

フォローアップ面接の連絡をした。このうち、1名を除く12名が応じ、勤務時間のため日程調整が不調に終わった1名を除く11名の面接が完了した。実際に治療が行われた期間は、2008年4月から2010年2月であり、面接はいずれもその約1年後に行われた。

2. 評価尺度

全体に、治療期間中の評価尺度と同じものを用いた。

DSM-IVに基づく精神科的障害の診断には、SCID(A Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) (3)を用いて構造化面接を行った。

その他、自記式質問票として、EDI-2 (Eating Disorders Inventory-2) (4)、EDE-Q (Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) (5)、BDI-2 (Beck Depression Inventory-2) (6)、SAS-SR (Social Adjustment Scale Self-Report) (7)、PBI (Parental Bonding Inventory) (8)、TCI (Temperament and Character Inventory) (9)、FACES (Family Adaptation and Cohesion Scale(10)を用いた。

評価面接は治療者(水島)とは独立した評価者(小西)が実施した。2010年8月より評価者が米国留学したため、それ以降の面接はビデオカメラつきスカイプを用いて疑似対面式で行っている。

(倫理面への配慮)

本研究では、患者に研究の目的と方法およびその内容について説明し、書面による同意を得ている。フォローアップ面接につ

いても、研究に参加する際に説明したプロトコルに含まれている。本研究は通常の治療に評価の手続きを加えたのみの内容になっており、その手法については特段に配慮すべき事柄がないと考えられる。治療は自由診療のクリニックで行われており対象は治療費を負担したが、評価面接は交通費も含め研究費より支出した。

対象は、治療終了後1年後のフォローアップ面接まではできるだけ追加治療を控えるように奨励されたが、もちろん追加治療を受ける権利はあることも確認され、追加治療を考慮する必要があると思われるときにはいつでも分担研究者あてに連絡するようにと伝えられた。本研究はテンプル大学の倫理委員会の承認を得るための手続き中である。

【均霑化研究】

1. 国際標準トレーニングの調査

IPT治療者の認定制度の一つの主要な試みであるIPT Instituteの認定スーパーバイザー育成プログラム(2011年6月21日~22日、アムステルダム)に参加し、その内容を学ぶと共に、スーパービジョンで用いられているIPT Adherence and Quality Scaleの訳出をIPT Instituteの許可を得て行った。

2. 各国の普及状況の調査

国際学会 International Society for Interpersonal Psychotherapy (ISIPT)の学術総会における「普及に関する円卓会議」に参加し、各国の普及の状況を学ぶと共に意見交換をした。各国の中でも、創始国で

はないが IPT 先進国であるオランダについてその経緯を特に調査した。

3. 我が国における普及の経緯

我が国におけるここまでの IPT の普及の経緯について ISIPT の円卓会議で発表し、意見交換を行った(11)。

4. IPT 勉強会参加者についての予備的調査 (研究 1)

IPT 勉強会に参加した治療者のうち、重複回答者を避けるため、ランダムに、ある回の実践入門編ワークショップ参加者 (臨床現場にいる有資格者で、「臨床家のための対人関係療法入門ガイド(12)」を読了していることが参加要件) 29 名、およびある回の実践応用編ワークショップ参加者 (実践入門編を終了しており、臨床で IPT を実践していることが参加要件) 13 名を対象にアンケート調査を行った。

精神療法経験年数、IPT を知ったきっかけ、今まで受けてきた精神療法のトレーニング、IPT について難しいと思うところ、必要だと思われる教材やトレーニングなどについて自記式アンケートにて質問した。記名は任意とし、率直な回答を奨励した。アンケートはワークショップ終了後に記入してもらい回収した。

5. 精神療法における非特異的因子についての予備的調査 (研究 2)

臨床心理学系大学院修士 1~2 年生及び臨床心理士資格取得後 5 年以内の心理士 15 名を対象に、2011 年 12 月 1 日~12 月 27 日の期間、非構造化面接法による聞き取り調査を行った。

「技法や理論とは関係なく広く精神療法全般に関わる要素と聞いて思い浮かぶことや、そのトレーニングの仕方についてお聞かせ願えますか。また、それらの要素を身につける上で大切だと思うことがあれば教えてください。この質問に関連して連想したことであればどんなことでもかまいません」という質問をし、それに対して自由に答えてもらった。聞き取り調査を担当した岩山は、対象者にとっては指導者ではなく同輩的存在であり、調査は評価を気にする必要のない雑談的雰囲気の中で行われた。

6. 現在行われている IPT の質についての検討 (研究 3)

2012 年 1 月~12 月に行われた IPT 勉強会実践応用編ワークショップでグループスーパービジョンの対象となった 16 症例を対象とし、IPT Adherence and Quality Scale の「このセッションにおける治療者の全体的評価」9 項目 (適切な IPT の話題に焦点化するスキル、適切な IPT の治療姿勢を維持するスキル、治療者の対人関係スキル、患者が自分の問題に対処する上で患者の自立を励ましたか、治療関係に注意を払うスキル、患者の感情に注意を払うスキル、セッションを構造化するスキル、患者のアタッチメントスタイルへの適応、セッションの全体的な評価) に加えて、IPT の治療戦略の要となる「フォーミュレーションの適切さ」「医学モデルの適切な運用」について、それぞれ 5 段階評価を行った。

評価は、国際的トレーニング機関である IPT Institute 認定の IPT スーパーバイザーである水島が、症例について提出された各種情報、面接の逐語録および治療者への具

体的な聞き取りによって行った。

7. 治療者が感じている IPT の困難さについての検討 (研究 4)

2012 年の IPT 勉強会ワークショップを受講した治療者にアンケート用紙を配布し、治療者が感じている IPT の困難さを調査した。IPT 勉強会実践入門編ワークショップ (臨床現場にいる有資格者で、「臨床家のための対人関係療法入門ガイド(12)」を読了していることが参加要件) および実践応用編ワークショップのそれぞれの参加者に、「フォーミュレーション」「肯定的姿勢の維持」「期間限定での終結」「治療焦点の維持」「その他」について、IPT を実践するに当たって難しいと感じることを選択してもらった (複数回答可)。なお、重複回答を避けるため、それぞれのワークショップについて 1 回のみをランダムに抽出して解析対象とした。

対象は、実践入門編参加者 30 名と、実践応用編参加者 15 名となった。

8. 治療者の非特異的因子についての検討 (研究 5)

精神療法においては、個別の戦略や技法を超えて、治療者の温かさなど非特異的因子がむしろ重要であるとの指摘がかねてからされている。我が国においては非特異的因子を高めるためのトレーニングが体系立って行われていないことも、IPT に限らず精神療法の均霑化に当たってのハードルと言えるが、IPT を志向しワークショップに参加している治療者達が自らの非特異的因子についてどのような意識を持っているかを調べるため、アメリカ精神科研修制度指

導者協会による支持的精神療法のためのコンピテンス(13)における「スキル」の項目を参考に、11 項目からなる質問項目を作成し、「現時点でどのくらい自信があるか」を問うた。

11 項目は、「現時点で適切な治療目標を立てる」「患者に対していつも共感的でいる」「患者を怖がらせない口調で話す」「患者に対して誠意を持って接する」「自分の信念や価値観に基づいて介入しない」「患者に関心を寄せていることが伝わるような態度をとる」「自分の感情と患者の感情は別であることを認識できる」「患者の自尊感情を高めるよう意識する」「患者が言ったことを要約、言い換えてフィードバックする」「患者をほめる機会を適切にとらえる」「患者を励ます」から構成されていた。「1. まったく自信がない」～「5. とても自信がある」の 5 段階評定で回答を求めた。

この調査も、重複回答を避けるために、実践入門編ワークショップ、実践応用編ワークショップそれぞれ 1 回ずつをランダムに選び、その参加者を対象とした。対象は、実践入門編参加者 30 名と、実践応用編参加者 14 名となった。

9. IPT を求める患者の特徴についての調査 (研究 4)

現時点で IPT を求める患者層の特徴を知るために、ウェブサイト上で IPT 外来を掲げているあるクリニックからデータを得た。対人関係面に困難を抱える患者はトラウマ関連の障害があったり、発達障害を有していたりすることが多いという臨床経験に基づき、IPT が完了あるいは施行中の 64 症例について、主に「トラウマを有する患者の

割合」「発達障害を有する患者の割合」を調べた。

このクリニックでは、I軸診断については構造化面接を行っているが、トラウマ関連障害と診断するためには、状況依存的に傷つき体験に関する不快な身体的／情緒的反応が起きている、もしくは、傷つき体験に対するネガティブな信念（解釈、意味づけ）が見られる、ということを目指して診断している。

また、発達障害については、養育者および本人による、PARS (PDD-ASJ Rating Scale) 短縮版 12 項目を含む発育歴・生育歴の問診票への回答、および、本人による AQJ (Autism-Spectrum Quotient, 日本語版) への回答を指標にして診断している。ADHD については、本人による「成人期の ADHD の自己記入式チェックリスト (ASRS-v1.1) の 6 項目への回答を指標にして診断している。

(倫理面への配慮)

IPT 勉強会のセッション評価データやアンケート結果は、個人が特定されない形で本研究に資する目的で利用される可能性がある旨をあらかじめ文書にて通知し了解を得た上で行った。アンケートでは資格や臨床経験年数などは問うているが、記名は任意とし、率直な回答を奨励した。

(研究 2) の入門者の聞き取りの際にも、この結果は匿名で本研究に提供されることについて事前に口頭で同意を得た上で行った。

クリニックから得たデータは、完全に数値化されて入力されたものだけであり、いかなる形でも個人を特定することは不可能

である。

C. 研究結果

【効果研究】

1. フォローアップ期間の治療について

1 年後のフォローアップ調査を終えた 11 名については、全対象が、フォローアップ期間中無治療で過ごした。家族から相談希望の電話を受けたことが数回あったが、本人の意向を確認したところ本人は相談を希望していないということで、いずれも治療には至らなかった。

1 年後のフォローアップ面接後は、追加治療の希望に応じ、2 名に追加治療を行っている。2 名は、本研究では治療焦点とならなかった重度の PTSD とアスペルガー障害が見つかったケースであり、追加治療ではそれらについての治療をしている。

2. SCID 診断

表 1 に、SCID による診断結果を示す。

表 1 SCID による診断
摂食障害のカッコ内は特定不能の摂食障害数

	開始前	中間期	終結後	1年後
摂食障害	11(3)	11(4)	7(3)	9(3)
気分障害 (うつ病性)	6	5	3	1
不安障害	6	2	1	0

SCID による面接結果からは、治療開始時に神経性大食症の診断基準を満たした 8

名のうち 5 名が依然として神経性大食症の診断を満たしており、治療開始時に特定不能の摂食障害の診断基準を満たした 3 名（神経性大食症の診断基準を満たすが、体重が標準体重の 80%未満で、かつ月経が失われていない群）のうち 2 名が依然として特定不能の摂食障害という診断基準を満たしていたが、うち 1 名は体重が増加して標準体重の 80%を超えたため診断名が神経性大食症に変更となった。また、治療期間中の面接においては神経性大食症の診断基準を満たしていた対象のうち、2 名が、フォローアップ面接時には体重が標準体重の 80%未満になったなどの理由により、診断名が特定不能の摂食障害に変更になった。

併存する気分障害や不安障害については、治療期間中に得られた効果が持続している。

なお、治療終了時には寛解に至っていたがフォローアップ時には再び神経性大食症の診断を満たすようになった対象が 2 名いるが、EDE-Q への回答においては過食症状の頻度がいずれも過去 28 日間に 6~12 回という低頻度であった。

3. 過食症状の頻度

EDE-Q への回答（質問 15）から得られた過食頻度の推移を、表 2 に示す。

表2 制御できないと感じる過食の頻度（過去28日のうちの日数）

	0	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	28
開始前	0	0	0	0	3	4	4
中間期	0	0	1	2	0	4	4
終了後	1	4	0	0	4	2	0
1年後	0	3	4	0	0	2	2

治療開始前には全対象が過去 28 日のうち半分以上の日に制御できない過食を体験していたが、終了時には 11 名中 6 名となり、1 年後には 11 名中 4 名となっている。

4. 症状評価尺度

各評価尺度の平均値および標準偏差、治療開始前と終了後、治療開始前と 1 年後を比較した T 検定の結果を表 3 に示す。

表3 EDI-2, BDI-2, SAS-SR各スコアの比較
1年後フォローアップに参加し面接が完了した11名の平均(SD)
P値: *開始前と終了後の比較 **開始前と1年後の比較

	開始前	終了後	P*	1年後	P**
EDI-2	93.4 (34.8)	56.5 (28.3)	.004	65.4 (26.1)	.028
BDI-2	26.3 (11.5)	13.0 (12.3)	.000	15.0 (11.2)	.002
SAS-SR	2.37 (0.45)	2.03 (0.50)	.010	2.16 (0.69)	.269

SAS-SR については、個別のデータを見ると、治療開始前に比べて 1 年後フォローアップの SAS が 0.5 以上悪化している対象が 2 例あった。この 2 例は、フォローアップ面接後に本人の希望によって追加治療が行われているが、その治療の中で、SCID 施行時には顕在化していなかったトラウマ関連症状があることが明らかになった。解

離症状および回避症状が強かったため、トラウマ体験そのものが自覚されておらず、研究プロトコルの中で行われた SCID においても診断されていなかった。また、同様に、治療においても全く扱われていなかった。

また、2例のうち1例はアスペルガー障害を有していることも追加治療で明らかになったが、これも短期治療においては認識されていないことであった。

これらの2例を除外して各評価尺度を改めて解析すると表4のようになる。

表4 EDI-2, BDI-2, SAS-SR各スコアの比較

解離症状の影響が強かった2名を除く9名の平均(SD)
P値: *開始前と終結後の比較 **開始前と1年後の比較

	開始前	終結後	P*	1年後	P**
EDI-2	90.3 (33.9)	51.7 (27.3)	.013	59.4 (24.4)	.041
BDI-2	24.9 (8.7)	11.1 (9.4)	.002	12.3 (8.0)	.003
SAS-SR	2.32 (0.43)	1.91 (0.43)	.011	1.90 (0.26)	.016

【均霑化研究】

1. 国際標準トレーニングの調査

表5: IPT Instituteによるトレーニングプログラム

- レベルA: IPTの基礎的トレーニング
 - 講義式トレーニング
- レベルB: IPTの臨床的トレーニング
 - 2症例のスーパービジョン
- レベルC: IPT治療者の認定
 - さらに2症例のスーパービジョン
- レベルD: 認定IPTスーパーバイザー
- レベルE: 認定IPTトレーナー

IPT 治療者の認定制度については国際的にもまだ検討過程にあるが、一つの有力な

試みとして IPT Institute が総合的なトレーニングプログラムを作り、治療者の認定を行っており、現在の国際標準とされている。

表5にそのプログラムの全体を示す。レベルAからレベルEまでの段階で構成されており、治療者の認定に関わるのはレベルC以降である。

表6~表12に、レベルAからレベルDまでのトレーニング概要を示す。

また、IPT Institute でスーパーバイザーが用いることとされている IPT Adherence and Quality Scale を邦訳したものを別表に掲載する。

表6: レベルA
IPTにおける基礎的トレーニング

- IPT Instituteが認定した2日以上 of トレーニングコースへの参加。

表7: レベルB
IPTの臨床的トレーニング

- 前提条件: 認定されたレベルAコースの修了
- IPTのスーパービジョン:
 - 認定IPTスーパーバイザーによる、完了したIPTの2症例以上のスーパービジョン
 - 個人あるいはグループ形式のスーパービジョン
 - スーパービジョンは録音テープまたは録画ビデオに基づかなければならない
 - 2時間の治療について1時間のスーパービジョン

表8: レベルB(続)

- IPTの遵守と質において、レベルBの水準を満たさなければならない
- 以下を提出すること
 - 完了したIPT2症例のケースレポート
 - 2症例について、対人関係フォーミュレーション、対人関係サークルを含む書類
 - 完了した2症例の全セッションの録画ビデオか録音テープ

表11: レベルD
認定IPTスーパーバイザー

- 前提条件:
 - レベルA・レベルB・レベルCの完了
 - IPTスーパーバイザーによる推薦
- スーパービジョン・トレーニング
 - 認定IPTスーパーバイザー・トレーニングコースの完了
 - 現在進行中のIPTスーパービジョンがレベルD水準であること

表9: レベルC
IPT治療者としての認定

- 前提条件:
 - レベルAとレベルBの完了
 - IPTスーパーバイザーによる推薦
- IPTスーパービジョン
 - 追加2例の治療完了症例に対する、認定スーパーバイザーによるスーパービジョン
 - 個人あるいはグループスーパービジョン
 - スーパービジョンは録画ビデオあるいは録音テープに基づかなければならない
 - 治療2時間について1時間のスーパービジョン

表10: レベルC(続)

- IPTの遵守と質において、レベルBの水準を満たさなければならない
- 以下を提出すること
 - 完了したIPT2症例(レベルC)のケースレポート
 - 2症例について、対人関係フォーミュレーション、対人関係サークルを含む書類
 - 完了した2症例の全セッションの録画ビデオか録音テープ
- IPT知識テストの合格

いか) や、他者をほめるよりは過干渉に批判することが多いと言われる文化など、我が国での経験と共通する背景も多い。

オランダでは、1994年に Markowitz, J.C. (米国コロンビア大学) がワークショップを行ったことが始まりだった。そして、研究、スモールグループでの治療者のトレーニングが進められた。活動としては、IPT学会が作られ、精神療法家、精神科医、臨床心理士向けのトレーニングプログラムが作られた。国内の治療ガイドライン(うつ病、摂食障害)にIPTが含まれ、IPT治療者およびIPTスーパーバイザーとして登録されるガイドラインが適用された。

オランダIPT学会は、スーパーバイザーのネットワークであり、トレーニングとスーパービジョンについての基準があり、研究プロジェクトが進行している。

2. 各国の普及状況の調査(特にオランダ)

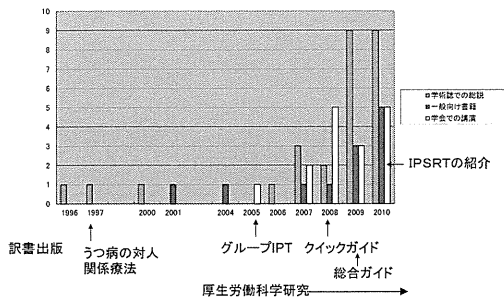
オランダはIPT先進国の一つとして知られており、2011年のISIPTの主権国でもあった。オランダにおいてIPTが初めて紹介されたときの受け止め方(IPTの楽観主義と現実主義がそもそもアメリカの「ココロ」アプローチを示すものであり、他の文化や言語には翻訳不可能なものではな

3. 我が国における普及の経緯

IPTのオリジナル・マニュアル Interpersonal Psychotherapy of Depression(邦訳「うつ病の対人関係療法」)(14)の翻訳は1995年に始められ、1997年に刊行された。創始者の一人である Weissman, M.M.が1996年来日し、ワー

クショップを行った。また、2004年には思春期用IPTの創始者であるMufson, L.が来日し、ワークショップを行っている。

図1 日本におけるIPT普及の経緯



図は我が国におけるIPTの紹介の歴史である。学術誌における総説、一般向け書籍、学会における講演の各年の数を示している。我が国においてIPTが普及し始めたのは2006年以降と言えるが、主に一般向け書籍の刊行により一般の関心が高まったことと、学会での講演により専門家間での知名度が高まったことによる。これは治療者へのアンケート調査からも示されており、「そもそもIPTをどこで知ったか」の問いへの答えの上位3位が「一般書」「学会」「同僚から」であった(15)。改訂されたマニュアルであるComprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy (邦訳「対人関係療法総合ガイド」)(16)、簡易版マニュアルであるClinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy (邦訳「臨床家のための対人関係療法クイックガイド」)(17)も邦訳され、それぞれ2009年、2008年に刊行された。

厚生労働科学研究にIPTの効果研究が含められたのは2007年以降であるが、それも専門家による関心を加速した。2010年からは日本摂食障害学会ホームページにおいて

も有効な治療法として紹介されるようになった。また、2010年には双極性障害に対する対人関係・社会リズム療法(interpersonal and social rhythm therapy: IPSRT)が日本うつ病学会のシンポジウムおよび一般向け書籍(18)によって紹介され、現在では日本うつ病学会ウェブサイト(http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/index.html)からダウンロードできる大うつ病性障害治療ガイドライン、双極性障害治療ガイドラインそれぞれに有効な精神療法として紹介されている(双極性障害については対人関係・社会リズム療法のみで紹介されている)。2012年に刊行された摂食障害治療ガイドライン(19)でも、有効な治療法として紹介されている。

治療者の育成は、2007年より対人関係療法勉強会において行われており、IPT InstituteのレベルA、レベルBに準拠している。「臨床家のための対人関係療法入門ガイド」を読んでから実践入門編ワークショップ(講義式、正味6時間)に参加し、その後グループスーパービジョンである「実践応用編」(ラウンドテーブル・ディスカッション、正味6時間)に参加する。1日に4例の症例を、それぞれ2~3セッション程度、IPT Institute認定スーパーバイザーである水島がスーパービジョンするが、全体のフォーミュレーションは十分に検討するものの全セッションのスーパービジョンを行うわけではないので、IPT Instituteによるものよりも強度は低い。

対人関係療法勉強会のワークショップの経験から、日本の治療者向けにマニュアルを補完する目的の「臨床家のための対人関係療法入門ガイド」(12)も2009年に刊行さ

れた。その補助教材として面接場面を収録したDVD「対人関係療法の実際」(20)も2010年に刊行された。

これらの成果はISIPTの円卓会議において評価されたが、同時に、精神科医の基礎的トレーニングの中に精神療法が十分に位置づけられていないこと、臨床心理士の国家資格がなく臨床トレーニングの場が限られていることなどがIPTの普及に向けての我が国の課題であることも指摘された。

4. IPT 勉強会参加者についての予備的調査 (研究1)

実践入門編ワークショップ参加者の職種の内訳は、精神科医5名、家庭医1名、臨床心理士12名、精神保健福祉士4名、看護師1名、産業カウンセラー2名、大学院生1名、精神対話士1名、未記入1名であった。臨床心理士のうち2名は精神保健福祉士も有していた。精神療法の経験年数は3.8(標準偏差3.0)年であった。

実践応用編ワークショップ参加者の職種の内訳は、精神科医4名、臨床心理士2名、精神保健福祉士2名、看護師1名、産業カウンセラー4名であった。精神療法の経験年数は6.8(標準偏差3.9)年であった。この年数は入門者に比べて有意に長かった。

そもそもIPTをどこで知ったかという問いへの答え(選択式)を表5に示す。

今までに受けた精神療法のトレーニングについての回答(選択式)を表6に示す。認知行動療法(cognitive behavioral therapy: CBT)、支持的精神療法が比較的多い。その他の精神療法としては、精神分析的な精神療法、家族療法などが挙げられた。

表7には、IPTについて難しいと感じて

いるところを問う質問への回答(選択式)を示す。入門者と実践者の相違をより明確にするため、実践者の中では6回以上グループスーパービジョンに参加している人10名のみを抽出した。10名のうち8名が10回以上グループスーパービジョンに参加している。

表12 そもそもIPTをどこで知ったか(複数回答可)

	学会	学術論文	一般書	専門書	DVD	同僚から	その他
入門者 N=29	9 (31%)	3 (10%)	10 (34%)	10 (34%)	6 (21%)	13 (45%)	1 (3%)
実践者 N=13	5 (38%)	2 (9%)	7 (54%)	1 (8%)	0 (0%)	5 (38%)	1 (8%)

表13 今までに受けた精神療法のトレーニング

	CBT(正式)	CBT(略式)	支持的(正式)	支持的(略式)	その他	何も受けていない
入門者 N=29	7 (24%)	6 (20%)	7 (24%)	3 (10%)	7 (24%)	9 (31%)
実践者 N=13	1 (8%)	3 (23%)	3 (23%)	1 (8%)	4 (31%)	3 (23%)

表14 IPTについて難しいと感じているところ

	フォーミュレーション	肯定的治療姿勢の維持	期間限定の終結	治療焦点の維持	その他
入門者 N=29	19 (66%)	3 (10%)	11 (38%)	3 (10%)	2 (医学モデル)
実践者 N=10	7 (70%)	0 (0%)	2 (20%)	6 (60%)	0

今後自分がIPTを実践できるようになる

ために必要だと思われるトレーニングや教材としては、スーパービジョン、ケースカンファレンス、陪席など直接指導を希望する治療者が多かった他、教材としてはDVDや症例集など治療の実際がわかるものが望ましいという回答が寄せられた。

5. 非特異的因子についてのインタビュー調査（研究2）

「共感することがどういうことかわからない」「沈黙が重要だということは知っているが、つい耐えられなくなって自分からしゃべってしまう」など、精神療法の比較的基本的なトレーニングの不足を示唆する問題意識が語られた。

一方で、「動機付けを高めるために即効性のあるアドバイスが初回から必要なのではないか」「病気をどのような態度で扱ったらよいかわからない」など、戦略的治療の必要性や病気の扱いについての問題意識も見られた。自殺に関する事など、危機管理についても聞き取り調査の中で挙げられたポイントであった。

その他、症例に接している機会の少なさや精神医学的トレーニングの乏しさから、精神科的症状の見分け方などがわからない、というものもあった。

6. 現在行われている IPT の質についての検討（研究3）

対象となった16症例を担当した治療者は、精神科医8名、その他（臨床心理士、精神保健福祉士等）6名であった。精神科医1名と臨床心理士1名は、2回のスーパービジョンに異なる症例を提出しているため、治療者の実数は14名、症例数は16名

となっている。

評価対象となった治療者の精神科臨床の経験年数は平均9.41年（ $SD=9.04$ ）、精神療法の経験年数は平均7.85年（ $SD=7.29$ ）であった。

表15に、IPT Adherence and Quality Scaleの9項目についての評価を示す。5段階評価で、値が大きいほど「質が高い」あるいは「適切であった」ことを意味している。

表15 治療者の全体的評価の平均値および標準偏差

	M	SD
1) 適切なIPTの話題にセッションを焦点化するスキル	3.81	(0.75)
2) 適切なIPTの治療姿勢を維持するスキル	3.38	(0.96)
3) 治療者の対人関係スキル (安心させる、共感、誠実さ、温かさ等)	3.50	(0.89)
4) 治療者は患者が自分の問題に対処する上で患者の自立を助ましたか?	3.44	(0.81)
5) 治療関係に注意を払うスキル	3.50	(1.03)
6) 患者の感情に注意を払うスキル	3.38	(1.03)
7) セッションを構造化するスキル	3.56	(0.73)
8) 患者のアタッチメントスタイルへの適応	3.25	(1.00)
9) セッションの全体的な質	3.38	(1.03)

1)～9)までのIPTの技法については、概ね良好な値が示されているものの、「治療関係に注意を払うスキル」「患者の感情に注意を払うスキル」「患者のアタッチメントスタイルへの適応」については、標準偏差（ SD ）の値が他よりもやや高めで、治療者間のばらつきが大きいことを示している。

表2に、「フォーミュレーションの適切さ」および「医学モデルの適切な運用」の評価を示す。

表16 治療者のフォーミュレーションの適切さおよび医学モデルの適切な運用に

おける評価の平均値および標準偏差

	M	SD
フォーミュレーションの適切さ	3.06	(0.99)
医学モデルの適切な運用	3.75	(0.76)

「医学モデルの適切な運用」については概ね良好な結果が得られたが、IPT において最も重要であると考えられている「適切なフォーミュレーション」については、表 1 で評価された他のスキルに比べて平均値が低く、評価がやや低めであることが示された。

7. 治療者が抱えている IPT の困難さについての検討 (研究 4)

実践入門編ワークショップ参加者 30 名、実践応用編ワークショップ参加者 15 名のそれぞれが「IPT を実践していく上で難しそうだと思うこと」として選んだもの (複数回答可) を図 2 に示す。

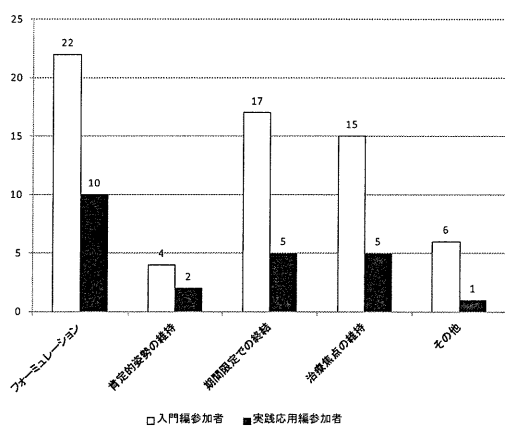


図 2 IPT 実践において難しいと感じること (複数回答)

どちらのワークショップ参加者においてもフォーミュレーションを難しいと思っている治療者の数が最も多いことが示されている。

また、難しいと感じる項目に○をつけた数の平均値を求めると、実践入門編の参加者では平均 2.13 個、実践応用編の参加者では平均 1.54 個で、両者の間には統計学的有意差が認められた ($t(43)=2.23, p<.05$)。(表 17)

表 17 IPT 実践において難しいと感じる項目の選択数の平均値、標準偏差および t 検定結果

	入門編参加者 (n=30)		実践応用編参加者 (n=15)		t 値
	M	SD	M	SD	
難しいと感じる項目の選択数	2.13	(0.94)	1.53	(0.64)	2.23 *

*: $p<.05$

3. 治療者の非特異的因子についての検討 (研究 5)

非特異的因子についての自信に関する 11 項目の平均値および標準偏差を表 4 に示す。各項目について、実践入門編参加者と実践応用編参加者との回答の平均値に差は見られなかった。また、合計点についても差は見られなかった。

表 18 精神療法における非特異的因子に関する自信の平均値および標準偏差

	入門編参加者 (n=30)		実践応用編参加者 (n=14)	
	M	SD	M	SD
1) 現実的で適切な治療目標を立てる	3.03	(0.89)	3.21	(0.89)
2) 患者に対していつも共感的である	3.73	(0.87)	3.86	(0.66)
3) 患者を怖がらせない口調で話す	3.90	(0.66)	3.79	(0.58)
4) 患者に対して誠意を持って接する	4.20	(0.55)	4.21	(0.70)
5) 自分の信念や価値観に基づいて介入しない	3.27	(1.02)	3.07	(1.00)
6) 患者に関心を寄せていることが伝わるような態度を取る	3.76	(0.69)	4.00	(0.78)
7) 自分の感情と患者の感情は別であることを認識できる	3.90	(0.62)	3.79	(0.70)
8) 患者の自尊感情を高めるよう意識する	3.60	(0.81)	3.77	(0.73)
9) 患者が言ったことを要約、言い換えてフィードバックする	3.50	(0.82)	3.21	(1.19)
10) 患者をほめる機会を適切にとらえる	3.37	(0.85)	3.57	(0.76)
11) 患者を励ます	3.47	(0.82)	3.38	(0.77)
1)~11)までの合計得点	39.14	(5.34)	40.33	(6.39)

なお、IPT Adherence and Quality Scale

で治療者間のばらつきが見られた「治療関係に注意を払うスキル」「患者の感情に注意を払うスキル」「患者のアタッチメントスタイルへの適応」は、いずれも非特異的因子と関連するものである。これらの5段階評価について、4～5点の治療者を「質が高い群」、1～3点の治療者を「質が低い群」に分けた。その群ごとに、11項目で作成した非特異的因子についての自信の合計得点の平均値を算出したところ、どのスキルにおいても、それぞれ「質が低い群」で46.00、「質が高い群」で36.33となった。この平均値についてt検定を行ったところ、有意水準10%ではあるが、「質が低い群」の方が非特異的因子について自信を持っている傾向にあることが示された($t(4)=2.27$, $p<.10$)。(図4～6)。なお、アンケートの記名は任意となっているため、この比較の対象となったのは、セッションが評価対象となった16症例のうち、アンケートに記名した治療者6名となっている。

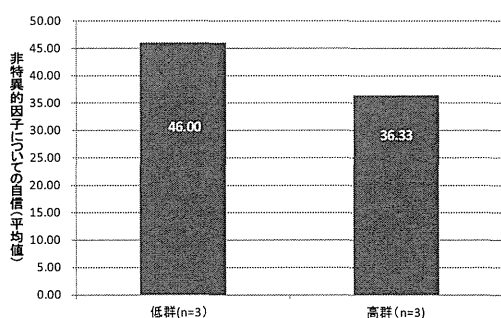


図3 治療関係に注意を払うスキルの高低による非特異的因子についての自信の平均値比較

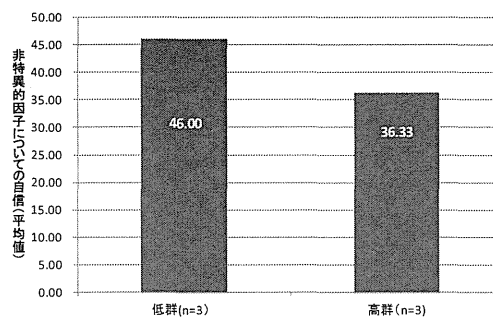


図4 患者の感情に注意を払うスキルの高低による非特異的因子についての自信の平均値比較

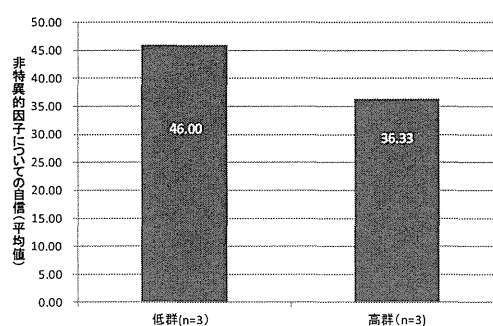


図5 患者のアタッチメントスタイルへの適応スキルの高低による非特異的因子についての自信の平均値比較

4. IPTを求める患者の特徴についての調査(研究4)

あるクリニックのデータから見ると、現在IPTを求める患者において、発達障害を有する患者が31%(図7)、トラウマ関連障害を有する患者が25%(図8)となっており、それぞれの障害に該当する群の割合が比較的高いことが示された。

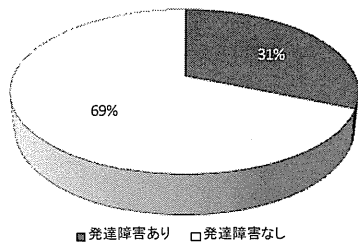


図6 発達障害のある患者の割合(%)

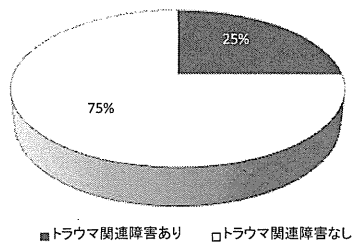


図7 トラウマ関連障害のある患者の割合(%)

D. 考察

【効果研究】

全体としては、治療終了後1年間無治療でも短期治療で得られた効果が概ね維持されていると言える。

国際的なデータでは、IPTの短期治療を受けた患者は、治療終了後もその効果が伸び続け、1年後の時点では、先行して高い寛解率を示していたCBTとの間の有意差がなくなり、6年後までフォローアップすると、CBTよりも高い寛解率を示すようになることが示されている。本研究の対象も、解離症状の影響が強かった2例を除けばSAS-SRに示される心理社会機能が治療終了後も改善していること、過食が生活の大半を占めている対象数が1年の間に減っていることから、治療効果の中には終了後に

伸びている要素もあると考えられる。

1年後のフォローアップ面接まで、対象は、原則として追加治療を控えるように要請され、それは実際に守られた。1年後のフォローアップ面接終了後に追加治療を求めてきた患者を見ると、その1年間に、治療終了時には想定されていなかったような大きなライフイベントに見舞われるなど、治療が必要となる局面があったようである。小さなライフイベントについては治療で得たスキルを用いて自らのソーシャルサポート内で解決することがさらなる効果につながっていきうるが、大きなライフイベントの場合は、そのタイミングで治療的介入を行っていれば予後も異なっていた可能性があり、追加治療の是非についてもさらなる検討を加える必要がある。なお、大きなライフイベントに見舞われた一例については、電話相談を1回受けただけで状態を改善させていることから、追加治療は強度と頻度の低いものでも十分効果を発揮する可能性がある。

なお、1年後フォローアップ時に治療開始前よりも著しく(0.5以上)SAS-SRのスコアが悪化した対象は、SCID施行時には解離・回避症状のために認識されていなかったトラウマ関連障害を有していたが、今回のフォローアップ調査の呼びかけに無反応であった1例も、治療中盤以降にトラウマ体験によってPTSDを発症していた。本来はそこで本研究から脱落しPTSDに焦点を当てた治療契約をすべきであったとも考えられ、トラウマに関連した摂食障害症例については、マニュアル上もさらなる配慮が必要であると考えられる。なお、この症例については、2012年に相談のためにク

リニックを受診した。構造化面接をする余裕はなかったが、経過は比較的良好で、仕事も継続しており、結婚も視野に入っていた。PTSD を焦点としない治療ではあったが、何かしら有益なものをもたらした可能性はある。

追加治療で明らかになったことの中には、アスペルガー障害を持つ患者が対象に含まれていたことがある。現時点までには、アスペルガー障害を持つ患者に対する IPT の適用について何らかのエビデンスがあるわけではないが、臨床経験からは、言語を用い、感情に根づく治療を行う IPT では、アスペルガー障害を持つ患者に対して自ずと配慮すべきことがあり、実際に追加治療の中ではアスペルガー障害に対する心理教育も同時に行っている。残念ながらこの知見は研究終了後の追加治療の中で見出されたものであるため、今後は研究計画に発達障害のスクリーニングを含めることも検討する必要があると考えられる。

これらの課題（ネガティブなライフイベントの多さ、トラウマ関連障害、発達障害）は、本研究の制約として考慮されていた、自由診療クリニックゆえにより重症な患者が対象となる可能性を反映したものであるとも言える。しかし、摂食障害患者においては、そのような条件を伴う患者が一定割合存在することも事実である。今後、これらの点を踏まえて、スクリーニングをより充実させることによって短期治療の効果が十分に見込まれる症例とより長期にわたる治療が必要となる症例の鑑別を行っていくと同時に、短期治療終了後のネガティブなライフイベントに対してどのような形の介入が望ましいかを検討することによって、

短期治療の効果をより安定させることができると考えられる。

これらの制約があり、また、単一の治療者による治療の部分的なデータに過ぎないが、16回の短期治療における効果が無治療のまま1年後にも概ね維持され、心理社会機能も改善されているという結果は臨床的な意味があると考えられる。

【均霑化研究】

IPT Institute のトレーニングプログラムは一つの理想型と言えるが、認定スーパーバイザーが一人（水島）しかおらず、言語のハードルを抱える我が国の状況を考えると、IPT Institute のプログラムそのものを導入することはきわめて非現実的である。

一方で、IPT Adherence and Quality Scale は、IPT の遵守の目安として活用できる可能性がある。

オランダの経験からは、スーパーバイザーのネットワークが重要であること、意欲のある人材が集中して関わる必要があることが示唆される。この基盤を作ることが第一段階の課題であると考えられる。

円卓会議でも指摘されたが、精神療法の基礎的なトレーニングが精神科研修において十分でないということは我が国の一つの課題である。実際に、研究1からIPTを志研修を受けている治療者のバックグラウンドをある程度知ることができるが、入門者においても、実践者においても、何のトレーニングも受けていない群が一定割合含まれていること、それぞれの精神療法についても正式なトレーニングを受けている人はむしろ少ないことから、IPTの均霑化プログラムにおいては精神療法の基本的な要素

の扱いについても検討すべきだということが示唆される。

IPT は本来は熟練した精神療法家がそれまでの経験に上乗せして学ぶ精神療法として開発されており、精神療法の基礎的な要素はすでにマスターした治療者向けのトレーニングプログラムとなっている。しかし、現時点で我が国において均霑化プログラムを作成するには、精神療法の基礎的な要素についてもカバーする必要がある。入門者の聞き取り調査からは、非特異的因子についての不確かさ、特定の精神療法の位置づけの不確かさなどの問題が示唆されており、IPT のトレーニングプログラムを作る際には、これらの点も考慮に入れる必要があると考えられる。

研究2・3の結果からは、全体に、個々のセッションの評価は決して悪くなく、治療者によるばらつきはあるが、非特異的因子に関連する項目の評価も概ねよいと言える。これが日本の臨床レベル全体を代表するものなのか、あるいはIPTを志向する時点で、すでに非特異的因子が高い治療者が集まるというバイアスがかかるのかは、今後より対象を広げて調査する必要がある。

非特異的因子については、主観的な自信が必ずしも客観的評価と一致しないことが示され、スーパービジョンで客観的な評価を受けるべき一つの重要なポイントであることが考えられる。また、均霑化プログラムを作成するに当たっては、非特異的因子の重要性をかなりの程度強調しないと、「自信がある」が故に非特異的因子を軽視する治療者が出現する可能性が考えられる。

IPT を実際に実践する前には、フォーミュレーション、期間限定での終結、治療焦

点の維持など、難しいと感じる項目の個数も種類も多い傾向があるのに対し、実践を行っていく中で解消する項目もあることが本研究の結果からは示唆される。これは縦断調査ではないため、単なる参加者の特性という可能性もあるが、違う年行った研究1と研究4ではほぼ同様の結果が得られているため、やはり「フォーミュレーション」は何症例かの経験を積んでも困難を感じる課題として残っていくことが示唆される。

個々のセッションの評価に比べるとフォーミュレーションの評価が低いというのは、それぞれのセッションにおいては良好な非特異的因子のもと、それなりに有益な関わりをすることができても、治療効果を発揮するために必要なフォーミュレーションが未だに満足できる質に達していない治療者が多いということを示している。実際それはアンケートにおいて自覚的にも記されていることである。

IPT においては、問題領域における対人関係問題の改善と、症状の改善は相関する(21)ことが示されている。つまり、適切なフォーミュレーションのもと、適切な問題領域を選ばなければ、症状の改善につながらないということになる。

また、IPT 治療者は問題領域を選ぶ上で意見の一致度が高い(22)ことも示されており、適切なフォーミュレーションはトレーニングによって十分可能な目標であると言える。

フォーミュレーションには、症例全体の見立て、患者の文脈の理解等が必要であり、より大きな臨床的視野と豊富な臨床経験を必要とする。今後必要な教材は、フォーミュレーション能力を高める機能を持つもの

である必要があり、大きな臨床的視野を提供し、臨床経験の代替となるような要素を持つものを考える必要がある。

現在 IPT を求める患者特性について、本研究ではあるクリニックのデータのみを解析しているが、IPT を求める患者に、トラウマ関連障害や発達障害を持つ患者が多く見られるというのは、IPT を行っている臨床現場や IPT 勉強会のスーパービジョン用に提出される症例に見られる傾向と一致している。トラウマ関連障害も発達障害も対人関係機能に大きな影響を与えるものであり、患者が「対人関係」という名に惹かれて IPT を求めることは今後も十分考えられることである。

トラウマに対する IPT は、かなりの程度確立されており、ここまでに得られているエビデンスも有望で、現在 PTSD に対する大規模な RCT が NIMH の資金によって行われているところである。IPT の「医学モデル」を用いて、トラウマ症状が現在の対人関係にどれほどの影響を与えているかを相互理解しながら進めていくことで大きな進歩を得ることができる。トラウマ症状の理解がないまま単に大うつ病性障害に対する IPT を行ってしまうと、十分な治療効果が得られない可能性が高いため、我が国で IPT を行っていく治療者はトラウマ関連障害に対する IPT にも精通する必要があると言える。

一方、発達障害に対する IPT はほとんど研究されていないのみならず、直近のネガティブなやりとりを想起して細かく検討していくという IPT のスタイルそのものが、特に広汎性発達障害を持つ患者には負担が重すぎるという臨床的印象がある。

IPT は、統合失調症や強迫性障害には用いないが、広汎性発達障害についても、少なくとも診断可能なほどの症状を持つ患者には別の治療の方がよい選択肢となる可能性が高い。広汎性発達障害と気分障害が併存する割合は高いことが知られているため、単に「大うつ病性障害」という診断により IPT を開始してしまうと、広汎性発達障害を持つ患者に、不適切な治療を施すリスクがある。診断能力が高く、「鑑別治療学」に優れた治療者をより多く養成していく必要があると言える。

なお、トラウマや発達障害が治療の経過に大きな影響を与えるということは、前半の「効果研究」の結果とも一致するところである。

4. IPT を行う治療者の特性について

まだ予備的な研究段階であるが、非特異的因子の質を高める、患者の文脈を読む、等 IPT 治療者に求められる資質を考える際、例えば治療者自身が広汎性発達障害を有していたら、事実上 IPT が不可能となる可能性がある。

しかし、優れた IPT を行う治療者が、AQJ において「社会性の障害」「コミュニケーション障害」などの高スコアを示す例も見いだしている。その治療者は、「想像力」が低スコアであり、患者の文脈を読むことがとても重要な IPT においては、「想像力」が最も重要な要件である可能性もある。

どのような特性を持った治療者がどのような精神療法に向くのか、という研究も、今後行っていくことで、均霑化の効率を高めることができると考えられる。

E. 結論

【効果研究】

本研究の結果からは、我が国における神経性大食症に対して、IPT が、短期治療により効果があるのみならず、その効果が治療終了後も持続する可能性が示唆された。今後、治療者の養成を進め、複数の治療者による、より大規模な無作為化臨床研究を行う必要性が示唆されると同時に、治療マニュアルについても、特にトラウマ関連や発達障害関連について、また、治療終了後のライフイベントへの対応について、さらなる検討が必要である。

【均霑化研究】

本研究の結果からは、我が国における均霑化プログラム作成に当たって、フォーミュレーション能力を上げることが最も重要な課題として示唆される。また、非特異的因子も、有効な IPT を行うために必要な要素であることを改めて強調する必要があると言える。

本研究の結果をふまえ、既存のマニュアルを補完する教材の一つとして、現在「臨床家のための対人関係療法実践ガイド」の刊行準備中（創元社）であるが、そこでは、非特異的因子の重要性、大きな臨床的視野につながる内容（過去の間人関係やパーソナリティの位置づけ、患者側の愛着スタイル、発達、トラウマ等）、またここまでの IPT の普及活動の中ですでに誤解を招いていると思われる点の修正（より行動療法的なものと思われていることが多い）を扱っていく予定である。

また、豊富な臨床経験を代替するものと

して、Markowitz らによる *Casebook of Interpersonal Psychotherapy*（2011年刊行）(23)の訳出も検討している。

IPT 勉強会でのスーパービジョンは今後も継続する中で治療者のネットワークをさらに育てていく予定である。すでに計画されているのは、地方別に同様の機能を持つ勉強会を作っていくことである。

また、2013年6月に国際 IPT 学会である ISIPT (International Society for IPT) の学術総会が行われるが、そこに数名の日本人が参加し、認定スーパーバイザーも増える見込みである。

実際に、現在の日本で「対人関係療法」という名前は以前に比べて遙かに認知度が高まっている。IPT 勉強会のアンケートからは、一般書を中心に、書物によって知ったという人が多いようであるが、学会で講演を聞く、同僚に聞くという形で初めて知った人も少なくなく、普及のプロセスが始まりつつあると言える。

本研究には、いくつもの限界がある。自ら求めて東京までワークショップに勉強に来た治療者を対象として行ったため、対象者が一般臨床家を代表するものではない可能性がある。また、治療者の評価も、一名のみで行っているため、評価そのものの妥当性を評価することもできていない。人的・時間的制約により、スーパービジョンを、本来推奨される録画セッションに基づいて行うこともできていない。

しかし、今後均霑化を進めていく上でのポイントがかなりの程度絞れたという点で、意義があったと考えられる。

F. 健康危険情報 該当せず

摂食障害の対人関係療法 (IPT)
医学のあゆみ 241(9), 708-712, 2012

G. 研究発表

水島広子

1. 論文発表

うつ病治療における対人関係療法 (IPT)の
有用性

水島広子

臨床精神薬理 15(12), 1923-1929, 2012

対人関係療法 (IPT)

別冊・医学のあゆみ 最新うつ病のすべて
医歯薬出版株式会社 東京 121-124, 2010

水島広子

入院施設のない精神科の外来における摂食
障害の治療

水島広子

精神科治療学 27(11), 1447-1452, 2012

うつに対する対人関係療法 (IPT)と漢方
漢方と最新治療 19(3), 195-199, 2010

水島広子

対人関係療法 (IPT)

水島広子

臨床精神医学 41 (増刊号・精神療法マニ
ュアル), 115-121, 2012

サリヴァンと対人関係療法 (IPT)

治療の聲 11(1), 41-45, 2010

2. 学会発表

水島広子

水島広子

若年うつ病の対人関係療法 (IPT)
精神科 17(6), 581-585, 2010

教育講演 うつ病の対人関係療法

第7回 日本うつ病学会総会 2010年6月
12日 金沢

水島広子

双極性障害の心理教育と心理社会的治療
臨床精神医学 40(3), 341-346, 2011

水島広子

双極性障害の対人関係・社会リズム療法 (I
P S R T)

水島広子

双極性障害の疾患教育と対人関係・社会リ
ズム療法
精神神経学雑誌 113(9), 880-885, 2011

第1回 ISBD Japanese Chapter Meeting
第7回 日本うつ病学会総会 2010年6月
12日 金沢

水島広子

うつ状態に対する対人関係療法
治療 93(12), 2421-2424, 2011

水島広子

教育講演 肥満症患者に精神的サポートを
提供する上で必要な基本姿勢

第3回 日本肥満症治療学会学術集会

2010年9月10日 東京

H Mizushima, KM Pike, Y Oyama, M So.
Disseminating Interpersonal
Psychotherapy in Japan: Overview and
Challenges

Interpersonal Psychotherapy 4th
International Conference, 23rd - 24th
June 2011, Amsterdam

水島広子

双極性障害の心理社会的治療

双極性障害委員会企画シンポジウム…双極
性障害のチーム医療

第2回 ISBD Japanese Chapter Meeting
第8回日本うつ病学会総会 2011年7月2
日 大阪

水島広子

双極性障害の対人関係・社会リズム療法
(IPSRT)

第11回日本外来精神医療学会 2011年7
月17日 東京

ワークショップ「対人関係療法」

第11回認知療法学会 2011年10月2日
大阪

水島広子

双極性障害の疾患教育と対人関係・社会リ
ズム療法

シンポジウム27 双極性障害の治療を考
える：エビデンスレビュー

第107回日本精神神経学会総会 2011
年10月27日 東京

水島広子

双極性障害に対する対人関係・社会リズム
療法

第10回 Bipolar Disorder 研究会 2011
年12月3日 東京

水島広子

リワークに対人関係療法の視点を生かす

第5回うつ病リワーク研究会 ランチョン
セミナー

2012年4月22日 東京

水島広子

対人関係療法

川崎市精神科医会定期学術講演会

2012年6月2日 川崎

水島広子

うつ病に対する対人関係療法

第9回日本うつ病学会総会 シンポジウム
「うつ病精神療法の未来」

2012年7月27日 東京

水島広子

対人関係療法

第9回日本うつ病学会総会 シンポジウム
「うつ病治療の工夫—新たな試みの位置付
けを探る—」

2012年7月28日 東京

水島広子

対人関係・社会リズム療法 シンポジウム
「双極性障害に対する心理社会的治療の現
在」

第12回日本認知療法学会 2012年11月
23日 東京

水島広子

ワークショップ「対人関係療法」

第 12 回日本認知療法学会 2012 年 11 月
25 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. 水島広子. 対人関係療法(IPT)の有効性に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)精神療法の実施方法と有効性に関する研究 平成 21 年度総括・分担研究報告書. 2010:76-82.
2. 水島広子. 対人関係療法マスターブック —効果的な治療法の本質—. 東京: 金剛出版; 2009.
3. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinician Version (SCID-CV). Washington, DC American Psychiatric Press.; 1997.
4. Garner DM. The Eating Disorders Inventory-2 professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
5. Fairburn CG, Cooper Z. The eating disorder examination. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. Binge eating: Nature, assessment and treatment. 12th ed. New York: Guilford Press; 1993. p. 317.
6. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Depression Inventory-2. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
7. Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. Arch Gen Psychiatry. 1976 Sep;33(9):1111-5.
8. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. Br J Med Psychol. 1979;52:1-10.
9. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 1993 Dec;50(12):975-90.
10. Olson DH, Portner J, Lavee Y. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES-III). St Paul: University of Minnesota Press; 1985
11. Mizushima H, Pike KM, Oyama Y, So M. Interpersonal Psychotherapy in Japan: Overview and Challenges. Interpersonal Psychotherapy 4th International Conference, ; 2011 23rd - 24th June 2011; Amsterdam. 2011.
12. 水島広子. 臨床家のための対人関係療法入門ガイド. 大阪: 創元社; 2009.
13. Winston A, Rosental RN, Pinsker H. Introduction to Supportive Psychotherapy (邦訳:山藤奈穂子, 佐々木千恵訳. 支持的な精神療法. 星和書店, 東京. 2009). Washinton D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2004.
14. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal Psychotherapy of Depression (邦訳:水島広子, 嶋田誠, 大野裕訳. うつ病の対人関係療法.