

複雑性PTSDの併用療法プロセスにおける 不安と抑うつの心理的緩衝要因

田 澤 安 弘

複雑性 PTSD の併用療法プロセスにおける 不安と抑うつ of 心理的緩衝要因

田 澤 安 弘

Yasuhiro TAZAWA

目次

- I 問 題
- II 事例の概要
- III 併用療法
- IV 分析の対象と方法
- V 結果と考察
- VI おわりに
- 文 献

[Abstract]

Psychological factors alleviating anxiety and depression in combined treatment for a woman with complex PTSD

Psychological factors alleviating anxiety and depression in a woman with complex PTSD, who received combined treatment consisting of time-limited psychotherapy, medication, and home visit guidance, were examined. The client self-administered scales for monitoring emotions (anxiety and depression), interoception (positive acceptance of body sense, noticing, and self-regulation), and thinking and empathic disposition toward others (objectiveness and empathic concern) daily during three months of treatment. Multivariate regression analysis was conducted using an autoregressive model on these time-series data. The first regression with anxiety as the objective variable indicated that positive acceptance of body sense ($\beta = -0.805$) and objectiveness ($\beta = -0.183$) coefficients were significant. The second regression with depression as the objective variable indicated that positive acceptance of body sense ($\beta = -0.362$), self-regulation ($\beta = -0.188$), objectivity ($\beta = -0.243$), and empathic concern ($\beta = -0.280$) coefficients were significant. These results suggest that psychological factors alleviating the client's anxiety and depression include interoception, empathic concern for others, and the disposition for objective thinking.

I 問 題

本論の目的は、併用療法を受けた複雑性 PTSD の一女性を対象として、不安と抑うつ of 心理的緩衝要因について検討することである。フラッシュバックや、強い不安と抑うつによる精神的動揺を主体としたクライアント（以下、CI）の外傷性ストレス反応は、比較的短期間で回復した。しかし、その支援は、サイコセラピスト（以下、Th）の時間制限

短期療法、精神科医の薬物療法、保健師の訪問指導による併用療法であるため、どの支援にどの程度の緩衝効果があったのかは不明である。そこで、CI に内在すると考えられる心理的緩衝要因について検討し、その回復プロセスについて客観的な推定を試みるつもりである。

本論で対象とする CI は、G 市内の私設心理相談室において時間制限短期療法の包括的研究が行われた際に協力者として応募した方

キーワード：心理的緩衝要因、不安、抑うつ、複雑性 PTSD、併用療法

Key words : psychological-alleviating factors, anxiety, depression, complex PTSD, combined treatment

である。募集はウェブサイト上で行った。様々なインフォームド・コンセントは口頭と書面の両方で行われた。なお、セラピーの料金は無料である。

II 事例の概要

以下の記述は、本人が特定されないように内容を修正している。掲載にあたっては本人の許可を得た。

CI は A さん。50代の女性で、夫と2人で飲食店を営んでいる。夫が軽度の脳梗塞を発症してから時々大声を発するようになり、CI はその声に触発されて幼少時の被虐待経験の記憶がフラッシュバックするようになった。そのため、暴力を振るわれることはなかったものの夫と一緒に生活することが困難になり、家を飛び出して友人宅に身を寄せている。CI が来談したのは、その時から数えて概ね2か月後であった。

CI は、父親が暴力的に支配する虐待的環境で育った。幼い頃から物や棒で叩かれ、青あざが絶えなかった。また、母親も父親から激しい暴力を振るわれ続けており、母親を殴打する場面を直視するように父親がCIを強制することもあった。CIは、自分が虐待を受けていることを誰にも打ち明けることができないまま、高校を卒業するまで両親と暮らした。10代の頃にはリストカットや過食・嘔吐を密かに繰り返している。短期大学卒業後に就職して20代半ばで結婚するまで、抑うつに対する薬物療法を主体とした数年間の精神科通院歴がある。しかし、その後は精神医療の支援を受けることはなかった。

初回面接時の聴取内容からは、パニック発作、驚愕反応、睡眠障害、反復する苦痛な夢、外傷性記憶の侵入的想起、集中困難、混乱、不安、抑うつ、身体症状などが認められ、PTSDが疑われた。長期反復性の虐待から解放されて40年ほど経過しており、遅延顕症型

の特徴を備えた複雑性 PTSD に相当するであろう。

III 併用療法

1. 時間制限短期療法について

初回面接冒頭での出来事である。入室後に言葉を交わして着席すると、CIの身体が小刻みに震えだして次第に大きくなっていった。Thは話し続けようとするCIを制止して一緒に呼吸を整え、落ち着きを取り戻されるのを待った。強い震えが止まり、泣きやんでから、Thは「では、ゆっくり行きましょう。また震えが止まらなくなったら、今のように2人で一緒に呼吸法を行いましょう」と述べてセッションを再開した。

このように、強い情動反応とそのディエスカレーションから始まった初回面接であるが、CIは「いまの状況を乗り越えたい」「元の自分に戻りたい」とセラピーを強く求めており、結果として表1のような枠組みを設定して開始することになった。

CIの回復の度合いを示すために、初回面接時、4回目の最終セッション時、フォローアップ時に合計3回実施された各種心理テストの変化について述べる。初回面接から最終セッションまで約2か月、最終セッションからフォローアップまで約1か月であった。3種類の心理テストを実施して、「改訂出来事インパクト尺度日本語版 (IES-R-J) (Asukai et al., 2002) は69→55→10, 「新版 STAI 状態 - 特性不安検査 (STAI)」の特性不安は100→97→0, 「ベック抑うつ質問票 (BDI-II)」は42→34→2へと、それぞれ下降した。

初回面接時にはいずれの心理テストも分割点を大きく超えており、重篤な外傷性ストレス反応、不安、抑うつの存在が推測された。最終セッション時の数値も、依然として高い水準が維持されていた。CIは、これ以上友人に迷惑をかけられないと、最終セッション

表1 セラピーの基本的枠組み

-
- ①時間制限短期療法の研究を目的としたセラピーのため、それにあらかじめ組み込まれている時間枠、つまり4回のセッションと1回のフォローアップのみで終結する。ただし、セッションごとに定型化されているインテンシヴな手続きは中止して、CIがそのつど話したいことを自由に話すことができる。また、1セッションの時間は90分程度、頻度は2週間に1回程度とする。
 - ②Thは、CIに安心感・安全感を与えるような支持的な姿勢で傾聴することを基本とするが、もしも強い情動反応が現われた場合には発話を制止する可能性がある。また、さしあたり心身の安定をはかるところにセラピーの目的を置く。
 - ③すぐに精神科クリニックを予約して、できる限り早く受診する。セラピーの継続と中止に関しては、受診後に主治医の意見を聞いて判断する。
 - ④ホームワークとして、セルフモニタリングを目的とした心理尺度への回答を毎日就寝前に行う。また、記入する前に呼吸法を一定時間行う。呼吸法は、日常生活でフラッシュバックなどによって動揺した時にも行い、それによって息を整える。
-

の直後に夫の元に戻った。数日の間は強い情動反応に苦しんだものの、大きな声に反応してしまうことを夫に伝えて話し合ったところ状況はかなり改善されたようである。心理テストも、フォローアップ時には全ての数値が分割点を下回っており、様々な症状が大きく緩和されている。フォローアップ時に、外傷性ストレス反応を測定するIES-R-Jの質問項目に回答しながら、CIは「(症状が)ない……ない……ない」と言葉を発して驚いていた。

時間制限ということで、4回のセッションとフォローアップでセラピーは終結となった。精神科への通院について問われ、Thは減薬に向けてもう少し継続することを勧めた。

2. 薬物療法について

CIには、すでに述べた症状と同時的に、強い疼痛が身体に出現した。そのため、反応が現われてから精神科を受診する直前まで不定期にペインクリニックを受診し、Pentazocineが投与されていた。診断は線維筋痛症である。また、詳細不明であるが、同クリニックからは向精神薬も処方されていた。精神科受診後は精神科医が鎮痛剤への依存を懸念し、ペインクリニックの受診は中止された。

CIは、1回目セッション後に精神科クリニックを受診した。以後1日1回Reflexを服用し、2週間に1回の通院となった。精神科受診

は、フラッシュバックや苦痛な出来事があるとCIに強い情動反応が起こり、その際にペインクリニックの処方薬を大量服薬したり救急車を呼ぶなどの行動が認められたため、受診を勧めたのはThである。主治医に対してはCIの承諾を得てThから連絡し、セラピーの継続に関して了承が得られた。

3. 訪問指導について

2回目セッション以降、CIは地域の保健師の訪問指導を数回受けている。しかし、これは主治医の指示によるものではない。避難した友人宅を突き止めて夫が突然やってきた時にパニック状態となり、みずから警察と行政に支援を求めたのである。警察には居場所周辺の巡回を、行政には保健師の訪問指導を、それぞれ依頼することになった。保健師の訪問指導は支持的かつ共感的な傾聴に終始するもので、CIによると「話を聞いてもらうだけで精神的にとっても落ち着いた」という。

IV 分析の対象と方法

1. 心理尺度

下記の心理尺度を使用した。これは、セルフモニタリングを目的とした毎日のホームワークとして実施されたものである。

(1) 内受容感覚への気づきの多次元的評価(MAIA): Mehling et al. (2012)が作成したMAIAの日本語訳であり、8個の下位尺度

から構成されている。本論では、不快さ、快適さ、及びニュートラルな身体感覚に関する気づきを測定する「気づき」と、身体感覚に注意を向けることで苦痛を調整する能力を測定する「自己制御」を用いた。

(2) 身体感覚受容感尺度：田所 (2009) が作成した、自己に根ざした感覚レベルの身体感覚に対する肯定的または否定的な受容感を測定する尺度で、「生き生きした一死んだような」など13項目で構成されている。本論では、因子負荷量の高い順に4項目を選択した。

(3) 日本語版対人反応性指標 (Interpersonal Reactivity Index : IRI-J) : 共感の特性を複合的に測定する Davis (1980) の IRI を日道ら (2017) が日本語版として標準化したものであり、4個の下位尺度から構成されている。本論では、同情などの他者指向的感情の喚起されやすさ、つまり共感の非認知的な感情的側面を測定する「共感的関心」のみ使用し、因子負荷量の高い順に4項目を選択した。

(4) 批判的思考態度尺度：平山・楠見 (2004) が作成した、社会的関係性の中で自分の推論過程を意識的に吟味する批判的思考に必要な態度を測定する尺度で、4個の下位尺度から構成されている。本論では、客観的な思考態度を測定する「客観性」のみ使用し、因子負荷量の高い順に4項目を選択した。

(5) POMS 短縮版：横山 (2012) が作成した気分を測定する尺度で、6個の下位尺度から構成されている。本論では「緊張 - 不安」(以下、不安) 5項目と「抑うつ - 落ち込み」(以下、抑うつ) 5項目のみ使用した。

以上の7尺度30項目を使用した。(1)と(2)は内受容感覚を複合的に測定するために、(3)と(4)は他者との関係における態度を思考と感情の2側面から測定するために、それぞれ用いた。なお、全ての尺度について5段階評定 (1~5) で回答を求め、教示文に含まれる評価の時間枠をすべて「今日1日」に改めた。

2. 統計解析

上記の5変数について、不安と抑うつの2変数に対する影響を調べるために多変量回帰分析を行った。解析にはEViews8を用いた。なお、データには11/95日分 (11.6%) の欠損があったために、Amelia II (Honaker et al., 2014) によって補定した。その際には、出力される5パターンの推定値のうち中央値を使用する単一代入法を用いた。

V 結果と考察

ラグ次数を1に設定した自己回帰モデル (AR (1)) を用いて、加重最小二乗法による多変量回帰分析を行った。また、データの原形列が非定常過程であるために、全ての数値に対数変換を施した。分析は2段階で行った。第1リグレッションでは、不安を目的変数、気づき、自己制御、身体感覚受容感、共感的関心、客観性を説明変数とした。第2リグレッションでは、抑うつを目的変数、気づき、自己制御、身体感覚受容感、共感的関心、客観性を説明変数とした。変数選択は、説明変数の中でp値が最も大きなものから順に除外していき、最終的に $p < .05$ の変数だけをモデルに残した。

分析の結果(表2)、第1リグレッションでは、身体感覚受容感 ($\beta = -0.805$, $p < .001$) と客観性 ($\beta = -0.183$, $p < .05$) の係数が有意であった (Adjusted $R^2 = 0.816$)。第2リグレッションでは、身体感覚受容感 ($\beta = -0.362$, $p < .001$)、自己制御 ($\beta = -0.188$, $p < .05$)、客観性 ($\beta = -0.243$, $p < .01$)、共感的関心 ($\beta = -0.280$, $p < .01$) の係数が有意であった (Adjusted $R^2 = 0.823$)。最終的なモデルを図に示した。

共感的関心が抑うつに対する緩衝要因として作用することが理解された。共感と抑うつの関連については、Tully et al. (2016) が、共感のレベルが高すぎるか低すぎる人は感情

表2 多変量回帰分析の結果

(不安)	β	標準誤差	t 値	Adjusted R ²	(抑うつ)	β	標準誤差	t 値	Adjusted R ²
第 1 reg.				0.816	第 2 reg.				0.823
受容感	-0.805	0.098	-8.223***		受容感	-0.362	0.101	-3.584***	
客観性	-0.183	0.084	-2.171*		自己制御	-0.188	0.076	-2.486*	
AR(1)	0.236	0.101	2.350*		客観性	-0.243	0.077	-3.169**	
					共感的関心	-0.280	0.103	-2.716**	
					AR(1)	0.259	0.097	2.662**	

N=95, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

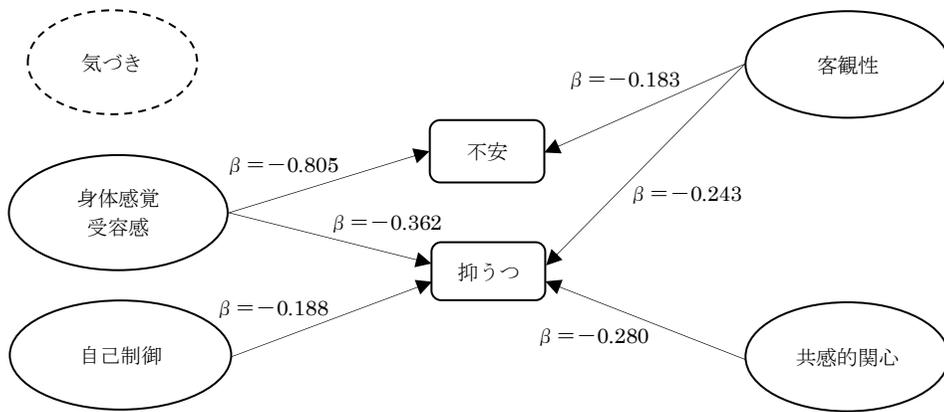


図 不安と抑うつへの緩衝要因モデル

調整に難があり抑うつ的になる傾向があるが、共感のレベルが適度な人は感情調整が良好で抑うつ的になりにくいことを指摘している。その意味で、本例においても、他者に対する適度なレベルの共感が抑うつに対して肯定的な影響を及ぼすのであろう。

客観性が不安と抑うつに対する緩衝要因として作用することが理解された。客観性とは推論過程の客観性ではなく、他者との関係において客観的に思考しようとする態度のことである。認知療法の用語でいえば、自動思考として現れる認知的歪みの基盤にあるスキーマに相当するのかもしれない。歪みや偏りなしに、自分以外の多くの立場から考えようとするのが感情調整として機能し、不安と抑うつを緩衝するのであろう。

身体感覚受容感が不安と抑うつに対する緩衝要因として作用することが理解された。身

体感覚受容感とは、内受容感覚の意識としては一次的な身体感覚ではなく、認知的に評価された肯定的な身体感覚の受容を意味している。身体の感じが肯定的なものとして感受されるほど、不安と抑うつは直接的に減弱するようである。

自己制御が抑うつに対する緩衝要因として作用することが理解された。自己制御は身体感覚に注意を向けることで苦痛を調整する積極的対処に特徴があり、本論では情動反応が出現した際の呼吸法にこれが相当するであろう。その一方で、ニュートラルな身体感覚への気づきは、不安と抑うつに対して影響を及ぼしていなかった。本例においては、強い情動反応に対する積極的対処を欠いたまま、一次的な身体感覚を感受するだけでは、緩衝要因としては不十分なのであろう。

以上のような心理的緩衝要因の影響もあ

り、CIは回復していったと推測される。現実的な支援としては、時間制限短期療法、薬物療法、訪問指導による併用療法のほかに、友人のサポートもあった。CIが、最終セッション時にはまだ不安定な状態であったにもかかわらず、その直後には回避していた帰宅を決断して行動に移すことができたのは、併用療法の効果として、この時点で心身に余力が生じるところまで回復していたからなのかもしれない。症状が劇的に緩和されるのは、帰宅後、一時的な苦痛の時期を経てからであったが、回復プロセス全体を通じて心理的緩衝要因が潜在的かつ持続的に作用していたのであろう。

VI おわりに

CIがなぜ回復するに至ったのか、特に短期療法においてはその理由を説明することが難しい場合が稀ではない。本例もその一人である。このCIについて言えるのは、いくつかの心理的緩衝要因が内在的に機能していることに加えて、友人のサポートや複数の専門的支援を受けたことが回復プロセスの促進に肯定的影響を及ぼしたということなのであろう。

心理療法に限って言えば、本例に対しては心身の安定化を主眼として、サポートイヴな姿勢で情動の協働調整を最優先するセッションを心がけた。したがって、トラウマをターゲットにして働きかけることは行っていない。Thが関与したのは情動的反応の嵐が静穏化するまでの短期間であり、トラウマそのものに対処するのは、CIが望むのであれば次のステップになるであらう。

【文献】

Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., & Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability

and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J) : Four studies on different traumatic events. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 175-182.

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Journal Supplement Abstract Service Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.

平山るみ・楠見孝 (2004). 批判的思考態度が結論導出プロセスに及ぼす影響—証拠評価と結論生成課題を用いての検討. *教育心理学研究*, 52, 186-198.

Honaker, J., King, G., & Blackwell, M. (2011). Amelia II : A program for missing data. *Journal of Statistical Software*, 45(7), 1-47.

加藤隆勝・高木秀明 (1980). 青年期における情動的共感性の特質. *筑波大学心理学研究*, 2, 33-42.

Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLoS ONE* 7(11): e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>

日道俊之・小山内秀和・後藤崇志・藤田弥世・河村悠太・Davis, M. H.・野村理朗 (2017). 日本語版対人反応性指標の作成. *心理学研究*, doi.org/10.4992/jjpsy.88.15218

田所まり子 (2009). 身体感覚受容感尺度作成の試み—尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. *健康心理学研究*, 22 (1), 44-51.

Tully, E. C., Ames, A. M., Garcia, S. E., & Donohue, M. R. (2016). Quadratic associations between empathy and depression as moderated by emotion dysregulation. *Journal of Psychology*, 150, 15-35.