

F. 健康危険情報 該当せず

G. 研究発表

1. 論文発表

水島広子. アティテューディナル・ヒーリング. 精神科 12(1):27-31, 2008

水島広子. うつとアンチエイジング. 心療内科 12(2):101-105, 2008

水島広子. 対人関係療法. 上島国利・樋口輝彦・野村総一郎ら 編集, 気分障害 pp.174-177, 医学書院 東京 2008年6月

水島広子. 対人関係療法 (IPT). 精神科 13(4): 317-320, 2008

水島広子. 対人関係療法とアンチエイジング. 日本抗加齢医学雑誌 5(1):73-76, 2009

2. 学会発表

水島広子. 「対人関係療法」. 第15回日本産業精神保健学会大会 2008年6月6日 大阪

水島広子. 教育講演「肥満と摂食障害」. 第1回日本肥満症治療学会学術集会 2008年6月14日 東京

水島広子. ワークショップ「対人関係療法」. 第5回日本うつ病学会総会 2008年7月25日 福岡

Mizushima H, Pike KM, So M. An Open Pilot Study of Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa in Japan. 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Oct 31, 2008, Tokyo

水島広子. 臨床レクチャー「対人関係療法 (IPT)」. 第8回日本認知療法学会 2008年11月2日 東京

水島広子. シンポジウム「摂食障害の対人関係療法」. 日本青年期精神療法学会 第26回総会 2008年11月30日 東京

水島広子. 対人関係療法—思春期の問題行動への応用も含めて—. 日本犯罪心理学会 関東地区研究会 2009年1月31日 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)  
なし

#### 参考文献

1. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. Arch Gen Psychiatry. 1995 Apr;52(4):304-12.
2. Fairburn CG. Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa. In: Garner DM, Garfinkel, P.E., editor. Handbook of treatment for eating disorders. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 1997.

p. 278-94.

3. Wilfley DE, MacKenzie KR, Welch RR, Ayres VE, Weissman MM. *Interpersonal Psychotherapy for Group*. New York: Basic Books; 2000.

4. Mufson L, Dorta KP, Moreau D, Weissman MM. *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2004.

5. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 May;57(5):459-66.

神経性大食症 (bulimia nervosa) 用 対人関係療法 (IPT) マニュアル 第1版 (未定稿)

水島広子

\* 厚生労働科学研究用

\* 本マニュアルは、「対人関係療法の本質(仮題)」(金剛出版、近刊)に収録される予定である。

\* 無断での転載、引用、配布を禁ずる。連絡先は info@mizu.cx

\* 補助資料(患者の心理教育用): 「拒食症・過食症を対人関係療法で治す」  
(水島広子著、紀伊國屋書店、2007)

\* 基礎資料(治療者向け): 「対人関係療法総合ガイド」(ワイスマンら著、岩崎学術出版社、2009)、  
「臨床家のための対人関係療法クイックガイド」(ワイスマンら著、創元社、2008)、「臨床家のための  
対人関係療法入門ガイド」(水島広子著、創元社、近刊)

\* 本マニュアルでは、1回の面接時間を60分間としているが、それは研究環境によるものであり、  
Fairburnらの研究においては50分間が採用されている。また、本研究においても、患者の入れ替え時  
間などを考慮すると、1回の面接時間の正味は57分程度であると考えられる。

#### 治療者に必要とされる要件

◆ 本マニュアルは、「対人関係療法総合ガイド」「臨床家のための対人関係療法クイックガイド」「対人関係療法入門ガイド」などのIPTマニュアルを読み、対人関係療法とは何か、どのように進めるのか、についての基本的な知識を持っている治療者を前提として書かれている。

◆ このマニュアルを用いて治療をしようとする治療者は、IPTについてよく知っていると同時に、神経性大食症、そして関連する神経性無食欲症についても臨床経験があり、病気の経過で起こることや身体的なリスクについて詳しく知っていることが必要である。摂食障害についての心理教育（パーソナリティと病気の関連など）については、患者の心理教育用に用いる「拒食症・過食症を対人関係療法で治す」に合わせ、矛盾のない形で行う。

対人関係療法(IPT)マニュアル  
インテイク面接

## インテイクセッション

◆ 病歴の概要を聴取し、神経性大食症の臨床的な診断をする。

◆ 研究参加の条件は、構造化面接により神経性大食症(過食症)の診断がついた対象で、研究に参加することに文書での同意が得られた対象(未成年者の場合には、保護者の文書での同意も必要)。

除外基準は、以下の通りである。

- ① 躁状態や精神病状態の既往
- ② 薬物依存等の既往(アルコール乱用は、現在アルコール依存と診断されなければ可)
- ③ 脳腫瘍や脳出血などの脳の疾患
- ④ その他重篤な身体疾患
- ⑤ 上記以外の理由により担当医師が研究への参加が困難と判断した場合

◆ インテイク面接の時点で患者の自殺念慮が強かったり自傷行為が激しかったりする場合には、注意深く評価を行う。多くの患者が、「治療が始まったら、きちんと治しますから大丈夫ですよ」と言われることによって安心し、治療開始までを安全に過ごすことができるが、併存する大うつ病による自殺念慮が強い場合には、まずそちらの治療を優先させることが必要となるかもしれない。患者の自殺念慮の性質、程度、過去の自殺企図歴を詳しく聞き出し、現在の生活環境を十分に評価することで、研究対象とするか否かが決まる。

◆ IPTについて説明する。

今まで、過食症に対して長期的な効果があると確認されているのは2つの治療法だけで、それは認知行動療法と対人関係療法です。対人関係療法の方が効果が現れるのが遅いのですが、6年後まで追っていくと、認知行動療法を抜かすほど効果が伸びていくことがわかっています。ここで行うのは、対人関係療法の方です。この治療では、過食そのものを扱うことはしません。人との関係の中で、自分の気持ちを抑え込んでストレスがたまったりすると、過食がひどくなるということが今までの患者さんの例からもわかっています。ここでは、そういうストレスがたまらなくなるように、いろいろなやり方を一緒に試していきます。

治療は一回60分間の面接で、全部で16回です。この回数にはきちんと守ります。最初の12回は毎週来ていただきます。12回が終わったら、そこからは2週間に一度いらしていただくことになります。治療の終わりに向けて、治療の外での時間を増やしていただくためです。

16回の治療が終わるときに、過食症状がなくなっているという保証はできませんし、あまり意味がありません。16回の治療の目標は、どのようにすれば過食症を治していくことができるのか、よくわかり、そのやり方にある程度自信を持って、というところを目指していきます。人によっては16回で症状がなくなる人もいますが、それはちゃんと食事はとった上で過食をしている人の場合で、過食以外にはまともな食事をしていない、という方の場合にはもう少し時間がかかると思います。でも、この治療では、まずは対人関係面の安心や自信が持ててから、過食が治る、という順番になりますので、それで大丈夫なのです。治療の過程で、過食を我慢していただく、ということは一切しません。過食は、今の○○さんには必要だからあるだけです。必要がなくなれば、なくなります。

この治療に興味があれば、「拒食症・過食症を対人関係療法で治す」を読んでみてください。その上で、この治療を受けてみたいと思われれば、ご連絡ください。細かいことは、治療が始まる時点でまたご説明しますが、何かご質問はありますか？

◆ 患者から連絡があったら、評価面接に進む。その他、物理的な質問には答えても良いが、患者の不安を反映したような質問の場合、「そういう心配も治療の中で扱っていく重要なテーマですから大丈夫ですよ」と答えるにとどめ、治療の正式なプロセスへと誘導する。



評価面接＋質問紙(治療開始前)

- ◆ 研究説明文書を用いて、研究への参加の同意を得る。
- ◆ 治療者とは別の独立した評価者による、SCIDを用いた構造化面接
- ◆ 質問紙
  - EDI (Eating Disorder Inventory)
  - EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire)
  - BDI-II (Beck Depression Inventory)
  - PBI (Parental Bonding Instrument)
  - SAS-SR (Social Adjustment Scale – Self Report)
  - TCI (Temperament and Character Inventory)
  - FACES III (Family Adaptation and Cohesion Scales)



対人関係療法(IPT)マニュアル  
初期(通常3～4セッション)

## 初期— 治療の基礎を作る

### 初期の課題

病歴を聴取し、診断し、病気と治療法について患者に説明する。  
患者に「病者の役割」を与える。

今までの人生を振り返り、食の問題、大きな出来事、対人関係の特徴などを関連づける。  
対人関係質問項目を実施する。  
過食のきっかけとなる出来事が見つけられれば、見つける。

主要な問題領域を決定する。  
病気と問題領域の関連づけをする(対人関係フォーミュレーション)  
対人関係フォーミュレーションに基づき、問題領域と治療目標に対する患者の合意を得て、治療契約を結ぶ。

### 治療関係についての課題

信頼できる治療関係を築くよう努力する。  
治療関係についての説明をする。  
患者が積極的に関わるように伝える。

焦点とする問題領域と、その中で目指す目標に患者が合意すると、初期が終わり、中期へ

### 第一セッションですべきこと

(インテイク面接を行った臨床家と治療者が異なる場合は、自己紹介をし、インテイク面接で患者が話した内容については引き継ぎを受けており、その内容については後で確認しながらさらに深めていきたい、ということ伝える。インテイク面接者は、もちろんそれらのことを事前に伝えておくべきだが、患者が治療を受ける意志がインテイク面接時には全く不明であったなどの理由で、治療者が変わるということの説明をする機会がなかった場合は、第一セッションで「この前の面接の先生と実際の治療者が違うという可能性を考えていましたか？ 今日、初めてお会いしたわけですが、どんな気持ちですか？」と聞いておく。そして、事前の説明がなく治療者が変わることの不快さは自然なものだとして共感し、適切であれば謝罪する。IPT治療者は、患者の気持ちが理解できるものである限り、謝罪を躊躇しない。これが一つの人間関係のモデルとなる)

### 摂食障害についての心理教育: 本の感想を活用する

第1セッションは、まず、「拒食症・過食症を対人関係療法で治す」の本を読んだ感想を聞くところから始める。「思い当たるところがありましたか？」というような質問には多くの患者が「ありました」と答えるので、それはどこだったかを尋ねる。このようなやりとりは、患者が本を「どう読んだのか」を確認する効果があると同時に、治療関係の構築にもつながる。患者が本を読んでどう感じたかにも関心を示す治療者である、というメッセージを伝えることになるからである。

ここで特に確認しておきたいことは、「モヤモヤした気持ちが過食につながるというところは、ピンときましたか？」ということである。

ピンときた、という患者は、治療を進めやすいだろう。初期のセッションのうちから、モヤモヤした気持ちにつながった出来事についての話し合いを始めてもかまわない。

ピンとこなかった、という患者に対しても、この時点で安心させておく必要がある。「本にも、『針が振り切れた状態』と書いてありますが、今は症状が最大の時期なので、ストレスによって何の影響も受けていないように感じられるのでしょうか。治療が進んでくると、その関連がわかるようになってくると思いますので、楽しみにしててください。その関連がわかってくれば、治ったようなものです」などと言っておくとよいだろう。

違和感があったところもよく聞いておくことが必要である。様々なレベルでの患者の「読み間違い」が明らかになることもあるし、治療において有益な過去のエピソードを拾い出すことができるかもしれない。「現在の対人関係」というところに違和感を抱く患者の場合、過去に虐待されたなどのエピソードを持っていることもあり、過去の体験が現在の病状につながっているとかたくなに信じていることがある。そういう患者には、「本当に大変だったのですね。よくここまで生きてきてくださったと思います。簡単には説明できない、いろいろなことがあったでしょうね。過去にそれだけの体験をしていれば、現在の人の関わり方にももちろん大きな影響を与えていると思います。人を怖く感じたり、自分の気持ちは言わない方が安全だと感じたりもするでしょう。でも、実際のところ今の環境がそれほど危険なのかはよく調べていないし、危険だとしたらそれこそ何とかしなければなりません。この治療でそういう話をしていくことによって、もうこれ以上、過去のひどい体験のために人生を損なう必要がなくなるかもしれませんね」などと説明してもよいだろう。過去の体験のために傷ついた、という患者の気持ちによく共感することは、治療関係を築くための重要な一歩である。

なお、最初の「思い当たるところがありましたか？」という質問に「ノー」と答える患者の場合には、読んでいてどんな気持ちになったか、ということをよく尋ねてみる。「ノー」と答える患者のほとんどが、本を完全には読んでおらず、「対人関係」というテーマだけに反応して、「自分の病気は対人関係とは関係ない。自分がやせたいことが問題なだけだ」という反発を感じるようである。これはある意味では象徴的なことである。患者は、「対人関係の問題」を起こさないように、すべてを自分で抱え込むことで今まで生きてきた結果として病気になったからである。その患者が、「すべては自分のせい」と感じることはむしろ自然なことであろう。そのような患者に対しては、例えば、周囲の人たちがこの病気をどうとらえているかを尋ねてみる。以下が、扱い方の例である。

患者：誰も病気のことは知らないんです。

治療者：こんなに苦しい病気にかかっているのに、ご家族にすら話せないんですね。そういうことが、この病気とは大きく関わっているのです。そして、そういう、ご自分だけが抱え込むようなパターンを直して楽になっていくのが、この治療法なのです。

患者：両親には「そろそろ過食を何とかしなさい」と言われます。

治療者：そう言われるとどう思いますか？

患者：治せるものならとくに治しているんですけど……。

治療者：それを直接おっしゃっているんですか？ ちょっと難しいですよ。病気を自力で治せと言われても困る、というのは、本当はきちんと伝えた方が、お互いに何をしていくべきかがわかって役に立つのです。この治療では、そういうことを、どうすれば人を傷つけずに伝えられるかを考えていきます。そうすれば、ご自分も気が楽になりますし、ご家族ももっと安心されると思います。

重要な他者にも、できるだけ同じ本を読んでもらう。特に、「自分は本を読んでその通りだと思ったけれども、母はわがまま病だと言う」と患者が明らかに話している場合には、母親にも本を読んでもらうように勧め、患者自身の力ではそれが成し遂げられない場合には同席面接を行い、家族への心理教



育も進める。一般に、患者を介して課題を行ってくれる協力的な家族の場合には、同席治療が特に必要となるわけではない。

#### 患者に「病者の役割」を与える

神経性大食症の患者の多くが、「自分には忍耐力がないから過食を我慢できないのだ」と思いこんでいる。この思いこみに対しては、本を読むことですでに別の視点が与えられている。それを確認しておく。つまり、「過食＝病気の症状」「過食＝ストレスマーカー」という理解ができているかどうか、ということである。この理解ができていると、治療の中で症状について冗長に語るという現象が起こってしまい、有効なIPTを行うことができない。

今は病気がひどい状態ですから、過食で何とかバランスをとって生き延びているのですね。これで過食まで奪ってしまったら、どうなってしまうかわかりませんよね。想像できますか？ そういう意味では、今の時点では、過食には感謝してもよいくらいですね。この治療で、人との関わりに注目して、もっと気持ち楽になってきて自信がついてきたら、過食が必要でなくなってくるでしょう。それまでは、過食を無理矢理なくそうとしない方が治療に集中できると思いますが、いかがですか。

#### IPTについての心理教育

##### ◆ 期間限定治療について

次に、IPTについて説明する。その際、「今までのことや、症状、周りの人のことについては、この後何回かかけてじっくりうかがい、この治療で取り組むことを決めていきたいと思いますが、その前に、治療契約というものをやっておきましょう。どんな治療になるかをイメージしやすくなると思います」と言う。

治療契約書には、個人対人関係療法法の回数を明記し、その回数を厳しく守ることを説明する。まず、今までの研究からは、この程度の回数で効果が十分に得られることがわかっている、と回数の根拠を説明し、次に期間限定治療が持つ意味を説明する。「なぜ治療回数を決めるのか」という質問をする患者に対しても、また、口に出してはそのような質問をしない患者に対しても、次のように言うといいだろう。

なぜ治療回数を決めるのか、というふうに思われるでしょう。これは、治療の効果を最大限に出すためなのです。期限を決めることによって、私も〇〇さんも、集中して治療に取り組むことになります。それまでに成果を出さなければならぬからです。この期間は、治療を最優先に考えてください。今後起こりそうなことは、できるだけこの治療の間に試してみたり、話し合ってみたりしておきましょう。

また、回数を決めることによって、自分が今治療のどのあたりにいるかがよくわかると思います。自分でわかりながら治療を進めるということは、治療効果を高めるために役に立つことだと思います。

もちろん、治療が終わりに近づくにつれて、いろいろな不安が出てくると思います。そういうこともよくわかりながら、何でも話し合っていきましょうね。

今はまだ信じられないでしょうが、〇〇さんにはご自分の力があって、16回かけてやり方を学んでいけば、その力を十分に引き出すことができるようになるはずです。

##### ◆ 治療関係について

IPTの治療スタイルを説明する。治療には患者の全面的な関わりが必要であり、治療期間には治療を最優先すべきだということを説明する。治療に努力を注げば注ぐほど、得られるものも大きくなるだろう。努力は、セッションそのものにおける努力だけでなく、セッションとセッションとの間における努力も必要とする。治療の中で、うまくいかない行動や態度が明らかになったら、患者が別の行動の仕方を考えてそれらを実験してみることが欠かせない。そのような変化への試みはIPTが成功するために不可欠である。

患者には、以下のように伝えたとよいだろう。

せっかく治療を受けに来られるのですから、治療効果を最大限に上げるために、この16回の治療期間の間は治療を最優先にしよう、と考えてください。それは、治療の中で話し合っただけの課題にも、できるだけ勇気を持って取り組む、ということも含まれます。そう言われて、できるだろうか、と不安を感じましたか？ それも、治療で取り組んでいきたい一つのパターンですよ。何も、お一人で難しい課題に取り組む必要はないのです。どこが難しいのかを一緒に話し合っていくこともできるし、もっとやさしいやり方を一緒に考えていくこともできるのです。今、私にそう言われて、「できるかどうか不安です」とおっしゃってもよかったです。心配なときにはそれを伝えて、不明な点を明らかにしたり、相手にも一緒に考えてもらう、ということが、治療を通してできるようになっていくと思います。最初のうちはとても難しく感じることで、治療が進むにつれて本当に慣れて実力になってきますので、安心してください。

治療関係については、他にも明言しておくべきことがある。

#### 1 「治療関係の利用」の技法につながる確認

〇〇さんは、他人がすることで「これはおかしい」「これはよくわからない」と思ったときに、それを伝えるのが苦手だと思います。そして、自分で飲み込んでしまうのではないかと思います。そうですね？ 実はそれは、ここでの私との関係の中でも起こりうるものなのです。大切なお願いなのですが、私とのやりとりの中で、「これはおかしい」「これはよくわからない」と思われたときには、それを伝えてほしいのです。何を言われても、私は絶対に怒りませんし、「そんな患者さんはもう診ない」などと絶対に言いません。もちろん、そうは言っても、生まれて初めてなされることかもしれないので、最初のうちは難しいでしょうね。最初の2～3回は、ご家族を通して伝えていただいてもよいですし、手紙に書いてきていただいても結構です。とにかく、そのままにしないでほしいのです。よろしいですか？ もちろん、そんなことがしょっちゅう起こらないように、私も気をつけますが。

これははっきりさせておけば、「治療関係の利用」の技法が後々生きてくることになる。患者が実際に違和感を表明したときは、「最初に約束した通りに守ってくださいましたね」とほめて、表明された違和感を解決できるように事態に取り組むことで、患者の自信をつけていくこともできるし、他の人間関係における問題解決のロールモデルを作ることもできるだろう。

また、患者が違和感を表現せずに、遅刻や無断欠席、沈黙、といった問題行動を通して表現しようとしたときには、この約束に戻ってくるができる。最初の契約時点で約束したことなのにできなかったのは、どこが難しかったからか、ということをお話し合えば、次に同じことが起こったときには違う形で対応できるようになるだろう。

最初に明確な約束をしておかないと、これらの技法は使えない。なぜかという、患者にとって治療者は権威者であり「目上の人間」である。文化的にも、目上の人間に多少の違和感を抱いても表現しない方が礼儀正しいとされているので、その患者の行動をもって「問題あり」とすることはフェアではない。「大切なお願い」「何を言われても、私は絶対に怒りませんし、「そんな患者さんはもう診ない」など



とは絶対に言いません。」という表現は、それらの点をカバーするためのものである。

## 2 患者の主体的な参加を促す確認

IPTの初期、つまり、治療焦点とする問題領域が決まるまでは、治療者は比較的指示的で積極的であるが、その後のセッションでは、患者が話し合う話題を選ぶことを主導する責任を持つということも説明する。

今は私はいろいろと質問をしたりして、治療をリードしています。これは、この治療で何をやっていくかを定めるまでのことです。実際の治療のプロセスに入ってきたら、〇〇さんが、面接で話す話題を選んでいただきたいのです。なぜかと言うと、この治療は、そのときに最も気になっていることを話し合うと一番効果が上がるからです。そのときに最も気になっていることが何か、というのは、〇〇さんでなければわかりません。残念ながら、私には超能力がないので、正しい話題を選ばなければ、と緊張する必要はありません。気になっていることであれば、何でも「正しい話題」です。前の週から起こったことをすべて報告する必要もありませんので、時間の許す限り、気になっている順に話していただければ十分です。治療でやっていることとは直接関係がないように見えることであっても、よく話し合ってみると、重大な関係がある、ということも少なくありません。ですから、まずは話してみてください。

### ◆ IPTの効果について

今までに国際的な研究から得られているデータに基づいて、大部分の人が食の問題を克服し、その改善は続くであろうことを説明する。適切であれば、IPTの過去のデータ(Fairburnらの研究の図などは、視覚的に大変わかりやすい)を実際に示して説明するとよいだろう。この際に、2つの条件を加える。第一のポイントは、治療の終了時には、食の問題が残っている人の方がそうでない人よりも多いが、治療終了後も改善は続くということである。IPTは、摂食障害に関連した対人関係問題を患者が認識して修正するのを助けるようにデザインされているが、対人行動の新しいパターンが確立し、摂食障害そのものに影響を与えるには時間がかかるということである。第二のポイントは、患者は型にはまった意味で「治る」ことを期待すべきではないということである。食の障害はおそらくは患者の「アキレス腱」であって、ストレス状況下での反応パターンであり続ける可能性もある。また、日常的にも、食物、食行動、体型、体重については平均の人よりも敏感であり続ける傾向にある。だが、単なる「ストレスへの反応」を維持して「病氣」にまで至らせることを防げれば、それは「治る」ということを意味するのだ、というふうに説明する。

16回の治療が終わるときに、過食症状がなくなっているという保証はできませんし、それにはあまり意味がありません。16回の治療の目標地点は、どのようにすれば過食症を治していくことができるのかがよくわかり、そのやり方にある程度自信を持てる、というところですが、人によっては16回で症状がなくなる人もいますが、それはちゃんと食事はとった上で過食をしている人の場合で、過食以外にはまともな食事をしていない、という方の場合にはもう少し時間がかかると思います。でも、この治療では、まずは対人関係面の安心や自信が持てるから、過食が治る、という順番になりますので、それで大丈夫なのです。治療の過程で、過食を我慢していただく、ということは一切しません。過食は、今の〇〇さんには必要だからあるだけです。必要がなくなれば、なくなります。

「16回の中に治るだろうか」ということを気にしてしまうと、かえって病氣は治りにくくなります。不安も、過食につながるからです。

この治療を受ければ、二度と過食が起こらなくなるのか、という質問をいただくことがあります。その保証はできません。これからも、ストレスがかかったときには、過食や食べ物や体型へのこだわり、という形で反応する特徴が続くかもしれません。でも、そういう一時的な反応と、過食症という病気は、明らかに違います。そういう一時的な反応を過食症にまで悪化させないですむやり方をこの治療で学んでいきます。それができるようになれば、「治った」と言ってよいと思います。こういう考え方はいかがですか？

下線部は、治療の中で折に触れて繰り返していく必要がある。特に、治療の中盤以降、患者が終結を意識して不安や焦りを感じたときには何度も明確に繰り返していく。

#### ◆ その他、物理的な契約

セッションが定刻に始まり定刻に終わること、キャンセル時の扱い、休職などについて話し合う。

キャンセルについて、役割期待やコミュニケーションを扱っていくIPTにおいては、「本人には責任のない欠席」「連絡をした上での欠席」「無断欠席」の区別をきちんとすることは重要である。列車事故など、「本人には責任のない欠席」の場合にはキャンセル料を徴収しない、というような工夫をすることで、「説明すること」のプラスの側面を強調する。

また、「連絡をした上での欠席」については、スケジュールを調整して全体のセッション数に影響が出ないように配慮する旨を伝える。

「無断欠席」の場合は、セッション数が減ると同時に、3回以上無断欠席が続けば治療からの脱落とみなす。もちろん、最初の無断欠席を治療的に扱い、次の無断欠席を防ぐべく治療者が最大の努力を払うことを前提にしてのことである。

#### 病歴聴取と対人関係質問項目

第1セッションで行うべきことが終わったら、そこから2～3セッションを用いて、生活歴・病歴を詳しく聴取し、対人関係質問項目を行う。

##### 1 生活歴・病歴・既往歴等の聴取

生活歴・病歴を聴取する際には、「ライフ・チャートを作る」(Fairburn)というやり方が役に立つ場合もある。基本的には、患者の誕生時から、4つの別々のヒストリーをとる。第一は食の問題のヒストリーで、それがどのように進んできたかである。重要な出来事と年月日を記録する(例えば、患者が最初にダイエットを始めた年、過食を始めた年、排出行為を始めた年)。体重の大きな変化の時期も記録する。第2のヒストリーは、食の問題が始まる前と後の患者の対人関係機能である。家族や友人との関係が特に重要である。第3のヒストリーは重要なライフイベントであり、今までに受けた治療についてもここに含める。第4のヒストリーは自己評価とうつについてのものである。これらのヒストリーは「ライフ・チャート」(ページ)にまとめる。

「ライフ・チャート」をすべての患者においてまとめる必要はないが、IPTが合っているかどうかを疑っている患者には、患者の食の問題が出来事や対人関係と関連していることを目で見えて理解する役に立つだろう。また、現在の対人関係問題を同定する助けにもなる。特に病歴や生活歴が複雑な患者の場合には、「ライフ・チャート」として視覚化することが望ましい。



## 2 対人関係質問項目の実施

対人関係質問項目とは、患者にとっての重要な人間関係の全てについて、以下のことを詳細に聞いていくことである。

- (1) 関係性の物理的な側面。接触の頻度、共にする活動など。
- (2) その関係におけるそれぞれの期待(それが満たされているかどうかも含めて)。
- (3) その関係の満足できる側面と満足できない側面。それを聞く際、それぞれのやりとりの具体例も含めることが重要である。「具体例」を聞くことは、IPT全般に、とても重要な位置を占める。IPTとは、「具体的な対人関係上のやりとり」と「気持ち」の関係に焦点を当てていく治療法であり、具体例を聞き出さないうままに話していくと、話はどうしても観念論に陥ってしまい、IPTから逸脱してしまう。
- (4) 患者がその関係をどのように変えたいと思っているか。自分が変わろうと思っているのか、相手が変わることを望んでいるのか。

対人関係質問項目を行う際には、亡くなった人も含める必要がある。そうしないと、「悲哀」の問題領域を拾うことができないからである。聞き方としては、「生きている方でも、亡くなった方でも、あなたの人生において重要な方についてうかがいたいのですが…」というように聞く。

思春期用のIPT(IPT-A)では、「親しさサークル」(ページ)を利用する。中心の●が本人を示し、自分が近いと思う順に名前を記入してもらう。これは、系統立てて人間関係を説明することが難しい思春期患者用に開発されたものであるが、適切であれば、大人の患者にも利用できる。その人の生活にどんな人が登場するのかを網羅するために、取りこぼしがないうり方であると言える。特に未婚の成人など、対人関係の全体がつかみにくい人の場合は便利である。

## 3 過食エピソードのきっかけの観察

最近の「ひどい過食」のエピソードについて、そのきっかけとなった状況に気づいているかどうかを聞く。気づいていれば、過食エピソードのパターンを探っていくことができる。気づいていないようであれば、初期の間の次のセッションまでに、いつもよりも過食にこめるエネルギーが強かったときに気づいてみるように頼む。それが無理であれば、生活の中でネガティブな気持ちを感じたときに気づいてきて教えるように頼む。患者によく見られる例として、「この程度の状況でネガティブな気持ちになる自分は人間として未熟だ」と考えて伝えない、ということがあるので、そのことをあらかじめ話して、報告するよう励ます。

次の面接までに、ふだんの過食よりもひどいと思う過食があったら、それがどんなときに起こったのかを教えてください。まだまだ毎日が「ひどい過食」でとてもそんな状況でなければ、自分が嫌な気持ちになったとき、ストレスを感じたときに気づいて教えてください。おそらく〇〇さんは「この程度のことをストレスとを感じるなんて、自分の未熟さを話すようできない」と思われるでしょう。そういうパターンがこの病気につながっているのしょうから、ここはぜひ話してくださいね。人間である限り、1週間暮らしてストレスが一つもないということはあり得ませんから。

中心となる問題領域を決める：本質的な治療契約

3-4セッションまでには、患者の対人関係上の困難は明らかになっているはずである。次のステップは、問題領域のどれが今後の治療の焦点となるかを定めることである。中心となる問題領域を決めることは、IPTの治療においては最も重要な戦略であると同時に、病気についての理解を深めるという

意味では、それ自体が治療的である。問題領域は1つ、あるいはせいぜい2つを選ぶにとどめる。3つ以上になると、何も焦点としていないのと同じことになる。2つを選ぶ場合には、並行して取り組んでいく場合と、まずは1つを解決してから次に進む、というやり方がある。どちらのやり方をとるのかも患者に明確にしておく。

急性うつ病エピソードに対するIPTでは、問題領域は、発症のきっかけになったと考えられるものから選ぶ。しかし、神経性大食症の場合は、発症因子よりも症状維持因子に注目する。つまり、やせたい気持ちやダイエット、一時的な排出行動は誰にでも見られるが、日常生活のバランスを崩してまでそれらを維持しているものは何か、ということである。したがって、発症前後の人間関係に注目するよりも、現在の対人関係がどうなっているか、ということを中心に問題領域を選んでいく。これはきわめて現実的なことであり、多くの患者がクラスメートから「デブ」と言われた、親しい友達がダイエットに夢中になっていた、などをきっかけとして最初のダイエットを始め、それが過食へとつながっているが、「デブ」と言った級友との関係に注目することは臨床的に意味がないし(そもそも現在どこにいるのかもわからないことが多い)、親しい友達がダイエットに夢中になっている中で自分もやってみる、というのは、思春期の行動としてきわめて自然なことだからである。

IPTマニュアルで述べられている通り、以下の4つの問題領域が候補となる。

**悲哀(複雑化した死別):** 悲哀が重度で、長引いており、機能を取り戻せていない場合、あるいは、患者が愛する人の死の後に適切に悲しめていない場合に、異常な悲哀反応と診断される。遅延した悲哀と歪んだ悲哀がある。死別以外の喪失体験は、「役割の変化」として扱う。悲哀は神経性大食症においてはあまり多くないが、第二の問題領域として選ばれ治療の早期に扱われることもある。

**対人関係上の役割をめぐる不和:** 対人関係上の役割をめぐる不和とは、患者と少なくとも一人の重要な他者が自分たちの関係に対して抱いている期待にずれがある状況をいう。なお、この問題領域を患者に説明するときには「不和」という言葉は刺激的すぎるので、「不一致」という言葉で説明する方が望ましい。対人関係上の役割をめぐる不和は、神経性大食症においてとても多く見られる問題領域である。

**役割の変化:** 行動の変化や親しい人間関係の変化を要するような生活の変化に対応することが困難である場合である。神経性大食症において比較的多く見られる問題領域である。

**対人関係の欠如:** 患者の社会性が乏しく、対人関係をうまく作ることができなかつたり長続きさせられなかつたりしてきたという場合に、「対人関係の欠如」が治療の焦点として選ばれる。

なお、うつ病のIPTにおいては対人関係の欠如は積極的には選ばれない。他の3つの問題領域がいずれも該当しない場合にのみ、対人関係の欠如を選ぶこととされている。現在のライフ・イベントと気持ちの関係に焦点を当てて治療を進めるIPTには不向きだからである。

しかし、Wilfleyらは、グループIPTで摂食障害の治療をする際に、むしろ積極的に「対人関係の欠如」を問題領域として選んでいる。これは、個人IPTにおいて問題領域への焦点づけによって得られる効果を損ねないように、同じ問題領域の患者を集めるということが一義的な目的である。Wilfleyの定義づけるところの「対人関係の欠如」は、神経性大食症にはよく見られるもので、対人関係の数や範囲は適切だが、満たされなさを感じていたり、維持が難しかったりする。一見人気があつたり仕事で成功していたりするが、慢性的な自尊心の低さを抱えている、というタイプである。このタイプの「対人関係の欠如」であれば、まずほとんどの患者が当てはまる、ということになる。このため、Wilfleyらは、グループIPTを摂食障害に適用する際には、ほとんどの患者を「対人関係の欠如」とした。

この考え方は、個人IPTにおいても、特に神経性大食症患者に対しては有効であると思われる。他



人と率直な関わりができない、自分の「良い面」しか見せることができない、という患者の特徴が、過食のきっかけとなるネガティブな気持ちにつながる人が多いからである。本当の気持ちを表現できないことと、過食という症状とを直接結びつける「対人間関係の欠如」の問題領域は、少なくとも第二の問題領域の候補になることが多い。

「対人間関係の欠如」という言葉は蔑称にもなりうる言葉なので、患者に説明するときは、「人にどう思われるかが不安で、表面的な関係しか持てない」という言い方をすることが良いだろう。

問題領域の決定は治療者と患者が共同して行うべきである。1つ以上の領域が同定されたときは、治療者が取り組む順番を提案したときは進歩はその順番にファシリテートされる。大部分は、最もシンプルで最も解決しやすいものからまず取り組む。例えば、未解決の悲哀は比較的早く扱われることが多い。その理由の一部は、他人を変える必要がないからである。最も解決しやすい問題にまず取り組むことの利点は、一つの領域での進歩は他の領域での進歩につながるが多いことである。ある問題での進歩があると患者のやる気と全体的な有能感が強化されるだけでなく、他の領域での進歩を妨げているものが軽減したり除去されたりする。

患者が問題領域に合意しない場合には、患者なりの意見をよく聞いてみる必要がある。例えば夫婦間の役割不和を焦点にすることを提案したときに「夫との関係よりも、実家の両親との関係を焦点とすべきだと思う」と答えた患者は、その理由を聞いてみると、「自分の病気に夫を巻き込みたくない。迷惑をかけたくない」ということであった。これがまさに夫婦間不和で扱っていくべきテーマだということをお話合っていく必要があるだろう。夫の意見を実際に聞いて、患者の言い分が正しいかどうかを確認することも役に立つ。

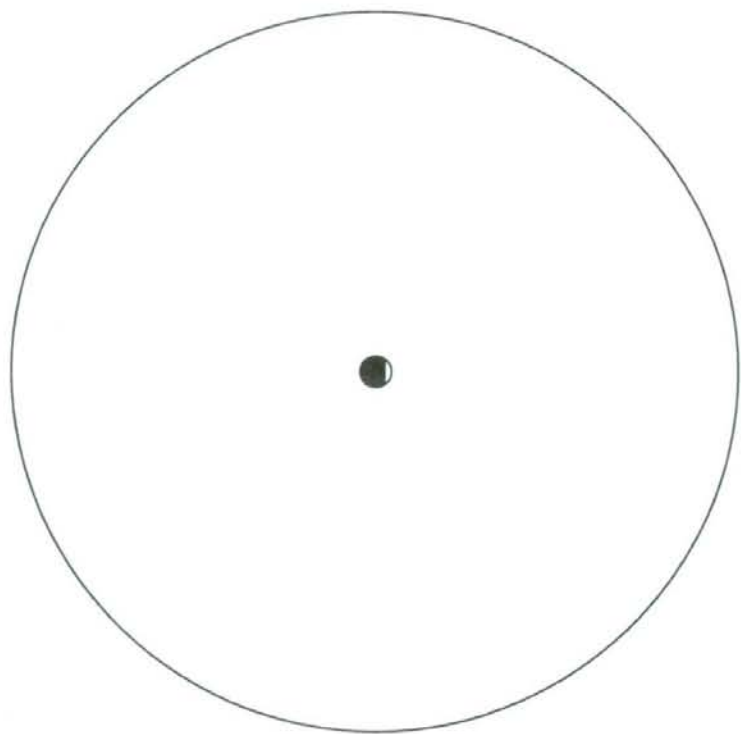
問題領域を選んだら、患者の問題をIPTの視点からフォーミュレーションする(対人間関係フォーミュレーション)。例えば、以下のように言う。

〇〇さんは、自分がイメージしていたのと違う大学に入ってしまった、やる気のある周りの人たちとの話についていけず、孤立感が高まったのですよね。せめてスタイルさえ良くなれば、自分に自信が持てるかもしれない、お友達ともっと普通に話ができるようになるかもしれない、とダイエットを始めたのですよね。ところが、人間の身体にはダイエットをすると死なないように食べる、という装置がありますから、もちろん過食が始まります。そのうちに過食の方が症状の中心になってきて、〇〇さんのネガティブな感情を解消する手段になってきましたね。ネガティブな感情がどこから起ってくるかと言うと、例えば大きなところで言えば、自分に合っていない、自分が楽しめていない大学なのに、ご両親が苦勞して入れてくださったから申し訳なくて進路変更できない、というようなところ。結果として過食がひどくなり、大学にもあまり行けず、ご両親も心配されている、というようなことになっています。その状況がますます過食をひどくしている、という構造に気づかれたと思います。また、小さなところで言えば、先週のバイト先でのやりとりですね。本当は今具合が悪くてバイトをこれ以上増やしたくない。そもそも、急な予定変更は苦手ですね。それなのに、突然「明日入ってくる？」と言われ、断りたかったけれども断れなかった、その結果として、その日の過食は特にひどかったですね。このように、本当はこう思うけれども、相手に遠慮してしまて言えない、というパターンが、過食につながっていますね。

この治療の中では、そのようなパターンに注目して、今よりもっと自分の気持ちを伝えられるように、そしてもっと自分にとって楽な環境を作っていくように、一緒に工夫していきましょう。まずはご両親との話し合いをもっと深めて、今後の進路を考えていきましょう。また、バイト先のことなど、それ以外の人間関係でも、だんだんと、これは困るということを言えるようにしていきましょう。その際に、どういう言い方をすれば安全なのかということも一緒に考えていきましょう。そういうことができるようになれば、モヤモヤした嫌な気持ちを抱えて、早くうちに帰って過食したい、と思うことが減ってくると思いますし、ご自分

にも自信がついてくると思います。

こういう治療で、いかがですか？ よくわからないところ、あるいは、他にも取り組んでみたいことがありますか？



対人関係療法(IPT)マニュアル  
中期(7～10セッション)