

摂食障害の基礎と臨床

摂食障害の精神療法

なかざとみちこ
中里道子

千葉大学大学院医学研究院子どものこころの発達研究センター（〒260-8670 千葉市中央区亥鼻1-8-1）
千葉大学医学部附属病院こどものこころ診療部
E-mail: nakazato@faculty.chiba-u.jp

SUMMARY

摂食障害は、主に神経性無食欲症（anorexia nervosa: AN）、神経性過食症（bulimia nervosa: BN）に分類され、体型や体重へのこだわりと食行動異常を主な症状とし、治療法的第一選択として、精神療法は欠かせない。神経性無食欲症は、有効な治療法のエビデンスは乏しく、思春期の神経性無食欲症に対して、家族療法の有効性が確立されており、維持効果も高いことが報告されている。神経性過食症に対しては、第一選択として、認知行動療法（cognitive behavioral therapy: CBT）は優れたエビデンスが確立されており、セルフヘルプ CBT は、プライマリー・ケアでも第一選択の治療として推奨されている。また、対人関係療法（interpersonal psychotherapy: IPT）は CBT の代替となる治療戦略として推奨される。近年、成人の神経性無食欲症に対して、専門家による支持的臨床管理（specialist supportive clinical management: SSCM）、認知機能改善療法（cognitive remediation therapy: CRT）や動機づけ面接に症状維持の要因の改善に関するモジュールから構成された心理療法（Maudsley model of anorexia nervosa for adults: MANTRA）¹⁾ なども無作為割り付け試験において効果検証され、注目されている。本稿では、主に、BN に対して最もエビデンスのある精神療法としての CBT の臨床現場でも役立つ手順について紹介し、さらに、AN に対して近年、効果が検証されている、認知の特性の改善に焦点を当てた CRT、児童思春期への精神療法の適応についても紹介したい。

はじめに

摂食障害（eating disorders: ED）は、特有な精神病理として、肥満への恐怖、体型や体重に関する特有の態度と価値観、食事のコントロールに過度に没頭することを特徴とし、日常生活に支障をきたす精神障害である。DSM-5 の診断基準¹⁾に基づくと、ED は主に、神経性無食欲症（anorexia nervosa: AN）、神経性過食症（bulimia nervosa: BN）、過食性障害（binge eating disorder: BED）に分類される。近年、AN や、BN の患者数は急増し、前思春期や結婚後に発症する患者も増加している。ED は、さまざまな身体合併症、気分障害や不安障害、薬物依存などの併発精神障害を伴いやすく、自殺率も高く、生命危機を伴うことは精神障害の中でも最も高いといわれている。特に AN は、有効な治療法は確立されておらず、栄養療法を含めた身体管理、家族療法、薬物療法、個人精神療法や集団療法、デイケアなどのさまざまな治療をそれぞれの臨床現場や治療チームの裁量で適宜選択、組み合わせで行っていることが多い。一方で、BN に対しては、エビデンスの確立されている、認知行動療法（cognitive behavioral therapy: CBT）や対人関係療法（interpersonal psychotherapy: IPT）の効果は、ほぼ半数以上の患者に対しては有効であり、維持効果も確立されている²⁾。一方、わが国ではこうしたエビデンスに基づ

KEY WORDS

anorexia nervosa: AN
bulimia nervosa: BN
psychotherapy
cognitive behavioral therapy: CBT
cognitive remediation therapy: CRT
Maudsley model of anorexia nervosa for adults: MANTRA

く精神療法を供する医療機関の数はいまだ十分ではない³⁾。

ED に対する治療では、第一選択として精神療法は欠かせない⁴⁾。これまでにさまざまな精神療法の効果研究が報告されており、特に成人の BN に対しては、CBT、ITP は、エビデンスが確立されており、海外の治療ガイドラインにおいても、推奨されている⁴⁾ (表 1)。思春期 AN に対しては、サンプルサイズの限界があるものの、家族療法が個人療法に比較して効果が高いことが無作為割り付け比較対照試験 (randomised controlled study: RCT)⁵⁾ にて明らかにされ、さらに 5 年後の維持効果も報告されている^{5,6)}。成人 AN に関しては、認知分析療法 (cognitive analytic therapy: CAT)⁷⁾、CBT^{8,9)} に関する効果研究が散見するものの、特定の精神療法の有効性に関する十分なエビデンスは確立されていない。重症の慢性化した AN に対して、CBT と専門家による支持的臨床管理 (specialist supportive clinical management: SSCM) の RCT においては、ほぼ同等の効果が認められ⁸⁾、さらに、高い年齢、過食や排出行動の症状を有する患者は、CBT に対する効果がより優れていた⁹⁾。

近年、AN に対して、摂食障害臨床の専門的なトレーニングを受けた治療者による支持的臨床管理 (SSCM)^{10,11)} や、ED 特有の認知機能障害

をターゲットとした、認知機能を高める心理的介入、認知機能改善療法 (cognitive remediation therapy: CRT)^{12,13)}、モーズレイモデルの成人 AN に対する動機づけ面接に症状維持の要因の改善に関するモジュールから構成された心理療法 (Maudsley model of anorexia nervosa for adults: MANTRA)¹⁴⁾ など注目されている。McIntish ら^{10,11)} は、外来 AN 患者に対して、CBT、ITP、SSCM の 3 群で比較検証された結果、SSCM は治療終了時にほかの二つの精神療法と比較して最も優れた効果が認められ、さらに、6, 7 年後のフォローアップ時にも、CBT とほぼ同等の効果が維持されたことを報告した。SSCM は、動機づけ面接と CBT を基本としたモーズレイモデルの心理療法と比較しても、RCT でほぼ同等の効果が得られた¹⁴⁾。

本稿では、BN に対して最もエビデンスのある精神療法としての CBT の臨床現場でも役立つ手順について紹介し、さらに、AN に対して近年、効果が検証されている、認知の特性の改善に焦点を当てた CRT、児童思春期への精神療法の適応についても紹介したい。

I. 治療を行う際に優先して考慮する事項⁴⁾

海外の治療ガイドラインにおいても、イギリスの国立医療技術評価機構 (National Institute for Health

表 1 摂食障害の心理的介入 ^{4, 45) 一部修正}

<p>神経性無食欲症の心理的介入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心理的介入は、患者の体重とその他の身体的なリスクを定期的にモニターしながら行わなければならない。 ・心理的介入としては、認知分析療法 (cognitive analytic therapy: CAT)、認知行動療法 (cognitive behavioral therapy: CBT)、対人関係療法 (interpersonal psychotherapy: ITP)、焦点化精神力動的療法 (focal psychodynamic therapy)、家族介入 (family intervention) が考慮されるべきである。
<p>神経性過食症の心理的介入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライマリー・ケアでは、エビデンスに基づくセルフヘルプのプログラムを推奨する。 ・メンタルヘルスの専門家は、患者にセルフヘルプのプログラムを推奨する。 ・成人の神経性過食症患者の治療用に改変された認知行動療法 (CBT-BN) は、最も推奨される。 ・CBT-BN は通常、16 ~ 20 回の面接、4 ~ 5 ヶ月が妥当である。 ・神経性過食症の患者が CBT-BN に反応しない、あるいは望まない場合、他の心理介入を考慮する。 ・対人関係療法は CBT-BN に代わる治療として考慮されるが、CBT-BN と比較すると、効果が出現するまでに 8 ~ 12 ヶ月かかることを患者に伝えるべきである。

and Clinical Excellence: NICE) の摂食障害の治療ガイドライン⁴⁾には、EDに対する精神療法に関して、以下のように推奨されている。

ANに対する心理的アプローチとして、体重減少を含めた身体リスクを定期的に評価したうえで、臨床家は、家族に対する介入、認知分析療法 (CAT)、認知行動療法 (CBT) や、対人関係療法 (ITP) などの精神療法を、患者と家族、臨床家との間でいずれの精神療法が適切であるかを考慮したうえで選択し、提供すること。また、精神療法の目的は、リスクを減らし、健康な体重や食生活を回復し、摂食障害に伴う症状を改善し心身の回復を促すことである。AN患者に対する最初のアプローチとしては、身体リスクをモニターしながら、外来治療をベースとした精神療法が推奨される。外来治療でもほとんど改善が得られない場合には、家族療法と個人精神療法を総合的に用いた高強度の治療やデイケア、入院治療などが推奨される。

入院治療が必要なAN患者は、身体状況や栄養状態を慎重にモニターしながら、再栄養を行うに当たって、熟練した治療機関に入院し、構造化された精神療法が推奨される。そこでは食行動と同時に、体型や体重への態度に焦点を当てる精神療法的なアプローチが勧められ、原則として厳格な行動修正プログラムをANに適応することは推奨されない⁴⁾。

一方、成人のBNに対して、プライマリー・ケアで最も推奨される治療法は、エビデンスに基づくセルフヘルプCBTである。臨床家は、患者を励まし、まずは、セルフヘルプCBTのプログラムに取り組むことをすすめてみることを推奨される。次の段階として推奨される精神療法は、BNに対して特別に修正された高強度CBT (CBT-BN)¹⁵⁾である。CBT-BNは、構造化された個人に対するCBTであり、通常16～20セッション、約4～5ヵ月間を要する。CBT-BNに対しても十分な治療効果が得られない場合には、代替となる精神療法として、ITPなどが推奨される。

II. 神経性過食症に対するエビデンスのある認知行動療法

EDに対する認知行動療法 (CBT) は、食行動の問題が維持される過程を、症状維持に関与する非適応的な考え方、感情、行動、生理機能と環境因子の相互作用

用を定式化を用いて、よりよい方向に変化を促す、期間が限定され、構造化された精神療法である。BNに対しては、第一選択の精神療法の一つとして位置づけられている。CBTは、臨床ガイドラインに基づくマニュアル化されたプロトコルに従って治療を行い、大規模なRCTによって効果が実証されており、再現性があり汎用性の高い精神療法である。Fairburnらは、BNに対して、CBT、ITP、行動療法の3群の治療効果を比較し、行動療法の治療効果は、フォローアップ1年後に低下していたが、CBT、ITPにおいては、1年後にも治療効果が維持されていたことを報告した^{16,17)}。CBTとITPは、治療終了後から約6年フォローアップ後にも、治療効果がほぼ維持されており、治療完遂例には、維持効果も期待されることが明らかにされた¹⁸⁾。

認知行動理論に基づく、摂食障害は、体型や体重、食事のコントロールに自己価値の主な領域が占められることが、中核的な精神病理であると考えられている。

BNに対するCBTでは、はじめに、食事日誌を用いて、非適応的な食行動の問題が維持される悪循環のABC (A:きっかけ, B:行動, C:結果) に患者自身が気づき、規則正しい食行動を確立することを目標とする。また、過食や自己誘発嘔吐などの問題のプラスの結果、マイナスの結果に気づき、プラスの結果をもたらす行動の循環を促していくような動機づけ面接のアプローチを用いることが大切である。治療の中盤には、変化の妨げとなる非適応的な考え方、具体的に、EDでは、体重が限りなく増え続けてしまうといった肥満恐怖や、やせていなければ自分に価値がないといった思い込みを修正していくことを目標に、認知再構成法などを持って、変化を促していく。さらに、再発防止ともたらされた変化を維持することに焦点づけし、治療を終結する。

III. ガイドセルフヘルプCBTを用いた過食症の治療の実際

Schmidtらは、治療者に専門的な精神療法のスキルがない場合でも、CBTの理論に基づくセルフヘルプマニュアル (Schmidt and Treasure, 1993)¹⁹⁾を用いて治療を行うことで、セルフヘルプ群と通常のCBTを実施された群は、待機群と比較していずれも有意な

症状改善が得られたことを報告した。

さらに、Schmidtらは、過食症患者に対してガイドに基づくCBTセルフヘルプ本、「過食症サバイバルキット」(Getting better Bit(e) by Bit(e): GBBB)²⁰⁾を用いたセルフヘルプCBTの効果を思春期BNに対して、家族療法とRCTで比較し、コスト、治療効果とも優れた結果を得られた。ガイドに基づくセルフヘルプのCBTを提唱した。GBBBを用いたCBTは、思春期青年期の過食症患者に対しても、家族療法とのRCTで治療終結時(半年後)には、GBBBは家族療法に比較して、過食症状が有意に軽減し、1年後のフォローアップ調査では、両群では同等の効果が認められた。対費用効果の面では、GBBBは、家族療法に比較して有意に低く、優れた治療法であることが明らかにされた²¹⁾。

過食症サバイバルキットは、最初のステップとして、患者の変化への関心を引き出す手助けを、動機づけ面接の技法を用いて行う。過食症バランスシートを用いて、「過食をやめたい理由」、「過食症のままでもいい理由」を、箇条書きにして書き出すホームワークを行い、また、「5年後の自分の姿を想像して親友に手紙を書いてみる」という課題を、過食症のままの場合、過食症から回復している場合の2通り書いてみるというホームワークを出す。次に、ABCアプローチに従って、食事日誌を書くことを勧める。さらに、食事や栄養に関する心理教育、具体的には、ダイエットの危険性、低体重が身体面、心理面に与える影響に関する心理教育を行う。また、食事のプランと過食、排出行動の軽減、代替となる対処行動を計画し、行動実験を行なう。

ABCアプローチに基づく食事日誌をセッションの中で見直し、過食を引き起こすきっかけに気づき、過食の心理的要因を解決する方法、過食衝動を上手にやり過ごす方法について話し合ったうえで、ホームワークを設定する。

摂食障害の回復の妨げとなっているさまざまな問題として、対人関係の問題、薬物やアルコールの問題、完全主義や全か無かの思考といった認知の特徴などの問題については、GBBBの後半部分で、患者の症状維持の要因に合わせて用いられる。摂食障害の患者の中には、自分の感情に気づくことや感情を人に伝えるこ

とが苦手であることが、食行動の問題に関連していることが少なくない。こうした患者に対しては、自己主張訓練を用いることが勧められる。

自己誘発嘔吐や下剤の使用などの排出行動を行っている患者に対しては、排出行動のもたらす悪影響について話し合い、排出行動を止める方法や、吐くまでの時間を延長するプランを話し合っ、ホームワークとして行う。わが国でも、GBBBを用いた過食症へのCBTは、摂食障害治療の専門家でなくても、個人、グループスーパービジョンを受けながら、過食症状の軽減の効果が得られている³⁾。

ガイドセルフヘルプCBTのほか、青年期の過食症を対象としたCD-ROMを用いたCBTの効果²²⁾やインターネット²³⁾を用いた低強度CBT、集団CBT^{24,25)}の効果なども明らかにされている。

インターネットを用いたCBTでは、実際に利用した患者から、摂食障害に関する情報提供や、アクセスのしやすさ、柔軟性、メッセージボードを用いた情報提供や、e-mailを用いたサポートが得られたことが役立つなどを、利点としてあげられている²⁶⁾。

▶ IV. 動機づけの評価について

治療の導入に当たって、体重増加や、食行動異常の軽減、食事を摂取することに対する抵抗が強いことが、治療の妨げになりやすい。Prochaskaら(1983, 1984)^{27,28)}は、「変化の段階モデル」を用いて、変化の段階を評価した。動機づけ面接の技法を用いて、変化への準備性を高めることが、EDの治療への応用が期待される。ED患者にCBTを含めたさまざまな精神療法を実施する際には、治療の動機づけや変化の妨げとなる認知の特性や社会的感情の特性に留意し、動機づけ面接を用いた導入の工夫を行うことが、治療のアドヒアランスを高め、治療効果にも反映される。

変化の段階モデル(行動変容のステージモデル)は、もともと喫煙家の行動の変容、薬物乱用の領域で開発された²⁷⁾。Prochaskaらは、人の行動の変化を促すためには、変化の過程、決断のバランス、自己効力感の三つの要因が重要であることを提唱した。

EDの患者、特にAN患者は、食行動の問題を「困

りごと」として捉えていないことが多く、動機づけ面接を導入することで、患者、治療者との治療契約の構築と、症状の軽減をターゲットとした認知行動療法などの治療への導入に優れた効果を発揮することが期待できる^{29,46)}。

▶ V. 神経性無食欲症に対する新たな心理的アプローチ—認知機能トレーニングの効果

ANは、細部へのこだわり^{30,31)}、柔軟性の乏しさ³²⁾などの認知特性がみられ、こうした特性が体重回復後も残存することが明らかにされている³³⁾。これまでの多くの精神療法（CBT、CATなど）は本来、認知機能が失われていないことを前提としている。認知的な厳格さや細部に焦点づけた思考スタイルは、これらすべての治療への取り組みや有用性に明らかにマイナスの影響を及ぼすことが考えられる。CRTは、ANの認知特性の変化を促し、症状をターゲットとした治療に対して取り組みやすくなること、また、体重回復の効果も得られることが明らかにされている。重症のANは、治療契約を確立することや、食事の問題、症状に関連した情緒的痛みについて話すことが難しい。CRTは、患者が思考スタイルについて考え、小さな変化を始める機会を与える場所といった安全で動機付けを高める環境を提供する。

TchanturiaらはCRTのモジュールを導入して使用した予備研究を行った結果、ドロップアウトは低率であり、認知課題における患者の行動は十分に变化した³⁴⁾。CRTのセッションは、認知柔軟性やセントラルコヒアレンスを高める課題、10セッションから構成されており、1回のセッションは、30～40分で実施される。セッションはエクササイズを用いた特定のスキルの練習と治療者と患者による思考スタイルに関する促進的なディスカッションを含んでおり、動機づけ面接のスタイルで実施される。

さらにRCTでも一定の効果が得られ^{35,36)}、エビデンスはCRTの長期的な効果が示されており³⁷⁾、思春期の集団療法³⁸⁾での治療としての効果や、子ども、思春期の個人治療にも適用可能である³⁹⁾。

患者に対しては、セッション中に学習した課題に関連して、行動変容のリストとして、以下に提示するよ

うな例をホームワークとして提示する⁴⁰⁾。

例：自宅での日課を変える

- ・掃除の日課を変える（例えば、家の掃除のまえに朝食を取る、違う順番で部屋の掃除をするなど）。
- ・朝の日課を変える（例えば、シャワーの前／後に歯磨き—就寝時も同じように）。
- ・お気に入りのお皿や／マグカップを変える。
- ・古い新聞紙、雑誌などは取っておかずに、例えば、気に入った部分だけ切り取り残りは捨てる。
- ・食事のときに、違う場所に座る。
- ・ショッピングリストに一つ特別項目を加える（大量の食べ物ではなく、ハーブや香辛料やガーリックなど）。
- ・表紙から裏表紙まで雑誌全部を読むのではなく、数ページにざっと目を通すか読む。
- ・普段と異なるラジオ局を聴くなど。

▶ VI. 子ども、思春期への家族に対する精神療法のアプローチ

子どもや思春期のED患者は、親に勧められて、あるいは連れられて相談機関を訪れることが多いので、動機づけが十分ではないことが多い。思春期のANに対して、家族へのアプローチは欠かせないが、家族を巻き込んでの頑な食事の場面に関する対処法に関するアプローチは、特に母親の不安感、ストレスを軽減し、予後に影響を及ぼす⁴¹⁾。家族の患者に対する批判的、教示的な対応よりも、共感的な温かい言葉かけや励ましが悪循環の連鎖をよりよい方向に変化させることを、CBTに基づくインターネット心理教育⁴²⁾やエビデンスに基づくワークショップなどの家族支援のアプローチの効果⁴³⁾が報告されている。飢餓状態の脳に及ぼす影響から、こだわりの強さが維持されることから、低栄養の時期には、栄養回復を促す、身体ケアなどから自分の身体や心のサインに気づきを取り戻すこと、栄養治療や家族療法、身体治療と併用して、包括的に認知の変化を促すアプローチが推奨される。

AN患者は、やせていることへの自我親和性、回復に対する両価性、社会的感情の気づきや表出の乏しさといった特性と同様に、EDの症状維持の要因である認知、感情の変容の妨げとなりうる。治療者は温かく、

共感的な態度で、患者が変化の重要性に気づき、自己効力感を育てながら、患者自身が準備に取り掛かることの助けを根気よく協働作業を行っていくことが大切である。治療者は、患者との協働作業の中で、特にANでは、変化の段階を見立てて、動機づけを高める工夫が必要である⁴⁾。患者自身の動機づけを高め、自分自身がよりよい方向に変わるには、親や周囲が変わることを期待するのではなく、自分が変わることが重要である、ということへの気づきを、治療者が導いていくことが重要である。治療場面では、患者が楽しめる、遊びの要素、自己効力感を高める工夫が大切である。患者はセッションを重ねるごとに成長、変化し、治療経過中で直ちに変化が認められなくても、時には治療の終了後に、成長や発達に伴い、変化がみられることもある。低年齢であるほど、身体リスクは高く、家族の協力は非常に重要である。

Fairburnらは、EDの症状維持に関与する要因として、体重や体型のコントロールについての過大評価と低い自己評価が食事制限を維持することを提唱した⁴⁾。こうした要因は、思春期の患者に対しても、特に、自律や環境のコントロールが重要な発達課題の時期でもあるために、重要なテーマとなり得る。生活のさまざまな領域に関する自己コントロールに関しては、治療の構造や限界設定などについて、取り扱うことが非常に大切である。若年患者の場合、日常生活のさまざまな場面での過剰なコントロールは、食事の問題以外にも、家族を巻き込んで、日常生活の支障になることもみられる。セッションの場面で、自己コントロールの生活領域におよぼす影響について話合う際には、患者自身だけではなく、家族や周囲が患者の行動をどのようにとらえているかを話し合っておくことは大切である⁴⁸⁾。

まとめ

本稿では、BNに対して最もエビデンスのある心理療法として、CBTの概要とガイドセルフヘルプCBTを中心に紹介した。ANに関する精神療法のエビデンスは限られているが、患者の動機づけを十分に評価し、身体リスクを慎重にモニタリングしながら、栄養状態と食行動の改善に焦点を当て、支持的精神療法を

含めた包括的な臨床管理としてのSSCM、動機づけ面接にED特有の症状維持の要因の変容を促すモーズレイモデルのアプローチ、MANTRA、および、認知の特性の改善に焦点を当てたCRTについては、臨床現場での普及が期待される。本稿では触れなかったが、自閉スペクトラム障害の特性としての社会認知の改善に焦点づけされた心理療法的アプローチや、衝動制御や感情不耐性に焦点づけされた弁証法的な精神療法を用いるアプローチも個々の症例に応じて考慮することも大切である。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association. 高橋三郎, 大野裕 監訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル.
- 2) Agras WS, et al : A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* **57** : 459-466, 2000.
- 3) Kobori O, et al : Transporting Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) project to Japan: preliminary observations and service evaluation in Chiba. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice* **9** : 155-166, 2014.
- 4) National Collaborating Centre for Mental Health. National Clinical Practice Guideline-Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London, national Institute for health and Clinical Excellence (NICE), 2004.
- 5) Eisler I, et al : Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* **54** : 1025-1030, 1997.
- 6) Eisler I, et al : Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* **41** : 727-736, 2000.
- 7) Dare C, et al : Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of outpatient treatments. *Br J Psychiatry* **178** : 216-221, 2001.
- 8) Touyz S, et al : Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med* **43** : 2501-2511, 2013.
- 9) Le Grange D, et al : Predictors and moderators of outcome for severe and enduring anorexia nervosa. *Behav Res Ther* **56** : 91-98, 2014.
- 10) McIntosh VV, et al : Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* **162** : 741-747, 2005.
- 11) McIntosh VV, et al : Specialist supportive clinical man-

- agement for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* **39** : 625-632, 2006.
- 12) Tchanturia K, et al : Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: current evidence and future research directions. *Int J Eat Disord* **46** : 492-495, 2013.
 - 13) Lock J, et al : Is outpatient cognitive remediation therapy feasible to use in randomized clinical trials for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* **46** : 567-575, 2013.
 - 14) Schmidt U, et al : Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* **201** : 392-399, 2012.
 - 15) Fairburn CG : A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. *Psychology and Medicine* **11** : 707-711, 1981.
 - 16) Fairburn CG, et al : Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* **50** : 419-428, 1993.
 - 17) Clark DM, Fairburn CG ; Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy 1997 / 伊豫雅臣 (監訳). 認知行動療法の科学と実践. 星和書店, 2003.
 - 18) Fairburn CG, et al : A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* **52** : 304-312, 1995.
 - 19) Schmidt U, Treasure J : Clinician's guide to getting better bit(e) by bit(e): A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders. Psychology Press, 1997.
 - 20) Schmidt U, Treasure J : Getting Better Bit(e) by Bit(e). A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders / ウルリケ・シュミット, ジャネット・トレジャー著, 友竹正人他訳. 過食症サバイバルキット - ひと口ずつ, 少しずつよくなる。金剛出版, 2007.
 - 21) Schmidt U, et al : A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* **164** : 591-598, 2007.
 - 22) Schmidt U, et al : Randomised controlled trial of CD-ROM-based cognitive-behavioural self-care for bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* **193** : 493-500, 2008.
 - 23) Pretorius N, et al : Cognitive-behavioural therapy for adolescents with bulimic symptomatology: the acceptability and effectiveness of internet-based delivery. *Behav Res Ther* **47** : 729-736, 2009.
 - 24) Nakazato M, et al : Pretreatment motivational enhancement therapy reduces drop-out rates from group cognitive behavioural therapy for bulimia nervosa outpatients: a preliminary study. In: *Binge Eating: Psychological Factors, Symptoms, and Treatment*. Nova Science Publishers, 2008.
 - 25) Shiina A, et al : An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: combination program of cognitive behavioral therapy with assertive training and self-esteem enhancement. *Psychiatry Clin Neurosci* **59** : 690-696, 2005.
 - 26) Sánchez-Ortiz VC, et al : The role of email guidance in internet-based cognitive-behavioural self-care treatment for bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* **19** : 342-348, 2011.
 - 27) Prochaska JO, DiClemente CC : Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* **51** : 390-395, 1983.
 - 28) Prochaska JO, DiClemente CC : *The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy*. Dow Jones Irwin, 1984.
 - 29) Treasure JL, et al : Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther* **37** : 405-418, 1999.
 - 30) Lopez C, et al : An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* **41** : 143-152, 2008.
 - 31) Lopez C, et al : Weak central coherence in eating disorders: a step towards looking for an endophenotype of eating disorders. *J Clin Exp Neuropsychol* **31** : 117-125, 2009.
 - 32) Roberts ME, et al : Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res* **44** : 964-970, 2010.
 - 33) Tchanturia K, et al : Set shifting in anorexia nervosa: an examination before and after weight gain, in full recovery and relationship to childhood and adult OCPD traits. *J Psychiatr Res* **38** : 545-552, 2004.
 - 34) Whitney J, et al : Service users' feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa: a qualitative study. *Int J Eat Disord* **41** : 542-550, 2008.
 - 35) Brockmeyer T, et al : Training cognitive flexibility in patients with anorexia nervosa: a pilot randomized controlled trial of cognitive remediation therapy. *Int J Eat Disord* **47** : 24-31, 2014.
 - 36) Lock J, et al : Is outpatient cognitive remediation therapy feasible to use in randomized clinical trials for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* **46** : 567-575, 2013.
 - 37) Genders R, Tchanturia K : Cognitive remediation therapy (CRT) for anorexia in group format: a pilot study. *Eat Weight Disord* **15** : e234-239, 2010.
 - 38) Pretorius N, et al : Evaluation of a cognitive remediation therapy group for adolescents with anorexia nervosa: pilot study. *Eur Eat Disord Rev* **20** : 321-325, 2012.
 - 39) Dahlgren CL, et al : Developing and evaluating cognitive remediation therapy (CRT) for adolescents with anorexia nervosa: A feasibility study. *Clin Child Psychol Psychiatry* **19** : 476-487, 2013.

- 40) <http://www.katetchanturia.com>
- 41) Kyriacou O, et al : Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: modelling the factors that are associated with carer distress. *Int J Eat Disord* **41** : 233-242. 2008.
- 42) Grover M, et al : A randomized controlled trial of an Internet-based cognitive-behavioural skills package for carers of people with anorexia nervosa. *Psychol Med* **41** : 2581-2591, 2011.
- 43) Rhind C, et al : Experienced Carers Helping Others (ECHO): protocol for a pilot randomised controlled trial to examine a psycho-educational intervention for adolescents with anorexia nervosa and their carers. *Eur Eat Disord Rev* **22** : 267-277, 2014.
- 44) Fairburn CG, et al : Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther* **41** : 509-528, 2003.
- 45) 友竹正人, 中土井芳弘: 特集 子どもの精神療法. 摂食障害. *児童青年精神医学とその近接領域* **55** : 143-151, 2014.
- 46) 中里道子: 摂食障害の認知行動療法-導入までの道しるべ-. *日本森田療法学会雑誌* **25** : 53-59, 2014.
- 47) 中里道子: 外来での認知行動療法 特集-これからの摂食障害臨床-. *臨床精神医学* **42** : 627-633, 2013.
- 48) 中里道子: 摂食障害のこどものための認知行動療法. 特集号: 子どもと若者のための認知行動療法. *精神療法* **41**, 2015 (in press).

神経解剖学 入門書の新定番!

カラー図解 神経解剖学講義ノート

著 寺島俊雄 神戸大学教授

神戸大学から全国へ広まった、人気の講義資料が書籍化。難解な神経解剖を、超簡略化した模式図と講義感覚のテキストで明快に解説。



A4判・251頁 定価(本体4,600円+税) ISBN978-4-7653-1506-7

株式会社金芳堂 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町 34 番地 〒606-8425
Tel 075-751-1111 Fax 075-751-6858

E-mail (営業部) : eigy@kinpodo-pub.co.jp
<http://www.kinpodo-pub.co.jp/>