

一方、本研究では曜日の関係もあり、グループSVに参加するものと個人SVに参加するもの、両方に参加したものとがみられた。今後は、SVの様式による治療効果、訓練効果の差などについても検討を重ねると同時にスーパーバイザーの感想等を参考に、治療のプロトコルや治療者のトレーニングプログラムを洗練してゆく必要がある。また、OCDに有効なCBTを提供できる治療者を増やすためにも、ワークショップの開催に続くSV等のプログラムの作成やオンラインGSVとオフラインGSVによる比較試験等におけるエビデンスの蓄積も有用であろう。

E. 結論

未だ途中経過ではあるが、CBTの治療経験が浅い治療者であっても、SVを受けながら我々の訓練プログラムにもとづく治療を行えば、OCDに対して、国外の報告と同等の治療効果を得られることが示唆された。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Yoshinaga N, Hayashi Y, Yamazaki Y, Moriuchi K, Doi M, Zhou M, Asano K, Shimada M, Nakagawa A, Iyo M, Yamamoto M. Development of Nursing Guidelines for Inpatients with Obsessive-Compulsive Disorder in Line with the Progress of Cognitive Behavioral Therapy: A Practical Report. *Journal of Depression and Anxiety* 3(2): ,1000153. 2014

2) 松澤大輔, 中川彰子【自閉症の分子基盤】強迫と自閉. *分子精神医学*, .14(2),

104-111, 2014

3) 中里道子, 中川彰子, 清水栄司. 英国の留学事情-モーズレイ病院, 精神医学研究所における研修を経て-特集II 海外に留学する研究者からみた, その国の留学事情-わが国との研究, 医療状況などにおける比較- *精神科* 25(2): 167-172, 2014.

2. 学会発表

1) Nakagawa A, Hirano Y, Kobayashi T, Miyata H, Matsumoto J, Asano K, Matsumoto K, Nemoto K, Masuda Y, Nakazato M, Shimizu E. Correlation between regional gray matter volume and autistic traits in obsessive-compulsive disorder (OCD). 44th European Association for Behavioural and Cognitive Therapies Congress, The Hague, 2014.9

2) Hirose M, Hirano Y, Nemoto K, Sutoh C, Miyata H, Matsumoto J, Nakazato M, Asano K, Shimizu E, Nakagawa A. Relationship between regional gray matter volume and symptom dimension in obsessive compulsive disorder (OCD) 44th Annual Congress of The European Association for Behavioural and Cognitive Therapies Den Hagg, Netherlands Hague, 2014.9

3) 中川彰子: 「強迫性障害の認知行動療法—経験の浅い治療者の治療経過から学ぶ」第40回日本認知・行動療法学会研修会 富山, 2014. 11

4) 廣瀬素久、平野好幸、浅野憲一、松本淳子、宮田はる子、須藤千尋、中里道子、根本清貴、清水栄司、中川彰子. 強迫性障害にお

ける症状ディメンジョンと脳の形態との関連. 第41回日本脳科学学会大会. 福井. 2014. 11

5) 小林智子、平野好幸、根本清貴、須藤千尋、宮田はる子、松本淳子、浅野憲一、中里道子、清水栄司、中川彰子. 強迫性障害における自閉傾向と脳の形態との関連. 第41回日本脳科学学会大会. 福井. 2014. 11

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

不眠の認知行動療法による治療反応予測変数の検討

研究分担者 井上雄一 公益財団法人神経研究所 研究員

研究要旨：不眠の認知行動療法 (CBT-I) の改善効果の媒介要因を明らかにするため、CBT-I を受診した 67 名の不眠症患者を対象にした介入研究を行った。その結果、性別とストレスによる過覚醒反応を測定する尺度 (FIRST) が不眠の重症度を軽減に影響を及ぼすが、従来より指摘されていた認知変数 (DBAS) は関連しなかった。以上のことから、CBT-I は FIRST の改善を媒介して不眠症状を軽減させている可能性が考えられた。

研究協力者：岡島 義 (公益財団法人神経研究所) ; 中島 俊 (東京医科大学睡眠学講座) ; 越智萌子 (東京医科大学睡眠学講座)

治療手続き：対象者には、CBT-I (合計 6 回、隔週) を実施し、治療前後に上記アンケートに回答を求めた。CBT-I の治療プロトコルは、先行研究⁷と同じものを利用した。

A. 研究目的

現在、原発性不眠症に対しては、不眠の認知行動療法 (cognitive behavioral therapy for insomnia: CBT-I) の有効性が明らかにされている¹。しかし、治療効果研究は数多く行われているものの、CBT-I によって不眠症が改善するまでのプロセスについてはほとんど明らかにされていない²³。

そこで本研究では、これまで、不眠症の関連要因として考えられてきた、ストレスによる過覚醒反応を測定する尺度 (Ford Insomnia Response to Stress Test: FIRST) と睡眠に対する非機能的信念を測定する尺度 (Dysfunctional Beliefs and Attitudes about sleep Scale: DBAS) を用いて、CBT-I の改善効果をもたらし媒介要因について検討することを目的とした。

B. 研究方法

対象者：睡眠総合ケアクリニック代々木を受診し、原発性不眠症の診断基準を満たした成人患者のうち、CBT-I を受診した 67 名 (男性 32 名、女性 34 名 ; 平均年齢 48.2 ± 17.1 歳 ; 平均罹病期間 5.7 ± 6.6 年) を対象とした。

実施尺度：

1. Athens Insomnia Scale 日本語版 (AIS)⁴ : 不眠の重症度を測定する尺度であり、8 項目 4 件法 (0-3) で構成される。値が大きいほど重症度が高いことを示す。病的水準のカットオフ値は 5.5 点である。

2. Ford Insomnia Response to Stress Test (FIRST) 日本語版⁵ : ストレスイベントを経験した後の過覚醒反応を測定する尺度であり、9 項目 4 件法で構成される。値が大きいほど過覚醒反応が強いことを示す。

3. Dysfunctional Beliefs and Attitudes about sleep Scale-16 日本語版 (DBAS-16)⁶

睡眠に関する非機能的信念を測定する尺度であり、16 項目 11 件法で測定される。平均得点が算出され、値が大きいほど睡眠に対する非機能的な信念が強いことを示す。

解析方法：各尺度の変化に関しては治療前後の変化量 (Δ) を算出した。そして、変化量得点を用いた相関分析、およびデモグラフィックデータと変化量得点を用いた階層的重回帰分析を行い、不眠症状の軽減をもたらす媒介要因の検討を行った。

(倫理面への配慮)

研究対象者に対しては、介入開始にあたり、カウンセリングで得られた情報は研究報告などで使用する可能性があること、その際は個人のプライバシーは十分保護され、個人が特定されることはないこと、利用に同意・撤回されなくても不利益にはつながらないことを説明し、書面による同意を得ている。なお、本研究の実施に関しては、公益財団法人神経研究所研究倫理審査委員会の承認が得られている。

C. 研究結果

CBT-I 実施前の記述統計量を Table 1 に示した。

相関分析の結果、 Δ FIRST と Δ DBAS の間 ($r = 0.46, p < 0.01$ 95% CI: 0.25–0.63)、および Δ FIRST と Δ AIS の間 ($r = 0.49, p < 0.01$, 95% CI: 0.28–0.65) に有意な正の相関が認められた。

次に、階層的重回帰分析を行った結果、性別 ($\beta = 0.23, p < 0.05$) および Δ FIRST ($\beta = 0.48, p < 0.01$) が Δ AIS に有意な影響を与えていた ($F_{2,54} = 9.25, p < 0.01, R^2 = 0.32$; Table 2)。

D. 考察

以上の結果から、不眠症の改善に影響を与える媒介要因は性別と過覚醒反応 (FIRST) であり、男性患者の方が女性患者よりも CBT-I の改善効果が高いこと、そして、CBT-I によって過覚醒反応が軽減することが重要であることが示唆された。一方で、従来より指摘されていた非機能的信念は不眠の重症度の軽減に対しては媒介変数とならないことが分かった。

E. 結論

以上のことから、CBTIによる改善効果をも高める上で、過覚醒反応を軽減する必要性が示唆された。

Table 1. Descriptive statistics for participants at baseline (N = 67)

Age, mean years (SD); range	48.15 (17.10); 20-78
Duration of insomnia, mean years (SD)	5.70 (6.61)
Gender (M/F)	32/35
Dosage of hypnotics, mean mg (SD) ^a	6.51 (5.13)
FIRST, mean score (SD)	22.40 (6.81)
DBAS, mean score (SD)	5.80 (1.92)
AIS, mean score (SD)	11.57 (4.91)

Notes. AIS = Athens Insomnia Scale. DBAS = Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep scale. FIRST = Ford Insomnia Response to Stress Test.

^a Dosage of hypnotics were calculated by diazepam dose equivalents.

Table 2. The results of hierarchal multiple regression analysis for change in scores of AIS

Variables	B	SE	β	R ²	ΔR^2	F-value(df)
First step				0.08	0.08	1.28 (4, 56)
Age	-0.01	0.04	-0.02			
Gender	2.26	1.36	0.21			
Dosage of Hypnotics	0.03	0.14	0.03			
Duration of insomnia	-0.09	0.10	-0.11			
Second step				0.32	0.24	9.25**(2,54)
Age	-0.01	0.04	-0.03			
Gender	2.46	1.23	0.23*			
Dosage of Hypnotics	0.07	0.13	0.07			
Duration of insomnia	-0.11	0.09	-0.14			
Change in score of DBAS	-0.55	0.39	-0.18			
Change in score of FIRST	0.42	0.11	0.48**			

Notes. AIS = Athens Insomnia Scale. DBAS = Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep scale. FIRST = Ford Insomnia Response to Stress Test.

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

引用文献

1. Morin CM, Colecchi C, Stone J et al: Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 281: 991-999, 1999.
2. Jansson-Frojmark M, Linton SJ: The role of sleep-related beliefs to improvement in early cognitive behavioral therapy for insomnia. *Cogn Behav Ther* 37: 5-13, 2008.
3. Morin CM, Blais F, Savard J: Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behav Res Ther* 40:741-52, 2002.

4. Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, et al: Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale. *Psychiatry Clin Neurosci* 67:420-425, 2013.
5. Nakajima S, Okajima I, Sasai T, et al: Validation of the Japanese version of the Ford insomnia response to stress test and the association of sleep reactivity with trait anxiety and insomnia. *Sleep Med* 15:196-202, 2014.
6. Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M et al: Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale. *Psychiatry Clin Neurosci* 67: 420-425, 2013.
7. Okajima I, Nakamura M, Nishida S, et al: Cognitive behavioural therapy with behavioural analysis for pharmacological treatment-resistant chronic insomnia. *Psychiatry Res* 210:515-521, 2013.

F. 健康危険情報

特記なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Nakajima S, Inoue Y, Sasai T, et al: Impact of frequency of nightmares comorbid with insomnia on depression in Japanese rural community residents: A cross-sectional study. *Sleep Med* 15: 371-374, 2014.
2. 中島 俊・岡島 義・井上雄一: 労働者における不眠症状と心理的特徴との関連 *ストレス科学* 28: 275-284, 2014.
3. 岡島 義・碓氷 章・井上雄一: 不規則睡眠-覚醒型概日リズム睡眠障害に対する光治療と認知行動療法の試み *睡眠医療* 8: 240-243, 2014.
4. Okajima I, Nakajima S, Ochi M, et al: Reducing dysfunctional beliefs about sleep does not significantly improve insomnia in cognitive behavioral therapy. *Plos One* 9: e102565, 2014.
5. 岡島 義・井上雄一: うつ病に伴う不眠に対する認知行動療法の有効性に関する展望 *行動科学* 53 : 69-78, 2014.

2. 学会発表

1. 中島 俊, 笹井妙子, 駒田陽子, 原田豊, 渡部一恵, 井上雄一: 睡眠反応性は、不眠と独立した抑うつ危険因子か? —鳥取県職員を対象としたクロスセクショナルスタディー 日本睡眠学会第39回学術集会 あわぎんホール, 徳島 2014.07
2. 越智萌子, 岡島 義, 宮本智之, 井上雄一: 慢性緊張型頭痛が併存する不眠症患者に対するCBT-Iの実践 日本睡眠学会第39回学術集会 あわぎんホール, 徳島 2014.07
3. 中島 俊, 越智萌子, 岡島 義, 笹井妙子, 井上雄一: 睡眠状態誤認を伴う不眠症に対する新しい認知行動療法の有効性の検証:パイロットスタディ 日本認知・行動療法学会第40回大会 富山国際会議場, 富山市 2014.11
4. 井上雄一: ストレス・生体リズムを視野に入れた不眠治療のあり方 第62回日本職業・災害医学会学術大会 神戸国際会議場, 神戸市 2014.11

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記なし

研究成果の刊行に関する一覧表

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌（不足の場合は行を追加して下さい）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Okajima I, Nakajima S, Ochi M, Inoue Y	Reducing dysfunctional beliefs about sleep does not significantly improve insomnia in cognitive behavioral therapy	PLoS One	9(7)	e102565	2014
Takaesu Y, Komada Y, Asaoka S, Kagimura T, Inoue Y	Factors associated with long-term Use of hypnotics among patients with chronic insomnia	PloS One	9(11)	e113753	2014
中島 俊, 岡島 義, 井上雄一, 堀内 史枝, 玉井浩, 井上 雄一	労働者における不眠症状と 心理的特徴との関連	ストレス科学	28(4)	275-284	2014
岡島 義, 井上雄一	うつ病に伴う不眠に対する 認知行動療法の有効性に関 する展望	行動科学	53(1)	69-78	2014
井上雄一, 高橋昌義	不眠症の診断, 治療と評価	睡眠医療	8(増)	449-457	2014

幼少期のトラウマによる複雑性 PTSD のための認知行動療法

STAIR (感情調整と対人関係調整スキルトレーニング) と NST (ナラティブ・ストーリー・テリング) 治療プロトコルの検討

研究協力者 金吉晴 大滝涼子

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部

(ここに示す STAIR (Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation : 感情と対人関係の調整スキル・トレーニング)と、NST (Narrative Story Telling: ナラティブ・ストーリー・テリング) の概要である。複雑性 PTSD の患者のための治療法として、Dr Marylene Cloitre によって開発された治療法である。以下にそのプロトコルの概要を示す。

1 幼少期のトラウマ

トラウマ体験による PTSD は、幼少期のトラウマ体験も診断概念の中に含んでいないが、成人のトラウマ体験の場合とは異なり、その症状の現れには非言語的な再体験症状の表出が前景に立つなどの相違がある。また幼少期のトラウマは家族内で養育者から生じる場合が多く、必然的にアタッチメントの混乱を生じるとともに、養育者からの被害に関しては複雑な感情が一気に体験され、なおそれが極度の混乱の中で生じるために、整理されることが少ない。そのため、自分がどのような状況の中でどのような感情を体験するのかが分からず、怒りや恐れなどの強い感情が生じると、コントロール不良に陥りやすい。また対人関係スキーマを健全に発達させることができず、自分自身を守るために養育者や重要な他者から好ましい反応を引き出すための認知、

感情、行動パターンを発達させることができない。また困難な状況に直面したときに、否定的なスキーマによる解釈のなかに留まってしまい、柔軟にスキーマを変更することができない。このような感情制御と対人関係の不安定さは成人した後も遷延することが多く、幼少期のトラウマによる PTSD を持つ成人患者の多くは対人関係の困難を同時に主訴とすることが多い。このような病像を複雑性 PTSD と呼ぶ。

2 複雑性 PTSD

複雑性 PTSD は DSM-5 には取り入れられなかったが、ICD-11 草案では取り入れられている。出来事基準については、多くの場合、幼少期に始まり、なおかつ対人関係に関する、慢性、連続性および持続性のトラウマ (幼少期の虐待、親密なパートナーからの暴力、戦争捕虜、内戦 (虐殺) の体

験、売春/ 人身売買) と定義される。

通常のPTSD症状に加えて、附加的な特徴として、感情調整の困難があり、挑発されやすく、感情的に刺激に対して敏感に反応し、平静を保つことができないことがある。恐怖/ 解離、怒り、不安、悲しみなどの感情が問題となりやすい。

また対人関係の問題としては結婚および交際に関する問題、対人関係に対する不満、子育てに関する問題、仕事における機能不全、社会的孤立、援助が少ないと感じられる。

境界性人格障害 (BPD) との異同がしばしば問題となるが、以下の点において区別される。

- ① BPD は治療者への操縦行為 manipulation を行うが、複雑性 PTSD ではそれが認められない。
- ② BPD は見捨てられ不安が強く、そのためにアクティグアウトを生じることがあるが、複雑性 PTSD ではそれが認められない。なお BPD に短期間の CBT を行うと、終結時に見捨てられ不安が生じることがあるので、基本的には BPD にはより長期の治療が必要となる。

3 治療の概要

このような特徴を持った複雑性PTSDのために、Cloitreらによって STAIR (Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation : 感情と対人関係調整スキル・トレーニング) ならびにNST (Narrative Story Telling : ナラティブ・ストーリ・テリング) と呼ばれる治療法が開発され、良好なエビデンスを出している。

STAIRの特徴は段階的な治療構造を有し

ていることである。まずトラウマから回復する上での主要原則として過去についての意味づけをするが、患者に差し迫っている問題や必要とされる援助の重要性によって現在を扱うことが優先される。具体的には症状の安定化/対応 (急性の苦痛、重度のPTSD)、日々の生活での問題 (対人関係、混沌とした生活)、併存する症状 (精神病症状、重度のうつ病) などである。

文献

1. Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectr.* 2009 Jan;14(1 Suppl 1):32-43.
2. Cloitre M, Cohen LR, Koenen KC. *Treating Survivors of Childhood Abuse: Psychotherapy for the Interrupted Life.* 1st ed. Guilford Pr; 2006.
3. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress.* 2011 Dec;24(6):615-27.
4. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, et al. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2010 Aug;167(8):915-24.
5. Cloitre M, Petkova E, Wang J, Lu Lassell F. An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation

- among women with PTSD related to childhood abuse. *Depress Anxiety*. 2012 Aug;29(8):709-17.
6. Havens JF, Gudiño OG, Biggs EA, Diamond UN, Weis JR, Cloitre M. Identification of trauma exposure and PTSD in adolescent psychiatric inpatients: an exploratory study. *J Trauma Stress*. 2012 Apr;25(2):171-8.
7. Levitt JT, Malta LS, Martin A, Davis L, Cloitre M. The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack. *Behav Res Ther*. 2007 Jul;45(7):1419-33.
8. Nooner KB, Linares LO, Batinjane J, Kramer RA, Silva R, Cloitre M. Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence. *Trauma Violence Abuse*. 2012 Jul;13(3):153-66.
9. Trappler B, Newville H. Trauma healing via cognitive behavior therapy in chronically hospitalized patients. *Psychiatr Q*. 2007 Dec;78(4):317-25.

STAIR (感情調整と対人関係調整スキルトレーニング) と NST (ナラティブ・ストーリィ・テリング) 治療プロトコル

この治療は、STAIR と NST の 2 つの異なる介入で構成されている。治療前半の STAIR の特徴のひとつは、段階的な治療構造であり、患者が一段ずつ階段を上っていくように進めていく点である。段階的治療の概念 (Herman, 1992) では、第一段階：安全、安定化、生活能力の強化、第二段階：トラウマ記憶の処理、第三段階：大きなコミュニティへの統合、といった 3 ステップが挙げられる。

トラウマから回復していく上では、過去について扱い、過去についての意味づけをしていく必要があるが、差し迫っている問題や必要とされる援助の重要性によって、現在の問題を扱うことが優先されることもある。複雑性 PTSD の場合には、過去に焦点をあてた介入と、現在に焦点をあてた介入のバランスを保つことが重要と言える。

STAIR の部分は DBT (Dialectical Behavior Therapy: 境界性人格障害のための弁証法的行動療法) を、NST の部分は PE (Prolonged Exposure Therapy: 持続エクスポージャー療法) から、理論的、技法的に多くのものを取り入れている。

STAIR

STAIR では以下の 3 つのリソースを育てることが目標となる。各セッションは、これらのリソースに焦点を当てながら段階的に進められる。

1. 希望のリソース
2. 感情のリソース
3. つながりのリソース

希望のリソース

<セッション 1>

患者がセラピストのもとを訪れる頃には、既に自分の限界に達し、多くの希望を失っている状態である。ここでのセラピストの役割は、患者の希望を維持し、強化することである。セラピストの最初の務めは、患者の話に配慮し、患者の症状や生活状況に対する正確なそして共感的な理解を示すことである。また、問題対処のための治療計画を提案し、患者との共同作業としてのセラピーのゴールと、その達成方法をお互いに同意、共有し合えるように働きかける。初めのセッションで、体と心のエクササイズ (集中呼吸法) のスキル練習をスタートし、毎日自宅で練習することを宿題とする。

- 患者の査定体験、問題の経緯と症状を振り返る
- 治療コントラクトを結ぶ
- 治療計画の概要を説明する
- STAIR 段階 I のゴール説明：感情調整と対人関係スキルの育成
- STAIR 段階 II のゴール説明：PTSD 症状の軽減と人生の語りの構築
- 2 段階から構成される治療法の治療原理と利点を説明する
- コーピングスキルの提供：集中呼吸法
- セッション間のエクササイズの治療原理を説明する
- セッション間に行う宿題を出す
 - 1 日に 2 回集中呼吸法を練習する

感情のリソース

<セッション 2> 感情の気付き：感情のリソースと名称化

感情を認識したりそれに名称をつけることは、虐待サバイバーでその十分な機会が持てなかった者にとっては困難を極めることもある。「感情調整の自己モニタリングフォーム」や「感情の車輪図」を使って、患者が自分の感情とその起源、感情に関連する思考や行動を認識し、名称化する力を強化する。また、幼少期の虐待が感情の調整に与える影響について話し合い、心理教育を行う。

- 感情の確認から入り、セッション間の練習を振り返る
- 感情調整のコンセプトを提示する
- 患者の感情調整の困難さを探求し、確認する
- セッションのゴールを提示する：感情の気付きとモニタリング
- 感情を観察し、理解することの治療原理を説明する：効果的な生き方
- 感情を名称化するための感情要素を取り入れる
- 異なる種類の感情を区別することについて話し合う
- 感情の自己モニタリングフォームを使う練習をする
- 定期的に感情をモニタリングをする宿題を出す
- セッションのゴールと、セッション間の宿題をまとめる
 - 1 日に 2 回集中呼吸法を練習する
 - 1 日に 1 回感情の自己モニタリングフォームを書き込む

セッションハンドアウト

- ハンドアウト 幼少期の虐待が感情調整に与える影響
- ハンドアウト 感情の自己モニタリングフォーム
- ハンドアウト 感情を表現する際に使う言葉のリスト
- ハンドアウト 感情の車輪

<セッション3> 感情の調整

感情調整のスキルを習得する土台として、「感情が表れる3つの分野」について振り返る。身体、認知、行動の三つの領域からの感情調整のスキルについて話し合い、その上で適応的な感情調整スキルを確認し、前向きな感情を取り入れるよう促す。患者が楽しめる活動を適切な対処法として取り入れる手助けをする。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 感情調整のコンセプトを説明する
- 問題となっている感情を確認し、話し合う
- 解離について話し合う（関連する場合）
- 患者の現在の感情調整スキルを確認し、評価する
- 適応的な感情調整スキルを確認し、練習する
- 患者の感情から思考と行動への流れを“スローダウン”する
- 前向きな感情を取り入れ、楽しい活動を計画する
- 感情調整の働きかけに関する誤解を振り返る
- このセッションのゴールをまとめる
- セッション間に行う宿題を出す
 - 感情の自己モニタリングフォームを一日一回記入する
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する
 - 感情調整法を3つ選び、それぞれを週に一回練習する
 - 毎週一つ楽しい活動を計画する

セッションハンドアウト

ハンドアウト 感情反応の3つのチャンネルのための感情調整スキルの例

ハンドアウト 楽しい活動のための提案：前向きな感情の調整

追加のハンドアウト 感情の自己モニタリングフォーム

<セッション4> 感情との関わり

このセッションでは、つらい感情に耐えたり受け入れることが、健康的で実際の生活機能レベルの改善に役立っているのかどうかについて話し合う。まず目標を確認し、それを達成する過程におけるメリット・デメリットを振り返る。その上で、苦痛に耐えるだけの価値がその目標にあるかどうか、患者が判断できるように促す。虐待による苦痛と、個人が選択した目標を達成する上で必要と思われる苦痛は、明確に区別されなくてはならない。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 苦痛に耐えること概念を説明する
- 患者の苦痛に耐えるスキルを調べる
- 苦痛に耐えることと患者のゴールを関連づける
- プロとコンスを評価する方法の提示と練習
- 苦痛の軽減対策とゴールを一致させる
- 生活の“予期しないとき”に起こる苦痛に耐える練習の導入
- 目標への取り組みにおける前向きな感情の役割について話し合う
- 患者が人間関係の問題に取り組む上での準備
- セッション間の宿題を出す
 - 感情の自己モニタリングフォームを一日一回記入する
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する
 - 患者のニーズに関連する感情調整法を3つ選び、それぞれを週に一回練習する
 - 毎週一つ楽しい活動を計画する

セッションハンドアウト

ハンドアウト つらい感情に耐えるとは？なぜそれが必要なのか？

追加のハンドアウト 感情の自己モニタリングフォーム

つながりのリソース

<セッション5> 対人関係のパターンを理解する

対人関係スキーマは、養育者との関係性において幼少期に形成される認知のテンプレートであり、こうしたスキーマが、自分自身や周りの人に対する考えや、自分と相手の関係の成り立ち方に反映している。幼少期に虐待を経験すると、人間関係スキーマを構築するプロセスが妨害され歪みが生まれ、患者はこれらの適応的ではないスキーマを成人後も繰り返している。ここでは、対人関係スキーマのワークシートIを用いて、患者が現在の自身のスキーマを理解するよう促す。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 心理教育の提供：対人関係スキーマとは？
- コアスキーマを確認するツールとして、対人関係スキーマのワークシートIを提示する
- 対人関係スキーマのワークシートIを使つての練習
- セッション間の宿題を出す
 - 対人関係スキーマのワークシートIを一日一回記入する。状況に関連していれば、感情調整スキルも取り入れる
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する

セッションハンドアウト

数枚のハンドアウト 対人関係スキーマのワークシート I

<セッション6> 対人関係のパターンを変える

患者の鍵となる対人関係スキーマが確認できたら、次のステップとして、新しく、より柔軟性のある代替りのスキーマを集め始める。新しいスキーマを構築し、人との関わり方の新しい方法を体験する方法として、ロールプレイやモデリング等が効果的である。ロールプレイを通して練習したり、モデリングで模範を見せた後、実際の対人関係の状況の中で新しいアプローチを練習するように促す。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- ロールプレイエクササイズの治療理念を提示する
- ロールプレイを実施する
- 対人関係のスタイルにフィードバックを与える
- 対人関係スキーマワークシート II を取り入れる
- セッション間の宿題をだす：
 - 少なくとも一つの対人関係の状況を選び、新しいアプローチを練習する
 - 対人関係スキーマのワークシート II を一日一回記入する。状況に関連していれば、感情調整スキルも取り入れる
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する

セッションハンドアウト

数枚のハンドアウト 対人関係スキーマのワークシート II

<セッション7> 効果的なコミュニケーションと自己主張

虐待が行われている家族では、家族間で感情やニーズを否定、もしくは隠していたり、またはそれを他に攻撃的に強制する行動がモデルになっている傾向がある。このセッションでは、対人関係における境界線について、及び自己主張やアサーティブでいることについて心理教育を行い、患者がそのための基本的なスキルを習得する手助けをする。主張すること（アサーティブ）と関連した対人関係におけるスキーマを認識し、ロールプレイを行い、継続的に対人関係における自己主張や感情調整のスキルを練習するように促す。実生活の中でもそのような場面で練習するように宿題を出す。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 心理教育の提示：主張的行動とは？
- 主張とコントロールに関する問題の認識
- 主張するための基本的なテクニックの振り返り
- 主張することに関連した対人関係スキーマの認識
- 主張するためのスキルを使ってロールプレイを行う
- セッション間の宿題を出す：
 - 基本的な人権についてのハンドアウトを振り返る（ハンドアウト）
 - 今後起こりそうな主張する場面を確認する、もしくは主張する練習のための状況のハンドアウトから状況を選ぶ/始める
 - 対人関係スキーマのワークシート II を記入する。一日一回、主張するスキルにフォーカスし、それに関連した感情調整スキルも取り入れる
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する

セッションハンドアウト

ハンドアウト 主張するとは？

ハンドアウト 基本的な人権

ハンドアウト 主張するためのスキル

ハンドアウト 主張する練習のための状況

数枚のハンドアウト 対人関係スキーマのワークシート II

<セッション8> 人間関係における柔軟性

児童虐待サバイバーは、人間関係において否定的な予測をしているため、対人関係スキーマが制限的で頑なであることが多い。良好な対人関係の構築には、その関係におけるパワーバランスや関わり合いのゴールを考慮し、異なるタイプのコミュニケーションをとることが必要となる。セッションでは、なぜ対人関係において柔軟性が重要なのか話し合い、異なるタイプの関係性の中でよいバランスを得るためのスキルを振り返る。対人関係スキーマの認識し、パワーバランスの対応に焦点を置いたロールプレイの実施し、柔軟性を習得・強化していく。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 心理教育の提示：なぜ柔軟性が重要なのか？
- 人間関係におけるパワーバランスのタイプの説明
- 人間関係のタイプごとによくあるつまづきやすい障害の話し合い
- より良いバランスを得るためのスキルの振り返り
- 異なるタイプのパワー関係における対人関係スキーマの認識
- パワーバランスの対応に焦点を置いたロールプレイの実施

- 二段階目の治療に向けての準備
- セッション間の宿題を出す：
 - 異なる人との関わり方と、それに関連した感情調整スキルを取り入れながら、対人関係スキーマのワークシート II を一日一回記入する。
 - 治療の次の段階に関する質問や気になることのリストを作る。
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する

セッションハンドアウト

ハンドアウトの追加コピー 対人関係スキーマのワークシート II

このように第一段階の STAIR では、感情調整スキルを習得し、対人関係スキーマの修正を段階的に行っていく。これが、第 2 段階のトラウマナラティブへ進むための準備ともなり、直面することが困難なトラウマ記憶にも取り組むことができるようになる。

NST

NST では、STAIR のように段階的に取り組むべきリソースは挙げられていないが、トラウマ記憶に対して以下の手続で点を目標に進められる。下記の 3 点は段階的な達成目標と言うよりは治療の複合的な側面を示しており、NST のセッション(通常は 9-16 セッション)を通して繰り返し取り組むことになる。

1. 語りの繰り返し
 - ・トラウマ記憶の組織化
 - ・恐怖記憶の消去／馴化による恐怖の軽減
2. 意味の分析・文脈付け
 - ・自己および他者に対する信念の作り直し（トラウマスキーマは過去の一部 vs 現在の一部）
 - ・トラウマ記憶を自己の生活史に統合する
 - ・恐怖以外の感情探究と解消：恥、罪悪感、怒り、および喪失感
3. 段階的スキルの継続的な練習

<セッション 9> NST の紹介

NST (Narrative Story Telling) はエクスポージャーであり、それを通じて馴化が起こり、圧倒されるような不安なしにトラウマを想起することができるようになる。トラウマ記憶を呼び起こすこと自体は危険なことではないという理解が促進され、また、セルフコントロールと個人的な能力の感覚を強化し、「私が記憶を所有しているのであり、記憶が私を所有しているのではない」ということを理解する。

この治療では、単回トラウマに対するエクスポージャーとは異なり、トラウマ記憶の階層化を進める。まず患者は個々の記憶を、最も難しい記憶から最も易しい記憶へと記憶を順序づけ、トラウマ記憶の階層表を作成する。そのなかで明らかに苦痛をもたらしており、かつ患者が取り組むことができる記憶、または日常生活における重要さに基づいて、課題とする記憶を選ぶ。このナラティブの後に再度対人関係スキーマに戻って認知的な対話を行う。取り扱う感情は、恐怖、悲嘆、怒り、喪失などの多岐にわたる。

トラウマを語る目的は、患者がコントロールを維持しながらトラウマに関連する感情を深く体験することである。トラウマを語る事は過去を直接再体験する事とは異なる、と理解することが重要であり、記憶に直面すれば、トラウマのイメージや考えはただの記憶であり、患者に影響を与える実際のパワーは無い事に気づくことが出来る。感情調整をしながら、現状の安全性への気付きを深め、患者が圧倒されない状態で記憶に触れていく。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 患者が NST に移行する準備をさせる
- 以下を達成する方法として、NST の治療原理を振り返る
 - 恐怖と PTSD 症状を解消する
 - トラウマ的記憶を整理する
 - 一貫性のある人生の物語を作る
- ナラティブ中の感情調整スキルの取り入れ方を振り返る
- NST の治療原理とゴールと一緒に振り返る働きかけをする
- ナラティブ作業へのコミットメントを構築する：セッション数と時間枠
- 記憶段階表を作成する
- セッションを終える
- セッション間の宿題を出す：
 - ナラティブストーリーテリングの概要を読む（ハンドアウト）
 - ナラティブ作業に取り組むための苦痛に耐える練習（プロスとコンス）を完了する
 - 対人関係スキーマのワークシート II（ハンドアウト）を少なくとも今週 2 回記入する
 - 集中呼吸法を 1 日に 2 回、その他の関連する感情調整スキルを練習する

セッションハンドアウト

ハンドアウト ナラティブストーリーテリングの概要

ハンドアウトの追加コピー 対人関係スキーマのワークシート II

<セッション 10> 最初のトラウマナラティブ

このセッションでは、完成した記憶の段階表と、録音用のレコーダーを用意し、まずニュートラルな記憶を用いてナラティブを練習する。その後トラウマ記憶の最初のナラティブを実施する。ナラティブ終了後にはグラウンディングをして、患者の意識が現在にあることを確認してから、ナラティブの録音をセッション内で一緒に聞き、それに対する自分自身や人に対する思考について話し合う。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- ナラティブ作業の治療原理を振り返る
- ニュートラルな記憶を用いてナラティブを練習する
- 虐待記憶の最初のナラティブを実施する
- 患者を現在にグラウンディングする
- 最初のナラティブのテープを一緒に聞く
- ナラティブにおける自分自身や人に対する思考を探求する
- セッション間の宿題を出す：
 - テープを毎日聞く；トラウマナラティブ中の SUDs フォーム（ハンドアウト）を使い、ストレスレベルをモニタリングする。
 - 記録用に対人関係スキーマのワークシート II（ハンドアウト）を用いて、少なくとも一つの対人関係の状況を特定し、新しいスキーマを練習する。その状況に適した感情調整スキルを使う。
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する

セッションハンドアウト

ハンドアウトの追加コピー トラウマナレーション中の SUDs

ハンドアウトの追加コピー 対人関係スキーマのワークシート II

<セッション 11-15>

最初のナラティブ以降のセッションは（セッション 11-15）、基本的にセッション 10と同じ構造で行われる。つまり、トラウマ記憶のナラティブをし、それによって蘇った感情の振り返りや、物語に刻み込まれたスキーマの確認、トラウマ的過去のスキーマと患者の現在の人間関係を比較と分析などが含まれる。これらの手順は徐々に習慣的になり、一つの活動から次へと、より流れる様にセッションは進む。患者はこの一連の作業を繰り返し、一つの記憶から次の記憶へと進んでいく。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 記憶を選択する
- ナラティブを実施する
- ナラティブによって引き出される感情を確認する
- 回避行動に働きかける
- 解離反応に対処する：患者を最大の恐怖に直面させる
- 患者を現在にグラウンディングさせる追加テクニックを用いる
- セッション間の宿題を出す：
 - テープを毎日聞く；トラウマナラティブ中の SUDs フォーム（ハンドアウト）を使い、ストレスレベルをモニタリングする。
 - 記録用に対人関係スキーマのワークシート II（ハンドアウト）を用いて、少なくとも一つの対人関係の状況を特定し、新しいスキーマを練習する。その状況に適した感情調整スキルを使う。
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する

セッションハンドアウト

ハンドアウトの追加コピー トラウマナレーション中の SUDs
 ハンドアウトの追加コピー 対人関係スキーマのワークシート II

恐怖のナラティブ

恐怖を回避したり、恐ろしい記憶に解離反応をしがちな患者にとっては、進展が難しい事もある。恐怖反応への対処、語りにおける感情移入の維持、スキーマの修正、これら全てに共通しているのは、出来事が過去のものだという認識である。記憶は現在の行動に多大な影響を与えるが、それは過去のものであり、反対に、患者の強みは今を生きている事であるということを強調する。

恥のナラティブ

ストーリーの最も難しい側面は、恥のテーマに関している事が多い。恥への効果的な働きかけとして最も重要なのは、患者の縮小されてしまった自己価値の修復である。これを達成するには、患者の恥の感覚を生み出している原因の十分な分析と、患者の能力や価値を取り入れた新しいスキーマの構築、患者の価値を認めてくれる相手との前向きな体験とその能力を構築するための機会を提供することである。

患者が恥じている体験を語る上で、自分に対する否定的な見方を改善するためには、サポーターで温かみある、実践的な受け答えが必要である。セラピストはそのような反応

の繰り返し、患者の否定的な見解や判断を反証し、ネガティブな体験や自分自身に対する別の見方を得る手助けをする。

喪失のナラティブ

喪失のテーマもまた、ナラティブ作業の最中に出てきやすく、それは患者が悲嘆プロセスに取り組む貴重な機会でもある。この取り組みは、回避や無感覚症状を軽減し、自分に対する思いやりや人に対する親近感を向上させることにつながる。セラピストは、ナラティブにある悲しみや喪失を聞き取り、辛いトラウマに関する喪失体験に耐え処理してきた事の長期的利点について患者と話し合う。幼少期のトラウマによる悲嘆のテーマには、保護してくれる存在の喪失、信頼感の喪失、大切にされることや敬意の喪失、幼少期の無邪気さ、単純な身体的快感、自発性の喪失等が含まれる。また、喪失体験による対人関係スキーマが現在の人間関係に与えている影響を確認し、よりポジティブなつながりを生み出すための新しいスキーマを構築する手助けを行う。

<最終セッション>

最終セッションのゴールは、患者の治療への取り組みと改善をまとめ、今後の計画、再発のリスクとそれに関連する改善のための対処法を認識することである。セラピストは患者の治療中の達成を賞賛し、この働きかけに取り組んだ患者の勇気と強さに心からの感謝を伝える。患者の PTSD 症状や感情調整のスキル、対人関係の機能、一般的な生活上の機能について、治療当初からの変化を尋ね、過去全体と今の状態を比較するのもよい。

この治療が終了した後も、患者にはまだ多くの課題が残っている可能性が大きいいため、今後の取り組み方や再発のリスク、それに関連した改善方法を振り返り、転換期と将来のニーズのための情報についても話し合う。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 患者の変化と改善の体験について引き出す
- 認識された改善を詳細化もしくは追加する
- 次のステップのための計画を認識する
- 再発のリスクとそれに関連した改善方法を振り返る
- 変化のペースを尊重する事を示唆する
- 転換期と将来のニーズのための情報を提供する
- さようならを言う

セッションハンドアウト

ハンドアウト 治療後のゴールと対策法シート

ハンドアウト 生きる事の確言

情報リスト (セラピストによって編集されたもの)