

スキーマ療法に基づく心理教育を用いた日常的ストレス反応に よる悪影響の軽減および重症化予防の試み

博士課程 1 年 梁

嘉 慧 修士課程 1 年

日 比 麻記子

准教授 滝 沢

龍

はじめに

WHOにより、ストレスとは困難な状況によって引き起こされる身体的および精神的緊張の状態であると定義される。精神的衝撃を受けるほどストレスが非常に強い場合には、そのストレス体験を経験した後も体験が記憶に残ることがある。それによって苦痛な記憶が突然蘇ってきたり、気分が変動したり、動悸や発汗などの生理的反応を伴ったりすることがあげられる。このように、ストレスフルな影響が与え続けられる状態に至り、そういったストレス症状のことを心的トラウマまたは心的外傷と呼ばれ、ストレス症状による精神的変動はトラウマ・外傷後ストレス反応として認識されている。そして、トラウマがストレス源となるトラウマティックストレスは、抑うつ、不安障害や適応障害など精神障害を引き起こすリスクファクターであると言えるが、精神疾患の診断においてトラウマ的な出来事に晒され、トラウマティックストレスを受けた後に生じる最も一般的精神障害は心的外傷後ストレス障害 (Post-traumatic stress disorder: PTSD) であると指摘されている (Bryant, 2019)。

PTSDの定義

近年、PTSDの発症メカニズム、および治療方法に関する見解が深まっているが、いまだにPTSDに関する概念的理解は依然として議論する必要があると考えられる。DSM-5とICD-11のPTSDに対する定義がそれぞれ異なる内容があり、例えばストレス障害の関連疾患の分類に関して、DSM-5では心的外傷が起因する障害は主にPTSDとして分類されていることに対して、ICD-11ではPTSDと複雑性PTSDの二種類に分けられる。また、操作的診断基準において、DSM-5では侵入症状、回避症状、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化が診断に必要な症状としてあげられる。一方、ICD-11では再体験症状、回避症状、持続する現在の脅威 (再体験症状では、現在とした侵入性の記憶、フラッ

シュバック、悪夢が該当する。回避は思考や記憶といった内的回避と活動や人物などの外的回避が該当する。持続する現在の脅威とは過覚醒と驚愕反応が該当する。症状の持続は「数週間必要」と表現されており、1か月という一般的な診断基準でみられた表現とは異なっている) の三つがあげられる。そして複雑性PTSDの診断では、まずPTSDの診断に該当し、それらの症状が経過のうちどこかで該当する特有の「自己組織化の困難」(Disturbances in self-organization: DSO) が加えられる。DSO症状は感情調節不全、陰性自己概念、対人関係困難という下位分類の症状が規定される (大江, 前田, 2019)。両者の診断に必要な症状の理解の相違により、現在ではPTSDの持続メカニズムがトラウマ体験後に生じる幅広い心理的症状を含むか、またはトラウマに関する記憶現象に焦点を当てるかについて異なる専門分野での意見の違いが見られている (Bryant, 2019)。

PTSDの認知行動モデル

PTSDの認知行動モデルに関して、恐怖条件付け理論に基づいてPTSDの病因を理解するのは主な考え方であるが、人の記憶メカニズムにも焦点が置かれている (Ehlers & Clark, 2000)。PTSDの認知行動モデルでは、トラウマ記憶はトラウマ時に覚醒度の上昇の結果として、特別な方法で符号化されることが指摘されている。トラウマ記憶は、感覚モダリティで符号化されている傾向があり、またそれらの記憶は断片的でランダムの順番になるのは特徴的であるため、自伝的記憶に十分埋め込まれる可能性が低くなると指摘されている (Brewin et al., 2010)。そして、トラウマに晒された後の記憶の定着期に視覚的記憶システムに干渉することで、その後のPTSDの症状を抑えることができると示されている (Iyadurai et al., 2018)。また、トラウマになった出来事に関して、それに対する個人的反応、将来の危害の可能性などをどの程度に評価するかことにも注目され、過度な否定的評価は、個人の脅威感が過大評価される傾向であり、それ

によってPTSDが維持されると予想されている (Foa, 1999; Bryant, 2005)。前述のように、PTSDの発症と持続に関与する破局的な思考は、治療の予後を予測することができると示し、そして治療後の症状の再発を抑制することに関連すると示唆されている (Kleim et al., 2013)。このような評価は、潜在的な脅威を強く回避する傾向があり、トラウマ記憶の感情処理と消去学習を阻害すると指摘されている (Foa et al., 1989)。

また、PTSDの認知モデルの多くには、脅威に対する注意バイアスに焦点を当てている。様々な実験パラダイムを通して、PTSDは、潜在的脅威となる刺激に対する強い注意の偏りによって特徴付けられることが示唆される (Bryant & Harvey, 1997; Felmingham, 2011)。なお、PTSD患者は、脅威からの解放の困難、反応抑制などの問題が特徴的である (Hendrickson, 2016)。結果として、記憶の侵入と過覚醒は、持続的な注意力、実行制御機能、ワーキングメモリなどの神経心理学的側面において、それらの問題に関連すると考えられる (Aupperle et al., 2012)。戦争関連のPTSDにおける注意バイアスの先行研究では、一部の兵士は紛争地に赴く前にドットプロープ課題を用いた予防プログラムを受け、注意の偏りを制御する訓練が行われた。その結果、予防プログラムを受けていない兵士と比べて対照群のPTSD症状が少なく、注意の変化の減少が媒介することが示された (Wald, 2016)。そしてPTSDにおける注意は、脅威刺激に対する偏り (Buckley et al., 2000) と脅威刺激の回避に対する偏り (Bar-Haim, 2010; Wald, 2011) の両方によって特徴づけられ、注意の変動が大きくなる特性があると指摘されている (Naim, 2015)。このような知見から、PTSDへの理解は多方面からのアプローチで様々なエビデンスが蓄積されている。

PTSDの認知行動的介入

PTSDの治療において、種類として主にトラウマに焦点を当てた介入とトラウマ以外のPTSD症状の軽減を目指す介入に分け、多くの心理療法が開発され臨床に应用されている。トラウマに焦点を当てた介入は、トラウマ的な出来事に関連する思考や感情を直接に処理する治療のことを指し、その中に特に認知行動療法の介入効果が検証され、広く治療に用いられている。アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association: APA) が代表した多くの治療ガイドラインでは、PTSD治療の推奨療法としてトラウマフォーカス認知行動療法 (Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT) が

あげられている。TF-CBTには、持続エクスポージャー (Prolonged Exposure Therapy: PE)、眼球運動による脱感作と再処理 (Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR)、認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy: CPT) など、異なるCBT理論に基づいた認知行動モデルによって開発されたものが含まれている。これらの治療法の核心はトラウマになった記憶に対して適応的な情動処理と新たな情報修正を狙うことである (Bryant, 2019)。例えば Ehlers & Clark (2000) により、PTSD患者はトラウマ記憶に対して過度な否定的評価を保持し、トラウマに関する自伝的記憶は、記憶文脈の欠陥、連想記憶の強さ、知覚プライミングの強さの特徴があるため、トラウマの不随意的な想起と再体験を引き起こすと提唱している。また、PTSD患者は不適応的な行動と認知コーピングを行っていることで、否定的な評価やトラウマ記憶を変容することが妨げられると示唆されている。したがって、PTSD治療の目標には、過度な否定的評価を修正すること、自伝的記憶の変容を促すこと、不適応的な認知行動のコーピングを変えることが含まれている (Ehlers & Clark, 2000)。虐待を受けた女性を対象に行った調査では、罪悪感について、罪悪感に関する評価によって否定的な感情が喚起され、トラウマの記憶やそれに関する思考とリンクする可能性があること示唆されている。このような罪悪感の評価は、トラウマ記憶と苦痛とともに繰り返され、トラウマに関連する刺激を抑制したり回避したりする傾向につながる可能性があることと指摘された (Kubany et al., 2004)。

複雑性PTSDに対する治療に関して、国際トラウマティックストレス学会 (ISTSS) が発表した複雑性PTSD治療ガイドライン (Cloitre et al., 2012) では、一般的なPTSDと同じくPEやEMDRなどのTF-CBT介入を中心とした治療が推奨され、幼少期のトラウマ体験を経験した対象者を含め長期的かつ反復的なトラウマを持つ複雑性PTSD患者に対してCBT治療は有効であると示されている (Cahill et al., 2009)。しかし、トラウマが長期に渡って繰り返される場合、または複雑性PTSDが発症している場合、自己制御の問題による症状が悪化することを踏まえ、現在確立されている治療法がこれらの患者にとって最適な治療であるかどうかはまだ明確されていない。一部の先行研究では、複雑なトラウマ歴を持つ患者はそうでない患者と比べて、通常通りの治療効果が見られない可能性があることと指摘されている (Hembree et al., 2004; Van der Kolk et al., 2007)。また全体の治療枠組みについて、トラウマの進行段階によって治療プロセスを確立しつつ、異なる症状に合わせて複数の介入の使

用を含めた治療アプローチが望まれると示唆されたが (Cloitre et al., 2011), 治療フェーズごとに介入の効果を検証した研究では, 感情調節およびトラウマの記憶処理を悪化させる恐れがあるため, ある特定の治療段階が必要ではないという現在の治療ガイドラインと相違する意見もあった (Jongh et al., 2016)。このように, 複雑性 PTSD を含めたトラウマティックストレス関連疾患の治療においてまだ明確されていない点が多く, より有効な介入と治療プログラムの開発と検証をするのは望ましいと考えている。

スキーマ療法

トラウマティックストレスに関連する精神疾患に対してトラウマに焦点を当てた認知行動療法が広く行われているが, トラウマティックストレス関連障害を含め, パーソナリティ障害やその他の心理的問題に対する統合的認知行動療法としてスキーマ療法 (Young, 1990; 1999) があげられる。スキーマ療法 (Schema Therapy: ST) は, 元々パーソナリティ障害や慢性的な精神障害の患者など CBT では十分な治療効果が得られない患者を治療するために開発されたものである。このような患者は, 特定の認知や感情にアクセスし変容させることが難しく, CBT には適していないと示唆されている。ST は様々な心理的アプローチを一つの治療モデルに統合している心理療法であり, CBT と対照的に, 慢性的また重度の精神病理学的発達, 社会的・心理的機能のパターン, 不適応な認知と行動に焦点を当てる (Martin & Young, 2010)。ST の中心理論は, 早期不適応スキーマ (Early Maladaptive Schema: EMS) そしてスキーマモードという概念である。EMS とは, 子どもの中核的感情欲求 (安全や自律など) が満たされない場合に, 人生の初期に発達する自虐的な感情や認知の思考パターンである (Arntz et al., 2021; Young, Klosko, & Weishaar, 2003)。スキーマモードは, 状況によって活性化された EMS とそれへの対処の掛け合わせで現在この場の能動的な感情や行動の状態を表す。ST において患者はイメージの書き直しやチェアワークなどの技法を通じて, 非機能的なスキーマモードを対処し, 「ヘルシーな大人モード」を強化することにより, これらのモードを管理することを学ぶ。

スキーマ療法の枠組みに基づく心理教育

スキーマ療法の理論モデルに基づき, EMS に関する心理教育を行うことにより, 起こりうるトラウマティッ

クストレス反応の軽減, 心的外傷およびストレス因関連疾患への重症化予防の効果を検討し, そしてネガティブ感情を引き起こす日常の出来事によるストレス反応に対する短期的な重症化予防プログラムの作成を試みる基礎資料を提供することを目指す。その予備的検討として, 心理的臨床介入を体験的学ぶ本学の学部生講義において, 授業の一環として EMS に関する基礎知識を講義し, スキーマを分析するワークを行い, 授業参加者本人の同意を得た上, 現在にも影響し続けるトラウマティックストレス体験と講義後の感想を伺うアンケートを実施した。全体の講義内容は, 身近にあるトラウマに関する基本概念, 日常におけるストレスおよびストレス反応のメカニズム, トラウマ障害の種類, ST と EMS の基本概念, 架空事例を通して自分のスキーマを俯瞰的に観察し分析する作業によって組み立てた。回答されたアンケートの内容により, 過去のトラウマティックストレス体験は親子関係, 学校の人間関係, 人生の重大なライフイベントに関連するエピソードが多く, そして授業参加者の感想については自己理解を深めることができ, 自身の普段の思考への気づきを意識を促したなどの反応が見られた。

このような擬似的な介入の体験を用いて, スキーマという概念の理解を通して自己理解や思考への気づきを促すことによって, 過去の記憶と当時の感情にアクセスし, 短期的に内省・自己注目の意識を促しストレスを予防する効果, さらにネガティブ感情をもたらした自伝的記憶を変容させる効果があるのではないかという仮説を立てることができると考えている。トラウマティックストレスは, PTSD 以外の精神疾患の発症と併発のリスクファクターとして考えられ, スキーマ療法は不安障害, 恐怖症, 強迫症, 摂食障害などの治療にも有効であると示されているが, 具体的な作用機序および統一されなかった実施手法によるほかの要因の影響効果にはまだ不明瞭な部分が多くある (Masley et al., 2011; Peeters et al., 2021)。そして, 自伝的記憶との関係について, 抑うつ・不安障害における EMS の影響を調べる調査では, 特定のスキーマの内容が自伝的記憶と関連があることが明らかにされ, 個人の反芻と認知的回避傾向を理解するために EMS の作用が重要であると示唆されている (Selmin, 2019)。しかし現在では, ST の観点と EMS の役割を予防のフェーズに応用する調査と検証がまだ少なく, それに関する知見が乏しいと見られる。前述したように, ST の治療効果が多くのエビデンスが支持された一方, 自伝的記憶の特性, 予想された脅威に対する注意制御, EMS によるスキーマモードの気づき・観察といったメタ認知的な思考との関係が明確すれば, EMS を焦

点に当てた早期の心理教育による悪影響の軽減および重症化の予防効果も期待できると考えている。

引用文献

- Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E. et al. 2021. Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 1007-1020.
- Aupperle, R.L., Melrose, A.J., Stein, M.B., Paulus, M.P. 2012. Executive function and PTSD: disengaging from trauma. *Neuropharmacology*, 62, 686-694.
- Bar-Haim, Y., Holoshitz, Y., Eldar, S. et al. 2010. Life-threatening danger and suppression of attention bias to threat. *American Journal of Psychiatry*, 167, 694-8.
- Brewin, C.R., Gregory, J.D., Lipton, M., & Burgess, N. 2010. Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117, 210-32.
- Bryant, R.A., & Harvey, A.G. 1997. Attentional bias in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 635-644.
- Bryant, R.A., & Guthrie, R.M. 2005. Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: a study of trainee firefighters. *Psychological Science*, 16, 749-52.
- Bryant, R.A. 2019. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 18, 259-269.
- Buckley, T.C., Blanchard, E.B., Neill, W.T. 2000. Information processing and PTSD: a review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20, 1041-1065.
- Cahill, S.P., Rothbaum, B.O., Resick, P.A., & Follette, V.M. 2009. Cognitive-behavioral therapy for adults. In E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman, & J.A. Cohen (Eds.). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, 139-222.
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C. & Green, B.L. 2011. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 615-627.
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D. et al. 2012. The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. *International Society for Traumatic Stress Studies*.
- Ehlers, A. & Clark D.M. 2000. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research Therapy*, 38, 319-45.
- Felmingham, K.L., Rennie, C., Manor, B., Bryant, R. A. 2011. Eye tracking and physiological reactivity to threatening stimuli in posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 25, 668-673.
- Foa, E.B., Steketee, G., Rothbaum, B.O. 1989. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F., & Orsillo, S. M. 1999. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Hembree, E.A., Street, G.P., Riggs, D.S., & Foa, E.B. 2004. Do assault-related variables predict response to cognitive behavioral treatment for PTSD? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 531-534.
- Hendrickson, R.C., & Raskind, M.A. 2016. Noradrenergic dysregulation in the pathophysiology of PTSD. *Experimental Neurology*, 284, 181-195.
- Iyadurai, L., Blackwell, S.E., Meiser-Stedman, R., Watson, P. C., Bonsall, M.B., Geddes, J.R., Nobre, A. C., & Holmes, E. A. 2018. Preventing intrusive memories after trauma via a brief intervention involving Tetris computer game play in the emergency department: a proof-of-concept randomized controlled trial. *Molecular Psychiatry*, 23, 674-82.
- Jongh, A.D., Resick, P.A., Zoellner, L.A., Minnen, A.V. et al. 2016. Critical analysis the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33, 359-369.
- Kleim, B., Grey, N., Wild, J., Nussbeck, F.W., Stott, R., & Hackmann, A. 2013. Cognitive change predicts symptom reduction with cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 81, 383-393.

- Kubany, E.S., Hill, E.E., Owens, J.A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., et al. 2004. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 3-18.
- Masley, S.A., Gillanders, D.T., Simpson, S.G.& Taylor, M.A. 2011. A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 185-202.
- Naim, R., Abend, R., Wald, I. et al. 2015. Threat-related attention bias variability and posttraumatic stress. *American Journal of Psychiatry*, 172, 1242-1250.
- 大江美佐里, 前田正治 2019. PTSD関連疾患 DSM-5との比較を軸に. 精神医学, 61(3), 255-260.
- Peeters, N., Passel, B.V.& Krans, J. 2021. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61, 579-597.
- Selmin, E.G. 2019. Autobiographical memory in depression and anxiety: Similarities and differences with the effects of early maladaptive schemas, rumination, and cognitive avoidance. Yildirim Beyazit University.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D., & Simpson, W. B. 2007. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 37-46.
- Wald, I., Lubin, G., Holoshitz, Y. et al. 2011. Battlefield-like stress following simulated combat and suppression of attention bias to threat. *Psychological Medicine*, 41, 699-707.
- Wald, I., Fruchter, E., Ginat, K. et al. 2016. Selective prevention of combat - related post - traumatic stress disorder using attention bias modification training: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 46, 2627-2636.
- Young, J.E. 1990. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J.E. 1999. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange Inc.
- Young, J.E., Klosko, J.S.,& Weishaar, M.E. 2003. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press.

(指導教員 滝沢龍准教授)