

認知処理療法

退役軍人／軍 版：

治療者用マニュアル

パトリシア A. レイシック, Ph.D. キャンデイス M. マンソン, Ph.D.
デューク大学 ラリアソン大学

&

キャスリーン M. チャード, Ph.D.
シンシナティ VA 医療センター・シンシナティ大学

May 2014

Correspondence should be addressed to:

Kathleen Chard, Cincinnati VA Medical Center, Ft. Thomas Division,
Trauma Recovery Center,
1000 S. Ft. Thomas Ave., Ft. Thomas, Kentucky, 41075
(Kathleen.Chard@va.gov)

When referencing this manual, please use the following citation: Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2014). Cognitive processing therapy: Veteran/military version: Therapist's manual. Washington, DC: Department of Veterans Affairs.



VA
HEALTH
CARE | Defining
EXCELLENCE
in the 21st Century



NATIONAL CENTER FOR
COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY
AND RESEARCH

日本版：伊藤正哉・高岸百合子・堀越勝（2015）
国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター

このマニュアルの使い方¹

各部の構成

認知処理療法（CPT）の退役軍人／軍版の治療者用マニュアルは、治療者が CPT に取り組む準備をし、実際に行うのを最大限容易にするよう編成されている。

第 1 部では、CPT の土台となる情報と、治療中に現れることのある、PTSD に関わるよくある問題について述べられている。患者に会う前に、治療者はマニュアル全体を読んでおくことが推奨される。

第 2 部では、12 セッションそれぞれの実施法が述べられている。各セッションの概要から始まり、それぞれの部分にかける推奨時間が示されている。続いて、各部分の詳細が述べられ、目標、治療原理、対話例が示される。治療者が特定のトピックをすぐに見つけられるように、見出しをページ右端に示している。治療者／患者の進行具合を追うことができるように、経過記録の例も含まれている。患者用の資料も各セッションの末尾に収められている。資料についてのさらなる情報は、マテリアルマニュアルを参照すること。

第 3 部では、トラウマ筆記を含まない CPT（CPT-C）や、集団で実施する場合の CTP など、CPT を行う際の代替案の情報が記されている。

¹ 日本版について

日本版は、英語原版を翻訳したものです。原版は退役軍人／軍版として作成されていますが、PTSD 患者全般に対して適用できると考えられます。本文中には、退役軍人に特有の文脈で書かれている箇所がありますが、そこで記載されている内容は、軍とは関係のない日本の患者に適用する場合にも、多少なりとも参考にしていただけたと思います。ただし、原版にある一部の用紙の記入例（戦闘に関する事例）は、日本の臨床家や患者にはわかりにくいと考えられました。そのため、用紙の記入例は、性暴力被害や交通事故等にあった患者を想定して日本版用に作成してあります。また、原版では PTSD 症状の自己記入式尺度である PCL-5 が含まれていますが、日本版には含まれていません。

CPT は一定の訓練を受けた臨床家が実施することを前提としております。当マニュアルは認知処理療法の訓練と実践を助ける目的のために作成されているものであり、当マニュアルの使用が PTSD からの回復を保証するものではありません。

ご不明な点は、masayait@ncnp.go.jp までお問い合わせいただければ幸いです。

日本版の出典情報：

レイシック, PA., マンソン, CM, & チャード, KM. (著) 伊藤正哉・高岸百合子・堀越勝 (訳). (2015). 認知処理療法：退役軍人／軍版：治療者用マニュアル. 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター 小平

目 次

第 1 部：認知処理療法への導入	1
CPT が基づく理論	1
回復途上にある障害としての PTSD	2
治療の前に考慮しておく問題	3
1. CPT はどのような人に適用されるか？	3
2. CPT プロトコル開始のタイミング	4
3. CPT の治療契約	5
CPT セッションの概要	5
CPT におけるソクラテス式問答	6
1. 明確化	7
2. 前提を見直す	7
3. 理由や根拠を見直す	8
4. 別の見方や観点を質問する	8
5. 影響や結果を分析する	9
6. 質問への質問	9
CPT を行う上での問題点	10
1. 併存疾患	10
2. 回避	14
3. OIF（イラクの自由作戦）/OEF（不朽の自由作戦）に参加した退役軍人のニーズ	14
4. PTSD に関連した障害認定	15
5. 宗教と道徳性	16
6. 軍隊での性的トラウマ	18
7. PTSD とうつ の尺度を用いた症状の随時評価	20
8. 外傷性脳損傷と修正版 CPT 用紙	20
9. 追加資料	21
第 2 部：CPT：セッションごとの解説	23
セッション 1：導入と教育	25
セッション 2：出来事の意味	41
セッション 3：思考と感情を見つける	57
セッション 4：トラウマティックな出来事を思い出す	67
セッション 5：トラウマ筆記 2 回目	81
セッション 6：考え直しの質問	91
セッション 7：問題ある思考パターン	101
セッション 8：安全	119
セッション 9：信頼	129
セッション 10：力とコントロール	139
セッション 11：価値	153
セッション 12：親密さ・出来事の意味	165
第 3 部：CPT の実施する上での代替案と留意点	175
トラウマ筆記を含まない CPT（CPT-C）	175
トラウマ筆記を含まない CPT（CPT-C）の概要	176
集団での CPT の実施	178
付録 A：CPT 用語集	179
付録 B：CPT に関する文献	185

第 1 部 | 認知処理療法への導入

認知処理療法（CPT）は、トラウマティックな出来事の後に生じる PTSD と、PTSD に伴う他の症状に対して効果的であることが認められている 12 セッションの精神療法である（Monson et al., 2006; Resick et al., 2002; Resick & Schnicke, 1992, 1993²）。当初、CPT に関する研究はレイプ被害者に焦点を当ててきたが、我々は、軍に関連したトラウマを含め、他のトラウマティックな出来事においてもこの療法を用い、成果を上げてきた。この改訂版のマニュアルは、軍のトラウマに焦点を当てた治療マニュアルに対する現場のニーズに応じて作られた。このマニュアルは、CPT についての長年の改善が反映されており、課される練習課題の数が変わり、いくつかの資料が増えている。そこには、この療法を用いてきた 20 年間の臨床経験から得られた示唆が込められている。

CPT が基づく理論

CPT は PTSD の社会認知理論に基づいている。この理論では、トラウマティックな出来事がどのように解釈されるか、自分の人生を自ら送り、コントロールできているという感覚を得るためにどう対処するかという点に焦点をあてている。PTSD を説明する他の主要な理論としては Lang (1977) の情報処理理論³があり、それは、Foa, Steketee, Rothbaum (1989) 等の情動処理理論⁴に拡張されている。この理論においては、逃避と回避行動を引き起こす恐怖ネットワークが記憶システム内で作られた結果として、PTSD が生じると考えられている。心的な恐怖構造（※訳注:恐怖ネットワーク）には刺激、反応、意味という 3 要素が含まれる。どんなものであっても、トラウマと関係のある刺激であれば、恐怖構造あるいはスキーマと、その結果である回避行動を引き起こす可能性がある。恐怖ネットワークがトラウマを想起させる刺激によって活性化されるとき、ネットワーク上の情報が意識に入り込む（侵入症状）。この活性化を避けるために、PTSD という回避症状が生じる。情動処理理論によれば、安全な環境においてトラウマティックな記憶に何度も曝されると、恐怖が馴化し、結果として恐怖構造に変化が生まれる。情動が低減するにつれて、ネットワーク上の意味の要素が自発的に修正されはじめ、自己陳述が変わり、一般化されていく。トラウマティックな記憶にくり返しさらされることは馴化、出来事についての情報の変化、ひいては恐怖構造の変化をもたらすと考えられる。

• CPT が基づく土台

• PTSD の情動処理理論

² Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006) . Cognitive processing therapy for Veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 898–907; Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002) . A comparison of cognitive processing therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867–879; Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992) . Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (5) , 748–756; Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993) . Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual. Newbury Park, CA: Sage Publications.

³ Lang, P. J. (1977) . Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862–886.

⁴ Foa, E. B., Steketee, G. S., & Rothbaum, B. O. (1989) . Behavioral/cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.

社会認知理論は情報 / 情動処理理論と矛盾しないが、この理論は恐怖ネットワークの発生にとどまらず、恐怖、怒り、悲しみ、恥、罪の意識のような他の関係のある感情反応にも焦点を当てている。出来事が危険で、不正で abusive、喪失をもたらしたと（※訳注：自然に、そのままに）解釈されることで、恐怖、怒り、悲しみのような感情がトラウマから直接的に生じる（一次感情）。対照的に、二次感情（作られた感情）は、患者による誤った解釈から生じる。たとえば、他人に意図的に攻撃される状況では、その危険性から闘争－逃走反応が生まれ、怒りや恐怖が伴うだろう（一次感情）。しかし、もしその後に、攻撃された自分自身を責めるのであれば、恥を感じるかもしれない⁵。この作られた感情は、出来事そのものよりも、出来事についての考えや解釈から生じたものと捉えられる。当人が出来事を自分のせいだと言い続ける限り、恥の感情が生み出される（それゆえ、“作られた感情”と言う）。

社会認知理論は認知の**内容**と、歪んだ認知が感情や行動に与える影響を重視する。トラウマティックな出来事についての情報を、以前から持っていたスキーマと調和させるために、人は次の認知処理のうち一つ以上を起こす：同化 assimilation、調節 accommodation、過剰調節 over-accommodation。同化とは、以前からある信念に一致させようと、後から入ってくる情報を変化させることである（「悪いことが起こったということは、何か自分がしたことで罰を受けたということだ」）。調節とは、新しい情報を受け入れようと、以前からある信念をほどよく変えることである（「その状況では判断を誤ったが、それ以外の時はだいたいしっかりと判断している」）。過剰調節とは、安全感やコントロール感を感じるために、自己や世界についての信念を極端に変えることである（「自分の判断はもう二度と信用できない」）。当然、治療者は調節を目指して介入する。すなわち、患者がトラウマティックな出来事があったという現実を十分に考慮に入れた上で、自ら持っていた信念をバランス良く変えることを目指す。

社会認知モデルに基づく治療では感情表出が必要となるが、それは馴化のためではなく、トラウマ記憶の感情的な要素を変化させるためである。自然な感情であれば、一旦アクセスされればすぐに消失し、もはやトラウマ記憶に付随して貯蔵されることはなくなると考えられる。それと同時に、記憶と信念を同化させる作業が始まる。出来事についての誤った信念（自責、罪悪感）や、自己や世界に対する過度に一般化された信念（e.g., 安全、信頼、力とコントロール、価値、親密さ）が疑われるように（※訳注：チャレンジされ、考え直されるように）なると、二次感情は減少し、侵入症状を起こしていた刺激（リマインダ）も減っていく。CPT のこうした治療プロセスを患者に説明する様子はセッション 1 に描かれており、患者用マテリアルの資料も参照できる。

回復途上にある障害としての PTSD

PTSD 症状は、極めて深刻なトラウマティックなストレス因の直後に起こる普遍的な反応であり、通常は回復に数か月かかることが知られている。そのため、診断可能な PTSD とは、精神病理の発生というよりも、通常の回復プロセスの混乱や遅滞とみなすほうがよいかもしれない。治療者は、何が通常の回復を妨げてきたかを特定する必要がある。患者によっては、回避や麻痺を続け

⁵ このマニュアルを通して、“彼”や“彼女”はそれぞれ置き換えうる言葉として使っており、“彼女／彼”とは表記していない。“軍関係者”は海兵隊、海軍、空軍などの隊員を意味する全般的な言葉として使っており、退役軍人という言葉とも変換可能なものとして使っている。

• 社会認知理論

• PTSD 症状

なければ、感情に圧倒されると思い込んでいるかもしれない。おそらく、彼は幼少期に感情は悪いものであり、“本当の男”は感情を持たない、“感情はひたすら克服すべきものだ”と教えられたのかもしれない。別の患者は、出来事が起こるのを“とめずに見ていた”自分を責め、強く恥じて屈辱を感じ、他者からも責められるだろうと思い込んでいるために、誰とも話さないようにしているかもしれない。あるいは、あまりにも恐ろしいことを見てしまったために、夢を見るたびに冷や汗をかいて目覚めるので、眠るために過度な飲酒に頼る患者もいるかもしれない。また別の患者は、自分がまた犠牲になると思い込んでおり、外出することを拒み、活動と人間関係を極端に狭めているかもしれない。人が殺された別の事例では、患者は生き残ったことで自分を責め、自分だけがなぜ助かったのかという考えに取りつかれていることもある。自分を無価値だと感じ、笑ったり、楽しんだりしている自分に気が付くと、罪の意識を感じる。これら全ての事例において、思考と回避行動が情動処理と認知再構成を妨げている。回復を阻害するプロセスは患者によって異なり、PTSD の患者の数だけある。

治療の前に考慮しておく問題

1. CPT はどのような人に適用されるか？

CPT は併存疾患やさまざまなトラウマ歴をもつ人々を対象に開発され検証されてきた。研究としては、(最悪のトラウマとして) 3 ヶ月から 60 年前のトラウマを持つ人々を対象としてきた。臨床的には、より最近起こったトラウマを持つ患者にも CPT が実施されてきた。教育経験が 4 年しかない患者や、IQ75 の患者でも CPT をうまく実施できた(が、いずれの場合も、用紙をいくらか修正する必要があった)。研究としては PTSD 診断基準をすべて満たす患者を対象としてきたが、閾値下診断の患者で CPT が実行できない理由はない。しかし、PTSD を全く持っておらず、他の診断(うつ病だけとか、不安障害など)を受けていれば、これらの障害に対する治療を実施すべきである(トラウマティックな出来事を体験したからといって、必ず PTSD であるわけではない)。CPT の適用は、臨床試験で使用している除外基準に従う(ただし、投薬治療の安定化など、研究実施の方法論上で必要なもの以外で)。何より重要なのは、患者に自傷他害の危険性が強い場合、PTSD 治療は第一治療目標とはならないという点である。同様に、もし誰かが差し迫って危険な状態にあるとき、たとえば、ストーキングされているとか、現在進行形で虐待を受けている関係にある場合、最優先されるのは安全の確保である。一方、戦地に再配置されるだけであれば、それは、その前に治療できないことは意味しない。将来的にトラウマが起こりうる可能性は誰も持っているため、将来的な暴力やトラウマの可能性があっても、それを理由に現在の治療を止めるべきではない。実際、PTSD 治療に成功すれば、将来の PTSD のリスクは減少する可能性も考えられる。

トラウマについて全く考えられないほど解離症状やパニック発作が深刻であるために PTSD 治療ができないとすれば、CPT よりもほかの治療が優先される必要があるかもしれない(e.g., グラウンディング技法、パニック・コントロール治療など)。うつ病は最もよくある併存疾患であるが、そのために治療を全く受けられないほどに重篤でなければ除外の理由にはならない。我々は物質乱用患者に CPT を実践してきた経験があるが、通常、外来で薬物依存の患者に実施することない。しかし、解毒後に安定したなら、CPT を行えるかもしれない。患者と話し合いながら、事例に応じて判断する。PTSD 症状をなくしたいという患者の動機づけが、もっとも重要な検討点となる。対処スキルの習得は CPT には含まれないが、情動耐性スキルが著しく低く、トラウ

• CPT の適用対象は？

マティックな出来事を考えたり話したりするときに行動化や自傷行為をしそうであれば、そうしたスキル訓練を選んでもよい。こうした事例に対しては、治療者はCPTよりも（トラウマ筆記のない）CPT-Cを実施することを検討してよいかもしれない（第3部で後述）。

2. CPT プロトコル開始のタイミング

トラウマへの介入を始める前に、患者との関係性を構築しておくことが重要ではないかと聞かれることが多い。我々の答えは「ノー」であり、治療前に関係性を構築しておくことは必要ではない。上記のような禁忌が認められないにもかかわらず、トラウマ治療開始に数週間、数か月と期間を置いているようであれば、治療者自身がトラウマ治療をする準備ができていないと考えているように、患者に受け取られかねない。治療者側のこのような躊躇は、この治療を避けたいという患者側の（PTSD 回避対処の一環として）の自然な欲求と相互作用して、治療に悪影響を与える。ソクラテス的に関わりながらCPTを進めることで、治療関係は急速に発展する。なぜなら、ソクラテス式問答を通して、患者の考えや感じ方を正確に理解しようと、治療者が深い関心を持っていることが患者に伝わるからである。また、CPTでない形の介入に時間をかけることで、マニュアル化された治療を行うときに必要なものとは違う治療関係のあり方が作られてしまい、いざCPTを始めるときに改めて治療関係を作り直さなければならない危険性が生じる（すでに治療を受けている患者へのCPTの導入については下記を参照）。

新規患者：新規患者に対しては、評価と情報収集のためのセッションを1～3回以内で行ってから、CPTを始めることが推奨される。患者がPTSDを持っており、これらの症状に対する治療に興味をもっており、他の症状と生活上の出来事が治療を邪魔しないと治療者が判断すれば、治療者はCPTとその治療契約を導入できる（マテリアルマニュアルの治療者用マテリアルを参照）。

すでに治療を受けている患者：すでに他の治療を受けている既存の患者が別形式の治療からCPTに移行することは、新規患者への導入よりもいくらか難しい。CPTを導入するのに最も良い方法とは、治療を変える場合に何が起こるかについて、透明性をもって患者と話すことである。もし治療者が患者を数か月から数年間治療していて実質的な改善が見られなければ、患者の症状を査定し直すことが、新しい方法を提案する良い機会となる。治療者は、PTSDに苦しむ患者に効果があることがわかっている治療法の研修を受けたことを患者に告げることができる。新しい研修を受けたと伝えるのは、患者に受け入れられるものである。（治療者自身も自分がかかっている医師がそうであれば安心するように、）患者は治療者が最新の治療を身につけていることを知り安心するはずである。この治療が、それまで患者が受けてきた治療とは形式・内容ともにどれほど異なっているかを治療者は説明すべきである。もし治療者が認知行動アプローチを行わず、練習課題を出さず、セッションをアジェンダに沿って実施しておらず、トラウマティックな出来事に焦点を当てたことがなければ、この変化はとても劇的なものとなる。しかし、退役軍人局において既存の治療からCPTへと患者を導入しスーパービジョンした事例では、治療法を変える理由と新しい治療（CPT）がこれまでの治療とどう違うかを説明していれば、治療の変更によって問題が生じることはほぼ皆無であった。こうした事例では、PTSD患者はトラウマに焦点を当てない治療に立ち戻りたい場合が多いため、新しい治療プロセスを確立してそれに従って進めていくことに、治療者自身がしっかりと責任を持つ必要がある。

• CPT 開始のタイミング

• 新患にCPTを始める

• 既に他の治療を受けている患者

もし、長期間の治療関係の文脈があり、治療形式を変えることが非常に難しく見えるなら、CPT を学んでいる別の治療者へと CPT 治療の担当を切り替える方法がある。最先端の PTSD 治療を受けるために治療形式の変更が推奨されること、気持ちを新たに別の治療者と新しく治療を開始するほうが双方の関係者にとってスムーズに進むはずであることなどを、治療者は患者に説明できる。こうした状況では、正直に伝えるのが最もよい。

3. CPT の治療契約

新患者かそうでないかにかかわらず、CPT を始める前に、患者と治療者双方に期待されることを患者に説明する。この治療は通常 12 セッションで行われ、週に 1 度か 2 度行われる。5 セッション以降に他の出来事に移ってもよいが、最もひどいトラウマティックな出来事から取り組み始めるようにする。患者はすべてのセッションに定期的に参加し（月に 1 度では十分ではない）、練習課題を毎回やりきることが期待される。治療期間中は、治療者は CPT の手順に基づき PTSD に焦点を当てる。また、治療者の仕事は PTSD を維持させる患者の回避行動に気づき、減らすよう働きかけることだと伝えておくことも治療の助けとなる。

マテリアルマニュアルの治療者用マテリアルには、治療契約書が含まれている。これは、治療開始の区切りをつけ、患者をこの治療プロセスに参加させるために使用できる。

CPT セッションの概要

第 2 部では、各セッションの内容と、治療者が遭遇しやすい問題が示されている。治療は PTSD についての心理教育から始まり、患者と治療者が出来事にまつわる考えのなかで問題のある領域（スタックポイント）を見つける手始めとして、患者は出来事の意味筆記 Impact Statement を書くように求められる。その後、患者は思考や感情を見つけて言葉として表現し、それらの間の関係を認識するように教えられる。セッション 2 では、最悪のトラウマティックな出来事についてのトラウマ筆記 trauma account をすることに焦点が置かれ、セッションでは患者がそれを治療者に読んできかせる。最初の 5 セッションでは、治療者はソクラテス的な質問を用いて歪んだ認知の考え直しを始める。とりわけ、自己非難、後知恵バイアス、自責的認知などの同化と関係のある認知を取り上げる。その後のセッションでは、認知療法スキルを患者に教えることが中心となり、最後にトラウマティックな出来事に大きな影響を受けやすいテーマ、すなわち、安全、信頼、力とコントロール、価値、親密さに焦点を当てる。

第 2 部において個人版 CPT について詳しく述べたあと、第 3 部ではトラウマ筆記の治療要素を抜いた場合の CPT-C、集団形式での CPT の実施法、併存疾患がある場合の治療上の問題について解説する。

CPT は、このマニュアルで提示されている順番で実施することが強く推奨される。スキルやエクササイズは積み上げ式に作られており、最後の 5 セッションのモジュールについても、患者に現れやすい階層的な順番になっている。しかし、個人療法として実施される場合には、最後の 5 セッションは患者の問題に応じて修正されてもよい。たとえば、もし患者が深刻な“安全”の問題を持っていて、“価値”や“親密さ”については問題がないとすれば、治療者は後の 2 つの

• セッションの概要

• セッションの順番

モジュールを省略して、安全について時間をかけて扱いたいと思うかもしれない。反対に、“安全”や“力とコントロール”には問題がなく、“自己信頼”や“自己価値”の問題で主に悩んでいる場合、治療者はそれらのモジュールにより多くの時間をかけたいと思うかもしれない。しかし、たとえば患者が特定の領域（安全、信頼、力とコントロール、価値、親密さ）で問題に言及しなくとも、資料を読んでいく中で明らかになってくるスタックポイントについて、用紙を用いて取り組むことが助けになるかもしれない。治療初期にはわからなかった問題が、こうしたモジュールで明らかになることは珍しくない。

通常のセッション構成では、マテリアルマニュアルの治療者用マテリアルにある“練習課題のふり返し”を確認するところから始まり、それぞれのセッション内容が続く。（セッション2以降では）治療者がセッション冒頭でこれらの課題を具体的に聞くので、この“練習課題のふり返し”は、セッション外での練習課題の取り組みを促進するのに役立つ。セッション冒頭にこの用紙を振り返ることで、練習課題に焦点を当てることができ、治療プロトコルから外れる可能性も減る。セッションの最後の5分ほどで次週の課題が説明され、必要な説明と共に資料などが渡される。治療者はセッションを一般的な議論から始めるのではなくて、練習課題からすぐに始めることが推奨される。もし、患者が他のトピックについて話したがっている場合、導入する新しいスキルを教える題材としてそのトピックを使うか（たとえば、ABC用紙にその内容を書き込む）、そのトピックのためにセッション最後の時間をとっておいて、セッションで取り組んだトラウマワークを強化させる形でそのトピックを話し合うようにする。プロトコルから治療が逸れることを許せば、治療の流れが妨げられるだけでなく、回避が強化される。また、練習課題のふり返しをセッション後半にすることで、練習課題があまり重要でないというメッセージを与えてしまい、結果として、患者が治療を順守しなくなるかもしれない。とくに非指示的な療法の訓練を積んだ治療者にとって最も難しい治療スキルは、共感的でありつつもプロトコルに沿って治療を進めるスキルである。もし患者が練習課題を持ってこなかった場合、治療を1週間遅らせることを意味するわけではない。そのセッションの中で、口頭で課題に取り組んでもらい（あるいは一緒に用紙を完成させ）、次の課題とともに、先週課された練習課題にも取り組んできてもらうようにする。

• 各セッションの構成

CPTにおけるソクラテス式問答

認知療法にはいくつかのスタイルがある。CPTは、一貫性のない非機能的な思考がPTSDを維持させることに患者が気づけるように作られている。CPT実践の柱は、ソクラテス式問答である。治療を通して、治療者は一貫してソクラテス式問答を用いて変化を狙い、患者が自身の思考や信念を問い直す方法を教えていく。この方法はCPTの核心であり、ソクラテス式問答についての一般的な情報とその種類や例をここに紹介する。

• ソクラテス式問答

ソクラテス式問答は古代ギリシャの哲学者／教師であるソクラテスに由来する。ソクラテスは、人間には生得的な知があり、それは他者からの質問で明らかになると考えていた。ソクラテスはまた、耳で聞いた場合よりも、自ら気づいて知識を得ることによってその知識が身につく、さらなる知識を得る土台になると考えていた。ソクラテス式問答はアメリカの法科大学院や認知療法、とりわけCPTにおいてよく使われる。

ソクラテスは思慮深い問答によってある考えを論理的に自省し、その考えが妥当なものかを判断

できると考えていた。ソクラテスの弟子のプラトンの著作に述べられているように、本人がすでに持っている知を十分に引き出すために、教師はその話題について無知を装う（現代のコロンボ刑事のように）。ソクラテスは、よく考えられた質問を通して、不完全で不正確な考えが修正され、真実と正確性へと徐々に辿りつけると考えていた。

CPT においては、ソクラテス式問答の目的は、心理的な苦痛を和らげるのに役立つかたちで、患者の考えの正確さにチャレンジする（※訳注：疑問を投げかけて、考え直してもらう）ことにある。治療が進むにつれて、患者は自分でソクラテス式問答を使う方法を学ぶ。指示的な精神療法に馴染んでいる治療者は、質問を増やし、解釈をひかえることに、最初は戸惑うかもしれない。非指示的な精神療法に馴染んでいる治療者は、ソクラテス式問答が強制的であり、患者に対して指示的でありすぎると最初は心配するかもしれない。ソクラテス式問答によって、患者は、治療者でなく自分自身によって変化が起こったと自信を得られる。こうして治療者への依存を減らし、治療に対する責任を患者にもたせることができる。さらに、ソクラテス式問答の目標は、治療者が議論に“勝つ”ことや、治療者の見方に立つよう患者を説得することでもない。そうではなく、安全な環境において、患者が自分の考えの根拠を十分に考え直せるようにする。ソクラテス式問答は単独でも、用紙と組み合わせて使用してもよく、トラウマティックな出来事の結果として生まれ強化されてきた問題ある信念を患者が考え直す手助けとなる。

ソクラテス式問答は次の6つのカテゴリーからなる：明確化、前提を見直す、理由や根拠を見直す、別の見方や観点を質問する、影響や結果を分析する、質問への質問（Paul, 2006）。これらは積み上げ式になっているが、セッション中に別のカテゴリーに移ってもよい。以下は、患者が信念を考え直すのに役立つ、セッションで使える問答の例である。

1. 明確化

患者は出来事についての自動思考を唯一の選択肢と受け止めていることが多い。明確化の質問によって、患者は信念や前提をより深く検討し、思考や解釈の選択肢を増やすことができる。これらの質問はしばしば“もっと教えてください”カテゴリーに分類され、以下の例が典型的である：

…と仰っていますが、それはどういう意味ですか？
このことをどう理解していますか？
なぜそのように言うのですか？
正確には、これは何を意味していますか？
このことについて、私たちはすでに何を知っていますか？
ひとつ例を教えてくださいませんか？
…と言っているのですか？ それとも…ですか？
それを別の言い方で言ってみてくださいませんか？

2. 前提を見直す

前提を問う質問では、患者が根拠としている前提条件や、疑いなく思い込んでいる信念にチャレンジする（※訳注：考え直してもらう質問をする）。多くの患者は自分の信念に“なぜ”“どのように”といった疑問を抱いたことがなく、一旦その考え直しを始めると、自分の信念が脆い土台に基づいていたことに患者は気づけるようになる。

• 明確化の質問

• 前提を見直す質問

どのようにこの結論に至ったのですか？
それ以外に考えられることはないでしょうか？
この考えは何らかの前提に立っていますか？
どうしてその前提で考えるようになったのですか？
これらの…という前提を、どのようにして思いついたのですか？
その前提の正しさや間違いをどうやって確かめられますか？
もし…なら、どうでしょう？
…に賛成ですか？ 反対ですか？
友人や兄弟に同じことが起こったら、彼らに対して同じように考えますか？

3. 理由や根拠を見直す

理由や根拠を調べることは前提を調べるのと同じようなプロセスとなる。信念を支える現実的な根拠を見るように治療者が手助けすれば、患者は自分の考えを支えている根拠がかなり未熟なものだと気づくことが多い。

• 理由や根拠を見直す

どうやってそれを知ったのですか？
…ということを実際見せて（証明して）くれませんか？
例を教えてくださいませんか？
何が原因だと思いますか？
説明はそれ以外にないでしょうか？
これらの理由で十分に説明しつくせるでしょうか？
法廷に出したら、どんな風に反論されそうでしょうか？
有名な新聞でもこうした理由で記事にできるでしょうか？
なぜ…は起こりますか？
なぜ？
あなたの言っていることを支持する根拠には、何がありますか？
これまでの人生で、別の意見を言った人はいませんでしたか？
「 」は法廷での証拠として成立するのでしょうか？

4. 別の見方や観点を質問する

多くの患者は別の見方を一切考慮せず、もっとも簡単に安全感やコントロール感を得られる見方を取るようになっていく。別の見方や観点について質問することで、治療者はその立ち位置に“チャレンジ”する。そうすることで、他にも同じように妥当な見方があり、そうした見方を取っても、安全感やコントロール感が損なわれないことを患者が理解する助けとなる。

• 見方や観点を質問

別の見方は何かありませんか？
そう考え続けることは、あなたにとってどんな意味（機能）を持っていますか？
そう考えることで得をするのは誰ですか？
…と…の間の違いは何ですか？
なぜそれは…より良いのでしょうか？
…と考える長所と短所は何ですか？
…と…はどのように似ていますか？
…さんなら、何と言うのでしょうか？

…と…を比べてみると、どうでしょう？
どうしたら別の見方を取れそうですか？

5. 影響や結果を分析する

多くの場合、自分の抱く信念が好ましくない影響や結果につながっていることに患者は気づいていない。起こり得る結果について考え、その結果に納得できるか、望ましいのかを判断する手助けをすることで、患者は凝り固まった信念が自分の苦痛の大部分を作りだしていることに気づけるようになるかもしれない。

そう考えるとして、そしたら何が起こりますか？
その前提に立つとして、その結果どうなるでしょう？
…は…にどう使えるでしょうか？
…は、結果としてどんな影響をもちますか？
…は…にどう影響しているでしょうか？
…は、これまでのセッションで話し合ったこととどうつながりますか？
…は、なぜ重要なのですか？
何が起こるだろうと思われれますか？
その考えを手放したとしたら、それは何を意味するのでしょうか？

6. 質問への質問

時に、患者が“治療者に挑戦”したり、トラウマティックな出来事を治療者が経験したことがあるかを直接問うことで治療者-患者の境界を揺るがすことがある。たとえば、患者は直接治療者に「戦地に行ったことがありますか？」とか「レイプされたことがありますか？」などと聞くかもしれない。こうした往々にして難しい状況では、治療者は自身の臨床判断とともに、CPT特有のスキルに基づき、患者がなぜ興味を持ったのかを尋ねることができる。どの程度まで打ち明けるかは、それぞれの治療者の裁量となる。また、打ち明けることによって患者に与える影響を考慮し、その影響を踏まえて治療者は自分の対応を変えることが重要である。

治療中のこうした場面においては、おだやかな質問への質問が最も有効かもしれない。患者自身、そして質問の意図に焦点を戻すことによって、患者は自分がこの種の質問をした理由をしっかりと検討できる。治療者が本当にわかってきているか知りたいのかもしれないし、治療者に焦点を置くことで自分自身の体験を詳しく話し合うのを避けているのかもしれない。この種の問題が生じた場合、対処する方法がいくつかある：

ご自身の体験を私がちゃんと扱えるだろうかと思っているのですね？
なぜそのことが、あなたにとって重要なのですか？ 私が同じ経験をした（していない）ことが、どんな意味をもつのでしょうか？
答えがどちらになるにしても、それはどんな意味を持つのでしょうか？
わかっていていないと心配されていますか？ 私が見落としていることがあれば、どうか教えてください。その体験があなたにとってどのようなものだったかを理解したいと思っています。

• 影響や結果を分析

• 質問への質問

CPT を行う上での問題点

多くの治療者はマニュアル化された精神療法を行う訓練を受けておらず、その考え方や実行に居心地の悪さを感じるかもしれない。患者と治療者が治療目標（PTSD と関連症状のためのトラウマワーク）に同意し、セッションごとに目標がぶれないようにすることが重要である。治療目標へのしっかりとした同意がなければ、治療が逸脱した際に、治療者は治療手順（プロトコル）に戻るべきか、逸れたままとするかが判断できなくなる。他の話題が出てきた時に、治療者はそれをセッションに組み込むべきか、どう組み込むかがわからなくなることがある。この問題については、マニュアルのこの時点で詳細に議論するのは適切ではないだろう。プロトコル（マニュアル）に則った治療を数例経験すれば、治療者はふつう、自分が有能で有効な治療者になっていることに気づくものである。治療者は逸れたり遅れたりせずに治療を進めることを学習する。治療者はソクラテス式問答を通して患者とのラポールを培えることに気づくようになる。というのも、問答を通して、患者は自分がどう感じ考えているのかをそのままに治療者に説明し、治療者は質問を通して関心と理解を患者に表すからである。決められた内容を扱う時間はセッション内で十分にあり、その週に起こったことや、PTSD に関係したその他の現在の問題（育児、仕事の心配、夫婦間の問題など）のような、他の話題のための時間も十分にある。しかし、それらが大きな問題である場合、治療者は優先順位を判断する必要がある。さまざまな問題に対して複数の治療を同時に進めることは推奨されない。

• 治療目標の合意

1. 併存疾患

PTSD には併存疾患（PTSD に併発するその他の疾患）が非常に高率に見られるが、通常はうつや不安、解離は PTSD とともに減じてゆく。そのため、PTSD の治療プロトコルから独立して他の症状を扱う必要はほとんどないと考えられる。

• 併存疾患

うつ病／大うつ病性障害と物質乱用は PTSD によく併存する疾患であり、うつ病は PTSD 患者の約半数で見られ、物質乱用は研究対象の母集団で割合は変化する。不安障害とパーソナリティ障害も、とてもよく見られる。さらに、PTSD には健康問題が伴う。幸いにも、物質乱用の患者を除いて、PTSD に加えて様々な症状を持つ患者に対して CPT の有効性が検証されてきた。大うつ病性障害の人はそうでない人と同様に回復するが、大うつ病性障害でない人と比べると、治療開始および終結時点でのうつ症状は高い水準にあった。患者報告による健康症状は有意に改善され、不安や解離の指標でも治療過程を通じて改善する。他の複雑な症状、たとえば、自己感覚の障害 impaired sense of self と緊張低減行動（e.g., 自傷行為、行動化）は、治療によって目に見えて改善される。それでもやはり、併存疾患に関しては考慮すべき点がある。すべての併存疾患を論じることはこのマニュアルの範囲を超えているので、治療者が考慮すべき一般的な症状について数点取り上げる。

物質依存は PTSD に取り組む前に治療されるべきであるが、治療中に乱用をしないという特別な契約ができる場合、および、患者のアルコール乱用に回避的対処という役割が推定され、治療の焦点が当てられる場合には、物質乱用の患者を CPT で治療することができる。また、物質乱用治療の直後に CPT を行うことは可能である。実際、退役軍人局によるレジデンシャルプログラムにおける解毒のための入院を終えたタイミングが、PTSD 治療を導入する独特のよい機会となる。というのも、飲酒や物質使用の中断後に、トラウマティックな出来事の侵入想起、とりわけ

• 物質使用障害

悪夢やフラッシュバックが出現することがあるからである。物質使用は、これらの記憶を避け、嫌な感情を抑える方法となり得る。それゆえ、解毒後に、PTSD 症状が再び顕在化する可能性がある。患者に PTSD に取り組む動機づけがあったり、治療者が症状増悪を動機づけとして利用できたりするならば、このタイミングでの CPT の導入は、これらの PTSD 症状を改善し、患者がそれまでの対処方法に戻り PTSD を再発させることを予防する機会となりうる。研究よりもむしろ臨床経験に基づくと、物質使用の問題を併存させる患者が CPT によって治療反応を示すかどうかの最も強力な予測因子は、変わろうとする動機づけである。治療者は率直に患者に尋ねて、治療のためにアルコールやドラッグを止めてでも、PTSD 症状を改善したいのかを聞くようにする。物質乱用をやめた直後にトラウマ筆記を含めた CPT に取り組めた患者もいた一方で、禁酒後数年経てもトラウマについて語れば症状が再発するだろうと言い張る患者もいる。我々は、このような患者の言うことを言葉通りに受け取るようにしている。再発すると患者が言っている場合には、CPT を実行せず、準備ができたときに利用できる旨を伝えておく。治療に進んだ患者は、物質乱用がいかに回避として機能するかを理解する必要がある。治療者は飲酒や薬物使用への衝動について頻繁に確認するようにする。もし、そのような衝動が治療中に生じれば、それは何らかのスタックポイントや、処理されるべき重要な感情を示すものと理解できる。トラウマティックな記憶を筆記できないほど患者が脆弱であると、治療者にも患者にも判断される場合（その抵抗感、感情を感じたくないというよくあるスタックポイントによるものではない場合）、トラウマ筆記をしない CPT（CPT-C、第 3 部『CPT を実施する上での代替案と留意点』で後述する）を行ってもよい。通常は、PTSD 治療の終了後に、子ども、家族、夫婦の問題に向き合ってもらい、PTSD による生活上の機能障害がなくなれば、これらの問題が自然とよくなる場合もある。

うつ病／大うつ病性障害（MDD）は PTSD において最もよく見られる併存疾患である。うつ状態にあることは PTSD 治療の除外基準とはならない。実際、PTSD 治療は PTSD にしばしば続発する MDD にうまく対応できる。PTSD へのあらゆる治療研究で、PTSD が改善されるとともに、うつ症状も実質的かつ持続的に改善されることが示されている。ただし、考慮すべきことが数点ある。薬物療法を固定することは臨床試験の研究上の観点から必要であるが（効果が CPT か投薬変更のどちらによるものかわからなくなる）、臨床実践という観点でも、投薬変更は介入を複雑にしてしまう。治療効果が最速で得られるよう、臨床家は可能な限り複数の治療を一度に行う誘惑にかられるかもしれない。しかし、精神療法の開始と同時に投薬を始めたり増量したりすれば、患者も臨床医も何が効果的なかわからなくなるだろう。なぜこれが問題となるか？ 症状が改善し始めると、患者はその変化を投薬のためと思い込んで（実際にそうでなかったとしても）、自分の努力のためとは思わないかもしれない。そう考えて、精神療法を途中でやめる可能性もある。また、投薬によって変化が起こったのであれば、医師は投薬の最低有効量を知る必要がある。しかし、それがどの程度なのかの判断が難しくなる。というのも、CPT ではトラウマ筆記に取り組んでいる間の症状増悪や、トラウマ筆記や認知療法の後の症状減少がよく見られるためである。このような混乱を最小限にするよう、医師と CPT 治療者は協力し合う必要がある。

我々は、多剤多量の薬物療法を受けているために CPT に取り組めなかったり、感情を感じられなくなっている患者に出会うことがあった。また、薬物療法を受けていない患者で、重篤なうつのために治療に來れなかったり、練習課題に取り組めない患者もいた。どちらの極端な例でも、精神療法を始める前に薬物療法を安定化させなければならない。ただ、MDD の有無にかかわらず、全ての PTSD 患者が薬物療法を受ける必要があると言っているわけではないことを強調しておく。むしろ、患者が CPT を始めてから数週間苦痛に耐えられれば、投薬の必要は全くないか

• MDD

• 精神療法と薬物療法

もしれない。さらに、若い帰還兵の多くは向精神薬治療を始めたがらないかもしれない。現時点では、投薬と精神療法の組み合わせや順序について参考となる研究は非常に少ない。投薬の進め方や順序については、治療者間の良好なコミュニケーションを通じた意思決定が重要である。

うつ病や物質乱用の場合と同じように、他の不安症／不安障害が併存している場合に考慮すべきなのは、それらが PTSD 治療を阻害するほどの障害を引き起こしているかどうかである。強迫症／強迫性障害 (OCD)、パニック症／パニック障害、広場恐怖症が PTSD 治療に取り組みなくなるほど重症であれば、それらを最初に治療する。その他の不安障害がトラウマに関連しているようであり（発症、悪化要因 precipitants、不安の内容がトラウマティックな出来事に関係しているように見える場合）、治療に来院できるのであれば、PTSD 治療によって併存する不安障害が改善する可能性が高い。退役軍人局で PTSD 治療に携わる者ならば誰でも、毎晩就寝前に、ときには数時間もの間、自宅の周辺を警備している患者の話を目にするだろう。迷信的な安全行動は OCD と言える水準に達することもある。これまで我々は、PTSD と OCD が併存する患者の場合には、PTSD 治療から始め、OCD 症状が改善されるかどうかを見てきた。現時点では、OCD 治療による PTSD 症状の改善を期待する理由はない。こうした OCD のような行動はセッション 7 と 8 で安全の問題とともに取り組むことができ、そこでは、過剰に見積もられている危険を患者に考え直してもらうことが目的となる（P：「近所をこのくらい警備していなければ、私の家は襲われます。」 T：「隣人やご近所の方は小銃をもって行進していますか？ その人たちが襲われたことがありますか？ 警備できなかった日は一度たりともありませんでしたか？」（※訳注：「警備できなかった日に、家や近所は襲われたことはありましたか？」という意味）。フラッシュバック、悪夢、感情の誤警報が一旦減り始めると、認知治療とともに行動曝露や反応妨害の原理を説明するのが容易になる。CPT の後半で、自分の前提（※訳注：信念、考え）を試す実験を練習課題にできる。CPT の典型的な要素ではないが、行動実験は併存する不安障害に非常に役に立つことがある。OCD 症状はコントロールの問題として取り組むこともできる。不安を減らそうと儀式をしているときに、OCD 患者は一時的なコントロールの錯覚を得ている。実際には、儀式（洗浄や点検）では不安をコントロールできず、逆に患者は儀式に支配されるようになる。将来の出来事はコントロールできるものではないこと（セッション 10 を参照）、儀式で将来の出来事を防ぐことはできないこと、儀式は将来の出来事と全く関係ないかもしれないということを患者が受け入れられるよう、治療では取り組んでいく。

• OCD

パニック症／パニック障害と PTSD とが併存することは多い。CPT に関する我々の研究は、追加の介入を行わなくても、パニック症状が改善されることを示している。しかし、トラウマティックな出来事を語ると必ずパニック発作を起こしてしまうほど、パニック障害によって機能を損なわれている患者もいる。こうした事例に対しては、治療者はパニック・コントロール治療 (Craske, Barlow, & Meadows, 2000⁶) のような認知行動療法をまず実施するか、CPT と同時に治療する (Falsetti et al., 2001⁷) ことを考えるかもしれない。Falsetti とその共同研究者たちは、パニック・コントロール治療と CPT を組み合わせるプロトコルを開発している。

• パニック症／パニック障害

⁶ Craske, M. G., Barlow, D. H., & Meadows, E. A. (2000). Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia (MAP-3). San Antonio, TX: Graywind/Psychological Corporation.

⁷ Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Davis, J., & Gallagher, N. G. (2001). Treatment of posttraumatic stress disorder with comorbid panic attacks: Combining cognitive processing therapy with panic control treatment techniques. Group Dynamics, 5 (4), 252-260.

パーソナリティ障害患者の PTSD 治療では、いかに CPT の治療内容にとどまって、他の話題に脱線させないようにするかが課題になる。言い換えれば、治療者はパーソナリティ障害を治療しようとするのではなくて、パーソナリティ障害があるにもかかわらず PTSD を治療するのである。効果的であったかは別としても、患者は長い間、本人なりに人生の苦難に対処し続けたことと、“その週の危機”の話題がトラウマ治療への回避として働くということを、治療者は心にとめておく必要がある。パーソナリティ障害を、様々な状況に対する過度に一般化された反応パターン（※訳注：様々な状況に対して画一的にしか反応できなくなっている状態）と概念化できれば、長いトラウマの経過をもち、それに対処してきた人が、いかにして回避性パーソナリティ、依存性パーソナリティ等を発症させてきたかを理解できるようになる。パーソナリティ障害として特徴的に現れている信念や行動パターンは、少なくとも患者の人生のある時点では、何らかの機能を持っていたものである。しかし、現在となっては、こうしたパターンが過度に一般化され（おそらくもはや役立たなくなっている）ために、機能不全になっている。認知的な枠組みで理解すれば、これらの過度に一般化された前提と信念はスキーマとなり、自動的な体験のフィルターとなっていると考えられる。こうしたスキーマと一致しない体験は、それに合うように歪められる（同化される）か、無視されるようになる。スキーマを確証するような体験はその根拠となり、さらなる過剰調節をもたらす。「みんなが私を見捨てるだろう」とか「私は自分の世話すらできない」というような大きなスキーマを考え直すことは難しいため、治療者はこれらの雑駁とした概念を特定の具体的な出来事、思考、感情に落とし込み、信念を考え直す用紙を使ってその根拠を考え直すようにする。同じような前提（信念）が用紙に何度も現れるときには、治療者はこう言う。「何かテーマがないかを探しています。これら 6 枚の用紙では、人があなたを傷つけようとしているという考え（※原注：患者に合わせてスキーマを指摘する）に戻ってきていますね。何度も、色々な状況で自分にこう言い聞かせているので、まるでそれが“真実”と石に刻まれているかのように信じ込むようになっていきます。石に刻まれた言葉を削りとして書き変えるように、私たちも用紙に一つずつ取り組んで、その信念を少しずつ削り続けていかないとはいけません。誰かが意図的に危害を加えようとしているというその考えについては、信念を考え直す用紙を通して考え直すことができてきましたね。「世の中には危害を加えようとしていない人もいる」という考えに移るためには、どれだけの体験と、どれほどの根拠が必要になりそうですか？そして、もしそう考えるようになった場合には、どんな感じがしそうですか？」

・パーソナリティ障害

解離症群／解離性障害群 dissociative disorders が比較的珍しいのに対して、解離反応 dissociative responses はトラウマをもつ人にはかなり一般的である。実際、周トラウマ期解離はトラウマティックな出来事の間・直後の解離を指すが、これは PTSD の最も確実な予測因子のひとつである。闘争 - 逃走反応と同じように、解離も中立的な意味を持っていた刺激（手がかり）に条件づけられる。トラウマを思い出す際に解離が起こるようであれば、そのような解離は治療中の妨げになるかもしれない。この問題にはいくつかの解決方法がある。ひとつは、グラウンディング技法（たとえば、日付、時間、場所、安全について合図を出す；リマインダとしてあらかじめ定められた物に触れる）を用いるなどして、解離が起きた際の対応を治療者と患者とで話し合っておくことができる。ストレスが加わったときに解離しないことが学べるように、治療者は患者にその治療原理を伝える必要がある。2 つのよい治療原理がある。ひとつは、解離は現実的な危険を高めるということである。たとえば、実際に危険な状況に置かれたとして、解離を起こせば自分を救い出すための選択肢がさらに限定されてしまう。もう一つは、解離は闘争 - 逃走反応のような緊急反応であり、免疫やその他の通常機能を遮断するということである。この緊急反応が頻繁に起これば、患者の免疫機能が働かなくなる。PTSD は広範な健康問題と関連しており、頻

・解離と健忘

繁に解離する人は高率で多くの身体的な障害と疾患を持つことが観察されている。

もうひとつの選択としては、CPT を実施するが、トラウマ筆記の際には解離を最小限にする技法を用いる方法がある。我々が用いてうまくいった方法としては、キッチンタイマーを5分にセットしてから筆記を始める方法がある。ベルは解離を中断させる機能を果たし、意識を現在に戻るように方向づける。次に、キッチンタイマーを6分にセットし、筆記の読み上げや、筆記に戻るようにする。タイマーを徐々に長く設定することで、段階的な馴化とより強いグラウンディングのスキルが得られるようになる。

まとめると、治療者は PTSD に伴う併発疾患にひるむ必要はなく、長いトラウマ歴には CPT が実施できないと考えるべきではない。CPT は開発され検証されてきたが、それに関わった患者のほぼ全てが、複雑なトラウマ歴やさまざまな併存疾患を持っていた。臨床家がすべき臨床判断は、PTSD 治療への参加ができないほどに併存疾患が重篤かどうかである。もしそれほどまでに重篤である場合には、治療者は CPT の前に、あるいは同時に、その併存疾患の治療をしてもいいかもしれない。臨床家が遭遇するほぼ全ての併存疾患に対して、エビデンスに基づく認知行動療法がある。しかし、多くの場合、PTSD 治療は併存症状を改善させるだろうし、併存症状への追加の治療の必要がなくなる可能性もある。

2. 回避

退役軍人のほとんどは、トラウマティックな出来事の後、何年も経過してから PTSD 治療に参加する。そうした人は通常、危機的な状況に置かれてはおらず、持続的な治療を受けなくとも（機能する水準はさまざまではあるが）日常生活を送ることができている。PTSD 治療の中断のほとんどは、患者が回避しようとして生じる。回避（e.g., 話題を変える、セッションに遅刻する）に気づいたらいつでもそれを指摘し、回避が PTSD 症状を維持することに気づいてもらうようにする。患者が他の話題を話したいようであれば、セッションの最後の時間をとっておくか、その話題を CPT で取り組んでいるスキルに組み込むようにする（i.e., ABC 用紙、考え直し用紙、問題ある考えのクセ用紙、信念を考え直す用紙）。患者が練習課題で取り組んだ用紙を持ってこないようであれば、先延ばしせずにセッション内でその作業を行い、次の課題に加えてその練習課題をしてくるようにする。

• 回避をやめてもらう

3. OIF（イラクの自由作戦）/OEF（不朽の自由作戦）に参加した退役軍人のニーズ

イラクの自由作戦（OIF）と不朽の自由作戦（OEF）から帰還した軍関係者や隊員は、他の戦争/紛争から帰還した退役軍人とは異なるニーズを持っていることがある。彼らは治療を早く終わらせるために週2回のセッションを望むかもしれない。仕事に支障がでないように、早朝や夜のセッションを希望するかもしれない。あるいは、夫婦カウンセリングを加えた PTSD 治療を希望することもある。退役軍人局の治療者は非常に慢性的な症状を呈しているベトナム戦争帰還兵への治療に慣れているが、OIF/OEF の帰還兵はそれに比べて“鮮度がある raw”ように見える。感情に触れやすいことはトラウマティックな出来事を処理したり、変化へと動機づける上での強みになる。しかし、非常に慢性的で（感情的に麻痺した）退役軍人だけを治療してきた治療者にとっては、これらイラクから戻った患者と最初に CPT をする際には不安を抱くかもしれない。強い感情もしくは解離をまず安定させたり、薬物療法をすべきだと考えるかもしれない。しかし、CPT は当初、非常に急性で非常に感情的な状態を呈しているレイプ被害者のために開発され検

• OIF/OEF 退役軍人

証されてきた。患者が治療に前向きであり、自傷や行動化をしないと契約できるのであれば、治療を先送りする理由はない。

4. PTSD に関連した障害認定

治療者がよく懸念することとして、患者の障害認定や、PTSD 治療が成功した場合に障害認定や給付金制度がどうなるかという点がある。OIF/OEF の退役軍人にとっては、当人にとってより望ましい雇用状態に戻り、PTSD による障害をなくすことが目標となる。こうした患者にとっては、問題なく眠れ、フラッシュバックに煩わされず、集中して仕事に携われるようになることは、治療開始時には思い描けないかもしれない。治療者は、これらの症状は改善するというはっきりしたメッセージを告げ、患者に希望を持ってもらうようにする。しかしながら、治療後に症状の寛解がどの程度達成されたか判断できるまでは、キャリアや業務計画は治療後半まで延期されることもある。もし退役軍人が戦地に派遣されていた間、頭部外傷を負っていた場合には、PTSD 症状が改善されるまでは、患者が呈している症状がどの程度 PTSD によるものか、脳の損傷によるものか明らかにならない可能性がある。

高齢の退役軍人（とその治療者）は、給付金を失い家計が支えられなくなる恐れから、有効な治療に消極的になる場合がある。臨床家は退役軍人給付金局（VBA）から、障害認定の再評価を受ける可能性についての情報を得ることが強く推奨される。我々は、VBA が退役軍人の給付を停止したという話がまことしやかに語られるのをよく耳にしてきた。しかし、VBA のスタッフから実際に話を聞いたところ、彼らは請求に忙殺されており、退役軍人が自ら給付金を引き上げようと申請したり、仕事で収入を得ている明らかな証拠がない限りは、高齢の退役軍人の記録を点検する暇はないと語っていた。退役軍人局で受給権が取り上げられたり給付が減らされたりする不名誉な事例もあるかもしれないが、そのような状況が発生する可能性について、当人とともに正確に評価することが重要である。

患者が障害認定やその重症度評価の上昇を積極的に求めている場合、PTSD 関連の障害がなくなってしまうということ自体が、治療進行の最大の問題となるだろう。兵役関連の給付金の申請希望と CPT 実施のタイミングについては、治療者は患者に対し率直に話し合うことが勧められる。患者が PTSD 症状を積極的に証明しようとしているならば、症状を軽減させることが明らかにされている治療を受けるタイミングではない。最初から失敗が目に見えているかたちで治療を始めるよりも、本人にとって失敗経験とならないように、CPT を遅らせるほうが遥かにましである。障害認定の有無にかかわらず、PTSD を持つ退役軍人で認定の変更を求めている状態にあり、CPT から恩恵を得るところまでたどり着いている者も多くいる。請求して結果を待っている退役軍人の場合には、支持療法やトラウマに焦点を当てない介入に取り組んでもいいかもしれない。

兵役に関係した PTSD による障害認定について、期間制限なしの 100% 認定を得た場合、その退役軍人は生活の質の改善につながる症状軽減から得られるあらゆる権利を持つ。もし、退役軍人が PTSD 障害について期間制限なしの 100% 認定とみなされない場合は、PTSD が改善した場合の症状低減と生活の質の向上と、PTSD 治療によって兵役関連の受給権が変わるかもしれない可能性について、その損益を考慮するよう患者に尋ねるようにする。治療者は経過記録文書において、PTSD の部分寛解という診断の選択肢があることを忘れてはならない。

• PTSD 関連の障害認定

事例によっては、障害認定がある種の機能をもっていることがあり、その場合には、考え直しが必要なスタックポイントとして捉えられる（「もし障害認定を受けた退役軍人でなければ、私は何者でもなくなる」「もし給付の受給をやめれば、私に起こったことを政府が重要ではないとみなすことになる」）。

5. 宗教と道徳性

様々なかたちで、宗教と道徳性が PTSD と交わってくる。宗教信念の混乱（「こんなことが起こるのを神はどうして許したのか？」「神から罰せられているのだろうか？」）や、トラウマティックな出来事とそれ以前に持っていた宗教信念との間の矛盾によって作り出されるスタックポイントはよく見られるものである。これは“公正世界の信念”（「なぜ私が？」「なぜ私ではないのか？」「なぜ友人／家族が死んだのか？」）と直接関係しているかもしれない、それは宗教によって直接教えられることもあるが、患者が自分で思い込んだものであり宗教とは関係ない場合もある。これは、道徳的・倫理的な違反という文脈（「イラクで人殺しをした」）で問題になるかもしれない。あるいは、自分への許し、加害者への許しの文脈で問題になるかもしれない。

• 宗教と道徳性の問題

治療者はこれらの話題を避けるべきではない。なぜなら、それらは患者の PTSD の中心にある可能性があるからである。患者とは異なる信仰（あるいは不可知論や無神論）を治療者が抱いている場合でも、宗教に関する話題を回避する理由にはならない。治療者は臨床実践の一部として異なる文化信念に取り組む必要があり、宗教とは患者の文化の重要な一部分である。公正世界の信念はおそらく最もよく見られる前提（信念）であり、宗教だけでなく親や教師からも教えられる。人は、ルールに従えばよいことが起き、破れば罰せられると信じるようになる。そして、この信念が“可能性のはなし probability statement”（「もしルールに従えば、悪いことが起こる危険性が減る」）であることを学び損ねてしまう。実際には、公正世界の信念は真実ではなく、“可能性”と捉えるほうがより現実的である。公正世界の信念を強く抱いている人は、結果から考える後ろ向きの推論をしているかもしれない。こうして、何か悪いことが自分に起こったときには、その結果が起こったということは、自分は罰せられているのだと結論づけるようになる。しかし、自分の行いに過ちを見出せなかったとき、起こったことや神の不公平に憤慨するようになる。良い行いは**必ずいつも**報われて、悪い行いは（この世に生きている間に）必ず罰せられることを確約している宗教は存在しない。そのため、患者がもしそう言っているようであれば、患者自身がそう曲解したか、親や宗教指導者に誤って教えられたと考えられる。他の専門職と同様に、宗教指導者がその教義をどう教育され、どの程度遵守しているかは様々である。こうした問題について話し合う際には、宗教そのものと個々の実践家を必ず区別しなければならない。治療者は、ウェブ上での検索や、所属する組織の聖職者や自分の教会を通じて、その教義を確認することもできるだろう。

複数の人を巻き込む出来事（レイプ、暴行、戦闘）が起こることをいかにして神が許したのか理解できない場合、**自由意志** free will（※訳注：神や運命によって決められていない自分自身の意志）という概念が非常に助けになる。ほとんどの西欧の宗教は自由意志という概念を重視しており、人は正しい・誤った行い（天国・地獄につながる行い）を自分で選んで行動できる自由意志があると考え。もし神が人に自由意志を与えているのであれば、その人を罰するために別の人の自由意志を神が奪うという事態は起らないはずである。その他者もまた、発砲したりレイプしたりする自由意志をもっているはずだからである。自由意志という考えに立てば、神が人に行動を強制することがないのと同じように、神が人の行いに介入したり止めたりもしないことを意味

する。さらには、他者の行為や選択が関係しない場合であっても、悪人を罰するためだけに神が自然現象、事故、病気を起こすなどあり得ないという根拠は容易に見つけられるだろう。幼児や子ども、素晴らしい人、世話している人に悲劇が起こった場合には、唯一頼れる考えは「神の行いは計り知れない」である。そう考えたとしても、神が日々の生活に介入しない可能性も依然として考えられる。また、神という概念が個人のなぐさめ、共同体の維持、道徳的な指針のために使われる場合もある。

人生はあらかじめ定められており、自由意志はないと患者が信じている場合には、なぜ PTSD になったかを考えることができる。葛藤は何か？ 患者は運命を受け入れられないでいるのか？ ただ単に、感情を処理できないだけなのか？ 自分に起こったことを患者はどう理解するようになったのか、どんなイメージや考えが常に浮かんでくるのか、患者に尋ねるようにする。

「なぜ私が？」は、「なぜあなたではないのか？」という問いに論理的につながる。他の人が殺されたにもかかわらず自分が救われた spared（※原注：意図を意味する言葉、※訳注：誰かしらの何らかの意図により自分だけが救われた）と考えている場合も、同じような問いにつながるだろう。戦争や人の生死に論理はあるか？ 良き人間であることが、戦争で殺されないことにつながるか？ 不幸にも、宗教と同様に、軍においても何か悪いことが起こった際に、それは誰かが過ちを犯したからだという考えを強めることがある。軍においては、何かが起こった後で“何が間違ったのか”を審査するために事後報告面接の対象になることがある。軍の指導者が将来のリスクを減らそうとすることは理解できるが、それは、（伏兵がいたとか、敵の戦闘員のほうが多い状況だったという状況の要因ではなく）、誰かがミスをして結果がそうなったというメッセージを植え付けてもいる。

• 「なぜ私？」

自己や他者への許し forgiveness というテーマが治療で持ち上がることもある。このテーマが問題でなければ、患者は治療でこの話題を出すことはないだろう。逆に、何らかの問題や葛藤があれば、言及されることがほとんどである。前述したように、自分自身を許すことに関しては、治療者はまずその出来事の細部を見直し（チャレンジし）、自分への許しが問題となるようなことがあったかを考えることが極めて重要である。トラウマティックな出来事に関しては、人はほぼ必ず自分を責めるようになるが、だからと言って、患者がその結果を意図したことを意味しない。そのため、非難や罪の意識が誤って自分自身に帰属されることとなる。犯罪被害者であれば、その人は、被害者である以外の何ものでもない。被害者がなし得たことで、起こった出来事を正当化できるようなことは何もない。レイプ被害にあった女性が自分を汚いとか穢されたと感じているからといって、それで彼女が許しを必要とするような過ちを犯したことを意味することはない。これは感情的な決めつけの一例である。戦争で誰かを殺すことは殺人と同じではない。その時起こったこと以外に選択肢がなかったのかもしれない。ソクラテス式問答では、意図や、当時の取り得る行動の選択肢に焦点をあてる必要がある。関係のない無垢な人間に向かって意図的に危害を加えたり、当時取り得る他の選択肢がある中で自ら進んでその行動をとったことが確実である場合に限って、自己への許しについて話し合うべきである。戦火の中で偶然に市民を殺害した場合（e.g., 銃撃戦に巻き込まれる）、それはその通り、偶然以外の何ものでもない。残虐行為を犯すこと（女性や子供のレイプ、拷問）は明らかに意図して危害を加える行為である。残虐行為や犯罪に加担した場合には、罪悪感はしかるべき適切な反応である。患者は当然自分の行為を受け止め、悔やみ、自己への許しを追い求める必要がある。信仰がある場合には、教会や礼拝所で許しを求める必要があるだろう。そうした場合ですら、患者が当時の自分といま現在大事にしている価値とを比較して、出来事が起こった当時の自分と今現在の自分とが同じではないことに気づ

• 自己と他者への許し

けるよう取り組むようにする。こうしたことが全て完全に処理され消化されたならば、賠償や地域奉仕などは、永遠に続く、自己をひどく苦しめる思考から前進していく助けとなる。

他者への許しのテーマは、それがよく考えられないまま時期尚早にされたり、他者から強制されたりしている場合にセッションで話題になることがある。出来事（e.g., 性的虐待や暴行）が自分のせいではないことを患者が正しく理解しているのであれば、他者が意図して危害を加え、出来事に非があるのはその人間であることを正しく認識できるだろう。正当な怒りを十分に感じる前に抑え込むことは、周りの家族にとっては慰めをもたらすかもしれないが、それはすでに呈している PTSD 症状、すなわち感情の回避と同じである。加害者から許しを求められたかどうかを、患者に尋ねることもできる。ほとんどの教会や礼拝所では、悔い改めていない人間には許しを与えない。加害者が許しを請うていないのであれば、患者のほうから許す必要は一切ない。トラウマティックな出来事の加害者が許しを求めているとしても、患者が許しを与えなければならないという義務はない。相手がどうしてそうしたのかを理解することと、相手を許すことは同じではない。教会や礼拝所に回して、加害者に神の許しを得るよう促すこともできる。周りに心配をかけまいと、全てがうまくいっているように見せかけるために許しを与えるようなことはあってはならず、患者が自分自身のために、いくらかでも心の平安が得られるためになされるべきである。他者によって許しを強制されているのであれば、欲求不満と罪悪感しかもたらさないだろう。

6. 軍隊での性的トラウマ (Military Sexual Trauma; MST)

様々なトラウマティックな体験があり、一つ一つが固有のものであるが、性的トラウマ体験は患者と治療者にとって特別な問題を引き起こすことが多い。そのトラウマが、退役軍人局が“軍隊での性的トラウマ”と呼んでいるものの場合には、とくに問題となる。軍隊での性的トラウマとは、軍隊にいる間に起こった性的暴行や、繰り返されたセクシャルハラスメントやその脅迫行為を受けることを指す。性的暴行とは2人以上が関わる性的行為で、そのうちの誰かが意に反している中で行われるあらゆる行為を指す。身体的な暴力が伴うことも、そうでないこともある。性的行為には望まない接触、抱き付き、オーラルセックス、アナルセックス、物の挿入、性交など、様々な種類の体験が含まれる。MSTとして捉えられるセクシャルハラスメントには、繰り返された、自発的ではない、脅迫的な言語的および身体的な性的接触が含まれる。例としては、性的に従わなければとひどい目に遭うと脅迫することや、性的行為と引き換えに昇進や待遇改善をほめかすことが挙げられる。

多くの研究によって、退役軍人の多くがMSTを体験していること、その割合は医療保険を利用する者で高いことが示されている。性的トラウマは男性より女性においてより頻繁に生じる。しかし、もともと軍関係者は男性が圧倒的に多いため、退役軍人局の治療者はMST体験をもつ女性と男性とほぼ等しい確率で会うことになる。一般的に、レイプは最もPTSDにつながるトラウマである。つまり、CPT治療ではかなり頻繁に性的トラウマを扱うこととなる。

軍隊での性的トラウマと、軍の外で起こったセクシャルハラスメントや暴行体験を比較する研究はごく限られているものの、MSTには被害者にとってその体験を質的に異なるものにする側面がある。たとえば、軍隊で起こる性的トラウマは被害者が生活し、かつ、勤務している場所で最も頻繁に生じるので、多くの被害者はトラウマの後も継続的に加害者と交わったり、近くで勤務し続けなければならない。このため被害者の無力感は増し、さらなる被害のリスクにさらされる

• 軍隊での性的トラウマ (MST)

ことになる。軍隊という環境の“全体主義的な”性質を考えると、こうした被害はさまざまな形をとる。被害者は医学的・心理的なケアを認可してもらったり、その他の基本的な必需品を受給する上で、加害者（やその同僚）の職権に依存しなければならないかもしれない。加害者が同僚や上司であり、その者が仕事の評価や昇進の決定に影響する権力を持つために、被害者にとってはキャリアに関わる影響が生じることもある。そうでない場合であっても、加害者との頻繁な接触を余儀なくされる軍隊での仕事を続けるか、将来の被害や再びトラウマを受けることから自らを守るために職業上の目標を犠牲にするかという、困難な選択に被害者は直面するかもしれない。軍のほとんどの集団は、とりわけ戦闘中に、高い凝集性（団結力）を持つ。通常であればこうした高い連帯感は兵役のよい側面であるが、その連帯感が生み出す力関係が、このような軍という環境の中でのセクシャルハラスメントや性的暴行に対応する困難さを増幅させることもある。たとえば、組織の団結を優先するあまり、仲間の兵士についての否定的な情報を暴露することはタブーとされるかもしれない。結果として、多くの被害者が性的トラウマを報告しないようになり、起きたことが暴行であったと自分で認めることすら難しくなる。上司や責任者に報告したとしても、言ったことを信じてもらえていないと感じたり、さらに悪いことに、起きたことに対して被害者本人が責められることもある。黙っているよう言われたり、報告が無視されることもある。こうした認めてもらえない体験は、被害者のトラウマ後の適応に対して大きな悪影響を与えることが多い。

これらの要因はCPTを実施する上でどう影響するか？ 第1に、（自分や他者への）信頼が特に大きな問題となるかもしれない。というのも、加害者が知人であったり、非常に親しくしてきた人であることもあるからである。こうした関係にあった人であったために、性的暴行やセクシャルハラスメントが合意に基づくものであるというスタックポイントを抱いたり、少なくとも、相手を大目に見るようなことが起こるかもしれない。治療者は、そのトラウマにまつわる文脈の強制的な側面を被害者自身がふり返れるように援助することが重要である。軍の外部で起こる性的トラウマの場合と同じように、性的トラウマに関連するスティグマがあるということは、自己非難や価値に関連する多くのスタックポイントが起りやすいことを意味する。特に男性は自分のセクシャリティー、性同一性、男性性についての懸念を表すだろう。起きた出来事と、男性はたくましく強くあるべきという社会通念に折り合いをつけることは彼らにとって難しいかもしれない――弱さを認めることは、男としてそうであるべきと教えられてきたことと矛盾する。さらに、性的なトラウマを体験した人は、将来的に再度、性被害を受けるリスクがとりわけ高くなる。もしそうだったとすれば、主体性（力とコントロール）や自己価値に関連したスタックポイントを持つようになるかもしれない。

性的興奮について問題となることもある。通常であれば、心地よい状況の中で性的興奮が起こるため、多くの人は性的興奮と悦びを同一のものだと考えている。性的暴行の被害者は、自分が興奮したりオーガズムすらを体験したことで、自分はその体験を楽しんでおり、性的に倒錯し、身体が自分を裏切ったと誤って結論づけることもある。こうした結論はすべて誤っている。刺激されながら、快楽の代わりに恐怖、戦慄、怒りを経験することは全くもって起こり得ることである。戦闘中において勃起やオーガズムすら経験したと報告する兵士もいる。しかし、だからといって悦びを感じていたわけでも、その経験が官能的だったことを意味するわけでもない。それは、体内でホルモンのカスケード反応を体験しているだけであり、それが性的興奮を刺激していたことを意味する。

• MST と CPT

• 性的興奮

多くの場合、患者はこの話題を治療で話すことに抵抗を感じる。患者はそうなるべきでないと考える状況で性的に興奮したことに深い恥を感じ、人間的な欠陥の類としてこれを捉えるようになることがある。治療者はこの罪悪感と恥を教育によって和らげるよう手助けし、患者がその話題を持ち出さない場合には、控えめで、かつ、日常業務の一環という調子でその話題を取り上げるべきである。患者が違うように考えるのを手助けするもっともシンプルな方法としては、くすぐられるのと同じように、性的興奮も随意反応ではないことを知ってもらうことである。実際、くすぐりはいい比喩になる。意志に反してくすぐられ、笑ったとしても、同時にそれを嫌がっているということもあり得る。神経末端が刺激されると、それらの神経末端の反応は意識的に選択できるものではない。自分の反応が刺激に対する正常な結果であり、道徳的な選択とは無関係であることを患者が理解できるよう手助けすれば、患者は安心し、罪悪感や恥が軽減されるはずである。ABC 用紙、考え直し用紙、信念を考え直す用紙を用いた MST の例としては、患者用のワークブックを参照のこと。

7. PTSD とうつ の尺度を用いた症状の随時評価

治療前後だけでなく、治療期間中も患者を評価することが推奨される。我々は通常、短い PTSD 尺度と、（併存するうつ病が問題であれば）ベック抑うつ質問票⁸や Patient Health Questionnaire (PHQ-9)⁹ のようなうつ病尺度に毎週回答してもらっている。PLC-5 の一ヶ月版は初回セッションの前に一度行い、**過去 1 ヶ月間**の症状を評価する。その後、PCL-5 では**過去一週間**を評価し、毎週行う。セッションまでの待ち時間で、PCL-5 の 1 週間版に回答してもらうことを推奨する。トラウマについての同化が解決すると、症状が大きく下がることがよくある。通常、これはトラウマティックな出来事そのものに焦点をあてるトラウマ筆記や認知療法に取り組むセッション 5・6 前後で起こる。もっと長くかかることもあるが、頻繁に評価することで、治療者は経過をモニターし、いつ変化が起こるか知ることができる。治療前半を終えても得点が下がらない場合、これについて治療者は患者と話し合い、患者が正確に回答しているか確かめるようにする。ちゃんと回答しているようであれば、依然としてどこで行き詰っているのか（e.g., 継続している回避、特定のスタックポイント、まだ語られていないトラウマの詳細）を患者とともに探るようにする。PCL-5 の 1 ヶ月版と 1 週間版はマテリアルマニュアルの治療者用マテリアルに収められている。

• PTSD とうつ の
尺度の利用

8. 外傷性脳損傷と修正版 CPT 用紙

PTSD を引き起こした出来事に加えて、外傷性脳損傷 (Traumatic Brain Injury; TBI) を負って精神医療にやってくる退役軍人は多い。エビデンスに基づく治療に関する研究では、TBI の多くの患者（最も深刻なものを除いて）は、このマニュアルに書かれている通りに治療を進めることができ、PTSD や関連症状が有意に改善することを示されている。それに加えて、CPT には修正版の用紙がある。これらは、通常の用紙では取り組めないほどに認知機能の障害がある人のために作成されている。修正版の用紙には、ABC 用紙、考え直し用紙、信念を考え直す用紙があり、すべてマテリアルマニュアルに収められている。認知機能に障害がある人と取り組む場合でも、

• 外傷性脳損傷

⁸ Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 141, 1311.

⁹ Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16, 606–613.

患者がエクササイズの基本的な点でさえ理解に苦しんでいることがはっきりするまでは、我々は通常用の紙を使うよう勧めている。その状態になった場合には、退役軍人がうまく取り組みなかった用紙から簡略版を使うことができる。**注意：**多くの場合、用紙について多少の混乱は起こるものであり、家や面接室で練習するにつれて理解が進むのが普通である。それでも難しいことが明らかの場合、治療の残りの部分はこれらの簡略化された用紙を使って進めることになる。この簡略版の用紙は集団でも個人でも、CPT でも CPT-C でも使うことができる。

9. 追加資料

スタックポイントの説明は、スタックポイントを理解し見つける手助けとなるように、治療者が患者と共有する追加資料として作られている。セッション 1・2 か、それ以降で患者がスタックポイントという概念の理解に苦しんでいる場合に、この資料を渡すことができる。

スタックポイントの説明（治療者用）は、治療者がスタックポイントをさらに説明する指針になる（患者に与えることは意図されていない）。この資料には、スタックポイントの例、スタックポイントを説明する会話例、スタックポイントを同定し構造化する上での留意点が書かれている。

追加資料は、CPT マテリアルマニュアルに収録されている。

• 追加資料

第 2 部 | CPT：セッションごとの解説

初回セッションに入る前に、トラウマティックな出来事や、持続している症状について系統だった査定を行い、CPT 治療に取り組むための契約を患者と交わすことが前提条件となる。少なくとも、PTSD とうつ症状について簡単な査定を行うようにする。短い PTSD チェックリストやうつ尺度は幾つもあり、治療前の症状を査定したり、治療を通した症状の変化をモニターするために繰り返し測定するのに使用できる。PCL-5 はこのマニュアルにも含まれている。

これ以降のマニュアルの内容には、セッションの概要、各部分の段階的な説明、経過記録の例、治療者が参照できる資料が含まれている。トラウマ筆記のない CPT (CPT-C) のアウトラインについては、第 3 部『CPT を実施する上での代替案や留意点』を参照すること。

マテリアルマニュアルには、複製可能な患者用資料のコピーが収められている。

各セッションは以下の通り：

- セッション 1：導入と教育
- セッション 2：出来事の意味
- セッション 3：思考と感情を見つける
- セッション 4：トラウマティックな出来事を思い出す
- セッション 5：トラウマ筆記 2 回目
- セッション 6：考え直しの質問
- セッション 7：問題ある思考パターン
- セッション 8：安全
- セッション 9：信頼
- セッション 10：力とコントロール
- セッション 11：価値
- セッション 12：親密さ・出来事の意味

セッション 1：導入と教育

概要 セッション1ー導入と教育

PCL-5（一ヶ月版）をセッション前に実施し、回収、保管する。

1. アジェンダ設定（5分）

2. 治療者から患者への説明（10分）

▶ PTSD 症状：4つのまとめ

- ー再体験：思考、夢、フラッシュバック、心理的、身体的
- ー覚醒：睡眠、いらいら／怒り、集中困難、過度の警戒心、驚愕反応
- ー気分と認知の変化：罪悪感、怒り、自己非難
- ー回避：思考、場所／活動／人との交流
様々な形の回避：アルコール、可能な限り忙しくする、身体症状、治療や練習課題を避ける

▶ トラウマからの回復と闘争 - 逃走反応

- ー闘争／逃走、凍結
- ー手がかりが引き金となる：光景、音、においなど

▶ 認知理論

- ー信念：公正世界の信念、“良いことは良い人に起こる”など
- ー既存の信念に合うようにトラウマを解釈する（同化）
- ートラウマに合わせて信念を変化させる（調節／過剰調節）

▶ 感情の種類

- ートラウマ後の2種類の感情：自然な感情、作られた感情

3. 最もトラウマティックであった出来事を簡単にふり返る（5分）

4. 治療原理ースタックポイント

▶ 治療の目標

- ーあまり助けになっていない、これまでの考えや感情に気づき修正していく
- ー出来事があったという現実を受け入れる
- ー出来事を受け入れるために、極端でない形で信念を変える
- ー出来事についての感情をそのままに感じる

▶ スタックポイントの資料をふり返る

5. 回避について前もって考え、治療への取り組みを高める（5分）

6. 治療全体の概要ー構造化された治療として（5分）

▶ 12セッション、50分～1時間：

- | | |
|------------------|----------------|
| 1. 導入と教育 | 7. 問題ある思考パターン |
| 2. 出来事の意味 | 8. 安全 |
| 3. 思考と感情を見つける | 9. 信頼 |
| 4. 出来事を思い出す | 10. 力とコントロール |
| 5. スタックポイントを見つける | 11. 価値 |
| 6. 考え直しの質問 | 12. 親密さ／出来事の意味 |

▶ 治療に積極的に参加し、練習課題をきちんと行うことの重要性を強調

7. 練習する課題を決め、問題がないか確認（5分）

8. フィードバック：患者によるセッションへの感想（5分）

セッション 1：導入と教育

セッション 1 の目標は：

1. 患者とのラポール（※訳注：治療的な信頼関係）を築く
2. 患者に PTSD やうつ症状について教育する
3. 認知的概念化に基づいて、治療原理を説明する
4. 治療の全体像が見えるように伝える
5. 治療への積極的な参加 compliance を引き出す

回避行動（PTSD 症状の半数は回避行動である）は治療の成功を阻害する可能性があるため、治療早期に、治療参加について患者に理解してもらう必要がある。二つのかたちの治療参加が重要である。それは、セッションに来ることと、セッション外の練習課題をやりきることである。患者がすべてのセッションに来談し、すべての練習課題をやりきことは、この療法から十分な効果を得るために強く推奨される。この療法の恩恵を享受できるかは、課題や新たなスキルの練習に注ぎ込んだ努力の量にかかっている。自分がやってきたことはうまく機能しておらず、回避を続けるよりも真っ向から問題に取り組むことが重要であることを患者に気づいてもらうことが助けになる。また、感情体験やその表出の回避にも取り組むべきである。

セッション 1 では、この療法について何でも質問できる機会が患者に与えられる。患者のスタックポイントが、初回セッションで表現された質問や興味から明らかになることがある。そして、すべての療法と同様に、ラポールの形成が効果的な治療には不可欠である。患者は理解され傾聴されることを求めており、さもなければ、二度と来談しないだろう。

患者はしばしば、トラウマについて話をしなければならないという切迫感を持って来談する。しかしながら、初回セッションから曝露が始まらないよう治療者は留意する。ラポールや信頼の築かれていないところで強い感情や出来事の生々しい描写が表現されることは、時期尚早な終結（中断）へとつながるであろう。患者は自らの罪、恥、無価値感に関して、本人が考えているのと同じように治療者も考えるだろうと思い込んでいる可能性が高く、不用意に詳細を語った後に再び治療に来ることを恐れるようになるかもしれない。

トラウマティックな出来事を話すことにはかなりの抵抗を感じている患者もいる。そうした患者は、初回セッションで出来事について詳細に話さなくてもよいことに非常に安心する。ただし、全く話したがない場合には、簡単にでも出来事について語ってもらう必要があるかもしれない。出来事を考えたり話そうとすると、解離が起こることがよくある。初回の査定セッションは、治療が本格化する前に互いに親しくなる機会となり、また、この療法がどう進むかを説明する機会にもなる。初回セッションでは、CPT がしっかりと構造化された療法であること、また、この初回セッションが今後のセッションとは若干異なり、治療者が多く話すことになることを患者に伝えておくことが重要である。治療者は PTSD 症状と、その認知的定式化（※訳注：認知療法から見るとどう理解できるか）の説明から始める。

• セッション 1 の目標

• 治療参加と回避

• トラウマの開示

治療者から患者への説明

1. PTSD の症状

症状評価の結果、あなたは PTSD に苦しんでおられる状態だとわかりました。PTSD の症状は 4 つのまとまり（症候群）に分類されます。ひとつめは、何らかのかたちでの出来事の再体験です。それには、出来事についての悪夢、他の恐ろしい夢、フラッシュバック、突然、心の中に浮かび上がってくる侵入的な記憶があります。出来事を思い出させるような周囲の何か（出来事が起きた日を含む）がある時や、それを思い出させるものが何もない時にさえ、侵入的な記憶が出てくるかもしれません。一般的には、そのような記憶は寝ている時、リラックスしている時、退屈な時によく起こります。そのような症状はすべて、トラウマティックな出来事に続いて起こる、自然な症状です。おかしくなってしまったわけではありません。その出来事以来、そのような体験がありましたか？ どんなことがあったか教えていただけますか？

• PTSD 症状
基準 B

ふたつめの症候群は、覚醒に関するものです¹⁰。恐らく予想されていたように、その出来事を思い出すと、とても強い感情を体験するでしょう。このような感情には、身体反応が伴います。覚醒症状としては、入眠や睡眠持続の問題、イライラや怒りの爆発、危険を省みない自己破壊的な行動、集中困難、大きな音がしたり誰かが背後を歩いた際の飛び上がるような驚愕反応、理由もなくいつも警戒したり背後を確認するといった状態です。これらの中で実際に体験しているものはありますか？

• PTSD 症状
基準 E

3 つめの症候群は、トラウマの結果として気分や物事の考え方が変わる症状です。慢性的にネガティブな気分が続き、罪悪感、恥、怒り、恐怖、悲しみといった感情をよく感じるようになっていくのに気づかれているかもしれません。活動する気力を失い、ポジティブな感情を感じられなくなり、周りの世界から切り離されているように感じる方もおられます。ご自身を振り返ると、自分、他者、世界についておそらく否定的に考えるように変わったのではないのでしょうか。トラウマを体験した後には、多くの方が、トラウマが起こるのを防げなかったことについて自分や他者を非難します。出来事すべてや一部を思い出せなくなる人もいます。ポジティブな感情が麻痺したり、遮断されたように感じたことはありますか？ どんな感情を一番よく（頻繁に）感じますか？ 他の人から切り離されているように感じたことはありますか？ ト라우マが起こったことについて、自分や他者を非難しておられますか？

• PTSD 症状
基準 D

4 つめの症候群は、出来事を思い出させるものの回避です。侵入的な記憶や強い感情が起こると、そうした思考や感情を押しやろうとしたくなるのは自然な反応です。出来事を思い出させるような場所や人を避けておられるかもしれません。特定のテレビ番組を観ないようにしたり、TV の電源を切ってしまう人もいます。新聞を読んだり、ニュースを観るのを避ける人もいます。出来事のことを考えたり、感情をそのままに感じることを避けているかもしれません。特定の光景、音、においが出来事を思い出させるために、避けたり逃げたりしているかもしれません。どのような物や思考を避けたり、逃げたりしておられますか？

• PTSD 症状
基準 C

2. ト라우マからの回復と、闘争 - 逃走 - 凍結反応

¹⁰ DSM では回避が二番めに位置付けられているが、症状が起こりやすい順序（侵入、覚醒、感情と認知、そして回避）で説明するのは理にかなっている。こうして症状を説明することで、説明が論理的に流れる。

世の中の多くの人が、トラウマティックな出来事を体験しています。トラウマの直後、ほとんどの人は今お話ししたようなPTSD症状を体験します。しかし、時間とともに、多くの人ではそうした症状が自然となくなっていき、PTSDとは診断されません。言い換えれば、そうした人は自然とトラウマティックな出来事から回復しているのです。一方で、回復せずにPTSDと診断される人もおられます。この事実を踏まえると、PTSDは回復過程で問題が起こっている状態と捉えることが役に立ちます。つまり、PTSDは自然と回復していく過程で何かが割り込んできた状態として捉えられます。私たちの仕事は、何かが割り込んできたかを見定めて、出来事から回復するようにそれを変容させることにあります。私たちは、もはや“引っかからなく（スタックしなく）”なるように取り組んでいきます。

回復が難しくなっているのには、いくつか理由があります。第1に、トラウマティックな出来事に置かれているあいだ、人は自動的な反応（闘争-逃走-凍結反応）を示します。この反応が起こっているときに、人は自分がどう行動すべきか（闘争か、逃走か、凍結か）を評価しています。人は重大な、命を脅かす出来事に直面すると、非常に強い身体の反応を起こします。これが、**闘争-逃走反応**と呼ばれるものです。最近では、**凍結反応**という3つめの可能性があることが分かっています。闘争-逃走反応が起こると、あなたの身体は、戦うか逃げるかの準備を始めようとします。ここでの目標は、走ったり戦ったりできるよう、すべての血液と酸素を手、脚、大きな筋組織に行き渡らせることです。素早くそれができるように、血液は胃や頭から出ていきます。その際、内臓を蹴られているような、気絶するような感覚を覚えることもあります。身体は、病気に闘ったり、食物を消化したりすることを停止させます。自分の人生哲学について考えることができず、あるいは、どんなことも全く考えられなくなるかもしれません。凍結反応でも同じことが起こります。ただしその場合、あなたの身体は、身体的・感情的な苦痛を無くそうとします。苦痛を感じなくなり、まるで映画を見ているかのように、その出来事が他人に対して起こったものであるかのような感覚を持ちます。感情が完全に遮断され、自分が体から幽体離脱したように感じたり、時間の流れが遅くなったように感じることもさえます。

今ふり返って考えてみて、もしも当時、別の行動がとれたらどうと考えておられるようであれば、当時その出来事のあいだ、自分の心がどのような状態だったのかを考える必要があります。あなたには、その心の状態で現実的に取りえる他の選択肢があったのでしょうか？ 後になってみてわかったことを、その当時の状況ですでに知っていたのでしょうか？ 今になってみればできるけれども、当時はできなかったことはないのでしょうか？

第2に、トラウマティックな出来事を体験している間に起こる闘争-逃走反応は、その時に周囲にあった手がかりや物と即座に結びついてセットになります。そうした手がかりや物は、それまでは特に意味を持たなかったような中立的なものです。一度セットになって結びつくと、それらの手がかりに接したときに闘争-逃走反応が起こるようになります。神経システムが手がかり（光景、音、におい、特定の時間）を検知すると、身体は再び危険に直面しているかのように反応します。それらの手がかりを避けずにいれば、時間が経つにつれてこうした反応は弱まります。しかし、思い出させる手がかりを回避しつづければ、あなたの身体は、それらが実際には危険を意味するものではないことを学べません。そうした手がかりは実際の危険を正確に伝えるにはほど遠く、結果として、誤った警報 *false alarm* が幾度も鳴り続けることになります。しばらくすると、あなたは何が危険で何が危険でないのか自分の

• トラウマからの回復

• 闘争-逃走-凍結反応

• 古典的条件づけのプロセス

感覚や判断を信じることはできなくなり、実際には危険でない多くの状況が危険なものに見えてくるようになります。

あなたは、世界、特定の場所や状況が危険だと考え始めるようになります。しかしそれは、そうした状況の実際の現実的な危険性を踏まえたものというよりは、自分の体や気持ちの反応に基づいています。そのため、考えと身体的・感情的反応がどのように影響し合っているかを、この治療では考えていきます。トラウマティックな出来事によって、物事の危険性に関する考えだけでなく、自分や世界についての他の様々な信念も影響を受けます。

3. 認知理論

人は成長するにつれて世界の様々な物事を学び、分類するようになり、すでに持っている（※訳注：物事はこういうものだという）信念に組み込んで整理していきます。たとえば、幼い時には、背もたれがあり、座れて、4本の脚をもつものはイスであると学んできたと思います。最初、それらのすべてをただ“イス”と呼んでいたと思います。おそらく、ソファもイス、スツールもイスと呼んでいたでしょう。大人になると、経験を通してより複雑な分類を学びます。そして、ダイニングチェア、ロッキングチェア、リクライニングチェア、折りたたみイスと分けることを学びます。椅子のような物だけでなく、他者、世界、自分自身についての考えや信念についても、同じようにより複雑な分類をしていくようになります。

大人になるにつれて、多くの人が抱くようになる“よくある信念”があります。それは、“よい人にはよいことが起こり、悪い人には悪いことが起こる”です。これは“公正世界の信念”と呼ばれています。これは宗教、両親、学校の先生から学んだことでしょう。こう考えることで、世界を安全で予想可能なものだと思えるようになります。そして、こうした考えは、若いころには役に立ちます。たとえば、「いけないことをしたら、悪いことが起こるかもしれないし、起こらないかもしれないよ」とわざわざ言う親はいないでしょう。一方で、大人になってくると、私たちは世の中がもっと複雑なものだということに気づいていきます。色々な種類の椅子があるのを学ぶのと同じです。物事がうまくいかなかった時に、「なぜ自分が？」と言っていたとしたら、それは公正世界の信念を持っていることを意味します。あるいは、他の誰かが傷ついたり殺された時に、「なんで私でなかったの？」と考えるのであれば、それもやはり公正世界の信念を持っていることを意味します。

自分の信念に合わない予期せぬ出来事が起こったとき、人はそれまで抱いていた信念と折り合いがつくように、いくつかの方法をとります。ひとつは、すでに持っている信念に合うように、その出来事の記憶や解釈を変えて、出来事と信念の折り合いをつけようとします（同化）。たとえば、その出来事を防げなかった（愛する人を守れなかった）ことで自分を非難する、出来事が起こったという事実を受け入れない、起こったことを“忘れる”、最も恐ろしい部分を忘れるといったことが、解釈／記憶を変える例になります。世界がどんなものか、人間がどう行動するものかといった信念や、自分の安全性についての信念をまるまる全て変えるよりも、出来事の解釈／記憶を変えたほうが簡単なかもしれません。

出来事の解釈や記憶を変える代わりに、起こったことを受け入れる為に自分の信念の方を変えることもできます（調節）。これは、この治療の目標のひとつになります。不幸にも、度を越えすぎてしまい、自分の信念を極端に変えずして、その結果として、人と親密になった

• 認知理論

• 公正世界の信念

• 同化

• 過剰調節

り信頼を築いたりすることへの抵抗につながり、恐れを増加させることがあります（過剰調節）。極端に信念を変える例としては、“誰一人として信頼できない”、“世界は完全に危険である”と考えることが挙げられます。

それまでの人生でネガティブな体験をしてきた人にとっては、トラウマティックな出来事によって、以前から持っていた信念が強化され確認されてしまうことがあります。たとえば、トラウマを体験する前から、他者は信頼できず世界は危険だと考えていたような場合です。トラウマティックな出来事はまさにその通りで、そうした信念が確認されたように見えてきます。あるいは、育ってきた中で、“すべてはお前が間違っただけ”などと教えられてきたとしたら、悪いことが起こったら、そうした出来事は、“自分が悪い”という考えを確認するもののように見えてきます。

この治療で私たちが目標とするのは、1) その出来事の現実を受け入れること、2) その出来事についての感情を感じることで、3) 出来事、自分自身、他者についてバランスのとれた現実的な信念を持てるようになることです。

4. 感情の種類

トラウマティックな出来事の後には、2種類の感情が生じます。ひとつは、その出来事の後自然に起こる気持ちで、誰もが感じる普遍的な感情です。たとえば、実際に危険な状況で感じる恐怖、意図的に危害を加えられた時の怒り、いいことが起こった時の喜びや幸せ、喪失に伴う悲しみです。こうした自然な感情は、自然に流れていきます。そのままにしておきさえすれば、永遠に続くことはありません。これまで感じないようにしてきたそうした感情をそのままに感じ、自然に流れていくようにすることが大切です。

もうひとつの感情は“作られた感情”で、出来事への直接的な反応としてではなく、出来事の解釈に基づいて出てくる感情です。「他の人を助けるべきだった」「乗り越えられない自分はダメ人間だ」と考えると、自分自身に怒りを感じたり、恥を感じるでしょう。こうした感情は、出来事の事実に基づいたものではなく、その解釈に基づいています。そのように考えれば考えるほど、こうした作られた感情を感じるようになります。逆に言えば、思考や解釈を変えることで、気持ちも変わっていきます。感情は火事のようなものです。火と同じように、感情はエネルギーと熱を帯びています。しかし、燃えるための材料が与えられなければ、火は収まっていきます。自己非難や罪の考えは、感情的な火を燃やす火元となります。思考という燃料を取り去れば、火はすぐに消えていきます。

トラウマティックな出来事から回復していくために、自然な感情は表に出し受け入れていきます。作られた感情には、その元となる考えを見直していきます。

• 自然な感情と作られた感情

最もトラウマティックな出来事についての簡単なふり返り

初回セッションでは、治療者と患者で話し合い、第1に取り組んでいく最もトラウマティックな出来事（※訳注：インデックストラウマ）がどれかをはっきりさせる。それが決まったら、患者はそのトラウマティックな出来事について簡単な説明をする。ここでは、患者が感情を抑えたま

• トラウマティックな出来事に焦点を当てる

まになるようにして、トラウマティックな要素に対する曝露をさせないことが重要である。ほとんどの患者は、その出来事の“外向きバージョン”の話し方を心得ており、それほど感情が出ない形で話すことができる。しかし、もし患者が苦痛を感じたり解離し始めたら、治療者は質問をし、患者の意識を現在から離れないようにする。必要であれば、患者に説明を止めてもらう。どのような問題ある解釈や認知を今後探っていく必要があるか、という点についての仮説を立て始めることが重要であり、そのヒントにつながる程度に話を聞く。

この治療では最悪な出来事から始める。なぜなら、最悪の出来事からそれほど深刻でない出来事に般化の方が、その逆よりも、新しくバランスのとれた認知の般化が起こりやすいからである。また、もし患者が最悪の出来事に取り組めないと信じているがために、それほど深刻でない出来事から始めた場合、その出来事に取り組めたとしても、依然として最悪な出来事には取り組めないと考え続けるだろう。患者が最悪の出来事について筆記することに抵抗を示した場合、治療者はセッション2の間に認知療法を行い、患者に、最悪の出来事に取り組むことに関する思考や感情のABC用紙を完成させてもらう必要がある（セッション2、3参照）。どのくらいの時間かを含めて、簡単に、それほど感情的にならない形で出来事について話してもらうように伝える。

これから取り組むことがつかめるように、5分ほど、もっともトラウマティックな出来事について簡単に説明をしていただけますか…

複数のトラウマティックな出来事を体験し、どれが“最も”トラウマティックな出来事か患者が決められない場合、まず、複数の苦痛な出来事を体験したという事実を認める（※訳注：いかにそれらが大変なことだったかという感情的な支持も含めて認める validate）ようにする。そして、再体験症状の内容を尋ねることで、どの出来事がPTSD症状を最も引き起こしているのかに注目する。治療者は「どの出来事を一番よく考えますか？ 最もフラッシュバックが起こるのはどの出来事ですか？」と尋ねる。行動上の回避症状を明らかにすることで、どの出来事を優先すべきか判断するのも役立つ。ひとつの、特定のトラウマティックな出来事を取り上げて、治療の第一の焦点とすることが重要である。後になって、“最も”トラウマティックな出来事が違うものであることが明らかになってくることもある。それはおそらく、最初はその出来事を打ち明けることを患者が避けていたり、その出来事が引き起こす苦痛を軽視していたからかもしれない。治療のどの時点でそれが明らかになるかにもよるが、患者には追加のトラウマ筆記（セッション4参照）を書いてもらうようにする。この場合も、その出来事についての同化のスタックポイントを見つけることが焦点となる。選んだ出来事に取り組み続けることで他の出来事にも影響を与える可能性がかなり高いこと、もしそうならなかった場合には、他の出来事に取り組む機会があることを患者に伝えておくようにする。

• 複数のトラウマの場合

治療原理—スタックポイント（引っかけり）

この治療の目標のひとつは、自分が自身に何を言っているかに気づき、修正することです。別の言葉で言えば、自動的なものとなっている、出来事に対する思考や解釈に気づいて修正することです。こうした歪んだ信念は、自分でそういう信念を持っているのだと気づかないほどに、自動化していることもあります。たとえ自分自身に対して言っていることに気づいていなくても、そうした信念（や自己陳述）は気分や行動に影響します。その場の体

• スタックポイントの紹介

験について、自分が何を考えているのか気づいていないことはよくあります。たとえば、今日ここに来るまでの道のりで、この療法がどのようなものか、何を話さなきゃいけないのかなど、あれこれ考えを巡らせていたことと思います。セッションの前に、自分が何を考えていたのか思い出せますか？

自動思考がどのようなものなのか、それらが感情にどう影響するのかを理解できるよう、これからお手伝いをしていきます。また、ご自身に対して言っていること、ご自身や出来事について信じていることを考え直し、変化させる方法をお伝えしていきます。出来事に関する信念の中には、他のものに比べてバランスのとれた考えもあるでしょう。今日のセッションの始めの方で、どのように人は回復の過程で引っかかる（※訳注：スタックする、行き詰まる）かをお話ししました。私たちは、あなたの回復を邪魔し、行き詰まらせている信念を変えることに焦点を当てていきます。こうした問題ある信念を、“スタックポイント（引っかかり）”と呼びます。（患者に資料『スタックポイント（引っかかり）とは』を渡す）。スタックポイント・ログをご自身のファイルの中に入れておき、問題ある考えを見つけたら、そこに書き加えていきます。それから、そのログに書いていったスタックポイントについて、違う用紙を使って取り組んでいくようにします。

・資料『スタックポイントとは』を渡す

回避を前もって考え、治療への参加を高める

患者は出来事について考えるのを避けてきており、それゆえ、強く不快な感情から逃げて避けてきている。今までとは真逆のことをすることに患者が動機づけられるように、治療者は強固で説得力のある治療原理を伝えなければならない。治療がどのように構成され、なぜそれが有効なのかを患者が理解することが極めて重要である。患者には、質問したり、気になることを素直に話す機会を十分に与えるようにする。治療者は、自信、あたたかみ、そして支持を伝える必要がある。

・治療参加を高める

回避しないことがどれだけ重要かということは、いくら強調しても足りないくらい重要です。出来事以来、あなたは回避をして対処してきたと思います。回避しないことは、最大のおそらくもっとも恐ろしいハードルとなるでしょう。治療に来なかったり、練習課題をやきらなかったりすると、感情をそのままに感じたり、考えを見つめ直すというお手伝いができなくなります。回避したいと思っている自分に気づいたら、今までその出来事に向き合うのを避けてきたからこそ、未だにその出来事に苦しんでいるのだということを思い出してください。

治療の全体像

治療者は、治療の進行（と、セッション4・5でのトラウマ筆記）、練習課題を行うことの重要性を説明する。

1週間は時間にすると168時間です。週に1、2時間治療をしたとしても、残りの166時間これまでと同じように考え続けていたとしたら、PTSD症状やこれまでの対処法が変わることは期待できません。学んだことを持ち帰って、毎日の生活で実践することが大切です。

治療はご自身の生活と PTSD 症状があるその場所、つまり、いつでもどこにいても実践される必要があります、この狭い部屋のみで行われるものではありません。

出来事の意味筆記 impact statement

次回までに、自分自身をどう考えているか、そして、出来事をどう捉えているかに取り組み始めていただこうと思います。また、トラウマティックな出来事によって、自分、他者、世界に対する見方がどう影響を受けたかに注意を向けてもらいたいと思います。少なくとも 1 ページ、①なぜその出来事が起こったと考えているか、②出来事によって自分、他者、世間一般についての考えがどのように変わったり、強められたか（確認されたか）を書いてきてください。

もっとも大きな効果を得るために、この課題をすぐに始めることを強くお勧めします。そうすれば、全体を書き切るのに十分な時間が得られます。できるだけプライバシーが確保される時間と場所を選んで、課題に取り組むときに出てくる感情をそのままに感じられるようにしてください。

患者に練習課題用紙を渡す。出来事の意味筆記は、手書きで行うようにする。コンピュータ上でタイプするのを希望する患者もいる。しかし、ワープロは課題への取り組みを邪魔し得ることが研究で示されている（e.g., 文法やスペルに注目しすぎる）。そのため、この課題を含め、他の課題も手書きで実施するように促す。点数をつけたり、文法を見たりするのが目的ではないことを伝えることがしばしば役に立つ。そうではなくて、その内容と感情に関心があることを伝える。もし患者に読み書き能力がなかったり、身体的な障がいを持っているようであれば、自分の考えをテープレコーダーに記録する方法もある。

• 出来事の意味筆記
を書く

• 練習課題用紙を渡
す


練習課題

少なくとも 1 ページ、トラウマティックな出来事がなぜ起こったかについて、ご自身の考えを書いてきてください。トラウマティックな出来事について、その出来事自体を描写することは、ここではお願いしていません。その最悪な出来事が起こった原因が何だと考えているかを書いてください。

また、そのトラウマティックな出来事が自分自身、他者、世界についての信念にどう影響したかを、安全、信頼、力とコントロール、価値、親密さのテーマを踏まえて考えてみてください。書いたものは、次のセッションに持ってきてください。

また先ほどお渡しした、スタックポイントについての資料を読んで、今日お話ししたことを理解してきてください。

• セッション 1 の
練習課題を出す



フィードバック：患者によるセッションへの感想

セッションに対してどう感じたか、その内容や練習課題について何か質問がないかを尋ねて、セッションを終える。患者がどのような感情を示してもそれをノーマライズし（※訳注：そう感じるのは自然なことだと伝え）、回復への重要な一歩を踏み出した患者を称える。

サンプル セッション 1 の経過記録

コンタクト：50 分の精神療法セッション

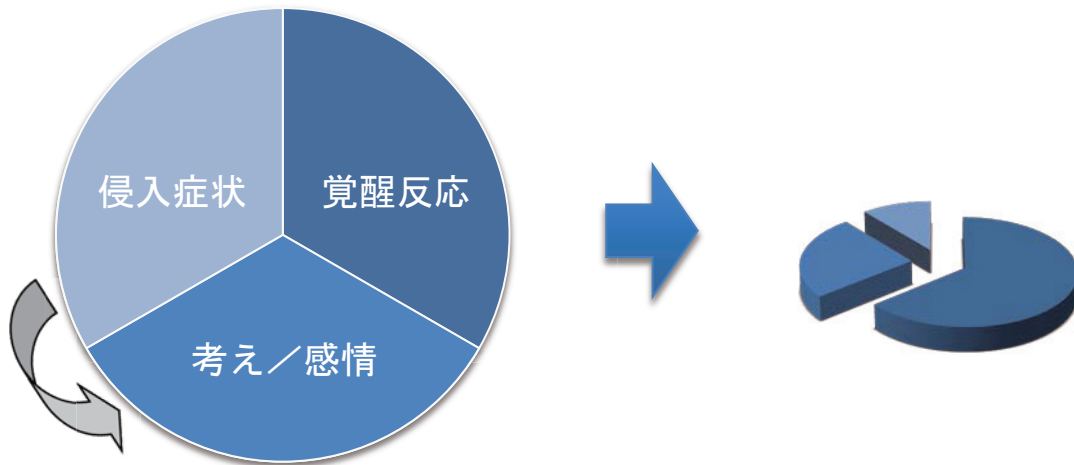
内容：患者は PTSD に対する CPT の初回セッションをやり遂げた。PTSD 症状の概要と、PTSD が生じ、維持されることについての認知的な説明が提示された。治療原理が示され、トラウマティックな出来事を感情的に十分に処理するのを邪魔するスタックポイントを緩和するために、認知再構成を用いることが説明された。患者は、最もトラウマティックだった出来事について簡単に説明をした。

患者は 1 ページの出来事の意味筆記を書く実践課題が与えられた。この課題は、自己、他者、世界についての考えや信念に対して、トラウマティックな体験がどう影響を与えたかを書いてくるものである。

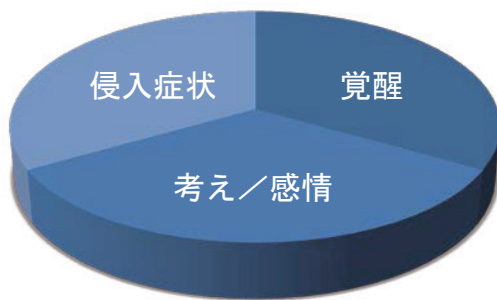
計画：PTSD に対する CPT を継続する

トラウマティックな出来事を体験した後の反応について

通常の回復では、侵入症状や感情は、時間が経つと減っていき、
それぞれが他の反応の引き金になることはなくなります。



しかし、強烈なネガティブな感情や鮮明なイメージにより、
逃避したり、回避するようになると、回復が難しくなります。



中核となる反応

攻撃的になる
自分を傷つける行為
物質乱用
やけ酒・やけ食い
考えることの回避
回避行動
解離
感情を抑圧する
社会的な引きこもり
活動低下
身体的な訴え

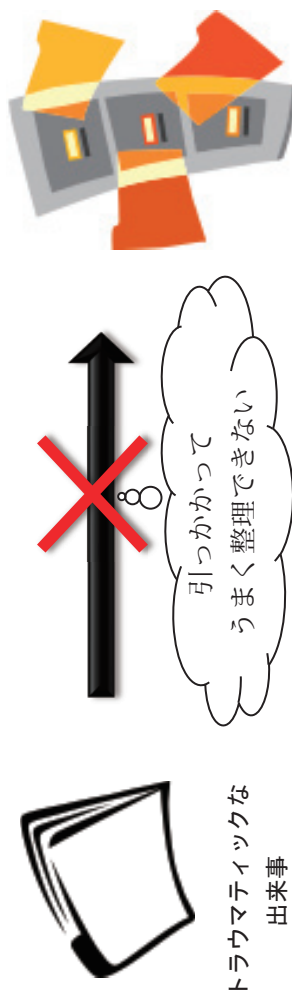
逃避と回避

回復するためには一時的にトラウマに取り組む必要がありますが、
回避はトラウマの処理を妨げてしまいます。

スタックポイント（引っぱり）とは

これから取り組む治療では、スタックポイント（引っぱり）について話し、あなたが何に引っかかっているのかを特定できるようにします。スタックポイントとは、矛盾した考えや非常にネガティブな考えのことで、不快な感情、問題ある行動、不健康な行動を引き起こすものです。スタックポイントは、次の2つの方法で作られます。

1. スタックポイントは、もともと持っていた考えとトラウマ体験後の考えが矛盾しているときに作られます。



もともと持っていた考え

“自分の身を危険な状況から守ることができる。”

トラウマ体験後の考え

“傷つけられた。私が悪いんだ。”

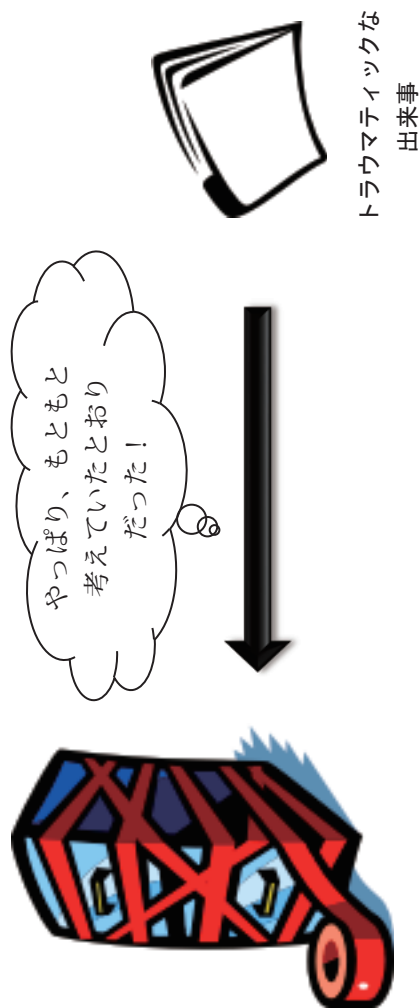
結果

- もともと持っていた考えを、出来事を受け入れられるように変える（例：「自分のことを守れない状況だってあり得る」）ことができない場合、自分自身に次のように言っているかもしれません。「こんなことが起きたのは、私がこうした（しなかった）せいだ。事を起こした責任は私にある。」
- その状態で自分がどうすべきだったかわからない場合、次のように言って自分を納得させようとすると自分をもとめられ、自分を責められる。『何が起きたのか誤解していた・・・正気じゃなかった・・・間違った行動をしてしまった・・・私は狂っていたにちがいない。そうじゃなきゃあんなことを起こすはずがない。』
- ここに引っかかっていると、トラウマに関する自分の感情がなかなか出せなくなってしまう。

目標

- ◆ もともと持っていた考えを「どんな状況でも自分を守ることができるわけではないのかも知れない」とほどよく変えられれば、その出来事が起こったことを受け入れ、そこから先へ進むことができるでしょう。

2. スタックポイントは、もともともっていたネガティブな考えが、トラウマ体験によって強く裏付けられることでも作られます



もともともっていた考え

"他者は信用できない。"

トラウマ体験後の考え

"傷つけられた。人は平気で他者を傷つける。"

結果

- トラウマを、他者は信用できないことの証拠として捉えたと、もともともっていた考えを今まで以上に強く信じるようになります。
- ここに引っかかってしまうと、他の人とのよい関係を持つことを邪魔するようになり、強い感情が生まれます。人類全員が信用できないものであるとと考えていたほうが、ある意味では「安全」と感じられるかもしれません。しかし、このような考えは、あなたを苦しめ、人間関係を悪化させる可能性があります。そして時には、法的、仕事の、社会的な問題をもたすようになるかもしれません。

目標

- ◆ この場合、考えがそれほど極端でなくなることが目標になります。たとえば、「ある面では、ある程度は信頼できる人だっている」というように。

セッション 2：出来事の意味

概要 セッション2－出来事の意味

1. PCL-5 を（可能であれば待合室で）実施し、回収、保管する。
練習課題のふり返し用紙を記入し、アジェンダを設定する。
2. 出来事の意味筆記を患者に読んでもらってスタックポイントを探し始める（5分）
 - ▶書いていなければ、口頭で話してもらい、練習課題をもう一度課す
 - ▶ログにスタックポイントを加える
3. 出来事の意味について、患者と話し合う（10分）
 - ▶スタックポイントの特定を始める
 - ▶治療で焦点となる主要な問題をふり返る
 - ▶同化（信念に合うように記憶を変える）を見つける
 - －過剰調節（出来事に合わせて信念を極端に変える）
 - －ほどよい調節（世界や出来事についての信念を変える…望ましい変化）
4. 概念をふり返る（5分）
 - ▶ PTSD 症状、認知理論、治療原理、スタックポイント
5. 出来事、思考、感情のつながりを見れるよう援助する
 - ▶ 6つの基本感情：怒り、嫌悪、恥、悲しみ、恐怖、幸せ
 - ▶ その組み合わせ：妬み＝憤怒＋恐怖
 - ▶ 強さの程度：イライラ＜怒り＜激怒
 - ▶ 二次感情：罪悪感、恥
 - ▶ 患者が自分の感情について、身体感覚も含めて例を話す
 - ▶ 出来事の解釈 / セルフトークが感情に影響する（道で無視される）
 - ▶ 患者自身にどう当てはまるかを考えるため、出来事の意味筆記に戻る
6. ABC 用紙を紹介し、一緒にひとつ記入する（5分）
7. 練習を課し、問題がないか確認（5分）
 - ▶ ABC 用紙は出来事、思考、感情、行動のつながりに気づくようになるため
 - ▶ 少なくとも1日ひとつABC用紙（書く出来事起こったらできるだけすぐに）
 - ▶ 最悪のトラウマティックな出来事について、最低一枚実施してくる
 - ▶ スタックポイントをログに加える
8. フィードバック：患者によるセッションへの感想（5分）

セッション 2：出来事の意味

セッション 2 の目標は：

1. 患者のスタックポイントの特定と、出来事以降、なぜ自然に回復してこなかったかの定式化を始める（出来事の意味筆記）
2. PTSD やうつについての認知行動的な定式化を復習する
3. 出来事、思考、感情のつながりを患者自身が見つける援助を始める。トラウマやその結果起こった影響を患者自身が理解するための主要な手段となるのが、出来事の意味筆記である。トラウマが自分の人生にどう影響を与えたのかをふり返ることは、治療への動機づけを高めるためにも使われる。

• セッション 2 の目標

出来事の意味筆記を患者が読み上げる

このセッションは、治療者が患者に筆記がどうだったかを尋ね、筆記してきたものを声に出して読み上げるよう求めることから始める。読み上げているのを聞いている間、治療者は出来事を受け入れるのを邪魔するスタックポイント（同化）や、極端な、過度に一般化された信念（過剰調節）に耳を傾ける。患者が練習課題をやってこなかった場合、治療者は課題をすることの重要性について話し合い、症状維持につながる回避の問題について復習し、それから、患者が出来事の意味について考えたかどうかを尋ねる。**治療者は決して回避を強化しない。**患者が課題をしてこなかった場合や、“面接に用紙を持ってくるのを忘れた”場合には、セッション中に口頭で課題をしてもらうようにする。患者は今回の課題、そして他のすべての課題でも声をはっきりと出して読み上げる必要がある。もし治療者が代わりに読み上げたりすれば、患者は興味を示さなくなる可能性がある。これは回避のひとつである。出来事の意味筆記の課題は再び課されるが、治療は先に進められ、次の課題も一緒に課すようにする。

• 出来事の意味筆記をふり返る

出来事の意味筆記の目的は、その出来事が患者の生活や人生のさまざまな領域に与えてきた影響を考えてもらうことにある。課題を読み上げる際、治療者がここでの目標が達成されているかを判断することが重要である。出来事の意味を聞いた後、治療者は患者をあたたく褒めたたえて、今後の治療の焦点となりそうな、明らかになってきた主要な問題を患者とともにふり返る。治療者は患者が考える出来事の影響をノーマライズし、それに加えて、その出来事を違う形で解釈したり、その解釈から一歩越えて前に進んでいけるかもしれないという見方を伝え始めるようにする。

出来事の意味についての話し合い

治療者は、筆記された記述のどこに同化や過剰調節が表れているかを患者が理解できるよう、出来事の意味筆記をふり返る。ただし、“同化”や“過剰調節”など、専門用語を使わなければならないわけではない。当時の状況を自分で変えられたはずだという考えが表れている記述に対しては、治療者は次のように言えるかもしれない。「まるで、そのときにもっといろいろな選択肢を持っていたはずだ、そうだったらよかったと思っているようですね。結果を受け入れるのは難

• 筆記から同化や過剰調節を見つける

しい、そうですか？」後知恵バイアスや自己非難、あらゆる形の否認などはすべて、それまで抱いていた信念に合うように出来事を変えようとする同化である。過剰調節の例は、「人は常に深刻な危険に置かれている」、「自分の判断を信用できない」、「二度と誰かに親しみを感じることもない」などである。治療者はこうした同化や過剰調節は高い代償を伴うもので、実際には役に立たない考えであることを指摘する。この時には、安全感やコントロール感を患者が感じられるように意図しつつ、やさしくおだやかなかたちで指摘する。

以下は、子どもの頃に性的な虐待を受けた既往があり、最近、複数の暴力被害を受けた 34 歳男性によって書かれた出来事の意味筆記である。彼は、明らかに出来事のこと自分自身を非難しており（同化）、現在も他者に怯え、世界は危険なものだと過度に一般化（過剰調節）していた。自己価値に関する問題も明らかである。

これまで自分が暴行されてきた意味について全体的に感じることは、私が悪かったに違いない、あるいは、こういうことが起こるに値するような悪い人間なんだということです。いつかまた、同じことが起こるだろうと思います。家にいるときにだけ安心します。世界は恐ろしく、危険だと感じます。他の人はみな自分よりも力があって、私は他の人を恐れます。自分を醜く、愚かだと思います。本当の意味で、人と親しくすることはできません。上司と関わることはできず、明らかに、働けなくなっています。婚約者と性的な関係を持つことはなく、抱きしめるだけで不快になり、怖くなることもあります。長く外出していると、また過去のような出来事が起こるのではと思います。こんな出来事を起こさせてきた自分自身を憎み、怒りを覚えます。自分が家族の問題（両親の離婚）を引き起こしたことに罪悪感を覚えます。いつも自分を汚いと思っていますし、他人もそう思っているに違いありません。人と約束する時には、相手を信用しません。こうした出来事が私の身に起こったということは、なかなか受け入れられずにいます。

• 例：出来事の意味
筆記

スタックポイントや問題ある認知、信念、前提、葛藤といった治療の焦点となるものを見つけていくのを援助するのに加えて、出来事の意味筆記は患者の変化への動機づけを高めるように用いることができる。トラウマティックな出来事が自分や他者についての信念にいかに関与を与えたかを検討する過程で、回避することで生じる代償が非常に大きく、むしろ、トラウマを思い出して痛い感情を感じるほうが価値あると患者が思えるように、治療者は手助けする。出来事の意味について話合った後、患者が思考や感情を見つけ、言葉で表現（ラベルづけ）できるように、また、出来事、思考、感情のつながりを見ることを学べるように、そして、思考を変えることで感情の強さや種類を変えられるという考えを理解できるように援助する。治療者は資料『感情を見つける』を患者に渡し、感情の種類や強さを話し合う。

• 資料『感情を見つける』を渡す

今日は、いろいろな感情を見つけて、思考や感情の間のつながりを見ることができるように取り組んでいきます。基本的な感情である怒り、嫌悪、恥、悲しみ、恐怖、幸せから始めましょう。これらの基本的な感情は、組み合わせると嫉妬（怒り＋怖い）のような他の感情を生みますし、強さは様々です（たとえば、イライラ、怒り、激怒）。では、ご自身が怒ったときの例を何か教えてください。悲しいと感じた時は？ 幸せは？ 何が怖いですか？ 怒ったときには身体ではどう感じていますか？ 怖さを感じている時に、身体ではどう感じていますか？ 怒ったときと怖い時ではどう違いますか？ 恥ずかしさを感じたり、まごつくような感じのときはどんな感じですか？

スタックポイント・ログを作る

治療者と患者とで、スタックポイント・ログを一緒に作り始める。出来事の意味筆記についての話し合いを踏まえて、スタックポイントをログに書き加える。考え直し不能なスタックポイント（e.g., 感情、質問、幾つかの意味が混ざった文章）を患者が書いた場合には、治療者は質問をして、使えるスタックポイントに仕立て上げるよう患者を手助けする（e.g., その感情の裏にある思考は何でしょうか？ それは事実ですか？ “もし～ならば～” で表現できませんか？）。

• スタックポイント・ログを作る

出来事、思考、感情のつながり

治療者は、出来事の解釈や自己陳述（※訳注：自分に対して言っている言葉）がいかに感情に影響するかを説明する。治療者は、通りを歩いている知人が患者に挨拶をしなかった場面や、名前を呼んでも相手が応えなかった場面为例として用いることができる。それから患者にどう感じるか、自分自身に何と言うかを尋ねる（e.g., 「傷つきます。私を嫌いに違いない」「他の誰かが見たら、その行動を違うように捉えることがあるのかなと考えています」）。もし、患者が代わりとなる他の発言を考え出せなかった場合、治療者は考えられる台詞（自己陳述）の例をいくつか提供する（「彼女はメガネをかけてなかったに違いない」、「体調を崩していたのかな？」、「彼女は私を見てなかった」、「なんて失礼な人だろう！」）。それから治療者は、違うように考えたときにどんな感情になるかを患者に尋ねる。このようにして、自分に言う言葉によって違った感情反応が喚起されることを指摘できる。

• 出来事の解釈

それでは、書いてきてくれた出来事の意味筆記に戻りましょう。_____が起こったことの意味を考えて、どんなことを書きましたか？ 書きながら、どんなことを感じていましたか？

患者が自分の感情と信念とのつながりを認識していない場合、思考を感情や行動に結びつけるように援助する。「こうした思考は気分はどう影響していますか？ 行動にはどう影響していますか？」 患者が自分の思考、感情、行動との間のつながりについて理解したかを治療者は確認する必要がある。時に、単なる“なぜ”の質問が患者の考えを引き出す助けとなりうる。

• 思考・感情・行動のつながり

T：なぜ怒ったんですか？

P：もっとよく知っておくべきだったからです

T：つまり思考は、“このことが起こりうると知っておくべきだった”？

P：はい

T：そして、その怒りは自分に向けられている？

（常に、怒りの方向性について尋ねることを忘れずに行う）

このやりとりでも、おだやかなソクラテス式的考え直しが始まっている。この会話から、患者がどれほど柔軟に考えられるのか、知っていれば問題なかったはずだと単純に考えてないか（「知っておくべきだった」）、複雑で入り組んだ思考パターンを作り上げてないかを査定できる。

T：わからないのですが、どうやって、それが起こると事前に知ることができたのですか？

P：朝に変な気持ちが出て、何か起こるんじゃないかみたいに
T：そういう気持ちになって、でも何も起こらなかったことはありますか？
P：ありますが、その日はとても強かったんです。何かすべきだったんです
T：その気持ちは、何か起こるか、いつごろ起こるか知らせてたんですか？
P：いえ
T：では、その時に何ができたのでしょうか？
P：わかりませんが、ただ、何かすべきだったんじゃないかと
T：確信されていましたか。変な感じがして、しかし実際何もなかった時もあったと言って
おられましたが
P：そうですね、確信していたわけではありません
T：ということは、そうした気持ちから何かを確信していたわけではなかったんですね。そ
れにもし確信していたとしても、何をすべきかなど知る由もなかった
P：そうですね。でも、それでも何かすべきであったと罪悪感を覚えます
T：それではちょっと考えてみましょう。何が起こるはずか、いつ起こるか、誰に注意を喚
起すべきか、正確に知っていたとしましょう。注意を促したとして、その人たちの反応
はどうだったと思いますか？
P：信じてもらえないでしょうね。ただの嫌がらせにしか思われなかつたかと
T：そうだとしたら、どんなふうに感じそうですか？
P：まあ、自分に罪悪感や怒りは感じないと思います。ただ、信じてくれない人に怒ったり、
何もできない事態に耐えられなくなると思います
T：そうですね。コントロールできない出来事があって、自分は何もできないのは耐えら
れないでしょう
P：ええ、そんな状況は大嫌いです
T：コントロールできない事があるのを受け入れることはとても難しいですね。しかし、そ
ういう事が起こることは、あなたのせいではないですね
P：そうですね、そう思います

自らの問題ある認知を正当化する考えに強く巻き込まれている患者もいるが、そうした患者でも、ソクラテス式の質問をするとほとんど答えられなくなる（※訳注：自らの認知を正当化しようと主張し続けられなくなる）がよくある。たとえば、「私がそれを起こしたんです」に対する「どうやって、起こさせたんです？」という質問に対して、患者は「わかりません。私が防がなかったんです」と答えるかもしれない。治療者はさらに、「どうやったら防げたんですか？」と尋ね、患者は「わかりません、ただそうすべきだったんです」と答えるかもしれない。このような場合、患者は頭ごなしに決めつけている。患者は防げたはずだと疑問なしに信じ込んでおり、それ以上考えなくなっている。患者は“もしXXであれば”という表現で自分が非難されるべきだと信じ込んでおり、その根拠は、自分がそう思うからでしかない。自分が答えを持ち合わせていないことに気づいて、患者が不愉快な様子を示すようであれば、治療者は今後の治療で少しずつ考えていけるだろうと穏やかに伝えることができる。

• 認知的な介入に患者が抵抗感を示す場合

ABC 用紙の紹介

練習課題で使うために、患者に数枚の ABC 用紙を渡す（次のセッションまでに 1 日に 1 枚で十分）。治療者はそれぞれの欄の記入の仕方を伝える。場合によっては、1 枚につき 1 つ以上の出来事を書くこともできる。セッション中に、患者と治療者が一緒に用紙を記入する。この際、患者がすでに治療で話した出来事や、この数日に起きた出来事を例として用いるのがよいだろう。参考となるように、患者の状況に似ている ABC 用紙の例を患者に渡すようにする。

これらの練習用紙は、出来事に伴って生じる思考と感情のつながりを自分で理解する助けになります。生活上で起こったこと、考えた出来事は何でも、この用紙で見つめ直すことができます。最初のうちは、思考よりも感情のほうにまず気づくことが多いかもしれません。その場合は、まず C 欄を記入して下さい。それから、出来事は何であったかを記入して下さい（A 欄）。次に、自分に対して（頭の中で）何と言っていたのかをふり返して下さい（B 欄）。この用紙は、記入する題材になる出来事が起こったら、できるだけすぐに記入して下さい。その日（やその週）の終わりまで書かずにいると、自分に何を言っていたのか（何を考えていたのか）を思い出しにくくなってしまいます。また、記録する出来事はネガティブな出来事である必要はありません。嬉しいときや、ニュートラルな出来事でも、人は思考や感情を持つものです。ただし、トラウマティックな出来事を記入する ABC 用紙は少なくとも 1 枚はやってきてください。

ABC 用紙の下部分は、出来事について新しく解釈するという取り組みを導入するための 2 つの質問になっている。ABC 用紙の最も大きな目的は、認知を考え直す取り組みに進む前段階として、まず思考と感情のつながりを患者が見つけれられるようになることにある。そのため、患者が基本的な認知行動的な見方をどれだけ理解できているかに応じて、治療者はこの 2 つの質問部分を紹介するかどうかを臨床的に判断する。自発的に 2 つの質問部分に記入し、自分の思考が現実的でないと評価するようであれば、それは患者が自らの思考にチャレンジし始めた（考え直しを始めた）ことを示しているかもしれない。患者が自らの極端な思考を現実的なものだと主張するようであれば、それもまた、患者の認知の硬さについての重要な情報となる。治療後半で、知的な面や読み書き能力の問題で信念を考え直す用紙に取り組むことが難しすぎるようになってきた場合に、その用紙の代わりとして、他の用紙に加えてこの 2 つの質問を使うこともできる。

注意：セッション 2a に取り組む場合には、出来事の意味筆記をふり返り、前回のセッションで終えていなかった治療内容を終えるようにする。その後、悲嘆と PTSD は異なる部分があり、トラウマティックな出来事からの回復過程で複雑化することがあると伝える。他者の喪失による悲嘆に関係したスタックポイントは、直接体験した PTSD にまつわるスタックポイントとは異なることがある。亡くなった人との関係性が今も続いているという考え方がなかなか理解できない患者もいる（i.e.、物事を判断したり、人生の出来事に向き合う時には亡くなった人との関係が大きく関わってくる。その人が死んだことを受け入れなければならない）。ABC 用紙の代わりに、（悲嘆に関係する）ふたつめの出来事の意味筆記を次回までの練習課題とする。

• ABC 用紙とその記入例を患者に渡す

• ABC 用紙の紹介

セッション2の練習課題

出来事、思考、感情、行動のつながりに気づけるようになるために、ABC用紙を完成させてきてください。少なくとも、毎日1枚取り組んでください。なにか起こったらできるだけすぐに記入し、新しいスタックポイントが出てきたらログに追加してください。トラウマティックな出来事について少なくとも1枚取り組んできてください。また、自分が感じている感情が何かを判断するために、資料『感情を見つける』を参考にしてください。

・セッション2の
練習課題を出す

サンプル セッション2の経過記録

コンタクト：50 分の精神療法セッション

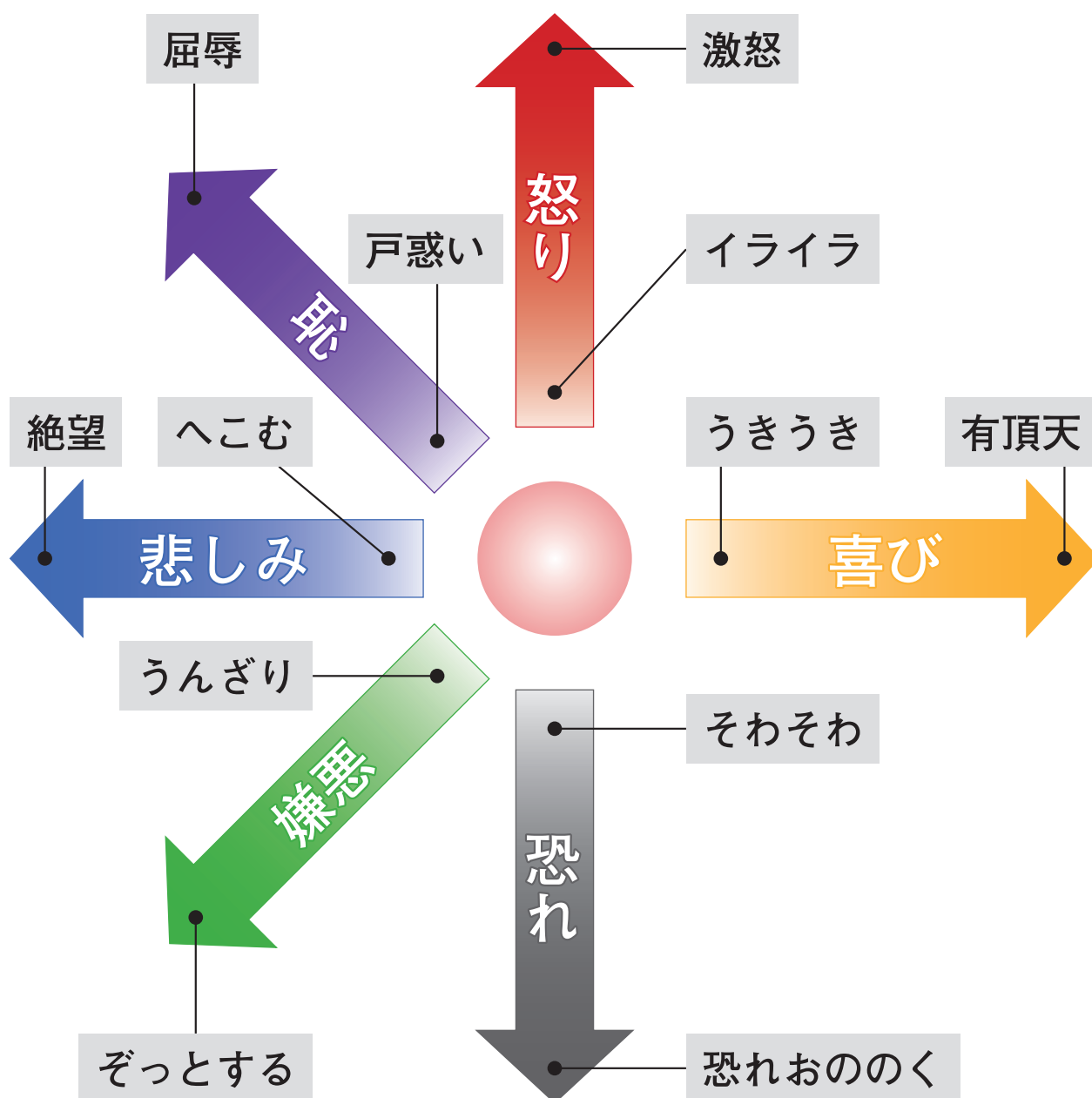
内容：PTSD に対する CPT の第 2 セッションを行った。トラウマティックな出来事が自分、他者、世界についての思考や信念にどう影響を与えたかを書く出来事の意味筆記の練習課題に患者は取り組んできた（こなかった）。セッション内でその課題について話し合い、回復を邪魔するスタックポイントを見つけるよう取り組んだ。こうしたスタックポイントがログに追記された。思考、感情、行動のつながりをふり返り、認知モデルを理解するため、患者自身の例を用いて、トラウマが人生に与える影響について話し合った。次のセッションまでに、思考、感情、行動をモニターするために、ABC 用紙に毎日取り組むことに患者は同意した。

計画：PTSD に対する CPT を継続する

スタックポイント・ログ

[illegible]

感情を見つける



ABC用紙

日付： _____ #： _____

A：出来事 ⇔ B：考え ⇔ C：結果

(Activating event)

(Belief/Stuck point)

(Consequence)

[何が起こったか]

[自分に何と言ったか]

[何を感じたか]

「B」の考えは現実的なものですか？

今後同じようなことがあったら、自分にどんな言葉をかけますか？

ABC用紙

記入例（生活場面）

日付： #：

A：出来事 ⇔ B：考え ⇔ C：結果

(Activating event)

(Belief/Stuck point)

(Consequence)

〔何が起こったか〕

電車で男性が
近くにいた

〔自分に何と言ったか〕

何かされる
んじゃないか

〔何を感じたか〕

怖い

「B」の考えは現実的なものですか？

そうではないと思う。気にしすぎている

今後同じようなことがあったら、自分にどんな言葉をかけますか？

あの犯人ではないし、全ての男が危険なわけではない

ABC用紙

記入例 (トラウマティックな出来事について)

日付： _____ #： _____

A：出来事 ⇔ B：考え ⇔ C：結果

(Activating event)

(Belief/Stuck point)

(Consequence)

[何が起ったか]

男に襲われた

[自分に何と言ったか]

自分のせいで
こんなことが
起こった

[何を感じたか]

怖い
自分への怒り

「B」の考えは現実的なものですか？

親にそう言われたから、現実的かも。

今後同じようなことがあったら、自分にどんな言葉をかけますか？

・・・ (思いません)

ABC用紙

記入例（生活場面）

日付： _____ #： _____

A：出来事 ⇔ B：考え ⇔ C：結果

(Activating event)

(Belief/Stuck point)

(Consequence)

〔何が起こったか〕

街を歩いていて、交
差点を渡る

〔自分に何と言ったか〕

事故に遭うんじゃない
か

〔何を感じたか〕

怖い

「B」の考えは現実的なものですか？

車の運転中に事故に遭ったので、現実的だと思う。

今後同じようなことがあったら、自分にどんな言葉をかけますか？

車には乗らない方がいい。

セッション 3：思考と感情を見つける

概要 セッション3—思考と感情を見つける

1. PCL-5 を（可能であれば待合室で）実施し、回収、保管する。
セッション3の練習課題のふり返し用紙を記入し、アジェンダを設定する（5分）
2. ABC 用紙をふり返し、思考と感情をさらに区別できるよう話し合う（15分）
 - ▶ 思考 vs. 感情を言葉にする（ラベル付けする）
 - ▶ 思考を変えることで感情の強さが変わることを認識する
 - 自己非難や罪悪感の考え直しを始める
 - ▶ 合致していない（ミスマッチな）点を指摘する
 - 感情の領域では？ — 感情は思考に基づいているか？
 - 思考の領域では？ — 思考と感情の強さは一致するか？
 - ▶ スタックポイントを探し、ログに加える。他の考えを見つけられるよう、ソクラテス式の質問を用いる
3. ト라우マについてのABC用紙について話し合う（10分）
 - ▶ 患者が取り組んでこなければ、口頭でふり返ってもらう
 - ▶ ソクラテス式問答を用いて自己非難のスタックポイントを考え直す
4. ト라우マ筆記を紹介する（10分）
 - ▶ ト라우マ筆記をどのように書くか
 - ▶ ト라우マ筆記への心配に対する認知療法
 - 課題をすることについてABC用紙を記入する
5. 練習を課し、問題がないか確認（5分）
 - ▶ 感覚的な詳細を含めてトラウマ筆記をやりきる
 - ▶ 毎日、トラウマ筆記を読み上げる
 - ▶ 毎日、ABC用紙を記入する
 - ▶ 改めて問題解決：練習をやりきることがとても重要
 - 必要であれば、治療原理に戻る
6. フィードバック：患者によるセッションへの感想（5分）

セッション3：思考と感情を見つける

セッション3の目標は：

1. 出来事に対する思考や感情を言葉に（ラベル付け）するのを援助する
2. 思考を変えることで、体験される感情の強度や種類を変化できるという考え方を紹介する
3. 引き続き、スタックポイントを見つけ、ログに加える
4. ソクラテス式問答を通して、トラウマティックな出来事にまつわる自己非難や罪悪感の考え直しを始める
5. トラウマティックな出来事を詳細に筆記するよう援助する

注意：トラウマ筆記を含まないCPT（CPT-C）を実施している場合には、次のセッションまでにABC用紙をもう一度取り組むのが練習課題となる

ABC用紙のふり返し

前回、出来事の意味筆記をしてこなかった場合：この場合には、患者に今回書いてきた筆記を読み上げてもらい、前回セッション内で口頭で取り組んだ時と比べて変わった・加わったことに気づけるよう取り組むところからセッションを始める。患者が今回も出来事の意味筆記やABC用紙を持ってこなかった場合、治療者はこれを深刻に取り上げ、治療を進めていくことについての患者の動機づけをしっかりと話し合う。練習課題に取り組まないことが続くようであれば、このような、患者の治療参加なしの状態での治療を進めるべきではない。治療者は、PTSD治療に入る前に他の治療が必要かどうかを考慮する（e.g., 弁証法的行動療法（DBT）、スキル訓練、物質乱用治療、パニック障害治療）。一旦治療をやめて、積極的に参加できるようになったら治療に戻ってくるか、あるいは、治療に十分に参加せずにCPTを続けて回復し損なうか、どちらを選ぶか患者に尋ねることが望ましい。後者の場合、将来的にCPTをやり直すことが難しくなるだろう（「あの治療は効かなかった」「私はダメ人間だ」）。患者には、回避行動は症状のひとつであり、効果的な対処法ではないことを思い出してもらう。治療に参加しようと思いついた場合、患者には出来事の意味筆記とABC用紙を持ってきてもらうようにする。しかし、今後しっかりやり遂げるだろうと治療者が判断しないかぎり、トラウマ筆記の練習課題には進まないようにする。

ABC用紙に進めば、まず治療者は、練習としてやってきた用紙をざっと見渡す。記入された用紙を見る際、治療者はまず、次のようなパターンを探すようにする。くり返し起こる、特に主要な感情はあるか？（e.g., 自分自身への怒り）。色々な状況で繰り返される、（それゆえスキーマの歪みの大きさを示すような）特定の思考はあるか？（e.g., 「私は何もまともにできない」—無能力感）。表現された思考に引き続いて自然に（筋が通って）出てくる感情か？ 思考と感情はマッチしているか？（些細な出来事なのに、不釣り合いに偏って大きくなっている感情）。

やってきた練習課題を全体的に見渡した後、問題ある部分を患者自身が見分けられるように援助する。感情の強さ・種類と、思考とにミスマッチが生じることは多い。そうしたことが起こるのは、記入された思考が、実際に思考と感情の連鎖を示すような最終的な思考ではないためである。さまざまな思考が出てきて、積み重なって、最終的な強い感情を引き起こすことがある。そうし

・セッション3の目標

・思考と感情のミスマッチ

た思考の流れをたどり直してもらうことで、いかにして極端な言葉がうつ、恐怖、その他の感情につながるかを患者が理解する助けとなる。

思考と感情を混同することはよくある。たとえば、ある患者が持ってきた ABC 用紙には、「自分のコーヒを飲もうとしたら怒鳴られた」が A に記入され、「一生懸命やっても、ほめられることは一度もなかった」を B に、そして「負け戦（いくさ）をしている感じがする」を C に記入していた。治療者は基本感情に立ち戻り、B にある思考から出てきた感情として最も近いのはどれかを尋ねた。患者は「悲しみと怒り」と言った。治療者は、患者が C に記入したのは B に記入すべき別の思考であると指摘した。この指摘で、患者は思考と感情の違いを理解することができた。治療者はまた、思考を表現するときに“～と感じる”と書いたとしても、それだけで思考が感情になる訳ではないことを伝える。患者には、思考には“～と考える”や“～と信じる”を、感情には“～と感じる”と意識して使い分けて表現するよう伝える。

注意：“感じる feel”という言葉の誤用はよくあり、治療者も間違えることがある。これは大いに受け入れられることで、実際、治療的でもある。セッション中に治療者が間違って使った場合には、話し言葉がいかに間違いうかを示してノーマライズするいい機会になる。

患者の努力を称えること、そして、間違いを直すときには控えめな調子で援助することが重要である。患者がネガティブな自己評価に関する問題を多く持っている場合には、このことは特に重要である（e.g., 「それでは、この思考を B 欄に移しましょう。この思考に続いて起こる感情は何でしょう？一言で言うか？」）。

忘れずに、新しいスタックポイントをログに加えるようにする。

トラウマについての ABC 用紙のふり返し

トラウマティックな出来事についての ABC 用紙をふり返ることは、ソクラテス式問答を用いて認知的な考え直し（チャレンジ）を始めるよい機会となる。死別に関するスタックポイントを持つ女性の例を見てみよう。

P：用紙の A には、「仕事している間、一日中ジャックのことを考えなかった」と書きました。思考は“どうしてこんなにも彼を裏切れるのだろうか？ 自分は無価値だ”です。C には、“恥、怒り、晩にあった予定をキャンセルした”と書きました。

T：誰に怒っているんですか？

P：自分自身にです

T：ちょっとうまく理解できなかったかもしれません。どうしてジャックへの裏切りになるんですか？

P：わかりません、そのままです

T：（治療者は黙って待つ）

P：そうですね、このまま自分の生活を送ることが公平だとは思えないんです。彼はそれができないんです

T：そうですね。ただ、どのようなかたちで裏切りになるのでしょうか？ “裏切り”とい

• 思考と感情の混同

• スタックポイント・ログ

• 例：ソクラテス式問答

う言葉からすると、不誠実で裏切り者であると言っているように聞こえます。そういう意味ですか？

P：そうですね、裏切り者とまでではないけど、はい、不誠実です

T：彼が亡くなる前、彼のことを一日中考えず仕事をしていたことはありましたか？

P：もちろん、たくさんありました

T：それでは、彼を裏切っていたということでしょうか？ 仕事に忙しく、すべきことに集中していたことで、彼を裏切ってきた？

P：んー、それは違います。彼はその時生きていました。その日の終わりには再び彼と会うのが普通でした

T：彼ができないのに、自分の生活を歩んでいくのは公平ではないとおっしゃいましたね。もしあなたが、仕事や生活に取り組み、一日中彼のことを考えない場合、どういう点で彼を裏切ることになりますか？ 昔していたことが、どうして今は違うのでしょうか？

P：(涙ぐんで) 彼のことを考えていないってことは、彼を忘れたことを意味しているんじゃないかって、怖かったんです

T：(患者が泣くのを長い間待った後に) 彼が生きていて、彼のことを一日中考えなかった日もありましたが、それは、彼を忘れていたということなののでしょうか？ そうしようと思えば、彼を思い出すことはできましたか？

P：もちろんそうです

T：それに、たとえその日の終わりに彼に会うつもりがなくても、考えようと思えば彼のことを考えられましたよね。そうしようと思えば、いつでも彼を思い出し出せた

P：ええ、そうだと思います。忘れてしまうのがただ怖かったんです。いつも彼のことを考えていないと、彼は本当にいなくなってしまうような

T：そうですね、彼が亡くなったことを受け入れるのは、とても難しいのですよね

P：ええ

(沈黙)

T：彼が亡くなってから、ジャックについて何か新しく知ったことはありましたか？ 以前聞いたことがなかった話を、誰かから聞いたことはありませんでしたか？

P：ええ、彼の親戚からは子どもの頃の話、職場の同僚からは彼が皆の為に何をしたのかとか、彼からは聞いたことのない話を聞きました

T：そうですね、彼は亡くなってしまったけれど、ある意味、彼の新しい側面を知るようになったのですね、彼がどんなに人であったか

P：そうですね

T：ジャックへの気持ちはずっと続いているんですね

P：ええ、ある意味、前より増しています。彼がしたこと、言ったことを他の人たちから聞くのですが、たくさんの良いことを耳にします。彼は周りのことをとてもよく考えていました。そういうことを私には話しませんでした。彼を誇りに思います

T：そうですね、彼を忘れるよりもむしろ、彼との関係はいまだに続いていて、ポジティブな気持ちはなお増え続けている。とても彼を裏切っているようには見えないのですが。それに、周りを思う人だったんですね。ジャックは自分が死んだからって、あなたが自分の人生を放棄するのを望んでいたのでしょうか？

P：いいえ、そうは思わないと思います。なにかいけないう気がしてしょうがなかったんです。どう考えれば、どう行動したらいいか、わからないんです

T：悲しみ方に正解も不正解もありません。正解があるように誤解されていますが、色々な

気持ちになりますし、それぞれ時間をかけて、一人一人違った形で愛する人の死に対処します。もし、何らかの基準を当てはめて間違っていることをしていると決めつけているとしたら、それはご自身に対して全く公平ではありません。

トラウマ筆記を紹介する

次週までの練習課題は、インデックストラウマの詳細を筆記することである。治療者は、セッション1で選択したインデックストラウマが依然として最も苦痛なものであるかを尋ねる。より苦痛なトラウマがあるようなら、新しく同定された出来事についてトラウマ筆記を行う。患者には起こったことをそのままに、可能な限り詳細に書くよう求める。また、感覚的な詳細（光景、音、臭いなど）や出来事の間に生じた思考や感情を含めるよう促す。より深い筆記を促すため、トラウマ筆記の手書きでの平均は8ページほどだと伝える。患者が課題をやり遂げられない場合、やれるだけやってくるように伝える。課題をやりきるには、何回かに分けて筆記する必要があるかもしれない。課題を一度にやりきれなかったり、感情的になって数分で手を止めた場合には、止まった箇所に線を引いてもらうようにする。治療者は、患者が筆記を止めた箇所を検討することで、スタックポイントを見つけられるかもしれない。患者には、次のセッションまでに自分の書いた筆記を毎日読み上げるよう伝える（一度筆記できれば、あとは毎日数分読むだけで済む）。プライバシーが保たれて、何にも邪魔されず、恥ずかしさを気にせずに十分泣いたり、さまざまな感情を感じたりできるように、時と場所を選ぶよう促す。職場、昼食時間、公的な場所で練習課題を行わないようはっきり伝える。物質乱用の問題をもつ患者については、物質を使用している間はトラウマ筆記をしないよう明確に指示する。こうした回避行動を見逃さないようにする。また、筆記はタイプ打ちではなく、手書きにしてもらう。すでに述べた通り、手書きのほうがより（感情や記憶などを）喚起することが研究でわかっている。タイプ打ちをすると、より客観的になり、文法に目がいってしまい、この課題で求めている感情的な関わりが邪魔されてしまう。

治療者は以下のように説明を加える。

出来事を体験した当時とほとんど同じくらいに自分の反応（感情）が強く感じられたとしても、驚かないでください。一方で、これは記憶であり、出来事を思い出しているだけであり、実際に危険に置かれているわけではないことを覚えておいてください。感情は記憶の中に損なわれずに蓄えられています。出来事についてこれまでじっくりと思い出してこなかった場合、感情や出来事の詳細がかなり鮮明に表れるでしょう。トラウマティックな出来事は、日々の出来事よりも非常に細かく覚えているものです。時間とともに、出来事に関する感情を感じることを自分に許していけば、感情は徐々に弱まり、圧倒的なものではなくなっていくます。

筆記課題には2つの目的がある。第1に、出来事を詳細に筆記することは、記憶に付随していた自然な感情を含め、出来事全体の記憶を思い出す助けとなる。自然な感情が記憶とともに取り出されることで、それを十分に表出させ、消失させることが可能となる。こうして、強い感情が解かれたかたちで記憶が再貯蔵される。（我々の経験では、一次的な自然感情はすぐに消失し、さらなる曝露を必要としない。これは、馴化のためにくり返し長時間の曝露が必要だという理論とは異なる。）第2の目的は、治療者と患者が共に、スタックポイントを探し始めることにある。

• トラウマ筆記

• トラウマ筆記を行う目的

治療者がトラウマ筆記を紹介した後、課題に対する患者の考えについて ABC 用紙で一緒に取り組むことが推奨される。A 欄の出来事は、“トラウマ筆記が練習課題として出された”と記入する。治療者と患者は、課題をやりきるのに障壁となる思考を見つけるられるよう、用紙と一緒に取り組む。

練習課題

できるだけ早くこの課題を始めて下さい。トラウマティックな出来事をはじめから最後まで、可能な限り感覚的な詳細（光景、音、臭いなど）を含めて書いてください。また、出来事のあいだに生じた思考、感情を思い出せる限りたくさん書いてください。プライバシーと十分な時間を確保できるよう、時間や場所を選んでください。感情を止めずに、そのままに感じるようにしてください。筆記を途中でやめる必要があった時には、やめたところに線を引いておいてください。できるようになればまた書き始め、一回で終わらなかった場合も、何回かかけて筆記を続けるようにしてください。

次のセッションまでに、毎日その記録全体を声に出して読んでください。感情を感じることを、自分に許してあげてください。次のセッションの時に、書いた記録を持ってきてください。

また、毎日 ABC 用紙に取り組みつづけて、スタックポイントを見つけた時にはログに加えていってください。

・セッション 3 の 練習課題を出す

サンプル セッション 3 の経過記録

コンタクト：50 分の精神療法セッション

内容：PTSD に対する CPT の第 3 セッションを行った。患者は思考、感情、行動を見つける ABC 用紙を毎日やり遂げてきた（こなかった）。これらの用紙は、思考、感情、行動が日々の出来事とどうつながっているかを説明するために用いられた。追加のスタックポイントがログに加えられた。非機能的な思考に対する考え直しが初めて導入された。患者が体験した最もトラウマティックな出来事について、可能な限り感覚的・感情的な詳細を含めて筆記する課題を出してセッションが締められた。思考、感情、行動の毎日のモニタリングも継続する。

計画：CPT を継続する

ABC用紙

日付： _____ #： _____

A：出来事 ⇄ B：考え ⇄ C：結果

(Activating event)

(Belief/Stuck point)

(Consequence)

[何が起こったか]

[自分に何と言ったか]

[何を感じたか]

「B」の考えは現実的なものですか？

今後同じようなことがあったら、自分にどんな言葉をかけますか？

セッション4：トラウマティックな出来事を思い出す

概要 セッション４—トラウマティックな出来事を思い出す

1. PCL-5 を（可能であれば待合室で）実施し、回収、保管する。
セッション４の練習課題のふり返し用紙を記入し、アジェンダを設定する（５分）
2. トラウマ筆記を読み上げてもらう、感情を感じるままにしてもらう（１０分）
 - ▶トラウマ筆記の目標：
 - 感情の表出：感情を抑えている？ なぜ？（ソーダのたとえ）
 - スタックポイントを特定する：過剰調節？
 - 自己非難を考え直す：同化？
 - ▶患者が読んでいる間は黙っている（感情が出てこない場合は、一旦止めて再開）
 - ▶書いたとき、読んだときの、感情について尋ねる
 - ▶回避しているように思われた部分について尋ねる
 - ▶トラウマ筆記が書いていない場合は、その理由について話し合い、その場で口頭で取り組んでもらい、筆記は次回までの練習課題とする
3. スタックポイントを見つける（１０分）
 - ▶感情が出てきた部分や、欠如している部分をヒントにスタックポイントを見つける
 - ▶感情表出がなかった場合はもう一度読んでもらう。やり方について追加の説明が必要かを確認する。
 - ▶スタックポイントを探し、かつ、ログに加える
 - ▶筆記をやめた箇所を取り上げ、感情について尋ね、スタックポイントを探す
4. ソクラテス式問答を用いて自己非難などの同化のスタックポイントを考え直す（１０分）
 - ▶e.g., 他にできたことはありましたか？ そうしたとしたら、どうなったでしょうか？
 - ▶後知恵バイアスについて話し合う
5. 責任と非難の違いについて説明する（５分）
6. 練習課題を決めて、問題解決（５分）
 - ▶トラウマ筆記をもう一度書く
 - ▶毎日、トラウマ筆記を読み上げる
 - ▶毎日、ABC 用紙を記入する
 - ▶課題を改めてやり遂げるための問題解決（このセッションで練習課題をやり遂げてこなかった場合、これは極めて重要）
7. フィードバック：患者によるセッションへの感想（５分）

セッション4：トラウマティックな出来事を思い出す

セッション4の目標は：

1. トラウマ筆記を読み上げてもらい、感情をそのままに表出してもらう
2. 出来事についてのスタックポイントを見つけ、かつ、ログに加える
3. ソクラテス式問答を用いて自己非難や他の同化の考え直しを始める
4. より詳細に、書かれていない部分も含めて筆記をもう一度してきてもらう

感情表出を伴ったかたちでトラウマ筆記を読んでもらう

患者にトラウマ筆記を読んでもらうことからセッションを始める。患者が課題に取り組んでこなかった場合、なぜしなかったかを尋ねる。回避が問題となって、いかに回復を阻害するかを話し合う。そうしてから、出来事を口頭で描写するよう求める。患者が出来事について詳しく話をしているあいだ、本人が思考や感情を見つけられるように手助けするが、セッション中には筆記しないようにしてもらう。患者がトラウマ筆記に取り組んできた場合には、治療者ではなく患者がそれを読み上げ、記憶をしっかりと思い出し、解離や感情的な回避を減らせるよう手助けする。患者が感情を表出した場合、治療者は黙ってそのままにしておき、感情表出を邪魔しないようにする。慰めの言葉、あるいは、患者にティッシュを差し出すなどの行為さえ、感情表出の妨げとなる。なぜなら、患者の意識が（その瞬間に）現在に引き戻されてしまうからである。通常、患者は感情を体験しないように努力しているため、ここで治療者が何か介入しようとする、感情を体験するそのプロセスを邪魔することにつながり得る。トラウマ治療に慣れていない治療者は、患者が圧倒的な量の感情を体験するのではないかと心配することが多い。患者もまた、回避してきた感情の激しさを心配することが多い。しかし、大半の患者ではこうしたことは起こらないし、少しでも感情が出てきたら、それはとてもよかったと感じることが普通である。表出されている感情が強すぎると心配になるような稀な事例では、治療者は、まさに先に言及したようなこと（患者に話しかける、名前を呼ぶ、ティッシュを差し出す、質問する）を始めればよい。

出来事についての感情を表出するよう促すことや、思考や感情の両方を見つける援助をすることが重要である。患者は、課題に取り組んだ時や、出来事が起こった当時の思考や感情について話してもらうよう促す。「最も怖いと感じたのはどの部分ですか？」「思い出すのを避けている部分はありますか？」読み上げることは、患者にも治療者にも、スタックポイントを見つける助けとなる。治療者は、患者が記入を止めた箇所に注目し、記憶のなかで特に困難な箇所かどうか、それはなぜかを尋ねるようにする。「記入を止めた時、何を感じていましたか？」止めた箇所は、特に不安が喚起されるところであることが多い。なぜなら、生命の危機を最も感じたり、状況がコントロールできなと感じた瞬間であることが多いためである。

出来事の長さや複雑さによるが、手書きで平均して8ページくらいの筆記になる。しかし、特に短い出来事になると、それほど分量はないだろう。筆記し終えるのに数セッションを要するような、長くて複雑な場合もある。見当違いな詳細を多く書き、最も核心にあるトラウマティックな部分をごまかす患者もいる。治療者は、注意深く耳を傾ける必要があるが、患者が読んで内容だけでなく、省略されている内容にも注意する。記録の重要な側面が回避されていると治

・セッション4の目標

・患者がトラウマ筆記を読む

・読み上げている間の基本姿勢

・読み上げる際の治療者の援助

・トラウマ筆記の長さや内容

療者が気づいたり疑ったりした場合、読み終えた後に、その部分をより詳細に患者に話してもらうようにする。

感情を出さずに出来事を読んだり述べたりしている場合、患者を止め、感情を抑えているか、それはなぜかを尋ねる。コントロールを失う心配や、感情に圧倒される恐怖について話し合う必要があるかもしれない（「感情を感じ始めたら自分はずっと狂ってしまうかもしれない」）。よく使う喩えとして、ソーダを振ったときの例がある。キャップを外せば炭酸ははじけるが、時間が経てば最終的にソーダは静まる。素早くキャップを戻せば、ソーダはシューと音を立てたままである。圧力のかかったソーダ水はそうしたエネルギーを蓄えるが、キャップを外してしまえば緩んでいく。感情も同じように考えられる。患者は感情の強さを感じてはいるが、それらを抑制しており、それらは永久に続くものだと考えている。ここで、治療者は患者に悲しみや怒りのような感情を体験したときのことを思い出してもらい、感情を感じたままにしていたら何が起こったのかを尋ねる。また、実際の出来事は終わっており、もはや緊迫した危険のさなかにいるわけではないことを思い出してもらうことも助けになる。（現実ではなく）記憶が、強い感情を起こしている。こうした問題を取り扱った後、読み上げるのを再開してもらい、当時何を感じていたのかを尋ねるようにする。患者が感情を体験し始めたら、治療者が静かに座って、その感情を決して邪魔をしたり、弱めたり、干渉したりしないようにする。

感情を避けず、逆に、当時体験した感情をまさにそのまま体験する患者もいる。出来事が起こった当時解離していた場合、記憶を思い出す際にも解離しうる。当時、吐き気を感じていたとしたら、出来事の詳細を思い出す時にも同じように感じるかもしれない。通常、一回めの筆記の後に感情は変化し、出来事が起こった当時の感情ではなく、いま現在の感情を体験し始めるようになる。

スタックポイントを見つける

最後に、記録に書いていないと思われるスタックポイントについて尋ねる（i.e.、すべきだったと考えていること）。新しいスタックポイントが出てきたら、忘れずにログに追加する。後になって後悔を抱く患者は多い。というのも、自分がそうした出来事を防ぐべきであった、十分抵抗しなかった、その他いろいろなことに影響を与える何かをした・しなかったはずだ、と考えるからである。自分がした行動について他者から後知恵で反応されることで（※訳注：「～していればよかったのにね」など）、スタックポイントがあらわれることもある。治療者は、後知恵バイアスについて、そして、「こうすべきだったのに」と言うことがいかにたやすいことであるかを話し合う必要があるかもしれない。他者が言ったことと本人が考えていたことが同じだった場合、これは特に困難なスタックポイントとなり得る。人がある状況でどう反応するかなど、誰にもわからないことである。自分が何らかの別の方法で行動すれば、出来事は別の結果になっていただろうと、誤った結論に飛躍する患者もいる。人間はたいいてい良い結果を空想するものであり、よくない結果は考慮されない。別の行動をとった時に行き着くあらゆる結果について、ソクラテス式に質問することがとても役に立つ。

• ソーダの喩え

• 感情を十分に体験してもらう

• 筆記からスタックポイントを見つける

ソクラテス式問答を用いて自己非難や他の同化に関連したストックポイントに取り組む

自己非難¹¹は、患者が出来事を思い出すにつれて、治療初期に出会うことが多い。こうした同化は、起こった特定の結果を防げた、止められたらとその方法を考えていくなかで起こる。明らかに患者のコントロールが及ばない惨事が起こった時でさえ、自己非難や罪悪感がよく見られる。人は自らに起きた結果を変えられたはずだと想像する。他者を救えなかったことを後悔し、自分がした・しなかったことに罪悪感を覚え、出来事のあいだやその後に感じ・感じなかった感情にも罪悪感を覚える。この“～でありさえすれば if only”型の思考は同化として作用するもので、回想された出来事を打ち消そうという試みである。“～でありさえすれば”と言っているその事象や行動が起こることは決してなく、また、そう考えることが患者自身の役に立つこともない。どう行動すべきだったか、どのくらいで回復すべきか、といった思い込みにとらわれ、自分が正しくそうならないことに罪悪感を覚える患者もいる。あるいは、他の人たちができていないのに、自分がうまく対処していることに罪悪感を覚える患者もいる。

トラウマティックな出来事を文脈の中に位置づけられるよう患者を手助けすることが重要である。たとえば、ベトナムで誰かを殺害した自分を非難し、その瞬間の相手の表情のフラッシュバックを抱えている退役軍人の場合、おそらくこの患者はその状況の文脈を十分に理解してはいない。筆記の全体を見直すことで、当時自分は戦火の中におり、誰かが彼を銃撃してきており、当時、他に良い選択肢がなかった（あるいは、さらに悪い選択肢があった）ことに気づく助けになるだろう。また、出来事があった当時の年齢（や発達水準）、当時抱いていた戦争や軍隊についての信念もまた、文脈に加えることができる。また、当時、睡眠が奪われ、飢え、震えおののき、解離していたかもしれない。後になって考えた（実際にはしなかった）行動は、出来事があったその当時の瞬間に思いついていたものではなく、それゆえ、（当時の）“選択肢”ではないのを理解してもらうことが重要である。ソクラテス式問答を用いて患者を導き、最善の努力にもかかわらず出来事が起こりうるものだとすることに気づいてもらう。最良の計画を立てても、いつも良い結果が得られることはない。以下は、人を殺めた文脈について、治療初期にソクラテス式問答をしている例である。

- T：アブグレイブ刑務所のニュースを聞いて怒りを覚えるとおっしゃっていましたね。何がご自身を怒らせるのですか？
- P：囚人にあんなことをするなんて信じられません
- T：とくにどんなところででしょうか？
- P：ニュースを見ませんでしたか？ あんなひどい目にあわせて、傷つけるなんて信じられません。やはり、米軍の力の行使は受け入れられません。
- T：米軍の一員として、自分の力の行使も受け入れられないと考えておられるのですか？
- P：はい、関係ない無実の市民を殺害したんです。アブグレイブの軍の連中と変わりません。実際、自分は殺したんですから、もっと最悪です

• 自己非難

• トラウマを文脈に位置づける

• 例：ソクラテス式問答

¹¹ 訳注：日本語版では、self-blame や blame を“自己非難”“非難”と訳している。これは、責任 responsibility との違いを明確に区別するためである。書き言葉では“責める”と表記した場合に、本当に責任がある対象を責める場合（責任を負わせる）と、責任を伴わない対象を責める場合（非難する）が区別されにくい。実際の臨床場面での話し言葉では、self-blame や blame を“自分を責める（自責の念）”“責める”と言うことが多いだろうと思われるが、治療者はこうした言葉の使い方に注意する必要がある。

T：殺害。強い言葉ですね

P：どうということですか？

T：話してくれたことから考えると、“関係のない無実”であったかもしれないし、そうではなかったかもしれない人々を殺したということのように思えます。あなたの銃撃は、ある特定の、極めて特別な時と場所、そして状況で起こりました。

P：はい、私の手で死んでいったんです。

T：ええ、死んで、それはご自身の銃撃によるもののようであった。それであなたは殺人鬼ということですか？

P：無実の人々が死に、私は引き金を引きました。私が殺害したんです。アブグレイブで起こっていることよりも最悪です。

T：(静かな調子で) 本当に、より最悪だと思いますか？

P：はい。人が死んだんですから。どちらもよくないことで、どちらも兵士がやっていますが、私は人を殺し、彼らはそうではない。

T：結果は違いますね。どのようにしてそれが起こったか、それは問題にならないのでしょうか

P：え、なんですか？

T：その状況での、その兵士の意図は問題にはなりませんか？

P：いえ。言っていることがわかりません。要するに、殺人かそうでないかです

T：(この時点で、患者は最低限の思考の柔軟性を持っていることに気づいて) 人が死んだという事実は変わりなく、あなたの銃撃がそれに関与したことは同意します。しかし、“殺害”という言葉の使い方では、考えが違うようです。その人々が亡くなったことを受け入れることはとても難しく、あなたが何とかその出来事を理解しようとされていることは明らかです。その人々の死は、あなたが“殺人鬼”であったためだと理解されようとしているように見えます。これはスタックポイントのひとつで、そのトラウマティックな出来事からの回復を邪魔しているもののように思います。今後、その死についてあなたがどう関与したか理解できるよう、時間をかけて必ず一緒に取り組みたいと思います。ただ、起こったことを“殺害”というのが正確かどうか、現時点では確信がもてません。

患者の認知的柔軟性について確認すると同時に、ここで治療者は、出来事について異なった解釈があるということについて、種を蒔こうとしている。治療者は強く押しすぎないように気をつけ、別の解釈を患者が受け入れないことが明らかになった時点で後ろに引くようにしている。患者はすでに防衛的でいくらか怒っているため、治療者はその防衛性を助長したり、治療からドロップアウトしないようにしている。

インデックストラウマが子どもの頃の身体的・性的虐待であれば、患者は“罰”という概念に混乱するようになるかもしれない。虐待は罰の一環として起こったのだと考えるようになるかもしれない、また、虐待した犯人がその考えを植え付けてきたかもしれない。大人になってからのトラウマも、やはり罰の一環として捉えられるようになることがある。自分がどんな悪いことをしたか、それほどひどい罰を受けるほどにしたことが何だったのかわからないため、自分が生まれつき悪い人間だからに違いないと結論づけることもある。治療者にとっての究極の目標は、患者本人と虐待とは何の関係もなく、それは虐待した犯人に関連したものであり、その犯人の選択に依存したものであることを患者が理解できるよう手助けすることにある。

• 児童期の身体的・性的虐待

レイプは極めて私的な（パーソナルな）出来事であるため、被害にあった患者は、その出来事を人間としての何かを意味するものであると信じるようになる。ここでも、当時の患者のある状況・状態において暴行が生じたという事実があるだけであり（体格が小さい、飲酒していた）、それが出来事の**原因**ではないことを患者が理解できるよう導く必要がある。犯人の側にすべての責任があり、犯人が責められるのであり、人を暴行へと強制させるリスク要因などこの世には存在しない。リスク要因（e.g., 酩酊状態になること、体格が小さいこと）を考慮して、自分を守るような行動を心がける人がいることも事実である。しかしだからといって、リスク要因のあったことが原因とみなされたり、犯行が正当化されたりする理由にはならない。非難や失敗という言葉はそこに意図がある場合にのみ使われるものである（i.e., 出来事について責められるべきは自分だと患者が言っている場合、治療者は患者自身がそれを引き起こそうと意図していたかを尋ねることができる。患者が否定すれば、非難や失敗は意図した行為にのみ適用されるものだと説明できる）。

- P：軍曹がレイプしたのは私のせいなんです。私が止めるべきでした
- T：どうやって止められたのでしょうか？
- P：戦闘の訓練を受けていました
- T：いつ危険だと認識したのですか？
- P：話をしていた、彼がドアを開けて、近づいてきて、押し倒してきた時です
- T：こういう状況に対処できるよう訓練されていたのですか？
- P：いえ。不審者や敵に遭遇した状況を訓練されていました。まさか軍曹に襲われるとは思っていませんでした
- T：なので、驚きましたよね。何が起きているかわからなくなりましたか？
- P：はい、まさにそうでした
- T：ということは、何が起きているか、どうしたらいいかわからない時間があっただけですね
- P：ええ、一瞬、凍りついていました。「イヤ」と何回か言いましたが、彼はやめませんでした。彼を押し返していましたが、“抵抗したら殺される”と考えていたのを覚えています。
- T：彼の体格は大きかったですか？ あなたより強かったですか？
- P：はい。それに彼は馬乗りになって、動けませんでした。息もできませんでした
- T：その状況で、どうやって彼を止められたのでしょうか？
- P：たぶん、できなかったと思います。でも、そうすべきだったとずっと考えています
- T：ただ、そう考えていい方向へとたどりついたのでしょうか？ 彼は不意をついてきて、あなたは知人、しかも自分より優位な立場にいて、大きくて、強い人間と戦う訓練は受けておらず、また、彼はあなたのキャリアを左右する権力をもっていた。もしかしたら、「そうすべきだった」と、「そうであつたらよかったのに」を同じものとして考えておられないのでしょうか
- P：ええ、自分の力で止められればよかったのに、と、まさにそう思っています
- T：私も、そんなことが起こらなければよかったのに、と思います。そんなことはあなたに起こる理由は何もなかった。そして、これまでお話ししてくれたことすべてを考えても、あなたが止めるすべが何かあったとは思えません。「私が止めるべきだった」という代わりに、「自分の力で止められればよかったのに」と言う、どんな感じがしますか？
- P：違う感じがします。「すべきだったのに」と言う、罪悪感を感じます。「だったらよかったのに」という、少し悲しい感じがします。

責任と非難の違い

同化に焦点を当てるこの治療段階では、非難と責任を区別できるよう患者に教えることが重要である。責任は、ある状況のある特定の結果に寄与する行為に関連したものである。責任 responsibility と意図 intentionality（※訳注：「故意」とも訳す）の組み合わせで、非難 blame が成立する。危害を加える意図がなければ、非難とはならない。人は、非難と責任のレベルを判断することができる。一例としては、事故（責任はない）、過失（責任はあるが、意図ではない）、殺人（責任があり、殺意あり）の違いは誰でも理解できることである。

以下の例は、戦闘状況で人を殺めた先ほどの事例において、意図と責任についてソクラテス式問答をしているところである。

• 責任と非難の違い

T：非難と責任についての違いについて話し合う価値があるように思います。責任から始めましょう。筆記を見ると、銃撃の責任はご自身にあるように聞こえます。また、他にも責任を持っていた人がいるように見えます。銃撃していたのはあなただけではなかったようですね。肝心なのは責任があるかどうかで、つまり、あなたの行動がある特定の何かの原因となったかということです。非難は意図的に、故意にしたかどうかについてです。当時、そうするつもりがご自身にあったかという点です。この場合、自ら進んでそうするつもりで、故意に殺したのですか？

P：いや。でも、結果としては、その人たちは殺害されました

T：亡くなられた方がおられた。これまで話していただいたことから判断すると、もし当時に戻って考えてみたところ、彼らを殺す意図はありませんでしたね。ご自身や、仲間の意図は、そのエリアから人々を撤退させることでした。そのエリアの安全を確保し守るために、ですね。当時のあなたの意図は、人々を殺害することではなかったようです。実際、あなたの意図はまるっきり逆のものだったのではないのでしょうか？

P：はい（泣き始める）

T：（泣くのがいくらかおさまるまで待ってから）市民を殺害することは全く意図していなかった。ですので、非難という言葉は適切ではありません。彼らを銃撃することは全くもって意図されていなかった。

P：でも、なぜ自分を責めるように感じるのでしょうか？

T：いい質問ですね。ご自身で考える限り、最善の答えは何でしょう？

P：（依然として泣きながら）誰か死んだのであれば、誰かが責任を取らなければならないんです。

T：非難はされないけれども、責任をとるというのは可能だと思いますか？ 起こった一部に関わっているけれども、起こそうと意図したわけではなかった。そういう状況には、どんな言葉がよりよく当てはまりそうでしょうか？ 誰かを撃ってしまったけれども、意図してやったわけではない。こういう時、人はなんと呼びますか？

P：事故、だと思います。

T：そうですね。実際、何か・誰かを守ろうとして人を撃つことを、人は何と呼びますか？

P：自己防衛

T：はい、そうですね。そのエリアの安全を確保する責任があったんですよね？

P：ええ

T：当時、そのエリアを守り、安全を確保する責任があなたにはあった。そこにいた人々があなたの警告に従わなかったとしたら、そのエリアを危険にさらすことになっていたと

ということでしょうか

P：ええ、でも彼らは市民でした、反乱しようなどしてませんでした

T：どうしてそうわかるのですか？

P：(少し考えて) わかりません

T：実際、彼らがどういう意図を持っていたかわからないですね。何度も警告をしたにもかかわらず、それを聞かなかった。

P：はい(止まっている)

T：今考えてもわかりませんし、今後知るよしもないでしょう。一方で、私たちが知りえるのは、当時ご自身が何を知っていたか、ということです。当時あなたが知っていたのは、彼らが幾度にもわたる警告を無視したこと、そのエリアの安全を確保する責任があったこと、そして、そのエリアを守るためにとるべき行動を、その必要がある時点で実行した、ということです。

P：んー、おそらく、罪悪感は少し減るでしょうね

T：罪悪感が減るだろう、ですか？ それとも、すでに減ったように感じる？

P：すべて通して考えると、減るように感じます

T：また罪悪感が強くなり始める時がくると思います。何が起こったのかという事実をしっかり覚えておくことが大切です。これまでずっと抱いていた自動的な解釈に走るのではなくて、自分を誇りに思えるような部分はなにかありますか？

P：誇り？

T：はい。ストレスのかかる極限状況で、あなたはすべきことを確実に成したように思えます。戦火のなかで、勇気が必要ではなかったですか？

P：人を殺めたことを勇気あるなんて考えられません

T：もちろんそうですね。今日のように考えることなんてこれまでありませんでしたよね。ただ、考えてもいいことなのかもしれません。

このソクラテス式問答では、作戦中に市民、あるいは、反乱を起こそうとしていた可能性のある人々を殺めたときの文脈の全体を患者が考慮できるように導いている。また、何も悪いことをしていなかったというだけでなく、エリアを守ろうとしていたことについても治療者は種を蒔き始めている。可能であれば、英雄的な、勇気のある行為を指摘して、患者への強力な介入とできる。

悪事や犯行に加担していた場合

戦争の際に人を殺めるという文脈に加えて、自身が殺人と考えられる行為に加担したり、性的暴行をした出来事を患者が話すことはあり得る（戦争の文脈であれば、武装しておらず何の危険性もない人を意図的に殺害する行為）。治療者はまず、患者の自己非難が同化の表れなのかを判断するために質問する必要がある。もし何の罪もない人に対する意図された、正当な理由のない加害行為であれば、こうした行為が軍隊を離れた後も続いているか、戦争という文脈のみで起こっているかを確認するべきである。前者であれば、現在誰かが危険にさらされているかを査定すること（可能であれば、タラソフ原則¹²に基づく警告をするよう）に焦点を移す必要があり、さ

• 犯行

¹² 訳注：患者がセッション中に第三者に対する危害を加える意思を表した際に、対象となりうる第三者に警告をしたり、対応をする義務があるという判例に基づいた行動

らに広くは、そうした行動がおさまるよう働きかける。この場合、CPT を中断して、第三者の安全確保に焦点を当てる必要があるかもしれない。後者の場合、すなわち、戦闘の最中のみでその行為がなされており、それ以降は起こっていない場合には、文脈のなかに位置づけ、当時の自分と現在の自分とを分けられるよう手助けする必要があるかもしれない。根本的な帰属の誤りに苦しみ、行動を生み出した文脈の要因を十分に理解していないことが往々にしてある。自分の行動をふり返って、それを自分の人格のせいだと帰属することもよくある。

つまるところ、治療者はコントロール不能なことや、原因とはなっていないことについて患者は非難されないこと、意図した行為には責任が伴うことを明確に伝えなければならない。いま現在患者はどのような価値を持っているか、責任を取るべき行為についてはどのように自己への許しを追求できるかを話し合うことができる。被害者に対して何かすることが不可能であれば、なんらかの地域奉仕に従事することを考えてもいいかもしれない。

代理受傷

別の注意として、視覚的に描写された筆記を読んだり聴いたりして、治療者が代理受傷を体験し、筆記を聞いたことについての自らの反応を処理する必要があることもある（McCann & Pearlman, 1990a¹³）。もし、治療者が出来事についての筆記を聴いて耐えられないほど不快になった場合、患者にわずかな合図を送って（わずかなとは言えない合図を送った事例もある）、治療者自身もその出来事を扱えないことを示すことができる。たとえば、患者にすぐにティッシュを差し出すことによって、患者と一緒に落ち着きを取り戻そうと（そして話を止めようと）伝える。こうした場合であっても、一方的に患者を遮って止めさせることは、治療者の仕事として致命的なミスである。患者が出来事を受け入れ、自分なりに整理し、感情に耐えられるようになるためには、治療者もまたそうできなければならない。治療者が数多くのトラウマティックな事柄を扱う仕事をこなしている場合、とくに危険である。こうした状況では、治療者は必ずスーパービジョンとサポートを得るようにし、効果的に治療を続け、過度に苦しめないようにする。治療者はまた、自分自身の前提や思考をふり返り、バランスが取れているかを確認する。CPT の原則は患者だけでなく、治療者にも適用できる。

練習課題

練習課題として、患者に出来事全体を少なくとももう一度筆記し直すよう求める。患者が最初の時に課題をやりきれなかった場合、前回よりも多く筆記するよう促す。最初の筆記は事実のみの警察調書のように書かれていることが多い。出来事のあいだの思考や感情と同じくらい、感覚的な詳細についても、より多くを書き加えるよう促す。この週は、そうした課題に加えて、筆記している際の思考や感情といった、現在の思考や感情について括弧に入れて書くことも求める（e.g., 「今はとても怒っている」）。また、トラウマは出来事における特定の狭い状況よりも、もっと多くのことを包含しているかもしれない。警察の捜査や軍での事情聴取、医学的治療、葬儀、愛す

• 第三者の安全

• 治療者に起こる反応

• スーパービジョン

• トラウマ筆記の 2 回目

¹³ McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990a). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1), 131–149.

る者からの拒絶がトラウマに積み重なって複雑化することがあり、臨床実践の上では出来事の一部として考える必要があるかもしれない。こうした出来事の記憶と、それに付随するスタックポイントは筆記課題に含まれ話し合われるべきである。患者が最初の筆記とは違った思考や感情を体験している場合、そのときは余白や、括弧書きで現在の思考や感情を書くことができる(e.g., 「そのとき、ものすごくおびえていた (今は怒りを覚えます)」)。

次のセッションまでに新しい記録を毎日読みあげるのを忘れないよう患者に伝える。

別のトラウマティックな出来事で苦痛を引き起こし続けているものがあるかを、患者に尋ねる。もしあれば、今回書いてきたトラウマ筆記を書き直すことに加えて、その別のトラウマを筆記するよう患者に課題を出すこともできる。この、追加のトラウマ筆記の目標は、他の出来事に関連した同化のスタックポイントを見つけることにある。

もう一度、できるだけ早く出来事全体を書いてください。もし最初の時に課題をやりきれなかった場合、前回のときよりも多く書いてください。出来事のあいだの感覚的な詳細をより多く、思考や感情とともに書き加えてください。また、今回は、筆記しているその時の思考や感情を括弧に入れて書いてください (e.g., “今はとっても怒っています”)。次のセッションまでに新しい筆記を忘れずに毎日読んでください。

また、ABC 用紙に毎日取り組み続けてください。

• トラウマ筆記の追加 (オプション)

• セッション 4 の練習課題を出す

サンプル セッション 4 の経過記録

コンタクト：50 分の精神療法セッション

内容：PTSD に対する CPT の第 4 セッションを行った。患者は練習課題をやり遂げており、最もトラウマティックな出来事についての詳細な筆記を書き、思考、感情、行動を毎日モニタリングしてきた。トラウマティックな出来事についての思考や感情について話し合った際、患者はセッション中に苦痛を示したものの、そうした感情に耐えることができていた。今回の介入の目標は、そうした感情によりしっかりと触れ、表出し、自然と解決することであった。治療者は、出来事についての非機能的な解釈にチャレンジするために認知療法を用いた。もっともトラウマティックな出来事についてもう一度筆記し、感覚的・感情的な詳細をさらに加えて練習してくることを確認してセッションを終えた。患者は筆記の最中の思考や感情を含めて書き、毎日その筆記を読むことに同意した。

計画：CPT を継続する

ABC用紙

日付： _____ #： _____

A：出来事 ⇄ B：考え ⇄ C：結果

(Activating event)

(Belief/Stuck point)

(Consequence)

[何が起こったか]

[自分に何と言ったか]

[何を感じたか]

「B」の考えは現実的なものですか？

今後同じようなことがあったら、自分にどんな言葉をかけますか？

セッション5：トラウマ筆記 2回目

概要 セッション5—トラウマ筆記 2回目

1. PCL-5 を（可能であれば待合室で）実施し、回収、保管する。
セッション5の練習課題のふり返し用紙を記入し、アジェンダを設定する（5分）
2. トラウマ筆記を読み上げてもらう；前回の筆記との違いを見つけるよう援助（15分）
 - ▶目標：新しく加わったこと（削除されたこと）は？
 - 感情表出と自己非難／罪悪感の進展は？
 - スタックポイントへの認知療法の継続
 - 考え直しの質問の紹介
 - ▶話し合い：当時と現在の感情
 - 違う・似ているところ：当時、現在
 - 2回目と1回目を書いた後の感情——弱まったか？
3. 感情の処理を終えたのちに、自己非難にとくに焦点を当てて、患者が抱いている前提や結論への考え直しに取り組んでもらう（10分）
 - ▶考え直し用紙を紹介するためにいくつか考え直しの質問を用いる。もっともトラウマティックな出来事についてのスタックポイントについての認知療法を継続
 - ▶患者が“非難”（意図をもっているというニュアンスを持つ）という言葉を使わないよう援助する
4. 考え直し用紙を紹介し、患者がスタックポイントを考え直すよう手伝う（10分）
 - ▶記入されてない用紙をざっと見る
 - ▶記入例のある用紙をざっと見る
 - ▶質問を使い始めるために、患者のスタックポイントを選ぶ（治療のこの時点では、同化のスタックポイントに焦点を当てることが役立つ）
5. 練習課題を決めて、問題解決（5分）
 - ▶毎日ひとつのスタックポイントについて、考え直し用紙を使って取り組む
 - ▶終わっていなければ、トラウマ筆記（複数のこともある）の取り組みを続け、毎日読み上げる
6. フィードバック：患者によるセッションへの感想（5分）

セッション5：トラウマ筆記 2回目

セッション5の目標は：

1. 新しいトラウマ筆記を読んでもらい、話し合う
2. 新たに加わったもの（削除されたもの）について話し合う
3. 感情表出や、自己非難／罪悪感と他の同化のスタックポイントの処理の進行を確認する
4. 出来事に関するスタックポイントに対して認知療法を継続する
5. ソクラテス式問答を自分で使えるようになるために、考え直し用紙を紹介する
6. 考え直し用紙、および、必要ならば他のトラウマティックな出来事の筆記を練習課題とする

・セッション5の目標

2回目のトラウマ筆記を読み上げてもらい、1回目との違いに焦点を当てる

新しい筆記を読みあげてもらうところからセッションを始める。当時と現在の感情に目を向けるよう患者を手助けする。出来事の際に当時どのように感じていたか、筆記している際にどう感じたかについて、その違いと共通点を患者に考えてもらう。最初の時に比べて、2回目では筆記した後や読んだ後に何か変化を感じたかを患者に尋ねる。最初の時に感情を感じることを許せていたならば、感情の強さは2回目で弱くなっていることが多い。治療者は前回との違いを例として取り上げる。感情が弱まっていれば、今後、感情が弱まっていく例として使える。（患者が最初の筆記で感情を避けようとしていた場合、そうすると感情が強まる例として使える）。

・2回目のトラウマ筆記を読み上げる

自己非難に焦点を当てて、前提や結論にチャレンジする

治療者はソクラテス式問答を用い続けるようにして、特に、考え直し用紙にある質問を用いることで、同化、自己非難、さまざまな後知恵バイアスに患者が取り組むのを手助けする。今後紹介される質問をソクラテス式問答に入れていくことで、患者はそうした考え方に馴染みやすくなるだろう。希望的に言えば、患者が2回の筆記をやり遂げ、出来事を文脈のなかに位置づけられれば、ほとんどの自己非難は減じていることになるだろう。セッション3や4のときと同様に、出来事が起きた当時どう考え、感じ、行動していたかを覚えていないために自己非難や同化が起こることに留意することが重要である。患者は実際には当時なかったスキルや知識を持っていた、持っているべきだったという前提を抱えていることがあり、そう考えることで、違った行動をしなかった自分を厳しく非難しているかもしれない。通常、状況のすべての文脈に患者を戻すことができれば、出来事（やその中で自分が成した部分）は防げないもので、それゆえ、自分が非難されるものでないことに気づけるようになる。

・さまざまな同化に取り組む

“非難”や“失敗”という言葉が患者が口にした時にいつもそれを指摘して、そうした言葉の使用を減らすことができる。結果を意図して起こしたわけではなく、防ぐことはできなかったことにお互い合意ができれば、出来事を描写する言葉を変化させることは重要である。セッション4で取り組まれたように、“非難（罪）”は意図（故意）を意味する。結果を意図したわけではないことに患者が同意すれば、非難や失敗という言葉は適切でなく、正確でない。

考え直し用紙を紹介する

考え直しの質問リストをこのセッション中に紹介する。このリストは不適応的な自己陳述やスタックポイントについて質問し、向き合う上で使えるものである。患者の課題への理解を助け、順を追って取り組めるように、記入例の入った用紙が用意されている。それまで持っていたポジティブな信念と出来事があったという現実との葛藤（矛盾）や、それまで持っていたネガティブな信念が出来事によって確信されることがスタックポイントなのだとくり返し伝える。いずれにしても、そうした信念は役に立たず、それは、自己非難、罪悪感、自己や他者への怒りなどにつながるからである。治療者は患者がセッション中に話した言葉を選んで取り上げ、信念の妥当性に向き合うよう質問できる。治療のこの段階では、同化や自己非難を示すスタックポイントに焦点を当てることがとくに重要である。自分が非難されるものではないことや、出来事の結果の現実を受け入れられなければ、他の問題を扱うことは困難なものになる。セッション中に時間があれば、患者とともに用紙に1枚取り組むことが助けになる。すべての質問があらゆる思考に使えるものではないことを伝えておくようにする。

セッション外での課題に取り組んでもらうよう、考え直し用紙で取り組むスタックポイントをいくつか決めておくことも助けになる。過剰調節の信念（e.g., 「私は悪い人間だ」「世界は安全ではない」）にチャレンジする前に、同化のスタックポイント（e.g., 「私のせいだ」「Xが起こるのを私が防げたはずだ」）を解決する必要があることが多い。そのため、まず同化を起こしているスタックポイントを解決するよう取り組むようにする。

練習課題

毎日1つのスタックポイントを選び、考え直し用紙にある質問に答えてください。用紙をいくつかお渡ししますので、いくつかスタックポイントに取り組んでみてください。

（場合によっては複数の）トラウマ筆記を終えていなかった場合、その作業を続けてください。次のセッションまでに毎日読んで、次回のセッションにすべての用紙とトラウマ筆記を持ってきてください。

• 考え直し用紙を渡す

• 同化のスタックポイントに焦点を当てる

• セッション5の練習課題を出す

サンプル セッション5の経過記録

コンタクト：50 分の精神療法セッション

内容：PTSD に対する CPT の第 5 セッションを行った。患者は練習課題をやり遂げており、トラウマティックな出来事を筆記し直し、さらに詳細に、現在の思考と感情を含めて書いてきた。患者は関連する感情を体験しており、それと関連する苦痛は前回のセッションよりも低下していた。自己非難／罪悪感についての認知がとくに認知再構成の対象となった。さらに、“考え直しの質問”が、非機能的で誤った信念を考え直すために紹介された。スタックポイントという考え（i.e., 比較的すぐに消失する不快な感情を導く思考）をふり返り、患者は考え直しの質問を使って毎日ひとつのスタックポイントに取り組むことに同意した。

計画：CPT を継続する

考え直し用紙

以下は、不適応的で、問題ある信念やスタックポイントの考え直しをする際に役立つ質問リストです。すべての質問がぴったり使えるわけではありません。自分の考えを見直すのに使えるような質問をできるだけ多く選んで、答えるようにしてください。

信念／スタックポイント：

1. そのスタックポイントの根拠となるものと、反証となるものは何ですか？

根拠：

反証：

2. 事実に基づいていますか？ それとも、そう考える習慣ができたのでしょうか？

3. そのスタックポイントで、考慮されていない情報はありますか？

4. スタックポイントに、“全か無か”の言葉が含まれていませんか？

5. 極端な表現や大げさな言葉を使っていませんか？（例：いつも、この先ずっと、決して～ない、必要、～すべき、ねばならない、できない、いつ何時も）

6. 全体の流れの、ある一部分だけに注目していませんか？

7. スタックポイントはどこから来ましたか？ 信頼できる確かな情報源からでしょうか？

8. “起こりうる”ことと、“よくある”ことを混同していませんか？

9. そのスタックポイントは、事実に基づいていますか？ それとも、感情に基づくものでしょうか？

10. 関係のない部分を関連づけてはいませんか？

考え直し用紙

記入例 1

以下は、不適応的で、問題ある信念やスタックポイントの考え直しをする際に役立つ質問リストです。すべての質問がぴったり使えるわけではありません。自分の考えを見直すのに使えるような質問をできるだけ多く選んで、答えるようにしてください。

信念／スタックポイント：

私がいっしょに気をつければ、事件は起きなかった

1. そのスタックポイントの根拠となるものと、反証となるものは何ですか？

根拠：他の道を通して帰る選択肢もあった

反証：気をつける必要があるなんて思いもよらなかった。

犯人は尾行していた。気をつけていても、どうにもならなかったかもしれない。

2. 事実に基づいていますか？ それとも、そう考える習慣ができたのでしょうか？

母親に言われて、そう考えるのが当然ようになっていた。

3. そのスタックポイントで、考慮されていない情報はありますか？

加害者がひどいことを一方的にしたことを考えていない。

4. スタックポイントに、“全か無か”の言葉が含まれていませんか？

全部が自分の責任だと思ってしまうようにしていたかもしれません。

5. 極端な表現や大げさな言葉を使っていますか？（例：いつも、この先ずっと、決して～ない、必要、～すべき、ねばならない、できない、いつ何時も）

気をつけるべきだと、「べき」と使っています。気をつけていれば、「必ず」事件が防げたと考え ていたかもしれません。

6. 全体の流れの、ある一部分だけに注目していませんか？

加害者のことは考えていませんでした

7. スタックポイントはどこから来ましたか？ 信頼できる確かな情報源からでしょうか？

母親がそういったのだから、それが正しい、そう信じなければいけないと思っていました。

8. “起こりうる”ことと、“よくある”ことを混同していませんか？

わかりません

9. そのスタックポイントは、事実に基づいていますか？ それとも、感情に基づくものなのでしょうか？

自分を責める気持ちが強くなってそう考えているかもしれません。

10. 関係のない部分を関連づけてはいませんか？

わかりません（質問が当てはまらない？）

考え直し用紙

記入例2

以下は、不適応的で、問題ある信念やスタックポイントの考え直しをする際に役立つ質問リストです。すべての質問がぴったり使えるわけではありません。自分の考えを見直すのに使えるような質問をできるだけ多く選んで、答えるようにしてください。

信念／スタックポイント：

事故で友人が死んだのは、自分のせいだ

1. そのスタックポイントの根拠となるものと、反証となるものは何ですか？

根拠：自分が運転している車に乗っている時、友人が死んだ。友人のお母さんから、僕のせいだと責められた。

反証：赤信号で突っ込んでくる車がいたから、事故になった。

2. 事実に基づいていますか？ それとも、そう考える習慣ができたのでしょうか？

事実の部分もあると思う。でも、友人のお母さんから言われて、そう思うようになったのかもしれない。

3. そのスタックポイントで、考慮されていない情報はありますか？

相手の車が信号無視をしていたことを考慮に入れていない。

4. スタックポイントに、“全か無か”の言葉が含まれていませんか？

全部が自分の責任だと思うようになっていたかもしれない。

5. 極端な表現や大げさな言葉を使っていますか？（例：いつも、この先ずっと、決して～ない、必要、～すべき、ねばならない、できない、いつ何時も）

特にありません。友人の死は、「すべて」自分のせいだと思っている部分はあるかもしれない。

6. 全体の流れの、ある一部分だけに注目していませんか？

自分は信号が青だと確認して運転していたし、事故が起きるなんて思っていなかった。

7. スタックポイントはどこから来ましたか？ 信頼できる確かな情報源からでしょうか？

事実かと言われると、そうではないかもしれない。友人のお母さんが言っていたことと、自分が考えたことがもとになっている。

8. “起こりうる”ことと、“よくある”ことを混同していませんか？

また事故が起こるのではないかと怖くなる。でも実際はそんなに頻繁に事故は起きないと思う。

9. そのスタックポイントは、事実に基づいていますか？ それとも、感情に基づくものなのでしょうか？

自分と一緒に出かけなければ友人は事故に遭わなかったのという、後悔から来ている？

10. 関係のない部分を関連づけてはいませんか？

関係なくはないと思う。

考え直し用紙

記入例3

以下は、不適応的で、問題ある信念やスタックポイントの考え直しをする際に役立つ質問リストです。すべての質問がぴったり使えるわけではありません。自分の考えを見直すのに使えるような質問をできるだけ多く選んで、答えるようにしてください。

信念／スタックポイント：

我が子を亡くしたのだから、私は母親失格だ

1. そのスタックポイントの根拠となるものと、反証となるものは何ですか？

根拠：娘が自ら命を断った

反証：生前、娘は毎年母の日にプレゼントをくれた。私がうれしそうにしていると、喜んだ。

2. 事実に基づいていますか？ それとも、そう考える習慣ができたのでしょうか？

そうとしか考えられませんでした。習慣といえば、そうなるのかもしれませんが。

3. そのスタックポイントで、考慮されていない情報はありますか？

(あてはまらない？)

4. スタックポイントに、“全か無か”の言葉が含まれていませんか？

(あてはまらない？)

5. 極端な表現や大げさな言葉を使っていませんか？ (例：いつも、この先ずっと、決して～ない、必要、～すべき、ねばならない、できない、いつ何時も)

私は「この先ずっと」幸せになる資格はないと思っています。それが大げさかどうかは、よくわかりません。

6. 全体の流れの、ある一部分だけに注目していませんか？

その日の朝、娘とけんかしました。でも、それ以前から、娘は友人関係のことで悩んでいるようでした。

7. スタックポイントはどこから来ましたか？ 信頼できる確かな情報源からでしょうか？

娘を亡くした後、主人から「どうして娘を守ってやらなかったんだ。お前は母親失格だ」と言われました。それから、自分のせいで娘が亡くなったのだと強く思うようになったのだと思います。

8. “起こりうる”ことと、“よくある”ことを混同していませんか？

(あてはまらない？)

9. そのスタックポイントは、事実に基づいていますか？ それとも、感情に基づくものなのでしょうか？

娘がそこまで思い詰めていると気づいてあげられなかった自分を責める気持ちでいっぱいです。後悔しているから、母親失格だと思うのかもしれませんが。

10. 関係のない部分を関連づけてはいませんか？

娘は、友人関係で悩んで命を断ったようですから、私のせいというわけではないのかもしれませんが。ただ、親だから、我が子を守るのは当然だとも思います。

セッション6：考え直しの質問

概要 セッション6ー考え直しの質問

1. PCL-5 を（可能であれば待合室で）実施し、回収、保管する。
セッション6の練習課題のふり返し用紙を記入し、アジェンダを設定する（5分）
2. 考え直し用紙をふり返る（10分）
 - ▶ 難しかった質問に答えられるよう患者を手助けする
 - ▶ スタックポイント（後知恵バイアス）を分析し向き合うよう手助けする
 - ▶ 自己非難が解決すれば、過剰調節に焦点を移し始める
 - ▶ トラウマ筆記を読み直す（再度課題とする必要があった場合や、セッション内で読むことが臨床的に重要な場合）
3. スタックポイントに対する認知療法を継続（10分）
4. 問題ある思考パターン用紙を紹介する（15分）
 - ▶ 空白の用紙をざっと見る
 - ▶ 記入例のある用紙をざっと見る
 - ▶ 以下を考慮・扱うために質問：
 - ー 特定の問題ある思考パターンがあるか？
 - ー いかんにして問題ある思考パターンが自動的なものになり、ネガティブな感情を作り出し（例を挙げる）、自己破壊的な行動（例を挙げる）に人を動かすかを説明する
 - ー 他の生活上の出来事で、問題ある思考パターンが影響したことは？
 - ー 過剰調節？
 - ▶ 用紙を用いて、患者自身に問題ある思考パターンの例を挙げてもらおうよう手助けする（トラウマに関係・無関係の両方で）
 - ▶ 患者が自身にソクラテス式問答が使えるように；支持的に／コンサルテーションの姿勢で
5. 練習課題を決めて、問題解決（5分）
 - ▶ 問題ある思考パターン用紙のそれぞれの項目に当てはまるスタックポイントを見つけてくる。毎日、新しい例に目を向け記入する。クセ（パターン）を探す。出来事以前の過去の嫌な体験に影響されたパターンや、出来事以降に生まれてきた習慣的なパターンを探す
 - ▶ 強い感情が依然としてあれば、トラウマ筆記を読むことを続ける
 - ▶ 考え直し用紙がまだ難しいようであれば、問題ある思考パターン用紙とともに練習課題とする
 - ▶ 終わっていないければ、トラウマ筆記（複数のこともある）の取り組みを続け、毎日読み上げる
6. フィードバック：患者によるセッションへの感想（5分）

セッション6：考え直しの質問

セッション6の目標は：

1. 考え直し用紙をふり返る
2. 難しかった質問に答えられるよう援助する
3. 考え直しをしようとしているスタックポイントについて、認知療法を続ける
4. 問題ある思考パターン用紙を紹介し宿題とする

新しい筆記を聞いてもらいたいという患者からの強い要望がなければ、他のトラウマ筆記やその読み上げはセッション外で行う。ただし、治療者は進行具合を確認したり、解決する必要があるスタックポイントがないか患者に尋ねてもよいだろう。

この時点で PTSD 尺度の得点が低下していない場合、出来事についての中核的な葛藤がまだ解決していないことを示しているかもしれない。治療者は、考え直し用紙やソクラテス式問答を用いてインデックストラウマに取り組む作業にセッション時間の大部分を費やすようにする。この時点で、治療者は PTSD 尺度を見わたし、どの症状が依然として最も問題になっているかを査定する。出来事の一部について考えたり感じたりすることを依然として避けている場合は、その部分についてのより詳細な筆記を書いてもらうか、セッション外で定期的に筆記を読んでいるかを確認するようにする。悪夢やフラッシュバックが続いているようであれば、その内容を確認する。その内容は、患者が依然としてスタックしている出来事の一部を理解するヒントになる。一方で、PTSD 尺度に大きな低下が見られれば、現在や将来についての過剰調節された信念に焦点を移していく。

考え直し用紙をふり返る

セッションは練習課題から始め、考え直しの質問への回答をふり返る。スタックポイントを分析し、向き合う援助をする。たいていの場合、患者は素晴らしい回答をしてくる。よくある問題としては、問題ある信念を支持する根拠として、別の考えを用いようとする事が挙げられる。たとえば、「出来事のあいだに違う行動を取るべきだった」というスタックポイントに挑んでいる時に、その根拠として患者が「出来事を未然に防げたはずだ」と言う場合である。これは根拠にはなっていない。治療者は“法廷で説得力ある”行為、つまり、多くの人が同意する客観的な行為が“根拠（証拠）”であることを理解できるよう援助する。「出来事のあいだに違う行動を取るべきだった」というスタックポイントについては、この考えを支持する根拠はその過失や意図的な危害行為が証明されるものでなければならない。

ときどき、一枚の考え直し用紙につきひとつのスタックポイントに取り組むことを忘れて、一枚の用紙のなかで複数の全く違う思考が記入されることがある。また、取り上げたスタックポイントがあまりに漠然としていて、答えられなくなっていることもある。記入例のある用紙を渡しておいたり、適切な形に仕立てられたスタックポイントを治療者と患者とでいくつか選んでおくことで、こうした問題を防ぐことができる。治療のこの段階で最もよく見られるスタックポイントは、もっと別なやり方で対処できたのではないかという自己非難や後知恵バイアスに関するもの

・セッション6の目標

・PTSD 症状をふり返る

・考え直しの質問を使ってスタックポイントに向き合う

・ひとつのスタックポイントに焦点を当てる

である。周りにいた人の死を含むようなトラウマの場合、生存者罪悪感も同様によく見られる。治療者は、これまでに同定されてきた、根底にある原因帰属、期待、他の葛藤ある認知を改めて明らかにする。患者が十分に認識できていないこれらの考えの関連性を指摘するようにする。

治療のこの時点で、治療者は自身の行動や姿勢を変えていく。これまで、治療者は患者が自身の前提を問い直せるよう導くかたちでソクラテス式問答を進めてきた。考え直しの質問の導入によって、患者は自分自身でそうした問答を始める。治療者はこれまでよりもコンサルテーション的な、支持的な役割を担うようになる。対話はより相互作用的になり、治療者は質問への他の答えを示すことができるかもしれない。患者が行き詰まった時にだけ、治療者はソクラテス式問答に立ち戻る。

治療の最初の 5、6 セッションでは、自然な感情があるがままにしておくことが奨励され、また、治療者の用いるソクラテス式問答を通して出来事に関する不適応的な認知を修正することに焦点が当てられる。同化（自己非難、「もし〜だったら」といった発言、否認、健忘）が一旦解決されると、注意は過剰調節に向けられる。患者は出来事の原因の解釈から自分や世界について結論づけるようになり、そうすることで、あたかも他のネガティブな出来事が起きるのを防げるかのように考え、安全感やコントロール感を得ようとする。たとえば、知人から暴行を受けた人は信頼感の崩壊を体験しやすい。また、出来事の後に愛する人からの心無い対応を受けて失望した場合、信頼感に関して過度に一般化された問題を発展させてしまう。出来事が起こったのは自分の誤った判断のせいだと決めつけた場合、患者は他の状況でも自分自身の判断を信じないようになる。権威ある者や機関の責任だと結論づけられれば、権威に対して不信を抱き、軽視するようになる。そうした過度に一般化された、過剰調節された信念は、安心感を得ようとする試みではある。しかし、結果としては人間関係が壊れ、恐怖に支配されて行動するようになり、自己価値感は乏しくなり、他者を疑うことにつながっていく。

・過剰調節に取り組む

問題ある思考パターンを紹介する

考え直しの質問について話し合った後、問題ある思考パターン用紙を紹介する。『問題ある思考パターン用紙』は『考え直し用紙』とは異なり、特定の信念ではなく、思考パターンに注目する。ひとつの思考や信念に注目するのではなく、特定の非生産的な思考パターンの傾向に気づいてもらうよう患者に問う用紙である。治療者は、こうしたパターンがいかにして自動的になり、ネガティブな感情をもたらすのか、そして人々を自己破壊的な行動（e.g., どの男性も信頼できないと結論づけて人間関係を回避する）に向かわせるのかを説明するようにする。治療者は、以前のセッションで話題になった例を使ったり、最近の出来事であった例を患者に挙げてもらうようにする。

・問題ある思考パターン用紙を渡す

練習課題

練習課題として、用紙に書かれている思考パターンに関連した自分のスタックポイントを見つけさせてもらう。次回までの生活の中で、思考パターンに関係した出来事が起こったら、患者はそれに気づいて記録してくるようにする。出来事に対する自分の反応がこうした習慣的なパターンにどう影響されているか、その特徴を探してみるよう患者に求める。こうした思考パターンの中

には、トラウマティックな出来事よりも前からあるものもあれば、出来事に反応して（誤った思考パターンが）生まれてきたものもあるかもしれない。問題ある思考パターンの理解を助けるため、空白の用紙とともに、記入例が書いてある用紙も渡すようにする。考え直し用紙が難しいようであれば、問題ある思考パターン用紙に加えて練習課題とする。

これまで見つけてきたストックポイントをふり返って、用紙にリストされた各々の問題ある思考パターンの例を日々の生活の中から見つけてください。トラウマティックな出来事への反応に、こうした習慣となったパターン（問題ある思考パターン）がどう影響してきたか、考えてきてください。まだ強い感情を感じる場合は、トラウマ筆記を読み上げること続けてください。

• セッション6の
練習課題を出す

サンプル セッション6の経過記録

コンタクト：50 分の精神療法セッション

内容:PTSD に対する CPT の第6セッションを行った。患者は練習課題をやり遂げており、考え直し用紙を使って、スタックポイントについて毎日考え直しに取り組んできた。自己非難と後知恵バイアスに関連したスタックポイントが話題の焦点となった。スタックポイントに寄与する、問題ある思考パターンを再構成の標的とした。患者は自身のスタックポイントに関連した非機能的で誤った信念を考え直す能力を伸ばしつつある。問題ある思考パターン（e.g., 過小・過大評価、全か無かの思考）を紹介し、トラウマティックな出来事や人生全般についての考えを用いて、こうしたパターンについて話し合った。患者は、問題ある思考パターンのそれぞれの例を次回までに見つけてくることに同意した。

計画:CPT を継続する

問題ある思考パターン用紙

以下に、人がさまざまな状況で用いる、問題ある思考パターンを挙げています。こうした思考パターンは自動化して習慣になっていて、自分を傷つける行動を引き起こします。ご自身のストックポイントをふり返り、それぞれに該当するストックポイントを挙げてください。各欄に自分のストックポイントを書き込み、どんなところがそのパターンにあてはまるのかを書いてください。そして、その思考パターンが自分にどう影響しているか、考えてください。

1. 結論への飛躍、未来を決めつける
2. 状況の過大評価・過小評価（ものごとを大げさに捉える、重要性を不適切に軽くみる）
3. 状況の重要な部分の無視
4. ものごとを、よい／悪い、正しい／間違いと過度に単純化をする
5. ひとつの出来事を過度に一般化する：（悪いことが永遠に繰り返されると思う）
6. 読心術（はっきりした証拠がなくても、人が自分を悪く思っていると考える）
7. 感情による理由づけ（感情を根拠として用いる 例：「怖いから危ないにちがいない」）

問題ある思考パターン用紙

記入例 1

以下に、人がさまざまな状況で用いる、問題ある思考パターンを挙げています。こうした思考パターンは自動化して習慣になっていて、自分を傷つける行動を引き起こします。ご自身のスタックポイントをふり返り、それぞれに該当するスタックポイントを挙げてください。各欄に自分のスタックポイントを書き込み、どんなところがそのパターンにあてはまるのかを書いてください。そして、その思考パターンが自分にどう影響しているか、考えてください。

1. 結論への飛躍、未来を決めつける

「こんなことで病気になるのはメンタルが弱い証拠だ」

→ 病気になる人が全員メンタルが弱いとは限らない。それだけ苦しい体験だったということも考えられる。

2. 状況の過大評価・過小評価（ものごとを大げさに捉える、重要性を不適切に軽くみる）

「だれも助けてくれない。親しい人も医療関係者も、わかってくれない」

→ 誰もというのは、言い過ぎになっているかもしれない。そう考えて、人との接触を避けている自分がいる

3. 状況の重要な部分の無視

「自分をもっと気をつければ、事件は起きなかった」

→ 加害者が犯罪を犯した。悪いのはあの人間で、自分は一方的な被害を受けたということを考慮していない

4. ものごとを、よい／悪い、正しい／間違いと過度に単純化をする

「男はみんな危険だ。いつも警戒していなければならない」

→ 男性全員と、単純化している。そう思うのは極端かもしれない。危険か危険でないかのどちらかというパターンになっている

5. ひとつの出来事を過度に一般化する：（悪いことが永遠に繰り返されると思う）

「もう二度と人並みの生活なんて送ることができない」

→ 必ず、ずっとこのまま続くと言ってしまうている

6. 読心術（はっきりした証拠がなくても、人が自分を悪く思っていると考える）

「みんな私を汚れた人間だと思うにちがいない」

→ みんなそうだ、と自分で決めつけている

7. 感情による理由づけ（感情を根拠として用いる 例：「怖いから危ないにちがいない」）

「男はみんな危険だ。いつも警戒していなければならない」

→ 怖いという感情が強すぎて、危険だと思い込んでしまっているかもしれない

問題ある思考パターン用紙

記入例2

以下に、人がさまざまな状況で用いる、問題ある思考パターンを挙げています。こうした思考パターンは自動化して習慣になっていて、自分を傷つける行動を引き起こします。ご自身のスタックポイントをふり返り、それぞれに該当するスタックポイントを挙げてください。各欄に自分のスタックポイントを書き込み、どんなところがそのパターンにあてはまるのかを書いてください。そして、その思考パターンが自分にどう影響しているか、考えてください。

1. 結論への飛躍、未来を決めつける

2. 状況の過大評価・過小評価（ものごとを大げさに捉える、重要性を不適切に軽くみる）

「自分は運転もまともにできない。ダメ人間だ」

→ 運転は得意でないかもしれないが、それで自分が全く何もできない人間と思うのは、行き過ぎているかもしれない。それに、事故が起きるまでは、そんなに運転が下手とも思っていなかった。

3. 状況の重要な部分の無視

「自分をもっと気をつければ、事故は起きなかった」

→ 自分は青信号を確認して、交差点を横切ろうとした。信号を無視したのは、事故の相手のほうだ。

4. ものごとを、よい／悪い、正しい／間違いと過度に単純化をする

5. ひとつの出来事を過度に一般化する：（悪いことが永遠に繰り返されると思う）

「外に出るのは危険だ」「車に乗るのは危険だ」

→ 一度事故に遭ったから、また起こると思う。でも、事故に遭ったのは初めてだから、そう頻繁に起こるわけじゃないのかもしれない。

6. 読心術（はっきりした証拠がなくても、人が自分を悪く思っていると考える）

「あいつ（友人）が死んだのは、自分のせいだ」

→ 友人の家族は、そう思っていると思う。僕の家族には、気が動転してそんなこと言ったんじゃないかって言われるけど、本当のところはわからない。

7. 感情による理由づけ（感情を根拠として用いる 例：「怖いから危ないにちがいない」）

「外に出るのは危険だ」「車に乗るのは危険だ」

→ また事故に遭うと考えて怖くなっているから、そう思っているところはあるかもしれない。

セッション7：問題ある思考パターン

概要 セッション7—問題ある思考パターン

1. PCL-5 を（可能であれば待合室で）実施し、回収、保管する。
セッション7の練習課題のふり返し用紙を記入し、アジェンダを設定する（5分）
2. 問題ある思考パターン用紙をふり返し、トラウマに関するスタックポイントに取り組む（10分）
 - ▶ 以下を考慮・扱うために質問：
 - 特定のパターンに向かう強い傾向があるか？
 - トラウマへの反応に思考パターンがどう影響してきたか話し合う
 - 他の、より適応的な認知に置き換える
3. トラウマの例を使って、信念を考え直す用紙を紹介する（15分）
 - ▶ 用紙の大部分はこれまでの用紙と同じであることを伝える
 - 信念の強さを評定（0-100%）
 - 感情の強さを評定（0-100%）
 - 考え直し用紙の部分を記入
 - 問題ある思考パターン用紙の部分を記入
 - 新しい、バランスの取れた、根拠に基づく考えを記入
4. 5つのテーマを紹介する：自己と他者に関する安全の問題（10分）
 - ▶ 5つのテーマ：安全、信頼、力とコントロール、価値、親密さ
 - ▶ 以前／以後：トラウマは自分や他者についての_____の信念にどう影響したか？
 - ▶ スタックポイントをみつけたら → 用紙を使う
 - ▶ 信念が行動／回避にどう影響するかを理解する必要がある
 - ▶ ほどよい自己陳述をし始めるように援助する
 - ▶ 安全に関するスタックポイントを用いて、信念を考え直す用紙を練習する（時間がなければ残りは練習課題に）
5. 練習課題を決めて、問題解決（5分）
 - ▶ 1日ひとつスタックポイントを見つける—ひとつは安全に関するもので、信念を考え直す用紙を用いて向き合う。
トラウマティックな出来事への反応が、そうした習慣的な思考パターンにどう影響しているか、その特徴を考えてくる。最近あった嫌な出来事についても、この用紙を使ってみる
 - ▶ 強い感情が依然としてあれば、トラウマ筆記を読むことを続ける
6. フィードバック：患者によるセッションへの感想（5分）

セッション7：問題ある思考パターン

セッション7の目標は：

1. 問題ある思考パターンをふり返る
2. 特定の非生産的なパターンに陥りやすい傾向があるか判断できるよう援助する
3. 治療の残りを通して用いる、信念を考え直す用紙を紹介する
4. 安全のテーマの資料を紹介する

注意：トラウマ筆記を含まないCPT（CPT-C）を実施している場合、このセッションは2回に分けて実施し、安全のテーマは次回に紹介するようにする。このセッションでは、信念を考え直す用紙を紹介し、これまで追加してきたログから選んで、スタックポイントに取り組むようにする。

問題ある思考パターン用紙をふり返り、トラウマに関するスタックポイントに取り組む

このセッションは、問題ある思考パターンの練習課題から始めるようにする。患者が自動的に自分に言っていること（自己陳述）に向き合い、それらを別の、より適応的な認知へと置き換えられるよう援助する。治療者は、こうしたパターンが出来事への反応にどう影響してきたかについて、患者と話し合うようにする。トラウマで苦しむ人たちによく見られる問題ある思考パターンが多くある。たとえば、悪い結果はいつも自分の失敗であると結論に飛躍する患者は、出来事後に自己非難しやすくなる。読心術も多い。患者は、他の人たちも自分と同じように感じたり考えたりすると思ひ込み、それが事実であるかのように反応するため、結果的に他の人たちから疎外されてしまう。安全や罪悪感について、感情による理由づけもよく見られる。恐怖を感じているので、危険に違いないと思ひ込む。恥や罪悪感を抱いているので、自分が悪いことをしたに違いないと考えるようになる。

一回きりの出来事から過度に一般化させたり、極端な白黒思考をしたりすることも、とてもよく見られる。最初は完全に信じていなかったとしても、使う言葉を修正するよう患者を説得することで、すぐに二次的な（作られた）感情が変わることがある。おそらく信頼できる人も何人かはいる（一人であっても）という事実を一旦共有できれば、「すべて」が正確ではないことを患者に思い出してもらおうよう、それ以降のセッションで指摘し続けることができる。患者が一度でも「（すべてではなく）何人かは信用できない人がいる」と言うことができれば、それに伴って生じる感情の強度は「すべて」と言っている時よりも低くなる。（次ページの例参照）。

トラウマの例を用いて信念を考え直す用紙を紹介する

この時点で、信念を考え直す用紙（Beck & Emery, 1985¹⁴, p205 の修正版）を導入する。この用紙の導入はとても重要であり、患者がその複雑な見た目に圧倒されないようにする。この用紙

・セッション7の目標

・問題ある思考パターン用紙をふり返る

・過度の一般化を最小限にする

・信念を考え直す用紙を渡す

¹⁴ Beck, A. T., & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books, Inc.

はこれまで使ってきた用紙で教わったすべてのスキルを一つにまとめたものであり、それに加えて、別の思考や感情を書く欄を増やしたものである。信念を考え直す用紙は残りのセッションを通して使われていく。ABC 用紙は左の 2 つの欄に組み込まれている。しかし、ここでは、自分の言葉（考え）をどの程度信じているか（0-100%）、感情はどれくらい強い（0-100%）について評定する。信念を考え直すために、考え直しの質問を使って、もっとも関係ある質問に答えるようにする。次に、問題ある思考パターン用紙の部分を見渡して、どの非生産的な思考パターンになっているかを考える。そして最後に、よりバランスが取れた、根拠に基づいた別の考えを書くようにする。

この時点で、治療の目標は必ずしも以前の信念に戻ることではないと指摘することが重要である。出来事が起こる以前から極端な信念を持っていた場合には、目標はよりバランスの取れた、適応的な信念を作り上げることになる。たとえば、すべての人は信頼できると信じていたとすれば、それはおそらく現実的ではなく、その信念に戻することは危険でもあるだろう。あるいは、いつも感情を感じないようにすることが重要だと患者が信じていたとすれば、治療者はそうした以前の信念に戻ってほしいとは思わないだろう。トラウマに関して長い歴史を持つ人々、特に幼少期にトラウマが始まっていた人たちは、非常に固定化した極端な信念を持ちやすい傾向にある。

練習課題は、信念を考え直す用紙を使ってスタックポイントや他のトラウマ反応を分析し、問題ある認知に向き合い、その認知を変えることとなる。例として、最初の出来事の意味筆記で見つけたスタックポイントや、以前のセッションで話し合われたスタックポイントを用いる。このセッション内で、治療者と患者とで 1 枚の用紙と一緒に埋めていく。次の週までに毎日、少なくともひとつのスタックポイントを選んで取り組めるよう援助する。同時に、1 週間の生活のなかで起こった出来事についても用紙を使ってみるよう促す。

自己・他者に関連した安全の問題を紹介する

治療者は、今後の 5 セッションで話し合っていく 5 つテーマのうちの初めのひとつを紹介する。

これ以降の 5 回のセッションでは、トラウマティックな出来事に影響を受けたと思われる、人生に関わる信念について考えていきます。セッションごとに、出来事より以前に抱いていた信念を考えてもらい、そして_____ [インデックストラウマ] が以前の信念にどう影響したかを考えていただきます。こうしたテーマがスタックポイントに現れているのであれば、用紙に取り組み、自分に言う言葉を変えていってもらいたいと思います。5 つのテーマとは、安全、信頼、力とコントロール、価値、親密さです。どのテーマも 2 つの方向から考えます。ひとつは自分自身についてどう考えるか、もう一つは、他者についてどう考えるかです。

最初に取り組むテーマは、“安全”です。_____ [出来事] より以前に、自分はかなり安全であり（他者は危険ではなく）、自分を守れると信じていたなら、この信念は出来事によって壊されやすくなります。一方で、他者は危険で、自分に危害を加えてきて、自分を守ることなどできないと、出来事以前から信じていたのならば、出来事はその信念を確証し、さらに強めることになるでしょう。成長していく中で、世の中は安全ではない、危険だと信じるようになったことに影響した体験がありますか？ 施設に保護されたことがありましたか？

• バランスのとれた信念を生み出す

• 安全のテーマを紹介する

トラウマティックな出来事に傷つけられることなどあるはずないと信じていませんでしたか？

出来事より以前の信念を述べてもらった後、そうした信念がトラウマティックな出来事によって崩されたのか、強められたのかを患者が判断できるよう援助する。他者の安全性や、被害から自分を守る能力に関わるネガティブな信念を依然として抱いているかを、治療者と患者とで判断する。そして、ネガティブな信念がいかにして不安を喚起させるかを話し合う（e.g., 「ひとりで車で出かけたら、何か悪いことが起こる」）。患者はこうした信念や感情がいかに自分の行動に影響しているか（回避）について認識する必要がある。過度に一般化された恐怖によって、スタックポイントに関連した特定の集団の人すべてを回避している患者もいる。ベトナム戦争の退役軍人はアジア人がいるといつも落ち着かなくなり、イラク戦争の帰還兵は中東出身に見える人が近くといつも身構えていると話していた。どちらの事例も、戦争時の敵と現在の友人とを区別できなくなったため、過去の体験を思い出させる人に会った際にはほぼいつも警戒するようになったと語っていた。この患者は、治療初期には確率の高低の区別がつかず、イラクでも故郷でも等しく危険だと信じていた。危害の可能性が少しでもあることは、耐えられないこととなっていた。治療者は、故郷に戻ってから何回銃撃されたかと質問して、考え直しを促した。毎晩家の周りの安全確認をし、夕方はパトロールをしているから安全だと患者は答えた。治療者は近所や近隣住民がこれまで何回襲われたかを尋ね、また、自分の感情（感情による理由づけ）ではなく、危険に置かれているという根拠があるかを穏やかに尋ねた。

• 過度に一般化された恐怖・安全

このセッションの終わるか次のセッションにおいて、しかるべき安全対策と、恐怖に基づく回避とを患者が区別できるよう援助する。安全対策（e.g., 鍵を閉める。ただし、くり返し確認したりせずに）によって被害に遭う可能性を減らせるが、このときに恐怖やパニックを感じる必要はなく、過剰な回避行動を取る必要もない。しかしながら、世の中には予測不可能で回避不能な出来事もあり、この場合には危険を減らすことはできない（e.g., 世界貿易センタービルへのテロ攻撃）。一般化された恐怖はトラウマティックな出来事を防ぐことにはつながらず、単に回復を阻害するだけである。同じようなかたちで、トラウマに関連した要因に多大な注意を向けてあらゆる安全対策をしている一方で、より危険性の高い他の要因には見向きもしない患者もいる。たとえば、自宅で襲われた患者がいた。何年もの間、彼女は自宅の警報システムや安全対策に莫大な資金と時間をかけていた。一方、彼女は定期的に飲みに出かけては、友人と酒に酔っていた。そして、飲物に睡眠薬を入れられ、デートレイプの被害に遭うことになった。それでもまだ、彼女は自宅で襲撃される可能性にのみ注目し、その他にある危険については無視していた。

• 過度に一般化された恐怖を取り除く

自分に何を言っているか（自己陳述）を認識し、代わりとなるような、より適切な、あまり恐怖が喚起されない表現をしていけるよう援助する（e.g., 「また起こるに違いない」を「また起こることはないだろう」に置き換える）。出来事が一度でも起こったら、それはまた必ず起こることを意味すると信じている患者もいる。統計的な確率について取り上げ、その出来事が毎日、毎週、毎年起こってきたものではないことを患者に思い出してもらおう。事実として、確率が低い出来事なのである。2度と起こることはないかと約束はできないが、まるで高い確率で起こるものとして行動する必要はないことがわかるように援助する。治療者はまた、患者が根拠なしに結論に飛躍していることを指摘できる。

練習課題

安全のテーマについて考えるために、その資料を渡す。安全やその他のモジュールは McCann & Pearlman¹⁵ (1990a) の仕事に基づいている。もし、患者の行動や発言から自己や他者の安全に関するスタックポイントが明らかになれば、次の次のセッションまでに少なくとも 1 枚の安全に関する用紙を記入してきてもらうようにする。それがなければ、これまで見つけてきた他のスタックポイントや、トラウマに関係して苦痛となっている最近の出来事について、信念を考え直す用紙を使って取り組んでくるようにする。

信念を考え直す用紙を使って、毎日ひとつのスタックポイントを分析し、向き合ってください。安全についての資料を読み、以前から持っていた信念が [出来事] によってどう影響を受けたかを考えてください。自分や他者についての安全の問題が何かあれば、そうした信念に向き合うために少なくとも 1 枚を完成させてきてください。残りの用紙は、他のスタックポイントや、最近起きた嫌な出来事について取り組んでください（※訳注：次回までに毎日とりくめるよう、最低 6 枚の空白の用紙を渡す）。

• 安全の資料を渡す

• セッション 7 の練習課題を出す

¹⁵ McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990a). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy and transformation*. New York: Brunner/Mazel.

サンプル セッション7の経過記録

コンタクト：50 分の精神療法セッション

内容：PTSD に対する CPT の第 7 セッションを行った。患者は練習課題をやり遂げており、問題ある思考パターンを同定してきた。患者自身が自分で認知再構成をする方法として、信念を考え直す用紙を紹介した。用紙の使い方を説明するために、これまでの治療で話されたスタックポイントの例をひとつ用いた。患者は自らの不適応的な思考を徐々に考え直せるようになってきている。治療の残りで標的となる 5 つのテーマが紹介され、次のセッションまでに安全について探ってくるよう焦点が当てられた。次のセッションまでに信念を考え直す用紙を使ってスタックポイントに毎日取り組み、安全のスタックポイントに関連した資料を読むことに患者は同意した。

計画：CPT を継続する

信念を考え直す用紙

A. 状況 嫌な気持ちにながった出来事や考え、信念を挙げてください	B. 考え／スタックポイント Aに関連する考え／スタックポイントを書いてください この考え／スタックポイントを、どれくらい信じていますか？ (0-100%)	D. 考え直し 考え直しの質問を使って、Bの考え／スタックポイントを見直しましょう その考えは、バランスがとれ、事実に基づいたものか、それとも極端なものか、考えてください 根拠？ 反証？ 習慣、事実？ 見逃している情報？ 全か無？ 極端さや誇張は？ 一部分だけに焦点？ 情報源は確か？ “あり得る”を“よくある”と混同？ 基にしているのは感情、事実？ 関係ないことに注目？	E. 問題ある思考パターン 問題ある思考パターン用紙を使って、あなたの考えが、問題を引き起こしやすい考え方のパターンになっていないか確認してください <input type="checkbox"/> 結論への飛躍 <input type="checkbox"/> 過大・過小評価 <input type="checkbox"/> 重要な部分の無視 <input type="checkbox"/> 過度の単純化 <input type="checkbox"/> 過度の一般化 <input type="checkbox"/> 読心術 <input type="checkbox"/> 感情による理由づけ	F. 別の考え Bの他に、何と云えるでしょうか？ コラムBとは別の解釈をすると？ 別の考えをどれくらい信じられるか、0-100%で評定してください
C. 感情 悲しみ、怒りなど、どんな感情を感じていたかを記し、それぞれの感情の強さを0-100%で評定してください				
G. 以前の考え／スタックポイントの再評価 Bの考えを、今どれくらい信じているか、0-100%で再評定してください		H. 感情 今、どのように感じていますか？(0-100%)		

信念を考え直す用紙

記入例 1 (性被害のトラウマ)

A. 状況	B. 考え／スタックポイント	D. 考え直し	E. 問題ある思考パターン	F. 別の考え
嫌な気持ちにながった出来事や考え、信念を挙げてください	Aに関連する考え／スタックポイントを書いてください この考え／スタックポイントを、どれくらい信じていますか？(0-100%)	考え直しの質問を使って、Bの考え／スタックポイントを見直しましょう その考えは、バランスがとれ、事実に基づいたものか、それとも極端なものか、考えてください	問題ある思考パターン用紙を使って、あなたの考えが、問題を引き起こしやすい考え方のパターンになっていないか確認してください	Bの他に、何と言えるでしょうか？ コラムBとは別の解釈をすると？ 別の考えをどれくらい信じられるか、0-100%で評定してください
男に襲われた	こんなことが起こったのは、自分のせいだ。もし自分もつと気をつけなければ、被害に遭わなくて済んだ。 80%	根拠？ 違う道も歩けた 反証？ 自ら進んで行ったことではない 習慣、事実？ 親にそう言われ続けた 見逃している情報？ 加害者自身の存在や犯罪行為 全か無？ 極端さや誇張は？ 全てが自分のせいとは言えない 一部分だけに焦点？ 情報源は確か？ 母の言うことは絶対だと思っていた “あり得る”を“よくある”と混同？ 基にしているのは感情、事実？ 関係ないことに注目？ 自分がどうこうできる問題ではなかったかもしれない	<input type="checkbox"/> 結論への飛躍 自分のせいだと決めつけているかもしれない <input type="checkbox"/> 過大・過小評価 自分の責任として過大評価しているかもしれない <input type="checkbox"/> 重要な部分の無視 <input type="checkbox"/> 過度の単純化 <input type="checkbox"/> 過度の一般化 <input type="checkbox"/> 読心術 <input type="checkbox"/> 感情による理由づけ 母に責められて、怖かった。自分が悪いと思えばいいんだろうと思ふようになっっていた。苦しいのも、自分が悪いことをしたから苦しいんだと思っっていた	犯罪行為をしたのは加害者であり、あの男が悪い。母の言うことは絶対だったから、自分を責めなくてはいけなかった。必ずしもそうじゃない。本当に苦しかったし、嫌だった。自ら進んでやったことのように思うのは、おかしいかもしれない。 60%
	C. 感情			G. 以前の考え／スタックポイントの再評価
	悲しみ、怒りなど、どんな感情を感じていたかを記し、それぞれの感情の強さを0-100%で評定してください 自分への怒り 80% 怖い 70%			Bの考えを、今どれくらい信じているか、0-100%で再評定してください 40%
				H. 感情
				今、どのように感じていますか？(0-100%) 自分への怒り 20% 母への怒り 70% 犯人への怒り 90% 怖い 40%

信念を考え直す用紙

記入例2 (交通事故のトラウマ)

A. 状況	B. 考え/スタックポイント	D. 考え直し	E. 問題ある思考パターン	F. 別の考え
嫌な気持ちにながった出来事や考え、信念を挙げてください	Aに関連する考え/スタックポイントを書いてください この考え/スタックポイントを、どれくらい信じていますか？ (0-100%)	考え直しの質問を使って、Bの考え/スタックポイントを見直しましょう その考えは、バランスがとれ、事実に基づいたものか、それとも極端なものか、考えてください	問題ある思考パターン用紙を使って、あなたの考えが、問題を引き起こしやすい考え方のパターンになっていないか確認してください	Bの他に、何と言えるでしょうか？ コラムBとは別の解釈をします？ 別の考えをどれくらい信じられるか、0-100%で評定してください
友人を事故で亡くした	もし自分ももっと気をつけていれば、事故に遭わなくて済んだし、友人を死なせることもなかった 90%	根拠？ 自分が車を運転していた 反証？ 赤信号で車が突っ込んできた 習慣、事実？ 友人のお母さんから言われて、そう思うようになった 見逃している情報？ 自分は信号が青だと確認した 全か無？ 極端さや誇張は？ 一部分だけに焦点？ 情報源は確か？ “あり得る”を“よくある”と混同？ 基にしているのは感情、事実？ 関係ないことに注目？	<input type="checkbox"/> 結論への飛躍 事故が起こったのは自分のせいだというのは、決めつけかもしれない <input type="checkbox"/> 過大・過小評価 自分の責任を、大きく見積もりすぎているかもしれない。どんなに気を付けていても、事故が起こることはある <input type="checkbox"/> 重要な部分の無視 信号無視したのは、事故の相手であって、自分はルールを守って運転していた <input type="checkbox"/> 過度の単純化 <input type="checkbox"/> 過度の一般化 <input type="checkbox"/> 読心術 <input type="checkbox"/> 感情による理由づけ あの時、出かけたことや、脇を十分確認しなかったことを悔やんでいる。だから、自分が悪いと考えてしまったのかもしれない	僕はルールを守って運転していた。信号無視をする車がなかったら、事故にはならなかった。誰にだって、予測できないことはある 50%
		C. 感情	G. 以前の考え/スタックポイントの再評価	
		悲しみ、怒りなど、どんな感情を感じていたかを記し、それぞれの感情の強さを0-100%で評定してください 後悔 90% 悲しみ 70%	Bの考えを、今どれくらい信じているか、0-100%で再評定してください 50%	
			H. 感情	今、どのように感じていますか？(0-100%) 後悔 30% 事故の相手への怒り 80% 悲しみ 70%

信念を考え直す用紙

記入例3（生活場面）

A. 状況	B. 考え／スタックポイント	D. 考え直し	E. 問題ある思考パターン	F. 別の考え
嫌な気持ちにながった出来事や考え、信念を挙げてください 飛行機に乗らなければならない	Aに関連する考え／スタックポイントを書いてください この考え／スタックポイントを、どれくらい信じていますか？ (0-100%) 飛行機は危険だ 75%	考え直しの質問を使って、Bの考え／スタックポイントを見直しましょう その考えは、バランスがとれ、事実に基づいたものか、それとも極端なものか、考えてください 根拠？ 飛行機事故で死んだ人がある 反証？ 昔よりも安全は向上している 習慣、事実？ 見逃している情報？ 毎日たくさんの人が飛行機に乗っているけれど、その人たちに何も起きていない 全か無？	問題ある思考パターン用紙を使って、あなたの考えが、問題を引き起こしていないか確認してください <input type="checkbox"/> 結論への飛躍 <input type="checkbox"/> 過大・過小評価 <input type="checkbox"/> 重要な部分の無視	Bの他に、何と言えるでしょうか？ コラムBとは別の解釈をします？ 別の考えをどれくらい信じられるか、0-100%で評定してください 飛行中に私が死んだら怪我をする機会はめったにない 95% 急なトラブルが飛行機を襲っても、それに対して私は何もできない 80%
	<div data-bbox="774 1305 853 1680"> <h3>C. 感情</h3> </div> 悲しみ、怒りなど、どんな感情を感じていたかを記し、それぞれの感情の強さを0-100%で評定してください 恐れ 100% 絶望感 75% 不安 75%	極端さや誇張は？ 危険性を大げさに見ている 一部分だけに焦点？ 情報源は確か？ “あり得る”を“よくある”と混同？ 飛行機事故はよく起こることだと言い聞かせてきた 基にしているのは感情、事実？ 関係ないことに注目？	<input type="checkbox"/> 感情による理由づけ 自分を弱いと感じるから、飛行機に乗って怪我をするとか殺されると思うのかもしれない 95% <input type="checkbox"/> 過度の単純化 <input type="checkbox"/> 過度の一般化 <input type="checkbox"/> 読心術	<div data-bbox="774 183 853 560"> <h3>G. 以前の考え／スタックポイントの再評価</h3> </div> Bの考えを、今どれくらい信じているか、0-100%で再評定してください 15%
			<div data-bbox="1013 560 1434 931"> <h3>H. 感情</h3> </div> 今、どのように感じていますか？(0-100%) 恐れ 40% 絶望感 5% 不安 10%	

信念を考え直す用紙

記入例 4 (生活場面)

A. 状況	B. 考え／スタックポイント	D. 考え直し	E. 問題ある思考パターン	F. 別の考え
嫌な気持ちにながった出来事や考え、信念を挙げてください	Aに関連する考え／スタックポイントを書いてください この考え／スタックポイントを、どれくらい信じていますか？ (0-100%)	考え直しの質問を使って、Bの考え／スタックポイントを見直しましょう その考えは、バランスがとれ、事実に基づいたものか、それとも極端なものか、考えてください	問題ある思考パターン用紙を使って、あなたの考えが、問題を引き起こしていないか確認してください	Bの他に、何と言えるでしょうか？ コラムBとは別の解釈をすると？ 別の考えをどれくらい信じられるか、0-100%で評定してください
CPTの練習課題をやらずに放置している	怒りを感じたら、コントロールできなくなるだろう 50%	根拠？ 過去にも、怒った時に攻撃的に行動したことがある 反証？ 怒った時に本当に何かを壊したりしたことはない。怒りを感じても、どう行動するかは自分で選択できる。休憩を入れたり、その場から離れることもいつでもできる。 習慣、事実？	<input type="checkbox"/> 結論への飛躍 感情を感じたらコントロールできなくなると、結論に飛躍している <input type="checkbox"/> 過大・過小評価 本当はただ単に不快なだけのことを、激怒するのと同じように捉えている <input type="checkbox"/> 重要な部分の無視 怒りを感じてもコントロールを維持していたこともあることを無視している <input type="checkbox"/> 過度の単純化	怒りは攻撃的な言動をしなくても表出できる 60% 怒りは悲しみと同じ感情である。そのままだに感じて、でも行動をコントロールしつづけることはできる 60%
C. 感情		見逃している情報？ 全か無？ 極端さや誇張は？ コントロールできなくなるといのは誇張している。幾らかはコントロールできる 一部分だけに焦点？ 情報源は確か？ “あり得る”を“よくある”と混同？ 基にしているのは感情、事実？ 関係ないことに注目？		G. 以前の考え／スタックポイントの再評価 Bの考えを、今どれくらい信じているか、0-100%で再評定してください 20%
				H. 感情 今、どのように感じていますか？(0-100%) 怒り 30% 恐怖 35%

信念を考え直す用紙

記入例5（生活場面）

A. 状況	B. 考え／スタックポイント	D. 考え直し	E. 問題ある思考パターン	F. 別の考え
嫌な気持ちになつた出来事や考え、信念を挙げてください	Aに関連する考え／スタックポイントを書いてください この考え／スタックポイントを、どれくらい信じていますか？ (0-100%)	考え直しの質問を使って、Bの考え／スタックポイントを見直しましょう その考えは、バランスがとれ、事実に基づいたものか、それとも極端なものか、考えてください	問題ある思考パターン用紙を使って、あなたの考えが、問題を引き起こしやすい考え方のパターンになっていないか確認してください	Bの他に、何と言えるでしょうか？ コラムBとは別の解釈をすると？ 別の考えをどれくらい信じられるか、0-100%で評定してください
友人が、彼女の知人と私をデートさせたがっている	暴行を受けてから、私はすぐく制限された生活を送るようになった。誰かと親しくなつて、それを相手に知られてしまふのが、すぐ怖くない。だから私は、誰とも親しくなれない 75%	根拠？ 以前、暴行のことをデートの相手に話したら、その時はとても優しくしてくれた。でもその後、だんだん距離ができてしまつて、ついにはお互いに連絡をとらなくなった 反証？ 友人と家族は、今も変わらず支えてくれている 習慣、事実？	<input type="checkbox"/> 結論への飛躍 <input type="checkbox"/> 過大・過小評価 一人のデート相手に問題があったからといって、他の人もそうだとはいえない <input type="checkbox"/> 重要な部分の無視 その人は健全でも安全でもなかった	デートすること、その相手が、私が暴行された経験に対処しようとしているせいで私と何かをしないのではないのだとわかるかもしれない 60%
C. 感情		見逃している情報？ 全か無？ 健康的な人の多くは、関係から逃げ出したりしない 極端さや誇張は？ 一部分だけに焦点？ 情報源は確か？ 昔のネガティブな経験と健全でない人によって、そう思うようになった “あり得る”を“よくある”と混同？ 基にしているのは感情、事実？ 関係ないことに注目？	<input type="checkbox"/> 過度の単純化 話した相手がそのことにうまく対処できなくても、それは必ずしも悪いことではない。だって、その人との関係について何か重要なことがわかることになるのだから <input type="checkbox"/> 過度の一般化 <input type="checkbox"/> 読心術 <input type="checkbox"/> 感情による理由づけ	G. 以前の考え／スタックポイントの再評価
悲しみ、怒りなど、どんな感情を感じていたかを記し、それぞれの感情の強さを0-100%で評定してください 恐怖 50% 悲しみ 80% 怒り 50%		Bの考えを、今どれくらい信じているか、0-100%で再評定してください 50%		
H. 感情		今、どのように感じていますか？(0-100%) 恐怖 25% 悲しみ 40% 怒り 10%		

信念を考え直す用紙

記入例6（生活場面）

A. 状況	B. 考え／スタックポイント	D. 考え直し	E. 問題ある思考パターン	F. 別の考え
嫌な気持ちにながった出来事や考え、信念を挙げてください ----- 仕事中に、上司に「最近よくやってるね」と言われた	Aに関連する考え／スタックポイントを書いてください この考え／スタックポイントを、どれくらい信じていますか？ (0-100%)	考え直しの質問を使って、Bの考え／スタックポイントを見直しましょう その考えは、バランスがとれ、事実に基づいたものか、それとも極端なものか、考えてください 根拠？ 自分は今までと同じように仕事をしています。急に声をかけられるのは変だ 前の上司は私をいいように利用していた 反証？ 今までは、仕事を任せる時は遠回しに言ったりせず、普通に依頼してきた 習慣、事実？ 事件の後から、人を疑う習慣がついてしまった？ 見逃している情報？ 全か無？ 極端さや誇張は？ 一部分だけに焦点？ 情報源は確か？ 何か情報源があったわけではなく、私の思いつき “あり得る”を“よくある”と混同？ 基にしているのは感情、事実？ 関係ないことに注目？	問題ある思考パターン用紙を使って、あなたの考えが、問題を引き起こしやすい考え方のパターンになっていないか確認してください <input type="checkbox"/> 結論への飛躍 上司の発言の真意を確かめもせずに、仕事の押しつけだと決めつけてしまった <input type="checkbox"/> 過大・過小評価 <input type="checkbox"/> 重要な部分の無視 <input type="checkbox"/> 過度の単純化 <input type="checkbox"/> 過度の一般化 以前のひどかった上司と今の上司と重ねて考えている <input type="checkbox"/> 読心術 相手の意図を、勝手に悪く解釈した。本心から褒めてくれていたのかもしれない <input type="checkbox"/> 感情による理由づけ 自分に自信がないから、相手の言うこと信じられないのかもしれない	Bの他に、何と云えるでしょうか？ コラムBとは別の解釈をすると？ 別の考えをどれくらい信じられるか、0-100%で評定してください ----- 他人がみな、私を不当に利用しようとするとは限らない。中には、私のことを認め、正当に扱ってくれる人もいる 50%
	C. 感情		G. 以前の考え／スタックポイントの再評価	
	悲しみ、怒りなど、どんな感情を感じていたかを記し、それぞれの感情の強さを0-100%で評定してください 怒り 70% 恐れ 60% 悲しみ 30%			Bの考えを、今どれくらい信じているか、0-100%で再評定してください 20%
				H. 感情
				今、どのように感じていますか？(0-100%) 不安 50% 喜び 30%

記入例7 (生活場面)

THERAPIST'S MANUAL—Cognitive Processing Therapy: Veteran/Military Version 115

安全のテーマ

自分についての信念：危害から自分を守れるか、自分が物事をコントロールできるかについての信念

出来事より前の経験

よくないものだった	よかった
くり返し危険な目にあったり、状況をコントロールできず、「自分を守ることにはできない」と考えていた ↓ トラウマの影響：その通りだと確信するようになる	とくに危険な目にあうこともなく、大抵は安全に過ごしていて、「自分は守れるし世界は安全だ」と考えていた ↓ トラウマの影響：それまでの信念が壊される

自分の安全についてのネガティブな信念がもたらす症状

- ・いつも絶え間なく不安がある
- ・危険に関するイメージが突然浮かぶ（侵入思考）
- ・イライラ
- ・ちょっとしたことで驚く（驚愕反応）、身体がいつも興奮している
- ・将来起こりうる被害についての強い恐怖

解決策

もし以前にこう信じていたら..	こう言えるかもしれません
「自分には起こりっこない」 こう思っていた場合、この考えと被害を受けたことについてのズレを解決する必要があるかもしれません	「もう同じことは起こらないだろう。でも可能性はゼロじゃない」
「何が起こってもコントロールできるし、危害から身を守れる」 こう思っていた場合、この考えと被害を受けたことについてのズレを解決する必要があるかもしれません	「何でもコントロールできるわけではない。けれど、今後トラウマになるようなことが起こる可能性を減らす対策はしていける」
状況をコントロールできず、自分を守れなかった場合、トラウマの出来事は上記の信念を強めます。現実に応じた新しい信念を生み出し、“コントロールできる・自分を守れる”という感覚を高める考えにする必要があります	「コントロールできることだってある。身を守るための手段を講じることもできる。他の人の行動はコントロールできないが、自分のコントロールが効かなくなるような事態をさける手段を講じることはできる」

他者についての信念：他者の危険性についての信念や、危害・けが・喪失を引き起こす他者の故意（意図）についての考え

出来事より前の経験

よくないものだった	よかった
小さい頃から「人は危険なものだ」と思って生活していて、世の中はそういうものだと思っていた ↓ トラウマの影響：その通りだと確信するようになる	小さい頃から「人は安全だ」と感じていて、「他者が危害を及ぼすはずはなく、安全を守ってくれる」と思っていた ↓ トラウマの影響：それまでの信念が壊される

他者の安全性についてのネガティブな信念がもたらす症状

- ・人を避けたり、強い恐怖を覚えるようになる
- ・人と関わらなくなり、ひきこもる

解決策

もし以前にこう信じていたら..	こう言えるかもしれません
「他者は自分に悪意を抱いており、危害や、大けが、損失を負わせようと思っているにちがいない」 こう思っている場合、これまで関わってきた人とこれからも付き合っていけるように、そしてまた、新しく出会う人と関わって行けるように、新しい考えを考え出す必要があるかもしれません	「世の中には危険な人もいるけれど、人類全てが自分に危害を加えようとしているわけではない」
「他者に傷つけられることなんてない」 こう思っている場合、この考えと被害を受けたことについてのズレを解決する必要があるかもしれません	「誰かに危害を加えるような人間はいるかもしれない。けれど、出会う人がみんな自分に危害を加えたがっていると考えるのは非現実的だ」

セッション 8：安全

概要 セッション8－安全

1. PCL-5 を（可能であれば待合室で）実施し、回収、保管する。
セッション8の練習課題のふり返し用紙を記入し、アジェンダを設定する（5分）
2. 信念を考え直す用紙をふり返し、安全のスタックポイントに取り組む（10分）
 - ▶必要であれば、課題をやりきるのを手助けする
 - ▶認知変容の成功や問題について話し合う
 - ▶自分で修正できなかった問題ある認知に向き合うのを助ける
3. 信念を考え直す用紙を使って問題ある認知に向き合い、別の信念を生み出すのを手助けする（15分）
 - ▶“安全のテーマ”をふり返る：自己、他者の安全について考え
 - ▶確率：低い vs 高い＝現実 vs 恐れ
 - ▶%を計算する
4. 第2のテーマを紹介する：自己と他者に関連した信頼の問題（10分）
 - ▶自分への信頼＝自分の知覚や判断を信頼できるか、頼れるかについての信念
 - ▶トラウマ体験後に、多くの患者が後知恵で以下の判断を非難する
 - －そこにいたこと自体：「自分から“頼むような”ことをしたか？」
 - －出来事のあいだの行動：「起こっている間、なぜ自分は_____しなかったのだろう？」
 - －他者の性格を判断する力：「_____について知っておくべきだった」
 - ▶トラウマ体験後に、他者への信頼が壊れることが多い
 - －裏切り：加害者を信頼していた場合
 - －裏切り：他者が信じてくれなかった、支えてくれなかった場合
 - －拒絶：他者が起きたことに耐えられず、距離を置かれた場合
 - ▶自己・他者に対する信頼を、出来事の前／後で比較する
 - ▶“信頼のテーマ”を見直す
5. 練習課題を決めて、問題解決（5分）
 - ▶毎日、信念を考え直す用紙を使ってスタックポイントに挑む。ひとつは信頼に関係したスタックポイントに取り組む
 - ▶強い感情が依然としてあれば、トラウマ筆記を読むことを続ける
6. フィードバック：患者によるセッションへの感想（5分）

セッション 8：安全

セッション 8 の目標は：

1. 信念を考え直す用紙をふり返り、必要であれば用紙をやりきるのを助ける
2. 安全のテーマの資料をふり返り、用紙で取り組む必要のある自己や他者の安全に関わる問題に焦点を当てる
3. 信頼のテーマと、自己・他者への信頼について紹介する

・セッション 8 の目標

安全のスタックポイントに取り組むために、信念を考え直す用紙をふり返る

用紙をふり返ることからセッションを開始し、認知（やそれに伴う感情）を変化させられたか、問題があったかを話し合う。自分自身で修正できなかった問題ある認知に向き合う際には、治療者と患者は考え直しの質問を使うとよいだろう。たとえば、エレベーターが 20 階から突然降下し、地面に衝突する寸前に止まった体験をした患者がいた。彼はその後、悪夢とフラッシュバックを経験し、エレベーターに乗れなくなっていた。彼の思考は「エレベーターは危険だ」「次は死ぬだろう」だった。用紙には、エレベーターは安全ではないことと、今回生き残ったことが次回は死ぬことの根拠になると書いていた。患者は事実を誇張し、根拠がないのに結論づけ、感情による理由づけをしていることに自分では気づいていなかった。用紙の最後の部分では、評価は変わっていなかった。

・信念を考え直す用紙をふり返る

信念を考え直す用紙を使って問題ある認知に向き合い、別の信念を生み出す

残念なことに、上記の例は、患者が初めてこの用紙に取り組む際によく起こる。自分の考えに固執するあまり、出来事を他の角度から見つめることができないこともある。このような患者（および安全に関する問題を抱える多くの患者）に対しては、再びエレベーターの落下事故に遭う可能性に焦点を当てるところから始める。多くの人がひどくトラウマティックな出来事をその人生上で経験するが、日々の生活の中ではトラウマティックな出来事が起こる確率はとても低いことを患者に思い出してもらおう。実際に起こる確率が低いにもかかわらず、患者はその確率が極めて高いかのように行動し続けている。たとえば、上記のケースでは、以前はどれくらいの頻度でエレベーターに乗っていたかを患者に尋ねた。患者は、アパートにもエレベーターがあり、問題なく作動していたことを話した。過去 20 年間、一日に 6～8 回エレベーターに乗っていたと話した。その出来事以前にエレベーターの落下事故に遭ったことがあるかを尋ねると、患者は「いえ」と言い、さらに、エレベーターが落下して潰れた人を知っているかと尋ねた（こちらも「いえ」）。

・確率を見積もる

この時点で、治療者は計算機を取りだして言った：

“そうすると、過去 20 年間でおよそ 58000 回以上になりますね。つまり、もし今までと同じように生活し、エレベーター事故が起こる確率も同じだったとしたら、今後 20 年間に 58000 回エレベーターに乗ったとして 1 回は事故に遭うでしょうし、57999 回は事故に遭わずにエレベーターに乗れることになります。エレベーターを使う必要のある場所に行く際

には常に怯え、そうした場所を避けることは、ご自身としては納得できますか？ この確率からすると、恐ろしい瞬間は2・3回あるかもしれませんが、それに人生を支配されて、できる・できないことが決定されることを望んでおられるのでしょうか？

治療者はまた、自動車事故に遭う可能性の方がおそらく高いが、患者が車の運転を避けず、事故の恐怖を感じ続けているわけではないことを指摘した。患者は同意し、自分の信念を考え始めた。患者と治療者はもう一度用紙を完成させた。考え直しの質問の欄には、「低い確率で起こる出来事を高い確率で起こる出来事と混同している」と記入し、問題ある思考パターンの欄には、「結論への飛躍、全か無かの思考、感情による理由づけ」に丸をつけてチェックした。そして、恐怖を40%と評価した。次の週には、エレベーターに数階分乗ってみたが、以前より怖くなかったと報告した。次に事故が起これば死ぬという考えにも、うまく挑戦することができた。スタックポイントにうまくチャレンジした用紙が一枚でもできたら、患者にその用紙を何度も定期的に読み返すように勧め、考え直しに馴染んでもらうようにする。

また、イラク帰還兵の患者で、信念を考え直す用紙に初めて取り組んだ際に苦戦していた患者がいた。彼は米国に戻って半年経った今もバクダッドにいた頃と等しい危険水準にあると信じていた。米国内に攻撃を計画している人間がいるはずで、同じような危険があるのだと主張していた。彼は「何かが起こりうる」と「何かが必ず起こる」の違いを理解できないでいた。強い恐怖によって理由をつけ（感情による理由づけ）、危険だという考えが導かれていた。治療者はイラクで何回銃撃を受けたかを尋ね、患者は「たくさん」と答えた。そして、治療者はイラクに行く前、そして帰ってきた後に何回銃撃されたかを尋ねた（答えは「一度もない」）。治療者がどうして危険性が等しいという結論に至ったかを尋ねたところ、患者は「でも起こりうるじゃないですか」と答えた。治療者はそれに同意したが、それは将来必ず起こることを意味するものでないこと、「あり得る could」と「必ず起こる will」と言った場合とで、どう感じるか気づくよう促した。それぞれの言い方で感じ方が違うこと、「あり得る」と「必ず起こる」は確率で言うと全く意味が違うこと（後者は100%だが前者はそれ以下）に気づくことができた。治療者はこのスタックポイントについて信念を考え直す用紙で取り組んでくるよう、課題としてお願いした。

• 例：イラク帰還兵

自己・他者に関連した信頼の問題を紹介する

セッションの残りの時間を使って、信頼（自分への信頼、他者への信頼）のテーマを紹介し、話し合うようにする。

• 信頼のテーマを紹介する

自分への信頼とは、自分の認識や判断を信じて頼りにできるかに関しての信念です。トラウマティックな出来事の後、多くの人は後知恵で自分を疑うようになり、出来事を引き起こした状況に身を置いていた自分の判断、出来事のあいだの自分の行動を疑問に思うようになり、さらに、暴行の犯人が知人であった場合には、人の性格を判断する能力が信じられなくなります。他者への信頼も、トラウマティックな出来事の後には、崩れてしまうことがよくあります。信頼していた人に裏切られてトラウマティックな出来事が起こった場合にはもちろんですが、トラウマが起こったその最中やその後助けてもらおうと、支えてもらおうとしたときにも裏切られたと感ずることがあります。たとえば、戦闘の最中に仲間に失望した患者の方がおられました。彼はそのとき、もう誰も信じないと決心したかもしれません。そうし

た信念を何十年も持ち続ける患者がおられます。この場合、他の人たちの裏切りを示す事実が本当にあったのか、他の人たちの行動には別の説明がありうるかどうかには疑問を持たないままにいることがほとんどです。

周囲の人が患者ご本人の感情にうまく対処できず、出来事やその影響から目をそらしたり、過小評価したりすることがあります。そうした一歩引いた状態は、本人からすれば拒否されたように感じ、誰かに支えてもらえるなんて信じられなくなることがあります。愛する人が悲惨なかたちで亡くなった場合など、家族全体がトラウマティックな出来事の影響を受けている場合、それぞれがそれぞれに共感できなくなります。同じ家族のなかでも、話したりなぐさめあうことを望む人もいれば、自分の感情に対処できずに距離を置くようになる人もいます。しっかりとコミュニケーションをとらない限り、そうした悲嘆や引きこもりのサイクルは、支えの欠如と誤解されたり、誤った解釈をもたらしかねません。

出来事が起こる以前、ご自身の判断についてはどう感じていましたか？ 他の人を信頼して
いましたか？ どのように？ 出来事以前の体験が、信頼感にどう影響していましたか？
_____は、自分や他者への信頼感にどう影響しましたか？

治療者と患者は、信頼のテーマの資料にざっと目を通すようにする。練習として、用紙を用いて、安全と信頼のテーマをについて分析し、向き合ってきてもらうようにする。

• 信頼の資料を渡す

練習課題

信頼のテーマの資料を読んで、出来事を体験する以前の自分の信念と、そうした信念が出来事によっていかに変化・強化されたかについて考えてきてください。信念を考え直す用紙を使って、引き続きスタックポイントを分析してください。自己や他者への信頼に注意を向けるとともに、まだ安全について重要なスタックポイントが残っている場合には、それについても考えてきてください。

• セッション8の
練習課題を出す

サンプル セッション 8 の経過記録

コンタクト：50 分の精神療法セッション

内容：PTSD に対する CPT の第 8 セッションを行った。患者は練習課題をやり遂げており、信念を考え直す用紙に毎日取り組んできた。取り組んできた用紙を振り返ってさらに認知再構成をするとともに、用紙の取り組み方を微修正した。安全に関連したスタックポイントに特に焦点を当てた。信頼に関するスタックポイントを紹介し、患者はこのテーマに関する資料を読むことに同意した。患者は次回までに毎日、信念を考え直す用紙をやり遂げることに同意した

計画：CPT を継続する

信念を考え直す用紙

A. 状況	B. 考え／スタックポイント	D. 考え直し	E. 問題ある思考パターン	F. 別の考え
嫌な気持ちにながった出来事や考え、信念を挙げてください	Aに関連する考え／スタックポイントを書いてください この考え／スタックポイントを、どれくらい信じていますか？ (0-100%)	考え直しの質問を使って、Bの考え／スタックポイントを見直しましょう その考えは、バランスがとれ、事実に基づいたものか、それとも極端なものか、考えてください	問題ある思考パターン用紙を使って、あなたの考えが、問題を引き起こしていないか確認してください	Bの他に、何と言えるでしょうか？ コラムBとは別の解釈をすると？ 別の考えをどれくらい信じられるか、0-100%で評定してください
		根拠？ 反証？ 習慣、事実？ 見逃している情報？	<input type="checkbox"/> 結論への飛躍 <input type="checkbox"/> 過大・過小評価 <input type="checkbox"/> 重要な部分の無視	
	C. 感情	全か無？	<input type="checkbox"/> 過度の単純化	G. 以前の考え／スタックポイントの再評価
	悲しみ、怒りなど、どんな感情を感じていたかを記し、それぞれの感情の強さを 0-100%で評定してください	極端さや誇張は？ 一部分だけに焦点？ 情報源は確か？ “あり得る”を“よくある”と混同？ 基にしているのは感情、事実？ 関係ないことに注目？	<input type="checkbox"/> 過度の一般化 <input type="checkbox"/> 読心術 <input type="checkbox"/> 感情による理由づけ	Bの考えを、今どれくらい信じているか、0-100%で再評定してください
				H. 感情
				今、どのように感じていますか？(0-100%)

信頼のテーマ

自分についての信念：自分の感覚や判断を信頼できるかどうかの信念。「自己概念（自分についての考え）」の重要な一部で、この考えは自分を守る機能もある

出来事より前の経験

よくないものだった	よかった
つらい出来事があったときに人から責められた経験があり、「自分は状況や他者をしっかり判断できず、物事をきちんと決定できない」と考えていた ↓ トラウマの影響：その通りだと確信するようになる	それまでの経験から、「自分は判断力があるし、物事を決定することもできる」と考えていた ↓ トラウマの影響：それまでの信念が壊される

自分への信頼についてのネガティブな信念がもたらす症状

- ・自分自身に裏切られたような気持ち
- ・不安、混乱
- ・過度に注意深い
- ・物事を決められない
- ・自分自身を疑ったり、過剰なまでに自分を批判する

解決策

もし以前にこう信じていたら..	こう言えるかもしれません
「自分の判断を信頼できない」 「自分はいつも間違った判断をする」 自分の感覚や判断が頼りないと考えている場合、トラウマの出来事はその考えを強めてしまいます。 出来事があなたのせいではないこと、あなたの判断がトラウマを引き起こしたわけではないことを理解できるように、現実に応じた信念を見つける必要があります	「完璧ではないけれど、自分の判断を信じることはできる」 「状況や人についての判断が間違っていたとしても、それはありうること。他者が何をするのかをいつも予測することはできないし、自分が思ったとおりに状況がいつも進んでいくとも限らない」
「自分はいつもしっかり判断できる」 こう思っていた場合、トラウマの出来事はこの考えをくつがえしてしまいます。ミスをすることもあるけれど、自分の判断はそれほど悪くないという考えを持てるようにする必要があるかもしれません	「いつも完璧な判断ができる人なんていない。予測不能の状況で自分にできうる判断をしたのだし、完璧ではないにしても、いまでも自分の判断や決定を信じることはできる」

他者についての信念：他者やある集団の人々が約束した将来の行動について信頼できるかどうかの信念。人が成長する中でまず学ぶことは、他者が信頼できるかどうかについてです。人は成長していくなかで、信頼することと信頼しないことのバランスや、いつ信頼しいつ信頼しないのがいいのかを学んでいく必要があります。

出来事より前の経験

よくないものだった	よかった
小さい頃に人から裏切られたことがあり、「誰も信頼できない」と考えていた ↓ トラウマの影響：その通りだと確信するようになる（とくに知人から被害を受けた場合）	小さい頃からいい経験をしてきていて、「誰も信頼できる」と考えていた ↓ トラウマの影響：それまでの信念が壊される

トラウマの出来事から後の経験

出来事の後に、知人や信頼していた人があなたを非難し責めたり、距離を置いたり、助けになってくれなかったら、あなたの人間に対する信頼は壊されてしまいます

他者への信頼についてのネガティブな信念がもたらす症状

- ・いつも、多くの他者に対して幻滅し失望する
- ・裏切られ、見放されることを恐れる
- ・裏切った人に対する怒りと激怒
- ・何度も裏切られたときには、信頼できるはずの人さえも疑ってしまうようになる
- ・人と親密に、仲良くなることが怖くなる。とくに、信頼が芽生えつつあるときには裏切られる不安や恐怖が強くなる
- ・人と関係ができることから逃げる

解決策

もし以前にこう信じていたら..	こう言えるかもしれません
「誰も信じることはできない」 こう思っていた場合、トラウマの出来事がこの考えを強めてしまいます。信頼できないために対人関係を避けている状態から、新しい人との関わりに踏み出せるように、新しい信念を見つけていく必要があります	「信頼できない人もいるけれども、みんながそうだと思う必要はない」 「信頼は全か無かで考えるものではない。信頼できる人もいれば、それほど信頼できない人もいる」 「人を信じることにはリスクがつきものだ。けれど、少しずつ様子を見て、相手のことがわかってきたら、それを踏まえて信頼していけばいい。そうすることで、自分を守ることができる」
「人はみな信用できる」 こう思っていた場合、この考えは壊されてしまいます。これまで信頼していた人まで疑ってしまうようなことにならないように、信頼は「必ず信頼できるか・全く信頼できないか」という極端な問題ではないことを理解する必要があります	「人間全てを信頼することはできないだろう。けれど、これまで信頼してきた人のことを信じなくなる必要はない」

家族、身内、友人や知人、地域社会や国といった組織など、あなたを支えてくれる人たちへの信頼が打ち砕かれてしまったときには、人のことを全て信じないと決めつけてしまう前に、まずは考えるべきことを考えましょう。大事なことは、その人達がどういう反応をしていたのかをしっかりとふり返り、そうした反応がどうしてあなたにとって支えにはならなかったのかを考えることです。

多くの人はどう反応したらいいかわからず、事実を知らなかったことのように反応してしまうこともあります。ひどく恐れて、出来事を否定する人もいます。そういう人は、起こった出来事を考えると自分が弱く危険だと恐れたり、その人の信念も壊されてしまうのではと怖くなるからです。あなたがどういうふうに支えて欲しいのかを伝え、お願いする練習をすることが、そうした人たちの信頼を見抜いていく上での第一歩となるかもしれません。

誰かとトラウマの出来事について話をしているときに、あまり気持ちの支えになっていくれないと感ずることがあるかもしれません。そういうときには、「出来事の話をするにはあまり信頼感がもてない人たちなのかもしれない。けれども、違うことで助けになってくれるかもしれない」と言えるかもしれません。

もし非難し続けたり、あなたのことを否定するような人がいたら、その人はもはや信頼できないのかもしれません。これは残念なことです。けれども、以前は友だちだと思っていた人でも、トラウマの後には本当の友人ではなかったと気づく人もいます。一方で、あなたが予想もしていなかった人が、あなたの支えになってくれる場合もあります。

セッション 9：信頼

概要 セッション9－信頼

1. PCL-5 を（可能であれば待合室で）実施し、回収、保管する。
セッション9の練習課題のふり返し用紙を記入し、アジェンダを設定する（5分）
2. 信念を考え直す用紙をふり返り、信頼のスタックポイントに挑戦し、別の信念を生み出す（10分）
3. 信頼のスタックポイントで浮上する判断の問題について話し合う（15分）
 - ▶ 信頼は連続線上にあるもので、“全か無か”ではない
 - ▶ いろいろな種類の信頼：お金 vs. 秘密
 - ▶ “星”のダイアグラム
 - ▶ 社会的サポート（家族や友人）について話し合う：拒絶ではなく、感情／無力／弱い／不十分／無知を感じることから本人たちを守っているのかもしれない
4. 第3のテーマを紹介する：自己と他者に関連した力とコントロールの問題（10分）
 - ▶ 自分の力（自己効力感）
 - ▶ 人は自然と、問題解決できて新しい挑戦に向き合えると考えている
 - ▶ トラウマを受けた人は、すべてをコントロールして安全を確保しようとすることが多い
 - ▶ “完璧なコントロール”でないと、“コントロール不能”と感じる
 - ▶ 他者に対する力
 - ーコントロールへのこだわりが人間関係に影響し、それまでの人間関係を支配し、新しい人間関係をもたないようになる
5. 練習課題を決めて、問題解決（5分）
 - ▶ ひとつは力とコントロール（必要であれば、安全と信頼も）のスタックポイントを見つけ、信念を考え直す用紙を使って向き合う
 - ▶ 強い感情が依然としてあれば、トラウマ筆記を読むことを続ける
6. フィードバック：患者によるセッションへの感想（5分）

セッション 9：信頼

セッション 9 の目標は：

1. 自己・他者への信頼について取り組んできた信念を考え直す用紙をふり返る
2. 他のスタックポイントについての用紙をふり返る
3. 力とコントロールのテーマについて紹介する

・セッション 9 の目標

信頼のスタックポイントに挑戦し、別の信念を生み出すために信念を考え直す用紙をふり返る

他のセッションと同じように、セッションの始めに練習課題に目を通し、患者がうまく認知を変えられたものと、難しかったものを話し合う。信頼に関する問題は、PTSD 患者に一般的にみられるが、知人から被害を受けた者で特に多い。こういった人たちは、加害者が自分を傷つけるかどうかについて見分けられるべきだったと考え、誰が信頼できて誰が信頼できないのかについての自分の判断に疑問を持つようになる。出来事を後からふり返る時に、多くの患者は出来事の発生につながる手がかりや兆候を探そうとする。そして、出来事は予測可能なもので、自分が防ぎ損ねたのだと考えるようになる（あるいは、災害の場合のように、少なくとも結果として起こったことは防げたはずだと判断する）

信頼のスタックポイントから浮上する判断の問題について話し合う

自分への信頼の欠如は、他の生活領域における機能にも広く影響を与え、患者は日々の状況で判断できなくなるかもしれない。信頼は連続線上のものではなく全か無かの概念となっており、信じられるに値する証拠が圧倒的にある状況でない限り、何も信じなくなる。その結果、人と関わらず、引きこもるようになる。

・信頼について説明する

治療者は、信頼は連続線上のもので、いろいろな面を持つことを示す必要がある。時に人は、ある一部分が信頼できないからといって、すべて信頼できないと決めつけてしまう。

T：信頼には程度があり、種類もさまざまです。たとえば、ある人に対しては 2000 円を貸してもいいなと思うかもしれませんが、秘密を話したくはないという場合はありますよね？

P：はい

T：私の場合ですが、命を預けられるくらい信頼できるけれども、2000 円貸したら忘れて返してくれないだろうなという人もいます

P：ええ、そういう人もいますね

T：また別の人で、天気の話でさえ信頼して話せないなという人もいます。その人は、いちいちけちをつける人なのです。しかしながら、誰は信頼できて、誰はできないのかを判断するには、時間がかかるものです

P：だから、はじめから誰も信頼しないほうがいいんです

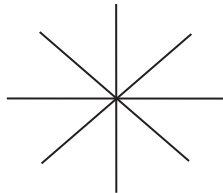
T：そこで問題となるのは、人間関係では次第に互いを掘り下げて知ろうとしていくものだということです。どこまでいったら十分でしょうか？ それに、孤独で、寂しくて、本当はもっと友達が必要だとおっしゃってられましたね

P：そうですが、すべての人を信頼すると、傷つけられると思います

T：まさにそうですね。確かに、すべての人が信頼できるという前提に立つのは危険だと思います。でも、信頼できる、信頼できないという極端な考え以外で、関係を始めることはできないでしょうか？

P：どういう意味ですか？

T：「信頼できる」と「信頼できない」の真ん中を、ゼロとします。ここは、全く情報がないということです。そして、真ん中の点からシーソーのように一直線上にあるものとしてではなく、いろいろな方向に線が延びているものとして考えることができます（下の星型の図を紙に描いて説明する）



秘密を話せるという信頼の線、お金を貸せるという信頼の線、あるいは、弱点を利用して傷つけてくるという意味での信頼の線などもあるかもしれません。相手のことを知るとつれて、どの線の上のどの位置になるかわ変わってきます。すべての線がポジティブな方向に向いているなら、その人は多くの点で信頼のおける人ということになります。いくつかの線がポジティブで、他の線がネガティブであれば、自分の深い部分の話や、お金を貸すことはやめる必要があるかもしれませんが、だからといって無理に切り離す必要はありません。その人の限界を知ったにすぎません。どの領域でもネガティブな側に位置づけられる人は、距離をおいたほうがいい人ということになります

P：言いたいことはわかります。でも、誰かに自分を傷つける機会を与えるのが怖いんです

T：そうですね、大きな事柄からはじめる必要はありません。小さなことから始めて、相手はどう反応するか見てみるようにします。他の人がその人のことをどう言うか、その人とどんな経験をしたかを聞くこともできます。そうやって、情報を得ることもできます。

友人や家族を信頼することに関して、なぜ友人や家族が本人に対して冷たい態度で接することがあるのかを説明するとよいだろう。それは、彼ら自身の無力感や弱さに対する自己防衛反応かもしれない。あるいは、世界は公正であるという彼らの信念を守るためかもしれない。時に、ただ単にどういう反応をしたらいいのか、何を言ったらいいのかわからないため、家族や友人がネガティブに対応したり一歩引いてしまい、それを患者が拒絶されたと解釈することがある。また、家族も同じように傷つき動揺していることに患者のほう気づけない場合もある。「でもなぜ動揺するのか理解できません。私に起こった出来事です」と患者がいうことは珍しくない。治療者は、他の人に支えてもらいたいときに、どのように求めたらよいかを患者と話し合うことができるだろう。（e.g.,「アドバイスはしなくていいの。ただ話を聞いて、何が起きているかを理解してほしいのだけだ」）

• 家族や友人の反応と、信頼

自分への信頼に関わることで、当時そこにいた他の人も出来事が起こる兆候を見つけられなかったこと、非常事態のただ中であって、自分の行動の結果（もしくは、自分が何か違うことをしていた場合の結果）を予測することなどできなかったということを、治療者が指摘することは重要である。終わった後の判断（後知恵）はより正確なものになるだろうが、それは終わったからわかるのであって、これから先の将来の他者の行動を完璧に予測することは誰にも不可能である。すべての人を過剰に疑うことで、患者は、実際は信頼できる人さえ遠ざけてしまうかもしれない。結果的に、心からの支えや親密さをもたらしてくれる人々を遠ざけ、孤立してしまうことになる。

・自分への信頼

自己・他者についての力とコントロールのテーマを紹介する

続いて、次のテーマである力とコントロールについて紹介する¹⁶。次のセッションに備えて、力とコントロールの資料を読み、取り組んでもらうようにする。自分の力（自己効力感）とは、問題を解決でき、新しい課題に挑めるという考えを指す。出来事がコントロールできないものであったために、トラウマを体験した人はあらゆる状況や感情を完全にコントロールしようとする人が多い。また、「すべてをコントロールしなければならない、さもないと全くコントロールできないことを意味する」という非現実的な信念を持っていることがある。ここでも、全か無かの考えがみられる。逆に、自分は何もコントロールできないと過度に一般化して信じている患者もあり、何をしてもだめだろうと考え、自分で判断したり積極的に行動したりしなくなることもある。信頼と同じように、コントロールも多面的なものである。治療者はこう尋ねる。「何についてのコントロールですか？ 感情について？ お金の使い方？ 神経質になっている習慣ですか？」感情のネジを緩めたら極限に達して、完全にコントロールを失うと信じている PTSD 患者は多い。

・力とコントロールの資料を渡す

他者に対する力は、人間関係上で起こることをコントロールできる・できないという信念に関わる。人から暴力を受けた被害者は、特にそれが知人からのものであった場合、トラウマの後に作られる新しい人間関係において相手を完全にコントロールしようとしたり、他の人がコントロールすることを全く許せなくなることがある。その結果、今までの関係は壊れ、新しい関係を築けなくなり、人と関わるあらゆる状況を回避することになる。この問題は、他者への信頼と密接に関連するものであり、スタックポイントを探す必要がある。

治療者は、トラウマ以前の体験がこうした信念にいかに関与するか、トラウマティックな出来事がネガティブな信念を確認させ、ポジティブな信念を破壊するかを説明する。練習として、用紙を使ってこれらの信念を分析し、向き合ってきてもらう。

練習課題

信念を考え直す用紙を使って、スタックポイントへの取り組みを続けてください。力とコントロールの資料を読んで考え、このテーマについてひとつ用紙を完成させてください。

・セッション9の練習課題を出す

¹⁶ 訳注：Power/Control を“力とコントロール”と訳しているが、“権力と支配”と訳すこともできる。臨床場面では、このようなニュアンスを患者に伝えることも役立つだろう。

サンプル セッション 9 の経過記録

コンタクト：50 分の精神療法セッション

内容：PTSD に対する CPT の第 9 セッションを行った。患者は練習課題をやり遂げており、信念を考え直す用紙に毎日取り組んできた。取り組んできた用紙をふり返り、さらなる認知再構成をするとともに、用紙の取り組み方を微修正した。信頼に関連したスタックポイントに特に焦点を当てた。力とコントロールに関するスタックポイントを紹介し、患者はこのテーマに関する資料を読むことに同意した。患者は次回までに毎日、信念を考え直す用紙をやり遂げることに同意した

計画：CPT を継続する

信念を考え直す用紙

A. 状況	B. 考え／スタックポイント	D. 考え直し	E. 問題ある思考パターン	F. 別の考え
嫌な気持ちにながった出来事や考え、信念を挙げてください	Aに関連する考え／スタックポイントを書いてください この考え／スタックポイントを、どれくらい信じていますか？ (0-100%)	考え直しの質問を使って、Bの考え／スタックポイントを見直しましょう その考えは、バランスがとれ、事実に基づいたものか、それとも極端なものか、考えてください	問題ある思考パターン用紙を使って、あなたの考えが、問題を引き起こしやすいう考え方のパターンになっていないか確認してください	Bの他に、何とも言えるでしょうか？ コラムBとは別の解釈をします？ 別の考えをどれくらい信じられるか、0-100%で評価してください
		根拠？ 反証？ 習慣、事実？ 見逃している情報？	<input type="checkbox"/> 結論への飛躍 <input type="checkbox"/> 過大・過小評価 <input type="checkbox"/> 重要な部分の無視	
		全か無？ 極端さや誇張は？ 一部分だけに焦点？ 情報源は確か？	<input type="checkbox"/> 過度の単純化 <input type="checkbox"/> 過度の一般化 <input type="checkbox"/> 読心術	
		“あり得る”を“よくある”と混同？ 基にしているのは感情、事実？ 関係ないことに注目？	<input type="checkbox"/> 感情による理由づけ	
	C. 感情			G. 以前の考え／スタックポイントの再評価
	悲しみ、怒りなど、どんな感情を感じていたかを記し、それぞれの感情の強さを0-100%で評価してください			Bの考えを、今どれくらい信じているか、0-100%で再評価してください
				H. 感情
				今、どのように感じていますか？(0-100%)

力とコントロールのテーマ

自分についての信念：問題を解決したり、困難に立ち向かえるかどうかの信念。力についての信念は、自己成長の能力と関係しています。

出来事より前の経験

よくないものだった	よかった
つらい出来事があったり、そこから逃げられない状況が続いて、本当はコントロールできたり解決できるものについても「 自分は状況をコントロールできないし、解決できない 」と考えるようになった。こうした考えは 学習性無力感 と呼ばれます ↓ トラウマの影響：その通りだと確信するようになる	それまでの経験から、「 状況をいつでもコントロールできるし、どんな問題も解決できる 」と考えていた。こうした考えは、時には非現実的なまでに楽観的になっていることもあります。 ↓ トラウマの影響：それまでの信念が壊される

自分の力とコントロールについての ネガティブな信念がもたらす症状

- ・気持ちがまひする
- ・感情を感じるのを避けるようになる
- ・なにをするにも受け身になり、積極的になれない
- ・将来に希望がないと感じる、抑うつ的になる
- ・自分を苦しめる思考・行動パターン
- ・自分のコントロールがきかない状況や、自分の思うとおりに人が動いてくれないときに激高してキレてしまう

解決策

もし以前にこう信じていたら..	こう言えるかもしれません
「 自分は何だってコントロールできる 」 こう考えている場合、いつも自分の感情や行動を完全にコントロールできる人などいないことを理解することが大切です。もちろん、あなたは外側に対して何かしらの影響を与えることができます。しかし、世界で起こる出来事や他者の行動をコントロールすることは不可能です。この事実は、あなたが弱いということを意味しているのではありません。それが人間なのであって、あなたに起こった出来事やあなたの反応の全てをコントロールすることはできないということを、受け容れるということです。	「 自分の反応、他者やこの世界で起こることを全てコントロールすることはできない。けれど、自分にまったく力がないということでもない。いくらかは自分の反応をコントロールできるし、他者や出来事の結果に少しは影響をあたえることはできる 」
「 自分は無力だし誰からも助けられない 」 こう思っている場合、抑うつになったり、自己価値感が低下します。そうした症状を和らげ、コントロールの感覚を取り戻すために、物事をコントロールすることについて考え直す必要があります。	「 全ての出来事をコントロールすることはできない。けれど、自分に起こることや、自分の反応をいくらかはコントロールすることはできる 」

他者についての信念：人間関係のなかで将来起こりうることをコントロールできるかどうかの信念。力をもった相手（目上の人など）であっても、自分にはいくらかの力があるのだということについての信念

出来事より前の経験

よくないものだった	よかった
<p>それまでの対人関係の中で、「人との関わりをコントロールすることはできない」、「力をもつ人との関わりでは自分は無力だ」と考えていた</p> <p>↓</p> <p>トラウマの影響：その通りだと確信するようになる</p>	<p>他の人との関わりや、力のある人との関わりのなかでポジティブな経験をしてきて、「自分は人に影響を与えることができる」と考えていた</p> <p>↓</p> <p>トラウマの影響：出来事を防ぐために最善の努力をしても、コントロールできなかった体験だったため、それまでの信念が壊される</p>

トラウマの出来事から後の経験

他者の力とコントロールについての ネガティブな信念がもたらす症状
<ul style="list-style-type: none"> ・受け身になって、物事に積極的になれない ・従順になりすぎて、人の意見や意向にいつも自分を合わせる ・人との関わりで自分の意思や考えを言えなくなる ・人間関係を維持できなくなる。相手が関係の中でコントロールしようとするのが全く許せなくなる。たとえば、相手が最低限のコントロールをとうとうとするだけで、激怒する

解決策

もし以前にこう信じていたら..	こう言えるかもしれません
<p>「自分には力がない」</p> <p>相手との関係の中で虐げられないようにと、自分の意思で何かをコントロールしようとするのがなくなったかもしれません。この場合、あなたが他者に影響を与えることができるのだという、より適応的でバランスのとれた思考を見つけていく必要があります</p>	<p>「人間関係の中で自分のほしいものをいつも得ることはできない。けれど、自分の望むことを主張する権利はあるし、そうやって相手に影響を与えることができる」</p>
<p>「いつもコントロールしていないといけない」</p> <p>健全な人間関係では、力とコントロールをお互いが分け合っていることに気づくことが大切です。片方だけが力を持つような関係は、一方的で虐待につながりやすくなります（あなたが力を持つ側の場合であってもです）</p>	<p>「人間関係のなかで、自分が望んだことや必要なことを全て得ることはできない。けれど、自分の考えを言ったり、望んでいることを伝えることはできる。良い関係というのは、力関係のバランスがとれているということ。もしほんの少しの力も与えられないのなら、その相手と別れることで自分の力を行使することだってできる」</p>

セッション 10：力とコントロール

概要 セッション10—力とコントロール

1. PCL-5 を（可能であれば待合室で）実施し、回収、保管する。
セッション10の練習課題のふり返し用紙を記入し、アジェンダを設定する（5分）
2. 力とコントロールのテーマと自己非難のつながりについて話し合い、信念を考え直す用紙を使って問題ある認知に挑戦するのを助ける（10分）
 - ▶力とコントロールについてバランスの取れた見方が持てるよう手助けする
 - コントロールが完全・皆無、という状況はない
 - ▶怒りの問題に取り組む
 - 過覚醒、睡眠不足、驚愕反応の増加
 - 出来事の際に表出できないと“溜まる”
 - 怒り vs. 攻撃性（それぞれ違う）—家族に向けられることも
 - “すべきだった”ことで自分に怒る
 - 無罪／責任／意図
 - 他の人から“コントロール人間”と言われる
3. 資料を用いて“力の使い方”をふり返る（10分）
4. 第4のテーマを紹介する：自己と他者に関連した価値の問題（15分）
 - ▶価値のテーマの資料をふり返る；自己価値、他者の価値
 - ▶出来事以前の自己価値感を探る
5. 練習課題を決めて、問題解決（5分）
 - ▶毎日スタックポイントを見つけ、信念を考え直す用紙を使って向き合う。ひとつは価値のスタックポイントにする
 - ▶毎日、コンプリメントを与え・受ける練習
 - ▶毎日、少なくともひとつ、自分のためにいいことをする
 - ▶感情が依然として強ければ、トラウマ筆記の読み上げを続けてもらう
6. フィードバック：患者によるセッションへの感想（5分）

セッション10：力とコントロール

セッション10の目標は：

1. 力とコントロールについての信念を考え直す用紙を繰り返る
2. 価値のテーマを紹介し、自己価値や他者の価値の問題に挑む
3. コンプリメントを与え・受ける練習を課題とする
4. 毎日、自分のためによいことを少なくともひとつすることを課題とする
(嬉しい楽しい出来事のスケジュール、予定を立てる)

・セッション10の
目標

力とコントロールのテーマと、自己非難のつながり

力とコントロールに関わる認知を変える練習課題について繰り返るところからセッションを始める。力とコントロールについて患者がバランスの取れた見方を取り戻せるよう、治療者は援助する。現実的には、起こりうるあらゆる出来事や他者の行動をすべてコントロールすることは不可能である。その一方で、人はまったく無力というわけでもない。人は、出来事の経過に影響を与えられるし、出来事に対する自分の反応をコントロールできる。まったく何もコントロールできないと患者が感じているのなら、一日を通して患者がしていたすべての判断に注目してもらったり、まる一日、自分のしている判断をモニターするよう課題として出すことができる。通常は、課題を終えるまでに、患者は自分がどれだけ多くの判断を一日の中でしているかに気づくものである。何時に起き、何を着、何を食べ、どの道を通って仕事に行くかなどである。患者は、日常している些細な判断が影響して、トラウマティックな出来事が起こった場所や状況に自分を置くことになったのだと自分を非難することがとても多い。トラウマティックな出来事が起こっていなかったらその日の些細な判断を思い出すことなどなかっただろうと、患者に気づいてもらうようにする。悲劇的な結果だったからこそ、人は自分がその日にしたあらゆる判断に戻って考え直し、心の中でやりなおそうとする。

・バランスの取れた
見方を取れるよう
援助する

たとえば、ある患者は生活の多くの領域で自分を無力で無能だと信じるようになっていたが、それは、トラウマティックな出来事が起こっているあいだに無力感を感じていたためであった。その無力感によって、機会があっても自分の気持ちや思いを主張することはなかった。彼女はそういった努力は意味がないと感じていた。彼女は、満足の得られない仕事をやめられずに続け、雇用主の不当な要求に無力感を感じていた。自分のもつ選択肢を見つめ始めるよう治療者が援助していくと、彼女は自分がまったく無力なわけではないことに気づいていった。他の仕事に応募し面接を受け始めるとともに、彼女は自分の上司に意見を言うことができるようになっていった。もっとよい仕事に就くために結局ははじめの仕事をやめたが、そこでの最後の数ヶ月はより満足のいくものになり、自分が他者に影響を与えられることを理解するようになった。

ある患者は、完全にコントロールしているか、全くできないかのどちらかだと信じていた。自動思考は次のようなものであった。「自分がコントロールしていなければ、いったい誰がしているというんだ？ コントロールできないのなら、何も判断できない。他人がコントロールしている状況では、自分は何も選択できない」この患者は、感情を厳しくコントロールし、あらゆる出来事とすべての人をコントロールしようとした反動として、意識を失うまで酒を飲むようになり、

結局は全くコントロールを失うこととなった。この事例では、コントロールは連続線上のものであるという視点を患者がもてるように援助することが必要であった。患者の代替思考は、次のようなものになっていった。「物事の判断するのに、すべての出来事をコントロールしなければならないというわけではない」

確認や洗浄といった強迫行為や過食嘔吐などの衝動行為をもつ患者では、コントロールの問題が明らかにある。こうした患者は、感情をコントロールしようとする自分の行動がいかに逃避や回避になっているかを理解する必要がある。実際、強迫行為が増加すれば、逆に患者自身がそれにコントロールされるようになっていく。すべての行動や感情は完全にコントロールできるものではないことを伝えることで、衝動行為の良し悪しについて患者の見方が変わるかもしれない。CPTを終えてもそうした問題が続いていれば、反応妨害法や情動耐性スキル訓練の治療に取り組むのもいいだろう。

トラウマ患者との関りの中で、怒りの話題がよく浮上する。怒りは過覚醒、睡眠不足、頻繁に起こる驚愕反応といったPTSDの過覚醒症状と関係している場合がある。恐怖だけでなく、怒りも闘争-逃走反応とつながるのを覚えておくことが重要である。環境的な手がかりによって怒りが引き起こされ、差し迫った危険が収まるまで闘争反応が起こることがある。実際、軍隊では怒り、闘争するように訓練される。一方で、残念ながら、兵隊が帰還した際には“戦闘マインド”をとめるための訓練が行われることはない。

犯罪被害者において、出来事のあいだは怒りを経験しなかったと報告する者は多く、退役軍人でもそう言う人がいる。その一方で、後になってから怒りの感情が現れることに気づく人が多い。しかしながら、危害を加えた人間がもはやいないために相手へと怒りを向けられず（もしくは、危険すぎて怒りを向けられず）、標的を失った怒りだけが残され、どうしようもないやるせない怒りとして経験されることがある。被害者の中には、怒りを自分の家族や親しい友人に向ける者もいる。多くの人は怒りと攻撃の違いを教育されたことがなく、攻撃が怒りの適切な表現方法であると信じている。

怒りが自分自身に向けられることも多い。というのも、トラウマを受けた人は、出来事が起こるのを防いだり、自分を守るために“すべき”はずだったあらゆることにこだわるようになるからである。治療に来る多くの患者は、こうした理由で怒っている。自分の行動を変えたところで出来事は防げなかったことに一旦気づけば、（自分に怒るのではなく、）自分からコントロールを奪って無力感を生み出した犯人に対して怒りを向けられるようになるかもしれない。こうした怒りは社会、政府、他の個人など、何らかの側面で出来事を防ぐ責任をもっていた対象に向けられることもある。罪悪感の場合と同じように、無罪、責任、意図を患者が区別できるように援助する必要があるかもしれない。出来事を意図的に引き起こした犯人のみが非難される。そうなる舞台を用意したという点で責任をもつ者や、不注意のために危険を増加させた者もいるかもしれないが、そうした人に対しては、意図的に引き起こした加害者と等しく非難や怒りを向けられるものではない。

ある男性は治療中に自分への怒りを表した。出来事の後にはうまく対処できてこなかった自分への怒りだった。彼のスタックポイントは、「自分の力ですぐさま回復すべきだった」であった。彼は、さまざまな面で自分の能力を疑うようになった。この事例では、多くの人がトラウマの後に困難

• コントロールの問題に取り組む

• 怒りの問題に取り組む

• 怒りと攻撃の違い

を抱えること、人生には一人ではどうにもできない大きな出来事も存在することを、患者に思い出してもらう必要があった。

自分や他者のための力の使い方 Ways of Giving and Taking Power

自分・他者のための力の使い方の資料を患者に渡す。

人は自分や他者のために力を使うことができますが、それにはさまざまなやり方があります。適切にも不適切にもできますが、この用紙はいくつか例を与えてくれます。たとえば、付き合っている人に対して、あれとこれとそれをしてくれなければセックスをしないと告げたとします。これはネガティブなかたちで力を使っていることになります。あるいは、他者の期待を満たそうとするためだけに自分の行動を決めるのであれば、自分の力をすっかり他者に与えていることになります。そうでなくて、行動をする（しない）理由が、自分がそうしたくて、そうすれば気分がいいというのであれば、適切に力を使っていることになります。

この用紙のそれぞれのカテゴリに当てはまるような、ご自身の行動の例を教えてくださいませんか？ 変えたいと思う行動はありますか？ どんなスタックポイントが邪魔して、行動を変えられずにいますか？

• 自分や他者のための力の使い方

自己・他者に関連する価値の問題について紹介する

セッションの残りの部分では、価値のテーマに焦点を当てる。治療者は、患者とともに、価値のテーマの資料を簡単にふり返し、トラウマティックな出来事によって自己価値や他者の価値についての見方がいかに破壊されるかを説明する。出来事より以前の患者の自己価値感についても話し合うようにする。

• 価値のテーマを紹介する

練習課題

練習課題として、価値のテーマの資料を参考に、自己価値や他者の価値に関わるスタックポイントについて信念を考え直す用紙に取り組んできてもらう。加えて、次の週までにコンプリメント¹⁷を与え・受けることと、条件をつけずに毎日自分にとってよいことをすること¹⁸を練習課題とする（e.g., 運動、雑誌を読む、友達に電話をかけておしゃべりする）。この課題は、コンプリメントを受けるに値する人間であるという考え、嬉しい出来事を無条件に体験していいのだという考えに患者が馴染んでいく助けになるよう意図されている。また、この課題は他の人と社会的

• 価値の資料を患者に渡す

¹⁷ 訳注: Compliment に当たる日本語は、“褒める”“賛辞を贈る”“丁寧に挨拶する”などである。臨床上では、“受けた人が嬉しくなったり、あたたかい気持ちになったりする行動や言葉”と伝えればほとんどの患者は理解する。“ほっこり”と表現するとよく理解する患者もいる。相手の目を見て挨拶したり、「ありがとう」と意識して言ってみたり、相手の服や持ち物を褒める、「元気？」と声をかけるなど、些細な行動や言葉で構わない。

¹⁸ 訳注: “よいこと”や“嬉しい楽しい活動”は nice things や pleasant activities の訳である。自分が嬉しい、楽しい、心地よい、癒されるなどと感じる活動であり、こちらも些細な行動でも構わない。

につながる助けになるよう意図されている。というのも、PTSD 患者は社会的に孤立する傾向があるからである。嬉しい出来事のスケジュールリングは、うつを抱える患者に役立ち、再発予防にもつながる。

価値のテーマの資料を読んで、自己価値や他者の価値についてのスタックポイントに向き合うよう用紙を使ってください。

用紙に加えて、毎日コンプリメントを与え・受ける練習をするとともに、(無条件に)何かひとつ自分のためによりよいことを毎日してきてください。この用紙に、自分のためにしたことと、誰にコンプリメントを与え、また、誰から受けたかを書いてきてください。

• セッション 10 の
練習課題を出す

サンプル セッション 10 の経過記録

コンタクト：50 分の精神療法セッション

内容：PTSD に対する CPT の第 10 セッションを行った。患者は練習課題をやり遂げており、信念を考え直す用紙に毎日取り組んできた。取り組んできた用紙をふり返ってさらに認知再構成をするとともに、用紙の取り組み方を微修正した。力とコントロールに関連したスタックポイントに特に焦点を当てた。価値に関するスタックポイントを紹介し、患者はこのテーマに関する資料を読むことに同意した。患者は次回までに毎日、スタックポイントについて信念を考え直す用紙に取り組み、コンプリメントを与え・受けることに同意した。また、毎日自分のためによいことをすることにも同意した

計画：CPT を継続する

信念を考え直す用紙

A. 状況 嫌な気持ちにながった出来事や考え、信念を挙げてください	B. 考え／スタックポイント Aに関連する考え／スタックポイントを書いてください この考え／スタックポイントを、どれくらい信じていますか？ (0-100%)	D. 考え直し 考え直しの質問を使って、Bの考え／スタックポイントを見直しましょう その考えは、バランスがとれ、事実に基づいたものか、それとも極端なものか、考えてください 根拠？ 反証？ 習慣、事実？ 見逃している情報？ 全か無？ 極端さや誇張は？ 一部分だけに焦点？ 情報源は確か？ “あり得る”を“よくある”と混同？ 基にしているのは感情、事実？ 関係ないことに注目？	E. 問題ある思考パターン 問題ある思考パターン用紙を使って、あなたの考えが、問題を引き起こしやすい考え方のパターンになっていないか確認してください <input type="checkbox"/> 結論への飛躍 <input type="checkbox"/> 過大・過小評価 <input type="checkbox"/> 重要な部分の無視 <input type="checkbox"/> 過度の単純化 <input type="checkbox"/> 過度の一般化 <input type="checkbox"/> 読心術 <input type="checkbox"/> 感情による理由づけ	F. 別の考え Bの他に、何と云えるでしょうか？ コラムBとは別の解釈をすると？ 別の考えをどれくらい信じられるか、0-100%で評定してください
C. 感情 悲しみ、怒りなど、どんな感情を感じていたかを記し、それぞれの感情の強さを0-100%で評定してください				
G. 以前の考え／スタックポイントの再評価 Bの考えを、今どれくらい信じているか、0-100%で再評定してください		H. 感情 今、どのように感じていますか？(0-100%)		

あなたの力の使い方

	相手のために力を使う	自分のために力を使う
ポジティブ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 見返りを求めず手助けをする ・ 必要としている人を支える ・ 対等な関係の中で、自分の弱いところも知ってもらおう <p>例：車で買い物に行く途中で、友人に病院まで乗せてほしいと言われ、乗せてあげる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の思いや気持ちを大事にして人と関わる ・ 人間関係で、自分の限界や境界をしっかりと維持する ・ 自分や他人に率直に接する <p>例：今は手伝えないけれども、時間を調整して後で手伝う</p>
ネガティブ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他人の期待のただけに行動する ・ 自分よりも他人をいつも優先する ・ 感情的につらくなる「ボタン」を他人が簡単に押せるよう身を許す <p>例：自分の利益のために嫌がらせをしてくるような相手に、されるがままに感情的につらい思いをさせられる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最後通告を出す (○○をしないと、縁を切ると相手を脅す) ・ 相手の限界を試す ・ 自分の利益のために、わざと相手を動揺させる ・ 攻撃的になる <p>例：言うとおりにしないかぎり、性的なことはしないと相手に伝える</p>

価値のテーマ

自分についての信念：自己価値感（自尊心・自尊感情）は自分が価値のある存在であるという信念で、人間にとっての基本的な要求です。人から理解され、尊重され、大切に関わってもらうことが自己価値感の発達の土台になります。

出来事より前の経験

よくないものだった	よかった
自分という人間が否定されるような経験があり、「 自分は価値のない存在だ 」と考えていた ↓ トラウマの影響：その通りだと確信するようになる この信念につながりやすい体験 ・他の人の否定的な態度を信じ込んでしまう ・他の人から共感されない、反応してもらえない ・他者から価値がないと言われたり、批判されたり、非難され責められたりする ・自分の理想や価値を否定されたと思い込む	自己価値感を支えてくれるような体験をして、「 自分はそれなりに価値がある 」と考えていた ↓ トラウマの影響：それまでの信念（自己価値感）が壊れる

自己価値についてのネガティブな信念の例

- ・自分は悪い存在で、有害で、いけない存在だ
- ・悪い事、嫌な事、破壊的なことは全て自分の責任だ
- ・自分は根本的に欠陥品で、間違っている
- ・自分には価値がなく、不幸や災難がお似合いだ

自己価値についてのネガティブな信念に関係する症状

- ・抑うつ（落ち込みや意欲のなさ）
- ・罪悪感
- ・恥
- ・自分を傷つけたり、自滅的な行動をする

解決策

もし以前にこう信じていたら..	こう言えるかもしれません
「 自分には価値がない 」 以前からこう思っている場合、トラウマの出来事はこの考えを強めるかもしれません。これは、出来事の後に周りの人があまり助けてくれない場合にも起こります。自己価値感を改善してそれにまつわる症状を緩和するために、自己価値についてもう一度考えなおす必要があります。また、不適応的な考えをもっと現実的でポジティブなものにする必要があります	「いい人にだって悪い事が起こることもある。誰かが悪口を言ったとしても、それが正しいとはかぎらない。過去に間違いをおかしたとしても、そうだからといって、（トラウマの出来事も含めて）自分が不幸や災難を負うべき悪人であるというわけではない」

<p>「自分はちゃんとした人間だから、自分には悪い事なんて起こらないだろう」</p> <p>こう思っていた場合、トラウマの出来事はこの考えを打ち壊して、自分はその被害を受けるに値するのだと考えるようになるかもしれません（例：「自分は悪い人間なのだから、過去になにか悪いことをしたのだから、罰せられているんだ」）。以前のポジティブな自己価値感を取り戻し、これから予想しない悪い事が起きたときに自己価値感が壊されないように、もう一度考え直す必要があります。嫌な出来事は誰にでも起こりうるのだということを受け入れられたら、自分が原因ではない出来事について自分を責めずに済むようになります</p>	<p>「善人にも悪い事が起こることもある。もし嫌な事が起こっても、それは自分が何か悪いことをしたからとか、自分がそれに値するからそうなったという訳ではない。悪い事が起こったとき、その原因がいつもはっきりあるとは限らない」</p>
--	--

他者についての信念：どれだけ他者の価値を重んじるかの信念。重んじることに加えて、他者を現実的に捉えられることも心の健康には大切です。心の健康度が低い人は、こうした考えがステレオタイプの的で、凝り固まっていて、新しい情報を知っても変わりにくくなっています。

出来事より前の経験

よくないものだった	よかった
<p>これまで人との関わりでよくない経験をしてきて、人というものについて新しい情報を受け入れるのが難しくなり、「自分は傷つけられ、裏切られてきた」と考えていた。こうした考えを、いい人や尊敬できる人にも当てはめるようになっていた</p> <p>↓</p> <p>トラウマの影響：その通りだと確信するようになる。</p>	<p>これまで人とよい関係を送ってきて、「世界には嫌な出来事なんて起こりそうもない」と考えていた</p> <p>↓</p> <p>トラウマの影響：それまでの信念が壊される（とくに、トラウマの出来事のあとに支えてくれる人がいない場合）</p>

他者の価値についてのネガティブな信念の例

- ・人は優しくないし、冷たいし、自分の事にしか関心がない
- ・人は悪く、不道德で、悪意をもっている
- ・人類全てみな悪い存在で、不道德で、悪意をもっている

他者の価値についてのネガティブな信念に関係する症状

- ・いつも怒っている
- ・人を軽蔑する
- ・うらみつらみをもつ
- ・皮肉っぽくなる
- ・心からの思いやりを受けても猜疑心をもつ（「やさしくしてくれるけど、本当の目的はなんなの？」）
- ・他者から距離を置き、ひきこもる
- ・人はみな自分のことしか考えてないのだから、と正当化して反社会的な行動をする

解決策

もし以前にこう信じていたら..	こう言えるかもしれません
<p>「人はいけない存在だ」</p> <p>この考えがことあるごとに出てくる場合には、じっくりと考え直し、そうした考えが自分の行動や社会生活全般にどう影響を与えてきたのか考える必要があります</p>	
<p>初対面のときには、すぐさま相手の判断をしないことが大切です。こうした判断はステレオタイプ（偏見）に基づいていることが多く、多くの人には当てはまらないことのほうが多いものです。「じっくり待ってよく見る」という姿勢がいいでしょう。そうすれば、柔軟な見方がとれて、相手をむやみに悪人だと思ふこともなくなります</p>	

<p>時間をかけてみて、もしその人があなたを不愉快にさせるようなことがあったり、受け入れられないようなことが起こったら、それ以上関係を発展させずに終わらせるのもいいでしょう。しかし、人はみなミスを犯すことを忘れないでください。友情や恋愛についての自分なりのルールについてもよく考えてみてください。もし不愉快なことが起こったとき、今後相手になにを期待できるのかを判断するために、お願いや要求を出して相手の様子を見ることができます。（例：もし相手が謝罪して同じ過ちを犯さないように心から努力しているようであれば、関係を続けてもいいかもしれません。もし相手があなたの要求に無頓着で、他にもあなたを見くびるようなことがあったら、その関係から抜け出してもいいでしょう）。重要なのは、信頼のところで考えたように、相手のことを知り、相手がどんな人なのかを判断するには時間がかかるということです。バランスのとれた考え方を探して、柔軟でいることが大切です</p>	<p>「世の中には尊敬できず、それ以上知りたいとは思えないような人もいます。けれど、出会う人みんながそういう人のわけではない。結論を出すのはもっと後でも大丈夫。もっとこの人のことをよく知ってからにしよう」</p>
<p>支えてくれるだろうと期待していた人ががっかりさせられてしまったときでも、その人たちを即座に見放すようなことはしないようにしてください。あなたがどう感じ何を求めているのかを伝えてみましょう。あなたのお願に対してどう反応するのか様子をみて、関係をどうするのか判断しましょう</p>	<p>「人は時に間違いをおかすものだ。それが間違いなのか、その人の良くない性格が現れたものなのかを見ていこう。もし受け入れられないようだったら、関係を終わらせよう」</p>

セッション 11：価値

概要 セッション 11 — 価値

1. PCL-5 を（可能であれば待合室で）実施し、回収、保管する。
セッション 11 の練習課題のふり返し用紙を記入し、アジェンダを設定する（5 分）
2. コンプリメントを与える・受ける課題と、嬉しい活動に取り組む課題について話し合う（5 分）
 - ▶ 強化する — どうだったか？
 - ▶ コンプリメント／嬉しい活動
 - 何が起こったか？
 - 自分が自分を褒められたか？
 - 相手は喜んだか？
 - 話し続けるか？
 - 気に入ったか？
 - 楽しんでもいいと感じたか？
 - 罪悪感を感じたか？
 - さらに促し、楽しむ！
3. 価値の問題を見つけ、信念を考え直す用紙を使って考え直す手助けをする（20 分）
 - ▶ トラウマの結果、永遠のダメージを受けたと信じているか？
 - ▶ 完璧主義？ 自分がミスを犯したと信じているか？
 - ▶ 他者の価値—集団全体に過度に一般化して見下してはいないか？
4. 第 5 のテーマを紹介する：自己や他者への親密さ（10 分）
 - ▶ トラウマによって、人間関係はどう変わったか？
 - ▶ 自分への親密さ—自分を落ち着かせ、なだめる力は？
 - ▶ 出来事の前と後でどう変化したか？
 - ▶ 何らかの問題：e.g., 食べ物？ アルコール？ 浪費？
5. 練習課題を決めて、問題解決（5 分）
 - ▶ 毎日スタックポイントを見つけ、信念を考え直す用紙を使って向き合う。ひとつは親密さのスタックポイントにする
 - ▶ 出来事の意味筆記を書く（その目的を伝える）
 - ▶ 毎日、コンプリメントを与え・受ける練習
 - ▶ 毎日、少なくともひとつ自分のためによいことをする
 - ▶ 感情が依然として強ければ、トラウマ筆記の読み上げを続けてもらう
6. フィードバック：患者によるセッションへの感想（5 分）

セッション 11：価値

セッション 11 の目標は：

1. コンプリメントや、自分のためにしたよいことをふり返る
2. 価値やその他についての信念を考え直す用紙をふり返る
3. 自己・他者との親密さという考え方を紹介する
4. 親密さについて信念を考え直す用紙に取り組む課題を出す
5. 新しい出来事の意味筆記を課題に出す

・セッション 11 の
目標

コンプリメントを与え・受ける

コンプリメントを与える・受けることや、自分にとってよいことをすることについて、強化する（※訳注：その行動頻度が上がる）ようにする。コンプリメントを受けるときに、即座に拒否せずにいられたらどうか？（T：「ありがとう」とだけ言って、実際に何を言われたかそのまま受け取って考えてみましょう）。コンプリメントを誰かに与えたときには、何が起こったか？ 相手は喜んでいただけたか？ 相手との会話が続いたか？ また、自分にとってよいことをしてみたときに、どう感じたかを患者に尋ねる（e.g., それに取り組んでもいいと感じたか？ 罪悪感を感じたか？）。引き続き自分にとってよいことをすることや、コンプリメントを与え・受ける練習を毎日実践し、楽しむようにする。患者が自分をさげすむような発言をするようであれば、自己価値感を高めるような言葉を患者が生み出せるよう援助することもできる。

・コンプリメントを
与え・受ける

価値の問題を見つける

患者と治療者は、信念を考え直す用紙を使って価値について話し合う。自己価値についてとてもよくあるスタックポイントは、出来事によって自分は今もダメージを負っているというものである。フラッシュバック、悪夢、驚愕反応などに苦しんできたことから、患者は自分がおかしくなった、永遠にダメージを受けた（※訳注：傷ものになった、壊れた、いかれた）と結論づけてきたかもしれない。自分を壊れたとみなすこと、判断力がないと思うこと、出来事について自分がした・しなかったことで他者が自分を非難していると信じ込むことなどはみな、患者の全体的な自己価値感を蝕む。（性的トラウマのような）人間が関係した犯罪の場合、被害者は自分が対象とされたことはそもそも自分に何か問題があったからだとして結論づけることもある。自分について全体的に否定的に発言している場合、どの部分に自己批判的になっているかを突き止めることから始める。信頼と同様に、価値もまた広い概念であり、さまざまな側面を持つ。

・価値の問題を見つ
ける

ここで、完璧主義への取り組みが助けになることもある。何か間違いをするたびに厳しく自分を責め、自分の評価をひどく下げている患者は多い。この過度の一般化は、トラウマティックな出来事の前後や最中に自分が過ちを犯したという信念から来ている。自分に対して根本的に不公平になっていることに、患者に気づいてもらうことが助けになる。

・完璧主義に取り組
む

T：学校の先生が「100% 正解しないと成績は F よ」と言ったとしたらどう思いますか？

P：たぶん、不公平だと言うと思います

T：そうですね。成績は2段階しかないことになりますね、完璧ならばA、そうでないならFです。通常、Aは非常に優れた成績のことで、90%以上できた人に与えられます。つまり、10%の失敗をしても非常に優れています。80%は平均以上、70%が平均くらいでしょう。では、昨日に成績をつけてみましょう。昨日は最悪な日で、特に仕事で電話の応対で思うようできなかったときには大混乱だったとおっしゃいました。成績としてはFでしょうか。

P：そうですね

T：では、昨日何をどれだけしましたか？ 何回、物事を判断したでしょうか？ 何%くらい、判断が正しかったでしょう？

P：そうですね、そう言われれば…まあまあできたかなとは思いますが。でも、仕事で失敗したことに比べれば、どうでもいいことです

T：もちろん、そうですね。すべてが等しく重要ではないですよ。学校でも、成績につながるポイントの高いものとそうでないものがありますね。昨日一番大切だったのは、そのことですか？

P：はい、そう思います

T：この一週間の中では、最も重要なことでしたか？

P：いえ。2日前、数週間かけて書き上げた重要な報告書を上司に提出しました。上司は、よくできていたととても喜んでくれました。

T：では、その日に成績をつけると、もっとよい評価になりそうですね。でも、1週間を通して見ると、そのレポートのことはそれほど重要ではなくなりますか？

P：いえ、この一週間にはAの成績をあげたいと思います。

T：そう考えてみると、はじめにおっしゃっていた、自分はだめ人間でまともなことは何もできないと言っていた時の気持ちは、ちょっとは楽になりますか？

P：(笑って) そうですね。極端に言うのは悪い癖ですね

T：そう言った時にそう信じる、というところもですね。

P：はい、言った時はそれが正しく真実な感じがします

T：そうですね。正しいと感じるのは、そう考えるように長年練習してきたからです。事実ではなく、習慣です。正しい感じがするからといって、真実とは限りません。

他者の価値に関しては、トラウマティックな出来事の加害者に対する嫌悪を、加害者が属する集団全体に過度に一般化していることが珍しくない (e.g., アジア人、イラク人)。人類すべて、あるいは特定の集団は悪いものだとして決めつけている場合、極端な端に位置づけられているところから、連続線上に移れるよう援助することが重要である。スキーマを現実的に、ほどよく調節するために、過度に一般化されたスキーマの例外を探し、認めることが必要になる。

人間の“善良さ／邪悪さ”についての信念は、選択的注意によっても影響を受ける。たとえば、犯罪被害者となる前は、多くの人々はメディアの犯罪報道にはあまり関心を払っていない。被害者になってからは、そのトピックがいかに頻繁にニュースやテレビ番組、雑誌に取り上げられるかに気づくようになる。犯罪に注意を向けるようになってからは、どこでも犯罪が発生するし、すべての人が悪人だと思ってしまう。そうした出来事が“ニュース”であるから報道されていることや、ほとんどの人は毎日のように加害行為をしたり、被害を受けたりしているわけではないことを忘れるようになる。犯罪と同様に、自然災害、戦争、飛行機事故、テロ活動などの衝撃的

• 選択的注意に取り組む

な出来事は、身近なところで起きるまでは、あまり注意を払われない。突然、そうした出来事が非常に現実的で、非常に身近なものとなる。そして、コントロール感を取り戻すために、（自分自身に向けるのと同様に）他者の責任を過度に一般化するようになる。PTSD 患者が、戦争をした相手国の人口全体に過度に一般化して、アメリカ人や戦争に対してその国の人間全員が同じ態度をもっていると考えられるようになることも珍しくない。数世代にわたって米国に居住している人さえも含めて、その国から来た人間全員を強く蔑視することもある。

他者の価値の問題として、“政府”に対して過剰調節の見方を取るようになる患者も多くいる。“信頼”や“コントロール”といった言葉と同じように、“政府”も全般的すぎる用語である。実際、政府への憤怒を回避として用いている PTSD 患者もいる。トラウマティックな出来事へと具体的に注目するのではなく、すぐに政治や政府へと注意を移そうとする患者もいる（大げさに表現したり批評したりして回避）。治療早期の段階でインデックストラウマに話題を戻すようにして、患者がわめくままにセッションを支配させないようにすることが重要になる。治療者はこう尋ねる。「何についての信頼でしょうか？」あるいはこう尋ねてもいい。「政府とは何を意味しておられますか？ 中央政府のことですか？ どの行政や、省庁のことでしょうか？ 県の行政ですか、地域の役所ですか？ すべて同じでしょうか？ 政府がだめだと言う意味は、110 番してつながらなかったことを言っているのですか？」他の曖昧すぎる用語についても、極端な端から移動して、さまざまな種類やカテゴリがあることを理解し、より段階的なかたちで判断できるようになることが重要である。この問題は治療早期に出るかもしれないが、価値のテーマで再浮上することもあり、再度考え直すことができる。

• 政府に対する過剰調節に取り組む

自己・他者への親密さの問題

セッションの終わりに向けて親密さのテーマを紹介し、出来事によって他者との関係がいかに影響を受けたかを簡単に話し合う。他者との親密さ（やその欠如）は自分に対する親密さに比べてわかりやすいものである。性的な親密さだけでなく、性的ではないかたちの親密さにも焦点を当てることが重要である。自分への親密さは、自分自身をなだめ、落ち着かせる能力であり、孤独感や空虚感を感じずにひとりでいられる能力である。自己への親密さ self-intimacy は自己価値感 self-esteem を超えたものであり、強い自己効力感と自分自身でいる心地よさを含んでいる。出来事の前には自分・他者との親密さがどのようなであったか、出来事によってそれがどう影響を受けたかを理解するよう患者を促す。自分をなだめようと外的なものを利用する不適切な試みに伴う問題（e.g., アルコール、食べ物、浪費など）について話し合うようにする。この問題は治療のより早い段階で話し合われることが多いが、この段階でもさらに話し合って強化するようにする。ここでも、患者は不適応的な自分への言葉（自己陳述）に向き合い、落ち着きをもたらす言葉を生み出すよう、信念を考え直す用紙に取り組むようにする。

• 親密さのテーマを紹介する

• 親密さの資料を渡す

練習課題

最後に、患者の信念が治療開始時と比べてどのように変化したかを査定するために、新しく出来事の意味筆記をして、出来事が起こったことが患者にとって**現在では**どのような意味をもつのか、安全・信頼・力とコントロール・価値・親密さのテーマに関連してどのような信念をもっている

かを書いてくるようお願いする。筆記するのはいま現在考えていることであり、過去に考えてきたことではないことを強調しておくことが重要である。

親密さのテーマの資料と信念を考え直す用紙を用いて、自己・他者との親密さに関連したス
タックポイントに向き合ってきてください。以前のテーマでまだ問題となっているものにつ
いても、引き続き用紙に取り組んでください。

なぜトラウマティックな出来事が起こったといま現在どのように考えているかを、最低1
ページ書いてきてください。また、安全、信頼、力とコントロール、価値、親密さのそれぞ
れの領域で、自分・他者・世界について、いま現在はご自身がどういう考えを持っているか、
考えてきてください。

・セッション11の
練習課題を出す

サンプル セッション 11 の経過記録

コンタクト：50 分の精神療法セッション

内容：PTSD に対する CPT の第 11 セッションを行った。患者は練習課題をやり遂げており、信念を考え直す用紙、コンプリメントを与える・受ける、自分にとってよいことをする、のそれぞれに毎日取り組んできた。取り組んできた用紙をふり返ってさらに認知再構成をするとともに、用紙の取り組み方を微修正した。価値に関連したスタックポイントに特に焦点を当てた。親密さに関するスタックポイントを紹介し、患者はこのテーマに関する資料を読むことに同意した。患者は次回までに、スタックポイントについて信念を考え直す用紙に毎日取り組むとともに、トラウマティックな出来事に関連して、自己・他者・世界についての現在の考えや信念を出来事の意味筆記で書いてくることに同意した

計画：次のセッションで CPT 終了

信念を考え直す用紙

A. 状況 嫌な気持ちにながった出来事や考え、信念を挙げてください	B. 考え／スタックポイント Aに関連する考え／スタックポイントを書いてください この考え／スタックポイントを、どれくらい信じていますか？ (0-100%)	D. 考え直し 考え直しの質問を使って、Bの考え／スタックポイントを見直しましょう その考えは、バランスがとれ、事実に基づいたものか、それとも極端なものか、考えてください 根拠？ 反証？ 習慣、事実？ 見逃している情報？ 全か無？ 極端さや誇張は？ 一部分だけに焦点？ 情報源は確か？ “あり得る”を“よくある”と混同？ 基にしているのは感情、事実？ 関係ないことに注目？	E. 問題ある思考パターン 問題ある思考パターン用紙を使って、あなたの考えが、問題を引き起こしやすい考え方のパターンになっていないか確認してください <input type="checkbox"/> 結論への飛躍 <input type="checkbox"/> 過大・過小評価 <input type="checkbox"/> 重要な部分の無視 <input type="checkbox"/> 過度の単純化 <input type="checkbox"/> 過度の一般化 <input type="checkbox"/> 読心術 <input type="checkbox"/> 感情による理由づけ	F. 別の考え Bの他に、何と云えるでしょうか？ コラムBとは別の解釈をすると？ 別の考えをどれくらい信じられるか、0-100%で評定してください
C. 感情 悲しみ、怒りなど、どんな感情を感じていたかを記し、それぞれの感情の強さを0-100%で評定してください				
G. 以前の考え／スタックポイントの再評価 Bの考えを、今どれくらい信じているか、0-100%で再評定してください		H. 感情 今、どのように感じていますか？(0-100%)		

親密さのテーマ

自分についての信念：心身ともに安定させる重要な機能のひとつに、自分をなだめて落ち着かせる能力があります。この“自分への親密さ”は、孤独感や空虚感を感じることなく一人である能力です。自分の対処能力をどう捉えているによって、トラウマが起こった後の行動が変わります。

出来事より前の経験

よくないものだった	よかった
<p>お手本になってくれる人がいなかったり、それまでの経験から「自分は嫌なことがあったらそれに対処できない」と考えていた</p> <p>↓</p> <p>トラウマの影響：以前通りに「自分をなだめ、落ち着かせ、いたわるなんてできない」というネガティブな信念が強くなる</p>	<p>安定してポジティブな“自分への親密さ”を持っていた</p> <p>↓</p> <p>トラウマの影響：自分の心の中にある色々な資源を使えと考え、実際にその能力もあれば、トラウマをそれほどつらいものとして体験しないかもしれません。もし“自分への親密さ”の考えがくつがえされてしまった場合、圧倒されて不安の洪水に苦しむかもしれません</p>

自分への親密さのネガティブな信念がもたらす症状

- ・自分を落ち着かせたり、なだめたりできない
- ・一人になることを恐れる
- ・心の中の空虚感、自分の心が死んだように感じる
- ・一人のときにトラウマについて思い出したときに、強烈な不安やパニックに襲われる
- ・心の内にあるものではなく、外側にあるもので落ち着かせようとする（食べ物、ドラッグ、アルコール、薬、浪費、セックス）
- ・人との関わりであれこれ要求する

解決策

新しい信念	こう言えるかもしれません
<p>トラウマの後に誰にでも起こる通常の反応を理解できれば、自分が体験していることにそれほど動揺しなくなるでしょう。ほとんどの人は、他者からの助けなしにはそうした大きなトラウマ体験から回復できません。アルコールや食べ物のような外側のなぐさめは回復を助けるというよりも、一時しのぎに過ぎず、実際にはトラウマの反応を長引かせてしまいます。短期的には落ち着かせてくれるでしょうが、それはあなたの感情を抑制して回避しているからです。そうしていても感情はどこにも行きませんし、ますます食べ物や浪費、アルコールを使わなければいけなくなり、そっちの問題も出て来ってしまうようになります</p>	<p>「いつまでも苦しむわけではない。自分を落ち着かせることはできるし、嫌な事が起こったときにこれまで学んだ対処法を使うこともできる。人の助けが必要かもしれないけど、それこそが普通のことでもある。わき起こる感情は強くて不愉快だけれども、それは一時的なもので、時間とともに弱まっていくくれる。いまこうして使っている対処法は、今後ストレスがかかる状況におかれたときにも使うことができるだろう」</p>

他者についての信念：親密さ、つながり、親しみを求める気持ちは、人間にとって最も基本的な要求です。しかし、人と親密につながる能力は壊れやすいものです。他の人からの無関心、傷つけるような態度、共感的でない反応によって簡単に傷つき、壊れてしまいます。

出来事より前の経験

よくないものだった	よかった
<p>トラウマにより親密なつながりが失われた過去の経験があり、「他の人とは親しくなんてなれない」と考えていた</p> <p>↓</p> <p>トラウマの影響：それまでの信念を確信してしまう</p>	<p>それまで他者との親密な関係に満足していた</p> <p>↓</p> <p>トラウマの影響：（とくに知り合いがトラウマに関わっていたら）「もう二度と誰とも親密にはなれない」と思うようになるかもしれません</p>

トラウマの出来事後の体験

支えてくれるだろうと期待していた人から責められたり拒絶されることがあった場合、他者と親密でいる能力についての考えが壊されてしまうことがあります

他者との親密さのネガティブな信念がもたらす症状

- ・いつもどこでも孤独を感じる
- ・空虚感や、人から疎外されたような感じ
- ・純粋に愛情がある親密な関係においても、つながりを感じられない

解決策

新しい信念	こう言えるかもしれません
<p>もう一度親密な関係を持てるように、親密さについての新しい、よりバランスのとれた考え方を持てるようになる必要があります。親密な関係が芽生えるには時間がかかりますし、相手と自分の双方の努力が必要になります。以前の関係で失敗したとしても、あなただけに責任があるわけではありません。新しい関係を作ることにはリスクが伴います。また傷つく可能性もあります。しかし、だからといって関わりをもたないようにしていれば、空虚さや孤独感はいつまでもなくなるかもしれません</p>	<p>[新しい関係をもつことについて]</p> <p>「以前うまくいかなかったからといって、今後ずっと親密な関係で満足を得られないというわけではない。人がみな自分を裏切るとは思えない。これから親密な関係を作っていくにはリスクが伴うけれども、少しずつ、ゆっくり関わっていけば、相手が信頼できるのかしっかりと見ていくことができるはず」</p>

<p>トラウマの出来事の前から関わりのある人が、出来事後にあなたを落ち込ませたり、傷つけたりしてしまうことがあります。その人との問題を解決するために、自分が何を必要としていて、どういう気持ちでいるのかを伝えてみましょう。あなたのお願いに合わせてくれなかったり、必要としているものを与えてくれない場合には、それ以上、親密にはなれないと思ってもいいかもしれません。また、自分の気持ちを伝えた結果、自分が予想していたのとは違って、相手の反応が怖いものでも無関心なものでもないのだと気づくこともあります。あなたの努力の結果、二人のコミュニケーションは改善して、トラウマの出来事以前よりも相手に対して親しみを感ずることができるかもしれません</p>	<p>[以前からある関係について]</p> <p>「自分は今でも人とは親しくつきあっていける。けれども、誰とでもというわけにはいかないし、それを望んでいるわけでもない。今後、これまでの関係や、これから生まれる新しい関係でうまくいかないこともあるかもしれない。けれど、それは自分だけのせいではないし、がんばってトライしなかった結果というわけでもない」</p>
---	--

セッション 12：親密さ・出来事の意味

概要 セッション12—親密さ・出来事の意味

1. PCL-5 を（可能であれば待合室で）実施し、回収、保管する。
セッション12の練習課題のふり返し用紙を記入し、アジェンダを設定する（5分）
2. 親密さの問題や、残っているスタックポイントについて、信念を考え直す用紙を使って考え直す手助けをする（15分）
 - ▶ 関係性の発展と維持に焦点を当てる
 - ▶ 自分をなだめる困難に注意する（食べ物？ アルコール？ 浪費？）
 - ▶ 親密さ
 - 人間関係上の親密さ— 他者からの引きこもり
 - 性的な親密さ— 身体が引き金になっている
3. 出来事の意味筆記を読み上げてもらう（15分）
 - ▶ 最後の出来事の意味筆記を患者に読み上げてもらい、意味を全体的に理解する
 - ▶ 以前に書いてもらった出来事の意味筆記を治療者が読む
 - ▶ ふたつを比べる
 - ▶ 短期間の治療での取り組みでいかに信念が変わったかに目を向ける
 - ▶ 治療での取り組みの結果として、患者の進展を強化する
 - ▶ 残っている歪みや問題ある信念は？
4. 治療経過と進展を患者とともにふり返る（10分）
 - ▶ 学んだ考え方やスキルをふり返る
 - ▶ 自分でやり遂げた取り組み、進展、変化を患者にふり返ってもらう
 - ▶ 困難な、トラウマティックな出来事に直面し解決したことを患者の功績として強調する
 - ▶ 治療効果は、学んだスキルの継続した練習にかかっている
5. 将来の目標を定め、それを達成していく方法を考える手伝いをする（5分）
 - ▶ もはや自分が治療者の役割をとって、学んできたスキルをつづけるべきであることを覚えておいてもらう

セッション12：親密さ・出来事の意味

セッション12の目標は：

1. 親密さについての信念を考え直す用紙をふり返り、自分や他者との関係を発展・維持させる上で邪魔になるスタックポイントを解決するよう取り組む
2. 最後の出来事の意味筆記を読み上げてもらう
3. (治療者が) 最初の出来事の意味筆記を読み上げ、ふたつを比べる
4. 治療経過をふり返る
5. 将来の目標を見つける
6. 自分自身が治療者となり、治療で学んだスキルを練習し続けることを覚えておいてもらう

・セッション12の
目標

親密さの問題を見つける

最終セッションは、親密さについての信念を考え直す用紙をふり返るところから始める。このセッションの目的は、親密さについてのスタックポイントを患者が見つけれられるよう手助けすることにある。患者にとっての目標は、治療で学んだ新しいスキルを使って、スタックポイントに時間をかけて取り組むことにある。

自分への親密さとは、外的な方法に極度に頼ることなく、自分自身で対処し、自分をコントロールし、適切に自分をなだめる能力のことである。物質（食べ物、極度の浪費、ギャンブルを含む）を乱用していたり、自分で自分の世話ができないと考えて過度に人に依存するような場合に、自分との親密さにおける問題は明らかである。トラウマティックな出来事について書いてくる練習課題が出たセッションで、アイスクリームを3キロ食べ、たばこを2箱吸わないとできないと言った患者がいた。これは患者が自分との親密さに問題を抱えていることに気づくよい手がかりになる。治療の全過程、そして特に最後の2セッションでは、この問題に取り組む。こうした自己をなだめる問題は、コントロールの問題に関連していることが多く、そのため物質使用の問題は治療の早い時期に取り組まれていることも多い。食べ物やたばこ、アルコール、クレジットカードを手取るのではなく、用紙を手取るように、自分自身に何を言っているのか考え通すように、そして、もっと適切な自分への言葉と行動とで自分を落ち着かせるように患者を促す。しかしながら、もし患者が深刻な物質使用の問題を持っているようであれば、その問題は治療前か、治療と平行して同時に治療していくようにする。この問題については治療早期には種を蒔いたり、内容に織り込んだりするが、再発防止に取り組む治療後期に来るまでは、テーマとして自分との親密さに焦点を当てないようにする。

・自分への親密さ

他者との親密さではふたつの種類の親密さが問題になることが多い。それは、家族や友人との親密さと、性的な親密さである。PTSD患者の多くは支えてくれる人からも引きこもり、他者と親密になることを避け、拒絶、非難、さらなる危害から自分を守ろうとしている。それまでの人間関係が壊れ、新しい人間関係が発展することを避けるようになる。結果的に、トラウマティックな出来事からの回復の途上で、多くの患者は他の人々から隔絶され孤独だと感じるようになる。

・性的でない親密さ

性的な親密さは性的暴行の被害者において特に問題となるが、性的暴行以外のトラウマへの反応として性機能が障害されることもある。PTSD 症状やうつは性機能の障害となり、特に性欲の妨げとなる。性的暴行の被害者にとっては、性的な行為が特に恐ろしいものとなる。なぜなら、性的な行為が暴行を思い出させるきっかけとなったり、性的な親密さに求められる信頼や無防備さ¹⁹が特に恐怖を喚起するためである。しかし、他者からの引きこもりは、他者からの支えやなぐさめを求めることとは真っ向から葛藤を起こす。こうした親密さの問題は信頼の問題と密接に絡んでいることが多く、その未解決の問題に引き続き注意を向ける必要があるかもしれない。CPT はセックスセラピーではないが、この認知療法は、性機能の障害になる問題ある考えを見つけ修正する助けとなりうる。しかし、より深刻な機能不全については、それに特化した他の療法で治療されるべきである。

• 性的な親密さ

新しい出来事の意味筆記を患者に読み上げてもらう

治療者と患者は、新しい出来事の意味筆記を一緒にふり返っていく。まず患者が筆記を読み上げて治療者に聞かせる。以下は、“チャズ”というイラクからの帰還兵が書いた出来事の意味筆記である。彼は警告を無視して止まらなかった車を銃撃せざるを得なかった。その出来事で、女性と子どもが死んだ。

• 新しい出来事の意味筆記

このトラウマティックな出来事が深く自分に影響を与えたことは疑いの余地がありません。自分、他者、世界についての考えが変わり、そしてまた変わりました。治療を始めたころ、私は自分が殺人鬼だと信じていました。完全に自分を非難していました。いまでも、自分がある家族を撃ったと信じていますが、殺害を犯したわけではありません。当時、そうせざるを得ないことに気づき、私の周りもそうするしかない銃撃をしていました。その男や家族が検問所を突破して何をしようとしていたか知る由もありませんが、いまでは、銃撃して止めるしか選択肢がなかったと思います。安全については、外に出れば攻撃してくる人がいると考えていましたが、いまではその確率はかなり低いことに気づいています。いまでは、無謀な運転をする人間や、病気、事故など、誰でも気にすることを自分も気にするようになりました。また、急にぶち切れて家族を傷つけてしまうことを心配していました。いまでは、そうするとは思わなくなりました。これまでそんなことはなかったし、このトラウマのせいで、そうしなければならぬ状況以外では絶対に誰も傷つけないと、そればかり考えるようになっていたからです。以前よりも自分の判断を信じられるようになり、政府のことも信頼し忠誠心をもてるようになりました。これも、その状況では本当に発砲する必要があったことに気づいたからです。これまでは物事への力やコントロールをいつも欲していましたが、すべてをコントロールする必要はないと思うようになりました。自分が欲したところで、コントロールを持てないのが現実です。自己価値感もよくなっています。まだ十分にはそう思えてないかもしれませんが、あらゆる悪いことが自分の失敗のせいでないことや、幸せを感じてもいいことを覚えておかねばなりません。もっとも大きく変わったことのひとつは、妻や娘と一緒にいて楽しめるようになったことです。これまで妻を避けていましたが、それは、自分は幸せになるに値しない人間で、妻や娘を傷つけてしまうだろうと考えていたからです。少しずつですが、妻子を傷つけることはかなり起こりにくい、少なくとも傷つけようと思図

¹⁹ 訳注：他者と性的な行為をする際には、相手を信頼して、無防備な姿になることを許容する必要がある。

することなどないことに気づきつつあります。妻は以前よりもずっと幸せそうです。こうした時間を続け、娘と妻にいい人生を与えたいと思っています。外出すればスナイパーが待ち構えていて、びくびくし、すべてを回避しているような人間のことを、娘に知られなくてよかったと思います。馬鹿みたいに聞こえるかもしれませんが、私はある意味、これ乗り越えたことをありがたくも感じています。このことによって、以前よりも成長していけると考えています。

続いて、セッション2（またはそれ以降）に保管しておいた最初の出来事の意味筆記を治療者が読み上げ、短期間にどれだけの変化が起こったか患者が見て取れるようにする。通常、かなり目を見張る変化があるものであり、患者の典型的な感想は「本当に自分はそんな風に考えていたのか？」である。治療で取り組んだ作業の結果として、自身の信念がどれほど変わったかを検討するよう促す。治療者はまた、依然として残っており、さらなる介入が必要と思われる歪みや、問題ある考えを探すようにする。

治療経過と患者の進展の振り返り

セッションの残りの部分では、治療の中で紹介されたすべてのスキルや概念を繰り返る。回復がうまく続いていくかどうかは、新しく学んだスキルを継続して練習していくことと、昔の回避パターンや問題ある思考パターンに戻ることに抵抗できるかにかかっていることを患者に覚えておいてもらう。残っているスタックポイントを見つけ、それらに向き合う方法をくり返して確認しておく。治療を通した進展と変化を省みてもらうよう患者に尋ね、とても難しくトラウマティックな出来事に直面しうまく扱えたことを自分自身の功績として捉えるよう促す。

• 治療で学んだ考え方を患者とともに振り返る

将来への目標

将来の目標を話し合う。トラウマティックなかたちで大切な人を失ったこと（外傷性死別）に問題を抱えている患者に対して、悲嘆が終わることを期待するのではなく、自身の生活を再構築する過程を続けていくことを許せるように促す。何らかのリマインダに触れ、フラッシュバック、悪夢、以前は思い出さなかった記憶が起こったとしても、それは再発を意味するものではないと患者に覚えておいてもらうようにする。どのような侵入体験であっても、それに対して必要であれば筆記をしたり、用紙を利用するよう促す。自然な感情をそのままに感じ、自分の思考が極端になっていないか確認するよう促す。

• 将来への目標

何十年も PTSD を患っていた人にとっては、PTSD なしの自分は何者で、どうなっていくのかという疑問が浮上してくることがある。何年も診断を受けていて、回避中心に生活がまわり、フラッシュバックや他の症状をどうにかすることで精一杯なかで生きてきた患者にとっては、今の自分が何者なのかと疑問に思えてくる。何人かの退役軍人に対しては、“PTSD からの退職（※訳注：卒業）”という考え方を紹介したこともある。人生の段階を進むなかで人は自分の役割やアイデンティティを変えるものであり、それには退職も含まれていて、同年代の多くの人もまた、仕事を退職するときには同じ疑問をもつことを患者に思い出してもらう。停年になったら何をしよう

か？ どうやって過ごそうか？ どんな人間になろうか？ これらは普通にある問いであり、将来を恐れるのではなく、この時を自分でどう過ごしていきたいかを考え、決めていく機会にあることを患者が理解できるよう手助けする。キャリアを変え、パートタイムで働く高齢者も多い。新しくレジャー活動やボランティア活動を始める人もいる。孫との時間を大事にする人もいる。明るい光を当ててこうした変化に目を向け、自分の選択を考えていけるよう、患者を援助する。

若い患者もまた、職業やキャリア、人間関係や家族など、重要な発達段階を歩んでゆく。PTSD 症状の低下はこうした発達の軌跡に患者を戻す助けとなり、治療者はこうしたプロセスをノーマライズする。回復しない怪我や障害を抱えた患者においては、以前思っていたものとは異なる職業を考えていく助けが必要となるかもしれない。

• 若い PTSD 患者

終結後のケアについて

週に 1・2 回の CPT をやり終えた後、1・2 ヶ月後にフォローアップ面接を設定することを推奨している。残りのスタックポイントについて、信念を考え直す用紙に取り組み続けるよう、患者に促す。治療で使っていたのと同じ尺度を使って症状を査定し、これまでの経過に患者を位置づけ、また、治療効果を確認して強化するようにする。こうした実践は、ケアについての考え方を患者に心得てもらい上でも助けになる。自分が自分の認知療法家になり、スタックポイントや日々の出来事には自分で認知再構成に取り組み、それが難しい時に治療にやってくるようにする。フォローアップ面接では、具体的に目標を絞って取り組み、治療で培ったスキルを使い続けるよう促す。

• 終結後のケア

退役軍人局には、CPT を終結した患者へのケアプログラムを提供しているところもある。あるところは、毎月、集団でのミーティングを行っている。患者は話し合いたい話題を持ち込み、用紙や 5 つのテーマの資料を使ってスタックポイントを考え直す。別の施設では、患者の進捗に合わせて何回でも参加できる、気軽に立ち寄れるグループを設けている。こうしたグループのファシリテーターは、治療効果の維持や、スタックポイントへの取り組みを続ける場として非常に役立っており、それによって、定型の療法をやり直す必要がなくなっていると話している。

サンプル セッション 12 の経過記録

コンタクト：50 分の精神療法セッション

内容：PTSD に対する CPT の第 12 セッションを行った。患者は練習課題をやり遂げており、信念を考え直す用紙に毎日取り組み、出来事の意味筆記を書いていた。取り組んできた用紙をふり返ってさらに認知再構成した。人間関係の発展や維持に関するスタックポイントに特に焦点を当てた。最初と最後の出来事の意味筆記が比較され、治療経過の話し合いへとつながった。将来への目標が立てられ、培ってきたスキルを使い続け、紹介先の臨床家と治療体験を共有するよう患者を促した（e.g., 何がよかったか、将来の治療でスキルをどう使っていくか）。

計画：CPT 終了。一ヶ月後にフォローアップの予約を設定した

問題ある思考パターン用紙

以下に、人がさまざまな状況で用いる、問題ある思考パターンをいくつか挙げています。こうした思考パターンは自動化して習慣になっていて、自分を傷つける行動に人を向かわせます。ご自身のスタックポイントをふり返り、それぞれの例をあげてください。それぞれに自分のスタックポイントを書き込み、どんなところがそのパターンにあてはまるのかを書いてください。そして、そうした思考パターンが自分にどう影響しているか、考えてください。

1. 結論への飛躍、未来を決めつける
2. 状況の過大評価・過小評価（ものごとを大げさに捉える、重要性を不適切に軽くみる）
3. 状況の重要な部分の無視
4. ものごとを、よい／悪い、正しい／間違いと過度に単純化をする
5. ひとつの出来事を過度に一般化する：（悪いことが永遠に繰り返されると思う）
6. 読心術（はっきりした証拠がなくても、人が自分を悪く思っていると考える）
7. 感情による理由づけ（感情を根拠として用いる 例：「怖いから危ないにちがいない」）

考え直し用紙

以下は、不適応的で、問題ある信念やスタックポイントの考え直しをする際に役立つ質問リストです。すべての質問がぴったり使えるわけではありません。自分の考えを見直すのに使えるような質問をできるだけ多く選んで、答えるようにしてください。

信念／スタックポイント：

1. そのスタックポイントの根拠となるものと、反証となるものは何ですか？

根拠：

反証：

2. 事実に基づいていますか？ それとも、そう考える習慣ができたのでしょうか？

3. そのスタックポイントで、考慮されていない情報はありますか？

4. スタックポイントに、“全か無か”の言葉が含まれていませんか？

5. 極端な表現や大げさな言葉を使っていますか？（例：いつも、この先ずっと、決して～ない、必要、～すべき、ねばならない、できない、いつ何時も）

6. 全体の流れの、ある一部分だけに注目していませんか？

7. スタックポイントはどこから来ましたか？ 信頼できる確かな情報源からでしょうか？

8. “起こりうる”ことと、“よくある”ことを混同していませんか？

9. そのスタックポイントは、事実に基づいていますか？ それとも、感情に基づくものでしょうか？

10. 関係のない部分を関連づけてはいませんか？

信念を考え直す用紙

A. 状況 嫌な気持ちにながった出来事や考え、信念を挙げてください	B. 考え／スタックポイント Aに関連する考え／スタックポイントを書いてください この考え／スタックポイントを、どれくらい信じていますか？ (0-100%)	D. 考え直し 考え直しの質問を使って、Bの考え／スタックポイントを見直しましょう その考えは、バランスがとれ、事実に基づいたものか、それとも極端なものか、考えてください 根拠？ 反証？ 習慣、事実？ 見逃している情報？ 全か無？ 極端さや誇張は？ 一部分だけに焦点？ 情報源は確か？ “あり得る”を“よくある”と混同？ 基にしているのは感情、事実？ 関係ないことに注目？	E. 問題ある思考パターン 問題ある思考パターン用紙を使って、あなたの考えが、問題を引き起こしやすい考え方のパターンになっていないか確認してください <input type="checkbox"/> 結論への飛躍 <input type="checkbox"/> 過大・過小評価 <input type="checkbox"/> 重要な部分の無視 <input type="checkbox"/> 過度の単純化 <input type="checkbox"/> 過度の一般化 <input type="checkbox"/> 読心術 <input type="checkbox"/> 感情による理由づけ	F. 別の考え Bの他に、何と云えるでしょうか？ コラムBとは別の解釈をすると？ 別の考えをどれくらい信じられるか、0-100%で評定してください
C. 感情 悲しみ、怒りなど、どんな感情を感じていたかを記し、それぞれの感情の強さを0-100%で評定してください				

第3部 | CPT を実施する上での代替案と留意点

トラウマ筆記を含まない CPT (CPT-C)

近年、Resick らは CPT の治療要素を分解して検証する研究を実施した (Resick et al., 2008)。この研究で、12 セッションからなるフルバージョンの CPT と、その一部だけに取り組む治療 (トラウマ筆記を伴わない CPT (CPT-C) と、認知治療を伴わずトラウマ筆記だけを行う CPT (CPT-W)) とを比較した。治療後の効果は全て同じであったが、変化の軌跡は異なっていた。治療を通じて、CPT-C は CPT-W よりも改善が有意に速く、CPT-W は治療最後にその改善に追いついた。トラウマ筆記の 2 セッション分 (セッション 4) が終わるまでは、CPT-C はフルバージョンの CPT よりも改善が早かった。治療後半では、CPT は他の 2 群の中間に位置して推移した。CPT-C の中断率は 15% に収まり、他の 2 群は 26% であった。

- CPT
- CPT-C
- CPT-W

退役軍人に対する研究では、フルバージョンの CPT プロトコルが使われてきた (Monson et al., 2006; Forbes et al., 2013; Suris et al., 2013)。そのため、このマニュアルでは訓練や実践用にフルバージョンを紹介している。しかし、トラウマ筆記に問題がある退役軍人にとっては、CPT-C はよい代替法であることが最近の研究で示されている。また、CPT-C は集団療法でトラウマ筆記を取り扱う際の難しさを解決する良い方法でもある。では、どのような人にとってトラウマ筆記が問題となるか？ 我々の研究ではパーソナリティ障害や他の併存疾患を除外していない。ただし、頭がうまく働かず、自傷他害があり、現在他者からの危険にさらされている場合 (e.g., ドメスティック・バイオレンスやストーカー) は除いている。CPT はさまざまな疾患をもつ患者において検証されており、そうした患者がトラウマ筆記で悪化することはなかった。しかしながら、全くじっとしてられないほど回避的な場合には、CPT-C を考慮してもいいだろう。治療に来ながら、トラウマティックな出来事について語れないし、語らないと言い張る患者もいる。多くの場合、こうしたスタックポイントについて認知療法で取り組むことができ、患者は筆記が役立つことを理解するようになる。しかし、筆記をするなら治療をやめるといった状況になった場合には、CPT-C を使用するようにする。動機づけを高めることにつながるため、患者自身に CPT と CPT-C の選択してもらうようにすることを推奨している。選んでもらう場合、フルバージョンの CPT を選ぶ患者もいる。

CPT-C は、感情の処理を無視するものではない。出来事に関する自然な感情をそのままに感じ言葉にすると同時に、二次的な評価や思考によって生じる感情 (作られた感情) を考え直すように患者に促す。しかし、トラウマ筆記はより強い感情を引き出しやすい課題ではある。そのため、トラウマ筆記のない CPT-C では、自然な感情を引き出し、認知が変わると感情も変わることに患者が気づけるよう、治療者は注意して取り組む必要がある。また、CPT-C では筆記の読み上げによってスタックポイントを特定する手続きが含まれない。そのため、スタックポイントをうまく見つけて考え直していくために、トラウマティックな出来事についての詳細を十分に引き出すソクラテス式問答をもっと行う必要があるかもしれない。

- CPT-C

CPT-C も 12 セッションで構成される。筆記がなくなるため治療を短くすることもできるが、むしろ新しいスキルを強化する機会と位置づけて、元の CPT プロトコルと情報量としては同じまま、内容を 2 セッションに分けて実施する。第 1 の変更はセッション 3 である。CPT-C のセッショ

ン3では、トラウマ筆記の課題に取り組んだりソクラテス式問答へと進む代わりに、ABC用紙にのみ焦点を当て続けるようにする。フルバージョンCPTでは、患者はABC用紙に加えて筆記の課題が出される。しかし、ABC用紙に1週間取り組むだけでは十分でないことが多く、とりわけ患者が思考や感情を言葉にできない場合には難しくなる。そのため、考え直しの質問を導入する前に、もう1週間、ABC用紙を練習することはとても役立つ。治療者にとっても、最悪のトラウマティックな出来事についての同化のスタックポイントに焦点を当てて考え直す追加のセッションとなり、患者が一人で考え直しに取り組んでいく前の準備ができる。

次の変更はセッション4である。CPT-Cではトラウマ筆記をもう一度練習課題とする代わりに、同化に焦点を当てて考え直し用紙に毎日取り組んできってもらうようにする。セッション5で、問題ある思考パターン用紙を紹介する。

最後の大きな変更は、フルバージョンのCPTで行うセッション7（CPT-Cではセッション6）を分割して実施することである。フルバージョンでは、セッション7で問題ある思考パターン用紙をふり返った後に、信念を考え直す用紙と安全のテーマが紹介される。CPT-Cでは、信念を考える用紙のみが紹介され、安全のテーマは紹介されない。CPT-Cのセッション6は、最悪なトラウマについての同化の信念を引き出す機会となる（フルバージョンCPTでは、トラウマ筆記によって同化の信念が自然と出てくる場合が多い）。安全のテーマと過剰調節された安全の話題については、次のセッション（セッション7）で取り扱われる。セッション8以降の進め方は同じである。CPT-Cの概要は以下の通りである。

トラウマ筆記を含まないCPT（CPT-C）の概要

セッション1—導入と教育：

PTSDの症状；症状の説明（認知理論）；治療の流れの説明

練習課題：出来事の意味筆記

セッション2—出来事の意味：

患者に出来事の意味筆記を読んでもらう。治療者と患者はトラウマの意味について話し合う。スタックポイントと問題を抱えた領域を確認する作業を始め、スタックポイント・ログに書き加えていく。PTSD症状とその理論をふり返る。考え、感情、行動の関係を説明したうえで、ABC用紙を紹介する。

練習課題：ABC用紙を1日1枚完成させる。その際、少なくとも一つは、最悪のトラウマに関するものとする。

セッション3—思考と感情を見つける：

練習課題で取り組んだABC用紙をふり返り、同化に焦点を当てながらスタックポイントについて話し合う。出来事を受け入れられているか、自己非難（自責の念）を抱いていないかといった点から出来事をふり返る。スタックポイントに関するソクラテス式問答を開始する。

練習課題：ABC用紙を書き直す。

• CPT-Cの概要

セッション4—スタックポイントを見つける：

練習課題で取り組んだABC用紙をふり返り、ソクラテス式問答を用いて、同化の考え直しを始める。トラウマによって同化された信念について検討するために、考え直し用紙を導入する。

練習課題：考え直し用紙を用いて、(同化や自己非難に焦点をあてて) 1日一つのスタックポイントの考え直しを行う。

セッション5—考え直しの質問：

考え直し用紙をふり返る。問題ある思考パターン用紙を導入する。

練習課題：問題ある思考パターン用紙を毎日完成させる。必要に応じて、考え直し用紙を継続する。極端な、二者択一の考え方よりも、信念のバランスがとれていることが重要である点を患者が理解できるようにする。

セッション6—問題ある思考パターン：

練習課題をふり返る。信念を考え直す用紙を導入する。トラウマに関する考えを見直すために新しい用紙を使うことを患者に教える。

練習課題：日々の出来事だけでなく、トラウマについても、信念を考え直す用紙を毎日完成させる。

セッション7—信念を考え直す：

信念を考え直す用紙をふり返る。安全のテーマを導入する。安全に関する以前の信念が、トラウマティックな出来事によっていかに混乱したり、一見すると確証を得たようであるかを話し合う。安全についての信念を見直すために、信念を考え直す用紙を用いる。

練習課題：安全のテーマを読み、安全に関して、信念を考え直す用紙を完成させる。

セッション8—安全：

信念を考え直す用紙をふり返り、自分ではうまく完成させることができなかった問題ある信念について、患者が考え直しを行うのを助ける。信頼のテーマを導入する。自分への信頼や他者への信頼についてのスタックポイントを選び出す。

練習課題：信頼のテーマを読み、少なくとも1枚、信頼について信念を考え直す用紙を完成させる。信念を考え直す用紙を用いて、スタックポイントの考え直しを毎日続ける。

セッション9—信頼：

信念を考え直す用紙をふり返る。力とコントロールのテーマを導入する。以前の信念が、トラウマによってどのような影響を受けていたかを話し合う。

練習課題：力とコントロールのテーマを読み、少なくとも1枚、力とコントロールに関して、信念を考え直す用紙を完成させる。信念を考え直す用紙を用いて、他のスタックポイントに対する考え直しを毎日続ける。

セッション10—力とコントロール：

信念を考え直す用紙をふり返る。価値(自己価値と他者を尊重すること)のテーマを導入する。

練習課題：価値のテーマを読み、価値について信念を考え直す用紙を完成させる。加えて、コンプリメントを与え・受けること、自分のためによいことをすることを課題とする。信念を考え直す用紙を用いてスタックポイントの考え直しを毎日続ける。

セッション 11—価値：

信念を考え直す用紙をふり返る。二つの行動面での練習課題（コンプリメントを与え・受ける、自分にとってよい活動を行う）にどのように取り組んだかを話し合う。親密さのテーマを導入する。

練習課題：コンプリメントを与え・受ける課題を続け、親密さのテーマを読み、親密さにまつわるスタックポイントに関して信念を考え直す用紙を完成させる。

最終課題：最後の出来事の意味筆記を書く

セッション 12—親密さ・出来事の意味：

信念を考え直す用紙を見直す。最後の出来事の意味筆記を読み上げてもらう。治療者が1回目の出来事の意味筆記を読み上げ、違う部分を比較する。親密さのスタックポイントについて話し合う。治療全体をふり返り、患者がこれから先も取り組む必要のある残された課題を確認する。コンプリメントや自分のためによいことをするという行動面の課題にこれから先も取り組み続けるよう、患者を励ます。これから先は自分自身が治療者の役割を果たすこと、学んだスキルを使い続けていく必要があることを、患者に覚えておいてもらうようにする。

集団での CPT の実施

CPT は集団版単独としても、集団版と個人治療を組み合わせても、効果があることがわかっている。集団 CPT は、レイプ被害者、児童期の性的虐待の被害者、戦闘体験のある退役軍人、軍隊での性的トラウマの被害者など、さまざまな患者集団の PTSD 治療で用いられ効果を示している。集団 CPT は、他の治療（対処スキル訓練、弁証法的行動療法、アクセプタンス&コミットメント・セラピーなど）と組み合わせてレジデンシャル治療プログラムでも使われている。CPT を集団で行う際の詳細については、CPT 集団マニュアルを参照のこと。

• 集団での CPT の実施

付録 A : CPT 用語集

ほどよい調節 (Accommodation) : CPT の目標は、ほどよい調節を促すことにある。これは、起こったトラウマティックな出来事を受け入れ、その体験を自分の人生へとうまく統合させる方法を見つけることを意味する (e.g., 「この嫌な出来事が起こったけれども、自分はまともな人間だ」)。ほどよい調節は、バランスのとれた考えを意味する。

同化 (Assimilation) : 出来事についての情報が、既存の信念を変更することなく組み入れられること。トラウマティックな出来事と既存のスキーマとを一貫したものにするために、新しく入ってくる情報が既存の信念に合うように変えられることが多い。同化は、トラウマをなかったことにしたり undoing、自己非難のプロセスとして機能することが多い。(e.g., 「もし自分が ... さえしていれば」、「自分が止めるべきだった」「本当は虐待ではなかった」)。

CPT : 12 セッションの、トラウマに焦点を当てた、マニュアル化された療法である。PTSD についての社会認知理論に基づく。この理論では、人生を自分自身で送っている感覚 mastery や、コントロールできている感覚を取り戻そうとする存在として人を捉え、その過程にいる人がどのようにトラウマティックな出来事を解釈し対処するのかに注目する。CPT は心的外傷後ストレス障害 (PTSD) や、トラウマティックな出来事に起因する他の症状に対しての効果が見出しされている。

CPT シェアポイントウェブサイト (CPT SharePoint website) : 退役軍人局のイントラネット内にある VA 職員のための交流サイトの一部で、CPT のマテリアル、コンサルテーション機会を含むリソースが提供されている。認知処理療法の全般的な情報や、CPT の現場適用プログラムがある。 https://vaww.portal.va.gov/sites/cpt_community/default.aspx

CPT-C : 12 セッションの、認知のみの CPT (トラウマ筆記を含まない)。特定の患者に対しては、CPT-C が推奨できる (e.g., 筆記を拒む患者、次の作戦への再配置が差し迫っている、取り組める時間が限られている、出来事を全く覚えていないか、一部しか覚えていない)。認知的スキルを培うのに時間をかけたいと治療者が考える場合にも、CPT-C は適用できる。CPT-C はトラウマに焦点を当てており、感情の処理も重視している。

情動処理理論 (Emotional processing theory) ²⁰ : Foa, Steketee, and Rothbaum (1989) による PTSD 理論であり、情報処理理論 (Lang, 1977) に由来する。この理論では、記憶内に恐怖ネットワークが構築されることで PTSD が生まれると考えられている。この恐怖ネットワークは逃避や回避行動を生み出す。心的な恐怖構造は、刺激、反応、意味の要素を持つ。トラウマに関連する刺激が恐怖構造 / スキーマ、それに引き続く回避行動を引き起こす。PTSD への持続エクスポージャー療法は情動処理理論に基づいている。

闘争 - 逃走 - 凍結反応 (Fight-flight-freeze reactions) : 自然で、自動的な、恐怖 / 逃走 / 凍結または怒り / 攻撃的な反応であり、トラウマティックな状況に直面した際に起こる。

グラウンディング技法 (Grounding techniques) : 日付、時間、場所、安全に気づいてもらう ; または、予め決めておいたものに触る技法。患者が解離状態になったときに、現在に意識を戻すために使われる。

後知恵バイアス (hindsight bias, 20/20 hindsight) : 同化に関連した歪んだ認知の一例。後知恵バイアスを持つ人は、事前に結果を知っていたと信じている。(e.g., 「もし自分が _____ さえしていれば、これは起こらなかったにちがいない (かもしれない)」「彼を信じるべきでないと、知っているべきだった」)。

²⁰ 訳注: 本マニュアルでは、特に区別する必要がない限り、emotion, affect, feeling を感情と訳している。しかし、ここでは持続エクスポージャー療法についての既存の日本語版のマニュアルに従って、“情動処理理論”と訳す。

出来事の意味筆記 (Impact statement) : 最悪なトラウマが自分の人生にどう影響したかについて書いたもの。これには、出来事の原因についての信念や、CPT で扱われる 5 つのテーマ（安全、信頼、力とコントロール、価値、親密さ）についての信念が含まれる。出来事の意味筆記は、セッション 1 と 11 に練習課題として出される。

インデックストラウマ (Index trauma) : ト라우マ筆記の題材として選ぶトラウマで、これは患者と治療者とで選ぶ。インデックストラウマは、通常であれば最悪なトラウマである。最悪なトラウマを選ぶことの最大の利点は、最悪な出来事からそれほどではない出来事へと、新しい、よりバランスの取れた認知が般化しやすいからである。加えて、最悪なトラウマについての筆記は最も重要なスタックポイントを含んでいる可能性が高く、また、筆記によって患者の克服感 (sense of mastery) を強化できる。

公正世界の信念 (Just world belief) : 世界には秩序があり、予測可能で、公平な場所で、人には相応の物が与えられるのだという信念（つまり、良い人には良い事が起こり、悪い人には悪い事が起こる）。これはトラウマからの回復に影響する認知の歪みのひとつであり、CPT で取り組まれる。

軍隊での性的トラウマ (Military sexual trauma; MST) : 軍にいた際に起こった性的暴行、あるいは、繰り返された、一方的な、脅迫的なセクシャルハラスメント。

自然な感情 vs. 作られた感情 (Natural emotions vs. manufactured emotion) : 自然な感情は出来事の後に直接的に引き起こる感情であり、普遍的に体験される（生得的な反応。たとえば、危険な目に会っているときの恐怖、喪失への反応としての悲しみ）。作られた感情は、出来事から直接体験されるものではなく、出来事への解釈に基づいて生まれる感情（e.g., 罪悪感、恥）。

過剰調節 (Over-accommodation) : ト라우マティックな出来事についての情報と既存のスキーマとが一貫するように、自分や世界についての既存の信念を極端に変えること。これにより、安全感やコントロール感を得ようとする。過剰調節では通常、トラウマティックでない状況に対してもトラウマティックな反応が般化される。（e.g., 「もう二度と誰も信頼できない」）。こうした信念は、CPT の最後の 5 セッションを構成するテーマでよく見られる。

PCL-5 (PTSD チェックリスト ; PTSD Checklist) : PCL-5 は 20 項目の自記式尺度であり、DSM-5 における 20 の PTSD 症状を測定する。過去 1 週間か 1 ヶ月にその問題でどのくらい悩まされたかを回答する。

心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic stress disorder; PTSD) : DSM-5 が定義する心理的障害であり、トラウマティックな出来事（※訳注：DSM-5 では“心的外傷的出来事”と訳されている）に曝された後の強度の反応を意味する。症状は 4 つのクラスターに分けられる：

- 再体験：トラウマについての侵入的な思考、夢、またはフラッシュバック；これには、トラウマを想起させる物事（きっかけ、リマインダ）に対する心理的苦痛や生理学的反応も含まれる。
- 回避：トラウマに関連した思考や感情の回避、トラウマを想起させる外的な刺激（リマインダ）の回避
- 認知と気分の陰性の変化：自分や世界についての持続的で過剰に否定的な信念、トラウマティックな出来事についての、持続して歪んだ自己・他者非難、トラウマに関連した感情（e.g., 罪悪感、恐怖、恥）。
- 過覚醒：覚醒の全般的な高揚で、これには睡眠障害、集中困難、過剰な驚愕反応、過度の警戒心、怒りの爆発、

無謀な行動が含まれる。

持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure; PE)：実証的に支持された認知行動療法であり、さまざまな臨床の場で、多様なトラウマの PTSD を治療できる。主な治療要素は、トラウマティックな出来事に対する現実 (“in vivo”) 曝露と想像曝露である。CPT とは違って、認知再構成は PE の主要な要素ではなく、必要とはされない。PE では、恐怖ネットワークが過剰に賦活し、これによって回避を引き起こされ、トラウマについての十分な感情処理が妨げられることで PTSD が誘発されると捉える。PE の目標は、曝露エクササイズによってこの恐怖ネットワークを賦活させ修正させることを通して、感情処理を促進させることにある。

社会認知理論 (Social cognitive theory)：トラウマティックな出来事についての個々人の認知的な過程が、当人の感情に影響をもつことを前提とした理論。この理論によれば、PTSD からの回復は、誤った認知とそれに関連した感情が喚起され、修正されることに依存すると考える。トラウマについての十分な認知処理は、トラウマに関連したネガティブな感情を和らげ、症状を減らすと想定される。

ソクラテス式問答 (Socratic questioning)：認知療法の技法であり、患者が自分の考えの正確さを見直して、不正確な思考パターンを修正する手助けとなるように、方向性を持った質問 (leading questions) を用いて尋ねることを指す。これにより、心理的な苦痛が和らげられることが期待される。ソクラテス式問答は 6 種類がある：

- **明確化 (Clarification)** — “もっと教えてくださいか” という質問。患者が自分の信念 / 前提をより深い水準で検討するのを助ける。治療者にとってはその状況を十分に理解するために必要な情報をもたらす。
- **前提を見直す (Probing assumptions)** — “なぜ” や “どのようにして” の質問。患者の前提や、特に疑問を持つことのなかった信念を見直すための質問。
- **理由や根拠を見直す (Probing reasons and evidence)** — 患者が自分の信念についての事実上の根拠を見つめるのを助ける質問。前提を調べるのと同じようなプロセスとなる。
- **別の見方や観点を質問する (Questioning viewpoints and perspectives)** — 別の見方や観点についての質問することで、患者がどの立ち位置から考えているのかを見つめ直してもらう。
- **影響や結果を分析する (Analyzing implications and consequences)** — 自らの信念がもたらしうる結果を考え、その結果が自分にとって望ましい、納得できるものかを検討するのを助ける質問。
- **質問への質問 (Questions about the question)** — 患者が治療者に直接質問してきた時に使える技法。質問に答えるのではなく、治療者は患者に焦点を戻すように質問で返す。

スタックポイント (引っかかり ; Stuck points)：患者が問題としている思考の領域であり、回復過程を妨げ、患者を “行き詰まらせる” 考え。スタックポイントは、同化や過剰調節のかたちをとる。スタックポイントは CPT の治療過程の中で継続して同定されるものであり、練習課題やセッション内での取り組みの主な対象となる。

生存者罪悪感 (Survivor Guilt)：他者 (愛する人であることが多い) が生き延びられなかったトラウマティックな出来事を、自分が生き延びたことに関連させることで起こる、作られた感情。生存者罪悪感は、他の人ほどには自分が深刻な怪我や結果を負わなかった場合にも当てはまり、無価値感と関連することが多い。「なぜ自分じゃなかったのか？」

と「なぜ自分なのか？」の質問は表裏一体であり、公正世界の信念に基づくことがほとんどである。

回復途上にある障害としての PTSD (PTSD as a disorder of non-recovery) : PTSD を、独自の精神病理の発生としてではなく、正常なトラウマの回復プロセスから“外れた”状態としてみる見方。この観点は、深刻なトラウマティックなストレッサーの直後にはほぼ普遍的に PTSD 症状が観察され、ほとんどの人は数ヶ月の経過をたどって回復に至るというエビデンスに基づいている。数ヶ月経っても症状が残る者はこの正常な回復過程が停滞しており、PTSD として診断される。

外傷的死別 (Traumatic bereavement) : トラウマティックな死に対する死別反応。典型的な死別反応に加えて、トラウマティックな要素が独自の問題を加えている場合を指す。さらに、PTSD が正常の死別のプロセスを妨げており、この死別反応が PTSD 治療を妨げていることがある。トラウマティックな喪失に関連したスタックポイントを同定し、故人なしの生活に認知的に適応することが役立つ。

代理受傷 (Vicarious traumatization) : 他者のトラウマについての詳細や、視覚的な描写を聞くことによって、自らが PTSD のような症状を体験したり、自分の弱さを問題だと感じたり、自らの安全について恐怖や心配を感じるようになった際の反応。代理受傷はトラウマ患者と接する精神保健の専門家によく見られる。そのため、トラウマの患者と取り組む際には自分に気づき、セルフケアをすることの重要性が強調されている。

CPT の 5 つのテーマ (5 CPT Themes) : CPT プロトコルの最後の 5 セッションで取り組まれる、過剰調節についての 5 つの一般的なテーマ。各セッションでは心理教育が含まれ、ここではそのテーマに関して自己や他者について話し合われ、テーマに関連した練習課題が出される。テーマに関連した特定のスタックポイントが同定され、これが練習課題やセッション内での取り組みの対象となる。

- **安全 (Safety)** — 出来事をコントロールして自分 / 他者を危害から守る能力や、危険 / 危害を与えようとする他者の意図についての信念
- **信頼 (Trust)** — 信じることと信じないことの健康的なバランスをとること。これには、自分の知覚 / 判断についての信頼と、他者の約束・意図・行動についての信頼性が含まれる。
- **力とコントロール (Power/Control)** — 試練に向き合う自分の能力や、人間関係の文脈で力やコントロールを維持する能力についての信念。これには、自分の人生に対して他者がどの程度コントロールできるかについての信念も含まれる。
- **価値 (Esteem)** — 自己価値や、他者の価値についての見解。このテーマには、理解され尊敬されたい個人的な欲求 needs、現実的な見方を育むこと、そして、他者についての固定した / 紋切り型の見方を見つめ直すことが含まれる。
- **親密さ (Intimacy)** — 自分への親密さ（自分をなだめて落ち着かせ、孤独や空虚を感じることなく一人でいる能力）や、人とつながる能力を育むこと。ここでは、他者と近くにいたいという人間としての生来の欲求も焦点となる。

付録 B : CPT に関する文献

- Ahrens, J., & Rexford, L. (2002) . Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 6, 201– 216.
- Alvarez, J., McLean, C. Harris, A. H. S., Rosen, C. S., Ruzek, J. I., & Kimerling, R. (2011) . The comparative effectiveness of cognitive processing therapy for male Veterans treated in a VHA posttraumatic stress disorder residential rehabilitation program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 590–599.
- Bass, J. K., Annan, J., McIvor Murray, S., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., ... Bolton, P.A. (2013) Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *New England Journal of Medicine*, 368, 2182–2191.
- Chard, K. M. (2005) . An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965–971.
- Chard, K. M., Resick, P. A., & Wertz, J. J. (1999) . Group treatment of sexual assault survivors. In B. H. Young & D. D. Blake (Eds.) , *Group treatments for post-traumatic stress disorders: Conceptualization, themes, and processes* (pp. 35–50) . Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Chard, K. M., Ricksecker, E. G., Healy, E. T., Karlin, B. E., & Resick, P. A. (2012) . Dissemination and experience with cognitive processing therapy. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 49, 667–678.
- Chard, K.M., Schumm, J.A., McIlvain, S. M., Bailey, G.W., & Parkinson, R. B. (2011) . Exploring the efficacy of a residential treatment program incorporating cognitive processing therapy – cognitive for Veterans with PTSD and traumatic brain injury. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 347–351.
- Chard, K.M., Schumm, J.A., Owens, G.P., & Cottingham, S.M. (2010) . A comparison of OEF and OIF Veterans and Vietnam Veterans receiving cognitive processing therapy. *Journal of Traumatic Stress*. 23, 25–32.
- Chard, K. M., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (1997) . Adapting cognitive processing therapy for child sexual abuse survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 31–52.
- Clarke, S.B., Rizvi, S.L., & Resick, P.A. (2008) . Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behavior Therapy*, 39, 72–78.
- Difede, J., & Eskra, D. (2002) . Cognitive processing therapy for PTSD in a survivor of the World Trade Center bombing: A case study. *Journal of Trauma Practice*, 1, 155–165.
- Ellis, L. F., Black, L. D., & Resick, P. A. (1992) . Cognitive-behavioral treatment approaches for victims of crime. In P. A. Keller & S. R. Heyman (Eds.) , *Innovations in clinical practice: A source book* (pp. 11, 23–38) . Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Davis, J., & Gallagher, N. G. (2001) . Treatment of posttraumatic stress disorder with comorbid panic attacks: Combining cognitive processing therapy with panic control treatment techniques. *Group Dynamics*, 5 (4) , 252– 260.

- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., & Lawyer, S. R. (2006) . Combining cognitive processing therapy with panic exposure and management techniques. In L. A. Schein, H. I. Spitz, G. M. Burlingame, P. R. Muskin, & S. Vargo (Eds.) *Psychological effects of catastrophic disasters: Group approaches to treatment* (pp. 629–668) . New York: Haworth Press.
- Forbes, D., Lloyd, D., Nixon, R. D. V., Elliott, P., Varker, T., Perry, D., ... Creamer, M. (2012) . A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 442–52.
- Galovski, T. E., Blain, L. M., Mott, J. M., Elwood, L., & Houle, T. (2012) . Manualized therapy for PTSD: Flexing the structure of cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 968–981.
- Galovski, T. E., Monson, C., Bruce, S. E., & Resick, P. A. (2009) . Does cognitive-behavioral therapy for PTSD improve perceived health and sleep impairment? *Journal of Traumatic Stress, 22*, 197–204.
- Galovski, T. E. & Resick, P. A. (2005) . Cognitive processing therapy and the treatment of posttraumatic stress disorder. In A. Freeman (Ed.) *International Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Galovski, T. E. & Resick, P. A. (2008) . Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder secondary to a motor vehicle accident: A single-subject report. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 287–295.
- Gilman, R., Schumm, J. A., Chard, K. M. (2012) . Hope as a change mechanism in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Practice and Research, 4*, 270–277.
- Hall, C. A., & Henderson, C. M. (1996) . Cognitive processing therapy for chronic PTSD from childhood sexual abuse: A case study. *Counseling Psychology Quarterly, 9* (4) , 359– 371.
- House, A. S. (2006) . Increasing the usability of cognitive processing therapy for survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 15*, 87–103.
- Kaysen, D., Lostutter, T. W., & Goines, M. A. (2005) . Cognitive processing therapy for acute stress disorder resulting from an anti-gay assault. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*, 278–289.
- Kaysen, D., Schumm, J., Pedersen, E. R., Seim, R. W., Bedard-Gilligan, M., & Chard, K. (2014) . Cognitive processing therapy for Veterans with comorbid PTSD and alcohol use disorders. *Addictive Behaviors, 39*, 420–427.
- Kelly, K. A., Rizvi, S. L., Monson, C. M., & Resick, P. A. (2009) . The impact of sudden gains in cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 287–293.
- Liverant, G. I., Suvak, M. K., Pineles, S. L., & Resick, P. A. (2012) . Changes in posttraumatic stress disorder and depressive symptoms during cognitive processing therapy: Evidence for concurrent change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 957–967.

Messman-Moore, T. L., & Resick, P. A. (2002) . Brief treatment of complicated PTSD and peritraumatic responses in a client with repeated sexual victimization. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 89–99.

Monson, C. M., Price, J. L., & Ranslow, E. (2005, October) . Treating combat PTSD through cognitive processing therapy. *Federal Practitioner, 75*–83.

Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006) . Cognitive processing therapy for Veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 898–907.

Nishith, P., Nixon, R. D. V., & Resick, P. A. (2005) . Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: A result of cognitive therapy targeting comorbid depression? *Journal of Affective Disorders, 86*, 259–265.

Nishith, P., Resick, P. A., & Griffin, M. G. (2002) . Pattern of change in prolonged exposure and cognitive processing therapy for female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 880–886.

Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001) . Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. *Behavior Therapy, 32* (3) , 413–424.

Petrak, J. (1996) . Current trends in the psychological assessment and treatment of victims of sexual violence. *Sexual and Marital Therapy, 11*, 37–45.

Resick, P. A. (1992) . Cognitive treatment of crime-related post-traumatic stress disorder. In R. D. Peters, R. J. McMahon, & V. L. Quinsey (Eds.) , *Aggression and violence throughout the life span* (pp. 171–191) . Newbury Park, CA: Sage Publications.

Resick, P. A. (2001) . Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15* (4) , 321–329.

Resick, P.A., Galovski, T.A., Uhlmansiek, M. O., Scher, C.D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008) . A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 243–258.

Resick, P.A., Monson, C.M., & Rizvi, S.L. (2007) . Posttraumatic stress disorder. In D.H. Barlow (Ed.) , *Clinical handbook of psychological disorders (4th ed.) : A step-by-step treatment manual* (pp. 65–122) . New York: Guilford Press.

Resick, P. A., Nishith, P., & Griffin, M. G. (2003) . How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums, 8*, 340–355.

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002) . A comparison of cognitive processing

therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867–879.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992) . Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (5) , 748–756.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993) . *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., & Gradus, J. L. (2012) . Long- term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 201– 210.

Resick, P. A., Suvak, M. K., Johnides, B. D., Mitchell, K. S., & Iverson, K. M. (2012) . The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. *Depression and Anxiety*, 29, 718–730.

Rizvi, S. L., Vogt, D., & Resick, P. A. (2009) . Cognitive and affective predictors of treatment outcome in cognitive processing therapy and prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 737–743.

Schulz, P. M., Huber, L. C. & Resick, P. A (2006) . Practical adaptations of cognitive processing therapy for treating PTSD with Bosnian refugees: General implications for adapting practice to a multicultural clientele. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 310–321.

Schulz, P. M., Resick, P. A., Huber, L. C., & Griffin, M. G. (2006) . The effectiveness of cognitive processing therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 322–321.

Sobel, A. A., Resick, P. A., & Rabalais, A. E. (2009) . The effect of cognitive processing therapy on cognitions: Impact statement coding. *Journal of Traumatic Stress*. 22, 205– 211.

Surís, A., Link-Malcolm, J., Chard, K., Ahn, C. & North, C. (2013) . A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for Veterans with PTSD related to military sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 28–37.

Walter, K. H., Bolte, T. A., Owens, G. P., & Chard, K. M. (2012) . The impact of personality disorders on treatment outcome for Veterans in a posttraumatic stress disorder residential treatment program. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 576–584.

Walter, K. H., Keifer, S. L., & Chard, K. M. (2012) . Relationship between posttraumatic stress disorder and postconcussive symptom improvement after completion of a posttraumatic stress disorder/traumatic brain injury residential treatment program. *Rehabilitation Psychology*, 57, 13–17.

Westwell, C. A. (1998) . Cognitive processing therapy in the treatment of marital rape. *Psychotherapy in Private Practice*, 17 (2) , 63–77.