

心的外傷後ストレス障害に対する認知処理療法の実施可能性に関する研究

研究分担者 伊藤正哉

研究分担者 堀越 勝

国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

研究要旨

国際的なガイドラインにおいて、心的外傷後ストレス障害に対してはトラウマに焦点を当てた認知行動療法が最も治療効果が期待できるとして推奨されている。認知処理療法（Cognitive Processing Therapy: CPT）は、Patricia A. Resick によって開発された、心的外傷後ストレス障害に対する認知行動療法であり、個人療法としても集団療法としても実施される。われわれは認知処理療法の我が国での実施可能性を検討するため、個人版 CPT と集団版 CPT についての予備試験を実施してきた。本年度までの結果では、CPT について良好な結果が得られている。

研究協力者（50音順）

今村扶美（国立精神・神経医療研究センター病院 室長）、大江悠樹（国立精神・神経医療研究センター 流動研究員）、大野裕（国立精神・神経医療研究センター センター長）、櫻村正美（日本医科大学 講師）、蟹江絢子（国立精神・神経医療研究センター病院 医師）、小西聖子（武蔵野大学教授）、高岸百合子（駿河台大学 講師）、中島聡美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 室長）、牧野みゆき（国立精神・神経医療研究センター 研究員）、正木智子（武蔵野大学博士課程）、森田展彰（筑波大

学 准教授）、平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院 部長）

A. 研究目的

現在、我が国では心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder; 以下、PTSD）を患った人々へのケアが不足しており、深刻な問題となっている。生死の危険や重傷を負うようなトラウマティックな状況に接する機会は稀ではない。例えば、自然災害、交通事故、犯罪被害（暴行被害、性被害、ドメスティック・バイオレンス（DV）、各種のハラスメント）、虐待、

いじめ、自死、職業上で体験する惨禍や高負荷業務等が挙げられる。2012年の刑法犯罪の被害者数(死亡・負傷)は33,966名(警察庁, 2013)、強姦・強制わいせつの被害者数は8,503人(法務省, 2013)、DVの被害件数は45,950件(警察庁, 2013)と報告されている。

PTSDとは、このような危機的状況に遭遇した人に特有の精神疾患であり、再体験症状、回避、覚醒亢進、認知や気分の変化を主症状とする(米国精神医学会, DSM-5, 2013)。すなわち、苦痛な状況が再度起こっているかのような心身の反応が継続して本人を苦しめ、感情的な麻痺や、心身が過敏で警戒している状態が慢性化し、実生活に支障を来す病態を指す。疫学調査によれば、我が国のPTSDの1年間の時点有病率は0.4%である(Kawakami et al., 2008)。そうした患者の多くは世界的な標準治療とされる適切な心理的・医療的なケアを受けていないのが現状である。

世界的に見ると、PTSD治療の第一選択は、トラウマに焦点を当てた認知行動療法(Cognitive Behavior Therapy; CBT)である。これは、米国医療品質管理局(2013)、国際トラウマティック・ストレス学会(2009)、コクラン共同計画(2009)、米国科学アカデミー(2007)、英国国立医療技術評価機

構(2005)、米国精神医学会(2005)など、様々な国際ガイドラインで指摘されている。CBTのなかでも、認知処理療法(CPT)の効果サイズは $g = 1.96$ と非常に高く、最も効果の高い薬物療法であるSSRIの効果サイズ($g = 0.48$)を遥かに凌駕する。

トラウマに焦点を当てた認知行動療法とは、認知行動療法の考え方に基づき明確な実施手順が示された精神療法を指し、認知処理療法(Cognitive Processing Therapy; CPT)や持続エクスポージャー療法がこれに当たる。我が国では持続エクスポージャー療法の臨床試験が実施され、その有効性の一端が示唆されつつある。一方、認知処理療法は全世界的にみてもここ15年ほどで急速に研究成果が集積されている新しい治療法である。エビデンスのあるPTSD治療として、米国退役軍人局において最も普及しているのがCPTである。米国では研究が発展し、現在では個々の患者に最適なCPTの実施法を同定するために、約26億円を投じて400名規模の臨床試験が進行している。

これまで、われわれは認知処理療法の日本における導入の可能性を検討する研究を行ってきた(平成17-19年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する

研究」主任研究者 小西聖子)。この研究は 2005 年に始まり、犯罪被害者の PTSD 治療の実施に向けて、国内外の文献から最新の動向を分析し、日本においても効果を示すと予想される治療法の検討、及び当該治療を日本に導入する準備を行った。成果として、PTSD 治療に効果が見込める技法として CPT が見出された。日本への導入の準備として、CPT について研修を受け技法を習得した。また、学会やレビュー論文において CPT の紹介を行い、本邦の医学や心理学分野におけるトラウマ研究者と議論を重ねるとともに、日本語版治療マニュアルの作成を行った。

2012 年より、認知処理療法の導入を本格的に推進する研究を行ってきた(平成 24-26 年度 科学研究費助成事業 基盤研究(B)「心的外傷後ストレス障害に対する認知処理療法の効果検証と治療メカニズムの解明」主任研究者 堀越勝)。本研究班では、これまでの研究を推し進め、個人版と集団版の認知処理療法の我が国での実施可能性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

個人版および集団版の予備試験は、ともに対照群なしの前後比較試験である。個人版 CPT の対象者は国立精

神・神経医療研究センター病院および筑波大学病院を外来受診する患者であり、それぞれの施設で CPT を実施した。集団版 CPT は、まつしま病院精神科に外来受診する患者を対象とし、CPT については武蔵野大学心理臨床センターにて実施した。適格基準は下記の通りである: 1. CAPS で PTSD 診断基準を完全あるいは部分的に満たし、かつ CAPS 得点が 40 点以上、2. PTSD の罹病期間が 6 ヶ月以上、3. 20 歳以上、4. 通院が可能な圏内に在住している、5. 自宅にて毎日 2 時間の課題が可能な者、6. 日本語を母国語とする。除外基準は以下の通りである: 1. 併存する精神障害(統合失調症、双極性障害、アルコール・薬物関連障害、人格障害 A 群)およびこれに伴う精神症状の存在(重度のうつ症状、自傷行為、自殺企図等)のために治療の継続が困難である場合、2. てんかん発作の既往があり脳波が正常化していない者、3. スクリーニング時に CPT の遂行が困難な程度の重度認知機能障害を認める者、4. スクリーニング時に臨床診断で生命に関わるような重篤な、あるいは不安定な状態の身体疾患を認める者、5. 過去に構造化された個人 CBT を受けたことのある者や治療期間中に他の構造化された精神療法(支持療法を除く)を受けている者、6. CPT 実施期間のうち 50%以上の来院が困難であ

ると予めわかっている者、7. その他研究責任者が本研究の対象として不適当と判断した者、具体的には、妊娠中、非識字等調査内容や説明における理解が困難なもの、PTSD 診断が有利になるような訴訟の継続中または3ヶ月以内に予定されている者(ただし離婚訴訟・調停は除く)などがこれにあたる。

個人版 CPT は 20 例、集団版 CPT は 25 例を目標症例数とした。評価は CPT 開始前のベースラインアセスメント (-2±2 週)、中間アセスメント(第 7 セッション終了時; 7-11 週、自記式調査のみ)、CPT 実施期間終了後 1-2 週(13-21 週)、6 ヶ月後、12 ヶ月後の 3 回行う。また、CPT の進達と安全の評価のため自記式の PTSD 症状ならびにうつ・不安症状評価の Impact of Event Scale-Revised、Beck Depression Inventory-II、Overall Anxiety Severity and Impairment Scale ならびに有害事象は CPT セッションごとに評価する。主要評価項目は CAPS、その他の PTSD 症状やうつ、不安症状、有害事象を副次評価項目とした。

個人版 CPT の予備試験の主任研究者は森田展彰であり、集団版 CPT の主任研究者は正木智子である。それぞれの予備試験については、臨床試験登録を行っている UMIN000009488、UMIN000012919)。

また、CPT の適確な実施を確認するために、2014 年 7 月に研究チームのセラピスト担当者 4 名が米国デューク大学に赴き、CPT の基礎訓練を受けたセラピストに対する上級研修としての Consultation Workshop に参加した。

C. 研究結果

個人 CPT においては、これまでに 26 名が研究に紹介され、選択基準を満たした 17 名が登録となった。2015 年 2 月の時点においては、この内 10 名が CPT を完遂し、1 名が脱落となった。現時点で得られた主要評価項目 CAPS の結果としては、ベースライン時平均 62.6 点 ($SD = 13.4, n = 13$)、CPT 直後 32.8 点 ($SD = 28.0, n = 8$)、CPT 終了後 6 ヶ月後 10.5 点 ($SD = 5.3, n = 4$) と減少傾向にあった。

集団版 CPT においては、これまでに 12 名が研究に紹介され、選択基準を満たした 7 名が登録となった。2015 年 2 月の時点においては、このうち 6 名が CPT を完遂し、1 名が脱落となった。現時点で得られた主要評価項目 CAPS の結果としては、ベースライン時平均 70.86 点 ($SD = 17.37, n = 7$)、CPT 直後 45.33 点 ($SD = 17.52, n = 6$)、6 か月後 32.33 点 ($SD = 10.02, n = 3$) と減少傾向にあった。

また、2014 年 7 月に開催された Consultation Workshop には 4 名が参加

し、CPT の Consultation を実施する資格を得た。当研修においては、近年の CPT の改善点が強調され、DSM-5 に対応して測定尺度が変更されたこと、認知的な介入のみに限定した CPT-C で十分な効果が期待できること、CPT-C を実施する上での留意点についての情報を得た。とくに、CPT-C を実施する留意点としては、認知的な介入をしているセッション中の対話において、患者が示す感情状態をセラピストが適確に理解し、その感情（自然感情か、人工感情か）に応じた対応が求められることが強調された。

D．考察

現時点までで得られた結果からは、我が国における個人および集団版の CPT の実施可能性および有効性に関して期待できる結果が得られたと考えられる。予備試験から得られたデータおよび経験に基づき、今後は Recruitment Rate、Retention Rate 等を考慮し、我が国におけるランダム化比較試験を検討する必要がある。

E．結論

我が国における CPT の実施に関し

ては、現時点では期待できる結果が得られているが、目標症例数に達した時点で、実施可能性、安全性、有効性に関してより慎重な検討が求められる。

G．研究発表

1. 論文発表

正木智子・堀越勝・小西聖子：国内の PTSD 患者に対する認知処理療法の事例研究，武蔵野大学人間科学研究所，4 巻，印刷中

2. 学会発表

伊藤正哉：認知処理療法のエビデンス、第 13 回日本トラウマティック・ストレス学会、福島、2014.5.18．シンポジウム

高岸百合子：認知処理療法の治療内容、第 13 回日本トラウマティック・ストレス学会、福島、2014.5.18．シンポジウム

檜村正美：集団版認知処理療法の紹介、第 13 回日本トラウマティック・ストレス学会、福島、2014.5.18．シンポジウム

森田展彰：認知処理療法の治療過程—特に認知の修正の効果を中心に、第 13 回日本トラウマティック・ストレス学会、福島、2014.5.18．シンポジウム