

神経性やせ症に対する認知行動療法 簡易マニュアル

(最終更新：2024.05.22)

野原伸展¹，河合啓介²，高倉 修³，安藤哲也⁴，吉内一浩¹

1. 東京大学医学部附属病院心療内科

2. 国立研究開発法人 国立国際医療研究センター国府台病院心療内科

3. 九州大学大学病院心療内科

4. 国際医療福祉大学成田病心療内科

本マニュアルの構成

- I. 総論
- II. 治療のロードマップとオーバービュー
- III. 各論
- IV. 参考書籍・参考文献

I. 総論

1. 疾患・臨床課題

神経性やせ症（Anorexia Nervosa: AN）は、低体重・低栄養を特徴とする重度の精神疾患である。1998 年の調査では、日本の AN の患者推定数（罹患率）は 12,500（10 万対 10.0）であった。AN の精神病理は、体重増加への強い恐怖とボディイメージの障害に特徴づけられる。他の精神疾患を併存することも多く、治療への抵抗が強いこと、また、身体合併症による死亡リスクが高いことが知られている。

AN の治療では、適切な栄養・食事摂取による体重回復と、認知の歪みや偏りの修正と行動変容を促すことが主要な治療戦略となっている。しかし、AN 患者の精神病理や治療抵抗性ゆえ治療には多くの困難を伴うことも珍しくない。また、適切な治療の実践に治療者側にも一定の経験と訓練が求められるため、現時点では治療者が十分に確保できておらず、AN の治療環境は十分に整備されていないのが現状である。そのため、より優れた治療法とさらなる治療エビデンスの確立、治療を担う臨床家（治療者）の拡充、および、治療者への治療指針の提供は重要な臨床課題となっている。

2. CBT-E のエビデンス

摂食障害（Eating Disorder: ED）に対する認知行動療法 拡大版(Enhanced Cognitive Behavior Therapy: CBT-E)の有効性は多くの研究で報告されている。

<AN に対する CBT-E のエビデンス>

- ・ CBT-EはANに対し、寛解率60%, 完遂率60%で、他の治療法と同等以上の有効率が示されている。また、成人例および思春期症例にも効果が示されている[1,2]。
- ・ 成人（18歳以上）AN患者を対象としたランダム化比較試験（RCT）では、EDに焦点をあてた力動的療法（Focal psychodynamic therapy: FPT）、CBT-E、通常治療いずれの治療でもBody mass index（BMI）の改善を認めている[3]。
- ・ 成人（18歳以上）AN患者を対象としたRCTでは、CBT-Eは、モーズレー式AN治療（Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults: MANTA）、および、専門家による支持的臨床マネジメント（specialist supportive clinical management: SSCM）と、BMIとED病理の改善について同等の効果を示した[4]。

<BN に対する CBT-E のエビデンス>

- ・ 対人関係療法（Interpersonal Therapy: IPT）との比較では、CBT-Eは治療終了直後の回復率（直近の過去4週間にむちゃ食い・嘔吐がないことを回復と定義）が28%（IPTは6%）と有意に高いこと、また、症状改善のスピードが早いことも示されている[5]。
- ・ 成人（18歳以上）BN患者を対象に精神分析的療法と CBT-E の効果を比較したRCTでは、治療開始後5ヶ月における、むちゃ食い・排出行動のない患者の割合は CBT-E 群で有意に高く（精神分析的療法群 10%未満, CBT-E 群で 40%以上）、ED 病理の改善も早期に得られた [6]。
- ・ 境界性パーソナリティ障害（borderline personality disorder: BPD）を併存した BN を対象としたRCTでも、むちゃ食い・嘔吐の軽減に CBT-E の有効性が示されている[7]。

3. 摂食障害に対する認知行動療法(CBT-E: enhanced cognitive behavior therapy)とは

3.1 歴史的背景

1970 年代後半、Fairburn CG、Russell G らにより神経性過食症患者(Bulimia Nervosa: BN) に対する認知行動療法(CBT-BN; Cognitive Behavior Therapy for Bulimia Nervosa)が開発され、いくつかの無作為比較試験でその有効性は確認されてきた。しかし、完全寛解が持続するのは半数以下であったことから、Fairburn は Cooper Z、Shafran R らと共に、回復の障害となるもの、病状を維持させる要因となるものの特定と、治療法の改善に取り組むことになった。また、CBT による治療対象を BN だけに限定するのではなく、摂食障害の他の病型にも適応できるように治療法に手を加え、2008 年に CBT-E に関する網羅的なガイドンス「Cognitive Behavior Therapy and Eating disorders (The Guilford Press)」を出版した[8]。日本では 2010 年に切池により監訳され、「摂食障害の認知行動療法 (医学書院)」として出版された[9] (訳本)。本マニュアルは日本人の摂食障害患者を対象とする CBT-E の習得と実践に利用されることを目的に、上記の著作をベースに作成・編纂された。CBT-E は思春期の患者にも適用可能である。本マニュアルも思春期の患者を対象に用いることは可能であるが、思春期を対象にした CBT-E については、2023 年に吉内により監訳された「思春期の摂食障害のための認知行動療法 CBT-E マニュアル (金子書房)」に詳しい[10]。(補足：CBT-E の習得には、講習会への参加が望ましい)。

3.2 CBT-E の理論

BN や AN などの病型によらず、摂食障害の精神病理には共通する部分が多く、また、臨床経過において AN から BN への移行など病型が変化することもある。これらを背景に、CBT-E では「体型や体重と、それらのコントロールについての過大評価」が摂食障害の中核の精神病理であり、各病型で認められる症状は、この病理に起因する二次的な現象と見做している。それゆえ、CBT-E は、AN や BN といった病型によらない治療法、すなわち、超診断的(transdiagnostic)治療法として提案されたのである。

3.3 CBT-E の実践

治療は、「規則正しい食生活の導入と体重調節行動の修正」から始まる。疾患を維持させている患者固有の精神病理の特定も、この治療過程に含まれている。食行動異常を正常化することは患者にとって決して容易なことではない。そのため、治療者は、辛抱強く患者を励ましなが、規則正しい食生活を送れるようサポートしていかねばならない。

治療は、CBT-E 理論に基づくケースフォーミュレーション(病態概念図)の作成から始まる。これは患者の病態を可視化し、治療者と患者で問題を共有し、治療内容を明確化するものである。治療の進行に合わせ、その時の病態を反映するようにケースフォーミュレーションには適宜修正が加えられる。

治療者は、ケースフォーミュレーションを用い、患者と共に食行動異常を維持している過程を明らかにする。そして、どの過程にどのような順で取り組むかを患者と共同的に決定する。治療の後半では、それぞれの患者に特有の問題・課題を治療対象として扱う。

3.4 CBT-E 理論に基づくケースフォーミュレーション

CBT-Eは、摂食障害がなぜ発症したのかというような原因追求には重きを置く治療ではない。それよりも、なぜ、摂食障害のさまざまな症状が持続しているのか、そのメカニズムに焦点を当てるところにその特徴がある。CBT-E では、中核にある認知の障害、および、その結果として出現している問題行動が、摂食障害の病態を構成、維持していると考え。中核にある認知の障害の具体的な内容は、摂食障害の病型によらず、「体重や体型、それらをコントロールすることが自己評価において非常に重要なものである」という認識である。この認識が患者の身体や社会生活に大きな支障をきたす原因となっているにも関わらず、その認識を修正することができないところに認知の障害があると考えなのだ。この誤った認知によって、患者は厳格な食事制限といった不適切な食行動を継続し、その結果として、低体重が維持される。むちゃ食い・排出型の患者では、低体重に加え、厳格な食事制限に起因して、むちゃ食いと代償行動が繰り返される。むちゃ食いは、患者にとって意味をもつ何らかの出来事や、それに関連した気分の変化に対する、非機能的な対処行動として用いられている場合もある。

ケースフォーミュレーションは、この認知の障害と問題行動を同定し、それらが相互に影響を及ぼし合っていることを図示したもの、すなわち、摂食障害の病態を図示するものである。治療開始時にケースフォーミュレーションを作成することで、患者、治療者で病態の共通理解が可能になるとともに、患者自ら紙に書き起こすという作業を通して、自身の症状を客観視し、主体的に治療に取り組むよう患者に促す効果も期待される。その後 CBT-E 全体を通し、新規に導入する技法がケースフォーミュレーションのどの要素に介入するためのものなのかを伝えるためにも、適宜ケースフォーミュレーションは参照される。その結果、患者は課題や宿題の意義を理解してそれらに取り組むために、課題や宿題がもたらす治療効果も大きくなるのだ。このように、ケースフォーミュレーションは、病態理解と適切な治療介入を可能にする CBT-E の重要な構成要素であり、治療の基盤になるものである。

3.5 ケースフォーミュレーション（病態概念図）のテンプレートと各要素に関連した技法

ケースフォーミュレーションは、患者それぞれの摂食障害の病態を反映した物であるため、患者ごとにその概念図は異なるものとなる。しかし、全ての摂食障害の患者のテンプレートとなるようなフォーミュレーションを示すことは可能である。多くの場合、治療者は、図1のようなテンプレートをベースに、患者と協働して患者特異的なケースフォーミュレーションを作成することになるだろう。図1は、神経性やせ症の各病型のケースフォーミュレーションのテンプレートを示したものである。

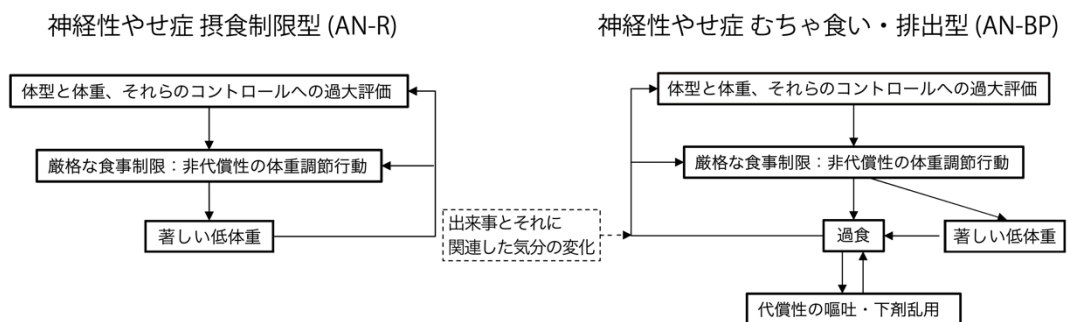


図1. 神経性やせ症の各病型のケースフォーミュレーションのテンプレート

ケースフォーミュレーションの各要素は、それぞれ次の CBT-E で用いられる技法に関連している。

- ・「**体重や体型、それらのコントロールへの過大評価**」：体重・体型についての教育、自己評価における他の領域の重要性の強化、体重・体型確認に関するセルフモニタリング、摂食障害の思考様式（自動思考）

への対処

- ・「**厳格な食事制限**」：不適切な食生活・摂食抑制（食事をコントロールしようとする試み）についての教育、規則正しい食生活の確立、セルフモニタリング
- ・「**著しい低体重**」：体重についての教育、体重を回復することのメリットとデメリットについての議論、共同の体重測定、適切なペースでの体重回復
- ・「**むちゃ食い**」：規則正しい食生活の確立、セルフモニタリング、代替行動法、刺激統制法
- ・「**代償性の嘔吐/下剤乱用**」：排出行為についての教育、セルフモニタリング
- ・「**出来事とそれに関連した気分の変化**」：セルフモニタリング、問題解決技法、認知再構成法

4. 他の CBT との違い・他の治療法の併用

- ・他の CBT において、良好な患者－治療者関係は治療の基盤となるものです。CBT-E においてもそれは変わりません。しかし、CBT-E では、他の CBT で頻用されるコラム法等の思考記録は基本的に用いません。
- ・CBT-E では、対人関係療法、家族面接、マインドフルネス瞑想法などを、必要に応じて治療の後半に併用することも認められていますが、このマニュアルは、他の治療法を併用しないことを想定して作成されています。

5. 治療構造

<治療構造>

- ・原則として治療は期間内に終結してください。
- ・セッションの時間は 50 分です。必ず予定の時間にセッションを開始/終了してください。
- ・セッションの延長は最大で 5 分までとしてください。
- ・患者が遅刻してきた場合は、その分の時間だけ治療時間は短くして対応してください。
- ・CBT-E は 1 対 1 で実施される個人精神療法です。患者の変化が促進されることが期待される場合には、重要な他者の治療参加を検討してください。

<セッションの回数>

- ・セッション数は、BMI が 14 以上、16 未満の場合は 40 回、BMI が 16 以上、17.5 以下の場合は 30 回、BMI が 17.5 より大きく 18.5 未満の場合は 25 回です。治療期間は約 10 か月です。
- ・予定されたセッションの他に、家族セッションを実施可能です。
- ・セッション頻度は、最初は週に 2 回、その後は段階的に週に 1 回、2 週に 1 回、3 週に 1 回と減らしていきますが、遵守しなくても構いません。状況に応じセッション頻度の変更は可能です。ただし、最初の 1 ヶ月間は、可能な限り週に 2 回のセッションを実施してください。（表 3 を参照）

<治療者>

治療者は摂食障害の身体合併症を熟知し、適切な対応を取れる必要があります。治療実施者が医師でない場合、治療の前後いずれかに医師による診察を行う必要があります。

<CBT-E 実施上の注意事項>

- ① CBT-E は、治療構造全体で治療効果が保証された治療法であり、その技法の一部を用いることは想定されていません。
- ② 原則として CBT-E は、他の心理療法と組み合わせて実施することはありません。
- ③ CBT-E は原則として一人の治療者が治療を行います。治療者側の都合で治療セッションが 3 週間以上空いてしまう場合は、同じ施設で治療資格のある別の治療者に、当該患者の治療を行ってもらってください。
- ④ さまざまな困難が伴い治療がスムーズに進展しない状況でも、治療方針は変更しないでください。治療の進展しない原因を探り、その解決を目指した取り組みを続けながら、CBT-E を継続することが推奨されます。
- ⑤ 本マニュアルで提示した CBT-E のプロトコルを遵守してください。

6. 治療で優先する項目（身体的・精神的健康の維持・特別な配慮が必要な場面について）

- ・ 患者の健康と安全を最優先にしてください。
- ・ 治療期間中に患者の BMI が 14 未満となった場合は、CBT-E による治療は中断とし入院による栄養療法等の体重回復のために必要な治療を実施すべきです。患者が入院治療を拒否した場合、BMI を 14 以上に戻すことに特化した外来治療を行うことは可能です。3 週間以上経過しても、BMI が 14 以上に戻らない場合は、CBT-E の継続については再考してください。
- ・ CBT-E は外来でのみ実施します。患者の身体的・精神的状態が、外来診療を安全に施行できるだけの状態である必要があります。
- ・ CBT-E 実施の禁忌：重篤な身体合併症がある患者、自殺の危険性や重篤なうつ病がある患者、継続的な物質乱用がある患者に CBT-E の適応はありません。
- ・ その他配慮すべき状況：大きなライフイベントや人生に関わる大きな問題を抱えている場合など、危機的な状況にある場合は、それらが解決するまでは治療開始を延期してください。
- ・ 治療経過において治療継続に障害となりうる、うつ病、パーソナリティ障害、被虐待歴などを認めた場合は、それらの治療を優先することも検討してください。

7. 治療の中断

- ・ 治療参加期間中に 1 度だけ、最大 3 週間（21 日間）まで、患者は予め計画して治療を中断することが可能です。通常、入院治療をこの期間に当てることが多いですが、休暇、あるいは、仕事や他の用事を理由に治療を中断することは可能です。
- ・ ただし、治療開始から 2 ヶ月が経過するまでは、できる限り治療の中断は避けるように案内してください。— 同時期に中断の可能性が予めわかっている場合は、治療開始を延期してください。
- ・ 治療終盤では、セッションは 3 週間おきになります。体調不良やセッションの予定変更に伴い、セッションの間隔が結果的に 3 週間以上にならないように注意してください。このような状況は可能な限り避ける必要がありますが、例えば、予約を取り直すなどの対応を行い、調整がつけられるのであれば、治療中断と見做す必要はありません。

8. AN に対する治療戦略

- ・ 患者を治療に参加させ、その後も治療を継続していけるようスムーズな治療開始を目指します。
- ・ 治療者は、患者の食習慣や体重だけでなく、患者本人に対して、強い関心を持っていることを示すことが重要です。
- ・ 極度の低体重が維持されることで生じる身体的・心理的影響について患者に教育を行います。
- ・ 低体重が及ぼす影響を明確にした、それぞれに患者に個別的な病態概念図（ケースフォーミュレーション）を作成します。
- ・ 変化によって得られる利益や新しい出発を患者が感じられるように病態概念図（ケースフォーミュレーション）を作成します。患者が体重回復を決意することが目標です。**体重に関しては「増加」ではなく、「回復」という言葉を用います。**
- ・ 患者が自ら立てた体重回復の目標をサポートします。
- ・ 体重回復だけでなく、摂食障害の他の症状（病理）も治療対象とします。 - 「体重や体型についての過大評価」「体型確認」「摂食抑制（食事をコントロールしようとする試み）と食事規則」など。
- ・ 健康的な BMI（BMI 18.5 以上）に到達した後は、新たな体型と体重の受け入れと、それを維持するサポートを行います。
- ・ 治療で達成した変化を維持するため、また、再発のリスクを最小限にするための対策を行い、スムーズに治療を終了します。

9. 体重測定の意味・セルフモニタリングの記録方法

治療ではセッション毎の体重測定と、食行動のリアルタイム(実時間)記録-セルフモニタリングを行う。外来での体重測定は患者にとって心理的・精神的に負担の大きい行為である。しかし、治療者と患者が共に体重を確認し体重の経過をグラフにして示すことで、体型や体重へのこだわりを評価することが可能となり、また、これまで患者が死守してきた病的な食行動の規則を変更しても、体重が大きく変化しないことを患者は実際に確認することができる機会にもなりうるのだ。それゆえ、外来では必ず体重測定を行う必要がある。

セルフモニタリングは治療の中核となるものである。患者は、セッション 0 から、治療終了の 2 セッション前まで、飲食したものはすべて、また、その時に何があったかを記録することが求められる。セルフモニタリングは治療を進めていく上でとても重要な題材となる。それは、セルフモニタリングを確認することで、日々、その時々何に何が起きているか正確に知ることが可能となるからである。

10. ケースフォーミュレーション作成のポイント

ケースフォーミュレーションは、解決すべき食行動の問題を客観的に捉え、患者がこれまでと異なる行動を選ぶことの意味や効果について話し合うための基盤となるものである。ケースフォーミュレーションの作成では、新たに取り入れた行動がもたらす変化に患者の注意が向くこと、また、治療後半では、新たな行動がもたらした変化によって認知そのものが変化していくことを患者自身が理解し、納得しやすいものとするのが重要である。

患者が訴える身体症状（例：寒気、不眠）だけでなく、精神症状や気分（例：抑うつ気分、イライラ、強迫、社会的無関心）も低体重に起因していることを、ケースフォーミュレーションを作成しながら患者に伝えることが望ましい。

11. 治療への家族の参加

通常の治療セッションの他に、追加で家族セッションを実施してもよい。

12. 治療期間中のセッション以外での患者とのコンタクト

臨床的な必要性から、セッション外で（患者、あるいは、患者家族）とコンタクトを取らなければならない場合は、その内容・状況を治療記録に残す。

13. フォローアップ

治療終了から半年が経過した時点で患者にはフォローアップ評価を受けてもらうが、治療終了からそれまでの期間に、症状の「ぶり返し」・「再燃」の兆候が見られた場合は、治療者の判断に基づいて、治療担当者によるブースターセッションを行うことは可能である。

14. 病態評価とそのタイミング

評価のタイミング：EDE-Q, CIA

臨床的機能障害評価質問票（Clinical Impairment Assessment questionnaire; CIA）は、ED の精神病理に起因する心理社会的障害の性質と重症度を測定するために開発された自記式の質問紙である[12,13]。

この治療によって、患者の病態や生活機能にどのような変化が生じたのか、それを治療者・患者が客観的に把握するため、あるいは、今後、どのような問題に治療の焦点を当てるべきかの判断の材料とするために、適宜 EDE-Q, CIA による評価を行うことは非常に有用である。

EDE-Q, CIA の評価は、**少なくとも 4 回、すなわち、治療開始前に 1 回（ステージ 1：セッション -1）、治療期間中に 2 回（ステージ 2 のセッション実施時, 20 セッション終了時）、治療終了時に 1 回（ステージ 3:最終セッション）**実施することが推奨されるが、追加してそれ以外のタイミングに実施することも可能である。

II. 治療のロードマップとオーバービュー

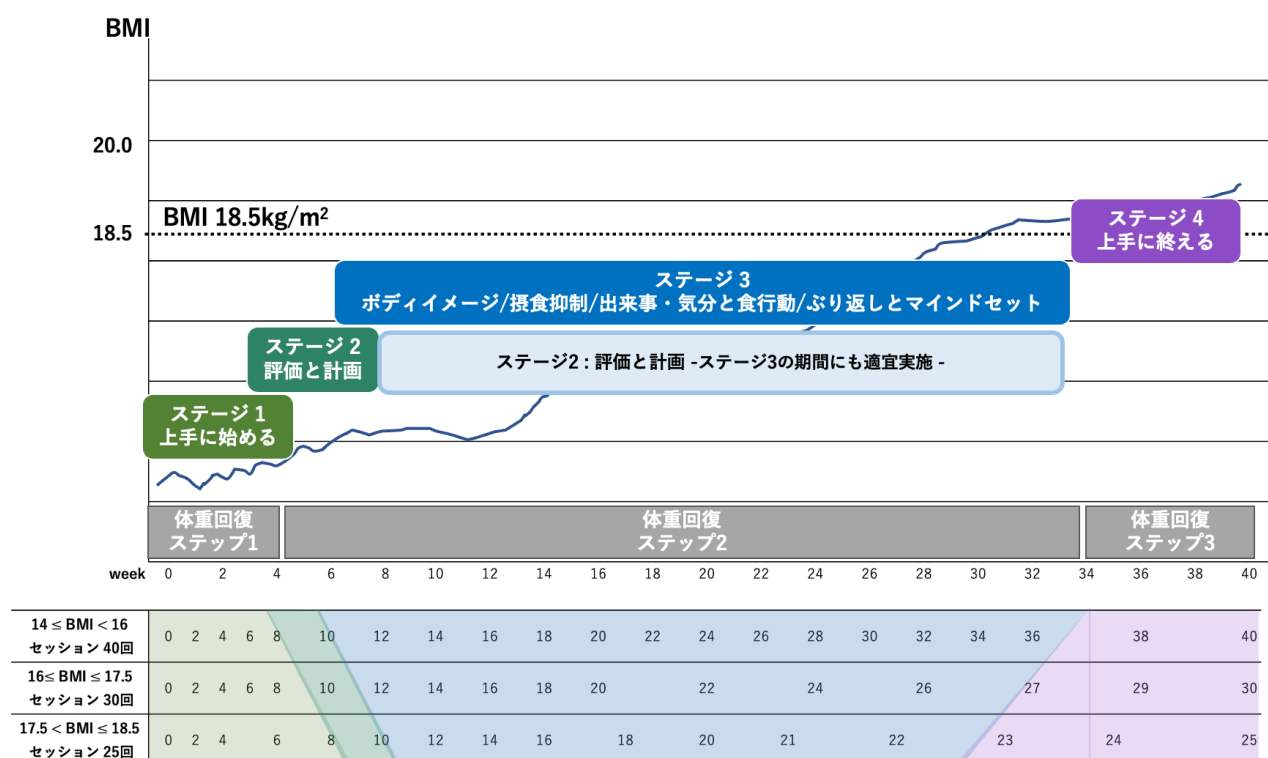


図 2. AN に対する CBT-E のロードマップ

体重回復は以下の3つのステップを通じて達成される（図2参照）

1. 体重回復のステップ 1

患者が体重回復の必要性を理解し、それに取り組むことを決意する。

2. 体重回復のステップ 2

患者は健康体重の下限程度まで体重を回復する（BMI 18.5-20 kg/m²）。

3. 体重回復のステップ 3

回復した体重を維持する。

AN を対象とした CBT-E の治療回数は、オリジナルの方法では 40 週、40 回が原則とされている[8, 9] が、表 3 に示すような、治療開始時の BMI に応じた各ステージ、ステップにおけるセッションの回数も考慮されうる[4]。

各ステップの概要

1. 体重回復のステップ 1 (Stage 1 と Stage 2 の内容, Stage 1 が主体)

目標

- ・ 体重回復の必要性を患者に理解してもらい、体重回復に取り組む決意を促す。

構造

- ・ 低体重ではない患者に対する CBT-E のステージ 1 の拡大版である。
- ・ BMI 14 以上 17.5 以下では 8 回目のセッションまで、BMI 17.5 より大きく 18.5 未満であれば、5 回目のセッションまで、週に 2 回セッションを実施する（それ以降は週に 1 回）。ステップ 1 の実施期間は 8 週間を上限とする。
- ・ ステージ 1 終了時にステージ 2（評価と計画）を実施する。ステージ 3 でも適宜ステージ 2 を

実施する（この時に、EDE-Q, CIA による評価を実施しても良い）。

ステップ1で扱う内容

- ① 治療への積極的な参加を促す。上手に始める。
- ② セルフモニタリングの導入と継続、治療者と患者共同での体重測定。
- ③ 低体重の状態が持続することによる心理的（精神的）・身体的影響について教育し、その影響について考えてもらう。
- ④ 個別のケースフォーミュレーションを作成する。
- ⑤ 規則正しい食事パターンを導入する。
- ⑥ 変化すること（体重を回復すること）のメリットとデメリットについて議論する。

2. 体重回復のステップ 2 (Stage 2, 3 が主体. Stage 2 で用いた振り返りを、Stage 3 の中で適宜実施する)

目標

- ・ 健康体重の下限（BMI 18.5～20 kg/m²）まで患者が体重を回復することをサポートする。
- ・ 摂食障害の精神病理を扱う。

構造

- ・ ステージ1の終了時と、ステージ3に置いて適宜ステージ2（評価と計画）を実施する。

ステップ2で扱う内容

- ① 体重回復を順調に進めていくための方法の導入と実施
- ② 摂食障害の精神病理を扱う（低体重ではない患者に対する CBT-E のステージ 3 と同様）
 - ・ ボディイメージ
 - ・ 摂食抑制（食事をコントロールしようとする試み）
 - ・ 出来事・気分と食行動
 - ・ 振り返しと思考態度（マインドセット）

3. 体重増加のステップ 3 (Stage 4 に対応)

目標

- ・ 「飢餓状態」から回復したことで生じた変化、それを自然に受け入れられるようにサポートする。新たな体重と、新たな「自己」がスムーズに受け入れられることが重要である。また、治療を継続していく中で、社会的な活動が増えたことを賞賛する。
- ・ 治療終了直後は再発リスクが高いこと、再発リスクには自我親和的な傾向が大きく影響することを患者に理解してもらう。
- ・ 「上手におわる」のモジュールを導入する。

方法

- ・ 低体重ではない患者に対する CBT-E で用いる「**上手に終わる**」モジュールを用いる。
 - ・ 体重の時間経過をモニターするための具体的な対策を立てる。
 - ✓ -BMI 18.5 kg/m²以上の体重を維持しなければならない
 - ✓ -BMI 18.5kg/m²未満となった場合は、速やかに体重回復のための対策を取らなければならない
- 長期的には、治療で達成した体重では不十分であり、それ以上の体重回復が必要となる患者もいる。

表 3. 治療開始時の BMI に応じた治療セッションの回数と頻度

	BMI < 16		BMI ≤ 17.5		BMI < 18.5	
	セッション数 - 40 回		セッション数 - 30 回		セッション数 - 25 回	
	頻度	セッション	頻度	セッション	頻度	セッション
1 ヶ月目	週 2 回 *	8	週 2 回 *	8	1 週目- 週 2 回*	5
					2-4 週目- 週 1 回	
2 ヶ月目	週 1 回	12	週 1 回	12	週 1 回	9
3 ヶ月目	週 1 回	16	週 1 回	16	週 1 回	13
4 ヶ月目	週 1 回	20	週 1 回	20	週 1 回	17
5 ヶ月目	週 1 回	24	月 2 回	22	月 2 回	19
6 ヶ月目	週 1 回	28	月 2 回	24	3 週に 1 回	20
7 ヶ月目	週 1 回	32	月 2 回	26	3 週に 1 回	22
8 ヶ月目	週 1 回	36	3 週に 1 回	27	3 週に 1 回	23
9 ヶ月目	月 2 回	38	3 週に 1 回	29	3 週に 1 回	24
10 ヶ月目	月 2 回	40	3 週に 1 回	30	3 週に 1 回	25

* 可能な限り、週に2回セッションを実施する

III. 各論

A. 体重回復のステップ 1

0. セッション -1（マイナス1）：評価面接

1. ステージ 1（セッション 0～7）

- 1.1 セッション 0 上手に始める(初回セッション)
- 1.2 セッション 1 上手に始める
- 1.3 セッション 2以降 上手に始める

2. ステージ 2（セッション 8,9；ステージ 1 終了後、および、ステップ 2（ステージ 3）で適宜実施）

- 2.1 進展の評価と今後の計画

B. 体重回復のステップ 2

3. ステージ 3（セッション 10～）

- 3.0 不食への対応と体重回復
 - 3.0.1 体重回復についての教育
 - 3.0.2 体重回復についての患者の捉え方
 - 3.0.3 医療用栄養補助剤（栄養ドリンク）の利用
 - 3.0.4 治療に対するモチベーションの維持
 - 3.0.5 体重回復フェーズでよく見られる問題とその対処法

3.1 体型へのこだわり、体型確認、肥満感と思考態度（マインドセット）

- 3.1.1 過大評価とそこから派生するもの①
- 3.1.2 過大評価とそこから派生するもの②
- 3.1.3 自己評価に関わる体型・体重とそのコントロール以外の項目の重要性を強化
- 3.1.4 体型確認、あるいは、体型確認の回避
- 3.1.5 肥満感
- 3.1.6 過大評価の原因を突き止める
- 3.1.7 思考態度（マインドセット）のコントロール

3.2 摂食抑制、食事規則、摂食コントロール

- 3.2.1 摂食抑制（食事制限：食事をコントロールしようとする試み）と食事規則への対応
- 3.2.2 食べ過ぎ防止を目的とした食事コントロールに関する過大評価

3.3 出来事、気分、食行動

- 3.3.1 出来事に関連した食行動の変化への対応
- 3.3.2 残遺過食（むちゃ食い）
- 3.3.3 気分に関連した食行動への対応

C. 体重増加のステップ 3

4. ステージ4（セッション～25, 30,40）

4.1 上手に終わる 1

4.2 上手に終わる 2

4.3 上手に終わる 3

5. フォローアップ評価（治療終了から半年後）

6. 資料集

0. セッション マイナス 1：初回評価面接

初回評価(90 分程度)

EDE-Q、CIA を面接時に評価する（治療前評価）

初回評価面接で扱うテーマは次の通り。

1. 何を変えたいか
2. 現在の食行動の問題点、食習慣、体重や体型のコントロール方法、体重や体型についての見方
3. 食行動問題から生じた問題、心理・社会的問題、身体的問題
4. 食行動問題が始まったきっかけとこれまでの経過（患者の体重変遷と過去の治療歴）
5. 精神障害・身体疾患の併存
6. 簡単な生育歴
7. 家族歴(精神疾患、身体疾患について)
8. 既往歴
9. 現在の状況と今後の計画
10. 受診と治療に対する心構え

A. 体重回復のステップ 1

ステージ 1

ステージ 1 の各セッションで用いられる CBT-E の技法は、図 1 に示したケースフォーミュレーションのひな形の次の要素に働きかけるものである。(表 4)

表 4. ケースフォーミュレーションの要素と、それに対応する CBT-E の技法

ステージ	セッション	フォーミュレーションの要素	CBT-Eの技法
1	2-3	「体重や体型、それらのコントロールへの過大評価」 「著しい低体重」	フォーミュレーション（脱中心化）、体重・体型についての教育
	3-4	「著しい低体重」 「厳格な食事制限」 「過食」 「代償性の嘔吐/下剤乱用」	不適切な食生活・摂食抑制についての教育、規則正しい食生活の確立、 排出行為・満腹感についての教育
	4-7	「著しい低体重」 「体重や体型、それらのコントロールへの過大評価」	体重を回復することのメリットとデメリットについての議論、重要な他者の治療への導入

1.1

セッション 0 (90 分程度)

上手に始める(初回セッション)

セッション 0 はオリジナルの CBT-E 同様 7 つの項目で構成されているが、項目の一部は修正・統合した。

セッション 0 では、患者に次のことを理解してもらう必要がある

- ・ 何が食行動の問題を維持させているのかを患者に理解してもらい、それを維持する要因に対処するための取り組みが治療の主体となること
- ・ 治療では、食事や体重についてのこだわりを含め、摂食障害の中核的な特徴を治療対象とすること
- ・ 治療は、独立した 4 つのステージからなり、順番に各ステージの治療を行っていくこと
- ・ ステージ 4 では、治療終了後の再発リスクを最小化することを目的とした治療を行うこと
- ・ 全てのステージはいずれも非常に重要であり、それゆえ、治療を最後まで継続しなければならないこと

セッションでの目標：

- セッション -1 で未実施の場合は EDE-Q, CIA を治療開始前に実施する
- 治療への取り組み方と、どの程度症状の改善が見込めるかを評価
- 現時点での精神病理と重症度を評価
- 治療内容の説明

1. 治療と変化に患者を導く (5 分)

- ・ 「治療をしようと思ったきっかけを教えてくださいませんか」と問いかけることから治療を開始する。
→「治療を受けたいわけではない、本当はここにきたくなかった」、「周囲の人が強く勧めるから」などの答えがあることも珍しくない。
- ・ 治療者は患者のために存在し、両親や配偶者、その他誰かのために治療にあたるのではないことを明確に説明する（患者に当事者意識を持たせ、治療に対する熱意と希望を抱かせることが、ここでの最重要事項である）。

- ・ 前回の面談以降の状況と、初回の面談について抱いた感想や考えたことについて患者に尋ねる。
 - ・ CBT-E 治療を受けられることは素晴らしいことであると患者に伝え、治療について何か質問があるかどうか確認をする。
 - CBT-E は、オックスフォード大学で世界トップクラスの摂食障害の専門家らによって開発された治療法であること、神経性やせ症を含むあらゆる摂食障害の病型の治療に有効であることが明らかになっていることを伝える。
 - ・ セッションの構造、期間、頻度などの具体的な事項に関して話し合う
 - 治療セッションの回数は、BMI が 16 未満の場合は 40 回、BMI が 16-17.5 の場合は 30 回、BMI が 17.5 以上 18.5 未満の場合は 25 回であることを伝える。
 - 1 回のセッションは 50 分、治療期間は 10 ヶ月程度になること、また、治療終了の予定時期についても案内する。
 - 可能な限り、治療開始から最初の 4 週間は、週に 2 回セッションを受けることが望ましいと伝える。「治療をスムーズに始めるために、週に 2 回セッションを受けることはとても有用であることがわかっています。確かに、都合をつけて週 2 回のセッションを受けることは簡単ではないですが、それをされた方達は、大変だったけれどそれだけの価値はあったとおっしゃられます。」と伝えることも検討すべきである。
 - CBT-E の治療セッションの標準的な治療構造を説明する。「セッションでは毎回、これまでの 1 週間どのような状況だったかを振り返ることから始めます。その後、あなたと私の双方が共に参加できるような、セッションのアジェンダ（当日の治療内容）を設定します。」
 - 週 1 回、セッションで体重測定を行うことを伝える。体重がどのように変動するか、体重計の示す数値をどう解釈するかについて学ぶことは重要ではあるが、この治療開始時の段階では、健康面に焦点を当てて、体重測定を行う理由（身体管理、医学的観点から必要であること）を説明することが望ましい。
 - セルフモニタリングを紹介し、次回以降、改めてセルフモニタリングについて詳しく説明することを伝える。
- その他、患者が抱えている疑問や考え、治療を始めることに対する思いや懸念事項について、その内容を確認する。

1. 精神病理とその重症度の評価（35 分）（資料 1-1）

形式的な評価は一度ペンディングし、初回面接時に話題に挙がった精神病理に関するテーマを扱います。次のことについて、追加で情報を収集してください。

- ・ 神経性やせ症に罹患していることで生じた障害や困難について
- ・ CBT-E で治療対象となりうる、これまで話題に挙がらなかった症状について

例えば、体型確認；肥満感；他者との比較；食行動、体重、体型が自己評価に及ぼす影響；友人・知人と一緒に食事ができるかどうか；などについて確認してください。

社会的/心理的/仕事への影響についての情報を得るために、食行動、体重・体型が過度に気になってしまうことで、どのような問題が生じているかを尋ねてもいいでしょう。

このセクションは、患者の症状に応じて個別的に対応してください。

食行動の問題を評価する際のテーマ

・ **現在の食行動の問題について(治療開始 3 か月前からの期間)**

食習慣、体重や体型のコントロール方法、体重や体型の捉え方

典型的な 1 日の食事の時間と内容 (良い日と悪い日)

摂食抑制 (食事をコントロール使用とする試み)、食事規則、少しでもその規則を守れなかった時の反応、カロリー計算やカロリー制限、食事の時間を遅らせるなど

食事制限 (食事摂取量の減少)

その他の体重調節行動 (嘔吐、下剤、過剰な運動など) : 頻度、食べ過ぎと感じた時と体重調節行動との関連

むちゃ食いエピソード (食べた量と内容 ; 食べるのをやめられないと感じていたか否か : むちゃ食いの頻度、トリガー)

その他の食習慣 (つまみ食い、チューイング、反芻、儀式的な食事)

飲酒や喫煙の習慣

会食 : 他の人と食事ができるか。外食ができるか

体型、体重への関心

- 体型、体重についての見方・考え方
- 自己評価における体重、体型の重要性
- 体型確認 (体重測定や鏡の利用の仕方について等)
- 周囲との比較
- 肥満感
- 食行動問題の心理社会的機能への影響
- 気分や集中力への影響
- 仕事への影響
- 周囲の人への影響
- 活動や趣味への影響
- その他の影響

・ **食行動問題の発症**

契機と発症についての詳細な情報を得る

発症後の出来事・発症から 6 か月間の経過 (食行動に関する問題行動がいつから始まったか)

体重歴 (食行動の問題が始まった時期 (その前後)、小児期の肥満の有無、最小体重 (BMI) と最大体重 (BMI))

治療歴 : 治療先を探したか、治療を受けられたか、実際の治療はどうだったか、治療にどのように取り組んだか、継続的に治療を受けたか、治療を受けて変化したことは何か (治療反応性の評価)

・ **既往歴、家族歴 (精神疾患、一般身体疾患について)**

生育歴・学歴・小児期、青年期の家族の様子・職歴

対人関係 (小児期、青年期、成人期)

家族の精神科受診・治療歴 (気分障害やアルコール、物質使用障害などの有無)

家族の中に摂食障害・肥満症の診断を受けたものがあるかどうか

有害な出来事の有無 (身体的虐待、性的虐待、死別、事故、いじめ、からかい)

精神疾患 (不安障害、気分障害、完全主義、低い自己評価、自傷、物質使用障害) と食行動の問題発生との間の関連とその経過

・ **現在の状況と機能**

住居・職業・婚姻状況、子供・家族との関係
現在の対人関係のあり方と問題（配偶者、家族、友人、社交）
過去の対人関係のあり方と問題（食行動の問題が生じてから）
過去の興味と適性（食行動の問題が生じてから）

・ **併存する精神疾患**

現在の精神疾患（気分障害、不安障害、物質使用障害、自傷自殺関連行動など）とその治療状況

・ **身体状態**

月経の有無

既往歴

内服歴（経口避妊薬も含む）

低体重によって二次的に生じた特徴・変化：資料 1-1 を参照

・ **食行動の問題への態度と治療**

食行動問題を持続させていることに対する患者の理解・考え

治療を開始することへの態度・思い

治療への関心と変化への期待・見込み

目標

・ **その他**

「その他、何か言い残したことや私が知っておくべきことはありませんか？」と患者に尋ね、確認をする。

2. **治療についての説明（資料 1-2），次回以降のセッションでの体重測定についての説明（10 分）**

- ・ 治療の特徴と内容について説明する。
- ・ 実施方法（頻度と回数を含む）。
- ・ 毎回のセッションでの体重測定の必要性を説明する。
 - ☆ 今後（セッション 1 から）セッションでの体重測定は治療上欠かせないものであることをあらかじめ説明しておく。
 - ☆ 体重測定が CBT-E の最も重要な要素の一つであることを説明する。
 - ☆ 体重測定を拒否する患者も存在するが、CBT-E 治療としての重要性を十分に説明すれば体重測定を拒絶し続けるケースは多くはない。
 - ☆ 体重測定に対し過度に否定的な患者に対しては以下のような説明を試みる。

「自分の体重を知らずに食行動の問題を解決しようとするのは、自分の手を後ろに縛っているようなものです。体型と体重に対するこだわりに向き合わずに回復することは不可能です。回復するためにはあなたが自分自身の体重を知ることが必要不可欠なのです」。
- ・ 患者自身のための治療であること、熱意、希望を伝える。

極度に悲観的な患者に対しては「きっと手助けができると思う。ここに来てくれたのは本当によかった」と伝える。
- ・ 患者からの疑問と心配について聞く。

患者が疑問や心配を隠さず言えるような雰囲気をつくる。治療に常に積極的に参加しているかどうか確認する。

セッションでの体重測定の開始：

- ・ 毎回のセッション（初回セッションを含む）で体重測定を行う。
- ・ 時間の都合上、体重確認、あるいは、体重確認忌避についての初歩的な教育は、数回のセッションが終了した時点で行う。
- ・ 初回セッションでの「治療者同席での体重測定」は、セッション開始時ではなく、セッション中盤で行う。家での体重測定を控えることを説明する。

「これからは、毎回、治療の時に体重を測ります。毎回の体重測定を通じて、体重について多くのことを学ぶことになるでしょう。家でも体重測定をすると混乱するだけです。これからは家で体重を測ることはやめましょう。今後、数週間かけて体重とその解釈の仕方について、じっくりと話し合いをしていきたいと考えています。」

3. セルフモニタリングの導入（10分）（資料 1-3, 1-4, 1-5）

セルフモニタリング（食行動記録表）を行う理由を説明し、次の週までセルフモニタリングを行なってもらおう。セルフモニタリングをつけてくることをホームワークとし、ホームワークが治療上不可欠であることも説明する。

- ・ **資料 1-3** を用いてセルフモニタリングについての説明をする。**資料 1-4** セルフモニタリングシートの見本を見せる。
- ・ セルフモニタリングシート(**資料 1-5**)を 20 枚、印刷（コピー）して患者に渡す。

4. Next step（宿題の確認、セッションのまとめ）

セッションで扱った内容と、ホームワークの目標をまとめる。

- ・ セルフモニタリングの開始。
- ・ 家での体重測定はしないようにする。
- ・ 1 枚の紙に宿題を書いて渡す。

6.次回セッションの予約をとる（5分）

- ・ 次のセッションは体重測定から始まることを患者に伝える。
- ・ 次のセッション（あるいは、予め数回分のセッション）の予約を行い、予約を変更する場合の連絡先や、その手続きを患者が理解しているどうか確認する。

1.2

セッション1 (50 分程度)

セッションで優先して扱うべき内容

1. セッションでの体重測定を開始する
2. セルフモニタリング（食行動記録表）の振り返り
3. 低体重に起因する問題についての教育
4. 課題（アジェンダ）の設定
5. 次の課題を実施
 - ① 治療への態度の評価
 - ② それぞれの患者に応じた低体重の影響についての教育
 - ③ ケースフォーミュレーションの共同作成・振り返り
 - ④ その他の取り組み（患者が話したいことなど）
6. セッションをまとめ、宿題を確認し、入っていない場合は次の予約を入れる

1. セッションでの体重測定（5 分）（資料 1-6）

- ・ セッションの最初に体重測定を行い、「治療者同席での体重測定」を導入する。
- ・ 現在の体重と初回セッションからの変化（回復しているか、変化していないか）を患者に分かる単位（kg）で伝える。

治療者は体重計の数値を読み上げ、数値を記録し、グラフに体重をプロットする。

体重とその調節方法について学ぶことは重要ではあるが、体重は様々な影響を受けて変化するため、それを維持しようとしても 1, 2 回のセッションが限界であることを伝える。
- ・ 患者には、体重、体重調節、体重変動、体重確認、または、それらを忌避することが、どのような意味を持つかについてしっかりと理解することが重要であることを伝えなければならない。しかし、これらを伝えるには相応の時間を要するため、1～2 セッション先のセッションで順次取り扱う。

2. セルフモニタリング（食行動記録表）の振り返り・吟味（10～15 分）（資料 1-5：患者記入済みの資料を確認）

- ・ 患者の視点で書かれているか
- ・ 記録することに対する患者の姿勢
- ・ 飲食してから記録するまでの時間（飲食後、即座に記入しているか）
- ・ 食事にカッコ、食べ過ぎ・むちゃ食いに＊が正しく使われているか
- ・ 飲食した内容が省略、あるいは、誇張されていないか
- ・ 記録をつける上で困難だったこと
- ・ 患者への質問例
 - ☆ 「朝食を取られていないですね？」
 - ☆ 「朝食は取らないのでしょうか？ それはどうしてでしょうか？」
 - ☆ 「胃が気持ち悪いというのは、どういう状態だったのでしょうか？」
 - ☆ 「午後 2 時 15 分にお菓子を食べたのですね、何か理由はありましたか？」
 - ☆ 「はじめから吐くつもりがあったのでしょうか？」

- ☆ 「吐き出すつもりがなかったら、それを食べていたでしょうか？」
- ☆ 「なぜオレオとピーナッツバターを食べたのだと思いますか？きっかけはありましたか？」
- ☆ 「いつ気分が悪くなることに気付いたのですか？」
- ☆ 「どれくらいのオレオなら、食べたとしても、それを受け入れられますか？」

ステージ1での主たる目標は、食行動をリアルタイムに記録できるようになることである。セルフモニタリング（食行動記録）における、2つの重要な項目について確認をしてください。

I. セルフモニタリングのクオリティについて：

- a. 患者自身の立場で記録されているか；記録に対する態度はどうか
- b. どの程度、リアルタイムに記録することができているか
- c. 括弧、アスタリスク（*）などの表記を正確に用いているか
- d. 全ての飲食のエピソードを記録しているか、あるいは、記録内容に誇張はないか
- e. 食行動を記録する際に、何らかの困難を感じていないかどうか

を確認する。

食行動が適切に記録されていなくても、患者がセルフモニタリングに取り組んできたことを褒めることが重要である。

「とてもうまく始められていますね。— これから、あなたの食行動の問題と、何がその問題を維持させてしまうのかと一緒に学んでいきましょう。まず、あなたにしてもらいたいことは、今よりしっかりと食行動についての記録をつけてもらうことです。そうすることで、さらに治療効果を高めることができるからです。いいですか、まずは・・・」

セルフモニタリングをしてこなかった場合は

—「ごめんなさい、食行動記録をつけなくてはならない理由を十分に説明できていなかったようですね」

あるいは

「食行動記録をつけることが現実的に可能かどうか慎重に考えておくべきでした。記録をつけることができるかどうか、一緒に考えてみましょう」

と伝え、以後、セルフモニタリングをつけられるように誘導してください。

治療を進めていく上でセルフモニタリングは不可欠であり セルフモニタリングなしでは治療はうまくいかないことをはっきりと伝えてください。

II. 患者の食習慣について得られた情報を評価する

- a. 典型的な1日だったか、それとも、そうではなかったか（典型的な1日ではなかった場合、どのようなことがあったのか）
- b. 食行動記録の気になる記載について質問をする
例. 「『胃腸の調子が悪い』とはどんな状態だったのですか？」 「2時15分にチョコレートビスケットを食べたのはどうしてでしょうか？」

3. 課題(アジェンダ)設定 (3分)

このセッションからは、次のような内容をアジェンダでは扱います。

- ・ 前回の治療セッションで取り決めた宿題について
- ・ 食行動記録の振り返りで明らかになった重要な問題について
- ・ 患者が治療者と話し合いたい項目について（話し合いたい項目を患者から、積極的に挙げてもらうよう誘導してください）
- ・ 治療ステージに応じた新しい課題・議題について

セッション1では、次のことを扱います。

- ・ 治療への姿勢・態度
- ・ 低体重の影響についての教育
- ・ ケースフォーミュレーションの共同作成
- ・ その他（患者が話し合いたいことなど）

4. 課題(アジェンダ)について話し合う/アジェンダに従って治療を進める（20～25分）（資料1-1）

・ 治療への態度

治療について患者がどのようなことを考えているかを尋ねる。

- ・ 「治療が始まることについて、何か思っていることや考えていることはありますか？」
- ・ 「治療について話し合いたいことや、心配していること、気になることはないですか？」

治療環境について尋ねる - セッションに通うために要する時間、希望の時間帯、育児をしながら治療を受けることの難しさなど、患者が実際に直面する懸念・不安、治療脱落につながる潜在的な問題を、ここでの問いかけの中で明らかにする。

（病気だけでなく）患者自身に興味を持っていることを示す。

次のような質問をすることで、食習慣や体重だけではなく、患者がよりよく生きられるようになることについて、本当に心配していることを伝えることができるでしょう。また、見逃されやすい二次的な障害が、これらの質問で明らかになることも少なくありません。

「今の生活がどんな感じなのか知りたいと思っています。」

「今のあなたにとって、毎日の生活はどんなものでしょうか？」

「満たされているだとか、幸せだと感じることはありますか？」

「友達はいますか？」

「あなたと同年代の人ができていることを、できないことはないですか？」

「他の人の生活と比べて、あなたの生活はどんなものでしょうか？」

・ 患者に合わせた、低体重の影響についての教育

- ・ 患者に現在の BMI の意味について、（体重は生理学的な作用の影響を強く受けるため、長期的にコントロールすることは非常に難しいことを）しっかりと伝える。
- ・ 現在の BMI は問題のある数値であることを患者にしっかりと伝え、有意な低体重、低体重、健康体重とみなす BMI を伝える。BMI は、身長を考慮した適切な体重を示すための簡便な指標である。

BMI < 17： 有意な低体重； BMI : 17-18.5 低体重； BMI: 18.5- 20 やせ；

BMI 20-25 正常（健康体重）； BMI 25-29.9 肥満； BMI ≥30 有意な肥満

- ・ 現在の BMI が健康な水準を下回っており、そのことが、心身だけでなく社会的活動にも悪い影響を及ぼしていることを伝える。
- ・ 低体重によってもたらされる二次的影響について教育する（資料 1-1）。
- ・ 低体重によってもたらされている現在の症状について、しっかりと向き合ってもらおう。
 - ☆ 資料 1-1 を共に読み進めながら行う。
 - ☆ 患者が、初回セッションで明らかになった症状や問題を取り上げなかった場合、次のように（間接的に）指摘を行う「初回セッションで、あなたは……と話していませんでしたか？（たとえば、ゆっくり食べて何口か数える。いつも寒がっているなど）」。
- ・ これらのことが意味する内容について考えてもらう（伝えた内容について考えるように促す）。
患者の注意を次の 3 項目に向けさせることが重要である。
 - ☆ （具体的に挙げてもらった）患者が述べる嫌な体験（有害な事象）は、低体重に起因する二次的なものが多いこと。
 - ☆ 二次的に生じた症状や変化・問題が、食行動の問題を維持させてしまうことに関連していること - このことはケースフォーミュレーションを作成する際に、最も強調すべき重要な項目の 1 つとなる。
 - ☆ 体重を回復することで、二次的に生じた症状や変化、問題が解決すること。

・ ケースフォーミュレーションを共同で作成する（資料 1-7）

食行動の問題を維持させる要因・プロセスを構成要素とした、患者それぞれのケースフォーミュレーション（病態概念図）を協働的に作成する。患者には、どうして食行動の問題に悩まされているかを考えるのではなく、問題から距離をおいて、食行動問題がどうして持続しているかを考えるように促すことが重要である。ケースフォーミュレーションによって、食行動問題が維持されてしまう過程に、患者は興味を抱くようになる。

また、ケースフォーミュレーションによって、摂食障害は理解可能で、病気が維持されるのは、それを維持させるさまざまなメカニズムが影響しているためであることを患者は理解できるようになる。変化を起こすことを難しいと患者が感じていれば、「そのように思うことは当然のことです」と、治療者は患者に伝えればよい。

重要な維持メカニズムを浮かび上がらせることで、ケースフォーミュレーションは、何を治療のターゲットとすべきか（治療ターゲットにする必要のないものは何か）、捨てるべき「カード」を同定するための指針となる。ここでは、摂食障害の原因追及は重要ではない。摂食障害発症の原因については、治療の後半に取り上げることになる。

- ・ 紙に書きだすことで、一步離れて自分の現在の状況を捉えることができる。問題が維持されている現状を理解し、なぜ持続しているかを理解するように促す（脱中心化）。
- ・ 食行動に興味を持ち、その問題解決に積極的に取り組めるようなケースフォーミュレーションを作成する。
- ・ ケースフォーミュレーションには、患者の言葉を用いて記述する。患者が積極的にケースフォーミュレーションの作成に関われるようにする。

「ケースフォーミュレーションは、あなたの食行動の問題を持続させている主要な要素を明

らかにしています。一つ一つの要素だけでなく、全てを変えることで、摂食障害はよくなります。全ての要素に取り組む必要があり、そうしないと再発の危険が高くなってしまいます。」「最初は食事の習慣に取り組みましょう。それからケースフォーミュレーションに示してある他の要素、たとえば、自分の体重や体型をどう感じているかといったことに取り組みましょう」。

- ・ ケースフォーミュレーションを患者に合わせて作成する際、低体重による症状のために患者の食行動の問題が持続していることを強調することが特別重要である。(なぜ、その病態自体が摂食障害を維持し、なぜ、変化することが難しいのかということについての確固たる説明として、患者がケースフォーミュレーションを受け入れることは不可欠である)。

具体的な治療内容について：摂食障害を克服するには、患者が変えたいと思っているもの（例えば、むちゃ食い）だけでなく、摂食障害を維持する悪循環に関わるメカニズムを変えていく必要がある。

以下に適切な具体例（治療内容）を示す。

「ケースフォーミュレーションに示された図は、あなたの食行動の問題を持続させている主なものを表しています。私と共に、これらすべての要素を変化させることができれば、必ず良くなります。しかし、そのためには、これら全てに取り組む必要があります。まず、食習慣に焦点を当てた後、他の要素、例えば、肥満恐怖に取り組んでいきましょう。」

- ・ 食物と食事へのとらわれ
 - 食物と食事へのとらわれは食事制限の結果として生じている。
 - 食物と食事のことを考えることで、食事制限が継続し、食事や体型・体重に関すること以外の出来事への関心が薄れてしまう。この時点で DVD のたとえ（訳本 pp.139-140）を話すことは有効である。低体重でいることは、摂食障害の DVD が繰り返し大音量で再生され続けているような状態である。ただし、治療者は、この時点で患者の習慣的な考え方・思考態度（マインドセット）をとりあつかう時期ではないことに留意する必要がある。患者が低体重である限り、患者の習慣的な考え方・思考態度を取り扱うことは多くの場合無意味である。体重が回復して、それらの DVD が再生されなくなるまでは、マインドセットを取り扱いは延期すべきである。
- ・ 社会からの引きこもりと興味の喪失
 - 引きこもり、食事や体型体重に関すること以外への興味の喪失によって、患者の生活では、体重や体型をコントロールすることだけが重要な意味を持つようになる。
 - 多くの患者が、自分の行動やライフスタイルが普通ではないことを理解していない。
- ・ 優柔不断
 - 変化することを決断できなくなっている。その結果、多くのことを先延ばしにしてしまう。
- ・ 型にはまった行動や予測可能性への異常なこだわり
 - 型にはまった行動や予測可能性への異常なこだわりも、変化を妨げる要因となっている。
- ・ 空腹感の持続
 - 食物や食事へのとらわれの原因の一つに、空腹感の持続がある。患者は、食物や食事へのと

らわれを、「食い意地が張っている」ことの証左のように考えるため、摂食をコントロールすることに特に注意を向けてしまう。しかし、空腹感が持続していることを、常に否定的に捉えているわけでもない。不食や低体重の症状（空腹、めまい、寒がりなど）を、摂食コントロールが上手くできている証と考える患者も存在している。

- ・ 満腹感の増強

- 満腹感を感じやすくなるために、食事量を増やすことが難しくなる。

* 治療を進めていく中で、ケースフォーミュレーションは必要に応じ修正することを明確にしておく。
「このケースフォーミュレーションはあなたの食行動の問題を持続させている要因について、我々が理解していることを見える形にしたものです。あなたが抱える問題についてより深く理解がすすめば、ケースフォーミュレーションの変更や修正を行うこともあります。」

- ・ ケースフォーミュレーション作成時、その治療的意義について話し合う

- * 低体重患者において特に注意すべき5つの項目

1. 患者が思い悩んでいる症状や、自分に悪い影響を及ぼすと感じている症状は、著しい低体重が原因である

- ・ 食物と食事へのとらわれること
- ・ 柔軟性の欠如…型にはまった行動を好む、寛容さに欠ける
- ・ 決断をすることができない
- ・ 人との交流を避ける
- ・ 集中困難
- ・ 適切な睡眠をとることができない
- ・ すぐに満腹感を感じる
- ・ 異常に寒さに弱い
- ・ 体が弱い、虚弱と感じる

2. 患者は現在の状態（人との交流を避ける、柔軟性に欠ける、不安が強い）を自分のパーソナリティによるものと考えている

- ・ 体重が回復しない限り、患者の本来のパーソナリティは明らかにならないことを強調しなければならない。治療者は、患者がこの事実にしっかりと向き合えるよう対応する必要がある。一例として、体重が回復した患者のパーソナリティがどのように変化したかを患者に伝えることは有用である。

3. 低体重に起因する身体合併症は有害であり、健康に対し長期的に悪い影響を及ぼす可能性がある。たとえば、

- ・ 不整脈、心嚢水・胸水貯留、貧血による心負荷の増大など
- ・ 骨密度低下（骨粗鬆症）、脆弱性骨折

治療者は、患者の身体的合併症を正確に把握し、症状が重篤あるいは緊急性を認める場合には、患者に状況を伝えなければならない。（治療者が医師でない場合には、医師から患者に伝えてもらうように担当医師に依頼すべきである）。症状がどれほど深刻であっても、患者（時として、患者の家族）がその深刻さに目を背けることは少なくない。

4. 低体重が食行動問題の持続させている たとえば、

- ・ 食物と食事へのとらわれること
- ・ 社会的ひきこもりと、食事・体型・体重以外への興味の喪失
- ・ 決断をすることができない
- ・ 人との交流を避ける
- ・ 柔軟性の欠如…型にはまった行動を好む、寛容さに欠ける。
- ・ すぐに満腹感を感じる

＊これらの問題は低体重が原因であること、また、これらの問題そのものが低体重を維持させてしまうこと（悪循環が生じていること）を強調することが重要である。

5. 健康体重まで回復すれば、これらの症状のほとんどが改善する

- ・ 疾患教育とケースフォーミュレーションを作成する主たる目的は、患者が食事制限をやめて体重を回復させることであるが、このことを患者に明に説明するのは控えるべきである。
- ・ それよりも、治療者から説明された内容について患者自身に熟考してもらい、自らどうすべきか、その結論を導けるようサポートすべきである。このことを念頭に、資料と作成したケースフォーミュレーションを患者に渡し、次のセッションまでにケースフォーミュレーションの内容が自身の病態を正しく反映しているか、（可能であれば、病気が維持されているのは、何が原因かなどについて）考えてきてもらうことが重要である。

- ・ その他の取り組み（患者が話し合いたいことを扱う）

5. **Next step（宿題の確認、セッションのまとめ）（3分）**

1. 今回のセッションで扱った内容をまとめる
2. セッション1でのホームワーク：
 - ・ 適切にセルフモニタリング（食事記録）をつけられるようにする（食行動記録の改善）
 - ・ 低体重に関する資料を読んでくること（資料1-1）
 - ・ ケースフォーミュレーションについての振り返り

6. 次の予約をとる

1.3

セッション 2 以降（50 分程度）

- 治療開始時の BMI 16 未満：セッション 8 まで週 2 回、以降セッション 36 までは週 1 回、それ以降は月 2 回（全 40 回）
- 治療開始時の BMI 17.5 以下：セッション 8 まで週 2 回、以降セッション 20 までは週 1 回、それ以降セッション 26 までは月 2 回、以降は 3 週に 1 回（全 30 回）
- 治療開始時の BMI 18.5 未満：セッション 5 まで週 1 回、セッション 17 までは週 1 回、以降セッション 19 までは月 2 回、それ以降は 3 週に 1 回（全 25 回）

各セッション開始時に、現在のセッションの回数（何回目）と、残りのセッション数を患者に伝える。

ステージ 1 後半(セッション 2-7)の目標

- ケースフォーミュレーションの吟味（セッション 2）
- 体重と体重確認についての教育（セッション 2 または 3）
- 食行動の問題についての教育（セッション 3 または 4）
資料 1-8（訳本 表 6-1）の項目について、患者が十分に理解できるように何回かに分けて詳しく説明する。
- 規則正しい食習慣の確立(摂食スタイル、排出行動、満腹感、低体重と過剰な運動などについて)（セッション 3 または 4）
- 患者に変化への決意を促す（セッション 4 またはそれ以降）
- 患者が望む場合は、重要な他者に治療へ参加してもらう

セッション 2 のアジェンダ：

- ・ 体重測定、体重グラフへのプロット
- ・ セルフモニタリング（食行動記録）の振り返り
- ・ ケースフォーミュレーションを見直しと、体重回復との関連づけ
- ・ 患者が話題にしたいテーマを取り上げる

セッション 3-8 のアジェンダ：

- ・ 体重測定、体重グラフへのプロット、体重とその変化についての話し合い
- ・ セルフモニタリング（食行動記録）の振り返り
- ・ 協働してのアジェンダの設定
 - 患者が不安に思っていること
 - 体重回復のステップ 1 で扱った内容
 - 「患者が変化を起こすことを決断するためのサポート」に関する取り組み（このテーマを扱うには、4 回以上のセッションが必要になる）
- ・ ホームワークで行う課題の決定
- ・ セッション内容のまとめ、ホームワークの確認、次回のセッションの予約

1.セッションでの体重測定（5分以内）（資料 1-6）

- ・ 体重測定を行う。
- ・ 測定結果を体重グラフにプロットする。 - 前回のセッションで説明した健康体重の下限と上限（BMI 18.5 と 25）の位置に線を引く。

体重の生理的変動（明らかな要因のない体重変化）と体重測定の意味、体重測定を忌避することがどのような意味を持つかを患者にしっかりと伝える。具体的には次のような内容である。

- 繰り返し体重を測定すれば、明らかな要因のない（生理的な）体重変化にとらわれてしまい、体重計の数値とは無関係に食事制限を厳しくしてしまう。体重が回復、あるいは、変化していなくても食事制限を厳しくするし、体重が減っていても、食事制限の効果を実感し、厳しい食事制限を続けてしまう。
- ホワイトボード（あるいは紙面）上に図 3（資料 1-9） を描き上記の内容を説明する。どんな体重であっても、多くの患者が食事制限を続けてしまうことをしっかりと伝える。
- 自身の体重を知ることへの恐怖に直面することを避け（体重測定を忌避し）ていれば、そのために体型や体重へのとらわれが増長してしまう。患者には、次のように尋ねてみるといいだろう、「犬を恐れる患者が、それを克服するために治療にやってきたとしましょう。犬に接してもらう機会もなく、治療することができるでしょうか」。犬は危険だという思い込みを問い直し、そばに犬がいても落ち着いていられるためには、犬と戯れる経験が絶対に必要なのである。体重についても同じである。自身の体重を知ること避け、抱えている問題にしっかりと向き合わず、不安や心配なことを回避している限り、食行動の問題、体重や体重回復に関する恐怖/不安を解決することはできない。それはまるで、両手を後ろに縛って走ると同じようなものなのだ。

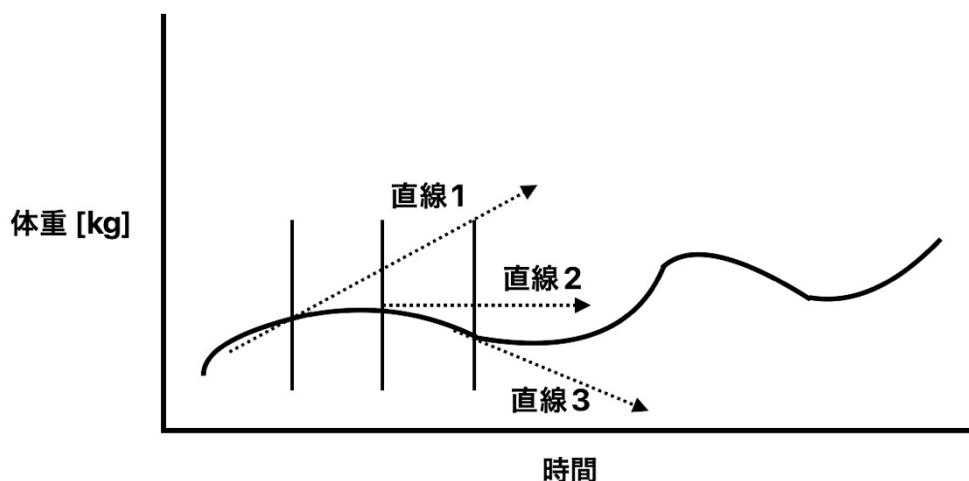


図 3.体重変動に対する解釈

2.記録と宿題の確認と評価（10分以内）（資料 1-5：患者記入済みの資料を確認）

3.課題(アジェンダ)設定（3分）

4.課題について話し合う（20～25分）（資料 1-9, 1-10, 1-11, 1-12, 1-13, 1-14 患者と共同で作ったケースフォーミュレーション）

■ケースフォーミュレーションの確認と再評価（セッション2で実施）

- ・ 治療者は患者と一緒にケースフォーミュレーションの内容を吟味し、低体重が食行動問題を持続させていることを患者に理解してもらう。
- ・ 患者主導で治療がもたらす意味について話し合いを行う。患者が食行動問題を克服するには、体重回復は必須である。
- ・ ケースフォーミュレーションを振り返り、ケースフォーミュレーションから何がわかるか、それが、どんな意味をもっているかについて話し合う（この悪循環から抜け出すために、体重の回復が重要なのだと、患者が述べることを期待したい）。
- ・ 体重回復が食行動問題の解決になるという考えに患者が同意せず、回復した体重を再び減らそうとすることも珍しいことではない。
- ・ 治療は、体重を回復することだけでなく、食行動全般に関する問題を解決することが目的である。患者には、低体重を維持する限りいかなる問題も解決できないことをしっかりと理解してもらう必要がある。

■体重と体重確認の教育（セッション2または3、体重変化についての解釈はセッション3以降に実施）

- ・ セッション2以降、治療者と患者はあらかじめ用意した体重グラフに患者の体重を記録する。
（資料1-6）
- ・ セッションのはじめに、治療者は患者と一緒に体重の変化について解釈を加える（訳本 pp.68-71）。セッション2あるいはセッション3では、最大でも3時点の体重しか記録されていないため、この段階で解釈を付け加えられないことに留意すべきである。
- ・ 患者に教育する内容は、BMIに関する項目以外、20セッション版のCBT-Eで扱う内容と同じものである（訳本 p.77-78）
- ・ 低体重の患者には現在の低体重（BMI）に起因する症状と問題を理解してもらい、それらが改善、解決する BMI（18.5～20）を明確に示すことが重要である。
（普通に食事をすることができる、低体重に起因する身体症状がなくなる、これまで食行動問題を引き起こす原因だった食べ物に関するとらわれがなくなるなど、低体重ゆえに生じていた問題から解放されるためには、BMIを18.5-20の間に維持しなければならないこと患者にははっきりと伝える）。
- ・ BMIが18.5～20に達すると、患者のほとんどが通常の食事摂取を行うようになり、低体重に起因する症状や問題が消失する。
- ・ 適正なBMIの下限としてBMI18.5-20の範囲は、一部の患者には高い可能性もあるかもしれないが、本治療で目標とするBMIの範囲はBMI18.5-20とする。体重グラフのBMI18.5の位置に直線を引く。BMI18.5と20を示す直線で囲まれた範囲のBMIに達するまで、患者は体重回復に取り組む必要がある。
- ・ 体重確認についての教育
 - 資料1-9（図3）「体重変動に関する解釈」を用いる。
 - 「体重は1日の中でも大きく変動しています。水分をどれだけ摂取したか、膀胱に尿がどの程度溜まっているか、あるいは、月経周期などの影響を受けて体重は変動するのです。体重を頻繁に測定しても、それらの影響を反映した意味のない小さな変動にとらわれてしまうだけ

です。体重を頻繁に測定しても意味のある情報は得られないのです」。

- 「この図の直線1のように、体重が回復していくと、あなたはどんな気持ちになりますか？」
「この図の直線2のように・・・」 「この図の直線3のように・・・」(資料1-9)
- 体重が回復、減少、あるいは、変化しなくても、食事制限が強化されてしまうことを共有し、
「セッションのときだけ体重測定を行う」ようにすることで、体重変化と食事制限強化の悪循環を断ち切ることを目指す。

- ・ 治療中の体重と体重変化についての教育

- 「体重は生理的变化の影響を強く受けるため、その影響を抑える取り組みを継続することは非常に困難です」
 - 「BMI は身長と体重の関係から算出される、体格を表す目安となる指数です。体重を身長の二乗で割って算出されます」
 - BMI の閾値は次のとおり
BMI < 17： 有意な低体重； BMI : 17-18.5 低体重； BMI: 18.5- 20 やせ；
BMI 20-25 正常（健康体重）； BMI 25-29.9 肥満； BMI ≥30 有意な肥満
 - 生理的変動を反映して、体重には約 3kg の変動幅があることを、患者が受け入れられるようアドバイスをを行う。
- ・ 治療期間の後半、食事制限を継続し BMI を 18.5～19.9 の範囲で維持している患者については、これから1年間、あるいは、その後の治療においてさらなる体重回復を検討するようアドバイスをを行う。

■食行動問題についての教育（セッション3または4で実施）

- ・ 現時点でむちゃ食いをしていない患者にも、むちゃ食いについて適切な情報を伝える。主観的なむちゃ食い（Subjective Binge eating）＜ほとんどの人が同じような状況で食べる量と同程度の量を食べていてもそれをむちゃ食いと思い込む＞を、客観的なむちゃ食い（Objective Binge eating）＜2時間程度の時間に、ほとんどの人が同じような状況で食べる量より明らかに多い食物を食べる＞としてとらえているものも少なくない。食行動の問題を抱える者は誰であれ、むちゃ食いをしてしまうリスクがあることを伝え、どうすればそれを避けられるかを説明する（規則正しく1日3食、適切な量の食事と間食を摂ること）。
- ・ むちゃ食いをしていない患者のケースフォーミュレーションに、新たな構成要素として「むちゃ食い」を追加する。これを付け加えることで、現状のままでは「むちゃ食い」が始まる可能性があることを患者に明確に示す。「むちゃ食い」と「食事制限（摂食抑制）」の要素は点線で結ぶ。

■規則正しい食生活の確立を目指した介入（セッション3または4で実施）

- ・ 食べる量を増やすことを求めるのではなく、規則正しい食生活を始めることを促すべきである。
 - 食べる量を増やすより先に、まず食事や間食を始めることが重要である。
 - 「食べる量を増やさなくていいのであれば、規則正しい食生活を送ることは難しくなさそうだ」と、ほとんどの患者はこの考えを受け入れる。
 - 食べる量を増やすことは「規則正しい食生活」を送ることとは無関係である。それゆえ、この時点で食べる量を増やさないことは問題にはならない。
 - 患者は計画された現在の食事量を再分配し、食事と間食をとればいいだけである。

- ・ 規則正しい摂食パターンを確立することで得られる利点として次の3つが挙げられる
 1. 低体重患者によくあるダイエットの一つのタイプ、すなわち、食べるべきものを食べず、先延ばしにする行動パターンに対処できる。
 2. 満腹感を感じにくくなる。
 3. 治療開始から数週間で、食事と食物に対するこだわりが減少する。
- ・ 規則正しい食生活を確立するまでの手順は以下の通りである。
低体重患者では、次のように1日3食と3回の間食（すなわち6回の食事）を摂らなければならない。すなわち、
 - ✧ 朝食
 - ✧ 午前中の間食
 - ✧ 昼食
 - ✧ 午後の間食
 - ✧ 夕食
 - ✧ 夕食後の間食
 である。
- ・ 「今こそ食生活を変える時です。まずは、食べるものは変えず、食べる時間を変えましょう。1日を通して規則的に食事を摂ることは、食行動問題の解決に非常に有効であることが明らかになっています。規則正しく食事を取ることで、それが自然にできるようになることは、食行動問題の解決に非常に重要なことです。食行動が改善することで、他の問題も改善していくからです。」→資料1-10「規則正しい食生活の説明文」を渡す。
- ・ 朝食・昼食・間食・夕食・デザートを摂ることを勧める。それ以外は食べないように指導する。
- ・ 予め食事や間食で何を食べるかを決めておく。チューイングしないこと、食後に嘔吐をしないこと、下剤などを用いないよう指導する。
- ・ 食べるものはこれまで通り、変えないように指導する。
 - ✧ 患者「何を食べたらいいのでしょうか？」
 - ✧ 治療者「食生活で変えるべきは、食事の取り方、食べる時間です。何を食べるかは重要ではありません。」
 - ✧ 患者「でも、何を食べればいいかわからないです。」
 - ✧ 治療者「それでは、食事や間食の時間に、あなたがこれまで食べるのを避けてきたものを少し取り入れてみるのはどうでしょう。この機会に様々なものを食べてみるといいでしょう。」
- ・ カロリー計算はしないように指導する。
- ・ 何を食事や間食（おやつ）と考えるかは患者によって異なるが、その内容が常識的な理解の範疇であれば、患者の考えをそのまま受け入れる。
- ・ 予め決めた食事と間食の間隔を、4時間以上あけないように指導する。
- ・ 新しい食事パターンを守ることを最優先にする。食事以外の活動の優先度を下げること、食欲に応じて食事パターンを変えないように指導する。— 患者のライフスタイルに合わせて（平日（会社・学校のある日）や休日など）、規則的な食事パターンを調整することが重要である。
- ・ 予め食事の計画を立てておく。
「私が突然電話しても、次に何を食べるかを私に伝えられるようにしておく必要があります。」
毎朝、あるいは、前の晩にセルフモニタリングの記録用紙（資料1-6）の上部に1日の計画を書き出しておくように指示する。予期せぬできごとがあれば、それに応じて修正した計画も記録用紙に

書き出し、それを実行するように指導する。

- ・ 空腹感や満腹感ではなく、他の人の食べる時間や食行動を参考にするように指導する。
- ・ 自身の空腹感や満腹感によって、何を食べるかを決めない。(友人、親、レシピなどを参考に) 一般的な一人前の量以上食べないように指導する。
- ・ 会食をする場合は、予め食事の摂り方や食べるものを可能な限り決めておく。
 - ビュッフェ (バイキング) 形式の場合: 適宜トイレに行くなどして会場を離れ、次に何を食べるかを計画してから会場に戻る。
 - アルコールは可能な限り控える。
- ・ 計画した食事と間食以外に、食べないための対策を立てる。

① 食べる事と関わりのない行動をとる。

電話をかける、メールを送る、友人の家に遊びに行く、散歩をする、エクササイズをする、ネットサーフィンをする、入浴をする、シャワーを浴びる、音楽を聞くなど
食べたいという衝動をやり過ごすための、行動リストを作成しておく。

② 食べたいという衝動に焦点を当てる。衝動は一時的なものに過ぎず、それに突き動かされる必要がないことを理解する。

ー 過食衝動をやり過ごす術を身につける。過食衝動は突然、急激に強くなるが、時間と共に次第に治まっていくという体験(urge surfing)を積み重ねてもらう。

- ・ 規則的な食事パターンがなく、厳しい食事制限をおいている患者の場合
 - 急がず段階的に規則正しい食生活パターンの導入を目指す。まずは、午前中の食事の取り方から改善を試みる

- ・ よくある問題とその対応方法

① 適切に食事を取れなかった(食事のコントロールに失敗した)と考えると、その日、それ以降の食事を適切に取ろうとしない

→二分思考(白黒思考・全か無か思考)に陥っている典型例であることを説明し、「規則正しい食生活を確立するためには、いくつかのステップがある」ことを伝える。(患者教育)

→日々、目標とした適切な食事摂取をどれくらい達成できたか、0～5の6段階で評価してみるよう提案する。

② 患者:「提案されたようなやり方で食事をしたことなんかないです。私の家族も、友人も誰もこんな食事の取り方をしていません」

→「食行動の問題を克服するためには、規則正しい摂食パターンを身に付けることが非常に有効であることがわかっています。そして、それは食行動以外の問題を解決していく礎にもなるのです」

患者:「朝食を食べると、食べたい衝動が強くなってむちゃ食いしてしまうことが心配です。」

→「まずは規則正しい食生活を送ること目指しましょう。あなたの不安が現実になるかは、その時わかるはずです。そして、実際は、その不安が杞憂に過ぎなかったことに気づくでしょう」

患者:「夜に食事をとると、体重が増えるのではないですか」

→「体重は、いつ食べるかで決まりません。あなたが1日にとったカロリーの総和だけで決まります。規則正しい食生活を送ることで、あなたが抱いた不安が杞憂であったことに気づくでしょう。規則正しい食生活を送れるよう一緒に取り組んでいきましょう」

患者：「規則正しく食事や間食(おやつ)を食べることで体重が増えてしまうことが心配です」
→「規則正しく食事を摂ることで、むちゃ食いをする頻度は少なくなります。そのため、あなたが食事からとるカロリーの総量は以前よりも少なくなります。これまで、むちゃ食いを取り消すために嘔吐をしていたかもしれませんが、しかし、嘔吐をしてもむちゃ食いをして摂ったカロリーを帳消しにはできないのです」

- ③ 少量の食事摂取で満腹感を覚え、その満腹感を解消するために嘔吐や下剤乱用をしたがる患者への対応：
「満腹感は 1 時間もすれば治ります。規則正しい食生活を確立すれば、少量の食事摂取で、すぐに満腹感を感じるようなことはなくなります」
- ④ 食事の計画を立てることを渋る患者への対応：
「食事の計画を立てないままでは、摂食障害を克服することは困難です」
「これからの約 40 週間（治療期間相当）は、規則正しい食生活を送ること、また、次の食事で何を食べるかを予め決めておくことが大事です」
- ⑤ 代替行動を行わない患者への対応：
「代替行動を行うことは、食べたいという衝動をやり過ごす取り組みに他なりません」
「代替行動を行なっている間、あなたは衝動サーフィン（urge surfing）をしているのです。むちゃ食いをしたいという衝動が強くなったり、弱くなったりするのを感じるでしょう。この衝動に突き動かされずむちゃ食いをやり過ごせれば、きっとあなたは達成感を感じるでしょう。もし、その後に同じ衝動に駆られても、むちゃ食いをやり過ごした事実は評価されるべきものなのです」
「衝動サーフィン(urge surfing)をしているのです。むちゃ食いをしたいという思いは、押し寄せる波のように、大きくなったり小さくなったりするのです。たとえば、あなた、その日の後に再びむちゃ食いをしたいという衝動に駆られたとしても、前の衝動を処理したという達成感を損なうものではないのですよ」
「規則的な食事パターンを取り戻すのに、代替行動は有効な方法です」

食生活

- ・ 食事の取り方を形式化する
「家で食事をするときは決まった場所に座り、それ以外の場所で食事を取ることはやめましょう。食事の開始と終了を明確にしましょう。」
- ・ 包みや鍋、大皿から直接食べるのをやめる
「食べる分だけ盛り付けしましょう。取り分けた後の鍋や大皿に残る食べ物は、食事を開始する前に片付けておきましょう。」
- ・ つまみ食いはしないようにしましょう
「調理中につまみ食いがしたくなったらガムを噛みましょう。」
- ・ 食べるスピードについての取り扱い
 - むちゃ食いの時の早食いは取り上げず、むちゃ食い以外の食事での早食いについて取り上げる
「食べるスピードを遅くすると、食べる量がコントロールしやすくなります。食事の時は、15 分以上の時間をかけるようにしましょう」
「口に物がある間は一旦箸を置いてみるのもいいでしょう。一口食べたら水を飲んだり、会話を

したりするのもいいでしょう」

「一緒に食事をしている人に食べるペースを合わせてみるのもいいでしょう」

➤ 食べるスピードが遅い

食事の時間がいたずらに長くならないように、食べる時間に制限を設けることも検討してください。

排出行為

- ・ 代償性の排出行動：主観的むちゃ食い/客観的むちゃ食いの別なく、むちゃ食いエピソードを代償するために行われる
→適切な食事摂取、規則正しい食生活を取り戻せれば、代償性の排出行動は減少する。
- ・ 非代償性の排出行動：日常的に体重コントロールを目的に行われる。必ずしもむちゃ食いエピソードと関連しているわけではない。
→対応が必要
- ・ 排出行動がもたらす悪影響についての教育

① 自己誘発性嘔吐に関する説明：

- ・ 「主観的むちゃ食い、あるいは、客観的むちゃ食いエピソードをなかったことにするために、あるいは、体重をコントロールするため、あなたは自ら嘔吐をするのかもしれませんが、しかし、嘔吐をしても目的とした効果を得られることはほとんどありません。実際に吐くことができるのは、食べたものの半分程度に過ぎないのです。」
→むちゃ食いで摂取したカロリーと、実際に吸収されたカロリーについて、概算を行うことも有効である。
- ・ 「むちゃ食いエピソードをなかったことにするため嘔吐をする限り、その効果を信じてむちゃ食いを繰り返してしまいます。その結果、むちゃ食いをすることに対する心理的抑制が弱くなり、むちゃ食いをやめることが難しくなってしまうのです。」
- ・ 「電解質異常（これは心室性不整脈を引き起こしかねないので危険です）、唾液腺腫脹、前歯のエナメル質溶解など、さまざまな身体疾患が合併します。」
- ・ 「自己誘発性嘔吐が日常的になると、それを継続していることへの羞恥や罪悪感が生じ、秘密が増え、それをごまかすようになります。」

非代償性の排出行動をとる患者には、それをやめる決意をするように促す。

② 下剤や利尿剤乱用に関しての教育：

- ・ 「主観的むちゃ食い、あるいは、客観的むちゃ食いエピソードをなかったことにするために、あるいは、体重をコントロールするため、あなたは下剤や利尿剤を用いるのかもしれませんが、しかし、下剤や利尿剤を用いても目的とした効果を得られることはほとんどありません。下剤には、食べたものの吸収を阻害する効果はほとんどありません。利尿剤には、そもそも、その効果は全くありません。」
- ・ 「むちゃ食いエピソードをなかったことにするため下剤や利尿剤を用いる限り、その効果を信じてむちゃ食いを繰り返してしまいます。その結果、むちゃ食いをすることに対する心理的抑制が弱くなり、むちゃ食いをやめることが難しくなってしまうのです。」
- ・ 「下剤や利尿剤は身体を脱水状態にします。その結果、体重は変化、減少しますが、それはごく短期間だけで、長期的な体重減少効果は全くありません。」
- ・ 「電解質異常（これは心室性不整脈を引き起こしかねないので危険です）、唾液腺腫脹、前歯のエナメル質溶解など、さまざまな身体疾患が合併します。」
- ・ 「利尿剤や下剤の使用が日常的になると、それを用い続けていることへの羞恥や罪悪感が生じ、秘密が増え、それをごまかすようになります。また、下剤、利尿剤を買うため、

継続するむちゃ食いのために浪費がひどくなります。』

下剤の使用をやめさせる、あるいは、一週ごとに漸減させる（毎週半量ずつ減らしていく）

「下剤の使用を中止すると、水分が一時的に身体に貯留しやすくなるため、身体がむくみます。その結果、体重が増加することがありますが、それも一時的なものです。」と予め説明する。

満腹感

食事摂取と関連した満腹感を題材に、規則正しい食生活の確立を目指す。体型へのこだわりに関連した満腹感についてはステージ3で取り扱う。

- ・ 満腹だと感じる内的・生理的な感覚について
正常な生理的体験としての満腹感 → 正常な満腹感を感じられるようになるためには規則正しい食生活を数ヶ月継続することが必要
- ・ 食べ過ぎと考えることについて
→ 1日に必要なカロリー量について教育する。
- ・ お腹がぼっこり出ていると考えていることについて
低体重の患者が訴えることが多い内容である。
誰しも自分自身の容姿については厳しい判断を下しがちである。
特定の食物や炭酸飲料などを飲んだ後、腹部膨満が誇張される場合があることについて話し合い、この腹部膨満をして「太った」と考えないように指導する。
食物繊維の多いものではなく、カロリーの高いものを選ぶようにする。炭酸飲料を控える、腹部を強調するような服は着ないなどの工夫をする。
「ランチの後、職場の同僚のお腹がぼっこり出ていますか、いつもと違いますか」
- ・ 服がとてもきつく感じられることについて
「食後の体型変化は一時的なもので、自然に元に戻ります。食べ過ぎを示唆するものでも、太ったわけでもありません」
- ・ 太っていると感じることについて
ステージ3で取り扱う（肥満感）
「太っていると感じていることと、実際に太っていることは全く違うものです」

過剰な運動への対応

- ・ 代償性の運動：主観的むちゃ食い・客観的むちゃ食いのエピソードをなかったことにするため（代償するため）に行われる運動 → 治療では取り扱わなくてよい
- ・ 非代償性の運動：体重コントロールを目的に日々行われる運動。必ずしも食行動と関連するわけではなく、気分を調整するために行われる場合もある。
- ・ 過剰な運動があるときは、セルフモニタリング表（資料 1-5）の右側の欄に運動の内容を記録する。
- ・ 低体重の患者では、過剰な運動がないかどうかしっかりと確認することが重要である。
- ・ 過剰な運動がもたらす影響についての教育
「主観的むちゃ食い・客観的むちゃ食いのエピソードをなかったことにするための過剰な運動、あるいは、体重をコントロールするための過剰な運動は、体重コントロールの手段としてあまり効果的ではありません」
☆ 「身体を動かしたいという衝動に突き動かされ、強迫的に過剰な運動をしているとき、他の活動を差し置いて身体を動かすことを優先していませんか」
☆ 「著しい低体重では骨粗鬆症や電解質異常を伴うことも少なくありません。そんな状態で

運動することは身体的にとっても危険です。骨折や心停止のリスクを伴います」

- ✧ 強迫的に運動を行っている場合、それがもたらす不利益（たとえば、時間の浪費、日常生活への影響等）について取り上げる。

■患者に変化への決意を促す（変化すること「体重を回復すること」のメリットとデメリット）

（セッション4以降で行う）（訳本 pp.188-197）

このセッションでの目標は、患者に体重を回復させること決断をしてもらうことである。患者の両価的な気持ちを認め、その気持ちは当然のものであると理解していることを明らかにすることから治療は始まる。

変化を起こす力を患者が持っていると感じていること、これからの治療と人生の「新たなスタート」を切ることで、明るい未来が待っていることを確信していることを伝える。

1. 「現時点における、変化がもたらすメリットとデメリット」をまとめた表（得失表）を作成する（1回のセッションで作成までを終える）。（資料1-11, 資料1-12:見本）
2. 「将来における、変化がもたらすメリットとデメリット」をまとめた表（得失表）を作成する（現時点における得失表を作成したら、その次のセッションで将来における得失表の作成を行う）。（資料1-11, 資料1-13:見本）
3. 上記の得失表もとに、変化することに対する「結論」の表を作成する。（資料1-11, 資料1-14:見本）
4. 「結論」の表が意味すること、変化することの意味を患者自身がしっかりと理解し、それを患者が受け入れられるようにサポートする。
5. 「思い切って始めてみる」ことができるよう患者を鼓舞する。

ステップ1. 現時点における変化がもたらすメリットとデメリット

- ・ 変化とは、食行動問題を克服することと、（低体重に起因する身体的・精神的問題がなくなる）BMI 18.5-20 まで体重を回復させることである。
- ・ 変化することの理由、しないことの理由を考える。はじめに、変化しないことの理由をリストアップする。食行動の問題そのものにも何らかの利点・恩恵があるものである。
- ・ 次に、変化することの理由をリストアップする。理由は具体的なものでなければならない。例えば、「健康を改善する」という理由は適切ではない。患者個人が認識している健康上の改善点をリストアップする必要がある。（資料1-11）
- ・ 対人関係、身体的・心理的健康、仕事/勉強のパフォーマンス、その他の活動に参加できるかなど、日常生活のあらゆる場面について、変化がもたらすメリット・デメリットを考えてもらう。
- ・ 物事の捉え方や考え方、感じ方全般が低体重の影響を受けないためには、BMI を 18.5～20 まで回復する必要があることを明確にする。
- ・ 作成した表をコピーして患者に渡す。

ステップ2. 将来(5年後)における、変化がもたらすメリットとデメリット

- ・ 患者が作成した得失表をもとに、達成できた変化に焦点を当てて、達成した変化は5年後にどうなっているか吟味するように求める。
- ・ 新たな視点から物事を見るように促す。5年後の未来を想像してもらう。

- ・ 未来に関連した質問をして、将来像を明確にする。例えば・・・
 - ◇ 5年後、__歳の時、どんな人生になっていたら良いと思いますか。
 - ◇ どんな仕事についていたいですか？
 - ◇ どんな職責にあるでしょうか？誰かを指導する立場でしょうか？仕事で旅行しなければならないでしょうか？仕事で会議があるでしょうか？食事をする機会もあるのではないのでしょうか？
 - ◇ 対人関係はどうあってほしいでしょうか？
 - ◇ 友人との関係や社会生活はどうなっているでしょうか？
 - ◇ 家族との関係はどうなっているでしょうか？
 - ◇ 将来、その時までパートナーがいてほしい、あるいは、結婚したいと思いませんか？
 - ◇ 子供がほしい、あるいは、子供を作ることを計画していると思いませんか？
 - ◇ どんな人になりたいですか？自分のことをどんなふうに思っていたいですか？
 - ◇ どのような価値観を持ちたいですか？何を大事にしたいと思うのでしょうか？
- ・ 患者の立てた計画や願望に、食行動の問題が影響を及ぼしうることを考えたことがあるか患者に質問する。
- ・ 変化を起こす決断を患者が下せない場合、摂食障害が今後どうなっていくかを説明する。神経性やせ症の一般的な経過については多くのことが明らかになっている。以下のことを、患者にしっかりと伝える必要がある。
 - ◇ 食行動の問題は持続する可能性が高い。
 - ◇ むちゃ食いをするようになって体重をコントロールできなくなり、どんどん体重が増えていく可能性が高い。患者の90%近くがむちゃ食いをするようになり、その半数に神経性過食症の診断がつくようになる。神経性過食症の患者は食行動をコントロールできない。
 - ◇ 患者が最も恐れている状況が現実になる可能性がある。
- ・ 今後の人生にどんな希望を持っていたか患者にもう一度思い出してもらい、摂食障害が続くことで、その希望はどうなってしまうかを考えてもらう。
- ・ 「将来（5年後）における、変化がもたらすメリットとデメリット」と名付けた表を作成する。次の1週間、その表を見返せるようにコピーを患者に渡す。

ステップ3. 変化がもたらす全般的な得失（メリットとデメリット）

- ・ 「将来(5年後)における、変化がもたらすメリットとデメリット」の項目を1つずつ取り上げ、その内容について患者と話し合う。
- ・ 「変化を起こさない」ことで、患者の希望にどんな影響が生じるかを考えてもらう。
- ・ 患者が述べた「変化を起こしたい理由」をより確固たるものにする。
- ・ 体重を回復して低体重から健康体重になること、摂食障害を克服することで得られるメリットを明確に示す。
- ・ 探索的な質問を粘り強く投げかける。
- ・ よくある問題やその対応については（訳本 pp.192-195；よくみられる理由とその回答）を参照。

ステップ4. 変化の意味を見出す

- ・ 「得失表（変化がもたらすメリットとデメリット）」について話し合うことに、どんな意味があるかをしっかりと話し合う。
- ・ 「もし体重が回復するなら…」と患者が発言するタイミングを見逃さない。なぜなら、体重を回復させることを患者が考えていることを示すものだからである。そして、その表現が「体重が回復した時は…」という表現に変わり、何度かそのような発言が確認できたら、「食行動問題に取り組み、新しいスタートを切る決断をしたようですね。それだけでも素晴らしいことですよ」と患者に伝える。
- ・ 低体重の患者は、なかなか決断ができないことも多い。そのため、患者を強く動機づけすることを意識しながら、最初に行った変化することの良い点・悪い点に再度話し合うことも珍しいことではない。

ステップ5. 思い切って始めてみる

- ・ **患者はなかなか決断ができないこともあるため、患者の代わりに治療者が次の一步を踏み出すこともある。**（訳本 pp.192-197；患者のための治療者からの助言例を参照）

■重要な他者(例：両親やパートナーなど)の治療への参加

- ・ CBT-E における重要な他者の役割は、患者を励まし、支え、患者の努力を促すことである。
- ・ 患者が親、あるいは、配偶者と同居している場合、患者の体重回復プロセスに関わってもらうことができるかどうかを確認する。
- ・ 重要な他者に治療に参加してもらう場合、初回セッションで CBT-E に関する教育を患者に行う際に、重要な他者が治療において果たす役割について患者と話し合うことが必要である。その上で、重要な他者が治療に参加することに同意してもらう必要がある。
- ・ 患者だけで 50 分のセッションを行ったあと、患者と重要な他者を交えた 45 分のセッションを行う（合計 95 分）。セッションの回数は 3 回程度を上限とする。
- ・ 重要な他者に参加してもらうときの指標
 - ① 重要な他者の治療への参加は、患者が変化する助けとなるか。
 - ② 患者の外見（アピアランス）や食行動について、重要な他者が不適切なコメントをすることで、患者が変化を起こすことが難しくなっていないか。
- ・ 重要な他者に対しても、自分の食行動の問題を秘密にしている患者は多い。重要な他者が治療に参加することで、患者は秘密を彼/彼女らに開示することになる。秘密を開示することで、患者は治療から後戻りできなくなる。これが開示することの大きなメリットだと考えられる。
- ・ セッションの内容
 - ① 重要な他者に（治療者は）自己紹介をし、重要な他者に治療に参加してもらう理由と目的を説明する。
 - ② 重要な他者に対し、患者自身の言葉を用いて、治療で何を行なっているか、どうしてそれを行うか、これから何に取り組んでいこうとしているかを説明してもらう。
 - ③ 重要な他者の見解を聞き、適宜質問に答える。
提議された問題を取り扱う。
食事や外見（アピアランス）について、保証（確認）を求めてくる患者への対応法を説明する。
→ 保証を与えて安心させない、あるいは、与えるにしても 1 回だけにする。
 - ④ どのように患者をサポートしていくかについての具体的な方法を話し合う。
 - ・ 患者が規則正しい食生活を送り、適切な摂食パターンを維持できるように、必要な食べ物

や飲み物を用意する。

- ・ 患者と一緒に食事をする際に、患者が何をどれくらい食べるか決める手助けをしてもらう。ただし、いつまでもそのサポートは続けず、最終的には、患者自身で何をどれくらい食べるか決められるように促す。
- ・ 患者と一緒に料理をする。
- ・ 患者と共に食事をとることで、普通の食事の取り方の見本を示す。
- ・ 患者がむちゃ食いをしたいという衝動や嘔吐したいと言う欲求に抗う取り組みをサポートする。
- ・ 患者が自分自身で適切な体重を維持できるようにするため、治療の進行に応じ、重要な他者からのサポートは減らしてもらう。

5. Next step（宿題の確認、セッションのまとめ）（3分）

6.次の予約をとる

ステージ 2

2.1 進展の評価と今後の計画

1. セッション 8、9（50 分程度）（資料 2-1）

目的：1. 治療の進行具合を共に振り返り確認する。

2. 変化を妨げるものを同定する。

3. ケースフォーミュレーションの再評価と修正。

4. 拡大版 CBT-E の適応についての検討（拡大版 CBT-E についての詳細は訳本 第 13 章を参照）。

5. ステージ 3 での治療計画を立てる。

- ・ 規則正しい食事、（自宅での体重測定は行わず）毎回のセッション時のみの体重測定など、ステージ 1 で導入した取り決め・行動はステージ 2 以降でも継続してもらう。
- ・ ステージ 2 において、再度 EDE-Q, CIA の実施を検討すべきである。再評価の結果から、治療者・患者は、治療によってどのような変化が生じたのか、あるいは、生じていないのか客観的に把握することができるからである。

2. セッションでの体重測定（5 分以内）

3. 食事記録と宿題の確認・振り返り（10 分以内）

4. 課題(アジェンダ)設定（3 分）

5. 課題について話し合う（20～25 分）（資料 2-1）

○治療の進行具合を共に振り返り確認する

- ・ これまでの治療で変化した（させた）こと、変化しなかった（させなかった）ことについて、極端な評価をしないようサポートしながら、患者自身に振り返って考えてもらう。
- ・ これまでの治療過程で変化したことを高く評価する。そのうえで、現状、解決すべき問題を患者自らが見いだせるようサポートする。→これまでの治療で良かったことを話し合う。
- ・ うつ状態・うつ病を発症していないかどうかを確認する（自罰的な言動、熱意・意欲の低下、宿題をしなくなるなどの兆候はないか。もし、うつ診断がつくのであれば薬物治療を開始する）。

○変化を妨げるものが何かを同定する

- ・ 「今日は、治療の進行具合を確認するだけでなく、あなたが治療に対してどのような気持ちを抱いているかについて、あらためて見つめ直してみるいい機会だと思います。これまでの治療について、私たちがともにやってきたことについて気になっていることはないですか。何か、こうしてほしいといった気持ちや考え、確認したいことはありませんか」
- ・ 「変化を起こすためにともに取り組んできた治療がうまくいったかどうか、ここで一緒に振り返ってみましょう。これは、これまでの治療で取り上げてきた様々な題材を表にまとめたものです。一緒に目を通して、治療の進捗がどの程度なのかしっかりと確認してみましょう。」
→資料 2-1 治療の要素とともに目を通す。
- ・ 治療で取り扱う内容の順序、あるいは、治療そのものへの参加に問題がある場合は、その原因を探る。

問題が摂食障害そのものに起因する場合、ケースフォーミュレーションのどの要素が関連しているかを明らかにする。

-変化を妨げる典型的な要因

1. 変化することへの恐怖

(参照 訳本 11 章 pp.188-197)

2. 現状維持へこだわり (頑な性格、こだわりの強さなど)
 - ・ 現状維持にこだわる理由を明らかにする。
 - ・ 変化があった結果、現状維持にこだわるのか？→変化することへの恐怖が何であるのかを明らかにする。
 - ・ どんな変化に対しても抵抗を示す→病的完全主義(訳本 13 章)、低体重(訳本 11 章)の関与を考える。
3. 治療に影響与える要因(仕事上のストレス、子供へ対応など)
 - ・ 治療を最優先とするよう繰り返し伝える。
 - ・ 変化することで何が変わるか (何を得て、何を失うか) について患者と話し合う。(訳本 11 章 pp.187-197 参照)。
4. 摂食障害とは関係のない出来事と人間関係の問題(訳本 16 章 pp.302-303)
 - ・ 患者の生活に何か起こっても、摂食障害の治療を最優先とする。
 - ・ 患者の生活に生じた出来事が治療に大きく影響を与えうる場合には、1、2 回クライシスセッションを設けてもいいだろう。→クライシスセッションでは、患者の身に生じた大きな問題とその解決方法について話し合う。
 - ・ 問題が深刻、重大な場合は、治療を数週間延期することを検討する。
 - ・ 問題が解決すれば、治療の遅れを取り戻すための追加セッションをおこなう。
 - ・ 食事の計画が十分に立てられていなければ、予め計画をたて、それに従って食行動をとることの重要性を繰り返し説明する
5. うつ
病状を十分に評価し、必要な治療はしっかり行う。病状に応じ、セッションの延期も検討する。
6. 中核の低い自尊心
拡大版 CBT-E を適応する。を適応(訳本 13 章)：本簡易マニュアルでは省略。
7. 病的完璧主義
拡大版 CBT-E を適応する。(訳本 13 章)：本簡易マニュアルでは省略。
8. 物質使用障害
物質使用障害が変化の妨げになっていると考えられる時は、先にこの問題を解決する必要がある。→治療の中断、あるいは中止を検討する。
物質使用障害が常習的でなければ、治療内でその問題についても取り扱う。
9. CBT-E に対する嫌悪
一生懸命治療に取り組めば、頑張った成果が必ず得られる、経験的に治療効果が証明された治療法であることを説明し納得してもらう。

○ケースフォーミュレーションの再評価・修正を行う
上記の評価を鑑みて、必要な場合は修正を施す。

○ステージ3のデザイン

1. 体型と体重の過大評価（3.1：体型へのこだわり、体型確認、肥満感と思考態度）
2. 食べることをコントロールすることについての過大評価（3.2：摂食抑制、食事規則、摂食コントロール）
3. 食べることをコントロールしようと考えていること（摂食抑制）（3.2：摂食抑制、食事規則、摂食コントロール）
4. 食事制限（3.2：摂食抑制、食事規則、摂食コントロール）
5. 低体重を維持し続けること
6. 出来事や気分の変化をきっかけに生じる食行動の変化（3.3：出来事、気分、食行動）

→どの順序でこれらのテーマに取り組むかを定める。

低体重の患者については、まず、5. 低体重を維持し続けること を最優先すべきである。

その後、1.体型と体重の過大評価、2.食べることをコントロールすることについての過大評価、それから1～2週間後に、3.摂食抑制（コントロールしようとしていること）、4.食事制限を扱う。4.食事制限を扱った後、1～2週後に6. 出来事や気分の変化をきっかけに生じる食行動の変化を扱う。

5. Next step（宿題の確認、セッションのまとめ）（3分）

6.次の予約をとる

☆ステージ2で実施した評価セッション（EDE-Q, CIA の再評価）は、ステージ3以降でも適宜実施する。

B 体重増加のステップ 2

ステージ 3

☆体重回復のステップ2の要点

○適切な体重に回復するまでは体重回復が最優先であり、セッションの最優先課題でもある。

○体重回復に向けた取り組みに並行し、摂食障害の病理に起因、あるいは、病理を維持する他の問題にも取り組む

○治療開始時の BMI に応じ、ステージ3 の治療回数は次の通りである。

治療開始時の BMI 16 未満：全 28 回、治療開始時の BMI 17.5 以下：全 18 回、治療開始時の BMI 18.5 未満：全 13 回。治療頻度も治療開始時の BMI に応じ異なる。

EDE-Q を治療開始後 20 週目に実施する。

対象患者が低体重の場合に留意する事項：

-**摂食抑制：**摂食抑制（食事をコントロールしようとする試み）が体重回復の妨げになっていなければ、摂食抑制の緩和を目的とした介入は、体重が十分に回復してから行うといいだろう。

-**むちゃ食い：**体重を回復することと、むちゃ食いのない食生活を送ることは、（客観的・主観的）むちゃ食いに苦しむ低体重の患者にとって、最も重要なテーマである。

CBT-E では、「規則正しい食事」をとることを最初の目標とする。それが達成された後、詳細な「過食」を開始する。

-**排出行動：**むちゃ食いを代償するための排出行動に特別な対応は不要である。しかし、代償を目的としない排出行動（非代償性排出）がある場合は、患者がそれを何のためにしているのか明らかにする必要がある。

-**過剰な身体活動（運動）：**体重が回復しない原因の 1 つである。患者がどれだけ身体を動かしているか（どんな運動をしているか）を確認しなければならない。

-**体重・体型、食事制限についての過大評価：**摂食障害を維持させる「中核の精神病理」、すなわち、体重・体型とそのコントロールについての過大評価と、それに付随する食事制限を治療で取り扱うには、体重が回復、あるいは回復基調にあることが前提となる。

-**自己評価における体重・体型とそのコントロール以外の分野の過小評価：**体重・体型とそのコントロールに自己評価が大きく依拠しているならば、それ以外のもので自己を高く評価できるようになることが最も重要である。

セッションの回数・頻度

治療開始時の BMI 16 未満：全 28 回 - 週 1 回（セッション：10-37）

治療開始時の BMI 17.5 以下：全 18 回 - 週に 1 回（セッション：10-21），月 2 回（セッション：22-27）

治療開始時の BMI 18.5 未満：全 13 回 - 週に 1 回（セッション：10-18），3 週に 1 回（セッション：19-22）

ケースフォーミュレーションの要素と CBT-E の技法の対応関係：

ステージ3 の各セッションで用いられる CBT-E の技法は、図 1 に示したテンプレートケースフォーミュレーション内の次の要素に働きかけるものである。（表 5）

表 5. ケースフォーミュレーションの要素とそれに対応する CBT-E の技法との対応

ステージ	セッション	フォーミュレーションの要素	CBT-Eの技法
3	10-	「著しい低体重」 「厳格な食事制限」 「過食」 「体重や体型、それらのコントロールへの過大評価」 「出来事とそれに関連した気分の変化」	適切なペースでの体重回復、動機付け、摂食障害の思考様式（自動思考）への対処、体重・体型確認に関するセルフモニタリング 自己評価における他の領域の重要性の強化、気分に関連した食行動の変化への対処 - Proactive Problem-solving、認知再構成法

セッション 10- (50 分程度)

3.0 不食への対応と体重回復

1. セッションでの体重測定 (5 分以内)
2. セルフモニタリング(食行動記録)と宿題の振り返り (10 分以内)
3. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)
不食への対処と体重回復
4. 課題について話し合う (20~25 分)

3.0.1 体重回復についての心理教育

- ・ 患者は体重を回復させることに不安を抱いている。その不安が摂食障害という病気に起因していることをしっかりと伝える。
- ・ 摂食障害の患者がどのようなことに不安を抱くのかについてあらかじめを理解しておく。

体重回復のプロセス- 2つのフェーズ(回復期と維持期)

1. 体重回復:
 - ・ 適切なスピードで体重を回復するためには、そのために必要なカロリーを毎日、食事で摂取しなければならない。
 - ・ 体重回復のスピードは1週間に0.5kg、体重回復で目指すBMIはおおよそ20が適切である。
2. 体重維持:
 - ・ 体重を一定の範囲内に維持する方法を学んでもらう。摂食障害の治療において、体重を一定の範囲に維持できるようになることは大切な目標の1つである。体重を一定の範囲に維持できていると判断するためには、最低でも6~8週間の期間、その状態を維持できている必要がある。
 - ・ 体重を回復させる治療フェーズでは、患者は、急激な体重の増加によって、体重をコントロールできなくなるのではないだろうかといった不安を抱く。患者には、急激な体重回復は起こらないことを予め伝え、このことをしっかりと理解してもらうことが重要である。
 - ・ 低体重の摂食障害患者の多くが脱水状態にある。そのため、体重回復のための治療に取り組むと、脱水状態の改善、あるいは、一時的な体内の水分貯留の増加に伴い、体重が急激に増加することも珍しくない。患者はこのような事態に驚愕し強い不安を覚えるため、上記の理由ゆえ、体重回復に取り組む最初の1~2週間の期間、急激に体重が増加することがあることを、予めしっかりと患者に伝えておく必要がある。
 - ・ 1週間に0.5kg体重を回復するためには、現在の食事(摂取量)に追加して500kcal多くカロリーを取る必要がある(体重を1kg回復するには、7000kcal余分にカロリーを摂取する必要がある)。
 - ・ 体重回復に必要なカロリーは、患者の活動状況(身体活動)に応じて変化する。患者が以前よりも活動的になれば、それを埋め合わせるためにより多くのカロリーを摂取しなければならない。

3.0.2 体重回復についての患者の捉え方

目標体重・BMIの計算

- ・ 次回のセッションまでに、治療者はBMI20に相当する患者の体重と、現在の体重からその体重までに必要な体重を確認しておく。

- ・ 患者の直近の体重を始点、BMI 18.5 に相当する患者の体重を終点とする、傾き 0.5kg/週の直線を体重グラフ（資料 1-6）に書き込む。
- ・ 次回のセッションで、BMI 18.5, 20 に相当する体重とそこまで回復するのに必要な体重について話し合い、体重グラフに引いた傾き 0.5kg/週の直線は、期待される体重回復のペースを示すものであることを伝える。

体重回復のための方法（3つの方法）

1. 食事（飲食物）から摂るカロリーを増やす

- ・ これまで食べていたものを多く食べる（大盛りにする）、あるいは、食べる回数を増やしても体重回復は期待できない。
- ・ それよりも、これまでよりもカロリーの高いものを食べる方が体重回復には有効である。なぜなら、これまでと同量、あるいは、少ない量で十分なカロリーを摂ることができるからである。ただし、患者が食べる量を減らしてしまえば、この方法は無意味である。
- ・ 患者が嘔吐をしている場合、それを止めることは体重回復に有利に働くが、その効果は限定的である。
- ・ 友人・知人が設定した「食事の機会」をできる限り活用する。食事の時間、食べる量も友人・知人に合わせ、彼らと同じように行動する。（患者の取り組みを励ますこと、褒めることに問題はないが、適量以上の量を食べることを推奨することは適切ではない）。

2. 活動レベルを下げる

- ・ 患者が過剰に身体活動をしている場合（過活動をしている場合）、それを控えてもらうことでも体重回復は期待できる。しかし、それだけでは十分な回復までは至らないことも事実である。

3. 高カロリーの栄養補助食品を利用する

- ・ 体重回復を目的とした高カロリーの栄養補助食品の利用は、健康的な食習慣の確立に逆行するものかもしれない。しかし、体重回復を目指す治療フェーズの序盤では、少量で十分なカロリー摂取が可能な栄養ドリンク等の高カロリー栄養補助食品は、体重回復に非常に有効であることも事実である。
- ・ 目標とする BMI に到達すれば、必要な摂取カロリーはこれまでよりも少なくなる。この時点まで栄養ドリンクを継続して摂取していたならば、通常の食事摂取は変えず栄養ドリンクを止めるだけで、適切なカロリーの摂取が可能になるだろう。（体重を維持するために必要なカロリーは、体重を回復するためのそれよりも少なく済むため、体重維持期には体重回復期よりも摂取カロリーは少なくする必要がある）。
- ・ 1 缶 250kcal の医療用栄養補助剤（栄養ドリンク）であれば、朝食、夕食後にそれぞれ 1 缶ずつ摂取することで、1 日に 500kcal 多くカロリーを摂取することが可能となる。
- ・ 医療用栄養補助剤（栄養ドリンク）を利用しても体重が回復しなければ、患者が食事量をコントロールしている（減らしている）可能性が高いため、栄養ドリンクの利用は中止すべきである。

3.0.3 医療用栄養補助剤（栄養ドリンク）の利用（訳本 pp. 202-203）

- ・ 取り扱いに注意すれば、医療用栄養補助剤（栄養ドリンク）は体重回復に非常に有効である。
 - 食事量を増やさなくても、十分なカロリー摂取が可能。
 - 目標の BMI に達したら、通常の食事を減らさずに、栄養ドリンクを止めるだけで対応できる。
 - 体重回復に必要なカロリーを摂取する際に、他の方法に比べ摂取が容易である。

(医療用栄養補助剤（栄養ドリンク）の勧め方）

- ・ 味には満足がいなくても、同量のカロリーを栄養ドリンク以外で摂るためには、より多くの量を食事から摂らなければならないことを理解してもらう。また、現在の体重のまま、体重を回復せず、摂食障害であり続けることがもたらすメリット・デメリットについて考えてもらう。
- ・ 栄養ドリンクには、高カロリーの医療用栄養補助剤が適当である。
- ・ 栄養ドリンクを用いる際は、先に味見をしてもらい、継続的に摂取できるかどうかを確かめることが望ましい。
- ・ 栄養ドリンクを摂取することで食事摂取量が減らないように、栄養ドリンクの摂取は食後にすべきである。（栄養ドリンクは満腹感を感じやすいため、先に摂取すると食事摂取量が減少してしまう）。従って、朝食後、夕食後にそれぞれ1本ずつ摂取することが望ましいだろう。
- ・ 栄養ドリンクを用いても体重が回復しない場合は、食事制限をしている可能性が高い。この場合は、速やかに栄養ドリンクの利用は中止する必要がある。

3.0.4 治療に対するモチベーションの維持（訳本 pp.203-204）

- ・ 毎回のセッションで、治療者は患者に「得失表」（変化がもたらすメリット・デメリット）の内容について振り返りを求め、摂食障害を克服したい理由を明言させる必要がある。
- ・ 「得失表」の振り返りでは、摂食障害であり続けたことで、これまでの人生がどれほど損なわれてきたか、患者に繰り返し認識してもらうことが重要である。
- ・ 変化へのモチベーションと変化を起こすための行動が、患者の中でしっかりと結びつくように、朝食・昼食・夕食の前と間食の前の計6回、繰り返し治療への決意を振り返るように促す。また、振り返りの中で、自分自身がどのように変わってきたか、その日々の変化に対する気づきを促す。
- ・ 食べることにに対する不安を記録させる。患者が不安を感じているその時に、不安な気持ちに襲われる理由を熟考させる。
- ・ この1週間で治療へのモチベーションは変化したか。変化があったとすれば、どのような変化であったか、また、その変化をもたらしたきっかけ、原因は何であったかを患者に問う。
- ・ 治療に対するモチベーションを上げるものが何であるかを明らかにし、患者がモチベーションを高い状態で維持できるようにサポートする。モチベーションの維持を妨害するような障害がある場合、どうしたらそれを解決することができるかについて、しっかりと患者と話し合う。

3.0.5 体重回復フェーズでよく見られる問題とその対処法（訳本 pp.205-207）

1. 体重の回復が微々たるものにとどまる

→ 週に0.5kg 体重を回復させるためには、これまでの食事量よりも1日500kcal 多くとる必要があることを改めて説明し、理解を促す。

2. 治療への取り組みが次第になおざりになる(治療へのモチベーションが低下する)

→ 患者が取り組むべきことを、はっきりと伝える必要がある。どんな状況であっても、患者-治療者間の関係性は、良好かつ互いに信頼できる関係である必要がある。

3. 満腹感を訴え、食事量を増やすことができない

→ 通常よりも胃に入った食物がそこから出ていくまでに時間がかかるため、満腹感を感じやすくなっていること、そして、それは健康な食習慣を取り戻すことで改善することを患者に伝える。

4. 治療セッション中にしか体重を回復させる意味を見出せない。
 - 体重を回復することでもたらされるメリットを記したリストを持ち歩いてもらい、食前にそれを確認することで、体重回復に必要な食事量を摂れるようになる患者がいることを伝える。
5. 変化をもたらすための取り組みに消極的である
 - 摂食障害とは関連のない患者の悩みや問題の解決をサポートすることで、患者は変化を起こす取り組みに積極的になる場合もある。
6. 「太る」ことを忌避して、体重回復のための取り組みをやめてしまう
 - 患者が抱えている苦痛や困難に理解を示した上で、体型・体重を過大評価してしまっている現状について患者と話し合う。
7. 「カロリーの高い食べ物ばかりを食べることは、健康に悪い」と訴える
 - 低体重が維持されている今の状態は健康ではないこと、健康であるためには体重を回復させることが何よりも大切であり、そのためには一定期間カロリーの高い食べ物をとり続けなければならないことを説明する。目標とする BMI に達した後、体重を維持するだけの食事をしっかりと取れるのであれば、何を食べるかは患者の自由である。
8. 「お腹がぼっこりしてきたので、これ以上体重を回復させたくない」と訴える
 - 低体重ゆえに、腹筋や背筋が減少し、そのために一時的にそうになっていること、また、この状態が今後も続くものではないことを伝える。
9. 「服がきつくなってきたのでこれ以上体重を回復させたくない」と訴える
 - 食後の体型変化は誰にでも起こり、一時的なものである。食べ過ぎた結果でもなければ、肥満になりかけていることを示すものでもない。この機会を利用して、患者が普通なら気づかないレベルの変化、身体感覚に特別に注意を払っていること、体重回復に取り組んでいる間は、きつく感じるような服装は避けた方が望ましいことを患者に伝える。
10. 他人の言葉をきっかけに体重回復への取り組みが中断、あるいは、回復への熱意を失ってしまう。(回復している患者を見て、嬉しい思いから口に出た言葉(例:「太ったね」など)を字義通りに受け取り、患者は体重回復のための取り組みをやめてしまうことがある。
 - 摂食障害という病気のために、物事、言葉を偏って受け止めてしまうことが多いことを、患者にはあらかじめ伝え理解を促しておく。
11. 未だ低体重であるにもかかわらず、体重は十分に回復したと考える。
 - ここまで体重を回復するために患者が一生懸命取り組んできたことを賞賛しつつ、ここで体重回復の取り組みを辞めてしまえば、これまでの努力は無駄になり、体重を回復することで得られるはずのメリットもほとんど得られなくなってしまうことをしっかりと説明する。

3.1 体型へのこだわり、体型確認、肥満感と思考態度(マインドセット)

セッションの目標

ボディイメージの歪み、体型・体重とそれらのコントロールへの過大評価は、摂食障害の病態の本質、すなわち「中核の精神病理」である。このモジュールでは、「体型・体重とそれらのコントロールへの過大評価」に立ち向かう。治療は次の6つのテーマで構成される。

1. 体型・体重とそれらのコントロールへの過大評価と、それに起因して生じている問題を明確にする。
2. 自己評価に関し、体型・体重以外についても重要なものがあることに気づいてもらう。
3. 体型確認、あるいは、それを忌避することがもたらす問題に取り組む。
4. 「肥満感」に対処する。
5. 「体型・体重とそれらのコントロール」を過大評価してしまう理由を探る。
6. 摂食障害特有の思考態度（マインドセット）について学ぶ。

3.1.1 過大評価とそこから派生するもの①

セッション 10- （50 分程度）

患者の回復・変化は緩徐であるため治療には相応の時間を要するため、治療開始から可能な限り早いタイミングでステージ3の治療を開始できることが望ましい。

<体型・体重のこだわりに対する対処法とその順序>

1. 体型・体重とそれらのコントロールへの過大評価と、それに起因して生じている問題を明確にする
 2. 自己評価に関わる、体型・体重以外の他の領域の重要性を強化する
 3. 体型確認、あるいは、体型確認を忌避することがもたらす問題に取り組む
 4. 「肥満感」に対処する
 5. 「体型・体重とそれらのコントロール」を過大評価してしまう理由を探る
 6. 摂食障害特有の思考態度（マインドセット）について学ぶ
- ・ ステージ3では上記の1～6のテーマに焦点を当てた治療を行う。はじめに、1から4までのテーマを順に取り扱う。5,6のテーマについては、ステージ3が終盤に近づいたタイミングに扱う。
 - ・ ステージ3での治療目標は、複数回のセッションにわたって1～4のテーマを段階的に扱っていく中で、患者が抱えている体型と体重に対する過大評価を少しずつ緩めていくことである。肥満感の訴えや、体型確認、あるいは、体型確認の回避といった行動は、体型に対する過大評価に起因し、また、体重確認、あるいは、体重確認の回避といった行動は、体重に対する過大評価に起因している。
 - ・ 中核の精神病理である体型と体重に対する過大評価を維持する要因を明らかにし、それを取り除いていくことで、中核の精神病理の改善を目指す治療フェーズである。

- ステージ3の治療に取り組むことで、患者は自身の人生において、体型と体重に対する関すること以外¹のことも重要だと考えるようになる。このタイミングに食事制限を緩めること（訳本 9,11 章）、出来事・気分によって食行動を乱さないよう取り組むこと（訳本 10 章）で、より一層効果的な治療を行うことが可能となる。
- この治療を受けた患者を長期間フォローした研究からは、治療過程で学び、身に付けた新たな行動を患者が弛まず続けていくことで、治療開始後半年から9ヶ月にかけて、体型・体重とそのコントロールへの過大評価が段階的に減弱していくことが明らかになっている。（訳本 12 章 メンテナンス計画 参照）
- ステージ3のテーマは、それ以後のセッションでも継続して取り扱う題材となる。

1. セッションでの体重測定（5分以内）
2. 記録と宿題の吟味（10分）
3. 課題(アジェンダ)設定（3分）
4. 課題について話し合う（20～25分）

1. 体型・体重とそれらのコントロールへの過大評価と、それに起因して生じている問題を明確にする
- 簡単にはとらえ難い自己評価、それが患者にどのような影響を及ぼしているのか、自己評価が果たしている意味や役割は何であるのか、これらについて患者とじっくりと話し合う。

自己評価についての患者との話し合いの一例：

治療者：「今日はあなたが体型や見た目を気にしていることを治療で扱っていきたいと思います。これまで食事に関して治療で扱ってきました。その中で明らかになったことは、あなたが体型や体重を過度に気にしているということです。[ケースフォーミュレーションを用いながら説明するといいたろう]

そのために、あなたは食事を取ることに困難を感じ、問題となる事態が生じているのです。だからこそ、体型や体重をあなたが過度に気にしているということを、しっかり治療の場で取り上げる必要があるのです。」

患者：「そうです、その通りだと思います。自分の体型のことがいつも頭から離れないし、それで不安にもなります。こんなことばかり考えていること、そんな自分が嫌になります。」

治療者：「わかりました。それでは初めに、人はどのように自分自身のことを評価しているかについて考えてみましょう。自分がどんな人間であるか、自分を評価するとはどういうことなのか。多くの人は、自分に関するさまざまなことが影響し合って、自分のことを評価しています。例えば、友人・知人、職場、学校での付き合い、あるいは、家族との関係は自己評価に大きく関わっています。家族や友人と良好な関係を維持できているか、そんなことがとても大きく関わっています。

他にも、仕事は順調に進んでいるか、休みの日に充実した時間をもてているか、あるいは、スポーツや音楽、料理なんかで楽しい時間を過ごせているか。そんなことが、自己評価に大きく関わっています。もちろん、見た目も大事かもしれません。

もし、今、いろいろなことが順調だったら、人生はとてもいいもので満ち足りた気分でしょう。でも、もし、そうじゃなかったら、気持ちは沈み、元気が出ないかもしれません。何かがうまくいかなくて気持ちが落ち込んでしまうというのなら、その何かが、きっと、あなたの人生にとっ

て重要なものなのです。何かが上手くいかなくて気持ちが落ち込んでいるのなら、その何かが自己評価にとってとても重要なものである可能性が高いということです。ここまでの説明でわかりにくいところはないですか」。

患者：「はい、よくわかります。見た目のことで気持ちが落ち込んで、家から外に出ない時もあったりします」

治療者：「なるほど、そんなこともあったのですね。これまでの話を振り返れば、あなたにとって体型や見た目が、自己評価においてとても重要だということになりますね」

「自己評価に何がどれだけ関わっているか、それをわかりやすく示す方法があります。あなたが自分を評価するときに何に重きをおいているか、重きをおいているものをリストアップしてみましょう。そして、そのリストをスライスとした円グラフを作るのです。あなたがその項目をどれだけ大事と思っているかでスライスの大きさを決めてください。スライスが大きいほど、自分自身を評価するときにその項目がより重要だと考えているということです。よかったら、今から一緒に円グラフを作ってみましょう。最初にやるべきことは、自分を評価するときに重きをおいていることをリストアップすることです。さあ、始めましょう。」

患者が自分自身をどのように評価しているか、それを患者自身で理解できるように…

1. 患者が自分自身を評価するときに何に重きをおいているか、患者が日々の生活の中で重きをおいているものをリストアップしてもらう。
体型、体重、食事がリストアップされなかった時は、「見た目や体型、あるいは、体重や食事をコントロールすることはあなたにとって重要なことではないですか？」と尋ね、再考を促す。
2. リストアップされた項目について、それぞれが自己評価にどれだけ大きく影響するかを考えてもらい、その大きさをもとにランク付けをしてもらう。
患者が思い描く理想の自己評価のあり方ではなく、現在の自己評価のあり方を明確にすることが重要である。
3. 仮の円グラフを作成する。それぞれのスライスの大きさは、自己評価における重要度を反映している。（参照：資料3-1.円グラフ）
4. 作成した円グラフを供覧し、それを見て患者が思うことを話してもらう。そして、体型・体重・食事、それらのコントロールについての過大評価は、摂食障害に特有のものであり、治療によって変えることができることを改めてしっかりと理解してもらう。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ（3分）

円グラフの内容（項目数・項目の内容・スライスの大きさ）について再検討をしてもらう。：（セルフモニタリング表を基に）日々の生活や行動について振り返り、仮作成した円グラフが実態を正確に反映しているかどうか確認してもらう。実態からずれていれば、実態に合うように円グラフに修正を加える。- セルフモニタリングの記録をもとに、定期的に円グラフを作成してもらってもいいだろう。

6. 次の予約をとる

3.1.2 過大評価とそこから派生するもの②

セッション 10- (50 分程度)

1. セッションでの体重測定 (5 分以内)
2. 記録と宿題の確認と評価 (10 分以内)
3. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)
4. 課題について話し合う (20~25 分)

1. 体型・体重とそれらのコントロールについての過大評価と、それに起因して生じている問題を明確にする (続き)

- ・ 前回作成した円グラフについて、その項目 (内容)・スライスの大きさ・数について患者と意見を交換し、必要があればスライスのサイズを変更する。多くの場合、この話し合いによって体型・体重に関するスライスはより大きな面積を占めるようになる。
- ・ 自己評価における「体型・体重とそのコントロールについての過大評価」によって、どのような問題に悩まされることになるのか、患者に十分に時間を与えてもらう。

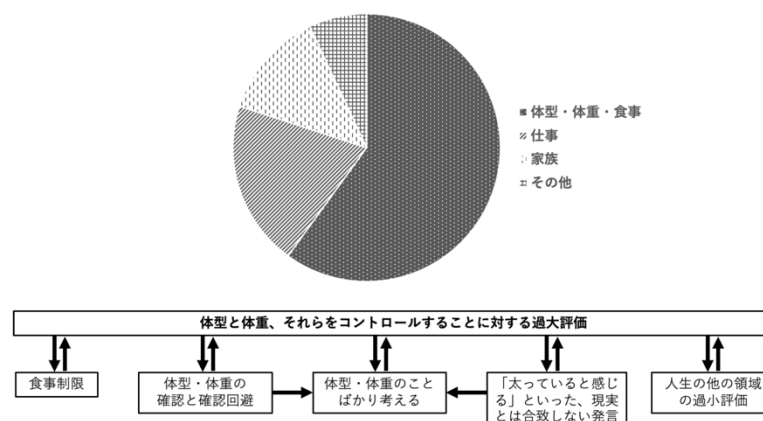
1. 1つのスライスで円グラフのほとんどが占めている状況は、人生を彩るさまざまな事柄 (それは本来であれば患者が興味を抱くもの、あるいは、患者の能力や才能によって実現できること、人との交流など) がなくなってしまっている状況である。
2. 体型や体重によって、あるいは、それらをコントロールできていることで自分を評価することは全くのナンセンスである。次のような形で、患者にはその理由を伝えなくてはならない。

- ① 「体型や体重、あるいは、食事摂取量は身体の生理学的作用の影響を強く受けているため、患者自身でそれらを思い通りにコントロールすることには限界があります。例えば、食事の量や時間、摂り方について、短い期間ならそれらをコントロールすることはできるかもしれませんが、しかし、長きにわたってそれを続けるためには、多大な努力と犠牲を払うことになります。体型や骨格についても同様です。あなた自身、あなただけの体型を受け止めるところから、摂食障害は良くなっていくのです」
- ② 「自分以外の方が自分よりも素敵で魅力に溢れているように思うことが多いかもしれませんが、しかし、それは摂食障害という病気の特徴の一つです。摂食障害の患者さんは、自分の外見を他の人よりも劣る、魅力が足りないと思い込みやすいことがわかっています。また、自分と他人を比較して、自分を否定的に受け止めることも多いのです。その結果、自己評価が下がるばかりで、ますます、自分のことを「ダメだ」「ダメだ」と思うてしまうのです」
- ③ 「こんなふうに自分を否定して、自己評価を下げてしまえばいいと、ついには自分を傷つけるような行動をとってしまうこともわかっています。[治療者は摂食障害に特徴的な非適応的な行動を提示する：過度な食事制限、むちゃ食い、自己誘発性嘔吐、下剤乱用など]。その結果、摂食障害は慢性化し、生活も次第に荒廃していったしまうのです」

- ・ 自己評価に関するセッションの総括として、体型・体重とそれらのコントロールへの過大評価が、患者にどんな結果をもたらしてきたかを振り返ってもらい、患者と協働して「拡大フォーミュレーション」(図4-資料3-2)を作成する。

1. 自分を評価する際に体型や体重、あるいは、外見を重視してきたのであれば、そのことで患者

- はどのような行動をとり、どのような体験、経験をしてきたのかを患者自身に考えてもらう。
2. 拡大フォーミュレーションでは、体型・体重とそれらのコントロールへの過大評価が、患者のさまざまな行動と相互に結びつき、悪循環が形成されていることを明確にすることを目的としている。（治療者は患者と協働して、評価と行動のリンクを明示する矢印を描き、フォーミュレーションの要素を明確に示す。）（図4－資料3-2 参照）



体重や体型が気になって、それらをコントロールするつもりで、あなたが取り組んでいること、まさにその取り組み自体のために体型や体重に対する不安が消えない可能性があります。繰り返し体型を確認することで、体型への不満が大きくなってしまいます。また、意識的に身体の一部に目を向けないようにしたり、体重を測らないようにしたりしても、体型や体重変化への恐怖・不安が消えることはありません。「太っていると感じる」と、実際に「太っている」状態は全く別のものです。今のままでは自身の容姿に対する不安は消えることはないのです。**大事なことは、患者さんが抱いている不安そのものが、体型や体重に対する不満が消えない原因となっているということです。**だからこそ、この不安があなたにどんなことを引き起こしているか、一緒に話し合いながら考えていかなければなりません。すでに気づいているかもしれませんが、ここには悪循環があります。この悪循環から脱する最善の方法は、ともに、このテーマについて話し合うことです。

図4. 拡大ケースフォーミュレーション：体型・体重と、そのコントロールに関する過大評価

「**体重や体型へのこだわり（過大評価）、あるいは、それらをコントロールしようとしてあなたがとった行動と、その行動がもたらした結果のために、これまで以上に体型や体重へのこだわりが強くなるのです。**繰り返し体型を確認していれば、体型に対しての不満が大きくなるでしょう。逆に、自分の体型から目を逸らし、体重を知ることを避けたとしても、体重や体型へのこだわりが消えてなくなることはありません。これまで「**肥満感**」について説明をしていませんが、「太っていると感じること・考えること（＝肥満感）」と実際に「**肥満**」の状態にあることを区別できずにいる限り、体型や体重、あるいは外見について不満が消えることはないのです。体型・体重へのこだわりによって、あなたはそれらに強い不満を抱くようになり、そのことがさらに体型・体重へのこだわりを強くしてしまう、この悪循環こそが問題なのです。だからこそ、私たちはこの悪循環を断ち切るために治療に取り組む必要があるのです」。

- ・ 体型・体重とそのコントロールについてのこだわりを弱くするための方法を患者と協働して考える。ここでは、次の2つを同時に扱う。

1. 自己評価に関わる体型・体重以外の項目の重要性を強化する。（自己評価に関する前回作成した円グラフの体型・体重以外の他のスライスを大きくする、あるいは、スライスの数を増やす）。
2. 自己評価に関わる体型・体重とそのコントロールの重要度を小さくする（自己評価に関する円グラフの体型・体重のスライスを小さくする）。体型・体重とそのコントロールについての過大評価に起因して生じている問題に取り組むことが、ここでのアプローチとしては最も有効である。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ (3分)

ケースフォーミュレーションを振り返る。

体重と体型へのこだわりと、そのコントロールへの過大評価がもたらす悪循環を断ち切るために、何を実行すべきかを考える。

6. 次の予約をとる

3.1.3 自己評価に関わる体型・体重とそのコントロール以外の項目の重要性を強化

セッション 10- (50 分程度)

1. セッションでの体重測定 (5 分以内)
2. 記録と宿題の確認と評価 (10 分以内)
3. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)
4. 課題について話し合う (20～25 分)

- ・ 体型や体重を過大評価することで、自己評価に関わる体型や体重以外の項目・他の領域の重要性を過小評価してしまう。

具体的には

- 自己評価に関わる体型や体重以外の項目（領域）の**数**が少なくなる。（体型・体重に関すること以外のスライスが円グラフからなくなってしまう）。
 - 自己評価に関わる体型や体重以外の項目が占める割合、**領域**が小さくなる。（円グラフにおいて、これらの項目が占めるスライスが小さくなる）
- ・ 患者が体型や体重以外の生活上の他の項目に、体型や体重よりも大きな意味を見出せるようにする。
 - ・ 若年発症の摂食障害患者では、摂食障害に起因したこだわりのために年齢相応の対人関係を築くことができないといった二次障害が生じているケースもある。過小評価されてきた体重・体型以外の他の項目（領域）の重要性を大きくすることで、未達成の発達課題を達成できる可能性を高くすることができる。

< 体重・体型以外の項目（領域）の重要性を強化するための手続き >

1. 他の項目（領域）の重要性を強化する必要性を論理的に説明する
「自己評価に関する円グラフに不満があること、とりわけ、食事、体型・体重が円グラフで大きなスライスとなっていることに触れて、あなたは、それがもっと小さければいいのにと話されていましたね。そうするためには、今まで傍に追いやられ、小さなスライスとなっていた項目に、時間や労力を割いて熱心に取り組むことが必要です。そうすることで、食事や体型・体重以外の項目（領域）が、あなたの自己評価に大きな意味を持つようになるからです」。
2. 患者が没頭できる、別の何か新しい活動を探す
 - ・ 摂食障害を発症する前に患者が熱心に取り組んでいたことや、興味をもっていたことを、ブレインストーミングのような形でどんどん提案してもらう。
 - ・ 友人や同僚がお休みの日にどんなことをして過ごしているか考えてもらい、それを参考に自分でもできそうなことを考えてもらう。
3. 実際に患者が試してみよう、初めてみようと思った活動を最低でも 1 つ、できれば 2 つ以上、候補として挙げる
 - ・ その活動は、現時点で実際に取り組むことができること、また、継続的に続けていけるものであれば、その内容は問わない。
 - ・ 一人での活動よりも、他の人と一緒に行える活動の方が続けやすい。一緒に行動することで、適切な対人関係を築く一助にもなる。
4. 活動開始後の状況を確認する
 - ・ セルフモニタリングの右端の欄に、新しく始めた活動について、その内容を記載し

てもらう。

- ・ 新しい活動に夢中になれないのであれば、その理由と解決策を患者自身に考えてもらう。問題解決技法も有用である。(問題解決技法は、出来事が食行動に与える影響について評価し、その対策を立てるために用いられることもある。訳本10章)
- ・ 新しい活動を始められない患者には積極的に関わり、何かを、「まず始めること」が一番大事であることを繰り返し伝える。新しい活動をはじめたら、治療者は患者から少し距離をとり、患者の様子を見守るだけで十分である。

5. 進捗状況を毎週確認する。(毎回のセッションで、新しい活動への取り組みを話題にあげる)

- ・ 治療者は、患者が新しく始めた活動を続けていけるようにサポートする必要がある。そして、「継続する」ことが重要であることを繰り返し伝える。
- ・ 新しい活動を続けることが難しい場合、その問題に対処するため問題解決技法を用いることも検討する。
- ・ 体型・体重以外の他の項目の重要度を増すことを目的としたこの治療ステップでは、新たに始めた活動が中断してしまうことも、さらに別の新しい活動に患者が熱心に取り組むようになるケースもある。
- ・ 治療ステップ終盤に、自己評価に関わる円グラフを患者に描いてもらい、このステップの開始前の円グラフと比較する。二つの円グラフを比べながら、患者が達成したことを共に確認し、患者が起こした変化を賞賛することが重要である。
- ・ 自己評価に関わる円グラフにおいて、体型・体重のスライスは小さくなり、新たなスライスが登場しているはずである。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ (3分)

6. 次の予約をとる

3.1.4 体型確認、あるいは、体型確認の回避

セッション 10- (50 分程度)

1. セッションでの体重測定 (5 分以内)
2. 記録と宿題の吟味 (10 分)
3. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)
4. 課題について話し合う (20～25 分)

体型確認とその回避に立ち向かう

体型確認とその回避についての患者教育

1. 患者は、普通ならしないようなやり方で繰り返し自分の身体を確認している。体型を繰り返し確認するために、身体や外見に対する不満が消えることがない。
2. 患者の中には、自分で自分の身体を見ること、あるいは、他の人に自分の身体を見られることを忌避するものがある。かつて、繰り返し体型を確認し、その度に辛い気持ちになっていたために体型を確認することを回避するようになったのだ。鏡を見ることを避け、下を向いてもお腹が見えないように腕を組み、また、撮られた写真を見ることもない。自分がどんなふうに見えるか、それを知ることを避け続けるために、体型に関する不安から逃れられなくなっている。
3. 繰り返す体型確認と体型確認回避は同時に起こり得る。繰り返し自分の身体をチェックしていても、他の人に自分の身体を見られることを避ける人もいる。体型確認とその回避を交互に繰り返す人もいる。
4. 自分の体型を他人の体型を比較するような体型確認の特殊なケースもある。繰り返し自分と他人の体型を比較するために、自分の体型が劣っているものと思い込んでしまう。

どのくらい体型確認をしているか、どのように体型確認を行なっているかを明らかにする

- ・ 患者自身が体型確認を行ったと認識するタイミングにその状況を患者自身に記録してもらう方法が、体型確認をどのくらいの頻度で行なっているか、また、どのようにして行なっているかを明らかにするために最も有効な方法である。体型確認に関する質問紙は標準的なものを含めいくつかあるが、この方法が最も優れている。

(これを行うには、通常の食行動モニタリング表を少し改変したものを用いる：資料 3-3, 3-4 「セルフモニタリングシート体型確認版」を参照)

ただし、本人が無意識に体型確認をしている場合、この方法ではその内容を評価できないことは留意しておく必要がある。

- ・ 体型確認について、その内容を自ら記録してもらうことは相応の精神的負担を患者に強いることになる。そのため、記録は平日(仕事や学校のある日)と休日の2日間に限定する。その2日間については24時間の記録をつけてもらう。
- ・ 体型確認の記録では、「鏡を見る、身体をつまむ・触る、服の締め付けを確認する、身体を眺める」などの行動を記録対象とする。

記録には次のような内容を記載してもらう。記録は可能な限りその場で(体型確認をしているその時に)行う必要がある。

- ✧ 体型を確認するためにどのような行動を行ったか。
- ✧ 確認に要した時間はどれくらいか。
- ✧ 体型確認をしている時にどんなことを考えていたか・どんな気持ち(感情)だったか - 体

型確認を終えた後はどうだったか。何を考え、どんなことを思ったか。

- ・ 次のセッションで体型確認の記録を治療者と共に確認する。この記録によって、これまで行ってきた体型確認の全体像を把握できたかどうかを確認する（体型確認の記録を行った日が、いつもとは異なる予定やイベントのある特別な日ではなかったかどうかについても確認が必要である）。

患者にとって体型確認がどのような意味を持っているのか、それを患者に問いかける

- ・ どうして体型を確認するのか。体型を確認することで、患者に何がもたらされるのか。これらのことについて考えてもらう。

以下は患者とのやり取りの具体例である。

- ・ 質問 1. 「体型を確認する時、実際にあなたが確認しようとしているものは何でしょうか。それは、体型確認をすることで本当に確認できるものでしょうか」
 - 回答 1. 「自分の体型がどんなふうになっているか知るために体型確認をしています。」
このような回答については次のような返答が考えられる。
「繰り返し体型を確認することで、本当なら小さくて、とるにたらないような欠点であっても、それを過大評価してしまうのです」（訳本 pp.120-126）。
繰り返し体型を確認しても自分の本当の体型を知ることはできないこと、また、（少しお腹が出ていることも含め）それが正常な体型であることを患者にしっかりと説明し、理解してもらうことが重要である。
 - 回答 2. 「（鏡を見て）さっきより太っていないか確認をしています」
このような回答に対しては、次のような返答が考えられる。
「（鏡を用いて）体型確認をしても、正確なことは何一つわかりません。」
「鏡に映る姿を私たちは正確に記憶することができません。だから、朝起きたばかりの鏡の中の自分と、それから数時間後に鏡に映った自分を比較しようとしても、正しく比較することができないのです」。
- ・ 質問 2. 「どうして何度も体型確認をするのでしょうか。確認の回数が多いとは思いませんか？」
 - 回答「体型が変わっていないことを確認したいからです」。
このような回答があれば、次のように患者に尋ねてみる。
「体重がほとんど変わらなくても、体型は急に変わってしまうと考えているのですか」
おそらく、患者はこの考えを否定するだろう。ここでは、このやりとりを利用して「頻繁な体型確認は無意味である」こと、また、「体重を調べる以外に体型変化を確認できる方法はない」ことを患者と共有することが重要である（体重の継続的データの解釈については、訳本 p.77）。
- ・ 質問 3. 「自分の身体で気に入っている部分を観察することはありますか」
 - 「いいえ」という答えしか得られないだろう。
- ・ 質問 4. 「体型確認をした後、あなたはどんな気分ですか、いい気分になることはありますか。体型確認をした後に、自分自身の体型に満足することはありますか」
 - この質問にも「いいえ」という答えしか得られないだろう。
 - 「痩せていることを確認できて、気持ちが落ち着く」という返答があれば、「体型確認の結果で気分が変化してしまうとしたら、まだ、あなたは自分の体型にとらわれたままです」と伝える。

- ・ 質問 5.「**体型を確認することに、何か良くないこともあるでしょうか**」
 - この質問は、以下の内容をしっかりと患者に理解してもらうために設定されている。
 - ・ 摂食障害患者の体型確認では、本人が気に入らないところ（身体の部位）を繰り返し確認、観察する傾向がある。その結果、自身の体型について否定的な評価を下し、体型への不満も消えることはない。体型確認を行った後、自分の体型・容姿について満足する患者はいない。
 - ・ どんなやり方で体型確認を行っても、本人の見方がその評価に影響してしまう。どんなに完璧な人であっても、彼女/彼の欠点を見つけることは難しくはない。
 - ・ 詳しく調べれば調べるほど欠点ばかりが目につくようになる。肌のシミを気にして、そこばかり見ていれば、そのシミが実際以上に大きく見えたり、余計に気になったりするだろう。身体他の部分も同様である。不満のある部位にばかり目を向けていると、なおさら不満は大きくなる。自分を太っていると思い、太っている部分を探そうとすれば、必ずその部分を見つけてしまう。

体型確認について患者に理解してもらうべき内容は次の4つにまとめられる

1. 体型確認を何度も繰り返しても、自分の体型、身体について正しいことは何もわからない。
2. 頻繁に体型を確認することは無意味である。なぜなら、短期間で体型が変わることはないからである。体重を調べる以外に体型変化を知る方法はない。
3. 体型確認を行えば、不満のあるところ（身体の部位）ばかりを何度も繰り返し確認してしまうだろう。その結果、自身の体型について否定的な評価を下し、不満も消えることはない。
4. 自身の体型を詳しく調べれば、満足できない部分を見出さないことはない。不満もさらに強くなる。太っている部分を探そうとすれば、必ずその部分を見つけてしまう。

体型確認を止める・改める

- ・ すぐに止めるべき体型確認と、段階的に止めるべき体型確認の二つに体型確認を分類する。
 - すぐに止めるべき体型確認：太ももの太さをメジャーで測ること；両膝をくっつけた時に、太ももの間に隙間ができるかどうか確認すること；このような体型確認は自尊心を徒に傷つけてしまう。なぜ、この類の体型確認をすぐに止めるべきなのか、その根拠をしっかりと説明し実際に患者がそれ止められれば、数週間後、患者の心には平穏が訪れているだろう。
 - 段階的に止めるべき体型確認：「太っている」と思っている身体の部位を摘んで確認すること；触って骨を感じられる部位を触ること；指輪や腕時計がきつくないかどうか調べること；
- ・ 自分が「今、何をしているか、何をしようとしているか」を常に意識するように促し、体型確認をしようとしていたのなら、その前にそれを行う意味について考えてもらう。患者が自分自身の行動を意識的にコントロールできるようになること、また、その行動が持つ意味をしっかりと理解することが重要である。体重確認を適切に行えるようになるまでの過程と同様、体型を適切に確認できるようになるまでの過程では、一時的に体型へこだわりが強くなることもある。しかし、治療が進展すると、そのこだわりはほぼ消失する。
- ・ 体型確認をしても正確なことは何もわからないこと、体重を確認する以外に体型の変化を確実に把握することはできないこと、これらを患者が十分に理解すれば、体型確認を続ける可能性は低くなる。
- ・ 体型確認をなかなか止めることができない場合、どんな時に体型確認をよく行なっているかを明らかにする必要がある（例えば、着替える時、椅子に座っている時、食後など。）どうしたら、その状

況で体型確認をせずに過ごせるか対策を考え、実際に試してもらう。(例えば、家にある鏡を外してしまうのもいいだろう。)

体型確認の回避に対処する

- ・ 体型確認を回避することで、患者自身の思い込みによってできた架空の体型に患者は不満を抱くようになる。その結果、(性的な関係も含め) パートナーと親密な関係を築けない、あるいは、更衣室で着替えらなくなることもある。
- ・ 「肌を露出する」ことで、自身の身体を直接見ること、触れることに慣れてもらう。自分自身の身体と他人の身体を公平な目で見比べること、他人から自分の身体を見られることに慣れてもらう必要がある。そのために、部屋を暗くしないで着替えることから始めてもらう。それができれば、鏡に映った自分の姿を見ることが出来るだろう。
- ・ 水泳のように、「肌を露出する」必要がある活動も適当である。ポデローションを塗る、マッサージをする、ヨガを行うなど、自分自身の身体を意識させる活動も同様に適当である。
- ・ 体型確認回避はその過程で体型確認を誘発し、それに置き換わるリスクを有する行動である。どの程度の体型確認なら許容されるのか、患者には一般的な体型確認の方法を身につけてもらう必要がある。

<日常的な体型確認 1> 鏡を適切に用いる

- ・ 鏡に映った自分の姿で体型を確認する方法は、体型確認の手段としては特別なものである。鏡に映った姿から自身の体型・外見についての多くのことがわかるが、その全てを正しく解釈することは困難である。
- ・ 「鏡に映る、鏡の中の自分の背丈はどれくらいだろうか。実際の身長と同じだろうか」「鏡の中の自分と実際の自分は同じだろうか、身幅はどうだろうか」 - 鏡の中の頭から足元までの長さは、実際の長さの半分しかないのだ。(マニュアル改訂者注：鏡との距離によって、鏡に映る大きさは変化するだろう。半分とは限らない。)
- ・ どのような心持ちでそれを見るかで、「目に映る」ものは異なって見える。鏡に映った自分の姿・外見を見るときどんな心持ちで見ているだろうか。ネガティブな心持ちで見えていだろうか。そのときの気分で、鏡の中の自分は変わって見えるのだ。
- ・ 鏡に映る自分の姿、その一部・細部をじっくり観察するような鏡の使い方は望ましいものではない。患者が自身の身体に不満を抱くきっかけのほとんどが、このようなやり方で鏡を用いることに起因する。まずは、患者がどのように鏡を用いているか、それを明らかにすることが重要である。
 - 患者の鏡の用い方を明らかにするための質問例：
 - 「あなたは鏡を1日に何回見ますか」
 - 「鏡に写した自分を見ると、どれくらいの時間あなたは鏡を見えていますか」
 - 「鏡に映る自分の姿を見ているとき、[見る]ことを通じて、あなたは実際には何をしていますのでしょうか、何かを明らかにしようとしているのでしょうか」
 - 「そうすることで、それは明らかになるのでしょうか」
- ・ 鏡の特徴、鏡とはどのようなものか、どうしたら鏡に「映る」ものを正しく評価できるか、これらについて説明を行い、患者にしっかりと理解してもらう。
 - 患者と治療者とのやりとりの一例：
 - (治療者から患者に対する) 質問：「どうして鏡を使うのですか」
 - 回答：「髪型や服装をチェックするためです」
 - 回答：「女性であればメイクのとき、男性なら、髭を剃るときに鏡が必要です」

（治療者から患者に対する）質問：「わかりました。教えてくれた目的以外に鏡を使うことはありますか」

回答：「先にお伝えした以外に、鏡を使うことはありません」

「摂食障害の患者さんにとって、鏡は病気を助長するものにもなりえます。それゆえ、鏡の使用については慎重でなければならないのです」

（患者から治療者に対する）質問：「家には幾つ鏡を置いておけばいいでしょうか」

回答：「2つあれば十分でしょう。1つは顔を見るために、もう1つは全身を映すために」

「もし、家に3つ以上鏡があるのなら、2つを残して他は全て外してしまいましょう。そうすることが一番です。鏡がたくさんあれば、どうしても鏡を見てしまう回数が増えてしまいます」

（患者から治療者に対する）質問：「鏡に映る自分の姿を見て、その細部に注目してしまうあまり、どんな状況であっても気に入らない部分を見つけてしまうことはわかりました。そうならないためには、どうしたらいいでしょうか」

回答：「嫌だな、気になるなと思っている身体の部位を意識的に見ないようにすることが大事です。特に気にならない部分、例えば、自分の手や足先、膝、髪の毛などに目を向けてみてもいいでしょう。鏡の中の自分の姿が実際とは違うことを、鏡に映る自分と背景を見比べて確かめてみましょう」

（患者から治療者に対する）質問：「服を脱いで裸になって、その姿を鏡で確認するのはどうでしょう。しない方がいいでしょうか」

回答：「（その姿を見て、気分が良くなるのでない限り）敢えてそうする必要はありません」

「摂食障害の患者さんが自分のことを褒めることはほとんどありません。自分の気に入らない部分にばかり注目し、そこにこだわってしまうことが多いのです」

- ・ 今、自分が見ているものが、鏡に映っている自分の姿だということを患者は常に意識する必要がある。鏡に映る自分の姿は、本当の自分の姿をどれだけ反映したものなのか。鏡に映った姿の細部に気を取られ、気になる部分・嫌な部分を見つけ出そうとしていないか。鏡を用いているときに、実際に自分が何をしているのか、患者自らが理解できるようになることが重要である。適切に鏡を用いることができるようになるまでは、顔を見ること、（細部ではなく）全身を見ることだけに鏡の使用を制限する必要がある。
- ・ 外出する際、何を着たらよいかで思い悩むことはないかを患者に確認する。何を着ても、鏡に映った自分の姿を見て、気分が落ち込んでしまうことはないか、あるいは、体型への不満が募り、自信を失ってしまう、自宅から出られなくなってしまうことはないか。外出時の服装で思い悩む時、上記は全て起こりうる事態である。服装を選ぶ時には、着用前に予め着る服を決めてしまうこと（それを後から変更しないこと）、そして、決して鏡の前で着替えないように患者に説明する。

<日常的な体型確認2> 他者との比較（体型確認）を止める

- ・ 他の人と自分の体型を比較するのをやめない限り、自分の体型に不満がなくなることはない。他人との比較を続ける限り、「自分の身体は魅力的ではない」という思いを抱くだけである。
- ・ 体型確認をすれば、気に入らない部分ばかりに目を向け、それを殊更気にするため体型への不満を募らせてしまう。一方で、他人の体型を評価するときに細部に目を向けることはない。表面的な確認で済ませ、評価も寛容になっている。

- ・ 誰かと体型を比較するときは、同性・同年代の自分の周り、あるいは、TV や雑誌などのメディアに出ている、痩せて見た目がいい人を選んでいる。比較対象はいつでも特定のタイプに偏っている。
- ・ 誰かと体型を比較するとき、患者は常に自分にとって不利な状況を設定する。体型をどう比較評価するか、どんな点を比較するか、自分の体型が劣って感じられるようなやり方で比較をしてしまう。

<体型比較を止めるための取り組み>

1. 他人と自分の体型を比較する時、実際には何をどのように比較しているか明確に根拠立てて患者に説明する（説明の内容については、先の記載を参照）。
2. 患者が、いつ、どのような場面で体型比較を行っているかを明らかにする。（セルフモニタリング表に体型比較の実施記録を書き入れる）。
 - ・ 誰と自分の体型を比較しているのか。比較対象として、どうしてその人物を選んだのか。比較する相手は、自分と同じ年代の同性の普通の人物だったか、それとも、(TV や雑誌で見るような) オーディション等で選ばれた特別な人物だったか。
 - ・ 比較相手の体型をどのように評価しただろうか。身体の中の部分を比べ、どのような評価をしたのだろうか。
3. 比較相手として選んだ人物は適当だったか。比較相手の体型に対する評価にバイアスがなかったか（自分にとって不利な結果をもたらすような評価基準を用いてなかったか）。これらのことについて、患者に再考を促す。
 - ・ 雑誌や TV などのメディアで取り上げられている人を比較相手として選ぶべきではない。なぜなら、彼らはその特殊な立場ゆえ、印象操作されている可能性が非常に高いからである。
 - ・ 自分の体型を観察するように他人の体型を観察することはできない。なぜなら、椅子に座っている時の太ももの太さや鏡に映った姿は、自分自身の身体でしか観察できないからだ。骨の感触を確かめることも同様である。
4. いかに偏った評価方法を用いて体型比較を行っているか、それを考えてもらうための課題を与える。
 - ・ これまでのように痩せた人物でなく、同性・同年代の身近な人を体型比較の相手として選んでみる。その人に魅力を感じる理由が、ただ痩せているからではないことを理解してもらう。
 - ・ 「どこに注意を向けるかで、体型比較をする相手の評価は変化する。」これを証明するため、プールやジムの更衣室で患者が魅力を感じる同年代の人物、その人の体型の特定の部分をじっくりと観察してもらう。どんなに魅力的に見える相手でも、お腹が出ている、あるいは、贅肉があることに気づくだろう。欠点のない人はいないのである。
5. 患者が偏った見方で自分と他人の外見を比較しているとしたら、それがどんな結果をもたらすのか。そのことをしっかりと患者に考えてもらう。
 - ・ 偏った見方をしている限り、何を比較しても正確なことはわからないことを患者自身に気付いてもらう。
6. 性格、知性、才能などを軽視して、たった一つの領域、すなわち、外見や容姿だけで他人と自分を比較することについてどう思うか。患者とこのテーマについて話し合う。
 - ・ 外見や容姿以外の特徴をどうして軽んじるのか。こうなるまでに何があったか、患者と共にこれまでの経緯を振り返るといいだろう。（訳本 pp.112-119）
 - ・ また、その人の外見が魅力的だからといって、その人に魅力を感じるとは限らないことについても改めて考えてもらう必要がある。（訳本 pp.194-195）
7. 体型比較をすることで、何が得られるかについて考える。
 - ・ 体型を比較しても、ただ時間を無駄にしているだけではないだろうか。摂食障害を克服するために体型比較は有効な治療法となり得るのだろうか。
 - ・ 体型比較のため詳細に他人の身体を観察している限り、体型や体重にとらわれたままである。そ

の結果、膨大な時間を体型比較に費やし、体型・体重以外の重要な人生のあらゆることを過小評価し、なおざりにしてしまう。

- ・ 他人との体型比較のために実施している行動については、今後、一切を止めるように指導する。少なくとも、一定期間は止めてもらう必要がある（例えば、ファッション雑誌の購入や、TV のファッション番組の視聴を控えてもらう）。

8. 比較行動を適応的なものに変える

- ・ 他人と自分を比較することを控える。比較をしている時は、そのことに意識的である必要がある。自分が偏った見方で比較・評価していることを自覚し、相手の体型以外にも興味を持って、体型とは無関係な特徴（例えば、ヘアスタイルや履いている靴など）、あるいは、行動やユーモアのセンスといった特徴に気づけるようにならなくてはならない。また、体型はその人に応じてそれぞれ異なっていることをしっかりと理解してもらう必要がある。
- ・ 治療者が患者と同性で同年代だと、患者が自分の体型を治療者のそれと比較することは珍しくない。治療者は、患者が自分を見る様子から、患者が体型比較をしていることに気づくだろう。この事態に治療者がどう対応すべきか明確な結論は出ていないが、患者に治療者の BMI を伝えることは、熟慮した結果の 1 つの結論として提出されている。（訳本 pp.29-30）

5. 宿題の確認、セッションのまとめ（3 分）

6. 次の予約をとる

3.1.5 肥満感

セッション 10- (50 分程度)

1. セッションでの体重測定 (5 分以内)
2. 記録と宿題の吟味 (10 分)
3. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)
4. 課題について話し合う (20~25 分)

「肥満感」に対処する

- ・ 摂食障害患者は一般の女性よりも「肥満感」に苛まれている。また、それに苦しむ機会も一般の女性よりはるかに多い。
- ・ 「肥満感」と実際の体型や体重は無関係である。「太っている」感じがすることを、実際に「太っている」と思い込んでしまうことが「肥満感」の本態である。
- ・ 「肥満感」は、体型や体重に対する過剰なこだわりの具体的な表れである。「肥満感」に苛まれている限り、そのこだわりも解消しない。
- ・ 「肥満感」の強さは、時間単位で変動する（他の精神科疾患の症状が、継続的に時間単位で変動することは稀である）。
- ・ どうして「肥満感」に苛まれるのか、その原因は明らかにはなっていない。特定の感情が身体的感覚に作用する体験と結びつき、その感情を「肥満感」としてラベリングしているのかもしれない。背景に、体型に対するこだわりが持続していることもあるのだろう。
- ・ 「肥満感」、すなわち、「太っている」感じがすることへの対処は、体型確認とその回避を止めるための取り組みを始めてからにすべきである。
- ・ 「太っている」感じにとらわれ、患者がそのことにひどく苦しんでいれば、体型確認とその回避を止めるための取り組みに先行して、「肥満感」に対処するセッションを先に開始すべきである。
- ・ 「肥満感」に立ち向かう取り組みは数週間に及ぶ。それゆえ、「肥満感」については、セッションで繰り返し扱う必要がある。
- ・ 治療が進むと「肥満感」に苛まれることは少なくなり、その強さも小さくなる。そして、「太っている」感じがすることと、実際に「太っている」ことが異なることを、はっきりと認識できるようになる。

「太っている」感じがすることと、実際に「太っている」ことが異なることに気づくことは、非常に重要なステップである。この気づきによって、患者は「肥満感」に苛まれることもなくなり、体型へのこだわりも消失するのだ。

「肥満感」に対処する

1. 患者に自分のことを「太っている」と思うことがあるかを確認する。
 - ・ 「太っている」と感じることにについて患者が何を思っているのか。また、「太っている」と感じることで体が望ましくないということを理解しているか。これらを確認した上で、どのような状況で、患者は自分を「太っている」と感じたのか、それをしっかりと振り返ることが治療であると説明する。
 - ・ 患者が用いた言葉を援用し、患者が自分のことを「太っている」と感じているために、そのような表現を用いてしまうのだと伝えてもいいだろう。

2. 「肥満感」とは何か、「太っている」感じと、実際の体型・体重とは無関係であることを患者に理解してもらう。
 - ・ 「太っている」という感じる時、別の感情や思いを無意識に抱いているのかもしれない。
 - ・ 「太っている」感じがすることと、実際に「太っている」（太った体型である）ことは全く異なるものである。「肥満感」に苛まれないためには、それらを同一視しないことが非常に重要であり、このことは繰り返し患者に説明する必要がある。
 - ・ いつも以上に「太っている」と感じる時、あるいは、「太っている」とあまり感じない時があるかどうかを確認する。1日の中で「太っている」感じの感じ方が変化するのであれば、その短いタイムスパンで人間の身体つきは変化しないことを明確に伝えることが重要である。（「肥満感」の変動は、体型とは無関係の何か別のものに起因していると考えられる。）（資料3-6.「肥満感」を参照）
3. いつも以上に自分は「太っている」と感じる時、自分がどんな状況に置かれているのか、その時自分は何をしているかをモニタリングする。
 - ・ いつも以上に「太っている」と感じたその時、他にどんなことを考えているか、どんな気持ちでいるかをセルフモニタリング（食行動記録表）の右端の欄に書き留める。
 - ・ 「どんな気分（精神状態）だったのか」「自分の身体に何か変化はあっただろうか」「どうして今、いつも以上に『太っている』と感じたのか。何らかのきっかけがあったのだろうか」といったことを記録してもらう。
4. 「太っている」と感じた時、患者はどのような状況に置かれていたのか。その時、「太っている」という感覚以外に意識されなかった感情や思い・気分はなかったか。次回のセッションでは、患者が書き留めた記録を参照しながら、これらについて確認をする。
 - ・ 次のセッションまでの1週間、「太っている」と感じた状況があれば、その前後に何があったか、どのように過ごし、どのような気分でいたかについて詳細に記録してもらう。患者が「太っている」と感じている時、これまでは意識しなかった他の感情や思い・気分について洞察を促し、それらを明らかにしてもらう。
 - ・ 次回のセッションまでに、下記の二つの状況のどちらの方が、「太っている」と感じる人が多いか明らかにしてもらう。
 - I. ネガティブな気分や感情に支配されている時（例：落ち込んでいる時、寂しい時）
 - II. 自身の体型や身体を意識させる出来事や身体の変化が生じた時（例：二日酔いの時、体型確認・体型比較をした時、お腹いっぱいまで食べた時、暑い時、汗をかいた時、身体の弛みを感じた時、洋服が窮屈に感じた時）
5. 課題（ホームワーク）の内容
 - ・ いつも以上に「太っている」と感じる状況を明らかにする。
 - ・ いつも以上に「太っている」と感じている時、「今、本当はどんなことを思っているのか、どんな気分なのか。そして、どうしてそんなことを思い、こんな気分になっているのか」について自問自答してもらう。「太っている」と感じるきっかけを明らかにし、それをセルフモニタリング（食行動記録表）の右端の欄に記載する。
 - ・ 訳本10章「出来事・気分・食行動」にある問題解決技法(p.160)を利用して、「太っている」と感じるきっかけに対処する。
 - ・

6. 「太っている」と感じる事そのものが問題なのではない。そう感じることで、患者がネガティブな感情を抱いたり、あるいは、非適応的な望ましくない行動をとってしまったりすることが問題なのだ。このことを患者にしっかりと理解してもらうことが重要である。
- ・ 「太っている」という感覚に襲われたら、患者はすぐにその場で、どのようにして、何がきっかけとなって、この感覚が生じたかを分析し記録しなければならない。そして、その記録を参考に「太っている」という感覚に別の解釈を与えるよう促す。セルフモニタリング（食行動記録表）への記載方法については、訳本 pp.95-97 「満腹感」を参照。患者が「肥満感」を再解釈したエピソード例：資料 3-5. 肥満感のエピソード 1

5. 宿題の確認、セッションのまとめ（3分）

6. 次の予約をとる

3.1.6 過大評価の原因を突き止める

セッション 10- (50 分程度)

1. セッションでの体重測定 (5 分以内)
2. 記録と宿題の吟味 (10 分)
3. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)
4. 課題について話し合う (20～25 分)

体型・体重の過大評価を引き起こす原因を明らかにする

- ・ 残された治療期間は数週間から 2 ヶ月である(初診時の BMI によってセッション頻度が異なるため、期間は変動する)。ここからは、患者が摂食障害を患うようになった背景、すなわち、体型や体重を過度に気にするようになった経緯、食事を厳密にコントロールするようになった原因を明らかにしていく。
- ・ 体型や体重を過度に気にすること、あるいは、食事を厳密にコントロールすることは、それを始めた時には意味のある行為であったかもしれない。しかし、現時点では、それらの行為が何も有効に機能していないことを、患者にしっかりと理解してもらう必要がある。
- ・ 患者にこれまでを振り返ってもらう。「(過去の再考察)」患者には、自身の人生を次の 4 つの期間に分けて考えるように伝える。
 1. 摂食障害発症前(食事制限やむちゃ食い、嘔吐、下剤濫用などを継続的に行うようになった時期より 12 ヶ月以上前の時期)
 2. 摂食障害を発症するまでの 12 ヶ月間
 3. 摂食障害を発症してからの 12 ヶ月間
 4. 摂食障害を発症してから 12 ヶ月以上経過後
- ・ 4 つの時期それぞれの期間について、自身の体型や体重、あるいは食事のことが過度に気になる出来事がなかったか振り返ってもらい、体型や体重、食事に影響を与えた出来事を年表にまとめてもらう(資料 3-7. 振り返り表 (historical review) 記入表と記入例を参照)。
- ・ 体型・体重を過度に気にするようになり、食事に制限を設けるようになったきっかけは何だったのか、そして、どのような経過で摂食障害と診断されるまでの状態になったのか。摂食障害の発症、症状の悪化を説明するための仮説を立てる。
 1. 摂食障害発症前：体型や体重への過度なこだわりや食事制限が顕在化するのは、多くの場合、この時期(摂食障害発症前)である。
 2. 摂食障害を発症するまでの 12 ヶ月：この時期に摂食障害の発症を決定づける出来事が起きていることが多い。体型や体重に対する不満を抱えたまま環境変化にうまく適応できず、様々なことに困難を覚えることも多いのかもしれない(環境変化の例：転居、転校、両親の離婚、パートナーとの死別など)。
 3. 摂食障害を発症してからの 12 ヶ月：この時期、食事制限(ダイエット)によって体重をコントロールできていたケースもあり、この時期をポジティブな表現を用いて語る患者もいる。その内容から、患者が体型、体重をコントロールすることに終始していたことが明らかになるだろう。

4. 摂食障害を発症してから12ヶ月以上経過後：摂食障害の症状によって、その病態が永続的に維持されている状態がこの時期の特徴である。ケースフォーミュレーションを用いた病態仮説が意味を持つのもこの時期である。ここまで来ると、摂食障害は、他のものに左右されない独立した疾患として機能していることがほとんどである。

- ・ 決して多くはないが、振り返りの過程で、患者が自身の体型や体重を過度に気にするようになった原因が明らかになる場合もある（例えば、体型や容姿を貶されるなど…）。原因となるエピソードが明らかになった場合は、その時の状況、出来事を現在の患者の視点から改めて評価をするように促す。
- ・ 振り返りの作業は慎重に行う必要があり、治療者は患者を見守り、サポートしなければならない。原因となるエピソードが明らかになれば、次のセッションでそのエピソードを題材に詳細な振り返りを行う。また、患者には、当該のセッションで扱った内容を次のセッションまでに整理してくるよう促す。
- ・ 振り返りで明らかになった原因や、それを契機としたその後の経過についての仮説が、実際の経過を正確に説明するものでもなければ、患者の摂食障害の病態を十分に説明するものでもないことには留意すべきである。それでも、現在の視点から改めて過去を振り返り、仮説を立てることは治療的である。
- ・ 治療の後半、振り返りが進むにつれ、患者は摂食障害の発症・維持に寄与していた問題から距離を置けるようになり、現在取り組んでいる治療についての理解も深まってくる。その結果、患者を悩ませていた症状は、大きく改善していくのである。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ（3分）

6. 次の予約をとる

3.1.7 思考態度(マインドセット)のコントロール

セッション 10- (50 分程度)

1. セッションでの体重測定 (5 分以内)
2. 記録と宿題の吟味 (10 分)
3. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)
4. 課題について話し合う (20～25 分)

摂食障害の思考態度 (マインドセット) のコントロールを学ぶ

- ・ 目標：特定の状況で自動的に切り替わる“思考”を変えること。最終的には、より健全で状況に適した考え方に、自分自身で切り替えられるようにする。
- ・ 摂食障害の中核の精神病理は“思考態度”あるいは思考の枠組みとも言える。
たとえばそれは：
 1. 独特な方法で、外部からの刺激、内部からの刺激にフィルターをかける（痩せた人を優先的に見つける、きつめの服を肥満の証拠と捉えるなど）。
 2. 摂食障害患者に特徴的な行動の原因となる（極端な食事制限、自己誘発性嘔吐、下剤乱用、強迫的な運動など）。
 3. 様々な身体的、情緒的経験を歪めて“肥満感”の原因となる。
- ・ 拡大版ケースフォーミュレーション（資料 3-2）に示されたメカニズムを通じて、摂食障害の思考態度の影響はさらに強固になり、その結果、考え方が固定化する（いつどこにいても体型確認や食事制限のことを考えるようになる）。
- ・ CBT-E で使われる認知行動的治療戦略は、摂食障害の重要な特徴と、それらを継続させる仕組みに対処するために考案されている。
- ・ はじめは短い間でも、摂食障害を維持させる仕組みが崩壊し始め、治療の終盤ではより頻繁に思考態度（マインドセット）が切り替わるようになる。
- ・ たとえば、患者から、体型や体重に気を取られなかった；困難なく外食ができた；容姿を心配せずに外出できたといった発言が出てくるかもしれない。これは、思考態度（マインドセット）の切り替わりを示す最初の兆候かもしれない。
- ・ この時点で、患者は思考態度（マインドセット）とそのコントロール方法を学ばなければならない。この時、もしあれば、最近のぶり返しの機会を利用するといいたいだろう。
 - たとえば、数週間ぶりのむちゃ食いエピソードがある場合：むちゃ食いは特に摂食障害の思考態度（マインドセット）を活発にしてしまう。
 - むちゃ食いの前日に（体型に関連した悪い出来事があり）、摂食障害がぶり返して無理なダイエットを再開し、むちゃ食いに至ったかもしれない。
 - 患者は「振り出しに戻ったような」経験をするが、この時に説明すべきことは、今や摂食障害の思考態度（マインドセット）は、摂食障害を継続させる仕組みとして固定されたものではなく、この思考態度（マインドセット）を選ぶか選ばないかは自分で決めることができるということである。

<思考態度（マインドセット）のコントロールを学ぶ手順>

1. 摂食障害の思考態度（マインドセット）に戻るきっかけとなる刺激を明らかにする

患者が摂食障害の考え方を手放すようになって間もない期間、様々な刺激をきっかけにして、その考え方に戻りやすい。たとえば、

- i. 体型や体重に関連した悪い出来事：体重の増減、「肥満感」が強くなるタイミング（洋服をきつく感じる、鏡を凝視するなど）、他人からの批判的意見
- ii. 食事に関連した悪い出来事：食事規則を破ってしまう（避けてきた食べ物を食べたり、カロリー制限を超えたりなど）、むちゃ食い、満腹感を感じる
- iii. 患者にとっての悪い出来事：否定的な出来事、とりわけ、自尊心を脅かすような出来事や状況
- iv. いつまでも続く気分の落ち込み：悪い状況に起因して生じたものか、あるいは、うつ病の兆候を示すものか判断する必要がある。

2. 摂食障害の思考態度(マインドセット)を切り替えることができて、また、その思考態度(マインドセット)に戻ること、戻ってしまいやすいことを患者と話し合う

- ・しばらくの期間、この危険（摂食障害の思考態度(マインドセット)に戻ってしまう危険）にさらされているが、思考様式（マインドセット）が「固定」されていない期間が長くなれば、元の思考態度(マインドセット)に戻ってしまう可能性は低くなる。
- ・どんな刺激が戻るきっかけとなりやすいかを知り、それらに目を光らせて、その場で気付くことが、ぶり返しの予防となり得る。
- ・その刺激に治療者と一緒に対処すること（肥満感や満腹感を再検討するなど）で予防は強固なものとなる。

3. 摂食障害の思考態度（マインドセット）に戻っているときの最初の兆候に気付く

- ・思考態度（マインドセット）はいつでも復活しうるものである。一旦復活したまま、そこから離れられないと、時が経つにつれて、維持機構が働き思考態度（マインドセット）は固定化し、それを取り除くのは困難になる。
- ・摂食障害の思考態度（マインドセット）が復活し始めていることに気付くのが早ければ早いほど、早く取りのぞくことが可能である。
- ・摂食障害の思考態度（マインドセット）にはまってしまうと、すぐに患者の行動が変わることが目に見えてわかる。初期の変化（いわゆる「再発」のサイン）を明らかにし、そのような変化が摂食障害の思考態度（マインドセット）が復活した初期の警告を示すものであることを認識しておかなければならない。そのための適切な方法の一つは、最近のぶり返しを詳細に振り返ることである。

4. 思考態度（マインドセット）を切り替える

原則として、患者は2つのことをする必要がある：

1. 「正しいことをする」（一般に摂食障害の思考態度（マインドセット）に起因する行動とは反対の行動、摂食障害を克服するためのこれまでの治療で学んできた行動を選ぶ）。
2. 摂食障害の思考態度（マインドセット）を取り除くための、気を紛らわす方法を用いる（友人と遊ぶ、パーティーに出かけるといった、他者との交流が最良の方法の1つである）。

- ・摂食障害の思考態度（マインドセット）にとらわれている時に、患者がやりたいと思うことと

反対の行動に取り組まなければならないことには多大の困難が伴う。しかし、この思考態度（マインドセット）から脱するためには、絶対に取り組まなければならない。

- ・摂食障害の思考態度（マインドセット）に戻ってしまっていることに気付く練習や、それに的確に対処できるようになることは、治療において非常に価値があることである。ぶり返しは、適切に対処するための対策を準備するための機会として、有効に活用すべきである。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ（3分）

6. 次の予約をとる

3.2 摂食抑制、食事規則、摂食コントロール

セッションの目標

摂食障害患者に特徴的な行動はいくつかあるが、その中でも最も顕著なものの1つが摂食抑制と食事制限である。厳格かつ極端な摂食抑制は身体・精神に深刻な影響・障害を引き起こす。このモジュールは、「**摂食抑制（コントロールしようとする試み）・食事制限（実際に食事を制限している状態）・食事規則・摂食コントロールに対する過大評価**」に焦点を当てた治療で構成されている。摂食抑制・食事制限を緩和するため、治療は次の3つのステップに沿って進められる。

1. 体型や体重に対する不安に焦点を当てる
(多くの場合、ステップ1はステージ3の初期ですすでに取り扱われている)
2. 摂食抑制・食事規則を緩和するための取り組み
3. 食べ過ぎ・摂食コントロールに対する過大評価を修正するための取り組み

3.2.1 摂食抑制（食事制限：食事をコントロールしようとする試み）と食事規則への対応

セッション 10- （50 分程度）

現在の食事の内容や摂り方に問題があることを患者に理解してもらう

- 患者は自身の食事内容や摂り方に問題があると思っていないことも多い。これは次のようなことが理由となっている。
 - 摂食抑制（食事制限）/ダイエットをすることに自分は長けていると考え、それを自分の能力や意志の強さによるものだと考えている。そのため、摂食抑制（食事制限）/ダイエットを継続することに意義を見出している。
 - 摂食抑制（食事制限）が上手くいかない場合、食事制限が極端かつ厳格なものであるためとは考えず、自分の意志の弱さが原因だと考える。
 - 摂食抑制（食事制限）を継続できていることに、自己統制感（自己コントロール感）を感じてしまう。
 - 摂食抑制（食事制限）を、体重を調節するための一番の方法だと考えている。
 - （患者がむちゃ食いをしている場合）摂食抑制（食事制限）をむちゃ食いの影響を帳消しにするための有効な手段だと考えている - むちゃ食いの代償行動としての摂食抑制（食事制限）。
 - 過体重であれば、摂食抑制（食事制限）を適切な行為と考える患者もいる。このような考えをもつ患者の場合、摂食抑制（食事制限）を緩めることは非常に困難となる。
- 普通の食事パターンを確立し、むちゃ食い行動が散発的なものになるまで、この課題は取り扱わない。
- どうして食事規則を緩める必要があるのか、食事規則がもたらす影響や緩めるべき理由について説明が、このモジュール導入時の主たる内容となる。
- 通常の食事に、摂食抑制（食事制限）の対象となっていた食べ物を組み入れることを次週（あるいは、次のセッション）までの宿題とする。何を組み入れ、それを何回食べるかなどについてしっかりと話し合いを行い、宿題の内容を明確にすることが重要である。
- 食事規則を破ることを拒絶する、あるいは、それに過剰な反応を示す場合、その患者にとって、その規則が特別かつ重要な意味を持っていることを示している。患者には、その規則を緩めることで、治療が大きく進む可能性が高いことを告げるといいだろう。
- 会食の重要性を伝える：この治療では、患者があらゆる状況で普通に食事ができるようになることも重要な治療目標の1つである。
- 患者が低体重であれば、健康的な体重、あるいは、体重回復の兆候を認めるまで、このモジュールは延期する。

1. セッションでの体重測定（5 分以内）

2. 記録と宿題の吟味（10 分）

3. 課題(アジェンダ)設定（3 分）

4. 課題について話し合う（20～25 分）

- **摂食抑制（食事制限）/ダイエットによって引き起こされる問題について、患者にしっかりと理解してもらう**
 1. どんな形であれ、あらゆる摂食抑制（食事制限）が、摂食障害を維持する中心的な役割を果たしている。それゆえ、摂食障害の治療においては、摂食抑制（食事制限）を無くすことが重要であることを丁寧に説明する。

2. 摂食抑制（食事制限）の結果、次のような悪影響がもたらされることを患者に伝える。

- ・ 頭の中が食事や食べ物ことばかりで占められてしまう。食事や食べ物ことばかり考えてしまうのは、摂食抑制（食事制限）を続けているからである。

それだけでなく、集中力がなくなり、読書ができない、会話についていけない、テレビや映画を見ている内容が頭に入らないなど、日常生活にも支障をきたしてしまう。

- ・ 常に不安な気持ちに支配されてしまうのは、摂食抑制（食事制限）を続けているからである。

摂食抑制（食事制限）を続けることで、食事は楽しいものではなく、苦痛を伴う行為となる。苦痛や予期不安も誘発され、食事規則を守れなければ、守れなかった自分を責めてしまう。

- ・ 食事の内容・摂り方が制約を受けるのは、摂食抑制（食事制限）を続けているからである。
食事の摂り方・内容は定型的・儀式的になり、自由に調整をすることができなくなってしまう。特定のもの、あらかじめ食べると決めていたもの、あるいは、成分（栄養素）が明らかなもの以外は食べられなくなってしまう。結果的に、食事をしている姿を見られたくないという気持ちが強くなり、会食ができなくなることもある。
- ・ （主観的・客観的を問わず）むちゃ食い行動を誘発するのは、摂食抑制（食事制限）を続けているからである。

- ◆ むちゃ食いに対する代償行為として、あるいは、未来のむちゃ食いを防止するための方法として摂食抑制（食事制限）を患者が行ってしまっていることを、患者自身にしっかりと認識してもらう。

摂食抑制（食事制限）によってむちゃ食い行動が誘発される背景（機序）には、生理学的側面よりも認知的な側面の影響が大きいと考えられている（両方が同程度に作用している場合もある）。

むちゃ食い行為の背景には、厳格な食事規則が存在することが多い。

食事規則を守れなければ、患者はそれを否定的に捉えるが、その程度はあまりに極端なものとなっている。

食事規則を破ってしまった（ダイエットでの些細な失敗）

→ 完全な失敗（全か無か思考：食事規則全てが無意味になってしまったと考える）

→ 衝動に赴くまま食事をとってしまう（むちゃ食い）

ここには、次のような誤った認知が存在している。

「むちゃ食いを誘発する食べ物」：「危険な食べ物」という認知

「台無し」：食事規則を少しでも守れないと、全てが駄目だ、失敗だと捉えてしまう誤った認知

- ◆ むちゃ食い時に食べるものは、摂食抑制（食事制限）の影響を強く受けている。摂食抑制（食事制限）のために避けていた食べ物をむちゃ食い時に食べていることを認識する必要がある。

摂食抑制（食事制限）のために食べることを控えていた食べ物を通常の食事の中に取り入れることができれば、食べ物への渴望は減っていく。

現在、むちゃ食いをしていない患者に対しても上記について、しっかりと理解してもらう必要がある。（「摂食抑制（食事制限）のために、避けていた食べ物を、を続けている限り、むちゃ食いが始まってしまうリスクは消えることはない」と伝えるといいだろう。）

- ・ 摂食抑制（食事制限）のために適切に食事を摂れなくなり、体重は減少の一途を辿る。その

結果、極度の低体重が維持されてしまう。

● **摂食抑制（食事制限）と食事規則に関して、次のことを患者に理解してもらう必要がある（下記に示した表現で、患者に説明するといいたい）**

1. 「食事をコントロールできている」と認識するために、多くのひとにとって奇妙に見えるような食事に関する規則を患者さんは自らに課していることがあります。自ら設定した奇妙な食事規則のために、むちゃ食いが起こりやすくなっているのです。
2. 摂食抑制（食事制限）のために、たくさんの食事規則を自らに課している、あるいは、とても厳しい食事規則がある、いずれの場合も、これらの食事規則は、むちゃ食いをせずに適切な食事をとるための非常に大きな障害となっています。
3. 厳しすぎる摂食抑制（食事制限）を破ってしまう、あるいは、継続することができていたとしても、もたらされる結果は望ましいものではありません。
 - ・ 摂食抑制（食事制限）を遵守し続けた場合：身体的・精神的健康が損なわれ、社会的な機能も低下してしまいます。
 - ・ 摂食抑制（食事制限）を遵守できなかった場合：摂食抑制（食事制限）を破ってしまったことを「失敗」と捉え、自分自身のことを駄目な人間（失敗者）ように感じてしまいます。その感情がきっかけとなり、むちゃ食い行動が誘発されることも少なくありません。
 - ・ この厳しすぎる摂食抑制（食事制限）を緩め無くすることができれば、これによって引き起こされていた数多くの問題がなくなります。食事を適切に取れるようになるためには、摂食抑制（食事制限）をやめる必要があります。

● **食事規則について確認すべきこと**

- ✧ 食べるものを制限していないか（食べていいもの、食べてはいけない・食べるべきではないと決めているものがあるか）
- ✧ 食べる時間を制限していないか（食べてもいい時間、食べてはいけない時間を設けているか）
- ✧ 食べる量を制限していないか（摂取カロリーや脂質の量、食事の量や品数などについて上限を設けていないか）
- ✧ 同席している人よりも多く食べないような規則を設けていないか
- ✧ 何らかの目標を達成するまでは食べないような制限を課していないか
- ✧ 空腹を感じない限り、食事を摂らないようにしていないか
- ✧ 食事を摂ることが必要だと思えるまで、食事をとることを先延ばしにしていないか
- ✧ 内容（中身）のよくわからない食べ物を食べることを控えていないか
- ✧ カロリーを浪費しないように心掛けていないか

「食事についての規則など設けていない」と患者が主張することは珍しいことではない。また、食事規則が習慣化してしまっているために、それを規則として同定することが難しいこともある。そのため、次のようなところを手がかりに、食事規則について確認をしていくことが必要になる。

- ☆ セルフモニタリングの*（むちゃ食い）マークや、状況・コメント欄に記載された「失敗」などのキーワードに注目する。
- ☆ セルフモニタリングも参照しながら、むちゃ食いの誘因となった出来事を同定する。
- ☆ 自身に課している食事規則に患者自ら気づけるよう、自身の食行動に意識を向けてもらう。
→ セルフモニタリング用紙の裏に、自らに課していることに気づいた食事規則を書き出してもらう。
- ☆ 「初めて行くレストランに出かけるとき、あるいは、誰かの家で食事をするとき、あなたはどのようなことを考えたり、思ったりするでしょうか」と尋ねてみる。

もし、何か不都合を感じたり、気が乗らなかつたりするなど、積極的に食事をとることを避けるような発言があれば、「どうして、そのように思うのでしょうか」と患者に確認してみてもいいだろう。

● 食事規則を無くすための取り組み

1. 食事に関する特有の規則と、その規則を設けるに至った背景を明らかにする。
「食事に関して決めた規則を守れなかった時、どんな気持ちになりますか」
2. 食事規則を守れないと、どんなことが起こるだろうか。起こりうると考えられることについて、患者と共に検討する。
「規則を守れないからといって、体重がどんどん増えていって肥満と呼べるような状態になったり、あるいは、体重減少がストップしてしまったりすることはありません。それらに関わってくるのは、食事でどれだけの量を摂取したかです。」
「規則を守れないからといって、むちゃ食いが誘発されるわけでもありません。」
3. 食事規則を守れなかった時にどんなことが起こるか。それを明らかにするため、規則を破る計画を立て、実際にその計画を実行するサポートを行う。
4. 予め計画して実行した食事規則を破る取り組みについて、それがどんな結果をもたらしたか、どんな変化が生じたかについて患者と共に振り返りを行う。
食事規則を破った時に沸き起こった感情と、規則から解放されることで得られるかもしれないメリットをテーマにするといいいだろう。
5. 他にも食事規則があれば、上記に倣い、その規則を破るための取り組みを計画する。

● 食事規則：食物回避の規則を無くすための取り組み

（目標は、多くの人が普通の量と考える量を食べられるようになることである）

1. 食べることを避けている食べ物を全て書き出してもらう。（スーパーに買い物に行った際、その形や重さのために、あるいは、それを食べることでむちゃ食いが誘発されてしまうのではないかという不安から、食べる気にならないものをリストアップするように案内する。）
2. 食べることが難しい食べ物を、難しいと感じる程度によって次の4つのグループに分ける。
（グループ分けは、グループの代表となる食べ物を決めて行うとスムーズだろう。）
グループ1：食べることは絶対に無理だと思われる食べ物
グループ2、グループ3：グループ1と4の間の難しさ
グループ4：食べてもいいとは思っているが、覚悟せずに食べることは難しい
3. 食べることへの抵抗が一番小さい、すなわち、グループ4にグループ分けした食べ物を通常の食事に取り入れることから始める。（必ずしも、その量は多い必要はない。適量であれ

ば十分である。)

4. セルフモニタリングに、取り組んだ内容を記録してもらう。
5. 上記の取り組みを繰り返し実施してもらう。

● 食事規則：その他の規則を無くすための取り組み

食事規則から解放されれば、どれだけ自由に気楽に過ごせるようになるか。そのことを、しっかりと繰り返し患者に説明をする。

- A. 食べるものについての規則（食べていいもの、食べてはいけない・食べるべきではないもの）
1. カロリーが同じであれば、食べ物の種類によって太りやすい・太りにくいということはない。体重に影響するのは、食べる量だけである。
 2. 食べ物の栄養素や材料について摂取制限を設ければ、外食が非常に困難なものになってしまう。その結果、社会生活が大きく損なわれてしまいかねない。
 3. 食事・食べ物に関する正確な知識があるからといって、体重を思い通りにコントロールできるわけではない。
- B. 食べる時間についての規則（食べてもいい時間、食べてはいけない時間）
1. 食事をするのに「ふさわしい」時間、あるいは、「ふさわしくない」時間というものはない。どんな時間に食事を摂っても、消費されるカロリーが大きく変わることはない。
 2. 次の食事を可能な限り先延ばしにするような規則があれば、そのために食べ過ぎを過大評価してしまうことになる。
 3. 規則正しく食事をとることが習慣化されれば、食べる時間についての規則は緩和されていく。
- C. 食べる量についての規則
- 食べるものに関わらず、健康的な体重を維持できるだけの量が摂取すべき「適切な」量である。それは栄養学的な観点からも妥当なものである。
- D. 1人の時以外食事をしない（一緒に食事をしない）という規則
1. 自分の食事している姿を見て、他人は自分のことを「意思が弱い」「自制心に欠ける」「食い意地が張っている」と考えるだろうと思い込み、誰かがいる状況では食事を摂らなくなってしまう。これは低体重の患者で多く見られる行動パターンである。
 2. 上記のような思い込みは、他人も自分と同じ考え方・見方を有しているという憶測に起因している。しかし、実際には、患者の食事の摂り方を注視するものではなく、また、患者がこのような考えを抱いていることさえ、他人には想像がつかないのだということを、患者に理解してもらうことが重要である。
- E. 同席している人よりも多く食べないようにする規則
- 「皆が、同席している人よりも多く食べないようにしたらどうなるでしょう。そんな状況を想像してみてください」
- 「人よりも多く食べないようにすることは、人よりも多く呼吸をしないようにするのと同じくらい無意味なものです」
- 「どうしてって、それは他の人がそれまでに何をどれだけ食べたのか、そして、これから何をどれだけ食べるかは誰にも分からないからです」
- 「必要となるエネルギーは、活動レベルや体重、身長によって人それぞれ異なっています。だからこそ、他の人よりも多く食べないようにするという規則には、それを維持する根拠が何

もないと考えるのです」]

- F. 空腹を感じるまで食べない・目標を達成するまでは食べないというような規則
食事を摂ることに抗っても何も得られるものはないということを、患者自身で気づいていけるようにサポートする。

● **食事規則を破ることに対する患者の言動とその対応**

- 食事規則を破るために、一時的にではあれ食事に関するコントロールをすべて諦める（辞めてしまう）患者：白黒思考（全か無か思考/二分割思考）という極端な考え方（認知）をしていることを患者に説明する。一般的な認知行動療法の治療アプローチを用いて対応する。食事に関するコントロールをすべて捨ててしまえば、むちゃ食いのリスクも無視できない。
- 食事規則を破ることに同意しない患者：低体重の患者の場合、食事に関わる事柄について、それを変化させることを受け入れられないことも少なくない。次のような計画を導入してもらうことが考えられる。
 - 新たな計画として、毎晩、食事（主食）/おかず（副食）を3つ以上追加する。何を追加するかはサイコロを使って決めてもらうが、これは不確かな状況に耐える練習も兼ねている。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ（3分）

6. 次の予約をとる

3.2.2 食べ過ぎ防止を目的とした食事コントロールに関する過大評価

セッション 10- (50 分程度)

- 体型と体重に関する過大評価に倣って、このトピックを扱う
- 資料 3-8. 食事コントロール-1 の図を参照

- 1. セッションでの体重測定 (5 分以内)**
- 2. 記録と宿題の吟味 (10 分)**
- 3. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)**
- 4. 課題について話し合う (20～25 分)**

- 食べ過ぎ防止を目的とした食事コントロールを患者が過大評価していること、および、過大評価によって生じている問題を患者にしっかりと認識してもらう。：ここで取り扱うべき主たる内容は、食事のコントロールについての過大評価である。
- 体型や体重とそれらをコントロールすること以外の活動が、自己評価において大きな役割を果たすようになることを目指す（体型・体重とそれらのコントロール以外に、自己評価に関わる他の領域の重要性を強化する）。
- 食事のコントロールに関連する行動や思考について、それらにどんな意味があるか再考を促す（それらの言動が有意義なものではないことに気づいてもらう）。
- （重さを量る、パッケージを確認する、カロリー計算をする等の）食べ物チェックをやめるように促す。
- レシピ本や、レシピや食べ物・食事に関するウェブサイトの閲覧をやめるように促す。
- 食事のコントロールに関する過大評価が何に起因しているのかを明らかにする。
- 摂食障害の思考様式（mindset）に意識的になり、それに適切に対処する方法を習得する。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ (3 分)

6. 次の予約をとる

3.3 出来事、気分、食行動

セッションの目標

摂食障害患者では、社会生活を送る中で遭遇する出来事や気分の変動をきっかけに、食行動が変化することも少なくない。出来事や気分の変動が摂食障害の維持要因になっているのであれば、このステージ3において、その関連を慎重に評価し、生じうる問題への対処が必要となる。

はじめに、セルフモニタリングを患者と供覧し、出来事に起因した食行動の変化がないかどうかを確認する。それを疑わせるものがあれば、どのような過程を辿ってその出来事が食行動に変化を及ぼしたかを患者とともに振り返り詳らかにする。

ここでは、次の2つの戦略を用いて対処する。

1. 食行動を変化させる誘因となった出来事を同定し、問題解決技法を用いた対策を予め用意する
2. 気分の変動に起因した食行動変化については、気分調節法などの手法を用いた対策を導入する

3.3.1 出来事に関連した食行動の変化への対応

セッション 10- (50 分程度)

1. セッションでの体重測定 (5 分以内)
2. 記録と宿題の吟味 (10 分)
3. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)
4. 課題について話し合う (20~25 分)

1. 何らかの出来事をきっかけとして食行動が変化したケースを取り上げる
これは、そのケースに題解決技法を適用するためである。セルフモニタリングの記録表から該当するケースを見つけてもいいだろう。
2. 食行動の変化を引き起こした出来事について、その時間的経過を振り返る
当該の出来事によって生じた感情、気分、考え、行動について、再現できる程度に詳細に振り返りを行う。
3. 治療者の役割は、出来事に起因した食行動の変化、あるいは、食行動の変化が新たな出来事を誘発するような悪循環を患者自らに気づいてもらい、その循環を断ち切ることをサポートすることである。
何か出来事があっても、必ずしも食行動の変化が生じるものではないことを患者に伝える。例えば、食行動を変化させるような出来事があっても、その直後に映画に誘われれば、食行動の変化を伴うことはないだろう。
4. 食行動が変化するきっかけとなる出来事への対応方法として、ここでは問題解決技法を患者に学んでもらう。
→問題解決技法は、むちゃ食いを克服するために用いられる対処法でもあることを伝えてもいいだろう。

問題解決技法における7つのステップ(資料 3-9、3-10)

- ✓ 第1ステップ：できる限り早く、可能なら問題が生じるより前に問題を同定する。
「何が問題なのかに早く気づくことができれば、あるいは、問題が起きる前にそれに気づけていれば対処も容易になるでしょう。夜に何か問題が起きることがわかっているのなら、夜を迎えてから対処するよりも、その前に対策を立てておけばもっと楽に対処することができるはず

です」。

- ✓ 第2ステップ：問題の全体像を正確に捉え、表に書き出す。
- ✓ 第3ステップ：同定した問題に対する解決策をできるだけたくさん挙げてもらう。(ブレインストーミング)
- ✓ 第4ステップ：挙げてもらった解決策について、それぞれのメリット（良いところ）・デメリット（悪いところ）についてじっくりと考えてもらう。
- ✓ 第5ステップ：第4ステップの結果を参考に最適な解決策を選択する。(ベストと評価した解決策を1つ選択、あるいは、ベターな解決策のセットを選択)。
- ✓ 第6ステップ：解決策を実行に移す。
- ✓ 第7ステップ：解決策を実行した結果について評価を行う。
 - 問題解決技法を用いた対処を実際に行ってみて、その効果、欠点、難しかったこと、などさまざまな側面から振り返りを行う。(この振り返りは、実際に問題解決技法を実施した翌日に行えばいいだろう)。
 - 問題解決技法を習熟できるように、繰り返し上記の手順に焦点を当てて説明を行う。

5. 本セッションでは、問題解決技法の第6ステップまでを扱う。時間に余裕があれば別の問題を取り上げ、それについても同様の検討を行うといいだろう。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ (3分)

問題解決技法の練習：食行動変化を引き起こすきっかけとなる出来事に対し、問題解決技法を用いて対処する練習を行う。きっかけとなる出来事があれば、セルフモニタリング記録表の右端の欄にその内容を書きとめ、記録表の新しいページに上記の問題解決技法の第5ステップまでを記録しながら対処法（解決策）を考え、実際にそれを実行に移してみる。

(→紙に書き出さず、頭の中だけで対処（解決）しようとしないようにアドバイスする)。

対処法（解決策）の結果については、次のセッションで詳細に振り返りを行う。もし、問題解決技法を用いていなければ、どうして用いた対処を行わなかったについて、患者と話し合う必要がある。

6. 次の予約をとる

3.3.2 残遺過食（むちゃ食い）

セッション 10- （50 分程度）

- むちゃ食いの頻度は散発的にはなっているが、依然、むちゃ食いが継続している患者に向けたセッション
- このセッションでは、残遺過食（むちゃ食い）を無くすために、過食分析と問題解決技法を用いる

1. セッションでの体重測定 （5 分以内）
2. 記録と宿題の吟味 （10 分）
3. 課題(アジェンダ)設定 （3 分）
4. 課題について話し合う （20～25 分）

★ 過食分析

むちゃ食いには必ずそれに先行する条件（状況）があることを患者に説明する。これらの条件（状況）には大きく 4 つのパターンがあり、そのいずれか 1 つでも満たせばむちゃ食いが誘発されることを患者に理解してもらう。その上で、むちゃ食いを無くすための適切な行動を選び取れるように、今後の行動について改めて患者に考え直してもらうことが過食分析の目的である。

1. 食事規則を破ってしまった時、全てに失敗したように考え（白黒思考）、これまで継続していた摂食抑制（食事制限）を一時的に全てないかのように行動してしまう。
→ 食事規則を破ることの意味、及び、破ってしまった時の自分の考え方の傾向について再考を促す。
2. アルコール摂取、あるいは、薬物摂取（向精神病薬も含む）による脱抑制が起こり、食べることにしても抑制が効かなくなる。
→ 脱抑制についての心理教育を行い、むちゃ食いが誘発される上記の状況について患者の理解を深めてもらうとともに、適宜、適切な支援を提供する。
3. 慢性的か断続的に関わらず、適切な量の食事を摂れていない（摂食量が不十分）な患者では、「食べること」「食物」への強い渴望が生理的反応として生じる。
→ 「不十分な食事摂取に起因した生理的反応の帰結がむちゃ食いである」ことを、しっかりと患者に理解してもらい、段階的に行動を変化させていくことで適切な量の食事摂取ができるようになることを目指す。
4. 社会生活を送る中で遭遇する出来事や気分の変動によってむちゃ食いが誘発される。
→ 問題解決技法を用いて、むちゃ食いの誘発要因への対策を予め準備しておく。
むちゃ食いをすることで得られるもの（食べたいものを食べている時の楽しい感情、一時的にはあれ摂食抑制（食事制限）をしない開放感）と、失うもの（望まない体重増加、食事に要する金銭的負担、むちゃ食いを隠すこと（秘密・欺き）で生じるネガティブな感情、摂食障害を続けてしまっていることや、むちゃ食いをしてしまった自分に対する批判的な感情）をリストアップしてもらい、それらを比較検討することは、むちゃ食い防止の有効な対策となる。

問題解決技法における7つのステップ（資料 3-9, 3-10）

- ✓ 第1ステップ：できる限り早く、可能なら問題が生じるより前に問題を同定する。
「何が問題なのかに早く気づくことができれば、あるいは、問題が起きる前にそれに気づけていれば対処も容易になるでしょう。夜に何か問題が起きることがわかっているのなら、夜を迎えてから対処するよりも、その前に対策を立てておけばもっと楽に対処することができるはずです」
- ✓ 第2ステップ：問題の全体像を正確に捉え、表に書き出す。
- ✓ 第3ステップ：同定した問題に対する解決策をできるだけたくさん挙げてもらう（ブレインストーミング）。
- ✓ 第4ステップ：挙げてもらった解決策について、それぞれのメリット（良いところ）・デメリット（悪いところ）についてじっくりと考えてもらう。
- ✓ 第5ステップ：第4ステップの結果を参考に最適な解決策を選択する（ベストと評価した解決策を1つ選択、あるいは、ベターな解決策のセットを選択）。
- ✓ 第6ステップ：解決策を実行に移す。
- ✓ 第7ステップ：解決策を実行した結果について評価を行う。
 - 問題解決技法を用いた対処を実際に行ってみて、その効果、欠点、難しかったことなど、さまざまな側面から振り返りを行う（この振り返りは、実際に問題解決技法を実施した翌日に行えばいいだろう）。
 - 問題解決技法を習熟できるように、繰り返し上記の手順に焦点を当てて説明を行う。

5. 本セッションでは、問題解決技法の第6ステップまでを扱う。時間に余裕があれば別の問題を取り上げ、それについても同様の検討を行うといいだろう。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ（3分）

過食分析に取り組んでもらう。分析を行うのはむちゃ食いをした直後ではなく、むちゃ食いをしてある程度落ち着いたタイミングで行うように指導する。次回以降のセッションでも対処法をテーマとした治療を継続する。

6. 次の予約をとる

3.3.3 気分に関連した食行動への対処

セッション 10- (50 分程度)

気分（感情）に関連した食行動の変化への対処

- ・ 気分（感情）が著しく食行動に影響する患者に対し、このモジュールを用いる。
- ・ 気分不耐性 (mood intolerance)：気分不耐性の患者は、特定の気分（感情）に過剰に反応し、その気分（感情）を抱えたまま物事をやり過ごすことができない、あるいは、常に激しい情動変化を経験している。
- ・ 境界性パーソナリティ障害と診断される患者では、気分（感情）が食行動に影響しやすいため、このモジュールの適用を考慮すべきである。
- ・ 自傷行為の経験がある、あるいは、向精神薬を内服している患者は、気分不耐性の特徴を有している可能性が高い。
- ・ 気分不耐性が摂食障害の維持要因かどうか明らかでない場合は、先に問題解決技法を用いたアプローチを行い、気分（感情）への過剰な反応がないかを確認することを考慮すべきである。問題解決技法を用いる中で、気分不耐性の特徴を有することが明らかになることも少なくない。

1. セッションでの体重測定 (5 分以内)

2. 記録と宿題の吟味 (10 分)

3. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)

4. 課題について話し合う (20～25 分)

- 気分不耐性についての教育
 - セルフモニタリングの記録表を供覧し、最近の記録から気分不耐性が関与する食行動のエピソードを見つけ出す。
 - 食行動が変化するきっかけとなったエピソードを取り上げ、そのエピソードの内容を明らかにし、その時の気分（感情）はどうだったか、どんなことを考えていたか（思考）、どんなことをしていたか（行動）を振り返る。
1. 食行動が変化するきっかけとなったエピソード
例：「彼氏と電話で口論になってしまった」
 2. エピソードの認知的評価（当該のエピソードをどのように認知したか）
例：憤りを覚えたエピソードに対する認知「彼はいつも私を責める。不公平だ」
 3. エピソードに起因した気分（感情）の変化
例：怒り
 4. 気分（感情）変化の認知と、認知された気分（感情）強度の急激な増幅
「怒り」の感情が認知され、その感情強度が増幅していく過程の一例
「怒りを抑えられない」→「私が感じている、この『怒りの感情』を抑えることなんかできない」→「『この怒りの感情』は到底抑えることなんかできない」→「『この怒りの感情』を抑えることなんか不可能だ。抑えることなんかできるわけがない！」
 5. 非機能的な気分調節行動
例：むちゃ食い、薬物使用、自傷行為
 6. 気分調節行動による一時的な気分の改善

例：「怒り」の感情の消退

7. むちゃ食いをした場合、（非機能的気分調節行動として用いた）むちゃ食い行為に対しての認知的評価

例：「私はダメな人間ね。どんな時であろうと、食事の取り方をコントロールすることなんて私にはできるわけがないのよ」

上記のような一連の反応が生じると、日常生活で遭遇する問題に適切に対処できないばかりか、予測統制のとれない行動をとってしまい、対人関係や食行動の問題が一層悪化することも少なくない。その結果、食行動の問題が継続し、自己嫌悪に苛まれるようになることがあることを患者に説明するといいたいだろう。

- 一連の反応のそれぞれのステップに対する介入について

1. 食行動が変化するきっかけとなったエピソードへの対処

問題解決技法(資料 3-9, 3-10)を用いて対処する。

2. エピソードの認知的評価

認知再構成法を用い、当該エピソードについての非機能的な認知を修正する。

3. エピソードに起因して生じた不快な気分（感情）・気分（感情）の変化

「気分（感情）の受容」

- A) 不快な気分（感情）・気分（感情）の変化について教育する

「不快な気分や感情は、誰しも経験するものです。怒りの感情を抱いたり、元気をなくして気持ちが落ち込んだりすることは、幸せな気持ちになることとなんら変わるものではありません。いずれも同じくらい意味のある貴重な体験なのです」

「どんな気分も、それがずっと長い間続くことはほとんどありません」

「他の人が、どんな気分や感情を抱いているのか知ること、気分（感情）を受容するに有効です。たとえば、人によっては、『興奮』している状態や気分を、『不安』と取り違えてしまいます。気分に関連した兆候、身体の変化について知っておくことが大事です。例えば、身体がこわばる（筋が緊張している）のは、不安を感じているからかもしれません。また、自分と同じ状況で、他の人はどんな気分や感情を抱いているのか、それを考えることも、気分の受容に役立ちます」

気分（感情）と思考を混同してしまう患者もいる。思考とは別に、思考と同時に生じている気分（感情）に気づけるようサポートする。

- B) 気分（感情）をきっかけに生じる行動

「気分や感情に流されて、何か行動を起こす必要はないのです。ただただ、今、自分が抱えている気分や感情を受け入れるだけでいいのです」

- ・ 気分や感情をありのまま受け入れることは、衝動サーフィン（urge surfing）に類似している。湧き起こる衝動に対処（乗り越える）するように、また、衝動の強さが時間とともに変化していくことを観察したように、気分や感情に反応して行動を起こさずに（乗り越える）、時間とともにそれらが変化していく様子を観察する。
- ・ たとえ、気分や感情を「乗り越えなく」ても、それで思い悩むことはない。気分や感情を調節する方法は一つではないのだ。

4. 気分の調節方法とその実践

A) 気分を調節するための有効な（機能的な）方法を繰り返し実践する

気分を変えるための有効な（機能的な）方法をリストアップし、その実践のサポートをする。

例：好きな音楽をかける、おしゃべりをする（対面での会話が最も望ましい）、エクササイズ（いつもより早く歩くなど）、入浴・シャワー、冷たい水を浴びる（冷水シャワー）、映画を観る…

B) 薬物の使用や自傷行為などの非機能的な気分調節行動を用いないようにする

気分を調節するために用いている薬物や器具を携行することをやめる。

→ 治療者に渡してもらい、携行しないようにする。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ（3分）

気分を変えるために有効な（機能的な）行動リストを作成する。リストアップした行動を実践する。

6. 次の予約をとる

C. 体重増加のステップ 3

ステージ 4 (全 3 セッション)

ステージ 4 の要点

1. 治療を通して患者が達成した進歩・改善を、治療終了後も維持できるようにする。
2. 再発のリスクを最小限にする。

体重回復から体重維持へ：

- ・ステージ 4 での治療目標は、患者自ら BMI を 18.5～20.0 に維持しつづけられるようにすることである。（これまでの治療期間で BMI 18.5 に達していない場合は、ステージ 4 の内容に沿ったセッションを実施しながら、引き続き体重回復の重要性を共有し、具体的な取り組みをサポートしてください。）
- ・治療者は、体重グラフの BMI 18.5 の位置に直線を引いて許容される下限体重を明確にする。こうすることで、患者が体重を落とさないような取り組みをサポートすることができる。（BMI 18.5 に達していない場合でも下限体重を明確にし、引き続き、体重回復の取り組みをサポートしてください。）
- ・日常生活で消費するエネルギー、食事から摂取するエネルギー、それらの適切なバランスについて、患者に学んでもらう。
- ・回復によって得られた新しい容姿・外見を受け入れること、新たに発見した自身のパーソナリティに適応すること、これらがスムーズにできるように患者をサポートする。

治療効果を評価するため、治療終了時（治療開始から 40 週を目安）に、EDE-Q, CIA を用いて病態と生活機能の評価を行う。

病気を維持するメカニズム・悪循環がなくなれば、治療終了後も摂食障害の症状は改善し続ける。それは、トランプでできた家（トランプカードの家）からカードを 1 枚取り除けば、その家が崩壊する、トランプが単なるカードの山になることと同じである。だからこそ、食事規則・食事制限が完全に消失していても、時にむちゃ食いや嘔吐をしても、あるいは、体重や体型のこだわりが残っていても、治療が終了することを患者は受け入れることができるのである。

セッションの頻度

治療開始時の BMI 16 未満：月 2 回（セッション：38, 39, 40）

治療開始時の BMI 17.5 以下：3 週に 1 回（セッション：28, 29, 30）

治療開始時の BMI 18.5 未満：3 週に 1 回（セッション：23, 24, 25）

4.1 上手に終わる 1：セッション 38 (28, 23)

(治療開始時の BMI 16 未満：月 2 回, 治療開始時の BMI 18.5 未満：3 週に 1 回：50 分程度)

4.1 上手に終わる

1. セッションでの体重測定 (5 分)
2. 記録と宿題の吟味 (10 分)
3. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)

4. 課題について話し合う (20～25 分)

治療が終了することに対し、患者が抱えている不安や心配に対処する

「治療が終了することについてどんな思いを抱えていますか？」と尋ね、不安、心配がないかどうかを確認する。もし、何かあればそれに対応する。

(対応例)

「治療が終わっても、食行動の問題に立ち向かう取り組みが終わるわけではありません。改善は続いています。」

「治療が終わっても、摂食障害で生じていた問題や症状は改善し続けます。体重や体型に対するこだわりや関心は、次第に弱くなっていきます。」

「納得しにくいことかもしれませんが、治療終了時に、あなたが成し遂げた変化や進歩を全て把握することはできません(改善はこれからも続いていくために、全体像は常に変化していきます)。」

「治療から一旦遠ざかるのも、良い考えかもしれません。」

「これまでの治療で学んできたこと、それら全てを自分一人で実践し、練習していくいい機会です。」

「これからの数ヶ月はとても大事な時期になります。治療は終わりますが、あなたがこれまでに成し遂げた変化を維持・改善していくためには、これまでの取り組みを頑張って続けていかなければなりません。」

セルフモニタリングを終了する

- ・ セルフモニタリングは自身の食行動を理解し、その時々を考えていたことや、気分・感情に気づくための手法である。これまでの治療を通して、食行動記録を用いたセルフモニタリングをしなくても、患者は自身の食行動を理解し、考えや気分・感情に自然に気づけるようになっている。こうした変化について患者自身に気づいてもらう必要がある。
- ・ セルフモニタリングを終えても、食生活や治療目標を常に意識し続けることが重要であることを患者と共有する。
- ・ 最後のセッション(セッション 40/30/25)では、セルフモニタリングを止めた後の患者の状況を確認し、自身の食行動を理解し、考えや気分・感情に患者は気づくことができていたのか、適切な自己管理ができていたかどうかを治療者は確認する必要がある。問題があった場合は、それについての対処を行う必要がある。

セッションでの体重測定を終了する

- ・ ステージ 3 の最後のセッション、あるいは、ステージ 4 の初回のセッションを最後に、セッションでの体重測定は終了とする。

- ・セッションでの体重測定終了後は、患者自ら、自宅で体重を測定する。

- ① 自宅での体重測定は、予め決めた日時に週に1回だけ行うように患者に指導する（平日の朝が一番いいだろう）。
- ② 自宅での体重測定に移行しても、体重グラフへの記入は継続してもらう。その際、直近の体重を過大評価しないこと、どのように解釈することが適切であったかをしっかりと思い出してもらう。
- ③ 自宅での体重測定、体重グラフへの記入は治療終了後20週までは継続してもらう。

5. Next step（宿題の確認、セッションのまとめ）（3分）

6. 次の予約をとる

4.2 上手に終わる2：セッション 39 (29, 24)

（治療開始時のBMI 16未満：月2回、治療開始時のBMI 18.5未満：3週に1回：50分程度）

1. 記録と宿題の吟味（10分）
2. 課題(アジェンダ)設定（3分）
3. 課題について話し合う（20～25分）

- ・ BMI 18.5～20 相当の体重を維持することは、治療終了後も非常に重要であることをしっかりと理解してもらう - 長期的な視野に立てば、BMI 20 以上を目指すことが望ましいことも共有する。患者が意図的に BMI を 18.5～20 を維持しているのであれば、依然、摂食抑制や食事制限をおこなっていることになる。そのことを患者に気づかせ、意図的な体重のコントロールをやめ、BMI を 20～21 程度を目指すことを提案する。

依然、BMI 18.5 未満の場合は、このステージのテーマに並行して、体重回復の取り組みを継続する。

- ・ 短期維持計画を作成する(資料 4-1、4-2 短期維持計画を参照)

治療が終了してから20週間、その期間に患者がすべきことを明確にする。ただし、実際に患者がどの程度までなすべきことを実行できるかをしっかりと見極めることが重要である。患者に過剰な負担がかからないよう十分に配慮をした上で、短期維持期計画を作成する。

- ・ 摂食抑制（食べることをコントロールしようと考えること）
 - 食物回避：これまで食べることを避けてきた食物があれば、それに挑戦することを検討する。
 - 会食：外食の機会に積極的に参加し、様々な種類の食物を食べる試みを検討する。
- ・ 体型と体重に対する過大評価
 - 日々の生活、あるいは、人生が、体型・体重に関することで大きな影響を受けないように、体型・体重に関すること以外の他の活動が、日々の生活や人生でどのような意味を持ち売のかをもう一度確かめる。体型・体重に対する過大評価があったために、その他の事柄を過小評価していなかったかを確かめる。：新しい活動に取り組み、それを継続する、あるいは、これまでに行っていた活動を継続することは、体型と体重に対する過大評価に対処する方

法の1つである。

- 体型確認：姿見としてではなく、通常とは異なる目的（体型確認）のために鏡を利用すること、あるいは、他の手法（メジャーで腕の太さを測ることなど）で、体型を確認することはやめるべきである。このような方法で体型確認を行なっても、多くの場合、さまざまなバイアスの影響を受けるため、正確なことは何もわからない。このことを患者にはしっかりと理解してもらう必要がある。
 - 体型確認の回避：これまで以上に、自身の身体を受け入れる取り組み（身体暴露）を継続していく必要がある。
 - 肥満感：「太っていると感じる」時には、他に「感じている」「気づいている」ことがないか、常に自らに問い続けることの重要性を理解してもらう。
- ・ 出来事・気分誘発される食行動の変化
 - 残遺過食：これまで用いてきた問題解決技法を使って対処する。
 - 気分不耐性：どうしたら気持ちを落ち着けることができるか、気分を安定させるために有効な方法を繰り返し練習する。
 - ・ 思考態度
再発の兆候を見逃さない。（教科書の例え話を参照：摂食障害の思考態度が持続することは、摂食障害というタイトルのDVDを繰り返し再生して見続けているという例え）- 摂食障害というタイトルのDVDが再生されないよう、「DVDを取り出す」ための2段階法を使う必要があるだろう。

最後に「やるべきことをしっかりやっていきましょう」と伝える。

5. Next step（宿題の確認、セッションのまとめ）（3分）

6.次の予約をとる

4.3 上手に終わる 3: セッション 40 (30, 25)

(治療開始時の BMI 16 未満：月 2 回, 治療開始時の BMI 18.5 未満：3 週に 1 回：50 分程度)

1. 記録と宿題の吟味 (10 分)
2. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)
3. 課題について話し合う (20~30 分)

可能な限り今後の再発リスクを最小化する

1. 継続すべき対応策と対処法を明確にする
 - ・ 「再発のリスクを可能限り小さくするため、これまでの治療で取り組んできた対策や行動の中で、これからも続けていった方がいいと思うものはありますか？」と患者に問い、継続すべき行動・対策についてしっかりと考えてもらう。
 - ・ 規則正しい食生活、週に 1 回の体重測定、問題解決技法、過食分析など、摂食障害の病理を克服するためにいずれのアプローチが有効に機能していたか患者自身が明確に理解することも、再発リスクを低くすることに有用である。(資料 4-3,4-4)。
2. 今後についての現実的な期待を抱く
 - ・ 順調に回復した患者の多くが、「今後、二度と食行動の問題は起こらない」という期待を抱きがちである。
 - ・ 治療者はその期待を積極的に否定することはせず、現実的な期待を持つことが重要であること、現実的な期待が叶えられていれば、それは十分に回復した状態であることを伝え、患者の今後の不安を軽減させる必要がある。
 - ・ 特定の状況下で摂食障害の思考様式が再燃することはあるうることである。このことをしっかりと説明し、それは悲観すべきことでもなく、この治療を完遂したものであれば、しっかりと対処できる準備ができていることを患者に伝え、自信を持ってもらう。
3. 「症状の再現 (lapse) = ぶり返し (setback)」と「再発 (relapse)」
 - ・ 「症状の再現 (lapse) = ぶり返し (setback)」を「再発 (relapse)」と見なさないことの重要性を伝える — (「症状の再現 (lapse) = ぶり返し (setback)」と「再発 (relapse)」は全く異なるものである。このことも患者はしっかりと理解する必要がある)。
 - ・ 摂食障害の症状が再燃・ぶり返したら、それを「症状の再現 (lapse)」と見做し、これまでの治療で身につけた対処法を用いることで、症状の再燃をコントロールすることが可能である。このことを患者にはしっかりと理解してもらう必要がある。
4. できる限り、ぶり返し(setback)のリスクを小さくする
 - ぶり返しの誘因となりやすいものを予め把握しておく。
 - ぶり返しリスクが大きくなる体重(一般的には BMI 18.5 以下)まで減少すると、途端に摂食障害の思考態度(マインドセット)が優勢となり、低体重による様々な影響が出てしまう。
 - ・ 体重・体型に関連した出来事：
体重の増加、「肥満感」へのとらわれ、人からの批判的な言葉、妊娠による体重・体型の変化、身体疾患に起因した体重減少など
 - ・ 食行動に関連する好ましくない行動：
摂食抑制、現時点でも維持し続けていた食事規則を破ってしまうこと、むちゃ食いエピソード

ドなど

- ・ 体重・体型、食行動以外のとても不快な出来事：
不愉快な出来事、自尊心を傷つけられるような出来事など
- ・ うつ病の発症・増悪：
新たにうつ病を発症する、あるいは、治療中のうつ病が増悪することも、ぶり返しを誘発するトリガーになる。

5. 再発 (relapse) の兆候に気付いた場合、あるいは、体重が危険域 (BMI 18.5 以下) に達した場合に備え、病気のぶり返し (setback) への対応策を予め作成しておくことが重要である (対応策を作成するよう患者に提案する)。

1. 摂食障害の思考様式 (mindset) に気づき、その思考様式から離れる努力をする。(DVD の例え: 摂食障害の思考様式になっていることに気づいたら、可能な限り速やかに、摂食障害というタイトルの DVD を取り出さなければならない。)
 - ・ 「再発の兆候、警告となるべき早期の兆候」を予め把握しておく - (DVD の例え: DVD が再生されたとき、最初に画面に表示されるものが何か)。
 - ・ 摂食障害の思考様式から離れる (DVD の例え: DVD を止めプレイヤーからディスクを取り出す)。
 - ・ 摂食障害の思考様式から離れるための方法
「やるべきことをやる」: これまでの治療で学んできた対処法・行動を実行する。
「摂食障害の思考様式から気持ちをそらせられるように人と積極的に交流する」:
楽しいと思える活動に参加することで、突如、とらわれてしまった「摂食障害の思考様式」を捨て、健康的な思考に戻ることが可能である。
2. ぶり返し (setback) の原因に対処する
 - ・ 何をきっかけにぶり返し (setback) が起こるのかを明らかにする。
 - ・ きっかけを明らかにしたら、問題解決技法を用いて対処方法を用意する。

6. 長期計画を立てる

- ・ 長期維持計画 (資料 4-3, 4-4: 長期維持計画) を立てる
- ・ 治療終了後も長期間、再発リスクを最小化する方法についてアドバイスする

4. Next step (セッションのまとめ) (3 分)

5. 治療終了時の評価

治療終了時に、体重測定、EDE-Q, CIA を用いた摂食障害の病理とその 2 次障害の評価を行う。

6. 治療終了から半年後のフォローアップ評価のための日程を調整する。

5. フォローアップ評価（治療終了から半年後）

治療効果がどの程度維持されているかを確認するため、CBT-E 治療終了（40 週時点）から半年が経過した時点で、体重測定、EDE-Q, CIA を用いた評価を行う。治療開始 20 週時点で寛解し、既に治療が終了している場合も、同タイミングでフォローアップ評価を実施してもいいだろう。

フォローアップ評価の際に、下記についても確認、評価するといいたいだろう。

- ・ これまでの治療で取り組んできた成果・変化が維持されているかどうか。
- ・ 治療終了後の期間で変化したこと・変化していないこと。
- ・ 未だ残っている症状や望ましくない行動の有無、それらが日常生活に及ぼす影響について。

大切なことは、これまでに達成した成果（変化）は「患者自らの努力で成し得たものであること」を患者にしっかりと実感してもらうことである。それゆえ、治療者は、このことを患者に明確に伝えることが非常に重要である。

1. 体重測定（5 分以内）

2. EDE-Q, CIA の実施・（現状評価）（20～25 分）

6. 資料集

治療セッションで用いる図表は、補足資料に掲載してある。

IV. 参考書籍・参考文献

1. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behav Res Ther* 2013; 51(1):R2-8.
2. Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behav Res Ther* 2013; 51(1):R9-R12.
3. Zipfel S, Wild B, Gross G, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:127–37.
4. Byrne S, Wade T, Hay P, Touyz S, Fairburn CG, Treasure J, Schmidt U, McIntosh V, Allen K, Fursland A, Crosby RD. A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychol Med* 2017;47(16):2823-2833.
5. Lock J, Agras WS, Fitzpatrick KK, Bryson SW, Jo B, Tchanturia K. Is outpatient cognitive remediation therapy feasible to use in randomized clinical trials for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2013;46(6):567-75.
6. Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, Folke S, Mathiesen BB, Katznelson H, Fairburn CG. A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2014;171(1):109-16.
7. Thompson-Brenner H, Shingleton RM, Thompson DR, Satir DA, Richards LK, Pratt EM, Barlow DH. Focused vs. Broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized controlled trial. *Int J Eat Disord* 2016;49(1):36-49.
8. Fairburn CG, *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*, Guilford Press, 2008（原本）。
9. Fairburn CG, 切池信夫 監訳, *摂食障害の認知行動療法* 医学書院, 2010（訳本）。
10. Dalle Grave R, 吉内一浩 監訳, *思春期の摂食障害のための認知行動療法 CBT-E マニュアル* 金子書房 2023

11. Otani M, Hiraide M, Horie T, Mitsui T, Yoshida T, Takamiya S, Sakuta R, Usami M, Komaki G, Yoshiuchi K. Psychometric properties of the Eating Disorder Examination-Questionnaire and psychopathology in Japanese patients with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2021;54(2):203-211.
12. Bohn K, Doll HA, Cooper Z, O'Connor M, Palmer RL, Fairburn CG. The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behav Res Ther* 2008;46(10):1105–10.
13. Horie T, Hiraide M, Takakura S, *et al*. Development of a new Japanese version of the Clinical Impairment Assessment Questionnaire. *BioPsychoSocial* 2020;14(19)