物質使用症臨床における支持的精神療法
――心的外傷後ストレス症併存使用例に対するharm reduction psychotherapyの実践――

松本　俊彦

心的外傷後ストレス症（PTSD）と物質使用症（SUD）との併存症例は，臨床上決して稀ではない．しかし，SUD治療においては治療困難例として忌避される傾向があり，患者自身も既存のSUD治療から離脱しやすいという問題があった．本稿では，このようなPTSD・SUD併存症例の臨床的特徴，ならびに，治療上の課題を概説するとともに，そのような治療上の課題を克服すべく，近年米国で実践されている治療プログラム「Seeking Safety」を紹介した．さらに，同プログラムの国内試行経験から，「Seeking Safety」と「harm reduction psychotherapy（HRP）」との共通点を指摘し，「性急に変化を求めない」「否定しないかかわり」の治療的意義を強調した．最後に，「大きな支持（患者の存在に対する支持）」と「小さな支持（ささやかな前進・好ましい変化に対する支持）」という2つの支持を軸に，治療困難症例に対する支持的精神療法のあり方について私見を述べた．

索引用語　ハームリダクション・サイコセラピー，心的外傷後ストレス症，シーキング・セーフティ，物質使用症，支持的精神療法

はじめに

近年，欧州を中心に，「harm reduction」という薬物政策理念が注目されている．これは，supply reduction（供給低減）とdemand reduction（需要低減）に基づく，従来の薬物使用量低減施策の限界を補う，いわば第3の政策理念パラダイムである．具体的には，薬物使用をやめられない薬物使用者，あるいは，やめるつもりのない薬物使用者の存在を前提とし，薬物使用の量ではなく，薬物使用が個人と社会におよぼす「ダメージ」の量に注目し，その低減を目標とする政策理念である．

さらにそこから派生して，近年提唱されつつあるのが，「harm reduction」の理念を個別支援に応用する試みである．こうした試みに，Tatarsky, A. ら[11]は「harm reduction psychotherapy（HRP）」という名称を与えている．ただし，「therapy」という語とは裏腹に，HRPは決して具体的な心理療法の技法ではなく，治療者の態度を規定する支援理念と理解すべきである．その理念は，患者の尊厳を重んじ，その個人的嗜好を否定せず，さらに，患者の動機付けの程度に合わせたかかわりを重視するとともに，治療上の最大のハームを治療関係の中断におく点に特徴がある．当然ながら，HRPにおいては，いきなり断酒・断薬を強いることはせず，違法薬物の使用や医薬品の過剰摂取を善悪で裁くこともない．つねに物質使用の適応的な面と不適応的な面を取り上げ，その両価性に共感しつつ，患者の生き方

著者所属：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部
編　　注：本特集は第119回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに永田利彦（壱燈会なんば・ながたメンタルクリニック）を代表として企画された．
doi：10.57369/pnj.24-086

を尊重し，患者自身にとっての安心・安全を優先するかかわり方といってよい．

もちろん，医療・政策において「zero tolerance」的な目標を掲げてきたわが国においては，HRP がただちに物質使用症（substance use disorder：SUD）の標準的治療に採用される見込みは薄いだろう．しかし，その一方で，きわめて治療困難な SUD 患者のなかには，積極的に HRP を適応すべき一群も存在する．

著者は，そのような一群として真っ先に挙げるべき病態は，心的外傷後ストレス症（post-traumatic stress disorder：PTSD）と SUD との併存症例であると考えている．実は，PTSD は，SUD 臨床においては決して稀な併存症ではない．Najavits, L. M. らの総説[7]によれば，SUD 患者の PTSD 併存率は 12～34%，女性患者に限ると 30～59%にも達すると指摘されている．しかし，それにもかかわらず，両者の併存症例はその存在を看過もしくは否認されたり，あるいは，SUD 治療にはなじまない一群として治療者側から忌避されたりする傾向があり[5]，患者自身も医療的支援からの離脱率が高い[7]．

本稿では，まず，トラウマを抱える SUD 患者の臨床的特徴，ならびに，治療上の課題について著者の経験を交えて概説する．次いで，そのような課題を克服するために，近年実践されている，PTSD と SUD の双方を視野に入れた心理療法を紹介したい．そのうえで，PTSD・SUD 併存症例の治療を HRP の観点から整理し，そのかかわりの本質として「支持」を抽出し，治療者による「支持」のあり方に関して私見を述べる．

Ⅰ．トラウマを抱える SUD 患者の臨床的特徴

1980 年代半ば，Khantzian, E. J. と Albanese, M. J. [3]は，「自己治療仮説（self-medication hypothesis）」を提唱した．この仮説は，嗜癖の本質を「快感の追求」ではなく「心理的苦痛の減少・緩和」――行動分析学の用語を使えば，「正の強化」ではなく「負の強化」――と捉え，「SUD 者は，物質使用開始以前より心理的苦痛を抱えている」ことを想定する．

この自己治療仮説という文脈で考えると，PTSD を併存する SUD 患者ほど，この理論がマッチする者もいないだろう．実際，アルコールや benzodiazepine（以下，BZD）は，PTSD がもたらす知覚過敏を緩和し，覚醒剤は，覚醒度を高めることで解離症状を減少させたり，無力感を一時的に緩和したりすることがある．また，フラッシュバックの恐怖に圧倒されたり，抑圧された激しい怒りが暴発しそうになったりした場合には，BZD を過剰摂取して意識活動を「シャットダウン」させることで，自傷・他害の切迫した危機を回避しようとする者もいる．

興味深いのは，PTSD・SUD 併存症例のなかには，物質使用による「化学的解離（chemical dissociation）」[9]という機制を用いて PTSD 症状に対処している者がいることである．これは，外傷記憶のフラッシュバックや知覚過敏に対してうまく「解離」という防衛機制で対処できない者が，物質の薬理作用を借りて人為的に解離を起こす現象を意味している．そのような症例では，薬物使用をやめると，感情的苦痛が高まり，自傷行為や自殺行動が頻発する事態を呈することがある．一部には，自然に解離する能力を身につけるのか，解離体験尺度の得点が上昇する者もいるという．

いずれにしても，トラウマ体験を生き延びるなかで，人間に対する基本的な信頼感を毀損された者にとって，物質は，「裏切ったり，豹変したりしない」という点で人間よりもはるかに安心できる存在である．実際，患者の多くは，トラウマ体験が持続的に引き起こす「心の痛み」に対して，一時的なレスキューとして物質を用いて対処している．

しかし，一時的延命のために物質使用を繰り返すうちに，その「鎮痛効果」に対して馴化や耐性が生じ，次第に物質使用の量や頻度を増やさなければ，当初の効果が維持できなくなってしまう．その結果，物質使用のネガティブな影響が顕在化するようになる．すなわち，酩酊による人間関係の破綻や失職，心身の健康被害による入院，飲酒運転や違法薬物使用に起因する逮捕・服役，あるいは，酩酊状態での事故や衝動的自殺による死亡のリスクが高まる．

それだけではない．物質使用はさらなるトラウマ体験に曝露される機会を増やし，ますますその者が物質を手放せない状況へと追い込み，難治化していく．例えば，泥酔して無抵抗状態となった女性たちを襲う性暴力被害があり，密売人から薬物譲渡の条件として強要される屈辱的な性行為，さらには，物質を強引にやめさせようとするパートナーによる，「善意」にもとづく身体的暴力などがそうだ．著者の臨床経験を振り返っても，PTSD・SUD 併存患者が物質使用をやめるのは，一般の SUD 単独患者よりもはるかに困難であり，SUD 治療プログラムからの離脱率も非常に高い，という印象がある．それもそうだろう．単に物質使用をやめるだけでは PTSD 症状は確実に悪化し，確実

に社会的機能は低下するからである．

患者もそのことを経験的に知っているからこそ，治療者からの「このまま物質を使っていると，将来，取り返しのつかないことになる」などといった警告や説教には耳を貸さないことが多い．そもそも，「将来」なんて言葉は患者には通じないかもしれない．なにしろ，幼少時からずっと「消えたい」「いなくなりたい」と念じ続け，今でも「いつ死んでもかまわない」という気持ちを抱えているばかりか，「いっそのこと誰かに殺してほしい」とまで考えてきた者も少なくないからだ．彼らにとって，「将来」という遠い未来の自分を想像するなど不可能に近い．彼らはつねに，「今この瞬間の恐怖や苦痛」をどうやり過ごすかで精一杯だろう．

Ⅱ．治療上の課題

SUD 治療を専門とする治療者は，こうした患者に対して，これまでどのような治療を提供してきたのだろうか？

そのことを振り返るたび，著者はそのあまりにも「お寒い」ありさまに唖然とするのだ．というのも，その治療とは，「PTSD の問題は棚上げし，まずは断酒・断薬に専念させろ」という，ほとんど根性論に近いやり方だったからだ．実際，医師駆け出しの頃に著者が先輩精神科医から教えられたのは，「断酒・断薬の初期にトラウマ記憶を取り扱うと，精神的に混乱し，それが原因で物質使用が再発してしまう．断酒・断薬した状態が安定するまで――せめて 3 年間のクリーンを達成するまで――は，トラウマを取り扱うべきではない」ということであった（実は，この「3 年間」という時間にはまったく学術的根拠はない）．

これはあまりに無茶な提案であった．物質をやめれば確実に PTSD 症状は悪化するのである．それにもかかわらず，治療者は，あたかも「もう痛み止めは使うな．根性で痛みに耐えろ」というのと本質的には変わらない要求をしていたわけである．当然，根性など長続きするはずもなく，治療経過中に何度となく物質の再使用を繰り返し，そうでない場合には，自傷や自殺といった自己破壊的行動に及んだりする．そして，そのような治療経過は治療者の陰性感情を刺激し，運が悪ければ，「治療意欲が不十分」と決めつけられ，治療が打ち切られることさえあった．穿った見方かもしれないが，先輩たちは，自分たちに無力感を味わわせる患者を体よく「追っ払う」ために，「3 年間のクリーン」などとあえて無理難題を要求したのではないか，と勘ぐりたくもなる．

しかし，そのような逃げ腰の援助にも同情すべき理由があった．実際，PTSD・SUD 併存患者の治療は，わからないことばかりだったからである．例えば，「治療のなかで悲惨なトラウマ記憶を取り上げるべきなのかどうか？」「患者に対して，PTSD の治療を始める前には一切の物質使用をやめなくてはならないと強く伝えるべきなのかどうか？」「患者が物質使用を続けている状況でも，PTSD の治療を提供すべきなのかどうか？」「患者に Alcoholics Anonymous（AA）に行くように指示すべきなのかどうか？」などといった具合である．

著者自身，これまでアディクション臨床において「正しい」とされていた援助方法が通用しない局面に何度となく遭遇し，頭を抱えてきた．例えば，ある性暴力サバイバーの女性患者は，AA ミーティングに参加した際に，12 ステッププログラムの第 1 ステップ「われわれはアルコールに対して無力であり…」の「無力」という表現に傷ついたのだった．ただでさえ常日頃から自身の「無力さ」に責め苛まれている彼女を，「やはりそうなのか」といっそう絶望的な気持ちに陥れたからだった．あるいは，ある患者に市販薬過剰摂取が引き起こす深刻な健康被害を教えたら，「死ねるほど危険ならばむしろやってみたい」とかえって興味を刺激してしまった．いずれも，まったく予想外の展開であった．

そのような PTSD・SUD 併存患者であっても，さまざまな紆余曲折を経て，奇跡的に一定期間の断酒・断薬に成功し，かつての「嵐のような日々」は一体何だったのか，と訝しく思うほど平穏な日々がしばし続くこともある．しかし，そのような静かで刺激のない時間のなかで，本人の警戒心が少しだけ和らぐと，逆に，ふだんは心のなかで「蓋」を閉じられたトラウマ記憶が開いてしまうことがある[3]．それが，何が誘因なのか判然としない，一見，唐突な物質再使用につながることがある．おそらく，「自分ではコントロールすることも説明することもできない痛み」から，一時的に意識を逸らそうとして，アルコールや薬物といった，「自分でコントロールできて説明することのできる痛み」を用いて対処している可能性がある．

このような PTSD・SUD 併存患者の治療困難性はこれまでも繰り返し指摘されてきたが[10]，今日，望ましい治療のあり方に関する専門家の意見は一致している．それは，SUD の治療を行ってから PTSD の治療を行うといった「順次的治療モデル」や，別々の治療者が SUD と PTSD の

治療を同時並行して提供する「並行的治療モデル」よりも，同じ治療者が同時に両障害への治療を提供する「統合的治療モデル」のほうが効果的である，ということである[1]．

その際，注意すべきことがある．それは，PTSD もしくは SUD それぞれに効果的とされている治療でも，両障害が同時に存在する場合には望ましくないものがある，ということである[9]．例えば，患者に SUD が併存している場合，PTSD に有効性が証明されている曝露療法が皮肉にも物質使用を誘発し，SUD 治療の定番である 12 ステッププログラムについても，男性を含む集団という環境が外傷記憶を刺激して PTSD の症状を悪化させることがある．

それでは，どのような治療ならば，PTSD・SUD 併存患者に適用できるのか．あくまでも 1 つの例として，次項で，米国の臨床心理学者 Najavits が開発し，その有効性が科学的に検証されている心理療法プログラム，「Seeking Safety」[8]を紹介したい．

III．「Seeking Safety」とは何か

「Seeking Safety」は，SUD や PTSD からの回復に役立つ 25 のトピックから構成される，認知行動療法的なワークブックを用いた心理療法である．このプログラムは，個人療法[5]とグループ療法[6]，いずれの形式で実施しても有効であることが確認されている．

このプログラムがさしあたってめざしているのは，「Safety」の確立だ．ここでいう「Safety」という概念は，Herman, J. L. [2]が提唱した回復の 3 段階――「第 1 段階：セーフティ」「第 2 段階：想起と服喪追悼」「第 3 段階：再結合」――のうちの第 1 段階に由来する．具体的には，物質使用を低減する，自殺リスクを減じる，HIV 感染リスク状況への曝露を減らす，暴力をふるう同居者や薬物仲間といった危険な関係性を手放す，解離症状を克服する，自傷行為をやめるなど，きわめて包括的な安全対策である．これには，地域の社会資源を利用できるようになる，自身の身体を大切にする，信頼できる人に対して正直になれる，自分の成長につながる活動をする，居心地の悪い人間関係を我慢しすぎないことも含まれる．

私見では，「Seeking Safety」が心理療法プログラムとして成立しえたのは，Najavits が，PTSD と SUD との共通点をシンプルなかたちで抽出し，そこを軸にして各セッションのテーマを構成するのに成功したからである．その共通点とは，「秘密」と「コントロール」である．前者についていえば，PTSD 患者も SUD 患者もともに，その問題を人に知られないように隠し，自分自身でもなかなか認めようとせず，できればなかったことにしたいと考えている，ということである．そして後者は，いずれの障害を抱える患者も，自身が抱える問題を独力でコントロールしようと試みては何度も失敗していることを意味する．言い換えれば，コントロールに執着しながらも失敗を繰り返し，コントロールに対する自信を喪失している，ということである．

この 2 つの特徴をふまえ，このプログラムでは，まずは患者の正直さを促し，失われた自信を取り戻すことから始めている．正直さを促すために，「その問題を抱えているのは，あなたが悪い（あるいは異常である）からではない．あなたが抱えている問題は，異常な事態に遭遇した人ならばだれしも経験する正常な反応なのだ」という，問題をノーマイライズ（正常化）するメッセージがワークブックのそこここにある．そして，自信を取り戻すために，あえて断酒・断薬の徹底という高い目標を押しつけずに，少しでもよいから物質がもたらす harm（害）を低減し，現在における生活のセーフティさを高めていく，という比較的達成感の得られやすい目標を設定している．具体的には，「怒りをなだめる」「感情的な痛みを遠ざける」「境界に線を引く」といったセッションを通じて，自身の感情的な痛みや，困難な人間関係をコントロールするための知識やスキルを提供し，生活における自己効力を高める工夫がなされている．

もちろん，本プログラムについて，「トラウマ体験を直接扱っていない」や，「12 ステッププログラムのようなスピリチュアルな問題を扱ってない」などの理由から，「表面をなぞるだけで底が浅い」「問題の根本的解決にはならない」などといった批判もないわけではない．しかし，このプログラムがさしあたってめざしているのは，トラウマ体験を扱う治療やスピリチュアリティに関するプログラムに参加できるようになるための下準備をすることにある．言い換えれば，それまでは安心して「人」に依存できず，「物（物質）」にしか頼れなかった者が，少しずつ安心して「人」に頼れるようになる，ということである．

著者は，ひとまずの治療導入としてはそれで十分だと考えているが，実際には，この導入を終えるところまでたどり着くのは容易なことではない．しかし，治療導入から本格的な PTSD 治療や，断酒・断薬の継続を前提とした SUD 治療を提供するよりは侵襲性が低く，治療からの離

脱が少ないように思われる．PTSD・SUD 併存患者のなかには，治療の導入段階でつまずき，回復を諦めて治療の場から去っていった者が少なくなかったことを思うとき，著者が思うに，わが国の治療者が本プログラムの存在を知ることの意義は非常に大きいだろう．

IV.「Seeking Safety」の実践と HRP

すでに著者らは，「Seeking Safety」に依拠しつつ，その内容を簡略化したプログラムを開発し，女性の PTSD・SUD 併存患者を対象とした試行を繰り返してきた．しかし，残念ながら，現時点までのところ，プログラムは実施のたびに改訂を繰り返している状況で，かなり控えめに言っても，その試みが功を奏しているとは言いがたい．

その理由の多くは，外来セッティングで実施していることに起因する．まず，そもそも SUD 患者は，精神科を訪れるあらゆる患者のなかで最も規則的，継続的な通院が苦手な人たちである．したがって，複数セッションからなる系統的なプログラムからの離脱率が高い．さらに，トラウマを抱える女性の SUD 患者の多くが安心・安全な生活基盤をもっていない．接客を伴う夜の飲食業や風俗産業といった，業務内容そのものが心的外傷に触れやすい仕事に従事していたり，経済的困難ゆえに暴力的なパートナーに屈従した，寄生的生活を余儀なくされていたり，交際相手が変わるたびに住居や職業が転々と変わる者も多い．したがって，プログラム 1 クールが終了するまでのあいだにさまざまな重大なイベントが発生し，落ち着いて心理療法を受ける環境ではない．そのような患者に優先されるべきは，本来，心理療法ではなく，福祉的支援だろう．

このようにして失敗続きのプログラム試行ではあるが，それでも，多少は個別の治療・支援実践に生かせる臨床的な知恵を得て，著者の臨床に影響を及ぼした．その知恵を端的に言うならば，PTSD・SUD 併存患者に対して，「性急に変化を求めてはならない」ということとなろう．というのも，そうした患者の多くは複雑性 PTSD を抱えており，幼少時から直接的もしくは間接的なかたちで，有形もしくは無形の暴力に曝されて，自らの存在を否定されてきた人たちであり，それゆえに，他者からの否定にきわめて敏感だからである．

そのような人たちに変化を求めたり，あるいは，変化を期待する治療者の意向を伝えたりすること自体が，「ありのままの自分」を否定される事態として体験されてしまう可能性を孕んでいる．つまり，あたかも「条件付きの愛」のように，「薬物を手放した自分には価値があるが，手放せない現状の自分には価値がない」とか，「フラッシュバックに対処できるようになった自分には価値があるが，それに圧倒され続けている自分には価値がない」という具合である．ましてや，違法薬物使用や医薬品の過量服薬といった，患者からすれば，世界中でただ 1 つの「自身を制御できる手綱」を，「悪いこと」「やめるべきこと」と否定すること自体，治療の場を安全ではないものにしてしまう危険性がある．

治療の場をセーフティにするための「否定しないかかわり」は，本稿冒頭に述べた HRP の考え方とほぼそのまま重なっている可能性がある．つまり，物質使用の善し悪しを裁かずに，それが患者の生活において果たしている機能に注目する．そして，その適応的な面と不適応的な面を整理しつつ，いきなり物質使用を手放すのではなく，患者にそのまま使用を継続させ，協働的なモニタリング作業を試みる．そこでは，治療上のさしあたっての目標とされるのは，物質使用をやめることではなく，「危険な物質使用のトリガー」を同定することである．

その際，生き延びるための破壊的行為の陰に見え隠れする，自分の人生をより「セーフティ」にしようとする小さな努力を見逃さずに支持することも忘れてはならない．依然として薬物を使い続けているものの，逮捕という社会的リスクを低減するために「外出時に持ち歩かないようにする」とか，脱水による身体合併症を防ぐために「水分を十分に摂取する」といった工夫は，自らの人生を大切にする意図に基づいており，支持・評価の対象とすべきスモール・ステップといえる．

こうした HRP 的かかわりは，単に治療目標を「断酒」から「減酒」に置き換えただけのアルコール使用症治療とは同工異曲，一線を画する別物というべきだろう．さらに，患者の治療意欲の乏しさを「否認」なる言葉で非難する，従来の SUD 治療者の態度とは対極のものであることはいうまでもない．もちろん，その効果を示す定量的な根拠については，現在までのところ著者には提示できるものがない．ただ，印象で語ることを許してもらえるならば，問題行動は消失しないまでも低減し，患者との関係は対立的なものから協働的なものに変化した．同時に，著者の主観的負担感が低減するとともに，患者の治療継続性が高まり，医原性の行動化が減じたことだけは強調しておきたい．

おわりに

本稿では，PTSD と SUD の双方を視野に入れた治療法として，近年，米国で実践されている心理療法プログラム「Seeking Safety」を紹介した．さらに，同プログラムの試行経験を通じて，「性急に変化を求めない」「否定しないかかわり」の治療的意義を発見するとともに，そのような治療者の態度は，HRP の考え方と共通している可能性を指摘した．

これらの共通点は次のように要約できる．まずは，治療関係の継続を最優先する．そのためには，さまざまな物質使用や破壊的行動がありつつも，「生き延びて治療の場にやってきたこと」を肯定し，患者の存在そのものを大きく支持することが必要である．そのうえで，患者の不適応的行動に見え隠れする適応的な側面にも注目し，治療関係の俎上に載せて，「あなたはあながち無力でもないし，まったくダメというわけでもない」として，ささやかな前進・好ましい変化を小さく支持し続けることが必要である，と．

現在までのところ著者がある程度の自信をもって言えるのは，PTSD・SUD 併存症例に対する支持的精神療法とは，まさに上述した「大小 2 つの支持」の反復と継続にあり，その治療困難性が高度であるほどそれが必要となる，ということである．奇しくもこうした支持のあり方は，Linehan, M. M. [4]の弁証法的行動療法の理念――「これでいいのだ！」とクライエントのありのままをラディカルに受容しつつ，同時に変化も促す，という矛盾を定式化した心理療法――に似ている気がしなくもない．もちろん，その是非に関する判断は著者の力量を超えているが，治療を論じる際に念頭におく患者像は，Linehan と著者とのあいだでかなりの共通点があるとは感じている．

なお，本論文に関連して開示すべき利益相反はない．

文献

1) Brady, K. T., Killeen, T., Saladin, M. E., et al.：Comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder：characteristics of women in treatment. Am J Addict, 3（2）；160-164, 1994
2) Herman, J. L.：Trauma and Recovery. Basic Books, New York, 1992
3) Khantzian, E. J., Albanese, M. J.：Understanding addiction as self medication：finding hope behind the pain. Rowman & Littlefield Publishers, Ranham, 2008（松本俊彦訳：人はなぜ依存症になるのか―自己治療としてのアディクション―．星和書店，東京，2013）
4) Linehan, M. M.：DBT Skills Training Manual：Diagnosis and Treatment of Mental Disorders. Guilford Press, New York, 1993
5) Najavits, L. M., Griffin, M. L., Luborsky, L., et al.：Therapists' emotional reactions to substance abusers：a new questionnaire and initial findings. Psychotherapy, 32（4）；669-677, 1995
6) Najavits, L. M., Weiss, R. D., Liese, B. S.：Group cognitive-behavioral therapy for women with PTSD and substance use disorder. J Subst Abuse Treat, 13（1）；13-22, 1996
7) Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R.：The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women. A research review. Am J Addict, 6（4）；273-283, 1997
8) Najavits, L. M.：Seeking Safety：A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse. Guilford Press, New York, 2001（松本俊彦，森田展彰監訳：PTSD・物質乱用治療マニュアル「シーキングセーフティ」．金剛出版，東京，2017）
9) Najavits, L. M., Walsh, M.：Dissociation, PTSD, and substance abuse：an empirical study. J Trauma Dissociation, 13（1）；115-126, 2012
10) Satel, S. L., Becker, B. R., Dan, E.：Reducing obstacles to affiliation with alcoholics anonymous among veterans with PTSD and alcoholism. Hosp Community Psychiatry, 44（11）；1061-1065, 1993
11) Tatarsky, A., Kellogg, S.：Harm reduction psychotherapy. Harm Reduction：Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors, 2nd ed（ed by Marlatt, G. A., Larimer, M. E., et al）. Guilford Press, New York, p.3-35, 2011

Supportive Psychotherapy in Clinical Practice of Substance Use Disorder：

Practice of Harm Reduction Psychotherapy for Patients with Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder

Toshihiko MATSUMOTO

Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry

The comorbidity of post-traumatic stress disorder（PTSD）and substance use disorder（SUD）is a relatively common clinical occurrence. However, SUD treatment for PTSD/SUD comorbid cases is challenging, and such patients tend to withdraw from SUD treatment programs.

Herein, I outline the clinical characteristics of PTSD/SUD comorbid cases and treatment challenges. I introduce "Seeking Safety," a treatment program recently implemented in the United States to overcome treatment challenges of PTSD/SUD comorbidity. I highlight similarities between "Seeking Safety" and "harm reduction psychotherapy". Based on the program's trial in Japan, I emphasize the therapeutic significance of "not seeking change hastily" and "engaging without denying". Finally, I consider the nature of supportive psychotherapy for difficult-to-treat patients, based on two types of support："big support"（support for the patient's existence）, and "small support"（support for small steps forward and positive changes）.

Author's abstract

Keywords harm reduction psychotherapy, post-traumatic stress disorder, Seeking Safety, substance use disorder, supportive psychotherapy