

# #1. 心理教育と認知行動モデルの作成

## 1. 心理教育

目標：神経性過食症について理解する

手順

神経性過食症についての心理教育資料を用いて、以下の事項について説明する。

### ①神経性過食症の定義

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5) の診断基準は以下を含む：

- ・繰り返される過食エピソード；  
過食エピソードは、過食とコントロールできない感覚の両方によって特徴づけられる。過食とは、離散的な期間（例えば、2時間以内）に、通常の人が食べる量よりも明らかに多い量の食物を食べることである。コントロールできない感覚とは、過食エピソード中に食事に対するコントロールが欠如されている感覚で、具体的には食べることをやめられない、またはどれほど大量に食べるのかコントロールできない感覚のことである。
- ・自発的な嘔吐、下剤・利尿剤の使用、絶食、または過度な運動などの、体重増加を防ぐために繰り返される不適切な代償行動。
- ・過食と代償行動は、どちらも平均的には少なくとも週に1回以上の頻度で3ヶ月間発生している。
- ・自己評価が、体型や体重に過度に影響される。

### ②神経性過食症の疫学

[https://cms.ncnp.go.jp/nimh/shinshin/edcenter/pdf/business\\_report\\_h31\\_08.pdf](https://cms.ncnp.go.jp/nimh/shinshin/edcenter/pdf/business_report_h31_08.pdf)

- ・世界14カ国で行われた調査では、神経性過食症の生涯有病率の平均は1.0%で、12ヶ月有病率の平均は0.4%であると推定されている（Kessler et al., 2013）。
- ・米国では、神経性過食症の生涯有病率は女性1.5%、男性0.5%と推定されている（Hudson et al., 2007）。
- ・厚生労働省の科研研究班が2014年から2015年に実施した調査では、1年間に受診した摂食障害患者数の推定値は約2万5千人で、神経性過食症の患者数は4,612である。
- ・日本の摂食障害の患者の65%が精神科、19.2%が内科、9.3%が心療内科、8.2%が小児科、3.6%が産婦人科に受診している。年齢層は、10代が12%、20代が37%、30代が32%、40代以降が19%と、20代から30代に好発である。
- ・日本では推定患者数の6割が都市部、4割が地方都市部以外に存在しており、地域社会の価値観（やせ志向）を反映している可能性がある。
- ・なお、1980年から90年代にかけて学校で行われた調査では、神経性過食症の推定有病率は1~2%であった。このことから神経性過食症の人は、100人に1~2名程度存在し、病院受診は珍しいと考えられる。

### ③神経性過食症の認知行動療法

- ・認知行動療法は、知覚・注意・イメージ・感情・記憶・思考などの意識的な部分（認知）と、人が自らの意思で実行する行動に焦点を当てる精神療法である。
- ・特定の認知と行動パターンは、精神疾患を維持増悪させてしまうことが知られている。神経性過食症の人の場合には、低い自己評価のせいで体型や体重への価値づけの影響が大きくなってしまい、食事を制限

するようになるかもしれない。食事を制限するようになれば、低血糖による生理的反応として倦怠感、ふらつきや、苛立ちを感じるようになる。長期的な空腹は、食事への注目を高め、それにより食事への衝動が高まり、その人は過食してしまうかもしれない。過食後、自己のやせ志向という価値観への矛盾から罪悪感を感じ、嘔吐したり下剤を使用したりするなどの代償行為をするかもしれない。しかし、排出に代表されるこれらの代償行為によって、低カリウム血症が生じて身体的な不調を感じるようになる。

- ・ 上記は、代表的な神経性過食症の人にみられる認知と行動パターン、及び、その結果としての心身の不調のサイクルを説明している。認知行動療法では、このような神経性過食症を維持増悪させている悪循環を断ち切るために、患者が自分の状況を理解することを助ける専門的な知識を提供し、認知的・行動的スキルの習得を通して、自らの問題について対処できるようになることを目指していく。
- ・ 認知行動療法が単なる対処方法を学ぶこと以上のものであると信じている。注意の偏りや、歪んだ身体イメージ、トラウマ記憶は、認知的な技法により実際に修正可能である。食事することや食べ物についての恐怖心も実際の生理的な反応として小さくすることができる。

## 2. 症例概念化

### 目標：神経性過食症の認知行動モデルを作成する

神経性過食症のアセスメント面接を実施

### 理論背景

#### ・ 食事の仕方や食べ物に対する注意の偏り

食事制限がある場合には高カロリーな食品に注意を引かれやすくなり (Dondzilo et al., 2022) , 神経性過食症の人は食品に過敏に反応する傾向がある (Davis et al., 2009) 。

#### ・ メタ認知の弱さ

神経性過食症/神経性やせ症の患者は、メタ認知の機能不全がある (Olstad et al., 2015) 。メタ認知の機能不全により、固執的な思考と過度の概念処理、及び脅威に対する過度な警戒をするようになり、役に立たない対処戦略を採ってしまう (Wells, 2000; 2009) 。

#### ・ 身体イメージ関連の刺激に対する認知バイアス

身体に不満のある人は、身体イメージ関連の刺激に対して認知バイアスを示し (Rodgers & DuBois, 2016) , 曖昧な情報が体重/形および社会的拒絶に関連していると解釈する傾向がある。

#### ・ 安全行動としての食事制限

太ることへの恐怖から実行される食事制限により、太ることと食物への恐怖が持続してしまう。

#### ・ 異常な食事制限や過食の際の生理的な反応

空腹状態では、より高カロリー食品が欲しくなる (Siep et al., 2009) 。神経性過食症では、嗜好性食品 (ジャンクフード、ファストフード、砂糖たっぷりの食べ物などの「おいしい食品」) を見たときに、脳の報酬系が活性化する。つまり、この障害がない人よりも食べたい欲求が強い (Schienle et al., 2009) 。

上記のように、神経性過食症の人には、異常な食行動へと駆り立てる脳機能障害が複数発見されている。患者は、自らの食事の仕方について、恥の感覚を持っていることや、場合によっては非機能的な食事習慣を正そうとして失敗したことで自己効力感が低下していることもある。そのため、治療者は、これらの神経性過食症を誘発する脆弱性について説明して、患者のせいではないことを伝えるのは重要である。

**手順**

以下の手順と図を参照しつつ、患者さんの認知行動モデルを作成する。

- 1) 過食エピソードのきっかけとなった刺激を同定する。
- 2) 注意の向きを評価する。
- 3) 自動思考を同定する。
- 4) 生理的反応を同定する。
- 5) 感情の変化と不安症状を同定する。
- 6) 代償行動を含む安全行動を同定する。
- 7) これらの認知と行動の背景にある信念を同定する。
- 8) 各要素の関係や悪循環について話し合う。
- 9) 他の過食エピソードについても話し合い、認知行動モデルを洗練させる。

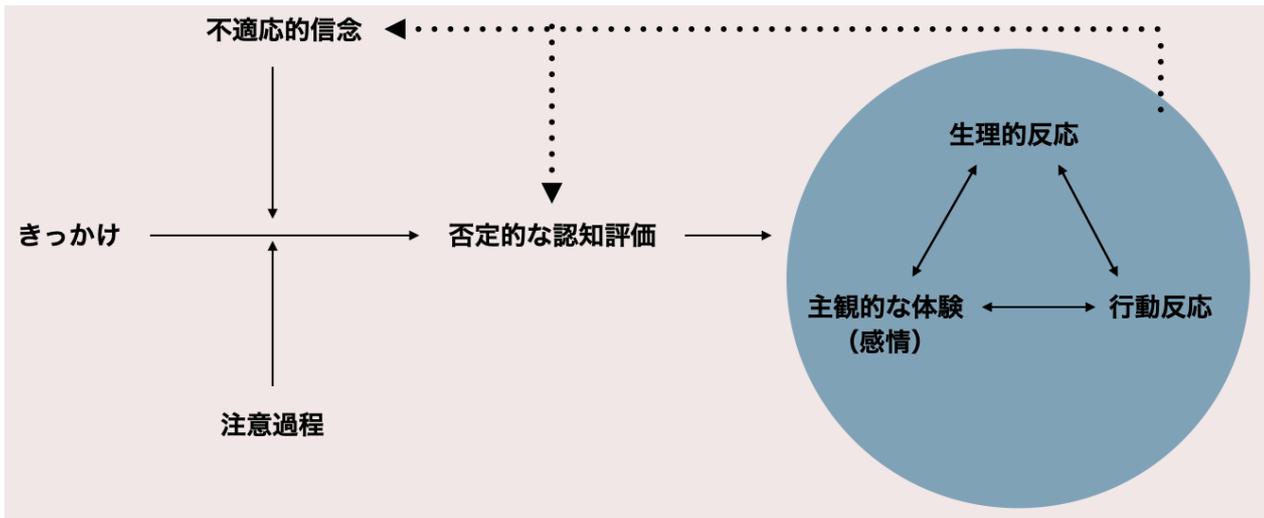


図1. 一般的な認知行動モデル (Hofmann, 2011)

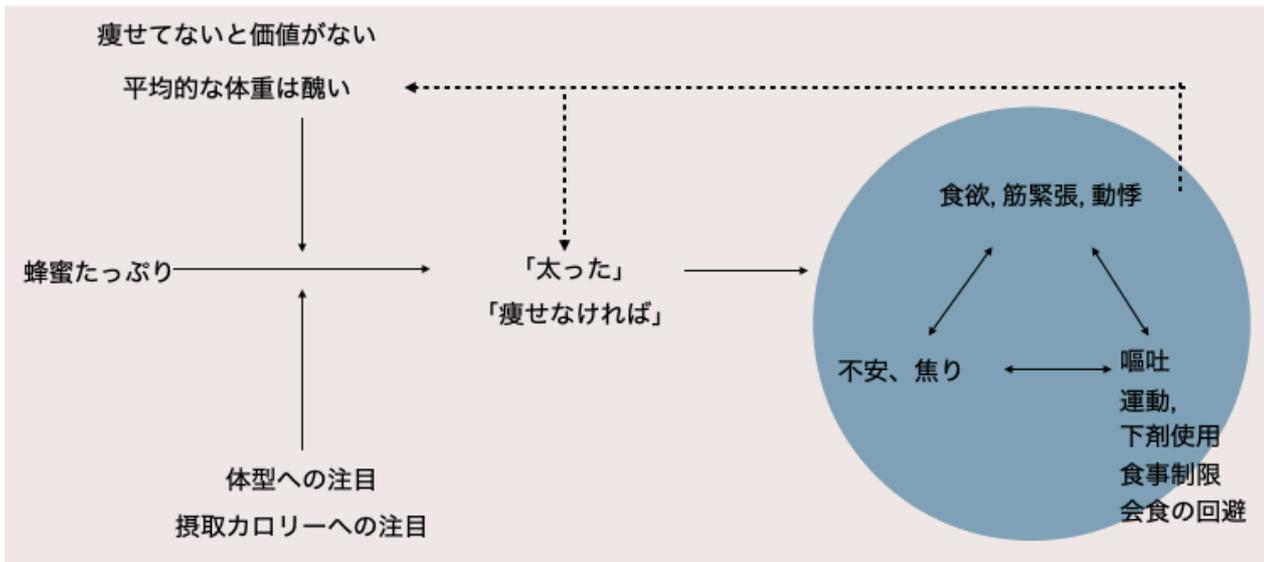


図2. 神経性過食症の認知行動モデル (Hamatani & Matsumoto, 2022)

**宿題** (P.45参照)

次回のセッションまでに起きた過食エピソードの認知行動モデルを作成する。

添付資料①-2 症例概念化用シート

