

厚生労働科学研究費補助金
こころの健康科学研究事業

心的外傷体験による
後遺障害の評価と援助技法の研究

平成15年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 金 吉晴

平成16年（2004年）3月

目 次

I. 総括研究報告書

- 心的外傷体験による後遺障害の評価と援助技法の研究 1
主任研究者 金 吉晴

II. 分担研究報告書

- 日本語版外傷後ストレス診断尺度の信頼性と妥当性の検討
――大学生に対するスクリーニング尺度として―― 5
分担研究者 金 吉晴
研究協力者 長江 信和
- PTSD に対する持続的エクスポージャー法の適用可能性の検討 9
分担研究者 金 吉晴
研究協力者 長江 信和
- 性暴力被害者に対する介入と心理的援助に関する研究 29
分担研究者 小西 聖子
研究協力者 笹川 真紀子
- 海外派遣任務に従事する自衛隊員の精神的ストレスに関する実態調査 36
分担研究者 緒方 克彦
研究協力者 高橋 祥友, 清水 邦夫, 澤村 岳人, 小笠原 常之, 井出 祐一
- 地下鉄サリン事件被害者にみられる心身の主観的後遺症症状と
その経時変化に関する研究 47
分担研究者 松井 征男
研究協力者 川名 典子, 石松 伸一, 玉木 真一, 菅田 勝也
- Longitudinal psychological effects of Tokyo subway sarin gas attack victims 96
分担研究者 松井 征男
研究協力者 川名 典子, 石松 伸一, 玉木 真一, 菅田 勝也
- サリン曝露後の神経学的後遺症に関する検討（平成 15 年度分） 112
分担研究者 中村 良司
研究協力者 望月 仁志, 平田 彰
- 自殺の危険因子としての解離状態・解離性向についての研究 119
分担研究者 張 賢徳

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学総合研究事業）
（総括）研究報告書

心的外傷体験による後遺障害の評価と援助技法の研究

主任研究者 金吉晴 国立精神・神経センター精神保健研究所
成人精神保健部

分担研究者氏名

(50 音順)

緒方克彦

自衛隊岐阜病院

小西 聖子

武蔵野女子大学

張賢徳

帝京大学溝の口病院

中村良司

自衛隊中央病院

松井征男

聖路加国際病院

療法が重視されており、対象疾患によっては薬物療法と同等の治療成績を挙げている。その中でもエクスポージャー法 exposure therapy は、良好な治療成績を挙げている。しかし日本では認知行動療法それ自体が精神医療に定着しておらず、PTSD のみならず多くの精神科患者は、国際的にも標準的な治療法として認められている認知行動療法の恩恵を受けることが出来ない。

本研究ではエクスポージャー法を日本で適応するための準備段階として、フォア教授による治療プロトコルを日本語化し、同教授を日本に招聘してワークショップを開催し、その治療法についての研鑽を深めると共に実際に日本での患者に臨床適応を行い（国立精神・神経センター国府台地区倫理委員会承認済み）、その効用と臨床的注意点を検討した。同法は、米国精神医学協会によるエキスパートコンセンサスガイドラインにおいても、広くその有効性を認められている治療法であるが、エキスパートの間に於いても、これを適用すべきでない幾つかの条件が指摘されている。適応、不適応の条件に日米差があるか否かは、治療効果の検討と併行して研究される必要が有

本研究班は、PTSD の診断、重症度評価、治療方法はまだ外国のそれを単純に移入、適用している段階であり、日本国内の経験に基づいた診断・治療基準は確立のための基礎研究を目的としつつ、特殊な状況下でのトラウマを初めとする心的反応についての治験を集積することを目的とし、研究活動を続けてきた。今年度はこれまでの成果に基づき、具体的な治療援助活動の方針を作成することを目標とした。

金は PTSD に対する認知行動療法を導入するための予備研究を行った。近年の精神医療では薬物療法と並んで認知行動

ろう。現時点では、プロトコルに従い、十分なスーパーバイスを受けつつ、慎重に症例を増やして検討する必要がある。

さらに長江、金は、これまでの限られた首都圏私立大学の大学生を対象として、否定的なライフ・イベントの分布と外傷体験の存在率を明らかにし、外傷後認知の尺度を作成し、外傷後認知と外傷後反応の関係を検討した。外傷後認知の各尺度と、ベック抑うつ尺度・状態-特性不安尺度・改訂出来事インパクト尺度の得点間には中程度の相関が認められたことから、外傷後反応（抑うつ・不安・PTSD症状）の慢性化に対する外傷後認知の悪影響が示唆された。

緒方は、1998～2004年にかけてゴラン高原に派遣された10ヶ派遣隊の隊員のうち、回答協力の得られた計426名を対象として、GHQ、MAS、ストレス要因アンケートにより調査を行い、隊員の精神状態及びストレス要因について検討し考察を加えた。また、特に派遣中にイラク戦争が勃発した2003年派遣隊員のメンタルヘルスについて、2002年までの派遣隊との比較を行った。

小西は性暴力被害者に対する介入・援助方法を具体的に検討するため、特定臨床機関で受理された相談ケース延べ945件のうち、性暴力被害相談45ケースについての記録を検討し、治療担当者にインタビュー調査を実施した。また、臨床機関を訪れた性暴力被害者の治療の事例を示し、介入や援助における留意点等、治療の実際について検討した。

張は自殺の危険因子の候補として、個別事例の研究から、解離性向を見出した。

本研究では、この仮説を検証するために、患者集団の解離性向（DES得点）と自殺未遂歴の関連を調べた。うつ病患者において、自殺未遂者の解離性向は非未遂者のそれより高く、解離性向の強さが自殺行動の危険因子の1つであることが示唆された。

中村はサリン曝露後8年以上経過した時点での神経学的後遺症の残存の有無について、149名を対象に検討した。今回の検討で認められた神経学的異常所見が、サリン曝露によるものか否かに関して判断するには、更に詳細で感度の高い検査と今後の検診の継続が必要であると考えられた。化学物質化敏症診断基準のうちの主症状と副症状に関する項目を、今回の検診者の約15%が満たしたことから、サリン曝露後の身体症状が化学物質過敏症によるものである可能性は否定できないと考えられた。

松井は地下鉄サリン事件被害者にみられる主観的な心身後遺症症状調査の実態把握のために、身体症状と精神症状からなる後遺症調査票を作成した。下位尺度には精神機能低下症状、恐怖体験への反応症状、身体化症状、慢性ストレス症状、死の切迫症状の5次元の下位尺度をもち、合計得点が0点から最大96点となる聖路加式被害者後遺症調査票の信頼性、妥当性の検証を行った。作成した後遺症調査票の質問項目に基づいて、事件後7年目における2つの被害者群と非被害者群の得点比較を行った。2つの被害者間では精神機能低下症状以外の項目ですべて有意差が認められた。

作成した後遺症調査票の質問項目に基

づいて、地下鉄サリン事件被害者にみられる後遺症症状の経時的変化と、その影響要因についての検討を行った。2年目以降、時間経過に伴う明らかな得点の減少は認められなかった。しかし時間経過には性別、被害者のグループが影響を及ぼしていた。

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学総合研究事業）
（分担）研究報告書

日本語版外傷後ストレス診断尺度の信頼性と妥当性の検討
――大学生に対するスクリーニング尺度として――

分担研究者 金吉晴¹⁾

研究協力者 長江信和¹⁾

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部

研究要旨

外傷後ストレス診断尺度の日本語版の作成を試みた。原著者の許可を取り、バックトランスレーションの手続きを経て、翻訳版の自己報告尺度を作成した。さらに、一般の大学生を対象として、CAPSによる半構造化面接とともに翻訳版の尺度を適用し、その信頼性と妥当性を検討した。その結果、PTSD診断や重症度に関する再検査信頼性、CAPS診断に対する診断の一致率、感度・特異度は十分高いことが確認された。

1. はじめに

PTSDの診断には特定のスキルが必要とされる。近年、PTSDに対しては社会的な関心が高まる一方で誤診の問題もまた注目されるようになり、実用的な診断手続きの確立と普及が求められるようになった。

特に、簡便で鋭敏な自己報告尺度への需要は、日本国内では非常に高いものとなっている。国内では、半構造化面接であるCAPSが標準化されているものの¹⁾、自己報告尺度としては症状面を測定するIES-Rが尺度化されているのみである²⁾。米国のEdna Foaらが作成したPosttraumatic Diagnostic Scale³⁾は、DSM-IVの診断基準を網羅した自己報告尺度であり、PTSDの診断の補助やスクリーニングに優れた効果を発揮するものである。回答時間は15分程度であり、本邦でも幅広い活用を期待する

ことができる。

今回、原著者であるEdna Foaから翻訳許可をもらい、日本語版を作成する機会を得ることができた。日本語版PDSの作成と信頼性・妥当性の検討について、ここに予備的な報告を行う。

2. 研究の目的

PDSの日本語版(PDS-J)を開発する。特に、一般の大学生を対象とした場合の、PTSDのスクリーニング尺度としての信頼性・妥当性を検討する。

3. 研究の方法

3-1. 尺度作成

バックトランスレーションの手続きを経て、PDS-Jを作成した。(1)協力研究者らによる翻訳、(2)英語を母語とするが日本語に

も堪能な臨床心理学者による逆翻訳、(3)PDSの原作者であるEdna Foaによる確認、という手続きを2度繰り返し、最終的に原版との等価性が保証された質問紙を作成した。

3-2. 第1調査

2003年7月8日から15日までの間、早稲田大学教育学部で調査を行った。授業を担当する教員の協力を得た後、出席者の大学生に対して、調査の説明を行い、同意が得られた者に対してPDS-Jによる質問紙調査を施行した。

3-3. 第2調査

7月24日から8月2日まで、早稲田大学構内の教室を借りて、面接調査を行った。対象者は第1調査の協力者である。面接会場では、否定的なライフ・イベントの有無を尋ねる出来事チェックリスト¹⁾、PTSD症状を測定するIES-R²⁾、外傷後の否定的な認知を測るJPTCI⁶⁾、状態不安を測るSTAI-Y1と特性不安を測るSTAI-Y2³⁾、抑うつ症状を測定するBDI-II⁵⁾、精神症状全般を測るGHQ30⁷⁾、主観的幸福感を測るSUBI⁸⁾を施行した。その後、会場内のブースにて、PTSD臨床診断面接尺度のCAPS¹⁾による構造化面接を行った。

3-4. 統計解析

データの分析については、SPSS for Windows 10.0.5 Jを使用した。

4. 結果

4-1. 対象者属性

第1調査の協力者は222名であった。そのうち、第2調査では116名(52%)の協力を得た。いずれの調査にも参加した対象者の平均年齢は20.50±2.31(最少18-最

長32)歳であった。性別は男性が62名(53%)、女性が54名(47%)であった。トラウマの経験については、PTSD診断基準Aに合致する体験者が32名(28%)、非体験者が84名(72%)であった。

4-2. PDS-Jの信頼性

再検査信頼法による信頼性係数の推定を行った。第1調査と第2調査の間隔は、約3週間であった。PDS-JによるPTSD診断の有無について、一致率を算出したところ96.6%であった($\kappa=.58$)。さらに、PDS-Jで測定したPTSD症状の重症度の得点について、スピアマンの順位相関係数を算出したところ、.78($p<.01$)という安定性が示された。

4-3. PDS-Jの妥当性

PTSD診断の標準的な半構造化面接法であるCAPSを対象として、一致度、感度・特異度の検討を行った(Table 1参照)。その結果、CAPSとPDS-J(調査2)の結果の一致率は98%であった($\kappa=.74$)。PDS-Jの感度は1.00、特異度は.98であり、陽性適中率は60%、陰性適中率は100%であった。

Table 1 Agreement of PTSD diagnosis.

		CAPS	
		+	-
PDS	+	3	2
	-	0	111

Note. The total subjects were 116 students.

また、PDS-Jで測定したPTSD症状の重症度と、相関が予想される諸症状との関連を検討した(Table 2参照)。ピアソンの積率相関係数を算出したところ、IES-Rとは.82、PTCIの下位尺度1(自己に関する

否定的な認知)とは.58、下位尺度2(トラウマに関する自責の念)とは.38、下位尺度3(世間に関する否定的な認知)とは.52、SUBIの陰性感情(通常と逆の採点)とは.35、STAI-S(Y1)とは.40、STAI-T(Y2)とは.33、BDI-IIとは.32、GHQ30とは.29の相関が示された(いずれも $p < .01$)。なお、SUBIの陽性感情とは有意な相関が認められなかった($r = -.16, p > .05$)。PDS-Jで測定した重症度は、IES-Rと高い相関を示し、外傷後認知、不安、抑うつ、精神的健康度との間に中程度の相関を示した。主観的幸福感を構成する陰性感情とも中程度の相関を有していた。陽性感情にはあまり影響しないが、日常的な健康度や生活の質を脅かしている様子がうかがえた。

5. まとめ

PDS-Jは、大学生を対象とした場合、PTSDをスクリーニングする尺度として、十分な信頼性と妥当性をもつことが示された。

本研究の意義は、つぎの通りである。まず、Foaらの調査⁴⁾では、病院や被害者センターを訪れるクライアント・患者を対象としていたが、本研究では大学の講義に出席している一般の学生を対象としていた。PDSのスクリーニング尺度としての機能をあらたに確認することができたといえる。また、PTSDを査定する自己報告尺度を日本で作成したことの意義も大きい。日本で

はすでにIES-Rの標準化が試みられているが²⁾、IES-Rと比べて、PDSは、DSM-IVのPTSD基準A-Fを予備的に診断したい場合には有利であり、対象となる母集団ごとにカットオフ値を参照する必要もない。スクリーニング尺度としては非常に優れたものであることがわかる(しかも、原版には症状のみを測定するPDS-SV:短縮版が用意されている)。

本研究において尺度の翻訳は確定したが、本研究の対象者は、一般的な大学生であり、日本語版の信頼性・妥当性については今後も継続的に検討される必要がある。災害直後の被害者や病院の外来患者など、PTSDハイリスク群に対する有用性(特に感度)の検証が課題として残されている。現時点で、学生以外の母集団でのスクリーニングや一般の臨床で利用する場合には、偽陰性の可能性を疑いながら慎重に用いることが望ましいだろう。特に、トラウマの有無については、十分な確認を取ることが重要と考えられる。

PDSは、良質な質問紙として効果研究や臨床場面で多用されている。PDS-Jも、さまざまな場面で活用されることが望まれる。そのためには検証作業を広範囲の母集団で重ねることが今後の課題である。

Table 2 Spearman correlations between the PDS's symptoms severity and the health related scores among the traumatized students.

	IES-R	PTCI-NCS	PTCI-SBT	PTCI-NCW	SUBI-P	SUBI-N	STAI-Y1	STAI-Y2	BDI-II	GHQ30
PDS	.82 **	.58 **	.38 **	.52 **	-.16 n.s.	.35 **	.40 **	.33 **	.32 **	.29 **

Note. IES-R = Impact of Events Scales-Revised; PTCI-NCS, SBT & NCW = Posttraumatic Cognition Inventory-Negative Cognitions about Self, Self-Blame for the Trauma & Negative Cognition about the World; SUBI-P & N = WHO The Subjective Well-being Inventory-Positive & Negative Affect, STAI-Y1 & Y2 = State-Trait Anxiety Inventory-State & Trait; BDI-II = Beck Depression Inventory II; GHQ30 = General Health Questionnaire 30.
n.s. non significance, * $p < .05$, ** $p < .01$.

引用文献

- 1) 飛鳥井望・廣幡小百合・加藤寛・小西聖子 2003 CAPS (PTSD 臨床診断面接尺度) 日本語版の尺度特性 ト라우マティック・ストレス, 1, 47-53.
- 2) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., & Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. *The journal of nervous and mental disease*, 190, 175-182.
- 3) 肥田野直・福原真知子・岩脇三良・曾我祥子・Spielberger, C.D. 2000 新版 STAI マニュアル 実務教育出版
- 4) Foa, F. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- 5) Kojima, M., Furukawa, T.A., Takahashi, H., Kawai, M., Nagaya, T., Tokudome, S. (2002). Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Research*, 110, 291-299.
- 6) 長江信和・増田智美・山田幸恵・金築優・根建金男・金吉晴 印刷中 大学生を対象としたライフ・イベントの実態調査と日本版外傷後認知尺度の作成行動療法研究, 30.
- 7) 中川泰彬・大坊郁夫 1996 日本版 GHQ 精神健康調査票手引 日本文化科学社
- 8) 大野裕・吉村公雄 2001 WHO SUBI(The Subjective Well-being Inventory)手引 金子書房

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学総合研究事業）
（分担）研究報告書

PTSD に対する持続的エクスポージャー法の適用可能性の検討

分担研究者 金吉晴¹⁾

研究協力者 長江信和¹⁾

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部

持続的エクスポージャー法は、PTSD に対するすぐれた治療効果を有する、認知行動療法の一つである。報告者らは、この治療法の日本への導入を試みた。治療原理のうち、認知面への効果については、その理論的背景になお不明な点がある。また適応上の諸問題については、治療効果と併行して検討される必要がある。

はじめに

近年の精神医療では薬物療法と並んで認知行動療法が重視されており、対象疾患によっては薬物療法と同等の治療成績を挙げている。その中でもエクスポージャー法 exposure therapy は、もともとは強迫性障害などに用いられた認知行動療法の一つであったが、Pennsylvania 大学精神科の Edna Foa 教授のグループによって PTSD (Posttraumatic stress disorder:外傷後ストレス障害) にも拡大適用され、プロトコルの改良を経て、良好な治療成績を挙げている。しかし日本では認知行動療法それ自体が精神医療に定着しておらず、PTSD のみならず多くの精神科患者は、国際的にも標準的な治療法として認められている認知行動療法の恩恵を受けることが出来ない。

本研究ではエクスポージャー法を日本で適応するための準備段階として、フォア教授による治療プロトコルを日本語化し、同教授を日本に招聘してワークショップを開

催し、その治療法についての研鑽を深めると共に実際に日本での患者に臨床適応を行い（国立精神・神経センター国府台地区倫理委員会承認済み）、その効用と臨床的注意点を検討した。

治療原理

エクスポージャー法の治療原理は、トラウマ体験に関連して早期を回避している場面を意図的に想起させ、早期による不安に曝露させることによって馴化 habituation させることによる、とされている。行動療法的に考えれば、不快刺激への順応ということであるし、認知療法的に考えれば、想起に伴う歪んだ認知の修正が重要である。どちらの要素の比重が大きいかは、患者毎によって異なるであろう。後者の認知的な要素を重視するのであれば、曝露に伴って活性化される認知上の問題に焦点を当てることが必要となるが、それに関する応答は曝露のプロセス自体を妨げるという問題点

が生じることになる。

行動療法的な側面と認知療法的な側面とをそれぞれどの程度に重視すべきかは、理論家によって多少の相違がある。それは PTSD の病態モデルに於いても認められる相違であり、つまり片方には生理神経症としてトラウマ刺激に対する生理的な反応としての侵入性想起、過覚醒を重視する立場と、時には人格水準にまで達する認知や愛着行動、対人関係の変化を重視する立場とがある。現行の PTSD はベトナム戦争後遺症を元として、明らかに前者の立場に基づいて作成されており、1980 年にその診断基準が DSM-III に登場して以来、その概念は白人男性の一過性の体験を中心としており、若年者の反応や、虐待などの長期的なトラウマ刺激による反応を表現するには不適當であることが指摘されてきた。

しかし中核的な PTSD 群の患者であっても認知的な変容はほぼ必ず生じるのであり、その理由は以下の 4 点に集約されよう。

①トラウマ体験それ自体による共通の反応としての罪責感、怒りなどの感情変化や、知覚の断片化（中心記憶の亢進と周辺記憶の健忘）とによる、ある程度の必然的な帰結としての否定的な認知の発達

②併存するうつ病、不安性障害等の影響による否定的、自責的な認知

③体験前から存在していた認知的、人格特性上の偏倚の顕在化

④体験後の生活環境の変化、不適應による二次的な変化としての否定的な認知

エクスポージャー法には多分に行動療法的な側面が含まれており、その立場からすると、認知を変容させる第一のモメントは、

侵入的想起内容への馴化を通じて、トラウマ体験によって直接もたらされた認知的な変容から患者を開放することである。実際、侵入的想起に圧倒されている状態では、体験に関連した感情、認知的な変化を精神療法的に取り扱おうとしても、体験のある側面に関連した話題になった途端に、いわば体験に圧倒され、自分の感情や思考を自由に扱うことが出来なくなる。したがってトラウマ記憶への馴化は、認知や感情を修正する上での自由度を高める上で重要であると思われる。

この部分は、いわば骨折に際して、創部の異物を除去し、適当な固定を施して、後は自然に骨の再融合、治癒を期待することに似ている。つまり本来、健康に治癒することの可能な力や条件が備わっていて、ただ創部（外傷性記憶）が不適切に整復（抑圧）されていたに過ぎない場合であれば、治癒を妨げている要因（創面の整復を妨げる異物や、抑圧の原因となっている過剰な恐怖）を除去することによって、ごく自然な回復が期待できるであろう。

しかし認知の障害それ自体が固有の慣性を持ち、外傷性記憶からの解放後も存続しようとすることがある。あるいは、そのために外傷性記憶の処理を拒む場合さえ有る。極端な例は妄想的な被害感情であり、被害を訴えるために苦痛を拡大し、治療や援助を拒むこともある。そのような他罰的、疾病利得的な動機を持たない場合であっても、認知的な歪みが存続し、そのために治療への拒否さえが生じることは稀ではない。

こうした治療への拒否につながる認知的な問題は、より大きな不安や恐怖を回避するための防衛機制であることもあり、その

場合には、請求にこうした防衛を否定することは、一時的により大きな情動的な混乱、解離症状、時には妄想反応を生じることがある。この点は実際の治療に於いて、特にその初期には十分に注意すべき点であり、もし治療への抵抗感を生じるような認知的な問題が当初に十分に処理されない場合には、エクスポージャー法は延期する方がよい場合もある。

留意点

エクスポージャー法が、通常の面接における体験の聞き取りと異なっている点は、通常の面接に於いては苦痛な刺激への曝露が求められることはなく、治療者はむしろ不快な体験についてはあえて話すことを求めない受容的、支持的な姿勢を取ることが多い。これに対してエクスポージャー法では不快な記憶を回避するという心的な防衛機制そのものが否定され、苦痛な記憶を想起し、当時の感情を再体験することが求められるのである。

こうした苦痛な想起への馴化は、短期的、長期的に生じるとされている。

いずれにしても、想起の不安と、それを支える治療的信頼感のバランスを保つことが重要である。また想起によって、それまで顕在化していなかった精神病理が活発になることもある。それはI軸診断としての他の疾病であることもあるが、臨床的により大きな問題となるのは、II軸診断の顕在化であり、自殺企図、衝動性の亢進が見られることがある。

上述したようにエクスポージャー法の思考に伴っては、単に外傷的記憶が想起されるというだけではなく、不安を回避するた

めに用いられていた種々の心理的な防衛規制が解除され、そのためにそれまでには見られなかった症状や反応が生じ得るということは念頭に置く必要が有ろう。フォアの Protokol では、否認、抑圧という防衛機制にしか言及されておらず、それは曝露という治療行為に直接関与するものとしての限りにおいてであるが、実際の患者に於いては様々に複雑な防衛機制が用いられており、それらの解除に際してはやはり多様な反応が生じ得ることを念頭に置くべきである。

したがって治療者の要件としては、トラウマ被害を受けた者への、認知行動療法の枠内に留まらない、広い臨床経験があることはもちろんであるが、治療中に生じ得る様々な心理的な反応に対して十分に対応できるような訓練と素養が必要である。とかく見落とされがちなことであるが、米国でエクスポージャー法のような特殊な治療技法の訓練が行われる時、その参加者は米国における臨床心理士のライセンスを有していることが前提となっており、周知のように米国における臨床心理のライセンスは非常に厳しく、不適合者はその訓練の途上で除外され、逆に最終資格を得た者は医師と並んで病院内で勤務し、社会的地位も非常に高い。日本においても、そうした資格を米国で得るために通常必要とされるのと同程度のスーパーバイズ、症例数を有している者が、エクスポージャー法を行うべきである。

フォアの Protokol には十分述べられていないが、不適切なエクスポージャー法を施行した場合には、怒り、罪責、悲嘆などの強い反応が生じること、それが面接中に

適切に処理されない場合には面接外での行動化が生じ得ること、また潜在的な人格障害が顕在化しがちなこと、寛解状態にあった併存疾患（うつ病など）が再燃しやすいことが挙げられよう。

終わりに

エクスポージャー法は、米国精神医学協会によるエキスパートコンセンサスガイドラインにおいても、広くその有効性を認められている治療法であるが、エキスパートの間に於いても、これを適用すべきでない幾つかの条件が指摘されている。適応、不適応の条件に日米差があるか否かは、治療効果の検討と併行して研究される必要が有ろう。現時点では、プロトコルに従い、十分なスーパーバイスを受けつつ、慎重に症例を増やして検討する必要がある。なお、今回は報告対象としていないが、これまでの限られた臨床経験からは、エクスポージャー法には強い治療効果があることはほぼ間違いがないと思われる。今後はその効果を実証的に検証するとともに、適応条件等についてより厳密な研究を進めていきたい。

末尾にプロトコルの一部を添付する。実際にはプロトコルの全体と解説が必要であるので、ここに掲載したプロトコルのみで治療を行うことは出来ない。

持続的エクスポージャー（PE）マニュアル

改訂版

（この翻訳は暫定版である。また第2回面接以降は、概要のみを掲載してある）

エドナ・B・フォア
エリザベス・A・ハンブリー
コンスタンス・V・ダンス
（翻訳 長江信和、金吉晴）

ペンシルバニア大学

2002年2月改訂
（2004年7月翻訳）

目次

- P. 15 マニュアルの概要
- P. 15 治療プログラム
- P. 16 治療手続き：持続的な想像エクスポージャーと現実エクスポージャー
- P. 17 治療面接の形式
- P. 18 トラウマのサバイバーをエクスポージャー法により治療するときの問題
- P. 19 援助者がすべきこと：補足的ガイド
- P. 19 レイプや暴行の被害者を治療する際に必要な特別の配慮
- P. 21 第1回面接
- P. 26 第2回面接
- P. 26 第3回面接
- P. 27 第4回～第9回面接
- P. 28 最終面接：第10回面接

はじめに

マニュアルの概要

このマニュアルは、援助者向けのガイドです。効率的な認知行動療法プログラムの実践をめざして作られました。プログラムの治療標的は、様々な種類のトラウマから生じる外傷後ストレス障害（PTSD）です。この治療法には、以下の手続きがふくまれています：

- ・トラウマに対する一般的な反応を教育する
- ・呼吸再調整法、すなわち、ゆったりとした呼吸法を教える
- ・（繰り返し）持続的にトラウマ記憶に曝すことで、トラウマ経験を整理できるようにする
- ・トラウマに関する恐怖のため回避しているような場面に、繰り返し現実的に曝していく

以上の技法が選択されたのは、治療効果に関するエビデンスが多数、報告されているからです。不安やストレス全般、特定の恐怖反応や外傷後の症状（悪夢、易刺激性、過剰な生理的覚醒）の軽減に効果的であることがわかっています。

治療プログラム

治療プログラムでは、週1回あるいは週2回として、合計10回の面接を行います。所要時間はそれぞれ90～120分間です。このマニュアルでは、いくつかのセクションを区切り、それぞれの面接の進め方や資料の紹介の仕方を示しています。

どのセクションでも、冒頭に、面接のなかで達成すべき目標の概略を示しています（制限時間も示唆しています）。つまり、クライアントに伝える情報、使用する技法とその利用方法、クライアントに割り当てる宿題について記しています。治療プロトコルの本文に加えて、マニュアルの最後には、付録の資料がそえてあります。援助者用の資料が、面接の順番通りに並べられ、すべて準備されています。また、クライアントには、必要なプリントと宿題の用紙をすべて含めた冊子が用意されます。それぞれの面接では、援助者はクライアントから該当する用紙を回収し、援助者用の用紙に集めてください。調査を行う場合は、治療の終結時に、援助者とクライアントの用紙がすべて回収されることになります。

スーパービジョンを受ける場合、あるいは調査を行う場合には、毎回の面接はビデオ録

画してください。

クライアント用には、面接内容を3種類の方法で録音してください。まず、面接を一通り録音します。それぞれの面接の宿題として、クライアントが振り返りを行うためのものです。つぎに、面接1で呼吸再調整法を行う際には、3分間の「ループテープ」を作成します。最後に、想像エクスポージャーの様子を録音したテープを作ります。宿題として、エクスポージャーの内容を一日に最低一度は聞いてもらうためのものです。想像エクスポージャーをはじめるときには、新しいテープに替え、終わるときには元の面接全体用のテープに戻します。

クライアントには、面接2, 4, 6, 8, 10の開始前に、自己報告式の用紙のいくつかに回答してもらいます。治療による改善を観察するため、自己報告式の用紙は面接のはじめに簡単に目を通しておいてください。第10回、あるいは、最終面接の後には、独立評定者によるポストテストの予定を入れてください。

また、長期的な治療効果を調べるため、治療が終了した後も、3, 6, 12ヶ月後にアセスメントを行います。このアセスメントは、独立評定者が直接、予定を定めます。

治療手続き：持続的な想像エクスポージャーと現実エクスポージャー

治療プログラムには、2つの主な手続きがあります。持続的に行う想像エクスポージャー（トラウマの想起）と現実エクスポージャーです。主な戦略として、クライアントのPTSD症状を和らげるために用います。想像エクスポージャーでは、面接中に何度もトラウマ記憶を思い出してもらいます。そうすることで、トラウマ記憶の処理能力を高めることを目指しています。トラウマ記憶を何度も持続的に（30～60分間）思い出す手続きは、トラウマ全般はもとより、暴行／レイプに関連した症状を減らすのに大変効果的であることがわかっています。

クライアントは、出来事が起きてからある場面を回避しているはずですが。こうした場面のせいで、直接的、間接的に、トラウマが思い出されてしまうからです（例：車を運転する、戦争映画を見る、安全な場所を一人で歩く、見知らぬ人と視線を交わすこと）。そうした回避場面には、接近してもらうようにします。第1の戦略として、この手続きは、現実エクスポージャーと呼ばれ、トラウマを受けた後の行き過ぎた恐怖や回避行動を減らすのに非常に効果的であることがわかっています。

クライアントは、出来事が起きてからある場面を回避しているはずですが。こうした場面のせいで、直接的、間接的に、トラウマが思い出されてしまうからです（例：車を運転す

る、戦争映画を見る、安全な場所を一人で歩く、見知らぬ人と視線を交わすこと)。そうした回避場面には、接近してもらうようにします。第1の戦略として、この手続きは、現実エクスポージャーと呼ばれ、トラウマを受けた後の行き過ぎた恐怖や回避行動を減らすのに非常に効果的であることがわかっています。

PTSDに苦しむ人には、外傷後の障害を維持させるような、特有の非機能的な認知があると考えられています。その仮説に基づき、想像エクスポージャーに続く話し合いでは、トラウマがどの程度、世界・他者・自己に関する信念に影響を及ぼしたのか、検証することになります。

治療面接の形式

面接1の冒頭では、クライアントに治療の概要を説明し、エクスポージャー全般に関する説明をします。第2の部分はトラウマの種類、トラウマに対する反応、トラウマを受ける以前のストレスフルな経験についての情報収集にあてます。標準化トラウマ面接は、治療プログラムの組み立てに必要な情報を集めるためのものです。

標準化トラウマ面接を終えたら、呼吸再調整法を紹介します。宿題として、「長時間のエクスポージャーによる治療が必要な理由」の復習と呼吸再調整法の訓練を毎日行ってもらいます。宿題の実施を促すように、プリントを渡します。

初回面接の前には、標準化トラウマ面接によく親しんでおいてください。トラウマや生育歴について安心して尋ねられるように、です。

面接2では、トラウマとその影響について、詳しく反応を尋ねる機会をもちます。「トラウマに対する一般的な反応」を使って、その反応について話し合います。これは説話的ですが、対話的なものとなります。次に、治療プログラムの概要を示し、エクスポージャーを実施する一般的な理由を説明します。そして、PTSDの長期集中エクスポージャーを特集した、1994年に放映されたNBC デイトラインのビデオを見せます。最後に、面接の最中に、援助者とクライアントは協力して回避場面の不安階層表を作成します。面接の後には、現実エクスポージャーする場面に飛び込んでいきます。現実エクスポージャーする宿題の場面を決めてから、面接を終えます。また、不安に感じるときはいつでも呼吸法を使い続けるようにと伝え、「トラウマに対する一般的な反応」のプリントを毎日読むように、とも伝えます。

面接3では、長時間集中の想像エクスポージャーを実施する理由を説明します。面接の