

持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) の普及に向けて

金吉晴

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター
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

研究要旨

PTSD に対して薬物を含む治療法のなかでもっとも効果を実証されている持続エクスポージャー療法(PE)を適切に普及するために、指導育成他姓を整備する必要がある。そのためには認定 PE 治療者、認定コンサルタント(スーパーバイザー)、認定指導者の各段階の人材を効果的に育成する必要がある。これらの研修機会としてそれぞれ 4, 5, 3 日間のワークショップ開催、その後のスーパーバイザー機会の提供などの学習機会を整備するとともに、PE を効果的に実施するためのプロトコルの正確な理解を促進するための資料作成、スーパーバイザー用のマニュアル整備なども必要となる。PE の実施に当たってはマニュアル的な手順だけでなくその理念的意味を理解するとともに、適格基準、除外基準、実施に当たって考慮すべき臨床的事項、有害事象を適切に把握する必要がある。安定的に PE を実施できる環境整備の上に、保険診療科などの制度的検討を行いたい。

1 はじめに

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。持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) は、Pennsylvania 大学 Edna Foa 教授によって作成され、遷延する PTSD 症状の原因が回避 avoidance であるとの仮定の上に立ち、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、米国精神医学会によるエキスパートコンセンサス・ガイドラインを始め、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など、もっとも良く研究され、一貫

して効果が実証されてきた技法である。また米国学会議報告書によって、PTSD に関するあらゆる薬物療法、心理療法の中で唯一十分なエビデンスがあると認められた治療法でもある。恐怖記憶についての基礎理論との整合性も高く、治療機序が明確であり、そのために治療の fidelity を均一に保ちやすい。

この治療法を習得するためには、開発者の Foa の主催する、あるいは公認された、4 日間のワークショップに参加し、その後 2 症例についてスーパーバイズを受けることで、まずは認定 PE 治療者となる。その後、数例の治療経験を積んだ後、5 日間のスーパーバイザー育成のためのワークショップに参加し、認定コンサルタント（スーパーバイザー）となる。その後、更に研鑽を積み、後任ワークショップのアシスタントなどを務めた後、指導者育成のためのワークショップに参加することによって、4 日間ワークショップを開催する資格を得、認定指導者となる。

現在、日本では筆者を含めて 3 名の認定 PE 指導者が存在する。筆者が直接主催したワークショップ受講者だけでも 200 名を超えるが、スーパーバイザーが不足しているため、そこから認定 PE 治療者に進む者は数名である。

東日本大震災以降、PTSD 治療への関心は増大しており、米国で PTSD に関して保健認可を受けている paroxetine が日本でも効能追加が認められた。しかしながら、PE の普及が遅れている。

現在、この状況を打開すべく、Foa の教室での研修機会を積極的に増やし、また Skype を用いての症例検討会の機会などを

増やしており、その中で意欲のある者に PE の集中的な指導を行う体制を作りつつある。

2 PE の概要

以下に各セッション毎に PE の概要を示す。なおプロトコル概要は付録資料を参照されたい。

第 1 セッションでは全体的なプログラムを提示し、治療の中でどの様なことが行われるのか、その目的は何であるのかを説明する。トラウマ記憶を回避してきたために自然治癒が妨げられていることを説明し、その回避を解消するためにエクスポージャーが行われることを納得させる。回避が行われてきた理由を話し合い、トラウマ記憶に向き合う事への恐怖を取り除く。良く使われる説明は “memory does not hurt you (記憶はあなたを傷つけない)” である。患者はまさに、記憶を想起することそれ自体が、再び自分を傷つけるかのように感じているのであるが、それはあり得ないと言うことを説明する。

説明は決して一方的な講義のような形ではなく、患者に自分の体験を振り返らせ、特にどのような形で回避を行ってきたのか、なぜ回避をせざるを得なかったのか、それが症状の軽減に役立ったのか、などについて具体的に振り返らせ、気づきを促しながら進められる。この段階で説明が表面的であったり難解に感じられたために患者の理解が不十分であると、後の治療で十分な安心感をもってトラウマ体験の想起を行うことができず、治療の中でも回避が生じてしまうことになる。

よく誤解されることだが、回避をせずにトラウマ記憶に向かい合うという治療は、決して単に恐怖に耐えることを目標とした苦

行ではない。記憶を想起して不安になっても、治療の中でその不安が軽減し、想起することで自分が新たに傷つくことはないという安心感を体験させることが目標である。ここを誤ると、性急な想起を促したり、想起をして患者が大声で泣く光景を見て、一種のカタルシスが重要であるかのように誤解することになりかねない。また患者にはそもそも想起することへの不安があり、そのために回避を行い、症状が遷延化して治療を受けに来ているのであるから、エクスポージャー法の治療原理を聞いただけで不安になり、第3セッションでの想像エクスポージャーの導入前に強い不安を感じさせることもある。

実際、患者からは、自分は回避をしないように努力をしてきたという話を聞くことが希ではない。その内容を良く聞くと、強い恐怖を感じるような状況にあえて身を置いて、恐怖に耐えようとしたが失敗したと言うことが多い。つまりこれは想起に伴う失敗体験であり、このような失敗は恐怖を一層強め、回避を強化するのである。エクスポージャー法の治療原理はそれとは全く逆であり、想起に伴う不安を自分がコントロールし、耐えることができるという成功体験を積み重ねることが重要である。

同時にトラウマ体験についての情報を収集する。情報収集では、当然のことながら体験そのものについて患者自身が説明することになるので、ある程度のエクスポージャーが自ずと含まれることになるが、この段階では一般診察における問診をやや詳しくしたにとどめ、以下のセッションにおけるような細部にわたる語りを唸がしたり、トラウマ体験時の恐怖を再体験することは

求めない。

もし、この段階でのトラウマ体験の情報収集の途中で収集できないパニックが生じたり、幻覚妄想体験が生じるようであれば、PEの適用は再検討する必要がある。

呼吸法は、呼吸を重視した緩徐な呼吸によって緊張と不安を和らげるためのものである。米国ではPEは心理士によって行われることが多く、不安に対する投薬を行うことができないこともあってか、呼吸法が重視される。投薬に比べると患者が自分で不安をコントロールしている実感が得られるという利点がある。

第2セッションではトラウマ反応についての説明、トラウマ的出来事と、感情への影響、生理学的反応、思考への影響、回避反応との関係を説明する。また、PTSDの診断基準にある、三大症状について解説をし、これらの内容を記したパンフレットを手渡し、宿題の一部として家庭でも復習をさせる。さらにこれらの症状に随伴するその他の精神現象を説明する。恥、怒り、罪責、自己コントロール感の喪失、身体的接触に関心を持てなくなること、などである。

第3セッションでは現実エクスポージャーや、毎日の治療原理の復習、呼吸法の訓練などが順調に行われているかを確認する。特に現実エクスポージャーで、実際に行ってみた時に、当初感じていた不安が軽減されたこと、エクスポージャーによって何ら新たな危険は生じていないことを確認する。この回以降に行われる想像エクスポージャーは、この治療法の核心であり、もっとも患者の負担の大きい部分なので、ここまでの治療が適切に行われていることが重要である。この回で始めて、想像エクス

ポージャーの説明と導入がある。第1セッションで想像エクスポージャーについて簡単に説明はしてあるのだが、第2セッションでは全く触れていない。この回に詳しい説明をして、ただちに実施することになる。

初回の想像エクスポージャーでは、患者が順調に話すことはまず無い。多くは感情がこみ上げてきて言いよどんだり、話すことを回避したり、あるいは他人事のように淡々と事件の外枠だけを話す、などの反応が見られる。想像エクスポージャーは、患者が体験記憶に感情的に適切に触れながら、体験について話すことを促していく技法である。想像エクスポージャーの最中には、治療者は患者と対話をするのではなく、患者が事件記憶を再体験し、それについて話すことを促したり、患者が内診の恐怖に打ち勝って話し続けていることに対する支持的なコメントを挟むが、想起の流れを妨げようようなことは言わない。

その際にも問題となるのは感情的な関与の程度によって新たな回避が生じることである。すなわち、体験当時の感情を強く再体験し、コントロールができなくなるために語る事が妨げられるというoverengagement、また感情を切り離し、体験の表面的な概要だけを他人事のように、一見平静に語り続けるというunderengagementである。それらを調整するための手段として、開眼、閉眼や、現在時制、過去時制の使い分けを行ったり、治療原理の再説明を行う。

想像エクスポージャーの最中には治療者は基本的に、通常の方法で行われるような治療的なコメントは発しないが、想像エクスポージャーが終了した後、体験内

容と想像エクスポージャーそれ自体の過程を振り返ってコメントを行う。想像エクスポージャーによって実際に不安が終了した場合、不安が軽減しなかった場合などによって、治療者が与えるべきコメントがプロトコルに定められているが、いずれにしても初回の想像エクスポージャーは患者にとっても大きな体験であり、患者に対して情緒的なサポートを与えることによって、次回以降の想像エクスポージャーの内容を深めていくことが期待される。

中間セッションでは想像エクスポージャーの時間がやや短いこれは、この回が短いというよりは、初回が不慣れのため、やや長く設定されていたのである。

治療の進展に伴い、ホットスポットと呼ばれる方法が用いられる。これは体験の最も苦痛な場面に焦点を当て、それを繰り返し語らせるという技法である。通常、5分程度の場面が選ばれることが多い。想像エクスポージャーが次第に体験の核心に焦点を当て、ホットスポットの技法を用いるにつれて、患者はoverengagementもしくはunderengagementになったり、あるいは治療への懐疑、不信などを示すこともある。また抑えていた感情が治療中に一気にこみ上げ、泣き出したり、感情のコントロールを失いかけることもある。症状面では、侵入症状を始め、一時的に悪化の見られることもある。これらはいわば治療が病理の核心に触れた事による必然的な反応であるが、その後で状態が劇的に改善することが多い。

最終セッションではホットスポットは扱わず、トラウマ体験の全体について再び話をする。また現実エクスポージャーの不安階層表に沿って現実の刺激に対する SUDS

レベルを確認し、治療当初からどの程度減少したかを検討する。治療原理を確認し、今後治療から離れても、トラウマ体験についての不安を抱く必要がないことを確認する。

3. 適格・除外基準

トラウマを受けたすべての人が、PEのようにトラウマに焦点を当てた治療を必要とするわけではない。またトラウマを受けた者の大半は良好な自然回復をする (Riggs, Rothbaum, & Foa, 1995; Rothbaum et al., 1992; Kessler et al., 1995)。特に事件後3ヶ月間は自然回復の傾向が強い。

したがって、通常はトラウマ被害から3ヶ月間、少なくとも1ヶ月が経過し、強いPTSD症状が持続している患者がPEの対象となる。

1) 適格基準

どのようなタイプのトラウマでもよいが、その経験の後でPTSDや並存疾患(例えば、抑うつ、慢性的な不安、強い怒りと恥の感情、第2軸の障害)を発症した者

完全にPTSDの診断基準を満たしていても、明らかなPTSD症状が存在しており、苦痛や生活への障害が生じていれば適応となる。

トラウマ体験を十分に記憶しており、語ることができる者

トラウマ記憶について話したり書いたりでき、そのストーリーに、始まり、中間、終わりが揃っていること。

2) 除外基準

切迫した自殺または他害行動の恐れ

こうした衝動的行動を取る危険性が高い場合には、トラウマに焦点化した治療より

も先に、自傷他害行動の臨床対応をすべきである。

重度の自傷行為

PTSDの患者が、自分の体を傷つけたり火傷をさせたりといった故意の自傷行為の既往を持っていることは珍しくないが、そのような自傷行為が現在も続いている場合は、患者が衝動を行動に移さずに我慢するスキルや方法を身に付けるまでは、PEの実施を延期すべきである。過去3ヶ月間に、臨床問題となる自傷行為を行っている場合には、PEの適応とすべきではない。

現在の精神病

適切な薬物療法によって状態が安定し、現在は精神病症状が出ていない場合はPEの適応となることもあるが、慎重さが求められる。

現在もまだ被害にあうリスクが高い場合(例えばDV被害が継続している場合)

こうした患者にもPEは有効であるが、現実に殴られたり、性的虐待を受けたり、負傷しかねない状況では、安全を確保し、危険な状況から引き離すことを介入の中心にすべきである。その後、症状が安定するまで十分に時間をとってからPEを実施すべきである。

トラウマの明確な記憶がない、もしくは記憶が不十分である場合

患者にトラウマを思い出させたり、記憶を取り戻させたりするための手段としてPEを用いてはならない。被害を受けたという漠然とした「感じ」しか持っていない患者に対しては、決してPEを行ってはならない。

3) PE実施に際して慎重に考慮すべき点

薬物・アルコールの乱用や依存

薬物やアルコール乱用は回避行動の一種

であり、まずその治療を行うべきである。アルコール依存の治療と並行して PE を行うことは有効であったという報告がある。

危険な住環境・労働環境

物騒な地域に住んでいたたり、危険な仕事に就いているなど、実際に危ない目に遭う可能性が高い人々に対しても PE は有効である。患者が PTSD の診断基準に合致しているのであれば、体験している恐怖や回避の大部分は過去のトラウマが原因である。PTSD が存在しているために、その結果として、現在の生活に対しても大きな恐怖と危険を感じていることもある。

重度の解離症状

重度の解離症状もしくは解離性障害がある場合には、解離症状が PTSD 症状に対して相対的にどれほど重症であるのかを考慮する。解離症状の方が PTSD 症状よりも重症で生活への支障も大きいのであれば、PE を効果的に実施することは困難である。

PTSD 以外の精神疾患（例えば、自殺のリスクがある重度のうつ病、重度の薬物依存など）

これらが PTSD よりも臨床的に重要だと思われる時には常に、そうした疾患を先に治療すべきである。

第 軸障害の存在

何らかのパーソナリティ障害(第 II 軸障害)の診断基準を満たす患者でも PE は有効であるが (Feeny, Zoelner, & Foa, 2002; Hembree, Cahill, & Foa, 2004)安全上の理由によって、重症のパーソナリティ障害の患者を治療から除外することはある(例えば、深刻な自傷行為や破壊行為が今も続いている境界性パーソナリティ障害の患者)。

なお複雑性 PTSD 患者が境界性パーソナ

リティと診断されることがあるが、前者では操作的な自己破壊性は認められない。複雑性 PTSD 患者については弁証法的治療との組み合わせの効果が示されている (STAIR/NST, Cloitre)

罪悪感や恥辱感が顕著な PTSD の場合

PTSD の患者が強い罪悪感や恥辱感を抱くことがあるが、PE はこのような人々にも有効である。しかし主要な感情が罪悪感である PTSD の場合には、長い時間をかけてそれについて話し合うことが推奨される。認知療法的な取り組みも有効である。

4 有害事象

不安を喚起するイメージや記憶、状況に治療の中で向き合った時の不快感と苦痛が最も頻繁に見られる有害事象であるが、これは回避されていたトラウマ記憶に直面することの必然的な結果であり、PE の治療の一部であるので、適切な治療対応によって乗り越えることが出来る。先行研究からはたとえ一時的に症状が悪くなったとしても、治療予後が悪化したり治療からの脱落者が増えることはなかった。PE の治療者は患者にトラウマ記憶の処理を指示している時に単に支持的で共感的であるだけでなく、患者の苦痛に注意を払い、情動的な関わりの程度とそれに伴う苦痛を和らげるために必要に応じて介入をする必要がある。

除外基準が順守されている場合、こうした苦痛の増大に伴って、衝動行為、自傷行為などが生じることはほとんどないが、治療外の要因の影響も含め、注意が必要である。また患者の病状悪化に備えて、セーフティネットを強化し、PE 治療担当者以外にも連絡の取れる治療者、治療機関を設ける

べきである。

5 今後の課題

今後の課題は効果的な指導体制の確立が第1である。その際、スーパーバイザーとしては日本国内だけではなく、米国のスーパーバイザーから直接の指導を受けるために、Skype などの手段を積極的に活用しているところである。

また PE の効果的な普及と持続的な研鑽のために、協会を設立したが、それを母胎とした今後の効率的な普及活動が求められる。

次に医療機関において安定的に PE を実施するためには、その保健点数化が必須であるが、標準プロトコルを提示する必要がある、本稿の資料にそれを付記してある。

6 参考資料

2009 . 金 吉晴 , 小西聖子 (監訳) : PTSD の持続エクスポージャー療法 . 星和書店 , 東京 , 2009 . (Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B. : Prolonged exposure therapy for PTSD. Oxford University Press, New York, 2007)

資料 1

持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) のプロトコル (概要)

以下に示すのはプロトコルの骨格である。これに従ってどのように治療を維持するのか、等の臨床的説明については成書を参照されたい。また実際に PE を実施する上では公認されたワークショップへの参加と、スーパーバイザーによる指導が不可欠である。

(2009 . 金吉晴, 小西聖子 (監訳): PTSD の持続エクスポージャー療法 . 星和書店, 東京, 2009. (Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B.: Prolonged ex)

セッション 1

症状評価 (以後のセッションと共通)

毎回、あるいは 2 セッションに一度、PTSD 症状、うつ症状を自己記入式尺度によってセッション前に評価する。Foa たちは PDS (巻末参照) と BDI を用いているが、IES-R, CESD などでも良い。

セッションの録音 (以後のセッションと共通)

全てのセッションは録音して患者に渡す。患者自身のスマートフォンなどで録音しても良い。また SV を受ける場合など、セッションのビデオ撮影が望ましい。ビデオ記録は後日、セッションについて検討する場合にも有用である。

治療の紹介

PE で主に使用する治療原理を説明する。理論的な説明はともすれば一方的に教えることになりやすいが、患者に質問をしたり、患者の経験や考えを聞いたりしながら、双方向的な対話になるように努める。またこの治療プログラムでは、治療手法、つまり、想像エクスポージャーと現実エクスポージャーを中心として、通常 1 回 90 分のセッションを 10 回から 12 回、時には 15 回行うこと説明する。

「エクスポージャー療法はどのようにして効くのでしょうか」のハンドアウトを使用する。

情報収集

トラウマ面接票 (付録 A) を使って、現在の主訴、機能レベル、トラウマ体験 (複数の場合もある) 事件後の心身の健康状態、周囲の人のサポートの状況、飲酒の習慣、薬物の使用などについて情報収集する。複数のトラウマ体験を訴える症例の場合には、中心的に

扱う、「標的となるトラウマ」を決める。

患者の情動反応を避けるためには、喚起することがある。それを避けるためには、セッション1では事実関係だけを簡単に説明してもらい、詳しいことは今後の治療の中で話してもらうようにする。ある特定の話題が特に強い反応を引き起こした場合には、その話題についてさらに時間をかけて詳しくたずねるのか、それとも質問を後日に延期するのかを、治療者が臨床的に判断する必要がある。

呼吸再調整法

ゆっくりとした呼気によって不安と緊張を軽減する呼吸再調整法を紹介し、その原理と手順を学習させる。指導をする治療者の声を録音して患者に渡すことが望ましい。

宿題

- ・ 呼吸再調整法を、一回10分程度で1日に3回練習するよう指示する。緊張したり、ストレスを感じた時はいつでも、さらに夜寝る前にリラックスしたい時にも、この呼吸再調整法を使うように患者に勧める。
- ・ 1日1回、セッションを録音したテープを聞いてもらう。
- ・ ワークブックの中のこの治療法の理論的裏付けの部分を読むように指示する。
- ・ 次のセッションには少し早く来て、自記式の症状評価尺度に記入することを再度確認する。

セッション2

宿題の振り返り

この1週間の様子と、第1回目の治療セッションへの反応をたずねる。

トラウマ後によく見られる反応について

以下の症状について説明・心理教育を行う。講義をするような話し方は避けて、事件や被害以来、患者が何を感じ、考え、行動してきたかをできるだけ患者に語ってもらうようにする。症状についての一般的な説明をした後、患者自身の体験を振り返って、どのようにその症状が生じてきたのかを検討する。なお「トラウマの後に起こってくる『よくある反応』について説明します」のハンドアウトを用いる。

この心理教育の目的は以下の3点である。

- ・ 心理教育を行いながら、患者自身の PTSD 症状と、それに関連した問題を明らかにする。
- ・ ノーマライゼーション：トラウマ被害を受け、PTSD が生じていることを考え

れば、患者が経験していることは当然のことであり、正常の反応であることの確認。

- ・ 治療動機の強化：患者の苦痛な症状の多くは直接 PTSD に関連しており、その大部分は PTSD の治療によって軽減することの確認。

自殺傾向の評価

この心理教育の最中に、それまでは話されていなかった自殺念慮が明らかになる場合がある。その場合にはこのセッションを中止して、過去、現在の自殺念慮、自傷行為、自殺未遂の評価を行う。自傷行為に関する患者の考え、衝動、感情、空想、計画についてたずねる。過去に、自分を傷つけることを考えるか計画したことがあるかどうか。患者の自殺のリスクが高い場合は、PE を中断して、自殺防止の治療介入を優先すること。

現実エクスポージャーの説明

治療原理

現実エクスポージャーの治療原理を説明する。すでにセッション 1 で想像エクスポージャーと現実エクスポージャー、ならびに PE の治療原理を説明しているので、その理解を確認しながら、現実エクスポージャーについて具体的な説明をする。

過去において患者がつらい記憶、状況、考え、感情から逃げたり、それらを避けて通ってきていないか、そうした回避に伴う問題について検討する。あるいは回避が PTSD を慢性化させるという点を治療者から説明する。

SUDS の説明

SUDS スコア (Subjective Units of Discomfort Score: 苦痛の主観的評価点数) の説明をする。100 点が、これまで体験したなかで患者にとって最高レベルの恐怖感と苦痛であり、パニック状態であること、0 点が、何のストレスも無く、くつろいだ状態であることを説明する。

現実エクスポージャーの階層表の作成

患者に現実エクスポージャーの理論と SUDS を説明し終わったら、患者がトラウマのために回避している状況、人、場所のリストを作成し、対応する SUDS レベルを記入する。このリストは、繰り返し練習ができる課題を作成するためのものであるため、実際に行うことのできる状況を選ぶ必要がある。

不安階層表を作成する時の安全性の配慮

現実エクスポージャーの課題には、客観的に見て安全で危険の少ない状況を選ぶことが大切である。また患者の日常生活の状況に適合するように、患者と治療者が相談をして選ぶ必要がある。客観的に見て危険であったり、リスクの高い状況を課題に使うべきではない。

現実エクスポージャーの宿題

現実エクスポージャーは、中等度の SUDS レベル (SUDS = 40 か 50) の状況から開始し、徐々に痛みを伴う状況 (SUDS = 100) へと練習を進める。現実エクスポージャーの最中には、30 から 45 分、あるいは不安が十分に低下するまで、その場面に居続けるように指導する。SUDS が最低 50% 低下するまでとどまることが目標である。

現実エクスポージャーの宿題の提示

不安階層表のリストを元にして、現実エクスポージャーの課題を選択する。目標は、トラウマ体験を思い出させる状況にいることができるようになることであるが、過度の不安を生じるようなことは避ける。効果を挙げるためには、同一の状況に対して何度も現実エクスポージャーの練習を行い、毎回、30 分以上続けることが必要である。SUDS が 40 から 50 程度の状況から始めることが推奨される。患者の不安が強いときには、SUDS が 25 - 30 の場面でも良い。また最初の課題は、印刷物を見る、などの現実の危険がまったくないものを選んで良い。

宿題

- 毎日呼吸法の練習を続けるように患者に指導する。
- 一週間に何回か「トラウマ体験の後によく見られる反応」のプリントを読むように言う。患者にとって大切な人にも見てもらうように言う。
- 家で不安階層表を見直し、さらに他の場面を付け加えるように患者に言う。
- 患者に「段階的な現実エクスポージャーのモデル」のプリントを見直してもらう。
- 患者に現実エクスポージャーの課題を始めるように指導する。
- セッション全体のテープを 1 回聞くように言う。

セッション 3

宿題の振り返り

前回の面接で出した宿題を患者と一緒に振り返り、現実エクスポージャーの宿題の記録用紙を用いて SUDS の変化のパターンや馴化の徴候を検討する。患者の努力を十分に賞賛し、宿題の実施状況を確認する。

想像エクスポージャーの治療原理と手続の説明。

現実エクスポージャーを無事に終わることが出来たら、その経験を踏まえ、記憶に対するエクスポージャーへと導入する。回避の欲求を当然のこととして認め、記憶に触れることによって恐怖の馴化と記憶の整理（記憶と現実の被害の区別など）が生じること、そのことのもたらす意味を想像エクスポージャーの後で検討する（処理）ことによってトラウマ記憶の苦痛が軽減し、PTSD が改善することを伝える。対話的に必要に応じて比喩を使うなどの工夫をし、患者の理解を促進する。

想像エクスポージャーの実施

45 - 60 分間、中断を入れずに患者にトラウマ記憶を語るように依頼する。時間が余ったら同じ話を反復させる。話すことそれ自体に対する否定的認知が生じているので、患者を勇気づけ、話したという事実に基づいて患者の自立性を賞賛し、記憶と現実の危険が違うことに注意を向ける。5 分ごとに SUDS について尋ねる。

感情のレベルの調整のために、開眼-閉眼、過去形 現在形などの使い分けを指示する。

想像エクスポージャー中は治療者は患者の想起を妨害しないように心がけるが、治療が順調に進むように、促しや指示的なコメントを簡単に与える。また患者を支持するために、共感的なコメントおよび想起の作業を評価するようなコメントを与える。

記憶への感情的な関わりを強めるために、感覚（体感、視覚、嗅覚、聴覚など）、思考、などについて簡単な open question を用いる。治療者との応答にならないように注意。

1 セッションの想像エクスポージャーの最中にある程度の SUDS の低下がみられることが多いが、それが認められなくても、次回までのセッション間に低下することも多い。

想像エクスポージャーの処理

以下の点に留意をしながら想像エクスポージャーの処理を行う。

つらい記憶に向き合う患者の勇気と能力を認め、誉め、励ます。

必要に応じて支持を与え、落ち着かせる。

今終えたばかりの、想像の中でトラウマ体験に立ち戻るという治療についての、患者の考え、感情を話してもらう。

トラウマの最中とその後の患者の反応や行動が、誰にでも起こりうることを理

解させる。

セッション中または、全体を通して観察された馴化についてコメントする（十分でなかった場合は今後の見通しを与える）。

思い出された記憶についての考えや感情についての変化、あるいは治療者が観察したことを取り上げる。

PTSD を長びかせる原因となるような考えや信念への自覚が深まった場合には、そのことを取り上げる。

患者が考えていることを自由に話してもらう。治療者の見解を伝えることは控える。

宿題

- 1日に1回、想像エクスポージャーを録音したテープを聞くように指導する。
- 想像エクスポージャーのテープを聞きながら、SUDS のレベルをワークブックにある想像エクスポージャー宿題記録用紙に書き込んでいくように伝える。
- 次回までにどの現実エクスポージャーを練習するか、患者に選ばせる。患者は現実エクスポージャーの練習を毎日継続的に、各項目を馴化が起こるまで繰り返し行い、徐々に階層表の SUDS の高いものを行っていく。
- セッションのテープを1回聞くようにつたえる。

中間セッション

セッション3以降でも想像エクスポージャーを継続するが、相違点は以下の通りである。

宿題の振り返り

想像エクスポージャーと現実エクスポージャーの宿題をしている間の患者の SUDS 得点を確認する。SUDS 得点の変化を話し合い、馴化についてコメントする。想像エクスポージャーと現実エクスポージャーの宿題から、患者が何を学んだかについてもたずねる。

想像エクスポージャー

セッション3よりはやや短い時間で行う。また感情のレベルを徐々に上げ、記憶を明細化するような促しを行う。

例：今日は、細かいところまですべてお話ししてみましょ。記憶の中にあることはすべて声に出して言ってください。あなたが話したことで私がどう思うかは、

気にしないでください。

想像エクスポージャーは、中断せずに 30 - 45 分間続ける。トラウマを思い出して話す時間の長さやそれを反復する回数は、トラウマに向き合うことに要する時間や SUDS レベルのパターンによって異なる。一般論としては、苦痛のレベルが下がるまで繰り返して話させるが、処理のための時間は必ず確保する。

ホットスポットの手続き

第 5 もしくは第 6 セッションで「ホットスポット」を始める。「ホットスポット」では、トラウマ記憶の中で今現在もっとも苦痛を感じている部分を抜き出し、繰り返してその記憶に触れて話すという方法である。これによって、もっとも苦痛の強い部分に対する馴化、記憶の整理が効果的に生じる。

なおトラウマの記憶が長い場合、もっとも強い苦痛を感じる箇所が複数ある場合があり、PE のセッション中にはそのすべてを取り上げることができないことがある。その場合でも、治療効果の汎化によって、PE の中で直接取り上げていないトラウマ記憶についても、治療効果が広がっていくことが期待される。

最終セッション

想像エクスポージャーの実施

このセッションでは、20 - 30 分間でトラウマ記憶の全体を話してもらい、患者が圧倒されてしまう箇所が残っていないかどうかを確認する。

治療プログラムと患者の進歩を振り返る

処理においては、PE の全体を通じての患者の変化や、習得したスキル、やり遂げてきたことを振り返り、積極的に評価をする。PTSD 以外の症状や問題がある場合には、別の治療を勧めることもある。この治療で始めた取り組みを今後も続けていけるかどうかについて、対話を通じて患者の気づきを促す。

終結とフォローアップ

PE に明確な終結点を設けるのか、あるいはその後も通常の診察やカウンセリングを続けて様子を見るのかについては、明確な基準は無い。しかし PTSD 症状が残っているために通常の治療が続くのであれば、PE の追加セッションを行うべきである。また PE が成功した後、会社に復帰するなどして職場環境が変わる場合には、適当な間隔を空けて、環境変化後の様子を確認したり、新しい環境の中で現実エクスポージャーの課題を考えて実施したりすることが有益なことが多い。

資料2 PTSD診断尺度 (Foa,E.,長江、金他訳)

日本語版外傷後ストレス診断尺度 PDS

パート1

パート2

多くの人が、人生のいくつかの時点において、非常にストレスに満ちた、トラウマ的な出来事をくり抜いたり、目撃したりしています。以下には、トラウマ的な出来事の一覧があります。あなたが経験したことがある、あるいは、目撃したことのある出来事があればすべて、その隣に✓をつけてください。

(14) パート1で一つ以上のトラウマ的出来事に印をつけた場合、以下の で、一番悩まされている出来事のとらりに✓をつけてください。パート1で一つのトラウマ的出来事にのみ印をつけた場合は、以下の同じ出来事に印をつけてください。

- (1) 深刻な事故、火事、爆発
(たとえば、工場、農場、自動車、飛行機や船の事故)
- (2) 自然災害
(たとえば、竜巻、暴風雨、洪水や大きな地震)
- (3) 家族、または、知人による性的ではない暴行
(たとえば、強盗される、身体的な暴行を受ける、銃撃される、刺される、あるいは、銃を突きつけられる)
- (4) 見知らぬ人からの性的ではない暴行
(たとえば、強盗される、身体的な暴行を受ける、銃撃される、刺される、あるいは、銃を突きつけられる)
- (5) 家族、または、知人による性的な暴行
(たとえば、レイプやレイプ未遂)
- (6) 見知らぬ人からの性的な暴行
(たとえば、レイプやレイプ未遂)
- (7) 戦闘体験、または、紛争地域にいたこと
- (8) あなたが18歳未満のときの、自分よりも年上の相手との性的な接触
(たとえば、性器や胸に触る)
- (9) 監禁
(たとえば、投獄される、捕虜にされる、人質にとられる)
- (10) 拷問
- (11) 命にかかわる病気
- (12) その他のトラウマ的な出来事

- 事故
- 災害
- 性的ではない暴行 / 家族や知人によるもの
- 性的ではない暴行 / 見知らぬ人によるもの
- 性的な暴行 / 家族や知人によるもの
- 性的な暴行 / 見知らぬ人によるもの
- 戦闘体験、または、紛争地域にいたこと
- 18歳未満のときの、年上の相手との性的接触
- 監禁
- 拷問
- 命にかかわる病気
- その他

以下の空欄では、上で印をつけたトラウマ的出来事について、簡単に説明してください。

これ以降は、すぐ上で説明されたトラウマ的出来事について、いくつか質問をします。

(15) そのトラウマ的出来事が生じたのは、どれくらい前のことでしたか？ (一つに ✓をつけてください)

1. 今から1ヶ月未満のうち
2. 1ヶ月から3ヶ月前
3. 3ヶ月から6ヶ月前
4. 6ヶ月から3年前
5. 3年から5年前
6. 5年以上前

以下の質問では、ハイかイエに ✓をつけてください。

そのトラウマ的出来事の最中:

- (16) 負傷しましたか？ ハイ ・ イイエ
- (17) 誰か他の人が負傷しましたか？ ハイ ・ イイエ
- (18) 自分の命が危険にさらされていると思いませんか？ ハイ ・ イイエ
- (19) 誰か他の人の命が危険にさらされていると思いませんか？ ハイ ・ イイエ
- (20) 無力さを感じましたか？ ハイ ・ イイエ
- (21) 恐怖を感じましたか？ ハイ ・ イイエ

(13) 項目12に印をつけた場合は、そのトラウマ的な出来事について、以下に具体的に記してください。

上記の質問項目の一つでも印をつけた場合は、回答を続けてください。そうでない場合は、ここでやめてください。

パート3

以下のリストは、トラウマ的出来事に遭遇した人が、その後、経験することがある問題についてのものです。一つ一つを注意深く読み、過去1ヶ月間に、その問題がどのくらいあなたを悩ませたか、もっともよくあてはまる番号(0~3)をつけてください。どの問題についても、質問項目(14)であなたが記述したトラウマ的出来事について、点をつけてください。

0. まったくない、もしくは、一度だけあった
 1. 週に1回以下/ときどき
 2. 週2~4回/ほぼ半分の時間
 3. 週5回以上/ほとんどいつも
- (22) 0 1 2 3 望まぬいにかかわらず、トラウマ的出来事に関する考えやイメージが頭に浮かんで動揺した。
- (23) 0 1 2 3 トラウマ的出来事に関する不快な夢や悪夢を見た。
- (24) 0 1 2 3 トラウマ的出来事を再体験し、それが再び起こっているかのように行動したり、感じたりした。
- (25) 0 1 2 3 トラウマ的出来事について思い出させられたとき、気持ちが動揺した(たとえば、恐怖、怒り、悲しみ、罪の意識などを感じた)。
- (26) 0 1 2 3 トラウマ的出来事について思い出させられたとき、生理的な反応を体験した(たとえば、汗がふきでた、心臓がどきどきした)。
- (27) 0 1 2 3 トラウマ的出来事については、考えないように、話さないように、何も感じないようにした。
- (28) 0 1 2 3 トラウマ的出来事を思い出させるような活動、人々、または場所を避けようとした。
- (29) 0 1 2 3 トラウマ的出来事の重要な部分が思い出せなかった。
- (30) 0 1 2 3 自分にとって大切な活動への関心がかなり薄れたり、参加が著しく減ったりした。
- (31) 0 1 2 3 周囲の人から孤立している、あるいは、疎遠になっていると感じた。
- (32) 0 1 2 3 気持ちが麻痺していると感じた(たとえば、泣くことができない、あるいは、愛情をもてない)。
- (33) 0 1 2 3 自分の将来の計画や望みが叶えられないような気がした(たとえば、仕事に就けない、結婚できない、子供がもてない、または、長生きできない)。
- (34) 0 1 2 3 寝つけなかった、あるいは、途中で目が覚めた。
- (35) 0 1 2 3 イライラしたり、怒りが爆発したりした。
- (36) 0 1 2 3 集中しにくかった(たとえば、会話についていけなかった、テレビ番組の筋を追い切れなかった、何を読んでいたのかを忘れた)。
- (37) 0 1 2 3 自分の安全を気にした(たとえば、周りに誰がいるかを確認した、ドアに背を向けていると落ち着かないなど)。
- (38) 0 1 2 3 ささいなことでもびくつとした、または、驚きやすかった(たとえば、誰かが背後に近づいたとき)。
- (39) 上述したような問題は、どれくらいの期間経験してきましたか?(1つに をつけてください)
 1. 1ヶ月未満
 2. 1ヶ月から3ヶ月の間
 3. 3ヶ月以上
- (40) こうした問題はトラウマ的出来事の後、どれくらい経過してからはじまりましたか?(一つに をつけてください)
 1. 出来事から6ヶ月未満のうちにはじまった
 2. 出来事から6ヶ月以上経過してからはじまった

パート4

あなたがパート3で点をつけた問題は、過去1ヶ月の間に、次のような生活のさまたげとなりましたか? 以下にお答えください。さまたげとなった場合はハイに、さまたげにならなかった場合はイイエに をつけてください。

- (41) 仕事 ハイ・イイエ
- (42) 家事や家の仕事 ハイ・イイエ
- (43) 友達との関係 ハイ・イイエ
- (44) 娯楽や余暇活動 ハイ・イイエ
- (45) 学業 ハイ・イイエ
- (46) 家族との関係 ハイ・イイエ
- (47) 性生活 ハイ・イイエ
- (48) 生活全般に対する満足感 ハイ・イイエ
- (49) 生活のあらゆる側面におけるすべての機能 ハイ・イイエ