

5) PTSD に対する臨床的ワーキングモデル

PTSD を前述の DSM の見方で捕らえるのも一つの方法であるが、症状を心理療法的な見方から分類し直したワーキングモデルを作ることもできる。DSM は PTSD を再体験症状、回避・麻痺症状、覚醒亢進症状の3種類の症状群で説明しているが、図3に示したように引き金によって発生する PTSD 症状を身体的症状、認知的症状、感情的症状の3分野に分類し、それらの症状を緩和、または回避するために逃避行動(内的逃避行動も含む)が起これと捉えたと心理的介入についての全体像を理解しやすい。図3の①は、一連の PTSD の症状を引き起こす、外的、または内的な刺激、「引き金」である。②は引き金に反応して表出した警鐘、「不快症状」である。これらの症状は、身体的な症状(②A)、認知的症状(②B)、感情的症状(②C)の三つの分野に分けられる。これらは、本人にとって不快なものであるために何らかの行動を起こして不快症状の緩和を図ることになるが、それが、③の「逃避、または回避行動」で、PTSD の逃避、回避症状と重なる。②に挙げられた症状を自分かまたは周りをコントロールすることによって軽減するか、またはその症状が起こらないように引き金を回避する逃避行動ととらえることで②の不快症状の緩和を図っており、結果的に、悪循環が発生することになる。心理的な介入の殆んどは、前述の引き金、不快な症状の三分野、そして統制・逃避行動のどこから介入することになり、その介入する場所のどこに力点を置くかの違いが、それぞれの心理療法モデルの特徴となっている。

6) PTSD に対する心理的介入方法の全体像

(1) 2種類の心理的介入方法

PTSD に対する心理的な介入方法は大きく二つ

に大別することができる。それらは、予防や予後を念頭に置いた、教育的な「全体的な介入」と、治療的な意味合いの強い「個人的な介入」の二つである。まず、全体的な介入には、心理教育とピアカウンセリング(仲間による)の二つが代表的なものとして挙げられる。これらは、予防、または予後への介入として、PTSD についての正しい知識の提供や、予後の支持的ネットワークの確立が目的となる。心理的な介入のもう一方は、「個人的な介入」である。個人的な介入には、様々なものが含まれる。精神分析、認知行動療法から、身体的な介入のリラクセーション、バイオフィードバックまで多種多様で、個人対個人をベースに行われる介入方法のことを指している。療法モデルによってはグループによる介入も行われるが、自助グループとは異なり、個人の問題をターゲットとした治療的なグループ介入ということになる。個人的な介入の利点は、それぞれの問題に合わせた介入が望めることで、全体的な介入と合わせて用いることでさらなる効果が期待できる。図4は、PTSD 反応に対する、症状と、様々な介入方が特にどの部分に介入の焦点を当てているかについて表わしたものである。

(2) 心理的介入のステージ

PTSD への心理的な介入法の実施には、どの心理療法モデルを用いるにせよ、大まかに次の3つのステージを踏むことになる。まず、第一ステージは「信頼関係と安全な環境の構築」である。前述のように、PTSD と感情との間には強い関係性が見られ、PTSD に苦しむ人々は、内外からの感情的な高まりを回避、また過敏に反応する傾向をもっている。したがって、介入者は、早い時期に信頼関係の構築と感情的に安全な場所作りをする必要がある。それを実現させるには、介入側が適切な共感の技術を身につけている必要がある。

第二ステージは「トラウマ焦点型か支持型かの介入モデルの選択」である。トラウマ焦点型の心理療法は、本人が外傷的体験に関する材料に直面化することで、症状をコントロールすることが出来るように援助する方法である。しかし、PTSD に苦しむ者の全てが、トラウマ焦点型を希望するわけではなく、支持的な心理療法は直面化を望まない人々には適しているといえる。支持的心理療法の目指すところは、PTSDを持ちながらも日常生活の問題対処ができるように援助することである。トラウマ焦点型の心理療法としては、長時間曝露療法(PE)、眼球運動による脱感作と再処理法(EMDR)、認知処理療法(CPT)などが挙げられる。支持型では来談者中心のカウンセリング、ある意味では主張訓練法も支持型に入れることが出来る。

第三ステージは、「再統合」のステージである。これまで、PTSD の症状に悩まされてきた個人は、結果的に社会的な引きこもりや活動の制約などを経験している。しかし、症状からある程度解放されるに伴い、家族、友人、職場などに再び適応できるように生活の色々な部分を統合していく必要がある。その中には、再発防止のプラン、治療的、また支持的なネットワーク作りなどが含まれている。

7) PTSD に特化した心理療法

PTSD に特化した心理療法は、その性質から大まかに3つの種類に分けることができる。それらは、集中型グループ、統合型グループ、それから、その他のグループである。集中型は引き金、不快症状、逃避行動のいずれか一箇所(たとえば、不快症状)に集中して介入を行い、間接的にその効果を全体に及ぼそうとする方法である。一方、統合型は同時に幾つかの分野(引き金対処方行動など)に対して介入が行われるようにデザインされている。PTSD に対する集中型心理療法の代表的な

ものとしては、認知療法、系統的脱感作法、ストレス免疫法、主張訓練法、バイオフィードバック訓練、リラクセーションなどが挙げられる。統合型では、長時間曝露療法、認知処理療法、眼球運動による脱感作法などが挙げられる。その他のグループとしては支持的心理療法、精神分析、催眠療法などがそれに当たると思われる。次に、それらのグループの中からいくつか絞って概要を述べることにするが、図の4はそれらの介入法がどのような位置づけになっているかについて図式化したものである。

<集中型系介入法>

集中型の介入法として、以下に5つの介入法を紹介したい。それらは、特化した分野への介入を行い、その効果を他の部分へ波及することで総合的な問題解決を目指す方法である。集中型の中で、もっとも PTSD 治療に効果を上げているのは認知療法で、他の介入法は単独ではそれほどの効果を期待することはできない。

●認知療法(Cognitive Therapy: CT)

理論と介入法:CT はクライアントが自分自身や世界をどう評価するかに合わせて外傷的な出来事を解釈することに注目し、その解釈の仕方を変容させることで PTSD に介入する心理療法である。曝露療法が、外傷的な出来事によって作り上げられた、不安などの感情的なネットワークに焦点を当てるのに対して、CTはPTSDクライアントのほとんどが自分自身を無力な犠牲者、また世界は常に危険に満ちていると考えていることに注目する。クライアントが自分自身や世界を否定的に考え、外傷的な出来事はそれを証明する役目を果たすという認知の悪循環を断ち切るために、CTではクライアントの認知の再構成が必要であると考えられる。

歪んだ認知のネットワークを変容させるために、CT では、まず第1ステップとして、自動思考の同定からスタートする。自動思考は事ある毎に自動的に浮かびあがる、自分自身や他人、また世界に対する思いである。たとえば、「自分はどうせ負け犬だ」、「やっても無駄だ」などである。こうした考えは、クライアントの適応能力を大幅に妨げる。第2ステップは、自動思考を探る事によって浮き彫りにされる中核的な信念に挑戦し、変容するために、正確な、または現実的な情報を用いて、否定的な自動思考や非機能的な思考のパターンを機能的な考え方と置き換える作業を行う。結果的に、自動的に自分を否定的に、また世界を危険な場所と見るのではなく、状況に応じて現実的に判断する力を持つ事ができるようになる。

●系統的脱感作法(Systematic Desensitization: SD)

理論と介入法:SD の基本的な考え方は、不安反応をリラクゼーション反応と置き換えることである。PTSD の症状を引き起こす外傷的な出来事に関する事柄に対して過敏に反応するように学習してしまったクライアントに、それらの「引き金」に触れても過敏に反応しないように学習し直す作業を行わせ、それを習慣化することで PTSD 症状を緩和しようと試みる。この習慣化が SD の治療的な土台となっている。

SD では、クライアントに外傷的な出来事に関する事柄に曝露してもらい(ほとんどの場合は、イメージの中で行うことになる)、「引き金」に反応しなくなるまでリラクゼーション技法を繰り返し行ってもらう。習慣的に引き金に対して不安を喚起させていたものを、リラクゼーションと入れ替える事で、引き金に遭遇しても不安を生み出さなくなる。不安反応とリラクゼーション反応を入れ替えさせ、それを習慣化するために、比較的簡単な曝露から始め、階層的に難しい課題へと移行して行く方法

を用いることが多い。曝露療法との違いは、曝露療法に比べ、SD が曝露時間が短く、リラクゼーションを身体的に覚える行動療法と考えられているのに対し、曝露療法は長時間の曝露と認知的な再構成を目指していることから認知行動療法の範疇に数えられている点、また、SD が比較的楽な課題からスタートするのに対し、曝露療法は最も困難な課題からスタートする事が多い点、SD には SUDS(不快感を自己申告する方法)を用いない点などがその差とされている。しかし、実際の臨床現場では、階層的なアプローチを曝露療法に用いたり、SUDS を SD に用いたりすることがあるので、厳密な差は見え難くなって来ていると言える。また、最近では、PTSD に対しては、長時間の曝露法の方が効果を上げていることから、PTSD に対して SD を使う事が少なくなって来ていることも付け加えておきたい。

●ストレス免疫法(Stress Inoculation Training: SIT)

理論と介入法:元々はレイプ被害者のために考案された方法で、幾つかの対処法を事前に学習させることで、クライアントが外傷的な出来事に関することなどの不安を高める状況に遭遇しても対処出来る様になると考える。つまり、ストレスフルな状況に対する免疫を構築することで、将来的なストレス要因にも対処出来るとする。効果を上げるために、SIT は、バイオフィードバック、主張訓練、リラクゼーションなどと併用されることが多い。

以下の3つの介入法を用いて、ある意味での心の免疫機構を構築する。まず、ソーシャル・スキル・トレーニング(SST)である。ある特定の状況(人間関係)を想定し、より良い関係作りのためのスキルを学ぶ。二つ目はロールプレイである。SST と併用して用いられることが多い。特定の状況で実際に何が出来るか、役割を演じる事で学習する方法である。最後に、妨害法(Distraction

techniques)である。症状が出て来た時に、自分自身に「ストップ」と言ったり、他の事を考えたりする方法である。これら3つのスキルを用いて、ストレスフルな場面に対処するように訓練する。実際には、SIT は PTSD には奏効していないと報告されており、現在では特に PTSD に対して用いられることは少ない。

● バイオフィードバック訓練法 (Biofeedback Training: BFK)

理論と介入法: 不安に対して筋肉リラクゼーション、呼吸訓練、自律訓練法、瞑想、イメージ療法などが効果を上げるということから、身体的な反応を電気信号化し、コンピューター通した映像で自らモニターしながらリラックス訓練を行う方法。

筋電図(EMG)、体温、心拍数、脳波、皮膚抵抗(EDR)などを、実際にモニター装置で見ながら、様々なリラクゼーション(自律訓練法など)を試み、実際の変化を目で追う事で、身体の状態を自分自身にフィードバックさせることで変化を促す。PTSD に対して、BFK のみが用いられる事はほとんど無く、他の療法(特に SIT や SD)との抱き合わせで用いられることが多い。

● 主張訓練(Assertive training: AST)

理論と介入法: ASTはウォルピ(Wolpe)によって考案された、望ましくない不安に対処する不安拮抗法である。「断行」訓練法と訳されることもあるが、対人場面において、主張的に行動することを身につけ発展させる訓練技法で、クライアントが感じていること、考えている事を正直に相手に伝えるスキル訓練を行う。PTSD の治療に用いられる場合には、他の心理療法の中(特に認知行動療法)に組み込まれていることがほとんどで、単独で PTSD 治療に用いられる事はほとんどない。多くの場合、AST は実際の状況を設定したロールプレイで行

われる事が多い。前述の様に、他の療法(認知処理療法など)の中で、訓練が行われたり、宿題として実際の場面で、実行出来る様に練習したりするが、AST のみを用いて PTSD の症状が軽減したという報告はほとんどない。

<統合型系介入法>

PTSD に対する統合型介入法の代表的なもの3つについて紹介したい。長時間曝露療法、認知処理療法、EMDR の3つである。先の二つは、公儀においては認知行動療法に属す。EMDR についても行われていることから判断して、同様に認知行動療法の一部に属すと考える専門家も多い。これら3つは、ともに、認知、行動、感情など、多面的な介入を行う点で、集中型と異なっている。介入研究は、他に比べ、以下の3つの介入法は PTSD 治療に効果を上げていることを報告している。

● 長期間曝露療法(Prolonged Exposure Therapy: PE)

理論と介入法: 情報処理論から派生したラングの感情処理理論に基づき、フォア(Foa)らによって考案された広義での認知行動療法である。人々は誰でも危険を察知した時に恐怖反応を体験する。恐怖反応には、過覚醒などの身体的な症状も含まれる。そうした体験を基に内面的アラームシステムが作り上げられる。考案者が恐怖の構造と呼んでいる仕組みで、同様の問題に再び陥らないように、類似した出来事や状況に遭遇する毎に、不安感情というアラームが鳴ることになる。トラウマ体験があまりに衝撃的であった場合、情報処理に不具合が生じ、アラームシステムが暴走するようになる。結果的に、アラームは実際に起こっていることに正確に反応しない、安全な状況でも鳴り出す、過敏なアラームが正常な生活機能を妨げる、安全な状況や物事を危険ととらえるなどの

不具合が生じるようになる。そうした状態では、アラームを止めるため、または鳴らさないために、内的、また外的な逃避・回避行動が行われようになる。PEでは、安全な状況を作り、逃避・回避のパターンに曝露法を用いて挑戦してもらうことで、アラーム感情の調整を行う。その名が示すように、先述のSDが短時間の曝露を用いて恐怖刺激自体に慣れることを目標としているのに対し、PEは長時間の曝露で、自分のアラーム(主に不安感情)に慣れることでアラームシステムを正常に戻すことを目標としている。過敏な感情が調整、また統合されるにしたがって、結果的に認知的な統合も行われると考える。

PEは週1回から2回、10から15セッションで実施される。セッションはマニュアル化されており、セッションごとの宿題や資料が用意されている。患者側も資料などの納められたワークブックを受け取り、それに従って治療を進めていく。毎セッションは録音され、自宅での復習のために用いられる。また、呼吸法を用いたリラクセーションを習得してもらい、曝露に備える。治療は、まずPTSDと治療について確かな理解を持つことから始め(心理教育)、3セッションぐらいから、曝露(想像曝露)を行い、次第に外傷的な体験の一番辛い部分(ホットスポットと呼ぶ)に焦点を当てていく。治療が進むにつれ、曝露時の体験に変化が見られるようになる。こうした変化は自己申告法(SUDSと呼ばれる)でモニターするが、クライアント側はモニターすることによって、自らの感情への対決と習慣を実現していくことになる。

●認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy: CPT)

理論と介入法: 認知処理療法は情報処理理論の応用である社会認知理論に基づいて、レイシック(Resick)らによって考案された認知行動療法の

一つである。人々は様々な情報を処理しているが、外からの情報と社会通念などによって出来上がった考え方(スキーマ)との間に不一致が生じると次の3つのどれかの情報処理を行う。非現実的なスキーマであってもそれを保って、現実の方を歪めて解釈する(同化)、現実に対して正確にスキーマを調整する(適応)、または、スキーマの方を現実に合わせて極端に変容する(過剰適応)の3つの情報処理である。理想的な情報処理は適応であるが、同化や過剰適応は現実から逃げる内的、または外的な逃避・回避行動や認知的なこだわり、スタック・ポイントを作る。CPTでは外傷的な出来事を体験した者は、強度の差はあれ一様に危機的反応や恐怖反応を体験するが、ある一定の期間を経ても回復しない場合にPTSDが発症すると考える。その維持要素である回避行動や認知分野でのこだわり(スタック・ポイントと呼ぶ)に対して集中的な介入を行う。問題となる認知分野は、安全性、信頼、コントロールと力、尊厳、親密さの5つである。CPTは筆記による暴露と認知療法を用いて逃避・回避行動、抑制されている感情とスタック・ポイントに対して介入を行う。効果研究の結果によると、その効果はPEと同等で、罪悪感に対して特に奏功している。

12回で1クルールの曝露療法と認知療法の要素を併せ持った介入法で、マニュアルを用いたプロトコル式介入法でもある。筆記を用いた曝露と5つの特定された認知への働きかけ、また個人だけではなくグループを対象とした介入も可能な点が特徴的である。介入はマニュアル化されており(治療者用と患者用マニュアルがある)全セッションはマニュアルを用いて行われる。治療コースは、まず心理教育から始まり、7回目までに曝露を重点的に行って回避行動、特に抑制されている感情に対する介入を行う。7回目からは5つの認知の問題分野を1セッションに1つずつ扱っていく。

マニュアルには各種の用紙が用意され、それらを用いた宿題、ミニ講義などがトピック毎に用意されている。

● 眼球運動による脱感作と再処理法(Eye Movement Desensitization Restructuring: EMDR)

理論と介入法: EMDR はシャピロ(F. Shapiro)によって考案された情報処理療法で、様々な介入法(精神力動療法、認知行動療法、体験学習、身体中心療法など)を統合的に用いて、適切に処理しきれていない情報の再処理を行うことで問題の解決を図る。認知的なレベルだけでなく、身体的な情報処理も含めて考える独特の情報処理理論に基づいている。人間は様々な情報を処理し、その情報を記憶のネットワークの中に適応する形に変えて記憶している。丁度、消化器官が食物を消化し、栄養や脂肪に変えて身体各部に貯蔵するのと似ている。新しい情報は既存の記憶ネットワークと結び付き適応する形に変えられて記憶される。その記憶のネットワークは出来事に関連した感情、考え、イメージ、身体感覚などとも結び付いており、新しい情報はそれらすべての部分と結び付くことでその処理を完了することになる。しかし、外傷的な出来事を体験した折に、強い否定的な感情や解離によって情報の処理が不完全になり、既存のネットワークに結びつかず不完全で非機能的な形で記憶されてしまうことがある。PTSD はこうした情報処理の問題で発症すると考える。シャピロは、人間に備わった情報を適応出来るように変えることが出来る能力に注目するとともに、刺激によってその能力を活性化し、情報の再処理を促すことができると考える。

治療は8段階に分かれている。初めの2セッションは準備段階で、生活史、適性の査定、ターゲットの同定、治療計画立案、またリラクセーションの技法の習得、治療関係を築くともに治療の説明を

行うなど、治療の安定性の確保と治療への準備を行う。3から6セッションにおいて、同定されたターゲットに対してEMDRの手続きが行われる。まず、出来事に関するもっとも鮮明なイメージ、自分についての否定的な考え、出来事に関する感情や身体感覚を知る。また、望ましいと思う肯定的な考えについても同定する。これらの肯定的、否定的な認知や感情についての妥当性が問われる。そうしたイメージや否定的感情、身体感覚に集中しながら、眼球運動を用いた脱感作、新しい考えを既存の認知と結び付ける植え込み、身体感覚のスキャンなどの作業が行われ、情報の再処理が行われる。7、8セッションは、治療効果の確認と再発防止などが行われる。

<その他の介入法>

PTSD に対する、その他の介入法である。この種の代表格として、精神分析法と集団療法を取り上げてみたい。集団療法に関しては、精神分析的な集団療法と認知行動的な集団療法の2種類について概要を紹介することにする。

● 精神分析療法と精神力動療法

理論と介入法: 精神分析は100年にわたってトラウマ障害の治療に用いられている。精神分析家は、PTSD 症状の表出には抑圧された記憶による異常な心理的バランスと症状構造があることを仮定している。精神分析治療は12セッションから7年またはそれ以上とその治療期間には幅がある。長期の精神分析治療は、精神バランスの根本的变化を求めるが、一方近年盛んになってきている短期間精神分析法(12～15セッション)は、改善された自己理解と自我の強さを育成することを目的としている。短期間の精神分析療法(BPP)は、12～15セッション内で行われ、トラウマそれ自体に焦点を当てる。トラウマの話を冷静に、共感的に聞き、

個人は話すことによって、より良い自己統合を成し遂げ、より適応的な防衛とコーピングスキルを身につけ、治療の中で明らかになった激しい感情をうまく調整することが出来るように導かれる。トラウマ記憶を徹底操作する一方で、臨床家はトラウマの苦痛と現在の生活のストレスとの間のつながりにも取り組む。個人は現在の生活状況や、トラウマ記憶をひきおこし PTSD 症状を悪化させる環境的引き金に気づくようになる。

精神力動的療法は主に精神医学の症状よりも精神的過程や関係に焦点をあてる。無作為に抽出したケースからこの療法が PTSD の症状を緩和することが判明している。この研究では BPP が 18 のセッション行われ、催眠療法や系統的脱感差とその効果が比べられている。BPP は効果的に PTSD を弱め、侵入と回避について約 40% 効果がある。しかし、PTSD への効果を証明するためには、今後さらなる研究が期待される。

●集団療法

集団療法は、精神力動、認知行動療法、または支持的なアプローチから行われることが多い(最近では CPT のグループの効果を上げている)。また、他の心理療法と併用することもある。どのアプローチの集団療法を用いる場合でも、参加者たちは、PTSD について学び、プロの臨床家の援助のもとで互いに助け合うことになる。

集団療法は効果的で、同じタイプのトラウマ(戦争、レイプ、苦痛、テロによる爆破など)を経験した者が集まる自助グループの評判がよい。メンバーはトラウマ経験を共有することで、共に持っている弱さ、罪悪感、恥かしさなどを認識し、つながりあえるようになる。臨床家の指導を通して、こうした考えや感情を受け入れ標準化する段階から、より適応的なコーピング方略、症状の改善、トラウマ経験から得られた意味を導き出すというように発展

すると考えられている。集団療法については、以下の2タイプについて報告しておきたいと思う。

1)精神力動的集団療法

理論と介入: 集団のメンバーは、他のメンバーがトラウマ経験によって、自分自身についての考えがどのように形成され、またゆがめられているか(例えば、弱い、恥ずべきだ、罪深い、価値がないなど)について理解する手助けをする。安全性が確保された集団の中で、現実を見直すことによって、トラウマ体験や自己について新たな洞察を得て、外傷的な体験に直面できるようになる。またそのような知識を実際の生活に結びつけることができるようになるとも考えられている。個人の成長は、自我の強さや自己理解に由来する。症状の緩和や減少が治療の主な目標ではないが、結果的にトラウマに関連した心的葛藤の解決を期待して、PTSD からの回復を促す。(トラウマについて再び話すうちに感情が動き出し、個人は深いカタルシスが「解除反応」を経験する。カタルシスに到ることは、この治療的アプローチにおいて回復への重要な目標である。)

PTSD の治療に関して、精神力動的集団療法の効果を裏付ける研究はほとんどなく、報告された研究も決定的ではない。幼少期の性的虐待サバイバーに対する精神力動的集団療法について、ある研究では、深刻な PTSD 症状が 18% 低下していると報告されている。

2)認知行動的集団療法 (CBT 集団療法)

理論と介入: CBT のグループでは、曝露療法や認知療法のアプローチを用いることもある。この場合グループリーダーは曝露療法のセッションとその後の認知再構成を通して、メンバーをリードする。曝露療法セッション中は、グループのメンバ

一は、互いのためにソーシャルサポートだけでなく、それ以上のことをすることになる。彼らは、他のメンバーの外傷反応を受け入れ、PTSD に関連した問題に対処してきた苦しみを共有する。そして他のメンバーの不適切なコーピング反応に対し建設的な意見を提供する。グループの時間は限られているため、宿題が課せられる。この宿題は書くことでトラウマ経験に暴露する練習をするとか、自分自身のトラウマの出来事にさらされた体験を、前もって録音したオーディオテープを繰り返し聴くなどという形でおこなわれる。

認知行動的集団療法の効果については、肯定的なものが多い。幼少期や成人してから性の虐待によって、心的外傷を抱えた女性を対象にした CBT 集団療法に関する3つの研究(CPT、アサーティブトレーニング、SIT を含む)では、PTSD 症状が 30-60%低減したという報告もある。このように改善された状態は、どの研究においても最低6か月は持続していると報告されている。長期にわたる PTSD の改善をめざした CBT 集団療法では、重篤な PTSD 症状が 20%低減している。

<PTSD に対する介入前の配慮>

最近、外傷的な出来事に巻き込まれたことで個人が PTSD の症状を訴えている場合、なぜ援助を求めているのかは明白であるが、何年間も慢性的に PTSD 症状に悩まされていた個人が急に援助を求めて来た場合には、その人物の人生の何かが突然変化して、これまで保って来たバランスが失われている可能性が高い。そのバランスとは、長期間 PTSD の症状を何らかの方法で上手く操作してきた部分であったり、家族や友人、職場、地域社会などとの間のバランスである場合も多い。したがって、治療者は、現在の臨床的な症状と結びつくような過去のトラウマ体験、またはそれに関連した問題についても気を配る必要がある。やみくも

に PTSD 治療を始めるのではなく、以下の幾つかの問題が併存している場合には、PTSD 治療を行う前に、それらの問題について先に手を施す必要がある。(1)精神科領域の危機状態がある場合。(2)アルコールや薬物の依存が認められる場合。(3)共存する精神疾患が認められる場合。(4)家族や環境からの問題が存在する場合。

<介入側が抱える問題について>

実際に PTSD に悩む個人の援助を行った者は、誰もが現場で直面すると思われる幾つかの問題に気付く筈である。それらの代表的なものを幾つか挙げておきたい。まず、第一に治療的中立性 (Therapeutic Neutrality) と擁護 (Advocacy) に関するジレンマである。通常、トラウマに関する介入を行う場合、事例の多くは暴力や不正に関わるものであるため、心理療法の原則として古くから受け入れられてきたセラピストの中立性に対する挑戦を強いられる。そうした不条理を目の当たりにした時に、擁護的な役割に移行したり、弁護的な行動に出ることは人間的に自然なことかもしれない。しかし、擁護的な役割を担うことによる弊害があることも知っておく必要がある。介入側が肩代わりをしたり、活動的に代弁をすればするほど、当事者は依存的になって、回復から遠のくことが報告されている。しかし、擁護性を大いに発揮すべき時もあることを付け加えておきたい。特に、他の専門家や紹介先を探す時や、自治体、国などを通してコミュニティの援助を得るための交渉などにおいては代弁の必要がある場合がある。

次に、代理的トラウマ化 (Vicarious Traumatization) の問題である。PTSD に苦しむ者の衝撃的な体験談を聞くことは、しばしば介入を行う者の中に強い感情を呼び起こす。特に相手が未成年者や子供など、自分を守ることにおいて困難を覚えている相手であるほど無力感や罪悪感を感じたりす

ることがある。結果的に、日常の生活の中で話の内容を執拗に思い出したり、悪夢に悩まされたり、不適切な行動を導き出す場合もある。たとえば、トラウマに関する事柄を避ける、感情的な麻痺状態などによって、通常の臨床業務に支障を来すことがある。この問題は同情疲労 (Compassion Fatigue) とも呼ばれる。

三番目の問題として挙げられるのは、精神分析の用語として知られる、逆転移の問題である。前述の代理的トラウマ化が、実際には過去に同類のトラウマを体験したことのない専門家の間で起こる現象であるのに対し、逆転移はクライアントの報告を聞くことによって、介入を行う者自身が持つ過去の体験に触れてしまう場合で、特に体験の類似度が高い場合には逆転移が起こり易い。対応策としては、介入側のセルフ・ケアが必要不可欠である。

最後に、介入を行う者のセルフ・ケアの問題を挙げておきたい。代理的トラウマ化であれ、逆転移であれ、個人的、また専門家としての生活に支障をきたすことになる。こうした問題を放置することは、結果的に不健全な悪循環を生むことにつながる。こうした状況下で求められることをリストしておきたい。(1) 定期的スーパーヴィジョン、(2) 援助的、支持的な職場環境、(3) 担当ケース数に対する制限(特にトラウマのケース)、(4) 個人と専門家としての仕事の間の線引き、(5) ケースに対する、個人、結婚、家族など優先順位の明確化、(6) 定期的な運動、趣味、友人との活動などの日常生活における緩衝材の充実を図ること。以上が、PTSD への心理的な介入を行う際に重要な事柄である。

8) 認知処理療法について

本研究班は、PTSD に対する既存の効果研究の結果から、PTSD に対して確かな効果を上げているものの一つとして認知処理療法 (Cognitive

Processing Therapy: 以後 CPT) に注目し、過去3年間に渡って、その介入方法の日本への紹介、マニュアルの翻訳などに取り組んできた。この介入方法はこれまで対象をレイプ被害者に特化してきた点、効果研究がそれほど多く行われていない点などから、検討の余地があるとされていたが (Foa et. al, 2000)、ここ数年間の研究成果は目覚しく、現時点ではレイプ被害者だけではなく、その他の PTSD のケースにも応用可能なものとなっている。最近の効果研究では、その手続き、そして結果においても特筆すべきものがある。また、米国の心理臨床家の間では定番マニュアルとされている、Barlow の Clinical Handbook of Psychological Disorders: Step by Step Treatment Manual における、PTSD への介入の章は(2章)、CPT であることから判るように、PTSD の治療という点では米国での CPT に対する評価は非常に高い。米国の復員軍人病院 (VA Hospital) において PTSD 治療プログラムに CPT が採用されている事実などから、米国の臨床現場での CPT に対する評価は、現在日本で知られている以上に高いと言っても過言ではない。

CPT は Resick と Schnicke によって考案された PTSD に特化された心理療法である。CPT はその名称が示す通り、認知療法の認知再構成や行動療法の手法である曝露などを組み合わせた統合的な認知行動療法(以後、CBT)である。12セッションで行われるプロトコル型式の介入法で、PTSD に特有な認知面と行動面の問題に焦点を当てて実施される。

CPT の効果については、現在までに考案者の Resick らによって、無作為割り付けによる効果研究が幾つか行われているが、いずれの研究においても CPT が PTSD に対して奏効していることが報告されている (Resick & Schnick, 1992, 1993)。たとえば、2002 年に報告されたレイプ被害者における 長期間曝露療法 (Prolonged Exposure: 以後 PE) との比較研究では、CAPS および、その他の PTSD の査定尺度においてはほぼ同等、または、それ以上の効果を上げている (Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002)。その研究では、治療前、治療後、3ヵ月後、9ヵ月後、そして5年後の PTSD 症状の比較を行っているが、結果として、9

ヶ月後ではCPTがやや優位にあり、5年後では両者はほぼ同レベルのスコアを記録している。認知面、特に罪悪感については、CPTがPEに比べ良い結果を残している点が興味深い。いずれにせよ、CPTがPTSDに対する効果的な介入法の一つと数えられるとするならば、PTSDに対する介入の選択肢が広がることになり、日本におけるトラウマワークの充実にもつながるものと考えられる。

＜認知処理療法の基本的な考え方＞

PTSDの発生を認知的な角度から説明する理論としては、情動処理理論(emotional processing theory)と社会認知理論(social-cognitive theory)が代表的なものとして挙げられる。これらは、共に情報処理理論(Lang, 1977)を土台に構築されているため類似点は多いが、強調点の違いや応用される臨床モデルが異なっている。前者はFoaらが情報処理理論を土台にPTSDに特有の感情(特に不安感情)に焦点を当てて考案した実践的な理論であり、PEの理論的な裏付けとなっている。外傷的な体験は人の記憶の中に不安ネットワーク(fear network)を作り上げる。そのネットワークはアラーム装置のように、トラウマに関連する出来事などに反応して強い不安感情を喚起する。その不安感情を緩和、または避けるために逃避や回避などの問題行動が導き出される。PTSD症状は、不安ネットワークの過敏な反応で、本人が逃避している不安の引き金となる思い出や事柄に対して、安全な環境の元で曝露することで、不安感情に対する習慣化と認知の再構成が促され、結果的にPTSD症状が改善するとしている(Foa et al, 1989)。

一方、CPTは後者の社会認知理論を用いてPTSDを理解する。CPTは不安ネットワークに焦点を当てるのではなく、認知の内容、解釈の仕方とその考え方が生み出す感情に着目している。社会認知理論からPTSDの発生の仕組みを考えると以下ようになる。社会的に学習した認知、例え

ば、「真面目に生きていれば、痛い目には遭わない」などの社会通念に代表される考え方と外傷的な体験から来る情報との間に不一致が生じた場合、人々は以下の3つのどれかの情報処理を行って認知的な折り合いをつけようと試みる。まず同化(Assimilation)であるが、この情報処理法は入って来た情報を既存の認知の枠組み(スキーマ)に合わせて変容することを指す。例えば、「真面目に生きていれば痛い目に遭わない筈なのに、痛い目にあったということは、自分は真面目に生きていない」という具合に、白か黒かというような非現実的なスキーマであっても、それを保持して現実の受け入れを拒むようになる。

適応(Accommodation)はもう一つの情報処理法で、入って来た情報に照らして既存のスキーマを現実的なものへと変化させることをいう。例えば、「真面目に生きていても、不運な出来事に巻き込まれることもある」というように、より現実的に出来事を解釈する。心理療法はこの適応を目指すことになる。しかし、激しい感情に苛まされるなど、厳しい現実を受け入れることが出来ない場合には過剰適応(Overaccommodation)が起きることもあり、自分自身、または周りの世界や人物に対して持っていたスキーマを極端に変容し「真面目に生きる意味が無い」、「人々は全く信じられない」、「自分は良いことを受けるに値しない」などと結論づけてしまうことがある。CPTでは、同化、または過剰適応によって作られた認知の歪み、「こだわり点(Stuck Point)」が、PTSDからの回復を妨げている大きな維持要因と考える。CPTは、外傷的な出来事を経験した者が、ある一定の期間、様々な危機反応を持つことは自然なことであって、問題なのは、その危機状態から元の状態に回復出来ずに、継続的に危機反応(侵入的な思考、イメージ、悪夢、過覚醒など)を体験し続けている場合であると考え。トラウマ体験者の全てがPTSDを持つ訳ではなく、

ある一定の時間が経過しても回復することのない一握りの者たちが、スタック(引っかかる)して戻れない状態、PTSDを経験する。そこで、CPTは、セッションを通して、1つずつその引っかかりから患者を開放する作業を行う。

<認知処理療法の特徴>

① 筆記を用いる

まずCPTの特徴として、筆記を介入に用いる点を挙げることが出来る。CPTでは認知療法の常套手段である自己モニターをはじめ、行動療法の曝露課題などを筆記を通して行う。用意された筆記課題をこなすことで自分の持つパターンを見つけたり、PTSDからの回復を妨げる認知的な「こだわり点(スタック・ポイント)」を探し当て、筆記と朗読による曝露作業を通してその「こだわり点」に直面化するとともに、感情の発露や認知再構成の技法を用いて「こだわり点」をより現実的な考え方へと変容する。こうした維持要素を取り除くことでPTSDの症状から解放されることになる。また、トラウマ体験の持つ意味や起ったことの詳細を書くことは、逃避行動に挑戦したり、内側に溜め込まれた感情を表出することにも役立っている。言語化に慣れている欧米人に比べ、一般に口で表現することに苦手意識のある日本人にとっては、こうした一連の筆記による作業は口頭で行うよりも可能性として、親しみ易いかもしれない。

② 時間制限療法である

CPTは1クール12セッションで行われる。その12回の面談で行われることはほとんど定まっており、心理療法の基礎をきちんと身につけた者であれば誰でも実行可能な介入法である。全体的には、まず確かな治療関係を築き、治療同盟を結んだ上でゴールを設定し、心理教育から始めて最終回までほぼマニュアル通りに実施される。それぞれセッションでは、前回の宿題の確認とその日の予定から始め、自己モニターの方法を学習したり、特定の認知についての簡単な講義(モジュール)などが行われた上で、最後に次回までの宿題

の説明とまとめを兼ねた振り返りの時間を持つ。悲嘆の問題がある場合にのみ、悲嘆のセッションを1、2回追加することがあるが、その他は12回で終了し延長は行わない。必要に応じて、2、3回のブースターセッションを一旦コースを終えてから行うか、または3ヶ月後、半年後などにフォローアップセッションを行うこともある。プロトコル型の介入法に違和感を感じる臨床家も少なくないが、トラウマ体験者にとっては、予期せぬ事態が起ることが少ない分、より安全であること、また不健全な依存関係に発展しないなどのメリットも多い。

③ 特定の認知と感情に介入する

特定の認知に焦点を当てて介入する点もCPTの特徴ということが出来る。CPTの目標の一つはPTSDからの回復を妨げる歪んだ認知である「こだわり点」を同定し、その認知を再構成することにある。先行研究は、PTSDに苦しむ者がこだわりを持つ事柄を以下の5つの問題領域に絞り込んでいる(McCann, 1988)。それらは、安全(safety)、信頼(trust)、力とコントロール(power & control)、尊厳(esteem)、そして親密関係(intimacy)の5つであり、「こだわり点」はそれらに関連した考え方の中に発見することができる。そこで、セッションでは、心理教育や、筆記課題を繰り返すことによって、それらを一つずつの事柄を吟味し、「こだわり点」を発見して対処することになる。こうした作業を進める上で、感情の表出が非常に重要になる。なぜなら、歪んだ認知や「こだわり点」は結果的に否定的な感情と対になって記憶されているからである。また、治療の効果を考える時に、感情の変化は認知の再構成が適切に行われているかを知る最高の手がかりとなる。

④ グループにも応用可能である

CPTは個人を対象とするだけではなく、グループで実施することが出来る。グループCPTは個人CPTと同様に12セッションで行われ、個人のセッションと平行して行われることが多い。グループと個人での大きな違いは、筆記による曝露の使い方にある。個人の場合には、トラウマ体験を詳細

に筆記し、それをセッションの中で読むことで、忌まわしい体験をしたときに味わった激しい感情を安全な環境下で体験したり、その出来事についての新しい見地を得たりするが、グループの場合、メンバーは自分で書いた記事を他のメンバーの前で読むことはしない。それは、二次的なトラウマ体験が起ることを回避するためである。グループでは、出来事の内容ではなく、その課題を記述している際に味わった感情や身体感覚、考えたことや思い出したことなどについて扱う。

CPT グループはクローズドグループで、途中から新しいメンバーが加わることはない。通常、個人のセッションが5、60分なのに対して、グループでは90分のセッションを行う。参加資格であるが、たとえばレイプ被害者の場合、グループ参加の為には、(1) 査定を行った時点で事件発生から3ヶ月以上経っていること、(2) PTSD 症状の他に大きな精神的な障害や、現行の薬物依存がないこと、また、(3) 長期間に及ぶ家族内での性的な虐待の経験がないことの3つの条件が満たされる必要である。CPT グループは、入院プログラムの一環として、週に2度、再発防止グループなどと平行して行われることが多い。CPT グループだけを単独に行うことも可能であるが、メンバーの招集や欠席や脱落などの問題を調整し易いことから入院プログラムの中で行うことが多い。

⑤ 関係性を重視する

最後に、CPT は関係性を重要視する。CPT は CBT の1つと数えられているが、その効果は、治療関係の質に因っている。CPT で問題とされる5つの事柄、安全性、信頼、力とコントロール、尊厳、親密関係は、それぞれ他人との関係の中で育まれるものである。また PTSD で苦しむ者の多くは、他人に傷つけられるというトラウマ体験を持っており、安心できる関係のない環境での治療は二次的なトラウマを生みかねない。したがって、介入者側には相手側への十分な感情的な配慮や共感能力が問われることになる。CPT の基本的な治療スタンスが患者との共同作業(コラボレーション)である以上、無理強いではなく、話し合いと合意の精

神が必要になる。また、CPT では、感情を表現することが治療の重要な要素となっているが、安心できる関係の無いところで否定的な感情を吐露することは非常に困難なことである。以上のことから、健全で感情的に安全な治療関係が重視されることになる。

<CPT の12セッションの概要>

① セッション1: 導入と教育の段階

第1回目では、(1) クライアント(以後、CL)に PTSD や抑うつ症状についての教育を行う、(2) 社会認知理論を用いて PTSD についての説明を行い、治療の論拠を示す、(3) 治療方針を提示する、(4) 治療への応諾を得る、の4点がセッションの目的となる。宿題は、外傷的な出来事の持つ意味(自分にとって、その出来事が起った意味は何か、その出来事の意味するものは何かなど)について記述し、書いた物を次回セッションに持参する。

② セッション2: 出来事の意味

(1) PTSD や抑うつがどのように形成されるのかについての復習。(2) 出来事の意味について筆記したものについて話し合いながらこだわり点を探索。(3) 出来事や思考、感情の関連性について同定し理解する。その中で、思考を変えることで、感情の強さや種類を変えることができることを伝える。またセッションの最後には、ABC シート(認知行動モデルの考えに基づく自己モニター用紙)の説明がなされる。宿題は、出来事、認知、感情、行動のそれぞれがどのような関係にあるかに気づくため、毎日最低1枚の ABC シートを完成させる。

③ セッション3: 思考や感情の特定

(1) 前回課された宿題の検討を行い、CL が自分の体験した出来事に対する認知や感情を同定する過程を援助する。その中で、繰り返し生起している主要な感情や特定の認知に着目し、認知と

感情が共に適合しているかを探る。また、(2)認知を変えることで、感情の強さや種類を変えることが出来ることを伝える、(3)ソクラテス式問答を用いて、CLの外傷的な出来事に関する自責感や罪悪感に対して挑戦し始める。宿題として、体験した外傷的な出来事について詳細に記述(光景、音、臭いなど感覚的な部分や出来事の間に生じた思考、感情も含む)する。それを繰り返し読むように勧める。

④ セッション4: 外傷的な出来事の想起

(1)CL 自身が記述した記録を読ませ、感情表出を促す。CL が感情を表出した場合には、それを妨げず、逆に表出されない場合には、感情を抑制していないかどうか、抑制しているならそれは何故かについて尋ねる。また、(2)CL が筆記課題を行う際に、躊躇したり書けなかった箇所に注目し、それが CL のこだわり点に関連しているかどうかを探る。そして、(3)ソクラテス式問答を用い、自責の念やその他の同化からくる認知の歪みへの挑戦を始める。この段階で書かれた物は、単に事実を羅列したようなものが多い。よって、(4)省略されていると思われる事柄を次回までに詳細に記述してきてもらう。筆記課題を行っている際に表出した認知や感情については括弧に入れて書くように指導する。また、毎日読み返すように勧める。

⑤ セッション5: こだわり点の特定

(1)外傷的な出来事について新しく書いた記録を読ませ、検討する。その中で、(2)新たに加わった事柄に着目し、初めに書いた物を読み返した後と比べて今回の感じ方に変化があったかについて考えてもらう。また、(3)感情表出や自責感/罪悪感についての変化もチェックする。(4)出来事に関するこだわり点に対して認知的介入を継続する。(5)CL が自分に対してソクラテス式問答を行う

のを補助するために「チャレンジ・クエッション・シート」(不適応的な自分への発言やこだわり点を発見するための用紙)が渡される。宿題は、毎日1つのこだわり点を選び、それに関して、「チャレンジ・クエッション・シート」にある質問に答えるように指導する。また、外傷的な出来事の記述が終わっていない場合には、その作業を継続させる。

⑥ セッション6: 挑戦的な質問

(1)前回の宿題「チャレンジ・クエッション・シート」を見直す。その上で、(2)CL が回答するのに困難を覚えた質問に対して答えられるよう援助していく。また、(3)CL が挑戦しようとしているこだわり点に対する認知的介入は継続される。また、(4)誤った思考パターンに働きかける「フォルティ・シンキング・シート」が渡される。この用紙は特定の誤った思考パターンを見つけ出し、そのパターンがどのように自動化して否定的な感情をもたらすのかについて学習するためのものである。宿題は、同定されたこだわり点について考え、前述のシートにリストされた典型的な誤った思考パターンを見つけ出すこと、また、外傷的な出来事に対する反応が、習慣化されたパターンに影響を受けていないかを探る。

⑦ セッション7: 誤った思考パターン

(1)前回の課題の検討を行い、誤った思考パターンについて理解する。また、(2)非機能的な思考パターンについても、その有無を見出せるよう援助する。残り時間を用いて、(3)「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」が渡される。このワークシートには、CLがこれまでのセッションで学習してきた認知的なスキルのすべてが含まれている。最後に、(4)安全性モジュールの資料を渡し、自己や他者への安全性について話し合われる。宿題は、「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いて、自

分のこだわり点のうち最低1つを分析、直面することが求められる。また、自己、あるいは他者に関する安全性に問題を持っている場合には、そうした信念に直面するために少なくとも1枚の筆記課題を行うことも求められる。

⑧ セッション8: 安全性の問題

(1)「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いながら、安全の問題に関して困難は無いかを振り返り、安全性に関連したこだわり点に注意を向ける。また、(2)ワークシートを用いて、CL が自らの安全の問題について持っている誤った認知に直面することを援助し、代替的な信念に到達する手助けをする。その後、(3)5つの問題領域の2番目である、信頼の問題について、資料を用いながら、自分と他者における信頼関係について学習する。そこで、外傷的な出来事の体験後は、他者に対する信頼は失われることが多いことを説明し、事件の前後において、自分、また他者に対する信頼がどのように変化したか比較する。宿題は、信頼に関連するこだわり点を特定すること、そして、ワークシートを用いて、毎日それらに直面することである。

⑨ セッション9: 信頼の問題

(1)自分および他者に対する信頼を、「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いて振り返る。外傷的な出来事に関連した信頼性の問題についてのこだわり点に注意を向け、代替的な思考を生み出す手助けをする。(2)信頼性についてのこだわり点が、信頼するかどうかの判断に及ぼす影響について話し合う。また、信頼のレベルや種類についても学習する。CL の持つ社会的なサポートについても話し合う。その後、(3)力とコントロールの問題について、資料を用いて紹介する。そこでは、問題を解決し乗り越える力について、また、ト

ラウマ体験者は、状況や感情をすべてコントロールしようとしたり、逆に全くコントロールができなくなるなどについて触れられる。宿題は、力とコントロールに関連するこだわり点の特定、およびワークシートを用いたそれらへの直面である。

⑩ セッション10: 力/コントロールの問題

(1)力とコントロールの問題について「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いて振り返り、CL が力とコントロールについてバランスある見方が出来るように援助する。また、誤った認知に関連した自責についても話し合う。そして、(2)次の問題領域である尊厳について、資料を用いて紹介する。自分および他者に対する尊厳について、また、外傷的な出来事がそのことにどのような影響を及ぼしているかを話し合う。同時に出来事の起こる以前のCLの尊厳がどうだったかについても考える。またこのセッションでは、(3)「アサンプション・シート」を渡し、この問題領域に関連した思い込みを発見し、それらが抑うつ／不安／低い尊厳にどのようにつながりうるのかについて探求していく。宿題は、尊厳の問題に関連するこだわり点の同定と、「アサンプション・シート」と「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いたそれらへの直面である。さらに、毎日自分と他者に敬意を払い、また受けること、最低1つは自分に対して良いことをすることを練習する。

⑪ セッション11: 尊厳の問題

(1)他者に敬意を払い、他者から敬意を受ける、また何か自分に良いことをするという前回の宿題を振り返り、結果の評価とCLの反応について話し合う。また、(2)ワークシートを用い、自分と他者に対する尊厳の問題や、仮定が特定できるようCLを援助する。そして、(3)自分と他者とがどのように親密になるのかということを教えた上で、最後の

トピック、親密性の問題を紹介する。外傷的な出来事によって、人間関係がどのように影響を受けたか、また、事件の前後での変化にも目を向ける。宿題は、親密さの問題に関連するこだわり点の同定、およびそれらへの直面である。さらに、第1回で行った宿題、何故自分にその出来事が起こったのか、またその意味やそれが自分の考え方や世界観に及ぼす影響について再度筆記課題を行う。引き続き、自分と他者に敬意を払い、受けること、最低1つは自分に対して良いことをすることの練習も継続する。

⑫ セッション 12: 親密さの問題

最後のセッションでは、(1)いくつかの残されたこだわり点と共に、親密性の問題と仮定を特定できるようCLを援助し、他者との関係を築き、保持していく上で気になる問題を解決する手助けをしていく。また同時に、アルコールや浪費などによって自らを慰める行為による損失に目を向けさせる。そして、(2)前回の宿題で筆記したものをCLに朗読してもらい、その事件の意味を検討していく。また、最初に筆記したものとの比較を通して、CL自身の信念の変化に着目する。また、(3)これまでやってきたこととCLの進歩に目を向け、困難や外傷的な出来事に直面し、扱ったことに対して、CLの功を認める。そして(4)未来の目標をCLが設定できるように援助し、そのための戦略を詳細に考えていく。最後に、(5)今後はCLがひとりでこれまでやってきたことを引き継いでいくこと、また学んできたスキルを使い続けることを勧める。

<グループ CPT の実際>

CPTはPTSDへの介入法として情報処理理論を基礎に構築された、プロトコル式の認知行動療法である。実施回数は12回と限定され、特定の認知(罪悪感、安全感、コントロール、親密感、など)に対して意識的に介入を行ったり、自分が経験し

たトラウマティックな出来事に対する曝露を筆記を用いて行うなど、他の方法に比べ特異な部分も多い。特徴についての詳細は昨年度の研究報告の中でリストしたが、中でも、筆記を用いた曝露とグループによる介入は特にCPTのユニークな部分と言える。

今年度はCPTを日本に紹介する場合に特に注目されると思われる部分の一つであるCPTのグループ介入について特に注目し情報収集などを行っている。その調査の一環として、本研究班から3名(堀越、福森、丹羽)と協力者の精神科医1名(森田)の4名は、本年9月に、米国シンシナチのVAメディカルセンターでPTSD治療プログラムに積極的にグループCPTを取り組み、目覚ましい実績をあげているチャード博士を訪ね、2日間を費やして情報を収集することが出来た。また、PTSDに対する入院プログラムの実際をスタッフや入院患者との交流の中から学ぶことが出来た。以下、グループCPTについての情報について報告したいと思う。

①グループ CPT

CPTは、グループによる介入であっても個人間のCPTと同様の結果を生むことがわかっている。CPTグループはこれまでに、様々な背景を持つPTSDに試されてきたが、対個人のCPTとほぼ同様の効果を示している。それらの背景には、レイプ被害者、幼児期における性的虐待経験者、戦闘経験者、軍での性的トラウマ経験者たちが含まれる。CPTグループは、入院プログラムの一環として、その他のスキル訓練などと一緒に行われることが多く、普通、7週間の入院治療プログラムのなかで、週に2度、再発防止グループなどと平行して行われる場合が多い。グループCPTは個人のものと同様に12セッションで1クールになっている。CPTグループだけを単独に行う(週に一回など)ことも可能であるが、メンバーを集めたり、メンバーの欠席やドロップアウトのことなどを考えると、入院プログラムの中で一気にを行う方が良い。参加者は全過程の中で4度アセスメントを受ける。治療前のプリトリートメント、治療後のポストトリート

メント、そして、3ヵ月後と6ヵ月後の4回である。効果研究の結果は治療前と、治療後では、PTSD 症状だけではなく、認知的な変容だけでなく、うつ症状などのその他の精神的症状の面でも改善が見られている(Cognitive Processing Therapy for Rape Victims, Resick & Schnicke, 1996 参照)。

②グループ CPT と個人 CPT の違い

実際に各セッションで行われることは、グループも個人もさほどの差はないが、大きな違いは、筆記による曝露の使い方にある。個人の場合には、自分のトラウマ体験について、何が起ったのかについて事細かに書き、その書いた物をセッションの中で読むことによって、ある意味で、トラウマティックな体験をしたときに味わった激しい感情を再体験する時をもつことになるが、グループの場合、メンバーは書いて来たトラウマに関して記載したものを他のメンバーの前で読むことはしない。他人の詳細でグラフィックな体験談を聞くことで、二次的なトラウマ体験をすることになりかねないからである。グループのセッションでは、出来事の内容ではなく、その記事を書いているときにどのような感情を味わったか(このことで、きちんと記事が書けているかがわかる)、その記事には身体感覚についての詳細、考えたことや感じた感情が細かく書かれているか、その作業をすることで何か他のことを思い出したということとはなかったかなどについて問われるが、トラウマティックな出来事の内容については一切話されることはない。グループの中では、プロトコルに従って、毎回、トピックが決まっており、メンバーは自分が記事を書いた時に持った感情を吐露する場所としてグループを用い、お互いのやりとりの中から、自分が持っている歪んだ認知や極端な解釈の仕方などに気づくことになる。結果的に、こだわってひっかかっている点(スタックポイント)を見つけ出す作業を行うことになる。セラピストは、書いてもらった物をコピーして、次のセッションまでの間に、メンバー一人一人のスタックポイントがどこにあるかを探るとともに、もし記述が警察のレポートの様であったり、ある部分を避けているなどに気づいたりした場合には、

励ましやその他のコメントと一緒に記事を返却する時にその記事にノートとして書き込んでおく。グループ形式ではあるが、記事の部分を個人に任せずに、グループとは別に個別にセッションを持ち、記事を読む部分だけを別個に行うことも出来る。しかし、CPTのグループを行っている期間は、グループをリードしているセラピストとだけ会うようにする。なぜならば、同時に同じトラウマ体験について二つのセラピーを行うことはほとんどの場合、良い結果を生まないからである。

③誰がグループ CPT を受けるのか

個人でもグループでもどちらも選択出来る場合は、クライアントに自分の参加したい形態を選んでもらうことになる。しかし、実際には、なかなか選べないというケースも出て来る。似た経験を持つグループの他のメンバーと話したり、聞いたりすることは、認知的に感情的に成長する機会を与えてくれるものであるが、それだけでなく、その他にもグループにしかない利点もある。まず、面談費用が数名で分担することから、比較的安価でサービスを受けられる点、グループメンバーと親しくなることから社会的なサポートシステムを構築することが出来る点、他にも自分と似た人間がいることに気づくことで、自分だけという考えに気づき、問題を一般化することが出来る点、色々な作業や宿題などを一緒に行うことにより励ましや動機付けされる点などが挙げられる。反面、グループにおける問題点もある。まず、必要なだけのメンバーを集めることは簡単なことではない。また、メンバーそれぞれに都合の良い時間を決めることなども難しい問題の一つである。さらに、グループ時間を独り占めしようとする者がいたり、人格障害をもつメンバーのマネージメントも難しい。そのようなことから、中には、個人とグループの両方を行うことも出て来る。グループの時間はなるべく全体のメンバーが使えるようにし、特に問題を持っているメンバーの個人的な問題は個人セッションで扱うようにするなどの工夫が必要な場合もある。

④グループの形態

CPT グループはクローズドグループである。オープングループとは異なって、12回のグループメンバーは固定されており、一旦グループが始まってしまうと新しいメンバーが加わることはない。通常、対個人の CPT セッションが50分から60分なのに対して、グループではメンバーが特定の問題について十分に話すことが出来るように90分のセッションを行う。メンバーの数は理想的には5名から9名で(セラピストが特段に優れている場合には10名から12名の場合もある)、5名が最低ラインだと考えられている。4名の場合、ペアが出来やすいことや、欠席者やドロップアウトがおこった場合のこともあるので、出来れば7名ぐらいはメンバーを確保したい。8人以上になると、一人のセラピストでは手にあまるほか、メンバーが十分に話す時間が取れないなどの問題が生じることが多い。構成メンバーの持つトラウマ体験を揃える必要があるかどうかであるが、必ずしも合わせる必要はないが、合わせた方がセッションでの経験が深いものとなる。しかし、同じ問題を持ったクライアントを揃えることは難しい場合が多く、全く同じでなくても、グループを行うことは出来る。細かな部分に関しては、個人セッションで扱うことで、そうした問題はクリア出来ると報告されている。

⑤グループリーダー

セラピストの主な役割は12回のセッションをきちんとこなしていくことにある。プロトコールにそって、決められたことをこなしていくことが出来るように、また宿題をきちんと完了して来られるように動機づけるなどが一番重要な役割といえる。セラピストの数は2名が望ましい。グループCPTを実際に行っている者の多くは、2名でグループをリードする方がより効果的であると報告している。一人のセラピストがグループをリードしている間に、もう一人がグループの力動などをチェックすることが出来る。また、そうした第三者的な観察からもたらされるコメントが役立つことがは周知のところである。話し合う問題の性格上、どうしてもあるメンバーが感情的になって收拾が付かなくなるときもあり、そのような場合には、片方がその特定のメンバーの

必要に応じている間、もう一人のセラピストが引き続きグループをリードしていくことが出来る。また、重要なこととして、特にこの介入法は宿題を提出してもらったり、逆に資料を提供したりすることが多い関係上、2名でグループをリードしていく方がよいと思われる。書いたものの添削をしたり、コメントを書いたりする為の時間を考えると一人でグループをリードするよりも複数の方が運営しやすい。また、片方が病気などの理由で休み場合もあるので、そのときには残ったどちらかがグループを開くことが出来る。グループのリーダーは、個人のセッションとは異なり、かなり積極的に振る舞う必要がある。二人だけでは話せることが、他のメンバーの前では話づらいというのは、極普通のリアクションである。従って、受け身のリーダーがグループをリードした場合には、十分に感情が出てこないなど様々な問題が生じることになる。

<CPT についてのその他の情報>

今回の訪米で新たにわかったことで非常に興味深い点の一つは、CPT の記述曝露を行わなくても、十分な効果が現れることである。EMDR の眼球運動の効果と似た部分があるかもしれないが、記述曝露なし、つまり認知療法だけでも、十分に効果があることが判明したことを付け加えておきたい。

レイシックらは、2005年に、12回の CPT を、3つの異なった形態で試し、その効果を比較した。その3種類とは、まず ① CPT(これまで通りのCPT)、② CPT-C(これまでの CPT から、筆記曝露を抜いた形)、③ CPT-W(これまでの曝露から認知療法を抜いて、曝露のみにしたものである。被験者の治療前の状態はほとんど同じであったが、治療効果のたどる道筋が異なることが判明した。CPT-C(CPT の認知療法部分のみ)が最も早く治療効果をみせ、CPT-W(CPT の曝露部分のみ)が効果が現れるのが一番遅かった。しかし、CPT-W も治療結果を見る限り、他とほとんど同じ位置に行き着いていることがわかる。また、CPT-C は、CPT よりも早く良くなる傾向が見られ、CPT が二度目の筆記による曝露を行う時点までは、CPT よりも高いレベルで効果を見せている。

しかし、結果的にはどれも、ほとんど同じぐらいの効果結果を示している。また、CPT-C は、途中脱落者の数も少なく(15%)、CPTとCPT-Wがそれぞれ26%なのに比べ、かなり脱落者がいないことになる。レイシックは、予想に反して、記述曝露を行わないタイプの CPT でも充分効果を上げていることから、どうしても記述曝露が出来ない、またはやりたくないというケースでは、CPT-C が充分に奏効することを報告している。このことは、ある意味では、CPT の可能性をさらに広げたと言っても良い。

9) まとめと今後の予定など

3年間のまとめと今後であるが、まとめとしては、厚生科研費と主任研究者(小西)のご理解により、犯罪被害に遭われた方々へのケアの一環としての PTSD 対策の一つの選択肢として、認知処理療法を日本に導入するための準備が進んだという感触をもっている。今後は継続的に CPT のトライアルに向けて患者のリクルートを行うこと、毎週の CPT 勉強会を通して、スキルの構築を続けることが課題となる。また、新しい情報を入れ、使用者にとって分かりやすいマニュアルの改訂版を作り、発行まで漕ぎ着けることが出来ればと思っている。また、グループ CPT についても、その効果を検証するためにも、トライアルを行うとともに、今後、実際に臨床現場で実施できるようになることを希望している。

数回の訪米を通し、レイシック博士とも関係作りを行うことが出来たことは、この3年間の大きな収穫の一つだと思う。また、レイシック博士から日本に CPT を正式に研究するグループを立ち上げることの許可をもらったので、CPT 研究会(仮名)を発足し、マニュアルの提供、訓練会などを通して、CPT を日本に紹介していけるようにしたいと思っている。これらすべてのことの背後には、厚生労働省による経済的、その他の援助によるところが大きい。最後に、厚労省のご理解に対し深く感謝の意を表したいと思う。

付録:写真1 ●レイシック博士を 2006 年9月、ボストンに訪ねる。



写真2 ●2007 年 9 月 5 日:米国シンシナチ VA メディカルセンターの PTSD プログラムのスタッフたちと撮影。中央の黒髪と黒のジャケットが、チャード博士。

ここでは、7週間の PTSD 入院治療プログラムを行っており、CPT のグループがそのメインな部分として用意されている。CPT グループは月曜と木曜日の週に2回行われており、その他の日には、再発予防プログラムなど、その他のプログラムが平行して行われている。患者は入院すると、大きな CPT マニュアルをもらい、それに沿って、7週間のコースをこなしていくことになる。そのマニュアルの中には、CPT のグループで用いる宿題なども全て含まれている。スタッフは、ディレクターの他に精神科医1名、薬物の処方のできるナースプラクティショナー（修士卒の看護師）が2名、臨床心理サイコロジストが3名（ライセンスを持ったドクターレベルの心理士）



写真3 ●2007 年 9 月 7 日に THE US CENTER FOR PTSD のレイシック博士を訪ねた。実際のケースのビデオを見ながら、CPT の実際について半日研修を受けることが出来た。



目的	平成17年度	平成18年度	平成19年度
<u>犯罪被害者のPTSD の査定と治療の現状 の把握</u>	文献研究 ①	CPT に 決定 ④	
効果的なPTSD治療 CPTの日本への導入 CPTの日本への適応 可能性の検討	考案者 レイシック との連絡 ②	研修参加 ⑤ マニュアル翻訳 レビュー 論文執筆 ⑥	研修参加 ⑨ マニュアル完成 レビュー 論文投稿 ⑩
<u>CPTを用いたPTSD治療 とグローバルな介入</u>	資料 収集 ③	介入研究 の準備 ⑦ グループ CPT 1 ⑧	介入研究 開始 ⑪ グループ CPT 2 ⑫

図1 3年間活動計画