

総 説

神経性やせ症の Quality of Life について

加 根 千賀子¹⁾, 友 竹 正 人²⁾

¹⁾徳島大学大学院保健科学教育部生涯健康支援医療学分野

²⁾同 医歯薬学研究部メンタルヘルス支援学分野

(平成29年9月26日受付) (平成29年11月1日受理)

神経性やせ症 (anorexia nervosa: 以下 AN) 患者の回復の指標として quality of life (QOL) は重要である。近年, AN 患者の QOL は, その影響要因などさまざまな視点から検討されるようになった。本論文は, PubMed を用いて2000年1月1日から2016年12月31日の間に報告された研究論文を検索し, AN 患者の QOL に関する論文を抽出してその内容を検討した。その結果, AN 患者の QOL の特徴として, AN 患者は回復後もなお健常者と比較して QOL が低く, 摂食障害の症状の残存や併存疾患を有する場合には QOL が低下していた。また, QOL の下位尺度の内容から, AN 患者は他の病型の患者と比較して, 家庭環境に対する不満を強く認識していた。さらに, 近年では, 低体重が認知面にネガティブな影響を及ぼすことや AN 患者の病態否認のために, AN 患者は自分自身の QOL を正しく評価できない可能性も指摘されている。そのため, AN 患者の QOL 評価は臨床的に有意義であるが, 結果の解釈にはより慎重な姿勢が望まれることを指摘した。

1. はじめに

精神障害が QOL に与えるネガティブな影響は, 多くの身体疾患による影響よりも大きいことが報告されている¹⁾。摂食障害 (eating disorder: 以下 ED) については, 患者の QOL は健常者よりもかなり低く²⁻⁴⁾, 精神疾患の中では, 気分障害の患者よりも低い⁵⁾ことが明らかになっている。また, 治療により QOL は改善する⁴⁾ものの, 患者が専門的な治療を受けることは少ない⁶⁾ことも指摘されている。

思春期に発症した AN 患者を10年以上の長期にわたり追跡調査した研究によると, AN 患者の半数以上は精神医学的合併症を有し⁷⁾, 重篤な心理社会機能の障害を引き起こすことが報告されている。AN 患者の死亡率や

転帰, 精神医学的合併症に関する119文献のレビュー⁸⁾によると, 対象となった5590人の AN 患者の死亡率は高く, 回復したのは半数以下であり, フォローアップの期間が長く発症年齢が若いほど転帰は良かったことが報告されている。わが国でも1998年の調査において, AN の患者推計数が増加しており⁹⁻¹¹⁾, 精神医学的合併症を有する割合が高いことが報告されている。

AN は長期的な経過をとることが多く, 患者の人生に大きな影響を及ぼし, 患者は低い QOL に苦しんでいるため, 治療においては, 食行動の改善を目指すのはもちろんのことであるが, 長期的な視点に立って AN 患者の QOL にも留意しながら治療を進める必要があるだろう。そこで, 本論では, AN 患者の QOL について研究した文献を検討し, その要点を整理するとともに AN 患者の QOL 研究における問題点と今後の課題についても検討を加えることとした。

II. 神経性やせ症患者の QOL に関する文献検討

文献レビューでは PubMed を用いて検索を実施した。対象期間は2000年1月1日~2016年12月31日までとした。検索条件は, ①「Title」に「quality of life」または「QOL」の用語を含むこと, ②「anorexia nervosa」の用語を論文中に含むこと, ③研究論文の種類が「Journal Article」であること, ④英語で書かれた論文であること, とし, ①~④の全ての条件を満たした論文を検索した結果, 28件の該当論文が抽出された。その28件の中には, 総説が4件含まれていた。それらを除いた24件の論文の内容を確認し, AN 患者の QOL の特徴や関連要因を中心に検討している論文13件 (表1) を抽出した。

表1 神経性やせ症 (anorexia nervosa: AN) 患者の quality of life (QOL) に関する研究 (2000.1.1~2016.12.31)

分類	論文発行年	著者名	目的	対象と方法	結果
AN患者と健常者との比較	2009	Muñoz et al	健常者とED患者のQOLの比較	健常者305人とED患者358人(AN61人)を対象にHerQOLED, SF-12, EAT-26を使用して, ED群にはベースラインと治療1年後に評価	EDの診断群全てにおいて治療1年が経過したのちも健常者よりQOLが低く, 中でもAN患者は, 他の診断群と比べてQOLの改善が少なかった
	2013	Mitchison et al	最近のQOLとED症状学におけるAN病歴の影響を評価	オーストラリアの家庭のサンプルを無作為に選択した3034人の被験者(AN89人, AN病歴なし2945人)に最近のED症状とSF-36を調査	ANの病歴を報告した人は, SF-36のMCS(精神的健康)が低く, 特にsocial functioning(社会生活機能), role limitations due to emotional(日常役割制限(精神))のスコアが低かった
病型間の比較	2005	Doll et al	EDを持つ被験者のQOLを長年の病気, うつ病, 自傷行為の自己報告よりEDタイプの見地で評価	郵便調査で, 3750人の学生のうち1439人より回答を得た。そのうち83人(AN7人, BN54人, BED22人)のED歴, 長年の病気, うつの頻度, 自傷行為, 自殺願望と行為の報告, SF-36を評価	ANを持つ学生はBNおよびBED群と比べてbodily pain(体の痛み)スコアが低く, うつ状態や自傷行為, 自殺願望を報告する可能性が有意に高かったが, role emotional(日常役割機能(精神))のスコアについては高く報告した
	2015	Pollack et al	ED患者のQOLを定量的・定性的に調査	EDの女性患者48人(AN24人, BN24人, 平均年齢29.8歳)に対してQOLI, EDE-Q, BMI, 治療歴, 併存精神障害および重症度を調査してANとBNを比較し, 帰納的内容分析も実施	AN患者はBN患者と比較して, relatives(親族)のドメインに対して有意に低い満足度を示し, self-esteem(自尊心)が低く家庭環境についても不満を報告した
ANの下位分類間の比較	2005	Mond et al	EDサブグループのQOLを調査	AN-R19人, AN-P15人, BN40人とBED10人, 健常コントロール群:若い成人女性495人に対してSF-12, K-10, EDE-Q, WHOQOL-BREFを実施	AN-R患者は, 他のタイプと比べてMCS(精神的健康)のスコアが有意に高かった
	2013	DeJong et al	ED診断群間のQOLの違いと特定の臨床症状との関連を調査	ED患者199人(AN-R42人, AN-BP42人, BN49人, EDNOS-R28人, EDNOS-BP38人)を対象にCIAとEDEで評価	CIA, EDEスコアは過食排出行動のある群に高く, 正の相関があった
	2014	Ackard et al	EDを持つ女性患者の疾患特有のQOLを調査	女性患者221人(AN-R85人, AN-BP19人, BN27人, EDNOS90人)に対してSF-36とEDQOLで評価	AN-BP患者は, 他の診断群のEDQOLサブスケールにおいてwork/school(仕事/学校)のスコアが不良であり, psychological(心理)のスコアはAN-R, EDNOS群より不良であった
BMIとの関連	2010	Bamford et al	EDで治療中の人のBMI, 罹病期間, 重症度がQOLに与える影響を調査	ED治療を受けている156人の成人を対象に症状学とQOLは自記式質問紙(EDE-Q(精神病理), EDQOL), BMI, 罹病期間とED診断は臨床面接を実施	BMIと重症度は低いQOLの予測因子であった ANはBNとEDNOSよりpsychological(心理)とphysical/cognitive(身体/認知)のスコアが低かった
	2014	Abbate-Daga et al	病識の乏しいAN, 重症AN患者のQOLを評価	緊急入院した成人のAN患者71人を対象にEDI-2, SF-36, 気質・性格(TCI), 入院時と退院時にBMI, EQ-5DVASとCGIを実施	QOLはベースラインは重度の障害があったが退院時には改善した QOLは摂食の精神病理と相関したが, BMIおよびCGIには相関がなかった
	2015	Bamford et al	重症AN(SE-AN)患者の治療においてQOL, 体重, ED症状間の関連を調査	SE-ANの63人成人女性で外来患者(少なくとも7年連続した罹病期間があること)にEDQOL, SF-12, WSAS, EDE(症状), 体重・身長・BMIの測定を実施	BMIとED症状はQOLの重要な予測因子であった
	2016	Weigel et al	AN患者のQOLと障害特有の要因, 併存疾患との関連を調査	AN患者218人(AN-R174人, AN-BP44人, すべて女性で平均年齢23.3歳(11~55歳))を対象にEQ-VAS, PHQを使用して横断的に調査	低いBMIを持つAN患者はEQ-VASのスコアが低かった
罹病期間との関連	2010	Bamford et al	EDで治療中の人のBMI, 罹病期間, 重症度がQOLに与える影響を調査	ED治療を受けている156人の成人を対象に症状学とQOLは自記式質問紙(EDE-Q(精神病理), EDQOL), BMI, 罹病期間とED診断は臨床面接を実施	罹病期間は低いQOLの予測因子ではなかった
	2013	DeJong et al	ED診断群間のQOLの違いと特定の臨床症状との関連を調査	ED患者199人(AN-R42人, AN-BP42人, BN49人, EDNOS-R28人, EDNOS-BP38人)を対象にCIAとEDEで評価	AN-BP患者以外のCIAスコアは罹病期間と相関がなかった
	2014	Abbate-Daga et al	病識の乏しいAN, 重症AN患者のQOLを評価	緊急入院した成人のAN患者71人を対象にEDI-2, SF-36, 気質・性格(TCI), 入院時と退院時にBMIEQ-5DVASとCGIを実施	QOLはベースラインと退院時において罹病期間と相関はなかった
	2014	Ackard et al	EDを持つ女性患者の疾患特有のHRQOLを調査	女性患者221人(AN-R85人, AN-BP19人, BN27人, EDNOS90人)に対してSF-36とEDQOLで評価	EDQOLサブスケールfinancial(金融)のスコアはフォローアップ期間と関連があり, フォローアップ期間が長いほど, financialスコアは不良であった
治療との関連	2016	Pohjolainen et al	ED患者の長期的なQOLの変化を調査	AN47人, BN54人を対象に認知行動療法などの専門的な治療開始時とその8年後に15DHRQOL質問紙とEDIを用いて健常コントロール群と比較	8年間のフォローアップ後, AN, BN患者の両方ともBMIとEDIは改善した AN患者は8年間のフォローアップ後も15DHRQOLのsleeping(睡眠), excretion(排泄), depression(うつ状態), distress(悲嘆), sexual activity(性的活動)のスコアに差があり, 障害が残っていた
併存精神障害および精神症状との関連	2004	Gonzalez-pinto et al	AN患者のQOL(SF-36)のPCSとMCSの予測要因を調査	AN患者47人(AN-R73.9%, 平均年齢20.04歳, 女性82.7%)に対してSCID-I, SCID-II構造化臨床面接, CGI, SF-36を用いて評価	51%の患者はI軸またはII軸障害または両方の併存疾患があった PCS(身体的健康)の予測変数は, 重症化した既往, 女性, I軸とII軸障害の併存疾患を有することであった MCS(精神的健康)の予測変数は, I軸またはII軸障害の併存疾患を有することと排出行動であった
	2016	Weigel et al	AN患者のQOLと障害特有の要因, 併存疾患との関連を調査	AN患者218人(AN-R174人, AN-BP44人, すべて女性で平均年齢23.3歳(11~55歳))を対象にEQ-VAS, PHQを使用して横断的に調査	高いうつ状態と身体的悲嘆は低いEQ-VASスコアに相関があった

AN: anorexia nervosa
 AN-R: anorexia nervosa restricting subtype
 AN-P: anorexia nervosa purging subtype
 AN-BP: anorexia nervosa binge-purge subtype
 BN: bulimia nervosa
 BED: binge eating disorder
 BMI: body mass index
 BDI-II: beck depression inventory-II
 CIA: clinical impairment assessment
 CGI: clinical global impression
 EAT-26: eating attitudes test-26
 ED: eating disorder
 EDNOS: eating disorder not otherwise specified
 EDNOS-R: eating disorder not otherwise specified-restricting subtype
 EDNOS-BP: eating disorder not otherwise specified-binge-purge subtype
 EDQOL: eating disorders quality of life
 EDI-2: eating disorder inventory-2
 EQ-5DVAS: EuroQoL-5dimensions visual analogue scale
 EDE: eating disorder examination
 EDE-Q: eating disorder examination-questionnaire

15DHRQOL: 15d-measure of health-related quality of life
 HeRQOLED: health related quality of life for the eating disorders
 K-10: kessler-10
 KWCSST: wisconsin card sorting test keio version
 MCS: mental component summary
 MOCI: maudslay obsessive compulsive inventory
 PCS: physical component summary
 PHQ: patient health questionnaire
 QOLI: quality of life inventory
 RCS: role/social component summary
 RCFT: rey complex figure test
 SF-12: 12-item short-form health survey
 SF-36: 36-item short-form health survey
 STAI-JYZ: state-trait anxiety inventory-form JYZ
 SCSQ: social cognition screening questionnaire
 SCID-I: structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders
 SCID-II: structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders
 TCI: temperament and character inventory
 WHOQOL-BREF: world health organization quality of life-BREF
 WSAS: weissman social adjustment scale

III. 結 果

1. AN 患者の QOL の特徴

1) 健常者の QOL との比較

Muñoz ら¹²⁾は、健常者305人と ED 患者358人（そのうち AN 患者は61人）を対象者に QOL を比較した。主観的 QOL を測定する HeRQOLED (health related quality of life for the eating disorders), SF-12 (12-item short-form health survey: 以下 SF-12) を使用し、ED 群ではベースラインと治療1年後にそれぞれ評価した。その結果、AN 患者だけでなく ED の診断群全てにおいてベースラインにおける QOL は健常者群より低かった。患者の QOL は1年間の治療を受けた時点でもなお健常者より低く、中でも AN 患者では他の ED 群よりも1年後における QOL の改善が乏しかったことが報告された。

Mitchison ら¹³⁾は、AN の病歴の有無による QOL と ED 症状との関連を主観的 QOL 尺度である SF-36 (36-item short-form health survey: 以下 SF-36), eating disorder examination (EDE) を用いて調査した。オーストラリアにおいて無作為に選んだ3034人の対象者が参加した。そのうち、89人 (2.9%) が AN の病歴を報告した。AN の病歴を報告した者は病歴がない者と比べて SF-36 の精神的健康 (mental component summary: 以下 MCS) において全てのサブスケールのスコアが低かった。中でも social functioning (社会生活機能) と role limitations due to emotional (日常役割制限 (精神)) のスコアは有意に低く、objective binge eating (他覚的過食), extreme weight /shape concern (極端な体重と体形へのとらわれ) といった症状を報告する割合が高く、QOL が ED 症状の存在に関連していることを示唆した。

これらの報告より、ED 患者の QOL は健常者より低く、とくに AN の QOL は治療による改善が少ないこと、また、回復したとしても ED 症状が残存している場合は、

QOL を低下させる要因となっていることが示唆される。

2) 病型間の比較

Doll ら¹⁴⁾は、1439人の学生 (平均年齢23.4歳) のうち ED を持つ人を対象に ED 病型およびうつ症状、自傷行為、自殺願望を調査し、QOL については主観的 QOL を測定する SF-36 を用いて調査した。DSM-IV (diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV) の基準で ED を持つと考えられたのは83人 (AN 7人, 神経性過食症 (bulimia nervosa: 以下 BN) 54人, 過食性障害 (binge eating disorder: 以下 BED) 22人) であった。SF-36 のスケールは、ED を持つ人とそれ以外の学生では、SF-36 の PCS と MCS スコアの両方とも差は認められなかった。また、AN, BN, BED の比較において、PCS スコアには差が認められなかったが、AN 群は BN および BED 群と比較すると MCS スコアとサブスケールの中でも特に role emotional (日常役割機能 (精神)) スコアを高く報告した。しかし、bodily pain (体の痛み) スコアについては低く報告し、うつ状態や自傷行為、自殺願望を報告する可能性が有意に高かったことを指摘した。

Pollack ら¹⁵⁾は、ED 患者48人 (AN 24人, BN 24人, 平均年齢29.8歳, すべて女性) の患者に対して、主観的 QOL 尺度である QOLI (quality of life inventory) と EDE-Q (eating disorder examination-questionnaire) の質問紙調査を実施した。定量分析の結果では、QOLI スコアは、全体のドメインの中でも唯一 relatives (親族) において群間に有意差がみられ、AN 患者では満足度が低かった。定性的な分析結果では、AN 患者は BN 患者より low self-esteem (低い自尊心) や家庭環境に対して不満を表す割合が高かった。

この研究結果より、AN 患者は、BN や BED 患者と比べて、うつ状態であったり、自殺願望を有していても精神的 QOL を高く報告する可能性があることを示唆して

いる。また、AN患者はBN患者よりも自尊心が低く家族からのサポートが少ないと感じていることが考えられる。

3) ANの下位分類間の比較

Mondら¹⁶⁾は、AN制限型(anorexia nervosa restricting subtype:以下AN-R)19人(平均年齢19.31歳)、AN排出型(anorexia nervosa purging subtype:以下AN-P)15人(平均年齢25.53歳)、BN40人、BED10人、健常コントロール群495人(33.46歳)に対して、主観的QOLの尺度であるSF-12、WHOQOL-BREF(world health organization quality of life-BREF)を用いてQOL評価を実施した。なかでもAN-Rは、他のタイプと比べてSF-12のMCSスコアが高く、WHOQOL-BREFのsocial relationships scale(社会的関係スケール)およびpsychological health scale(心理的健康スケール)スコアが有意に高かったことを報告した。

また、DeJongら¹⁷⁾は、EDと診断された199人(189人女性)を対象にAN-R42人(平均年齢23.0歳)、AN過食排出型(anorexia nervosa binge-purge subtype:以下AN-BP)42人(平均年齢25.0歳)、BN49人(平均年齢28.0歳)、特定不能の摂食障害(制限型)(eating disorder not otherwise specified-restricting subtype:EDNOS-R)28人(平均年齢26.0歳)、特定不能の摂食障害(過食排出型)(eating disorder not otherwise specified-binge-purge subtype:EDNOS-BP)38人(平均年齢27.0歳)の5群における臨床的特徴とQOLの関連をEDEとEDのQOLの測定のためにデザインされたCIA(clinical impairment assessment)で主観的QOLを評価した。その結果、AN-BP群は、CIAスコアが、AN-R、EDNOS-Rより高く、特に自覚的過食の頻度と相関があったと報告された。

その他、Ackardら¹⁸⁾は、ED患者のQOLを調査した。1995年から2005年にEDと初期評価された12歳以上の女性患者221人(AN-R85人、AN-BP19人、BN27人、特定不能の摂食障害(eating disorder not otherwise specified:以下EDNOS)90人、発症年齢14.7歳、初期評価時20.6歳、BMI17.5)を対象に、2006年から2007年にかけて、体重・身長、主観的QOL尺度であるEDQOL(eating disorders quality of life)、SF-36、EDD(eating disorders diagnostic scale)によって評価した。その結果、4つの群の比較ではSF-36においてMCSと身体的健康(physical component summary:以下PCS)の両方に差が認められなかった。しかし、初期評価でAN-BPと診断された群は、EDQOLサブスケールwork/school(仕事/学校)のスコアが他のED診断群より不良であり、psychological

(心理)のスコアではAN-RやEDNOS群と比べて不良であった。さらに、EDの診断基準に該当しなかった人のQOLはかなり良好であったと報告している。

以上のことから、ANはそのサブタイプによってもQOLに違いがあるようであり、とくにAN-BP患者のQOLの低さが示唆される。

2. QOLの予測因子

1) BMIとQOLの関係

Bamfordら¹⁹⁾は、BMI、重症度がQOLへ与える影響を調査する目的で、EDで治療中の患者156人(女性148人、男性8人、AN-R56人、AN-BP24人、BN40人、EDNOS36人、平均年齢26.7歳)に対して臨床面接およびEDE-QとEDQOLを実施した。その結果、BMIの低いAN-R、AN-BPは、EDQOLのpsychological(心理)とphysical/cognitive(身体/認知)も低く、BMIとEDの重症度は、低いQOLの予測因子であると報告した。

さらに、Bamfordら²⁰⁾は、7年間以上の罹病期間のある重症AN患者の治療とQOLとED症状、体重の関連をEDQOL、SF-12、EDEを用いて調査した。対象者は63人の女性(平均年齢33.4歳、BMI16.2)で、外来治療において無作為に30人を認知行動療法(cognitive behavioral therapy)に、そして33人をSSCM(specialist supportive clinical management)に割り付けた。QOLは治療開始後15週と、6ヵ月、12ヵ月のフォローアップ時に測定された。その結果、BMIとED症状は著しく改善し、ベースラインから12ヵ月後の変化はQOLの変化と有意に相関していた。このことからQOLの改善のためには、体重の増加とED症状の改善の両方が重要であることを指摘した。

また、Weigelら²¹⁾の研究においても、低いBMIを持つ患者はEQ-VAS(Euro QOL-visual analogue scale)のスコアが低く、年齢、病型、罹病期間や症状よりもBMIがQOLの低下に関与している可能性が報告されている。

一方、Abbate-Dagaら²²⁾は、病識の乏しい状態で緊急入院したAN患者71人(平均年齢26.46±8.9歳、発症年齢18.70±6.21歳、罹病期間8.02±7.73年)を対象として入院時にSF-36、EDI-2(eating disorder inventory-2)、TCI(temperament and character inventory)、入院時と退院時にBMI、EQ-5DVAS(Euro QOL-5dimensions visual analogue scale)で主観的QOLを評価した。入院期間中には個別の治療計画に基づいて、動機づけのセッションや心理療法、集団心理教育などが実施された。その結果、入院時のQOLは全体に低かったが、退院時にはEQ-5DVASのmobility(移動の程度)、pain/discom-

fort (痛み/不快感), anxiety/depression (不安/抑うつ) において有意な改善がみられた。しかし、入院時と退院時の EQ-5DVAS と BMI の間には有意な相関は認められなかったことが報告されている。

このように、BMI が AN 患者の QOL の予測因子であるとの報告がある一方で BMI と QOL の間には相関が見られなかったという報告もあることから、BMI と QOL の関連については、まだ十分に明らかになっていないと考えられる。

2) 罹病期間と QOL の関係

前述した4つの研究では、罹病期間についても報告されている。Bamfordら¹⁹⁾は、罹病期間は低いQOLの予測因子ではなかったとし、DeJongら¹⁷⁾は、AN-BP患者以外のCIAスコアは罹病期間と相関がなかったと報告した。また、Abbate-Dagaら²²⁾も、ANで緊急入院した患者の入院時と退院時のそれぞれの時点での調査から罹病期間とEQ-5DVASに相関が見られなかったことを報告した。ただ、Ackardら¹⁸⁾は、フォローアップ期間が長いほどEDQOLのfinancial(金融)が不良であったことを指摘している。

これらの報告より、罹病期間はQOLの予測因子とは言えないが、フォローアップ期間が長期にわたると財政面でのQOLが低下する可能性があると推測される。

3) 治療と QOL の関係

Pohjolainenら²³⁾は、AN患者47人を対象に長期的なQOLの変化を調査した。彼らは、治療開始前および治療開始後約8年の2つの時点で、主観的QOL尺度である15DHRQOL(15d-measure of health-related quality of life)質問紙を用いて評価した。治療開始時には、QOLはかなり低かったが、8年後のフォローアップ時には、ANの症状は改善されBMIが正常範囲にまで達しており、HRQOLは有意に改善した。マッチングされた健常コントロール群とAN患者の各々のベースラインと8年間のフォローアップ後の比較では、AN患者は、健常コントロール群よりも15DHRQOLのsleeping(睡眠), excretion(排泄), depression(うつ状態), distress(悲嘆), sexual activity(性的活動)のスコアにおいて有意に差があり、依然として障害が残っていたと報告した。

この研究は、治療によって臨床症状が改善された後も、AN患者のQOLは依然として低いことを示唆している。

4) 併存精神障害および精神症状と QOL の関係

González-Pintoら²⁴⁾は、AN患者のQOLの予測要因を調査した。AN患者47人(AN-R 73.9%, 51%はDSM-IV

の第I軸とII軸障害を併存、平均年齢20.04歳、女性82.7%)に、SCID-I(structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders)とSCID-II(structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders)の構造化面接を行い、SF-36, CGI(clinical global impression)を用いて評価した。その結果、AN患者のQOLについては、SF-36のmental health(心の健康), vitality(活力), general health(全体的健康観)のスコアが特に低く、第I, 第II軸障害の併存は、低いPCSとMCSに密接に関連していた。AN患者のQOLにおいて、PCSスコアは、重症化した既往や第I軸と第II軸の併存障害を有することで低下しており、性別では女性の方が高かった。また、MCSスコアは、排出行動の存在と第I軸か第II軸のどちらか一方の併存障害を有する場合に低下していた。

その他、Weigelら²¹⁾は、併存疾患とQOLの関連をAN患者218人(AN-R174人, AN-BP44人, すべて女性で平均年齢23.3歳(11~55歳))を対象にEQ-VASを使用して横断的に調査した。うつ状態と身体的愁訴の評価については、PHQ(patient health questionnaire)を使用した。その結果、うつ状態が高く、身体的愁訴が多い者はEQ-VASのスコアが低くQOLの障害と関連性が高いことが報告された。

以上のことから、AN患者のQOLは、うつ状態や不安、併存疾患の存在の影響を受けられると思われるため、とくに経過中の抑うつ・不安症状は注意深く観察しておく必要があると考えられる。

IV. 考 察

1. QOLの研究における問題点と限界

AN患者は、低体重(BMI<18kg/m²)が持続することが多く、QOLの改善も少ないことが報告されている¹³⁾。また、体重が十分に回復しない場合や特有の精神病理が残存しているとQOLにマイナスの影響を与えることを示唆している。友竹²⁵⁾は、体重の減少が続く半飢餓状態期間には、抑うつ、不安、イライラ、無力感が増大し、理解力・集中力の減退や知的作業能力が低下するなど心理的に大きなマイナスの影響が認められ、栄養状態の改善は最重要課題であると指摘している。しかし、摂食障害患者は否認や治療抵抗が強いために、治療の導入や継続が困難であることが多い²⁶⁾。特にAN患者は病識が乏しく、太ることが怖いゆえに、やせ過ぎているという認知をできるだけ抑えようとして「大丈夫」「元気だ」などと主張するとも言われている²⁷⁾。また、これまでの研究においては、うつ状態や自傷行為、自殺願望などを

報告する可能性が有意に高かったにもかかわらず, SF-36のMCSのスコアでは健常者と差がなかったり, 他のED診断群より高かった¹⁴⁾ことが報告されており, 病態否認の影響が考えられる。また, Abbate-Dagaら²²⁾は, QOLとBMIに関連がなかったことについて, 両者の関係が線形でない可能性を指摘し, あるレベルのBMIの患者では, QOLの障害は違った形になる可能性を示唆している。そのため, AN患者のBMIとQOLの関係を検討する際には, よりBMIの低い重症患者群とBMIの比較的高い患者群を分けて検討する必要があるかもしれない。

本研究で抽出した論文では, すべて主観的なQOL評価尺度が使用されており, 患者が自分自身のQOLを正確に報告できていない可能性も検討すべき重要な点と思われる。QOL研究の問題点として, Syら²⁸⁾は, AN患者はEDQOLにおいてpsychological/cognitive(心理/認知)が他のED診断群より低いため, 調査時に控えめな報告をしたり, 自己を正しく認識できていないという限界も考えられ, 結果が表す意味を精神病理の障害と同様に注意深く検討すべきであると述べている。特にAN-Rの評価は慎重に行う必要があることも指摘されている¹⁶⁾。同様にわが国においても, 小林ら²⁹⁾によりED患者の病識の乏しさは報告されており, 主観的なQOLと客観的な身体・心理・社会機能との間に乖離が見られる可能性が高いと指摘している。最近の報告では, 社会的認知の側面から, Hamataniら³⁰⁾は, AN患者は健常者よりも他人の意図を推測することだけでなく, 自分自身の認知活動を監視し評価することが困難である可能性があることを指摘した。AN患者では, 自分自身の身体や精神活動の認識が希薄であり病識が乏しいゆえに正しい病態の把握やQOLの評価が困難となる可能性が考えられる。EDの治療はQOLが回復するまで継続するべきである³¹⁾と言われるが, QOL評価については, 患者自身の病識や認知能力を考慮して慎重に議論されなければならないと思われる。

2. 今後の課題

ANは, 以前は思春期での発症が多かったが, この20~30年で前思春期の発症や結婚後, 妊娠後の発症も認められるようになり, 発症年齢の範囲が拡大していることが指摘されている³²⁾。Ackardら³¹⁾は, AN患者のQOLの改善には初発から早期に介入することが良い結果をもたらすと主張している。Keski-Rahkonenら³³⁾の研究では, ANの15歳から19歳の女性において, 治療により, ほとんどが5年以内に臨床的に回復すると報告されているが,

ANのQOLは, 健常人と比べると回復した後も低いことも指摘されている⁵⁾。また, AN患者は他の慢性疾患や精神疾患を有する者よりもさまざまな生活領域に対して非常に破壊的に病気を知覚している³⁴⁾, 自分の存在価値が低い³⁵⁾と捉えていることも明らかとなっている。今回のレビュー結果では, 臨床的な症状が改善した後でも, QOLは十分に改善されていないことが示唆されているが, QOLを低下させる要因はまだ十分明らかになっていないように思われる。Pollackら¹⁵⁾は, AN患者は自尊心が低いことや友人や家族との支援関係が少ないことを指摘し, 治療やQOLにマイナスの影響が出る可能性があることを示唆している。今後は, AN患者のQOLの予測因子の研究においては自尊心やソーシャルサポートなどにも着目する必要があると考える。

文 献

- 1) Penner-Goeke, K., Henriksen, C.A., Chateau, D., Latimer E., *et al.*: Reductions in Quality of Life Associated With Common Mental Disorders. Results from a Nationally Representative Sample. *J. CLIN. PSYCHIATRY*, 76 : 1506-1512, 2015
- 2) Latner, J.D., Vallance, J.K., Buckett, G.: Health-related quality of life in women with eating disorders: association with subjective and objective binge eating. *J. Clin. Psychol. Med. Settings*, 15 : 148-153, 2008
- 3) Winkler, L.A., Christiansen, E., Lichtenstein, M.B., Hansen, N.B., *et al.*: Quality of life in eating disorders: a meta-analysis. *Psychiatry Res.*, 219 : 1-9, 2014
- 4) Baiano, M., Salvo, P., Righetti, P., Cereser, L., *et al.*: Exploring health-related quality of life in eating disorders by a cross-sectional study and a comprehensive review. *BMC Psychiatry*, 14 : 165, 2014
- 5) De la Rie, S.M., Noordenbos, G., van Furth, E.F.: Quality of life and eating disorders. *Qual. Life Res.*, 14 : 1511-1522, 2005
- 6) Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., *et al.*: A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord.*, 21 : 353-364, 2016
- 7) Herpertz-Dahlmann, B., Müller, B., Herpertz, S., Heussen, N., *et al.*: Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa—course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 42 : 603-612, 2001

- 8) Steinhausen, H.C.: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am. J. Psychiatry*, **159** : 1284-1293, 2002
- 9) 大野良之, 玉越暁子: 中枢神経摂食異常症. 厚生省特定疾患対策研究事業・特定疾患治療研究事業未対象疾患の疫学像を把握するための調査研究班. 平成11年度研究業績集, 226-310, 1999
- 10) 中井義勝: 摂食障害の疫学. *心療内科*, **4** : 1-9, 2000
- 11) 中井義勝, 藤田利治, 久保木富房, 野添新一 他: 摂食障害の臨床像についての全国調査. *精神医学*, **43** : 1371-1378, 2001
- 12) Muñoz, P., Quintana, J.M., Las Hayas, C., Aguirre, U., *et al.*: Assessment of the impact of eating disorders on quality of life using the disease-specific, Health-Related Quality of Life for Eating Disorders (HeR-QoLED) questionnaire. *Qual. Life Res.*, **18** : 1137-1146, 2009
- 13) Mitchison, D., Hay, P., Mond, J., Slewa-Younan, S.: Self-reported history of anorexia nervosa and current quality of life: findings from a community-based study. *Qual. Life Res.*, **22**, 273-281, 2013
- 14) Doll, H.A., Petersen, S.E., Stewart-Brown, S.L.: Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Qual. Life Res.*, **14** : 705-717, 2005
- 15) Pollack, L.O., McCune, A.M., Mandal, K., Lundgren, J.D.: Quantitative and Qualitative Analysis of the Quality of Life of Individuals With Eating Disorders. *Prim. Care Companion CNS Disord.*, **17**, 2015
- 16) Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., Owen, C., *et al.*: Assessing quality of life in eating disorder patients. *Qual. Life Res.*, **14** : 171-178, 2005
- 17) De Jong, H., Oldershaw, A., Sternheim, L., Samarawickrema, N., *et al.*: Quality of life in anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not-otherwise-specified. *J. Eat Disord.*, **1** : 43, 2013
- 18) Ackard, D.M., Richter, S., Egan, A., Engel, S., *et al.*: The meaning of (quality of) life in patients with eating disorders: a comparison of generic and disease-specific measures across diagnosis and outcome. *J. Eat Disord.*, **47**, 259-267, 2014
- 19) Bamford, B., Sly, R.: Exploring quality of life in the eating disorders. *Eur. Eat Disord. Rev.*, **18** : 147-153, 2010
- 20) Bamford, B., Barras, C., Sly, R., Stiles-Shields, C., *et al.*: Eating disorder symptoms and quality of life: where should clinicians place their focus in severe and enduring anorexia nervosa?. *J. Eat Disord.*, **48** : 133-138, 2015
- 21) Weigel, A., König, H.H., Gumz, A., Löwe, B., Brettschneider, C., *et al.*: Correlates of health related quality of life in anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, **49** : 630-634, 2016
- 22) Abbate-Daga, G., Facchini, F., Marzola, E., Delsedime, N., *et al.*: Health-related quality of life in adult inpatients affected by anorexia nervosa. *Eur. Eat Disord. Rev.*, **22** : 285-291, 2014
- 23) Pohjolainen, V., Koponen, S., Räsänen, P., Roine, R. P., *et al.*: Long-term health-related quality of life in eating disorders. *Qual. Life Res.*, **25** : 2341-2346, 2016
- 24) González-Pinto, A., Inmaculada, F., Cristina, R., de Corres Blanca, F., *et al.*: Purging behaviors and comorbidity as predictive factors of quality of life in anorexia nervosa. *The international journal of Eating Disorders*, **36** : 445-450, 2004
- 25) 友竹正人: 摂食障害の診断と治療. *四国医誌*, **68** : 19-20, 2012
- 26) 岡本百合, 三宅典恵, 白尾直子, 岡本泰昌 他: 摂食障害における認知面の理解とアプローチ. *精神神経誌*, **112** : 745-746, 2010
- 27) 岡部憲二郎, 井尾健宏: 神経性食欲不振症患者の病識—摂食障害患者全体のボディイメージの検討から—. *心身医*, **46** : 72, 2006
- 28) Sy, R., Ponton, K., De Marco, P., Pi, S., *et al.*: Quality of life in anorexia nervosa: a review of the literature. *Eat Disord.*, **21** : 206-222, 2013
- 29) 小林仁美, 石川俊男, 野村忍: 摂食障害における Quality of Life に関連する要因の包括的検討. *日本女性心身医学学会雑誌*, *JJp Soc. Psychosom Obstet Gynecol.*, **15** : 144-153, 2010
- 30) Hamatani, S., Tomotake, M., Takeda, T., Kameoka, N., *et al.*: Impaired social cognition in anorexia nervosa patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, **12** : 2527-2531, 2016
- 31) Ackard, D.M., Richter, S.A., Egan, A.M., Cronemeyer, C.L.: What does remission tell us about women with eating disorders? Investigating applications of various remission definitions and their associations with quality of life. *J. Psychosom. Res.*, **76** : 12-18, 2014
- 32) 切池信夫: 働く女性と摂食障害. *日本女性心身医学学会雑誌*, *JJp Soc. Psychosom Obstet Gynecol.*, **14** :

- 246-250, 2000
- 33) Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., Susser, E.S., Linna, M. S., *et al.*: Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am.J. Psychiatry*, **164** : 1259-1265, 2007
- 34) Carter, J.C., Bewell, C., Devins, G.M. : Illness intrusiveness in anorexia nervosa. *J. Psychosom. Res.*, **64** : 519-526, 2008
- 35) Fox, A.P., Leung, N. : Existential well-being in younger and older people with anorexia nervosa—a preliminary investigation. *Eur. Eat Disord Rev.*, **17** : 24-30, 2009

On quality of life of anorexia nervosa

Chikako Kane¹⁾ and Masahito Tomotake²⁾

¹⁾*Graduate School of Health Sciences, Tokushima University, Tokushima, Japan*

²⁾*Department of Mental Health, Institute of Biomedical Sciences, Tokushima University Graduate of School, Tokushima, Japan*

SUMMARY

Quality of life (QOL) is important as an indicator of recovery of patients with anorexia nervosa (AN). Recently, AN patients' QOL has been investigated from different perspective such as influencing factors. In the present article, using PubMed, the authors performed a search for the research articles that were published between January 1, 2000 and December 31, 2016 and selected the articles focusing on QOL of patients with AN to review them. As a result of that, it was revealed that AN patients had lower QOL even after recovery than healthy controls and those who still had partial symptoms of eating disorder or had psychiatric comorbidity reported lowered QOL. From the content of QOL subscale, it was revealed that AN patients expressed higher level of dissatisfaction with family environment than patients with other type of eating disorder. Moreover, recently, it has been pointed out that patients with AN might not be able to evaluate their own QOL precisely because of low body weight that could negatively affect their cognitive function and denial of clinical condition. Summing up these findings, the authors suggested that although evaluating QOL is clinically important, we should be careful about the interpretation of the results.

Key words : anorexia nervosa, eating disorder, quality of life