神経性食思不振症の予後に関する研究

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-04 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 牧田, 治朗 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/7968

金沢大学十全医学会雑誌　第96巻　第4号　756－772　(1987)

神経性食思不振症の予後に関する研究

金沢大学医学部神経精神医学講座（主任：山口成良教授）
牧　田　治　朗
(昭和62年7月29日受付)

1970～84年に，金沢大学医学部附属病院に初回入院した神経性食思不振症女性患者37名の予後調査を実施した．初回退院後の平均追跡期間は，6.3年であった．予後を評価するにあたって，二つの予後評価尺度を用いた．一つは，体重と月経機能に基づいた全般改善分類である．これによると，予後調査時，患者は以下のように分類された．良好18例(48.6%)，軽快12例(32.4%)，不良6例(16.2%)，死亡1例(2.7%)．良好例は，軽快および不良例と比較して，抑うつ気分と便秘がより改善されていた．他の一つは，体重，月経，体型に関する観念，心理社会的適応，精神症状に基づいた臨床的予後である．それによると，治癒9例(24.3%)，改善19例(51.4%)，未治8例(21.6%)，死亡1例(2.7%)であった．精神的悩みを抱いている例が多く，彼女らは，長期の治療を希望していた．身体面の回復に数年を要し，精神面を含めた治癒に至るには最低4年間必要であった．過食は予後不良と有意に関連しており，予後の面からも，不食型と過食型に分類することは有用と考えられた．しかし，やせ願望の有無，発症年齢，最低体重は予後と有意な関連はなかった．以上の成績から，神経性食思不振症の予後は決して楽観できるものではないことが明らかにされた．

Key words anorexia nervosa, prognosis, general outcome category, autonomy

神経性食思不振症は，1874年Gull[1]によってAnorexia Nervosaと命名されて以来，一時期下垂体萎縮説が唱えられた時期もあったが，今日では心因説が一般的となっている疾患である．しかし，その心理，行動，身体的病態生理は多彩で，発症機序，病型分類，治療法についても不明瞭な部分が残されている．予後調査は，病態の本質を理解するための一つの有用な研究方法であり，予後に関連した要因を解明し，治療効果の評価を行うことは，今後の治療にとっても役立つことの多い研究である．

今までの報告では，神経性食思不振症の予後は，短期間の外来通院で完全に治癒する例から，慢性的にやせが持続したり[2)~5)]，ついには栄養失調や自殺で死にいたる例[6)~8)]まで多様である．さらに，体重は回復しても，過食，嘔吐などの食行動異常が慢性的に持続したり[2)~5)]，感情障害[9)10)]，強迫神経症[5)]，社会恐怖[5)]，アルコール依存症[11)]，精神分裂病[12)~15)]などの精神疾患への移行がみられたり，未婚のまま家に寄生したりして，家庭や社会での適応が著しく損なわれている例が数多く報告されている．そのため，その予後を評価する場合，体重や月経といった身体面の改善のみではなく，食行動異常，性心理的発達，家庭や社会での適応状況，精神的健康などいくつかの指標によって総合的に評価する必要がある．また，治癒にいたるまでには数年を要することがまれでなく，長期の経過観察が必要である．

欧米では数多くの予後に関する研究[16)~26)]がみられるが，まだ本邦では，長期の総合的に予後を調査した報告[27)~31)]が少ない．そこで，今回，金沢大学医学部附属病院に過去15年間に入院した神経性食思不振症患者の長期，短期予後を総合的に判定したので報告する．また同時に，発病，有病時を振り返っての意見や感想を求め，急性期を過ぎ，当時にはみえなかったことや，治療に対する提言などを自由に記入してもらったので

Abbreviation : DSM-III, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition.

あわせて報告する

対象および方法

I．対　象

1．対象の選択

昭和45年から59年の15年間に，金沢大学医学部附属病院神経科精神科，第1，第2，第3内科および小児科に，神経性食思不振症の診断にて初回入院した女性患者84例を対象とした．

診断基準としては，欧米では表1に示したFeighnerら[32]のものが，本邦では表2に示した厚生省特定疾患・神経性食思不振症調査研究班[28]のものが多く使われ，最近ではアメリカ精神医学会による精神障害の分類と診断の手引，第3版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, DSM-III)[33]の診断基準も使われだしている．今回の調査では，身体像など新しい診断基準の記載が，過去の入院病歴にはないため，DSM-IIIは用いなかった．また，最低体重に関しては，Feighnerらの診断基準では，元来肥満型の人が，標準体重からみればやせていないのに含まれてしまい，厚生省研究班の診断基準を用いると，元来やせ型の人が，軽度の体重減少をきたしただけでも含まれてしまう．そのため，今回の調査では，より対象を明瞭にするため，Feighnerらの診断基準および厚生省特定疾患・神経性食思不振症調査研究班の広義の診断基準の両方を満たす症例を選択した．また，少数の男性例は調査の対象から除外した．

2．追跡率

84例中予後を知り得たのは37例であり，追跡率は44.0%であった．回答のあった37例と無回答の47例を，病型，発症年齢，最低体重および追跡期間によって比較した．病型は，やせ願望を持っているのを一次性，やせ願望のないのを二次性とし，主に拒食や小食のみを主症状とするのを不食型，過食や嘔吐をともなうのを過食型と分類し，各病型の人数を比較した．発症年齢は，15歳以下と16歳以上の人数および全体の平均値±標準偏差で比較した．最低体重は，標準体重からのパーセントの平均値±標準偏差を用いて比較

Table 1. Diagnostic criteria for anorexia nervosa (Feighner et al. 1972)

A. age of onset prior to 25.
B. anorexia with accompanying weight loss of at least 25% of original body weight.
C. a distorted, implacable attitude towards eating, food, or weight that overrides hunger, admonitions, reassurance and threats.
D. no known medical illness that could account for the anorexia and weight loss.
E. no other known psychiatric disorder with particular reference to primary affective disorders, schizophrenia, obsessive-compulsive and phobic neurosis.
F. at least two of the following manifestations. (1) amenorrhea. (2) lanugo. (3) bradycardia. (4) periods of overactivity. (5) episodes of bulimia. (6) vomiting.

Table 2. Diagnostic criteria for anorexia nervosa (Suematsu et al. 1983)

1. loss of more than 20% of standard body weight.
2. a history of weight loss for more than three months.
3. age at onset less than 30 years.
4. female.
5. amenorrhea.
6. eating disturbances.
7. desire to reduce body weight.
8. hyperactivity.
9. denial of the existence of disease.
10. absence of evidence of organic disease or endogenous psychiatric disease.

A typical case is a patient who fills all of these ten criteria. The patient who fills criteria numbers 1,2 and 10 is termed as atypical case.

し，標準体重の算出は平田の方法[34]を用いた．追跡期間は，初回退院から調査時までの期間とし，その平均値±標準偏差を用いて比較を行った．それらの数値を表3に示した．その結果，上記全ての項目で回答例と無回答例間で有意差を認めなかった．また，入院科別，退院年度別でも回答例と無回答例の比率はほぼ同じであり，回答例は母集団を代表するものとみなした．

回答例の入院科は，第3内科が22例と圧倒的に多く，以下小児科6例，第2内科4例，神経科精神科3例，第1内科2例であった．退院年度は，入院患者数が，昭和50年代後半にそれ以前の約2倍に増加してきたことを反映し，昭和45～49年7例，50～54年10例，55～59年20例であった．

II．方　法

1．調査方法

昭和60年7月に，任意に作成した質問紙(表4)を，患者本人に郵送し，その返事を分析することにより予後調査を実施した．質問紙は，体型，月経機能，やせ願望，食行動，家庭や社会生活，親への精神的依存，性に対する観念，身体および精神症状，調査時の悩み，治療中の思い出や感想，治療に対する意見や要望などについての質問で構成されている．

2．予後の評価方法

身体機能の回復は，Morgan & Russell[23]の全般改

Table 3. Comparison between responders and non-responders

	responders (n=37)	non-responders (n=47)
subtypes of anorexia nervosa (No)		
primary restrictic type	13	25
primary bulimic type	6	6
secondary restrictic type	16	16
secondary bulimic type	2	0
age at onset (years)		
range (No)		
9−15	17	27
16−18	14	12
19−23	6	8
mean±SD	15.4±2.8	15.5±2.9
lowest body weight		
(% of standard body weight)		
range	46−80	47−80
mean±SD	64.2±9.6	61.0±8.9
duration of follow-up (years)		
range	0.6−14.2	0.9−15.0
mean±SD	6.3±3.9	6.3±4.1

Table 4. Summary of questionnaires

1. body weight and body height.
2. menstrual function.
3. concern about body shape.
4. eating behaviors.
   appetite, food refusal, binge-eating, vomiting, food capriciousness, etc.
5. resistances to marriage, pregnancy and sexual behaviors.
6. familiar adjustment and parent-child relationship.
7. social adjustment.
8. physical symptoms.
9. psychological symptoms.
10. impressions during illness and requests to the treatment.

善分類 general outcome category を用いて評価した．評価基準は，体重が標準体重の±15%以内にあり，月経が順調な例を良好，標準体重の 85%未満のやせ及び月経障害のある例を不良，その中間を軽快とした．

予後判定は，独自の判定基準を用い，体重，月経ともに回復し，食行動でも小食，過食がなく，体型に関するこだわり，精神症状および適応不全の全くないものを治癒と判定し，低体重，月経機能障害，体型に関するこだわりおよび小食や過食といった食行動異常を認めるものを未治と判定した．その中間を軽快とし，さらに家庭や社会生活の満足していないのを適応不全群として，その他の軽快例と分類した．

3．統計学的処理

人数の比較には，カイニ乗検定および Fisher の直接確率計算法を用い，平均値の比較には t 検定を用い，危険率 5 %以下を有意とした．

成　　績

I．調査時の状態像

調査時に死亡が判明したのは 1 例であった．死亡例は，後で症例を提示することにして，以下はその死亡例を除いた 36 例の，調査時の状態について示す．調査時年齢は，22.8±5.5 歳であった．

1．体重と月経機能

体重の回復では，22 例(61.1%)が標準体重の±15%以内の正常範囲内にあり，13 例(36.1%)が標準体重の 85%未満のやせを呈しており，そのうち 6 例(16.7%)では標準体重の 80%未満であった．標準体重の 115%以上の肥満を呈していた例は 1 例(2.8%) のみであった．

月経機能では，26 例(72.2%)がほぼ規則的に月経があり，2 例(5.6%) は非常に不規則で，8 例(22.2%)が無月経であった．体重が標準体重の 85%以上に回復した後も，月経が不規則あるいは無月経の例が 4 例認められ，逆に，標準体重の 85%未満で，規則的に月経がある例が 7 例認められた．

全般改善分類[23]に当てはめてみると，全体では，良好は 18 例(50.0%)，軽快は 12 例(33.3%)，不良は 6 例(16.7%) であった．

2．体型に関するこだわり

体型に関するこだわりについては，調査時の体重，身体像の自己評価，やせ願望，理想体重を総合して評価した．

身体像では，調査時体重が標準体重の 85%未満でありながら，丁度いい，太っていると認識していたのは 6 例で，調査時体重が標準体重の 85%以上 100%未満

Table 5. Comparison of symptoms according to follow-up duration

symptoms	> 4 years (n=14)	≦ 4 years (n=22)
body weight below 85%	7	6
menstrual disturbances***	9	1
concern about body shape	7	5
eating behaviors		
restrictic type	1	5
bulimic type	4	4
borderline type	7	7
normal type	2	6
resistances to marriage	5	5
resistances to sex	8	7
social discontents	3	5
familiar discontents	5	3
psychological dependences	10	11
physical symptoms		
constipation	9	9
others	3	10
psychological symptoms		
depressed mood*	10	6
others	8	8
prognosis**		
cured	0	9
improved	10	9
poor (incl. death)	4	5

*: $p<0.05$. **: $p<0.01$. ***: $p<0.001$.

でありながら太っていると認識していたのが4例あり，これら10例を，身体像の歪みがあると判定した．

やせ願望は，調査時体重が標準体重の85%未満で2例が抱いており，5例はこのままの体重でいいと回答していた．85%以上100%未満では7例にやせ願望がみられ，そのうち5例は，理想体重が標準体重の85%未満であった．100%以上の6例は，全例太っていると認識し，やせ願望を抱いていたが，理想体重は標準体重の85%以上であった．

調査時，標準体重の85%未満のやせの状態でありながら，このままの体重でいい，太っているからさらにやせたいと回答した重度の体重恐怖ややせ願望を抱いている7例と，調査時は標準体重の85%以上であるが，理想体重を標準体重の85%未満に設定している重度のやせ願望を抱いている5例の計12例を体型に関するこだわりがあると評価した．

自己の最低体重には，全例戻りたくないと回答していた．

3．食行動

食欲に関しては，旺盛6例，普通23例，むら食い7例で，食欲不振と回答した例はなかった．欠食は，しばしばするのが5例，時々するのが7例で，8例が食事量が少ないと評価しており，6例が時々ダイエットしていると回答していた．4例がしばしば過食し，17例がたまに過食し，7例で嘔吐を認めた．12例で間食依存を認め，5例で激しい偏食，8例で食事内容の偏りを認めた．6例では，他人といっしょに食事をすると不安を感じるといった共食障害がみられた．食行動異常を自覚していたのは9例のみであった．

これらの食行動パターンを総合して，小食型，過食型，境界型，正常型の4型に分類した．小食型は，小食，欠食を主症状とするもので，過食型は，過食や嘔吐があり，食事量が不規則な食行動を特徴とするものとした．境界型は過食，小食などの重度の食行動異常はないが，偏食や間食依存などを認めるもの，正常型は食行動異常を全く認めないものとした．その結果，小食型は6例，過食型は8例，境界型は14例，正常型は8例であった．

4．性に対する観念

結婚については，退院時には全例未婚であったが，予後調査時には10例が結婚しており，1例は既に離婚していた．既婚の9例はいずれも結婚生活に満足しており，そのうち4例が既に出産し，2例が妊娠中であった．妊娠していない3例は，いずれも結婚後2年以内であり，2例は挙児を希望しており，1例はどちらでもよいと回答している．26例は未婚で，30歳以上で未婚は3例であった．17例は将来ぜひ結婚したいと回答しており，9例はどちらでもよいと回答しており，積

Table 6. Comparison of symptoms according to outcome

symptoms	cured (n=9)	improved		poor (n=8)
		other (n=10)	maladaptation (n=9)	
body weight below 85%*	0	4	1	8
menstrual disturbances	0	4	2	4
concern about body shape	0	4	1	7
eating behaviors				
restrictic type	0	2	0	4
bulimic type*	0	1	4	3
borderline type	3	6	4	1
normal type*	6	1	1	0
resistances to marriage**	1	0	6	3
resistances to sex	0	6	4	5
social discontents***	0	0	5	3
familiar discontents***	0	0	5	3
psychological dependences*	3	5	5	8
physical symptoms				
constipation	2	6	3	7
others	1	4	5	3
psychological symptoms				
depressed mood***	0	3	6	7
others**	0	4	7	5

cured and improved (other) vs. improved (maladaptation) and poor.
*: $p<0.05$. **: $p<0.01$. ***: $p<0.001$.

極的に結婚を拒否する例はなかった．離婚1例と未婚例で積極的に結婚を希望していない9例の計10例(27.8%)を，結婚に対する抵抗ありと評価した．

性行動に対して嫌悪感や抵抗を感じると回答したのは，既婚者で3例，離婚者1例，未婚者で11例の計15例(41.7%)であった．

結婚，出産，性行動に対して全く抵抗を感じていないのは17例(47.2%)であった．

5．家庭生活

家庭生活に不満を抱いているのは8例であり，3例が父親と，3例が母親と，2例が両親との関係が不良であると回答していた．

精神的に親にまだ依存していると回答したのは21例(58.3%)であった．

6．社会生活

調査時，15例は学生であった．その内訳は，中学生1例，高校生7例，短大生1例，専門学校生1例，看護学校生1例，大学生4例でそのうち1例は公務員をしながら夜間大学に通学していた．15例は定職についており，大部分が会社員であったが，保母，看護婦，栄養士，デザイナーが各1例づついた．4例は専業主婦で，3例は無職であった．学生以外の例の最終学歴は，高卒6例，短大卒4例，専門学校卒3例，大卒1例で，高校，短大，専門学校中退が各1例認め，4例は不明であった．

8例(22.2%)が社会生活に不満を抱いており，3例は友人関係がうまくいかないと回答し，1例は全く社会に出れないと回答していた．

7．身体症状

身体症状としては，便秘が18例と最も多くみられ，2例に下剤乱用を認めた．次いで，肩こり10例，頭痛7例，腹痛2例を認め，全く身体症状を訴えていないのは11例であった．

8．精神症状

精神症状としては，16例に抑うつ気分，10例にイライラ感，9例に不安感，3例に不眠を認め，1例に暴力と盗癖を認めた．全く精神症状を訴えていないのは16例(44.4%)であった．

II．予　後

1．予後判定

予後判定の結果，治癒9例(24.3%)，軽快19例(51.4%)，未治8例(21.6%)，死亡1例(2.7%)であった．軽快例をさらに分類した結果，適応不全群は9例で，それ以外の10例の内訳は，低体重を主症状とするのが4例，無月経のみがみられたのが1例で，身体面は回復しているが体型に関するこだわりを主に抱いているのが4例，過食を主症状とするのが1例であった．

2．短期予後と長期予後との比較

追跡期間が4年以上の長期の23例と4年未満の短期の14例の予後および調査時の各症状を比較して表5に示した．この結果，予後では，4年以内に治癒にいたった例はなく，有意差検定でも，4年以上経過している例の方が危険率1%以下で有意に治癒が多かった．

症状では，4年以上経過している例の方が有意に月経障害，抑うつ気分が少なかった．全般改善分類[23]を用

Table 7. Comparison of symptoms according to general outcome category

symptoms	good (n=18)	intermediate (n=12)	poor (n=6)
concern about body shape	4	4	4
eating behaviors			
restrictic type	1	3	2
bulimic type	4	3	1
borderline type	7	4	3
normal type	6	2	0
resistances to marriage	6	2	2
resistances to sex	6	4	5
social discontents	4	3	1
familiar discontents	3	3	2
psychological dependences	8	8	5
physical symptoms			
constipation*	4	8	6
others	7	5	1
psychological symptoms			
depressed mood*	5	7	4
others	7	8	1

good vs. intermediate and poor. *: $p<0.05$.

いて，良好と軽快，不良および死亡間で有意差検定を行った結果でも，追跡期間が4年以上の例の方が有意に良好が多かった．

3．慢性例の概略

退院後4年以上経過しながら未治のままである4例を慢性例とした．1例は退院後4年5ケ月経過した調査時27歳の二次性過食型の例で，1度結婚したが子供をつくる前に離婚し，調査時過食，嘔吐を主訴にして某大学病院入院中であった．残りの3例は，退院後10年以上経過しており，1例は，調査時31歳の一次性過食型の例で，症状は自我親和的なものになっており，未婚のまま母親との共生的生活を続けており，1例は，調査時32歳の二次性不食型の例で，結婚し妊娠しており，過食や嘔吐はみられないが，抑うつ気分や対人関係の障害を認め，全く社会に出れない状態であり，もう1例は，調査時34歳既婚の二次性不食型の例で，嘔吐を繰り返し，多彩な精神症状に悩んでいた．

4．死亡例の概略

13歳で発症，22歳で当院を初診し，長期間入院したが治癒にいたらず，31歳で死亡した二次性過食型女性例の経過の概略を示す．

現在の親に養女として育てられ，幼小児期は健康，活発で，偏食もなかった．13歳の時に，養女であることを知らされ，その頃発熱し，結核を疑われ抗結核剤の投与を受けた後より，食欲不振，全身倦怠感を訴え，体重は50 kgから45 kgに減少した．以降体重減少は止まったが，米飯，肉類を食べることを拒否し，麺類，野菜しか食べなくなった．高校3年の夏，発熱後食欲不振増強し，食後の嘔吐も出現するようになった．体重は30 kgにまで減少し，無月経となった，近医院に入院するも軽快せず，低体重のまま高校を卒業し，一時期過活動の時期を認めたが，家で臥床がちの生活を送っていた．20歳よりアルバイトを始め，22歳に勤務時間が長くなった頃より，食欲不振，嘔吐，全身倦怠感，頭痛などが増強し，近医院に入院．昭和49年，検査目的で当院放射線科に入院となった．そこで，神経性食思不振症と診断され，嘔吐とやせを主訴にして第3内科に転科となった．やせ願望は訴えなかったが，病識は乏しく，転科後も嘔吐が持続していた．検査の結果，嘔吐の原因として，上腸間膜動脈症候群が疑われた．そのため，第2外科に転科し，十二指腸転移術を受けた．その後，再び第3内科に転科し，行動療法

Table 8. Comparison of symptoms according to anorexia nervosa's subtypes

symptoms	restrictic type		bulimic type	
	primary (n=13)	secondary (n=16)	primary (n=6)	secondary (n=1)
body weight below 85%	3	6	3	1
menstrual disturbances	4	4	2	0
concern about body shape*	4	3	5	0
eating behaviors				
restrictic type	2	2	2	0
bulimic type*	2	2	3	1
borderline type	6	7	1	0
normal type	3	5	0	0
resistances to marriage	6	3	1	0
resistances to sex	7	4	3	1
social discontents	4	2	1	1
familiar discontents	3	2	3	0
psychological dependences	7	9	4	1
physical symptoms				
constipation	7	4	4	1
others	4	7	1	1
psychological symptoms				
depressed mood	7	4	4	1
others	5	7	3	1
prognosis*				
cured	4	5	0	0
improved	7	9	3	0
poor	2	2	3	1

restrictic type vs. bulimic type. *: $p<0.05$.

を受けるが，術後も嘔吐を消失せず，偽性バーター症候群を呈していた．結局，計1年半に及ぶ長期入院後，体重38 kgで，嘔吐も治癒しないまま退院となった．以後，車酔いして通院できないことを理由に治療を拒否し，ほとんど家庭内だけの生活を続けていた．一時期アルバイトに行けるほど軽快したが，再び悪化し，昭和58年，近医の往診で点滴を受けながら，自宅で栄養失調のため衰弱死した．

5．予後不良例に特徴的な症状

軽快例のなかの適応不全群を適応面での未治とみなし，未治例と適応不全群といった予後不良例に特徴的な症状を抽出するために，治癒例とその他の軽快例といった予後良好例の調査時の症状と比較して表6に示した．その結果，低体重，過食，結婚に対する抵抗感，親への精神的依存，抑うつ気分およびその他の精神症状が，適応不全群，未治で有意に多かった．

6．身体面の改善と他の症状との関連

全般改善分類[23]により，身体機能の回復した良好と他の軽快および不良の2つにおける各症状を比較し，表7に示した．その結果，身体面の回復例では，便秘と抑うつ気分が有意に少なかった．

Ⅲ．予後予測因子

予後を規定する因子を抽出するために，入院時の病型，発症年齢，最低体重別に予後を比較した．

1．病　型

病型別の予後および調査時の症状を表8に示した．この結果，不食型と過食型では，治癒，軽快と未治間で，5％以下の危険率で有意差を認めた．追跡期間が4年以上の例のみで比較してみても，同様の結果であった．つまり，過食型は有意に予後不良であるといえる．症状では，体型に関するこだわりと過食が，有意に過食型で多かった．

一次性と二次性間では，予後および全ての症状で有意差を認めなかった．

2．発症年齢

発症年齢別による予後を，15歳以下と16歳以上で比較して表9に示した．この結果，有意差を認めなかった．

3．最低体重

最低体重が，標準体重の60％未満の14例と60％以上の23例の予後を比較して，表9に示した．この結果，最低体重でも有意差を認めなかった．

Ⅳ．患者が自由に記入したこと

詳しく記載してくれていたのは23例で，調査時も未治のまま苦しんでいたり，長期間経過し問題を持っていない例からの回答は少なく，その中間からの回答が多かった．自由に記入してくれた内容を，調査時の悩み，病中，治療中の感想，発症原因，病中の心理状態，改善理由，治療に対する提言に区分して以下に示した．

1．調査時の悩み

肥満，無月経，立くらみなどの身体面や過食，嘔吐などの食行動に関する悩みとともに抑うつ，イライラ，自信欠乏，女性としての生き方，育児の心配など精神面に関する悩みも多く記載されていた．しかし，やせを悩みに挙げている例はなかった．

2．病中，治療中を振り返っての感想

一次性では，「どうして病気の時には食べなくて頑張っておれたのか不思議だ」という感想が多い．全般に，「やせた身体は得たが，それ以上に大事なものをなくしてしたった」と後悔している例が多くみられた．約半数は，入院してよかったと治療者に感謝している反面，入院の苦しさのみを挙げている例もあった．「治療者が怖かった」と記載しているのが3例あったが，「また叱ってほしい」と述べており，きびしさを不満とは思っていないようである．

3．発症原因

発症原因として記載されていたことは多彩で，一定の原因はみられなかった．家庭を原因に挙げていたのは4例で，「母親との不仲」，「父親への愛のために母親に対して嫌悪感を抱いていた」，「母親に対するコンプレックスがありかまってもらいたくて食べなかった」などの回答がみられた．一次性過食型の31歳の未婚例に

Table 9. Comparison of outcome accordig to age at onset and lowest body weight

	cured	improved	poor (incl. death)
age at onset			
≦ 15 years old	6	6	5
≧ 16 years old	3	12	5
lowest body weight			
≧ 60% of standard body weight	2	7	5
＜ 60% of standard body weight	7	11	5

ついて詳記すると,「美しくなりたいと思いやせだしたが，その根本的要素として，母親と分離したくないこと，母親の男性不信が，自分のセックスに対する嫌悪感につながっており，女性であることにも嫌悪感を抱き，中性を希望している．病気や世間に甘えて10年以上も自分で完治することを拒んでいる」と考察している．他に,「学業不振」,「外部からのストレスで精神状態が不安定になると食事量も減少する」,「下宿して一人で食事をするようになって淋しかった」ことなどを原因に挙げている．しかし，未だに原因がわからないと回答している例も多かった．

4．病中の心理状態

全病型で，病感が乏しかったという記載が多く，一次性不食型では,「病気だという感じがなく，周りが何を言っても耳に入らず，ただ太るのが怖かった」と回答している例が多かった(7例中5例)．しかし，他の病型では一次性不食型でみられた体重恐怖のような特徴的な傾向はみられなかった．精神面では，心の奥に重い石を乗せたような状態，自己嫌悪，感情のない人間，抑うつ，無気力などうつ状態であったことをうかがわせる回答が多くみられた．他に，自分自身を見失っていたり，他人のことが気になって関係念慮にまでいたっている例もみられた．

5．改善理由

「嫌々ながらも食事を食べたこと」「体重が増えてきたら治療意欲がでてきた」など食事摂取や体重増加を改善理由に挙げているのが5例にみられた．また,「治療者に希望と目標を与えてもらった」「自分が愛されているという満足感が必要」「入院が人生の軌道修正になった」など治療者との対話を通して改善が得られたと回答した例が5例にみられた．1例は両親の協力を改善理由に挙げている．反面,「入院中はどんな治療を受けたかわからない．自分自身がこのままではいけないという自覚を持ったり，人生の目標をみつけなければ治らない」と入院治療に対して否定的で，自力で改善したというのが5例にみられた．具体的な記載は少なかったが，時間の経過による精神的成長や両親への甘えをなくすことが挙げられており，22歳の一次性不食型の例は,「進学して落ちこぼれというコンプレックスから解放され，恋人に女性としての価値を気づかせてもらい，やりたい仕事も見つかり，体重以外のことで人生には楽しいことやおもしろいことがいっぱいあることがわかった」と自力で同一性を確立し，治癒にいたったことを強調していた．

6．治療に対する提言

対話により「やせること以外にも人生に楽しいことがあることに気づかせる」など医師患者間のコミュニケーションの充実をはかるといった精神療法的アプローチとともに，体重維持のための正しい食事指導などの教育的アプローチを希望する例がみられた．さらに,「神経性食思不振症の会を作ってほしい」などの集団療法的なアプローチや長期の経過観察を期待する提言がみられた．

考　　察

神経性食思不振症の予後調査は，1953年Kay[16]が行って以来，欧米を中心に数多くの報告がみられている．本邦でも，1962年に，西川ら[27]が報告して以来いくつかの予後調査[28)~31)]が行われている，しかし，初期の報告では，診断基準の定義が不明確であったり．追跡期間が短かかったり，体重のみを指標にして予後を判定していたりするなどの問題点がみられている．そのため，診断基準が明瞭で，予後を体重のみではなく，心理社会的機能も評価してある報告と比較した．

全般改善分類[23]を用いて，今回の追跡期間が4年以上の症例と他の4年以上経過をみた報告[23)~26)]と比較し表10に示した．良好と軽快，不良(死亡を含む)間で有意差検定を行った結果，今回の成績は，Morgan &

Table 10. Comparison of general outcome category results of five studies

	good	intermediate	poor (incl.deaths)	χ^2 test
Morgan and Russell (1975)	16	12	13	$p<0.05$
Hsu et al. (1979)	48	30	22	N.S.
Morgan et al. (1983)	45	15	16	N.S.
Hall et al. (1984)	18	18	13	$p<0.05$
present study (1987)				
follow-up duration				
< 4 years	3	6	5	$p<0.05$
≧ 4 years	15	6	2	-

good vs. intermediate and poor.

Russell[23]や Hall ら[26]の報告と比較して，危険率5％以下で有意に良好であった．この差は，月経機能の回復が，今回の調査では1例が無月経であった以外は全て規則的に回復していたのに対して，Morgan & Russell では改善率が50%，Hall らは64％と低かったことによるものと考えられる．体重の回復ではほぼ同一の比率であった．Dally ら[5]が報告しているように時間の経過とともに身体機能は改善されていく傾向がみられたが，追跡期間が4年未満で良好例は21.4％と低く，体重および月経機能の回復には数年を要することが明らかになった．

予後に関しては，個々の症状については検討されているが，それらを総合して判定し，治癒率を示してある報告は少ない．Garfinkel ら[20]は，体重，食習慣，月経機能，社会適応，就学就業適応の5項目でそれぞれ点数化し，その総合点によって予後を判定し，治癒率は16.7％であったと報告している．東ら[30]は，Garfinkel らと同様の判定基準を用いて，43.6％の治癒率であったと報告している．また，Bruch[2]は，予後判定基準については記載していないが，32.5％が治癒したと報告している．今回の調査と同様の治癒判定基準を用いた報告では，Becker ら[21]は，2～5年の追跡期間で18.8％の治癒率であったと報告しており，本邦における末松ら[28][29]の全国調査では，各主治医による判定ながら，33～44％の治癒率であった．今回の成績では，追跡期間が4年未満では治癒例がなく，追跡期間が4年以上の長期予後でも39.1％と低い治癒率で，他の報告とほぼ類似の治癒率であった．Theander[17]は，44％治癒したが，その半数は，治癒に至るまで3年以上経過しており，井上ら[31]も，治癒には平均4.1年必要と報告している．軽快例の適応不全群のように，身体的には回復しても，心理社会的機能の回復していない例が多くみられており，神経性食思不振症者が全ての症状が消失して治癒に至るには，身体面の改善がなされた後もさらに数年の年月を要することが明らかになった．

死亡は，栄養失調による1例のみで，自殺による死亡はなかった．死亡率は2.7％で，末松ら[28][29]の全国調査とほぼ同頻度であった．欧米の報告[16]～[26]では，0～18％と幅広い死亡率で，自殺による死亡も多く，長期の追跡調査の方が死亡率が高い傾向がみられた．Theander[18]は，同一対象を2度予後調査し，最初の調査時に重度の神経性食思不振症の状態であった7例のうち，12年後に再調査した時，2例が神経性食思不振症で死亡し，2例が自殺していたと報告している．今回の調査でも，10年以上未治のまま経過している慢性例が3例あり，今後死亡率が高くなることも予想される．さらに，Theander[17]が，1年以上安定した状態が続いた後11例が再発したと報告しているように，治癒した後数年して，再発する危険も残されている．

以上，神経性食思不振症では，身体面の回復に数年を要し，精神面を含めた治癒に至るには最低4年間必要であり，それでも完治に至る例は約3分1にすぎず，慢性化したり死亡する例も少なくないことより，神経性食思不振症の予後は，決して楽観できるものではないことが明らかになった．

次に，神経性食思不振症の病型分類について考察する．本症では，過食を呈する群と呈さない群があり，最近では，過食を呈する群と不食のみを呈する群とは別のグループではないかとする考え方がみられている．Beaumont ら[35]は，減食者と嘔吐－下剤乱用者とに分類し，Russell ら[36]は神経性過食症という名称を生みだしている．Casper ら[37]および Garfinkel ら[38]によれば，全体の半数近くに過食がみられ，過食者は抑うつ的不機嫌をともなうことが多く，攻撃依存傾向や行動化も出現しやすく，家庭や社会での適応に支障をきたすことが多く，不食者とは別のグループと考えられると報告している．木下[39]も，過食を呈する多彩型と不食のみの単一型では，対人関係，親子関係とも異なっていると指摘している．また，Garner ら[40]や Fairburn ら[41]は，神経性食思不振症の過食型は，その不食型よりも体重減少をともなわない過食症の方に類似していると報告している．予後調査でも，過食を呈していた例は，過食のない例より予後不良であるという報告が多い．今回の成績も，過食型の方が有意に未治例が多く，7例中3例が慢性あるいは死亡型であった．笠原[42]らが指摘しているように，結婚に対する抵抗感など女性性拒否の心理機制はみられず，不食型よりも体型に関するこだわりが強く認められた．つまり，予後の面からも，過食型と不食型という病型に分類することは有用であることが示唆された．しかし，入院時に不食型であった15例は，予後調査時に時々以上の頻度で過食しており，長期経過後に新たに過食を呈する例もみられ，不食型と過食型を明瞭に区別することは危険と考えられる．現在，神経性食思不振症の中核群については，ほぼ特有の症状，精神病理を認める一つの疾患とされている．しかし，過食型では，食行動以外の症状も多彩で，まだ不明の部分が多く残されている．斎藤[11]は，過食はアルコール依存症と類似の嗜癖的食行動で，境界人格構造をもち予後が悪いと指摘しており，Halmi ら[43]は，過食者は，より精神病的で混沌としたグループであるとしているように，今後，体重減少をともなわない過食症を含めて詳細な検討が必要と考えられる．

末松ら[28)29)]は，厚生省研究班の診断基準の中核群と周辺群では，中核群の方が予後不良であると報告している．今回の一次性はほぼ末松らの中核群に相当するものであるが，一次性と二次性の間では，予後，症状ともに有意差を認めず，長期的にみた場合，やせ願望の有無による病型分類の意義は乏しかった．

馬場ら[44)]は，発症年齢により前思春期群と思春期群に分類し，予後調査でも，Bruch[2)]，Crisp[3)]，Halmiら[19)]，末松ら[28)29)]は，15歳以下の若年発症例は予後がいいと報告している．一方，Swift[45)]は若年発症例の予後を報告した7つの文献を論評し，発症年齢と予後との関係はないと報告し，Hawley[46)]も同様の報告をしている．今回の成績でも，発症年齢と予後との関係を認めず，発症年齢による病型分類の意義は乏しいと推測された．また，最低体重も，低いのは予後が不良であるという報告があるが，今回の成績では関連がなかった．つまり，体重減少の程度による分類の意義も乏しいと考えられた．

次に，神経性食思不振症の心理的病態について考察する．今回の予後調査の結果，未治例とともに適応不全群を予後不良例とみなした．未治例と適応不全群の違いは，体重と体型に関するこだわりの差異に基づくものだけであった．未治例では，全例でやせが持続し，身体像の歪みをともなった体重恐怖を抱いていたのが特徴的であったのに対して，適応不全群では，体重はほとんど全例正常範囲内に回復しており，軽度のやせ願望を抱いている例はみられたが，身体像の歪みをともなった体重恐怖を抱いている例はなかった．適応不全群が9例抽出されたことは，体重恐怖を解決し，身体面の改善が得られた後も，適応不全や精神面の問題を残す例が少なくないことを示唆している．この群では，病中にはやせなどの表面に出ていた症状のために背後に隠されていた心理的病態が，身体症状の改善とともに顕在化してきた，あるいは，精神症状が難治化してとり残されたことが推測される．予後不良例でみられた精神症状は，本症の心理的病態の核心をついていることが推測される．そのような仮説に基づき，予後不良例に共通して有意に多くみられた結婚に対する抵抗感，親への精神的依存，家庭や社会生活での適応不全，抑うつ気分およびその他の精神症状といった精神的な問題を考察することにより，本症の心理的病態の解釈を試みた．

病中の精神病理の一つとして，女性性拒否や成熟拒否といった性的同一性の障害が指摘されている．他の予後調査[22)~24)]でも，17～28%が異性との接触を避け，性欲を否認するなど性心理的機能の障害を呈していたと報告されている．今回の成績でも，結婚，妊娠，性行動のいずれかに対する抵抗感を抱いている例は52.8%に認められ，本症における性的同一性の障害は少なくないことが明らかになった．予後別にみてみると，治癒例では，ほぼ全例が性，結婚に対する抵抗感を抱いておらず，性心理的機能の障害は認められなかった．適応不全群以外の軽快例では，性に対する抵抗感は抱いているが結婚に対する抵抗感はみられていなかった．未治例，適応不全群といった予後不良例では，性に対する抵抗感とともに結婚に対する抵抗感も多くみられ，特に後者は予後良好例と比較して有意に多くみられた．さらに，そのほとんどは不食型であった．このことから，不食型の予後不良例では，性心理的機能の障害が未解決のまま残されていることに加えて，一般的な対人関係の障害および家庭を築くことや親元を離れることの不安といった家庭病理も内に秘められている可能性が高いと推測された．したがって，本症の性的同一性の障害は，家庭病理や対人関係の障害と密接に関連していることが推測された．

うつ状態は神経性食思不振症の予後と最も関連の深い精神症状である．これまでの予後調査[22)~24)]では，24～46%の頻度で抑うつ症状が報告されている．今回の予後調査でも抑うつ気分は，16例(44.4%)にみられており，未治例および適応不全群といった予後不良例ではほぼ必発であった．予後だけではなく臨床症状でもうつ状態はよく観察されており，今回の自由に記入してもらった内容でも，病中の心理状態が，うつ状態にあったことをうかがわせる記載が多くみられていた．このことは，うつ状態は，予後を規定するだけではなく，本症の中核的症状の一つである可能性を示唆している．このような観点から，感情障害と本症との関連性が注目され，多くの研究[9)10)]が行われている．しかし，うつ状態が全て内因性のうつ病によるものかどうかについては議論のあるところで，まだ結論がでていない．Hallら[26)]は，予後調査で面接による精神科的診断を行った結果，44例中DSM-III[33)]の大うつ病の診断基準を満たしたのが3例のみで，17例は気分変調性障害に該当し，むしろ性格的問題を持った神経症性うつ病である場合が多いことを示唆している．また，笠原[47)]は，内因性のうつ病による抑うつ気分よりも境界例の空虚感，無力感に近い可能性を示唆している．今回の調査では，精神科的面接を行っていないためうつ状態の詳細については不明であるが，社会生活状況から判断すると，ほとんどの例が，定職や学業生活に従事し，表面的な社会適応が良好であったこと，しかしながら，内面では，社会生活に満足していなかったり，友人関係の障害を感じている場合が認められることから，社会生活に支障をきたすほど重度のうつ状態

が少なく，むしろ神経症性の性格と密接に関連したうつ状態である可能性が推測された．この成績はHallらの成績を支持するものである．うつ状態を引き起こす他の要因として，Morganら[23]の報告にみられるように，飢餓症候群によるうつ状態が一部に含まれている可能性がある．今回の結果でも，抑うつ気分を呈していた16例中8例は標準体重の85%以下のやせの状態にあり，身体機能の改善例では，有意に抑うつ気分が少なかった．このことから，一部はやせと関連した身体的要因によるうつ状態があると推測された．いずれの原因によるにせよ，うつ状態が本症の中核的症状の一つである可能性が高く，うつ状態を詳細に検討することは，生物学的にも精神病理学的にも神経性食思不振症の病態の解明に有用と考えられ，今後も重要な研究課題と思われる．

親子関係では，22.2%が，両親いずれかあるいは両方との関係が不良であると自覚しており，暴力をふるっている例もみられた．特に適応不全群では，親に対して攻撃的である一方で精神的に依存しており，親に対する敵意依存関係が特徴的であった．また，未治例では，全例に親への精神的依存がみられており，そのうち1例は，母親と分離したくないために自ら完治することを拒んでいると言語化していた．つまり，親からの分離独立を志しながら，それができずに依存し，ついには病的な母子共生関係に至っていることが推測された．他の予後調査[22)~24)]でも，39～55%の頻度で家族関係の障害が報告されている．このように，母子関係を中心とした家族病理は，本症の核心的な心理的病態の一つであることが推測された．

自律性autonomyの発達という観点に立ってみると，今回の成績から明らかなように，食欲を中心とした食行動における自律性や便通の習慣といった原始的な自律性が障害されている例が多く認められた．さらに，良好な対人関係や社会適応において必要な諸行動を発達した自律性と評価すると，これらの高次元の自律性も障害されている例が少なくなかった．このことは，本症において，自律性の発達障害が，核心的な心理的病態の一つであることを示唆していると考えられる．自律性の発達障害は，母親の矛盾した養育態動によって作られることは，すでにBruch[2]によって指摘されている通りであり，著者[48)49)]も3歳児と5～6歳児の食行動調査を通して確認している．

以上をまとめると，本症の核心的な心理的病態として，A）家族病理や対人関係の障害と密接に関連した性的同一性の障害(不食型)，B）性格面の関与が大きいうつ状態，いわゆる神経症性うつ病の存在，C）母親に対する依存と分離独立を中心とした家族病理の問題およびD）母親の矛盾した養育態度に起因した自律性の発達障害の4つが考えられる．これらの4つの心理的病態間のうち，Dの自律性の発達障害は他の3つのいずれに対しても密接に関連した基本的な病態であるように考えられる．そこで，以下に自律性の発達障害と他の3つの相互関係について考察を加える．まずDとCの関連についてみると，自律性の獲得が不十分であると，親から分離しようとしてもそれができず，そのために親に対して攻撃的になってみたり，逆に全面的に依存するなど，いわゆる病的な母子共生関係が作られ易いことが考えられる．次にDとBの関連をみると，自律性の発達障害は，Bruch[2]も指摘しているように，根深い自己不信となって常時無力感をもたらし，そしてそれが社会適応を困難にし，結果的には神経症性のうつ状態をもたらすようになると考えられる．さらにDとAの関連についてみると，病的な母子共生関係が存在するために両親から異性への対象移行が阻害され，加えて，対人交流を深めるような自律性の発達も不十分であるために異性との交際も成立しにくく，結果的には，性的同一性の獲得に失敗してしまう可能性が高いと考えられる．したがって，自律性の発達障害は，本症における最も基本的な心理的病態と評価しうるように思われる．このような観点に立って本症の成り立ちをみると，患者は，思春期に至って親から分離独立し，自分だけの力で歩き始めようとした時に，まず自律性の獲得が不十分であったことに直面し，次に意識するしないにかかわらず，原始的なレベルで自分自身の身体をコントロールすることによりあらためて自律性の獲得をはかろうとするようにみえる．このような心理的病態を背景として，食欲や体重の制限に向かう病態こそが本症の本質ではないかと考えられる．

最後に，上記で考察した心理的病態と彼女らが自由に記入してくれた内容を参考にして，神経性食思不振症の各段階の治療について提言を行いたい．

著者は治癒の定義を，体重，月経機能，食行動の改善，精神症状や体型に対するこだわりの消失，家庭や社会生活への適応としたが，この基準では4年以内に治癒した例はなく，4年以上経過しても3分の1しか治癒に至っていなかった．また，身体面が改善した後も，精神的な問題を解決しなければ，本当の治癒とはいえず，全ての患者に対して長期間の十分な治療が必要であることが明らかになった．しかし，彼女らが最初に病院を訪れた時は，「今思うと不思議で後悔しているが，やせていた時は病気だという感じがなかった．ただ太るのが怖かった．」と追想していることが多い．このように，精神的な問題を自覚して自ら治療を求め

てくることはまれで，むしろ体重恐怖が強く，体重を増加させることだけを目的とした安易な治療に対しては拒否的なことが多い．井上[31]は，1回受診のみの脱落例が28.1%に達することを報告し，治療導入の困難さを指摘している．そのため，いかにして治療に導入するかということが本症の治療の最初の重要なポイントとなっている．彼女らが回想で，「内面では，自己嫌悪感を抱き，抑うつ的になっており，孤立した状態であった」と記載しているように，治療の導入には，孤立した状態などの支持を求める潜在的な要求を的確にとらえて，受容することが重要であると推測される．

次の段階では，栄養状態の改善を目的とした身体的治療を行う必要がある．回想では，「体重増加とともに精神的に安定し，治療意欲がでてきた」と記載されており，今回の成績からも，身体面の改善は，便通を改善させるとともに，抑うつ気分の改善にも役立ち，精神面にも有効と考えられる．Eckert ら[9]も，体重増加が抑うつ気分の改善に有効であると指摘している．この時に，段階的に食事量を増加し，体重恐怖の脱感作をするような行動療法的配慮も重要なことである．

家族病理の問題解決は困難をともなうが，治癒に至るにはどうしても解決しなければならない課題である．親の協力によって改善したという回想もあり，本症の治療には，親の協力が不可欠のものである．したがって，患者とともに治療初期から家族を治療に参加させ，家族療法を行っていくことが大事である．家族には，患者が自律性を獲得し，自己評価を高めるための援助ができるように指導していかなければならない．

身体的な治療とともに，個人精神療法を並行してやっていくことが必要となってくる．精神面での治療では，対話によって受容し，彼女らの低い自己評価を支持しながら，自律性の発達を促進していくことが目標となってくる．まず，食行動などの原始的な自律性の発達から始めて，順に，対人関係や社会適応といった高次元の自律性の獲得を課題にしていく必要がある．具体的には，食行動における自律性を発達させるために，彼女らが回想で望んでいたように，食事内容についての知識を与えたり，食行動を矯正するような教育的アプローチが必要である．これら原始的な自律性の発達は，身体をコントロールできるといった自信を生じ，さらに次の問題へと目を向ける意欲を生みだすと考えられる．そうして最終的には，自信をもって，自分の責任と決断で行動できるような自律性を持ち，人生にはやせを追求する以外にもっと楽しいことがあるという自覚を持てるようになるまで見守っていく必要がある．

今回の調査で，治癒した患者は，恋人によって女性としての価値を見い出し，社会での役割も確立したと回想しており，自律性とともに社会的ならびに性的同一性の獲得が治癒には必要であることが明らかになった．回想からも明らかなように，単に女性性拒否や成熟拒否についての洞察を得るだけでは無意味であり，洞察し得たことを積極的に行動に移したり，役割を担っていけることが重要であると思われる．既婚者10例の予後をみると，治癒の4例は全例性に対する抵抗感もなかったが，軽快および未治6例中4例は性に対する抵抗感を抱いており，そのうち1例は育児に対する不安を示し，他の1例は離婚していた．この成績は，結婚によって性心理的な成熟がなされるとは限らないことを示唆しており，むしろ結婚によって自律性の獲得を目指したというような「早すぎる自立の試み[50]」に走った症例も含まれていることを示唆していると思われる．真の性的同一性の獲得は，結婚し，子供を養育をすることによって得られるものかもしれないが，そのためには少なくとも結婚以前に自律性の問題を解決しておくことが必要と思われる．

治療の終結について，理想的には，彼女らが治癒に至るまで治療を継続する必要があるのであろうが，治療者側の都合や患者側の脱落により治療が中断してしまうことがある．今回の調査でも予後調査時には半数以上が医療機関にかかっていなかった．しかし，中には精神的な悩みを抱え，治療を希望しているが，何となく病院には来院しにくいという患者がいることが明らかになった．今回の予後調査を契機に数年ぶりで治療を受けにきた症例もみられた．このように，治療関係の維持を希望しながらそれがなせないでいる患者の一群が存在することは，医師－患者間の信頼関係とともに，両者の治療目標の設定が不十分であったことを示唆している．治療目標は，医師－患者間の同意に基づいて設定するものであるが，今回のような予後調査の成績を患者にフィードバックし，はっきりとした治療目標を呈示しておく必要がある．また，神経性食思不振症の会を作ってほしいとの提言もみられた．治療者側は彼女らが治療を求めてきた時にはいつでも応じ，さらに，もっと気軽に治療に参加できるような機会を設けることが今後の課題であるように思われる．

結　　論

1970年～84年の15年間に金沢大学医学部附属病院に初回入院した神経性食思不振症患者37例の予後調査を実施し，以下の成績を得た．

1．Morgan と Russell[23]の全般改善分類を用いた身体面の評価では，良好18例(48.6%)，軽快12例

(32.4%)，不良6例(16.2%)，死亡1例(2.7%) であり，良好例では，抑うつ気分と便秘が有意に少なかった．

2．総合的に判定した予後は，治癒9例(24.3%)，軽快19例(51.4%)，未治8例(21.6%)，死亡1例(2.7%) であった．軽快例で，家庭や社会生活で満足していない適応不全群は9例であった．

3．追跡期間が4年未満の短期予後と4年以上の長期予後との比較では，4年未満の短期予後では治癒した例はなく，長期予後の方が，有意に治癒が多く，全般改善分類[23]でも良好が多く，症状では抑うつ気分と月経障害が少なかった．4年以上未治の慢性例は4例であった．

4．未治，適応不全群では，標準体重の85%未満のやせ，過食，結婚に対する抵抗感，親への精神的依存，抑うつ気分およびその他の精神症状が，予後良好例と比較し有意に多かった．

5．予後予測因子では，過食型は不食型と比較して，有意に未治が多く，体型に関するこだわりや過食も多かった．しかし，やせ願望の有無による分類では予後，症状ともに差がなく，発症年齢や最低体重も予後と関連がなかった．

6．自由に記入してもらった感想では，発症原因は多彩で，病中は体重恐怖が強く，病感がなく，うつ状態であった例が多かった．改善理由としては，身体的回復とともに治療者との対話により人生の目標を得，治らなければならないという自覚を持てるようになったことなどが挙げられていた．調査時にも精神的悩みを持っている例が多くみられ，神経性食思不振症の会を作ってほしいといった要望もあり，長期の治療や経過観察を希望していた．

以上の成績より，神経性食思不振症では，身体面の回復に数年を要し，精神面を含めた治癒に至るには最低4年間必要であり，それでも完治に至る例は約3分の1にすぎず，慢性化したり死亡する例も少なくなく，予後は決して楽観できるものでないことが明らかになった．特に過食型の予後は不良であった．また過食型では，性的同一性の問題よりも体型に関するこだわりが前面に出ており，予後からも不食型と過食型に分ける病型分類は有用であった．心理的病態としてはやせ願望よりも，身体像の歪みをともなった体重恐怖の方が問題で，その背景には，A) 家族病理や対人関係の障害と密接に関連した性的同一性の障害(不食型)，B) 性格面の関与が大きいうつ状態，いわゆる神経症性うつ病の存在，C) 母親に対する依存と分離独立を中心とした家族病理の問題およびD) 母親の矛盾した養育態度に起因した自律性の発達障害の4つが考えられた．これら4つのうち，Dの自律性の発達障害が最も基本的な心理的病態であると推測された．また治療については，導入に際して，表面的な症状にとらわれず，孤立した状態などの支持や治療を求める潜在的な要求を的確にとらえて，受容することが重要ではないかと考えられた．治療は，身体療法，個人精神療法，家族療法を組み合わせることによって，患者の自律性の発達を促進するような方向づけが重要であると考えられた．そのために，気軽に治療に参加できる機会を設け，長期間の治療関係を維持することが重要であると思われた．

謝　辞

稿を終わるに臨み，御指導，御校閲を賜りました金沢大学医学部神経精神医学教室山口成良教授ならびに終始御指導，御助言をいただいた国立療養所金沢若松病院水島典明院長，当教室水野義陽先生，国立療養所北潟病院内科石井陽先生に深く感謝いたします．また，本研究に際し，快く入院病歴を閲覧させていただいた当院第1，第2，第3内科学教室および小児科学教室，そしてアンケート調査に御協力いただいた患者の皆様に深謝いたします．

本論文の要旨は第27回日本心身医学会総会において発表した．

なお本研究の一部は厚生省特定疾患神経性食思不振症調査研究班研究費により行われた．

文　献

1) **Gull, W. W.**: Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). Tr. Clin. Soc. Lond., **7**, 22-28 (1874).

2) **Bruch, H.**: Eating disorders. Basic Books, New York, 1973.

3) **Crisp, A. H.**: Anorexia Nervosa: Let Me Be. Grune & Stratton, New York, 1980.

4) **Garfinkel, P. E. & Garner, D. M.**: Anorexia Nervosa. A multidimensional perspective. Brunner Mazel. Inc., New York, 1982.

5) **Dally, P., Gomez, J. & Isaacs, A. J.**: Anorexia Nervosa. William Heinemann Med. Books, London, 1979.

6) **Bruch, H.**: Death in anorexia nervosa. Psychosom. Med., **33**, 135-144 (1971).

7) **大隈紘子，荒木隆次**：死亡したAnorexia Nervosaの1症例．心身医，**20**, 249-253 (1980).

8) **根岸　鋼，末松弘行**：神経性食思不振症の剖検例．心身医，**26**, 309-316 (1986).

9) **Eckert, E. D., Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Casper, R. C. & Davis, J. M.**: Depression in anorexia nervosa. Psychol. Med., **12**, 115-122 (1982).

10) **Swift, W. J., Andrews, D. & Barklage, N.**

E.: The relationship between affective disorder and eating disorders: A review of the literature. Am. J. Psychiatry, **143**, 290-299 (1986).

11) 斎藤 学: アルコール依存症と摂食障害. 臨床精神医学, **13**, 1209-1216 (1984).

12) Hsu, L. K. G., Meltzer, E. S. & Crisp, A. H.: Schizophrenia and anorexia nervosa. J. Nerv. Ment. Dis., **169**, 273-276 (1981).

13) 高柳 功, 小宮山徳太郎: 分裂病症状を呈した Anorexia Nervosa の1既報告例. 精神医学, **19**, 255-261 (1977).

14) 友成久雄, 早稲田芳男: 拒食・やせと分裂病様状態を呈する小児の1例について. 精神医学, **20**, 185-192 (1978).

15) 白石博康, 小泉準三, 竹内龍雄, 宮本真理: Anorexia Nervosa と精神分裂病の両症状を呈した1臨床例. 臨床精神医学. **12**, 761-768 (1983).

16) Kay, D. W. K.: Anorexia nervosa: A study in prognosis. Proc. R. Soc. Med., **46**, 669-674 (1953).

17) Theander, S.: Anorexia servosa: A psychiatric investigation of 94 female patients. Acta Psychiat. Scand., Suppl, **214**, 1-194 (1970).

18) Theander, S.: Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. J. Psychiat. Res., **19**, 493-508 (1985).

19) Halmi, K. A., Brodland, G. & Loney, J.: Prognosis in anorexia nervosa. Anna. Intern. Med., **78**, 907-909 (1973).

20) Garfinkel, P. E., Moldofsky, H. & Garner, D. M.: Prognosis in anorexia nervosa as influenced by clinical features, treatment and self-perception. Can. Med. Assoc. J., **117**, 1041-1045 (1977).

21) Becker, H., Körner, A. & Stöffler, A.: Psychodynamics and therapeutic aspects of anorexia nervosa-A study of family dynamics and prognosis. Psychother. Psychosom., **36**, 8-16 (1981).

22) Sturzenberger, S., Cantwell, D. P., Burroughs, J., Salkin, B. & Green, J. K.: A follow-up study of adolescent psychiatric inpatients with anorexia nervosa. J. Am. Acad. Child Psychiatry, **16**, 703-715 (1977).

23) Morgan, H. G. & Russell, G. F. M.: Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients.Psychol. Med., **5**, 355-371 (1975).

24) Hsu, L. K. G., Crisp, A. H. & Harding, B.: Outcome of anorexia nervosa. Lancet, i, 61-65 (1979).

25) Morgan, H. G., Purgold, J. & Welbourne, J.: Management and outcome in anorexia nervosa. A standardized prognostic study. Br. J. Psychiatry, **143**, 282-287 (1983).

26) Hall, A., Slim, E., Hawker, F. & Salmond, C.: Anorexia nervosa: Long-term outcome in 50 female patients. Br. J. Psychiatry, **145**, 407-413 (1984).

27) 西川光夫, 会田正道, 屋形 稔, 竹本吉夫, 菅原真, 佐々木英夫, 植村末哉, 堀 新二, 勝又黎子, 育木和夫, 草間光俊, 鈴木芳郎, 近藤 隆: るい痩ー特に Anorexia nervosa の鑑別診断とその予後ー. 日本臨床, **20**, 837-848 (1960).

28) 末松弘行, 久保木富房, 伊藤たか子, 和田迪子: 神経性食欲不振症の予後に関する集計的研究. 心身医, **23**, 23-30 (1983).

29) 末松弘行, 久保木富房, 伊藤たか子: 神経性食思不振症の転帰調査. 厚生省特定疾患神経性食思不振症調査研究班, 昭和60年度研究報告書, 21-29 (1986).

30) 東 淑江, 大石まり子, 中村このゆ, 竹内和子: 神経性食思不振症の予後調査. 厚生省特定疾患神経性食思不振症調査研究班, 昭和60年度研究報告書, 102-110 (1986).

31) 井上洋一, 藤本淳三, 北村陽英, 榎本良廣, 木村文隆, 豊永公司, 窪田直美, 館 直彦, 山本 晃, 西村 健: Anorexia Nervosa の経過と予後についてー22年間の212症例よりー. 児精医誌, **27**, 296-309 (1986).

32) Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. & Munoz, R.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiatry, **26**, 57-63 (1972).

33) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. APA, Washington, D. C., 1980.

34) 平田幸正: 肥満とるいそうー内科の立場からー. 臨床と研究, **49**, 2762-2766 (1972).

35) Beumont, P. J. V., George, G. C. W. & Smart, D. E.: 'Dieters' and 'vomiters and purgers' in anorexia nervosa. Psychol. Med., **6**, 617-622 (1976).

36) Russell, G.: Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol. Med., **9**, 429-

448 (1979).

37) **Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberger, S. C. & Davis J. M.**: Bulimia. Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. Arch. Gen. Psychiatry, **37**, 1030-1035 (1980).

38) **Garfinkel, P. E., Mordofsky, H. & Garner, D. M.**: The heterogenity of anorexia nervosa. Bulimia as a distinct subgroup. Arch. Gen. Psychiatry, **37**, 1036-1040 (1980).

39) **木下悦子**：思春期神経性無食欲症の研究－摂食障害の臨床的経過によって類型化された症例群と各症例群の精神力動的特徴－. 精神経誌, **87**, 601-633 (1985).

40) **Garner, D. M., Garfinkel, P. E. & O'Shaughnessy, M.**: The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. Am. J. Psychiatry, **142**, 581-587 (1985).

41) **Fairburn, C. G. & Cooper, P. J.**: The clinical features of bulimia nervosa. Br. J. Psychiatry, **144**, 238-246 (1984).

42) **笠原敏彦, 安田素次, 林下忠行, 小山　司, 深津亮, 山内俊雄**：過食症(Bulimia) の臨床的検討－症候学的特徴について－. 精神経誌, **87**, 521-545 (1985).

43) **Halmi, K. A. & Falk, J. R.**: Anorexia nervosa. A study of outcome discriminators in exclusive dieters and bulimics. J. Am. Acad. Child Psychiatry, **21**, 369-375 (1982).

44) **馬場謙一**：神経性食思不振症－概念, 分類, 治療－. 季刊精神療法,**7**, 12-19 (1981).

45) **Swift, W. J.**: The long-term outcome of early onset anorexia nervosa. A critical review. J. Am. Acad. Child Psychiatry, **21**, 38-46 (1982).

46) **Hawley, R. M.**: The outcome of anorexia nervosa in young subjects. Br. J. Psychiatry, **146**, 657-660 (1985).

47) **笠原　嘉, 本城秀次**：Anorevia Nervosa の心理的側面－最近の話題を中心に－. 児精医誌, **26**, 163-182 (1985).

48) **牧田治朗, 水島典明, 水野義陽, 山口成良, 石井陽**：3才児の食行動調査. 厚生省特定疾患神経性食思不振症調査研究班, 昭和60年度研究報告書, 77-89 (1986).

49) **牧田治朗, 水島典明, 水野義陽, 山口成良, 石井陽**：保育園児の食行動調査. 厚生省特定疾患神経性食思不振症調査研究班, 昭和61年度研究報告書, (1987).

50) **大野　裕**：治療者の休みと患者の反応－摂食障害者の病的水準の違いと"早すぎる自立の試み"との関連で－. 精神分析研究, **27**, 145-156 (1983).

A Study of Prognosis in Anorexia Nervosa

Haruo Makita, Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Kanazawa University, Kanazawa 920
－J. Juzen Med. Soc., **96**, 756－772 (1987)

Key words: anorexia nervosa, prognosis, general outcome category, autonomy

Abstract

Thirty-seven female patients with anorexia nervosa who had been admitted to Kanazawa University Hospital between 1970-1984 were followed-up. The mean follow-up duration after their first dischage was 6.3 years. Two outcome measures were used for assessing their prognosis. One was a Morgan and Russell's general outcome category which was based on body weight and menstruation. The patients fell into the following defined categories: 'good' 18 (48.6%), 'intermediate' 12(32.4%) 'poor' 6 (16.2%), died 1 (2.7%). Depressed mood and constipation showed more improvement in the patients categorized 'good' than in the other two groups. The other was a clinical outcome based on body weight, menstruation, concern about body shape, psychosocial adaptation and mental state. It was assessed as 'cured' in 9 (24.3%), 'improved' in 19 (51.4%), 'poor' in 8 (21.6%) and 'died' in 1 (2.7%). Many patients had psychological troubles, and some of them hoped for long-term treatment. It took several years to improve their physical condition. Furthermore, it took at least four years to cure both physical and mental health.

Bulimia was significantly correlated with poor outcome. Therefore, it was useful to subdivide anorexia nervosa into bulimic and restrictic types. However, desire for thinness, age at onset and lowest body weight had no significant relationship to outcome. These results revealed that prognosis in anorexia nervosa was unpromising.