

第 103 回日本精神神経学会総会

教育講演

エビデンスに基づいた PTSD の治療法

飛鳥井 望 (東京都精神医学総合研究所)

1. はじめに

近年、各種精神障害の治療においてエビデンスに基づいた治療が重視されつつあるが、PTSD (Posttraumatic Stress Disorder 外傷後ストレス障害) も例外ではない。PTSD 治療研究の盛んな英国やオーストラリアから最近発表された PTSD 治療ガイドラインでは、曝露療法に代表されるトラウマ焦点化認知行動療法は、エビデンスに基づいた治療の中核的技法として強く推奨されている。また 2007 年 10 月発表の全米アカデミー医学機構 PTSD 治療評価委員会報告は、現在のところ有効性が十分に証明されている PTSD の治療法は曝露療法のみであると結論づけた。

本稿では海外のそのような動向を紹介するとともに、本邦でも予備的知見により有用性が示されつつある PTSD に対する PE 療法 (Prolonged Exposure Therapy: 長時間曝露法) について解説する。子どものトラウマの治療については、エビデンスに基づいた認知行動療法の無料 e ラーニングサイトが米国で公開されており、あわせて紹介する。さらに暴力的死別を体験した遺族の複雑性悲嘆を伴う PTSD に対する認知行動療法についても述べる。

2. 欧米における PTSD 治療
ガイドラインの動向

PTSD の治療法については、国際トラウマティ

ック・ストレス学会 (2000 年)¹¹⁾ や米国精神医学会 (2004 年)¹⁾ から、また英国では国立医療技術評価機構 (NICE, 2005 年)¹³⁾、オーストラリアではメルボルン大学付設のトラウマ専門センター (2007 年)⁶⁾ からそれぞれ治療ガイドラインが出されている。現在のところランダム化比較試験により有効性を証明された PTSD の治療法は、認知行動療法、EMDR (眼球運動による脱感作と再処理法)、及び SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬) を中心とした抗うつ薬のみである。

したがって欧米における PTSD 治療ガイドラインでは、まずランダム化比較試験により有効性を証明された治療法が推奨されている。もちろんその前提として、治療者-患者関係の構築、二次被害の低減、環境調整、心理教育、リラクゼーション、睡眠の改善、不安・緊張の緩和といった基本的ケアが行なわれていることが必要である²⁾。

これまでのガイドラインの中では英国の NICE ガイドラインが一步大きく踏み込んだ内容となっており (表 1)、オーストラリアのガイドラインもほぼこれを踏襲している。具体的にはトラウマ焦点化心理治療 (トラウマ焦点化認知行動療法ないし EMDR) を有効性の高い治療法としてすべての PTSD 患者に推奨しており、薬物療法を常套的に優先することは薦めていない。またトラウマに焦点を当てない非指示的な精神療法も有効性を証されていないことから推奨していない。NICE ガイドラインがこのように踏み込んだ内容

表1 英国 NICE ガイドライン (骨子)

- ・外傷的出来事後1ヶ月間に認められる重度の外傷後ストレス症状ないし重度のPTSDに対しては、トラウマ焦点化認知行動療法が推奨される。この治療は通常の場合、外来個人療法として実施することが薦められる。(筆者注：ICD-10によるPTSD診断基準には1ヶ月以上症状持続という項目はない。)
- ・すべてのPTSD患者に、トラウマ焦点化心理治療(トラウマ焦点化認知行動療法ないしEMDR)が推奨される。これらの治療は通常の場合、外来個人療法として実施することが薦められる。
- ・トラウマ焦点化心理治療は、適切な訓練を受けた、能力のある治療者によって実施されなければならない。また治療者は適切なスーパービジョンを受けることが求められる。
- ・トラウマ記憶を取扱わないリラクゼーションや非指示的治療など、トラウマに焦点を当てない介入を慢性PTSD患者に常套的(routinely)に実施することは推奨されない。
- ・一般医および精神保健専門医にかかわらず、トラウマ焦点化心理治療に優先させて薬物療法を常套的な第一選択手段とすることは推奨されない。
- ・トラウマ焦点化心理治療を望まない成人PTSD患者に対しては、薬物療法の実施を検討することが推奨される。

となっているのは、これまでの研究においてトラウマ焦点化心理治療が薬物療法を上回る効果を示してきた裏づけがあるからにほかならないと思われる。

冒頭にも述べたが、2007年10月にはさらに注目すべき報告として、全米アカデミーズ医学機構が、各種PTSD治療の効果研究をレビュー検証した委員会報告¹²⁾を公表した(表2)。その内容は、現在のところ、各種の薬物療法や心理療法の中で、PTSDに対して有効性が確認された治療法は曝露療法のみであると結論づけたのである。もちろん他の治療法の有効性のエビデンスが不十分であるということは、それらが無効ということの意味しているわけではない。

3. 曝露療法のメカニズム

曝露療法とは、恐怖を覚える事物、状況、記憶やイメージに、安全な環境の下で患者が向き合うことを促すためにデザインされた一連の技法を指している。実際の手技としては「イメージ曝露」

表2 全米アカデミーズ医学機構委員会報告——PTSD治療：エビデンスの評価

結 論	
[薬物療法]	
●	以下の各種薬剤はすべて、PTSDの治療に有効であるとするエビデンスは不十分である：
・	α アドレナリン拮抗薬、プラゾシン
・	抗けいれん薬
・	新規抗精神病薬、オランザピン、リスペリドン
・	ベンゾジアゼピン
・	MAOI, phenelzine, Brofaromine
・	SSRI
・	他の抗うつ薬
・	他の薬剤 (naltrexone, cycloserine, inositol)
[心理療法]	
●	曝露療法がPTSDの治療に有効であると結論づけるエビデンスは十分にある。
●	以下の各種の心理療法技法がPTSDの治療に有効であるとするエビデンスは不十分である：
・	EMDR
・	認知再構成法
・	対処技能訓練

(imagery もしくは imaginal exposure) と「実生活内曝露」(*in vivo* exposure) の二つを含む(前者は想像曝露、後者は現実曝露と訳されることも多い)。

イメージ曝露とは、トラウマ体験の記憶への直面を促すものであり、セッションの中でPTSDの原因となったトラウマ体験場面を想起させ、その時の感覚や感情を賦活しながらトラウマ体験を繰り返し語ることで馴化を促す技法である。

一方、実生活内曝露とは、患者が回避の対象としている事物や状況に徐々に近づく(段階的曝露)ことを促し、馴化をはかる技法である。具体的手順としてはまず不安階層表(不安喚起・回避の原因となる事物・状況を自覚的不安尺度SUDSの得点順にリストアップ)を作成し、その中から取り組めそうな課題を選択する。課題の刺激強度は漸増する。

PTSDの病理の中核として存在するトラウマ記憶とは、決して単なる衝撃的状況の体験事実の記憶にとどまるものではない。トラウマ記憶と

は、刺激、反応、意味の3種の要素が複合したものである⁹⁾。刺激要素とは、トラウマ体験時に受けた感覚刺激としての視覚映像や音、匂い、味、触感や身体感覚である。反応要素とは、トラウマ体験時に自分に生じた反応としての不安恐怖、驚愕、凍りつき、呆然自失、解離、感情麻痺、動悸や震えなどの身体生理的变化である。意味要素とは、刺激と反応に関連した意味づけとしての自己不全感、孤立無援感や無力感、羞恥や自責感などである。

PTSDでは、身の周りの想起刺激により容易にトラウマ記憶が賦活されるが、そこで賦活されているのは、トラウマ体験時のあらゆる感覚であり、自らの心身の反応であり、そしてそれに関連した意味解釈のすべてである。

トラウマ記憶を処理するためにはトラウマに焦点を当てた精神療法が必要となる。トラウマに焦点を当てない精神療法、たとえば支持的精神療法や洞察を目的とした力動的な精神療法の効果は証明されていない。トラウマに焦点を当てるとは安全な環境の下でトラウマ記憶に直面させることである。曝露療法での回復プロセスは、トラウマ記憶の反復賦活と修正された情報を受け入れることである。修正された情報とは、過去(トラウマ体験)と現在の弁別、危険と安全の弁別、世界と自己に関する認知の修正に他ならない。そしてこの賦活と修正は想起刺激への直面を通じて生じるものである。

またトラウマ体験は、自己と世界に関する物の見方に影響を及ぼし、非機能的な認知や感情をもたらす。たとえば、もはやどこも安全とは思えず危険を過剰に受け止めたり、他人が信じられなくなったり、自己を否定的に見て自信を失い希望がもてなくなる。このような認知・感情の変化はPTSD症状の遷延につながる。非機能的認知・感情の修正をはかるために、まずトラウマ体験を通じて変化した自己と世界に関する物の見方を検出する。つぎにそのような物の見方がどこまで現実的でどこまで非現実的かといった妥当性を検証する。そして、よりバランスの取れた有益な物の

見方への置き換えを促す。

4. PE療法(長時間曝露法)について

PTSDに対する曝露療法の中でもっとも多く研究され有効性を証明されているのが米国ペンシルベニア大学のFoa, EによるPE療法(長時間曝露法)である¹⁰⁾。

筆者らは、内閣府による犯罪被害者等基本計画の調査研究課題として、文部科学省より研究助成を受け、犯罪被害者等のPTSDに対するPE療法の効果研究を進めてきた。これまでの予備的研究の結果では、PE療法は本邦においても、犯罪や事故被害など様々な種類の外傷の出来事を原因としたPTSDに有用であることが示唆された。またその治療効果は治療終了後6ヶ月の時点においても維持されていることを確かめた(図1)。

PE療法は、1回90分で週1~2回、全部で10~15回の面接から構成される認知行動療法プログラムである。治療者は技法について適切なトレーニングとスーパービジョンを受けることが必須であり、そのような条件が整ってはじめて実施可能な治療技法である。

各セッションの内容は以下のとおりである。

- セッション1: プログラムの概要説明; リラクゼーションのための腹式呼吸法指導
- セッション2: トラウマ反応についての心理教育
- セッション2~10: 実生活内曝露, トラウマ想起刺激となるため回避している事物や状況を不安階層表にリストアップ; 毎週, 宿題として課題を設定し回避対象に近づく練習を実施
- セッション3~10: イメージ曝露と処理(プロセスング), トラウマ体験を想起して陳述(45~60分), その後にその内容についての話し合い; トラウマ体験の陳述を録音し宿題として自宅で毎日聴く
- セッション10: プログラムの振り返りと再燃予防

曝露療法では、感情や感覚記憶が十分に賦活さ

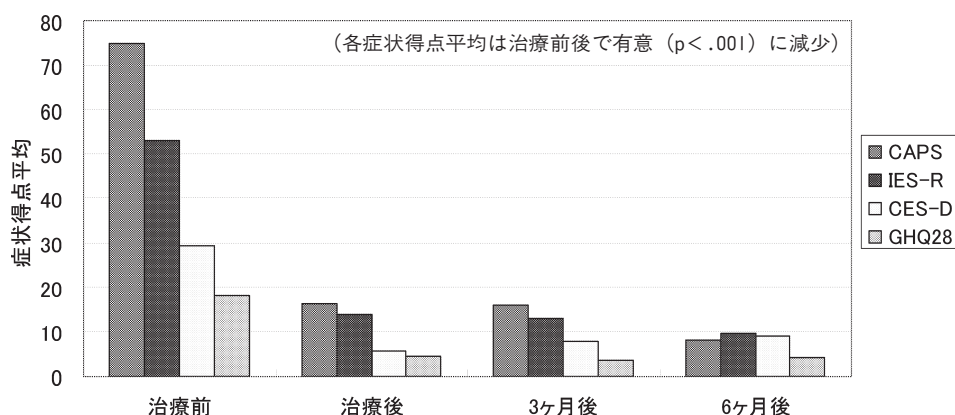


図1 PTSDに対するPE療法(長時間曝露法)の有効性:予備研究結果(文献⁵⁾より引用
 エントリー12例:プログラム終了10例:中断2例,女性9:男性1,平均年齢33.5歳,セッション回数9~15,出来事内訳:性暴力被害4,暴力被害3,交通事故2,事故目撃1,トラウマ体験2ヶ月~5年5ヶ月:6ヶ月以内7例

れないまま記憶想起が行なわれている場合はアンダーエンゲージメントと称される。十分に賦活するための技法としては、閉眼しトラウマ記憶を想起しながら現在形一人称で陳述してもらう。またそこで、見えているもの、聴こえているもの、考えていること、感じていることに注意を向けるように促す短い質問を治療者が適宜はさむ。さらにセッションが進むと、ホットスポットといわれるもっとも不安恐怖のピークとなっている部分だけを取り出し繰り返す。

逆にオーバーエンゲージメントと称される状態は、トラウマ記憶に圧倒されすぎてしまう場合である。このような状態では患者はセッションの中でも再びトラウマ体験の場に引き戻されすぎてしまい、解離状態を引き起こしかけていることがある。こうなるとかえって馴化の過程がうまく進まないため、このような場合にはトラウマ記憶から距離が取れるようにするための工夫が必要となる。具体的には開眼したり、過去形で陳述したり、書いて読み上げるなどの方法を用いる。

一方、PTSDでは、トラウマ体験前の自己や世界に関する認知の構造、トラウマ記憶、トラウマ後の体験の3つの要因が相互に関連しながら非機能的・否定的認知を強化している。そのような

非機能的・否定的認知の行き着くところは、世界はすべて危険であり、自己はまったく無能力であるということにほかならない。PE療法は、世界や自己に関する非機能的な信念を正面から取り上げ修正をはかる認知再構成の技法とは異なるが、これらの認知の修正を強力に促す作用を持っている。たとえば回避対象に実際に近づいてみることでそれが実際には危険でないことを学習し、現実の危険と危険の信号とを弁別し、認知の修正がはかられる。またイメージ曝露を繰り返す中で馴化が進み、トラウマ記憶を想起することは危険ではないことを学習する。認知の修正に関していえば、回避され未整理のままであったトラウマ記憶が、イメージ曝露を通じて繰り返し向き合い整理・組織化されることで再検証と意味づけも修正される。このような認知の修正はイメージ曝露により一定の感情処理が進んだ段階ではじめて可能になるものである³⁾。

5. 子どものトラウマの治療

子どものトラウマに対してもトラウマ焦点化認知行動療法は多くのランダム化比較試験により効果を証明されている⁸⁾。治療プログラムに含まれる内容は、心理教育とリラクセーション、感情表

出・制御や認知的コーピングのスキル向上, 思考-感情-行動の関係理解, ト라우マ体験のナラティブ (作文や描画も含む), 認知の修正, 親子セッションによる適切なコミュニケーション育成とトラウマ・ナラティブの共有などである。これらの内容について米国の関連各団体とサウスカロライナ大学が協力し, eラーニングのためのサイトが公開されている (<http://www.musc.edu/tfcbt>)。解説や模擬面接 (動画), 各種ハンドアウトなどが盛り込まれており, 無料でアクセスが可能である。

6. 暴力的死別による複雑性悲嘆の治療

重要な他者との死別は苦悩を伴う体験であり, 悲嘆はこのような苦悩による心理的反応である。悲嘆の中でも事故, 殺人, 自殺など暴力的死別によるものは, 自然死によるものと比べてPTSDを伴う割合が高く, 遷延化, 複雑化, 難治化しやすいことがあきらかにされている⁴⁾。

Shearらが開発した複雑性悲嘆治療 Complicated Grief Treatment (CGT)¹⁴⁾は, Stroebe¹⁵⁾の喪失と回復の二重過程モデルを理論的土台として, 上述のPE療法を応用した折衷的な認知行動療法の技法である。ShearらはCGTと対人関係療法 (IPT) とのランダム化比較試験を行なった結果¹⁴⁾, 治療後の全般臨床改善度評価では, Intention-To-Treat解析で, 「かなり改善」と「非常に改善」を合わせた割合は, CGT群51%に対してIPT群28%と, CGT群の方に有意 ($p=.02$) に改善割合が大きかった。さらに治療完遂者に限った completers 解析における改善割合では, CGT群66%対IPT群32%と, さらに有意 ($p=.006$) にCGTが優っていた。

複雑性悲嘆の認知行動療法に関するもうひとつのランダム化比較試験は, Boelenら⁷⁾によるものである。治療プログラムは認知再構成法 (CR) と曝露法 (ET) 各6セッションからなり, 先にCR6セッションを実施した後にET6セッションを実施した群 (CR+ET) と, 先にETを実施してからCRを実施した群 (ET+CR) との

2群に分けられた。また対照群には12セッションの支持的カウンセリング (SC) が実施された。

その結果, Intention-To-Treat解析でも completers 解析でも, 認知行動療法の2群ともSC群に比べ, 各測定尺度で有意に優る改善が認められた。また治療の効果は6ヶ月後の追跡評価時点でも維持されていた。さらに注目されたことは, 認知行動療法群の中間ポイントでの評価を比べると, ETはCRに比べて有意に効果が優っていたことである。したがってET+CRがもっとも効果が優っていた。これらの結果は, 複雑性悲嘆の治療では, 喪失への直面化を促す技法の方が, 思考パターンを標的とする技法よりも役立つことを示唆するものであった。

さて筆者はCGTの開発者であるKatherine Shear教授より直接指導とスーパービジョンを受け, 現在, 殺人・事故被害者遺族ならびに自死遺族を対象として, 暴力的死別による複雑性悲嘆を伴ったPTSDの認知行動療法の研究を進めている。前述のようにCGTは, 二重過程モデル理論に則って喪失指向と回復指向の要素を含み, さらにPE療法を応用した技法である。具体的には以下のようなコンポーネントから構成されている。

- a) 患者の死別体験とその影響に関する話し合い
- b) 悲嘆に関する心理教育
- c) 悲嘆・感情モニタリング
- d) 重要な他者 (キーパーソン) との面接
- e) 個人的人生目標に関する話し合いと課題設定 (モチベーション強化)
- f) 死別後に回避している状況への再訪問 (実生活内曝露)
- g) 死別体験の記憶への再訪問 (イメージ曝露: 死と遭遇した場面の想起と陳述)
- h) 故人の思い出の振り返り (写真と遺品, 思い出の書き出し)
- i) 故人とのイメージ対話

筆者は以上のようなCGTの原法を一部修正し, 曝露技法をより強化した形を試みている。それは筆者が対象とする患者がいずれも悲嘆に加えて深

刻な PTSD 症状に悩まされており，再体験や回避といった PTSD 症状の十分な治療を，悲嘆の治療に先立って進めることが必要とされるからである。

7. おわりに

欧米各国のガイドラインを見れば，PTSD の治療はランダム化比較試験により有効性が確立した治療をその中核としている。なかでももっとも有力とされているのが曝露療法に代表されるトラウマ焦点化認知行動療法である。繰り返すが認知行動療法全般に関する知識や経験の程度にかかわらず，トラウマ焦点化認知行動療法は適切なトレーニングとスーパービジョンの下ではじめて実施可能な治療技法である。ただし日常臨床でも支持的精神療法に段階的曝露などの認知行動療法的アプローチを多少とも加味する工夫は十分に可能である。またガイドラインはあくまでもガイドラインであり，実際にはそれになじまないような事例もけっして少なくないであろう。科学的エビデンスと臨床的英知のバランスは常に問われるところである。さらに現行の保険診療報酬のもとで PE 療法等を実施することはコスト的に困難であり，有効な治療法として普及するには，今後コストに見合った診療報酬の見直しも必要である。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry* 161, November Supplement, 2004
- 2) 飛鳥井望: 外傷後ストレス障害. *臨床精神医学* 第 35 巻増刊号「今日の精神科治療指針 2006」; 145-150, 2006
- 3) 飛鳥井望: 精神療法はトラウマ記憶をどう処理できるか—長時間曝露法の経験から—。 *精神療法*, 33; 46-51, 2007
- 4) 飛鳥井望: 暴力的死別による複雑性悲嘆の認知行動療法. *トラウマティック・ストレス*, 6; 59-65, 2008
- 5) Asukai, N., Saito, A., Tsuruta, N., et al.: Pilot study on prolonged exposure of Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events. *J Trauma Stress*, in press
- 6) Australian Center for Posttraumatic Mental Health: Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2007 (<http://www.acpmh.unimelb.edu.au> よりダウンロード可能)。
- 7) Boelen, P.A., de Keijser, J., van den Hout, M.A., et al.: Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychology*, 75; 277-284, 2007
- 8) Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Deblinger, E.: Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. The Guilford Press, New York, 2006
- 9) Foa, E.B., Rothbaum, B.O.: Theoretical bases for PTSD and its treatment. *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-behavioral Therapy for PTSD*. The Guilford Press, New York. pp. 68-88, 1998
- 10) Foa, E.B., Hembree, E.A., Rothbaum, B.O.: Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences: Therapist Guide. Oxford University Press, New York, 2007
- 11) Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., eds.: Effective Treatment of PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. The Guilford Press, New York, 2000 (飛鳥井望, 西園 文, 石井朝子訳: PTSD 治療ガイドライン: エビデンスに基づいた治療戦略. 金剛出版, 東京, 2005)
- 12) Institute of Medicine of the National Academies: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence, Washington D.C., USA, 2007 (http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11955 よりダウンロード可能)
- 13) National Institute for Clinical Excellence: Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care, London, 2005 (http://www.nice.org.uk/guidance/CG_26 よりダウンロード可能)
- 14) Shear, K., Frank, E., Houck, P., et al.: Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293; 2601-2608, 2005
- 15) Stroebe, M., Schut, H.: The dual process model of coping with bereavement: Rational and description. *Death Studies*, 23; 197-224, 1999