

摂食障害に対する認知行動療法 CBT-E 簡易マニュアル

Ver.1.1

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
精神・神経疾患研究開発費研究事業「心身症・摂食障害の治療プログラムと臨床マーカーの検証」

本マニュアル及び資料は、平成 29 年度国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神・神経疾患研究開発費研究事業「心身症・摂食障害の治療プログラムと臨床マーカーの検証（代表 安藤哲也）」で作成されました。

執筆は国立精神・神経医療研究センター心身医学研究部 安藤哲也、国立国際医療研究センター国府台病院心療内科 河合啓介、九州大学大学院医学研究院心身医学 須藤信行、九州大学病院心療内科 高倉 修、東邦大学医学部心身医学講座 端詰勝敬、東北大学大学院医学系研究科行動医学分野 福土 審、東京大学大学院医学系研究科ストレス防御・心身医学 堀江 武、東京大学大学院医学系研究科ストレス防御・心身医学 吉内一浩らにより行われました。

本マニュアルで使用される文言、図表は既存の資料を引用したものが含まれます。一部を除き引用文献リストにまとめて提示します。

本マニュアルの構成

- I. 総論
- II. CBT-E のロードマップ
- III. 各論
- IV. 参考書籍

I. 総論

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

○ 歴史的背景

1970年代後半より Fairburn CG 博士、Russell G 博士らにより神経性過食症患者(bulimia nervosa: BN)への認知行動療法(CBT-BN)が開発され、その後、1990年の後半までに無作為比較試験によりその有効性が証明されました。しかし、その治療成績をみると、完全寛解が持続するのは半数以下でした。Fairburn CG は Cooper Z、Shafran R らと共に、回復の障害になり病状を持続させている要因を特定し、治療法の改善を進めました。さらに、BNに留まらず、すべての摂食障害にこの治療法の適応を拡大し、2008年に「Cognitive Behavior Therapy and Eating disorders (The Guilford Press)」として CBT-E のガイダンスを出版しました(原本)。日本では 2010 年に切池の監訳によって「摂食障害の認知行動療法 (医学書院)」として出版されました(訳本)。CBT-E を習得するためには、ワークショップへの参加と専門家のスーパービジョンを修了することが必要とされています。本マニュアルはこれらの出版物を元に、日本人の摂食障害患者を対象とした治療に利用しやすいように作成しました。

○ CBT-E の理論

BN と神経性やせ症(anorexia nervosa: AN)などの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 に診断が移行する症例もあります。そこで診断による診断毎の差異に注目するよりも、各診断間の共通点に着目して、治療プロトコルは摂食障害の精神病理に対して、超診断的(transdiagnostic)治療を行うことを推奨しています。摂食障害の維持の超診断的理論では、摂食障害の精神病理は認知の障害(cognitive disorders)でありその中で摂食障害に固有で中心的な精神病理は、体型や体重、それらのコントロールにあると考えます。摂食障害の症状の多くはこの精神病理に由来する二次的な現象と考えます。

○ CBT-E の実践

治療の流れは、①規則正しい食生活と体重調節行動の修正をすすめながら、疾患を持続させている精神病理を特定していきます。食行動異常に打ち勝つ

ことは容易ではありませんが、患者さんを勇気づけながら進めていきます。②そのために、心理教育や疾病教育と並行して、治療当初より CBT-E 理論に基づく病態概念図(フォーミュレーション)を作成し、治療の進行に合わせて病態概念図を修正していきます。③面接の中で患者さんの食行動異常を維持している過程を明らかにし、どの過程にどのような順で取り組むかを決めてゆきます。④治療の後半ではそれぞれの患者さんの個別の課題を取扱うことになります。

2. マニュアルを使用した治療

この CBT-E を実施するには、治療者のワークショップへの参加と 20 回のスーパービジョンを受ける事が推奨されています。2017 年には Cooper Z や Fairburn CG により、インターネットを用いたオンライン学習と症例の経験が CBT-E の習得に有効である可能性が報告されています。

治療は、CBT-E マニュアルに沿って進めます。治療開始当初の 1 ヶ月間は週 2 回のセッションになります。病気を克服するためには治療を第一に優先することが重要であると患者さんに伝えます。半年間で初回セッションを含めて 21 回、CBT-E 開始前の評価セッションや終了後約 5 カ月後の再検討セッションを含めると 23 回のセッションを行いますが、長期的にみると決して多くはないと考えます。他の CBT と同様に良好な患者—治療者関係が重要なのは言うまでもありません。他の CBT に一般的に使用されるコラム法等の思考記録は原則的には用いません。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は可能です。集団療法としてよりも個人療法用として開発された治療法です。治療の継続に障害となるようなうつ病、パーソナリティ障害や被虐待歴などの問題の存在が明確になった場合は、その治療を優先することも検討してください。

なお、本簡易マニュアルは BMI が $17.5\text{kg}/\text{m}^2$ 以上の摂食障害患者さんを対象とした 20 セッション版です。BMI が $17.5\text{kg}/\text{m}^2$ を下回るような低体重の患者さんには 40 セッション版が推奨されます。

3. 体重測定の意味と自己モニター記録表の取扱い

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)セル

フモニタリングを行います。外来での体重測定は患者さんにとって非常に敏感で慎重に取り扱うべき課題です。治療者と患者さんが共に体重を確認して体重の経過をグラフ化することで体型や体重へのこだわりの評価が可能になります。さらに、患者さんがこれまで取ってきた病的な食行動の規則を変更しても、体重は大きく変化しないことを確認することができます。

セルフモニタリングは治療の中心的役割を果たします。記録表はセッション0からセッション18終了時まで続けます。飲食したものすべてと、その時何があったかを記録することが重要です。記録をつけることで、毎日のその時々何に何が起こっているか正確に知ることができます。

4. 病態概念図(フォーミュレーション)作成のポイント

過食は摂食抑制の結果生じると考えます。厳密なダイエット、体型や体重に対する過大評価、不適切な体重調節法などが、過食や嘔吐に結びついていることを図に示していきます。食行動の課題を客観視して、患者さんが今までと違う行動をする意味や効果を話し合い、その変化に注意を向けるよう援助し、治療の後半では認知を変えるように方向づけていきます。

5. 治療全体の流れ

- ・治療は、評価セッションを含め、以下のように全 23 セッションとなります。

ステージ	内容	治療週数	セッション回
	初回評価面接	-1	
1	導入・フォーミュレーション・心理教育	1	初回(0),1
	セッションでの体重測定と規則的な食事の確立	2	2,3(週 2 回)
	(同上)	3	4,5
	(同上)	4	6,7
2	進展の評価と今後の治療の計画	5	8 (週 1 回)
	(同上)	6	9
3	摂食障害を持続させている病理に取り組む	7-14	10-17 (週 1 回)
	(内容は患者によって異なる)		
4	将来に備える (再発防止)	15-20	18-20(2 週に 1 回)
再検討	治療終了 20 週後		

6. セッションの流れ

初回セッションは病歴聴取を含むため、面接時間は、約一時間半かけます。
その後は1回 50 分のセッションとします。

1. セッションでの体重測定(5 分)
2. 記録と宿題の吟味(10-15 分)
3. 課題(アジェンダ)設定(3 分)
4. 3 の課題について話し合う(20-25 分)

治療への意欲(動機)

フォーミュレーションとその意味

体重確認とその意味

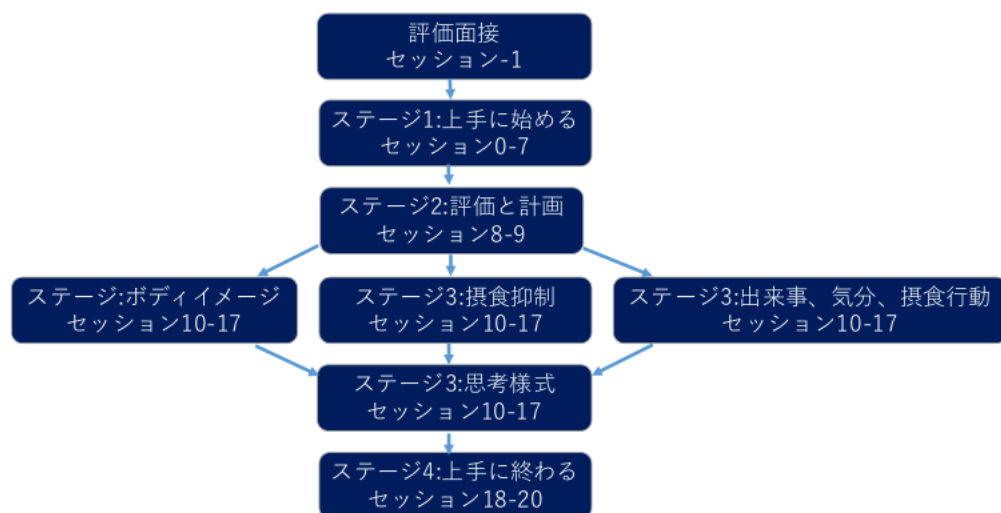
その他 など

5.宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約(3 分)

7. 本マニュアルについての注意事項

- ・本治療は原則外来治療を基本とします。
- ・対象患者：
 - ① 摂食障害患者
 - ② BMI 17.5kg/m²以上
 - ③ 18 歳以上を想定（若年患者に対する治療は訳本をご参照ください）
- ・治療者：医師(心療内科医、精神科医、内科医など)、臨床心理士、看護師

II. CBT-E のロードマップ



III. 各論

0. セッション 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 2-7 上手に始める

2. ステージ2 (セッション 8、9)

2.1 進展の評価と今後の計画

3. ステージ3 (セッション 10-17)

3.1 体型へのこだわり、体型確認、思考様式 (ボディイメージ)

3.1.1 過大評価とそこから派生したもの①

3.1.2 過大評価とそこから派生したもの②

3.1.3 自己評価で他の領域の重要性を強化

3.1.4 体型確認と回避

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 思考様式のコントロール

3.2 摂食抑制、食事規則、摂食コントロール (摂食抑制)

3.2.1 摂食抑制と食事規則への対処

3.2.2 食べすぎをコントロールすることへの過大評価

3.3 出来事、気分、摂食行動

3.3.1 出来事に関連した食行動への対処

3.3.2 残遺過食

3.3.3 気分に関連した食行動への対処

4. ステージ4

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. 再評価セッション(治療終了 20 週)

6. 資料集

7. 質問紙

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(6.質問紙を参照)を面接前に完成してもらう。

初回評価面接のテーマ

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法

体重や体型についての見方

3 食行動問題から生じた障害

心理社会的障害

身体障害

4 食行動問題の発生と進行(患者の体重変遷と以前の治療)

5 精神障害や身体疾患の併存

6 簡単な個人歴、生活史

7 家族歴(精神疾患、身体疾患)

8 既往歴

9 現況と今後の計画

10 受診と治療への心構え

1. ステージ 1

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)

セッションでの目標：

1. 患者を治療に取り組ませる
2. 現時点での精神病理の性質と重症度の評価
3. 食行動問題を持続させている過程のフォーミュレーションを作成を作成する
4. 実時間のセルフモニタリングを開始する

1.治療と変化に患者を導く

- ・「治療に来るにあたってはどうでしたか？」から始めてみる
→いやいや来た、周囲に強く後押しされてきたなどの答えがある
- ・治療者は患者自身のためにあるものであって、両親や配偶者・その他のためにあるものではないことを強調する。

2.精神病理の性質とその重症度の評価

食行動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(過去 4 週～3 か月)
 - 食習慣、体重や体型のコントロール法、体重や体型についての見方。
 - 典型的な日の摂食習慣(良い日と悪い日)。
 - 摂食抑制：食事規則、少しでもその規則を破った時の反応、カロリー計算、カロリー制限、食事の遅延。
 - 摂食制限(実際の摂取量の低下)。
 - 他の体重調節行動(嘔吐、下剤、過剰運動など)：頻度、食べ過ぎと感じた時の関連。
 - 食べ過ぎエピソード(食べた量と内容；その時に食べるのをやめられないと感じていたか：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、儀式的摂食)。
 - 酒・飲み物や喫煙の習慣。
 - 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、体重についての意見。
自己評価における体重、体型の重要性。
身体確認(体重測定や鏡、その他)。
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。
気分と集中力への影響。
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**

契機と発症の詳細。
その後の出来事(中心的な行動が相互関係においていつから始まったか。
体重歴(食行動問題のはじまりの前後、小児肥満の有無、最小体重と最大体重)。
治療歴：治療を探したか、治療が提供されたか、治療経験とそれへの態度、治療継続性と反応性。

• **既往歴、家族歴（精神疾患、一般身体疾患）**

生育歴。
学歴
子供時代の家族。
職歴。
対人関係(小児、青年、成人)。
家族の精神科歴(気分障害やアルコール)。
家族の摂食障害と肥満症。
有害な出来事(身体的虐待、性的虐待、死別、事故、いじめ、からかい)。
本人の精神科歴(不安障害、気分障害、完全主義、低い自己評価、自傷、物質乱用)。食行動の問題の発症と時間的關係、相互關係。

• **現在の状況と機能**

住居。

職業

婚姻状況、子供

家族とのつながり

対人関係機能(配偶者、家族、友人、社交)

過去の対人関係機能(食行動問題を生じてから)

過去の興味と適性(食行動問題を生じてから)

- **並存する精神障害**

現在の精神科並存症(気分障害、不安障害、物質誤用、自傷自殺関連行動など

現在の精神科治療

- **身体状態**

月経の有無も含む。

既往歴。

内服歴(経口避妊薬を含めて)。

- **(低体重による二次的に生じる特徴について聞く(決めつけてはならない)：資料 0-6 を参照)**

- **食行動問題への態度と治療**

食行動問題を持続させていることへの見解

治療開始への態度

治療への関心と変化への見込み

目標

- **その他**

「その他に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？」

3.フォーミュレーションの作成：資料 0-0 参照

- 紙に書くことで一步離れて見て、それを理解し、なぜ持続するのか理解するのを促す(脱中心化)。
- 食行動に興味を持ち始め、好奇心をそそられるように作成する。
- 患者の言葉で書く。
- 「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

要なものを示しています。これらのこと、その全てを変えることができればよくなります。その全て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ります」。

- ・ 「最初は食事の習慣に取り組みましょう。それからフォーミュレーションに示してある他のこと、例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」。

4.治療についての説明：0-1 治療についての説明を参照

- ・ 治療の性質と形式について説明する。
- ・ 実施方法（頻度と回数を含む）
- ・ セッションごとの体重測定について説明する。
- ・ 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言えるように働きかける。常に治療に参加していることを確認。

5.セッションでの体重測定の開始(Collaborative weighing) 0-2 体重経過表

- ・ 体重測定はセッションの中盤に行う
- ・ 患者の体重と一般的な体重の教育
- ・ 体重確認と忌避についての初歩的教育は数セッション先延ばしにする
- ・ 以下のように話し、家での体重測定は差し控えるように求める

「これから週に2回ここであなたの体重を見てみます。あなたの体重からたくさんのことを学ぶでしょう。つまり、一緒に行く週に2回の体重測定で体重についての良い情報や十分な情報を得ることになります。この体重測定に加えて家で体重測定をすることは混乱を招くことが考えられます。ですので、家で体重を測定することは、あなたが可能な限りやめていただけないかと思っています。今後時間をかけて詳細にあなたの体重とその解釈について話し合っていくことを約束します。」

6. セルフモニタリングの導入：

- ・資料 0-3 を用いてセルフモニタリングシートの説明し、資料 0-4 セルフモニタリングシートの見本を見せる。
- ・資料 0-5 セルフモニタリングシート(20 枚コピー)を渡す。

7.宿題：次回セッションまでの宿題をメモしてもらるか、書いて渡す。

- ・セルフモニタリングの開始。
- ・フォーミュレーションの吟味。

8.次回セッションの予約をとる

1.2

セッション1 (50 分程度)

セッション優先事項

1. 患者を治療へ取り組ませる（治療契約）
2. セッションでの体重測定を開始する
3. フォーミュレーションを吟味する
4. 体重確認（体重測定）と体重について教育する

1.セッションでの体重測定 (5 分)

2.記録の吟味 (10～15 分)

- ・ 患者の視点で書かれているか。
- ・ 記録への態度。
- ・ 飲食してから記録するまでの時間はすぐか。
- ・ 食事にカッコ、食べ過ぎに＊が正しく使われているか。
- ・ 食べたこと、飲んだことが省略も誇張されてもいないか。
- ・ 記録をつける上で困難なこと。
- ・ 患者への質問例。

「朝食を取っていませんね?」

「朝食を取ったことはないのですか? なぜですか?」

「胃が気持ち悪いというのは何を意味していますか?」

「なぜ午後 2 時 15 分にお菓子を食べたのですか?」

「はじめから吐き出す気持ちだったのですか?」

「吐き出す気持ちではなかったら食べていましたか?」

「なぜオレオとピーナッツバターを食べたと思いますか? きっかけは?」

「いつ気分が悪くなると気付いたのですか?」

「どれくらいのオレオなら受け入れられますか?」

3.課題(アジェンダ)設定 (3 分)

- ・ 治療への態度
- ・ フォーミュレーションとその意味
- ・ 体重確認と体重についての教育

- ・ その他

4,課題について話し合う (20～25 分)

- ・ 治療への態度

「治療が始まることをどうおもいますか？」

「治療について話し合いたい心配や悩みはありますか？」

来院についての実際的な問題も話し合う。

- ・ フォーミュレーションとその意味

フォーミュレーションについての見解を探り誤解を解く。

「この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ものについて、我々が理解していることです。あなたの問題をよりいっそう理解するにつれて、変えたり、修正するかもしれません」。

患者の話に応じて、追加や削除を行う。

- ・ 体重確認と体重についての教育

体重確認

資料 1-1 体重変動に関する解釈を用いる。

「体重は 1 日のうちにもとても変動します。それは水分の摂取状態、膀胱の調子、月経周期などに影響を受けます。ですから、頻繁に測定すると、体重計の小さな変動とられる原因となります」。

「直線 1 のように体重が上がっているとあなたはどんな気持ちになりますか？」

「直線 2 のように・・・」

「直線 3 のように・・・」

体重が上がっても下がっても同じでも食事制限が強化されることを共有し、こうした維持過程がセッションでの体重測定で中断されることを目指す。

治療中の体重、体重変化についての教育

「体重は強い生理的制御下にあるため、長期的に影響を及ぼすことはとても難しいことです。

「BMI は身長あたりの体重を表す便利な方法です。体重を身長²の二乗で割ったものです。」

BMI の閾値を示す。

著しい低体重 17.5kg/m²かそれ以下

かなり低体重 17.6-18.9

低体重 19-19.9

健康体重 20-24.9

(やや)過体重 25-29.9

著しい過体重 30 かそれ以上

自然な体重変動を考慮して約 3kg の幅を受け入れるように助言する。

- ・ その他

5.宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約(3分)

6.宿題

- ・ 記録の改善。
- ・ 家で体重を計らない。

7.次回セッションの予約を取る

1.3

セッション 2～7(週 2 回、50 分程度)

＊各セッションの始まりに、セッションナンバーと残りのセッション数を伝える。

ステージ 1 後半(セッション 2-7)の目標

1. 食行動の問題について教育

- ・ Overcoming Binge Eating(日本語版は翻訳中です)を 2 週目でコピーを渡す。

- ・ 訳本表 6-1 のテーマについて何回かに分けて教育する。

2. 規則正しい食習慣を確立(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)

3. 患者が望むなら重要な他者を参加させる。

1.セッションでの体重測定 (5分以内 週に1回)

2.記録と宿題の吟味 (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)

○規則正しい食生活の介入はセッション 2 か 3 で行う。

- ・「今や、あなたの食生活を変え始める時期です。最初は、単に何を食べるかではなく、いつ食べるかということです。1日を通して、規則的に食事をとることは、食行動問題を持つ人にかなり役立つことがわかっています。これをおこなうこと、上手になることは大変重要です。これは、他のすべての変化を生じる基礎となるからです。」→1-2 規則正しい食生活の説明文を渡す。

- ・ 朝食・昼食・間食・夕食・デザートの勧め。これ以外は食べないように指導。

- ・ 計画的な食事やおやつで食べるものを選択する：嘔吐、チューイング、下剤などは食後に使わないように指導。

- ・ 食べ物を変えるようには指導しない。

患者「何を食べればいいですか？」

治療者「優先事項は摂食パターンですので、何を食べるが問題ではありません

ん。」

患者「でも何を食べればいいのかわかりません。」

治療者「食事やおやつの時間にあなたが避けてきたものを少し取り入れるとか、様々なものを取り入れてみるチャレンジをしてみてください。」

- ・ カロリー計算はしないようにしてもらう。
- ・ 食事やおやつの患者の定義は非常識でない限り受け入れる。
- ・ 計画的な食事とおやつの間隔は4時間以上空かないように指導。
- ・ 新しい摂食パターンを他の活動よりも優先。患者の食欲や環境よりも優先。患者の日々の活動に合うように調整する(就業日と休日)。
- ・ 前もって計画を立てる。

「もし、私が予告なく電話しても、あなたが次に何を食べるかを言えるようになっておく必要があります。」

毎朝あるいは前の晩：セルフモニタリングの記録用紙の上部に1日の計画を書き出すよう

に指示。予期せぬ出来事があれば修正を行い、それも書き出し、実行する。

- ・ 自分の空腹感や満腹感よりも他者の食べる時間や行動を参考にするように指導。
- ・ 空腹感や満腹感によって何を食べるかを決めない。一人前の平均量(友達、近親者、レシピなどを参考)以上を食べない。
- ・ 会食については注意して計画を立てる。
 ビュッフェ：トイレなどで小休止をとり、次に何をどのように食べるか計画。
 飲酒は注意。

- ・ 計画した食事とおやつの間に食べないようにするための方法。

① 食べる事と関わりのない、活動に従事する。

電話、メール、友人横紋、散歩、運動、ネットサーフィン、入浴、シャワー、音楽

＊衝動に抗するための活動リストの作成。

② 食べたいという衝動に焦点を当てる。それが従う必要のない一時的なものであることを認識する。

過食をやり過ごす術を身につける。

過食衝動は一旦強まったのちに、次第に治まるという経験(urge surfing)をする。

- ・ 食習慣が無秩序で摂食制限が厳しい患者。
徐々に正しい食生活パターンを導入する。午前中に焦点。
- ・ 問題の解決方法
 - ① 食事コントロールを失敗したと思いその日の努力を断念する。
2 分割思考の良い例であることを指摘。
「規則正しい食生活の確立には段階がある」と言いながら教育。
毎日の実行度を 0～5 でスケールし評価。
 - ② 患者：“このような方法で食事をとったことない！家族や友人もそんな風にしていない！”
→「こういう食習慣を身につけるのは食行動問題を克服するのにとても役立ちます。他の重要な変化をしていくための基礎となります」。
患者：“朝食を食べると食べるスイッチが入るのでは!”
→「規則正しい食生活はそういう信念を試し、覆す機会を与えてくれますよ。」
患者：“夜食食べると体重が増えるのでは!”
→「体重調節に関わるのは 1 日で摂取されたエネルギーの総量によって規定されます。いつ摂取したかではないのです。そういうあなたの信念を試し、覆す機会を与えてくれるのでやってみましょう」。
患者：“食事やおやつを食べると体重が増えるのではないか”
→「規則正しい食生活は過食の頻度を減らし、その結果エネルギーの総摂取量を減らしてくれるのです。嘔吐をしても過食すると多くのエネルギーが吸収されるのですよ。」
 - ③ 少ししか食べてないのに満腹感を生じ、この感覚によりのちに嘔吐や下剤の乱用を切望する患者に対して
「満腹感は、一般的に 1 時間以内に治ります、満腹感を生じやすい傾向は規則正しい食生活を確認することで徐々に改善されていきます。」
 - ④ 食事の計画を立てたくない患者に対して
「そのようなライフスタイルは摂食障害の克服を困難にしますよ」。
「これからの 20 週間は（つまり治療の間）、食習慣がより規則的で予測できるようにすることに関心を持つようしてください」。
 - ⑤ 気分転換のための活動に反対する患者に対して
「患者が取り組んでいることは、食べたいという衝動に抵抗するすべ

を学ぶ（計画された食事やおやつの間）ことであり、これを実行するたびに、達成したことになるのです」。

「衝動サーフィン(**urge surging** をしているのです。過食したいという思いが大きくなったり小さくなったりするのです。たとえあなたが、その日の後に再び過食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」。

「こうすることで安定した食事パターンを取り戻すことができるのですよ」。

○食生活について

- ・ 食事を徹底して形式化。

「在宅時に決まった場所にすわった時だけ食べ、始まりと終わりをはっきりさせましょう」

- ・ 包みや鍋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。残ったものは食べ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する。

「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」。

- ・ 食事の速度の異常についての取り扱い。

過食の早食いは取り扱わない。

＊過食以外の食事での早食いは取り扱う。

「食べるスピードを緩めると自分の食べる量がコントロールしやすくなる傾向があるので、15分は食事に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。水を飲んだり、食べている間会話をするのもいいと思います」。

「同席した人とペースを合わせてみるのもいいでしょう」。

＊食べるスピードがゆっくり

食べる時間に制限を設けることもある。

○排出行為

- ・ 代償性排出行為：主観的・客観的過食エピソードを代償するために用いられる。→摂食コントロールが回復すれば減少する。

- ・ 非代償的排出行為：体重コントロール目的での日常的に行う。過食のエピソードとは関連が密接ではない。→対処する。
- ・ 排出行為の影響を教育。

① 自己誘発性嘔吐に関する説明

「主観的または客観的過食のエピソードを代償するため、または体重コントロールするために行うのですが、あまり効果がないのです。実は食べたものの約半分しか吐けないのです」。→過食のカロリーと吸収されるカロリーの概算を行うことも有効。

「代償的にやっているのであれば、その効果を信じて過食を維持しようとしします。すなわち、さらなる食べ過ぎに対して心理的抑制意識が低下してしまうのです」。

「身体合併症、特に電解質異常（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）唾液腺肥大、前歯の内側表面のエナメル質の溶解が生じます」。

「問題が進行すると、羞恥心や罪悪感、秘密やごまかしなどが生まれます」

非代償性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する説明の例

「主観的または客観的過食のエピソードを代償するため、または体重コントロールするために行うのですが、あまり効果がないのです。実は下剤は食物の吸収にほとんど効果がありません。利尿剤に至っては皆無です」。

「代償的にやっているのであれば、その効果を信じて過食を維持しようとしします。すなわち、さらなる食べ過ぎに対して心理的抑制意識が低下してしまうのです」。

「下剤も利尿剤も脱水により、ごく短期的に体重に影響を及ぼします」。

「身体合併症、特に電解質異常（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）唾液腺肥大、前歯の内側表面のエナメル質の溶解が生じます」。

「問題が進行すると、羞恥心や罪悪感、秘密やごまかし、お金の浪費などが生まれます」

下剤の中止または週ごとの漸減(毎週半量ずつとする)。

「中止する過程で、水分が貯留しやすくなって、むくみが生じ、一時的に体重が増加することがあります」とあらかじめ説明。

○満腹感

＊食事療法的な側面に焦点を当て、規則正しい食生活の確立と組み合わせて行う。体型へのこだわりに関連した側面はここでは扱わず、ステージ 3 で取り扱う。

- ・満腹だと感じる内的な生理的な感覚。

正常な生理的体験→これを取り戻すためには規則正しい食生活が数ヶ月必要。

- ・自分が食べ過ぎだと考える。

日々のエネルギー必要量を教育。

- ・腹部が突き出ていると思う。

低体重の患者によくみられる訴え。

自分の容姿については厳しい判断を下す傾向がある。

食品の種類や炭酸飲料などで腹部膨隆は誇張されることをディスカッションする。この体験と太ったということを同等に扱わないように指導する。

高繊維質なものよりも高エネルギーのものを選ぶ、炭酸飲料摂取の制限、腹部を強調するような服を着ないなどの工夫をする。

「職場の同僚がランチの後にお腹がでっぱってますか？変化していますか？」

- ・衣服がとてもきつく感じる。

「食後の自然な体型の変化は消え去るものです。食べ過ぎや太ったことの指標ではありません」。

- ・太っていると感じる。

ステージ 3 で取り扱うのが良い。

「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同じではありません」。

○低体重への対処

○過剰運動への対処

- ・ 代償的運動：主観的・客観的過食のエピソードを代償するために行われる。
→治療において取り扱わなくて良い。
- ・ 非代償的運動：運動が体重コントロール目的で日課として行なわれる。摂食との関連は密接ではなく、気分を調整するために行う場合もある。
- ・ 運動が過剰であるならばセルフモニタリングの右側の欄に記録する。
- ・ 低体重の患者には特に注意が必要。
- ・ 運動の影響について教育。

「主観的または客観的過食のエピソードに続く、または体重コントロールの通常の間として行うのですが、体重コントロールの手段としては比較的効果がありません」。

- ・ 「強迫的に行う場合、運動に対する内なる衝動により、運動が他の活動より優先されていませんか？」
- ・ 「著しい低体重による骨粗しょう症や電解質異常を伴う場合、身体的にとても危険で、骨折をしたり、心臓が止まったりすることがあります。」
- ・ 強迫的に行っている場合の不利益（例えば、時間浪費、社会的に混乱）についても取り扱う。

○重要な他者(例：両親やパートナーなど)の治療への導入

・ まず個人 50 分。そのあと患者と他者とのセッション 45 分。計 95 分。セッションは 3 回程度まで。

- ・ 重要な他者を関わるための指標
 - ① 他者は患者が変化するのを助けることができるか。
 - ② 他者は、患者が変化することを困難にしているのではないか。例えば、患者の外観や食行動について悪いコメントをしているなど。
- ・ 患者の多くは重要な他者に対しても自分の食行動の問題を隠しており、それを明らかにすることでもう後戻りできないようにするという利点もある。
- ・ セッションの内容
 - ① 治療者の紹介、お会いする目的の説明。
 - ② 患者による治療及びその論理的根拠。自分がなにに取り組もうとしているのかの説明。

③ 重要な他者の見解を聞く。

質問に答える。

それぞれの問題に取り組む。

食事や外観について保証を求めてくる患者への対処。保証を与えるのを断るか、1回だけにする。

④ 实际的に援助するやり方を話し合う。

患者が計画した食事やおやつの間に食べたい衝動に対処することが困難な場合、援助の要請に応える。

低体重患者がなにをどれくらい食べるかを援助して、その後は一歩引いて患者自らが決めるように促す。

5.宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

6.次回セッションの予約を取る

＊セッション7の終わりには次からは週に1回のセッションとなることを伝える。

2. ステージ 2

2.1

進展の評価と今後の計画

セッション 8、9（週 1 回、50 分程度）

目的：1. 進行具合を共に吟味する。

2. 変化への障壁を見つける。

3. フォーミュレーションの吟味。

4. Broad バージョン(訳本を参照)の CBT-E の適応を検討する。

5. ステージ 3 の計画。

*同時に、規則正しい食事、体重測定、家では体重をはかならないなどステージ 1 の要素はステージ 2 以降も継続する。

*EDE-Q, CIA, その他の心理テストを施行しても良い。

1. セッションでの体重測定（5 分以内 週に 1 回）

2. 記録と宿題の吟味（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）

○治療の進行具合を共に吟味する。

- ・ 何が変わって何が変わらなかったかをバランス良く評価できるように導く。
- ・ すでに生じた変化を強調した上で、どのような問題が残存しているかを見つけていく→これまでの治療で良かったことを話し合う。
- ・ うつ病がないかどうかを評価する(自己批判、熱意ややる気の低下、宿題をしなくなるなどの兆候がないか。もしうつがあれば薬物治療を行う。

○変化することへの障壁を明らかにする。

- ・ 「今、あなたの治療の進み具合を確認するだけではなく、あなたの治療に対する気持ちを見つめ直す良い機会です。私たちが行っていることや進み具合に満足していますか？何か提案しておきたい問題などはありませんか？」。

- ・ 私たちが共に納得した変化を達成するために用いた治療がうまく使われたかどうかもう一度再検討しましょう。これまでの治療における様々な要素の一覧表があります。一緒に目を通して、どのように進捗しているか考えてみましょう」。→2-1 治療の要素を見ながら。
- ・ 治療の手順や参加に関わる問題が明らかとなった場合はその原因を探す。
 - 摂食障害自体による要因→フォーミュレーションに応じて確認する。
 - 一般的障壁
 - ①変化への恐怖
 - 訳本第 11 章 p191 参照。
 - ②全般的な変化に対する抵抗（頑固さなど）
 - 抵抗の源を探し出す。
 - 変化の結果よるものか？→恐怖を明らかにし、取り組む。
 - いかなる形の変化に対しても、より全般的に抵抗を示すのか？→病的完全主義(訳本第 13 章)や低体重(訳本第 11 章)が関与しているかもしれない。
 - ③治療に競合するような要因(仕事のプレッシャー、子供の要求など)
 - 治療を最優先とすることを強調する。
 - 変化することの得失について話し合うこともよい。訳本第 11 章 p191 参照。
 - ④外的イベントと対人関係上の困難(訳本 p302 参照)
 - 基本的に患者の生活に何が起ころうとも摂食障害に焦点を当てていく。
 - クライシスセッションを設ける場合もある(1-2 回)→困難とその解決について話し合う。
 - 危機が深刻な場合は CBT-E を数週間延期する場合もある。
 - 問題が解決した後は、遅れを取り戻すセッションを持つ。
 - ⑤不十分な計画
 - 計画の重要性を再度強調する(食事の計画など)
 - ⑥うつ
 - 十分に評価し、うつの治療を行う。うつの治療によりセッションを延期することもある。
 - ⑦中核的な低い自尊心
 - Broad version を適応(訳本第 13 章)：本簡易マニュアルには含まれません

⑧完璧主義

Broad version を適応(訳本第 13 章)：本簡易マニュアルには含まれません

⑨薬物乱用

変化の障害になるならば、薬物乱用について取り組む。→CBT-E の一時中断か中止

間欠的な薬物乱用は CBT-E で取り扱う。

⑩CBT-E に対する嫌悪

一生懸命やればそれだけのことが得られる。経験的に立証された治療法であることを受け入れてもらう。

○フォーミュレーションの見直し・修正を行う。

上記の評価を鑑みて、必要な場合は修正する。

○CBT-E の **Broad version** を使用するかどうかを決める。

○ステージ 3 のデザイン

1. 体型と体重の過大評価(3.1：ボディーイメージ)
2. 食べることをコントロールすることの過大評価(3.2：摂食抑制、食事規則、摂食コントロール)
3. 摂食抑制：摂食を抑制しようと企てていること(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. 低体重でいること(訳本第 11 章：本簡易マニュアルでは扱いません)
6. 出来事や気分がきっかけとなり生じる食行動の変化(3.3：出来事、気分、食行動)

→どの順序で行うかを定める。

低体重の場合は 5. が最優先。

1. あるいは 2. から始めることが多い。
1. と 2. を扱った 1～2 週後に 3. と 4. を扱う。
- 4 を扱った 1～2 週後に 6. を扱う。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3 分)

6. 次回セッションの予約を取る

3. ステージ 3

3.1 ボディイメージ

セッションの目標

摂食障害の独特の「中核の精神病理」である。このモジュールでは体重や体型と、これらのコントロールへの過大評価に対処する。これには 6 つの主要要素がある。

1. 過大評価とそれから派生したものを同定する
2. 自己評価において他の領域の重要性を強化する
3. 体型確認と忌避へ対処する
4. 「肥満感」へ対処する
5. 過大評価の原因を追究する
6. 摂食障害的思考様式のコントロールを学習する

3.1.1 過大評価とそこから派生したもの①

セッション 10-17 (週 1 回、50 分程度)

体型へのこだわり、体型確認、肥満感と思考様式

- ・ 治療には時間がかかり、変化もゆっくりしているため、ステージ 3 に取り組む際は、早めにこれに取り掛かる。

<体型・体重のこだわりに対する対処手順>

- ① 過大評価とそこから派生したものを明らかにする。
 - ② 自己評価において他の領域の重要性を強化する。
 - ③ 体型確認とその回避に対処する。(体重確認とその回避はステージ 1 を確認。)
 - ④ “肥満感”に対処する。
 - ⑤ 過大評価の原因を突き止める。
 - ⑥ 摂食障害の思考様式のコントロールを学ぶ。
- ・ 一般に最初の 4 つは、この順番で行う。最後の二つはステージ 3 の終盤近くまで残しておく。
 - ・ ①~④で、体型（体型確認と確認回避、肥満感）と体重（体重確認と確認回避）の過大評価を徐々に取り除く。
 - ・ 中核の精神病理に影響を与えるこれらの因子を取り除き、病理に大きな影響を与える。
 - ・ 人生の他の領域の重要性が増し、食事制限に対処し（訳本 9 章と 11 章を

参照)、出来事に関連した食行動変化に取り組む(訳本 10 章参照) ことで相乗効果を得る。

- 患者を長年追跡した研究では、患者が治療中に学んだ行動をとり続けると、治療後 6~9 か月で過大評価が徐々に減る。(メンテナンス計画; 訳本 12 章を参照)。
- これを始めたら、面接で継続して扱い続けるテーマとする。

7. セッションでの体重測定 (5 分以内 週に 1 回)

8. 記録と宿題の吟味 (10 分以内)

9. 課題(アジェンダ)設定 (3 分)

10. 課題について話し合う (20~25 分)

① 過大評価とそこから派生したものを明らかにする。

- 自己評価という抽象的な話題について患者を教育する。
- やり取り例

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に焦点を当ててみましょうと思います。なぜかという、あなたの食事の問題を扱いながらわかってきたことを振り返ると[フォーミュレーションを参照]、あなたの体型や体重への不安が中心を占めていることが分かります。それらがあなたの食事の問題を進行させる重要な因子で、あなたを苦しめていることなので、私たちはそのことにも焦点を当てる必要があります。

患者：はい、私はいつも体型を気にしていて、怖くて、それが自分でも嫌です。

治療者：まず初めに、私たちがみなどうやって自分自身を評価したり判断したりするのかを話す必要があります。普通、人は様々なものに従って自分自身を評価します。例えば他人との関係は結構大切です・・・家族や友人との関係はどんな感じか。他に、仕事や休日はどうか・・・スポーツや、音楽だったり、料理だったり。見た目も重要かもしれません。今、もし人生の色々な物事がうまく行っているなら、気分がいいけれど、もしそうでなければ気分が沈む。気分が沈む時というのは、その領域の重要性を知るいい手がかり

になります。もしある領域がうまくいってなくて気分が沈んでいるなら、それは自分の自己評価を左右するとても重要な領域の可能性が高いです。わかりますか？

患者：はい、私もそう思います。例えば私は見た目で本当に気分が沈んで、外にも出ないときもあります。

治療者：だから、体型や見た目が自分の自己評価において非常に重要になっているということです。このことを表す良い方法があつて、あなたが自分を評価する際に重要視する様々な領域を挙げて、それをスライスで表して円グラフを描きます。そのスライスが大きくなればなるほど、それはより重要ということです。今から一緒にあなたの円グラフを作ってみたいと思います。始めに必要なのはあなたが自分を評価する上で重要視することを書き出すことです。それは何でしょうか？

- ・ 患者が自分独自の自己評価の仕組みを理解できるように、
 1. 患者が自分を評価する上で重要視する人生の領域のリストを作る。
 - ・ 体型、体重、食事がリストに挙がらなかった場合は、次のように言及する。
“容姿、体型、体重や食事をコントロールすることはどうですか？”
 2. リストに挙がった自己評価の領域を重要度で順位づけ（ランクづけ）していく。
 - ・ 患者がどのように自分を評価すべきと思っているかではなく、実際どのように自分を評価しているかが明らかになるように努めること。
 3. 仮の円グラフを作る。それぞれのスライスのサイズが患者の自己評価にとっての重要度合いを表す（資料 3-1 円グラフ参照）
 4. 描いた円グラフについて、患者の意見を尋ねる。この過大評価は、摂食障害の典型であり、変えることができると再認識させる。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

円グラフを再検討してもらう：日々の態度・行動（セルフモニタリング記録）に基づき、円グラフが問題の正確な実態を反映しているか検討してもらい、円グラフを作り直していく。

セルフモニターの記録をつけた後に定期的に円グラフを書いてもらうのも良い。

6. 次回セッションの予約を取る

3.1.2 過大評価とそこから派生したもの②

セッション 10-17 (週 1 回、50 分程度)

体型へのこだわり、体型確認、肥満感と思考様式

- ・ 治療には時間がかかり、変化もゆっくりしているため、ステージ 3 に取り組む際は、早めにこれに取り掛かる。

<体型・体重のこだわりに対する対処手順>

- ①過大評価とそこから派生したものを明らかにする。
 - ②自己評価において他の領域の重要性を強化する。
 - ③ 体型確認とその回避に対処する。(体重確認とその回避はステージ 1 を確認。)
 - ③“肥満感”に対処する。
 - ④ 過大評価の原因を突き止める。
 - ⑤ 摂食障害の思考様式のコントロールを学ぶ。
- ・ 一般に最初の 4 つは、この順番で行う。最後の二つはステージ 3 の終盤近くまで残しておく。
 - ・ ①~④で、体型（体型確認と確認回避、肥満感）と体重（体重確認と確認回避）の過大評価を徐々に取り除く。
 - ・ 中核の精神病理に影響を与えるこれらの因子を取り除き、病理に大きな影響を与える。
 - ・ 人生の他の領域の重要性が増し、食事制限に対処し（訳本 9 章と 11 章を参照）、出来事に関連した食行動変化に取り組む（訳本 10 章参照）ことで相乗効果を得る。
 - ・ 患者を長年追跡した研究では、患者が治療中に学んだ行動をとり続けると、治療後 6~9 か月で過大評価が徐々に減る。(メンテナンス計画；訳本 12 章を参照)。
 - ・ これを始めたら、面接で継続して扱い続けるテーマとする。

1. セッションでの体重測定 (5 分以内 週に 1 回)

2. 記録と宿題の吟味 (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 過大評価とそこから派生したものを明らかにする(続き)

円グラフについてさらに議論し、必要に応じてスライスのサイズを修正する。一般的に、体型と体重のスライスは拡大される。

- 体型・体重とそのコントロールの過大評価という、(円グラフが示す) 自己評価の仕組みによって、どんな問題が起こり得るのかを検討する。

1. 円グラフが一つのスライスで占領されると、人生の見方を狭くし、興味や才能、人間関係は無視されてしまう。

2. 容姿や体重、それをコントロールすることに重点を置いて自分を評価するのは、本質的に問題がある。次のように伝えてもよい。

“a. 人の体型、体重、食事は生理学的作用が働いて強力にコントロールされているので、自分で食事をコントロールしようとしても限界があります。短期間は食事をコントロールできても、長期間になると、かなりの努力が必要で、その結果犠牲も伴います。体型や体格も同様で、大抵受け入れるしかないものなのです。

“b. 多くの人が自分よりも魅力的に見えるかもしれません。理由の一つは、摂食障害を持つ人が自分の容姿を評価するときに、自分を魅力的でないと思いがちであったり、他人と比べて否定的になったりするためです。この結果、自分はダメだと繰り返し感じるようになります。

”c. このように自分を評価し続けると、やがて自分を害するような行動をとるようになります。例えば、[治療者は少食、過食、自己誘発嘔吐、下剤乱用などのような当てはまる例をリストアップする]。そして摂食障害は治らなくなり、日々の生活の質も下がります。

- 最終ステップとして、過大評価がもたらした結果を含めて、“拡張版フォーミュレーション”を作成する。

1. まずは、体型や体重、容姿に重点を置いた結果、患者はどう行動し、何を経験するのかを患者自身に尋ねる。

2. 目標は、体型-2 のような図を、治療者とともに、矢印を加えたり強調したりしながら、作り出すこと (3-2 参照)。

「体重や体型のこだわりと、それをコントロールするために行ったことやそれにより生じたことが、かえってこだわりを強める結果になっています。例えば、体型を繰り返し確認していると体型に対する不満が募ってきます

し、自分の体から目を背けたり、体重を知るのを避けていると確実に恐れやこだわりが続くことになります。肥満感についてはまだ話していませんが、『肥満』と同一視され、外見についての不満が持続することになります。このようなこだわりにより生じた事柄で、体重や体型への不満がさらに募りますので、これに対処することが必要となります。もうわかっているように、悪循環に陥ります。こうした問題に立ち向かうことで悪循環を断ち切ることができます。」

- ・ 体型や体重、そのコントロールへのこだわりに対処する方法を患者と一緒に考える。次の2つを並行して行う。
 1. 自己評価の他の領域の重要性を強化すること（円グラフの他のスライスの大きさや数を増やす）。
 2. 体型、体重、そのコントロールの重要度を小さくすること（スライスのサイズを小さくする）。一番有効なのは、過大評価より生じる項目に取り組むことである。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

フォーミュレーションの確認。

実行すべき項目を考える。

6. 次回セッションの予約を取る

3.1.3 自己評価で他の領域の重要性を強化

セッション 10-17 (週 1 回、50 分程度)

体型へのこだわり、体型確認、肥満感と思考様式

- ・ 治療には時間がかかり、変化もゆっくりしているため、ステージ 3 に取り組む際は、早めにこれに取り掛かる。

<体型・体重のこだわりに対する対処手順>

- ① 過大評価とそこから派生したものを明らかにする。
- ② 自己評価において他の領域の重要性を強化する。
- ③ 体型確認とその回避に対処する。(体重確認とその回避はステージ 1 を確認。)
- ④ “肥満感”に対処する。
- ⑤ 過大評価の原因を突き止める。
- ⑥ 摂食障害の思考様式のコントロールを学ぶ。
 - ・ 一般に最初の 4 つは、この順番で行う。最後の二つはステージ 3 の終盤近くまで残しておく。
 - ・ ①~④で、体型（体型確認と確認回避、肥満感）と体重（体重確認と確認回避）の過大評価を徐々に取り除く。
 - ・ 中核の精神病理に影響を与えるこれらの因子を取り除き、病理に大きな影響を与える。
 - ・ 人生の他の領域の重要性が増し、食事制限に対処し（訳本 9 章と 11 章を参照）、出来事に関連した食行動変化に取り組む（訳本 10 章参照）ことで相乗効果を得る。
 - ・ 患者を長年追跡した研究では、患者が治療中に学んだ行動をとり続けると、治療後 6~9 か月で過大評価が徐々に減る。(メンテナンス計画；訳本 12 章を参照)。
 - ・ これを始めたら、面接で継続して扱い続けるテーマとする。

1. セッションでの体重測定 (5 分以内 週に 1 回)

2. 記録と宿題の吟味 (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)

②自己評価において他の領域の重要性を強化すること。

- ・ 体型や体重を過大評価すると、自己肯定的に働くはずの分野を過小評価してしまう。

1. 他の領域の数が少なくなる。(患者の円グラフには他のスライスがほとんどない)

2. 他の領域の重要性が小さくなる。(スライスのサイズが小さい)。

- ・ 患者が人生の他の領域に没頭し、それらの領域をより重要視するようにする。

・ 若年発症の場合、摂食障害特有のこだわりに囚われている間に、対人関係などの発達が遅れ、二次的な障害が生じる。それまで過少評価してきた他の分野を伸ばすことは、患者の発達面の遅れを取り戻す効果も大いに期待できる。

<他の領域の重要性を強化する手順>

1. これに取り組む論理的根拠を説明する。

「あなたはこれまで、自分の今の円グラフの形に満足していない、特に食事、体型、体重が占めるスライスがもっと小さくあってほしい、と言ってこられました。そのための方法は、今まで脇に追いやってきた他の領域に没頭することです。これに時間を費やすことで、他の領域が自分の人間としての評価にとって、より重く、影響を与えるものになってくるのです。」

2. 患者が熱中できる新しい活動を見つける。

- ・ 患者が摂食障害を発症する前にやっていた活動や興味を“ブレイクストーリーミング”で挙げていく。

- ・ 自分の友人や同僚が余暇に何をするか考えさせると、よいアイデアが浮かぶこともある。

3. やってみようと思う活動の一つ、できれば二つ決める。

- ・ 実行可能なもので、一回限りの行事でなければ、何でもよい。
- ・ 他人も巻き込むものであれば、患者も続ける可能性が高くなり、対人関係の発達にも役立つ。

4. 実際に活動し始めたことを確認する。

- ・ セルフモニタリングの最後のコラムに、新しい活動を書いても

らうようにする。

- ・ 没頭できない理由を考え、解決策を検討させる。問題解決アプローチが効果的である。

(問題解決アプローチは、出来事が食事にどう影響するかを扱うときに指導される患者もいる。(訳本 10 章参照))

- ・ 活動を躊躇う患者には積極的に関わる。始めることが最優先であり、その後、治療者は一歩離れて見守ること。

5. 毎週進歩を検討する。(面接で継続して扱う)

- ・ 治療者は患者を励まし、継続を促すこと。
- ・ 問題解決アプローチを使って、活動上の困難への対応を検討する。
- ・ 治療期間中、中断する活動もあり、新しい活動が取り入れられることもある。
- ・ 治療の終盤で、患者に再び円グラフを描いてもらう。患者の進歩を確認し、その変化を讃えるとよい。
- ・ 体型、体重を表すスライスは小さくなり、新しいスライスが現れているだろう。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3 分)

6. 次回セッションの予約を取る

3.1.4 体型確認と回避

セッション 10-17 (週 1 回、50 分程度)

体型へのこだわり、体型確認、肥満感と思考様式

- ・ 治療には時間がかかり、変化もゆっくりしているため、ステージ 3 に取り組む際は、早めにこれに取り掛かる。

＜体型・体重のこだわりに対する対処手順＞

- ① 過大評価とそこから派生したものを明らかにする。
- ② 自己評価において他の領域の重要性を強化する。
- ③ 体型確認とその回避に対処する。(体重確認とその回避はステージ 1 を確認。)
- ④ “肥満感”に対処する。
- ⑤ 過大評価の原因を突き止める。
- ⑥ 摂食障害の思考様式のコントロールを学ぶ。
 - ・ 一般に最初の 4 つは、この順番で行う。最後の二つはステージ 3 の終盤近くまで残しておく。
 - ・ ①～④で、体型（体型確認と確認回避、肥満感）と体重（体重確認と確認回避）の過大評価を徐々に取り除く。
 - ・ 中核の精神病理に影響を与えるこれらの因子を取り除き、病理に大きな影響を与える。
 - ・ 人生の他の領域の重要性が増し、食事制限に対処し（訳本 9 章と 11 章を参照）、出来事に関連した食行動変化に取り組む（訳本 10 章参照）ことで相乗効果を得る。
 - ・ 患者を長年追跡した研究では、患者が治療中に学んだ行動をとり続けると、治療後 6～9 か月で過大評価が徐々に減る。(メンテナンス計画；訳本 12 章を参照)。
 - ・ これを始めたら、面接で継続して扱い続けるテーマとする。

1. セッションでの体重測定 (5 分以内 週に 1 回)

2. 記録と宿題の吟味 (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)

③体型確認とその回避に対処する。

体型確認とその回避について患者を教育する

1. 患者は異常なやり方で繰り返し自分の身体を確認している。体型確認により、身体や容姿に不満を持ち続ける傾向がある。
2. 自分で身体を見るのを避けたり、他の人に見られるのも嫌がる者がいる。彼らは過去に体型確認を繰り返し、その辛さから、避けることに切り替えた者である。鏡を見ることを避け、お腹を隠し（腕などで）、写真を見ないことで、自分の実際の見た目を知ることなく、体型の不安に固執する。
3. 体型確認・回避は共存しえる。繰り返し身体をチェックしながら他人を避ける人もいれば、確認と回避を交互に行き来する人もいる。
4. 他人と自分を比較することは、体型確認の特殊な形である。これを繰り返し行うことで、他人と比べて自分は劣っていると思い込む。

体型確認を評価する

・様々な標準的身体確認質問紙のうち、臨床的に体型確認の評価に有益だったのが、患者が自分の身体を確認する度に記録を残すことであった。

（通常のモニタリング記録を改良した用紙を用いる：資料 3-3,3-4 セルフモニタリングシート体型確認を参照）※体型確認を無意識にしている場合は、質問票では評価できない。

・体型確認を記録することは苦痛を伴うため、24 時間の記録を 2 日間だけ（平日（仕事の日）と休日）やってもらう。

・記録すべき行動の一般例は、鏡を見たり、身体をつまんだり触ったり、衣服の締め付け具合を確かめたり、身体を眺めたりすることがある。

記録内容：何がどのように行われたか、時間はどれくらいか、体型確認をしている間とその後の考えや感情（できるだけその場で）。

・次の面談で、記録内容を詳細に検討する。体型確認のほとんどが明らかにできたか（選んだ日が典型的な日であったか）を確認する。

体型確認行為について問う

・なぜ身体をチェックするのか、そしてその結果が何であるかについて考える。

やり取り例

質問 1. “あなたは自分の身体をチェックする時、何を見つけようとしているのですか？このようにして、それが見つかると思いますか？”

—“自分の身体がどのようなものであるか知るため”。この場合は、詳しく調べると見掛

け上の欠点を大きく見せがちだ、と説明する（訳本 107 ページ参照）。繰り返し自分の身体を見ても、本当の体型を知ることはできない。正常な体型（少し突き出たお腹など）に関して教育する必要もあるかもしれない。

―“自分が太ってきているか調べるため”。この場合は、身体チェックでは信頼できる情報は得られないと説明する。朝一番の鏡の姿と数時間後の姿を正確には比較できない。対比できるほど正確に記憶できないからだ。

質問 2. “なぜ頻繁に自分をチェックするのですか？頻度が多いと思いますか？”

―“自分の身体が変わっていないことを確認するため”。このとき、（体重の変化がそんなにないのに）体型は急に変わると思うのか尋ねると、患者は否定し、頻繁に体型をチェックしても意味がないと結論づける。身体の大きさの変化を判断する唯一の方法は、体重変化を調べることである。（体重のデータを解釈する方法への手引き：訳本 63 ページを参照）。

質問 3. “あなたは自分が好きな身体の部分を見ることがありますか？”

―大抵答えは“N o. ”

質問 4. “身体を確認した後、気分が良くなりますか？確認行為で自分のことを、前より良く思うようになりますか？”

―再び、大抵答えは“N o. ”

―“いかに痩せているか確認でき、安心する”。この場合も、それは自分の体型にとらわれ続けているということである、と伝える。

質問 5. “体型確認によって、悪い効果があると思いますか？”

―この質問で次の点を強調する。

- ・摂食障害患者の体型確認では、一般に気に入らない容姿の部分を繰り返し観察する。この時、否定的な偏見で評価するので必ず体型への不満を持つことになる。体型チェックの後、自分の容姿について気分が良くなる患者はほとんどいない。

- ・どんな方法であれ、体型確認で見つけることは、その時の見方によってだいたい決まる。魅力的な人でさえ、よく探せば欠点が見つかる。

- ・詳しく調べると欠点が誇張されがちになる。肌のシミは詳しくみようとすればほど目立ってくる。同様に、嫌いな体の部分を詳しく観察すると、もっと悪く見えてくる。要するに、もし自分の肥満を探せば、肥満が見つかるだろう。

1. 繰り返し自分の身体を見ても、信頼できる情報は得られない。
2. 体型は急に変わることはなく、頻繁に体型確認をしても意味がない。身体の大きさの変化を判断する唯一の方法は、体重変化を調べること。
3. 体型確認では、気に入らない容姿の部分を繰り返し観察する。この時、否定的な偏見で評価するので必ず体型への不満を持つことになる。
4. 詳しく調べると欠点が誇張され、嫌いな体の部分はもっと悪く見えてくる。要するに、もし自分の肥満を探せば、肥満が見つかるだろう。

体型確認に対処する

- ・＜確認行為を 2 つに分類する：止めるのが最善である行動と、少し改める必要がある行動。
- ・止めるのが最善である行動：太ももの周りをメジャーで調べること；膝立ちして太ももの間に隙間を確認することなど。このような行動は知らず知らず自尊心を傷つけているので、論理的根拠が説明されれば数週間ほどで、止めることで安心感を得られるようになる。
- ・段階的に止めさせるべき行動：“肥満”を調べるために身体をつまむこと；触って骨を感じること；指輪や腕時計の締め付け具合を調べることなど。
- ・リアルタイムで自分がやっていることに気付き、その行動をする前にまず考えさせる。自分の行動をコントロールし、行動の意味を正しく解釈できるようにする。体重確認と同様、体型確認を改める結果、体型への気掛かりが一時的に増えるが、後に不安は著しく減少する。
- ・身体チェックでは正確な情報を得られないこと、そして身体の変化を決定する唯一の方法は（上述の通り）体重を調べることであることを理解するだけで、多くの患者はこのような行動を減らしたり止めたりできる。
- ・難渋する時は、一番確認行為を行う状況（着替え時、座った時、食事後など）を同定し、それを我慢する方法を考え、練習させる（鏡を外すなど）。

体型確認回避に対処する

- ・体型確認回避では（思い込みを確認しようとせずに）体型への不満を募らせ、社会生活に順応できずにパートナーと身体的な親密関係が築けなかったり、更衣室を使えなかったりする。
- ・“露出”によって、自分の身体を見たり触ったりすることに慣れ、自分と他人の身体を公平に比較し、自分の身体を他人から見られることにも慣れる。暗がりでは着替えるのを止めさせ、鏡が使えるようになる（上記のガイドラインに従っ

て)。

- ・水泳などある程度身体をさらす活動もよい。ボディローションを塗る、マッサージをする、ヨガをするなど身体を意識させる活動もよい。
- ・問題の程度にもよるが、身体確認回避は身体確認に転換する危険がある。身体確認の標準的な方法と程度を身に付けさせる必要がある。

＜日常的な体型確認①＞鏡の使用に対処する

- ・鏡を見ることは独特な体型確認の形態で、容姿についてかなり信用できる情報が得られるが、誤解も与える可能性がある。
- ・鏡に映る身長は実際の身長と同じか？横幅はどうか？鏡に映る頭から足元の長さを測ると、実際の半分である。
- ・“見える”ものは、それをどう見るかで変わってくる。自分の姿を否定的に見ていないだろうか。感情が鏡の自分をどう見るかに影響を与えている。
- ・問題となる鏡の使い方、特に詳しく調べるように見ることは、患者が身体に不満を抱く主な要因でなる。まずは患者がしていることを正確に把握することである。
- ・質問例：鏡を見る頻度は？かける時間は？正確には何をしますか？何を知らうとしていますか？このやり方でそれがわかりますか？
- ・鏡についてと、鏡で“見る”ものをどう解釈するかについて教育する。

やり取り例

質問：“鏡を見る理由は何ですか？”

—髪と洋服をチェックするためです。

—女性は化粧をしたり、落としたり、男性は髭を剃るのに必要です。

質問：“鏡を見る他の理由がありますか？”

—いいえ。上記で述べた以外に、鏡を見る理由はありません。

—鏡は摂食障害患者にとって“危険”なものです。鏡は思慮深く使うべきです。

質問：“何枚鏡が家に必要ですか？”

—顔用に一つ、全身用に一つです。

—残りは取り外すのが最善です。家にたくさんの鏡があると、頻繁に鏡を見ないようにするのは困難です。

質問：“詳しく調べようと見ることで起こる”欠点の誇張“を、どのようにして避けることかできますか？”

—人は自分が嫌いなところに注目しないことを確認する。もっと他の標準的な部

分（手や足、膝や髪など）を含む、別の箇所を見ること。加えて、大きさの感覚が分かるように、背後の景色にも目を向けること。

質問：“鏡で裸の自分を確認する必要がありますか？”

—あまりありません。自分に見とれるつもりでなければ！

—摂食障害患者は、だいたい自分を褒めようとしません。むしろ自分の嫌いな箇所に焦点を当て、それを詳しく調べようと見てしまう危険があります。

・他の体型チェックと同様、患者はリアルタイムで鏡を見ていることに気付き、鏡を見る前に、自分に問う必要がある。行動を修正し、自分がしいることを解釈できるようにする。上記に述べた目的にだけ（当面は）鏡を見るよう制限する。

・鏡の使用との関連で、外出する際に何を着るか選ぶのに苦勞するか尋ねる。これは（どの洋服を着ても）気分の低下、体型への不満の増大、自信の低下を伴い、時には自宅に引きこもる原因になる。洋服を着る前にまず選び、着るものを決める。また鏡の前で着替えないように勧める。

＜日常的な体型確認②＞比較行動に対処する

・繰り返し他人と比較することは、体型への気掛かりを継続させる。他人と比較して自分の身体は魅力的でないと結論づける原因となる。

・身体評価は、欠点への注目と誇張、体型への不満増大につながるが、対照的に、他人に対しては表面的で無批判の判断をしがちである。

・比較対象は、日々の生活やメディアの人々から選ばれ、痩せて見た目が良い、同性で同年齢の、偏った集団を選ぶ。他は目に入らなくなる。

・比較の場は公平ではなく、体型の評価方法や比較項目に（患者本人に否定的な）特有の偏見がある。

＜比較行動への対処＞

1. 比較行為に取り組む論理的根拠を説明する。上記参照。

2. いつどのように患者が比較するのか明らかにする（モニタリング記録を使用する。）

・比較対象は誰か？どのように選ばれたか？彼らは患者の同性、同年齢層の典型だったか、それとも厳選された特別集団だったか？

・その人をどう評価したか？どの身体部分を比較し、それをどう評価したか？

3. 比較の対象者も、その人の体型に下した評価も、本質的に偏見があるので

はないか、考えるよう患者に促す。

- ・メディアで取り上げられた人は特殊な集団に属しており、彼らのイメージはおそらく操作されているので、比較するのは問題がある。

- ・自分の観察ほど詳細に、他の人を観察するのは不可能だ。座った時も太ももの広がり、鏡の姿、骨を触ることは、自分だけにしか分からない。

4. 比較行為での偏見を考えるための課題を出す。

- ・比較対象を選ぶ際、痩せた人を選ぶ代わりに、(同性同年齢の) 第三者を選ぶようにする。魅力は痩せに直接関係しないことが分かる。

- ・“あなたが何を見るかは、あなたがどう見るかで変わる “ということを証明する。プールやジムの更衣室で魅力的な同年齢の人を選び、自分が一番気にする箇所を重点的に相手を観察する。魅力的な人でさえ、突き出たお腹、揺れる肉などの欠点がある。

5. 他者と自分の外見を比較するときの患者の偏見がどのような結果を招くのかを検討する。

- ・比較行動で得る情報は正しいものではなくなることを自覚する。

6. 性格や知性、能力などよりもむしろ、ひとつの分野（つまり容姿）で、他人と自分を比較していることを話し合う。

- ・なぜ患者がこれらの特徴を顧みないのか、過去を振り返って考えるとよい（訳本 117 ページ参照）。容姿と魅力との違いも検討する（訳本 166 ページ）。

7. 比較行為の結果を考える。

- ・これを時間の有効使用であると思うか？ 摂食障害の克服に役立つか？

- ・他人の身体を観察することに膨大な時間を費やすことは、体型や体重に気を取られ続けることになる。さらに人生の他の側面を過小評価させる。

- ・この行動のいくつかは、完全に止めさせるか、当面は止めさせる（ファッション雑誌を買う、ファッション番組を見ることなど）のがよい。

8. 比較行動を修正する。

- ・比較行動の頻度を減らし、リアルタイムで特有の偏見を自覚し、関心の幅を広げることで、他人を見る時に体型だけでなく、身体の中立的な特徴（髪や靴など）や、他の特徴（行動やユーモアのセンス）に目を向けられるようにする。さらに、体型の多様性を認識させる。

- ・患者が治療者と身体比較を始めた時：治療者が同性で年齢が近いとよく起こる。患者が治療者を見る様子から観察できるかもしれない。慎重に考慮し、治

療者の BMI を患者に公開することとした。(治療者の体型の議論の訳本 29 ページ参照)。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3 分)

6. 次回セッションの予約を取る

3.1.5 肥満感

セッション 10-17 (週 1 回、50 分程度)

体型へのこだわり、体型確認、肥満感と思考様式

- ・ 治療には時間がかかり、変化もゆっくりしているため、ステージ 3 に取り組む際は、早めにこれに取り掛かる。

＜体型・体重のこだわりに対する対処手順＞

- ① 過大評価とそこから派生したものを明らかにする。
 - ② 自己評価において他の領域の重要性を強化する。
 - ③ 体型確認とその回避に対処する。(体重確認とその回避はステージ 1 を確認。)
 - ④ “肥満感”に対処する。
 - ⑤ 過大評価の原因を突き止める。
 - ⑥ 摂食障害の思考様式のコントロールを学ぶ。
- ・ 一般に最初の 4 つは、この順番で行う。最後の二つはステージ 3 の終盤近くまで残しておく。
 - ・ ①~④で、体型（体型確認と確認回避、肥満感）と体重（体重確認と確認回避）の過大評価を徐々に取り除く。
 - ・ 中核の精神病理に影響を与えるこれらの因子を取り除き、病理に大きな影響を与える。
 - ・ 人生の他の領域の重要性が増し、食事制限に対処し（訳本 9 章と 11 章を参照）、出来事に関連した食行動変化に取り組む（訳本 10 章参照）ことで相乗効果を得る。
 - ・ 患者を長年追跡した研究では、患者が治療中に学んだ行動をとり続けると、治療後 6~9 か月で過大評価が徐々に減る。(メンテナンス計画；訳本 12 章を参照)。
 - ・ これを始めたなら、面接で継続して扱い続けるテーマとする。

1. セッションでの体重測定 (5 分以内 週に 1 回)

2. 記録と宿題の吟味 (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)

④“肥満感”に対処する

- ・“肥満感”は、一般女性と比べて、摂食障害患者では、強さと頻度がずっと大きい。
- ・本当の体型や体重がどうであれ、太っている感じ＝実際に太っている、と混同される傾向がある。
- ・肥満感、体型や体重への過剰な不安の表出というだけでなく、不安自体を継続させる。
- ・“肥満感”は、その程度が日々、1 日の中でも変動する。(他のコア精神医学は比較的安定傾向にある。)
- ・この感覚の原因は明らかでないが、特定の感情と身体的経験に対して間違ったレッテルが貼られ、長年体型に強くこだわり続けた結果であろう。
- ・一般に、太っている感覚に対処する時期は、体型確認とその回避に取り組み始めるまで残しておくのが最善である。
- ・しかし、太っている感覚が特に著しく、患者が苦しむ場合は、順番を変え、最初に取り組むべきである。
- ・“肥満感”への対処は、しばしば何週間も必要とし、一旦始まったら、面接で繰り返し扱う必要がある。
- ・一般的に“肥満感”の頻度と強さは徐々に小さくなり、もはや太っていることと同一視されなくなる。
- ・この変化は重要で、一旦この変化が起こったら、“肥満感”は意義を失い、もはや患者は体型にこだわらなくなる。

<肥満感への対処手順>

1. 太っていると感じることを確認する

- ・患者がそれを問題だと思っていることを確認し、その経験を詳しく調べるのが治療的であると説明する。
- ・その表現が太っていると“感じる”ことであるという事実を強調するとよい。

2. 肥満感について患者を教育する

- ・太っていると感じる時、その裏では他の感情や感覚が隠れているかもしれない。
- ・太っている感じと太っていること（つまり体型）は全く異なるので、同

一視しないことが重要だということを強調する。

- ・特に強く太っていると感じる時と、あまり感じない時があるか尋ねる。
一日の間でも感覚は変動しているが、人の身体はそんなに短期間で変わるものではないと指摘する（肥満感の変動には、他の何かが要因になっているに違いない。）。（3-6 肥満感 参照）

3. 特に強く太っていると感じる時を観察する。

- ・セルフモニタリングの右側の欄を使って、太っていると強く感じる時を観察し、他に何を感じているかも記録する。

“精神的、身体的に何を感じているか？この感情を生む何かが今起きたのか？”

4. 次の面接で、太っていると感じた時の状況と、裏に感情や感覚が隠されている可能性があるかどうかを振り返る。

- ・翌週に渡って、太っていると感じるまでの状況を詳細に記録させ、それと同時に感じた他の隠された気分や感情を明らかにする。
- ・次の面接までに、太っている感覚は、どちらが原因で生じやすいのかを明らかにする。

i. ある否定的な感情が起きた時、あるいは

ii. 身体を意識させる行動や身体感覚が起きた時

（例：落ち込み、寂しさ、二日酔い/身体確認や比較行為/満腹感、暑さ、発汗/身体がたるんで揺れる感じ/洋服が窮屈な感じ。）

5. 課題を与える。

i. いつ強く太っていると感じるかを明らかにする。

ii. “今、本当は何を感じているか、なぜそう感じているのか？”を自分に問う。太っている感覚のきっかけを明らかにし、記録する。

iii. 太っていると感じるきっかけに対処する。10章で述べられた問題解決アプローチを用いる。

6. 問題なのは、これらの身体感覚自体というよりむしろ、この感覚を患者が否定的に解釈することであると患者に認識させる。

- ・患者にリアルタイムでこの感覚が起きるのを記録させ、正しく解釈し直すよう求める。（訳本 p85 “満腹感”を参照）→3-5 エピソード①参照

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

6. 次回セッションの予約を取る

3.1.6 過大評価の原因を突き止める

セッション 10-17 (週 1 回、50 分程度)

体型へのこだわり、体型確認、肥満感と思考様式

- ・ 治療には時間がかかり、変化もゆっくりしているため、ステージ 3 に取り組む際は、早めにこれに取り掛かる。

<体型・体重のこだわりに対する対処手順>

- ① 過大評価とそこから派生したものを明らかにする。
 - ② 自己評価において他の領域の重要性を強化する。
 - ③ 体型確認とその回避に対処する。(体重確認とその回避はステージ 1 を確認。)
 - ④ “肥満感”に対処する。
 - ⑤ 過大評価の原因を突き止める。
 - ⑥ 摂食障害の思考様式のコントロールを学ぶ。
- ・ 一般に最初の 4 つは、この順番で行う。最後の二つはステージ 3 の終盤近くまで残しておく。
 - ・ ①~④で、体型(体型確認と確認回避、肥満感)と体重(体重確認と確認回避)の過大評価を徐々に取り除く。
 - ・ 中核の精神病理に影響を与えるこれらの因子を取り除き、病理に大きな影響を与える。
 - ・ 人生の他の領域の重要性が増し、食事制限に対処し(訳本 9 章と 11 章を参照)、出来事に関連した食行動変化に取り組む(訳本 10 章参照)ことで相乗効果を得る。
 - ・ 患者を長年追跡した研究では、患者が治療中に学んだ行動をとり続けると、治療後 6~9 か月で過大評価が徐々に減る。(メンテナンス計画; 12 章を参照)。
 - ・ これを始めたら、面接で継続して扱い続けるテーマとする。

1. セッションでの体重測定 (5 分以内 週に 1 回)

2. 記録と宿題の吟味 (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)

⑤ 過大評価の原因を突き止める

- ・治療の終盤に向け、どのようにして患者は体型、体重、食事に対して敏感になり、摂食障害が進展したのかを解明する。

- ・それが初期の段階でいかに重要な機能を果たしてきたのかを知り、もはやその機能は果たされないことを確認する。

- ・過去を回想 (CBT-E での“過去の再考察”) するとき、人生を 4 つの時期に分けて考える：

1. 摂食障害の発症前 (食事制限や過食、下剤使用を持続的に行い始める 12 ヶ月以上前の生活)。

2. 発症の直前 12 か月

3. 発症後 12 か月

4. それ以降

- ・それぞれの期間で、体型や体重、食事に敏感になる、または心配を強める出来事や状況があったかどうか、振り返り、それらを人生年表にする (3-7 **historical review** 参照)。

- ・なぜ摂食障害を発症し、このように進展したのか、仮説を立てる。

- ・典型的に一番目の時期で、体型、体重、食事の問題が目立つようになる。

- ・次の時期の出来事が、非特異的だが、破壊的な契機となる傾向がある。患者はずっと不満を抱え、状況の変化に適応するのに苦労したかもしれない (引越しや転校；両親の離婚や死別など)。

- ・三番目の時期は、もしダイエットの時期だとすると、しばしば肯定的な言葉で表され、頻繁に“コントロールしてきた”ことへの言及がある。

- ・4 番目の時期は、一般に摂食障害が自己永続的になり、そのフォーミュレーションの過程が機能し始める時期である。この時点で摂食障害が多かれ少なかれ、他のものから制御されない独立したものになる。

- ・非常に稀に、自分の容姿をけなされた経験など、患者が敏感になる重大な原因となった出来事が明らかになる。この場合、現在の視点からこの出来事を再評価させる。

- ・過去の振り返りは、治療者の指導の下、慎重に行われる必要がある。面接で主なテーマとして取り扱われたら、次の面接で詳細な振り返りを行う。2 つの面接の間に、患者に議論したことをきちんと整理させる。

- ・過去の回想で明らかにされた要因や過程が、全くその通りに作用したとか、摂食障害を十分に説明していると考えるのは単純すぎる。それでも、このように過去を再考察するのは効果がある。

- ・特に治療の後半では、患者がさらに問題と距離を置けるようになり、現在取り組んでいる治療過程を理解し、“症状緩和”へ重要な作用を有する

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

6. 次回セッションの予約を取る

3.1.7 思考様式のコントロール

セッション 10-17 (週 1 回、50 分程度)

体型へのこだわり、体型確認、肥満感と思考様式

- ・ 治療には時間がかかり、変化もゆっくりしているため、ステージ 3 に取り組む際は、早めにこれに取り組む。

＜体型・体重のこだわりに対する対処手順＞

- ① 過大評価とそこから派生したものを明らかにする。
- ② 自己評価において他の領域の重要性を強化する。
- ③ 体型確認とその回避に対処する。(体重確認とその回避はステージ 1 を確認。)
- ④ “肥満感”に対処する。
- ⑤ 過大評価の原因を突き止める。
- ⑥ 摂食障害の思考様式 (マインドセット) のコントロールを学ぶ。
 - ・ 一般に最初の 4 つは、この順番で行う。最後の二つはステージ 3 の終盤近くまで残しておく。
 - ・ ①~④で、体型 (体型確認と確認回避、肥満感) と体重 (体重確認と確認回避) の過大評価を徐々に取り除く。
 - ・ 中核の精神病理に影響を与えるこれらの因子を取り除き、病理に大きな影響を与える。
 - ・ 人生の他の領域の重要性が増し、食事制限に対処し (訳本 9 章と 11 章を参照)、出来事に関連した食行動変化に取り組む (訳本 10 章参照) ことで相乗効果を得る。
 - ・ 患者を長年追跡した研究では、患者が治療中に学んだ行動をとり続けると、治療後 6~9 か月で過大評価が徐々に減る。(メンテナンス計画; 訳本 12 章を参照)。
 - ・ これを始めたなら、セッションで継続して扱い続けるテーマとする。

1. セッションでの体重測定 (5 分以内 週に 1 回)

2. 記録と宿題の吟味 (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)

⑦ 摂食障害の思考様式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“思考様式”あるいは思考の枠組みとも言える。

例えばそれは：

1. 独特な方法で、外部と内部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。

- ・拡張版フォーミュレーション（3-2 参照）で表されたメカニズムを通して、摂食障害の思考様式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。（いっ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様式の変換が起きる。

- ・最初の兆候は、例えば患者の言葉で、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述べるかもしれない。

- ・この時点で、患者は思考様式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、最近のぶり返しを十分に利用する。

- ・例えば、数週間ぶりの過食エピソードがある場合：過食は特に摂食障害の思考様式を活発にし、しっかりと元通りにする。

- ・過食の前日に（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、過食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様式は、摂食障害を継続させる仕組みで固定されておらず、それを選ぶか選ばないかは自分で決められるということである。

<思考様式のコントロールを学ぶ手順>

1. 摂食障害の思考様式に戻りやすくなる刺激を明らかにすること。

- ・最初、患者は摂食障害の考え方を手放すようになって間もないので、様々

な刺激をきっかけにして元に戻りやすい。例えば、

- i. 体型や体重に関連した悪い出来事：体重の増減、“肥満感”の明らかな増大（洋服がきつく感じたり、鏡で凝視したりなど）、他人からの批判的意見
- ii. 食事に関連した悪い出来事：食事のルールを破ったり（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）、過食、満腹感
- iii. 他の個人的な目立った悪い出来事：一般的に否定的な出来事、特に自尊心を脅かすもの
- iv. いつまでも続く気分の落ち込み：悪い状況に引き続くものか、臨床的うつの特徴かもしれない。

2. 摂食障害思考様式は元に戻る傾向があるということを患者と話し合う。

- ・しばらくの間はその危険にさらされていても、思考様式が“固定”されていない期間が長くなるほど、元に戻る可能性が低くなることを確認する。
- ・どんな刺激が戻るきっかけに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で予防は強固なものとなる。（肥満感や満腹感を再検討するなど）

3. 摂食障害思考様式に戻っているときの最初の兆候に気付くこと。

- ・思考様式はいつでも復活しやすい状況にある。一旦復活したら、時間が経つにつれて、維持機構が働き思考様式が固定し、取り除くのは困難になる。
- ・摂食障害思考様式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、早く取りのぞける。
- ・摂食障害思考様式にはまり始めると、目に見えて患者の行動がすぐに変わる。初期の変化（いわゆる“再発”サイン）を明らかにし、そのような変化が摂食障害の思考様式が復活した初期の警告のサインであると認識する。この良い手段の一つは、最近のぶり返しを詳細に振り返ることである。

4. 思考様式を切り替えること

- ・原則、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様式から派生する行動の反対のこと、摂食障害を克服する治療で学んできたことをする。）
 2. 摂食障害思考様式を取り除くような、気を紛らわす方法（最もよいのは人間同士の活動：友人と会うこと、パーティーに出かけたりなど）に携

わる

- ・患者がやりたいと思うことと反対のことをやらなければならない、難しいかもしれないが、思考様式がしっかり取り除かれるためには、重要なことである。
- ・思考様式の復活に気付く練習をすることや、それに効果的に対処することは非常に価値がある。ぶり返しはその対策や手順を練り、活用する機会となる。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

6. 次回セッションの予約を取る

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

ダイエットは摂食障害患者の最も顕著な特徴の一つである。厳格で極端なダイエットは深刻な障害を引き起こす。このモジュールでは摂食抑制と食事規則、摂食コントロールへの過大評価に焦点を当てる。摂食抑制を扱うには、3つの段階がある。

1. 体型や体重に対する不安に焦点を当てる（3.1 ボディーイメージ）。大部分の症例においてこの作業はステージ3の初期に始まる
2. 摂食抑制と食事規則へ対処する
3. 食べ過ぎコントロールへの過大評価に対処する

3.2.1 摂食抑制と食事規則への対処

セッション 10-17（週1回、50分程度）

- 患者の食事が問題であるということを考えてもらう。

以下の理由から患者がこれを問題とみなしていないことがある。

- ・ ダイエットが上手だと思っている。自分の能力や意思の強さの評価基準と考えており、それに自分を重ね合わせて、重視する。
 - ・ ダイエットに失敗しても、その失敗が食事規則が厳格で極端であるかと捉えるのではなく、自分が弱いからだと捉える。
 - ・ ダイエットは強い自己統制感をもたらす。
 - ・ ダイエットは体重調節の主な方法である。
 - ・ 過食をする者にとってはダイエットは過食の効果を打ち消すだししょう手段である。
 - ・ ダイエットは太りすぎの者にとって適切な行為と思われる。このような摂食障害患者にとってダイエットを適度に緩和することはとりわけ困難である。
- 通常の食事パターンを確立して過食が間欠的となるまでこの課題は残しておく。
 - 規則やぶりの背後にある原理原則についての説明が最初のセッションの大部分を占める。
 - 宿題はどの食物を次週に導入するか、食べる回数などできる限り具体的に話し合うようにする。

- 規則を破ることに異常な反応を示す場合は、特別な重要性を持っているということであり、良い兆候であると伝える。
- 会食の重要性を伝える：患者が様々な状況で食べられるようになることも大切目標である。
- 低体重の患者の場合は体重が健康的な範囲に入るまではこの問題の取り扱いを控える。

1. セッションでの体重測定 (5分以内 週に1回)

2. 記録と宿題の吟味 (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)

★ ダイエットがいかに問題であることを認識してもらう。

1. ダイエットの種類が摂食障害の維持に中心的役割を担っており、克服するように治療することが大切であることを説明する。
2. ダイエットは下記の悪影響をもたらすことを話す。
 - ・ 食物の食事のことで頭がいっぱいになる大きな原因となる。
集中力を削ぎ、日常生活に支障をきたす(読書、会話についていくこと、テレビや映画の筋を追うことが困難など)。
 - ・ 不安を引き起こす。
ダイエットによって食事は有害な経験として捉えられ、感情的にも予期不安や苦痛を引き起こす。規則を破るとひどい後悔を感じる。
 - ・ 食べる手段を制限する。
食事は型にはまって融通の利かないものとなる。限られたものや決まったものしか口にせず、成分のはっきりしないものは食べることができない。食事をしているところを見られたくないと思うものもいて、付き合いでの会食ができなくなったりする。
 - ・ 摂食抑制が過食（主観的または客観的）の主な誘因である。
 - 過食に対する反応として、また将来生じる過食を防ぐ方法として摂食抑制を考えているということを患者が理解する。

摂食抑制は生理学的機序というよりも認知的な機序により過食をもたらす(どちらもという場合もある)。

基盤には厳格な食事規則が存在する傾向がある。

食事規則が破られると極端に否定的な捉え方をする。

些細なダイエットの失敗→完全な失敗→食べる衝動に屈する。

「過食の引き金となる食物 **trigger foods**」：「危険な食べ物」

「台無し」：規則を破ったことに対する認知的反応

- 過食の間に何を食べるかに影響する主な要因は、ダイエットで避けていた食物であることを知る。

避けていた食べ物を日常の食事に入れることができれば、食への渴望が減少することにつながる。

過食のない患者にとってもこのことを知るのは大切（常に過食の危険にさらされていると話す）。

- ・ 摂食抑制は食事制限、体重減少をもたらし、極度の低体重を持続させる。→結果多くの有害事象を引き起こす。

★ 摂食抑制と食事規則に関する教育（以下のように説明する）

1. 食事がコントロールされているという認識を得るために、とても特殊な食事規制を設けていることがあります。こうすると過食を助長します。
 2. 摂食抑制は、多くの食事規則があつたり、厳しい規則があるととても問題です。
 3. 極端な摂食抑制は規則に従うことに成功してもしなくても否定的な結果をもたらします。
- ・ 成功した場合：心や社会的な機能と身体的な健康に対して有害な影響を及ぼします。
 - ・ 失敗した場合：失敗したと感じ、自分自身を失敗者とみなすようになりますし、過食のリスクも増してしまいます。
 - ・ 摂食抑制をうまく解決することは、そこから生じる多くの有害な結果を取り除き、食事の問題を克服するために必要なことです。

★ 食事規則の確認

- ・ 食事規則：何を食べるべきか、何を食べないか
いつ食べるか、いつ食べないか

どのくらい食べるか（カロリー、脂肪、量、数）

そこにいる人以上は食べない

何かを成し遂げるまでは食べない

お腹が空くまでは食べない

必要になるまでは食べない

中身が分からないものは食べない

カロリーを浪費しない などなど

- ・ 規則の存在を否定したり、規則が習慣化している場合は見つけるのは容易ではない。

セルフモニタリングの＊印や「失敗した」の記述に着目。

過食の引き金になっているものを明らかにする。

規則に気づくように患者に求めていく→セルフモニタリングの裏に記載してもらう。

「新しいレストランに行くときや、誰かの家で食事をするときにどのように感じますか？」と聞き、もしそうであれば「それは何故でしょうか？」と問うのも良い。

★ 食事規則への対処

1. 特有の規則とそれを動機付けているものを明らかにする。
「その規則を破った時にどのように感じますか？」
2. 規則を破ると生じそうなことを患者とともに話し合う。
「規則を破ると体重が増えたり、肥満になったり、体重減少の中断につながるものではありません。どれくらい食べるかにもよります。」
「規則を破ることが必ず過食を起こすわけではありません。」
3. 規則を破ると生じる結果を明らかにするために、規則を破る計画を立て、それを実行することを援助する。
4. 計画された規則やぶりの意味について吟味する。
規則を破った時に生じる思いと規則から解放されて生じる潜在的な利点の両面から吟味
5. 同じ規則を破るためのさらなるエピソードを計画する。

●食物回避（普通の量を食べられるようになることを目標とする）

1. 避けている食物の全てを挙げてもらう。（スーパーに行ってもらい、形

や重さなど、過食のきっかけになるなどの理由で食べるのが気が進まないものを挙げてもらう。

2. 食べるのが難しい順にグループ分けをする（グループの代表となる食物を探しながら）
グループ 1：決して食べない
グループ 2：その間
グループ 3：その間
グループ 4：食べてもいいが難しい
3. 最も簡単なグループから食事に導入していく（大量である必要はない）。
4. セルフモニターにしっかり記録してもらう。
5. 数週間の繰り返し行う。

★ その他の規則への対処

食事規則から解放されるといかに自由になるかということをいつも強調する。

- A. 何を食べるか、何を食べないかという規則
 - ・本質的に太らせる食物はなく、どのくらい食べるかによる。
 - ・不特定の内容物を抑えるのは外食が出来なくなり、容易に社会生活を損なってしまう。
 - ・食事に関する正確な知識は、体重コントロールを成功させる上で、必要ではない。
- B. いつ食べるか、いつ食べないかという規則
 - ・食べるのに「正しい」あるいは「間違った」時間というのはなく、1日を通してエネルギー消費に大差はない。
 - ・できる限り食事を後延ばしにする規則は食べ過ぎに対する過大評価を伴う。
 - ・規則正しい食事により、いつ食べるべきなのかという規則は解決される。
- C. どのくらい食べるかという規則
 - ・どの食物であっても、摂取すべき「正しい」量は、健康的な体重を維持でき、栄養学的な基準にのっとった量である。

C. 人前では食べないという規則

- ・他人が患者の食べ方を見て「弱い」「意思が欠如している」「食意地が張っている」と思ってしまうため、人前で食べない。低体重に見られる特徴。
- ・患者の見方が他者と同じであるという仮説に基づく。実は患者の食事にも注目していないし、このように考えていること自体他人には想像がつかないという話をする。

D. 一緒に食べている人以上には食べないという規則

「皆がそうしていることを想像してみてください」

「人よりも多く呼吸をしないようにするのと同じくらい意味のないことですよ」

「他の人がそれまでに何を食べたか、あるいはこれから何を食べるかは分からないものですよ。」

「必要なエネルギー量は活動レベルや体重、身長によって異なっているので、この規則は実は意味がありません」

E. 空腹になるまで食べない、何かを成し遂げるまで食べないという規則

- ・食事に抵抗することで何も良いことはない気づかせていく。

★ 規則を破ることに対する患者の反応を扱う

- ・ 食事のコントロールを一時的に諦めるという形で反応する患者
二分割思考の存在：認知行動療法の手技を用いる。
コントロールを諦めることは過食につながる。
- ・ 頑固さについて
特に低体重の患者は食事に関するあらゆる変化に対処することが困難となる→毎晩3つ以上の食事/副食の追加を計画する。サイコロでどれにするか決めてもらい、ある程度の不確かさに耐える練習をする。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

6. 次回セッションの予約を取る

3.2.2 食べすぎをコントロールすることへの過大評価 セッション 10-17 (週1回、50分程度)

- 体重体型に関する過大評価を扱う際の原則に従う。
- 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 週に1回)

2. 記録と宿題の吟味 (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 過大評価とその結果を明らかにする。: 食事をコントロールすることへの過大評価を軸に何が生じるかを扱う。
- ② 自己評価をする上で、体型や体重、これらのコントロール以外の領域の重要性を高める。
- ③ 食事のコントロール関連の重要性を減じる。
食物のチェックをやめさせる (包み、重さ、カロリー計算など)。
料理本、レシピ食物や食事に関するウェブサイトを見ることをやめさせる。
- ④ 過大評価の原因を探る。
- ⑤ 摂食障害の思考様式の操作を学ぶ。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

6. 次回セッションの予約を取る

3.3 出来事、気分、食行動

セッションの目標

摂食障害患者の食行動は外界での出来事や気分の変動に影響を受けやすい。ステージ 3 で出来事と気分が摂食障害を維持する要因になっているようなら、この関連を評価し、あらゆる可能性に対処する必要がある。

準備段階ではモニター記録から出来事と関連した生じた食行動の変化を確認し、治療者と患者はこれを吟味し、どのような過程が関与しているか明らかにする。以下の 2 つの治療戦略を用いる。

1. 誘因となっている出来事に対して事前に問題解決法を用いる
2. 気分と関連した食行動の変化に対して、他の気分調節法を導入する

3.3.1 出来事に関連した食行動への対処

●出来事と気分が摂食障害を維持している要因になっているようであれば、ステージ 3 で取り扱う。

1. セッションでの体重測定 (5 分以内 週に 1 回)

2. 記録と宿題の吟味 (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. 出来事に関連して生じた食行動の変化の 1 例を見つける。
セルフモニタリングを用いて探しても良い。
見つけた上で、問題解決モジュールに用いる。
2. 食行動の変化につながった一連の出来事を再現する。
出来事とそれに引き続き生じた、感情、思考、行動を詳細に再現。
3. 治療者はこの悪循環を断つことを支援する。
食行動の変化は避けられないものではないということを伝える。例えば、上記の流れは誰かが映画に誘うことで中断される。
4. 食行動の変化の誘因となる出来事に対処するための問題解決法を学ぶ
(proactive problem-solving)→過食の克服での問題解決法として教える

も良い。

Proactive Problem-solving(資料 3-9、3-10)

-第1段階：できるだけ早く問題を発見する

「早く問題に気づけば、より対処しやすいですね。例えば夜に問題があるならば、その時になって解決するよりもその前に解決しておくほうが容易ではないでしょうか」

-第2段階：問題を正確に明記する

-第3段階：できるだけ多くの解決策を考える

ブレインストーミング。

-第4段階：それぞれの解決策の良い点と悪い点を吟味する。

-第5段階：最善の解決策あるいはその組み合わせの選択

-第6段階：解決策の実行

-第7段階：問題解決の過程を評価

翌日にその問題解決法の再吟味を行ってもらう。

問題解決法の習熟に集中するために、手順に焦点を当てる。

5. 上記の6段階目までをセッションの中で検討する。

時間があればもう一つぐらい問題を見つけて検討する。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

問題解決法の練習：食行動の変化をもたらすような出来事を見つけ、問題解決法を用いて対処する練習をする。問題を見つければセルフモニタリングシートの右欄に書き留めて、次のページに問題解決のステップを書いて対処する。→頭の中で解決しようとしないうことをアドバイス。次のセッションで再度吟味する。問題解決法を行っていなかったらなぜしていないのかを話し合う。

6. 次回セッションの予約を取る

3.3.2 残遺過食

セッション 10-17 (週 1 回、50 分程度)

- 間欠的に過食が残っている患者に対して。
- 過食分析を行い、問題解決法の手順をしっかりと行う。

1. セッションでの体重測定 (5 分以内 週に 1 回)

2. 記録と宿題の吟味 (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)

★ 過食分析(3-11 過食分析を参照)

過食は突然やってくるのではなく、4 つの過程の 1 つ以上が存在し生じることを説明する。その上で、そこから得ることがあるということを感じてもらう。(→は対処方法)

1. 食事規則を破ることや一時的に食事管理を放棄する。
→食事規則を破ることとそれに対する反応に立ち向かうことで対処する。
2. アルコールや他の精神作用物質による脱抑制より、食べることを抑制することができなくなる。
→心理教育と支援により対処する。
3. 摂食量の低下。持続的あるいは断続的に食事量が少ない患者は生理的に食への強い渴望がある。
→心理教育と段階的な行動変化による対処。
4. 外的出来事や気分によって誘発される。
→Proactive Problem-solving による対処。
 - 過食から得るもの(食べる楽しみ、摂食抑制の中断)と失うもの(体重増加、費用、秘密や欺き、自己批判と長期間持続する摂食障害など)を検討すると効果的。

Proactive Problem-solving

-第1段階：できるだけ早く問題を発見する

「早く問題に気づけば、より対処しやすいですね。例えば夜に問題があるならば、その時になって解決するよりもその前に解決しておくほうが容易ではないでしょうか」

-第2段階：問題を正確に明記する

-第3段階：できるだけ多くの解決策を考える

ブレインストーミング。

-第4段階：それぞれの解決策の良い点と悪い点を吟味する。

-第5段階：最善の解決策あるいはその組み合わせの選択

-第6段階：解決策の実行

-第7段階：問題解決の過程を評価

翌日にその問題解決法の再吟味を行ってもらう。

問題解決法の習熟に集中するために、手順に焦点を当てる。

5. 上記の6段階目までをセッションの中で検討する。

時間があればもう一つぐらい問題を見つけて検討する。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

過食分析を過食後落ち着きを取り戻してから行ってもらう。

次のセッションで対処法を学ぶ。

6. 次回セッションの予約を取る

3.3.3 気分に関連した食行動への対処

セッション 10-17 (週 1 回、50 分程度)

気分に関連した食行動の変化への対処

- 食行動が気分著しく影響される患者に対して用いる。
- 気分不耐性(mood intolerance) : ある種の気分極めて敏感で、それに耐えられないか、いつも激しい気分を味わう。
- 境界性パーソナリティ障害と診断される群に重要。
- 自傷行為や精神作用物質を用いているなどの行動が兆候としては重要。
- 気分不耐性が摂食障害を維持する要因になっているか不明瞭な場合は、まずは問題解決法の手順を行う。こうすることで気分への敏感さが明らかになる場合が多い。

1. セッションでの体重測定 (5 分以内 週に 1 回)

2. 記録と宿題の吟味 (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)

★ 気分不耐性についての教育

セルフモニターを参照し、最近の 1 つ以上のエピソードを見つける。

食行動変化につながる一連の出来事を誘因となる出来事とそれに引き続く感情、思考、行動の観点から再現。

1. 誘因となる出来事の発生

彼氏との電話での口論など

2. 出来事の認知的評価

例えば、憤りなど(「彼はいつも責める一公平じゃない」)

3. 不快な気分の変化

例えば、怒り

4. 気分の変化の認知的評価とそれに続く急速な気分の認知的増幅

「私はこのような怒りを我慢できない」→「私は本当にこのような感情を我慢できない」→「私は本当に、本当にこの感情を我慢を我慢できない」

い」→「私は絶対この感情を我慢できない！」となるなど。

5. 非機能的な気分調節行動の始まり

例えば、過食や薬物使用、自傷行為を始めてしまう

6. 不快な気分の瞬時の改善

例えば、怒りの気持ちの消失

7. 過食後の認知面の評価

「私は失敗者である。私は絶対に自分の食行動をコントロールできない。」など

この一連の反応は、日々の困難に対処することにならず、予期できない行動につながり、しばしば対人関係上の問題を一層悪化し、食行動の問題を一層悪化させ、食行動の問題を維持し、自分自身に嫌悪感を抱かせるようになるなどと説明する。

★それぞれに対する介入方法

1. 誘因となる出来事の発生

Proactive Problem-solving(資料 3-9、3-10)を用いる

2. 出来事の認知的評価

認知再構成を用いる。

3. 不快な気分の発生と認知的評価

「気分の受容」

a. 気分についての教育

「気分は正常な人間が経験することの一つです。怒りを感じたり意気消沈するのは幸せを感じることと同じように素晴らしいことです。」

「気分は滅多に長続きしません。」

「人がどんな気分かを知ることは役立ちます。例えば、興奮を不安と間違えるなど、自分の気分を誤解している人がいます。いかなる兆候が存在するのかを気づくのは大事です。例えば、筋肉の緊張は不安を示唆する兆候かもしれません。この状況の中で、他の人がどう感じるであろうかと考えることと同様に役立ちます。」

思考を感情と間違えている場合があるので、同時に生じる感情に気づくようにサポートする。

b. 気分による行動

「感情に対して反応する必要はありません。単に受け入れるのです。」

- ・ **urge surfing** とよく似ており、気分を乗り切り、増減を観察できる。
- ・ 乗り越えることができなくても悩むことはなく、それを調整する方法はいくつもある。

4. 気分調節方法の使用

a, 機能的な気分調節行動を練習する。

必要時に気分を変えられる機能的な方法を見つけて行うことを支援する。

例えば、好きな音楽をかける

他人とのコミュニケーション

(向かい合って行うのが最も良い)

運動(早歩き)

入浴

冷水シャワー

映画 など

b, 薬物使用や自傷行為などの非機能的気分調節行動を防止する。

用いている薬や道具を持たないようにする。→治療者に渡してもらう。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

気分を変えるリストを作る。その後実行。

6. 次回セッションの予約を取る

4 ステージ 4

ステージ4の目標

●重要な課題

1. 治療により達成された進歩が治療終了後も維持される。
2. 再発のリスクを長期的に最小限にする。

●病気を維持している主な機構が中断され、「トランプカードの家」が崩れ始めていけば、治療終了後も改善し続ける。そのため、ある程度のダイエットをしていて、時に過食嘔吐があり、体重や体型のこだわりがある患者でも治療の終了を受けいれられる。

4.1 上手に終わる①

セッション 18-20 (2週に1回、50分程度)

上手に終わる

1. セッションでの体重測定 (5分以内 週に1回)

2. 記録と宿題の吟味 (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)

☆治療終了に関する心配への対処

・「治療終了についてどのように思っていますか？」と聞き、心配に対応する。

・説明例

「治療が終わるけれども、食行動の問題を乗り越える上での、進歩が終わるということではありません。」

「治療が終わった後も、改善し続けるのが普通です。体重や体型に対する関心は特にそう言えます。」

「奇妙に思えるかもしれませんが、治療が終わる時点ではあなたが達成した進歩の全体像を眺めることは不可能なのです。」

「治療から遠ざかるのも、時には良い考えだと思います。」

「自分自身の力で治療で学んだ全てのことを実践する練習をする良い機会です。」

「次の数ヶ月がとても大事な時間です。治療に来ていなくても、達成した変化を維持して、さらなる進歩をとげるために努力を続けることがとても大事なのです。」

・治療終了 20 週後に吟味セッションがあることを伝える。

☆進歩が維持されることを明確にする。

・何が変わって、何が変わってないかを患者に尋ねて検討する。

・治療の成果を評価する：EDE-Q、CIA

残った症状の性質や程度、病気の生活への影響を明らかにする。

達成された変化が患者自身の努力によるものであることを強調する。

☆セルフモニタリングの終了

- ・記録は自分の食行動や思考、感情について気づくためのものであり、今やこの技術は身に付いており、その必要は無くなったことを気づかせるようにする。
- ・セルフモニタリングを行わなくても、食生活や治療目標をなった事柄について注意を払う必要がある。
- ・最終回のセッションで、セルフモニタリングなしでいかにして自己管理できたかを尋ね、その時に出てきた課題についても対処する。

☆セッションでの体重測定の終了

- ・ステージ3の終わるかステージ4の初めまでに行う。
- ・自宅での体重測定に移行
 - ① 週に1回あらかじめ決めた日に行う(平日の朝が最も良い、)。
 - ② グラフに体重を記入しつづける：同時に測定結果の解釈の仕方や直近の結果を過大評価しないことについて思い出すことを促す。
 - ③ 20 週後の吟味のセッションまで継続する。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

6. 次回セッションの予約を取る

4.2 上手に終わる②

●重要な課題

1. 治療により達成された進歩が退院後も維持される。
2. 再発のリスクを長期的に最小限にする。

●病気を維持している主な機構が中断され、「トランプカードの家」が崩れ始めていけば、治療終了後も改善し続ける。そのため、ある程度のダイエットをしていて、時に過食嘔吐があり、体重や体型のこだわりがある患者でも治療の終了を受け入れられる。

1. セッションでの体重測定 (5分以内 週に1回)

2. 記録と宿題の吟味 (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)

☆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)

治療終了後 20 週間で実行すべき事項を明確にする。

実現可能性を重要視し、患者にとって過剰な負担にならないように配慮。

・摂食抑制

-食物回避：避けている食物に対処する必要があるかもしれない。

-会食：外食を続け、様々な種類の食物を摂取する必要があるかもしれない。

・体型と体重に対する過大評価

-生活の他の領域を過小評価：新しい活動に取り組み続け、すでに始めている活動を続ける必要があるかもしれない。

-身体確認：鏡を今までと異なるやりかたで使うのと、他の方法で確認するのも控える。自分が偏った比較をするリスクがあることを意識する必要があるかもしれない。

-身体回避：さらなる身体暴露を練習し続ける必要があるかもしれない。

- 肥満感：「太っていると感じる」時には他に感じていることはないかとい続ける必要があるかもしれない。
- ・出来事に誘発される食行動の変化
 - 残遺過食：事前の問題解決法を続ける必要があるかもしれない。
 - 気分不耐性：気分安定化に有効な方法を練習する必要があるかもしれない。
- ・思考様式
 - 再発の兆候にをすぐに明らかにし、摂食障害 DVD を「取り出す」ための 2 段階法を使う必要があるかもしれない。

最後に「やるべきことをしっかりやってください」と伝える。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

気分を変えるリストを作る。その後実行。

6. 次回セッションの予約を取る

4.3 上手に終わる③

セッション 18-20 (2週に1回、50分程度)

●重要な課題

1. 治療により達成された進歩が退院後も維持される。
2. 再発のリスクを長期的に最小限にする。

●病気を維持している主な機構が中断され、「トランプカードの家」が崩れ始めていけば、治療終了後も改善し続ける。そのため、ある程度のダイエットをしていて、時に過食嘔吐があり、体重や体型のこだわりがある患者でも治療の終了を受けいれられる。

1. セッションでの体重測定 (5分以内 週に1回)

2. 記録と宿題の吟味 (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)

☆長期間の再発リスクを最小限にする

1. 継続すべき戦略と対処法の明確化
 - ・「再発のリスクを最小限にするために、長期的に続けるべき治療の要素はどんなものがありますか？」を患者に尋ね、考えてもらう。
 - ・規則正しい食事、毎週の体重測定、問題解決法、過食分析など精神病理の克服に助けになった治療は何かを患者自身が明確にすることも役立つ(資料4-3、4-4)。
2. 現実的な期待を持つ
 - ・治療がうまくいっている患者は、今後決して食行動の問題が生じないという期待をする傾向がある。
 - ・治療者は過度に否定的にならず、患者の期待は現実的であるということを保証する。
 - ・摂食障害の思考様式が復活することが、ある状況下で起こりうるが悲観的にならず、それに対して対処することができることも保証。
3. 「症状の再現(lapse)」と「再発(relapse)」

- ・ぶり返しを「再発」捉えないように促す。
- ・「症状の再現」と捉えることで、その問題に立ち向かい対処することが可能となる。

4. ぶり返し(setback)のリスクを最小限にする

- ・誘因となりやすいものを知っておく
 - ・体重や体型に関連した出来事：体重の増加、「肥満感」の増強、他人からの批判的コメント、妊娠による体重や体型の変化、身体疾患による体重減少など
- ・食行動に関する不都合な出来事：摂食抑制、残っている主な食事規則を破る、過食エピソードなど
- ・他の顕著に好ましくない個人的な出来事：不愉快な出来事全般、自尊心を脅かす出来事
- ・臨床的うつの発症や進行：ぶり返しのトリガーとなる。

5. ぶり返しに対処する計画を持っておく

1. 摂食障害の思考様式を可能な限り「取り出す(eject)」

- ・「早期警告サイン(DVD のスクリーンに現れやすいもの)」を知る。
- ・その思考様式を取り出す
- ・思考様式を取り出すための方法
 - 「やるべきことをやる」：学んできたことを実行に移す。
 - 「気持ちをそらすような対人活動を行う」：魅力ある活動に関わり、新たに挿入した摂食障害の思考様式を健全なものに置き換える。

2. ぶり返しの原因に取り組む

- ・ぶり返しの契機を明らかにする。
- ・それを検討する時間を作り、問題解決法で対処する。

6. 長期計画を立てる

- ・長期の維持計画（資料 4-3、4-4）長期維持計画参照）を立てる。
- ・長期にわたって再発の危険性を最小限にする方法について助言する。

5. 宿題の確認、セッションのまとめ、次回セッションの予約 (3分)

6. 次回セッションの予約を取る

5. 再評価セッション

セッションの目標

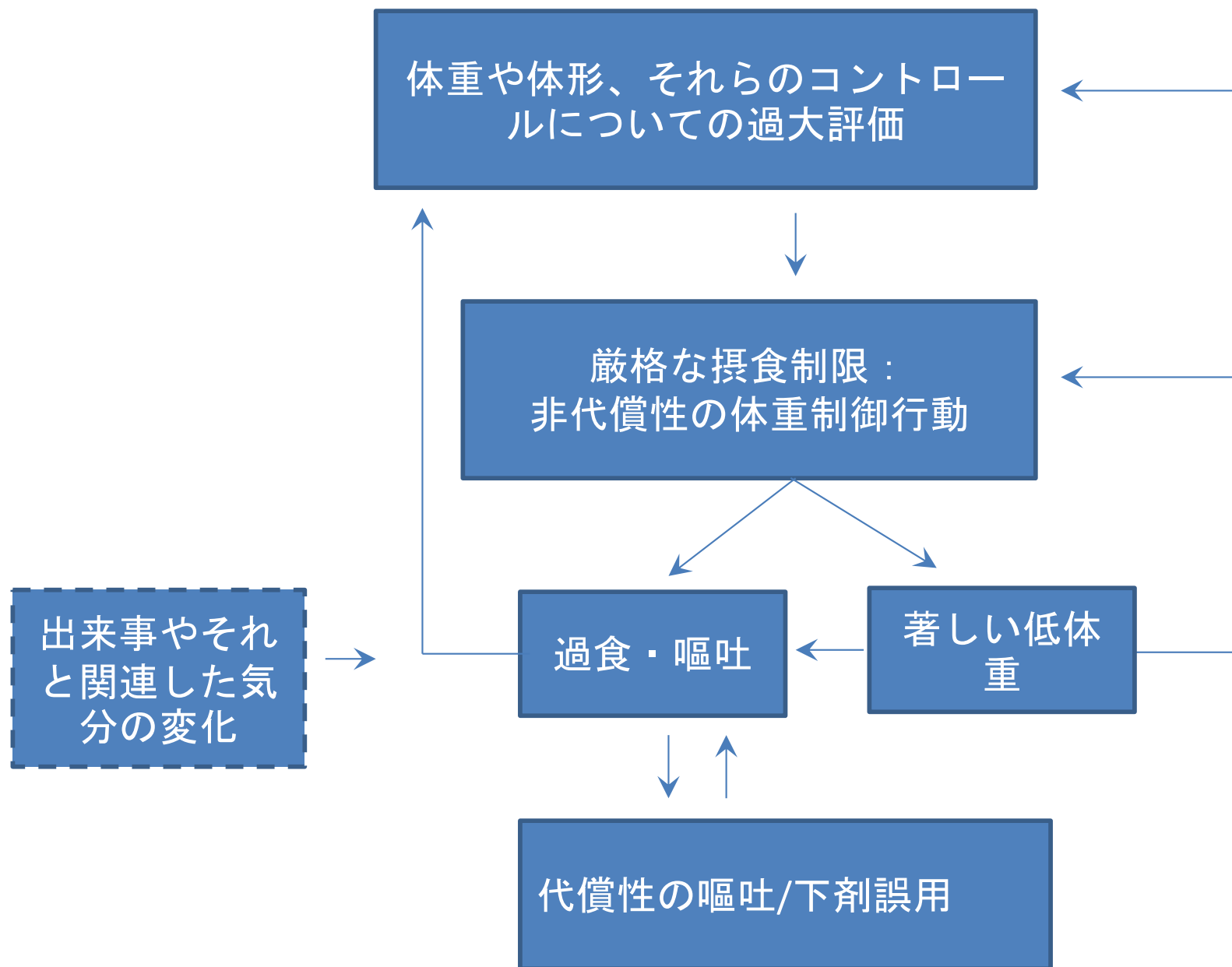
1. 患者の状態の再評価と今後の治療の必要性を吟味
2. 短期維持療法計画の継続の必要性を検討する
3. 毎週の体重測定の必要性について検討する
4. ぶり返しの対処方法について検討する
5. 長期維持計画を再検討して見直す

1. セッションでの体重測定 (5分以内 週に1回)

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)

6 資料集

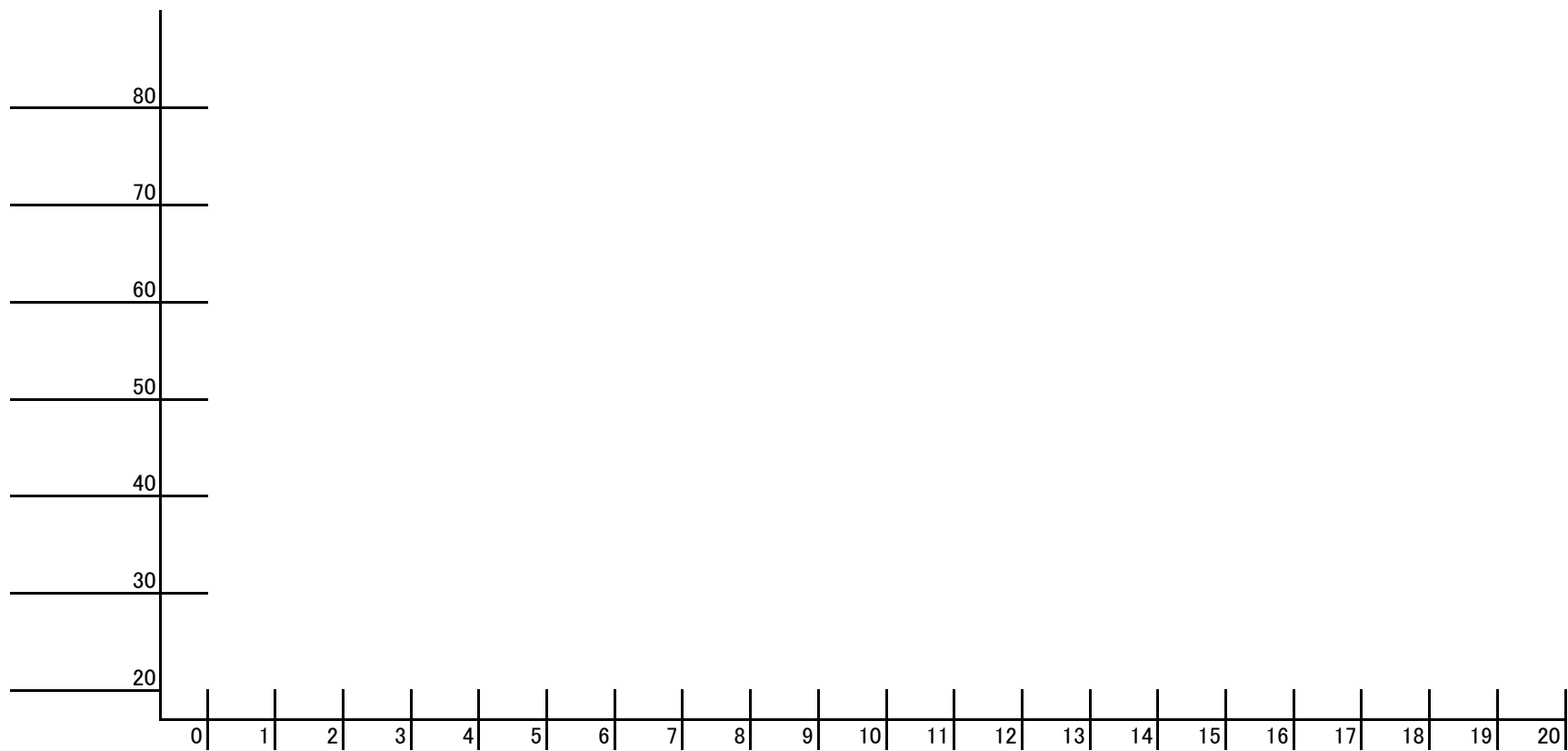


From Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders by Christopher G. Fairburn
Copyright 2008 by The Guilford Press. This figure is available on line at
www.psych.ox.ac.uk/credo/cbt_and_eating_disorders

CBT-Eの説明(初回)

CBT-E説明

1. 認知行動療法(CBT)は、成人摂食障害患者さんに対する優れた研究結果に基づく治療法です。
2. 開発者らの経験では、治療を完遂した方の約2/3が優れた反応(優れた効果)を示します。
3. 治療は1対1の対話型で、食行動の問題を持続させているものは何かということに主に焦点をあてます。
4. 治療は患者さんそれぞれの食行動問題とニーズにあわせたものとなるでしょう。あなたとあなたの治療者はあなた自身の食行動の問題とそれを持続させているものについて十分に知る人となる必要があります。
5. 治療は20(低体重の場合40)セッション行い、20(低体重の場合40)週以上かかることが予想されます。最初の8(低体重の場合20)セッションぐらいいは週に2回行います。その後は次第に間隔があいていきます。
6. あなたの食行動の問題を壊すためにセッションからセッションの間に私たちは働きかけを行います。こうした治療の“勢いや弾み”というものを築き上げたいと考えています。ですので、できる限り治療のお休みを少なくすることが大切と考えます。特に重要なのは、最初の6週間は一切お休みをせず、その後は2週以上お休みをしないことです。私たちはこのことを考慮にいれて、いつあなたの治療を開始するのが最も良いかということを考える必要があります。
7. セッションは概ね1時間以内に終わります。
8. 患者さんみなさんのことを考えると、治療は時間通りに始まり時間通りに終わることが大切です。治療者は必ずその時間に準備をしています。あなた自身にもそう心がけていただけたらと思います。予約時間の10分から15分前に来ていただくとよいかもしれません。気持ちを落ち着かせて、物事について考える時間にもなります。
9. 予約の時間に来れない場合はできるだけ早めに知らせてください。他の患者様を含めた予約の変更が行いやすくなります。
10. あなたと治療者が一つのチームとして、あなたの食行動の問題を克服する手助けとなるよう協力していくことになります。
11. それぞれのセッションとセッションの間に実行できるあなたの課題(次のステップ)を、あなたと治療者の合意のもと決定していきます。こうした課題はとても重要で、最優先される必要があります。あなた自身が治療の恩恵をどれほど受けるかを左右するのは、大部分は、あなたがセッション間で何を実行したかということになります。
12. とても長い間、あなたは食行動の問題を持っていたため、変化する機会を最大限に活用することがとても大切です。それをしなければ、その問題は持続するでしょう。
13. 治療は大変なものとなりますが、とても価値があります。そこに時間を費やすほど、より抜け出せるでしょう。



資料0-2

セルフモニタリングの説明

- 治療の期間中、あなたが飲食したものすべてとその時何が起こったかを記録することが大切です。これを「セルフモニタリング」と呼びます。その目的は二つあります。
 1. どのように食べているかという詳細な姿がわかります。そして、あなた自身と治療者があなたの食行動の問題に注意を向けることができます。
 2. それをしているまさにその時に自分が何をしているかをより自覚することで、セルフモニタリングがそれまで自動でして自分でコントロールできないと思われていた行動を変化させる手助けとなります。正確な「リアルタイム(その時に)」モニタリングを行うことが治療の中心となります。これによりあなたの変化を手助けしましょう。
- 最初は食べたものをすべてを書くことにイライラしたり、不便を感じることもあると思います。でも、すぐに慣れて、役立つことがわかってきます。本当にモニターを書くことができないようなライフスタイルを持った方にお会いしたことはありません。これを一つのチャレンジとしてください。
- どのようにモニターを行うかはサンプルを見てください。。毎日新しい用紙を使用してください。
 1. 最初の欄は飲食した時間です。2つ目の欄は飲食したものの内容を記録してください。カロリーは書かないでください。そのかわりに飲食したものの概要(専門的ではない)を簡潔に書いてください。食べた後にすぐに一つ一つ書いてください。数時間後に何を飲食したかを思い出して書くことは、その瞬間にあなたの行動を変化するのには役立ちません。乱雑な書き方や誤字や上手く描けなくてもかまいません。最も大切なのは、飲食した後、できる限りすぐに書くことです。
 2. 食事に関しては} (中かっことじめる) マークでくくってください。おやつやそれ以外で摂取したものはそれをつけないでください。
 3. 3つ目の欄は飲食した場所を書いてください。自分の家であればどの部屋かも書いてください。
 4. 4つ目のカラムには、飲みすぎたり食べ過ぎたと感じた時に✱ (アスタリスク) マークをつけてください。他の人の考えには関係なく、あなた自身の判断です。「過食」の間に食べたものをすべてを記録するのが基本となります。
 5. 5番目の欄には、嘔吐(V)、下剤(L、数量)、利尿剤 (D、数量)を書いてください。
 6. 最後の欄は治療の期間中、いろいろな目的に使います。さしあたり、食べることに影響を与えた出来事や気持ちを日記のように記録してください。例えば口論が過食や拒食に先立ちあったのであれば、それを書いてください。あなたが食べたことに関する考えや気持ちを食べるたびに書くようにしてみてください。食べることに関係なくても大事な出来事や状況を書きたいと思うかもしれません。また、体重とそれについての気持ちを自分で体重を測るたびに記録してください。
- セッションごとに直近のモニタリングシートを吟味します。忘れずにセッションに持ってきてください。

曜日 本曜日

日付 3月19日

時間	飲食したもの	場所	※	V/L	状況とコメント
7:30	水1杯	台所			きのうからのどが渴く
8:30	バナナ半分 カフェ }	カフェ			良い日、過食していない
11:45	七面鳥のサンドイッチ ヨーグルト ダイエットコーラ }	カフェ			通常の昼食
18:40 ～ 19:30	アップルパイ アイスクリーム2リットル ピーナッツバターパン4枚 ダイエットコーラ 葡萄パン ピーナッツバターパン2枚 ダイエットコーラ 瓶から直接ピーナッツバター 葡萄パン チョコレートバー ダイエットコーラ大	台所	※ ※ ※ ※ ※ ※ ※	〇 〇	助けて、止められない。全く抑えられない。自分がいや 最低。なんでこんなことするの。帰宅するなり初めて・・・最悪の日。
21:30	脂肪分ゼロのチーズと餅 ダイエットコーラ	台所			本当に寂しい。太って醜い気持ち。あきらめたい気持ち。

V: 嘔吐、L: 下剤、D: 利尿剤

曜日

日付

時間	飲食したもの	場所	※	V/L	状況とコメント

V: 嘔吐、L: 下剤、D: 利尿剤

セッション 0(初回) 資料1 表11-1

オリジナル:p150

日本語版:p176

著しい低体重に見られる特徴

①摂食障害の側面

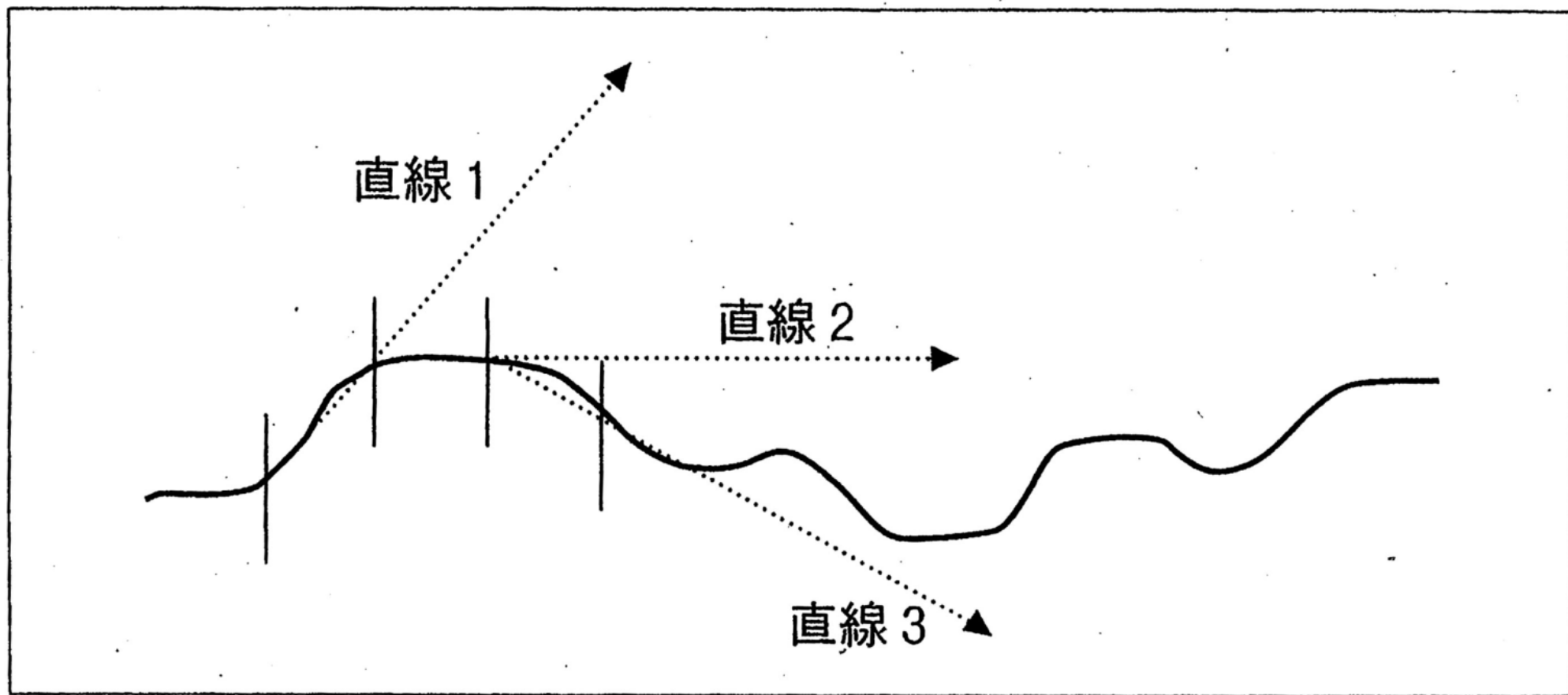
- ・儀式的な食行動(たとえば:同じ皿や食器の使用、何口食べたから数える、右回りに食べる、食物を特定の形に切り刻む)
- ・ゆっくり食べる
- ・少量食べても満腹になる
- ・大量の調味料や香辛料の使用
- ・食物の買いだめ
- ・食べることや食物についての考えが頭から離れない
- ・食べることや食物への関心がふえる(たとえば:料理のレシピ本を読む、テレビの料理番組を見る、他人に料理はするが自分は食べない)

②精神症状の特徴

- ・気分の落ち込み
- ・易怒性
- ・儀式的行動(決まりきった作業を強く求める;融通の利かなさ)
- ・ものの溜め込み
- ・集中力低下
- ・興味を持っていたものへの興味がなくなる
- ・引きこもりと回避
- ・性的興味の喪失

③身体症状の特徴

- ・月経不順、無月経
- ・性的反応の低下
- ・睡眠障害
- ・さむがり
- ・皮膚乾燥
- ・脱毛
- ・筋力低下(階段を登れない、座位またはしゃがんだ姿勢から立ちあがれない)
- ・めまい



規則正しい食生活について

● 食生活のパターン

①朝食

②（午前のおやつ：低体重の人）

③昼食

④午後のおやつ

⑤夕食

⑥夜のおやつ

● 注意点

- 👉 食事やおやつを食べても、その間に食べてはいけません。
- 👉 どの食事やおやつも省いてはいけません。
- 👉 食えずに4時間以上過ごしてはいけません。
- 👉 体重を減らすために嘔吐や下剤を乱用しなければ、食事やおやつで好きなものを食べて構いません。
- 👉 次に食べるのはいつか、そして何を食べるのかを常におきましよう。

治療の要素	治療の状況		
	うまくいっていない	まあまあ うまくいっている	うまくいっている
セッションへの参加			
スケジュール通りである			
記録（モニタリング）			
家で体重を測定しない			
Overcoming binge eatingの読書			
規則正しく食事やおやつを摂る			
食事及びおやつ以外に食べない			
治療を優先する			
他の要素			

円グラフ

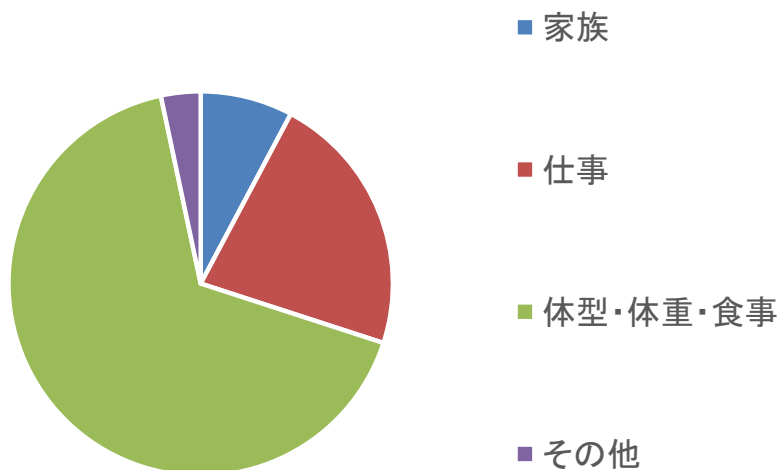


図8.1. 円グラフ(患者A)

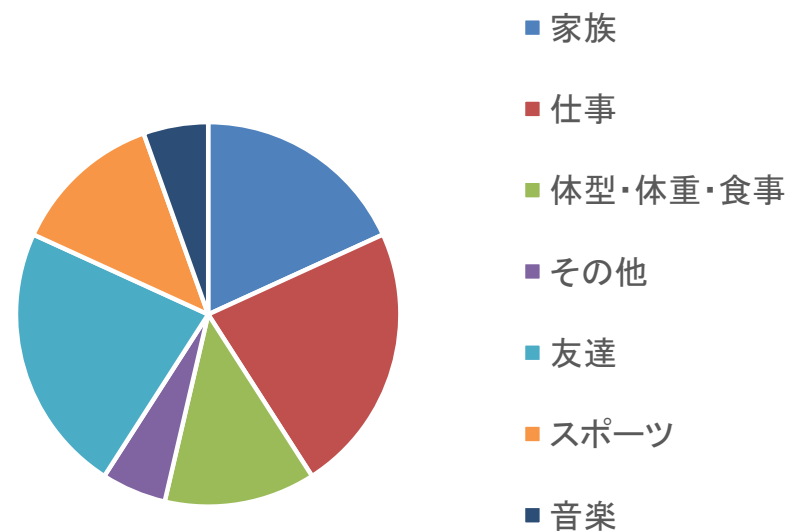


図8.2. 円グラフ(摂食障害のない若年女性)

図8.1.は体型・体重、そのコントロールへの過大評価で大きく占有されており、典型的な摂食障害患者の円グラフである。図8.2.の摂食障害のない健康な若者が描く円グラフとは、大きく異なる。

拡大フォーミュレーション

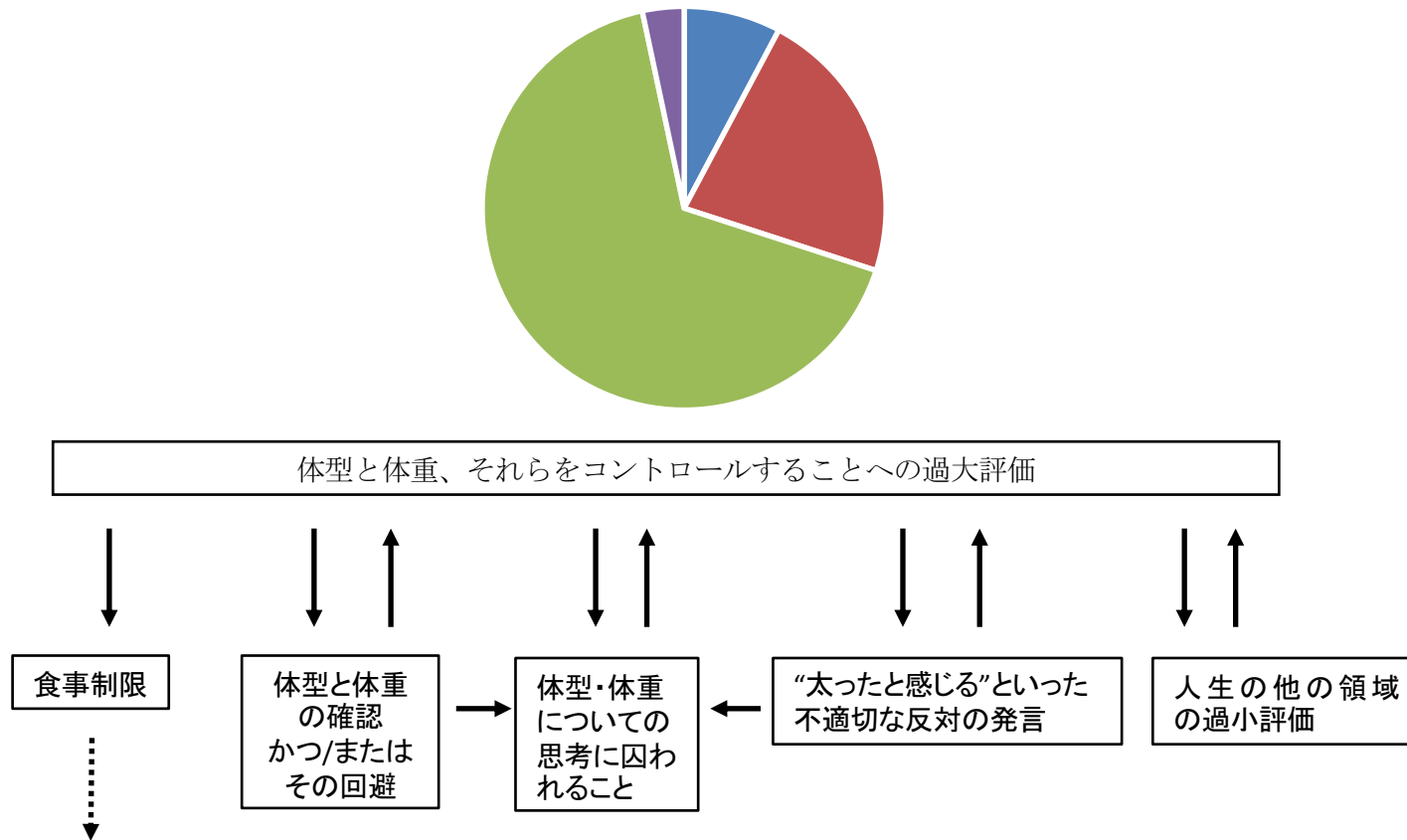


図8.3. 体型と体重のコントロールへの過大評価：拡張版フォーミュレーション

“あなたが体型や体重を気にして、それをコントロールしようとしてやっていることは、それ自体が不安を持続させる要因の可能性はある。例えば、繰り返し身体を確認することで、自分の体型への不満が増します。同様に、身体の一部を見ないようにしたり、体重を見ないようにしたりすると、恐怖や不安は和らぐことなく続きます。“太ったと感じる”は“太っている”と同一視されがちで、そうしてずっと容姿への不満を持ち続けます。重要なのは、あなたが体型や体重に不満を持ち続ける原因は、あなたの不安にあるので、その不安が引き起こすものについて議論することが必要だということです。お分かりのように、これは悪循環になっているので、このことを話し合うことは悪循環を断つのに一番いい方法なのです。”

曜日

日付

時間	飲食したもの	場所	※	V/ L	確認(やったことと時間)	場所	状況とコメント

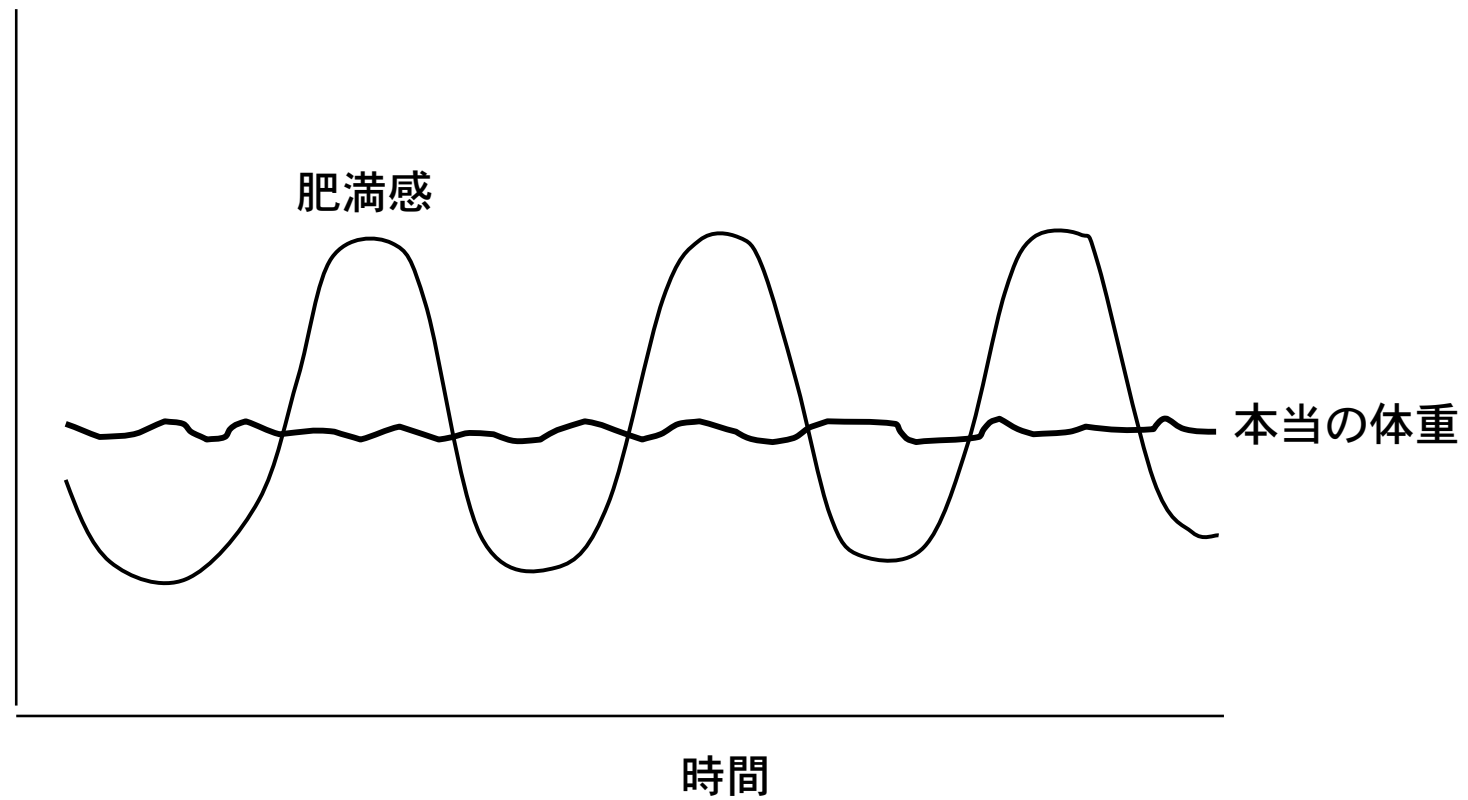
曜日 金曜日

日付 4月20日

時間	摂取した食べ物・飲み物	場所	*	V/L	確認(やったこと、かけた時間)	場所	状況とコメント
6:30	水	台所			鏡で姿を見た(2分)	台所	顔が本当に丸々してる。
7:00					着替える時に鏡を見た(2分) 脂肪をつまんだ(5分)	寝室	ああ、お腹がすごく出てる
7:10	バナナ、シリアル一杯	台所					良好
8:30					スカートを着てお尻が大きく見えるかチェックした(5分)	職場のトイレ	どうしてこんなに太ってるの？朝ご飯を食べただけで！
10:00	シリアルバー	デスク			食べている間お腹を眺めた(2分)	デスク	こんな大きなお腹なんて信じられないー見るとムカムカするーどうして細くなれないの？
1:15	ピーナツバターとジャムをのせた全麦パン(2切れ)	公園	*		公園で痩せたランナーを見た(15分)	公園	ピーナツバターなんか食べなければよかった、太るから。みんなみたいに昼休みに走っていたらよかったのに！
3:00	リンゴ	デスク					少なくとも職場の台所でケーキを食べなくて、リンゴだけで済ませられた。
6:30	野菜(大盛)とツナ	台所				居間	いい夕食ーコントロールできている
7:30					最新のセレブのダイエットをUSウィークリーで読んだ(15分)		この女性達が羨ましい。パーソナルトレーナーや強い意志さえすれば
9:00	ヨーグルト一杯	居間			座った時に太ももが広がるのを眺めた(1分)	居間	うんざりだ！自分が嫌だ

エピソード①

ある患者は、ロンドンの地下鉄で、強く太っている感覚（そして嫌悪感）を覚えた。治療者と患者は、その原因として、患者の身体が揺れたためか、非常に暑かったためのどちらかだろうと結論づけた。患者は、太っている感覚と、その時の状況を考察し、彼女が暑いと思った時にそれが起きたことが分かった。暑い気候で、彼女は自分の身体をより意識し、太っていると感じたのである。太っていると感じた原因を正しく究明することは重要であり、太っている感じは太っていることと同一視されるべきではないことに患者は納得した；むしろ彼女は暑がっていたのだ。この経験の再考察は、彼女の治療の転機となった。



振り返り表

時期	体重や体形、食行動に敏感になったと思われる出来事や状況
食行動問題が始まる前 (歳まで)	
発症の12ヶ月前 (歳)	
発症してからの12ヶ月間 (歳)	
それ以降 (～ 歳)	

振り返り表(サンプル)

時期	体重や体形、食行動に敏感になった出来事や状況
食行動問題が始まる前 (16 歳まで)	・幼少時、母親は食事のことで口うるさかった ・9歳の時は少し太っていた ・いつも背が高い方で少しダサイタイプ(大柄だと感じていた) ・拒食症の友達がいて、少し羨ましかった
発症の12ヶ月前 (16 歳)	・新しい街と家に引っ越し ・転校 ・友達ができずに辛かった
発症してからの12ヶ月間 (17 歳)	・食事の量を減らし始めた ・気分がよく、コントロールしている ・母親とけんか ・しばらくの間に急に体重減少
それ以降 (17 ～ 26 歳)	・下剤を使い始める(18歳) ・過食を始める(18～19歳) ・大学進学(19歳) ・体重増加(19歳);コントロールできない、恐ろしい ・今のような摂食障害(20歳から現在まで) ・大学を中退(23歳) ・心理療法と抗うつ薬内服を始める(24歳)

食事コントロール

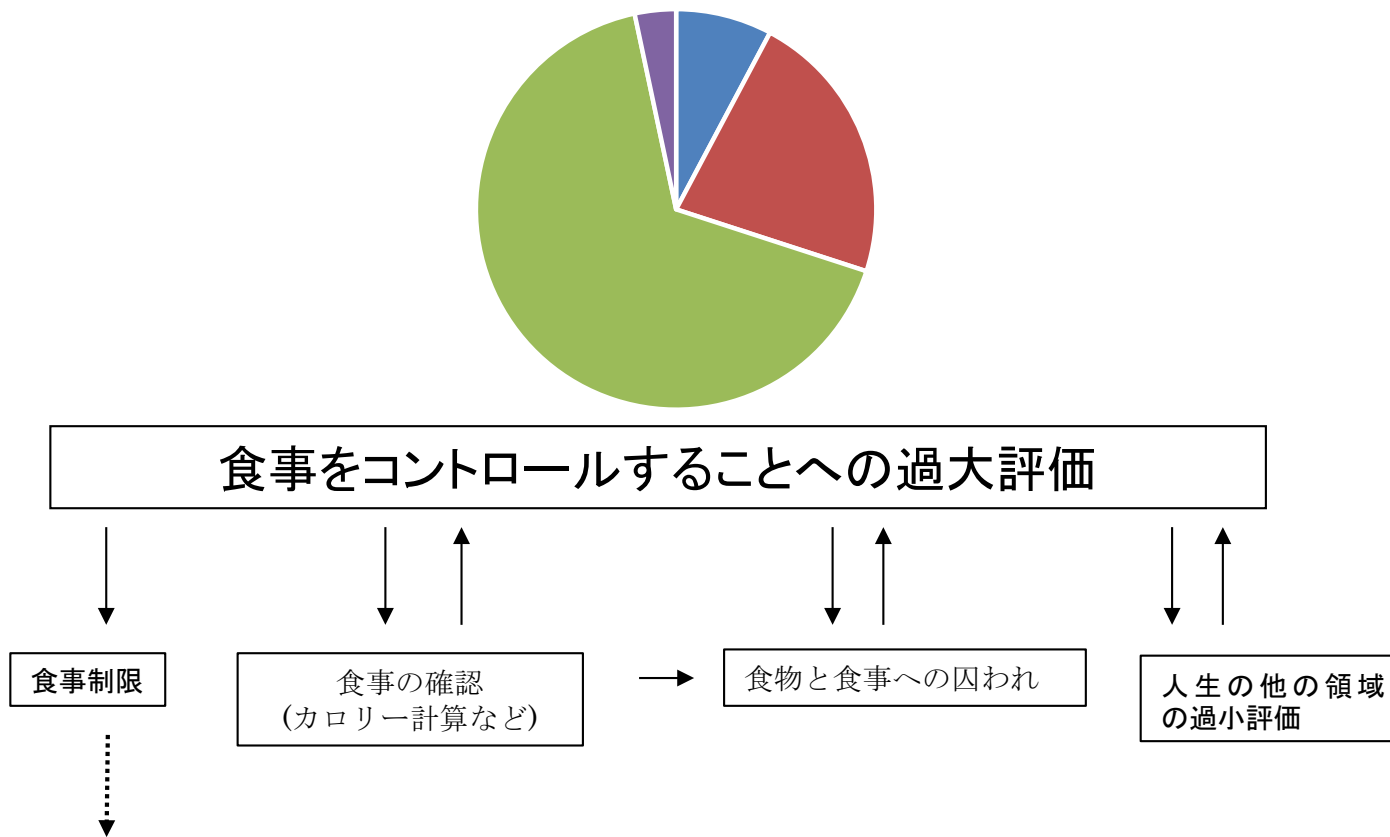


図9.3. 食事のコントロールに関する過大評価

Proactive Problem Solving サンプル

大きな問題！

Step 1: 今夜デート！

Step 2: 彼は私を嫌っているかもしれない。彼は私が太っていると思うかもしれない。これが心配。

Step 3 と Step 4: できることの良い点、悪い点

a) ドタキャンする

- +行かなくて良いし心配がなくなる
- 彼のことがとっても好き！

b) 友達に心の準備を手伝ってもらう

- +気持ちが楽になる。
- 彼女は来れないかも

c) 安心するためにお母さんに電話する

- +緊張を和らげてくれる
- 自分自身でこれをしたと思う

d) きていてゆったりと感ずることが出来る服を選ぶ

- +安らぎを感じる。
- なし

Step 5: b) と d) がベスト

Step 6: どちらも今夜やって見る

Step 7: 昨夜はうまくいった。今振り返ってみると、私は前もって起こりそうな問題を知ることができた。最適な二つを選択して、対処する方法を考えることができた。うまくできたと思うし、彼は私のことを好きだと思う！

問題解決技法

第 1 段階：

第 2 段階：

第 3 段階・第 4 段階：

(1)

+

—

(2)

+

—

(3)

+

—

(4)

+

—

(5)

+

—

第 5 段階：

第 6 段階：

第 7 段階：

食事規則を破る

-

脱抑制（アルコールなど）

-

食べる量が少ない

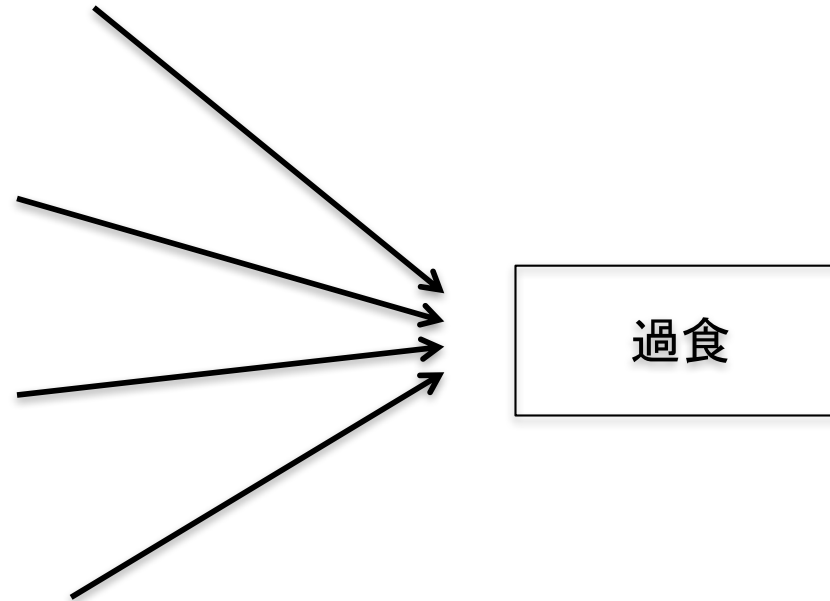
-

不都合な出来事や気分

-

学ぶべき教訓

-



解決すべき問題	対処法
体形と体重へのこだわり	・無益な体重確認（何度も鏡を見る、不適切な服装のチェック、体をつねったり触ったりする、自分の体形を人と比べる）に注意する。この情報が役立つのか、正確なのかを検討して、先に述べたように、これらを減らすかやめる。 ・体形を見るのを避けないように注意する。そのようなことがあれば、体についてもっと知るようにする（違う服を着たり、マッサージしたりする）。 ・鏡は慎重に使う ・「肥満感」に注意する。その契機を特定し、名前をつけ直す。 ・平日の決まった日以外に体重を量らない。1 回の数値で解釈しない。 ・体形と体重だけで自分の評価をしない。 ・生活の中でほかの興味を維持し、発展させる（例えば、_____）。
摂食抑制と食事制限	・自由に様々なものを食べるよう試みる。 ・会食を実践（他人と食事したり、レストランで食事する）。 ・特定の食べ物を避けないようにする。 ・「十分」な量を食べ、少食にならない。 ・規則正しい食事（少なくとも 4 時間ごと）。 ・厳格な食事規則を避ける（例えば、食事量やカロリー、食事時間、他人よりも少ない量しか食べない、すでに食べた食物で代償する、あらかじめ少なめに食べて「借りを作る」）。 ・肥満感は普通であり、一時的なものである。繰り返す膨満感で悩まされるなら、きっかけを見つけて（例えば、普通の量を食べていないことが多い、低体重である、規則的に食べていない、きつめの服を着ている、「嫌いな」ものを食べているなど）対処する。
過食	・必要であれば「過食分析」を行い、きっかけ（例えば、食事量が少ない、低体重、食べていない時間が長い、食事規則を破る、飲酒により食事規則が緩む、生活上の問題に対する反応）を特定し、対処する。 ・契機に対して問題解決法を用いる。
その他の体重コントロール法	・嘔吐や下剤、過剰運動をやめる。これらは食行動問題を持続させる。 ・その他 _____
体重の回復と維持	・決まった日に毎週体重を量ることは重要である。 ・目標体重（_____ kg から _____ kg まで）を維持する。 ・体重が _____ kg 以下に低下すれば、警鐘！ 長期的な視点から、体重回復の良い点と悪い点を検討する。1 週間で平均 0.5kg 増やすために毎日 500kcal 余分に食べる必要があることを、忘れてはならない。
体重減少	・食行動問題のある人が、体重を減らすことは危険である。 ・体重減少を目指すのは、医学的に過体重の場合のみ適切である。 ・これからの 20 週間、体重を減らそうとしてはいけない。 ・かたくなで厳格な食事規則を避けること。 ・医学的に過体重であれば、20 週間後に限られた期間「過食防止」のダイエットを用いることができる（例えば、控えめな体重減少の目標、食事に関する柔軟な指針）。 ・極端な食事制限なしで行える現実的な目標体重の幅をもつ。 ・1 週間に 0.5kg 以上の減量は非現実的で不健康であることを忘れてはならない。
小さな失敗とつまずき	・小さな失敗はあるものだと考える。 ・小さな失敗は早いうちに積極的に対応する。(1)契機を理解し、(2)可能な限り早く本来の路線に復帰する（長期計画を参照） ・本来の路線に戻すのに四苦八苦する場合、連絡先（_____） ・低体重になるのは非常に深刻な問題である。BMI が 18.5 (_____ kg) を 2 回連続で下回る場合、連絡先（_____）
その他	・ ・

解決すべき問題	対処法
体形と体重へのこだわり	・無益な体形確認（何度も鏡を見る、不適切な服装のチェック、お腹を触る、自分の体形を人と比べる）に注意する。この情報が役立つのか、正確なのかを検討して、これらを減らすかやめる。 ・鏡は慎重に使う。 ・「肥満感」に注意する。「肥満感」と「太っていること」を混同しない。 ・平日の決まった日以外に体重を量らない。1回の数値で解釈しない。 ・体形と体重だけで自分の評価をしない。 ・生活の中でのほかの興味を維持し、発展させる（例えば、_____）。
摂食抑制と食事制限	・自由に様々なものを食べるよう試みる。 ・会食を実践（他人と食事したり、レストランで食事する）。 ・特定の食べ物を避けないようにする。 ・「十分」な量を食べ、少食にならない。 ・規則正しい食事（少なくとも4時間ごと）。 ・厳格な食事規則を避ける（例えば、食事量やカロリー、食事時間、他人よりも少ない量しか食べない、すでに食べた食物で代償する、あらかじめ少なめに食べて「借りを作る」）。 ・肥満感は普通であり、一時的なものである。繰り返す膨満感で悩まされるなら、きっかけを見つけて（例えば、普通の量を食べていないことが多い、低体重である、規則的に食べていない、きつめの服を着ている、「嫌いな」物を食べているなど）対処する。
過食	・きっかけ（例えば、食事量が少ない、低体重、食べていない時間が長い、食事規則を破る、生活上の問題に対する反応）を特定し、対処する。 ・契機に対して問題解決法を用いる。
その他の体重コントロール法	・過剰運動をやめる。これらは食行動問題を持続させる。 ・その他 _____
体重の回復と維持	・決まった日に毎週体重を量ることは重要である。 ・目標体重（_____ kg から _____ kg まで）を維持する。 ・体重が _____ kg 以下に低下すれば、警鐘！ 長期的な視点から、体重回復の良い点と悪い点を検討する。1週間で平均 0.5kg 増やすために毎日 500kcal 余分に食べる必要があることを、忘れてはならない。
体重減少	・食行動問題のある人が、体重を減らすことは危険である。 ・体重減少を目指すのは、医学的に過体重の場合のみ適切である。 ・これからの 20 週間、体重を減らそうとしてはいけない。 ・かたくなで厳格な食事規則を避けること。 ・極端な食事制限なしで行える現実的な目標体重の幅をもつ。 ・1週間に 0.5kg 以上の減量は非現実的で不健康であることを忘れてはならない。
小さな失敗とつまずき	・小さな失敗はあるものだと考える。 ・小さな失敗は早いうちに積極的に対応する。(1)契機を理解し、(2)可能な限り早く本来の路線に復帰する（長期維持計画を参照）。 ・本来の路線に戻すのに四苦八苦する場合、連絡先（_____） ・低体重になるのは非常に深刻な問題である。BMI が 18.5 (_____ kg) を 2 回連続で下回る場合、連絡先（_____）
その他	・ _____

長期維持計画のための定型書式

再発の危険性を最小化する

- ・規則正しい食生活を維持。
- ・ダイエット、特にかたくなで厳格なダイエットやたくさんの食べ物を排除するのを避ける。
- ・目標体重の範囲の中で体重を維持。
- ・無益な身体確認や身体忌避に警戒する。
- ・食事以外の生活に興味を持ち、維持する。
- ・生活上の問題に対して問題解決法を用いて対処する。

再発の危険性を高める環境

- ・生活の変化や難題・・・普段の生活からの変化（例えば、休暇やお正月）
- ・体重減少や体重増加
- ・妊娠と産後
- ・落ち込んだ気分またはうつ病の発症
- ・結婚式の日（注目の的、美しく見られようというプレッシャー）

症状再現の「初期警告サイン」

「摂食障害 DVD」の復帰を警戒すること。以下の初期警告サインは、DVD の最初のトラックに収録されている。

- ・食行動の変化。特に、食事量の減少、食事やおやつを抜く、食事を遅らせる。「ダイエット食品」を摂る。
- ・ダイエット本やファッション誌を再び読み始めたり、またはネットで検索する。
- ・身体確認や忌避の再現や増加。
- ・体形比較の再現と増加。
- ・定めた体重測定以外にも体重を量る。
- ・運動が増える。
- ・嘔吐や下剤を使いたい衝動が高まる。
- ・過食衝動が高まる。
- ・食物や食事に対するこだわりの増強。
- ・体重や体形についての不満がつのり、体重や体形を変えたい強い願望。
- ・体重が BMI で 19.0（_____kg）以下に低下。

初期の警告サインに気づいたならば、今何が起きているのかを考え、行動計画を立てるのに「時間を割き」素早く積極的に対応する。

契機と再発への対処

- ・契機を特定する。
- ・外部の契機（生活）を問題解決法により対処する（書籍「過食を乗り越えて」を参照）。
- ・ぶり返しを「再発」ととらえないように気をつける（振り出しに戻るとき）。
- ・ぶり返しは治療ガイドライン（「過食を乗り越えて」）に従い、つばみのうちに摘み取ってしまう必要がある。

例えば、自己モニターの再開、規則正しい食事の採用、食事計画と食事パターンの検討、毎週の体重測定と慎重な解釈、かたくなで厳格な食事規則の回避、「肥満感」への疑問、過食分析、気晴らし行動と問題解決法の使用、身体確認と忌避行動の減少など。

・妊娠中や産後であれば、通常の体重と食事量、妊娠に伴う体重増加を元に戻すまでの期間などについて専門家からの情報を得る。

・一般的な指針として、摂食障害の思考態度（または「DVD」）に基づいてやりたくなることと反対のことをしなさい（すなわち「やるべきことをしなさい」）。また、社会生活など、食事以外の生活にもかかわる（より健康的な DVD をかけることにより）。

- ・その他（_____）
- ・その他（_____）

上記のことが 4 週間以内にできなければ、援助を求めることを考慮する。

BMI が 18.5（_____kg）を 2 週連続で下回るようならば、援助を求める。

再発の危険性を最小化する

- ・規則正しい食生活を維持。
- ・かたくなで厳格なダイエットや、たくさんの食べ物を排除するのを避ける。
- ・目標体重の範囲（_____ kg から _____ kg まで）で体重を維持。
- ・無益な身体確認や身体忌避に警戒する。
- ・食事以外の生活に興味を持ち、維持する。

再発の危険性を高める環境

- ・普段の生活からの変化（例えば、転職、お正月など）
- ・体重減少や体重増加
- ・妊娠と産後（妊娠がいけないわけではない！）
- ・うつ病の発症
- ・同窓会やパーティーなどへの参加（注目の的、美しく見られようというプレッシャー）

症状再現の「初期警告サイン」

「摂食障害 DVD」再生を警戒すること。以下の初期警告サインは、DVD の最初のトラックに収録されている。

- ・食行動の変化。特に、食事量の減少、食事やおやつを抜く、食事を遅らせる。「ダイエット食品」を摂る。
- ・ダイエット本やファッション誌を再び読み始めたり、またはネットで検索する。
- ・身体確認や鏡の利用の再現と増加。
- ・体形比較の再現と増加。
- ・定めた体重測定以外にも体重を量る。
- ・運動が増える。
- ・嘔吐や下剤を使いたい衝動が高まる。
- ・過食衝動が高まる。
- ・食物や食事に対するこだわりの増強。
- ・体重や体形についての不満がつのり、体重や体形を変えたい強い願望。
- ・体重が BMI で 20.0（_____ kg）以下に低下。

初期の警告サインに気づいたならば、今何が起きているのかを考え、素早く積極的に対応する。

契機と再発への対処

- ・契機を特定する。
- ・ぶり返しを「再発」ととらえないように気をつける（振り出しに戻るとき）。
- ・ぶり返しは、つぼみのうちに摘み取ってしまう必要がある。例えば、自己モニターの再開、規則正しい食事の採用、食事計画と食事パターンの検討、毎週の体重測定と慎重な解釈、かたくなで厳格な食事規則の回避、「肥満感」への疑問、気晴らし行動の使用、身体確認と忌避行動の減少など。
- ・一般的な指針として、摂食障害の思考態度（DVD）に基づいてやりたくなることと反対のことをする（すなわち、正しいことを実行する）。または、気を紛らわせるために対人的交流を行う。
- ・その他（_____）
- ・その他（_____）

上記のことが 4 週間以内にできなければ、援助を求めることを考慮する。

BMI が 18.5（_____ kg）を 2 週連続で下回るようならば、援助を求める。

7 質問紙

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0)

摂食障害評価用質問票 成人用

【説明】以下の質問は、最近 1 カ月（4 週間）のことだけに関して たずねるものです。

それぞれ注意して読んで、すべての質問に、自分にあてはまるとおりに答えてください。

質問 1～12；各質問の下に記された数字のうち、もっとも当てはまると思われるものに○印をつけてください。ただし、最近 1 カ月（4 週間）のことだけに関する質問であることを忘れないようにしてください。

最近 1 カ月のうち、 当てはまる日数は...	なし	1－5 日	6－12 日	13－15 日	16－22 日	23－27 日	毎日
	0	1	2	3	4	5	6
1. あなたは、体形や体重を変化させるために（または、そのままにさせようとして）、食べる量を意識的に制限する <u>努力をした</u> ことはありますか（成功したかどうかは別として）？	0	1	2	3	4	5	6
2. あなたは、体形や体重を変化させるために（または、そのままにさせようとして）、長時間、何も食べずに過ごしたことはありますか（起きている間の 8 時間か、それ以上の時間）？	0	1	2	3	4	5	6
3. あなたは、体形や体重を変化させるために（または、そのままにさせようとして）、たとえ自分が好きであっても、それを食べ物から除こうと <u>努力をした</u> ことはありますか（成功したかどうかは別として）？	0	1	2	3	4	5	6
4. あなたは、体形や体重を変化させるために（または、そのままにさせようとして）、自分の食べることに關する一定の決まりごと（たとえば、一定量のカロリー制限）に従う <u>努力をした</u> ことはありますか？	0	1	2	3	4	5	6
5. あなたは、体形や体重を変化させるために（または、そのままにさせようとして）、 <u>空っぽのおなか</u> であってほしいと、強く思ったことはありますか？	0	1	2	3	4	5	6
6. あなたは、 <u>完ぺきにペタンコのおなか</u> であってほしいと、強く思ったことはありますか？	0	1	2	3	4	5	6
7. あなたは、 <u>食べ物や食べること、またはカロリー</u> について考えたために、自分が関心のあること（たとえば、勉強、友だちとの会話、読書など）に気持ちを集中することが 大変むずかしくなったことはありますか？	0	1	2	3	4	5	6
8. あなたは、 <u>体形や体重</u> について考えたために、自分が関心のあること（たとえば、仕事、友人との会話、読書など）に気持ちを集中することが 大変むずかしくなったことが ありますか？	0	1	2	3	4	5	6
9. あなたは、食事のコントロールを失ってしまうのではないかと 強い恐怖を感じたことはありますか？	0	1	2	3	4	5	6

最近1カ月のうち、 当てはまる日数は...	なし	1-5日	6-12日	13-15日	16-22日	23-27日	毎日
	0	1	2	3	4	5	6

10. あなたは、体重が増えるかもしれないという強い恐怖を感じたことはありますか？	0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---	---

11. あなたは、太っている感じがしたことはありますか？	0	1	2	3	4	5	6
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

12. あなたは、体重を減らしたいと強く思ったことはありますか？	0	1	2	3	4	5	6
----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

質問 13～18； 各質問の右下の（ ）の中に、当てはまる数字を記入してください。ただし、最近1カ月（4週間）のことについての質問であることを忘れないようにしてください。

最近1カ月（4週間）で.....

- | | |
|---|-------|
| 13. 最近1カ月で、あなたは、（その状況なら）「普通と比べたら大量の食べ物だ」と他人から思われそうな量を食べたことが、何回ありましたか？ | () 回 |
|---|-------|
-
- | | |
|--|-------|
| 14. そのような時（食べている最中に）、食事のコントロールを失ったと感じたことが、何回ありましたか？ | () 回 |
|--|-------|
-
- | | |
|---|-------|
| 15. 最近1カ月で、そうした、食べ過ぎてしまった経験は <u>何日間</u> ありましたか（普通に比べて大量の食べ物を食べ、 <u>しかも</u> 、食べているときに、食事のコントロールを失った感じがしたのは）？ | () 日 |
|---|-------|
-
- | | |
|--|-------|
| 16. 最近1カ月で、体形や体重を変化させるために（または、そのままにさせようとして）、自分から吐いたことは <u>何回</u> ありましたか？ | () 回 |
|--|-------|
-
- | | |
|--|-------|
| 17. 最近1カ月で、体形や体重を変化させるために（または、そのままにさせようとして）、下剤を服用したことは <u>何回</u> ありましたか？ | () 回 |
|--|-------|
-
- | | |
|---|-------|
| 18. 最近1ヶ月で、体形や体重、あるいは脂肪の量を思い通りにしたり、カロリーを消費したりする方法として、「かりたてられるような」、あるいは「やめられないような」かんじで運動をしたことは <u>何回</u> ありましたか？ | () 回 |
|---|-------|
-

質問 19-21； 当てはまるものに○印をつけてください。以下の質問で用いられている「むちゃ食い」とは、人から見たら「普通に比べたら大量の食べ物だ」と思われそうな量を食べることで、しかも、食事のコントロールを失った感じをともなっていること、に注意してください。

- | | | | | | | | |
|--|----|------|-------|--------|--------|--------|----|
| 19. 最近1カ月で、隠れて（例えば、こっそりと）食べたのは、何日ありましたか？
（むちゃ食いの回数を数えることではありません。） | なし | 1-5日 | 6-12日 | 13-15日 | 16-22日 | 23-27日 | 毎日 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
-
- | | | | | | | | |
|--|----|-----|------|----|------|------|----|
| 20. 体形や体重に影響するという理由で、食べたことに罪悪感をもってしまった（間違っことをしてしまったと感じた）ことは、食べる際、どのくらいの割合で起こりましたか？
（むちゃ食いの回数を数えることではありません。） | なし | たまに | 半数未満 | 半数 | 半数以上 | ほとんど | 毎回 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
-

21. 最近 1 カ月で、あなたは、自分が食事をしているところを、人から見られることについて、どのくらい気になりましたか？

(むちゃ食いの回数を数えることではありません。)

全くない		少し		ある程度		非常に	
0	1	2	3	4	5	6	

質問 12-28 ; 当てはまる数字に○印をつけてください。最近 1 カ月 (4 週間) に関することのみについての質問であることに注意すること。

最近1カ月で.....	全くない		少し		ある程度		非常に	
	0	1	2	3	4	5	6	

22. あなたは、自分の人間としての価値をどう思うかに、あなたの体重が影響を及ぼしたことはありますか？

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

23. あなたは、自分の人間としての価値をどう思うかに、あなたの体形が影響を及ぼしたことはありますか？

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

24. もしも、これから 1 カ月間、毎週 1 回きちんと自分の体重を測定するように言われたとしたら、あなたはどれくらい落ち着かない気持ちになりそうですか？

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

25. あなたは、自分の体重に関して、どれくらい不満に思っていますか？

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

26. あなたは、自分の体形に関して、どれくらい不満に思っていますか？

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

27. あなたは、自分の身体を見るのは、どれくらいいやだと感じましたか (たとえば、鏡やショーウィンドウに映った自分の姿を見たり、着替えたり、入浴したりしているとき)

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

28. あなたは、人から自分の体形や容姿を見られることを、どれくらいいやだと感じたことがありますか (たとえば、更衣室で、水泳をしている時、またはぴったりした服を着ているとき)

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

現在の身長・体重を教えてください。 身長_____cm 体重_____kg

女子のみの質問です： ここ 3 ヶ月～4 ヶ月間に月経が来なかったことがありましたか？

a. はい b. いいえ

a. はいと回答した人にたずねます
来なかったのは、何回でしたか？ _____ 回

b. 生理用ピルを服用していましたか？
a. はい b. いいえ

これで調査は終わりです。記入もれがないかも一度確かめてください。

ご協力ありがとうございました。

臨床的機能障害評価質問票 (CIA)

説明文

この4週間（28日間）を振り返って、あなたの食習慣や運動、および食事・体形・体重についての感じ方が、あなたの生活にどのように影響を与えているかについて、もっとも当てはまる欄に、“✓”を記入してください。

この28日間を振り返って、あなたの食習慣や運動、及び食事・体形・体重についての感じ方のせいで、どの程度…		全く ない	少し	かなり	非常に
1	集中するのが難しくなりましたか？				
2	自分自身を責める気持ちになりましたか？				
3	誰かと外出するのをやめましたか？				
4	勤務成績に影響しましたか？ (当てはまる場合)				
5	忘れっぽくなりましたか？				
6	ふだんの決断力に影響しましたか？				
7	家族や友人と食事をするのが妨げられましたか？				
8	動揺しましたか？				
9	自分が恥ずかしくなりましたか？				
10	誰かと外食するのが難しくなりましたか？				
11	罪悪感を感じましたか？				
12	以前は楽しめていたことをすることが妨げられましたか？				
13	ぼんやりしましたか？				
14	失敗者のように感じましたか？				
15	周りの人との関係の妨げとなりましたか？				
16	不安な気持ちになりましたか？				

IV.参考書籍

原本：Christopher G. Fairburn, Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders, Guilford Press, 2008

訳本：Christopher G. Fairburn, 切池信夫監訳、摂食障害の認知行動療法，医学書院, 2010