

## 心的外傷後ストレス障害に対する認知行動療法の実践において 必要とされるコンピテンスの検討

高山 桃香\*・渡邊明寿香\*\*・浄沼 和浩\*・大島 菜帆\*・東 明奈\*・伊藤 大輔\*\*\*

### 要約

本研究の目的は、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) に対する有効性が実証されている認知行動療法を実践するために、セラピストに必要とされるコンピテンスについて検討することであった。まず、認知行動療法のセラピストを養成する英国の国家政策プロジェクト (IAPT; Department of Health, 2007) で作成されたコンピテンスリスト (Roth & Pilling, 2008) のうち、PTSDに関する「問題特異的コンピテンス」を抽出した。その結果、持続エクスポージャー法、認知処理療法、認知療法の3つの介入プログラムを実践するためのコンピテンス項目として、48の大項目と198の小項目が抽出された。次に、認知行動療法を専門とする大学教員1名と臨床心理学専攻の大学院生5名で、項目整理した結果、「①知識」「②エンゲージメント」「③アセスメント」「④介入」の4つの観点から、27の大項目と89の小項目に集約された。本研究によって、PTSDに対する認知行動療法を実践するために共通して求められるコンピテンスや、各介入プログラムの実践における特異的なコンピテンスが明確化された。

キーワード: コンピテンス, 心的外傷後ストレス障害 (PTSD), 持続エクスポージャー法, 認知処理療法, 認知療法

### 問題と目的

#### 1. PTSDに対する介入法

##### 1-1. PTSDとは

心的外傷後ストレス障害 (Post-traumatic stress disorder: 以下, PTSD) とは、「侵入症状」「回避症状」「認知と気分の陰性の変化」「覚醒度と反応性の著しい変化」の4つの症状を特徴とする精神疾患である (American Psychiatric Association, 2013 高橋・大野監訳 2014)。PTSDは、身体機能や心理的機能, 社会的機能, 家族関係や家庭内での役割といった生活の質や (Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007), うつ病などのその他の精神疾患との合併, 希死念慮などとの関連が示されており (Marshall et al., 2000), 社会および経済的問題にまで発展し得ることが示されている。そのため,

PTSDに対する治療的介入法の確立が求められている (渡邊・大澤・伊藤, 2020)。

##### 1-2. PTSDに対する治療ガイドライン

PTSDに対する治療ガイドラインは、アメリカ精神医学会 (APA), 米国退役軍人省 (VA) / 国防総省 (DoD), イギリス国立健康および臨床研究所 (NICE), 国際トラウマティック・ストレス学会 (ISTSS), 医学研究所 (IOM), アメリカの青年精神医学アカデミー (AACAP), オーストラリアの国立保健医療研究評議会 (NHMRC) など, 多くの組織が作成している。これらのガイドラインでは, SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬) を中心とした薬物療法や, トラウマに焦点化した認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: 以下, CBT) が推奨されている (飛鳥井, 2008)。具体的には, 持続的エクスポージャー, 認知処理療法, 認知療法, EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing: 眼球運動によ

\* 兵庫教育大学大学院学校教育研究科

\*\* 兵庫教育大学大学院連合学校教育学研究科

\*\*\* 兵庫教育大学

る脱感作と再処理法)などが挙げられている。

そして、筆者らが、先述した各治療ガイドラインで推奨されている各介入法について、推奨レベルの強さを概観して整理した結果、すべての治療ガイドラインにおいて、「第一選択肢として推奨あるいは強く推奨されている」介入技法は、トラウマに焦点化したCBTとして、①持続エクスポージャー療法 (Prolonged exposure therapy: 以下, PE), ②認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy: 以下, CPT), ③認知療法 (Cognitive Therapy: 以下, CT) であることが示唆された (Table 1)。

## 2. PTSDに対する認知行動療法

### 2-1. 持続エクスポージャー療法 (PE)

PEとは、Foaによって考案され (Foa & Rothbaum, 1998), 不安症のためのエクスポージャー療法と、PTSDの情動処理理論 (Emotional Processing Theory) に基づいた心理療法である (金・小西, 2017)。PEは、基本的に情動記憶の修正手続きに従っており、記憶を賦活しつつ、修正的な情報を恐怖記憶に取り入れることを目指している (金, 2019)。PEの手続きとしては、心理教育、呼吸再調整法、現実エクスポージャー、想像エクスポージャーなどが含まれており、一般的には、少なくともトラウマ被害から1ヶ月が経過し、それでもなお強い PTSD 症状が持続している場合に適用される (金・小西, 2017)。広範な対象者に対して、多くの質の高い対象比較研究から強力なエビデンスが得られており、個別治療における暴露療法の有効性が確認されている (Foa,

Keane, & Friedman, 2010)。

### 2-2. 認知処理療法 (CPT)

CPTとは、ResickとSchnickeによって考案されたPTSDに特化した心理療法である (Resick & Schnicke, 1993)。CPTはその名称が示すとおり、認知療法の認知再構成や行動療法的手法である暴露などを組み合わせた統合的なCBTである。CPTの手続きとしては、12セッションからなるプロトコル形式で、PTSDに特有な認知面と行動面の問題に焦点を当てて実施される (堀越・福森・檜村, 2008)。その有効性に関するエビデンスは頑健であり、これまで少なくとも22のランダム化比較試験が報告されており (伊藤ら, 2019), いずれの研究においてもCPTがPTSDに対して効果的であることが報告されている。

### 2-3. 認知療法 (CT)

CTとは、過度に否定的な評価を修正し、自伝的記憶障害を修正することで、問題のある行動および認知方略を取り除くことを目的とした心理療法である (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell, 2005)。CTは、Ehlers & Clark (2000)の認知モデルに基づいており、このモデルによると、過去に生じたはずのトラウマが現在も脅威を伴って体験され続けることによってPTSDが慢性化すると考えられる。そして、脅威の知覚を増悪させる要因として、①トラウマやその結果に対する否定的認知、②断片化された記憶、③症状コントロールのために行われる非機能的な対処行動を変容するための様々な技法が組み込まれている

Table 1 各ガイドラインにおいて推奨される技法

	CBT	PE	CPT	CT	EMDR	ナラティブ・エクスポージャー	短期折衷法 (BEP)	web介入	筆記的ナラティブエクスポージャー	現在中心化療法 (PCT)	トラウマ焦点化集団療法
APA	①	①	①	①	②	②	②				
NICE	① (TF-CBT)	①	①	①	②	①					
VA/DOD	① (TF-CBT)	①	①		①	②	②		②		
ISTSS	①② (TF-CBT)	①	①	①	①	②		②		②	②
NHMRC	① (TF-CBT)				①						

(①第一選択として推奨あるいは強く推奨, ②推奨技法)

(Ehlers et al., 2005)。さまざまなトラウマサブタイプを対象とした質の高い対象試験やランダム化比較試験において、PTSDの重症度を減少させるために有効であることが明らかにされており、PTSDに対する治療法として高いエビデンスが示されている (Foa et al., 2010)。

#### 2-4. PTSDに対する認知行動療法の問題点

PTSDに対する治療ガイドラインでは、トラウマに焦点化したCBTが推奨されているものの (Paunovic & Öst, 2001)、問題点も残されている。例えば、CBTの適用後も依然として症状が軽減しないクライアントが多数存在することや、患者の脱落率が高い場合で54%にも上るほど高いことである (Schottenbauer, Glass, Arnko, Tendick, & Gray, 2008)。したがって、PTSDの作用機序を検討し、治療要素を特定することによって、効果的な介入技法を開発することが引き続き必要であるとされている (Schnyder et al., 2015)。

一方で、介入技法の確立のみならず、セラピストの力量を高める取り組みを推進することも有益であると考えられる。例えば、一般的に、臨床現場においては、さまざまな背景をもつ多様な患者がいるため、セラピストの力量によって、治療効果にばらつきが生じることが知られている (Roth, 2015)。そのため、近年ではセラピストのCBTの質保証のための検討が進んでいる。また、PTSDの場合、セラピストのPTSD治療に対する知識や理解不足によって、そもそも実際の臨床場面において、トラウマに焦点化したCBTが十分に適用されていないことが示唆されている (Cook, Schnurr, & Foa, 2004 ; 伊藤ら, 2010)。

したがって、すでにエビデンスが示されているPTSDに対して推奨されている介入法を効果的に実践するために必要なセラピストの知識や技能を明確化し、それらを向上させることによって、治療効果の向上や適用範囲の拡大といった問題点の改善に繋がることが期待できる。特に、本邦の場合、PTSDに対する効果研究や症例報告などの臨床実践に関する知見が少なく、セラピストに求め

られる知識や技能が十分共有されているとは言えないのが現状である。

### 3. コンピテンズ研究

#### 3-1. 英国におけるコンピテンズ研究

海外においては、CBTなどのエビデンスに基づいた心理療法の質保証の課題を解決するために、精神疾患の知識や適切な介入を行うためのスキルなど、セラピストが身につけるコンピテンズを明らかにする取り組みがなされている (Bennett & Parry, 2004 ; Hatcher & Dudley, 2007)。例えば、英国では、2008年から最初の3年間で約363億円の予算を投じて、メンタルヘルスサービスの充実に関する国家政策プロジェクト (Improving Access to Psychological Therapies : 以下、IAPT ; Department of Health, 2007) を進めている。IAPTでは、NICE ガイドラインで推奨されたCBTなどのエビデンスに基づいた心理療法を効果的に実施できるセラピストを育成することを目的としている。そして、その取り組みの一環として、質の高いCBTを提供するために必要なコンピテンズリストが作成されている (Department of Health, 2007; Roth & Pilling, 2008)。このコンピテンズリストは、Roth & Pilling (2008) が主体となって作成し、包括的なセラピーのコンピテンズと、4つのCBTに関連したコンピテンズ (基本的なCBTのコンピテンズ、具体的な行動療法・認知療法のコンピテンズ、問題特異的コンピテンズ、メタコンピテンズ) の計5カテゴリ、1260項目から構成されている。また、本邦においても、柳井ら (2018) が、このコンピテンズリストの内容的に類似・重複している項目を整理し、セラピストの質を日常的に確認するために活用することなどを狙いとして、「問題特異的コンピテンズ」を除いた4カテゴリについて和訳・集約化し、最終的に45の大項目と108の小項目に集約化している。

このコンピテンズリスト (Roth & Pilling, 2008) は、もともとデルファイ法を用いて開発されていることから効果的なセラピーを行うために必要なコンピテンズとして妥当性が高く (Roth et

al., 2015), セラピーの質保証のために活用することが可能である。そして、「問題特異的コンピテンス」には、NICEガイドラインで推奨されているPTSDに特化した介入技法として、PE, CPT, CTといった3つの介入技法に関するコンピテンスが示されている (Roth & Pilling, 2008)。また、これらの3つの介入技法は、Table1に示したように各治療ガイドラインで、第一選択肢として推奨あるいは強く推奨されている。このことから、このコンピテンスリストのPTSDに関する項目を参照として明確化することによって、PTSDに対する効果的なセラピーを展開する上で必要なコンピテンスを網羅することができると考えられる。

しかしながら、このコンピテンスリスト (Roth & Pilling, 2008) は、内容的に類似・重複した項目が散見されることが問題点として指摘されている (柳井ら, 2018)。また、本邦においては、上述したように、柳井ら (2018) においては研究目的にそぐわないという理由から、「問題特異的コンピテンス」は対象外となっているため、PTSDに関するコンピテンスは明らかにされていない。

### 3-2. 本研究の目的

そこで本研究では、IAPTのコンピテンスリストにおける特定の疾患に対する介入パッケージである「問題特異的コンピテンス」のうち、PTSDのコンピテンスに関する項目について集約化を行い、セラピストがPTSDに対するエビデンスのある心理療法を行う際に必要となるコンピテンスを整理することを目的とする。

## 方法

### 分析対象

英国のIAPTで作成されたコンピテンスリスト (Roth & Pilling, 2008) を用いた。本研究では、PTSDに対するCBTの実践で必要とされるコンピテンスを明らかにするために、特定の疾患に対する介入パッケージである「問題特異的コンピテンス」のうち、PTSDに対する介入技法に関するコンピテンス項目を対象とした。その他の項目につ

いては、本研究の目的にそぐわないと判断し、分析対象から除外した。具体的には、Foa & Rothbaum (1998) に基づくPE, Resick & Schnicke (1993) に基づくCPT, Ehlers & Clark (2000) に基づくCTの3つの介入技法が挙げられていたため、これらのコンピテンスの項目 (48の大項目と198の小項目) を分析対象とした。

### 分析方法

本研究では2段階で分析と検討を行った。初回分析では、臨床心理学を専攻とする大学院生5名が、PTSDに関するコンピテンス項目 (Roth & Pilling, 2008) の48の大項目と198の小項目について、和訳と大項目ごとの整理を行った。具体的には、一つの大項目を構成している小項目のなかで内容の重複している項目を集約し、原文の意味を損なわない範囲で、より分かりやすい表現に修正を行った。2回目の分析では、CBTを専門とする大学教員1名と初回分析を行った臨床心理学専攻の大学院生5名を含む6名で、再度項目の整理と項目リストの作成を行った。具体的には、内容が重複していたいくつかの大項目を統合し、「知識」「エンゲージメント」「アセスメント」「介入」の4つの観点から整理し直した。項目リストの作成にあたっては、①専門用語の翻訳がその他の日本語の書籍やガイドラインと同一のものであること、②トレーニング段階の大学院生でも理解可能な表現であること、③原版の各治療法の小項目が網羅されていること、④大項目および小項目がセッションの進歩や手続きに合わせて時系列に並んでいることに注意し、総合的に検討を行った。

### 結果と考察

本研究の目的は、IAPTのコンピテンスリストにおける特定の疾患に対する介入パッケージである「問題特異的コンピテンス」のうち、PTSDのコンピテンスに関する項目について集約化を行い、セラピストがPTSDに対するエビデンスのある心理療法を行う際に必要となるコンピテンスを整理することであった。

整理した結果、Foa & Rothbaum (1998) のPEに関する項目は、9の大項目と33の小項目、Rasick (1993) のCPTに関する項目は、7の大項目と25の小項目、Ehlers et al. (2005) のCTに関する項目は、11の大項目と31の小項目に集約された。最終的に、48の大項目と198の小項目は、それぞれ「知識」「エンゲージメント」「アセスメント」「介入」の4つの観点から、27の大項目と89の小項目に集約された (Table 2)。

整理されたコンピテンスを概観すると、「知識」、「エンゲージメント」、「アセスメント」の3つの枠組みでは、各介入技法に共通して求められるコンピテンスが比較的多いことが示された。具体的には、「知識」においては、PTSDの問題や症状、モデルの原理に関する知識などを備えていることや、それらの知識を活用することなどが挙げられた。また、「エンゲージメント」では、クライアントが安心と安全を感じられるように対処することや、クライアントの反応を説明し、ノーマライズすることによって治療への積極的参加を促すことができることなどが挙げられた。さらに「アセスメント」においては、PTSDが最重要の問題であるかどうかを評価することや、トラウマに関する情報収集を行うこと、標準化された尺度を使用することなどが挙げられた。

一方で、「介入」では、各介入技法に特徴的なコンピテンスが見られたため、以下にそれぞれの特徴について示し、考察する。まず、Foa & Rothbaum (1998) のPEでは、呼吸再調整法、現実エクスポージャー、イメージエクスポージャー、認知再構成法、ストレス免疫訓練法などの技法を用いることが求められる。その際に、SUDSや不安階層表を活用することで、効果的な現実エクスポージャーを計画することが求められる。また、イメージエクスポージャーでは、トラウマ記憶に対する回避などの悪影響について説明することや、クライアントが予期不安に対処できるように支援することが必要である。さらに、クライアントの状況やニーズに応じて、呼吸再調整法や認知再構成法、ストレス免疫訓練法を実施することが求

められる。

Resick (1993) のCPTでは、トラウマの意味やその影響性を同定し、認知再構成法を実施することが求められる。その際に、エクスポージャー法と認知再構成法を組み合わせたり、ABCチャートを用いることによって、クライアントがトラウマの詳細や意味を思い出したり、思考と感情、行動のつながりを同定できるように促すことが必要である。また、認知再構成法を実施する際には、クライアントがネガティブな自動思考や信念の悪影響を理解し、再検討できるように支援できることなどが求められる。

Ehlers et al. (2005) のCTでは、トラウマ記憶の書き換え技法を実施することが求められる。その際に、トラウマ記憶を安全に想起できる面接場面を整えることや、最悪の瞬間 (ホットスポット) を言語化することを促すことを通して、問題となる個人的な意味付けを特定することができる必要がある。そして、ホットスポットに対する新しい情報を特定し、既存のトラウマ記憶に取り込むことや、誘導発見や行動実験などの脅威の感覚を維持させる要因を変容させる技法を用いて、クライアントがトラウマに対する否定的認知を再検討し、特定の行動を減少させるように促すことができる能力が求められる。また、侵入的思考に対しては、トリガーを特定し、刺激弁別法を用いて、そのトリガーと侵入思考の結びつきを弱めることができるように支援することができる能力が求められる。

以上のように、本研究によって、PTSDに対するCBTを実践するために共通して求められるコンピテンスや、各介入プログラムの実践における特異的なコンピテンスが明確化された。特に、本邦の場合、PTSDに対するセラピーに求められるコンピテンスが十分共有されていないため、本研究の成果はその一助となったと考えられる。また、コンピテンス項目の集約化を行ったことによって、簡易的にPTSDに対するCBTのコンピテンスを確認することができるため、セラピストの習熟度の確認やスーパーバイズの基準として活用すること

Table 2 Competence List

A. Foa & Rothbaum model (PE)	
知識	<p><b>1.PTSDの診断を持つクライアントの問題や治療に関する知識を持ち、活用することができる</b>  ただし、以下の項目を含む：  a PTSDの心理社会的問題を理解し、それを活用することができる  b CBTモデルの3つのコンポーネント(エクスポージャー法、認知再構成法、ストレス免疫訓練法)とその原理について理解し、説明することができる</p>
エンゲージメント	<p><b>2.クライアントの治療への積極的参加を促すことができる</b>  ただし、以下の項目を含む：  a クライアントが安心と安全を感じられるように対応することができる  b クライアントの反応について説明し、ノーマライズできる  c クライアントにPTSDとその治療に関する知識および根拠を説明することができる  d セラピスト自身が二次的なトラウマを体験した時に、適切に対処することができる(サポートやSVなど)</p>
アセスメント	<p><b>3.包括的にアセスメントを実施することができる</b>  ただし、以下の項目を含む：  a 心理、社会、身体的問題、その他の障害を理解し、PTSDが最重要の問題かどうか評価することができる  b トラウマについて包括的かつ具体的に情報収集することができる  c アセスメントのためにクライアントと協働することができる  d クライアントにセルフモニタリングを促すことができる  e 標準化された尺度や面接法を用いることができる  f アセスメントの結果に基づいて、最初に提示する介入コンポーネントを決定し、その理論的根拠を説明することができる</p>
	<p><b>4.呼吸再調整法を実施することができる</b>  ただし、以下の項目を含む：  a 呼吸再調整法の理論的根拠について説明することができる  b クライアントが呼吸再調整法をセッションの内外で実施できるように支援することができる</p>
	<p><b>5.回避し恐れている状況に対する現実エクスポージャーを実施することができる</b>  ただし、以下の項目を含む：  a 現実エクスポージャーの理論的根拠(馴化など)について説明することができる  b クライアントがSUDSを用いて、恐怖や不快感について評価できるように支援することができる  c クライアントが不安階層表を作成し、活用できるようにすることができる  d 不安が下がるために十分な時間を用いて、現実エクスポージャーが実施できるように計画することができる  e エクスポージャーに関するホームワークを設定し、評価することができる</p>
介入	<p><b>6.トラウマ記憶に対するイメージエクスポージャーを実施することができる</b>  ただし、以下の項目を含む：  a イメージエクスポージャーの理論的根拠(トラウマ記憶に対する回避の悪影響など)について説明することができる  b イメージエクスポージャーの手続き(トラウマ記憶を思い出すことが求められること)について説明し、クライアントが予期不安に対処できるように支援することができる  c イメージエクスポージャーの適切な手続きを理解し、実施することができる  d イメージエクスポージャーに取り組めるように、クライアントを励ますことができる  e 録音テープを用いて、ホームワークを計画することができる</p>
	<p><b>7.認知再構成法を実施することができる</b>  ただし、以下の項目を含む：  a 認知再構成法の理論的根拠を説明し、トラウマに関連する認知や信念について、事実、信念、感情の関係をクライアントが理解できるように支援することができる  b 恐怖を引き起こす状況における自動思考や信念、感情をクライアントが特定し評価できるように支援することができる  c 情報処理バイアスがクライアントのネガティブな思考とどのように関連しているかを考えられるように支援することができる  d ソクラテス式質問法を用いてクライアントの非機能的信念の妥当性について評価できるように支援することができる</p>
	<p><b>8.クライアントの状況やニーズに応じて、ストレス免疫訓練法を使用することができる</b>  ただし、以下の項目を含む：  a 思考中断法を実施することができる  b 誘導的自己問答法を実施することができる  c リラクゼーション法を実施することができる  d ロールプレイと内潜的モデリングを実施することができる  e 面接を振り返り治療後の日常生活に役立つ技法を活用できるように支援することができる</p>
	<p><b>9.トラウマに直面化(トラウマの想起)することによる問題が生じた際に、柔軟かつ即座に対応することができる。</b></p>
B. Resick model (CPT)	
知識	<p><b>10.PTSDの診断をもつクライアントの問題や治療に関する知識を持ち、活用することができる</b>  ただし、以下の項目を含む：  a PTSDの心理社会的問題を理解し、それを活用することができる  b 認知処理療法の原理について理解し、説明することができる</p>
エンゲージメント	<p><b>11.クライアントの治療への積極的参加を促すことができる</b>  ただし、以下の項目を含む：  a クライアントの反応について説明し、ノーマライズできる  b クライアントが安心と安全を感じられるように対応することができる  c セラピスト自身が二次的なトラウマを体験した時に、適切に対処することができる(サポートやSVなど)</p>
アセスメント	<p><b>12.包括的にアセスメントを実施することができる</b>  ただし、以下の項目を含む：  a 心理、社会、身体的問題、その他の障害を理解し、PTSDが最重要の問題かどうか評価することができる  b トラウマやその影響に関する情報を集め、回復の促進・阻害要因を特定することができる  c 標準化されたPTSDと抑うつ尺度を用いることができる  d CPTが適用できるかどうか判断することができる(解離や著しい情動反応があるなど、CPTが適さない可能性のあるクライアントを特定することができる)  e クライアントが抱える問題に対応して介入コンポーネントを決定し、その理論的根拠を説明することができる</p>
	<p><b>13.セッションを構造化することができる</b>  ただし、以下の項目を含む：  a クライアントに治療の見通しを伝え、協働しながら、各セッションを構造化することができる  b クライアントの状態に合わせて話し合いながら、練習課題を計画し、振り返ることができる</p>

	<p><b>14. PTSDに対する介入プログラムの理論的根拠を説明することができる</b> ただし、以下の項目を含む:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a クライアントが自分自身の体験と関連づけて理解できるようにPTSD症状と回復のプロセスを説明することができる</li> <li>b ト라우マによって直接的に生じた感情と、その出来事に対する解釈によって生じた感情とを区別することができる</li> <li>c ト라우マに対するクライアントの思考や解釈を強調して、クライアントが介入プログラムを理解できるように支援することができる</li> <li>d 回避によって症状が維持されていることを伝え、脅威刺激に直面することの重要性とその効果を説明することができる</li> <li>e セルフモニタリングの論理的根拠を説明し、定期的なセルフモニタリングの実施と振り返りを促進させることができる</li> </ul>
介入	<p><b>15. ト라우マの意味やその影響性を同定することができる</b> ただし、以下の項目を含む:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a クライアントに「出来事の意味筆記」(トラウマの原因と影響性についてを書く)を求め、トラウマが生じた原因や意味、その影響(安全、信頼、力とコントロール、親密さ)について振り返ることを促すことができる</li> <li>b エクスポーザー法と認知再構成を組み合わせて、クライアントがトラウマの詳細やその意味を思い出したり、それらを会話や筆記によって表出することを促すことができる</li> <li>c ト라우マに直面化(筆記や筆記内容の音読)することによる問題が生じた際に、柔軟かつ即座に対応することができる</li> <li>d ABCチャートを用いて、出来事(Activating events)と信念(Beliefs)、結果(Consequences)を記載するように求め、クライアントが思考と感情、行動のつながりを同定できるように支援することができる</li> <li>e ト라우マのスタックポイント(同化)や極端で過度に一般化された信念を評価し、対応することができる</li> </ul> <p><b>16. 認知再構成法を実施することができる</b> ただし、以下の項目を含む:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a クライアントがネガティブな自動思考の影響について理解し、再検討できるように支援することができる</li> <li>b ト라우マに関連する信念(安全性、信頼、力とコントロール、自己効力感、親密さに関する信念)の悪影響について理解し、再検討できるように支援することができる</li> <li>c 治療で学んだ概念やスキルを振り返り、問題が再度生じた場合にも対処できるように支援することができる</li> </ul>
C. Ehlers and Clark model (CT)	
知識	<p><b>17. PTSDの診断をもつクライアントの問題や治療に関する知識を持ち、活用することができる</b> ただし、以下の項目を含む:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a PTSDの心理社会的問題を理解し、それを活用することができる</li> <li>b PTSDの認知モデルの原理や、症状の維持要因(トラウマ記憶、否定的認知、対処行動)を理解し、説明することができる</li> </ul>
エンゲージメント	<p><b>18. ト라우マを抱えるクライアントと協働関係を形成することができる</b> ただし、以下の項目を含む:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a クライアントが安心と安全を感じられるように対応することができる</li> <li>b クライアントの訴えや経験をバイアスなく評価することができる</li> <li>c クライアントの反応について説明し、ノーマライズできる</li> <li>d ト라우マに直面化することによる問題が生じた際に、柔軟かつ即座に対応することができる</li> </ul>
アセスメント	<p><b>19. 包括的にアセスメントを実施することができる</b> ただし、以下の項目を含む:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 心理、社会、身体的問題、その他の障害を理解し、PTSDが最重要の問題かどうか評価することができる</li> <li>b ト라우マに関する侵入的記憶の性質や特徴を説明し、評価することができる</li> <li>c ト라우マやその結果に対する否定的認知を評価し、重要な認知や感情を特定することができる</li> <li>d 症状をコントロールするためにクライアントが用いている認知・行動的対処法を評価することができる</li> <li>e 標準化された尺度や面接法を使用することができる</li> <li>f クライアントが治療に期待することを話し合い、認知モデルに基づいた介入が適用できるかどうか判断することができる(現在の環境やクライアントの状態)</li> <li>g ケースフォーミュレーションの結果に基づいて、介入法を決定し、その理論的根拠根拠について説明できる</li> </ul>
	<p><b>20. ト라우マ記憶を再構築するために、問題となる個人的な意味づけを特定することができる</b> ただし、以下の項目を含む:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a クライアントがトラウマ記憶を想起する準備が整っていることを確認できる</li> <li>b クライアントが最悪の瞬間(ホットスポット)を認識し、それらを言語化することを促すことができる</li> <li>c クライアントの語りにおいて個人的な意味づけに気づくことができる</li> <li>d クライアントがトラウマ記憶をできるだけ安全に想起することができるように、クライアントの反応に適切に対応することができる</li> <li>e 治療を妨げる要因(認知的回避や解離)を評価し、対処することができる</li> </ul>
	<p><b>21. ト라우マ記憶の書き換え技法(記憶の個人的な意味づけを変容させる)を用いることができる</b> ただし、以下の項目を含む:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a ト라우マ記憶の最悪の瞬間(ホットスポット)に対する意味づけを特定することができる</li> <li>b ト라우マ記憶の最悪の瞬間(ホットスポット)に対する新しい情報を特定し、既存のトラウマ記憶に組み込むことができる</li> </ul>
介入	<p><b>22. クライアントがトラウマとその後の結果に対する否定的認知を理解し、再検討することを促すことができる</b> ただし、以下の項目を含む:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 現在の脅威の感覚を維持させる要因の悪循環を整理し、ケースフォーミュレーションできる</li> <li>b クライアントが現在の脅威の感覚を生じさせるトラウマとその結果に対する認知的評価を特定することができるように支援することができる</li> <li>c 現在の脅威の感覚をコントロールするための対処法を特定することができるように支援することができる</li> <li>d 現在の脅威の感覚の維持要因を変容させる技法(誘導的発見や行動実験、ビデオフィードバックなど)を用いることができる</li> <li>e 個人の状態像にあわせて対応を行うことができる(怒り、悲嘆、自傷など)</li> </ul> <p><b>23. 症状を維持させている認知・行動的対処を理解し、その行動を減少させるように計画できる</b> ただし、以下の項目を含む:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 誘導的発見を用いて、特定の認知・行動的対処(反芻や物質使用)が症状を維持していることをクライアントが理解することを助けることができる</li> <li>b 行動実験を用いて、非機能的な対処に替わる対処法を提案することができる</li> </ul> <p><b>24. 侵入的思考とそのトリガーを特定し、それらを弁別することができる</b> ただし、以下の項目を含む:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a クライアントが侵入的記憶のトリガーを特定することを促し、侵入的記憶とトリガーを弁別することができるように支援することができる</li> <li>b 刺激弁別法(注意を現在に向けたり、過去のトラウマと現在の文脈との相違を明確にする等)を用いて、クライアントがトリガーと侵入的記憶の結びつきを弱めることができるように支援することができる</li> </ul> <p><b>25. クライアントがトラウマに関連した場所に再訪することを促すことができる。</b> ただし、以下の項目を含む:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a ト라우マに関連した場所を訪れる準備が整っていることを確認し、問題に対処しながら進めることができる</li> <li>b ト라우マに関連した場所を訪れることで、クライアントが得られる新たな情報を特定することができる</li> </ul> <p><b>26. クライアントが回避行動を促進する信念やデメリットを理解したり、重要な活動に従事できるように適切にホームワークを計画することができる</b></p> <p><b>27. セラピーの中で学んだことを振り返り、今後生じる問題に対処するための計画を立てることができる</b></p>

が期待される。そのためにも、今後は、今回集約したコンピテンスリストをもとに、チェックリストを作成し、セラピストを対象とした調査などを通して、妥当性を検討していく必要があるだろう。

### 引用文献

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5th ed)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing. (アメリカ精神医学会 高橋三郎・大野裕 (監訳) (2014). DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- 飛鳥井望 (2008). エビデンスに基づいたPTSDの治療法 精神経誌, 110 (3), 244-249.
- 飛鳥井望・富永良喜・笠原麻里・広常秀人・元村直靖 (2005). PTSD治療に関する会員アンケート調査報告 ト라우マティック・ストレス, 3, 1205-211.
- Bennett, D. & Parry, G. (2004). A measure of Psychotherapeutic competence derived from cognitive analytic therapy. *Psychotherapy Research*, 14, 176-192.
- Cook, J. M., Schnurr, P. P., & Foa, E. B. (2004). Bridging the gap between posttraumatic stress disorder research and clinical practice: The example of exposure therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 374-387.
- Ehlers, A., Clark, DM., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell., M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2010). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Pr, New York. (飛鳥井望 (監訳) (2013). PTSD治療ガイドライン (第2版). 金剛出版.
- Hatcher, R. L., & Dudley, K. (2007). Initial training in professional psychology: The Practicum Competencies Outline. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 49-63.
- 堀越勝・福森崇貴・檜村正美 (2008). 認知処理療法トラウマティック・ストレス, 6 (1), 67-74.
- 伊藤大輔・兼子唯・小関俊祐・清水悠・中澤佳奈子・田上明日香・大月友・鈴木伸一 (2010). 外傷後ストレス障害に対する認知行動療法の効果—メタ分析を用いた検証— 行動療法研究, 36 (2), 119-129.
- 伊藤正哉・片柳章子・宮前光宏・高岸百合子・蟹江絢子・今村扶美・堀越勝 (2019). 認知処理療法(CPT): 包括手続きを踏まえて ト라우マティック・ストレス: 日本トラウマティック・ストレス学会誌, 17 (1), 30-37.
- 金吉晴・小西聖子 (2017). PTSD (心的外傷後ストレス障害) の認知行動療法マニュアル (厚生労働省 心の健康). <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000115165.pdf>> (2020年9月17日)
- 金吉晴 (2019). 持続エクスポージャー療法 (PE): 情動処理による恐怖記憶の修正 ト라우マティックストレス, 17 (1), 21-29.
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1467-1473.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.
- Paunovic, N., & Öst, L. G. (2001). Cognitive-behaviourtherapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1183-1197.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment

- manual. Sage Publication, Neeburry Park.
- Roth, A. D., & Pilling, S. (2008). Using an evidence-based methodology to identify the competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for depression and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 129-147.
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., Shapiro, F., & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? Published online. doi: 10.3402/ejpt.v6.28186.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnko, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry*, 71, 134-168.
- 山内美穂 (2017). 子どもへのEMDR適用についての展望 学校危機とメンタルケア, 10, 42-51.
- 柳井裕子・小川裕子・木下奈緒子・小関俊祐・伊藤大輔・小野はるか・鈴木伸一 (2018). 認知行動療法の実践で必要とされるコンピテンスの概念構成の検討—英国のImproving Access to Psychological Therapies 制度における実践家養成モデルに基づく検討— 認知行動療法研究, 44 (2), 115-125.
- 渡邊明寿香・大澤香織・伊藤大輔 (2020). マインドフルネスな気付きと注意が認知的フュージョンを媒介してPTSD症状に及ぼす影響—講義のトラウマを体験した大学生を対象として パーソナリティ研究, 29 (2), 61-70.

## Competencies Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioral Therapy for PTSD

Momoka TAKAYAMA\*, Asuka WATANABE\*\*, Kazuhiro KIYONUMA\*,  
Naho OSHIMA\*, Akina HIGASHI\*, Daisuke ITO\*\*\*

\*Graduate School of Education, Hyogo University of Teacher Education

\*\*The Joint Graduate School in Science of School Education, Hyogo University of Teacher Education

\*\*\*Hyogo University of Teacher Education

### Abstract

The present study aimed to examine the competencies required in delivering effective cognitive and behavioral therapy for PTSD. The list of competencies called ‘the Problem specific CBT skills’ which is developed by the English National project named ‘the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)’ was used to analyze three treatment programs - Prolonged exposure therapy (PE), Cognitive Processing Therapy (CPT), and Cognitive Therapy (CT) by a clinical psychologist and five graduate students. As the results, 48 general categories and 198 sub-categories were extracted. We reviewed the list, and summarized them into 27 general categories and 48 sub-categories under four perspectives of “knowledge”, “engagement”, “assessment”, and “intervention”. The study identified common competencies required for CBT for PTSD and specific competencies for each treatment protocols.

Key Words: Competencies, Post-traumatic stress disorder (PTSD), Prolonged exposure therapy (PE), Cognitive Processing Therapy (CPT), Cognitive Therapy (CT)