

TS プロトコールによる複雑性 PTSD 患者への RCT による治療研究

杉山登志郎 1) 堀田洋 2) 涌澤圭介 3) 和田浩平 4) 鈴木太 1) 森本武士 1) 椎野智子 5) 友田明美 1)

1) 福井大学子どものこころの発達研究センター, 2) 南山病院, 3) 宮城県立子ども病院,

4) 三河病院, 5) 立命館大学大学院人間科学科

<要 旨>

目的：複雑性 PTSD (C-PTSD) の患者への安全な治療法を模索して行く中で、われわれは TS プロトコールと命名した 1 回の治療が 10 分間程度の治療時間で実施可能な簡易型トラウマ処理を考案した。ICD-11 によって C-PTSD と診断された患者に対する有効性の判定を行うことが本研究の目的である。

方法：C-PTSD と診断された 22 名に対し、ランダムな振り分けを行い、治療先行群 (A 群) 11 名、待機後治療群 (B 群) 11 名に分けた。開始時(時点 a)に、出来事インパクト尺度 (IES-R) およびベックのうつ病尺度 (BDI-II)、機能の全体的尺度 (GAF) によって評価し、A 群は直ちに TS プロトコールによる治療を開始し、1 クールの治療が終了した後(時点 b)に評価を行った。さらに 2 ヶ月間以上のフォローアップを行い、終了時に尺度の評価を行った(時点 c)。B 群は、一般的な精神科治療を受けてもらい、2-3 ヶ月後に再び評価を行い(時点 b)、その後 TS プロトコールによる治療を開始した。1 クールの治療終了後(時点 c)に再度評価を行った。

結果：A 群は TS プロトコール実施後には有意な改善を示し、フォローアップ後も改善は維持された。B 群において、一般的的精神科治療で変化が認められず、TS プロトコール 1 コール実施した後は IES-R、BDI-II とも優位な改善を示し、時点 c において両群の差は認められなくなった。治療実施後、GAF 尺度は両群とも有意に改善した。この様に TS プロトコールの有効性が確認された。

<キーワード>

複雑性 PTSD、簡易型トラウマ処理、子ども虐待の後遺症、フラッシュバック

【はじめに】

子ども虐待の症例が大変な勢いで増加をしている。その 1 つの理由は、これまでその後遺症に対して、きちんとした治療が行われてこなかったからである。特にわが国の制度では親の治療を全く行ってこなかった(滝川ら、2020)。子ども虐待に代表される長期反復的なトラウマは、犯罪被害や、震災のような単回性のトラウマによって引き起こされるものとは、全く異なった状況が生じることが知られている(Terr, 1991)。それが複雑性心的外傷後ストレス障害(complex posttraumatic stress disorder; C-PTSD)であり、ようやく ICD-11 において診断基準が示された(鈴木、2019)。

トラウマを中核に持つ患者の場合、精神療法の手技を問わず、治療の成果が得られないことがしばしば認められる。その理由は、治療的な介入がトラウマ体験の後遺症であるフラッシュバックを引き起こすからである。これが解除反応もしくは除反応(abreaction)と呼ばれている現象である(Sperumon et al., 2010)。トラウマ処理とは、この解除反応を避けながら治療を行う精神療法の手技であり、van der Kolk (2014)は認知行動療法を中核にするトップダウン型と、体に働きかける治療を中核とするボトムアップ型とその中間に位置するものに分けた。EMDR(Eye Movement

Desensitization and Reprocessing：眼球運動による脱感作と再処理法）（Shapiro, 2001）は心的外傷後ストレス障害（PTSD）への有力な治療手段として発展してきており、その科学的な判定においても有効と示されているが（Chen et al., 2015）、一般的な PTSD への治療が対象で C-PTSD の治療に特化されていなかった。EMDR の派生形である TS（traumatic stress）プロトコル（杉山 2018, 2019, 2020a）は C-PTSD をターゲットに作られた治療パッケージである。

この技法にたどり着いた試行錯誤（杉山, 2019）はすべて省略する。基本は、トラウマ記憶を想起させずに、フラッシュバックによって常在する身体的不快感に焦点をあて、左右交互刺激と肩呼吸による短時間の処理によって、その不快感の軽減を行う。この短時間の処理を繰り返すうちにフラッシュバック自体が著しく軽減されてくる。このことがわれわれの発見である。トラウマ処理技法としては、ボトムアップ型に属する。

C-PTSD に対して、有効な薬物療法は確立されていない。むしろ複雑性 PTSD の気分変動をうつ病と誤診、あるいは双極性障害と誤診し、抗うつ薬、気分調整薬が処方され、結果的にその副作用によって臨床的な悪化が生じている症例が認められる。C-PTSD は希死念慮を生じやすく自殺企図が高い病態（Hyland et al., 2018）であり、実際に処方薬の過量服薬による事故も多い。われわれは臨床的な試行錯誤の結果、少量の向精神薬と漢方薬の組み合わせを用いるようになった（杉山, 2015）。

この両者の組み合わせが TS プロトコルである。世界的に見ても、薬物療法まで規定したプロトコルはたぶん初めてではないだろうか。それは何よりも C-PTSD への安全な治療のためである。この治療法は 1 回の治療時間が 10 分間程度と短時間に実施が可能であるが臨床的なトライアル

では大変良好な結果が得られていた（杉山, 2018；杉山ら, 2019）。本研究は、TS プロトコルの科学的判定を目指すものである。

TS プロトコルは複合的な要素を有する治療パッケージであり、本来はその要素の 1 つ 1 つへの科学的判定が必要と考えられる。しかしまずは TS プロトコルそのものの判定を行うことが急務である。有効性が示されればその後、個々の要素に対する判定が加えられて行くと期待する。

本研究はそれぞれの分担研究者の所属医療機関において、倫理委員会での承認を得た。

【対象と方法】

1) 対象

継続的なトラウマ歴を持つ患者に診断を行い、C-PTSD と判定された成人患者の対象を治療への同意を得たのちに 2 群に分けた。当初対象をそれぞれ 10 名としていたが、乱数表において、奇数を A、偶数を B として当てはめて行くと、両者の数が合うところが 11 名ずつのところであったので、組み込みの順番にそって A 群 11 名と B 群 11 名に分け、A 群を治療先行群、B 群を待機後治療群とした。A 群には TS プロトコルによる治療を直ちに実施した。B 群は 2 ヶ月から 3 ヶ月間、トラウマ処理を伴わない通常精神科診療を実施した（図 1）。B 群はさらに二つのグループに分かれた。1 群はこの治験を実施した医療機関で一般的精神科治療を行ったグループで、服薬は A 群と同一の漢方薬と極少量処方の服薬の上で、簡易型トラウマ処理を行わず、一般的な精神療法を数ヶ月間実施した（自院治療群）。もう 1 群は、既に他の精神科外来において治療が実施されていたため、その治療施設でそのまま数ヶ月間の治療を継続してもらい、その後に服薬の変更をはじめ、TS プロトコルの治療を開始した（他院治療群）。前者が 5

例、後者が6例であった。

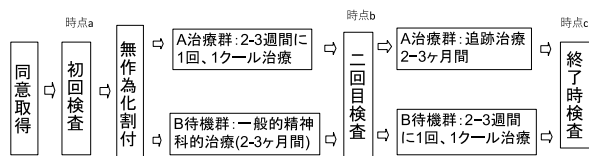


図1 RCTの概要

A群女性10名、男性1名、31歳から43歳、平均年齢38.5(±4.2)歳、B群女性10名、男性1名、22歳から48歳、平均年齢41.6(±7.3)歳、両群の男女差、平均年齢に有意差は認められない($t=1.2$; $p=0.67$, n. s.)。女性が多かった理由は、今回の研究の対象となった患者のほぼすべてが問題行動などで受診した子どもの親という事情だからである。難治性の発達障害や不登校の背後に、世代をまたぐ子ども虐待や家庭内DVがしばしば認められる(野坂, 2019)。対象の成人はいずれも社会的適応は不良といわざるを得ない状態であった。子ども虐待の既往19名(うち性的虐待の既往5名)、DVの被害者3名、子どもの児童相談所への相談の既往15名である。また自身が社会的養護を経験している者が2名いた。

開始時(時点a)に、出来事インパクト尺度(IES-R)(Asukai et al., 2002)およびベックのうつ病尺度(BDI-II, Kojima et al., 2002)、「機能の全体的尺度(Global Assessment of Functioning; GAF)」(Patterson et al., 1995)によって評価を行い、A群は直ちにTSプロトコールによる治療を開始し、1クルールの治療が終了した後(時点b)、IES-RとBDI-IIによる評価を行った。さらに2ヶ月間以上のフォローアップを行い、終了時に各尺度の評価を行った(時点c)。B群は一般的な精神

科治療を受けてもらい、2-3ヶ月後に再び各尺度の評価を行い(時点b)、その後TSプロトコールによる治療を開始した。1クルールの治療を実施し終了後(時点c)に再度、尺度による評価を行った。このように本研究はクロスオーバー型の治療研究である。

C-PTSDは治療の継続自体が困難な対象として知られている。本研究においても様々な脱落症例が認められた。その場合には、空きが生じた所に、次の候補者を入れるという方法で対象者を補完した。A群の場合には軽快ドタキャン(症状が改善した後来院が突然途絶え、時点cのデータが取れなかった)が2名ほど認められたが、B群の場合は、待機中に様々な問題が生じることが希でなく(自殺未遂で入院した、虐待で子どもが保護され治療が中断した、離婚し突然引っ越して音信不通になったなど)、実に6名という対象者の約半数が最終的に入れ替わることになった。

除外診断として当初は解離性同一性障害と、双極I型障害とをあげていたが、前者に関してはC-PTSDと分離なものと考えられ(Rodewald et al., 2011)治療開始後に初めて明らかになった場合では対象から除外としなかった。後者については、明らかになった場合には対象から除外した。

2) 極少量処方と漢方薬

極少量処方について説明する。向精神薬の薬剤の効果に関し、直線的なモデルが想定されることが多い。つまり少量で無効、適正な有効量があつて、それを過ぎると中毒量になるというモデルである。ところが実は、このモデルに適合しない薬物(非直線的(non-linear)モデル)が沢山存在する(Rasooly et al., 2013)。炭酸リチウムが地下水に含まれている地域において、自殺率が周囲より明らかに低いという報告が世界のいくつもの地域から示されている(Ohgami et

a1, 2009)。力価 0.5mg 以下の少量のアリピプラゾールは炭酸リチウムの極少量と組み合わせる時に、子どもも成人も気分変動を抑制し、極少量のリスペリドンは、同じく攻撃的な噴出を抑えることをわれわれは見出した(杉山、2015)。ラメルテオンは半錠、1錠で用いれば睡眠薬であるが 0.1錠で用いると、メラトニンの賦活作用のみで翌日の副作用などが少ない。このような向精神薬のごく少量処方気分変動や不眠を標的に用いた。漢方薬は、神田橋條治(2007, 2009)によって見いだされたフラッシュバックへの効果を持つ組み合わせ(いわゆる神田橋処方)である。桂枝加芍薬湯と四物湯の同時服用であるが、桂枝加芍薬湯は小建中湯に、四物湯は十全大補湯に置き換えることができる。

表 1 にそれをパッケージ化した処方(TS 処方)の組み合わせを示した(杉山、2019)。さらに非常に抑うつが強い場合には、躁転が比較的少ない薬物として、デュロキセチン 20mg を用い、不眠が非常に強い場合にはプロチゾラム 0.125mg もしくはスボレキサント 5mg から 20mg を追加して用いた。

表 1 薬物療法 TS処方(杉山、2019)

TS処方 1 気分変動が中心(双極 II 型類似) : アリピプラゾール(エビリファイ) 0.2mg-0.4mg、炭酸リチウム(リーマス) 1mg-2mg、ラメルテオン(ロゼレム) 0.8mg 分 1、寝る 2 時間前に桂枝加芍薬湯(もしくは小建中湯) 2 包、四物湯(もしくは十全大補湯) 2 包、分 2

TS処方 2、攻撃的な言動が問題 : リスペリドン(リスパダール) 0.2mg-0.4mg、炭酸リチウム(リーマス) 1mg-2mg、ラメルテオン(ロゼレム) 0.8mg 分 1、寝る 2 時間前に桂枝加芍薬湯(もしくは小建中湯) 2 包、四物湯(もしくは十全大補湯) 2 包、分 2

追加眠剤 : 不眠が強い場合 プロチゾラム(レンドルミン) 0.125mg 頓用もしくはスボレキサント(ベルソムラ) 5-15mg 頓用抑うつが著しい場合にはデュロキセチン 20mg 分 1

具体的に対象となった患者の服薬状況について述べる。

A 群で TS 処方(極少量炭酸チリウム、アリピプラゾール、ラメルテオン、漢方薬の組みあわせ)以外に追加して服薬を行ったものは、偏頭痛が明

らかになりリザトリプタン 10mg を頓服で用いたもの 1 名、前医から継続して服用しているクロナゼパム 5mg の継続服薬 1 名、同レベチラセタム 125mg 1 名、西洋薬を拒否し漢方薬のみで治療を行ったもの 1 名である。

B 群で他院での治療を行った 6 名の服薬内容は、バルプロ酸 200mg リスペリドン 3mg 服用 1 名、アリピプラゾール 3mg 服用 1 名、セルトラリン 50mg 服用 2 名、タンドスピロクエン酸 30mg 服用 1 名、デュロキセチン 60mg、バルプロ酸 200mg 服用 1 名、フルボキサミン 50mg 服用 1 名であった。TS 処方への切り替えは予想に反して全員速やかに実施が出来たが、これは恐らく、きちんと服薬をしていなかったからということが大きいのではないかと考えられる。なお精神療法は、1 名のみ夫婦カウンセリングを受けていたが、それ以外は全て支持型カウンセリングが行われていた。B 群 11 名における簡易トラウマ処理を実施後の TS 処方に追加しての服薬は、スボレキサント 5mg、プロチゾラム 0.125mg 服用 1 名、スボレキサント 20mg、プロチゾラム 0.25mg 服用 1 名、プロチゾラム 0.125mg、デュロキセチン 20mg 服用 1 名、デュロキセチン 20mg 服用 1 名であった。

3) 簡易型トラウマ処理

先に述べたように、中核は左右交互刺激と呼吸法である。われわれは左右交互に振動を生じるパルサーと呼ばれる EMDR の治療器具、ニューロテック社によるパルサーもしくはテラタッパーを用いた。患者の脈を測り、パルサーのスピードを脈に合わせて決める。これは患者が心悸亢進した時に、どの程度の早さになるのかを想定して、現在の脈拍よりも早い速度に設定する。ついで以下の 4 つの部位に、パルサーを当て 20 回程度の交互刺激をくわえ、刺激を加えた後に、胸郭呼吸による強い深呼吸を行った。腹(両側肋骨の辺縁)、

次いで鎖骨下縁、次に頸（頸動脈の部位）、最後に頭（両側のこめかみ）、と4ヶ所に下から上に向かって左右交互刺激と深呼吸を繰り返し、身体の不快感の軽減を促す(図2)(杉山、2018)。

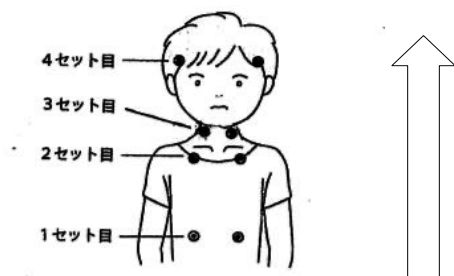


図2 TSプロトコール；パルサーを置く部位

この4セットによる簡易処理を終了後、身体の不快感を尋ね、それが残る部位にさらにパルサーによる処理か、手動による両側刺激を加える。例えば、胸の辺りに違和感があれば、鎖骨の部位に両手でタッピングを30回ほど行い、胸郭呼吸をする。また喉の辺りに違和感がある場合は、鎖骨および後勁部に両手で同じく30回のタッピングと胸郭呼吸を行う。こうして数分の処理で身体の不快感を抜くことができる。今回の治験において、TSプロトコールの治療はすべて一般的な精神科外来で行い特別枠を設けなかった。またすべて外来主治医が行い、心理士などへの治療の依頼を行わなかった。1回のセッションは10分間程度であった。

なおB群待機群で我々が治療を行ったグループ（自院治療群）において待機中の治療は、フラッシュバックに気を付けながら一般的な支持的精神療法を行い、治療時間15分間以上（つまり簡易処理の時間よりも長い治療時間）を取った。

手動処理のタッピングの部位は4セット法と同じ所への左右交互タッピングである(図3)。腹、鎖骨、頸の部分は両手でパタパタと20回から30回やわらかく叩き、胸郭呼吸を行う。頭は頭頂

から下に両手を用いて交互になで下ろすという両側刺激を20回程度行い、その後に胸郭呼吸を行う。この手動処理の時に、鎖骨と頭の部位に関しては、両手を交差させて対側に両側刺激を加える。

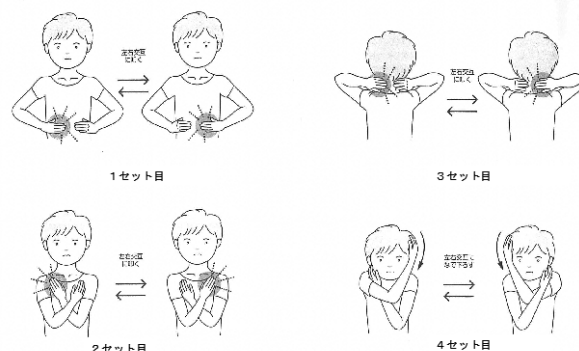


図3 TS手動処理 (杉山、2019)

4-6回の簡易型処理が終了し、フラッシュバックが軽減したという患者からの報告されたところで1クルールの治療を終了し、各尺度の評価を行った。A群に関しては、1クール終了後、少なくとも2ヶ月間のフォローアップを行い、その後に時点cでの各尺度による評価を行った。ちなみにB群において、当初はトラウマ処理を実施する数ヶ月間だけの転院で、終了後元の医療機関に戻るという契約で治験を実施したが、終了後も全員から継続を希望され、元の医療機関に戻った患者はいなかった。

【結果】

1) 1クルールの治療回数

TSプロトコールによるトラウマ処理を実施した回数は、A群a～b間において、最小4回、最大7回平均5.4(±0.8)回、B群b～c間において最小4回、最大7回、平均5.2(±1.0)で、両群において有意差はなかった(t=0.44, p=0.59 n. s.)。この間のA群の1クール平均日数は110.9(±32.3)日、B群の平均日数は99.5(±38.0)日で、こち

らも有意差がなかった。両群ともできるだけ2週間に1回程度の治療を行うことを目標にしたのだが、平均すると両群とも平均20日前後、3週間弱に1回の治療になった。ちなみにA群のフォローアップ期間(b~c)の平均受診回数は4.3(±0.6)回で外来受診の回数は有意に減少した($t=3.48, p<.01$)。フォローアップの日数は89.3(±29.6)日で、A群B群の治療期間に比べそれぞれ有意差がなく、約3ヶ月間の後でのデータ取得であった。

表2 IES-R得点の平均点、標準偏差および分散分析結果

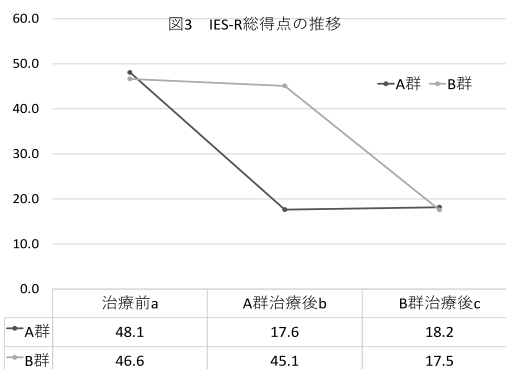
	治療前 a		A群治療後 b		B群治療後 c		群			時点			交互作用				
	M	SD	M	SD	M	SD	F	偏η ²	F	偏η ²	F	偏η ²	F	偏η ²	F	偏η ²	
IES-R総得点																	
A治療群	48.09	(6.71)	17.64	(9.93)	18.18	(9.60)	4.44*	0.18	50.43***	0.72	15.66***	0.44					
B待機群	46.63	(16.88)	45.09	(14.56)	17.55	(9.79)											
IES-R 侵入																	
A治療群	18.09	(3.87)	5.82	(3.86)	6.00	(3.91)	2.85	0.13	45.14***	0.69	15.05***	0.43					
B待機群	16.82	(6.79)	16.64	(6.77)	5.00	(3.38)											
IES-R 回避																	
A治療群	17.46	(5.81)	6.82	(4.75)	7.36	(5.00)	1.00	0.09	19.25***	0.49	8.52**	0.29					
B待機群	15.82	(7.63)	16.55	(6.13)	7.64	(5.19)											
IES-R過覚醒																	
A治療群	12.55	(5.21)	5.00	(3.39)	4.82	(2.76)	4.00*	0.17	32.10***	0.62	5.87**	0.23					
B待機群	14.00	(4.61)	11.91	(5.45)	4.91	(2.61)											

* $p<.10$ ** $p<.05$ *** $p<.01$ **** $p<.001$

2) 全体的な結果

TS プロトコルの治療効果を判定するため、2(群:A群・B群)×3(時点:a・b・c)を要因とする2要因の分散分析を行った。その結果、IES-R総得点については(表2、図3)、群と時点の主効果(それぞれ $F(1, 20)=4.44, p<.05, \text{偏}\eta^2=0.18$; $F(2, 40)=50.43, p<.001, \text{偏}\eta^2=0.72$)と交互作用が有意だった($F(2, 40)=15.66, p<.001, \text{偏}\eta^2=0.44$)。交互作用が有意だったため、単純主効果の分析を行ったところ、A群($F(2, 40)=35.12, p<.001, \text{偏}\eta^2=0.78$)とB群($F(2, 40)=30.98, p<.001, \text{偏}\eta^2=0.76$)で時点b($F(1, 60)=27.29, p<.001, \text{偏}\eta^2=0.58$)において有意な単純主効果が確認された。具体的には、A群では、時点aと比べて時点b・cの得点

が有意に低く(それぞれ $t(20)=7.04, p<.001, r=0.77$; $t(20)=6.90, p<.001, r=0.80$)、時点b・c間には差が認められなかった($t(20)=-0.14, p=.89, r=-0.02$)。一方、B群のスコアは時点a・bと比べて時点cの得点が有意に低く(それぞれ $t(20)=6.71, p<.001, r=0.79$; $t(20)=7.26, p<.001, r=0.78$)、時点a・b間には差が認められなかった($t(20)=0.36, p=.73, r=0.06$)。また、3時点において、A群B群の有意差がみられたのは、時点bのみであった($t(20)=-5.22, p<.001, r=-0.90$)。以上のことから、TSプロトコルがトラウマ症状の軽減に役立つこと、さらにその成果が持続することが示された。



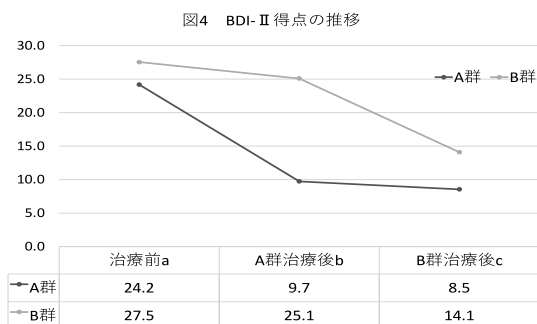
同様の分析をBDI-II得点について行ったところ(表3、図4)、群と時点の主効果(それぞれ $F(1, 20)=6.68, p<.05, \text{偏}\eta^2=0.25$; $F(2, 40)=22.17, p<.001, \text{偏}\eta^2=0.53$)と交互作用が有意だった($F(2, 40)=4.24, p<.05, \text{偏}\eta^2=0.18$)。交互作用が有意だったため、単純主効果の分析を行ったところ、A群($F(2, 40)=15.75, p<.001, \text{偏}\eta^2=0.61$)とB群($F(2, 40)=10.67, p<.001, \text{偏}\eta^2=0.52$)、時点b($F(1, 60)=14.55, p<.001, \text{偏}\eta^2=0.42$)において有意な単純主効果が確認された。具体的には、A群では、時点aと比べて時点b・cの得点が有意に低く(それぞれ $t(20)=4.82, p<.001, r=0.62$; $t(20)=4.84, p<.001, r=0.65$)、時点b・c間には差が認めら

れなかった ($t(20)=0.38, p=.71, r=0.07$)。一方、B群のスコアは時点 a・b と比べて時点 c の得点が有意に低く (それぞれ $t(20)=4.17, p<.01, r=0.59$; $t(20)=3.58, p<.01, r=0.54$)、時点 a・b 間には差が認められなかった ($t(20)=0.82, p=.42, r=0.13$)。また、3 時点において、A 群 B 群の有意差がみられたのは、時点 b のみであった ($t(20)=-3.82, p<.001, r=-0.84$)。以上のことから、TS プロトコールが抑うつ症状の軽減にも役立ち、さらにその成果が持続することが示された。

表 3 BDI-II 得点の平均点、標準偏差および分散分析結果

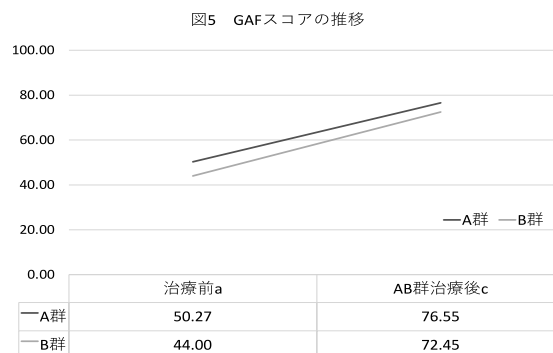
	治療前 a		A 群治療後 b		B 群治療後 c		群	時点	交互作用			
	M	SD	M	SD	M	SD				F	偏 η^2	F
BDI-II 得点												
A 治療群	24.18	(8.74)	9.73	(7.62)	8.55	(7.49)	6.68*	0.25	22.17***	0.53	4.24*	0.18
B 待機群	27.55	(10.95)	25.09	(9.26)	14.09	(9.52)						

* $p<.10$ * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$



また、社会的機能を査定するために治療前と待機群治療後に GAF 尺度を測定した (図 5)。2 (群: A 群・B 群) \times 2 (時点: a・c) を要因とする 2 要因の分散分析を行ったところ、群と時点の主効果が有意 (それぞれ $F(1, 20)=9.63, p<.01, \text{偏 } \eta^2=0.33$; $F(1, 20)=657.72, p<.001, \text{偏 } \eta^2=$

0.97) で、交互作用に有意差は認められなかった。これらの結果から、もともとのベースの値に A 群と B 群とで差はあるものの、等しく治療の成果があったと言える。



B 群において待機中 (a~b) に服薬の内容は TS 処方および一般的な精神療法を数ヶ月行った 5 名と、他院にて主として抗うつ薬による治療を継続したグループ 6 名との間で分散分析を実施してみた (表 4)。IES-R 総得点において、群の主効果は認められず、時点の主効果のみ有意差が認められた ($F(2, 18)=24.68, p<.001, \text{偏 } \eta^2=0.73$)。多重比較を行ったところ、時点 a・b と比べて時点 c の得点が有意に低く (それぞれ $t(9)=5.76, p<.01, r=0.71$; $t(9)=7.73, p<.001, r=0.73$)、時点 a・b 間には差が認められなかった ($t(9)=0.24, p=.82, r=0.04$)。一方、BDI-II 得点においては、時点の主効果 ($F(2, 18)=11.50, p<.01, \text{偏 } \eta^2=0.56$) に加え、交互作用が有意傾向だった ($F(2, 18)=3.64, p<.10, \text{偏 } \eta^2=0.29$)。単純主効果の検定を行ったところ、他院治療群のみ有意な結果が得られた ($F(2, 18)=15.43, p<.01, \text{偏 } \eta^2=0.76$)。他院治療群において多重比較を行ったところ、時点 a・b と比べて c の得点が有意に低く (それぞれ $t(9)=4.19, p<.01, r=0.72$; $t(9)=5.26, p<.01, r=0.66$)、a・b 間には差が認められなかった ($t(9)=1.22, p=.25, r=$

0.21)。これらの結果から、簡易型トラウマ処理の効果と同時に、処理に入る前の治療がそれぞれの症状への効果に影響をする可能性がうかがえた。

表4 B群の自院治療群・他院治療群の比較

	治療前 ^a		処理開始前 ^b		治療後 ^c		群		時点		交互作用	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	偏η ²	F	偏η ²	F	偏η ²
IES-R総得点												
自院治療群	43.60	(16.70)	45.80	(12.22)	16.80	(10.83)	0.06	0.01	24.68***	0.73	0.28	0.30
他院待機群	49.17	(16.61)	44.50	(16.24)	18.17	(8.78)						
BDI得点												
自院治療群	22.60	(2.06)	22.20	(7.83)	17.20	(9.83)	0.30	0.03	11.50**	0.56	3.64*	0.29
他院待機群	31.67	(13.37)	27.50	(9.66)	11.50	(8.42)						

*p<.10 **p<.05 ***p<.01 ****p<.01

3) それ以外の変化

特にB群において待機中に様々なハプニングが起きて脱落例が多く認められたことは既に記した。プロトコルを終了した22名についても様々な変化が認められた。子どもへの加虐が軽減した者が22名中実に13名に認められた。夫婦仲が改善し夫と再び暮らすようになった者2名、新しい恋人が出来た、再婚した者計3名、新しい仕事につくことが出来た者3名、ゴミ屋敷が改善した者2名、子どもへの加虐をしていた夫と別居した、あるいは別居していたが離婚を決意した者計3名、社会的養護にいた子どもが帰ってくることに出来た者1名など、全体としては大きなプラスの変化があった。一方で、子どもが新たに保護され社会的養護に行った者も1名あり、治療中に多重人格が明らかになりその後、そのための治療が必要になった者も1名に認められた。

【考察】

1) TSプロトコルの有効性

今回の結果ではTSプロトコル全体としての有効性が示された。TS処方だけでもそれなりに効果があるのではないかと、当初われわれは考えて

いたが、こうしてRCTを実施してみると簡易型トラウマ処理を実施して始めて優れた効果を示すことが明らかになった。B群において、トラウマ尺度で待機中自院治療群と他院治療群との間に交互作用が認められたが、他院治療群ではTSプロトコル開始前にSSRI、SNRIなどの抗うつ薬が全員に用いられており、この結果を額面通りに取ると、抗うつ薬からTS処方への変更を加えたプロトコルの効果が、うつ病尺度においてより大きかったということになるのであろうか。しかし複合的な要因が影響を与えている可能性もあり、またnが少ないこともあり、今回の結果は単純に、TS処方を含めた全体としてのTSプロトコルの有効性を示すものと考えるべきであろう。

難治性をもって知られるC-PTSDに対し、通常の10日間程度の外来治療でこのプロトコルを用いて治療を行えば平均5回程度の外来治療で、少なくともフラッシュバックは著しく軽減し、社会的適応が著しく向上することが明らかになった。

今回の対象において、A群治療先行群に比べ、B群待機後治療群において明らかに脱落が多かった。その理由は効果が上がらない治療を続けても外来に患者に来院し続けてもらうことがいかに困難かということに尽きる。逆に治療の効果が上がれば継続的な外来治療が可能である。他院で待機期間の治療を実施した群において、元の治療機関に戻った患者は皆無であった。

またA群においてフォローアップ後に悪化が認められず、TSプロトコルの治療効果が一時的なものではないことが示された。

2) 従来トラウマ処理との比較

トラウマ処理はライセンス制をとっているものが多い。トラウマの蓋を開けるということの危険を考慮すれば、それは当然のことである。しか

しその普及においては障壁にならざるを得ない。さらにもっと重要な事実がある。遅遅としてではあっても、ライセンスを有する治療者は増えてきているが、その割にはトラウマ処理が普及していない。その理由は、これまで開発されてきたトラウマ処理の多くは、単回性のトラウマ、Terr(1991)のいう I 型トラウマのために作られており、II 型トラウマ (C-PTSD) を最初から射程に入れていなかった。トラウマ処理の実践において、I 型トラウマへの処理技法を最初に学び、その治療から開始することが求められる。ところが臨床の現場で単回性のトラウマの症例は少なく、圧倒的に II 型トラウマが多い。そこで C-PTSD のクライアントに、標準的なトラウマ処理を実施すると、解除反応が生じて収拾がつかなくなるのである。そんな体験をすると、トラウマ処理を積極的にやっ行ってこうという意欲が起きない。これは実は大変に重要な研修上の問題である。本来 C-PTSD への治療に焦点を当てた簡易型の処理技法から研修を実施することが、実は必要かつ現実的である。その中にトラウマ処理という精神療法の独自の要素が凝縮されており、そこから I 型トラウマへの処理に展開する方がその正しい理解にもつながるのではないだろうか。

またトラウマ処理の多くが大精神療法になってしまうことも問題である。最も有効性が高いことが確認されているトップダウン型処理の代表、トラウマに焦点化された認知行動療法 (TF-CBT) (Foa et al., 2007) の場合、90 分~120 分のセッションを 8 回から 16 回行うことが求められる。さらに小児用 TF-CBT の場合、オーダーメイドのテキストを個々のクライアントごと作る必要があり、一度に多くの治療ができない。もちろんきちんと実施が出来れば素晴らしい治療効果を示すのであるが。普遍的な問題は、それが C-PTSD の

本質に正面からぶつかることである。圧倒的な対人不信のさなかにある C-PTSD 患者に定期的に 8 回とか 16 回とかきちんと外来に来てもらうことが如何に困難なことか、トラウマ臨床を経験しているものであれば誰しも了解できるのではないだろうか。言い換えると、それが可能だった患者の治療結果を集めれば素晴らしい成果になることは当然である。

さらにトラウマ処理だけでは対応が困難な患者が存在し、その代表は解離性同一性障害である。この場合には自我状態療法 (Watkins, et al., 1997) を行う必要がある。簡易型処理と自我状態療法とは相性が良く、むしろ自我状態療法は簡易型処理を組み合わせ始めて外来での容易な実施が可能となる (杉山、2020b)。

普通の精神科、あるいは普通の臨床心理の外來で行う小精神療法として、特別枠を作らずに短時間に行える (さらに患者がドタキャンを重ねても治療可能な) 簡易型のトラウマ処理が求められている。その 1 つが今回の治験で用いた TS プロトコールである。

この治療手技のなによりもの利点は、安全であることと、一般的な精神科の外來で短時間に行うことが出来ることである。最近になって重症のトラウマ患者に対して、少しずつ治療を行うことの重要性 (titration; Levine, 2010) が強調されるようになった。実はわが国の皆保険制度はその様な治療を実施する時に、安価に何度も実施が出来る点において非常に有利である。

3) 今回の治験の限界

今回の治験に参加してもらった患者のほぼ全員が、子どもの問題行動で受診した親の側の患者である。すでに示したように、治療前の各尺度の得点は決して低くなく、軽症というわけではないが、少なくとも家庭を持つことができた実績のあ

る患者であり、最重症の C-PTSD を集めていない点は、この治験の限界である。

また本来、個々に科学的な判定が必要な要素を含む、服薬と治療手技とが組み合わされたプロトコルであり、今後、それぞれの要素の独立した判定を必要としている。

【まとめ】

C-PTSD の成人をランダムに 2 群に分け、簡易型トラウマ処理技法である TS プロトコルによるクロスオーバー型の治験を行った。その結果、平均 5 回余りの外来治療で IES-R 得点、BDI-II 得点の有意な改善が示され、TS プロトコルの有効性が明らかになった。

文献

- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N, et al. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised(IES-R-J): four studies of different traumatic events. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 175-182.
- Chen, L., Zhang, G., Hu, M., & Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 443-451.
- Foa E. B., Rothbaum B. O., Hembree E. A. (2007): *Profonged exposure therapy for PTSD*, Oxford University Press(金吉晴、小西聖子他訳 (2009) :PTSD の持続エクスポージャー療法, 星和書店、東京)
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., & Karatzias, T. (2018): Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and Behavioral Correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 174-180.
- 神田橋條治(2007) : PTSD の治療. *臨床精神医学* 36(4), 417-433.
- 神田橋條治(2009) : 難治例に潜む発達障害. *臨床精神医学* 38(3), 349-365.
- Kojima, M., Furukawa, T. A., Takahashi, H., et al., (2002). Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Research*, 110(3), 291-299.
- Ohgami H, Terao T, Shiotsuki I, Ishii N, Iwata N. (2009): Lithium levels in drinking water and risk of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 194(5):464-465.
- Patterson, D. A., & Lee, M. S. (1995). Field trial of the Global Assessment of Functioning Scale--Modified. *The American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1386-1388.
- Levine, P.A. (2010): *In an unspoken voie; how the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books, Berkeley. (池島良子、西村もゆ子他 訳 (2016) : 身体に閉じ込められたトラウマソマティックエクスペリエンシングによる最新のトラウマケア。星和書店、東京。
- Rodewald, F., Wilhelm-Goling, C., Emrich, H. M., et al. (2011). Axis-I comorbidity

- in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(2), 122-131.
- 滝川一広、内海新祐編著 (2020) : 子ども虐待を考える上で知っておくべきこと。日本評論社、東京。
- Rasooly R, Hernlem B, He X, Friedman M. (2013): Non-linear relationships between aflatoxin B₁ levels and the biological response of monkey kidney vero cells. *Toxins (Basel)*, 5(8):1447-1461.
- Shapiro, F. (2001): Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures 2nd ed. (市井雅哉監訳(2004): EMDR: 外傷記憶を処理する心理療法. 二瓶社.)
- Spermon, D., Darlington, Y., & Gibney, P. (2010). Psychodynamic psychotherapy for complex trauma: targets, focus, applications, and outcomes. *Psychology Research and Behavior Management*, 3, 119-127.
- 杉山登志郎 (2015) : 発達障害の薬物療法. 岩崎学術出版社、東京.
- 杉山登志郎 (2018) : 発達障害および複雑性 PTSD を呈する患者に対する、新たな簡易型トラウマ処理の開発と治療実践. *EMDR 研究*, 10(1), 41-55.
- 杉山登志郎 (2019) : 発達性トラウマ障害と複雑性 PTSD の治療. 誠信書房、東京.
- 杉山登志郎 (2020a) : 子育て困難家族の臨床. *EMDR 研究*, 12(1), 18-25.
- 杉山登志郎 (2020b) : 自我状態療法. *精神療法*, 46(1) 19-23.
- 杉山登志郎、堀田洋 (2019) : 発達性トラウマ障害と複雑性 PTSD. *小児の精神と神経*, 59(1), 15-23.
- 鈴木太. ICD-11 における複雑性 PTSD. *小児の精神と神経* 2019;59(1):25-30.
- Terr, L. C. (1991): Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1):10-20.
- van der Kolk B (2014): *The body keeps the score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Penguin Books, London. (柴田裕之訳(2016) : 身体はトラウマを記憶する。紀伊國屋書店、東京)
- Watkins J G, Watkins H H (1997) : *Ego states- theory and therapy*. W W Norton & Colnc Inc, New York