

早期精神病におけるトラウマへの介入

濱家由美子¹⁾、小原千佳¹⁾、富本和歩²⁾、松本和紀³⁾

キーワード: 1. トラウマ 2. ARMS 3. 初回エピソード精神病 4. 早期介入 5. トラウマ焦点化治療
Key words: 1. Trauma 2. ARMS 3. First Episode Psychosis 4. Early intervention
5. Trauma-focused treatment

抄 録

精神病とトラウマの関連性は広く知られており、初回エピソード精神病 (First Episode Psychosis: FEP) や At-Risk Mental State (ARMS) でも子ども時代の逆境体験を含むさまざまなトラウマを経験する割合は高い。トラウマの問題を早期精神病の心理社会的治療の1つに含めることが理想的だが、実際にはトラウマの問題を同定し、適切な対処や治療に結びつける作業は難しいことが多い。トラウマの問題は精神病症状の背後に隠れてしまったり、トラウマに伴う回避や認知の歪みの影響で適切に把握されにくかったりし、また、トラウマを扱うことへの苦手意識や治療者の自信のなさなどにもよって、トラウマが早期介入の治療標的として選択される機会は少ない。

一方、近年、精神病に併存する心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) に対してもトラウマに焦点化した治療介入で症状が改善することが明らかにされ、早期介入の視点からもこの問題に取り組んでいく重要性が認識されるようになってきている。トラウマの問題を抱える早期精神病の人々を見出し、この問題に早期から取り組むことで、患者の病態の理解が進み適切な支援へと結びつくことが期待できる。

今後早期介入の現場においても、治療初期にトラウマ体験の有無を評価し、トラウマが確認された場合には、患者に安心感を与えながらトラウマの問題を共有し、心理教育を行っていく基本的なアプローチを普及させていくべきだろう。さらに、必要に応じてトラウマに焦点化した心理療法を提供するという治療ステップを踏めるような医療環境を整備することが求められる。

本論文の内容は第21回日本精神保健・予防学会学術集会で特別企画講演として発表したものを中心にまとめた。

Intervention to trauma in early psychosis

Yumiko Hamaie, Chika Obara, Kazuho Tomimoto, Kazunori Matsumoto

- 1) 東北大学病院精神科、Department of Psychiatry, Tohoku University Hospital
- 2) 東北大学大学院医学系研究科神経精神学分野、Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine
- 3) 東北大学病院精神科／東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野／東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座、Department of Psychiatry, Tohoku University Hospital; Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine; Department of Preventive Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine

1. はじめに

早期精神病患者の病歴を聴取するなかで、複雑な家庭環境のなかでのさまざまな逆境体験、学校でのいじめ、あるいは明らかなトラウマの体験が認められることはしばしばある。こうしたトラウマと関連した出来事や体験、これに関連した症状は、早期精神病の前景に立つさまざまな症状の背景に隠れがちではあるが、こうした体験をもつ患者に遭遇した場合、われわれは治療者としてどのように対応すべきだろうか。

統合失調症をはじめとする精神病ではさまざまなトラウマを経験する割合が高く、それは早期介入の標的である初回エピソード精神病(First Episode Psychosis: FEP)や、At-Risk Mental State (ARMS)においても同様である。トラウマの問題を心理社会治療の1つに含めることはより良い治療の提供に結びつくと考えられるが、実際には精神病性障害の治療標的として戦略的に選択される機会は少ないという印象が伴う。そこで本稿では、精神病やARMSにおけるトラウマ研究を概観した上で、トラウマの問題を早期介入の現場でどのように扱っていくべきかについて検討してみたい。

2. 精神病、FEP、ARMSにおけるトラウマ

統合失調症に併存する不安障害の割合に関するメタ解析 (Achim et al., 2011) によると、PTSD (posttraumatic stress disorder) は統合失調症の12.4%に併存し、生涯有病率は14.0%に上る。これは、一般人口におけるPTSDの生涯有病率6.8%~7.8% (Kessler et al., 1995; Kessler et al., 2005) と比較して高い割合である。

子ども時代のトラウマは、精神病のリスク因子の1つと考えられている。Bendallによる46編の論文のレビューでは、精神病患者の28~73%に性的虐待、身体的虐待もしくは精神的虐待の体験がある (Bendall et al., 2008) と報告され、Vareseらのメタ解析 (Varese et al., 2012) では、子ども時代の逆境体験 (childhood adversity) を持つ者は、体験のない者に比較して精神病への罹患リスクが2.8倍高いことが示された。Vareseらは、逆境体験ごとのオッズ比も算出しており、体験のない者に比較した精神病罹患のリスクは、性的虐待2.4倍、身体的虐待3.0倍、精神的虐待3.4倍、いじめ2.4倍、ネグレクト2.9倍という結果であった。このように、子ども時代のトラウマと精神病罹患との関係は多数の研究によって示されている。

この関係はFEPやARMSにおいても同様である。36名のFEPを対象とした研究 (Bendall et al., 2012) では、64%が子ども時代のトラウマを体験しており、39%には子ども時代のトラウマに関連した臨床レベルのPTSD症状が認められた。また、FEPと慢性精神病を対象とした中国の研究でも、FEP128名のうち71%が子ども時代のトラウマ体験があると報告されている (Wang et al., 2013)。ARMSについてのメタ解析では、87%が子ども時代のトラウマを体験しており、健常群と比較してこの割合は有意に高いものであった (Kraan et al., 2015)。このようにFEPとARMSを含めた早期精神病においても、トラウマの問題は高い頻度で認められ、特に子ども時代のトラウマを体験する者が多いことがわかる。

また、急性期の精神病体験や入院体験がトラウマを引き起こす体験となりうることも指摘されている。Rodriguesらのメタ解析では、FEPの患者の42%が精神病体験に関連したPTSD症状を体験しており、30%はPTSDの診断基準を満たすと報告されている (Rodrigues et al., 2017)。精神病症状に伴って体験される他者や世界に対する恐怖、隔離や拘束などの体験、意に反して入院を余儀なくされることへの恐怖や混乱、心身が思い通りにならないことへの絶望感など、急性期の精神病症状は強烈か

つ危機的な体験として刻み込まれ、この体験が後にPTSD症状として現れることがあるようだ。

ARMSの患者では、精神病への移行のしやすさに着目した研究も行われている。トラウマ歴があるARMSの患者は、これがない患者と比較して弱い精神病症状(APS: Attenuated Psychotic Symptoms)がより重症であることが示されており (Thompson et al., 2009)、また、性的虐待歴のある者はない者と比べてARMSから精神病に移行するリスクが約3倍高いことが示されている (Bechdolf et al., 2010)。

なお、トラウマを引き起こす生活上の出来事(TLEs: traumatic life events)をどのような範囲で規定するかについては議論がある。これまでの研究では、身体的虐待、性的虐待、精神的虐待やネグレクトを含めた虐待、いじめ体験、親との死別や別離、自然災害、深刻な事故、監禁、誘拐など、さまざまな体験がTLEsとして調べられている (Gibson et al. 2016)。一方で、トラウマを引き起こす出来事の基準としてDSM-5のPTSDのA基準では「実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への直接的あるいは間接的な曝露」という狭い定義を採用している。トラウマ症状の評価に関しても、PTSDの構造化診断面接であるCAPS (The Clinically Administered PTSD Scale) (Weathers et al., 2013) を用いて厳密なPTSD診断を実施している研究と、自記入式の質問紙評価で症状把握を行う研究とが混在している。

3. 精神病性障害に併存するトラウマに対する治療

PTSD症状を軽減するための心理療法としては、持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure: PE)、眼球運動脱感作療法 (Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR)、認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy: CPT) などのトラウマ焦点化治療の有効性が実証されているが、精神病に併存するPTSDに対してもトラウマ焦点化治療の効果は検証されてきている。van den BergらはPTSDを併存する精神病性障害の外来患者をPE群、EMDR群、待機群の3群に振り分けるランダム化試験比較試験を実施した (van den Berg et al., 2015)。PE群とEMDR群には毎週90分のセッションを8回行い、待機群には通常治療を行った結果、PTSDの診断閾値下まで症状が改善した患者の割合は、PE群、EMDR群ともに6割程度おり、待機群の約3割よりも高いことが示され、さらに、その治療効果は介入6ヵ月後にも維持されていた。

精神病体験に伴って生じたトラウマに対する介入も試みられている。Jacksonらは、FEPの患者を対象に6ヶ月間の認知的回復介入 (CRI: Cognitive Recovery Intervention) として、精神病体験に伴うトラウマ反応の認知再構成と精神病の受け入れに焦点をあてた治療を行った (Jackson et al., 2009)。また、Bernardらは、急性期の精神病体験に関する筆記を患者が個人で行う、筆記による感情開示 (Written Emotional Disclosure) という手法を適用した (Bernard et al., 2006)。いずれの介入も通常治療と比較して患者のPTSD症状が有意に改善したことが報告されている。

最近、精神病症状にPTSD症状を併存する患者を対象としてトラウマ焦点化治療の効果を検討した論文12編についてのメタ解析 (Brand et al., 2017) が報告された。この解析では、陽性症状に対する効果は治療後には認められたが、追跡時までは持続しなかった。一方で、妄想に対する効果は治療後には認められなかったが、追跡時には認められた。PTSD症状に対する効果は治療後には認められず、追跡時にのみ認められた。メタ解析の結果からは、精神病症状とPTSDが併存する患者に対して、トラウマ焦点化治療は少なくとも部分的に効果が期待できるようだが、それぞれの研究の方法論にはばらつきも多く、この領域については、さらなるエビデンスの蓄積が求められている。

4. 精神病に併存するトラウマへの介入が行われにくい背景

前述の通り、精神病とトラウマには強い関連性が認められ、精神病に併存するトラウマに焦点化した治療にも一定の効果が示されている。英国の国立医療技術評価機構（NICE: National Institute for Health and Care Excellence）のガイドライン（NICE, 2014）は、PTSD症状のある精神病の人々に対する介入として、トラウマの再処理を行う認知行動療法的な介入を推奨しており、FEPの心理社会的アセスメントの一部としてトラウマ歴の聴取を明記している。このように、精神病の人々が体験しているトラウマの問題に対応していく必要性は明らかであるが、実際の臨床現場ではトラウマに対応した治療が十分には普及していないのが現実であろう。

一般的に、PTSDやトラウマの問題は適切な治療に結びつきにくく、治療が開始されるまでには長い時間を要するが（Howgego et al., 2005; Nobles et al., 2017）、精神病に併存するトラウマの問題は、ことさらに見過ごされやすく、また、適切な治療介入が行われにくいようだ。そこにかかわる患者側の要因としては、第一に、精神病性の症状が前景に立つことで、トラウマと関連した症状や問題を本人が自覚しづらくなるという可能性が挙げられる。第二の要因にはPTSD症状の1つである回避が影響しうる。トラウマに伴う回避行動のために、症状を誘発する状況が避けられたままで経過したり、トラウマに関する話題が避けられるため、治療場面でトラウマ体験が話題に上がりにくい状況が引き起こされる。第三の要因は認知の歪みと関連する。精神病性の体験とトラウマ体験は、いずれも自己や他者に対する認知の歪みを生じやすくするが、「人は信用できない」「世の中は危険である」という人や世界に対する不信、「こんなことになったのは自業自得」「自分に非があったからだ」という過度な自責、トラウマの体験を人に話すことを「恥ずかしい」「どのように思われるのだろうか」という恥の感覚などを持つことが、他者への相談を阻むかもしれない。

治療者側の要因としては、華々しい精神病性の症状に目が引かれ、それらの症状のコントロールに主眼が置かれるために、背景にあるトラウマの問題が見逃されがちになることがある。また、治療者側の抵抗の問題（van den Berg et al., 2016）も指摘されている。トラウマを扱う必要性を感じながらも、この問題を臨床的に扱うことに不安や恐怖を感じたり、治療的に役立つ支援を行う自信がないと感じる治療者は多い（Frueh et al., 2006）。トラウマの問題を話題にすること自体、どこか重苦しく生々しいイメージがあるために、触れずにおこうという治療者の抵抗感があることは否めず、また、過去の出来事を掘り起こすことによって「状態が悪くなる」「いたずらに苦しい思いをさせてしまう」といった弊害が生じることを懸念して、トラウマの問題には着手できない側面もあるかもしれない。

こうした要因との関連では、研修・教育体制の問題についても指摘しておきたい。精神病の専門家とトラウマの専門家は、それぞれ独自に訓練を受け、経験を重ねて行くことがほとんどであり、双方の領域にわたる専門教育を受ける機会は限られていることが現状であろう。精神病、特に早期精神病の領域に関わる治療関係者については、精神病だけではなく、トラウマを含めた情緒的な問題に対処するための研修や教育を受けることが必要だろう（Cragin et al., 2017）。

5. 精神病とトラウマの関係の分類

精神病とトラウマの関係は以下に示すような3つの関係に大きく分類することが可能であり、これらはFEPやARMSに対する早期介入の現場でもしばしば経験される。

1) 精神病体験や入院体験がトラウマ体験化する場合(図1)

急性期に経験することの多い「自分の命が狙われているに違いない」「四六時中見張られていて、攻

撃してくるタイミングを見計らっているはずだ」などの妄想による体験は、本人にとっては現実的で極めて恐ろしい体験となる。これらは主観的には、非常に危険で、場合によっては生死にかかわる程の問題として捉えられ、強い恐怖を伴うだろう。また、本人が状況を正しく理解できないなかで強制入院や隔離・拘束を強いられることが、強いトラウマとなることもある。

FEPの患者の精神病エピソードが収束したのちに、治療者と患者が再発予防の一環として再発兆候を見つけるための振り返りを行っている時に、患者が「あの時のことは絶対に思い出したくありません」と強い拒否的態度を示すことがある。こうした発言は、入院時の体験がトラウマ体験となり、これを想起することを回避するための機制が働いているものと解釈することができる。

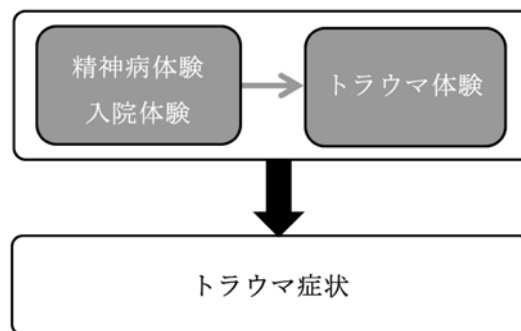


図1 精神病体験がトラウマ化する場合(國分ら, 2017より引用 一部改変)

2)過去のトラウマ体験を直接的に反映した精神病性症状が発現する場合(図2)

トラウマ体験が精神病性の症状に反映される例としては、過去のいじめ体験において何度も浴びせられた、自分を馬鹿にする内容の決まり文句がそのまま幻聴となって現れるといった場合がある。この場合にはトラウマ体験と精神病性症状の内容は重複していることが多く、治療者も患者も、精神病症状とトラウマ体験との結びつきを理解することは比較的容易である。しかしそのような場合であっても、精神病症状の治療に主眼が置かれがちであることや、患者も治療者もともに辛いトラウマ体験を話題にする作業に対して積極的にはなりづらいなどの理由から、トラウマの問題を治療のなかで取り扱い、患者と共有する作業には時間がかかることが多い。

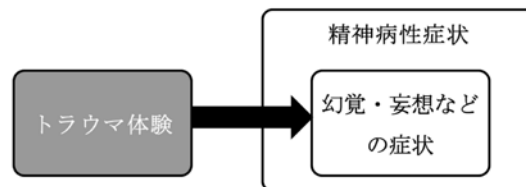


図2. トラウマ体験を直接反映した精神病性症状が発現する場合(國分ら, 2017より引用 一部改変)

3)トラウマ体験に基づく信念と、信念に則った行動・思考様式が間接的に精神病性症状の悪化を後押しする場合(図3)

トラウマ体験がもとになって非適応的な信念が形成され、その信念に則った行動、および思考様式が長期間続くことが、間接的に精神症状および精神病性症状の発生や悪化を後押しする場合がある。

たとえば、子どもの頃に親から体罰や言葉の暴力を浴びせられた体験から「自分の言いたいことを言うてはいけない」「自分はいらぬ人間なのだ」という信念が作られたとする。その結果、周りから非難されることを恐れ、人と接する時にはオドオドした自信のない態度となり、自分の気持ちを尊重して行動することを躊躇するようになるかもしれない。子ども時代のトラウマを持つ ARMS の患者は社会への適応が悪くなりがちであり (Tikka et al., 2013)、また、そのような生活体験を積み重ねることで、ますます非適応的な信念が強められていくことがある。そこに、さらに強いストレスなどの環境要因が加わることで、うつや不安、さらには精神病性の症状が現れてくるのかもしれない。

しかし、こうしたケースでは、過去のトラウマ体験と顕在的に現れている精神病性の症状との関係は直接的ではないため、治療者と患者がその関係に気づいて治療に役立てていく機会がないままに経過することも多い。

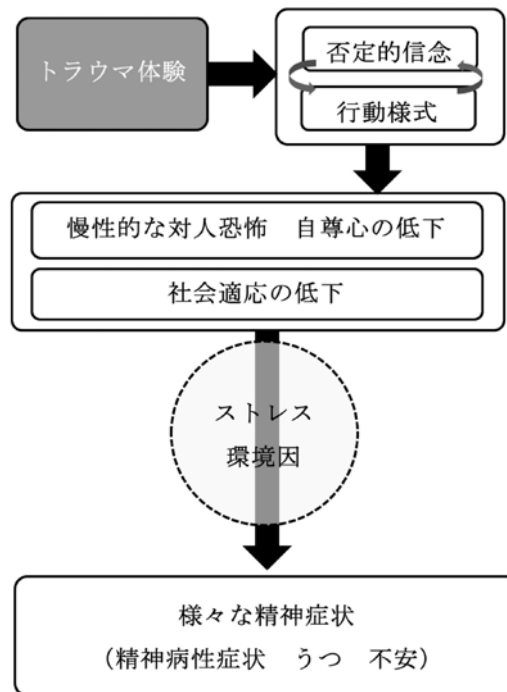


図3 トラウマ体験が間接的に精神病性症状の悪化を後押しする場合

6. 事例：早期介入におけるトラウマ治療

ここではトラウマ体験を伴う ARMS の事例について紹介したい。前項の分類においては2) 過去のトラウマ体験を直接的に反映した精神病性症状が発現する場合に該当する事例である。なお、本事例の紹介に関しては本人より口頭および書面で同意を得ており、個人情報保護および倫理的配慮のため一部情報の改変を加えている。

1) 受診の経緯

事例 A は 20 代の女性で、中学から高校にかけて長期にわたるいじめ体験があった。早期精神病専門外来を受診したのは、「いじめっ子が『死ぬ』『うざい』と耳元で言ってくる」という幻聴、いじめっ子や家族の姿がぼんやりと見える幻視様体験と、時折生じる解離性健忘が出現したためであり、X 年 10 月

から ARMS として通院治療を開始した。

2) 治療初期

治療開始後2～3ヶ月ほどで、APSと評価された幻聴と幻視様体験は軽快した。しかしその後、偶然いじめ加害者に遭遇することを契機にAPSと解離症状が再発し、数カ月間で症状が軽快するというエピソードが数回繰り返された。

この時期は、APSが主な治療標的となり、薬物療法と環境調整による心理的負荷の軽減が図られていた。治療に用いられた抗精神病薬には明らかな効果は認められず、状態が悪化した際には、抗うつ薬や抗不安薬が用いられたりもしたが、状態が落ち着くと中止になるという経過だった。症状が再燃しても数ヶ月で軽快し、元の生活に戻ることができるため、この時点では、過去のいじめ体験が治療上の焦点に据えられることはなかった。

3) 治療中期

X+2年6月、再度いじめ加害者に遭遇したことを契機に、Aはこれまでと同様に幻聴と幻視様体験、解離症状を再燃し、不安定な状態となったために任意入院をした。薬物療法としては、抗不安薬と睡眠薬が処方された。入院後ほどなくして精神症状は落ち着きを見せたが、入院の契機および、これまでの症状再燃の契機がすべていじめ加害者との接触と絡んでいることから、過去のいじめ体験がAの病状悪化と強く関連することが推測された。このため、PTSDの構造化診断面接であるCAPSを用いたアセスメントを実施した結果、Aが過去にいじめと関連して重傷を負うかもしれないほどの深刻なトラウマ体験を有しており、生涯診断ではPTSDの診断基準を満たすことが明らかとなった。評価時点では既にAPS症状は落ち着きをみせていたものの、トラウマ症状としての悪夢や侵入的想起、在籍していた学校に関する想起の回避、否定的認知、疎隔感が認められた。

そこで、Aとトラウマの問題を共有し、治療の標的として取り組むことも視野に入れてAに対する心理教育を行うことにした。Aに生じている現象をトラウマの文脈から捉え直し、その解釈の共有を試みた。たとえば、悪夢の内容は過去のいじめの体験が反映されたものであり、それは再体験症状と呼ばれるものであることや、「つらい事は話したくないから、誰にもいじめの事を話さないようにしていた」という頑なな態度は、回避に該当することを説明した。また、加害者との遭遇後に出現するAPSについては、「普段は固い蓋をして考えないようにしている過去のいじめについての記憶が、加害者に会うことで蓋がこじ開けられ、出てきてしまうものなのではないか？」と説明を加えたところ、Aは納得した様子であった。このようにトラウマの概念とAの体験の共有を図った上で、トラウマの問題が長期間持続する仕組みを説明し、トラウマに向き合って治療していくことを提案すると、「逃げ続けてはいられない」と治療に対して強い意気込みを見せた。そこで、主治医とも相談し、退院後に外来での通常治療に加えてトラウマに焦点化した治療を開始することが決まった。

精神症状はすみやかに改善したため、入院期間は1か月弱の短いものであった。外来通院を再開し、いざ治療を開始しようとする、言葉上は治療意欲をみせるが、行動上では遅刻やキャンセルを繰り返すという治療への抵抗が続いた。そこで「今、治療を導入する必要があるのか」「変化したいのは何のためなのか」などを問いかけ、丁寧に動機づけを行った。その結果「このまま回避を続けても生活は何ら変化しない」ことを確認し合い、提案から2か月後にトラウマに焦点化した治療が開始されることとなった。

4) 治療後期

トラウマに焦点化した治療としては認知処理療法を採用し、X+2年11月から開始した。約1時間の

セッションを週1回定期的におこなっていたが、PTSD症状が改善を見せたことと、治療に対する抵抗が持続していたことから、結果的には予定されていた全セッションを完遂することなく、介入は4回で終了となった。しかし、開始時の過度な自責感（「自分が悪いからいじめられた」）、他者への不信感（「誰も力になってくれない」）、将来への悲観（「自分では何もできないし、運命だから変わらない」）という否定的認知は軽減し、侵入症状や回避行動などのPTSD症状はほとんど認められない状態へと改善した。退院後のAPSの再発はなく、介入終了時点ではトラウマ症状の減少に伴い外出への不安感がなくなって定期的なアルバイトを開始するなど、活動範囲に広がりが見られるようになった。

5) 治療の要点

この事例では、いじめに関わるトラウマの体験は当初は本人から具体的に語られることはなく、繰り返すAPSと解離症状がトラウマ体験と関連していることは見過ごされていた。しかし、Aにとってトラウマの問題が重要であることがアセスメントで明らかになったことにより、トラウマに焦点化した治療へと結びつき、大きな改善が得られた。

この事例の治療で重要なポイントとなったのは、トラウマの問題をアセスメントの土台に引き上げたこと、トラウマの問題について本人との共有を大切にしながら納得のいく心理教育を実施したこと、そして、動機づけを丁寧に行った上でトラウマに焦点化した治療に結びつけたことにあったと考えている。そうした点からは、トラウマに焦点化した治療そのものよりは、むしろトラウマ焦点化治療に持つて行くまでの“下ごしらえ”として行った介入こそが、この事例にとっては効果的だったのかもしれない。

7. 早期介入におけるトラウマへの対応

最後に、早期介入の現場においてトラウマへの対応力を少しでも向上させるために筆者らが考えるポイントを以下に整理する。

1) トラウマの問題のアセスメント

トラウマの存在を確認するためにアセスメントは欠かせないが、治療開始の早い段階でスクリーニング的なアセスメントの機会を持つことが大切だろう。前述のとおり、トラウマの問題は背景に隠れがちで、これを発見するためには治療者による能動的な探索を必要とする。治療初期の包括的なアセスメントの一部として、トラウマになりうる出来事がなかったかどうかを確認しておくべきだろう。この段階では、狭義のPTSD基準に該当するか否かを判断するのではなく、広い意味でトラウマになりうる体験を拾いあげるべきである。最初に簡易的な自記入式の評価尺度を用い、その上でトラウマの問題が疑われる患者に対して詳細なアセスメントを行うことになるが、このアセスメントは患者にとって侵襲的にならないように配慮すべきである。トラウマ体験の影響を明らかにする意義を患者が理解しているかどうか、トラウマ体験を話題にする準備が整っているかどうかを推し量りながら、適切なタイミングで慎重な配慮のもとに行わなくてはならない。

2) 患者との共有と心理教育

トラウマの問題が確認されたからといって、慌ててすぐに対策を講じなければいけないわけではない。トラウマの問題を扱うためには患者との信頼関係の構築が重要であるため、まずは十分な関係構築を行い、患者に安全と安心感をもってもらうように働きかける。つらい出来事に遭遇した過去の体験に耳を傾け、本人にとっての衝撃を治療者が共感的に受け止めることによって、安心感を持ってトラウマの問題を共通の話題として語れるようにすることがまずは大切である。

患者の話聞きながらトラウマに伴う症状や反応について情報提供し、本人の症状と照らし合わせながら心理教育を行うことも大切である。ノーマライジングは重要であり、「生じている症状がおかしなものではなく、トラウマを体験した人なら当然の反応である」というメッセージを伝える。

これらの作業を通して封印してきたトラウマを誰かに話すことが可能になる。そして、回避が緩んでくることで、トラウマ体験についてより具体的な内容が話されるようになる。ここで治療者との関係を通して味わう、トラウマ体験を表出しても現実的に悪い事は生じないことの確認や、開示した相手に嫌われることはないという体験そのものが治療的な効果をもたらすであろう。

3) 動機づけ

トラウマに焦点化した治療は患者にとって負荷のかかる作業であることには違いなく、これを忌避する患者は多い。トラウマの症状に伴う苦痛感や生活への影響、患者本人の準備状態や耐性、自傷や自殺の危険性、サポート環境などを総合的に評価した上で、必要な患者に適切なタイミングでトラウマに焦点化した治療を働きかける。

患者本人は、「良くなりたけれども、続けられる自信がない」「困っているけれど、トラウマの事を考えるなんて恐ろしくて無理」と治療に対して両価的になることが多い。そのような場合には、トラウマがPTSD化する仕組みを心理教育したり、本人が描いている将来像を探りながら目標を立てる作業が有効なことがある。現在の生活を続けることで待っている未来と希望する将来像とのズレを意識化させることで、今行うべきことに気付かせるという動機付け面接の手法 (Miller et al., 2002) が役に立つ。

4) トラウマ焦点化治療の導入

トラウマ焦点化治療の代表的なものとしては、PE、EMDR、CPTが挙げられる。それぞれに治療マニュアルが定められており、セラピストは規定の研修を受講する必要がある。また、適切な治療を安全に提供するためには少なくとも一定期間はスーパービジョンを受けることが望ましい。トラウマ焦点化治療は主治医とは独立したセラピストが行うことが一般的だろう。この場合、セラピストと主治医とが適切に連携することが理想である。薬物療法、精神症状の確認、トラウマ治療に対する患者の反応の見定め、逸脱行為、サポート環境の調整などを含めた主治医による治療全体の統括があることで、セラピストは安全にトラウマ焦点化治療を行うことができ、より高い効果が期待できる。必要に応じてトラウマを扱っている専門機関との連携を図ることも役立つだろう。

5) 段階的にステップアップする

ここまで述べた各要素を治療ステップとして段階的に重ねていくプロセスをここで再確認する(図4)。

第一段階では、包括的なアセスメントの一部としてトラウマアセスメントを実施する。トラウマの問題が確認された場合には、第二段階として、患者が安心感をもてる関係のなかで問題の共有と心理教育を行いながらトラウマに対する患者の抵抗感を和らげていく働きかけを試みる。その上で、患者の希望と必要に応じて第三段階では動機付けを行い、第四段階のトラウマ焦点化治療実施へと導く。

ただし、必ずしもトラウマの問題を抱えるすべての患者において、こうしたプロセスが必要なわけではない。第二段階までの介入で、その後に回復する過程が促されていく事例も多く、一律にトラウマ焦点化治療を導入しなければならないわけではない。トラウマ焦点化治療を実施するのにふさわしい条件が整っているのか否かを検討し、治療実施に伴うメリットとデメリットを十分に吟味した上で導入を決定すべきであろう。

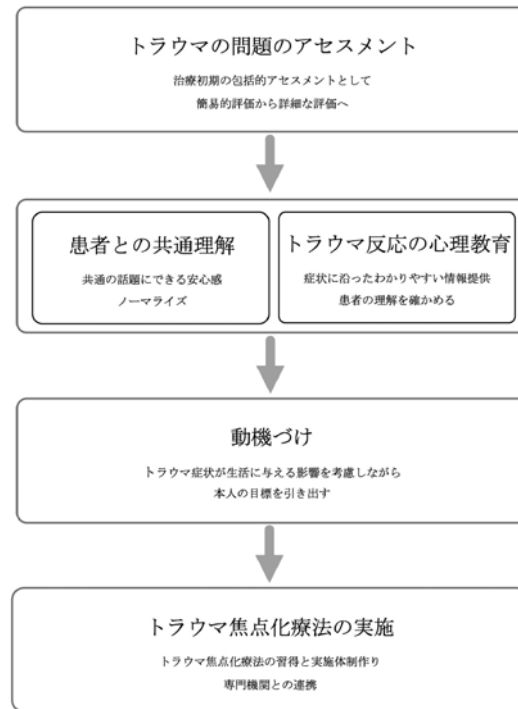


図4 早期介入におけるトラウマへの段階的介入の一例

8. おわりに

精神障害の患者には高い割合でトラウマ体験が存在し、その体験が十分に整理されていないことが患者の病状の悪化、QOLや機能の低下に関連している可能性がある。特に、精神障害の症状の背後にPTSD症状が隠れて存在する場合もあり、こうした事例に対してはトラウマの問題に着目することは特に意義があるだろう。

早期介入においてトラウマの問題に対応することは、患者の病像全体の理解へとつながり、より適切な治療の提供を可能にする。治療によってトラウマ症状を軽減することができれば、生活機能や社会生活に伴う制限の解消が見込まれ、ARMSでは精神病への移行リスクを低減する効果が期待できるかもしれない。

治療者側のもつトラウマ対応に対する苦手意識や抵抗感を一気に払拭することは、すぐには難しいかもしれない。しかし、各国の早期介入のガイドラインに倣って、わが国においても早期介入の現場でトラウマを扱うための指針を示すことは必要だと考えられる。このためのガイドラインの整備や標準的な心理教育ツールの作成などが検討されるべきだろう。さらに、治療者のトラウマに関する知識や対応スキルの向上を図るための研修や教育の機会が今後整備されることにも期待したい。

9. 利益相反

演題発表並びに本稿に関連して開示すべき利益相反はない。

【文 献】

- 1) Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, E., et al.: How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull* 37 (4): 811-821, 2011
- 2) Bechdolf, A., Thompson, A., Nelson, B., et al.: Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk (prodromal) group. *Acta Psychiatr Scand* 121 (5): 377-384, 2010
- 3) Bendall, S., Jackson, H. J., Hubert, C. A., et al.: Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophr Bull* 34 (3): 568-579, 2008
- 4) Bendall, S., Alvarez-Jimenez, M., Hulbert, C.A., et al.: Childhood trauma increases the risk of post-traumatic stress disorder in response to first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 46(1): 35-39, 2012
- 5) Bernard, M., Jackson, C., & Jones, C.: Written emotional disclosure following first-episode psychosis: effects on symptoms of post-traumatic stress disorder. *Br J Clin Psychol* 45 (Pt 3): 403-415, 2006
- 6) Brand, R. M., McEnery, C., Rossell, S., et al.: Do trauma-focussed psychological interventions have an effect on psychotic symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 24 (17) : 30513-30513, 2017
- 7) Cragin, C. A., Straus, M. B., Blacker, D., et al.: Early Psychosis and Trauma-Related Disorders: Clinical Practice Guidelines and Future Directions. *Front Psychiatry* 8 (33), 2017
- 8) Frueh, B.C., Cusack, K.J, Grubaugh, A.L., et al.: Clinicians' perspectives on cognitive-behavioral treatment for PTSD among persons with severe mental illness. *Psychiatric Serv.* 57(7): 1027-1031, 2006
- 9) Gibson, L. E., Alloy, L.B., & Ellman, L. M.: Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. *Clin Psychol Rev* 49: 92-105, 2016
- 10) Howgego, I. M., Owen, C., Meldrum, L., et al.: Posttraumatic stress disorder: an exploratory study examining rates of trauma and PTSD and its effect on client outcomes in community mental health. *BMC Psychiatry* 5: 21, 2005
- 11) Jackson, C., Trower, P., Reid, I, et al.: Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: a randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. *Behav Res Ther* 47 (6): 454-462, 2009
- 12) Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., et al.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52 (12): 1048-1060, 1995
- 13) Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., et al.: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62 (6): 593-602, 2005
- 14) 國分恭子, 松本和紀: 精神病におけるトラウマ: 最近の研究の概観. *トラウマティック・ストレス* 15 (1): 39-47, 2017.
- 15) Kraan, T., Velthorst, E., Smit, F., et al.: Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: review and meta-analysis. *Schizophr Res* 161 (2-3): 143-149, 2015

- 16) Miller, M. R., Rollnick, S: Motivational Interviewing second edition. The Guilford Press, 2002 (松島義博, 後藤恵 訳: 動機付け面接法 基礎・実践. 星和書店, 2007)
- 17) National Institute for Health and Care Excellence: Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. National Institute for Health and Care Excellence: London, 2014
- 18) Nobles, C. J., Valentine, S.E., Zepeda, E.D., et al.: Usual Course of Treatment and Predictors of Treatment Utilization for Patients With Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 78 (5) : e559-e566, 2017
- 19) Rodrigues, R. & Anderson, K.K. : The traumatic experience of first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 14 (17): 30058-30050, 2017
- 20) Thompson, J. L., Kelly, M., Kimhy, D., et al.: Childhood trauma and prodromal symptoms among individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res* 108 (1-3): 176-181, 2009
- 21) Tikka, M., Luutonen, S., Tuominen, L., et al.: Childhood trauma and premorbid adjustment among individuals at clinical high risk for psychosis and normal control subjects. *Early Interv Psychiatry* 7 (1): 51-57, 2013
- 22) van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., et al. : Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 72 (3): 259-267, 2015
- 23) van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Bont, P. A., et al. : Exposing therapists to trauma-focused treatment in psychosis: effects on credibility, expected burden, and harm expectancies. *Eur J Psychotraumatol* 7 (31712), 2016
- 24) Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., et al. : Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 38 (4): 661-671, 2012
- 25) Wang, Z., Xue, Z., Pu, W., et al.: Comparison of first-episode and chronic patients diagnosed with schizophrenia: symptoms and childhood trauma. *Early Interv Psychiatry* 7 (1): 23-30, 2013
- 26) Weathers, F., Blake, D.D, et al.: The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Interview available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov, 2013