

特集 認知行動療法と社会との接点

犯罪被害と持続エクスポージャー療法

金 吉晴

犯罪被害、特に生命身体に対する重大な危害による精神的な後遺症は、近年の犯罪被害者等基本法においても特に重視され、政府並びに自治体はその治療のために尽力すべきと定められている。犯罪被害による精神的影響としては、被害ならびに二次的な社会的困難による非特異的な心身の不調がもっとも頻繁に生じるが、より直接に被害と結びついた影響としては外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder : PTSD)、複雑性悲嘆 (complicated grief) などがある。前者に対する薬物療法、また両者に対する認知行動療法の研究は近年急速に進んでおり、特に前者に対して Foa らの創始した認知行動療法である持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy : PE) は日本の学会会議に相当する米国科学アカデミー (National Academy of Sciences) によって PTSD に対する全ての治療法の中で唯一、十分なエビデンスが実証されていると認められている。ちなみに選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor : SSRI) への評価が思わしくなかったことは退役軍人に対する治療効果研究の不調に基づいており、民間人の PTSD に対しては効果が示唆されるとの Harvard 大学 Mellman 教授らによる付帯意見がついている。また近年、複雑性悲嘆に関しては、Sheer らによる認知行動療法の効果が示唆されている。

こうした被害による今ひとつの重要な精神疾患は解離である。解離という現象は Janet が *désagrégation psychologique* という概念によって提

唱して以来、今日の DSM-IV にまで受け継がれており、強い恐怖や衝撃をもたらす体験の後で、その体験の記憶が意識から解離され dissociated、あるいは自己意識、身体感覚、周囲の状況に対する知覚が意識の対象から切り離されるという現象である。言い換えれば身体的な死が避けられない状況に際して、その恐怖と衝撃を回避するために、心理的な機能の一部を切り離し、いわば死を心理的に先取りした反応である。Freud の抑圧概念と異なり、意識から切り離された精神機能、表象が、換喩や比喩に相当する過程を経て、変形された症状として回帰するという力動的な仮説は採用しておらず、比較的素朴な機械論的な概念であり、そのことが現在でも記述症候論の中で採用され続けている理由であろう。

PTSD と比べると、外傷体験後の精神的な反応としての解離性障害が論じられることは文献的にも少ない。しかし被害の後しばらくの期間は解離性健忘や解離性同一性障害を生じており、それが軽快したために PTSD 症状が顕在化して受診に至ったという事例に遭遇することは珍しくない。他方で被害後に解離性障害が生じたことを主訴として受診する患者は少数である。解離性障害はその本態から考えても、症状の自覚、被害との関連の洞察が難しく、自ら受診につながることも、あるいは通常の診察によって早期に見いだすことも少ないであろう。世界保健機構 (World Health Organization : WHO) による世界保健調査 (World Mental Health Survey : WMH) や、外傷的出来事の頻度とその後の精神疾患の有病率に

関する Kessler らによる代表的な調査においても、解離性障害は調査項目に入っていない。構造化面接や自記式尺度などによって診断的方法を整備したとしても、解離性障害の診断の向上にはつながりにくいのは、解離性障害が被害の事実や自分の苦痛を自覚することを回避することをその本態としており、したがって治療関係にない調査面接者に自らの病理を開示することが少なく、その診断を困難にしているためであろう。

他方で解離は種々の精神疾患に合併してその病像を修飾し、経過や治療反応性に影響を与える。犯罪被害をはじめとするトラウマ被害の場合には、周トラウマ期解離 (peri-traumatic dissociation) と呼ばれる微細な解離体験を被害の最中や直後に生じることが知られている。自分の意識が体から抜け出し、外から自分を見ていると感じる (out of body experience)、身体の感覚がなくなる、力が入らなくなる、離人感のために深刻な孤独感を感じる、記憶の一部がなくなる、体験が自己に所属するという感覚がなくなる、などである。周トラウマ期解離は死を確信することの恐怖によってもたらされるが、そうした恐怖を増強する要因は加害者の悪意への直面、反復する被害、自由の剥奪などであり、こうした要因は意図的な加害行為による犯罪被害に多く見られる。したがって周トラウマ期解離は犯罪被害に特異的とまでは言えないものの、多く見られる病態であり、犯罪被害による PTSD などのトラウマ反応を扱うときには常に十分に注意すべき現象である。臨床的には PTSD の有効な治療法である PE においても、解離が混入することによる技法上の困難が生じ、それを踏まえた対応が必要となる。

PE は、Pennsylvania 大学 Edna Foa 教授によって作成され、遷延する PTSD 症状の原因がトラウマ記憶への回避 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。PTSD は異常な体験に対する正常な反応であり、かつ通常は自然に回復する疾患であ

るので、病理はその発症ではなく遷延化のなかにあるということが前提となっている。英国の National Institute of Clinical Excellence (NICE) による PTSD ガイドラインにも示されているように、PTSD には自然寛解が多く、全く治療をしなくても半数から 70% 程度が回復する。またそもそもトラウマ的な出来事を体験しても PTSD にならずに、その衝撃から回復する者はすくなくない。発症率は出来事の種類によって異なるが、1995 年の Kessler らの調査によれば戦闘体験では約 40%、強姦では 60% 程度であり、自然災害や交通事故では数% である。PE が PTSD の治療のための特殊な技法を用いているわけではなく、回復を阻んでいる要因すなわち回避を解消させることによって自然の治癒を促すという回復 resilience モデルに従っていることは重要である。PTSD の治療法として最近エビデンスが集積されつつある認知再構成療法 (Cognitive reprocessing therapy : CPT) においても、その考え方はほぼ同様である。ただし Kawamura らによれば自然回復した PTSD 患者には持続的な免疫機能の低下が認められており、自然回復という現象の内実をさらに検討する必要はある。

PE を構成する技法は、治療の中で体験を想起させ、体験に伴う感情を十分に感じながら体験について語る想像曝露 imaginary exposure、実生活の中で回避をしている対象を選んで、あえてそのような対象に接することによる現実曝露 in vivo exposure が主なものである。それ以外に、想起した体験内容について話し合い、被害に伴う認知の歪みを再構成するという作業 cognitive restructuring など含まれる。

こうした技法を通じて回避を克服し、トラウマ記憶への直面化と処理が進むとされているが、回避という概念には曖昧なところがある。トラウマの後では解離が生じやすいことは Janet がすでに述べていたことであり、DSM-IV の解離性障害にも共通する前提であるが、DSM-IV の PTSD の診断基準の解説には解離という用語は登場しない。

替わって回避という用語が用いられているが、診断基準を見る限りこれは恐怖症と同様に恐怖の原因となった現実の対象に近づくことができないという現象を指している。これと対概念のように書かれている麻痺という現象は精神内界の被害に関する表象およびそれに伴う感情からの疎隔感であり、また現在の生活における離人感も含められており、ほぼ解離に近い。ただし回避行動の中にも、自分が回避していることに無自覚な場合もあるので、解離が含まれることもあると考えられる。

ところでFoaの言う回避には、DSM-IVに掲げられているような行動面の回避だけではなく、麻痺に相当するような記憶の想起への回避が含まれており、というよりもそこに重点があり、PEの中心的な技法である想像エクスポージャー imaginary exposure で問題となるのはトラウマ記憶の回避である。この回避の中には意識的な想起の忌避もあり、トラウマ記憶を順次想起するのに従って恐怖が増大し、それ以上の想起を忌避するということがある。これは記憶に対する恐怖症的な反応と言ってもよい。しかしそれ以外にPEの遂行を困難にする回避としては、本人が記憶を忌避していることの自覚さえなく、記憶の存在そのものを否定している場合、すなわち解離性健忘が生じたり、治療中に意識がもうろうとし、応答が不可能となる解離性の意識障害が生じる場合が挙げられる。

一般にPEでは言語的記憶と情動的記憶がともに順調に想起されることはすくなく、どちらかの片方だけが過剰に想起され、あるいは想起が回避されることが多い。感情を切り離して一見淡々と被害について語るのによく見られることであるが、そのような患者に尋ねると何の恐怖感もないという。しかし話がひとたび被害の核心に触れると、今度は感情が噴出し、それ以上の言語的な想起が不可能となる。PEの目標はこのような感情を喚起しつつそれを治療的に制御可能な範囲に維持することである。誤解されがちであるが、回避をせずにトラウマ記憶に向かい合うという治療は、決して恐怖に耐えるだけの苦行ではない。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、すなわち安全な記憶による恐怖記憶の上書きによる記憶消去 memory extinction がその本分であり、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。よく用いられる説明は“memory does not hurt you”である。患者は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おり、それが再体験という症状の本態でもあるが、現実の被害が人を傷つけることはあっても記憶が実際の被害をもたらすわけではないこと、また現実の被害の前では無力であったとしても記憶に対しては自分が制御できることなどを学習できるようにすることが要点である。

PEの実施に当たっての困難はトラウマ記憶に対する患者の回避をどのように乗り越えていくかということである。典型的には患者は体験内容を内心では想起しているが、恐怖のために言葉にすることができず、すぐに意識をそらそうとする。しかしこのような場合であれば、PEの治療原理をよく説明して納得させるとともに、支持的な評価を繰り返すことによって回避は乗り越えられることが多い。

これに対して、回避が解離という無意識的な機制によって生じ、想起すべき体験内容が解離性健忘の対象となっているために想起できないことがある。しかし完全に健忘していればそもそもPTSDとして治療に訪れることはないはずであるから、実際には部分的に記憶しており、ある程度以上の想起が不能となるという形をとる。健忘は言語的な内容だけではなく、情動的な内容に及ぶこともある。患者は何が起こったのか思い出せないと言うだけではなく、出来事は想起していながら、そのときに自分は全く恐怖を感じていなかったなどと言うこともある。いずれにしても解離性健忘は完全なものではないので、PEを通じて、体験当時の知覚、身体感覚などを丁寧に聞いてい

くことによって治療的な進展が得られることが多い。しかし初学者はまずこのタイプの解離に遭遇するとどのように PE を遂行すればよいのか戸惑うことが多い。

最後にもっとも PE の妨げとなる解離は、PE の最中に解離性の意識障害が生じる場合である。トラウマに関して話すうちに朦朧とし、応答が不明確になり、時に椅子に座っていることさえできずに床に崩れ落ちそうになる。あるいはつい先刻まで恐怖の感情がありありと表現されていたのに、表情が急変し、急に平静な話し方となり、恐怖はないなどと言う。人格交替を疑わせる現象であるが、PE の最中に問診をするわけにはいかないので解離性人格障害がその時に生じているのかどうかまではわからない。このように意識そのものに解離の作用が及んだ場合、PE に限らず言語による治療的な介入は著しく困難となる。解離性の意

識障害が重症化し、治療を受けていることの認識さえもなくなってしまえば、治療を中断するより他はないが、これまで筆者が経験した限りでは、こうした意識障害が生じた直後に、つまり意識障害が重症化しないうちに PE を一時中断し、強く語りかけるなどの対応によって PE を継続することが可能であった。またそのような患者にはその後の PE に際して、恐怖を制御できないという不安を鎮め、現実感を維持するために、同性の陪席者に手を握らせたり、あらかじめ抗不安薬を服用させるなどの処置を行いつつ PE を継続し、最後には PTSD の軽快に至った。こうしたタイプの解離への対処は、Foa 教授とも相談しつつ進めては来たものの、同教授も同意したように教科書的には対応できない事例であり、常に治療原理に回帰しつつ、臨機応変の対応が必要とされる。