慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	現代型摂食障害の病理と治療理論の変遷：「流行」のはじまりから30年の実態
Sub Title	The ehanges in the pathology and treatment theories of eating disorders: trends over 30 years sinee the outbreak of modern eating disorders
Author	西園 マーハ, 文(Nishizono-Maher, Aya)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2007
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.84, No.3 (2007. 9) ,p.157- 163
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	講座
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20070900-0157

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

慶應医学・84(3)：157～163，2007

講　座

現代型摂食障害の病理と治療理論の変遷：「流行」のはじまりから30年の実態

The changes in the pathology and treatment theories of eating disorders: trends over 30 years since the outbreak of modern eating disorders

東京都精神医学総合研究所
児童思春期の心の健康増進に向けた研究プロジェクト　プロジェクトリーダー
西園（にしぞの） マーハ 文（あや）

Tokyo Institute of Psychiatry
Research project for the promotion of child and adolescent mental health　Project Leader
Aya Nishizono-Maher MD PhD

Key Words：anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, dieting, prognosis

I　はじめに

摂食障害とは，一般に拒食症と呼ばれる神経性食欲不振症 anorexia nervosa や，過食症と呼ばれる神経性大食症 bulimia nervosa など，食行動異常の総称である．行動の背景には，肥満恐怖や自己評価の低さなど，特徴的な心理的問題も存在する．Anorexia nervosa という病名が19世紀に作られたことからもわかるように，この疾患そのものは古くから存在し，症例報告も多い[1, 2]．しかし，摂食障害の受診者が飛躍的に増えたのは，社会全体でダイエットがブームになったのとほぼ同時期である．日本では既に1950年代から症例報告があるが[3, 4]，「流行」的な患者増加は，欧米に10年ほど遅れて70年代以降である．当時は「思春期やせ症」という病名が知られていた通り，摂食障害の典型例は，思春期の神経性食欲不振症であった．しかし，現代型の神経性食欲不振症の増加のはじまりから30年以上の経過の中で，摂食障害の病理にはさまざまな変化があった．現在では，神経性食欲不振症よりも神経性大食症の方が有病率が高い[5]．また，神経性食欲不振症の長期化も珍しくなくなり，「思春期特有の拒食」という概念だけでは，理解しにくい症例が増えている．このような患者の年齢層や病理の変化に伴って，治療理論や治療技法も変化してきている．神経性食欲不振症では，発症時の病識や治療動機が乏しい場合が多いことは知られている．神経性大食症の場合，「今すぐ過食を止めてほしい」という実現困難な治癒を期待するケースはあるが，一般的には神経性食欲不振症同様，治療動機は乏しい．未治療のまま，身体症状や妊娠等を契機に，内科，産婦人科，救急外来，歯科，整形外科等で初めて食の問題が明らかになるケースも増えている．このようなケースについて精神科と精神科以外の科の連携をスムーズにするには，心身両面に及ぶ摂食障害の症状の多彩さと，「思春期やせ症」にあてはまらない特徴について専門家間で共有しておく必要がある．以下に，摂食障害の典型的な症状についてまず概観し，近年の摂食障害の病理の多様化と治療観や治療理論の変遷について検討したい．

II　摂食障害の病理の変遷

1．神経性食欲不振症の典型例：流行当初からの原型

(1) 診断基準に挙げられた症状

まず，神経性食欲不振症の中核的な症状を提示する．神経性食欲不振症の診断基準には，さまざまなものがあ

表1　神経性食欲不振症 Anorexia Nervosa の診断基準（文献6）より抜粋）

A. 年齢と身長に対する正常体重の最低限，またはそれ以上を維持することの拒否（例：期待される体重の85%以下の体重が続くような体重減少；または成長期間中に期待される体重増加がなく，期待される体重の85%以下になる）．
B. 体重が不足している場合でも，体重が増えること，または肥満することに対する強い恐怖．
C. 自分の身体の重さまたは体型を感じる感じ方の障害；自己評価に対する体重や体型の過剰な影響，または現在の低体重の重大さの否認．
D. 初潮後の女性の場合は，無月経，つまり月経周期が連続して少なくとも3回欠如する（エストロゲンなどのホルモン投与後にのみ月経が起きている場合，その女性は無月経とみなされる）．

るが，現在は，アメリカ精神医学会の定める診断基準が用いられることが多い．この Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders（DSM）は，摂食障害だけでなくさまざまな疾患を網羅したもので，現在その第4版[6]が用いられている．DSMIVの中の神経性食欲不振症の診断基準が表1である．A項目とD項目が身体症状である．正常体重の85%がその個人にとってどれくらい病的かは，体重だけでは判断できない場合もあるが，若年女性の場合，BMI17から18くらいが身体的に問題が生じる境界ラインとなることが多い．これ以下では女性ホルモンの働きが不十分となり，骨密度の減少[7]やD項目の月経異常が見られるようになる．

B項目とC項目が心理的な症状である．Bの肥満恐怖という概念はよく知られている．C項目も重要な心理学的特徴で，この程度により社会適応の程度が決まる．自己評価に対する体重や体型の過剰な影響というのは，体重や体型を示す「数字」の過剰な影響と言った方がより正確であるが，体重が0.1 kg増加しただけで自信を失い，抑うつが深まる．しばらく外出ができなくなるような場合も珍しくない．特に，体重や体型のみで自己評価が決まっている人には，デジタル体重計の最小単位である100 gの変化が重大な影響を及ぼす．「現在の低体重の重大さの否認」というのは，極端な低体重で身体的に危機状況にあっても，自分ではどこも悪くないと主張するという症状である．これは，他人に対してそのように主張しているというだけではなく，自分でも疲労感や体調不良を感じないというところに問題がある．

(2)　診断基準以外の症状

診断基準には挙げられていないが，典型例で目立つのは，「運動強迫」，「過活動」と呼ばれる症状である．ジョギングなどの運動が過剰な場合もあるが，夜中まで大掃除をしたり，一日中出歩くなどの場合もある．「やせたい」という意識だけでなく「自分は，価値の無い人間なので休んではいけない」，「休むのは悪いこと」といった，独特の自己否定，自己懲罰的な気分を伴い，行動を止められると激しく反発する．睡眠時間も低下し，極端な場合は，「自分は寝てはいけない人」と夜も椅子に座ったままで過ごすような場合もある．

心療内科では，アレキシシミア[8]という用語がしばしば用いられる．これは，失感情症と訳される．自分の感情を自分でよく把握できないという状態だが，自分の感情だけでなく空腹感や満腹感も察知できないことが多い．空腹感と寂しさと怒りを区別できないような状況は，社会生活を難しくする．摂食障害発症後に強く観察されるが，病前の状態としてもこのような傾向が強いとされている．疲労感や体調不良を感じていないことについては既に触れたが，これは身体感覚の解離あるいは離人症状といえる．この症状は，治療の進行と共に回復し，再発と共に悪化することが多いので，病理の指標となる．

本人の話と現実とが，周囲から見るとずれていると思われる現象も多い．全部食べたと報告して，実は食物を捨てていた等である．周囲には，嘘をついているとしか見えないが，必ずしも意図的な嘘ばかりでなく，その時々には自分が言っていることが本当だと思ってしまっている場合も多い．自分の中で認められない部分がある場合にそれを無かったことにしてしまう病理を分裂 splitting というが，摂食障害ではしばしば見られる現象である．

2．現代型以前の摂食障害との相違点

以上が摂食障害の原型ともいえる病状で，現在でもこのような症状の患者は多い．診断基準にも含まれている通り，やせ願望は病理の中心である．しかし，70年代の流行開始前の古い症例をみると，病状がやや異なっている．摂食障害の歴史は古く，中世にも症例記述がある[1, 2, 10]．1874年の Gull の報告に anorexia nervosa の病名が見られるが[9]，Gull はこれ以前にも拒食の病状について発表している．Gull 以外にも，19世紀には，さまざまな国で症例報告が見られる[1, 2, 10]．Gull の症例報告では，食の強要に対する激しい拒否，過活動，疲労

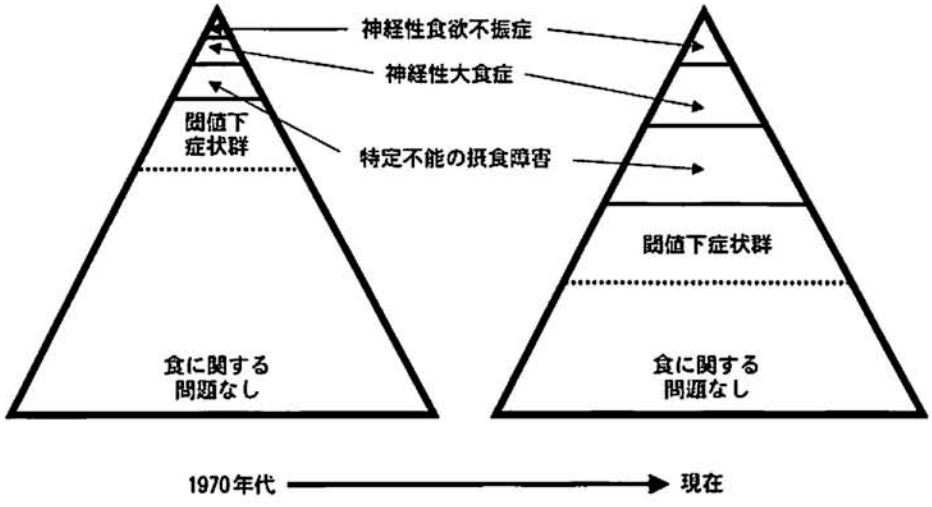


図1　摂食障害のさまざまな種類と時代的推移

感の否認，衰弱への無関心などについての記述は詳しい．しかし，やせ願望については記載が無い．その当時の社会環境として，ダイエットの流行という現象はなく，家庭での体重測定も困難であった．このような背景を持つ過去の症例と現代の症例が全く同一疾患といえるか否かについては議論があるが[11]，拒食，過活動，身体感覚の否認という特異な組み合わせは，現代の症例にきわめて類似している．「やせ願望」を伴わない神経性食欲不振症があり得ると考えた方が整合性がある．比較文化的に見ると，日本では，欧米での流行の開始の後，比較的早く70年代頃からメディアの影響が見られたが，アジアの他の地域では，やせ願望が強くない19世紀型の報告の時期が長かった．このため，非西洋型の摂食障害はやせ願望が少ないという説もあった[12, 13]．その後，メディアのやせの理想化が取り込まれた患者が増加し[14]患者の病像は世界的に類似したものになっている．小児例もまた，従来は「食べると気持ちが悪い」といった心身症的発症が多く，やせ願望は必ずしも強くなかったが，近年は小児も「やせたい」と言うようになっている．歴史的流れを見ると，やせ願望が病気の本質とは言えないが，拒食，過活動，疲労の否定といった本質的な病態とやせの理想化が結びついているのが現代型の特徴である．現在でも，心身症的な発症をする成人例は見られるが，一旦やせてしまったあとは，1 kgでも太りたくないという心理になることが多い．回復プロセスにもやせ礼賛文化の影響が大きいのは現代型の特徴であり，慢性化等に影響している可能性もある．また，過食嘔吐など，手っ取り早くやせ願望に対応する病態の増加にも影響しているだろう．以下に30年間の摂食障害の病態の変化について検討する．

3．30年間の現代型摂食障害の病理の変化

(1)　拒食以外の摂食障害の増加

図1に，さまざまな摂食障害の種類と時代的変遷についてDSMの分類を基に模式的に示す．それぞれの分類の面積の大小が患者数の順位に概ね対応するが，30年前に比較すると，神経性食欲不振症以外の病態が増えている．診断基準を満たす例だけでなく，ダイエットに常に関心があって時には実行するというような閾値下症状の人々も増えている．神経性食欲不振症以外の診断の方が，ダイエットの流行なくしては増加し得なかった群ともいえる．神経性食欲不振症の中核群の病理は，個人の脆弱性の寄与も大きいが，ダイエットの流行により，脆弱性を持つものの病理の顕在化が促進されているとは言える．70年代以降，神経性食欲不振症の実数が増えたのか受診数が増えたのみかは議論があったが[5]，実数も増えてはいると考える方が自然である．過食嘔吐があって，体重が極端に低い場合など，神経性食欲不振症と神経性大食症のどちらに近い病理と考えるかは議論があるが，DSMでは，この図に示す通り，神経性食欲不振症を上位に考え，神経性食欲不振症むちゃ食い排出型とする．ただし，この階層的な診断法は便宜的なものであり，今後の病状変化によってはまた違った構成になる可能性はある．

(2)　過食の病理と現代性

Russelが「神経性食欲不振症の不吉な異型」というタイトルでその存在に注意を促した神経性大食症[15]だが，近年は患者数も増え，神経性食欲不振症の時期を経ずに

表2　神経性大食症（過食症）Bulimia Nervosa の診断基準（文献6）より抜粋）

A. むちゃ食いのエピソードの繰り返し．むちゃ食いのエピソードは以下の2つによって特徴づけられる。 (1) 他とはっきり区別される時間の間に（例：1日の何時でも2時間以内の間），ほとんどの人が同じような時間に同じような環境で食べる量よりも明らかに多い食物を食べること． (2) そのエピソードの間は，食べることを制御できないという感覚（例：食べるのを止めることができない，または何をどれほど多く食べているかを制御できないという感じ）
B. 体重の増加を防ぐために不適切な代償行動を繰り返す．例えば，自己誘発性嘔吐；下剤，利尿剤，浣腸，またはその他の薬剤の誤った使用；絶食；または過剰な運動．
C. むちゃ食いおよび不適切な代償行動はともに平均して，少なくとも3ヶ月間にわたって週2回起こっている．
D. 自己評価は，体型および体重の影響を過剰に受けている．
E. 障害は神経性無食欲症のエピソード期間中にのみ起こるものではない．

表3　特定不能の摂食障害 Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) の例（文献6）より抜粋）

1. 月経が定期的であることを除けば神経性食欲不振症の基準を全て満たす
2. 著しい体重減少後の現在の体重が正常範囲であることを除けば神経性食欲不振症の基準を全て満たす
3. むちゃ食いと不適切な代償行為の頻度が週2回未満，またはその持続期間が3ヶ月未満であること以外は神経性大食症の基準を全て満たす
4. 正常体重の患者が少量の食事を取った後に不適切な代償行動を定期的に用いる（例：クッキーを2枚食べた後の自己誘発性嘔吐）
5. 大量の食事を噛んで吐き出すということを繰り返すが，飲み込むことはしない（噛み吐き障害）
6. むちゃ食い障害：むちゃ食いのエピソードを繰り返すが，神経性大食症に特徴的な不適切な代償行動の定期的な使用はない

神経性大食症として発症する場合も多い．神経性大食症の診断基準を表2に示す．過食を自分では止められない「失コントロール感」が非常に重要な症状である．過食後に体重を減らすための代償行動（パージング）には下剤乱用，運動過剰などさまざまなものがあるが，最も多いのは自発性嘔吐である．神経性食欲不振症では，体重を落とすため病的な努力が持続的に続けられているが，過食嘔吐という症状は，衝動的である．体重への懸念や不安等は持続的だが，嫌な気分を過食で「パッと解消したい」，過食で増えた体重は，「吐いてパッと戻したい」というような考えが強い．「待つことができない」病理は，境界性人格障害など他の病態でも指摘されるが，神経性大食症でも，即座に解決，リセットしたいという願望が強い．このような傾向は，社会の若年層全体の特徴でもあり，摂食障害の病理も影響を受けているといえる．食べても吐けばやせるのならば，時間と忍耐が必要な節食よりも過食嘔吐の方に惹かれるという人が増えているといえるだろう．

環境的な条件としても，1970年代以降，ファーストフード店やコンビニエンスストアの数が飛躍的に増加し，過食のための食品を買うのが非常に容易になっている．若年女性が金銭を持ち，好きな時間に一人で買物に出られる社会であることも影響しているだろう．店員との関係がマニュアル的で，大量の食品を購入しても詮索されないから成立している症状ともいえる．過食嘔吐行動については，ある程度プライバシーが保たれる空間が無ければ難しい．過食嘔吐の症状は，個室や，嘔吐しても水洗で流せるトイレなどの物理的条件に支えられているともいえる．この30年の日本の住宅や生活スタイルの変化は摂食障害の過食症化と連動している．また，神経性大食症では，病的部分を「ないことにする」心理が神経性食欲不振症以上に強い．体重が正常ならば，周囲も気付かずに何年も経過することがある．このような傾向も，見せたい部分しか人に見せない断片的な人間関係が増えている社会全体の傾向と無関係ではないだろう．

DSMでは，神経性食欲不振症の基準にも過食症の基準にも当てはまらないが摂食の障害がある場合，特定不能の摂食障害というカテゴリーを設けている．内容的にはさまざまな種類がある（表3）．近年は，むちゃ食い障害が多い．むちゃ食い障害は，神経性大食症に類似しているが，神経性大食症のように，自己評価が体重だけで決定されているわけではなく代償行動が少ない．結果的に体重は増加しがちであり，アメリカでは，肥満外来受診者に多い疾患だといわれている[10]．日本においても，

近年肥満は問題になっており，その理由はさまざまであるが，むちゃ食い障害もその一つとして重要になると思われる．

(3) 長期化と年齢の広がり

当初は，神経性食欲不振症は難治だが，思春期が過ぎれば克服できるイメージもあった．80年代以降の長期経過の研究の結果[17, 18]．その結果，長期化もあること，また，回復の過程は，心身の諸症状で必ずしも足並が揃ったものではなく，体重が回復しても体型へのこだわりが残るケースもいることが明らかになってきた．神経性食欲不振症の長期予後研究のメタアナリシスによると[18]，回復が46.9%，改善が33.5%，慢性化が20.8%であった．症状を個別に見ると，体重の正常化が59.6%，月経の正常化が57.0%，食行動の正常化が46.8%であり，身体が正常域に入る方が食行動の正常化よりも容易であることを示した．また，神経性食欲不振症の15年間の長期経過について，身体レベルの回復と，心理面も含めた完全回復の率を調査した研究によると[19]，身体回復までの中央値は57.4ヶ月，完全回復までの中央値は79.1ヶ月で，やはり身体の回復が早かった．追跡後4年では，身体回復33%完全回復9%，追跡後8年では，身体回復75%完全回復63%であった．10年後は回復率は伸びなかった．入院を必要としたある程度重症群については，早期の完全回復は難しい反面，4年から8年からは回復率が大きく伸びるということがわかる．数年間症状と共に過ごし，その後症状が安定化というパターンはこの30年の長期経過研究の中でわかってきたことである．当初考えられていたような思春期限定疾患ではないが，生涯病気と共にすごすのは少数である．このことは，症状は軽快したのに社会復帰の自信が無いということにならないよう，闘病中もある程度社会性を保つ工夫が必要であることを示唆する．また，症状が安定した時点では既に成人期のため，生活の自立も必要になる．これらの点も「思春期やせ症」の流行当初は知られていなかったことである．患者を徹底的に受身的にする栄養補給の時期が過ぎたら，社会復帰を念頭において治療計画を立てる必要がある．

Ⅲ 治療理論の変遷

(1) 治療の強制から本人参加型の治療へ

栄養補給の最も一般的な方法は，鼻腔チューブで栄養剤を注入あるいは，鎖骨下静脈に高カロリー輸液を行う中心静脈栄養の方法である．これにより，身体的危機は避けられるが，本人には身体的侵襲と精神的苦痛を伴うものである．「どこも悪くない」「これ以上太りたくない」と主張する本人の意思に反して栄養補給をするわけであり，従来はチューブの自己抜去等治療への抵抗が珍しくなかった．

また，体重増加のための行動療法も用いられてきた．これは，入院させて絶対安静とし，体重増加に伴って病室内歩行，病棟内歩行等行動範囲を広げていくものである．確実に体重を増加させられるが，患者の自由は制限される．心理的な援助が乏しい場合は，退院後再び体重が減少することも多い．30年前には，対象が未成年のことが多く，親が納得した治療法ならば強制的に受けさせるということにあまり抵抗は無かったものと思われる．しかし，成人患者の増加により，本人が主体的に治療に関わることがより重要になった[20]．また，低栄養状態の改善には医学的手段があるわけであるが，神経性大食症の場合は，入院で生活パターンをリセットする以外は，強制的な医学的処置がとりにくい．海外では近年，認知行動療法等，症状に本人が積極的に関わりながらコントロールを学ぶ方法が盛んである．このことは，医療全体の中での近年の患者教育の流れと無縁ではない．例えば，生活習慣病の範疇の疾患では，食事や運動面で，本人が自立的に治療的な行動が取れるよう指導されるが，日本でも糖尿病などの内科疾患については教育入院等さまざまな患者教育が行われている．摂食障害についても，今後は，食事の選択や生活リズム等について，本人が工夫できるよう，栄養士等も含め多職種で治療を行うことが重要であろう．現在のところ，通院診察時に，患者側は病状報告，医師側も薬物調整だけに終わることも珍しくない．診察時に主治医に自分の感情をすべて癒してもらおうとして期待はずれとなり，治療から離れるというような展開も多い．名医が癒すモデルではなく，本人と医師の共同作業というモデルを充実させる必要があるだろう[21]．

日本では，医療以外の治療資源との共同作業もまだあまり機能していない．今後は，自助グループやデイケアなどさまざまな治療資源と連携することが必要になるだろう．そのためには，患者自身が治療に動機付けを持って治療の主体になること，そのための疾患教育も重要である．

(2) 治療における家族の役割

この30年間，精神医学においては，疾患の原因や治療における家族の役割に大きな変化が見られた．統合失調症などの疾患において，「分裂病を作る母親」というような概念があり，育て方が発症に大きな影響を与える

ような印象があった．しかし，その後，生物学的研究が進むにしたがい，統合失調症に果たす生物学的因子の大きさが知られ，原因論における家族の役割は背景に退いた．一方，統合失調症患者を入院で隔離するのではなく，できるだけ地域で治療するという原則が尊重されるようになってから，原因よりも経過に対する家族の役割について注目されるようになった[22]．家族の対応によっては，再発が早まることが観察されたからである．患者に敵対的な態度だけでなく，患者の症状に合わせて自己犠牲的に生活しているような場合も再発が多いことが示された．これらの点から，家族には原因について追求するよりも，家族自身がストレスを抱えすぎず健康に過ごすことが重要だと考えられるようになった[23]．しかし，摂食障害については，今でも家族原因説が大きい．近年は摂食障害の遺伝負因[24]についても研究が進み，少なくとも神経性食欲不振症の食欲調節の偏りには生物学的背景があることが指摘されているが，「現代病」のような印象が強いため，一般には，家族など環境因に関心が集まりやすい点に注意が必要である．

また，近年は成人患者が多いため，既婚患者も多い[25, 26]．これに伴って，異性との関係や妊娠や出産などにおいて乗り越えるべき新たな課題が生じている．パートナーとの関係が安定して回復が早まるケースもいるが，葛藤的な関係が増えるだけの結果となり，症状が増悪する場合もある．子育てについては，アレキシシミアが強い患者では，自分だけでなく，子どもの空腹感や満腹感の読み取りも悪く，育児が負担になりやすい[25, 26]．今後研究が必要な分野である．

(3) 薬物療法

拒食状態に対する特効薬は無く，身体的にも薬物使用には慎重さが要求されるため，摂食障害の薬物療法はあまり大きな分野ではなかった．その後，抗うつ剤の開発が進み，過食嘔吐には抗うつ剤が使われるようになった．抗うつ剤は一定の効果は得られるが，薬物療法だけの治療は難しく，長期化した場合，効果が必ずしも持続するとは限らない[27]．今後は薬物療法と認知行動療法や精神療法の統合方法についてさらに洗練される必要があるだろう．

Ⅳ　おわりに

摂食障害は増加の一途のように報道されがちだが，増え続ける状態は既に脱したという報告[28]もある．摂食障害が新奇な疾患だった時代には，当然ながら「なぜこのような疾患が」という原因論が好まれ，社会の病理との関連が論じられた．しかし，このような論調では，社会の病理の説明に症例が使われるているだけという場合も多く，個々の患者の治療にはあまり役に立つものでなかった．摂食障害は，その歴史の中で成熟の時代に入っている．長期化の中でのライフサイクルの乗り越え方など治療理論をさらに充実させる必要がある．また，これまで，グレーゾーンの病態は横断面では，軽症という判断であったが，近年はグレーゾーンが長期化する場合も見られる．妊娠経過への影響など，産婦人科領域等では問題となることがあるので，軽症と軽視せず長期経過についてはさらに研究する必要があるだろう．今後また摂食障害は変化していくかもしれない．精神科は避けて他の科を受診している中に新しいタイプが発生している可能性もある．さまざまな科の連携が望まれる．

文　献

1) Brumberg JJ：Fasting girls. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1988
2) Vandereycken W, van Deth R：From fasting saints to anorexic girls：The history of self-starvation. Atholone, London, 1996
3) 槇山進：Anorexia Nervosa の臨床精神医学的研究．精神神経誌，61：2256-2272，1959
4) 下坂幸三：青春期やせ症（神経性無食欲症）の精神医学的研究．精神神経誌，63：1041-1082，1961
5) Hoek, HW, van Hoeken D：Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disord, 34：383-396, 2003
6) American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Ⅳ Text Revision, A.P.A. Washington DC, 2000
7) Hotta M, Shibasaki T, Sato K et al.：The importance of body weight history in the occurrence and recovery of osteoporosis in patients with anorexia nervosa：Evaluation by dual X-ray absorptiometry and bone metabolic markers. Eur J Endocrinol, 139：276-283, 1998
8) Taylor GJ, Bagby RM and Parker J DA：Disorders of Affect Regulation：Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press, Cambridge, 1997
9) Gull WW：Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). Transactions of Clinical Society of London, 7：22-28, 1874
10) 西園マーハ文：19世紀フランスにおける摂食障害－やせ願望のない時代の「やせ症」と Marcé によるその記述．日仏医学，25：29-36，2001
11) Hsu LKG, Lee S：Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa? Am J Psychiat, 150：1466-1471, 1993

12) 切池信夫：非西洋諸国における摂食障害について．臨床精神医学，26：1227-1238，1997
13) Lee S, Ho TP, Hsu LKG：Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa：A comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. Psychol Med, 23：999-1017, 1993
14) Lee S：Eating disorders are becoming more common in the East, too. (letter), Brit Med J, 321：1023, 2000
15) Russell GFM：Bulimia nerovsa：An ominous variant of anorexia nervosa Psychol Med, 9, 429-448, 1979
16) Grilo CM：Binge eating disorder. Eating Disorders and Obesity：A comprehensive handbook second edition. (Ed) Fairburn CG, Brownell KD, The Guilford Press, p. 178-182, New York, 2002
17) 西園マーハ文：摂食障害の中長期予後と死亡例．（牛島定信，山内俊雄編）臨床精神医学講座 special issue 第4巻，中山書店，東京，p. 265-277，2000
18) Steinhausen H-C：The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiat, 159：1284-1293, 2000
19) Strober M, Freeman R, Morrell W：The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents：Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. Int J Eat Disord, 22：339-360, 1997
20) 西園マーハ文：摂食障害の治療理念．精神医学史研究，9：43-48，2005
21) Treasure, J：Sequential treatment for bulimia nervosa incorporating a self-care manual. Br J Psychiat, 168：94-98, 1996
22) Leff J, Vaughn C：Expersed emotion in families. The Guilford Press, London, 1985
23) 西園マーハ文：心理教育の適応拡大と技法の修正．臨床精神医学，32：1209-1214，2003
24) Bulik C：Genetic and biological risk factors. Handbook of eating disorders and obesity. (Ed) Thompson JK, Wiley, Hoboken, NJ, p. 3-16, 2004
25) Abraham S：Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. J Psychosom Res, 44：491-502, 1998
26) 西園マーハ文：摂食障害の長期化とそれに伴うライフサイクルの課題の乗り越え方．精神科治療学，20：801-805，2005
27) Walsh T：Pharmacological treatment of anorexia nervosa and bulimia. Eating disorders and obesity (Second edition) A comprehensive handbook. (Ed) Fairburn CG, Brownell KD, The Guilford Press, New York, p. 325-329, 2002
28) Currin L, Schmidt U, Treasure J et al：Time trends in eating disorder incidence. Br J Psychiat, 186：132-135, 2005