

■目標 - 患者が、社交場面において持つ特定の予測が実際は起こりにくいことを発見し、ありのままの自分でも他者に受け入れられることに気づくことができる

※行動実験の目標が達成されるためには、複数のセッション数で扱うことと、宿題での主体的な実験への取り組みが必要である。実験の学びを通して、取り繕う必要もなく、隠れる必要もなく、事前に賢そうな話題を準備する必要もなく、ただ適切に行動する能力が十分あることを信じれば良い。最も脅威なのは他者ではなく、実は自分自身の考えであることに患者が気づくことができるよう意識すること。

■理論背景

・患者は、安全行動や回避を続けてきたことにより、驚異的な結果が実際に起こるのか検証する機会を失ってきた。行動実験の目的は、社交場面において患者の持つ特定の予測を実験することである。そして、患者の信念を反証するための証拠を収集し、自分がありのままでも受け入れられるという気づきを得ることが全体的な目的である。

■手順

1. 実験する社会的な状況・場面を書き出す（「2. 予測：検証したい信念」が先になる場合もある）。
 2. 患者が持つ信念や想定・予測と、それを裏づける結果とは何かを明らかにする。
 3. 患者が持つ信念や想定・予測を検証する方法を明らかにする（「よくないと思う行動」をすると、周囲に○○と思われ、□□のような反応が観察できるだろう）。
- ※他者の反応についての予測を検証（観察）するため、注意の焦点を他者に向けると同時に、安全行動を全てやめるよう教示する（安全行動を完全にやめなければ、安全行動のおかげで最悪の事態に至らなかったと考えるため）。
4. 結果を詳細に記述し、予想した結果との違いを比較する。
 5. 実験を通して学んだことを書き出し、まとめる。
- ※「5. 実験から学んだこと」で記載される残された問題（納得がいかないこと）に、常に着目すること。そして、残された問題を検証するための新たな行動実験が、即座に計画されるべきである。
6. 宿題：繰り返し行動実験を計画し実践する（初期は治療者がアシストし、徐々に患者一人で計画する）
「付録資料 B：ホームワークシートリスト ④」

1. 実験の状況 なるべく詳細な状況を頭の中で思い描き、それを書き出しましょう。	2. 予想 何が起こると予想しますか？それはどのようにして分かりますか？その確信度は(0-100点)？	3. 実験のやり方 その予想を実験するために何をしますか？安全行動を止めることをイメージして考えましょう。	4. 現実の結果 何が起こりましたか？予想は正しかったかですか(0-100)？予想と結果には、どんな違いがありますか？	5. 実験から学んだこと 予想したことが今後おこる可能性はありますか？もとの予想をさらに実験するには？納得がいかないことは？
例： コーヒーブレイクで、職場の同僚と座って会話に混ざる。	例： 頭に浮かんだことをそのまま話したら、笑われたり、無視されたり、馬鹿にされるだろう。 (80%の確率)	例： 頭に浮かんだことを何でも言ってみる。そして安全行動をせずに、他の同僚の反応を観察する。	例： 無視されたり、馬鹿にされなかった。1人が関心を示して色々な質問をしてきて、その人は笑顔だった。(10%)	例： その人が笑っていたのは会話が楽しかったからで、私を馬鹿にしたわけではないだろう。思ったよりも受け入れられるかもしれない。 お互いよく知っている同僚同士だったので、今度はよく知らない人を相手にやってみよう。

- ※外的注意について：以下の2種類があるが、徐々に①のスイッチを切り、②を実践するよう指示すること。
- ①評価モード：他者の反応を検出するための外的注意。これは、「自分が他者にどう見られるか」の評価を続けている状態でもある。つまり、自意識が高まっている状態である。
- ②コミュニケーションモード：自分がどう見られているかの評価ではなく、やりとりに没頭する外的注意。

行動実験の例は、「付録資料 E：行動実験リスト」に記載されているので参考にすると良い。

■目標 - 患者が恐れている最悪な事態や否定的な予測が実際に起こったとしても、必ずしも他者が同じように否定的に解釈しないことに気づく

■理論背景

・患者は、行動実験を通して、社交場面において患者の持つ特定の予測を実験し、患者の信念を反証するための証拠を収集することで、恐れていることが実際には起こりにくいことを発見できたはずである。その一方で、患者が恐れている最悪な事態が起こったとしても（震えやどもりなどの不安症状が相手に気づかれる）、他者が否定的に評価するとは限らない。つまり、他者の基準や見方を査定する必要がある。

■手順

※これまでの行動実験を通じて、どのような信念や想定に揺さぶりがかけられたか（変容したか）、そして、「残っている信念は何か」を明らかにしておくといよい。このセッションで扱うべき信念や不安症状が、より明確になるだろう。

1. 患者が恐れている最悪の事態や不安症状についてリストアップする。
（どもっていることが相手に知られると、自分が馬鹿だと評価される）

2. 「1.」のリストについての、他者の考えや解釈を検証するための質問を作成する。

- 1) 一般的な質問を作成する（ex.なぜ、人はどもると思いますか？）
- 2) 患者の特定の否定的予測に関する質問を作成する（ex.どもっている人を馬鹿だと思いますか？）
- 3) 調査する人数（可能な範囲で多くの人に、そして割合が計算しやすいキリが良い人数）、対象（職業や性別、年齢層、医療関係者を含むかどうか など）を設定する。

※特に後者への回答は、患者の否定的信念に対する明確な反証を提供してくれる。また、質問紙の回答は、様々な別の説明法を提供してくれるだろう（人がどもっている理由は...ex.何か頭の中で考えているのだろう、考えや意見の処理が早すぎて言葉が追いついていないのだろう、言語障害だろう、子どもの頃に批判された経験があるのだろう など）。

3. 宿題：作成した質問紙を、患者の知り合いや家族、治療者の同僚に配布し、回答を得る。

4. 調査結果から得られた考察や、これまで持ち続けていた否定的な信念や想定について、別の説明法などを話し合う。

※「手順3.」と「手順4.」は、別のセッションで扱う場合があるだろう。調査結果のフィードバックとともに、「残遺する信念・想定を同定する」ことや、短時間で解決できそうな問題については「スキーマワーク」として、ソクラテス式問答などを行っても良い。

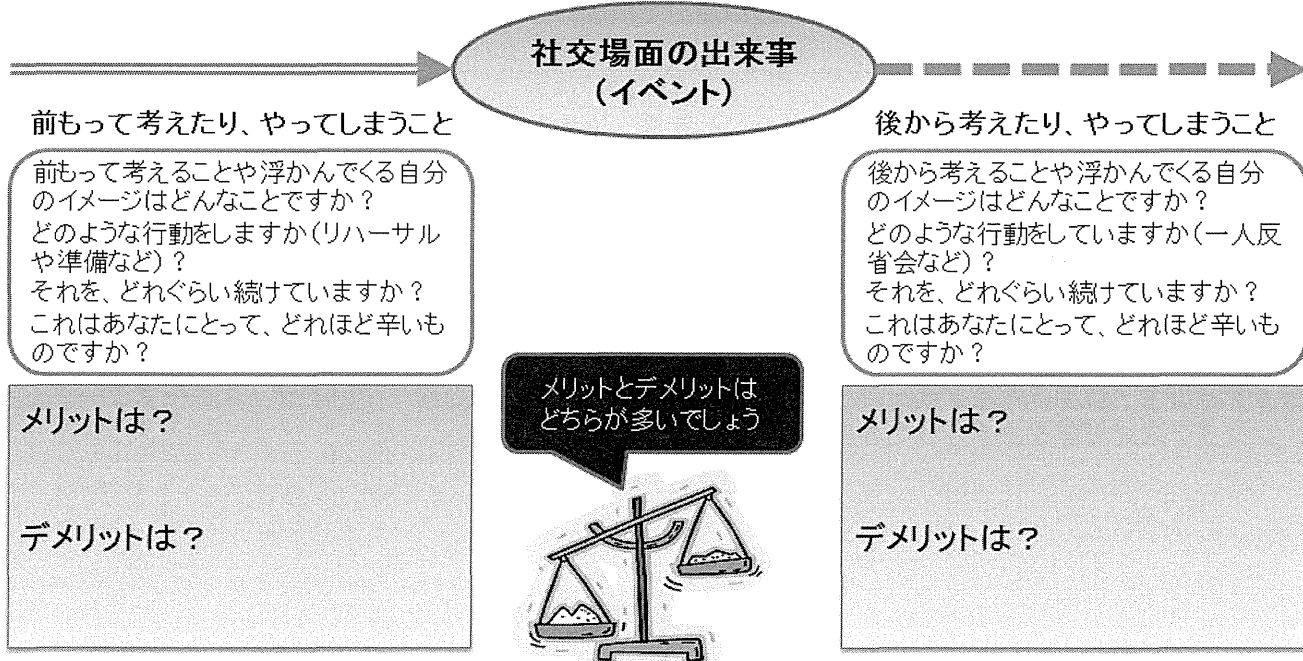
- 目標 - 患者が、社交場面に対する前後で、繰り返し考えること、やってしまうことのデメリットに気づく
 ※出来事の前後で繰り返し考えることは、「予期不安と反芻」など、Clark や Wells からも様々な表現を用いている (ex. Pre- & Post-event processing, Anticipatory & Post-processing, Worry & postmortem)。本マニュアルでは、「Pre- & Post-event processing (think & behave)」について、「出来事の前後で繰り返しやること (考えること、行動すること)」と表現する。

■理論背景

・通常の社会的交流では、自分がどのくらい上手く振る舞えたとか、他者から見てどうだったかということについて、はっきりとしたフィードバックを受けることは滅多にない。このため、患者は社会的な交流が終わった後でくよくよ考えるのである。後から考えることで、患者の不安感と否定的な自己イメージは顕著に形づけられることになる。また、社会的な失敗に関する間違っただ証拠を捉えてしまうのである (感情のバイアスにより過誤記憶が形成される)。

■手順

1. 社交場面・状況に入っていく前後で、どのようなことを考えたり、行動したりしているか同定する。
2. それぞれのメリットとデメリットについて詳細に話し合う (デメリットが多いことへの気づきを促す)。
 (もちろん、「出来事の前に行う準備 (リハーサル) は役立つ場合がある」と患者が指摘することもあり、それは実際に正しいことである。しかしながら、患者は過剰なリハーサルを続けることで、とても堅いセリフ、つまり台本に従おうとしてしまうはずである。その場合、「死刑を行うことのメリットとデメリットについて」「ペレとマラドーナはどちらが良いサッカー選手であったか」などの話題を与え、さらに、患者に準備する時間を与えずに即座に答えるように指示する。一方で、台本を準備させて入念にリハーサルさせた後に、質問への答えを述べさせる場合を準備しても良いだろう。これは、十分に準備された台本がなくとも、自然に話が出ることを体感させる良い方法となるだろう)
3. 出来事の前後で行うことの、よりデメリットの少ない方法について話し合う。
 (後から考えること、やってしまうこと (ex.反芻) については、一切行わないことが望ましい。しかし、これが難しいと思われる患者は、反芻のモードに入った際に、「内部情報に基づく否定的な自己イメージ」と相反する証拠を集めたり、「前のセッションでビデオフィードバックされた実際の自分の姿」を思い返させることが、スモールステップとして役立つ。)



メリットはそのまま活かして、デメリットが出来るだけ少ない方法を考えましょう

4. 宿題：社交場面に入る前と後で、予期不安と反芻をやめることができたか、またはいつもと違うやり方が出来たかを、その都度記録する。「付録資料 B：ホームワークシートリスト ④」。

■目標 - 患者が、社交場面で繰り返されるイメージと過去の記憶に振り回されないようになる

■理論背景

・社交場面でのトラウマティックな過去の出来事が、現在の破局的な自己イメージと結びついたり、否定的な信念やスキーマの形成に発展することがある。過去のトラウマ記憶の体験のような他者からの反応が、現在の自分にも起こるかのように感じることもある（フラッシュバック）。それは、患者が過去の限られた情報でしか、現在の出来事を処理できていないためである（情報と記憶のバイアス）。そのため、患者は大人としての自分の視点や、認知行動療法を通して得た新たな視点から、トラウマ記憶を更新する必要がある。

■手順

1. 社交場面で繰り返されるイメージを同定する。

- 1) 社会的な状況で不安になるときに何か自動的に生じるイメージの尋ねる
- 2) 目を閉じてイメージを作り出し描写してもらう。
- 3) イメージの生々しさ（鮮明さ）、苦痛の度合いについて評定し（0-100；全くない-非常にある）、先週起こったイメージの頻度について回数を訪ねる（先週〇回ぐらい）。

2. 記憶を同定する。

- 1) 繰り返されるイメージに関連した記憶を尋ねる（SWIHで聞くことでイメージを鮮明にする）
- 2) その記憶の意味を言語化してもらう
- 3) 記憶の生々しさ（鮮明さ）、苦痛の度合いについて評定し（0-100；全くない-非常にある）

3. 信念を同定する。

- 1) イメージと記憶の意味について要約し、信念を同定する
- 2) 信念の確信度を評定する（0-100；全くない-非常にある）

4. 認知再構成を行う

（要約された信念と別な信念に対しての証拠を書きだし、初期の記憶の意味と現在に対する示唆に挑戦する）

5. イメージの書き換えを行う

- 1) 現在形で、その記憶のときの自分に戻り、今ここで起こっているかのように現在形で語ってもらう
 - 2) 記憶を追体験する（その記憶の場面に、今の自分が第三者として見ているように状況を語る）
 - 3) 記憶に介入する（大人の自分がその場に一緒にいて、介入したり、同情したり、アドバイスをする）
- ※3)が終わると、どのように感じるか、記憶が今どのように感じられるか尋ねる。

6. 再評定を行う

イメージと記憶について、それぞれの生々しさ（鮮明さ）、苦痛の度合いについて評定し（0-100；全くない-非常にある）、信念の確信度についても評定する

7. 宿題：イメージがこの1週間でどのくらい湧いてきたか、回数を記録する

（以下患者さんの治療の進み具合によって選択）

- ・このセッションを行うことによって、新たにできるようになった行動を記録（ポジティブデータログ）
- ・「イメージ書き換え」で若い自分にかけてあげた言葉を書き留めて毎日見ってもらう
- ・「イメージ書き換え」で若い自分にかけてあげた言葉のほかに、効果的な言葉を思いついたら書き留めておく
- ・イメージがどのくらい苦痛か評定する（0-100；全くない-非常にある）

- 目標 - 患者が、これまでのセッション（行動実験など）の中で反証や変容が難しかった残遺する信念に対して、柔軟性な見方ができるようになる

■理論背景

・社交不安障害に特徴的な想定と信念は以下に分類される。

①社会的行為に対する極端に高い基準、②条件付き信念、③無条件の信念

・「①極端に高い基準」と「②条件付き信念」については、これまでに概説された行動実験によって対処することが可能な場合が多い。「③無条件の信念」については、行動実験のような認知の操作によって変容が起こることもあるが、別の認知的操作を追加することを検討する必要がある。なぜなら、「③無条件の信念」は、大抵が漠然としたものであり、それが故に、この信念からなかなか抜け出すことができない。この認知的操作は、うつ病や低い自尊心の患者の治療のために開発されたものを用いると良いだろう。

■手順

※患者に残遺している信念や想定の特徴に合わせて、スキーマワークを実施せよ。以下に一例を示す。

1. 否定的な信念・想定（スキーマ）を「ルールA」として同定する。（付録資料C：典型的な信念リストを本人とともに参照してもよい）

- 例) ①極端に高い基準：完璧に流暢に話さなければならない、知的で気の利いた人に見られなければならない
 ②条件付き信念（XであればYとなる）：もし違うことを言ったらバカにされる、不安になっていることに気づかれると悪く思われる、私に対する興味がなければ人は自分のことを私に話さない
 ③無条件の信念：私はつまらない、浮いている、変わり者である、私は怪しい

2. 否定的な信念・想定（イメージを含む）を、観察可能な具体例（具体的な行動など）としてリストアップする（どのような振る舞いをすると、変わり者に思われるのですか？）。

（例：「私は変わり者である」という無条件の信念に対して、「どのような行動をすると、変わり者に思われるのですか？」と尋ね、観察可能な具体例のリスト（例：人と違う意見を言う人、夏でも毛皮を着ている人、逆立ちをして歩き回る人など）を作る。

※この過程を通して、これまで漠然としていた否定的な信念（イメージを含む）を構成する特徴が具体化、言語化、明確化される。患者が考える「社交場面での許容されない範囲」が明らかになる。

3. リストアップした観察可能な具体例が、本人や他者に当てはまるか検討する（あるいは、過去の経験から証拠を探す）。

※漠然とした信念や想定を構成する特徴が、自分には到底当てはまらないことに気づいたり、逆に他の人にも当てはまる特徴であることなどの気づきに繋がる。Ex.人と違う意見を言う人は変わり者と思われるだろう。しかし、他の人が周りと同じ意見を言うことはよくあることが、私は彼らを変わり者だと思わない。

※作成された特徴リストを用いて、新たな行動実験やビデオフィードバックの材料にすることも良い。

4. 否定的（非機能的）な信念・想定「ルールA」に代わるべき、肯定的（機能的）な信念・想定を「ルールB」として同定し、いつでも参照できるように、コーピング・カード（フラッシュ・カード）を作成する。

5. 肯定的（機能的）な信念・想定に基づく観察可能な具体例（具体的な行動など）をリストアップする（言語化、明確化する）。

宿題：①「ルールB」に基づくコーピング・カードを毎日暗唱する（携帯の待ち受けや手帳への記載など）。

②「ルールB」を支持する証拠（具体的な行動や考えなど）を自分が発見したり実践できた場合、その時のポジティブな感情とともに、日記として記録していく（ポジティブ・データ・ログ）

※その他のスキーマワークは、「付録資料F：スキーマワークリスト」を参照せよ。

■目標 - 患者が、これまでの治療セッションの振り返りと般化を行う。

■理論背景

・認知行動療法は、問題を解決するための具体的な解決方法を、患者自身が主体的に獲得して行くことを支援する指示的な治療技法である。そのため、治療効果が持続しやすく、再発も少ないことで注目されている。この利点を最大限発揮するために、治療を通して獲得した技術や学び、気づきを適切にフィードバックするとともに、他の問題にも般化できるよう操作することが重要となる。

■手順

※再発予防シートの記入を宿題として実施する場合には、別のセッションで振り返りと終結を行うことになる。つまりセッションが2回に渡る場合も考えられる。

1. 再発予防シート（付録資料 G）の記入を通して、症状の変化、生活上の変化、学んだこと、継続すべきこと、残された課題の明確化と対処法について話し合う。

シートに記載されている項目の要点を以下に示す。詳細は付録資料を参照せよ。

- A. あなたの症状について、最悪のときと現在を比べてみましょう
- B. あなたの問題を維持していた要因を復習してみましょう
- C. これまでの回復を継続・強化していくために、何ができるでしょうか？
- D. 今後、いつ、どのような状況で、似たような問題が生じると予想しますか？
- E. 今後はどのように問題に対処しますか？

■目標 - 具体的な再発予防計画を立案するとともに、患者が持つ治療が終了する喜びや不安を共有する。

・一般的に心理療法とは、悩みの解決を目的とする治療者と患者の共同作業であり、いつか必ず終わりを迎える関係である。この終わりを心理療法では「終結」と呼び、患者が悩みを客観的に理解し、それを自分なりに解決できると判断した時期となるが、心理療法が終わりなき営みにならないためにも、個々に適した終結を設定する必要がある。また、本マニュアルのような認知行動療法では、治療開始時に終結時期が、ある程度設定されている場合もあるだろう。治療の振り返りと般化、そして具体的な再発予防計画の立案とともに、治療終結に伴う喜びと不安や迷いなど、別れに伴うアンビバレントな感情についても、患者-治療者間で共有することが大切である。

■手順

1. 治療開始前に設定した短期・中期・長期目標の評価と、未達成の課題についてどのように取り組んでいくか、具体的な計画を立てる（フォローアップで扱う内容も含めること）。
2. 治療が終了するにあたっての不安について話し合う
 - ・今後の具体的な心配事がある場合は、その対策を考える
 - ・漠然とした終結の不安は当然のことで、勇気づける

参考資料・文献

- ディビッド・M・クラーク/アンケ・エーラーズ (編集・監訳: 丹野義彦)、「対人恐怖と PTSD への認知行動療法」、星和書店 (東京)、2008
- ディビッド・M・クラーク/クリストファー・G・フェアバーン (編集・監訳: 伊豫雅臣)、「認知行動療法の科学と実践」、星和書店 (東京)、2003
- Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackmann A, Mueller M, Westbrook DA, Rouf K: Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy. Oxford University Press, USA; 2004.
- Crozier WR, Alden LE: The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians. John Wiley & Sons; 2005.
- Hackmann A, Clark DM, McManus F: Recurrent images and early memories in social phobia. Behaviour Research and Therapy 2000, 38:601–610.
- Harvey AG, Clark DM, Ehlers A, Rapee RM: Social anxiety and self-impression: cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. Behaviour Research and Therapy 2000, 38:1183–1192.
- McManus F, Clark DM, Grey N, Wild J, Hirsch C, Fennell M, Hackmann A, Waddington L, Liness S, Manley J: A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. Journal of Anxiety Disorders 2009, 23:496–503.
- Wild J, Clark DM: Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia. Cognitive and Behavioral Practice 2011, 18:433–443.
- Wild J, Hackmann A, Clark DM: Rescripting Early Memories Linked to Negative Images in Social Phobia: A Pilot Study. Behavior Therapy 2008, 39:47–56.

エビデンスについて

■ Clark & Wells モデルによる個人認知行動療法のエビデンスを示す論文

- Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM: Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. Behaviour Research and Therapy 2003, 41:991–1007.
- Clark DM, Ehlers A, McManus F, Hackmann A, Fennell M, Campbell H, Flower T, Davenport C, Louis B: Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. J Consult Clin Psychol 2003, 71:1058–1067.
- Clark DM, Ehlers A, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Grey N, Waddington L, Wild J: Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2006, 74:568–578.
- Mörtberg E, Clark DM, Sundin O, Aberg Wistedt A: Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. Acta Psychiatr Scand 2007, 115:142–154.
- Stangier U, Schramm E, Heidenreich T, Berger M, Clark DM: Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. Arch. Gen. Psychiatry 2011, 68:692–700.

■ 本マニュアルのエビデンスに関する論文

- Yoshinaga N, Ohshima F, Matsuki S, Tanaka M, Kobayashi T, Ibuki H, Asano K, Kobori O, Shiraishi T, Ito E, Nakazato M, Nakagawa A, Iyo M, Shimizu E: A preliminary study of individual cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in Japanese clinical settings: a single-arm, uncontrolled trial. BMC Res Notes. (under review of the revised manuscript)

作成 : 吉永尚紀

協力 : 松木悟志、大島郁葉、浅野憲一、伊吹英恵、小林朋美、田中麻里、高梨利恵子

監修 : 清水栄司

本マニュアルは、厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」の助成を受けて、千葉大学医学研究院社交不安障害研究 (SAD) チームが作成しました

トラウマ（複雑性悲嘆を含む）に対する認知行動療法の均霑化 ならびに

複雑性 PTSD に対する認知行動療法の導入と指導体制の検討

分担研究者 金吉晴

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部

（要旨）持続エクスポージャー療法（Prolonged Exposure Therapy: PE）は外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder: PTSD）に対する、薬物療法を含むあらゆる治療法の中で最も強いエビデンスが出ているにもかかわらず、日本での普及が困難であった。その理由の1つは指導体制が確立していないためであり、有能な指導者の養成が急務である。そのためにはスーパーバイズの方法を体系化し、効率的に有効な指導が行えるように整備をしていく必要がある。複雑性 PTSD に対する認知行動療法として、STAIR/NST を日本に導入するとともに、効果的な指導、臨床訓練のシステムのあり方を検討した。病態に応じた本治療の特徴を検討し、米国との緊密な連絡の元に治療を実施し、改善を見た。今後の指導体制の確立と維持が課題である。

1 PTSD

外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder: PTSD）は生命の危険に匹敵するような危険、被害に直面した後、その体験の情動記憶が本人の意思と関係なくフラッシュ様に想起され、当時と同じ恐怖が再体験されるという現象を中核とし、それに伴って回避麻痺、過覚醒が生じ、これらが1ヶ月以上持続する病態である 1)。PE は、

Pennsylvania 大学 Edna Foa 教授によって作成され、遷延する PTSD 症状の原因を回避 avoidance であるとの仮定の上立ち、avoidance とは逆の直面化 confrontation を系統的に行うことによって、体験記憶の馴化 habituation、処理 processing を促進する技法である。当初は rape 被害者を主な対象としていた 8,9) が、現在では体験の種別によらず、PTSD 一般に対する治療とし

て高く評価されている。国際トラウマティックストレス学会による治療ガイドライン7)、米国精神医学界によるエキスパートコンセンサス・ガイドライン2)を始め、PTSD に対する治療法としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 selective serotonin reuptake inhibitor(SSRI)による薬物療法と並んで、第一選択にあげられている。

かつては、体験直後の心理的デブリーフィング psychological debriefing が PTSD の予防に有効であるとされ、米軍マニュアル等に記されたこともあって日本でも一部に広まったが、その後 Cochrane Library を始め、この技法が無効であるばかりか時には PTSD を増加させる危険が指摘された。2005 年 11 月の Toronto における International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) において、この技法の主張者である Everly 教授を招いて討論会が行われ、同教授も自分たちの研究の evidence の不足を認め、この論争には決着がついた。

PTSD の従来の治療法とその問題点：PTSD 治療の第一選択は、選択的セロトニン再取り込み阻害剤 (selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI) と持続エクスポージャー療法 (prolonged exposure therapy: PE) などの PTSD に特化した認知行動療法であり、これらは諸外国における RCT によってその効果が確認されている。しかし日本では、RCT によって治療効果が確認された PTSD の治療法は存在していない。な

お、SSRI については、The National Institute for Health and Clinical Excellence によるガイドラインではその治療効果の検証は不十分とされているが、PE については同ガイドラインを含め、国際トラウマティックストレス学会や米国精神医学会の PTSD 治療ガイドラインで、治療の第一選択として常に推奨されている。

PTSD 以外にも、心理的トラウマによる PTSD 等の症状を呈する患者のための、エビデンスに基づいた CBT は近年急速に発達している。著者らは表 1 に掲げる CBT を順次導入し、日本での普及、定着を諮っているところである。これまでには持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) に関して、RCT を終了し、指導者を育成してきた。この療法は成人型の単回被害による PTSD を対象としたものである。またトラウマ被害を受けている子どもに対しては、母子ともに治療、訓練をする親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy: PCIT) がある。しかし幼児期にトラウマの被害を受けた成人に関してはこれまで有効な CBT が日本に導入されてこなかった。その背景としては、こうした PTSD 患者は複雑性 PTSD といわれることが多かったが、DSM-IV でも ICD-10 でも診断基準としては採用されておらず、そのために積極的な治療研究の対象となりにくかったという事情がある。近年、ICD-11 の改訂作業が進んでおり、その中で複雑性 PTSD (Complex PTSD) の診断が採択される見通しが強まって

いる。そのような状況の中、米国でエビデンスの出ている複雑性 PTSD の治療を導入することはきわめて時宜に適合しており、患者のニーズに応えるものと考えられる。

2 複雑性 PTSD

成人と異なり、以下のような特徴を有する。

出来事基準については、多くの場合、幼少期に始まり、なおかつ対人関係に関する、慢性、連続性および持続性のトラウマ（幼少期の虐待、親密なパートナーからの暴力、戦争捕虜、内戦（虐殺）の体験、売春/ 人身売買）と定義される。

また附加的な特徴として、感情調整の困難があり、挑発されやすく、感情的に刺激に対して敏感に反応し、平静を保つことができないことがあげられている。恐怖/ 解離、怒り、不安、悲しみなどの感情が問題となりやすい。

また対人関係の問題としては結婚および交際に関する問題、対人関係に対する不満足、子育てに関する問題、仕事における機能不全、社会的孤立、援助が少ないと感じられること。

3 PE 治療の概要

持続エクスポージャー療法（Prolonged Exposure Therapy: PE）(1)は Foa らによって、情動処理理論(2)を背景として考案された、外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder: PTSD）に対する認知行動療法の一つである。米国学術会議 Academy of Sciences が設立した PTSD の治療研究の

検討委員会では、薬物療法を含むあらゆる治療法のエビデンスが不十分であると判定される中で、唯一、PE だけが十分なエビデンスがあると認められている(3)。国際トラウマティックストレス学会 International Society for Traumatic Stress Studies(4)も同じ見解を踏襲している。

4 STAIR/NST 治療の概要

本治療は STAIR（Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation: 感情と対人関係調整スキル・トレーニング）と NST（Narrative Story Telling: ナラティブ・ストーリィ・テリング）から構成される。

STAIR の特徴は段階的な治療構造を有していることである。まずトラウマから回復する上での主要原則として過去についての意味づけをするが、患者に差し迫っている問題や必要とされる援助の重要性によって現在を扱うことが優先される。具体的には症状の安定化/対応（急性の苦痛、重度の PTSD）、日々の生活での問題（対人関係、混沌とした生活）、併存する症状（精神病症状、重度のうつ病）などである。

STAIR/NST は弁証法的治療（DBT）と PE を合体した改良版であり、以下のような特徴を持つ。

STAIR では以下を目標とする。

- ① 希望のリソース
セッション 1 : 治療への導入
- ② 感情のリソース
セッション 2 : 感情への気づきとネーミングの能力
セッション 3 : 感情調整
セッション 4 : 生活への感情的な関わり

- ③ つながりのリソース
- セッション5：対人関係のパターン（スキーマ）の理解
- セッション6：対人関係のパターンの変化（代替スキーマと役割）
- セッション7：対人関係の助けとなる力（自己主張と自己制御）
- セッション8：対人関係における柔軟性（複数の作業モデル）

NSTの目標は以下の通りである。

- ④ 語りの繰り返し（セッション9-16）
 トラウマ記憶の組織化
 消去/ 馴化による恐怖の軽減
- ⑤ 意味の分析・文脈付け（セッション9-16）
 自己および他者に対する信念の作り直し
 （トラウマスキーマは過去の一部 v s 現在の一部）
 トラウマ記憶を生活史に統合する
 恐怖以外の感情探求と解消：恥、罪悪感、怒り、および喪失感
- ⑥ 段階的スキルの継続的な練習（セッション9-16）
 患者のニーズに合わせる

4 治療エビデンス

PEに関しては多くの有効性研究がでており、米国学術会議、国際トラウマティックストレス学会ガイドライン等で、常にPTSDに対して推奨される治療法である。

STAIRに関しては、以下の研究論文が代表的なものである。

STAIR/NST vs. Waitlist (Cloitre et al, 2002)

- ◆ N=58 幼少期のトラウマを抱える女性58名
- ◆ PTSDの軽減, 対人関係問題の軽減, 感情調整の向上
- ◆ 第1段階での感情調整の向上は第2段階でのPTSDの軽減を予測する

STAIR/NST vs. STAIR/SC, SC/NST (Cloitre et al, 2010)

- ◆ N=104 幼少期のトラウマを抱える女性104名
- ◆ STAIR/NST superior to SC/NST in symptom reduction, reduced dropout rate
- ◆ 症状軽減、中断率の低下に関してはSC/NSTよりSTAIR/NSTの方が効果が高い
- ◆ STAIR/NST 治療後の再発率は、他の2つの治療後より、有意に低い

STAIR/NST - 2002年の研究と比較した基準 (Levitt et al, 2007)

- ◆ N=59 9/11に関連したPTSDを抱える男女59名
- ◆ Effect sizes は2002年の研究に近い

- ◆ アルコール・薬物使用の減少と社会的援助の向上がみられた

STAIR グループ vs Treatment-As-Usual
(Trappler & Neville, 2007)

- ◆ 重度の精神疾患と PTSD を抱える入院患者男女 48 人
- ◆ PTSD、感情の離脱と鈍化、および運動興奮性の軽減において STAIR グループ が優位であった

5 日本での導入とスーパーバイズ体制

1) PE

著者らはこの治療法を Foa を日本に招聘して初めて日本に導入し、以後は近年では治験登録をした RCT を成功裏に終了させ、また国立精神・神経センター精神保健研究所における研修を毎年開催し、100 名余を訓練し、うち何人かにスーパーバイズを行い、マニュアルを翻訳出版してきたが、トラウマ記憶に対して持続的なエクスポージャーを行うという治療手法に抵抗を覚える参加者が多いことと、その後の継続研修体制を組むことが難しいために、思ったほどには普及していないのが実情である。しかしながら最近では PE を希望される患者の数は次第に増加しつつあり、筆者の勤務先の治療研究 HP を見ての問い合わせも次第に増加しつつある。また PE 研修を受講した参加者からも、職場での PTSD 患者の治療のために

これを実施したいというスーパーバイズ (SV) の依頼が少なくない。現状では PE の治療者もスーパーバイザーも不足しており、PE 普及のボトムネックは世間からの誤解ではなく PE を実施する体制が整っていないことが大きい。そこでスーパーバイザーをどのように育成し、またスーパーバイズをどのように効果的に行えば良いのかということが喫緊の課題となる。PE のスーパーバイズについては本邦にまとまった紹介がないが、Foa らは資料のようなマニュアルを定めて指導を行っている。PE 講習に参加してからスーパーバイザーになる手続は図の通りである。

今後の PE の普及のためには認定された指導者の数を増やすことが先決であるが、そのためにはスーパーバイザーのための研修、指導マニュアルの充実などを図らなくてはならない。

2) STAIR/NST

2012 年 4 月、創始者の Dr Marylene Cloitre を招聘し、2 日間の研修を行った。ディスカッションやロールプレイを取り入れた参加型の WS となった。同年 8 月より、3 名の治療者が米国のスーパーヴァイザーの指導を受けながら、治療を進めている。スーパーヴァイズは週一回 Skype を通して行われている。

結語

定型的 PTSD、複雑性 PTSD に対して、それぞれ特異的な認知行動療法を導入することの意義は大きい。PE は RCT も終了し、SV 体制も徐々に完成しつつある。STAIR はまだ

feasibility の検証段階であるが、順調に SV が進行中である。これらの研究を進展させ、安定した治療者の育成体制を構築したい。

文献

PE

1. 金吉晴, 小西聖子. PTSD の持続エクスポージャー療法. (Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B.: Prolonged exposure therapy for PTSD. Oxford University Press, New York, 2007). 星和書店; 2009.
2. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull.* 1986 Jan;99(1):20-35.
3. Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder [Internet]. 2007. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/11955.html>
4. Foa EB, Keane T, Friedman MJ, Cohen JA. Effective treatments for PTSD, 2nd edition. Guilford Press; 2008.
5. Eftekhari A, Stines LR, Zoellner LA. Do You Need To Talk About It? Prolonged Exposure for the Treatment of Chronic PTSD. *The Behavior Analyst*

Today. 2006 Jan 1;7(1):70-83.

6. Foa EB. Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006;67 Suppl 2:40-5.

STAIR/NST

1. Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectr.* 2009 Jan;14(1 Suppl 1):32-43.
2. Cloitre M, Cohen LR, Koenen KC. Treating Survivors of Childhood Abuse: Psychotherapy for the Interrupted Life. 1st ed. Guilford Pr; 2006.
3. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress.* 2011 Dec;24(6):615-27.
4. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, et al. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2010 Aug;167(8):915-24.
5. Cloitre M, Petkova E, Wang J, Lu Lassell F. An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD

related to childhood abuse. *Depress Anxiety*. 2012 Aug;29(8):709-17.

6. Havens JF, Gudiño OG, Biggs EA, Diamond UN, Weis JR, Cloitre M. Identification of trauma exposure and PTSD in adolescent psychiatric inpatients: an exploratory study. *J Trauma Stress*. 2012 Apr;25(2):171-8.
7. Levitt JT, Malta LS, Martin A, Davis L, Cloitre M. The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack. *Behav Res Ther*. 2007 Jul;45(7):1419-33.
8. Nooner KB, Linares LO, Batinjane J, Kramer RA, Silva R, Cloitre M. Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence. *Trauma Violence Abuse*. 2012 Jul;13(3):153-66.
9. Trappler B, Newville H. Trauma healing via cognitive behavior therapy in chronically hospitalized patients. *Psychiatr Q*. 2007 Dec;78(4):317-25.

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
総合研究報告書

児童の不安障害に対する認知行動療法の有効性の検討

分担研究者：元村直靖¹⁾

研究協力者：石川信一²⁾

1) 大阪医科大学, 2) 同志社大学心理学部

研究趣旨：本研究では、平成 19 年～21 年度の研究において有効性が検討されたプログラムの普及を目指し、①不安障害を有する高校生に対する認知行動療法、②自閉症スペクトラム障害に併存する不安障害に対する認知行動療法、③不安障害とうつ病性障害を併発する児童青年に対する認知行動療法、④認知行動療法プログラムにおける Moderator 分析、の 4 つの研究を実施した。研究の結果、認知行動療法プログラムの適用年齢の拡張、併存障害を有する場合の有効性に関する示唆、親子参加型プログラムの適格者、に関して一定の知見が得られた。本研究の成果によって、開発されたプログラムの普及を促進する成果が得られたと結論づけられる。

A. 研究目的

児童青年の精神障害の中でも、不安障害は最も有病率の高い問題の 1 つであるとされ、近年注目が集まるようになってきた。例えば、主な有病率調査を参照すると、6 ヶ月有病率では 9.1%～17.7%、生涯有病率では 12.7%～27.0%と報告されている (Costello et al., 2004)。不安障害の症状を有する児童青年は、その時点において、主観的、社会的不適応を抱えるばかりではなく、年齢に応じて問題の様相を変えながらも、成人期まで維持されることが多く、うつ病をはじめとしたさまざまな精神疾患のリスクとなるとされている (石川, 2010)。そして、既に我が国の児童青年においても、欧米諸国に匹敵する程度の不安症状の報告

がなされている (Ishikawa et al., 2009)。

以上のことから、児童青年の不安障害に対する効果的な心理療法の開発と実践は、我が国における心理臨床研究において重大な課題の一つである。

そこで、当研究班では、平成 19 年～21 年度の研究（精神療法の実施方法と有効性の検討）において、児童青年の不安障害に対する認知行動療法プログラムを開発し、その有効性について検討を行った。その結果、児童青年の不安障害においても認知行動療法の有効性が指示される成果が得られた。そこで、平成 22～24 年度の研究においては、プログラムの普及を目指し、さまざまな対象者への適用を試みることにした。

B. 研究方法

以下の4つの研究が実施された。

研究1. 不安障害を有する高校生に対する 認知行動療法

【目的】

これまでの研究においては、主に小中学生を対象に認知行動療法プログラムの有効性が検討されてきた。しかしながら、高校生を含むより年長の対象者に対するプログラムの実施は検討されていない。プログラムの普及を目指すうえで、さまざまな年齢層のクライアントを対象として認知行動療法の有効性を検討することは、重要な研究課題であるといえる。そこで、より年長の不安障害を有するクライアントに対する認知行動療法プログラムの有効性を検討することとした。

【対象者】

対象者は、DSM-IV-TRに基づく半構造化面接の結果、不安障害の診断基準を満たした15-18歳の青年11名（男子2名、女子2名、平均年齢15.91±1.05歳）であった。対象者の不安障害の内訳は、社交不安障害9名、特定の恐怖症8名、全般性不安障害6名であった（延べ人数）。6名（54.5%）が複数の不安障害の診断基準を満たしていた。

【尺度】

日本語版スペンス児童用不安尺度（SCAS; Ishikawa et al., 2009）、児童用認知の誤り尺度（CCES; Ishikawa, 2012）、自己記入式抑うつ尺度（DSRS; Birlleson, 1981）を用いた。査定はプログラム開始前、終了直後、3カ月フォローアップ時点において行われた。

研究2. 自閉症スペクトラム障害に併存する不安障害に対する認知行動療法

【目的】

自閉症スペクトラム障害（ASD）の児童青年には、不安に関連した問題が見られることが少なくない。我が国においても、ASDの児童青年に対する対応は注目が集まっているが、併存障害として不安症状への対応についてはほとんど報告がなされていない。そこで、不安障害を有するASD児童に対して認知行動療法の適用を試みた。

【対象者】

①中学2年男子（以下：A）

Aの主訴は、過去の嫌なイメージが離れない、将来の就職のことが心配、家が壊れるのではないかとといったものであった。診断名としては、全般性不安障害、広汎性発達障害、起立性調節障害がある。家族歴、既往的ともに特記事項はない。WISC-IIIでは、FIQ=77、VIQ=90、PIQ=68である。

②中学2年男子（以下：B）

Bの主訴は、学校に行きたいけど教室に入れない、何故かは分からないけど怖い、家族が死んだらどうしようと不安になり、夜眠れなくなる、といったものであった。診断名としては、全般性不安障害、分離不安障害、広汎性発達障害がある。家族歴、既往的ともに特記事項はない。WISC-IIIの結果は、FIQ=85、VIQ=99、PIQ=72であった。

③中学2年生女子（以下：C）

Cの主訴は、音への過敏、行事への参加の困難、会話（コミュニケーション）の問題、新しいことへの不安であった。対人場面での緊張が改善せず、登校しぶりを繰り返していたため、プログラムを受けること

を希望した。8歳9ヶ月のときに公立の発達支援センターに来談し、「軽度発達障害」と診断を受ける。その他に、社交不安障害、特定の恐怖症の診断に合致した。WISC-IIIの結果は、FIQ=113, VIQ=104, PIQ=121であった。

【尺度】

日本語版スペンス児童用不安尺度(SCAS; Ishikawa et al., 2009), 児童用認知の誤り尺度(CCES; Ishikawa, 2012), 自己記入式抑うつ尺度(DSRS; Birlleson, 1981)を用いた。査定はプログラム開始前, 実施中, 終了後において行われた。

研究3. 不安障害とうつ病性障害を併発する児童青年に対する認知行動療法

【目的】

成人においては、うつ病と不安障害の併発について、多くの症例が報告されているが、児童青年においては、十分とはいえない。しかしながら、児童青年を対象にした数多くの先行研究においても、不安障害とうつ病性障害の併発率の高さが指摘されている。不安障害とうつ病性障害に対するCBTプログラムは、心理教育、認知再構成法、リラクセーション、問題解決訓練など重複する構成要素が数多く存在する。そこで、不安障害とうつ病性障害を併発する児童青年に対する認知行動療法の適用について報告を行うこととした。

【対象者】

①小学4年生女子(以下:D)

Dの主訴は、自分に自信がなく友人と関わりを持つことができない、友だちがいたら避けるというものであった。中心的症状の1つとして、容姿のことを言われること

についての落ち込みがあった。疲労感などの症状もみられるため気分変調性障害の診断基準を満たしていた。また社交不安障害、分離不安障害、特定の恐怖症の診断を満たしていた。

②中学2年生女子(以下:E)

Eの主訴は、人見知りをする、自信がないおよび心配性というものであった。気分の落ち込みや意欲の低下も目立ち、悲観的な考えが前景にみられるため、気分変調性障害の基準を満たした。また、全般性不安障害、社交不安障害、特定の恐怖症の診断も満たしていた。

③中学1年生男子(以下:F)

Fの主訴は不眠であった。現在、不登校傾向である。学校に行く日には下痢症状を呈しており、不眠(入眠困難)傾向があった。マイナス思考であり、時に自殺願望を口にする。また、気分が沈む、疲れやすい、億劫、いらいらなどの症状が持続し、気分変調性障害と診断された。また、社交不安障害の診断も満たしていた。

【尺度】

日本語版スペンス児童用不安尺度(SCAS; Ishikawa et al., 2009), 児童用認知の誤り尺度(CCES; Ishikawa, 2012), 自己記入式抑うつ尺度(DSRS; Birlleson, 1981)に加え、精神病理学的診断基準への合致の有無を検討するために、ADIS(Silverman & Albano, 1996)を用いた半構造化面接を行った。査定はプログラム開始前, 終了直後, 3カ月フォローアップ時点において行われた。

研究4. 認知行動療法プログラムにおける

Moderator 分析

【目的】

親参加型の認知行動療法プログラムにおいて、効果の Moderator となる要因を明らかにするために、親報告と自己報告の児童の不安症状の一致している対象者と一致していない対象者において、プログラムの効果の違いについて明らかにする。

【対象者】

対象者は、DSM-IV-TR の不安障害の診断基準を満たす小学生 12 名（男子 4 名，女子 8 名；平均 9.58 ± 1.11 歳）であった。対象者の不安障害の内訳は、分離不安障害 3 名，社交不安障害 11 名，特定の恐怖 9 名，全般性不安障害 5 名であった（述べ人数）。12 名中 9 名（75.00%）が複数の不安障害を有していた。

【尺度】

日本語版 スpens 児童用不安尺度 (SCAS; Ishikawa et al., 2009)，と親評定 スpens 児童用不安尺度 (SCAS-P; Nauta et al., 2004)，児童用認知の誤り尺度 (CCES; Ishikawa, 2012)，自己記入式抑うつ尺度 (DSRS; Birlleson, 1981)，ADIS (Silverman & Albano, 1996) を実施した。査定はプログラム開始前，終了直後，3 カ月フォローアップ時点において行われた。

（倫理面への配慮）

なお，本研究の実施については，大阪医科大学倫理委員会，および同志社大学「人を対象とする研究」倫理委員会の承認を得ている。

C. 研究結果

4 つの研究結果については，以下の通りである。

研究1

認知行動療法プログラムの効果を確認するために，プログラム開始前 (Pre)，プログラム終了後 (Post)，3 ヶ月フォローアップ (FU) の 3 点における SCAS 得点について分析を行った。その際，一部の対象者において欠損値がみられる点を考慮し，混合モデルによる分析を採用した。

時期を固定効果，対象者を変量効果として，分析を行ったところ，時期の主効果が有意であった ($F(2, 17.10) = 9.14, p < .01$)。多重比較の結果，プログラム開始前の得点よりも，Post，FU の得点が有意に低いことが示された ($p < .01, p < .05$)。したがって，不安症状がプログラム前後で有意に低減し，それが 3 ヶ月後まで維持されていることが示された。

同様の分析を CCES において実施したが，有意な時期の主効果はみられなかった ($F(2, 17.01) = 0.99$)。しかしながら，DSRS については，有意な時期の主効果がみられた ($F(2, 17.34) = 3.81, p < .05$)。多重比較の結果，抑うつ症状は Pre と Post の間で有意な低減がみられていることが示された ($p < .05$)。したがって，抑うつ症状についてはプログラムの直後の効果がみられることが明らかとされた。

以上の結果から，主に高校生を対象にした場合でも，認知行動療法プログラムによって，不安症状，抑うつ症状が低減することが示された。

研究2

A では、SCAS が「実施中」より低下が認められ、「実施後」も同じ点数で推移した。CCES では一時的に点数が上昇し、実施前とほぼ同水準にまで低下した。また、DSRS については大きな変化は認められなかった。

B は、DSRS に大きな変化は認められないものの、SCAS、CCES は改善がみられた。以上のことから、不安症状や認知の誤りは、大きな改善が得られているといえる。

C においては、DSRS は若干の改善がみられ、SCAS と CCES においては、大きな改善がみられている。

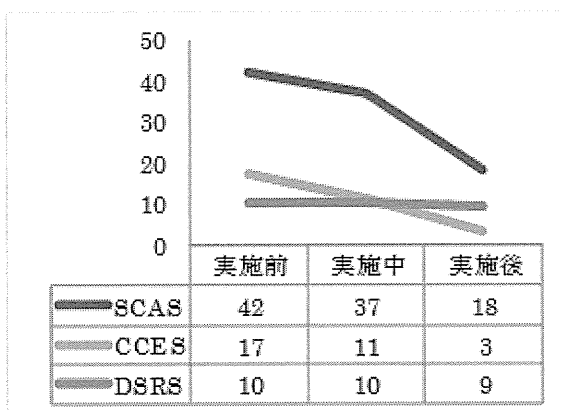


Fig. 1 A の治療成果

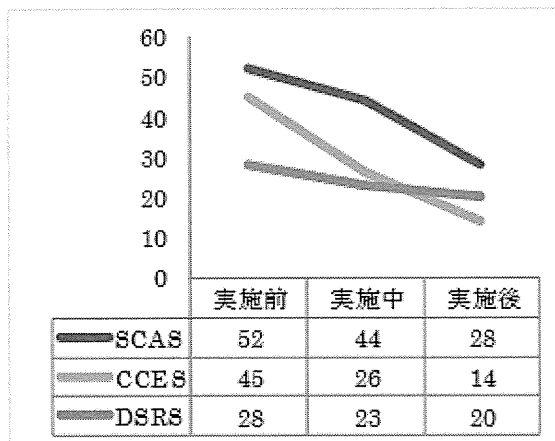


Fig. 2 B の治療成果

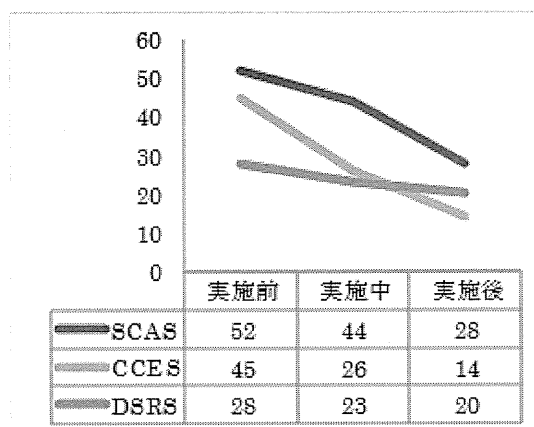


Fig. 3 C の治療成果

研究3

D におけるプログラム参加前の抑うつ症状は、19点であった。プログラム終了後は14点、3ヶ月フォローアップ時点では13点と若干の減少を見せている。不安症状は、41点と高い水準を示していた。そこから、終了時点では19点と一般児童と同じ程度まで改善がみられている。さらに、3ヶ月後においても15点と不安症状の改善が維持されており、D はプログラム参加によって、一般児童と同じ程度まで不安症状の改善がみられたといえる。事前アセスメントでは、認知の誤りは48点と高い値を示していることが示された。しかしながら、終了時点では、それぞれ24点と平均レベルになった。フォローアップにおいても27点と効果が維持していた。D は、気分変調性障害の診断基準から外れるとともに、特定の恐怖、分離不安障害の基準からも外れることがわかった。

E におけるプログラム参加前の抑うつ症状は、28点であり、終了時点では25点と維持されているものの、3ヶ月フォローアップ時点では19点と減少をみせ、カットオフ値を下回った。不安症状の得点は、55点