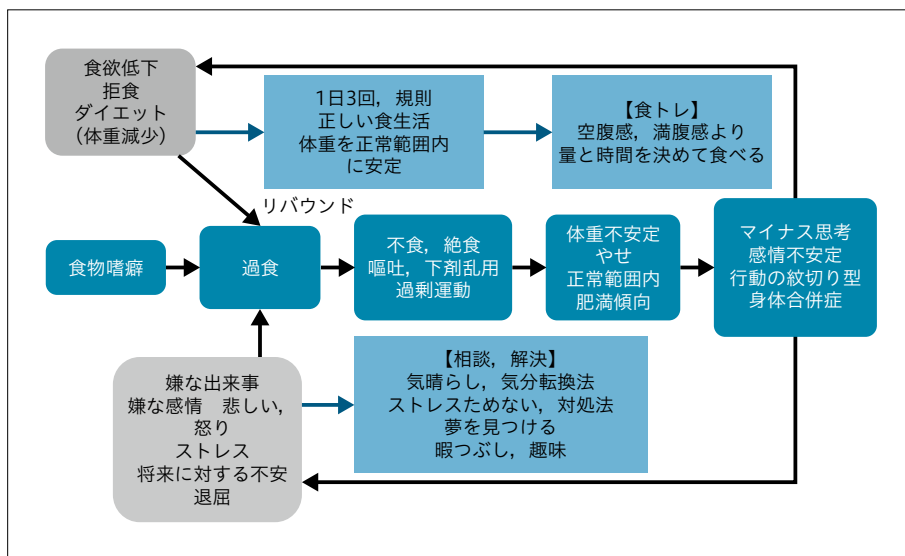


図1 過食の発症と対処法の概略

表2 食事指導と過食しそうになったときの対策

食事指導など

1. 1日3回の食事を規則正しく。穀物、パンなど炭水化物を必ず含める。
2. 食トレ：時間と量を決めて食べる。
3. 過食しそうなのを家におかない、買わない。
4. 1回の食事に必要な量だけ、料理をする。
5. 料理を小さい皿で盛り、決して大盛りにしない。
6. 食事の前（10～30分前）にコップ1～2杯の水をゆっくり飲み、空腹感をまぎらわす。
7. 食事のときよく噛み（カミカミ 10～20回）、食事を20分以内に終わらせない。
8. 食事の後、嘔吐をしない。下剤を使わない。

過食しそうになったときの対策（代替法）

1. 何かすっぱいものを口の中に入れる。
2. フルーツをゆっくり時間をかけて食べる。
3. 製氷皿にオレンジジュースなどを凍らせておき、それをゆっくりなめる。
4. 歯をゆっくりみがく。
5. 角氷をなめる。
6. 10分間タイマーをセットし、それが切れたとき、まだ過食したいかどうか自分に聞いてみる。
7. チューインガムをかむ。
8. 運動をする。散歩する。
9. 指の爪をみがく。
10. 新聞、雑誌を読む。
11. 好きなテレビやビデオを観る。
12. 友達に10分間だけ電話する。
13. 音楽を聴く。
14. 温かいシャワーを浴びるか、風呂に入る。
15. 手紙や日記を書く。

る（親や配偶者にも納得してもらおう）。例えば、夜6時から9時まで過食OKとし、そして決めた時間内に収まるようになれば、この時間を10分間短縮する練習をする。これが最低1週間継続できるようになれば20分間短縮する。このようにして過食に費やす時間を漸減していき、30～40分位までに収まるようになれば、週に1日過食しない日をつくる。これができれば週に2日、3日と漸増していき、1週間に1日の過食になれば10日間に1日、2週間に1日と間隔をあけていく。何かのストレスで逆もどりすることも多いが、諦めず続けることを支えることが肝要である。

過食を完全に撲滅するというより、心身や日常生活に悪影響でない程度をめざす。例えば、月に1回程度ならよいのではないかと説明する。患者は一直線的に減らそうとするが、何回頓挫しても「行きつ戻りつ」しながらでも、少しずつ減らしていく、その先には「なし」になる、と継続することを励ます。

4) 嘔吐の止め方

嘔吐を止める方法として、食べてから嘔吐するまで5分間我慢する練習をしてもらおう。これが1週間継続できれば10分、20分…と少しずつ遅延させていく。1時間くらい遅延できれば、過食しても嘔吐しない過食を1回つくり、この回数を少しずつ増やしていく方法である。下剤の乱用も漸減法で、1週間単位で、少しずつ減らしていく練習を勧める。

5) 心理的要因に対する治療

嫌な出来事に対して相談して解決する。悲しさや怒りな

どネガティブ感情に対して気晴らし法や気分転換法を身につける。ストレスを溜めない、対処法を身につける。将来に対する不安には何か夢をもとう、退屈で過食する場合は暇つぶしや趣味をもとうと勧める。これらの心理的要因は簡単に解決できるものではない。しかし、これらの点を指摘して、解決していこうという気構えをもたせ、行動するよう励ます。

#### 6) AN や BN の薬物療法

AN に対して摂食量を増加させ、体重を正常範囲に回復する薬物は、今のところない。BN に対して、薬物が一時的に過食を軽減する場合もあるが、その効果は長期に持続しない。しかし、うつ病や強迫性障害など併存している場合、これらの治療に対して薬物を用いる。また不眠、不安、抑うつ気分、胃重感、便秘などの随伴症状に対しても薬物を用いる。

## おわりに

著者は2020年に『やる気と行動が脳を変える』<sup>6)</sup>を出版した。そのなかで、著者の臨床研究と最近の知見をまとめて、拒食も過食と同じ悪い習慣行動（行動嗜癖）ではないかとの考えを述べた。心（ダイエットによる減量から得られる達成感やネガティブ感情やストレスの一時的発散など）より、ダイエットや過食の動機が生じて、最初は目標指向性の行動の神経回路が活発であったのが、これを繰り返しているうちに刺激-反応性行動（習慣性行動）の神経回路が活発になる。こうして習慣化するとダイエットや過食が、さまざまなストレスで容易に誘発され、不適応的行

動となっても止められない状態に陥る。したがって、治療的には、悪い習慣と化した摂食行動異常を具体的に修正していく方法と、これらの根底にあるさまざまな心の問題を解決していく治療を並行して行う必要がある。

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) Davis, L., Walsh, B. T., Schebendach, J., et al. : Habits are stronger with longer duration of illness and greater severity in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 53 (5) ; 413-419, 2020
- 2) Haynos, A. F., Hall, L. M. J., Lavender, J. M., et al. : Resting state functional connectivity of networks associated with reward and habit in anorexia nervosa. *Hum Brain Mapp*, 40 (2) ; 652-662, 2018
- 3) 切池信夫：摂食障害—EBM と NBM のクロストーク—. *総合病院精神医学*, 17 ; 148-153, 2005
- 4) 切池信夫：動機づけの程度に応じた治療。クリニックで診る摂食障害。医学書院，東京，p.59-74 2015
- 5) 切池信夫：付録。クリニックで診る摂食障害。医学書院，東京，p.204-233, 2015
- 6) 切池信夫：ダイエットで脳も変わる。やる気と行動が脳を変える—良い習慣の形成から認知症の予防まで—。日本評論社，東京，p.116-133, 2020
- 7) Steinglass, J. E., Walsh, B. T. : Neurobiological model of the persistence of anorexia nervosa. *J Eat Disord*, 4 ; 19, 2016
- 8) Strober, M : Managing the chronic, treatment-resistant patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 36 (3) ; 245-255, 2004
- 9) Uniacke, B., Walsh, B. T., Foerde, K., et al. : The role of habits in anorexia nervosa : where we are and where to go from here? *Curr Psychiatry Rep*, 20 (8) ; 61, 2018

# Forty-Three Years of Working with Eating Disorders : Focusing on Outpatient Treatment

Nobuo KIRIIKE

Osaka Metropolitan University

Hamadera Hospital

Naniwa Ikuno Hospital Psychosomatic Medicine

I graduated from Osaka City University School of Medicine in 1971 and joined the Department of Neuropsychiatry. For about 10 years, I was engaged in research on nucleic acids in the brain. During this period, my desire for clinical work grew stronger and I started doing clinical research in 1981. It was during that time that I first saw a young female patient with anorexia nervosa, a rare disease. I wondered why, if she was so morbidly thin, eating was so difficult for her. Intrigued by the disease, I continued my clinical research by investigating numerous cases, striving to uncover its cause and potential treatments. I thought that this disease may be a model for clarifying the “mind-brain-behavior” relationship.

Based on my 43 years of clinical research and treatment experience to date, I present outpatient treatment insights for anorexia nervosa and bulimia nervosa. For anorexia nervosa, I review treatment introduction at the initial visit, psychoeducation about the disease, reinforcement of treatment motivation, treatment goals, target weight guidance, dietary guidance, supportive psychotherapy, and treatment of treatment-resistant chronic patients. For bulimia nervosa, I review treatment introduction, reinforcement of treatment motivation, treatment goals and methods, dietary guidance, and ways to decrease or stop binge eating and vomiting. Restricted eating and binge eating are considered to be bad habit behaviors (behavioral addiction). Specific methods to reduce or stop these abnormal eating behaviors should be conducted in parallel with treatment to solve the psychological problems underlying them.

## Author's abstract

**Keywords** anorexia nervosa, bulimia nervosa, outpatient treatment, dietary guidance, psychotherapy