

〔トラウマケアの入門から専門的トラウマセラピーまで そして… 身の病への適応を考える〕 pp. 1-7

発達性トラウマ症と複雑性PTSD親子への併行治療

杉山 登志郎

（福井大学子どものこころの発達研究センター）

1. はじめに：精神科の診断

本論のテーマは、重いトラウマを抱えた親子への治療であるが、その問題に入る前に、現在の精神科の診断についてミニマムに検討しておく必要がある。

現在国際的に用いられている DSM-5 において採用されているカテゴリー診断は横断的な症状による診断（理念型診断）で、一般的な医学において行われる疾病診断ではない（古茶、2019）。精神医学は他の医学領域の科学的水準に達するために努力を重ねてきた。最初に注目したのは、全遺伝子解析が終了したゲノムの異常と精神科疾患との関連である。過去 30 年余りにわたり、ゲノム解析で明らかになった変異と精神科疾患との関連の検討が行われた。そこで、様々なゲノム変異が精神科疾患において認められたが、共通の変異が診断に横断的に認められた。例えばゲノム的に見たときに、自閉スペクトラム症（Autism spectrum disorder; ASD）か、注意欠如多動症（Attention deficit/hyperactivity disorder; ADHD）か分けることは意味がない。しかし ASD か統合失調症か分けることも難しい。なぜなら両者には多くの共通のゲノム変異があるからである。さらに 1 つのゲノムの異常に関して、特定の疾患の発症率は一般的に非常に低く、逆に高い疾患特異性（その変異があれば非常に高い確率で特定の精神科疾患が発症する）を持つゲノムの異常は全体のごくわずかしかな存在しない（名和ら、2021）。つまりゲノムの変異によって、精神科疾患の診断を組み立てることは困難であることが明らかになったのである。

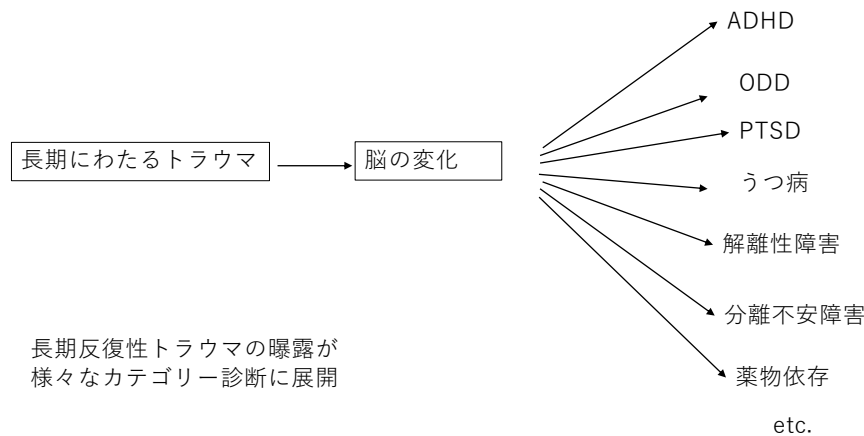
ゲノム解析の手詰まりの中で登場したのが、大規模データの解析によるディメンジョナル・モデル（連続的特性）による診断である（Kruger, 1999; Krueger et al., 2018）。既に ICD-11 のパーソナリティ症において、主たる 5 因子の特性による診断として採用されている。しかし同時にあたかも心理検査の様な形になるため（臨床的に既に用いられているもっとも近いものと言えば、Vineland-II であろう）、臨床にどの様に用いるかについては、試行錯誤が続いている。

現在用いられているカテゴリー診断が非科学的であることは既に決着がついている。しかし置きかわる科学的な診断法が未確定の状態である。われわれは、くれぐれも耳慣れた診断についても、あたかも実態があるものであるかのように扱う事は避けなくてはならない。5 年後、10 年後において、現在の診断の多くが消失はしなくとも大きく変化することは疑いないからである。

2. 発達性トラウマ症と複雑性 PTSD

発達性トラウマ症（Developmental trauma disorder）は、van der Kolk が 2005 年の論文（van der Kolk, 2005）において、初めて命名した病態である。図 1 は、2014 年わが国で開催された国際子ども虐待防止学会の教育講演において van der Kolk が用いた図で、彼から使用許可を得ている。子ども虐待の既往がある児童において、後年に様々な病態が生じてくる。ADHD と解離症とは通常は関連が乏しいと考えられているが、実は一元的に同じ問題を起源としており、子ども虐待によって生じる脳の変化によって、後年様々な病態が後遺症として生じて

図1 Developmental trauma disorder (van der Kolk, 2005, 2014)



来る。発達性トラウマ症とは、長期反復性のトラウマに曝された子どもにおいて、その後様々な問題に展開し、さらには異型連続性 (heterotypic continuity; Petersen et al., 2021) が生じるということを取り上げたものである。

長期反復性の深刻なトラウマを受けた子ども達が、いわゆるカテゴリー診断になじまない複雑な臨床像を呈することは以前から指摘されていた。特に留意が必要なのが、この子ども達が学童期にカテゴリー診断によって「神経発達症」の診断を下されることである。

極端なネグレクトによって生じる一連の育ちの病理は、ルーマニアのチャウシェスク・ベビーの研究によって明らかにされた。ERA 研究 (Sonuga-Barke et al., 2017), BEIP 研究 (Nelson et al., 2014) が有名である。人への無関心、自己刺激的行動の反復、こだわり行動、自傷、さらに知覚過敏性まで、自閉症そっくりの症状が生じる。里親養育を始めとするケアの過程で、多くの問題が軽減するが、最後に残る問題が多動性行動障害であった。これは小学校中学年からむしろ増加が認められることが示された。

一方一般的な子どもも虐待において、安心の提供が不十分な中で、子どもの側は、強いストレスに曝され続ける。体の戦闘モードが続く状態の中で、多動、衝動性、不注意、ハイテンションという ADHD 様症状と、基本的な養育者との安心感に基づく対人関係の成立の不全、つまりアタッチメント形成の障害によって引き起こされる非社会性や、共感性の欠如によって、ASD と診断される症状が認められる状況が生じてくる。この子ども達が、小児科医、児童精神科医を受診したとき、ADHD/ASD の診断を受けることになるのである。

最近になって The Adverse Childhood Experiences

(ACEs); 逆境的小児期体験 (Felliti et al., 1998) が注目を集めるようになった。Felliti らの最初の研究は、調査した平均年齢 50 台半ばの社会クラスとしては中等度の成人に対し、生後 18 年間に 1 身体的虐待、2 性的虐待、3 心理的虐待、4 服役中の家族がいた、5 母親への DV があった、6 アルコール/薬物乱用者がいた、7 うつ病/自殺企図など精神疾患の家族が居た、という 7 点満点で評価を行い、現在の状態と比較をするという単純な方法で、項目に示される逆境体験の数の多さと現在の健康状態や適応状態とを比較した。この最初の研究で ACEs スコア 4 点以上の場合、0 点と比較してオッズ比を見ると、慢性肺疾患 (3.9)、虚血性心疾患 (2.2)、肝疾患 (2.4)、ガン (1.9)、糖尿病 (1.6)、性感染症 (2.5)、脳卒中 (2.4) など、精神保健ではなく、保健そのものに大きな影響が起きることが明らかになった。6 点以上では寿命が約 20 年短いことも示された。もちろん精神保健にも強い影響が生じる。うつ病 (4.6)、自殺企図 (12.2) という高いオッズ比が示されたのである。何故こんなことが起きるのか。キーワードはフラッシュバックである。ACE スコア 4 点以上と 0 点と比較をすると、喫煙 (4.0)、アルコール依存 (7.4)、違法薬物使用 (4.7) という結果が示された。つまり逆境体験における慢性反復性トラウマが引き起こすフラッシュバックは、それ自体が非常に辛い現象である。そのために (誤った) 自己治療法として嗜癖が生じる。その嗜癖が健康に著しい悪影響を与え、さらには薬物使用など触法行為にもつながるのである。

Tomoda ら (2024) の一連の研究は、長期反復性のトラウマによって、後年に脳の特定の領域の容積に著しい変化が生じることを示した。例えば、激しい体罰によって、前頭前野の容積が対照者に比べ、19.1 パーセントの体積の減少が認められた。この様に一般的な神経発達症

に認められるよりもはるかに甚大な変化が生じており、このことから子ども虐待によって生じる発達性トラウマ症は、一般的な神経発達症より重症であることが示される。

長期反復性のトラウマによって、脳の働きが変わり、やがて形も変わる。強烈なフラッシュバックが生じ、様々なカテゴリー診断に展開して行く。子どもの場合には、神経発達症の症状を呈する。さらに青年期以後、嗜癖が生じそれが健康を悪化させ、違法行為も起きる。やがて解離性の健忘、激しい気分変動、対人関係の障害、自己無価値感、抑うつ、希死念慮、多重人格、解離性の幻覚症など、様々な症状に展開する。その終着駅が複雑性 PTSD (Complex PTSD; C-PTSD) である。これらの一連の症状の背後に、重症のトラウマが隠れていることについて、ケアを行う側にその視点がないと全く気付かれない（野坂、2019）。

ICD-11（2018）において C-PTSD がようやく登場したが、その遙か以前からこの病態は知られていた。Terr は単回性のトラウマと長期反復性のトラウマでは、著しく臨床像が異なり、従って治療が異なることを指摘した（Terr, 1991）。I 型は、一度だけの大変怖い体験である。瀕死の怖い体験をすると体が戦闘モードになって、興奮、過覚醒、不眠が生じて来る。徐々に日常生活が戻り、それに伴って安心が戻ってきて緊張が下がり、眠れるようになってくる。しかし些細な引き金で体に警戒警報が生じる（フラッシュバック）。このフラッシュバックは大変に辛いので、思い起こさせるものを避ける行動が生じて来る（回避）。2 ヶ月以上経っても安心が戻らず、過覚醒、フラッシュバック、回避の 3 症状が続くものが心的外傷後ストレス障害（PTSD）と診断される。一方 II 型は長年にわたって繰り返される怖い体験で、代表は子ども虐待と、長年のドメスティックバイオレンス（DV）の被害である。安心が失われ、フラッシュバックがいつでもどこでも起きる状態が生じるようになる。長期間にわたる戦闘モードが続き、過覚醒状態が続くと、感情の調整機能が壊れ、結果的に激しい気分の上下が生じるようになる。さらに自己への無力感、無価値感が生じ、他者への信頼関係が壊れる。これが C-PTSD である。

子ども虐待は家族の病理である。わが国の子ども虐待への対応は、決定的な欠陥を抱えていた。それは子どもの保護だけが行われ、子どもの治療も、また親の治療も行っていかなかったことである。子ども虐待の加害者側の親は、自身が重症のトラウマを抱えている。その多くは、C-PTSD の診断になる。

3. 重症のトラウマへの治療

発達性トラウマ症への治療とは、子ども虐待への治療に外ならない。子ども虐待とは、慢性のトラウマとアタッチメント形成の障害である。長期反復性のトラウマによって引き起こされる諸症状の中核はフラッシュバックであり、アタッチメント修復の為に、フラッシュバックへの治療を真っ先に行う必要がある。トラウマ処理は、フラッシュバックの治療のための特殊な精神療法である。詳細な紹介は省かせて頂きたい。van der Kolk（2014）はトラウマ処理を 3 つのタイプに分けた。トップダウン型とは、認知行動療法によるトラウマ処理で、曝露法を中心としている。ボトムアップ型とは、からだからこころに働きかけを行うタイプで、代表はソマティック・エクスペリエンス（Somatic experiencing; SE）である。3 番目は両者の要素を持つもので、眼球運動による脱感作と再処理治療（Eye Movement Desensitization and Reprocessing; EMDR）がそれに当たる。留意が必要なのは、それぞれの技法は主として I 型トラウマの治療を目的に作られてきており、EMDR の様な繊細な技法でも、C-PTSD の患者にそのまま用いると、フラッシュバックの蓋が空いて、除反応と呼ばれるぼおとなる状態を招いてしまう。そもそもトラウマ処理は大精神療法が多い。トラウマ処理の代表とも言えるトラウマに焦点化した認知行動療法（Trauma focused Cognitive Behavioral Therapy; TF-CBT）は、60 分のセッションを 8 回から 16 回行うことが求められている。この何が問題なのか。C-PTSD の症状である対人不信に正面からぶつかることである。治療関係は、特殊な対人関係の一種である。辛い長時間の治療を、2 週間起きに、8 回とか来院すること自体、深いトラウマを抱えた人には無理と言うほかない。トラウマ治療の臨床は連絡なしのキャンセル（ドタキャン）と、予約無しの来院（ドタカム）の連続である。短時間で実施が可能な簡易型処理が必要とされている。

筆者らは、C-PTSD の治療のための簡易型トラウマ処理技法、TS (Traumatic Stress) プロトコルをこの 10 年余り掛けて開発してきた（杉山ら, 2022; Wakusawa et al., 2023）。ボトムアップ型に属する、からだからこころに働きかけるトラウマ処理技法で、何よりもの特徴は、処理時間の短さである。解離性同一性障害（Dissociative Identity Disorder; DID）患者の治療に用いる自我状態療法まで実施しても、5 分間から 10 分間もあれば可能

で、つまり一般的な精神科外来で実施可能である。

表 1 にその概要を示す。詳細はテキスト（杉山、2021）を参照してほしい。処方を決めており、極少量の向精神薬と漢方薬の組み合わせを用いる。TS 処理は左右交互刺激と呼吸法である。トラウマの記憶想起を禁じ、からだの不快感を標的として、左右交互の刺激と方呼吸による深呼吸によって、下から上からだの不快感を抜く。この処理を 4－5 回繰り返すと、フラッシュバックそのものが下がるというのが筆者の発見である。

さらに、解離性同一性障害の治療のための TS 自我状態療法は、深催眠を避け、通常精神科外来で実施可能なこれも簡易型の治療技法である。治療時間を短くすることが目的ではないが、C-PTSD の患者の受診は極めつきに不安定である。また服薬においては、中断も、過量服薬も極めて多い。短時間で実施可能な治療を重ねることはなによりも治療の安全性を向上させる。処方ということで言えば中断されても 2 週間分を服用されても安全な処方が理想的な処方となる。TS プロトコルはランダム化比較研究にて高い有効性が示された。さらに 2 歳児からお年寄りまで、神経発達症、知的障害も治療が可能であり適応範囲が広い。筆者は近著（杉山、2024）において、TS プロトコルによる簡易型トラウマ処理の全ての治療手技を QR コードによる YouTube 動画で公開した。安全であるからこそ、公開が可能である。

4. 親子併行治療

親子併行治療を実施した症例を提示する。なお症例は公表の許可を得ているが、匿名性をまもるため細部を大きく変更している。

9 歳の男児 A が学校での著しい不適応行動、激しい頭痛、登校渋りを主訴に受診した。

A の両親は未婚である。父親と母親 B は母親が高校生の時に知り合った。母親が妊娠し、母親は退学したが、

父親の年齢が若く結婚が出来なかった。その後、父親は収監され現在まで交流はない。

B の両親は厳しいところも優しい所もあるという。体罰は無かったという。B は、元々は明るい性格だったというが A の出産後すごく暗くなったという。A が 3 歳の時に、別の男性と一緒に数年間余り生活したがその男性からは激しい DV があり、親子とも怪我を繰り返した。児童相談所も関わり、逃げるような形で分かれた。前のパートナーからの暴言暴力のフラッシュバックは絶えずあり、不眠が続いている。激しい気分変動があり、イライラが抑えられない。他者への不信感も強く、また自己無価値感もあるという。A が居なければ自殺していたのではないかと述べる。無理をすると、めまいが起きることがよくあるという。

A は保育園では集団行動は問題が無かったというが、パートナーの暴力で、B の実家に逃げることもよくあった。小学校入学後、激しい DV のため、B が治療を要する怪我をし、それがきっかけで B はパートナーと別れた。A は一時保護され、その後 B の両親と一緒に暮らすようになった。現在の小学校に転校してしばらく後、学校で大声を出してパニックになることを繰り返すようになった。勉強が分からないところがあると、授業中に「わからない」と大声を上げ、急に暴れだすということを繰り返した。そんなときは頭がすごく痛くなって、我慢が出来ないという。学校への登校を強く渋ることも生じた。

初診の時、A は昨日の夕食の内容を思い起こすことが出来なかった。頭痛になる理由は分からないという。以前はお化けの姿が見えていた。今でも暗いところに 1 人行くことは出来ない。時々頭の中がくしゃくしゃになって、ボーッとなってしまうという。知能検査では、IQ77 と判定された A は発達性トラウマ症と考えられ、B もフラッシュバックが起き続けているため、親子併行治療を行うことを提案した。

表 1 TS プロトコル（杉山、2024）

- TS処方 △極少量処方+▲漢方薬
 - △TS処方1, 気分変動：アリピプラゾール0.2mg、炭酸リチウム2mg、ラメルテオン0.8mg 分1
 - △TS処方2, 攻撃的な言動：リスペリドン0.3mg、炭酸リチウム2mg、ラメルテオン0.8mg 分1
 - ▲漢方薬 小建中湯 2包、十全大補湯2包 分2
 - 柴胡桂枝湯6錠 分2でも良い
 - 不眠 レンボレキサント1.25mg-10mg、 スボレキサント5mg-20mg
 - 抑うつ デュロキセチン 10-20mg 分1 ハイテンションを起こしにくいSNRI
- TS処理 トラウマ記憶の想起を禁じ、身体的不快感を焦点にパルサーによる4セット処理+手動処理（左右交互刺激と呼吸法によって不快感を抜く）
- TS自我状態療法 深催眠を避け、通常精神科外来で実施可能な簡易型

A に、柴胡桂枝湯 6 錠を分 2 で服用してもらい、TS プロトコールによる簡易型トラウマ処理を開始した。X 年 5 月に 1 回目のトラウマ処理を実施、7 月までに 1 クールを終了した。フラッシュバックおよび悪夢は速やかに消退した。それに伴って、急に不安になって大声を上げたり暴れたりすることは見られなくなり、同時に激しい頭痛も気がついたら無くなっていた。漢方薬は服用を終了し、アトモキセチン 10mg1 錠を開始した。9 月以後、学校にきちんと通っていて、落ちついて学習にも取り組んでいるという。頭痛も全くなり、しばらくアトモキセチンの少量の服用を続けたが、その後すっかり落ち着いたので服薬を終了し、学習の問題が無いことを確認し終診とした。

B もまた X 年 5 月 TS プロトコールによる簡易型処理を開始した。処方は、炭酸リチウ 1mg、アリピプラゾール 0.2mg、ラメルテオン 0.8mg 分 1、および十全大補湯 2、包小建中湯 2、包分 2 であった。治療開始し最初の 1 - 2 回目は服薬がきちんと出来なかった。激しいフラッシュバックが生じたため、服薬をしっかりと行うようお願いした。3 回目の治療の時からもっとも大変で強いめまいが生じた。そこをピークにしてフラッシュバックは軽減し、7 月、1 クールを終了した。悪夢を含めフラッシュバックはほぼ無くなったので、10 月にはトラウマ処理を終了した。減薬を開始し 12 月にはラメルテオン 0.8mg を不眠時に頓服で服用するのみになった。B は、これまで長い間下を向いて生活をしてきたけれど、何か真っ直ぐに顔を上げて生活をして良いと感じるようになったと述べた。その後、服薬はゼロになり B もまた終診とした。

A の知能検査での低成績は、明らかに解離の影響があると考えられる。A も B も、基本的なアタッチメント形成には大きな問題が無かったこと、安定した家族の支えがあったことが、速やかに治療が進んだ理由と考えられる。

実はこのような治療で強い抵抗を受けるのは、同一の治療者による家族併行治療という臨床である。同一の治療者が家族の数人の患者を同時に診療するのは禁忌であるような慣習が広くわが国の医療に広がっている。筆者はこのことについて調べてみたことがある。家族の複数人の治療を行わないという方針が明確に記されていたのは、精神分析治療の場合であった。ただしこれは週に数日の治療を実施する正統精神分析の場合である。その様な治療では、治療者とクライアントの治療関係の中に、クライアントの家族の状況も全て浮かび上がってくるの

で、治療者が家族に会うこと自体、治療の妨げになるというのは理解できる。しかし 2 週間に 1 回、10 分間程度の分析的ではない面接において、家族の複数人を同一の治療者が診療を行ってはならない理由は存在しない。優れた治療者として知られる例えば村瀬嘉代子は、ケースバイケースで柔軟に、治療者を統一したり、分けたりすることを勧めている（村瀬、1997）。筆者の経験では、重症の症例ほど、同じ治療者が家族全体を治療する方が圧倒的に楽である。

5. お稲荷さま自我状態療法

自我状態療法の工夫について述べる。解離性同一性障害のクライアントの中に、イメージの家に入ることすら非常に困難を感じる人が散見される。このような人は過去に家の中で、誰にも知られず性被害を受け、現在は C-PTSD の診断基準を満たすクライアントで、ほぼ全員女性である。さらに、このような女性の場合、治療の過程で主人格、部分人格共に、自らを守る力が弱すぎると感じられることも多かった。そこで筆者は次の様な変法を用いるようになった。イメージの家の代わりに、イメージの森の中に社と鳥居を建て、その間の結界によって守られた神社をイメージしてもらい、そこに部分人格を集めるという自我状態療法である。試行錯誤の中で、稲荷神社がイメージしやすいことに気付いた。そのうちに、せっかく稲荷神社に部分人格を呼び集めるのだからと、白い神様の狐を守り手として送り込むことも試みるようになった。こうして送り込まれた狐様は、クライアントの中で何より幼い子を守ってくれ、主人格の相談相手になったり、また危険を知らせたりする存在として長く留まり、支える働きをしてくれるのである。こちらも症例を紹介する。

40 代の C-PTSD 診断の女性である。身体的虐待、性的虐待を受けて育ち、なによりも実母に売春を強要されて来たという過去を持つ。同じ境遇にあった妹が自死している。成人後、親から自立し、結婚を果たすが、強い希死念慮が継続し、さらに人そのものが怖くて外へ出られない。気分変動に悩まされ続け、非常に不安定で常に顔を隠して生活をしていた。依頼を受けて筆者が治療を担当することになった。会ってみると、彼女は絶えず細かく震えていて、自己無価値感も他者不信感も共に陽性であった。大量の抗うつ薬、睡眠薬の服用をしていたので TS 処方に変更し、TS プロトコールによる治療を提案した。3 ヶ月後、5 回目の治療にてフラッシュバック

は軽減し、顔を隠さないで受診をするようになった。この方はこれだけ過酷な体験をしているので必ずや部分人格が存在すると想定し、その後、自我状態療法に移行した。するとイメージの家に怖くて入れなかった。

そこでお稲荷さま自我状態療法を行った。1 回目、泣き叫ぶ赤ちゃんが登場した。そこで神様の狐さまに来てもらった。すると赤ちゃんは狐様に守られてすやすや寝ていると報告された。2 回目、今度は怒っている小さな男の子が現れた。この子もまたイメージの中で膝に抱いて TS プロトコルによるトラウマ処理を実施した。するとその後、狐様が来てくれ、男の子はニコニコと笑顔を見せるようになった。3 回目、ようやく小学生の女の子が現れた。泣きながら大変に怖い顔をしているという。TS プロトコルを実施するとこの子もまた笑顔に変化し、狐が守ってくれる様になった。

彼女は毎朝狐様に、宜しくお願いします、とお祈りをして 1 日を開始しているという。治療開始 4 ヶ月目、「幸せだなと感ずることがある」と、「自分などが幸せと感ずてはいけないうずと感ずていたのだけれど」と述べた。4 回目、過去に自分の味方をしてれていた友人の死去に混乱して外来を受診した。自我状態療法を用いてこの人に会いに行った所、その人から慰められたという。ちなみに自我状態療法の応用として、死んだ人に（イメージの中で）会いに行くということも可能である。彼女には、いずれ自死した妹に会いに行くことを約束している。この治療は全てのセッションが 10 分間前後の外来診療である。

なぜ稲荷神社なのか、筆者なりの考察を述べる。稲荷は稲が生るに通じ、おそらく本来は豊穡神と考えられる。日本は古来母系社会であり、天照大神はじめ女性神が主神であったが、応仁の乱以後の混乱の中で、武家社会の台頭による男性優位社会になる中で、主神が（暴力的な）男性神になった。その代表は不動明王である。一方その代償として、稲荷信仰が農村を中心に生き残っていったのではないのか。稲荷神社関連の事象を調べて行くと自我状態（部分人格）に関連する象徴的な事物に幾つも出会う。例えば有名な玉藻稲荷（栃木県大田原市）の九尾の狐など、多重人格そのものではないか。

さらに稲荷信仰は沖縄地方のマブイ（人は土地に根ざした幾つもの魂を持っている＝自我状態）にも通じるのではないだろうか。何よりそのような魂の捉え方が、内的にも外的にも対立を生まないのではないかと思う。筆者は日本社会を応仁の乱の前の母系社会に戻すことが、今日の混乱の解決になるのではないかと考えて来

た。日本の深い基底文化に沿った社会の変化が必要なのではないかと考える。

6. おわりに：心理治療の新たなテーマ

わが国のこころの臨床において西欧より優位な点としては、心身二元論ではなく、こころとからだを一体のものとして扱う文化的な基盤ではないだろうか。さらに漢方薬への親和性があることも大きなアドバンテージである。東洋医学ではこころとからだを分けないことが一般的である。こころとからだの区分は文化によって違っていると指摘したのは中井久夫である。中井によれば、日本文化ではからだとこころの間に人と人との関係性につながる「気」が入ってくるという。心身症より気の病なのである（中井ら、2004）。

今日、こころの臨床の大きなテーマとなっていることは、言葉を治療のツールとして用いることが難しい、言葉以前の反応への治療ではないだろうか。トラウマ、慢性疼痛、知覚過敏性、アタッチメントの障害など。まさにからだと不可分の領域の問題ばかりである。かつて無意識と呼ばれていたものの再検討も必要である。トラウマ臨床をしていると、フロイトが無意識と呼んでいたものの少なくとも一部はフラッシュバックではないかと考える様になってくる。フロイトは性的外部刺激以外に、内発的性的興奮を想定しこれを「欲動」と命名した。しかし「欲動」ではなくトラウマが引き起こしたフラッシュバックなのではないか。

最新の脳研究で示されたことは、脳の特定領域の賦活はネズミでも可能な様に、比較的容易だが、一方、抑制は困難だということである。慢性疼痛の脳研究によって示されたのは、沈黙する脳である（Li et al., 2022）。抑制困難の実態とは、抑制系の低活性なのである。これによって目標が明確になる。いかにして、抑制系を賦活することができるのか。同時にこれこそが、からだへの心理治療のテーマであることにも気付く。トラウマ、慢性疼痛、知覚過敏性、アタッチメントの障害など全て、抑制系の賦活がテーマになっている。眼球運動、同時注意、左右交互刺激、呼吸法の活用、これらは EMDR が採用しているものであり、TS プロトコルもこれらの諸要素を用いている。さらに、新たな課題として浮上するものとは、催眠の復権であろう。さらにイメージ操作の諸手技、その中には、マインドフルネス（日本語にすると何と三昧である）さらに、読経、称名、マントラなど、古来の信仰において用いられてきた、からだからこころへ

のアプローチも含まれるであろう。

心身二元論を克服するあらたな診断と新たな治療技法が求められている。

文 献

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., et al. (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Prevention Medicine*, 14 (4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

古茶 大樹 (2019) 臨床精神病理学。日本評論社、東京。

Krueger, R. F. (1999) The structure of common mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56 (10), 921–926. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.921>

Krueger, R. F., Kotov, R., & Watson, D. (2018) Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*, 17 (3), 282–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20566>

Li, T., Zhang, S., Ikeda, E., et al. (2022) Functional connectivity modulations during offset analgesia in chronic pain patients: An fMRI study. *Brain Imaging and Behavior*, 16 (4), 1794–1802. <https://doi.org/10.1007/s11682-022-00652-7>

村瀬 嘉代子 (1997) 子どもと家族への援助。金剛出版、東京。

中井 久夫、山口 直彦 (2004) 看護のための精神医学。医学書院、東京。

名和 佳弘、木村 大樹、尾崎 紀夫 (2021) ゲノム医学からみた統合失調症。そだちの科学、36、11–17。

Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2014) *Romania's Abandoned Children: Deprivation, Brain Development, and the Struggle for Recovery*. Harvard University Press, Cambridge. (上鹿渡 和宏、青木 豊、稲葉 雄二他監訳、門脇 陽子、森田 由美訳 (2018) ルーマニアの遺棄された子ども達の発達への影響と回復への取り組み。福村出版、東京。)

野坂 祐子 (2019) トラウマインフォームドケア。日本評論社、東京。

Petersen, I. T., Bates, J. E., McQuillan, M. E. et al. (2021) Heterotypic continuity of inhibitory control

in early childhood: Evidence from four widely used measures. *Developmental Psychology*, 57 (11), 1755–1771.

Sonuga-Barke, E. J. S., Kennedy, M., Kumsta, R., et al. (2017) Child-to-adult neurodevelopment and mental health trajectories after early life deprivation: The young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *Lancet*, 389 (10078), 1539–1548. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30045-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30045-4)

杉山 登志郎 (2021) テキストブック TS プロトコール。日本評論社、東京。

杉山 登志郎 (2024) トラウマ：「こころの傷」をどう癒やすか。講談社現代新書、東京。

杉山 登志郎、堀田 洋、涌澤 圭介他 (2022) 新たな簡易型トラウマ処理プロトコールによるランダム化比較試験による治療研究。EMDR 研究、14 (1)、56–65。

Terr, L. C. (1991) Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148 (1), 10–20.

Tomoda, A., Nishitani, S., Takiguchi, S., et al. (2024) The neurobiological effects of childhood maltreatment on brain structure, function, and attachment. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01779-y>

Van der Kolk, B. (2005) Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 401–408.

van der Kolk, B. (2014) *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books, London. (柴田 裕之訳 (2016) 身体はトラウマを記憶する。紀伊國屋書店、東京。)

Wakusawa, K., Sugiyama, T., Hotta, H., et al. (2023) Triadic therapy based on somatic eye movement desensitization and reprocessing for complex post-traumatic stress disorder: A pilot randomized controlled study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 17 (3), 159–170. <https://doi.org/10.1891/EMDR-2023-0014>

編集・制作協力：特定非営利活動法人 ratik

<https://ratik.org>
 ratik