

学位論文（要約）

ナラティブ・エクスポージャー・セラピー(Narrative Exposure Therapy: NET)による
複雑性 PTSD の治療 -日本における効果と適応の検討-

Narrative Exposure Therapy for the treatment of complex PTSD:
An examination of the effect and adaptation in Japan

甲南大学大学院人文科学研究科人間科学専攻
道免 逸子
Itsuko Domen

※本論文に関しては、個人情報保護の観点から問題がある部分を省略し、差し支えない範囲において公表する。

目次	
第一章 ナラティブ・エクスポージャー・セラピーの概要と本論文の目的	6
1.1 本研究の目的	6
1.2 NET 技法に関連する概念	7
1.2.1 ト라우マに関連する諸概念	7
1.2.2 PTSD	7
1.2.3 複雑性 PTSD	9
1.2.4 解離	10
1.2.5 自伝的記憶	13
1.2.6 複雑性悲嘆	15
1.3 NET 技法	16
1.3.1 シェアラーらの PTSD 症状の理解と NET の治療的要素	16
1.3.2 NET の手順	18
1.4 本論文の構成	19
第二章 先行文献と研究状況の概説	20
2.1 第二章の概要	20
2.2 背景	20
2.3 先行研究の概観：NET の位置づけ	20
2.4 組織的暴力による PTSD への NET の効果：RCT	21
2.5 市民生活由来の PTSD への NET の効果：RCT	28
2.6 市民生活由来の PTSD への NET の適応の検討	32
2.7 我が国における PTSD 治療法としての NET の可能性	33
第三章 市民生活由来の PTSD に対する NET の有効性	34
3.1 第三章の概要	34
3.2 研究方法	34
3.2.1 対象と除外	34
3.2.2 倫理的配慮	36
3.2.3 実施者	36
3.2.4 方法と実施ペース	36
3.2.5 使用尺度	38
3.2.6 統計処理方法	39
3.3 結果	39
3.3.1 PTSD 症状評価尺度得点	40
3.3.2 うつ症状評価尺度得点	46
3.3.3 解離症状評価尺度得点	47
3.3.4 PTSD、うつ、解離への NET の効果の考察	49
3.4 語りに見る変化のプロセス	49

3.4.1	馴化	50
3.4.2	認知再構成	50
3.4.3	解離	50
3.4.4	記憶の想起と連合、意味再構成	51
3.5	自伝的記憶整理の考察	51
3.6	NET のアートセラピーの要素	52
第四章 市民生活由来の PTSD への NET の適応の検討		53
4.1	第四章の概要	53
4.2	PTSD に併存する症状への適応	53
4.2.1	解離性障害	53
4.2.2	BPD	56
4.2.3	複雑性悲嘆	58
4.2.4	双極性障害、アルコール依存、摂食障害、線維筋痛症	61
4.3	PTSD 以外のトラウマへの適応：適応障害、愛着障害	62
4.4	状況への適応	63
4.4.1	投薬状況	63
4.4.2	実施フィールド	64
4.4.3	日本での実施	66
4.5	NET 実施後に残るもの	67
4.5.1	スキルの獲得と認知再構成、モーニングワーク	67
4.5.2	残ったトラウマの処理	68
4.5.3	怒りの処理	68
4.6	除外基準の検討	69
4.7	ドロップアウト	71
第五章 総合考察		72
5.1	第五章の概要	72
5.2	本研究の概要	72
5.2.1	目的	72
5.2.2	方法	72
5.2.3	結果	72
5.3	NET の治療的要素	73
5.4	NET 実施後に残るもの	74
5.5	留意点	74
5.6	限界	75
5.7	課題	75

初出一覽	77
引用文献	78
付録	90

図目次

図 1	恐怖ネットワークの概念図	17
図 2	NET 文献数の推移	21
図 3	IES-R 値	40
図 4	CAPS 値	41
図 5	CAPS 侵入症状値	42
図 6	CAPS 回避症状値	42
図 7	CAPS 過覚醒症状値	43
図 8	CAPS 項目別	43
図 9	SDS 値	47
図 10	DES%値	48
図 11	DES 平均値	48
図 12	自伝的記憶の整理の概念図	52
図 13	トラウマ記憶の想起の概念図	54
図 14	解離からの回復の2段階 メタファーを用いた概念図	55
図 15	ICG 値	60
図 16	NET 実施後に残るもの	67
図 17	怒りネットワーク解体 メタファーを用いた概念図	69

表目次

表 1	DSM-5 による PTSD の診断基準	8
表 2	対象と施行者： 組織的暴力による PTSD への NET の RCT	23
表 3	方法とデータ： 組織的暴力による PTSD への NET の RCT	25
表 4	対象と施行者： 市民生活由来の PTSD への NET の RCT	29
表 5	方法とデータ： 市民生活由来の PTSD への NET の RCT	30
表 6	対象と方法	35
表 7	治療ペースと使用尺度	37
表 8	IES-R 効果量	40
表 9	CAPS 効果量	41
表 10	SDS 効果量	46
表 11	SDS 値	47
表 12	DES 効果量	48
表 13	ナラティブ・行動・身体症状の変化 BPD	57
表 14	ナラティブ・行動・身体症状の変化 複雑性悲嘆	60
表 15	NET 開始時投薬状況	64

第一章 ナラティブ・エクスポージャー・セラピーの概要と本論文の目的

1.1 本研究の目的

精神病院に長年通院あるいは入退院を繰り返し、薬物治療もカウンセリングもなかなか奏功しない患者の中には、過去の心的外傷（以下トラウマ）的出来事からの影響が大きく、原病に心的外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder: 以下 PTSD）を併存する一群が存在する。こうした一群は情緒不安定で自傷・自殺企図の傾向が高く、なかなか安定した治療に乗りにくい。社会機能や対人機能が損なわれたまま長年を経過し、家族や支援者も遠ざかり福祉に頼るようになる人も多くいる。こうした状況の背景には DV や子ども虐待、いじめ、暴力被害・加害、性被害、死別体験、自然災害など、一般の市民生活の中で遭遇しうるさまざまなトラウマ的出来事がある。臨床現場で語られる被害体験は、単回であることはむしろまれであり、長期的反復的なトラウマ体験から複雑性 PTSD を生じている場合が多い。このほか、外傷体験が明らかでないトラウマ症状を抱えた人や、広汎性発達障害の感覚過敏等からトラウマ体験を重ねる人が存在することも指摘されている¹⁵⁶⁾。未治療のまま家にひきこもり社会参加できない人の中には、PTSD を始めとするトラウマ症状を抱えた人が少なからず存在するであろう。

児童虐待や DV は増加しつつある社会現象であり⁷⁾、トラウマ症状により個人が被る被害や損失、その家族やコミュニティに及ぼす影響、そしてその結果生じる社会保障費の負担は、欧米諸国と同様我が国においても公衆衛生的課題であると言える¹²⁸⁾。さらに地球の温暖化による世界的な自然災害の増加傾向や、火山の噴火、地震や津波被害により同時期に大量の PTSD 罹患者が発生しうる我が国の事情を考え合わせると、PTSD 治療の重要性は一層増してくる。

こうした喫緊の課題に手がつけられていない原因として、PTSD という概念が比較的新しいものであることに加え、その治療法の多くは習得に時間がかかり治療者数が絶対的に不足していることが考えられる。その中でナラティブ・エクスポージャー・セラピー（Narrative Exposure Therapy: 以下 NET）は、「物語る」という人類に共通の営みを基本に開発された、習得が容易な短期療法であり¹³¹⁾、特に長期的反復的なトラウマ体験による複雑性 PTSD に有効であるとされる⁴⁰⁾。NET は、シャウアー、ノイナー、エルバートにより 2000 年代初頭に難民の PTSD を対象に開発された。長引く内戦や紛争といった組織的暴力により難民が負う複雑性 PTSD に対する NET のエビデンスは多く蓄積されている。NET は曝露療法に証言療法を組み合わせた技法であり、曝露療法は PTSD 治療の第一選択とされる⁴³⁾。近年この NET が、家庭の暴力など市民生活由来の複雑性 PTSD に有効であるというエビデンスが示されつつあり、新版のマニュアルには組織的暴力と並んで家庭の暴力をも対象とすることが記されている¹³²⁾。

難民キャンプや紛争終了後間もない状況で有効とされた NET が、平時の一般臨床においても有効であるというエビデンスが積み重ねられていけば、NET はその曝露と馴化という強力な機序、高まった情動を納めることを繰り返す情動調律の要素、自伝的記憶の整理による意味構成・認知再構成・言語化能力向上の要素、徹底的に聞いてもらうという愛着補償的な要素、実施者が習得しやすくドロップアウト率が低いという特徴から、上述の課題に

応える有望な治療法となりえる。本論文ではすでに蓄積された NET の効果のエビデンスと適応の検討を概観し、我が国の精神病院および大学心理相談室で試みた NET 実施の結果を示し、日本における NET の市民生活由来の PTSD に対する効果と適応を検討する。

本研究は探索的な研究であるが、以下の 5 つの仮説をたてた。

- 1) NET は長期的反復的な被害から生じる複雑性 PTSD に有効である。
- 2) まだ危険の残る臨床フィールドで組織的暴力由来の複雑性 PTSD に有効とされた NET は、平時の一般臨床において市民生活由来の複雑性 PTSD に対しても有効である。
- 3) 海外で複数の人種に有効とされた NET は日本人にも有効である。
- 4) PTSD 症状を軽減することで、併存症状の改善がもたらされる。
- 5) NET は日本の複雑性 PTSD の有効な治療法となりうる。

なお人名表記については、すでにカタカナ表記が定まっているもののみをカタカナ表記とした。

1.2 NET 技法に関連する概念

1.2.1 トラウマに関連する諸概念

トラウマは広い概念であり、伝統的には悲嘆喪失反応、死別反応、賠償神経症、驚愕反応などさまざまな病態が記載されてきた。しかし、DSM-III³⁸⁾ で精神障害概念として PTSD が導入され、何度かの改訂を経て現在に至っている。PTSD では記述できない状態を表す診断名として複雑性 PTSD が提案されている。本節では、それらも含め、NET を実施する際に理解しておかねばならない諸概念について整理する。

1.2.2 心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder: 以下 PTSD)

PTSD はその一断面を特殊な仕方で切り取ったものにすぎず、心的外傷を受けた人にみられる幅広い症状をみていくことが必要だが、PTSD を手がかりとして被害者の苦痛を見逃さないようにすることは有意義である⁷³⁾。NET は PTSD の治療法として開発された技法であることから、本研究では治療の対象となるトラウマ症状を DSM の PTSD という概念から検討して行く。

PTSD は、DSM-III により初めて確立された診断カテゴリーであり、生命や身体に脅威を感じるような強い精神的衝撃を及ぼすトラウマ体験により発症するストレス症候群である。診断基準は DSM と ICD で示されているが、研究では前者の診断基準が用いられることが多い¹⁰⁾。最新版の DSM-5 では (表 1) 症状が、侵入 (再体験)、回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化の 4 つの症状クラスターに大別され³¹⁾、トラウマ体験の例として暴行、性的暴力、交通事故、天災・人災、誘拐、人質、テロ攻撃、拷問、戦争への参加・捕虜となること、外傷的医療事象などが挙げられている。幼少期の虐待によって成人以後も認知や感情の変化と PTSD 症状が残存する複雑性 PTSD は DSM-5 に採用されず、PTSD の診断基準に認知感情の持続的変化と自己破壊的な行動を含めることで、複雑性 PTSD に相当する患者の診断を容易にしている⁷⁴⁾。

表1 DSM-5によるPTSDの診断基準

A. 実際に死ぬまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の形による曝露:	
<ul style="list-style-type: none"> (1) 心的外傷的出来事を直接体験する。 (2) 他人に起こった出来事を直に目撃する。 (3) 近親者または親しい友人に起こった心的外傷的出来事を耳にする。 家族または友人が死んだ出来事または危うく死にそうになった出来事の場合、それは暴力的なものまたは偶発的なものでなくてはならない。 (4) 心的外傷的出来事の強い不快感をいだく細部に、繰り返しまたは極端に曝露される体験をする（例:遺体を収容する緊急対応要員、児童虐待の詳細に繰り返し曝露される警官）。 	
B. 心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の侵入症状の存在:	
<ul style="list-style-type: none"> (1) 心的外傷的出来事の反復的、不随意的、および侵入的で苦痛な記憶 (2) 夢の内容と感情またはそのいずれかが心的外傷的出来事に関連している、反復的で苦痛な夢 (3) 心的外傷的出来事が再び起こっているように感じる、またはそのように行動する解離症状 (4) 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに曝露された際の強烈なまたは遅延する心理的苦痛 (5) 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに対する顕著な生理学的反応 	
C. 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。心的外傷的出来事の後に始まり、以下のいずれか1つまたは両方で示される。	
<ul style="list-style-type: none"> (1) 心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情の回避、または回避しようとする努力 (2) 心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情を呼び起こすことに結びつくものの回避、または回避しようとする努力 	
D. 心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。心的外傷的出来事の後に発現または悪化し、以下のいずれか2つ（またはそれ以上）で示される。	
<ul style="list-style-type: none"> (1) 心的外傷的出来事の重要な側面の想起不能 (2) 自分自身や他者、世界に対する持続的で過剰に否定的な信念や予想 (3) 自分自身や他者への非難につながる、心的外傷的出来事の原因や結果についての持続的でゆがんだ認識 (4) 持続的な陰性の感情状態 (5) 重要な活動への関心または参加の著しい減退 (6) 他者から孤立している、または疎遠になっている感覚 (7) 陽性の情動を体験することが持続的にできないこと 	
E. 心的外傷的出来事と関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。心的外傷的出来事の後に発現または悪化し、以下のいずれか2つ（またはそれ以上）で示される。	
<ul style="list-style-type: none"> (1) 人や物に対する言語的または身体的な攻撃性で通常示される、いらだたしさと激しい怒り (2) 無謀なまたは自己破壊的な行動 (3) 過度の警戒心 (4) 過剰な驚愕反応 (5) 集中困難 (6) 睡眠障害 	
F. 障害(基準B,C,D及びE)の持続が1ヶ月以上	
G. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。	
H. その障害は、物質(例:医薬品またはアルコール)または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。	

2005 年に Kessler らが行った全米疫学調査によれば⁷²⁾、PTSD の生涯有病率は 6.8% (男性 3.6%、女性 9.7%)、12 ヶ月有病率は 3.6% (男性 1.8%、女性 5.2%) であった。我が国のデータとしては、川上による WMH 日本調査の生涯有病率 1.3%、12 ヶ月有病率 0.7%というデータがある⁷⁰⁾。

症状評価には、自記式質問紙法と構造化面接法があり、自記式質問紙法には、Impact of Event Scale-Revised(IES-R)：改訂出来事インパクト尺度、The PTSD checklist(PCL)：PTSD チェックリスト、Posttraumatic Symptom Scale(PTS-10)：外傷後症状尺度、Posttraumatic Diagnostic Scale(PDS)：外傷後ストレス診断面接尺度があり、IES-R と PTS-10 は日本語版が作成されている。構造化面接法には、Clinician-Administered PTSD Scale(CAPS)：PTSD 臨床診断面接尺度、Structured Clinical Interview for DSM-IV(SCID)：DSM-IV のための構造化臨床面接、MINI International Neuropsychiatric Interview(M. I. N. I.)：精神疾患簡易構造化面接法があり、いずれも日本語版が作成されている。CAPS は最も精度の高い診断法として世界的に広く用いられており、我が国でも診療報酬点数 450 点が認められている¹⁰⁾。

PTSD に併存することが多い障害には、抑うつ、不安障害、物質関連障害があり、Kessler は、男性の 88%、女性の 79%に精神障害が併存していたことを報告している⁷¹⁾。男性ではアルコール関連疾患 52%、うつ病 48%、行為障害 43%、薬物依存 25%、恐怖症 31%であり、女性ではうつ病 49%、アルコール関連疾患 30%、薬物依存 27%、恐怖症 29%、行為障害 15%である¹⁵³⁾。

1.2.3 複雑性 PTSD

複雑性 PTSD (Complex PTSD) はハーマンによって提唱された概念で、長年に渡って続いた虐待などを原因として生じる心的外傷の症状を、単回のトラウマから生じる PTSD から区別するために提唱された⁵⁷⁾。これとほぼ同じ概念をヴァン・デア・コークは、DESNOS (Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified：他に特定されない極度のストレス障害)として提唱しており¹⁵⁶⁾、その特徴として感情覚醒の制御における変化、注意や意識における変化、慢性的な人格変化、意味体系における変化などを挙げている。レノア・テアの提唱した II 型トラウマも慢性反復的に強い外傷的な出来事に曝され続けた場合に起こる反応をさしており¹⁵²⁾、同様の概念である。

このように、長期的反復的なトラウマの被害者が呈する様々な症状は、PTSD の概念ではカバーしきれないことが指摘されてきた。International Society for Traumatic Stress Studies(国際トラウマティック・ストレス学会：以下 ISTSS)による ISTSS Expert Consensus Guidelines for Complex PTSD in Adults 2012²³⁾の中での複雑性 PTSD の定義(筆者訳)は以下の通りである。

複雑性 PTSD とは「PTSD の中核症状とそれに関連して生じる自己調整能力の障害」である。

自己調整能力(self-regulatory capacities)の障害は以下の 5 つに大別される。

a 情動調整の困難(emotion regulation difficulties)

- b 対人関係能力の障害 (disturbances in relational capacities)
- c 注意と意識の変化 (解離など) (alterations in attention and consciousness e.g., dissociation)
- d 悪影響を受けた信念体系 (adversely affected belief systems)
- e 身体的苦痛あるいは解体 (somatic distress or disorganization)

複雑性 PTSD は反復性、持続性の出来事あるいは多様な形態の対人トラウマに曝されることによって生じ、こうした状況は身体的、心理的、成長的 (maturational)、家族環境的、社会的制約により抜け出すことが困難な状況の下で生じることが多い。トラウマのストレッサーとしては、子どもの心理的・身体的・性的虐待、少年兵の体験、DV 被害、性的人身売買、奴隷貿易／拷問、大量殺戮あるいはその他の形の組織的暴力の体験などがあげられる。DSM-5 では PTSD の解離サブタイプを入れることで、複雑性 PTSD に対する治療と似たような治療が推奨されている。

ICD-11 における定義

2018 年発行予定の ICD-11 (World Health Organization; WHO, International Classification of Diseases, 11th edition) には Complex PTSD (CPTSD) という新しい診断カテゴリーが用いられる予定であり、その概念は ISTSS の見解と重なる²⁴⁾。すでにインターネット上で公開している診断基準は、以下の通りである¹⁰⁸⁾。

CPTSD は、典型的には極度または長期にわたる性質があり、そこから抜け出すのが困難かまたは不可能なストレッサーへの曝露の後生じる障害である。この障害は PTSD の中核症状とともに、情動調整の困難、自分自身を弱く、挫折した、価値のないものだとする信念、対人関係を維持することの困難を含む、感情・自己・対人関係機能における、持続する広範な障害形成が認められる。

本研究の中では、複雑性 PTSD の概念として、上述の ISTSS による概念およびそれを反映した ICD-11 の概念を用いる。

1.2.4 解離

解離は広い概念であり、病的解離のほかに、正常人にも生じる解離現象をも含む。疲労時、入眠時、催眠時などの変性意識状態のほか、治療の対象とならない文化的な解離現象としては、アイヌのイムや沖縄の神ダーリのような文化結合症候群、シャーマニズムに関連した神秘体験など枚挙にいとまがない¹¹¹⁾。このように解離は古くから観察され印象的な心身変化の現象であるが現代でもしっかり捉えられてはおらず、正常人にも生じる解離現象から病的解離に至るまでを連続スペクトラムとして捉えるのか、不連続な現象として病的解離を類型学的に捉えるかという問題にも答えは出ていない¹⁰⁾。

解離性障害の分類も混乱している。「ヒステリー」を精神症状である「解離性障害」と身体症状である「転換性障害」に分けた DSM-III 以来、転換性障害は DSM では身体表現性

障害に含まれ、ICD-10 では解離性障害に含まれる¹⁰⁵⁾。離人症はDSM では解離性障害に含まれるが、ICD-10 ではそれとは別に分類している¹⁰⁾。

多彩な現象をどう整理するかについてもさまざまな見解がある。解離性障害の診断も、非典型的な症状の方が多いため診断が容易でなく、パニック障害などの不安障害や気分障害、パーソナリティ障害、統合失調症と誤診されていることが多いという¹³⁹⁾。成田はこうした捉えどころのなさに加え、解離患者の与える演技的な印象や、解離性障害は治療因性（医原性）であるといった批判から解離の治療に取り組む治療者が少なく、患者は適切な治療を受けられないでいること、それでも解離をめぐる問題に取り組むことは現代の治療者の責務であることを述べている⁹⁵⁾。

こうした捉えどころの無い解離という概念のうち、本研究の中では、病的解離を表す解離性障害について検討する。以下に解離性障害についてのDSMおよびICDの定義を記す。

DSM-IV-TRにおける解離性障害の定義¹²⁴⁾

「意識、記憶、同一性または知覚についての通常は統合されている機能の破綻」とし、解離性障害を、解離性健忘、解離性トン走、解離性同一性障害、離人症性障害、特定不能の解離性障害に分類している。

DSM-5における解離性障害（解離症群と併記）の定義³¹⁾

「意識、記憶、同一性、情動、知覚、身体表象、運動制御、行動の正常な統合における破綻および／または不連続」とし、解離症群として、解離性同一性症、解離性健忘、離人感・現実感消失症、他の特定される解離症、特定不能の解離症に分類している。

ICD-10における解離性障害の定義⁶⁵⁾

「過去の記憶、同一性と直接的感覚の意識、そして身体運動のコントロール間の正常な統合が部分的あるいは完全に失われること」とし、解離性健忘、解離性遁走、解離性昏迷、トランス及び憑依障害、解離性運動障害、解離性けいれん、解離性無感覚及び感覚脱失、混合性[転換性]障害、その他の[転換性]障害、[転換性]障害、特定不能に分類している。

解離は時代や文化の影響を色濃く受ける病態であるが、病的解離の原因としての心的外傷説は一貫して常に注目を浴びて来た。パトナムは「解離研究の大部分は、心的外傷との関係の本性について、あるいは外傷関連障害において解離の演じる役割についてだった。」と述べており¹⁰⁾ ヴァン・デア・ハートは、「解離は外傷を理解する鍵概念である」と述べている¹⁵⁵⁾。パトナムは、人間には心理学的、生理学的、行動科学的変数によって規定される行動状態（パターン）が元来複数存在していて、状況に応じてそれがスイッチすることで環境に順応して生活している。幼児期の虐待などによってこの行動状態の統合が崩れると病的解離に至る、と仮説をたてた¹⁵⁵⁾。

ヴァン・デア・ハートは人格をさまざまな下位システムからなる一つの構造と考えた。その上で、健常者では複数の下位システムが一貫性をもち協調的に機能して一つの人格を形成しているが、心的外傷を受けるとその構造に断層が入り、下位システムがばらばらに機

能するようになると仮説をたて、慢性的に心的外傷を受けた結果生じる解離状態を構造的解離と呼んでいる¹⁵⁵⁾。

これらは解離を、精神的破綻を防ぐための（防衛機制）、あるいは危機的状况で冷静に行動するための（対処機制）精神作用であるとする心理学的仮説であり、神経生物学的仮説もこれを支持する方向で立てられて来た¹⁰⁾。大矢は、解離にはこうした一過性の適応を可能にする防衛機制という意味と、自我の統合を失った状態という二つの意味が含まれており、これが明確に区別されないと混乱を招くと指摘している¹¹⁷⁾。

解離性障害の原因として欧米では、コリン・ロスの言う「児童虐待経路」「ネグレクト経路」「虚偽性経路」「医原性経路」の4つが想定されているが¹²⁵⁾、岡野はこれに加え、我が国に独特の「関係性のストレス relational stress」があることを指摘している。明確な性的・身体的虐待がなくても、圧迫感や精神的支配を与える母と、母の気持ちを必要以上に感じ取り取り入れる娘との間にストレスが生じ、解離性同一性障害（Dissociative Identity Disorder: 以下 DID）に至るほどの解離性障害を生じうることがあると述べられている¹¹³⁾。

解離の臨床に有用な概念として広く用いられている用語に、ブラウンらによる「離隔」detachment と「区画化」compartmentalization があり、柴山がわかりやすく紹介している^{139) 140)}。

離隔とは、自己、自己身体、外界からの分離感覚によって特徴づけられる意識変容であり、感情的麻痺、離人症状、疎隔症状、体外離脱体験、自己像幻視などを含む。区画化とは、通常ならば取得できる情報に意識的に近づくことができなくなり、認知過程や行動過程を制御したり自発的な行動をとったりすることができなくなることであり、健忘、遁走、交代人格、転換症状、催眠現象、麻痺、偽幻覚、運動障害などを含む。飛鳥井は、このブラウンらの概念的メカニズムを最近の神経生物学的研究の視点とも相応していると述べている¹⁰⁾。

柴山は、解離性障害の症候を空間性変容と時間性変容の観点から整理している。空間性変容は、「存在者としての私」と「眼差しとしての私」の二つに私が分離した状態であり、離人症状、現実感喪失、体外離脱体験などを含み、ブラウンらのいう離隔はこちらに入る。時間性変容は、意識状態、人格状態、人格同一性などが時間軸に沿って変化・交代する状態であり、健忘、遁走、人格交代などを含み、ブラウンらのいう区画化はこちらに入る。柴山は DSM では区画化の代表的病態が注目されているが、解離の全体像を捉えるためには離隔の病態が重要であると述べている。

岡村によれば、Ross らの統計で 1990 年の北米では解離性障害の罹患率は一般人口の 11.2%とされ、Xiao らの統計で 2006 年の中国では 0.3%とされる¹¹⁰⁾。精神科入院患者を対象とすると、米国では Saxe らによると 13.6%、中国では 1.7%であり、日本はこの間くらいと見積もられている¹¹⁰⁾。社会文化的要因や脳の構造などの男女差がいられているが、はっきりとしたことは分かっていない。一般人口での解離性障害は 1~5%とも言われ、時代の変遷や地域によって増減が見られる。

解離の評価法には以下のようなものがある¹⁵¹⁾。日本語版が作成されている症状評価には、解離傾向や病的解離の有無をアセスメントする Dissociative Experiences

Scale (DES)¹⁴⁾がある。信頼性や妥当性の検討を経て作成された最初のものであり、多くの研究で利用されているため海外の研究成果を参照することができる利点がある。この他、Vanderlinden らの Dissociation-Questionnaire (DIS-Q)¹⁵⁷⁾、Nifenhuis らの Somatoform Dissociation Questionnaire-20 (SDQ-20)¹⁰⁴⁾がある。小児用に Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES)⁶⁾や Child dissociation checklist (CDC)¹²³⁾がある。心的外傷後の解離性反応から PTSD 発症リスクをアセスメントする Marmar らによる Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire (PDEQ)⁷⁸⁾もある。

1.2.5 自伝的記憶

我が国で初めて自伝的記憶と関連領域の成果をまとめた「自伝的記憶の心理学」を編集した佐藤によれば、自伝的記憶とは「過去の自己に関わる記憶の総体」あるいは「過去の自己に関わる情報の記憶」である¹²⁹⁾。本研究の中では、自伝的記憶の概念として佐藤の定義を用いる。人間の心的機能を探求する上で自伝的記憶が重要な問題であることは、20世紀初頭から指摘されていた¹²⁹⁾。フロイトはヒステリーの病因を過去のトラウマ体験の記憶にみて、その記憶の「想起」による治療を試みたが、これは「記憶」という現象を心理療法の主題においた初めての試みであった⁸⁸⁾。しかしフロイトは「記憶において事実と空想は区別できない」としてこの試みを放棄し、1960年以降認知心理学の隆盛とともに自伝的記憶の研究はひととき姿を消した。この間、記憶の分類、整理、理論化が進み、1970年代後半からは「生態学的妥当性」重視の流れから日常経験の記憶に関わる研究が盛んになり、1986年には初めての自伝的記憶の研究書である Rubin 編集の Autobiographical memory¹²⁶⁾が出版された。この後自伝的記憶の研究成果は急速に蓄積されつつある。

自伝的記憶の理解は、膨大な記憶研究の上に成り立っている。記憶は、認知、思考、感情、行動、行為といった脳の高次機能の全ての土台となっている¹⁶⁰⁾。記憶とは「固定化」と「再生」の機能、および固定化された内容を指すが、アトキンソンとシフリンは記憶を短期記憶と長期記憶に分けた。この短期記憶の概念は、バデリーとヒッチのワーキングメモリのモデルに発展していく。一方、コーエンは記憶を「手続き的記憶」と「陳述的記憶」に分類した。「手続き記憶」とは運動など身体が覚えている記憶であり、陳述的記憶よりもずっと広範で、認知構造の基盤となるものである¹⁶⁰⁾。この「手続き記憶」と「知覚表象システム」(プライミングを含む)を合せて「潜在記憶」とする分類もある。「陳述的記憶」は言語と結びついた記憶であり、タルヴィングが分類した「意味記憶」と「エピソード記憶」はこの「陳述的記憶」に含まれる。「意味記憶」は一般的な知識の記憶であり、「エピソード記憶」は個人の経験の記憶であり、その想起の際には必ず自己意識を伴うことが特徴である。

自伝的記憶はこの「意味記憶」と「エピソード記憶」の両方を含むが、自伝的記憶がどのように作動し構築されるのか、山鳥の「神経心理学の挑戦」¹⁶⁰⁾と『『わかる』とはどういうことか』¹⁶¹⁾を元に考えてみたい。

人は進化の過程で蓄積された、種に固有の遺伝的記憶(反射、情動反射等)を持って生まれてくる。生まれ落ちると、この上に個体としての記憶を重ねて行く。山鳥は人の心を、アナロジーを用いて説明している。心は巨大な海であり、水は感情、海藻や魚など形を結

ぶものはみな心理表象、心像であるとする。感情が凝り固まると心像となり、さらにまとまると思考や経験となる。

心像の形成は、知覚を介してものごとを区別することに始まる。赤ん坊は目の前にちらちらするものを知覚し、他のものと区別することで母親の顔という心像を形成する。さらに顔の中のパーツの動き方や発する音、匂いや感触という心像も、自分の快不快と結びつけながら形成していく。知覚を強めるのは注意の働きであり、注意を駆り立てるのは感情や好奇心である。

心像にはこうした知覚心像と、すでに蓄積された記憶心像とがあり、知覚心像が意味を持つには記憶心像の裏付けが必要である。人は心像をまとめ、繋ぎ止める方法として言語音を創発した。心の状態にも名前がつけられ、社会共通の約束事になった結果、心理現象をも記号にして他人と交流することが可能になった。知覚系はある対象を区別し同定するという働きを生きている限り繰り返す、世界を心像に再構成し、感情や思考、認知が付け加えられていく。

日々の生活の中で全く同じことが繰り返されることはない。全ては1回限りの体験であり、これにまつわる出来事、場所、時間、感情、思考などの情報の複合体がエピソード記憶である。エピソード記憶はうつりかわる生活の流れの記憶であり、消し去られたように意識にのぼらなくなる部分も多いが、何度も繰り返し体験されたこと、つまり重なりあっている共通の部分だけが抜き出されて、友人Aはこんな奴、親父はこんな人、といった意味記憶が作り上げられる。意味記憶は、漢字、数字、色といった習い覚えるものを含み、繰り返しのよって強固な神経回路を作っているために変化しにくい。自伝的記憶は、こうした日々のエピソード記憶と意味記憶を含み、感覚、感情、思考が渾然一体となって想起される。また自伝的記憶は、自転車乗りやかかけ算九九といった身体で覚え込む非陳述性の手続き記憶によっても下支えされている。

人は自伝的記憶を含む記憶心像を介して、絶えず入力される知覚心像に意味を見いだすことで快感や落ち着きを得ている。今いるところがどこでいつごろなのかという見当識、さまざまな分類を用いた世の中での理解、なぜ現状に至ったか、自分はどのように存在しているか、という過去とのつながりにおける理解、地形の理解など空間的な位置の把握、自然現象や生命現象のからくりの理解、法則等規則性に合わせた理解など、心のはたらきは全て記憶体系に依拠し、知覚心像が自分の中の記憶心像と響き合うときに意味が構成される。

子どもが過去の出来事についての語りができるようになるためには個人の物語を語るための形式、ナラティブを獲得する必要がある¹⁵⁴⁾。子どもは養育者などが過去を語るのを見聞きしたり、大人に導かれて過去の会話に参加する経験を積み重ねたりすることによって、ナラティブを獲得する。ナラティブが発達するとエピソード的な記憶の語りの表出が可能になり、時間意識、自己意識の発達が促進される。その結果、自伝的記憶が徐々に発達するとされるが、一般に自伝的記憶が生じるのは自分の人生の時間軸を構築し、その中にエピソードを位置づけるという時間的情報処理能力が得られる^{8才以降とされる¹⁴¹⁾}。これ以降、自伝的記憶は時とともに生涯変化していく。自伝的記憶の研究も、発達心理学的な幼児と親の語りから、青年期の同一性、Adult Attachment Interviewのような愛

着パターンの語り、高齢者の回想法の語りに至るまで、様々な角度から行われている¹⁰⁶⁾。自伝的記憶には3つの機能がある¹²⁹⁾。1つは自己の一貫性や自己評価を支える自己機能、2つめは対人コミュニケーションに寄与する社会機能、3つめは行動や意思決定を支え動機づけるのに役立つ方向付け機能である。

自伝的記憶は「過去化」されたものである¹⁴²⁾。過去、現在、未来の区切りは客観的事実として存在するものではなく、我々が主観的に作り上げたものである。自伝的記憶を語るには、現在と過去に区切りをつけて過去を「過去化」し、「現在の自己」「過去の自己」「未来へ広がる自己」を認識するプロセスが必要である。この時間的展望と自伝的記憶の関係について、佐藤は、人は過去をくぐって未来を構想し、未来が現在を方向付け、現在が過去を意味付けると述べている¹²⁹⁾。また、時間的展望生成の活動には今の状況が影響するという。過去を捉え直す活動も、未来を立ち上げる活動も、現在を豊かにする活動も、いずれも本人のおかれている現在の状況によって規定される。一方で自伝的記憶の想起が現在を制作するとも言える。過去を過去化することで時間に括りをいれ、現在を作り出している¹⁴²⁾。

特別な自伝的記憶として言語化が不可能とされるトラウマ記憶がある⁸⁸⁾。森は、トラウマ的出来事が記録、想起、回想、語りといった営みのすべてに作用し、自伝的記憶の混乱を招くことから、PTSDなどのトラウマ性障害を自伝的記憶の混乱と捉え、心理療法を、この混乱した「自伝的記憶の整理」という観点から考察している。自伝的記憶の重要な機能の1つは他者と記憶を共有することであり、記憶は他者との関わりの中で形成されることから、過去の体験が家庭内でどのように語られるかという愛着の観点をを用いて、児童擁護施設における子どもたちの自伝的記憶について考察している。ハイリスクな環境にある子どもについて、仲は「語るべきネガティブなことは沢山あるのに、それを言葉にできないというのは苦痛であり、剥奪された環境にある子どもに感情を語ってもらうにはどうしたらよいか、実践的な研究が望まれる」と述べている⁹²⁾が、森は、自伝的記憶の形成が、児童擁護施設における援助実践の重要な課題の1つであることを指摘し、ライフ・ストーリー・ワークやNETをその手段として提案している⁸⁶⁾。

1.2.6 複雑性悲嘆

複雑性悲嘆は、愛着研究に基づく分離の苦痛と、心的外傷性の苦痛の2つの悲嘆研究の流れから生まれて来た概念である⁹⁴⁾¹⁴⁸⁾。悲嘆を精神障害として扱うべきかという問題はまだ議論されつつあるが、トラウマ的な死別の遺族には、正常の悲嘆反応にみられるショック-麻痺、切望と探索、混乱と絶望、再建といった位相や課題を経て回復に向かうことができず、強く長期的に継続される悲嘆がみられることがあり、こうした慢性化した悲嘆に対して、病的悲嘆、複雑性悲嘆、外傷性悲嘆、複雑性悲嘆障害、遷延性悲嘆などの概念が提唱されてきた。近年は“悲嘆に特有にみられる一般的症状の経過や強さにおいてまた、社会、就労、その他重要な機能の領域の障害のレベルにおいて（文化的な）正常範囲から逸脱しているもの”の総称として複雑性悲嘆が使われてきている⁹⁴⁾。本研究の中では、複雑性悲嘆としてこの概念を用いる。

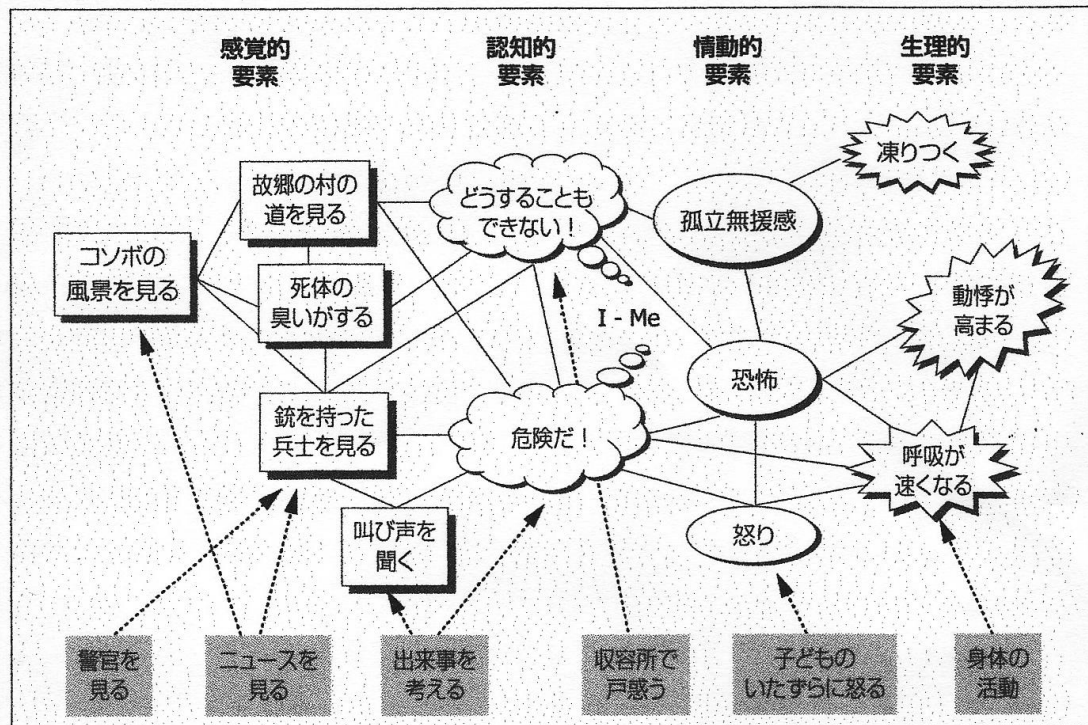
DSM-5 の中では、複雑性悲嘆と同じ概念である「持続する複雑な死別障害(persistent

complex bereavement disorder)」がトラウマおよびストレス因障害の一つに挙げられている。複雑性悲嘆は、精神健康、身体健康、生活機能の不良に焦点をあてた認知行動療法によって症状が改善されることが報告されており、ストレーベは喪失に対して向き合う位相と新しい役割に向き合う位相を行きつ戻りつしながら回復して行く二重過程モデルを提唱している¹⁴⁸⁾。

1.3 NET 技法

1.3.1 シャウアーらの PTSD 症状の理解と NET の治療的要素

シャウアーらによる PTSD 症状の理解は以下の通りである¹²⁷⁾。外傷的出来事においては、感覚情報と知覚情報がきわめて情動的な状態で、出来事内容に関する情報とは別に、記憶に保存される。この外傷的出来事についての感覚-知覚-情動の記憶（「熱い記憶」）は神経ネットワークを形成し（「恐怖ネットワーク」図 1）、このネットワークは広範にわたる符号化された要素を含みかつ相互連結が強固であるため、ささいな手がかり刺激によりネットワーク全体が活性化され、この状態がフラッシュバックと呼ばれる。この恐怖ネットワークの活性化とこれを避けるための回避、結果として生じる過度の覚醒状態が PTSD 症状である。心的外傷は身体、心、行動における系統的な機能を変えるほどの長期的影響を残す。また外傷的な体験を重ねるごとに、人生や人格への脅威的な知覚が普遍的に増加されていき、複雑性 PTSD の症状が形成される⁴⁰⁾。NET は安全な文脈の中でこの恐怖ネットワークを活性化させ、恐怖に基づくもともとの連結と相容れない新たな要素を組み込むことで、恐怖ネットワーク（図 1）を解体していく¹³⁴⁾。また、過去の出来事の内容に関する情報（「冷たい記憶」）を用いることで、現在の刺激が脅威を意味するかどうかを正しく評価できるようにする。馴化による恐怖学習の消去と、脳皮質による恐怖反応の抑制が NET の治療的要素である。また、NET はトラウマ的出来事に関する記憶を再組織した後、その出来事を時間と空間、人生の文脈の中に意味ある形で連結・統合していくことで、認知再構成を進める。辛い体験のみならず良い体験にもアクセスすることにより新たな意味付けが生じ、認知ネットワークが調整され、認知の再構成が進む。



感覚、認知、生理のそれぞれの要素を含むいわゆる「恐怖ネットワーク」。このネットワークは、あるコソボ難民の故郷の村が襲撃された記憶を表している。下の囲みは、表象を活性化しうる環境内の刺激を示している。

図1 恐怖ネットワークの図 Schauer, 2005¹³¹⁾

NET のもう一つの大きな治療的要素は、全人生史の積極的構築による自伝的記憶の整理である。自伝的記憶とは、「過去の自己に関わる記憶の総体」であり¹²⁹⁾ PTSD は、この自伝的記憶が混乱した状態であると捉える事ができる⁸⁸⁾。NET の目指す人生史の形成は、自伝的記憶の整理に他ならない。NET の作業は外傷的出来事の記憶をそれぞれの時期に置いていくことにより、時間の流れの認知を促進し、過去にとらわれることなく現在や未来を生きられるようにする。ドロップアウト率の低さは、NET 作業と人生を前に進む感覚とが重なることによる手応えが治療中から感じられるためと考えられる。人間は意味を求める動物であり、体験の意味付けが治療上重要である⁹⁷⁾。共感的理解、積極的傾聴、無条件の肯定を持って人生史の構築という協働作業を行うセラピストとサバイバーの水平な関係、NET の持つ人権への配慮は尊厳の回復に重要であり、特に子どもの発達に肯定的な影響を与える¹²⁸⁾。

1.3.2 NET の手順

アセスメント、心理教育、インフォームドコンセントのプロセスを経たうえで、初回に「ライフライン」のワークを行う。これは、1本のロープを誕生から現在までの人生に見立て、辛い体験を石、よい体験を花、死別体験をロウソクといったアイテムで表して時系列順に置いていく作業で、トラウマ体験を可視化する方向付けである。人生史を作る、五感に働きかけるといふ NET 作業の予行演習でもあり、この作業によってだいたいの回数と区切りの予定を共有する。

次の回から、治療者の問いかけや介入を受けながら、患者は誕生から現在までの時間の流れに沿って人生を語り、人生史という一貫した物語を構築していく。治療者は、共感的・受容的な姿勢で、断片化していた記憶を時系列順に構築する作業を補佐する。具体的には、語られた出来事を筆記し、セッション後に文章化する作業を行うが、特にそれぞれの出来事に伴う情動の細部を記録できるよう留意する。

トラウマ的出来事への曝露においては、映像のコマ送りの感覚で、時系列順に語りが行われるよう、語り難いトラウマ的出来事の記憶を言葉にできるよう、治療者は頻繁な問いかけによって作業を進める。問いかけは、感覚、情動、思考、身体反応のいずれにも言及するように行う。こうした作業の中で過去への没入が過剰である時は、現在の「感覚、情動、思考、身体反応」に意識を戻すための問いかけをはさみ、「二重意識」を保って過去と現在を行き来することを繰り返す。このように安全な治療環境のなかで感覚知覚記憶を活性化し、過去の出来事を再体験することで馴化が進み、感覚、情動、思考、身体反応、ならびに状況についての情報といった様々の要素を結び付ける情動処理が行われ、断片化していたトラウマ記憶がそれぞれの時期に埋め込まれていく。

次の回の冒頭では、前回の内容を治療者が自伝の形に文章化したものを読み上げ、患者が訂正、付け加えを必要とすれば行う。この作業を各セッションで繰り返す。その過程で非適応的認知が見られたときは、心理教育あるいは認知修正のためのかわりを挿入していく。認知の修正は開発初期にはプロセスに組み入れられていなかったが¹⁸⁾、現在は NET の要素に組み入れられている。またリソースとなる良い体験の語りを詳しく聞くことによって良い記憶との連合や新たな意味付けが生じ、認知の再構成が進む。

最終回には治療者が完成した全人生史を読み上げ、患者と治療者が署名し、患者がこの原稿を受け取る。

NET の各セッションは、あらかじめ定められた時間ではなく、出来事について詳細に語り終え、高まった情動が馴化により下がりきって情緒的に安定したところで終了する。情動が下がりきらないまま終了することは禁忌であり、マニュアルでは平均的な所要時間を 90 分程度としている。治療の頻度は、週 2 回から隔週くらいまでが望ましいとされている。セッション数は人生史の長さや外傷的な出来事の数により異なり、最新の記述では 12 回までを標準としているが、複雑なケースではそれ以上のセッション数を要し、境界性パーソナリティ障害 (Borderline personality disorder: 以下 BPD) を併存する患者への効果研究では 10~30 回を要している。

NET のライセンス制度は現在のところ存在しないが、ドイツ、コンスタンツ大学を拠点とする開発者グループによって、紛争地等の活動の一部として支援者に対して行われるほ

か¹⁰⁰⁾¹²⁸⁾、コンスタンツ大学において専門家への研修コースが提供されている。日本では、同研修修了者の所属する大学研究所で開催される研修会その他、諸学会のワークショップ等で短期研修が提供されている。

1.4 本論文の構成

本論文は第一章から第五章で構成されている。第一章では本研究の目的と意義、本論文で使用する基本的な用語の定義を述べ、NET 技法について、その治療的要素と手順について解説した。第二章では、NET の先行研究の概観を行った上で、組織的暴力由来の PTSD と市民生活由来の PTSD のそれぞれに対する NET の効果と適応について検討し、我が国における NET の可能性について述べる。第三章では、我が国における市民生活由来の複雑性 PTSD に対する NET の効果について、大学心理相談室と精神病院での実施の結果を、主に PTSD 症状、解離症状、うつ症状について、尺度結果に基づき報告する。第四章では、我が国における市民生活由来の複雑性 PTSD に対する NET の適応について、その併存症状への効果も含めて多角的に検討する。第五章では、本研究の概要を述べ、NET の治療的要素、NET 実施後に残るもの、留意点、限界、課題を含めた総合考察を行う。

第二章 先行文献と研究状況の概説

2.1 第二章の概要

第二章ではNETの先行研究を概観する。まずPTSD治療ガイドラインにおけるNETの位置づけを示した後、PTSDに対するNET効果のエビデンスについて、先行研究のランダム化比較試験（Randomized Controlled Trial: 以下RCT）の結果から考察する。RCTの結果は臨床のフィールドによって、つまり、NETのエビデンスの中心となっている組織的暴力由来のPTSDに対する効果と、近年報告が増加しつつある市民生活由来のPTSDに対する効果の2つに分けて示す。我が国での適応が期待される、市民生活由来のPTSDへの実施結果については、RCT以外の対象群のない実施報告や事例報告についても概観し、適応の検討を行う。さらに、我が国におけるPTSD治療法としてのNETの可能性について検討する。

2.2 背景

NETはシャウアー、ノイナー、エルバートによりドイツで開発されたPTSDに対する認知行動療法である¹³¹⁾。NETの特徴は曝露療法に証言療法²¹⁾を組み合わせた点にあり、馴化による恐怖学習の消去と、全人生史の構築による自伝的記憶整理と尊厳の回復を目指す¹³¹⁾。NETの中で自伝的記憶は時系列順に再構成され、断片化したトラウマ記憶は当時の生理的、感覚的、認知的、情動的反応と共に適切に文脈付けられて、よい記憶との連合や新たな意味付けが生じ認知が再構成される。NETは戦争・武力紛争など、組織的暴力由来のPTSDを対象に開発され、紛争地域の援助スタッフが短期に習得して実施できるよう構造化された簡便な短期療法であり⁹⁸⁾、特に反復的長期的な複雑なトラウマによるPTSDへの効果が認められ⁴⁰⁾、曝露療法でありながらドロップアウト率が低いとされる¹⁶⁾。

海外では市民生活由来のPTSDに対するエビデンスの検証や適応の検討が進められている⁵⁵⁾¹¹⁹⁾が、その数はまだ少ない。我が国では邦訳の手引書でNET技法が紹介され¹³¹⁾⁸⁹⁾、児童養護施設、DV関連施設、精神病院、精神科クリニック、カウンセリングルーム等でのNETの実施が始まり^{33)~35)38)86)}、効果を検討するレビュー論文が出ている³⁶⁾。第二章では先行研究を概観しNETの特徴を把握したうえで、特に市民生活由来のPTSD治療に対するNETの効果と臨床的意義を検討する。展望に際し匿名性の保持に対する十分な配慮を行った。

2.3 先行研究の概観：NETの位置づけ

Pubmed、Medline、PsycINFO、Google scholarで、Narrative Exposure Therapyをkeywordに検索した結果、入手可能な研究論文が304本あった。うちわけは、RCTが27本、対照群のない実施報告が23本、ケース報告が5本、技法の紹介が7本⁵⁴⁾¹⁰⁰⁾¹³¹⁾、レビューが40本、ガイドライン等での紹介・推奨が19本、効果の紹介・検討が116本、効果への言及が67本であった。紙面の都合で本論文では取り上げないが、Dossaらのシステマティックレビュー³⁷⁾を始めとするレビュー論文40本に示されるNET効果への関心の高さについて指摘しておく。

まず、国際的なガイドライン及びPTSD治療研究が盛んな米国、英国、オーストラリアのガイドライン¹⁰⁾におけるNETの位置づけを概観する。

ISTSSのガイドライン Effective Treatments of PTSD second edition(2010)⁴³⁾では、PTSD治療に対して最も強力なエビデンスを持つとされる曝露療法の1つとしてNETを紹介

介し、特に困難な家庭環境に置かれた子どもの PTSD 治療に有効な認知行動療法として、子ども用の NET である KIDNET を紹介している。同 ISTSS による Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices (2011)²²⁾ 及び ISTSS expert consensus guidelines for complex PTSD in adults (2012)²³⁾ では NET を複雑性 PTSD に有効と推奨している。American Psychiatric Association のガイドライン (2004)⁵⁾ には NET への言及はなく、Institute of Medicine of the National Academies のガイドライン (2008)⁶⁴⁾ では PTSD 治療の第一選択である曝露療法の 1 つとしてエビデンスが掲載されていた。また Department of Veterans Affairs のガイドライン (2010)³⁰⁾ でも強く推奨される技法とされていた。National Institute for Clinical Excellence のガイドライン (2005)⁹⁶⁾ には NET への言及がみられなかった。Australian Center for Posttraumatic Mental Health のガイドライン¹²⁾ では NET が曝露療法と証言療法を組み合わせた有効な技法として紹介されていた。

このように NET は、新しいガイドラインになるにつれ言及が増えているが、まだ第一選択の 1 つとして定着するには至っていなかった。既に第一選択として確立した技法のなかで NET がどのような対象に特に適応があるか、どのような位置づけが適切かに関しては、さらに今後の議論を見守る必要がある。

304 本の NET 論文の出版年をみると (図 2)、論文数は年を追うごとに増加していた。

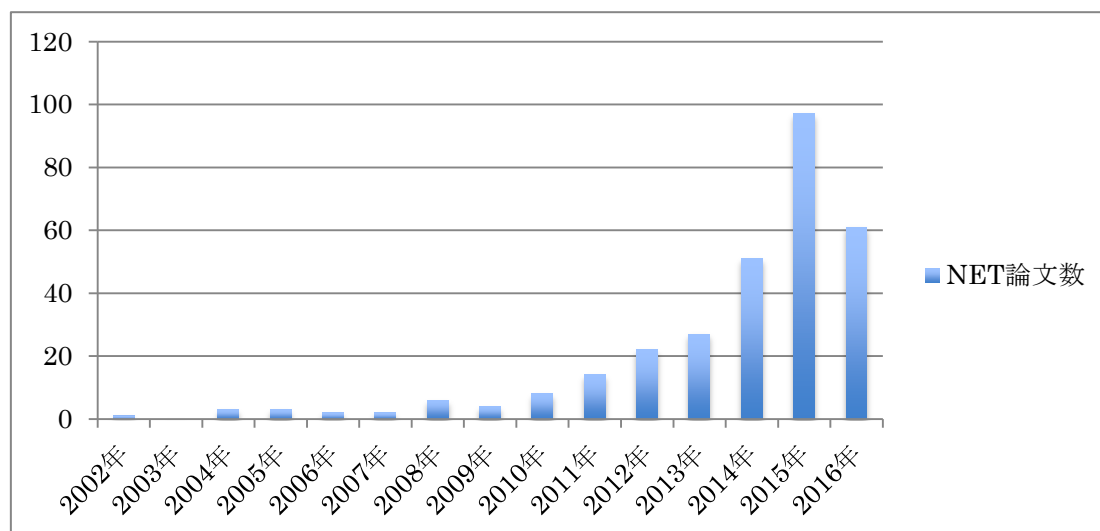


図 2 NET 論文数の推移 (2016 年前半まで)

2.4 組織的暴力による PTSD への NET の効果：RCT

NET 研究の主流である組織的暴力による PTSD への RCT 文献 19 本を紹介する。対象総数は 1188 名である。トラウマの種類は、暴行・殺害の目撃、脅しや誘拐、拷問、戦闘体験など、複数回のトラウマであった。成人を対象とした研究が 14 本、子どもを対象とした研究が 5 本 (表 2、3 の 4、6、16、17) で、そのうち 2 本 (表 2、3 の 4、16) は KIDNET を使用していた。

また2本(表2、3の6、10)は、加害体験が与えるトラウマと欲求としての攻撃性(Appetitive Aggression: 以下AA)に焦点づけたNETであるNET for Forensic Offender Rehabilitation(以下FORNET)⁵⁴⁾を使用していた。

NETのPTSDへの効果は全研究で検討され(表3)、この他に、うつ(表2、3の1~5、7、8、10、12、13、15、17、18、19)、身体的健康(表2、3の7、12、14)、AA(表2、3の6、10)、トラウマ後の成長(Post Traumatic Growth: 以下PTG)(表2、3の7、8)などが検討されていた。対照群は、心理教育、支持的心理療法、対人関係療法などで、使用尺度は、PTSD診断と症状にPosttraumatic Stress Diagnostic Scale(以下PDS)、Clinician-Administered PTSD Scale(以下CAPS)、Mini-International Neuropsychiatric Interview(以下MINI)などが使用され、うつ症状にBeck Depression Inventory、Hamilton Depression Scale(以下HAM-D)などが、併存した精神症状にMINIなどが使用された。併存症状には、うつ、不安障害、身体化障害、罪悪感、AAなどがあり、治療の除外としたのは、精神遅滞、統合失調症、薬物乱用、脳損傷、妊娠などであった。研究の実施にあたっては、大学や地域の倫理委員会による承認と、対象からの文書による説明と同意が得られていた。

NET治療は4回から10回、60分から150分、ペースは隔日から隔週で実施された。NET技術を持つセラピストによる実施が15本、訓練した現地援助者による実施が4本で、実施者の違いや通訳の有無による効果への影響はみられなかった。

PTSD症状に対するNETの効果は、4ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、12ヶ月の時点で比較検討された。14本(表2、3の1~5、9、11~18)でPTSD症状は顕著に軽減され、エフェクトサイズは、Cohen's d 1.29~3.15等を認めた。NETに反応しない群がみられた(表2、3の19)が、この対象には戦闘員から市民への重要な役割変化がみられた。うつへのNETの効果は、あったとするものが8本(表2、3の1、2、3、7、8、10、17、18)、なかったとするものが5本(表2、3の4、5、12、13、15)であった。このほか、罪悪感(表2、3の17)、精神機能・社会機能(表2、3の6、13、16)などに対するNETの効果や、PTG(表2、3の6、7)、DNA損傷の修復(表2、3の11)、コーピングの改善(表2、3の2)といった効果が示されていた。

表2 対象と施行者：組織的暴力によるPTSDへのNETのRCT

	Study(author,year)	Country	Population	Mean Age	Male Subjects	Providers	Translator
1	Adenauer et al. 2011 2)	ドイツ	難民申請者 19名	NET28.6 WL33.6	NET8 WL4	臨床心理士	有
2	Al-Hadethe et al.2015 4)	イラク	長年戦争に曝された 男子学生60名 16才~ 19才	not reported	NET20 EFT20 WL20	研究者	無
3	Bichescu et al. 2007 16)	ルーマニア	拷問・監禁から 40年以上たった18名	NET68.9 PED69.8	17	セラピスト	無
4	Ertl et al. 2011 41)	北ウガンダ	元少年兵 85名	NET18.7 SC9 WL16	NET13 SC9 WL16	NET研修を受けた 現地セラピスト	無
5	Hensel-Dittman et al. 2011 56)	ドイツ	難民申請者 28名	33.5	12	セラピスト	有
6	Hermenau et al. 2013 59)	コンゴ	元少年兵 30名	NET19.0 WL19.0	NET15 WL15	心理学者 psychologist	有
7	Hijazi et al. 2012 60)	USA	難民イラク人 53名	NET48.4, 47.2 WL50.7, 48.2	NET15 WL11	セラピスト	無
8	Hijazi et al. 2014 61)	USA	難民イラク人 63名	48.2	NET15 WL13	セラピスト	無
9	Jacob et al. 2014 67)	ルワンダ	大量虐殺の未亡人と孤児 76名	NET 48.29, 25.06 WL46.86, 24.00	not reported	NET研修を受けた 現地セラピスト	無
10	Köbach 2015 76)	コンゴ	元戦闘員 145名	NET23.5	145	NET研修を受けた 現地セラピスト	無
11	Morath et al. 2014 84)	ドイツ	難民 38名	NET28.7 WL30.1	13 13	臨床心理士	not reported

	Study(author,year)	Country	Population	Mean Age	Male Subjects	Providers	Translator
12	Morath et al. 2014 85)	ドイツ	難民ほか 34名	NET28 WL31	9 11	臨床心理士	有
13	Neuner et al. 2004 98)	ウガンダ	スーダン人の 避難民43名	NET31.9 SC33.8 PED34.2	16	セラピスト	有
14	Neuner et al. 2008 99)	ウガンダ	ルワンダ人 ソマリア人の 避難民277名	NET 34.2 TC 35.2 WL 35.6	135	NET研修を受けた 現地援助者	無
15	Neuner et al. 2009 102)	ドイツ	難民申請者 32名	NET 31.1 TAU 31.6	22	セラピスト	有
16	Ruf et al. 2010 127)	ドイツ	避難所の子ども 7才~ 16才, 26名	11.42	14	セラピスト	有
17	Schaal et al. 2009 130)	ルワンダ	ルワンダ人孤児 14才~ 28才, 26名	19.42	10	セラピスト	有
18	Stenmark et al. 2013 145)	ノルウェー 一般の精神科	難民申請者, 難民 81名	NET34.5 TAU36.6	NET34 TAU22	心理士, 精神科医 ナース, ワーカー	有
19	Stenmark 2014 146)	ノルウェー 一般の精神科	難民申請者, 難民 54名	35.7	36	心理士, 精神科医 ナース, ワーカー	有

Note. EFT=Emotional Freedom Techniques; NET=Narrative Exposure Therapy; PED=Psychoeducational Intervention; SC=Supportive Counseling;

TAU=Treatment as Usual; TC=Trauma Counseling; WL=Waiting List

表3 方法とデータ： 組織的暴力によるPTSDへのNETのRCT

	Study (author, year)	Interventions	Variables	Measures	Effectiveness of the therapy on PTSD severity	Other information	Effect size for NET : PTSD severity
1	Adenauer et al. 2011	NET(n=11)12回, 平均108分 週1~ 隔週 WL(n=8)	PTSD うつ	CAPS, MINI HAM-D, MEG	4ヶ月後NETのみ軽減 軽減率45.5%	NETのみうつを軽減 NETの前後で脳の神経 ネットワークに変化あり	4ヶ月後で Cohen's d=2.21
2	Al-Hadethe et al. 2015	NET(n=20)4回60~ 90分, 3.4日おき EFT(n=29)4回, 60~ 90分, 3.4日おき	PTSD うつ, 不安 コーピング	BTHS, SPTSS HADS Coping strategies	NET, EFT共に軽減したが EFTの方が顕著に軽減	NET, EFT共に うつ, 不安, コーピング を軽減, 改善	6ヶ月後で Hedge's g=0.53
3	Bichescu et al. 2007	NET(n=9)5回, 各120分 週1~ 隔週, 10週以内 心理教育(n=9)1回	PTSD うつ	GIDI BDI	6ヶ月後NETのみ軽減 軽減率 NET55% PED11%	NETのみが うつを軽減	6ヶ月後で Cohen's d=3.15
4	Ertl et al. 2011	KIDNET(n=29)8回90~ 120分週3 SC(n=28)8回学習指導とカウンセリング WL(n=28)	PTSD うつ	CAPS, MINI	12ヶ月後にNETのみ軽減 軽減率NET51.6%	うつは変化なし	12ヶ月後 Cohen's d=1.80
5	Hensel-Dittman et al. 2011	NET(n=15)10回, 90分 10日おき, 13週程度 SIT(n=13)10回, 同上	PTSD うつ	CAPS, MINI HAM-D	NETのみが軽減 12ヶ月後の軽減率 NET 37% SIT 20%	うつは変化無し	12ヶ月後で Cohen's d=1.59
6	Hermenau et al. 2013	NET(n=15)7回60分隔日2週間 WL(n=15)	PTSD AA	PSS-1 AAS	6ヶ月後NETのみ軽減	AASは時と共に両群とも 軽減し, 差異無し 軍との関係を切った	6ヶ月後で Cohen's d=0.58
7	Hijazi et al. 2012	NET(n=35)3回60~ 90分週1 WL(n=18)	PTSD, うつ 精神的健康度 PTG	HTQ, BDI-II PTGI, WHO-5 PHQ-15	NETはやや軽減	NETはうつをやや軽減し PTGをもたらず	Cohen's d=0.34
8	Hijazi et al. 2014	brief NET(n=41)3回60~ 90分 WL(n=22)	PTSD, うつ PTG	HTQ, BDI-II PTGI, WHO-5	4ヶ月後やや軽減	NETはうつをやや軽減し PTGをもたらず	Cohen's d=-0.50
61)							

Study (author, year)	Interventions	Variables	Measures	Effectiveness of the therapy on PTSD severity	Other information	Effect size for NET : PTSD severity
9 Jacob et al. 2014 67)	NET-1(n=38)8回80~150分3日あけて WL(n=38) NET-2(n=38)8回80~150分3日あけて	PTSD	PPS-I, CAPS	12ヶ月後NETのみ顕著に軽減 PTSD% NET1 74%→42% NET2 95%→39%	研修を受けた現地のセラピストから研修をうけた 第二世代のセラピストでも 同じ効果が得られた	Cohen's d=1.47 d=1.37
10 Köbach 2015 76)	FORNET(n=70)7回120分 5個人+2グループ TAU(n=75)	PTSD AA うつ 薬物依存	PSS-I AFAS/AAS PHQ-9 TCUDSII	NETのみ軽減	AAは変化無し NETはうつを軽減 NETは薬物依存を緩和	not reported
11 Morath et al. 2014 84)	NET(n=19)12回4ヶ月 WL(n=19)	PTSD DNAの損傷	CAPS Basel DNA - breakage	4ヶ月後NETのみ顕著に軽減	NETはDNAの損傷を 修復する	d=-1.72
12 Morath et al. 2014 85)	NET(n=17)12回90分週1 WL(n=17)8ヶ月そのまま	PTSD うつ 身体症状	CAPS HAM-D SOMS-7	1年後NETのみ著しく軽減	うつは変化なし NET群で免疫システムの 損傷が修復された	Hedge's g=-1.96
13 Neuner et al. 2004 98)	NET(n=17)4回, 各90~ 120分, 週1, 3~4週 SC(n=14)4回, 同上 PED(n=12)1回	PTSD 不安 うつ	CIDI, PDS SRQ-20 SF-12	SC, PEDに比べ NETが軽減 1年後の軽減率 NET71.4% SC 21.4% PED 20%	NET群で 精神機能が向上 不安, うつ状態は 変化せず	1年後で Cohen's d=1.9 CIDI d=1.6 PDS
14 Neuner et al. 2008 99)	NET(n=11)6回, 60~120分, 週2 TC(グリーフワーク含) (n=11)6回, 同上 WL(n=55)	PTSD 身体的健康	PDS, CIDI 健康状態の チェックリスト	NETとTCで軽減 9ヶ月後の軽減率 NET 69.8% TC 65.2% WL 36.8%	NETとTCで 身体的健康が 改善	9ヶ月後で Cohen's d=1.4
15 Neuner et al. 2009 102)	NET(n=16)9回 120分, 週1~隔週 TAU(n=16)9回, 同上	PTSD うつ 痛み	PDS, CIDI HSCL-25	NETのみ軽減	うつは変化無し NETで痛みが軽減	6ヶ月後で Cohen's d=1.6

Study (author, year)	Interventions	Variables	Measures	Effectiveness of the therapy on PTSD severity	Other information	Effect size for NET : PTSD severity
16 Ruf et al. 2010 127)	KIDNET(n=13)7~10回 90~120分,週1 WL(n=13)	PTSD 精神機能	UCLA Index RPM, MINI KID	KIDNETのみ軽減 6ヶ月後の軽減率 KIDNET 83%	KIDNETで 精神機能が改善	12ヶ月後で Cohen's d=1.81
17 Schaal et al. 2009 130)	NET(グループワーク含) (n=12)4回120~150分週1 IPT(n=14)4回同上	PTSD うつ	CAPS, MINI HRSD	NETの方が軽減 6ヶ月後の軽減率 NET 75% IPT 29%	IPTもNETもうつを軽減 NETの方が有効 NETは罪悪感を軽減	6ヶ月後で Cohen's d=1.29
18 Stenmark et al. 2013 145)	NET(n=51)10回90分週1 TAU(n=30)10回90分週1	PTSD うつ	CAPS HAM-D, MINI	NETの方が軽減 6ヶ月後PTSDでないのは NET55.5% TAU19%	うつは両群ともやや軽減 難民も難民申請者も 同じ効果	6ヶ月後 Hedge's g=1.53
19 Stenmark 2014 146)	NET(n=33)10回90分 TAU(n=21)10回90分	PTSD うつ	CAPS HAM-D, MINI	NETにより軽減された群と 反応しない群がある	NETの効果を減じる要因は 男性, 加害体験	not reported

Note. AA=Appetitive Aggression; AAS=Appetitive Aggression Scale; AFAS=Appetitive and Facilitative Aggression Scale; BDI=Beck Depression Inventory;

BTHS=Baghdad Trauma History Screen; CAPS=Clinician-Administered PTSD Scale; CIDI=Composite International Diagnostic Interview;

EFT=Emotional Freedom Techniques; FORNET=Forensic Offender Rehabilitation Narrative Exposure Therapy; HADS=The Hospital Anxiety and Depression Scale

HAM-D=Hamilton Depression Scale; HRSD=Hamilton Rating Scale for Depression; HSCL-25=Hopkins Symptom Checklist 25;

HTQ=Harvard Trauma Questionnaire; IPT=Interpersonal Therapy; KIDNET=Narrative Exposure Therapy for children; MEG=Magnetoencephalography;

MINI=Mini-International Neuropsychiatric Interview; NET=Narrative Exposure Therapy; PDS=Posttraumatic Stress Diagnostic Scale;

PED=Psychoeducational Intervention; PHQ-9=Patient Health Questionnaire 9; PSS-I=PTSD Symptom Scale-Interview ;

PTG=Post Traumatic Growth; PTGI=Post Traumatic Growth Inventory; RPM=Raven's Progressive Matrices; SC=Supportive Counseling;

SF-12=Medical Outcomes Study Self-Report Form12; SIT=Stress Inoculation Training; SOMS-7=Screening for Somatoform Symptoms 7;

SRQ-20=Self-Reporting Questionnaire 20; SPTSS=Scale of Posttraumatic Stress Symptoms;

TAU=Treatment as Usual; TC=Trauma Counseling; TCUDSI=Texas Christian University Drug Screen II;

WHO=World Health Organization's Well-being Index; WL=Waiting List

2.5 市民生活由来の PTSD への NET の効果：RCT

市民生活由来のPTSDに対するNETの効果を示すRCT文献8本を紹介する（表4、5）。対象総数は231名である。トラウマの種類は、暴力被害・加害、養育者からの虐待など長期的反復的なトラウマで、成人を対象とした研究が6本、子どもを対象とした研究が2本（表4、5の2と3）であった。このほか、自然災害（四川大地震）の被災者を対象とした研究が2本あり（表4、5の7、8）、NET-RというNETの短縮版が開発され使用されていた。

NETのPTSDへの効果は全研究で検討され、この他にうつ、精神的健康、AA、BPD症状、解離症状、睡眠障害などが検討されていた。対象群は、瞑想 - リラクゼーション、BPDの専門家による治療などで、使用尺度は、PTSD診断と症状に、Scale of Posttraumatic Symptoms、UCLA PTSD Index for DSM-IV、PTSD Symptom Scale-Interview、PDS、Impact of Event Scale-Revisedが使用され、うつ症状には、Hospital Anxiety and Depression Scale、HAM-Dが、併存した精神症状に、AA Scale、Borderline Symptom List23、Dissociative Experiences Scaleなどが使用された。併存症状は、うつ、解離症状、身体症状、AA、BPD症状、睡眠障害などで、治療の除外としたのは、精神遅滞、神経障害、高い自殺傾向、薬物依存、妊娠などであった。

NET治療は3回から6回、BPDを併存した患者を対象とした研究（表4、5の5）では3回から30回、60分から120分、ペースは2～4日おきから週1回で実施された。NET技術を持つセラピストや医師による実施が3本、訓練を受けた援助者による実施が5本である。

PTSD症状へのNETの効果は、1～3ヶ月、6ヶ月の時点で比較検討され、7本（表4、5の1、2、4～8）においてPTSD症状は顕著に、あるいは明らかに軽減され、エフェクトサイズはHedge's $g=1.09\sim3.61$ 、Cohen's $d=1.96$ であった。NET実施後にPTSD症状が悪化した群（表4、5の3）も、コントロール群の悪化より少なく、日常暴力の軽減が認められた。

うつへのNETの効果は、検討していた4本（表4、5の1、5、7、8）全てで示された。このほか、BPD症状・解離症状の軽減（表4、5の5）、精神的健康の向上（表4、5の2、7、8）、PTG（表4、5の7、8）といった効果が示された。

表4 対象と施行者：市民生活由来のPTSDへのNETのRCT

	Study(author, year)	Country	Population	Mean Age	Male Subjects	Providers	Translator
1	Alghamdi et al. 2015 3)	サウジアラビア	消防士 34名	NET 28.7 WL 32.2	not reported (34)	研究者	無
2	Catani et al. 2009 20)	スリランカ	過去に戦争体験があり 津波被害(2004)の子ども 31名	NET 11.6 MR 12.3	NET 10 MR 7	NET研修を受けた 現地の教師, セラピスト	無
3	Crombach et al. 2015 28)	ブルンジ (アフリカ)	元ストリートチルドレン 32名	17.0	32	ドイツ人,ノルウェイ人の セラピスト	有
4	Hinsberger et al.2016 62)	南アフリカ	治安の悪い地域の男性成人 39名	22.95	39	NET,CBTの研修を受けた ドイツ人と南アフリカ人の 健康の専門家	有
5	Pabst et al. 2014 125)	ドイツ	精神科通院・入院中の BPD+PTSD患者 22名	NET 30.36 TBE 29.45	NET 0 TBE 0	臨床心理士 精神科医	無
6	Weinhold et al.2016 159)	ドイツ	精神科通院・入院中の BPD+PTSD+睡眠障害 患者21名	NET31.9 TAU29.5	NET TAU	NET研修を受けた 臨床医	無
7	Zang et al. 2013 163)	中国	四川省大地震(2008)被災者 22名	NET 56.64 WL 54.82	NET 3 WL 2	セラピスト	無
8	Zang et al. 2014 164)	中国	四川省大地震被災者 30名	NET53.50 NET-R 56.50 WL 50.90	NET 1 NET-R 2 WL 0	セラピスト	無

Note. MR=Meditation-Relaxation; NET=Narrative Exposure Therapy; NET-R=revised NET; TAU=Treatment as usual;
TBE=Treatment by Experts for Borderline Personality Disorder; WL=Waiting List

表5 方法とデータ：市民生活由来のPTSDへのNETのRCT

Study (author, year)	Interventions	Variables	Measures	Effectiveness of the therapy on PTSD severity	Other information	Effect size for NET : PTSD severity
1 Alghamdi et al. 2015	NET(n=17)4回90分, 3週間 2~ 4日おき	PTSD うつ	SPTSS HADS	前, 後, 3・6ヶ月後 NETのみ顕著に軽減 6ヶ月後効果はやや低下	NETはうつを顕著に軽減 しかしその効果は6ヶ月後には 維持されず (洪水被害があったため)	NET後 Hedge's g=2.05
3) WL(n=17)	2週間後にNETへ	コーピングスキル ソーシャルサポート	Brief COPE Scale Social Support Scale			
2 Catani et al. 2009	KIDNET(n=16)6回60~ 90分 MED-RELAX(n=15)6回 60~ 90分	PTSD 機能障害 精神的健康	UPID	前, 後, 1・6ヶ月後 KIDNET, MED-RELAX共に顕著に軽減 自然回復率より高い, 効果維持	KIDNET, MED-RELAX共に 機能障害, 精神的健康に有効	Cohen's d=1.96
20)						
3 Grombach et al. 2015	FORNET(n=16)5回 60~ 120分	日常の暴力行為 PTSD	offense checklist UCLA Index	前, 後, 4~ 7ヶ月後 NET後に増悪したが TAU群はNETより増悪	AAはNETもTAUも軽減 身体症状は両群とも漸増だが TAUの方がより増悪 日常暴力はNETのみ軽減	not reported
28)	TAU(n=16)同上	AA 身体的健康	AA Scale			
4 Hinsberger et al. 2016	FORNET(n=15)8回120分 TFAC(n=11)7回120分 62)	PTSD AA	PSS-I AA Scale	前, 8ヶ月後 FORNETのみが軽減	AAへの効果は明らかでない	Cohen's d=0.97
5 Pabst et al. 2014	NET(n=11)平均17.2回, 90分 週1~ 2回	PTSD BPD症状	PSSI/PDS BSL-23	前, 6ヶ月後, 1年後 TBEも軽減したが NETは顕著に軽減	BPD症状, うつは TBEは軽減, NETは顕著に軽減 解離はNETのみ顕著に軽減	Hedge's g=1.6
120)	TBE(n=11)同上 DBTを含む	うつ 解離	HAMD FDS(=DES)			
6 Weinhold et al. 2016	NET(n=13)90分, 週1~ 2回 TAU(n=8)同上 DBTを含む 159)	PTSD 睡眠障害	PDS, HAMD 睡眠ポリグラフ検査 PSOI	前, 後, 6ヶ月後 NETのみが軽減 睡眠いかんが長い人ほど軽減	NETは睡眠障害に有効 入眠時間の短縮, 中途覚醒の 減少がみられた	not reported
7 Zang et al. 2013	NET(n=11)4回60~ 90分 2週間, 2~ 4日おき	PTSD うつ	IES-R HADS	前, 2週間後, 2ヶ月後 NETのみ顕著に軽減 効果は維持	NETはうつと不安を軽減し 大きなPTGをもたらした 精神的健康向上	Hedge's g= 1.09-1.35
163)	WL(n=11) 2週間後にNETへ	PTG 精神的健康 ソーシャルサポート コーピングスタイル	CiQQ-S GHQ-28 MSPSS SCSQ		ソーシャルサポート変化なし コーピングスタイル変化なし	

Study (author, year)	Interventions	Variables	Measures	Effectiveness of the therapy on PTSD severity	Other information	Effect size for NET : PTSD severity
8 Zang et al. 2014	NET(n=10)4回60~90分 2週間, 週2回	PTSD うつ	IES-R HADS	前, 1・2週間後, 3ヶ月後 NET, NET-Rは顕著な軽減 NETとNET-Rは同様な効果	NET, NET-R共に うつを顕著に軽減 ソーシャルサポート向上	Hedges's g= NET 3.61 NET-R 4.79
164)	NET-R(n=10)3回60~120分 1, 2日おき WL(n=10)	精神的健康 PTG ソーシャルサポート	GHQ-28 CiQQ-S MSPSS	3ヶ月後にはさらに向上	コーピングスタイル向上	
2週間後にNET-Rへ Brief COPE Scale						

Note. AA=Appetitive Aggression; BSL-23=Borderline Symptom List23; CiQQ-S=Short Form of the Changes in Outlook Questionnaire;

DBT=Dialectical Behavior Therapy; DES=Dissociative Experiences Scale; FORNET=Forensic Offender Rehabilitation Narrative Exposure Therapy;

GHQ-28=General Health Questionnaire28; HADS=Hospital Anxiety and Depression Scale; HAM-D=Hamilton Depression Scale;

IES-R=Impact of Event Scale-Revised; KIDNET=Narrative Exposure Therapy for children; MED-RELAX=Meditation-Relaxation;

MSPSS=Multidimensional Scale of Perceived Social Support; NET=Narrative Exposure Therapy; PDS=Posttraumatic Stress Diagnostic Scale;

PSSI=PTSD Symptom Scale-Interview; PSQI=Pittsburgh Sleep Quality Index; PTG=Post Traumatic Growth; SCSQ=Simplified Coping Style Questionnaire;

SPTSS=Scale of Posttraumatic Stress Symptoms; TAU=Treatment as Usual; TBE=Treatment by Experts for Borderline Personality Disorder;

TFAC=Thinking for a Change; UPID=UCLA PTSD Index for DSM-IV; WL=Waiting List

2.6 市民生活由来の PTSD への NET の適応の検討

市民生活由来の PTSD への適応については、対照群のない実施報告 11 本、ケース報告 2 本、適応の検討 31 本、治療モデルの提案 1 本があり、NET の PTSD への効果と臨床的意義が検討されていた。

対象群のない実施報告とケース報告、計 13 本の対象は、PTSD と診断されたクリニック外来患者、³³⁾⁵⁵⁾⁸³⁾¹⁴⁴⁾、BPD を併存する PTSD 患者^{35) 39)119)147)}、複雑性悲嘆を併存する PTSD 患者³⁴⁾、孤児⁵⁸⁾、スキー事故の負傷者⁴⁷⁾、犯罪者・収監者¹⁹⁾、大地震被災者⁶⁸⁾である。

PTSD への効果は 13 本全てで検討され、いずれも顕著に、あるいは明らかに軽減していた。うつへの効果は 9 本で検討され、軽減が 7 本、明らかでなかったのが 2 本であった。解離への効果は 7 本で検討され、いずれも顕著あるいは明らかに軽減していた。BPD 症状への効果は 4 本で検討され、いずれも顕著に軽減していた。このほか AA、罪悪感、パラノイアスケール、身体症状、複雑性悲嘆への効果が示された。

NET の適応の検討は、DV⁹¹⁾および子ども虐待の被害者⁸⁶⁾⁸⁷⁾、妊娠あるいは育児中の、親密なパートナーからの暴力被害者¹⁵⁸⁾、警官・救急隊員・風俗業従事者など職業的トラウマを持つ者^{77) 115)}、犯罪加害者⁵³⁾、死別体験者¹⁴⁹⁾トラウマ的悲嘆⁸⁰⁾、都市部の若者の負う複雑なトラウマ²⁷⁾、PICU に入った子どもの親²⁶⁾、BPD を併存する患者^{49) 50)}、重い精神疾患を併存する患者⁷⁹⁾、London 爆発事件の被災者²⁹⁾、自然災害の被災者¹⁷⁾⁸¹⁾に対してなされていた。

NET 実施の場については、刑務所¹⁹⁾、学校⁴²⁾¹⁸⁾、カップル療法⁸²⁾や、児童養護施設⁸⁶⁾が検討されていた。Campbell は刑務所で NET を受けた男性の感想を紹介している¹⁹⁾。男性は「刑務所は NET をするのに一番適した場所だと思うよ。頭がはっきりしてる（薬物が抜けている）からさ。」（筆者訳）と語り、「大変な作業だから自分からしようとは思わないだろうけど、やったら気分がよくなるよ。」と他の受刑者に NET を勧めている。学校実施の対象とされたのは、その地域に定着した難民の子どもである。受け入れ国に定着した子どもが受ける最初の公共サービスが学校教育であることから、学校をトラウマ治療に結びつける意義が述べられていた。ここで示されるのは、トラウマを戦争由来、市民由来と区別することが困難になりつつある現実である。戦争由来のトラウマを負った家族には、家庭内の暴力も頻発する。戦争由来のトラウマを負った人々と共に生活を営む社会にもその影響は及んでくるであろう。

NET の要素について検討した文献もあった。ナラティブ生成という特徴については、植民地化といった民族的傷つきに対し共同体の語りを生み出す効果を指摘したもの¹⁷⁾⁵²⁾や、愛着トラウマを持つ子どもの愛着形成に有効とするもの⁸⁶⁾があった。ナラティブを書き留めるという要素について、インテラピー、筆記開示などとの比較において有効性を指摘したもの¹⁴³⁾や、ライフラインの要素がトラウマ的出来事を質実ともに可触化すると指摘するもの⁸²⁾¹³³⁾、また、culturally sensitive（文化宗教の違いによって傷つけられることが無い）であることや意味生成をするという特徴がトラウマ的悲嘆に有効である⁸⁰⁾、とするもの、また簡便な技法という特徴をさらに強化した、NET-R（NET の短縮版）¹⁶⁴⁾の災害時

の実施について検討したもの¹⁷⁾があった。また、NETの曝露療法という要素をミラーニューロンや「身体化されたシミュレーション」という視点から検討し、曝露療法の中で患者とセラピストとの間で生じていることについて検討し、CBTと神経科学と精神分析とを統合しようと試みた研究¹²¹⁾もあった。

治療法の効果や適応の検討は、臨床家の報告に基づくものがほとんどであるが、NETの使い心地について患者の報告から効果と適応の検討を行った研究²⁹⁾があり、NETのトラウマを全人生史に埋め込んで行く技法は取り組み易く有効という報告がなされていた。

また、簡便な技法というNETの特徴から、子どものトラウマ治療に対応する「階層ケアモデル (cascade model)」が提案されていた¹²⁸⁾。KIDNET技法を身につけた専門家が地域のカウンセラー（第一世代）を養成し、第一世代による治療効果をRCTによって明らかにし、第一世代が第二世代を養成する。これを繰り返して実施者を増やすというものである。

2.7 我が国における PTSD 治療法としての NET の可能性

第二章ではNETの先行研究を紹介し、そのPTSDへの効果、特に市民生活由来の複雑なトラウマへの効果の検討を行うことを目的に文献レビューを行った。組織的暴力によるPTSDへのNETの効果を示す先行研究は多く、そのうちRCT18本を紹介した。13本でPTSD症状は顕著に軽減、5本で軽減され、うつへの効果は有無の判断が分かれた。解離症状や罪悪感の軽減、DNA損傷の回復、暴力的行動の減少、治療効果の長期持続などの効果が示された。

開発（2000年代初頭）からの日が浅いゆえに、市民生活由来のトラウマに対するエビデンスは限定的だが、消防士、ストリートチルドレン、BPDを併存するPTSD患者、津波・地震被災者を対象とした6本のRCTのうち5本の中で、PTSDは顕著に軽減され、4本の中ではうつも軽減されていた。解離症状、BPD症状、身体症状の軽減もみられた。RCT以外では、7本のコントロール群の無い実施報告、3本のケース報告があり、PTSD、うつ、解離・BPD症状の軽減が報告されていた。

子どもの虐待やネグレクト、愛着トラウマ、いじめなど、ターゲットが特定しにくいトラウマは市民生活の中にも多い。NETは組織的暴力由来のPTSD治療技法として開発されたが、曝露技法の効果に加え、人生史の構築という独自性から、NETが市民生活由来の複雑なトラウマに対する有効な治療技法となりうることはすでにガイドラインで指摘されていた。犯罪加害者へのFORNETも、司法領域での適応が期待される技法である。大規模災害、職業的トラウマ等に由来する症状に対して有効な治療手段となる可能性も指摘されていた。Lauterbachが指摘するように⁷⁷⁾、「トラウマの犠牲者は自分の状況をトラウマと捉えないことが多いため、人生というより広範な文脈の中にトラウマを置いて行くことが特に有効」であると考えられる。曝露と証言を組み合わせたNETの特性に合致する指摘である。

第三章 市民生活由来の PTSD に対する NET の有効性

3.1 第三章の概要

第三章では、精神病院、大学心理相談室における複雑性 PTSD に対する NET の効果について、尺度結果に基づいて報告し、日本の市民生活由来の複雑性 PTSD に対する NET の効果を検討する。

3.2 研究方法

3.2.1 対象と除外

本研究で報告するのは 14 例である（表 6）。日本の精神科外来および大学心理相談室での実施例で、実施の途中で入院をはさんだ例が 3 例ある。全員が日本人で、日本語を母語とする。女性 13 名、男性 1 名で、年齢は 22 才～65 才、平均 38.14 才であった。対象は、11 名が医師によりあるいは CAPS により PTSD と診断された方、1 名が CAPS のスコアは PTSD 水準だが A 基準を満たさないために適応障害とされた方、2 名が IES-R の得点や聞き取りによる過去の外傷体験から複雑性の PTSD の要素が一定以上あると思われた方である。精神科外来を受診し NET の適応があると思われた患者に NET の提案をし、また、NET を実施していることを知って大学心理相談室を訪れた来談者のうち適応のある方に、NET 治療を実施した。

除外としたのは、DID の診断、統合失調症の診断、発達障害の診断、妊婦、安全の確保ができない状態、動機の不足、意識・覚醒水準の低下（多量投薬による過鎮静状態、物質乱用など）、語る能力の不足（幻覚妄想状態、頻繁な解離症状、失語症、精神遅滞など）、人生史を語ることが不可能な程の自我の脆弱性である。

対象には併存症状として、うつ病、双極性感情障害、BPD、情緒不安定性人格障害（ICD-10F60.31 に境界型人格障害を含む）、アルコール依存症、摂食障害、複雑性悲嘆、解離性障害、適応障害、線維筋痛症などがみられた。

外傷体験の種類は、長期にわたる子ども虐待（心理的、身体的、性的）、ネグレクト（完全な養育放棄を含む）、愛着トラウマ、兄弟間差別、DV の目撃や DV 被害、いじめ被害、性被害、犯罪被害、惨事の目撃、交通事故、トラウマ的死別、監禁、裏切られ体験、墮胎などであった。どのケースも長期的反復的なトラウマを含み、自己調整能力の障害が顕著で複雑性 PTSD であると考えられた。NET を実施した精神病院は、精神科救急を行っている 450 床程の精神科単科の病院であり、病院実施の 12 例には、NET 開始時の通院歴が 0 年～23 年、入院歴が 0 回～33 回など、比較的重症であるという特徴があった。

表6 対象

ケース	年代	診断名	IES-R	CAPS	通院歴	入院歴	NET実施以前の状態／トラウマの種類
A	40	うつ病、PTSD BPD	60	—	6年	3回	抑うつ、慢性的疲労感、孤独感、激しい怒り、性的逸脱、 アルコール乱用、リストカット、ODなどの自己破壊的、衝動的行為 ／親からの心理的・身体的・性的虐待、兄弟間差別、いじめ被害、性被害、DV被害
B	40	非定型うつ病 情緒不安定性パーソナリティ障害	57	—	1年	—	薬物乱用、危険な性行為など自己を傷つける衝動、 慢性的な空虚感、解離症状、激しい怒りの爆発 ／親からの心理的虐待・ネグレクト、性被害、墮胎、DV被害、惨事の目撃、犯罪被害
C	30	情緒不安定性パーソナリティ障害	47	55	7年	1回	見捨てられ不安、性的逸脱、自傷、過食、OD等の自己破壊的行為 激しい怒りと攻撃性に基づく対人関係 ／親からの心理的・身体的虐待、DVの目撃、DV被害、墮胎、性被害
D	30	双極性障害、 BPD	42	51	12年	20回	抑うつ、焦燥感、強い希死念慮、長年の自傷行為、自殺企図 不安定な自己像と慢性的空虚感 ／愛着形成不全、性被害、いじめ被害・裏切られ体験
E	40	アルコール依存、摂食障害 BPD	67	111	14年	17回	長時間の過食嘔吐、感情爆発、様々な手段による自傷行為、自殺企図 アルコール依存、解離性健忘 ／親からの心理的・身体的・性的虐待、ネグレクト、監禁、DV被害、性被害、墮胎
F	40	なし	36	—	—	—	消化器系、婦人科系の身体症状、自律神経・免疫系の重いストレス関連症状 人生の中で周期的に訪れる希死念慮、抑うつ ／DVの目撃、親からの心理的・身体的・性的虐待
G	20	なし	71	—	—	—	自律神経系の重いストレス症状、対人恐怖と対人関係の困難 自傷行為、希死念慮、解離症状 ／親からの心理的虐待、兄弟間差別、ネグレクト、性被害、ストーカー被害

ケース	年代	診断名	IES-R	CAPS	通院歴	入院歴	NET実施以前の状態／トラウマの種類
H	30	うつ病	68	85	6年	4回	意識消失発作、OD・リスク・頭を壁に打ち付ける等の自傷行為 強い迫害不安、破局的思考、睡眠障害、強い抑うつ ／親からの心理的・身体的虐待、兄弟間差別、性被害、墮胎
I	20	アルコール依存症を伴う うつ病	63	81	—	—	リストカット、火傷、頭を壁に打ち付ける等の自傷行為 アルコール依存、性的逸脱、希死念慮 ／親からの心理的虐待、兄弟間差別、性被害、いじめ、DV被害、交通事故
J	60	うつ病、双極性障害	61	62	8年	—	情緒的混乱、苦悩、抑うつ、希死念慮 ／ネグレクト、DV目撃、親からの心理的、身体的虐待、性被害、DV被害、墮胎 交通事故、家族の犯罪行為、暴力
K	50	うつ状態、繊維筋痛症 PTSD、双極性感情障害	70	85	23年	1回	長年の希死念慮、全身の疼痛、睡眠障害 ／ネグレクト、兄弟間差別 親からの心理的虐待、養父母からの心理的・身体的虐待
L	30	うつ病	67	83	2年	1回	手足など身体のしびれ、睡眠障害、破局的思考 激しい罪悪感と希死念慮 ／長期のいじめ被害、リストラ、両親とのトラウマ的死別
M	20	解離性障害 BPD	57	70	9年	1回	長年の重い解離症状(特に健忘と離人感、非現実感) 希死念慮、醜形恐怖、抑うつ ／親からの心理的虐待、ネグレクト、兄弟間差別、ストーカー被害、墮胎
N	20	PTSD、うつ病 適応障害 情緒不安定性パーソナリティ障害	61	99	6年	33回	リストカット、OD、飛び降り、首つり、心中など頻回の自傷行為 希死念慮、パニック症状、暴力行為 ／親からの心理的・身体的虐待、ネグレクト、DV目撃、性被害、トラウマ的死別

3.2.2 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言と「臨床研究における倫理綱領」に従い、プライバシーに関する守秘義務の遵守と匿名性の保持に対する十分な配慮を行った。また、一般社団法人日本心理臨床学会が倫理綱領第 11 条の規定に基づいて定めた倫理基準に従い、以下の点に留意した。

治療の意義を十分に検討し、対象者の心身の負担及び苦痛の程度並びにこうむるおそれのある不利益の内容及び程度を十分に勘案した上、道義的に認められる範囲の計画であることを確認し、実施機関および主治医の同意のもとで実施した。治療の途中に予想外の有害効果又は不利益をもたらすおそれが生じると思われる場合には、その手続を変更し、又は中止することができる柔軟な姿勢で臨んだ。

対象者は全員成人であり、対象者に対し事前に治療法について説明し理解を得た上で、文書による同意を得た。その際、トラウマ治療の発展に寄与するために治療結果について論文にまとめて公表する可能性についても説明し同意を得た。また、対象者には治療の継続、中断を選択できる自由を保証し、治療後適切なフィードバックを行って誤解が生じないよう配慮した。本研究は甲南大学倫理委員会の承認を得た。

3.2.3 実施者

臨床経験があり NET 研修を受けた臨床心理士 1 名が、取り組みの初期には全セッションを NET エキスパートからスーパーヴィジョンを受けつつ実施し、数例を経た後は必要に応じてスーパーヴィジョンを受けつつ実施した。

3.2.4 方法と実施ペース

14 例のうち、面接開始からラポール形成、質問紙、見立て、心理教育やノーマライゼーションを経た後すぐに NET 治療に入ったものが 10 例、事前に環境調整や症状緩和への対処が必要だったものが 4 例 (C、D、E、M) あった (表 7)。NET 初回に行う「ライフライン」のワークは、本研究では、面接室の構造から、紙の上に線と石と花の図を描く形で行い、だいたいの NET の回数と区切りの予定を共有した。

大学心理相談室での実施が 2 例 (F、G)、精神科外来での実施が 12 例であり、そのうち 3 例 (E、H、N) は実施の途中で入院をはさんで終了した。相談室や外来の枠組みにより、NET 実施に 80 分から 120 分の時間をとっているが、実際にはその中で毎回内容的に区切りのよいところで終了としている。ペースは週 1 回から 2 回、NET 回数は、人生史の長さと同トラウマ的出来事の数により 8 回から 46 回、平均 27.35 回であった。大学相談室にて実施の対象には、大学相談室の相談員、指導教官への連携を確保し、精神科実施の対象には、主治医との連携の下で臨床心理士が NET を実施した。主治医は、NET の作業内容には立ち入らず、行動化、症状憎悪などがいないか観察しながら作業の励ましと慰労を行った。投薬を受けている対象が多かったが、NET 実施中処方方は据え置いた。医師、看護師、各種スタッフとの連携は円滑であり、万一の症状悪化に対し入院体制が備えられた。

表7 治療ペースと使用尺度

ケース	枠	ペース	使用尺度	NET回数	NET後経過	開始前回数
A	外来	80分 週1	IES-R SDS	31	2年のフォローアップ後終結	30
B	外来	90分 週1→2	IES-R SDS	31	1年半のフォローアップ後終結	5
C	外来	90分 週1→2	IES-R SDS DES CAPS	21	1年3ヶ月のフォローアップ後終結	61
D	外来	120分 週1	IES-R SDS DES CAPS	21	4年フォローアップ継続中	48
E	外来、入院	120分 週2	IES-R SDS DES CAPS	31	3年フォローアップ継続中	29
F	大学相談室	90分 週1	IES-R SDS	15	1年のフォローアップ後終結	1
G	大学相談室	90分 週1	IES-R SDS DES	8	1年のフォローアップ後終結	2
H	外来、入院	120分 週1	IES-R SDS DES CAPS	29	1年のフォローアップ後中断	6
I	外来	120分 週1	IES-R SDS DES CAPS	30	1年のフォローアップ後中断	5
J	外来	120分 週1	IES-R SDS DES CAPS	36	2年のフォローアップ後終結	4
K	外来	120分 週1	IES-R SDS DES CAPS	46	5ヶ月のフォローアップ後終結	5
L	外来	120分 週1	IES-R SDS DES CAPS	17	1年半のフォローアップ後終結	6
M	外来	120分 週1→2	IES-R SDS DES CAPS	26	6ヶ月のフォローアップ後終結	18
N	外来、入院	120分 週2	IES-R SDS DES CAPS	41	6ヶ月のフォローアップ後中断	3

IES-R: 出来事インパクト尺度

SDS: 抑うつ尺度

DES: 解離体験尺度

CAPS: PTSD臨床診断面接尺度

ケース A は 40 代、精神科外来で週 1 回 80 分の NET 治療を、途中週 2 回に増やして 6 ヶ月実施。その後、認知再構成を目的とした 1 回 50 分の面接を、週 1 回から隔週、月 1 回とペースダウンし、17 ヶ月後に終結した。ケース B は 40 代、外来で週 1 回 90 分の NET 治療を途中から週 2 回にして 5 ヶ月実施。その後、週 1 回 50 分のフォローアップを 24 ヶ月実施後に終結した。ケース C は 30 代、外来で週 2 回 90 分の NET を 3 ヶ月実施。その後、週 1 回 50 分のフォローアップを 15 ヶ月実施後に終結した。ケース D は 30 代、外来で週 1 回 120 分の NET 治療を 3 ヶ月実施。その後、週 1 回 50 分の継続面接を途中隔週にペースを落として 4 年間実施し、継続中である。ケース E は、40 代、外来で週 2 回 120 分の NET 治療を、途中 3 回の入院を挟んで 4 ヶ月実施。その後、週 2 回 50 分の継続面接を途中週 1 回にペースを落とし 3 年間実施し、継続中である。ケース F は、40 代、大学の心理相談室で週 1 回 90 分の NET 治療を 4 ヶ月実施。その後、週 1 回 50 分のフォローアップ面接を途中隔週ペースから月 1 ペースに落とし、22 ヶ月で終結した。ケース G は、20 代、大学の心理相談室で週 1 回 90 分の NET 治療を 2 ヶ月実施。その後、週 1 回 50 分のフォローアップ面接を隔週から月 1 回にペースダウンし、20 ヶ月で終結した。ケース H は 30 代、外来で週 1 回 120 分の NET 治療を、途中入院を 1 回挟んで 7 ヶ月実施。その後、週 1 回 50 分の継続面接を 4 年間実施し、中断した。ケース I は 20 代、外来で週 1 回 120 分の NET 治療を 7 ヶ月実施。その後、週 1 回 50 分のフォローアップ面接を 26 ヶ月実施し、Th の都合で Th 交代があった後、主治医の判断で終結した。ケース J は 60 代、外来で週 1 回 120 分の NET 治療を 9 ヶ月実施。その後、週 1 回 50 分のフォローアップ面接を 25 ヶ月実施し、Th の都合で Th 交代を提案したが終結した。ケース K は 50 代、外来で週 1 回 120 分の NET 治療を 12 ヶ月実施。その後、週 1 回 50 分のフォローアップ面接を 6 ヶ月実施後に終結した。ケース L は 30 代、外来で週 1 回 120 分の NET 治療を 6 ヶ月実施。その後、週 1 回 50 分のフォローアップ面接を 17 ヶ月実施後に終結した。ケース M は、20 代、外来で週 1 回 120 分の NET 治療を途中から週 2 回にペースをあげて 5 ヶ月実施。その後、週 1 回 50 分のフォローアップ面接を 6 ヶ月実施後に終結した。ケース N は 20 代、外来で週 2 回 120 分

の NET 治療を、途中入院を 3 回挟んで 6 ヶ月実施。その後、週 1 回 50 分の継続面接を 6 ヶ月実施後、主治医異動に伴い転院した。

3.2.5 使用尺度

評価尺度は、PTSD への効果をみるために IES-R（改訂出来事インパクト尺度）と CAPS（PTSD 臨床診断面接尺度）を、うつへの効果をみるために SDS（抑うつ尺度）を、解離症状への効果をみるために DES（解離体験尺度）を使用し、先行研究の尺度実施時期を参考に、治療前、治療 2 週間後、3 ヶ月後、6 ヶ月後、1 年後の 5 時点で測定した。

IES-R（改訂出来事インパクト尺度 Impact of Event Scale-Revised）⁹⁾

自記式質問紙法による PTSD 症状の評価尺度である。PTSD の主症状を 22 項目（侵入 8、回避 8、過覚醒 6）、5 段階で評価し、カットオフポイントは 24/25 である。簡便で低コスト、負担も少なく、症状のスクリーニングや症状変化をみるツールとして用いやすい。日本では最もよく用いられている尺度であり¹⁰⁷⁾、信頼性、妥当性が確認されている⁹⁾。しかし、自記式尺度には回答が意図的にゆがめられるなど妥当性の面で限界がある。侵入症状の項目は、1、2、3、6、9、14、16、20 であり、回避症状の項目は、5、7、8、11、12、13、17、22、過覚症状の醒項目は、4、10、15、18、19、21 である。

CAPS（PTSD 臨床診断面接尺度 Clinician-Administered PTSD Scale）

精度の高い構造化臨床診断面接尺度として国際的に定評があり、PTSD 研究に広く用いられている。日本語版も信頼性、妥当性が確認され¹⁰⁾、保険診療報酬の対象となっている。PTSD 症状の 17 中核症状（再体験症状 5 項目、回避／精神麻痺症状 7 項目、過覚醒症状 5 項目）について点数化して評価するため、客観的な症状評価が可能である。17 症状の頻度と強度を、アンカーポイントが明示された 5 段階で評価する。PTSD の診断の有無の評価のみならず、総得点を PTSD の重症度評価の数量的指標として使うことができる。カットオフポイントは 19/20 である。また、PTSD と関連した症状、罪責感、生き残り罪責感、注意の減退、非現実感、離人感の評価項目がもうけられており、臨床像をより深く理解でき、被面接者に対する症状の心理教育的効果もある。また出来事チェックリストにより、A 基準を満たすかが分かる。しかし、時間、費用などコスト面、精神面の、被面接者の負担が大きく、実施者は一定のトレーニングを受けることが必要である。DSM-5 に準拠した新版が出ているが、本研究では DSM-IV 準拠版を使用した。

SDS（ツェン自己評価式抑うつ尺度 Zung's Self-Rating Depression Scale）

自記式質問紙法による抑うつ症状の評価尺度である。日本語版も標準化され信頼性、妥当性が確認されている。重症度評価、スクリーニングに用いられる。20 の質問項目より構成されシンプルで実施しやすい。各項目は四段階評価され、総得点で抑うつ度を示す。20 項目のうち 2 項目は主感情、8 項目は生理的随伴症状、10 項目は心理的随伴症状を評価し、抑うつ状態像を様々な角度から把握するように作られている。希死念慮頻度を問う 19 項目は、自殺のリスク評価に寄与するとされる⁷⁵⁾。10 項目は逆転項目になっており、順番も入

り交じっていて回答者にパターンがわからないよう工夫されている。総得点の最低得点は20点、最高得点は80点で、点数が高い程うつ病の程度が高いことを意味する⁴⁴⁾。

DES (解離体験尺度 Dissociative Experiences Scale)

信頼性、妥当性の検討を経て最初に作成された解離症状の評価尺度である¹¹¹⁾。DIDの弁別性を基準に項目構成された28項目の尺度で、DES得点の算出には28項目の平均点を用いる。DESは解離性の体験について、体験する種類の多さと頻度の高さの自己評定を捉えている。病的解離性の可能性の判断としては、DES平均値の30点のカットオフ得点がいられるが、偽陽性、偽陰性も少なくない。より高いカットオフポイントを超えるほど、病理性と結びついた著しい解離傾向を持っている可能性が高いと解釈する。病的解離 taxonの判定には8項目(3、5、7、8、12、13、22、27)が閾値を超えているか否かの情報を用いる¹⁵¹⁾。DES-taxon得点と呼ばれる上記8項目の平均得点と、病的解離 taxon判定は異なる。DESには「健忘」「離人」「没入・想像活動への関与」の3つの下位尺度が考えられるが、下位尺度の扱いについては結論をみていない。DESの中で初めて問われ、語られる解離性の体験が少なくないことから、DESをスクリーニングとして用いることにより、面接の中で対象者のアセスメント・理解・援助的介入が容易になるという効果もある。

ICG (複雑性悲嘆質問表 Inventory of Complicated Grief)

複雑性悲嘆の評価尺度はプリガーソンらによって開発された複雑性悲嘆の評価尺度である。19項目からなり、26あるいは30以上をもって複雑性悲嘆とみなす研究が多い⁹³⁾¹²²⁾。尺度の信頼性と妥当性の検討は進められつつある。

3.2.6 統計処理方法

データの分析は、統計ソフト、SPSS ver 22.0 for windows を用いて全データの平均と標準偏差(SD)を示し、被験者要因の効果量(within-subject effect size)をCohen's d -formulaを用いて算出した。NET実施前、2週間後、3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後の5時点におけるデータが全て揃っているものについては、全体を一要因の分散分析(対応あり)で検定し、その後、NET実施前の値と各測定点の値をpaired t test (Bonferroni 補正)を用いて解析した。また欠損値を含む全てのデータについて、各測定点での前値と後値をpaired t testにより解析した。正規分布を示さないDES平均値は、全体をノンパラメトリック法のFriedman testで検定し、その後前値と各測定点をWilcoxon signed-rank test (Bonferroni 補正)を用いて解析した。

3.3. 結果

以下にIES-R、CAPS、SDS、DESの結果を示す。14ケースのうち、実施前、2週間後、3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後の5時点でのデータが揃っているものについては、一要因の分散分析によりpartial η^2 を、またT検定によりCohen's d を算出し、実施前と各測定点の2点間の比較をt検定で解析した。nが14ケースと少ないため、欠損値があるデータについても素点や折れ線グラフで示し、結果を考察した。エフェクトサイズの目安は、

分散分析の効果量 partial η^2 は効果量小=0.01、効果量中=0.06、効果量大=0.14 とされ、Cohen's d は、効果量小=0.2、効果量中=0.5、効果量大=0.8 とされる²⁵⁾。ノンパラメトリック検定の効果量 r は、効果量小=0.1、効果量中=0.3、効果量大=0.5 とされる¹¹⁴⁾。

3.3.1 PTSD 症状評価尺度得点

IES-R の解析結果 (表 8) は、 $n=10$ で、平均は実施前が 57.1、1 年後は 23.2 になった。この時の効果量 Cohen's d は、2.972 であった。NET は PTSD 症状を顕著に軽減したという結果である。

表8 IES-R効果量

Table 1-a. 5点揃: IES-R

Data			P-value for all	Effect size partial η^2	P-value vs. 実施前	Effect size Cohen's d	P-value vs. 実施前
IES-R ($n=10$)			0.000	0.719	a	-	-
NET実施前	57.1	± 11.7			-	-	-
2週間後	34.8	± 15.0			0.000	1.664	0.000
3ヶ月後	27.1	± 16.5			0.000	2.098	0.000
6ヶ月後	27.2	± 13.0			0.000	2.423	0.000
1年後	23.2	± 11.2			0.000	2.972	0.000

データ表示: mean ± sd.

P-value: a, 一要因分散分析; b, paired t test (Bonferroni補正).

※補正前のP値

IES-R 値の素点及び折れ線グラフ (図 3) をみると、NET 実施 1 年後に、過去の出来事からの影響を受けないとされる 24 以下の値になったのは、14 例中 6 例であった。しかしそれ以外のケースにおいても、実施 1 年後に向かって値は漸減している。A は 2 年半後のデータを取る機会を得、2 年半後も順調に値が下がっていた。4 ケース (H、K、M、N) に欠損値がある。H は NET 実施後抑うつが強い状態が続き、来談も間欠的であり、質問紙が負担となることが懸念されたため実施を控えた。しかし 1 年後の値は 68 から 37 と顕著に軽減していた。K は病状とは関係のない理由から途中でフォローアップ面接を終結したため、データが揃わなかった。K のデータがとれた実施前後の値は 70 から 45 と顕著に下がっていた。M は NET 実施 6 ヶ月後までフォローアップを行ったが、6 ヶ月後の IES-R の値は 38 であった。N は主治医の異動に伴い転院したため、3 ヶ月後以降のデータが揃わなかった。

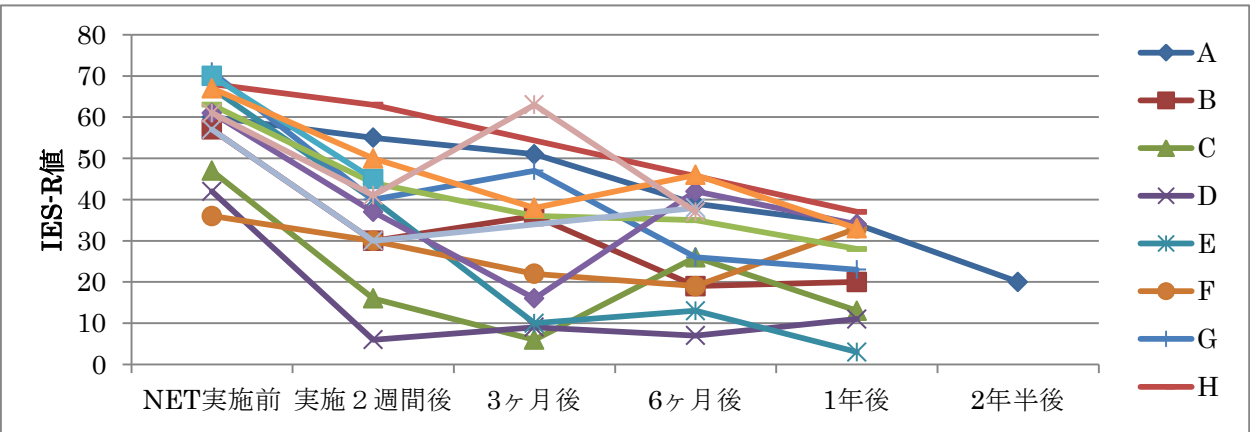


図 3 IES-R

CAPS 値の解析結果（表 9）は、n=6 で、平均は実施前が 73.8、実施 1 年後は 19.8 になった。この時の効果量 Cohen's *d* は、2.587 であった。NET は PTSD 症状を顕著に軽減したとされる値である。前述の IES-R の結果とも合致しており、先行文献を裏付ける結果であった。

表9 CAPS効果量

Table 1-b. 5点揃: CAPS

Data				P-value for all	Effect size partial η^2	P-value vs. 実施前	Effect size Cohen's <i>d</i>	P-value vs. 実施前
CAPS (n=6)				0.000	0.716	a		
NET実施前	73.8	±	22.5			-	-	-
2週間後	28.5	±	14.9			0.007	2.376	0.002
3ヶ月後	28.8	±	22.9			0.080	1.984	0.020
6ヶ月後	24.7	±	21.4			0.065	2.239	0.016
1年後	19.8	±	19.1			0.028	2.587	0.007

データ表示: mean ± sd.

※補正前のP値

P-value: a, 一要因分散分析; b, paired t test (Bonferroni補正).

CAPS は 14 例のうち 5 例目から導入した。実施した 10 例の CAPS 値（図 4）をみると、3 ヶ月後の CAPS 値が上昇した J は、この時期に加害者との接触があった。また、実施 6 ヶ月後に上昇を示した C もこのとき加害者との接触があった。L は第四章で考察するが、PTSD に複雑性悲嘆を伴うケースで、もともとの値が 83 であったことを考えると軽減は顕著であると言えるが 1 年後の値は 54 であった。

4 例(H、K、M、N)で欠損値がある。H は NET 実施後抑うつが強い状態が続き、来談も間欠的であり、質問紙が負担となることが懸念されたため実施を控えた。しかし 1 年後の CAPS 値は 85 から 54 と下がっていた。CAPS の値は 15 の変動で意味のあるものとされるため、31 の下降は明らかな軽減である。K は症状とは関係のない理由から途中でフォローアップ面接を終結したため、データが揃わなかった。データがとれた実施前後の値は 85 から 38 と顕著に下がっていた。M は実施前後で 70 から 50 と軽減があったが、その後身体のだるさが続き、「もうフラッシュバックはなくなったから PTSD の検査はいらないと思う」と述べて検査を受けなかった。N は主治医の異動に伴い転院したため、3 ヶ月後以降のデータが揃わなかった。

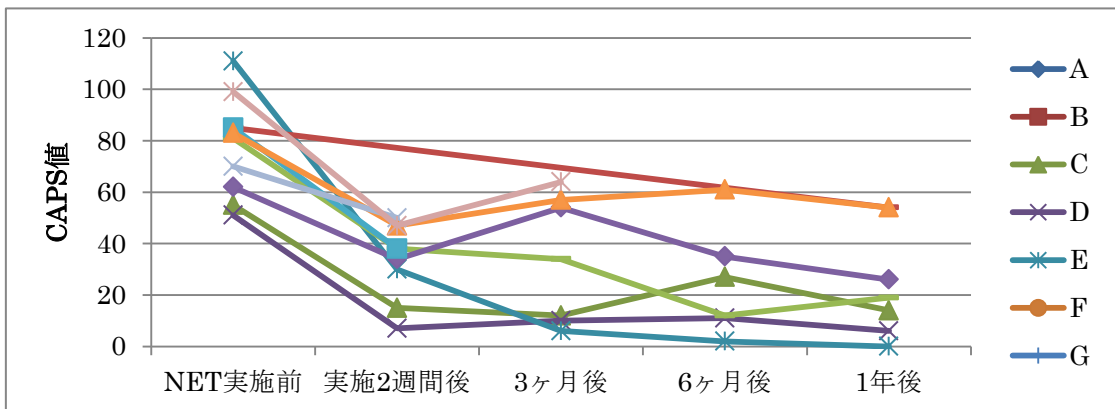


図 4 CAPS 値

CAPS を実施した 10 例の PTSD の三大症状、侵入症状（図 5）、回避症状（図 6）、過覚醒症状（図 7）の値をみると、侵入症状は実施 2 週間後に顕著に軽減し、その後もその値を維持あるいはさらに漸減している。L は複雑性悲嘆を伴うケースで他の 9 例とはやや異なる経緯を示しており、第四章で考察する。回避症状も、侵入症状と同様に、実施 2 週間後には顕著に軽減し、1 年後に向かって下がっている。3 ヶ月後に大きな上昇を示した J と、6 ヶ月後に大きな上昇を示した C は、このとき加害者との接触を体験していた。過覚醒症状も実施 2 週間後に顕著に軽減している。その後上昇するケースがいくつかあるが、1 年後には概ね落ち着いてきており、効果は維持されている。こうして三大症状別に CAPS 結果をみると、NET は PTSD の諸症状を軽減し、その結果 PTSD 症状が顕著に軽減され、その効果が 1 年後も維持されていると考えられる。

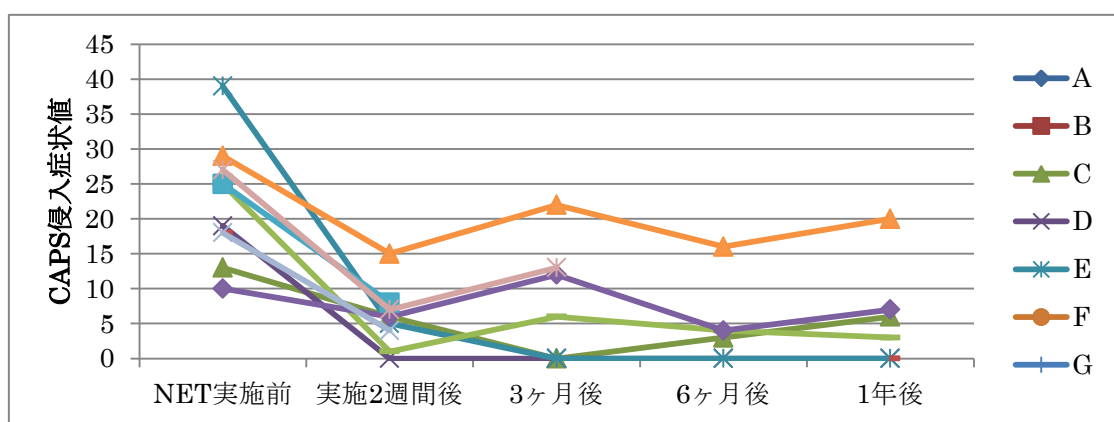


図 5 CAPS 侵入症状

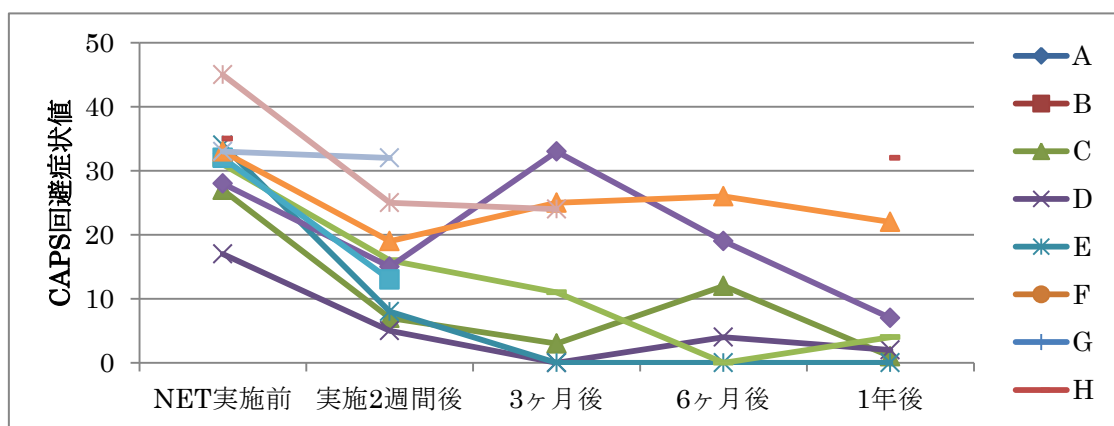


図 6 CAPS 回避症状値

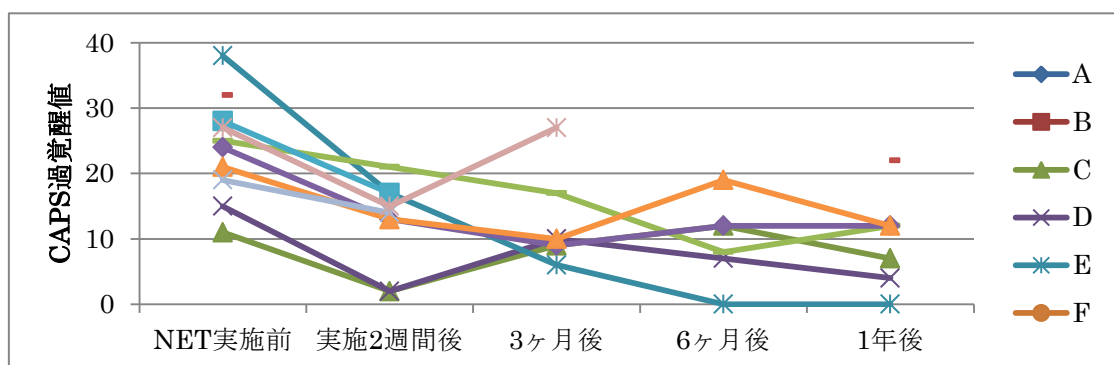


図 7 CAPS 過覚醒症状値

CAPS のデータが揃っている 6 例 (C、D、E、I、J、L) の全体のスコア、侵入症状、回避症状、過覚醒症状、罪悪感、注意減退、非現実感、離人感それぞれのスコア (図 8) を検討する。それぞれの値の変動をみやすくするために、垂直方向軸の目盛りはケースによって異なっている。全体値の下降の程度が中程度であった L を除き、PTSD の 3 大症状以外の下位項目、罪悪感、注意減退、非現実感、離人感においても NET は明らかに症状を軽減している。ケース L は罪悪感、注意減退共に軽減されなかった。

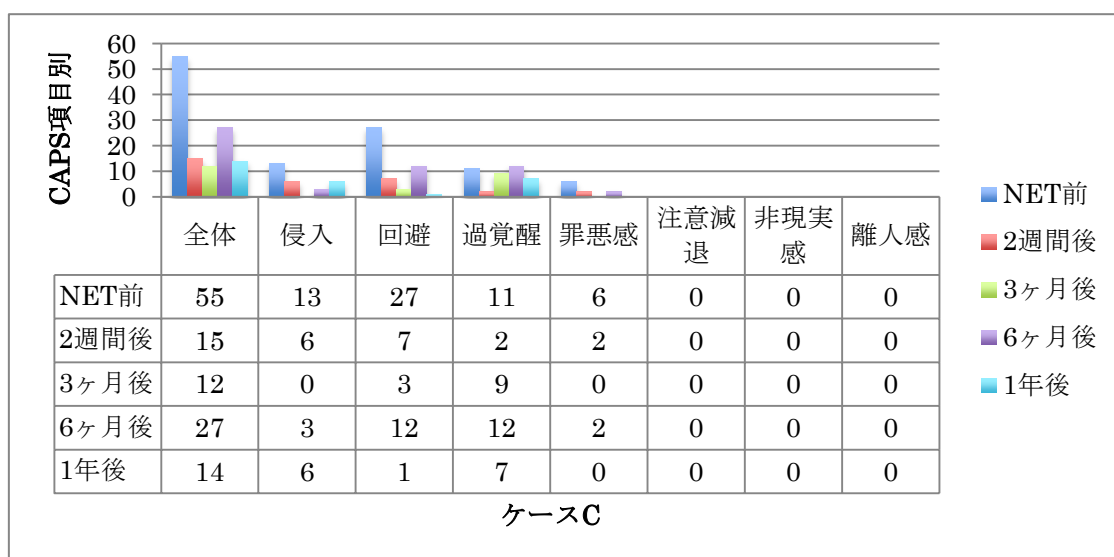


図 8 CAPS 項目別値ケース C

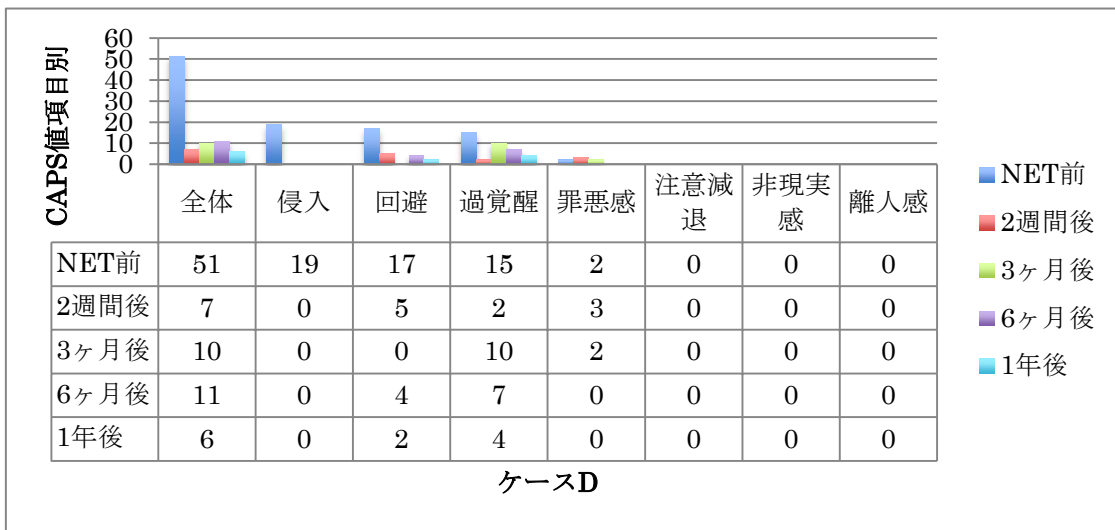


図 8 CAPS 項目別値ケース D

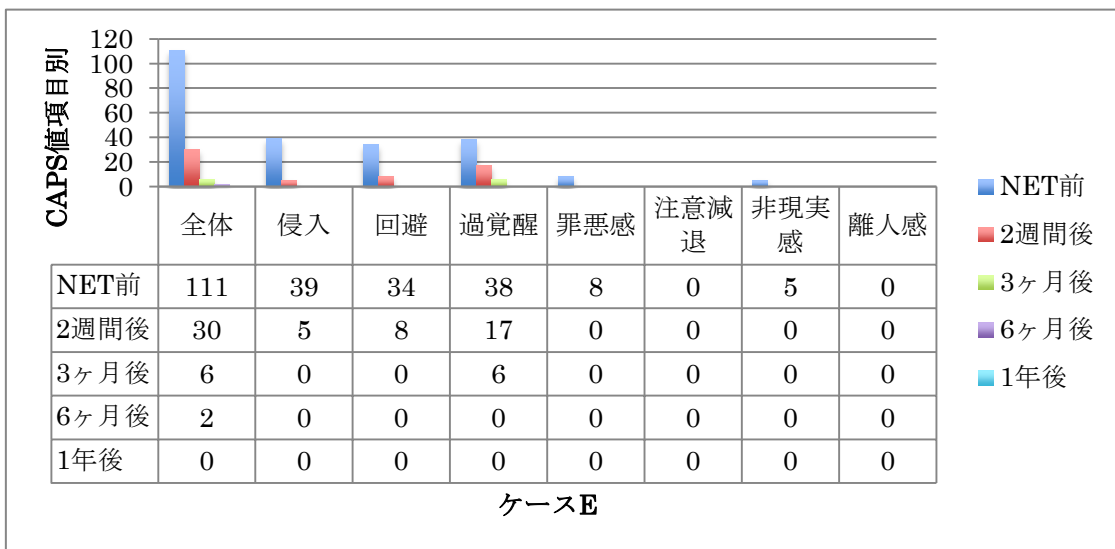


図 8 CAPS 項目別値ケース E

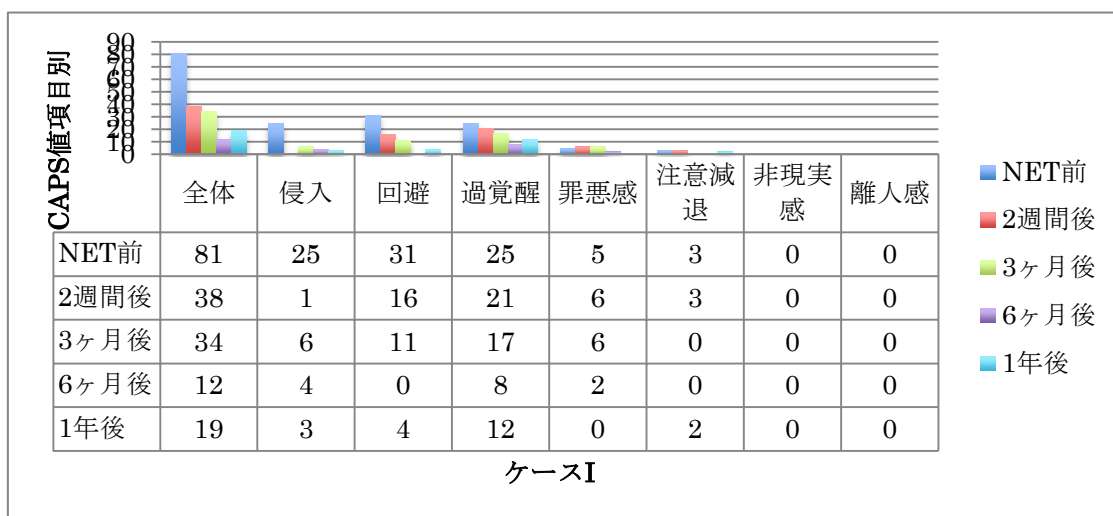


図 8 CAPS 項目別値ケース I

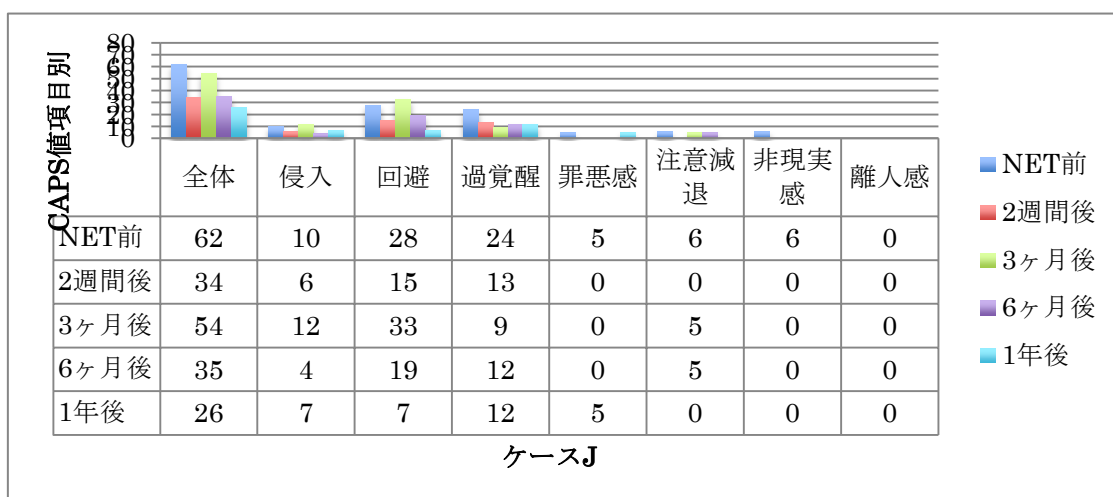


図 8 CAPS 項目別値ケース J

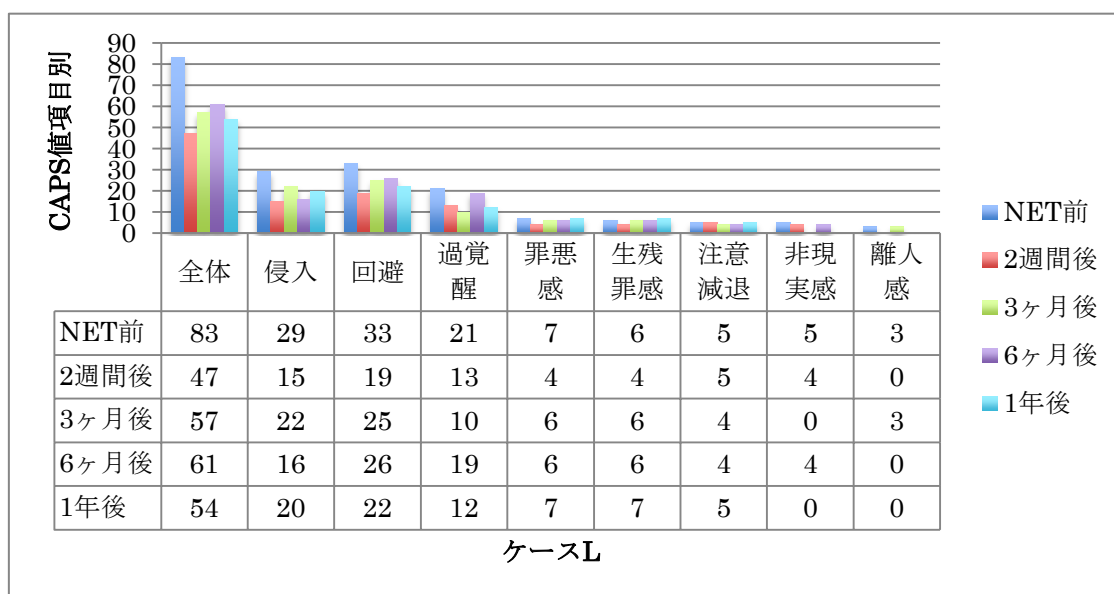


図 8 CAPS 項目別値ケース L

3.3.2 うつ症状評価尺度得点

SDS 値の解析結果（表 10）をみると、n=9 で、平均は実施前が 54.3、実施 1 年後は 43.3 になった。このときの効果量 Cohen's d は、0.953 であった。効果量は大きく、うつは明らかに軽減されたとする値である。PTSD 尺度結果と異なり、実施 6 ヶ月後まではうつ症状の軽減が少ない。これは、人生史作成の中で多くの喪失体験に直面するためであると推測される。NET のうつに対する効果は、出始めるのに数ヶ月を要するが、効果は大きいという結果であった。

表10 SDS効果量

Table 1-c. 5点揃: SDS

Data				P-value for all	Effect size partial η^2	P-value vs. 実施前	Effect size Cohen's d	P-value vs. 実施前
SDS (n=9)				0.032	0.274	a		
NET実施前	54.3	±	10.0			-	-	-
2週間後	49.3	±	10.1			0.503	0.498	b
3ヶ月後	49.8	±	10.2			0.919	0.452	b
6ヶ月後	47.3	±	7.8			0.447	0.781	b
1年後	43.3	±	12.9			0.269	0.953	b

データ表示: mean ± sd.

P-value: a, 一要因分散分析; b, paired t test (Bonferroni補正).

※補正前のP値

SDS は 14 ケースで実施した（図 9）。SDS の値は 49 までを正常圏、50-59 を軽度のうつ状態、60-69 を高度のうつ状態、70 以上を極度のうつ状態とする区分があるが、欠損値を含む SDS の値をこの区分で表したもの（表 11）をみると、NET 実施 1 年後に正常圏だったのは 14 例中 7 例（A、C、D、E、I、J、L）であった。残り 7 例のうち、1 年後のデータが欠損している 3 例（K、M、N）を除いた 4 例の中で、B は高度のうつ状態から軽度のうつ状態へ、F は正常圏から逆に軽度のうつ状態へ、G は軽度のうつ状態のまま変わらず、H は高

度のうつ状態から軽度のうつ状態へと変化していた。

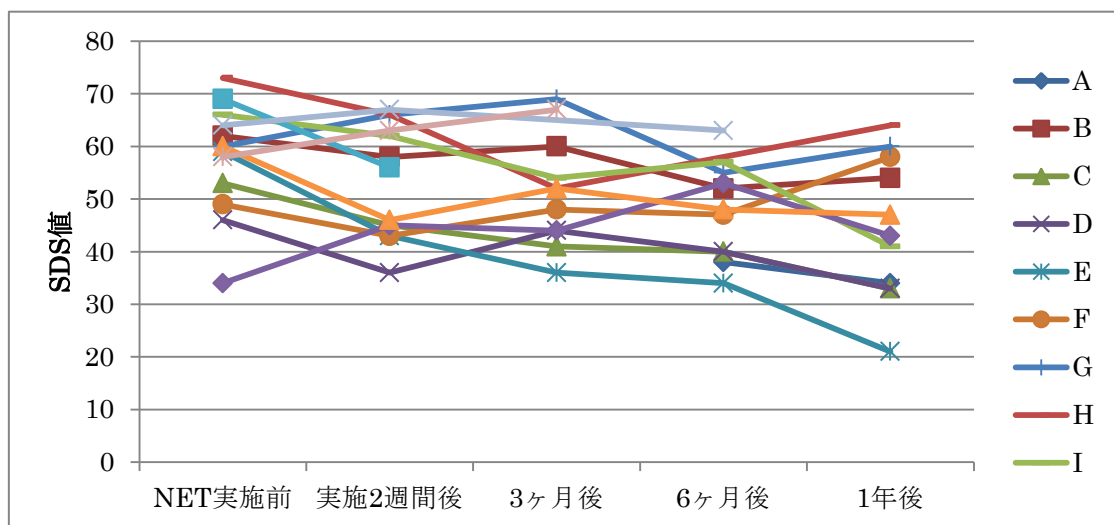


図 9 SDS 値

表11 SDS値

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
NET実施前		62	53	46	59	49	60	73	66	34	69	60	64	58
実施2週間後		58	45	36	43	43	66	66	62	45	56	46	67	63
3ヶ月後		60	41	44	36	48	69	52	54	44		52		67
6ヶ月後	38	52	40	40	34	47	55		57	53		48	63	
1年後	34	54	33	33	21	58	60	64	41	43		47		

	正常圏
	軽度の鬱状態
	高度のうつ状態
	極度のうつ状態

3.3.3 解離症状評価尺度得点

DES は 14 例のうち 5 例目から導入したため 10 例で実施した。DES の得点分布は正規分布ではなく、著しく低得点に偏った歪度の高い分布（L 字分布）をしているため、標準得点を算出するような得点解釈には向かない。ノンパラメトリック検定の結果と、DES-T% の変化、また、DES 平均値の 30 点をカットオフとして病的解離の可能性を判断するほか、得点の推移から各人の解離傾向の下がり具合をみた。DES-T 得点と DES 得点との相関は非常に高いことから、ここでは DES 平均値をみていく。

DES 平均値の解析結果（表 12）をみると、DES 平均値の実施前の平均は 22.1、1 年後の平均は 5.7 であり、このときの効果量 r は -0.895 であった。NET は解離症状を顕著に軽減するという結果である。

表12 DES効果量

Table 1-j. 5点揃: DES

	Data	P-value for all	Effect size η^2	P-value vs. 実施前	Effect size r	P-value vs. 実施前
DES (n=7)		0.003	0.771	c		
NET実施前	22.1 [13.6, 35.4]			-		-
2週間後	8.6 [6.4, 17.9]			0.137	-0.801	d
3ヶ月後	7.1 [3.2, 19.6]			0.072	-0.895	d
6ヶ月後	7.9 [5.4, 19.6]			0.072	-0.895	d
1年後	5.7 [2.1, 11.1]			0.072	-0.895	d

データ表示: mean \pm sd.

P-value: c, Friedman test; d, Wilcoxon signed-rank test (Bonferroni補正).

※補正前のP値

DES-T%の値（図10）とDES平均の値（図11）をみると、1年後にDES平均値が30を超えているケースはないことから、偽陰性の存在というこの尺度の限界を考慮しても、全体としてNETは解離を顕著に軽減するという結果である。これはCAPSの下位項目の解離症状の軽減とも一致している。

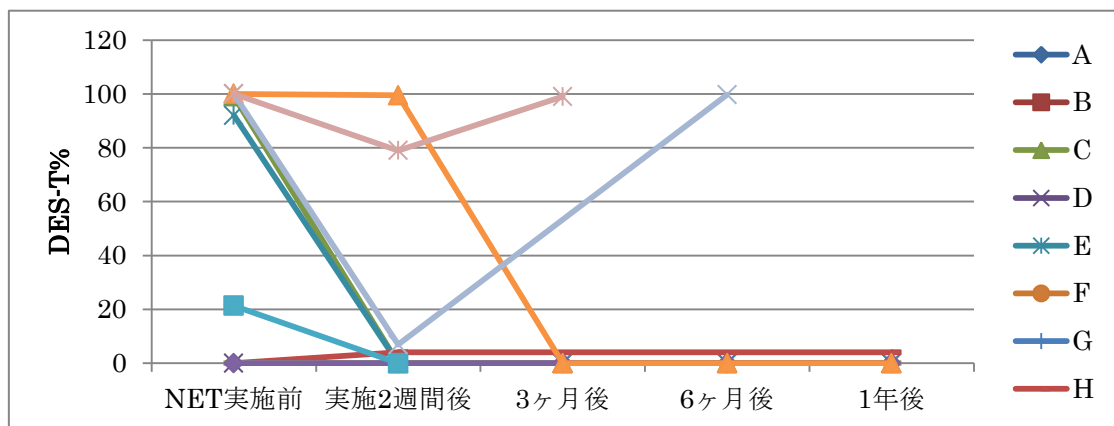


図10 DES-T%値

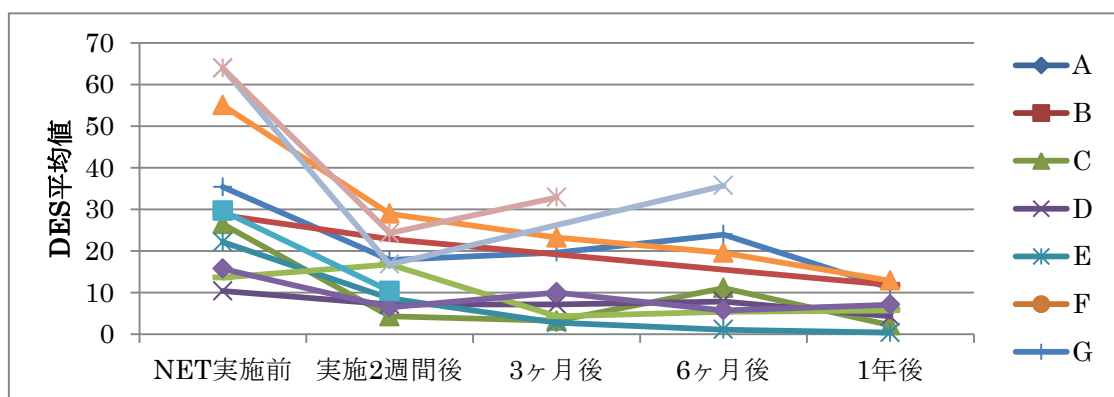


図11 DES平均値

3.3.4 PTSD、うつ、解離への NET の効果の考察

NET は PTSD の三大症状をそれぞれ明らかに軽減し、その結果 PTSD 症状を顕著に軽減していた。軽減のプロセスは、実施直後に顕著に軽減し、その後いくらかの上昇がみられたのち、1 年後に向けてさらに軽減して行くものが多かった。この一時的な上昇の一因に、加害者との接触や近親との死別等外部から負荷があった。脳の中の処理のプロセスによる影響の可能性は、今後の検証を待たねばならない。また、集中して聞いてもらうという肯定的体験が NET 終了と共に無くなったことも一因として考えられる。NET の治療的要素については第四章で詳しく検討する。

NET の効果は 1 年後まで続いており、先行研究の結果を支持するものであった。2 年半後に IES-R を実施する機会を得た A の値から、NET の効果は 1 年を過ぎても続いている可能性があり、さらに長期のフォローアップの有用性も窺われた。

NET 実施の結果 PTSD 症状の軽減がみられない、あるいは増悪するというケースが無かったことは注目に値する。比較的重症で希死念慮や解離症状のある対象にも、動機があれば NET は安全に実施できた。症状の重い対象への NET 実施には入院体制などが望ましいものの、エクスポージャーに対する過剰な不安を取り除く結果であると考えられる。NET 実施 1 年後でも PTSD 症状がとれなかったケース L には罪悪感がとれなかったという特徴がある。罪悪感と恥は、NET のマニュアルでも難局と指摘されており、この知見と一致する結果であった。

NET のうつへの効果は大きいとされる値であった。実施直後から顕著な効果が出る PTSD への効果と異なり、うつへの効果が実施 6 ヶ月後より前には現れないのは、人生史の作成という過程で、これまで回避してきた過去の全貌を見ることによる喪失体験への直面と、モーニングワークの開始によると考えられる。解離への効果が顕著であることは、この仮説と一致する。しかしモーニングワークは通るべき道であり、それが着手されることには大きな意味がある。

NET は PTSD の治療法とされるが、解離症状の軽減も著しいことは先行研究でも指摘されている。本研究においても同様の結果であった。NET 実施前に病的解離の可能性があると考えられた 6 例のうち、4 例は病的解離の可能性が 0% になった。1 年後のデータが揃っているケースでカットオフの 30 を切らなかったケースはなかった。実施 2 週間後には解離症状が顕著に軽減したのち 6 ヶ月後にまた戻った M および、ほとんど軽減しなかった N は、NET 実施後の生活環境に危険が残っていた。環境が厳しい場合は一旦とれた解離をまた纏うことがあること、あるいは解離がとれないことが窺われ、環境調整の重要性が再認識された。

省略あり

3.4 語りに見る変化のプロセス

NET の作業は、恐怖学習の馴化や認知再構成、解離の軽減や意味の再構成の語りに満ちている。その中から、比較的そのプロセスが分かり易い箇所をいくつか抜粋する。＜＞はセラピストの言、() は状況の説明である。

3.4.1 馴化

祖父の向かいでいやだな～と思った。・・・思い出したくない。＜がんばりましょう。＞祖父の目がにらんでいる。ずっと。なんであんなににらまなくちゃいけなかったのか、と思う。じっとにらんでいる。・・・＜心臓がばくばくした、と？＞はい。こうして手を膝の上において、身体が動かない。・・・＜どんな目つきですか。＞私のこと嫌いで嫌いでしかたがない。いじめてやるという目つき。・・・＜どのくらいの間だった？＞20分くらい。針のむしろ。まさに、それです。それがびったりの感じ。＜今ここでその時のことを思い出すと？＞祖父が憎い。怖いというよりも憎いという気持ち。怖いという気持ちはとうに消えた。憎いという気持ち。自分がいやだと思う人の目はみんなその目になるんです。目つきとその時の気持ちがみんな重なって。＜もう一度その目を思い出して。＞ここは大事なところなんですね。思い出しています。でも、なんでだろう、ほんの少し前まで怖かったのに、なぜかうすらいでいます。いいにくいけど、不思議な感じだけど、今はうすらいでいます。

これまで回避してきた記憶の細部にイメージ曝露を繰り返すことによって、馴化が起きている様子がわかる。

3.4.2 認知再構成

（前回の語りの読み上げの時）＜聞いてみてどうですか？＞今聞いていて、やっぱり肉体的なことを、削ってほしいと思いました。＜でもそれがなかったら、〇〇さんのほんとうの辛さはわからない。「被害妄想女」になってしまうのでは？＞そうですね。＜それだけ大変な思いをしてきた、それをくぐり抜けてきた、ということですから。＞うん、一つわかったのは、私はわるくないということ。＜そうですね。＞

この方は深刻な被害体験について加害者から「お前の話は大げさだ、被害妄想だ」と過小評価され、貶められて来たが、その被害体験を正面から見るときに初めて自分の反応は正常であり、悪いのは加害者であると認知が修正されている。

3.4.3 解離

あれから、今日来る途中で、前回に関連したことで、思い出したことがあって。・・・自殺したくなった時、祖母と揉めた原因を思い出した。父と弟が揉めて、・・・3人はキッチンで、私はリビングにいた。父が、黒いどんぶり茶碗を弟の後頭部に思いっきり叩き付けて。・・・＜感覚は？＞蒼白になって、血の気がひくかんじ。・・・弟がふらついて、お茶碗が砕け散って、破片が弟の頭にささって、血が吹き飛んで、壁が真っ赤に染まって。＜どうなると思いましたか？＞どっちかが死んじゃうと思った。

これだけの大きな体験が忘れられているのは、解離性健忘であり、それに関連した話をするうちに、切り離された記憶が戻って来ている。

病院に着いて、・・・ほんとうに痛がっていた。そうしたら、（夫が）麻雀で朝まで起きて

いて眠いから、と家に帰ってしまった。あり得ない、絶対に別れると思った。…悲しくなつて。捨てられた感じ。＜今思うと？＞このことは、いつも笑い話で、ネタにしていた話。本当はすごい辛くて（嗚咽する）、思い出すと辛い。あり得ない。＜その時は泣けなかったんですね。＞はい。そういうものかと思っていた。今はそういうものじゃないと思う。もっといたわりの気持ちがあつていいと思う。

当時も感じられずその後も感じられなかった、切り離された感情が感じられており、解離が軽減されていく過程と認知が修正されている過程の両方がみられる。当時でさえも強烈な感情が感じられていないケースは多い。

3.4.4 記憶の想起と連合、意味再構成

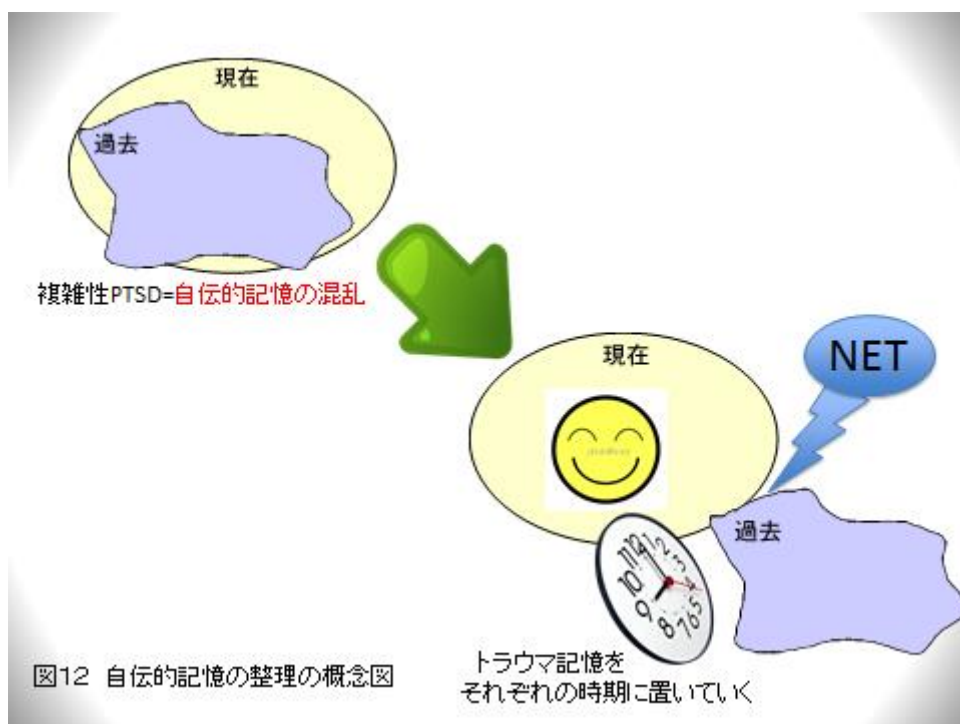
レストランで、たまたま小児まひの人が斜め向かいに座っていた。…食べたら、吐きそうになった…焼身自殺を目撃した。夜遊んでいたとき公園の横でたき火していて、でもそのたき火が動き回るからおかしい、と。人が灯油をかぶって亡くなっていた。…しばらく食事がとれなかった。＜大事な記憶なので詳しく話して下さい＞ …人は横向きで、左が頭、背中を丸めて手もぎゅうっと、足もぎゅうっと縮まって…その人、曲がった手足、小児まひ。…夢に見たり。夢の中では、人が燃えていて、動いている。くるしくてのたうちまわったんだろう、どんな苦しみだったんだろう、という思い。…これがつながっているとは思わなかった。手足のないひととか、義足の人とかは見てもなんともない。小児まひの人がだめ…

健忘されていた記憶が戻り、切り離されていた生理的反応としかるべき記憶と情動がむすびつき、新たな意味付けが生じて、了解不能だった反応は解消された。

3.5 自伝的記憶整理の考察

NET の特徴の 1 つに自伝的記憶の構築がある。佐藤によれば¹²⁹⁾、自伝的記憶は「過去の自己に関わる記憶の総体」であり、3 つの機能があるとされる。つまり、自己の一貫性や自己評価を支える自己機能、対人コミュニケーションに寄与する社会機能、行動や意思決定を支え動機づけるのに役立つ方向付け機能である。こうした機能を考える時、精神的な混乱を反映して自伝的記憶が混乱している人は、自己機能、社会機能、方向付け機能がうまく働いていない状態にあり、自伝的記憶が混乱しているがゆえに精神的な混乱を抱えていると捉えることもできる⁸⁸⁾。PTSD の侵入症状に示されるように、トラウマ記憶は過去の文脈に納められることなく、現在にかぶさって存在している。NET はこのトラウマ記憶を過去のしかるべき時期に置いて行くことによって自伝的記憶の混乱を整理する（図 12）。トラウマ記憶が過去のものとなることによって止まっていた時が流れ、時間感覚が回復される。実年齢より幼く見えた患者が NET 実施後にふと年齢相応の表情を見せるという臨床像の変化はしばしば経験される。また過去とのつながりを確かめることは自己感を回復することであり⁹⁰⁾、自伝的記憶の整理は自己の再構成に深く関わっている。記憶と想起は他者に向かって物語る行為を基盤とするが、NET の中で行われているのはこの社会的行為で

あり、愛着形成が困難なハイリスク環境で育った人にはなかなか得られなかった機会である。



3.6 NET のアートセラピーの要素

全人生史作成の予行演習とも捉えられる NET 中のライフラインのワークは、マニュアルでは実施前のみに行うとしているが、実施後にも行ったケースのワークに、自分の誕生を表すロープの起点に大きな花が置かれる印象深いものがあった。象徴、イメージには大きな力があり、NET のこのワークのアートセラピー的要素のみをとりあげて考察した論文もあり⁸²⁾、NET のユニークな要素である。儀式的な要素は全人生史の読み上げと署名、記録の手渡しを行う NET セッション最終回にも見られる。読み上げ当日は、それまでとは異なるきちんとした服装で臨む方が多い。またそうした服装で来る方は、語った記憶が過去のものとして納められている程度が高い印象を受ける。

第四章 市民生活由来の PTSD への NET の適応の検討

4.1 第四章の概要

第四章では、我が国の市民生活由来の PTSD に対する NET の適応について検討する。まず、14 例に併存した症状への NET の適応を、次に投薬状況や実施フィールドなどさまざまな状況への NET の適応を検討し、NET 実施後に残るものについて考察を加え、最後にこれらの考察から除外基準の検討を行う。

4.2 PTSD に併存する症状への適応

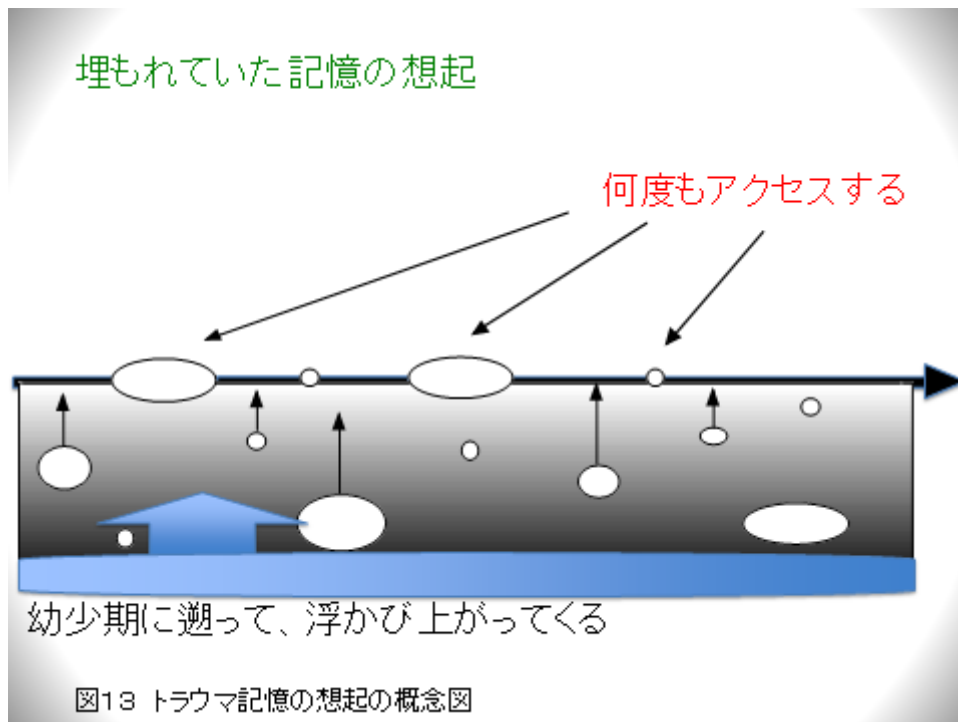
14 例には併存症状として解離性障害、BPD、複雑性悲嘆、双極性障害、アルコール依存、摂食障害、線維筋痛症があった。そのそれぞれが NET 実施の妨げになったか、また NET によってこれらの併存症状がどのように変化したかを考察することで適応を検討する。

4.2.1 解離性障害

解離症状は、PTSD 治療に不可避な問題であり¹⁵⁵⁾、適応の検討が有用である。Halvorsen は、これまで解離は曝露療法に禁忌とされてきたが、メタアナリシスによれば効果を減じることにはなかった、解離が曝露に禁忌とする論拠はないと報告している⁴⁶⁾。

本研究の対象で解離性障害という診断がついていたのはケース M のみで DES-T%は 100%であった。しかし M と同様 100%を示した L、N および 99.1%とされた C、92%の E にも、同様の高い解離傾向がみられた。この 5 例 (C、E、L、M、N) から解離性障害を併存する PTSD への NET の適応を検討する。

5 例の語りには、内容にふさわしい情動や感覚が伴わない、記憶が曖昧で時系列の混乱が多い、体験した当時ですら情動や感覚につながっていない、一度思い出した記憶もまた健忘してしまう、回避傾向が強いといった特徴がみられた。特にケース M には中学以前の記憶がほとんどない、というほどの健忘がみられ、「記憶整理はしたいけど、覚えていることがあるだろうか」という状態だった。しかし、五感に働きかける NET 作業を進めるうちに情動・感覚とつながるようになり、健忘されていた記憶が想起されていった。図 13 はこのトラウマ記憶想起の概念図である。時間は左から右へ流れると考える。想起ができない部分はそのままにして先へ進むうちに、遡って想起されてくるという現象が生じる。解離は複雑性 PTSD 症状の「自己調整能力の障害」の一つとされ、解離軽減の効果は NET の複雑性 PTSD への有効性を示すと考えられる。



省略あり

このような解離軽減の作用は、NET の有効な特徴であると共に、注意すべき点でもある。解離傾向の高いケースはそうでないケースよりも NET 後に取り組むべき課題が多い。強いサポートの獲得や、NET のような治療によって、解離を手放すようになると、感情や感覚、記憶とつながってくる。ここまでの第1段階である。感情につながると、感情が記憶をつなぎ、記憶がつながることでアイデンティティが形成され、徐々に発達課題がクリアされていくが、解離の無い生活に馴染んで行くことにはかなりの心的エネルギーを要する。辛い過去への直面や喪失体験、馴染みの無い感情というものへの困惑、切り離して来た暑さ寒さ、痛み、疲労などの感覚も重荷と感じ、これなら切り離していた方が楽だった、と言う人もいる。このあたりが第2段階である。この段階で必要なのは、感情は価値の評価基準であり、アイデンティティの核であるという心理教育や共感的・支持的な環境、安全の確保である。

病的解離が0%になったC、E、Lの環境は支持的であり、値が下がっていかなかったM、Nの環境にはストレスが多く残っていた。効果的な実施を考える上で、環境調整は非常に重要である。こうした点に留意すれば、NETは以下のような点で、解離性障害を併存したPTSD治療に適していると考えられる。つまり、ターゲットを特定せずに治療を開始できること、十分な馴化が生じない場合も、記憶整理の効果や作業自体がもつ愛着外傷への治療効果がある⁸⁶⁾こと、言語化能力の向上により対人関係が改善されること、である。

4.2.2 BPD

BPD 患者のおよそ 60%に PTSD が併存すると言われているが⁴⁵⁾⁴⁸⁾¹⁶²⁾医療現場で出会う複雑性 PTSD 患者には、人格水準の問題を伴って BPD の診断を持つ者が少なくなく、PTSD の侵入、回避、過覚醒症状が BPD の気分変動を増幅し、感情統制をより困難なものにしている⁴⁰⁾。しかし、BPD 患者には自殺・自傷傾向が強く、エビデンスのある PTSD 治療で除外とされることが多いため、BPD に伴う PTSD 治療のエビデンスはあまり蓄積されていない⁴⁸⁾。これまで BPD の治療に最優先とされてきた十分な安定化の過程が困難で、その先のトラウマ治療に至る症例が少ないこともエビデンスの少ない一因とされている¹³⁾。このような状況を踏まえ、十分な安定化の後トラウマ処理をするという通常のプロセスの検証をした結果、この対応順の有効性のエビデンスは少なく、むしろ PTSD 症状を早期に軽減することで BPD 患者の負担を減らし、治療にのせていくことが重要であるという指摘がある^{15) 101)103)}。こうした問題意識の下で、PTSD 症状を併存する BPD 患者への NET による PTSD 治療の試みは近年増えつつあり³⁵⁾³⁹⁾¹⁰¹⁾¹¹⁹⁾¹²⁰⁾¹⁵⁹⁾、PTSD、抑うつ、解離症状の著しい軽減だけでなく、BPD 症状も軽減したという実施報告^{40) 119)}や事例報告⁴⁰⁾がある。また RCT において、BPD の標準的治療プロトコル（以下 TBE）との比較で、NET、TBE の双方が BPD、PTSD、抑うつ、解離の各症状に有効であり、PTSD、抑うつに対しては NET がより有効であったとする報告¹²⁰⁾がある。BPD に併存した PTSD の治療技法として NET を紹介する書籍も出ている⁵¹⁾。精神科医療に NET を適用する試み^{33) 34)}の一環として、以下に、BPD を併存する患者の PTSD 症状への NET の有効性を検討する。

本研究の 14 例のうち、半数の 7 例(A、B、C、D、E、M、N)に BPD あるいは情緒不安定性人格障害(ICD-10F60.31 に境界型人格障害を含む)の診断があった。これら 7 例には強い気分変動、両面的な対人パターン、衝動行為が長年継続し、日常生活における強い苦痛が認められた(表 2)。A は精神科に 6 年の通院、3 回の入院歴があり、B は 1 年の通院歴、C は 7 年の通院と 1 回の入院歴、D は 12 年の通院と 20 回の入院歴、E は 14 年の通院と 17 回の入院歴、M は 9 年の通院と 1 回の入院歴、N は 6 年の通院と 33 回の入院歴があった。7 例が体験したトラウマ的出来事の種類は表 6 のようであり、いずれも長期的反復的な被害による複雑性 PTSD であった。NET 実施方法と PTSD、解離、うつ症状への効果は第三章に記した通りであるが、表 7 にあるように、精神科外来にて、E と N は途中入院を挟みつつ、80 分から 120 分、21 回から 41 回の NET 治療を実施した結果、M、N 以外は PTSD 症状、病的解離は無いとされる値になり、うつ症状も B、M、N 以外は正常圏になった。M、N はそれぞれ NET 実施 6 ヶ月後、3 ヶ月後の質問紙実施後にフォローアップ面接を中断したため、1 年後の値は得られていない。

本研究では BPD 尺度を用いていないため、BPD 症状の変化を検討するために、ナラティブ、行動、身体症状の変化を比較した(表 13)。人には良い面も悪い面もあると思う、交友関係を楽しめる、一人の時間を楽しめる、怒りがコントロールできる、危険な人物と距離をとれる、仕事、家事、育児に取り組み楽しめる、自分の世界を広げている、自傷行為や嗜癖がなくなった、といった変化が全てのケースにみられた。客観的な評価基準による比較はできないものの、BPD 症状とされる、対人関係、自己像、感情などの不安定性や衝

動性、強い見捨てられ不安、不安定で激しい対人関係様式、不安定な自己像と自傷、嗜癖の問題、慢性的な空虚感、不適切で制御困難な激しい怒り等によりもたらされていた苦痛が緩和されていると思われる。

表13 ナラティブ行動・身体症状の変化 BPD

NET実施前	NET実施後
ケースA	
些細なことで怒りが込み上げて復讐してやろうと思う	「何であんなに腹がたったのだろうか？人には良い面も悪い面もあるんだと思う」
きっとそのうちまた不幸になるからその前に死にたい	先のことはわからないが、今は幸せと感じられる
相手のペースに合わせてしまい傷つく 全て話してしまう	交友関係が変わった 「みんな親切にしてくれて、味方になってくれる」
家で落ち着けない 何をしてもすくいたらよいかわからない	猫とゆっくりする時間、好きな映画を見る時間を楽しめる
ケースB	
いらいらすると止まらない。道ですれ違った人と口論する	ガラスを磨いたり、DVDをみたりして気分転換すると納まる
アルコール、パチンコ依存。リスカ。過食嘔吐	偏食が少し残るものの、嗜癖の問題はなくなった
風俗関係など就労が不規則で不安定	社会福祉関係の仕事に就き、意欲的に働いている
原家族の問題で、何度も警察の関与する事態になった	攻撃的な原家族と距離を置き、自分の家族を守れるようになった
ケースC	
SNSで知り合う男性と性的逸脱を繰り返す	危険な人物と距離をとるようになった
家族への怒りが抑えられず、暴力的な共依存関係	暴力的な家族と距離をおくようになった
育児、家事に向き合えない	家事、育児が楽しめて、幸せを感じる
風俗関係の仕事で傷つきを繰り返す	事務職に就き、就労をつづけている
ケースD	
些細な刺激で情緒不安定になり、整容が保てない	毎日風呂に入り、好きなファッションを楽しむようになった
緊張、不眠への不安、医師や投薬への不満が強い	主治医を信頼し、適量を服薬し、症状が安定してきた
自傷行為が酷く危険なため外出できず、家でも何もできない	デイケアに通い、就労支援に通い、資格を取り、趣味を楽しんでいる
ケースE	
身の回りのことができず要介護状態	身だしなみを整え、好きな料理を楽しめるようになった
食べ吐きに多くの時間を費やす	食べ吐きはほとんどなくなり、初めて食べ物がおいしいと感じた
朝から酒のみ、酩酊した状態で徘徊する	断酒に挑戦中。危険だった肝機能値とカリウム値が正常値になった
入退院を巡って混乱する	通院で治療できる期間が長くなり、必要時は納得して入院するようになった

Steuwe は、本研究の対象と同じような、精神科入院中のBPDを併存する重症のPTSD患者を対象にNETを実施し¹⁴⁷⁾、NETはBPDとPTSDを併存した重症の入院患者に有効であると報告している。BPD症状を50%軽減し、情動調律能力の向上がみられたこと、症状が悪化したケースは無く、NETはBPDを併存したPTSD患者に適した治療技法であることが記されており、本研究の結果はこれを裏付けるものであった。

安定化が困難なBPD患者に対しては、インテンシヴな治療が導入されないことが多いが、本研究においては、質問紙の結果をもとにPTSD症状とその形成経緯についての心理教育およびノーマライゼーションを行い、症状に対する治療法を提示すると、安堵の表情を浮かべて強い動機を示す患者がほとんどであった。NET作業を通してこの姿勢は変わらず、NET開始以前の衝動的で不安定な様子とは大変異なっていた。本研究の対象が、実際には複雑性PTSDの影響によりBPD様の症状を呈していただけである可能性もある。そもそも複雑性PTSDに特有な自己調整能力の障害という症状とBPD症状は重なるところが大きいので、以下にNETによるBPD症状の軽減のプロセスを考察する。

BPD患者は過去の辛い体験から生じた恐怖ネットワーク（図1）だけでなく、人権の蹂躪に起因する怒りのネットワークにも苦しめられている（図17）。蓄積された膨大な怒りを自分に向ければ激しい自傷行為となり、さしたる落ち度のない周囲の人にぶつければ、

不当に怒りを爆発させる好ましからぬ人物となって対人関係を損ね、益々人的サポートを失って行く。加害者から刷り込まれた低い自己評価に加え、怒りの爆発による対人関係の破壊エピソードはさらに自己評価を下げ、社会的リソースを失い、慢性的な空虚感や希死念慮を増す。その一方で、低い自己評価を補償するための優越感情も高まるため、そのいずれが出るかで自己像が揺らぐ。そんな自分に共感してくれる人に対しては救済ネットワークが形成され、迫害ネットワークとの白黒の陰影がくつきりとしていく。しかし迫害不安の強さや相手の気持ちへの過敏さから救済者を失う危機を感じると、激しい衝動的行為が生じる。こうした激しい情動や行動を制御するために嗜癖の問題が生じると、状態はさらに膠着する。NET の人生史作成という共同作業は、この激しい対人関係の外に共通目標を掲げる。この共通目標は分かりやすく、この目標の達成まで二者関係は棚上げされた形になって、水平関係の維持を可能にする。

NET により恐怖ネットワークが解体されると（図 1）、膨大な怒りを加害者に、つまり向けるべき対象に向けることが可能になる。「なぜかわからないけど震えるほど腹が立つ」という憤怒が、その原因となった事象ごとに納められて行き、怒りのネットワークが解体されていく（図 17）。BPD 患者の問題の根本に怒りネットワークがあるとすれば、NET の作業はまさにそれを根本から解決するものである。NET の曝露と馴化による恐怖ネットワークの解体に加え、全人生史構築による、怒りネットワークの解体が BPD 症状の緩和に奏功するものと考ええる。

ぎりぎりの均衡の上で生きている BPD 患者にとって、NET の曝露と馴化の仕組み、「物語る」という作業、人生史作成という目的のいずれもがシンプルであること、短期療法であること、進捗が人生ライン上に明確に見えることは、取り組み易い特徴である。トラウマ性記憶の物語化だけでなく、トラウマ性記憶の陰に隠れて資源として使われていなかったよい記憶も活性化され、語ることによる体験の言語化能力の向上、徹底的に聞いてもらう体験による愛着補償と共に、自我強化をもたらす¹²⁰⁾効果が想定できる。また、あるべき体験の欠如（ネグレクト）や了解不能だった体験なども包含することが出来るため、それらに認知の修正や意味の再構成がなされること、最終回の全人生史の読み上げで人生の「ゲシュタルト」を得る⁴⁰⁾ことも、自我強化に寄与することが想定される。

NET 導入によってまず PTSD に由来する激しい症状を軽減することが、BPD の治療の上で有効な場合もあることが示唆された。インテンシヴな治療でありながら、服薬や解離、嗜癖、自傷行為、自殺願望等の問題が NET 実施の妨げとならなかったことは、注目に値する。BPD 症状の変化については観察所見にとどまるが、PTSD 症状、病的解離、うつ症状の軽減が寄与し、総合的に軽減された可能性がある。

4.2.3 複雑性悲嘆

省略あり

4.2.4 双極性障害、アルコール依存症、摂食障害、線維筋痛症

PTSD の併存症状として、双極性障害の診断が 3 例（D、J、K）、アルコール依存症の診断

が2例(E、I)、摂食障害の診断が1例(E)、線維筋痛症の診断が1例(K)あったが、いずれもNET実施の妨げとならなかった。

双極性障害の症状をみる尺度を用いなかったためナラティブや行動面からの判断になるが、Dは感情の変動が明らかに軽減されて就労し、度を越えた浪費や強い抑うつ症状が無くなった。Jの感情の起伏も穏やかになり家族との衝突が減った。SDSの結果をみると、双極性障害とされたD、J、Kのうち、D、Jはもともと抑うつの度合いが正常圏であった。Kは重い鬱状態であったが、NET実施後には軽度の鬱状態になった。Kはフォローアップ途中で中断となったので、1年後のSDSや行動面変化のデータが得られなかった。

アルコール依存症の症状は、EとI共にNET実施1年後にも残っており、NETにアルコール依存症の症状を軽減する効果はみられなかった。しかし、Eはその後、アルコール依存治療の為に2年間入院治療を行った結果、退院し、断酒継続中である。この2年の入院期間中にはEMDR、催眠、風景構成法、自我状態療法、ホログラフィートークなど、さまざまな技法を試みたため、どの技法が奏功したかは明らかでないが、これまで30年手をつけることが不可能であったアルコール依存症の治療にNETが道を開いたと言うことはできる。Iは、フォローアップ終了後カウンセリングを離れたこともあって、アルコール依存の治療には至らなかった。アルコール依存症という診断はつかなかったものの、語りから、アルコールへの依存が強くみられたA、B、Cは、NET後にアルコールを適度に楽しむという適応的な関わりが変わっている。Eの摂食障害は非常に軽減された。

Kの線維筋痛症の痛みはNET前後で明らかに軽減された。NET実施中、辛い記憶の想起の際に痛みが生じなかったことは報告すべきことであろう。Kは、日常生活の中にある痛みもNET作業中は解消されている、と報告された。PTSDと慢性疼痛は、相互に維持し合っている(mutual maintenance model)という報告があり¹³⁸⁾、両者をつなぐのは不安感受性(anxiety sensitivity)という因子であるという研究結果がある¹¹⁶⁾。Kの場合、複雑性PTSDの情動調整の困難という症状が不安感受性を高め、身体的苦痛・混乱という症状が痛みを増強していたことが推測される。NETに取り組みPTSDが軽減された結果Kの線維筋痛症の痛みが軽減されたのは、PTSDの軽減が慢性疼痛の緩和をもたらすという先行研究の知見⁸⁾と一致する。線維筋痛症にはなかなか有効な治療法が無いとされる中、認知行動療法は推奨されており¹³⁷⁾、まだ1例の試みではあるが、今後疼痛を測る尺度を用いて線維筋痛症へのNETの適応が探られることが期待される。

4.3 PTSD以外のトラウマへの適応：適応障害、愛着障害

ケースDはNET実施前のCAPSの値が51だったが、A基準を満たしておらず、適応障害とされた。Dのトラウマ的出来事の種類は、母親との間の愛着のトラウマ(Dに激しい怒りをぶつける、Dの不安を宥められない、Dの愛着対象を廃棄する等)、いじめ被害、裏切られ体験、リストラ体験であった。

NET実施前、1年後の値をみると、IES-Rが42から11に、CAPSが51から6に、SDSが46から33になっている。1年後にはPTSD症状、うつ症状ともに無いとされる値であった。DESはもともと0%で病的解離症状はみられなかった。

Dの特徴として、表7にあるようにNET実施前の面接に48回を費やしたということがあ

る。12年の通院歴、20回の入院歴が示すような難治ケースであり、表11にあるように規定薬も大量に服用していた。Dの抱える困難はPTSDの中核症状よりも、情動調整の困難、身体的苦痛・解体といった複雑性PTSDの自己調整能力の障害を色濃く反映していたと言える。48回の面接で行ったのは心理教育とノーマライゼーション、リソース強化、自我強化である。シャウアーらも心理教育の重要性を述べている。PTSD症状、解離症状、トラウマの影響について説明を受け、症状や症状形成の経緯について納得し、同じ経験をすれば誰にでも同じ症状が出るとノーマライズされることは非常に重要で、症状へのコントロール感、ひいては自己効力感、自我強化をもたらす。心理教育は、トラウマサバイバーに特有な「自分の経験はほかの人と絶対に分かち合えないという確信」¹³¹⁾を崩して行く。Dの差し迫った主訴であった睡眠障害改善のために催眠的関わりも行い、幾分かコントロール感を得た後で、記憶整理に取り組む強い動機を形成することができた。この時点での尺度結果が、NET実施前の値である。

NET実施後のフォローアップでは長年遠ざかっていた社会生活に復帰するためのコミュニケーションスキル、情動調律スキル、ストレスマネジメントスキルの獲得に取り組んでいる。フォローアップ期間も、Dは他のケースより長い。愛着形成不全のため獲得できなかったものを獲得していく過程は、成長して行く過程であり、長い時間がかかる。スキルの獲得と平行して、Dは、なぜもっと早くなんとかできなかったのか、あまりにも失ったものが大きいという喪失に直面し、モーニングワークを開始した。フォローアップの途中から就労支援のプログラムを受けて就労し、旅行や趣味の活動も楽しんでいる。

NETはPTSDの治療法であるが、PTSD症状はあるもののA基準を満たさない適応障害にも有効であった。A基準がなくてPTSD症状があるケースには愛着トラウマの存在の可能性がある。

ネグレクトの要素が強いケースは8例(B、D、E、G、J、K、M、N)で、その中でも、母親が養育を放棄するという深刻なケースが5例(E、J、K、M、N)あった。これらの語りには、あるべきものがない、語りが無いという解離性障害と同様の特徴がある。それしか知らないために、自分の体験が傷つきであることに気づいていないケースも多い。全人生史の構築というNETであればこそ掬える種類の傷つきであるといえよう。こうしたケースは、愛着関係を築き直し、発達を進めて行くという息の長い作業が必要であり、NET実施後に残るものが大きいと言える。

4.4 状況への適応

4.4.1 投薬状況

対象14例のNET開始時点での投薬状況は表15のようであった。NET実施中はほぼこの状態で据え置いた。重い症状の精神科患者は多量の服薬をしている人がほとんどである。しかし、長年服薬をしているうちにその薬の量に慣れている方も多く、これだけの量を服薬していても、NETは実施可能で効果が得られることが示された。

表15 NET開始時投薬状況

ケース	投薬状況／日			
A	セルトラリン 50mg			
B	パルプロ酸 800mg クロキサゾラム 4mg	スルピリド200mg ゾピクロン 10mg	クロナゼパム 2mg トラゾドン 25mg	
C	エチゾラム 1mg レボメプロマジン 5mg	トピラマート 300mg クロルプロマジン 12.5mg	プロメタジン塩酸塩12.5mg フェノバルビタール 30mg	ゾピクロン 10mg 頓用 クエチアピン 25mg 頓用
D	クエチアピン 200mg デュロキセチン 20mg フルニトラゼパム 2mg トラゾドン 50mg	レボメプロマジン 25mg ゾピクロン 10mg 炭酸リチウム 200mg	クロルプロマジン塩酸塩12.5mg プロメタジン塩酸塩12.5mg フェノバルビタール 30mg リルマザホン 2mg 頓用	クロルプロマジン塩酸塩25mg頓用 プロメタジン塩酸塩12.5mg頓用 フェノバルビタール 40mg頓用
E	オランザピン 10mg プロチゾラム 0.25mg	クエチアピン 100mg ミルタザピン 15mg	タンドスビロン 30mg クロチアゼパム 15mg	リスベリドン 0.5mg0/1% 頓用 ビベリデン 4mg
H	ゾルピデム 10mg フルニトラゼパム 2mg	アルプラゾラム 0.4mg 頓用 プロチゾラム 0.25mg 頓用	アリピプラゾール 6mg 頓用	
I	ラメルテオン		アルプラゾラム 1.2mg	
J	フルニトラゼパム 2mg	セルトラリン 75mg	炭酸リチウム 400mg	
K	プロチゾラム 0.25mg	エチゾラム 1.5mg 頓用	クロチアゼパム 5mg 頓用	
L	フルニトラゼパム 2mg トラゾドン 50mg ロラゼパム 1mg フェノバルビタール 40mg	レボメプロマジン 50mg エチゾラム 1mg パロキセチン 30mg ミルタザピン 45mg	クロルプロマジン塩酸塩25mg プロメタジン塩酸塩12.5mg クロチアゼパム 15mg 頓用 フルニトラゼパム 1mg頓用	クロルプロマジン塩酸塩12.5mg プロメタジン塩酸塩12.5mg フェノバルビタール 30mg
M	エスゾピクロン 3mg クエチアピン 400mg	スボレキサント 15mg リスベリドン 0.5mg0.1% 頓用	フルニトラゼパム 1mg 頓用	
N	ツムラ大建中湯エキス 7.5mg レボメプロマジン 100mg リルマザホン 2mg	ゾピクロン 10mg トピラマート 300mg アリピプラゾール6mg頓用	クロルプロマジン塩酸塩25mg頓用 プロメタジン塩酸塩12.5mg頓用 フェノバルビタール 40mg頓用	

4.4.2 実施フィールド

精神病院

NETは構造化された短期療法で実施期間の予測が可能であり、進捗が把握しやすいこと、また曝露と馴化という明確なエビデンスに基づくことから、医師の理解を得やすい心理療法である。重い症例の PTSD 症状がとれることにより、投薬治療が安定して軌道に乗ることが示されていくと、医師からの NET のオーダーが増えた。主治医には患者を励まし、労をねぎらう役割を担ってもらい、看護師、デイケアスタッフ、ソーシャルワーカー、PSW、訪問看護師などのスタッフには、NET 中の状態の見守りや労い、NET 終了後のフォローアップで行う対人・社会スキルの獲得に協力を得た。精神病院というフィールドは、万が一の時の入院体制があり、多職種がチームを組める点で、NET 実施に適した場であると考えられる。また、臨床心理士が 5 名いる本研究の NET 実施病院では、NET 研修を受けた心理士が、経験ある心理士から頻繁にスーパーヴィジョンを受けることで、容易に NET 技法を身につけ、医師からの NET のオーダーに対応している。NET は習得が容易であることも実践の場で大変有利な技法であると考えられる。

大学心理相談室

大学心理相談室は精神病院や精神科クリニックと比べると、大学生にとって学生相談室と並んで来談しやすい場である。大学心理相談室での NET 実施には、対象の人生史がまだ

短い時点でインテンシブな心理療法に取り組めるという大きな利点がある。人生史が短ければ NET に要する期間も短く、時間的、精神的、経済的負担が少ない。特に我が国では、いわゆるスモッグ的トラウマや relational stress によるトラウマ的な傷つき¹¹³⁾が多く、生きづらさを抱えつつもそれがトラウマによるものだと気づかない人も多い。大学心理相談室のスタッフにトラウマというレンズがあれば、精神科受診に至らない時点での効果的な介入が可能となる。物語るというシンプルな取り組みは、治療という概念に抵抗を感じる来談者にも受け入れられ易い。全人生史の構築、意味の再構成という作業は、アイデンティティの確立という青年期の発達課題に適した援助であり¹⁵⁰⁾、治療の中の情動調律や言語化能力の向上という効果は対人関係を改善し、その先の発達課題である親密性に進むことを助けるものともなる。

児童相談所

今回の実施フィールドには含まれていないが、前述のように人生史の短いうちに NET を実施する意義を鑑みると、児童福祉施設での NET 実施は有効であると考えられる。ケース N には児童相談所、児童自立支援施設での体験の語りがあった。以下に抜粋する。

…〇〇児童相談所に着きました。そのときは一時保護所だと説明され、よかったと思いましたが、何もない部屋に通された時、怖いと思いました。身体検査をされて、あざがどうしてできたか聞かれましたが、理由が思い当たらず、自分でやったと答えました。服を着替え、寝るよう言われましたが、なかなか眠れませんでした。…厳しい生活で、朝7時起床。幼児さんの着替えの手伝い、朝ご飯。幼児さんの面倒。勉強、昼ご飯。幼児さんの面倒。運動。お風呂。おやつ。掃除の時間。読書の時間。自由時間。5時に夕食。日記の時間。自由時間。寝る前にちょっとなにかがあって9時半就寝。という生活でした。最初の数日は個室でこれまでの生い立ちを書かされました。大部屋に移る日の夜、自己紹介がありました。壁づたいに十数名がならんで、学年と名前を言いましたが、小1から高3までの女の子の目が、独特な悲しそうな冷たい目で、衝撃的でした。…一時保護所の生活は厳しいもので、学年と名前以外の個人情報をもらしてはいけない、ニュースをみてはいけない、子どもをハグしてはいけない、などいろいろな禁止事項がありました。環境も辛かったですが、そこに入っている子達のことをショックで、恐怖を感じました。手足にしばられた縄の痕のある子や顔にガラスの破片の痕のある子がいてむごたらしくて怖くて悲しくなりました。…日記の時間が最悪でした。椅子を並べて、これからどうしていきたいか、今の気持ちはどんなか、反省などを書きますが、…。〇〇先生だけは、死にたい気持ちを認めてくれて、「死にたい気持ちが90%あっても、10%の気持ちを大事にして」と言ってくれました。…こんなところにいたら、自分がどんどん死んで行く、どうしよう！と途方に暮れました。更正させるために入れられた、と思い、不当なことをした大人に対して強烈な怒りを感じましたが、押し殺しました。

施設により状況は異なるであろうし、与えられた枠組みの中で最善を尽くすスタッフには頭が下がるが、N はそこで大きな精神的傷付きを負った。N が「心的外傷的出来事の強

い不快感をいだく細部に、繰り返し曝露される体験」という PTSD の A 基準の体験に曝され、トラウマ体験を重ねていることは明らかである。今や施設は被虐待体験のある子どもが大半をしめる状況にある⁷⁾。子どもが示すトラウマ症状が理解されない結果、子どもも支援者も無力感と孤立無援感を高めるという事態を解消すべく、施設職員と被虐待児、非加害者親の双方が、トラウマに関する知識をもち、現在の問題がトラウマ反応に起因するものであるという視点を共有するような支援システム、トラウマインフォームド・ケア⁶³⁾の構築の必要性が叫ばれている⁷⁾。こうした支援システムの中で NET の子供版、KIDNET が実施されれば、子どもの治療として有効であるのみならず無力感から生じるスタッフのバーンアウトも防げるであろう³²⁾。児童福祉分野は、今後 NET の適応が積極的に検討されるべきフィールドであると考えている。

4.4.3 日本での実施

NET は組織的暴力に対して開発されたが、最近のマニュアルには適応として子ども虐待があげられている。本研究でも日本の市民生活由来の PTSD に対して、組織的暴力由来の PTSD と同様の効果がみられた。

日本においても欧州や中東、アフリカ、中国、北米で見られたのと同様の効果が示され、文化的差異の問題はまだ特に感じられないが、シュナイダーが指摘するように¹³⁶⁾、未確認のギャップやミスマッチがありえるため、今後も慎重に検討していく姿勢が求められる。

ケース D にみられるような、明らかな心理的、身体的、性的虐待などとは異なる、「関係性のストレス」relational stress¹¹³⁾という傷つきがあることは、我が国特有の事情として勘案すべきかもしれない。岡野は、この「関係性のストレス」に近いものとして、バリントの basic fault に言及している¹¹³⁾。fault は「欠損」というよりは「過ち」「不具合」であり、「こどもは何か自分の中に不具合 fault があると感じる。つまり直すべき不具合である」。そして子どもは、「養育者が自分を駄目にした、なすべきことを怠った、という印象を持つ」。しかしこの fault が何であるか、バリントは明確にしていない。バリントはこの basic fault を別のところで「外傷」と表現し直しているが、「母親からの加害行為」とは明確に表現していない。岡野はこの basic fault に似た日本独特の傷つきとして、「子どもが無力で自分の気持を表現できずに親に生殺与奪の権を握られ、他方では親がいとも簡単に子どもを無視し、自分の感じ方を半ば無意識的に強要するような状況では、それこそあらゆる気持のズレが子どもにとってのストレスや外傷に繋がりがね」ないこと、実際、日本の臨床の中ではそのズレからもたらされる傷つきが DID を生じ得るほどの深刻な傷つきであることがみられることを指摘している。

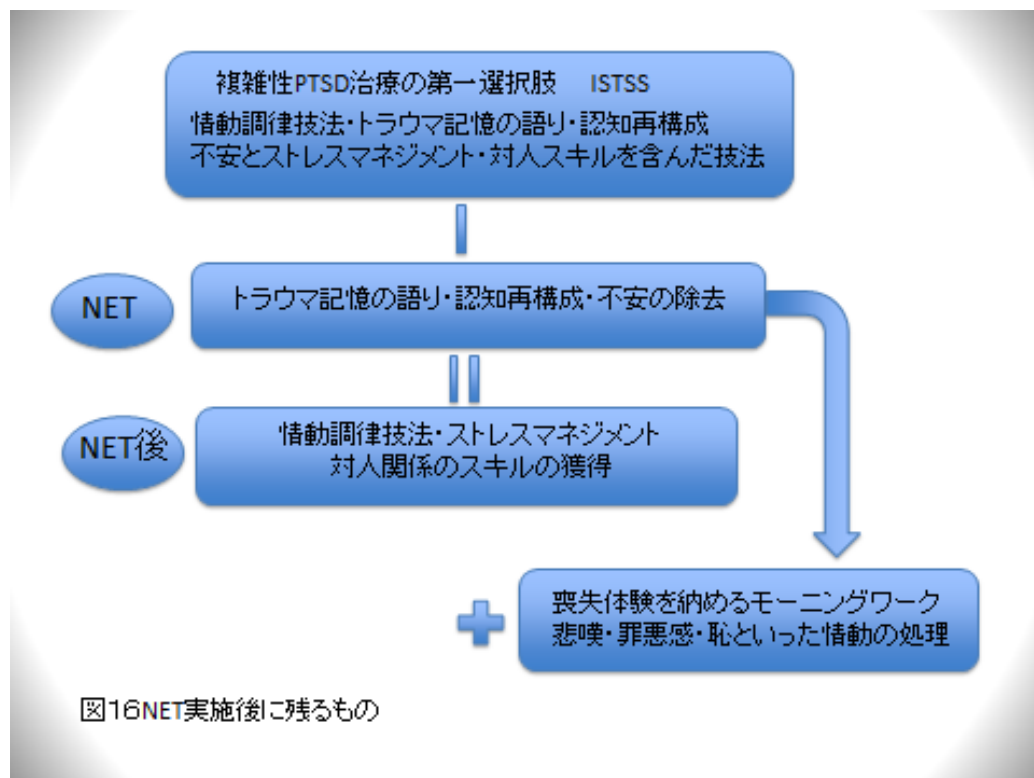
PTSD の原因として欧米で言及されるような明らかな虐待がなくても、相手の気持を汲み合い、思いやる程度の高い我が国の文化の中で、気持のズレの累積が深刻なトラウマを生むことがある、という視点は重要と思われる。そうでないと、目の前にした重い症状に対してもっと深刻なトラウマ体験があるはずだというセラピストの思い込みが、トラウマサバイバー特有の迫害不安とあいまって、偽記憶を作り出す可能性がありうるからである¹¹⁸⁾。語りをベースにした治療法には、セラピストが自分の思い込みから語りを誘導することがないように、細心の注意が払われるべきであろう。

また、国民皆保険、生活保護制度という我が国の事情から、精神病院によっては経済的負担が少なく長期間カウンセリングが受けられる状況がある。難民キャンプや刑務所では対象者が移送されることで NET を中断せざるを得ない状況が生じるが、我が国ではその逆に、トラウマ記憶の想起が続く限り NET 作業を続けることも可能で、どこで終わりにするかという問題が生じる。安全な状況の中で徹底して共感的に聞いてもらう体験は愛着補償的であり、愛着トラウマのサバイバーには NET の後半になると語りのペースが落ちる傾向も見られた。これは NET の回数を増やしているというよりも、人に頼る、基本的信頼感をもつ、手間ひまをかけてもらうというトラウマ処理の先の作業をしているとも言える。しかし、ケース E には NET 作業後 1 年間の語りの終盤ごろから、被害体験の語りが徐々にエスカレートしていく現象がみられた。例えば、ある被害体験の加害者が当初の語りでは 5、6 人であったのが、10 人、20 人、30 人と増えていった。そのくらい辛かった、という心象風景、心的現実と捉えることもできるが、これに対してイメージ曝露を続ける意味はないであろう。NET はインテンシヴな治療法であり、短期で終わらせて、あとは自然な脳の処理、自己治癒能力にのせていくという姿勢が大切かもしれない。E の場合、現実生活を重視する関わりに移して行くことでこうした語りはなくなり、適応的になった。

4.5 NET 実施後に残るもの

4.5.1 スキルの獲得と認知再構成、モーニングワーク

ISTSS 国際トラウマティック・ストレス学会の、複雑性 PTSD 治療の専門家の一致した見解によれば、複雑性 PTSD 治療の第一選択は 情動調律技法・トラウマ記憶の語り・認知再構成・不安とストレスマネジメント・対人スキル・を含んだ方法、である²²⁾ (図 16)。



NET は、このうちトラウマ記憶の語り、認知再構成、不安の除去を目指すもので、情動調律技法、ストレスマネジメント、対人関係スキルの獲得は、NET 治療後の面接に求められる。しかし NET セッション中に行う、高まった情動を納めて帰ることの反復は情動調律の訓練であり、物語る体験がもたらす言語化能力の向上は対人関係スキルの獲得を容易にすることから、これらの課題は NET 開始以前よりずっと取り組みやすいものとなっていた。

認知再構成のうち、加害者や環境、自分が受けた被害に対する認知は、NET 作業中にもかなり再構成が進むが、自己や社会、人生に対する否定的な認知を変えて行くことには時間を要する。これらは、スキルの獲得と両輪で進められる必要がある。本研究では、ヘルパー、訪問看護、精神科デイケア、認知リハビリテーション、就労支援など様々な職種と連携して、これらの課題に取り組んだ。

また、外傷体験を過去の事実として納めて行く作業は多くの喪失への直面をもたらすため、NET 後にはモーニングワークの開始や進行及び、悲嘆・罪悪感・恥といった情動の処理が重要な課題となる。NET の効果が続くとされる 1 年後までの経過をみた後は、ロールレタリング、EMDR、自我状態療法、ホログラフイートークなどの技法も使用して、これらの課題に取り組んだ。NET による PTSD 症状の軽減・除去は、こうした多様な心理療法への道を開くものであると考える。

4.5.2 残ったトラウマの処理

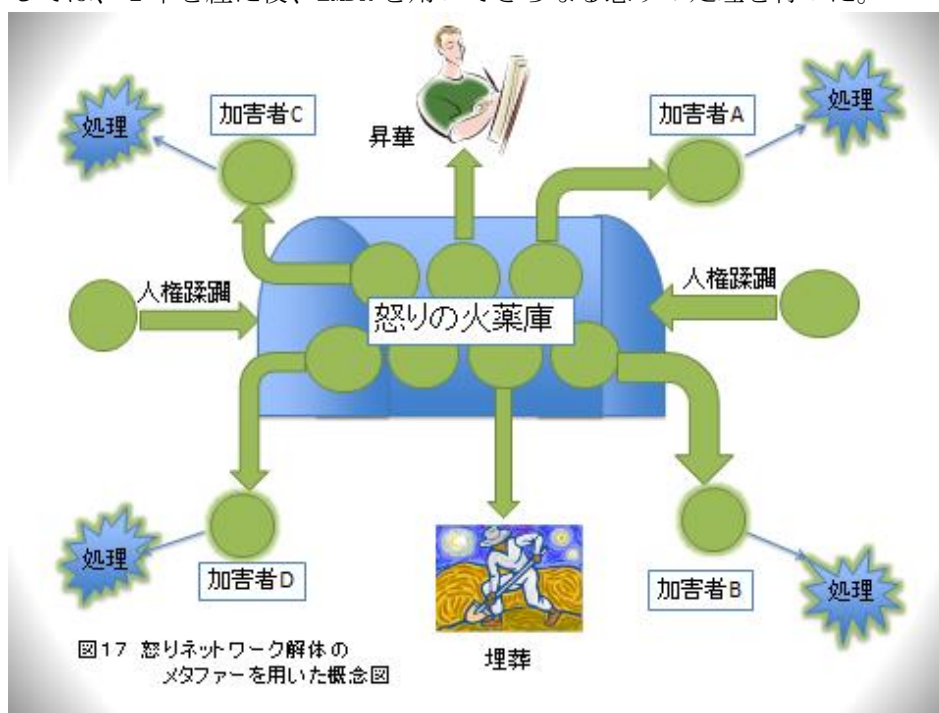
NET 終了後のフォローアップ面接では、上記のような課題に取り組むほか、定期的に尺度測定を実施しつつ、やり残したトラウマ処理を行って行く。NET 期間中に想起できなかった記憶が、実施 1 年後までの時期にふっと浮かび上がってくることは多い。特に解離性健忘が強かったケース E は、NET 実施後に新たに想起された記憶の量が、作業中の量を上回った。NET は実施後 1 年にわたり、PTSD 症状軽減の効果が持続するとされているが⁹⁸⁾、これは、処理機能が有効に働かない異物だったトラウマ記憶が通常の記憶となることで脳の処理機能が有効に働き、処理が続いている状態であると推測される。NET の実施期間に基本的な人生ラインが形成されることで、扱われなかった体験の位置づけや、現在あるいは未来の意味付けなどが、継続的に進行したことが推測できる。他のケースにおいても、季節ごとの引き金等によって、埋もれていた大きな記憶が想起されることは頻繁に見うけられた。こうした新たな記憶に対しては、NET の作業を追加して行い、人生史の中に位置付けていく。

4.5.3 怒りの処理

4.2.2 でも考察したが、BPD 以外の対象においても、NET 実施前に心を覆い尽くしていた恐怖が取り除かれると、「いったいなんてことをしてくれたんだ」「なんで私がこんな目にあわなくちゃならなかった?」「なぜ私の人生はこうなんだ?」という加害者や社会、人生に対する正当な怒りを持つことが可能になる。NET 途中から、あるいは実施後に「この膨大な怒りをいったいどうしたらいいのか?」という人は多い。この怒りが自分に向けられていたのが自傷行為であり、一番周囲に波風をたてない、しかし極めて不適応的な対処法だったと言える。恐怖ネットワークを構成していたのは、今となっては不合理な恐怖で

あり、「もう終わったこと、今はもう安全だ」と過去に埋め込み馴化していけばよいのに対し、怒りは今も持って当然の情動でありすぐに過去のものにはできない。多くの場合、加害者は依然危険な存在であり謝罪や償いは望むべくもない。

図 17 は、怒りのネットワークの解体をメタファーを用いて表現した概念図である。人権を踏みにじられる屈辱体験から蓄積された怒りが、怒りの火薬庫である。可燃性ガスが静電気や火花で容易に引火し大爆発するように、怒りの火薬庫は些細なことが引き金になって大爆発する危険性がある。大量の火薬が一所に保管されているのは大変危険であることから、怒りネットワークの解体で最も重要なのは、怒りを小分けにしていく作業である。それぞれの怒りが誰に対する怒りなのかを明らかにし、怒りを言語化していくことで、怒りネットワークを解体していく。また、サバイバーはこんな怒りの火薬庫を持ち、しばしば爆発を繰り返している自分を恥じ、自己評価を下げていることが多いため、こんなことをされたあなたが強い怒りを持つのは至極当然である、とノーマライゼーションをする。また、怒りは悪いものではない、適切に使えばエネルギーにもなるという心理教育を行う。すると不当に低められていた自己評価が適応的なものになり、怒りのエネルギーを創作活動に向ける方向、社会や人生に対する怒りを葬る方向も生じ、加害者の認知も「邪悪な存在」から「能力に欠けた憐れむべき存在」という方向へ変化した。ケース A、D、E に対しては、1 年を経た後、EMDR を用いてさらなる怒りの処理を行った。



4.6 除外基準の検討

市民を対象とした先行研究の中で除外とされていたのは、治療完遂が困難な状況、他研究への参加、精神遅滞、精神病 psychosis、神経障害 neurological disorder、急性精神病 acute psychosis、重症の精神障害（薬物乱用や精神病を併存したもの）、統合失調症、双極性障害、重症の解離、最近の服薬以外の精神に作用する薬物摂取、最近の自殺企図、

最近の性被害あるいは暴力被害、今も続いている物質乱用、自傷・自殺の危険性、妊娠、授乳、18 以下の BMI、16 以下の BMI、中枢神経系の疾患、頭部外傷、30 分以上の意識消失、加害者との接触の継続、自殺しないという確約のできない人などであった。

本研究で除外としたのは、DID の診断、統合失調症の診断、発達障害の診断、妊婦、安全の確保ができない状態、動機の不足、意識・覚醒水準の低下（多量投薬による過鎮静状態、物質乱用など）、語る能力の不足（幻覚妄想状態、頻繁な解離症状、失語症、精神遅滞など）、人生史を語ることが不可能な程の自我の脆弱性である。この除外の対象を検討する上で、質問紙やライフライン作り（年表作り）に対する反応を指標とした。CAPS がとれない、あるいはとった後に症状が増悪する、ライフラインを作ることで著しく不安定になる患者には、PTSD には治療法があること、将来タイミングをみて取り組めばいいことを伝え、NET ではなく辛い記憶を容器に入れてしまうイメージワークやリソース強化、自我強化など現実適応に重きを置いた「閉じて行くカウンセリング」を選択した。ケース D は当初このカウンセリングに振り向けたケースであるが、その後 NET 実施が可能となった。

本論文で報告した 14 ケースのうち、NET 実施 1 年後に開始以前よりも症状が悪化したケースは無かった。しかし、比較的奏功の度合いが低かったケース、H、M、N の要素から除外基準を検討したい。PTSD を抱えた患者は多く、心理療法は複数ある。できるだけ NET が奏功する患者を対象とする意義も考えての除外基準である。H は診断はなかったが一親等に妄想型統合失調症があり、他ケースより幻覚が多いという特徴があり、NET 実施後に DES の値が上がるなど、反応が他のケースとは異なった印象がある。さらに加害者との接触や障碍児の養育という負担もあった。M には重症の解離と加害者との接触、N には加害者との接触や NET 後のトラウマ的体験があった。

H、M、N に共通してあったのは、加害者との接触という要素である。先行研究で加害者との接触を除外としたものもあったが、特に子ども虐待など養育者が加害者である場合、実際には途中から接触が生じたり、過去には加害者であった人が今はサポートする立場であったり、社会・対人機能が低い中、生活を頼れるのが加害者だけであったりして扱いが難しい。

14 ケースのうち L 以外の 13 ケースに子ども虐待の既往があったが、加害者（親）との接触状況は、死別が A、B、F、J、K、L、法的処置により接触が皆無なのが E、接触が継続しているのが C、D、G、H、I、M、N であった。接触が継続していた C、D、G、H、I、M、N のうち、ケース C は加害者と同居しつつ、加害者には伏せて NET に取り組んだケースだが、NET 実施後は就労して育児もこなすなど適応的に暮らしている。ケース D は A 基準がない適応障害のケースだが、加害者と同居しつつ就労している。この C、D に共通しているのは、加害者に対し持って当然の怒りを十分に表出できたことである。ケース C は加害者にも NET を受けさせるに至っている。G、I はフォローアップ後の経過が不明である。残る H、M、N、すなわち奏功が少なかったケースは、加害者との分離ができず怒りを正しく表出できていないケースである。M、N に共通した要素に若年（20 代）があり、怒りが正しく加害者に向けられない理由は、再被害の恐れと依存対象を失う恐れである可能性がある。加害者との分離、それに関連して年齢という要素について今後検討して行く必要がある。

統合失調症については、解離性障害の方に統合失調症という診断がつくことが多いことが指摘されており¹¹¹⁾¹⁴⁰⁾、ケース H のように、診断がついていなくても一親等の統合失調症の存在や幻覚の多さなどからその要素が窺われる方もあり、適応の判断が難しい。H は NET 実施の前後で症状悪化は無く、むしろ自傷行為が減少して落ち着いたが、他のケースのように奏功していないという印象を持つ。

重症の解離については、ケース M は奏功の度合いが低いものの、やはり重症の解離があったケース E は適応的に暮らせるようになっている。ケース E は加害者との分離がしっかりとできていた。

大きなライフイベントについては、実施後の遭遇については不可避だが、結婚や出産、就職などあらかじめ分かっている時には、NET 実施の是非について、現在の症状による困難、サポートとロードの兼ね合いなど多角的に慎重に検討すべきだろう。適応的に暮らせるようになるためには、NET 後の原病の治療や、フォローアップ面接でやるべきことも重要であり、これらが受けられるかどうか除外基準に関わってくるかもしれない。除外基準については今後実施数を増やして慎重に検討を重ねる必要がある。

4.7 ドロップアウト

筆者はこれまで実施途中のものを含めて 20 例に NET を実施しているが、ドロップアウトは 1 例であり、ドロップアウト率は 5% と非常に低い。この結果は、エクスポージャーでありながらドロップアウト率が低いという先行研究と一致している。

第五章 総合考察

5.1 第五章の概要

第五章では、本研究の概要を示し、先行研究の結果とも照らし合わせて、NET の治療要素、NET 後の面接に求められるもの、留意点を含めた総合的な考察を行う。また、本研究の限界を示し、今後の課題について検討する。

5.2 本研究の概要

5.2.1 目的

NET は、曝露療法に証言療法を組み合わせた PTSD に対する認知行動療法である。馴化による恐怖学習の消去と、全人生史の構築による自伝的記憶整理と尊厳の回復を目指す。戦争・武力紛争関連の PTSD を対象に開発された NET は、組織的暴力による長期的反復的な複雑なトラウマに対するエビデンスがすでに多く蓄積されている。近年海外では市民生活由来の複雑性 PTSD に対する NET のエビデンスの検証や適応の検討が進められ、ISTSS のガイドラインでは NET を複雑性 PTSD に有効な技法と推奨している。我が国では邦訳の手引書で NET 技法が紹介され、児童養護施設、DV 関連施設、精神病院、精神科クリニック、カウンセリングルーム等で NET の実施が始まっているが、エビデンスはまだ少ない。本論文では、我が国の精神病院、大学心理相談室で試みた NET 実施の結果を示し、我が国における市民生活由来の複雑性 PTSD に対する NET の効果と適応を探る探索的な試みを行った。

5.2.2 方法

本論文で報告した対象 14 例は全員が日本人で、13 例が女性、平均年齢は 38.4 才、いずれも PTSD の中核症状に自己調整能力の障害を伴った、複雑性 PTSD がみられた。精神科実施の 12 例には併存症状にうつ病、双極性感情障害、BPD、アルコール依存症、摂食障害、複雑性悲嘆、解離性障害、適応障害、線維筋痛症などがあり、通院歴、入院歴が長い比較的重症の対象であった。精神科実施の 12 例の NET は通院で行い、途中入院を挟んだケースもあった。使用尺度は PTSD 症状に IES-R と CAPS を、うつ症状に SDS を、解離症状に DES を使用し、治療前、治療後、3 ヶ月後、6 ヶ月後、1 年後の時点で測定した。探索的な研究で、IES-R と SDS は 14 例全例で実施したが、CAPS と DES を実施したのは 10 例である。

NET は大学心理相談室あるいは精神科外来で、80 分から 120 分、週 1 回から 2 回のペースで 8 回から 46 回、平均 27.35 回実施した。PTSD 症状、うつ症状、解離症状をみるために IES-R、CAPS、SDS、DES、必要に応じて ICG を使用し、治療前、治療 2 週間後、3 ヶ月後、6 ヶ月後、1 年後の時点で測定した。NET の効果は 1 年程度持続するとされることから、NET 終了後はこれらの質問紙の実施や対人スキル、情動調整スキルの獲得をめざして、1 年程度のフォローアップ面接を継続した。

5.2.3 結果

PTSD 症状は NET の前後で顕著に軽減し実施 1 年後まで漸減し、1 年後に IES-R のカットオフを切ったのは 6 例、CAPS のカットオフを切ったのは 4 例、それ以外のケースにも顕著な軽減がみられ、症状の悪化や無変化は無かった。NET は PTSD 症状を顕著に軽減するとい

う結果である。うつ症状は、1年後までデータの揃っているケースのうち軽減が6例、変化無しが3例、悪化が1例であった。悪化の要因として、喪失に直面した結果のモーニングワークの開始が考えられる。NETはうつに対して有効とされる結果であった。複雑性悲嘆に対してはロールレタリングを組み合わせ実施し、高度なうつ状態は正常圏に改善されたがICGの値は依然高いままであった。解離症状はNETの前後で顕著に軽減し、1年後のデータが揃っているケースで病的解離のカットオフを切らないケースはなかった。1年後のデータが揃っていないケースで解離症状の下がりが悪かったケースには、加害者との接触の継続と若年という要素があった。NETは、侵入・回避・過覚醒というPTSDの中核症状に加えて、情動調整の困難、対人関係能力の障害、注意と意識の変化（解離など）、悪影響を受けた信念体系、身体的苦痛あるいは解体、という複雑性PTSDの症状である自己調整能力の障害を明らかに改善していた。

併存症状や服薬はNET実施の妨げとならず、NET実施中実施後に実施前よりもPTSD症状が悪化したケースは無く、安全に実施することができた。併存症状のBPD、うつ病、双極性障害、解離性障害、複雑性悲嘆、線維筋痛症の症状にも緩和がみられた。嗜癖については、摂食障害の症状は軽減され、アルコール依存への効果はみられたものとみられなかったものに分かれた。またA基準のない適応障害に対してもNETはPTSDと同様の効果を示した。このように、NETは日本の精神病院、大学心理相談室という枠組みの中で、市民生活由来の複雑性PTSDに対して有効であった。治療的であると同時に愛着補償的、養育的でもあるNETは、ドロップアウト率も低く、習得しやすい簡便な技法であり、我が国においても複雑性PTSDの有望な治療法となりえると考ええる。

本論文でたてた以下の仮説について、効果を支持する結果を得た。さらなる臨床経験を積み上げ、RCTを実施して行くことが今後の課題であると考ええる。

- 1) NETは長期的反復的な被害から生じる複雑性PTSDに有効である。
- 2) まだ危険の残る臨床フィールドで組織的暴力由来の複雑性PTSDに有効とされたNETは、平時の一般臨床において市民生活由来の複雑性PTSDに対しても有効である。
- 3) 海外で複数の人種に有効とされたNETは日本人にも有効である。
- 4) PTSD症状を軽減することで、併存症状の改善がもたらされる。
- 5) NETは日本の複雑性PTSDの有効な治療法となりうる。

5.3 NETの治療的要素

NETの治療プロセスの中には多くの治療的要素が考察されたため、以下にまとめる。

NETに必須とされる心理教育には、翻弄され続けたPTSD症状について理解しコントロール感を持つ、少なくとも他の人にはない困難として意識化するという重要な役割がある。トラウマサバイバーに特有な「自分の経験はほかの人と絶対に分かち合えないという確信」に楔を打つものであり、それに続くノーマライゼーションは自我強化をもたらす。PTSD症状に対するエビデンスある治療法の提示は安堵や動機をもたらし、物語るというNETのシンプルな作業は、混乱したサバイバーにも理解され易い。短期療法であり、時系列順の人生史作成はあとどれだけで終わるか予測が可能で、動機が維持されやすい。NETのライフラインのワークはトラウマ体験を可視化する方向付けであり、人生史を作る、五感に働

きかけるといふ NET 作業の予行演習でもある。NET 前後に実施する各種尺度には、症状評価のみならず、DES のように、かつて言語化したことのない症状への質問によって症状を理解する効果、CAPS のように比較的負荷の大きい尺度への反応から NET の適性をみるといった効果がある。本来言葉にならないトラウマ体験を語るといふ作業は一時的な否定的情動の高まりを伴うが、必ず情動が納まってから帰る体験を積み重ねることで、情動に圧倒されたままということはないことを学び、コントロール感や情動調律能力の向上がもたらされる。トラウマ体験の詳細な語りの中では、五感にフルに働きかけるセラピストの質問によって、過去への没入と今ここでの意識とを行き来することが繰り返され、曝露と馴化の強力な機序によって PTSD 症状が軽減される。解離の軽減により切り離されていた記憶、感情、感覚を取り戻し、人生を取り戻して行く。回避してきた体験細部の想起は、見落とされた新しい意味づけをもたらすことも多く、認知が再構成された。全人生史の語りにおいては、よい体験も詳細に語るためリソース強化がなされ、認知の再構成や意味の構築が進む。あるべきものが無いというネグレクトや了解不能な愛着トラウマの傷つきなどもしっかりと扱うことができるのは、ターゲットを定めない NET の有利な特徴である。安全な場で強い関心を持って徹底的に聞いてもらう体験は愛着補償的であり、物語ることによる言語化能力の向上がどのケースにもみられた。自伝的記憶の整理は、自伝的記憶の持つ自己機能、社会機能、方向付け機能を高め、自己感を回復し自己を再構成する。

5.4 NET 実施後に残るもの

ISTSS の見解によれば、複雑性 PTSD 治療の第一選択は 情動調律技法・トラウマ記憶の語り・認知再構成・不安とストレスマネジメント・対人スキル・を含んだ方法である。NET は、このうち主にトラウマ記憶の語り、認知再構成、不安の除去を目指す。NET 終了後のフォローアップのセッションで求められる情動調律技法、ストレスマネジメント、対人関係スキルの獲得は、NET 中で繰り返された情動の高まりを納めて帰る体験や、積み重ねられた言語化の体験から、NET 開始以前より取り組みやすいものとなっている。

さらに、自己や社会、人生に対する否定的な認知を変えて行く認知再構成のプロセスやトラウマ体験への直面によるモーニングワークの開始や進行、NET 終了後に新たに想起されるトラウマ記憶の処理、恐怖がとれたことによる加害者への怒りの処理などが、NET 後のフォローアップ面接の中で、各種スキルの獲得と両輪で進められた。本研究では、ヘルパー、訪問看護師、精神科デイケア・認知リハビリテーション・就労支援スタッフなど様々な職種と連携することにより、これらの課題に取り組んだ。

5.5 留意点

本研究ではエクスポージャーへの過度の不安を払拭する結果が示されたが、辛い記憶を詳細に想起する作業であるため、主体的に取り組みたいという動機が必須である。また、面接外で新たな記憶を想起することにより不安定になった時に備え、あらかじめ環境調整をしておくことも重要である。具体的には、日常生活の中で辛い時に支えてくれる人がいること、この治療に伴う可能性のある症状について、医療・福祉スタッフ間に情報の共有と連携があることである。本研究の精神病院実施のケースは、必要に応じて入院体制もと

れる望ましい環境にあった。

解離や嗜癖の問題は、報告したケースでは NET 実施への妨げとならなかったが、先行研究では、薬物依存や摂食障害、精神症状の急激な悪化の際には NET を中断すべきとしている。また逆に、NET の効果により嗜癖の問題が急激に改善される場合、離脱症状への注意が必要である。NET は解離症状を軽減する効果が顕著であることから、防衛でもある解離がとれた後の環境に危険が生じないように、あらかじめ環境調整を行っておくことも肝要である。

本研究で除外としたのは DID の診断、統合失調症の診断、発達障害の診断、妊婦、安全の確保ができない状態、動機の不足、意識・覚醒水準の低下（多量投薬による過鎮静状態、物質乱用など）、語る能力の不足（幻覚妄想状態、頻繁な解離症状、失語症、精神遅滞など）、人生史を語ることが不可能な程の自我の脆弱性であったが、加害者との接触の継続、フォローアップ面接が受けられない可能性、大きなライフイベントの予定なども慎重に検討すべきであることが窺われた。

NET はおびただしい難民の PTSD を治療するため、習得が容易で現地の援助者を増やしやすくように開発された簡便な技法である。それが NET の有効な特徴であるが、先行文献をみると、現地で短期間に養成された援助者による 4、5 回という短期実施の研究よりも、臨床経験のある心理療法家が習得し、定期的なスーパーヴィジョンをはさみつつ行った実施の研究の方がエフェクトサイズは大きい。やはり有効な実施のためにはしっかりとしたスーパーヴィジョンが望ましく、そのためのスーパーヴァイザーの育成が必要である。

5.6 限界

本研究は探索的なものであり、ケース数が少ない、比較対象群がない、評価尺度が不足している、という限界を持っている。今後は、実施数を増やし、NET 実施者と尺度実施者を分けた RCT を行い、有効性を厳密に検証していく必要がある。また、BPD、双極性障害など併存する精神疾患や症状の有無、変化をみる尺度や、うつ症状、解離症状、認知変化、疼痛の程度を測るための尺度のバッテリーを検討し、適応を検証していくことも求められる。また、本研究は大学心理相談室と精神病院という限られたフィールドでの実施であるという限界がある。我が国の市民生活由来の PTSD への NET の効果と適応を多角的に検証するためには、教育、福祉、司法など様々なフィールドからエビデンスを集めること、年齢、性別、地域、トラウマの種類、環境状況など様々な変数を考慮に入れた幅広い検証を行うことが必要である。

5.7 課題

NET 実施数の増加、厳密な効果の検証、適応の検討や除外基準の整備が必要である。そのためには、PTSD の中核症状を測る CAPS だけでなく、複雑性 PTSD の自己調整能力の障害を測る尺度が必要となるだろう。複雑性悲嘆や DID、線維筋痛症、嗜癖の問題のあるケースへの適応もさらに検討する必要がある。先行研究の結果を裏づけた BPD への効果は、さらにエビデンスを蓄積することが求められる。マニュアルでも難局とされている、罪悪感と恥の問題の解決方法は重要な課題である。

愛着の問題が大きいケースに対し、NET 実施後に必要となる、心的発達や成長を促すプログラムの検討も有用である。また発達の様々な段階への NET の適応や KIDNET、FORNET などの有効性の検証も待たれる。現場のニーズに照らすと、NET 準備期間の作業、NET の回数・時間・頻度、外来・入院等の枠組み、NET 後の面接技法など、技法の洗練や実施効率をあげる試みも重要であろう。

海外で既に進められているように、技法の周知・普及、実施者やスーパーバイザーを育成するプログラムの作成、トラウマインフォームド・ケアなどの枠組みと組み合わせた治療モデルの提案なども必要と考える。本論文で触れられなかった NET の作用機序についての神経生物学的報告への理解を深め、認知や認知過程、情動調整の変化について考察することも重要である。

ナラティブを集めるという特徴を生かし、集められたナラティブから個人のみならず社会や民族、国家の傷つきやその治療法をマクロな視点から考察することや、4.4.2 のように社会的弱者のナラティブを掬うことから得られる知見を現実改善に生かして行く取り組みも考えられる。集められた子ども虐待の多くのナラティブから、介入にふさわしい時期やタイミング、援助のあり方を検討することも可能であろう。ライフラインのワークの持つアートセラピー的な効果や儀式的な意味合いの考察も有用である。「物語る」という、人の普遍的営みに根ざした NET は、量的・質的、また、心理学・社会学・神経生物学・芸術といったさまざまな領域からの研究を可能にすると考える。

初出一覧（＊以外は第一著者）

第二章

「ナラティブ・エクスポージャー・セラピーの効果に関する文献展望」（共著）『トラウマティック・ストレス第 14 巻 第 2 号 55-66, 2016.』

第三章

「Narrative Exposure Therapy による複雑性 PTSD の治療(2)---適応と効果の検討---」（共著）『サイコセラピー学会雑誌第 13 巻 第 1 号 67-74, 2012.』

第四章

「Narrative Exposure Therapy による複雑性 PTSD の治療(1)---医療現場への導入例---」（共著＊）『サイコセラピー学会雑誌第 13 巻 第 1 号 59-65, 2012』

「Narrative Exposure Therapy による複雑性 PTSD の治療---複雑性悲嘆を伴う 1 事例の報告---」（共著）『サイコセラピー学会雑誌第 14 巻 第 1 号 77-85, 2013』

「Narrative Exposure Therapy による複雑性 PTSD の治療---境界性パーソナリティ障害を伴う症例への効果と適応の検討---」（共著）『サイコセラピー学会雑誌第 16 巻 第 1 号 71-81, 2015』

注： 上記掲載論文を引用しつつ、内容を一部改変あるいは追記した。

引用文献

- 1) 阿部昇：グリーフワークへのロールレタリングの導入. 現代のエスプリ 482 (特集：ロールレタリング)：195-202, 2007.
- 2) Adenauer, H., Catani, C., Gola, H., et al.: Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli - evidence from a randomized controlled treatment trial. BMC Neuroscience, 12; 127, 2011.
- 3) Alghamdi, M., Hunt, N., Thomas, S.: The effectiveness of Narrative Exposure Therapy with traumatized controlled study. Behav. Res. Ther., Mar; 66; 64-71, 2015.
- 4) Al-Hadethe, A., Hunt, N., Al-Qaysi, G. et al.: Randomised controlled study Comparing two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: emotional freedom techniques (EFT) vs. Narrative Exposure Therapy (NET). J. Trauma. Stress Disord. Treat., 4(4), 2015. ISSN: 2324-8947
- 5) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Am. J. Psychiatry, 161, November supplement, 2004.
- 6) Armstrong, J. G., et al. Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. J. Nerv. Ment. Dis., 185; 491-497, 1997.
- 7) 浅野恭子、亀岡智美、田中英三郎：児童相談所における被虐待児へのトラウマインフォームド・ケア. 児童青年精神医学とその近接領域, 57(5); 748-757, 2016.
- 8) Asmundson, G. J. G., Coons, M. J., Taylor, S. et al.: PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. Can. J. Psychiatry, 47(10); 930-7, 2002.
- 9) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., et al.: Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. J. Nerv. Ment. Dis., 190(3); 175-182, 2002.
- 10) 飛鳥井望：PTSDの臨床研究：理論と実践. 金剛出版, 2008.
- 11) 飛鳥井望：エビデンスに基づいたPTSDの治療法. 精神経誌, 110(3); 244-249, 2008.
- 12) Australian Center for Posttraumatic Mental Health: Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder, 2007. (phoenixaustralia.org/resources/ptsd-guidelines/) (accessed 2016-11-1).
- 13) Ball, J. S. and Links, P. S.: Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. Curr. Psychiatry Rep., 11(1); 63-68, 2009.
- 14) Bernstein, E. M., Putnum, F. W.: Development, reliability and validity of a dissociation scale. J. Nerv. Ment. Dis., 174; 727-735, 1986.
- 15) Beutel, M. and Subic-Wrana, C.: Stabilisierung bei komplexer posttraumatischer Belastungsstörung: Vorbereitung oder Vermeidung der Traumakonfrontation. Psychotherapeut, 57; 55-57, 2012.
- 16) Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., et al.: Narrative exposure therapy for

- political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behav. Res. Ther.*, 45(9); 2212–20, 2007.
- 17) Bown, J. : Shared trauma after a flood: a manual for therapists. Master Thesis, the University of Lethbridge, 2015.
- 18) Bull, K. : Classroom-based supports for refugee children who have experienced trauma. *MinneTESOL J.*, fall, 2016.
- 19) Campbell, C. A., Albert, I., Jarrett, M. et al. : Treating multiple incident post-traumatic stress disorder (PTSD) in an inner city London prison: the need for an evidence base. *Behav. Cogn. Psychother.*, 44(1); 112–117, 2016.
- 20) Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., et al. : Treating children traumatized by war and tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in north-east Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 9; 22, 2009.
- 21) Cienfuegos, J., Monelli, C. : The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *Am. J. Orthopsychiatry*, 53; 43–51, 1983.
- 22) Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., et al. : Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J. Trauma. Stress*, 24(6); 615–627, 2011.
- 23) Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. et al. : The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. Retrieved from http://www.istss.org/AM/Template.cfm?Section=ISTSS_Complex_PTSD_Treatment_Guidelines&Template=%2FCM%2FContentDisplay.cfm&ContentID=518 2012.
- 24) Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., et al. : Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 2013; 4 doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706
- 25) Cohen, J. : Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd edn.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
- 26) Colville, G. : Narrative Exposure Therapy for parental PTSD after PICU. *Crit. Care. Med.*, Dec. 2013. doi: 10.1097/01.ccm.
- 27) Corrado, M. : Trauma narratives with inner city youth: The storiez intervention. Doctoral thesis, University of Pennsylvania, 2016.
- 28) Crombach, A., Elbert, T. : Controlling offensive behavior using Narrative Exposure Therapy: A randomized controlled trial of former street children. *Clin. Psychol. Sci.*, 3(2); 270–282, 2015.
- 29) d' Ardenne, P., Heke, S. : Patient-reported outcomes in post-traumatic stress disorder Part1: Focus on psychological treatment. *Dialogues Clin. Neurosci.*, 16(2); 213–226, 2014.
- 30) Department of Veterans Affairs Department of Defense: VA/DoD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress, 2010.

- (<http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>) (accessed 2016-11-1).
- 31) Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5. American Psychiatric Association, 2013. (DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き. 日本精神神経学会. 医学書院. 2014.)
- 32) 道免逸子: DV 被害者支援事業における二次的外傷性ストレス. 甲南大学修士論文. 2011.
- 33) 道免逸子, 江尻真樹, 森茂起: Narrative Exposure Therapy による複雑性 PTSD の治療(2)---効果と適応の検討---. 日本サイコセラピー学会雑誌, 13(1); 67-73, 2012.
- 34) 道免逸子, 森茂起: Narrative Exposure Therapy による複雑性 PTSD の治療---複雑性悲嘆を伴う1事例の報告---. 日本サイコセラピー学会雑誌, 14(1); 77-85, 2013.
- 35) 道免逸子, 江尻真樹, 森茂起: Narrative Exposure Therapy による複雑性 PTSD の治療---境界性パーソナリティ障害を伴う症例への効果と適応の検討---. 日本サイコセラピー学会雑誌, 16(1); 71-81, 2015.
- 36) 道免逸子, 森茂起: ナラティブ・エクスポージャー・セラピーの効果に関する文献展望. トラウマティック・ストレス, 14(2); 55-66, 2016.
- 37) Dossa, N., Hatem, M.: Cognitive-Behavioral Therapy versus Other PTSD psychotherapies as treatment for women victims of war-related violence: A systematic review. Sci. World J., doi: 10.1100/2012/181847, 2012.
- 38) DSM-III. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition.: DSM-III. APA, Washington D.C., 1980.
- 39) 江尻真樹, 道免逸子, 森茂起: Narrative Exposure Therapy による複雑性 PTSD の治療(1)---医療現場への導入例---. 日本サイコセラピー学会雑誌, 13(1); 59-65, 2012.
- 40) Elbert, T., Schauer, M., Neuner, F.: Narrative Exposure Therapy (NET): Reorganizing memories of traumatic stress, fear, and violence. (eds.) Schnyder, U., Cloitre, M.: Evidence based treatment for trauma-related psychological disorders. A practical guide for clinicians. Springer, 229-253, 2015.
- 41) Ertl, V., Pfeiffer, A., Schauer, E., et al.: Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: a randomized controlled trial. JAMA, 306(5); 503-12, 2011.
- 42) Fazel, M.: A moment of change: Facilitating refugee children's mental health in UK schools. Int. J. Educ. Dev., 41; 255-261, 2015.
- 43) Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. et al. (eds.): Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, 2nd edition. Guilford Press, 2010. (飛鳥井望監訳: PTSD 治療ガイドライン第2版. 金剛出版, 2013.)
- 44) 福田一彦、小林重雄: 2011 年改訂日本版 SDS (Self-rating Depression Scale) 自己評価式抑うつ性尺度使用手引き. 三京房, 3-15, 2011.
- 45) Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., et al.: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from

- the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry*, 69(4) ; 533-545, 2008.
- 46) Halvorsen, J. Ø., Stenmark, H., Neuner, F. et al.: Does dissociation moderate treatment outcomes of Narrative Exposure Therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial. *Behav. Res. Ther.*, 57; 21-8, 2014.
- 47) Harb, B. M., Wonisch, M., Fruhwald, F. et al.: Tako-tsubo cardiomyopathy and post-traumatic stress disorder after a skiing accident: A case report. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 127(5/6), ; 222-224, 2015.
- 48) Harned, M. S. and Valenstein, H. R.: Treatment of borderline personality disorder and co-occurring anxiety disorders. *PMCID:PMC3643080*, Doi: 10.12703/P5-15. 2013.
- 49) Harned, M. S.: Treatment of posttraumatic stress disorder with comorbid borderline personality disorder.: Integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure. (eds.), Storch, E. A. and McKay, D.: *Handbook of treating variants and complications in anxiety disorders*. Springer, New York. 2013.
- 50) Harned, M. S.: The Combined Treatment of PTSD with Borderline Personality Disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1(4); 335-344, 2014.
- 51) Harned, M. S., Korslund, K. E.: Treating PTSD and borderline personality disorder. (eds.), Schnyder, U., Cloitre, M.: *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians*. Springer, 331-346, 2015.
- 52) Hatcher, S.: Indigenous suicide: A global perspective with a New Zealand focus. *Can. J. Psychiatry*, 61(11); 684-687, 2016.
- 53) Hecker, T.: Perpetual perpetration: How violence shapes the offender: The interplay between organized and family violence, appetitive aggression and mental health. *Doctoral Thesis, University of Konstanz*, 2013.
- 54) Hecker, T., Hermenau, K., Crombach, A., Elbert, T.: Treating traumatized offenders and veterans by means of Narrative Exposure Therapy. *Front. Psychiatry*, 22; June, 2015. PMID: 26157395
- 55) Heilmann, K. R., Måkestad, E. : Narrative Exposure Therapy as treatment for posttraumatic stress disorder: An intervention study. *Master Thesis, The University of Bergen*, 2008.
- 56) Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., et al.: Treatment of traumatized victims of war and torture: A randomized controlled comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training. *Psychother. Psychosom.*, 80(6); 345-352, 2011.
- 57) Herman, J.: *Trauma and Recovery*. Basic-Books. 1992(中井久夫 訳: 心的外傷と回復. 増刷版. みすず書房, 1999.)
- 58) Hermenau, K., Heckerr, T., Ruf, M. et al.: Childhood adversity, mental ill-health and aggressive behavior in an African orphanage: Changes in response to trauma-focused therapy and the implementation of a new instructional system. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health*, 5:29; 2011.

- 59) Hermenau, K., Hecker, T., Schaal, S. et al.: Addressing posttraumatic stress and aggression by means of Narrative Exposure: A randomized controlled trial with ex-combatants in the Eastern DRC. *J. Aggress. Maltreat. Trauma*, 22(8); 916-934, 2013.
- 60) Hijazi, A.M.: Narrative Exposure Therapy to treat traumatic stress in middle eastern refugees: A clinical trial. Dissertation. Wayne State University, 2012.
- 61) Hijazi, A.M., Lumley, M.A., Ziadni, M.S. et al.: Brief Narrative Exposure Therapy for posttraumatic stress in Iraqi refugees: A preliminary randomized clinical trial. *J. Trauma. Stress*, 27(3); 314-22, 2014.
- 62) Hinsberger, M., Holtzhausen, L., Sommer, J. et al.: Feasibility and effectiveness of Narrative Exposure Therapy and cognitive behavioral therapy in a context of ongoing violence in South Africa. *Psychol. Trauma*, Advance online publication. online first publication, 2016. DOI:10.137/tra0000197
- 63) Huckshorn, K., Lebel, J.: Trauma-informed care. (eds.), Yeager, K., Cutler, D., Svendsen, D., et al.: Modern community mental health: An interdisciplinary approach. Oxford University Press, 62-83, 2013.
- 64) Institute of Medicine of the National Academies: Treatment of posttraumatic stress disorder: An assessment of the evidence, Washington D.C., USA, 2008. (http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11955) (accessed 2016-11-1).
- 65) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. WHO., 2003. 疾病及び関連保健問題の国際統計分類 ICD-10 第10版. 2003.
- 66) ISTSS expert consensus guidelines for complex PTSD in adults, 2012. (https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concesnsus-Guide-lines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf#search='cloitre+treatment+of+complex+PTSD') (accessed 2016-11-1).
- 67) Jacob, N., Neuner, F., Maedl, A., et al.: Dissemination of psychotherapy for trauma spectrum disorders in postconflict settings: A randomized controlled trial in Rwanda. *Psychother. Psychosom.*, 83(6); 354-63, 2014.
- 68) Jha, A., Shakya, S.: Rational for conducting PTSD research and challenges of recruiting and training volunteer to screen and treat PTSD among the Nepal 2015 Earthquake survivors. *Nepal Med. Assoc.*, 53(199); 202-7, 2015.
- 69) 児童虐待対策の現状と今後の方向性. 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/about-01.pdf
- 70) 川上憲人: トラウマティックイベントと心的外傷後ストレス障害のリスク: 閾値下 PTSD の頻度とイベントとの関連. 大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入方法に関する研究, 平成21年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業) 分担研究報告書; 17-25, 2010.
- 71) Kessler, R.C.A. Sonnega, E. Bromet et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Surbey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52(12); 1048-60, 1995. Pubmed:

7492257

- 72) Kessler, R. C. et al.: Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62; 617-627, 2005.
- 73) 金吉晴: 心的トラウマの理解とケア 第2版. じほう, 2006.
- 74) 金吉晴: PTSD の概念と DSM-V に向けて. *精神経誌*, 114(9); 1031-1036, 2012.
- 75) 北島正人, 水野康弘, 有木永子 et al.: 風景構成法 (LMT) と自己評価式抑うつ性尺度 (SDS) および文章完成法テスト (SCT) との関連. 秋田大学教育文化学部教育実践研究紀要, 36; 193-203, 2014.
- 76) Köbach, A., Schaal, S., Hecker, T. et al.: Psychotherapeutic intervention in the demobilization process: Addressing combat-related mental injuries with Narrative Exposure in a first and second dissemination stage. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2015, Dec 16 doi: 10.1002/cpp.1986.
- 77) Lauterbach, D. & Reiland, S.: Exposure therapy and post-traumatic stress disorder. (eds.), Richard, D. C. S. & Lauterbach, D.: *Handbook of exposure therapies*. Academic Press. hjk, 2006.
- 78) Marmar, C. R., et al. The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. (eds.), Wilson JP, Keane, T. M.: *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press, 412-428, 1997.
- 79) Mauritz, M. W.: Narrative Exposure Therapy for posttraumatic stress disorder associated with repeated interpersonal trauma in patients with severe mental illness: a mixed methods design. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 7; 32473 - <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v7.32473>, 2016.
- 80) McCord, J.: The thing that happened: Hope and healing at Hope North. (eds.), Thompson, N., Cox, G. R., Stevenson, G.: *Handbook of traumatic loss: A guide to theory and practice*. Routledge, 321-344, 2017.
- 81) McDermott, B. M., Cobham, V. E.: A stepped-care model of post-disaster child and adolescent mental health service provision. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 5, 2014. PMID: PMC4095762.
- 82) Mehus, C. J.: A tactile lifeline applied to couple therapy. *J. Fam. Psychother.*, 26(4); 318-322, 2015.
- 83) Milde, A. M., Nordling, T. S., Nordanger, D. O.: The effect of Narrative Exposure Therapy on posttraumatic stress disorder: An outpatient intervention study. *Eur. J. Psychotraumatol.*, March, 2012.
- 84) Morath, J., Moreno-Villanueva, M., Hamuni, G. et al.: Effects of psychotherapy on DNA strand break accumulation originating from traumatic stress. *Psychother. Psychosom.*, 83(5); 289-97, 2014.
- 85) Morath, J., Gola, H., Sommershof, A. et al.: The effect of trauma-focused therapy on the altered T cell distribution in individuals with PTSD. Evidence from an

- randomized controlled trial. J. Psychiatr. Res., 54; 1-10, 2014.
- 86) 森茂起：児童擁護施設における子どもたちの自伝的記憶---トラウマと愛着の観点から---。トラウマティック・ストレス, 9(1); 43-52, 2011.
- 87) 森茂起：ナラティブ・エクスポージャーセラピー。日本心理臨床学会支援活動プロジェクト委員会編：危機への心理支援学・・・91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ。遠見書房, 66, 2011.
- 88) 森茂起：自伝的記憶の整理としての心理療法---トラウマ性記憶の扱いをめぐって。森茂起編：自伝的記憶と心理療法。甲南大学人間科学研究所叢書 心の危機と臨床の知. 15. 平凡社, 12-41, 2013.
- 89) 森茂起：ナラティブ・エクスポージャー・セラピー(NET)。野呂浩史編：トラウマセラピー・ケースブック：症例に学ぶトラウマケア技法。星和書店, 2016.
- 90) 森岡正芳：人生のナラティブと心理療法。71-93。森茂起編：自伝的記憶と心理療法。甲南大学人間科学研究所叢書 心の危機と臨床の知. 15. 平凡社, 12-41, 2013.
- 91) Murcia, S. Y. : “*La cultura cura*”: Exploring the suitability of Narrative Exposure Therapy as a trauma treatment for Latina survivors of domestic violence. Doctoral Thesis, The Wright Institute Gradual School of Psychology, 2008.
- 92) 仲真紀子：子どもの語りと感情表現。佐藤浩一、越智啓太、下島裕美編：自伝的記憶の心理学。北大路書房, 186-199. 2012.
- 93) 中島聡美、伊藤正哉、石丸径一郎 et al. : 遷延性悲嘆障害の実態と危険因子に関する研究. Research-aid paper of the Meiji Yasuda Mental Health Foundation, 45; 119-126, 2009.
- 94) 中島聡美：複雑性悲嘆とは：歴史的流れから近年の知見。グリーフ&ビリーブメントカンファレンス, グリーフ&ビリーブメント研究会, 4-5, 2010.
- 95) 成田善弘：解離をめぐるとの問題の所在。精神療法, 35(2); 141-143, 2009.
- 96) National Institute for Clinical Excellence: Posttraumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care, London, 2005. (<http://www.nice.org.uk/guidance/CG26>) (accessed 2016-11-1).
- 97) Neimeyer, R. A. : Lessons of Loss: A guide to coping. Routledge, 2002. (鈴木剛子訳：＜大切なもの＞を失ったあなたに---喪失を乗り越えるガイド。春秋社, 2011.)
- 98) Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., et al. : A comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. J. Consult. Clin. Psychol., 72(4); 579-587, 2004.
- 99) Neuner, F., Onyut, P. L., Ertl, V. et al. : Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: A randomized controlled trial. J. Consult. Clin. Psychol., 76(4); 686-94, 2008.
- 100) Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., et al. : Narrative Exposure Therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): From neurocognitive theory to field intervention. Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am., 17; 641-664,

2008.

101) Neuner, F. : Stabilisierung und konfrontation in der traumatherapie – Grundregel oder mythos? Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 18: 109–118, 2008.

102) Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., et al. : Can asylum seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. Cogn. Behav. Ther., 39; 81–91, 2009.

103) Neuner, F. : Safety first? Trauma exposure in PTSD. (eds), Neudeck, P. & Wittchen: Exposure Therapy. Springer, New York, 299–312, 2012.

104) Nijenhuis, E. R. S., et al. The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ20). J. Nerv. Ment. Dis., 184; 688–694, 1996.

105) 野間俊一： 解離研究の歴史. 特集 解離性障害. こころのりんしょう a-la-carte, 28(2); 277–284, 星和書店, 2009.

106) 野村晴夫： 語りとその構造. 佐藤浩一、越智啓太、下島裕美編：自伝的記憶の心理学. 北大路書房, 175–185, 2012.

107) 大澤香織： 症状評価：自記式検査と症状評価尺度. 構造化面接の方法2—ストレス関連障害—. 精神科治療学, 26; 269–272, 2011.

108) 大江美佐里：ICD-11 分類における Complex PTSD 概念について. ト라우マティック・ストレス, 14(1); 56–62, 2016.

109) 岡本茂樹：ロールレタリング—手紙を書く心理療法の理論と実践—. 金子書房, 2012.

110) 岡村毅：解離性障害の疫学と虐待の記憶. 特集 解離性障害. こころのりんしょう a-la-carte, 28(2); 341–348, 星和書店, 2009.

111) 岡野憲一郎編：解離性障害. 専門医のための精神科臨床リュミエール 20. 中山書店, 2009.

112) 岡野憲一郎、柴山雅俊、奥田ちえ編：特集 解離性障害. こころのりんしょう a-la-carte, 28(2), 星和書店, 2009.

113) 岡野憲一郎：続解離性障害：脳と身体からみたメカニズムと治療. 岩崎学術出版社, 2011.

114) 大久保街亜, 岡田謙介：伝えるための心理統計. 勁草書房, 2017.

115) Ostrovski, N., Prince, M. J., Zimmerman, C. et al. : Women in post-trafficking services in moldova: diagnostic interviews over two time periods to assess returning women's mental health. BMC Public Health 2011, 11:232 doi: 10.1186/1471-2458-11-232

116) Otis, J. D., Keane, T. M., Kerns, R. D. : An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. J. Rehabil. Res. Dev., 40(5); 397–406, 2003.

117) 大矢大：心的外傷と解離. 精神療法, 35(2), 163–167, 金剛出版, 2009.

118) 大矢大：「蘇った記憶」と「偽りの記憶」をめぐる論争. 松下正明、牛島定信、小山司編：記憶の臨床. 臨床精神医学講座 special issue. 中山書店, 377–379, 1999.

- 119) Pabst, A., Schauer, M., Bernhardt, K., et al. : Treatment of patients with borderline personality disorder and comorbid posttraumatic stress disorder using Narrative Exposure Therapy: A feasibility study. *Psychother. Psychosom.*, 81(1); 61-63, 2012.
- 120) Pabst, A., Schauer, M., Bernhardt, K. et al.: Evaluation of Narrative Exposure Therapy (NET) for borderline personality disorder with comorbid posttraumatic stress disorder. *Clin. Neuropsychiatry*, 11(4); 108-117, 2014.
- 121) Peri, T., Gofman, M., Tal, S. et al.: Embodied simulation in exposure-based therapies for posttraumatic stress disorder--A possible integration of cognitive behavioral therapies, neuroscience, and psychoanalysis. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 6, 2015. DOI: 10.3402/ejpt.v6.29301
- 122) Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, P. K. et al.: The Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res.*, 59(1-2); 65-79, 1995.
- 123) Putnam, F. W., et al.: Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse Neglect*, 17; 731-741, 1993.
- 124) Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. 2000. (高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き. 新訂版, 医学書院, 2008.)
- 125) Ross, C.: Dissociative identity disorder. Diagnosis, clinical features, and treatment for multiple personality. John Wiley & Sons, 1997.
- 126) Rubin, D. C. (Ed.): Autobiographical memory. New York, Cambridge University Press. 1986.
- 127) Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., et al.: Narrative Exposure Therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *J. Trauma. Stress*, Aug 23(4); 437-45, 2010.
- 128) Ruf, M., Schauer, M. : Facing childhood trauma: Narrative Exposure Therapy within a cascade model of care. (ed.), Murray, J. : Exposure therapy: New developments. Nova Science Publishers, Inc., 229-262, Chapter 9, 2012.
- 129) 佐藤浩一、越智啓太、下島裕美: 自伝的記憶の心理学. 北大路書房, 2012.
- 130) Schaal, S., Elbert, T., and Neuner, F. : Narrative Exposure Therapy versus Interpersonal Psychotherapy. A pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Psychother. Psychosom.* 78; 298-306, 2009.
- 131) Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. : Narrative Exposure Therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. Ashland, Hogrefe & Huber, 2005. (森茂起監訳: ナラティヴ・エクスポージャー・セラピー. 金剛出版, 2010.)
- 132) Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. : Narrative Exposure Therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. 2nd

- revised and expended edition. Ashland, Hogrefe & Huber, 2011.
- 133) Schauer, M., Ruf-Leuschner, M.: Lfeline within Narrative Exposure Therapy. *Psychotherapeut*, 59(3); 226-238, 2014.
- 134) Schauer, M., Elbert, T.: Dissociation following traumatic stress. *J. Psychol.*, 218(2); 109-127, 2015. DOI: 10.1027/0044-3409/a000018.
- 135) Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T. et al.: Psychotherapies for PTSD: What do they have in common? *Eur. J. Psychotraumatol.*, 2015; 6:10 Aug 2015. PMID:PMC4541077(ウルリッヒ・シュニーダー：外傷関連障害に対する心理療法：その共通項とは？ ト라우マティック・ストレス, 13(2); 3-8, 2015.)
- 136) Schnyder, U., Cloitre, M. (eds.): Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians. Springer International Publishing, Switzerland, 2015.
- 137) 「線維筋痛症診療ガイドライン 2017」 Clinical Questions に対する推奨文最終案 一般社団法人日本線維筋痛症学会 FM 診療 GL 作成委員会
http://jcfi.jp/pdf/170117_1.pdf
- 138) Sharp, T. J., Harvey, A.: Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clin. Psychol. Rev.*, 21(6); 857-877, 2001.
- 139) 柴山雅俊：解離性障害：「うしろに誰かいる」の精神病理. ちくま新書, 2007.
- 140) 柴山雅俊：解離の構造：私の変容と＜むすび＞の治療論. 岩崎学術出版社, 2010.
- 141) 下島裕美：自伝的記憶の時間的体制化. 佐藤浩一、越智啓太、下島裕美編：自伝的記憶の心理学. 北大路書房, 116-127, 2012.
- 142) 白井利明：時間的展望と自伝的記憶. 佐藤浩一、越智啓太、下島裕美編：自伝的記憶の心理学. 北大路書房, 138-148, 2012.
- 143) Sloan, D. M., Sawyer, A. T., Lowmaster, S. E. et al.: Efficacy of narrative writing as an intervention for PTSD: Does the evidence support its use? *J. Contermp. Psychother.*, 45(4); 215-225, 2015.
- 144) Smiddy, M. Efficacy of Narrative Exposure Therapy in the treatment of childhood trauma-related posttraumatic stress disorder: A case series design. Master thesis, Leiden University, 2016.
- 145) Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F. et al.: Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behav. Res. Ther.*, 51(10); 641-647, 2013.
- 146) Stenmark, H., Guzey, I. C., Elbert, T. et al.: Gender and offender status predicting treatment success in refugees and asylum seekers with PTSD. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 2014; 5: doi: 10.3402/ejpt.v5.20803
- 147) Steuwe, C., Rullkotter, N., Ertl, V. et al.: Effectiveness and feasibility of Narrative Exposure Therapy (NET) in patients with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder - a pilot study. *BMC Psychiatry*, 2016.; 16 254 DOI: 10.1186/S12888-016-0969-4

- 148) Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W.: Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Rev. Gen. Psychol.*, 9(1); 48-66, 2005.
- 149) Stroebe, F. M. S., Hansson, R. O., Schut, H. et al.: Bereavement following disasters. (ed.), Parkes, C. M.: The price of love: The selected works of Colin Parkes. Routledge, 159-175, 2015.
- 150) 高石恭子: 青年期臨床からみた子ども時代の記憶--自我体験の想起と語りの意義--. 森茂起編: 自伝的記憶と心理療法. 甲南大学人間科学研究所叢書 心の危機と臨床の知. 15. 平凡社, 111-137, 2013.
- 151) 田辺肇: 病的解離性の DES-taxon 簡易判定法--解離性体験尺度の臨床的適用の工夫--. こころのりんしょう a la carte, 解離性障害. 星和書店, 285-291, 2009.
- 152) Terr, L. C.: Childhood traumas: an outline and overview. *Am. J. Psychiatry.*, 148(1); 10-20, 1991.
- 153) 筒井卓実、飛鳥井望: 脳科学事典. 公益財団法人東京と医学総合研究所 心の健康プロジェクト DOI: 10.14931/bsd.2071)
- 154) 上原泉: 自伝的記憶の発達と縦断的研究. 佐藤浩一、越智啓太、下島裕美編: 自伝的記憶の心理学. 北大路書房, 47-59, 2012.
- 155) van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K.: The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic trauma. W. W. Norton & Co. Inc. 2006. (野間俊一、岡野憲一郎訳: 構造的解離: 慢性外傷の理解と治療 上巻(基本的概念編). 星和書店, 2011.)
- 156) van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L.: Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Guilford Press, 1996. (西澤哲監訳: トラウマティック・ストレス: PTSD 及びトラウマ反応の臨床と研究のすべて. 誠心書房, 2006.)
- 157) Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W. et al. The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clin. Psychol. Psychother.*, 1; 21-27, 1993.
- 158) Volpe, E. M., Quinn, C. R., Resch, K., et al.: Narrative Exposure Therapy: A proposed model to address intimate partner violence-related PTSD in parenting and pregnant adolescents. *Fam. Community Health*, 2015 Sep 29 PMID: 26422231
- 159) Weinhold, S. L., Goder, R., Pabst, A. et al.: Sleep recordings in individuals with borderline personality disorder before and after trauma therapy. *J. Neural. Transm.*, 1-9, 2016. DOI:10.1007/s00702-016-1536-3
- 160) 山鳥重、川村満: 神経心理学の挑戦. 神経心理学コレクション. 医学書院, 2005.
- 161) 山鳥重: 「わかる」とはどういうことか--認識の脳科学. ちくま新書. 筑摩書房, 2015.
- 162) Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., et al.: Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 155; 1733-1739, 1998.
- 163) Zang, Y., Hunt, N., Cox, T.: A randomized controlled pilot study: the effectiveness

of Narrative Exposure Therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatry*, 13:41, 2013. 164) Zang, Y., Hunt, N., Cox, T. : Adapting Narrative Exposure Therapy for Chinese earthquake survivors: A pilot randomized controlled feasibility study. *BMC Psychiatry*, 14:262, 2014.

付録 同意書

ナラティブ・エクスポージャー・セラピー（外傷的記憶の整理作業） の実施について： 説明と同意

ナラティブ・エクスポージャー・セラピーは、複雑性の PTSD（心的外傷後ストレス障害）症状の軽減に大変効果があるとされる、認知行動療法です。海外でのエビデンスは多く蓄積されていますが、我が国では、まだ取り組みが始まったところです。

全人生史を語る中で、外傷的記憶について、特に詳細に語り、心の中に納めて行くことにより、過去の記憶に混乱させられることなく、現在を生きることができるようになります。

記憶整理の作業中に高ぶった気持ちが、すっかり落ち着いてから帰って頂きますが、過去のつらい記憶に触れますので、日常生活の中で、一時的に、疲労感、記憶の混乱、頭痛、めまい、吐き気といった身体症状等が出る方もおられます。

今後の PTSD 治療の発展のため、治療結果が、統計的データとして扱われることがあります。また、得られた結果が、個人が特定されないよう、守秘に厳重に留意した上で、科学的目的のために、出版される可能性があります。

☐ 以上、ナラティブ・エクスポージャー・セラピーによる治療につき、説明をいたしました。

臨床心理士 _____

☐ 上記の内容について理解し、治療を希望します。

日付 _____

署名 _____