

症例 D (不完全恐怖・完全強迫) : 文字が数字を読んで、頭に入ったような気がしなくても先に進む

症例 E (縁起強迫) : 新聞のニュースの記事を読んで、『悪』、『死』という文字を見ても、頭の中で良いイメージの字に置き換えずにそのまま読み進む

1-3) 治療への積極的な参加と宿題の重要性

ほとんどの症状は診察場面以外の、あなたの日常生活で起こっています。ですから、診察や配布資料で理解、体験したことを実践できるようになることが、症状から解放され、自由な生活をおくることができるようになるために重要となります。当たり前のことですが、宿題を積極的にすれば早くよくなり、宿題をしなかったり、引き延ばしたりすると改善が進まないだけでなく、図の悪循環がさらに進むので症状にさらに支配されるようになります。宿題は課題の達成状況を記録してきていただくのですが、ノートを作ることをおすすめします。治療による症状の改善がわかりやすいですし、過去の振り返りもでき、再発予防にもノートの存在が役立つからです。書くことへの抵抗や記録のやり方がわからないなどの相談は遠慮せず治療者にしてください。

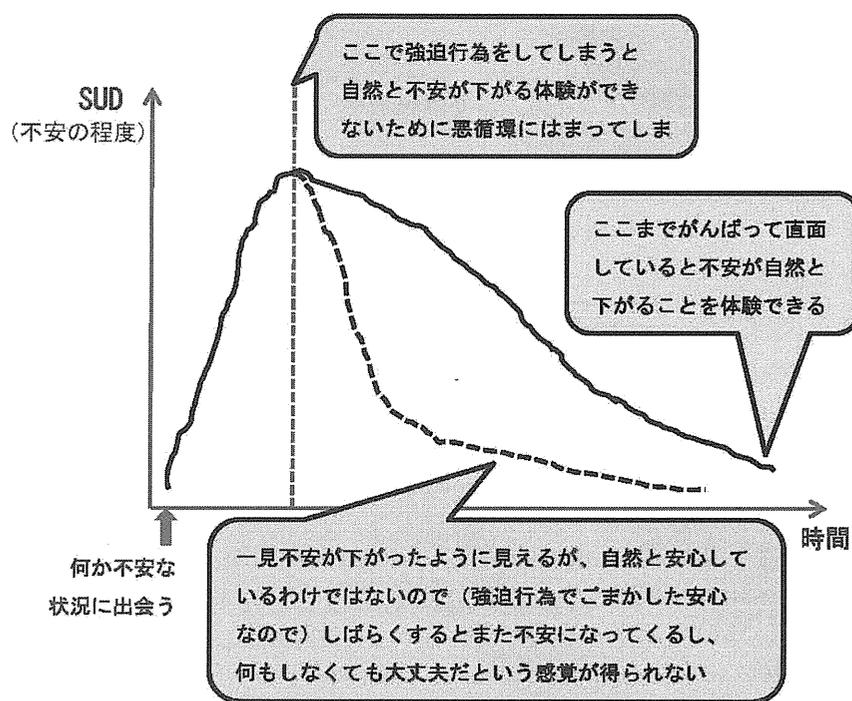


図 曝露反応妨害法の治療イメージ

上のグラフの縦軸は、SUD（主観的不安尺度）を用いて、不安の程度を表しています。SUDは、最も強い不安を100や10にして、まったく不安を感じない時を0として、不安の程度を点数にしたものです。

苦手と感じて恐れていたものに直面し始めた時の不安は、直面し続けることによって、弱くなります。このことを、ハビチュエーション（馴化：なれること）といいます。

曝露反応妨害法を行うと、始めは不安が上がりますが、苦手なことに直面し続けると、大体1時間半から2時間で、必ず不安は下がります（セッション内ハビチュエーション）。

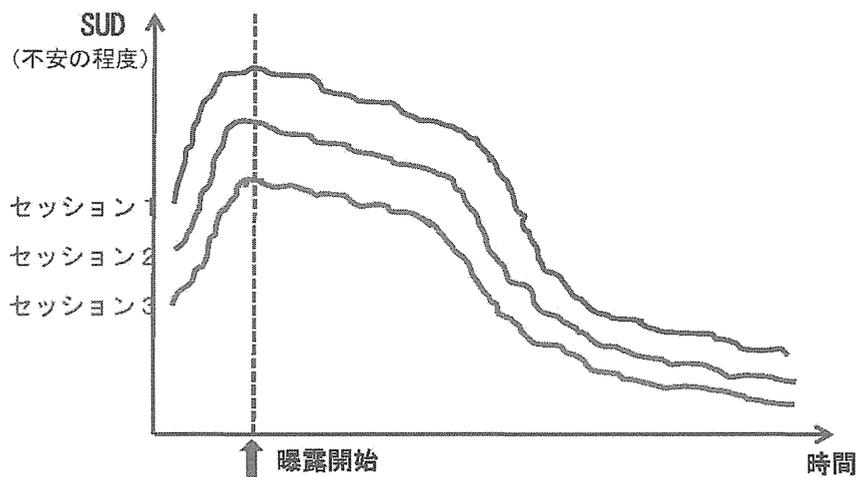


図 セッション内ハビチュエーションとセッション間ハビチュエーション

何度も行うと、刺激に曝露されたときの不安の程度が徐々に下がっていき、不安が治まるまでの時間も徐々に短くなっていきます（セッション間ハビチュエーション）。

続けていくと、苦手なことに直面してもほとんど不安を感じなくなり、苦手なことがどんどん減っていきます。強迫行為をしなくても不安にならなくなり、強迫観念が起こる頻度が減っていきます。

その結果、強迫症状に支配されない自由な生活が出来るようになり、気持ちが明るくなって余裕ができます。他の問題も解決しやすくなります。

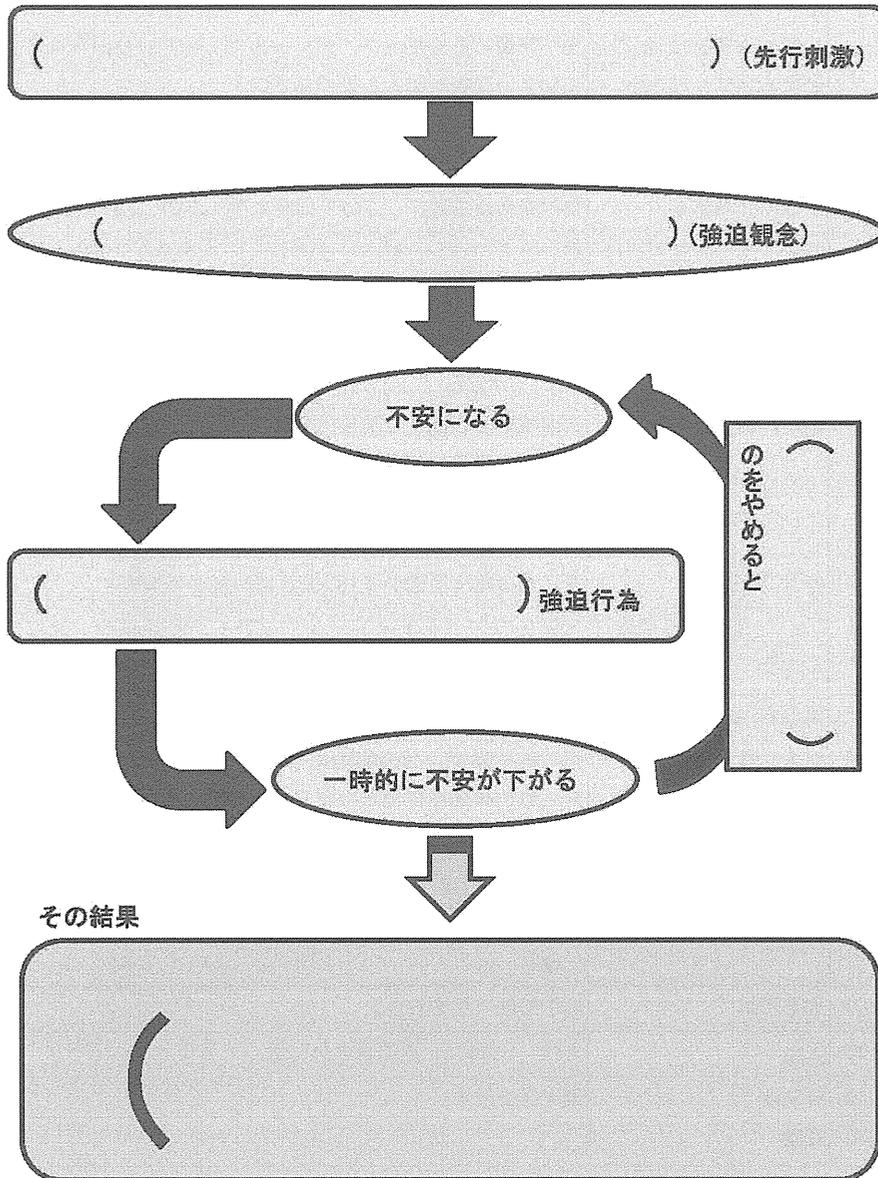
曝露反応妨害法を行っていても、頭の中で確認、打消し（これを、メンタルチェックといいますが。）をしていると、よくなるどころか、ますます不安になり、症状が悪化してしまいます。

メンタルチェックの例

症例Cさんのような、運転できなくなった人に対して、治療者は、怖くても運転するという課題を出しました（曝露）。Cさんは恐る恐る人通りの少ない、舗装道路から、運転を始めて、課題を一生懸命取り組みましたが、なかなか怖さがとれません。治療者は「頭の中で確認をしていませんか？」と尋ねたところ。Cさんは運転中、気になる音や振動があると、引き返さない代わりに頭の中で、現場の思い返しをしていることに気づきました。それをしないように意識し始めてから、次第に怖さが減っていきました。次にステップアップとして、老人ホーム、小学校の周りや、振動のしやすいでこぼこ道や天気の良い日にも運転するようになっていきました。運転時間も徐々に延長しました。頭の中で確認も絶対にはないように気を付けました。こうして治療を続け、今では営業マンとして復帰し、休日は家族でドライブに行くこともできています。

2 記載シート

資料 悪循環記載シート



3 宿題ノート作成のための参考資料（1-10）

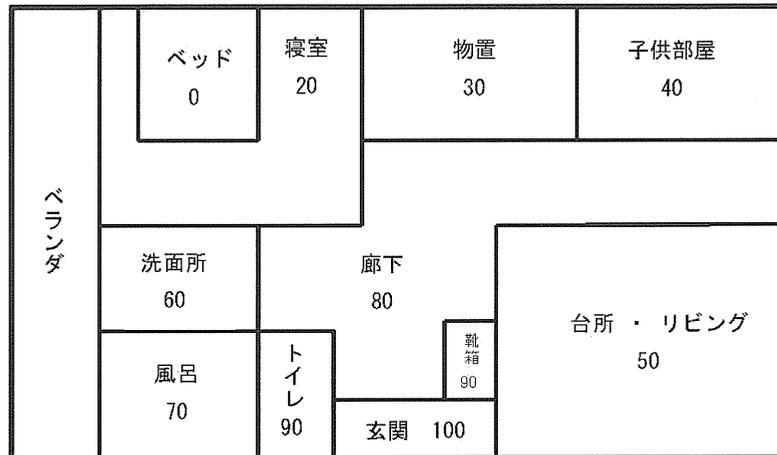
見本資料 1 典型的な一日の生活活動記録表

不潔恐怖・洗淨強迫の場合

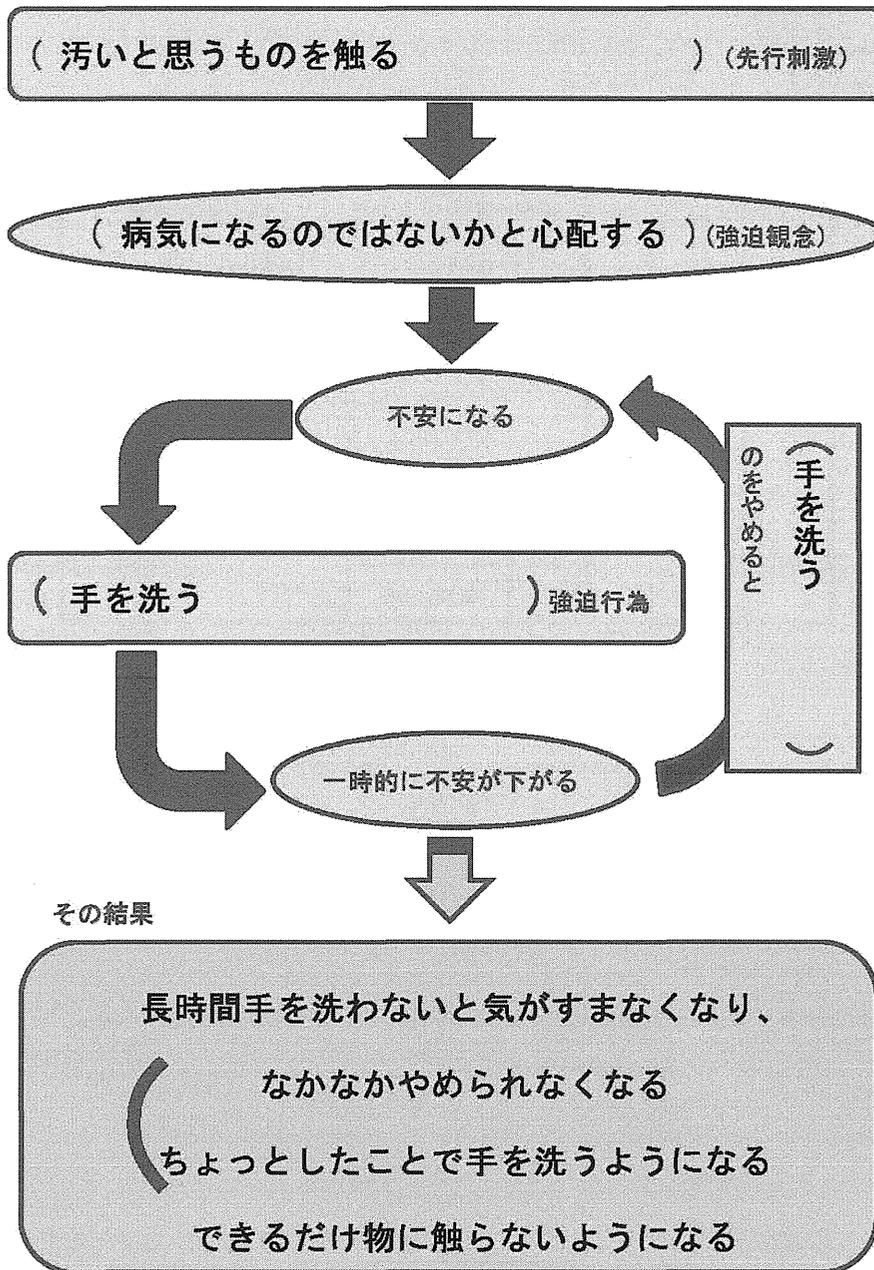
時刻	起床、就寝、食事を記載して、その間にしたこと	症状について、何を何回、何分と（書けない場合は正の字を）記載してください。元々一人でできていたが今はできていないことも記入してください。
4:30	起床 身支度	トイレの後に手洗い（15分）。途中で度々手を洗うか、ウエットティッシュで手を拭く。
5:45	娘のお弁当作り	食材を何度も洗い、途中で何度も手を洗い、1時間かかる。
7:00	朝食、台所の後片付け	買い置きパンと紙パックのジュースで朝食を済ませる。
8:00	娘の身支度の手伝い	途中で度々手を洗う。
8:50	娘を園バスに乗せる	シャワーを浴びる（30分）。玄関から風呂場の廊下を掃除する（15分）。
10:00	洗濯、洗濯物干し	洗濯機を2回回す。途中で度々手を洗う。洗濯かごを拭く（3回）。洗濯し終えた洗濯物を洗濯機から取り出す前に洗濯層の淵を拭く（3回）。洗った洗濯物は汚れが付かないように室内に干す。
12:30	昼食、休憩	トイレの後に手洗い（15分）。買い置きで済ます。
13:15	届いた食材を冷蔵庫にしまう	食材をウエットティッシュで拭いてからしまう。途中で度々手を洗うか、ウエットティッシュで手を拭く。
14:30	娘のお迎えの準備	度々手を洗う。
15:00	娘のお迎え	帰宅後玄関で、娘の荷物をウエットティッシュで拭き（5分）、娘の体調を確認しながら娘と一緒にシャワーを浴びて（30分）、廊下の掃除をする（10分）。
16:15	夕食の準備をする。	食材を何度も洗い、途中で手も何度も洗い、2時間かかる。
18:30	夕食	食事前に手を洗う（20分）。後片付け、ゴミ出しの準備は夫に頼む。
19:30	入浴準備	途中で度々手を洗う。
20:30	入浴	入浴（1時間）。洗濯物を夫に畳んで片付けてもらう。
21:30	身支度	度々手を洗う。
22:30	就寝	

あなたの家の間取りと様子を教えてください。

それぞれの場所について、汚いと思う度合いを0～100で記入してみてください。



この人は、きれいな状態でベッドで寝たい人で、寝る直前に入浴して、どこにも触らないようにして寝室に入り、ベッドで休みます。家族にも、外出先から帰宅するとすぐにシャワーを浴びて家用の服に着替えることを強制します。



見本資料 4 症状発現状況 記載例

あなたの症状について、どのような状況で、どのようなことを心配して、どのようなことをやっているのかを、書き出してみましょう。

状況	心配	やっていること
トイレに行ったとき	手についた汚れで病気になるのではないか	手を過剰に洗う
調理をしているとき	食材の汚れが料理に入って病気になるのではないか	食材を過剰に洗う
調理をしているとき	手についた汚れが料理に入って病気になるのではないか	手を過剰に洗う
外から荷物を持ち帰ったとき	外で荷物についた汚れが家に広がって病気になるのではないか	荷物をウエットティッシュで拭く
外出から帰宅した時	体についた外の汚れが家に広がって病気になるのではないか	シャワーを長時間浴びる

状況	心配	やっていること
ガスの元栓を閉めた時	閉め忘れて大惨事が起こるのではないか	何度も目で見て確かめる
出かける際に玄関の鍵を閉めたとき	閉まっていなくて泥棒が入るのではないか	繰り返しノブを回してドアを開けようとして確かめる
水道の蛇口を閉めた時	閉まっていなくて階下に水漏れが起こるのではないか	蛇口を繰り返しひねって確かめる

状況	心配	やっていること
車を運転しているときに振動や音を感じたとき	何かひいたのではないか	現場に戻って目で見て確認をする
自転車に乗っているときに人とすれ違ったとき	ぶつかってけがをさせたのではないか	止まって振り返って確認する
狭い店に入ってしまったとき	棚にぶつかって品物を落として壊したのではないか	目で見て確認する

避けている行動	過剰な行動
調理	手を洗う
食事の後片付け（特に食器洗い）	ティッシュで手を拭く
外出	食材を洗う
食材の買い物	食器を洗う
ゴミ出しの準備	シャワーを浴びる
人を家に招き入れること	玄関やトイレから風呂場の廊下の掃除をする
飲み物を飲むこと	洗濯かごを拭く
トイレに行くこと	洗濯し終えた洗濯物を洗濯機から取り出す前に洗濯層の淵を拭く
	外から持ち帰ったものをウエットティッシュで拭く
	入浴
	娘の体調確認

不安階層表

100 : 最も強い不安や不快感が起こりうる刺激 (物、状況、動作)

0 : 全く不安や不快感が起こらない刺激

まず、100 の刺激を決めて、それを基準にその他の刺激を記入していきましょう。

100	100 : 電車のつり革を握る
	95 : 外のごみ箱にごみを捨てる
	90 : お店の商品を触る
	85 : お金を払う
80	80 : ごみ出しの準備をする
	75 : 外の和式トイレを使う
	70 : 外の洋式トイレを座って使う
	65 : 自宅のトイレを使う
60	60 : 台所の生ごみ用のごみ箱を触る
	50 : 家のごみ箱に触る
40	40 : 家のごみ箱にティッシュなどのごみを捨てる
	30 : 自宅のトイレの壁を触る
20	20 :
0	

★ 曝露する内容：家のごみ箱に触る。

★ 反応妨害する内容：手を洗わずに近所の公園を散歩する。

経過時間	不安や不快の程度 0(全くない)～100(最強) の点数をつけましょう。	その時やっていたこと(例:じっと座っていた、食事をして、外を歩いていた、親に大丈夫か聞いてしまった、手を洗ってしまったなど)
開始時間 開始直後	(14:00) 90	家のごみ箱に触って、家を出た
10分後	90	公園に着いた
20分後	80	公園を散歩していた
30分後	70	ストレッチをしていた
1時間後	80	不安になったので、持ってきていたお茶を飲みながらお菓子を食べた
1時間半後	50	音楽を聴きながら雑誌を見た
2時間後	30	少し遠回りして自宅に向かった
感想・反省	家を出るときは外出をやめなくなったが、家を出て体を動かしていたら少し楽になった。時間を持て余し始めて、少し不安が上がったが、おやつを食べたら、不安が下がった。2時間後には少し余裕が出ていた。	

★ 治療課題

1. 家のごみ箱にごみを捨てた後で、手を洗わずに近所の商店街を散歩する。
2. 家のごみ箱に触った後で、手を洗わずに近所の公園を散歩する。
3. 自宅のトイレの壁に触った後で、手を洗わずに近所のディスカウントストアに行って、帰宅後そのまま寝室のベッドに大の字になって寝転がる。

★ どれくらいできたか記録してみましょう。

簡単にできた：◎ やっとできた：○ 十分にはできなかった：△
 できなかった：× する機会がなかった：—

月 日	1	2	3	
4/22	—	○	△	
4/23	◎	○	—	
4/24	—	○	△	
4/25	◎	○	—	
4/26	◎	○	—	
4/27	—	○	○	

見本資料 9 治療目標 記載例

- ★ 短期目標：娘の体調を執拗に確認することをやめて、娘をのびのびと生活させたい
- ★ 中期目標：家族で旅行に行きたい
- ★ 長期目標：娘のお友達とそのママに家に遊びに来てもらいたい

見本資料 10 再燃予防のための質問への解答例

Q1：今の状態を維持するためにはどうしたらいいですか？

A1：今やっていることを続ける
残っている症状にも挑戦して続ける

Q2：もし悪化するとしたらどんなときだと思いますか？

A2：娘に関して心配事が出来た時

Q3：その場合の対処はどうしますか？

A3：今やっていることをやる

見本資料 1.1 治療感想 記載例

初めて受診した時は、強迫症状のせいでほとんど何もできなくて、苦しかったです。毎朝起きても、動いたら気になることが増えるので、なかなか布団から出る気になれなかったのを思い出し、今は朝起きて立ち上がった時に、それが無い事をふと思い出すと感慨深く感じ、そしてとても救われた気持ちになります。

本やテキストに書いてある症状のしくみや行動療法の進め方だけでは十分にわからない事を先生に相談し、そのつどちゃんと話をきいてくれた的確に答えてくれたおかげで、いろいろな強迫観念と行為についての認識が明確になり、また自分のやり方が間違っていないかを教われ、十分納得して取り組むことができました。自分で納得してから治療できたので、途中でごまかしたりせず強迫症状に対処できるようになったのだと思います。不安が強くなりすぎないように課題を選んで、徐々に曝露ができ、少しずつその刺激に慣れていけたので、思ったよりもパニックにならず、克服できました。もし、行動療法を受けていなかったら、今でも強迫症状に苦しめられていたのではないかと思います。そう思うと、元通り完璧に元気ではなくとも、とても気分が楽です。観念や不安は大分なくなったものの、一生付き合っていくことになると思います。しかしその時は治療の事を思い出し、症状に振り回されないようにしていきます。

第一部：幼少期のトラウマによる複雑性 PTSD のための認知行動療法 第二部：持続エクスポージャー療法指導用マニュアルの作成に向けて

研究協力者 金吉晴 大滝涼子

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

第一部：STAIR (Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation：感情と対人関係の調整スキル・トレーニング)と、NST (Narrative Story Telling: ナラティブ・ストーリー・テリング) の概要を示し、検討を加えた。

第二部：持続エクスポージャー療法に関する発表者自身の臨床指導経験を踏まえ、指導において問題なる箇所について予備的な考察を行い、また SV 用チェックリストの概要を紹介し、検討を加えた。

第一部

1 幼少期のトラウマ

トラウマ体験による PTSD は、幼少期のトラウマ体験も診断概念の中に含んではいるが、成人のトラウマ体験の場合とは異なり、その症状の現れには非言語的な再体験症状の表出が前景に立つなどの相違がある。また幼少期のトラウマは家族内で養育者から生じる場合が多く、必然的にアタッチメントの混乱を生じるとともに、養育者からの被害に関しては複雑な感情が一気に体験され、なおそれが極度の混乱の中で生じるために、整理されることが少ない。そのため、自分がどのような状況の中でどのような感情を体験するのかが分からず、怒りや恐れなどの強い感情が生じると、コントロール不良に陥りやすい。また対人関係スキーマを健全に発達させることができず、自分自身を守るために養育者や重要な他者から好ましい反応を引き出すための認知、感情、行動パターンを発達させることができない。また困難な状況に直面したときに、

否定的なスキーマによる解釈のなかに留まってしまい、柔軟にスキーマを変更することができない。このような感情制御と対人関係の不安定さは成人した後も遷延することが多く、幼少期のトラウマによる PTSD を持つ成人患者の多くは対人関係の困難を同時に主訴とすることが多い。このような病像を複雑性 PTSD と呼ぶ。

2 複雑性 PTSD

複雑性 PTSD は DSM-5 には取り入れられなかったが、ICD-11 草案では取り入れられている。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。

通常の PTSD 症状に加えて、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、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。

境界性人格障害 (BPD) との異同がしばしば問題となるが、以下の点において区別される。

- ① BPD は治療者への操縦行為 manipulation を行うが、複雑性 PTSD ではそれが認められない。
- ② BPD は見捨てられ不安が強く、そのためにアクティングアウトを生じることがあるが、複雑性 PTSD ではそれが認められない。なお BPD に短期間の CBT を行うと、終結時に見捨てられ不安が生じることがあるので、基本的には BPD にはより長期の治療が必要となる。

3 治療の概要

このような特徴を持った複雑性 PTSD のために、Cloitre らによって 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) ならびに NST (Narrative Story Telling : ナラティブ・ストーリー・テリング) と呼ばれる治療法が開発され、良好なエビデンスを出している。

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。

文献

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. Noonan 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. Trappner B, Newville H. Trauma healing via cognitive behavior therapy in chronically hospitalized patients. Psychiatr Q. 2007 Dec;78(4):317-25.

第二部

1 持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE)

心的外傷後ストレス障害 (PTSD : posttraumatic stress disorder) は、危うく死ぬまたは重症を負うような外傷的出来事を経験した後に、フラッシュバックや悪夢などのさまざまな症状を呈する疾患で、外傷的出来事の後に生じる精神疾患として最も代表的なものである。ベトナム戦争帰還兵や強姦の被害者などで共通の精神症状が認められたことから、1980年に出版されたDSM-IIIに診断分類として初めて記載された。わが国では、1995年の阪神淡路大震災を一つの契機として広く知られるようになった。

この病態の原因は外傷的出来事の最中に感じた恐怖や無力感が、記憶として過剰に固定化されたり消去されなかったりする状態が、PTSDの病態形成に密接に関与していると考えられている。そのため、外傷的出来事の強度や持続期間は主たる病因の一つである。

アメリカで行われた大規模調査では、PTSDの生涯有病率は7.8%と報告されている。このうち男性は5.0%、女性は10.4%であり、女性の生涯有病率は男性の約2倍である。外傷的出来事の種類の中では、性被害や戦闘など対人暴力被害によるPTSDの発症率が高く、特に強姦被害者では約半数がPTSDを発症すると報告されている。いっぽう、自然災害や交通事故などによるPTSDの発症率は10%を下回るとされている。日本で行われた疫学調査では、生涯有病率は1.3%、12ヶ月有病率は0.7%と報告

されている。

アメリカの大規模調査によると、外傷的出来事から1年以内の期間では自然回復の可能性が比較的高く、数年を経過しても一定の割合で自然回復が認められるいっぽうで、PTSD患者の約3分の1は治療の有無にかかわらず寛解が得られないとされている。わが国における経過・予後に関するデータは存在しないため詳細は不明であるが、自然回復の割合や治療への反応性は、外傷的出来事の種類によっても相違があると考えられる。

治療法としてはSSRIが米国、日本で保険適応となっているが、効果量はNICEガイドラインによれば0.5を下回っており、必ずしも高くない。これに対してトラウマ焦点化精神療法は多くのガイドラインで推奨されており、中でも持続エクスポージャー療法（Prolonged Exposure Therapy: PE）は効果量が1.5前後の報告が多く、効果研究も数多くなされ、日本でも指導研修体制が整備されつつある。

PEについては開発者であるFoa, E., Hembree, E., Rothbaum, B.によるマニュアル（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.）が公開されており、治療はそれに準拠することが求められる。しかし実際に日本でSVを行った場合、おそらくは日米の臨床家養成の体制の相井などの影響か、思いがけないところで治療に躓く場合があり、それらについては事例と経験の蓄積が必要である。以下に、マニュアルに記載されていない臨床指導上の補足的工夫について検討する。なおこうした補足的説明を無制限に認めてしまうことは治療

プロトコルからの逸脱のリスクを生じることが懸念される。そこで今後の研究方針としては、これらを英訳し、開発者らとともに検討した上で日本での指導者が用いる必要がある。併せて開発者らが作成した、SV用のチェックリストの一部を紹介し、検討を加えた。

II PE指導者のための覚え書き

患者選択

PEの対象となる患者についてはマニュアルに詳しく述べられているが、特に初心者の指導に適した症例として感が得られるのは、PEではない通常面接の中で治療の対象となるトラウマについて30分以上のトラウマインテーク面接を行うことができ、体験に伴う感情、思考、生活への影響、治療への期待、動機などについて話すことができる患者である。その際に重要なことは、インデックストラウマの明確化、適切な感情の表出、治療的信頼感の存在である。

インデックストラウマの選定は、A基準に合致することが明確になっている具体的な情報を本人から取る必要がある。たとえば「乗っていた電車が何かにぶつかって急停車し、床に投げ出され、皆が騒然となり、必死で逃げ出してホームの階段を駆け下りた」では不十分であり、「投げ出された瞬間に死ぬかと思った」「隣の人が頭から血を流して叫んでおり、その人が死ぬのではないかと思った」などのA基準に合致する具体的な事実が明らかになっている必要がある。

またその体験に対応して、臨床上問題となる再体験症状が認められていることが必