

## 摂食障害の治療経過に影響をおよぼす諸因子の検討： 病型および家族面接との関連を中心に

武 田 哲

**抄録** 摂食障害の治療を困難とする理由の一つに、治療を中断する症例が多いことがあげられるが、その要因を詳細に検討した報告は少ない。本研究では摂食障害症例74例を診断基準(DSM-III-R)に従って、Anorexia nervosa (AN) 群と Bulimia nervosa (BN) 群に分け、それぞれの臨床的特徴を明らかにした上で、治療の導入、継続を困難とする要因および初期治療について検討した。AN 群では発症年齢が低く、治療意欲が乏しいにも関わらず治療が継続している症例が多く、逆に、BN 群では発症年齢は高く、治療意欲をもって受診しながらも、治療が中断する症例が多いという結果であった。かかる結果には、発症年齢、性格傾向、家族の治療に対する姿勢等が影響していることが示唆された。摂食障害の治療では、治療の中断を防ぐためにも、家族療法的なアプローチが重要であるが、それには、家族の背景を十分に考慮した導入が必要であると考えられた。

弘前医学 51:70-79, 2000

**キーワード**：摂食障害；治療中断；初期治療；家族療法。

### ANALYSIS OF FACTORS WHICH AFFECT THE TREATMENT COURSE OF EATING DISORDERS IN RELATION TO TYPES OF THE DISEASE AND FAMILY THERAPY

Tetsu Takeda

**Abstract** One of the reasons why it is so difficult to manage patients with eating disorders is that many of these patients drop out from their treatments. In this study, in order to evaluate the factors leading to discontinuation of treatment, we evaluated 74 cases of eating disorders that were subdivided into two groups according to DSM-III-R criteria: anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN). The clinical aspects of each group were characterized, and the factors which make it difficult to continue their treatment were examined. AN patients had younger age at onset and less motivation for the treatment than BN patients. However, AN patients often continued to receive the therapy while BN patients rather tended to drop out from the treatment. It is suggested that factors such as age of onset, character of patients, and family attitude toward treatment affect the outcome. In conclusion we found that family therapy can be a very helpful means of encouraging patients to continue their treatment and prevent loss from follow-up. Of course, the decision to intervene in the family dynamics must be made after thoughtful consideration based on familial background.

Hirosaki Med. J. 51:70-79, 1999

**Key words** : eating disorder ; drop out ; introduction of treatment ; family therapy.

#### はじめに

現在摂食障害は、過度の節食、著しい体重減少および肥満恐怖を主徴とする anorexia nervosa (以下 AN) と、必ずしも低体重を示さず、頻回の過食や嘔吐を主徴とする bulimia nervosa (以下 BN) に二分されている。歴史的観点からは、AN は1874年イギリスの内科医 Gull によって命名され<sup>1)</sup>、AN の経過中に過食のエピソードを持つ症例の存在が明らかにされていく中で、1979年 Russell によって BN という概念が提案され<sup>2)</sup>、BN は Diagnostic and Statisti-

osa (以下 BN) に二分されている。歴史的観点からは、AN は1874年イギリスの内科医 Gull によって命名され<sup>1)</sup>、AN の経過中に過食のエピソードを持つ症例の存在が明らかにされていく中で、1979年 Russell によって BN という概念が提案され<sup>2)</sup>、BN は Diagnostic and Statisti-

弘前大学医学部神経精神医学教室 (主任 兼子 直教授)

平成11年10月1日受付

平成11年12月13日受理

Department of Neuropsychiatry, Hirosaki University School of Medicine, Hirosaki 036-8562, Japan

Received for publication, October 1, 1999

Accepted for publication, December 13, 1999

cal Manual of Mental disorders, Third Edition<sup>3)</sup> (DSM-III) により独立した疾患概念として取り上げられた。この時以来 AN と BN の境界の論争が続いており<sup>4)</sup>、様々な角度から本症に対し検討されてきたが、いまだその病理、病態の分類、治療法あるいは診断基準について一致した見解が得られていない。本邦における摂食障害症例は、1985年前後より激増しており、特に BN 症例の増加が著しく、その精神病理構造は、強迫性から衝動性へ変化していると指摘されている<sup>5,6)</sup>。加えて、最近、摂食障害と人格障害との合併が目され、これを合併とするのか、摂食障害に伴う一症状とするのかについては議論が分かれている<sup>4,7-10)</sup>。しかし、摂食障害の治療は一般的に困難であり、とくに治療の導入段階に治療の要点があることは大方の一致した見解である<sup>5,11)</sup>。一方、治療の導入、継続を困難とする要因の検討、さらには治療の中断群と継続群を詳細に検討した報告は少ない。

そこで、本研究では AN 群および BN 群の臨床的な特徴を明らかにした上で、治療の導入、継続を困難とする要因の検討（治療継続群と治療中断群の比較検討等）を行い、家族面接の導入についても検討を加えた。

## 対象と方法

1988年1月から1998年12月までの11年間に、弘前大学医学部附属病院神経精神科を受診し、初診時に Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Third Edition-Revised.<sup>12)</sup> (以下 DSM-III-R) にて摂食障害と診断された75例（全例女性）のうち、情報が十分ではない1例を除いた74例を対象とした。

この対象とした74例を、初診時の問診記録から DSM-III-R に従い、AN 群21例、BN 群53例の2群に分け、下記の項目について検討した。尚、初診時に身長、体重、月経の有無について確認し得なかった症例は、食行動の経過からそれぞれ AN 群、BN 群に分類した。また、BN 群の中で、拒食の既往のある症例は37例、既往の

ない症例は16例であった。

### 1. 年齢及び治療開始までの期間

全74例を対象として検討した。

①発症年齢は、本人あるいは家族の申告により、食行動異常が始まった年齢とした。

②当科初診時の年齢

③治療開始までの期間は、発症から受診科を問わず、食行動異常あるいはこれに伴う精神症状、身体症状のために医療機関を受診するまでの期間とした。

2. **body mass index (以下 BMI) = 体重 (kg) / 身長 (m)<sup>2</sup>**

初診時に身長と体重を確認し得た AN 群16例、BN 群42例を対象として検討した。

### 3. 性格傾向

性格傾向については、Fairburn ら<sup>13)</sup> の指摘に従い、完璧主義的性格傾向の有無について、全74例を対象として検討した。尚、Eating Disorder Inventory<sup>14)</sup> の下位尺度である完璧主義の項目に該当する場合を完璧主義的性格傾向ありとした。

### 4. 問題行動の有無

問題行動の有無について、情報が十分ではない4例を除き、AN 群21例、BN 群49例を対象として検討した。

### 5. 当科受診までの入院歴

当科受診までの入院歴の有無について、全74例を対象として検討した。

### 6. 受診動機

当科を受診する時点での治療意欲の有無について、他科からの検査依頼で受診した症例を除く、AN 群13例、BN 群47例を対象として検討した。尚、自ら精神科での治療が必要であると感じたり、食事のコントロールができるようになりたい等の理由で受診した場合を治療意欲あり、本人は治療を拒否していたり、治療の必要性を認めておらず、家族に連れられて受診した場合を治療意欲なしとした。

### 7. 治療上の転帰

調査時（1999年3月）における治療上の転帰

表 1 治療上の転帰

	AN 群		BN 群	
	症例数	%	症例数	%
継 続	9	43	11	21
中 断	3	14	24	45
終 結	0	0	2	4
転 居	0	0	4	8
転 院	1	5	4	8
死 亡	0	0	2	4
検 査 他	8	38	6	11
計	21		53	

を表1に示した。表1において、「継続」とは調査した時点で定期的に受診している症例で、「中断」とは治療者が治療終了と判断する前に、受診しなくなった症例である。「終結」とは治療者と患者が合意の上で、治療終了と判断した症例である。「転居」とは転居により治療が中断した症例で、「転院」は転居等を理由に転院した症例であり、「検査他」とは他科から心理検査等の依頼によって当科を受診した症例である。

次の8, 9, 11の各項目については、両群の治療が継続あるいは中断した症例（BN群では治療が終了した2例を含む）、AN群12例、BN群37例を対象として検討した。

## 8. 受診状況

単身で受診しているか、家族同伴で受診しているかについて、初診時と、治療中の2つの時点に分けて検討した。

## 9. 家族面接の有無

治療開始初期の家族に対する面接の有無について検討した。

## 10. 治療中断時期とその理由

治療中断例について、治療開始から中断までの期間とその理由を検討した。

## 11. 治療の継続と中断に与える要因

AN群について、発症年齢、当科初診時年齢、治療開始までの期間、BMIの各項目について検討した。BN群について、発症年齢、当科初診時年齢、治療開始までの期間、性格傾向、問題行動の有無、受診動機、拒食期の有無、受診状況について検討した。

本研究において、統計学的解析にはSPSS for Windows 7.51を用い、平均の差の検定にはStudent t検定、比率の差の検定には $\chi^2$ 検定、さらに期待度数が4以下となる比率の差の検定にはFisherの直接確率法を用いた。有意確率 $p < 0.05$ を統計学的に有意とし、平均値については平均値±標準誤差（mean±SE）で示した。

## 結 果

### 1. 発症年齢

#### ①発症年齢

発症年齢を図1に示した。発症年齢の平均はそれぞれ、AN群 $14.6 \pm 0.7$ 歳、BN群 $18.2 \pm 0.5$ 歳であり、AN群で有意に発症年齢が低い（ $p < 0.001$ ）。両群間で発症年齢には約3.5歳の開きがあった。

#### ②当科初診時の年齢

当科初診時の平均年齢はそれぞれ、AN群 $15.5 \pm 0.8$ 歳、BN群 $22.0 \pm 0.6$ 歳であり、AN群で有意に初診時年齢が低い（ $p < 0.001$ ）。両群間には約6.5歳の開きがあった。

#### ③治療開始までの期間

治療開始までの期間の平均は、AN群では $272.3 \pm 79.7$ 日、BN群では $1088.1 \pm 200.5$ 日であり、AN群で有意に治療開始までの期間が短い（ $p < 0.01$ ）。AN群では発症から約9ヶ月、BN群では約3年後に受診しているという結果であった。

### 2. BMI

AN群のBMIの平均は $14.4 \pm 0.5$ で、BN群の $18.7 \pm 0.6$ に比して有意に低値であった（ $p < 0.001$ ）。

### 3. 性格傾向

AN群では21例中20例（95.2%）、BN群では53例中32例（60.4%）に完璧主義的性格傾向（例えば、何事も完璧にやり遂げないと他のことに移れない、完璧な予定を立ててその通りに行動する等）を認めた。両群とも完璧主義的性格傾向を有する症例が多いが、BN群に比較して、AN群で有意に多い（ $p < 0.01$ ）。

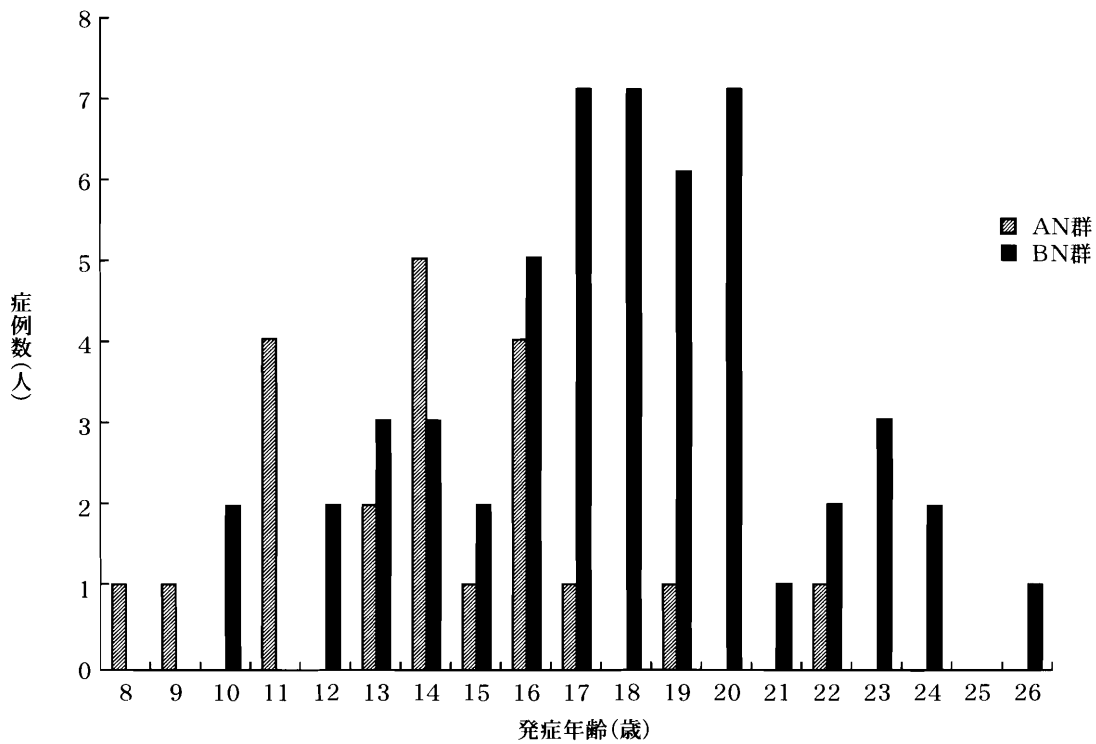


図1 発症年齢別症例数。

表2 問題行動の内訳

	AN 群(21例)		BN 群(49例)	
	症例数	%	症例数	%
自殺企図	0	0	2	4
wrist cutting	0	0	10	20
薬物乱用, 過量飲酒	0	0	5	10
家族に対する暴力	1	5	4	8
性的逸脱行為	1	5	4	8
家出	0	0	2	4
不登校	1	5	8	16
万引き, 盗み, 多額の借金	0	0	3	6
その他	1	5	6	12

4. 問題行動

AN 群では21例中4例(19.0%)に、BN 群では49例中31例(63.3%)に問題行動が認められ、BN 群で有意に問題行動を呈する症例が多い(p<0.01)。問題行動の内訳を表2に示したが、BN 群ではwrist cuttingが20%の症例で認められ、次いで薬物乱用、過量飲酒も10%の症例で認められた。中には顔に薬品を浴びる等、激しい行動化を呈する症例も存在した。その他の項目中には、頻回・長時間の入浴、職場での不適應等が含まれる。各項目別に両群間で比較してみると、「wrist cutting」の項目において、有意にBN 群で多く認められ(p<0.05)、他の項目については有意差を認めなかった。

5. 当科受診までの入院歴

AN 群では、21例中17例(81.0%)、BN 群では53例中15例(28.3%)に入院歴があり、AN 群で有意に入院歴のある症例が多い(p<0.001)。入院科の内訳は、AN 群では精神科2例、内科7例、小児科8例、BN 群では精神科2例、心療内

科1例、内科11例、外科1例であった。

6. 受診動機

当科初診時、治療意欲を認めた症例は、AN 群では13例中5例(38.5%)、BN 群では47例中36例(76.6%)であり、BN 群で有意に治療意欲を持って受診する症例が多い(p<0.05)。

7. 調査時の治療上の転帰

調査時における両群の治療上の転帰を表1に示した。AN 群では治療が終結した症例はないが、BN 群では2例が終結している。1例は食行

動異常が改善し、その他の精神症状も認めなくなったため治療終結としたが、治療期間は3年強であった。他の1例は、食行動異常は残るものの社会適応が改善し、本人の希望もあって治療終結としたが、その治療期間は1年弱であった。

死亡例はBN群に2例存在し、1例は自殺、他の1例は頻回の嘔吐による電解質異常で死亡している。

表1において、治療が継続(BN群では治療が終結した2例を含む)あるいは中断している症例、AN群12例、BN群37例で比較すると、AN群では治療が継続している症例75.0%に対して、中断した症例は25.0%、BN群では治療が継続あるいは終結した症例35.1%に対して、中断した症例は64.9%にのぼる。AN群で有意に治療が継続している症例が多い ( $p < 0.05$ )。

#### 8. 受診状況

初診時に単身で受診した症例と、家族同伴で受診した症例を比較すると、両群間で有意差は

認められない。しかし、治療が始まってからは、AN群で有意に家族同伴で受診している症例が多い ( $p < 0.01$ ) (図2)。

#### 9. 家族面接

AN群では治療が継続あるいは中断している症例の全例(計12例)に、治療開始初期に家族に対する面接を行っていた。

BN群では、治療が継続あるいは終結している症例13例中7例(53.8%)、中断した症例24例中6例(25.0%)に対して、治療開始初期に家族に対する面接が行われていた。BN群の家族に対する面接を行った症例中の2例では、家族がこれまでの養育態度について過度に自責的となり、治療に対する抵抗につながった1例、「患者を中心とした治療を行う。」という治療構造に家族が反発した1例が存在した。この2例とも、これが治療の中断につながっている。

#### 10. 治療中断時期とその理由

治療が中断した症例について、その治療期間を表3に示した。

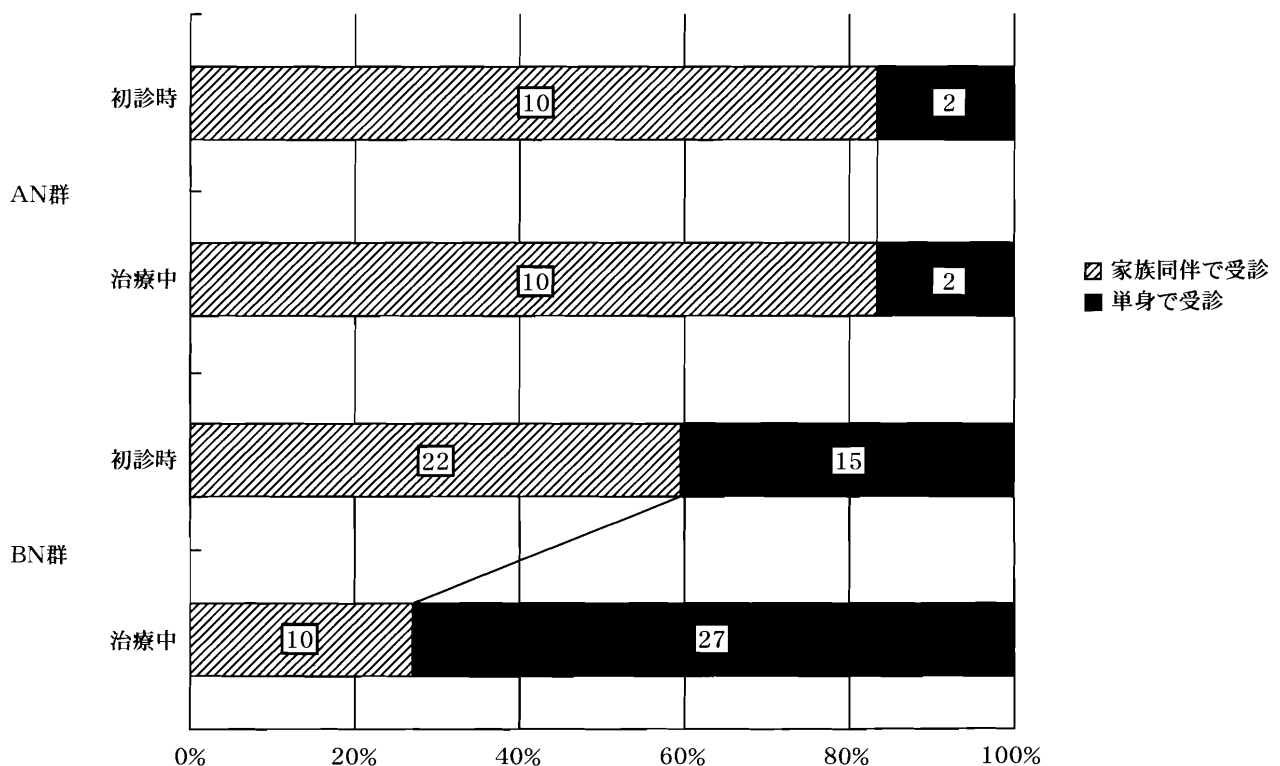


図2 受診状況.

表 3 中断例における治療期間別症例数

	AN 群		BN 群	
	症例数	%	症例数	%
1ヶ月未満	1	33	11	46
1～2ヶ月	0	0	1	4
2～3ヶ月	0	0	2	8
3～4ヶ月	1	33	1	4
4～5ヶ月	0	0	1	4
5～6ヶ月	0	0	0	0
6ヶ月～1年	0	0	7	29
1年以上	1	33	1	4
計	3		24	

AN 群では中断時期にばらつきがあるが、いずれも本人が受診を拒否しはじめたため、家族のみの受診を促したが、結果的に家族も受診しなくなるという形であった。1例は本人の受診拒否が強く、家族を通しての治療の継続が困難であり、他の2例は食行動の異常は残るものの、ある程度適応が改善した後に中断した症例である。

BN 群では、24例中11例(45.8%)が初診から1ヶ月前後、つまり治療の導入時期に中断していた。中断理由としては、治療開始当初より本人が受診を拒否していたり、突然受診しなくなった症例が16例(66.7%)、家族が医療に対して不信感を抱いていた、治療に対する抵抗が強かった症例が3例(12.5%)、治療者の交替を機に受診しなくなった症例が2例(8.3%)、食行動の異常を抱えながらも、就職、結婚等何らかの形で自立した後受診しなくなった症例が3例(12.5%)存在した。

11. 治療の継続と中断に与える要因

AN 群では、検討したどの項目においても継続例と中断例で有意差は認めなかった。

BN 群では、継続例の13例中5例、中断例の24例中19例に完璧主義的性格傾向を認め、中断例において有意に完璧主義的性格傾向を有する症例が多い (p<0.05)。他の項目については有意差を認めなかった。

症 例

以下に代表的な AN 症例、BN 症例とその治療経過を提示する。

1) AN 症例

症例 S 子 (初診時12歳, 初潮未発来)

主訴 拒食, 体重減少

①発症に至るまでの経過

S 子は明るく、よく気をつく、手の掛からない子として育った。性格的には、毎日決まった時間に部屋の掃除をしたり、宿題としてだされた日記をその後何年も、一日も欠かさずに続ける等、完璧主義的な面が認められていた。家族構成としては、同じ敷地内の別棟に住む父方祖父母、若い頃に会社を設立し、仕事一筋で会社を維持してきた父親、S 子が「しっかり者で、頑張りや。」と評する、夫の仕事を支えてきた母親、そして、社会人の姉と、高校生の兄である。

②食行動異常の始まり

S 子は小学校6年生の2学期頃より女性的な体型へと変化し始めたが、3学期に入って、クラスメイトのやせている女子を羨ましく思いダイエットを始めた。極端な節食と、甘いものや、肉類は一切口にしなくなった。4ヶ月程で10kgの体重減少をきたしたが、同時に友人と遊ぶことも少なくなり、性格が変わったと指摘されるようになった。母親の勧めで内科医院を受診し、当科を紹介されたため受診となった。(初診時、身長154cm、体重31kg)

③治療の経過

治療は小児科での身体管理と、精神科での、一人の治療者による母子平行面接という形で行われた。治療開始当初、S 子は治療に対して拒否的ながらも、熱心に同伴する母親に連れられて通院を続けていた。面接場面では治療者に対して「困っていることはない。」と言うものの、「お母さんにを心配をかけたくない。」と訴えることが度々あった。一方、母親は自分の行動がS 子に悪い影響を与えるのではないかと心配し、自分のために時間をつかうことができない状態で

あった。

S子は3年弱の治療経過の中で、過度の体重減少のために（最低体重27kg）、小児科に2回入院している。この2回目の入院中に、母親が面接の中で自分自身の母親との関係を見直すことにより情緒的に安定してきた。それとともに、母親はS子に対して腫れ物に触るような対応から、より自然に接することができるようになった。

この後、S子は進路に関して自分の希望を両親に伝えることができるようになり、両親と相談の上、高校進学を進路を選ぶに至った。尚、調査の時点（中学3年3学期）で、食行動の異常、体重減少は認めていない。

## 2) BN 症例

症例 T子（初診時19歳）

主訴 過食

### ①発症に至るまでの経過

T子は父親の転勤に伴い、小中学校の頃から転居・転校を繰り返した。性格的には、頑張りやで、家族に心配をかけることもなかったが、中学に入学した頃より両親に対して反発するようになり、母親は扱いが難しくなったと言う。家族構成としては、仕事中心で、家族との関わりが乏しい父親と、家族との関わりを持たない父親に不満を持つ母親、そして就職と同時に家族を離れた兄である。

### ②食行動異常の始まり

T子は高校時代に勉強中心の生活を送り、家族から離れた他県の大学に入学した。入学して間もなく男性と交際を始めるが、この頃からダイエットを開始し、3ヶ月あまりの間に10kgの体重減少をきたした。この男性との関係がうまくいかなくなり始めた頃より過食に転じ、体重は5ヶ月程の間に約30kg増加した。過食に転じてからは、主に援助交際を通じて高価な衣類や装飾品を買う等、金銭の乱費が認められるようになり、また帰省したときに母親の財布からお金を盗むことがあった。食事のコントロールができないことから、自ら精神科クリニック

を受診し心理治療を受けるが、症状は改善しなかった。次第に単身での生活が困難となったため帰省し、これを機に当科を受診した。（初診時、身長157cm、体重53kg）

### ③治療の経過

治療は外来での精神療法を中心として開始されたが、T子は大学に戻ることを希望して受診せず、T子の症状に不安を持つ母親が通院を続けていた。しかし、過食症状と過食後の抑うつ気分は改善しないため、T子は早期の大学への復帰をあきらめ、初診から2ヶ月程経った頃より、自らも受診するようになった。尚、治療開始から1年経過した調査の時点で、食行動異常は続いているが、自分の弱さを面接場面で表現できるようになってきている。

## 考 察

### 1. AN 群と BN 群の臨床的特徴

これまで述べられてきた本症の精神病理学的な側面としては、Meyerにより成熟拒否と女性性の嫌悪を示す、思春期やせ症の概念が提示され<sup>15)</sup>、Bruchにより身体内臓感覚の認知、身体像の障害、無力感という3要因によって特徴づけられた<sup>16)</sup>。その後、成因を家族病理に求めた家族療法的な治療<sup>17)</sup>が盛んになり、さらに、本症者に対する行動療法<sup>18)</sup>や行動制限療法<sup>19)</sup>、認知行動療法<sup>20)</sup>等が盛ん行われるようになった。これらの治療法が一定の成果を上げた結果、本症に特有なものとされていた「成熟拒否」や「女性性の嫌悪」等は、思春期女子に見られる一般的な心性とみなされ、発達上の病理は背景に退くこととなった。しかし、近年、本症の治療困難性に関連してその病理性が再び注目されているが、今なおANとBNの間に、明確な精神病理学的な違いが存在するか否かは結論されていない。

本研究の結果から、両群の臨床的特徴を比較すると、発症年齢はAN群では青年期前期（14.6±0.7歳）であり、BN群では青年期中期から後期（18.2±0.5歳）に相当する。Heebinkら

は、若年発症のAN例、とくに初潮前の症例では、身体の成熟に対する怖れに始まり、年齢が高くなるに従って、自立、分離、急激な身体の成熟、性への関心等を背景として、現在の体型と理想の体型との差から痩身を追求し始め、この結果ANを発症すると報告している<sup>21)</sup>。一方、BN症例では身体の成熟に対する怖れはAN症例に比して少ないと述べている<sup>21)</sup>。また、BN症例の増加が指摘される中<sup>5,6)</sup>、若年発症のBN症例の報告は少なく、本研究の発症年齢の結果を考え合わせると、拒食は低年齢でも起こり得るが、過食はある程度の年齢に達しないと起こり得ず、思春期程度の精神性発達を遂げた後と考えられる。

性格傾向については、両群とも完璧主義的性格を有する症例が多いが、その頻度は、AN群で有意に高い。一方、wrist cuttingをはじめとする種々の問題行動はBN群の6割以上の症例で認められ、AN群では頻度が少ない。かかる結果は、AN症例は強迫的、非社会的であり<sup>22)</sup>、BN症例は薬物依存、盗癖、自傷、自殺企図等の問題行動が高頻度で認められ、衝動性が高く、衝動性のコントロールの問題と関係が深いとする従来の報告<sup>23,24)</sup>と一致する。AN群の典型例では、これまでも指摘されてきたような「手のかからない良い子」、「親の期待を実現しようとする完全な子」であるために、問題行動を呈することが少ないものと考えられる。

## 2. 治療導入および治療継続に関する問題

①本研究結果からも明らかのように、AN群では本人の治療意欲の乏しい症例が多いが、治療開始までの期間は短く(約9ヶ月)、当科での治療が開始されてからは約75%の症例で治療は継続している。また、当科受診までに約81%の症例に入院歴があった。

これは、AN群では発症年齢が低く、体重減少も重篤(平均BMI 14.4±0.5)な症例が多いため、家族が本人の食行動や身体面を心配して受診させることが多いことによる。従って、本人の治療意欲は乏しいにも関わらず、家族が治療

に対して当初から熱心であるため、早期から家族への介入、家族療法的アプローチが導入しやすいものと考えられる。かかる結果から、AN群の治療に際しては、治療開始初期から積極的に家族の治療への参加を促すことは治療の継続に結びつくものと考えられる。

②BN群では「精神科の治療が必要。」と感じたり、「食事のコントロールができるようになりたい。」等の治療意欲を示す症例が多いにも関わらず、治療開始までの期間が長く(約3年)、治療が開始されてからも約65%の症例で治療が中断していた。さらに、中断例の半数近くが初診後1ヶ月前後の治療導入段階での中断であり、中断例に完璧主義的性格傾向が顕著であった。

BN群は青年期中期から後期に発症しており、受診時には既に成人期に達している症例も多い。また、BMIは比較的保たれており(平均BMI 18.7±0.6)、食行動異常がありながらも、身体管理を含めて迅速な治療的介入を必要としていない症例も少なくない。治療が始まってからは単身で受診している症例が多いことから、この群での治療は基本的に本人の治療意欲に依存しているという側面がある。そして、この群の症例は問題行動が多く、衝動性のコントロールの問題を抱えている一方で、その完璧主義的な性格傾向ゆえに、治療に対しても「全か無か」あるいは、「今でなければだめ」的な期待を抱き、直ちに治療の効果が期待できないと、治療に対する不満、治療者に対する不信感が表出し、容易に治療の中断につながるものと考えられる。

BNの治療においても、家族療法的なアプローチは重要と指摘されており<sup>5,11,17,25,26)</sup>、早期に家族の治療への参加を促すことが重要で、これによって治療中断例を減少させる可能性が示唆される<sup>11)</sup>。しかし、Szmuklerらは、感情表出度(Expressed Emotion)の高い家族に対して家族療法を行った場合、治療中断例が多くなることを指摘している<sup>27)</sup>。本研究においても、家族面接を行った結果、逆に家族の治療に対する抵抗を



強めてしまい、結果として治療中断に至った症例が2例存在した。このような、葛藤を抱えることが困難な家族や、母子密着の強い家族に対して家族面接を行うことで、これが家族に対する侵襲的な介入となり、治療の中断につながる可能性がある。このことから、とくにBN群の家族面接に関しては、その家族背景を十分に考慮した導入が必要と考えられる。

### 3. 早期発見, 早期治療に関して

本研究から、BN群では発症から治療開始までの期間がAN群と比較して有意に長く、平均で1088.1±200.5日かかっていることが明らかになった。また、食行動異常が拒食から始まり、当科受診までに過食に移行している症例は37例(全体の49.3%)にのぼる。摂食障害症例の予後良好因子として、治療開始までの期間が短いこと、発症から入院までの期間が短いこと、罹病期間が短いこと等が挙げられている<sup>4,28)</sup>。一方、過食・嘔吐を呈し、これが慢性化した症例では予後不良であるとの報告がある<sup>4,25,29)</sup>。BN群に対して、早期に発見できた場合、過食に移行する前あるいは過食・嘔吐が慢性化する前に治療に導入できる可能性がある。かかる観点から、摂食障害においても、他の精神疾患と同様に、早期発見と早期治療介入が重要と考えられる<sup>9,30)</sup>。そのためには、学校関係者、特に生徒の身体管理に直接関わる養護教諭らに対して本症に対する正しい知識を提供すること、また、ダイエットから始めた減食が後に重篤な食行動異常に発展する症例もしばしば認められることから、女子学生への摂食障害についての教育も重要と考えられる<sup>25)</sup>。加えて、近年、運動選手の減量や身体疾患に伴う食事制限療法から摂食障害を発症する症例も報告されており<sup>7,25)</sup>、これらの指導者も本症に関する知識は必要であり、それぞれの性格的特徴を考慮した上での指導が必要と考えられる。

## ま と め

1. 初診時に摂食障害と診断された症例を、

DSM-III-Rに従って、AN群とBN群に分けて検討した結果、発症年齢、性格傾向、問題行動の有無等に有意差を認め、臨床像の相違が確認された。

2. BN群で、治療意欲を示す症例が多いにも関わらず、治療早期に中断する症例を多く認めた。また、中断例において、有意に完璧主義的な性格傾向を持つ症例が多いという結果であった。摂食障害の治療においては、家族療法的なアプローチが不可欠であるが、その導入については、家族背景にも十分配慮することが必要である。

3. 摂食障害症例の予後を改善するために、拒食から過食への移行、あるいは食行動異常の慢性化を未然に防ぐ目的で、摂食障害においても他の精神疾患と同様に早期発見と早期治療介入が重要と考えられる。

## 謝 辞

稿を終えるにあたり、御指導、御校閲を頂きました弘前大学医学部神経精神医学教室栗林理人博士、兼子直教授に深謝いたします。

## 文 献

- 1) Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysteria, anorexia hysteria). *Trans Clin Soc London* 1874; 7: 22-8.
- 2) Russell GF. Bulimia nervosa; An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 429-48.
- 3) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Third Edition.* Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1980.
- 4) 加茂登志子, 笠原敏彦. 摂食障害の長期的転帰とcomorbidity. *精神医学* 1998; 40: 234-46.
- 5) 星野仁彦, 金子元久, 丹羽真一編. *摂食障害の診療ストラテジー.* 東京: 新興医学出版社; 1996. p. 151-6.
- 6) 横山知行. 摂食障害の時代変遷. *臨床精神病理* 1997; 18: 141-50.
- 7) 高木州一郎. 摂食障害の発症誘発因子と準備因子の検討. *臨床精神医学* 1991; 20: 319-27.

- 8) 切池信夫, 松永寿人. 摂食障害とパーソナリティ障害. *精神科治療学* 1997; 12: 785-94.
- 9) 生田憲正. 摂食障害の発症要因. *精神科治療学* 1995; 10: 395-401.
- 10) 遠山尚孝, 菊地道子. 発達病理とその治療序説. *精神療法* 1994; 20: 387-91.
- 11) 西村宣子, 霜山孝子, 沖田 肇, 野中幸之助, 森野百合子, 鈴木卓也, 佐藤 貢, 他. 摂食障害患者の治療導入上の困難さ—脱落例を通してのアプローチ—. *精神科治療学* 1998; 13: 461-6.
- 12) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Third Edition-Revised. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1987.
- 13) Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 468-76.
- 14) Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
- 15) Meyer JE. Das syndrom der anorexia nervosa. *Arch Psychiat Nervenkr Z Gesamte Neurol Pschiatr* 1961; 202: 31-59.
- 16) Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1962; 24: 187.
- 17) 福田俊一監訳. 思春期やせ症の家族. 東京: 星和書店; 1987. p. 71-106.
- 18) Bhanji S, Thompson J. Operant conditioning in the treatment of anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1974; 124: 166-72.
- 19) 深町 健. 摂食異常症患者の行動制限療法—患者のもつ“枠”の病理とその緩和—. *精神医学* 1985; 27: 1361-9.
- 20) Fairburn CG. A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychol Med* 1981; 11: 707-11.
- 21) Heebink DM, Sunday SR, Halmi KA. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: Effects of age and menstrual status on psychological variables. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 378-82.
- 22) Beumont PJ, George GC, Smart DE. “Dieters” and “vomiter and purgers” in anorexia nervosa. *Psychol Med* 1976; 6: 617-22.
- 23) Garfinkel PE, Moldofsky H, Garner DM. The heterogeneity of anorexia nervosa. Bulimia as a distinct subgroup. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 1036-40.
- 24) Pyle RL, Mitchell JE, Eckert ED. Bulimia: A report of 34 cases. *J Clin Psychiatry* 1981; 42: 60-4.
- 25) 高木州一郎. 摂食障害治療の展望. *精神科治療学* 1988; 3: 459-70.
- 26) Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 1047-56.
- 27) Szmukler GI, Eisler I, Russell GF, Dare C. Anorexia nervosa, parental ‘expressed emotion’ and dropping out of treatment. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 265-71.
- 28) Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmukler G, le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1025-30.
- 29) 末松弘行, 久保木富房. 摂食障害の疫学. *精神科治療学* 1988; 3: 471-5.
- 30) Garner DM. Psychotherapy outcome research with bulimia nervosa. *Psychother Psychosom* 1987; 48: 129-40.