

CT11.対人関係療法 2024-8

© 2024.08.29 ↻ 2025.03.22

11 対人関係療法

ヘレン・ヴェルデリとマーナ・M・ワイズマン

概要

基本概念

対人関係心理療法 (IPT) は、成人の単極性の非精神性うつ病を治療するために 1970 年代にジェラルド クレマンとマーナ ワイズマンによって元々開発された、期間限定の症状に焦点を当てた療法です (Klerman、Weissman、Rounsaville、および Chevron、1984; Weissman、マルコウィッツ、およびクレマン、2000; ワイズマン、マルコウィッツ、およびクレマン、2007)。IPT の基本原則は、うつ病は対人関係の中で発生するということです。うつ病の原因に関係なく、うつ病エピソードの引き金には、重要な愛着や社会的役割の破壊が伴います。4 つの対人問題領域がうつ誘発性の引き金として定義されており、IPT の焦点となっています。

1. 悲しみ
2. 対人紛争
3. 役割の移行
4. 対人関係の欠如

IPT セラピストは、うつ病に寄与する遺伝的、性格的、幼児期の要因を認識しながら、(1) 患者の現在のうつ病症状の発症と対人関係の問題との関係を明らかにすることにより、現在のうつ病エピソードからの回復に焦点を当てます。(2) これらの対人問題をより効果的に解決または管理するための対人スキルを構築します。

操作化されたマニュアルに基づくアプローチとしてのIPTの基盤は、他の心理療法的介入や薬理的介入に対する広範な試験を容易にしてきた(Weissman et al., 2007)。過去30年間で、ランダム化比較臨床試験(RCT)は、多くの気分障害(大うつ病、双極性障害、産後うつ病など)や他の症状(過食症、むちゃ食い障害、PTSDなど)に対する主要なエビデンスに基づく心理療法としてIPTを確立してきた。集団(青年、成人)、環境(病院クリニック(入院、外来)、学校ベースのクリニック、プライマリケア、刑務所)、方法(個人、グループ、結合、電話)、障害のさまざまな段階(予防、急性期治療、維持)、文化的背景(欧米諸国、サハラ以南のアフリカ、アジア、ラテンアメリカ)。それぞれの適応は、オリジナルのうつ病治療マニュアルの基本的な要素を守りながら、担当する患者集団のユニークなニーズに対応するために、テクニックを強調、追加、修正している。IPTの理論的・経験的基礎と原則の説明は、オリジナルのマニュアル(Klerman et al.) 有効性に関する最新のデータは、Weissmanら(2000)に記載されており、Weissmanらの共著者(2007)によって簡略化された臨床マニュアルが出版されている。

うつ病理論/精神病理学

IPT では、うつ病は 3 つの要素があるものとして概念化されています。

1. 症状のフォームレーション
2. 社会的機能
3. 性格要因

歴史的に、IPT は最初の 2 つのコンポーネントに焦点を当ててきました。IPTは、精神障害の病因と維持における性格要因の寄与を認識しているが、その短期的な性質のため、通常は変化するのに時間がかかる、根深い性格の側面には焦点を当てていない。代わりに、IPT は改善できる現在の症状や対人関係の問題に対処しました。社会的機能、症状形成、および性格要因はすべて関連しており、対人関係の改善は、機能の他の領域の問題を軽減するのに役立ちます (Weissman et al., 2000)。しかし、最近、Markowitzらは、基本的な戦略と技術を維持しながら治療期間を延長することにより、境界性パーソナリティ障害におけるより慢性的な気分障害に対処するためにIPTを適応させました(Markowitz、Skodol、およびBleiberg、2006)。

治療の段階

IPT は、3 つの異なる段階 (初期段階、中期段階、終了段階。各段階の具体的な内容については、心理療法のプロセスのセクションで説明します) で実施されるという点で「段階的」構造になっています。その意味で、IPTは、認知行動療法や弁証法的行動療法を特徴づける治療へのモジュール式アプローチとは異なります。たとえば、認知戦略やマインドフルネス戦略を行動戦略の前だけでなく後にも行うことができます。

医療モデル

うつ病を概念化する医学モデルに従って、患者は治療の最初に診断され、「病気の役割」を処方されます。治療者は、うつ病について患者に教育し、それが肺炎などの他の病気と同様に治療可能な医学的問題であり、患者の過失や失敗ではなく治療を受け入れる必要があることを強調する(Klerman et al., 1984)。患者の症状に名前を付け、患者に病気の役割を引き受けさせ、回復への希望を抱かせること自体が強力な治療法である

- (1) 患者の症状を既知の症候群の一部としてグループ化することで、その症状をわかりやすくする戦略。(2) 病気と、それによって患者が何をするのか、あるいはできなくなるのかについて、患者の責任を免除する。
- (3) 患者の障害をその性格から切り離し、それを治療可能な状態として特定する。(4) 患者に新しい対人戦略の実施を実験する許可を与える。

対人関係の問題領域

IPT は、うつ病の引き金となる可能性のある対人問題を 4 つのクラスに分類します。それは、悲しみ、対人紛争、役割の移行、および対人関係の欠如です。これらの問題領域を特定して対処することが、IPT 臨床焦点の中心軸になります。治療の開始直後に、セラピストと患者は、うつ病の症状の発症と維持に関連する可能性のある現在の人間関係の問題を再検討します。彼らは一緒に、現在のエピソードに関連する対人問題領域を選択し、焦点を当てます。

IPT-A の 4 つの対人問題領域は次のとおりです。

- 悲しみ（大切な人やペットの実際の死）
- 対人紛争（家族、友人、同僚、隣人などとの公然または隠れた意見の相違）
- 役割の移行（人生の段階間の移行の困難、および/または離婚、新居への引っ越し、昇進、子供の誕生、家族の病気、大学への進学などの生活環境の変化）。
- 対人関係の欠如（人間関係の開始や維持の困難につながる社会的孤立および/または重大なコミュニケーションの問題）

多くの患者はさまざまな問題を抱えています。治療を体系化して焦点を維持するには、1 つまたは多くても 2 つの領域を治療の最初のターゲットとして特定する必要があります。うつ病の症状を軽減し、現在のエピソードを軽減するために、患者の生活の中で発生するすべての対人関係の問題に対処する必要はありません。ある対人関係の中で習熟感を養うことは、患者の生活の他の分野にも応用できます。

IPT が異文化においても適応できることは、対人関係の問題領域が文化を越えて見られ、人間の状態の普遍的な要素であることを示しています。一部の障害（うつ病、神経性過食症など）では、それらはエピソードの引き金と見なされます。他の場合（例：PTSD）、それらは病気の維持に寄与する病気の結果として見なされます。より一般的には、対人関係の文脈は、西洋や英語圏の文化的背景、価値観、前提によってより多くの情報が与えられる精神内または認知行動の観点とは異なり、人々が普遍的に認識しているパラダイムです。同様に、心理的問題やその治療に対して偏見がある可能性のある世界の地域では、IPT で対人紛争やしばしば集団紛争の解決に焦点を当てることは、他のアプローチよりも受け入れられ、脅威が少ない可能性があります。

期間限定

治療期間も初期段階で決定され、通常は連続した週 12 ~ 16 回のセッションの範囲になります。この構造は、症状の迅速な軽減と対人機能の改善に対する明確で前向きな期待を示し、行動力と楽観主義を生み出します。患者の変化する能力に対する自信を促進することで、患者と治療者の信頼関係を確立するのに役立ちます。「今ここ」に焦点を当てることにより、患者の治療者への依存、退行、回避行動の強化などの長期治療の潜在的なリスクからも保護します (Weissman et al., 2000)。

テスト容易性

IPT はもともと、他の治療群と直接比較できるよう臨床試験の一環として開発されました。これは、2 つの基本的な方法で治療の性質と構造に影響を与えました。(1) 治療の提供の一貫性を確保するためにマニュアル化されており、研究の観点からは、内部の信頼性と有効性に対する脅威を制限しています（ただし、治療にはかなりの柔軟性があります。特に治療中期に使用される治療技術）。(2) 患者のうつ病の症状と機能の定期的な評価が治療の構造に組み込まれています。これらの要素は、治療法が開発された背景の単なる副産物ではなく、重要な治療効果をもたらす可能性もあります。たとえば、治療中に患者の病気を追跡すること（ハミルトン評価スケールまたはその他の確立された尺度を使用）は、患者とその治療者に臨床像の変化を明確かつ客観的に認識させるため、治療における動きの感覚を促進するために使用できます。

エビデンスに基づく

IPT の開発は、Klerman らの科学的な精神と、すべてのアプローチは経験的にテストされるべきであり、治療の有効性に関する最も強力な証拠は RCT に由来するという彼らの信念によって大きく影響されました (Klerman et al., 1984)。IPT は検証可能であるため、長期にわたる一連の臨床試験における他の形態の精神療法および精神薬理学的介入との比較が容易になりました。これらの研究の結果は、IPT の進化に大きな影響を与えました。さまざまな集団におけるさまざまな疾患への適応、さまざまな治療法での使用のための改良、そして世界中のさまざまな文化での採用などです。

その他のシステム

IPT を開発する際のクレルマンとワイズマンの目標は、理論、臨床観察、および経験的証拠に基づいたうつ病に対する体系的な精神療法アプローチを明確かつ実用化することでした。IPT の起源を考えると、その手順やテクニックが他の心理療法学派で使用されているものと多くの共通点があることは驚くべきことではありません。気分状態の明確化とそれを対人関係の出来事と結び付けること、コミュニケーションの分析と意思決定、対人スキルの構築、および宿題は IPT だけのものではありません。同様に、IPT は他の心理療法学派と多くの共通の目標を共有しています。つまり、患者が現在の社会的役割を習得しているという感覚を獲得できるように支援し、社会的孤立と闘い、グループへの帰属意識を回復し、患者が人生に新たな意味を見つけられるよう支援することです (Klerman et al., 1984)。

IPT は、現在の抑うつ症状や対人関係の問題の軽減に焦点を当てているため、より伝統的な精神分析療法や力動的な心理療法とは区別されます。精神力学的心理療法は、無意識の精神プロセスと精神内葛藤の決定要因として幼児期の経験に重点を置いています。IPT は、患者の行動を内部葛藤の現れとしてではなく、現在の対人関係の観点から探ろうとしています。幼児期の経験の影響は重要であると認識されていますが、IPT では重視されていません。代わりに、治療は対人関係の中で定義される患者の現在の紛争、欲求不満、不安、願望に焦点を当てます。精神力動的療法は無意識の思考を強調しますが、IPT は主に意識レベルと前意識レベルで作用します。精神力学的療法は人格組織化のレベルで介入しますが、IPT は症状形成と社会的適応の改善を目指します。精神力動的療法は内面化された対象との関係に関係しますが、IPT は対人関係に注目します。精神力動的療法士は患者の精神内願望に耳を傾けますが、IPT 療法士は患者の役割期待や対人関係の争いに耳を傾けます (Klerman et al., 1984)。

IPT と精神力学的アプローチのこうした違いは、必ずしも基本的な理論上の違いによるものではありません。IPT セラピストは、患者との現在の対人関係の問題を探る際に、投影、否定、孤立、元に戻す、または抑圧などの精神内防衛メカニズムを認識する場合がありますが、それを治療の焦点に内面の葛藤を置くことなく認識します。また、2 つの治療形式で使用されるテクニックが必ずしも大きく異なるわけではありません。力動的に訓練を受け、精神分析を指向した心理療法士の多くは、実践において IPT の概念やテクニックの多くをすでに日常的に使用していると報告しています。

IPT の対人関係の焦点は、別の期間限定治療である認知行動療法 (CBT) の焦点とはまったく異なります。CBT が発展した認知療法 (CT) の手順を定義および記述したアーロン ベックの研究は、クレルマンとワイズマンによる IPT の開発のモデルを提供しました。CBT と同様に、IPT は「今ここ」に焦点を当て、構造化さ

れ、テクニックを共有し、患者が利用できる選択肢の限られた感覚に対処します。CBTとは異なり、IPTは宿題を通じて歪んだ思考を体系的に明らかにしようとするものではなく、処方された実践を通じて患者が別の思考パターンを開発できるように支援しようとするものでもありません。代わりに、IPTセラピストは、患者がうつ病の症状を引き起こし、維持する不適応なコミュニケーションパターンを探索し、修正することに注意を向けます。CBTとは異なり、罪悪感、自己主張の欠如、否定的な偏見などの否定的な認知や行動は、その人の人間関係や社会的役割への影響を調べることによってのみ焦点が当てられます。

REBTと同様に、IPTはセラピストの役割を積極的かつ指示的なものとみなします。REBTとは異なり、IPTは、直接対決を通じて不合理な考えや信念を明らかにすることに焦点を当てておらず、出発点として、患者と対人問題に関与する他の関係者との間の不一致な対人関係や役割期待の機能的影響を利用します。

最後に、患者の探索と成長への欲求を促進するために、本物の、受け入れられ、検証された、安全な治療環境を作り出すことの重要性など、ロジェリアン心理療法の多くの原則がIPTによって共有されています。しかし、ロジェリアンの伝統とは異なり、IPTセラピストは、患者に安全を感じさせることは良い治療の必要条件ではあるが十分条件ではないと信じています。患者は、対人関係の問題によって自分が過去にどのように影響を受けたか、未来にどのように影響を受けるかを徹底的に理解し、これらの問題をより効果的に管理するための具体的なスキルを学び、実践する必要があります。

歴史

先行者

クレルマン、ワイズマン、およびその同僚による形成的研究は、現代の理論と3つの異なる分野からの経験的発見に基づいていました。

うつ病の対人関係

IPTの作成者らは、うつ病は本質的に生物学的な病気であるが、症状の発症と再発はストレス、特に重要な対人関係の喪失や脅威によって引き起こされると信じていた。この考えは、アドルフ・マイヤーの精神疾患に関する心理生物学的枠組み（マイヤー、1957）とハリー・スタック・サリバンの研究（サリバン、1955）に理論的起源があります。

マイヤーは、おそらく20世紀の最初の数十年間でアメリカの精神医学に最も影響力のある人物でした。進化論の影響を強く受けた彼の精神生物学の概念は、生物の社会環境への適応を含むようにダーウィンの生物学的適応原理を修正しました。このモデルの中で、マイヤーは精神疾患を、変化する環境に適応しようとする個人の不適応な試みの結果であるとみなした。マイヤーは、環境ストレスや成人期の変化に対する患者の反応は、家族やその他の重要な社会集団における初期の経験によって決定されると考えていたが、患者の現在の経験、社会的関係、環境との関係を非常に重視した。彼は、さまざまな一般的な生活上の出来事が障害の発症における重要な病因となる可能性があることに注目し、生活史、病気（身体的および精神的）、およびストレスの多い出来事間の関係を追跡するための「生活表」を作成しました（Meyer、1951年）。

対人関係のアプローチの基礎はマイヤーのアイデアにあります。対人関係のパラダイムを開発し、完全に明確にしたのはサリバンでした。サリバンは精神医学を対人関係の分野とまで述べ、この学問を脳、個人、社会だけに焦点を当てるのではなく、人々と人々間のプロセスの研究であると定義しました。彼は同僚とともに、家族の中での発達中の子供と、人生のさまざまな交流における大人に根ざした、精神障害と対人関係の関係についての包括的な理論を開発しました。彼は、精神疾患を理解して対処できるのは、その人の対人関係マトリックスを理解することによってのみであると主張しました (Sullivan, 1955)。

愛着理論

マイヤーとサリバンの研究が、IPT で形式化された精神医学実践への対人アプローチを確立したとすれば、うつ病の対人関係とその治療を支えるメカニズムの理論的基礎を提供するのは、ジョン・ボウルビーの愛着理論です。Bowlby (1969) は、人間には強い愛情の絆 (愛着) を作る生来の傾向があり、これらの絆の分離または分離の脅威は精神的苦痛、悲しみ、場合によってはより重度のうつ病を引き起こすと提案しました。根底にある前提は、主な介護者と永続的な愛情の絆を育みたいという人類共通のニーズがあるということです。これらの愛着は、個人が自己と他者の精神的表象、すなわち、認知、感情、行動を組織化する「内部作業モデル」を構築し維持する能力を開発することを可能にする (Bowlby, 1980)。

これらの愛情の絆の喪失または破壊の脅威は、精神的苦痛、悲しみ、不安を引き起こします。エインズワース (1978) は、彼女の有名な「奇妙な状況」研究で、3つの主要な愛着スタイル、つまり、安全な愛着、両価性 - 不安な愛着、および回避性 - 不安な愛着を特定することができました。組織化されていない不安定な愛着として知られる4番目の愛着スタイルは、後に追加されました (Main & Solomon, 1986)。不安/両義的、回避的、まとまりのないスタイルは、不安定な愛着パターンであり、無神経な介護者や利用できない介護者に対応する二次的な行動戦略であると考えられています。ある程度適応的ではありますが、重要な自己欠陥を意味するため、病原性があると考えられています (Peluso, Peluso, White, & Kern, 2004)。

これらの観察に基づいて、ボウルビーは、心理療法は、患者が現在の対人関係を調査し、それらの関係が人生の初期の愛着人物との経験からどのように発展したかを考えるのに役立つべきであると提案した。さらに、治療戦略は、初期の誤ったアタッチメントによって生じた歪みを修正し、より適応的で有益な対人関係を築く方法を患者に教えることを目指すべきです。これにより、患者は将来の精神的健康問題を引き起こす可能性のある愛着の脅威に対して強くなります。愛着に関する現代の理論と研究は、IPT に情報を提供し続けています。この研究は「パーソナリティ理論」セクションでレビューされています。

ライフイベント

IPT はまた、うつ病に関する心理社会的文献やライフイベントの文献からも大きな影響を受けています。IPT が最初に開発されて以来、長期疫学研究における体系的なライフ イベントのインタビューの使用により、精神疾患の発症に寄与する複雑な要因のマトリックスにおけるライフ イベントの役割が明らかにされ始めました。ユージン・パイケルは、この研究の発展における重要な人物です。1978年の影響力のある研究で、彼は相対リスクの尺度、すなわち、患者間の罹患率の比を使用しました。

推定上の原因因子に曝露された人々と曝露されていない人々の発病率を比較し、ストレスの多い生活上の出来事がうつ病に与える影響を調べます。彼は、最もストレスの多いカテゴリーの出来事の後にはうつ病を発症する相対リスクは、驚くべきことに 6:1 であることを発見しました (Paykel, 1978)。それ以来、うつ病の発症における生活ストレスの役割を裏付ける証拠が、大規模な疫学研究や遺伝学研究から蓄積されてきました（「パーソナリティ理論」セクションを参照）。

始まり

IPTは元々、うつ病に対する新しい心理療法を作成する目的で開発されたものではありません。その動機は、単極性うつ病の維持療法としての抗うつ薬の有効性を試験する臨床試験のための心理療法を定式化することでした。三環系抗うつ薬はうつ病の急性症状の軽減に有望であることが示されていましたが、うつ病の長期的な症状軽減の維持における薬物療法の有効性に関するデータはありませんでした。Klerman と Weissman は、臨床試験は可能な限り臨床実践を模倣すべきであると考えた (Klerman et al., 1984)。当時、大多数の患者は投薬と心理療法の両方を受けていたため、環境効果を生み出すためだけでも心理療法部門を含めるべきであると感じていました。したがって、うつ病の急性期に抗うつ薬を服用中に症状の軽減が見られた被験者を対象に、8か月にわたる臨床試験が計画されました。患者は、毎週の心理療法セッションの有無にかかわらず、アミトリプチリン、プラセボ、または投薬を受けない状態に無作為に割り当てられた。

研究を実施する前に、チームはまず、使用する心理療法とそれに組み込むテクニックを定義する必要がありました。その後、心理療法士がこの標準化されたアプローチで訓練を受け、治療の質と一貫性をテストできるようになります。新しい治療法の基礎は、時間に特化した性質、現在の問題に焦点を当てること、および手順を標準化するためのマニュアルの使用でした。当初「ハイコンタクト」と呼ばれたこの精神療法は、当時主流の治療法であった精神力動精神療法のオープンエンド型の構造とは著しく異なっていた。治療のもう一つの新しい特徴は、やはりそれが参加していた精神薬理学的試験を反映していて、標準化された評価を使用して患者を診断し、臨床経過を追跡することでした。

心理療法の開発は、いくつかの指針によって管理されました (Weissman, 2006)。

1. 心理療法を含むすべての治療法の有効性を RCT でテストし確立することが重要でした。（心理療法に関する肯定的なランダム化試験はありませんでした。）
2. 成果は広範囲の標準化された尺度にわたって測定されるべきである。社会的機能や生活の質の評価も含まれます。
3. 広範囲に普及する前に、治療結果を再現する必要がありました。

治療法を作成するための準備段階では、その投与量、頻度、診断プロセスを決定する必要がありました。後者は IPT の第 1 段階に発展し、IPT の最も重要かつ特徴的な機能の多くとなったものを含みました。患者に「病気の役割」を与える。症状を対人関係の状況に結びつける。現在のうつ病エピソードの発症に関連する問題領域を選択します。4 つの問題領域は、愛着の破壊につながり、うつ病を引き起こす一連の問題をカバー

するために選ばれたもので、うつ病の発症と再発におけるライフイベントの役割を評価するための尺度を開発するクレルマンとパイケルの継続的な研究から生まれました。「濃厚接触者」治療マニュアルは、症例を検討し、実際の実践に基づいてスクリプトを作成することによって開発および改訂されました。このようにして、治療の順序と手順が形式化され、セラピストが一貫した方法で治療を提供できるように訓練できるようになりました。

維持研究からの1年間の追跡結果では、薬物療法が再発を防ぎ、心理療法が社会的機能を改善したことが判明した(Klerman、Dimascio、Weissman、Prusoff、およびPaykel、1974)。この治療法に肯定的な結果が得られたため、チームは治療法の原理を詳しく説明するようになりました。このとき初めて対人心理療法と呼ばれるようになりました。IPT単独および薬物療法との併用による急性期治療試験でも良好な結果が得られ、IPTと薬物療法の組み合わせが最も効果的な介入であることが証明されました。これに続いて、NIMH 多施設共同研究が、うつ病の治療法として IPT、認知療法、薬物を試験しました (Elkin et al., 1989)。1984 年に、IPT の有効性が別のチームによって文書化され、Klerman、Weissman、および同僚 (1984) は最初の IPT マニュアルであるうつ病の対人心理療法を出版しました。それ以来、さまざまな患者集団に対する IPT の多数の研究と適応が、さまざまな環境およびさまざまな国で実施されてきました。

現在のステータス

1970 年代に初めて開発されて以来、IPT に対する臨床および研究の関心は着実に高まっています。IPT はさまざまな気分障害やその他の障害の治療法として適応され、テストされ、有効であることが示されています。気分障害に対する適応には、うつ病の維持療法としてのIPT、妊娠、流産、産後うつ病に対するIPT、青年期および小児のうつ病に対するIPT、高齢者のうつ病に対するIPT、医療患者のうつ病に対するIPT、気分変動性障害に対するIPT、そして双極性障害に対するIPT。IPT は、摂食障害、薬物乱用、不安障害、境界性パーソナリティ障害 (BPD)、および心的外傷後ストレス障害にも適用されています。IPT の有効性に関する証拠は気分障害に対して最も強く (最も多くの試験が行われている)、他の適応については異なりますが、最新のものの一部については未検証のままです。

IPT は個人の心理療法として開発されましたが、グループ、共同カップル、電話形式など、さまざまな治療法にも適用され、テストされています。これらの適応は、実際的な理由 (限られた資金、交通の便の悪さ、時間の制約などのケアへの障壁に対処するため) と、臨床的根拠 (例えば、患者間の建設的な協力の感覚を育み、偏見を取り除くため) の両方に基づいて行われた。それぞれの適応について肯定的な証拠が見つかっており、特にグループ療法は、さまざまな障害、文化、患者集団を対象とした数多くのRCTによって支持されている (例えば、Bolton et al., 2003; Wilfley et al., 1993)。特定の環境で患者を治療する際の実践的な制約 (例えば、医学的問題の治療を受けている二次診断としてうつ病を患っている患者など) に対処するために、対人カウンセリング (IPC) と呼ばれる IPT の短縮形も開発され、テストされています (Weissman & Klerman, 1986. 総合病院の場合)。Weissman と Verdeli によって開発された新しい適応である IPT-EST (評価、サポート、およびトリアージ) は、標準的な IPT (診断、対人関係の問題領域の特定、および対人関係の問題領域の管理) の第 1 段階に基づいて 3 セッションの介入を提供します。IPT-EST は、継続的な治療の必要性を評価するために設計されています。IPT-EST は現在改良およびテスト中です。

IPT はさまざまな治療法でさまざまな疾患に対してテストされ、使用されているだけでなく、米国内外のさまざまな文化にわたって使用されることが増えています。オーストラリア、オーストリア、ブラジル、チェコ共和国、エチオピア、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシャ、ハンガリー、アイスランド、インド、イタリア、アイルランド、日本、ケニア、オランダ、ニュージーランド、ノルウェー、ポルトガルで IPT 研修プログラムが実施されています。ルーマニア、韓国、スペイン、スウェーデン、スイス、タイ、トルコ、ウガンダ、英国。これらの国の多くでは、臨床試験により、ウガンダ南西部の農村部のうつ病成人とウガンダ北部の国内避難民 (IDP) キャンプのうつ病青年を対象としたグループ IPT (IPT-G) の試験など、重要な新たな適応の有効性が確立されている。米国では、IPT は黒人およびヒスパニック系 (主にプエルトリコ人とドミニカ人) の少数派を対象とした臨床試験で有効性を示しています。IPT マニュアルはフランス語、スペイン語、イタリア語、ドイツ語、日本語に翻訳されており、現在ポルトガル語とデンマーク語への翻訳も開発されています。IPT の開発ではトレーニングのしやすさが最優先事項であり、心理療法の学習は、臨床精神医学診断の基礎知識と、共感と温かさを示す方法、心理療法の定式化などの標準的な精神療法技術の事前トレーニングを積んでいれば誰でも簡単にできるはずです。問題に対処し、治療上の提携関係を築き、専門的な境界線を維持するなどです (Weissman, 2006)。それにも関わらず、IPT は、規定された目標指向の 3 段階構造の中で、セラピストにかなりの自主性と柔軟性を与え、他の治療法に共通するさまざまな治療技術を採用します。

IPT は広く普及しており、有効性が証明されているにも関わらず、精神科医、心理学者、ソーシャルワーカー、精神科看護師などのメンタルヘルス従事者のための専門的な研修プログラムでは、科学的根拠に基づいた心理療法プログラムの一環として IPT を教えているところはほとんどありません。実施するものの中で、典型的には、実践的な臨床監督という非常に重要なトレーニング要素なしで、教訓的なコースだけが提供されています (Weissman et al., 2006)。

訓練を受けることに興味のある学生や専門家のために、多くの専門家組織の会議 (アメリカ精神医学会の年次総会など) が IPT の継続教育コースを提供しています。これらの短い半日または一日コースは主に教訓的なものです。世界中の学術センターが提供する 2 ~ 4 日間のワークショップは、より集中的なもので、実践的なトレーニングが含まれています。IPT のトレーニングを受けることに興味のある臨床医は、経験豊富な IPT セラピストの監督を受ける必要があります。通常、経験豊富な心理療法士が IPT を適切に実施する方法を学ぶには、教育訓練後の 3 件の監督下 IPT 症例で十分です (Weissman, 2006)。IPT セラピストまたはトレーナーになるためのガイドラインは、国際対人心理療法学会の Web サイト、www.interpersonalpsychotherapy.org でご覧いただけます。この組織は隔年で国際会議を開催しており、IPT 研究者、学生、臨床医が集まり、この分野の発展について話し合い、ワークショップに参加しています。ニューヨークのコロンビア大学で行われた 2009 年の会議には、アフリカ、アジア、オーストラリア、ヨーロッパ、南北アメリカから 300 名を超える発表者と参加者が参加しました。スクリプトを使用した IPT 手順を一目見たい臨床医には、2007 年のマニュアルをお勧めします (Weissman et al., 2007)。

人格

人格理論

性格理論は IPT には関係ありません。IPT の理論的枠組みの中で、病理学は 3 つの構成要素プロセス (症状機能、社会的および対人関係、および性格および性格の問題) があると考えられます。IPT の研究と実践は歴史的に最初の 2 つに焦点を当ててきました。IPT 研究者は、さまざまな理由から、性格特性や障害に焦点を当てることに消極的でした。1 つは、うつ病エピソードにあるときに人格病理を確実に診断することが難しいことです。たとえば、Fava らの研究 (2002) では、第 2 軸の診断は急性うつ病患者によく見られるものの、抗うつ薬治療が成功するとその診断が大幅に低下することが示されています。したがって、IPT はうつ病の急性期に第 II 軸の最終的な診断評価を行うことはできません。もう一つの理由は、かなりの数の患者が長期の精神療法を受けたくない、あるいは受けられないことである。たとえパーソナリティ障害が現れたとしても、短期治療は急性症状の軽減に重点を置き、短期間で変えることが可能であることは経験的に示されていない性格の再構築ではありません。ただし、IPT で学んだスキルが性格を反映する行動に影響を与える可能性があるという証拠がいくつかあります。IPT は、個人の感じ方、関わり方、コミュニケーションの仕方に具体的に測定可能な変化をもたらすことを目指しています。マーコウィッツらは次のように指摘している。

…IPT は性格を変えるとは主張していませんが、自己主張、対立、怒りの効果的な表現などの対人スキルを授けることは、性格を変えるのとほぼ同じくらい効果があります。これらのスキルは、患者が想像する勇気もなかったであろう対人関係の機能の新しい可能性を切り開き、非常に力を与えられると感じることがよくあります。(マルコウィッツら、2006; p. 442)

IPT の影響の決定要因と結果としての性格特性の領域は、過去 10 年間で変化しました。一連の証拠は愛着調査から得られます。もう 1 つは、境界性パーソナリティ障害に対する IPT に関するマーコウィッツらによる新しい調査結果から得られたものです (2006 年)。

性格変数と環境: 愛着に関する最近の研究

「先行者」セクションで説明したように、ボウルビイの愛着理論とその進化は、IPT の重要な理論的基礎を提供します。愛着の枠組みは、正常および病理学的な対人関係のさまざまな側面と、その結果としてのライフサイクル全体にわたる心理的適合性を理解するための一連の組織化原則を提供します。

愛着パターンは人間の生涯を通して関連し続けます。エインズワースの乳児と養育者の愛着パラダイムに基づいて、現代の研究により、成人でも同様の愛着パターンが特定されています。**バーソロミューの 4 カテゴリーモデル (Bartholomew & Horowitz, 1991)** によれば、**大人の愛着は自己と他者の内部作業モデルの組み合わせとして概念化**されています。自己の内部作業モデルは不安の次元を構成し、重要な関係に対して安全と自分を落ち着かせるための内部リソースを個人が持っているかどうかを指しますが、他者の内部作業モデルは回避の次元をもたらします。つまり、安全性が近接性によって維持されるか、あるいは自立と感情的な距離によって維持されるかどうかです (Bartholomew & Horowitz, 1991)。これら 2 つの側面の組み合わせにより、(1) 安心感、(2) 無視、(3) 夢中、(4) 恐怖という 4 つの愛着スタイルが考えられます。

安定した人 (不安や回避愛着の尺度のスコアが低い人) は、一般に心理的苦痛 (Hammen et al., 1995)、特にうつ病 (Mickelson, Kessler, & Shaver, 1997) から比較的よく守られています。対照的に、自信のない愛着を持っている人は自尊心が低い傾向があります (Collins & Read, 1990)。より貧弱な感情規制戦略

(Brennan & Shaver、1995)、また、精神的サポートに顕著な問題があり(Simpson、Rholes、Nelligan、1992)、うつ病の症状がより多くなる傾向があります(Murphy & Bates、1997)。さらに、恐怖への愛着パターンがうつ病と相関しているという証拠もあります。IPTを受けた大うつ病の女性参加者162名を対象とした維持研究において、Cyranskiら(2002)は、確実に愛着を持っていたのはわずか22%であったのに対し、恐怖に愛着を抱いていたのは43%であることを特定した。

愛着スタイルが IPT における治療反応と関連しているという証拠があります。Cyranski ら (2002) は、愛着スタイルがうつ病の寛解に及ぼす時間的影響を発見しました。寛解した被験者の割合は愛着プロファイルによって異なりませんでした。寛解した患者の中で、確実な愛着を持った患者は被験者に比べて寛解が著しく早かったのです。恐怖回避的な愛着を持っています。この発見は、IPTの短期間のコースでは、恐怖を回避する患者がセラピストと信頼関係を築くのに十分な時間を与えられない可能性があることを示している。

同時に、IPTが、単に不安な愛着が患者を陥りやすい対人関係の危機を解決するだけでなく、患者の愛着スタイルの改善に役立つという証拠も出てきている。新しい一連の研究において、Ravitz (2009) は、IPT が、不安を抱えたうつ病患者の不安行動や回避行動を改善する可能性があるという仮説を立てました。うつ病の成人を対象としたIPTの最近の研究では、症状が完全に寛解した被験者は、愛着回避と不安の尺度が大幅に低下していることも示された(Ravitz, 2009)。これらの結果は将来の試験で裏付けられる必要があるが、興味深い可能性を示している。IPTは愛着スタイルのレベルで介入するだけでなく、現在の対人環境に影響を与え、このようにして将来の精神病理に対する脆弱性を軽減する可能性がある。

IPTと境界性パーソナリティ障害の治療

IPT は明確に第 1 軸障害のみを対象としていますが、Markowitz ら (2006) は、IPT による BPD の治療には強力な理論的根拠があると指摘しています。まず、境界性パーソナリティ障害は気分障害と合併することが多いです。第二に、BPD は主に不適応な社会的相互作用に関するものです。コロンビア大学のマーコウィッツのチームは現在、BPD 患者に対する 8 か月 (34 セッション) の適応の公開試験で IPT の有効性を調査している。研究者らによると、境界性パーソナリティ障害は「気分が影響する慢性疾患」で、爆発的な怒り、絶望、衝動性が散在する。この障害が慢性化しているため、患者は自分の気分の症状を現在の生活上の出来事と結びつけることが特に難しいと感じている。そしてそれらの症状を自分の性格の一部であると誤ってみなします。

マーコウィッツ博士は、BPD に対する IPT の治療要素を概説しました。IPT は患者に成功体験を提供し、それによって患者は人生の危機に効果的に対処するための新しいスキルを学びます。危機の克服は対人関係の勝利として経験され、その結果、自己イメージが大幅に向上し、有能感とコントロール感が得られます。IPT の医学モデルにより、患者は BPD を慢性だが治療可能な病気として概念化することができます。また、IPT は、職場外の人間関係における患者の問題を解決することを目的としており、これにより、治療上の断絶の可能性を最小限に抑えることができると考えられています (断裂が治療上の関係に重大な脅威をもたらす臨床集団において)。最後に、IPT は性格の「直接的な」変化を実行しませんが、対人関係の機能不全の矯正をもたらす、BPD に特徴的な気分調節障害 (憂鬱と怒りの激しいエピソード) の引き金に対処するためのツールを患

者に与えます。後者は、患者の世界と自分自身の見方を大きく変える対人関係の機能の新たな可能性を告げるものである(Markowitz et al., 2006)。

さまざまなコンセプト

IPT の開発と実践は、精神病理学の発展におけるライフイベント、生物学、社会的相互作用、および性格の影響にさまざまな重点を置いているいくつかの研究分野によって情報を得ています。これらを総合すると、精神疾患の病因は複雑であり、さまざまな遺伝的要因、性格要因、環境要因が相互に影響し合い、複数の要因によって決定されることが示唆されています。

長年にわたる方法論の進歩、特に長期疫学研究における系統的なライフイベント面接の使用は、精神疾患の発症において同時に発生する複雑な要因のマトリックスにおけるライフイベントの役割を明らかにするのに役立ってきました。特定の精神障害に関連する遺伝子の単離が現実になるにつれて、病理学の発症における遺伝子と環境の相互作用の理解において重要な新たな進歩が見られます。

画期的な研究として、Caspi ら (2003) は、5-HTT (セロトニントランスポーター) 遺伝子の遺伝的差異が、ストレスの多い生活上の出来事がうつ病に及ぼす影響をどのように緩和するかを調査した。彼らは、短い対立遺伝子のコピーを 1 つまたは 2 つ持つ人は、長い対立遺伝子が 2 つある人よりも、ストレスの多い人生の出来事に反応してうつ病になる可能性が高いことを発見しました。言い換えれば、この研究は、5-HTT 遺伝子型が有害な生活出来事の抑うつ性の影響を緩和する、遺伝子と環境の相互作用を示しました。これらの発見は、精神疾患が遺伝的に複雑な病気であり、糖尿病や高血圧のように、遺伝的素因が環境と相互作用して病状を引き起こす可能性があることを示している。表現型 (臨床像) は、遺伝子型と環境の相互作用から生じます (Weissman et al., 2007)。これらの遺伝的発見は、現在の生活上の出来事に重点を置いた治療によって、遺伝的に影響を受けやすい個人の病理に対処することの重要性を強調しています。

最近、Caspi の発見の再現に疑問が投げかけられているが、これらの問題は、Caspi らのオリジナルの発見よりも、再現の設計と関係があるはずである (Risch et al., 2009)。観察疫学に基づいた彼らの重要な発見は、多数のヒトおよび動物の管理された研究によって裏付けられています。うつ病の遺伝子と環境ストレスとの関係を示すこの研究は、まだ初期段階にある。心理療法に最も関連するのは、マウスの愛着ストレスが母親のなめたりグルーミングによって逆転できることを示した Champagne らの研究である (Champagne, Francis, Mar, & Meaney, 2003)。

ライフイベントの種類とうつ病の発症との間に関係があることを示す強力な証拠があります。Kendler、Prescott、Myers、Neale (2003) は、屈辱的な出来事が他の種類の人生の出来事と比較してうつ病の発症とより強く関連していることを発見しました。さらに、性格特性は、うつ病の発症に対する人生の出来事の影響に影響を与えます (Shahar、Blatt、Zuroff、および Pilkonis、2003)。

人々をうつ病などの障害のリスクにさらす遺伝的変数や性格変数は簡単に変えることはできませんが、社会環境に対する人々の反応や反応は変えることができます。IPTは、対人関係を改善することで患者のうつ病を改善し、それによって生活上のストレスを軽減し、社会的サポートを増やすことを目的としています。人々の社

会的世界におけるこうした改善は、個人をうつ病のリスクにさらす遺伝的、性格的、環境的要因の影響を和らげると仮説が立てられています。

心理療法

心理療法の理論

IPT は、苦しんでいる人の他者との関わり方を改善することで、症状と対人関係を改善することを目的としています。前に強調したように、この対人関係への焦点は IPT の特徴です。IPT は新しい技術を発明したわけではありません。ただし、IPT で使用されるテクニックの多くは他の期間限定療法と共通していますが、IPT はそれらを特に対人関係の問題に適用します。IPT の開発者は、一連のテクニックを収集するだけでなく、うつ病の積極的な管理と 4 つの問題領域を中心にまとめた戦略を、一貫した治療システムに体系化しました。

感情の言語は、CBT や REBT などの他の期間限定療法よりも IPT でよく使用されます。感情がどのように（口頭でも非口頭でも）伝わるかについてコメントするのは、IPT の基本です。「彼女の話を話しているとき、あなたの目はとても悲しそうに見えます。」「あなたは彼に怒っていると言いますが、私はあなたが笑っていることに気づきました。」「上司の決定に満足していないことをどうやって上司に伝えましたか？」

IPT は、単純な対人スキル トレーニングとも異なります。IPT セラピストは、患者の積極性について協力することが多いですが、患者が他者に期待するというより大きな文脈の中にスキルを置きます。これは、患者が失われたもの、または与えられなかったものを悲しむのに役立ち、変化と動員を奨励します。目標は、患者が新たな選択肢を生み出すことを支援し、対人支援源にアクセスできるようにすることで、患者の社会的孤立、無力感、絶望感を打破することです。

IPT は、いかなる犠牲を払ってでもすべての関係を維持する必要があるとは主張しません。絆の中には、成長や親密さを促進しないという点で、患者にとって有害なものもあります。他の関係では、当事者の一方が先に進み、継続を望まない場合もあります。患者が人間関係の長所と短所についてバランスのとれた見方を持ち、自分自身と相手の欲求を徹底的に理解できるよう支援することで、IPT セラピストが頻繁に尋ねる質問の結果が決まります。「もう一度試してみたいと思いますか？」

IPT における大きな課題は、特に新人セラピストにとって、治療のターゲットとして定義された問題領域に集中し続けることが難しいことです。患者を問題領域という大きな文脈に入れずに日々の危機に対処すると、治療が拡散し、脱線する可能性があります。多くの場合、対人関係の状況に対処するための一般的な「抗うつ薬」の方法が、1 つの問題領域での作業を通じて体系的に学習されます。生成された学習は、その過程で現れる他の対人関係の問題に転用されることがよくあります。もちろん、16回のセッションでは不十分で、症状は良くなったものの、まだ状態が良くない場合もあります。そのような場合、セラピストは患者との契約を更新し、患者が次の一連のセッションで取り組みたい特定の対人関係の目的を新しい目標として設定します。

治療関係

IPT セラピストは、特に最初のセッションでは積極的に質問し、コメントします (以下の「心理療法のプロセス」セクションを参照)。セラピストは指示的ですが、規範的なものではありません。言い換えれば、彼らは、患者自身がオプション、アイデア、リソースを提供するのではなく、患者に生み出させようとしています。これらはフォーム (CBT で使用される機能不全の思考記録や気分監視フォームなど) を介して機能するものではありません。彼らは夢や無意識の願望を伝えるその他の内容を解釈したり、(分析的治療のような) 退行を奨励したりしません。

心理療法のプロセス

急性うつ病に対するIPTの通常のコースは、初期段階、中期段階、終了段階の3つの段階に分けられ、成人の場合は16回、青年の場合は12回のセッションです。臨床実践の詳細については、Weissman ら (2007) を参照してください。ここでは、3つの段階からのセグメントを含む症例の概要を通して臨床研究を簡単に説明します。患者のポールさんは22歳の大学生で、うつ病の症状を訴えて大学の学生保健サービスを受診した。IPTの開始前に、療法士はすでに綿密な臨床面接を実施し、自殺傾向を評価し、投薬の必要性 (メランコリー性うつ病、重度の神経栄養症状などの場合) を評価していたことに注意する必要があります。

初期フェーズ (最初の 3 ~ 4 セッション)

初期段階では、セラピストはうつ病評価スケールまたは症状チェックリストを管理します (例: ハミルトンうつ病評価スケール、ベックうつ病インベントリ)。さらに、セラピストは患者のうつ病の特異な症状を評価します。たとえば、うつ病の場合、特に嫉妬したり不安になったりする患者もいます。もっと飲酒したり喫煙したりする人もいますが、喫煙や飲酒をやめる人もいます。吐き気や頭痛などの身体症状を発症する人もいます。患者の診断と心理社会的機能を判断するための詳細な臨床面接の後、初期段階は 3 ~ 4 回のセッションで実施されます。

この段階では、セラピストの目的は、(1) 患者にうつ病について教育し、それが治療可能な状態であるという希望を与えること。(2) 患者がうつ病の影響に対処し、エピソードから回復するためのスペースを生活の中に作り出すのを支援する。(3) うつ病が患者の重要な社会的つながりや役割にどのように影響するか、またそれらによって影響を受けるかを理解する。(4) 残りの治療期間中、現在のうつ病エピソードに関連する 1 つまたは 2 つの対人問題領域に焦点を当てることに患者と同意する。セラピストは次のタスクを完了します (Weissman et al., 2007)。

- うつ病の診断を確定し、症候群に名前を付ける
- 患者に希望を与える
- 「病気の役割」を割り当てる: 最適なレベルで機能できないうつ病に苦しんでいることを患者に説明する。一時的に自分が達成できることへの期待を下げる必要があるかもしれないが、現在のエピソードから抜け出すために治療的な作業を行う必要があることを伝えます。

- 患者がうつ病が自分の生活に及ぼす影響を合理化し、管理できるよう支援する（例：期待を下げる、うつ病が寛解するまで重要な決断を保留するなど）。

以下は、初期段階でのポールと彼のセラピストとの対話です。

セラピスト: ポール、あなたは今日、過去 2 か月間で経験した数々の困難について話しました…集中力の低下により、統計テストの成績が低くなり、社会学の課題を終えるのが困難になった…あなたも同様です。眠りにつくのが難しく、あなたは毎日5時半に起きています…あなたは悲しくて虚しさを感じていて、友達がそれに気づいたと私に言いました…あなたはすぐに疲れてしまい、ベッドに行かなければなりません…そして食べる気がないので、過去7週間で11ポンドも体重が減りました。これらはうつ病の症状です。うつ病は。
。。

ポール: 何もかも台無しにしてるよ（泣きそうになって）…そうすべきだったのに…何もかも失敗してばかり…今は落ち込んでいる（手で顔を覆う）。

セラピスト: あなたがうつ病になったのはあなたのせいではありません。それはあなたの失敗ではありません、ポール。うつ病は一般的ですが、良いニュースとしては、うつ病に対する優れた治療法が数多くあるということです。あなたはもっと良くなるでしょう。今は自分自身を大事にし、周囲の状況があなたを良くすることを可能にするようにすることが重要です。

ポール: でも、そんな時間はないよ。私は学校で失敗して、大変な事になってしまいました…（涙を流してパニックになっています）

セラピスト: もし、現在、他の病気にかかっているとしたら、そう、たとえば肺炎とか、ひどいインフルエンザ、（ポールは同意してうなづく）そんな時、「いつも通り」に勉強できる？

ポール: そうですね、でも、それは本当の病気です。

セラピスト: うつ病も本当の病気です。症状はまさにあなたが前に述べたようなものです：悲しみ、睡眠と食欲の問題、エネルギーとモチベーションの低下、集中力と意思決定の困難…これは典型的なうつ病です。良いニュースは、それを治療するための非常に効果的な方法がいくつかあるということです。現時点では、毎日の勉強をやり遂げるために、家族や友人からの追加の助けが必要かもしれません。当分の間は、必要なことややりたいことのすべてを行うことさえできないかもしれません。治療が進むにつれて症状は改善していきますが、それには少し時間がかかります。

ポール: そうだといいけど、このままではいけないよ。統計の授業に落ちてしまうのではないかと不安です…もしかしたら私にはプログラムに参加するのに必要な能力がもう備わっていないのかもしれない。とても打ちのめされています。中退するしかないかもしれません。

セラピスト: ポール、今はプログラムを辞めるかどうかを決める時期ではありません。うつ病になったとき、うつ気分は世界のすべてを彩り、利用できる選択肢が見つからないかもしれません。あなたがうつ病から回復した後、退学についてもう少し話し合っただけでいいでしょうか?それでも同じように感じている場合は、検討してみてもいいかもしれません。

Paul: わかりました、そうですね… (少し落ち着いたようです)。でも、統計はどうしよう?

セラピスト: そうですね、あなたがうつ病エピソードの真っ只中にあることを考えると、統計にかなり苦労しているのは当然です。おそらく他の科目よりも高い集中力が必要です。統計についてほかに考えはありますか?

ポール: 統計を捨てるには遅すぎるよ。

セラピスト: なるほど。

Paul: もしかしたら「保留」にできるかもしれません、わかりません。

セラピスト: とても良いアイデアを思いつきましたね。どうすれば保留にできますか?

それから彼らは、ポールが彼のうつ病を理由として「保留」にしてもらうよう、教授と話す方法について相談しました。ポールは、保留の課題を依頼することを検討する前に、保留の課題を完了するための時間の余裕について教授に相談したいと言いました。セラピストが統計コースを通じて彼を助けてくれる人について尋ねたとき、ポールはクラス補助員に最近の難しい資料と一緒に検討してもらおうことを考えました。議論のこの部分が終わると、ポールはいくらか安心し、「心が軽くなった」ように見えました。

次にセラピストは、ポールのうつ病に際しての対人関係の中身を知りたいと思いました。セラピストは次のような作戦をとりました。

1. ポールの症状が始まった頃、彼の人生に何が起こっていたのかを知ること
2. ポールにとって大切な人たちとの対人関係の内容を知り、どれが現在のうつ病と関係あるか、どれが治療に役立つか探る

セラピスト: ポール、あなたは春学期の始まりに最初のうつ病の症状に気づいたと言いましたね。

Paul: ええ、休暇で家に帰って、そのあそこちらにもどってからです。

セラピスト: 訪問中または訪問後に何か起こりましたか?

ここでセラピストは、どの問題領域がポールのうつ病を引き起こしたのかを探ろうとしました。彼女は次のような質問をしました：その頃、あなたにとって大切な人は亡くなりましたか？それともペットでしょうか？親しい人と喧嘩したり、距離を感じたりしましたか？とても寂しい、または孤立していると感じたことはありますか？その頃、あなたの人生に大きな変化はありましたか？

ポール：大きな変化はまだありません。ただし、将来については大きな決断をしなければならないことがあります。卒業後何をすればいいのかわかりません。。今はわかりません…訪問中に両親にそう言いました。彼らは私に尋ねました、そして私は彼らに真実を話しました、私にはわかりません。次に何をしたらいいのかわからない、何をしたいのかもわかりません。

セラピストは、ポールを悩ませていると思われる役割の移行を妨げていることについての情報を収集し始めました。また、ポールがそのやりとりについて何度も強調して言及していたため、彼女は彼の両親との（公然または秘密の）争いの可能性を探りたいと考えていました。

セラピスト：彼らはどう反応しましたか？

ポール：彼らはあまり何も言わなかった…

セラピスト：彼らがそれについてどう感じたか知っていますか？

ポール：わかりませんが、彼らはそれで眠れなくなったとは思いません。私たちはいつもの家族のことをしました。何が起こったのかわからない、いつもと変わらない、なんだか退屈だった…。

セラピスト：退屈だと予想していましたか？

ポール：そうですね、家に帰る準備をするたびに、今度は何かが変わるだろうという愚かな考えが浮かぶが、何一つ変わったことなんてない。

セラピスト：がっかりしましたね、ポール。今回はよくなるはずと期待していたのに、そうではありませんでした。（ポールうなずく）どうなればよかったのと思ったのですか。

ポール：そうですね、彼らが私とすべてを愛してくれていることは知っています、しかし… わかりません、私の妹のサラがそこにいました、そして… サラと私は親しいです、彼女は婚約したばかりで、ビルもそこにいました…サラについて祝うことがたくさんあったので、彼らは私にあまり時間がなかったのだと思います。彼女は法科大学院に合格したばかりですが、お父さんは彼女を見ると、彼女が父の仕事を続けるか何かのように、ばかげた表情をしています。彼女はそうしません、彼女はビルの出身地であるカリフォルニアに引っ越します、そして彼らはそこで一緒に学校に通っています。誤解しないでください、私はサラやみんなと本当に親しいのですが、わかりません、訪問が多すぎます…

セラピスト: 今回は特に荒れていたようですね…

セラピストは、うつ病に関連したポールの問題（役割の変遷と、成功した妹を優先しているように見える父親との秘密の争い）について考えをまとめ始めていたが、もっと情報を得る必要があると感じていた。彼女は対人関係の棚卸しを続けました。セラピストは、ポールの対人コミュニケーション パターンの長所と短所を特定するために、相互作用とコミュニケーションの例を引き出しました。

セラピスト: 現在のあなたの生活状況をより完全に理解するには、あなたの人生の重要な人について話すのが役立つと思います。誰から始めたいですか？

_____の何が好きですか？

_____の何が気に入らないのですか？

_____に自分の気持ちを伝えたことがありますか？

何があなたを止めますか？何が起こると思いますか？

あなたと_____と一緒に過ごすのが楽しいときはありますか？仲間は何をしますか？

関係を変えたい物がありますか？それは何ですか？

もしこれらの状況が変わったとしたら、_____についてどう思うでしょうか？

関係を同じままにしておきたい物がありますか？それは何ですか？

セラピストは面接の結果、ポールの現在のエピソードは2つの問題が引き金になっていると考えた。ポールは社会学（彼の専攻）の大学院に進みたいとは思っていなかった。救急救命士（EMT）になることに興味があり、入門コースを受講して面白いと思った。しかし、この選択肢をさらに調べるにはどうすればよいかわからなかった。成功した弁護士である父親との緊張した関係について説明した。父親はポールの姉の強い性格と学力の優秀さを常に誇りに思っていたが、対照的に父親はポールに対して軽蔑的で頻繁に皮肉を言った。ポールは父親の発言に対して、部屋を出るか、「聞こえないふりをする。気にしない」。ポールは母親と姉と仲が良いが、姉の成功は時に彼を苦しめる（「彼女のせいではないけど、彼女はいつもうまくやるんだ…。嫉妬とかじゃなくて、幼稚なんだけど、やりすぎだよ…」）。ポールは友達が少なく、「おとなしい方」だったが、毎日何人かの友達と話し、特に女友達のリサと仲が良かった。今年あまりデートをしていないという。

この時点で、セラピストはポールの問題を理解し、治療方針を説明し、対人関係フォーミュレーションとして知られる治療契約を結んだ。

セラピスト: この 3 週間で私たちが集めたすべての情報からすると、ポール、あなたのうつ病はクリスマス休暇の直後に始まったようです。その頃、あなたにいくつかのことが起こっていたように思えます。まず、あなたはこの 5 月に卒業した後、次に何をしたいのかが分からず、どうするか少し心配し始めました。第二に、この状況は父親からのプレッシャーでは解決できません…父親は非常に高い期待を抱いているようで、あなたはかなり気分が悪くなった可能性があります。学校を卒業した後、次に何をすべきかについてのあなたの不安は、父親の態度によってさらに悪化し、これら 2 つのことが重なってあなたのうつ病を引き起こしたと思います…あなたがここに来た頃に経験し始めたすべての問題は、学校に戻ることに: 一部の授業での問題、睡眠障害、集中力の問題、食欲不振。これは正しいと思いますか?

ポール: そうですね、そうですね。

セラピスト: 私たちは、あなたのうつ病のきっかけとなったこれらの重要な変化について話し、あなたが自信を持ってこれらの問題に対処できるように助ける方法を見つけましょう…学校を終えて、自分が何をしたいのかを考えてください。次に、父親との関係をどうするかです。今後 13 週間にわたって毎週面接をします。時間通りに来て、予約を欠席する必要がある場合はスケジュールを変更することが重要です。いいですか?

中盤

治療のこの段階では、対人関係の作業の大部分が行われます。つまり、患者が自分の対人環境にどのような影響を受けているか、影響を与えているかを明確にするのを支援し、対人関係の困難にうまく対処するための、うつにならないようにする対人関係スキルを構築することです。ポールの場合、セラピストは彼の役割の移行を明確にするのを助け、父親の軽蔑的な発言が彼のうつ病にどのような影響を与えたかを彼に気づかせました。ポールと父親との問題はずっと前から始まっていたが、セラピストは、その争いが今ここでどのように現れているかに焦点を当てた。

以下はセッション 8 からの抜粋です。

セラピスト: こんにちは、ポール、先週会って以来、元気ですか?

ポール: ちょっと複雑ですね。

セラピスト: うつ病の症状はどうですか?

ポール: あまり意欲が出ません。睡眠は少し良くなりましたが、まだ集中力がありません。

セラピスト: 食欲はどうですか? (セラピストは患者が言及していないうつ病の症状についてひとつひとつ尋ねます。)

ポール: 同じだよ。

セラピスト: あなたのうつ病を 1 から 10 のスケールでどのように評価しますか (10 はあなたがこれまでに感じた最悪のうつ病です)。

ポール: 6だと思います。

セラピスト: 今週はずっと6でしたか?

ポール: いいえ、水曜日にここを出た後は、数日間は 4、もしかしたら3だったと思います。それからは下り坂になりました。

セラピスト: その短い期間はとても良くなったのですね。それは素晴らしいです。その頃は何かありましたか?

ポール: 水曜の夕方にリサから電話があったので、家に行って映画を何本か見ました。ジョシュとアニーもそこにいました、とてもよかったです。また、前回話したことが役に立ったと思います。私が理論的なことが好きではなく、より実践的な作業を好むこと、救急救命士の仕事をしているときにどれほど幸せを感じたかなど。私は役に立っていると感じました、そして、私はそれがなかなか右良かったと思います、ハリス氏はみんなの前で私にそう言いました。私はウェブからいくつかの情報を入手し、キャリア カウンセラーにさらに詳しい情報を教えてもらえるかどうかを確認する予約を取りました。

セラピスト: それをしてどう思いましたか?

ポール: 気分は良かったし、誇らしい気持ちになったし、安心したと思います。状況は良くなるかもしれないと考えていました。また統計学の教授に話を聞きに行きました。彼女は、今、単位を取るよりも、保留にする方が理にかなっていると考えています。彼女は正しいと思います。

セラピスト: これらは非常に重要なステップでした、ポール。あなたは私たちが話し合った多くのことを行いました。あなたは行動を起こし、自分のキャリアを決定するのに役立つ情報を得ました。あなたは教授と統計コースについて話しました。あなたは友達と楽しい時間を過ごしました。そして、それがすべて終わった後、どれほど気分が良くなったかを見てください。その後、事態は再び困難になりました。いつ頃から気づき始めましたか?

ポール: 土曜日だったと思いますが、目が覚めたんだけど…うーん、あまり起きたくないんです。

セラピスト: うーん、それはかなりの変化ですね。金曜日に何かありましたか?

ポール: そうですね、大したことはありませんでした。家にいてテレビを見たり、両親から電話がかかってきたりしましたが、大きなことは何もありませんでした。

セラピスト: そうですね、私たちが話し合ったように、微妙な事柄が時々人々の心に深い影響を与えることがあります。…通話中に何が起こった?

ポール: まあ、何も無いよ。母はサラの新しいアパートや、購入予定の家具などについて話してくれました。もう一方の電話では父も出ていました。私はあくびをし、疲れていました。彼らは彼女の義理の両親がモロッコへの旅行のチケットを手に入れる計画について延々と話し続けました。何度も何度も…私は統計で失敗しており、人生で何をすべきかわかりません、そしてサラの休暇について聞かなければなりません…父があくびをしている理由を尋ねたので、私は彼につかれていて眠いと話しました。

セラピスト: 彼は何と言ったんですか?

ポール: 彼は言いました、「あなたはいつも疲れていますが、その理由はよくわかりません。」

セラピスト: 彼がそう言ったとき、どう思いましたか?

ポール: 「ああ! さあ、お父さん…疲れたから寝るよ」って言ったんです。お母さんがおやすみって言って、彼は「分かった…」とかそんな感じで電話を切りました。私はベッドに入って眠りに落ちましたが、また5時に目が覚めてしまいました。それで、一日中とても疲れていたの、アニーとジョシュと出かける予定をキャンセルしました。

セラピスト: ポール、あなたはその出来事について話していますが、何があなたの気分に影響したのかわかりますか?

Paul: 父との話し合いはそれほど悪くはなかったと思いますが、今話してみると。

セラピスト: あなたは今何を感じていますか?

ポール: 腹が立つ…彼はいつも私をけなすんだ、今はそんなこと必要ないんだ。

セラピスト: おっしゃる通りです、確かにそうではありません。

ポール: くだらないことがいっぱい、彼は少なくとも私を一人にしてくれることができたのに (ポールは涙を流していますが、生き生きとしています)。

セラピスト: あなたは今、悲しくて当然のことながら怒っているように見えますが、迷っているわけではないようです。学校を卒業して、次の職業上のステップを決めようとしているのに、うつ病と闘いながらそれを行っているのです。あなたは父親の発言があなたに与える影響を父親に知らせようとしたことがありますか?

ポール: 彼はきっと知っているよ。

セラピスト: 彼は知っているかもしれませんが、今はあなたがそうしようとしたかどうか焦点を当てたいと思います。彼のコメントがあなたにどのような影響を与えるかを彼に理解してもらいましょう。

ポール: そうじゃない、私たちは気が合わないんだ。私は彼から離れていたい。

セラピスト: しかし、あなたが以前に話したところによると、これは時々しかうまくいかないようです。先週を例として考えてみましょう。あなたは、気分が良くなるようなことをたくさんしていました。友達に会って、気分が良くなって、その話し合いの後、また落ち込んでしまいました。ありがたいことに、以前ほどではなくなりました。最初に述べたように、うつ病から回復し、前に進むための変化を起こすためのスペースを確保する必要があります。自分を追い詰めるのではなく、選択肢を持つことがいかに重要であるかについて、私たちが述べたことを思い出してください。父親との連絡について、現時点でどのような選択肢がありますか？

ポール: 彼と話すのをやめられないんだ。ママが電話すると、彼は私と話したいって言うんだ。ママはいつも彼に私と話させてるんだ。彼らはサラにも同じことをします…家族の伝統です、たぶん。

セラピスト: お母さんと話した後、気分が良くなったとおっしゃいましたね。あなたの父親の立ち会いなしで彼女にあなたと話すように頼むことができますか？

ポール: 私は彼女のことをよく知っているから、そんなことはできないと思います。彼女はちょっと傷ついて、私に理由を聞いて、それはできないと主張するでしょう…お母さんはすべてがうまくいっているふりをするのが好きです…彼女はそんなことはしません。

セラピスト: お父様と直接話し合っていただけではないでしょうか。

ポール: それで、何と言えればいいでしょうか？

セラピスト: いい質問ですね。何を伝えたいですか？

ポール: (微笑みながら) このクソ野郎、あなたは私の人生を台無しにしている…

セラピスト: (笑) それでは…

ポール: (笑いながら) わかった、わかった。。。たぶん、わかりませんが、今、私が落ち込んでいることを彼に伝えることができたらいいと思います。父が何か言っているのを聞いても役に立たないでしょう。

セラピスト: そうですね、それは非常に明確なメッセージでした。それをロールプレイしてみてもどうでしょうか。

終了フェーズ (最後の 2 セッション)

IPT の初期段階で、治療期間が決定されます。IPT では、2 ~ 3 回のミーティングごとに、セラピストは患者に残りのセッション数を明示的に知らせます。「期限」があると、患者の動員と勢いが促進され、活動的な状態が保たれます。終了期間中に、セラピストは、(1) 患者のうつ病症状を一緒に評価し、患者が完全寛解であるか部分寛解であるかを判断します。(2) 治療終了に対する患者の悲しみや不安に対処する(これをうつ病と区別する)。(3) 継続的な治療効果における患者の能力と自立性を高める。(4) どのスキルが役に立ったかをレビューします。(5) IPT が成功しなかった場合の罪悪感を軽減します(例:「今回の治療は失敗しました。でもあなたは治らないわけではありません。私たちはあなたに利用できる他の選択肢があります。」)。

終了後の治療選択肢の 1 つは維持 IPT です。維持モデルは、急性治療終了後 1 年間の毎月の治療セッションで構成されます。セラピストは、さらなるうつ病エピソードを引き起こす可能性のある新たな対人ストレス要因に対処しながら、急性期治療中に学習および実践した対人スキルを重視します。

以下はポールの最後から 2 番目のセラピーセッションからの抜粋です。

セラピスト: ポール、あなたはこの 4 か月間でかなりの成長を遂げましたね。まず第一に、うつ病の症状が改善されました。睡眠が良くなり、食事も良くなり、やる気と活力が増し、集中力が向上しました。これらすべての改善により、今学期のすべてのコースに合格することができました。また、統計学の教授と問題について交渉し、保留の結果を受け取る手配をしました。それに加えて、卒業したら次に何をしたいかを考える時間ができました。あなたは救急救命士としてのキャリアを検討し、それが自分に適した仕事かどうかを判断するために別のコースを受講するように登録しました。また、あなたは父親と効果的にコミュニケーションをとる方法を見つけるのに本当によく成功しました。彼はあなたが落ち込んでいることを理解したので、あまり干渉しなくなりました。さらに、あなたは人生の中で、今後のサポートや励ましを求められる人を特定しました。私が今言ったことについてどう思うか聞きたいです。

ポール: ええ、今学期は幸せでした。うまくいくとは思わなかった。でも、以前よりは気分が良くなりました。でも、父は私の背中から降りてくれたとしても、本当に理解しているとは思えません。彼は今でも私が成功することを望んでいますが、彼の心の中には私が救急救命士になることは含まれていません。

セラピスト: それは、あなたが今後も努力し続けるために残されたことの 1 つです。しかし、ここ数か月間あなたがしてきたことは、あなたの気分を改善するのに十分でした。あなたがこれから行う仕事は、再び落ち込むことを防ぐのに役立つはずですが、今日はもう終わりに近づいています。来週は最後のセッションです。退職についてのあなたの気持ちを聞き、今後どのような状況が起こり、うつ病が再発する可能性があるかについて考え、また、あなたがセッション中で、今回の状況をコントロールするために役立った作業を通して、どのようなスキルを培ってきたかについて聞きたいと思います。

最後のセッションでは、セラピストは最後から 2 番目のセッションでは対処されなかった終了のタスクを完了します。

心理療法のメカニズム

IPT は、うつ病に特有の無力感と絶望感を軽減することを目的としています。その治療力には以下が含まれます。

- うつ病の神秘のベールを取り除く（うつ病は病気であり、治療可能です。突然起こるものではなく、対人関係の問題によって引き起こされます）
- 対人コミュニケーションと行動の選択肢を生み出す

習熟度を高める

- 個人と役割に関して何が期待されているかを明確にし、怒りを健全に表現することの抗うつ効果を実感する
- 社会的孤立の軽減

各セッションの開始時に、セラピストは患者のうつ病の症状を評価し、その週の間に関わった変化に注目し、症状の変化を対人関係や出来事と関連付けます。症状を確認した後、IPT の各フェーズに特有のタスクと一緒に取り組みます。以下は、中間フェーズで使用される各問題領域に関連する戦略です。

-----表

目標	戦略
患者にとって大切な人（または動物）の悲痛な死	
<ul style="list-style-type: none"> • 亡くなった愛する人の追悼を促進する 	<ul style="list-style-type: none"> • 死亡前、死亡時、死亡後の出来事を一連のものとして把握する
<ul style="list-style-type: none"> • 社会的孤立を打破し、人間関係や興味に再び焦点を当てることで、世界と再び関わる。 	<ul style="list-style-type: none"> • 患者が愛する人のいない未来と向き合い、新しいスキルを身につけ、社会的支援を深められるよう援助する。
対人関係の不和-大切な人との表向きまたは裏向きの不和	
<ul style="list-style-type: none"> • 紛争はどの段階にあるか特定する 	<ul style="list-style-type: none"> • 当事者間のやり取りを調査して、紛争の原因となった不一致な期待を特定する

<ul style="list-style-type: none"> • 双方間の期待の不一致や不適応なコミュニケーションを特定し修正する 	<ul style="list-style-type: none"> • 関係に関する患者の希望を探る
<ul style="list-style-type: none"> • 患者が紛争を積極的に解決できるよう支援する 	<ul style="list-style-type: none"> • 不適応なコミュニケーションパターンを修正する
	<ul style="list-style-type: none"> • 患者が紛争を解決するために新しいコミュニケーションスキルを試すようサポートする (結果として、関係を改善するか、破壊的な関係を終わらせる)。

役割の移行 - 人生がポジティブ またはネガティブに変化する

<ul style="list-style-type: none"> • 古い役割の喪失を悲しむ 	<ul style="list-style-type: none"> • 古い役割を失ったことに対する感情を引き出す
<ul style="list-style-type: none"> • 新しい役割を担うための新しいスキルと社会的サポートを開発する 	<ul style="list-style-type: none"> • 古い役割のプラス面とマイナス面を特定する
	<ul style="list-style-type: none"> • 新しい役割のプラス面とマイナス面を特定する
	<ul style="list-style-type: none"> • 患者が社会的孤立を軽減し、新しい役割をより適切にこなすためのリソースとスキルを見つけられるように支援する

対人関係の欠陥 - 人間関係の開始および/または維持の困難

<ul style="list-style-type: none"> • 社会的スキルを向上させて社会的孤立を軽減する 	<ul style="list-style-type: none"> • 過去と現在の人間関係を見直して、再発するパターンを特定する
	<ul style="list-style-type: none"> • 新しい人間関係を形成し、既存の人間関係を深めるための新しい社会的スキルを練習する

「紛争の段階」

再交渉:	両当事者は依然として連絡を取り合っており、双方とも紛争の解決を望んでいるが、これまでのところ成功していない。
行き詰まり	当事者は紛争の解決に失敗し、努力を中止した。彼らはまだ一緒にいたいと思っていますが、「立ち往

	生] しています。セラピストは行き詰まりを再交渉か解散のどちらかに移行させる手助けをします。
解体:	一方または両方が関係を終わらせたいと考えています。セラピストは、その人がもう一度試したいかどうかを探ります。これが失敗した場合、セラピストは患者が人間関係から離れるのを手助けします。

アプリケーション

誰を助けることができるでしょうか？

IPT はもともと、単極性の非精神性うつ病の治療のために開発されました。しかし、IPT の開発以来、この治療法は他のうつ病患者にも適用され、良好な結果が得られています。これらすべての適応において、IPT の基礎原則は同じであり、治療は対人関係に焦点を当てています。同じ疾患を持つすべての患者に単一の治療法が適しているわけではないことを示唆する文献が増えています。実際、最近の成果研究は、一般的に何が機能するかではなく、誰にとって、どのような状況で何が機能するかに焦点を当て始めています。したがって、研究者らはランダム化比較試験を通じて、治療法に応じて臨床転帰に異なる影響を与える特徴を特定しようと努めてきました。これらの特性は、臨床研究や疫学研究において調整因子または効果修飾因子としてよく引用されます。

モデレーターは、誰に、どのような条件下で治療が効果があるかを提案します (Baron & Kenny, 1986)。これは、受けた治療とは独立した治療前またはベースラインの特性であり、治療結果に対して治療法と相互作用する効果があります。治療のモデレーターを特定することは、研究者と臨床医の両方にとって重要です。モデレーターは、その後の RCT で検出力を最大化するための除外/包含基準と層別化の最良の選択を明確にし、臨床医が患者にとって最も適切な治療法を特定するのに役立ちます (Kraemer, フランク、クーパー、2006)。IPT への反応の緩和に関する文献はまだ初期段階にあります。いくつかの緩和特性が確認されています。

ベースラインのうつ病の重症度が治療結果の調節因子となるという証拠は曖昧である。いくつかの研究結果 (例 : Elkin et al., 1989) は、CBTなどの他の精神療法介入と比較したIPT (特に薬物療法との併用) の利点は、よりうつ病の患者との関係でのみ現れる可能性があることを示唆しています。それほど重度ではないベースラインのうつ病は、異なる治療法でも同等に良好です。ただし、この関連性はすべての試験で一貫して見つかったわけではありません。

体性不安 (より生理的な性質の不安) は、IPT への反応を低下させるようです。Feskeら(1998)は、IPT後うつ病が寛解しなかった患者は、寛解した患者と比較して、著しく高いレベルの体性不安を経験し、パニック障害の生涯基準を満たす可能性が高いことを発見した。不安障害を併発するうつ病は一般に IPT に反応しますが、その不安がより身体的な性質のものである場合 (パニック障害の場合など)、薬物療法も必要となる場合があります。

社会的機能は、治療状態とうつ病の転帰との関係を緩和することが示されており、ベースラインの社会的機能障害が低い患者は、IPTに対する反応が著しく良好である(Sotsky et al., 1991)。このことから、ソツキーらは、IPT が効果的であるためには、最低限のベースラインレベルの社会的機能があればよいのではないかという仮説を立てた。

また、愛着回避はうつ病の治療成績を緩和するようであり、McBride ら (2006) の調査結果では、愛着回避性が高い患者は IPT よりも CBT の方が成績が良いことが示唆されています。彼らは、回避型個人が親密な関係の重要性を否定し、愛着不安に対する防御として感情よりも認知を重視する傾向があるということは、対人関係に焦点を当てるIPTよりも、認知と行動に焦点を当てるCBTによく反応することを意味している可能性があるとして提案した (マクブライド、アトキンソン、キルティ、バグビー、2006)。

治療

IPT は、現在の状況の中で症状とその起源を理解し、状況を変えて症状を理解および管理しやすくし、問題を特定し、それを解決して習熟を生み出す方法を提供することによってうつ病に作用します。上のセクションでは、対人関係の目標を実現するための戦略の概要を説明しました。ここでは、これらの戦略を実行するために使用される IPT テクニックを紹介します。

1. 気分を対人関係の出来事に結び付ける:

例: 「患者: 私は悲しいです。」 「セラピスト: 何が起こったのですか?」 または 「患者: 彼氏とひどい喧嘩をしました。」 「セラピスト: どう感じましたか?」

これは、患者のコミュニケーションや行動における対人関係の状況を提供するため、非常に重要な手法です。その背景を理解することで、患者はどのような対人関係が自分のうつ病に寄与しているのか、またどのようなことが回復に寄与しているのかを認識し始めます。

2. コミュニケーション分析の実施 (対人状況をフレーム単位で分析し、コミュニケーションがどこで迷走しているかを把握する) :

例: ジャスティン、上司との口論がその週の残りの気分をどのように悪化させたかを私に話しました。その議論中に何が起こったのかを理解することが重要です。どのようにして始まりましたか?何って言ったの?彼は どう答えましたか?彼がそう言ったとき、あなたはどう思いましたか?逆に何て言いましたか?なんて言えばよかったですか?等。

コミュニケーション分析の目的は、患者が伝えたい対人関係のメッセージを理解し、そのメッセージを伝えるのに何が邪魔になっているのか、あるいは伝えられたメッセージが彼らが望んでいることや伝える必要のあるものではなかったのかを明らかにすることです。セラピストは何度もカメラの比喻を使います (「細部で何が起こったのかをビデオ カメラで見るように細かく知りたいのですが」)。コミュニケーション分析は、患者が発信する必要のある対人メッセージに対する意識と責任を高めるのに役立ちます。

3. 選択肢の生成 (例: 意思決定分析の実施): 分析作業とは対照的に、IPT 療法士は常に患者に「これについてどうするつもりですか?」と尋ねます。選択肢を生み出すように患者に教えることで、うつ病の絶望感や無力感に対抗できます。セラピストは、患者が目の前の状況に対処する別の方法を考え出すのを手助けし、それらの1つまたは組み合わせをどのように選択するかを患者が考えるのをサポートします。

4. ロールプレイング: 特定のオプションが選択された後、セラピストと患者はそれを実行します (アクションのリハーサルのように)。彼らは、関係するさまざまな関係者の役割を交代で演じることもあります。セラピストは、患者のコミュニケーションがどのように伝わったかについてフィードバックを与えます。また、コミュニケーションを効果的に行うために必要な対人スキルについても患者に指導します。例: 重要な議論について、双方が受け入れてくれる適切な時間を見つける必要性。過去の同様の問題について話すのではなく、現在の問題に焦点を当てることの重要性。人物ではなく行動を特徴づける。自分が求めていることに率直であること。等

5. 宿題の割り当て (ロールプレイに基づいてセッションから出たオプションを実行するため): IPT での宿題は、CBT ほど規範的ではありません。患者は、次のセッションの前に、そのやりとりがどのように行われたかをレビューするときに、特定の対人関係を実装してみるように指示されます。

エビデンス

証拠規則は、心理療法の研究と薬物療法の研究に等しく適用されるべきです。私たちは、治療のランダム化を伴う対照臨床試験 (RCT) が最高レベルの証拠であると信じています。有効性試験として知られるこの研究段階では、通常、比較的均質なグループ内で、最適な臨床環境下で、高度な訓練を受けた専門家によって行われる治療法をテストします。

対照的に、有効性研究は幅広い参加者を含み、通常は地域の臨床医によって実際の環境で実施され、心理療法開発シーケンスの次のステップとなります(Weissman et al., 2007)。

このセクションでは、IPT のさまざまな適応に関する証拠の概要を説明します。IPT の有効性に関する証拠に貢献した研究についてのより完全な議論については、Weissman et al. を参照してください。(2007)。

気分障害に対するIPT

IPTが開発された維持抗うつ薬の試験では、IPTが社会機能を改善することが示されました。あらゆる形態の精神療法としては初となるこの前向きな臨床試験に続いて、IPTが急性成人単極性うつ病に対する主要な証拠に基づいた治療法であることを確立する一連の研究が行われました。これらは、単独療法として、および薬剤と組み合わせた場合の両方での IPT の有効性を示しました (例、Elkin et al., 1989)。

それ以来、IPT は多くのうつ病の人々に適応してきました。Mufsonら(1999)は、うつ病の青年に対するIPTの適応(IPT-A)において、いくつかの重要な変更を加えて治療法を調整しました: (1) 一般に青年期は治療を16回から12回に減らす。長期間の治療。(2) 治療への積極的な参加を増やすため、特に初期段階での電話連絡。(3) 保護者や学校との協力関係を築く。IPT-A の有効性は、多数の RCT を通じて検証されています

(例: Mufson、Dorta、および Wickramaratne、2004)。さらに、ヤングらは、うつ病のリスクのある青少年への予防介入として、対人関係スキルのトレーニングに焦点を当てたグループIPTを利用した(Young、Mufson、およびDavies、2006)。年齢層の対極にある IPT は、多くの研究で老人性うつ病の治療法としても有効であることが示されています (Hinrichsen & Clougherty、2006 年を参照)。

IPT は、以下の理論的根拠に基づいて、妊娠および産後うつ病にうまく適応し、テストされています: (1) 胎児の発育に対する薬物の潜在的な有害な影響を考慮すると、妊娠中のうつ病の女性に対する精神療法の代替案は、特に重要です。(2) IPT は、妊娠と出産で最も頻繁に遭遇する問題、つまり主要な役割の移行、争い、悲しみ (例: 流産による) に役立ちます。

IPT は、主な診断に伴ううつ病に苦しむことが多い医療患者にも使用されています。重篤な医学的病気は、社会的および対人的苦痛を引き起こすことがよくあります。病気の影響による無力化による役割の転換、家族や医療スタッフとの対人紛争、場合によっては差し迫った死を予期しての悲しみなどです。IPT は、ヒト免疫不全ウイルス (HIV)、癌、冠動脈疾患などの内科的症候群を患う患者を含む、プライマリケア患者のうつ病の治療に有効であることが示されています。

双極性障害には生物学的要素が大きく、治療には薬物療法が必要であることは広く知られているが、臨床像には心理療法、特にIPTが薬物療法の有用な補助となり得ることを示唆する側面もある。この障害のうつ、躁、精神病の症状は、対人関係に極度の混乱をもたらすことがよくあります。IPT は、病気のうつ病段階を単極性うつ病とよく似たものとして扱います。つまり、対人関係のいざこざ、うつ病エピソードに関連する役割の変遷、そして、悲しみの問題領域のバリエーションとして、患者の「失われた健康な自分に対する悲しみ」に焦点を当てます。しかし、IPTには病気の躁状態に対処する能力が備わっていないため、フランクらはその適応において、患者が躁状態を引き起こす可能性のある日常生活の混乱を避けることを目的とした行動要素である社会リズム療法 (SRT) を統合しました。IPSRT は、一度発症した躁状態を治療するのではなく、日常の社会活動を規則化し、対人関係を改善することで再発を予防することを目的としています。IPSRT は薬物療法と組み合わせると、エピソード間の時間を延長する効果があることが示されています (Frank、2005 を参照)。

IPT を気分変調症に適応させるには、いくつかの重要な理論的修正が必要になりました。IPT モデルは、現在のうつ病エピソードの引き金として対人関係の問題を特定し、ターゲットにしていますが、慢性的に損なわれた気分と心理社会的機能の特徴とする障害についてはあまり意味がありません。このように、気分変調症に対する IPT (IPT-D) は、医原性の役割転換の概念を開発しました。ここでは、医師が治療そのものを役割転換とし、患者が不適応な対人関係パターンを理解し、新しい選択肢を模索し始め、気分変調症が病気であることを認識します。治療可能な障害です (Markowitz、1998)。投薬の補助としての IPT の有効性は、気分変調症の個人療法およびグループ療法の両方として確立されています。

非気分障害に対するIPT

神経性過食症に対する IPT (IPT-BN) は、過食エピソードの引き金となる可能性のある対人関係の問題に焦点を当てています。うつ病に対する IPT からの大きな変更点の 1 つは、病気の主な症状に焦点が当てられてい

ないことです。IPT-BN では、セラピストは、議論を食事の話題から離れ、その対人関係の方向に誘導し、摂食の症状を引き起こし、維持している可能性のある感情的および対人的問題を患者と一緒に探ろうとします。神経性過食症に対するIPT-BNとCBTを比較した臨床試験(例、Fairburn、Jones、Peveler、Hope、およびO'Connor、1993年)では、IPT患者は症状の軽減に達するまでに時間がかかったが、治療期間中にCBTに追いつき、優位でかつ永続的な改善に至りました。これらの発見は、IPT-BN の推定仲介メカニズムを裏付けています。つまり、IPT は摂食問題に正面から取り組むのではなく (CBT のように)、病気の原因となっている対人関係の問題を患者が改善するのを助け、それが摂食障害の減少につながります。IPTは過食症に対する試験でも有効性を示しています。IPTは神経性食欲不振症の治療法としても試験されましたが、有効性は実証されませんでした。

心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の場合、定義上、外傷性の出来事に反応して発生するものであるため、対人関係が病状の引き金となると考えることはあまり適切ではないでしょう。代わりに、PTSD に対する IPT は、障害の結果として困難になる可能性のある対人関係の管理に焦点を当てています。PTSD 患者の多くは不信感を抱き、自分の感情を表現することが困難になり、社会環境から遠ざかります。ほとんどの治療法とは異なり、PTSD に対する IPT は、過去のトラウマと向き合う手段として暴露を利用しません。しかし、患者は症状が改善するにつれて、過去のトラウマを思い出させるものに自発的にさらされることがよくあります。最初の試験 (例: Bleiberg & Markowitz、2005) は有望な結果を示しています。IPT は、患者の PTSD 症状を改善するだけでなく、この障害によく併発するうつ病の軽減にも役立つようです。社会恐怖症やパニック障害に対するIPTの適応も、公開試験で有望であることが示されていますが、さらなる試験が必要です。

IPT の中心的な特徴のいくつかは、その期間の短さや急性症状の軽減への配慮など、I 軸障害の治療法としての IPT の開発を反映しています。したがって、Markowitz ら (2006) による境界性パーソナリティ障害 (BPD) に対する IPT の適応は、治療の新たな出発点であり、まだ試験中です。BPD に対する IPT の詳細については、「パーソナリティ理論」セクションを参照してください。

薬物乱用を治療するための IPT の使用は、二重の理論的根拠に基づいています。つまり、患者は劣悪な対人関係を補うために薬物やアルコールを乱用する可能性があり、薬物乱用は既存の人間関係にダメージを与え、悪循環で障害を悪化させる可能性があります。この集団に対する IPT の目標は、患者が現在の対人問題や対人関係の欠陥を解決できるよう支援し、そうすることでさらなる薬物使用の必要性に対抗することです。しかし、初期の試験ではIPTは薬物乱用に対する有効性を証明できなかったのですが、Markowitzら(2008)は最近の公開試験でうつ病を併発するアルコール依存症患者に対するIPTの抗うつ効果を示しました。

その他のアプリケーション

IPT をフォーマットに適応させることには、多くの潜在的な利点があります。臨床用語では、グループ IPT (IPT-G) は、他の人も同じ病気に苦しんでいることを患者に示し、患者の社会的孤立を軽減し、治療の中で対人スキルを練習できるようにし、患者が満足感を得ることができるようにすることで、病気の役割を検証するのに役立ちます。彼らはお互いに助け合っていると感じます。実際のレベルでは、グループ形式によりセラピストはより多くの患者を診察できるため、個人治療に代わる費用対効果の高い選択肢となる可能性があります。IPT-G の潜在的な欠点の 1 つは、特にグループのメンバーがそれぞれ異なる問題領域を抱えている場

合、各個人の特定の対人関係上の困難に焦点が当てられなくなることです。Wilfleyら(1993年)は、嘔吐を伴わない過食症の女性への適応としてIPT-Gの開発に成功しました。グループ形式の潜在的な問題のいくつかに対処するために、彼らの治療には、グループ形式を開始する前に2つの個別セッション(その間、対人関係の検討が行われ、症例の定式化が提示されました)、治療全体を通じて各患者の症例に固有の宿題の発行が含まれていました。そして対人関係の欠陥の問題領域をグループメンバー全員に割り当てる。その後の研究では、ウガンダのうつ病成人に対するIPT-Gの適応など、IPT-Gの有効性がさらに裏付けられています。これについては、以下の「多文化世界における心理療法」セクションで詳しく説明します。

対人カウンセリング(IPC)は、セッション数が少なく、短いセッションで行われるIPTの一種です。IPCはうつ病を併発している患者に使用するために開発され(Weissman & Klerman, 1986)、現在プライマリケアの現場で使用する治療法として試験中です。

コンジョイント(カップル)IPTは、配偶者の一方または両方がうつ病であるカップルの治療に使用されています。治療の共同段階の前に、セラピストは各配偶者と個別セッションを実施し、その間に診断を下し、対人関係の見直しを完了し、ケースの定式化を提案します。この人々に共通する問題領域として、対人紛争と役割の移行が浮上しています。Foleyらによるパイロット研究(1989年)では、IPT併用療法と個別IPT療法ではうつ症状が同様に軽減された一方、IPT併用療法群の被験者は夫婦満足度のより大きな改善を報告したことが判明しました。

電話によるIPTは、症状が重すぎてセッションに参加できないうつ病を併発している在宅がん患者、部分寛解中のうつ病患者、流産後の亜症候性うつ病患者を含む集団を対象とした、多数の小規模なパイロット研究や公開試験で成功裏にテストされています。患者の診断と自殺傾向のレベルを判断するための最初の対面セッションに続き、すべてのセッションは電話で行われます。ただし、他の点では、このアプローチは標準のIPTで使用されるものと同じです。

多文化世界における心理療法

IPTは、世界中の多くの国や文化の患者に対して実践され、成功を収めてきました。多くの場合、IPTは最小限の修正を加えて、米国および6大陸の30か国以上で少数民族に効果的に使用されています。さらに、IPTをサハラ以南のアフリカでの使用に適応させた場合でも、研究者や臨床医は、ウガンダの農村部とアメリカの都市部の人々が直面する問題が、2つの社会の間にはかなりの文化的、社会経済的違いがあるにもかかわらず、類似していることに衝撃を受けた。

サハラ以南アフリカでの研究で示された多くの特徴が、IPTを実行可能、受け入れられ、生態学的に有効で、効果的で持続可能なものにするための前提条件とされました(Verdeli, 2008)。

- 地域社会のメンタルヘルスの問題とニーズを理解する。
- 地域のメンタルヘルス症候群を把握するために、評価スケールを検証します(単に翻訳したり逆翻訳したりするだけではありません)。

- コミュニティが支援の必要性を認識し、介入計画に同意した場合に介入します。
- 研修生や主要な情報提供者との継続的な対話に参加することにより、生態学的妥当性を考慮して治療法を選択し、適応させます。
- 教育を受けた地元の一般の人々をメンタルヘルス提供者として選択することにより、実践的で実行可能な介入を開発する。
- 国内および国際的な学術センター、非政府組織 (NGO)、および地域社会の間で協力関係を構築し、治療法を試験し、効果があると判明した場合には普及させる。
- 地元の専門家に引き継がせることで徐々に国際的な専門家が人員を削減し撤退するという強いコミットメントを持つ。

IPT 適応の例: ウガンダ南西部のグループ IPT

ウガンダ南西部での IPT の使用への適応は、心理療法適応プロセスのモデルとなるでしょう。ボルトンらは、プロジェクト終了後にIPTを持続可能なものにするという長期目標に向けて、ウガンダ南西部のマサカ地区とラカイ地区でうつ病に苦しむ成人を治療するためのIPTの有効性をテストしました(Bolton et al., 2003)。

適応するかどうかを知るための質的研究。過去 25 年間にわたって実施された疫学調査では、ウガンダにおけるうつ病が増加しており、有病率は 21% にも達していることが示されています (Bolton et al., 2003)。地元住民は、このうつ病の原因として、世界で最もHIV感染率が高い国の一つであるウガンダでのHIV流行を挙げている。2000年に民族誌調査が実施され、「ヤクウェチャワ」(自己嫌悪)と「オクウェクバギザ」(自己憐憫)という2つの局所症候群が特に蔓延していることが判明しました。ただし、これらの局所症候群には、DSM基準では認識されない追加の症状(たとえば、悲しみ、睡眠と食欲の低下、無価値感など)も含まれています。医師不足と高額な薬代により、心理療法は、(1)セラピストとしての経験のない一般人でも可能であるという条件で、実行可能な代替手段とみなされた。(精神保健専門家が不足しているため)介入を実施するための訓練を受けていること、(2)適用範囲を拡大し、コストを削減するために治療をグループで実施できること、(3)その有効性を確立できること。

IPTは3つの主な理由から、この集団に潜在的に適しているように思われた。それは、うつ病に対するIPTの有効性が確立されていること、ウガンダの地元の文化が対人関係を重視していること、そしてIPTの問題領域と社会的環境との一致である。調査対象となった人々が経験していると思われる問題の種類(Verdeli et al., 2003)。地域社会における悲しみは通常、家族や親しい友人の死と関連しており、その多くはエイズやその他の伝染病によるものでした。対人紛争の原因としては、敷地境界線をめぐる隣人との意見の相違、政治的争い、コンドームを使用せずにセックスをするというHIV感染者の夫の要求に妻が抗議することなどが挙げられる。役割の変遷には、エイズやその他の病気になること、結婚して夫の実家に移り住むこと、後妻と結婚

するという夫の決断に対処することが含まれます。地元の労働者は、対人関係の欠陥は地元の文化とあまり関係がないと考え、その結果、この問題領域は治療対象から除外された(Verdeli et al., 2003)。

タスクシフティング。このプロジェクトを後援する団体であるワールド・ビジョンの労働者グループがグループリーダーに選ばれた。大多数がメンタルヘルス業務の経験がなかったという事実にもかかわらず、IPT 専門家による 2 週間の研修と、その後の試験期間中電話による監督が効果的な指導手段であることが証明されました。このアプローチは、世界保健機関のタスクシフティングモデルと一致しています。つまり、利用可能なリソースを可能な限り最も効率的に使用し、それによって医療保険範囲を改善するために、専門性の低い地元の医療従事者にタスクを委任するというものです (WHO, 2007)。

ローカルコンテキストに合わせて行われた適応。セラピー中に使用される言語は、ウガンダの文化的背景から影響を受けました。例えば、悲しみは「愛する人の死」と呼ばれ、役割に関する争いは「意見の不一致」と呼ばれ、変化は「人生の変化」と呼ばれました (Clougherty, Verdeli, および Weissman, 2003)。さらに、採用された戦略は地域の文化規範に適応したものでした。たとえば、地元の状況では、直接の対立は不適切で無礼であると解釈される可能性があるため、間接的な形式のコミュニケーションを採用する必要がありました。効果的な戦略の 1 つは、女性がまずい食事を作り、夫に何かがおかしいことを示すというものでした。もう一つの文化的変化として、グループのメンバーは当然のことながら、ウガンダに役割の変遷をもたらしたエイズの蔓延、圧政、内戦などの壊滅的な生活の変化の多くからポジティブなものを引き出すのに苦労しました。したがって、この問題領域は、セラピストがグループのメンバーと協力して自分のコントロール下にある生活の側面を特定し、選択肢を特定し、これらの領域での習熟感を向上させるスキルの構築に取り組むように適応されました (Verdeli et al., 2003)。

ウガンダ南西部における臨床試験の結果。RCTでは、うつ病に対する修正IPT-Gが対照条件よりも有意に効果的であることが判明した(Bolton et al., 2003)。この治療は地域社会から非常に好評で、出席率は非常に高く、脱落率はわずか 7.8% でした。さらに、正式な終了後もグループは独自に会合を続けた。

ウガンダ北部のIPT

効果。

世界で最も致命的な人道緊急事態の 1 つは、ウガンダ北部で 22 年間続いた内戦です。2 万人以上の子供たちが誘拐され、主要な抵抗軍の反乱運動のために奉仕し戦うことを強制されている。2005 年、コロンビア IPT チームは、ウガンダ北部の国内避難民 (IDP) キャンプで暮らす青少年を対象としたグループ IPT の適応に参加しました。民族誌的研究では、この集団ではうつ病と不安症の両方のレベルが上昇していることが示されました(Bolton et al., 2007)。ウガンダ南西部での成人研究で使用された治療条件に加えて、NGOがこれらの環境で日常的に行っている創造的な遊び (CP) と待機リストという2つの追加の治療条件が含まれていた。CP は、非特異的なグループ効果を制御し、観察された改善がグループに一般的に含めることよりも IPT の特定の要素によるものであるかどうかを識別するために組み込まれました。RCT の結果は、他の 2 つの状態と比較して、IPT グループにおけるうつ病の有意な改善を示しました (Bolton et al., 2007)。研究以来、IDP キャンプの関係者はワールド・ビジョンの職員と協力して、地元のうつ病の若者に IPT-G の使用を促進

しており、グループのリーダーたちは再び、治療に対する高い需要に対処するために非常に熱心に働いています。

持続可能性。

2003年の最初のウガンダ調査以来、IPT-G プロジェクトは拡大され、新しいグループを形成し、他の州でもサービスを提供してきました。現在までに、ウガンダ南西部の2,500人以上が治療を受けており、またウガンダ北部の8つの国内避難民キャンプの青少年も治療を受けている。これは、発展途上国で実施され、最初の研究後に解散した多くの国際プロジェクトとは対照的である(Verdeli, 2008)。

普及。

アフリカでの IPT 活動の継続的な発展を促進するために、2007年にナイロビでトレーナーの研修が開催されました。ウガンダのプロジェクトから参加した最も経験豊富なトレーナー 12人が2週間かけて、トレーナーの質の保証と研修基準の策定に取り組みました。理論的および技術的問題の明確化、およびトレーニングスキルの指導。ワールド・ビジョンと他のパートナー組織との協力の結果、現在、多くの東アフリカ諸国と西アフリカ諸国で、リベリアの女性戦闘員やナイロビ貧民街のHIV感染成人、ウガンダの少年兵など、うつ病やトラウマを抱えた人々に対してIPTを利用する計画が立てられている。

最後に、IPTは現在、インドのゴアで苦しんでいるプライマリケア患者と、米国のうつ病のヒスパニック系移民を対象にテストされています。Blancoらは、スペイン語圏の大うつ病性障害(MDD)患者にIPTを適用する際に(Markowitz et al., 2009)、ヒスパニック系患者の治療から浮かび上がったいくつかの文化的問題を特定した。(1) 家族の中心性(ファミリズム); (2) 移住は主要な役割の移行であるため、移住と文化変容による紛争。(3) より望ましい、しかし文化的にも受け入れられるジェンダーに基づく自己意識を構築することを目的としたジェンダー問題(マチズモ)。(4) 文化的に受け入れられる対立的なアプローチの必要性。

事例

この要約はポールのケースについて言及しており、彼の治療は心理療法のプロセスのセクションでIPTの側面を説明するために使用されました。22歳の大学生であるポールは、過去数か月間経験していた多くの症状を訴えて大学の学生保健サービスを訪れた：悲しくて空虚な気分、集中力の低下、睡眠不足、食欲不振、倦怠感。

ポールの臨床面接により、大うつ病の診断が確認され、ハミルトンうつ病評価尺度(HAM-D)のスコアが18で、彼が重度のうつ病エピソードに苦しんでいることが確認されました。自殺傾向と神経栄養症状の尺度のスコアが低いことに基づいて、セラピストは現時点では投薬を推奨しないことに決めた。

IPTセラピストは、精神病歴を調べているときに、ポールが2人の子供のうち2番目であることを知りました。彼の父親は大手法律事務所のパートナーでしたが、母親は家でポールと姉のサラを育てていました。ポールは心配性の子供で、常に2人か3人の親しい友人がいましたが、新しい人に会うのに苦労してしま

た。彼は常にサラの近くにおいて、サラは弟をとて守っていました。姉との関係が彼に安心感を与える一方で、時にはそれが彼に欠乏感をもたらすこともあった。ポールは内気で平凡な学生で自信がありませんでしたが、対照的にサラは社会的で学業の才能に恵まれていました。ポールは母親に親しみを感じていましたが、父親との関係は難しく、父親は妹にもっと共感を抱いていたようです。彼はすぐにサラを賞賛し、彼女の学力の優秀さを賞賛しましたが、ポールに対してはしばしば軽蔑的で皮肉な態度をとりました。

ポールは、注意欠陥多動性障害（ADHD）の疑いがあるにもかかわらず、正式な評価は決定的ではなかったが、常に平凡な成績で大学で過ごしていた。彼は特定の分野に情熱を注いでいたわけではなく、「簡単で一般的だと思われた」という理由で社会学を専攻することを選択した。しかし、最終学年の春学期に入った今、この専攻の選択により、ポールは夏に卒業した後に何をしたいのか迷っていました。彼は、具体的で行動志向のキャリアのほうがうまくいくのではないかと感じていた。「学問的ではなく、もっと実践的な」キャリアだった。

ポールのうつ病の症状は冬休みの後に始まりました。彼は集中するのが難しく、コースに苦勞していました。特に、統計で失敗するのではないかと不安から、ポールは「中退」すべきかもしれないと考えた。治療のこの時点で「病人役」を与えられたことで、ポールの不安はいくらか軽減され、大学や職業上の将来について思い切った決断を控えるよう説得されたようだ。

また、これは、彼が現在最も差し迫った問題、特に統計の授業での不合格点にどう対処するかについて、実際の解決策を検討し始めるのにも役立ちました。

IPT セラピストは、対人関係の調査を行った後、ポールのうつ病エピソードは、大学卒業後に何をするか（役割の転換）についての不確実性によって引き起こされ、父親との緊張した関係から生じるプレッシャーと高い期待によって悪化したのではないかと仮説を立てました（人間関係の争い）。姉が最近婚約し、法科大学院に入学が認められたという事実により、ポールはなおさら自分がふがいないと感じ、途方に暮れた。この対人関係の定式化はポールにとって理にかなったもので、彼とセラピストは、今後の大学卒業後の役割の移行と父親との対人関係の争いに焦点を当てて治療に取り組むことに同意しました。

治療の中間段階では、セラピストはポールと協力して、自分の感情や見解を他の人のものから分離し、次のキャリアステップについての選択肢を考え出し、彼を助けてくれそうな人を特定することで、彼の役割の移行を明確にするのを手助けしました。情報やサポートを提供することで、この移行を支援します。このセラピストはまた、ポールが父親の軽蔑的な発言が彼のうつ病にどのような影響を与えているかをもっと認識できるように助け、ポールが父親に対して限界を設ける方法を学ぶのを助けました。

次の数週間で、ポールのうつ病の症状は改善し始め、治療においてますます積極的な役割を担うようになりました。ポールは統計学の教授に自分の状況を説明し、彼女のアドバイスに基づいて、コースの未完了の成績を取ることにしました。彼はまた、友人のリサとより多くの時間を過ごすよう努力し、そうすることで彼女のルームメイトと友達になりました。これらの成果により、ポールは対人関係に熟達しているという感覚と新たな自信を与えられました。ポールはまた、大学卒業後に何をするかを計画することについてより積極的になりま

した。EMTの入門コースを受講するのがとても楽しかったことを振り返り、彼はインターネットでリサーチをし、潜在的なキャリアとしてこれを探求するための次のステップについてキャリアカウンセラーと話し合いました。ポールはまた、父親との交流に限界を設けることに熱心に取り組みました。彼は彼らが「もう近づいていない」と感じていたが、限界を設けるのが上手になり、セラピーの過程で電話での会話がポールの気分を与える影響は少なくなった。

着実に低下していたが、治療終了までの4回のセッションで、ポールのHAM-Dうつ病スコアは一時的に数ポイント上昇した。治療の終わりに近づいている患者にとって、これはごく普通のことであると考え、セラピストは、治療が終了することに対するポールの不安を和らげ、彼が過去数か月間で大きな進歩を遂げたことを思い出させた。治療の最終段階で、ポールとセラピストは、彼のうつ病の改善、対人習熟度の向上、大学卒業後の役割の移行と父親との対人紛争における進歩など、彼の進歩を評価しました。この議論は、治療後のポールの進行状況、将来のうつ病エピソードの引き金となる可能性のある問題、およびそれらに対処するためにポールが利用できるリソースについて議論する出発点となりました。ポールは、治療中に得た成果を誇りに思い、卒業後に2番目の救急救命士コースを受けるという決断を喜んでいと振り返った。彼は父親との関係について現実的で、父親は距離を取ってくれているものの、自分のキャリアプランに関してはまだ本当に「理解」できていない、と述べた。彼は、彼の治療を非常にサポートし、将来の計画について励ましてくれた母親との関係に満足していました。ポールは自分自身と自分の将来にもっと安心感を感じたので、姉の成功をもっと楽しむこともできました。前回のセッションでポールとセラピストが治療の終了について話し合ったとき、ポールは物事は「完璧ではなかった」ものの、自分は「大丈夫」だと感じていたと振り返った。

治療が終了する前に、セラピストはポールに、もしさらに助けが必要な場合は彼女に再度連絡できることを伝え、ドアを開けたままにしておきました。18か月後、ポールから電話がありました。彼は、全般的に物事は順調に進んでいると報告した。彼はもううつ病の症状は出ておらず、フルタイムの救急救命士になり、仕事を楽しんでいました。彼は何人かの新しい友達を作り、主に自分のキャリアに集中していましたが、カジュアルなデートをしていました。しかし、母親や姉とは仲良くしていましたが、父親とは疎遠なままでした。ポールは、父親の目に自分がそう映っていると今でも感じていた。

まとめ

ポールは自分は「ただの救命士」であり、「どういわけか父を失望させたような気がする」と憤慨していた。最近、ポールの父親が心臓発作を起こしたため、ポールは不安を感じ、「私たちの間の関係を修復」する必要があるかのように感じました。セラピストはポールが成し遂げた進歩を祝福し、自分の感情や見方を他人の感情や見方から切り離すことの重要性を思い出させた。彼女は、父親との現在の関係が「最高に良い」かもしれないことを彼が受け入れるのを助け、彼が望んでいたほど父親に近づくことはできないかもしれないという事実を嘆く機会を彼に与えました。この認識はポールにとって悲しいことではあるが、「父と私の間の状況は悪くないし、責任も減った」と感じ、二人の関係についての不安が軽減されたようだ。

当初は精神薬理学的試験の精神療法部門を代表するために設計され、IPTではジェラルド・クレルマン、マーナ・ワイズマン、および彼らの同僚が、さまざまな最良の精神療法実践と戦略を一貫した体系的な構造の中にまとめた療法を作成しようと努めました。彼らが開発したのは、さまざまな理論的アプローチや背景を持つセ

ラピストが、一貫したテスト可能な方法で臨床専門知識を配置し、使用できる論理的フレームワークでした。これらの特徴は、このアプローチの最大の強みでもあることが判明しました。IPT は教義的でも規範的でもありません。これにより、セラピストは、治療に形を与え、患者の動きや症状の軽減を促進する短期間のフレームワーク内にさまざまな治療ツールを組み込むことができるかなりの柔軟性が得られます。

この構造により、さまざまな専門的および文化的背景を持つ臨床医が IPT にアクセスできるようになっただけでなく、さまざまな疾患や環境に治療をすぐに適応させることも可能になりました。統一された包括的な構造内でのこの柔軟性と使いやすさにより、IPT は継続的なテストと適応を通じて進化することができました。

IPT が焦点を当てている精神病理学の対人関係の背景と、IPT が精神疾患の引き金として特定している悲しみ、対人関係の欠陥、役割の移行、および対人関係の欠陥の問題領域は、文化を超えて一定であると思われます。研究により、IPTは政治的、経済的、文化的背景にわたるさまざまな障害に対する実行可能かつ効果的な治療法であることが確立されています。現在、この治療法は、アメリカのうつ病の若者からサハラ以南のトラウマ生存者に至るまで、さまざまな患者の治療に使用されています。

ワイズマンは、西側世界の心理療法が危機に瀕していると示唆した。保険会社の緊急性と管理された治療のプレッシャーによって法外に高価な心理療法は、単独療法または薬物療法との併用のいずれかでの使用を支持する証拠がある場合でも、薬物療法に取って代わられつつある。逆説的ですが、世界の資源に乏しい地域では心理療法が盛んになり始めており、そこでは薬理的アプローチよりもはるかに費用対効果が高いことがよくあります。IPT は、アフリカなどの場所で有効性を示した最初の精神療法として、この運動の最前線に立っています。

注釈付きの参考文献と Web リソース

注釈付き参考文献

フランク、E. (2005)。双極性障害の治療：対人関係および社会的リズム療法に関する臨床医のガイド。ニューヨーク：ギルドフォード・プレス。

このマニュアルの中で、フランクは IPSRT のフレームワークとプロセスについて説明します。IPSRT は、より広範な治療法の一部として IPT の原理と実践を組み込んだ、双極性障害の科学的根拠に基づいた治療法です。本書は、この介入を採用するための実践的なガイドラインを提供し、有効性データの概要を示し、臨床の概要を提供します。

G.A. ヒンリヒセン、K.F. クラハティ (2006)。うつ病の高齢者に対する対人心理療法。ワシントン：アメリカ心理学会。

このマニュアルでは、うつ病の高齢者に対する IPT の適応について説明し、この集団に特有の問題に対処し、アプローチの経験的および理論的基礎について説明します。

Klerman, G.L.、Weissman, M.M.、Rounsaville, B.J.、および Chevron, E.S. (1984)。うつ病の対人心理療法。ニューヨーク：Basic Books。

この本は、研究グループ外で IPT の有効性が示されてから、Klerman、Weissman、および同僚によって出版された最初の IPT マニュアルです。うつ病の性質と有病率について議論し、IPT の理論的基礎を説明し、IPT の 4 つの問題領域に対する詳細な治療戦略を提供します。

Mufson, L.、Dorta, K.P.、Moreau, D.、および Weissman, M.M. (2004)。うつ病の青少年のための対人心理療法 (第 2 版)。ニューヨーク：ギルドフォード・プレス。

思春期のうつ病に対する対人関係心理療法 (IPT-A) では、10 代のうつ病のさまざまな症状や治療への親の関与の必要性など、この年齢層向けの発達適応 Web リソースを読者に提供します。IPT-A を事例を通して説明します。

Weissman, M.M.、Markowitz, J.C.、および Klerman, G.L. (2000)。対人関係心理療法の包括的なガイド。ニューヨーク：Basic Books。

この 2 番目の IPT マニュアルは、うつ病に対する IPT の最新の説明を提供し、気分障害および非気分障害に対する IPT の適応について議論し、これらのアプローチをサポートする有効性研究を提示することにより、最初の IPT マニュアルを基礎にして作られています。症例と臨床スクリプトが含まれています。

Weissman, M.M.、Markowitz, J.C.、および Klerman, G.L. (2007)。臨床医による対人心理療法のクイックガイド。オックスフォード：オックスフォード大学出版局。

多忙な臨床医向けに設計されたこの凝縮されたマニュアルは、うつ病に対する IPT の実施方法を説明し、さまざまな障害 (気分や非気分など)、集団 (高齢者、医療患者など)、および状況 (例：発展途上国)。このテキストは、臨床医に IPT 治療の概要と経過を簡潔かつ実践的な形式で提供します。

ウェブリソース

www.interpersonalpsychology.org

国際対人心理療学会の Web サイトは、学生、臨床医、研究者に、会議、研修、IPT の研究と実践の発展に関する情報を提供します。

事例の読み物

Crowe, M.、Luty, S. (2005)。うつ病に対する対人心理療法 (IPT) の変化のプロセス: 新しい IPT セラピストのケーススタディ。精神医学、68(1)、43-54。[D. Wedding & R. J. Corsini (2011) に転載。心理療法におけるケーススタディ。カリフォルニア州ベルモント：ブルックス/コール]

この症例は、大うつ病性障害を持つ 42 歳の離婚女性を治療するために IPT がどのように使用されたかの詳細な例を示しています。

Mufson, L., Verdeli, H., Clougherty, K.F., Shoum, K. (2009)。青少年のための対人関係心理療法 (IPT-A) の使用方法。J. M. Rey & B. Birmaher (編)、「児童および青年期のうつ病の治療」。ボルチモア：リッピンコット・ウィリアムズ&ウィルキンス。

この章では、IPT-A を受けたうつ病の青年であるビルについてセッションごとに説明します。

Weissman, M.M., Markowitz, J.C., および Klerman, G.L. (2000)。対人関係心理療法の包括的なガイド。ニューヨーク：基本的な本。

この本では、うつ病で自殺願望のある 27 歳の女性、エレンのケースが詳しく説明されています。この事例は、IPT の主要な機能についての有意義な紹介を提供します。

Weissman, M.M., Markowitz, J.C., および Klerman, G.L. (2007)。臨床医による対人心理療法のクイックガイド。オックスフォード：オックスフォード大学出版社。

この本には、さまざまな障害に対する IPT の適応を説明する多くの事例が含まれています。

PDF ドキュメントを印刷するには、ツールバーの [印刷] ボタンを使用してください。

[IPT](#) ダウンロード