

【特集2：認知行動療法の現在】

PTSDに対する持続エクスポージャー法

Prolonged Exposure Therapy for PTSD

石丸 径一郎 金 吉 晴

Keiichiro Ishimaru Yoshiharu Kim

I. はじめに

戦闘、暴行、誘拐・拉致、人質被害、テロ攻撃、拷問、収容監禁、災害、重度の自動車事故、生命的脅威を及ぼす病気の告知などの出来事を体験、目撃、直面した後に、一部の人にPTSDが生じる。PTSDの3つの症状は、侵入性想起やフラッシュバックなどの「再体験症状」、外傷に関連するものの回避や感情の範囲縮小などの「回避・麻痺症状」、睡眠障害、集中困難などの「覚醒亢進症状」である[1]。

PTSDに対する認知行動療法の1つである持続エクスポージャー法 (Prolonged Exposure、以下PEと略記する) は、他の不安障害に対するエクスポージャー法と、基本的な考え方は同じである。しかし、特にPTSDに対するPEは、Pennsylvania大学のEdna Foa教授によって、当初はレイプ被害のPTSD患者の治療目的で特に開発され、その後、他のトラウマによるPTSDにも実施されるようになったもので、独自の特徴を持った治療パッケージである。本稿では、この治療法についてまとめるが、より詳しい情報については、治療プロトコルが成書として出版されているので、そちらを参照されたい[2]。

II. PEの概要と治療効果

PTSDに対するPEは、週に1~2回の頻度で、10~15セッションが行われる。1回のセッションは90分程度となる。その内容は、一般的な不安障害に対するエクスポージャー法と似ており、1) 治療原理

やトラウマ体験後の一般的反応などに関する「心理教育」、2) リラクゼーション技法としての「呼吸法」、3) 患者が避けている状況や対象に対して直面化をおこなう「現実エクスポージャー」、4) トラウマ記憶に立ち戻り、ありありと思い出しながら話してもらう「想像エクスポージャー」という4つの構成要素から成っている。4つのすべてに関して、セッションの時間外におこなうホームワークが課される治療である。

PTSDに対する精神療法の中で、PEはもっとも強い治療効果があることが、数多くの研究によって実証されている。Foaらは、1980年代からトラウマによる不安症状に対してエクスポージャー法を施行しており、90年代に入るとPEの治療効果についてランダム化比較試験(RCT)を用いて検討し始めた。主な治療研究をいくつか紹介する。

まず彼女らは、PEの治療効果を、ストレス免疫訓練(Stress Inoculation Training)、支持的精神療法、待機群と比較した[3]。レイプ被害による45名の慢性PTSD患者が、4種類の条件に割り振られ、待機群以外の3群はそれぞれ9セッションの治療を受けた。その結果、治療後には待機群と比較して、PEとストレス免疫訓練では大きな改善が見られ、支持的精神療法も若干の改善が見られた。待機群はまったく改善していなかった。1年後のフォローアップでは、PE群だけが、さらに改善を続けていた。

その後Foaらは、PEとストレス免疫訓練、さらにその2つを併用した治療の効果を待機群と比較した。性暴力・身体的暴力の被害による97名の慢性PTSDの女性患者が4種類の条件に割り振られた[4]。その結果、治療後にPTSD診断が残ったままの参加者の割合は、PE単独治療で35%、ストレス免疫訓練単独治療で42%、両治療の併用が46%であった。PTSD・不安・抑うつ症状の強度や、1年後のフォローアップについても同様に、PE単独治療群がもっと

も大きな改善を見せた。また彼女らは、PE単独治療と、PEと認知再構成法の併用、そして待機群の3群を比較した研究も行った[5]。この研究においても、PE単独群、PEと認知再構成法の併用群ともに、待機群に比べて改善を見せていたが、その効果量はPE単独群の方が大きかった。この研究では、Foaの研究機関に所属するセラピストだけでなく、地域のレイプ被害者のための支援センターに所属するソーシャルワークやカウンセリングを専門とする修士レベルのセラピストたちも参加し、トレーニングを受けた上で治療を行った。彼女たちはそれまで認知行動療法の訓練を受けたことはなかったが、そのような未経験のセラピストによっても十分な治療効果をあげられることが示された。さらに、PEとEMDR(眼球運動による脱感作と再処理)とを比較した研究[6]においては、治療後の評価では2種類の治療は待機群と比較して同程度に改善をもたらしていた。しかし6ヵ月後フォローアップにおいては、包括的な生活機能の点ではEMDR群よりPE群の方が優れていた。

III. PEの適応

PTSDに対するPEは、さまざまな複雑な条件を持つ患者にも実施することができるということが、徐々に明らかになってきた。ここでPEが適応になる条件についてまとめる。トラウマ体験の後、多くの人に見られるPTSD症状は時間経過とともに軽快していくのが自然な過程である[7]。しかし1ヶ月以上が経過した後でPTSD症状が持続している場合には治療を考えてよい。PEの中心となるのは、トラウマ体験に立ち戻ってありありと思い出しながら語ってもらった想像エクスポージャーという技法であるため、少なくともトラウマ体験をストーリーとして記憶していることが必要である。また、PTSDの3症状が揃っていないくとも、部分的にでもPTSD症状が存在しており、生活への障害や苦痛が存在していれば、PEを行うことができる。

一方、次のような条件がある場合には、PEを実施すべきではないとされている。まず、深刻な自殺念慮、重度の自傷行為、また切迫した他害行動の恐れがある場合は、PEを行うよりも先に、さし当たって問題となっていることに対して臨床的な対応を優先させるべきである。ある程度の期間観察して、そのような衝動をコントロールできるようになったと

判断してからPEを実施する。次に、DV被害が継続していたり、危険な環境にいまだに居住しているなど、依然として被害にあうリスクが高い場合には、まずは安全の確保を行うべきである。また、PTSDに加えて精神病性障害の診断がある患者に対しては、PEの効果があるかどうかはまだ実証されていない。最後に、トラウマに関する明確な記憶がない患者に対しては、PEを行うことはできないし、記憶を取り戻すための手段としてPEを行ってはならない。

薬物・アルコール依存、解離症状、パーソナリティ障害が併存しているPTSD患者については、PEが実施できないというわけではないが、併存疾患の状態を慎重に検討してから実施すべきである。一般的に言えば、PTSD以外の疾患の方が、より臨床的に重要であると判断される場合には、その疾患を先に治療したほうが良い。深刻な自傷行為が続いている場合には、もちろんPEを実施することはできないが、実際には慢性PTSD患者の多くがパーソナリティ障害を同時に持っている。Foaらによる2つの研究においては、パーソナリティ障害の有無によって、PEの治療効果に差は見られていない[8]、[9]。

IV. PEの各セッションの内容

PTSDに対するPEは、1回90分程度のセッションを、週に1、2回の頻度で10～15回行う。それぞれのセッションで行うことを紹介する。PEでは、患者のホームワークに使用するために、すべてのセッションの録音を行う。またスーパーヴィジョンのために、ビデオ撮影も同時に行うことが望ましい。

1. セッション1

セッション1では、PEの概要と治療原理についての心理教育を行い、患者のトラウマ体験についての情報を収集し、呼吸再調整法を導入し、最後にホームワークを出す。

心理教育では、次のようなことを説明する。PTSD症状が長引いている原因は「回避」であり、回避には記憶や感情に対する頭の中での回避と、状況や場所に対する現実場面での回避の2種類がある。PTSD症状を軽減させていくためには回避をやめることが必要であり、そのために想像エクスポージャーと現実エクスポージャーを治療の中で行っていく。想像エクスポージャーは、頭の中でトラウマ体験に立ち戻り、ある程度の時間繰り返し体験について話

すことであり、現実エクスポージャーは、トラウマの後、できなくなってしまうような避けている状況・場面に対して向き合い、少しずつ練習してできるようになっていくことである。また、トラウマ体験後、変化してしまった認知についても触れ、世界は危険であり、自分は無力であるといった考えや思い込みに気づき、より現実的な見方ができるように捉え直していくことも重要であると説明する。この内容をまとめた文章がプリントされた資料を患者に渡す。

次に「トラウマ面接票」を使って、情報収集を行う。現在の主訴、機能レベル、トラウマ体験の内容、トラウマ後の心身の健康状態、周囲の人からのサポートの状況、飲酒習慣、薬物使用などについて聴き取りをする。複数のトラウマがある場合は、PEで中心的に扱う「ターゲットトラウマ」を決定することも重要である。ここではエクスポージャーをすることが目的ではないので、トラウマの話が詳しくなりすぎないように、事実関係のみにとどめることが重要である。

患者は生活の中で、過度な不安症状に悩まされていることが多く、これに自分で対応できるようになり、コントロール感を高めてもらうために、呼吸再調整法を導入する。不安症状が出た時には、酸素を取り込み過ぎないように、ゆっくりと呼吸をすることが大事であることを伝え、「リラー—ックス」という言葉を頭の中で唱えながらゆっくりと息を吐く練習をさせる。治療者が手本を示しながら教示を行ったものを録音し、患者が家で練習できるようにしておく。

セッション1のホームワークは、呼吸再調整法を1日3回、1回に10分程度毎日練習すること、セッション全体の録音を毎日聞くこと、治療原理について説明した資料を読むことである。セッション1は、治療者と患者との初めての対面であることも多い。治療者は上述したセッションの内容をこなすだけでなく、治療に対する患者の不安を理解して対応し、ある程度の信頼感や安心感を持ってもらい、治療に対する動機付けを高めることが非常に重要である。

表1. セッション1

・治療プログラムの概略の説明 (25～30分)
・トラウマ面接を使用した情報収集 (45分)
・呼吸再調整法の導入 (10～15分)
・ホームワークを出す (5分)

2. セッション2

セッション2では、トラウマの後でよく見られる反応について心理教育を行い、現実エクスポージャーを始めていく。このセッションで行うことは、ホームワークの振り返り、トラウマの後でよく見られる反応・症状についての説明、現実エクスポージャーの説明、SUDS (Subjective Units of Discomfort Scale: 苦痛の主観的評価尺度) の導入、現実エクスポージャーの階層表の作成、ホームワークとする現実エクスポージャーの課題選択である。

「トラウマの後でよく見られる反応」については、具体的には、不安や恐怖、再体験、集中力の低下、過覚醒、回避・麻痺、気分の落ち込み、コントロール感の喪失、罪悪感や恥辱、怒り、自己イメージの悪化、人間関係の障害、性的関係の障害、別のトラウマや嫌な体験の想起、物質使用の増加などについて対話的に説明していく。このような説明を行う目的は、患者の症状や問題を明らかにすること、そのような症状や問題は正常な反応であると患者が捉えなおすこと、そのような症状や問題はPTSDを治療することで軽減すると希望を持ってもらうことである。

次に現実エクスポージャーの説明を行う。セッション1での説明と同じく、回避をやめる必要性とメリットを理解してもらう。例え話を使って説明すると良い。そして、今後のエクスポージャーに取り組みやすくするために、主観的な苦痛や不安の程度を0から100までの点数で表す方法であるSUDSについて説明し、その使用に慣れてもらう。これにより、治療中やホームワーク実施中の患者の状態を容易に把握することができるようになる。

導入したSUDSを使って、現実場面で避けている状況についての不安階層表を作成する。階層表にリストアップする状況には、1) 人ごみ、暗い場所など、患者が危険だと思っている状況、2) テレビのニュース番組など、トラウマを思い出すかもしれないきっかけになる状況、3) 趣味や友達づきあいなど、トラウマ以来、興味を失ってしまった状況の3種類である。15～20項目程度を特定の・具体的にリストアップし、それぞれのSUDSを記入する。現実エクスポージャーは、ほとんどの場合ホームワークとなるため、治療者が傍でサポートすることができない。そのため、あまりSUDSの高いものではなく、40から50程度の状況から開始する。選んだ状況について、

30～45分間、またはSUDSが50%低下するまで逃げずにその場に留まってもらう。ホームワークを選ぶ際には、実際の危険が伴わないように十分配慮することが重要である。

セッション2のホームワークは、現実エクスポージャーの実施の他に、呼吸再調整法の練習の継続、「トラウマ体験の後によく見られる反応」について書かれた資料を読むこと、セッション全体の録音を1回は聞くことである。

表2. セッション2

-
- ・ホームワークの振り返り (5～10分)
 - ・トラウマの後でよく見られる反応・症状についての説明 (25～30分)
 - ・現実エクスポージャーの説明 (10分)
 - ・SUDSの導入 (5分)
 - ・現実エクスポージャーの階層表の作成 (20分)
 - ・ホームワークとする現実エクスポージャーの課題選択 (5分)
 - ・ホームワークを出す (10分)
-

3. セッション3

セッション3ではホームワークの振り返り、想像エクスポージャーの治療原理の説明、想像エクスポージャーの実施、想像エクスポージャーについての話し合い(処理)を行い、ホームワークを出す。

まず前回のホームワークについて、特に現実エクスポージャーについて話し合い、患者が何を学び、どのような効果があったかと思っているかを尋ね、患者の努力を十分に褒める。ホームワークができなかった場合には、その理由について十分に話し合う。

次に想像エクスポージャーを行う理由について説明し、そのやり方を教示する。45～60分間くらいの間、目を閉じて、過去形ではなく現在形を使って、情動と結びつけながら、トラウマ体験について語ってもらう。想像エクスポージャーのやり方に慣れてもらい、また不安に圧倒されてしまわないために、治療者は「きちんとできていますよ」「その調子で」などの言葉で患者を支持する。患者の情動的関与が不十分な時には「何を感じていますか?」「どんなふうに見えますか?」などの言葉でエクスポージャーを促進するが、治療者との対話にならないように、

指示的になり過ぎないように注意する。治療者は5分毎に患者のSUDSを尋ね、情動的関与の程度についてモニターする。想像エクスポージャーを終えたら、その体験について話し合い(処理)を行う。想像エクスポージャーによって得られた新たな気づきや洞察について話し合い、認知の再構成を行いながら、患者の高まった不安を沈め、気持ちを落ち着かせる時間を取る。患者の努力をねぎらい、褒め励まして治療意欲を高めることも重要である。

セッション3のホームワークは、毎日1回、想像エクスポージャーの録音を聞き、SUDSを記録すること、現実エクスポージャーの実施、セッション全体の録音を1回聞くことである。

表3. セッション3

-
- ・ホームワークの振り返り (10～15分)
 - ・想像エクスポージャーの説明 (10～15分)
 - ・想像エクスポージャーの実施 (45～60分)
 - ・想像エクスポージャーについての話し合い (15～20分)
 - ・ホームワークを出す (5分)
-

4. 中間セッション

セッション4以降は、ホームワークとして現実エクスポージャーを実施し、セッション内で想像エクスポージャーを実施するということを繰り返していく。患者は、これまでずっと避けていた記憶や状況に毎日向き合い続けることになる。このため、PEを受ける患者の一部では、一時的にPTSDや、不安、抑うつ症状が悪化することもある。しかしこれは一時的なものであるため、このことは事前に説明しておくとともに、患者の治療意欲が低下しないように留意しておかなければならない。

想像エクスポージャーにおいては、治療の進展とともに患者はやり方に慣れ、適切な情動的関与を行うことができるようになっていく。そこで、様子を見ながらセッション5の頃から、ホットスポットと呼ばれる手続きに入っていく。ホットスポットとは、より効率的に十分な情動的関与を得るために、トラウマ体験の中でも最も苦痛が強い部分を取り出して、その部分だけを、細かいところまで詳しく、中断せずに何度も何度も繰り返して話してもらうやり方である。

中間セッションでのホームワークは、呼吸再調整法の練習を続けること、想像エクスポージャーの録音を毎日聞くこと、現実エクスポージャーの練習を行うこと、セッション全体の録音を1回は聞くことである。

表4. 中間セッション

-
- ・ホームワークの振り返り (10分)
 - ・想像エクスポージャーの実施 (30～45分)
 - ・想像エクスポージャーについての話し合い (15～20分)
 - ・現実エクスポージャーについての話し合い (10～15分)
 - ・ホームワークを出す (5分)
-

5. 最終セッション

通常、PEは10回のセッションを想定しているが、治療の進み具合によって、15回まで延長してもよい。IES-R [10]のようなPTSD症状自記式尺度を実施すると、治療効果を判断する参考になる。

最終セッションでの想像エクスポージャーは、ホットスポットではなく、トラウマ体験の記憶全体を一通り話してもらおう。これは、患者が再構成されたすべての記憶を語り、トラウマ体験に対して新たな意味づけを持ったことを整理して捉えやすくするためである。最初の頃と比べて、この最終セッションでの想像エクスポージャーがどのように違っているかを話し合うことも役立つ。

次に、PEを通して患者が何を心得どのような改善を見せたかについて話し合う。セッション2で作成した現実エクスポージャーの階層表を使って、それぞれの項目について現在のSUDSを尋ね、どのくらい下がったかを2人で確認する。そして治療の中でどのようなことが役に立ったか、どのようなことを身につけたかについて話し合う。まだ練習が必要な部分があるようであれば、それについて患者が1人で取り組めるように計画を立てる。また、今後症状が一時的に悪化した時には、どのように対処したらよいかを話し合っておく。最後に、患者の努力をねぎらい、十分に時間を取って治療の締めくくりをする。

表5. 最終セッション

-
- ・ホームワークの振り返り (10分)
 - ・想像エクスポージャーの実施 (20～30分)
 - ・見られた改善についてまとめ、今後の取り組みについて助言する (30分)
 - ・治療のしめくくり (5分)
-

V. 終わりに

PTSD患者と関わることは、治療者に大きな情緒的負担をもたらし、苦しい思いをすることがある。また、PEのような負担の大きい治療をPTSD患者に実施することに迷いを持つかもしれない。このような苦しさや迷いを、どのようにして乗り越えれば良いだろうか。PEの治療原理は、苦痛をもたらす原因となっているものから目をそらして避けることを止め、きちんと向き合って十分に感情に浸ることで、馴化が起こりPTSD症状が軽減するというのである。トラウマそのものは非常に危険な体験であったが、トラウマの感情や記憶に向き合うのは危険なことではない。治療者自身も、この治療原理を十分に理解しておかないと、患者に自信を持って説明することができないし、安定して治療を実施することができないだろう。治療者自信が治療原理を受け入れ、記憶は人を傷つけることはないかと納得している必要がある。また、治療者自身の情緒的負担に対処するためにも、熟練した治療者によるスーパーバイズや、同僚へのコンサルテーションは重要である。PTSD治療のチームを作り、ケースについて定期的に話し合う機会を持つことが理想である。

引用文献

- 1) American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, Text Revision. 2000, Washington DC.: American Psychiatric Association. (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引 新訂版, 医学書院, 2003.)
- 2) Foa, E. B., E. A. Hembree, and B. O. Rothbaum, Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences, Therapist Guide (Treatments That

- Work). 2007, New York: Oxford University Press. (金 吉晴, 小西聖子監訳: PTSDの持続エクスポージャー法: ト라우マ体験の情動処理のために, 星和書店, 2009.)
- 3) Foa, E. B., et al., Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol*, 1991. 59 (5) : p. 715-23.
 - 4) Foa, E. B., et al., A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol*, 1999. 67 (2) : p. 194-200.
 - 5) Foa, E. B., et al., Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol*, 2005. 73 (5) : p. 953-64.
 - 6) Rothbaum, B. O., M. C. Astin, and F. Mars-teller, Prolonged Exposure versus Eye Move-ment Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress*, 2005. 18 (6) : p. 607-16.
 - 7) Kessler, R. C., et al., Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1995. 52 (12) : p. 1048-60.
 - 8) Feeny, N.C., L.A. Zoellner, and E.B. Foa, Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: a preliminary examination. *J Personal Disord*, 2002. 16 (1) : p. 30-40.
 - 9) Hembree, E. A., S. P. Cahill, and E. B. Foa, Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. *J Personal Disord*, 2004. 18 (1) : p. 117-27.
 - 10) Asukai, N., et al., Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J) : four studies of different traumatic events. *J Nerv Ment Dis*, 2002. 190 (3) : p. 175-82.