

# 認知処理療法 に関する Q&A



心理教育からセッション中のコツや困り事まで

## 目次

CPT の導入 .....	7
適 応 範 囲 .....	7
CPT は どん な 方 に 適 用 で き ま す か ？ .....	7
トラウマ焦点化の治療の使い分けや位置づけの違いについて教えてください。 .....	8
CPT は 何 歳 か ら 適 用 で き ま す か ？ .....	8
児童思春期のクライアントには TF-CBT の方が良いでしょう。 .....	8
子 供 向 け の 質 問 紙 は あ り ま す か ？ .....	8
複雑性 PTSD の方にも CPT は効果がありますか？ .....	9
心理検査を受けているときにフラッシュバックを起こすような状態の方に CPT は実施 できますか？ .....	9
職場で継続的なパワハラなどの A 基準に該当しない方にも CPT は効果がありますか？ .....	10
DV の 可 能 性 が あ る と き に CPT を 開 始 し て も 良 い で し よ う か ？ .....	10
裁 判 を 予 定 し て い る に CPT を 開 始 し て も 良 い で し ょ う か ？ .....	10
隔週や月一の受診の方には実施は難しいのでしょうか。 .....	10
CPT の セ ッ シ ョ ン は 録 音 し た ほ う が 良 い で す か ？ .....	11
加害者が見つからない時に配慮することはありますか .....	11
複数の問題を抱えるクライアント .....	12
知 的 な 能 力 が 低 い 方 に は 、 ど の よ う に 対 応 さ れ て い ま す か ？ .....	12
自閉症スペクトラム障害の併存がある方には、自己理解をしてから CPT を行う方が良 いでしょうか。 .....	12
嗜 癖 障 害 を 合 併 し て い る ケ ー ス に CPT は 適 用 で き ま す か ？ .....	13
多重人格（解離性同一性障害）の方にも CPT を実施できますか？ .....	13
トラウマ体験の中に、大切な人との死別体験も含まれる場合、CPT でどのようなこと に気を付けると良いでしょう？ .....	14
心理教育 .....	15
心 理 教 育 の コ ツ に つ い て 教 え て く だ さ い 。 .....	15
ご 家 族 に 対 す る 心 理 教 育 の ポ イ ン ト に つ い て 教 え て く	

だ さい。	15
一次感情と二次感情の違いは何ですか？	15
自然な感情を感じてもらうための追加の対応は必要ですか？	16
加害者への怒りにはどのように対処しますか？	16
セッション中に怒りを味わってもらう方法がありますか？	16
アセスメント	18
どのような侵入症状に悩んでいるのかわかりません	18
セッションの終盤になっても PCL が下がりません	18
セッションの終盤で、PCL の考えの項目が 1 点ついて下がりません	18
フラッシュバックが出てきたらどのように対応すればよいですか	18
クライアントがトラウマに関する夢を見るようになったと話します	19
回避	19
解離と回避の違いは何ですか？	19
クライアントがセッション中盤で回避をし続けています	19
「やらなければならないこと」があるので、セッションをお休みしたいと言われました	19
仕事のためセッションがキャンセルになりました	20
治りたいけど治りたくない気持ちがあるようです	20
クライアントがセッション中に、話の話題を変えてしまいます	20
クライアントが「宿題を毎日するのがつらい」と話します	20
包括手引きの 101 ページに記載されている「他の治療に切り替えることがすなわち回避を強化してしまう場合」とは、どのような意味ですか？	21
治療を休みしたいと言われました。	21
1 回目のセッションが終了した後に、治療の継続を拒否されました。	21
中断したいと言われました	23
希死念慮	23
自殺念慮が話されたらどうすれば良いですか	23
宿題に取り組んだら死にたい気持ちが強くなった、自傷行為をしたくなつたと話されました	23
自傷行為が見られた時はどうすれば良いですか	24
自傷行為をしたくなつた時に、腕に髪ゴムをつけてパッチンと弾く方法をとっています	24
セッション	25
セッション前半の困りごと・心配ごと	25

セッションの際に詰問や、クライアント感じ方の否定にならないようにお話しを伺うために、コツや工夫はありますか？	25
1 回目のセッションでトラウマ体験についてどれくらいお話しを聞くと良いのでしょうか？	25
セッション1で最初に出される課題「出来事の意味筆記」で「箇条書きで書かないように教示をする」理由は何ですか？	25
出来事の意味筆記を#2, 3で取り組みませんでした	26
ABC用紙のBの考えがなかなか思い浮かびません	26
Sessioin2 終了後はどのようなフォローをすると良いですか？	26
出来事の意味筆記に副反応のようなものはありますか？	27
セッション後半の困りごと・心配ごと	29
対処行動と回避の違いを判別するポイントはありますか？	29
グラウンディングの方法について教えてください。	29
面接中に過呼吸が起きたらどうすれば良いですか	29
クライアントの話がまとまらず、話がそれていってしまいます	29
「頭ではわかっているけど気持ちが追い付かない」時はどうすれば良いですか？	30
信念の取り扱い方	31
同化・過剰調節によって生じた認知＝スタックポイントなののでしょうか？それとも、同化・過剰調節を促進させるような認知がスタックポイントなののでしょうか？	31
信念の考え直しで、同化・調節のうち、どちらのパターンがより難しいというのがありますか？	31
クライアントが自責はないと話します	32
ポジティブな信念を持っていない虐待経験のある方にはどのようにアプローチすれば良いですか？	32
自分は加害者だ、という状況から離れることが困難な場合にはどのようにアプローチすれば良いですか？	33
家族に対して強固な否定的信念を持っている場合はどのようにアプローチすれば良いですか？	33
道徳的傷つきとは何ですか	34
セッション中に沈黙があり、トラウマを思い出しているようです	34
反芻している時間が長いようです	35
スタックポイント	35

スタックポイントがわかりません.....	35
罪悪感が見つかりません.....	35
クライアントが「自分は汚い」と話します.....	36
スタックポイントの「極端な言い回しに盛る」について、具体的にどのような表現で(やりとりで)盛っていくのでしょうか?.....	36
事実 + 別のスタックポイントを記入する C1 さんもあると思いますが、その場合はどのように扱ったら良いですか? .....	37
スタックポイントの扱い方に伴って、信念を考え直す用紙に上手く取り組めない場合はどうすればよいですか? .....	37
宿題.....	38
ホームワークはクライアントに合わせて調節しても良いですか? .....	38
宿題をたくさんやってきた場合はどのように扱えば良いですか? .....	39
コンプリメント.....	41
コンプリメントの日本語のニュアンスについて教えてください。.....	41
コンプリメントの振り返りのコツを教えてください.....	41
一人の時間が多く、コンプリメントの用紙がうまく書けません.....	41
振り返り・再発予防.....	42
CPT 終了後に残りやすい症状はありますか.....	42
その他の Q&A.....	42
用語の定義、理解が難しい。言葉の定義を理解するために必要な書籍、資料はありますか。.....	42



はじめに

本資料は、認知処理療法の実施について、

よくいただくご質問にお答えする Q&A 集となります。

Q&A を読んでいただくことで、認知処理療法に対する疑問の解消や、セッションを順調に進めるためのヒントに繋がる出来れば幸いです。



# CPT の導入

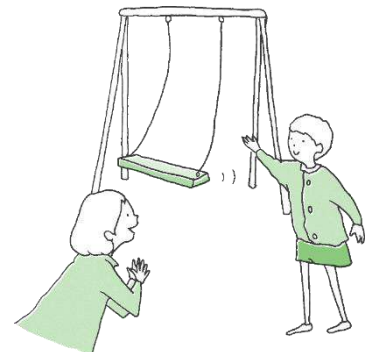
## 適 応 範 囲

### CPT はどんな方に適用できますか？

CPT は様々なトラウマティックな出来事を体験して PTSD で苦しんでおられる方に対して研究が実施されてきております。これまでの研究の知見によれば、PTSD 診断に該当する方で、認知処理療法が合わない方がどのような方であるかは、はっきりとした知見が示されておられません。幼少期からの繰り返されている虐待被害がある方や、道徳傷 (Moral Injury) を体験している方においては、PTSD 治療への反応がしにくいという一般的な知見や考えがありますが、近年の CPT の臨床試験の二次解析の結果では、そのような傾向は認められませんでした。そのため、繰り返しになりますが、PTSD 診断に該当し、ご本人に治療意欲があり、緊急対応が必要な現実的もしくは精神病理的な問題がない場合に、CPT の適用を見送らせる状態像として明確なものは指摘されておられません。一方で、医療者への強い不信感があったり、CPT を「マインドコントロール」などと誤解していたりと、療法を導入するにあたって、基本的なインフォームドコンセントが取れていない場合には、まずそこから丁寧にする必要があると考えます。

また、ドイツの研究者が青年用の CPT を開発しておりますが、その CPT においては、青年期に特徴的な感情調整の問題等に対処するために、感情調整スキルの訓練が入っております。私たちの研究チームも青年用の CPT を開発しているところですが、周囲のサポート体制や安全確保のためのリソース構築や、感情調整スキルという本人の内的リソースの構築も重要であると考えております。

出版されている CPT 包括手引きにも書かれておりますが、セラピスト自身のスタックポイントが CPT の実施や導入を妨げている場合もあるので、同僚やセラピスト仲間と相談しながら、CPT の導入を一緒に検討できるような提供者側のサポート体制も重要であると考えております。





トラウマ焦点化の治療の使い分けや位置づけの違いについて教えてください。

いずれかの療法が特定の対象に対してとりわけ推奨されるという明確なエビデンスはありません。むしろ、共有意思決定を慎重にして、それぞれの療法でとり組むことやエビデンスなどを情報提供し、希望される本人の意向を丁寧に聞いて、提供することが重要であると考えられます。そのような研究でしたら、いくつか報告されています。下記が参考になるかと思います。

[https://www.ptsd.va.gov/publications/rq\\_docs/V29N1.pdf](https://www.ptsd.va.gov/publications/rq_docs/V29N1.pdf)

**CPT は何歳から適用できますか？**

CPT についてのほとんどの臨床試験は、18 歳以上のかたを対象としております。ただし、17 歳のかたであっても CPT をしてはならないということではないので、患者様の状態に応じて実施することができるかもしれません。青年用の CPT の臨床試験として 14 歳–21 歳を対象とした下記の研究がありますが、介入内容がかなり手厚くなっております。

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2730003>

**児童思春期のクライアントには TF-CBT の方が良いのでしょうか？**

効果のエビデンスがある年齢ですが、ほとんどは成人となります。ただし、少数ではありますが、14 歳以上の青年を対象とした研究もございます（例：<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213422003428>）。児童思春期のかたについては、TF-CBT の有効性についてのエビデンスが集積されています。

**子供向けの質問紙はありますか？**

児童青年期の PTSD のアセスメントに関しては、私たちの研究チームにおいて実施経験がほとんどないため、書籍や論文から得た知識に基づいた回答となってしまうことをあらかじめご了承ください。詳しくは、児童青年期の PTSD のアセスメントを対象とした講習などでお尋ねいただけますと幸いです。

現在、日本語版が存在する児童青年期の PTSD のアセスメントとして主に使用されている尺度（自己記入式/養育者記入式）は、①UCLA 心的外傷後ストレス障害インデックス、②Trauma Symptom Checklist for Children（TSCC）の 2 つです。成人用の PTSD アセスメントツールの IES-R が（児童）青年期でも用いられることがあるようですが、IES-R は成人を対象とした研究において信頼性・妥当性が検証されているのみで、児童青年期を対象とした信頼性・妥当性は未検証であるようです。① UCLA 心的外傷後ストレス障害インデッ



クス UCLA Child/Adolescent PTSD Reaction Index for DSM-5 Steinberg らによって開発された、児童青年期のトラウマ症状を評価するために用いられる尺度 (e.g, Sterinberg et al., 2013; Elhai et al., 2013) で、兵庫県こころのケアセンターの先生方が中心となって日本語に翻訳し、信頼性・妥当性の検証を行われています (e.g., Takada et al., 2018)。① 6 歳以下の子ども用、② 7-18 歳用、③ 養育者用の 3 つのバージョンがあり、これらを状況によって使い分けることで、児童青年期を対象に、トラウマに起因する症状を評価することができます。いずれも、誠信書房より販売されておりますので、詳しくはそちらをご参照いただけますと幸いです。

また、評価者による評定を行う尺度としては、CAPS-5 の児童青年版 (CAPS-CA-5) があり、こちらも兵庫こころのケアセンターの先生方によって翻訳がなされています。信頼性・妥当性を検証した論文の公表はまだなされていないようですが、兵庫こころのケアセンターの研究報告書によると、標準化に向けた手続きは進めておられるようです。

### 複雑性 PTSD の方にも CPT は効果がありますか？

この点は学術的にかなりの論争があり、CPT を開発してリーシック先生の考えとしては、CPTSD という診断によって、治療方針を返るべきエビデンスは確立されていないと考えているようです。実際、これまでの CPT の研究では、CPTSD の評価がされてきたわけではありませんが、一定数以上の CPTSD の方が含まれていると考えられ、それでも有効性が確認されてきたという背景があります。また、境界性パーソナリティの特徴を有する人と、そうでない人で、CPT の効果が変わらなかったという研究も報告されています。現状では、CPT を実施してはいけない知見はない、と言えるかと思います。

### 心理検査を受けているときにフラッシュバックを起こすような状態の方に CPT は実施できますか？

回避に加担しないかたちで、ご本人との関係づくりと心理教育（とくに回避に関する治療原理）を丁寧にして、進めていきます。侵入症状のために自己記入式尺度に回答できないなどの訴えや、解離をされるかたがおられますが、そのような行動となる背景を理解していくことも重要なことが多いです。たとえば、そのような訴えで支援者との関わりを作ってきたようなことがあったりもします。その場合には、CPT にとり組むなかで支援者がしっかりと支援してくれる存在になりうることを伝えつつ、自己記入式尺度や筆記の宿題については、回避しないで自分で向き合っていただくのを支えるようなスタンスで関わっていきます。

## 職場で継続的なパワハラなどの A 基準に該当しない方にも CPT は効果がありますか？

そのような方の場合であっても、CPT が役に立つ可能性はあると思われます。書いていただいた記述のみでは、CPT を実施すべきではないと判断する理由はないかと思われます。臨床試験で採用されている除外基準が、CPT の実施をすべきではない基準の一つとなるかと考えられます。その他、『トラウマへの認知処理療法（創元社）  
<https://www.sogensha.co.jp/productlist/detail?id=3961>』に CPT の適用に関する情報が記載されておりますので、ご参照の程をいただけますと幸いです。

## DV の 可 能 性 が あ る と き に CPT を 開 始 し て も 良 い で し ょ う か ？

DV が落ち着いてからトラウマ焦点化を始めます。本人が自分のためにやれて、やりぬけそうであれば開始することもあります。CPT 実施中にも、DV が悪化していないか確認します。DV について確認するときには、暴力、暴言、性的な強要がないかを伺います。本人がDV と認識していないこともあります。トラウマ焦点化の治療によって、回復して離婚を考えることもあります。セラピストはパートナーに会わないことが多いようです。海外ではカップル CPT の本が出版されていますので、そちらもご参照ください。

## 裁 判 を 予 定 し て い る に CPT を 開 始 し て も 良 い で し ょ う か ？

どのタイミングで CPT を始めるとよいかクライアントと話し合う必要があります。治療を始めても、良くなることで裁判に不利になる可能性がありますので、CPT を始める前に良くなることのメリット・デメリットについて話題に挙げることも良いかもしれません。また、裁判中の心理的な負担や費用についても事前に確認することをお勧めします。

## 隔週や月一の受診の方には実施は難しいでしょうか？

CPT は週に 1 回よりも、週に 2 回のほうが推奨されていたり、3 週間ですべてのセッションをする方法も開発されていたりと、どちらかと言えば、頻度を上げてやっていくことのほうが推奨されています。ですので、隔週や月一にしていくと、かなり難易度が高くなっていきます。その理由は、回避する余地がどんどん大きくなってしまふ点と、ご本人だけで練習課題をしかるべく進めることが難しくなってしまう点があるためです。逆に言えば、これらの 2 点を解決するような工夫がなされていれば、隔週や月一でも不可能ではないかもしれません。例えば、来院せずとも、電話などで練習課題の実施状況を簡単に報告していただ

くなどです。あるいは、はじめの数回（体感的には6回目くらいまで）は毎週や週2回で取り組んで、考え直しのしかたを学んでいただいたあとであれば、隔週にしても大丈夫かもしれません。とはいえ、回避がPTSDを維持させていると考え、十分なサポートなしに、始めから隔週などはかなり難易度が高くなってくると想像します。

### **CPT の セ ッ シ ョ ン は 録 音 し た ほ う が 良 い で す か ？**

認知処理療法の観点からは、録音することはむしろ推奨されていると考えます。ご指摘いただいたように、録音を聞き返して、セッションの経過を振り返ったり、クライアントのスタックポイントを検討することが役に立つと考えます。CPTに限らない、日本の医療現場における一般的な事項として、個人情報の保護や、説明と同意のプロセスに十分な留意がなされていることが前提となるかと考えます。

### **加害者が見つからない時に配慮することはありますか？**

あいまいな状況といえます。災害ではどうすることもできないことかもしれませんが、加害者がいる場合は明確に責任があります。そこに対しての怒りを感じるのは自然なことです。ただし、加害者探しをしても事実はわからないため、深掘りせずに考えに焦点を当てて話します。

---

## 複数の問題を抱えるクライアント

知的な能力が低い方には、どのように対応されていますか？

知的な能力が低い方に対して、認知処理療法の充実した治療内容を短時間で、決められた通りに実施するのは、とても難しそうに見えますし、実際、一定程度の訓練や、繰り返しの予行練習が必要になります。

CPT において、決められた通りに実施することを強調する理由は、おおまかには 2 つあります。一つは、決められたとおりに実施した CPT においてエビデンスが確認されています。決められたとおりに実施しなかった場合には、エビデンスがどこまで適用できるかが不確実になるという理由です。もう一つは、決められた通りに実施しない程度が甚だしくなってきた場合には、CPT で前提としている治療原理から離れていってしまっ、本来意図した通りの治療が達成できなくなってしまう可能性があるという理由です。今回、ご質問いただいた意図としては、治療原理をしっかりと伝えて丁寧に説明するためにセッションの時間や回数を増やすということだと思います。この場合には、”治療原理に即した修正”として捉えて、CPT では許容範囲であると考えます。実際、治療原理に即して修正することは、より大きな PTSD の改善につながっていたという報告もあります(Marques et al., 2019)。一方で、治療原理に反した修正としては、回避を助長してしまうような場合が考えられます。例えば、「つらいときは宿題をしなくていい」とセラピストが言ってしまうと、回避につながってしまいかねないので、注意が必要になります。

また、知的レベルに関してですが、臨床試験において知的レベルを測定することはまれです。知見が少ないのが現状ではあります。ある研究では、知的水準は 24 週時点での治療効果を鈍らせていましたが、60 週まで経過をみると治療成績は変わらなかったことが報告されています(Marx et al., 2019)。また、トラウマ体験時に脳外傷(Traumatic Brain Injury)を負った方を対象とした認知処理療法の有効性が報告されています(例: Crocker et al., 2019)。Traumatic Brain Injury を負った方においては、知的機能の低下が観察されるため、そのような方のために信念を考え直す用紙を簡易にしたものも作られています。その情報については、市販の包括手引にも少し書かれていますので、ご参照いただけますと幸いです。

自閉症スペクトラム障害の併存がある方には、自己理解をしてから CPT を行う方が良いでしょうか？

ASD の方で PTSD がある方の場合に、一般化できるほどに確立した推奨のエビデンスは蓄積されていないかと思われます。個人差が大きいところかと思いますが、どうしても一

概には言いにくいところですが、特別な前段階がなくとも、CPT が役立つ可能性はそれなりにあるのではないかと思います。というのも、私どもの臨床研究でも、ASD の特徴を持たれた方がかなりしっかりと CPT に取り組まれてきた複数の経験があります。ただし、そのような方であっても、自己理解のスキルを身に着けた上で CPT をすることで、より早く確実な効果があったかもしれません。文献的にもなんとも言えないところかと思われます。あやふやな回答となってしまう、申し訳ございません。

## 嗜癮障害を合併しているケースに CPT は適用できますか？

重度の嗜癮性障害により、PTSD 治療が安定して取り組めないような状況である場合を除いて、CPT を含む PTSD 治療を見合わせる必要はないかと考えます。アルコール使用障害などの併存症がある場合にどのような基準で CPT を実施するか、見合わせるべきかは、包括手引をご参照いただけますと幸いです。

PTSD と嗜癮性障害が併存する場合、どのような指針や評価基準によって治療を選択するかというより全般的な方針としては、私の知識不足で、自信を持ってお答えすることができません。下記に紹介する臨床試験の適格性評価やアウトカム評価で用いられる指標が参考になると考えます。

アルコール使用障害との併存としてはこちらの文献が参考になるかもしれません。

レビュー関係

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6561400/>

CPT

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26718130/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6407746/>

PE

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6487906/>

より広い物質使用障害との併存としてはこちらの文献がありました。

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928573/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7241222/>

ギャンプルと PTSD については、こちらのような論文がありました。

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33268184/>

## 多重人格（解離性同一性障害）の方にも CPT を実施できますか？

解離性同一性障害のかたに対する CPT については明確なエビデンスや対応法が確立しているとはいえず、一般的な話として自信をもってお答えできないというのが、まず正直なと



ころでございます。その前提での話になってしまいますが、私どもの研究チームでは、これまで数例の多重人格を有すると本人が話す方とも、CPT を実施してきました。それでも、基本人格のかたとしっかりと治療契約をして、基本人格と相談しながら進めてきたというかたちです。それ以上に重度のかたでは、CPT を希望された人もおられましたが、導入前に、他の治療を希望されて転院されたため、実施の可能性についての臨床経験はございません。かなり限定したお答えとなってしまい、申し訳ございません。

退行した副人格がセッション中に出る場合には、メインの人がいないとセッションができない。これないなら今回のセッションはキャンセルにして、次回にしましょう。と約束する方法もあります。また、どちらの人格か患者が判断できない場合には、セラピストが判断し、例えば 10 分セッションをします。それで難しいと思ったら今日はやめましょうとこちらが決定することもあります。

**トラウマ体験の中に、大切な人との死別体験も含まれる場合、CPT でどのようなことに気を付けると良いでしょうか？**

亡くなった方を今でも大事に思っているから悲しくて辛いことを心理教育の中で伝えます。どうすると、その思いを大切にできるかを話し会います。クライアントが亡くなった方に関することをセラピストと共有することが癒しにつながることもあります。また、包括マニュアルの「悲嘆と喪服に関するスタックポイントの例」を参考にすると良いと思います。



# 心理教育

心理教育のコツについて教えてください。

相手の理解に合わせて心理教育を提供することはとても重要です。その場でイラストを描いて説明したり、NCNP で作成した心理教育資料を用いて説明します。他にも、久留米大学の大江美佐里先生が CPT 応援マンガを作成されており、それを示すことが役に立つかもしれません(<https://sites.google.com/kurume-u.ac.jp/misarioe>)。出版されている「こころを癒すノート」が役立ったという方もおられます。

ご家族に対する心理教育のポイントについて教えてください。

ご家族が同行されていて、クライアントにとって明らかにサポート資源になっている場合には、PTSD がどのようなものであり、CPT ではそれをどう理解してどのように療法を進めていくか、についてお伝えします。これは、CPT の第1セッションでクライアントご本人にお伝えする心理教育の内容とおおよそ同じものとなります。また、心理教育をどれくらいする必要があるかは、同行されたご家族の理解や心配事を伺って判断することも重要です。

クライアントの周りに、どのようなサポートしてくれる人たちがいるかを把握しておくことが重要です。上記の回答と近いのですが、周囲の人がクライアントのことを理解し、支えようとしているが、どうやら周りの人にとってはどう接したらいいかわからないような状況になっていると推測される場合には、同行していただいて、上記①の心理教育をすることで、クライアントが CPT を進めていくのを助けてもらえるよう働きかけることもできます。

一次感情と二次感情の違いは何ですか？

自然に受け止めてさっと流れるのが一次感情です。「けがれてしまった」などの考えが入ると二次感情になります。“恥”の感情は一次、二次感情どちらも当てはまります。感情を言語化して、俯瞰することが大切です。自分を眺めてみて、よくあるパターンを見つけて考え直しを行います。また、感情と一緒に身体感覚にも意識を向けてみると良いと思います。

## 自然な感情を感じてもらうための追加の対応は必要ですか？

CPT においては、自然な感情をそのままに感じるように促すのに、特段の技法（呼吸法やマインドフルネス）を使ったりはしていないのが標準です。もし CPT 中に自然な感情がでてきていて、クライアントがそれを回避せずに感じている様子でしたら、セラピストはそっとそれに寄り添って、そのままに感じるように待ったり、そこにとどまるように促したり、その感情から話してもらったり、その感情について教えてもらったりしつつ、クライアントがそのように感じるのはとても自然なことであると伝えてバリデーションをしたりします。

## 加害者への怒りにはどのように対処しますか？

加害者への怒りについては、それを感じるのが当然であることをまずはお伝えします。クライアントによっては、自分に怒ることによって、さらに被害や報復にあるのを恐れている場合もあります。また、「自分は悪くなかった」という認識を得る前に、無理に怒りを出すようにしても難しいような場合も多いです。そのため、まずは、自己非難のストックポイントについてしっかりと取り組み、悪いのが加害者であるという認識を持てるようになってから、怒りを十分に感じていただくようにします。あまりにも怒りが出てこないようなクライアントもいたりするので、その場合には、「私だったら、その相手に対してすごい腹が立ってきますが、そういうことはないでしょうか？」★「普通なら怒ってもいい場面なのに、何も感じないのは不思議ですね。」などと、セラピストがモデルになって尋ねてみることもできます。その場ですぐに怒りに気づく人もいれば、次回や次次回に、セラピストに言われたことが心に残って、徐々に加害者への怒りを感じるようになる人もいます。

★また、怒りの感情の中に別の感情が混在していることもあります。クライアントの“怒り”は誰に対していつのものを特定することより明確になります。「自分がだれかに何かをしてしまうのではないか？」「将来なにか起こるのではないか？」という考えには、将来に関する“不安”が含まれていることもあります。

他にも、「親はひどい奴だ！」と怒りを認めると、「理想のお父さんはいない」という喪失感を感じることになり、それを受け入れられずに怒りだけが表出されていることもあります。セッション中に悲しみや喪失をじっくりと味わってもらおうと良いと思います。

## セッション中に怒りを味わってもらう方法がありますか？

例えば、絵にしてもらう、叫ぶ、楽器をたたくなどができるかもしれません。スローモーションで怒りを押すイメージです。またはクライアントとセラピストでロールプレイをすることができます。怒りの言葉リストを一緒に作ってみることも良いと思います。

また、トラウマ体験時の感情が巨大な怒りのように感じ、思い出すと自分がコントロールできなくなるのではないかという考えを持っている場合もあります。セッション内の安全な場所で振り返って話してみると、クライアントが想像していたよりもコントロールできたという体験や、思い出すことは脅威ではないという体験になるかもしれません。

# アセスメント

どのような侵入症状に悩んでいるのかわかりません。

侵入症状や反芻で良く出てくるテーマをランキングにしてみましょう。5位くらいまでリストアップして一番つらいテーマを探ります。

セッションの終盤になっても PCL が下がりません。

セッションでは PCL が下がらなくても、しばらく時間がたってからゆっくり考え方が変わり、PCL が下がってくる方もいらっしゃいます。CPT で考え直しのスキルの種をまいて、CPT が終わった後もどうやってそのスキルを身に着け、水やりしていくかを一緒に考えます。

セッションの終盤で、PCL の考えの項目が1点ついて下がりません。

その一点がどのようなものか詳しく聞いてみましょう。根底にあるストックポイントが出てくることがあります。

フラッシュバックが出てきたらどのように対応すればよいですか。

トラウマイベントを確認する際に、中心性という視点があるそうです。その人にとってどれくらい中心的になっているか、アイデンティティになっているかを評価するうえで大事になります。二つの見解があります。 伊藤先生

② 記憶を同一化できないから、フラッシュバックが起こる。分析のコロニー。記憶の研究者

②トラウマの出来事が自己概念の中心にある。アイデンティファイすればするほど、症状が強くなる

フラッシュバックが起こりそうなとき、そのまま波に任せるのが自然感情となります。セッションではフラッシュバックを止めません。可能なら普段の生活の中でも、それが起こった時は止めなくていいと話し合いをしましょう。普段の生活では起こらず、何かしらのリマインドの時に侵入症状がおこることがあります。可能であれば、一人でいるときに侵入症状を起こしてもらい、症状が起きてても自分でコントロールできるようにしていきます。

セッション中にフラッシュバックや自分を傷つける行動が回避として生じている時には注意が必要です。本人の症状を強化せずに落ち着いた声で「自然な感情に身を任せてください」と伝えます。次起こったらセッションが続けられなくなるかもしれない、という枠づけもお伝えすることがあります。

クライアントがトラウマに関する夢を見るようになったと話します。

セッションで扱ったテーマについて、処理が進んでくるとその内容が夢に出てくることがあります。脳が記憶を整理しようとしていると考えられます。

## 回避

解離と回避の違いは何ですか？

解離とは、無意識のうちに感情や記憶を抑圧していることです。周囲からは普段通りに過ごしているように見えますが、クライアントは記憶がなくなっていたり、記憶が途中で途切れているということがあります。また、感情を感じないようにして生活していることもあります。

回避とは、トラウマに関連する人や物、場所を避けることです。短期的には不快な感情を避けて良い結果につながりますが、長期的には生活の支障が続いていきます。どちらの症状もクライアントに心理教育を行うことが大切です。CPT では解離や回避をせずに自然な感情をそのまま感じてもらうことが重要です。解離や回避を続けることで、治るスピードが遅くなったり症状の改善につながらないことを説明します。

クライアントがセッション中盤で回避をし続けています。

セッションの中盤で抵抗を示すことはよくあることです。やりたくない気持ちが出てくるのはよくあることというノーマライゼーションを行います。考え直しによって、これまで持っていた考えを変化することに怖さを感じていることがあります。加害者への怒りが強まることもよくあります。分析的な方法として、①よくなりたい自分、②思ったの違う、CPT をやりたくない自分③セラピストにわけて、それぞれの自分の考えを聞いてみるという方法があります。俯瞰して自分の考えを振り返り、その抵抗を乗り越えられるとモチベーションが変わってきます。

「やらなければならないこと」があるので、セッションをお休みしたいと言われました。

やらないといけないことがどんなことかを伺います。日常機能レベルを落とせない事情がある場合は、再開の日程をあらかじめ決めておきましょう。いくつかの選択肢を考えて本人に選んでもらえるようにします。「CPT」「PTSD 症状」「やらなければならないこと」に分けて考えます。CPT をやることで、「やらなければならないこと」ができない、というわけではありません。やればやるほど「PTSD 症状」は早く良くなることが期待されます。現実的な見通しを検討し（CPT を毎日 1 時間したとしたら、やらなければならないことはどれくらい時間がかかり、期限までに間に合うのか等）、ドライに計画を立てましょう。もしやらなければならないことがその後もたくさん出てくるのであればそれは回避かもしれません。

**仕事のためセッションがキャンセルになりました。**

生活を維持するために仕事が必要になります。しかし、CPT を優先することで、仕事のパフォーマンスも上げられる可能性があります。CPT を一時的に優先してもらえないか話し合しましょう。職場に CPT を受けていることが言えていなくて、休みがとりづらくなっていることもありますので、現実的な問題解決の方法を検討していきます。

**治りたいけど治りたくない気持ちがあるようです。**

長期間にわたり PTSD 症状が続いている方の中には、病気であることが自分というアイデンティティの一つになっていることがあります。例えば、裁判を控えている方の場合、PTSD 症状の回復が裁判に影響してしまうことがあります。他にも、CPT という新しいことに取り組むことへの抵抗があるかもしれません。

**クライアントがセッション中に、話の話題を変えてしまいます。**

話していた話題を急に変える時には、その話題を回避している可能性があります。回避の反応として、セラピストに怒りを表出することもあります。それだけ大事な話題に近づいたということになりますので、回避ではないかと率直に伝え、その話題に戻します。

**クライアントが「宿題を毎日するのがつらい」と話します。**

どのようにしたら宿題ができるかを話し合います。宿題をする時間帯を確認して時間を決めておく方法があります。寝る前に宿題を行うのはやめましょう。家でやるのが難しいければ別の場所でできないかを検討します。一人で取り組むよりも、外で人の気配を感じ



られた方が良くと話しかたもいらっしゃいます。どのようにして宿題に取り組むと自分にとって良いのかを一緒に考えていきます。

**包括手引きの 101 ページに記載されている「他の治療に切り替えることがすなわち回避を強化してしまう場合」とは、どのような意味ですか？**

包括手引きの P101、8 行目の上記文章ですが、確かにわかりにくい日本語訳となっており、申し訳ございませんでした。英語の原典に戻って確認いたしました。この文章の意味ですが、「他の治療に切り替えるときには、CPT のセラピストとは別のセラピストにしたほうがいい。」という意味でした。CPT セラピストがそのまま患者の希望通りに別の療法を提供することによって、回避を強化しない CPT セラピストとしての役割が弱まってしまうと考えられるためです。

**治療を休みたいと言われました。**

治療を休むと、つらいからやめるというパターンがついてしまうためおすすめしません。苦しみが休んでいる間続いていくことになります。セラピストへの攻撃性として表出することもあります。大事なところに迫っているというチャンスでもあります。これまでの治療で変化してきたところを共有し、クライアントの問題にセラピストと 2 人で向き合います。「自分を助けたい自分もいるように思う。良くなりたい気持ちも伝わってくる。」と振り返ることが役立ちます。

**1 回目のセッションが終了した後に、治療の継続を拒否されました。**

セッション 1 の後に治療の継続を頑なに拒否された場合についてですが、最も重要なことは、クライアントにとってセッション 1 がどのような体験であったか、を理解することかと考えます。継続を頑なに拒否されるからには、クライアントにとっての何かしらの理由があると思われます。その理由に応じて、取り得るこちらの対応が変わってきます。

セラピストへの不信感が募った場合：

この場合には、セッション 1 でのセラピストのどのような言動がクライアントの不信感を募らせたかを確認することが重要になります。例えば、PTSD の心理教育をしてノーマライズを意図していたにもかかわらず、クライアントの側からしたら、「他の PTSD の人と一緒と言って、このセラピストは私のつらさを分かろうとしてくれていない」などと考えたか

もしれません。PTSD で苦しんでいる方の中には、長年、医療関係者からひどい扱いを受けてきた（とご本人が認識して傷ついている）方もかなりの割合でおられると思います。そのため、対人的にとっても過敏になっているところもあり、セラピストに不信感を持つのもやむをえない経緯がある可能性があります。知っている情報があれば、そのようなご本人の背景なども踏まえて、ご本人の治療拒否をそのまま受け入れるか、もう少し、どのような経験と認識から治療拒否を表明するに至っているかを聴取するかを判断することができると思います。

CPT についての誤解があった場合：

CPT という心理療法が、自分の気持ちをただただ支持的に優しく傾聴してくれるカウンセリングのようなものだと考えているクライアントの場合には、CPT の説明を聞いて、自分には合わないと思うかもしれません。セラピストとして、クライアントの困りごとが何で、それをどのように支援できるかについて、再度、共有意思決定ができるといいかもしれません。

PTSD が主要な問題だとは考えていない場合：

セラピストとしては患者の問題の中心が PTSD であると思っけていても、患者としては現在の生活の親子関係の葛藤が重要だと考えている場合など、何に取り組むかについての合意ができていない場合もあるかもしれません。実際、私たちの PTSD への CPT の臨床試験でも、PTSD に対する治療であることを再三お伝えして同意した上で、CAPS なども実施して CPT 開始となった事例においても、過去の PTSD の問題よりも、現在の問題にばかり目が向いてしまう方もおられました。そのような方の場合、一度、ご自身の現在の問題に関する話題を丸々 1 セッション使って聞くことで、PTSD についての問題に戻ることができるような方もおられました。

上記の他にも様々な場合が想定されるかと思います。例えば、「CPT をしても改善しなければもう一生よくならない。そんな窮地に追い込まれたくないのでトライを辞めたい」、「毎週、CPT をやれる自信がない。以前の心理療法ではわかってもらえなかったし、宿題もろくにできなかったから、今回もダメに違いない」などと考えておられるかもしれません。あるいは、単純に、PTSD の回避症状として、つらい気持ちに向き合いたくないということかもしれません。それぞれに応じて、セラピストの対応が変わってくるかと思います。ここで重要なのは、PTSD 特有の回避症状とともに、ご本人の意思決定の自律性を尊重することのバランスを取ることかと思います。多くの方は、治療に前向きであるとともに、うまくいくかどうかわからない不安という、アンビバレンスを抱えながら CPT を始められます。そのようなアンビバレントな気持ちに寄り添いつつ、今のご本人にとって、おそらく最善の次の一手は何か、ということ、クライアントとともに一緒に考えることが大事になるかと考えます。

中断したいと言われました。

セラピストに対する思いで何か引っかかっていることや傷ついたことはなかったか確認します。治療後半になるにつれ、トラウマの核心に迫ってくると、もともともっていた考えから逃げられなくなっていき、回避したくなることはよくあります。治療原理の回避について改めて説明します。「弱い自分」と「良くなりたい自分」を分けて、後者を強化させることができます。その葛藤があります。たとえるならば、傷口に触れて血がドバっと出ている状態です。パッチして痛みを取る必要があります。回避により、生活の中で楽しめる部分があっても、いきいきと楽しめないことがあります。傷を治して心の底から楽しみを味わえるようになることを目指します。

## 希死念慮

自殺念慮が話されたらどうすれば良いですか？

PTSD 症状でお困りの方には、自殺念慮がある方がいらっしゃいます。セラピスト側が後悔しないようにできることをします。死にたくなったときの対処方法、手順を考えているのかを確認します。切迫した希死念慮がある場合には CPT を実施しません。また、セッションとセッションの間に希死念慮が強まった場合の対応について話し合います。信頼できる人に連絡できるか、夜間の救急病院は近くにあるのか確認します。また、大切な人の写真を見る、柔らかいぬいぐるみをにぎるなど、自分に合った方法を持っておくことが役に立ちます。さらに、自分のどんなところを殺したいのかを聞くことで、ストックポイントを見つけられることがあります。

患者さんが自死を選んだとき、セラピストは拒まれたと感ずることがあります。自分は自分と、セラピストとクライエントを切り離す必要があります。セラピスト側が患者さんを思い通りにしたいという考えがあるかもしれません。

**宿題に取り組んだら死にたい気持ちが強くなった、自傷行為をしたくなったと話されました。**

これまで回避してきたことに向き合い始めたときに、そのように話されることがあります。次に死にたい気持ちがあつたらどうするか、工夫できるところを話し合います。ただし、感情に留まって向き合っていくことが、PTSD 症状を改善する一番の近道になることを伝えます。

自傷行為については、考えた日時を特定し、ABC用紙に取り組むことができます。先行刺激はなにか、自傷行為をしたい考えにスタックポイントはないか確認します。スタックポイントが出てきたらそれについて考え直しに取り組めます。

### 自傷行為が見られた時はどうすれば良いですか？

治療を開始する前に、自傷や自殺未遂を行ったときの対応について話し合いをしておくことが大切です。セッション中に、血がでそうなくらい、腕を爪でつかむ、手で体をたたくといったことも自傷行為に含まれます。そうなった場合、医療的に危険であれば身体的な安全を第一に考えます。

次のセッションの時に、自傷行為について振り返ることも良いでしょう。この間の経験はどうだったか、落ち着いてからクライアントと出来事を共有することで関係性を深められることもあります。セラピストが驚いても、正しい方法というよりも、一緒にできることを考えていくプロセスが大切です。クライアントは回避しないで自然な感情を体験し、そのうえでスタックポイントに取り組めます。グラウンディングを使いながら、一山超えるまでは安全を確保して待ちます。セラピストが逃げないのが一番大切です。ビビらない人はいない。

それでも自傷行為や希死念慮に変化が見られない時には、CPTを中止すべきか考えます。自分を傷つけることが起きると、今の治療は本人にあっていないということ、健康を悪化させていることになります。自傷行為や希死念慮に対するセラピストの気持ちをクライアントに素直に伝えます。そのうえで、本人の希望も伺い、CPTを中止すべきか話し合います。

自傷行為をしなくなった時に、腕に髪ゴムをつけてパッチンと弾く方法をとっています。

効果はないという意見もありますが、治療者と自傷しないという約束を守るためのお守りとして機能することもあります。



# セッション

## セッション前半の困りごと・心配ごと

セッションの際に詰問や、クライアント感じ方の否定にならないようにお話を伺うために、コツや工夫はありますか？

セラピストがどのような態度を持っているかで、クライアントが感じるトーンが変わって来るように思われます。好奇心と関心をもって、一緒に見つめる。そんな態度でいることで、クライアントは支えてもらいながらプロセスを進めているような感覚をもっていただけるのかと思われます。

また、セラピストは結論を急がせないようにすることも大事かと思います。「私は汚れたんです」とクライアントが話されたとき、「汚れたって思われているそのこと、もう少し教えていただけますか」などと、ちょっとずつ、その意味合いや、そう考えるようにいった背景について、教えてもらうようなトーンで伺うのもいいかと思います。

他のセラピストのやり方を観察して、自分なりに練習してみることも大事かと思います。下記は英語のコースですが、ビデオが豊富ですので、参考にしていただけたところがあるかもしれません。

<https://cpt2.musc.edu/?AspxAutoDetectCookieSupport=1>

1 回目のセッションでトラウマ体験についてどれくらいお話を聞くと良いのでしょうか？

5分程度で出来事について振り返ります。出来事の前後の状況も確認できると良いと思います。2回目以降のセッションの考え直しの際にも出来事について聞いていきますので、詳細に聞きとる必要はありません。また、セッション時に出来事を聞く際には暴露のような聞き取りはせずに、本人の心の動きに焦点づけて教えてもらいます。

セッション1で最初に出される課題「出来事の意味筆記」で「箇条書きで書かないように教



## 示をする」理由は何ですか？

箇条書きになってしまうと、なかなか自然な感情がでてこず、回避しながらの筆記になりやすいようです。同じように、日本語として正しくかかないといけない、きれいな字でないといけないなども意識してしまうと、出来事の意味そのものを考えるところからそれていってしまう傾向があります。そのため、思いつくままにつづっていただくような、そんな書き方をしていただくようお願いしています。散文を書きなぐっていただくような、自由に思いつくままに、普段からぐるぐると頭のなかで思っていることを書くような感じでとり組んでいただくよう、お伝えすると思います。

## 出来事の意味筆記を # 2, 3 で取り組みませんでした。

セッション内に出来事の意味筆記に口頭で取り組んでももらいます。回避の心理教育を改めて行い、向き合いたくない気持ちを聞きます。症状が一時的に強まるのは頑張って向き合っている証拠であるとフィードバックします。

## ABC 用紙の B の考えがなかなか思い浮かびません。

ABC 用紙の B の認知がなかなか浮かばない方については、一緒に数枚、ABC 用紙を身近な例を用いて記入する練習をセッションですることが役立ちます。難しそうな方には、はじめはセラピストがペンを持って代理でお手本を記入すると思います。「今日や昨日で、気持ちが動揺した時はありましたか？」「どんな状況でしたか？（A に記入）」「どんな感情が出て来ましたか？感情チャートから選ぶとどれになりますか？（C に記入）」「どうして C の気持ちになったんでしょう？ その時何を考えていましたか？ 何かしらその状況について瞬時に判断し、考えたからこそ、C の気持ちになったと思いますが、いかがでしょうか？ 私でしたら、XXXX と考えて怖くなるかもしれませんが、いかがですか？」などと、クライアントの反応に応じて、少しずつヒントとなりそうなことをこちらからも提供しつつ、その時に抱かれた認知を見つけていくのを手助けします。

あるいは、ABC 用紙の練習として、「急に病院の非常ベルがなって（A）、怖く（C）なったとします。その時、何を考えて怖くなったと思いますか？」などと特定の状況を想定してもらって、シミュレーションの中で ABC の B を把握する練習をするのも役立つかもしれません。

## Sessioin 2 終了後はどのようなフォローをすると良いです



か？

Session 2 にて、出来事の意味筆記を読み上げていただくことが出来て、その後、その意味についての話し合いが一通り終わりましたら、セラピストはそのつらさや大変さに共感しつつ、その勇気やがんばりに対して称賛や肯定をお伝えします。例えば、「これをするとは本当に大変で、つらいことだと思いますが、とても頑張って、勇気を出して、向き合われていること、とても素晴らしいことだと思います。先週にお伝えしたように、回避が PTSD を維持させますが、このように回避せずに向き合われたことが、今後の CPT への取り組みにとってとても大きい一歩になったと思います」などとお伝えすることもできます。


多くの場合、出来事の意味筆記はつらい体験として終わるというよりは、つらい体験に向き合うことができた初めての成功体験のような形で終わります。トラウマティックな出来事によって、いかに自分の人生が大変な境遇に置かれるようになったか、いかに自分の世界観や自分への捉え方が変わったかを認識することで、CPT を通して自分の人生を取り戻していこうという思いを強くされる場合が多いです。そして、出来事の意味筆記の後の話し合いにより、セラピストとともにスタックポイントを同定していくことができれば、それに対して今後、考え直していくことができるという意味でのその先の CPT の方向性の感覚を得ることもできるようです。

面接者との信頼関係がとても重要になりますが、上記のようなセッション 2 でのやりとりを通して、セラピストとの関係性そのものがより強く安定したものになっていきます。

## 出来事の意味筆記に副反応のようなものはありますか？

出来事の意味筆記を書く際や読み上げる際の自律神経の反射についてですが、PTSD の再体験症状として捉えられるのであれば、それを自然感情として捉えて、回避せずに十分に感じていただくようにお伝えします。実際、セッション中にフラッシュバックされた患者様がおられて、このように対応したことがありました。リーシック先生にそのビデオをみてご指導いただいたことがありましたが、上記の対応でいいとのことでした。その場で生じている体験をそのままに感じていただくことと、その体験をしても大丈夫であるということを経験していただくことの、両方が治療的な経験となり得ると考えられます。

CPT の標準的な実施法としては、グラウンディングのスキルをあえてお伝えすることはありません。というのも、グラウンディングをすることによって、自然感情が回避されてしまう可能性があるためです。ただし、臨床判断で、必要と思われる患者様がおられることもあるかもしれません。例えば、グラウンディングの仕方を知っていることにより、患者様にとって回避せずに宿題やセッションに向き合いやすくなる場合があるかもしれません。もしもお伝えするようなことがあれば、回避にならないように留意して、どのようにグラウン



ディングが遣われているかの経過を観察していくといいかと思ひます。

## セッション後半の困りごと・心配ごと

対処行動と回避の違いを判別するポイントがありますか？

実際、安全（や信頼、人間関係が関係してくる力とコントロールなど）に関するスタックポイントでは、実際に危険な状況に対する現実的な対処であるのか、トラウマ体験後に作られたご本人の認知（スタックポイント）による回避であるのかの区別がとても難しくなります。ソクラテス式問答の8割が明確化の質問になっていくのはここに関連しておりまして、現実の危険 VS 想像上の危険の判断をクライアント自身がより客観的にできるようになるために、セラピストと一緒に探っていくという雰囲気に対話を進めていきます。そのようなことを繰り返し進める中で、どのような状況に置けるどのような対処まではすべきことであって、そこからが必要以上の回避となるかが少しずつ判断できるようになっていくと期待されます。

**グラウンディングの方法について教えてください。**

以下のような方法があります。患者さんに合わせていくつか提案するとよいと思います。本人に声をかけてから、手を触って握り返してもらう

- 座って足をつける、そこに集中する
- ものを投げ合う 運動感覚
- 5感をいろいろ言ってもらう
- 色を言ってもらう
- 数を数える、指を折ってやる
- 話を続ける「今〇〇にいるよ」
- 紙に書いてもらう、一緒に書く
- ホワイトボードに書く
- 氷を当てる、クッションを当てる
- アロマ

**面接中に過呼吸が起きたらどうすれば良いですか？**

喘息持ちの場合、吸入器をもっているかを確認しましょう。他のスタッフに援助を求められるように面接室の場所を事前に配慮することも大切です。

**クライアントの話がまとまらず、話がそれていってしまいます。**

「今のところを少しまとめさせてください」「自分の理解をまとめたいのですが、おっしゃっていることはこういうことですか」などの合いの手、フィードバックを入れましょう。回避で確信でないことを話して逃げていることもあります。話題を変える。どこでリープしているかを見ていくと、その人のパターンが見えてくることがあります。「この話題あまり好きではないみたいですね」などと指摘することもできます。

または、ワードサラダのように、頭がまとまらない、話の筋なわからなくなってしまう方かもしれません。自分でもループしているとわかっていることがあります。「またはまってしまいましたね」と自分で気づいてもらえるよう促します。

対応として、スケッチブックに書くと、アテンション、空間が取れます。わざと書いて紙をみながら話をしていきます。発達障害の特徴のある方ですと、書くと落ち着くことがあります。指摘するときには、ユーモアや一緒に笑えるような感覚があると本人が傷つかないで済む。吹き出しに書いてみてマンガにしてみるのもよいと思います。話を整理する手段をセッション内で並行してやれると役に立つ部分もあると思われます。

### **複数のトラウマ体験がある方は、どのトラウマをセッションで扱うと良いのでしょうか？**

もっとも影響を受けているインデックストラウマを扱います。そのために、PTSD 症状の侵入症状を確認すると良いと思います。頻繁に出てくるのはどのトラウマ体験か確認します。また、日々の生活の中で回避している物、人、場所を伺い、それはどのトラウマ体験が影響していそうかを話し合います。

### **「頭ではわかっているけど気持ちが追い付かない」時はどうすれば良いですか？**

宿題で考え直しをしたことにより、一瞬でもパーセンテージの数値が下がり、感情の変化があったのであればそのことについて取り上げます。「宿題では感じたけれど、セッションの時には頭からその考えや感情が出てしまったようです。その考えを頭の中でとどめてみましょう。ゆっくり、落ち着いて、こころの中で話してみます。そのまま味わってみます。」など、感情が喚起されるように促します。

## 信念の取り扱い方

同化・過剰調節によって生じた認知＝スタックポイントなののでしょうか？それとも、同化・過剰調節を促進させるような認知がスタックポイントなののでしょうか？

同化・過剰調整によって生じた認知がスタックポイントであり、かつ、同化・過剰調節を促進させるような認知もスタックポイントになります。すなわち、認知処理のプロセス（同化・過剰調節）と、その結果のコンテンツ（スタックポイントの内容、認知）は、それぞれが相互に影響しあっていると考えられます。ただし、「同化のスタックポイント」というときには、「同化によって生まれたスタックポイント（例：「出来事の原因はわたしにある。私がいけなかった。」）」を指します。一方で、過剰調節のスタックポイント（例：「自分はいつでも間違える。自分はダメ人間だ」）が、同化のプロセスを促進させる（例：「自分はいつでも間違える（過剰調節）から、あの出来事もわたしが責められるべきだ（同化）」）ようなこともあります。ややこしいところではございますが、重要なのは、CPT においては、まずは同化のスタックポイントから考え直しにとり組んでいくということを覚えておいていただけるといいかと思います。

信念の考え直しで、同化・調節のうち、どちらのパターンがより難しいというのがありますか？

もともとネガティブな考えを持っていて（例：「自分はダメな子だ」「世界は危険だ」）、トラウマ体験が重なっていくときに、その信念がより強まることがあります（例：「こんなひどい目にあったのは、自分がダメな子だからだ。ダメな子だから、こんなひどい目に会うんだ」「やっぱり世界は危険だ。トラウマティックな体験に満ち溢れている」）。そして、その信念のおかげで生き延びてきたと本人が認識して、なかなか手放せないという場合もあります（例：「自分はダメな子だから、何やってもダメなんだ。それに世界は危険だ。だから、何もせず、何も言わず、ただただリスクを回避し続けた方がいい」）。

信念の考え直しで、どちらのパターンがより難しいという、一般的な傾向を見出すのは難しいと感じています。個々のクライアントで、難しさがそれぞれ異なるためです。ある特定の信念があるのを見つけ出すまでがとても大変で、それを同定することで療法が進展することもあります。また、初めから強いスタックポイントが明らかにあるのだけれども、なかなかほぐれていかないようなこともあります。一般的には、CPT では、過剰調節のスタックポイントよりも、同化のスタックポイントを先に取り組みます。というのも、過剰調節のスタックポイント（例：「自分はダメな子だ」）が、同化のスタックポイント（例：「ひどいことがあったのは、自分がダメな子だからだ」）に由来して生じていることがよくあるため



です。この時、「自分がダメな子だ」という認知について、どこがどの程度どれだけダメか、それはあらゆる側面から言えるのか、という考え直しをしても、なかなかほぐれないことがあります。むしろ、「ひどいことがあったのは、自分がダメな子だからだ」という同化のスタックポイントについて、そのひどい出来事が生じた原因が自分のダメな子に着せられるというのは、どのような現実的な繋がりがあったのか、それで現実に関わったことが誰しも納得できる形で説明できるか、自分がダメな子になることでそのひどい出来事を自ら引き起こそうとした意図があったか、などと考え直していき、PTSDを発症させるのに重要な役割を果たしたインデックストラウマに関して考え直していくことが重要になります。そのようにして、インデックストラウマに関して自分の非がないことに気づいていくことにより、「あの出来事は自分がダメな子であったということとは関係ない」、「そもそもダメな子であると思っていたが、そう言われて来たことはあっても、特定の何かがダメであると言えるものはそれほどない」、「ダメな子だと思うことで、なんとかその出来事を自分なりに理解しようとしていた」などと認知が変わっていくことがあります。そうすると、「今や将来の自分がダメか」についての過剰調節のスタックポイントはとても扱いやすくなっていきます。

**クライアントが自責はないと話します。**

「あなたは悪くない」と言われて自分に言い聞かせているだけという場合があります。出来事の文脈をどれくらい整理できているか。そのうえで本人が府に落ちていているか。感情をそのまま味わえているかを確認しましょう。

**ポジティブな信念を持っていない虐待経験のある方にはどのようにアプローチすれば良いですか？**

ご質問の内容としては、生まれてからずっと悲惨な境遇に置かれてきた人の場合には、もともとポジティブな世界観や自己観を持っていないために、既存のポジティブな信念とトラウマティックな出来事との矛盾が生じず、よって、PTSD症状も生まれにくいというふうに考えられるために、この機能モデルそのままでは合いにくいのではないか、という疑問であると理解いたしました。

この疑問はよく聞かれるところでもあります、回答がやや、ややこしくなります(ので、ご了承いただけたらと思います)。ご指摘いただいた通り、ずっと悲惨な境遇に置かれて来た場合(ずっと虐待され続けていた場合)でも、「虐待されているのは私がいけないからだ」、「私は悪い存在だから、虐待されてもしかたない」と、公正世界の信念から自らの境遇を解釈されている方が多い印象があります。そして、そのような方が「今までも虐待されていたから、今度は別の人にひどい暴行を受けても、それは私が悪い人間だからしかたないことだ」



と、さらに同化のスタックポイントを強くさせていくことはよくあります。この場合、PTSD 症状や関連するネガティブな認知や症状は、「私が悪い存在だから、悪いことが起こるのは自分のせいだ」という同化のスタックポイントから生まれていると考え、これを CPT で取り上げていくようになります。クライアントには、そのような考えが自分自身に当てはまるかを尋ねて、当てはまるのであれば、本当にそのように考える必要があるのかを、CPT を通して見つめていきましょう、と案内していくことになります。この、「私は生まれつき悪なのだから、私がいけない」というのは、公正世界の信念が「悪い人には悪いことが起こる」に基づいていますが、それが虐待する側の理屈であることに気づいていってもらえることが大事になります。そして、誰が本当に悪いのか、を少しずつ考えていっていただくことになります。

**自分は加害者だ、という状況から離れることが困難な場合にはどのようにアプローチすれば良いですか？**

自分が殺した、自分は加害者だ、とクライアントが言う場合、もっとも重要なのは、トラウマティックな出来事において実際に何が起こったかを詳細に理解することです。たびたびあるのが、ご本人自体もその出来事の時間的な経過をよく覚えておらず、とにかく、自分を責めることで事態を整理しようとしていたりします。多くの場合、セラピストは何かあったかの概要は知っていても、何月何日何時何分に、どこに、誰と、何をしていた、その前に何が起り、次に何が起り、その次に何が起り、そして、それぞれの瞬間において本人は何を知っていて、どう判断していた、という経過は知らないことが多いはずです。そのため、本人とその経過を振り返る中で、本人が殺したというのは具体的にいつの時点のいつの行為がどんな結果につながったと認識しているのかを把握していくことが重要になります。そうして事実を参照して本人の解釈が妥当であるかどうかを判断していくこととなります。実際に、本人が何らかの過失をしていることがわかってくる場合もありますが、その場合には、過失と罪（意図的に加害をした）の違いについて考えていただくことになります。このようにふり返っていくと、多くの場合は、自己非難の同化のスタックポイントとして自分を責めている場合が多いかと思います。そして、実際に本人が法的に裁かれるべきことをしていた場合には、実際に法的に裁かれてきたのかどうか、などを本人と話し合うことになります。自分がしたことについての償いが必要なのか、それが被害者からの許しにつながるか、宗教上でどうすべきか、など、色々と難しい点がありますが、それらについては、包括手引のほうにも対応が書かれておりますので、ご参照いただけますと幸いです。

**家族に対して強固な否定的信念を持っている場合はどのようにアプローチすれば良いですか？**

家族に隠して治療にこられている場合には、それがクライアントのどのような考えもしくはスタックポイントによるものかを明らかにしていくことが大切だと考えます。例えば、家族が強固な公正世界の信念を抱いており、「悪いことが起こった人は、悪い行いをしたからである」という考えのもとでクライアントを明らかに責め続けている場合には、クライアントが CPT をしていく上で注意が必要かもしれません。家族が心理的サポートを継続して与えてくれてきておらず、むしろ、クライアントが被害に遭ったり回復しないことを責め続けているような場合には、まずはクライアントご本人との療法に注力し、その中で、家族の対応についてのこれまでの経過を伺った上で、家族についての現実的な認知がどのようなものであるかを取り組むような形になると思います。

ご家族への介入はとても重要な要素であると考えます。ご家族はどのように理解し、接しているかわからず、また、ご家族自身が責められる不安を抱きながらクライアントに同行していることも、少なからずあるように思われます。また、長年苦しまれているような場合、家族としてはクライアントの苦しみはどうやら PTSD という枠組みで理解できるらしいこと、それに対してクライアントが前向きに治療に取り組んでいること自体が、前向きな状態として希望を持たれていることも多いかと思います。そのような場合、病院などに受診することを助けてくれているご家族へのねぎらいを十分にお伝えし、そのサポートが CPT を進めていく上でとても重要な役割を果たしていることをお伝えすることが助けになると思われます。さらに、CPT やセッションの内容を詳しくお伝えするわけではありませんが、セッションの後に「本日、向き合うのがとっても難しいところに、がんばって取り組んでおられました。本当にすごいことだと思います」などと、クライアントがいかに頑張っているかをご家族に伝えることが役に立つこともあります。宿題をすることはとても大変ですが、そのための時間や環境を確保することをご家族と相談したり、CPT の終盤に取り組む”よいことをする”の宿題として、ご家族と一緒に美味しいものを食べに行ってもらなど、サポートしてくれる人を巻き込んでやってもらうことが役に立つこともあります。

### 道徳的傷つきとは何ですか？

自分の信じている宗教で禁じられていることを自分で破ってしまったとき、自分の生きるルールを破ってしまったときを指します。戦争に行った人のうち、約 40% が道徳的な傷つきをしていると言われています。

セッション中に沈黙があり、トラウマを思い出しているようです。

そのまま回避しないで感じてもらいましょう。平静を保とうとせずに、むしろ促進させるくらいのほうが感情を自然に体験できます。時間を空けてから、どのような感情や考えが出

ているか聞き、可能であればスタックポイントに落とし込みます。

**反芻している時間が長いようです。**

もやもやした感情、嫌な感情がずっとある状態と考えられます。日中の時間で何割くらいトラウマのことを考えているか聞きましょう。どのようなシーンを思い出しているか、よく出てくる記憶はあるか、フラッシュバックの後に考えている自動思考はなにか探っていきます。よくあるスタックポイントとして、「治っていない自分が悪い」などの同化のスタックポイントが潜んでいることがあります。トラウマを考えているという自分をキャッチして、俯瞰できるように ABC 用紙などのワークシートで練習していきます。

また、侵入的にやってくる考えだけでなく、本人が選んで考えていることもあります。考えることが仕事のようになっています。傷を負った自分を手放すと自分ではなくなってしまうのではないかという不安があるかもしれません。トラウマに再度遭わないために安全対処を考え続け、習慣になっているのです。全般性不安のようなループした考えです。対策として、考える時間を意識的に決め、それ以外のことは作業ややることの計画を立てる方法があります。例えば、体を動かしたり、ジムに通ったり、宿題に取り組んだりしてもらいます。

## スタックポイント

**スタックポイントがわかりません。**

日常場面のトラブルを話してもらいましょう。トラウマに関連したことと生活で起きたことで、同じことが起こっていることがよくあります。また、大変なこと、良いことはみんなに降りかかってくるものですが、「自分ばかり悪いことが起こる」と考える方もいらっしゃいます。このように、公正世界の信念が影響している時があります。

セッションでは悪循環をみつけていきます。「〇〇なんですね」とセラピストがスタックポイントを返すだけでも種まきになります。セラピスト側が覚えておき、水をあげて（考え直し）、患者さん自身が収穫するイメージです。5セッションごろに山場がくることがあります。そこからスタックポイントのテーマを絞り焦点づけていきます。

**罪悪感が見つかりません。**

トラウマ体験時に、自分の判断がまちがったのではないかという後知恵バイアスを探ると気づくことがあります。トラウマが生じた原因として、自分の運がなかったせいと結論づけている方もいらっしゃいます。私はダメなやつ、未熟だった私が悪いなどのスタック

ポイントに隠れていることがあります。中核に触れていくと話題を変えたり、話題を飛ばしたり、言いよどんだりすることがありますので注意して話を聞いていきます。よく言うフレーズや単語がないか、中核に触れたときにどのように反応するかをよく確認していきます。

### クライアントが「自分は汚い」と話します。

セッションの終盤まで残りやすいスタックポイントです。セッションでしっかり取り組むと、後から効果出てくることがあります。「どんな考えをこれから持っていきたいか？」という質問がクライアントに響くことがあります。クライアントが客観的な評価をして、自分がどう生きていきたいかを伺います。治療後のプロセスで自立を支えるようなやりとりになることがあります。

価値のテーマで出てくることがあります。自分が何者か、人間として汚いか？ どういう汚いがあるのか？ もし汚くなかったら、何が起こるのか？ きれいだったら、どう変わるのか？ 本当にそうなのか？ と考えていきます。そうすることで、「汚い自分」が揺らぎ、汚いを確かめるような行動を起こすことがあります。周囲からすると、危険であったり自分を傷つける行動に見えてしまいます。

落としどころとしては、人間ってもともと汚い、けがれている。それでも受け入れてくれる人と親密になっていけると感じられることだと思います。

### スタックポイントの「極端な言い回しに盛る」について、具体的にどのような表現で（やりとりで）盛っていくのでしょうか？

わざと極端に言ってみるやり方は、スタックポイントを見つけてログに書き残すときがやりやすいタイミングになります。「それは私のせいだ」というスタックポイントが出てきた場合、例えば、「すべての原因はわたしにある」などと書いてみるのがいいでしょう。セラピストは、“そこまで極端に考えていないかもしれませんが、考え直しの一つのやりやすいやり方なので、そうやって書いてみてください。それで、考え直しのときに、そこまで極端じゃないとして、どこの部分は私に原因がないか、他の原因はなにか、などを考えてみてください”などと、説明することができます。CPTにおける回避は、「それ以上考えない、それ以上感じない」ことを意味しますので、極端に言い回しを盛ることで、そのように働いている場合には注意が必要かと思います。クライアントが「そこまでではありません」と言えるのは、ある意味では、そのことについてもっと考えている姿勢のようにも位置づけられますので、そのように捉えて、セラピストは「どこの点が、そこまでではないのですか？」などと言って、そこからソクラテス式問答を始めることも出来るかと思います。そして、そのセッションである程度、問答が進んで認知再構成はできてきたとしても、さらに本人自身に考え直してもらいたいので、敢えて、「すべては私に責任がある。原因がある」などと極



端にしたスタックポイントを練習課題で考えてもらおうといいでしょう。ただし、この極端に盛るやりかたは、僕（伊藤正哉）が好きなやり方ではありますが、あまりこれにこだわらなくても大丈夫です。とにかく、クライアントが、落ち着いたスタンスで考え直せるように支えて進めていくことが大事ですので、セラピストの好みや、患者の好みに応じて、様子を見ながら進めていただけるといいと思います。

**事実＋別のスタックポイントを記入する C1 さんもいると思いますが、その場合はどのように扱ったら良いですか？**

根拠や反証は事実のみ、という点ですが、クライアントにとって事実か思考（解釈）かを区別すること自体が難しいことであるのが実際です。ですので、これを区別するように練習することがこの質問の大事なポイントにもなり、まさに、ご指摘いただいた点が重要になります。よく使う追加の質問としては、「それは裁判所に提出できそうな、事実に関する情報でしょうか？ それとも、裁判所に提出しても、解釈や意見として扱われて、証拠となるような情報にはならないようなものでしょうか。」などと質問することができます。また、「これを聞いた 100 人のひとがいるとして、”これは根拠となる事実情報ですね”と何人が賛同してくれそうでしょうか？」などと考えていただいてもいいと思います。事実＋別のスタックポイントを記入される場合には、「こちらは事実に関する情報のように私も思いましたが、こちらは事実でしょうか？」と投げかけてもいいかもしれません。考え直し用紙を導入するセラピーの段階では、治療関係ができてきていることも多いので、場合によっては「こちらは事実ではなくてスタックポイントのようですが、いかがでしょうか。」などともう少しダイレクトに指摘して、考えていただく場合もあります。そして、「事実と考えがごっちゃになるのは、実は多くの人によくあることです。専門用語で、Thought-Action Fusion とかいう言葉もあるくらいなんですよ」などと、事実と考えを区別するのが難しいことをノーマライズすることもあります。

**スタックポイントの扱い方に伴って、信念を考え直す用紙に上手く取り組めない場合はどうすればよいですか？**

出来事と関連づけてスタックポイントを作成します。パーソナルな考えにもっていくことがポイントです。なぜトラウマが起こったのか明確化していくとクリアになります。

信念を考え直す用紙の F を記入できても「心の底からそうとは思えない」とおっしゃるクライアントがいるというのは、まさにその通りです。これはセラピーの経過上、悪いサインとしてではなくて、良いサインとして捉えます。いままでは F が記入できない（思いつかない、その発想が出てこない）状態だったのが、F に記入して、他の解釈の可能性を認めるに至っているという状態そのものが、認知処理が進んでいる状態として捉えられる



からです。セラピストとしては、「まさにそのとおりですね。ただ、いままでこの発想が全然出てこなかったのが、こうしてしっかり書かれているところに至っているのは、とても素晴らしいことだと思います。そして実際、Fにこうやって書いても、すぐにはストンと納得、得心できないことはよくあることです。でもそれは、練習が上手にできてきていることを意味します。これから何枚も用紙に記入して、練習して、よくよく、スタックポイントに書いてある解釈と、Fの解釈と、実際どちらが、ご自身にとってより納得できる、客観的で、事実を反映している解釈なのか、考えつづけていただきます。そうする中で、どちらがより納得できるか、少しずつ変わっていくかもしれません。現時点でFを無理やり信じ込む必要はなくて、自分なりにしっかり考え直す練習を続けることが大事です」などと伝えることができます。

また、「ちょっと実験ですが、スタックポイントを頭に思い浮かべて、どんな感情がでてくるか、やってみてください。」としてクライアントの反応を伺って、次に、「それでは今度は、Fに書いた新たな解釈を頭に思い浮かべて、どんな感情がでてくるか、観察してみてください」と伝えてクライアントの反応を伺います。そうすると、たとえば、「スタックポイントの考えを思い浮かべると、みじめな感じがして、なんか、こうやっていつも考えてきたなって感じます。馴染みがあるというか」と話されて、「Fだと、ちょっと違和感がありますが、でも、なにかホッとするような感じもします」などと話されることがあります。そのようにして、ABCの枠組み（考えが感情を生む）に立ち戻り、それぞれの考えがどのように機能しているかを体験してもらうことで、Fの考えが自身にとってより重要そうな考えであるということを実感してもらうこともできます。

## 宿題

ホームワークはクライアントに合わせて調節しても良いですか？

基本的には、手引きにかかっているホームワークの量を予め減らして出す（予め負荷量を減らす）ようなことはせずに、規定のホームワークをやっていただくようお願いします。そのもっとも重要な理由ですが、はじめから「できる範囲でやりましょう」と、負荷量を減らしてもいいというような伝え方をすると、回避を助長するようなメッセージとしてクライアントに受け取られる可能性があるためです。回避がPTSDを維持させているという前提に立つ治療であるために、その前提が崩れないような基本的なスタンスを取ることが重要になります。

逆に、はじめからホームワークの負荷量を上げて、一日に1枚ではなくて、数枚やってきたいとクライアントが言うのであれば、それはCPTを進めていく上では問題にはなりません。特に、信念を考え直す用紙など、とても複雑に見える用紙があって、初めてCPT

を提供する際には、セラピストとしても、「クライアントはこれだけの宿題ができるだろうか」と不安になることはよくあります。実際、私達の研究チームも最初はあまり自信をもてなかったこともありました。しかしながら、しっかりとホームワークをしてきてくれるという経験がかさなり、現在ではそれほど、ホームワークの量を気にすることはなくなりました。PTSDによって毎日苦しめられているのがPTSDをお持ちのクライアントの日々の生活であるため、しっかりとホームワークに取り組むことによって、そのように苦しめられている期間が少しでも短くなって、少しでも早く確実な回復につながるのだというふうにセラピストが思えることが重要であると思います。ただ、これについてはテキストを読んでも実感がなかなか得られないところかと想像します。

### 宿題をたくさんやってきた場合はどのように扱えば良いですか？

たくさん宿題をしていただくことは、殆どの場合にとっても素晴らしいことですので、まずはその努力をたたえて、強化していくことが大事になります。その点で、すべての用紙をじっくりとクライアントとともに確認できるのが一番理想的だと思います。しかし、やはりご指摘の通り、時間がかかって他のことができなくなってしまう困難があります。そこで、よくやる方法としては、以下のような感じになります。

1. たくさん書かれた用紙すべてが見えるように、セラピーのデスクの上にバーっと広げる
2. 「すごいですね！ ここまで取り組まれて、とても素晴らしいと思います。」「これだけとりくむの、大変だったんじゃないでしょうか」「どのくらいの時間かかりましたか？」「ここまでやろう、って思われたのはどうしてでしょうか」などと、ご本人の取り組みをたたえ、動機づけを強化されるように、お伺いします。
3. 上記をお伺いしつつ、セラピストはすべての用紙にバーっと目を通して、クライアントがなにか大事な気づきをしていそうな用紙や、全体として見られるパターン、用紙の使い方と系統的に間違っているパターンなどがいないかを確認します。
4. 2と3のやりとりで1-2分使った後に、「これらすべてを一つ一つ丁寧に見たいところですが、時間が限られているので、どれかピックアップするとしたら、どれでしょう？あるいは、宿題全体を通して、気づかれたことはありますか？」などと、宿題を通しての気づきや、認知処理の進展など、良い側面をまず取り上げるようにします。クライアントの多くが、謙遜されて、「ここが難しかった。できなかった」などと話されることが多いのですが、その一方でちゃんとできていることが多かったりもします。ましてや、宿題をたくさんやられてきているクライアントであれば、ほとんど問題ないことが多いです。そのため、クライアントが否定的な側面から話されたと

しても、「なるほど、そういう難しさがあるのですね。ただ、あえてお伺いしたいのですが、前はそう思わなかったけど、そういうことがあるんだな、って気づいたこととか、こうやって考えることもできるんだな、とか、そういう、些細な発見などはありましたか？」などと、宿題に取り組むなかで得られた成果にスポットライトを当ててお伺いします。

5. 用紙を1－2枚、振り返ったら、「他のものとても素晴らしいですね。時間がないので、あとは次のテーマとつながることがあったらまた取り上げるかもしれないですし、どこかでまた必要そうなら、一緒に見れたらと思います。それにしても、本当にここまで宿題されていて、素晴らしいですね。全部を一緒に見ることはできませんが、こうして、しっかり練習されているというのが一目瞭然です。この療法を勧めていくうえでとても大事なことなので、セラピストとしても、本当にありがたいです。」などと、ねぎらいとともに振り返りを終えて、そのセッションでやるべきことに移ります。



## コンプリメント

コンプリメントの日本語のニュアンスについて教えてください。

翻訳の文化差があるかもしれませんが、「あたたかい気持ちを感じてもらうこと」です。相手もほっこりしていることがわかり安心する感覚や、いいなと思う気持ちが当てはまります。他人からの評価ではなく、自分がいいと思えることが大切です。単に価値があるなしではなく、自分がいいと思ったことに取り組んでもらいます。

コンプリメントに取り組むことで、「ありがとう」を気持ちよく、思いっきりもらう練習にもなります。これまでもらわないことで自分を守ってきた。今更甘えられないという気持ちをもっている方もいらっしゃるかもしれません。甘える、受け取ることにに対するスタックポイントが潜んでいるかもしれません。自立していても、助けを求めることができるようにコンプリメントを通して練習します。

コンプリメントの振り返りのコツを教えてください。

書いてきたものをなぜやろうと思ったのか理由を聞いてみてください。コンプリメントの取り組みを通して、クライアントがどのような体験をしたのかを探っていきます。クライアントが書いていても、コンプリメントを受ける、与えるということにピンときていないことがあります。日常の中のほっこりとした気持ちに敢えて意識的になってもらうことが大切です。いつもと違う行動をとってみることもおすすめです。同じことでも言い方を変えるなど、少しだけ変化をつけられます。例えば、挨拶の時にジェスチャーをつけたり、笑顔で話してみたり、ユーモアを使うことができます。思っていることを口に出す（例：安心したよ、嬉しいよありがとう）。どんな気持ちだったか相手に伝えることも良いと思います。日常で使えるほっこりするような言葉を3つくらい覚えておくと、生活リズムの中で使えるようになります。

また、自分が相手にコンプリメントをあげていることに気づかないことがあります。例えば、相手にお礼を言った後に、相手がどんな反応をしていたかまで見ていない場合です。自分のコンプリメントが相手に受け取られ、コンプリメントが返ってくる、その嬉しさをかみしめるところまでが大切です。相手とのつながりを感じられることがこのワークの目的でもあります。相手の素敵だなと思うところを伝えて、ほっこりすること、相手からの反応でさらにほっこりしたときの感情を大事にします。

一人の時間が多く、コンプリメントの用紙がうまく書けません。

人とのかわりが持てる時間を意識的に作ってみましょう。人とのつながり、やりたいことに時間を使うことが大切です。トライ＆エラーの気持ちでとりあえずやってみるのが良いと思います。

# 振り返り・再発予防

CPT 終了後に残りやすい症状はありますか。

CPT の終了後に、入眠困難、途中覚醒などの睡眠に関する問題が残りやすいようです。睡眠障害があるから CBT が効きづらいのか、CBT が効きづらいから睡眠障害が残るのかは不明です。PTSD の症状も残存している場合には、フォローアップが必要になりますが、PTSD の症状が改善している場合には、生物学的な要因がないか、睡眠衛生のチェック、睡眠に関する CBT などの別の治療が必要になります。

## その他の Q&A

用語の定義、理解が難しい。言葉の定義を理解するために必要な書籍、資料はありますか。

認知処理療法に関連する用語でしたら、『トラウマへの認知処理療法（創元社）  
<https://www.sogensha.co.jp/productlist/detail?id=3961>』をおすすめいたします。PTSD に関する一般向けの書籍でしたら、『トラウマのことがわかる本 生きづらさを軽くするためにできること（健康ライブラリーイラスト版）著・白川美也子』がわかりやすいかと思います。

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター

認知行動療法センター 認知処理療法研究チーム

本冊子は、下記の助成を一部使用し、作成されました。

日本学術振興会科学研究費基盤研究（B）

「トラウマ関連障害への認知処理療法の均てん化のための包括研究(19H01767)」

国立研究開発法人日本医療研究開発機構 障害者対策総合研究開発事業(精神障害分野)

「認知行動療法の治療最適化ツールと客観的効果測定指標の開発(JP20dk007084)」

