

F.E.A.S.T.
家族のためのガイド

愛する人の 摂食障害診断と向き合う

F.E.A.S.T. 家族のガイドシリーズ
2014年3月（翻訳2024年4月）

見
知
ら
ぬ
世
界
へ

摂食障害の診断を受けることは、患者さんやご家族にとって壊滅的な打撃のように感じられるかもしれません。でもそれは、治療プロセスを開始するチャンスです。治療によって、あなたの愛する人が心身の健康を取り戻し、充実した人生を送ることができるのです。

©Copyright F.E.A.S.T. 2014 年

“Down the Rabbit Hole: Family Guide for Coming to Terms with a Loved One’s Eating Disorder Diagnosis”.

翻訳(translation by)：林美希(Miki Hayashi) 2024.4

監訳(translation supervised by)：作田亮一 (Ryoichi Sakuta) Professor, Child Development and Psychosomatic Medicine Center, Dokkyo Medical University Saitama Medical Center

この冊子は F.E.A.S.T.以外の方に再印刷され、配布されても構いません。

詳細については、F.E.A.S.T.のメールアドレス、info@feast-ed.org にご連絡ください。

編集長：

Walter Kaye, 医学博士 (MD)

カリフォルニア州立大学サンディエゴ校 (UCSD)、精神医学教授
UCSD 摂食障害研究治療プログラム・ディレクター

家族のためのガイド・タスクフォース・座長：

Mary Beth Krohel

F.E.A.S.T.メンバー、アドバイザーパネルメンバー

米国摂食障害アカデミー(Academy of Eating Disorder, AED)アドバイザーボードメンバー、AED 医療ケア標準コミティーリエゾン

主幹編集者・デザイナー：

Leah Dean, 建築修士 (M. Arch)

F.E.A.S.T エグゼクティブ・ディレクター

編集者：

Craig Johnson, 博士 (PhD)、摂食障害学会フェロー (Fellow, the Academy of Eating Disorders, FAED)、摂食障害認証専門家(Certified Eating Disorders Specialist, CEDS)
オクラホマ大学メディカル・スクール、精神医学臨床教授
コロラド州デンバー食の復興センターチーフ・臨床オフィサー

Daniel Le Grange, 博士 (PhD)、摂食障害学会フェロー (FAED)

シカゴ大学精神医学行動脳科学教授、摂食障害プログラム・ディレクター

Kim McCallum, 医学博士 (MD)、米国心理学会フェロー(Fellow, the American Psychological Association, FAPA)、摂食障害認証専門家(CEDS)、ワシントン大学医学部精神科臨床教授、
McCallum プレイス摂食障害治療センター創設者

Mary Tantillo, 博士 (PhD)、精神科メンタルヘルス認定看護師(Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner-Board Certified, PMHCNS-BC)、摂食障害学会フェロー (FAED)

西ニューヨーク摂食障害包括ケアセンター・ディレクター、The Health Connection, Inc.社長・CEO・臨床ディレクター

Ellen Rome, 医学博士 (MD)、 公衆衛生学修士 (MPH)

クリーブランド小児病院クリニック思春期医学センター長、 ケース・クリーブランド・クリニック・ラーナー医学大学小児科教授、 思春期保険医学学会摂食障害小委員会委員長、 摂食障害学会医療ガイドライン・タスクフォースメンバー

Joel Yager, 医学博士 (MD)、 摂食障害学会フェロー (FAED)

米国精神医学会「摂食障害診療ガイドライン」ワークグループ議長、 米国精神医学会「質の高い医療」評議会議長、 摂食障害アカデミー (AED) 元会長、 コロラド大学医学部精神医学教授

Laura Collins Lyster-Mensh, 理学修士 (MS)

F.E.A.S.T.設立者・政策ディレクター、 摂食障害学会賞受賞

Jennifer McFarland Whisman

F.E.A.S.T.取締役、 家族のガイド・タスク・フォース

見知らぬ世界へ：愛する人の摂食障害診断と向き合う

私たちの愛する人に摂食障害の疑いがあり、治療が必要だと思うのですが、どうしたらよいのでしょうか？

摂食障害は、生命を脅かす深刻な脳の障害であり、診断が下される前から、しばしばご家族に混乱や不安をもたらします。摂食障害の診断が下ることで、ようやく治療が始められると安堵するご家族もいるかもしれませんが、一方で、もっと早く行動を起こさなかったことへの罪悪感や、愛する人の将来への不安、長期にわたる介護責任や高額な医療費負担への不安が生じることもあるでしょう。

さらに、こうした不安は、ご家族に矛盾した情報や時代遅れの情報が与えられたり、明確な治療法がないことに気づき、どの治療法を選択すればよいかについての支援や指導がほとんどないと感じることで、より一層深まってしまいます。そこで、このガイドの目的は、ご家族がこの病気の診断と向き合い、この病気についての誤解を減らし、正しい情報を知り、回復への道を歩み始めるお手伝いすることです。

私たちの家族は、これまでとても愛情に満ちていて、安定していました。それなのに、なぜこうなってしまったのでしょうか？

家族が摂食障害を引き起こすわけではありませんし、患者さんが摂食障害を患うことを選ぶわけでもありません。それどころか、両親や介護者は、摂食障害からの回復において、患者さんにとって強力な支えとなるのです。ご家族は摂食障害の専門家ではないかもしれませんが、愛する人である患者さんにとっては一番の専門家であり、回復のプロセスに欠かせない貴重な洞察力、直観力、そして子育てのスキルを持っているのです。

摂食障害は治るのでしょうか？

はい。適切な専門家の支援と家族の支援があれば、回復の希望は必ずあります。ただし、摂食障害の治療は容易ではなく、できるだけ早く適切な治療を受けることが回復する可能性を高める上で重要になります。効果的なケアには通常、多面的なアプローチ、専門的な介護スキル、そして長期的なモニタリングが必要です。摂食障害の診断を受けることは、

患者さんやご家族にとって壊滅的な打撃のように感じられるかもしれませんが、でもそれは、治療プロセスを開始するチャンスです。治療によって、あなたの愛する人が心身の健康を取り戻し、充実した人生を送ることができるのです¹。

どのような治療が必要なのか、どうしたらわかるのでしょうか？

大切な人が摂食障害を患っているかもしれないと思ったら、直ちに診断と治療を受けることが大切です。症状の早期発見と早期介入が、良好な治療成績と相関しているということはエビデンスとしても証明されています。患者さんが必要とする治療法の種類や治療のレベルは、患者さんの年齢、身体的・行動的・症状、医学的安定性、精神医学的状態、摂食障害にかかってからの期間など、多くの要因によって異なります。治療計画を立てる前に、摂食障害に精通した医療提供者による医学的・心理学的評価を受けることが重要です。推奨する治療方針は専門家によっても異なる可能性があるため、介護者は、さまざまな治療法、診断基準、および最新の臨床ガイドラインを学んでおく必要があります。そうすればどの治療法にすべきかについて、十分な情報に基づいた決断ができます。すべての患者さんには固有のニーズがあるため、常に複数の治療オプションを検討すべきです。

信頼できる資料から使い始めましょう

<英語の文献>

- APA Practice Guidelines: Treatment of Patients with Eating Disorders, Third Edition, 2006, 米国精神医学協会 (American Psychiatric Association) , www.psych.org
- AAP Clinical Report: Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents, 2010, 米国小児科学会 (Academy of Pediatrics) , www.aap.org
- AED Critical Points for Early Recognition and Medical Risk Management in the Care of Individuals with Eating Disorders, 2nd Edition, 摂食障害学会 (Academy for Eating Disorders) , www.aedweb.org

<日本語の文献>²

- 「家族の力で拒食を乗り越えるー神経性やせ症の家族療法ガイド」 マリア・ガンシー (著) 井口敏之/岡田あゆみ・荻原かおり監修・監訳、2019、星和書店

¹ Appendix A の DSV-5 (摂食障害の診断カテゴリ) を参照のこと。

² 日本語の文献は、訳者が追加したものです。

- ・ 「[摂食障害治療情報ポータルサイト（一般の方）](#)」 [摂食障害情報ポータルサイト（一般の方）](#) (edportal.jp)
- ・ [TASTE、TASTEについて - TASTE \(taste-jp.net\)](#)

私の大切な人がこの病気にかかりました。自宅から離れた専門家によるフルタイムの治療が必要なのでしょうか？

多くの患者さんにとって、入院は必要ありません。しかし、病状が不安定、外来治療の進展が見られない、あるいは精神的状態が急速に悪化する急性の精神的危機に直面するような場合には、より高度なケアが必要になることがあります。

入院や専門施設への入所が必要になったとしても、それは外来での治療や介護者によるケアが失敗したからではありません。単に、より高度な安全性とサポートを提供する、レベルの異なる治療方法だということです。入院は、特に医学的な安定を確保し、破壊的な行動を阻止し、栄養状態を改善するためであるのに対して、専門施設への入所は、医学的な状態を監視できる環境で、長期にわたる栄養と治療ケアを提供するものです。

摂食障害の治療には、その方法が何であれ、常に患者さんの状態に気を付け、サポートすることが必要です。医学的または精神的に健康状態が悪化している患者さんには、より高度なケアが必要ですし、そのようなケアが役立つことも多いですが、外来での集中的な治療がご自宅近辺で受けられるのであれば、入院や専門施設への入所する代わりとして有効かもしれません。どの治療法であっても、患者さんご家族、医療提供者とが協力し合い、いつでも必要に応じて治療法やレベルを変更できるような計画と手順が準備されていなければなりません。

患者さんが入院することになった場合には、入院してすぐに、帰宅後の計画を立て始めることが重要です。入院する病院の医療チームは、できるだけ早く、ご家族（そして理想的には帰宅後通うことになる外来治療の医療者）と共に、自宅でケアを継続するための現実的な退院とその後の計画を立て始めるべきです。摂食障害の患者さんは、入院から外来といった治療レベルの移行時に大きな不安に陥りがちですので、計画性のない移行は、病気の再発の一因になってしまいます。患者さんは、退院後も長期にわたってご自宅での継続的なサポートを必要とします。学校との特別な取り決めや仕事の休職、または兄弟姉妹のお世話を手伝ってもらう方の手配など、退院後の患者さんをサポートするために必要なことは、早めに準備しておく必要があります。

入院などのより高度なレベルの治療を受ければ、外来での治療を受けなくてもよいわけではありません。実際、治療の有効性のほとんどは、退院後に外来で行われる治療の在り方に依存するといっても過言ではないのです。

なぜ私たちが得ているアドバイスの多くは矛盾しているのでしょうか？

ご家族の皆さんが矛盾した情報を多く聞く理由の一つは、摂食障害の「専門家」が心理学、精神医学、看護学、栄養学、医学、社会福祉など、複数の異なる専門分野からきているためです。たとえ同じ専門分野からであったとしても、経歴、訓練、経験、所属学会などが同じであることはほとんどありません。

また、摂食障害に関する知識基盤や治療方法は、時間と共に劇的に変化してきました。第一に、臨床現場では、特定の治療が測定可能でかつ有意な改善をもたらすことを示すデータに基づく治療アプローチ（エビデンスに基づく治療）へと移行しています。第二に、最近の神経科学の進歩により、摂食障害の生物学的理解が深まりつつあり、その結果、この病気で機能不全を起こした特定の脳経路を標的とする新しい医学的・心理学的治療法が生まれつつあります。しかし残念なことに、このような最新の研究結果を学ぼうとせず、エビデンスに基づいた治療を提供しない医療者もいます。加えて、こうした最新の知見や考え方について、医療者を継続的に教育する機会もほとんどありません。

高額の治療費や、治療を受けるための旅費は払えませんし、仕事を休むこともできません。自分たちで自宅にて治療をすることはできないのでしょうか？

ほとんどのご家族は、命にかかわる医療緊急事態に直面することなど予期しておらず、治療に伴う経済的負担を最も大きな課題として受け止めていらっしゃる人が多いようです。もちろん、患者さんにとって最善の治療が、必ずしも最も高額な治療であるとは限りません。しかし費用が高いから、収入が減るから、医療機関が近いから、といった理由で有効な治療を遅らせることは、長期的にみれば、最も費用のかかる選択肢になる可能性があります。

これまでの調査や研究によると、早期の介入が効果的な治療に不可欠であることが示されています。薬物やアルコールの乱用と同様、危機的状態から抜け出すと、破壊的な行動を止めるのはより難しくなり、治療を中断したくなるでしょう。また、患者さんが病気を患

っている期間が長くなるほど、また再発回数が増えるほど、回復を成功させることは難しくなります。

摂食障害は、非常に危険で、経験豊富な専門家でさえもが苦慮する非常に複雑な精神疾患です。摂食障害の死亡率は10%と高く、慢性化して最終的に障害を負う患者さんも少なくありません。悪性腫瘍と診断された場合と同様、摂食障害もエビデンスに基づいた専門的な治療で、迅速かつ集中的に対処する必要があります。

私たちの宗教では、この病気は専門家の助けなしにこの治療できるといわれます。

個人的な経験や考え方によっては、精神医学や心理学を懐疑的に見なす方も少なくないでしょう。確かに、摂食障害からの回復には、専門家によるケアに加えて、個人のツールやリソースが必要です。がん患者が救命医療を受けながらスピリチュアルなカウンセリングの恩恵を受けることができるように、摂食障害の患者も、必要なエビデンスに基づく科学的根拠のある治療を受けながら、スピリチュアルカウンセリングの恩恵を受けることができます。ただし摂食障害の症状が、宗教やスピリチュアルなカウンセリングだけで治る可能性は低いです。専門家の支援はスピリチュアルなガイダンスと協力できるはずであり、それと対立すべきではありません。

私たちの娘はすでに治療を受けていて、この町のセラピストを気に入っています。

一般的に、治療提供者を患者さんが気に入ることは良いことですが、それが必要なわけでもなく、効果的な治療や治療の成功を保証するわけでもありません。実際、摂食障害では、うまくいっていない治療を最も快適に感じる患者さんも珍しくありません。治療を成功させるためには、患者さんを動機づけて例えば体重を増やす行動などに挑戦してもらう必要がありますが、それは辛くて簡単ではないからです。実際、病気と向き合うことは、当初は不安を増幅させ、治療への抵抗を増やし、その結果、治療提供者を嫌うようになる場合もあります。

私たちの息子のセラピストは、息子の治療がうまく進んでいると言っていますが、家では何も変わっていないどころか、悪化しているように見えます。

摂食障害の治療を始めたら、数週間以内に進捗状況を評価する必要があります。改善が見られない場合は、治療計画を再評価し、適切な変更を行うべきです。

セラピストが患者さんと接する機会は限られているので、患者さんがたとえ成人であったとしても、ご家族がセラピストにセッション外でのご家庭での状況を報告ができること、そしてご家族が治療についての、セラピストとのセッションに参加できることが重要です。ご家庭で介護を担当するご家族がそうした議論から除外されると、セラピストは患者さん自らの進捗報告のみに頼らざるを得なくなり、ご家族としても、患者さんの治療が効果的に進んでいるのかを評価できなくなってしまいます。

残念ながら、患者さんは病気と真剣に向き合う苦痛や、家族を不安にさせる苦痛を避けるために、自分が経験している困難を最小限にしようとすることが多いです。病気への回復は不安を引き起こす困難な道です。なぜなら、病気のない人生を作り出すためには、治療の一つひとつの段階で、行動的、身体的、感情的な変化が必要とされるからです。

なぜ私の愛する人は、私たちが助けようとしていることをわかってくれないのでしょうか？

患者さんが明るくて理性的な方だとしても、病気のせいで、普通ではない状態にあることをご家族の方々が頭の隅に置いておくことは大変重要です。栄養失調や不健康な食生活が脳に影響を与えることは科学的に示されています。脳は複雑なシステムのネットワークであり、一つのシステムだけがほかのシステムに影響を与えることなく機能不全に陥ることがあるのです。

摂食障害の患者さんは、重篤な病の状態にあるにもかかわらず、優れた学業成績を収め、仕事でも優れたパフォーマンスを発揮することがよくあります。患者さんが自分の行動の理由を強く主張し、食事をする必要がないと言い切ることも珍しくありません。自分の身体的な衰えに関心をもたず、治療に取り組む必要性を感じないこともあります。このような状況においては、ご家族や医療提供者の、患者さんのために患者さんの行動を変えようという善意が、患者さんには届かないことが多いのです。

最近の研究では、脳のどの領域が病気の否認や治療への抵抗に関わっているかが解明されつつあります。この洞察力の欠如はアノソグノジア（病態失認）と呼ばれる病気の症状であり、これは多くの場合、栄養状態の回復と共に改善します。つまり、栄養状態が悪い段階の患者さんは、自分の治療に積極的になりたくないし、なれないような病状にあるわけです。だからこそ、患者さんの栄養状態が回復するまでは、ご両親がこの病気の最新の研究結果等について学び、治療方針などを患者さんに代わって決め続けていく必要があるのです。

セラピストは、私たちの娘に「洞察³を深めて、よくなりたい」という気持ちになれば、また普通に食べるようになるだろうと言っています。でもその前に娘は死んでしまうのではないかが心配でなりません。

摂食障害は、脳に重大な影響を与える深刻な精神疾患です。普通に食べること「だけ」がこの病気からの完全な回復というわけではありませんが、栄養失調の身体と脳を健康に戻すためには、食べ物そのものが最も重要な薬となります。

しかし残念なことに、この病気の患者さんにとって、この「薬」を飲むことは、多くの人々が想像するよりはるかに困難なことなのです。癌の化学療法と同じように、摂食障害の治療は、時には実際の疾患そのものよりも辛いとすることがあります。このため、患者さんの洞察力や感情の改善が、患者さんが治療に「取り組む」ための十分かつ信頼できる動機付けにはならないのです。真の洞察力と感情の改善は、脳が必要な栄養を摂取することによってのみ起こります。ですので、栄養状態の回復を始める前に、患者さんが「良くなりたい」と思うことを期待したり、待ったりしてはいけません。

私たちが受けている治療法が効果的かどうか、どうすればわかるのでしょうか？

この5~10年の間に、摂食障害に関する研究は急速に増え、この分野における研究は大きく変わりました。これらの研究には、遺伝的な脆弱性、脳の働き、幼少時に既に存在している性格的特徴や気質、さらには異なる治療法の効果を比較する臨床試験からの知見などが含まれます。その多くは、摂食障害を、ライフスタイルの選択肢や機能不全の家族に起

³ ここでいう「洞察力」とは、自分自身の心身の状態を理解し、直面している問題や課題に対して理解を深める自己認識力を指します（訳注）。

困るものであるという仮説や、管理できても治すことのできない慢性的な病気であるといった、これまでの仮説や前提を覆しています。

新しい研究によれば、摂食障害の効果的な治療法が存在し、それを用いれば症状をかなり早く改善できることが示されています。そのような知見の下で、今日の医療提供者は、回復の段階について現実的な見通しや時間枠を提供すること、そして、患者さんのケアと良好な治療結果を達成するための重要な協力者として、ご家族の皆さんを位置付けることができるはずです。

「エビデンスに基づく」という言葉をよく耳にしますが、それはどういう意味ですか？

エビデンスに基づくということは、特定の治療法の効果を裏付ける有効な研究結果があることを意味します。例えば、抗生物質がほとんどの潰瘍に対して効果的な治療法であるという考えには強い抵抗がありましたが、収集されたデータに基づく研究結果が示されたことによって周知の事実となりました。医療者が患者に一定量の薬剤を処方する際、その決定は通常、臨床的判断と共に確かな研究の成果に基づいています。

かつて摂食障害では、特定の治療法がなぜ使われているのかを立証する研究が、ほとんど存在しませんでした。そうした状況の中で、治療の多くは、患者さんの思考や行動の原因についての根拠のない憶測に基づいたもので、その憶測自体も変化し続けていました。現在のエビデンスをもってしても、いまだに摂食障害の「原因」を説明することはできません。しかし、特定の治療法がほかの治療法よりも効果的であることはわかってきました。医師が感染症の治療をする際、最も効果的とされている薬から始めるように、摂食障害の専門家も、治療の出発点として「エビデンスに基づいた」ケアを推奨し、提供できるようになるべきです。

私は自分の娘が精神疾患の治療を受けなければならないことを誰にも言いたくありません。娘が汚名を着せられ、自分を嫌になるのではないかと心配です。

摂食障害を含む精神疾患には、いまだにスティグマ（訳注：社会的に作られた否定的な意味を他者から付与されること）が伴います。しかしこれはほとんどの場合、根拠のない考え方に基づいています。例えば、脳の問題は治らない、患者さんは回復しない、永久に

「壊れた」まま、あるいは「変」であり続けるという考えや、精神疾患は患者さんが自分で引き起こした、といった考えなどです。

精神疾患はごく一般的にみられる疾患であることを、親御さん、子供、そして世間一般の人々が広く知ることが大切です。脳と精神疾患について、新しい考え方の時代がまさに始まろうとしています。今や公の場や一般的な会話で乳がんのような疾患について話することができるようになりましたが、それと同じように、摂食障害についても、もっとオープンに話すことができるようになるべきです。乳がんと同じように、摂食障害もひそひそと耳元でしか話されるべき問題ではないのです。摂食障害の診断を隠すことは、社会的な偏見や時代遅れの考えを助長し、最適な治療法の選択を阻み、回復の可能性を低下させる可能性さえあります。

スティグマの解消は、私たち一人ひとりがスティグマにどう対処するか、から始まります。ご家族がこの問題を認めることによりオープンになり、愛する子供のために最善のケアを見つけるために積極的に行動し、周囲の人々にもこの病気について知ってもらうようにすれば、エビデンスに基づいたより効果的な治療に対する需要が高まるでしょう。このような活動は、すでに自閉症や注意欠陥障害（ADD）、うつ病、強迫性障害（OCD）、アルコール依存症、その他多くの精神疾患患者のスティグマを取り除き、治療を改善するのに役立っています。

私は息子の摂食障害の原因は元妻にあると思っていますが、元妻は学校でのいじめのせいだと言っています。一方、セラピストは、それを「コントロール」の問題だと言います。

「非難」や「原因」に焦点を当てる治療は、摂食障害治療においては逆効果です。この疾患は複雑であり、研究者や医療提供者は、患者が病気になった原因が何であったかを断定するに足りる十分な知識を持ち合わせていません。摂食障害を発症させるに至った状況や要因について、家族の中でも色々異なる意見があるでしょうが、そのような問題は脇に置き、チームとして一丸となって質の高い効果的なケアを提供することに集中することが大切です。

この病気であることで、患者さんは非常に辛く、怖く、混乱させられます。そのような患者さんには、冷静で自信に満ちた家族と専門家が一体となったチームが必要です。患者さんにとってベストなのは、病気に関して矛盾しない正確な事実に基づく情報が与えられ、治療や予後に関して家族や専門家から一貫したメッセージを受け取ることです。家族や専

門家の間で見解の相違がある場合は、患者さんのいないところで整理することが何よりも重要です。

治療をサポートするために、家族として何ができるでしょうか？

この病気の子どもの世話をすることは「普通の」子育てではありません。家族は摂食障害を患った愛する人を支えるために、新しいスキルやテクニックを学ぶ必要があります。以下は、家族ができることの一部です：

- あなたが状況の深刻さをきちんと理解していることを、子どもに伝えましょう。
- 子どもの気持ちを認めてあげる。しかし、わかったふりをしてはいけません。
- 子どもの恐怖を認めてあげる。しかし、それに迎合してはいけません。
- 責める気持ちは脇に置きましょう。
- 動機づけ面接（モチベーションインタビュー）などのスキルを学びましょう。
- あなたの頭の中で、子どもと病気を切り離して考えましょう（外在化）。
- すべての介護者が 同じ考え方を持っていることを確認しましょう。
- 毎食、適切な栄養摂取を求め、それができるようにサポートしましょう。
- 温かく協力的な家庭環境を提供しましょう。
- 最新の訓練と専門知識を備えた臨床チームと協力して治療に臨みましょう。
- あなたの親としての勇気ある直感を信じ、それを医療提供者と共有しましょう。
- 愛する人のために意見を言う時は、冷静に、自信を持って主張しましょう。
- あなたが見ている症状は、決して患者さんが意図的にあなたを操作しようとしているのではなく、むしろ強力な生物学的な力によって引き起こされているであろうことを知ってください。
- 病気を手放したくない、という患者さんの恐れを認めましょう。
- 24 時間 365 日の献身的で絶え間ない介護に伴う高いストレスレベルに対処するために、介護者としてのあなた自身への支えやケアを求め、燃え尽きを防ぎましょう。
- 家庭内にいる他のご兄弟たちも安心や支えを必要としているかもしれないことを忘れないでください。
- 辛抱してください。この病気の回復には長期的なプロセスが必要です。
- あなたの子育て、介護の役割に自信を持ち、それを示してください。

摂食障害について、また愛する人のために効果的な治療を見つける方法について、もっと詳しい情報はどこで得られますか？

このファミリーガイドは、F.E.A.S.T.が発行している小冊子シリーズの1つです。このシリーズには、他にも次のような冊子があります。

『不可解な症状：摂食障害と脳 (Puzzling Symptoms: Eating Disorders and the Brain)』 2012年秋

『嵐の中の港：米国における摂食障害患者さんのための治療チームの選び方 (Port In a Storm: How to Choose a Treatment Team for a Loved One with an Eating Disorder in the U.S.)』 2014年1月

訳注：これら F.E.A.S.T.家族ガイドの電子ファイル (PDF ファイル) の和訳版は順次、こちらに掲載予定です。 www.feast-ed.org

付録 A : DSM-5 診断カテゴリ

米国において、摂食障害は診断・治療マニュアル、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) に掲載された基準に基づいて分類されています。その最新バージョンは米国精神医学会 (American Psychiatric Association, APA) によって 2013 年 5 月に作成された DSM-5 というものです⁴。この DSM-5 によると、食行動障害または摂食障害は、以下のように分類されます⁵。

- 神経性やせ症 (Anorexia Nervosa, AN)
- 神経性大食症 (Bulimia Nervosa, BN)
- 過食性障害 (Binge Eating Disorder, BED)
- 異食症 (Pica)
- 反芻性障害 (Rumination Disorder)
- 回避性・制限性食物摂取障害 (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID)
- 他の特定される食行動障害または摂食障害 (Other Specified Feeding or Eating Disorder, OSFED)
- 特定不能の食行動障害または摂食障害 (Unspecified Feeding or Eating Disorder, UFED)

OSFED および UFED は、行動が臨床的に重大な苦痛または機能障害を引き起こすが、他のいずれの食行動障害または摂食障害の完全な基準を満たさない場合に適用されます。これらの新しいカテゴリは、より軽度の摂食障害を示すものではなく、単に異なる症状の組み合わせを表しています。

米国の治療提供者は、DSM-5 に示される分類コードを用いて、民間の医療保険会社に治療費の請求を行っています。

⁴ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed: DSM-5. American Psychiatric Press, Washington D.C., 2014 (高橋三郎、大野裕監訳：DSM-5 精神科診断・統計マニュアル。医学書院、2014。

⁵ DSM-4 からの変更点としては、BED の追加、食行動障害と摂食障害の分類の変更、特定不能の摂食障害 EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified)の代わりに OSFED と UFED の設置、があります。

付録 B：一般的な治療形態のカテゴリとレベル

以下は、米国で最も一般的な治療形態カテゴリについての説明です。本ガイドで使用されている用語は、他の国や医療制度の下では異なる意味を持つ場合があることに注意してください。（訳注：以下はあくまで米国における治療形態であり、日本には未整備のものも多くあります。）

外来での治療（Outpatient, OP）：患者さんは自宅で生活し、セラピストの下で定期的に行われるセッション（通常 45～50 分）に参加します。通常、セッションは週に 1 回以上行われます。患者さんは、1 人で診察を受けることもあれば、家族と同伴だったり、他の患者さんと一緒にグループ形式、場合によっては、複数の家族でのグループ形式もあります。提供されるセラピーのタイプは、患者さんの年齢や治療計画、そして治療提供者の考え方によっても異なります。外来治療の場合、通常はセラピストの前で食事をさせることは含まれません。

集中的な外来プログラム（Intensive Outpatient Program, IOP）：患者さんは自宅で生活しますが、セラピーのセッションや限定的な食事サポートを受けるために、クリニックで過ごします。通常の IOP は、1 日 3 時間、週 3 日、夕食付といったスケジュールです。

日帰り治療プログラム（Day Treatment Program）：患者さんは主に自宅で生活しますが、1 日 4～12 時間を病院や診療所で過ごし、個人、グループ、家族でのセラピーセッションを受け、食事のサポートを受けます。通常、患者さんは毎日少なくとも 2 回の食事とおやつを病院または診療所で摂ります。日帰り治療プログラムには、週末の宿泊やサポートが含まれている場合もあればない場合もあります。

部分入院（Partial Hospitalization, PHP）：患者さんは自宅で生活しますが、1 日 6～12 時間、週 5～7 日を病院または診療所で過ごし、個人、グループ、家族でのセラピーセッションや医療的見地からの管理、食事のサポートなどを受けます。通常、患者さんは毎日少なくとも 2 回の食事とおやつを病院または診療所で摂ります。プログラムによっては、宿泊施設で週の何日かはそこに宿泊する場合があります。

注：日帰り治療や部分入院プログラムが、あなたの居住地域で提供されているかは、州の規制や認可に依存します。

入院（Inpatient, IP）：患者さんは通常、医学的および・または精神医学的安定化のために入院します。セラピーは受ける場合と受けない場合があります。入院自体は任意の場合

も、非自発的（つまり強制的）に生じる場合があります。非自発的な入院患者用の精神科病床をもつ病院もありますが、そういった病床をもたない病院もあります。多くの場合、入院は一般的な医療施設や精神科施設で行われ、摂食障害専門の病棟がある場合もありますが、ない場合もあります。一般的な入院病棟での食事支援は、通常、医学的な安定（体重の回復ではなく）に焦点が置かれており、いわゆる摂食障害の観点での食事サポートは含まれていないこともあります。

居住型（Residential）：摂食障害の専門施設で24時間365日、フルタイムでケアを受けます。居住型の治療では、通常、数週間から数か月、1年以上の長期滞在が必要となります。居住型のケアは、外来での治療では摂食障害の症状を改善させられなかった場合や、患者さんが体重を回復し、過食や嘔吐、その他の自己破壊的な行動をやめるために高度に管理された環境が必要な場合に適しています。